

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査

病院票（案）

※この「病院票」は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

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

※特に断りのない質問については、平成28年9月30日時点の状況についてご記入ください。

※「平成27年9月」と記載の質問については平成27年9月30日時点または平成27年9月1か月間の状況を、「平成28年9月」と記載の質問については平成28年9月30日時点または平成28年9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医療機関名	()				
②所在地	() 都道府県				
③開設者 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立	03. 公的	04. 社会保険関係団体	
	05. 医療法人	06. 個人	07. 学校法人	08. 社会福祉法人	
	09. その他（具体的に)				
④同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※あてはまる番号すべてに○	01. 該当なし	02. 介護老人保健施設	03. 介護老人福祉施設		
	04. 訪問看護ステーション	05. 居宅介護支援事業所	06. 地域包括支援センター		
	07. 訪問介護事業所	08. 小規模多機能型居宅介護事業所			
	09. 通所介護事業所	10. 介護療養型医療施設			
	11. 障害福祉サービス事業所	12. その他（具体的に)			
⑤病院種別 ※○は1つだけ	01. 精神科病院（単科）		02. 精神科病院（内科等併設あり）		
	03. 精神科を有する特定機能病院		04. 精神科を有する一般病院		
⑥貴施設が標榜している診療科は何ですか。※あてはまる番号すべてに○					
01. 内科	02. 外科	03. 整形外科	04. 脳神経外科	05. 小児科	
06. 呼吸器科	07. 消化器科	08. 循環器科	09. 精神科	10. 心療内科	
11. 眼科	12. 皮膚科	13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. リハビリテーション科	
16. 歯科（歯科口腔外科等含む）		17. その他（具体的に)			
⑦貴施設が届出を行っている精神科病棟の入院基本料等は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○					
01. 10対1入院基本料	02. 13対1入院基本料	03. 15対1入院基本料			
04. 18対1入院基本料	05. 20対1入院基本料	06. 特別入院基本料			
07. 特定機能病院入院基本料（精神科病棟）		08. 精神科救急入院料			
09. 精神科急性期治療病棟入院料1		10. 精神科急性期治療病棟入院料2			
11. 精神科救急・合併症入院料		12. 児童・思春期精神科入院医療管理料			
13. 精神療養病棟入院料		14. 認知症治療病棟入院料		15. 地域移行機能強化病棟入院料	
⑧貴施設が届出を行っている入院基本料等加算（精神科）は何ですか。※あてはまる番号すべてに○					
01. 精神科応急入院施設管理加算		02. 精神科病棟入院時医学管理加算			
03. 精神科地域移行実施加算		04. 精神科身体合併症管理加算			
05. 重度アルコール依存症入院医療管理加算		06. 摂食障害入院医療管理加算			
07. 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算		08. 精神科救急搬送患者地域連携受入加算			
09. 精神科急性期医師配置加算					

⑨平成 27 年 9 月及び平成 28 年 9 月における、1) 病棟数、2) 許可病床数をそれぞれご記入ください。 ※該当病床がない場合は、病棟数と許可病床数には「0」をご記入ください。							
		一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全体
1) 病棟数	平成 27 年 9 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
	平成 28 年 9 月	棟	棟	棟	棟	棟	棟
2) 許可 病床数	平成 27 年 9 月	床	床	床	床	床	床
	平成 28 年 9 月	床	床	床	床	床	床

⑩平成 27 年 9 月及び平成 28 年 9 月における、精神病床の各入院料別の 1) 病棟数、2) 届出病床数、3) 病床利用率^{注1}、4) 平均在院日数^{注2}をそれぞれご記入ください。 ※該当病床がない場合は、病棟数と病床数には「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 27 年 9 月				平成 28 年 9 月			
	1) 病棟数	2) 届出 病床数	3) 病床 利用率 ^{注1}	4) 平均在 院日数 ^{注2}	1) 病棟数	2) 届出 病床数	3) 病床 利用率 ^{注1}	4) 平均在 院日数 ^{注2}
精神病床全体	棟	床	%	日	棟	床	%	日
地域移行機能強化病棟入院料					棟	床	%	日
精神病棟入院基本料 1.5 対 1 ※特定機能病院入院基本料 (精神病棟) は含まない	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	棟	床	%	日	棟	床	%	日
その他の精神科病棟	棟	床			棟	床		

注 1. 病床利用率は平成 27 年 7 月～9 月、平成 28 年 7 月～9 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。

病床利用率＝（7 月～9 月の在院延べ患者数）÷ {（月間日数×月末病床数）の 7 月～9 月の合計}

注 2. 平均在院日数は平成 27 年 7 月～9 月、平成 28 年 7 月～9 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（小数点以下は切り上げてください）。

平均在院日数＝（7 月～9 月の在院患者延べ日数）÷ {（7 月～9 月の新入棟患者数＋7 月～9 月の新退棟患者数）／2}

また、転棟患者についても、当該病棟に入棟した場合は新入棟患者として、当該病棟から他病棟に転棟した場合は退棟患者として対象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。

2. 貴施設における体制等について伺います。

①精神科病棟に従事している職員数（常勤換算※）をお書きください。精神科病院の場合、 病棟勤務の職員数 をご記入ください。		
	平成 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
1) 医師	人	人
（うち）精神保健指定医	人	人
（うち）精神科特定医師	人	人
（うち）上記以外の精神科医	人	人
（うち）精神科以外の医師	人	人
2) 看護師（保健師を含む）	人	人
（うち）精神看護専門看護師＊	人	人
（うち）認知症看護認定看護師＊	人	人
（うち）精神科認定看護師＊ ＊	人	人
3) 准看護師	人	人
4) 看護補助者	人	人
5) 薬剤師	人	人
6) 作業療法士	人	人
7) 臨床心理技術者	人	人
8) 精神保健福祉士	人	人
9) 社会福祉士（上記 8）を除く）	人	人
10) 事務職員	人	人
11) その他の職員	人	人
12) 職員数合計	人	人

※常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第 1 位までお答えください。

■ 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）

■ 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

＊ 日本看護協会の認定した者 ＊＊ 日本精神科看護協会の認定した者

②貴施設では、退院支援^{注3}を担当する専門部署（地域移行推進室等名称は問わない）を設置していますか。 ※○は1つだけ	
01. 設置している	02. 設置していない

③貴施設において、特に困難な退院支援業務等は何ですか。3つまで選択してください。 ※○は3つまで

00. 困難な業務はない	
01. 退院支援計画の作成	02. 退院支援計画の患者や家族等への説明
03. 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起	
04. 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施（家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等）	
05. 通院医療機関の確保	06. 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討
07. 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入	08. 居住の場の検討と居住先の確保
09. 居住先等での試験外泊や訓練の実施	
10. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討	
11. 後見人、補佐人または補助人の必要性の検討	12. 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保
13. 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成	
14. 市区町村役所での諸手続きや居住先で必要な日用品購入等への同行	
15. 日中の適切な活動場所の検討	16. 活動場所への移動手段に応じた訓練
17. 退院前の精神科デイ・ケア等の実施	

3. 地域移行機能強化病棟についてお伺いします。

①貴施設は、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていますか。※○は1つだけ	
01. 届出をしていない	02. 届出をしている→質問②へ
①-1 現在、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしていない理由は何ですか。 ※○は1つだけ	
01. 長期入院患者がいらない・少ないため 02. 転換に適した病床がないため（精神科急性期病床のみ、精神病床が少ないなど） 03. 地域の入院需要に対応する上で精神病床を削減することが困難なため 04. 精神病床の削減は経営的に困難なため 05. 施設基準の要件を満たせないから 06. その他（具体的に	
①-1-1 満たせない要件は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 病棟配置の医師の確保 02. 病棟配置の看護職員の確保 03. 病棟配置の専従の常勤精神保健福祉士の確保 04. 病棟配置のその他の職員の確保 05. 常勤の臨床心理技術者の配置 06. 退院支援部署の設置 07. 退院支援相談員の確保 08. 病床利用率が 90%以上 09. 自宅等退院患者が 1.5%以上	
①-2 今後、地域移行機能強化病棟入院料の届出を行う意向はありますか。 ※○は1つだけ	
01. 具体的な予定がある→届出予定時期：平成（ ）年（ ）月 02. （具体的な予定はないが、）届出を行う意向がある 03. 検討中であり、まだわからない 04. 届出を行う意向はない 05. その他（具体的に	
①-2-1 どのような状況があれば、地域移行機能強化病棟入院料の届出をしようと思いますか。具体的に ご記入ください。	

→7 ページの質問4. ①へ

【地域移行機能強化病棟入院料の届出をしている施設の方】

②地域移行機能強化病棟入院料の届出をした時期はいつですか。	
平成28年（ ）月	
③地域移行機能強化病棟に転換した病床種別は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 10対1入院基本料 02. 13対1入院基本料 03. 15対1入院基本料 04. 18対1入院基本料 05. 20対1入院基本料 06. 特別入院基本料 07. 特定機能病院入院基本料（精神病棟） 08. 精神科救急入院料 09. 精神科急性期治療病棟入院料1 10. 精神科急性期治療病棟入院料2 11. 精神科救急・合併症入院料 12. 児童・思春期精神科入院医療管理料 13. 精神療養病棟入院料 14. 認知症治療病棟入院料 15. その他（ ）	

④地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、どのように精神病床を削減する計画ですか。				
平成（ ）年（ ）月までに精神病床（ ）床を削減予定				
⑤地域移行機能強化病棟入院料の届出に当たり、精神病床の許可病床数の変更を行いましたか。 ※○は1つだけ				
01. 変更を行った→（ ）床削減 02. 変更を行っていない				
⑥地域移行機能強化病棟の退院支援相談員（入院患者の退院に向けた相談支援業務等を担当する職員）の人数（実人数）をご記入ください。				
1) 精神保健福祉士	人			
2) 保健師・看護師・准看護師	人			
（うち）精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する職員	人			
3) 作業療法士	人			
（うち）精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する職員	人			
4) 社会福祉士（上記1) 2) 3)を除く）	人			
（うち）精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する職員	人			
5) その他	人			
6) 合計	人			
⑦貴施設では、どのくらいの頻度で退院支援委員会を開催していますか。 ※○は1つだけ				
01. 週に数回 02. 1週間に1回程度				
03. 2週間に1回程度 04. 3週間に1回程度				
05. 1か月に1回程度 06. その他（具体的に ）				
⑧現在、地域移行機能強化病棟（当該病棟）に入院している患者に対して、次の退院支援業務等は、どのタイミングで実施していますか。 ※○はそれぞれ1つだけ				
	多い み に は 既 に 実 施 が 多 い	当該病棟入棟時に実施すること	当該病棟入棟後、入棟前実施と同じくらい	実施していない
1) 退院支援計画の作成	1	2	3	4
2) 退院支援計画の患者や家族等への説明	1	2	3	4
3) 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起	1	2	3	4
4) 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施（家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等）	1	2	3	4
5) 通院医療機関の確保	1	2	3	4
6) 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討	1	2	3	4
7) 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入	1	2	3	4
8) 居住の場の検討と居住先の確保	1	2	3	4
9) 居住先等での試験外泊や訓練の実施	1	2	3	4
10) 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討	1	2	3	4
11) 後見人、補佐人または補助人の必要性の検討	1	2	3	4
12) 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保	1	2	3	4
13) 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成	1	2	3	4
14) 市区町村役所での諸手続きや居住先に必要な日用品購入等への同行	1	2	3	4
15) 日中の適切な活動場所の検討	1	2	3	4
16) 活動場所への移動手段に応じた訓練	1	2	3	4
17) 退院前の精神科デイ・ケア等の実施	1	2	3	4

⑨上記⑧以外に実施している退院支援業務等があれば具体的にご記入ください。

⑩平成 28 年 9 月 1 か月間に**地域移行機能強化病棟**に新たに入院・入棟した患者数をご記入ください。

※2)～7)の合計が1)と一致することをご確認ください。

1) 地域移行機能強化病棟入院料算定病床における新規入院・入棟患者数	人
2) 上記 1) のうち、自院の精神療養病棟から転棟した患者数	人
3) 上記 1) のうち、自院の精神病棟入院基本料（15対1）算定病棟から転棟した患者数	人
4) 上記 1) のうち、自院の認知症治療病棟から転棟した患者数	人
5) 上記 1) のうち、自院の上記以外の病床から転棟した患者数	人
6) 上記 1) のうち、他院から転院した患者数	人
7) 上記 1) のうち、自宅等、医療機関以外から入院した患者数	人

⑪平成 28 年 9 月 1 か月間に**地域移行機能強化病棟**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) 地域移行機能強化病棟入院料算定病床における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年超の患者数	人	人
3) 上記 1) のうち、自宅（親族のを含む）・賃貸住宅に退院した患者数	人	
4) 上記 1) のうち、退院し、グループホーム・ケアホームに入所した患者数	人	
5) 上記 1) のうち、退院し、認知症対応型共同生活介護に入所した患者数	人	
6) 上記 1) のうち、退院し、介護保険施設（特養・老健）に入所した患者数	人	
7) 上記 1) のうち、退院し、有料老人ホーム・サ高住に入所した患者数	人	

⑫貴施設では、病床削減後に、どのようなサービス・事業を新たに実施したいと考えていますか。（下記の選択肢には法人種別により実施できないものも含まれています） ※あてはまる番号すべてに○

01. 特にない

【医療サービス】

02. 精神科救急・急性期病床

03. 重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床

04. 精神科外来

05. 精神科デイ・ケア等

06. 訪問診療

07. 訪問看護

【介護サービス等】

08. 短期入所療養介護

09. 介護老人保健施設

10. 介護老人福祉施設

11. 軽費老人ホーム

12. 養護老人ホーム

13. 有料老人ホーム

14. サ高住

15. 認知症高齢者グループホーム

16. その他介護サービス（具体的に

）

【障害福祉サービス】

17. 居宅介護

18. 重度訪問介護

19. 行動援護

20. 生活介護

21. 重度障害者等包括支援

22. 自立訓練（機能訓練）

23. 自立訓練（生活訓練）

24. 宿泊型自立訓練

25. 就労移行支援

26. 就労継続支援A型

27. 就労継続支援B型

28. 相談支援

29. 共同生活援助（グループホーム）

30. 短期入所（障害福祉サービス）

31. その他障害福祉サービス（具体的に

）

4. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

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

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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 00. 届出をしていない (→8ページの質問5.①へ) | |
| 01. 精神科ショート・ケア (小規模なもの) | 02. 精神科ショート・ケア (大規模なもの) |
| 03. 精神科デイ・ケア (小規模なもの) | 04. 精神科デイ・ケア (大規模なもの) |
| 05. 精神科ナイト・ケア | 06. 精神科デイ・ナイト・ケア |

②貴施設が実施する**精神科デイ・ケア等**に従事している職員数（実人数）をご記入ください。

	平成 27 年 9 月		平成 28 年 9 月	
	専 従 ^{注4}	専 任 ^{注4}	専 従 ^{注4}	専 任 ^{注4}
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士（上記 4）を除く）	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者（上記 4）5）を除く）	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他（ ）	人	人	人	人
9) 合計	人	人	人	人

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

③平成 28 年 9 月 1 か月間に精神科デイ・ケア等を行った患者数をご記入ください。

※「（うち）1 年超の患者数」には「（うち）3 年超の患者数」も含まれます。

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

④平成 28 年 4 月～9 月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。

※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書（地方厚生局届出 別紙様式 31）による

1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から平成 28 年 9 月末までの月数の平均	月

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

※あてはまる番号すべてに○

01. 疾患別プログラム

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

02. 年代別プログラム

- | | | | |
|-----------------------------|----------|----------|----------|
| 021. 高齢者 | 022. 青年期 | 023. 思春期 | 024. 児童期 |
| 025. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に | | | |

03. 病期別プログラム

- | | |
|------------------------|--------------|
| 031. 慢性期 | 032. 急性期退院直後 |
| 033. その他病期を区切ったもの（具体的に | |

04. 目的別プログラム

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

05. 利用期間別プログラム 06. その他（具体的に

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

01. 1種類

02. 2種類 03. 3～5種類 04. 6種類以上

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

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

5. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。 ※○は1つだけ

01. 病院（貴施設）が行っている
 02. 病院（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→10 ページの質問6. ①へ）
 03. 行っていない（→10 ページの質問6. ①へ）

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

	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成 27 年 9 月	.	.	.	.	.	.
平成 28 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）

③精神科訪問看護を開始した時期	平成（ ）年（ ）月
-----------------	------------

④平成 28 年 9 月 1 か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）	人
---	---

⑤上記④のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）	人
--------------------------	---

⑥上記④のうち、他の精神科療法を行った患者数（実人数）	人
-----------------------------	---

⑦上記④のうち、新規の患者数（実人数） ※「新規の患者数」とは、平成 28 年 9 月に精神科訪問看護を開始した患者数	人
--	---

⑧平成 28 年 9 月 25 日～10 月 1 日の 1 週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。
--

週 1 回	週 2 回	週 3 回	週 4 回	週 5 回以上	合計
人	人	人	人	人	人

⑨平成 28 年 9 月 1 か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）と算定回数（回）をお答えください。

	30 分未満	30 分以上	合計
精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	人 回	人 回	人 回
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
（うち）準看護師による算定回数	回	回	回
精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）	人 回	人 回	人 回
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
（うち）準看護師による算定回数	回	回	回

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）対象としている患者数（対象人員）、3）算定回数（合計）をご記入ください。 ※平成 28 年 9 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患者数と算定回数をご記入ください。 ※平成 28 年 9 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
算定患者数	人	人	人	人
算定回数	回	回	回	回

⑫精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、1 日に複数回の訪問看護を行った患者数（実人数）※加算の有無は問いません	人
--	---

⑬平成 28 年 9 月における精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数と算定回数		1）算定患者数	2）算定回数
	1 日に 2 回	人	回
	1 日に 3 回以上	人	回

6. 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貴施設独自あるいは訪問看護ステーションとの連携等により、24 時間体制として整備されているものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
01. 24 時間往診の体制 02. 24 時間の精神科訪問看護（訪問看護ステーション）の体制 03. 24 時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制 04. 01.～03.のいずれもない	
②以下の施設基準のうち、届出のあるものは何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
01. 在宅療養支援病院（在支病） 03. 在宅時医学総合管理料（在総管）	02. 機能強化型在支病 04. 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）
③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。※○は1つだけ	
01. 届出あり→届出時期：（ ）年（ ）月	02. 届出なし（→11 ページの質問⑧へ）
④「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。 ※○は1つだけ	
01. ある→連携事業所（011. 特別の関係 ^{注5} にあるもの	012. それ以外） 02. ない

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

⑤「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）について職種別の実人数をご記入ください。				
	常勤		非常勤	
	専 従	専 任	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) 保健師・看護師	人	人	人	人
3) 精神保健福祉士	人	人	人	人
4) 作業療法士	人	人	人	人
5) その他	人	人	人	人
⑥「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者数（実人数）をご記入ください。 ※平成 28 年 9 月 1 か月間				
	単一建物診療患者数（実人数）			
	1 人の場合	2 人以上の場合		
1) 精神科重症患者早期集中支援管理料 1	人	人		
2) 精神科重症患者早期集中支援管理料 2	人	人		

⑦上記⑥で「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者について詳細をお答えください。
患者 1 人につき 1 行でお答えください。11 人以上患者がいる場合は、算定開始時期が早い順に 10 人までお答えください。 ※平成 28 年 9 月 1 か月間

患者通し番号	A. 性別		B. 年齢	C. 算定回数	D. 状況		E. 直近の入院形態 (D. で「02」の場合のみ)			F. 患者の状態			
	男性	女性	※平成 28 年 9 月末	計回数 理料を算定した累 計回数	1 年以上入院して 退院した患者	入退院を繰り返す 患者	措置入院	緊急措置入院	医療保護入院	統合失調症 または妄想障害	統合失調症型障害 または妄想障害	気分(感情)障害	重度認知症の状態
1	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
2	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
3	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
4	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
5	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
6	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
7	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
8	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
9	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
10	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04

→12 ページの質問 7. ①へ

【届出のない施設の方】
⑧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○

01. 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：
(011. 精神保健指定医 012. 看護師・保健師 013. 精神保健福祉士 014. 作業療法士)

02. 専従者 1 人を配置することが経営上難しいため
03. 多職種会議を週 1 回以上開催することが難しいため
04. 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
05. 訪問診療を実施していないため
06. 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
07. 24 時間連絡対応が可能な体制を確保できないため
08. 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)
09. 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
10. 1 年超の入院患者がいないため
11. 重症患者がいないため
12. 精神科重症患者早期集中支援管理料ではなく、在総管又は施設総管を算定することが可能なため
13. その他(具体的に)

⑧-1 上記⑧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。

⑨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。※○は 1 つだけ

01. ある 02. ない

7. 精神科救急医療体制整備事業への参加状況等についてお伺いします。

①貴施設では、以下の身体合併症の患者への対応はどのような状況でしょうか。それぞれ、最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。※○はそれぞれ1つだけ			
	対応可能	応 っ 状 可 可 て は 能 能 対 態 に 対 によ	対応困難
1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者	1	2	3
2) 心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）の患者	1	2	3
3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者	1	2	3
4) 脊髄損傷の患者	1	2	3
5) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者	1	2	3
6) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者	1	2	3
7) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者	1	2	3
8) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒Ⅰ期、Ⅱ期又は敗血症）患者	1	2	3
9) 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者	1	2	3
10) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者	1	2	3
11) 劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者	1	2	3
12) 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者	1	2	3
13) 広範囲（半肢以上）熱傷の患者	1	2	3
14) 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者	1	2	3
15) 透析導入時の患者	1	2	3
16) 重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者	1	2	3
17) 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者	1	2	3
18) 手術室での手術を必要とする状態の患者	1	2	3
19) 膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）の患者	1	2	3
20) 妊産婦である患者	1	2	3

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

病院票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 診療所票（案）

※この「診療所票」は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設における精神医療の診療体制や実施状況、今後の意向等についてお伺いするものです。

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

※特に断りのない質問については、平成28年9月30日時点の状況についてご記入ください。

※「平成27年9月」と記載の質問については平成27年9月30日時点または平成27年9月1か月間の状況を、「平成28年9月」と記載の質問については平成28年9月30日時点または平成28年9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医療機関名	()		
②所在地	() 都道府県		
③開設者※○は1つだけ	01. 医療法人	02. 個人	03. その他（具体的に)
④種別※○は1つだけ	01. 有床診療所 02. 無床診療所		
⑤同一法人または関連法人が運営する施設・事業所 ※○はいくつでも	01. 該当なし 02. 介護老人保健施設 03. 介護老人福祉施設 04. 訪問看護ステーション 05. 居宅介護支援事業所 06. 地域包括支援センター 07. 訪問介護事業所 08. 小規模多機能型居宅介護事業所 09. 通所介護事業所 10. 介護療養型医療施設 11. 障害福祉サービス事業所 12. その他（具体的に)		
⑥貴施設が、標榜している診療科は何ですか。※あてはまる番号すべてに○			
01. 内科 02. 外科 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科 06. 呼吸器科 07. 消化器科 08. 循環器科 09. 精神科 10. 心療内科 11. 眼科 12. 皮膚科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. リハビリテーション科 16. 歯科（歯科口腔外科等含む） 17. その他（具体的に)			
⑦【有床診療所の場合】許可病床数をご記入ください。			
一般病床	療養病床	(うち) 介護療養病床	全体
床	床	床	床

2. 貴施設における精神科デイ・ケア等の取組状況についてお伺いします。

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

①貴施設が届出を行っている精神科デイ・ケア等は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
00. 届出をしていない（→3ページの質問3.①へ）	
01. 精神科ショート・ケア（小規模なもの）	02. 精神科ショート・ケア（大規模なもの）
03. 精神科デイ・ケア（小規模なもの）	04. 精神科デイ・ケア（大規模なもの）
05. 精神科ナイト・ケア	06. 精神科デイ・ナイト・ケア

②貴施設が実施する**精神科デイ・ケア等**に従事している職員数（実人数）をご記入ください。

	平成 27 年 9 月		平成 28 年 9 月	
	専 従 ^注	専 任 ^注	専 従	専 任
1) 医師	人	人	人	人
2) 看護師・准看護師	人	人	人	人
3) 作業療法士	人	人	人	人
4) 精神保健福祉士	人	人	人	人
5) 社会福祉士（上記 4）を除く）	人	人	人	人
6) 臨床心理技術者（上記 4）5）を除く）	人	人	人	人
7) 看護補助者	人	人	人	人
8) その他（ ）	人	人	人	人
9) 合計	人	人	人	人

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

③平成 28 年 9 月 1 か月間に**精神科デイ・ケア等**を行った患者数をご記入ください。

※「（うち）1 年超の患者数」には「（うち）3 年超の患者数」も含まれます。

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

④平成 28 年 4 月～9 月の月平均患者数と平均実施期間をご記入ください。

※精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書（地方厚生局届出 別紙様式 31）による

1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
3) 精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から平成 28 年 9 月末までの月数の平均	月

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

※あてはまる番号すべてに○

01. 疾患別プログラム

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

02. 年代別プログラム

- | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|----------|
| 021. 高齢者 | 022. 青年期 | 023. 思春期 | 024. 児童期 |
| 025. その他対象とする年代を区切ったもの（具体的に ） | | | |

03. 病期別プログラム

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 031. 慢性期 | 032. 急性期退院直後 |
| 033. その他病期を区切ったもの（具体的に ） | |

04. 目的別プログラム

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

05. 利用期間別プログラム

06. その他（具体的に ）

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

01. 1種類

02. 2種類

03. 3～5種類

04. 6種類以上

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

01. デイ・ケア実施日の来院時に、本人がその都度決定

02. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定

03. デイ・ケア実施日の来院時に、専門職がその都度決定

04. 1か月単位・1週間単位などで、本人が決定

05. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえて決定

06. 1か月単位・1週間単位などで、専門職が決定

07. その他（具体的に

）

3. 精神科訪問看護の状況についてお伺いします。

①貴施設は精神科訪問看護を行っていますか。 ※訪問看護ステーションによる場合は含みません。 ※○は1つだけ

01. 診療所（貴施設）が行っている

02. 診療所（貴法人）設置の訪問看護ステーションが行っている（→4ページの質問4. ①へ）

03. 行っていない（→4ページの質問4. ①へ）

②精神科訪問看護に携わる職員数（常勤換算*）をお答えください。

	保健師・ 看護師	准看護師	作業療法士	精神保健 福祉士	その他	合計
平成27年9月	.	.	.	.	.	.
平成28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）

③精神科訪問看護を開始した時期

平成（ ）年（ ）月

④平成28年9月1か月間の精神科訪問看護を実施した患者数（実人数）

人

⑤上記④のうち、身体疾患を有する患者数（実人数）

人

⑥上記④のうち、他の精神科療法を行った患者数（実人数）

人

⑦上記④のうち、新規の患者数（実人数）

人

⑧平成28年9月25日～10月1日の1週間の精神科訪問看護の患者について、週当たりの訪問回数別に患者数（実人数）をお答えください。

週1回	週2回	週3回	週4回	週5回以上	合計
人	人	人	人	人	人

⑨平成 28 年 9 月 1 か月間の精神科訪問看護の時間区分ごとの算定患者数（人）と算定回数（回）をお答えください。			
	30 分未満	30 分以上	合計
精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）	人 回	人 回	人 回
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
（うち）準看護師による算定回数	回	回	回
精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）（同一建物居住者）	人 回	人 回	人 回
（うち）保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による算定回数	回	回	回
（うち）準看護師による算定回数	回	回	回

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) 対象としている患者数（対象人員）、3) 算定回数（合計）をご記入ください。 ※平成 28 年 9 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患者数と算定回数をご記入ください。 ※平成 28 年 9 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
算定患者数	人	人	人	人
算定回数	回	回	回	回

⑫精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、1 日に複数回の訪問看護を行った患者数（実人数）※加算の有無は問いません	人
--	---

⑬平成 28 年 9 月における精神科訪問看護の患者（上記④の患者数）のうち、精神科複数回訪問加算を算定した患者数と算定回数		1) 算定患者数	2) 算定回数
	1 日に 2 回	人	回
	1 日に 3 回以上	人	回

4. 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貴施設独自あるいは訪問看護ステーションとの連携等により、24 時間体制として整備されているものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 24 時間往診の体制
02. 24 時間の精神科訪問看護（訪問看護ステーション）の体制
03. 24 時間の精神科訪問看護・指導（病院・診療所）の体制
04. 01.～03.のいずれもない

②以下の施設基準のうち、届出のあるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

01. 在宅療養支援診療所（在支診）	02. 機能強化型在支診
03. 在宅時医学総合管理料（在総管）	04. 施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

③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。 ※○は 1 つだけ
--

01. 届出あり→届出時期：（ ）年（ ）月	02. 届出なし（→6 ページの質問⑧へ）
------------------------	-----------------------

④「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

01. ある→連携事業所 (011. 特別の関係^注にあるもの 012. それ以外) 02. 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うる場合をいいます。

⑤「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）について職種別の実人数をご記入ください。

	常勤		非常勤	
	専 従	専 任	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) 保健師・看護師	人	人	人	人
3) 精神保健福祉士	人	人	人	人
4) 作業療法士	人	人	人	人
5) その他	人	人	人	人

⑥「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者数（実人数）をご記入ください。 ※平成28年9月1か月間

	単一建物診療患者数（実人数）	
	1 人の場合	2 人以上の場合
1) 精神科重症患者早期集中支援管理料 1	人	人
2) 精神科重症患者早期集中支援管理料 2	人	人

⑦上記⑥で「精神科重症患者早期集中支援管理料」を算定した患者について詳細をお答えください。
患者1人につき1行でお答えください。11人以上患者がいる場合は、算定開始時期が古い順に10人までお答えください。 ※平成28年9月1か月間

患者通し番号	A. 性別		B. 年齢	C. 算定回数	D. 状況		E. 直近の入院形態 (D. で「02」の場合のみ)			F. 患者の状態			
	男性	女性	※平成28年9月末	計回数 理料を算定した累 回	退院した患者 1年以上入院して 患者	入退院を繰り返す 患者	措置入院	緊急措置入院	医療保護入院	統合失調症	統合失調症型障害 または妄想障害	気分（感情）障害	重度認知症の状態
1	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
2	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
3	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
4	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
5	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
6	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
7	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
8	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
9	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04
10	01	02	() 歳	() 回	01	02	01	02	03	01	02	03	04

→6 ページの質問 5. ①へ

※あてはまる番号すべてに○

01. 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：
(011. 精神保健指定医 012. 看護師・保健師 013. 精神保健福祉士 014. 作業療法士)
02. 専従者 1 人を配置することが経営上難しいため
03. 多職種会議を週 1 回以上開催することが難しいため
04. 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
05. 訪問診療を実施していないため
06. 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
07. 24 時間連絡対応が可能な体制を確保できないため
08. 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）
09. 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
10. 1 年超の入院患者がいないため
11. 重症患者がいないため
12. 精神科重症患者早期集中支援管理料ではなく、在総管又は施設総管を算定することが可能なため
13. その他（具体的に

⑨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。※○は1つだけ

01. ある 02. ない

診療所票の質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 入院患者票（案）

●平成28年10月1日に調査対象の精神科病棟（地域移行機能強化病棟入院料2名、精神病棟入院基本料1名、精神療養病棟入院料1名）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1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
④障害支援区分	01. 非該当	02. 区分1	03. 区分2	04. 区分3
	05. 区分4	06. 区分5	07. 区分6	

2. 入院の状況

①今回の入院日	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 _____ 月・不明
⑤前回の退院日	平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃		
⑥現在入院している病棟（○は1つ）	01. 精神病棟入院基本料（ ）対1 02. 精神療養病棟入院料	03. 地域移行機能強化病棟入院料	
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. 自院の他の精神科病棟 04. 自院の精神科病棟以外の病棟 05. 他の医療機関の精神科病棟 06. 他の医療機関の精神科病棟以外の病棟 07. 介護老人保健施設	08. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 09. 認知症高齢者グループホーム 10. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 11. 障害者グループホーム 12. 障害者支援施設 13. その他（ ） 14. 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主な入院の理由（○は2つまで）	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・服薬への抵抗が強いため	06. 身体合併症の治療のため 07. 家族が入院を希望するため 08. 居住先がないため 09. 日常生活の支援が得られないため 10. その他（ ）	
⑩入院時の入院形態（○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）	00. なし 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身体合併症の有無（○は1つ）	01. あり	02. なし	

⑮身体合併症 (身体合併症がある場合) (○はいくつでも)	01. 呼吸器系疾患 (肺炎、喘息発作、肺気腫)	10. 横紋筋融解症
	02. 心疾患 (虚血性心疾患など)	11. 広範囲 (半肢以上) 熱傷
	03. 手術又は直達・介達牽引を要する骨折	12. 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
	04. 重篤な内分泌・代謝性疾患	13. 腎不全 (透析を必要とする状態)
	05. 重篤な栄養障害 (Body Mass Index 13 未満の摂食障害)	14. 手術室での手術を必要とする状態
	06. 意識障害 (急性薬物中毒、アルコール精神障害等)	15. 合併症妊娠・出産
	07. 全身感染症 (結核、梅毒、敗血症等)	16. 膠原病 (専門医による管理を必要とする状態)
	08. 急性腹症 (消化管出血、イレウス等)	17. 歯科疾患
	09. 悪性症候群	18. その他 ()

3. 患者の状態等

①患者の GAF スコア	1) 入棟時		2) 現在			
②認知症高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	01. 自立	02. I	03. II	04. II a	05. II b	06. III
③障害高齢者の日常生活自立度 (○は1つ)	01. J (生活自立)		02. A (準寝たきり)			
	03. B (寝たきり)		04. C (寝たきり)			
④要介護度 (○は1つ)	01. なし・未申請	02. 自立	03. 要支援 1・2	04. 要介護 1	05. 要介護 2	
	06. 要介護 3	07. 要介護 4	08. 要介護 5	09. 不明		
⑤重症度、医療・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. 何れにつまればできる		03. できない
	b. 移乗		01. 介助なし	02. 一部介助		03. 全介助
	c. 口腔清潔		01. 介助なし	02. 介助あり		
	d. 食事摂取		01. 介助なし	02. 一部介助		03. 全介助
	e. 衣服の着脱		01. 介助なし	02. 一部介助		03. 全介助
	f. 診療・療養上の指示が通じる		01. はい	02. いいえ		
	g. 危険行動		01. ない	02. ある		

4. 治療の状況 (平成 28 年 9 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 →	01. 一般精神療法	02. 認知療法	03. 行動療法	04. 精神分析療法	05. 家族療法	06. 箱庭療法・遊戯療法	07. 作業療法	08. その他 (具体的に)
	03. その他に利用している治療法や活動 ()									
②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		入棟時の処方薬数	現在の処方薬数							
	a. 抗不安薬	() 種類	() 種類							
	b. 睡眠薬	() 種類	() 種類							
	c. 抗うつ薬	() 種類	() 種類							
	d. 抗精神病薬	() 種類	() 種類							
③身体合併症に対する主な対応状況 (○は1つ)	01. 治療を要する身体合併症なし	03. 自院の他科の医師が対応								
	02. 精神科・神経科の医師が対応	04. 他院の医師が対応								
④他院でのサービス利用 (○は各1つ)	a. 精神科ショート・ケア	01. あり	02. なし							
	b. 精神科デイ・ケア	01. あり	02. なし							

5. 退院の見通しと退院支援の状況

①退院後に同居する意思のある家族の有無 (○は1つ)	01. あり	02. なし	03. 家族の意思不明
②退院後の居住先 (自宅・グループホーム・介護施設等) の確保状況 (○は1つ)	01. 確保済み	02. 未確保	
③どのような状況であれば退院が可能となりますか。 (○は1つ)	01. 精神疾患が軽快すれば退院可能	02. 身体合併症が軽快すれば退院可能	03. 精神疾患と身体合併症が両方とも軽快すれば退院可能
	04. 精神疾患又は身体合併症が軽快した上で、居住先や退院後に必要な支援等が確保できれば退院可能	05. その他 (具体的に)	
④予想される入院期間 (○は1つ)	01. ～3 か月以内	02. 3 か月超～6 か月以内	03. 6 か月超～1 年以内
	04. 1 年超～5 年以内	05. 5 年超～	06. その他 ()

⑤入院期間が3か月超となる主な理由 (○は2つまで) (上記④で02~06を選択した場合のみ)	01. 精神疾患の治療に時間を要するため 02. 身体合併症の治療に時間を要するため 03. 患者の経済的理由のため 04. 家族が入院を希望するため	05. 同居家族がいなかったため 06. 転院先、入所先又は居住先が見つからないため 07. 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため 08. その他 ()						
⑥退院先の予定 (○は1つ)	00. 退院は考えられない 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. 介護老人保健施設 04. 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 05. 認知症高齢者グループホーム	06. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 07. 障害者グループホーム 08. 障害者支援施設 09. 介護療養型医療施設 10. その他 ()						
⑦担当の退院相談支援員の有無 (○は1つ) と職種 (○はすべて)	01. なし 02. あり → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>01. 精神保健福祉士</td><td>02. 保健師・看護師・准看護師</td><td>03. 作業療法士</td></tr><tr><td>04. 社会福祉士</td><td>05. その他 (具体的に</td><td>)</td></tr></table>		01. 精神保健福祉士	02. 保健師・看護師・准看護師	03. 作業療法士	04. 社会福祉士	05. その他 (具体的に	)
01. 精神保健福祉士	02. 保健師・看護師・准看護師	03. 作業療法士						
04. 社会福祉士	05. その他 (具体的に	)						
⑧直近の退院支援委員会の参加者 (○はいくつでも)	01. 医師 05. 臨床心理技術者 09. 患者家族等 12. 指定一般相談支援事業所の職員 14. ピアサポーター	02. 看護職員 06. 社会福祉士 10. 保健所職員 13. 障害福祉サービス事業者の職員 15. その他 (具体的に						
⑨退院支援計画の有無 (○は1つ)	01. あり→策定期間：平成 () 年 () 月 02. なし							
⑩当該患者の退院に向けて実施したこと (○はいくつでも)	01. 退院支援計画の患者や家族等への説明 02. 保健所、指定特定・一般相談支援事業所の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起 03. 地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施 (家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等) 04. 通院医療機関の確保 05. 訪問診療や訪問看護の必要性の検討 06. 服薬アドヒアランスの確認と安定に向けた介入 07. 居住の場の検討と居住先の確保 08. 相談支援に応じる者の確保 09. 居住先等での試験外泊や訓練の実施 10. 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討 11. 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成 12. 市区町村役所での諸手続きや居住先に必要な日用品購入等への同行 13. 後見人、補佐人または補助人の必要性の検討 14. 適切な日中の活動場所の検討 15. 活動場所への移動手段に応じた訓練 16. 退院前の精神科デイ・ケア等の実施							
⑪退院後に生活を継続するために必要な支援等 (○はいくつでも)	00. 退院は考えられない 【医療保険】 01. 薬物療法 02. 精神療法 03. 精神科デイ・ケア等 04. 精神科訪問看護 【介護保険】 05. 訪問介護 06. 訪問看護 07. 訪問リハビリテーション 08. 通所介護 09. 短期入所療養介護	10. 短期入所生活介護 11. 通所リハビリテーション 12. 福祉用具貸与 13. 住宅改修 14. 地域生活事業 【障害福祉サービス】 15. 居宅介護 16. 重度訪問介護 17. 行動援護 18. 生活介護 19. 重度障害者等包括支援 20. 自立訓練 (機能訓練)						
	21. 自立訓練 (生活訓練) 22. 宿泊型自立訓練 23. 就労移行支援 24. 就労継続支援A型 25. 就労継続支援B型 26. 共同生活援助 (グループホーム) 27. 短期入所 28. 相談支援 【その他】 29. 地域生活支援事業 30. その他 ()							
⑫退院後の看護師等による訪問看護の必要度と頻度 (○は1つ)	01. 必要 → <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>01. 24時間体制での対応が必要</td><td>02. 日中のみ連絡体制が必要</td><td>03. 毎日の訪問</td></tr><tr><td>04. 1週間で数回の訪問が必要</td><td>05. 1週間で1回程度の訪問</td><td></td></tr></table>		01. 24時間体制での対応が必要	02. 日中のみ連絡体制が必要	03. 毎日の訪問	04. 1週間で数回の訪問が必要	05. 1週間で1回程度の訪問	
01. 24時間体制での対応が必要	02. 日中のみ連絡体制が必要	03. 毎日の訪問						
04. 1週間で数回の訪問が必要	05. 1週間で1回程度の訪問							
	02. 不要							

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成28年度調査）

精神医療の実施状況調査 精神科デイ・ケア等患者票（案）

●平成28年10月1日時点において貴施設の精神科デイ・ケア等（精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア）を1年超継続利用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1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
④障害支援区分	01. 非該当	02. 区分1	03. 区分2	04. 区分3
	05. 区分4	06. 区分5	07. 区分6	
⑤現在の居場所 (○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. 有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住 04. 介護老人保健施設 05. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 06. 認知症高齢者グループホーム 07. 障害者グループホーム 08. 障害者自立支援施設 09. その他（ ）			

2. 精神科デイ・ケア等開始前後の状況

①精神疾患の治療の開始日	平成・昭和_____年_____月_____日		
②精神科での入院の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
③精神科での1年以上の入院の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
④通算入院回数（精神科に限る）	01. ない	04. 11～20回	
	02. 1～5回	05. 20回以上	
	03. 6～10回	06. その他（ ）	
⑤入院中の精神科デイ・ケア等実施の有無（○は1つ）	01. 有	02. 無	
⑥直近の主な入院の理由（○は2つまで）	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・服薬への抵抗が強いため 06. 身体合併症の治療のため 07. 家族が入院を希望するため 08. 居住先がないため 09. 日常生活の支援が得られないため 10. その他（ ）		

3. 患者の状態等

①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）
②その他の精神疾患の傷病 （○はいくつでも）	00. なし 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身体合併症の有無（○は1つ）	01. あり	02. なし

④身体合併症 (身体合併症がある場合) (○はいくつでも)	01. 高血圧症 02. 糖尿病 03. 脂質異常症 04. 循環器疾患 05. 腎疾患 06. 呼吸器疾患	07. 消化器疾患 08. 内分泌疾患 09. 筋骨格系疾患 10. 泌尿器疾患 11. その他 ()
----------------------------------	---	--

4. 精神科デイ・ケア等の実施状況 (平成 28 年 9 月 1 か月間)

①精神科デイ・ケア等の利用開始日	平成____年____月____日 ※デイ・ケア、ショート・ケア等の種類に関わらず、最初に開始した時期をご記入ください。		
②現在利用している精神科デイ・ケア等 (○はいくつでも)	01. 精神科ショート・ケア 02. 精神科デイ・ケア 03. 精神科デイ・ナイト・ケア 04. 精神科ナイト・ケア		
③精神科デイ・ケア等の利用回数 ※平成 28 年 9 月 1 か月分	a. 精神科ショート・ケア	() 回/月	
	b. 精神科デイ・ケア	() 回/月	
	c. 精神科デイ・ナイト・ケア	() 回/月	
	d. 精神科ナイト・ケア	() 回/月	
④精神保健福祉士等による患者の意向確認の有無 (○は1つ)	01. あり 02. なし		
⑤精神科デイ・ケア等に関する患者の意向確認の頻度 (○は1つ)	01. 週に 1 回程度 02. 月に 2 回程度 (2 週間に 1 回程度) 03. 月に 1 回程度 04. 2 か月に 1 回程度 05. 意向を確認していない 06. その他 ()		
⑥長期かつ頻回により 100 分の 90 の点数算定となったか (平成 28 年 9 月、○は1つ)	01. 該当 → 頻回の実施理由 02. 非該当		
⑦精神科デイ・ケア等の終了目途の有無等 (○は1つ)	01. なし 02. あり→終了時期: 平成 () 年 () 月頃		
⑧精神科の医師による診察はどのようなタイミングで実施しましたか。(○は1つ)	01. 精神科デイ・ケア等の実施日に診察 02. 精神科デイ・ケア等の実施日とは別の日に診察 03. 精神科デイ・ケア等の実施日と実施日以外の両方で診察 04. その他 (具体的に)		
⑨精神科デイ・ケア等を実施する主な目的 (○は2つまで)	01. 家事等、日常生活技能の習得 02. 症状や再発サインへの対処スキルの獲得 03. 疾病と治療についての理解 04. 復職支援 05. 服薬アドヒアランスの向上 06. レクリエーションのため 07. 自己存在感を培う場所確保のため 08. 友人作りのため 09. 就学・就労支援 10. その他		
⑩精神科デイ・ケア等以外で利用している診療内容・サービス等 (○はいくつでも) (平成 28 年 9 月) ※主治医にご確認ください	01. 薬物療法 02. 精神療法 03. 訪問看護(訪問看護ステーション) 04. 訪問看護 (病院・診療所) 05. 障害福祉サービス (詳細は質問⑫) 06. 介護保険サービス (詳細は質問⑬)		
⑪上記⑩以外に利用している治療法や活動※主治医にご確認ください			
⑫現在利用している障害福祉サービスの種類 (○はいくつでも)	00. ない 01. 居宅介護 02. 重度訪問介護 03. 同行援護 04. 行動援護 05. 療養介護 06. 生活介護 07. 短期入所 08. 重度障害者等包括支援 09. 共同生活援助 10. 施設入所支援 11. 自立訓練 (機能訓練) 12. 自立訓練 (生活訓練) 13. 就労移行支援 14. 就労継続支援 A 型 15. 就労継続支援 B 型 16. 計画相談支援 17. 地域相談支援 (地域移行支援・地域定着支援) 18. 基本相談支援 19. その他 ()		
⑬現在利用している介護保険サービスの種類 (○はいくつでも)	00. ない 01. 訪問介護 02. 訪問看護 03. 訪問リハビリテーション 04. 通所介護 05. 短期入所療養介護 06. 短期入所生活介護 07. 通所リハビリテーション 08. 訪問入浴介護 09. 夜間対応型訪問介護 10. 福祉用具貸与 11. 住宅改修 12. その他		

⑭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 27 年 9 月	平成 28 年 9 月
	抗不安薬	() 種類	() 種類
	睡眠薬	() 種類	() 種類
	抗うつ薬	() 種類	() 種類
	抗精神病薬	() 種類	() 種類
⑮精神療法の内容 (平成 28 年 9 月) ※主治医にご確認ください	01. 一般精神療法 02. 精神分析療法 03. 認知療法 04. 行動療法 05. 家族療法 06. 箱庭療法・遊戯療法 07. 精神科作業療法 08. その他 ()		
⑯精神科訪問看護の利用状況 (平成 28 年 9 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ありません。	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)		
⑰精神科訪問看護で実施した具体的援助の内容 (〇はいくつでも) (平成 28 年 9 月)	01. 食生活に関する援助 02. 活動性・生活リズムに関する援助 03. 生活環境の整備に関する援助 04. 整容に関する援助 05. 趣味・余暇活動に関する援助 06. 患者との関係性の構築 07. コミュニケーション能力を高める援助 08. 他者との関わりに関する援助 09. 精神症状に関する援助 10. 睡眠の援助 11. 服薬行動援助 12. 薬物療法の副作用の観察と対処 13. 身体症状の観察と対処 14. 生活習慣に関する援助 15. 排泄の援助 16. その他 ()		

平成 28 年＊月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 年度調査）

「精神医療の実施状況調査」へのご協力をお願い(案)

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

さて、平成 28 年 4 月の診療報酬改定においては、長期入院患者の退院と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価や、長期かつ頻回の精神科デイ・ケア等の適正化等、精神疾患患者の地域移行や生活支援に着目した対応が行われました。また、向精神薬の多剤・大量処方が行われている患者に対する評価の見直しが行われました。

今般、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、平成 28 年度の診療報酬改定による影響・効果等を検証するため、精神医療を提供している病院、診療所を対象に、診療体制、精神疾患患者の状況や地域移行の状況、精神科デイ・ケア等における地域生活支援の実施状況、向精神薬の処方の実態等について調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

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

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、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 28 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5-1 1-2

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社（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・祝日除く）

FAX：03-6733-****

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 28 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 28 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。

＜調査のねらい＞

- ・ 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
- ・ 後発医薬品の使用促進に係る加算の届出、算定状況の把握
- ・ 医薬品の備蓄及び廃棄の状況の把握
- ・ 後発医薬品についての患者への説明状況の把握
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化の把握
- ・ 保険医療機関（入院・外来）における後発医薬品の使用状況の把握
- ・ 医師・薬剤師・患者に対する必要な後発医薬品に係る情報の把握
- ・ 後発医薬品の使用に関する医師、薬剤師及び患者の意識の把握 ／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 施設程度。

②診療所調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所を調査対象とする。調査客体数は、1,500 施設程度。

③病院調査

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した病院を調査対象とする。調査客体数は、1,000 施設程度。

④医師調査

- ・ 上記③「病院調査」の対象施設で外来診療を担当する医師を本調査の対象とする。1施設につき診療科の異なる医師2名を調査対象とする。
- ・ 最大客体数は2,000人（ $2 \times 1,000 = 2,000$ 人）。

⑤-1患者調査（郵送調査）

- ・ 上記①「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者を調査対象とする。
- ・ 1施設につき2名を本調査の対象とする。最大客体数は3,000人（ $2 \times 1,500 = 3,000$ 人）。

⑤-2患者調査（インターネット調査）

- ・ 直近1か月間に、保険薬局に処方せんを持って来局した患者を調査対象とする。
- ・ 調査客体数は1,000人程度（男女別・年齢階級別に客体数を確定）。

○調査方法（案）

- ・ 施設調査（上記①②③）は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ ④医師調査については、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。
- ・ ⑤-1患者調査（郵送調査）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。⑤-2患者調査（インターネット調査）については、インターネット上での回答・回収とする。

■ 調査項目

※調査票（案） 参照

■ 調査スケジュール（案）

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

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 28 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等についてお伺いするものです。

＜ご回答方法＞

- ・ あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・ 「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を 1つだけ○で囲んでください。
- ・ （ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・ （ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。
- ・ 特に断りのない限り、平成 28 年 10 月 1 日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・ 「平成 27 年 10 月」は、平成 27 年 10 月 1 か月間または平成 27 年 10 月 1 日時点を、「平成 28 年 10 月」は、平成 28 年 10 月 1 か月間または平成 28 年 10 月 1 日時点を指します。

0. ご回答者について伺います。

①性別 ※〇は1つだけ	1. 男性	2. 女性	②年齢	() 歳
③開設者・管理者の別 ※〇は1つだけ	1. 開設者兼管理者	2. 開設者	3. 管理者	4. その他 (具体的に)

1. 貴薬局の状況についてお伺いします（平成28年10月1日現在）。

①貴薬局名	()		
②所在地(都道府県)	() 都・道・府・県		
③開設者 ※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください	1. 会社 { …▶ (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 <u>非</u> 傘下) 2. その他		
④同一法人等による薬局店舗数	() 店舗	※当該店舗を含めてお答えください。	
⑤開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください	西暦 () 年		
⑥貴薬局はチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つだけ	1. はい 2. いいえ		
⑦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 ※「近隣」には同一敷地内も含まれる。	1. 主に近隣にある <u>特定の病院</u> の処方せんを応需している薬局 2. 主に近隣にある <u>特定の診療所</u> の処方せんを応需している薬局 3. 主に複数の特定の <u>保険医療機関</u> (いわゆる医療モールも含む)の処方せんを応需している薬局 4. <u>様々な保険医療機関</u> からの処方せんを応需している薬局 5. その他 (具体的に)		
⑧貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成27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。		

⑨調剤基本料 ※○は1つだけ	1. 調剤基本料 1 (41 点) 2. 調剤基本料 2 (25 点) 3. 調剤基本料 3 (20 点) 4. 調剤基本料 4 (31 点) 5. 調剤基本料 5 (19 点) 6. 特別調剤基本料 (15 点)		
⑨-1 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		
⑨-2 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		
⑨-3 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無(調剤基本料の根拠)	1. あり 2. なし		
⑩基準調剤加算 ※○は1つだけ	平成 27 年 10 月	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)なし	
	平成 28 年 10 月	1. 基準調剤加算 (32 点) 2. 届出(算定)なし	
⑪後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ	平成 28 年 3 月	1. 後発医薬品調剤体制加算 1 (18 点、調剤数量割合 55%以上) 2. 後発医薬品調剤体制加算 2 (22 点、調剤数量割合 65%以上) 3. 届出(算定)なし	
	平成 28 年 10 月	1. 後発医薬品調剤体制加算 1 (18 点、調剤数量割合 65%以上) 2. 後発医薬品調剤体制加算 2 (22 点、調剤数量割合 75%以上) 3. 届出(算定)なし	
⑫後発医薬品調剤割合	平成 27 年 7 月～9 月の平均値	() %	
	平成 28 年 7 月～9 月の平均値	() %	
⑬かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出 ※○は1つだけ	1. あり 2. なし		
⑭職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	常勤(実人数)		非常勤(実人数)
	1) 薬剤師	() 人	() 人
	(うち)かかりつけ薬剤師指導料等 ^{注1} における「かかりつけ薬剤師」	() 人	() 人
	2) その他(事務職員等)	() 人	() 人
	3) 全職員(上記 1)+2)の合計)	() 人	() 人

注 1. かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

2. 貴薬局で調査対象期間(平成 28 年 10 月●日(●)～10 月●日(●)の 1 週間)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 28 年 10 月●日(●)～10 月●日(●)に受け付けた処方せん枚数は何枚ですか。	() 枚
②①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
③①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
④①のうち、全てが変更不可となっている処方せんの枚数	() 枚
⑤①のうち、1 品目でも一般名処方が含まれている処方せんの枚数	() 枚
⑥①のうち、後発医薬品が存在する医薬品が 2 品目以上あり、その全品目が一般名処方されている処方せんの枚数	() 枚

※②～⑥は1枚の処方せんを重複してカウントしていただいて結構です。

(2)以下は上記(1)①の処方せん(平成 28 年 10 月●日(●)～10 月●日(●)の1週間に受け付けた処方せん)に記載された医薬品について、品目数ベース(銘柄・剤形・規格単位別)の数でご記入ください。	
① 一般名で処方された医薬品の品目数(②+③=①)	() 品目
② ①のうち、後発医薬品を選択した医薬品の品目数	() 品目
③ ①のうち、先発医薬品(準先発品*1を含む)を選択した医薬品の品目数	() 品目
④ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑤ ④のうち、「変更不可」となっていない*2 医薬品の品目数(⑥+⑦=⑤)	() 品目
⑥ ⑤のうち、先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数	() 品目
⑦ ⑤のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数	() 品目
⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数	() 品目
⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形)	() 品目
⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む)	() 品目
⑪ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑫ ⑪のうち、「変更不可」となっている医薬品の品目数	() 品目
⑬ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数	() 品目
⑭ (1)①の処方せんに記載された医薬品の品目数の合計(①+④+⑪+⑬=⑭)	() 品目

※①+④+⑪+⑬=⑭となりますのでご確認ください

*1 昭和 42 年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。

*2 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

【上記(2)⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方】

(3)患者が後発医薬品を希望しない理由として最も多いものは何ですか。 ※○は1つだけ

1. 医師が処方した医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
5. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから
6. その他 (具体的に)

【上記(2)⑫で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている医薬品があった薬局の方】

(4)変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※○は1つだけ

1. あった
2. なかった→4ページの質問(5)へ

【上記(4)で「1. あった」と回答した薬局の方】

(4)-1 どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった
2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど(当日)、患者宅へ届けることになった
3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった
4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった
5. その他 (具体的に)

3. 貴薬局での後発医薬品の採用状況等についてお伺いします。

(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○

(3) 上記(2)の選択肢 1～16 のうち、最も重視している採用基準の番号を 1 つだけ
お書きください。

(4)後発医薬品の使用を進めていく上でどのような情報が必要ですか。 ※具体的にお書きください

4. 貴薬局における後発医薬品への対応状況についてお伺いします。

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

1. 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→質問(5)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(1)で2.～4.を回答した薬局の方】

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

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. 後発医薬品メーカー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
→不足している情報()
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. 近隣医療機関が後発医薬品の使用に消極的である
7. 患者が先発医薬品を希望するから
8. 先発医薬品では、調剤しやすいように製剤上の工夫がされているから
9. 経営上の観点から
10. 在庫管理の負担が大きい
11. 経営者(会社)の方針
12. その他(具体的に)

【上記質問(1)で2.～4.を回答した薬局の方】

(3)上記(2)の選択肢1～12のうち、最も大きな理由は何ですか。 ※あてはまる番号を1つだけお書きください。

【上記質問(1)で4.を回答した薬局の方】

(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

【上記質問(4)で「1. ある」と回答した薬局の方】

(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. 調剤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. 後発医薬品の品質に疑問を呈するマスメディアの情報を見た・聞いた
9. その他(具体的に)

【すべての薬局の方】

(5)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにく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 | 3. 不整脈用剤 | 4. 精神神経用剤 |
| 5. 催眠鎮静剤 | 6. 抗不安剤 | 7. 抗てんかん剤 | 8. 解熱鎮痛剤 |
| 9. 糖尿病用剤等 | 10. 消化性潰瘍用剤 | 11. 抗アレルギー剤 | 12. 抗悪性腫瘍剤 |
| 13. 免疫抑制剤 | 14. バイオ後続品 | 15. その他(具体的に) | |
| 16. 特にない | | | |

(6)上記(5)の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。	
(7)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 内用剤（具体的な剤形	）
2. 外用剤（具体的な剤形	）
3. 注射剤	
4. 特にない	
(8)後発医薬品を積極的には調剤していない・調剤しにくい患者の特徴としてあてはまるものすべてに○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（味、色、剤形、粘着力等）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. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者 6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者 7. 自己負担がない又は軽減されている患者 8. その他（具体的に	
9. 特にない→質問(10)へ	
(9)上記(8)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。	
(10)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」 2. ジェネリック医薬品希望カード・シール 3. 薬剤服用歴 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（初回のみ） 5. 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） 6. その他（具体的に	
(11)後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。 ※○は1つだけ	
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	
(12)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが望ましいと思いますか。 ※○は1つだけ	
1. 調剤をした都度 2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない 3. 一定期間に行った調剤をまとめて 4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に 5. 副作用等の問題が発生した時だけ 6. 必要ない 7. その他（具体的に	

(13)「一般名処方調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※○は1つだけ

1. 主に合意した方法で行っている
2. 医療機関によって様々である
3. 合意した方法はない→質問5. (1)へ
4. その他（具体的に _____） →質問5. (1)へ

【上記(13)で1. または2. を回答した薬局の方】

→(13)-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 調剤をした都度提供すること
2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする
3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること
4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること
5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること
6. その他（具体的に _____）

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

(1)後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. だいたい知っている
2. 少しは知っている
3. ほとんど知らない

(2)厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&A～<平成 27 年 2 月第 3 版発行>』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た）
2. 知っている（内容は見ていない）
3. 知らない

(3)厚生労働省では、平成 25 年 4 月に『後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ』を発表しましたが、このことをご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. 知っている（内容も見た）
2. 知っている（内容は見ていない）
3. 知らない

(4)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

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

(6)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 _____）

(7)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. 変更不可とする理由を具体的に伝えてほしい 5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと 6. 一般名処方とすること 7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）への情報提供を不要とすること 8. 疑義照会への誠実な対応 9. 後発医薬品に対する理解 10. その他（具体的に 11. 医師に望むことは特にない→質問(9)へ	
(8)上記(7)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。	
(9)ロードマップの目標達成に向けて、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。	

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願いいたします。

平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 28 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 28 年 10 月●日(●)～10 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。ご記入ください。
- 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 28 年()月()日()曜日

通し 番号 (No.)	先発→後発 ※ 1 品目でも ある場合は○	記載銘柄により調剤した場合の 薬剤料 (A) ※記載方法は調査要綱ご参照	実際に調剤した 薬剤料 (B)	患者一部負担金 の割合 (C)
(記入例) 1	○	724	点 540	点 3
1			点	点
2			点	点
3			点	点
4			点	点
5			点	点
6			点	点
7			点	点
8			点	点
9			点	点
10			点	点
11			点	点
12			点	点
13			点	点
14			点	点
15			点	点
16			点	点
17			点	点
18			点	点
19			点	点
20			点	点
21			点	点
22			点	点
23			点	点

※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。

※記入例(全 3 枚のうち 1 枚目の場合)

回答用紙 枚中 枚

回答用紙 3 枚中 1 枚

[illegible]

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

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)

回答用紙		枚中		枚
------	--	----	--	---

回答用紙	3	枚中	1	枚
------	---	----	---	---