

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）の  
調査票案について

○ かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）（右下頁）

|          |          |
|----------|----------|
| ・調査概要    | 外- 1 頁   |
| ・定額負担施設票 | 外- 5 頁   |
| ・定額負担患者票 | 外- 9 頁   |
| ・施設票     | 外- 1 3 頁 |
| ・患者票     | 外- 2 5 頁 |
| ・小児科施設票  | 外- 2 9 頁 |
| ・小児科患者票  | 外- 4 0 頁 |
| ・依頼状     | 外- 4 4 頁 |

○ 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査

|          |          |
|----------|----------|
| ・調査概要    | 在- 1 頁   |
| ・医療機関票   | 在- 3 頁   |
| ・訪問看護票   | 在- 1 6 頁 |
| ・歯科医療機関票 | 在- 3 0 頁 |
| ・依頼状     | 在- 4 2 頁 |

○ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その1）

|          |          |
|----------|----------|
| ・調査概要    | 働- 1 頁   |
| ・施設票     | 働- 3 頁   |
| ・医師票     | 働- 1 5 頁 |
| ・看護師長票   | 働- 2 0 頁 |
| ・薬剤部責任者票 | 働- 3 1 頁 |
| ・依頼状     | 働- 3 8 頁 |

○ 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

|        |          |
|--------|----------|
| ・調査概要  | 後- 1 頁   |
| ・保険薬局票 | 後- 3 頁   |
| ・診療所票  | 後- 1 6 頁 |
| ・病院票   | 後- 2 6 頁 |
| ・医師票   | 後- 3 4 頁 |
| ・患者票   | 後- 4 1 頁 |
| ・依頼状   | 後- 4 7 頁 |

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）における  
電子レセプトデータの活用について

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）  
「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その 1）」  
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 30 年度診療報酬改定において、外来医療の機能分化の観点から、大病院受診時の定額負担の対象病院の範囲の拡大を行うとともに、かかりつけ医機能をより一層推進する観点から、「機能強化加算」の新設、地域包括診療加算・地域包括診療料・小児かかりつけ診療料等の要件の見直し等を行った。また、抗菌薬の適正使用推進の観点から、小児の患者に対する抗菌薬の適正使用に関する評価の新設等を行った。これらを踏まえ、これらの影響の検証や、関連した取り組み等の実施状況について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・ 病院間の機能分化の効果把握
- ・ 評価の充実や算定要件の変更による、かかりつけ医機能強化の効果把握
- ・ さらなる病院間の機能分化やかかりつけ医機能の強化に向けた課題の把握 / 等

## ■ 調査対象及び調査方法

### ○調査対象（案）

#### I. 受診時の定額負担等に関する調査

##### ①施設調査（調査票名：「定額負担施設票」）

- ・「受診時の定額負担等に関する調査」では、200 床未満を含むすべての病院（精神科病院を除く）の中から、約 860 病院を層化抽出する（下表）。

|           | 平成 30 年度改定以前から大病院受診時定額負担の仕組みの対象であった病院 |                            | 平成 30 年度改定により大病院受診時定額負担の仕組みの対象となった病院     | 大病院受診時定額負担の仕組みの対象ではないが、選定療養費の徴収が可能な病院 |                               | 選定療養費の徴収が不可である病院 |
|-----------|---------------------------------------|----------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------------|------------------|
|           | A                                     |                            | B  | C                                     | D                             | E                |
| 病院区分      | 特定機能病院                                | （一般病床 500 床以上）<br>地域医療支援病院 | （一般病床 500 床未満かつ許可病床 400 床以上）<br>地域医療支援病院 | 地域医療支援病院<br>許可病床 2000 以下<br>399 床の    | 特定機能病院・地域医療支援病院を除く 200 床以上の病院 | 許可病床 200 床未満の病院  |
| 該当病院数（概数） | 85                                    | 175                        | 150                                      | 207                                   | 1445                          | 5320             |
| 抽出数       | 悉皆                                    | 悉皆                         | 悉皆                                       | 150                                   | 150                           | 150              |
| 用いる患者調査票  | 定額負担患者票 A                             |                            |  | 定額負担患者票 B                             |                               |                  |

##### ②患者調査（調査票名：「定額負担患者票 A」「定額負担患者票 B」）

- ・大病院定額負担の仕組みの対象となる病院において受診時定額負担を支払った患者を対象とする調査票（定額負担患者票 A）と、それ以外の病院を受診した患者を対象とする調査票（定額負担患者票 B）の 2 種類を設ける。
- ・1 施設につき 4 名の患者（初診 2 名、再診 2 名）を選定いただく。
- ・最大客体数は 3,440 名。

## II. かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する調査

### ①かかりつけ医調査の施設調査（調査票名：「施設票」）

- ・かかりつけ医調査では、「オンライン診療料」「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の届出の有無等によって病院・一般診療所を区分し、計 1,700 医療機関を層化抽出する（下表）。

| 施設区分 | オンライン診療料の届出施設 | 地域包括診療料の届出施設 | 地域包括診療加算の届出施設 | 在宅療養支援病院 | 在宅療養支援診療所 | 在支診以外の時間外対応加算1・2の届出施設 |
|------|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|-----------------------|
| 抽出数  | 200           | 200          | 300           | 200      | 300       | 500                   |

### ②かかりつけ医調査の患者調査（調査票名：「患者票」）

- ・かかりつけ医調査における患者調査では、施設調査の調査対象医療機関を通じて、それぞれ 6 名の患者に回答を求める。患者の選定方法は、下表の通り。
- ・最大客体数は約 10,200 名。

| 地域包括診療料/加算の届出の有無 | 地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定患者(※) | それ以外の再診患者(※) | 初診患者 |
|------------------|---|--------------|------|
| 届出のある施設          | 2 名   | 2 名          | 2 名  |
| 届出のない施設          |   | 4 名          | 2 名  |

※ 当該施設において、オンライン診療料を算定したことがある患者がいる場合には、「地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定患者」「それ以外の再診患者」の計 4 名のうち、1 名を「オンライン診療料を算定したことがある患者」から抽出する。

### ③小児科調査の施設調査（調査票名：「小児科施設票」）

- ・小児科調査では、「小児かかりつけ診療料」の届出の有無によって病院・一般診療所を区分し、計 500 医療機関を層化抽出する（下表）。

| 施設区分 | 小児かかりつけ診療料の届出施設 | 小児かかりつけ診療料の届出のない小児科標榜施設 |
|------|-----------------|-------------------------|
| 抽出数  | 250             | 250                     |

### ④小児科調査の患者調査（調査票名：「小児科患者票」）

- ・小児科調査における患者調査では、施設調査の調査対象医療機関を通じて、それぞれ 4 名または 6 名の患者に回答を求める。患者の選定方法は、下表の通り。
- ・最大客体数は 2,500 名。

| 小児かかりつけ診療料の届出の有無 | 小児かかりつけ診療料を算定 |       | 小児かかりつけ診療料を算定せず |         |            |            |
|------------------|---------------|-------|-----------------|---------|------------|------------|
|                  | 初診            | 再診(※) | 3歳未満の初診         | 3歳以上の初診 | 3歳未満の再診(※) | 3歳以上の再診(※) |
| 届出のある施設          | 1 名           | 1 名   | 1 名             | 1 名     | 1 名        | 1 名        |
| 届出のない施設          |               |       | 1 名             | 1 名     | 1 名        | 1 名        |

※ 当該施設において、オンライン診療料を算定したことがある患者がいる場合には、再診患者（3 名または 2 名）のうち、1 名を「オンライン診療料を算定したことがある患者」から抽出する。



○調査方法（案）

- ・いずれの調査も、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・Ⅰの②、Ⅱの②④の患者調査の調査票の配布は、それぞれⅠの①、Ⅱの①③の施設調査の対象施設を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により、各回答者から直接郵送で行う。
- ・対象施設からの回答方法は、同封の返信用封筒により記入済の紙の調査票を返送してもらう方法と、調査専用のウェブサイトから電子調査票（Word形式）をダウンロードし、記入済のファイルをメールで調査事務局あて送付してもらう方法の2種類を用意し、対象施設に選択いただけるようにする。

■調査項目

※調査票（素案）参照

■ 調査スケジュール（案）

|                    | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 調査票案の作成            | →  |    |     |     |     |    |    |    |
| 調査客体の抽出・名簿作成       |    | →  |     |     |     |    |    |    |
| 調査票印刷・封入・発送        |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 調査実施期間             |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 督促状印刷・発送           |    |    |     | →   |     |    |    |    |
| 調査票回収・検票           |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| データ入力<br>データクリーニング |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 集計分析               |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 報告書（案）の作成          |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 追加分析               |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 報告書のとりまとめ          |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 調査検討委員会の開催         |    | ★  |     |     |     |    | ★  |    |

|    |  |
|----|--|
| ID |  |
|----|--|

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）  
**受診時の定額負担に関する実態調査** 定額負担施設票

- ※ この**定額負担施設票**は、大病院及び中小病院の開設者・管理者の方に、大病院における紹介状なしの初診・再診患者の受診時定額負担（以下、「**定額負担**」と表記）の導入状況や、外来医療の機能分化に対する効果・課題等についておうかがいするものです。
- ※ この調査票における「定額負担」には、徴収が**義務づけられていない200床以上の病院**における、**紹介状なし患者の初診・再診に係る選定療養費**を含みます。
- ※ 選択肢式の設問にご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）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。
- ※ 特に断りのない場合は、**平成30年10月1日時点**の状況についてご記入ください。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**問1. 貴施設の概要についておうかがいします。**

|  |                     |              |                      |              |          |            |        |
|--|---------------------|--------------|----------------------|--------------|----------|------------|--------|
| <b>①所在地</b>  | （ ）都・道・府・県 ※都道府県名まで |              |                      |              |          |            |        |
| <b>②開設者 *1</b><br>※○は1つだけ  | 01. 国立              | 02. 公立       | 03. 公的               | 04. 社会保険関係団体 | 05. 医療法人 | 06. その他の法人 | 07. 個人 |
| *1…各選択肢の区分については、別添「定額負担施設票 調査要綱」をご覧ください。   |                     |              |                      |              |          |            |        |
| <b>③承認等の状況</b><br>※○は1つだけ  | 01. 特定機能病院          | 02. 地域医療支援病院 | 03. 01・02のいずれにも該当しない |              |          |            |        |
| <b>④DPC対応状況</b><br>※○は1つだけ   | 01. DPC対象病院         | 02. DPC準備病院  | 03. DPC対象病院・準備病院以外   |              |          |            |        |
| <b>⑤許可病床数</b>  | 一般病床                | 療養病床         | 精神病床                 | 結核病床         | 感染症病床    | 病院全体       |        |
|  | （ ）床                | （ ）床         | （ ）床                 | （ ）床         | （ ）床     | （ ）床       |        |
| <b>⑥過去1年間の病床数の変更</b><br>※○は1つだけ  | 01. 変更あり            |              | 02. 変更なし             |              |          |            |        |
| <b>⑦標榜診療科</b><br>※あてはまる番号すべてに○   | 01. 内科 *2           | 02. 外科 *3    | 03. 精神科              | 04. 小児科      |          |            |        |
|  | 05. 皮膚科             | 06. 泌尿器科     | 07. 産婦人科・産科          | 08. 眼科       |          |            |        |
|  | 09. 耳鼻咽喉科           | 10. 放射線科     | 11. 脳神経外科            | 12. 整形外科     |          |            |        |
|  | 13. 麻酔科             | 14. 救急科      | 15. 歯科・歯科口腔外科        |              |          |            |        |
|  | 16. リハビリテーション科      |              | 17. その他 →（具体的に： ）    |              |          |            |        |
| *2…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。 |                     |              |                      |              |          |            |        |
| *3…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。                         |                     |              |                      |              |          |            |        |
| <b>⑧貴施設における外来分離 *4の有無</b><br>※○は1つだけ   | 01. 外来分離をしている       |              | 02. 外来分離をしていない       |              |          |            |        |
| *4…「外来分離」とは、入院を行う医療機関及び医療従事者と外来を行う医療機関及び医療従事者とを分けるなど、病院から外来機能を外すことを指します。                   |                     |              |                      |              |          |            |        |
| <b>⑨医療情報連携ネットワーク *5への参加の有無</b><br>※○は1つだけ  | 01. 参加あり            |              | 02. 参加なし             |              |          |            |        |
| *5…地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク                                      |                     |              |                      |              |          |            |        |

⑩他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。

01. ICTを活用している



活用しているICT

※あてはまる番号すべてに○

11. メール

12. 電子掲示板

13. グループチャット

14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）

15. その他（具体的に：

）

02. ICTを活用していない

問2. 貴施設における受診時の定額負担の導入状況等についておうかがいします。

① 貴施設の医科における定額負担の有無・金額（単価、税込）についておうかがいします。なお、金額について複数の単価がある場合は、対象患者が最も多いものをご記入ください。

|         |                |  |
|---------|----------------|--|
| 初診時定額負担 | 平成29年10月1日時点   | 01. 定額負担なし    02. 定額負担あり →単価：（    ）円               |
|         | 平成30年10月1日時点   | 01. 定額負担なし    02. 定額負担あり →単価：（    ）円               |
|         | 定額負担を最初に導入した時期 | 平成（    ）年（    ）月                                   |
|         | 定額負担の金額の変更状況   | 01. 金額変更なし<br>02. 金額変更あり →直近の変更時期：平成（    ）年（    ）月 |
| 再診時定額負担 | 平成29年10月1日時点   | 01. 定額負担なし    02. 定額負担あり →単価：（    ）円               |
|         | 平成30年10月1日時点   | 01. 定額負担なし    02. 定額負担あり →単価：（    ）円               |
|         | 定額負担を最初に導入した時期 | 平成（    ）年（    ）月                                   |
|         | 定額負担の金額の変更状況   | 01. 金額変更なし<br>02. 金額変更あり →直近の変更時期：平成（    ）年（    ）月 |

②-1 貴施設における、平成29年10月および平成30年10月の初診の患者数、初診時の定額負担の徴収患者数、紹介率、逆紹介率等をご記入ください。

|                             | 平成29年10月     | 平成30年10月     |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| 1) 初診の患者数                   | （    ）人      | （    ）人      |
| うち、紹介状なしの患者数                | （    ）人      | （    ）人      |
| うち、定額負担の対象患者数               | （    ）人      | （    ）人      |
| うち、初診時定額負担の徴収患者数            | （    ）人      | （    ）人      |
| うち、他の医療機関を紹介した患者数           | （    ）人      | （    ）人      |
| 初診時定額負担を徴収した後、貴施設で再診を受けた患者数 | （    ）人      | （    ）人      |
| 2) 救急患者数                    | （    ）人      | （    ）人      |
| 3) 紹介患者数                    | （    ）人      | （    ）人      |
| 4) 逆紹介患者数                   | （    ）人      | （    ）人      |
| 5) 紹介率 *1                   | （    .    ）% | （    .    ）% |
| 6) 逆紹介率 *2                  | （    .    ）% | （    .    ）% |

\*1 紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) ÷ 初診の患者数 × 100

\*2 逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数 × 100

※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については、診療報酬上の定義に従ってください。

※紹介率、逆紹介率は小数点以下第2位を四捨五入し、第1位までをご記入ください。

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| ②-2 貴施設における、平成29年10月および平成30年10月の再診の患者数、再診時の定額負担の徴収患者数をご記入ください。 |          |          |
|  | 平成29年10月 | 平成30年10月 |
| 再診の患者数（延べ人数）   | ( ) 人    | ( ) 人    |
| うち、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した患者数                                | ( ) 人    | ( ) 人    |
| うち、再診時定額負担の対象患者数   | ( ) 人    | ( ) 人    |
| うち、再診時定額負担の徴収患者数   | ( ) 人    | ( ) 人    |

【③には、初診時定額負担または再診時定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

|  |          |          |
|--|----------|----------|
| ③ 平成30年10月中において、紹介状を持たない初診の患者や、他医療機関を紹介したにもかかわらず貴施設を受診した再診の患者であるものの、定額負担を徴収しなかった患者がいましたか。                  |          |          |
| ※下記の各事由について、あてはまる患者が1人以上いる場合に、「1人以上いれば○」欄に○をご記入ください。<br>※複数の事由についてあてはまる患者がいる場合は、それぞれについて「1人以上あり」と見なしてください。 | 初診の患者    | 再診の患者    |
|  | 1人以上いれば○ | 1人以上いれば○ |
| 救急の患者  |          |          |
| 公費負担医療の対象患者  |          |          |
| 無料低額診療事業の対象患者  |          |          |
| H I V感染者   |          |          |
| 自施設の他の診療科を受診中の患者   |          |          |
| 医科と歯科の間で院内紹介した患者   |          |          |
| 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者  |          |          |
| 救急医療事業における休日夜間受診患者   |          |          |
| 周産期事業等における休日夜間受診患者   |          |          |
| 外来受診後そのまま入院となった患者  |          |          |
| 治験協力者である患者   |          |          |
| 災害により被害を受けた患者  |          |          |
| 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者   |          |          |
| 周辺に診療できる医療機関がない疾患の患者   |          |          |
| 保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者<br>(具体的に: _____ )  |          |          |
| 説明しても同意が得られない患者  |          |          |
| 総合診療科を受診した患者   |          |          |
| その他 (具体的に: _____ )   |          |          |

【④-1、④-2、④-3には、**初診時**定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

|  |               |           |
|--|---------------|-----------|
| ④-1 <b>初診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。         |               |           |
| 01. とても進んだ   | 02. 一定程度進んだ   |           |
| 03. あまり進んでいない  | 04. 全く進んでいない  | 05. わからない |
| ④-2 <b>初診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。        |               |           |
| 01. とても軽減された   | 02. 一定程度軽減された | 03. 変わらない |
|  |               | 04. わからない |
| ④-3 <b>初診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。 |               |           |
| 01. 発生した   | 02. 発生していない   | 03. わからない |

【⑤-1、⑤-2、⑤-3には、**再診時**定額負担を導入している場合にのみ、ご回答ください。】

|  |               |           |
|--|---------------|-----------|
| ⑤-1 <b>再診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、外来の機能分化が進みましたか。         |               |           |
| 01. とても進んだ   | 02. 一定程度進んだ   |           |
| 03. あまり進んでいない  | 04. 全く進んでいない  | 05. わからない |
| ⑤-2 <b>再診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、勤務医の負担が軽減されましたか。        |               |           |
| 01. とても軽減された   | 02. 一定程度軽減された | 03. 変わらない |
|  |               | 04. わからない |
| ⑤-3 <b>再診時</b> 定額負担の導入または金額変更により、必要な医療を受けられない患者が発生しましたか。 |               |           |
| 01. 発生した   | 02. 発生していない   | 03. わからない |

問3. 外来医療の機能分化を進める上での問題点・課題等について、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。  
 お手数をおかけいたしますが、〇月〇日(〇)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

ID

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）  
**受診時の定額負担等に関する調査** 定額負担患者票A

※この**定額負担患者票A**は、患者さんに、紹介状なしで大きな病院を受診した際に発生する料金負担や、大きな病院の受診についての意識を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、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

問1. 患者さん（本日診療を受けた方）についておうかがいします。

|               |                                      |      |            |
|---------------|--------------------------------------|------|------------|
| ① 性別 ※○は1つ    | 01. 男性      02. 女性                   | ② 年齢 | (      ) 歳 |
| ③ お住まい        | (      ) 都・道・府・県 ※都道府県名まで            |      |            |
| ④ 本日の受診 ※○は1つ | 01. 初診 *                      02. 再診 |      |            |

\*…「初めて受診した」場合や、「前回受診した際の症状が治って治療が終了した後に、別の症状等で改めて受診した」場合、「患者さんの都合で診療を中断し、改めて受診した」場合などが、初診にあたります。

問2. 大病院受診時定額負担の仕組み（下記）についておうかがいします。

**<大病院受診時定額負担の仕組みについて>**

- ・国は、患者さんが必要なときに必要な医療が受けられ、また、限りある医療資源を大切に活用するために、一般的な外来受診は「かかりつけ医（※）」に相談してもらい、**大学病院などの大きな病院の外来受診はかかりつけ医からの紹介により受診してもらう**ことを推進しています。
- ・そのための方策の一つとして、国は、大学病院などの大きな病院の一部に対し、紹介状なしで外来を受診する場合等に、患者さんに**診療にかかる料金とは別の追加料金**（初診時：5,000円以上、再診時：2,500円以上）を負担してもらう仕組みを導入しています。

※「かかりつけ医」とは、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師をいいます。

① あなた（患者さん）は、上記の大病院受診時定額負担の仕組みを知っていますか。 ※○は1つ

01. 仕組みがあることも、仕組みが設けられている理由も知っていた

02. 仕組みがあることは知っていたが、仕組みが設けられている理由は知らなかった

03. 仕組みがあることを知らなかった

▶【①で01または02とご回答した方のみ、お答えください】

② ①の大病院受診時定額負担の仕組みについて、どのように知りましたか。 ※○はいくつでも

01. 追加料金を徴収している病院の受付等で説明を受けた

02. 追加料金を徴収している病院のホームページに案内があった

03. 追加料金を徴収している病院内の掲示物で案内があった

04. 追加料金を徴収していない病院や診療所で説明や案内があった

05. テレビからの情報で知った

06. 新聞や雑誌等からの情報で知った

07. インターネット等からの情報で知った

08. 政府広報で知った

09. 親族、知人等から聞いた

10. その他 ⇒具体的に： (      )



問3. この病院を受診した理由についておうかがいします。

あなたが本日、受診にあたりこの病院を選んだのはなぜですか。 ※○はいくつでも

01. どの診療科に行けば良いか分からないが、この病院は診療科の種類が多く、様々な病気に対応してくれるから
02. 望んでいる診療がこの病院でないと受けられないから
03. 症状が重く、この病院で診てもらわなければならないと思ったから
04. 行きやすい場所にあった医療機関がこの病院だけだから
05. 以前診てもらった医師がいるから
06. 高度で専門的な医療を受診できるから
07. 既にこの病院に通院しており、受診する医療機関を変えたくないから
08. この病院は評判が良いから
09. 複数の診療科を1日で受診できるから
10. 予約ができ、待ち時間が短いから
11. 薬の処方期間が長く何度も受診しなくてもよいから
12. 親族、知人等に勧められたから
13. 大病院受診時定額負担の支払いが気にならないから
14. その他 ⇒具体的に： ( )
15. 特に理由はない

問4. 大きな病院の受診に関するあなたの意識についておうかがいします。

**<下記の2つのケースを想定したうえで、お答えください>**

**【ケースA】** 前日から、のどのいがらっぽさや痛み、鼻水が出て、少し体調が悪いと感じている。  
**【ケースB】** 数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

①あなたは、紹介状を持たずに初診外来を受診するにあたり、診療の料金とは別に**かかる追加料金（大病院受診時定額負担）**の額がいくらまでであれば、追加料金を支払って大きな病院を受診しようと思いませんか。  
 ※○はそれぞれ1つ

| <ケースAの場合>                       | <ケースBの場合>                       |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 01. 5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない | 01. 5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない |
| 02. 5,000円まで      03. 7,500円まで  | 02. 5,000円まで      03. 7,500円まで  |
| 04. 10,000円まで    05. 15,000円まで  | 04. 10,000円まで    05. 15,000円まで  |
| 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        | 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        |

②あなたは、初診外来時に追加料金（大病院受診時定額負担）が生じる大きな病院を受診した後に、他の医療機関を紹介されたとします。このように、他の医療機関を紹介されたにも関わらず同じ病院を再度受診すると、この場合も、診療の料金とは別に**追加料金**を支払うこととなります。この額がいくらまでであれば、同じ病院を受診しようと思いませんか。 ※○は1つ

| <ケースAの場合>                       |  |
|---------------------------------|--|
| 01. 2,500円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない |  |
| 02. 2,500円まで      03. 5,000円まで  |  |
| 04. 7,500円まで      05. 10,000円まで |  |
| 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        |  |

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。  
 お手数をおかけいたしますが、○月○日(○)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。





問3. 本日、この病院を受診した理由についておうかがいします。

あなたが本日、この病院を選んだのはなぜですか。 ※○はいくつでも

01. この病院は、より大きな病院と比べ、待ち時間が短いから
02. この病院が、望んでいる診療に対応しているから
03. この病院が、行きやすい場所にあるから
04. この病院よりも大きな病院では、どの医師に診察してもらえるか分からないから
05. この病院よりも大きな病院では、受診すべき診療科が分からないから
06. この病院に以前から通院しており、受診先を変えたくないから
07. この病院でも追加料金はかかるが、大病院受診時定額負担の仕組みによる追加料金の額よりは安いから
08. この病院では、受診料とは別の追加料金がかからないから
09. アンケート票を受け取った病院が、地域の中で一番大きな病院だから
10. 他の医療機関の医師に紹介されたから
11. 親族、知人等に勧められたから
12. その他 ⇒具体的に：（ ）
13. 特に理由はない

問4. 大きな病院の受診に関するあなたの意識についておうかがいします。

**<下記の2つのケースを想定したうえで、お答えください>**

**【ケースA】** 前日から、のどのいがらっぽさや痛み、鼻水が出て、少し体調が悪いと感じている。

**【ケースB】** 数日前に、胸のあたりに圧迫感や締め付けられるような感じと、冷や汗が出たり呼吸しにくかったりする状態が続いた。その後症状は落ち着いたが、心配だ。

①あなたは、**紹介状を持たずに初診外来を受診するにあたり、診療の料金とは別にかかる追加料金（大病院受診時定額負担）**の額がいくらまでであれば、追加料金を支払って大きな病院を受診しようと思えますか。 ※○はそれぞれ1つ

| <ケースAの場合>                       | <ケースBの場合>                       |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 01. 5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない | 01. 5,000円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない |
| 02. 5,000円まで      03. 7,500円まで  | 02. 5,000円まで      03. 7,500円まで  |
| 04. 10,000円まで    05. 15,000円まで  | 04. 10,000円まで    05. 15,000円まで  |
| 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        | 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        |

②あなたは、初診外来時に追加料金（大病院受診時定額負担）が生じる大きな病院を受診した後に、他の医療機関を紹介されたとします。このように、**他の医療機関を紹介されたにも関わらず同じ病院を再度受診すると**、この場合も、診療の料金とは別に**追加料金**を支払うことになります。この額がいくらまでであれば、同じ病院を受診しようと思えますか。 ※○は1つ

| <ケースAの場合>                       |   |
|---------------------------------|---|
| 01. 2,500円未満でも負担があれば大きな病院を受診しない | / |
| 02. 2,500円まで      03. 5,000円まで  |   |
| 04. 7,500円まで      05. 10,000円まで |   |
| 06. 追加料金がいくらでも大きな病院を受診する        |   |

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。  
 お手数をおかけいたしますが、○月○日（○）までに専用の返信用封筒（切手不要）  
 に同封し、お近くのポストに投函してください。

|    |  |
|----|--|
| ID |  |
|----|--|

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30年度調査）  
**かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査** 施設票

- ※この**施設票**は、病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、地域包括診療料・地域包括診療加算・オンライン診療料等の算定状況や外来診療の対象患者の状態等についておうかがいするものです。
- ※選択肢式の設定にご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。**
- ※（ ）内には**具体的な数値、用語等**をお書きください。（ ）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「-」**をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、**平成30年10月1日時点**の状況についてご記入ください。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**問 1. 貴施設の概要についておうかがいします。**

|  |                     |                   |           |               |              |           |
|--|---------------------|-------------------|-----------|---------------|--------------|-----------|
| <b>①所在地</b>  | （ ）都・道・府・県 ※都道府県名まで |                   |           |               |              |           |
| <b>②開設者 *1</b><br>※○は1つだけ  | 01. 国立              | 02. 公立            | 03. 公的    | 04. 社会保険関係団体  |              |           |
|  | 05. 医療法人            | 06. その他の法人        | 07. 個人    |               |              |           |
| *1…各選択肢の区分については、別添「施設票 調査要綱」をご覧ください。   |                     |                   |           |               |              |           |
| <b>③医療機関の種別</b> ※○は1つだけ  | 01. 病院              |                   | 02. 有床診療所 |               | 03. 無床診療所    |           |
| <b>④【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。</b>  |                     |                   |           |               |              |           |
| 一般病床   | 療養病床                | (うち)<br>介護療養病床    | 精神病床      | 感染症病床         | 結核病床         | 全体        |
| ( ) 床  | ( ) 床               | ( ) 床             | ( ) 床     | ( ) 床         | ( ) 床        | ( ) 床     |
| <b>⑤標榜診療科</b><br>※あてはまる番号すべてに○   | 01. 内科 *2           |                   | 02. 外科 *3 | 03. 整形外科      | 04. 脳神経外科    |           |
|  | 05. 小児科             |                   | 06. 精神科   | 07. 眼科        | 08. 皮膚科      |           |
|  | 09. 耳鼻咽喉科           |                   | 10. 泌尿器科  | 11. 産婦人科・産科   |              |           |
|  | 12. リハビリテーション科      |                   | 13. 救急科   | 14. 歯科・歯科口腔外科 |              |           |
|  | 15. その他 → (具体的に: )  |                   |           |               |              |           |
| *2…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01.内科」としてご回答ください。 |                     |                   |           |               |              |           |
| *3…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02.外科」としてご回答ください。                         |                     |                   |           |               |              |           |
| <b>⑥全職員数（常勤換算 *4）をご記入ください。 ※小数点以下第1位まで</b>   |                     |                   |           |               |              |           |
| 医師   | 歯科医師                | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師      | 薬剤師           | リハビリ<br>職 *5 | 管理<br>栄養士 |
| その他の<br>医療職 *6   | 社会<br>福祉士           | その他の<br>職員        | 計         |               |              |           |
| ( . ) 人  | ( . ) 人             | ( . ) 人           | ( . ) 人   | ( . ) 人       | ( . ) 人      | ( . ) 人   |
| *4…非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。  |                     |                   |           |               |              |           |
| ■ 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) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間)                             |                     |                   |           |               |              |           |
| ■ 1 ヶ月に数回勤務の場合：(非常勤職員の 1 ヶ月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4)                           |                     |                   |           |               |              |           |
| *5…リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。   |                     |                   |           |               |              |           |
| *6…その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。  |                     |                   |           |               |              |           |
| <b>⑦常勤の医師数</b>   |                     |                   |           |               | 常勤           | ( ) 人     |
| <b>⑧外来を担当する医師の人数</b>   |                     |                   |           |               | 常勤           | ( . ) 人   |
| ※常勤・非常勤とも、外来に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。  |                     |                   |           |               | 非常勤          | ( . ) 人   |
| <b>⑨往診・訪問診療を担当する医師の人数</b>  |                     |                   |           |               | 常勤           | ( . ) 人   |
| ※常勤・非常勤とも、往診・訪問診療に従事した時間分を常勤換算してご記入ください。   |                     |                   |           |               | 非常勤          | ( . ) 人   |



問 2. 地域包括診療料または地域包括診療加算の届出状況等についておうかがいします。

①貴施設では、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

|               |               |                   |                |
|---------------|---------------|-------------------|----------------|
| 01. 地域包括診療料 1 | 02. 地域包括診療料 2 | 03. 地域包括診療加算 1    | 04. 地域包括診療加算 2 |
|               |               | → 01～04を選んだ方は質問④へ |                |
| 05. いずれの届出もなし |               | → 05を選んだ方は質問②、③へ  |                |


【②、③には、平成30年10月1日現在、地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれについても、施設基準の届出をしていない場合のみ、ご回答ください。】

②地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも届出をしていない理由は何ですか。  
※あてはまる理由すべてに○、うち届出をしていない最大の理由1つに○

| あてはまる理由に○ | 届出をしていない最大の理由に○ |  |
|-----------|-----------------|--|
|           |                 | 01. 施設基準の要件を満たすことが困難であるから                    |
|           |                 | 02. 外来患者に算定対象となる患者がいらないから、または少ないから           |
|           |                 | 03. 他施設への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、医師の負担が重いから   |
|           |                 | 04. 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから              |
|           |                 | 05. 患者に地域包括診療料または地域包括診療加算の意義を理解してもらうことが困難だから |
|           |                 | 06. 患者本人や家族から、地域包括診療料または地域包括診療料算定の承諾が見込めないから |
|           |                 | 07. 経営上のメリットが少ないから                           |
|           |                 | 08. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから     |
|           |                 | 09. その他（具体的に：<br>_____）                      |

③貴施設では、今後、地域包括診療料または地域包括診療加算の届出を行う意向がありますか。 ※○は1つだけ

01. 届出予定がある

|   |         |                |                |
|---|---------|----------------|----------------|
|  | 届出予定時期  | 平成（ ）年（ ）月頃    |                |
|   | 届出予定の項目 | 11. 地域包括診療料 1  | 12. 地域包括診療料 2  |
|   |         | 13. 地域包括診療加算 1 | 14. 地域包括診療加算 2 |

02. 届出について検討中  
03. 届出の予定はない

→この後は、5ページの質問⑥へお進みください。

【④には、平成30年10月1日現在、地域包括診療料または地域包括診療加算に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

④貴施設では、いつから地域包括診療料または地域包括診療加算の届出を行っていますか。 ※○は1つだけ

|                |             |
|----------------|-------------|
| 01. 平成30年 3月以前 | →質問④-1へ     |
| 02. 平成30年 4月   | →質問④-1、④-2へ |
| 03. 平成30年 5月以降 | →質問④-2へ     |

【④-1には、**平成30年4月以前から**地域包括診療料または地域包括診療加算に関する施設基準の届出をしていた場合のみ、ご回答ください。】

④-1 以下にあてはまる患者について、それぞれ**実人数**でお答えください。

|   |      |
|---|------|
| 1) 過去6ヶ月間（平成30年4月～9月）における地域包括診療料または地域包括診療加算の算定患者（実人数）         | ( )人 |
| 1)-1（うち）保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数                          | ( )人 |
| 2) 過去6ヶ月間（平成30年4月～9月）における認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算の算定患者（実人数）   | ( )人 |
| 2)-1（うち）保険薬局から文書により服薬に関する情報提供を受けた患者数                          | ( )人 |
| 3) 直近1年間（平成29年10月～平成30年9月）に継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者数            | ( )人 |
| 4) 直近1ヶ月（平成30年9月）に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合 | ( )% |



【④-2には、**平成30年4月以降に**地域包括診療料または地域包括診療加算に関する施設基準の届出をした病院・診療所の方のみ、ご回答ください。】

④-2 平成30年4月以降に地域包括診療料または地域包括診療加算の届出を行ったのはなぜですか。  
 平成30年4月以降に新たに満たすことができるようになったものについて、ご回答ください。  
 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を確保できたため
- 02. 24時間対応をしている薬局を連携先として確保できたため
- 03. 敷地内を禁煙とできたため
- 04. 要介護認定に係る主治医意見書を作成するようになったため
- 05. 介護保険制度に係る要件（下記破線枠内の要件）を満たすようになったため



**満たすことができた介護保険制度に関する要件** ※あてはまる番号すべてに○

- 51. 居宅介護支援事業者の指定と常勤の介護支援専門員の配置
- 52. 居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供実績
- 53. 介護サービス事業所の併設
- 54. 地域ケア会議に年1回以上出席
- 55. 介護保険のリハビリテーションの提供
- 56. 介護認定審査会の委員経験
- 57. 医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講
- 58. 医師の介護支援専門員の資格保有
- 59. (病院の場合) 総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定

- 06. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診等が可能な体制の確保もしくは24時間往診等の対応が可能な医療機関との連携体制が確保できたため
- 07. 配置医師数の規定が緩和され、2名中1名が常勤換算可能となったため
- 08. 他施設での服薬内容の確認が医師の指示を受けた看護師でも可能になったため
- 09. 他施設での服薬内容の確認が薬局からの情報提供でも可能になったため
- 10. 定期的通院（年4回以上）の患者への地域包括診療料等の算定のための患者への同意書が不要になったため
- 11. 経営上のメリットがあると判断したから
- 12. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集が完了したから
- 13. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

【⑤には、平成30年10月1日現在、地域包括診療料または地域包括診療加算に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

| ⑤地域包括診療料1・2、地域包括診療加算1・2、認知症地域包括診療料1・2または認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者のことで、日常的に連携している医療機関等の数をお答えください。 |         |
|--|---------|
| 1) 算定患者への専門医療提供を目的に連携している医療機関の数  | ( ) 施設  |
| 2) 算定患者の認知症診断を目的に連携している医療機関の数  | ( ) 施設  |
| 3) 算定患者の処方薬等を把握・調整するために定期的に連絡をとっている医療機関の数  | ( ) 施設  |
| 4) 算定患者の処方薬等を管理するために連携している保険薬局の数   | ( ) 施設  |
| 4)-1 (うち) 情報提供を依頼した保険薬局の数  | ( ) 施設  |
| 5) 算定患者への歯科医療提供を目的に連携している医療機関の数  | ( ) 施設  |
| 6) 算定患者についてカンファレンスの実施や情報共有を行っている居宅介護支援事業所の数  | ( ) 事業所 |

【⑥には、すべての施設の方がご回答ください。】

| ⑥ 貴施設が、地域包括診療料または地域包括診療加算の施設基準の届出に当たり満たすことが <b>困難な要件</b> は何ですか。<br>※太枠欄内に、あてはまる要件すべてについて○を、うち満たすことが最も困難な要件1つについて○を、それぞれご記入ください。 |  |
|---|--|
| あてはまる要件に○   | 最も困難な要件に○  |
|   | 01. 満たすことが困難な要件はない   |
|   | 02. 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師を配置していること  |
|   | 03. 健康相談を実施している旨を院内掲示していること  |
|   | 04. 対象患者に対し院外処方を行う場合は24時間対応をしている薬局と連携していること  |
|   | 05. 敷地内が禁煙であること  |
|   | 06. 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示していること  |
|   | 07. 要介護認定に係る主治医意見書を作成していること  |
|   | 08. 介護保険関係の要件（※p4 ④-2の破線枠内）の1つを満たしていること  |
|   | 09. 在宅医療の提供及び対象患者に対し24時間往診等が可能な体制の確保もしくは24時間往診等の対応が可能な医療機関との連携体制が確保できていること                       |
|   | 10. 【病院の場合】地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること  |
|   | 11. 【病院の場合】在宅療養支援病院の届出を行っていること   |
|   | 12. 【診療所の場合】時間外対応加算1の届出を行っていること  |
|   | 13. 【診療所の場合】常勤換算2名以上の医師が配置され、うち1名以上が常勤であること  |
|   | 14. 【診療所の場合】在宅療養支援診療所であること   |
|   | 15. 【診療所の場合】①時間外対応加算1又は2の届出を行っている、②常勤換算2名以上の医師が配置され、うち1名以上が常勤であること、③在宅支援診療所であることのいずれか1つの要件を満たすこと |
|   | 16. 外来診療から訪問診療への移行実績が直近1年間で10人以上（在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上）いること                                   |
|   | 17. 直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること                                 |
|   | 18. その他（具体的に：<br>_____）  |

問3. 地域包括診療料または認知症地域包括診療料等を算定した患者の処方薬の状況等について、おうかがいします。

① 貴施設には、地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算を算定している患者のうち、**他の保険医療機関に入院し、その後、平成30年4月～9月に退院した患者**がいましたか。  
※○は1つだけ

01. いた → 質問①-1へ      02. いなかった → 質問②へ      03. 把握していない → 質問②へ

①-1 他の保険医療機関において処方した薬剤の種類が減少した患者がいましたか。 ※○は1つだけ

01. いた → 質問①-2へ      02. いなかった → 質問②へ      03. 把握していない → 質問②へ

①-2 当該患者のうち、薬剤適正使用連携加算を算定した患者がいましたか。 ※○は1つだけ

- 01. 当該患者の全員について算定した → 質問②へ
- 02. 当該患者のうち一部について、算定した患者がいた → 質問①-3へ
- 03. 当該患者の中に、算定した患者はいない → 質問①-3へ

①-3 算定しなかった理由はどれですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 入院までの情報提供が困難であった
- 02. 処方内容についての照会への対応が困難であった
- 03. 退院後の情報提供がなかった
- 04. その他（具体的に：  
\_\_\_\_\_）

② 貴施設には、地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料または認知症地域包括診療加算を算定している患者のうち、介護老人保健施設に入所し、その後、平成30年4月～9月に退所した患者がいましたか。

※○は1つだけ

01. いた → 質問②-1へ      02. いなかった → 問4へ      03. 把握していない → 問4へ

②-1 介護老人保健施設において処方した薬剤の種類が減少した患者がいましたか。 ※○は1つだけ

01. いた → 質問②-2へ      02. いなかった → 問4へ      03. 把握していない → 問4へ

②-2 当該患者のうち、薬剤適正使用連携加算を算定した患者がいましたか。 ※○は1つだけ

- 01. 当該患者の全員について算定した → 問4へ
- 02. 当該患者のうち一部について、算定した患者がいた → 質問②-3へ
- 03. 当該患者の中に、算定した患者はいない → 質問②-3へ

②-3 算定しなかった理由はどれですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 入所までの情報提供が困難であった
- 02. 処方内容についての照会への対応が困難であった
- 03. 退所後の情報提供がなかった
- 04. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

問4. 初診料の機能強化加算についておうかがいします。

① 貴施設では、初診料の機能強化加算の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

01. 届出あり → 質問②へ      02. 届出なし → 質問③へ

【②には、平成30年10月1日現在、初診料の機能強化加算に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

② 機能強化加算の算定について、困難を感じることはありますか。

※太枠欄内に、困難を感じるものすべてについて○を、うち最も困難を感じるもの1つについて○を、それぞれご記入ください。

| あてはまるものに○ | 最も困難なものに○ |                               |
|-----------|-----------|-------------------------------|
|           | /         | 00. 困難に感じることはない               |
|           |           | 01. 健康管理にかかる相談を実際に実施すること      |
|           |           | 02. 保健・福祉サービスに関する相談を実際に実施すること |
|           |           | 03. 夜間・休日の問合せへの対応を実際に実施すること   |
|           |           | 04. その他（具体的に： _____ )         |

【③には、すべての施設の方がご回答ください。】

③ 貴施設が、機能強化加算の届出に当たり満たすことが困難な要件は何ですか。

※太枠欄内に、あてはまる要件すべてについて○を、うち最も困難な要件1つに○を、それぞれご記入ください。

| あてはまる要件に○ | 最も困難な要件に○ |   |
|-----------|-----------|---|
|           | /         | 00. 満たすことが困難な要件はない  |
|           |           | 01. 地域包括診療加算・地域包括診療料・小児かかりつけ診療料・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料のいずれかの届出をしていること |
|           |           | 02. 健康管理にかかる相談を実施していること   |
|           |           | 03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施していること  |
|           |           | 04. 夜間・休日の問合せへの対応を行っていること   |
|           |           | 05. その他（具体的に： _____ )   |

問5. 貴施設が有しているかかりつけ医機能についておうかがいします。

貴施設は、次のかかりつけ医機能のうち、どの機能を有していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. どんな病気でもまずは相談に乗れる
02. これまでの病歴や家族背景等を把握している
03. 必要時に専門医、専門医療機関を紹介する
04. 夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける
05. 夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する
06. 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う
07. 生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行う
08. 喫煙者に対して禁煙指導を行う
09. 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行う
10. 高齢者や児童などに対して、予防接種を推奨・実施する
11. 患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する
12. 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する
13. 患者の処方を担当する薬局と連携する
14. 往診や訪問診療などの在宅医療を行う
15. 在宅医療において看取りを行う
16. 患者に自分らしい人生の終わり方の相談を行う
17. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行う
18. 要介護認定に関する主治医意見書を作成する
19. 認知症に関する助言や指導を行う
20. 行政への協力や学校医など、地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う
21. 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行う
22. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を患者に提供する
23. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携する
24. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

問6. オンライン診療料・オンライン医学管理料・オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料（以下「オンライン診療料等」と記載）についておうかがいします。

①貴施設でオンライン診療を行っている患者のうち、保険診療（オンライン診療料等を算定）としてオンライン診療を行っている患者、保険外でオンライン診療に相当する診療を行っている患者は、それぞれ何人ですか（平成30年4月1日～9月30日における実人数）。

| 1) 保険診療による患者 | 2) 保険外診療による患者 |
|--------------|---------------|
| ( ) 人        | ( ) 人         |

【②には、設問①の1)または2)に1人以上の人数を回答した場合のみ、ご回答ください。】

②貴施設では、平成30年3月以前にもオンライン診療を行っていましたか。行っていた場合、保険診療・保険外診療のどちらで行っていましたか。 ※○は1つだけ

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| 01. 行っていなかった      | 02. 保険診療として、再診料を算定していた（電話等による再診） |
| 03. 保険外診療として行っていた | 04. 保険診療の場合と保険外診療の場合の両方があった      |



【③には、すべての施設の方がご回答ください。】

③貴施設では、オンライン診療料の施設基準の届出をしていますか。 ※○は1つだけ

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 01. 届出あり → 質問④へ | 02. 届出なし → 質問⑦へ |
|-----------------|-----------------|



【④～⑥には、平成30年10月1日現在、オンライン診療料に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

| ④ 貴施設でオンライン診療料等を算定している患者のうち、それぞれの項目にあてはまる人数をお答えください。<br>(平成30年10月1日時点)                            |   |   |                        | 1) オンライン診療料及び医学管理料                 | 2) オンライン在宅管理料 | 3) 精神科オンライン在宅管理料 |
|---|---|---|------------------------|------------------------------------|---------------|------------------|
| 全体  |   |   |                        | ( ) 人                              | ( ) 人         | ( ) 人            |
| オンライン診療を導入した理由  | 従来から行っていた診療の一部をオンライン診療に置き換えた  | 患者が、身体機能・認知機能の低下により頻繁な通院が困難であるため        | ( ) 人                  |                                    |               |                  |
|   |   | 患者が、仕事や家庭の事情により頻繁な通院が困難であるため            | ( ) 人                  |                                    |               |                  |
|   |   | 患者の住まいが遠方で頻繁な通院が困難であるため                 | ( ) 人                  |                                    |               |                  |
|   |   | より効率性の高い在宅管理を実施するため                     |                        | ( ) 人                              | ( ) 人         |                  |
|   |   | その他                                     | ( ) 人                  | ( ) 人                              | ( ) 人         |                  |
|  具体的な理由をご記入ください： |   |   |                        |                                    |               |                  |
| 従来から行っていた診療にオンライン診療を追加した  | 従来から行っていた診療にオンライン診療を追加した  | 患者が通院を自己中断しないよう、よりきめ細やかな指導等を行うため        | ( ) 人                  |                                    |               |                  |
|   |   | よりきめ細やかな在宅管理を行うため                       |                        | ( ) 人                              | ( ) 人         |                  |
|   |   | その他                                     | ( ) 人                  | ( ) 人                              | ( ) 人         |                  |
|  具体的な理由をご記入ください： |   |   |                        |                                    |               |                  |
| ⑤ オンライン診療 1 件あたりにかかる平均的な時間（準備等を含まない、診療本体のみの時間）はどのくらいですか。また、1 週間あたりの平均的なオンライン診療の件数はどのくらいですか。       |   |   |                        | 1 診療あたり平均 ( ) 分<br>1 週間あたり平均 ( ) 件 |               |                  |
| ⑥ 貴施設でオンライン診療等を行うにあたり用いているシステムの概要をお答えください。  |   |   |                        |                                    |               |                  |
| 1) 患者とのビデオ通話に用いているシステムの種類   | 01. オンライン診療に特化したシステム<br>02. オンライン診療や医療系のコミュニケーションに特化しないシステム（SNSアプリ等）<br>03. その他（具体的に： ) |   |                        |                                    |               |                  |
| 2) 1) のシステムが備えている機能（ビデオ通話以外）  | 01. 予約<br>04. ポインター（指差し）<br>07. 医師側からの診療記録の閲覧<br>09. その他（具体的に： )                        | 02. 問診<br>05. チャット<br>08. 患者側からの診療記録の閲覧 | 03. 画像等の送受信<br>06. 支払い |                                    |               |                  |
| 3) 1) のシステムの利用に係るシステム提供者への費用の支払い  | 01. あり  |   | 02. なし                 |                                    |               |                  |
| 4) システム利用に係る患者からの費用徴収の有無  | 01. あり → ( ) 円/月  |   | 02. なし                 |                                    |               |                  |

【⑦には、すべての施設の方がご回答ください。】

| ⑦ オンライン診療に対する、現時点のお考えをお答えください。 ※各設問につき1つに○  |          |            |           |
|---|----------|------------|-----------|
| 01. 診療は対面が原則であり、オンライン診療は対面診療の補完的なものとして行うべきだ | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 02. 対面診療と比べ、オンライン診療では十分な診察を行うことができない        | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 03. オンライン診療に適した状態の患者は少ない                    | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 04. 患者のオンライン診療に対するニーズは少ない                   | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 05. オンライン診療に用いる機器やシステムの操作が難しい               | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 06. オンライン診療に用いる機器やシステム導入・運用のコストが高い          | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 07. オンライン診療を行うメリットが手間やコストに見合わない             | 01. そう思う | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 08. その他                                     | (具体的に： ) |            |           |

問7. 各種診療料・加算の算定状況等についておうかがいします。

| ①平成30年9月1ヶ月間の外来患者数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。   |                   |                  |
|--|-------------------|------------------|
|  | 平成30年9月1ヶ月間の外来患者数 | うちオンライン医学管理料算定患者 |
| 1) 初診患者の延べ人数                                   | ( ) 人             |                  |
| 1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数                          | ( ) 人             |                  |
| 2) 再診患者の延べ人数                                   | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 3) 初診患者の実人数<br>※月に2回以上の初診があった場合でも「1人」と数えてください。 | ( ) 人             |                  |
| 4) 再診患者の実人数<br>※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。 | ( ) 人             |                  |
| 4)-1 うち地域包括診療料1・2または地域包括診療加算1・2を算定した患者数        | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-2 うち認知症地域包括診療料1・2または認知症地域包括診療加算1・2を算定した患者数  | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-3 うち特定疾患療養管理料を算定した患者数                       | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-4 うち小児科療養指導料を算定した患者数                        | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-5 うちてんかん指導料を算定した患者数                         | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-6 うち難病外来指導管理料を算定した患者数                       | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-7 うち糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数                    | ( ) 人             | ( ) 人            |
| 4)-8 うち生活習慣病管理料を算定した患者数                        | ( ) 人             | ( ) 人            |

| ②平成30年9月1ヶ月間の在宅患者数（外来患者を含まない）についてお答えください。      |                   |                                |
|--|-------------------|--------------------------------|
|  | 平成30年9月1ヶ月間の在宅患者数 | うちオンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料算定患者 |
| 1) 初診患者の延べ人数                                   | ( ) 人             |                                |
| 1)-1 うち機能強化加算を算定した患者数                          | ( ) 人             |                                |
| 2) 再診患者の延べ人数                                   | ( ) 人             | ( ) 人                          |
| 3) 初診患者の実人数<br>※月に2回以上の初診があった場合でも「1人」と数えてください。 | ( ) 人             |                                |
| 4) 再診患者の実人数<br>※月に2回以上の再診があった場合でも「1人」と数えてください。 | ( ) 人             |                                |
| 4)-1 うち在宅時医学総合管理料を算定した患者数                      | ( ) 人             | ( ) 人                          |
| 4)-2 うち施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数                   | ( ) 人             |                                |
| 4)-3 うち在宅がん医療総合診療料を算定した患者数                     | ( ) 人             |                                |
| 4)-4 うち精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数                    | ( ) 人             | ( ) 人                          |

| ③平成30年9月1ヶ月間における、以下の診療等を担当した医師についてお答えください。        |          |           |
|---|----------|-----------|
| 1) 地域包括診療料1・2または地域包括診療加算1・2の算定が1回以上あった医師の人数       | 常勤 ( ) 人 | 非常勤 ( ) 人 |
| 2) 認知症地域包括診療料1・2または認知症地域包括診療加算1・2の算定が1回以上あった医師の人数 | 常勤 ( ) 人 | 非常勤 ( ) 人 |
| 3) オンライン診療料等* の算定が1回以上あった医師の人数                    | 常勤 ( ) 人 | 非常勤 ( ) 人 |

\*…オンライン診療料・オンライン医学管理料・オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料を指します。

問 8. 薬剤の使用に係る状況等についておうかがいします。

①抗菌薬の適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。  
※あてはまる番号すべてに○

01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加  
02. 感染症に係る研修会等への定期的な参加  
03. 抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施  
04. 厚生労働省「抗微生物薬の適正使用の手引き」を参考にした抗菌薬の使用  
05. その他  
(具体的に： )

②高齢者の医薬品適正使用について、下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。  
※あてはまる番号すべてに○

01. お薬手帳等を利用した他施設での処方薬の把握  
02. 院内または院外の薬剤師との連携による処方薬の見直し  
03. 医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施  
04. 厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」を参考にした処方の見直し  
05. その他  
(具体的に： )

問 9. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についておうかがいします。

【問9には、診療所の方のみ、ご回答ください。】

①貴施設における明細書の発行状況として、自己負担のある患者、ない患者それぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。なお、明細書発行体制加算を算定し、それ以外の費用を徴収していない場合は「無料で発行している」とお答えください。  
※太枠内のうち、「自己負担のある患者」の列、「自己負担のない患者」の列のそれぞれについて、○を1つずつご記入ください。

| 自己負担のある患者 | 自己負担のない患者 |   |
|-----------|-----------|---|
|           |           | 01. 原則として全患者に無料で発行している                  |
|           |           | 02. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、無料で発行している     |
|           |           | 03. 「正当な理由」の届出をし、希望する患者のみ、有料で発行している     |
|           |           | 04. 「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない          |
|           |           | 05. 明細書の無料発行が義務付けられていないため、明細書の発行は行っていない |

【②～④には、①で「02」「03」「04」のいずれかに○を記入した診療所の方のみ、ご回答ください。】

② 貴施設が該当する「正当な理由」はなんですか。 ※○は1つだけ

01. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため  
02. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、改修が必要であるため

③ 貴施設が該当する「正当な理由」についてはいつまでに対応する予定ですか。 ※○は1つだけ

01. 平成30年12月末まで      02. 平成31年3月末まで      03. 平成31年9月末まで  
04. 平成32年3月末まで      05. その他（具体的に：      ）      06. 未定

④貴施設では、全患者に明細書を無料で発行する場合に何かお困りになることがありますか。 ※○は1つだけ

01. ある → 質問④-1へ      02. ない → 問10へ

④-1 お困りになることの内容をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 初期費用がかかる      02. 運用経費がかかる  
03. 明細書発行に伴って業務負担が増加する      04. 会計等の患者の待ち時間が長くなる  
05. その他  
(具体的に： )

問10. 貴施設の個別の患者についておうかがいします。

①平成30年9月に貴施設が診察した外来患者のうち、(a)地域包括診療料または地域包括診療加算を算定した直近の患者5名、(b)地域包括診療料または地域包括診療加算を算定していないものの、高血圧症・糖尿病・脂質異常症・認知症の4疾患のうち2疾患以上を有する直近の患者5名について、診察日が遅い(より最近に診察した)順に、患者1人につき1行で、下記の項目についてお書きください。

※同月に同じ患者が複数回受診しても1人となります。調査期間中に5名に達しない場合は、5名に満たなくても結構です。

※地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも施設基準の届出をしていない場合は、(b)に該当する5名の患者のみご記入ください。

| A<br>性別 | B<br>年齢(歳) | C<br>4疾患の状況 |     |       |     | D<br>C以外の慢性疾患<br>(Cの4疾患を除く)<br>※貴施設で治療を行っているもの |     |       |       |       |       |         |       |       |      |            |          | E<br>地域包括診療科・地域包括診療加算の<br>算定開始からの経過期間(ヶ月) | F<br>院外処方・院内処方の別 |    | G<br>内服薬数(剤)<br>(他施設について把握していない場合は「x」と記入) |     | H<br>地域包括診療料等の算定当初と比較した内服薬の数(患者の受診するすべての医療機関から処方された内服薬の総数) | I<br>左記のHで「増えた」「減った」と回答した場合、その主な理由に1つだけ○ | J<br>1ヶ月間の延べ通院回数<br>※他の医療機関への通院回数含む | K<br>定期的に通院している医療機関数<br>(把握していない場合は「x」と記入) |     |     |       |
|---------|------------|-------------|-----|-------|-----|--|-----|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|------|------------|----------|---|------------------|----|---|-----|--|--|-------------------------------------|--|-----|-----|-------|
|         |            | 高血圧症        | 糖尿病 | 脂質異常症 | 認知症 | 循環器疾患  | 腎疾患 | 呼吸器疾患 | 消化器疾患 | 内分泌疾患 | 運動器疾患 | 精神・神経疾患 | 泌尿器疾患 | 感覚器疾患 | 皮膚疾患 | その他(外傷等含む) | C以外の疾患なし |   | 院外               | 院内 | 自施設                                       | 他施設 |  |  |                                     |  | 増えた | 減った | 変わらない |

(a) 地域包括診療料または地域包括診療加算を算定した患者5名についてお答えください。

|     |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |   |   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|-----|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|---|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 1人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
| 2人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
| 3人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
| 4人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |
| 5人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  |  |

(b) 地域包括診療料・地域包括診療加算のいずれも算定していないものの、高血圧症・糖尿病・脂質異常症・認知症の4疾患のうち2疾患以上を有する患者5名についてお答えください。

|     |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |
|-----|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|----|
| 1人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |
| 2人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |
| 3人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |
| 4人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |    |
| 5人目 | 1 | 2 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 外 | 23 |







- ②本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えていますか。  
また、かかりつけ医の役割に関する説明を受けていますか。（○はそれぞれ1つずつ）

|                    |           |            |
|--------------------|-----------|------------|
| 1) 他の医療機関の受診状況     | 01. 伝えている | 02. 伝えていない |
| 2) 処方されている薬の内容     | 01. 伝えている | 02. 伝えていない |
| 3) お薬手帳            | 01. 見せている | 02. 見せていない |
| 4) かかりつけ医の役割に関する説明 | 01. 受けている | 02. 受けていない |

- ③本日受診した患者さんにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。（○はいくつでも）

|   |   |
|---|---|
| 01. どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる<br>02. これまでの病歴や家族背景等を把握してくれている<br>03. 必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる<br>04. 夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる<br>05. 夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる<br>06. 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる<br>07. 生活習慣病の予防を含めた健康な生活のための助言や指導を行ってくれる<br>08. 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる<br>09. 健康診断や検診などの受診状況や結果を把握し、それに応じた助言や指導を行ってくれる<br>10. 予防接種を推奨・実施してくれる<br>11. 受診しているすべての医療機関や処方薬を把握してくれる<br>12. 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる<br>13. 処方を担当する薬局と連携してくれる<br>14. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる<br>15. 在宅医療において看取りを行ってくれる<br>16. 自分らしい人生の終わり方の相談ができる<br>17. 地域の介護職などの他の関連職種との連携を行ってくれる<br>18. 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる<br>19. 認知症に関する助言や指導を行ってくれる<br>20. 行政への協力や学校医など、地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる<br>21. 医療保険者や職場と連携し、必要な情報のやり取りを行ってくれる<br>22. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる<br>23. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる<br>24. その他<br>（具体的に： | ) |
|---|---|





問5. 本日の明細書の受取状況と、明細書の受取に対するお考えについておうかがいします。

「明細書」とは、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していくために、**使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかる大切なもの」**として発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

①本日の診療についての明細書の内容を確認しましたか。(○は1つだけ)

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 01. きちんと確認した       | 02. おおまかに確認した            |
| 03. ほとんど確認しなかった    | 04. まったく確認しなかった          |
| 05. 発行されたが受け取らなかった | 06. 「必要ない」と断ったため発行されなかった |
| 07. 発行されなかった       |                          |

▶①-1【質問①で確認しなかった方、受け取らなかった方または断った方】「明細書」を確認しなかった、受け取らなかった、または断ったのはなぜですか。(○はいくつでも)

- |                                       |
|---------------------------------------|
| 01. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため           |
| 02. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため |
| 03. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため    |
| 04. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため               |
| 05. 領収証の内容で十分なため                      |
| 06. 「明細書」の発行に時間がかかるため                 |
| 07. 毎回ほぼ同じ内容であるため                     |
| 08. 自己負担額がないため                        |
| 09. その他(具体的に: _____)                  |

②医療機関での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか(本日の受付や会計時に知った場合も含みます)。(○は1つだけ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 01. 知っていた | 02. 知らなかった |
|-----------|------------|

③医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。(○は1つだけ)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 01. 必要だと思う           | 02. どちらかというとも必要だと思う |
| 03. どちらかというとも必要ないと思う | 04. 必要ないと思う         |

④「明細書」の内容を確認することで、どのようなことに役立つと思いますか。(○はそれぞれ1つずつ)

|                                   |             |            |           |
|-----------------------------------|-------------|------------|-----------|
| 1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる      | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 2. 医療費の内訳がわかりやすくなる                | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる          | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 5. 医療機関への安心感・信頼感が高まる              | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |
| 6. その他                            | 具体的に: _____ |            |           |
| 7. 特にない                           | 01. そう思う    | 02. そう思わない | 03. わからない |

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。  
お手数をおかけいたしますが、○月○日(○)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

ID

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）

## かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査 小児科施設票

※ この小児科施設票は、小児科・小児外科を有する病院・一般診療所の開設者・管理者の方に、小児外来診療における診療体制や取組、患者の状態等についておうかがいするものです。

※ 選択肢式の設問にご回答の際は、**あてはまる番号を○（マル）で囲んで**ください。

※ ( ) 内には**具体的な数値、用語等**をお書きください。( ) 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「-」**をお書きください。

※ 特に断りのない場合は、**平成30年10月1日時点**の状況についてご記入ください。

※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 問1. 貴施設の概要についておうかがいします。

|  |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
|--|---|-------------------|------------|--------------|------------------|------------|---------------|------------------|------------|-----------|---------|--------|----------|-------------|----------------|---------|---------------|-------------------|
| ①所在地   | ( ) 都・道・府・県 ※都道府県名まで                            |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ②開設者 *1<br>※○は1つだけ   | 01. 国立  | 02. 公立            | 03. 公的     | 04. 社会保険関係団体 | 05. 医療法人         | 06. その他の法人 | 07. 個人        |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| *1…各選択肢の区分については、別添「小児科施設票 調査要綱」をご覧ください。  |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ③標榜診療科<br>※あてはまる番号すべてに○  | 01. 小児科   | 02. 小児外科          | 03. 内科 *2  | 04. 外科 *3    | 05. 呼吸器科         | 06. アレルギー科 | 07. 皮膚科       | 08. 耳鼻咽喉科        | 09. 整形外科   | 10. 脳神経外科 | 11. 精神科 | 12. 眼科 | 13. 泌尿器科 | 14. 産婦人科・産科 | 15. リハビリテーション科 | 16. 救急科 | 17. 歯科・歯科口腔外科 | 18. その他（具体的に：( )） |
| *2…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「03.内科」としてご回答ください。 |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| *3…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「04.外科」としてご回答ください。                         |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ④医療機関の種別<br>※○は1つだけ  | 01. 200床以上の病院 02. 200床未満の病院 03. 有床診療所 04. 無床診療所 |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ⑤【病院・有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。   |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| 一般病床   | 療養病床  | (うち)<br>介護療養病床    | 精神病床       | 感染症病床        | 結核病床             | 全体         |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ( ) 床  | ( ) 床   | ( ) 床             | ( ) 床      | ( ) 床        | ( ) 床            | ( ) 床      |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ⑥全職員数（常勤換算*4）をご記入ください。※小数点以下第1位まで  |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| 医師   | 歯科医師  | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師       | 薬剤師          | リハビリ<br>職*5      | 管理<br>栄養士  | その他の<br>医療職*6 | 社会<br>福祉士        | その他の<br>職員 | 計         |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ( . ) 人  | ( . ) 人   | ( . ) 人           | ( . ) 人    | ( . ) 人      | ( . ) 人          | ( . ) 人    | ( . ) 人       | ( . ) 人          | ( . ) 人    | ( . ) 人   |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ⑦専ら小児科を担当する医師数   |   |                   | 常勤 ( ) 人   |              | 非常勤（常勤換算）( . ) 人 |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ⑧専ら小児外科を担当する医師数  |   |                   | 常勤 ( ) 人   |              | 非常勤（常勤換算）( . ) 人 |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| *4…非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。  |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ◆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）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間）                                     |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ◆1ヶ月に数回勤務の場合：（非常勤職員の1ヶ月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）                                   |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| *5…リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。   |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| *6…その他の医療職とは、診療放射線技師、臨床検査技師等、その他の医療系資格を有する者を指します。  |   |                   |            |              |                  |            |               |                  |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
| ⑨レセプトコンピュータ等による医事会計システム（いわゆるレセコン）の導入状況<br>※○は1つだけ  |   |                   | 01. 導入している |              |                  |            |               | 02. 導入の具体的な予定がある |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |
|  |   |                   | 03. 導入を検討中 |              |                  |            |               | 04. 導入する予定はない    |            |           |         |        |          |             |                |         |               |                   |

|   |                                    |                                 |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| ⑩レセプト請求方法<br>※もつとも多いものに○  | 01. オンライン請求<br>03. 紙レセプトによる提出（手書き） | 02. 電子媒体（CDなど）による提出<br>04. 代行請求 |
| ⑪医療情報連携ネットワーク*7への参加の有無<br>*7…地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク   | 01. 参加あり                           | 02. 参加なし                        |
| ⑫他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。 ※あてはまる番号すべてに○ |                                    |                                 |
| 01. ICTを活用している  |                                    |                                 |
| 活用しているICT<br>※あてはまる番号すべてに○  | 11. メール                            | 12. 電子掲示板                       |
|   | 13. グループチャット                       | 14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）       |
| 15. その他（具体的に： _____）  |                                    |                                 |
| 02. ICTを活用していない   |                                    |                                 |

問2. 診療料・加算に係る施設基準の届出の状況や算定の有無等についておうかがいします。

| 診療料・加算                     | 時点           | 届出の状況                        |                          |
|----------------------------|--------------|------------------------------|--------------------------|
| ①初診料の機能強化加算<br>※○は1つだけ     | 平成30年10月1日現在 | 01. 届出あり                     | 02. 届出なし                 |
| ②再診料の時間外対応加算<br>※○は1つだけ    | 平成30年10月1日現在 | 01. 時間外対応加算1<br>03. 時間外対応加算3 | 02. 時間外対応加算2<br>04. 届出なし |
| ③オンライン診療料<br>※○は1つだけ       | 平成30年10月1日現在 | 01. 届出あり                     | 02. 届出なし                 |
| ④小児かかりつけ診療料<br>※○は1つだけ     | 平成30年3月以前    | 01. 届出あり                     | 02. 届出なし                 |
|                            | 平成30年10月1日現在 | 01. 届出あり                     | 02. 届出なし                 |
| 診療料・加算                     | 時点           | 算定の有無                        |                          |
| ⑤再診料の明細書発行体制等加算<br>※○は1つだけ | 平成30年9月中     | 01. 算定あり                     | 02. 算定なし                 |

問3. 貴施設の小児科・小児外科の平成30年9月の1ヶ月間における、診療料・加算に係る算定の実人数・延べ回数についておうかがいします。

| 診療料・加算                      | 算定実人数 | 算定延べ回数 |
|-----------------------------|-------|--------|
| ①初診料（15歳未満の外来患者）            |       | （ ）回   |
| ②初診料の機能強化加算（15歳未満の外来患者）     |       | （ ）回   |
| ③再診料（15歳未満の外来患者）            | （ ）人  | （ ）回   |
| ④再診料のうち電話等によるもの（15歳未満の外来患者） | （ ）人  | （ ）回   |
| ⑤外来診療料（15歳未満の外来患者）          | （ ）人  | （ ）回   |
| ⑥オンライン診療料（15歳未満の患者）         |       | （ ）回   |
| ⑦オンライン医学管理料（15歳未満の患者）       |       | （ ）回   |
| ⑧オンライン在宅管理料（15歳未満の患者）       |       | （ ）回   |
| ⑨精神科オンライン在宅管理料（15歳未満の患者）    |       | （ ）回   |
| ⑩小児科外来診療料（初診時）              |       | （ ）回   |
| ⑪小児科外来診療料（再診時）              | （ ）人  | （ ）回   |
| ⑫小児科外来診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算     |       | （ ）回   |
| ⑬小児かかりつけ診療料（初診時）            |       | （ ）回   |
| ⑭小児かかりつけ診療料（再診時）            | （ ）人  | （ ）回   |
| ⑮小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算   |       | （ ）回   |

問4. 貴施設の小児科・小児外科の平成30年9月1ヶ月間における、外来患者の実人数についておうかがいします。

| 診療料                              | 0~2歳 | 3歳以上かつ未就学 | 小学生  | 中学生以上かつ15歳未満 |
|----------------------------------|------|-----------|------|--------------|
| ①初診料・再診料・外来診療料のうちいずれか1つ以上を算定した患者 | ( )人 | ( )人      | ( )人 | ( )人         |
| ②小児科外来診療料を算定した患者                 | ( )人 |           |      |              |
| ③小児かかりつけ診療料を算定した患者               | ( )人 | ( )人      |      |              |

問5. 地域における活動等の状況についておうかがいします。

|   |   |                               |  |
|---|---|-------------------------------|--|
| ①在宅当番医制等による初期小児救急医療への参加状況 ※○は1つだけ                         | 01. 参加あり→休日又は夜間の診療回数：( )回/月<br>※平成30年9月の1ヶ月間<br>02. 参加なし  |                               |  |
| ②都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口(#8000等)への参加状況 ※○は1つだけ          | 01. 参加あり→参加回数：( )回/年<br>※平成29年10月～平成30年9月の1年間<br>02. 参加なし |                               |  |
| ③市町村の乳幼児健康診査の実施 ※○は1つだけ                                   | 01. あり  | 02. なし                        |  |
| ④乳幼児に対する定期予防接種の実施 ※○は1つだけ                                 | 01. あり  | 02. なし                        |  |
| ⑤幼稚園の園医又は保育所の嘱託医の就任の有無 ※あてはまる番号すべてに○                      | 01. 幼稚園の園医  | 02. 保育所の嘱託医<br>03. 園医・嘱託医ではない |  |
| ⑥平成29年10月～平成30年9月の1年間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する往診・訪問診療の提供実績 | 患者数ベース ( )人/年   |                               |  |
| ⑦平成29年10月～平成30年9月の1年間における15歳未満の超重症児・準超重症児に対する訪問看護の提供実績    | 患者数ベース ( )人/年   |                               |  |

問6. 初診料の機能強化加算に係る状況についておうかがいします。

【①には、すべての施設の方がご回答ください。】

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| ①貴施設が、機能強化加算の届出に当たり満たすことが困難な要件は何ですか。<br>※太枠欄内に、あてはまる要件すべてについて○を、うち最も困難な要件1つについて○を、それぞれご記入ください。 |           |  |
| あてはまる要件に○  | 最も困難な要件に○ |  |
|  |           | 00. 満たすことが困難な要件はない   |
|  |           | 01. 小児かかりつけ診療料・地域包括診療加算・地域包括診療料・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の届出をしていること |
|  |           | 02. 健康管理にかかる相談を実施していること  |
|  |           | 03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施していること                                       |
|  |           | 04. 夜間・休日の問合せへの対応を行っていること  |
|  |           | 05. その他(具体的に： )  |

【②には、平成30年10月1日現在、初診料の機能強化加算に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

| ②機能強化加算の算定について、困難を感じることはありますか。                             |           |                               |
|--|-----------|-------------------------------|
| ※太枠欄内に、困難を感じるものすべてについて○を、うち最も困難を感じるもの1つについて○を、それぞれご記入ください。 |           |                               |
| あてはまるものに○  | 最も困難なものに○ |                               |
|  |           | 00. 困難を感じることはない               |
|  |           | 01. 健康管理にかかる相談を実際に実施すること      |
|  |           | 02. 保健・福祉サービスに関する相談を実際に実施すること |
|  |           | 03. 夜間・休日の問合せへの対応を実際に実施すること   |
|  |           | 04. その他（具体的に：<br>_____）       |

問7. 小児かかりつけ診療料に係る状況についておうかがいします。

【①～④には、平成30年10月1日現在、小児かかりつけ診療料に関する施設基準の届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

| ①貴施設において小児かかりつけ診療料の算定実績がある医師の人数  | 全体       | うち小児科・小児外科の医師                              |
|--|----------|--|
|  | ( ) 人    | ( ) 人                                      |
| ②平成30年4月以降、小児かかりつけ診療料について説明を行ったものの、患者の同意を得られないケースは、説明した患者の何割くらいありましたか。 |          | 約( )割                                      |
| ③患者が同意しない場合、どのような理由によるものでしょうか。   |          |  |
| ※太枠欄内に、あてはまる理由すべてについて○を、うち最も多い理由1つについて○を、それぞれご記入ください。                  |          |  |
| あてはまる理由に○  | 最も多い理由に○ |  |
|  |          | 00. 同意を得られないケースはなかった                       |
|  |          | 01. 他の医療機関にかかりつけ医を持っているため                  |
|  |          | 02. 複数の小児科医療機関を受診しており、かかりつけ医を決定できないため      |
|  |          | 03. 自宅から遠い、または今後遠くなる可能性があり、かかりつけ医を決定できないため |
|  |          | 04. 患者や保護者が求めるかかりつけ医機能を十分に提供できないため         |
|  |          | 05. 自己負担金が高くなってしまったため                      |
|  |          | 06. その他（具体的に：<br>_____）                    |
| ④小児かかりつけ診療料を算定している患者が、他の医療機関を受診した場合、どのように対応していますか。 ※最も多いものに○を1つだけ      |          |  |
| 01. 他施設に照会し、治療内容や投薬状況を把握するようにしている                                      |          |  |
| 02. 患者から治療内容や投薬状況を報告してもらうようにしている                                       |          |  |
| 03. その他（具体的に：<br>_____）  |          |  |



【⑤には、小児かかりつけ診療料について、平成30年3月以前には施設基準の届出をして「いなかった」が、平成30年10月1日現在では届出をしている場合のみ、ご回答ください。】

| ⑤平成30年4月以降に、小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行った理由は何ですか。<br>※太枠欄内に、あてはまる理由すべてについて○を、うち最大の理由1つについて○を、それぞれご記入ください。 |         |  |
|--|---------|--|
| あてはまる理由に○  | 最大の理由に○ |  |
|  |         | 01. 常時対応に係る算定要件が緩和されたから                                |
|  |         | 02. 01.以外の算定要件について新たに満たせるようになったから                      |
|  |         | 03. 施設基準の要件を新たに満たせるようになったから                            |
|  |         | 04. 小児かかりつけ診療料に係る施設基準が届出要件の1つに含まれた（初診料の）機能強化加算が創設されたから |
|  |         | 05. 小児抗菌薬適正使用加算が創設されたから                                |
|  |         | 06. 平成30年度診療報酬改定の内容によらず届出を行うことを決めていたから                 |
|  |         | 07. その他（具体的に：<br>_____）                                |

【⑥、⑦には、平成30年10月1日現在、小児かかりつけ診療料に関する施設基準の届出をして「いない」場合のみ、ご回答ください。】

| ⑥小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由は何ですか。<br>※太枠欄内に、あてはまる理由すべてについて○を、うち最大の理由1つについて○を、それぞれご記入ください。 |         |   |
|--|---------|---|
| あてはまる理由に○  | 最大の理由に○ |   |
|  |         | 01. 専ら小児科または小児外科を担当する常勤医師の配置に係る届出要件を満たせないから   |
|  |         | 02. 時間外対応加算1または2に係る届出要件を満たせないから   |
|  |         | 03. 「在宅当番医等への参加による月1回以上の休日・夜間の診療」「市町村の乳幼児健康診査の実施」「乳幼児に対する定期予防接種の実施」「超重症児・準超重症児への在宅医療」「幼稚園の園医・保育所の嘱託医の就任」のうち3つ以上に該当という届出要件を満たせないから |
|  |         | 04. 算定対象となる患者が3歳未満の患者、または3歳未満から算定している未就学の患者に限定されているから   |
|  |         | 05. 算定対象となる患者が4回以上の受診のある患者に限定されているから  |
|  |         | 06. 外来患者に算定対象となる患者がいないから・少ないから  |
|  |         | 07. 他施設への通院状況等、把握しなければならない項目が多く、業務負担が重いから   |
|  |         | 08. 患者の自己負担額が重くなることはできるだけ避けたいから   |
|  |         | 09. 患者や患者家族に小児かかりつけ診療料の意義を理解してもらうのが困難だから  |
|  |         | 10. 患者や患者家族の同意を得るのが困難だから  |
|  |         | 11. 経営上のメリットが少ないから  |
|  |         | 12. 他の医療機関の届出動向や運用状況などの情報収集を行っている段階であるから  |
|  |         | 13. その他（具体的に：<br>_____）   |

⑦今後の小児かかりつけ診療料の施設基準の届出に関する予定・意向 ※○は1つだけ

|                  |            |                |
|------------------|------------|----------------|
| 01. 届出の具体的な予定がある | 02. 届出を検討中 | 03. 届出を行う予定はない |
|------------------|------------|----------------|

## 問 8. 貴施設が有している小児患者に対するかかりつけ医機能についておうかがいします。

| ①貴施設は、次のかかりつけ医機能のうち、どの機能を有していますか。 ※あてはまるものすべてに○ |  |
|---|--|
| 01. どんな病気でもまずは相談に乗れる                            |  |
| 02. これまでの病歴や家族背景等を把握している                        |  |
| 03. 必要時に専門医、専門医療機関を紹介する                         |  |
| 04. 夜間や休日であっても、患者の体調が悪くなった場合に連絡を受ける             |  |
| 05. 夜間や休日であっても、患者の緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介する     |  |
| 06. 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行う           |  |
| 07. 児童に対して、予防接種を推奨・実施する                         |  |
| 08. 患者が受診しているすべての医療機関や処方薬を把握する                  |  |
| 09. 患者が入院や手術を行った医療機関と連携する                       |  |
| 10. 患者の処方を担当する薬局と連携する                           |  |
| 11. 往診や訪問診療などの在宅医療を行う                           |  |
| 12. 在宅医療において看取りを行う                              |  |
| 13. 行政への協力や学校医など、地域の医療介護や福祉に関わる活動を行う            |  |
| 14. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を患者に提供する           |  |
| 15. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携する    |  |
| 16. その他<br>(具体的に： _____ )                       |  |

| ②小児かかりつけ医機能を推進する上で、どのような課題がありますか。<br>※太枠欄内に、あてはまる課題すべてについて○を、うち最大の課題1つについて○を、それぞれご記入ください。 |                                       |
|---|---------------------------------------|
| あてはまる<br>課題に○   | 最大の<br>課題に○                           |
|   | 01. 24 時間対応を行うことが難しい・負担が大きい           |
|   | 02. 患者が複数の医療機関にかかりつけ医を持ち、混乱が生じるケースがある |
|   | 03. 医療機関への経済的なメリットが少ない                |
|   | 04. 患者や保護者が複数の医療機関の受診を希望する            |
|   | 05. 患者や保護者が求めるかかりつけ医機能を十分に提供できない      |
|   | 06. 患者や保護者に説明・同意取得を行うことが困難            |
|   | 07. その他 (具体的に： _____ )                |

## 問 9. 貴施設の小児科・小児外科の患者に対する抗菌薬の使用状況等についておうかがいします。

| ①下記の取組のうち、貴施設が行っているものに○をつけて下さい。 ※あてはまるものすべてに○     |  |
|---|--|
| 01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加                        |  |
| 02. 感染症に係る研修会等への定期的な参加                            |  |
| 03. 抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発として、院内にポスターを掲示している     |  |
| 04. 抗菌薬の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発として、院内にパンフレットを置いている    |  |
| 05. かぜ症状の多くについて、抗菌薬が必要でないことを診察時に患者・家族に説明するようにしている |  |
| 06. 厚生労働省「抗微生物薬の適正使用の手引き」を参考にした抗菌薬の使用             |  |
| 07. 関係学会が作成した小児への抗菌薬の使用に関するガイドラインを参考にした抗菌薬の使用     |  |
| 08. その他<br>(具体的に： _____ )                         |  |

②外来の急性気道感染症・急性下痢症の小児患者に対する抗菌薬の使用について、どのような困難を感じる  
ことが多いですか。

※太枠欄内に、あてはまる困難すべてについて○を、うち最大の困難1つについて○を、それぞれご記入ください。

| あてはまる<br>困難に○ | 最大の<br>困難に○ |  |
|---------------|-------------|--|
|               |             | 00. 困難を感じることはない  |
|               |             | 01. 基礎疾患のない乳幼児の患者について、抗菌薬の使用の適否の判断   |
|               |             | 02. 基礎疾患のない学齢期以上の小児の患者について、抗菌薬の使用の適否の判断  |
|               |             | 03. 抗菌薬の投与が不必要にも関わらず、抗菌薬の投与・処方を望む患者への説明<br>(抗菌薬を投与・処方しなかった場合に、患者が他施設を受診してしまう等) |
|               |             | 04. 抗菌薬を投与・処方しなかった場合に、その後の重症化リスクを否定できない  |
|               |             | 05. 複数の医療機関にかかっている患者について、他の医療機関との間で処方に関<br>する判断が分かれる                           |
|               |             | 06. その他 (具体的に： <input type="text"/><br><input type="text"/> )                  |

③小児抗菌薬適正使用支援加算を算定しようとした際に、いかなる困難や課題がありますか。

※太枠欄内に、あてはまる困難や課題すべてについて○を、うち最大の困難や課題1つについて○を、それぞれご記入ください。

| あてはまる困<br>難・課題に○ | 最大の困難・<br>課題に○ |  |
|------------------|----------------|--|
|                  |                | 00. 困難や課題はない   |
|                  |                | 01. 地域感染症対策ネットワークに係る活動への参加や感染症に係る研修会等への<br>定期的な参加が困難であり、小児抗菌薬適正使用支援加算に係る施設基準を満<br>たせない |
|                  |                | 02. データ提出加算2に係る届出を行っていない病院であり、小児抗菌薬適正使用<br>支援加算に係る施設基準を満たせない                           |
|                  |                | 03. 抗菌薬の投与が不必要なケースにおいて、文書を用いた説明・情報提供に困難<br>を感じる  |
|                  |                | 04. 抗菌薬の投与が不必要にも関わらず、抗菌薬の投与・処方を望む患者への説明<br>に困難を感じる                                     |
|                  |                | 05. 抗菌薬を処方しないことで費用が発生することについての説明に困難を感じる  |
|                  |                | 06. その他 (具体的に： <input type="text"/><br><input type="text"/> )                          |



問10. 貴施設の小児科・小児外科の患者に係る診療状況や関係機関との連携状況等についておうかがいします。

| ※①～⑤については、平成30年9月の1ヶ月間の患者数・回数についてご回答ください。   |          | 平成30年9月に小児かかりつけ診療料を算定した患者                    | 平成30年9月に小児かかりつけ診療料を算定して <input type="checkbox"/> いない15歳未満の患者 |
|---|----------|--|--|
| ① 専門医療機関を紹介した患者数  | ( ) 人    | ( ) 人  |  |
| ② 患者の電話による緊急の相談等の対応回数   | ( ) 回    | ( ) 回  |  |
| ③ 夜間緊急受診回数  | ( ) 回    | ( ) 回  |  |
| ④ 連絡があったが対応できなかった回数   | ( ) 回    | ( ) 回  |  |
| ⑤ ④のうち、その後、患者にコールバックをした回数   | ( ) 回    | ( ) 回  |  |
| ※⑥～⑨については、平成29年9月および平成30年9月の状況についてご回答ください。  |          | 平成29年9月の状況                                   | 平成30年9月の状況   |
| ⑥ 貴施設にはない診療科を有する医療機関で、小児患者を紹介する内科の医療機関数   | ( ) 施設   | ( ) 施設                                       |  |
| ⑦ 小児患者を紹介する歯科の医療機関数   | ( ) 施設   | ( ) 施設                                       |  |
| ⑧ 高度な専門診療を提供する医療機関で、小児患者を紹介する医療機関数  | ( ) 施設   | ( ) 施設                                       |  |
| ⑨ 小児患者のカルテ等の診療記録を共有している医療機関数  | ( ) 施設   | ( ) 施設                                       |  |
| ⑩ 小児患者に関して、関係機関と連携する際にお困りになっていることについてご回答ください。<br>※太枠欄内に、あてはまる困り事すべてについて○を、うち最大の困り事1つについて○を、それぞれご記入ください。 |          |  |  |
| あてはまる困り事に○  | 最大の困り事に○ |  |  |
|   |          | 00. 困っていることはない                               |  |
|   |          | 01. 時間外・夜間に他の医療機関を紹介する必要が生じた場合に、紹介を断られることが多い |  |
|   |          | 02. 障害を有する小児患者に関する地方自治体との連携に困難を感じる           |  |
|   |          | 03. 障害を有する小児患者に関する障害福祉サービスの提供者との連携に困難を感じる    |  |
|   |          | 04. 小児患者に対応する訪問看護ステーションの確保に困難を感じる            |  |
|   |          | 05. それぞれのケースに対して紹介先として適切な医療機関を選ぶための情報がない     |  |
|   |          | 06. その他（具体的に： <input type="text"/> )         |  |



問 12. 平成 30 年 9 月に貴施設の小児科・小児外科にて診察した外来患者のうち、下表の①～④の条件を満たす患者 5 名ずつを診察日が遅い（より最近に診察した）順に抽出し、患者 1 人につき 1 行でご回答ください。（調査期間中に 5 名に達しない場合は、5 名に満たなくても結構です）

|  | A.性別<br>(あてはまる番号1つに○) |    | B.生まれた年月   | C.平成30年4月以降に貴施設が行った診察・緊急対応・専門医療機関の紹介の回数 (回数を数字で記入) |                  |                  |               | D.継続的な管理等が必要な慢性疾患<br>(あてはまる番号すべてに○) |    |             |       |       |       |       |         |       |       |                  |          |                   | E.当該患者について行っているもの<br>(あてはまる番号すべてに○) |           |         |            |         |                   |
|--|-----------------------|----|------------|--|------------------|------------------|---------------|-------------------------------------|----|-------------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|------------------|----------|-------------------|-------------------------------------|-----------|---------|------------|---------|-------------------|
|  | 男性                    | 女性 |            | 診察回数   | 診療時間外の緊急時の相談対応回数 | 診療時間外の緊急時の診療対応回数 | 他の専門医療機関の紹介回数 | アトピー性皮膚炎                            | 喘息 | 呼吸器疾患(喘息以外) | 消化器疾患 | 循環器疾患 | 内分泌疾患 | 運動器疾患 | 精神・神経疾患 | 泌尿器疾患 | 感覚器疾患 | 皮膚疾患(アトピー性皮膚炎以外) | その他の慢性疾患 | 継続的な管理等が必要な慢性疾患なし | 受診状況の把握                             | 他の医療機関の把握 | 健康診査の把握 | 健康診査の結果の把握 | 実施状況の把握 | 予防接種のスケジュールに関する指導 |
| <b>条件①： 小児かかりつけ診療料を算定した患者</b>                        |                       |    |            |  |                  |                  |               |                                     |    |             |       |       |       |       |         |       |       |                  |          |                   |                                     |           |         |            |         |                   |
| 1人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 2人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 3人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 4人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 5人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| <b>条件②： 小児科外来診療料を算定し、小児かかりつけ診療料は算定しなかった患者</b>        |                       |    |            |  |                  |                  |               |                                     |    |             |       |       |       |       |         |       |       |                  |          |                   |                                     |           |         |            |         |                   |
| 1人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 2人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 3人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 4人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 5人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| <b>条件③： 小児科外来診療料も小児かかりつけ診療料も算定しなかった、未就学の患者</b>       |                       |    |            |  |                  |                  |               |                                     |    |             |       |       |       |       |         |       |       |                  |          |                   |                                     |           |         |            |         |                   |
| 1人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 2人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 3人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 4人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 5人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| <b>条件④： 小児科外来診療料も小児かかりつけ診療料も算定しなかった、就学かつ15歳未満の患者</b> |                       |    |            |  |                  |                  |               |                                     |    |             |       |       |       |       |         |       |       |                  |          |                   |                                     |           |         |            |         |                   |
| 1人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 2人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 3人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 4人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |
| 5人目  | 1                     | 2  | 平成( )年( )月 | ( )回   | ( )回             | ( )回             | ( )回          | 1                                   | 2  | 3           | 4     | 5     | 6     | 7     | 8       | 9     | 10    | 11               | 12       | 13                | 1                                   | 2         | 3       | 4          | 5       |                   |

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。  
お手数をおかけいたしますが、〇月〇日(〇)までに専用の返信用封筒(切手不要)  
に同封し、お近くのポストに投函してください。

ID

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）

**かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する意識調査** 小児科患者票

**【医療機関記入欄】**

※この調査票を患者（保護者）の方にお配りする前に、医療機関にて、下記①～③にご記入ください。

|                   |         |         |          |
|-------------------|---------|---------|----------|
| ①本日算定した基本診療料      | 01.初診料  | 02.再診料  | 03.外来診療料 |
| ②初診料に対する機能強化加算の算定 | 01.算定あり | 02.算定なし |          |
| ③小児かかりつけ診療料の算定    | 01.算定あり | 02.算定なし |          |

※この小児科患者票は、小児科または小児外科を受診した患者の保護者の方に、かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書についてのご意見を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、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成30年10月1日時点の状況についてご記入ください。

問 1. 患者さん（本日診療を受けた方）についておうかがいします。

|                               |             |       |     |          |
|-------------------------------|-------------|-------|-----|----------|
| ①性別 ※○は1つだけ                   | 01.男性       | 02.女性 | ②年齢 | ( ) 歳    |
| ③お住まい                         | ( ) 都・道・府・県 |       |     | ※都道府県名まで |
| ④定期的（3か月に1回以上の頻度）に通院している医療機関数 | ( ) か所      |       |     |          |

問 2. 本日受けた診療についておうかがいします。

①本日受診した医療機関には定期的（3か月に1回程度以上の頻度）に通院していますか。（○は1つだけ）

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 01. 今回が初めて                | 02. 定期的に通院している |
| 03. 定期的にはないが、過去に通院したことがある | 04. わからない      |

②本日の患者さんの症状や病気として、下記の選択肢にあてはまるものはありますか。（○はいくつでも）

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| 01. 上気道症状（せき、鼻水・鼻づまり、のどの痛み・腫れ） | 02. 下痢症状           |
| 03. 発熱                         | 04. 皮膚の症状          |
| 05. 外傷（怪我）                     | 06. 長期的に抱えている持病がある |
| 07. 01～06の中にあてはまるものはない         |                    |

③本日の受診にあたり、薬を処方されましたか。（○は1つだけ）

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| 01. 抗菌薬（抗生物質）を処方された    | 02. 抗菌薬（抗生物質）以外の薬を処方された |
| 03. 薬は処方されたが、何の薬かわからない |                         |
| 04. 薬は処方されなかった         |                         |

▶ ③-1 【質問③でいずれかの薬を処方された方】 薬の処方にあたり、医師からその内容の説明を受けましたか。（○は1つだけ）

|  |  |
|--|--|
| 01. 特段説明はなかった  | 02. 本日の症状や病気には、抗菌薬（抗生物質）は必要でないとの説明を受けた |
| <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">説明の方法</span> 21. 文書での説明あり             22. 口頭での説明あり |  |
| 03. それ以外の説明を受けた  |  |



## 問3. 抗菌薬（抗生物質）の処方についておうかがいします。

本日診療を受けた患者さんについて、同じような症状や病気について異なる医療機関を受診した際に、抗菌薬（抗生物質）の処方について医療機関によって異なる説明を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01.ある

02.ない

## 問4. かかりつけ医についておうかがいします。

①あなたは、本日診療を受けた患者さんのかかりつけ医を決めていますか。（○は1つだけ）

01. 決めている

02. 決めていない

①-1 本調査票を受け取った医療機関の医師は、患者さんにとってのかかりつけ医ですか。（○は1つだけ）

01. かかりつけ医である

02. かかりつけ医ではない

03. 今後、かかりつけ医にするつもりである

①-2 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。（○はいくつでも）

01. 医療機関にかかることがあまりないから

02. その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから

03. どのような医師をかかりつけ医として選んだらよいかわからないから

04. かかりつけ医として求める機能を持つ医師がないから

05. かかりつけ医をもつ必要性を感じないから

06. その他（具体的に： ）

07. 特に理由はない

②本日受診した医療機関に対して、あなたは他の医療機関での受診状況等を伝えてありますか。また、かかりつけ医の役割に関する説明を受けていますか。（○はそれぞれ1つずつ）

|                    |           |            |
|--------------------|-----------|------------|
| 1) 他の医療機関の受診状況     | 01. 伝えている | 02. 伝えていない |
| 2) 処方されている薬の内容     | 01. 伝えている | 02. 伝えていない |
| 3) お薬手帳            | 01. 見せている | 02. 見せていない |
| 4) かかりつけ医の役割に関する説明 | 01. 受けている | 02. 受けていない |

③本日診療を受けた患者さんにとっての「かかりつけ医」に求める役割は何ですか。（○はいくつでも）

01. どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる

02. これまでの病歴や家族背景等を把握してくれている

03. 必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる

04. 夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる

05. 夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる

06. 体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる

07. 予防接種を推奨・実施してくれる

08. 受診しているすべての医療機関や処方薬を把握してくれる

09. 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる

10. 処方を担当する薬局と連携してくれる

11. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる

12. 在宅医療において看取りを行ってくれる

13. 行政への協力や学校医など、地域の医療介護や福祉に関わる活動を行ってくれる

14. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を患者に提供してくれる

15. ICT（情報通信技術）を活用して、診療に関する情報を他の医療機関と共有・連携してくれる

16. その他（具体的に： ）

問5. オンライン診療（パソコン・タブレット・スマートフォン等を使った診察）についておうかがいします。

オンライン診療とは、あらかじめ作成した計画のもとで行われる、ビデオ通話を用いた診察のことです。医療機関に電話をかけて相談を行うことや、電話やインターネット上で健康相談サービスを利用することは含まれません。

①本日診療を受けた患者さんは、通院での診察に加えて、オンライン診療を受けたことがありますか。（○は1つだけ）

01. 受けたことがある →②以降へ                      02. 受けたことがない →p4 問6へ

【②～⑦には、**オンライン診療を受けたことがある方のみ**が回答してください】

②オンライン診療を受診した際、保険診療・保険外診療（自由診療）のどちらで受診しましたか。（○は1つだけ）

01. 保険診療として受けた                      02. 保険外診療（自由診療）として受けた  
03. 保険診療の場合と保険外診療の場合があった                      04. わからない

③オンライン診療を行うことを決定する際に、医師から診療計画や注意点等の説明を受けましたか。（○は1つだけ）

01. 受けた                      02. 受けなかった                      03. わからない

④オンライン診療を受ける際に使用している機器（パソコン・タブレット・スマートフォン等）について、あてはまるものをお答えください。（○はいくつでも）

01. 以前から本人または家族等が所有している機器  
02. 医療機関から貸与・配布された機器  
03. その他（具体的に：                      ）

⑤オンライン診療を受けたことのある場所を選んでください。（○はいくつでも）

01. 自宅                      02. 保護者の勤務先  
03. 入所している施設                      04. 通っている施設（デイサービスなど）  
05. その他（具体的に：                      ）

⑥オンライン診療を受けた際に感じたことについて、あてはまるものをお答えください。（○はそれぞれ1つずつ）

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 1. 対面診療と比べて十分な診察を受けられないと感じた（直接触って異常を見つけてもらうことができない等） | 01. そう思う    02. そう思わない    03. わからない |
| 2. 対面診療と比べて十分なコミュニケーションを取れないと感じた                     | 01. そう思う    02. そう思わない    03. わからない |
| 3. 映像が遅れる・声が途切れる等により診察がスムーズに進まなかった                   | 01. そう思う    02. そう思わない    03. わからない |
| 4. 機器や診療システムの使い方が難しかった                               | 01. そう思う    02. そう思わない    03. わからない |
| 5. 料金が高かった   | 01. そう思う    02. そう思わない    03. わからない |
| 6. その他   | 具体的に：                               |

⑦今後の受診について、現時点のお考えをお答えください。（○は1つだけ）

01. できるだけ対面診療を受けたい                      02. できるだけオンライン診療を受けたい  
03. 対面診療かオンライン診療かは医師の判断に任せたい                      04. わからない  
05. その他（具体的に：                      ）

問6. 本日の明細書の受取状況と、明細書の受取に対するお考えについておうかがいします。

「明細書」とは、医療の透明化や患者さんへの情報提供を積極的に推進していくために、**使用した薬剤の名称や行われた検査の名称などが記載された「患者さんの受診した医療の内容がわかる大切なもの」**として発行されるものであり、「領収書」とは異なります。

①本日の診療についての明細書の内容を確認しましたか。(○は1つだけ)

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 01. きちんと確認した       | 02. おおまかに確認した            |
| 03. ほとんど確認しなかった    | 04. まったく確認しなかった          |
| 05. 発行されたが受け取らなかった | 06. 「必要ない」と断ったため発行されなかった |
| 07. 発行されなかった       |                          |

▶①-1【質問①で確認しなかった方、受け取らなかった方または断った方】「明細書」を確認しなかった、または、受け取らなかったまたは断ったのはなぜですか。(○はいくつでも)

01. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
02. 「明細書」をもらっても内容について医師等に質問・相談がしづらいため
03. 家族などに検査名や服用している薬などを知られるのがいやなため
04. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
05. 領収証の内容で十分なため
06. 「明細書」の発行に時間がかかるため
07. 毎回ほぼ同じ内容であるため
08. 自己負担額がないため
09. その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

②医療機関での会計の際に「明細書」を受け取れることを知っていましたか(本日の受付や会計時に知った場合も含みます)。(○は1つだけ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 01. 知っていた | 02. 知らなかった |
|-----------|------------|

③医療機関を受診して会計を行う際に、「明細書」を原則無料で受け取れる制度について、どのように思いますか。(○は1つだけ)

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 01. 必要だと思う           | 02. どちらかというとな必要だと思う |
| 03. どちらかというとな必要ないと思う | 04. 必要ないと思う         |

④「明細書」の内容を確認することで、どのようなことに役立つと思いますか。(○はそれぞれ1つずつ)

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる      | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |
| 2. 医療費の内訳がわかりやすくなる                | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |
| 3. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる          | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |
| 4. 医師等に治療・検査・薬や費用について質問・相談がしやすくなる | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |
| 5. 医療機関への安心感・信頼感が高まる              | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |
| 6. その他                            | 具体的に: _____                   |
| 7. 特にない                           | 01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない |

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。  
 お手数をおかけいたしますが、○月○日(○)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

(定額負担)

平成 30 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）

## 「受診時の定額負担に関する実態調査」 へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、大病院の外来機能の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を拡大する見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の病院及び外来患者の方を対象に、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担・選定療養費の徴収状況の変化やそれに伴う外来機能の機能分化の変化、大病院の外来受診に係る患者意識の変化等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

◆「定額負担患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒」（切手不要）とともに外来患者の方にご配布ください。

◆「定額負担施設票」については、ご回答の上、**平成 30 年●月●日(●)まで**に「返信用封筒」（切手不要）にて調査事務局宛にご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

※患者にご配布いただく「定額負担患者票」については、電子調査票の頒布はありません。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社（担当： ）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL： （受付時間 ～ 、土日・祝日除く）

FAX：

平成 30 年 10 月

各位

厚生労働省保険局医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）

## 「受診時の定額負担等に関する調査」

### 患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2 年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 30 年 4 月に行われた診療報酬改定では、「一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談してもらい、大学病院などの大きな病院の外来受診はかかりつけ医からの紹介により受診してもらう」ことを推進するという観点から、患者さんに診療にかかる料金とは別の追加料金（大病院受診時定額負担）を負担してもらう仕組みを導入する病院の範囲を、広げる見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「受診時の定額負担等に関する調査」を行うこととしました。

この調査は、病院の外来を受診した患者さんが、上記のような料金負担や大きな病院の受診について、どのような意識をお持ちであるかを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者やご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 対象者

- ・ この調査は、病院の外来を受診した患者の方が対象となっております。

### ご回答の期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**平成 30 年●月●日(●)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

(→裏面へ続きます)



## ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問題にご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・ また、( ) 内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

## ご回答にあたって

この調査は、「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等へ開示されることはございません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒東京都・・・

みずほ情報総研株式会社(担当：)

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mailでご連絡いただけますと幸いです。

E-mailでご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：(受付時間～、土日・祝日除く)

FAX：

(かかりつけ医)

平成 30 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）

## 「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」 へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、地域包括診療料・地域包括診療加算の要件・評価の見直し、初診の機能強化加算、オンライン診療料の新設等、かかりつけ医機能の評価することを目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険医療機関や患者の方を対象に、地域包括診療料・地域包括診療加算の届出・算定状況やかかりつけ医機能の発揮状況のほか、オンライン診療や明細書の発行に関する状況や患者意識等の変化等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆「患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒」（切手不要）とともに患者の方にご配布ください。
- ◆「施設票」については、ご回答の上、**平成 30 年●月●日(●)まで**に「返信用封筒」（切手不要）にて調査事務局宛にご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

※患者にご配布いただく「患者票」については、電子調査票の頒布はありません。

【連絡先】

### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社（担当： ）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL： (受付時間 ～ 、土日・祝日除く)

FAX：

平成 30 年 10 月

各位

厚生労働省保険局医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）  
「かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する意識調査」  
患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2 年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 30 年 4 月に行われた診療報酬改定では、かかりつけ医の持つ機能や、オンライン診療（あらかじめ作成した計画のもとで行われる、ビデオ通話を用いた診察）の評価に関する見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する意識調査」を行うこととしました。

この調査は、医療機関を受診した患者さんが、かかりつけ医の機能やオンライン診療、医療機関を受診した際に発行される明細書について、どのような意識をお持ちであるかを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者やご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 対象者

- ・ この調査は、医療機関を受診した患者の方が対象となっております。

### ご回答の期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**平成 30 年●月●日(●)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

(→裏面へ続きます)

## ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問にご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ また、（            ）内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

## ご回答にあたって

この調査は、「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等に関示されることはございません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒東京都・・・

みずほ情報総研株式会社（担当：）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：（受付時間～、土日・祝日除く）

FAX：

(小児科)

平成 30 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）  
**「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」（小児科調査）**  
**へのご協力をお願い**

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、小児かかりつけ診療料の届出要件の変更や小児抗菌薬適正使用支援加算の創設など、小児科のかかりつけ医機能の評価に係る見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会では、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険医療機関及び患者（保護者）の方を対象に、小児かかりつけ診療料の届出・算定状況やかかりつけ医機能の発揮状況のほか、オンライン診療や明細書の発行に関する状況や患者意識等の変化等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

- ◆「小児科患者票」については、同封の「配布に際してのお願い」をご覧の上、「返信用封筒」（切手不要）とともに患者（保護者）の方にご配布ください。
- ◆「小児科施設票」については、ご回答の上、**平成 30 年●月●日(●)まで**に「返信用封筒」（切手不要）にて調査事務局宛にご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

※患者（保護者）にご配布いただく「小児科患者票」については、電子調査票の頒布はありません。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社（担当： ）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。

E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL： (受付時間 ～ 、土日・祝日除く)

FAX：



平成 30 年 10 月

各位

厚生労働省保険局医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）  
「かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する意識調査」（小児科調査）  
患者調査へのご協力をお願い

本日は、調査のためにお時間をいただき、ありがとうございます。

厚生労働省では、診療の実態がどのようになっているかを踏まえつつ、安定的な医療の提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2 年ごとに診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）の改定を行っています。

平成 30 年 4 月に行われた診療報酬改定では、かかりつけ医の持つ機能や、オンライン診療（あらかじめ作成した計画のもとで行われる、ビデオ通話を用いた診察）の評価に関する見直しが行われました。

このような診療報酬改定の影響や効果を検証し、次の診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「かかりつけ医機能・オンライン診療・明細書に関する意識調査」（小児科調査）を行うこととしました。

この調査は、医療機関を受診した患者さんの保護者の方が、かかりつけ医の機能やオンライン診療、医療機関を受診した際に発行される明細書について、どのような意識をお持ちであるかを把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものです。

調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している厚生労働大臣の諮問機関である「中央社会保険医療協議会（中医協）」において、患者やご家族の意見を踏まえた議論に役立てるべく、大変貴重な資料として活用されます。

お手数をおかけして大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

### 対象者

- ・ この調査は、小児科・小児外科を受診した患者さんについて、保護者の方にご回答いただく調査です。

### ご回答の期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、アンケート用紙にご回答いただき、**平成 30 年●月●日(●)**までに、同封の返信用封筒に入れ、お近くの郵便ポストにご投函ください。
- ・ 返送していただくにあたり、封筒に切手を貼る必要はございません。

(→裏面へ続きます)

## ご回答の方法

- ・ 選択肢式の問にご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ また、（            ）内には、数字や文章でご回答をご記入ください。

## ご回答にあたって

この調査は、「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業」について厚生労働省から委託を受けた、みずほ情報総研株式会社が実施しております。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や看護師等へ開示されることはありません。

本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

### 【連絡先】

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒東京都・・・

みずほ情報総研株式会社（担当：）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mailでご連絡いただけますと幸いです。

E-mailでご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL：（受付時間～、土日・祝日除く）

FAX：

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」  
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 30 年度診療報酬改定において、在宅医療・訪問看護の提供体制の確保、在宅患者の状態に応じた対応を推進する観点から、在宅医療では、2 箇所目の医療機関による訪問診療の評価や在宅診療以外の医療機関による医学管理の評価、地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価、ターミナルケアの評価の充実等を行った。また、在宅歯科診療については、歯科訪問診療料及び在宅患者等急性歯科疾患対応加算等の見直し、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し、入院患者や介護保険施設入所者等の口腔機能管理の評価の充実、訪問歯科衛生指導料の区分の見直し等を行った。

本調査では、その影響を検証するために、在宅医療（歯科訪問診療を含む）、訪問看護を実施している保険医療機関等に訪問の実施状況や患者へ行われている医療内容、介護関係者との連携等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・訪問診療、在宅診療以外の医療機関による医学管理の評価の効果として、訪問診療の実施状況にどのような変化が生じているか検証
- ・訪問看護ステーションにおける地域支援機能の評価、ターミナルの評価の効果として、訪問看護の実施状況にどのような変化が生じているか検証
- ・歯科診療所における在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し、口腔機能管理の評価、訪問歯科衛生指導料の区分見直しの効果として、在宅歯科診療の実施状況にどのような変化が生じているか検証 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①医療機関調査票

- ・在宅療養支援診療所（1,000 施設抽出）、在宅療養支援病院（400 施設抽出）、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている一般診療所（600 施設抽出）および精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている病院・一般診療所（全数）を調査対象とする。
- ・対象施設には、対象施設全体の状況等を把握する「施設票」と、当該施設において在宅医療を提供する患者最大 2 名について記載する「患者票」を記載いただく。なお、患者票について、精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている施設では、精神疾患の患者を必ず 1 名含む。

②訪問看護調査票

- ・機能強化型訪問看護ステーションは全数を調査対象とし、機能強化型以外の訪問看護ステーションは一定数の事業所を抽出して調査対象とする（平成 29 年 3 月以前に届出された訪問

看護ステーションであり、計 1,000 施設)。

- ・対象施設には、全体の状況等を把握する「事業所票」と、当該施設において訪問看護を提供する利用者最大4名について記載する「利用者票」を記載いただく。なお、「利用者票」について、15歳以下の利用者または精神疾患を有する利用者がいる場合は、それぞれ1名を必ず含む。

### ③ 歯科医療機関調査票

- ・在宅療養支援歯科診療所 (2,000 施設抽出)、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科医療機関 (1,000 施設抽出) を調査対象とする。
- ・対象施設には、対象施設全体の状況等を把握する「施設票」と、当該施設において歯科訪問診療を提供する患者最大2名について記載する「患者票」を記載いただく。

### ○ 調査方法 (案)

- ・いずれの調査も、対象施設に対して自記式調査票を郵送配布し、回答を依頼する。
- ・対象施設からの回答方法は、同封の返信用封筒により記入済の紙の調査票を返送してもらう方法と、調査専用のウェブサイトから電子調査票 (Word 形式) をダウンロードし、記入済のファイルをメールで調査事務局あて送付してもらう方法の2種類を用意し、対象施設に選択いただけるようにする。

### ■ 調査項目

※調査票 (素案) 参照

### ■ 調査スケジュール (案)

|                    | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 調査票案の作成            | →  |    |     |     |     |    |    |    |
| 調査客体の抽出・名簿作成       |    | →  |     |     |     |    |    |    |
| 調査票印刷・封入・発送        |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 調査実施期間             |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 督促状印刷・発送           |    |    |     | →   |     |    |    |    |
| 調査票回収・検票           |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| データ入力<br>データクリーニング |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 集計分析               |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 報告書 (案) の作成        |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 追加分析               |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 報告書のとりまとめ          |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 調査検討委員会の開催         | ★  |    |     |     |     |    | ★  |    |

**平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査  
医療機関調査票**

- ※ この調査票は、在宅医療の提供を実施している（関連の届出を行っている）医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における在宅医療等の実施状況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、用語等をお書きください。( )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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成30年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**1. 貴施設の概要についてお伺いします（平成30年10月1日時点）。**

|  |   |                             |                                    |                                      |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| ①開設者<br>※○は1つだけ                          | 1. 国<br>5. 医療法人   | 2. 公立<br>6. その他の法人          | 3. 公的                              | 4. 社会保険関係団体<br>7. 個人                 |
| ②訪問診療及び往診を行っている診療科<br>※○はいくつでも           | 1. 内科<br>5. 小児科<br>9. 耳鼻咽喉科   | 2. 外科<br>6. 精神科<br>10. 泌尿器科 | 3. 整形外科<br>7. 眼科<br>11. リハビリテーション科 | 4. 脳神経外科<br>8. 皮膚科<br>12. その他（具体的に ) |
| ③医療機関の種別 ※○は1つだけ                         | 1. 病院   | 2. 有床診療所                    | 3. 無床診療所                           |                                      |
| ④許可病床数<br>※該当する病床がない場合は「0」と記入してください      | 1) 施設全体の許可病床数 : ( ) 床<br>2) 1)のうち、一般病床 : ( ) 床<br>3) 1)のうち、医療療養病床 : ( ) 床<br>4) 1)のうち、介護療養病床（介護医療院は除く） : ( ) 床<br>5) 1)のうち、精神病床 : ( ) 床<br>6) 1)のうち、結核病床及び感染症病床 : ( ) 床   |                             |                                    |                                      |
| ⑤医師会への入会の有無 ※○は1つだけ                      | 1. あり<br>2. なし  |                             |                                    |                                      |
| ⑥貴施設の在宅療養支援病院・診療所の届出区分                   | 1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（単独型）<br>2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所（連携型）<br>3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所<br>4. 在宅療養支援病院・診療所ではない   |                             |                                    |                                      |
| ⑦貴法人・関連法人が運営している施設・事業所・サービス等<br>※○はいくつでも | 1. 病院（貴施設以外）<br>3. 訪問看護ステーション<br>5. 介護老人福祉施設<br>7. 居宅介護支援（介護予防支援）事業所<br>9. 地域包括支援センター<br>10. 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））<br>11. サービス付き高齢者向け住宅（10を除く）<br>12. 認知症高齢者グループホーム<br>14. （介護予防）居宅療養管理指導<br>16. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）<br>17. 他に運営施設・事業所等はない<br>18. その他（具体的に ) |                             |                                    |                                      |
|  | 2. 一般診療所（貴施設以外）<br>4. 介護老人保健施設<br>6. 介護医療院<br>8. （介護予防）通所介護事業所<br>13. （介護予防）通所リハビリテーション<br>15. （介護予防）短期入所療養介護   |                             |                                    |                                      |



|  |  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
|--|--|--------------|-----------|--------------|---------------------------|--|--|------------|--|--|
| ⑧貴施設と同一敷地内または隣接している施設・事業所・サービス等<br>※○はいくつでも  | 1. 病院<br>2. 一般診療所<br>3. 訪問看護ステーション<br>4. 介護老人保健施設<br>5. 介護老人福祉施設<br>6. 介護医療院<br>7. 居宅介護支援（介護予防支援）事業所<br>8. （介護予防）通所介護事業所<br>9. 地域包括支援センター<br>10. 特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（該当する場合））<br>11. サービス付き高齢者向け住宅（10を除く）<br>12. 認知症高齢者グループホーム<br>13. （介護予防）通所リハビリテーション<br>14. （介護予防）居宅療養管理指導<br>15. （介護予防）短期入所療養介護<br>16. 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）<br>17. 併設施設・事業所等はない<br>18. その他（具体的に ） |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
|  | ⑨医療情報連携ネットワーク※への参加の有無<br>1. 参加あり      2. 参加なし  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
| ⑩貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※○はいくつでも  |  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
| 1. ICTを活用している → 活用しているICT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>11. メール</td> <td>12. 電子掲示板</td> <td>13. グループチャット</td> </tr> <tr> <td colspan="3">14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">15. その他（ ）</td> </tr> </table> |  | 11. メール      | 12. 電子掲示板 | 13. グループチャット | 14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） |  |  | 15. その他（ ） |  |  |
| 11. メール  | 12. 電子掲示板  | 13. グループチャット |           |              |                           |  |  |            |  |  |
| 14. ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）  |  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
| 15. その他（ ）   |  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |
| 2. ICTは活用していない   |  |              |           |              |                           |  |  |            |  |  |

※地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

## 2. 貴施設の診療体制及び患者数についてお伺いします。

| ①平成29年9月及び平成30年9月の患者数   |      | 平成 29 年 9 月 |                   | 平成 30 年 9 月 |             |           |                     |             |               |            |   |
|---|------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------|---------------------|-------------|---------------|------------|---|
| 1) 初診患者数(実人数) ※在宅医療分は含めない   |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 2) 再診延べ患者数 ※在宅医療分は含めない  |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 3) 往診を行った延べ患者数  |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 4) 上記3)のうち、小児(15歳未満)の患者数  |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 5) 訪問診療を行った延べ患者数  |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 6) 上記5)のうち、小児(15歳未満)の患者数  |      | ( ) 人       | ( ) 人             |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| ②-1全職員数(常勤換算 ※1)をご記入ください。(小数点以下第1位まで。平成30年10月1日現在)  |      |             |                   |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 医師  | 歯科医師 | 薬剤師         | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師        | リハビリ職<br>*2 | 管理<br>栄養士 | 医療<br>ソーシャル<br>ワーカー | うち<br>社会福祉士 | うち精神<br>保健福祉士 | その他の<br>職員 | 計 |
| 人   | 人    | 人           | 人                 | 人           | 人           | 人         | 人                   | 人           | 人             | 人          | 人 |
| ②-2 上記②-1のうち、在宅医療の実施のため、患者に訪問をする職員数(常勤換算 ※1)をご記入ください。<br>※平成30年9月1か月間について、在宅医療に携わった時間で換算してください。<br>例) 1週間の勤務時間40時間のうち、在宅医療に携わった時間が16時間であれば $16 \div 40 = 0.4 \rightarrow$ 「0.4人」と換算 |      |             |                   |             |             |           |                     |             |               |            |   |
| 医師  | 歯科医師 | 薬剤師         | 保健師<br>助産師<br>看護師 | 准看護師        | リハビリ職<br>*2 | 管理<br>栄養士 | 医療<br>ソーシャル<br>ワーカー | うち<br>社会福祉士 | うち精神<br>保健福祉士 | その他の<br>職員 | 計 |
| 人   | 人    | 人           | 人                 | 人           | 人           | 人         | 人                   | 人           | 人             | 人          | 人 |

※注釈は、次ページ上段をご参照ください

※1 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

■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）÷（貴施設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）÷（貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）

※2 リハビリ職とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指します。

| ②-3 上記②-1のうち、在宅医療を担当する常勤の医師数をご記入ください。                                |  | 常勤（ ）人 |       |
|--|--|--------|-------|
| ③貴施設では、訪問診療を行う時間をどのように定めていますか。<br>※最も近いものに○を1つだけ                     | 1. 訪問診療・往診を中心に行っている（外来患者が5%未満）<br>2. 午前中は外来診療のみを行い、午後に訪問診療を行っている<br>3. 午前中に訪問診療を行い、午後は外来診療のみを行っている<br>4. 特定の曜日に訪問診療を行っている（その日は、原則、訪問診療のみを実施）<br>5. 外来診療の実施時間を調整し訪問診療を行っている<br>6. 昼休みまたは外来の前後で訪問診療を行っている<br>7. 午前・午後ともに外来診療も訪問診療も行っている（医師が複数名体制）<br>8. 往診を行っているが、訪問診療は行っていない<br>9. その他（具体的に ） |        |       |
|  | ④平成30年9月の1か月間に、貴施設が主治医として往診・訪問診療を実施した患者数(実人数)についてお答えください。また、往診と訪問診療を両方提供した患者は、それぞれで数えてください。  |        |       |
|  |  | 往診     | 訪問診療  |
| 1) 往診・訪問診療を提供した患者数（何回訪問しても「1人」と数えます）                                 |  | ( ) 人  | ( ) 人 |
| 2) 上記1)のうち、受診経路別の患者数   | 自院に通院・入院していた患者   | ( ) 人  | ( ) 人 |
|  | うち、直近1年間(29年10月～30年9月)に貴院での継続的な外来診療を経て在宅医療に移行した患者  | ( ) 人  | ( ) 人 |
|  | 他の医療機関からの紹介患者  | ( ) 人  | ( ) 人 |
|  | 医療機関以外からの紹介  | ( ) 人  | ( ) 人 |
| 3) 上記1)のうち、精神疾患を主傷病とする患者数  |  | ( ) 人  | ( ) 人 |
| 4) 上記1)のうち、往診について、医師が必要性を認めて実施した患者数（医師の判断ではなく、契約等に基づいて実施した患者を除きます）   |  | ( ) 人  |       |
| ⑤平成30年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として在宅医療（往診または訪問診療）を実施した患者数(実人数)についてお答えください。 |  |        |       |
| 1) 在宅医療（往診または訪問診療）を提供した患者数（何回実施しても「1人」と数えます）                         |  | ( ) 人  |       |
| 2) 上記1)のうち、死亡した患者数 … 3)+9)=2)  |  | ( ) 人  |       |
| 3) 上記2)のうち、医療機関以外で死亡した患者数…4)+5)+6)+7)+8)=3)                          |  | ( ) 人  |       |
| 4) 上記3)のうち、自宅※1での死亡者数  |  | ( ) 人  |       |
| 5) 上記3)のうち、居住系施設※2での死亡者数   |  | ( ) 人  |       |
| 6) 上記3)のうち、介護老人福祉施設での死亡者数  |  | ( ) 人  |       |
| 7) 上記3)のうち、介護老人保健施設および介護医療院での死亡者数                                    |  | ( ) 人  |       |
| 8) 上記3)のうち、4)から7)に該当しない場所※3での死亡者数                                    |  | ( ) 人  |       |
| 9) 上記2)のうち、医療機関で死亡した患者数 … 10)+11)=9)                                 |  | ( ) 人  |       |
| 10) 上記9)のうち、連携医療機関※4で死亡した患者数   |  | ( ) 人  |       |
| 11) 上記9)のうち、連携医療機関以外で死亡した患者数   |  | ( ) 人  |       |
| 12) 上記9)のうち、患者や家族の意向に基づき貴院または連携医療機関に入院し、7日以内に死亡した患者数                 |  | ( ) 人  |       |

※注釈は、次ページ上段をご参照ください

- ※1「**自宅**」は、施設以外で、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅を指します。
- ※2「**居住系施設**」は、上記の「※1」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院以外の居住先をいい、特定施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サ高住（該当する場合））、認知症グループホーム等が該当します。
- ※3「**4）から7）に該当しない場所**」は、上記の「※1」「※2」および介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院以外の場所をいい、短期入所生活介護の提供場所、（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの提供場所等が該当します。
- ※4「**連携医療機関**」は、在支診・在支病において事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制を構築した医療機関についても含みます。

|  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| ⑥貴施設が往診・訪問診療を開始した時期  | 往診                            | 訪問診療                          |
|  | 西暦（ ）年頃                       | 西暦（ ）年頃                       |
| ⑦貴施設では、自施設あるいは訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていますか。 ※○は1つだけ  |                               |                               |
| 1. 自施設と連携する訪問看護ステーションとの両方で24時間訪問看護の提供が可能な体制となっている<br>2. 自施設単独で24時間訪問看護の提供が可能な体制となっている<br>3. 訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制となっている<br>4. 24時間訪問看護の提供が可能な体制となっていない |                               |                               |
| ⑧連携している24時間対応の薬局の有無 ※○は1つだけ  | 1. あり                         | 2. なし                         |
| ⑨平成30年4月～9月の6か月間に、貴施設で以下の診療料等を算定した患者数(実人数)についてお答えください。   |                               |                               |
|  | 算定患者数                         | うち、ビデオ通話可能な機器でカンファレンス等を行った患者数 |
| 1)入退院支援加算1   | ( )人                          | ( )人                          |
| 2)退院時共同指導料1および2  | ( )人                          | ( )人                          |
| 3)在宅患者緊急時等カンファレンス料   | ( )人                          | ( )人                          |
| 4)在宅患者訪問褥瘡管理指導料  | ( )人                          | ( )人                          |
| 5)精神科在宅患者支援管理料   | ( )人                          | ( )人                          |
| ⑩貴施設は、「他の医療機関が主治医として訪問診療を提供している患者について定期的な訪問診療を依頼されること」と、「貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者について他の医療機関に定期的な訪問診療を依頼すること」のどちらが多いですか。 ※○は1つだけ                                       | 1. 依頼されることが多い<br>2. 依頼することが多い |                               |
| ⑪平成30年4月～9月の6か月間に、他の医療機関が主治医として訪問診療を行っている患者で、貴院が訪問診療を依頼された患者数(実人数)   | ( )人                          |                               |
| ⑫平成30年4月～9月の6か月間に、貴施設が主治医として訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に定期的な訪問診療を依頼した患者数(実人数)をお答えください。   |                               |                               |
| 1)訪問診療を提供している患者のうち、他の医療機関に訪問診療を依頼した患者数(実人数)  | ( )人                          |                               |
| 2)上記1)のうち、他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由別の患者数 ※1)=a)+b)+c)+d)   |                               |                               |
| a) 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため  | ( )人                          |                               |
| b) 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため  | ( )人                          |                               |
| c) 患者・家族の意向のため   | ( )人                          |                               |
| d) その他（主な理由を具体的に：）   | ( )人                          |                               |

|  |   |                        |                 |                          |
|--|---|------------------------|-----------------|--------------------------|
| <p>3) 上記1)の患者について、依頼先の医療機関が実施した患者ごとの訪問診療の回数<br/>         …各患者に実施した訪問診療の回数が最も多いものと2番目に多いものを、a)～c)の期間ごとに<br/>         下の【選択肢】の1～5の中から選び、該当する番号をお書きください。<br/>         ※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの回数を別々に考慮してください。</p> |   |                        |                 |                          |
| <p>【選択肢】</p>   | <p>1. 月1回</p>                                   | <p>2. 月2回</p>          | <p>3. 月3回以上</p> | <p>} (それぞれ該当する番号を記入)</p> |
|  | <p>4. 回数を把握していない</p>                            | <p>5. 当該期間は行われていない</p> |                 |                          |
|  |   |                        | <p>最も多いもの</p>   | <p>2番目に多いもの</p>          |
| a)   | <p>初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数<sup>※1</sup></p>       |                        |                 | <p>( )</p>               |
| b)   | <p>初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数<sup>※2</sup></p>    |                        |                 | <p>( )</p>               |
| c)   | <p>初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数<sup>※3</sup></p> |                        |                 | <p>( )</p>               |

※1 (例) 6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。

※2 (例) 6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月30日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。

※3 (例) 6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。

|  |                             |                        |   |
|--|-----------------------------|------------------------|---|
| <p>4) 上記1)のうち、依頼先の医療機関が実施する訪問診療の期間(見込みの期間も含む)<br/>         (各患者の訪問診療の期間のうち、多いものを順に2つ選択)<br/>         ※複数の医療機関に依頼した場合は、医療機関ごとの期間を別々に考慮してください。</p> |                             |                        |   |
| <p>1. 1か月</p>  | <p>2. 1か月超～3か月</p>          | <p>最も多い期間の番号 ( )</p>   |   |
| <p>3. 3か月超～6か月</p>   | <p>4. 6か月超</p>              | <p>2番目に多い期間の番号 ( )</p> |   |
| <p>5) 上記1)の患者について、訪問診療の依頼先として多い診療科(多い診療科を順に3つ選択)</p>   |                             |                        |   |
| <p>1. 内科</p>   | <p>2. 外科</p>                | <p>3. 整形外科</p>         | <p>最も多く依頼した診療科の番号 ( )</p>                               |
| <p>4. 脳神経外科</p>  | <p>5. 小児科</p>               | <p>6. 精神科</p>          | <p>2番目に多く依頼した診療科の番号 ( )</p> <p>3番目に多く依頼した診療科の番号 ( )</p> |
| <p>7. 眼科</p>   | <p>8. 皮膚科</p>               | <p>9. 耳鼻咽喉科</p>        |   |
| <p>10. 泌尿器科</p>  | <p>11. リハビリテーション科</p>       | <p>12. 歯科</p>          |   |
| <p>13. その他(具体的に )</p>  |                             |                        |   |
| <p>6) 上記1)の患者について、訪問診療を依頼した対象病名として多いもの(多い病名を順に3つ選択)</p>  |                             |                        |   |
| <p>1. 難病(神経系)</p>  | <p>2. 難病(神経系以外)</p>         | <p>3. 脊髄損傷</p>         | <p>最も多い病名の番号 ( )</p>                                    |
| <p>4. COPD</p>   | <p>5. 循環器疾患(高血圧症、心不全など)</p> | <p>7. 精神系疾患</p>        | <p>2番目に多い病名の番号 ( )</p>                                  |
| <p>6. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血など)</p>  | <p>10. 糖尿病</p>              | <p>11. 悪性新生物</p>       |   |
| <p>8. 神経系疾患</p>  | <p>9. 認知症</p>               | <p>12. 骨折・筋骨格系疾患</p>   | <p>3番目に多い病名の番号 ( )</p>                                  |
| <p>14. 耳鼻科疾患</p>   | <p>15. 眼科疾患</p>             | <p>16. 皮膚疾患(褥瘡等)</p>   |   |
| <p>17. 歯科・口腔疾患</p>   | <p>18. その他(具体的に )</p>       |                        |   |
| <p>7) 上記1)のうち、依頼先の医療機関の種別ごとの患者数 ※1) = a) + b) + c) + d)</p>  |                             |                        |   |
| <p>a) 在宅療養支援病院</p>   |                             | <p>( ) 人</p>           |   |
| <p>b) 在宅療養支援病院以外の病院</p>  |                             | <p>( ) 人</p>           |   |
| <p>c) 在宅療養支援診療所</p>  |                             | <p>( ) 人</p>           |   |
| <p>d) 在宅療養支援診療所以外の診療所</p>  |                             | <p>( ) 人</p>           |   |
| <p>8) 上記1)のうち、貴施設と特別の関係<sup>*</sup>である医療機関に依頼した患者数</p>   |                             | <p>( ) 人</p>           |   |
| <p>⑬平成30年4月～9月の6か月間に、貴院が他の医療機関の連携医療機関として看取りを行った患者数(実人数)</p>  |                             | <p>( ) 人</p>           |   |

※「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与えうる場合をいいます。



3. 貴施設における、在宅療養に関する診療報酬の算定状況等についてお伺いします。

①平成30年4月～9月の6か月間における、貴施設の以下の算定回数(延べ)をお答えください。

|                  |       |                  |       |
|------------------|-------|------------------|-------|
| 1)在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1 | ( ) 回 | 5)夜間・休日往診加算      | ( ) 回 |
| 2)在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2 | ( ) 回 | 6)深夜往診加算         | ( ) 回 |
| 3)在宅患者訪問診療料(Ⅱ)   | ( ) 回 | 7)在宅患者共同診療料1,2,3 | ( ) 回 |
| 4)在宅がん医療総合診療料    | ( ) 回 | 8)診療情報連携共有料      | ( ) 回 |

②平成29年9月及び平成30年9月の1か月間における在宅時医学総合管理料、および施設入居時等医学総合管理料について、貴施設の訪問件数等別、および単一建物診療患者数別の算定回数(延べ)をお答えください。

|         |               | 単一建物診療患者数               |       |       |       |
|---------|---------------|-------------------------|-------|-------|-------|
|         |               | 1人                      | 2～9人  | 10人以上 |       |
| 平成29年9月 | 在宅時医学総合管理料    | a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※) | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | b) 月2回以上(「a)」に該当しないもの)  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | c) 月1回                  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         | 施設入居時等医学総合管理料 | a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※) | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | b) 月2回以上(「a)」に該当しないもの)  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | c) 月1回                  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
| 平成30年9月 | 在宅時医学総合管理料    | a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※) | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | b) 月2回以上(「a)」に該当しないもの)  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | c) 月1回                  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         | 施設入居時等医学総合管理料 | a) 月2回以上(厚生労働大臣が定める状態※) | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | b) 月2回以上(「a)」に該当しないもの)  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |
|         |               | c) 月1回                  | ( ) 回 | ( ) 回 | ( ) 回 |

※「厚生労働大臣が定める状態」は、特掲診療料の施設基準別表第8の2にある疾患および状態をいいます。

③平成30年4月～9月の6か月間における緊急往診加算の実績をお答えください。

|       |       |
|-------|-------|
| 算定実人数 | 算定回数  |
| ( ) 人 | ( ) 回 |

【緊急往診加算の算定回数が1回以上ある場合】 ④算定患者の算定要件として該当する状態像別人数(実人数)

|        |       |                   |       |
|--------|-------|-------------------|-------|
| 急性心筋梗塞 | ( ) 人 | 医学的に終末期と考えられる患者   | ( ) 人 |
| 脳血管障害  | ( ) 人 | その他               | ( ) 人 |
| 急性腹症   | ( ) 人 | ↳ 「その他」の主な状態像 ( ) |       |

⑤貴施設における在宅でのターミナルケアに関してお答えください。

1)平成30年4月～9月の6か月間における以下を算定した患者数をお答えください。

※d) およびe) の患者数は、在宅ターミナルケア加算を算定した患者を含みます。

|  |       |
|--|-------|
| a) 在宅ターミナルケア加算                           | ( ) 人 |
| b) 上記a)のうち、在宅ターミナルケア加算と看取り加算の両方を算定した患者数  | ( ) 人 |
| c) 上記a)のうち、在宅ターミナルケア加算と死亡診断加算の両方を算定した患者数 | ( ) 人 |
| d) 看取り加算                                 | ( ) 人 |
| e) 死亡診断加算                                | ( ) 人 |

2)平成30年4月～9月の6か月間における、貴施設が往診または訪問診療を行っており、在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む）のうち、直近の10名※(Aさん～Jさん)について、下記の項目にお答えください。

※該当患者が10人未満の場合は、該当する全員についてお答えください。また、介護老人保健施設・介護医療院で死亡した患者は対象から除きます（この表に記載しないでください）。

|                    | 死亡日前14日以内に実施したもの |                   |                            |                                   | 死亡日当日に実施したもの |                    |                            |                                   | i) 死亡日前14日以内及び死亡日における貴施設による訪問看護の実施の有無 | j) 死亡日前14日以内及び死亡日における貴施設の連携医療機関・連携先の訪問看護ステーションによる訪問看護の実施の有無 | k) 往診又は訪問診療の後、24時間以内の在宅以外での死亡 | l) 在宅ターミナルケア加算の算定 | m) 看取り加算の算定 | n) 死亡診断加算の算定 | o) 死亡した具体的な場所  |
|--------------------|------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------|-------------|--------------|--|
|                    | a) 往診料の算定回数      | b) 在宅患者訪問診療料の算定回数 | c) 貴院の連携医療機関が実施した、往診料の算定回数 | d) 貴院の連携医療機関が実施した、在宅患者訪問診療料の算定の有無 | e) 往診料の算定回数  | f) 在宅患者訪問診療料の算定の有無 | g) 貴院の連携医療機関が実施した、往診料の算定回数 | h) 貴院の連携医療機関が実施した、在宅患者訪問診療料の算定の有無 |                                       |   |                               |                   |             |              |  |
| 在宅でのターミナルケアを実施した患者 | Aさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          | <p>o) には、以下から該当する番号をご記入ください。</p> <p><b>1：自宅</b><br/>…施設以外の、戸建て（持家・借家問わず）、団地・マンション等の集合住宅</p> <p><b>2：居住系施設</b><br/>…上記の「自宅」及び介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院以外の居住先（有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当）</p> <p><b>3：介護老人福祉施設</b></p> <p><b>4：医療機関</b></p> <p><b>5：上記「1」～「4」、介護老人保健施設及び介護医療院に該当しない場所</b><br/>…短期入所生活介護の提供場所、（看護）小規模多機能型居宅介護の宿泊サービスの提供場所等が該当</p> |
|                    | Bさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Cさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Dさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Eさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Fさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Gさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Hさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Iさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |
|                    | Jさん              | 回                 | 回                          | 回                                 | 有・無          | 回                  | 有・無                        | 回                                 | 有・無                                   | 有・無   | 有・無                           | 有・無               | 有・無         | 有・無          |  |

回答欄に「有」とある項目は回数を、  
「有・無」とある設問はどちらかに  
○を、それぞれ「記入」してください。



|  |   |       |
|--|---|-------|
| 3) 貴施設では、看取りに対する指針を定めていますか。あてはまるものに○をつけてください。    |   |       |
| 1. 定めている   | 2. 定めていないが、今後定める予定である   |       |
| 3. 定めておらず、今後定める予定もない                             | 4. 未定   |       |
| ⑥平成30年9月の1か月間における、貴施設の包括的支援加算の算定人数(実人数)をお答えください。 |   | ( ) 人 |
| 【算定人数が1人以上の場合】<br>⑦算定患者の状態像別人数(実人数)<br>※1        | 1) 要介護2以上または障害支援区分2以上   | ( ) 人 |
|  | 2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb 以上  | ( ) 人 |
|  | 3) 週1回以上の訪問看護※2を受けている   | ( ) 人 |
|  | 4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射または喀痰吸引、経管栄養(胃ろう、腸ろうを含む)、鼻腔栄養を受けている              | ( ) 人 |
|  | 5) 特定施設等の入居者で、医師の指示を受け、看護職員による注射または喀痰吸引、経管栄養(胃ろう、腸ろうを含む)、鼻腔栄養を受けている | ( ) 人 |
|  | 6) その他、関係機関等との調整等のために医師による特別な医学管理を必要とする状態                           | ( ) 人 |

※1 患者1人について該当する状態が1)～6)のうち2つ以上ある場合は、それぞれの項目に人数を計上してください。  
(例：ある患者が1)と2)の両方に該当する場合は、1)と2)に1人ずつ計上)

※2 訪問看護は、医療保険と介護保険の両方を含みます。

|   |   |                      |        |
|---|---|----------------------|--------|
| 【⑧～⑪は、在宅療養支援診療所以外の診療所にお伺いします】   |   | 算定実人数                | 算定回数   |
| ⑧平成30年4月～9月の6か月間における貴施設の継続診療加算の実績をお答えください。  |   | ( ) 人                | ( ) 回  |
| 【算定回数が1回以上ある場合】<br>⑨継続診療加算の算定にあたり連携している医療機関および訪問看護ステーション数<br>※連携機関がない場合は「0」と記載してください。 | 1) 在宅療養支援病院                             | ( )                  | ( ) 施設 |
|   | 2) 在宅療養支援病院以外の病院                        | ( )                  | ( ) 施設 |
|   | 3) 在宅療養支援診療所                            | ( )                  | ( ) 施設 |
|   | 4) 在宅療養支援診療所以外の診療所                      | ( )                  | ( ) 施設 |
|   | 5) 訪問看護ステーション                           | ( )                  | ( ) 施設 |
|   | 6) 自施設ですすでに24時間の往診体制及び訪問看護の提供体制を確保できている | ( )                  | ( ) 施設 |
| 【算定回数が1回以上ある場合】 ⑩診療体制の確保にあたり地域医師会の協力を得ていますか。  |   |                      |        |
| 1. 協力を得ている ( 具体的な内容 : )   |   |                      |        |
| 2. 協力を得ていない   |   |                      |        |
| 【算定回数が0回の場合】 ⑪継続診療加算を算定していない理由として、あてはまるものに○をつけてください。                                  |   |                      |        |
| 1. 24時間の連絡・往診体制構築に向けた協力医療機関が確保できない (確保できない理由 : )                                      |   |                      |        |
| 2. 訪問看護の提供体制が確保できない   |   | 3. 当該加算の算定対象となる患者がない |        |
| 4. 経営上のメリットが感じられない  |   | 5. 往診・訪問診療は行わない方針である |        |
| 6. その他 ( 具体的に : )   |   |                      |        |

⑫平成30年4月～9月の6か月間の貴施設における在宅患者訪問薬剤管理指導料、および在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者数の算定回数(延べ)をお答えください。

※介護保険における居宅療養管理指導は除いてお考えください。

|               | 単一建物診療患者数 |       |       |
|---------------|-----------|-------|-------|
|               | 1人        | 2～9人  | 10人以上 |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料 | ( ) 回     | ( ) 回 | ( ) 回 |
| 在宅患者訪問栄養食事指導料 | ( ) 回     | ( ) 回 | ( ) 回 |

⑬平成30年4月～9月の6か月間の貴施設における精神科在宅患者支援管理料について、状態像別の算定回数をお答えください。

|               | 状態像(※精神科在宅患者支援管理料1および2の算定要件におけるイ、ロ、ハに該当) |                  |         |
|---------------|--|------------------|---------|
|               | 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者※1        | 別に厚生労働大臣が定める患者※2 | 左記以外の患者 |
| 精神科在宅患者支援管理料1 | ( ) 回                                    | ( ) 回            | ( ) 回   |
| 精神科在宅患者支援管理料2 | ( ) 回                                    | ( ) 回            |         |

※1 以下のア、イに該当する患者を指します。

ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者(入退院を繰り返す者は、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。)

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクMを指す。ただし、JCSでⅡ-3(又は30)以上又はGCSで8点以下の状態にある者を除く。)

※2 上記のアまたはイに該当する患者を指します。

## 次ページからの記入方法について

次ページからは、貴施設が訪問診療を実施した患者2名を下記に基づいてお選びいただき、その2名についてご記入をお願いいたします。

### 【貴施設が、精神科在宅患者支援管理料の算定を行っている場合】

- ①平成30年10月●日～10月(●+15日)の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、精神疾患を有しており、五十音順で氏名が最初となる患者1名(→患者票Aに記入)
  - ②平成30年10月●日～10月(●+15日)の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、精神疾患を有さず、五十音順で氏名が最初となる患者1名(→患者票Bに記入)
- ※精神疾患を有する患者のみを対象に訪問診療を行っている場合は、精神疾患を有しており、氏名が五十音順で早い患者2名を患者票A、Bに記入(順不同)

### 【貴施設が、精神科在宅患者支援管理料の算定を行っていない場合】

- ①平成30年10月●日～10月(●+15日)の間に貴施設が訪問診療を実施した患者のうち、氏名が五十音順で早い患者2名(→患者票A、Bに記入。順不同)

4. ここからは、貴施設が訪問診療を実施した患者2名について、ご回答様が引き続きご記入ください。

患者2名は、前ページまたは別添の記入要領の記載内容に基づいてお選びください。

（※前ページと記入要領は同じ記載内容です）

## 患者票A

|   |  |       |                            |  |                            |
|---|--|-------|----------------------------|--|----------------------------|
| 1) 患者の性別  | 1. 男性                      2. 女性   | 2) 年齢 | (                      ) 歳 |  |                            |
| 3) 訪問先  | 1. 戸建て・マンション・アパート・団地等                      2. サービス付き高齢者向け住宅<br>3. 有料老人ホーム    4. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム<br>5. 特別養護老人ホーム    6. 認知症高齢者グループホーム<br>7. その他（具体的に    )  |       |                            |  |                            |
| 4) 上記3)の訪問先建物(単一建物)において、貴施設が訪問診療を実施している患者数<br>(※この患者を含めた人数) |  |       |                            |  | (                      ) 人 |
| 5) 調査日の診察状況   | 1. 単一の建物内で複数の患者を診察                      2. 単一の建物内で当該患者のみ診察   |       |                            |  |                            |
| 6) 要介護度   | 1. 対象外                      2. 非該当                      3. 未申請                      4. 要支援1・2                      5. 要介護1<br>6. 要介護2                      7. 要介護3                      8. 要介護4                      9. 要介護5                      10. 不明   |       |                            |  |                            |
| 7) 認知症高齢者の日常生活自立度   | 1. 該当なし                      2. I                                      3. II a                                  4. II b                                  5. III a<br>6. III b                              7. IV                                      8. M                                      9. 自立度不明   |       |                            |  |                            |
| 8) 精神疾患の有無  | 1. あり→ (1. 認知症                      2. 認知症以外)                      2. なし   |       |                            |  |                            |
| 9) 障害者手帳などの種類   | 1. 身体障害者手帳 (                      ) 級    2. 療育手帳 (                      ) 度<br>3. 精神障害者保健福祉手帳 (                      ) 級    4. 申請中<br>5. 手帳なし    6. わからない  |       |                            |  |                            |
| 10) 同居家族等の有無  | 1. 独居（施設等入所を含む）                      2. 同居家族等あり                      3. 不明   |       |                            |  |                            |
| 11) 患家を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※移動時間は貴施設から患家までの片道時間をお書きください。  | 1. 徒歩のみ→ (                      ) 分<br>2. 徒歩+バス・電車等の公共交通→ (                      ) 分<br>3. 自動車→ (                      ) 分<br>4. その他（具体的に    ) → (                      ) 分  |       |                            |  |                            |
| 12) 訪問診療を行ったきっかけ  | 1. 自院に通院・入院していた患者                      2. 他の医療機関からの紹介患者<br>3. 医療機関以外からの紹介<br>(3. について具体的に    )   |       |                            |  |                            |
| 13) 訪問診療を行っている理由  | 1. 身体機能の低下のため、介助があっても通院が困難<br>2. 介助があれば通院可能だが、介助の確保が困難<br>3. その他（具体的に    )   |       |                            |  |                            |
| 14) 訪問診療の対象病名<br>※○はいくつでも                                   | 1. 難病（神経系）                      2. 難病（神経系以外）                      3. 脊髄損傷                                  4. COPD<br>5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など）                      6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7. 精神系疾患    8. 神経系疾患    9. 認知症    10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物    12. 骨折・筋骨格系疾患    13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患    15. 眼科疾患    16. 皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. その他（具体的に    ) |       |                            |  |                            |
| 15) ターミナルかどうか   | 1. ターミナル→余命の見込み： (                      ) か月                      2. ターミナルでない  |       |                            |  |                            |

|  |   |                     |                    |
|--|---|---------------------|--------------------|
| 16) 当該患者に対して、医師が実施した診療内容・連携等（※この1か月間に実施したもの） ※○はいくつでも  |   |                     |                    |
| 1. 健康相談  | 2. 視聴打診・触診  | 3. バイタル測定           | 4. 患者・家族等への問診      |
| 5. 心電図検査   | 6. 簡易血糖測定   | 7. 採血・検体採取          | 8. 検査結果説明          |
| 9. 抗がん剤の点滴・注射  | 10. モルヒネの持続皮下注射   | 11. 鎮静薬の持続皮下注射      |                    |
| 12. 皮下輸液   | 13. 中心静脈栄養・ポート管理  | 14. 輸血              | 15. 胸水穿刺・腹水穿刺      |
| 16. 経口麻薬の投与  | 17. 末梢静脈点滴  | 18. 上記以外の点滴・注射      |                    |
| 19. 気管切開・チューブ交換  | 20. カテーテル交換（カテーテルの部位  | 21. エコー検査           |                    |
| 22. 薬剤の処方  | 23. 特定保険医療材料の処方   | 24. ネブライザー          | 25. たんの吸引の指示       |
| 26. 栄養指導   | 27. 患者・家族等への病状説明  | 28. 診療上の継続的な意思決定支援  |                    |
| 29. 訪問看護ステーションに関する指示・連携（具体的に   | )   |                     |                    |
| 30. 保険薬局に関する指示・連携（具体的に   | )   |                     |                    |
| 31. 歯科医療機関との連携（具体的に  | )   |                     |                    |
| 32. 居宅介護支援事業所との連携（具体的に   | )   |                     |                    |
| 33. その他（具体的に   | )   |                     |                    |
| 17) 当該患者に対して訪問診療を行う医師の指示又は依頼のもと、医師以外の職種（貴施設以外の職員も含む）が提供している医療内容等（※この1か月間に提供したもの）   |   |                     |                    |
| a)～c)の職種ごとに主な実施内容を下の【選択肢】の1.～31.の中から3つまで選び、該当の番号をお書きください。  |   |                     |                    |
| a)看護職員が実施したもの  |   |                     |                    |
| b)リハビリ職が実施したもの   |   |                     |                    |
| c)その他の職員（  |   |                     |                    |
| 【選択肢】  |   |                     |                    |
| 1. 健康相談  | 2. 血圧・脈拍の測定   | 3. 心電図検査            | 4. 簡易血糖測定          |
| 5. 血糖自己測定（SMBG管理）  | 6. 服薬援助・管理（点眼薬等を含む）   |                     |                    |
| 7. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理  | 8. 経鼻経管栄養   | 9. 中心静脈栄養           | 10. 吸入・吸引          |
| 11. ネブライザー   | 12. 創傷処置  | 13. 体位変換            | 14. 浣腸・摘便          |
| 15. 褥瘡の処置  | 16. インスリン注射   | 17. 点滴・注射（9.・16.以外） | 18. 膀胱（留置）カテーテルの管理 |
| 19. 人工肛門・人工膀胱の管理   | 20. 人工呼吸器の管理  | 21. 気管切開の処置         |                    |
| 22. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入）  | 23. がん末期の疼痛管理   | 24. 慢性疼痛の管理（23.以外）  |                    |
| 25. 透析・腹膜還流  | 26. リハビリテーション   | 27. 口腔ケア            | 28. 歯科医療           |
| 29. 連携施設・事業所との連絡・調整  | 30. 社会福祉制度、相談窓口等の紹介   |                     |                    |
| 31. その他（具体的に   | )   |                     |                    |
| 18) 貴施設が当該患者に訪問診療を開始した時期   | 平成（ ）年（ ）月頃   |                     |                    |
| 19) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関から訪問診療を依頼されている患者であるか  | 1. はい 2. いいえ  |                     |                    |
| 【在総管、施設総管、在宅がん医療総合診療料の届出を行っている施設のみ】<br>20) 複数疾患への対応等のため、他の医療機関に訪問診療を依頼・実施している又は依頼・実施していた患者であるか<br>※「1. はい」の場合は、何か所の医療機関に依頼したか、数もあわせて回答 | 1. はい（依頼した医療機関数： 所）<br>2. いいえ   |                     |                    |
| 【20)で「1.はい」とお答え頂いた施設のみ】  |   |                     |                    |
| 21) 他の医療機関の医師への定期的な訪問診療の依頼について、下記の設問にお答えください。<br>※以下のa)～h)について、複数の医療機関に依頼した場合は、主な依頼先1カ所について回答してください                                    |   |                     |                    |
| a) 他の医療機関の医師に訪問診療を依頼した理由   | 1. 主治医の専門とする診療科と異なる診療科の疾患を有するため<br>2. 主治医の専門とする診療科と同一だが、専門外の疾患を有するため<br>3. 患者・家族の意向のため<br>4. その他（具体的に |                     |                    |

|   |                                   |  |                             |                                      |                         |
|---|-----------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| b) 依頼先の診療科  | 1. 内科<br>6. 精神科<br>11. リハビリテーション科 | 2. 外科<br>7. 眼科   | 3. 整形外科<br>8. 皮膚科<br>12. 歯科 | 4. 脳神経外科<br>9. 耳鼻咽喉科<br>13. その他（具体的に | 5. 小児科<br>10. 泌尿器科<br>） |
| c) 依頼先の医療機関が当該患者に実施した訪問診療の回数<br>… i) ~ iii) の期間ごとに下の【選択肢】の1~5の中から選び、該当する番号をお書きください。   |                                   |  |                             |                                      |                         |
| 【選択肢】 1. 月1回                      2. 月2回                      3. 月3回以上                      } (該当する番号を記入)<br>4. 回数を把握していない    5. 当該期間には行われていない                      } ↓ |                                   |  |                             |                                      |                         |
| i) 初回の訪問診療実施月に行った訪問診療の回数* <sup>1</sup>  |                                   |  |                             | (                      )             |                         |
| ii) 初回の訪問診療実施月の翌月に行った訪問診療の回数* <sup>2</sup>  |                                   |  |                             | (                      )             |                         |
| iii) 初回の訪問診療実施月の翌々月以降に行った訪問診療の回数* <sup>3</sup>  |                                   |  |                             | (                      )             |                         |
| d) 依頼先の医療機関による訪問診療の期間(見込みを含む)   |                                   | 1. 1か月                      2. 1か月超～3か月<br>3. 3か月超～6か月                      4. 6か月超  |                             |                                      |                         |
| e) 訪問診療を依頼した病名  |                                   | 1. 難病（神経系）                      2. 難病（神経系以外）                      3. 脊髄損傷                      4. COPD<br>5. 循環器疾患（高血圧症、心不全など）                      6. 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）<br>7. 精神系疾患                      8. 神経系疾患                      9. 認知症                      10. 糖尿病<br>11. 悪性新生物                      12. 骨折・筋骨格系疾患                      13. 呼吸器系疾患<br>14. 耳鼻科疾患                      15. 眼科疾患                      16. 皮膚疾患（褥瘡等）<br>17. 歯科・口腔疾患                      18. その他（具体的に |                             |                                      |                         |
| f) 依頼先の医療機関の種類  |                                   | 1. 在宅療養支援病院                      2. 在宅療養支援病院以外の病院<br>3. 在宅療養支援診療所                      4. 在宅療養支援診療所以外の診療所  |                             |                                      |                         |
| g) 依頼先の医療機関の許可病床数   |                                   | 1. 0床（無床診療所）                      2. 1～19床（有床診療所）<br>3. 20～199床                      4. 200～399床                      5. 400床以上  |                             |                                      |                         |
| h) 依頼先の医療機関は、貴施設と特別の関係であるか* <sup>4</sup>  |                                   | 1. はい                      2. いいえ  |                             |                                      |                         |

\*1（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、6月10日～6月30日に実施した訪問診療の回数です。

\*2（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、7月1日～7月30日の1か月間に実施した訪問診療の回数です。

\*3（例）6月10日に初回の訪問診療を行った患者の場合、8月1日以降に実施した訪問診療の1か月あたり平均回数です。

\*4「特別の関係」とは、①開設者が同一、②代表者が同一、③代表者同士が親族等、④役員等のうち他の保険医療機関の役員等の親族等が3割超、⑤人事、資金等の関係により互いに重要な影響を与える場合をいいます。

|  |  |  |                             |
|--|--|--|-----------------------------|
| 22) 当該患者の、医学管理料・加算の算定状況（平成30年9月）                         | 1. 在総管（重症患者）<br>4. 施設総管（重症患者）<br>7. 継続診療加算<br>9. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2<br>11. 精神科在宅患者支援管理料1のイ<br>13. 精神科在宅患者支援管理料1のハ<br>15. 精神科在宅患者支援管理料2のロ | 2. 在総管（月2回以上）<br>5. 施設総管（月2回以上）<br>8. 包括的支援加算<br>10. 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）<br>12. 精神科在宅患者支援管理料1のロ<br>14. 精神科在宅患者支援管理料2のイ<br>16. いずれも算定していない | 3. 在総管（月1回）<br>6. 施設総管（月1回） |
| 23) 当該患者への、1か月間の訪問診療実施回数（平成30年9月）                        | (                      ) 回   |  |                             |
| 24) 当該患者への、1か月間の訪問看護実施回数（平成30年9月）<br>※医療保険、介護保険の両方を含みます。 | (                      ) 回   |  |                             |
| 25) 調査日の診療時間（当該患者のために患家に滞在した時間）                          | (                      ) 分   |  |                             |
| 26) 往診（定期的・計画的な訪問診療ではない）を行った回数（平成30年4月～平成30年9月の6か月間）     | (                      ) 回   |  |                             |



**患者票B** ※患者票Aと同内容の調査票

---

質問は以上です。ご協力有難うございました。



案

ID

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する  
実施状況調査  
訪問看護調査票

- ※ この調査票は、訪問看護ステーションの管理者に、訪問看護の実施状況や在宅医療機関との連携状況等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、用語等をお書きください。( )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「-」を必ずお書きください。  
 ※ 特に断りのない場合は、平成30年10月1日時点の状況についてご記入ください。  
 ※ 同様に、特に断りのない場合は、『医療保険』の訪問看護に関してお答えください。介護保険など医療保険以外に関しては、設問内で指定がある場合のみ、含めて記入してください。  
 ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 1. 貴事業所の概要

|  |  |
|--|--|
| ① 開設者<br>※○は1つだけ   | 1. 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<br>2. 日本赤十字社・社会保険関係団体<br>3. 医療法人<br>4. 医師会<br>5. 看護協会<br>6. 社団・財団法人（医師会と看護協会は含まない）<br>7. 社会福祉法人（社会福祉協議会含む）<br>8. 農業協同組合及び連合会<br>9. 消費生活協同組合及び連合会<br>10. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社）<br>11. 特定非営利活動法人（NPO）<br>12. その他（具体的に： )   |
| ②-1 貴事業所と同一法人(同系列を含む)が有する医療・介護施設・事業所   | ②-1 貴事業所と同一法人(同系列を含む)が有する医療・介護施設・事業所 ※選択肢より番号記入<br>②-2 ②-1のうち、貴事業所と同一敷地内又は隣接している医療・介護施設・事業所については、②-1で記載した番号に○をつけてください。   |
| ②-2 ②-1のうち貴事業所と同一敷地内又は隣接している場合は番号に○をつける<br>※右記【選択肢】より該当する番号を全て記入<br>※「隣接」とは、敷地外であるが隣り合った場所にある施設を指す(公道等を挟んだ隣接も含む) | 【選択肢】<br>1. 病院<br>2. 診療所<br>3. 介護老人保健施設<br>4. 特別養護老人ホーム<br>5. 介護医療院<br>6. 居宅介護支援事業所<br>7. 通所介護事業所<br>8. 療養通所介護事業所<br>9. 地域包括支援センター<br>10. 訪問介護事業所<br>11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護<br>12. 小規模多機能型居宅介護<br>13. 看護小規模多機能型居宅介護<br>14. 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(該当する場合))<br>15. サービス付き高齢者向け住宅(14を除く)<br>16. 認知症高齢者グループホーム<br>17. 特定相談支援事業所<br>18. 障害児相談支援事業所<br>19. 児童発達支援<br>20. 放課後デイサービス<br>21. その他(具体的に ) |
| ③ 訪問看護を開始した時期  | 昭和・平成 ( ) 年 ( ) 月  |
| ④ サテライト事業所の有無と、ある場合はその設置数<br>※「1. あり」の場合、箇所数を記入。   | 1. あり → ( ) 箇所      1. なし  |
| ⑤ 貴事業所は医療保険の「特別地域訪問看護加算」に係る地域にありますか。<br>※過疎地等で厚生労働大臣が定める地域に限る  | 1. 対象地域にある      2. 対象地域にない   |
| 【⑤で「1.対象地域にある」と回答した場合】<br>⑤-1 複数の訪問看護ステーションが連携して24時間対応の体制を確保し、24時間対応体制加算を算定した利用者がいますか。(平成30年9月)                  | 1. いる → ( ) 人      1. なし   |
| ⑥ 貴事業所は介護保険の訪問看護費の「中山間地域等の小規模事業所加算」の対象地域にありますか。  | 1. 対象地域にある      2. 対象地域にない   |

## 2. 届出状況及び訪問看護の体制

|   |   |       |
|---|---|-------|
| ① 24時間対応体制加算の届出の有無  | 1. あり   | 2. なし |
| ② 特別管理加算の届出の有無  | 1. あり   | 2. なし |
| ③ 訪問看護基本療養費の注2、注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出の有無<br>※「1. あり」の場合は、a～cのうち該当するもの全てに○ | 1. あり → ( a. 緩和ケア b. 褥瘡ケア<br>c. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア ) |       |
| ④ 機能強化型訪問看護管理療養費の届出の有無  | ※「1」の場合はa～cのうち該当するもの1つに○                        |       |
| 1. あり → ( a. 療養費1 b. 療養費2 c. 療養費3 )   |   |       |
| 2. なし → ⑤へ  |   |       |

【④において「1. あり(機能強化型訪問看護管理療養費1～3の何れかの届出有り)」の場合、以下に回答ください。】

|   |   |     |
|---|---|-----|
| ④-1 届出時期  | 平成 ( ) 年 ( ) 月  |     |
| ④-2 ターミナルケア件数に該当する利用者について、以下の件数・人数  | (平成29年10月から平成30年9月の12ヶ月間)                                       |     |
| a. 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数  |   | 件   |
| b. 介護保険の訪問看護費におけるターミナルケア加算の算定件数   |   | 件   |
| c. 共同した保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者数  |   | 人   |
| d. 6か月以上の訪問看護の提供後、7日以内の入院を経て連携医療機関で死亡した利用者数   |   | 人   |
| ④-3 15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入状況  | (平成30年9月)   |     |
| a. 15歳未満の超重症児 <small>注1</small>   |   | 人   |
| b. 15歳未満の準超重症児 <small>注2</small>  |   | 人   |
| <small>注1 超重症児とは、運動機能が座位までで、判定スコアが25点以上ものをいう<br/>注2 準超重症児とは、運動機能が座位までで、判定スコアが10点以上25点未満のものをいう。</small>  |   |     |
| ④-4 複数の訪問看護ステーションとで共同して訪問看護を提供する利用者の人数  |   | 人   |
| ④-5 貴事業所と同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合<br>(平成30年9月) ※該当する場合に記載   |   | %   |
| ④-6 ④-7に示す「地域の医療機関」以外の医療機関と共同で実施した指導による退院時共同指導加算の算定件数<br>(平成30年9月)  |   | 件   |
| ④-7 「地域の医療機関」の看護師が、貴事業所において一定期間勤務する等、貴事業所と当該医療機関間で看護職員の相互交流による勤務実績について記入してください (平成29年10月から平成30年9月の12ヶ月間)<br>※機能強化型訪問看護管理療養費1又は2を届出しており、当該実績がない場合は空欄でかまいません。                   |   |     |
| a. 「地域の医療機関」の看護職員の勤務実績について  | 相互交流した「地域の医療機関」の箇所数   | 箇所  |
|   | 受入れ看護職員数(実人数)   | 人   |
|   | 看護職員1人当たりの平均勤務期間  | ヶ月  |
|   | 当該看護職員の単独訪問の平均開始時期  | ヶ月目 |
| b. 下記の「地域の医療機関」に所属する看護職員が、どのような形態で貴事業所において勤務することになりましたか。<br>※それぞれ○は1つ。5)は、具体的な内容を記述。  |   |     |
| 1) 同一開設者かつ同敷地内医療機関から  | 1. 在籍型出向 <small>注3</small> 2. 移籍型出向 <small>注4</small> 3. 勤務実績なし |     |
| 2) 同一開設者の医療機関から   | 1. 在籍型出向 <small>注3</small> 2. 移籍型出向 <small>注4</small> 3. 勤務実績なし |     |
| 3) 同一敷地内の医療機関から   | 1. 在籍型出向 <small>注3</small> 2. 移籍型出向 <small>注4</small> 3. 勤務実績なし |     |
| 4) 1)～3)のいずれでもない医療機関から  | 1. 在籍型出向 <small>注3</small> 2. 移籍型出向 <small>注4</small> 3. 勤務実績なし |     |
| 5) その他  | ( )   |     |
| <small>注3 在籍型出向とは、労働者は出向元事業主(医療機関)及び出向先事業主(貴訪問看護ステーション)と雇用契約関係がある場合をいう。<br/>注4 移籍型出向とは、労働者は出向元事業主との雇用契約関係が終了し、出向先事業主との間にのみ雇用契約関係がある場合をいう。(ただし、雇用契約期間を一定期間に定めている場合に限る)</small> |   |     |

c. 看護職員の相互交流によりどのような効果が得られましたか。 ※あてはまるもの全てに○。最も当てはまるもの1つに◎

1. 医療機関の当該看護職員の在宅療養支援技術・知識の向上
2. 医療機関の当該看護職員の入院中の患者支援に係る技術・知識の向上
3. 医療機関と貴訪問看護ステーションの連携の強化
4. 医療機関の当該看護職員のみならず医療機関全体への看護、退院支援能力の向上への寄与
5. 貴訪問看護ステーションの看護職員の訪問看護技術の技術・知識の向上
6. 貴訪問看護ステーションの訪問看護回数増加
7. 訪問看護利用者の満足度の向上
8. その他（ ）

d. 看護職員の相互交流に伴いどのような課題がありましたか。（自由記載）

【④において「2. なし(機能強化型訪問看護管理療養費の届出なし)」を選択した場合、以下に回答ください。】

④-8 今後の機能強化型訪問看護管理療養費の届出意向  
 ※「1. 届出の予定がある」の場合は、カッコ内の数字のうちあてはまるもの1つに○

1. 届出の予定がある →※予定がある届出番号に○（機能強化型訪問看護管理療養費 1・2・3）
2. 届出について検討中 →④-9へ
3. 届出の予定はない →④-9へ

【④-8 で「2. 届出について検討中」もしくは「3. 届出の予定はない」に回答した場合】

④-9 届出を行っていない理由(自由記載)

【全ての事業所がご回答ください。】

|  |  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
|--|--|---------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|---------------------------|
| ⑤ 精神科訪問看護基本療養費の届出の有無   | 1. あり  | 2. なし               |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑥ 精神科複数回訪問加算の届出の有無   | 1. あり  | 2. なし               |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑦ 精神科重症患者支援管理連携加算の届出の有無  | 1. あり  | 2. なし               |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑧ 精神科訪問看護に関する研修の修了者数   | 人  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑨ 貴事業所の職員数を常勤換算*(請求する保険の種別を問わず訪問看護業務に従事する全職員を常勤換算)でお答えください。※1人の職員が複数の資格等に当てはまる場合は、主たる業務従事するものとして計上してください(1人の職員を重複計上することはできません)。  |  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| 保健師・<br>助産師・<br>看護師  | 准看護師   | リハビリ職<br>(PT・OT・ST) | その他<br>の<br>職員 | (うち)<br>精神保健<br>福祉士 | (うち)<br>介護支援<br>専門員 | (うち)<br>相談支援<br>専門員 | (うち)<br>事務職員 | (うち)<br>その他の職員<br>看護補助者等) |
| .  | .  | .                   | .              | .                   | .                   | .                   | .            | .                         |
| ※非常勤職員・兼務職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください(小数点以下第1位まで)。<br>・1週間に複数勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)<br>・1か月に複数勤務の場合:(非常勤職員の1か月の勤務時間)÷(貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4) |  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑩ 平成29年10月1日時点と比べ、各職種の数についてa,b,cのいずれかに○をつけ、a,bの場合は平成30年10月1日時点における貴事業所の常勤換算による職員数をご記入ください。   |  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| 看護職員   | a. 増加 ( ) 人  | b. 減少 ( ) 人         | c. 変化なし        |                     |                     |                     |              |                           |
| リハビリ職  | a. 増加 ( ) 人  | b. 減少 ( ) 人         | c. 変化なし        |                     |                     |                     |              |                           |
| その他の職員   | a. 増加 ( ) 人  | b. 減少 ( ) 人         | c. 変化なし        |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑪ 貴事業所の管理者についてお伺いします。  |  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑪-1 管理者としての経験年数<br>※他の訪問看護事業所での管理者としての勤務経験年数も含む  | <ol style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">1. 1年未満</li> <li style="width: 50%;">2. 1年～3年未満</li> <li style="width: 50%;">3. 3年～5年未満</li> <li style="width: 50%;">4. 5年～10年未満</li> <li style="width: 50%;">5. 10年～15年未満</li> <li style="width: 50%;">6. 15年以上</li> </ol> |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |
| ⑪-2 管理者となる前若しくは管理者として着任後6ヶ月以内に、訪問看護事業者の管理者向けの研修の受講をされましたか。   | <ol style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">1. 受講した</li> <li style="width: 50%;">2. 受講していない</li> </ol>  |                     |                |                     |                     |                     |              |                           |

【⑪-2で「1. 受講した」と回答した場合】  
 ⑪-3 どのような研修内容について受講しましたか。 ※○はいくつでも

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| 1. 地域包括ケアシステム推進への貢献に関する事項 | 2. ケアの提供体制づくりに関する事項 |
| 3. ケアの質保証に関する事項           | 4. 経営の基礎に関する事項      |
| 5. 財務管理に関する事項             | 6. 労務管理に関する事項       |
| 7. 危機管理に関する事項             | 8. その他（ ）           |

⑫ 平成30年9月の1か月間に行った、訪問看護指示書、訪問看護計画書・訪問看護報告書の受け渡し(医療保険)について、授受のあった病院・診療所数と受け渡し方法別の延べ回数をご記入ください。

|                           | 受け渡しのあった<br>病院・診療所数 | 書面(紙)での<br>受け渡し延回数 | 電子ファイル等での<br>受け渡し延回数 <sup>注5</sup> |
|---------------------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|
| 1) 訪問看護指示書(精神科含む)         | か所                  | 回                  | 回                                  |
| 2) 訪問看護計画書・訪問看護報告書(精神科含む) | か所                  | 回                  | 回                                  |

注5 電子ファイル等での受け渡し: 書面における署名又は記名・押印に代わり、電子署名を施して、電子的な方法により受け渡すもの。

3. 診療報酬の算定状況や利用者の状況等

① 平成30年7月から9月の3か月間における、新規利用者数(実人数)と対応が終了した利用者数をご記入ください。

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 1) 新規利用者数(医療保険)         | 人 |
| 2) 対応が終了した利用者数(医療保険)    | 人 |
| 3) このうち、亡くなった利用者数(医療保険) | 人 |

② 平成29年9月と平成30年9月の各1か月間の訪問看護の利用者数(実人数)をご記入ください。

|  | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
|--|---------|---------|
| 1) 全利用者数(医療保険と介護保険の訪問看護の利用者を合わせた人数)(a+b) | 人       | 人       |
| a. 医療保険を算定した利用者数 (a-1 + a-2)             | 人       | 人       |
| a-1. 医療保険のみを算定した利用者数                     | 人       | 人       |
| a-2. 医療保険と介護保険の両方を同月に算定した利用者数            | 人       | 人       |
| b. 介護保険のみを算定した利用者数                       | 人       | 人       |

【以下は、「a.医療保険を算定した利用者数」(参照A)を対象に回答してください。】

|   | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
|---|---------|---------|
| 2) a(参照A)のうち医療保険の特掲診療料の施設基準等別表7(厚生労働大臣の定める疾病等)に該当する利用者数       | 人       | 人       |
| 3) a(参照A)のうち医療保険の特掲診療料の施設基準等別表8(厚生労働大臣の定める状態等にあるもの)に該当する利用者数  | 人       | 人       |
| 4) a(参照A)のうち精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者数                             | 人       | 人       |
| 5) a(参照A)のうち「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数                             | 人       | 人       |
| 6) a(参照A)のうち「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数                          | 人       | 人       |
| 7) a(参照A)のうち同一建物居住者に該当する利用者数                                  | 人       | 人       |
| 8) a(参照A)のうちリハビリ職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)が単独で1日以上医療保険の訪問看護を行った利用者数 | 人       | 人       |

③ a(参照A)のうち要介護度別の人数をご記入ください。

|         | 未申請 | 要支援1・2 | 要介護1・2・3 | 要介護4 | 要介護5 | 申請中 | 非該当 | 不明 |
|---------|-----|--------|----------|------|------|-----|-----|----|
| 平成29年9月 | 人   | 人      | 人        | 人    | 人    | 人   | 人   | 人  |
| 平成30年9月 | 人   | 人      | 人        | 人    | 人    | 人   | 人   | 人  |

④ a(参照A)のうち、日常生活自立度(寝たきり度)別の人数をご記入ください。

|         | 自立 | ランクJ | ランクA | ランクB | ランクC | 不明 |
|---------|----|------|------|------|------|----|
| 平成29年9月 | 人  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |
| 平成30年9月 | 人  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人  |

|  |                      |                        |         |   |    |        |    |
|--|----------------------|------------------------|---------|---|----|--------|----|
| ⑤ a (参照A)のうち、要介護者等(要支援1～要介護5の利用者)について、認知症高齢者の日常生活自立度の区分別の人数をご記入ください。                                 |                      |                        |         |   |    |        |    |
|  | 自立                   | I                      | II      | III                                     | IV | M      | 不明 |
| 平成29年9月  |                      | 人                      | 人       | 人                                       | 人  | 人      | 人  |
| 平成30年9月  |                      | 人                      | 人       | 人                                       | 人  | 人      | 人  |
| ⑥ a (参照A)のうち、15歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児・医療的ケア児・その他の人数をご記入ください。<br>※「3)平成30年4から9月1か月あたりの平均」は、小数点第1位まで記入 |                      |                        |         |   |    |        |    |
|  | i)超重症児 <sup>注1</sup> | ii)準超重症児 <sup>注2</sup> |         | iii)医療的ケア児 <sup>注6</sup><br>※(i)・ii)を除く |    | iv)その他 |    |
| 1)平成29年9月  | 人                    | 人                      |         | 人                                       |    | 人      |    |
| 2)平成30年9月  | 人                    | 人                      |         | 人                                       |    | 人      |    |
| 3)平成30年4から9月<br>1か月あたりの平均  | . 人/月                | . 人/月                  |         | . 人/月                                   |    | . 人/月  |    |
| 注6 医療的ケア児:人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害児   |                      |                        |         |   |    |        |    |
| ⑦ a (参照A)のうち、平成29年9月と平成30年9月の各1ヶ月間の訪問看護基本療養費に関する加算を算定した利用者数をご記入ください。                                 |                      |                        |         |   |    |        |    |
|  |                      | 平成29年9月                | 平成30年9月 |   |    |        |    |
| 1)難病等複数回訪問加算   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 2)緊急訪問看護加算   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 3)長時間訪問看護加算  |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| うち 15歳未満の超重症児 <sup>注1</sup> 又は準超重症児 <sup>注2</sup>  |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| うち 15歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 4)乳幼児加算  |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 5)夜間・早朝訪問看護加算  |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 6)深夜訪問看護加算   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 7)悪性腫瘍の利用者に対する①緩和ケア、②褥瘡ケア、③人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による訪問看護基本療養費の算定                              |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| 8)複数名訪問看護加算の状況についてご記入ください。   |                      | 平成29年9月                | 平成30年9月 |   |    |        |    |
| a. 看護職員と看護師等(准看護師含む)による複数名訪問看護の利用者数(イ、ロ)   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| b. 看護職員と看護補助者による複数名訪問看護の利用者数(ハ、ニ)  |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| c. a,bの利用者のうち、以下の状態に該当する利用者数 ※1人の利用者が複数の状態にあてまる場合は全てに計上  |                      |                        |         |   |    |        |    |
| c-1. 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者、同別表第八に掲げる者、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者                                 |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| c-2. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |
| c-3. 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  |                      |                        | 人       |   |    |        |    |
| c-4. その他利用者の状況等から判断して、上記のいずれかに準ずると認められる者   |                      | 人                      | 人       |   |    |        |    |

【⑧は、2. ⑤で精神科訪問看護基本療養費の届出「1. あり」と回答した訪問看護ステーションのみご回答ください。】

|  |         |         |
|--|---------|---------|
| ⑧平成29年9月と平成30年9月の各1か月間の精神科訪問看護基本療養費に関する加算を算定した医療保険の利用者数(3. ② 4) (参照B)を対象に回答してください。 |         |         |
|  | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
| 1)精神科緊急訪問看護加算  | 人       | 人       |
| 2)長時間精神科訪問看護加算   | 人       | 人       |
| 3)夜間・早朝訪問看護加算  | 人       | 人       |
| 4)深夜訪問看護加算   | 人       | 人       |

|                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| 5)-1 複数名精神科訪問看護加算イ     | 人 | 人 |
| 5)-2 複数名精神科訪問看護加算ロ     | 人 | 人 |
| 5)-3 複数名精神科訪問看護加算ハ     | 人 | 人 |
| 6) 精神科複数回訪問加算          | 人 | 人 |
| 7)-1 精神科重症患者支援管理連携加算イ  | 人 | 人 |
| 7)-2 精神科重症患者支援管理連携加算ロ  | 人 | 人 |
| 8) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 | 人 |   |

## 【算定実績のある人数をご記入ください。】

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| ⑨ a(医療保険の利用者(3. ② 1) 参照A)を対象に、平成29年9月と平成30年9月の各1か月間の訪問看護管理療養費に関する加算を算定した医療保険の利用者数をご記入ください。   |           |           |
|  | 平成29年9月   | 平成30年9月   |
| 1) 24時間対応体制加算  | 人         | 人         |
| 2)-1 特別管理加算(重症度等の高い者)  | 人         | 人         |
| 2)-2 特別管理加算(2)-1以外の者)  | 人         | 人         |
| 3) 退院時共同指導加算   | 人         | 人         |
| 3)-1 うち 特別管理指導加算の対象者   | 人         | 人         |
| 4) 退院支援指導加算  | 人         | 人         |
| 5) 在宅患者連携指導加算  | 人         | 人         |
| 6) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算   | 人         | 人         |
| 7) 看護・介護職員連携強化加算   |           | 人         |
| 7)-1「看護・介護職員連携強化加算」の算定者がいない事業所のみお答えください。平成30年9月に算定していない理由としてあてはまるものをご回答ください。 ※あてはまるもの全て  |           |           |
| 1. 平成30年4月以降、喀痰吸引等を実施している介護職員等からの要請がない<br>2. 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等に対応できない(24時間対応体制加算の未届出含む)<br>3. 介護職員等に同行し、利用者宅において喀痰吸引等の業務を確認できない<br>4. 平成30年9月は、対象者がおらず喀痰吸引等を実施している介護職員等からの要請がなかった<br>5. その他 ( ) |           |           |
| ⑩ a(医療保険の利用者(3. ② 1) 参照A)のうち、平成29年及び平成30年の4～9月の6か月間の訪問看護ターミナルケア療養費を算定した人数についてご回答ください。<br>※平成29年4～9月については、「訪問看護ターミナルケア療養費」を算定した人数   |           |           |
|  | 平成29年4～9月 | 平成30年4～9月 |
| 1) 訪問看護ターミナルケア療養費1 ※   | 人         | 人         |
| 2) 訪問看護ターミナルケア療養費2   |           | 人         |
| 3) 訪問看護ターミナルケア療養費の算定にあたり「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等に基づき事業所や利用者への取組として行った平成30年4月以降の新たな対応についてご回答ください。 ※あてはまるもの全て  |           |           |
| 1. 事業所として指針(ガイドライン、マニュアルなど)を作成した<br>2. 事業所として多職種からなる話し合いの場を設置した<br>3. 利用者や家族等と医療・ケアチームによる十分な話し合いにより人生の最終段階における医療・ケアの方針を決定した<br>4. その他 ( )  |           |           |



|   |       |                 |                 |
|---|-------|-----------------|-----------------|
| ⑩ 平成 29 年、平成 30 年各 9 月の医療保険の利用者数を対象に、利用者の延べ訪問回数(医療保険)をご記入ください。                |       |                 |                 |
| ※ここでいう訪問回数とは基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)及び精神科基本料療養費(Ⅰ)、(Ⅲ)の算定回数を指す。                           |       | 平成 29 年 9 月     | 平成 30 年 9 月     |
| 1)医療保険による訪問看護利用者数(記入不要)およびその利用者への延べ訪問回数<br>(利用者数は、3. ② 1) 参照A 対象)             | 利用者数  | 3. ② 1) 参照A と同じ | 3. ② 1) 参照A と同じ |
|   | 延訪問回数 | 延 回             | 延 回             |
| 1)-1 うち 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数<br>(利用者数は、3. ② 4) 参照B 対象)      | 利用者数  | 3. ② 4) 参照Bと同じ  | 3. ② 4)参照B と同じ  |
|   | 延訪問回数 | 延 回             | 延 回             |
| 1)-2 うち リハビリ職が単独で1日以上訪問看護を実施している利用者数(記入不要)および延べ訪問回数<br>(利用者数は、3. ② 8) 参照C 対象) | 利用者数  | 3. ② 8)参照C と同じ  | 3. ② 8)参照C と同じ  |
|   | 延訪問回数 | 延 回             | 延 回             |

【⑩ 1)-2 で「リハビリ職が単独で1日以上訪問看護を実施している利用者数および延べ訪問回数」の実績がある場合ご回答ください。】

|   |   |
|---|---|
| ⑫-1 看護職員による定期的な訪問の頻度(利用者1人あたりの月の平均訪問回数)<br>※回答は、a) 月あたり回数、b) 週あたり回数 <b>のいずれか回答しやすい方1つで構いません。</b><br><b>【計算(例):a)月あたりの場合】</b><br>対象となる利用者が3名おり、それぞれ、月1回、2ヶ月に1回、3ヶ月に1回、看護職員が訪問している場合<br>(1+0.5+0.33)÷3=0.61 となるため、回答は0.6。小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位まで記載。 | a)<br>( . ) 回 / 月<br>b)<br>( . ) 回 / 週  |
| ⑫-2 看護職員とリハビリ職の具体的な連携の方法として行っているもの<br>※あてはまるもの全て  | 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時にリハビリ職と看護職員と一緒に参加している<br>2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的にかンファレンスを開催している<br>3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有している<br>4. 看護職員がリハビリ職と協力して同じ訪問看護の目標を共有している<br>5. 看護職員がリハビリ職と協力して各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行っている<br>6. その他 ( ) |

⑬ 貴事業所が訪問看護を実施し、連携先医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定している場合の実施状況をご記入ください。  
(平成30年9月)

|  |             |    |
|--|-------------|----|
| 1) 在宅がん医療総合診療料にかかる連携先の病院・診療所数  | 在宅療養支援病院    | か所 |
|  | 在宅療養支援診療所   | か所 |
|  | それ以外の病院・診療所 | か所 |
| 2) 在宅がん医療総合診療料を連携先医療機関で算定するにあたり契約を締結している場合は、委託料の額を記入してください ※医療機関により額が異なる場合は、1医療機関あたりの月平均額とする |             | 円  |
| 3) 在宅がん医療総合診療料にかかる契約による訪問看護の利用者数および訪問回数  | 利用者数        | 人  |
|  | 延訪問回数       | 回  |

#### 4. 貴事業所と関係機関との連携状況等

|   |             |             |
|---|-------------|-------------|
| ① a (3. ② 1)参照A)のうち平成29年、平成30年 各9月の訪問看護情報提供療養費を算定した利用者数について、ご回答ください。<br>※平成29年度は「訪問看護情報提供療養費」について記入 |             |             |
|   | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
| 1) 訪問看護情報提供療養費 1 ※  | 人           | 人           |
| 2) 訪問看護情報提供療養費 2  |             | 人           |
| 3) 訪問看護情報提供療養費 3  |             | 人           |
| ② ① 1) において訪問看護情報提供療養費 1を算定した利用者が居る場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。                              |             |             |
| <対象別> ※利用者1人につき 1)～ 3)のいずれか1つに計上  |             | 平成30年9月     |
| 1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者   |             | 人           |
| 2) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者   |             | 人           |
| 3) 精神障害を有する者又はその家族等   |             | 人           |
| <情報提供の依頼元別> ※利用者1人につき 4)、5)のいずれか1つに計上   |             | 平成30年9月     |
| 4) 市区町村から情報提供の求めがあった者   |             | 人           |
| 5) 都道府県から情報提供の求めがあった者   |             | 人           |

③ ① 2)において訪問看護情報提供療養費 2を算定した利用者が居る場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。

| ＜対象別＞ ※利用者1人につき 1)～3)のいずれか1つに計上       | 平成30年9月             |
|---------------------------------------|---------------------|
| 1) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の15歳未満の小児    | 人                   |
| 2) 特掲診療料の施設基準等別表八に掲げる15歳未満の小児         | 人                   |
| 3) 15歳未満の超重症児又は準超重症児                  | 人                   |
| ＜情報提供の依頼元別＞ ※利用者1人につき 4)～6)のいずれか1つに計上 | 平成30年9月             |
| 4) 小学校・中学校から情報提供の求めがあった者              | 小学校 ( ) 人・中学校 ( ) 人 |
| 5) 特別支援学校から情報提供の求めがあった者               | 人                   |
| 6) 4)、5)以外の学校から求めがあった者                | 人                   |

④-1 ① 3)において訪問看護情報提供療養費 3を算定した利用者が居る場合、その利用者について以下に該当する人数をそれぞれ記入してください。

| ＜入院・入所先別＞ ※利用者1人につき 1)、2)のいずれか1つに計上 | 平成30年9月 |
|-------------------------------------|---------|
| 1) 医療機関に入院した者                       | 人       |
| 2) 介護老人保健施設又は介護医療院に入所した者            | 人       |
| ④-2 主治医の所属する病院・診療所数                 | か所      |

⑤ 平成30年4月以降において、訪問看護情報提供療養費1～3を算定できないが、訪問看護の情報提供書の送付を求められたことがありますか。

1. あり → ( ) 人                      2. なし

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| ⑤-1 「1.あり」の場合の利用者(具体的な疾患名、状態を記載) |  |
| ⑤-2 情報提供の依頼元(具体的に)               |  |

【全ての訪問看護ステーションをご回答ください。】

⑥-1 1人の利用者について、貴事業所とは別の他の訪問看護ステーションによる訪問看護を受けている利用者はいますか。 (平成30年9月)

|       |        |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

【⑥-1で「1.いる」と回答した事業所のみ回答】

⑥-2 複数の訪問看護ステーションから訪問看護が行われている場合、共有の状況を回答ください。また、「1.共有している」場合は、その手段についても回答ください。

|                               | 共有の状況                   | 手段 |     |       |       |         |     |
|-------------------------------|-------------------------|----|-----|-------|-------|---------|-----|
|                               |                         | 電話 | FAX | 電子メール | テレビ電話 | カンファレンス | その他 |
|                               | 1. 共有している<br>2. 共有していない |    |     |       |       |         |     |
| 1) 利用者の目標について同じ内容を設定し情報共有した   | 1・2                     | a  | b   | c     | d     | e       |     |
| 2) 訪問看護の計画、患者の状態、家族について情報共有した | 1・2                     | a  | b   | c     | d     | e       |     |
| 3) 訪問看護の実施後の評価について情報共有した      | 1・2                     | a  | b   | c     | d     | e       |     |

⑦ 平成30年4月より、同一の医療機関・診療科に所属する複数の医師が利用者の診療を共同で担っている場合、当該医師のいずれかの指示で訪問看護が行えることが明確化されました。改定前と比べ、訪問看護の指示を複数の医師から受けることによる効果についてどのようにお考えですか。 ※それぞれあてはまる数字1つに○

|  | とてもあてはまる | ある程度あてはまる | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない |
|--|----------|-----------|------------|-----------|
| 1) 利用者の病態、状態変化に対応した専門の医師から情報を得られるようになった      | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 2) 共同診療を担っている医師が複数いることで即時の指示受けができるようになった     | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 3) 在宅療養における見通し、必要なケアについて医師間での協議、検討が深まるようになった | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 4) 病態変化に対応し、迅速に入院入所先を確保できるようになった             | 4        | 3         | 2          | 1         |

⑧ 平成 30 年 4 月より、継続診療加算を算定している場合の連携先医療機関の医師の指示により、緊急訪問看護加算や精神科救急訪問看護加算を算定できることとなりました。これに関して、訪問看護の指示を医師から受けるにあたり新たに生じた課題等がありましたら、具体的にご記入ください。

⑨ 自治体等が実施している事業（例「医療的ケアのための看護師配置事業」等）により義務教育機関（通学送迎時等も含む）における医療的ケアの提供について貴事業所が依頼（委託）を受けたことがありますか。（平成 29 年 10 月から平成 30 年 9 月の 12 ヶ月間）※○は1つだけ

1. 依頼（委託）を受けたことがあります、訪問看護師を派遣し医療的ケアを実施した  
→「1」を選択した場合以下にも回答

※あてはまるもの全て

- a. 1 人の訪問看護師が 1 人の対象者に医療的ケアを提供した  
b. 1 人の訪問看護師が同時間帯に複数名の対象者に医療的ケアを提供した

2. 依頼（委託）を受けたことがあるが、訪問看護師の派遣はできなかった  
3. 依頼（委託）を受けたことはない

【質問⑨で「1. 依頼（委託）を受けたことがあります、訪問看護師を派遣し医療的ケアを実施した」と回答した訪問看護事業所にお伺いします。】

⑨-1 実施した医療的ケアと派遣に係る状況についてお答えください。なお、複数の学校に派遣されている場合はその合計値を記入してください。（平成30年9月）

|   |   |             |            |            |
|---|---|-------------|------------|------------|
| 1) 実施した医療的ケアと対象者数<br>※a～d の主なケア別の利用者数を記入<br>(主なケア1つを選びカウント) | a. 人工呼吸器の管理                                   | 人           | b. 経管栄養の管理 | 人          |
|   | c. 痰の吸引                                       | 人           | d. その他     | 人          |
| 2) 派遣に係る状況  | a. 派遣した看護師数(実人数)と派遣に係る延べ勤務時間                  | 人           | 延          | 時間         |
|   | b. 依頼(委託)を受けた貴義務教育機関数                         |             |            | 校          |
|   | c. 派遣した看護師の延派遣(訪問)回数                          |             | 延          | 回          |
|   | c のうち、1 回の派遣(訪問)において同時間帯に複数名の対象者に医療的ケアを提供した回数 |             |            | 回          |
|   | d. 派遣した看護師 1 人当たりの学校への月平均派遣(訪問)回数             |             |            | 回 / 月      |
|   | e. 派遣に係る契約方法                                  | 1. 月/年単位で契約 |            | 2. 訪問の都度契約 |
| f. 派遣(訪問)1回当たりの委託費 注7                                       | 3. その他 ( )                                    |             |            | 約 円        |

注7 月単位等の契約の場合、派遣(訪問)回数を元に計算して記載してください。

【質問⑨で「2. 依頼(委託)を受けたことがあるが、訪問看護師の派遣はできなかった」と回答した訪問看護事業所にお伺いします】

⑨-2 依頼(委託)を受けたが対応できなかった理由についてご記入ください。(自由記載)

## 5. 明細書（公費負担医療に係るものを含む）の発行状況

① 貴事業所における明細書の発行状況として、自己負担のある利用者、ない利用者それぞれについて、最もあてはまるものを選んでください。

※太枠内のうち、「自己負担のある患者」の列、「自己負担のない患者」の列のそれぞれについて、○を1つずつご記入ください。

※「2」と「4」を選択した場合は、カッコ内に金額を記入してください。

| 自己負担のある利用者 | 自己負担のない利用者 |   |
|------------|------------|---|
|            |            | 1. 原則、全利用者に無料発行している →④へ                         |
|            |            | 2. 原則、全利用者に有料発行している → (金額 _____ 円) →③へ          |
|            |            | 3. 発行を希望する利用者にもみ無料発行している                        |
|            |            | 4. 発行を希望する利用者にもみ有料発行している → (金額 _____ 円) } →② ③へ |
|            |            | 5. 明細書の発行は行っていない                                |

【①で「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】

② 全利用者に明細書を無料発行していないのはなぜですか。 ※〇はいくつでも

1. 訪問看護ステーションでは、明細書の無料発行が義務化されていないため
2. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため
3. レセプトコンピュータを使用していないため
4. 領収証で訪問看護の内容が十分わかるため
5. 利用者の要望がないため
6. その他（ ）

【①で「2」、「3」、「4」、「5」を選択した事業所にお伺いします】

③ 貴事業所では、今後、全利用者に明細書を無料で発行する体制を整える予定がありますか。

※〇は1つだけ

※「1」を選択した場合は、カッコ内に時期を記入してください。

1. 具体的な予定がある → 明細書無料発行予定時期:(平成 ( ) 年 ( ) 月頃)
2. 具体的な時期は未定だが、検討中である
3. 予定はない
4. その他（ ）

【全ての事業所がお答えください】

④ 今後、全利用者に明細書を無料で発行するにあたって何かお困りになることがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある（ ）
2. ない

## 6. 地域での取組等

① 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施等の活動についてお伺いします。

地域住民等に対する情報提供や相談の活動としてあてはまるものをご回答ください。

（平成29年10月から平成30年9月の12ヶ月） ※あてはまるもの全て

※「3」を選択した場合は、アルファベットを選択してください。

1. 行ったことはない
2. 地域住民に対する研修・勉強会の企画運営又は講師
3. 利用者以外の住民からの相談への対応 → (a. 随時対応している b. 定期的に対応している c. その他)
4. 利用者以外について、介護や福祉サービス事業所の居宅介護支援専門員等からの相談への対応
5. 利用者以外について、地域の医療機関・訪問看護ステーション等からの相談対応
6. 対応が終了した利用者や死亡した利用者家族の相談対応
7. その他（ ）

② 人材育成のための研修の実施等の活動について当てはまるものをお選びください。 ※あてはまるもの全て

1. 行ったことはない
2. 地域の医療機関・訪問看護ステーションからの研修の受入
3. 地域の医療機関からの看護職員の出向者<sup>注8</sup>の受入（貴事業所で一定期間勤務を行う場合のみ）
4. 看護学生等の医療・福祉・介護分野の実習の受入
5. 他の事業所等との困難事例に係る研修会の主催
6. 利用者や死亡した利用者家族の相談対応
7. その他（ ）

注8 出向者には在籍型出向(注3)、移籍型出向(注4)による者を含む。

③ 平成30年4月以降、地域包括ケアシステムの構築に向けて、近隣の医療機関との関係や、訪問看護、ケアマネジャー、障害福祉サービス等における相談支援事業所等との関係性の変化等がみられたかその効果についてご回答ください。 ※〇は1つだけ

|                                 | とてもあてはまる | ある程度あてはまる | あまりあてはまらない | 全くあてはまらない |
|---------------------------------|----------|-----------|------------|-----------|
| 1) 近隣の医療機関との情報交換、連携が進んだ         | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 2) 居宅介護支援事業所との情報交換、連携が進んだ       | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 3) 市区町村、地域包括支援センターとの情報交換、連携が進んだ | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 4) 障害福祉サービス関係者との情報交換、連携が進んだ     | 4        | 3         | 2          | 1         |
| 5) 学校との連携が進んだ                   | 4        | 3         | 2          | 1         |

## 7. ICT（情報通信技術）の活用状況

|   |  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |
|---|--|-------------|----------|-------------|--------------------------|--|--|---------|--|---|
| ① 貴事業所において、医療機関や他の訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。<br>※あてはまる番号すべてに○ |  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| 1. ICTを活用している   | →活用しているICT： ※あてはまる番号すべてに○<br><table border="0"> <tr> <td>11.メール</td> <td>12.電子掲示板</td> <td>13.グループチャット</td> </tr> <tr> <td colspan="2">14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">15.その他（</td> <td>）</td> </tr> </table> | 11.メール      | 12.電子掲示板 | 13.グループチャット | 14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） |  |  | 15.その他（ |  | ） |
| 11.メール  | 12.電子掲示板   | 13.グループチャット |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| 14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）  |  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| 15.その他（   |  | ）           |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| 2. ICTは活用していない  |  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| ② 医療情報連携ネットワーク* への参加の有無<br>* 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク<br>※○は1つだけ  |  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |
| 1. 参加あり   | 2. 参加なし  |             |          |             |                          |  |  |         |  |   |

## 8. 今後の取組課題

|   |                |
|---|----------------|
| ① 今後、貴事業所として重点的に取組みたい内容および課題                                      |                |
| 【取組みたい内容】   | ※最もあてはまるもの1つに○ |
| 1. 高齢患者を対象とした訪問看護   | 2. 精神科訪問看護     |
| 3. 医療的ケアを必要とする児の看護  | 4. ターミナルケア     |
| 5. その他（ )   |                |
| 【上記を実現する上での課題】  |                |
| ② 平成30年度の訪問看護(精神科訪問看護を含む)に関する診療報酬項目の改定について、ご意見がありましたら具体的にご記入ください。 |                |
| ③ 明細書の無料発行について、ご意見がございましたら具体的にご記入ください。                            |                |

9. ここからは平成 30年 9 月に貴事業所が「医療保険」で訪問看護を行った利用者 4 名について、利用状況等をお伺いします。回答する利用者は下記①～③の順に計 4 名お選びください。

- ① 15 歳未満の利用者のうち、五十音順で最初の利用者 1 名  
 ② 精神科訪問看護基本療養費の算定利用者のうち、五十音順で最初の利用者 1 名  
 ③ 上記①・②で選ばれた利用者を除く全利用者のうち、五十音順で早い利用者 2 名

※①・②に該当する利用者がいない場合は、③の条件での回答利用者数を増やして、合計 4 名分をご回答ください。例えば、①に該当する利用者がいない場合は、②の条件で 1 名、③の条件で 3 名をご回答ください。

## 利用者 A

|   |   |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
|---|---|------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|------------------|
| 1) 性別   | 1. 男性   | 2. 女性            | 2) 年齢              | ( ) 歳                 |                   |                    |                  |
| 3) 要介護度(直近)   | 0. 対象外  | 1. 未申請           | 2. 申請中             | 3. 非該当                | 4. 要支援 1・2        |                    |                  |
|   | 5. 要介護 1  | 6. 要介護 2         | 7. 要介護 3           | 8. 要介護 4              | 9. 要介護 5          |                    |                  |
| 4) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)(直近)                         | 0. 自立   | 1. J             | 2. A               | 3. B                  | 4. C              | 5. 不明              |                  |
| 5) 認知症高齢者の日常生活自立度(直近)                               | 0. 自立   | 1. I             | 2. II              | 3. III                | 4. IV             | 5. M               | 6. 不明            |
| 6) 現在在宅療養を続けている原因の病名(指示書にある傷病名)<br>※○はいくつでも         | 1. 脳血管疾患  | 2. 循環器疾患         | 3. 悪性新生物           | 4. 内分泌疾患              | 5. 呼吸器疾患          | 6. 消化器疾患           |                  |
|   | 7. 筋骨格・運動器疾患  | 8. 精神疾患          | 9. 神経難病            | 10. その他の神経疾患          | 11. その他(具体的に )    |                    |                  |
| 7) 別表第七の疾病等の該当の有無<br>※○はいくつでも                       | 0. 無  | 1. 末期の悪性腫瘍       | 2. 多発性硬化症          | 3. 重症筋無力症             | 4. スモン            | 5. 筋萎縮性側索硬化症       | 6. 脊髄小脳変性症       |
|   | 7. ハンチントン病  | 8. 進行性筋ジストロフィー症  | 9. パーキンソン病関連疾患     | 10. 多系統萎縮症            | 11. プリオン病         | 12. 亜急性硬化性全脳炎      | 13. 脊髄性筋萎縮症      |
|   | 13. ライソゾーム病   | 14. 副腎白質ジストロフィー  | 15. 後天性免疫不全症候群     | 16. 球脊髄性筋萎縮症          | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | 18. 後天性免疫不全症候群     | 19. 頸髄損傷         |
|   | 20. 人工呼吸器を使用している状態  |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
| 8) 別表第八に掲げる特別な管理の有無<br>※○はいくつでも                     | 0. 無  | 1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理  | 2. 在宅気管切開患者指導管理    | 3. 気管カニューレ            | 4. 留置カテーテル        | 5. 在宅自己腹膜灌流指導管理    | 6. 在宅血液透析指導管理    |
|   | 7. 在宅酸素療法指導管理   | 8. 在宅中心静脈栄養法指導管理 | 9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 | 10. 在宅自己導尿指導管理        | 11. 在宅人工呼吸指導管理    | 12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 | 13. 在宅自己疼痛管理指導管理 |
|   | 14. 在宅肺高血圧症患者指導管理   | 15. 人工肛門・人工膀胱    | 16. 真皮を越える褥瘡       | 17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定 |                   |                    |                  |
| 9) ターミナル期かどうか<br>※訪問看護指示書の内容に準じて選択・記載               | 1. ターミナル期 → 余命の見込み ( ) か月   |                  | 2. ターミナル期でない       |                       |                   |                    |                  |
| 10) 超重症児・準超重症児かどうか(15 歳未満の場合)                       | 1. 超重症児   |                  | 2. 準超重症児           |                       | 3. 非該当            |                    |                  |
| (「1.超重症児」、「2.準超重症児」の場合における、特定相談事業者や障害児相談事業者との連携の有無) | 1. 有  |                  | 2. 無               |                       |                   |                    |                  |
| 11) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期                          | 平成 ( ) 年 ( ) 月頃   |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
| 12) 在宅療養への移行前の居場所                                   | ※12ヶ月間における在宅療養移行前の直近の居場所について1つ選択。また、「1. 病院」を選択した場合は、a～fのうち該当するもの1つに○    |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
|   | 0. 特に入院・入所はしていない  |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
|   | 1. 病院 → 病床 (a. 一般 b. 医療療養 c. 介護療養 d. 回復期リハ e. 地域包括ケア f. 精神 g. その他 ( ) ) |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
|   | 2. 有床診療所 3. 介護老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. 介護医療院                              |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
|   | 6. その他 ( )  |                  |                    |                       |                   |                    |                  |
| 13) 直近の退院月(半年以内直近)                                  | 1. 退院実績あり → 平成 年 ( ) 月  |                  | 2. なし 3. 不明        |                       |                   |                    |                  |



|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|---|---|-------------------------|--------------|------------------|-------------------|-----------|----------|---------|----------|-------------|----------|---------------|-------------|--------|--------------------|--------|-----------------|--------------|---------------|-------------------------|----------------|-----------------------|------------------|--------------------|----------|-------------|----------------|---------------|-----------|------------------|-------------|----------|--|---------------|--------------------|--|---------------|---------------|--|--|---------|--|--|
| <b>14) 訪問看護の種別(平成 30 年 9 月分)</b>  | 1. 訪問看護基本療養費  | 2. 精神科訪問看護基本療養費         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-1 訪問看護基本療養費Ⅱまたは精神科訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無  | 1. あり   | 2. なし                   |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-2 平成 30 年 9 月 1 か月間に訪問看護で提供したケア内容の番号を全て記入してください。<br>また、直近 1 回の訪問時に行ったケア内容のうち、 <b>主なもの 3 つまで記入した番号に○をつけてください。</b><br>※【選択肢より】あてはまる番号全て記入   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <b>【選択肢】</b>  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">1. ターミナル期のケア</td> <td style="width:33%;">2. 服薬援助(点眼薬等を含む)</td> <td style="width:33%;">3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理</td> </tr> <tr> <td>4. 経鼻経管栄養</td> <td>5. 吸入・吸引</td> <td>6. 創傷処置</td> </tr> <tr> <td>8. 褥瘡の処置</td> <td>9. 皮膚潰瘍等の処置</td> <td>7. 浣腸・排便</td> </tr> <tr> <td>12. 血糖自己測定の管理</td> <td>13. インスリン注射</td> <td>10. 採血</td> </tr> <tr> <td>15. 膀胱(留置)カテーテルの管理</td> <td>16. 導尿</td> <td>11. 検体採取(10.以外)</td> </tr> <tr> <td>18. 人工呼吸器の管理</td> <td>19. 陽圧換気機器の管理</td> <td>14. 点滴・中心静脈栄養・注射(13.以外)</td> </tr> <tr> <td>21. 気管カニューレの交換</td> <td>22. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)</td> <td>17. 人工肛門・人工膀胱の管理</td> </tr> <tr> <td>25. 慢性疼痛の管理(24.以外)</td> <td>23. 腹膜透析</td> <td>20. 気管切開の処置</td> </tr> <tr> <td>29. 洗髪・清拭・入浴介助</td> <td>24. がん末期の疼痛管理</td> <td>27. 心理的支援</td> </tr> <tr> <td>32. 頻回の観察・アセスメント</td> <td>26. 精神症状の観察</td> <td>28. 口腔ケア</td> </tr> <tr> <td></td> <td>30. リハビリテーション</td> <td>31. 合併症予防ケア(肺炎予防等)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>33. 家族への指導・支援</td> <td>34. サービスの連絡調整</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35. その他</td> </tr> </table> |   |                         | 1. ターミナル期のケア | 2. 服薬援助(点眼薬等を含む) | 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 | 4. 経鼻経管栄養 | 5. 吸入・吸引 | 6. 創傷処置 | 8. 褥瘡の処置 | 9. 皮膚潰瘍等の処置 | 7. 浣腸・排便 | 12. 血糖自己測定の管理 | 13. インスリン注射 | 10. 採血 | 15. 膀胱(留置)カテーテルの管理 | 16. 導尿 | 11. 検体採取(10.以外) | 18. 人工呼吸器の管理 | 19. 陽圧換気機器の管理 | 14. 点滴・中心静脈栄養・注射(13.以外) | 21. 気管カニューレの交換 | 22. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入) | 17. 人工肛門・人工膀胱の管理 | 25. 慢性疼痛の管理(24.以外) | 23. 腹膜透析 | 20. 気管切開の処置 | 29. 洗髪・清拭・入浴介助 | 24. がん末期の疼痛管理 | 27. 心理的支援 | 32. 頻回の観察・アセスメント | 26. 精神症状の観察 | 28. 口腔ケア |  | 30. リハビリテーション | 31. 合併症予防ケア(肺炎予防等) |  | 33. 家族への指導・支援 | 34. サービスの連絡調整 |  |  | 35. その他 |  |  |
| 1. ターミナル期のケア  | 2. 服薬援助(点眼薬等を含む)  | 3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理       |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 4. 経鼻経管栄養   | 5. 吸入・吸引  | 6. 創傷処置                 |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 8. 褥瘡の処置  | 9. 皮膚潰瘍等の処置   | 7. 浣腸・排便                |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 12. 血糖自己測定の管理   | 13. インスリン注射   | 10. 採血                  |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 15. 膀胱(留置)カテーテルの管理  | 16. 導尿  | 11. 検体採取(10.以外)         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 18. 人工呼吸器の管理  | 19. 陽圧換気機器の管理   | 14. 点滴・中心静脈栄養・注射(13.以外) |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 21. 気管カニューレの交換  | 22. 酸素療法管理(在宅酸素・酸素吸入)   | 17. 人工肛門・人工膀胱の管理        |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 25. 慢性疼痛の管理(24.以外)  | 23. 腹膜透析  | 20. 気管切開の処置             |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 29. 洗髪・清拭・入浴介助  | 24. がん末期の疼痛管理   | 27. 心理的支援               |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 32. 頻回の観察・アセスメント  | 26. 精神症状の観察   | 28. 口腔ケア                |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   | 30. リハビリテーション   | 31. 合併症予防ケア(肺炎予防等)      |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   | 33. 家族への指導・支援   | 34. サービスの連絡調整           |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   | 35. その他                 |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-3 難病等複数回訪問看護加算又は精神科複数回訪問加算の算定の有無  | 1. あり ( 日) → 14)-4へ<br>2. なし → 14)-5へ                             |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-4 14)-3で「1.あり」と回答した場合<br><b>複数回の訪問</b> で提供した訪問看護の内容(直近の1日の複数回の訪問) ※14)-2【選択肢】よりあてはまる番号全て記入  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 1回目の訪問時: ※14)-2と同じであれば以下に“同じ”と記入ください。   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 2回目の訪問時:  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 3回目の訪問時:  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-5 複数名精神科訪問看護加算の算定の有無  | 1. あり ( 日) →14)-6へ<br>2. なし →15)へ                                 |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 14)-6 14)-5で「1.あり」と回答した場合<br><b>複数名精神科訪問看護</b> で提供した訪問看護の内容(直近1回の複数名の訪問)  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| ① 保健師又は看護師と同行した職種<br>※○は1つ  | a. 保健師    b. 看護師    c. 作業療法士    d. 准看護師<br>e. 看護補助者    f. 精神保健福祉士 |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| ② 複数名の訪問で提供した訪問看護の内容(直近の複数名の訪問) ※14)-2【選択肢】よりあてはまる番号全て記入  |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
|   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| <b>15) 訪問看護の加算等の状況(精神科を含む) (平成 30 年 9 月分)</b><br>※○はいくつでも。「1」、「2」、「3」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベットも選択   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |
| 1. 特別管理加算 → ( a. 重症度の高いもの    b. a 以外 )<br>2. 専門性の高い看護師による訪問 → ( a. 緩和ケア    b. 褥瘡    c. 人工肛門ケア・人工膀胱ケア )<br>3. 複数名訪問看護加算 → 同時に行う者の職種<br>(a. 保健師・助産師・看護師    b. リハビリ職    c. 准看護師<br>d. 看護補助者    e. 精神保健福祉士 )<br>4. 夜間・早朝訪問看護加算    5. 深夜訪問看護加算    6. 緊急訪問看護加算<br>7. 難病等複数回訪問加算    8. 精神科複数回訪問加算    9. 長時間訪問看護加算<br>10. 乳幼児加算・幼児加算    11. 24時間対応体制加算    12. 精神科重症患者支援管理連携加算   |   |                         |              |                  |                   |           |          |         |          |             |          |               |             |        |                    |        |                 |              |               |                         |                |                       |                  |                    |          |             |                |               |           |                  |             |          |  |               |                    |  |               |               |  |  |         |  |  |

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 16) 貴事業所からの訪問日数および訪問回数（平成30年9月1か月間）<br>※長時間訪問看護加算の算定又はその他利用料を徴収した回数は「f」に含まない       |  | 延訪問日数：（ ）日<br>延訪問回数：（ ）回 |
| うち 1回の訪問時間別延回数   | a. 30分未満   | 回                        |
|  | b. 30分以上45分未満  | 回                        |
|  | c. 45分以上60分未満  | 回                        |
|  | d. 60分以上75分未満  | 回                        |
|  | e. 75分以上90分以下  | 回                        |
|  | f. 90分超 ※  | 回                        |
| うち 緊急訪問の有無・回数・理由<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内の回数、理由を記入                                  | 1. あり →（ ）回／理由：（ ）<br>2. なし  |                          |
| うち 1日につき複数回の訪問を行った日の有無・延日数<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に日数を記入                           | 1. あり→（ ）日      2. なし  |                          |
| 17) 直近の1回の訪問時間（分） ※移動時間は含まない   | 分  |                          |
| 18) 訪問看護を提供した職員の職種<br>※○はいくつでも。直近の訪問者は◎<br>（平成30年9月の訪問者）                           | 1. 保健師・助産師・看護師      2. 准看護師<br>3. 理学療法士      4. 作業療法士      5. 言語聴覚士      6. 精神保健福祉士<br>8. その他（ ）   |                          |
| 18)-1 訪問看護を提供した職種別の延べ訪問回数（平成30年9月分）  | 保健師・助産師・看護師  | 回                        |
|  | 准看護師   | 回                        |
|  | リハビリ職（PT,OT,ST）  | 回                        |
| 19) 貴事業所以外に訪問看護を提供する施設・事業所の有無、種別・訪問者の職種<br>※「1.あり」を選んだ場合には、種別、主な訪問者の職種を選択          | 1. あり →種別（a. 病院・診療所      b. 訪問看護ステーション）<br>→主な訪問者の職種（a. 看護職      b. リハビリ職      c. その他）<br>2. なし  |                          |
| 20) 特別訪問看護指示書（精神科を含む）の交付の有無・回数（平成30年4～9月）<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内に回数を記入            | 1. あり →（ ）回<br>2. なし   |                          |
| （「1.あり」の場合）指示の内容<br>※○はいくつでも   | 1. 褥瘡の処置      2. 点滴の投与・管理      3. 頻回のバイタルサインの測定及び観察<br>4. その他（具体的に： ）  |                          |
| 21) 訪問看護指示書における訪問看護としてのリハビリテーションの指示の有無<br>（平成30年9月1か月）                             | 1. あり      2. なし   |                          |
| 【21）において「1. あり」の場合回答】<br>21)-1 訪問看護としてのリハビリテーションの主たる実施者                            | 1. リハビリ職      2. リハビリ職と看護職      3. 看護職   |                          |
| 21)-2 リハビリ職による訪問の指示の有無<br>※「1.あり」を選んだ場合には、カッコ内のアルファベット、具体的な指示内容を記入                 | 1. あり →指示のあったリハビリ職（a. PT      b. OT      c. ST）<br>→具体的な指示内容（ ）<br>2. なし   |                          |
| 21)-3 リハビリ職が1回以上訪問看護を行っている場合、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、リハビリ職が提供する内容をどのように一体的に含み共有していますか | 1. リハビリ職と看護職が提供する内容について同じ様式に記載している<br>2. リハビリ職と看護職が提供する内容について別の様式に記載し、リハビリ職と看護職で情報を共有している<br>3. その他（ ）   |                          |
| 21)-4 リハビリ職と看護職員の具体的な連携方策としてどのようなことを行いましたか   | 1. 退院前カンファレンスや契約前訪問時に、リハビリ職と看護職員が一緒に参加した<br>2. 訪問看護開始後、看護職員とリハビリ職で定期的カンファレンスを開催した<br>3. 看護職員とリハビリ職が訪問の都度、日々利用者の情報を共有した<br>4. 看護職員がリハビリ職と協力して、同じ訪問看護の目標を共有した<br>5. 看護職員がリハビリ職と協力して、各職種が実施した訪問看護の定期的な評価を行った<br>6. その他（ ） |                          |

※「利用者B」「C」「D」分として「利用者A」と同じ調査票を送付（省略）

質問は以上です。ご協力頂き有難うございました。

|    |  |
|----|--|
| ID |  |
|----|--|

|          |
|----------|
| <b>案</b> |
|----------|

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)  
**在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査**  
**歯科医療機関調査票**

- ※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における歯科訪問診療の実施状況や医科医療機関との連携状況等についてお伺いするものです。
- ※ この調査票は、歯科訪問診療を実施していない場合も、設問に沿ってご回答をお願いいたします。
- ※ 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、用語等をお書きください。( )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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、平成30年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 患者数について「実人数」と記載のある質問についてはレセプト件数と同数をお答えください。
- ※ 特に断りのない場合は、『医療保険』の歯科訪問診療に関してお答えください。介護保険など、医療保険以外に関しては、設問内で指定がない場合には含みません。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**1. 貴施設の概要（平成30年10月1日時点）についてお伺いします。**

|   |  |
|---|--|
| ① 開設主体 ※○は1つだけ  | 1. 個人      2. 法人      3. その他（具体的に      ）   |
| ② 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○                                   | 1. 歯科      2. 矯正歯科      3. 小児歯科      4. 歯科口腔外科   |
| ③ 管理者の年齢 ※○は1つだけ  | 1. 20代      2. 30代      3. 40代      4. 50代      5. 60代      6. 70代以上   |
| ④ 医科の医療機関の併設状況 ※○は1つだけ                                  | 1. 併設している      2. 併設していない  |
| ⑤ 貴施設と同一建物内または同一敷地内の施設・事業所（同一法人かどうかは問わない） ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 訪問看護ステーション      2. 介護医療院<br>3. 介護老人保健施設      4. 介護老人福祉施設<br>5. 居宅介護支援事業所      6. 通所介護事業所<br>7. 地域包括支援センター      8. サービス付き高齢者向け住宅<br>9. 有料老人ホーム      10. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム<br>11. 認知症高齢者グループホーム<br>12. その他（具体的に      ）<br>13. 併設施設・事業所はない   |
| ⑥ 施設基準(届出のあるもの) ※あてはまる番号すべてに○                           | 1. 在宅療養支援歯科診療所 1<br>2. 在宅療養支援歯科診療所 2      (→質問⑥-1へ)<br>3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所<br>4. 歯科外来診療環境体制加算 1<br>5. 歯科診療特別対応連携加算<br>6. 歯科疾患管理料の総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料（注11 <sup>*1</sup> に規定する）<br>7. 歯科疾患在宅療養管理料の在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料（注4 <sup>*2</sup> に規定する）<br>8. 地域医療連携体制加算<br>9. 在宅歯科医療推進加算<br>10. 上記のいずれもない |

【質問⑥で「2. 在宅療養支援歯科診療所2」と回答した施設の方にお伺いします。】

⑥-1 貴施設が「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○。「5」を選択した場合は、その理由を記入。

1. 過去1年間に実施した歯科訪問診療（1又は2）の算定件数が要件を下回っているため
2. 地域における多職種連携に係る会議への出席、病院・介護保険施設等の職員への技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力、又は歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が不足しているため
3. 栄養サポートチーム等連携加算（1又は2）、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定実績が不足しているため
4. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
5. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし

理由：

6. その他（）

【質問⑥で「3. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選択していない施設の方にお伺いします。】

⑥-2 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の届出に関する貴施設の今後の意向として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ。また、「3」、「4」を選択した場合はその理由を記入。

1. 今後、施設基準を満たすことができれば、届出を行う意向がある
 

|   |  |   |
|---|--|---|
| ※現時点で不足している要件として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。   | 11 歯科医師が複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置<br>12 う蝕や歯周病の重症化予防に関する管理実績<br>13 歯科訪問診療に関する実績<br>14 診療情報提供の提供・共有に関する実績<br>15 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修受講<br>16 高齢者の心身の特性及び緊急時対応等に関する研修受講<br>17 緊急時のための他の医療機関等との連携体制<br>18 地域連携に関する会議等への参加実績<br>19 要件に定める各種設備・器具等の保有<br>20 上記以外の要件 | 2. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり<br>3. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし |
| 理由：<br><span style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 700px; height: 20px;"></span> |  |   |
| 理由：<br><span style="border: 1px dashed black; display: inline-block; width: 700px; height: 20px;"></span> |  |   |
2. 施設基準を満たしており、今後届出の予定あり
3. 施設基準を満たしているが、届出を行う予定なし
4. 施設基準にかかわらず、届出を行う意向はない

理由：

理由：

5 その他（）

| ⑦ 職員数 |                             | 常勤       | 非常勤(常勤換算※) |
|-------|-----------------------------|----------|------------|
|       | 1) 歯科医師                     | ( ) 人    | ( ) 人      |
|       | 2) 歯科衛生士                    | ( ) 人    | ( ) 人      |
|       | 3) 歯科技工士                    | ( ) 人    | ( ) 人      |
|       | 4) 専門職種<br>(看護師、言語聴覚士、栄養士等) | ( ) 人    | ( ) 人      |
|       | ↳ 右欄に職種をご記入ください。            | (具体的に: ) |            |
|       | 5) その他<br>(歯科助手を含む事務職)      | ( ) 人    | ( ) 人      |
|       | ↳ 右欄に職種をご記入ください。            | (具体的に: ) |            |
| 6) 合計 | ( ) 人                       | ( ) 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) ÷ (貴施設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) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

| ⑦-1<br>⑦のうち、平成30年9月の1か月間に歯科訪問診療等*に従事した職員数 |                             | 常勤       | 非常勤(常勤換算※) |
|---|-----------------------------|----------|------------|
|   | 1) 歯科医師                     | ( ) 人    | ( ) 人      |
|   | 2) 歯科衛生士                    | ( ) 人    | ( ) 人      |
|   | 3) 歯科技工士                    | ( ) 人    | ( ) 人      |
|   | 4) 専門職種<br>(看護師、言語聴覚士、栄養士等) | ( ) 人    | ( ) 人      |
|   | ↳ 右欄に職種をご記入ください。            | (具体的に: ) |            |
|   | 5) その他<br>(歯科助手を含む事務職)      | ( ) 人    | ( ) 人      |
|   | ↳ 右欄に職種をご記入ください。            | (具体的に: ) |            |
| 6) 合計                                     | ( ) 人                       | ( ) 人    |            |

|              |                           |       |
|--------------|---------------------------|-------|
| ⑧ 医療機器等の保有台数 | 1) 歯科ユニット台数               | ( ) 台 |
|              | 2) ポータブル歯科治療用ユニット         | ( ) 台 |
|              | 3) ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター) | ( ) 台 |
|              | 4) ポータブルバキューム             | ( ) 台 |
|              | 5) ポータブル歯科用X線装置           | ( ) 台 |
|              | 6) 咀嚼能率測定用のグルコース分析装置      | ( ) 台 |
|              | 7) 歯科用咬合力計                | ( ) 台 |
|              | 8) 舌圧測定器                  | ( ) 台 |

⑨ 1年間のうち、研修、学会等(訪問歯科に限定しない全ての研修、学会)に何回参加していますか。※○は1つだけ

1. 0回

2. 1回

3. 2～5回

4. 6～9回

5. 10回以上

⑩ 貴施設において、医療機関や訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。  
※あてはまる番号すべてに○

- 1. ICTを活用している →活用しているICT： ※あてはまる番号すべてに○  
11.メール 12.電子掲示板 13.グループチャット  
14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）  
15.その他（具体的に： )
- 2. ICTは活用していない

⑪ 医療情報連携ネットワーク\* への参加の有無  
\* 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク  
※○は1つだけ

- 1. 参加あり
- 2. 参加なし

2. 貴施設における歯科訪問診療の実施体制および診療患者等についてお伺いします。

① 貴施設における歯科訪問診療等の実施状況について、あてはまる選択肢をお選びください。※○は1つだけ

- 1. 歯科訪問診療等を専門に行っている（外来診療は5%未満）（→質問②以降へ）
- 2. 歯科訪問診療等を実施している（→質問②以降へ）
- 3. 直近1年間に歯科訪問診療等を実施していない（→質問①-1へ）
- 4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない（→質問①-1へ）
- 5. その他（具体的に： )（→質問②以降へ）

→【質問①で「3. 直近 1年間に歯科訪問診療等を実施していない」又は「4. これまでに歯科訪問診療等を実施したことがない」と回答した施設の方にお伺いします。】

①-1 歯科訪問診療等を実施していない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。  
※あてはまる番号すべてに○

- 1. 歯科訪問診療の依頼がないから（ニーズがあれば対応は可能）
- 2. 歯科訪問診療を実施するために必要な機器・機材がないから
- 3. 人手又は歯科訪問診療に当てる時間が確保できないから
- 4. 遠方からの依頼が多く対応できないから
- 5. 歯科訪問診療を実施している他の歯科医療機関に紹介しているから
- 6. 全身的な疾患を有する患者に対し、歯科治療を行ってよいか分からないから
- 7. 診療報酬上の評価が低いから
- 8. 自院では歯科訪問診療を実施していないが、地域歯科保健活動として参画しているから
- 9. その他（具体的に： )

② 貴施設では、周術期等口腔機能管理を行っていますか。 ※○は1つだけ

- 1. 外来診療のみ行っている
  - 2. 訪問診療のみ行っている
  - 3. 外来、訪問診療ともに行っている
  - 4. 外来、訪問診療ともに行っていない
- ※行っていない理由としてあてはまる選択肢をすべてお選びください。
- 11 周術期等口腔機能管理に関する知識が乏しい
  - 12 周術期等口腔機能管理の依頼がない
  - 13 算定方法が分からない
  - 14 その他（具体的に： )

⇒ 歯科訪問診療を実施していない場合は、質問は以上です。ご協力有難うございました。

③ 貴施設が歯科訪問診療を開始したのはいつ頃ですか。

昭和・平成（ ）年（ ）月頃

④ 貴施設が直近1年間に歯科訪問診療等を最も多く実施した時間帯として、あてはまる選択肢をお選びください。 ※○は1つだけ

- |                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. 外来診療時間内              | 2. 外来診療時間の前後、昼休み（8時から18時までの間） |
| 3. 外来診療日の早朝（朝6時から8時まで）  | 4. 外来診療日の夜間（18時から22時まで）       |
| 5. 外来診療日の深夜（22時から朝6時まで） | 6. 外来診療日以外                    |

⑤ 平成29年7月～9月と平成30年7月～9月の各3か月間の1)歯科外来患者総数(該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数)、2)歯科外来患者の実人数(該当する月のレセプト件数)をご記入ください。  
注)該当患者がいない場合は「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

|                   | 平成29年7月～9月 | 平成30年7月～9月 |
|-------------------|------------|------------|
| 1) 歯科外来患者総数(延べ人数) | ( )人       | ( )人       |
| 2) 歯科外来患者数(実人数)   | ( )人       | ( )人       |

⑥ 平成30年7月～9月の3か月間に貴施設として歯科訪問診療等を行った日数をご記入ください。  
注)歯科医師もしくは歯科衛生士等が複数で実施している場合でも、貴施設として実施した日を1日としてカウントしてください。

|  |      |
|--|------|
| 1) 貴施設として歯科医師が歯科訪問診療を行った日数   | ( )日 |
| 2) 貴施設として歯科医師の指示のもとに、歯科衛生士等が訪問歯科衛生指導(居宅療養管理指導を含む)を実施した日数 ※歯科医師に同行した場合は含みません。 | ( )日 |

⑦ 平成30年7月～9月の3か月間に、歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数についてご記入ください。

|  |       |
|--|-------|
| 1) 歯科訪問診療で歯科医師が訪問した建物の数 ※マンションなどの集合住宅の場合、「棟」単位 | ( )か所 |
| 2) 1)のうち 自宅(※1)                                | ( )か所 |
| 3) 1)のうち 居住系施設(※2)                             | ( )か所 |
| 4) 1)のうち 介護老人保健施設                              | ( )か所 |
| 5) 1)のうち 介護老人福祉施設                              | ( )か所 |
| 6) 1)のうち 病院                                    | ( )か所 |
| 7) 1)のうち その他 (具体的に: )                          | ( )か所 |

※1「自宅」とは、施設以外で、戸建て(持家・借家問わず)、団地・マンション等の集合住宅を指します。

※2「居住系施設」とは、上記の「※1」及び介護老人保健施設・介護老人福祉施設以外の居住先をいい、有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住・認知症グループホーム等が該当します。

⑧ 平成30年7月～9月の3か月間に、新規で歯科訪問診療を実施した患者についてご記入ください。

|  |                    |      |
|--|--------------------|------|
| 1) 新規で歯科訪問診療を実施した患者の実人数(人)                   | ( )人               |      |
| 2) 1)のうち自院に通院歴のある患者                          | ( )人               |      |
| 3) 1)のうち次の他歯科医療機関からの紹介患者                     | かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | ( )人 |
|  | 上記以外の病院・診療所        | ( )人 |
| 4) 1)のうち次の医療機関からの紹介患者                        | 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所 | ( )人 |
|  | 上記以外の病院・診療所        | ( )人 |
| 5) 1)のうち医療機関以外(地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等)からの紹介患者 | ( )人               |      |



3. 貴施設における、歯科訪問在宅療養に関する診療料及び加算の算定状況等についてお伺いします。

① 平成30年7月～9月の3か月間に歯科訪問診療等を行った患者の実人数と、歯科訪問診療料等の算定回数をご記入ください。  
注) 該当なしは「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。(以降の設問も同様)

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 1) 歯科医師が歯科訪問診療を行った患者の実人数(人)(レセプト件数) ※同じ患者に2回診療した場合も「1人」 |   | ( ) 人 |
| 歯科訪問診療1   | 2)患者1人につき診療に要した時間が20分以上                                   | ( ) 回 |
|   | 3)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( ) 回 |
|   | 4) 3)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は患者の状態により20分以上の診療が困難な場合 | ( ) 回 |
| 歯科訪問診療2   | 5)患者1人につき診療に要した時間が20分以上                                   | ( ) 回 |
|   | 6)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( ) 回 |
|   | 7) 6)のうち、患者の容態が急変し、やむを得ず治療を中止した場合                         | ( ) 回 |
| 歯科訪問診療3   | 8)患者1人につき診療に要した時間が20分以上                                   | ( ) 回 |
|   | 9)患者1人につき診療に要した時間が20分未満                                   | ( ) 回 |
| 10)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科医師)                                |   | ( ) 回 |
| 11)【介護保険】歯科医師が居宅療養管理指導を行った患者の実人数(人)                     |   | ( ) 人 |
| 12)【介護保険】居宅療養管理指導費(歯科衛生士)                               |   | ( ) 回 |
| 13)【介護保険】歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、居宅療養管理指導を行った患者の実人数(人)  |   | ( ) 人 |

② 歯科訪問診療料への各種加算(歯科訪問診療補助加算、歯科訪問診療移行加算)の算定回数をお答えください。

|                                      |           | 歯科訪問診療1 | 歯科訪問診療2 | 歯科訪問診療3 |
|--------------------------------------|-----------|---------|---------|---------|
| 1)平成30年7月～9月の3か月間の歯科訪問診療補助加算の算定回数    | 同一建物居住者以外 | ( ) 回   | ( ) 回   | ( ) 回   |
|                                      | 同一建物居住者   | ( ) 回   | ( ) 回   | ( ) 回   |
| 2)平成30年7月～9月の3か月間における歯科訪問診療移行加算の算定回数 |           | ( ) 回   |         |         |

③ 平成30年7月～9月の3か月間に訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数と、訪問歯科衛生指導料及び在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数をお答えください。

|  |             |           |        |       |       |
|--|-------------|-----------|--------|-------|-------|
| 1) 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士等のみで訪問し、訪問歯科衛生指導を行った患者の実人数(人) |             | ( ) 人     |        |       |       |
| 2) 訪問歯科衛生指導料の算定回数                                | 歯科訪問診療算定日から | 単一建物診療患者数 |        |       |       |
|  |             | 1人        | 2～9人以下 | 10人以上 |       |
|  |             | 1ヶ月以内     | ( ) 回  | ( ) 回 | ( ) 回 |
|  |             | 2ヶ月以内     | ( ) 回  | ( ) 回 | ( ) 回 |
| 3)在宅等療養患者専門的口腔衛生処置の算定回数                          |             | ( ) 回     |        |       |       |

④ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間における訪問歯科衛生指導料の算定について、患者への指導内容別の回数をお答えください。

|                         | 単一建物診療患者数 |        |       |
|-------------------------|-----------|--------|-------|
|                         | 1人        | 2～9人以下 | 10人以上 |
| 1)口腔内の清掃(機械的歯面清掃を含む)    | ( )回      | ( )回   | ( )回  |
| 2)有床義歯の清掃指導             | ( )回      | ( )回   | ( )回  |
| 3)口腔機能の回復もしくは維持に関する実地指導 | ( )回      | ( )回   | ( )回  |

⑤ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間における歯科疾患在宅療養管理料及び各種加算の算定回数をお答えください。

|                    |      |
|--------------------|------|
| 1)歯科疾患在宅療養管理料の算定回数 | ( )回 |
| 2)在宅総合医療管理加算の算定回数  | ( )回 |

⑥ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数と、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び各種加算の算定回数をお答えください。

|                                       |      |        |       |
|---------------------------------------|------|--------|-------|
| 1)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の実人数(人) | ( )人 |        |       |
| 2)在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数         | 0～9歯 | 10～19歯 | 20歯以上 |
|                                       | ( )回 | ( )回   | ( )回  |

⑦ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間に小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理を行った患者の実人数と、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数をお答えください。

|   |      |
|---|------|
| 1)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を行った患者の実人数(人) | ( )人 |
| 2)小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数         | ( )回 |

⑧ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間において、口腔機能低下症と診断した患者数(実人数)をお答えください。

|      |
|------|
| ( )人 |
|------|

⑨ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間における在宅患者歯科治療時医療管理料の算定回数をお答えください。  
※疾患別の内訳については、算定患者が複数の疾患にあてはまる場合は、各項目にカウントしてください。

|                       |      |
|-----------------------|------|
| 1)在宅患者歯科治療時医療管理料の算定回数 | ( )回 |
|-----------------------|------|

2)在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した患者に該当する疾患として多いものを3つまでお答えください。  
※○は3つまで

- |              |           |           |             |              |
|--------------|-----------|-----------|-------------|--------------|
| 1. 高血圧性疾患    | 2. 虚血性心疾患 | 3. 不整脈    | 4. 心不全      | 5. 脳血管障害     |
| 6. 喘息        | 7. 慢性気管支炎 | 8. 糖尿病    | 9. 甲状腺機能低下症 | 10. 甲状腺機能亢進症 |
| 11. 副腎皮質機能不全 | 12. てんかん  | 13. 慢性腎不全 |             |              |

3) 2)で選択した疾患の他、医学管理を実施した疾患があればご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

【質問⑥の2)で在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ⑩ 貴施設が現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。※あてはまる番号すべてに○ |                         |
| 1. 対象となる患者がないから  | 2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから |
| 3. 算定要件を満たすことが難しいから  | 4. 実施体制が不足しているから        |
| 5. その他（具体的に： _____）  |                         |

【質問⑦の2)で小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数がゼロと回答した施設の方にお伺いします。】

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ⑪ 貴施設が現在、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定を行っていない理由として、あてはまる選択肢をすべてお選びください。※あてはまる番号すべてに○ |                         |
| 1. 対象となる患者がないから  | 2. 患者・家族等の同意を得ることが難しいから |
| 3. 算定要件を満たすことが難しいから  | 4. 実施体制が不足しているから        |
| 5. その他（具体的に： _____）  |                         |

|   |                    |
|---|--------------------|
| ⑫ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間における歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定患者に対する栄養サポートチーム等連携加算の算定状況についてお答えください。 |                    |
| 1) 栄養サポートチーム等連携加算1の算定回数   | ( _____ ) 回        |
| 2) 栄養サポートチーム等連携加算2の算定回数   | ( _____ ) 回        |
| 【問 ⑫ 1)、2)がともに0回であった施設にお伺いします。】   |                    |
| ⑫-1 栄養サポートチーム等連携加算1、2を算定していない理由をご記入ください。 ※○は1つだけ  |                    |
| 1. 要請がないため実施していない   | 2. 要請があつたとしても実施しない |
| 3. 実施しているが算定できない  |                    |

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| ⑬ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間について、医科医療機関・歯科医療機関との患者紹介や情報提供・共有等の状況をご記入ください。 |       |       |
| 1) 医科医療機関からの患者(外来診療)紹介 ※周術期等口腔機能管理を除く                                 | 1. あり | 2. なし |
| 2) 医科医療機関への歯科訪問診療等※1  | 1. あり | 2. なし |
| 3) 医科医療機関からの周術期等口腔機能管理に関する依頼  | 1. あり | 2. なし |
| 4) 医科医療機関での栄養サポートチーム等への参加   | 1. あり | 2. なし |
| 5) 退院時共同指導の実施   | 1. あり | 2. なし |
| 6) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの)                                | 1. あり | 2. なし |
| 7) 医科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの)                             | 1. あり | 2. なし |
| 8) 医科医療機関への文書による診療情報の照会(診療情報連携共有料を算定したもの)                             | 1. あり | 2. なし |
| 9) 外科的処置等の専門的な治療を歯科医療機関へ依頼  | 1. あり | 2. なし |
| 10) 歯科医療機関からの患者(外来診療)紹介   | 1. あり | 2. なし |
| 11) 歯科医療機関からの歯科訪問診療等の依頼※1   | 1. あり | 2. なし |
| 12) 歯科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定したもの)                               | 1. あり | 2. なし |
| 13) 歯科医療機関への文書による診療情報提供(診療情報提供料を算定していないもの)                            | 1. あり | 2. なし |

※1 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

| ⑭ 平成 30 年 7 月～9 月の 3 か月間について、介護保険施設等との連携状況をご記入ください。                          |       |       |
|--|-------|-------|
| 1) 介護医療院・介護療養型医療施設への歯科訪問診療等※ <sup>1</sup>                                    | 1. あり | 2. なし |
| 2) 介護老人保健施設への歯科訪問診療等※ <sup>1</sup>   | 1. あり | 2. なし |
| 3) 介護老人福祉施設への歯科訪問診療等※ <sup>1</sup>   | 1. あり | 2. なし |
| 4) 居住系高齢者施設等（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、認知症グループホーム等）への歯科訪問診療等※ <sup>1</sup> | 1. あり | 2. なし |
| 5) その他の施設への歯科訪問診療等※ <sup>1</sup>   | 1. あり | 2. なし |
| 6) 上記1)～3)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加                                    | 1. あり | 2. なし |
| 7) 上記4)、5)の施設で実施される栄養サポートチーム・ミールラウンド等への参加                                    | 1. あり | 2. なし |
| 8) 施設等で行われる口腔衛生管理への協力（歯科訪問診療以外で実施するもの）※ <sup>2</sup>                         | 1. あり | 2. なし |
| 9) 施設職員への口腔に関する技術的助言や研修等の実施  | 1. あり | 2. なし |
| 10) 協力歯科医院に指定されている介護保険施設等  | 1. あり | 2. なし |
| 11) 地域包括支援センターからの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（※受診につながらなかった場合も含む）                  | 1. あり | 2. なし |
| 12) 地域包括支援センターへの自院患者の情報共有依頼  | 1. あり | 2. なし |
| 13) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）からの在宅療養患者に関する口腔疾患等に関する情報提供（※受診につながらなかった場合も含む）         | 1. あり | 2. なし |
| 14) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー等）への自院患者の情報共有依頼   | 1. あり | 2. なし |

※<sup>1</sup> 歯科訪問診療等：歯科医師による歯科訪問診療の他、訪問歯科衛生指導なども含みます。

※<sup>2</sup> 施設等で行われる口腔衛生管理への協力：歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導（歯科衛生管理体制加算の対象）、さらに介護保険による口腔衛生管理への協力や歯科検診など診療報酬とは関連しない口腔衛生管理などを指します。

| ⑮ 地域における在宅医療・介護を推進するために貴施設が取り組んでいる内容をご記入ください。<br>※「1」から「7」は、あてはまる番号すべてに○ |  |  |
|--|--|--|
| 1. 個別の患者に関する他の医療機関への情報照会   |  |  |
| 2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者への情報照会   |  |  |
| 3. ネットワークを有する他の医療機関・介護関係者等との定期的な情報交換                                     |  |  |
| 4. 地域の医療・介護関係者等が参画する会議（地域ケア会議、研修会等）への参加                                  |  |  |
| 5. 地域歯科保健活動への参加  |  |  |
| 6. お薬手帳を用いた患者情報の共有   |  |  |
| 7. その他（具体的に： _____）  |  |  |
| 8. 特に行っている取組はない  |  |  |

| ⑯ 貴施設が地域の医療機関、介護施設、居宅介護支援事業書等との連携を行うにあたり、連携を行うきっかけとなったこととしてあてはまる選択肢をすべてお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○ |                    |  |
|---|--------------------|--|
| 1. 地域の多職種研修会への参加  | 2. 先方からの依頼         |  |
| 3. 訪問診療を行った患者を通じた関わり  | 4. 地域の歯科医師会の事業又は依頼 |  |
| 5. その他（具体的に： _____）   |                    |  |
| 6. 特にきっかけとなったことはない  |                    |  |

⑰ 貴施設において現在、地域の高齢者等に対する食支援の観点から取り組まれている活動がありましたら、その概要をご記入ください。 ※診療報酬等の算定の有無に関わらず、貴施設の考えを自由にご記入ください。

⑱ 貴施設では、地域における在宅医療・介護を推進するために、今後、貴施設としてどのような役割を果たしていきたいとお考えですか。地域における現在の役割等を踏まえ、貴施設の考えを自由にご記入ください。

4. 平成30年7月1日～9月30日の間に貴施設が歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者（患者A）と、最後に訪問した患者（患者B）の2名についてお書きください。

※上記期間中に歯科訪問診療を実施した患者が1名以下の場合は、当該患者についてご回答ください。

**患者A**についてお答えください。

|   |   |            |                         |
|---|---|------------|-------------------------|
| ①患者の性別  | 1. 男性      2. 女性  | ②患者の年齢     | (      ) 歳              |
| ③訪問先の建物種別<br>※○は1つだけ  | 1. 戸建て                                      2. マンション・アパート・団地等<br>3. サ高住・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム<br>4. 介護老人保健施設（老健）      5. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）<br>6. 認知症高齢者グループホーム      7. 病院<br>8. その他（具体的に      )   |            |                         |
| ④上記③の訪問先建物（同一建物）の中に、調査日に貴施設が歯科訪問診療を行った患者が他に何人いますか（この患者以外の人数）。   | (      ) 人  |            |                         |
| 【上記③で選択肢1～3. の場合のみ】<br>⑤在宅医療・介護サービスの把握状況  | 1. すべて把握      2. 一部把握      3. 特に把握していない   |            |                         |
| 【上記⑤で選択肢1.又は2. の場合のみ】<br>⑤-1歯科訪問診療以外に当該患者が受けている在宅医療・介護サービスの内容      ※あてはまる番号すべてに○  |   |            |                         |
| 1. 医師による訪問診療      2. 訪問看護      3. 訪問リハビリテーション      4. 訪問栄養指導<br>5. 介護支援専門員（ケアマネジャー）による介護保険のケアプラン作成      6. 訪問介護<br>7. 歯科訪問診療以外の在宅医療・介護保険サービスは受けていない<br>8. その他（具体的に      ) |   |            |                         |
| ⑥同居家族の有無  | 1. なし<br>2. あり → 調査日の同居家族に対する歯科訪問診療の有無：（1.あり      2.なし）   |            |                         |
| ⑦要介護度   | 1. 対象外      2. 未申請      3. 申請中      4. 申請したが非該当<br>5. 要支援1・2      6. 要介護1      7. 要介護2      8. 要介護3<br>9. 要介護4      10. 要介護5      11. 不明  |            |                         |
| ⑧認知症高齢者の日常生活自立度   | 0. 該当なし                      1. I                      2. II・IIa・IIb<br>3. III・IIIa・IIIb      4. IV                      5. M                      6. 自立度不明   |            |                         |
| ⑨歯科訪問診療を実施したきっかけ<br>※○は1つだけ   | 1. 自院に通院歴のある患者・家族等からの依頼<br>2. 他の歯科医療機関からの依頼・紹介<br>3. 患者が入院していた医科の医療機関からの依頼・紹介<br>4. 在宅医療を行っている医科の医療機関からの依頼・紹介<br>5. 訪問看護ステーションからの依頼・紹介<br>6. 介護支援専門員（ケアマネジャー）からの依頼・紹介<br>7. 地域包括支援センターからの紹介<br>8. 口腔保健センター等からの紹介<br>9. 介護保険施設からの紹介<br>10. 有料老人ホーム、グループホーム等の居宅系高齢者施設からの紹介<br>11. 地区歯科医師会からの紹介<br>12. ホームページ等を見ての依頼 |            |                         |
| ⑩歯科訪問診療の開始時期  | (      ) 年 (      ) か月前   | ⑪歯科訪問診療の頻度 | 直近1か月間に<br>(      ) 回訪問 |
| ⑫患者宅を訪問するのに用いる交通手段と移動時間<br>※移動時間は貴施設から患者までの片道時間をお書きください。<br>※○は1つだけ   | 1. 徒歩のみ → (      ) 分<br>2. 徒歩+バス・電車等の公共交通 → (      ) 分<br>3. 自動車 → (      ) 分<br>4. その他（具体的に      )   |            |                         |

|  |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| ⑬算定した歯科訪問診療料の種類  | 1. 歯科訪問診療 1 | 2. 歯科訪問診療 2 | 3. 歯科訪問診療 3 |
| ⑭調査日に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○   |             |             |             |
| 1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 機械的歯面清掃      4. フッ化物歯面塗布<br>5. 歯周病検査      6. スケーリング      7. スケーリング・ルートプレーニング      8. 咬合調整<br>9. う蝕処置(10～12以外)      10. 歯冠修復(充填)      11. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)<br>12. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      13. 抜髄      14. 感染根管治療<br>15. 拔牙      16. 欠損補綴(ブリッジ)      17. 義歯製作<br>18. 義歯調整      19. 義歯修理      20. 床裏装<br>21. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      22. その他(具体的に ) |             |             |             |
| ⑮当該初診期間内に調査日以外に、この患者に行った診療内容(各項目の一連に係る行為を含む) ※あてはまる番号すべてに○   |             |             |             |
| 1. 口腔内診査・症状確認      2. 口腔衛生指導      3. 機械的歯面清掃      4. フッ化物歯面塗布<br>5. 歯周病検査      6. スケーリング      7. スケーリング・ルートプレーニング      8. 咬合調整<br>9. う蝕処置(10～12以外)      10. 歯冠修復(充填)      11. 歯冠修復(インレー、4/5冠、3/4冠)<br>12. 歯冠修復(硬質レジン前装冠、FMC)      13. 抜髄      14. 感染根管治療<br>15. 拔牙      16. 欠損補綴(ブリッジ)      17. 義歯製作<br>18. 義歯調整      19. 義歯修理      20. 床裏装<br>21. 摂食機能障害に対するリハビリテーション      22. その他(具体的に ) |             |             |             |
| ⑯歯科訪問診療等を受けたことによる患者の変化 ※あてはまる番号すべてに○   |             |             |             |
| 1. 歯科疾患の改善      2. 適切な義歯の使用      3. 口腔衛生状態の改善      4. 食事量・食形態等の改善<br>5. その他(具体的に )   |             |             |             |

患者Bについてお答えください。

(※患者票Aと同内容の調査票)

質問は以上です。ご協力有難うございました。



平成 30 年●月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」への  
ご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、在宅医療・訪問看護の提供体制の確保、在宅患者の状態に応じた対応を推進する観点から、在宅医療では、2 箇所目の医療機関による訪問診療の評価や在宅支診以外の医療機関による医学管理の評価、地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価等が行われました。また、在宅歯科診療では、歯科訪問診療料及び在宅患者等急性歯科疾患対応加算等の見直し、在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、医療機関、訪問看護ステーションおよび歯科医療機関を対象に、在宅医療（訪問歯科診療を含む）や訪問看護の実施状況等を把握することを目的に調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

**平成 30 年●月●日(●)まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒 東京都・・・  
みずほ情報総研株式会社（担当： ）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。  
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL： (受付時間 ～ 、土日・祝日除く)

FAX：

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する  
実施状況調査（その 1）」  
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 30 年度診療報酬改定において、医療従事者の働き方の特性等を踏まえ、医療従事者の常勤配置や勤務場所等に係る要件の見直しが行われた。また、医師や看護職員の負担軽減に資する加算の評価の充実等を行った。本調査では、医療従事者の配置要件の見直しの影響や、負担軽減策の実施状況等について調査を行う。

<調査のねらい>

- ・評価の充実や算定要件の変更による、勤務負担軽減のための取組実施状況やその効果
- ・常勤配置要件や専従要件の緩和、勤務場所の要件の見直しによる、算定件数の変化や職員体制、勤務状況への影響
- ・勤務環境改善の取組を実施するに当たっての課題や今後の取組の方向性 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①施設調査

- ・医師事務作業補助体制加算を算定している病院（届出病院）750 件と、いずれも算定していない病院（未届出病院）750 件（いずれも無作為抽出）を対象とする。

②医師調査

- ・施設調査の調査対象病院に 1 年以上勤務する常勤医師を対象とする。
- ・1 施設につき 4 名の医師（診療科：外科系 1 名、内科系 1 名、その他 2 名）を選定いただく。
- ・最大客体数は 6,000 名。

③看護師長調査

- ・施設調査の調査対象病院の病棟の中から選定した病棟に 1 年以上勤務する看護師長を対象とする。
- ・1 施設につき 5 名の看護師長（病棟：一般病棟 2 名、療養病棟 1 名、精神病棟 1 名、特定入院料 1 名）。
- ・最大客体数は 7,500 名。

④薬剤部責任者調査

- ・施設調査の調査対象病院の薬剤部責任者 1 名を対象とする。

○調査方法（案）

・対象施設に対して自記式調査票を郵送配布し、郵送にて回収とする。

※「施設票」に関しては、紙の調査票へ回答し郵送回収する方法の他、電子ファイルの調査票に回答し調査専用のアドレス宛に返送する方法も用意する。

■調査項目

※調査票（素案）参照

■ 調査スケジュール（案）

|                    | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 調査票案の作成            | →  |    |     |     |     |    |    |    |
| 調査客体の抽出・名簿作成       |    | →  |     |     |     |    |    |    |
| 調査票印刷・封入・発送        |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 調査実施期間             |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 督促状印刷・発送           |    |    |     | →   |     |    |    |    |
| 調査票回収・検票           |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| データ入力<br>データクリーニング |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 集計分析               |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 報告書（案）の作成          |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 追加分析               |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 報告書のとりまとめ          |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 調査検討委員会の開催         | ★  |    |     |     |     | ★  |    |    |

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）  
医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する  
実施状況調査

- ※ この施設票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設におけるチーム医療の実施状況や、医療従事者の負担軽減に関する取組とその効果、今後の課題等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。
- ※ 特に断りのない質問については、平成30年10月1日時点の状況についてご記入ください。
- ※ 「平成29年9月」と記載の質問については平成29年9月1か月間の状況を、「平成30年9月」と記載の質問については平成30年9月1か月間の状況をご記入ください。
- ※ 災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

### 1. 貴施設の概要についてお伺いします。

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| ①開設者<br>※○は1つだけ                                   | 01. 国<br>05. 医療法人<br>※国：国、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安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構<br>公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人<br>公的：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<br>社会保険関係：健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合<br>医療法人：社会医療法人は含まない | 02. 公立<br>06. その他の法人   | 03. 公的<br>07. 個人                                    | 04. 社会保険関係団体                               |
| ②承認等の状況<br>※ あてはまる番号すべてに○                         | 01. 高度救命救急センター<br>03. 災害拠点病院<br>05. 総合周産期母子医療センター<br>07. 小児救急医療拠点病院<br>09. 地域医療支援病院<br>11. 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの）<br>12. 上記のいずれも該当しない                                  | 02. 救命救急センター<br>04. へき地医療拠点病院<br>06. 地域周産期母子医療センター<br>08. 特定機能病院<br>10. 二次救急医療機関 |   |  |
| ③標榜診療科 <sup>注1</sup><br>※あてはまる番号すべてに○             | 01. 内科系<br>05. 外科系<br>09. 眼科<br>13. 麻酔科<br>16. 歯科・歯科口腔外科  | 02. 皮膚科<br>06. 泌尿器科<br>10. 産婦人科・産科<br>14. 救急科                                    | 03. 小児科<br>07. 脳神経外科<br>11. リハビリテーション科<br>15. 耳鼻咽喉科 | 04. 精神科<br>08. 整形外科<br>12. 放射線科<br>17. その他 |
| ④DPC 対応状況 ※○は1つだけ                                 | 01. DPC対象病院   | 02. DPC準備病院  | 03. DPC対象病院・準備病院以外                                  |  |
| ⑤貴施設における、平成30年9月の紹介率、逆紹介率 <sup>注2</sup> をご記入ください。 |   |  |   |  |
| 1) 紹介率  | %   |  | 2) 逆紹介率   | %  |

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科等

外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科等

注2. 紹介率：（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数×100

逆紹介率：逆紹介患者数÷初診の患者数×100

※初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数の定義については初診料及び外来診療料に係る診療報酬上の定義に従ってください。一般病床が200床未満の病院の場合も地域医療支援病院で用いられる定義に従ってください。

⑥貴施設において届出を行っている入院基本料<sup>注3</sup>は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- |                   |           |                                 |                                 |          |          |
|-------------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|----------|----------|
| 01. 一般病棟入院基本料 →   | {         | 01. 急性期一般入院料 1                  | 02. 急性期一般入院料 2                  |          |          |
|                   |           | 03. 急性期一般入院料 3                  | 04. 急性期一般入院料 4                  |          |          |
|                   |           | 05. 急性期一般入院料 5                  | 06. 急性期一般入院料 6                  |          |          |
|                   |           | 07. 急性期一般入院料 7                  | 08. 地域一般入院料 1                   |          |          |
|                   |           | 09. 地域一般入院料 2                   | 10. 地域一般入院料 3                   |          |          |
| 02. 療養病棟入院基本料 →   |           | 01. 療養病棟入院料 1                   | 02. 療養病棟入院料 2                   |          |          |
| 03. 結核病棟入院基本料 →   |           | 03. 療養病棟入院基本料 注11 <sup>※1</sup> | 04. 療養病棟入院基本料 注12 <sup>※2</sup> |          |          |
|                   |           | 01. 7対1                         | 02. 10対1                        | 03. 13対1 | 04. 15対1 |
|                   |           | 05. 18対1                        | 06. 20対1                        |          |          |
| 04. 精神病棟入院基本料 →   |           | 01. 10対1                        | 02. 13対1                        | 03. 15対1 | 04. 18対1 |
|                   | 05. 20対1  |                                 |                                 |          |          |
| 05. 特定機能病院入院基本料 → | 一般病棟      | ( 01. 7対1                       | 02. 10対1 )                      |          |          |
|                   | 結核病棟      | { 01. 7対1                       | 02. 10対1                        | 03. 13対1 |          |
|                   |           | { 04. 15対1                      |                                 |          |          |
|                   | 精神病棟      | { 01. 7対1                       | 02. 10対1                        | 03. 13対1 |          |
|                   |           | { 04. 15対1                      |                                 |          |          |
| 06. その他の入院基本料 →   | ( 01. 7対1 | 02. 10対1                        | 03. それ以外 )                      |          |          |

注3 専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料については、その他の入院基本料としてご回答ください。

※1 看護職員配置が20対1未満または医療区分2・3の患者割合50%未満の場合

※2 看護職員配置が25対1未満の場合

⑦貴施設において届出を行っている特定入院料等として該当するものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- |                      |                       |                     |
|----------------------|-----------------------|---------------------|
| 01. 救命救急入院料          | 02. 特定集中治療室管理料        | 03. ハイケアユニット入院医療管理料 |
| 04. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 05. 小児特定集中治療室管理料      | 06. 新生児特定集中治療室管理料   |
| 07. 総合周産期特定集中治療室管理料  | 08. 新生児治療回復室入院医療管理料   |                     |
| 09. 小児入院医療管理料        | 10. 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 11. 地域包括ケア病棟入院料     |
| 12. 地域包括ケア入院医療管理料    | 13. 特殊疾患病棟入院料         | 14. 緩和ケア病棟入院料       |
| 15. 精神科救急入院料         | 16. 精神科急性期治療病棟入院料     | 17. 精神科救急・合併症入院料    |
| 18. 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 19. 精神療養病棟入院料         |                     |
| 20. 認知症治療病棟入院料       | 21. 地域移行機能強化病棟入院料     | 22. 短期滞在手術等基本料      |

⑧貴施設における許可病床数<sup>注4</sup>をご記入ください。「療養病床」には介護療養病床も含めてください。

注4 医療法に基づく病床数

| 1) 一般病床 | 2) 療養病床 | 3) 精神病床 | 4) 結核病床 | 5) 感染症病床 | 6) 病院全体 |
|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| 床       | 床       | 床       | 床       | 床        | 床       |

| ⑨平成29年10月1日及び平成30年10月1日に、貴施設で従事している医療従事者等の常勤・非常勤（常勤換算）別の職員数 <sup>注5</sup> をご記入ください。 |            |                             |            |                             |
|---|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|
|   | 平成29年10月1日 |                             | 平成30年10月1日 |                             |
|   | 常勤         | 非常勤<br>(常勤換算) <sup>注6</sup> | 常勤         | 非常勤<br>(常勤換算) <sup>注6</sup> |
| 1) 医師   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| (うち) 外来業務のみを担当する医師  | —          | —                           | 人          | 人                           |
| 2) 歯科医師   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 3) 保健師・助産師・看護師  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| (うち) 一般病棟 <sup>注7</sup> 勤務の看護師  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 4) 准看護師   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| (うち) 一般病棟 <sup>注7</sup> 勤務の准看護師   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 【再掲】看護職員（看護師・准看護師）のうち<br>短時間正職員制度利用者数   | 人          | —                           | 人          | —                           |
| (うち) 週30時間以上の者  | 人          | —                           | 人          | —                           |
| 【再掲】看護職員（看護師・准看護師）のうち<br>夜勤専従者数   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 5) 看護補助者  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 6) 歯科衛生士  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 7) 薬剤師  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 【再掲】病棟専任（または担当）薬剤師 <sup>注8</sup>  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 【再掲】非常勤の薬剤師の実人数（在籍者数）   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 8) 臨床検査技師   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 9) 管理栄養士  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 10) 理学療法士   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 11) 作業療法士   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 12) 言語聴覚士   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 13) 医師事務作業補助者   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 14) MSW（社会福祉士等）   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 15) その他   | 人          | 人                           | 人          | 人                           |
| 16) 合計  | 人          | 人                           | 人          | 人                           |

注5. 全ての職種について産休中や育児休職中等の職員は含めないでください。

注6. 非常勤職員の常勤換算の計算方法：貴施設の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まで（小数点以下第2位を四捨五入）でご記入ください。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の非常勤職員が1人いる場合

非常勤職員数（常勤換算）＝（5時間×4日×1人）÷40時間（週所定労働時間）＝0.5人

注7. 特定入院料の病棟は含めないでください。

注8. 診療報酬上の施設基準の届出の有無にかかわらず、実態として病棟業務専任（または担当）の薬剤師数をご記入ください。

| ⑩平成29年9月、平成30年9月の各1か月間における貴施設の入院延べ患者数、外来延べ患者数、分娩件数、全身麻酔による手術件数について、それぞれ該当する人数または件数をご記入ください。 |         |         |
|---|---------|---------|
|   | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
| (1) 入院延べ患者数 <sup>注9</sup>   | 人       | 人       |
| 1) 一般病棟（特定入院料を除く）における入院延べ患者数  | 人       | 人       |
| 2) 時間外・休日・深夜に入院した延べ患者数  | 人       | 人       |
| 3) 救急搬送により緊急入院した延べ患者数   | 人       | 人       |
| 4) 新入院患者数   | 人       | 人       |
| 5) 退院患者数  | 人       | 人       |

注9. 入院延べ患者数：毎日24時現在の在院患者数（即日退院患者数を含む）を30日分合計した患者数。



|                        | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
|------------------------|---------|---------|
| (2) 外来延べ患者数            | 人       | 人       |
| 1) 初診の外来患者数            | 人       | 人       |
| 2) 再診の外来延べ患者数          | 人       | 人       |
| 3) 緊急自動車等により搬送された延べ患者数 | 人       | 人       |
| 4) 時間外・休日・深夜加算の算定件数    | 件       | 件       |
| 5) 時間外選定療養費の徴収件数       | 件       | 件       |
| (3) 分娩件数               | 件       | 件       |
| (4) 全身麻酔による手術件数        | 件       | 件       |

## 2. 各診療報酬項目の施設基準の届出状況及び算定件数等についてお伺いします。

① 次の施設基準等について「届出があるもの」（平成30年9月末時点）の該当欄に○を記入してください。また、届出がある場合、「届出時期」（該当する方に○）、平成29年9月及び平成30年9月の各1か月間の算定件数（実患者数ベース、算定回数ではありません）をお答えください。

| 施設基準等                          | 届出があるものに<br>○ | 届出時期          |               | 算定件数        |             |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
|                                |               | 平成30年<br>3月以前 | 平成30年<br>4月以降 | 平成29年<br>9月 | 平成30年<br>9月 |
| 1) 総合入院体制加算 1～3                |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 2) 25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上） |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 3) 25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満） |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 4) 50対1 急性期看護補助体制加算            |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 5) 75対1 急性期看護補助体制加算            |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 6) 夜間 30対1 急性期看護補助体制加算         |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 7) 夜間 50対1 急性期看護補助体制加算         |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 8) 夜間 100対1 急性期看護補助体制加算        |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 9) 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）       |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 10) 夜間看護体制加算（障害者等施設入院基本料）      |               | —             | —             | —           | —           |
| 11) 夜間看護加算（療養病棟入院基本料）          |               | —             | —             | —           | —           |
| 12) 看護職員夜間 12対1 配置加算 1         |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 13) 看護職員夜間 12対1 配置加算 2         |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 14) 看護職員夜間 16対1 配置加算 1         |               | —             | —             | —           | —           |
| 15) 看護職員夜間 16対1 配置加算 2         |               | —             | —             | —           | —           |
| 16) 看護配置加算                     |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 17) 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料）      |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 18) 看護職員夜間配置加算（精神科救急入院料）       |               | —             | —             | —           | —           |
| 19) 看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）   |               | —             | —             | —           | —           |
| 20) 看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料）    |               | —             | —             | —           | —           |
| 21) 看護補助加算 1                   |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 22) 看護補助加算 2                   |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 23) 看護補助加算 3                   |               | 1             | 2             | —           | —           |

次ページに続きます。

| 施設基準等                      | 届出があるものに<br>○ | 届出時期          |               | 算定件数        |             |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
|                            |               | 平成30年<br>3月以前 | 平成30年<br>4月以降 | 平成29年<br>9月 | 平成30年<br>9月 |
| 24) 夜間 75 対 1 看護補助加算       |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 25) 夜間看護体制加算（看護補助加算）       |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 26) 看護補助加算（障害者等施設入院基本料）    |               | —             | —             | —           | —           |
| 27) 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料） |               | 1             | 2             | —           | —           |
| 28) 緩和ケア診療加算               |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 29) 緩和ケア診療加算 個別栄養食事管理加算    | —             | —             | —             | —           | 件           |
| 30) 外来緩和ケア管理料              |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 31) 感染防止対策加算 1・2           |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 32) 精神科リエゾンチーム加算           |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 33) 栄養サポートチーム加算            |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 34) 栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算   |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 35) 呼吸ケアチーム加算              |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 36) 病棟薬剤業務実施加算 1           |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 37) 病棟薬剤業務実施加算 2           |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 38) 認知症ケア加算 1              |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 39) 歯科医療機関連携加算             |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 40) 周術期口腔機能管理料             |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 41) 周術期口腔機能管理後手術加算         |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 42) 院内トリアージ実施料             |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 43) 入退院支援加算 1              |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 44) 退院時共同指導料 1 注 1         |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 45) 退院時共同指導料 2 注 1         |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 46) 退院時共同指導料 2 注 3         |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 47) 手術における休日・時間外・深夜加算 1    |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 48) 処置における休日・時間外・深夜加算 1    |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 49) 在宅患者緊急時等カンファレンス料       |               | 1             | 2             | 件           | 件           |
| 50) 精神科在宅患者支援管理料           |               | 1             | 2             | 件           | 件           |

②平成30年度診療報酬改定では、常勤配置に関する要件の緩和が行われました。

(1) 以下の各職種について、非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目があるかどうかについて、それぞれご回答ください。※それぞれ○は1つだけ

(2) 非常勤職員を常勤換算して配置している項目がある場合には、当該非常勤職員の内訳について、該当するもの全てに○をつけてください。※それぞれあてはまる番号すべてに○

|          | (1) 非常勤職員を常勤換算して配置することで施設基準を満たしている診療報酬項目の有無 |   | (2) 【非常勤職員の常勤配置をしている項目がある場合】非常勤職員の内訳         |  |     |
|----------|---|---|--|--|-----|
|          | 有   | 無 | 常勤の職員が産前産後休業、育児休業、介護休業を取得中の期間に非常勤職員を常勤換算している | 育児休業後等の職員が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合で、週30時間以上の勤務で常勤扱いとしている | その他 |
| 1) 医師    | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |
| 2) 看護職員  | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |
| 3) 薬剤師   | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |
| 4) 理学療法士 | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |
| 5) 作業療法士 | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |
| 6) その他   | 1   | 2 | 1  | 2  | 3   |

③平成30年度診療報酬改定で常勤配置に関する要件が緩和された項目以外に、常勤配置に関する要件の緩和を希望する診療報酬項目はありますか。あれば当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

④平成29年10月1日、平成30年10月1日時点における、医師事務作業補助体制加算の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。※○はそれぞれ1つずつ

|               |  |
|---------------|--|
| 1) 平成29年10月1日 | 00. 届出をしていない<br>01. 医師事務作業補助体制加算 1                      02. 医師事務作業補助体制加算 2<br>→届出している場合の内訳<br><hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 01. 100対1      02. 75対1      03. 50対1      04. 40対1<br>05. 30対1      06. 25対1      07. 20対1      08. 15対1<br><hr style="border-top: 1px dashed black;"/>       |
| 2) 平成30年10月1日 | 00. 届出をしていない →④-1へ<br>01. 医師事務作業補助体制加算 1                      02. 医師事務作業補助体制加算 2<br>→届出している場合の内訳<br><hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 01. 100対1      02. 75対1      03. 50対1      04. 40対1<br>05. 30対1      06. 25対1      07. 20対1      08. 15対1<br><hr style="border-top: 1px dashed black;"/> |

**【届出をしていない施設の方】**

④-1 届出をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 01. 施設基準を満たすことが難しいため  
→満たすことが難しい基準の内訳：  
 { 11. 病院機能に関する基準  
   (例：15対1の場合は第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期医療センターのいずれかであること等)  
 12. 年間の緊急入院患者数に関する基準 (例：15対1の場合は年間800名以上であること等)  
 13. 全身麻酔による手術件数に関する基準  
   (例：20対1～40対1の場合は年間800件以上であること (但し年間の緊急入院患者数が200名以上の場合は届出可) )
- 02. 医師事務作業補助者の確保が難しいため
- 03. 加算の要件に沿った医師事務作業補助者の配置のメリットが少ないため
- 04. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

**【届出をしている施設の方】**

④-2 現在の体制の届出時期はいつですか。

平成 (     ) 年 (     ) 月

④-3 医師事務作業補助者の配置人数 (常勤換算) を配置場所別にご記入ください。

※平成30年10月1日  
 ※複数か所で勤務している場合、勤務時間で人数を按分してそれぞれに記入してください。

|            |   |
|------------|---|
| 1) 外来      | 人 |
| 2) 病棟      | 人 |
| 3) 医局・事務室等 | 人 |
| 4) 合計      | 人 |

④-4 平成29年10月1日時点及び平成30年10月1日時点の、各病棟における医師事務作業補助者の常勤・非常勤 (常勤換算) 別の職員数をご記入ください。

|         | 平成29年10月1日 |            | 平成30年10月1日 |            |
|---------|------------|------------|------------|------------|
|         | 常勤         | 非常勤 (常勤換算) | 常勤         | 非常勤 (常勤換算) |
| 1) 一般病棟 | 人          | 人          | 人          | 人          |
| 2) 精神病棟 | 人          | 人          | 人          | 人          |
| 3) 療養病棟 | 人          | 人          | 人          | 人          |
| 4) その他  | 人          | 人          | 人          | 人          |
| 5) 全病棟  | 人          | 人          | 人          | 人          |

⑤平成30年10月1日時点における、緩和ケア診療加算の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。

01. 届出をしている →⑤-1～3へ

02. 届出をしていない →⑤-6・7へ

⑤-1 平成30年3月以前から届出はしていませんか。

01. していた 02. していない

⑤-2 専従の職員がいる場合、当該職種をお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 医師 02. 看護師  
03. 薬剤師 04. 専従の職員はいない

⑤-3 平成30年4月以降、個別栄養食事管理加算を算定しましたか。

01. 算定した →⑤-4へ 02. 算定していない →⑤-5へ

⑤-4 算定している場合、緩和ケアチームに参加している管理栄養士は専従・専任のいずれですか。

01. 専従 02. 専任

⑤-5 算定していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 個別栄養食事管理加算についてよく知らないため  
02. 経験を有した管理栄養士の確保ができていないため  
03. 個別栄養食事管理加算で実施する内容や効果が不明であるため  
04. その他（具体的に ）

⑤-6 届出をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 担当する医師の確保が難しいため  
02. 経験のある看護職員の確保が難しいため  
03. 経験のある薬剤師の確保が難しいため  
04. 専従の職員を配置することが難しいため  
05. 加算の要件に沿ったチームの設置のメリットが少ないため  
06. その他（具体的に ）

⑤-7 今後、届出の意向はありますか。

01. 届出の意向があり、今後届出をする予定  
02. 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない  
03. 届出の意向はない  
04. 未定

⑥平成30年10月1日時点における、外来緩和ケア管理料の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。

01. 届出をしている →⑥-1・2へ

02. 届出をしていない →⑥-3・4へ

⑥-1 平成30年3月以前から届出はしていませんか。

01. していた 02. していない

⑥-2 専従の職員がいる場合、当該職種をお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 医師 02. 看護師  
03. 薬剤師 04. 専従の職員はいない

⑥-3 届出をしていない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 担当する医師の確保が難しいため  
02. 経験のある看護職員の確保が難しいため  
03. 経験のある薬剤師の確保が難しいため  
04. 専従の職員を配置することが難しいため  
05. 加算の要件に沿ったチームの設置のメリットが少ないため  
06. その他（具体的に ）

⑥-4 今後、届出の意向はありますか。

01. 届出の意向があり、今後届出をする予定  
02. 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない  
03. 届出の意向はない  
04. 未定

⑦平成30年10月1日時点における、**栄養サポートチーム加算**の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。

01. 届出をしている →⑦-1～3へ

02. 届出をしていない →⑦-4・5へ

|   |                                    |                      |
|---|------------------------------------|----------------------|
| ⑦-1 平成30年3月以前から届出はしていましたか。                | 01. していた                           | 02. していない            |
| ⑦-2 専従の職員がいる場合、当該職種をお選びください。※あてはまる番号すべてに○ | 01. 医師<br>03. 薬剤師<br>05. 専従の職員はいない | 02. 看護師<br>04. 管理栄養士 |
| ⑦-3 歯科医師と連携していますか。                        | 01. している                           | 02. していない            |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ⑦-4 届出をしていない理由は何ですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 所定の研修を修了した医師の確保が難しいため<br>02. 所定の研修を修了した看護職員の確保が難しいため<br>03. 所定の研修を修了した薬剤師の確保が難しいため<br>04. 所定の研修を修了した管理栄養士の確保が難しいため<br>05. 専従の職員を配置することが難しいため<br>06. 加算の要件に沿ったチームの設置のメリットが少ないため<br>07. その他（具体的に ） |
| ⑦-5 今後、届出の意向はありますか。                   | 01. 届出の意向があり、今後届出をする予定<br>02. 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない<br>03. 届出の意向はない<br>04. 未定   |

⑧平成30年10月1日時点における、**感染防止対策加算**の届出状況としてあてはまるものに○をつけてください。

01. 届出をしている →⑧-1へ

02. 届出をしていない →⑧-2・3へ

|                                       |  |          |
|---------------------------------------|--|----------|
| ⑧-1 抗菌薬適正使用支援加算の届出の有無                 | 01. 届出あり   | 02. 届出なし |
| ⑧-2 届出をしていない理由は何ですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 経験のある医師の確保が難しいため<br>02. 経験があり、かつ所定の研修を修了した看護職員の確保が難しいため<br>03. 薬剤師の確保が難しいため<br>04. 臨床検査技師の確保が難しいため<br>05. 専従の職員を配置することが難しいため<br>06. 加算の要件に沿ったチームの設置のメリットが少ないため<br>07. その他（具体的に ） |          |
| ⑧-3 今後、届出の意向はありますか。                   | 01. 届出の意向があり、今後届出をする予定<br>02. 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない<br>03. 届出の意向はない<br>04. 未定   |          |

### 3. 医師の勤務状況等についてお伺いします。

①貴施設の医師の勤務形態として該当するものをお選びください。※主にあてはまる番号1つに○

01. 単独主治医制<sup>注10</sup>

02. 複数主治医制<sup>注11</sup>

注10. 単独主治医制：1人の患者につき1人の主治医が担当する場合。

注11. 複数主治医制：1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

②平成30年3月31日以前と平成30年4月1日以降それぞれについて、貴施設で支給されている診療実績にかかる手当（※診療実績に応じて支払われる手当のみ）は何ですか。※あてはまる番号すべてに○  
\*03. 時間外手当、04. 休日手当、05. 深夜手当については、手術・処置・内視鏡検査の実施件数に応じたものとする

|                 |                                     |   |             |            |           |
|-----------------|-------------------------------------|---|-------------|------------|-----------|
| 1) 平成30年3月31日以前 | 00. ない<br>05. 深夜手当*<br>07. その他（具体的に | 01. 当直手当<br>06. 上記 03.～05. 以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 | 02. オンコール手当 | 03. 時間外手当* | 04. 休日手当* |
| 2) 平成30年4月1日以降  | 00. ない<br>05. 深夜手当*<br>07. その他（具体的に | 01. 当直手当<br>06. 上記 03.～05. 以外の時間外手当・休日手当・深夜手当 | 02. オンコール手当 | 03. 時間外手当* | 04. 休日手当* |

③平成30年4月以降に、貴施設で増額した診療実績にかかる手当はありますか。※あてはまる番号すべてに○  
\*03. 時間外手当、04. 休日手当、05. 深夜手当については、手術・処置・内視鏡検査の実施件数に応じたものとする

|                |   |
|----------------|---|
| 01. ある →増額したもの | 01. 当直手当    02. オンコール手当    03. 時間外手当*    04. 休日手当*    05. 深夜手当*<br>06. 上記 03.～05. 以外の時間外手当・休日手当・深夜手当    07. その他 |
| 02. ない         |   |

④貴施設における平成29年9月、平成30年9月の医師1人あたりの平均勤務時間（1 か月間）、1人あたりの平均当直回数（1か月間）、連続当直を行った医師数をご記入ください。※小数点以下第2位を切り捨てし、小数点以下第1位まで

| 常勤の医師                                 | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
|---------------------------------------|---------|---------|
| 1) (実績) 1人あたり平均勤務時間 <sup>注12</sup> /月 | . 時間    | . 時間    |
| 2) (実績) 1人あたりの平均当直回数/月                | . 回     | . 回     |
| 3) (実績) 連続当直を行った医師数/月                 | 人       | 人       |
| 非常勤の医師                                | 平成29年9月 | 平成30年9月 |
| 4) (実績) 1人あたり平均勤務時間 <sup>注12</sup> /月 | . 時間    | . 時間    |
| 5) (実績) 1人あたりの平均当直回数/月                | . 回     | . 回     |
| 6) (実績) 連続当直を行った医師数/月                 | 人       | 人       |

注12. 勤務時間：所定労働時間の他、残業時間も含まれます。

#### 4. 看護職員の勤務状況や看護補助者の配置等についてお伺いします。

①貴施設の病棟看護職員<sup>注13</sup>の勤務形態として主たる勤務形態（最も多くの看護職員に適用されている勤務形態）をお選びください。※○は1つだけ

|                         |                           |                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 01. 2交代制 <sup>注14</sup> | 02. 変則2交代制 <sup>注15</sup> | 03. 3交代制 <sup>注16</sup> | 04. 変則3交代制 <sup>注17</sup> |
| 05. 上記01.～04.の混合        | 06. 日勤のみ                  | 07. 夜勤のみ                |                           |
| 08. その他（具体的に            |                           |                         |                           |

注13. 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

注14. 2交代制：日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

注15. 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間等といった日勤・夜勤の各勤務帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

注16. 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

注17. 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤が8時間等といった日勤・準夜勤・深夜勤の各勤務帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

②貴施設では、平成30年4月～9月までの間に、月平均夜勤時間72時間要件を満たせないため、「月平均夜勤時間超過減算」を算定している、あるいは算定していた病棟がありますか。該当する病棟がある場合は、「月平均夜勤時間超過減算」の算定期間をご記入ください。 ※あてはまる番号すべてに○

01. ない →次ページ③へ
02. 一般病棟入院基本料→算定期間：平成30年（ ）月 ～ （ ）月
03. 結核病棟入院基本料→算定期間：平成30年（ ）月 ～ （ ）月
04. 精神病棟入院基本料→算定期間：平成30年（ ）月 ～ （ ）月
05. 障害者施設等入院基本料→算定期間：平成30年（ ）月 ～ （ ）月

→次ページ②-1へ



**【平成30年4月～9月までの間に月平均夜勤時間超過減算の算定病棟がある・あった施設の方】**

②-1 貴施設で、月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせない、あるいは満たせなかった理由は何ですか。  
※あてはまる番号すべてに○

- 01. 患者の重症度が高く、夜間の看護体制を充実する必要があったため
- 02. 看護職員の突然の退職・休職のため
- 03. 当該病棟配置の看護職員数がもともと少ないため  
→具体的な理由： 11.病床規模が小さいため 12.看護配置基準が低い
- 04. その他（具体的に

③貴施設では、平成30年 4 月以降、夜勤時間特別入院基本料を算定したことがありますか。 ※○は1つだけ

01. ある →算定期間：（ ）か月 →③-1へ      02. ない →④へ

**【上記③で「01. ある」と回答した施設の方】**

③-1 医療勤務環境改善支援センターに相談しましたか。 ※○は1つだけ

01. 既に相談した      02. 今後相談する予定      03. 相談していない（相談予定なし）

④貴施設では、看護補助者の配置はどのような状況でしょうか。 ※○は 1 つだけ

01. 看護補助者の必要量を満たすだけ配置できていない→④-1へ      02. 十分配置できている

**【上記④で「01. 看護補助者の必要量を満たすだけ配置できていない」と回答した施設の方】**

④-1 看護補助者の必要量を満たすだけ看護補助者を配置できていない理由は何ですか。  
※あてはまる番号すべてに○

01. 募集をしても集まらないため      02. 人件費がないため      03. その他（具体的に

⑤入院基本料を届出している病棟勤務の看護職員<sup>注13</sup>について、平成29年9月、平成30年9月1か月間の夜勤時間数別の人数、平均夜勤時間数をご記入ください。 ※夜勤専従者は含めないでください。

|                 | 1) 病棟（療養病棟入院基本料は除く）勤務の看護職員 |         | 2) 左記1)のうち、急性期一般入院料、地域一般入院料、及び7対1若しくは10対1の病棟の勤務者 |         | 3) 左記1)のうち、2)以外の勤務者 |         | 4) 療養病棟勤務の看護職員 |         |
|-----------------|----------------------------|---------|--|---------|---------------------|---------|----------------|---------|
|                 | 平成29年9月                    | 平成30年9月 | 平成29年9月  | 平成30年9月 | 平成29年9月             | 平成30年9月 | 平成29年9月        | 平成30年9月 |
| 8時間未満           | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 8時間以上～16時間未満    | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 16時間以上～24時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 24時間以上～32時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 32時間以上～40時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 40時間以上～48時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 48時間以上～56時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 56時間以上～64時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 64時間以上～72時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 72時間以上～80時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 80時間以上～88時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 88時間以上～96時間未満   | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 96時間以上～104時間未満  | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 104時間以上～112時間未満 | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 112時間以上～120時間未満 | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 120時間以上～128時間未満 | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 128時間以上～136時間未満 | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 136時間以上～144時間未満 | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 144時間以上～        | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 合計人数            | 人                          | 人       | 人  | 人       | 人                   | 人       | 人              | 人       |
| 1人あたり平均夜勤時間数    | 時間                         | 時間      | 時間   | 時間      | 時間                  | 時間      | 時間             | 時間      |

5. 医師の負担軽減策に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設の医師の労働時間の把握方法として該当するものをお選びください。※主なもの1つに○

01. ICカード・タイムカード                      02. 上司等第三者の確認                      03. 自己申告に基づき把握  
04. その他（具体的に                      )                      05. 把握していない

②医師の負担軽減策について、医療勤務環境改善支援センターに相談しましたか。※主なもの1つに○

01. 既に相談した                      02. 今後相談する予定                      03. 相談していない（相談の予定なし）

③貴施設における医師の負担軽減策についてお伺いします。

(1) 貴施設で医師の負担軽減策として実施されている取組としてあてはまる番号全てに○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

(2) 上記(1)で○をつけた取組について、特に医師の負担軽減効果のある取組としてあてはまる番号に3つまで○をつけてください。※○は3つまで

|                                  | (1)<br>実施されている<br>取組に○<br>(あてはまるもの<br>全てに○) | (2)<br>特に医師の負担軽減<br>効果のあるものに○<br>(○は3つまで) |
|----------------------------------|---|---|
| (記入例) 4) 4) 適正受診に関する患者・住民への周知・啓発 | ④ →   | ④   |
| 1) 医師の増員                         | 1 →   | 1   |
| 2) 外来提供体制の縮小                     | 2 →   | 2   |
| 3) 初診時選定療養費の導入                   | 3 →   | 3   |
| 4) 適正受診に関する患者・住民への周知・啓発          | 4 →   | 4   |
| 5) 複数主治医制の導入                     | 5 →   | 5   |
| 6) 勤務間インターバルの導入                  | 6 →   | 6   |
| 7) 当直翌日の業務内容の軽減（当直翌日の休日を含む）      | 7 →   | 7   |
| 8) 患者・家族への病状説明を診療時間内に限定（緊急時を除く）  | 8 →   | 8   |
| 9) 予定手術前日の当直の免除                  | 9 →   | 9   |
| 10) 医師業務の特定行為研修修了者との分担           | 10 →  | 10  |
| 11) 医師業務の看護師（「10」に示す看護師を除く）との分担  | 11 →  | 11  |
| 12) 医師業務の助産師との分担                 | 12 →  | 12  |
| 13) 医師業務の薬剤師との分担                 | 13 →  | 13  |
| 14) 医師事務作業補助者の病棟への配置             | 14 →  | 14  |
| 15) 医師事務作業補助者の外来への配置             | 15 →  | 15  |
| 16) ICTを活用した業務の見直し・省力化           | 16 →  | 16  |
| 17) 医師が出席する会議の開催方法の見直し           | 17 →  | 17  |

④上記③以外の取組で、貴施設で実施している勤務医負担軽減策で、効果のある取組があれば、具体的にお書きください。

|  |
|--|
|  |
|--|

⑤貴施設では、多職種からなる役割分担の推進のための委員会又は会議を開催していますか。開催している場合は、年間の開催回数もご記入ください。※○は1つだけ

01. 開催している→年間（                      ）回                      02. 開催していない

6. 記録や会議に係る負担軽減に関する取組状況等についてお伺いします。

①貴施設では、入院部門で電子カルテを導入していますか。 ※〇は1つだけ

01. 導入している →①-1へ  
02. 導入していないが、導入を検討中 →①-2へ  
03. 導入しておらず、導入予定もない →①-2へ  
04. その他（具体的に )

【上記①で「01」と回答した施設の方】

①-1 診療録と看護記録等の同時表示・閲覧の可否

01. 診療録や看護記録等の診療に関する記録を同時表示・閲覧できようになっている  
02. 診療録や看護記録等の診療に関する記録が独立した画面でしか表示・閲覧できない

【上記①で「02」または「03」のいずれかと回答した施設の方】

①-2 診療録と看護記録等の同時表示・閲覧の可否

01. 診療録や看護記録等の診療に関する記録が合わせて1冊となっている  
02. 診療録や看護記録等の診療に関する記録が別冊となっている  
03. その他（具体的に )

②貴施設では、ICTを活用した業務の見直し・省力化として、どのような取組をしていますか。

※あてはまる番号すべてに〇

01. タブレットの活用  
02. 音声入力システムの活用  
03. ビデオ通話による会議の実施  
04. 遠隔画像診断の実施  
05. 遠隔病理診断の実施  
06. 紹介状や診断書の入力支援ソフトの活用  
07. その他（具体的に )  
08. 特になし

③医師が出席する院内の会議に関する負担軽減のために、どのような取組をしていますか。

※あてはまる番号すべてに〇

01. 必要性の低い会議の廃止→廃止した会議の名称： ( )  
02. 医師の出席義務の取りやめ→医師の出席義務を取りやめた会議の名称： ( )  
03. 会議の開催回数の削減  
04. 会議の開催時間の短縮  
05. ビデオ通話による会議の実施  
06. 会議での紙資料の配付の中止  
07. その他（具体的に )  
08. 特になし

④医師の書類作成に関する負担軽減のために、どのような取組をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇

01. 必要性の低い書類の廃止  
02. 書類の記載項目の簡素化  
03. 医師事務作業補助者による下書きの作成  
04. 電子カルテシステム等を活用した入力の簡易化  
05. その他（具体的に )  
06. 特になし

⑤貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇

01. ICTを活用している  
02. ICTは活用していない  
→活用しているICT： ( 11.メール 12.電子掲示板 13.グループチャット )  
( 14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） )  
( 15.その他（具体的に ) )

⑥貴施設は医療情報連携ネットワーク<sup>注18</sup>に参加していますか。 ※〇は1つだけ

01. 参加している  
02. 参加していない

注18. 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク

7. 最後に、医師、看護職員等の医療従事者の負担軽減策、チーム医療の推進等についてご意見等ございましたらご自由にご記入ください。

施設票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）  
医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成30年10月1日現在の状況についてお答えください。  
●ご回答の際は、該当する番号を○（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. あなたご自身のことについてお伺いします。

|                                     |  |   |  |
|-------------------------------------|--|---|--|
| ① 性別                                | 01. 男性 02. 女性  | ② 年齢  | ( ) 歳  |
| ③ 医師経験年数                            | ( ) 年 ( ) か月   | ④ 貴施設での勤続年数                                   | ( ) 年 ( ) か月   |
| ⑤ 主たる所属診療科 <sup>注1</sup><br>※○は1つだけ | 01. 内科系<br>05. 外科系<br>09. 眼科<br>13. 麻酔科<br>16. 歯科・歯科口腔外科 | 02. 皮膚科<br>06. 泌尿器科<br>10. 産婦人科・産科<br>14. 救急科 | 03. 小児科<br>07. 脳神経外科<br>11. リハビリテーション科<br>15. 耳鼻咽喉科<br>17. その他 |
| ⑥ 担当する主な病棟<br>※○は1つだけ               | 01. 一般病棟<br>04. その他（具体的に                                 | 02. 療養病棟                                      | 03. 精神病棟<br>)  |
| ⑦ 役職等<br>※○は1つだけ                    | 01. 院長・副院長<br>04. その他の管理職の医師（具体的に                        | 02. 部長・副部長                                    | 03. 診療科の責任者（医長等）<br>)  |
| ⑧ 勤務形態                              | 01. 常勤   | 02. 非常勤                                       |  |
| ⑨ 主治医制の状況 <sup>注2</sup>             | 01. 単独主治医制   | 02. 複数主治医制                                    | 03. その他  |

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科等

外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科等

注2. 単独主治医制：1人の患者につき1人の主治医が担当する場合

複数主治医制：1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

## 2. あなたの勤務状況等についてお伺いします。

|   |            |
|---|------------|
| ① 貴施設（この調査票を受けとった病院）における、各設問で指定する期間におけるあなたの勤務時間、診療時間、当直回数及びオンコール回数等についてご記入ください。 |            |
| 1) 1週間の勤務時間 <sup>注3</sup> （平成30年10月1日（月）～10月7日（日））                              | 約（ ）時間（ ）分 |
| 2) 上記1)のうち、診療時間 <sup>注4</sup> （平成30年10月1日（月）～10月7日（日））                          | 約（ ）時間（ ）分 |
| 3) 上記2)のうち、事務処理に係る時間（平成30年10月1日（月）～10月7日（日））                                    | 約（ ）時間（ ）分 |
| 4) 1か月間の当直回数 <sup>注5</sup> （平成30年9月1か月間）  | ( ) 回      |
| 5) 上記4)のうち、連続当直回数 <sup>注5</sup> （平成30年9月1か月間）                                   | ( ) 回      |
| 6) 1か月間のオンコール担当回数 <sup>注6</sup> （平成30年9月1か月間）                                   | ( ) 回      |
| 7) 上記6)のうち、呼出で実際に病院に出勤した回数（平成30年9月1か月間）   | ( ) 回      |

注3. 所定労働時間に残業時間を加えた時間

注4. 患者の診療、手術のために勤務した時間

注5. 土曜日・日曜日の日直は1回として数えてください。なお、連続当直回数とは当直翌日に当直が入っている日数を指します。

注6. 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

|                                   |               |          |         |
|-----------------------------------|---------------|----------|---------|
| ② 勤務時間をどのように勤務先に申告していますか。 ※○は1つだけ |               |          |         |
| 01. ICカード・タイムカード                  | 02. 上司等第三者の確認 | 03. 自己申告 | 04. その他 |

③ 現在、この調査票を受け取った医療機関以外での勤務がありますか。 ※○は1つだけ

01. 他医療機関でも勤務している (⇒ ③-1へ)

02. 他医療機関では勤務していない (⇒ ④へ)

【上記③で「01. 他医療機関でも勤務している」と回答した方のみお答えください。】

③-1 この調査票を受け取った医療機関以外での、あなたの、平成30年9月1か月間の勤務時間、当直回数等についてご記入ください。

|                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 1) 他に勤務している医療機関数           | ( ) 施設                |
| 2) 1か月間の勤務時間               | 約 ( ) 時間 ( ) 分        |
| 3) 1か月間の当直回数 <sup>注7</sup> | ( ) 回 うち、連続当直回数 ( ) 回 |

注7. 調査票を受け取った医療機関と他の医療機関で連続して当直した場合もその回数をご記入ください。

④ 1年前と比較してあなたの勤務状況はどのように変化しましたか。この調査票を受け取った医療機関での勤務状況についてご回答ください。 ※○はそれぞれ1つだけ

|                            |           |                 |           |                 |          |                 |
|----------------------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|----------|-----------------|
| 1) 勤務時間                    | 01. 短くなった | 02. 変わらない       | 03. 長くなった |                 |          |                 |
| 2) 病棟の勤務状況                 | 01. 改善した  | 02. 変わらない       | 03. 悪化した  | 04. 担当していない     |          |                 |
| 3) 外来の勤務状況 (標榜診療時間内)       | 01. 改善した  | 02. 変わらない       | 03. 悪化した  | 04. 担当していない     |          |                 |
| 4) 救急外来の勤務状況 (標榜診療時間外)     | 01. 改善した  | 02. 変わらない       | 03. 悪化した  | 04. 担当していない     |          |                 |
| 5) 標榜診療時間外における手術回数         | 01. 減った   | 02. 変わらない       | 03. 増えた   | 04. 担当していない     |          |                 |
| 6) 手術前日の当直回数               | 01. 減った   | 02. 変わらない       | 03. 増えた   | 04. 担当していない     |          |                 |
| 7) 当直の回数                   | 01. 減った   | 02. 変わらない       | 03. 増えた   | 04. 担当していない     |          |                 |
| 8) 当直時の平均睡眠時間              | 01. 増えた   | 02. 変わらない       | 03. 減った   | 04. 担当していない     |          |                 |
| 9) オンコール担当回数 <sup>注8</sup> | 01. 減った   | 02. 変わらない       | 03. 増えた   | 04. 担当していない     |          |                 |
| 10) 当直翌日の勤務状況              | 01. 改善した  | 02. 変わらない       | 03. 悪化した  | 04. 担当していない     |          |                 |
| 11) 書類作成等の事務作業             | 01. 減った   | 02. 変わらない       | 03. 増えた   |                 |          |                 |
| 12) 総合的にみた勤務状況             | 01. 改善した  | 02. どちらかという改善した | 03. 変わらない | 04. どちらかという悪化した | 05. 悪化した | 06. その他 (具体的に ) |

注8. 病院、診療科、診療科内のチーム等の組織において「オンコール担当」として当番となった回数

### 3. あなたの行っている業務とその負担感等についてお伺いします。

① 貴診療科 (あなたの所属する診療科) における医師の負担軽減策についてお伺いします。

(1) 貴診療科で医師の負担軽減策として実施されている取組としてあてはまる番号全てに○をつけてください。

(2) 上記(1)で○をつけた取組について、特に医師の負担軽減効果のある取組としてあてはまる番号に3つまで○をつけてください。

|                              | (1)<br>実施されている<br>取組に○<br>(あてはまる全てに○) | (2)<br>特に医師の負担軽減<br>効果のあるものに○<br>(○は3つまで) |
|------------------------------|---------------------------------------|---|
| (記入例) 4) 変形労働時間制の導入          | ④ →                                   | ④   |
| 1) 医師の増員                     | 1 →                                   | 1   |
| 2) 勤務間インターバルの導入              | 2 →                                   | 2   |
| 3) 外来提供体制の短縮                 | 3 →                                   | 3   |
| 4) 予定手術前の当直の免除               | 4 →                                   | 4   |
| 5) 当直翌日の業務内容の軽減 (当直翌日の休日を含む) | 5 →                                   | 5   |
| 6) 複数主治医制 <sup>注9</sup> の実施  | 6 →                                   | 6   |

注9. 1人の患者につき複数の主治医が担当する場合。勤務時間外に対応が必要となった場合、基本的に当番の医師が対応する体制を取っている場合も含む。

| ① (続き)                       | (1)<br>実施されている<br>取組に○<br>(あてはまる全てに○) |   | (2)<br>特に医師の負担軽減<br>効果のあるものに○<br>(○は3つまで) |
|------------------------------|---------------------------------------|---|---|
|                              | 7) 医師業務の特定行為研修修了者との分担                 | 7 | →   |
| 8) 医師業務の看護師(7)に示す看護師を除く)との分担 | 8                                     | → | 8   |
| 9) 医師業務の助産師との分担              | 9                                     | → | 9   |
| 10) 薬剤師による処方提案等              | 10                                    | → | 10  |
| 11) 薬剤師による投薬に係る入院患者への説明      | 11                                    | → | 11  |
| 12) 医師業務の薬剤師との分担             | 12                                    | → | 12  |
| 13) 医師事務作業補助者の病棟への配置・増員      | 13                                    | → | 13  |
| 14) 医師事務作業補助者の外来への配置・増員      | 14                                    |   | 14  |
| 15) 医師が出席する会議の開催方法の見直し       | 15                                    | → | 15  |
| 16) ICTを活用した業務の見直し・省力化       | 16                                    | → | 16  |

② 貴診療科における、あなたの業務負担感と業務分担の状況等についてお伺いします。

- (1) 各業務の業務負担感について、あてはまる番号をご記入ください。  
 (2) 各業務の他職種との業務分担の取組状況についてあてはまる番号に○をつけてください。  
 (3) 医師のみが実施している各業務(上記(2)で「3」に○がついた場合)について、今後、他職種への分担をどのように考えていますか。あてはまる番号に○をつけてください。  
 ※ (1)、(2)、(3)のいずれについても、それぞれ○は1つずつ

|                               | (1)業務負担感<br><br>【選択肢】該当番号記入<br>1:負担が非常に小さい<br>2:負担が小さい<br>3:どちらともいえない<br>4:負担が大きい<br>5:負担が非常に大きい<br>9:実施していない | (2)分担取組状況    |              |             | →<br>3と回答した業務 | (3)他職種への期待         |                    |          |         |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|-------------|---------------|--------------------|--------------------|----------|---------|
|                               |   | 主に他職種が実施している | 他職種の補助を受けている | 医師のみが実施している |               | ほしい<br>他職種に実施してほしい | ほしい<br>他職種に補助してほしい | 現行のままでよい | 何とも言えない |
| (記入例) 3) 静脈注射                 | 4   | 1            | 2            | ③           | →             | 1                  | 2                  | ③        | 4       |
| 1) 初療時の予診                     |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 2) 静脈採血                       |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 3) 静脈注射                       |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 4) 血液培養                       |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 5) 留置針によるルート確保                |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 6) 尿道カテーテルの留置                 |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 7) 気管カニューレの交換                 |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 8) 腹腔ドレーンの抜去・縫合               |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 9) 抜糸                         |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 10) 人工呼吸器等の設定条件の変更            |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 11) 人工呼吸器管理下の患者に対する鎮静薬の投与量の調整 |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 12) 脱水症状に対する輸液による補正           |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |
| 13) 患者移動                      |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1                  | 2                  | 3        | 4       |

② (続き)

|                                    | (1) 業務負担感   | (2) 分担取組状況   |              |             | →<br>3と回答した業務 | (3) 他職種への期待 |             |           |         |  |
|------------------------------------|---|--------------|--------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-----------|---------|--|
|                                    |   | 主に他職種が実施している | 他職種の補助を受けている | 医師のみが実施している |               | 他職種に実施してほしい | 他職種に補助してほしい | 現行のまままでよい | 何とも言えない |  |
|                                    | <b>【選択肢】 該当番号記入</b><br>1: 負担が非常に小さい<br>2: 負担が小さい<br>3: どちらともいえない<br>4: 負担が大きい<br>5: 負担が非常に大きい<br>9: 実施していない |              |              |             |               |             |             |           |         |  |
| 14) 診断書、診療記録及び処方せんの記載              |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 15) 主治医意見書の記載                      |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 16) 診察や検査等の予約システム入力や電子カルテ入力        |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 17) 救急医療等における診療の優先順位の決定 (トリアージの実施) |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 18) 検査、治療、入院に関する患者への説明             |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 19) 検査、治療、入院に関する患者の家族への説明          |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 20) 慢性疾患患者への療養生活等の説明               |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 21) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明        |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 22) 患者の退院に係る調整業務                   |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 23) 患者に対する処方薬の説明                   |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 24) 医薬品の副作用・効果の確認                  |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |
| 25) 患者に対する検査結果の説明                  |   | 1            | 2            | 3           | →             | 1           | 2           | 3         | 4       |  |

③ 上記②の業務の他に、あなたが負担に感じている業務で、医師以外の職員と役割分担ができる業務がありましたら、具体的にご記入ください。

4. 病棟薬剤師による、あなたの業務の負担軽減等についてお伺いします。

① あなたが主に勤務する病棟では、薬剤師が病棟に配置されていますか。 ※○は1つだけ

01. 配置されている (⇒ ①-1へ)

02. 配置されていない (⇒ 5へ)

| ①-1 配置されている場合の状況        | (1) 病棟における薬剤師の関与の状況 |          |           | (2) 医師の負担軽減及び医療の質の向上への効果 (薬剤師が関与している場合のみお答えください) |                   |           |                   |       |
|-------------------------|---------------------|----------|-----------|--|-------------------|-----------|-------------------|-------|
|                         | 主に薬剤師が関与            | 時々薬剤師が関与 | 薬剤師は関与しない | 効果がある  | 効果がある<br>どちらかといえば | どちらともいえない | 効果がない<br>どちらかといえば | 効果がない |
| 1) 患者からの情報収集 (投薬歴、持参薬等) | 1                   | 2        | 3         | 1  | 2                 | 3         | 4                 | 5     |
| 2) 医師への処方や服薬計画等の提案      | 1                   | 2        | 3         | 1  | 2                 | 3         | 4                 | 5     |
| 3) 患者に対する処方薬の説明         | 1                   | 2        | 3         | 1  | 2                 | 3         | 4                 | 5     |
| 4) 医薬品の副作用・効果等の確認       | 1                   | 2        | 3         | 1  | 2                 | 3         | 4                 | 5     |
| 5) 退院時の薬剤情報管理指導         | 1                   | 2        | 3         | 1  | 2                 | 3         | 4                 | 5     |



5. あなたの勤務状況に関するご意見等をお伺いします。

① あなたの現在の勤務状況についてどのようにお考えですか。 ※○は1つだけ

01. 改善の必要性が高い (⇒ ①-1へ)  
 02. 改善の必要性がある (⇒ ①-1へ)  
 03. 現状のままでよい (⇒ ②へ)  
 04. その他 (具体的に ) (⇒ ②へ)

【上記①で「01. 改善の必要性が高い」「02. 改善の必要性がある」と回答した方のみお答えください】

①-1 勤務状況について「1. 改善の必要性が高い」または「2. 改善の必要性がある」と回答した最大の理由は何ですか。 ※○は1つだけ

01. 医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性があるため  
 02. 業務を継続していけるか不安があるため  
 03. 過重勤務により身体的・精神的疾患を患う (患った) ため  
 04. 給与が業務量に比べて低いと感じるため  
 05. ワークライフバランスがとれていないため  
 06. 出産・育児休暇等の取得が難しいため  
 07. その他 (具体的に )

② あなたが日常的に出席しなければならない会議 (カンファレンス、診療報酬に関係するものに限る) を、下枠内から全て選び、あてはまる番号に○をつけてください。

また、出席しなければならない会議のうち、必要性が低いと考えられる会議を3つ選んでください。

会議の種類

01. 医療安全に係る会議  
 02. 感染対策に係る会議  
 03. 褥瘡対策に係る会議  
 04. 多職種からなる役割分担推進のための委員会  
 05. 適切なコーディングに関する委員会  
 06. 認知症患者のケアに係る会議  
 07. 緩和ケアに係る会議  
 08. リハビリテーションに係る会議  
 09. 栄養管理に係る会議  
 10. 入退院支援に係る会議  
 11. 精神科リエゾンに係る会議  
 12. 在宅患者に係る会議  
 13. その他① ( )  
 14. その他② ( )  
 15. その他③ ( )

|                   |                     |                     |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| 最も必要性が低い<br>と思う会議 | 2番目に必要性が低い<br>と思う会議 | 3番目に必要性が低いと<br>思う会議 |
|-------------------|---------------------|---------------------|

あてはまる会議の種類番号

③ あなたが日常的に作成しなければならない書類 (診療報酬に関係するものに限る) を、下枠内から全て選び、あてはまる番号に○をつけてください。

また、作成しなければならない書類のうち、必要性が低いと考えられる書類を3つ選んでください。

書類の種類

01. 入院診療計画書  
 02. 褥瘡対策に係る診療計画書  
 03. 栄養管理に係る計画書  
 04. 緩和ケア診療に係る計画書  
 05. 退院支援に係る計画書  
 06. リハビリテーションに係る指示書・計画書  
 07. 訪問看護に係る指示書  
 08. その他① ( )  
 09. その他② ( )

|                   |                     |                     |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| 最も必要性が低い<br>と思う書類 | 2番目に必要性が低い<br>と思う書類 | 3番目に必要性が低いと<br>思う書類 |
|-------------------|---------------------|---------------------|

あてはまる書類の種類番号

④ どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減することができますか。具体的にご記入ください。

医師票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）  
医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する  
実施状況調査

※特に指定がある場合を除いて、平成30年10月1日現在の状況についてお答えください。

※数値を記入する設問で、該当するものがない場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

1. あなたが管理する病棟の概要についてお伺いします。

①病棟の主たる診療科をお選びください。※あてはまる番号すべてに○

- |                       |                       |            |             |
|-----------------------|-----------------------|------------|-------------|
| 01. 内科系 <sup>注1</sup> | 02. 外科系 <sup>注2</sup> | 03. 小児科    | 04. 産婦人科・産科 |
| 05. 救急部門              | 06. 精神科               | 07. その他（ ） |             |

注1. 内科系：内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科

注2. 外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

②診療報酬上の病棟種別をお選びください。

<入院基本料>

- |                  |                                |                |  |                     |   |                |                |               |               |               |
|------------------|--------------------------------|----------------|--|---------------------|---|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| 01. 一般病棟入院基本料→   | 01. 急性期一般入院料 1                 | 02. 急性期一般入院料 2 | 03. 急性期一般入院料 3   | 04. 急性期一般入院料 4      | 05. 急性期一般入院料 5  | 06. 急性期一般入院料 6 | 07. 急性期一般入院料 7 | 08. 地域一般入院料 1 | 09. 地域一般入院料 2 | 10. 地域一般入院料 3 |
| 02. 療養病棟入院基本料→   | 01. 療養病棟入院料 1                  | 02. 療養病棟入院料 2  | 03. 療養病棟入院基本料 注11*1                                    | 04. 療養病棟入院基本料 注12*2 | 夜間看護加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)                                  |                |                |               |               |               |
| 03. 精神病棟入院基本料→   | 01. 1 0 対 1                    | 02. 1 3 対 1    | 03. 1 5 対 1  | 04. 1 8 対 1         | 05. 2 0 対 1   |                |                |               |               |               |
| 04. 特定機能病院入院基本料→ | 一般病棟 ( 01. 7 対 1 02. 1 0 対 1 ) |                | 精神病棟 ( 01. 7 対 1 02. 1 0 対 1 03. 1 3 対 1 04. 1 5 対 1 ) |                     |   |                |                |               |               |               |
| 05. 障害者施設等入院基本料→ | 01. 7 対 1                      | 02. 1 0 対 1    | 03. 1 3 対 1  | 04. 1 5 対 1         | ( 看護補助加算 (01. 届出あり 02. 届出なし) 夜間看護体制加算 (01. 届出あり 02. 届出なし) ) |                |                |               |               |               |
| 06. その他の入院基本料 →  | 01. 7 対 1                      | 02. 1 0 対 1    | 03. それ以外 )   |                     |   |                |                |               |               |               |

<特定入院料>

- |                        |          |            |          |            |          |            |          |            |  |
|------------------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|--|
| 07. 地域包括ケア病棟入院料→       | 01.入院料 1 | 02.入院管理料 1 | 03.入院料 2 | 04.入院管理料 2 | 05.入院料 3 | 06.入院管理料 3 | 07.入院料 4 | 08.入院管理料 4 |  |
| 08. 回復期リハビリテーション病棟入院料→ | 01.入院料 1 | 02.入院料 2   | 03.入院料 3 | 04.入院料 4   | 05.入院料 5 | 06.入院料 6   |          |            |  |
| 09. 小児入院医療管理料→         | 01.管理料 1 | 02.管理料 2   | 03.管理料 3 | 04.管理料 4   | 05.管理料 5 |            |          |            |  |
| 10. その他の特定入院料 (具体的に    |          |            |          |            |          |            |          |            |  |

※1 看護職員配置が2 0 対 1 未満または医療区分2・3の患者割合5 0 %未満の場合

※2 看護職員配置が2 5 対 1 未満の場合

| ③ 貴病棟の病床数、病床利用率、新規入院患者数、退院患者数等をご記入ください。                          |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 1) 病床数   |  | 床                           |
| 2) 病床利用率 <sup>注3</sup>   |  | %                           |
| 3) 平成30年9月1か月間の新入院患者数  |  | 人                           |
| 4) 平成30年9月1か月間の新退院患者数  |  | 人                           |
| 5) 平均在院日数 <sup>注4</sup>  |  | 日                           |
| 6) 平成30年9月1か月間の手術を受けた患者数 <sup>注5</sup> (緊急・予定手術を問わない)            |  | 件                           |
| 7) ①平成30年7月～9月の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合 <sup>注6</sup>          |  | %                           |
| ②平成30年7月～9月の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの該当患者割合 <sup>注6</sup>             |  | %                           |
| 8) (一般病棟の場合) 貴医療機関の施設基準の届出にあたり選択している重症度、医療・看護必要度                 |  | 01. Ⅰ 02. Ⅱ<br>03. 届出していない  |
| 9) (一般病棟の場合) 平成29年10月1日時点の入院基本料の区分                               |  | 01. 7対1 02. 10対1<br>03. その他 |
| 10) (一般病棟の場合) 平成29年7月～9月の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 <sup>注7</sup> |  | %                           |

注3. 病床利用率：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{7月～9月の在院患者延べ数}}{\text{(月間日数} \times \text{月末許可病床数) の7月～9月の合計}} \times 100$$

注4. 平均在院日数：以下の式により算出し、小数点以下第1位まで（小数点以下第2位を切り捨て）ご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{7月～9月の在院患者延べ日数}}{\text{(7月～9月の新入院患者数} + \text{7月～9月の新退院患者数)} \times 0.5}$$

注5. 手術後に直接、当該病棟に帰棟（帰室）した患者数をご記入ください。

注6. 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票評価の手引きを用いて評価・判定をしてください。評価を実施していない場合や貴病棟のみの該当患者割合を算出していない場合は空欄でかまいません。

注7. 平成29年度時における「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票評価の手引きを用いて評価・判定した値。評価を実施していない場合や貴病棟のみの該当患者割合を算出していない場合は空欄でかまいません。

|   |   |        |
|---|---|--------|
| ④ 月平均夜勤時間超過減算の算定の有無(平成30年4月以降) ※○は1つだけ                                | 01. あり  | 02. なし |
| ⑤ 夜間看護体制特定日減算の算定の有無(平成30年4月以降) ※○は1つだけ                                | 01. あり  | 02. なし |
| ⑥ 看護補助加算<br>※○は1つだけ<br>※地域一般入院基本料または13対1、15対1、18対1、20対1入院基本料を算定する病院のみ | 01. 看護補助加算1      02. 看護補助加算2      03. 看護補助加算3<br>→ { a) 夜間75対1看護補助加算(40点)      (01. 届出あり      02. 届出なし)<br>b) 夜間看護体制加算(165点)      (01. 届出あり      02. 届出なし)<br>04. 届出をしていない<br>→ { a) 届出の予定      (01. 予定あり      02. 予定なし)<br>b) 届出をしていない理由(※○はいくつでも)<br>(01. 職員確保が困難      02. 必要性がない      03. その他(      )) |        |

※以下の質問⑦～⑩は一般病棟の方のみご回答ください。  
それ以外の病棟の方は3ページの2. ①へお進みください。

|   |   |          |
|---|---|----------|
| ⑦ 急性期看護補助体制加算<br>※○は1つだけ<br>※急性期一般入院基本料または特定機能病院入院基本料、もしくは専門病院入院基本料の7対1もしくは10対1入院基本料の算定病棟のみ | 01. 25対1(看護補助者5割以上)      02. 25対1(看護補助者5割未満)<br>03. 50対1      04. 75対1<br>05. 届出をしていない<br>→ { a) 届出の予定      (01. 予定あり      02. 予定なし)<br>b) 届出をしていない理由(※○はいくつでも)<br>(01. 職員確保が困難      02. 必要性がない      03. その他(      )) |          |
| ⑧ 夜間急性期看護補助体制加算<br>※○は1つだけ<br>※⑦急性期看護補助体制加算を算定する病棟のみ  | 01. 30対1      02. 50対1      03. 100対1<br>04. 届出をしていない<br>→ { a) 届出の予定      (01. 予定あり      02. 予定なし)<br>b) 届出をしていない理由(※○はいくつでも)<br>(01. 職員確保が困難      02. 必要性がない      03. その他(      ))                                  |          |
| ⑨ 夜間看護体制加算 ※○は1つだけ ※⑦急性期看護補助体制加算を算定する病棟のみ   | 01. 算定あり  | 02. 算定なし |

|   |                                  |                  |                  |
|---|----------------------------------|------------------|------------------|
| ⑩看護職員夜間配置<br>加算<br>※○は1つだけ<br>※急性期一般入院基本料または特定機能病院入院基本料、もしくは専門病院入院基本料の7対1もしくは10対1入院基本料の算定病棟のみ | 01. 1 2 対 1 の「1」                 | 02. 1 2 対 1 の「2」 | 03. 1 6 対 1 の「1」 |
|   | 04. 1 6 対 1 の「2」                 | 05. なし           |                  |
|   | → { a) 届出の予定 (01. 予定あり 02. 予定なし) |                  |                  |
|   | b) 届出をしていない理由 (※○はいくつでも)         |                  |                  |
|   | (01. 職員確保が困難                     | 02. 必要性がない       | 03. その他 ( ) )    |

## 2. 貴病棟における看護職員・看護補助者の勤務状況等についてお伺いします。

|   |                   |
|---|-------------------|
| ①貴施設の看護職員 <sup>注8</sup> の労働時間の把握方法として該当するものをお選びください。※主なもの1つに○ |                   |
| 01. IC・タイムカード等の客観的な方法により把握                                    | 02. 上司等が確認して把握    |
| 03. 自己申告に基づき把握  | 04. 出勤簿等への押印により把握 |
| 05. その他 (具体的に )   |                   |

注8. 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

|                                    |                           |                           |                         |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| ②貴病棟における看護職員の勤務形態<br>※あてはまる番号すべてに○ | 01. 2交代制 <sup>注9</sup>    | 02. 変則2交代制 <sup>注10</sup> | 03. 3交代制 <sup>注11</sup> |
|                                    | 04. 変則3交代制 <sup>注12</sup> | 05. 上記01.~04.の混合          | 06. 日勤のみ                |
|                                    | 07. 夜勤のみ                  | 08. その他 (具体的に )           |                         |

注9. 2交代制：日勤・夜勤が12時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務。

注10. 変則2交代制：日勤8時間、夜勤16時間といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

注11. 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

注12. 変則3交代制：日勤9時間、準夜勤7時間、深夜勤8時間といった日勤・準夜勤・深夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが異なる交代勤務。

### ※以下の質問③~⑫は平成30年9月の実績をご記入ください。

|                                      |    |                           |
|--------------------------------------|----|---------------------------|
| ③貴病棟に配置されている職員数(夜勤専従者は除く)            | 常勤 | 非常勤(常勤換算 <sup>注13</sup> ) |
| 1)看護師数                               | 人  | 人                         |
| うち、特定行為研修を修了した看護師数                   | 人  | 人                         |
| 2)准看護師数                              | 人  | 人                         |
| 3)看護補助者数                             | 人  | 人                         |
| ④看護職員 <sup>注8</sup> の勤務時間等(夜勤専従者は除く) | 常勤 | 非常勤(常勤換算 <sup>注13</sup> ) |
| 1)1人当たり平均勤務時間 <sup>注14</sup> /月      | 時間 | 時間                        |
| 2)1人当たり平均夜勤時間 <sup>注15</sup> /月      | 時間 | 時間                        |
| 3)(最小値 <sup>注16</sup> )夜勤時間/月        | 時間 | 時間                        |
| 4)(最大値 <sup>注16</sup> )夜勤時間/月        | 時間 | 時間                        |
| 5)1人当たり平均勤務日数 <sup>注17</sup> /月      | 日  | 日                         |
| ⑤看護補助者の勤務時間                          | 常勤 | 非常勤(常勤換算 <sup>注13</sup> ) |
| 1)1人当たり平均勤務時間 <sup>注14</sup> /月      | 時間 | 時間                        |

注13. 常勤換算：貴施設の1週間の所定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1位まで(第2位を切り捨て)ご記入ください。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護職員が1人いる場合：(4日×5時間×1人)÷40時間

注14. 勤務時間：実際に勤務した時間です。残業時間も含まれます。

注15. 夜勤時間：延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数(※夜勤従事者=夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内(病棟+病棟外)で勤務する時間)。なお、次の該当者は計算から除外してください。a)夜勤専従者(専ら夜勤時間帯に従事する者)、b)急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟の場合は月夜勤時間数が16時間未満及び短時間制職員で月夜勤時間数が12時間未満の者、c)急性期一般入院基本料、7対1入院基本料病棟及び10対1入院基本料の病棟以外の病棟の場合は、月夜勤時間数が8時間未満の者。

注16. (最小値)夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。夜勤に従事していない人は除いてください。

(最大値)夜勤時間/月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤時間をご記入ください。

注17. 平均勤務日数：休暇日を除いた勤務日数の1人当たり平均値をご記入ください。

|   |    |          |
|---|----|----------|
| ⑥貴病棟に配置されている看護職員 <sup>注8</sup> の夜勤専従者数(実人数) | 常勤 | 非常勤(実人数) |
| 1)看護師数                                      | 人  | 人        |
| 2)准看護師数                                     | 人  | 人        |

| ⑦看護職員 <sup>注8</sup> の夜勤専従者の勤務時間等 | 常勤 | 非常勤 |
|----------------------------------|----|-----|
| 1) 1人当たり平均勤務時間 <sup>注14</sup> ／月 | 時間 | 時間  |
| 2) 1人当たり平均夜勤時間 <sup>注18</sup> ／月 | 時間 | 時間  |
| 3) (最小値 <sup>注19</sup> ) 夜勤時間／月  | 時間 | 時間  |
| 4) (最大値 <sup>注19</sup> ) 夜勤時間／月  | 時間 | 時間  |

注18. 夜勤時間：夜勤専従者について、延べ夜勤時間数÷夜勤従事者の合計数（※夜勤従事者=夜勤時間帯に病棟で勤務する時間÷夜勤時間帯に病院内（病棟+病棟外）で勤務する時間）。

注19. (最小値) 夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も短かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。  
(最大値) 夜勤時間／月：貴病棟で1か月の夜勤時間が最も長かった看護職員の夜勤専従者の夜勤時間をご記入ください。

| ⑧看護職員 <sup>注8</sup> 1人当たり月平均夜勤回数   | 常勤     | 非常勤 |
|------------------------------------|--------|-----|
| 2交代(変則2交代を含む)                      | 回      | 回   |
| 3交代(変則3交代を含む)                      | 1) 準夜勤 | 回   |
|                                    | 2) 深夜勤 | 回   |
| 2交代(変則2交代を含む)と<br>3交代(変則3交代を含む)の混合 | 1) 2交代 | 回   |
|                                    | 2) 3交代 | 回   |

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| ⑨平均夜勤体制(配置人数)                             | 看護職員 準夜帯 ( ) 人  | 深夜帯 ( ) 人    |
|   | 看護補助者 準夜帯 ( ) 人   | 深夜帯 ( ) 人    |
| ⑩日勤における休憩時間 <sup>注20</sup>                | 看護職員 ( ) 時間   | 看護補助者 ( ) 時間 |
| ⑪夜勤時間帯 <sup>注21</sup> ※24時間制で記入           | ( ) 時 ~ ( ) 時   |              |
| ⑫夜勤における<br>休憩時間 <sup>注20</sup><br>および仮眠時間 | 2交代(変則2交代を含む)の場合  | 休憩・仮眠 ( ) 時間 |
|   | ※休憩および仮眠時間をまとめて付与している場合は上段に回答。<br>※どちらかのみ、またはそれぞれ付与の場合は下段に回答。 | 休憩 ( ) 時間    |
|   |   | 仮眠 ( ) 時間    |
|   | 3交代(変則3交代を含む)の場合  | 準夜勤 ( ) 時間   |
| ※休憩時間のみ回答。                                | 深夜勤 ( ) 時間  |              |

注20. 休憩時間：1回の勤務にあたり貴施設の所定労働時間において規定されている休憩時間。

時間単位でご記入ください。(例えば、30分は0.5時間、15分は0.25時間とご記入ください。)

注21. 夜勤時間帯：病院で任意に設定している22時～翌5時を含む連続する16時間。

時間単位でご記入ください。(例えば、30分は0.5時間、15分は0.25時間とご記入ください。)

| ⑬平成30年度診療報酬改定の結果、貴病棟における看護職員数や夜勤に関する状況は改定前と比較して、どのようになりましたか。※それぞれ○は1つだけ |              |          |              |
|---|--------------|----------|--------------|
| 1) 看護師数   | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 2) 准看護師数  | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 3) 看護補助者数   | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 4) 実際の夜勤時間の長さ(残業等含む)  | 01.短くなった     | 02.変わらない | 03.長くなった     |
| 5) 夜勤の回数  | 01.減った       | 02.変わらない | 03.増えた       |
| 6) 夜勤時の受け持ち患者数  | 01.減った       | 02.変わらない | 03.増えた       |
| 7) 夜勤時の繁忙度  | 01.余裕ができた    | 02.変わらない | 03.忙しくなった    |
| 8) 夜勤をする看護要員  | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 9) 夜勤をする看護要員以外の者<br>(理学療法士等)  | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 10) 一部の者への夜勤の負担   | 01.減った       | 02.変わらない | 03.増えた       |
| 11) 夜勤シフトの組み方   | 01.改善した      | 02.変わらない | 03.悪化した      |
| 12) 夜勤の72時間要件   | 01.満たしやすくなった | 02.変わらない | 03.満たしにくくなった |
| 13) 他部署との兼務   | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |
| 14) 短時間勤務者で夜勤時間帯に勤務する者  | 01.増えた       | 02.変わらない | 03.減った       |

|  |           |                 |           |
|--|-----------|-----------------|-----------|
| ⑭1年前と比較して、貴病棟の看護職員の勤務状況はどのように変化しましたか。※それぞれ○は1つだけ |           |                 |           |
| 1) 勤務時間  | 01. 長くなった | 02. 変わらない       | 03. 短くなった |
| 2) 長時間連続勤務の状況                                    | 01. 長くなった | 02. 変わらない       | 03. 短くなった |
| 3) 有給休暇の取得状況                                     | 01. 増えた   | 02. 変わらない       | 03. 減った   |
| 4) 総合的にみた勤務状況                                    | 01. 改善した  | 02. どちらかという改善した |           |
|  | 03. 変わらない | 04. どちらかという悪化した |           |
|  | 05. 悪化した  | 06. その他 ( )     |           |

### 3. 貴病棟における看護職員の負担軽減策の取組状況についてお伺いします。

|  |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
|--|-----------------|---|----------------------|---------------------|-----------|------------------|-------------------|------------------|-------|
| ①貴病棟における看護職員の負担軽減策についてお伺いします。  |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
| (1) 貴病棟で看護職員の負担軽減策として実施している取組に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○                  |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
| (2) 上記(1)で○をつけた取組について、取組を開始した時期としてあてはまる番号に○をつけてください。<br>※それぞれ○は1つずつ    |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
| (3) 上記(1)で○をつけた取組について、看護職員の負担軽減の効果としてあてはまる番号に○をつけてください。<br>※それぞれ○は1つずつ |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
|  | (1)             |   | (2)取組を開始した時期         |                     | (3)負担軽減効果 |                  |                   |                  |       |
|  | 実施されて<br>いる取組に○ |   | 平成30年<br>3月31日<br>以前 | 平成30年<br>4月1日<br>以降 | 効果がある     | どちらかとい<br>え効果がある | ない<br>どちらともい<br>え | どちらかとい<br>え効果がない | 効果がない |
| (記入例)4)夜勤専従者の雇用  | ④               | → | ①                    | 2                   | 1         | ②                | 3                 | 4                | 5     |
| 1. 看護職員の配置・勤務シフト等  |                 |   |                      |                     |           |                  |                   |                  |       |
| 1) 看護職員の増員   | 1               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 2) 短時間勤務の看護職員の増員   | 2               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 3) 夜勤時間帯の看護職員配置の増員   | 3               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 4) 夜勤専従者の雇用  | 4               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 5) 2交代・3交代制勤務の見直し<br>(変則への移行を含む)                                       | 5               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 6) 11時間以上の勤務間隔の確保  | 6               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 7) 夜勤後の暦日の休日の確保  | 7               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 8) 夜勤の連続回数が2連続(2回まで)<br>の設定  | 8               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 9) 月の夜勤回数の上限の設定  | 9               | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 10) (2交代勤務)夜勤時の仮眠時間を含<br>む休憩時間の確保                                      | 10              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 11) (2交代勤務)16時間未満となる夜<br>勤時間の設定  | 11              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 12) (3交代勤務)日勤深夜、準夜日勤<br>のシフトの回避  | 12              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 13) (3交代勤務)正循環の交代周期の<br>確保   | 13              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 14) 早出や遅出などの看護ニーズに応<br>じた勤務の導入・活用                                      | 14              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 15) 当直明けの勤務者に対する配慮   | 15              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |
| 16) 残業が発生しないような業務量の<br>調整  | 16              | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                | 3                 | 4                | 5     |

|  | (1)         |   | (2)取組を開始した時期         |                     | (3)負担軽減効果 |                   |                 |                   |       |
|--|-------------|---|----------------------|---------------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------------|-------|
|  | 実施されている取組に○ |   | 平成30年<br>3月31日<br>以前 | 平成30年<br>4月1日<br>以降 | 効果がある     | 効果がある<br>どちらかといえば | ない<br>どちらともいえない | 効果がない<br>どちらかといえば | 効果がない |
| 17) 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築                   | 17          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 18) 他部門(退院支援部門等)の看護職員との業務分担                        | 18          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 19) 院内保育所の設置 <sup>注22</sup>                        | 19          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 20) 夜間院内保育所の設置 <sup>注22</sup>                      | 20          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 21) 勤務時間内の委員会 <sup>注23</sup> の開催                   | 21          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 22) 看護職員に出席義務のある院内の各種委員会の見直し(出席者、回数、開催時間、開催方法の見直し) | 22          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 23) メンタルヘルス対策の実施                                   | 23          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 24) 電子カルテ又はオーダーリングシステムの活用                          | 24          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 25) 業務効率化のための手順等の見直し                               | 25          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 26) 交代時の申し送りの簡素化                                   | 26          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 27) 看護記録に係る負担軽減の取組                                 | 27          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| <b>2. 看護補助者の配置等</b>                                |             |   |                      |                     |           |                   |                 |                   |       |
| 28) 看護補助者との業務分担                                    | 28          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 29) 看護補助者の増員                                       | 29          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 30) 早出や遅出の看護補助者の配置                                 | 30          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 31) 夜勤時間帯の看護補助者の配置                                 | 31          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 32) 病棟クラークとの業務分担                                   | 32          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 33) 病棟クラークの配置                                      | 33          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| <b>3. 他職種との業務分担等</b>                               |             |   |                      |                     |           |                   |                 |                   |       |
| 34) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士との業務分担                        | 34          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 35) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の病棟配置                         | 35          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 36) 臨床検査技師、臨床工学技士との業務分担                            | 36          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 37) 臨床検査技師、臨床工学技士の病棟配置                             | 37          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 38) MSW又はPSWとの業務分担                                 | 38          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 39) MSW又はPSWの病棟配置                                  | 39          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |
| 40) 薬剤師の病棟配置                                       | 40          | → | 1                    | 2                   | 1         | 2                 | 3               | 4                 | 5     |

注22. 病院として院内保育所または夜間院内保育所を設置している場合、それぞれ「(1)実施されている取組」欄に○をご記入いただき、(2)、(3)にご回答ください。

注23. 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」「医療安全管理体制に関する基準」「褥瘡対策の基準」を満たすための委員会は除きます。





①-3 以下の各業務について、貴病棟の状況をそれぞれご回答ください。

|                                       | (1)業務負担感  | (2)看護補助者との業務分担状況<br>(※それぞれ最も近いもの1つに○)     |       |       | (3)【看護補助者が各業務を実施する場合(完全委譲・部分委譲・協働も含む)】<br>看護職員の負担軽減の効果<br>(※それぞれ最も近いもの1つに○)<br>※既に看護補助者が実施している場合もお答えください。 |           |          |       |           | (4)【看護職員が主に担当している場合】<br>今後の協働・分担に関する意向・予定 |                         |             |
|---------------------------------------|---|---|-------|-------|---|-----------|----------|-------|-----------|---|-------------------------|-------------|
|                                       | <b>【選択肢】</b><br>1：負担が非常に小さい<br>2：負担が小さい<br>3：どちらともいえない<br>4：負担が大きい<br>5：負担が非常に大きい<br>9：実施していない<br>該当番号を記入 | 看護職員が主に担当<br>看護職員と看護補助者との協働<br>看護補助者が主に担当 | 効果がある | 効果がある | どちらかといえば  | どちらともいえない | あまり効果がない | 効果がない | えっており、検討中 | 協働・分担を進めたいと考える                            | 協働・分担を進めたいが具体的な検討はしていない | 協働・分担の意向はない |
| 1) 食事介助                               |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 2) 配下膳                                |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 3) 排泄介助                               |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 4) おむつ交換等                             |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 5) 体位変換                               |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 6) 移乗(車椅子、ベッド等)                       |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 7) 寝具やリネンの交換、ベッド作成                    |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 8) 清潔・整容(清拭、陰部洗浄、口腔の清拭等、入浴介助等)        |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 9) 患者の病棟外への送迎(検査、リハビリ等)               |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 10) 入院案内(オリエンテーション等)                  |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 11) 日中の患者の ADL や行動の見守り付添(認知症や高次機能障害等) |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 12) 夜間の患者の ADL や行動の見守り付添(認知症や高次機能障害等) |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 13) 事務的業務 <sup>注25</sup>              |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 14) 物品搬送                              |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 15) 医療材料等の物品の補充、準備、点検                 |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |
| 16) 環境整備                              |   | 1   | 2     | 3     | 1   | 2         | 3        | 4     | 5         | 1   | 2                       | 3           |

注25. 事務的業務：カルテ整理、書類の取扱い、検査処置伝票の取扱い、レントゲンフィルムの整理、案内電話対応、コンピュータ入力等。

①-4 看護補助者に業務を委譲(完全・部分)したことで、看護職員はどのような業務の時間を増やすことができましたか。 ※あてはまるもの全てに○

|  |                            |
|--|----------------------------|
| 01. 入院患者に対する観察頻度の増加  | 02. 医療処置(医師の介助を含む)の実施の増加   |
| 03. 早期離床に関する支援の充実  | 04. 生活リハビリテーションの充実         |
| 05. その他ベッドサイドでのケアの充実   | 06. 患者、家族とのコミュニケーションの充実    |
| 07. 多職種カンファレンスの実施  | 08. 多職種との協働(計画作成・介入・評価)の充実 |
| 09. 退院に向けた支援の充実  | 10. 地域連携に関する取組の充実          |
| 11. 看護計画作成・評価の充実   | 12. 看護要員間での対面による情報共有の充実    |
| 13. 看護記録の新たな作成<br>→内訳：<br>1.患者の基礎情報に関する記録<br>2.看護計画<br>3.経過記録(日々の記録)<br>4.看護必要度に関する記録<br>5.サマリーの作成<br>6.その他( ) |                            |
| 14. その他(具体的に： )  |                            |

①-5 上記で選択した項目のうち、最も時間を増やすことができた項目の番号1つをご記入ください。

②あなたは看護補助者の活用に関する研修を修了していますか。※〇は1つだけ

01. 修了している→②-1へ

02. 修了していない→③へ

②-1 研修内容等についてご意見・ご要望がございましたら、ご自由にご記入ください。

【すべての方にお伺いします】

③貴病棟には、薬剤師が病棟配置されていますか。※〇は1つだけ

01. 配置されている →配置されている薬剤師数（常勤換算<sup>注26</sup>）（ ）人 →③-1へ

02. 配置されていない →④へ

注26. 常勤換算：貴施設の1週間の所定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1位まで（第2位を切り捨て）ご記入ください。

例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の薬剤師が1人いる場合：（4日×5時間×1人）÷40時間

③-1 病棟薬剤師の配置による効果としてあてはまる番号に〇をつけてください。※あてはまる番号すべてに〇

- 01. 看護職員の薬剤関連業務の負担が軽減した
- 02. 速やかに必要な情報を把握できるようになった
- 03. 薬剤関連のインシデントが減少した
- 04. 服薬支援がより適切に行われるようになった
- 05. 病棟職員の薬物療法・服薬指導に対する理解・スキルが向上した
- 06. 患者の直接ケア時間が増えた
- 07. 効果が実感できない
- 08. その他（具体的に ）

④ 薬剤師が病棟に配置されているか否かに関わらず、すべての方にお伺いします。

以下の各業務について、薬剤師との連携状況としてあてはまる番号に〇をつけてください。

薬剤師が実施している、または薬剤師と連携して実施している場合、負担軽減の効果についてもお答えください。

※それぞれ〇は1つ

|                         | (1) 連携状況                     |  |               | (2)<br>【薬剤師が実施している、または<br>薬剤師と連携して実施している場合】<br>負担軽減効果 |               |           |          |       |
|-------------------------|------------------------------|--|---------------|---|---------------|-----------|----------|-------|
|                         | 薬剤師が実施している、または薬剤師と連携して実施している | 薬剤師と連携していないが、今後連携を進める予定である（進めたいと考えている） | 薬剤師と連携する予定はない | 効果がある   | どちらかといえば効果がある | どちらともいえない | あまり効果がない | 効果がない |
| 1) 持参薬の管理               | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 2) 効果・副作用等の確認           | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 3) 薬剤師と共にカンファレンスや回診への参加 | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 4) 患者等への薬剤に関する説明等の実施    | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |

次ページへ続きます。

|                                     | (1) 連携状況                     |  |               | (2)<br>【薬剤師が実施している、または<br>薬剤師と連携して実施している場合】<br>負担軽減効果 |               |           |          |       |
|-------------------------------------|------------------------------|--|---------------|---|---------------|-----------|----------|-------|
|                                     | 薬剤師が実施している、または薬剤師と連携して実施している | 薬剤師と連携していないが、今後連携を進める予定である（進めたいと考えている） | 薬剤師と連携する予定はない | 効果がある   | どちらかといえば効果がある | どちらともいえない | あまり効果がない | 効果がない |
| 5) 配薬                               | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 6) 日々の服薬状況の確認                       | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 7) 薬剤のミキシング（抗がん剤を除く）                | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 8) 抗がん剤のミキシング                       | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 9) 病棟配置薬の管理                         | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 10) 薬物療法（注射や輸液等の保管管理、準備、薬剤の投与量の調整等） | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 11) 退院患者の薬剤指導                       | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |
| 12) その他<br>(具体的に )                  | 1                            | 2                                      | 3             | 1   | 2             | 3         | 4        | 5     |



【すべての方にお伺いします】

⑤貴病棟における、**歯科医師・歯科衛生士との連携状況**はどのようになっていますか。※あてはまる番号すべてに○

01. 歯科医師・歯科衛生士と共にカンファレンスや回診への参加

02. 入院患者への口腔ケアの実施 → 頻度：1. 毎日 2. 週に数回 3. その他（具体的に )

03. 退院に向けた患者・家族に対する口腔ケアに関する指導の実施

04. その他（具体的に )

05. 連携していない

【すべての方にお伺いします】

⑥貴病棟における**緩和ケアチームとの連携状況**についてお伺いします。

1) 緩和ケアチームへの相談件数（実患者数） ( ) 件・チームはない ※平成30年9月実績

2) 平成30年度診療報酬改定前後での相談件数変化 01. 増えた 02. 変わらない 03. 減った

【すべての方にお伺いします】

⑦貴病棟における**栄養サポートチームとの連携状況**についてお伺いします。

1) 栄養サポートチームの対応件数（実患者数） ( ) 件・チームはない ※平成30年9月実績

2) 平成30年度診療報酬改定前後での対応件数変化 01. 増えた 02. 変わらない 03. 減った

5. 看護職員の負担軽減策に関するご意見についてお伺いします。

① 貴病棟における、看護職員の負担軽減に関する現在の取組についてどのように評価していますか。※○は1つだけ

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 01. 十分である          | 02. どちらかといえば十分である |
| 03. どちらかといえば不十分である | 04. 不十分である        |

② 貴病棟における、看護職員の長時間労働・業務負担の要因として、どのようなものがありますか。  
**主なものを3つまでお選びください。**※○は3つまで

|   |                     |                   |                |                   |               |           |  |
|---|---------------------|-------------------|----------------|-------------------|---------------|-----------|--|
| 01. 看護職員不足  | 02. 夜勤可能な看護職員不足     |                   |                |                   |               |           |  |
| 03. 看護記録等の書類→負担となっている記録の内訳：   |                     |                   |                |                   |               |           |  |
| <table border="0"> <tr> <td>1. 看護記録</td> <td>2. 看護必要度に関する記録</td> <td>3. その他診療報酬に関連した書類</td> </tr> <tr> <td>4. その他院内規定の書類</td> <td colspan="2">5. その他( )</td> </tr> </table> |                     | 1. 看護記録           | 2. 看護必要度に関する記録 | 3. その他診療報酬に関連した書類 | 4. その他院内規定の書類 | 5. その他( ) |  |
| 1. 看護記録   | 2. 看護必要度に関する記録      | 3. その他診療報酬に関連した書類 |                |                   |               |           |  |
| 4. その他院内規定の書類   | 5. その他( )           |                   |                |                   |               |           |  |
| 04. 診療時間外の患者(家族)への説明対応  | 05. 出席要請のある院内の委員会   |                   |                |                   |               |           |  |
| 06. 交代時の申し送り  | 07. 看護補助者や病棟クラークの不足 |                   |                |                   |               |           |  |
| 08. 医師以外の他の職種の不足(07を除く)   |                     |                   |                |                   |               |           |  |
| 09. その他(具体的に )  |                     |                   |                |                   |               |           |  |
| 10. 分からない   | 11. 特になし            |                   |                |                   |               |           |  |

③ 今後、どのような取組をすれば、看護職員の業務負担の軽減が図られると思いますか。※あてはまる番号すべてに○

|                            |                                  |
|----------------------------|----------------------------------|
| 01. 薬剤師による薬剤の準備、処方依頼、残薬確認  | 02. リハビリ職による病棟内で行う日常生活動作向上のための介助 |
| 03. 臨床検査技師による採血・検体採取介助     | 04. 技師職による検査前後の説明や検査結果の管理        |
| 05. 臨床工学技士による医療機器の管理・請求・補充 | 06. 歯科専門職による口腔管理                 |
| 07. 看護補助者との役割分担のさらなる推進     | 08. システムや事務職員等による物品の搬送・移送        |
| 09. その他(具体的に )             |                                  |

③-1 上記で選択した取組のうち、看護職員の業務負担軽減に最も効果があると考えられる取組の番号1つをご記入ください。

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

④ 貴病棟における看護職員の勤務状況や負担軽減に関する今後の課題等があればご記入ください。

看護師長票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

**平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 30 年度調査）**  
**医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査**

●特に指定がある場合を除いて、平成 30 年 10 月 1 日現在の状況についてお答えください。  
 ●ご回答の際は、該当する番号を○（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. 貴施設の概要等についてお伺いします。**

① 貴施設に所属する薬剤師数を常勤、非常勤別にご記入ください。

| 常 勤   | 非常勤   |                      |
|-------|-------|----------------------|
|       | 実人数   | 常勤換算人数 <sup>注1</sup> |
| ( ) 人 | ( ) 人 | ( ) 人                |

注1. 非常勤職員の常勤換算は、貴施設の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第1位まででご記入ください（小数点以下第2位を切り捨て）。  
 例：1週間の所定勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の非常勤職員1人いる場合  
 非常勤職員数（常勤換算）＝（5時間×4日×1人）÷40時間（週所定労働時間）＝0.5人

② 貴施設における、平成 29 年 9 月及び平成 30 年 9 月 1 か月間における常勤薬剤師 1 人あたりの平均勤務時間、平均当直回数、平均オンコール担当回数等についてご記入ください。

|                                | 平成 29 年 9 月  | 平成 30 年 9 月    |
|--------------------------------|--|----------------|
| 1) 1 人あたりの平均勤務時間 <sup>注2</sup> | 約 ( ) 時間 ( ) 分   | 約 ( ) 時間 ( ) 分 |
| 2) 夜間勤務体制<br>※○は1つだけ           | 01. 日勤のみ      02. 当直 <sup>注3</sup> 03. オンコール <sup>注4</sup><br>04. 2交代制 <sup>注5</sup> 05. 3交代制 <sup>注6</sup> 06. シフト勤務 <sup>注7</sup> （早出、遅出等）<br>07. その他（具体的に ) |                |

**【以下の設問3）～7）は、2）で「02.当直」あるいは「03.オンコール」に回答した施設のみお答えください。】**

|   | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
|---|-------------|-------------|
| 3) 1 人あたりの当直・オンコール担当平均回数 <sup>注8</sup>  | ( ) 回       | ( ) 回       |
| 4) 上記 3) のうち、土曜・日曜の平均回数   | ( ) 回       | ( ) 回       |
| 5) 当直・オンコール時の業務内容について ※あてはまる番号すべてに○   |             |             |
| 01. 入院患者に対する内用薬・外用薬調剤<br>02. 入院患者に対する注射薬調剤<br>03. 外来患者に対する内用薬・外用薬調剤・交付業務<br>04. 外来患者に対する注射薬調剤<br>05. 入院患者に対する無菌製剤処理業務<br>06. 外来患者に対する無菌製剤処理業務<br>07. 薬品管理業務（発注、在庫管理、マスタ管理等）<br>08. 病棟薬剤業務<br>09. その他（具体的に ) |             |             |
|   | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
| 6) 当直・オンコール 1 回当たり処方箋平均枚数   | ( ) 枚/回     | ( ) 枚/回     |
| 7) 上記 6) のうち、土曜・日曜の平均枚数   | ( ) 枚/回     | ( ) 枚/回     |

注2. 所定労働時間に残業時間を加えた時間  
 注3. 薬剤師が夜間勤務している体制をとっていること  
 注4. 自宅待機等で必要時に呼び出しを受けて対応できる体制をとっていること  
 注5. 日勤・夜勤が 12 時間ずつ等といった日勤・夜勤の各時間帯の勤務時間の長さが同じになる交代勤務  
 注6. 日勤・準夜勤・深夜勤が 8 時間ずつの交代勤務  
 注7. 早出、遅出等の時間差勤務体制をとっていること  
 注8. 土曜日・日曜日の日直はそれぞれ 1 回として数える

| ③ 貴施設における、平成 29 年 9 月及び平成 30 年 9 月 1 か月間における処方箋枚数についてご記入ください。 |             |             |
|---|-------------|-------------|
|   | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
| 1) 外来患者の院外処方箋   | ( ) 枚       | ( ) 枚       |
| 2) 外来患者の院内処方箋   | ( ) 枚       | ( ) 枚       |
| 3) 入院患者の処方箋   | ( ) 枚       | ( ) 枚       |

| ④ 貴施設における、平成 29 年 9 月及び平成 30 年 9 月 1 か月間におけるインシデント数の件数についてご記入ください。 |             |             |
|--|-------------|-------------|
|  | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
| 1) レベル 2 <sup>注9</sup> 以上のインシデント数                                  | ( ) 件       | ( ) 件       |
| 2) 上記 1) のうち、薬剤に関するインシデント数   | ( ) 件       | ( ) 件       |
| 3) 上記 2) のうち、療養病棟・精神病棟のインシデント数                                     | ( ) 件       | ( ) 件       |
| 4) 上記 2) のうち、集中治療室等 <sup>注10</sup> のインシデント数                        | ( ) 件       | ( ) 件       |

注9. レベル 2：国立大学附属病院医療安全管理協議会の影響レベルを指します。

注10. 集中治療室等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室を指します。

| ⑤ 貴施設における 1) 病棟数、2) 薬剤師が配置されている病棟数についてご記入ください。<br>※病棟薬剤業務実施加算を算定していない場合もすべて含めて記入してください。 |             |             |
|---|-------------|-------------|
|   | 平成 29 年 9 月 | 平成 30 年 9 月 |
| 1) 貴施設における全病棟数  | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |
| 2) 上記 1) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数  | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |
| 3) 療養病棟・精神病棟の病棟数  | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |
| 4) 上記 3) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数  | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |
| 5) 集中治療室等の病棟数   | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |
| 6) 上記 5) のうち、病棟専任の薬剤師が配置されている病棟数  | ( ) 病棟      | ( ) 病棟      |

| ⑥ 各病棟に配置されている薬剤師数を常勤、非常勤別にご記入ください。 |             |       |        |             |       |        |
|------------------------------------|-------------|-------|--------|-------------|-------|--------|
|                                    | 平成 29 年 9 月 |       |        | 平成 30 年 9 月 |       |        |
|                                    | 常勤          | 非常勤   |        | 常勤          | 非常勤   |        |
|                                    |             | 実人数   | 常勤換算人数 |             | 実人数   | 常勤換算人数 |
| 1) 各病棟に配置されている薬剤師数                 | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  |
| 2) 上記 1) のうち、病棟専任の薬剤師数             | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  |
| 3) 上記 2) のうち、療養病棟・精神病棟に配置されている薬剤師数 | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  |
| 4) 上記 2) のうち、集中治療室等に配置されている薬剤師数    | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  | ( ) 人       | ( ) 人 | ( ) 人  |



2. 薬剤師の病棟業務等についてお伺いします。

① 貴施設では、病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 病棟薬剤業務実施加算 1      02. 病棟薬剤業務実施加算 2      03. いずれも届出していない

【②-1～②-5 は、上記①で「01.病棟薬剤業務実施加算 1」と回答した施設の方のみご回答ください。】

②-1 薬剤師の業務について、1年前（新たに薬剤師を配置した場合、配置前後）と比較してどのように変わりましたか。 ※○はそれぞれ1つずつ

|   | とても増えた | 増えた | 変化はない | 減った | とても減った |
|---|--------|-----|-------|-----|--------|
| 1) 薬剤師による入院時における持参薬の確認                        | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 2) 薬剤師から医師への情報提供                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 3) 薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数                   | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 4) 医師から薬剤師への相談回数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 5) 看護職員から薬剤師への相談回数                            | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 6) 薬剤師による処方提案の件数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 7) 薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど）の提案の件数 | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 8) 薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数                    | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 9) 薬剤師の関与による副作用報告の件数                          | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 10) 薬剤総合評価調整加算の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数）     | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 11) 退院時薬剤情報管理指導料の件数                           | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |

②-2 貴施設では療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。 ※○は1つだけ

01. 実施している病棟がある（⇒②-3へ）      02. 実施していない（当該病棟がない場合も含む）（⇒③-1へ）

【上記②-2で「01.実施している病棟がある」と回答した施設のみお答えください。】

②-3 貴施設では、9週目以降も療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務を実施していますか。 ※○は1つだけ

01. 実施している（⇒②-4～②-5へ）      02. 実施していない（⇒③-1へ）

【上記②-3で「01.実施している」と回答した施設のみお答えください。】

②-4 9週目以降も療養病棟・精神病棟で病棟薬剤業務が必要と思いますか。 ※○は1つだけ

01. 必要と思う      02. 薬剤によっては必要と思う  
 03. 医師の依頼（同意）がある場合のみでよいと思う      04. 必要ないと思う  
 05. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

【上記②-3で「01.実施している」と回答した施設のみお答えください。】

②-5 9週目以降に病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。

※あてはまる番号すべてに○

01. 患者の薬に関する理解とアドヒアランスが向上した  
 02. 医師の業務負担が軽減した  
 03. 看護職員の業務負担が軽減した  
 04. 薬剤関連のインシデントが減少した  
 05. 薬剤種類数が減少した  
 06. 医薬品費が減少した（後発医薬品の使用促進を含む）  
 07. 副作用の回避・軽減や病状の安定化が速やかに得られるようになった  
 08. 在院日数が減少した  
 09. 外来通院や在宅での薬物治療に移行できる割合が高まった  
 10. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

次頁へ

▶【③-1～③-3は、3頁の①で「02. 病棟薬剤業務実施加算2」と回答した施設の方のみご回答ください。】

③-1 薬剤師の業務について、1年前（新たに薬剤師を配置した場合、配置前後）と比較してどのように変わりましたか。 ※○はそれぞれ1つずつ

|   | とても増えた | 増えた | 変化はない | 減った | とても減った |
|---|--------|-----|-------|-----|--------|
| 1) 薬剤師による入院時における持参薬の確認                        | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 2) 薬剤師から医師への情報提供                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 3) 薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数                   | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 4) 医師から薬剤師への相談回数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 5) 看護職員から薬剤師への相談回数                            | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 6) 薬剤師による処方提案の件数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 7) 薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど）の提案の件数 | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 8) 薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数                    | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 9) 薬剤師の関与による副作用報告の件数                          | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 10) 薬剤総合評価調整加算の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数）     | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 11) 退院時薬剤情報管理指導料の件数                           | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |

③-2 病棟薬剤業務実施加算2として、どこに薬剤師を配置していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 01. 救命救急入院料          | 02. 特定集中治療室管理料      |
| 03. 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 04. 小児特定集中治療室管理料    |
| 05. 新生児特定集中治療室管理料    | 06. 総合周産期特定集中治療室管理料 |

③-3 病棟薬剤業務実施加算2を実施する体制をとることでどのような効果がありましたか。  
※あてはまる番号すべてに○

|                                       |
|---------------------------------------|
| 01. 集中治療室等から一般病棟等への薬に係る連携・移行がスムーズになった |
| 02. 医師・看護職員の業務負担が軽減した                 |
| 03. 副作用の回避・軽減や、病状の安定化に寄与した            |
| 04. 薬剤関連のインシデントが減少した                  |
| 05. 処方提案の件数が増加した                      |
| 06. その他（具体的に                          |

▶【④-1～④-3は、3頁の①で「03.いずれも届出していない」と回答した施設の方のみご回答ください。】

④-1 薬剤師の業務について、1年前と比較してどのように変わりましたか。 ※○はそれぞれ1つずつ

|   | とても増えた | 増えた | 変化はない | 減った | とても減った |
|---|--------|-----|-------|-----|--------|
| 1) 薬剤師による入院時における持参薬の確認                        | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 2) 薬剤師から医師への情報提供                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 3) 薬剤師の病棟内のカンファレンス・回診への参加回数                   | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 4) 医師から薬剤師への相談回数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 5) 看護職員から薬剤師への相談回数                            | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 6) 薬剤師による処方提案の件数                              | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 7) 薬剤師による臨床検査（肝・腎機能、電解質・血中薬物濃度モニタリングなど）の提案の件数 | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 8) 薬剤師の関与による副作用・相互作用等回避の件数                    | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 9) 薬剤師の関与による副作用報告の件数                          | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 10) 薬剤総合評価調整加算の件数（算定できない病棟の場合は同様の業務の実施回数）     | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |
| 11) 退院時薬剤情報管理指導料の件数                           | 1      | 2   | 3     | 4   | 5      |

④-2 病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をしていないのはなぜですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 算定対象病棟がないため
02. 薬剤師の人数が不足しているため
03. 病棟以外（調剤・製剤、外来化学療法、手術室など）の業務負担が大きいため
04. 病棟専任薬剤師による病棟業務の実施時間が週 20 時間に満たないため
05. 薬剤管理指導以外の病棟薬剤業務のニーズが少ないため
06. その他（具体的に )

④-3 今後、病棟薬剤業務実施加算の施設基準の届出をする予定がありますか。 ※○は1つだけ

01. 予定がある
02. 予定はない
03. 方針を検討中

【⑤は、3 頁の①で「1.病棟薬剤業務実施加算 1」又は「2.病棟薬剤業務実施加算 2」と回答した施設の方で、新規に届出した施設がご回答ください。】

⑤ 届出を行うためにどのような対応を行いましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 特に何もしていない
02. 常勤薬剤師を増員した
03. 非常勤薬剤師を増員した
04. 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った
05. 医師との業務分担を見直した
06. 看護職員との業務分担を見直した
07. IT やシステム等（業務日誌や入力テンプレート等）の活用や環境整備を行った
08. その他（具体的に )

【⑥-1～⑥-2 は、全ての施設がご回答ください。】

⑥-1 病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した
02. 医師の業務負担が軽減した
03. 看護職員の業務負担が軽減した
04. 薬剤関連のインシデントが減少した
05. 薬物治療の質が向上した
06. 患者のQOLが向上した
07. 薬剤種類数が減少した
08. その他（具体的に )

⑥-2 病棟薬剤業務の実施はどのような点で重要だと思えますか。具体的にご記入ください。

【⑦-1～⑦-3 は、入院時支援加算の施設基準の届出をしている施設のみご回答ください。】

⑦-1 貴施設では平成30年9月中に入院時支援加算を算定しましたか。 ※○は1つだけ

01. 算定した (⇒⑦-2 へ)

02. 算定しなかった (⇒⑧-1 へ)

【上記⑦-1で「01. 算定した」と回答した施設のみお答えください。】

⑦-2 入院時支援加算の算定にあたり、薬剤師の関与はありましたか。 ※○は1つだけ

01. あった (⇒⑦-3～⑦-4 へ)

02. なかった (⇒⑧-1 へ)

【上記⑦-2で「01. あった」と回答した施設のみお答えください。】

⑦-3 薬剤師の関与の内容としてあてはまるものをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 服薬中の薬剤の確認

02. 入院中に行われる治療・検査の説明

03. その他 (具体的に )

【上記⑦-2で「01. あった」と回答した施設のみお答えください。】

⑦-4 入院時支援加算の算定に関与した薬剤師としてあてはまるものをお選びください。

※あてはまる番号すべてに○

01. 病棟薬剤業務を担当する薬剤師 (⇒⑧-1 へ)

02. 01 以外の薬剤師 (⇒⑦-5 へ)

【上記⑦-4で「02. 01 以外の薬剤師」と回答した施設のみお答えください。】

⑦-5 入院時支援加算の算定に病棟薬剤業務を担当する薬剤師以外の薬剤師が関与することにより、病棟薬剤業務に変化がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 持参薬確認業務が減った

02. 医師へ情報提供をする機会が増えた

03. 医師へ処方提案をする機会が増えた

04. 病棟でのカンファレンスに参加する機会が増えた

05. 病棟での回診に同行する機会が増えた

06. 特に変化なし

07. その他 (具体的に )

【⑧-1～⑧-4 は、病棟薬剤業務実施加算を別途算定することができない患者のみが入院している病棟で病棟薬剤業務を実施している施設にご回答ください。それ以外の方はここで終わりです。】

⑧-1 算定している入院料 (入院基本料、特定入院料等) のうち最も多いものを1つ具体的にご記入ください。  
(例: 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料 等)

⑧-2 当該病棟は、病棟薬剤業務実施加算を算定することができませんが、なぜ病棟薬剤業務を実施しているのですか。 ※○は1つだけ

01. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者と同様に薬学的管理が必要であるため

02. 病棟薬剤業務実施加算を算定している患者以上に薬学的管理が必要な患者がいるため

03. その他 (具体的に )

⑧-3 病棟薬剤業務を実施することでどのような効果がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 01. 患者の薬に関する知識とアドヒアランスが向上した | 02. 医師の業務負担が軽減した     |
| 03. 看護職員の業務負担が軽減した          | 04. 薬剤関連のインシデントが減少した |
| 05. 薬物治療の質が向上した             | 06. 患者のQOLが向上した      |
| 07. 薬剤種類数が減少した              |                      |
| 08. その他（具体的に                | ）                    |

⑧-4 これらの病棟でも病棟薬剤業務を積極的に実施すべきだと思いますか。 ※○は1つだけ

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 01. 全ての患者で実施すべき      | 02. 患者ごとに必要な業務を実施すべき |
| 03. 医師等から依頼があれば実施すべき | 04. 実施すべきだとは思わない     |
| 05. その他（具体的に         | ）                    |

薬剤部管理者票の質問は以上です。ご協力いただきましてありがとうございました。

平成 30 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する  
実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会  
保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、医療従事者の負担を軽減する観点か  
ら、医師事務作業補助体制加算の見直し、看護補助者の配置に関する評価及び看護職員  
の夜間配置に関する評価の引き上げ・対象病棟の拡大、常勤要件・専従要件の緩和、勤務  
場所の要件の緩和等が行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）におけ  
る診療報酬改定結果検証部会では、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証する  
ために、全国の保険医療機関を対象に、医療従事者の勤務状況や職員体制等について調  
査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果  
検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご  
協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しま  
すので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせくださ  
い。

謹白

**平成 30 年●月●日(●)まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにてご返送ください。

なお、「施設票」の提出は、電子調査票を指定のアドレス宛にご提出いた  
だく方法でも承ります。詳しくは同封の「配布に際してのお願い」をご参照く  
ださい。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail：●●●●● @mizuho-ir.co.jp

TEL：●●●●●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

FAX：●●●●●

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」  
調査の概要（案）

■ 調査目的

本調査では、平成 30 年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方に記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査を行い、改定の結果検証を行うことを目的とする。

<調査のねらい>

- ・ 保険薬局で受け付けた処方箋について、「一般名処方」の記載された処方箋の受付状況、「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署名の状況の把握
- ・ 保険薬局における後発医薬品への変更調剤の状況の把握
- ・ 後発医薬品の使用促進に係る加算及び減算の届出、算定状況の把握
- ・ 医薬品の備蓄及び廃棄の状況の把握
- ・ 後発医薬品についての患者への説明状況の把握
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化の把握
- ・ 保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況の把握
- ・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識の把握 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

①保険薬局調査

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局を調査対象とする。調査客体数は 1,500 施設とする。

②診療所調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所を調査対象とする。調査客体数は 1,500 施設とする。

③病院調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した病院を調査対象とする。調査客体数は 1,000 施設とする。

④医師調査

- ・ 上記③「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師を本調査の対象とする。1 施設につき診療科の異なる医師 2 人を調査対象とする。
- ・ 最大客体数は 2,000 人（ $2 \times 1,000 = 2,000$  人）となる。

⑤-1 患者調査（郵送調査）

- ・ 上記①「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者を調査対象とする。
- ・ 1 施設につき 2 人を本調査の対象とする。最大客体数は 3,000 人（ $2 \times 1,500 = 3,000$  人）となる。

⑤-2 患者調査（インターネット調査）

- ・直近1か月間で、保険薬局に処方箋を持って来局した患者を調査対象とする。
- ・調査客体数は1,000人程度とする。

○調査方法（案）

- ・上記①②③については、対象施設に対して自記式調査票を郵送配布し、郵送にて回収とする。
- ・上記④については、病院調査の対象施設を通じて自記式調査票を配布し、回答者本人が封入した上、郵送にて回収とする。
- ・上記⑤-1については、保険薬局調査の対象施設を通じて自記式調査票を配布し、回答者本人が封入した上、郵送にて回収とする。  
 ※上記①②③については、紙の調査票へ回答し郵送回収する方法の他、電子ファイルの調査票に回答し調査専用のアドレス宛に返送する方法も用意する。
- ・上記⑤-2については、インターネット調査会社のモニター会員のうち、直近1年間に保険薬局に処方箋を持って来局したことがある患者がインターネット上で回答する。

■調査項目

※調査票（素案）参照

■ 調査スケジュール（案）

|                    | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|--------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 調査票案の作成            | →  |    |     |     |     |    |    |    |
| 調査客体の抽出・名簿作成       |    | →  |     |     |     |    |    |    |
| 調査票印刷・封入・発送        |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 調査実施期間             |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 督促状印刷・発送           |    |    |     | →   |     |    |    |    |
| 調査票回収・検票           |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| データ入力<br>データクリーニング |    |    | →   |     |     |    |    |    |
| 集計分析               |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 報告書（案）の作成          |    |    |     |     | →   |    |    |    |
| 追加分析               |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 報告書のとりまとめ          |    |    |     |     |     |    | →  |    |
| 調査検討委員会の開催         | ★  |    |     |     |     |    | ★  |    |



**平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票**

※この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

**<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。
- ・特に断りのない限り、平成30年10月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

0. ご回答者についてお伺いします。

|                    |  |       |     |            |
|--------------------|--|-------|-----|------------|
| ①性別 ※○は 1 つだけ      | 1. 男性  | 2. 女性 | ②年齢 | （      ） 歳 |
| ③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ | 1. 開設者兼管理者      2. 開設者      3. 管理者<br>4. その他（具体的に      ） |       |     |            |

1. 貴薬局の状況についてお伺いします（平成 30 年 10月1日現在）。

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| ①所在地(都道府県)   | （      ） 都・道・府・県   |  |  |  |
| ②開設者<br>※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください。   | 1. 会社 { <ul style="list-style-type: none"> <li>…▶ (1. 株式会社 2. 有限会社 3. 合資会社 4. 合名会社 5. その他)</li> <li>…▶ (1. ホールディングス*の傘下 2. ホールディングスの非傘下)</li> </ul> ※持株会社（会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%を超える会社）のことである。 |  |  |  |
| ③同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等*<br>による薬局店舗数<br>※同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様)<br>1. 保険薬局の事業者の最終親会社<br>2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社<br>3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社<br>4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者 | （      ） 店舗<br>※当該店舗を含めてお答えください。   |  |  |  |
| ④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。  | 西暦（      ） 年   |  |  |  |
| ⑤貴薬局はチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ  | 1. はい      2. いいえ  |  |  |  |
| ⑥貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。<br>※○は 1 つだけ<br>※「近隣」には同一敷地内も含まれます。   | 1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局<br>2. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局<br>3. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局<br>4. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局<br>5. その他（具体的に      ）                          |  |  |  |
| ⑦貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成 29 年度決算  | 約（      ） %      ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。   |  |  |  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| ⑧調剤基本料 ※○は1つだけ   |   | 1. 調剤基本料 1 (41点) 2. 調剤基本料 2 (25点) 3. 調剤基本料 3 イ (20点)<br>4. 調剤基本料 3 ロ (15点) 5. 特別調剤基本料 (10点) |  |
| ⑧-1  | 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)                  | ( ) 回/月   |  |
| ⑧-2  | 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合(調剤基本料の根拠となる数字)    | ( . ) % ※小数点以下第1位まで   |  |
| ⑧-3  | 上記⑧-2に次いで2番目に受付回数が多い保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合  | ( . ) % ※小数点以下第1位まで   |  |
| ⑧-4  | 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無(調剤基本料の根拠) ※○は1つだけ | 1.あり 2.なし   |  |
| ⑨地域支援体制加算 ※○は1つだけ<br>平成30年10月1日  |   | 1. 地域支援体制加算 (35点) 2. 届出(算定)なし   |  |
| ⑩後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ   |   | 平成29年10月1日  | 平成30年10月1日   |
|  |   | 1.後発医薬品調剤体制加算1<br>2.後発医薬品調剤体制加算2<br>3.届出(算定)なし  | 1.後発医薬品調剤体制加算1<br>2.後発医薬品調剤体制加算2<br>3.後発医薬品調剤体制加算3<br>4.届出(算定)なし |
| ⑪後発医薬品調剤割合   | 平成29年7月～9月の平均値                            | ( ) %   |  |
|  | 平成30年7月～9月の平均値                            | ( ) %   |  |
| ⑫かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出 ※○は1つだけ  |   | 1.あり 2.なし   |  |
| ⑬職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。   |   | 常勤(実人数)   | 非常勤(実人数)   |
|  | 1)薬剤師                                     | ( ) 人   | ( ) 人  |
|  | (うち)かかりつけ薬剤師指導料等★における「かかりつけ薬剤師」           | ( ) 人   | ( ) 人  |
|  | 2)その他(事務職員等)                              | ( ) 人   | ( ) 人  |
|  | 3)全職員(上記1)+2)の合計                          | ( ) 人   | ( ) 人  |
| ⑭貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※あてはまる番号すべてに○ |   |   |  |
| 1. ICTを活用している →活用しているICT :<br>11.メール 12.電子掲示板 13.グループチャット<br>14.ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)<br>15.その他 ( )                            |   |   |  |
| 2. ICTは活用していない   |   |   |  |

★かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

2. 貴薬局で調査対象期間(平成30年9月7日(金)～9月13日(木)の1週間)に受け付けた処方箋について、ご記入ください。

|   |       |
|---|-------|
| (1)①平成30年9月7日(金)～9月13日(木)に受け付けた処方箋枚数は何枚ですか。             | ( ) 枚 |
| ②上記①のうち、先発医薬品(準先発品*1)名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数 | ( ) 枚 |
| ③上記①のうち、後発医薬品名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数         | ( ) 枚 |
| ④上記①のうち、全てが変更不可となっている処方箋の枚数                             | ( ) 枚 |
| ⑤上記①のうち、1品目でも一般名処方が含まれている処方箋の枚数                         | ( ) 枚 |
| ⑥上記⑤のうち、後発医薬品が存在する医薬品について、1品目でも一般名処方となっている処方箋の枚数        | ( ) 枚 |
| ⑦上記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品が2品目以上あり、その全品目が一般名処方されている処方箋の枚数    | ( ) 枚 |

※②～⑦は1枚の処方箋を重複してカウントしていただいて結構です。

|   |        |
|---|--------|
| (2) 以下は(1)①の処方箋(平成 30 年9 月 7 日(金)~9 月 13 日(木)の1週間に受け付けた処方箋)に記載された医薬品について、品目数ベース(銘柄・剤形・規格単位別)の数でご記入ください。 |        |
| ① 一般名で処方された医薬品の品目数(②+③=①)   | ( ) 品目 |
| ② ①のうち、後発医薬品を選択した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |
| ③ ①のうち、先発医薬品(準先発品を含む)を選択した医薬品の品目数   | ( ) 品目 |
| ④ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数   | ( ) 品目 |
| ⑤ ④のうち、「変更不可」となっていない*2 医薬品の品目数(⑥+⑦=⑤)   | ( ) 品目 |
| ⑥ ⑤のうち、先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |
| ⑦ ⑤のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数  | ( ) 品目 |
| ⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数   | ( ) 品目 |
| ⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形)                              | ( ) 品目 |
| ⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む)  | ( ) 品目 |
| ⑪ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数   | ( ) 品目 |
| ⑫ ⑪のうち、「変更不可」となっている医薬品の品目数  | ( ) 品目 |
| ⑬ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数   | ( ) 品目 |
| ⑭ (1)①の処方箋に記載された医薬品の品目数の合計(①+④+⑪+⑬=⑭)   | ( ) 品目 |

※①+④+⑪+⑬+⑭となりますので、ご確認ください

- \*1 昭和 42 年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。
- \*2 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

【上記(2)⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方】  
 (3) 患者が後発医薬品を希望しない理由として最も多いものは何ですか。 ※○は1つだけ

1. 医師が処方した医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 後発医薬品の使用感(味、色、剤形、粘着力等)に不満があるから
5. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
6. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから
7. その他(具体的に )

【上記(2)⑫で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている後発医薬品があった薬局の方】  
 (4) 変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※○は1つだけ

1. あった
2. なかった→4ページの質問(5)へ

【上記(4)で「1. あった」と回答した薬局の方】  
 (4)-1 どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった
2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど(当日)、患者宅へ届けることになった
3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった
4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった
5. その他(具体的に )



|   |  |
|---|--|
| <b>(3) 貴薬局における後発医薬品の採用基準は何ですか。※あてはまる番号すべてに○</b>   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること</li> <li>2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること</li> <li>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること</li> <li>4. 大病院で採用されていること</li> <li>5. 近隣の保険医療機関（病院・診療所）で採用されている処方銘柄であること</li> <li>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること</li> <li>7. 納品までの時間が短いこと</li> <li>8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること</li> <li>9. 患者からの評判が良いこと</li> <li>10. 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）こと</li> <li>11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること（例：味が良い、かぶれにくいなど）</li> <li>12. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること</li> <li>13. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること</li> <li>14. 信頼における後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること</li> <li>15. 古くから販売されている後発医薬品であること</li> <li>16. オーツライズドジェネリックであること</li> <li>17. 本社の方針・指示があった後発医薬品であること</li> <li>18. 包装の仕様としてバラ包装があること</li> <li>19. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること</li> <li>20. その他(具体的に )</li> </ol> |  |
| <b>(4) 上記(3)の選択肢1.～20.のうち、最も重視している採用基準の番号を1つだけお書きください。</b>  |  |
| <b>(5) 後発医薬品の使用を進めていく上でどのような情報が必要ですか。※具体的にお書きください。</b>  |  |
|   |  |

4. 貴薬局における後発医薬品への対応状況についてお伺いします。

|  |  |
|--|--|
| <b>(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</b>   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる→6ページの質問(5)へ</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる</li> <li>4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない</li> </ol>  |  |
| <b>【上記質問(1)で2.～4.を回答した薬局の方】</b>  |  |
| <b>(2) 後発医薬品を積極的には調剤しない場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○</b>  |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質や医学的な理由(効果や副作用)に疑問があるから</li> <li>2. 後発医薬品メーカーの安定供給に不安があるから</li> <li>3. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br/>→不足している情報( )</li> <li>4. 患者への普及啓発が不足しているから</li> <li>5. 後発医薬品の説明に時間がかかるから</li> <li>6. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的であるから</li> <li>7. 患者が先発医薬品を希望するから</li> <li>8. 先発医薬品では、調剤しやすいように製剤上の工夫がされているから</li> <li>9. 経営上の観点から(具体的に )</li> <li>10. 在庫管理の負担が大きいから</li> <li>11. 経営者(会社)の方針から(具体的に )</li> <li>12. その他(具体的に )</li> </ol> |  |
| <b>【上記質問(1)で2.～4.を回答した薬局の方】</b>  |  |
| <b>(3) 上記(2)の選択肢1.～12.のうち、最も大きな理由は何ですか。※あてはまる番号を1つだけお書きください。</b>   |  |



|  |  |
|--|--|
| <p><b>【すべての薬局の方】</b></p> <p>(7)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい<b>患者の特徴</b>としてあてはまるものすべてに○をつけてください。<br/>※あてはまる番号すべてに○</p>   |  |
| <p>1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者<br/>                 2. 差額が小さい患者<br/>                 3. 先発医薬品との違い（味、色、剤形、粘着力等）を気にする患者<br/>                 4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者<br/>                 5. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者<br/>                 6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者<br/>                 7. 自己負担がない又は軽減されている患者<br/>                 8. その他（具体的に )<br/>                 9. 特にない→質問(9)へ</p> |  |
| <p>(8)上記(7)の選択肢 1. ～8.のうち、<b>最もあてはまる番号</b>を1つだけお書きください。</p>  |  |
| <p><b>【すべての薬局の方】</b></p> <p>(9)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する手段として<b>最もあてはまるもの</b>は何ですか。 ※○は1つだけ</p>   |  |
| <p>1. 「お薬手帳」<br/>                 2. ジェネリック医薬品希望カード・シール<br/>                 3. 薬剤服用歴の記録<br/>                 4. 処方箋受付時における患者への口頭による意向確認<br/>                 5. 処方箋受付時における患者へのアンケートによる意向確認<br/>                 6. その他（具体的に )</p>   |  |
| <p>(10)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ</p>  |  |
| <p>1. 受付の都度、毎回、確認している<br/>                 2. 毎回ではないが、時々、確認している<br/>                 3. 処方内容が変更となった時に確認している<br/>                 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している<br/>                 5. 初回の受付時のみ確認している<br/>                 6. 特に確認していない<br/>                 7. その他（具体的に )</p>   |  |
| <p>(11)後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。 ※○は1つだけ</p>   |  |
| <p>1. 一般名処方<br/>                 2. 先発医薬品名（準先発品を含む）だが変更不可とされていない処方<br/>                 3. 後発医薬品の処方（別銘柄へ変更可能なものも含む）<br/>                 4. 上記 1.と 2.と 3.でいずれも大きな違いはない<br/>                 5. その他（具体的に )</p>  |  |
| <p>(12)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ</p>   |  |
| <p>1. 調剤をした都度<br/>                 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない<br/>                 3. 一定期間に行った調剤をまとめて<br/>                 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に<br/>                 5. 副作用等の問題が発生した時だけ<br/>                 6. 必要ない<br/>                 7. その他（具体的に )</p>   |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| (13)「一般名処方調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供するかについて、処方医の意向を確認していますか。 ※○は1つだけ  |  |  |
| 1. はい   | 2. いいえ                                   |  |
| (14)「一般名処方調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ   |  |  |
| 1. 主に合意した方法で行っている   | 2. 医療機関によって様々である                         |  |
| 3. 合意した方法はない→質問(15)へ  | 4. その他（具体的に） →質問(15)へ                    |  |
| 【上記(14)で1. または2. を回答した薬局の方】   |  |  |
| (14)-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○   |  |  |
| 1. 調剤をした都度提供すること  | 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする |  |
| 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること  | 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること             |  |
| 5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること  | 6. その他（具体的に）                             |  |
| (15)後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算が平成30年10月1日から適用されますが、この診療報酬改定がなされた事により貴薬局における後発医薬品の使用方針に変化はありましたか。 ※○は1つだけ   |  |  |
| 1. 積極的に使用するようになった   | 2. 特に変化はない                               |  |
| (15-1) (15)に示す減算※が平成30年10月1日から適用されますが、貴薬局の平成30年7月から9月の調剤数量割合を当てはめると、貴薬局は減算対象に該当しますか。 ※○は1つだけ<br>※本減算は、処方箋の受付回数が月600回以下の保険薬局、直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可の保険薬局は対象外となります。 |  |  |
| 1. 該当しない  | 2. 該当する →質問5. (1)へ                       |  |
| 【上記(15-1)で1. を回答した薬局の方】   |  |  |
| (15-2)減算対象に該当しない理由として、当てはまるものをお選びください。 ※あてはまる番号すべてに○  |  |  |
| 1. 後発医薬品の調剤数量割合が20%以上   | 2. 処方箋の受付回数が月600回以下                      |  |
| 3. 直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可   |  |  |
| 【上記(15-2)で3. を回答した薬局の方】   |  |  |
| (15-3) 5割以上が先発医薬品変更不可となっている理由として考えられることについて、具体的にお書きください。  |  |  |
|   |  |  |

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

|  |                    |             |
|--|--------------------|-------------|
| (1)後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」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)厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成27年2月第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ                    |                    |             |
| 1. 知っている（内容も見たい）   | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない     |



|  |                     |            |
|--|---------------------|------------|
| (3)厚生労働省では、平成 25 年 4 月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。※〇は 1つだけ  |                     |            |
| 1. 知っている (内容も見た)   | 2. 知っている (内容は見ていない) | 3. 知らない    |
| (4)後発医薬品に関する情報はどこから入手していますか。※あてはまる番号すべてに○  |                     |            |
| 1. 医薬品医療機器情報配信サービス (PMDA メディナビ)<br>2. 厚生労働省の「ジェネリック医薬品品質情報検討会」のホームページ<br>3. 厚生労働省の「安定供給体制等を指標とした情報提供ページ」<br>4. 日本ジェネリック製薬協会の情報提供システム<br>5. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「ジェネリック医薬品情報提供システム」<br>6. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「患者さんの薬箱」<br>7. 製薬企業のホームページ<br>8. 製薬企業のMR<br>9. 卸業者のホームページ<br>10. 卸業者のMS<br>11. 都道府県薬剤師会・地域薬剤師会<br>12. 近隣の医療機関<br>13. その他 (具体的に ) |                     |            |
| (5)上記(4)の選択肢 1. ~13. のうち、最も利用しているものの番号を 1つだけお書きください。   |                     |            |
| (6)今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると思えますか。※あてはまる番号すべてに○  |                     |            |
| 1. 厚生労働省による、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<br>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保<br>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保<br>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合<br>5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上<br>6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価<br>7. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示<br>8. その他 (具体的に )<br>9. 特に対応は必要ない→質問(8)へ  |                     |            |
| (7)上記(6)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。  |                     |            |
| (8)1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄・供給企業数についてどのように思いますか。※〇は1つだけ   |                     |            |
| 1. とても多い   | 2. 多い               | 3. 適正      |
| 4. 少ない   | 5. とても少ない           | 6. わからない   |
| (9)1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄数について何品目が適正だと思いますか。  |                     |            |
| ( ) 品目くらい  |                     |            |
| (10)現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格が3価格帯以下となっていることについて、どのように思いますか。<br>※〇は1つだけ  |                     |            |
| 1. 価格帯を集約すべき   | 2. 価格帯は今より多くてよい     | 3. 特に意見はない |
| 4. その他 (具体的に )   |                     |            |

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <p>(11) 貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>   |                            |
| <p>1. 患者への積極的な働きかけ<br/>                 2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感<br/>                 3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わないこと<br/>                 4. 変更不可とする理由を具体的に伝えること<br/>                 5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと<br/>                 6. 一般名処方とすること<br/>                 7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）への情報提供を不要とすること<br/>                 8. 疑義照会への誠実な対応<br/>                 9. 後発医薬品に対する理解<br/>                 10. その他（具体的に _____）<br/>                 11. 医師に望むことは特にない→質問(13)へ</p> |                            |
| <p>(12) 上記(11)の選択肢 1. ～10. 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>(13) 医薬品を安く調達するために、他の薬局等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。 ※○は1つだけ</p>  |                            |
| <p>1. 行っている</p>   | <p>2. 行っていない</p>           |
| <p>(14) 患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における指針(フォーミュラリー)を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びますが、貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況についてお教えてください。 ※○は1つだけ</p>  |                            |
| <p>1. 地域フォーミュラリーが存在する</p>   | <p>2. 地域フォーミュラリーは存在しない</p> |
| <p>3. 地域フォーミュラリーを作成中である</p>   | <p>4. どのような状況であるか分からない</p> |
| <p>5. 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない</p>   |                            |
| <p>(15) 貴施設は<b>医療情報連携ネットワーク*3</b>に参加していますか。 ※○は1つだけ<br/>                 *3 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク</p>  |                            |
| <p>1. 参加あり</p>  | <p>2. 参加なし</p>             |
| <p>(16) ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。</p>   |                            |
|   |                            |

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ひいたします。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査** 保険薬局票

- 平成 30 年 9 月 12 日（水）の 1 日の状況をご記入ください。当該日が休局日または周辺の主な医療機関の休診日だった場合は、9月12日より前で直近の1日（但し、休局日にも周辺の主な医療機関の休診日にも該当しない日）を選び、ご回答ください。詳細は調査要綱をご覧ください。
- 処方箋 1 枚につき 1 行を使ってご記入ください。

調査日：平成 30 年（ ）月（ ）日（ ）曜日

| 通し<br>番号<br>(NO.) | 先発→後発<br>※ 1 品目でも<br>ある場合は○ | 記載銘柄により調剤した場合<br>の薬剤料 (A)<br>※記載方法は調査要綱ご参照 |   | 実際に調剤し<br>た薬剤料 (B) |   | 患者一部負担金<br>の割合 (C) |   |
|-------------------|-----------------------------|--|---|--------------------|---|--------------------|---|
|                   |                             |  |   |                    |   |                    |   |
| (記入例)<br>1        | ○                           | 724  | 点 | 540                | 点 | 3                  | 割 |
| 1                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 2                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 3                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 4                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 5                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 6                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 7                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 8                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 9                 |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 10                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 11                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 12                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 13                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 14                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 15                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 16                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 17                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 18                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 19                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 20                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 21                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 22                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 23                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 24                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 25                |                             |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |

| 通し<br>番号<br>(NO.) | 先発→後発<br>※1品目でも<br>ある場合は○ | 記載銘柄により調剤した場合の<br>薬剤料 (A)<br>※記載方法は調査要綱ご参照 |   | 実際に調剤した<br>薬剤料 (B) |   | 患者一部負担金<br>の割合 (C) |   |
|-------------------|---------------------------|--|---|--------------------|---|--------------------|---|
|                   |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 26                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 27                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 28                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 29                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 30                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 31                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 32                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 33                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 34                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 35                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 36                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 37                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 38                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 39                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 40                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 41                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 42                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 43                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 44                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 45                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 46                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 47                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 48                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 49                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 50                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 51                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 52                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 53                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 54                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 55                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 56                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 57                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 58                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 59                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |
| 60                |                           |  | 点 |                    | 点 |                    | 割 |



平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査**  
**診療所票**

※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 30 年 10 月 1 日現在の状況についてご記入ください。  
 ※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

**0** あなたご自身についてお伺いします（平成 30 年 10 月 1 日現在）。

|                         |                |          |               |                |
|-------------------------|----------------|----------|---------------|----------------|
| ①性別                     | 1. 男性          | 2. 女性    | ②年齢           | ( ) 歳          |
| ③開設者・管理者の別<br>※○は 1 つだけ | 1. 開設者兼管理者     | 2. 開設者   | 3. 管理者 ( )    |                |
| ④主たる担当診療科<br>※○は 1 つだけ  | 1. 内科 *1       | 2. 外科 *2 | 3. 精神科        | 4. 小児科         |
|                         | 5. 皮膚科         | 6. 泌尿器科  | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |
|                         | 9. 耳鼻咽喉科       | 10. 放射線科 | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |
|                         | 13. 麻酔科        | 14. 救急科  | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |
|                         | 17. その他（具体的に ) |          |               |                |

\*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

\*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

**1** 貴施設の状況についてお伺いします（平成 30 年 10 月 1 日現在）。

|  |   |          |  |                |
|--|---|----------|--|----------------|
| ①所在地（都道府県）   | ( ) 都・道・府・県   |          |  |                |
| ②開設者   | 1. 個人   | 2. 法人    | 3. その他   | ③開設年           |
|  |   |          |  | 西暦 ( ) 年       |
| 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標榜している診療科<br>※あてはまる番号すべてに○  | 1. 内科 *1  | 2. 外科 *2 | 3. 精神科   | 4. 小児科         |
|  | 5. 皮膚科  | 6. 泌尿器科  | 7. 産婦人科・産科   | 8. 眼科          |
|  | 9. 耳鼻咽喉科  | 10. 放射線科 | 11. 脳神経外科  | 12. 整形外科       |
|  | 13. 麻酔科   | 14. 救急科  | 15. 歯科・歯科口腔外科  | 16. リハビリテーション科 |
|  | 17. その他（具体的に )  |          |  |                |
| ⑥オーダーリングシステムの導入状況<br>※あてはまる番号すべてに○   | 1. 一般名処方に対応できるオーダーリングシステムを導入している<br>2. 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<br>3. オーダーリングシステムを導入している（上記 1、2.の機能はない）<br>4. オーダーリングシステムを導入していない |          |  |                |
| ⑦外来の院内・院外処方の割合   | 院内処方 ( ) % + 院外処方 ( ) % = 100% ※算定回数ベース   |          |  |                |
| 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外来後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は 1 つだけ   | 平成29年9月   |          | 平成30年9月  |                |
|  | 1. 算定していない<br>2. 外来後発医薬品使用体制加算 1<br>3. 外来後発医薬品使用体制加算 2  |          | 1. 算定していない<br>2. 外来後発医薬品使用体制加算 1<br>3. 外来後発医薬品使用体制加算 2<br>4. 外来後発医薬品使用体制加算 3 |                |
| ⑪貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※あてはまる番号すべてに○ |   |          |  |                |
| 1. ICTを活用している  | →活用しているICT：<br>11.メール<br>12.電子掲示板<br>13.グループチャット<br>14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）<br>15.その他 ( )  |          |  |                |
| 2. ICTは活用していない   |   |          |  |                |

- 有床診療所で外来の院外処方が5%未満の施設の方…質問2・3・4・6・7にご回答ください。
- 有床診療所で外来の院外処方が5%以上の施設の方…質問2・3・5・6・7にご回答ください。
- 無床診療所で院外処方が5%未満の施設の方…質問2・4・6・7にご回答ください。
- 無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方…5ページの質問5・6・7にご回答ください。

**2** <有床診療所の方>

<無床診療所で院外処方が5%未満の施設の方>

貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

|                     |   |
|---------------------|---|
| ①医薬品備蓄品目数           | 約 ( ) 品目 ※平成 30 年 10 月 1 日 <sup>注</sup> |
| ②上記①のうち後発医薬品の備蓄品目数  | 約 ( ) 品目 ※平成 30 年 10 月 1 日 <sup>注</sup> |
| ③上記②のうちバイオ後続品の備蓄品目数 | 約 ( ) 品目 ※平成 30 年 10 月 1 日 <sup>注</sup> |
| ④調剤用医薬品費 (購入額)      | 約 ( ) 円 ※平成 30 年度4月から9月までの合計額を記入        |
| ⑤上記④のうち後発医薬品費 (購入額) | 約 ( ) 円 ※平成 30 年度4月から9月までの合計額を記入        |
| ⑥調剤用医薬品廃棄額          | 約 ( ) 円 ※平成 30 年度4月から9月までの合計額を記入        |
| ⑦上記⑥のうち後発医薬品廃棄額     | 約 ( ) 円 ※平成 30 年度4月から9月までの合計額を記入        |

注.平成 30 年 10 月 1 日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している平成 30 年度の直近月の初日の数値をご記入ください。

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| ⑧後発医薬品使用割合<新指標、数量ベース><br>※小数点以下第1位まで      | 平成 29 年の 7 月～9 月   | 約 ( . ) % |
|   | 平成 30 年の 7 月～9 月   | 約 ( . ) % |
| ⑨後発医薬品の採用状況<br>※○は 1 つだけ                  | 1. 後発医薬品があるものは積極的に採用<br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用<br>3. 後発医薬品を積極的に採用していない<br>4. その他 (具体的に )   |           |
| ⑩後発医薬品を採用する際に重視すること<br>※あてはまる番号すべてに○      | 1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること<br>2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること<br>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること<br>4. 大病院で採用されていること<br>5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること<br>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること<br>7. 納品までの時間が短いこと<br>8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること<br>9. 患者からの評判が良いこと<br>10. 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)こと<br>11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること<br>(例;味が良い、かぶれにくいなど)<br>12. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること<br>13. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること<br>14. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること<br>15. 古くから販売されている後発医薬品であること<br>16. オーソライズドジェネリックであること<br>17. 包装の仕様としてバラ包装があること<br>18. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること<br>19. その他 (具体的に ) |           |
| ⑪上記⑩の選択肢 1～19のうち、最もあてはまる番号を 1 つだけお書きください。 |  |           |

→有床診療所の方は次のページの質問 3に進んでください。

→無床診療所の方は4ページの質問 4に進んでください。

**3** <有床診療所の方>

入院患者に対する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。

※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。

|   |   |  |
|---|---|--|
| ①後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は1つだけ  | 平成 29 年 10 月 1 日  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 算定していない</li> <li>2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している</li> <li>3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している</li> <li>4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している</li> </ol>                                   |
|   | 平成 30 年 10 月 1 日  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 算定していない</li> <li>2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している</li> <li>3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している</li> <li>4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している</li> <li>5. 後発医薬品使用体制加算 4 を算定している</li> </ol> |
| ②新指標で算出するに当たって問題がありますか。<br>※○は1つだけ  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ある</li> <li>2. ない→質問③へ</li> </ol>   |  |
| <p>【上記②で「1.ある」と回答した方】</p> <p>②-1 具体的な問題点を教えてください。</p>                         |   |  |
|   |   |  |
| ③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。<br>※最も近いもの 1つだけに○                              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>4. 後発医薬品を積極的には処方しない</li> </ol>  |  |
| 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。<br>※あてはまる番号すべてに○ | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保</li> <li>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合</li> <li>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入</li> <li>6. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>8. 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>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示</li> <li>10. その他（具体的に</li> <li>11. 特に対応は必要ない</li> </ol> |  |
| ⑤上記④の選択肢 1～10のうち、最もあてはまる番号を 1つだけお書きください。                                      |   |  |

→外来の院外処方が5%未満の施設の方は、4ページの質問**4**にご回答ください。

→外来の院外処方が5%以上の施設の方は、5ページの質問**5**にご回答ください。



**4** <外来の院外処方が5%未満の施設の方>

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。

①外来診療時の院内投薬における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. 後発医薬品を積極的に処方する
- 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
- 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
- 4. 後発医薬品を積極的には処方しない

【上記①で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方】

▶ ①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
- 2. 患者の経済的負担が軽減できるから
- 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
- 4. 診療報酬上の評価があるから
- 5. 医療費削減につながるから
- 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
- 7. その他（具体的に

【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】

▶ ①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
- 2. 適応症が異なるから
- 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
- 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
→不足している情報 [
- 5. 患者への普及啓発が不足しているから
- 6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから
- 7. 経営上の観点から（具体的に
- 8. 患者が先発医薬品を希望するから
- 9. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから
- 10. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから
- 11. その他（具体的に

②平成30年9月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→8ページの質問6の①へ

▶ ②-1 上記②の場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品を処方・調剤した
- 2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した
- 3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した
- 4. 対応しなかった（理由：
- 5. その他（具体的に

→8ページの質問6へ進んでください。

**5** <有床診療所で外来の院外処方5%以上の施設の方>

<無床診療所で院外処方5%以上の施設の方>

外来診療における処方箋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。

|  |          |                    |             |
|--|----------|--------------------|-------------|
| ①処方箋料の算定回数   |          | ( ) 回 ※平成30年9月1か月間 |             |
| ②一般名処方加算の算定回数  |          | 平成29年9月1か月間        | 平成30年9月1か月間 |
|  | 一般名処方加算1 | ( ) 回              | ( ) 回       |
|  | 一般名処方加算2 | ( ) 回              | ( ) 回       |
| ③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. 後発医薬品を積極的に処方する<br><small>※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。</small><br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する<br>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する<br>4. 後発医薬品を積極的には処方しない  |          |                    |             |
| 【上記③で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方】   |          |                    |             |
| ③-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○。   |          |                    |             |
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから      2. 患者の経済的負担が軽減できるから<br>3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから      4. 診療報酬上の評価があるから<br>5. 医療費削減につながるから      6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから<br>7. 近隣の保険薬局が信頼できるから<br>8. その他（具体的に )  |          |                    |             |
| 【上記③で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】  |          |                    |             |
| ③-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○   |          |                    |             |
| 1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから<br>2. 適応症が異なるから      3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから<br>4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報 ( )<br>5. 患者への普及啓発が不足しているから      6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから<br>7. 一般名の記入がしづらいから      8. 後発医薬品を処方するメリットがないから<br>9. 患者が先発医薬品を希望するから<br>10. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断したから<br>11. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから<br>12. その他（具体的に ) |          |                    |             |
| ④1年前と比較して、後発医薬品の処方数（一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます）は、どのように変化しましたか。 ※○は1つだけ  |          |                    |             |
| 1. 多くなった      2. 変わらない      3. 少なくなった  |          |                    |             |
| ⑤平成30年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。 ※○は1つだけ   |          |                    |             |
| 1. ある      2. ない→7ページの質問⑥へ   |          |                    |             |
| ⑤-1 あなたが発行した院外処方箋枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が1品目でもある処方箋枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※平成30年9月   |          | 約 ( ) 割            |             |

⑤-2 一部の医薬品について「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。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を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を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を不可とすることが多い
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑤-3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
→不足している情報（ \_\_\_\_\_ ）
5. 患者からの希望があるから
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
7. 先発医薬品を指定することはない→質問⑤-5へ

⑤-4 先発医薬品を指定する場合、特に指定している先発医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 内用剤→具体的な剤形：（ 1.錠剤 2.カプセル 3.OD錠 4.粉末 5.シロップ  
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_） ）
2. 外用剤→具体的な剤形：（ 1.点眼薬 2.貼付薬 3.軟膏 4.ローション 5.吸入剤  
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_） ）
3. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑤-5 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから
3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから
5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから
6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから
7. 施設の方針であるため
8. 上記 2.～7.以外の理由で後発医薬品の銘柄を指定する必要があるから  
→（理由： \_\_\_\_\_）
9. 患者から希望があったから
10. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
11. 後発医薬品の銘柄を指定することはない→7ページの質問⑥へ

⑤-6 後発医薬品の銘柄を指定する場合、特に銘柄指定している後発医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 内用剤→具体的な剤形：（ 1.錠剤 2.カプセル 3.OD錠 4.粉末 5.シロップ  
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_） ）
2. 外用剤→具体的な剤形：（ 1.点眼薬 2.貼付薬 3.軟膏 4.ローション 5.吸入剤  
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_） ）
3. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑥現在、一般名処方による処方箋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

【上記⑥で「2. 発行していない」と回答した方】

⑥-1 一般名処方による処方箋を発行していないのはなぜですか。理由を具体的にお書きください。

---

【上記⑥で「1. 発行している」と回答した方】

⑥-2 1年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。 ※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

⑦「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 主に合意した方法で行っている
- 2. 保険薬局によって様々である
- 3. 合意した方法はない→質問⑧へ
- 4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ） →質問⑧へ

【上記⑦で「1. 主に合意した方法で行っている」または「2. 保険薬局によって様々である」と回答した方】

⑦-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 調剤をした都度提供すること
- 2. 原則、調剤をした都度行すが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする
- 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
- 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
- 5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること
- 6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

⑧保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように利用していますか。具体的にお書きください。

---

⑨一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 必要である [ →理由 \_\_\_\_\_ ]
- 2. 必要な場合がある [ →必要な場合の具体的な内容 \_\_\_\_\_ ]
- 3. 必要ではない
- 4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

⑩平成 30 年 4 月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→8ページの質問⑪へ

⑩-1 上記⑩の場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
- 2. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
- 3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
- 4. 一般名で処方した
- 5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
- 6. 対応しなかった（理由： \_\_\_\_\_ ）
- 7. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

⑪後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 1. 処方都度、毎回、確認している    | 2. 毎回ではないが、時々、確認している      |
| 3. 治療方針を変更する際に確認している | 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している |
| 5. 特に確認していない         |                           |
| 6. その他（具体的に          | )                         |

**6** <すべての診療所の方にお伺いします>

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。

①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q & A～<平成27年2月 第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

|                 |                    |         |
|-----------------|--------------------|---------|
| 1. 知っている（内容も見た） | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない |
|-----------------|--------------------|---------|

③厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

|                 |                    |         |
|-----------------|--------------------|---------|
| 1. 知っている（内容も見た） | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない |
|-----------------|--------------------|---------|

④後発医薬品に関する情報はどこから入手していますか。 ※あてはまる番号すべてに○

|  |             |
|--|-------------|
| 1. 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）               |             |
| 2. 厚生労働省の「ジェネリック医薬品品質情報検討会」のホームページ           |             |
| 3. 厚生労働省の「安定供給体制等を指標とした情報提供ページ」              |             |
| 4. 日本ジェネリック製薬協会の情報提供システム                     |             |
| 5. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「ジェネリック医薬品情報提供システム」 |             |
| 6. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「患者さんの薬箱」           |             |
| 7. 製薬企業のホームページ                               | 8. 製薬企業のMR  |
| 9. 卸業者のホームページ                                | 10. 卸業者のMS  |
| 11. 都道府県医師会・地域医師会                            | 12. 近隣の保険薬局 |
| 13. その他（具体的に                                 | )           |

⑤上記④の選択肢 1. ～13. のうち、最も利用しているものの番号を1つだけお書きください。

⑥今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※○は1つだけ

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 1. ある | 2. ない→9ページの質問⑦へ |
|-------|-----------------|

⑥-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

|                                    |
|------------------------------------|
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した           |
| 2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した |
| 3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した           |
| 4. 処方していた後発医薬品が品切・製造中止となった         |
| 5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった          |
| 6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった      |
| 7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた          |
| 8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた |
| 9. その他（具体的に                        |
| )                                  |

|   |                           |            |
|---|---------------------------|------------|
| ⑦1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄・供給企業数についてどのように思いますか。※○は1つだけ  |                           |            |
| 1. とても多い  | 2. 多い                     | 3. 適正      |
| 4. 少ない  | 5. とても少ない                 | 6. わからない   |
| ⑧1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄数について何品目が適正だと思えますか。   |                           |            |
| ( ) 品目くらい   |                           |            |
| ⑨現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格が3価格帯以下となっていることについて、どのように思いますか。<br>※○は1つだけ  |                           |            |
| 1. 価格帯を集約すべき  | 2. 価格帯は今より多くてよい           | 3. 特に意見はない |
| 4. その他 (具体的に )  |                           |            |
| ⑩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よいと思えますか。<br>※あてはまる番号すべてに○   |                           |            |
| 1. 厚生労働省による、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<br>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保<br>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保<br>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合<br>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入<br>6. 後発医薬品に対する患者の理解<br>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価<br>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価<br>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示<br>10. その他 (具体的に )<br>11. 特に対応は必要ない→質問⑫へ |                           |            |
| ⑪上記⑩の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。   |                           |            |
| ⑫一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。(○は1つ)   |                           |            |
| 1. 全ての処方箋について知りたい   | 2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい |            |
| 3. 知りたいとは思わない   |                           |            |
| ⑬「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思えますか。※○は1つだけ  |                           |            |
| 1. 薬局から、調剤をした都度   |                           |            |
| 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて   |                           |            |
| 3. 薬局から、特定の場合にのみ (前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等)   |                           |            |
| 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に  |                           |            |
| 5. 必要でない  |                           |            |
| 6. その他 (具体的に )  |                           |            |
| ⑭医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。(○は1つ)   |                           |            |
| 1. 行っている  |                           | 2. 行っていない  |
| ⑮貴施設は医療情報連携ネットワーク*に参加していますか。※○は1つだけ<br>* 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク   |                           |            |
| 1. 参加あり   |                           | 2. 参加なし    |

- 7 ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を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。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査  
病院票

※この病院票は、病院の開設者・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が、開設者・管理者が指名する方にご回答いただいても結構です。

※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30年10月1日現在の状況についてご記入ください。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

0. ご回答者についてお伺いします。

|             |  |     |  |
|-------------|--|-----|--|
| ①性別 ※○は1つだけ | 1. 男性      2. 女性   | ②年齢 | (                                      ) 歳 |
| ③職種 ※○は1つだけ | 1. 開設者・管理者                                      2. 薬剤部門責任者<br>3. その他(具体的に                                      ) |     |  |

1. 貴施設の状況についてお伺いします(平成30年10月1日現在)。

|   |   |
|---|---|
| ①所在地(都道府県)  | (                                      ) 都・道・府・県  |
| ②開設者 ※○は1つだけ  | 1. 国立      2. 公立      3. 公的      4. 社会保険関係団体<br>5. 医療法人      6. その他の法人      7. 個人   |
| ③開設年  | 西暦(                                      ) 年  |
| ④標榜している診療科 ※あてはまる番号すべてに○  | 1. 内科*1      2. 外科*2      3. 精神科      4. 小児科<br>5. 皮膚科      6. 泌尿器科      7. 産婦人科・産科      8. 眼科<br>9. 耳鼻咽喉科      10. 放射線科      11. 脳神経外科      12. 整形外科<br>13. 麻酔科      14. 救急科      15. 歯科・歯科口腔外科      16. リハビリテーション科<br>17. その他(具体的に                                      )   |
| *1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。 |   |
| *2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。                         |   |
| ⑤DPC対応 ※○は1つだけ  | 1. DPC 対象病院      2. DPC 準備病院      3. DPC対象病院・準備病院以外   |
| ⑥オーダーリングシステムの導入状況 ※あてはまる番号すべてに○   | 1. 一般名処方に対応できるオーダーリングシステムを導入している<br>2. 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<br>3. オーダーリングシステムを導入している(上記1、2の機能はない)<br>4. オーダーリングシステムを導入していない   |
| ⑦外来の院内・院外処方の割合  | 院内処方(                                      )%+院外処方(                                      )%=100% ※算定回数ベース   |
| ⑧特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○  | 1.回復期リハビリテーション病棟入院料      2.地域包括ケア病棟入院料<br>3.救命救急入院料      4.特定集中治療室管理料<br>5.小児入院医療管理料<br>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)<br>7.いずれも算定していない  |
| ⑨許可病床数  | 1)一般病床 (                                      ) 床      2)療養病床 (                                      ) 床<br>3)精神病床 (                                      ) 床      4)結核病床 (                                      ) 床<br>5)感染症病床 (                                      ) 床<br>6)全体 (                                      ) 床 |
| ⑩医師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで  | (                                      ) 人  |
| ⑪薬剤師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで   | (                                      ) 人  |



|  |            |  |             |
|--|------------|--|-------------|
| ⑫処方箋料の算定回数   |            | ( ) 回 ※平成30年9月1か月間   |             |
| ⑬一般名処方加算の算定回数  |            | 平成29年9月1か月間  | 平成30年9月1か月間 |
|  | 一般名処方加算 1  | ( ) 回  | ( ) 回       |
|  | 一般名処方加算 2  | ( ) 回  | ( ) 回       |
| ⑭後発医薬品使用体制加算の状況<br>※○は1つだけ   | 平成29年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している                             |             |
|  | 平成30年10月1日 | 1. 算定していない<br>2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している<br>3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している<br>4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している<br>5. 後発医薬品使用体制加算 4 を算定している |             |
| ⑮新指標で算出するに当たって問題はありますか。<br>※○は1つだけ   |            | 1.ある   | 2.ない→質問⑯へ   |
| 【上記質問⑮で「1.ある」と回答した場合】  |            |  |             |
| ⑮-1 具体的な問題点を教えてください。   |            |  |             |
|  |            |  |             |
| ⑯貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT（情報通信技術）を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。※あてはまる番号すべてに○ |            |  |             |
| 1. ICTを活用している →活用しているICT：<br>11.メール<br>12.電子掲示板<br>13.グループチャット<br>14.ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）<br>15.その他（ )<br>2. ICTは活用していない      |            |  |             |

2. 貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

|  |   |
|--|---|
| ①後発医薬品の採用状況<br>※○は1つだけ                     | 1. 後発医薬品があるものは積極的に採用<br>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用<br>3. 後発医薬品を積極的には採用していない<br>4. その他（具体的に )  |
| ②後発医薬品を採用する際に重視することは何ですか。<br>※あてはまる番号すべてに○ | 1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること<br>2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること<br>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること<br>4. 大病院で採用されていること<br>5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること<br>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること<br>7. 納品までの時間が短いこと<br>8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること<br>9. 患者からの評判が良いこと<br>10. 調剤がしやすい(例;容易に半割ができる、一酸化調剤がしやすい)こと<br>11. 患者が使用しやすいよう医薬品に工夫がなされていること<br>(例;味が良い、かぶれにくいなど)<br>12. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること<br>13. 先発医薬品メーカー・その子会社が扱う後発医薬品であること<br>14. 信頼のおける後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること<br>15. 古くから販売されている後発医薬品であること<br>16. オーソライズドジェネリックであること<br>17. 包装の仕様としてバラ包装があること<br>18. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること<br>19. その他(具体的に ) |

|  |         |                               |          |
|--|---------|-------------------------------|----------|
| ③上記②の選択肢 1～19のうち、最も重視する点としてあてはまる番号を1つご記入ください。  |         |                               |          |
| ④貴院では、患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針（いわゆる「フォーミュラリー」）を定めていますか。 ※〇は1つだけ   |         |                               |          |
| 1. 定めている   |         | 2. 今は定めていないが、予定がある            |          |
| 3. 定めていない  |         | 4. その他（具体的に _____）            |          |
| ⑤調剤用医薬品備蓄品目数<br>※平成30年10月1日  |         | 全品目                           | うち、後発医薬品 |
|  | 1) 内服薬  | ( ) 品目                        | ( ) 品目   |
|  | 2) 外用薬  | ( ) 品目                        | ( ) 品目   |
|  | 3) 注射薬  | ( ) 品目                        | ( ) 品目   |
|  | 4) 合計   | ( ) 品目                        | ( ) ★品目  |
| ⑤-5) 上記⑤-4) (★欄)のうち、バイオ後続品   |         | ( ) 品目                        |          |
| ⑥調剤用医薬品費（購入額）  |         | 約 ( ) 円 ※平成30年4月から9月までの合計額を記入 |          |
| ⑦上記⑥のうち後発医薬品費（購入額）   |         | 約 ( ) 円 ※平成30年4月から9月までの合計額を記入 |          |
| ⑧調剤用医薬品廃棄額   |         | 約 ( ) 円 ※平成30年4月から9月までの合計額を記入 |          |
| ⑨上記⑧のうち後発医薬品廃棄額  |         | 約 ( ) 円 ※平成30年4月から9月までの合計額を記入 |          |
| ⑩後発医薬品使用割合 <新指標、数量ベース>（平成29年、平成30年の7月～9月）※小数点以下第1位まで<br>※(1か月に調剤した後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量)÷(1か月に調剤した後発医薬品ありの<br>先発医薬品と後発医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量)×100(%)。 |         |                               |          |
|  | 7月      | 8月                            | 9月       |
| 平成29年  | ( . ) % | ( . ) %                       | ( . ) %  |
| 平成30年  | ( . ) % | ( . ) %                       | ( . ) %  |

**院外処方箋を発行している施設の方にお伺いします。**  
 院外処方箋を発行していない施設の方は6ページの質問4. ①へお進みください。

**3. 外来診療における処方箋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。**

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ①外来患者に院外処方する場合、後発医薬品の使用について、施設としてどのように対応していますか。 ※〇は1つだけ            |                         |
| 1. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に使用する<br>※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。 |                         |
| 2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する                                |                         |
| 3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている   |                         |
| 4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない                                      |                         |
| 5. その他（具体的に _____） →4ページの質問②へ                                      |                         |
| 【質問①で選択肢 1～3 を回答した方】   |                         |
| ①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇                      |                         |
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから  | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから     |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから   | 4. 診療報酬上の評価があるから        |
| 5. 医療費削減につながるから  | 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから |
| 7. 近隣の保険薬局が信頼できるから   |                         |
| 8. その他（具体的に _____）   |                         |

【上記①で「4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」と回答した方】  
 ①-2 「施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」理由は何ですか。具体的にお書きください。

②現在、貴施設では、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 発行している→質問③へ
- 2. 発行を検討中
- 3. 発行していない

②-1 一般名処方による処方箋を発行していないのはなぜですか。理由を具体的にお書きください。

③一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 必要である [→理由 ]
- 2. 必要な場合がある [→必要な場合の具体的な内容 ]
- 3. 必要ではない
- 4. その他（具体的に )

④一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 全ての処方箋について知りたい
- 2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい
- 3. 知りたいとは思わない

⑤「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思いますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 薬局から、調剤をした都度
- 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて
- 3. 薬局から、特定の場合にのみ（前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等）
- 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に
- 5. 必要でない
- 6. その他（具体的に )

⑥「一般名処方調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ

- 1. 主に合意した方法で行っている
- 2. 保険薬局によって様々である
- 3. 合意した方法はない→質問⑦へ
- 4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ） →質問⑦へ

【上記⑥で「1. 主に合意した方法で行っている」または「2. 保険薬局によって様々である」と回答した方】

⑥-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 調剤をした都度提供すること
- 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする
- 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
- 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
- 5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること
- 6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

⑦保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように利用していますか。 具体的にお書きください。

(→この後は、6ページの質問5. ①へお進みください)

院外処方箋を発行していない施設の方にお伺いします。

4. 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。

①外来診療時の院内投薬における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. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に使用する
- 2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する
- 3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている
- 4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない
- 5. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ） →質問5. ①へ

【上記①で選択肢 1~3 を回答した方】

▶①-1 後発医薬品を積極的に使用する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
- 2. 患者の経済的負担が軽減できるから
- 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
- 4. 診療報酬上の評価があるから
- 5. 医療費削減につながるから
- 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
- 7. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

【上記①で「4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」と回答した方】

▶①-2 「施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない」理由は何ですか。 具体的にお書きください。

すべての施設の方にお伺いします。

5. 入院患者に対する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。

※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。

|  |  |
|--|--|
| <p>①入院患者に対する後発医薬品の使用状況<br/>※最も近いものの番号1つだけに○</p>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>4. 後発医薬品を積極的に処方しない</li> </ul>  |
| <p>②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。<br/>※あてはまる番号すべてに○</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保</li> <li>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合</li> <li>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入</li> <li>6. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>8. 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>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示</li> <li>10. その他（具体的に _____ ）</li> <li>11. 特に対応は必要ない→7ページの質問6. ①へ</li> </ul> |
| <p>③上記②の選択肢 1～10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>                                     |  |

すべての施設の方にお伺いします。

6. 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。

|   |                    |             |
|---|--------------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q & A～<平成27年2月 第3版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ  |                    |             |
| 1. 知っている（内容も見た）   | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない     |
| ③厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ   |                    |             |
| 1. 知っている（内容も見た）   | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない     |
| ④後発医薬品に関する情報はどこから入手していますか。 ※あてはまる番号すべてに〇  |                    |             |
| 1. 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）<br>2. 厚生労働省の「ジェネリック医薬品品質情報検討会」のホームページ<br>3. 厚生労働省の「安定供給体制等を指標とした情報提供ページ」<br>4. 日本ジェネリック製薬協会の情報提供システム<br>5. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「ジェネリック医薬品情報提供システム」<br>6. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「患者さんの薬箱」<br>7. 製薬企業のホームページ<br>8. 製薬企業のMR<br>9. 卸業者のホームページ<br>10. 卸業者のMS<br>11. 都道府県医師会・地域医師会<br>12. 近隣の保険薬局<br>13. その他（具体的に |                    |             |
| ⑤上記④の選択肢1～13のうち、最も利用しているものの番号を1つだけお書きください。  |                    |             |
| ⑥今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※〇は1つだけ  |                    |             |
| 1. ある   | 2. ない→8ページの質問⑦へ    |             |
| ▶ ⑥-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇   |                    |             |
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した<br>2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した<br>3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した<br>4. 処方していた後発医薬品が品切・製造中止となった<br>5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった<br>6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった<br>7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた<br>8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた<br>9. その他（具体的に  |                    |             |

|  |                     |            |
|--|---------------------|------------|
| ⑦1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄・供給企業数についてどのように思いますか。※〇は1つだけ   |                     |            |
| 1. とても多い   | 2. 多い               | 3. 適正      |
| 4. 少ない   | 5. とても少ない           | 6. わからない   |
| ⑧1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄数について何品目が適正だと思いますか。  |                     |            |
| (            ) 品目くらい   |                     |            |
| ⑨現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格が3価格帯以下となっていることについて、どのように思いますか。<br>※〇は1つだけ   |                     |            |
| 1. 価格帯を集約すべき   | 2. 価格帯は今より多くてよい     | 3. 特に意見はない |
| 4. その他（具体的に  |                     | )          |
| ⑩医薬品を安く調達するために、他の医療機関等と共同で医薬品を調達する取組を行っていますか。※〇は1つだけ   |                     |            |
| 1. 行っている   | 2. 行っていない           |            |
| ⑪患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における指針(フォーミュラリー)を地域の医療機関や薬局等の間で共有し、運用する取り組みを「地域フォーミュラリー」と呼びますが、貴施設の所属する地域における地域フォーミュラリーの状況についてお教えてください。※〇は1つだけ |                     |            |
| 1. 地域フォーミュラリーが存在する   | 2. 地域フォーミュラリーは存在しない |            |
| 3. 地域フォーミュラリーを作成中である   | 4. どのような状況であるか分からない |            |
| 5. 地域フォーミュラリーがどのようなものかが分からない   |                     |            |
| ⑫貴施設は <b>医療情報連携ネットワーク*</b> に参加していますか。※〇は1つだけ<br>* 地域において病病連携や病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク                                 |                     |            |
| 1. 参加あり  | 2. 参加なし             |            |
| ⑬ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。   |                     |            |
|  |                     |            |

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 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査**

**医師票**

**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査**

※この医師票は、貴施設において、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 30 年 10月1日現在の状況についてご記入ください。

1. 回答者ご自身についてお伺いします。

|                        |                    |          |               |                |
|------------------------|--------------------|----------|---------------|----------------|
| ①性別 ※○は1つだけ            | 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 *1           | 2. 外科 *2 | 3. 精神科        | 4. 小児科         |
|                        | 5. 皮膚科             | 6. 泌尿器科  | 7. 産婦人科・産科    | 8. 眼科          |
|                        | 9. 耳鼻咽喉科           | 10. 放射線科 | 11. 脳神経外科     | 12. 整形外科       |
|                        | 13. 麻酔科            | 14. 救急科  | 15. 歯科・歯科口腔外科 | 16. リハビリテーション科 |
|                        | 17. その他 (具体的に )    |          |               |                |
| ④1日当たりの担当している平均外来診察患者数 | ( ) 人 ※平成 30 年 9 月 |          |               |                |

\*1…内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。  
 \*2…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

<院外処方箋を発行している施設の方にお伺いします。院外処方箋を発行していない施設の方は5ページの質問3. ①へお進みください>

2. 外来診療における院外処方箋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. 後発医薬品を積極的に処方する  
※一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。
2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する
3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する
4. 後発医薬品を積極的に処方しない

【上記①で選択肢 1～3 (後発医薬品を積極的に処方する) を回答した方】

①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから
2. 患者の経済的負担を軽減できるから
3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから
4. 診療報酬上の評価があるから
5. 医療費削減につながるから
6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから
7. 施設の方針だから
8. 近隣の保険薬局が信頼できるから
9. その他 (具体的に )

【上記①で「4. 後発医薬品を積極的に処方しない」と回答した方】

①-2 後発医薬品を積極的に処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由 (効果や副作用) に疑問があるから
2. 適応症が異なるから
3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから
4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
→不足している情報 ( )
5. 患者への普及啓発が不足しているから
6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから
7. 一般名の記入がしづらから
8. 後発医薬品を処方するメリットがないから
9. 患者が先発医薬品を希望するから



10. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから  
 11. 先発医薬品では、調剤しやすいよう製剤上の工夫がされているから  
 12. 施設の方針だから  
 13. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

②1年前と比較して、後発医薬品の処方数 (一般名処方や後発医薬品への「変更不可」としない処方箋も含みます) は、どのように変化しましたか。 ※○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30年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方箋を発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

1. ある                                      2. ない→3 ページの質問④へ

③-1 あなたが発行した院外処方箋枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が 1品目でもある処方箋枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※平成 30年 9月

約 (                  ) 割

③-2 一部の医薬品について「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。 ※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更を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を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を不可とすることが多い  
 4. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

③-3 先発医薬品を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質や医学的な理由 (効果や副作用) に疑問があるから  
 2. 適応症が異なるから                      3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから  
 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
     →不足している情報 [ \_\_\_\_\_ ]  
 5. 患者からの希望があるから  
 6. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )  
 7. 先発医薬品を指定することはない→質問③-5へ

③-4 先発医薬品を指定する場合、特に指定している先発医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 内用剤→具体的な剤形 : [ 1. 錠剤    2. カプセル    3. OD錠    4. 粉末    5. シロップ  
  6. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ ) ]  
 2. 外用剤→具体的な剤形 : [ 1. 点眼薬    2. 貼付薬    3. 軟膏    4. ローション    5. 吸入剤  
  6. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ ) ]  
 3. その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

③-5 後発医薬品の銘柄を指定する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の中でより信頼できるものを選択して処方すべきと考えているから  
 2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質や医学的な理由 (効果や副作用) に疑問があるから  
 3. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安があるから  
 4. 特定の銘柄以外の後発医薬品に関する情報提供が不足しているから  
 5. 先発医薬品と主成分や添加物等が同一の製剤である後発医薬品を処方したいから  
 6. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したいから  
 7. 施設の方針であるため  
 8. 上記 2.~7.以外の理由で後発医薬品の銘柄を指定する必要があるか  
     → (理由 : \_\_\_\_\_ )

選択肢は次ページに続きます

9. 患者から希望があったから  
 10. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）  
 11. 後発医薬品の銘柄を指定することはない→質問④へ

③-6 後発医薬品の銘柄を指定する場合、特に銘柄指定している後発医薬品の種類は何ですか。  
 ※あてはまる番号すべてに○

1. 内用剤→具体的な剤形：  
     1. 錠剤    2. カプセル   3. OD錠   4. 粉末    5. シロップ  
     6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
2. 外用剤→具体的な剤形：  
     1. 点眼薬   2. 貼付薬    3. 軟膏    4. ローション    5. 吸入剤  
     6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）
3. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

④現在、一般名処方による処方箋を発行していますか。 ※○は1つだけ

1. 発行している  
 2. 発行していない

【上記④で「2. 発行していない」と回答した方】

④-1 一般名処方による処方箋を発行していないのはなぜですか。理由を具体的にお書きください。

【上記④で「1. 発行している」と回答した方】

④-2 1年前と比較して、一般名で記載された医薬品の処方数はどのように変化しましたか。 ※○は1つだけ

1. 多くなった                                  2. 変わらない                                  3. 少なくなった

⑤「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、保険薬局と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ

1. 主に合意した方法で行っている  
 2. 保険薬局によって様々である  
 3. 合意した方法はない→質問⑥へ  
 4. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）→質問⑥へ

【上記⑤で「1. 主に合意した方法で行っている」または「2. 保険薬局によって様々である」と回答した方】

⑤-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤をした都度提供すること  
 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする  
 3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること  
 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること  
 5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること  
 6. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

⑥保険薬局から提供された、実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報はどのように利用していますか。具体的にお書きください。

⑦一般名処方や変更可能な後発医薬品の調剤について、後発医薬品の銘柄等に関する情報提供は「お薬手帳」以外に、必要ですか。 ※○は1つだけ

- 1. 必要である (→理由 )
- 2. 必要な場合がある (→必要な場合の具体的な内容 )
- 3. 必要ではない
- 4. その他 (具体的に )

⑧平成30年4月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→5ページの質問4. ①へ

⑧-1 上記⑧の場合、どのような対応をしましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
- 2. 後発医薬品を処方した
- 3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
- 4. 一般名で処方した
- 5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
- 6. 対応しなかった (理由: )
- 7. その他 (具体的に )

⑨一般名処方による処方箋を発行した際、薬局でどのような医薬品が調剤されたかについて知りたいですか。 ※○は1つだけ

- 1. 全ての処方箋について知りたい
- 2. 特定の条件に該当する処方箋については知りたい
- 3. 知りたいとは思わない

⑩「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供されることが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ

- 1. 薬局から、調剤をした都度
- 2. 薬局から、一定期間に行った調剤をまとめて
- 3. 薬局から、特定の場合一にのみ (前回と調剤内容が異なる場合、副作用の問題が発生した場合等)
- 4. 患者から、お薬手帳等により次の診療日に
- 5. 必要でない
- 6. その他 (具体的に )

(→この後は、5ページの質問4. ①へ)

<院外処方箋を発行していない施設の方にお伺いします>

3. 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。

|  |                         |
|--|-------------------------|
| ①外来診療時の院内投薬における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。<br>※○は1つだけ |                         |
| 1. 後発医薬品を積極的に処方する  |                         |
| 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する                                 |                         |
| 3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する                                   |                         |
| 4. 後発医薬品を積極的には処方しない  |                         |
| 【上記①で選択肢 1～3（後発医薬品を積極的に処方する）を回答した方】                        |                         |
| ▶ ①-1 後発医薬品を積極的に処方する場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○            |                         |
| 1. 患者が後発医薬品の使用を希望するから                                      | 2. 患者の経済的負担が軽減できるから     |
| 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから                                     | 4. 診療報酬上の評価があるから        |
| 5. 医療費削減につながるから  | 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから |
| 7. 施設の方針だから  | 8. その他（具体的に )           |
| 【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方】                          |                         |
| ▶ ①-2 後発医薬品を積極的には処方しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○               |                         |
| 1. 後発医薬品の品質や医学的な理由（効果や副作用）に疑問があるから                         |                         |
| 2. 適応症が異なるから   | 3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから   |
| 4. 後発医薬品に関する情報提供が不足しているから<br>→不足している情報 [                   | ]                       |
| 5. 患者への普及啓発が不足しているから                                       | 6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから    |
| 7. 経営上の観点から  | 8. 患者が先発医薬品を希望するから      |
| 9. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから                                 |                         |
| 10. 先発医薬品では、調剤がしやすいよう製剤上の工夫がされているから                        |                         |
| 11. 施設の方針だから   |                         |
| 12. その他（具体的に )   |                         |
| ② 平成 30 年 4 月以降、患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は 1つだけ       |                         |
| 1. ある  | 2. ない→質問 4. ①へ          |
| ▶ ②-1 上記②の場合、どのような対応をされましたか。 ※あてはまる番号すべてに○                 |                         |
| 1. 後発医薬品を処方・調剤した   |                         |
| 2. 後発医薬品が存在しないため先発医薬品を処方・調剤した                              |                         |
| 3. 後発医薬品を採用していないため先発医薬品を処方・調剤した                            |                         |
| 4. 対応しなかった（理由： )   |                         |
| 5. その他（具体的に )  |                         |

<すべての方にお伺いします>

4. 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。

|   |                    |             |
|---|--------------------|-------------|
| ①後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（旧薬事法）」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厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q & A～<平成27年 2 月 第3版発行>』を作成しホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は 1つだけ                |                    |             |
| 1. 知っている（内容も見た）   | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない     |

|   |                    |            |
|---|--------------------|------------|
| ③厚生労働省では、平成 25 年 4 月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ   |                    |            |
| 1. 知っている（内容も見た）   | 2. 知っている（内容は見ていない） | 3. 知らない    |
| ④後発医薬品に関する情報はどこから入手していますか。 ※あてはまる番号すべてに〇  |                    |            |
| 1. 医薬品医療機器情報配信サービス（PMD Aメディナビ）<br>2. 厚生労働省の「ジェネリック医薬品品質情報検討会」のホームページ<br>3. 厚生労働省の「安定供給体制等を指標とした情報提供ページ」<br>4. 日本ジェネリック製薬協会の情報提供システム<br>5. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「ジェネリック医薬品情報提供システム」<br>6. 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会の「患者さんの薬箱」<br>7. 製薬企業のホームページ<br>8. 製薬企業のMR<br>9. 卸業者のホームページ<br>10. 卸業者のMS<br>11. 都道府県医師会・地域医師会<br>12. 近隣の保険薬局<br>13. その他（具体的に _____） |                    |            |
| ⑤上記④の選択肢1～13のうち、最も利用しているものの番号を1つだけお書きください。  |                    |            |
| ⑥今現在、後発医薬品に関して不信感がありますか。 ※〇は1つだけ  |                    |            |
| 1. ある   | 2. ない→質問⑦へ         |            |
| ⑥-1 不信感を抱いたきっかけは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇   |                    |            |
| 1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した<br>2. 先発医薬品との使用感（味、色、剤形、粘着力等）の違いを経験した<br>3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した<br>4. 処方していた後発医薬品が品切・製造中止となった<br>5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった<br>6. メーカーに情報提供を求めたが、対応に満足できなかった<br>7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた<br>8. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた<br>9. その他（具体的に： _____）  |                    |            |
| ⑦1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄・供給企業数についてどのように思いますか。 ※〇は1つだけ   |                    |            |
| 1. とても多い  | 2. 多い              | 3. 適正      |
| 4. 少ない  | 5. とても少ない          | 6. わからない   |
| ⑧1つの先発医薬品に対する、後発医薬品の銘柄数について何品目が適正だと思いますか。   |                    |            |
| （ _____ ）品目くらい  |                    |            |
| ⑨現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格が3価格帯以下となっていることについて、どのように思いますか。 ※〇は1つだけ   |                    |            |
| 1. 価格帯を集約すべき  | 2. 価格帯は今より多くてよい    | 3. 特に意見はない |
| 4. その他（具体的に _____）  |                    |            |

|  |  |
|--|--|
| <p>⑩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よいと思いますか。<br/>※あてはまる番号すべてに○</p>  |  |
| <p>1. 厚生労働省による、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<br/>                 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保<br/>                 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保<br/>                 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合<br/>                 5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入<br/>                 6. 後発医薬品に対する患者の理解<br/>                 7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価<br/>                 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価<br/>                 9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示<br/>                 10. その他（具体的に<br/>                 11. 特に対応は必要ない→質問5.へ</p> |  |
| <p>⑪上記⑩の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。</p>   |  |

5. ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を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。  
 お手数をおかけいたしますが、平成●年●月●日(●)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

## 平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 **患者票**

※この**患者票**は、患者さんに、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  
 数字や内容・理由などをご記入ください。

**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、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果  
 を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、おうかがいします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

- |                   |                  |     |
|-------------------|------------------|-----|
| 1. 患者本人（代筆の場合も含む） | 2. 本人以外のご家族（具体的に | （ ） |
| 3. その他（具体的に       |                  | （ ） |

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

|  |                  |                               |            |
|--|------------------|-------------------------------|------------|
| ① 性別 ※○は1つだけ   | 1. 男性      2. 女性 | ② 年齢                          | （      ） 歳 |
| ③ お住まい   | （      ） 都・道・府・県 |                               |            |
| ④ 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（具体的に  |                  | 7. わからない                      |            |
| （      ）   |                  |                               |            |
| ⑤ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありますか。 ※○は1つだけ                     |                  |                               |            |
| 1. ある  |                  | 2. ない                         |            |
| ⑥ この3か月間に、処方箋（患者さんご本人の処方箋<br>です）を持って薬局に行った回数                     |                  | 過去 3 か月間の薬局訪問回数<br>約（      ）回 |            |
| ⑦ 「お薬手帳」を利用していますか。 ※○は1つだけ                                       |                  |                               |            |
| 1. 利用している  |                  | 2. 利用していない                    |            |
| ⑧ かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ   |                  |                               |            |
| 注：かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。 |                  |                               |            |
| 1. いる  |                  | 2. いない                        |            |
| ⑨ 薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ                            |                  |                               |            |
| 1. いる  |                  | 2. いない                        |            |

## 2. 本日の状況等についておうかがいします。

① 本日、この薬局を選んだ理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. この薬局をかかりつけにしているから
2. 医療機関の近くにあったから
3. (回答者の) 通勤・通学の途中、職場や学校の近くにあったから
4. かかりつけの薬剤師がいるから
5. 薬剤師がわかりやすく説明してくれるから
6. ジェネリック医薬品を調剤してくれるから
7. 待ち時間が短いから
8. その他 (具体的に )

② 本日、医薬品を受け取った保険薬局では、あなたは「かかりつけ薬剤師指導料」の同意書にサインしたことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. したことがある
2. したことはない
3. わからない

③ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額 (一部負担金) は、いくらでしたか。※ない場合は「0」とお書きください。

( ) 円

④ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額 (上記③の額) がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思えますか。※〇は1つだけ ※自己負担額が0円の方は回答不要です。

1. いくら安くなるかに関わらず、使用したい →3 ページの質問⑤へ
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい →3 ページの質問⑤へ
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい  
→ (安くなる金額の目安: ) 円程度) →3 ページの質問⑤へ
4. いくら安くなっても使用したくない
5. わからない→3 ページの質問⑤へ
6. その他 (具体的に )

④-1 いくら安くなっても使用したくない理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. ジェネリック医薬品の効き目 (効果) や副作用に不安があるから
2. 安く売れる理由が不可解だから
3. 高いものはよいものだと考えるから
4. 聞き慣れないメーカーだから
5. 報道等でジェネリック医薬品の品質、効果等に関してよい情報を聞かないから
6. 医師がすすめないから
7. 薬剤師がすすめないから
8. 家族や知人がすすめないから
9. 使いなれたものがよいから
10. 理由は特にない
11. その他 (具体的に )



▶④-2 ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。 ※〇はいくつでも

0. 具体的なきっかけはない
1. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用が出たことがあるから  
→ (具体的に )
2. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目が悪くなったことがあるから  
→ (具体的に )
3. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感が悪くなったことがあるから  
→ (具体的に )
4. その他 (具体的に )

【皆さんにおうかがいします】

⑤ 本日、薬局で、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更しましたか。 ※〇は1つだけ

1. ジェネリック医薬品へ変更した
2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった
4. わからない

▶⑤-1 ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代の負担感はどうでしたか。 ※〇は1つだけ

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. とても安くなった   | 2. それなりに安くなった   |
| 3.それほど変わらなかった | 4. わからない・覚えていない |

3. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関するご経験などについておうかがいします。  
ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

① ジェネリック医薬品に関心がありますか。 ※〇は1つだけ

- |          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| 1. 関心がある | 2. 関心はない | 3. どちらともいえない |
|----------|----------|--------------|

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※〇は1つだけ

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 名前は聞いたことがあった | 3. 知らなかった |
|----------|-----------------|-----------|

③ 今までに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 | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

④ 医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。 ※〇は1つだけ

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|



4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考え・ご経験や、使用促進の取組についておうかがいします。

① 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。 ※○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. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない
5. わからない

② あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。 ※○はいくつでも

1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること
2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
6. 医師や薬剤師のすすめがあること
7. 窓口で支払う薬代が安くなること
8. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）
10. 特にない→質問④へ

③ 上記②の選択肢 1～9 のうち、最も重要なことは何ですか。  
あてはまる番号を1つだけお書きください。

④ 今までに受け取ったことがあるものは何ですか。 ※○はいくつでも

1. ジェネリック医薬品希望カード
2. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）
3. 薬剤情報提供文書
4. 受け取ったことがない→6ページの質問⑤へ

【上記④で受け取ったことがある方におうかがいします。】

④-1 これらを受け取ったことをきっかけに、医師や薬剤師にジェネリック医薬品の相談・質問をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない

【上記④で受け取ったことがある方におうかがいします。】

④-2 これらを受け取ったことをきっかけに、ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。  
※○は1つだけ

1. ある
2. ない

(すべての方におうかがいします。)

⑤ 今後、活用してみたいものは何ですか。 ※○はいくつでも

- |                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| 1. ジェネリック医薬品希望カード | 2. ジェネリック医薬品軽減額通知 (差額通知等) |
| 3. 薬剤情報提供文書       | 4. 紙のお薬手帳                 |
| 5. 電子版お薬手帳        | 6. 特にない                   |

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をおうかがいします。

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。  
お手数をおかけいたしますが、●月●日(●)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、  
お近くのポストに投函してください。

平成 30 年●月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」への  
ご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 30 年 4 月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算や後発医薬品使用体制加算の要件・評価の見直し、一般名処方加算の評価の見直しなど、後発医薬品使用促進を目的とした見直しが行われました。

今般、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬改定結果検証部会のもと、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を正確に把握することを目的に本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用の折、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

**平成 30 年●月●日(●)まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

【連絡先】

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒 東京都・・・  
みずほ情報総研株式会社（担当： ）

E-mail：

※電話は混み合う可能性がございますので、E-mail でご連絡いただけますと幸いです。  
E-mail でご回答を差し上げるか、折り返し、弊社担当者からお電話をさせていただきます。

TEL： (受付時間 ～ 、土日・祝日除く)

FAX：

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）における  
電子レセプトデータの活用について（案）

- 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、調査票への記入等に係る調査対象者の負担を軽減し調査の回答率を保つ観点、また、より幅広い対象について状況を把握する観点から、各種診療報酬項目の算定医療機関件数や算定件数等について、平成27年度調査以降、NDB等の各種データの活用により調査の客観性の確保を図るとともに、回答率の向上にも資する調査の簡素化に努めている。
- 引き続き、平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成30年度調査）においても、NDBにある電子レセプト情報の分析をもって調査の一部として報告を行うこととしてはどうか。

|  | 主な調査内容  | NDB を用いて実施するもの<br>(※)   |
|--|---|---|
| (1) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 200床以上の病院における定額負担の徴収状況</li> <li>・ かかりつけ医機能を有する医療機関における外来診療の実施状況</li> <li>・ 小児抗菌薬適正使用支援加算を算定する医療機関の診療の状況や患者の状態</li> <li>・ 明細書の発行実態</li> <li>・ オンライン診療の実施状況 等</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括診療料等の算定状況</li> <li>・ 小児抗菌薬適正使用支援加算の算定状況</li> <li>・ オンライン診療料等の算定状況 等</li> </ul>   |
| (2) 在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療の実施状況、対象患者の状態、居住形態、診療の所要時間</li> <li>・ 訪問看護ステーションにおける訪問看護の実施状況、利用者像、関係機関との連携状況</li> <li>・ 歯科訪問診療の対象患者の状態、居住形態、診療時間、診療内容、関係機関との連携状況等</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料等の算定状況</li> <li>・ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料等の算定状況</li> <li>・ 歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料、歯科疾患在宅療養管理料等の算定状況 等</li> </ul> |
| (3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その1） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療従事者の負担軽減に関する加算の届出状況と職員体制、勤務状況、負担軽減策の取組状況</li> <li>・ 診療科別の負担軽減策の取組状況、業務移管・共同化の状況と勤務状況、その効果 等</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院勤務医・看護職員の負担の軽減に関連する項目の算定状況 等</li> </ul>  |
| (4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の調剤割合、変更調剤の状況</li> <li>・ 保険医療機関における後発医薬品の使用状況</li> <li>・ 一般名処方による処方せん発行の状況</li> <li>・ 「後発医薬品への変更不可」欄への処方医の署</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後発医薬品の使用促進に係る加算の算定状況 等</li> </ul>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | 名の状況<br>・後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び<br>患者の意識 等 |  |
|--|--|--|

※ 原則として、検証調査に回答した医療機関以外を含む全数調査とし、改定前を含む適切な時点を選択して調査する。