

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）の  
調査票案について

○機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査 (右下頁)

・ 調査概要	2頁
・ 訪問看護ステーション票	4頁
・ 利用者票（事業所記入分）	11頁
・ 利用者票	13頁
・ 依頼状	16頁

○適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療  
の実施状況調査

・ 調査概要	17頁
・ 施設票	19頁
・ 精神病棟入院基本料病棟票	29頁
・ 精神療養病棟票	32頁
・ 精神科救急入院料病棟票	35頁
・ 精神科救急・合併症入院料病棟票	37頁
・ 精神科急性期治療病棟入院料病棟票	39頁
・ 入院患者票	42頁
・ 外来患者票	45頁
・ 参考資料	47頁
・ 依頼状	49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	50頁
・ 保険薬局票【様式1】	53頁
・ 保険薬局票【様式2】	59頁
・ 診療所票	61頁
・ 病院票	67頁
・ 医師票	73頁
・ 患者票	77頁
・ 依頼状	83頁

厚生労働省保険局医療課委託事業  
平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査」  
調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定において、在宅医療を推進するため、24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れや居宅介護支援事業所の設置等の機能の高い訪問看護ステーションの評価、褥瘡対策の明確化、及び、精神疾患患者の地域移行と定着に向けた取り組み等、さらなる在宅医療の推進と訪問看護の充実を図ることを目的とした各種の評価が行われた。

これらを踏まえ、その効果を検証するために、機能強化型訪問看護ステーションの実態、訪問看護の実施状況や介護保険との連携状況、訪問看護を利用する患者の状態、意識等についての調査を行う。

- 機能強化型訪問看護ステーションの実態の把握
- 訪問看護の実施状況の把握
- 夜間、休日、緊急時の対応状況の把握
- 訪問看護を受けている患者の介護サービスの利用状況の把握
- 訪問看護事業者や患者の訪問看護に関する意識の把握

<調査のねらい>

- 機能強化型訪問看護ステーションとそれ以外のステーションにおける訪問看護の実施状況や対応体制はどのように異なっているか。  
特に、機能強化型における 24 時間の対応や重症者の受け入れ状況、また、介護との連携等はどのようなものであるか。
- 機能強化型ステーションに対する患者の評価、安心感は高いか。
- 精神疾患患者の訪問看護は充実してきているか。 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○調査対象（案）

<訪問看護ステーション調査>

- ・ 全国の訪問看護ステーションのうち、①機能強化型訪問看護管理療養費の届出事業所（悉皆）、②日本精神科看護協会の会員で精神科訪問看護を実施している事業所（悉皆）、③前記①・②以外の訪問看護ステーション約 1,000 事業所（抽出）の計約 1,300 事業所。

- ・ 上記事業所において、医療保険による訪問看護を利用している利用者。事業所ごとに4名抽出する。（該当利用者について、事業所記入票および本人記入票を作成）

○調査方法（案）

- ・ 事業所調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 利用者調査（本人記入票）は、自記式調査票で事業所調査対象施設を通しての配布とし、回収は事業所を通さずに直接回収とする。

■ 調査項目

※調査票案 参照

■ 調査スケジュール（案）

	平成26年					平成27年		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査設計・調査票の作成	→							
調査客体の選定		→						
調査票等の印刷・封入			→					
調査実施			→					
督促				→				
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						→		
調査結果作成（速報）						→		
追加分析・調査結果作成							→ 報告	
調査検討委員会開催		★					★	

# 訪問看護ステーション票

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 26 年度調査)

## 訪問看護の実施状況調査 調査票(案)

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

※この「訪問看護ステーション票」は、訪問看護ステーションの開設者・管理者の方に、貴事業所における訪問看護の実施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、用語等をお書きください。数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、分からない場合は「-」をお書きください。

※特に断りのない場合は、平成 26 年 9 月 30 日時点の状況についてお書きください。

事業所名	
事業所の所在地	
電話番号	( )
ご回答者名	( )

### 1. 貴事業所の概要についてお伺いします。

①開設者 ※○は1つだけ	1. 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 2. 日本赤十字社・社会保険関係団体 3. 医療法人 4. 医師会 5. 看護協会 6. 社団・財団法人(医師会と看護協会は含まない) 7. 社会福祉法人(社会福祉協議会含む) 8. 農業協同組合及び連合会 9. 消費生活協同組合及び連合会 10. 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) 11. 特定非営利活動法人(NPO) 12. その他(具体的に )
②同一敷地内の居宅介護支援事業所の有無	1. 有      2. 無
(1.の場合)同一法人の事業所ですか	1. 同一法人      2. 別法人
③同一法人または関連法人が有する施設・事業所 ※複数回答可	1. 該当なし 2. 精神科病院 3. 精神科病院以外の病院 4. 診療所 5. 介護老人保健施設 5. 介護老人福祉施設 7. 地域包括支援センター 8. 訪問介護 9. 通所介護 10. 通所リハ 11. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 12. 小規模多機能型居宅介護 13. 複合型サービス 14. その他(具体的に )
④訪問看護を開始した時期	平成( )年( )月
⑤サテライトの有無と、ある場合はその設置数	1. 有⇒( )か所      2. 無
⑥機能強化型訪問看護ステーションの届出の有無	1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2 3. なし
(1.または2.の場合) 機能強化型訪問看護ステーションの創設は、貴事業所の大型化に寄与しましたか	1. はい      2. いいえ
⑦24時間対応体制加算・連絡体制加算の届出(医療保険)の有無	1. 24時間対応体制加算      2. 24時間連絡体制加算      3. 無

⑧特別管理加算の届出（医療保険）の有無		1. 有	2. 無			
⑨訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）のハの算定対象となる専門性の高い看護師による訪問看護の届出の有無		1. 有⇒（a 緩和ケア b 褥瘡ケア） 2. 無				
⑩貴事業所での複合型サービスの実施の有無		1. 有	2. 無			
⑪貴事業所での定期巡回・随時対応型訪問介護看護実施の有無		1. 有	2. 無			
⑫貴事業所の職員数を常勤換算*でお答えください。※平成25年9月30日と平成26年9月30日時点の在籍者の状況						
	保健師・助産師・看護師	准看護師	リハビリ職（PT・OT・ST）	精神保健福祉士	その他の職員	合計
平成25年9月	.	.	.	.	.	.
平成26年9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）÷（貴事業所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）÷（貴事業所が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4）						
⑬「常勤」の看護職員数（実人数）	平成25年9月	（ ）人	平成26年9月	（ ）人		
⑭常勤看護職員の人数が増えた事業所の場合、その理由	1 機能強化型訪問看護ステーションが創設されたため 2 その他（具体的に： ） 3 常勤看護職員は増えていない					
⑮貴事業所の定める常勤看護職員の1週間の所定労働時間	（ ）時間/週					
⑯平成26年9月末時点在籍の「看護職員」について、所定労働時間別の人数（実人数）と、平成26年9月29日（月）～10月5日（日）までの1週間の実際の勤務時間別の人数（実人数）をご記入ください。						
	32時間未満	32時間以上 36時間未満	36時間以上 40時間未満	40時間以上	合計	
貴事業所の所定労働時間別 人数	人	人	人	人	人	
実際の勤務時間別 看護職員数	人	人	人	人	人	
⑰退院時共同指導加算の算定の有無・件数（平成26年9月分）			1. 有（ ）件 2. 無			
⑱訪問看護基本療養費Ⅲの算定の有無・件数（平成26年9月分）			1. 有（ ）件 2. 無			
⑲精神科訪問看護基本療養費Ⅳの算定の有無・件数（平成26年9月分）			1. 有（ ）件 2. 無			
⑳障害者総合支援法による自立支援医療に原則、対応しますか			1. はい 2. いいえ			

2. 貴事業所の利用者数および訪問回数等についてお伺いします（精神科訪問看護を含みます）。

①平成25年9月と平成26年9月の各1か月間の訪問看護の利用者数（実人数）と訪問回数をご記入ください。		
	平成25年9月	平成26年9月
1) 全利用者数（医療保険の利用者数＋介護保険の利用者数）	人	人
2) うち、医療保険のみの利用者数	人	人
3) 医療保険の特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣の定める疾病等）に該当する人数	人	人
4) 医療保険の特掲診療料の施設基準等別表8（厚生労働大臣の定める状態等にあるもの）に該当する人数	人	人
5) 「特別訪問看護指示書」を交付された利用者数（1人に複数回交付された場合も1人としてカウントしてください）	人	人
6) 「精神科特別訪問看護指示書」を交付された利用者数（1人に複数回交付された場合も1人としてカウントしてください）	人	人

7) 訪問回数（医療保険の利用者分+介護保険の利用者分）		回	回					
8) うち、医療保険による訪問回数		回	回					
②平成 26 年 9 月の 1 か月間の利用者について、貴事業所の訪問看護の利用について医療保険のみ・介護保険の別に、年齢別人数をお書きください。 ※平成 26 年 9 月中に 1 回でも介護保険による訪問看護を提供した利用者については、「介護保険の利用者」の欄にご記入いただき、「医療保険のみの利用者」の欄には、平成 26 年 9 月中に、介護保険による訪問看護を 1 回も提供していない利用者についてご記入ください。（以下、④～⑥の質問でも同じ）								
	1 歳未満	1 歳以上 3 歳未満	3 歳以上 6 歳未満	6 歳以上 15 歳未満	15 歳以上 40 歳未満	40 歳以上 65 歳未満	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
医療保険のみの利用者	人	人	人	人	人	人	人	人
介護保険の利用者						人	人	人
介護保険の利用者のうち、特別訪問看護指示書により医療保険になった利用者（再掲）						人	人	人
③15 歳未満の利用者について、超重症児・準超重症児の人数をお書きください。								
	1) 超重症児 (運動機能が座位までで、判定スコアが 25 点以上)			2) 準超重症児 (運動機能が座位までで、判定スコアが 10 点以上 25 点未満)			3) その他	
15 歳未満の利用者	人			人			人	
④平成 26 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、40 歳以上の利用者について、要介護度別の人数をお書きください。								
	要支援 1・2	要介護 1・2・3	要介護 4	要介護 5	介護保険 対象外	申請中・自立・未申請		
医療保険のみの利用者	人	人	人	人	人	人		
介護保険の利用者	人	人	人	人	人			
⑤平成 26 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、要介護者について、日常生活自立度（寝たきり度）別の人数をお書きください。								
	自立・J（自立）	A（室内自立）	B（床上自立）	C（寝たきり）				
医療保険のみの利用者	人	人	人	人				
医療保険のみの利用者のうち 精神科疾患の利用者（再掲）	人	人	人	人				
介護保険の利用者	人	人	人	人				
介護保険の利用者のうち、特別 訪問看護指示書により医療保険 になった利用者（再掲）	人	人	人	人				
⑥平成 26 年 9 月の 1 か月間の利用者のうち、要介護者について、認知症高齢者の日常生活自立度の区分別の人数をお書きください。								
	自立・I	II	III	IV	M			
医療保険のみの利用者	人	人	人	人	人			
介護保険の利用者	人	人	人	人	人			
介護保険の利用者のうち、特別 訪問看護指示書により医療保険 になった利用者（再掲）	人	人	人	人	人			

⑦平成 25 年 9 月と平成 26 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者のうち、精神疾患のある利用者について、「精神科訪問看護基本療養費」と「訪問看護基本療養費」の別に、疾患別人数をお書きください。※1名の利用者に複数の疾患がある場合は、訪問看護指示書に記載されている主傷病名に基づきお書きください。

		統合失調症	気分障害	認知症	その他	合計
精神科訪問看護基本療養費Ⅰ・Ⅲ	平成 25 年 9 月	人	人	人	人	人
	平成 26 年 9 月	人	人	人	人	人
精神科訪問看護基本療養費Ⅱ	平成 25 年 9 月	人	人	人	人	人
	平成 26 年 9 月	人	人	人	人	人
訪問看護基本療養費Ⅰ・Ⅱ	平成 25 年 9 月	人	人	人	人	人
	平成 26 年 9 月	人	人	人	人	人

3. 精神科訪問看護について、届出の状況や訪問人数、訪問回数等をお答えください。

①精神科訪問看護基本療養費の届出の有無		1. 有（経過措置利用していない） 2. 経過措置を利用して、届け出ている 3. 無（⇒「4. の褥瘡リスク」の間へ進んでください。）		
②精神科訪問看護を開始した時期		平成（ ）年（ ）月		
		30分未満	30分以上	合計
③平成 26 年 9 月の 1 か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定回数と人数	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	（ ）回 （ ）人	（ ）回 （ ）人	（ ）回 （ ）人
	精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ） （同一建物居住者）	（ ）回 （ ）人	（ ）回 （ ）人	（ ）回 （ ）人
④精神科重症患者早期集中支援管理連携加算の届出の有無（平成 26 年 9 月）				1 有      2 無
④で「1.有」の場合：平成 26 年 4 月～9 月の 6 か月間の加算算定実績（実人数）				（ ）人
⑤他医療機関の精神科重症患者早期集中支援管理連携におけるチームのメンバーとして参加した症例数（平成 26 年 4 月～9 月）（実人数）※加算の有無は問いません				（ ）人
⑥精神科複数回訪問加算の届出の有無				1 有      2 無
⑥で「1.有」の場合：平成 26 年 4 月～9 月の 6 か月間の加算算定実績（延べ回数）		1日に2回	（ ）回	
		1日に3回以上	（ ）回	
⑥で「1.有」の場合：平成 26 年 4 月～9 月の 6 か月間の加算算定人数				（ ）人
⑦精神科訪問看護の利用者のうち、1日に複数回の訪問看護を行った利用者数（実人数）※加算の有無は問いません		平成 25 年 9 月	（ ）人	
		平成 26 年 9 月	（ ）人	
⑧精神科基本療養費の研修受講者の有無・人数				1 有（ ）人    2 無

4. 褥瘡リスクの評価の実施状況について、お答えください。

①平成 25 年 9 月と平成 26 年 9 月の各 1 か月間の医療保険の利用者のうち、褥瘡について、DESIGN-R 分類で状態を確認した利用者数、および真皮までの損傷（d2）、真皮を超える褥瘡（D3以上）の利用者数をお書きください。

	DESIGN-R 分類で確認した利用者数	うち、d2（真皮まで）		うち、D3以上（真皮を越える）	
		人	人	人	人
平成 25 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人
平成 26 年 9 月（医療）	人	人	人	人	人

②他医療機関・事業所の専門性の高い看護師による同一日の訪問の有無および実人数、延べ訪問回数(平成26年9月の1か月間)	1. 有⇒利用者数：( )人、延べ訪問回数：( )回 2. 無
②で「2.無」の場合：理由を教えてください。(※主なもの1つに○)  ※注) 専門性の高い看護師とは、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師を指します。	1. 専門性の高い看護師による訪問の必要な利用者がいないから 2. 専門性の高い看護師が当事業所にいるから 3. 専門の医師(皮膚科等)が対応しているから 4. 他機関の在宅褥瘡対策チームが対応しているから 5. 専門性の高い看護師が近くにはいないから 6. 専門性の高い看護師が所属する機関を知らないから 7. 専門性の高い看護師が所属する機関が協力的でないから 8. 利用者の経済的負担(自己負担)が増えるから 9. 請求の手続きが難しいから 10. その他(具体的に )
③他の医療機関において、在宅患者訪問褥瘡管理指導料が算定されている利用者の有無および実人数(平成26年9月の1か月間)	1. 有⇒利用者数：( )人 2. 無 3. 分からない
④在宅褥瘡チームの構成員の有無	1有 2無
⑤在宅褥瘡管理者の有無	1有 2無
⑥在宅褥瘡管理者に関する研修受講の有無	1有( )人 2無

5. ターミナル・看取りの実態についてお答えください。(介護保険の利用者も含みます。)

①平成25年4月1日～9月30日までと、平成26年4月1日～9月30日までの各半年間に亡くなった利用者数(医療保険の利用者と介護保険の利用者の合計)、うち、死亡前30日以内に訪問看護を提供した利用者数、死亡場所が「在宅」またはターミナルケア実施後24時間以内の入院死亡であった利用者数をお書きください。また、「ターミナルケア療養費」(医療保険)・「ターミナルケア加算」(介護保険)を算定した利用者数、他機関で「在宅がん医療総合診療料」を算定した利用者数と他の介護保険施設・事業所で「看取り介護加算」を算定した利用者数も分かればご記入ください。  
※「在宅」とは自宅及び医療機関以外の施設(特別養護老人ホーム等)を含みます。

	1) 亡くなった利用者数	2) うち、死亡前30日以内に訪問看護を提供した利用者数	3) うち、在宅死亡、またはターミナルケア実施後24時間以内の入院死亡の利用者数	4) うち「がん」の利用者数	5) ターミナルケア療養費(医療保険)算定利用者数(貴事業所での算定)	6) ターミナルケア加算(介護保険)算定利用者数(貴事業所での算定)	7) 在宅がん医療総合診療料算定利用者数(他機関算定)	8) 看取り介護加算(他施設算定)
25年	人	人	人	人	人	人	人	人
26年	人	人	人	人	人	人	人	人

6. 土日や夜間、緊急時の対応についてお答えください。(医療保険での対応について)

①土日や祝日の計画的な訪問に対応していますか。実績に関わらずお答えください。(複数回答可)						
1. 土曜日は対応する 2. 日曜日に対応する 3. 祝日は対応する 4. いずれも対応しない						
②土日や祝日の計画的な訪問の実績を教えてください(介護保険のみでの利用者は除く。精神科を含む。)						
	9月13日(土)	9月14日(日)	9月15日(祝)	9月20日(土)	9月21日(日)	9月23日(祝)
医療保険の利用者	人	人	人	人	人	人



③平成 26 年 9 月の 1 か月間において、早朝・夜間・深夜に、計画的に（緊急以外で）訪問看護を実施している医療保険による利用者はいいますか。該当の利用者がいる場合、その利用者数と延べ訪問回数、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数(平成 26 年 9 月)をお書きください。

平成 26 年 9 月	1. 無 2. 有→利用者数：（ ）人、延べ訪問回数：（ ）回 →うち、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定人数：（ ）人				
上記③の平成 26 年 9 月において実績がある場合、訪問が必要な理由を教えてください。 ※複数回答可	1. たんの吸引 2. 人工呼吸器等の医療機器の管理 3. インスリン注射 4. 点滴 5. 服薬介助（含点眼・点鼻・軟膏） 6. 浣腸・排便 7. その他のADL支援 8. その他（具体的に（ ））				

④平成 25 年 9 月と平成 26 年 9 月の各 1 か月間に、緊急時訪問看護加算を算定した件数をお書きください。（介護保険での利用者は除く。精神科を含む）

	早朝 (6 時～8 時)	日中		夜間 (18 時～22 時)	深夜 (22 時～6 時)
		平日	休日		
平成 25 年 9 月	回	回	回	回	回
平成 26 年 9 月	回	回	回	回	回

⑤緊急時訪問看護加算を算定せずに緊急訪問を行った経験（平成 26 年 9 月）

うち、精神科患者	1 有→実人数（ ）人、延べ回数（ ）回	2 無
	1 有→実人数（ ）人、延べ回数（ ）回	2 無

⑥平成 26 年 10 月 20 日～26 日の 1 週間に、加算の有無に関わらず、利用者および家族から時間外に受けた「電話」での相談についてお答えをお願いします。電話の後の対応として、実際には訪問はせずに、電話でのみの対応だった場合の電話の件数（延べ件数）をお書きください。（介護保険での利用者は除く。精神科訪問看護の利用者を含む。）

	早朝 (6 時～8 時)	日中		夜間 (18 時～22 時)	深夜 (22 時～6 時)
		平日	休日		
医療保険の利用者	回	回	回	回	回
うち、精神科患者	回	回	回	回	回

7. 他の訪問看護ステーションや医療機関、居宅介護支援事業所等との連携状況についてお答えください。（医療保険の訪問看護に限る）

①平成 26 年 9 月の 1 か月間に貴事業所を含めた複数の訪問看護ステーションから訪問看護を実施した利用者はいいますか。利用者がある場合、人数をお書きください。

	1. 有（ ）人 2. 無
--	---------------

②平成 25 年 9 月と平成 26 年 9 月の各 1 か月間の医療保険での訪問看護の利用者のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により、介護サービス計画または介護サービス予防計画が作成された利用者数をお書きください。

	人	人
--	---	---

③平成 25 年 9 月と平成 26 年 9 月の各 1 か月間の介護保険での訪問看護の利用者のうち同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により、介護サービス計画または介護サービス予防計画が作成された利用者数をお書きください。

	人	人
--	---	---

④平成 26 年 4 月～9 月の 6 か月間に、地域住民などに対する情報提供や相談、人材育成のための研修として、実施したことを選んでください。（複数回答可）

1. 地域における会議・勉強会 → (a 企画運営 b 講師として参加 c 受講生として参加)
2. 他施設、他職種との地域連携 → (a 市民向け b 医療機関向け c 介護施設向け d 同業者向け)
3. 訪問看護連絡協議会の役員
4. 関わっている事例以外に関する相談対応
5. 実習生の受け入れ
6. 行政や研究機関と連携したモデル事業の実施
7. その他（具体的に：（ ））

⑤貴事業所では、ステーションの空き状況等の情報を近隣のステーションと情報共有するネットワークはありますか。

	1. 有	2. 無
--	------	------

⑥平成 26 年 9 月 1 か月の利用者（医療＋介護）への指示書の発行元の病院数	約（ ）施設
⑦平成 26 年 9 月 1 か月の利用者（医療＋介護）への指示書の発行元の診療所数	約（ ）施設
⑧平成 26 年 9 月 1 か月間に市区町村へ情報提供した件数	約（ ）件
⑨平成 26 年 9 月の 1 か月間にサービス担当者会議には何回参加しましたか（利用者の保険種別は問わない）	約（ ）回

8. 貴事業所の収支や事業所運営についての方針等についてお答えください。

①平成 26 年診療報酬改定前と比べて収支はどのように変化しましたか。	1. プラスになった 3. マイナスになった	2. ほぼ同じ 4. 分からない
②上記となった理由について考えられることを記載してください。（複数回答可）		
1. 利用者が増えたから 2. 利用者が減ったから 3. 利用者数は変わらない 4. 事業所の職員体制が変化した 5. 職員体制は変わらないが、人件費が変化した 6. 人件費以外のコストが変化した 7. 診療報酬改定の影響である →具体的に（ ） 8. その他 →具体的に（ ）		
③貴事業所では、今後、機能強化型の届出をすることを検討していますか。		
0. 既に機能強化型の届け出をしている 1. 平成（ ）年（ ）月頃の届出予定である 2. 時期は決まっていないが、機能強化型として届け出を目標としている 3. 機能強化型として届け出することは特に目指していない		
④ ③で「2.または3.」と回答した事業所にお伺いします。その理由として該当するものに○を付けてください（複数回答可）。また、最も困難と考えられる要件1つに◎を付けてください。		
1. 看護職員数が少ないから 2. 看護職員数はそろっているが、「常勤」の看護職員が確保できないから 3. 24 時間対応体制が確保できないから 4. 看取りの件数が少ないから 5. 看取りは行っているが、ターミナルケア療養費・ターミナルケア加算の算定件数が少ないから →算定件数が少ない理由（具体的に： ） 6. 特掲診療料の施設基準等の別表 7（末期の悪性腫瘍など）に該当する利用者が少ないから 7. 同一敷地内に居宅介護支援事業所がないから 8. 同一敷地内の居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者がいないから 9. その他（ ）		
⑤貴事業所では、過去 3 カ月以内に、受入れを断った利用希望者（医療保険の利用者）はいましたか。いた場合には、断った理由について、ご記入ください。		
0. 無 1. 有 →理由（具体的に： ）		
⑥現在の電子化の状況		
1. 明細書 2. 領収書 3. 計画書 4. 報告書 5. 訪問看護記録 6. 情報提供書 7. その他（具体的に： ）		
⑦平成 26 年度の診療報酬改定において、「機能強化型」訪問看護ステーションが創設されましたが、今後、「高機能」として、訪問看護ステーションが評価されるとよいと思われる点がありましたら、ご自由にご記入ください。		

※この「利用者票（事業所記入分）」は、看護職員の方に、利用者の状況についてお伺いするものです。

1) 性別	1. 男性      2. 女性	2) 年齢	(      ) 歳
3) 現在在宅療養を続けている原因の病名 (指示書にある傷病名を転記ください) (複数回答可)	1. 脳血管疾患 4. 内分泌疾患 7. 精神疾患 → (a 統合失調症 b 気分障害 c 認知症 d その他) 8. 神経難病 10. 歯科疾患	2. 循環器疾患 5. 呼吸器疾患 9. その他の神経疾患 11. その他 (具体的に      )	3. 悪性新生物 6. 筋骨格・運動器疾患
4) 別表第七の疾病等の該当の有無	0. 無 1. 末期の悪性腫瘍      2. 多発性硬化症      3. 重症筋無力症 4. スモン      5. 筋萎縮性側索硬化症      6. 脊髄小脳変性症 7. ハンントン病      8. 進行性筋ジストロフィー症      9. パーキンソン病関連疾患 10. 多系統萎縮症      11. プリオン病      12. 亜急性硬化性全脳炎 13. ライツゾーム病      14. 副腎白質ジストロフィー      15. 脊髄性筋萎縮症 16. 球脊髄性筋萎縮症      17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎      18. 後天性免疫不全症候群 19. 頸髄損傷      20. 人工呼吸器を使用している状態		
5) 別表第八に掲げる特別な管理の有無	0. 無 1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理      2. 在宅気管切開患者指導管理 3. 気管カニューレ      4. 留置カテーテル 5. 在宅自己腹膜灌流指導管理      6. 在宅血液透析指導管理 7. 在宅酸素療法指導管理      8. 在宅中心静脈栄養法指導管理 9. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理      10. 在宅自己導尿指導管理 11. 在宅人工呼吸指導管理      12. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 13. 在宅自己疼痛管理指導管理      14. 在宅肺高血圧症患者指導管理 15. 人工肛門・人工膀胱      16. 真皮を越える褥瘡 17. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定		
6) ターミナル期かどうか(医師が余命6か月以内と判断)	1. はい      2. いいえ		
7) 貴事業所でこの利用者に訪問看護を開始した時期	平成 (      ) 年 (      ) 月頃		
8) 在宅移行前の場所	0. 特に入院・入所はしていない 1. 病院 → (a 一般病床 b 療養病床 c 回復期リハ病床 d 精神病床 e その他) 2. 診療所      3. 介護老人保健施設      4. 介護老人福祉施設 5. その他 (      )		
9) NICUの入院履歴	1. 有      2. 無		
10) 直近の退院月(半年以内、直近)	1. 平成26年 (      ) 月      2. 無      3. 不明		
11) 訪問看護の種別(平成26年9月分)	1. 訪問看護基本療養費      2. 精神科訪問看護基本療養費		
12) 訪問看護の加算等の状況(平成26年9月分) (複数回答可) ※精神科を含む	1. 特別管理加算      2. 専門性の高い看護師による訪問 → (a 緩和ケア b 褥瘡ケア) 3. 複数名訪問看護加算 → (a 看護師 b リハビリ職 c 准看護師 d 看護補助者 e 精神保健福祉士) 4. 夜間・早朝訪問看護加算      5. 深夜訪問看護加算      6. 緊急訪問看護加算 7. 難病等複数回訪問加算      8. 精神科複数回訪問看護加算      9. 長時間訪問看護加算 10. 乳幼児加算・幼児加算      11. 退院支援指導加算      12. 24時間対応体制加算・連絡体制加算 13. 退院時共同指導加算      14. 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算		

13) 貴事業所からの訪問日数（平成 26 年 9 月 1 か月間）		（            ）日	
うち、緊急訪問の有無・回数	1. 有⇒（            ）回、理由（            ） 2. 無		
うち、1日につき複数回の訪問を行った日の有無、日数	1. 有⇒（            ）日 2. 無		
14) 提供する職員の職種※複数回答可 （平成 26 年 9 月の訪問者）	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 精神保健福祉士 7. その他		
15) 直近の 1 回の訪問時間（分）※移動時間は含まない	（            ）分		
16) 直近 1 回の訪問者の職種	1. 保健師・助産師・看護師 2. 准看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 言語聴覚士 6. 精神保健福祉士 7. その他		
17) 貴事業所以外に訪問看護を提供する事業所の有無	1. 有⇒訪問者の職種（a 看護職 b リハ職 c その他） 2. 無		
18) 特別訪問看護指示書（精神科を含む）の交付の有無（平成 26 年 4 月～9 月）	1. 有⇒（            ）回 2. 無		
（有の場合）指示の内容	1. 感染 2. 脱水 3. 褥瘡 4. その他（            ）		
19) 平成 26 年 1 か月間に訪問看護が提供したケア内容に全て○をつけてください。また、直近 1 回の訪問時に行ったケア内容のうち、主なもの 3 つまでに◎をつけてください。（複数回答可）			
1. ターミナル期のケア                      2. 服薬援助（点眼薬等を含む）                      3. 胃ろう・腸ろうによる栄養管理 4. 経鼻経管栄養                              5. 吸入・吸引    6. 創傷処置 7. 浣腸・摘便                                8. 褥瘡の処置    9. 皮膚潰瘍等の処置 10. 採血                                        11. 検体採取    12. インスリン注射 13. 点滴・中心静脈栄養・注射（12.以外）    14. 膀胱（留置）カテーテルの管理                      15. 導尿 16. 人工肛門・人工膀胱の管理    17. 人工呼吸器の管理                                      18. 陽圧換気機器の管理 19. 気管切開の処置                          20. 気管カニューレの交換                              21. 酸素療法管理（在宅酸素・酸素吸入） 22. 腹膜透析                                23. がん末期の疼痛管理                              24. 慢性疼痛の管理（23.以外） 25. 精神症状の観察                          26. 心理的支援    27. リハビリテーション 28. 口腔の清拭等                            29. 合併症予防ケア（肺炎予防等）                      30. 頻回の観察・アセスメント 31. 家族への指導・支援                      32. サービスの連絡調整                              33. その他（具体的に                              ）			
20) 要介護度 （直近）	0. なし                      1. 要支援 1・2                      2. 要介護 1                      3. 要介護 2                      4. 要介護 3 5. 要介護 4                      6. 要介護 5                      7. 申請中		
21) 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（直近）	1. J 2. A 3. B 4. C 5. 不明		
22) 認知症高齢者の日常生活自立度（直近）	0. 自立 1. I 2. II 3. III 4. IV 5. M 6. 不明		
23) 利用者に対し、過去 1 年以内に介護保険による訪問看護を提供したことがありますか	1. 有 2. 無		
24) 介護保険サービスの利用の有無(平成 26 年 9 月、利用サービス種類は問いません)	1. 有 2. 無 3. 不明		
(1. 有の場合)利用者のケアマネジャー（介護支援専門員）はどここの居宅介護支援事業所に所属していますか	1. 貴事業所と兼務                      2. 貴事業所と同一敷地内 3. その他		
(1. 有の場合)利用者のケアマネジャーとは、平成 26 年 9 月 1 か月間に何回連絡をとりましたか ※貴事業所と兼務のケアマネジャー（介護支援専門員）の場合は記入は不要です。	約（            ）回		
25) あなたから見たこの利用者の状況として、あてはまるものを教えてください			
1. 高い看護判断能力が必要                      2. 他機関、他職種との連携調整が多い                      3. 介護力不足がある 4. 家族への対応、調整が多い                      5. 本人、家族にコミュニケーション上の問題がある                      6. 特に該当なし			

利用者ID	
-------	--

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成 26 年度調査)  
**訪問看護の利用状況や効果等についての調査 調査票 (案)**

※この調査票は、ご自宅で静養されている方に、訪問看護の利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、ことば等をお書きください。

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。  
 この調査票のご回答者は、利用者の方でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 利用者ご本人が記入	2. 利用者から聞き取りご家族が代筆
3. ご家族の方が記入	4. その他 (具体的に )

1. 利用者の方についておうかがいします。

① 性別	1. 男性      2. 女性	② 年齢	(      ) 歳
③ 同居しているご家族の方はいらっしゃいますか。	1. いる    2. いない		
③-1 : ③で1の場合: 日中も同居のご家族はいらっしゃいますか。	1. いる    2. いない		

2. 訪問看護師による**訪問看護**についておうかがいします。

① いつ頃から訪問看護を利用していますか。

平成 (      ) 年 (      ) 月頃から
-----------------------------

② 現在、訪問看護は何か所の事業所・施設から来ていますか。 ※○は1つだけ

1. 1か所      2. 2か所      3. 3か所
--------------------------------

③ ここ1か月の間に訪問看護師はどのくらいの頻度で来ましたか。 ※○は1つだけ

1. 毎日	2. 1週間に5日	3. 1週間に3～4日
4. 1週間に2日	5. 1週間に1日	6. 1か月に2、3日
7. 1か月に1日	8. 決まっていない	
9. わからない・わすれた	10. その他 (具体的に )	

④ 自宅に来る訪問看護師の訪問頻度はどう思いますか。 ※○は1つだけ

1. もっと多く来て欲しい	2. ちょうどよい
3. もっと少なくてよい	4. わからない・どちらでもない

⑤ 早朝・夜間・深夜(午後8時以降～午前8時まで)に計画的に訪問看護を利用していますか。  
 ※○は1つだけ

1. はい	2. いいえ
-------	--------

⑥ 夜間や休日に急に具合が悪くなった場合は、まず、誰に連絡をするように訪問看護師から言われていますか。 ※○は1つだけ

- |                       |                |                |
|-----------------------|----------------|----------------|
| 1. 訪問診療の医師            | 2. 通院先の病院・診療所  | 3. 訪問看護師       |
| 4. ケアマネジャー(介護支援専門員)   | 5. 救急車 (119 番) | 6. その他 (具体的に ) |
| 7. 特に訪問看護師から言われたことはない |                |                |
| 8. 状況によって複数の連絡先を指定される |                |                |

⑦ 夜間や休日に急に具合が悪くなって、いつも自宅に来てくれる訪問看護師の事業所に緊急の連絡をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

- |              |              |               |
|--------------|--------------|---------------|
| 1. 連絡したことがある | 2. 連絡したことはない | 3. わからない・わすれた |
|--------------|--------------|---------------|

→ ⑦-1 訪問看護師はどのような対応をしてくれましたか。 ※○はいくつでも

- |                         |
|-------------------------|
| 1. 電話で状況を伝えると来てくれた      |
| 2. 電話で対応方法を教えてくれた       |
| 3. 電話で相談にのってくれ、翌朝に来てくれた |
| 4. わからない・わすれた           |
| 5. 来てほしかったのに断られた        |
| 6. その他 (具体的に )          |

⑦-2 連絡時の対応は満足でしたか。 ※○は1つだけ

- |                  |         |         |          |
|------------------|---------|---------|----------|
| 1. とても満足         | 2. やや満足 | 3. やや不満 | 4. とても不満 |
| 5. わからない・どちらでもない |         |         |          |

⑧ 訪問看護に求めることは何ですか。上位3つまで選んでください ※○は3つまで

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. 24 時間対応してくれる。                                | 2. 土日にも来てくれる          |
| 3. 病状が重くなっても対応してくれる                             | 4. 何回でも訪問してくれる        |
| 5. 必要に応じ複数名で訪問してくれる                             | 6. いつも決まった看護師が対応してくれる |
| 7. 入退院時に病院と連絡調整してくれる                            |                       |
| 8. (ケアマネジャー(介護支援専門員)と相談して、) 介護保険サービスの利用を調整してくれる |                       |
| 9. 相談にのってくれる                                    | 10. 医療的処置をしてくれる       |
| 11. 必要に応じて医師に連絡してくれる                            | 12. 看取りをしてくれる         |
| 13. 予防のための指導や助言をしてくれる                           |                       |
| 14. その他 (具体的に )                                 |                       |

⑨ 自宅に来る訪問看護師の対応に満足していますか。 ※○は1つだけ

- |          |          |                  |  |  |
|----------|----------|------------------|--|--|
| 1. とても満足 | 2. やや満足  |                  |  |  |
| 3. やや不満  | 4. とても不満 | 5. わからない・どちらでもない |  |  |

⑨-1 ↓ ↓ どのような点がご不満でしょうか。具体的な理由を教えてください。

--

3. 在宅での療養や介護保険サービスの利用についておうかがいします。

① 訪問看護以外にどのような医療サービス等を利用していますか ※○はいくつでも

1. 訪問診療・往診 2. 外来受診 3. 歯科の訪問診療 4. 薬剤師の訪問 5. デイケア

→ ①-1 医師はどのくらいの頻度で自宅に来ますか。 ※○は1つ

1. 1週間に2、3日 2. 1週間に1日 3. 1か月に2、3日 4. 1か月に1日  
5. 決まっていない 6. わからない 7. その他（具体的に）

→ ①-2 歯科医はどのくらいの頻度で自宅に来ますか。 ※○は1つ

1. 1か月に（ ）回 2. その他（ ） 3. 決まっていない 4. 分からない

② 訪問看護以外に介護保険のサービス・障害福祉サービスを利用していますか ※○は1つ

1. はい 2. いいえ→質問③へ

→ ②-1 どのようなサービスを利用していますか。 ※○はいくつでも

<介護保険のサービス>

1. 訪問介護（ 回/週） 2. 訪問入浴介護 3. 訪問リハビリテーション 4. 通所介護(デイサービス)  
5. 通所リハビリテーション(デイケア) 6. 短期入所生活介護(ショートステイ) 7. 福祉用具貸与

<障害福祉サービス>

9. 居宅介護 10. 就労継続支援B型（非雇用型） 12. 自立訓練（生活訓練）  
11. 共同生活援助(グループホーム) 13. 就労移行支援  
14. その他（ ） 15. どのサービスかわからない

②-2 ケアマネジャー(介護支援専門員)は、どのくらいの頻度で自宅に来ますか。 ※○は1つ

1. 1週間に2、3日 2. 1週間に1日 3. 1か月に2、3日 4. 1か月に1日  
5. 2～3か月に1日 6. 決まっていない 7. わからない 8. その他（ ）

②-3 ケアマネジャー(介護支援専門員)に伝えたことは訪問看護師に伝わっていますか。 ※○は1つ

1. 十分に伝わっている 2. まあまあ伝わっている 3. あまり伝わっていない  
4. 全く伝わっていない 5. わからない

②-4 訪問看護師は、必要なときには、あなたの病状等をケアマネジャー(介護支援専門員)に伝えていると思いますか。 ※○は1つ

1. 伝えている 2. 特に伝えていない 3. わからない

③ 自宅で医療を受けることをどう思いますか。 ※○はいくつでも

1. 不安である 2. 家族の負担が大きい  
3. 住み慣れた環境で生活を続けられるのでよい 4. 安心感が得られる  
5. 本当は病院に入院して医療を受けたい 6. 本当は介護施設などに入所したい  
7. できるだけ自宅で医療を受けたい 8. わからない・どちらともいえない

④ 訪問看護サービスについてご要望がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきましてありがとうございました。11月●日までにご返送ください。

平成 26 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「訪問看護の実施状況調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、在宅医療を推進するため、24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れや居宅介護支援事業所の設置等の機能の高い訪問看護ステーションの評価、褥瘡対策の明確化、及び、精神疾患患者の地域移行と定着に向けた取り組み等、さらなる在宅医療の推進と訪問看護の充実を図ることを目的とした各種の評価が行われました。

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 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、訪問看護ステーションを対象に、訪問看護ステーションの実態、訪問看護の実施状況や介護保険との連携状況、訪問看護を利用する患者の状態、意識等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、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 26 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

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：\*\*\*、\*\*\*、\*\*\*）

E-mail：\*\*\*@murc.jp

※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：03-6733-\*\*\*\*（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-\*\*\*\*



厚生労働省保険局医療課委託事業

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）

「適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査」 調査の概要（案）

■ 調査目的

平成 26 年度診療報酬改定において、精神科急性期病床における平均在院日数の短縮を図る観点から医師を重点的に配置した場合の評価など、精神病床の機能分化を進める取組に対して評価が行われるとともに、精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進する観点から多職種チームによる在宅医療についての評価が行われた。

また、諸外国と比較して向精神薬の処方剤数が多いことが課題となっていることを踏まえ、向精神薬の適切な処方について見直しが行われた。

これらを踏まえ、精神疾患患者の急性期病床での受入状況、精神疾患患者の地域への移行状況や向精神薬の使用状況等について調査を行う。

【調査の主な目的】

- 精神科病棟における入院患者の状況の把握
- 精神科病棟における医師や看護師の配置状況の把握
- 精神科入院患者の入院日数及び地域への移行状況の把握
- 向精神薬の処方の状況の把握 / 等

<調査のねらい>

- ・ 精神科急性期病床において医師の重点的配置が進んだか。
- ・ 精神疾患患者の退院支援が行われたか。
- ・ 精神科急性期病床における平均在院日数の短縮が図られたか。
- ・ 精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着が進んだか。
- ・ 適切な向精神薬の使用が進んだか。 / 等

■ 調査対象及び調査方法

○ 調査対象（案）

① 施設調査

- ・ 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている病院（悉皆予定）。
- ・ 上記以外の精神科病棟入院基本料の届出を行っている病院の中から無作為抽出した病院。

- ・ 上記を合わせて 1,300 施設程度。

### ②病棟調査

- ・ 上記①施設調査の対象施設における、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、精神病棟入院基本料を算定している病棟。

### ③患者調査

- ・ 上記②病棟調査の対象病棟のうち、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料の各病棟に入院している患者。1 施設につき病棟種別ごとに 5 名を予定（無作為抽出）。
- ・ 調査日に上記①施設調査の対象施設の精神科を受診した外来患者。1 施設につき最大 4 名を予定（無作為抽出）。

### ○調査方法（案）

- ・ 施設宛ての自記式調査票（施設票・病棟票・患者票）を郵送配布し、郵送回収する。

## ■ 調査項目

※調査票（案） 参照

## ■ 調査スケジュール（案）

	平成26年				平成27年		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査設計・調査票の作成	→						
調査客体の選定	→						
調査票等の印刷・封入		→					
調査実施			→				
督促			→				
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					→		
調査結果作成（速報）					→		
追加分析・調査結果作成						報告	→
調査検討委員会開催	★					★	

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）

精神医療の実施状況調査 施設票（案）

※ 以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、施設名と施設の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	

※この施設票は、医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や精神医療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、あてはまる番号を〇（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「〇（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない質問については、平成26年10月31日時点の状況についてご記入ください。

※「平成25年10月」と記載の質問については平成25年10月31日時点または平成25年10月1か月間の状況を、「平成26年10月」と記載の質問については平成26年10月31日時点または平成26年10月1か月間の状況をご記入ください。

1. 貴施設の概要についてお伺いします。

①開設者 ※〇は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              6. 個人                      7. 学校法人                8. その他の法人
②同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※〇は1つだけ	1. 該当なし                      2. 介護老人保健施設              3. 介護老人福祉施設 4. 訪問看護ステーション      5. 居宅介護支援事業所              6. 地域包括支援センター 7. 訪問介護事業所              8. 小規模多機能事業所              9. 通所介護事業所 10. その他（具体的に
③病院種別    ※〇は1つだけ	1. 精神科病院（単科）                      2. 精神科病院（内科等併設あり） 3. 精神科を有する一般病院
④貴施設の救急医療体制についてお答えください。	
1) 救急告示の有無    ※〇は1つだけ	1. あり                                      2. なし
2) 救急医療体制 ※〇は1つだけ	1. 三次救急（高次救命救急センター）                      2. 三次救急（救命救急センター） 3. 二次救急（入院を要する救急医療施設）                      4. 該当なし
⑤精神医療に関する指定等の状況 ※あてはまる番号すべてに〇	1. 措置入院指定病院                      2. 応急入院指定病院 3. 精神科救急医療施設※1                      4. 認知症疾患医療センター 5. いずれも該当しない

注1. 精神科救急医療体制整備事業に参加している医療機関

⑥貴施設では、精神科救急医療体制整備事業に参加していますか。※〇は1つだけ また、参加していない場合はその理由をお書きください。	
1. 常時対応型の基幹的病院として参加                      2. 輪番病院として参加 3. その他の形で参加（具体的に	（ ）
4. 参加していない（参加していない理由：	（ ） → 2 ページの質問⑦へ
⑥-1 貴施設では、平成26年10月1か月間に精神科救急医療体制整備事業の当番日は何日ありましたか。また、その診療実績をご記入ください。	
当番日：（ ）日/月 → 1) 入院：（ ）件    2) 外来診療のみ：（ ）件	

⑥-2 精神科救急医療体制整備事業の当番日における医師当直体制はどのようになっていますか。 ※○は1つだけ

1. 精神保健指定医が常に当直  
 2. 精神科医師が常に当直（精神保健指定医がオンコールになることがある）  
 3. 精神科以外の医師が当直することあり（精神保健指定医はオンコール対応）  
 4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

⑦ 貴施設では、平成 25 年 4 月～平成 26 年 3 月までの 1 年間に、以下の対応件数は何件ありましたか。

1) 時間外、休日又は深夜の入院件数（精神疾患にかかるもの）：（ \_\_\_\_\_ ）件  
 2) 時間外、休日又は深夜の診療（電話再診を除く）件数（精神疾患にかかるもの）：（ \_\_\_\_\_ ）件

⑧ 貴施設では、**特定入院料（例：精神療養病棟入院料等）**に含まれて評価されている診療行為や検査等を実施した場合に、その診療行為等の項目・回数などの情報（いわゆる「出来高情報」）を記録・保管していますか。 ※○は1つだけ

1. 記録・保管している                      2. 記録・保管していない                      3. わからない

⑨ 平成 25 年 10 月及び平成 26 年 10 月における、1) 病棟数、2) 許可病床数、3) 病床利用率<sup>注2</sup>、4) 平均在院日数<sup>注3</sup>をそれぞれご記入ください。  
 「精神科救急入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」「認知症治療病棟入院料」については（1・2）のどちらか該当する番号を○で囲んでください。  
 ※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数には「0」、病床利用率と平均在院日数には「/」をご記入ください。

	平成 25 年 10 月				平成 26 年 10 月			
	1) 病棟数	2) 許可病床数	3) 病床利用率 <sup>注2</sup>	4) 平均在院日数 <sup>注3</sup>	1) 病棟数	2) 許可病床数	3) 病床利用率	4) 平均在院日数
精神病床	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神病棟入院基本料 特定機能病院入院基本料（精神病棟）	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神科救急入院料 （1・2）※どちらかに○	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神科救急・合併症入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神科急性期治療病棟入院料 （1・2）※どちらかに○	棟	床	%	日	棟	床	%	日
児童・思春期精神科入院医療管理料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
精神療養病棟入院料	棟	床	%	日	棟	床	%	日
認知症治療病棟入院料 （1・2）※どちらかに○	棟	床	%	日	棟	床	%	日
その他の精神科病棟	棟	床	/	/	棟	床	/	/
一般病床	棟	床	%	日	棟	床	%	日
療養病床	棟	床	/	/	棟	床	/	/
結核病床	棟	床	/	/	棟	床	/	/
感染症病床	棟	床	/	/	棟	床	/	/
病院全体	棟	床	%	日	棟	床	%	日

注 2. 病床利用率は平成 25 年 8 月～10 月、平成 26 年 8 月～10 月のそれぞれ 3 か月の病床利用率をご記入ください。なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

$$\text{病床利用率} = (\text{8 月～10 月の在院患者延べ数}) \div \{ (\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の 8 月～10 月の合計} \}$$

注 3. 平均在院日数は平成 25 年 8 月～10 月、平成 26 年 8 月～10 月のそれぞれ 3 か月の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は、以下の通りです。

$$\text{平均在院日数} = (\text{8 月～10 月の在院患者延べ在院日数}) \div (\text{8 月～10 月の在院患者延べ数})$$

また、転棟患者についても、在院患者数に含めて算出してください。

なお、精神病床の内訳については、当該特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。平均在院日数 = (8 月～10 月の在院患者延べ数) ÷ { (8～10 月の新入院患者数 + 8～10 月の退院患者数) × 0.5 }

2. 貴施設の精神科の診療体制等についてお伺いします。

①精神科の外来を担当している医師数（常勤換算※）をご記入ください。

	平成 25 年 10 月		平成 26 年 10 月	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 外来を担当している医師数	人	人	人	人
2) 上記 1) のうち、外来専従の医師数	人	人	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)

②精神科の外来を担当している医師が実際に外来診療に従事した時間<sup>注1</sup>の 1 週間の総合計時間をご記入ください。

	常勤	非常勤
平成 26 年**月**日～**月**日	( ) 時間 ( ) 分/週	( ) 時間 ( ) 分/週

注 1. 外来診療に従事した時間とは、実際に患者の診療を行った時間です。精神科の外来を担当した医師全員の、外来患者の診療を行った時間の総合計時間をご記入ください。

③精神科の外来を受診した患者数（初診+再診延べ患者数）<sup>注2</sup>をご記入ください。

※平成 26 年**月**日～**月**日	人/週
-----------------------	-----

注 2. 1 週間における、精神科の標榜診療時間に外来受診した患者の延べ人数をご記入ください。

④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 25 年 10 月末時点と平成 26 年 10 月末時点

	平成 25 年 10 月	平成 26 年 10 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) 内科医	人	人
(うち) 外科医	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（精神科病棟専従者に限る）	人	人
11) その他の職員（精神科病棟専従者に限る）	人	人
12) 精神科病棟職員数合計	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

⑤貴施設が平成25年10月末時点と平成26年10月末時点に届出を行っている <b>精神病棟の入院基本料</b> としてあてはまる番号に○をつけてください。				
	平成25年10月		平成26年10月	
1) 精神病棟入院基本料	1. 10対1 3. 15対1 5. 20対1 7. 届出なし	2. 13対1 4. 18対1 6. 特別	1. 10対1 3. 15対1 5. 20対1 7. 届出なし	2. 13対1 4. 18対1 6. 特別
2) 【特定機能病院のみ】 特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	1. 7対1 3. 13対1 5. 届出なし	2. 10対1 4. 15対1	1. 7対1 3. 13対1 5. 届出なし	2. 10対1 4. 15対1

### 3. 精神医療・認知症医療の実施状況等についてお伺いします。

①次の施設基準等について「届出があるもの」の該当数字を○で囲んでください。また、届出がある場合、「届出時期」についてお答えください。		
	届出のあるもの	届出時期 ※初回の届出
1) 精神病棟入院時医学管理加算	1	平成( )年( )月
2) 精神科地域移行実施加算	2	平成( )年( )月
3) 精神科身体合併症管理加算	3	平成( )年( )月
4) 精神科リエゾンチーム加算	4	平成( )年( )月
5) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	5	平成( )年( )月
6) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	6	平成( )年( )月
7) 精神科救急入院料1	7	平成( )年( )月
8) 精神科救急入院料2	8	平成( )年( )月
9) 精神科急性期治療病棟入院料1	9	平成( )年( )月
10) 精神科急性期治療病棟入院料2	10	平成( )年( )月
11) 精神科救急・合併症入院料1	11	平成( )年( )月
12) 精神科救急・合併症入院料2	12	平成( )年( )月
13) 児童・思春期精神科入院医療管理料	13	平成( )年( )月
14) 精神療養病棟入院料	14	平成( )年( )月
15) 精神療養病棟入院料 重症者加算1	15	平成( )年( )月
16) 精神療養病棟入院料 退院調整加算	16	平成( )年( )月
17) 認知症治療病棟入院料1	17	平成( )年( )月
18) 認知症治療病棟入院料2	18	平成( )年( )月
19) 認知症治療病棟入院料 退院調整加算	19	平成( )年( )月
20) 認知症治療病棟入院料 認知症夜間対応加算	20	平成( )年( )月
21) 認知症患者リハビリテーション料	21	平成26年( )月
22) 精神病棟入院基本料 重度認知症加算 ※特定機能病院入院基本料(精神病棟)	22	平成( )年( )月
23) 精神科ショート・ケア 小規模なもの	23	平成( )年( )月
24) 精神科ショート・ケア 大規模なもの	24	平成( )年( )月
25) 精神科デイ・ケア 小規模なもの	25	平成( )年( )月
26) 精神科デイ・ケア 大規模なもの	26	平成( )年( )月
27) 精神科ナイト・ケア	27	平成( )年( )月
28) 精神科デイ・ナイト・ケア	28	平成( )年( )月
29) 重度認知症患者デイ・ケア料	29	平成( )年( )月
30) 重度認知症患者デイ・ケア料夜間加算	30	平成( )年( )月

【4 ページ ①の 4)「精神科リエゾンチーム加算」の届出をしていない施設の方】

②貴施設では、精神科リエゾンチーム加算の施設基準の届出をしないのはなぜですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 対象となる患者がいらないため（一般病床がない場合も含む）
2. 「5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師」を確保することができないため
3. 「精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤看護師」を確保することができないため
4. 医師、看護師以外のチームを構成する専門職（薬剤師・作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理技術者）を確保することができないため
5. 経営上のインセンティブがないため
6. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

②-1 上記②でお選びになった理由のうち、最も大きな理由としてあてはまる番号を1つだけご記入ください。

【全ての施設の方】

③貴施設には、「精神科救急入院料」、「精神科救急・合併症入院料」、「精神科急性期治療病棟入院料」のいずれか1つでも施設基準の届出をしている病棟がありますか。 ※○は1つだけ

1. ある →質問③-1へ
2. ない →質問④へ

③-1 施設基準の中で、貴施設にとって最も厳しいと考える要件は何ですか。 ※○は1つだけ

1. 病棟配置の医師に関わる要件（具体的に \_\_\_\_\_）
2. 日勤帯以外の時間帯における看護職員数
3. 常勤の精神保健福祉士の配置
4. 個室の占める割合及び隔離室の確保
5. 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制であること
6. 延べ入院日数のうち4割以上が新規患者であること
7. 新規入院患者のうち3か月以内に在宅へ移行する割合
8. 全ての入院形式の患者の受入
9. 精神疾患に係る時間外・休日・深夜における診療件数
10. 精神疾患に係る時間外・休日・深夜における入院件数
11. 新規患者における措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、医療観察法入院の割合
12. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

【4 ページ①の 13)「児童・思春期精神科入院医療管理料」の届出をしている施設の方】

④「児童・思春期精神科入院医療管理料」の施設基準の中で、改善が必要と思われる要件がありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない→質問⑤へ

④-1 最も改善が必要な要件は何ですか。 ※○は1つだけ

1. 児童・思春期精神医療の経験を有する常勤医師2名以上（うち1名は精神保健指定医）
2. 保護者、学校関係者等に対する面接相談等
3. 直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患患者
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

【4 ページ①の 21)「認知症患者リハビリテーション料」の届出をしている施設の方】				
⑤「認知症患者リハビリテーション料」を実施している職員の体制について職種別人数をご記入ください。				
	常 勤		非常勤	
	専 従 <sup>注</sup>	専 任 <sup>注</sup>	専 従	専 任
1) 医師	人	人	人	人
認知症患者の診療の経験を 5 年以上有する医師	人	人	人	人
認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した医師	人	人	人	人
2) 理学療法士	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 言語聴覚士	人	人	人	人
5) その他	人	人	人	人

注. 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。

【認知症治療病棟入院料の届出をしている、または認知症疾患医療センターの指定を受けている施設であるが、「認知症患者リハビリテーション料」の届出をしていない施設の方】	
⑥今後、貴施設では、「認知症患者リハビリテーション料」の施設基準の届出を行う意向がありますか。※○は1つだけ	
1. ない	2. ある
⑥-1 届出をしないのはなぜですか。具体的にお書きください。	

⑦次の精神医療に関する各診療報酬項目の算定患者数と算定回数をご記入ください。				
	平成 25 年 10 月		平成 26 年 10 月	
	算定患者数	算定回数	算定患者数	算定回数
1) 精神科身体合併症管理加算 1 7 日以内 (450 点)	人		人	
2) 精神科身体合併症管理加算 2 8 日以上 10 日以内 (225 点)			人	
3) 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料 (精神病棟) 重度認知症加算 (300 点)	人		人	
4) 認知症患者リハビリテーション料 (240 点)			人	
5) 通院精神療法 イ (600 点)	人	回	人	回
6) 通院精神療法 ロ (1)30 分以上の場合 (400 点)	人	回	人	回
7) 通院精神療法 ロ (2)30 分未満の場合 (330 点)	人	回	人	回
8) 通院精神療法 20 歳未満加算 (350 点)	人	回	人	回
9) 通院精神療法 特定薬剤副作用評価加算 (25 点)	人	回	人	回
10) 在宅精神療法 イ (600 点)	人	回	人	回
11) 在宅精神療法 ロ (540 点)			人	回
12) 在宅精神療法 ハ (1)30 分以上の場合 (400 点)	人	回	人	回
13) 在宅精神療法 ハ (2)30 分未満の場合 (330 点)	人	回	人	回
14) 在宅精神療法 20 歳未満加算 (350 点)	人	回	人	回
15) 在宅精神療法 特定薬剤副作用評価加算 (25 点)	人	回	人	回



	平成 25 年 10 月		平成 26 年 10 月	
	算定患者数	算定回数	算定患者数	算定回数
16) 心身医学療法 入院中の患者 (150 点)	人	回	人	回
20 歳未満加算	人	回	人	回
17) 心身医学療法 イ 初診時 (110 点)	人	回	人	回
20 歳未満加算	人	回	人	回
18) 心身医学療法 ロ 再診時 (80 点)	人	回	人	回
20 歳未満加算	人	回	人	回
19) 精神科継続外来支援・指導料 (55 点)	人	回	人	回
療養生活環境整備支援加算 (40 点)	人	回	人	回
特定薬剤副作用評価加算 (25 点)	人	回	人	回
20) 精神科ショート・ケア 小規模なもの	人	回	人	回
21) 精神科ショート・ケア 大規模なもの	人	回	人	回
22) 精神科デイ・ケア 小規模なもの	人	回	人	回
23) 精神科デイ・ケア 大規模なもの	人	回	人	回
24) 精神科ナイト・ケア	人	回	人	回
25) 精神科デイ・ナイト・ケア	人	回	人	回
26) 精神科退院指導料	人		人	
27) 精神科退院前訪問指導料	人	回	人	回
28) 精神科訪問看護指示料	人		人	

( ) の診療報酬点数は平成 26 年度

⑧貴施設における精神科の外来患者数についてご記入ください。※平成 26 年 10 月 1 か月間	
1) 外来患者数 (初診+再診延べ患者数)	人
2) 上記 1) のうち、精神科薬物療法を行った患者数 (延べ患者数)	人
3) 上記 2) のうち、処方せん料 (30 点)・処方料 (20 点) を算定した患者数	人

⑨適切な向精神薬の使用推進を図る上での課題があれば、できるだけ具体的にお書きください。

4. 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着に向けた取組についてお伺いします。

(1) 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①貴施設では精神科訪問看護を行っていますか。		1. 行っている      2. 行っていない→9ページの(2)へ				
②精神科訪問看護を開始した時期		平成( )年( )月				
③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。						
	保健師・看護師	准看護師	作業療法士	精神保健福祉士	看護補助者	
平成25年10月	.	.	.	.	.	
平成26年10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)						
④24時間対応体制加算・連絡体制加算の届出(医療保険)の有無 ※○は1つ		1. 24時間対応体制加算      2. 24時間連絡体制加算      3. なし				
⑤平成26年10月1か月間の精神科訪問看護利用者数					人	
⑥上記⑤のうち、新規の利用者数					人	
⑦上記⑥のうち、退院当日に訪問看護を実施した利用者数					人	
⑧上記⑤の精神科訪問看護利用者数について、平成26年10月1か月間に訪問した日数別に利用者数をお答えください。						
5日以内	6~12日	13~15日	16~20日	21~25日	26日以上	
人	人	人	人	人	人	
⑨平成26年10月1か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定利用者数(人)と算定回数(回)				30分未満	30分以上	合計
			精神科訪問看護・指導料(I)	人	人	人
			精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(同一建物居住者)	人	人	人
⑩精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)について、1)施設への訪問延べ日数、2)対象としている利用者数(対象人員)、3)算定回数(合計)をご記入ください。 ※平成26年10月1か月間						
1)施設への訪問延べ日数		2)対象人員		3)算定回数(合計)		
日		人		回		
⑪精神科訪問看護・指導料の加算を算定した利用者数と算定回数をご記入ください。 ※平成26年10月1か月間						
	1)長時間精神科訪問看護・指導加算	2)夜間・早朝訪問看護加算	3)深夜訪問看護加算	4)精神科緊急訪問看護加算		
算定利用者数	人	人	人	人		
算定回数	回	回	回	回		
⑫精神科訪問看護の利用者のうち、1日に複数回の訪問看護を行った利用者数(実人数) ※加算の有無は問いません			平成25年10月		人	
			平成26年10月		人	
⑬平成26年10月における精神科訪問看護の利用者(上記⑤の利用者数)のうち、精神科複数回訪問加算を算定した利用者数と算定回数			1)算定利用者数		2)算定回数	
			1日に2回		人	回
			1日3回以上		人	回

(2) 精神科重症患者早期集中支援管理料についてお伺いします。

①貴施設では、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出を行っていますか。※〇は1つだけ

1. 届出あり	2. 届出なし→質問⑤へ
---------	--------------

②「精神科重症患者早期集中支援管理料」を実施する上で、連携する訪問看護ステーションがありますか。※〇は1つだけ

1. ある→連携事業所 (a. 特別の関係 <sup>注</sup> にあるもの b. それ以外)	2. ない
---	-------

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

③「精神科重症患者早期集中支援管理料」を実施している職員の体制（貴施設のみ）について職種別人数をご記入ください。

	常勤		非常勤	
	専従 <sup>注</sup>	専任 <sup>注</sup>	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
【再掲】精神保健指定医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師含む）	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) その他	人	人	人	人

注. 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。

④「精神科重症患者早期集中支援管理料」の算定した患者数をご記入ください。

	同一建物 居住者以外	同一建物居住者	
		特定施設等	特定施設以外
1) 精神科重症患者早期集中支援管理料 1	人	人	人
2) 精神科重症患者早期集中支援管理料 2	人	人	人

→10ページの質問5.へ

【届出のない施設の方】

⑤貴施設が「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出を行っていないのはなぜですか。  
※あてはまる番号すべてに〇

- 専任のチームを構成する人員が不足しているため  
→不足している人材：(a. 精神保健指定医 b. 看護師・保健師 c. 精神保健福祉士 d. 作業療法士)
- 専従者1人を配置することが経営上難しいため
- 多職種会議を週1回以上開催することが難しいため
- 月1回以上保健所または精神保健福祉センター等と多職種会議を開催することが難しいため
- 訪問診療を実施していないため
- 訪問診療を実施しているが、24時間往診体制を確保できないため
- 24時間連絡対応が可能な体制を確保できないため
- 24時間の看護師・保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保できないため（連携も含めて）
- 地域の精神科救急医療体制整備事業に参加していないため
- 算定可能な対象患者が少ないため
- 経営上のインセンティブがないため
- その他（具体的に )

⑤-1 上記⑤でお選びになった理由のうち、最も大きな理由としてあてはまる番号を1つだけご記入ください。

【届出のない施設の方】

⑥貴施設では、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準の届出意向がありますか。※〇は1つだけ

1. ある

2. ない

5. 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。

--

施設票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

## 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）

## 精神医療の実施状況調査

## 精神病棟入院基本料病棟票（案）

※本調査票は、精神病棟入院基本料を算定している施設の方にお伺いするものです。当該病棟のない施設の方は本調査票にご回答いただく必要はございません。

## 1. 精神病棟入院基本料病棟（精神病棟入院基本料のみを算定している病棟）の患者についてお伺いします。

① 平成25年10月末、平成26年10月末時点で貴施設の精神病棟入院基本料病棟に在院している全ての患者について、年齢階級、主たる疾患、GAF尺度のスコア、向精神薬使用数、在院期間別にそれぞれ該当する人数をご記入ください。なお、年齢階級別①～⑤の合計、主たる疾患別①～⑫の合計、GAF尺度のスコア別①～⑫、在院期間別①～⑧の合計の合計は、「3）精神療養病棟の在院患者数」と同じ数値になるようにしてください。		平成25年10月	平成26年10月
1) 精神病棟入院基本料病棟数		棟	棟
2) 精神病棟入院基本料病床数		床	床
3) 精神病棟入院基本料病棟の在院患者数		人	人
年齢階級別	① 20歳未満	人	人
	② 20歳以上40歳未満	人	人
	③ 40歳以上65歳未満	人	人
	④ 65歳以上75歳未満	人	人
	⑤ 75歳以上	人	人
主たる疾患別 <sup>注1</sup>	① 症状性を含む器質性精神障害	人	人
	② 精神作用物質による精神及び行動の障害	人	人
	③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人	人
	④ 気分〔感情〕障害	人	人
	⑤ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人	人
	⑥ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人	人
	⑦ 成人の人格及び行動の障害	人	人
	⑧ 知的障害（精神遅滞）	人	人
	⑨ 心理的発達の障害	人	人
	⑩ 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人	人
	⑪ 詳細不明の精神障害	人	人
	⑫ その他	人	人
GAF尺度のスコア別	① 91～100	人	人
	② 81～90	人	人
	③ 71～80	人	人
	④ 61～70	人	人
	⑤ 51～60	人	人
	⑥ 41～50	人	人
	⑦ 31～40	人	人
	⑧ 21～30	人	人
	⑨ 11～20	人	人
	⑩ 1～10	人	人
	⑪ 0	人	人
	⑫ 不明	人	人
向精神薬使用数	主傷病に対して薬物療法を受けている患者数	人	人
	① 1種	人	人
	② 2種	人	人
	③ 3種	人	人
	④ 4種	人	人
	⑤ 5種以上	人	人

在院期間別 注2	① 1か月未満	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人
	⑧ 20年以上	人	人
	【再掲】平成26年4月1日移行に当該病棟に入院した患者数		人

注1. 主たる疾患が複数の疾患に該当する場合には主たる1つに計上してご記入ください。また、ICD10 国際疾病分類第10版（2003年改訂）の「精神および行動の障害」によるものとします。

注2. 在院期間は、過去に入院形態の変更があったとしても、入院が継続している場合は1回の在院期間として扱うものとします。

②平成26年10月1か月間に精神病棟入院基本料病棟に入院した患者数をご記入ください。	
1) 精神病棟入院基本料算定病床における新規入院患者数	人
2) 上記1)のうち、救急搬送・警察搬送患者数	人
3) 上記1)のうち、緊急措置入院患者数	人
4) 上記1)のうち、措置入院患者数	人
5) 上記1)のうち、応急入院患者数	人
6) 上記1)のうち、任意入院患者数	人

③平成26年10月1か月間に精神病棟入院基本料病棟から退院・転院した患者（転棟患者除く）についてそれぞれご記入ください。		
	退院患者数	転院患者数
1) 1か月間における精神病棟入院基本料病棟からの退院患者数と転院患者数（※転棟患者除く）	人	人
2) 上記1)のうち、入院期間が1年以内の患者数	人	人
3) 上記1)のうち、主たる疾患が「症状性を含む器質性精神障害」の患者数	人	人
4) 上記1)のうち、主たる疾患が「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の患者数	人	人

## 2. 精神病棟入院基本料病棟（精神病棟入院基本料のみを算定している病棟）の体制等についてお伺いします。

①精神病棟入院基本料病棟に配置されている職員数（常勤換算※）をお書きください。				
	平成25年10月		平成26年10月	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
（うち）精神科医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 看護補助者	人	人	人	人
5) 薬剤師	人	人	人	人
6) 作業療法士	人	人	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人	人	人
9) 社会福祉士（上記8）を除く）	人	人	人	人
10) 事務職員（精神療養病棟専従者に限る）	人	人	人	人
11) その他の職員	人	人	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貴施設では、「精神保健福祉士配置加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つ

1. ある→届出時期：平成26年（ ）月
2. ない

②-1「精神保健福祉士配置加算」の施設基準の届出をしていない最大の理由は何ですか。 ※○は1つ

1. 在宅移行率の要件が満たせないため
2. 病棟に専従の常勤精神保健福祉士を確保することが困難であるため
3. 退院支援部署・地域移行支援施設に常勤精神保健福祉士を配置することが困難であるため
4. その他（具体的に ）

③精神病棟入院基本料病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- |                        |             |            |
|------------------------|-------------|------------|
| 1. 精神科外来               | 2. 精神科デイ・ケア | 3. 訪問診療・往診 |
| 4. 訪問看護                | 5. グループホーム  | 6. 訪問介護    |
| 7. 包括型地域生活支援プログラム（ACT） |             | 8. ショートステイ |
| 9. その他（具体的に            |             | ）          |

④精神病棟入院基本料病棟に長期入院している患者を地域に移行させる上でどのような取組が有効と考えますか。

精神病棟入院基本料病棟票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）

## 精神医療の実施状況調査

## 精神療養病棟票（案）

※本調査票は、精神療養病棟入院料を算定している施設の方にお伺いするものです。当該病棟のない施設の方は本調査票にご回答いただく必要はございません。

## 1. 精神療養病棟（精神療養病棟入院料を算定している病棟）の患者についてお伺いします。

① 平成25年10月末、平成26年10月末時点で貴施設の精神療養病棟に在院している全ての患者について、年齢階級、主たる疾患、GAF尺度のスコア、向精神薬使用数、在院期間別にそれぞれ該当する人数をご記入ください。  
なお、年齢階級別①～⑤の合計、主たる疾患別①～⑫の合計、GAF尺度のスコア別①～⑫、在院期間別①～⑧の合計の合計は、「3）精神療養病棟の在院患者数」と同じ数値になるようにしてください。

		平成25年10月	平成26年10月
1) 精神療養病棟数		棟	棟
2) 精神療養病床数		床	床
3) 精神療養病棟の在院患者数		人	人
年齢階級別	① 20歳未満	人	人
	② 20歳以上40歳未満	人	人
	③ 40歳以上65歳未満	人	人
	④ 65歳以上75歳未満	人	人
	⑤ 75歳以上	人	人
主たる疾患別 <sup>注1</sup>	① 症状性を含む器質性精神障害	人	人
	② 精神作用物質による精神及び行動の障害	人	人
	③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人	人
	④ 気分〔感情〕障害	人	人
	⑤ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人	人
	⑥ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人	人
	⑦ 成人の人格及び行動の障害	人	人
	⑧ 知的障害（精神遅滞）	人	人
	⑨ 心理的発達の障害	人	人
	⑩ 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人	人
	⑪ 詳細不明の精神障害	人	人
	⑫ その他	人	人
GAF尺度のスコア別	① 91～100	人	人
	② 81～90	人	人
	③ 71～80	人	人
	④ 61～70	人	人
	⑤ 51～60	人	人
	⑥ 41～50	人	人
	⑦ 31～40	人	人
	⑧ 21～30	人	人
	⑨ 11～20	人	人
	⑩ 1～10	人	人
	⑪ 0	人	人
	⑫ 不明	人	人
向精神薬使用数	主傷病に対して薬物療法を受けている患者数	人	人
	① 1種	人	人
	② 2種	人	人
	③ 3種	人	人
	④ 4種	人	人
	⑤ 5種以上	人	人



在院期間別 注2	① 1か月未満	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人
	⑧ 20年以上	人	人
	【再掲】平成26年4月1日移行に当該病棟に入院した患者数		人

注1. 主たる疾患が複数の疾患に該当する場合には主たる1つに計上してご記入ください。また、ICD10 国際疾病分類第10版（2003年改訂）の「精神および行動の障害」によるものとします。

注2. 在院期間は、過去に入院形態の変更があったとしても、入院が継続している場合は1回の在院期間として扱うものとします。

②平成26年10月1か月間に精神療養病棟に入院した患者数をご記入ください。	
1) 精神療養病棟入院料算定病床における新規入院患者数	人
2) 上記1)のうち、救急搬送・警察搬送患者数	人
3) 上記1)のうち、緊急措置入院患者数	人
4) 上記1)のうち、措置入院患者数	人
5) 上記1)のうち、応急入院患者数	人
6) 上記1)のうち、任意入院患者数	人

③平成26年10月1か月間に精神療養病棟から退院・転院した患者（転棟患者除く）についてそれぞれご記入ください。		
	退院患者数	転院患者数
1) 1か月間における精神療養病棟からの退院患者数と転院患者数（※転棟患者除く）	人	人
2) 上記1)のうち、入院期間が1年以内の患者数	人	人
3) 上記1)のうち、主たる疾患が「症状性を含む器質性精神障害」の患者数	人	人
4) 上記1)のうち、主たる疾患が「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の患者数	人	人

## 2. 精神療養病棟（精神療養病棟入院料を算定している病棟）の体制等についてお伺いします。

①精神療養病棟に配置されている職員数（常勤換算※）をお書きください。				
	平成25年10月		平成26年10月	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
（うち）精神科医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 看護補助者	人	人	人	人
5) 薬剤師	人	人	人	人
6) 作業療法士	人	人	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人	人	人
9) 社会福祉士（上記8）を除く）	人	人	人	人
10) 事務職員（精神療養病棟専従者に限る）	人	人	人	人
11) その他の職員	人	人	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精神療養病棟における退院支援相談員数（実人数）をご記入ください。		
	専従	専任
1) 精神保健福祉士	人	人
2) その他の職員	人	人
3) 合計	人	人

③患者1人あたりの1か月間における退院支援委員会の平均開催数	回/月
--------------------------------	-----

④貴施設では、「精神保健福祉士配置加算」の施設基準の届出がありますか。※〇は1つ

1. ある→届出時期：平成26年（ ）月

2. ない

④-1「精神保健福祉士配置加算」の施設基準の届出をしていない最大の理由は何ですか。 ※〇は1つ

1. 在宅移行率の要件が満たせないため

2. 病棟に専従の常勤精神保健福祉士を確保することが困難であるため

3. 退院支援部署・地域移行支援施設に常勤精神保健福祉士を配置することが困難であるため

4. その他（具体的に ）

⑤精神療養病棟入院患者が地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等は何ですか。※あてはまる番号すべてに〇

1. 精神科外来	2. 精神科デイ・ケア	3. 訪問診療・往診
4. 訪問看護	5. グループホーム	6. 訪問介護
7. 包括型地域生活支援プログラム（ACT）		8. ショートステイ
9. その他（具体的に ）		

⑥精神療養病棟に長期入院している患者を地域に移行させる上でどのような取組が有効と考えますか。

精神療養病棟票は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）

**精神医療の実施状況調査** **精神科救急入院料病棟票（案）**

※本調査票は、精神科救急入院料を算定している施設の方にお伺いするものです。当該病棟のない施設の方は本調査票にご回答いただく必要はございません。

1. 精神科救急入院料算定病棟の患者についてお伺いします。

①平成25年10月末、平成26年10月末時点で貴施設の精神科救急入院料算定病棟に在院している全ての患者について、年齢階級、主たる疾患、在院期間、GAF尺度のスコア、向精神薬使用数別にそれぞれ該当する人数をご記入ください。なお、年齢階級別①～⑤の合計、主たる疾患別①～⑫の合計、在院期間別①～⑧の合計、GAF尺度のスコア別①～⑫の合計は、「3）精神科救急入院料算定病棟の在院患者数」と同じ数値になるようにしてください。

		平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科救急入院料算定病棟数		棟	棟
2) 精神科救急入院料算定病床数		床	床
3) 精神科救急入院料算定病棟の在院患者数		人	人
年齢階級別	① 20歳未満	人	人
	② 20歳以上40歳未満	人	人
	③ 40歳以上65歳未満	人	人
	④ 65歳以上75歳未満	人	人
	⑤ 75歳以上	人	人
主たる疾患別 <small>注1</small>	① 症状性を含む器質性精神障害	人	人
	② 精神作用物質による精神及び行動の障害	人	人
	③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人	人
	④ 気分〔感情〕障害	人	人
	⑤ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人	人
	⑥ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人	人
	⑦ 成人の人格及び行動の障害	人	人
	⑧ 知的障害（精神遅滞）	人	人
	⑨ 心理的発達の障害	人	人
	⑩ 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人	人
	⑪ 詳細不明の精神障害	人	人
	⑫ その他	人	人
在院期間別 <small>注2</small>	① 1か月未満	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人
	⑧ 20年以上	人	人
GAF尺度のスコア別	① 91～100	人	人
	② 81～90	人	人
	③ 71～80	人	人
	④ 61～70	人	人
	⑤ 51～60	人	人
	⑥ 41～50	人	人
	⑦ 31～40	人	人
	⑧ 21～30	人	人
	⑨ 11～20	人	人
	⑩ 1～10	人	人
	⑪ 0点	人	人
	⑫ 不明	人	人

向精神薬使用数	主傷病に対して薬物療法を受けている患者数	人	人
	① 1種	人	人
	② 2種	人	人
	③ 3種	人	人
	④ 4種	人	人
	⑤ 5種以上	人	人

注1. 主たる疾患が複数の疾患に該当する場合には主たる1つに計上してご記入ください。また、ICD10 国際疾病分類第10版（2003年改訂）の「精神および行動の障害」によるものとします。

注2. 在院期間は、過去に入院形態の変更があったとしても、入院が継続している場合は1回の在院期間として扱うものとします。

②平成25年10月及び平成26年10月の各1か月間について、次の患者数等をご記入ください。		
	平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科救急入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
(うち) 救急搬送・警察搬送患者数	人	人
(うち) 緊急措置入院患者数	人	人
(うち) 措置入院患者数	人	人
(うち) 応急入院患者数	人	人
(うち) 他の精神科病院からの転院患者数	人	人
(うち) 他の一般病院からの転院患者数	人	人
(うち) 身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
(うち) 自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画書を策定した患者数		人
2) 各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
(うち) 自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
(うち) 自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 他院の精神病床に転院した患者数	人	人
(うち) 連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
(うち) 他院の一般病床に転院した患者数	人	人
(うち) 入院期間が1年以内の患者数	人	人
(うち) 認知症の患者数	人	人
(うち) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の患者数	人	人
(うち) 気分〔感情〕障害の患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画加算を算定した患者数		人
(うち) 精神科身体合併症管理加算を算定したことがある患者数		人
精神科身体合併症管理加算を算定したことがある患者の平均在院日数		日

## 2. 精神科救急入院料算定病棟の職員の体制についてお伺いします。

	平成25年10月		平成26年10月	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
(うち) 精神科医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 看護補助者	人	人	人	人
5) 薬剤師	人	人	人	人
6) 作業療法士	人	人	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人	人	人
9) 社会福祉士（上記8）を除く）	人	人	人	人
10) 事務職員（精神科救急入院料算定病棟専従者に限る）	人	人	人	人
11) その他の職員	人	人	人	人

平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）

# 精神医療の実施状況調査 精神科救急・合併症入院料病棟票（案）

※本調査票は、精神科救急・合併症入院料を算定している施設の方にお伺いするものです。当該病棟のない施設の方は本調査票にご回答いただく必要はございません。

## 1. 精神科救急・合併症入院料算定病棟の患者についてお伺いします。

①平成25年10月末、平成26年10月末時点で貴施設の精神科救急・合併症入院料算定病棟に在院している全ての患者について、年齢階級、主たる疾患、在院期間、GAF尺度のスコア、向精神薬使用数別にそれぞれ該当する人数をご記入ください。なお、年齢階級別①～⑤の合計、主たる疾患別①～⑫の合計、在院期間別①～⑧の合計、GAF尺度のスコア別①～⑫の合計は、「3）精神科救急・合併症入院料算定病棟の在院患者数」と同じ数値になるようにしてください。

		平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科救急・合併症入院料算定病棟数		棟	棟
2) 精神科救急・合併症入院料算定病床数		床	床
3) 精神科救急・合併症入院料算定病棟の在院患者数		人	人
年齢階級別	① 20歳未満	人	人
	② 20歳以上40歳未満	人	人
	③ 40歳以上65歳未満	人	人
	④ 65歳以上75歳未満	人	人
	⑤ 75歳以上	人	人
主たる疾患別 <sup>注1</sup>	① 症状性を含む器質性精神障害	人	人
	② 精神作用物質による精神及び行動の障害	人	人
	③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人	人
	④ 気分〔感情〕障害	人	人
	⑤ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人	人
	⑥ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人	人
	⑦ 成人の人格及び行動の障害	人	人
	⑧ 知的障害（精神遅滞）	人	人
	⑨ 心理的発達の障害	人	人
	⑩ 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人	人
	⑪ 詳細不明の精神障害	人	人
	⑫ その他	人	人
在院期間別 <sup>注2</sup>	① 1か月未満	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人
	⑧ 20年以上	人	人
GAF尺度のスコア別	① 91～100	人	人
	② 81～90	人	人
	③ 71～80	人	人
	④ 61～70	人	人
	⑤ 51～60	人	人
	⑥ 41～50	人	人
	⑦ 31～40	人	人
	⑧ 21～30	人	人
	⑨ 11～20	人	人
	⑩ 1～10	人	人
	⑪ 0点	人	人
	⑫ 不明	人	人

向 精 神 薬 使 用 数	主傷病に対して薬物療法を受けている患者数	人	人
	① 1種	人	人
	② 2種	人	人
	③ 3種	人	人
	④ 4種	人	人
	⑤ 5種以上	人	人

注1. 主たる疾患が複数の疾患に該当する場合には主たる1つに計上してご記入ください。また、ICD10 国際疾病分類第10版（2003年改訂）の「精神および行動の障害」によるものとします。

注2. 在院期間は、過去に入院形態の変更があったとしても、入院が継続している場合は1回の在院期間として扱うものとします。

②平成25年10月及び平成26年10月の各1か月間について、次の患者数をご記入ください。		
	平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科救急・合併症入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
(うち) 救急搬送・警察搬送患者数	人	人
(うち) 緊急措置入院患者数	人	人
(うち) 措置入院患者数	人	人
(うち) 応急入院患者数	人	人
(うち) 精神科単科病院からの転院してきた身体合併症患者数	人	人
(うち) 精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期ICU等で治療を受け、再入棟した患者数	人	人
(うち) 特定集中治療室管理料算定病床から再入院した患者数	人	人
(うち) ハイケアユニット入院医療管理料算定病床から再入院した患者数	人	人
(うち) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料算定病床から再入院した患者数	人	人
(うち) 小児特定集中治療管理料算定病床から再入院した患者数	人	人
(うち) 総合周産期特定集中治療室管理料算定病床から再入院した患者数	人	人
(うち) 自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画書を策定した患者数		人
2) 各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
(うち) 自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
(うち) 自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 他院の精神病床に転院した患者数	人	人
(うち) 連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
(うち) 他院の一般病床に転院した患者数	人	人
(うち) 入院期間が1年以内の患者数	人	人
(うち) 認知症の患者数	人	人
(うち) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の患者数	人	人
(うち) 気分〔感情〕障害の患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画加算を算定した患者数		人

## 2. 精神科救急・合併症入院料算定病棟の職員の体制についてお伺いします。

①精神科救急・合併症入院料算定病棟に配置されている職員数（常勤換算）をお書きください。※小数点以下第1位まで	平成25年10月		平成26年10月	
	専従	専任	専従	専任
	1) 医師	人	人	人
(うち) 精神科医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 看護補助者	人	人	人	人
5) 薬剤師	人	人	人	人
6) 作業療法士	人	人	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人	人	人
9) 社会福祉士（上記8）を除く）	人	人	人	人
10) 事務職員（精神科救急・合併症入院料算定病棟専従者に限る）	人	人	人	
11) その他の職員	人	人	人	人

**平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）**  
**精神医療の実施状況調査精神科急性期治療病棟入院料病棟票（案）**

※本調査票は、精神科急性期治療病棟入院料を算定している施設の方にお伺いするものです。当該病棟のない施設の方は本調査票にご回答いただく必要はございません。

**1. 精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の患者についてお伺いします。**

①平成25年10月末、平成26年10月末時点で貴施設の**精神科急性期治療病棟入院料算定病棟**に在院している**全ての患者**について、年齢階級、主たる疾患、在院期間、GAF尺度のスコア、向精神薬使用数別にそれぞれ該当する人数をご記入ください。なお、年齢階級別①～⑤の合計、主たる疾患別①～⑫の合計、在院期間別①～⑧の合計、GAF尺度のスコア別①～⑫の合計は、「3）精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の在院患者数」と同じ数値になるようにしてください。

		平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科急性期治療病棟入院料算定病棟数		棟	棟
2) 精神科急性期治療病棟入院料算定病床数		床	床
3) 精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の在院患者数		人	人
年齢階級別	① 20歳未満	人	人
	② 20歳以上40歳未満	人	人
	③ 40歳以上65歳未満	人	人
	④ 65歳以上75歳未満	人	人
	⑤ 75歳以上	人	人
主たる疾患別 <sup>注1</sup>	① 症状性を含む器質性精神障害	人	人
	② 精神作用物質による精神及び行動の障害	人	人
	③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	人	人
	④ 気分〔感情〕障害	人	人
	⑤ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	人	人
	⑥ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	人	人
	⑦ 成人の人格及び行動の障害	人	人
	⑧ 知的障害（精神遅滞）	人	人
	⑨ 心理的発達の障害	人	人
	⑩ 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	人	人
	⑪ 詳細不明の精神障害	人	人
	⑫ その他	人	人
在院期間別 <sup>注2</sup>	① 1か月未満	人	人
	② 1か月以上3か月未満	人	人
	③ 3か月以上6か月未満	人	人
	④ 6か月以上1年未満	人	人
	⑤ 1年以上5年未満	人	人
	⑥ 5年以上10年未満	人	人
	⑦ 10年以上20年未満	人	人
	⑧ 20年以上	人	人
GAF尺度のスコア別	① 91～100	人	人
	② 81～90	人	人
	③ 71～80	人	人
	④ 61～70	人	人
	⑤ 51～60	人	人
	⑥ 41～50	人	人
	⑦ 31～40	人	人
	⑧ 21～30	人	人
	⑨ 11～20	人	人
	⑩ 1～10	人	人
	⑪ 0	人	人
	⑫ 不明	人	人

向精神薬使用数	主傷病に対して薬物療法を受けている患者数	人	人
	① 1種	人	人
	② 2種	人	人
	③ 3種	人	人
	④ 4種	人	人
	⑤ 5種以上	人	人

注1. 主たる疾患が複数の疾患に該当する場合には主たる1つに計上してご記入ください。また、ICD10 国際疾病分類第10版（2003年改訂）の「精神および行動の障害」によるものとします。

注2. 在院期間は、過去に入院形態の変更があったとしても、入院が継続している場合は1回の在院期間として扱うものとします。

②平成25年10月及び平成26年10月の各1か月間について、次の患者数をご記入ください。		
	平成25年10月	平成26年10月
1) 精神科急性期治療病棟入院料算定病床における新規入院患者数	人	人
(うち) 救急搬送・警察搬送患者数	人	人
(うち) 緊急措置入院患者数	人	人
(うち) 措置入院患者数	人	人
(うち) 応急入院患者数	人	人
(うち) 他の精神科病院からの転院患者数	人	人
(うち) 他の一般病院からの転院患者数	人	人
(うち) 身体合併症の治療のために、救命救急センター等の他院の一般病床に入院していたが、治療を終えて、貴施設に再入院となった患者数	人	人
(うち) 自院の一般病床からの転棟患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画書を策定した患者数		人
2) 各1か月間に当該病床から退院・転院・転棟した患者数	人	人
(うち) 自宅退院患者数（障害者施設等含む）	人	人
(うち) 自院の他の精神病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 自院の他の一般病床に転棟した患者数	人	人
(うち) 他院の精神病床に転院した患者数	人	人
(うち) 連携の取り決めのある医療機関への転院患者数	人	人
(うち) 他院の一般病床に転院した患者数	人	人
(うち) 入院期間が1年以内の患者数	人	人
(うち) 認知症の患者数	人	人
(うち) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の患者数	人	人
(うち) 気分〔感情〕障害の患者数	人	人
(うち) 院内標準診療計画加算を算定した患者数		人
(うち) 精神科身体合併症管理加算を算定したことがある患者数		人
精神科身体合併症管理加算を算定したことがある患者の平均在院日数		日



2. 精神科急性期治療病棟入院料算定病棟の職員の体制についてお伺いします。

①精神科急性期治療病棟入院料算定病棟に配置されている職員数（常勤換算）をお書きください。  
※小数点以下第1位まで

	平成 25 年 10 月		平成 26 年 10 月	
	専従	専任	専従	専任
1) 医師	人	人	人	人
（うち）精神科医	人	人	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人	人	人
3) 准看護師	人	人	人	人
4) 看護補助者	人	人	人	人
5) 薬剤師	人	人	人	人
6) 作業療法士	人	人	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人	人	人
9) 社会福祉士（上記8）を除く）	人	人	人	人
10) 事務職員（精神科急性期治療病棟入院料算定病棟専従者に限る）	人	人	人	人
11) その他の職員	人	人	人	人

②貴施設では、「精神科急性期医師配置加算」の施設基準の届出がありますか。※○は1つ

1. ある→届出時期：平成26年（ ）月
2. ないが、具体的な届出の予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月頃
3. ないが、今後、届出をしたい
4. ない

【精神科急性期医師配置加算の届出のない施設の方】

②-1 貴施設では、「精神科急性期医師配置加算」の施設基準の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○

1. 在宅移行率の要件が満たせないため
2. 時間外・休日・深夜の入院件数の要件が満たせないため
3. 時間外・休日・深夜の外来対応件数の要件が満たせないため
4. 医師が不足しており、確保が困難なため
5. 人件費がかかるなど、経営上のインセンティブがないため
6. その他（具体的に )

**平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）**  
**精神医療の実施状況調査 入院患者票（案）**

●平成26年10月31日に調査対象の精神科病棟に入院中の患者の状況について、患者1人につき本調査票1部を使ってご記入ください。

**1. 患者の基本的事項**

①性別	01. 男性	02. 女性	②年齢	(10月31日現在) _____ 歳
③精神障害者福祉手帳	01. 手帳をもっていない	02. 1級	03. 2級	04. 3級

**2. 入院の状況**

①入院日（年号に○）	平成・昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日頃	③精神科・神経科への通算入院回数	_____ 回目・不明
②初診日（他の医療機関を含む）	平成・昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日頃	④精神科・神経科への通算入院期間	_____ 年 ____ か月・不明
⑤直近の退院日	平成・昭和 _____ 年 ____ 月 ____ 日頃		
⑥現在入院している病棟（○は1つ）	01. 精神科救急入院料算定病棟 02. 精神科救急・合併症入院料算定病棟	03. 精神科急性期治療病棟入院料算定病棟 04. 精神療養病棟入院料算定病棟	
⑦入棟前の居場所（○は1つ）	01. 自宅、賃貸住宅など（家族と同居） 02. 自宅、賃貸住宅など（一人暮らし） 03. 自院の他の病棟 04. 他の医療機関の精神科病棟 05. 他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 06. 介護老人保健施設 07. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	08. グループホーム 09. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） 10. 生活訓練施設 11. 入所授産施設 12. その他（ _____ ） 13. 不明	
⑧直近の在宅療養期間における、精神科訪問看護の利用の有無（○は1つ）		01. あり	02. なし
⑨入院の理由（○はいくつでも）	01. 精神症状が強いため 02. セルフケアに著しい問題があるため 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため	04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 05. 治療・服薬への心理的抵抗が強いため 06. その他（ _____ ）	
⑩入院形態（○は1つ）	01. 任意入院 02. 医療保護入院	03. 措置入院・緊急措置入院 04. 応急入院	
⑪処遇（○は1つ）	01. 開放処遇	02. 閉鎖処遇	
⑫主傷病（○は1つ）	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03） 02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） 03. アルコールによる精神・行動の障害（F10） 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19） 05. 統合失調症（F20） 06. その他の精神病性障害（F21-29） 07. 気分（感情）障害（F3） 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） 10. 成人の人格・行動の障害（F6） 11. 知的障害（精神遅滞）（F7） 12. 心理的発達の障害（F8） 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） 14. 詳細不明の精神障害（F99） 15. てんかん（G40）	
⑬その他の精神疾患の傷病（○はいくつでも）	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）（F00-03） 02. その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09） 03. アルコールによる精神・行動の障害（F10） 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19） 05. 統合失調症（F20） 06. その他の精神病性障害（F21-29） 07. 気分（感情）障害（F3） 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5） 10. 成人の人格・行動の障害（F6） 11. 知的障害（精神遅滞）（F7） 12. 心理的発達の障害（F8） 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98） 14. 詳細不明の精神障害（F99） 15. てんかん（G40）	
⑭身体合併症（○はいくつでも）	01. 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫） 02. 心疾患（虚血性心疾患など） 03. 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 04. 重篤な内分泌・代謝性疾患 05. 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害） 06. 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害等） 07. 全身感染症（結核、梅毒、敗血症等） 08. 急性腹症（消化管出血、イレウス等） 09. 悪性症候群	10. 横紋筋融解症 11. 広範囲（半肢以上）熱傷 12. 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍 13. 腎不全（透析を必要とする状態） 14. 手術室での手術を必要とする状態 15. 合併症妊娠・出産 16. 膠原病（専門医による管理を必要とする状態） 17. 歯科疾患	

### 3. 患者の状態等

①症状の程度 (○は1つ)	01. 生命の危険がある 02. 生命の危険は少ないが入院治療を要する 03. 受け入れ条件が整えば退院可能	04. 近日中に退院予定 05. 検査入院 06. その他 ( )		
②患者の GAF スコア	1) 入棟時	2) 現在		
③改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) (現在)	点			
④認知症高齢者の 日常生活自立度	01. 自立 06. III 11. 不明	02. I 07. IIIa		
⑤ADL 区分 (○は1つ)	01. ADL 区分 1	02. ADL 区分 2		
⑥重症度・看護必要度 B. 患者の状況等 (○は各1つ)	a. 寝返り	01. できる	02. 何かにつかまればできる	03. できない
	b. 起き上がり	01. できる	02. できない	
	c. 座位保持	01. できる	02. 支えがあればできる	03. できない
	d. 移乗	01. できる	02. 見守り・一部介助が必要	03. できない
	e. 口腔清潔	01. できる	02. できない	
	f. 食事摂取	01. 介助なし	02. 一部介助	03. 全介助
	g. 衣服の着脱	01. 介助なし	02. 一部介助	03. 全介助
⑦患者の状態 (○は各1つ)	a. 他者への意思伝達	01. できる	02. できる時とできない時がある	03. できない
	b. 診療・療養上の指示が通じる	01. 通じる	02. 通じない	
	c. 危険行動への対応(過去1ヶ月)	01. なし	02. あり	

〈参考〉

- a. 特定の看護師や家族にしか意思の伝達ができない場合は「できる時とできない時がある」。昏迷、緘黙の場合は「できない」。  
 b. 隔離中の場合は、療養上の指示が「通じない」。拒薬も同様。認知症、幻覚妄想状態の患者は指示については「通じない」。  
 c. 他害や器物破損で二次的に自他の安全を損なう行為、水中毒患者の多飲水も危険行為に含む。

### 4. 治療の状況(平成 26 年 10 月1か月間)

①主傷病に対して実施 している診療内容 (○はいくつでも) ※主治医にご確認ください	01. 薬物療法 02. 精神療法 → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>a. 一般精神療法</td> <td>b. 認知療法</td> <td>c. 行動療法</td> <td>d. 精神分析療法</td> </tr> <tr> <td>e. 家族療法</td> <td>f. 箱庭療法・遊戯療法</td> <td>g. 作業療法</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">h. その他(具体的に )</td> </tr> </table>	a. 一般精神療法	b. 認知療法	c. 行動療法	d. 精神分析療法	e. 家族療法	f. 箱庭療法・遊戯療法	g. 作業療法		h. その他(具体的に )			
a. 一般精神療法	b. 認知療法	c. 行動療法	d. 精神分析療法										
e. 家族療法	f. 箱庭療法・遊戯療法	g. 作業療法											
h. その他(具体的に )													
②向精神薬の処方内容 (該当するものすべて 種類数を記入) ※主治医にご確認ください	1) 入院時の処方薬数 抗不安薬 ( ) 種類 睡眠薬 ( ) 種類 抗うつ薬 ( ) 種類 抗精神病薬 ( ) 種類 2) 現在の処方薬数 抗不安薬 ( ) 種類 睡眠薬 ( ) 種類 抗うつ薬 ( ) 種類 抗精神病薬 ( ) 種類												
③身体合併症に対する 対応状況 (○は1つ)	01. 精神科・神経科の医師が対応 → (a. 十分対応できている b. 治療上課題がある ) 02. 自院の他科の医師が対応 → (a. 十分対応できている b. 治療上課題がある ) 03. 他院の医師の支援を受けて対応 → (a. 十分対応できている b. 治療上課題がある ) 04. 身体合併症の治療は他院に移送して実施 → (a. 十分対応できている b. 治療上課題がある ) 05. 治療を要する身体合併症なし → 3 ページの質問 5. ①へ												
④【上記③で 02、03、04 に○がついた方】 身体合併症について他の診療科を受診した回数 (自院・他院の合計)	( ) 回/月												
⑤【上記③で 02、03、04 に○がついた方】 身体合併症について他の診療科を受診した目的 (○はいくつでも)	01. 急性期疾患の治療のため 02. 症状の原因の精査 03. 慢性疾患の治療 (悪性腫瘍、循環器、糖尿病、透析、その他) 04. 歯科治療のため 05. その他 ( )												

⑥【上記③で 02、03、04 に○がついた方】 身体合併症について費用の請求はどのような形でしましたか（○は1つ）	
01. 合議で精算	02. 入院料を減算した上で先方で請求
03. 入院料を減算せず先方で請求（歯科のみ）	
04. その他（	）

## 5. 患者の社会的状況と退院の見通し

①退院後に生活を継続するために必要な支援（○はいくつでも）	01. 薬物療法 02. 精神療法 03. デイケア等 04. 訪問看護サービス	05. 福祉サービス（移送・家事援助など）による援助 06. 不要 07. 将来の退院を想定できない 08. その他（具体的に
②退院の見通し（○は1つ）	01. 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能 02. 状態の改善が見込まれるので、在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来（6か月以内）に退院可能となる	03. 状態の改善が見込まれるので、在宅サービスの支援体制が整えば近い将来（6か月以内）に退院可能となる 04. 状態の改善が見込まれず、在宅サービスの支援体制の状況に関わらず将来の退院を見込めない
③退院した場合の支援として重要なもの（○は各1つ）	01. 看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による援助指導 → 01. 24時間体制での対応が必要 04. 1週間で数回の訪問が必要	02. 不要 03. 毎日の訪問 05. 1週間で1回程度の訪問
④現在退院できない場合の最大の理由（○は1つ）	01. (医学的観点から)入院を要する状態が続いているため 02. 病識がないため 03. 患者の経済的理由のため 04. 本人が退院を望まないため 05. 転院・入所先の空き待ちのため 06. 転院・入所への依頼が受け入れられないため	07. 退院後、必要な医療処置の提供が期待できないため 08. 退院後、必要な支援等サービスを期待できないため 09. 家族の受け入れ困難、又は介護者不在のため 10. 生活継続のための支援者がいないため 11. 地域（近所）住民の理解が得られないため 12. その他（

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

**平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）**  
**精神医療の実施状況調査 外来患者票（案）**

●平成26年10月31日時点において貴施設の精神科外来を受診した患者の状況について、患者1人につき本調査票1部を可能な範囲でご記入ください。

**1. 患者の基本的事項**

①性別	01. 男性                      02. 女性	②年齢	(10月31日現在) _____ 歳
③精神障害者福祉手帳	01. 手帳をもっていない    02. 1級	03. 2級	04. 3級

**2. 精神療法開始前後の状況**

①通院開始日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
②精神療法開始日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
③精神科での入院の有無	01. 有	02. 無	
④過去2年間における通算入院回数（平成24年11月～平成26年10月）	_____ 回		
⑤入院中の精神療法等実施の有無	01. 有	02. 無	
⑥直近の入院の理由 (○はいくつでも)	01. 精神症状が強いため 02. セルフケアに著しい問題があるため 03. 迷惑行為・他害行為の危険性が高いため	04. 自傷行為・自殺企図の危険性が高いため 05. 治療・服薬への心理的抵抗が強いため 06. その他 ( _____ )	

**3. 患者の現況**

①現在の居場所 (○は1つ)	01. 自宅（家族等との同居も含む） 02. 有料老人ホーム 03. 軽費老人ホーム 04. 特別養護老人ホーム 05. サービス付き高齢者向け住宅	06. 認知症グループホーム 07. 精神障害者グループホーム 08. その他 ( _____ ) 09. 不明
②主傷病 (○は1つ)	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）(F00-03) 02. その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09) 03. アルコールによる精神・行動の障害 (F10) 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19) 05. 統合失調症 (F20) 06. その他の精神病性障害 (F21-29) 07. 気分（感情）障害 (F3) 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F4)	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F5) 10. 成人の人格・行動の障害 (F6) 11. 知的障害（精神遅滞）(F7) 12. 心理的発達の障害 (F8) 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98) 14. 詳細不明の精神障害 (F99) 15. てんかん (G40)
③その他の傷病（精神疾患）(○はいくつでも)	01. 認知症（他の精神疾患によるものを除く）(F00-03) 02. その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09) 03. アルコールによる精神・行動の障害 (F10) 04. その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19) 05. 統合失調症 (F20) 06. その他の精神病性障害 (F21-29) 07. 気分（感情）障害 (F3) 08. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F4)	09. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F5) 10. 成人の人格・行動の障害 (F6) 11. 知的障害（精神遅滞）(F7) 12. 心理的発達の障害 (F8) 13. 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98) 14. 詳細不明の精神障害 (F99) 15. てんかん (G40)
④精神療法の実施回数（平成26年10月1か月間）	_____ 回	
⑤精神療法の平均実施時間（平成26年10月1か月間）	1回あたり _____ 分	
⑥患者の状態	1) GAF 尺度	2) 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) _____ 点
⑦認知症高齢者の日常生活自立度	01. 自立                      02. I                      03. II                      04. II a                      05. II b 06. III                      07. III a                      08. III b                      09. IV                      10. M 11. 不明	
⑧ADL区分 (○は1つ)	01. ADL 区分 1                      02. ADL 区分 2                      03. ADL 区分 3                      04. 不明	

⑨IADLの困難度 (○は各1つ)	a. 食事の用意	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	b. 家事一般	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	c. 金銭管理	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	d. 薬の管理	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	e. 電話の利用	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	f. 買い物	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	g. 交通手段の利用	01. 問題ない	02. いくらか困難	03. 非常に困難
	⑩利用している診療内容等 (○はいくつでも) (平成26年10月) ※主治医にご確認ください	01. 薬物療法		
02. 精神療法				
⑪訪問看護の利用状況 (平成26年10月) ※貴院が直接実施した場合のみお書きください。訪問看護ステーションに指示した場合はご回答いただく必要はございません。	03. 精神科デイ・ケア (ショート・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアを含む)			
	04. 訪問看護 (訪問看護ステーション) との併用			
	05. 訪問看護 (病院) との併用			
	06. 障害福祉サービスとの併用 →具体的に			
	a. 就労支援		b. 共同生活援助 (グループホーム)	
	c. 短期入所 (ショートステイ)		d. その他 ( )	
	07. 介護保険サービスとの併用 →具体的に			
	a. 訪問介護		b. 短期入所生活介護 (ショートステイ)	
c. その他 ( )				
08. その他に利用している治療法や活動 ( )				
⑫精神療法の内容 (平成26年10月)	01. 一般精神療法		05. 家族療法	
	02. 精神分析療法		06. 箱庭療法・遊戯療法	
	03. 認知療法		07. 精神科作業療法	
	04. 行動療法		08. その他 ( )	
	1) 訪問した日数 ( ) 日			
	2) 訪問した回数 ( ) 回			
	3) 長時間精神科訪問看護・指導加算を算定した回数 ( ) 回			
	4) 夜間・早朝訪問看護加算を算定した回数 ( ) 回			
5) 深夜訪問看護加算を算定した回数 ( ) 回				
6) 精神科緊急訪問看護加算を算定した回数 ( ) 回				
7) 精神科重症患者早期集中支援管理料の算定の有無→ ( 01 あり 02 なし )				
8) 急性増悪による週4回以上の訪問看護の実施の有無→ ( 01 あり 02 なし )				
⑬向精神薬の処方内容 (該当するものすべて種類を記入) ※主治医にご確認ください	平成25年10月		平成26年10月	
	抗不安薬	( ) 種類	( ) 種類	
	睡眠薬	( ) 種類	( ) 種類	
	抗うつ薬	( ) 種類	( ) 種類	
⑭向精神薬多剤投与の除外規定対象となる場合はその内容 (○はいくつでも) ※主治医にご確認ください	抗精神病薬		( ) 種類	
	01. 他の保険医療機関で既に向精神薬を多剤投与されている場合の連続した6か月間			
	02. 既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間			
	03. 臨時に投与した場合 (抗うつ薬、抗精神病薬が対象) 〔臨時で投与した理由を具体的にお書きください。〕			
04. 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として届出した医師がやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合 (抗うつ薬、抗精神病薬のみが対象) 〔やむを得ず投与を行った理由を具体的にお書きください。〕				
⑮現在利用している精神科デイケア等	01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの)		05. 精神科デイ・ナイト・ケア	
	02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの)		06. 精神科ナイト・ケア	
	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)			

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

## GAF(機能の全体的評定)尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的(または環境的)制約による機能の障害を含めないこと。

コード(注:例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること)

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

# ADL区分

0	自立	手助け、準備、観察は不要又は1～2回のみ
1	準備のみ	物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2	観察	見守り、励まし、誘導が3回以上
3	部分的な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4	広範な援助	動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5	最大の援助	動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6	全面依存	まる3日間すべての面で他者が全面援助した(及び本動作は一度もなかった場合)

6段階で評価し合計  
各項目10点ずつ

項目	支援のレベル
ベッド上の可動性	
移乗	
食事	
トイレの使用	
(合計点)	

ADL区分	ADL得点
1	0～10
2	11～22
3	23～24



開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 年度調査）  
「精神医療の実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、精神科急性期病床における平均在院日数の短縮を図る観点から、医師を重点的に配置した場合の評価など精神病床の機能分化を進める取組と、精神疾患患者の地域生活への移行や地域定着を促進する観点から、多職種チームによる在宅医療についての評価が行われました。また、諸外国と比較して向精神薬の処方剤数が多いことが課題となっていることを踏まえ、向精神薬の適切な処方についての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 26 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、①精神病床を有する病院、②①における精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料の算定を行っている病棟、③②の病棟における患者及び精神科外来を受診した患者を対象として、「精神医療の実施状況調査」を実施することとなりました。本調査は、精神疾患患者の急性期病床での受入状況、患者の地域への移行状況や向精神薬の使用状況、今後の課題等を把握することを目的にしています。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、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 26 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

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：\*\*\*、\*\*\*、\*\*\*）

E-mail：\*\*\*@murc.jp

※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：03-6733-\*\*\*\*（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-\*\*\*\*

厚生労働省保険局医療課委託事業  
平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 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）

■ 調査目的

平成 26 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せんの受付状況、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う。

【主な目的】

- 保険薬局で受け付けた処方せんについて、一般名処方の記載された処方せんの受付状況、「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
- 医薬品の備蓄及び廃棄の状況の把握
- 後発医薬品についての患者への説明状況の把握
- 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化の把握
- 保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況の把握
- 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識の把握 / 等

<調査のねらい>

- ・ 一般名処方加算等により、医療機関の処方状況がどのように変化したか。
- ・ それに伴い、保険薬局において後発医薬品の調剤状況がどのように変化したか。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の評価の見直しにより、保険薬局における後発医薬品の調剤状況が変化したか。
- ・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識がどのようにになっているか。
- ・ 後発医薬品の更なる使用促進を図る上での課題は何か。 / 等

## ■ 調査対象及び調査方法

### ○調査対象（案）

#### ①保険薬局調査

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局を調査対象とする。
- ・ 調査客体数は、1,500 施設とする予定である。

#### 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、2,000 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、1,500 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 3,000 人（ $2 \times 1,500 = 3,000$  人）となる。

#### ⑤患者調査

- ・ 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。

### ○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。
- ・ 医師調査については、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。
- ・ 患者調査については、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。

## ■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール (案)

	平成26年					平成27年		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
調査設計・調査票の作成	→							
調査客体の選定		→						
調査票等の印刷・封入			→					
調査実施			→					
督促				→				
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						→		
調査結果作成 (速報)						→		
追加分析・調査結果作成							→	
調査検討委員会開催		★					★	

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 26 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(案)**

※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についてお伺いするものです。

※以下のラベルに、電話番号をご記入ください。また、薬局名と薬局の所在地をご確認の上、記載内容に不備等がございましたら、赤書きで修正してください。

薬局名	( )
薬局の所在地	
電話番号	

<ご回答方法>

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を 1つだけ○で囲んでください。
- ・( ) 内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( ) 内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成 26 年 9 月末現在の貴薬局の状況についてお答えください。

0. あなた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 開設者・管理者の別 ※○は1つだけ	1. 開設者      2. 管理者      3. 開設者兼管理者		

1. 貴薬局の状況についてお伺いします。

①開設者 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) …………▶ (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) 2. 個人
②同一法人による薬局店舗数	( ) 店舗 ※当該店舗を含めてお答えください。
③開設年	西暦 ( ) 年
④貴薬局はチェーン薬局(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
⑤貴薬局の処方せん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	1. 主に近隣にある特定の病院の処方せんに応需している薬局 2. 主に近隣にある特定の診療所の処方せんに応需している薬局 3. 主に複数の特定の保険医療機関(いわゆる医療モールも含む)の処方せんに応需している薬局 4. 様々な保険医療機関からの処方せんに応需している薬局 5. その他(具体的に )
⑥貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成 25 年度決算	約 ( ) % ※OTC医薬品の販売等がなく、保険調剤収入のみである場合は 100%とご記入ください。

		常勤(実人数)	非常勤(実人数)
⑦職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	1)薬剤師	( ) 人	( ) 人
	2)その他(事務職員等)	( ) 人	( ) 人
	3)全職員	( ) 人	( ) 人
⑧調剤基本料 ※○は1つだけ		1. 調剤基本料 (41点)	2. 調剤基本料 (25点)
⑧-1	全処方せんの受付回数(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せんの受付回数の割合(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	妥結率	( . ) % ※小数点以下第1位まで	
⑨基準調剤加算 ※○は1つだけ		1. 基準調剤加算 1 (12点)	2. 基準調剤加算 2 (36点)
		3. 届出(算定)していない	
⑩後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	⑩-1 平成25年度	1. 後発医薬品調剤体制加算 1 (5点) 2. 後発医薬品調剤体制加算 2 (15点) 3. 後発医薬品調剤体制加算 3 (19点) 4. 届出(算定)していない	
	⑩-2 平成26年度	1. 後発医薬品調剤体制加算 1 (18点) 2. 後発医薬品調剤体制加算 2 (22点) 3. 届出(算定)していない	
⑪後発医薬品調剤割合(新指標) ※新指標算出式=後発医薬品/(後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品)(%)		( ) % ※平成26年9月1か月間について算出	
⑫新指標のカットオフ値 ※カットオフ値算出式=(後発医薬品あり先発医薬品+後発医薬品)/全医薬品(%)		( ) % ※平成26年9月1か月間について算出	
⑬新指標で算出するに当たって何か問題点はありましたか。 ※○は1つだけ		1. ある      2. ない      3. まだわからない	
⑭【上記⑬で「1.ある」と回答された薬局】 具体的な問題点を教えてください。			
(自由記載欄)			

2. 貴薬局で調査対象期間(平成26年\*月\*日(\*)~\*月\*日(\*))に受け付けた処方せんについて、ご記入ください。

(1) ①平成26年*月*日(*)~*月*日(*)に受け付けた処方せん枚数は何枚ですか。	( ) 枚
② ①のうち、先発医薬品(準先発品)名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方せんの枚数	( ) 枚
③ 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品目でもある処方せんの枚数	( ) 枚



3. 貴薬局における後発医薬品への対応状況についてお伺いします。

(1)調剤用医薬品の 備蓄状況・廃棄 額等			平成25年9月 または把握可能な25年度の 末日時点または1か月分	平成26年9月 または把握可能な直近1か月分 の末日時点または1か月分										
	※質問①②は9月末日 時点、質問③④は9 月1か月間の数値を ご記入ください。	①備蓄 品目	1)全医薬品	約( )品目	約( )品目									
2)うち後発医薬品			約( )品目	約( )品目										
②在庫 金額		1)全医薬品	約( )円	約( )円										
		2)うち後発医薬品	約( )円	約( )円										
③購入 金額		1)全医薬品	約( )円	約( )円										
		2)うち後発医薬品	約( )円	約( )円										
④医薬品 廃棄額		1)全医薬品	約( )円	約( )円										
		2)うち後発医薬品	約( )円	約( )円										
⑤上記①-1)のうち、現在、1つの先 発医薬品(同一規格)に対して平 均何品目の後発医薬品を備蓄し ていますか。 ※小数点以下第1位まで			平均 約( )品目 例) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>先発医薬品 α 10mg</td> <td>└</td> <td>後発医薬品 A 10mg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>後発医薬品 B 10mg</td> </tr> <tr> <td>先発医薬品 α 20mg</td> <td>—</td> <td>後発医薬品 A 20mg</td> </tr> </table> この場合、平均「1.5」品目となります。		先発医薬品 α 10mg	└	後発医薬品 A 10mg			後発医薬品 B 10mg	先発医薬品 α 20mg	—	後発医薬品 A 20mg	
先発医薬品 α 10mg		└	後発医薬品 A 10mg											
		後発医薬品 B 10mg												
先発医薬品 α 20mg	—	後発医薬品 A 20mg												

(2) 貴薬局における後発医薬品の採用基準は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること</li> <li>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること</li> <li>5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること</li> <li>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること</li> <li>8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること</li> <li>10. 調剤がしやすい(例;容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい)こと</li> <li>11. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること</li> <li>12. 先発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること</li> <li>13. 信頼における後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること</li> <li>14. 古くから販売されている後発医薬品であること</li> <li>15. 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</li> <li>16. その他(具体的に )</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>2. MRからの情報提供が頻繁にあること</li> <li>4. 大病院で採用されていること</li> <li>7. 納品までの時間が短いこと</li> <li>9. 患者からの評価がよいこと</li> </ul> |
|--|--|
- 【選択肢 1~16 を選ばれたすべての薬局】
- (2)-1 上記の選択肢 1~16 のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。→

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

- 1. 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる→5ページの質問(7)へ
- 2. 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 3. 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 4. 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない

【上記質問(3)で1.以外を回答された薬局】

(4) 後発医薬品を積極的に調剤しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質(効果や副作用を含む)に疑問がある</li> <li>3. 後発医薬品の情報提供体制に不安がある</li> <li>5. 後発医薬品の説明に時間がかかる</li> <li>7. 経営上の観点から</li> <li>9. 経営者(会社)の方針</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>2. 後発医薬品メーカーの安定供給に不安がある</li> <li>4. 患者への普及啓発が不足している</li> <li>6. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である</li> <li>8. 在庫管理の負担が大きい</li> <li>10. その他(具体的に )</li> </ul> |
|---|--|

【選択肢 1~10 を選ばれたすべての薬局】

(4)-1 上記の選択肢 1~10 のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。→



【上記質問(3)で1.以外を回答された薬局】	
(5)後発医薬品を積極的に調剤していない医薬品の種類は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 血圧降下剤	2. 高脂血症用剤
5. 催眠鎮静剤	6. 抗不安剤
9. 糖尿病用剤等	10. 消化性潰瘍用剤
12. その他 (具体的に )	13. 特にない
3. 不整脈用剤	4. 精神神経用剤
7. 抗てんかん剤	8. 解熱鎮痛剤
11. 抗アレルギー剤	
【上記質問(3)で1.以外を回答された薬局】	
(6)後発医薬品を積極的に調剤していない患者の特徴として該当するものすべてに○をつけてください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者	
2. 差額が小さい患者	
3. 先発医薬品との違い (色、形など) を気にする患者	
4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者	
5. その他 (具体的に )	
6. 特にない	
(7)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握する手段として最も多く利用しているものは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 「お薬手帳」を通じて	
2. 薬剤服用歴	
3. 処方せん受付時における患者への口頭やアンケートによる意向確認 (初回のみ)	
4. 処方せん受付時における患者への口頭やアンケートによる意向確認 (毎回)	
5. その他 (具体的に )	
(8)後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。 ※○は1つだけ	
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 )	
(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することが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ	
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. 副作用等問題が発生した時だけ	
6. 必要ない	
7. その他 (具体的に )	
(10)「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。 ※○は1つだけ	
1. 主に合意した方法で行っている	
2. 医療機関によって様々である	
3. 合意した方法はない	
4. その他 (具体的に )	
【上記質問(10)で「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」と回答された薬局】	
(11)その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 調剤をした都度提供すること	
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする	
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること	
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること	
5. 副作用等問題が発生した時だけ提供すること	
6. その他 (具体的に )	

4. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

(1) 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. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示 8. その他（具体的に _____） 9. 特に対応は必要ない→質問(3)へ	
(2) 上記(1)の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
(3) 現在、同一成分・同一剤形の後発医薬品の価格は銘柄ごとに様々ですが、どのような体系が望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ	
1. 1つの価格帯に統一      2. 2つの価格帯に統一      3. 3つの価格帯に統一（現行の制度） 4. 先発医薬品より安ければ価格は銘柄ごとに違ってよい 5. その他（具体的に _____）	
(4) 後発医薬品の薬価について、先発医薬品と比較してどの程度が適切な水準とお考えになりますか。	
先発医薬品の薬価の（ _____ ）%程度	
(5) 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、処方せんに変更不可の署名を行わないこと 4. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと      5. 一般名処方とすること 6. 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 7. 疑義照会への誠実な対応      8. 後発医薬品に対する理解 9. その他（具体的に _____） 10. 医師に望むことは特にない→質問(7)へ	
(6) 上記(5)の選択肢1～9のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
(7) 上記(1)(5)以外に、後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、また、後発医薬品の使用・普及を進めていくために、具体的にどのような取組を行えば効果があるか、ご意見を自由にお書きください。	
_____ _____ _____	

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。  
 ※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いたします。

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 26 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(案)

- 平成 26 年\*月\*日 (\*) から\*月\*日 (\*) のうちのいずれか平均的な開局時間の 1 日の
状況をご記入ください。詳細は調査要綱をご覧ください。
■ 処方せん 1 枚につき 1 行を使ってご記入ください。

調査日：平成 2 6 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 曜日

Table with 5 main columns: 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), 実際に調剤した薬剤料 (B), 患者一部負担金の割合 (C). Includes a sample row with values like 724, 540, and 3.

※回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、裏面用紙をコピーしてお使いください。
回答用紙 3 枚中 1 枚





2. <有床診療所及び院内処方のある施設の方にお伺いします。すべて院外処方の無床診療所の方は3ページの質問4. ①へお進みください。>

貴施設における後発医薬品の使用状況等についてお伺いします。

①医薬品備蓄品目数	約 ( ) 品目
②上記①のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 ( ) 品目
③調剤用医薬品費 (購入額)	約 ( ) 円 ※平成 26 年 9 月 1 か月間又は直近 1 か月分
④上記③のうち後発医薬品費 (購入額)	約 ( ) 円 ※平成 26 年 9 月 1 か月間又は直近 1 か月分
⑤調剤用医薬品廃棄額	約 ( ) 円 ※平成 26 年 9 月 1 か月間又は直近 1 か月分
⑥上記⑤のうち後発医薬品廃棄額	約 ( ) 円 ※平成 26 年 9 月 1 か月間又は直近 1 か月分
⑦後発医薬品の採用状況は、いかがでしょうか。 ※〇は1つだけ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品があるものは積極的に採用</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に採用</li> <li>3. 後発医薬品を積極的に採用していない</li> <li>4. その他 (具体的に )</li> </ol>
⑧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〇	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品メーカーが品質について情報開示をしていること</li> <li>2. MRからの情報提供が頻繁にあること</li> <li>3. 他の後発医薬品よりも薬価が安価であること</li> <li>4. 大病院で採用されていること</li> <li>5. 近隣の保険医療機関(病院・診療所)で採用されている処方銘柄であること</li> <li>6. 後発医薬品の適応症が先発医薬品と同一であること</li> <li>7. 納品までの時間が短いこと</li> <li>8. 後発医薬品メーカー・卸が十分な在庫を確保していること</li> <li>9. 患者からの評価がよいこと</li> <li>10. 調剤がしやすい(例;容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい)こと</li> <li>11. 本社の問い合わせ窓口における対応が充実していること</li> <li>12. 先発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること</li> <li>13. 信頼における後発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること</li> <li>14. 古くから販売されている後発医薬品であること</li> <li>15. 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</li> <li>16. その他(具体的に )</li> <li>17. 特にない→質問3. ①へ</li> </ol>
⑨上記⑧の選択肢1～16のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	

3. <有床診療所の方にお伺いします。無床診療所の方は3ページの質問4. ①へお進みください>

入院患者に対する後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

※ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

①後発医薬品使用体制加算の状況 ※〇は1つだけ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 算定していない</li> <li>2. 後発医薬品使用体制加算 1 を算定している</li> <li>3. 後発医薬品使用体制加算 2 を算定している</li> </ol>
②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものの番号1つだけに〇	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>4. 後発医薬品を積極的に処方しない</li> </ol>

<p>③今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の使用を進めてもよいと思えますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</li> <li>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保</li> <li>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合</li> <li>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入</li> <li>6. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</li> <li>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示</li> <li>10. その他（具体的に</li> <li>11. 特に対応は必要ない→質問4. ①へ</li> </ol>
<p>④上記③の選択肢1～10のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

4. <院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします。院外処方せんを発行していない施設の方は5ページの質問5. ①へお進みください>

外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えをお伺いします。

① 処方せん料の算定回数（平成26年9月1か月間）	（                    ）回			
② 一般名処方加算の算定回数（平成26年9月1か月間）	（                    ）回			
③ 後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品を積極的に処方する→質問④へ *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。</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>4. 後発医薬品を積極的に処方しない</li> </ol>				
→③-1 後発医薬品を積極的に処方しない場合、その理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○。				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある</li> <li>2. 後発医薬品の安定供給に不安がある</li> <li>3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している</li> <li>4. 患者への普及啓発が不足している</li> <li>5. 後発医薬品の説明に時間がかかる</li> <li>6. 一般名の記入がしづらい</li> <li>7. 後発医薬品を処方するメリットがない</li> <li>8. 経営上の観点から</li> <li>9. 患者が先発医薬品を希望する</li> <li>10. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断した</li> <li>11. その他（具体的に</li> </ol>				
④ 1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」としない処方せんも含まれます）は、変化しましたか。 ※○は1つだけ				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 多くなった</td> <td style="width: 33%;">2. 変わらない</td> <td style="width: 33%;">3. 少なくなった</td> </tr> </table>		1. 多くなった	2. 変わらない	3. 少なくなった
1. 多くなった	2. 変わらない	3. 少なくなった		
⑤ 平成26年4月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ある</li> <li>2. ない→4ページの質問⑥へ</li> </ol>				





5. <院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

① 外来診療時の院内投薬における後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ	
1. 後発医薬品を積極的に処方する→質問②へ *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	
▶①-1 後発医薬品を積極的に処方しないのはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある	
2. 後発医薬品の安定供給に不安がある	3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
4. 患者への普及啓発が不足している	5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
6. 経営上の観点から	7. 患者が先発医薬品を希望する
8. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断した	
9. その他（具体的に	）
② 患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※〇は1つだけ	
1. ある	2. ない→質問6. ①へ
▶②-1 質問②の場合、どのような対応をとりましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
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	）

6. <すべての施設の方にお伺いします>

後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

① 後発医薬品について、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、平成24年7月に医療関係者向けに『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～』を作成し、HPでも公開（ <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf">http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf</a> ）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（内容を見ていない）	3. 知らない
③ 厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 知っている（内容も見た）	2. 知っている（内容を見ていない）	3. 知らない
④ 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→6ページの質問⑤へ	

<p>④-1 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○</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先発医薬品との効果・副作用の違いを経験した</li> <li>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</li> <li>3. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した</li> <li>4. 処方していた後発医薬品の品切・製造中止</li> <li>5. メーカーから必要な情報が公開されていなかった</li> <li>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</li> <li>7. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた</li> <li>8. その他（具体的に _____ ）</li> </ol>	
<p>⑤ 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○</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</li> <li>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保</li> <li>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合</li> <li>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入</li> <li>6. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</li> <li>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示</li> <li>10. その他（具体的に _____ ）</li> <li>11. 特に対応は必要ない→質問7. へ</li> </ol>	
<p>⑥ 上記⑤の選択肢1～10のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。</p>	

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等、また、後発医薬品の使用・普及を進めていくために、具体的にどのような取組を行えば効果があるか、ご意見を自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。



⑦特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 2. 地域包括ケア病棟入院料 3. 救命救急入院料 4. 特定集中治療室管理料 5. 小児入院医療管理料 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料（精神科救急入院料等） 7. いずれも算定していない	⑧許可病床数	1) 一般病床 ( ) 床 2) 療養病床 ( ) 床 3) 精神病床 ( ) 床 4) 結核病床 ( ) 床 5) 感染症病床 ( ) 床 6) 全 体 ( ) 床
⑨後発医薬品使用体制加算の状況	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		
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処方せん料の算定回数	( ) 回 ※平成 26 年 9 月 1 か月間		
⑬一般名処方加算の算定回数	( ) 回 ※平成 26 年 9 月 1 か月間		

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は、いかがでしょうか。 ※○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○	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. MR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. 患者からの評価がよいこと 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. 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 12. 先発医薬品メーカーが扱う後発医薬品であること 13. 信頼の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 14. 古くから販売されている後発医薬品であること 15. 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 16. その他(具体的に ) 17. 特にない→3ページの質問④へ
③上記②の選択肢 1～16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医薬品備蓄品目数		全品目	うち、後発医薬品		
	1) 内服薬	( ) 品目	( ) 品目		
	2) 外用薬	( ) 品目	( ) 品目		
	3) 注射薬	( ) 品目	( ) 品目		
	4) 合計	( ) 品目	( ) 品目		
⑤調剤用医薬品費（購入額）		約 ( ) 円	※平成 26 年 9 月 1 か月間		
⑥上記⑤のうち後発医薬品費（購入額）		約 ( ) 円	※平成 26 年 9 月 1 か月間		
⑦調剤用医薬品廃棄額		約 ( ) 円	※平成 26 年 9 月 1 か月間		
⑧上記⑦のうち後発医薬品廃棄額		約 ( ) 円	※平成 26 年 9 月 1 か月間		
⑨後発医薬品使用割合 <数量ベース>（平成 26 年の 1 月～9 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。					
1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
( . ) %	( . ) %	( . ) %	( . ) %	( . ) %	( . ) %
7 月	8 月	9 月			
( . ) %	( . ) %	( . ) %			

3. <院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします。院外処方せんを発行していない施設の方は 4 ページの質問 4. ①へお進みください>

**外来診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考えをお伺いします。**

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。※○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→質問②へ  
\*一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。
- 2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する
- 3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている
- 4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない
- 5. その他（具体的に

▶ ①-1 施設の方針として、「後発医薬品を積極的に使用する」としていない場合、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（効果や副作用を含む）に疑問がある
- 2. 後発医薬品の安定供給に不安がある
- 3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
- 4. 患者への普及啓発が不足している
- 5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
- 6. 一般名処方に対応したオーダーリングシステムとなっていない
- 7. 後発医薬品を処方するメリットがない
- 8. 経営上の観点から
- 9. 患者が先発医薬品を希望する
- 10. その他（具体的に

②平成 26 年 4 月以降、貴施設では、一般名処方による処方せんを発行したことがありますか。※○は1つだけ

- 1. 発行している
- 2. 発行を検討中→質問③へ
- 3. 発行していない→質問③へ

▶ ②-1 一般名処方による処方せんの発行により、事務的な負担は増えましたか。 ※○は1つだけ

- 1. とても増えた
- 2. 少し増えた
- 3. ほとんど変わらない
- 4. 少し減った
- 5. とても減った
- 6. わからない

③ 保険薬局で実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報提供はどのような方法・タイミングで必要ですか。  
※○は1つだけ

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. 副作用等問題が発生した時だけ
6. 必要ない
7. その他（具体的に )

4. <院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

① 外来診療時の院内投薬における後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。  
※○は1つだけ

1. 施設の方針として、後発医薬品を積極的に使用する→5ページの質問5. ①へ  
\*一般名処方の場合や「変更不可」欄にチェック等を行わない場合を含みます。
2. 施設の方針として、薬の種類によって、後発医薬品を積極的に使用する
3. 施設の方針として、個々の医師の判断に任せている
4. 施設の方針として、後発医薬品をほとんど使用していない
5. その他（具体的に )

→ ①-1 施設の方針として、「後発医薬品を積極的に使用する」としていない場合、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（効果や副作用を含む）に疑問がある
2. 後発医薬品の安定供給に不安がある
3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
4. 患者への普及啓発が不足している
5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
6. 一般名処方に対応したオーダーリングシステムとなっていない
7. 後発医薬品を処方するメリットがない
8. 経営上の観点から
9. 患者が先発医薬品を希望する
10. その他（具体的に )

5. <すべての施設の方にお伺いします>

**入院患者**に対する後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

※ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

<p>①入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものの番号1つだけに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>2. 薬の種類によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>3. 患者によって、後発医薬品を積極的に処方する</li> <li>4. 後発医薬品を積極的には処方しない</li> </ol>
<p>②今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 厚生労働省による、医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底</li> <li>2. 後発医薬品メーカー・卸による情報提供体制の確保</li> <li>3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保</li> <li>4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合</li> <li>5. 先発医薬品名を入力すると一般名処方できるオーダーリングシステムの導入</li> <li>6. 後発医薬品に対する患者の理解</li> <li>7. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</li> <li>8. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</li> <li>9. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示</li> <li>10. その他（具体的に</li> <li>11. 特に対応は必要ない→質問6. ①へ</li> </ol>
<p>③上記②の選択肢1～10のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

6. <すべての施設の方にお伺いします>

後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

<p>① 後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ</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、平成 24 年 7 月に医療関係者向けに『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～』を作成し、HP でも公開 (<a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoku/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf">http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoku/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf</a>) していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ</p>
<p>1. 知っている（内容も見た）                      2. 知っている（内容を見ていない）                      3. 知らない</p>
<p>③ 厚生労働省では、平成 25 年 4 月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ</p>
<p>1. 知っている（内容も見た）                      2. 知っている（内容を見ていない）                      3. 知らない</p>
<p>④ 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</p>
<p>1. ある    2. ない→6 ページの質問 7. へ</p>

④-1 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の品切・製造中止
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. その他（具体的に )

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等、また、後発医薬品の使用・普及を進めていくために、具体的にどのような取組を行えば効果があるか、ご意見を自由にお書きください。

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



平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 26 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(案)

※この「医師票」は、貴施設において、外来診療を担当する医師の方に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。  
 ※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。  
 ※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。  
 ※特に断りのない場合は、平成 26 年 9 月末現在の状況についてご記入ください。

1. あなたご自身についてお伺いします。

① 性別	1. 男性	2. 女性	② 年齢	( ) 歳
③ 主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 脳神経外科
	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. その他 (具体的に )	
④ 1日当たり平均外来診察患者数	( ) 人 ※平成 26 年 9 月 1 か月間			

2. <院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします。院外処方せんを発行していない施設の方は3ページの質問3. ①へお進みください>

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

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

- 1. 後発医薬品を積極的に処方する→質問②へ  
\*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

→①-1 後発医薬品を積極的には処方しない場合、その理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質 (効果や副作用を含む) に疑問がある
- 2. 後発医薬品の安定供給に不安がある
- 3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
- 4. 患者への普及啓発が不足している
- 5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
- 6. 一般名の記入がしづらい
- 7. 後発医薬品を処方するメリットがない
- 8. 経営上の観点から
- 9. 患者が先発医薬品を希望する
- 10. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断した
- 11. その他 (具体的に )

② 1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」としない処方せんも含みます) は、変化しましたか。 ※○は1つだけ

- 1. 多くなった
- 2. 変わらない
- 3. 少なくなった

③ 平成 26 年 4 月以降、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した処方せんを発行したことはありますか。 ※○は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない→2ページの質問④へ

③-1 あなたが発行した院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記した医薬品が1品目でもある処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。 ※平成26年9月

約 ( ) %

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。最も多いものの番号1つだけに○をつけてください。※○は1つだけ

1. 先発医薬品から後発医薬品への変更不可とすることが多い
2. 後発医薬品について他銘柄の後発医薬品への変更不可とすることが多い
3. 先発医薬品・後発医薬品の区別なく変更不可とすることが多い
4. その他 (具体的に )

③-3 先発医薬品の銘柄を指定する場合、それはなぜですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 後発医薬品の品質 (効果や副作用を含む) に疑問がある
2. 後発医薬品の安定供給に不安がある
3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
4. 患者から希望があったから
5. その他 (具体的に )

③-4 後発医薬品の銘柄を指定する場合、それはなぜですか。※あてはまる番号すべてに○

1. 特定の銘柄以外の後発医薬品の品質 (効果や副作用を含む) に疑問がある
2. 特定の銘柄以外の後発医薬品の安定供給に不安がある
3. 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
4. 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
5. 先発医薬品の会社が製造した後発医薬品を処方したい
6. 上記1.~5.以外の理由で後発医薬品の銘柄を指定する必要がある (理由: )
7. 患者から希望があったから
8. その他 (具体的に )

④ 平成26年4月以降、あなたは、一般名処方による処方せんを発行したことがありますか。※○は1つだけ

1. ある
2. ないが検討中→質問⑤へ
3. ない (予定もない) →質問⑤へ

④-1 一般名処方による処方せんの発行により、事務的な負担は増えましたか。 ※○は1つだけ

1. とても増えた
2. 少し増えた
3. ほとんど変わらない
4. 少し減った
5. とても減った
6. わからない

⑤ 保険薬局で実際に調剤した後発医薬品の銘柄等に関する情報提供はどのような方法・タイミングで必要ですか。 ※○は1つだけ

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. 副作用等問題が発生した時だけ
6. 必要ない
7. その他 (具体的に )

⑥ 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→3ページの質問4. ①へ

⑥-1 質問⑥の場合、どのような対応をとりましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 先発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名しなかった
2. 後発医薬品を処方した
3. 後発医薬品を処方し、変更不可の欄に署名した
4. 一般名で処方した
5. 後発医薬品が存在しない医薬品であるので対応できなかった
6. 対応しなかった (理由: )
7. その他 (具体的に )

3. <院外処方せんを発行していない施設の方にお伺いします>

外来診療時における院内投薬の状況や後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

① 外来診療時の院内投薬における後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※○は1つだけ	
1. 後発医薬品を積極的に処方する→質問②へ *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	
▶①-1 後発医薬品を積極的には処方しないのはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号すべてに○。	
1. 後発医薬品の品質（効果や副作用を含む）に疑問がある	
2. 後発医薬品の安定供給に不安がある	3. 後発医薬品に関する情報提供が不足している
4. 患者への普及啓発が不足している	5. 後発医薬品の説明に時間がかかる
6. 患者が先発医薬品を希望する	7. 患者の容態等から先発医薬品が良いと判断した
8. 経営上の観点から	9. その他（具体的に )
② 患者から後発医薬品の処方を求められたことがありますか。 ※○は1つだけ	
1. ある	2. ない→質問4. ①へ
▶②-1 質問②の場合、どのような対応をとりましたか。 ※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	
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	
4. 対応しなかった（理由： )	
5. その他（具体的に )	

4. 後発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

① 後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ		
1. だいたい知っている	2. 少しは知っている	3. ほとんど知らない
② 厚生労働省では、平成24年7月に医療関係者向けに『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～』を作成し、HPでも公開（ <a href="http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf">http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/dl/02_120713.pdf</a> ）していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ		
1. 知っている（内容も見た）	2. 知っている（内容を見ていない）	3. 知らない
③ 厚生労働省では、平成25年4月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ		
1. 知っている（内容も見た）	2. 知っている（内容を見ていない）	3. 知らない
④ 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⑤へ	

▶ 次ページに続きます。

④-1 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
- 3. 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
- 4. 後発医薬品メーカー間での効果の差を経験した
- 5. 処方していた後発医薬品の品切・製造中止
- 6. メーカーから必要な情報が公開されていなかった
- 7. 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
- 8. 医療関係者から後発医薬品に関する苦情を聞いた
- 9. その他（具体的に

⑤ 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. 後発医薬品の原体、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国などの情報開示
- 10. その他（具体的に
- 11. 特に対応は必要ない→質問5. へ

⑥ 上記⑤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。

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等、また、後発医薬品の使用・普及を進めていくために、具体的にどのような取組を行えば効果があるか、ご意見を自由にお書きください。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。  
お手数をおかけいたしますが、＊＊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。

## 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(案)**

※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、同じ効能・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品より安価で、経済的です。

なお、ジェネリック医薬品では、先発医薬品と異なる添加剤を使用するケースが多くありますが、先発医薬品が上市後に添加剤を変更する場合と同様に、添加剤の違いによって有効性・安全性に違いが生じないことを確認しています。

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. 患者ご本人（代筆の場合も含む） |   |
| 2. 本人以外のご家族（具体的に   | ） |
| 3. その他（具体的に        | ） |

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性      2. 女性	② 年齢	(      ) 歳
③ お住まい	(      ) 都・道・府・県		
④ お手持ちの健康保険証の種類	※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。○は1つだけ		
1. 国民健康保険（国保）		2. 健康保険組合（健保組合）	
3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）		4. 共済組合（共済）	
5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合）		6. 全額公費（自己負担がない）	
7. その他（具体的に		） 8. わからない	
⑤ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありますか。 ※○は1つだけ			
1. ある		2. ない	
⑥ この3か月間に処方せん（ご本人の処方せんです）を持って薬局に行った回数	過去3か月間の薬局訪問回数 約 (      ) 回		
⑦ 「お薬手帳」を利用していますか。 ※○は1つだけ			
1. 利用している		2. 利用していない	

2. 本日の状況等についておうかがいします。

① 本日、この薬局を選んだ理由は何ですか。※〇はいくつでも

1. この薬局をかかりつけにしているから
2. 医療機関の近くにあったから
3. 通勤・通学の途中、職場や学校の近くにあったから
4. 薬剤師がわかりやすく説明してくれるから
5. 後発医薬品を調剤してくれるから
6. 待ち時間が短いから
7. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

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がどのくらい安くなれば、今後ジェネリック医薬品を使用したいと思えますか。※〇は1つだけ ※自己負担額0円の方は回答不要です

1. 少しでも安くなるのであれば使用したい
2. 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. いくら安くなっても使用したくない
4. わからない
5. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

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. 安く売れる理由が不可解だから
2. 高いものはいいものだと考えるから
3. 聞き慣れないメーカーだから
4. 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
5. 医師がすすめないから
6. 薬剤師がすすめないから
7. 家族や知人がすすめないから
8. 使いなれたものがいいから
9. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

③-2 そのように思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。※〇は1つだけ

1. 後発医薬品に切り替えて、副作用が出たことがあるから
2. 後発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
3. 報道等、周囲から後発医薬品の品質、効果等に関して良い情報を聞かないから
4. その他（具体的に \_\_\_\_\_）

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. ジェネリック医薬品へ変更しなかった
- 3. わからない

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の負担感はどうでしたか。 ※〇は1つだけ

- 1. とても安くなった
- 2. それなりに安くなった
- 3.それほど変わらなかった
- 4. わからない・覚えていない

3. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関するご経験などについておうかがいします。  
ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

① ジェネリック医薬品に関心がありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. 関心がある
- 2. 関心はない
- 3. どちらともいえない

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※〇は1つだけ

- 1. 知っていた
- 2. 名前は聞いたことがあった
- 3. 知らなかった

③ 今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない
- 3. わからない

④ 医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない
- 3. わからない

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない

※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。

⑥ 薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。 ※〇は1つだけ

- 1. ある
- 2. ない
- 3. わからない





**※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。 ※○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. 医師や薬剤師のすすめがあること
7. 窓口で支払う薬代が安くなること
8. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
9. その他（具体的に
10. 特にない→質問④へ

③ 上記②の選択肢1～9のうち、最も重要なことは何ですか。  
あてはまる番号を1つだけお書きください。

④ 今までに受け取ったことがあるものをすべて○で囲んでください。 ※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→6ページの質問⑤へ



平成 26 年 10 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 26 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 26 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 時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。社会保険の運営につきまして、日頃格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。

さて、平成 26 年 4 月の診療報酬改定では、後発医薬品調剤体制加算の見直しや一般名処方に関する後発医薬品選択の明確化など、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 26 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、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

平成 26 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

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

経済・社会政策部（担当：\*\*\*、\*\*\*、\*\*\*）

E-mail：\*\*\*@murc.jp

※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：03-6733-\*\*\*\*（受付時間 10:00～17:00）（土日・祝日は除きます。）

FAX：03-6733-\*\*\*\*