

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）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2）（右下頁）
  - ・ 調査概要 . . . . . 外- 1 頁
  - ・ 施設票 . . . . . 外- 4 頁
  - ・ オンライン診療患者票 . . . . . 外- 1 4 頁
  - ・ かかりつけ医患者票 . . . . . 外- 1 7 頁
  - ・ 精神科医療病院票 . . . . . 外- 2 2 頁
  - ・ 精神科医療診療所票 . . . . . 外- 3 0 頁
  - ・ リハビリ病院票 . . . . . 外- 3 6 頁
  - ・ リハビリ診療所票 . . . . . 外- 4 2 頁
  - ・ 依頼状 . . . . . 外- 4 5 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2）
  - ・ 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
  - ・ 薬剤師責任者票 . . . . . 働- 3 1 頁
  - ・ 依頼状 . . . . . 働- 3 6 頁
  
- かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査
  - ・ 調査概要 . . . . . 歯- 1 頁
  - ・ 施設票 . . . . . 歯- 4 頁
  - ・ かかりつけ歯科診療所患者票 . . . . . 歯- 1 4 頁
  - ・ 患者票 . . . . . 歯- 1 8 頁
  - ・ 依頼状 . . . . . 歯- 2 2 頁
  
- かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
  - ・ 調査概要 . . . . . 薬- 1 頁
  - ・ 保険薬局票 . . . . . 薬- 4 頁
  - ・ 診療所票 . . . . . 薬- 1 2 頁
  - ・ 病院票 . . . . . 薬- 1 6 頁
  - ・ 患者票 . . . . . 薬- 2 0 頁
  - ・ 依頼状 . . . . . 薬- 2 5 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— 5 頁
・ 診療所票	後— 18 頁
・ 病院票	後— 28 頁
・ 医師票	後— 39 頁
・ 患者票	後— 47 頁
・ 依頼状	後— 53 頁

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）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(令和元年度調査)  
「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 2）」  
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、外来における効果的・効率的な医学管理や、医薬品の適正使用を推進する観点から、生活習慣病管理料の療養計画の様式や要件の見直し、対面診療と組み合わせた I C T を活用した診療について評価の新設、向精神薬の長期処方・多剤処方の報酬水準の適正化等を行った。また、要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料についての経過措置は、平成 31 年 3 月末をもって終了したところである。これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や関連する取組等の実施状況について調査・検証を行う。

<調査のねらい>

- ・ 外来における効果的・効率的な医学管理の推進状況の把握
- ・ 向精神薬等の医薬品の適正使用の推進状況の把握
- ・ リハビリテーションの実施状況の把握 / 等

## ■ 調査対象及び調査方法

調査の種類	調査対象	調査方法
①かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査	<b>【施設調査】</b> ①オンライン診療料の届出施設 悉皆（約 1,200 施設） ②機能強化加算の届出施設 500 施設 ③機能強化加算の非届出施設 500 施設 <b>上記合計 約 2,200 施設</b>	自記式調査票の郵送配布・回収
	<b>【患者調査】</b> ・オンライン診療に関する意識調査【患者票】約 6,000 人 上記①の施設より、オンライン診療を受診している患者 3 名、オンライン診療を受診していない患者 2 名の計 5 名に配布 ・かかりつけ医に関する意識調査【患者票】8,000 人 上記②及び③の施設より各 8 名に配布 <b>上記合計 約 14,000 人</b>	調査対象施設から患者に配布し、患者自身から直接郵送回収
②精神科医療の実施状況調査	①精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院の中から無作為抽出した病院 500 施設 ②精神科デイ・ケア等の届出を行っている診療所の中から無作為抽出した診療所 500 施設 ※上記に、精神科在宅患者支援管理料の届出施設全数を含める <b>上記合計 1,000 施設</b>	自記式調査票の郵送配布・回収
③リハビリテーションの実施状況等調査	①脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している病院から無作為抽出した病院 400 施設 ②脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している診療所から無作為抽出した診療所 400 施設 <b>上記合計 800 施設</b>	自記式調査票の郵送配布・回収

### ○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。
- ・①の患者調査の調査票の配布は、①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宛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)

	2019年5月	6月	7月	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 データクリーニング				→	→						
集計・分析					→	→					
報告(案)の作成					→	→	→				
追加分析							→				
報告書のとりまとめ							→				

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
**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・機能強化加算・オンライン診療料等の算定状況や、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、**令和元年6月末時点**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 （ ）市・区・町・村									
<b>②開設者</b> 注1 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立	03. 公的	04. 社会保険関係団体	05. 医療法人（社会医療法人除く）	06. 会社	07. その他法人	08. 個人		
注1. 国：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、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、その他（国） 公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人 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 社会保険関係団体：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 医療法人：医療法人 会社：株式会社等 その他の法人：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人										
<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） 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> ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科 注2		02. 外科 注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： ）									
注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。 注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 注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 助産師 看護師	准看護師	薬剤師	リハビリ 職 注5	管理 栄養士	その他の 医療職 注6	社会 福祉士	その他の 職員	計
（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人	（ . ）人
注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） 注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。 注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。										



問2. 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貴施設において届出している診療料、加算として該当するものを全てお選びください。

- |                 |                   |                |
|-----------------|-------------------|----------------|
| 01. 地域包括診療加算    | 02. 地域包括診療料       | 03. 小児かかりつけ診療料 |
| 04. 在宅時医学総合管理料  | 05. 施設入居時等医学総合管理料 |                |
| 06. 認知症地域包括診療加算 | 07. 認知症地域包括診療料    |                |

②令和元年6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。

	令和元年6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
2)-1 うちオンライン診療料を算定した患者数	( ) 人	( ) 人
2)-2 うち地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定した患者数	( ) 人	( ) 人
2)-3 うち外来管理加算を算定した患者数	( ) 人	( ) 人
3) 初診患者の実人数 ※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 ※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	

③令和元年6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。

	令和元年6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
2)-1 うち外来管理加算を算定した患者数	( ) 人	( ) 人
3) 初診患者の実人数 ※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 ※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令和元年6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) オンライン診療料、又はオンライン医学管理料の算定が1回以上あった医師の実人数	常勤 ( ) 人	非常勤 ( ) 人
2) オンライン在宅管理料、又は精神科オンライン在宅管理料の算定が1回以上あった医師の実人数	常勤 ( ) 人	非常勤 ( ) 人

問3. 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、令和元年6月末現在、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. 機能強化加算を算定することで自己負担額が上がることに患者の理解が得にくいこと
		05. その他（具体的に： _____）

【③には、令和元年6月末現在、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ない場合のみ、ご回答ください。】

③ 貴施設が、機能強化加算を届出していない理由は何ですか。  
※太枠欄内に、あてはまる理由すべてについて○を、うち最もあてはまる理由1つに○を、それぞれご記入ください。

あてはまる理由に○	最もあてはまる要件に○	
		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ないため
		02. 健康管理にかかる相談を実施していないため
		03. 保健・福祉サービスに関する相談を実施していないため
		04. 夜間・休日の問合せへの対応を行っていないため
		05. 機能強化加算を算定することで自己負担額が上がることに患者の理解が得にくいため
		06. 貴施設の診療内容にそぐわないため
		07. 届出の必要性を感じないため
		08. その他（具体的に： _____）

問4. 生活習慣病管理料についておうかがいします。

① 令和元年6月1ヶ月間の外来患者の実人数（在宅医療の患者を含まない）についてお答えください。

	令和元年6月 1ヶ月間の外来患者 の実人数	うちオンライン医学 管理料算定患者
1) 脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病とする患者の概ねの人数（在宅医療の患者は含めず、生活習慣病管理料の算定の有無を問わない。）	( ) 人	( ) 人
1)-1 上記1)のうち、1ヶ月に1度程度受診する（概ね1回の投薬が30日程度である）患者の概ねの人数	( ) 人	( ) 人
1)-2 上記1)のうち、2ヶ月に1度程度受診する（概ね1回の投薬が60日程度である）患者の概ねの人数	( ) 人	( ) 人
1)-3 上記1)のうち、3ヶ月に1度程度受診する（概ね1回の投薬が90日程度である）患者の概ねの人数	( ) 人	( ) 人
1)-4 上記1)のうち、4ヶ月以上に1度程度受診する（概ね1回の投薬が120日程度である）患者の概ねの人数	( ) 人	
2) 特定疾患量用管理料を算定した患者の概ねの人数（届出している場合のみ）	( ) 人	( ) 人
3) 地域包括診療料を算定した患者の概ねの人数（届出している場合のみ）	( ) 人	( ) 人
4) 地域包括診療加算を算定した患者の概ねの人数（届出している場合のみ）	( ) 人	
5) 在宅自己注射指導管理料を算定した患者の概ねの人数（糖尿病又は脂質異常症を主病としている患者に限る）	( ) 人	

②令和元年6月末時点の外来患者数（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31年1月～ 令和元年6月 6ヶ月間の外来患者数
1) 平成31年1月から3月までの間に、脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として治療管理のため通院をしていたが、令和元年6月末現在は通院していない患者の概ねの人数		( )人
2) 上記1)のうち、治癒、転医又は死亡により通院終了となった患者を除いた患者の概ねの人数		( )人
<b>【以下は上記2)に該当する患者が1人以上いた場合のみご回答ください。】</b>		
2)-1 上記2)に該当した患者について、脂質異常症、高血圧又は糖尿病を主病として貴院に通院していた期間別の患者数	① 1ヶ月以内	( )人
	② 1～3ヶ月以内	( )人
	③ 4～6ヶ月以内	( )人
	④ 6ヶ月以上	( )人

【③には、前頁①において、生活習慣病管理料を算定した患者がいた場合のみ、ご回答ください。】

③生活習慣病管理料の算定について、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. 糖尿病の患者について、血糖値及びHbA1cの値を療養計画書に記載すること
		02. 高血圧症の患者について、血圧の値を療養計画書に記載すること
		03. 糖尿病又は高血圧症の管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記録し、当該患者数を定期的に記録すること
		04. 地域包括診療加算・地域包括診療料を算定しているため
		05. 病状が安定している等の理由により受診間隔が月1回より長い
		06. 生活習慣病管理料を算定することで自己負担額が上がることに患者の理解が得にくいこと
		07. その他（具体的に： )

④令和元年6月1ヶ月間に、糖尿病又は高血圧症の患者で管理方針を変更した患者数をご記入ください。	( )人
---	------

【⑤～⑦には、上記④において、該当する患者がいた場合のみ、ご回答ください。】

⑤薬物療法・投薬内容の変更にあたり患者に説明していることとして該当するものを全てお選びください。	
01. 変更の理由	02. 治療の選択肢
03. 薬剤の服用に当たっての注意点	04. 薬剤等の費用
05. その他 ( )	

⑥糖尿病を主病としている患者である患者に定期的な眼科受診を進めていますか。	
01. している	02. していない

【⑦には、全ての施設がご回答ください。】

⑦特定健康診査・特定保健指導を実施する医療保険者との情報共有についてご回答ください

1)医療保険者に対して情報提供をしたことがありますか。

01. したことがある

02. したことがない

1)-1 平成31年1月～令和元年6月の6ヶ月間における情報提供の回数をご記入ください。

( ) 回

1)-2 情報提供をしていない理由は何ですか。  
(〇はいくつでも)

- 01. 保険者から求められたことがなかったため
- 02. 情報提供にあたり患者の同意を得られなかったため
- 03. 情報提供の必要性を感じなかったため
- 04. その他 (具体的に: )

2)医療保険者から情報提供を受けたことがありますか。

01. 受けたことがある

02. 受けたことがない → 質問⑧へ

2)-1 平成31年1月～令和元年6月の6ヶ月間における情報提供を受けた回数をご記入ください。

( ) 回

【⑧には、全ての施設がご回答ください。】

⑧患者の職場への情報提供 (産業医への情報提供を含む) についてご回答ください。

1)患者の職場(産業医を含む)に対して情報提供をしたことがありますか。

01. ある

02. ない → 質問⑧2)へ

1)-1 平成31年1月～令和元年6月の6ヶ月間における診断書の発行回数をご記入ください。※保険会社への文書作成回数を除く。

( ) 回

2)患者の職場(産業医を含む)から情報提供を受けたことがありますか。

01. ある

02. ない → 問5へ

2)-1 平成31年1月～令和元年6月の6ヶ月間における情報提供を受けた回数をご記入ください。

( ) 回

問5. ニコチン依存症管理料についておうかがいします。

①貴施設では、ニコチン依存症管理料の施設基準の届出をしていますか。 ※〇は1つだけ

01. 届出あり → 質問②へ

02. 届出なし → 質問⑤へ

【②～④には、令和元年6月末現在、ニコチン依存症管理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。】

②令和元年6月1ヶ月間にニコチン依存症管理料を算定した患者数(実人数)を年齢区分別にご記入ください。

35歳未満	35～64歳	65～74歳	75歳以上
( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人

③「ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類」(様式8)において報告された「治療の平均継続回数」をご記入ください。

( ) 回

④「ニコチン依存症管理料に係る報告書」(様式8-2)において報告された「喫煙を止めたものの割合」をご記入ください。

( ) %

【⑤には、全ての施設がご回答ください。】

⑤貴施設では、保険診療以外で禁煙指導を行っていますか。 ※○は1つだけ

01. 施設基準の届出より前から行っている → 質問⑥へ  
 02. 施設基準の届出以降に始めた → 質問⑥へ  
 03. 以前は行っていたが今は行っていない → 問6へ  
 04. 元々行っていない → 問6へ

【⑥・⑦には、上記⑤において「01」又は「02」の場合のみ、ご回答ください。】

⑥令和元年6月1ヶ月間に、保険診療以外で禁煙指導した患者数（実人数）をご記入ください。 ( ) 人

⑦保険診療以外で禁煙指導を行う理由として該当するものを全てお選びください。

01. 1年以内に保険診療で禁煙治療を行っている                      02. 35歳以上でブリンクマン指数が200未満  
 03. TDS4点以下    04. 定期的な受診が困難  
 05. 加熱式タバコを吸っており、標準手順書に沿った治療が困難  
 06. その他 ( )

問6. オンライン診療料についておうかがいします。

①貴施設でオンライン診療料の施設基準の届出をしていますか。

01. 届出あり    02. 届出なし

②貴施設でオンライン診療（ビデオチャットを用いた診療）を行っていますか。

01. 行っている    02. 行っていない

【③には、上記②において「01.行っている」の場合のみ、ご回答ください。】

③令和元年6月末時点で、貴施設でオンライン診療（ビデオチャットを用いた診療）を行っている患者について、保険診療で行っている患者数、保険診療以外で行っている患者数をご記入ください。  
 ※③-1及び③-3は前問①で「01届出あり」の場合のみご記入ください。

③-1 保険診療で行っている患者数	( ) 人
③-2 保険診療以外で行っている患者数	( ) 人
③-3 疾患によって保険診療の場合と保険診療以外の場合の両方で行っている患者数	( ) 人

【④には、上記③において保険外診療でオンライン診療を行っている患者がいる場合のみ、ご回答ください。】

④ 保険外診療でオンライン診療を行っている場合の、患者の疾患名について、具体的にご記入ください

【⑤には、上記①において、「01.届出あり」の場合のみ、ご回答ください。】

⑤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。  
 （令和元年6月末時点）

		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
対面診療で算定している管理料	特定疾患療養管理料	( ) 人		
	てんかん指導料	( ) 人		
	難病外来指導管理料	( ) 人		
	糖尿病透析予防指導管理料	( ) 人		
	地域包括診療料	( ) 人		
	認知症地域包括診療料	( ) 人		
	生活習慣病管理料	( ) 人		
	在宅時医学総合管理料	( ) 人	( ) 人	
	精神科在宅患者支援管理料	( ) 人		( ) 人

⑤ 続き (令和元年6月末時点)		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	
【オンライン診療料等の算定人数が1人以上 場合のみ回答】 オンライン診療を行う1月あたり回数ごとの 患者数	1 回未満	( ) 人	( ) 人	( ) 人	
	1 回	( ) 人	( ) 人	( ) 人	
	2 回	( ) 人	( ) 人	( ) 人	
	3 回以上	( ) 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(診 療の合計回数 は変化なし)	患者が、身体機能・認知機能等の低下によ り頻繁な通院が困難であるため	( ) 人		
		患者が、仕事や家庭の事情等により頻繁な 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 (診療の合計 回数は増加)	よりきめ細やかな医学管理を行うため	( ) 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：					

【⑥～⑧には、すべての施設の方がご回答ください。】

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 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 アプリ等を用いたビデオ通話) 03. その他 (具体的に： )
2) 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
3) システム利用に係る患者からの費用徴収の有無	01. あり ⇒患者1人あたり ( ) 円/月 02. なし

⑦-1 治療上の必要性のため、オンライン診療の適応となりうると考えられるが、実施していない患者がいますか。
01. いる ⇒ ( ) 人 →以下の設問へ (以下の設問は、当該患者について回答)
02. いない →質問⑧へ
⑦-2 当該患者の疾患について具体的にご記入ください。
⑦-3 オンライン診療を実施していない理由はなぜですか (該当するものすべて○)
01. 診療報酬の要件を満たせないため 02. 患者の希望がないため 03. 患者がオンライン診療に用いる機器を使えないため 04. オンライン診療に用いる機器やシステムの導入・運用コストが高いため 05. 対面診療の方がすぐれているため 06. その他 (具体的に： )



問7. 貴施設の個別の患者についておうかがいします。

令和元年6月に貴施設が診察した外来患者のうち、(a)機能強化加算を算定した最近の患者5名、(b)機能強化加算を算定していない最近の患者5名について、それぞれ診察日が遅い(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。

※機能強化加算の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. 性別		B. 年齢(歳)	C. 4疾患の状況				D. C以外の疾患 (Cの4疾患を除く) ※貴施設で治療を行っているもの												E. 再診の予定の有無(○は1つ)	F. 院外処方・院内処方の別		G. 内服薬数(剤) (他施設について把握していない場合は「x」と記入)		H. 直近の1年間で、当該患者に対して実施した事項 (複数選択)			I. 1ヶ月間の延べ通院回数 ※他の医療機関への通院回数含む	J. 定期的に通院している医療機関数 (把握していない場合は「x」と記入)
	男性	女性		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	健康診断の結果等の健康管理に係る相談への対応	保健・福祉サービスに関する相談への対応	夜間・休日の問い合わせへの対応		

(a) 機能強化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	有・無	1	2			1	2	3		
2人目	1	2		1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	有・無	1	2			1	2	3		
3人目	1	2		1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	有・無	1	2			1	2	3		
4人目	1	2		1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	有・無	1	2			1	2	3		
5人目	1	2		1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	有・無	1	2			1	2	3		

(b) 機能強化加算を算定していない患者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		
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		
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		
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		
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		



④ (③において「02」又は「03」を選択した場合のみご回答ください)

保険外診療（自由診療）としてオンライン診療を受けた場合について、疾患名と負担額を教えてください  
（それぞれ2つずつ回答）

疾患名	自己負担額
	➡ (1回当たり平均) 円程度
	➡ (1回当たり平均) 円程度

⑤ 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. 覚えていない
---------	------------	------------

⑥ 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： _____）

⑦ 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. 勤務先
03. 入所している介護施設（老人ホームなど）	04. 通っている介護施設（デイサービスなど）
05. その他（具体的に： _____）	

⑧ 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. 対面診療と比べて受診する時間帯を自分の都合に合わせられた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
6. 対面診療と比べて待ち時間が減った	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
7. オンライン診療の手間や費用負担に見合うメリットがあると感じた	01. そう思う 02. そう思わない 03. わからない
8 その他	具体的に： _____

【⑨は、**オンライン診療を受けたことがない方のみ**が回答してください】

⑨オンライン診療を受けたことがない理由について選んでください。（〇はいくつでも）

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>01. できるだけ対面診療を受けたいと考えているため</li><li>02. オンライン診療の必要性を感じたことがないため</li><li>03. 医師からオンライン診療を提案されたことがないため</li><li>04. 医師から保険診療としてのオンライン診療の適応にならないと言われているため</li><li>05. オンライン診療にかかる費用が高いため</li><li>06. 機器や診療システムの使用が難しいため</li><li>07. その他（具体的に： _____ )</li></ol> |
|---|

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）  
に封入の上、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（令和元年度調査）

かかりつけ医機能に関する意識調査 **患者票**

## 【医療機関記入欄】

※この調査票を患者の方にお配りする前に、医療機関にて、下記①～⑥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機能強化加算の届出	01.届出あり	02.届出なし	
③地域包括診療料の届出	01.届出あり	02.届出なし	
④地域包括診療加算の届出	01.届出あり	02.届出なし	
⑤認知症地域包括診療料の届出	01.届出あり	02.届出なし	
⑥認知症地域包括診療加算の届出	01.届出あり	02.届出なし	

※この患者票は、患者さんに、かかりつけ医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、令和元年6月末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（○は1つだけ）	01.20歳未満	02.20歳代	03.30歳代	04.40歳代	05.50歳代
	06.60歳代	07.70歳代	08.80歳代以上		
③お住まい	（ ）都・道・府・県（ ）区・市・町・村				
④本日受診した医療機関へのご自宅からの移動時間（片道）	（ ）分程度				
⑤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. かかりつけ医についてお伺いします。

※ 「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料、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本日受診した医療機関に定期的に通院していますか。（○は1つだけ）

- |   |
|---|
| 01. 今回が初めて →①-1へ  |
| 02. 定期的に通院している（以下から最も近いものを1つ選択）<br>▶（ 21. 1か月ごと 22. 2か月ごと 23. 3か月ごと 24. 4か月以上ごと ） →①-2へ |
| 03. 定期的にはないが、過去に通院したことがある →①-2へ   |
| 04. わからない →①-2へ   |

## ①-1（①で「01」を選んだ方のみお答えください）

今回受診した医療機関を選んだ情報源は何ですか。（○はいくつでも）

- |                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 01. 医師（かかりつけ医）からの情報    | 02. 薬局からの情報        |
| 03. 知人や家族からの情報         | 04. 他の医療機関の相談窓口    |
| 05. 行政機関の相談窓口          | 06. 病院の看板やパンフレット   |
| 07. 新聞、雑誌、本の記事やテレビ、ラジオ | 08. 医療機関のインターネット情報 |
| 09. 行政機関のインターネット情報     | 10. 上記以外のインターネット情報 |
| 11. 自宅の近くで見かけた         | 12. 勤務先の近くで見かけた    |
| 13. 特に情報は入手していない       |                    |

①-2 受診する医療機関を決めるに当たって最も重視したことは何ですか。(〇はいくつでも)

01. 病院へのアクセス	02. 対応できる疾患
03. 院内サービス	04. 費用負担
05. 手術件数	06. 医師・医療機関の評判・口コミ
07. 待ち時間	08. 駐車場の有無
09. 病院の雰囲気	10. 院内の清潔感
11. その他 ( )	

②あなたは、かかりつけ医を決めていますか。(〇は1つだけ)

01. 決めている	02. 決めていない
<p>②-1 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。(〇は1つだけ)</p> <p>01. かかりつけ医である</p> <p>02. かかりつけ医ではない</p> <p>03. 今後、かかりつけ医にするつもりである</p>	<p>②-2 かかりつけ医を決めていない理由は何ですか。(〇はいくつでも)</p> <p>01. 医療機関にかかることがあまりないから</p> <p>02. その都度、適切な医療機関を選ぶ方がよいと思うから</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>05. かかりつけ医をもつ必要性を感じないから</p> <p>06. その他 (具体的に: )</p> <p>07. 特に理由はない</p>

③(②-1で「01」を選んだ方のみお答えください)あなたが、本日受診した医療機関でこれまで実施されたことのある項目を選んでください。(〇はいくつでも)

<p>ア. 健康診断の結果等の健康管理に係る相談</p> <p>イ. 保健・福祉サービスに関する相談 (※介護サービスに関する相談を含む)</p> <p>ウ. 夜間・休日の問い合わせへの対応</p> <p>エ. その他 (具体的に: )</p>
--

④(②で「01」を選んだ方)「かかりつけ医」を決めた理由と期待する役割は何ですか。(〇はいくつでも)  
 (②で「02」を選んだ方)「かかりつけ医」に期待する役割は何ですか。(〇はいくつでも)

	決めた理由	期待する役割
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. 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		
08. 喫煙者に対して禁煙指導を行ってくれる		
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		
10. 予防接種を推奨・実施してくれる		
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		
12. 入院や手術を行った医療機関と連携してくれる		
13. 処方を担当する薬局と連携してくれる		
14. 往診や訪問診療などの在宅医療を行ってくれる		

【続き】

	決めた理由	期待する役割
15. 在宅医療において看取りを行ってくれる		
16. 自分らしい人生の終わり方の相談ができる		
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		
18. 要介護認定に関する主治医意見書を作成してくれる		
19. 認知症に関する助言や指導を行ってくれる		
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		
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		
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		
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		
24. その他（具体的に： _____）		

⑤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) 他の医療機関で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 03. 持っていない	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 03. わからない・覚えていない	02. 受けていない

⑥医療機関へのかかり方について、お伺いします。

※ 以下の間で「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。

⑥-1 医療機関へのかかり方として、下記のAとBについて、あなたの考えに最も当てはまるものを選んでください。（○は1つ）

- |  |
|--|
| A. 症状の程度や種類にかかわらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する。   |
| B. 最初にかかりつけ医を受診し、かかりつけ医の判断で、必要に応じて専門医療機関等へ紹介してもらう。 |

- |                        |
|------------------------|
| 01. Aの意見に賛成である         |
| 02. どちらかと言えばAの意見に賛成である |
| 03. どちらかと言えばBの意見に賛成である |
| 04. Bの意見に賛成である         |

⑥-2 （⑥-1で「01」又は「02」と回答した方のみお答えください）  
その理由は何ですか。（○はいくつでも）

- |  |
|--|
| 01. いつも高度な医療機能をもつ大病院を受診したいから               |
| 02. その都度、そのときの症状に応じた専門医を自分で選んだ上で診察をしてほしいから |
| 03. いつも同じ医師の診断ばかり受けていては不安だから               |
| 04. その他（ _____ ）                           |

⑥-3 (⑥-1で「03」又は「04」と回答した方のみお答えください)  
その理由は何ですか。(〇はいくつでも)

01. まずは、自分のことをよく知っている医師を受診した方が安心だから
02. 自分だけで、そのときの症状に応じて適切な医療機関を選ぶことが難しいから
03. 医師によって診断結果が異なるのが不安だから
04. その他 ( )

⑥-4 あなたが、生活習慣病などにより、継続的な通院が必要な状態となった場合に、かかりつけ医を受診する際の考え方として、下記のAとBについて、最も当てはまるものを選んでください。(〇は1つ)

- A. 何でも相談でき、必要な時には専門医や専門医療機関に紹介してくれる、といった、かかりつけ医としての機能を有する医師・医療機関については、その機能に対する評価として、受診した場合の費用は高くてもよい
- B. かかりつけ医としての機能を有する医師・医療機関であっても、そうでない医師・医療機関であっても、受診した場合の費用は同じがよい

⑥-5 医療機関を受診する必要があるような場合に、また、今日と同じ医療機関を受診しますか。  
(〇は1つだけ)

01. 受診すると思う
02. そのときの症状等で判断すると思う
03. 他の医療機関を受診すると思う
04. 分からない

⑥-6 かかりつけ医機能を有する医師の診察を受けた場合には、以下の費用(加算)がかかることがあります。あなたは、以下のいずれかの費用がかかったことがありますか。(〇は1つだけ)

(例) 乳幼児加算(※お子さんの場合を含む)、時間外加算、休日加算、深夜加算、機能強化加算

01. ある
02. ない
03. 分からない

⑥-7 (⑥-6で「01」と回答した方のみお答えください。)  
算定されたのは、次のどれですか。(〇はいくつでも)

01. 乳幼児加算 (※ご本人でなくお子さんの場合を含む)
02. 時間外加算
03. 休日加算
04. 深夜加算
05. 機能強化加算
06. おぼえていないが、上記のいずれか
07. 分からない



ID 

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）

精神科医療の実施状況調査 

※この「病院票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向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「○（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、**令和元年6月末時点**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。

①所在地	( ) 都道府県			
②開設者 <sup>注1</sup> ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立	03. 公的	04. 社会保険関係団体
	05. 医療法人 (社会医療法人除く)	06. 会社	07. その他法人	08. 個人
	注1. 国：厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、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、その他（国） 公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人 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 社会保険関係団体：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 医療法人：医療法人 会社：株式会社等 その他の法人：社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人			
③同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※あてはまる番号全てに○	01. 該当なし	02. 介護老人保健施設	03. 介護老人福祉施設	
	04. 訪問看護ステーション	05. 居宅介護支援事業所	06. 地域包括支援センター	
	07. 訪問介護事業所	08. 小規模多機能型居宅介護事業所		
	09. 看護小規模多機能型居宅介護	10. 通所介護事業所		
	11. 介護療養型医療施設	12. 介護医療院		
	13. 障害福祉サービス事業所（就労系サービス）			
	14. 障害福祉サービス事業所（相談系サービス）			
	15. 障害福祉サービス事業所（施設系・居住系サービス）			
	16. その他（具体的に			)
④病院種別 ※○は1つだけ	01. 精神科病院（単科）	02. 精神科病院（内科等併設あり）		
	03. 精神科を有する特定機能病院	04. 精神科を有する一般病院		
⑤貴施設が標榜している診療科として該当するものをお選びください。※あてはまる番号全てに○				
01. 内科	02. 外科	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科
06. 呼吸器科	07. 消化器科	08. 循環器科	09. 精神科	10. 心療内科
11. 眼科	12. 皮膚科	13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. リハビリテーション科
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）	17. その他（具体的に			)
⑥貴施設が届出している精神科病棟の入院基本料等として該当するものをお選びください。 ※あてはまる番号全てに○。また、選択肢「01」「02」「03」「04」「08」の場合は、該当する区分に○を1つ。				
01. 精神科病棟入院基本料 ⇒ 区分（ア. 10対1 イ. 13対1 ウ. 15対1 エ. 18対1 オ. 20対1 カ. 特別）				
02. 特定機能病院入院基本料（精神病棟） ⇒ 区分（ア. 7対1 イ. 10対1 ウ. 13対1 エ. 15対1）				
03. 精神科救急入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）				
04. 精神科急性期治療病棟入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）				
05. 精神科救急・合併症入院料				
06. 児童・思春期精神科入院医療管理料				
07. 精神療養病棟入院料				
08. 認知症治療病棟入院料 ⇒ 区分（ア. 1 イ. 2）				
09. 地域移行機能強化病棟入院料				

⑦貴施設が届出している加算として該当するものをお選びください。※あてはまる番号全てに○

01. 看護補助加算 ⇒ 区分 (ア. 1 イ. 2 ウ. 3)  
 02. 医療安全対策加算 ⇒ 区分 (ア. 1 イ. 2)  
 03. 患者サポート体制充実加算  
 04. 精神科応急入院施設管理加算  
 05. 精神病棟入院時医学管理加算  
 06. 精神科地域移行実施加算  
 07. 精神科身体合併症管理加算  
 08. 強度行動障害入院医療管理加算  
 09. 重度アルコール依存症入院医療管理加算  
 10. 摂食障害入院医療管理加算  
 11. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算  
 12. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算  
 13. 精神科急性期医師配置加算

⑧平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における、1) 病棟数、2) 許可病床数をそれぞれご記入ください。  
 ※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数には「0」をご記入ください。

		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全体
1) 病棟数	平成 29 年 6 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
	令和 元年 6 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
2) 許可 病床数	平成 29 年 6 月	床	床	床	床	床	床
	令和 元年 6 月	床	床	床	床	床	床

2. 貴施設における体制等についてお伺いします。

①精神科病棟に従事している職員数（常勤換算※）をお書きください。精神科病院の場合、病棟勤務の職員数をご記入ください。

	平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 医師	人	人
(うち) 精神保健指定医	人	人
(うち) 精神科特定医師	人	人
(うち) 上記以外の精神科医	人	人
(うち) 精神科以外の医師	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人
(うち) 精神看護専門看護師*	人	人
(うち) 認知症看護認定看護師*	人	人
(うち) 精神科認定看護師**	人	人
3) 准看護師	人	人
4) 看護補助者	人	人
5) 薬剤師	人	人
6) 作業療法士	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人
9) 社会福祉士（上記 8）を除く）	人	人
10) 事務職員	人	人
11) その他の職員	人	人
12) 職員数合計	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。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）  
 \* 日本看護協会の認定した者      \*\* 日本精神科看護協会の認定した者

3. 処方料、処方箋料等についてお伺いします。

①平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における処方料、処方箋料等の算定件数をご記入ください。		
	平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 処方料の算定件数	件	件
(うち) 処方料 1	件	件
(うち) 処方料 2	件	件
(うち) 処方料 3	件	件
2) 処方料に係る向精神薬調整連携加算の算定件数		件
3) 処方箋料の算定件数	件	件
(うち) 処方箋料 1	件	件
(うち) 処方箋料 2	件	件
(うち) 処方箋料 3	件	件
4) 処方箋料に係る向精神薬調整連携加算の算定件数		件

②向精神薬の処方についてお伺いします。

②-1 貴院に通院中の患者のうち、不安もしくは不眠の症状を有する方であって、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 1 年以上にわたって、同一の成分を同一の 1 日当たり用量で連続して処方している方はいますか。※〇は 1 つだけ

01. いる →質問②-2へ      02. いない →質問③へ

②-2 その患者さんのうち、処方料 3 を算定している方はいますか。※〇は 1 つだけ

01. いる →質問②-3へ      02. いない →質問③へ

②-3 処方料 3 を算定している理由としてあてはまるものを全てお選びください。※〇はいくつでも

- 01. 不安又は不眠に係る適切な研修<sup>注2</sup>を修了した医師が処方しているため
- 02. 精神科薬物療法に係る適切な研修<sup>注3</sup>を修了した医師が処方しているため
- 03. 当該処方の直近 1 年以内に精神科の医師から助言を得た上で処方しているため
- 04. その他 ( )

注2. 日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医eラーニング」含む）において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容を含むものを 2 単位以上取得。

注3. 日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修。ただし、精神科の臨床経験 5 年以上を有する状態で受講した場合のみ該当。

③平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における処方箋 1 件当たりの抗不安薬等の平均処方種類数をご記入ください。

	平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 抗不安薬	種類	種類
2) 睡眠薬	種類	種類
3) 抗うつ薬	種類	種類
4) 抗精神病薬	種類	種類

④向精神薬調整連携加算の算定のために取り組んでいること、算定上困難なことがあればご自由にご記入ください。

【算定のために取り組んでいること】

【算定上困難なこと】

4. 貴施設における措置入院後の通院・在宅精神療法の算定状況についてお伺いします。

平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における措置入院後の通院・在宅精神療法の算定件数をご記入ください。		平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 通院精神療法		件	件
H29 6 月	イ. 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が30分以上行った場合	件	
	ロ(1). イ以外の場合 30分以上	件	
	ロ(2). イ以外の場合 30分未満	件	
R1 6 月	イ. 自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合		件
	ロ. 初診の日において 60分以上行った場合		件
	ハ(1). イ又はロ以外の場合 30分以上		件
	ハ(2). イ又はロ以外の場合 30分未満		件
	措置入院後継続支援加算		件
2) 在宅精神療法		件	件
H29 6 月	イ. 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が30分以上行った場合	件	
	ロ(1). イ以外の場合 30分以上	件	
	ロ(2). イ以外の場合 30分未満	件	
R1 6 月	イ. 自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合		件
	ロ. 初診の日において 60分以上行った場合		件
	ハ(1). イ又はロ以外の場合 30分以上		件
	ハ(2). イ又はロ以外の場合 30分未満		件

5. 貴施設における精神科在宅患者支援管理料等の算定状況についてお伺いします。

平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における精神科在宅患者支援管理料等の算定件数をご記入ください。		平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 精神科在宅患者支援管理料 1 (精神科重症患者早期集中支援管理料 1)		件	件
H29 6 月	イ. 単一建物診療患者が 1 人の場合	件	
	ロ. 単一建物診療患者が 2 人以上の場合	件	
R1 6 月	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1) 単一建物診療患者 1 人		件
	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		件
	ロ. 重症患者等 (1) 単一建物診療患者 1 人		件
	ロ. 重症患者等 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		件
	ハ. イ又はロ以外の患者 (1) 単一建物診療患者 1 人		件
	ハ. イ又はロ以外の患者 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		件

平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における精神科在宅患者支援管理料等の算定件数をご記入ください。(続き)		平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
2) 精神科在宅患者支援管理料 2 (精神科重症患者早期集中支援管理料 2)		件	件
H29 6 月	イ. 単一建物診療患者が 1 人の場合	件	
	ロ. 単一建物診療患者が 2 人以上の場合	件	
R1 6 月	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1) 単一建物診療患者 1 人		件
	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		件
	ロ. 重症患者等 (1) 単一建物診療患者 1 人		件
	ロ. 重症患者等 (2) 単一建物診療患者 2 人以上		件

6. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている <b>精神科デイ・ケア等</b> は何ですか。※あてはまる番号全てに○				
00. 届出をしていない (→7ページの質問7.①へ)				
01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの)		02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの)		
03. 精神科デイ・ケア (小規模なもの)		04. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)		
05. 精神科ナイト・ケア		06. 精神科デイ・ナイト・ケア		
②貴施設が実施する <b>精神科デイ・ケア等</b> に従事している職員数 (実人数) をご記入ください。				
	平成 29 年 6 月		令和 元年 6 月	
	専 従 <sup>注4</sup>	専 任 <sup>注4</sup>	専 従 <sup>注4</sup>	専 任 <sup>注4</sup>
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士 (上記 4) を除く)	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者 (上記 4) 5) を除く)	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他 ( )	人	人	人	人
9) 合計	人	人	人	人

注4. 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

③令和元年6月1か月間に**精神科デイ・ケア等**を行った患者数をご記入ください。  
※「(うち)1年超の患者数」には「(うち)3年超の患者数」も含まれます。

	患者数	(うち)早期加算の患者数	(うち)1年超の患者数	(うち)3年超の患者数
1) 精神科ショート・ケア	人	人	人	人
2) 精神科デイ・ケア	人	人	人	人
3) 精神科ナイト・ケア	人	人	人	人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	人	人	人	人

④令和元年4月～6月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。  
※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書(地方厚生局届出 別紙様式 31)による

1) 精神科デイ・ケア等を月1回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月14回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から令和元年6月末までの月数の平均	月

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に○をつけてください。  
※あてはまる番号全てに○

01. 疾患別プログラム  
011. 統合失調症      012. 気分障害      013. アルコール依存症      014. 双極性障害  
015. 不安障害      016. 発達障害      017. 強迫性障害      018. 摂食障害  
019. 薬物依存      020. その他(具体的に )

02. 年代別プログラム  
021. 高齢者      022. 青年期      023. 思春期      024. 児童期  
025. その他対象とする年代を区切ったもの(具体的に )

03. 病期別プログラム  
031. 慢性期      032. 急性期退院直後  
033. その他病期を区切ったもの(具体的に )

04. 目的別プログラム  
041. 家事等、日常生活技能の習得      042. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得  
043. 疾病と治療についての理解      044. 復職支援  
045. 服薬アドヒアランスの向上      046. レクリエーションを目的としたもの  
047. 自己存在感を培う場所確保を目的としたもの      048. 友人作りを目的としたもの  
049. 就学・就労支援      050. その他(具体的に )

05. 利用期間別プログラム      06. その他(具体的に )

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつのプログラムを設けていますか。※○は1つだけ

01. 1種類      02. 2種類      03. 3～5種類      04. 6種類以上

⑥-1どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。※○は最も多いものに1つだけ

01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定  
02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定  
03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定  
04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定  
05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定  
06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定  
07. その他(具体的に )

7. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①令和元年6月末時点において、貴施設は精神科訪問看護 <sup>注5</sup> を行っていますか。 ※あてはまる番号全てに○ 注5.「精神科訪問看護・指導料」又は「精神科在宅患者支援管理料」の算定に係る訪問看護のこと。						
01. 病院（貴施設）が精神科訪問看護・指導料等（精神科在宅患者支援管理料を含む）を算定し、自ら行っている（→ 質問②へ）						
02. 病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→「02」のみの場合、8ページの8へ）						
03. 行っていない → （→8ページの8へ）						
②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算*）をお答えください。 ※病棟看護職員による退院前（退院後）精神科訪問看護は含みません。						
	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成 29 年 6 月	.	.	.	.	.	.
令和 元 年 6 月	.	.	.	.	.	.
*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） ■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 か月に複数勤務の場合：（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）						
		14歳以下	15～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上
③令和元年6月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）		人	人	人	人	人
③-1 上記③のうち、身体疾患のために医療機関を受診した患者数（実人数、在宅医療受診者を含む） ※患者数が不明の場合は「不明」に○		人・不明	人・不明	人・不明	人・不明	人・不明
③-2 上記③-1のうち、精神科デイ・ケア等の他の精神科療法を受診した患者数（実人数）		人	人	人	人	人
③-3 新規の患者数（実人数） ※「新規の患者数」とは、令和元年6月に精神科訪問看護を開始した患者数		人	人	人	人	人
④令和元年6月23日～6月29日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。						
		週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上
1) 総数		人	人	人	人	人
2) 1)のうち、退院後3月以内の人数		人	人	人	人	人
3) 1)のうち、貴施設に1年以上入院していた患者数		人	人	人	人	人
⑤令和元年6月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）（「30分未満」「30分以上」については「延べ人数」、「合計」については「実人数」）と算定回数（回）をお答えください。						
		30分未満 （延べ人数・回数）	30分以上 （延べ人数・回数）	合計 （実人数・回数）		
精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）		人 回	人 回	人 回		
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数		回	回	回		
（うち）准看護師による算定回数		回	回	回		
精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）		人 回	人 回	人 回		
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数		回	回	回		
（うち）准看護師による算定回数		回	回	回		

⑥精神科訪問看護・指導料の加算を算定した患者数（実人数）と算定回数をご記入ください。※令和元年6月1か月間		
	算定患者数	算定回数
1) 長時間精神科訪問看護・指導加算	人	回
2) 夜間・早朝訪問看護加算	人	回
3) 深夜訪問看護加算	人	回
4) 精神科緊急訪問看護加算	人	回
5) 複数名精神科訪問看護・指導加算 イ又はロ	人	回
6) 複数名精神科訪問看護・指導加算 ハ	人	回
7) 看護・介護職員連携強化加算	人	回
8) 特別地域訪問看護加算	人	回

⑦令和元年6月における精神科訪問看護の患者のうち、1日に複数回の訪問看護を行った患者数（実人数） ※精神科複数回訪問加算の算定の有無は問いません。		人
⑦-1 上記⑦のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数（実人数）と算定回数	算定患者数	算定回数
1) 1日に2回、精神科訪問看護を行った患者	人	回
1) のうち、精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く）を算定する患者	人	回
1) のうち、精神科在宅患者支援管理料2を算定する患者	人	回
2) 1日に3回以上、精神科訪問看護を行った患者	人	回
2) のうち、精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く）を算定する患者	人	回
2) のうち、精神科在宅患者支援管理料2を算定する患者	人	回

8. 精神疾患を有する患者の地域移行と地域定着を推進するため、今後、どのような取組が必要とお考えになりますか。

病院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。



2. 処方料、処方箋料等についてお伺いします。

①平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における処方料、処方箋料等の算定件数をご記入ください。		
	平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 処方料の算定件数	件	件
(うち) 処方料 1	件	件
(うち) 処方料 2	件	件
(うち) 処方料 3	件	件
2) 処方料に係る向精神薬調整連携加算の算定件数		件
3) 処方箋料の算定件数	件	件
(うち) 処方箋料 1	件	件
(うち) 処方箋料 2	件	件
(うち) 処方箋料 3	件	件
4) 処方箋料に係る向精神薬調整連携加算の算定件数		件

②向精神薬の処方についてお伺いします。

②-1 貴院に通院中の患者のうち、不安もしくは不眠の症状を有する方であって、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を 1 年以上にわたって、同一の成分を同一の 1 日当たり用量で連続して処方している方はいますか。※〇は 1 つだけ

01. いる →質問②-2へ      02. いない →質問③へ

②-2 その患者のうち、処方料 3 を算定している方はいますか。※〇は 1 つだけ

01. いる →質問②-3へ      02. いない →質問③へ

②-3 処方料 3 を算定している理由としてあてはまるものを全てお選びください。※〇はいくつでも

01. 不安又は不眠に係る適切な研修<sup>注1</sup>を修了した医師が処方しているため

02. 精神科薬物療法に係る適切な研修<sup>注2</sup>を修了した医師が処方しているため

03. 当該処方の直近 1 年以内に精神科の医師から助言を得た上で処方しているため

04. その他 ( )

注1. 日本医師会の生涯教育制度における研修 (「日医eラーニング」含む) において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容を含むものを 2 単位以上取得。

注2. 日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修。ただし、精神科の臨床経験 5 年以上を有する状態で受講した場合のみ該当。

③平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における処方箋 1 件当たりの抗不安薬等の平均処方種類数をご記入ください。		
	平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 抗不安薬	種類	種類
2) 睡眠薬	種類	種類
3) 抗うつ薬	種類	種類
4) 抗精神病薬	種類	種類

④向精神薬調整連携加算の算定のために取り組んでいること、算定上困難なことがあればご自由にご記入ください。

【算定のために取り組んでいること】

【算定上困難なこと】

3. 貴施設における精神科在宅患者支援管理料等の算定状況についてお伺いします。

平成 29 年 6 月及び令和元年 6 月における精神科在宅患者支援管理料等の算定件数をご記入ください。		平成 29 年 6 月	令和 元年 6 月
1) 精神科在宅患者支援管理料 1 (精神科重症患者早期集中支援管理料 1)		件	件
H29 6 月	イ. 単一建物診療患者が 1 人の場合	件	
	ロ. 単一建物診療患者が 2 人以上の場合	件	
R1 6 月	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者 1 人		件
	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上		件
	ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者 1 人		件
	ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者 2 人以上		件
	ハ. イ又はロ以外の患者 (1)単一建物診療患者 1 人		件
	ハ. イ又はロ以外の患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上		件
2) 精神科在宅患者支援管理料 2 (精神科重症患者早期集中支援管理料 2)		件	件
H29 6 月	イ. 単一建物診療患者が 1 人の場合	件	
	ロ. 単一建物診療患者が 2 人以上の場合	件	
R1 6 月	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (1)単一建物診療患者 1 人		件
	イ. 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者 (2)単一建物診療患者 2 人以上		件
	ロ. 重症患者等 (1)単一建物診療患者 1 人		件
	ロ. 重症患者等 (2)単一建物診療患者 2 人以上		件

4. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

「精神科デイ・ケア等」とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアをいいます。

①貴施設が届出を行っている**精神科デイ・ケア等**は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| 00. 届出をしていない (→5 ページの質問 5. ①へ) |                         |
| 01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの)        | 02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの) |
| 03. 精神科デイ・ケア (小規模なもの)          | 04. 精神科デイ・ケア (大規模なもの)   |
| 05. 精神科ナイト・ケア                  | 06. 精神科デイ・ナイト・ケア        |

②貴施設が実施する <b>精神科デイ・ケア等</b> に従事している職員数（実人数）をご記入ください。				
	平成 29 年 6 月		令和 元年 6 月	
	専 従 <sup>注3</sup>	専 任 <sup>注3</sup>	専 従 <sup>注3</sup>	専 任 <sup>注3</sup>
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士（上記 4）を除く）	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者（上記 4）5）を除く）	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他（ ）	人	人	人	人
9) 合計	人	人	人	人

注 3. 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

③令和元年6月1か月間に <b>精神科デイ・ケア等</b> を行った患者数をご記入ください。				
※「（うち）1年超の患者数」には「（うち）3年超の患者数」も含まれます。				
	患者数	（うち） 早期加算の 患者数	（うち） 1年超の 患者数	（うち） 3年超の 患者数
1) 精神科ショート・ケア	人	人	人	人
2) 精神科デイ・ケア	人	人	人	人
3) 精神科ナイト・ケア	人	人	人	人
4) 精神科デイ・ナイト・ケア	人	人	人	人

④令和元年4月～6月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。	
※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書（地方厚生局届出 別紙様式 31）による	
1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から令和元年6月末までの月数の平均	月

⑤貴施設で実施している精神科デイ・ケア等のプログラムの種類としてあてはまる番号に○をつけてください。			
※あてはまる番号すべてに○			
01. 疾患別プログラム	011. 統合失調症	012. 気分障害	013. アルコール依存症
	015. 不安障害	016. 発達障害	017. 強迫性障害
	019. 薬物依存	020. その他（具体的に	014. 双極性障害
			018. 摂食障害
02. 年代別プログラム			
	021. 高齢者	022. 青年期	023. 思春期
	025. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に		024. 児童期
03. 病期別プログラム			
	031. 慢性期	032. 急性期退院直後	
	033. その他病期を区切ったもの（具体的に		
04. 目的別プログラム			
	041. 家事等、日常生活技能の習得	042. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得	
	043. 疾病と治療についての理解	044. 復職支援	
	045. 服薬アドヒアランスの向上	046. レクリエーションを目的としたもの	
	047. 自己存在感を培う場所確保を目的としたもの	048. 友人作りを目的としたもの	
	049. 就学・就労支援	050. その他（具体的に	
05. 利用期間別プログラム	06. その他（具体的に		

⑥貴施設では、精神科デイ・ケア等の実施日にいくつかのプログラムを設けていますか。※〇は1つだけ

01. 1種類

02. 2種類

03. 3～5種類

04. 6種類以上

⑥-1 どのような方法でプログラムを選択・決定していますか。※〇は最も多いものに1つだけ

- 01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定
- 02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定
- 03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定
- 04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定
- 05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定
- 06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定
- 07. その他（具体的に )

## 5. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①令和元年6月末時点において、貴施設は精神科訪問看護※を行っていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇  
※「精神科訪問看護・指導料」又は「精神科在宅患者支援管理料」の算定に係る訪問看護のこと。

- 01. 診療所（貴施設）が精神科訪問看護・指導料等（精神科在宅患者支援管理料を含む）を算定し、自ら行っている（→ 質問②へ）
- 02. 診療所（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→ 「02」 のみの場合、6ページの6へ）
- 03. 行っていない → （→6ページの6へ）

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算\*）をお答えください。 ※病棟看護職員による退院前（退院後）精神科訪問看護は含みません。

	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成 29 年 6 月	.	.	.	.	.	.
令和 元 年 6 月	.	.	.	.	.	.

\*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）

- 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）

	14歳以下	15～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳以上
③令和元年6月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）	人	人	人	人	人
③-1 上記③のうち、身体疾患のために医療機関を受診した患者数（実人数、在宅医療受診者を含む） ※患者数が不明の場合は「不明」に〇	人・不明	人・不明	人・不明	人・不明	人・不明
③-2 上記③-1のうち、精神科デイ・ケア等の他の精神科療法を受診した患者数（実人数）	人	人	人	人	人
③-3 新規の患者数（実人数） ※「新規の患者数」とは、令和元年6月に精神科訪問看護を開始した患者数	人	人	人	人	人

④令和元年6月23日～6月29日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

	週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
1) 総数	人	人	人	人	人	人
2) 1)のうち、退院後3月以内の人数	人	人	人	人	人	人
3) 1)のうち、貴施設に1年以上入院していた患者数	人	人	人	人	人	人

⑤令和元年6月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数(人) (「30分未満」「30分以上」については「延べ人数」、「合計」については「実人数」と算定回数(回)をお答えください。			
	30分未満 (延べ人数・回数)	30分以上 (延べ人数・回数)	合計 (実人数・回数)
精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)	人 回	人 回	人 回
(うち)保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
(うち)准看護師による算定回数	回	回	回
精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)	人 回	人 回	人 回
(うち)保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
(うち)准看護師による算定回数	回	回	回
⑥精神科訪問看護・指導料の加算を算定した患者数(実人数)と算定回数をご記入ください。※令和元年6月1か月間			
	算定患者数	算定回数	
1) 長時間精神科訪問看護・指導加算	人	回	
2) 夜間・早朝訪問看護加算	人	回	
3) 深夜訪問看護加算	人	回	
4) 精神科緊急訪問看護加算	人	回	
5) 複数名精神科訪問看護・指導加算 イ又はロ	人	回	
6) 複数名精神科訪問看護・指導加算 ハ	人	回	
7) 看護・介護職員連携強化加算	人	回	
8) 特別地域訪問看護加算	人	回	

⑦令和元年6月における精神科訪問看護の患者のうち、1日に複数回の訪問看護を行った患者数(実人数)			人
※精神科複数回訪問加算の算定の有無は問いません。			
⑦-1 上記⑦のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数(実人数)と算定回数	算定患者数	算定回数	
1) 1日に2回、精神科訪問看護を行った患者	人	回	
1) のうち、精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く)を算定する患者	人	回	
1) のうち、精神科在宅患者支援管理料2を算定する患者	人	回	
2) 1日に3回以上、精神科訪問看護を行った患者	人	回	
2) のうち、精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く)を算定する患者	人	回	
2) のうち、精神科在宅患者支援管理料2を算定する患者	人	回	

6. 精神疾患を有する患者の地域移行と地域定着を推進するため、今後、どのような取組が必要とお考えになりますか。

診療所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。



⑦貴施設での通所リハビリテーション（介護保険）の実施状況 ※○は1つだけ

01. 実施している⇒開始時期（西暦\_\_\_\_年\_\_\_\_月）→⑨へ  
 02. 実施していないが、実施予定あり  
 03. 実施しておらず、実施予定もない

**【通所リハビリテーションの実施がない施設】**  
 ⑧貴施設で通所リハビリテーションを実施していない理由 ※あてはまる番号すべてに○

01. 施設基準が満たせないから →満たせない要件： a. 機能訓練室 b. 人員配置 c. その他  
 02. 指定に係る手続きが煩雑だから 03. 地域に利用者がいないから  
 04. 収益が見込めないから 05. その他（具体的に\_\_\_\_\_）

⑨職員数（常勤換算<sup>注2</sup>） ※小数点以下第1位まで

	平成 29 年 6 月	令和元年 6 月
1) 医師	( . ) 人	( . ) 人
2) うち、主にリハビリテーション科に従事している医師	( . ) 人	( . ) 人
3) 歯科医師	( . ) 人	( . ) 人
4) 看護師・准看護師	( . ) 人	( . ) 人
5) 理学療法士	( . ) 人	( . ) 人
6) 作業療法士	( . ) 人	( . ) 人
7) 言語聴覚士	( . ) 人	( . ) 人
8) うち、摂食機能療法専従	( . ) 人	( . ) 人
9) 歯科衛生士	( . ) 人	( . ) 人
10) MSW	( . ) 人	( . ) 人
11) うち、社会福祉士	( . ) 人	( . ) 人

注 2 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. **入院患者**に対するリハビリテーションの提供状況等についてお伺いします。

本調査では、「維持期リハビリテーション（維持期リハ）」とは、標準的算定日数を超えた患者について、「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合」と「患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合」以外で必要があつて行われるリハビリテーションのことを指します。

【脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の届出施設】	
①令和元年6月に、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定した入院患者について、実人数をご記入ください。	
<b>&lt;脳血管疾患等リハビリテーション料について&gt;</b>	
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人
2) 1)のうち、標準的算定日数（180日）を超えた患者	人
3) 2)のうち、維持期リハビリテーションを行っている患者	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人
5) 4)のうち、退院の予定があるが、退院後リハビリを行う施設が決まっていない患者	人
6) 5)のうち、患者が希望していないため退院後リハビリテーションを行わない患者	人
7) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う施設が見つからない患者	人
8) 5)のうち、退院後にリハビリを必要としないから決まっていない患者	人
9) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者	人
(具体的な理由: _____)	)
<b>&lt;廃用症候群リハビリテーション料について&gt;</b>	
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人
2) 1)のうち、標準的算定日数（120日）を超えた患者	人
3) 2)のうち、維持期リハビリテーションを行っている患者	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人
5) 4)のうち、退院の予定があるが、退院後リハビリを行う施設が決まっていない患者	人
6) 5)のうち、患者が希望していないため退院後リハビリテーションを行わない患者	人
7) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う施設が見つからない患者	人
8) 5)のうち、退院後にリハビリを必要としないから決まっていない患者	人
9) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者	人
(具体的な理由: _____)	)

＜運動器リハビリテーション料について＞	
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人
2) 1)のうち、標準的算定日数（150日）を超えた患者	人
3) 2)のうち、維持期リハビリテーションを行っている患者	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人
5) 4)のうち、退院の予定があるが、退院後リハビリを行う施設が決まっていない患者	人
6) 5)のうち、患者が希望していないため退院後リハビリテーションを行わない患者	人
7) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う施設が見つからない患者	人
8) 5)のうち、退院後にリハビリを必要としないから決まっていない患者	人
9) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者	人
(具体的な理由：)	)

②要介護被保険者等のリハビリを行うに当たって行っている取組	※あてはまる番号すべてに○
01. 目標設定等支援・管理シートの作成	
02. 目標設定等支援・管理シートに基づいた患者・家族への説明	
03. 退院後必要な支援（通所リハビリ等）について連携して調整	
04. その他（具体的に	)



＜運動器リハビリテーション料について＞		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者		人
2) 1)のうち、標準的算定日数（150日）を超えた患者		人
3) 2)のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者		人
4) 1)のうち、1)のうち、要介護被保険者等の人数		人
5) 4)のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者		人
6) 5)のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者		人
7) 5)のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者		人
8) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者		人
9) 5)のうち、退院後にリハビリが必要ない患者		人
10) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者		人
(具体的な理由:		)

⑤要介護被保険者等のリハビリを行うに当たって行っている取組	※あてはまる番号すべてに○
01. 目標設定等支援・管理シートの作成	
02. 目標設定等支援・管理シートに基づいた患者・家族への説明	
03. 必要な支援（通所リハビリ等）について連携して調整	
04. その他（具体的に	)

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
**リハビリテーションの実施状況等調査** 診療所票

※この診療所票は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設におけるリハビリテーションの実施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、令和元年6月末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。

1. 貴施設の状況についてお伺いします（令和元年6月末現在）。

①所在地（都道府県）	（ ）都・道・府・県
②開設者 ※○は1つだけ	01. 国                      02. 公立                      03. その他
③種別 ※○は1つだけ	01. 無床診療所                      02. 有床診療所 ⇒許可病床数（ ）床
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科                      02. 外科                      03. 整形外科                      04. 脳神経外科 05. 小児科                      06. 産婦人科                      07. 呼吸器科                      08. 消化器科 09. 循環器科                      10. 精神科                      11. 眼科                      12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科                      14. 皮膚科                      15. リハビリテーション科 16. 歯科（歯科口腔外科等含む）                      17. その他（具体的に ）
⑤貴施設の同一法人又は関連法人が運営している <b>介護保険施設・事業所等</b> ※あてはまる番号すべてに○	
00. なし 01. 介護老人福祉施設                      02. 介護老人保健施設                      03. 訪問介護事業所 04. 訪問入浴介護事業所                      05. 訪問看護事業所                      06. 訪問看護ステーション（05以外） 07. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                      08. 訪問リハビリテーション事業所 09. 通所介護事業所                      10. 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所 11. 短期入所生活介護事業所                      12. 短期入所療養介護事業所 13. 特定施設入居者生活介護事業所                      14. 居宅介護支援事業所 15. 小規模多機能型居宅介護事業所                      16. 認知症対応型共同生活介護事業所 17. 看護小規模多機能型居宅介護                      18. その他（具体的に ）	
⑥貴施設での訪問リハビリテーションの実施状況 ※○は1つだけ	
01. 実施あり                      02. 実施なし	
⑦貴施設での通所リハビリテーション（介護保険）の実施状況 ※○は1つだけ	
01. 実施している⇒開始時期（西暦____年____月）→⑨へ 02. 実施していないが、実施予定あり 03. 実施しておらず、実施予定もない	
<b>【通所リハビリテーションの実施がない施設】</b>	
⑧貴施設で通所リハビリテーションを実施していない理由 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 施設基準が満たせないから →満たせない要件： a. 機能訓練室                      b. 人員配置                      c. その他 02. 指定に係る手続きが煩雑だから                      03. 地域に利用者がいないから 04. 収益が見込めないから                      05. その他（具体的に ）	

⑨職員数（常勤換算 <sup>注</sup> ） ※小数点以下第1位まで		平成29年（一昨年）6月	令和元年6月
1) 医師		( . )人	( . )人
2) うち、主にリハビリテーション科に従事している医師		( . )人	( . )人
3) 歯科医師		( . )人	( . )人
4) 看護師・准看護師		( . )人	( . )人
5) 理学療法士		( . )人	( . )人
6) 作業療法士		( . )人	( . )人
7) 言語聴覚士		( . )人	( . )人
8) うち、摂食機能療法専従		( . )人	( . )人
9) 歯科衛生士		( . )人	( . )人
10) MSW		( . )人	( . )人
11) うち、社会福祉士		( . )人	( . )人

注. 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. **外来患者**に対するリハビリテーションの提供状況等についてお伺いします。

①令和元年6月の外来患者数（実人数、貴施設的全診療科の合計人数）をご記入ください。	人
②令和元年6月末時点で、外来リハビリテーション診療料の届出はありますか。 ※○は1つだけ	
01. 届出あり →令和元年6月の算定患者数（ ）人、算定回数（ ）回	
02. 届出なし	
<b>【外来リハビリテーション診療料の届出がない施設】</b>	
③外来リハビリテーション診療料の届出がない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
01. 外来リハビリテーションの実施時には毎回診察を行うことが望ましいから	
02. 外来リハビリテーション診療料の対象となる患者数が少ないから	
03. 患者にとってのメリットを感じられないから	
04. その他（具体的に ）	

<b>【脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の届出施設】</b>	
④令和元年6月に、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定した外来患者について、実人数をご記入ください。	
<b>&lt;脳血管疾患等リハビリテーション料について&gt;</b>	
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人
2) 1)のうち、標準的算定日数（180日）を超えた患者	人
3) 2)のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者	人
4) 1)のうち、要介護被保険者等の人数	人
5) 4)のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者	人
6) 5)のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者	人
7) 5)のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者	人
8) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者	人
9) 5)のうち、退院後にリハビリが必要ない患者	人
10) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者	人
(具体的な理由: )	)

＜廃用症候群リハビリテーション料について＞		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者		人
2) 1)のうち、標準的算定日数（120日）を超えた患者		人
3) 2)のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者		人
4) 1)のうち、要介護被保険者等の人数		人
5) 4)のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者		人
6) 5)のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者		人
7) 5)のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者		人
8) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者		人
9) 5)のうち、退院後にリハビリが必要ない患者		人
10) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者		人
(具体的な理由:		)

＜運動器リハビリテーション料について＞		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者		人
2) 1)のうち、標準的算定日数（150日）を超えた患者		人
3) 2)のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者		人
4) 1)のうち、要介護被保険者等の人数		人
5) 4)のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者		人
6) 5)のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者		人
7) 5)のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者		人
8) 5)のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者		人
9) 5)のうち、退院後にリハビリが必要ない患者		人
10) 5)のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者		人
(具体的な理由:		)

⑤要介護被保険者等のリハビリを行うに当たって行っている取組		※あてはまる番号すべてに○
01. 目標設定等支援・管理シートの作成		
02. 目標設定等支援・管理シートに基づいた患者・家族への説明		
03. 必要な支援（通所リハビリ等）について連携して調整		
04. その他（具体的に		)

令和元年 7 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（令和元年度調査）

## 「かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査」 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、外来における効果的・効率的な医学管理を推進する観点から、生活習慣病管理料の療養計画の様式や要件の見直し、対面診療と組み合わせた ICT を活用した診療について評価の新設等が行われました。

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、外来における効果的・効率的な医学管理の推進状況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、**令和元年●月●日(●)まで**に「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。

※患者の方にご配布いただく「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：

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 「オンライン診療に関する意識調査」における

### 患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました**患者票**（●色の調査票）は、貴院を受診された患者に、オンライン診療に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「患者票」および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式です）」を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

#### 記

#### <配布対象者>

- ・オンライン診療を受診している患者 3名（調査票の色：●色）
- ・オンライン診療を受診していない患者 2名（調査票の色：●色）

※オンライン診療を受診している患者が3人に満たない場合は、オンライン診療を受診していない患者の配布対象者は増やし、合計5名となるようにしてください。その逆も場合も同様です。

#### <配布方法>

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票1頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・患者票は、調査期間中に上記の配布対象者に該当される方で、調査協力について患者の方の同意が得られた方にお渡してください。
- ・対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご指示ください。

#### <返送方法>

- ・ご回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送いただく形となります。

以上

#### <お問い合わせ先>

##### 「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：

TEL： （受付時間 ～ 、土日・祝日除く）

FAX：

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 「かかりつけ医機能に関する意識調査」における

### 患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました**患者票**（●色の調査票）は、貴院を受診された患者の方に、かかりつけ医機能に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「患者票」および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式です）」を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

#### <配布対象者>

- ・初診料の機能強化加算の算定患者 8 名（調査票の色：●色）

#### <配布方法>

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票 1 頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・患者票は、●月●日に貴院に受診された患者の方のうち、初診料の機能強化加算を算定した患者の受付順に 1 番目、6 番目、11 番目、16 番目、21 番目、26 番目、31 番目、36 番目の方について、調査協力について患者の方の同意が得られた方にお渡してください。同意を得られない場合は、受付順の近い順番の方にご依頼ください。また、●月●日のみでは 8 人に満たなかった場合は、翌日受診された患者の方にもご依頼ください。
- ・対象となる患者の方が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・正確な実態把握のため、患者の方からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご指示ください。

#### <患者票の返送方法>

- ・ご回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送いただく形となります。

以上

#### <お問い合わせ先>

「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：

TEL： （受付時間 ～ 、土日・祝日除く）

FAX：

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 「かかりつけ医機能に関する意識調査」における

### 患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました**患者票**（●色の調査票）は、貴院を受診された患者の方に、かかりつけ医機能に関するお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「患者票」および「返信用封筒（施設票の返信用封筒と同じ様式です）」を患者の方にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

#### <配布対象者>

- ・初診料の算定患者 8 名（調査票の色：●色）

#### <配布方法>

- ・医療施設より患者の方にお渡しする前に、患者票 1 頁上段の【医療機関記入欄】のご記入をお願いいたします。
- ・患者票は、●月●日に貴院に受診された患者の方のうち、初診料を算定した患者の方の受付順に 1 番目、6 番目、11 番目、16 番目、21 番目、26 番目、31 番目、36 番目の方について、調査協力について患者の方の同意が得られた方にお渡しください。同意を得られない場合は、受付順の近い順番の方にご依頼ください。また、●月●日のみでは 8 人に満たなかった場合は、翌日受診された患者の方にもご依頼ください。
- ・対象となる患者の方が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴施設にて破棄してください。
- ・正確な実態把握のため、患者の方からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただけるよう、ご指示ください。

#### <患者票の返送方法>

- ・ご回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手不要）にてご返送いただく形となります。

以上

#### <お問い合わせ先>

「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：

TEL： （受付時間 ～ 、土日・祝日除く）

FAX：

令和元年7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（令和元年度調査）

## 「精神科医療の実施状況調査」 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、医薬品の適正使用を推進する観点から、向精神薬の長期処方・多剤処方の報酬水準の適正化等が行われました。

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、医薬品の適正使用を推進状況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

◆調査票については、ご回答の上、**令和元年●月●日(●)まで**に「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

〒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：

令和元年 7 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（令和元年度調査）

## 「リハビリテーションの実施状況等調査」 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 月の診療報酬改定を踏まえ、要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料についての経過措置は、平成 31 年 3 月末をもって終了となりました。

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、リハビリテーションの実施状況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

- ◆調査票については、ご回答の上、**令和元年●月●日(●)まで**に「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

〒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 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
「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(その2)」  
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、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、病院での負担軽減等の体制整備について、医療従事者全体に拡大するとともに、関連する項目を集約した。また、対面を求めるカンファレンスのICTを用いた場合の評価、等を行った。本調査では、医療機関における勤務環境改善の取組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、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(歯科医師を除く)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）

	2019年5月	6月	7月	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 データクリーニング				→							
集計・分析					→						
報告(案)の作成					→						
追加分析						→					
報告書のとりまとめ							→				



③標榜診療科 <sup>注1</sup> ※あてはまる番号 すべてに○	01. 内科系	02. 皮膚科	03. 小児科	04. 精神科
	05. 外科系	06. 泌尿器科	07. 脳神経外科	08. 整形外科
	09. 眼科	10. 産婦人科・産科	11. リハビリテーション科	12. 放射線科
	13. 麻酔科	14. 救急科	15. 耳鼻咽喉科	
	16. 歯科・歯科口腔外科	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、令和元年6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診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 →	<table border="0"> <tr> <td>01. 急性期一般入院料 1</td> <td>02. 急性期一般入院料 2</td> </tr> <tr> <td>03. 急性期一般入院料 3</td> <td>04. 急性期一般入院料 4</td> </tr> <tr> <td>05. 急性期一般入院料 5</td> <td>06. 急性期一般入院料 6</td> </tr> <tr> <td>07. 急性期一般入院料 7</td> <td>08. 地域一般入院料 1</td> </tr> <tr> <td>09. 地域一般入院料 2</td> <td>10. 地域一般入院料 3</td> </tr> </table>	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
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 →	<table border="0"> <tr> <td>01. 療養病棟入院料 1</td> <td>02. 療養病棟入院料 2</td> </tr> <tr> <td>03. 療養病棟入院基本料 注11<sup>※1</sup></td> <td>04. 療養病棟入院基本料 注12<sup>※2</sup></td> </tr> <tr> <td colspan="2">夜間看護加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)</td> </tr> </table>	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 <sup>※1</sup>	04. 療養病棟入院基本料 注12 <sup>※2</sup>	夜間看護加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)					
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 <sup>※1</sup>	04. 療養病棟入院基本料 注12 <sup>※2</sup>										
夜間看護加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)											
03. 結核病棟入院基本料 →	<table border="0"> <tr> <td>01. 7対1</td> <td>02. 10対1</td> <td>03. 13対1</td> <td>04. 15対1</td> </tr> <tr> <td>05. 18対1</td> <td>06. 20対1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	01. 7対1	02. 10対1	03. 13対1	04. 15対1	05. 18対1	06. 20対1				
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 →	<table border="0"> <tr> <td>01. 10対1</td> <td>02. 13対1</td> <td>03. 15対1</td> <td>04. 18対1</td> </tr> <tr> <td>05. 20対1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	01. 10対1	02. 13対1	03. 15対1	04. 18対1	05. 20対1					
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 →	<table border="0"> <tr> <td>一般病棟</td> <td>( 01. 7対1 02. 10対1 )</td> </tr> <tr> <td>結核病棟</td> <td>( 01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 )</td> </tr> <tr> <td>精神病棟</td> <td>( 01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 )</td> </tr> </table>	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 )	精神病棟	( 01. 7対1 02. 10対1 03. 13対1 )				
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 )										
精神病棟	( 01. 7対1 02. 10対1 03. 13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

⑥-1 上記⑥で、以下の入院基本料のいずれかを選んだ施設にお伺いします。

- ・「01. 一般病棟入院基本料」の01～07
- ・「05. 特定機能病院入院基本料」の「一般病棟」の01又は02
- ・「06. その他の入院基本料」の01又は02

(1) 届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和元年6月1日時点）	01. 重症度、医療・看護必要度 I 02. 重症度、医療・看護必要度 II
(2) 重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合 <sup>注4</sup> ※I又はIIどちらも算出している場合は両方お答えください。	重症度、医療・看護必要度 I ( ) % 重症度、医療・看護必要度 II ( ) % ※平成31年4月～令和元年6月（3か月間の平均）

注4. 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」のモニタリング及び処置等に係る得点（A得点）2点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）3点以上、「診療・療養上の指示が通じる（B14）」又は「危険行動（B15）」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上、A得点3点以上又は手術等の医学的状況に係る得点（C得点）が1点以上を満たす患者割合。小数点以下第2位を切り捨てし、小数点第1位までご記入ください。

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5</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5. 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令和元年6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6</sup>をご記入ください。

	常勤	非常勤（常勤換算） <sup>注7</sup>
1) 医師	人	人
2) 歯科医師	人	人
3) 保健師・助産師・看護師	人	人
4) 准看護師	人	人
5) 看護補助者	人	人
6) 歯科衛生士	人	人
7) 薬剤師	人	人
8) 臨床検査技師	人	人
9) 管理栄養士	人	人
10) 理学療法士	人	人
11) 作業療法士	人	人
12) 言語聴覚士	人	人
13) 医師事務作業補助者	人	人
14) MSW（社会福祉士等）	人	人
15) その他	人	人
16) 合計	人	人

注6. 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7. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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）

⑩平成29年6月、令和元年6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6月	令和元年6月
(1) 入院延べ患者数 <sup>注8</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

	平成29年6月	令和元年6月
(2) 外来延べ患者数	人	人
1) 緊急自動車等により搬送された延べ患者数	人	人
2) 時間外・休日・深夜加算の算定件数	件	件
(3) 分娩件数	件	件
(4) 全身麻酔による手術件数	件	件

注8. 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。

## 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「総合入院体制加算」の届出状況として該当するものをお選びください。※○は1つだけ

01. 総合入院体制加算 1 を届出ている	→①-2へ
02. 総合入院体制加算 2 を届出ている	} ①-1、①-2へ
03. 総合入院体制加算 3 を届出ている	
04. 総合入院体制加算を届出していない	→①-1へ

### ①-1 上記①で、「02」～「04」のいずれかを選んだ施設にお伺いします。

総合入院体制加算 1 について、満たすことが困難な要件は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

01. 年間の手術等の件数 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 全身麻酔による手術の件数が年間800件以上</li> <li>イ. 人工心肺を用いた手術の件数が年間40件以上</li> <li>ウ. 悪性腫瘍手術の件数が年間400件以上</li> <li>エ. 腹腔鏡下手術の件数が年間100件以上</li> <li>オ. 放射線治療（体外照射法）の件数が年間4,000件以上</li> <li>カ. 化学療法（件数が年間1,000件以上</li> <li>キ. 分娩の件数が年間100件以上</li> </ul>	
02. 救急自動車等による搬送件数が年間2,000件以上	
03. 精神科について、24時間対応できる体制を確保している	
04. 精神病床を有しており、精神病棟入院基本料等を届出で、現に精神疾患患者の入院を受入れている	
05. 「精神科リエゾンチーム加算」または「認知症ケア加算 1」の届出を行っている	
06. 「精神疾患診療体制加算 2」の算定件数又は救急患者の入院 3 日以内における「入院精神療法」もしくは「救命救急入院料の注 2 の加算」の算定件数が合計で年間20件以上	
07. 療養病棟入院基本料 または 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を届出していない	
08. 画像診断 及び 検査を、24時間実施できる体制を確保している	
09. 薬剤師が夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している	
10. 総退院患者のうち、診療情報提供に係る加算を算定する患者及び治癒し通院不要な患者が4割以上である	
11. 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、及び産科（産婦人科）を標榜し、入院医療を提供している	
12. 連携医療機関への転院を円滑にするための地域連携室の設置	
13. 医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備	
14. 貴院の敷地内が禁煙であること（緩和ケア病棟等の一部の病棟では分煙可）	
15. 分煙を行う場合は、非喫煙場所にタバコの煙が流れないようにし、適切な受動喫煙防止措置を講ずること	
16. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合が 3 割 5 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の該当患者割合が 3 割以上（総合入院体制加算 3 は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I の該当患者割合が 3 割 2 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II の該当患者割合が 2 割 7 分以上）	
17. 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない	
18. その他（具体的に	)

①-2 上記①で、「01」～「03」のいずれかを選んだ施設にお伺いします。

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容について、該当するものすべてをお選びください。※あてはまる番号すべてに○

- 01. 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組
- 02. 院内保育所の設置
- 03. 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- 04. 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- 05. 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

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) 上記(1)で「1.有」を選択した場合、当該診療報酬項目を具体的にご記入ください。

	(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 (具体的に記入)
	有	無	
1) 医師	1	2	
2) 看護職員	1	2	
3) 薬剤師	1	2	
4) 理学療法士	1	2	
5) 作業療法士	1	2	
6) その他	1	2	



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6月1日、令和元年6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 6月1日	00. 届出をしていない 01. 医師事務作業補助体制加算 1 →届出している場合の内訳	02. 医師事務作業補助体制加算 2
	01. 1 0 0 対 1      02. 7 5 対 1      03. 5 0 対 1      04. 4 0 対 1 05. 3 0 対 1      06. 2 5 対 1      07. 2 0 対 1      08. 1 5 対 1	
2) 令和元年 6月1日	00. 届出をしていない →次ページ④-1へ 01. 医師事務作業補助体制加算 1 →届出している場合の内訳	02. 医師事務作業補助体制加算 2
	01. 1 0 0 対 1      02. 7 5 対 1      03. 5 0 対 1      04. 4 0 対 1 05. 3 0 対 1      06. 2 5 対 1      07. 2 0 対 1      08. 1 5 対 1	

次ページ④-2へ

**【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。

西暦 ( ) 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。

※令和元年6月1日時点  
※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6月1日時点及び令和元年6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・非常勤別の職員数 (実人数)、及び常勤換算した非常勤の職員数をご記入ください。

	平成29年6月1日			令和元年6月1日		
	常勤	非常勤 (実人数)	非常勤 (常勤換算 <sup>注9</sup> )	常勤	非常勤 (実人数)	非常勤 (常勤換算 <sup>注9</sup> )
1) 一般病棟	人	人	人	人	人	人
2) 精神病棟	人	人	人	人	人	人
3) 療養病棟	人	人	人	人	人	人
4) その他	人	人	人	人	人	人
5) 全病棟	人	人	人	人	人	人

④-5 医療従事者 (病院勤務医) の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容  
※あてはまる番号すべてに○

- 01. 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- 02. 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保 (勤務間インターバル)
- 03. 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- 04. 当直翌日の業務内容に対する配慮
- 05. 交替勤務制・複数主治医制の実施
- 06. 短時間正規雇用医師の活用

注9. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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週間に複数勤務の場合：(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か月に複数勤務の場合：(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)

### 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貴施設における平成29年6月、令和元年6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6月	令和元年6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6月	令和元年6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。

③労働基準法の36（サブロク）協定の締結状況として該当するものをお選びください。※○は1つだけ

01. 締結している

02. 未締結であるため、今後締結を予定している

03. 未締結であるが、今後も締結の予定はない

④夜間医師が従事する業務に係る労働基準監督署の宿日直許可について該当するものをお選びください。※○は1つだけ

01. 全ての業務について許可を受けている

02. 許可を受けている業務と受けていない業務がある

03. 許可を受けている業務はない

### 4. 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貴施設における長時間労働者に対する、医師による面接指導の実施状況として該当するものをお選びください。※○は1つだけ

01. 実施している

02. 実施していないが、今後実施を予定している

03. 実施しておらず、今後も実施する予定はない

04. 長時間労働者はいない

③貴施設の医師について、労働時間以外の勤務状況として把握している内容をお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 年次有給休暇取得率

02. 育児休業の取得率

03. 介護休業の取得率

04. 代休取得率

05. その他（具体的に

）

06. 把握していない

④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。※○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（相談の予定なし）

⑤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) 実施されている 取組に○ (あてはまるもの すべてに○)	(2) 特に医師の負担軽減 効果のあるものに○ (○は3つまで)
(記入例) 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) 時間外・休日・深夜に特定の医師に負担が集中しないような体制の整備	8 →	8
9) 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）	9 →	9
10) 予定手術前日の当直の免除	10 →	10
11) 医師業務の特定行為研修修了者との分担	11 →	11
12) 医師業務の看護師（「11」に示す看護師を除く）との分担	12 →	12
13) 医師業務の助産師との分担	13 →	13
14) 医師業務の薬剤師との分担	14 →	14
15) 医師事務作業補助者の病棟への配置	15 →	15
16) 医師事務作業補助者の外来への配置	16 →	16
17) ICTを活用した業務の見直し・省力化	17 →	17
18) 医師が出席する会議の開催回数の削減	18 →	18
19) 医師が出席する会議の所定就業時間内での開催（開始時刻の前倒し等）	19 →	19
20) 院内保育所の設置	20 →	20

⑥上記⑤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、具体的にご記入ください。

--

⑦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
------------------------------	-------------

5. 看護職員や看護補助者の配置等についてお伺いします。

A. 看護職員や看護補助者の配置等

①救急搬送看護体制加算 ※○は1つだけ	01. 届出あり →①-1～①-3へ	02. 届出なし →②
①-1 当該加算の算定件数(令和元年6月1か月)	( ) 件	
①-2 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる 年間の搬送件数 ※○は1つだけ	01. 200～399件 03. 600～799件 05. 1,000～1,499件 07. 2,000件以上	02. 400～599件 04. 800～999件 06. 1,500～1,999件
①-3 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師の配置人数	( ) 人	
うち、院内トリアージ実施料に係る専任の看護師と兼ねている人数	( ) 人	

②看護補助加算 ※○は1つだけ ※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
	→ a) 夜間75対1看護補助加算(40点)	(11. 届出あり	12. 届出なし)
	届出の予定 (11. 予定あり 12. 予定なし)	届出をしていない理由 (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )	
	b) 夜間看護体制加算(165点)	(11. 届出あり	12. 届出なし)
	届出の予定 (11. 予定あり 12. 予定なし)	届出をしていない理由 (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )	
04. 届出をしていない	→届出の予定 (11. 予定あり 12. 予定なし)	→届出をしていない理由 ※あてはまる番号すべてに○ (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )	

※以下の質問③～⑥は一般病棟のある施設のみご回答ください。  
それ以外の方は11ページの6. ①へお進みください。

③急性期看護補助体制加算 <sup>注13</sup> ※○は1つだけ	01. 25対1(看護補助者5割以上) 03. 50対1 05. 届出をしていない	02. 25対1(看護補助者5割未満) 04. 75対1 →届出の予定(11. 予定あり 12. 予定なし) →届出をしていない理由 ※あてはまる番号すべてに○ (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )
④夜間急性期看護補助体制加算 <sup>注14</sup> ※○は1つだけ	01. 30対1 04. 届出をしていない	02. 50対1 03. 100対1 →届出の予定(11. 予定あり 12. 予定なし) →届出をしていない理由 ※あてはまる番号すべてに○ (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )
⑤夜間看護体制加算 <sup>注14</sup> ※○は1つだけ	01. 届出あり	02. 届出なし
⑥看護職員夜間配置加算 <sup>注13</sup> ※○は1つだけ	01. 12対1の「1」 04. 16対1の「2」 05. 届出をしていない	02. 12対1の「2」 03. 16対1の「1」 →届出の予定(11. 予定あり 12. 予定なし) →届出をしていない理由 ※あてはまる番号すべてに○ (21. 職員確保が困難 22. 必要性がない 23. その他(具体的に ) )

注13. 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がある場合のみご回答ください。

注14. 急性期看護補助体制加算を算定する病棟がある場合のみご回答ください。

**B. 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に係る取組**

※以下の質問①～④は、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算、療養病棟入院基本料注13（夜間看護加算）のいずれかについて届出をしている施設のみご回答ください。それ以外の方は11ページの6. ①へお進みください。

①看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者として、該当するものをお選びください。

01. 医師	→役職：11. 院長	12. 副院長	13. 医長	14. その他（具体的に	）
02. 看護職員	→役職：11. 副院長	12. 看護部長	13. 師長	14. その他（具体的に	）
03. その他（具体的に	）				

②多職種からなる役割分担推進のための委員会等についてお尋ねします。  
※施設基準の届出から1年以上の実績がある場合には、実績に基づきご記載ください。実績が1年未満である場合には、年間の予定をご記入ください。

(1) 委員会等の開催頻度	( ) 回/年
(2) 参加人数	平均( ) 人/回
(3) 参加職種	01. 医師 02. 看護師 03. 薬剤師 04. リハビリ職種 05. 臨床検査技師 06. 臨床工学技士 07. 事務職員 08. その他（具体的に
(4) 既存の委員会の活用の有無	01. 活用している →具体的な会議名 ( ) 02. 活用していない

③ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する具体的な取組として実施しているものをお選びください。※あてはまる番号すべてに○

01. 業務量の調整（時間外労働が発生しないような業務量の調整）													
02. 看護職員と他職種との業務分担 →業務分担をしている職種：	<table border="0"> <tr> <td>11. 薬剤師</td> <td>12. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>13. 臨床検査技師</td> <td>14. 臨床工学技士</td> </tr> <tr> <td>15. その他（具体的に</td> <td>）</td> </tr> </table>	11. 薬剤師	12. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	13. 臨床検査技師	14. 臨床工学技士	15. その他（具体的に	）						
11. 薬剤師	12. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士												
13. 臨床検査技師	14. 臨床工学技士												
15. その他（具体的に	）												
03. 看護補助者の配置・増員 →具体的内容：	<table border="0"> <tr> <td>11. 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置</td> <td rowspan="5">）</td> </tr> <tr> <td>12. 主として事務的作業を行う看護補助者の増員</td> </tr> <tr> <td>13. 夜間の看護補助者の新たな配置</td> </tr> <tr> <td>14. 夜間の看護補助者の増員</td> </tr> <tr> <td>15. その他（具体的に</td> </tr> </table>	11. 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置	）	12. 主として事務的作業を行う看護補助者の増員	13. 夜間の看護補助者の新たな配置	14. 夜間の看護補助者の増員	15. その他（具体的に						
11. 主として事務的作業を行う看護補助者の新たな配置	）												
12. 主として事務的作業を行う看護補助者の増員													
13. 夜間の看護補助者の新たな配置													
14. 夜間の看護補助者の増員													
15. その他（具体的に													
04. 短時間正規雇用の看護職員の活用													
05. 多様な勤務形態の導入													
06. 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮 →具体的内容：	<table border="0"> <tr> <td>11. 院内保育所</td> <td>12. 夜間保育の実施</td> <td>13. 夜勤の減免措置</td> </tr> <tr> <td>14. 休日勤務の制限制度</td> <td>15. 半日・時間単位休暇制度</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16. 所定労働時間の短縮</td> <td>17. 他部署等への配置転換</td> <td></td> </tr> </table>	11. 院内保育所	12. 夜間保育の実施	13. 夜勤の減免措置	14. 休日勤務の制限制度	15. 半日・時間単位休暇制度		16. 所定労働時間の短縮	17. 他部署等への配置転換				
11. 院内保育所	12. 夜間保育の実施	13. 夜勤の減免措置											
14. 休日勤務の制限制度	15. 半日・時間単位休暇制度												
16. 所定労働時間の短縮	17. 他部署等への配置転換												
07. 夜勤負担の軽減 →具体的内容：	<table border="0"> <tr> <td>11. 夜勤従事者の増員</td> <td>12. 月の夜勤回数の上限定</td> </tr> </table>	11. 夜勤従事者の増員	12. 月の夜勤回数の上限定										
11. 夜勤従事者の増員	12. 月の夜勤回数の上限定												
08. 夜勤に係る配慮 →具体的内容：	<p>2交代の夜勤を実施している場合：</p> <table border="0"> <tr> <td>11. 勤務後の暦日の休日の確保</td> <td>12. 仮眠2時間を含む休憩時間の確保</td> </tr> <tr> <td>13. 16時間未満となる夜勤時間の設定</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14. 仮眠が取れる環境・体制の整備（仮眠室等）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15. その他（具体的に</td> <td>）</td> </tr> </table> <p>3交代の夜勤を実施している場合：</p> <table border="0"> <tr> <td>11. 夜勤後の暦日の休日の確保</td> <td rowspan="3">）</td> </tr> <tr> <td>12. 勤務間インターバルの確保</td> </tr> <tr> <td>13. その他（具体的に</td> </tr> </table>	11. 勤務後の暦日の休日の確保	12. 仮眠2時間を含む休憩時間の確保	13. 16時間未満となる夜勤時間の設定		14. 仮眠が取れる環境・体制の整備（仮眠室等）		15. その他（具体的に	）	11. 夜勤後の暦日の休日の確保	）	12. 勤務間インターバルの確保	13. その他（具体的に
11. 勤務後の暦日の休日の確保	12. 仮眠2時間を含む休憩時間の確保												
13. 16時間未満となる夜勤時間の設定													
14. 仮眠が取れる環境・体制の整備（仮眠室等）													
15. その他（具体的に	）												
11. 夜勤後の暦日の休日の確保	）												
12. 勤務間インターバルの確保													
13. その他（具体的に													
09. その他（上記01～08以外）（具体的に	）												

④ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の達成状況について、最も近い選択肢の番号をお選びください。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 01. 達成が困難である →④-1へ  | 02. 達成はやや困難である →④-1へ |
| 03. 概ね達成可能である →6へ   | 04. ほぼ達成可能である →6へ    |
| 05. 評価時期に達していない →6へ |                      |

④-1 上記④で「01. 達成が困難である」又は「02. 達成はやや困難である」を選んだ施設にお伺いします。  
p. 10 ③で選択した項目のうち、達成が困難である項目は何ですか。達成が困難な項目に○をつけた上で、達成が困難である理由を具体的にご記入ください。

「③」で○をつけた項目のうち、 達成が困難な項目に○			達成が困難である理由（自由記載）
01	業務量の調整	→	
02	看護職員と他職種との業務分担	→	
03	看護補助者の配置・増員	→	
04	短時間正規雇用の看護職員の活用	→	
05	多様な勤務形態の導入	→	
06	妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	→	
07	夜勤負担の軽減	→	
08	夜勤に係る配慮	→	
09	その他	→	

## 6. 医療従事者の勤務環境改善マネジメントについてお伺いします。

※以下の質問①～③は、総合入院体制加算を届出していない施設のみご回答ください。

それ以外の方は 12ページの7. ①へお進みください。

※「勤務環境改善マネジメント」とは、「医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み」を指します。

① 貴施設では、勤務環境改善マネジメントシステムを推進するチームがありますか。※○は1つだけ

01. チームがある      02. チームはないが、今後設置予定      03. チームはなく、今後設置予定もない

② 貴施設では、勤務環境改善の取組として、勤務環境の現状に関する実態把握や分析を行っていますか。  
※○は1つだけ

01. 行っている →②-1へ      02. 行っていないが、今後実施予定 →③へ  
03. 行っておらず、今後実施予定もない →③へ

②-1 上記②で、「01. 行っている」を選んだ施設にお伺いします。

どの程度の頻度で実態把握や分析を行っていますか。※○は1つだけ

01. 数か月に1度行っている      02. 1年に1度行っている  
03. 2～3年に1度行っている      04. 定期的な実態把握や分析は行っていない

③ 貴施設では、勤務環境改善の取組について、計画を策定していますか。※○は1つだけ

01. 策定している →③-1へ      02. 策定していないが、今後策定予定 →7. ①へ  
03. 策定しておらず、今後策定予定もない →7. ①へ

③-1 上記③で、「01. 策定している」を選んだ施設にお伺いします。

どの程度の頻度で計画の見直しを行っていますか。※○は1つだけ

01. 数か月に1度行っている      02. 1年に1度行っている  
03. 2～3年に1度行っている      04. 4年以上見直しをしていない

7. 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。 ※○は1つだけ

01. 導入している	02. 導入していないが、導入を検討中
03. 導入しておらず、導入予定もない	04. 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○

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○

01. 必要性の低い会議の廃止	02. 医師の出席義務の取りやめ
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○

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○

01. ICTを活用している →活用しているICT：	02. ICTは活用していない									
<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="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（具体的に）</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（具体的に）			
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）										

8. その他の状況についてお伺いします。

①貴施設では「EPA（経済連携協定）に基づく介護福祉士候補者」、「在留資格『介護』の外国人留学生」、「介護職種の技能実習生」、「介護分野の1号特定技能外国人」を看護補助者として雇用していますか。

01. 雇用している →①-1へ	02. 雇用していない →9.へ
------------------	------------------

①-1 上記①で、「01.雇用している」を選んだ施設にお伺いします。  
当該看護補助者の常勤・非常勤（常勤換算）別の人数をご記入ください。

	常勤	非常勤（常勤換算） <sup>注15</sup>
(1)「EPA(経済連携協定)に基づく介護福祉士候補者」 又は「在留資格『介護』の外国人留学生」の人数	人	人
(2)「介護職種の技能実習生」 又は「介護分野の1号特定技能外国人」の人数	人	人

注15. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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）

9. 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。  
令和元年●月●日（●）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
**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、令和元年6月末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> ※○は1つだけ	01. 内科系 05. 外科系 09. 眼科 13. 麻酔科	02. 皮膚科 06. 泌尿器科 10. 産婦人科・産科 14. 救急科	03. 小児科 07. 脳神経外科 11. リハビリテーション科 15. 耳鼻咽喉科
⑥ 担当する主な病棟 ※○は1つだけ	01. 回復期リハビリテーション病棟    02. 地域包括ケア病棟 03. 小児入院病棟    04. その他の一般病棟 05. その他の療養病棟    06. 精神病棟 07. その他（具体的に    )		
⑦ 役職等 ※○は1つだけ	01. 院長・副院長    02. 部長・副部長    03. 診療科の責任者（医長等） 04. その他の管理職の医師（具体的に    ) 05. 非管理職の医師（06を除く）    06. 後期研修医		
⑧ 勤務形態	01. 常勤    02. 非常勤		
⑨ 短時間勤務制度の利用	01. あり    02. なし		
⑩ 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。**

<b>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。</b>	
1) 1週間の勤務時間 <sup>注3</sup> （令和元年●月●日（●）～●月●日（●））	約（    ）時間（    ）分
2) 上記1)のうち、診療時間 <sup>注4</sup> （令和元年●月●日（●）～●月●日（●））	約（    ）時間（    ）分
3) 上記2)のうち、事務処理に係る時間（令和元年●月●日（●）～●月●日（●））	約（    ）時間（    ）分
4) 1か月間の当直回数 <sup>注5</sup> （令和元年6月1か月間）	（    ）回
5) 上記4)のうち、連続当直回数 <sup>注5</sup> （令和元年6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> （令和元年6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（令和元年●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

<b>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</b>			
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、令和元年6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. どちらかというと改善した	03. 変わらない	04. どちらかというと悪化した	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) 取組に○ (あてはまる全てに○)	→	(2) 特に医師の負担軽減 効果のあるものに○ (○は3つまで)
(記入例) 4) 予定手術前の当直の免除	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) 実施されている 取組に○ (あてはまる全てに○)		(2) 特に医師の負担軽減 効果のあるものに○ (○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  【選択肢】該当番号記入 1:負担が非常に小さい 2:負担が小さい 3:どちらともいえない 4:負担が大きい 5:負担が非常に大きい 9:実施していない	(2)分担取組状況			→ 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 他職種に実施して	ほしい 他職種に補助して	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			→ 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> 1: 負担が非常に小さい 2: 負担が小さい 3: どちらともいえない 4: 負担が大きい 5: 負担が非常に大きい 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オーダーリング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 どちらかといえば	どちらともいえない	効果がない 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。 ※〇は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。 ※〇は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 どのような取組が病院で行われれば、医師の負担を軽減できると思いますか。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。

令和元年●月●日 (●) までに返信用封筒 (切手不要) に封入のうえ、ご投函ください。

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
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、令和元年6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。

※あなたが診療報酬上、複数の病棟種別の入院料を管理している場合、最も病床数の多い入院料を1つお選びください。

<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※ <sup>1</sup> | 04. 療養病棟入院基本料 注12※ <sup>2</sup> |
|                  |   | 03. 精神病棟入院基本料→                             | 〔              | 夜間看護加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)      |                                 |
|                  |   |  |                | 01. 1 0 対 1                     | 02. 1 3 対 1                     |
|                  |   | 04. 特定機能病院入院基本料→                           | 〔              | 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 ) |                |                                 |                                 |
| 05. 障害者施設等入院基本料→ | 〔 | 04. 1 5 対 1                                |                |                                 |                                 |
|                  |   | 01. 7 対 1                                  | 02. 1 0 対 1    |                                 |                                 |
| 05. 障害者施設等入院基本料→ | 〔 | 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)                 |                |                                 |                                 |
| 06. その他の入院基本料 →  | 〔 | 夜間看護体制加算 (01. 届出あり 02. 届出なし)               |                |                                 |                                 |
|                  |   | 01. 7 対 1                                  | 02. 1 0 対 1    |                                 |                                 |
| 06. その他の入院基本料 →  | 〔 | 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、病床利用率をご記入ください。	
1) 病床数	床
2) 病床利用率 <sup>注3</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。

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{4月～6月の在院患者延べ数}}{\text{(月間日数} \times \text{月末許可病床数) の4月～6月の合計}} \times 100$$

## 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。

### A. 職員数 ※以下の質問は令和元年6月1日の実績をご記入ください。

① 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4</sup> )
1) 看護師数	人	人
1)のうち、特定行為研修を修了した看護師数	人	人
1)のうち、短時間勤務又は夜勤免除の看護師数	人	人
2) 准看護師数	人	人
3) 看護補助者数	人	人

注4. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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）

#### ①-1 特定行為研修を修了した看護師がいる場合、該当する特定行為区分をお選びください。 ※あてはまるもの全てに○

01. 呼吸器（気道確保に係るもの）関連	02. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
03. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	04. 循環器関連
05. 心嚢ドレーン管理関連	06. 胸腔ドレーン管理関連
07. 腹腔ドレーン管理関連	08. ろう孔管理関連
09. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	10. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連
11. 創傷管理関連	12. 創部ドレーン管理関連
13. 動脈血液ガス分析関連	14. 透析管理関連
15. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	16. 感染に係る薬剤投与関連
17. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	18. 術後疼痛管理関連
19. 循環動態に係る薬剤投与関連	20. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連
21. 皮膚損傷に係る薬剤投与関連	

## B. 夜勤体制等

①貴病棟の夜勤時間帯 ※24時間制でご記入ください	( ) 時～ ( ) 時
------------------------------	--------------

②貴病棟の夜勤の体制についてお伺いします。

(1)夜勤体制について、該当するものをお選びください。※あてはまる番号1つに○

(2)夜勤時間帯の平均看護要員数(配置人数)をご記入ください。

	(1)夜勤体制 ※あてはまる 番号1つに○	(2)夜勤時間帯の平均看護要員数(配置人数)	
		看護職員 <sup>注5</sup>	看護補助者
1) 2交代制 <sup>注6</sup> (変則2交代制 <sup>注7</sup> を含む)	1	→	( ) 人
2) 3交代制 <sup>注8</sup> (変則3交代制 <sup>注9</sup> を含む)	2	→	準夜帯 ( ) 人 深夜帯 ( ) 人
3) 2交代制(変則2交代制を含む)と 3交代制(変則3交代制を含む) の混合	3	→	【2交代制】 ( ) 人 【3交代制】 準夜帯 ( ) 人 深夜帯 ( ) 人
4) その他 (具体的に )	4	→	( ) 人

注5. 看護職員：保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。

注6. 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7. 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8. 3交代制：日勤・準夜勤・深夜勤が8時間ずつの交代勤務。

注9. 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。

③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

	01.増えた	02.変わらない	03.減った
1) 看護師数			
2) 准看護師数			
3) 看護補助者数			
4) 実際の夜勤時間の長さ(残業等含む)			
5) 夜勤の回数			
6) 夜勤時の受け持ち患者数			
7) 夜勤時の繁忙度			
8) 夜勤の看護職員配置数			
9) 夜勤の看護補助者配置数			
10) 夜勤をする理学療法士等(看護要員以外)の配置数			
11) 一部の者への夜勤の負担			
12) 夜勤シフトの組み方			
13) 夜勤の72時間要件			
14) 他部署との兼務			
15) 短時間勤務者で夜勤時間帯に勤務する者			

④平成30年度診療報酬改定の結果、改定前と比較して、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

	01. 長くなった	02. 変わらない	03. 短くなった
1) 勤務時間			
2) 残業時間			
3) 有給休暇の取得状況			
4) 総合的にみた勤務状況	01. 改善した 03. 変わらない 05. 悪化した	02. どちらかという改善した 04. どちらかという悪化した 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。

※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。

※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 いる取組に○		平成30年 3月31日 以前	平成30年 4月1日 以降	効果がある	どちらかといえ ば効果がある	ない どちらともいえ	どちらかといえ ば効果がない	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 (変則への移行を含む)	5	→	1	2	1	2	3	4	5
6) 残業時間も考慮した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) 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交代制勤務の場合)夜勤時の仮 眠時間を含む休憩時間の確保	10	→	1	2	1	2	3	4	5
11) (2交代制勤務の場合)16時間未満 となる夜勤時間の設定	11	→	1	2	1	2	3	4	5
12) (3交代制勤務の場合)日勤深夜、 準夜日勤のシフトの回避	12	→	1	2	1	2	3	4	5
13) (3交代制勤務の場合)正循環の交 代周期の確保	13	→	1	2	1	2	3	4	5
14) 早出や遅出などの看護ニーズに応 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 調整	16	→	1	2	1	2	3	4	5
17) 日勤・夜勤の業務分担等の見直し	17	→	1	2	1	2	3	4	5
18) 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	18	→	1	2	1	2	3	4	5
19) 他部門(退院支援部門等)の看護 職員との業務分担	19	→	1	2	1	2	3	4	5
20) PHSやスマホ等を活用したナース コールシステムの導入	20	→	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 3月31日 以前	平成30年 4月1日 以降	効果がある	効果がある どちらかといえば	ない どちらともいえない	効果がない どちらかといえば	効果がない
21) 見守りセンサー等のIoT機器の導入	21	→	1	2	1	2	3	4	5
22) 電子カルテの活用	22	→	1	2	1	2	3	4	5
23) オーダリングシステムの活用	23	→	1	2	1	2	3	4	5
24) 業務効率化のための手順等の見直し	24	→	1	2	1	2	3	4	5
25) 交代時の申し送りの簡素化	25	→	1	2	1	2	3	4	5
26) 看護記録に係る負担軽減の取組	26	→	1	2	1	2	3	4	5
27) 勤務時間内の委員会 <sup>注10</sup> の開催	27	→	1	2	1	2	3	4	5
28) 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)	28	→	1	2	1	2	3	4	5
29) 院内保育所の設置 <sup>注11</sup>	29	→	1	2	1	2	3	4	5
30) 夜間院内保育所の設置 <sup>注11</sup>	30	→	1	2	1	2	3	4	5
31) メンタルヘルス対策の実施	31	→	1	2	1	2	3	4	5
<b>2. 看護補助者の配置等</b>									
32) 看護補助者との業務分担	32	→	1	2	1	2	3	4	5
33) 看護補助者の増員	33	→	1	2	1	2	3	4	5
34) 早出や遅出の看護補助者の配置	34	→	1	2	1	2	3	4	5
35) 夜勤時間帯の看護補助者の配置	35	→	1	2	1	2	3	4	5
36) 病棟クラークとの業務分担	36	→	1	2	1	2	3	4	5
37) 病棟クラークの配置	37	→	1	2	1	2	3	4	5
<b>3. 他職種との業務分担等</b>									
38) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士との業務分担	38	→	1	2	1	2	3	4	5
39) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の病棟配置	39	→	1	2	1	2	3	4	5
40) 臨床検査技師、臨床工学技士との業務分担	40	→	1	2	1	2	3	4	5
41) 臨床検査技師、臨床工学技士の病棟配置	41	→	1	2	1	2	3	4	5
42) MSW又はPSWとの業務分担	42	→	1	2	1	2	3	4	5
43) MSW又はPSWの病棟配置	43	→	1	2	1	2	3	4	5
44) 薬剤師との業務分担	44	→	1	2	1	2	3	4	5
45) 薬剤師の病棟配置	45	→	1	2	1	2	3	4	5

注10. 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を除きます。

注11. 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。

**【上記①の「26」看護記録に係る負担軽減の取組を実施していると回答した場合】**

①-1 看護記録に係る負担軽減のため、どのような取組を実施していますか。※あてはまるもの全てに○

- 01. 記録内容の簡素化・見直し（様式の見直し、重複書類の削減、クリニカルパスの活用等）
- 02. 記録の運用方法の見直し（記録の電子化、多職種間での共同閲覧機能の拡大等）
- 03. 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」の評価方法の変更（ⅠからⅡへ）
- 04. ベッドサイドで記録できるシステム・仕組みの導入（タブレットやモバイルPCの活用等）
- 05. バイタルデータ等の自動入力システムの活用
- 06. 看護補助者やクラーク等による入力代行・支援
- 07. 音声入力やボイスレコーダーを活用した看護記録の代行入力
- 08. AI<sup>注12</sup>を活用したアセスメント支援システムの導入
- 09. その他（具体的内容： \_\_\_\_\_ ）

①-2 上記①-1で選択した取組のうち、最も負担軽減に寄与している取組の番号1つをご記入ください。

①-3 上記①-1での選択の有無とは関わりなく、最も負担軽減に寄与と思われる取組の番号1つをご記入ください。

注12. AI：artificial intelligenceの略称。人工知能。

②上記①以外の取組で看護職員の負担軽減に効果のある取組があればご記入ください。

**4. あなたの勤務する病棟での多職種との連携状況等についてお伺いします。**

①あなたが勤務する病棟に看護補助者が配置されていますか。※○は1つだけ

- 01. 配置されている →①-1～①-4へ
- 02. 配置されていない →p.8 ②へ

①-1 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 (※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)】 看護職員の負担軽減の効果 (※それぞれ最も近いもの1つに○) ※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】 今後の協働・分担に関する意向・予定		
		看護職員が主に担当	看護職員と看護補助者との協働	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	効果がない	効果がない	協働・分担を進めたいと考 えており、検討中	協働・分担を進めたいが具 体的な検討はしていない
1) 食事介助	<b>【選択肢】</b> 1：負担が非常に小さい 2：負担が小さい 3：どちらともいえない 4：負担が大きい 5：負担が非常に大きい 9：実施していない <small>該当番号を記入</small>	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

※次ページに続きます。  
働-25

(①-1続き)

	(1)業務負担感	(2)看護補助者との業務分担状況 (※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)】 看護職員の負担軽減の効果 (※それぞれ最も近いもの1つに○) ※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】 今後の協働・分担に関する意向・予定					
	<b>【選択肢】</b> 1:負担が非常に小さい 2:負担が小さい 3:どちらともいえない 4:負担が大きい 5:負担が非常に大きい 9:実施していない 該当番号を記入	看護職員が主に担当	看護職員と看護補助者との協働	看護補助者が主に担当	効果がある	効果がある	どちらかといえは	どちらともいえない	効果がない	どちらかといえは	効果がない	えっており、検討中	協働・分担を進めたいと考	体的な検討はしていない	協働・分担を進めたいが具
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13</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13. 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。

①-2 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	
→内訳:	1.患者の基礎情報に関する記録 2.看護計画 3.経過記録(日々の記録) 4.看護必要度に関する記録 5.サマリーの作成 6.その他( )
14. その他(具体的に: )	

①-3 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。

①-4 看護職員と看護補助者との業務分担に当たり、どのような課題がありますか。

※あてはまる番号全てに○

01. 業務分担をしたいが、看護補助者を確保できない・定着しない
02. 業務分担を更に推進したいが、現行以上の十分な看護補助者が確保できない・定着しない
03. 食事介助、排泄介助、おむつ交換などの直接的ケアを実施できる看護補助者がいない
04. 看護補助者を対象とした研修内容が十分でない
05. 看護補助者の教育や研修等、人材育成の仕組みが不十分である
06. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

①-5 上記で選択した項目のうち、最も課題であると考える項目の番号1つをご記入ください。

【すべての方にお伺いします】

② 貴病棟には、薬剤師が病棟配置されていますか。※○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14</sup>）（ \_\_\_\_\_ ）人 → ②-1へ
02. 配置されていない → ③へ

注14. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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）

②-1 病棟薬剤師の配置による効果としてあてはまる番号に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○

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. 患者に対する直接ケアの時間が増えた
07. 効果が実感できない
08. その他（具体的に \_\_\_\_\_ ）

③ 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。

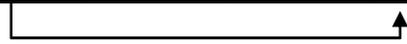
- (1) 以下の各業務について、薬剤師との連携状況としてあてはまる番号に○をつけてください。 ※それぞれ○は1つ
- (2) 薬剤師が実施している、または薬剤師と連携して実施している場合、負担軽減の効果についてもお答えください。 ※それぞれ○は1つ

	(1) 連携状況			(2) 【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）	薬剤師と連携していません、今後も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	どちらかといえば効果がない	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
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

※次ページに続きます。

(3) 続き

	(1) 連携状況			(2) 【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）	薬剤師と連携しておらず、今後も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	効果がない	どちらかといえば効果がない
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 (具体的に )	1	2	3	1	2	3	4	5



④ 貴病棟における医師との連携状況等についてお伺いします。

(1) 以下の各業務について、医師との連携状況としてあてはまる番号に○をつけてください。「医師と看護職員が協働で実施」を選んだ場合は、看護職員が実施する割合についてもお答えください。 ※それぞれ○は1つ

(2) 医師と看護職員が協働で実施している、または看護職員が主に実施している場合、看護職員の業務負担感についてもお答えください。 ※それぞれ○は1つ

	(1) 連携状況						(2) 【医師と看護職員が協働で実施している、 または看護職員が主に実施している場合】 業務負担感					
	医師が主に実施	医師と看護職員が協働で実施	看護職員が実施する割合			看護職員が主に実施	他職種（医師、看護職員以外）が実施	負担が非常に小さい	負担が小さい	どちらともいえない	負担が大きい	負担が非常に大きい
			4割未満	7割未満	4割以上							
1) 初療時の予診	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
2) 静脈採血	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
3) 静脈注射	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
4) 血液培養	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
5) 留置針によるルート確保	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
6) 尿道カテーテルの留置	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
7) 気管カニューレの交換	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
8) 腹腔ドレーンの抜去・縫合	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
9) 抜糸	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
10) 人工呼吸器等の設定条件の変更	1	2	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5
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	(a)	(b)	(c)	3	4	1	2	3	4	5





①-2 上記①で「03.どちらかといえば不十分である」又は「04.不十分である」と回答した理由は何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

- 01. 看護職員の勤務状況が改善していないため、又は悪化したため
- 02. 予算が不足しており取組が十分に実施できていないため
- 03. 人員が不足しており取組が十分に実施できていないため
- 04. 経営層の理解が得られず取組が十分に実施できていないため
- 05. どのような取組を実施すればよいか分からないため
- 06. その他（具体的に

①-2-1 上記で選択した項目のうち、理由として最も当てはまる項目の番号1つをご記入ください。

②貴病棟における、看護職員の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（あてはまる番号すべてに○）：  
〔 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. 緊急入院や夜勤時間帯における入院の増加
- 06. 転倒・転落予防等、医療安全対策として頻回な見守りを要する入院患者数の増加
- 07. 管理部門等による不十分なマネジメント体制（例：日々の患者の重症度等に応じた看護職員配置の調整の不足など）
- 08. 出席要請のある病院としての委員会
- 09. 出席要請のある病棟のカンファレンス
- 10. 交代時の申し送り
- 11. 看護補助者や病棟クレークの不足
- 12. 医師以外の他の職種の不足(11を除く)
- 13. 医師不在等による指示待ち時間
- 14. 医師からのタスク・シフティング
- 15. その他（具体的に
- 16. わからない
- 17. 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. 特定行為研修を修了した看護師の活用（例：医師不在等による指示待ち時間の減少など）
- 09. システムや事務職員等による物品の搬送・移送
- 10. 電子カルテシステムの導入や改良
- 11. 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。

令和元年●月●日（●）までに返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、ご投函ください。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
**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、令和元年6月末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 貴施設の薬剤師数（薬剤部以外に所属する薬剤師も含めた全体の人数）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>
薬剤師	( ) 人	( ) 人	( ) 人

注1. 常勤換算については以下の方法で算出してください。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）

② 貴施設薬剤部門に所属する薬剤師数及びその他の職員を常勤、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
1) 薬剤師	( ) 人	( ) 人	( ) 人
2) その他の職員	① 事務補助者	( ) 人	( ) 人
	② その他	( ) 人	( ) 人

③ 貴施設における、平成30年6月及び令和元年6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30年6月	令和元年6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 ※○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> 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） 07. その他（具体的に )	

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

**【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。】**

	常 勤	非 常 勤
3) 当直、オンコールを担当する薬剤師数	( ) 人	( ) 人
	平成30年6月	令和元年6月
4) 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
5) 上記4)のうち、土曜・日曜の平均回数	( ) 回	( ) 回

6) 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
02. 入院患者に対する注射薬調剤
03. 外来患者に対する内用薬・外用薬調剤・交付業務
04. 外来患者に対する注射薬調剤
05. 入院患者に対する無菌製剤処理業務
06. 外来患者に対する無菌製剤処理業務
07. 薬品管理業務（発注、在庫管理、マスタ管理等）
08. 病棟薬剤業務
09. その他（具体的に )

注8. 土曜日・日曜日の日直はそれぞれ1回として数える

	平成 30 年 6 月	令和元年 6 月
7) 当直・オンコール 1 回当たり処方箋平均枚数	( ) 枚/回	( ) 枚/回
8) 上記 7) のうち、土曜・日曜の平均枚数	( ) 枚/回	( ) 枚/回

④ 貴施設における、平成 30 年 6 月及び令和元年 6 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 30 年 6 月	令和元年 6 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

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。  
※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 30 年 6 月	令和元年 6 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 <sup>注9</sup> 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

注9. 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のいずれかを算定している病棟

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 30 年 6 月			令和元年 6 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 <sup>注9</sup> 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 (⇒③へ)  
 02. 病棟薬剤業務実施加算 2 (⇒③へ)  
 03. いずれも届出していない (⇒②-1 へ)

【②-1～②-2 は、上記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。】

②-1 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
12) 医薬品情報室での情報収集・管理	1	2	3	4	5

②-2 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  
 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 )

【③は、本頁の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、平成 30 年 4 月～平成 31 年 3 月の期間に届出した施設がご回答ください。】

③ 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. 薬剤部門の事務補助者を増員した  
 05. 薬剤部門の人員配置・勤務体制の見直しを行った  
 06. 医師との業務分担を見直した  
 07. 看護職員との業務分担を見直した  
 08. 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  
 09. その他（具体的に )

【④は、全ての施設がご回答ください。】

④ 病棟薬剤業務の実施はどのような点で重要だと思いますか。具体的にご記入ください。

【⑤-1～⑤-5 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。】

⑤-1 貴施設では令和元年6月中に入院時支援加算を算定しましたか。 ※〇は1つだけ

01. 算定した (⇒⑤-2 へ) 02. 算定しなかった (⇒⑥-1 へ)

【上記⑤-1で「01. 算定した」と回答した施設のみお答えください。】

⑤-2 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。 ※〇は1つだけ

01. あった (⇒⑤-3～⑤-4 へ) 02. なかった (⇒⑥-1 へ)

【上記⑤-2で「01. あった」と回答した施設のみお答えください。】

⑤-3 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〇

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⑤-2で「01. あった」と回答した施設のみお答えください。】

⑤-4 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〇

01. 病棟薬剤業務を担当する薬剤師 (⇒⑥-1 へ) 02. 01 以外の薬剤師 (⇒⑤-5 へ)

【上記⑤-4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。】

⑤-5 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〇

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 )

【⑥-1～⑥-3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がご回答ください。】

⑥-1 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：小児入院医療管理料、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）

⑥-2 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                | ）                    |

⑥-3 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         | ）                    |

【⑦は、全ての施設がご回答ください。】

⑦-1 どのような取組が病院で行われれば、薬剤師の負担を軽減できると思いますか。具体的にご記入ください。

⑦-2 病院薬剤師がどのような業務を分担すれば、病院全体の働き方改革に貢献できると思いますか。具体的にご記入ください。

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。  
令和元年●月●日（●）までに返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、ご投函ください。

令和元年 7 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

**令和元年●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（令和元年度調査）  
「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び  
歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」  
調査の概要（案）

## 1. 調査目的

平成 30 年度診療報酬改定においては、かかりつけ歯科医機能をより推進する観点から、歯科疾患の重症化予防に関する継続的管理や地域連携等の実績の評価等、さらに、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しが行われた。また、ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の新設等が行われた。さらに、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、院内感染防止対策に関する施設基準の新設が行われた。

上記のような今回の改定の経緯や背景、中央社会保険医療協議会における議論過程等を踏まえ、以下を調査目的とする。

### 目的① かかりつけ歯科医機能の実態を把握する

視点① 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算、エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数の算定状況の把握  
➤ 施設基準別の算定している患者数を把握

### 目的② 施設基準別に見た、診療を提供している患者の状況（ライフステージに応じた口腔機能管理の推進状況等）を把握する

視点② 小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算を算定している患者の状況を施設基準別に把握する

### 目的③ 院内感染防止対策の推進状況を把握する

視点③ 実施している院内感染防止対策の状況を把握する  
➤ 施設基準、診療機能別に院内感染防止対策の状況を把握する  
視点④ 感染症対策等の院内感染防止対策に関する届出を行っていない場合の理由を把握する

## 2. 調査対象及び調査方法

本調査はアンケート調査によって実施する。アンケート調査の構成、手順を以下に示す。

### <アンケート調査の構成>

アンケート調査は、「施設票」、「患者票」の2種類を実施する。

施設票は、下表の歯科診療所を無作為に抽出して調査対象とする。

患者票は、施設票の調査対象となった歯科診療所に対し、下表の条件に沿って1施設あたり患者2名を無作為抽出することを依頼。

調査票の種類	件数
施設票	
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	2,000 件
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所	1,000 件
患者票（1施設につき各2名：患者本人が直接記入）	
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の受診患者のうち、 歯科疾患管理料を算定した再診患者	4,000 件
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所の 受診患者のうち、歯科疾患管理料を算定した再診患者	2,000 件

### <アンケート調査の手順>

アンケート調査は、調査票一式（施設票1部、施設票の返信用封筒1部、患者票2部、患者票の返信用封筒2部等）を郵便にて調査客体となる歯科医療機関に送付する。

施設票は、管理者が回答し返送する。

患者票は、歯科診療所より該当患者に調査票を手渡し、患者に直接記入を求める形式とする。患者・家族等が直接回答したうえで、患者本人または家族等より、直接、郵便返送（料金受取人払い）する方法とする（患者票には、予め受診した歯科診療所を識別するためのIDを印字しておく）。

事務局は、回収した調査票の検票を行い、辞退（理由等を書いた文書を同封しているケースがある）、白紙（ほとんど全ての設問への記入がない）を除いた上で、調査データの電子化を行う。

### 3. 調査項目

※調査票（素案）参照

### 4. スケジュール（案）

	2019年5月	6月	7月	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 データクリーニング				→	→						
集計・分析					→	→					
報告(案)の作成					→	→	→				
追加分析							→				
報告書のとりまとめ							→				

以上

ID \_\_\_\_\_

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの  
 影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査**

**施設票**

- ※ この調査票は、歯科医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設におけるかかりつけ歯科医機能や歯科疾患の継続的管理の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「-」をお書きください。
- ※ 特に断りのない場合は、令和元年6月末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』の歯科診療に関するお答えください。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（令和元年6月末日時点）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 3. 介護老人保健施設      4. 介護老人福祉施設 5. 居宅介護支援事業所      6. 通所介護事業所 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 9. 有料老人ホーム      10. 養護老人ホーム・軽費老人ホーム 11. 認知症高齢者グループホーム 12. その他（具体的に：      ） 13. 併設施設・事業所はない
⑥ 貴施設の歯科医師が所属している日本歯科医学会の専門分科会（法人各名は省略） ※あてはまる番号すべてに○ ※歯科医師が複数の場合は、1人以上所属しているすべての項目に○	1. 歯科基礎医学会      2. 日本歯科保存学会      3. 日本補綴歯科学会 4. 日本口腔外科学会      5. 日本矯正歯科学会      6. 日本口腔衛生学会 7. 日本歯科理工学会      8. 日本歯科放射線学会      9. 日本小児歯科学会 10. 日本歯周病学会      11. 日本歯科麻酔学会      12. 日本歯科医史学会 13. 日本歯科医療管理学会      14. 日本歯科薬物療法学会 15. 日本障害者歯科学会      16. 日本老年歯科学会 17. 日本歯科医学教育学会      18. 日本口腔インプラント学会 19. 日本顎関節学会      20. 日本臨床口腔病理学会 21. 日本接着歯学会      22. 日本歯内療法学会 23. 日本レーザー歯学会      24. 日本スポーツ歯科学会 25. 日本有病者歯科医療学会      26. その他（      ）

<p>⑦ 施設基準(届出のあるもの) ※あてはまる番号すべてに○</p>	<p>1. 歯科外来診療環境体制加算 1      2. 歯科診療特別対応連携加算</p> <p>3. 初診料の注1に規定する施設基準      4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所</p> <p>5. 在宅療養支援歯科診療所 1      6. 在宅療養支援歯科診療所 2</p> <p>7. 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に関する施設基準(注11に規定)</p> <p>8. 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に関する施設基準(注4に規定)</p> <p>9. 地域医療連携体制加算</p> <p>10. 在宅歯科医療推進加算</p> <p>11. 上記のいずれもない</p>
--	---

【以下の質問(⑦-1から⑦-6)のご回答について】

- 上記⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選んだ方 …質問⑦-1から⑦-4にご回答ください。
- 上記⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選ばなかった方 …質問⑦-5から⑦-6にご回答ください。

【質問⑦-1から⑦-4は、⑦で「4. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選んだ方にお伺いします。】

⑦-1 貴施設が「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」であることを、どのように掲示・周知していますか。  
※あてはまる番号すべてに○

- |                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| 1. 院内のほか、院外にも見えるように掲示している | 2. ホームページで公表している |
| 3. その他 ( )                | 4. 院内掲示以外は行っていない |

⑦-2 貴施設は、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準の経過措置が終了する令和2年3月31日以降、平成30年度診療報酬改定により定められた新たな「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準を満たし届出を行うことが可能ですか。 ※○は1つだけ

- |              |              |          |
|--------------|--------------|----------|
| 1. 可能な見込みである | 2. 困難な見込みである | 3. わからない |
|--------------|--------------|----------|

(質問⑦-2で「2.困難な見込みである」「3.わからない」と回答した方にお伺いします)

⑦-3 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で該当せず、また施設基準の経過措置が終了する令和2年3月31日以降も対応が困難と考える項目をお答えください。  
※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間の歯周病安定期治療(Ⅰ)(Ⅱ)の算定回数が計30回以上
2. 過去1年間のフッ化物歯面塗布処置、エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数が計10回以上
3. クラウン・ブリッジ維持管理料の届出を行っている
4. 初診料の注1に規定する施設基準の届出を行っている
5. 過去1年間に歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上
6. 過去1年間の診療情報提供料、診療情報連携共有料の算定回数が計5回以上
7. 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が在籍している
8. 「7」の歯科医師が、地域連携に関する会議等への参加実績\*を満たしている
9. 上記以外の要件

※平成30.3.5保医発0305第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」第13の2「1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準」の(8)に定めるア～サの項目のうち、3つ以上に該当するもの

⑦-4 貴施設における、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師について該当する項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績がある
2. 地域ケア会議に年1回以上出席している
3. 介護認定審査会の委員の経験を有する
4. 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保健施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席している
5. 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1または2を算定した実績がある
6. 在宅医療・介護等に関する研修を受講している
7. 過去1年間に、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または在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定がある
8. 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講している
9. 自治体が実施する事業に協力している
10. 学校歯科医等に就任している
11. 過去1年間に、歯科診療特別対応加算または初診時歯科診療導入加算を算定した実績がある

【質問⑦-5 から⑦-6 は、⑦で「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」を選ばなかった方にお伺いします。】

⑦-5 「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ご記入ください。

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
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

理由:

4. 施設基準にかかわらず、届出を行う意向はない

理由:

5. その他 ( )

(質問⑦-5で「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」と回答した方にお伺いします)

⑦-6 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の施設基準について、現時点で不足している要件としてあてはまる項目をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 過去1年間の歯周病安定期治療 (I) (II) の算定回数が計30回以上
2. 過去1年間のフッ化物歯面塗布処置、エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数が計10回以上
3. クラウン・ブリッジ維持管理料の届出を行っている
4. 初診料の注1に規定する施設基準の届出を行っている
5. 過去1年間に歯科訪問診療1・2の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数が計5回以上
6. 過去1年間の診療情報提供料、診療情報連携共有料の算定回数が計5回以上
7. 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が在籍している
8. 「7」の歯科医師が、地域連携に関する会議等への参加実績\*を満たしている
9. 歯科医師等が複数配置されている、または歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されている
10. 上記以外の要件

※平成 30.3.5 保医発 0305 第 3 号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」第 13 の 2  
「1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準」の(8)に定めるア～サの項目のうち、3 つ以上に該当するもの

2. 貴施設における歯科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 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(看護師、言語聴覚士、管理栄養士等)	( ) 人	( ) 人	
	↳ 右欄に職種をご記入ください。(具体的に: )		
5) その他 (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: )		

※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週間に複数勤務の場合：(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か月に複数勤務の場合：(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 医療機器等の保有台数	1) 歯科用ユニット	( ) 台	10) 歯科用咬合力計	( ) 台
	2) 歯科用ハンドピース※	( ) 本	11) オートクレーブ	( ) 台
	3) レーザー機器	( ) 台	12) 自動体外式除細動器(AED)	( ) 台
	4) 手術用顕微鏡(マイクロスコープ)	( ) 台	13) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)	( ) 台
	5) ポータブルユニット	( ) 台	14) 酸素供給装置	( ) 台
	6) ポータブルエンジン(携帯用マイクロモーター)	( ) 台	15) 血圧計	( ) 台
	7) ポータブルエックス線撮影装置	( ) 台	16) 救急蘇生キット	( ) 台
	8) 咀嚼能率測定用のグルコース分析装置	( ) 台	17) 歯科用吸引装置(口腔外バキューム)	( ) 台
	9) 舌圧測定器	( ) 台		

※初診料の注1の様式2の7(歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書)に示す歯科用ハンドピースを指す

③ 平成30年6月と令和元年6月の各1か月間における、患者延べ総数と患者実人数をご記入ください。

※該当患者がない場合は「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

	平成30年6月	令和元年6月
1) 患者延べ総数(該当する月の初診患者と再診患者の延べ人数)	( ) 人	( ) 人
2) 患者実人数	( ) 人	( ) 人

④ 令和元年6月の1か月間における、以下に該当する患者実人数をご記入ください。

※該当患者がない場合は「0(ゼロ)」、わからない場合は「—」をご記入ください。

1) 他の医科医療機関から紹介を受けた患者数(実人数)	( ) 人
2) 他の歯科医療機関から紹介を受けた患者数(実人数)	( ) 人
3) 妊婦の患者数(実人数)	( ) 人
4) 初診料を算定した患者数(実人数)	( ) 人
5) 4)のうち、初診料算定以前に受診歴のある(再初診の)患者数(実人数)	( ) 人

⑤ 令和元年6月の1か月間における、患者実人数の年齢別の割合をご記入ください。 ※下記1)～4)の数値の合計が計100(%)となるようにご記入ください。 ※ご記入いただく数値は、おおよその割合で結構です。	
1) 15歳未満の患者の割合	約 ( ) %
2) 15歳～65歳未満の患者の割合	約 ( ) %
3) 65歳～75歳未満の患者の割合	約 ( ) %
4) 75歳以上の患者の割合	約 ( ) %

⑥ 貴院における、週あたりの延べ診療時間をご記入ください。 ※貴院の標榜診療時間に基づきご記入ください。(30分は0.5時間など、時間単位に換算)	( ) 時間
--	--------

3. 貴施設における、歯科診療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 貴施設では、歯科初診料及び歯科再診料の算定にあたり、院内感染防止対策として別に厚生労働大臣が定める施設基準(歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準)に適合しているものとして届出を行っていますか。 →行っている場合は「①-1」、行っていない場合は「①-2」をご回答ください。	
①-1(届出を行っている場合) 院内感染防止対策を実施している旨の掲示・周知の方法について、あてはまる選択肢をすべてお選びください。	11. 院内のほか、院外にも見えるように掲示している 12. ホームページで公表している 13. その他(具体的に: ) 14. 院内掲示以外は行っていない
①-2(届出を行っていない場合) 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。	11. 施設基準を満たす医療機器を保有していない 12. 院内感染防止対策に係る研修を受講している常勤の歯科医師がいない 13. 当該施設基準があることを知らなかった 14. 要件は満たしているものの特に理由はないが届出はしていない 15. その他(具体的に: )

② 貴施設では、機器等の滅菌をどのような体制で行っていますか。 ※○は1つだけ					
1. 施設内の滅菌器(オートクレーブ等)で行っている      2. 外部業者等に依頼して行っている					
「1. 施設内の滅菌器(オートクレーブ等)で行っている」場合は、滅菌の実施回数および実施する主な時間帯についてお答えください。	<table border="1"> <tr> <td>実施回数</td> <td>1日 ( ) 回</td> </tr> <tr> <td>実施する主な時間帯 ※あてはまるもの全てに○</td> <td>                     11. 1日の診療開始前      12. 午前と午後の診療の間                      13. 1日の診療終了後      14. 特に決めておらず随時行う                 </td> </tr> </table>	実施回数	1日 ( ) 回	実施する主な時間帯 ※あてはまるもの全てに○	11. 1日の診療開始前      12. 午前と午後の診療の間 13. 1日の診療終了後      14. 特に決めておらず随時行う
実施回数	1日 ( ) 回				
実施する主な時間帯 ※あてはまるもの全てに○	11. 1日の診療開始前      12. 午前と午後の診療の間 13. 1日の診療終了後      14. 特に決めておらず随時行う				

③ 令和元年6月の1か月間における、歯科疾患管理料の以下の算定状況等をお答えください。	
1) 歯科疾患管理料の算定患者数	( ) 人
2) 歯科疾患管理料 文書提供加算の算定回数	( ) 回
3) 歯科疾患管理料の算定にあたり、患者への文書提供を行わないことがある場合はその理由 ※全ての患者に文書提供を行っている場合は回答不要です。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者が希望しないため 2. 特に文書が必要な際のみ提供しているため 3. 手間と診療報酬が見合わないため 4. 患者の窓口負担が増えてしまうため 5. 特に理由はない

4) 1) (歯科疾患管理料の算定患者数)のうち、初診の患者数		( ) 人						
5) 4)のうち、再診を行っていない患者数(今後再診予定の無い患者も含む)		( ) 人						
6) 再診を行わなかった理由別人数	初診時の処置等に対する経過観察中であり、明確な予約日時を決めていなかったため	( ) 人						
	予定している次回再診日が本調査記入日以降であるため	( ) 人						
	予約日時を決めたが患者が来院しなかったため	( ) 人						
	翌月以降に初診に該当する行為があり、再診料ではなく初診料を算定したため	( ) 人						
7) 歯科疾患管理料 エナメル質初期う蝕管理加算の算定回数		( ) 回						
8) 歯科疾患管理料 総合医療管理加算の算定回数		( ) 回						
9) 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算の算定回数		( ) 回						
10) (小児口腔機能管理加算の算定回数が1回以上の場合) 小児口腔機能管理加算を算定した患者が、算定時に該当していた症状 ※令和元年6月の当加算算定患者をランダムに5名(Aさん～Eさん)選び、その各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。 ※5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。			A さん	B さん	C さん	D さん	E さん	
	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある						
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある						
		咀嚼に影響するう蝕がある						
		強く咬みしめられない						
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる						
		偏咀嚼がある						
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)						
	食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等						
	構音機能	構音に障害がある						
		口唇の閉鎖不全がある						
		口腔習癖がある						
		舌小帯に異常がある						
	栄養(体格)	やせ、または肥満である						
その他	口呼吸がある							
	口蓋扁桃等に肥大がある							
	睡眠時のいびきがある							
	上記以外の問題点							
11) (小児口腔機能管理加算の算定回数が0回の場合) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がいらない 2. 指導・管理の方法がわからない 3. 算定要件がよくわからない 4. 検査・診察等に時間がかかる 5. 診療報酬が低い 6. 特段の理由はないが算定していない 7. その他 (具体的に: )							

12) 歯科疾患管理料 口腔機能管理加算の算定回数		( ) 回				
13) (口腔機能管理加算の算定回数が1回以上の場合) 口腔機能管理加算を算定した患者が、算定時に該当していた症状 ※令和元年6月の当加算算定患者をランダムに5名(Aさん～Eさん)選び、その各患者について、該当する症状の欄すべてに○をつけてください。 ※5名に満たない場合は、算定患者全員についてご記入ください。	口腔衛生状態不良	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
	口腔乾燥					
	咬合力低下					
	舌口唇運動機能低下					
	低舌圧					
	咀嚼機能低下					
	嚥下機能低下					
14) (口腔機能管理加算の算定回数が0回の場合) 算定していない理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 該当する患者がない 2. 診断に必要な機器を持っていない 3. 指導・管理の方法がわからない 4. 算定要件がよくわからない 5. 検査・診察等に時間がかかる 6. 診療報酬が低い 7. 特段の理由はないが算定していない 8. その他 (具体的に: )					

④ 令和元年6月の1か月間における歯科治療時医療管理料の算定回数等をお答えください。

1) 歯科治療時医療管理料の算定回数	( ) 回
2) 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      14. その他 ( )	

⑤ 令和元年6月の1か月間における以下の算定回数等をお答えください。

1) 歯科訪問診療	歯科訪問診療1	歯科訪問診療2	歯科訪問診療3	
	( ) 回	( ) 回	( ) 回	
2) 歯周病安定期治療	1歯以上 10歯未満	10歯以上 20歯未満	20歯以上	
	歯周病安定期治療(I)	( ) 回	( ) 回	( ) 回
	歯周病安定期治療(II)	( ) 回	( ) 回	( ) 回
3) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	1歯以上 10歯未満	10歯以上 20歯未満	20歯以上	
	( ) 回	( ) 回	( ) 回	
4) 歯科口腔リハビリテーション料1	( ) 回			
5) 歯科疾患在宅療養管理料 在宅総合医療管理加算	( ) 回			
6) フッ化物歯面塗布処置(う蝕多発傾向者の場合)	( ) 回			
7) フッ化物歯面塗布処置(在宅等療養患者の場合)	( ) 回			

8)フッ化物歯面塗布処置(エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合)		( ) 回	
9)連携する在宅療養支援歯科診療所1・2に依頼した歯科訪問診療の回数		( ) 回	
10)診療情報提供料(Ⅰ)・(Ⅱ)(※合計)		( ) 回	
11)診療情報連携共有料	( ) 回	12)抜髄(3根管以上に限る)	( ) 回
13)抜歯手術(乳歯を除く)	( ) 回	14)新製有床義歯管理料1・2(※合計)	( ) 回
15)クラウン・ブリッジ維持管理料 (歯冠補填物に限る)	( ) 回	16)感染根管処置(3根管以上に限る)	( ) 回
17)う蝕歯即時充填形成	( ) 回	18)歯周基本検査(20歯以上に限る)	( ) 回
19)歯周精密検査 (20歯以上に限る)	( ) 回	20)咀嚼能力検査	( ) 回
21)咬合圧検査	( ) 回	22)舌圧検査	( ) 回

#### 4. 貴施設における、歯科診療に関する取組全般およびお考え等についてお伺いします。

① 令和元年6月の1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
3) 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
4) 退院時共同指導の実施	1. あり	2. なし
5) 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
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ていないもの)	1. あり	2. なし
7) 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
8) 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
9) 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

② 令和元年6月の1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、介護老人保健施設、介護老人福祉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
2) 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)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
3) 口腔衛生管理加算を算定している施設等との連携	1. あり	2. なし
4) 口腔衛生管理体制加算を算定している施設等との連携	1. あり	2. なし
5) 協力歯科医療機関となっている介護保険施設等	1. あり	2. なし
6) 地域包括支援センターとの患者情報共有	1. あり	2. なし

## ③ 貴施設が、他の歯科診療所よりも優れていると考える点をご記入ください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 患者の全身状態を把握し、その状態に基づいた適切な歯科診療を行っている
2. 歯科診療を行う中で、必要に応じ他の医療機関を紹介し、必要な診療につなげている
3. 高度な画像診断、治療設備を有している
4. セルフケアの技術、知識について具体的に指導している
5. 患者の生活習慣改善に関わる指導を積極的に行っている
6. 患者のライフステージに応じた歯科診療、歯科疾患の継続管理を行っている
7. 新しい技術、歯科材料等を積極的に導入している
8. スタッフへの研修が充実している
9. 歯科衛生士による患者指導が徹底している
10. 複数の歯科医師が勤務しており、十分な症例検討を行える
11. 認定医・専門医資格の積極的な取得を推進している
12. 機器の適切な滅菌・洗浄に加えラッピングを行うなど、感染対策を徹底している
13. 学会への参加等、積極的な自己研鑽を推進している
14. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

## ④ 貴施設は、どのような歯科診療所が地域包括ケアシステムに貢献している歯科診療所であると考えますか。以下の観点であてはまると考える番号をお選びください。また、その内容を具体的に記入してください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 地域保健活動（具体的に： \_\_\_\_\_ )
2. 多職種連携（具体的に： \_\_\_\_\_ )
3. 外来診療（具体的に： \_\_\_\_\_ )
4. 訪問診療（具体的に： \_\_\_\_\_ )
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

## ⑤ 貴施設において、口腔内の状態説明、治療法の選択等において、患者の理解が深まるよう、紙面やモニターを用いて行っているものをご記入ください。

※あてはまる番号すべてに○

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 口腔内の状況の説明          | 2. 治療回数、期間等の説明    |
| 3. 治療内容の説明            | 4. 治療の概算費用の説明     |
| 5. 治療法別のメリット、デメリットの説明 | 6. 抜歯等の手術への同意書の取得 |
| 7. その他（具体的に： _____ )  |                   |

⑥ 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。  
※「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との情報共有
2. 個別の患者に関するケアマネジャー等の介護関係者との情報共有
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

5. 明細書（公費負担医療を含む。）の無料発行についてお伺いします。

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. 原則として全患者に無料で発行している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 「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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 「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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 「正当な理由」の届出をし、明細書の発行は行っていない
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 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「2」「3」「4」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。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 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
2. 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 貴施設では、今後、全患者に対する明細書の無料発行についていつまでに対応する予定ですか。  
※○は1つだけ。「1」を選んだ場合は、（ ）内に具体的な年月をご記入ください

1. 令和（ ）年（ ）月頃までに対応する予定
2. 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

1. ある → 質問④-1へ
2. ない

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○

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

質問は以上です。ご協力有難うございました。

ID \_\_\_\_\_

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 歯科医療に関する意識調査

## かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所・患者票

- この調査票は、患者さんに、歯科医療の受診内容やお考えなどをお聞きするものです。
- 調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
- 本調査のご回答内容はデータ化し、集計いたします。受診した診療所に個人の回答内容をお知らせしたり、個人が特定される形で回答内容を公表することはありません。
- 本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
- ご回答頂いた調査票は、返信用封筒を用いて、〇月〇日までにご投函ください（切手不要）。

以下の設問について、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・理由などをお答えください。

この調査票のご記入者	1. 患者ご本人（※本人の状況、お考えを代筆する場合も含む） 2. 患者ご本人以外（ご本人からみた具体的な関係： _____）		
①性別	1. 男性      2. 女性	②年齢	1. 15歳未満      2. 15歳～20歳未満 3. 20歳～65未満      4. 65歳以上
③平成31年1月から今までに、この歯科診療所を受診した回数	（ _____ ）回くらい		
④この歯科診療所を最初に受診してからの期間	（ _____ ）年（ _____ ）か月くらい		
⑤現在の全身状態として該当するものがあればご回答ください（○はいくつでも）	1. 糖尿病      2. 高血圧      3. 呼吸器疾患 4. 心血管疾患      5. 脳血管疾患      6. 悪性新生物 7. リウマチ等免疫系の疾患      8. 骨粗しょう症 9. 妊娠している 10. その他（ _____ ）		
⑥この歯科診療所を選んだ理由（○はいくつでも）	1. かかりつけの歯科診療所だから 2. 信頼している歯科医師がいるから 3. むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから 4. 通院しやすい場所にあるから 5. 受診しやすい時間に診療しているから 6. 待ち時間が少ないから 7. 説明がわかりやすいから 8. 歯科医師や職員の感じがよいから（雰囲気が良いから） 9. 清潔感があり、感染対策をしっかりしていると思うから 10. 公的な認定や指定を受けている歯科診療所だから（具体的に： _____） 11. 必要に応じて家族等にも説明をしてくれるから 12. その他（具体的理由： _____）		



<p>⑨本日受診している歯科診療所で、これまでに次の治療を受けたことがありますか (○はいくつでも)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 定期的な歯周病の治療</li> <li>2. むし歯へのフッ化物の塗布</li> </ol>
<p>⑩本日、歯科医師もしくは歯科衛生士から受けた治療などの内容 (○はいくつでも)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. お口の中のチェック</li> <li>2. お口の中の清掃</li> <li>3. むし歯の治療</li> <li>4. 歯周病の治療</li> <li>5. 歯を抜いた後の治療 (入れ歯など)</li> <li>6. 抜歯</li> <li>7. お口の中の検査、写真撮影</li> <li>8. フッ化物の塗布など、むし歯の予防</li> <li>9. 歯磨き習慣・方法の説明・指導</li> <li>10. 食事内容に関する指導</li> <li>11. 喫煙習慣に関する指導</li> <li>12. 身体の病気や全身状態に応じた生活習慣の指導</li> <li>13. その他 (具体的に： )</li> </ol>
<p>⑪この歯科診療所に次回受診する日時は決まっていますか。</p>	
<p>1. 決まっている                      2. 決まっていないが後日決める                      3. 当面受診する予定はない</p>	

⑫ 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伺いします。

「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、**行われた治療や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、「領収証」とは異なります。

⑫-1 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)

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. きちんと確認した       | 2. おおまかに確認した            |
| 3. ほとんど確認しなかった    | 4. まったく確認しなかった          |
| 5. 発行されたが受け取らなかった | 6. 「必要ない」と断ったため発行されなかった |
| 7. 発行されなかった       |                         |

⑫-2 【質問⑫-1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(3、4、5、6を選択した方)にお伺いします】「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)

- 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
- 「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
- 家族などに治療内容・検査名・服用している薬などを知られるのがいやなため
- 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
- 領収証の内容で十分なため
- 「明細書」の発行に時間がかかるため
- 毎回ほぼ同じ内容であるため
- 自己負担額がないため
- その他(具体的に： )

⑬ 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)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

⑭ 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)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 必要だと思う           | 2. どちらかというとな必要だと思う |
| 3. どちらかというとな必要ないと思う | 4. 必要ないと思う         |

⑮ 「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)

a. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
b. 医療費の内訳がわかりやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
c. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
d. 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	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
e. 医療機関への安心感・信頼感が高まる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
f. 特にない	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
g. その他	具体的に：

質問は以上です。ご協力頂き誠に有難うございました。  
○月○日までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

ID \_\_\_\_\_

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 歯科医療に関する意識調査

## 患者票

- この調査票は、患者さんに、歯科医療の受診内容やお考えなどをお聞きするものです。
- 調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。
- 本調査のご回答内容はデータ化し、集計いたします。受診した診療所に個人の回答内容をお知らせしたり、個人が特定される形で回答内容を公表することはありません。
- 本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
- ご回答頂いた調査票は、返信用封筒を用いて、〇月〇日までにご投函ください(切手不要)。

以下の設問について、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・理由などをお答えください。

この調査票のご記入者	1. 患者ご本人(※本人の状況、お考えを代筆する場合も含む)		
	2. 患者ご本人以外(ご本人からみた具体的な関係: _____)		
① 性別	1. 男性	2. 女性	② 年齢
			1. 15歳未満      2. 15歳～20歳未満 3. 20歳～65未満      4. 65歳以上
③ 平成31年1月から今までに、この歯科診療所を受診した回数	(      ) 回くらい		
④ この歯科診療所を最初に受診してからの期間	(      ) 年 (      ) か月くらい		
⑤ 現在の全身状態として該当するものがあればご回答ください(○はいくつでも)	1. 糖尿病	2. 高血圧	3. 呼吸器疾患
	4. 心血管疾患	5. 脳血管疾患	6. 悪性新生物
	7. リウマチ等免疫系の疾患	8. 骨粗しょう症	
	9. 妊娠している		
	10. その他(      )		
⑥ この歯科診療所を選んだ理由(○はいくつでも)	1. かかりつけの歯科診療所だから		
	2. 信頼している歯科医師がいるから		
	3. むし歯や歯周病の定期的な管理をしてくれるから		
	4. 通院しやすい場所にあるから		
	5. 受診しやすい時間に診療しているから		
	6. 待ち時間が少ないから		
	7. 説明がわかりやすいから		
	8. 歯科医師や職員の感じがよいから(雰囲気が良いから)		
	9. 清潔感があり、感染対策をしっかりしていると思うから		
	10. 公的な認定や指定を受けている歯科診療所だから(具体的に: _____)		
	11. 必要に応じて家族等にも説明をしてくれるから		
	12. その他(具体的理由: _____)		



⑪ 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伺いします。

「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、行われた治療や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、「領収証」とは異なります。

⑪-1 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)

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1. きちんと確認した       | 2. おおまかに確認した            |
| 3. ほとんど確認しなかった    | 4. まったく確認しなかった          |
| 5. 発行されたが受け取らなかった | 6. 「必要ない」と断ったため発行されなかった |
| 7. 発行されなかった       |                         |

⑪-2【質問⑪-1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(3、4、5、6を選択した方)にお伺いします】「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)

1. 「明細書」をもらっても内容がよくわからないため
2. 「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
3. 家族などに治療内容・検査名・服用している薬などを知られるのがいやなため
4. 個人情報であり廃棄方法が不安であるため
5. 領収証の内容で十分なため
6. 「明細書」の発行に時間がかかるため
7. 毎回ほぼ同じ内容であるため
8. 自己負担額がないため
9. その他(具体的に： )

⑫ 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)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

⑬ 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)

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. 必要だと思う           | 2. どちらかというとも必要だと思う |
| 3. どちらかというとも必要ないと思う | 4. 必要ないと思う         |

⑭ 「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)	
a. 治療・検査・薬などの内容・具体名がわかりやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
b. 医療費の内訳がわかりやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
c. 会計窓口で医療費について質問がしやすくなる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
d. 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	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
e. 医療機関への安心感・信頼感が高まる	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
f. 特になし	1. そう思う 2. そう思わない 3. わからない
g. その他	具体的に：

質問は以上です。ご協力頂き誠に有難うございました。  
○月○日までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

令和元年〇月

開設者様

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（令和元年度調査）  
「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの  
影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」  
ご協力のお願い

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 年度診療報酬改定においては、かかりつけ歯科医療機能をより推進する観点から、歯科疾患の重症化予防に関する継続的管理や地域連携等の実績の評価等、さらに、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しが行われました。また、ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の新設等が行われました。さらに、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、院内感染防止対策に関する施設基準が新設されました。

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、歯科医療機関を対象に、かかりつけ歯科医機能の実施状況等を把握することを目的に調査を行うこととなりました。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

**令和元年〇月〇日(〇)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（ご回答のお願い）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

**電子調査票の送信先** 【E-mail】 〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp

**お問い合わせ先** 【E-mail】 〇〇〇〇〇@mizuho-ir.co.jp

【TEL】 0120-〇〇〇-〇〇〇（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【FAX】 0120-〇〇〇-〇〇〇

令和元年〇月

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（令和元年度調査）  
「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影  
響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」への  
ご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、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 月診療報酬改定では、歯科医療について、かかりつけ歯科医機能の評価、歯科疾患管理料の評価の見直し、さらに歯科疾患の継続的管理を進めることを目的とした診療報酬改定が行われました。

こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期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、「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」を行うこととしました。

本調査では、歯科診療所を選んだ理由、かかりつけ歯科医療についての認知度等についてお伺いし、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いたします。

次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

**対象者**

- ・ この調査は、全国から無作為抽出した歯科診療所を調査日に受診した患者のうち、「歯科疾患管理料」を算定した患者の方が対象となっております。

**回答期限・返送方法**

- ・ お手数ではございますが、**令和元年〇月〇日(〇)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

**回答方法**

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 だけに○をつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。  
(→裏面へ続きます)

(患者票)

なお、本調査は平成 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。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、歯科医師等の開示されることはございません。また、本調査にご協力頂けない場合にも、患者の方に不利益はありません。

本調査の結果は、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（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

〒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

##### お問い合わせ先

【TEL】 0120-0000-0000 (受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)

【FAX】 0120-0000-0000

【E-mail】 000000@mizuho-ir.co.jp

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」  
調査の概要（案）

## 1. 調査目的

平成 30 年度診療報酬改定において、残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組など、薬局における対物業務から対人業務への転換を促すための措置を講じた。また、患者本位の医薬分業を進めるため、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握することを目的とした、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる大型駅前薬局の評価の適正化等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局の連携方策も含め、医薬品の適正使用や患者本位の医薬分業のさらなる推進を図るため、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響について調査を行う。

また、以下の事項を明らかにすることを調査のねらいとする。

### <主な調査事項>

- ・ 残薬、重複・多剤処方の実態とこれらの削減に向けた保険医療機関や保険薬局の取組状況等【薬局、医療機関】
- ・ かかりつけ薬剤師指導料の算定状況等【薬局】
- ・ かかりつけ薬剤師・薬局に関する患者の意識【患者】
- ・ お薬手帳の活用も含む薬剤服用歴管理指導料の算定状況等【薬局】
- ・ 地域支援体制加算の届出、算定状況【薬局】
- ・ 大型駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化の状況等【薬局】
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の在宅薬学管理の算定状況【薬局】

## 2. 調査対象及び調査方法

本調査項目においては、アンケート調査によって実施する。アンケート調査の構成、手順を以下に示す。

### <アンケート調査の構成>

本調査は一昨年にも実施していることから、過年度調査結果と比較できるよう、調査内容や調査方法等の観点からできるだけ同条件で実施することを提案する。

調査の種類	調査対象	調査方法	調査票	主な設問項目
①保険薬局調査	1) かかりつけ薬剤師指導料の届出を <u>行っている</u> 保険薬局の中から無作為抽出した 1,000 薬局 2) かかりつけ薬剤師指導料の届出を <u>行っていない</u> 保険薬局の中から無作為抽出した 1,000 薬局 <b>上記合計 2,000 薬局</b>	自記式調査票の郵送配布・回収	保険薬局票	薬局の概要、体制、調剤状況、かかりつけ薬剤師に関する取組状況等、「かかりつけ薬剤師」としての機能を強化する上での課題
②診療所調査	1) 地域包括診療料の届出施設（悉皆） 2) 地域包括診療加算の届出施設の中から無作為抽出した診療所 3) 小児かかりつけ診療料の届出施設の中から無作為抽出した診療所 <b>上記合計 1,000 施設</b>	自記式調査票の郵送配布・回収	診療所票	施設の概要、医薬品の処方状況や保険薬局との連携状況
③病院調査	1) 地域包括診療料の届出施設（悉皆） 2) 1) を除く病院の中から無作為抽出した施設 <b>上記合計 1,000 施設</b>	自記式調査票の郵送配布・回収	病院票	施設の概要、医薬品の処方状況や保険薬局との連携状況
④患者調査	上記①の対象施設に調査期間中に来局した患者 2 名（かかりつけ薬剤師指導料に同意している患者 1 名＋かかりつけ薬剤師指導料に同意していない患者 1 名）を来局順に調査対象とする <b>上記合計 4,000 人</b>	保険薬局を通じて対象患者に「患者票」を配布、事務局宛の返信用専用封筒にて直接回収	患者票	記入者の属性、対象者の属性、医療機関や保険薬局の利用状況、利用した薬局、かかりつけ薬剤師についての考え

### 3. 調査項目

※調査票（素案）参照

### 4. スケジュール（案）

	2019年5月	6月	7月	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 データクリーニング				→	→						
集計・分析					→	→					
報告(案)の作成					→	→	→				
追加分析							→				
報告書のとりまとめ							→				

以上

**平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)**  
**かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査**  
**保険薬局票**

※この保険薬局票は、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局の連携方策も含め、医薬品の適正使用や患者本位の医薬分業の更なる推進を図るため、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響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、令和元年6月末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。

1. 貴薬局の概要についてお尋ねします。

① 貴薬局の所在地についてご記入ください	( ) 都・道・府・県
② 貴薬局の開設者についてご選択ください。(○は1つ) なお、「1.法人」の場合、会社形態として該当するものをご選択ください。	
1. 法人	⇒ ( 11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他 ) ⇒ ( 16. 純粋持株会社 <sup>※1</sup> 17. 事業持株会社 <sup>※2</sup> 18. 持株会社以外 <sup>※3</sup> )
2. 個人	
3. その他 ( )	

※1 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社のこと。

※2 グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社のこと。

※3 持株会社以外（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%以下の会社）のこと。

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 <sup>※4</sup> による薬局店舗数をご記入ください。	( ) 店舗 ※ 当該店舗を含めてご回答ください。
---	------------------------------

※4 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）

1. 保険薬局の事業者の最終親会社
2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社
3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
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

④ 貴薬局の開設年をご記入ください。	西暦 ( ) 年
⑤ 貴薬局がチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)であるかご選択ください。(○は1つ)	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をご選択ください。(○は1つ)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局</li> <li>4. 同一敷地内にある診療所の処方箋を応需している薬局</li> <li>5. 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</li> <li>6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局</li> <li>7. その他（具体的に )</li> </ol>	

⑦ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。最もよくあてはまるものを一つご選択ください。(○は1つ)

1. 住宅街にある	2. 駅前にある
3. 商店街にある	4. 大型商業施設(スーパー、デパート)の中にある
5. オフィス街にある	6. 医療機関の敷地内にある
7. その他(具体的に: _____)	

⑧ 令和元年6月の1ヶ月間の貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合をご記入下さい。( \_\_\_\_\_ ) %

⑨ 現在の調剤基本料の届出状況についてご選択ください。(○は1つ)  
※ 令和元年6月の1ヶ月間の状況についてご回答ください。

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)	4. 調剤基本料3ロ (15点)
5. 特別調剤基本料 (10点)	

⑨-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)	( _____ ) 回/月
⑨-2 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) ※ 医療モールの薬局は、同一建物内医療機関の処方箋を合算した割合をご記入ください。	( _____ ) % ※ 小数点以下第1位まで
⑨-3 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)	1. あり      2. なし
⑨-4 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1か月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局(○は1つ)	1. 非該当      2. 該当
⑨-5 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1か月に40万回を超えるグループに属する保険薬局(○は1つ)	1. 非該当      2. 該当

⑩ 平成30年3月の調剤基本料の届出状況についてご選択ください。(○は1つ)

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 (20点)	4. 調剤基本料4 (31点)
5. 調剤基本料5 (19点)	6. 特別調剤基本料 (15点)

⑩-1 基準調剤加算の届出の有無	1. 届出あり      2. 届出なし
⑩-2 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)	( _____ ) 回/月
⑩-3 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
⑩-4 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)	1. あり      2. なし

⑪ 職員数をご記入ください。 ※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。		常勤職員 <sup>※4</sup>	非常勤職員	
			実人数	常勤換算 <sup>※5</sup>
	1) 薬剤師	( _____ ) 人	( _____ ) 人	( _____ ) 人
	(うち)かかりつけ薬剤師指導料等 <sup>※3</sup> における「かかりつけ薬剤師」	( _____ ) 人	( _____ ) 人	( _____ ) 人
	2) その他(事務職員等)	( _____ ) 人	( _____ ) 人	( _____ ) 人
	3) 全職員(上記1)、2)の合計)	( _____ ) 人	( _____ ) 人	( _____ ) 人

※3 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。

※4 常勤職員とは、貴薬局で定められた勤務時間をすべて勤務する者のことをいいます。ただし、貴薬局で定めた1週間の勤務時間が32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤職員として計上します。

※5 非常勤職員とは、貴薬局と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員をいいます。貴院の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第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご記入ください。

例: 週2日(各日3時間)勤務の薬剤師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の薬剤師が2人いる場合

$$\text{非常勤薬剤師数(常勤換算)} = \frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{32時間} = 1.13人$$

⑫ 貴薬局において、他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、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. 地域医療情報連携ネットワーク

16. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム

17. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

2. ICTは活用していない

2. 貴薬局の体制についてお尋ねします(令和元年6月末現在)。

① 貴薬局(当該店舗)に勤務する薬剤師(質問1. ⑪の「薬剤師」)について該当する人数をご記入ください。  
※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	常勤換算※1
1) 当該店舗に勤務する薬剤師数(休職中の者も含む)	( ) 人	( ) 人	( ) 人
2) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある薬剤師数	( ) 人	( ) 人	( ) 人
3) 当該店舗に1年以上※在籍している薬剤師数 ※ 当該保険薬局に週32時間以上(育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合は、週24時間以上かつ週4日以上)勤務している方を計上してください。	( ) 人	( ) 人	( ) 人
4) 当該店舗に週32時間以上※勤務している薬剤師数 ※ 平成30年9月30日までは6ヶ月以上勤務していた方を計上してください。	( ) 人	( ) 人	( ) 人
5) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した薬剤師数	( ) 人	( ) 人	( ) 人

※1 非常勤職員の常勤換算については、1. ⑪の※5(2頁目)を参照してください。

② 貴薬局では、どのように24時間対応が可能な体制を整えていますか。(○は1つ)

1. 自薬局単独で24時間対応が可能な体制を整えている  
→夜間等時間外の対応を担当している薬剤師数：( ) 人  
→平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間の対応件数：( ) 件

2. 近隣の保険薬局と連携して24時間対応が可能な体制を整えている  
→夜間等時間外の対応のために連携している薬局数：( ) 薬局  
→平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間の対応件数：( ) 件

3. 24時間対応が可能な体制を整えていない

4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

③ 貴薬局における薬剤服用歴管理指導料の算定状況についてお答えください。

	平成30年3月	令和元年6月
1) 薬剤服用歴管理指導料(50点)	( ) 回	
2) 薬剤服用歴管理指導料(38点)	( ) 回	
3) 薬剤服用歴管理指導料(53点)		( ) 回
うち、患者がお薬手帳を提示した場合		( ) 回
4) 薬剤服用歴管理指導料(41点)		( ) 回
5) 薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)		( ) 回
うち、患者がお薬手帳を提示した場合		( ) 回

3. かかりつけ薬剤師に関する取組についてお尋ねします。

① 貴薬局における、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等の届出の有無についてご選択ください。(○は1つ)	
1. 届出あり	2. 届出なし
【3. ①で「1.届出あり」と回答した場合】	
①-1 貴薬局における薬剤師数についてご記入ください。	
1) かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を満たしている薬剤師数及び平均在籍年数 <sup>※1</sup>	薬剤師数 : ( ) 人 平均在籍年数 : ( ) 年
2) かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬剤師数	薬剤師数 : ( ) 人
3) かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬剤師が0人である理由	

※1 薬剤師の平均在籍年数については、以下の方法で算出し、小数点以下第一位までお答えください。  
 ・(かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を満たしている薬剤師の在籍年数の合計) ÷ (当該薬剤師の合計人数)

【3. ①で「2.届出なし」と回答した場合】	
①-2 かかりつけ薬剤師指導料の届出なしである理由についてご選択ください。	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある保険薬剤師がいないため</li> <li>2. 当該保険薬局に週32時間以上<sup>※2</sup>勤務している薬剤師がいないため</li> <li>3. 当該保険薬局に1年以上在籍している保険薬剤師がいないため</li> <li>4. 薬剤師認定制度認証機構が認定している研修認定制度等の研修認定を取得している保険薬剤師がいないため</li> <li>5. 医療に係る地域活動の取組に参画している保険薬剤師がいないため</li> <li>6. 時間外の24時間電話相談が困難(人手不足等)であるため</li> <li>7. 自薬局以外で調剤されている医薬品、処方薬以外のサプリメント等の内服まで含めた薬学的管理指導を行える体制が整っていないため</li> <li>8. 患者がかかりつけ薬剤師の機能を理解していないため</li> <li>9. 協力してもらえる医療機関・医師が少ないため</li> <li>10. 在宅への訪問をする時間が取れないため</li> <li>11. 患者の利用している全ての保険医療機関、服用薬を把握する体制が整っていないため</li> <li>12. かかりつけ薬剤師指導料もしくはかかりつけ薬剤師包括管理料を上手く説明できないため</li> <li>13. その他(具体的に: )</li> </ol>	

※2 32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。

② 貴薬局におけるかかりつけ薬剤師指導料等の算定状況についてご記入ください。		
	平成30年3月	令和元年6月
1) かかりつけ薬剤師指導料(70点)	( ) 回	
2) かかりつけ薬剤師包括管理料(270点)	( ) 回	
3) かかりつけ薬剤師指導料(73点)		( ) 回
4) かかりつけ薬剤師包括管理料(280点)		( ) 回

4. 地域支援体制加算についてお尋ねします。

① 地域支援体制加算等の届出状況についてご選択ください。 (○は1つ) 令和元年6月末		1. 届出あり	2. 届出なし
①-1 直近1年間の <b>薬剤師1人当たり(常勤換算)</b> の実績回数 <sup>※1</sup> についてご記入ください。【平成30年4月～平成31年3月の1年間】 ※調剤基本料の区分、地域支援体制加算の届出の有無に関わらずご記入下さい。			
1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算の実績回数		( )	回/年
2) 麻薬管理指導加算の実績回数		( )	回/年
3) 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績回数		( )	回/年
4) かかりつけ薬剤師指導料等の実績回数		( )	回/年
5) 外来服薬支援料の実績回数		( )	回/年
6) 服用薬剤調整支援料の実績回数		( )	回/年
7) 単一建物診療患者が1人の在宅患者薬剤管理の実績回数		( )	回/年
8) 服薬情報等提供料の実績回数		( )	回/年
【4. ①で「2.届出なし」と回答した場合】			
①-2 算定基準のうち、満たすことが難しい項目をご選択下さい。(当てはまるもの全てに○) 調剤基本料1を算定している場合は a の施設基準(その他も含めた14項目)からご選択下さい。 調剤基本料1以外を算定している場合は b 実績要件(8項目)と施設基準(11項目)よりご選択下さい。			
a) <u>調剤基本料1を算定している薬局の場合</u>	施設基準	<ol style="list-style-type: none"> <li>患者ごとの適切な薬学的管理・指導</li> <li>患者の求めに応じた情報提供</li> <li>適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能</li> <li>プレアボイド報告実績</li> <li>副作用報告体制</li> <li>当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制</li> <li>保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制</li> <li>24時間、在宅対応体制・周知</li> <li>一定時間以上の開局</li> <li>十分な数の医薬品の備蓄</li> <li>後発品数量シェア 50%以上(集中度85%超の場合)</li> <li>麻薬小売業者の免許を受けていること</li> <li>在宅患者薬剤管理の実績を有していること</li> <li>かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること</li> </ol>	
	実績要件 (8項目)	<ol style="list-style-type: none"> <li>重複投薬・相互作用等防止加算 (40回)</li> <li>服用薬剤調整支援料 (1回)</li> <li>かかりつけ薬剤師指導料等 (40回)</li> <li>外来服薬支援料 (12回)</li> <li>服薬情報等提供料 (60回)</li> <li>夜間・休日等の対応 (400回)</li> <li>単一建物診療患者が1人の場合在宅薬剤管理 (12回)</li> <li>麻薬管理指導加算の実績 (10回)</li> </ol>	
b) <u>調剤基本料1以外を算定している薬局の場合</u>	施設基準	<ol style="list-style-type: none"> <li>患者ごとの適切な薬学的管理・指導</li> <li>患者の求めに応じた情報提供</li> <li>適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能</li> <li>プレアボイド報告実績</li> <li>副作用報告体制</li> <li>当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制</li> <li>保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制</li> <li>24時間、在宅対応体制・周知</li> <li>一定時間以上の開局</li> <li>十分な数の医薬品の備蓄</li> <li>後発品数量シェア 50%以上(集中度85%超の場合)</li> </ol>	

※1 「薬剤師1人当たり実績回数」の分母である「常勤換算した薬剤師数」は、届出前3月の勤務状況に基づき、以下の(イ)及び(ロ)により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出してください。  
(イ) 貴薬局における実労働時間が週32時間以上である薬剤師は1名とする。  
(ロ) 貴薬局における実労働時間が週32時間未満の薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。



③ 多剤・重複投薬の削減への取組のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。 また、貴薬局が行っている取組にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて)	
1. お薬手帳等を利用した医療機関での服用薬の把握	
2. 医療機関の薬剤師との連携による服用薬の見直し	
3. 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	
4. 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提案	
5. 薬局からかかりつけ医への服用薬の情報の提供	
6. 服用状況等にもとづく、かかりつけ医への処方提案	
7. その他（具体的に： _____）	

6. 医療機関等との連携についてお尋ねします。

① 服薬情報等提供料の算定の有無をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	1. 服薬情報等提供料1の算定あり 2. 服薬情報等提供料2の算定あり 3. 服薬情報等提供料の算定なし
② 【6. ①で「1.服薬情報等提供料1の算定あり」と回答した場合】 情報提供を行った内容をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	1. 患者の服用薬    2. 患者の服薬状況    3. 患者に対する服薬指導の要点 4. 患者の状態等    5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 →（具体的に： _____） 7. その他（具体的に _____）
③ 【6. ①で「2.服薬情報等提供料2の算定あり」と回答した場合】 情報提供を行った内容をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	1. 患者の服用薬    2. 患者の服薬状況    3. 患者に対する服薬指導の要点 4. 患者の状態等    5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 →（具体的に： _____） 7. その他（具体的に _____）
④ 医療機関との連携内容のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。 また、医療機関との連携内容にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて)	
1. 医療機関との間で勉強会・研修会への参加	
2. 臨床検査値の情報共有	
3. 化学療法（レジメン）の情報共有	
4. 退院時カンファレンスの参加	
5. 退院時サマリーの情報共有	
6. 患者の入院時の服用薬の情報提供	
7. 医療機関の求めに応じた貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供	
8. 医療機関の求めによらない貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供	
9. 抗がん剤治療の副作用発生時の対応に関するプロトコルの共有	
10. その他（具体的に： _____）	
11. 医療機関と連携していない	

7. 在宅薬学管理についてお尋ねします。

① 在宅対応の有無をご選択下さい。 (○は1つ)	1. 在宅対応あり			2. 在宅対応なし
② 平成31年4月～令和元年6月の3か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定件数について単一の建物において訪問した患者数別に、ご記入ください。				
	単一の建物において訪問した患者数			6歳未満の乳児
	1人	2～9人	10人以上	
1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)の算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	( ) 件
2) 居宅療養管理指導費 (介護保険)の算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	—

8. その他

① 医療機関との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査**  
**診療所票**

※この**診療所票**は、医薬品の適正使用のための残薬、重複・多剤投薬に関する取組、保険薬局との連携状況、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、令和元年6月末現在の貴施設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。

1. 貴施設の概要等についてお伺いします。

① 所在地	( ) 都道府県		※都道府県名まで			
② 開設者 <sup>※1</sup> ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体		
	5. 医療法人 <small>(社会医療法人を除く)</small>	6. 会社	7. その他の法人	8. 個人		
③ 医療機関の種類別 ※○は1つだけ			1. 有床診療所	2. 無床診療所		
④ 【有床診療所の場合】 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	診療所全体
	( )床	( )床	( )床	( )床	( )床	( )床
⑤ 過去1年間の病床数の変更(平成30年4月～平成31年3月) ※○は1つだけ			1. 変更あり	2. 変更なし		
⑥ 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 <sup>※2</sup>	2. 外科 <sup>※3</sup>	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)				
⑦ 貴施設における外来分離 <sup>※4</sup> の有無 ※○は1つだけ			1. 外来分離をしている	2. 外来分離をしていない		
⑧ 医療情報連携ネットワーク <sup>※5</sup> への参加の有無 ※○は1つだけ			1. 参加あり	2. 参加なし		
⑨ 機能強化加算の届出の有無 ※○は1つだけ			1. 届出あり	2. 届出なし		

※1 開設者による分類は下記の通りです。

国立 : 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、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、その他(国)

公立 : 都道府県、市町村、地方独立行政法人

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

社会保険関係団体 : 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

医療法人 : 医療法人(社会医療法人を除く)

会社 : 株式会社等

その他の法人 : 社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人

※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、「1. 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、「2. 外科」としてご回答ください。

※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、医療機関から外来機能を外すことを指します。

※5 「医療情報連携ネットワーク」とは、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を指します。

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。

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. 地域医療情報ネットワーク	16. 自院を中心とした専用の情報連携システム
	17. その他(具体的に: _____)	

2. ICT を活用していない

⑪ 全職員数(常勤換算<sup>※6</sup>)をご記入ください。 ※小数点以下第1位まで

1) 医師	( . )人	6) リハビリ職 <sup>※7</sup>	( . )人
2) 歯科医師	( . )人	7) 管理栄養士	( . )人
3) 保健師・助産師・看護師	( . )人	8) その他の医療職 <sup>※8</sup>	( . )人
4) 准看護師	( . )人	9) 社会福祉士	( . )人
5) 薬剤師	( . )人	10) その他の職員	( . )人
		11) 合計	( . )人

※6 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)

※7 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。

※8 その他の医療職とは、臨床工学技士、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。

2. 医薬品の処方状況や保険薬局との連携状況等についてお伺いします。

	初診患者数	再診延べ患者数
① 外来患者数 ※令和元年6月の1か月間	( )人	( )人
② 外来の院内・院外処方の割合 ※令和元年6月の1か月間	院内処方( )%+院外処方( )%=100% ※算定回数ベース	
③ いわゆる門前薬局の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし
④ いわゆる敷地内薬局の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし
⑤ 薬剤総合評価調整加算の算定回数 ※平成30年4月~平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑥ 薬剤総合評価調整管理料の算定回数 ※平成30年4月~平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑦ 連携管理加算の算定回数 ※平成30年4月~平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑧ 多剤・重複投薬の削減への取組の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし

【2. ⑧で「1. あり」と回答した場合】

⑧-1 多剤・重複投薬の削減への取組のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。  
また、貴施設が行っている取組にすべてに○をつけて下さい。 ※◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて

1. お薬手帳等を利用した薬局での服用薬の把握	
2. 薬局の薬剤師との連携による服用薬の見直し	
3. 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	
4. 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	
5. 薬局からの服用薬の情報等の提供	
6. 薬局からの処方提案	
7. その他(具体的に: _____)	

⑨ 平成 31 年 4 月以降における、30 日を超える長期投薬の院外処方箋発行の有無 ※○は1つだけ	1. 発行あり	2. 発行なし
【2. ⑨で「1. 発行あり」と回答した場合】 ⑨-1 長期処方における分割指示の有無（平成 31 年 4 月～令和元年 6 月の 3 か月間） ※○は1つだけ	1. 分割指示あり	2. 分割指示なし
【2. ⑨-1で「1. 分割指示あり」と回答した場合】 ⑨-1-1 分割指示を行うことにより感じるメリットについてご選択ください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 残薬の確認が行いやすい 2. 副作用等の確認が行いやすい 3. 患者の服薬管理を継続して行いやすい 4. 患者の状態や意見を反映しやすい 5. 長期処方しやすい 6. その他(具体的に: )		

### 3. 薬局との連携状況についてお伺いします。

①連携している薬局の数をご選択下さい。 ※○は1つだけ	
1. 1ヶ所	2. 2～5ヶ所
3. 6ヶ所以上	4. 不明(理由: )
→例:多地域から患者が通院しているため	
② 薬局との連携内容のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。 また、薬局との連携内容にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、あてはまる番号すべてに○) 特に「7. 貴院の求めに応じた薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供」を選択した場合、 薬局への情報提供依頼の方法等についてご選択ください。(あてはまる番号すべてに○)	
1. 薬局との間で勉強会・研修会の共同開催	
2. 臨床検査値の情報共有	
3. 化学療法(レジメン)の情報共有	
4. 退院時カンファレンスの参加	
5. 退院時サマリーの情報共有	
6. 患者の入院時の服用薬の情報共有	
7. 貴院の求めに応じた薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供 →情報提供依頼の方法: ( 71. 情報提供依頼文書    72. 口頭指示    73. 処方箋 74. その他(具体的に: ) ) →情報提供された内容のうち、貴院にとって役に立ったもの: ( 75. 当該患者の服用薬及び服薬状況 76. 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態像 77. 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 78. その他(具体的に: ) 79. 薬局から役に立つ情報は得られなかった )	
8. 貴院の求めによらない薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供	
9. 抗がん剤治療の副作用発生時の対応に関するプロトコルの共有	
10. その他(具体的に: )	
11. 薬局と連携していない	

4. その他

① 薬局との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査**  
**病院票**

※この病院票は、医薬品の適正使用のための残薬、重複・多剤投薬に関する取組、保険薬局との連携状況、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、令和元年6月末現在の貴施設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。

1. 貴施設の概要等についてお伺いします。

① 所在地	( ) 都道府県 ※都道府県名まで							
② 開設者※ <sup>1</sup> ※○は1つだけ	1. 国	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体	5. 医療法人 <small>(社会医療法人を除く)</small>	6. 会社	7. その他の法人	8. 個人
③ 承認等の状況 ※○は1つだけ	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院		3. 左のいずれにも該当しない			
④ DPC 対応状況 ※○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			
⑤ 許可病床数	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		
⑥ 過去1年間の病床数の変更(平成30年4月～平成31年3月) ※○は1つだけ	1. 変更あり			2. 変更なし				
⑦ 標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科※ <sup>2</sup>	2. 外科※ <sup>3</sup>	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: )						
⑧ 貴施設における外来分離※ <sup>4</sup> の有無 ※○は1つだけ	1. 外来分離をしている		2. 外来分離をしていない					
⑨ 医療情報連携ネットワーク※ <sup>5</sup> への参加の有無 ※○は1つだけ	1. 参加あり		2. 参加なし					

※1 開設者による分類は下記の通りです。

国 : 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、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、その他(国)

公立 : 都道府県、市町村、地方独立行政法人

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

社会保険関係団体 : 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

医療法人 : 医療法人(社会医療法人を除く)

会社 : 株式会社等

その他の法人 : 社会医療法人、公益法人、医療生協、その他の法人

※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、「1. 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、「2. 外科」としてご回答ください。

※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。

※5 「医療情報連携ネットワーク」とは、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を指します。

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。

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. 地域医療情報ネットワーク     | 16. 自院を中心とした専用の情報連携システム   |
| 17. その他(具体的に: _____) |                           |

2. ICT を活用していない

⑪ 全職員数(常勤換算<sup>※6</sup>)をご記入ください。 ※小数点以下第1位まで

1) 医師	( . ) 人	6) リハビリ職 <sup>※7</sup>	( . ) 人
2) 歯科医師	( . ) 人	7) 管理栄養士	( . ) 人
3) 保健師・助産師・看護師	( . ) 人	8) その他の医療職 <sup>※8</sup>	( . ) 人
4) 准看護師	( . ) 人	9) 社会福祉士	( . ) 人
5) 薬剤師	( . ) 人	10) その他の職員	( . ) 人
		11) 合計	( . ) 人

※6 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)

※7 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。

※8 その他の医療職とは、臨床工学技士、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。

2. 外来患者に関する医薬品の処方状況や保険薬局との連携状況等についてお伺いします。

	初診患者数	再診延べ患者数
① 外来患者数 ※令和元年6月の1か月間	( )人	( )人
② 外来の院内・院外処方の割合 ※令和元年6月の1か月間	院内処方( )%+院外処方( )%=100% ※算定回数ベース	
③ いわゆる門前薬局の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし
④ いわゆる敷地内薬局の有無 ※○は1つだけ	1. あり	2. なし
⑤ 薬剤総合評価調整加算の算定回数 ※平成30年4月～平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑥ 薬剤総合評価調整管理料の算定回数 ※平成30年4月～平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑦ 連携管理加算の算定回数 ※平成30年4月～平成31年3月の1年間	( )回/年	
⑧ 多剤・重複投薬の削減への取組の有無※○は1つだけ	1. あり	2. なし
【2. ⑧で「1. あり」と回答した場合】		
⑧-1 多剤・重複投薬の削減への取組のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。また、貴施設が行っている取組にすべてに○をつけて下さい。 ※◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて		
1. お薬手帳等を利用した薬局での服用薬の把握		
2. 薬局の薬剤師との連携による服用薬の見直し		
3. 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		
4. 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		
5. 薬局からの服用薬の情報等の提供		
6. 薬局からの処方提案		
7. その他（具体的に: )		
⑨ 平成31年4月以降における、30日を超える長期投薬の院外処方箋発行の有無 ※○は1つだけ	1. 発行あり	2. 発行なし
【2. ⑨で「1. 発行あり」と回答した場合】		
⑨-1 長期処方における分割指示の有無（平成31年4月～令和元年6月の3か月間） ※○は1つだけ	1. 分割指示あり	2. 分割指示なし
【2. ⑨-1で「1. 分割指示あり」と回答した場合】		
⑨-1-1 分割指示を行うことにより感じるメリットについてご選択ください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 残薬の確認が行いやすい	2. 副作用等の確認が行いやすい	
3. 患者の管理を継続して行いやすい	4. 患者の状態や意見を反映しやすい	
5. 長期処方しやすい	6. その他(具体的に: )	
⑩ かかりつけ薬剤師・薬局を確認していますか ※○は1つだけ	1. 確認している	2. 確認していない
【2. ⑩で「1. 確認している」と回答した場合】		
⑩-1 どのような手段で行なっていますか ※○は1つだけ	1. お薬手帳	2. 患者・家族への聞き取り
	3. 薬局からの情報提供	
	4. その他(具体的に: )	

3. 入院患者に関する薬局との連携状況についてお伺いします。

① かかりつけ薬剤師・薬局を確認していますか ※○は1つだけ	1. 確認している	2. 確認していない
【3. ①で「1. 確認している」と回答した場合】 ①-1 いつ確認していますか ※○は1つだけ	1. 入院時	2. 退院時
	3. その他(具体的に: _____)	
【3. ①で「1. 確認している」と回答した場合】 ①-2 どのような手段で行なっていますか ※○は1つだけ	1. お薬手帳	2. 患者・家族への聞き取り
	3. 薬局からの情報提供	
	4. その他(具体的に: _____)	
② 薬局との連携内容のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。 また、薬局との連携内容にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、あてはまる番号すべてに○) 特に「7. 貴院の求めに応じた薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供」を選択した場合、 薬局への情報提供依頼の方法等についてご選択ください。(あてはまる番号すべてに○)		
1. 薬局との間で勉強会・研修会の共同開催		
2. 臨床検査値の情報共有		
3. 化学療法(レジメン)の情報共有		
4. 退院時カンファレンスの参加		
5. 退院時サマリーの情報共有		
6. 患者の入院時の服用薬の情報共有		
7. 貴院の求めに応じた薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供 →情報提供依頼の方法: ( 71. 情報提供依頼文書    72. 口頭指示    73. 処方箋 74. その他(具体的に: _____) ) →情報提供された内容のうち、貴院にとって役に立ったもの: ( 75. 当該患者の服用薬及び服薬状況 76. 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態像 77. 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 78. その他(具体的に: _____) ) 79. 薬局から役に立つ情報は得られなかった )		
8. 貴院の求めによらない薬局から貴院への患者の服用状況等の情報提供		
9. 抗がん剤治療の副作用発生時の対応に関するプロトコルの共有		
10. その他(具体的に: _____)		
11. 薬局と連携していない		

4. その他

① 薬局との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。



【2. ④で「1. 紙のお薬手帳のみ」、「2. 電子版お薬手帳のみ」、「3. 両方持っている」をご選択された方におうかがいします】  
④-3 薬局でお薬手帳をどのように活用していますか。 ※〇は1つだけ

- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. 毎回、薬剤師などに見せている(主に紙)  | 2. 毎回、薬剤師などに見せている(主に電子版) |
| 3. 時々、薬剤師などに見せている(主に紙)  | 4. 時々、薬剤師などに見せている(主に電子版) |
| 5. 持っていきが見せていない         |                          |
| 6. 持っていかない(その理由: _____) |                          |
| 7. その他(具体的に: _____)     |                          |

【すべての方におうかがいします】

⑤ 保険薬局に「お薬手帳」を持っていくと支払額が安くなる場合※2があることをご存知でしたか。 ※〇は1つだけ

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

※2 半年以内に調剤基本料1を算定している薬局に再度来局し調剤を受けた場合、薬剤服用薬管理料が12点(120円)安くなります(実際に支払う金額は自己負担割合に応じて異なります)。

⑥ あなたはスマートフォンやタブレット端末を使った「電子お薬手帳」を利用したいと思いますか。 ※〇は1つだけ

- |                     |          |
|---------------------|----------|
| 1. 既に利用している         | 2. 利用したい |
| 3. 利用しようとは思わない      | 4. わからない |
| 5. その他(具体的に: _____) |          |

⑦ あなたには、定期的に、医療機関(病院・診療所)に行って処方してもらっているお薬がありますか。

※〇は1つだけ

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. ある(→質問⑦-1へ) | 2. ない(→質問⑧へ) |
|----------------|--------------|

【2. ⑦で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】

⑦-1 あなたは、現在、1日あたり何種類のお薬を飲んで(使って)いますか。

飲み薬:( \_\_\_\_\_ ) 種類

飲み薬以外(貼り薬・塗り薬・目薬・注射薬など):( \_\_\_\_\_ ) 種類

【すべての方におうかがいします】

⑧ 医療機関から出される処方せんを持っていく薬局の利用方法のうち最も当てはまるものを一つ選んでください。  
※〇は1つだけ

- |  |
|--|
| 1. どの医療機関の処方せんも、いつも同じ1つの薬局に持っていく                           |
| 2. どの医療機関の処方せんも、できるだけ同じ1つの薬局に持っていくようにしているが、別の薬局に持っていくこともある |
| 3. 医療機関ごとに処方せんを持っていく薬局を変えている。                              |
| 4. その他(具体的に: _____)  |

### 3. 本日利用した薬局についてお伺いします。

① 本日利用した薬局はどのような場所に立地していますか(医療機関との関係)。最もよくあてはまるものを一つ選んでください。※〇は1つだけ

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 医療機関の敷地内にある      | 2. 医療機関に隣接している(通り向かい、数軒先等) |
| 3. 同一建物内(医療モール等)にある | 4. 医療機関と別の地域で独立している        |

② 本日利用した薬局はどのような場所に立地していますか(周辺環境)。最もよくあてはまるものを一つ選んでください。※〇は1つだけ

- |                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| 1. 住宅街にある           | 2. 駅前にある                  |
| 3. 商店街にある           | 4. 大型商業施設(スーパー、デパート)の中にある |
| 5. オフィス街にある         | 6. 医療機関の敷地内にある            |
| 7. その他(具体的に: _____) |                           |



## 4. かかりつけ薬剤師についてのお考え等をおうかがいします。

① 薬の種類を減らすことについて、医師に相談したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある (→質問①-1へ)	2. ない (→質問②へ)	3. わからない (→質問②へ)
【4. ①で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】		
①-1 結果的に、医師に処方してもらった薬を減らすことができましたか。 ※○は1つだけ		
1. できた	2. できなかった	3. わからない
【すべての方におうかがいします】		
② 薬の種類を減らすことについて、薬剤師に相談したことがありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある (→質問②-1へ)	2. ない (→質問③へ)	3. わからない (→質問③へ)
【4. ②で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】		
②-1 結果的に、医師に処方してもらった薬を減らすことができましたか。 ※○は1つだけ		
1. できた	2. できなかった	3. わからない
③ あなたには、「かかりつけ薬剤師※1」がいますか。 ※○は1つだけ		
1. いる (→質問③-1へ)	2. いない (→質問④へ)	
【4. ③で「1. いる」をご選択された方におうかがいします】		
③-1 「かかりつけ薬剤師」がいてよかったと実感した経験として、あてはまるものをお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 自分の飲んでいる(使用している)薬をすべて把握してくれること 2. いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること 3. 残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること 4. 飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋(一包化)に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてくれること 5. 薬についてわかりやすく説明してくれること 6. 薬に関する相談に対応してくれること 7. 後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること 8. 医療機関についての相談ができること 9. 薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていること 10. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること 11. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること 12. 介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること 13. 特にない 14. その他 (具体的に: )		
【すべての方におうかがいします】		
④ あなたは、「かかりつけ薬剤師指導料」に同意していますか。 ※○は1つだけ		
1. 同意している	2. 同意していない	3. わからない

※1 あなたが服用している薬をすべて知っていて、薬の飲み忘れがないか、複数の医療機関からの薬で重複しているものがないかなどをチェックしてくれる、薬のことをなんでも相談できる薬剤師

⑤ あなたは、「かかりつけ薬剤師」について、どのようなことを重視しますか。「かかりつけ薬剤師」がいない場合については、仮に「かかりつけ薬剤師」を持つとしたらどのようなことを重視するかお答えください。

※あてはまる番号すべてに○

1. 自分の飲んでいる(使用している)薬をすべて把握してくれること
2. いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること
3. 残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること
4. 飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋(一包化)に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてもらえること
5. 薬についてわかりやすく説明してくれること
6. 薬に関する相談に対応してくれること
7. 後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること
8. 医療機関についての相談ができること
9. 薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていること
10. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること
11. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること
12. 介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること
13. その他(具体的に: \_\_\_\_\_)

⑥ 上記⑤の中で最も重視することは何ですか。※あてはまる番号を1つだけお書きください。

⑦ あなたは、「かかりつけ薬剤師」を持ちたいと思いますか。

※○は1つだけ

- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1. 持ちたいと思う           | 2. どちらかというを持ちたいと思う |
| 3. どちらかというを持ちたいと思わない | 4. 持ちたいと思わない       |
| 5. わからない             |                    |

⑧ かかりつけ薬剤師・薬局についてご意見等があればお書きください。

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。  
 ●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。

令和元年●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（令和元年度調査）  
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 皆様におかれましては時下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、残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組など、薬局における対物業務から対人業務への変換を促すための措置が講じられました。また、患者本位の医薬分業を進めるため、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握することを目的とした、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる大型門前薬局の評価の適正化等が行われました。

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、保険薬局や医療機関、患者の方を対象に、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響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

**令和元年●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

〒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

**電子調査票の送信先**

【E-mail】●

**お問い合わせ先**

【TEL】●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

【FAX】●

【E-mail】●

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」への  
ご協力をお願い

同封いたしました「患者票」は、病院・診療所を受診し、処方箋を貴薬局にお持ちになった患者に、かかりつけ薬剤師についてのお考え等についてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、①「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査へのご協力をお願い」、②「患者票」、③「返信用封筒」（保険薬局調査と同じです）を1部ずつ患者にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

<配布対象者>

貴薬局に院外処方箋を持ちになった患者のうち、かかりつけ薬剤師指導料に同意している方 1名  
貴薬局に院外処方箋を持ちになった患者のうち、かかりつけ薬剤師指導料に同意していない方 1名  
（「ご協力をお願い」、「患者票」、「返信用封筒」 各1部ずつ）

<配布方法>

- ・令和元年●月●日（●）～●月●日（●）の特定の1日を調査日とし、当該日において患者の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しく下さい。
- ・調査票をお渡しいただく対象者につきましては、**調査日の午後最初に来局された方**としてください。午後の時間帯に来局者がなかった場合は、翌日も調査日として、同様に患者にお渡しく下さい。（例：1日目の午後に来局者がなく、2日目の午後は来局者があった ⇒ 1日目は調査票を渡さず、2日目の午後の最初の来局者に調査票を渡す。）
- ・上記調査期間中に営業をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ・正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力をお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただきますようご指示願います。

### <回答方法>

- ・ご回答者（患者）が、紙の調査票に記入し、同封の返信用封筒（切手不要）にご回答者（患者）本人が封印の上、お近くのポストに投函してください。なお、返信用封筒は保険薬局調査と同じ色の封筒です。
- ・患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。

### <同封させていただいた資料>

① 薬局調査ご協力のお願い（依頼状） .....	1 通	}	保険薬局調査分	
② 「患者票」配布のお願い（本状） .....	1 通			
③ 保険薬局票 調査要綱（白色） .....	1 通			
④ 保険薬局票（水色） .....	1 通		}	患者調査分
⑤ 返信用封筒.....	3 通			
⑥ 患者調査ご協力のお願い（クリーム色） ...	2 通			
⑦ 患者票（オレンジ色 <sup>*1</sup> ／さくら色 <sup>*2</sup> ） .....	各 1 通			

※ 1：患者票（オレンジ色）：かかりつけ薬剤師指導料に同意している方

※ 2：患者票（さくら色）：かかりつけ薬剤師指導料に同意していない方

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

### ☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

#### 「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

#### お問い合わせ先

【TEL】 ●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

【FAX】 ●

【E-mail】 ●

令和元年●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（令和元年度調査）  
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」へ  
のご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、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 月診療報酬改定では、残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組など、薬局における対物業務から対人業務への変換を促すための措置が講じられました。また、患者本位の医薬分業を進めるため、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握することを目的とした、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる大型駅前薬局の評価の適正化等が行われました。

こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期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、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」を行うこととしました。

本調査は、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響を正確に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あり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

**対象者**

- ・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

**回答期限・返送方法**

- ・ お手数ではございますが、**令和元年●月●日(●)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

**回答方法**

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 つだけに○をつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は平成 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、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、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（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

〒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

##### お問い合わせ先

【TEL】 ●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

【FAX】 ●

【E-mail】 ●

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）

「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）

## 1. 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の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の届出、算定状況及び減算に対する対応状況の把握
- ・ 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
- ・ 医師・薬剤師・患者に対する必要な後発医薬品に係る情報の把握
- ・ 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
- ・ 病院におけるフォーミュラリー策定状況の把握 / 等

## 2. 調査対象及び調査方法

### （1）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 名を調査対象とする。
- ・ 最大客体数は 2,000 人（2×1,000=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名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。

### （2）調査方法（案）

- ・ 施設調査（上記①②③）は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ ④医師調査について、自記式調査票（医師票）の配布は上記③の対象施設（病院）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により医師から直接郵送で行う。
- ・ ⑤-1患者調査（郵送調査）について、自記式調査票（患者票）の配布は上記①の対象施設（保険薬局）を通じて行い、回収は事務局宛の専用返信封筒により患者から直接郵送で行う。
- ・ ⑤-2患者調査（インターネット調査）については、インターネット上での回答・回収とする。

### （3）調査項目

※調査票（素案）参照

#### (4) 調査スケジュール (案)

	2019年5月	6月	7月	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 データクリーニング				→	→						
集計・分析					→	→					
報告(案)の作成					→	→	→				
追加分析							→				
報告書のとりまとめ							→				

## 患者調査（インターネット調査）の詳細について

### 1. 調査対象案

- ・ インターネット調査会社に登録しているモニターに対しスクリーニングを行い、直近 1 か月間に処方箋を持って保険薬局に来局した経験がある人を調査対象とする。
- ・ 調査客体数は 1,000 人程度とし、平成 30 年度患者調査（インターネット調査）の回答者と年齢別の構成が同様となるよう割付を行う。

#### 調査対象の割付案

	令和元年度調査 客体数案	(参考) 平成 30 年度調査 回答者数
～9 歳	100 人	100 人
10 ～19 歳	100 人	100 人
20 ～29 歳	100 人	100 人
30 ～39 歳	100 人	100 人
40 ～49 歳	100 人	100 人
50 ～59 歳	100 人	100 人
60 ～64 歳	100 人	100 人
65 ～69 歳	100 人	100 人
70 ～74 歳	100 人	100 人
75 歳～	100 人	100 人
合計	1,000 人	1,000 人

### 2. 調査方法案

- ・ インターネット上に回答用の画面を作成し、回答・回収を行う。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**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、令和元年6月末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
	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（令和元年6月末日現在）。

①所在地(都道府県)	( ) 都・道・府・県		
②開設者 ※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。		
	2. 個人		
	3. その他		
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*による薬局店舗数 ※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)	1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社 3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社 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 ※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。 ※○は1つだけ ※「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 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 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 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 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30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 ※〇は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) 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 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) ※〇は1つだけ	1.あり 2.なし		
⑨地域支援体制加算 ※〇は1つだけ(令和元年6月末日時点)	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 ※〇はそれぞれ1つだけ	平成29年6月末日	令和元年6月末日	
	1.後発医薬品調剤体制加算 1 2.後発医薬品調剤体制加算 2 3.届出(算定) なし	1.後発医薬品調剤体制加算 1 2.後発医薬品調剤体制加算 2 3.後発医薬品調剤体制加算 3 4.届出(算定) なし	
⑪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対象に該当するか(令和元年6月末日時点) ※〇は1つだけ	1.該当する 2.該当しない →該当しない理由 ※当てはまる番号すべてに〇 ( 21.後発医薬品の調剤数量割合が20%以上 22.処方箋の受付回数が月600回以下 23.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 )		
⑫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について、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。 ※〇は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		
⑬後発医薬品調剤割合	平成29年4月～6月の平均値	( ) %	
	平成31年4月～令和元年6月の平均値	( ) %	
⑭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 ※〇は1つだけ	1.あり 2.なし		
⑮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*1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
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〇			
1. ICTを活用している	→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.地域医療情報連携ネットワーク 16.個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 17.その他 ( ) )		
2. ICTは活用していない			

\*1 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（令和元年6月21日（金）～6月27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令和元年6月21日(金)～6月27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*2)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(令和元年6月21日(金)～6月27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	※①+④+⑪+⑬+⑭となりますのでご確認ください
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*3 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	

\*2 準先発品は、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。

\*3 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。 ※〇は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)⑪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。 ※〇は1つだけ

1. あった \_\_\_\_\_ 2. なかった→質問(5)へ

【上記(4)で「1. あった」と回答した方におうかがいします】  
 (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〇

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： \_\_\_\_\_ )

【すべての方におうかがいします】  
 (5)貴薬局のある地域では、備蓄センターや、各薬局に備蓄されている医薬品がわかるシステム等により、後発医薬品の融通がしやすい環境がありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある \_\_\_\_\_ 2. ない \_\_\_\_\_

(6)期間中に、一般名処方の処方箋を持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースについて、**最も多い理由**は何ですか。 ※〇は1つだけ

0. そのようなケースはなかった  
 1. 患者が後発医薬品を希望しなかったから  
 2. 薬価収載された後発医薬品がなかったから  
 3. 後発医薬品の備蓄がなかったから  
 4. 先発医薬品と後発医薬品で適応が違う医薬品だったから  
 5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

3. 貴薬局での後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

(1)調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします  
 令和元年6月末日または把握可能な直近月の初日時点の備蓄状況についてご記入ください。

		全医薬品	うち、後発医薬品
①調剤用医薬品備蓄品目数 (※内服薬等、内訳の記入が 難しい場合は、4)合計品目 数のみ記入してください。)	1) 内服薬	約 ( ) 品目	約 ( ) 品目
	2) 外用薬	約 ( ) 品目	約 ( ) 品目
	3) 注射薬	約 ( ) 品目	約 ( ) 品目
	4) 合計	★約 ( ) 品目	約 ( ) 品目
②上記①(★欄)のうち、バイオ後続品			( ) 品目
②-1 【上記②でバイオ後続品の備蓄を「0(ゼロ)」と回答した方】 バイオ後続品の備蓄をしない理由は何ですか。			







5. 貴薬局におけるバイオ後続品への対応状況についてお伺いします。

(1)バイオ後続品の調剤について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. 全般的に、積極的にバイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる→質問(4)へ 2. 患者によって、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる→質問(4)へ 3. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない	
【上記(1)で「3.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方にお伺いします】	
(2)バイオ後続品を積極的に調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから 2. バイオ後続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( ) 3. 患者への普及啓発が不足しているから 4. バイオ後続品の説明に時間がかかるから 5. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから(自己注射) 6. 先行バイオ医薬品とペンの形状が異なるから 7. 在庫管理の負担が大きいから 8. 経営者(会社)の方針だから 9. その他 経営上の観点から(具体的に: ) 10. バイオ後続品の処方の対象となる患者がいない 11. その他(具体的に: )	
(3)上記(2)の選択肢 1. ~11. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
(4)今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 調剤報酬を含む経営的メリットがあること 2. 患者負担の軽減がより明確になること 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知 4. 国からの国民への啓発と患者の理解 5. バイオ後続品企業から医師、薬剤師への情報提供 6. その他(具体的に: ) 7. バイオ後続品の普及の必要はない	

6. 後発医薬品の使用にあたっての患者の意向確認や、医療機関への情報提供についてお伺いします。

(1)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最もあてはまるものは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 「お薬手帳」 2. ジェネリック医薬品希望カード・シール 3. 薬剤服用歴の記録 4. 処方箋受付時における患者への口頭による意向確認 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 6. その他(具体的に: )	
(2)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. 受付の都度、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. 処方内容が変更となった時に確認している 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している 5. 初回の受付時のみ確認している 6. 特に確認していない 7. その他(具体的に: )	

<p>(3)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。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 一般名処方                  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                  3. 後発医薬品の処方（別銘柄へ変更可能なものも含む）                  4. 上記 1.と 2.と 3.でいずれも大きな違いはない                  5. その他（具体的に： _____）</p>		
<p>(4)「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。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 調剤をした都度                  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                  3. 一定期間に行った調剤をまとめて                  4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に                  5. 副作用等の問題が発生した時だけ                  6. 必要ない                  7. その他（具体的に： _____）</p>		
<p>(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するかについて、処方医の意向を確認していますか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. はい                  2. いいえ</p>		
<p>(6)「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、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>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7.(1)へ                  4. その他（具体的に： _____） →質問7.(1)へ</p>		
<p>【上記(6)で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.医療機関によって様々である」と回答した方におうかがいします】</p>		
<p>(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〇</p>		
<p>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： _____）</p>		

7. 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。

<p>(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</p>		
<p>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</p>		
<p>(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&amp;A～&lt;平成 27 年 2 月 第 3 版発行&gt;』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</p>		
<p>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</p>		

(3) 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いますか。 ※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 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上 6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価 7. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示 8. その他（具体的に： _____） 9. 特に対応は必要ない→質問(5)へ	
(4) 上記(3)の選択肢 1. ～8. のうち、 <u>最もあてはまる番号を1つだけ</u> お書きください。	
(5) 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	
(6) 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○	
1. 患者への積極的な働きかけ 2. 後発医薬品への変更調剤に関する薬剤師への信頼感 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 4. 変更不可とする理由を具体的に伝えること 5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと 6. 一般名処方とすること 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 8. 疑義照会への誠実な対応 9. 後発医薬品に対する理解 10. その他（具体的に： _____） 11. 医師に望むことは特になし→質問(8)へ	
(7) 上記(6)の選択肢 1. ～10. のうち、 <u>最もあてはまる番号を1つだけ</u> お書きください。	
(8) 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	
1. 行っている _____ 2. 行っていない	
(9) 有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等(いわゆる「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	
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 _____	
(10) 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。 ※○は1つだけ * 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 _____	

(11)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。

保険薬局票の様式1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。

お手数をおかけいたしますが、様式2も併せてご回答の上、

令和元年●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(令和元年度調査)  
**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**

- 令和元年6月28日（金）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、6月28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：令和元年（ ）月（ ）日（ ）曜日

通し 番号 (NO.)	先発→後発 ※1品目でも ある場合は○	記載銘柄により調剤した場合 の薬剤料 (A) ※記載方法は調査要綱ご参照		実際に調剤し た薬剤料 (B)		患者一部負担金 の割合 (C)	
			点		点		割
(記入例) 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 番号 (NO.)	先発→後発 ※1品目でも ある場合は○	記載銘柄により調剤した場合の 薬剤料 (A) ※記載方法は調査要綱ご参照	実際に調剤した 薬剤料 (B)	患者一部負担金 の割合 (C)
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

お手数をおかけいたしますが、様式1と様式2を令和元年●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(令和元年度調査)**  
**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  
 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、令和元年6月末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 (令和元年6月末日現在)。

①性別	1.男性      2.女性	②年齢	(      ) 歳		
③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ	1. 開設者兼管理者 4. その他 (具体的に:      )	2. 開設者	3. 管理者		
④主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 *1 6. 泌尿器科 11. 脳神経外科 15. 歯科・歯科口腔外科 17. その他 (具体的に:      )	2. 外科 *2 7. 産婦人科・産科 12. 整形外科	3. 精神科 8. 眼科 13. 麻酔科 16. リハビリテーション	4. 小児科 9. 耳鼻咽喉科	5. 皮膚科 10. 放射線科 14. 救急科

\*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 (令和元年6月末日現在)。

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標榜診療科 ※あてはまる番号 すべてに○	1. 内科 *1 6. 泌尿器科 11. 脳神経外科 15. 歯科・歯科口腔外科 17. その他 (具体的に:      )	2. 外科 *2 7. 産婦人科・産科 12. 整形外科	3. 精神科 8. 眼科 13. 麻酔科 16. リハビリテーション	4. 小児科 9. 耳鼻咽喉科	5. 皮膚科 10. 放射線科 14. 救急科
【上記⑤で 1.内科と回答した方】※あてはまる番号すべてに○					
⑥内科の詳細	1.腎臓内科    2.血液内科    3.リウマチ内科    4.糖尿病内科	5.1~4に該当なし			
⑦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 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 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) 4. オーダーリングシステムを導入していない				
⑧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				
⑨医師数 (常勤のみ)	(      ) 人				
⑩薬剤師数 (常勤のみ)	(      ) 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。				
⑪外来後発医薬品使用体制加算の状況 ※○は1つだけ	平成29年6月末日		令和元年6月末日		
	1. 算定していない 2. 外来後発医薬品使用体制加算1 3. 外来後発医薬品使用体制加算2		1. 算定していない 2. 外来後発医薬品使用体制加算1 3. 外来後発医薬品使用体制加算2 4. 外来後発医薬品使用体制加算3		

⑫ 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：  
 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.地域医療情報連携ネットワーク  
 16.自院を中心とした専用の情報連携システム  
 17.その他（具体的に： )

2. ICTは活用していない

→無床診療所で院外処方が5%以上の施設の方は4ページの質問5に進んでください。

**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。

医薬品区分	備蓄品目数 (令和元年6月末日)注	購入金額(平成31年1月～ 令和元年6月までの合計額)	廃棄額(平成31年1月～令和 元年6月までの合計額)
①調剤用医薬品	約( )品目	約( )円	約( )円
②上記①のうち後発医薬品	約( )品目	約( )円	約( )円
③上記①のうちバイオ後続品	約( )品目	約( )円	約( )円

注. 令和元年6月末日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の末日の数値をご記入ください。

④後発医薬品使用割合<新指標、数量ベース> ※小数点以下第1位まで	平成29年4月～6月	約( . )%
	平成31年4月～令和元年6月	約( . )%
⑤後発医薬品の採用状況 ※○は1つだけ	1. 後発医薬品があるものは積極的に採用 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 3. 後発医薬品を積極的には採用していない 4. その他(具体的に： )	
⑥後発医薬品を採用する際に重視すること ※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 2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること 3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること 4. 大病院で採用されていること 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 6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること 7. 納品までの時間が短いこと 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 9. 患者からの評判が良いこと 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 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) 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 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 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 15. 古くから販売されている後発医薬品であること 16. オーソライズドジェネリックであること 17. 包装の仕様としてバラ包装があること 18. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること 19. その他(具体的に： )	
⑦上記⑥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。



#### 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（バイオ後続品を除く）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→質問①-2へ	
【上記①で選択肢1~3（後発医薬品を積極的に処方する）と回答した方におうかがいします】	
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」と回答した方におうかがいします】	
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31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→8ページの質問6へ
【上記②で「1.ある」と回答した方におうかがいします】	
②-1 上記②で後発医薬品の処方を求められた場合、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。



⑤-2 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 1.～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。 ※○は1つだけ	
1. 発行している	2. 発行していない →質問⑥-3へ
【上記⑥で「1. 発行している」と回答した方におうかがいします】	
⑥-1 平成30年度診療報酬改定前と比較して、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 →質問⑦へ
3. 少なくなった→質問⑦へ	
⑥-2【上記⑥-1で「1. 多くなった」と回答した方におうかがいします】 一般名で記載された医薬品の処方数が多くなった理由はどのようなものですか ※あてはまる番号すべてに○	
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから	2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから
3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから	4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから
5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから	
6. その他（具体的に： _____）	
【上記⑥で「2. 発行していない」と回答した方におうかがいします】	
⑥-3 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。	
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。 ※○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○	
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こと	
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「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、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。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. カルテに記載し、診療時に都度確認している	
2. カルテに記載し、有害事象が発生した場合に確認している	
3. カルテとは別に情報を保管し、有害事象が発生した場合に確認している	
4. 特に利用していない	
5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない	
6. その他（具体的に： _____）	
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。 ※○は1つだけ	
1. 必要である	→理由
2. 必要な場合がある	
3. 必要ではない	→必要な場合の具体的な内容
4. その他（具体的に： _____）	

⑩平成31年4月以降、患者から後発医薬品の処方をご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 →質問⑩へ
⑩-1 上記⑩で「1.ある」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。 ※〇は1つだけ	
1. 処方の都度、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（バイオ後続品を除く）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④へ	
③-1 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 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： _____）		
④1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		



**7** <すべての診療所の方にお伺いします>

バイオ後続品の採用に関するお考えについてお伺いします。

①貴施設におけるバイオ後続品の採用に関する考え方について最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ
1. バイオ後続品の発売されているものは、積極的に採用する 2. 薬の種類によっては、バイオ後続品を積極的に採用する 3. バイオ後続品を積極的には採用していない →質問②へ 4. バイオ後続品（先発バイオ医薬品も含め）が対象となる患者がいらない →質問③へ 5. その他（具体的に： _____） →質問③へ
【上記①で選択肢 1.~2.（バイオ後続品を積極的に採用する）と回答した方におうかがいします】
①-1 バイオ後続品を積極的に採用する場合、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. 診療報酬上の評価があるから 4. 医療費削減につながるから 5. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから 6. その他（具体的に： _____）
【上記①で選択肢 1.~2.（バイオ後続品を積極的に採用する）と回答した方におうかがいします】
①-2 バイオ後続品の使用をさらに促進するために、今後どのような対応を望まれますか ※あてはまる番号すべてに○
1. 診療報酬上の評価 2. より患者負担が軽減されること 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知 4. 国からの国民への啓発と患者の理解 5. バイオ後続品企業からの情報提供 6. 先行品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備 7. その他（具体的に： _____）
【上記①で「3.バイオ後続品を積極的には採用していない」と回答した方におうかがいします】
②バイオ後続品を積極的には採用していない理由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○
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから 2. バイオ後続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（ _____） 3. 患者への普及啓発が不足しているから 4. 在庫管理等に時間や手間がかかるから 5. 経営上の観点から（具体的に： _____） 6. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから 7. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なるから 8. その他（具体的に： _____）
【上記①で選択肢3.~5.と回答した方におうかがいします】
③今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の採用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○
1. 診療報酬上の評価 2. より患者負担が軽減されること 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知 4. 国からの国民への啓発と患者の理解 5. バイオ後続品企業からの情報提供 6. 先行品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備 7. その他（具体的に： _____） 8. バイオ後続品の採用の必要はない

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、令和元年●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。



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 ※令和元年6月1か月間																
⑬一般名処方加算の算定回数		平成29年6月1か月間	令和元年6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															
【上記⑬で平成29年と比べ、令和元年の一般名処方加算の算定回数が増えた方におうかがいします】																		
⑬-1 一般名処方加算の算定回数が増えた理由はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○																		
1. 一般名処方加算の点数が引き上げられたから 2. 後発医薬品の品質への不安が減ったから 3. 後発医薬品の安定供給への不安が減ったから 4. 先発医薬品を希望する患者が減ったから 5. オーダリングシステムの変更など一般名処方に対応できる院内体制が整備されたから 6. その他 (具体的に: )																		
⑭後発医薬品使用体制加算の状況 ※○は1つだけ	平成29年6月末日	1. 算定していない 2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している 3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している 4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している																
	令和元年6月末日	1. 算定していない 2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している 3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している 4. 後発医薬品使用体制加算 3 を算定している 5. 後発医薬品使用体制加算 4 を算定している																
⑮後発医薬品の使用割合を算出するに当たって問題はありますか。 ※○は 1 つだけ ※算出方法: 後発医薬品の規格単位数量 ÷ 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量																		
1.ある 2.ない →質問⑯へ																		
【上記質問⑮で「1.ある」と回答した方におうかがいします】																		
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 : <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <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. 地域医療情報連携ネットワーク</td> </tr> <tr> <td colspan="3">16. 自院を中心とした専用の情報連携システム</td> </tr> <tr> <td colspan="3">17.その他 (具体的: )</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. 地域医療情報連携ネットワーク			16. 自院を中心とした専用の情報連携システム			17.その他 (具体的: )		
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. 地域医療情報連携ネットワーク																		
16. 自院を中心とした専用の情報連携システム																		
17.その他 (具体的: )																		
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 ※〇は1つだけ	1. 後発医薬品があるものは積極的に採用 2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用 3. 後発医薬品を積極的には採用していない 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。 ※あてはまる番号すべてに〇	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 2. メーカー・卸からの情報提供が頻繁にあること 3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること 4. 大病院で採用されていること 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 6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること 7. 納品までの時間が短いこと 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 9. 患者からの評判が良いこと 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 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) 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 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 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 15. 古くから販売されている後発医薬品であること 16. オートライズドジェネリックであること 17. 包装の仕様としてバラ包装があること 18. 簡易懸濁法に関する情報が記載されていること 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、医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等（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、定める予定がある
3. 定めていない（定める予定もない） →質問⑥へ	4. その他（具体的に： _____） →質問⑧へ

【上記④で「1.定めている」または「2.今は定めていないが、定める予定がある」と回答した方におうかがいします】  
 ⑤貴院における薬効群ごとのフォーミュラリーの設定（予定含む）状況について、当てはまるものに〇をつけてください。  
 ※薬効群ごとに〇は1つだけ

	薬効群	1. 定めている	2. 定める予定	3. 定めていない	4. その他
1	プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 注射薬				
2	プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 経口薬				
3	H <sub>2</sub> 遮断薬（内服薬）				
4	α-グリコシダーゼ阻害薬				
5	グリニド系薬				
6	HMG-CoA 還元酵素阻害薬				
7	RAS 系薬（ACE 阻害薬、ARB 等）				
8	ビスフォスホネート剤				
9	GCS 製剤				
10	その他（具体的に）				

→質問⑧へお進みください

【上記④で「3.定めていない（定める予定もない）」と回答した方におうかがいします】  
 ⑥貴院でフォーミュラリーを設定しない理由はなんですか。 ※〇は1つだけ

1.メリットが感じられない →質問⑧へ      2.メリットは感じているが設定が困難である  
 3.その他（具体的に： \_\_\_\_\_） →質問⑧へ

【上記⑥で「2.メリットは感じているが設定が困難である」と回答した方におうかがいします】  
 ⑦設定が困難と思われる理由はなんですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1.マンパワーが不足      2.作成のための根拠情報の不足  
 3.院内ルール of 合意形成が困難      4.診療報酬上評価されていない  
 5.その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

⑧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。

医薬品区分	備蓄品目数 (令和元年6月末日) 注	購入金額 (平成31年1月～令和元年6月までの合計額)	廃棄額 (平成31年1月～令和元年6月までの合計額)
1) 調剤用医薬品	約 ( ) 品目	約 ( ) 円	約 ( ) 円
2) 上記1)のうち後発医薬品	約 ( ) 品目	約 ( ) 円	約 ( ) 円
3) 上記1)のうちバイオ後続品	約 ( ) 品目	約 ( ) 円	約 ( ) 円

注. 令和元年6月末日の数値が不明の場合は、貴施設が把握している直近月の末日の数値をご記入ください。

⑨上記⑧1)調剤用医薬品および⑧2)後発医薬品備蓄品目数の内訳 ※令和元年6月末日		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

⑩後発医薬品使用割合 <新指標、数量ベース> (平成29年4月～6月、平成31年4月～令和元年6月) ※小数点以下第1位まで  
 ※(1 か月間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 か月間に調剤した後発医薬品ありの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(%)。

		4月	5月	6月
平成29年	外来	( . ) %	( . ) %	( . ) %
	入院	( . ) %	( . ) %	( . ) %
平成31年 令和元年	外来	( . ) %	( . ) %	( . ) %
	入院	( . ) %	( . ) %	( . ) %

**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7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（バイオ後続品を除く）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 ※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. 特に方針を決めていない →質問②へ 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 →質問①-2へ 5. その他（具体的に： _____） →質問②へ	
【上記①で選択肢1または2を選択した方におうかがいします】	
①-1 施設として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 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから 5. 医療費削減につながるから 7. 近隣の保険薬局が信頼できるから 8. その他（具体的に： _____）	2. 患者の経済的負担が軽減できるから 4. 診療報酬上の評価があるから 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから →質問②へお進みください
【上記①で選択肢4.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	
【上記②で「2. 発行を検討中」または「3. 発行していない」を選んだ方におうかがいします】	
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	

<p>⑤「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されることが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ</p>
<p>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： _____）</p>
<p>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</p>
<p>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</p>
<p>【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】</p>
<p>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○</p>
<p>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： _____）</p>
<p>⑦「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、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。 ※あてはまる番号すべてに○</p>
<p>1. カルテに記載し、診療時に都度確認している                  2. カルテに記載し、有害事象が発生した場合に確認している                  3. カルテとは別に情報を保管し、有害事象が発生した場合に確認している                  4. 特に利用していない                  5. 保険薬局から実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報を受け取ったことがない                  6. その他（具体的に： _____）</p>

**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（バイオ後続品を除く）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. 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 →質問5. ①へ	
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 →質問③へ	
5. その他（具体的に： _____） →質問5. ①へ	

**【上記①で選択肢1または2を選んだ方におうかがいします】**

②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： _____）	

→質問5. ①へお進みください

**【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】**

③「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. バイオ後続品の採用に関するお考えについてお伺いします。

①貴施設でのバイオ後続品の採用に関する考え方について最も近いものをお選びください。 ※○は1つだけ

- 1. バイオ後続品が発売されているものは、積極的に採用
- 2. 薬の種類によって積極的に採用
- 3. バイオ後続品を積極的に採用していない →質問②へ
- 4. バイオ後続品（先行品も含め）が対象となる患者がいらない→質問③へ
- 5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_） →質問③へ

【上記①で選択肢 1.または2.（バイオ後続品を積極的に採用する）と回答した方におうかがいします】

①-1 バイオ後続品を積極的に採用する理由は何ですか。 ※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. 診療報酬上の評価があるから
- 4. 医療費削減につながるから
- 5. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから
- 6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

①-2 バイオ後続品の使用をさらに促進するために、今後どのような対応を望まれますか。 ※○はいくつでも

- 1. 診療報酬上の評価
- 2. より患者負担が軽減されること
- 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
- 4. 国からの国民への啓発と患者の理解
- 5. バイオ後続品企業からの情報提供
- 6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
- 7. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

→質問6. ①へお進みください

【上記①で3.と回答した方におうかがいします】

②バイオ後続品を積極的に採用していない理由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○

- 1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから
- 2. バイオ後続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（ \_\_\_\_\_）
- 3. 患者への普及啓発が不足しているから
- 4. 診療科からの要望がないから
- 5. 在庫管理等に時間や手間がかかる から
- 6. 経営上の観点から（具体的に： \_\_\_\_\_）
- 7. 製造販売後調査（PMS）の手間が大きいから
- 8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では承認された適応症が異なるから
- 9. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

【上記①で選択肢3,4,または5と回答した方】

③今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の採用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに○

- 1. 診療報酬上の評価
- 2. より患者負担が軽減されること
- 3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
- 4. 国からの国民への啓発と患者の理解
- 5. バイオ後続品企業からの情報提供
- 6. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
- 7. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- 8. バイオ後続品の採用の必要はない

すべての施設の方にお伺いします。

6. **入院患者**に対する後発医薬品（バイオ後続品を除く）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<b>入院患者</b>に対する後発医薬品の使用状況として、最も近いものをお選びください。 ※○は1つだけ</p>	
<p>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</p>	
<p>②今後、どのような対応が進めば、<b>病院として</b>、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。 ※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                  2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保                  3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保                  4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合                  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                  6. 後発医薬品に対する患者の理解                  7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価                  8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価                  9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示                  10. その他（具体的に： _____ )                  11. 特に対応は必要ない →次ページの質問7.①へ</p>	
<p>③上記②の選択肢1～10のうち、最もあてはまる番号を <u>1つ</u>だけお書きください。</p>	<p>_____</p>

**すべての施設の方にお伺いします。**

7. 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→質問③へ

【上記②で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

②-1 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れ・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： \_\_\_\_\_）

③1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

④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つだけ

1. 行っている                                      2. 行っていない

⑤有効性及び安全性、費用対効果などを踏まえて作成された採用医薬品リスト等（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

- 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 →質問⑧へ
- 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 →質問⑧へ
- 5. 地域フォーミュラリーがどのようなものが分からない →質問⑧へ

【上記⑤で「1.地域フォーミュラリーが存在する」または「3.地域フォーミュラリーを作成中である」と回答した方】

⑥薬効群ごとのフォーミュラリーの設定（予定含む）状況について当てはまるものに○をつけてください。 ※薬効群ごとに○は1つ

	薬効群	1. 定めている	2. 定める予定	3. 定めていない	4. その他
1	プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 注射薬				
2	プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 経口薬				
3	H <sub>2</sub> 遮断薬（内服薬）				
4	α-グリコシダーゼ阻害薬				
5	グリニド系薬				
6	HMG-CoA 還元酵素阻害薬				
7	RAS 系薬 (ACE 阻害薬、ARB 等)				
8	ビスフォスホネート剤				
9	GCS 製剤				
10	その他（具体的に）				

<p>【上記⑤で「1.地域フォーミュラリーが存在する」または「3.地域フォーミュラリーを作成中である」と回答した方】</p> <p>⑦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作成に参加した(作成中の場合は参加している)団体等に○をつけてください。※あてはまる番号すべてに○</p>					
1. 病院	2. 診療所	3. 医師会	4. 薬剤師会	5. 保険者	6. 自治体
7. その他 (具体的に: _____)					
<p>⑧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。※○は1つだけ</p> <p>* 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>					
1. 参加あり			2. 参加なし		
<p>⑨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>					

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。  
 お手数をおかけいたしますが、令和元年●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(令和元年度調査)**

**後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査**

**医師票**

※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、令和元年6月末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: )				
【上記③で「1. 内科」と回答した方におうかがいします】 ※あてはまる番号すべてに○					
④ 内科の詳細	1.腎臓内科	2.血液内科	3.リウマチ内科	4.糖尿病内科	5. 1~4に該当なし
⑤1日当たりの担当している平均外来診察患者数	( ) 人 ※令和元年6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 (バイオ後続品を除く) 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は処方しない →質問①-2へ
【上記①で選択肢 1~3 (後発医薬品を積極的に処方する) を回答した方におうかがいします】
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は処方しない」と回答した方におうかがいします】
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 (具体的に: )

<p>5. 患者への普及啓発が不足しているから</p> <p>7. 一般名の記入がしづらいから</p> <p>9. 患者が先発医薬品を希望するから</p> <p>10. 患者の容態等から先発医薬品がよいと判断したから</p> <p>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</p> <p>12. 施設の方針だから</p> <p>13. その他（具体的に： _____）</p>	<p>6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから</p> <p>8. 後発医薬品を処方するメリットがないから</p>	
<p>②2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</p>		
1. 多くなった	2. 変わらない	3. 少なくなった
<p>③平成31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</p>		
1. ある	2. ない →3ページの質問④へ	
<p>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。 ※令和元年6月</p>	<p>約（        ）割</p>	
<p>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</p>		
<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4. その他（具体的に： _____）</p>		
<p>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○</p>		
<p>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</p> <p>2. 適応症が異なるから</p> <p>3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから</p> <p>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（ _____ ）</p> <p>5. 患者からの希望があるから</p> <p>6. その他（具体的に： _____）</p> <p>7. 先発医薬品を指定することはない→質問③-5へ</p>		
<p>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○</p>		
<p>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 _____） ）</p> <p>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 _____） ）</p> <p>3. その他（具体的に _____）</p>		
<p>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○</p>		
<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>7. 施設の方針であるため</p>		
<p>選択肢は次ページに続きます</p>		



⑦平成31年4月以降、患者から後発医薬品の処方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⑧へ
【上記⑦で「1. ある」と回答した方におうかがいします】	
⑦-1 患者から後発医薬品の処方求められた際、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、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： _____）	
⑧一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	
⑨「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、6ページ質問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（バイオ後続品を除く）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 →質問①-2へ	
【上記①で選択肢 1～3（後発医薬品を積極的に処方する）を選択した方におうかがいします】	
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 3. 飲みやすさなど製剤に工夫がみられるから 5. 医療費削減につながるから 7. 施設の方針だから 8. その他（具体的に：	2. 患者の経済的負担が軽減できるから 4. 診療報酬上の評価があるから 6. 国が後発医薬品の使用促進を図っているから )
【上記①で「4. 後発医薬品を積極的には処方しない」と回答した方におうかがいします】	
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 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 [	3. 後発医薬品の安定供給に不安があるから 6. 後発医薬品の説明に時間がかかるから 8. 患者が先発医薬品を希望するから )
5. 患者への普及啓発が不足しているから 7. 経営上の観点から 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31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
【上記②で「1.ある」と回答した方におうかがいします】	
②-1 患者から後発医薬品の処方を求められた際に、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：	

<すべての方にお伺いします>

4. 後発医薬品（バイオ後続品を除く）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 →質問③へ	
②-1 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れ・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： _____ )		
③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。 ※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 2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保 3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保 4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合 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 6. 後発医薬品に対する患者の理解 7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示 10. その他（具体的に _____ ) 11. 特に対処は必要ない→質問⑤へ		
④上記③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。		
⑤1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	

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。



【上記②で「1.バイオ後続品があるものは積極的に処方する」、「2.患者によってバイオ後続品を積極的に処方する」または「4.その他」と回答した方におうかがいします】 ※〇は1つだけ

⑤バイオ後続品の院外処方箋を発行していますか。発行している場合の方針はいかがでしょうか。

なお、院外処方箋発行の対象となるバイオ製品は在宅自己注射が可能な製品であり、現在使用できる製品は、インスリングルルギン、エタネルセプト、ソマトロピン(成長ホルモン)です。

- 1.バイオ後続品があるものは、バイオ後続品に係る院外処方箋を積極的に発行する
- 2.患者によってバイオ後続品に係る院外処方箋を積極的に発行する
- 3.先発品の処方箋を発行し、バイオ後続品に係る院外処方箋は積極的に発行しない。
- 4.院外処方箋は発行しない（先行バイオ医薬品、バイオ後続品とも）
- 5.その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

⑥今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか(院内、院外処方とも)。

※あてはまる番号すべてに〇

- 1.診療報酬上の評価
- 2.より患者負担が軽減されること
- 3.医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
- 4.国からの国民への啓発と患者の理解
- 5.バイオ後続品企業からの情報提供
- 6.先行バイオ医薬品からバイオ後続品への切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
- 7.医療機関に対する経営的メリットがあること
- 8.その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )
- 9.バイオ後続品の普及は必要ない

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、令和元年●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(令和元年度調査)

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年代	0. 9歳以下	1. 10歳代	2. 20歳代	3. 30歳代	4. 40歳代
	5. 50歳代	6. 60歳代	7. 70歳代	8. 80歳代	9. 90歳以上
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 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		
⑦ 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、医薬品を受け取った保険薬局で、あなたはこれまでに「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. 同意したことがある                                      2. 同意したことはない                                      3. わからない

② 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

③ 本日、薬局の窓口で支払った自己負担額（上記②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いますか。 ※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④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④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④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④へ
- 6. その他（具体的に                                      ） →3 ページの質問④へ

【上記③で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方に伺います。】

③-1 いくら安くなっても使用したくない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 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：                                      ）

③-2 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。 ※あてはまる番号すべてに〇

- 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】

④ 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 →質問3. ①へ
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった →質問3. ①へ
4. わからない →質問3. ①へ

▶ 【上記④で「1.ジェネリック医薬品へ変更した」と回答した方におうかがいします。】

④-1 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は、安くなったと感じられましたか。

※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 |
|-------|-------|

⑥ 薬剤師にジェネリック医薬品の調剤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ページの質問⑦へ |
|-------|-----------------|

【上記⑥で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

⑥-1 薬局で薬剤師に、ジェネリック医薬品の調剤は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

- |            |              |
|------------|--------------|
| 1. 頼みやすかった | 2. どちらともいえない |
| 3. 頼みにくかった | → (その理由: )   |

※ここからの質問も、本日このアンケートを受け取った薬局に限らず、今までのご経験としてお答えください。

【皆さんにおうかがいします】

⑦ 今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある                      2. ない→質問4. ①へ                      3. わからない→質問4. ①へ

【上記⑦で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

⑦-1 ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。 ※〇は1つだけ

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1. かかりつけ医からの説明                                | 2. かかりつけ医以外の医師からの説明              |
| 3. かかりつけ薬剤師からの説明                              | 4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明           |
| 5. 家族・知人等からのすすめ                               | 6. 薬剤情報提供文書※ <sub>1</sub> を受け取って |
| 7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って                       |                                  |
| 8. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）※ <sub>2</sub> を受け取って |                                  |
| 9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って               |                                  |
| 10. テレビ CM 等の広告を見て                            |                                  |
| 11. その他（具体的に： _____）                          |                                  |

※1 薬剤情報提供文書とは

保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成24年4月以降、ジェネリック医薬品についての説明（ジェネリック医薬品の有無や価格など）もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

※2 ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）とは

処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代（薬剤料）の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

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。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい
2. 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。

※あてはまる番号すべてに○

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. 医師のすすめがあること
7. 薬剤師のすすめがあること
8. 窓口で支払う薬代が安くなること
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
10. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )
11. 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。 ※あてはまる番号すべてに○

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→質問⑤へ

【上記④で1～3を選択した方（いずれかを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1～3を選択した方（いずれかを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

⑤ あなたは「バイオ後続品」または「バイオシミラー」という名称を知っていますか。 ※○は1つだけ

1. 知っている
2. 知らない

#### バイオ後続品とは

バイオ後続品とは、国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

(すべての方におうかがいします。)

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。

(保険薬局票)

令和元年●月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

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

**令和元年●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

〒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

電子調査票の送信先

【E-mail】 kensho●●@mizuho-ir.co.jp

お問い合わせ先

【TEL】●●●●●●●● (受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)

【FAX】 ●●●●●●●●

【E-mail】 h31generic@mizuho-ir.co.jp

令和元年●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（令和元年度調査）  
「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

**令和元年●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

〒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

**電子調査票の送信先**

【E-mail】 kensho●●@mizuho-ir.co.jp

**お問い合わせ先**

【TEL】●●●●●●●● (受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)

【FAX】 ●●●●●●

【E-mail】 h31generic@mizuho-ir.co.jp

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査(医師票)」  
配布に際してのお願い

**医師票** (クリーム色の調査票) は、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  
お考えをお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「医師票」(クリーム色)と「返信用  
封筒」(共通)を1部ずつお配りいただきますようお願い申し上げます。

記

<配布対象者>

貴院の外来診療を担当する医師 2名 (「医師票」、「返信用封筒」 各1部ずつ)

※院外処方箋を発行している医療機関の方は、院外処方箋の発行が多い医師2名を、院外処方  
箋を発行していない医療機関の方は、外来患者数が多い医師2名をお選びください。

※配布に際しては、診療科の異なる任意の2名の医師をお選びください。診療科が一つの場合  
は、同じ診療科の中から医師2名をお選びください。

<回答方法>

ご回答者(医師)が、紙の調査票に記入し、同封の返信用封筒(切手不要)にご回答者(医  
師)本人が封印の上、お近くのポストに投函してください。なお、返信用封筒は病院調査と同じ  
色の封筒です。

医師に配布いただく「医師票」については、電子調査票の配布はありません。

<封入物一覧>

① 病院調査ご協力のお願い(依頼状) ... 1通	}	病院調査分
② 配布のお願い(本状) ..... 1通		
③ 病院票調査要綱(白色) ..... 1通		
④ 病院票(藤色) ..... 1通	}	医師調査分
⑤ 返信用封筒 ..... 3通		
⑥ 医師票(クリーム色) ..... 2通		

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

「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

**お問い合わせ先**

【TEL】●●●●●●●●(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

【FAX】●●●●●●●●

【E-mail】h31generic@mizuho-ir.co.jp

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
「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)」  
配布に際してのお願い

同封いたしました「患者票」(オレンジ色の調査票)は、院外処方箋を貴薬局にお持ちになった患者に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、①「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へのご協力をお願い」(クリーム色)、②「患者票」(オレンジ色)、③「返信用封筒」(保険薬局調査と同じです)を1部ずつ患者にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

＜配布対象者＞

貴薬局に院外処方箋を持ちになった患者 2名  
（「ご協力をお願い」、「患者票」、「返信用封筒」 各1部ずつ）

＜配布方法＞

- ・ 令和元年●月●日(●)～●月●日(●)の特定の1日を調査日とし、当該日において患者の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しく下さい。
- ・ 調査票をお渡しいただく対象者につきましては、午前・午後にそれぞれ最初に来局された方としてください。午前と午後のいずれかに来局者がなかった場合は、翌日も調査日として、同様に患者にお渡しく下さい。(例：1日目の午前に来局者がなく、午後は来局者があった ⇒ 1日目は午後のみ調査票を渡し、2日目の午前中の最初の来局者に調査票を渡す。)
- ・ 上記調査期間中に営業をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ・ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力をお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただきますようご指示願います。

### <回答方法>

- ・ご回答者（患者）が、紙の調査票に記入し、同封の返信用封筒（切手不要）にご回答者（患者）本人が封印の上、お近くのポストに投函してください。なお、返信用封筒は保険薬局調査と同じ色の封筒です。
- ・患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。

### <同封させていただいた資料>

① 薬局調査ご協力のお願い（依頼状） .....	1通	}	保険薬局調査分
② 「患者票」配布のお願い（本状） .....	1通		
③ 保険薬局票 調査要綱（白色） .....	1通		
④ 保険薬局票 様式1（水色） .....	1通		
⑤ 保険薬局票 様式2（さくら色） .....	1通		
⑥ 返信用封筒.....	3通	}	患者調査分
⑦ 患者調査ご協力のお願い（クリーム色） ..	2通		
⑧ 患者票（オレンジ色） .....	2通		

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

### ☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

#### 「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

#### お問い合わせ先

【TEL】●●●●●●●●●●（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

【FAX】●●●●●●●●

【E-mail】 h31generic@mizuho-ir.co.jp

令和元年●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（令和元年度調査）  
「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」へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、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 月診療報酬改定では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的として、患者が保険薬局の薬剤師と相談しながら先発医薬品か後発医薬品かを選択できる処方箋（「一般名処方」といいます）を医療機関が発行した場合の評価の見直しが行われました。この他にも、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的とした診療報酬改定が行われましたが、こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期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、「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」を行うこととしました。

本調査は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について、その現状と効果や今後の課題等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あり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

### 対象者

- この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

### 回答期限・返送方法

- お手数ではございますが、**令和元年●月●日(●)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

### 回答方法

- ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 つだけに○をつけてください。
- ( ) 内には具体的な数値や理由などを記入してください。

(→裏面へ続きます)

なお、本調査は平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業（令和元年度調査）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、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、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（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなりますので、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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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**

〒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

**お問い合わせ先**

**【TEL】●●●●●●●●(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)**

**【FAX】●●●●●●**

**【E-mail】** h31generic@mizuho-ir. co. jp

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）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（令和元年度調査）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 (※)
(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2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病の患者の診療状況や特定健診及び保健指導を行う保険者への情報提供の実績、遠隔モニタリングや多職種を活用した効果的な疾病管理に資する取組等</li> <li>・オンライン診療料、オンライン医学管理料等の算定状況等</li> <li>・オンライン診療の実施状況や患者背景、導入理由、オンライン診療を実施していない理由等</li> <li>・向精神薬の医薬品の長期処方・多剤処方の状況や、適正化の取組の実施状況等</li> <li>・要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行状況等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病管理料等の算定状況</li> <li>・オンライン診療料等の算定状況</li> <li>・向精神薬の多剤処方に係る処方料等の算定状況</li> <li>・疾患別リハビリテーション料等の算定状況</li> </ul> <p style="text-align: right;">等</p>
(2) 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2）	<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</li> <li>・勤務環境改善の体制の実施状況、具体的な計画の内容と評価の実施状況</li> <li>・ICT を用いた情報共有・連携の実施状況 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>
(3) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出医療機関における診療の状況及び地域医療・地域保健への取組状況、エナメル質初期う蝕管理加算や歯周病安定期治療（Ⅱ）を算定する患者の状況</li> <li>・小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科疾患管理料、エナメル質初期う蝕管理加算、口腔機能管理加算、小児口腔機能管理加算等の算定状況 等</li> </ul>

	<p>を算定する患者の状況及び管理内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科医療機器等の患者ごとの交換や滅菌処理等の院内感染防止対策の取り組み状況</li> <li>・ 明細書の発行実態、患者の明細書受領状況等</li> <li>・ 保険医療機関の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況 等</li> </ul>	
<p>(4) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 残薬、重複・多剤処方の実態とこれらの削減に向けた保険医療機関や保険薬局の取組状況等</li> <li>・ かかりつけ薬剤師指導料の算定状況等</li> <li>・ かかりつけ薬剤師・薬局に関する患者の意識</li> <li>・ お薬手帳の活用も含む薬剤服用歴管理指導料の算定状況等</li> <li>・ 地域支援体制加算の届出、算定状況</li> <li>・ 大型駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化の状況等</li> <li>・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の在宅薬学管理の算定状況 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤服用歴管理指導料の算定状況等</li> <li>・ 服用薬剤調整支援料の算定状況</li> <li>・ かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況等</li> <li>・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の在宅薬学管理の算定状況</li> <li>・ 薬剤総合評価調整加算等の算定状況</li> <li>・ 連携管理加算の算定状況等</li> </ul>
<p>(5) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査</p>	<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」欄への処方医の署名の状況</li> <li>・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識 等</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>

※ 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。