

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

(平成21年度調査)

調査票(案)

- 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
  - ・ 病院調査票 . . . . . 1 頁
  - ・ 診療所・歯科診療所調査票 . . . . . 6 頁
  - ・ 薬局調査票 . . . . . 11 頁
  - ・ 訪問看護ステーション調査票 . . . . . 16 頁
  - ・ 患者調査票 (病院・診療所) . . . . . 21 頁
  - ・ 患者調査票 (歯科診療所) . . . . . 26 頁
  - ・ 患者調査票 (薬局) . . . . . 31 頁
  - ・ 患者調査票 (訪問看護ステーション) . . . . . 36 頁
  
- 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査
  - ・ 施設調査票 . . . . . 41 頁
  - ・ 患者調査票 . . . . . 49 頁
  
- 後発医薬品の使用状況調査
  - ・ 薬局調査票 . . . . . 53 頁
  - ・ 病院調査票 . . . . . 63 頁
  - ・ 医師調査票 . . . . . 67 頁
  - ・ 診療所調査票 . . . . . 72 頁
  - ・ 患者調査票 . . . . . 80 頁

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査  
**明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の開設者として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 国 (厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構等)	
02 公的医療機関 (都道府県,市町村,地方独立行政法人,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会等)	
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合等)	
04 医療法人	
05 個人	
06 その他 (公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社等)	

問 2 貴施設の承認等の状況について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)		
01 地域医療支援病院	02 特定機能病院	03 DPC 対象病院
04 DPC 準備病院	05 がん診療連携拠点病院	06 緩和ケア病棟を有する病院

問 3 貴施設の一般病棟の入院基本料について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)		
01 7 対 1 入院基本料	02 10 対 1 入院基本料	03 13 対 1 入院基本料
04 15 対 1 入院基本料	05 特別入院基本料	06 一般病棟がない

問 4 貴施設の許可病床数・在院患者数※ (平成 21 年 6 月 1 カ月間の平均) をご記入下さい。																
	合計					(再掲) 一般病棟				(再掲) 療養病棟				(再掲) 精神病棟		
許可病床数				床				床				床				床
在院患者数				人				人				人				人

※在院患者数の平均は、四捨五入してご記入ください。

問5 貴施設での平成21年6月1カ月間の初診・再診患者の延べ数についてご記入下さい。				
	初診患者数		再診患者数	
	延べ	人	延べ	人

問6 貴施設の正規職員数（医師・歯科医師・看護師等も含む）、医療事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。				
	常勤		非常勤（常勤換算）	
正規職員数		人		人
（再掲）医療事務担当の職員数		人		人
医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ）				人
<p>注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法            貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。            例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合</p> $\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$				

■ IT化の状況についてお伺いします。

問7 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）			
01 稼働中	02 開発中	03 計画中	04 計画なし

問8 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）			
01 オンライン請求	02 電子媒体（MOやFD）による提出		
03 紙による提出（医事会計システムを使用）	04 紙による提出（手書き）		

■ 領収証の発行状況についてお伺いします。

問9 貴施設での平成21年6月1カ月間の領収証※の発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。				
	入院		外来	
領収証の発行件数		件		件

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の医療費が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■ 明細書の発行状況についてお伺いします。

問10 <b>明細書</b> （領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は <u>依頼状の裏面</u> をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）	
01 知っている	02 知らない

問11 貴施設では、 <b>明細書</b> の発行について周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）	
01 支払い窓口に明細書を発行している旨を明示している	
02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている	
03 来院者にチラシ等を配布している	
04 その他（ ）	
05 特に何も周知していない	

問 12 貴施設では、患者から <b>明細書</b> の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(入院・外来についてそれぞれ○は1つ)			
入院	01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1カ月に数回ある
	04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない
外来	01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1カ月に数回ある
	04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない

問 13 貴施設では、 <b>明細書</b> を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その <b>発行開始時期</b> についてご記入ください。			
01	患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期 →一部の患者のみに発行していた時期があれば、それをはじめた時期	平成・昭和( )年( )月 平成・昭和( )年( )月	
02	一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期	平成・昭和( )年( )月	
03	発行していない →問 23 へ		

問 13-1 問 13 で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。 貴施設で、 <b>明細書</b> を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01	依頼があった患者についてのみ発行をしているため
02	治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため
03	事務負担が大きいため
04	その他 ( )

＜ここからは**明細書**を発行している(問 13 で 01 または 02 を回答した)医療機関にお伺いします＞

問 14 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の <b>明細書</b> 発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。				
	入院		外来	
明細書の発行件数		件		件

問 15 貴施設での <b>明細書</b> の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)			
01 診察日・退院日	02 次回来院時		
03 月 1 回まとめて	04 その他 ( )		

問 16 貴施設での <b>明細書</b> の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)			
01 傷病名	02 診療月日や入院期間		
03 診療報酬点数の個別項目名	04 診療報酬点数の個別単価・算定回数		
05 その他 ( )			

問 17 貴施設の <b>明細書</b> の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 レセプトと同じ様式	02 自施設で独自に作成した様式
03 依頼状裏面に掲載したものと同一様式	

問 18 貴施設では <b>明細書</b> をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 パソコン等から自動的に出力している	02 パソコン等でその都度作成し発行している
03 手書きで発行している	04 その他 ( )

問 19 貴施設では**明細書**発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2)1件あたりの金額をご記入ください。

(1) 徴収の有無と徴収方法	01 1件ごとに定額を徴収している	02 ページ数ごとに定額を徴収している
	03 その他 ( )	04 徴収していない
(2) 1件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入ください)		( ) 円/件

問 20 貴施設において**明細書**を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ)

患者との信頼関係	01 深まった	02 浅くなった	03 どちらともいえない
患者からの問合せ	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない
患者とのトラブル	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない

<ここからはDPC対象病院にお伺いします>

問 21 貴施設では、**DPCの明細書**に、DPCの範囲で実施した検査や使用した薬剤の名称について付記していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 すべての患者について付記している	02 依頼があった場合に付記している
03 付記していない	

問 22 貴施設では**DPCの明細書**に、DPCの範囲で実施した検査や使用した薬剤の名称について付記の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1カ月に数回ある
04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない

<ここからは明細書を発行していない(問13で03と回答した)医療機関にお伺いします>

問 23 貴施設において**明細書**を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 依頼する患者が少ない	02 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる)
03 事務負担が大きい(職員不足のため)	04 その他 ( )

問 24 貴施設において患者から**明細書**発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 患者に医療の内容について説明している	02 明細書を発行できない理由を説明している
03 その他 ( )	

問 25 貴施設では**明細書**の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 発行する予定はない	02 患者からの依頼があれば発行する
03 未定	04 その他 ( )

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

<領収証>	良かった点： 悪かった点：
<明細書>	良かった点： 悪かった点：

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費を記載します。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳を記載します。

領 収 証									
患者番号		氏名			請求期間 (入院の場合)				
		様			平成 年 月 日～平成 年 月 日				
受診科	入・外	領収書 No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分		
			平成 年 月 日						
保険	初・再診料	入院料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬		
	点	点	点	点	点	点	点		
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
保険外負担	病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養					
	点	点	点	点					
保険外負担	評価療養・選定療養	その他			保険	保険(食事・生活)	保険外負担		
					合計	円	円	円	
	(内訳)	(内訳)			負担額	円	円	円	
					領収額合計	円			

＜領収証、明細書の見方＞

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です (1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額 (負担額) が窓口で支払われる金額です。

診療明細書				
東京都〇〇区〇〇		入院	保険	
患者番号	氏名	様	受診日	年 月 日
受診科				
部	項目名	点数	回数	
医学管理	* 薬剤管理指導料 (救命救急入院料等算定患者)	430	1	
注射	* 点滴注射	426	1	
	△△△注 100mg0.1% 100mL 1 瓶			
	生理食塩液 500mL 1 瓶			
	* 点滴注射料	95		
	* 無菌製剤処理料 2	40		

診療明細書				
入院		保険		
患者番号	氏名	様	受診日	年 月 日
受診科				
部	項目名	点数	回数	
診断群分類 (DPC)	* DPC 5 日間包括算定	13844		
医薬品	* 〇〇錠 100mg			
	* 点滴注射			
	* △△注 500mL			
検査	* 末梢血液一般検査			
	* CRP 定量			
	* 血液採取 (静脈)			
	* 血液学的検査判断料			
	* 免疫学的検査判断料			

使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する

＜DPCとは＞

- DPCとは、入院患者様の病名や症状、手術などの診療行為の有無を組み合わせたもので、診断群分類とも呼ばれます。
- 従来診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、「定額払い」の会計方式では厚生労働省が定めた1日当たりの診断群分類ごとの点数をもとに医療費を計算します。

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査  
**明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の <b>開設者</b> として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 国 (厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構等)	
02 公的医療機関 (都道府県,市町村,地方独立行政法人,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会等)	
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合等)	
04 医療法人	
05 個人	
06 その他 (公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社等)	

問 2 貴施設の施設種別について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)		
01 有床一般診療所	02 無床一般診療所	03 歯科診療所

問 3 問 2 「01 有床診療所」と回答した施設にのみ伺います。貴施設の許可病床数・在院患者数(平成 21 年 6 月 1 カ月間の平均)※をご記入下さい。			
	許可病床数		在院患者数
		床	人

※在院患者数の平均は、四捨五入してご記入ください。

問 4 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の初診・再診患者の延べ数についてご記入下さい。			
	初診患者数		再診患者数
	延べ	人	延べ
			人



問5 貴施設の正規職員数（医師・歯科医師・看護師等も含む）、医療事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。

	常勤		非常勤（常勤換算）	
正規職員数		人		人
（再掲）医療事務担当の職員数		人		人
医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ）				人

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法  
 貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。  
 例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合  

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

■IT化の状況についてお伺いします。

問6 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

01 稼働中	02 開発中	03 計画中	04 計画なし
--------	--------	--------	---------

問7 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

01 オンライン請求	02 電子媒体（MOやFD）による提出
03 紙による提出（医事会計システムを使用）	04 紙による提出（手書き）

■領収証の発行状況についてお伺いします。

問8 貴施設での平成21年6月1カ月間の領収証※の発行件数について、入院／外来別にご記入下さい。

	入院		外来	
領収証の発行件数		件		件

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の医療費が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■明細書の発行状況についてお伺いします。

問9 **明細書**（領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問10 貴施設では、**明細書**の発行について周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

01 支払い窓口で明細書を発行している旨を明示している
02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている
03 来院者にチラシ等を配布している
04 その他（ ）
05 特に何も周知していない

問11 貴施設では、患者から**明細書**の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1カ月に数回ある
04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない



問 12 貴施設では、**明細書**を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)  
 なお、発行している場合は、その**発行開始時期**についてご記入ください。

01 患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期	平成・昭和( )年( )月
→一部の患者のみに発行していた時期があれば、それをはじめた時期	平成・昭和( )年( )月
02 一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期	平成・昭和( )年( )月
03 発行していない →問 20 へ	

問 12-1 問 12 で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。  
 貴施設で、**明細書**を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 依頼があった患者についてのみ発行をしているため
02 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため
03 事務負担が大きいため
04 その他 ( )

＜ここからは明細書を発行している（問 12 で 01 または 02 を回答した）医療機関にお伺いします＞

問 13 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の**明細書**発行件数について、入院／外来別にご記入下さい。

	入院		外来	
明細書の発行件数		件		件

問 14 貴施設での**明細書**の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 診察日・退院日	02 次回来院時
03 月 1 回まとめて	04 その他 ( )

問 15 貴施設での**明細書**の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 傷病名	02 診療月日や入院期間
03 診療報酬点数の個別項目名	04 診療報酬点数の個別単価・算定回数
05 その他 ( )	

問 16 貴施設の**明細書**の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 レセプトと同じ様式	02 自施設で独自に作成した様式
03 依頼状裏面に掲載したものと同一様式	

問 17 貴施設では**明細書**をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 パソコン等から自動的に出力している	02 パソコン等でその都度作成し発行している
03 手書きで発行している	04 その他 ( )

問 18 貴施設では**明細書**発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1 件あたりの金額をご記入ください。

(1) 徴収の有無と徴収方法	01 1 件ごとに定額を徴収している	02 ページ数ごとに定額を徴収している
	03 その他 ( )	04 徴収していない
(2) 1 件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入ください)	( ) 円/件	

問 19 貴施設において <b>明細書</b> を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ)			
患者との信頼関係	01 深まった	02 浅くなった	03 どちらともいえない
患者からの問合せ	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない
患者とのトラブル	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない

＜ここからは明細書を発行していない(問 12 で 03 と回答した) 医療機関にお伺いします＞

問 20 貴施設において <b>明細書</b> を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 希望する患者がない	02 希望する患者が少ない
03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる)	04 事務負担が大きい(職員不足)
05 明細書を発行しなければならないことを知らなかったから	
06 その他 ( )	

問 21 貴施設において患者から <b>明細書</b> 発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 患者に医療の内容について説明している	02 明細書を発行できない理由を説明している
03 その他 ( )	

問 22 貴施設では <b>明細書</b> の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 発行する予定はない	02 患者からの依頼があれば発行する
03 未定	04 その他 ( )

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

<p>＜領収証＞</p> <p>良かった点：</p> <p>悪かった点：</p>
<p>＜明細書＞</p> <p>良かった点：</p> <p>悪かった点：</p>

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費を記載します。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳を記載します。

領 収 証							
患者番号	氏名	請求期間 (入院の場合)					
	様	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
受診科	入・外	領収書 No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			平成 年 月 日				
保 険	初・再診料	入院料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療	歯冠修復および欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養			
点	点	点	点				
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他		保険	保険(食事・生活)	保険外負担	
				円	円	円	
	(内訳)	(内訳)		円	円	円	
				円	円		
東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇				領収印			
〇〇診療所 〇 〇 〇 〇							

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です (1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額(負担額)が窓口で支払われる金額です。

診療明細書					
外来		保 険			
患者番号	氏名	様	受診日	年	月 日
受診科					
部	項目名	点数	回数		
初・再診料	* 再診料	40	1		
歯科矯正	* 歯科矯正管理料	300	1		

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査  
**明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の**開設者**として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 法人	02 個人
-------	-------

問 2 貴施設の職員数について、薬剤師数、事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員を含めて、**人数**をご記入下さい。

	常勤		非常勤 (常勤換算)	
職員数		人		人
(再掲) 薬剤師数		人		人
(再掲) 事務担当の職員数		人		人
医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数 (常勤換算のみ)				人

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法  
 貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。  
 例：1週間の通常勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の事務職員が1人いる場合  

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

問 3 貴施設の平成 21 年 6 月 1 カ月間における処方せんの受付状況について、ご記入下さい。

(1) 調剤報酬明細書の件数	(        ) 件	(2) 処方せん枚数	(        ) 件
----------------	--------------	------------	--------------

問 4 貴施設の施設基準等の届出状況について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 基準調剤加算 1 (10 点)	02 基準調剤加算 2 (30 点)	03 なし
--------------------	--------------------	-------

■ IT 化の状況についてお伺いします。

問 5 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 稼働中	02 開発中	03 計画中	04 計画なし
--------	--------	--------	---------

問 6 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 オンライン請求	02 電子媒体 (MO や FD) による提出
03 紙による提出 (医事会計システムを使用)	04 紙による提出 (手書き)

■ 領収証の発行状況についてお伺いします。

問 7 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の領収証※の発行件数について、ご記入下さい。

領収証の発行件数		件
----------	--	---

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の費用が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■ 明細書の発行状況についてお伺いします。

問 8 **明細書** (領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。)の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問 9 貴施設では、**明細書**※の発行について周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 支払い窓口に明細書を発行している旨を明示している
02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている
03 来局者にチラシ等を配布している
04 その他 ( )
05 特に何も周知していない

問 10 貴施設では、患者から**明細書**の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1 カ月に数回ある
04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない

問 11 貴施設では、**明細書**を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その**発行開始時期**についてご記入ください。

01 患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期 平成・昭和( )年( )月 →一部の患者のみに発行していた時期があれば、それをはじめた時期 平成・昭和( )年( )月
02 一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 平成・昭和( )年( )月
03 発行していない →問 19 へ

問 11-1 問 11 で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。貴施設で、**明細書**を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 依頼があった患者についてのみ発行をしているため
02 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため
03 事務負担が大きいため
04 その他 ( )

<ここからは明細書を発行している(問 11 で 01 または 02 を回答した) 保険薬局にお伺いします>

問 12 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の**明細書**の発行件数について、ご記入下さい。

明細書の発行件数		件
----------	--	---

問 13 貴施設での**明細書**の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は 1 つ)

01 調剤日	02 次回来局時
03 月 1 回まとめて	04 その他 ( )

問 14 貴施設での**明細書**の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

01 保険薬局名	02 保険医氏名
03 調剤報酬点数の個別項目	04 調剤報酬点数の個別単価・件数
05 その他 ( )	

問 15 貴施設の**明細書**の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は 1 つ)

01 レセプトと同じ様式	02 自施設で独自に作成した様式
--------------	------------------

問 16 貴施設では**明細書**をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は 1 つ)

01 パソコン等から自動的に出力している	02 パソコン等でその都度作成し発行している
03 手書きで発行している	04 その他 ( )

問 17 貴施設では**明細書**発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は 1 つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1 件あたりの金額をご記入ください。

(1) 徴収の有無と 徴収方法	01 1 件ごとに定額を徴収している	02 ページ数ごとに定額を徴収している
	03 その他 ( )	04 徴収していない
(2) 1 件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入ください)		( _____ ) 円/件

問 18 貴施設において**明細書**を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は 1 つ)

患者との信頼関係	01 深まった	02 浅くなった	03 どちらともいえない
患者からの問合せ	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない
患者とのトラブル	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない

<ここからは明細書を発行していない（問 11 で 03 と回答した）保険薬局にお伺いします>

問 19 貴施設において**明細書**を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

01 希望する患者がない	02 希望する患者が少ない
03 発行する設備が整っていない（設備に費用がかかる）	04 事務負担が大きい（職員不足）
05 明細書を発行しなければならないことを知らなかったから	
06 その他（ ）	

問 20 貴施設において患者から**明細書**発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

01 患者に調剤の内容について説明している	02 明細書を発行できない理由を説明している
03 その他（ ）	

問 21 貴施設では**明細書**の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

01 発行する予定はない	02 患者からの依頼があれば発行する
03 未定	04 その他（ ）

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

<p>&lt;領収証&gt;</p> <p>良かった点：</p>   <p>悪かった点：</p>	<p>&lt;明細書&gt;</p> <p>良かった点：</p>   <p>悪かった点：</p>
---	---

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。



領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の点数、費用を記載します。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、処方される薬剤ごとの費用を記載します。

領 収 証				
患者番号	氏名			
	様			
領収書 No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家
	平成 年 月 日			
保険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保健医療材料料
	点	点	点	点
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		
	(内訳)	(内訳)		
		合計	円	円
		負担額	円	円
		領収額合計		
東京都〇〇区〇〇 〇〇薬局				

明 細 書																																										
調剤報酬明細書 平成 21 年 4 月 分																																										
				4 調剤	1 社	1 単独	2 本外																																			
市町村		老人受		保険																																						
公負①		公受①		記号・番号																																						
公負②		公受①		保険薬局の所在地および名称																																						
				東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇薬局																																						
氏名	男・女	年 月 日	生	特記事項																																						
職務上の事由																																										
医療機関	東京都〇〇区 〇-〇-〇 〇〇医院			保険医氏名	1	6			受付回数	回																																
					2	7																																				
					3	8																																				
					4	9																																				
					5	10																																				
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数																																	
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料点		調剤料	薬剤料	加算料																																		
1	4・24	4・24	〇〇〇0.1% 5g 「外用」1日1-2回顔に塗布	10	1	10	10																																			
1	4・24	4・24	〇〇〇軟膏0.3% 5g 「外用」1日1-2回首に塗布	14	1	10	14																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>摘</td> <td colspan="8"></td> <td>※高額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>要</td> <td colspan="8"></td> <td>※公</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="8"></td> <td>※公</td> <td>点</td> </tr> </table>										摘									※高額	円	要									※公	点										※公	点
摘									※高額	円																																
要									※公	点																																
									※公	点																																
保	請求点	※決定点	一部負担金額	円	基本料点基	時間外点	薬学管理料																																			
①	163				74		1 ㊦1		45																																	
②																																										

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です（1点=10円）。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額（負担額）が窓口で支払われる金額です。

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査  
**明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票**

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 21 年 (        ) 月 (        ) 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴事業所の概要についてお伺いします。

問 1 貴事業所の <b>開設者</b> として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合	
02 日本赤十字社・社会保険関係団体	03 医療法人
04 医師会	05 看護協会
06 社団・財団法人 (04,05 以外)	07 社会福祉法人 (社会福祉協議会含む)
08 農業協同組合及び連合会	09 消費生活協同組合及び連合会
10 営利法人 (株式・合名・合資・有限会社)	11 特定非営利活動法人 (NPO)
12 その他法人	

問 2 貴事業所の病院 (診療所) への併設状況について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 併設している	02 併設していない

問 3 貴事業所における平成 21 年 6 月 1 カ月間の訪問看護の実利用者数について <b>保険の種別</b> にご記入下さい。				
	医療保険		介護保険	
訪問看護の実利用者数	人		人	

問4 貴事業所の職員数について、事務専任の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員を含めて、 <b>人数</b> をご記入下さい。			
	常勤		非常勤（常勤換算）
職員数		人	人
（再掲）事務職員数		人	人
医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ）			人
<p>注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法          貴事業所の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入ください。          例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合</p> $\text{非常勤事務職員数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$			

<ここからは医療保険での利用者がある訪問看護ステーションにお伺いします>

■IT化の状況についてお伺いします。

問5 貴事業所では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）			
01 稼働中	02 開発中	03 計画中	04 計画なし

問6 貴事業所では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）	
01 紙による提出（医事会計システムを使用）	02 紙による提出（手書き）

■領収証の発行状況についてお伺いします。

問7 貴事業所での平成21年6月1カ月間の <b>領収証</b> ※の発行件数（ <b>医療保険の利用者についてのみ</b> ）をご記入下さい。	
領収証の発行件数(医療保険の利用者についてのみ)	件

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、各項目の費用が記載されているものです。具体的な例は**依頼状の裏面**をご覧ください。

■明細書の発行状況についてお伺いします。

問8 <b>明細書</b> （領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は <b>依頼状の裏面</b> をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）	
01 知っている	02 知らない

問9 貴事業所では、 <b>明細書</b> の発行について周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）	
01 利用者にチラシ等を配布している	
02 口頭で説明している	
03 その他（ ）	
04 特に何も周知していない	

問 10 貴事業所では、利用者から <b>明細書</b> の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)		
01 ほぼ毎日ある	02 週数回にある	03 1カ月に数回ある
04 年に数回ある	05 ほとんどない	06 わからない

問 11 貴事業所では、 <b>明細書</b> を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その <b>発行開始時期</b> についてご記入ください。		
01 利用者からの依頼にかかわらず、全ての利用者について発行している →全ての利用者 <b>に発行をはじめた時期</b> 平成・昭和( )年( )月 →一部の利用者 <b>のみに発行していた時期があれば、それをはじめた時期</b> 平成・昭和( )年( )月		
02 一部の利用者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 平成・昭和( )年( )月		
03 発行していない →問 19 へ		

問 11-1 問 11 で「02 一部の利用者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。貴事業所で、 <b>明細書</b> を一部の利用者についてのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 依頼があった利用者についてのみ発行をしているため	
02 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため	
03 事務負担が大きいため	
04 その他 ( )	

<ここからは明細書を発行している(問 11 で 01 または 02 を回答した) 訪問看護ステーションにお伺いします>

問 12 貴事業所での平成 21 年 6 月 1 カ月間の <b>明細書</b> の発行件数 (医療保険の利用者についてのみ) をご記入下さい。		
明細書の発行件数(医療保険の利用者についてのみ)		件

問 13 貴事業所での <b>明細書</b> の発行はどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 訪問日	02 次回訪問時
03 月 1 回まとめて	04 その他 ( )

問 14 貴事業所での <b>明細書</b> の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 傷病名	02 訪問看護ステーション名
03 主治医氏名	04 訪問日
05 利用日数	06 加算の状況
07 その他 ( )	

問 15 貴事業所の <b>明細書</b> の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 レセプトと同じ様式	02 自施設で独自に作成した様式

問 16 貴事業所では <b>明細書</b> をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 パソコン等から自動的に出力している	02 パソコン等でその都度作成し発行している
03 手書きで発行している	04 その他 ( )

問 17 貴事業所では <b>明細書</b> 発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1件あたりの金額をご記入ください。		
(1) 徴収の有無と徴収方法	01 1件ごとに定額を徴収している	02 ページ数ごとに定額を徴収している
	03 その他 ( )	04 徴収していない
(2) 1件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入ください)	( ) 円/件	

問 18 貴事業所において <b>明細書</b> を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ)			
利用者との信頼関係	01 深まった	02 浅くなった	03 どちらともいえない
利用者からの問合せ	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない
利用者とのトラブル	01 増えた	02 減った	03 どちらともいえない

<ここからは明細書を発行していない(問11で03と回答した)訪問看護ステーションにお伺いします>

問 19 貴事業所において <b>明細書</b> を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 希望する利用者がいない	02 希望する利用者が少ない
03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる)	04 事務負担が大きい(職員不足)
05 明細書を発行しなければならないことを知らなかったから	
06 その他 ( )	

問 20 貴事業所において利用者から <b>明細書</b> 発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)	
01 利用者に医療の内容について説明している	02 明細書を発行できない理由を説明している
03 その他 ( )	

問 21 貴事業所では <b>明細書</b> の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)	
01 発行する予定はない	02 利用者からの希望があれば発行する
03 未定	04 その他 ( )

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

<領収証>
良かった点：
悪かった点：
<明細書>
良かった点：
悪かった点：

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、○月○日(○)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、各項目の点数、費用を記載します。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、訪問者の職種別（看護師など）の訪問日数や訪問の種類ごとの費用を記載します。

領 収 証						
領収書 No.	患者番号	氏名	請求期間			
		様	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
発行日		負担割合	本・家	区分		
平成 年 月 日						
保険適用負担	保険負担分項目 (内訳)	単価	数量	金額	税	消費税等
提供日						
1 2 3 4 5 6 7						
8 9 10 11 12 13 14						
15 16 17 18 19 20 21						
22 23 24 25 26 27 28						
29 30 31						
備考						

明 細 書									
訪問看護療養費明細書					平成 21 年 4 月分				
-					6 訪問				
公負①					公受①				
公負②					公受①				
東京都〇〇区〇〇					訪問看護ステーションの所在地および名称				
〇〇訪問看護ステーション					東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇				
〇〇訪問看護ステーション					記号・番号				
氏名					特記事項				
男・女 年 月 日生					東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇				
職務上の事由					〇〇訪問看護ステーション				
心身の状態			訪問開始年月日		年 月 日		実日数		保 日
主たる傷病名			訪問終了年月日時刻		年 月 日 午 時 分		①		日
指示期間			指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日		②		日
(特別指示期間)			主治医の属する医療機関の名称		年 月 日 ~ 年 月 日		主治医の氏名		年 月 日
10 基本療養費			11 看護師等		円× 日 円		基本療養費(II)		18 保健師、看護師、作業療法士
12 准看護師			13 看護師等		円× 日 円		円× 日 円		円
14 准看護師			15 難病等複数回訪問加算		円× 日 円		19 延長時間加算		円× 日 円
16 緊急訪問看護加算			17 長時間訪問看護加算		円× 日 円		訪問日		1 2 3 4 5 6 7
17 長時間訪問看護加算			18 緊急性加算		円× 日 円		8 9 10 11 12 13 14		15 16 17 18 19 20 21
20 管理療養費			21 管理療養費		円+ 円× 日 円		22 23 24 25 26 27 28		29 30 31
22 24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算			23 24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算		円		主治医への直近報告年月日		年 月 日
25 退院時共同指導加算			26 退院支援指導加算		円× 日 円		提供した情報の概要		情報提供先の市(区)町村
26 退院支援指導加算			27 在宅患者連携指導加算		円		特記事項		特記事項
27 在宅患者連携指導加算			28 在宅患者緊急時等カフレス加算		円× 日 円				
28 在宅患者緊急時等カフレス加算			30 情報提供療養費		円				
30 情報提供療養費			40 後期高齢者終末期相談支援療養費		円				
40 後期高齢者終末期相談支援療養費			50 訪問看護ターミナルケア療養費		円				
50 訪問看護ターミナルケア療養費			合計		保 請求 円 ※ 決 定 円		負担金額		円 ※ 高 額 円
			①		円 ※ 円		円 ※ 円		備考
			②		円 ※ 円		円 ※ 円		備考

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額に対して、患者様の負担割合から算出した金額（負担額）が窓口で支払われる金額です。

## 明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは医療機関で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。  
 なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状（裏面）をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ） 01 男性 02 女性

(2) あなた（患者様）の年齢は？ ( ) 歳

(3) この調査票を受け取った医療機関はかかりつけですか。（○は1つ）

01 はい 02 いいえ

(4) この調査票を受け取った医療機関をどのように利用していますか。  
 （○は1つ）

01 入院治療中 02 外来治療中 03 その他 ( )

(4) -1. (4) で「**01 入院治療中**」と回答された方に伺います。  
 今回の入院期間は予定も含め、どの程度ですか。

01 3日以内 02 ~2週間以内 03 ~1か月以内  
04 ~3か月以内 05 ~6か月以内 06 6か月以上~

(4) -2. (4) で「**02 外来治療中**」と回答された方に伺います。  
 この調査票を受け取られた医療機関を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。（○は1つ）

01 1回未満 02 1回 03 2~3回  
04 4~5回 05 6回以上 06 今回初めて

(5) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

01 国民健康保険 02 社会保険・共済（本人）  
03 社会保険・共済（被扶養者） 04 後期高齢者医療  
05 その他 ( )

(6) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

01 はい 02 いいえ

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの  
 （例：小児医療や難病に対する医療など）

(7) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

01 患者様ご本人 02 ご家族 03 その他 ( )

■領収証についてお伺い致します。

問2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

01 知っている 02 知らない



問3. この調査票を受け取った医療機関で、領収証を受け取りましたか。  
(○は1つ)

01 受け取った	02 受け取っていない
----------	-------------

問3-1. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
受け取った領収証は、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分されたものでしたか。(○は1つ)

01 はい	02 いいえ
-------	--------

問3-2. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
領収証の内容は分かりやすいですか。(○は1つ)

01 非常に分かりやすい	02 分かりやすい
03 どちらともいえない	04 分かりにくい
05 非常に分かりにくい	

### ■明細書についてお伺い致します。

問4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。(○は1つ)

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問5. これまでに明細書を受け取ったことはありますか。(それぞれ○は1つ)

この調査票を受け取った医療機関	01 ある	02 ない
その医療機関以外	01 ある	02 ない

問6. 問4で「01 知っている」と回答された方に伺います。明細書が発行されることについて知ったきっかけは何ですか。(○は1つ)

01 医療機関内のポスター／掲示／パンフレット等	
02 医療機関側から明細書が発行されて	
03 医療機関側からの紹介(口頭)	
04 新聞、インターネット等メディアから	
05 知人から	06 その他 ( )

問7. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。(○は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

問8. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行を依頼したことはありますか。(○は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

問8-1. 問8で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。

明細書の発行を依頼した際の医療機関の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。(○は1つ)

01 依頼した当日に発行された	02 後日発行された
02 後日受け取る予定である	04 発行されなかった

問8-2. 問8-1で「04 発行されなかった」と回答された方にお伺いします。その際、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（〇はいくつでも）

- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した   | → 結果（いずれかを〇）： 解決した・解決しなかった |
| 02 発行されない理由を医療機関に質問した | → 結果（いずれかを〇）： 解決した・解決しなかった |
| 03 医療費の内訳を聞いた         | → 結果（いずれかを〇）： 解決した・解決しなかった |
| 04 特に何もしなかった          |                            |
| 05 その他（               | ）                          |

■ここからは、この調査票を受け取った医療機関で明細書を受け取った方（問8-1で01,02と回答された方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問16以下をご回答ください。）

問9. 明細書の内容は分かりやすいですか。（〇は1つ）

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい    | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい    | 05 非常に分かりにくい |              |

問10. 明細書を受け取って良かった点は何ですか。（〇はいくつでも）

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 01 治療／検査内容が分かりやすくなった         |   |
| 02 医療費の内訳が分かりやすくなった          |   |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しやすくなった |   |
| 04 医療機関を選択する際の参考になった         |   |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が増した         |   |
| 06 その他（                      | ） |
| 07 なし                        |   |

問11. 明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（〇はいくつでも）

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 01 治療／検査内容が分かりにくかった         |   |
| 02 医療費の内訳が分かりにくかった          |   |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しにくかった |   |
| 04 医療機関を選択する際の参考にならなかった     |   |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が減った        |   |
| 06 その他（                     | ） |
| 07 なし                       |   |

問11-1. 問11で「07 なし」以外を選択された方にお伺い致します。上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（〇はいくつでも）

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した | → 結果（いずれかを〇）： 解決した・解決しなかった |
| 02 特に何もしなかった        |                            |
| 03 その他（             | ）                          |

問12. 明細書はどのような書面でしたか。（〇は1つ）

- |                     |          |         |   |
|---------------------|----------|---------|---|
| 01 パソコンなど機械で出力されたもの |          |         |   |
| 02 手書きのもの           | 03 分からない | 04 その他（ | ） |

問13. 明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。（○は1つ）  
 手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

- |                        |                |          |
|------------------------|----------------|----------|
| 01 手数料がかかった（金額：_____円） | 02 手数料はかからなかった | 03 分からない |
|------------------------|----------------|----------|

問13-1. 問13で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。  
 手数料の金額をどのように感じましたか。（○は1つ）

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 01 非常に高い | 02 高い    | 03 妥当である |
| 04 安い    | 05 非常に安い |          |

問14. 領収証の「診断群分類(DPC)※」に点数の記載がある方に伺います。DPC  
 の医薬品・検査の名称について明細書に記載がありましたか。（○は1つ）

- |        |         |
|--------|---------|
| 01 あった | 02 なかった |
|--------|---------|

※診断群分類(DPC)の説明は、依頼状（裏面）をご参照下さい。

問15. 領収証の「診断群分類(DPC)※」に点数の記載がある方に伺います。DPC  
 の医薬品・検査の名称について、明細書への記載を希望しますか。  
 （○は1つ）

- |         |          |              |
|---------|----------|--------------|
| 01 希望する | 02 希望しない | 03 どちらともいえない |
|---------|----------|--------------|

※診断群分類(DPC)の説明は、依頼状（裏面）をご参照下さい。

■ここからは、全ての方にお伺い致します。

問16. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。  
 （○は1つ）

- |       |         |              |
|-------|---------|--------------|
| 01 思う | 02 思わない | 03 どちらともいえない |
|-------|---------|--------------|

問17. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。（○は1つ）

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 01 金額によらず希望する   | 02 無料であれば希望する |
| 03 実費相当であれば希望する | 04 希望しない      |
| 05 分からない        |               |

問18. 領収証および明細書についてご希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書きください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、○月○日（○）までに  
 同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください（切手貼付不要）。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費が記載されています。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳が記載されています。

領 収 証									
患者番号		氏名			請求期間 (入院の場合) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
受診科		入・外	領収書 No.	発行日 平成 年 月 日	費用区分	負担割合	本・家	区分	
保 険	初・再診料	入院料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬		
	点	点	点	点	点	点	点		
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
	病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養					
点	点	点	点						
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他		保 険		保 険 (食 事・生 活)		保 険 外 負 担	
				合計		円		円	
	(内訳)	(内訳)		負担額		円		円	
				領収額 合計		円			

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です (1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額 (負担額) を窓口でお支払頂いています。

診療明細書									
東京都〇〇区〇〇		入院		保 険					
患者番号		氏名			受診日		年 月 日		
受診科									
部	項目名				点数	回数			
医学管理	* 薬剤管理指導料 (救命救急入院料等算定患者)				430	1			
注射	* 点滴注射				426	1			
	△△△注 100mg0.1% 100mL 1 瓶								
	生理食塩液 500mL 1 瓶				95				
	* 点滴注射料				40				
	* 無菌製剤処理料 2								

診療明細書									
入院		保 険							
患者番号		氏名			受診日		年 月 日		
受診科									
部	項目名				点数	回数			
診断群分類 (DPC)	* DPC 5日間包括算定				13844				
医薬品	* ○○錠 100mg								
	* 点滴注射								
	* △△注 500mL								
検査	* 末梢血液一般検査								
	* CRP 定量								
	* 血液採取 (静脈)								
	* 血液学的検査判断料								
	* 免疫学的検査判断料								

使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する

<DPCとは>

- DPCとは、入院患者様の病名や症状、手術などの診療行為の有無を組み合わせたもので、診断群分類とも呼ばれます。
- 従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、「定額払い」の会計方式では厚生労働省が定めた1日当たりの診断群分類ごとの点数をもとに医療費を計算します。

## 明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは医療機関で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。  
 なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状（裏面）をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ）

01 男性	02 女性
-------	-------

(2) あなた（患者様）の年齢は？

( ) 歳
-------

(3) この調査票を受け取った医療機関はかかりつけですか。（○は1つ）

01 はい	02 いいえ
-------	--------

(4) この調査票を受け取られた医療機関を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。

01 1回未満	02 1回	03 2～3回
04 4～5回	05 6回以上	06 今回初めて

(5) この調査票を受け取られた医療機関を利用するようになってどのくらいですか。（○は1つ）

01 1年以内	02 2～5年	03 6～10年
04 11年以上	05 今回初めて	

(6) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

01 国民健康保険	02 社会保険・共済（本人）
03 社会保険・共済（被扶養者）	04 後期高齢者医療
05 その他（ ）	

(7) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

01 はい	02 いいえ
-------	--------

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの  
 （例：小児医療や難病に対する医療など）

(8) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

01 患者様ご本人	02 ご家族	03 その他（ ）
-----------	--------	-----------

■領収証についてお伺い致します。

問2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問3. この調査票を受け取った医療機関で、領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

01 受け取った	02 受け取っていない
----------	-------------

問3-1. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
 受け取った領収証は、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分されたものでしたか。（〇は1つ）

01 はい	02 いいえ
-------	--------

問3-2. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
 領収証の内容は分かりやすいですか。（〇は1つ）

01 非常に分かりやすい	02 分かりやすい
03 どちらともいえない	04 分かりにくい
05 非常に分かりにくい	

### ■明細書についてお伺い致します。

問4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。（〇は1つ）

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問5. これまでに明細書を受け取ったことはありますか。（それぞれ〇は1つ）

この調査票を受け取った医療機関	01 ある	02 ない
その医療機関以外	01 ある	02 ない

問6. 問4で「01 知っている」と回答された方に伺います。  
 明細書が発行されることについて知ったきっかけは何ですか。（〇は1つ）

01 医療機関内のポスター／掲示／パンフレット等
02 医療機関側から明細書が発行されて
03 医療機関側からの紹介（口頭）
04 新聞、インターネット等メディアから
05 知人から
06 その他（                               ）

問7. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。（〇は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

問8. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行を依頼したことはありますか。（〇は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

問8-1. 問8で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。

明細書の発行を依頼した際の医療機関の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。（〇は1つ）

01 依頼した当日に発行された	02 後日発行された
03 後日受け取る予定である	04 発行されなかった

問8-2. 問8-1で「04 発行されなかった」と回答された方にお伺いします。  
その際、どうされましたか。その結果どうなりましたか。（○はいくつでも）

- |  |
|--|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した                          |
| → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u>            |
| 02 発行されない理由を医療機関に質問した                        |
| → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u>            |
| 03 医療費の内訳を聞いた                                |
| → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u>            |
| 04 特に何もしなかった                                 |
| 05 その他（ <span style="float: right;">）</span> |

■ここからは、この調査票を受け取った医療機関で明細書を受け取った方（問8-1で01,02と回答された方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問9. 明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい    | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい    | 05 非常に分かりにくい |              |

問10. 明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

- |  |
|--|
| 01 治療／検査内容が分かりやすくなった                         |
| 02 医療費の内訳が分かりやすくなった                          |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しやすくなった                 |
| 04 医療機関を選択する際の参考になった                         |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が増した                         |
| 06 その他（ <span style="float: right;">）</span> |
| 07 なし  |

問11. 明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

- |  |
|--|
| 01 治療／検査内容が分かりにくかった                          |
| 02 医療費の内訳が分かりにくかった                           |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しにくかった                  |
| 04 医療機関を選択する際の参考にならなかった                      |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が減った                         |
| 06 その他（ <span style="float: right;">）</span> |
| 07 なし  |



問 11-1. 問 11 で「07 なし」以外を選択された方にお伺い致します。  
上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。  
(○は1つ)

- |  |
|--|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した<br>→ 結果 (いずれかを○) : <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 02 特に何もしなかった   |
| 03 その他 ( )   |

問12. 明細書はどのような書面でしたか。(○は1つ)

- |   |
|---|
| 01 パソコンなど機械で出力されたもの                     |
| 02 手書きのもの      03 分からない      04 その他 ( ) |

問13. 明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。(○は1つ)  
手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

- |                              |
|------------------------------|
| 01 手数料がかかった (金額 : _____ 円)   |
| 02 手数料はかからなかった      03 分からない |

問 13-1. 問 13 で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。  
手数料の金額をどのように感じましたか。(○は1つ)

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| 01 非常に高い | 02 高い    | 03 妥当である |
| 04 安い    | 05 非常に安い |          |

■ここからは、全ての方にお伺い致します。

問14. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。  
(○は1つ)

- |       |         |              |
|-------|---------|--------------|
| 01 思う | 02 思わない | 03 どちらともいえない |
|-------|---------|--------------|

問15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| 01 金額によらず希望する   | 02 無料であれば希望する |
| 03 実費相当であれば希望する | 04 希望しない      |
| 05 分からない        |               |

問16. 領収証および明細書についてご希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書きください。

--

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、○月○日 (○) までに  
同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費が記載されています。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳が記載されています。

領 収 証									
患者番号		氏名			請求期間 (入院の場合)				
		様			平成 年 月 日～平成 年 月 日				
受診科	入・外	領収書No.	発行日		費用区分	負担割合	本・家	区分	
			平成 年 月 日						
保 険	初・再診料	入院料	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬		
	点	点	点	点	点	点	点		
	注射	リハビリテーション	処置	手術	麻酔	放射線治療	歯冠修復および欠損補綴		
	点	点	点	点	点	点	点		
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養					
点	点	点	点						
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他		合計		保険	保険(食事・生活)	保険外負担	
				円		円	円	円	
	(内訳)	(内訳)		負担額		円	円	円	
				領収額合計		円			
東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇診療所 〇 〇 〇 〇									
領収印									

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です(1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額(負担額)を窓口でお支払頂いています。

診療明細書					
		外来	保険		
患者番号	氏名	様	受診日	年	月 日
受診科					
部	項目名	点数	回数		
初・再診料	* 再診料	40	1		
歯科矯正	* 歯科矯正管理料	300	1		

## 明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは保険薬局で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。  
 なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状（裏面）をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ） 

01 男性	02 女性
-------	-------

(2) あなた（患者様）の年齢は？ 

( ) 歳
-------

(3) この調査票を受け取った薬局はかかりつけですか。（○は1つ）  

01 はい	02 いいえ
-------	--------

(4) この調査票を受け取られた薬局を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。

01 1回未満	02 1回	03 2～3回
04 4～5回	05 6回以上	06 今回初めて

(5) この調査票を受け取られた薬局を利用するようになってどのくらいですか。（○は1つ）

01 1年以内	02 2～5年	03 6～10年
04 11年以上	05 今回初めて	

(6) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

01 国民健康保険	02 社会保険・共済（本人）
03 社会保険・共済（被扶養者）	04 後期高齢者医療
05 その他（ ）	

(7) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

01 はい	02 いいえ
-------	--------

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの  
 （例：小児医療や難病に対する医療など）

(8) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

01 患者様ご本人	02 ご家族	03 その他（ ）
-----------	--------	-----------

### ■領収証についてお伺い致します。

問2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問3. この調査票を受け取った薬局で、領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

01 受け取った

02 受け取っていない

問3-1. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
受け取った領収証は「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分されたものでしたか。（○は1つ）

01 はい

02 いいえ

問3-2. 問3で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。  
領収証の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

01 非常に分かりやすい

02 分かりやすい

03 どちらともいえない

04 分かりにくい

05 非常に分かりにくい

### ■明細書についてお問い合わせ致します。

問4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。（○は1つ）

01 知っている

02 知らない

問5. これまでに明細書を受け取ったことはありますか。（○は1つ）

この調査票を受け取った薬局	01 ある	02 ない
その薬局以外	01 ある	02 ない

問6. 問4で「01 知っている」と回答された方に伺います。  
明細書が発行されることについて知ったきっかけは何ですか。  
（○は1つ）

01 薬局内のポスター／掲示／パンフレット等

02 薬局側から明細書が発行されて

03 薬局側からの紹介（口頭）

04 新聞、インターネット等メディアから

05 知人から

06 その他（ ）

問7. この調査票を受け取った薬局で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問8. この調査票を受け取った薬局で、明細書の発行を依頼したことはありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問8-1. 問8で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。明細書の発行を依頼した際の薬局の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。（○は1つ）

01 依頼した当日に発行された

02 後日発行された

02 後日受け取る予定である

04 発行されなかった

問8-2. 問8-1で「04 発行されなかった」と回答された方にお伺いします。その際、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

- 01 不明点を薬局に質問・相談した  
→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった
- 02 発行されない理由を薬局に質問した  
→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった
- 03 医療費の内訳を聞いた  
→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった
- 04 特に何もしなかった
- 05 その他（）

■ここからは、この調査票を受け取った薬局で明細書を受け取った方（問8-1で01,02と回答された方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問9. 明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

- 01 非常に分かりやすい    02 分かりやすい    03 どちらともいえない  
04 分かりにくい    05 非常に分かりにくい

問10. 明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

- 01 治療／検査内容が分かりにくかった
- 02 医療費の内訳が分かりにくかった
- 03 薬剤等に治療／検査について質問、相談しにくかった
- 04 薬局を選択する際の参考にならなかった
- 05 薬局への安心感、信頼感が減った
- 06 その他（）
- 07 なし

問11. 明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

- 01 治療／検査内容が分かりにくかった
- 02 医療費の内訳が分かりにくかった
- 03 薬剤師等に治療／検査について質問、相談しにくかった
- 04 薬局を選択する際の参考にならなかった
- 05 薬局への安心感、信頼感が減った
- 06 その他（）
- 07 なし

問 11-1. 問 11 で「07 なし」以外を選択された方にお伺い致します。  
 上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうなりましたか。  
 （○はいくつでも）

- 01 不明点を医療機関に質問・相談した→解決（した・しなかった）  
 → 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった  
 02 特に何もしなかった  
 03 その他（ ）

問12. 明細書はどのような書面でしたか。（○は1つ）

- 01 パソコンなど機械で出力されたもの  
 02 手書きのもの      03 分からない      04 その他（ ）

問13. 明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。（○は1つ）

手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

- 01 手数料がかかった（金額： \_\_\_\_\_ 円）  
 02 手数料はかからなかった      03 分からない

問 13-1. 問 13 で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。  
手数料の金額をどのように感じましたか。（○は1つ）

- 01 非常に高い      02 高い      03 妥当である  
 04 安い      05 非常に安い

**■ここからは、全ての方にお伺い致します。**

問14. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。  
 （○は1つ）

- 01 思う      02 思わない      03 どちらともいえない

問15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。（○は1つ）

- 01 金額によらず希望する      02 無料であれば希望する  
 03 実費相当であれば希望する      04 希望しない  
 05 分からない

問16. 領収証および明細書についてご希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書きください。

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
 記入漏れがないかをご確認の上、○月○日（○）までに  
 同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください（切手貼付不要）。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の点数、費用が記載されています。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、処方される薬剤ごとの費用が記載されています。

領 収 証				
患者番号	氏名			
	様			
領収書 No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家
	平成 年 月 日			
保険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保健医療材料料
	点	点	点	点
保険外負担	評価療養・選定療養	その他		
	(内訳)	(内訳)	合計	円
			負担額	円
			領収額合計	円
東京都〇〇区〇〇 〇〇薬局				

明 細 書									
調剤報酬明細書					平成 21 年 4 月 分				
					4 調剤	1 社	1 単独	2 本外	
市町村			老人受		保険				
公負①			公受①		記号・番号				
公負②			公受①		保険薬局の所在地および名称				
氏名 男・女 年 月 日生 様					東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇〇 〇〇薬局				
職務上の事由					特記事項				
医療機関	東京都〇〇区 〇-〇-〇〇 〇〇医院			保険医氏名	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受付回数	回	
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料 点		調剤料	薬剤料	加算料	
1	4・24	4・24	〇〇〇0.1% 5g 「外用」1日1-2回顔に塗布	10	1	10	10		
1	4・24	4・24	〇〇軟膏 0.3% 5g 「外用」1日1-2回首に塗布	14	1	10	14		
摘 要					※高額 円 ※公 点 ※公 点				
保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額 円	基本料 点 基	時 間 外 点	薬学管理料			
①	163			74		1 ① 45			
②									

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です（1点=10円）。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額（負担額）を窓口でお支払頂いています。

## 明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは訪問看護ステーションで受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状(裏面)をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ） 01 男性 02 女性

(2) あなた（患者様）の年齢は？ ( ) 歳

(3) この調査票を受け取られた訪問看護ステーションを利用する回数は週に何回ですか。

( ) 回/週

(4) この調査票を受け取られた訪問看護ステーションを利用するようになってどのくらいですか。（○は1つ）

01 1年以内 02 2～5年 03 6～10年  
04 11年以上 05 今回初めて

(5) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

01 国民健康保険 02 社会保険・共済（本人）  
03 社会保険・共済（被扶養者） 04 後期高齢者医療  
05 その他（ ）

(6) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

01 はい 02 いいえ

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの  
（例：小児医療や難病に対する医療など）

(7) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

01 患者様ご本人 02 ご家族 03 その他（ ）

### ■領収証についてお伺い致します。

問2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

01 知っている 02 知らない

問3. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで、領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

01 受け取った 02 受け取っていない



問 3-1. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。受け取った領収証は、提供された看護サービスの「内容」や「訪問日」などが分かるものでしたか。(○は1つ)

01 はい	02 いいえ
-------	--------

問 3-2. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。領収証の内容は分かりやすいですか。(○は1つ)

01 非常に分かりやすい	02 分かりやすい
03 どちらともいえない	04 分かりにくい
05 非常に分かりにくい	

### ■明細書についてお伺い致します。

問4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。(○は1つ)

01 知っている	02 知らない
----------	---------

問5. これまでに明細書を受け取ったことはありますか。(それぞれ○は1つ)

この調査票を受け取った訪問看護ステーション	01 ある	02 ない
その訪問看護ステーション以外	01 ある	02 ない

問6. 問 4. で「01 知っている」と回答された方に伺います。明細書が発行されることについて知ったきっかけは何ですか。(○は1つ)

01 訪問看護ステーション内のポスター／掲示／パンフレット等
02 訪問看護ステーション側から明細書が発行されて
03 訪問看護ステーション側からの紹介(口頭)
04 新聞、インターネット等メディアから
05 知人から
06 その他 ( )

問7. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。(○は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

問8. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで、明細書の発行を依頼したことはありますか。(○は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

問 8-1. 問 8 で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。

明細書の発行を依頼した際の訪問看護ステーションの対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。(○は1つ)

01 依頼した当日に発行された	02 後日発行された
02 後日受け取る予定である	04 発行されなかった

問8-2. 問8-1で「04 発行されなかった」と回答された方にお伺いします。その際、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（〇はいくつでも）

- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 01 不明点を訪問看護ステーションに質問・相談した   | → 結果（いずれかを〇）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 02 発行されない理由を訪問看護ステーションに質問した | → 結果（いずれかを〇）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 03 医療費の内訳を聞いた               | → 結果（いずれかを〇）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 04 特に何もしなかった                |                                   |
| 05 その他（                     | ）                                 |

■ここからは、この調査票を受け取った訪問看護ステーションで明細書を受け取った方（問8-1で01,02と回答された方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問9. 明細書の内容は分かりやすいですか。（〇は1つ）

- |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい    | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい    | 05 非常に分かりにくい |              |

問10. 明細書を受け取って良かった点は何ですか。（〇はいくつでも）

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 01 治療／検査内容が分かりやすくなった          |   |
| 02 医療費の内訳が分かりやすくなった           |   |
| 03 看護師等に治療／検査について質問、相談しやすくなった |   |
| 04 訪問看護ステーションを選択する際の参考になった    |   |
| 05 訪問看護ステーションへの安心感、信頼感が増した    |   |
| 06 その他（                       | ） |
| 07 なし                         |   |

問11. 明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（〇はいくつでも）

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 01 治療／検査内容が分かりにくかった           |   |
| 02 医療費の内訳が分かりにくかった            |   |
| 03 看護師等に治療／検査について質問、相談しにくかった  |   |
| 04 訪問看護ステーションを選択する際の参考にならなかった |   |
| 05 訪問看護ステーションへの安心感、信頼感が減った    |   |
| 06 その他（                       | ） |
| 07 なし                         |   |

問 11-1. 問 11 で「07 なし」以外を選択された方にお伺い致します。  
上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。  
(○はいくつでも)

- |   |
|---|
| 01 不明点を訪問看護ステーションに質問・相談した<br>→ 結果 (いずれかを○): <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 02 特に何もしなかった  |
| 03 その他 ( )  |

問12. 明細書はどのような書面でしたか。(○は1つ)

- |   |
|---|
| 01 パソコンなど機械で出力されたもの                     |
| 02 手書きのもの      03 分からない      04 その他 ( ) |

問13. 明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。(○は1つ)

手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

- |                              |
|------------------------------|
| 01 手数料がかかった (金額: _____ 円)    |
| 02 手数料はかからなかった      03 分からない |

問 13-1. で「手数料がかかった」と回答された方に伺います。手数料の金額をどのように感じましたか。(○は1つ)

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 01 非常に高い      02 高い      03 妥当である |
| 04 安い      05 非常に安い               |

■ここからは、全ての方にお伺い致します。

問14. 看護内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。  
(○は1つ)

- |                                      |
|--------------------------------------|
| 01 思う      02 思わない      03 どちらともいえない |
|--------------------------------------|

問15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 01 金額によらず発行を希望する      02 無料であれば希望する |
| 03 実費相当であれば希望する      04 希望しない       |
| 05 分からない                            |

問16. 領収証および明細書についてご希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書きください。

--

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、○月○日 (○) までに  
同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

領収証、明細書の例

**領収証**：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、各項目の点数、費用が記載されています。

**明細書**：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、訪問者の職種別（看護師など）の訪問日数や訪問の種類ごとの費用が記載されています。

領 収 証														
領収書 No.		患者番号		氏名		請求期間								
				様		平成 年 月 日～平成 年 月 日								
発行日		負担割合		本・家		区分								
平成 年 月 日														
保険適用 負担	保険負担分項目 (内訳)	単価	数量	金額	税	消費税等	提供日							
							1	2	3	4	5	6	7	
							8	9	10	11	12	13	14	
							15	16	17	18	19	20	21	
							22	23	24	25	26	27	28	
							29	30	31					
							備考							
保険外 負担	保険負担分項目 (内訳)	単価	数量	金額	税	消費税等	明細合計額		明細書					
							課税対象額		訪問看護療養費明細書 平成 21 年 4 月 分					
							領収額合計		6 訪問					
									保険					
									記号・番号					
東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション 〇 〇 〇 〇							訪問看護ステーションの所在地および名称 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション							
氏名	様		特記事項											
男・女	年	月	日	生										
職務上の事由														
心身の 状態	訪問開始年月日	年 月 日		実 日 数	保 日									
	訪問終了年月日時刻	年 月 日	午 時			分								
主たる 傷病名	訪問終了の状況		1 軽快 2 施設 3 医療機関											
	死亡時刻		4 死亡 5 その他( )											
指示 期間	指示期間		年 月 日 ~ 年 月 日		主治医の属する医療機関の名称									
	(特別指示期間)		年 月 日 ~ 年 月 日		主治医の氏名									
10 基本療養費	基本療養費(I)及び(III)				(公費分金額)		基本療養費(II)							
	11 看護師等	円×	日	円	円	18 保健師, 看護師, 作業療法士								
	12 准看護師	円×	日	円	円	円× 日 円								
	13 看護師等	円×	日	円	円	19 延長時間加算								
	14 准看護師	円×	日	円	円	円× 日 円								
	15 難病等複数回訪問加算	円×	日	円	円	訪問日								
	16 緊急訪問看護加算	円×	日	円	円	1	2	3	4	5	6	7		
17 長時間訪問看護加算	円×	日	円	円	8	9	10	11	12	13	14			
					円	15	16	17	18	19	20	21		
					円	22	23	24	25	26	27	28		
					円	29	30	31						
					円	主治医への直近報告年月日 年 月 日								
20 管理療養費	21 管理療養費				円+		円×		日		円		提供した情報の概要	
	23 24 時間対応体制加算・24時間連絡体制加算				円		円		円		円		情報提供先の市(区)町村	
	25 退院時共同指導加算				円×		日		円		円		特記事項	
	26 退院支援指導加算				円×		日		円		円			
	27 在宅患者連携指導加算				円×		日		円		円			
28 在宅患者緊急時等カフレンズ加算				円×		日		円		円				
30 情報提供療養費				円		円		円		円				
40 後期高齢者終末期相談支援療養費				円		円		円		円				
50 訪問看護ターミナルケア療養費				円		円		円		円				
合計	保	請求	円	※	決	定	円	負担金額		円		※高額 円		
	①		円	※			円	円	※	円	備考			
	②		円	※			円	円	※	円				

**<領収証、明細書の見方>**

- 医療費の総額に対して、患者様の負担割合から算出した金額（負担額）を窓口でお支払頂いています。

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査 調査票（案）

※ ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※ 特に断りのない場合は、平成 21 年 6 月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

①種別 ※○は1つ	1. 診療所 2. 病院（歯科大学もしくは歯学部附属病院を除く） 3. 歯科大学もしくは歯学部附属病院				
②開設主体 ※○は1つ	1. 個人                      2. 医療法人                      3. 国立 4. 公的医療機関      5. 社会保険関係団体      6. その他				
③標榜診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 歯科      2. 矯正歯科      3. 小児歯科      4. 歯科口腔外科				
④他の施設基準 （届出のあるもの） ※あてはまるものすべてに○	1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 2. 歯科治療総合医療管理料 3. 在宅療養支援歯科支援診療所				
⑤歯科ユニット台数	（                      ）台				
⑥職員数 （実人数）	1) 歯科医師	常勤	(                      )人	(                      )人	(                      )人
		非常勤	(                      )人	(                      )人	(                      )人
	2) 歯科衛生士		(                      )人	(                      )人	/
	3) 看護職員		(                      )人	(                      )人	
	4) その他職員		(                      )人	(                      )人	
	5) 職員数合計		(                      )人	(                      )人	

2. 貴施設の歯科外来診療環境体制加算の状況についてお伺いします。

①「歯科外来診療環境体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②平成19年・20年の4月と10月、また平成21年の4月における外来患者実数（初診患者と再診患者の合計延べ人数）		4月	10月
	平成19年	（ ）人	（ ）人
	平成20年	（ ）人	（ ）人
	平成21年	（ ）人	
③平成20年の4月・10月、また平成21年の4月における当該加算を算定した初診患者実数 ※歯科外来診療環境体制加算の届出受理前については、（ ）に0をご記入ください。		4月	10月
	平成20年	（ ）人	（ ）人
	平成21年	（ ）人	

3. 貴施設の歯科外来診療時における具体的な体制についてお伺いします。

①誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に対応できる医療連携についてお伺いします。※○は1つ	
1. 外部の医科の保険医療機関と連携している 2. 併設されている医科診療部門と連携している 3. 併設された医科診療部門および外部の医科の保険医療機関の両方と連携している	
②医科・歯科連携体制を整えたのはいつからですか。	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
③連携している医科の医療機関について ※あてはまる番号すべてに○	1. 医科の診療所 2. 病院（救急医療機関を除く） 3. 病院（救急医療機関）
④誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の対応を行うための a)～f) までの装置・器具の導入開始時期についてお答えください。	
	保有開始時期
a) 自動体外式除細動器（AED）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
b) 経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
c) 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
d) 血圧計	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
e) 救急蘇生セット（薬剤を含む）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃
f) 歯科用吸引装置（口腔外バキューム）	昭和・平成（ ）年（ ）月頃

4. 歯科外来診療環境体制の整備に係る有効性についてお伺いします。

①歯科医師やその他の職員が、より安全・安心な歯科外来診療を提供する上で、以下の1)～9)の項目はどのくらい役立つと思いますか。

※「大いに役立つ」を「5」、「全く役立たない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	大いに役立つ	やや役立つ	どちらともいえない	あまり役立たない	全く役立たない
1) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時の初期対応に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
2) 医療事故の発生予防や発生時の対応、再発防止等に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
3) 感染症対策等に係る歯科医師の研修	5	4	3	2	1
4) 医療安全に係る歯科衛生士等の医療スタッフの研修	5	4	3	2	1
5) 誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）の設置	5	4	3	2	1
6) 併設された医科の診療部門または外部の医科の保険医療機関との事前の連携体制の確保	5	4	3	2	1
7) 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する感染症対策の徹底	5	4	3	2	1
8) 感染症有病患者に対する診療ユニットの常時確保	5	4	3	2	1
9) 院内掲示等を通じた医療安全対策実施の患者への周知	5	4	3	2	1

②安全・安心な歯科外来診療を提供する上で必要だと思うものや課題がありましたら、ご自由にお書きください。

5. 貴施設における歯科外来診療環境体制の整備による変化についてお伺いします。

①歯科外来診療環境体制加算によって、より安全・安心な歯科医療を行う上でどの程度の効果がみられますか。					
※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、あてはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。					
	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) 歯科医師をはじめとする職員の医療安全に関する意識が高まった	5	4	3	2	1
2) 歯科医師など治療に関わる人が、以前より安心して治療をできるようになった	5	4	3	2	1
3) 医療安全に関する情報（ヒヤリ・ハット事例等）を一元的に集約するようになった	5	4	3	2	1
4) 患者の全身状態をより詳細に把握するようになった	5	4	3	2	1
5) 医療事故等防止のための歯科医師と歯科衛生士等との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
6) 各部門や他の保険医療機関との連携が以前よりスムーズになった	5	4	3	2	1
7) 患者やその家族から安心して歯科治療を受けられると評価された	5	4	3	2	1
②上記①以外に、歯科外来診療環境体制加算による医療安全に関する効果がありましたら、ご自由にお書きください。					



6. 平成 20 年度の 1 年間（平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月末）に、貴施設において、誤飲・誤嚥、患者の急変等の発生時に、緊急対応が必要となった症例があれば、症例数とその一部の症例について、以下にご記入下さい。

なお、本設問 6. は、歯科医療機関における誤飲・誤嚥、患者の急変等が発生した場合の一般的な状況を把握するためのものであり、この目的以外に本調査結果を使用することはありません。

症例数	( ) 件
-----	-------

症 例 1	患者属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
		主たる歯科疾患名	1. う蝕                  2. 歯周疾患（歯肉炎・歯周炎）      3. 口腔粘膜疾患 4. 歯の欠損      5. その他（                      ）
		歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                  3. 不明
		何をしている時	1. 検査時   2. 歯科麻酔時      3. 投薬（歯科麻酔を除く）時 4. 手術時   5. 切削器具使用時   6. 切削以外の処置(印象、装着等)時 7. その他（具体的に                      ）
		患者がどうなったか	1. 誤嚥・誤飲した                      2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った                      4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した                      6. 呼吸困難（過呼吸を含む）になった 7. 心肺停止となった                      8. その他（                      ）
	具体的な対応内容 ※2. については、使用した医療機器すべてを○（マル）で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器（AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計）を使用した対応 3. 連携施設（併設医科）へ搬送 4. その他（具体的に                      ）	
	緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他（                      ）	

症 例 2	患者属性	年齢	( ) 代	
		性別	1. 男                      2. 女	
		主たる歯科疾患名	1. う蝕                      2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)    3. 口腔粘膜疾患 4. 歯の欠損    5. その他 ( )	
		歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	何をしている時		1. 検査時    2. 歯科麻酔時    3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時    5. 切削器具使用時    6. 切削以外の処置(印象、装着等)時 7. その他 (具体的に )	
	患者がどうなったか		1. 誤嚥・誤飲した                      2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った                      4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した                      6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった                      8. その他 ( )	
具体的な対応内容 ※2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。		1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態		1. 回復    2. 入院    3. 死亡    4. その他 ( )		

症 例 3	患者属性	年齢	( ) 代	
		性別	1. 男                      2. 女	
		主たる歯科疾患名	1. う蝕                      2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)    3. 口腔粘膜疾患 4. 歯の欠損    5. その他 ( )	
		歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明	
	何をしている時		1. 検査時    2. 歯科麻酔時    3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時    5. 切削器具使用時    6. 切削以外の処置(印象、装着等)時 7. その他 (具体的に )	
	患者がどうなったか		1. 誤嚥・誤飲した                      2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った                      4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した                      6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった                      8. その他 ( )	
具体的な対応内容 ※2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。		1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )		
緊急時対応後の患者の状態		1. 回復    2. 入院    3. 死亡    4. その他 ( )		

症 例 4	患者属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
		主たる歯科疾患名	1. う蝕                      2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患 4. 歯の欠損      5. その他 ( )
		歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明
		何をしている時	1. 検査時    2. 歯科麻酔時      3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時    5. 切削器具使用時    6. 切削以外の処置(印象、装着等)時 7. その他 (具体的に )
		患者がどうなったか	1. 誤嚥・誤飲した                      2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った                      4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した                      6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった                      8. その他 ( )
	具体的な対応内容 ※2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )	
	緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )	

症 例 5	患者属性	年齢	( ) 代
		性別	1. 男                      2. 女
		主たる歯科疾患名	1. う蝕                      2. 歯周疾患 (歯肉炎・歯周炎)      3. 口腔粘膜疾患 4. 歯の欠損      5. その他 ( )
		歯科以外の疾患の有無	1. あり                      2. なし                      3. 不明
		何をしている時	1. 検査時    2. 歯科麻酔時      3. 投薬 (歯科麻酔を除く) 時 4. 手術時    5. 切削器具使用時    6. 切削以外の処置(印象、装着等)時 7. その他 (具体的に )
		患者がどうなったか	1. 誤嚥・誤飲した                      2. 気分が悪くなった 3. 意識を失った                      4. 出血が止まらなくなった 5. 血圧が低下した                      6. 呼吸困難 (過呼吸を含む) になった 7. 心肺停止となった                      8. その他 ( )
	具体的な対応内容 ※2. については、使用した医療機器すべてを○ (マル) で囲んでください。	1. 院内施設での安静 2. 医療機器 (AED、酸素ボンベ・マスク、血圧計) を使用した対応 3. 連携施設 (併設医科) へ搬送 4. その他 (具体的に )	
	緊急時対応後の患者の状態	1. 回復      2. 入院      3. 死亡      4. その他 ( )	

7. その他、歯科外来診療環境体制加算について、ご意見がございましたら、ご記入ください。

以上でアンケートは終了です。ご協力をいただきまして、ありがとうございました。



(3) 本日受けた治療で麻酔（ますい）をしましたか。 ※○は1つ

- |          |             |          |
|----------|-------------|----------|
| 1. 麻酔をした | 2. 麻酔をしなかった | 3. わからない |
|----------|-------------|----------|

問3. 歯科外来診療環境体制加算についておたずねします。

はじめに、下の枠内の「歯科外来診療環境体制加算」についての説明をお読みください。

本日あなたが歯科診療を受けた医療機関は、より「安全・安心」な歯科医療を患者に提供するための環境整備など、さまざまな取組によって、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしています。この基準を満たしている歯科医療機関では、患者が初めてその医療機関にかかる日に、「300円」を請求できるようになっています（患者の自己負担は、例えば3割負担の患者の場合、90円となります）。

「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準とは、以下のようなものです。

- 医療機器の洗浄や滅菌の徹底による十分な感染症対策
- 緊急の処置が必要になったときに備え、他の医療機関との連携体制の確保
- AED（自動体外式除細動器）や酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの医療機器を設置し、具合が悪くなった方にその場で処置ができるようになっている体制／等

(1) あなたは、本日受診した歯科医療機関が、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を整備し、より「安全・安心」な歯科医療を提供できることをご存知でしたか。

※○は1つ

- |                  |               |           |
|------------------|---------------|-----------|
| 1. 通い始める前から知っていた | 2. 通い始めてから知った | 3. 知らなかった |
|------------------|---------------|-----------|

(2) 本日受診した医療機関のように「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている施設で歯科治療を受けることについて、どのように思いますか。

※○は1つ

- |             |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とても安心できる | 2. 安心できる   | 3. あまり安心できない |
| 4. 全く安心できない | 5. よくわからない |              |

(3) 本日受診した医療機関で、「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしていること（\*）がわかる院内掲示（ポスターなど）を見たことがありますか。 ※○は1つ

- |            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 1. 見たことがある | 2. 気づかなかった | 3. 見たことがない |
|------------|------------|------------|

(\*) 『「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしていること』については、このページの上にございます「歯科外来診療環境体制加算」についての説明をご参照ください。

(4) あなたは、あなたがかかった医療機関で「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を満たしている内容の院内掲示（ポスターなど）を見ることで、受ける医療に対する安全・安心感が高まると思えますか。 ※○は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

**ここからは、本日の診療に関係なく、一般的なお考えについておたずねします。**

問4. 本日の診療に関係なく、「安全・安心」な歯科診療に関する意識についておたずねします。

(1) 歯科診療を受ける際に不安になることは何ですか。 ※あてはまるものすべてに○

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. どのような治療をしているのかがわかりにくいこと          |
| 2. 治療のときの痛み                         |
| 3. さまざまな器械の操作音（歯を削るときの音、唾を吸い取る音など）  |
| 4. 歯科医師による説明内容や治療期間がわからないこと         |
| 5. 1回の治療時間（治療いす上で待たされているときを含む）が長いこと |
| 6. 治療の時にヒヤリとしたりすることがあること（医療事故など）    |
| 7. 器具、器械の滅菌・消毒がきちんとされているかどうかということ   |
| 8. その他（具体的に                         |

(2) あなたは、あなたがかかる医療機関が下記の①～⑦のような対策を行うことで、歯科診療に対する安心感が高まりますか。

① 歯科医師が、医療安全（緊急時の対応、医療事故、感染症対策等）に関連する研修を修了していること。 ※○は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

② 緊急時に施設内で適切な対応ができるよう、AED（自動体外式除細動器）、酸素吸入装置、救急蘇生セットなどの機器を設置していること。 ※○は1つ。

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

③ 歯を削る時に飛び散る粉じんを吸いとるための口の外で用いる吸引装置（口の中で用いる吸引装置ではありません）を設置していること。 ※○は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

④ 緊急時に適切な対応ができるよう、ほかの病院などと連携していること。※〇は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

⑤ 感染症の患者に対する診療の仕組み（例えば、感染症の患者に対応できる歯科診療台を設けるなど）を確保していること。※〇は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

⑥ 口の中で使う機器の消毒や滅菌処理の徹底によって、十分な感染症対策を行っていること。※〇は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

⑦ 歯科医療に関する安全対策を実践していることを院内掲示（例、ポスター）などで、患者にわかりやすく伝えること。※〇は1つ

- |            |            |             |
|------------|------------|-------------|
| 1. 大いに高まる  | 2. やや高まる   | 3. あまり高まらない |
| 4. 全く高まらない | 5. よくわからない |             |

(3) 今後、歯科治療をうける際には、より「安全・安心」な歯科医療の環境が整っている（歯科外来診療環境体制加算の施設基準満たしている）施設に行きたいと思いませんか。※〇は1つ

- |             |            |              |
|-------------|------------|--------------|
| 1. とてもそう思う  | 2. そう思う    | 3. あまりそう思わない |
| 4. 全くそう思わない | 5. よくわからない |              |

問5. 歯科医療の安全・安心について、ご意見がございましたら、ご自由にご記入ください。

--

以上でアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに●月●日（●）までに投函してください。



平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、薬局名、所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用するものであり、それ以外の目的のために使用することはございません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

薬局名	
薬局の所在地	
電話番号	(                      )
ご回答者名	(                      )

<ご回答方法>

- ・ あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・ (    ) 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・ (    ) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 21 年 7 月末現在)についてお伺いします。

①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 → (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人						
②職員数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで	薬剤師	(    .    ) 人	その他(事務職員等)	(    .    ) 人			
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までお答えください。 ■1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)							
③調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 (40点)		2. 調剤基本料 (18点)				
④基準調剤加算 ※○は1つだけ	1. 基準調剤加算 1 (10点)		2. 基準調剤加算 2 (30点)				
	3. 算定していない						
⑤後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	1. 算定している			2. 算定していない			
⑥後発医薬品調剤率(平成 20 年および平成 21 年 1 月から 7 月までの各月について) ※小数点以下第1位まで							
	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月
平成 20 年	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %
平成 21 年	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %	(    .    ) %

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 21 年 7 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

①上記期間中に受け付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を( )内にご記入ください。					
医療機関種別	1) 処方せん発行医療機関数	2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数	3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数	4) 2)のうち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数	5) 処方せん枚数
			( ) 施設	( ) 施設	
病院	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
一般診療所	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
歯科診療所	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚
合計	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 施設	( ) 枚

② 上記①の医療機関のうち、上記期間中の処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数	( ) 枚
③ 貴薬局の半径 200m 以内に医療機関は何施設程度ありますか。	( ) 施設程度

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

(1) 平成 21 年 7 月 21 日(火)~27 日(月)の取り扱い処方せん枚数について、( )内に枚数をご記入ください。	
① すべての取り扱い処方せん ※③と④の合計数になります。ご確認ください。	( ) 枚
② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん	( ) 枚
③ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん	( ) 枚
④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん (初めての变更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)	( ) 枚
⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん	( ) 枚
⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん	( ) 枚
⑦ ③のうち、今回は、先発医薬品を後発医薬品に変更しなかったが、以前に一度、先発医薬品から後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が、当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた処方せん	( ) 枚
⑧ ③のうち、1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん	( ) 枚
⑨ ③のうち、処方せんに記載されたすべての先発医薬品について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん	( ) 枚
⑩ ③のうち、後発医薬品のみが記載された処方せん(上記⑦に該当するものを除く。)	( ) 枚
⑪ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1(P.4 参照)を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含む)	( ) 枚
③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん	
⑫ 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため	( ) 枚
⑬ ⑫のうち、薬価収載されていなかったため	( ) 枚
⑭ ⑫のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
⑮ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため	( ) 枚
⑯ ⑮のうち、薬価収載されていなかったため	( ) 枚
⑰ ⑮のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
⑱ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため	( ) 枚
⑲ ⑱のうち、薬価収載されていなかったため	( ) 枚
⑳ ⑱のうち、在庫として備蓄していなかったため	( ) 枚
㉑ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん	( ) 枚
㉒ ㉑のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん	( ) 枚
㉓ ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん	( ) 枚
㉔ ㉓のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん	( ) 枚
㉕ ㉓のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん	( ) 枚
(2) 平成 21 年 7 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合	( ) %

注③+④=①となります。ご確認ください。

注) 規格単位ベースの数量：例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味します。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成 21 年 4 月以降)

(1) 後発医薬品の調剤に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ

1. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
2. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
3. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない
4. その他 (具体的に )

▶ 4-(1)-1 どのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質に疑問があるため
2. 後発医薬品の効果に疑問があるため
3. 後発医薬品の副作用に不安があるため
4. 後発医薬品の安定供給体制が不備であるため
5. 後発医薬品の情報提供が不備であるため
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため
7. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため
8. 後発医薬品の説明に時間がかかるため
9. 後発医薬品の調剤による薬剤料減に不安があるため
10. 後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きいため
11. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品を説明する業務手順となっていないため
12. その他 (具体的に )

【1～5 を選ばれた方】  
4-(1)-1-1 経験や問題点を具体的にお書きください。

▶ 4-(1)-2 上記の選択肢1～12のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

(2) 後発医薬品の品質保証について、どのような方法で行われているのかご存知ですか。 ※○は1つだけ

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. 十分に理解している  | 2. ある程度理解している |
| 3. あまり理解していない | 4. 全く理解していない  |

※1 「後発医薬品についての説明」とは **後発医薬品と先発医薬品とが同等であること** (例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など) の説明に加え、患者の処方せんにおける **変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額** 等についての説明などを指します。以下の設問についても同じです。

※2 「後発医薬品への変更が可能な処方せん」とは 「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」を含む処方せんのうち、「後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ、処方内容の一部に変更不可の指示があるとしても、処方医が変更不可の指示をしていない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。以下の設問についても同じです。

<p>(3) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、<u>後発医薬品についての説明※1を行った患者は</u>、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※○は1つだけ</p>		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
<p>(4) 上記(3)で、<u>後発医薬品についての説明をしなかった理由</u>としては、次のうちのどれですか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>		
<p>1. 待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから 2. 患者が急いでおり、説明不要と言われたから 3. 患者が後発医薬品について十分理解していたから 4. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品について説明する業務手順になっていないから 5. システム上、薬剤料の差額がすぐに計算できないので、患者の質問にその場で答えることができないから 6. 説明しなければならないという認識が不足していたから 7. その他(具体的に )</p>		
<p>(4)-1 上記(4)の選択肢1～7のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>		
<p>(5) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、<u>後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者</u>(後発医薬品に関する説明を記載した文書を患者に手渡し、希望の有無等を確認した場合を含む。)は、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※○は1つだけ</p>		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
<p>(6) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、<u>後発医薬品への変更をすすめた患者は</u>、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※○は1つだけ</p>		
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
<p>(7) 上記(3)の後発医薬品についての説明※1を行った患者のうち、<u>後発医薬品の使用を希望しなかった患者は</u>、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ</p>		
<p>0. 希望しなかった患者はいなかった(0%)→質問(9)へ</p>		
1. 0%超～10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
<p>(8) 上記(7)で、<u>患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由</u>として、最も多いものは、次のうちのどれですか。 ※○は1つだけ</p>		
<p>1. 薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから 2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがないから 3. 過去に後発医薬品を使用したか、体調不良となった経験があるから 4. 後発医薬品に対する不安があるから 5. その他(具体的に )</p>		
<p>(9) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、<u>2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は</u>、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※○は1つだけ</p>		
<p>0. 希望しなかった患者はいなかった(0%)→質問(11)へ</p>		
1. 0%超～10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
<p>(10) 上記(9)で、<u>患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由</u>として、最も多いものは、次のうちのどれですか。 ※○は1つだけ</p>		
1. 使用した後発医薬品の効果に疑問があったため	2. 使用した後発医薬品により体調不良となったため	
3. 使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため	4. 後発医薬品に対する不安が消えなかったため	
5. その他(具体的に )		

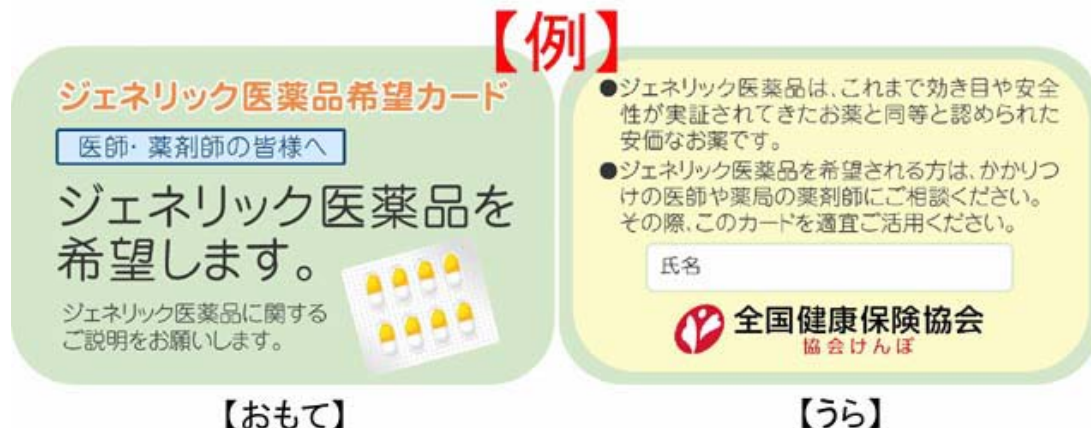
(11) ①後発医薬品への変更が可能な処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場合、後発医薬品についての説明と、一般的な服薬指導の両方を行うのに、患者1人当たりどの程度の時間(後発医薬品説明＋一般的な服薬指導の合計時間)がかかりますか。説明を行った患者がいなかった場合は「－」をご記入ください。 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字をご記入下さい			
	【初回の患者の場合】	約( )分	
	【2回目以降の患者の場合】	約( )分	
②一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度の時間がかかりますか。		約( )分	
(12) 平成21年4月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方方に切り替えた患者数の割合		約( )%	
(13) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品を直ちに切り替えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※○は1つだけ			
1. 10%未満	2. 10%以上～30%未満	3. 30%以上～50%未満	
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上	
(14) 医薬品の備蓄状況等		(ア) 全品目	(イ) うち、後発医薬品
	①平成20年7月	約( )品目	約( )品目
	②平成21年7月	約( )品目	約( )品目
	③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数	約( )品目 例) ( 先発医薬品α10mg 後発医薬品A10mg 後発医薬品B10mg 先発医薬品α20mg 後発医薬品A20mg 後発医薬品B20mg ) →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が2品目なので、「2品目」と数えます。	
	④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない、先発医薬品の備蓄品目数	1) 先発医薬品が OD錠 → ( )品目	2) 上記1) 以外 → ( )品目
⑤上記質問(13)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。		約( )品目	
(15) 貴薬局で採用している後発医薬品を選択した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度 2. 他の後発医薬品よりも薬価が安価 3. 近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度 4. 迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる 5. 患者の使用感がよい (例；味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい) 6. 調剤がしやすい (例；容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい) 7. その他 (具体的に )			

<p>(16) 処方せん受付時に、患者に対して、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っていますか。 ※○は1つだけ</p>		
<p>1. はい 2. いいえ</p>	<p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>(16)-1 説明や確認を行っているのはいつですか。 ※○は1つだけ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの後に行っている</p> <p>2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p> </td> </tr> </table>	<p>1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの後に行っている</p> <p>2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p>
<p>1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの後に行っている</p> <p>2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p>		
<p>(17) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>		
<p>1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</p> <p>2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保</p> <p>3. 後発医薬品に対する患者の理解</p> <p>4. 剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備</p> <p>5. 後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価</p> <p>6. 調剤室での薬の取り揃えの前に患者に後発医薬品について説明する等、薬局における調剤手順の見直し</p> <p>7. 特に対応は必要ない</p> <p>8. その他（具体的に _____ ）</p>		
<p>(17)-1 上記の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を <u>1つだけ</u> お書きください。</p>		

5.「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことで。



【おもて】

【うら】

※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

(1) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない
(2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない →質問(4)へ
(3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った割合は、患者ベースでどのくらいですか。	
( ) 割	
(4) 被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成 21 年 4 月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない
(5) 貴薬局では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している	
2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している	
3. 薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている	
4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している	
5. 薬局内で後発医薬品に関するビデオを流している	
6. 処方せん受付時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している	
7. その他 (具体的に )	
8. 特に工夫していない	



6. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)  
**後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)**

■ 平成 21 年 7 月 21 日 (火) から 27 日 (月) までの 1 週間の状況をご記入ください。

- 「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん(1品目でも変更した場合を含む)についてご記入ください。
- 上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。(下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 3. (1) 「④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(初めての变更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)」の項の枚数と同じであることを確認してください。)
- 各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄どおりに調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に(後発医薬品へ変更して)調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
- 各々の処方せんについて、その処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください(例: 組合健保の被保険者 3 割の場合 → 「3」とご記入ください)。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により 調剤した場合の 薬剤料 (A)		実際に調剤した 薬剤料 (B)		患者一部 負担金の 割合 (C)	
	点	割	点	割	点	割

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により 調剤した場合の 薬剤料 (A)		実際に調剤した 薬剤料 (B)		患者一部 負担金の 割合 (C)	
	点	割	点	割	点	割

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、本用紙をコピーしてお使いください。

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)

回答用紙	枚中	枚		回答用紙	3	枚中	1	枚
------	----	---	--	------	---	----	---	---

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、本調査の照会で使用する目的のものであり、それ以外の目的のために使用することはありません。また、適切に保管・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	(                      )
ご回答者名	(                      )

※この「病院票」は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。  
※ご回答の際は、あてはまる番号を○ (マル) で囲んでください。また、(       ) 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。(       ) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0 (ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。  
※特に断りのない場合は、平成 21 年 7 月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況（平成 21 年 7 月末現在または平成 21 年 7 月 1 か月間）についてお伺いします。

①開設者	1. 国立            2. 公立            3. 公的            4. 社会保険関係団体 5. 医療法人      6. 個人           7. 学校法人      8. その他の法人
②病院種別 ※あてはまる番号 すべてに○	1. 特定機能病院                      2. 地域医療支援病院 3. がん診療連携拠点病院          4. 臨床研修指定病院
③DPC対応 ※あてはまる番号に 1つだけ○	1. DPC対象病院                      2. DPC準備病院 3. 対応していない
④オーダーリングシステム ※あてはまる番号に 1つだけ○	1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない
⑤院内処方と院外処方の割合	院内処方 (               ) % + 院外処方 (               ) % = 100% ※処方せん枚数ベース
⑥特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○をつけてください。	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2. 亜急性期入院医療管理料 3. 救命救急入院料 4. 特定集中治療室管理料 5. 小児入院医療管理料 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等）
	⑦許可病床数
	1) 一般病床 (               ) 床 2) 療養病床 (               ) 床 3) 精神病床 (               ) 床 4) 結核病床 (               ) 床 5) 感染症病床 (               ) 床 6) 全 体 (               ) 床
⑧医師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで	(               .       ) 人
	⑨薬剤師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで
	(               .       ) 人





<p>③平成 21 年 4 月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありませんか。</p> <p>※1 つだけ選択し、「ある」場合は、③-1 の質問についてあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p>	<p>1. ない</p> <p>2. ある</p> <p>→ ③-1 「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。 次の中からあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <p>1. 後発医薬品の品質上の問題</p> <p>2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題</p> <p>3. 後発医薬品の供給体制上の問題</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p> </div>
<p>④今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○をつけてください。</p>	<p>1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</p> <p>2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保</p> <p>3. 後発医薬品に対する患者の理解</p> <p>4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</p> <p>5. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</p> <p>6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備</p> <p>7. 特に対応は必要ない</p> <p>8. その他（具体的に _____ ）</p>
<p>④-1 上記④の選択肢 1～8のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。</p>	

4. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

「病院票」の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「医師票」は、貴施設において、院外処方せんを発行している外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成 21 年 7 月末現在の状況についてご記入ください。

1. あなたご自身についてお伺いします。

①性別	1. 男性      2. 女性	②年齢	(                  ) 歳
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科                  2. 外科                  3. 整形外科                  4. 形成外科 5. 小児科                  6. 産婦人科                  7. 呼吸器科                  8. 消化器科 9. 循環器科                  10. 精神科                  11. 眼科                  12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科                  14. 皮膚科                  15. 放射線科 16. その他 (具体的に                  )		
④(ご自身の) 1日当たり平均外来診察患者数	(                  ) 人程度 ※平成 21 年 7 月 1 か月間		

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えについてお伺いします。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. 特にこだわりはない ……………▶ 質問②へ	
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方*する ……▶ 質問②へ	
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない ……………▶ 質問①-1の後、質問②へ	
*後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。	
<上記質問①で「3.」と回答された方にお伺いします>	
①-1 「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を( )に記入してください。	
1. 後発医薬品の品質への疑問	2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安	4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備	
→①-1-1 どのような情報が必要ですか。	
[ 例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告 ]	
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足	
7. その他 [ 具体的に ]	
……………▶ 質問②へお進みください	

②1 年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含みます）は、変化しましたか。 ※○は1つだけ		
1. 多くなった	2. 変わらない	3. 少なくなった
③平成 21 年 4 月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。※○は1つだけ		
1. ある	2. ない → 質問④へ	
③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ		
0. 「変更不可」欄に署名した処方せんはなかった（0%） →質問④へ		
1. 0%超 ～ 10%未満	2. 10%以上 ～ 30%未満	3. 30%以上 ～ 50%未満
4. 50%以上 ～ 70%未満	5. 70%以上 ～ 90%未満	6. 90%以上
③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 患者からの強い要望があったから 2. 後発医薬品の品質が不安だから 3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから 5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから 7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから 8. 作用が強く治療域のせまい薬剤だから 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから 10. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから 13. 薬剤料が安くないから 14. 特に理由はない（処方方針として） 15. その他（具体的に _____） .....▶ 質問④へお進みください		
④平成 21 年 4 月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。※○は1つだけ		
1. ある	2. ない → 質問⑤へ	
④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。お考えに最も近いものの番号に○をつけてください。 ※○は1つだけ		
1. 先発医薬品から後発医薬品への変更不可とすることが多い 2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い 3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い 4. その他（具体的に _____）		
④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※○は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上 ～ 30%未満	3. 30%以上 ～ 50%未満
4. 50%以上 ～ 70%未満	5. 70%以上 ～ 90%未満	6. 90%以上



<p>④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。 ※○は1つだけ</p>		
<p>1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから                  2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配であるから                  3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから                  4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから                  5. 処方銘柄の作用が強く、治療域のせまい医薬品であるから                  6. 患者に適した剤形が他にないから                  7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから                  8. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから                  9. その他（具体的に _____）</p> <p style="text-align: right;">……………▶ 質問⑤へお進みください。</p>		
<p>⑤平成21年4月以降、後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※○は1つだけ</p>		
1. 10%未満	2. 10%以上 ~ 30%未満	3. 30%以上 ~ 50%未満
4. 50%以上 ~ 70%未満	5. 70%以上 ~ 90%未満	6. 90%以上
<p>⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者数は、1年前と比較して、どうですか。 ※○は1つだけ</p>		
1. 非常に増えた	2. 増えた	3. 変わらない
4. 減った	5. 非常に減った	
<p>⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 （平成21年7月1か月間）</p>		
<p>（ _____ ）%程度</p>		
<p>⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※○は1つだけ</p>		
1. ある	2. だいたいある	3. まったくない
<p>⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いものを1つだけ選んでください。 ※○は1つだけ</p>		
<p>1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい                  2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい                  3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい                  4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい                  5. 調剤内容についての情報は必要ではない                  6. その他（具体的に _____）</p>		

3. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。



【おもて】

【うら】

※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない → 5 ページの 4. ヘ
②「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない → 5 ページの 4. ヘ
③「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。	
( ) 割	
④被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成 21 年 4 月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない

4. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ	
1. だいたい知っている	2. 少しは知っている
3. ほとんど知らない	
②今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底	
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保	
3. 後発医薬品に対する患者の理解	
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価	
5. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備	
6. 特に対応は必要ない	
7. その他（具体的に _____ ）	
②-1 上記4. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまるものの番号をお書きください。	

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

## 平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)

## 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成 21 年 7 月末現在の状況についてご記入ください。

ご回答者についてご記入ください。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	( ) 歳
③主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 放射線科	
	16. その他(具体的に )			

## 1. 貴施設の状況(平成 21 年 7 月末現在)についてお伺いします。

①医療機関名	( )
②所在地	( ) 都・道・府・県
③開設者	1. 個人      2. 法人      3. その他
④種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数( ) 床
⑤主たる診療科 ※○は1つだけ	1. 内科      2. 外科      3. 整形外科      4. 形成外科 5. 小児科      6. 産婦人科      7. 呼吸器科      8. 消化器科 9. 循環器科      10. 精神科      11. 眼科      12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科      14. 皮膚科      15. 放射線科 16. その他(具体的に )
⑥オーダーリングシステム ※○は1つだけ	1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない
⑦院内処方と院外処方の割合	院内処方( )% + 院外処方( )% = 100% ※処方せん枚数ベース
⑧医師数(常勤のみ)	( ) 人
⑨薬剤師数(常勤のみ)	( ) 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。
⑩医薬品の備蓄状況	
1) 医薬品備蓄品目数	約( ) 品目 ※平成 21 年 7 月末現在
2) 上記 1) のうち後発医薬品の備蓄品目数	約( ) 品目 ※平成 21 年 7 月末現在
⑪後発医薬品の供給体制は、1 年前と比較して、どう思いますか。	1. 改善した      2. 変化はない      3. 悪化した

<p>⑫貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。 ※〇は1つだけ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している</li> <li>2. 地域の薬剤師会に提供している</li> <li>3. 近隣の薬局に提供している</li> <li>4. 提供していない</li> <li>5. その他（具体的に )</li> </ol>
---	---

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成21年7月末現在または平成21年7月1か月間の状況）についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。（無床診療所の方は、3. へお進みください。）

<p>①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで</p>	<p>( . ) 人 ※平成21年7月1か月間</p>
<p>②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近い番号に1つだけ〇をつけてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品があるものは積極的に使用</li> <li>2. 後発医薬品のあるものの一部を使用</li> <li>3. 後発医薬品をほとんど使用していない</li> <li>4. その他（具体的に )</li> </ol> <p>→②-1 上記の理由としてあてはまる番号すべてに〇をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 処方銘柄について患者からの強い要望</li> <li>2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配</li> <li>3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問</li> <li>4. 後発医薬品の供給体制に不安</li> <li>5. 処方銘柄の作用が強く、治療域がせまい</li> <li>6. 患者に適した剤形が他にない</li> <li>7. 処方銘柄を長く使用し信頼</li> <li>8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定している</li> <li>9. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安</li> <li>10. その他（具体的に )</li> </ol> </div>
<p>③平成21年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、③-1の質問についてあてはまる番号すべてに〇をつけてください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ない</li> <li>2. ある</li> </ol> <p>→③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまる番号すべてに〇をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質上の問題</li> <li>2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題</li> <li>3. 後発医薬品の供給体制上の問題</li> <li>4. その他（具体的に )</li> </ol> </div>
<p>④今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</li> <li>2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>5. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</li> <li>6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備</li> <li>7. 特に対応は必要ない</li> <li>8. その他（具体的に )</li> </ol>

④-1 上記2. ④の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
---	--

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等（平成21年7月1か月間）についてお伺いします。

①貴施設では、平成21年4月以降、院外処方せんを発行していますか。 ※〇は1つだけ	1. 発行している 2. 発行していない
	院外処方せんを発行していない場合は、6ページの「5. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします」へお進みください。

②外来診療の状況についてお伺いします。	
1) 1か月間の外来診療実日数（平成21年7月1か月間） ※半日診療は「0.5日」としてください。小数点以下第1位まで	( . ) 日
2) 1か月間の外来延べ患者数（平成21年7月1か月間）	( ) 人
③外来における院外処方せん発行枚数（平成21年7月1か月間）	( ) 枚

4. 外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えをお伺いします。 <院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします>

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ
1. 特にこだわりはない .....> 質問②へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方*する .....> 質問②へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない .....> 質問①-1の後、質問②へ *後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。
<上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします>
①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるもののでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに〇。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を ( ) に記入してください。
1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問 3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 5. 後発医薬品の情報提供の不備 →①-1-1 どのような情報が必要ですか。 〔 例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告 〕 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足 7. その他（具体的に ) .....> 質問②へお進みください
②1年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含みます）は、変化しましたか。 ※〇は1つだけ
1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

③平成 21 年 4 月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※〇は 1 つだけ		
1. ある	2. ない → 質問④へ	
③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※〇は 1 つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上 ～ 30%未満	3. 30%以上 ～ 50%未満
4. 50%以上 ～ 70%未満	5. 70%以上 ～ 90%未満	6. 90%以上
③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに〇		
1. 患者からの強い要望があったから 2. 後発医薬品の品質が不安だから 3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから 5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから 7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから 8. 作用が強く治療域のせまい薬剤だから 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから 10. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定しているから 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから 13. 薬剤料が安くないから 14. 特に理由はない（処方方針として） 15. その他（具体的に		
.....▶ 質問④へお進みください		
④平成 21 年 4 月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※〇は 1 つだけ		
1. ある	2. ない → 質問⑤へ	
④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「変更不可」とするのは、どのようなケースが最も多いですか。 お考えに最も近いものの番号に〇をつけてください。 ※〇は 1 つだけ		
1. 先発医薬品から後発医薬品への変更不可とすることが多い 2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い 3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い 4. その他（具体的に		
④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※〇は 1 つだけ		
1. 10%未満	2. 10%以上 ～ 30%未満	3. 30%以上 ～ 50%未満
4. 50%以上 ～ 70%未満	5. 70%以上 ～ 90%未満	6. 90%以上

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。※○は1つだけ

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄の作用が強く治療域のせまい医薬品であるから
6. 患者に適した剤形が他にないから
7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定しているから
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

……………▶ 質問⑤へお進みください

---

⑤平成 21 年 4 月以降、後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。 ※○は1つだけ

1. 10%未満	2. 10%以上 ～ 30%未満	3. 30%以上 ～ 50%未満
4. 50%以上 ～ 70%未満	5. 70%以上 ～ 90%未満	6. 90%以上

---

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者数は、1 年前と比較して、どうですか。 ※○は1つだけ

1. 非常に増えた	2. 増えた	3. 変わらない
4. 減った	5. 非常に減った	

---

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。（平成 21 年 7 月 1 か月間）

（ \_\_\_\_\_ ）%程度

---

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。 ※○は1つだけ

1. ある	2. だいたいある	3. まったくない
-------	-----------	-----------

---

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。お考えに最も近いものの番号に○をつけてください。 ※○は1つだけ

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

……………▶ 7 ページの「6. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします」へお進みください。



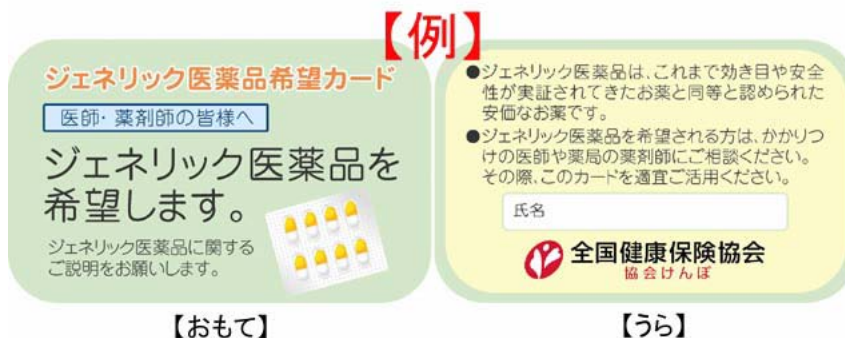
5. 外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。＜院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします＞

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. 特にこだわりはない ……………▶	6. の質問①へ
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方する ……………▶	6. の質問①へ
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない……………▶	質問①-1へ
＜上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします＞	
①-1 「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を（ ）に記入してください。	
1. 後発医薬品の品質への疑問	2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安	4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備	
→①-1-1 どのような情報が必要ですか。	
{ 例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告 }	
6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足	
7. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安	
8. その他 { 具体的に }	
……………▶ 6. の質問①へ	

6. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。〈全施設の方にお伺いします〉

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。



※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

① 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※○は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない
② 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ	
1. 提示されたことがある	2. 提示されたことはない
③ 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。	
( ) 割	
④ 被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※○は1つだけ	
1. 増えた	2. 変わらない
⑤ 貴施設では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している	
2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している	
3. 院内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている	
4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している	
5. 院内で後発医薬品に関するビデオを流している	
6. 診察時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している	
7. その他（具体的に )	
8. 特に工夫していない	

7. 後発医薬品の使用についてお伺いします。〈全施設の方にお伺いします〉

①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。※〇は1つだけ	
1. だいたい知っている	2. 少しは知っている
3. ほとんど知らない	
②今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底	
2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保	
3. 後発医薬品に対する患者の理解	
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価	
5. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備	
6. 特に対応は必要ない	
7. その他（具体的に _____ ）	
②-1 上記7. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまる番号を1つだけ、お書きください。	

8. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 21 年度調査)  
**後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)**

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについて  
 おうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、  
 用語等をご記入ください。

**後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは**

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と同等であること（例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など）を厚生労働省が認めたものですが、価格は安くなっています。

1. あなたご自身についておうかがいします。

① 性別	1. 男性      2. 女性	②年齢	(                      ) 歳
③ 診療を受けた診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科      2. 外科      3. 整形外科      4. 形成外科 5. 小児科      6. 産婦人科      7. 呼吸器科      8. 消化器科 9. 循環器科      10. 精神科      11. 眼科      12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科      14. 皮膚科      15. 放射線科 16. その他 (                      )		
④ 薬局への来局頻度 ※○は1つだけ	1. 週に1回程度      2. 2週間に1回程度 3. 1か月に1回程度      4. 2か月に1回程度 5. 年に数回程度      6. (                      ) に1回程度		
⑤ かかりつけの薬局がありますか。      ※○は1つだけ	1. ある      2. ない		
⑥ お手持ちの健康保険証の種類 ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。 ※○は1つだけ	1. 国民健康保険（国保） 2. 健康保険組合（健保組合） 3. 全国健康保険協会（協会けんぽ） 4. 共済組合（共済） 5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合） 6. その他 (                      ) 7. わからない		

2. ジェネリック医薬品の使用に関するお考えについておうかがいします。

① ジェネリック医薬品を知っていますか。      ※あてはまる番号1つに○	1. 知っている      2. 名前は聞いたことがある      3. 知らない→質問⑥へ
--	--

② 医師や薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。

※○は1つだけ

1. 医師と薬剤師の両方からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
2. 主に医師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
3. 主に薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
4. 医師や薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがない

③ 平成21年4月以降に医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」をお願いしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. お願いしたことがある
2. お願いしたことはない

④ 医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」は頼みやすかったですか。 ※○は1つだけ

1. 頼みやすかった
2. 頼みにくかった
3. 頼む気はなかった

⑤ どうすれば、より、「ジェネリック医薬品の処方や調剤」を頼みやすくなると思いますか。

※以下1～9のうち、あてはまる番号すべてに○

#### 医療機関における対応

1. 診察時に、医師がジェネリック医薬品について説明をしてくれたり、使用に関する意向をたずねてくれること
2. 医療機関内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は医師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
3. 医療機関内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

#### 薬局における対応

5. 処方せん受付時に、薬剤師がジェネリック医薬品の使用に関する意向をたずねてくれること
6. 薬局内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は薬剤師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
7. 薬局内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
8. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

#### その他

9. 頼みたいとは思わない

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

ジェネリック医薬品の使用を希望することが記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。


【例】

ジェネリック医薬品希望カード

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を  
希望します。


ジェネリック医薬品に関する  
ご説明をお願いします。



●ジェネリック医薬品は、これまで効き目や安全性が実証されてきたお薬と同等と認められた安価なお薬です。

●ジェネリック医薬品を希望される方は、かかりつけの医師や薬局の薬剤師にご相談ください。その際、このカードを適宜ご活用ください。

氏名



全国健康保険協会

協会けんぽ

【おもて】

【うら】

ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、加入している健康保険組合などにお問い合わせください。

【すべての方におうかがいします】

⑥ 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ

1. 知っている	2. 知らない→質問へ⑩
----------	--------------

⑦ 「ジェネリック医薬品希望カード」をお持ちですか。 ※〇は1つだけ

1. 持っている	2. 持っていない→質問⑩へ
----------	----------------

⑦-1 お持ちの「ジェネリック医薬品希望カード」はどこからもらいましたか。 ※〇は1つだけ

1. 国民健康保険（国保）	2. 健康保険組合（健保組合）
3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）	4. 共済組合（共済）
5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合）	6. 医療機関（病院・診療所）
7. 薬局	8. その他（                                   ）
9. わからない・忘れた	

⑦-2 「ジェネリック医薬品希望カード」をお持ちになってから、ジェネリック医薬品について医師や薬剤師に質問したり、ジェネリック医薬品の使用をお願いしたりしやすくなりましたか。 ※〇は1つだけ

1. 質問・お願いがしやすくなった	2.それほど変わらなかった
3. わからない	

⑧ 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したことがある                      2. 利用したことはない

⑨ 「ジェネリック医薬品希望カード」を今後利用したいと思いますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したい                                  2. 利用したくない

→質問⑩へお進みください。

【質問⑥で「2. 知らない」、質問⑦で「2. 持っていない」とお答えいただいた方のみご回答ください。】

⑩ 「ジェネリック医薬品希望カード」が手元があれば、それを利用したいと思いますか。  
※〇は1つだけ

1. 利用したい                                  2. 利用したくない

【すべての方におうかがいします】

⑪ ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある    2. ない→質問⑫へ

<上記⑪でジェネリック医薬品を使用したことが「1. ある」と回答された方におうかがいします。>

⑪-1 ジェネリック医薬品の効果（効き目）に満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. 満足している  
2. どちらかという満足している  
3. どちらかという不満である  
4. 不満である

└─→ ⑪-1-1 不満に感じられた点を具体的にお書きください。

⑪-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。 ※〇は1つだけ

1. 安くなった                      2. それほど変わらなかった                      3. わからない

【すべての方におうかがいします】

⑫ ジェネリック医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい  
2. できれば先発医薬品を使いたい  
3. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない  
4. わからない

⑬ あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）があること
2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 窓口で支払う薬代が安くなること→質問⑬-1へ
5. 医師のすすめがあること
6. 薬剤師のすすめがあること
7. ジェネリック医薬品についての不安を相談できるところがあること
8. ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること
9. 国民皆保険（医療保険制度）を守るため、少しでも保険料を節約するという意識を持つこと
10. その他（具体的に \_\_\_\_\_ )
11. とくにない

⑬-1 1回にあなたが支払う金額がいくらぐらい安くなるのであれば、ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. 少しでも安くなるのであれば使用したい | 2. 300円くらい   |
| 3. 500円くらい            | 4. 1,000円くらい |
| 5. 1,000円以上           |              |

3. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。