

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成19年度調査)
調査票(案)

- ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率
の実態調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1頁
- 後発医薬品の使用状況調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3頁
- セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査・・・・ 14頁
- 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査・・・・ 18頁
- 地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における連携体制
等の状況調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25頁
- 紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査・・・・ 32頁
- 医療安全管理対策の実施状況調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36頁
- 褥瘡管理対策の実施状況調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40頁
- 透析医療に係る改定の影響調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44頁

診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省委託事業）

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査（案）

- ① 平成18年6月1日から7月31日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を開始した患者さんの指導終了9か月後（指導開始から1年後）の状況について、医療機関から直接対象患者へお問い合わせいただき、各質問の回答欄に記入してください。
- ② 各選択肢（1週間禁煙、禁煙継続など）の定義については、同封の「調査要綱」をご覧ください。
- ③ 患者番号は、本調査の一次調査（平成18年11月調査）において貴施設で使用した患者番号と同一のものを記載してください（一次調査において貴施設で保管をお願いしました「補助票」に記載した「患者番号」と同一の番号です）。
- ④ 本調査票には続紙を合わせて患者さん46人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですが、添付した「コピー用」調査票をコピーしていただき、ご記入ください。その際、番号は続き番号となるようお願いいたします。

NO.	
-----	--

患者番号	指導終了9か月後（指導開始から1年後）の状況	調査担当者	調査日
	1週間禁煙：指導終了9か月後の調査時点で少なくとも1週間禁煙できた人 禁煙継続：指導終了時から指導終了9か月後調査までの期間、または指導中断時から今回の9か月後調査までの期間、禁煙を継続できた人	※患者への調査を担当した方の職種に1つだけ○をつけてください。	
1	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
2	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
3	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
4	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
5	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
6	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
7	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
8	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
9	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
10	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
11	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
12	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
13	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
14	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
15	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
16	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
17	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
18	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
19	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日
20	1週間禁煙・禁煙継続・失敗・不明	医師・看護師・保健師・事務職員 その他()	平成19年 __月__日

様式 1

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※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。
 （ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

1. 貴薬局の状況（平成 19 年 7 月現在）についてお伺いします。

①貴薬局名	()		
②所在地（都道府県名）	() 都・道・府・県 ※○で囲んでください		
③組織形態 ※法人の場合は、法人の形態に○をつけてください	1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人		
④職員数（常勤換算）	薬剤師	() 人	その他（事務職員等） () 人
※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は整数（小数点以下四捨五入）でお答えください。 ■1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴薬局が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間） ■1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴薬局が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）			
⑤調剤基本料※1 だけ選択	1. 調剤基本料（42 点）	2. 調剤基本料（19 点）	
⑥基準調剤加算 ※1 だけ選択	1. 基準調剤加算 1（10 点）	2. 基準調剤加算 2（30 点） 3. 算定していない	
⑦貴薬局で受け付けている処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑧上記⑦のうち、「後発医薬品への変更可」に処方医の署名等がある処方せんの発行医療機関数	() 施設		
⑨主な処方せん発行医療機関 ※1 だけ選択し、当該医療機関の主たる診療科を（ ）に記載	1. 病院（200 床以上） ……▶ 主たる診療科名 () 2. 病院（200 床未満） ……▶ 主たる診療科名 () 3. 診療所 ……▶ 主たる診療科名 ()		
⑩特定の保険医療機関に係る処方せん割合（最も多いもの）	約 () %		

2. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。平成 19 年 7 月における、「(ア) 1 か月全体の取り扱い処方せん枚数」、および「(イ) うち、7 月 23 日（月）～7 月 29 日（日）の取り扱い処方せん枚数」について、それぞれ（ ）内に数値をご記入ください。

	平成 19 年 7 月	
	(ア) 1 か月全体の取り扱い処方せん枚数	(イ) うち、7/23～7/29の取り扱い処方せん枚数
①すべての取り扱い処方せん枚数	() 枚	() 枚
② ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数	() 枚	() 枚
③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数（1 品目でも変更した場合を含む）	() 枚	() 枚
④ ③のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん枚数	() 枚	() 枚
⑤ ②のうち、処方せんに記載されたすべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更することができない処方せん枚数（後発医薬品のみが記載された処方せんを含む）	() 枚	() 枚
⑥ ②のうち、「後発医薬品についての説明」*を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、後発医薬品に変更することができなかった処方せん枚数		() 枚
⑦ ①のうち、「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数		() 枚

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

質問は以上です。ご協力いただき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。

様式 2

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業） 平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

■ 平成 19 年 7 月 23 日（月）から 29 日（日）までの 1 週間の状況をご記入ください。

○「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1 品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください。

○上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 2. 「③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数」の項「(イ) うち、7/23~7/29 の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）

○各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。

○各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください（例：組合健保の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください）。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
1	点	点	割
2	点	点	割
3	点	点	割
4	点	点	割
5	点	点	割
6	点	点	割
7	点	点	割
8	点	点	割
9	点	点	割
10	点	点	割
11	点	点	割
12	点	点	割
13	点	点	割
14	点	点	割
15	点	点	割
16	点	点	割
17	点	点	割
18	点	点	割
19	点	点	割
20	点	点	割

処方せん番号 (NO.)	記載銘柄により調剤した場合の薬剤料 (A)	実際に調剤した薬剤料 (B)	患者一部負担金の割合 (C)
21	点	点	割
22	点	点	割
23	点	点	割
24	点	点	割
25	点	点	割
26	点	点	割
27	点	点	割
28	点	点	割
29	点	点	割
30	点	点	割
31	点	点	割
32	点	点	割
33	点	点	割
34	点	点	割
35	点	点	割
36	点	点	割
37	点	点	割
38	点	点	割
39	点	点	割
40	点	点	割

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

※記入例(全 3 枚のうち 1 枚目の場合)

ID

回答用紙 枚中 枚

回答用紙 3 枚中 1 枚

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

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

※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。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

1. 貴施設の状況（平成 19 年 7 月または 7 月 1 か月間）についてお伺いします。

①医療機関名	()		
②所在地	() 都・道・府・県		
③開設者	1. 国立	2. 公立	3. 公的
	4. 社会保険関係団体	5. 医療法人	6. 個人
	7. 学校法人	8. その他の法人	
④病院種別 ※あてはまる番号すべてに○。	1. 特定機能病院	2. 地域医療支援病院	
	3. がん診療連携拠点病院	4. 臨床研修指定病院	
⑤DPC対応 ※あてはまる番号を1つだけ○。	1. DPC対象病院	2. DPC準備病院	
	3. 対応していない		
⑥特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものにすべて○をつけてください。	1. 回復期リハビリテーション病棟入院料	⑦許可病床数	1) 一般病床 () 床
	2. 亜急性期入院医療管理料		2) 療養病床 () 床
	3. 救命救急入院料		3) 精神病床 () 床
	4. 特定集中治療室管理料		4) 結核病床 () 床
	5. 小児入院医療管理料		5) 感染症病床 () 床
			6) 全 体 () 床
⑧医師数（常勤）	() 人	⑨薬剤師数(常勤)	() 人
⑩1か月の外来患者延べ人数	() 人		
⑪1か月の外来診療日数	() 日 ※半日診療の場合は「0.5日」として計算してください。		
⑫後発医薬品の使用について、 <u>外来の処方</u> に際して、施設としてはどのように対応していますか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品を積極的に使用		
	2. 後発医薬品を使用しない		
	3. 個々の医師の判断による		
	4. その他（具体的に () ）		
⑬医薬品備蓄品目数	約 () 品目		
⑭上記⑬のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目		

2. 貴施設における院外処方せん発行状況（平成 19 年 7 月 1 か月間）についてお伺いします。

①外来における院外処方せん発行枚数（1か月間）	() 枚程度
②上記①のうち、後発医薬品を含む処方せん*の枚数（1か月間） *処方せん料として、42点又は70点を算定しているもの	() 枚程度

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成19年7月または7月1か月間の状況）についてお伺いします。

①平均在院患者数	() 人
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。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他（具体的に)
③入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合はその内容をお答えください。	1. ない 2. ある →③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他（具体的に)

4. 後発医薬品の使用についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

「病院調査票」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 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

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

※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。
 （ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

ご回答者についてご記入ください。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③主たる担当診療科	()		

1. 貴施設の状況（平成 19 年 7 月または 7 月 1 か月間）についてお伺いします。

①医療機関名	()
②所在地	() 都・道・府・県
③開設者	1. 個人 2. 法人 3. その他
④種別 ※あてはまる番号を1つだけ○。	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床
⑤主たる診療科	() ※主たる診療科1つをお書きください
⑥医師数（常勤のみ）	() 人
⑦薬剤師数（常勤のみ）	() 人
⑧医薬品の備蓄状況	
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

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成 19 年 7 月または 7 月 1 か月間の状況）についてお伺いします。（無床診療所の方は、2 ページにお進みください。）

①平均在院患者数	() 人
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。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 後発医薬品があるものは積極的に使用 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用 3. 後発医薬品をほとんど使用していない 4. その他（具体的に ）
③入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありますか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合はその内容をお答えください。	1. ない 2. ある →③-1「ある」場合、その内容はどのようなものでしたか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。 1. 後発医薬品の品質上の問題 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題 3. 後発医薬品の供給体制上の問題 4. その他（具体的に ）

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等（平成19年7月または7月1か月間）についてお伺いします。

①貴施設では、院外処方せんを発行していますか。	1. 発行している 2. 発行していない
-------------------------	-------------------------

院外処方せんを発行していない場合は、3ページの「5. 後発医薬品の使用上の課題等のご意見記入欄」へお進みください。

②外来診療の状況についてお伺いします。	
1) 1か月の外来診療実日数 <small>※半日診療の場合は「0.5日」として計算してください</small>	() 日
2) 1か月の外来延べ患者数	() 人
③外来における院外処方せん発行枚数（1か月間）	() 枚程度
④上記③のうち、後発医薬品を含む処方せん*の枚数 （1か月間） <small>* 処方せん料として、42点又は70点を算定しているもの</small>	() 枚程度

4. 外来診療における処方せん発行時の状況や考えをお伺いします。＜院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします。＞

①これまでに「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 <small>※1つだけ選択してください。</small>	1. ある ↳ ②-1 このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんの割合は何割くらいですか。 → () 割程度 2. ない
②後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者の何割くらいいらっしゃいますか。 <small>※数字を記入してください</small>	() 割程度
③院外処方せんを発行する外来患者の何割くらいに、後発医薬品を処方していますか。（「後発医薬品への変更可」に署名の場合も含む） <small>※数字を記入してください</small>	() 割程度
④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。	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
⑤後発医薬品の処方に関する考えとして、最も近いものはどれですか。 <small>※最も近いものを1つだけ選択してください。</small>	1. 特にこだわりはない ……………▶ 質問⑥へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 ……………▶ 質問⑥へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない ……………▶ 質問⑤-1へ

<p><上記質問⑤で「3.」を回答された方にお伺いします></p> <p>⑤-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。</p> <p>※あてはまる番号のすべてに○をつけてください。また、「5.後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を()に記入してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問 3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 5. 後発医薬品の情報提供の不備 <p>→⑤-1-1 どのような情報が必要ですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足 7. その他 { 具体的に }
<p>⑥保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。</p>	<p>1) どのような情報伝達方法が適当と思われますか。※1つだけ選択してください。</p> <p>1. 郵送 2. 電話 3. F A X 4. 電子メール</p> <p>5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳）</p> <p>6. その他 { 具体的に }</p> <p>2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <p>1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要</p> <p>2. 次の診療時に情報が提供されればよい</p> <p>3. その他 { 具体的に }</p>
<p>⑧保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。</p> <p>※あてはまるもののすべてを選択してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄 2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等） 3. 患者の薬剤料負担の軽減額 4. その他 { 具体的に } 5. 欲しい情報はない

5. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、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。

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）
平成 19 年度 後発医薬品の使用状況調査 調査票(案)

※この「医師票」は、貴医療機関において、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。

※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。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」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、事務局までいただけますよう、お願い申し上げます。

ID	
----	--

1. 貴方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	（ ）		
④（ご自身の）1日当たり平均外来診察患者数	（ ） 人程度		

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況やお考えをお伺いします。

①後発医薬品を含む院外処方せんを発行したことはありますか。※1つだけ選択してください。	1. ある 2. ない
②「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。※1つだけ選択してください。	1. ある ↳ ②-1 このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんの割合は何割くらいですか。 → （ ） 割程度 2. ない
③後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者の何割くらいいらっしゃいますか。※数字を記入してください	（ ） 割程度
④院外処方せんを発行する外来患者の何割くらいに、後発医薬品を処方していますか。（「後発医薬品への変更可」に署名の場合も含む） ※数字を記入してください	（ ） 割程度
⑤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。	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
⑥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。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。	1. 特にこだわりはない ……………▶ 質問⑦へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 ……………▶ 質問⑦へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない ……………▶ 質問⑥-1へ

<p><質問⑥で「3.」を回答された方にお伺いします></p> <p>⑥-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。</p> <p>※あてはまる番号のすべてに○をつけてください。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を()に記入してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問 3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備 5. 後発医薬品の情報提供の不備 <p>→⑥-1-1 どのような情報が必要ですか。</p> <p style="margin-left: 40px;">(例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足 7. その他 (具体的に)
<p>⑦保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。</p>	<p>1) どのような情報伝達方法が適当と思われますか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 郵送 2. 電話 3. FAX 4. 電子メール 5. 患者さんを通じて(薬剤情報提供文書やお薬手帳) 6. その他 (具体的に) <p>2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要 2. 次の診療時に情報が提供されればよい 3. その他 (具体的に)
<p>⑧保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。</p> <p>※あてはまるもののすべてを選択してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄 2. 変更した後発医薬品に関する外観など(色、形、味、大きさ等) 3. 患者の薬剤料負担の軽減額 4. その他 (具体的に) 5. 欲しい情報はない

3. 後発医薬品の使用上の課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

アンケートにご協力をいただきまして、ありがとうございました。

セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査

調査票（案）

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当なしは「0」（ゼロ）を、不明は「-」をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■セカンドオピニオン外来の受け付け等についてお伺いします。

問 1 貴院における、いわゆる「セカンドオピニオン」を求める患者の外来（以下「セカンドオピニオン外来」という）の受け付け体制として、該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。

01 セカンドオピニオン外来の専用窓口を設けて受け付けている

選択肢01を選んだ場合 →問2以下にご回答下さい

02 地域連携室や総合相談窓口など既存の特別な窓口（通常の外来窓口以外）で受け付けている

03 総合外来窓口で受け付けている

04 診療科毎の窓口で受け付けている

選択肢02、03、04を選んだ場合 →問3以下にご回答下さい

05 セカンドオピニオン外来はとくに受け付けておらず、そのような受診希望があれば通常の「紹介状持参の初診」として扱っている

06 その他 →具体的に（)

選択肢05、06を選んだ場合 →問16以下にご回答下さい

問 2 【問1で選択肢01を選んだ場合は、本問以下の全問にご回答下さい】

セカンドオピニオン外来専用の窓口の名称とその開設時期をご記入下さい。

名称：() 開設時期：昭和・平成 () 年 () 月

問 3 セカンドオピニオン外来の**診療科目**は何ですか。該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。選択肢 02 を選んだ場合は、対応できる診療科目を問17（4頁）の**診療科目番号**でカッコ内に列記して下さい。

- 01 標榜診療科目の全て
 02 標榜診療科目の一部 →診療科目番号（ ， ， ， ， ， ， ， ， ）

問 4 セカンドオピニオン外来の**担当者**について、専任者・兼任者それぞれの人数を記入し職種をお選び下さい。

	人数（いなければ0を記入）	職種（該当するものすべてに○）
(1) 専任の担当者	（ ）人	01 医師 02 看護職員 03 その他のコメディカル 04 事務員 05 その他（ ）
(2) 兼任の担当者	（ ）人	01 医師 02 看護職員 03 その他のコメディカル 04 事務員 05 その他（ ）

問5 セカンドオピニオン外来の**診療（相談）時間**をお尋ねします。該当する選択肢**1つ**に○を付け、選択肢 01 を選んだ場合は1週間当たりの時間をご記入下さい。

- 01 セカンドオピニオン外来の専用時間帯を設けている →1週間当たり（ ）時間
 02 通常の外来診療時間の外で予約のうえ行っている
 03 通常の外来診療時間の中で予約のうえ行っている
 04 通常の外来診療時間の中で随時行っている

問 6 セカンドオピニオン外来の**料金**を（1）基本料金（2）延長料金に分けて記入し、（3）料金に含まれる内容として該当するもの**すべて**に○をお付け下さい。

(1) 基本料金	（ ）分まで（ ）円 ←未定の場合は「-」を記入
(2) 延長料金	（ ）分毎に（ ）円 ←未定の場合、延長制度がない場合は「-」を記入
(3) 料金に含まれる内容	01 問診 02 触診 03 持参画像（資料）による診断 04 一部の検査 →具体的に（ ） 05 その他 →具体的に（ ）

問 7 セカンドオピニオン外来における**1回あたりの診療（相談）時間の平均、最長、最短**を、過去3か月程度の実績に基づきご記入下さい。概数で結構です。

平均：約（ ）分 最長：約（ ）分 最短：約（ ）分

問 8 セカンドオピニオン外来の**広報**に関し、（1）（2）それぞれについて該当する選択肢**1つずつ**に○をお付け下さい。

(1) ウェブサイトでの掲示	(2) パンフレット等の配布
01 行っている	01 行っている
02 行っていないが今後行う予定がある	02 行っていないが今後行う予定がある
03 行っておらず今後も行う予定はない	03 行っておらず今後も行う予定はない

■セカンドオピニオン外来の詳細についてお伺いします。

問9 セカンドオピニオン外来の**件数**は何件ありましたか。またそのうち、平成18年4月以降、**紹介元医療機関で診療情報提供料（Ⅱ）を算定**していた件数は、何件ありましたか。**不明の場合は記入欄に「-」**をご記入下さい。なお、診療情報提供料（Ⅱ）算定件数は**診療情報提供料（Ⅰ）算定件数とは区別し、区別できない場合は不明**として下さい。

平成17年			平成18年			平成19年	
4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
件	件	件	件	件	件	件	件
うち診療情報提供料（Ⅱ）を算定していた件数→				件	件	件	件

問10 セカンドオピニオン外来において、**紹介元医療機関が診療情報提供料（Ⅱ）を算定していることをどのように把握できていますか。**該当する選択肢**すべて**に○をお付け下さい。

01 紹介状等の書類に記載があった場合	04 紹介元医療機関に問い合わせた場合
02 患者（あるいは家族等）から話があった場合	05 その他（ ）
03 患者（あるいは家族等）に質問した場合	06 算定の有無を把握できることはない

問11 **平成19年1～3月の外来件数の主疾患**は何ですか。**件数の多かった上位5疾患**をご記入下さい。主疾患の種類は、別紙「**疾患コード表**」を参照して**3桁の疾患コード**でご記入下さい。

	疾患コード（3桁）	平成19年1～3月の件数
疾患1		件
疾患2		件
疾患3		件
疾患4		件
疾患5		件

問12 セカンドオピニオン外来において、**患者（来院者）が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分ですか。**最も該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合もあるが不十分な場合もある	06 算定の有無を把握できることはない

問13 **紹介元医療機関が診療情報提供料（Ⅱ）を算定していた場合、患者（来院者）が持参する紹介元医療機関提供の情報は十分だと考えますか。**最も該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で十分である	04 十分な場合もあるが不十分な場合が多い
02 多くの場合で十分であるが不十分な場合もある	05 ほとんどの場合で不十分である
03 十分な場合もあるが不十分な場合もある	06 算定の有無を把握できることはない

問14 **平成19年1～3月の外来件数のうち、紹介元医療機関から貴院に転院した件数**をご記入下さい。該当するケースがなければ「0」、不明の場合には「-」をご記入下さい。

紹介元医療機関から貴院に転院した件数	件
うち病院から転院した件数	件
うち一般診療所・歯科診療所から転院（転医）した件数	件

問 15 セカンドオピニオン外来に来院した患者（あるいはその家族等）の満足度について、最も該当する選択肢**1つ**に○をお付け下さい。

01 ほとんどの場合で満足していただいていると思われる
 02 どちらかといえば満足していただいている場合が多いと思われる
 03 満足な場合も不満な場合も同程度にあると思われる
 04 どちらかといえば不満な場合が多いと思われる
 05 ほとんどの場合で不満だと思われる
 06 なんとも言えない

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 16 【問1で選択肢05、06を選んだ場合は、本問以下にご回答下さい】
貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）
 02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
 03 社会保険関連団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合）
 04 医療法人・個人・その他（公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他法人、個人）

問 17 貴院の標榜診療科目として該当する**選択肢すべての**番号に○をお付け下さい。

01 内科	13 整形外科	25 気管食道科
02 呼吸器科	14 形成外科	26 皮膚科
03 消化器科（胃腸科）	15 美容外科	27 泌尿器科
04 循環器科	16 脳神経外科	28 性病科
05 小児科	17 呼吸器外科	29 こう門科
06 精神科	18 心臓血管外科	30 リハビリテーション科
07 神経科	19 小児外科	31 放射線科
08 神経内科	20 産婦人科	32 麻酔科
09 心療内科	21 産科	33 歯科
10 アレルギー科	22 婦人科	34 矯正歯科
11 リウマチ科	23 眼科	35 小児歯科
12 外科	24 耳鼻いんこう科	36 歯科口腔外科

問 18 貴院の1日当たり平均在院患者数、1日当たり平均外来患者数、紹介率（いずれも平成18年4月～19年3月の実績）を、小数第1位までご記入下さい。

(1) 1日当たり平均在院患者数	(.) 人
(2) 1日当たり平均外来患者数	(.) 人
(3) 紹介率	(.) %

問 19 貴院の看護基準として該当する**選択肢1つ**に○をお付け下さい。

01 7:1 以上 03 13:1 以上 05 15:1 未満
 02 10:1 以上 04 15:1 以上

問 20 貴院の病院属性として該当する**選択肢すべての**に○をお付け下さい。

01 DPC 対象病院 03 高度先進医療実施病院 05 臨床研修病院（協力型）
 02 地域支援病院 04 臨床研修病院（単独型・管理型）

ご協力ありがとうございました。○月○日までにご投函下さい。

生活習慣病管理料算定保険医療機関

調査票（案）

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年〇月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」(ゼロ)をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご担当者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 () 月 () 日
ご担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の生活習慣病管理料の算定状況についてお伺いします。

問 1 貴院は生活習慣病管理料（平成 18 年 3 月以前は生活習慣病指導管理料）の算定を行っていますか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 現在算定を行っている	→問 2-1 へ
02 以前は算定を行っていたが今は行っていない	→問 3-1 へ
03 今まで一度も算定を行っていない	→問 4 へ

＜問 2-1～2-6 は、問 1 で「01 現在算定を行っている」と回答した施設に伺います。＞

問 2-1 生活習慣病患者への薬剤の処方状況について該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。				
01 院外処方	02 院内にて処方			
問 2-2 平成 17～19 年の各年 5 月 1 か月分の生活習慣病管理料（平成 17 年 5 月は生活習慣病指導管理料）の算定状況をご記入下さい。また、19 年 5 月については、当該疾病で服薬中の方の人数についてもご記入下さい。				
主病	平成 17 年 5 月	平成 18 年 5 月	平成 19 年 5 月	
				うち当該疾病で服薬中の人
高脂血症	人	人	人	人
高血圧症	人	人	人	人
糖尿病	人	人	人	人

問 2-3 療養計画書 1 件あたりの作成に要する平均的な所要時間をご記入下さい。	
初回用 () 分	継続用 () 分

問 2-4 算定をはじめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 14 年 3 月以前から	→問 2-5 へ
02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前	→問 2-5 へ
03 平成 18 年 4 月以降	→問 2-6 へ

問 2-5 【問 2-4 で「01 平成 14 年 3 月以前から」、「02 平成 14 年 4 月以降平成 18 年 3 月以前」と回答した施設に伺います】平成 18 年 3 月以前と比較して、療養計画書についてどのよう
にお考えですか。下記項目について実際に診療に携わっている方のご意見を該当する選択肢
それぞれ 1 つに○をお付け下さい。

療養計画書の記載内容	01 詳細すぎて自由度がない	02 詳細すぎるが概ね良い	03 詳細さは概ね良い	04 より詳細にすべき
記載すべき項目の量	01 十分	02 概ね十分	03 やや不足	04 大変不足
コメント等への患者の状況の説明のしやすさ	01 とても説明しやすくなった	02 概ね説明しやすくなった	03 あまり変わらない	04 より難しくなった
目標設定	01 とても有効である	02 概ね有効である	03 あまり有効ではない	04 まったく有効ではない
患者への説明のしやすさ	01 とても説明しやすくなった	02 概ね説明しやすくなった	03 あまり変わらない	04 より難しくなった
記入上の負担感	01 とても負担になった	02 多少負担になった	03 あまり変わらない	04 より簡単になった

→この設問への回答後は問 5 へ

問 2-6 【問 2-4 で「03 平成 18 年 4 月以降」と回答した施設に伺います】算定をはじめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。	
01 患者負担が減ったため	
02 療養計画書の記載内容が詳細になり患者に分かりやすくなったため	
03 治療・指導の体制が整備されたため	
04 その他 ()	

→この設問への回答後は問 5 へ

<問 3-1~3-2 は、問 1 で「02 以前は算定を行っていたが今は行っていない」と回答した施設に伺います。>

問 3-1 算定をやめたのはいつですか。該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 平成 18 年 3 月以前	→問 5 へ
02 平成 18 年 4 月以降	→問 3-2 へ

問 3-2 算定をやめたのはなぜですか。該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。	
01 点数が下がったため	03 治療・指導の体制が整わないため
02 療養計画書の記載内容が増えたため	04 その他 ()

→この設問への回答後は問 5 へ

<問 4 は、問 1 で「03 今まで一度も算定を行っていない」と回答した施設に伺います。>

問 4 算定していない理由として最も該当する選択肢 1 つに○をお付け下さい。	
01 点数の設定が高く、患者の負担増につながるから	04 自施設単独での対応が難しかったから
02 療養計画書を作成することが手間だから	05 その他 ()
03 算定について患者に説明するのが面倒だから	→具体的に ()

<問5以降は、すべての施設に伺います。>

問5 今後、生活習慣病管理料の算定意向について該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 01 現在算定していて今後も算定予定 | 04 現在算定していないが、今後は算定予定 |
| 02 現在算定しているが、今後は算定しない予定 | 05 現在算定していないし、今後も算定しない予定 |
| 03 現在算定しているが、今後は未定 | 06 現在算定していないが、今後は未定 |

■貴院の生活習慣病治療の状況についてお伺いします。

問6 貴院の平成17～19年の各年5月1か月分の外来患者延数ならびに生活習慣病を主病とする患者延数を可能な範囲でご記入下さい。なお、主病が重複している場合にはそれぞれの項目に計上して下さい。

	平成17年5月	平成18年5月	平成19年5月
外来患者延数	人	人	人
うち高脂血症を主病とする患者	人	人	人
うち高血圧症を主病とする患者	人	人	人
うち糖尿病を主病とする患者	人	人	人

問7 患者1人あたりの生活習慣病の治療に関する1か月あたりの平均診療回数、1回あたりの平均診療時間をご記入下さい。

1か月あたりの平均診療回数	()回	1か月あたりの平均診療時間	()分
---------------	------	---------------	------

問8 貴院では生活習慣病の治療・指導にあたって、患者に対して生活習慣改善のための目標設定を行っていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | | |
|----------|-----------|-------------|
| 01 行っている | 02 行っていない | 03 患者によって違う |
|----------|-----------|-------------|

問9 生活習慣病に関する各指導項目については、誰が行っていますか。それぞれについて該当する選択肢すべてに○をお付け下さい。

運動	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
食生活	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
休養	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
喫煙	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
服薬	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない
その他	01 医師	02 看護職員	03 貴院のコ・メディカル	04 外部機関	05 実施していない

問10 上記の指導（たとえば貴院のコ・メディカルや外部機関が運動実践や食生活に関する指導を実施する場合）のために、保険診療とは別途患者の自己負担を設けていますか。該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | |
|-----------|-----------|
| 01 自己負担あり | 02 自己負担なし |
|-----------|-----------|

問11 生活習慣病の治療・指導に対して患者の満足度はどの程度だとお感じでしょうか。実際に診療に携わっている方のご意見について最も該当する選択肢1つに○をお付け下さい。

- | | | | |
|----------|-----------|------------|-------|
| 01 非常に高い | 02 おおむね高い | 03 あまり高くない | 04 低い |
|----------|-----------|------------|-------|

■貴院の概要についてお伺いします。

問12 貴院の開設者について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- | |
|---|
| 01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他） |
| 02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会） |
| 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合） |
| 04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療系協,会社,その他法人,個人） |

問 13 貴院に該当する**施設種類**の番号に○をお付け下さい。「02 有床診療所」又は「03 病院」を選ばれた場合、【許可病床数】もご記入ください。

01 無床診療所	02 有床診療所	03 病院
		<div style="display: inline-block; border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div> 床

問 14 貴院は、同一法人において運動実施が可能な疾病予防施設（いわゆる医療法第 42 条施設）を持っていますか。

01 ある	02 ない
-------	-------

問 15 貴院では生活習慣病の治療・指導にあたって、下記の資格を有したスタッフがいますか。それぞれについて該当する選択肢 **1つ** に○をお付け下さい。

日本糖尿病学会認定専門医	01	いる	02	いない	生活習慣病予防士	01	いる	02	いない
日本循環器病学会認定専門医	01	いる	02	いない	生活習慣病予防指導士	01	いる	02	いない
日本医師会認定健康スポーツ医	01	いる	02	いない	実践健康教育士	01	いる	02	いない
管理栄養士	01	いる	02	いない	健康運動指導士	01	いる	02	いない
認定看護師【糖尿病看護】	01	いる	02	いない	健康運動実践指導者	01	いる	02	いない
糖尿病療養指導士	01	いる	02	いない					

■最後に、生活習慣病管理料・療養計画書に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

締め切りは○月○日です。

ご協力ありがとうございました。

生活習慣病の治療・指導に関する患者アンケート（案）

問1 あなたの年齢は？（○は1つ）

1. 40歳未満	2. 40歳～50歳未満	3. 50歳～60歳未満	4. 60歳～65歳未満
5. 65歳～70歳未満	6. 70歳～75歳未満	7. 75歳以上	

問2 あなたの性別は？（○は1つ）

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3 お住まいの都道府県は？

	都・道・府・県
--	---------

問4 この調査票を受け取った医療機関の種類は何ですか。（○は1つ）

1. 一般診療所（名称に「診療所」、「クリニック」、「医院」がついている医療機関を指します）
2. 病院（名称に「病院」、「医療センター」がついている医療機関で、病床数が20床以上のところを指します）

問5 現在この調査票を受け取った医療機関では、主にどの疾患の治療を受けていますか。（○は1つ）

1. 高血圧症	2. 高脂血症	3. 糖尿病
---------	---------	--------

問6 上記の疾患について、薬を服薬していますか。（○は1つ）

1. 服薬している	2. 服薬していない
-----------	------------

問7 この調査票を受け取った医療機関において、上記の疾患で治療をはじめたのはいつ頃からですか。（○は1つ）

1. 平成14年3月以前（5年以上前から）	2. 平成14年4月以降平成18年3月以前
3. 平成18年4月以降	

問8 最近の診察において、どのような点についての指導を受けていますか。また、医師以外から、具体的な指導を受けたことがありますか。（○はあてはまるものすべて）

	医師の診察における指導		医師との診察とは別途の指導 （看護師・管理栄養士・運動スタッフ による指導）	
運動に関する内容	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった
食生活に関する内容	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった
休養に関する内容	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった
喫煙に関する内容	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった
服薬に関する内容	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった
その他	1. あった	2. なかった	1. あった	2. なかった

問9 この調査票を受け取った医療機関において、生活習慣病の治療に向けた療養計画書（別添資料の見本をご参照ください）を受け取ったことがありますか。（○は1つ）

1. ある	→問10～14へ	2. ない	→問15へ
-------	----------	-------	-------

【問10～14は、療養計画書を受け取ったことがある方がお答えください。】

問10 これまでに何回療養計画書（別添資料の見本をご参照ください）を受け取ったことがありますか。（〇は1つ）

1. 1回のみ	2. 2回	3. 3回以上
---------	-------	---------

問11 療養計画書についての医師等からの説明（医師による説明等についてで、待ち時間や検査の時間は除きます）は何分ぐらいでしたか。（〇は1つ）

1. 5分未満	2. 5～10分	3. 10～15分	4. 15～20分	5. 20分以上
---------	----------	-----------	-----------	----------

問12 療養計画書にご自身の署名（サインもしくは押印）をされていますか。（〇は1つ）

1. 署名した	2. 署名していない	3. わからない
---------	------------	----------

問13 療養計画書に記載されている指導項目は何ですか。また、その内容について実際に実行していますか。（〇はすべて）

	指導項目としての記載		指導内容の実行の有無	
運動に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
食生活に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
休養に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
喫煙に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
服薬に関する内容	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない
その他	1. ある	2. ない	1. 実行している	2. していない

問14 療養計画書の分かりやすさはいかがですか。（〇は1つ）

1. とても分かりやすい	2. どちらかというと分かりやすい
3. どちらかというと分かりにくい	4. とても分かりにくい

【問15以降はすべての方がお答えください。】

問15 生活習慣を改善する上での目標を設定しましたか。（〇は1つ）

1. 設定した →問15-1～3へ	2. 設定していない →問16へ
-------------------	------------------

問15-1 目標設定した内容について実行していますか。（〇は1つ）

1. ほとんど実行している	2. ある程度実行している	3. あまり実行していない
4. まったく実行していない	5. わからない	

問15-2 目標を設定したことは生活習慣改善に役立っていますか。（〇は1つ）

1. 大いに役立っている	2. 多少役立っている	3. あまり役立っていない
4. まったく役立っていない	5. わからない	

問15-3 設定した目標は達成できましたか。（〇は1つ）

1. 達成できている	2. ある程度達成できている	3. あまり達成できていない
4. ほとんど達成できていない	5. わからない	

問16 生活習慣病の治療・管理によって身体状況（血圧値、血糖値、コレステロール値等）は改善しましたか。（○は1つ）

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. とても良くなった | 2. 若干よくなった | 3. かわらない |
| 4. 若干悪くなった | 5. とても悪くなった | 6. わからない |

問17 生活習慣病の治療・指導の内容については満足されていますか。（○は1つ）

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. 大変満足している | 2. ある程度満足している |
| 3. あまり満足していない | 4. まったく満足していない |

最後に、生活習慣病管理料・療養計画書に関するご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

以上で、アンケートは終わりです。
ご協力いただき、まことに有難うございました。

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票（案）

【計画管理病院】

- 特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■地域連携診療計画管理料の算定状況等についてお伺いします。

問1 貴院における地域連携診療計画管理料に係る施設基準の届出時期をご記入ください。

施設基準の届出年月日	平成 () 年 () 月
------------	------------------------------

問2 地域連携クリティカルパスとして、具体的な入院期間を設定していますか。

(1) 設定状況 (○は1つ)	01 連携先の医療機関を転院するまでの総入院期間を設定している 02 計画管理病院である貴院での入院期間のみを設定している 03 設定していない	
(2) 【(1) で「01 総入院期間を設定」している場合のみ】設定期間		概ね () 日
(3) 【(1) で「02 貴院での入院期間のみを設定」している場合のみ】設定期間		概ね () 日

問3 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の退院基準を作成していますか。

退院基準	01 ある	02 ない (現在作成中)	03 ない (作成予定なし)
------	-------	---------------	----------------

【03～05 については医師のご記入をお願いします】

問4 貴院における**地域連携診療計画管理料の算定患者数**等についてご回答ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人		人
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数				人
03 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院できた患者数				人
04 [再掲] 設定した入院期間内に連携医療機関を退院できた患者数				人
05 [再掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数				人

問5 貴院における**大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数**についてご記入ください。

	平成17年度		平成18年度	
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）		日		日
02 [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）				日

問6 地域連携クリティカルパスについて、**貴院制定の統一書式**がありますか。

(1) 医療者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(2) 患者用パス	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）	
(3) 【(2) で「01 ある」場合のみ】患者用パスを患者にいつ説明をしていますか。（○は1つ）				
01 入院時	02 手術前	03 手術後	04 退院時	05 その他

【医師のご記入をお願いします】

問7 入院期間が大きく延びた患者（**バリエンス**）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。

【自由回答】

■地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。

問8 （対象疾患を問わず）**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問9 大腿骨頸部骨折の**地域連携パスの運用を開始した時期**をご記入ください。

運用開始時期	平成（ ）年（ ）月
--------	------------

問10 現在運用中の**地域連携パスの対象疾患**について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つずつご記入ください。

--

■連携医療機関との状況等についてお伺いします。

問 11 地域連携診療計画管理料の算定にあたり 連携している保険医療機関数 をご記入ください。		
01 病院		施設
02 [再掲] 亜急性期病床を有する病院		施設
03 [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院		施設
04 [再掲] 療養病床を有する病院		施設
05 一般診療所		施設

問 12 地域連携診療計画に係る情報交換のための 連携医療機関との会合の状況 をご記入ください。		
01 平成 18 年度における連携医療機関との会合の開催回数		回
02 [再掲] 開催回数の最も多い医療機関との会合の開催回数		回

【医師のご記入をお願いします】		
問 13 連携医療機関との課題 について、それぞれ該当する選択肢番号 1 つに○をお付け下さい。		
(1) 転院先調整による待ち日数の短縮化の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(3) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

問 14 地域連携パスの運用にあたり、診療情報の共有化のために ITシステム を導入していますか。				
(1) 導入状況 (○は 1 つ)	01 運用中	02 構築中	03 検討中	04 計画なし
(2) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】運用開始時期	平成 () 年 () 月			
(3) 【(1) で「01 運用中」の場合のみ】ITシステムの概要についてご記入ください。				
【自由回答】				

■地域連携診療計画管理料に係る今後の方針についてお伺いします

問 15 貴院の地域連携診療計画管理料に係る**今後の方針**について該当する選択肢1つをお選びください。

(1) 地域連携診療計画管理料の算定患者数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(2) 連携する保険医療機関数

01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
----------	-------------	----------

(3) 【(2)で「01 増やしたい」場合のみ】
今後連携先として増やしたい保険医療機関はどちらですか。(該当するもの全てに○)

01 亜急性期病床を有する病院
02 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
03 療養病床を有する病院
04 01～03 以外の病院
05 一般診療所

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 16 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国 (厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他)
02 公的医療機関 (都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会)
03 社会保険関係団体 (全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合)
04 医療法人・個人・その他 (公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人)

問 17 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 18 貴院の**病院種別**についてご記入ください。(該当するもの全てに○)

01 特定機能病院	02 地域医療支援病院	03 がん診療連携拠点病院	04 臨床研修指定病院
-----------	-------------	---------------	-------------

問 19 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対応病院	02 DPC 準備病院	03 対応していない
-------------	-------------	------------

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

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

地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における 連携体制の状況調査票（案）

【連携医療機関】

●特に指示がある場合を除いて、平成19年7月1日現在の状況についてお答えください。
●数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■地域連携診療計画退院時指導料の算定状況等についてお伺いします。

問 1 地域連携クリティカルパスとして、具体的な総入院期間（急性期～回復期）を設定していますか。		
(1) 設定状況（○は1つ）	01 設定している	02 設定していない
(2) 【(1) で「01 設定している」場合のみ】設定期間	概ね () 日	

問 2 貴院における地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数等についてご回答ください。			
		平成 17 年度	平成 18 年度
01 大腿骨頸部骨折による入院患者数		人	人
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数			人
03 [再掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数			人
04 [再掲] 退院先が自宅・在宅であった者			人
05 [再掲] 転院先が一般病床であった者			人
06 [再掲] 転院先が療養病床であった者			人
07 [再掲] 転院先が老人保健施設であった者			人
08 [再掲] 転院先が特別養護老人ホームであった者			人
09 [再掲] その他			人

問3 貴院における 大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数 についてご記入ください。			
	平成17年度		平成18年度
01 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
02 [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数（小数点第一位まで）	<input type="text"/>		日

問4 貴院では大腿骨頸部骨折の入院患者の 退院基準 を作成していますか。			
退院基準	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問5 貴院では、退院時の 患者への説明資料 として貴院制定の書式がありますか。			
患者への説明資料	01 ある	02 ない（現在作成中）	03 ない（作成予定なし）

問6 計画管理病院への 地域連携パスのフィードバック をどのようにしていますか。（該当する全てに○）					
01 手交	02 郵送	03 FAX	04 インターネット	05 その他	

【医師のご記入をお願いします】	
問7 入院期間が大きく延びた患者（ バリエンス ）がいた場合、その主たる理由についてご記入ください。	
【自由回答】	

■**地域連携クリティカルパスへの取組状況等についてお伺いします。**

問8 （対象疾患を問わず） 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問9 大腿骨頸部骨折の 地域連携パスの運用を開始した時期 をご記入ください。	
運用開始時期	平成（ ）年（ ）月

問10 現在運用中の 地域連携パスの対象疾患 について、別添の疾患コード表から全て選び、下の点線枠内に1つつご記入ください。									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

問11 地域連携診療計画に係る情報交換のための 計画管理病院との会合の状況 をご記入ください。	
平成18年度における計画管理病院との会合の開催回数	<input type="text"/> 回

【医師のご記入をお願いします】		
問12 地域連携パスの運用上の課題 について、それぞれ該当する選択肢番号1つに○をお付け下さい。		
(1) 連携医療機関への地域連携パスによる情報提供の状況に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい
(2) 連携医療機関からの地域連携パスのフィードバックのあり方に関する改善の必要性		
01 大いにある	02 少しある	03 現状のままでよい

■地域連携診療計画退院時指導料に係る貴院の今後の方針についてお伺いします

問 13 地域連携診療計画退院時指導料に係る**今後の方針**について該当する選択肢1つをお選びください。

(1) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい
(2) 連携する保険医療機関（計画管理病院）数		
01 増やしたい	02 現状のままでよい	03 減らしたい

■最後に、貴院の概要についてお伺いします。

問 14 貴院の**開設者**について該当する選択肢番号1つに○をお付けください。

01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他）
02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会）
03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 15 貴院の**許可病床数**について病床種類別にご記入ください。

病床種類	許可病床数	
01 一般病床		床
02 療養病床		床
03 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
04 精神病床		床
05 [再掲] 指定介護療養型医療施設		床
06 結核病床		床
07 感染症病床		床
08 合計		床

問 16 貴院の**病院種別**についてご記入ください。（該当するもの全てに○）

01 特定機能病院	02 地域医療支援病院	03 がん診療連携拠点病院	04 臨床研修指定病院
-----------	-------------	---------------	-------------

問 17 貴院の**DPCへの対応**について、あてはまるものをお選びください。

01 DPC 対応病院	02 DPC 準備病院	03 対応していない
-------------	-------------	------------

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、〇月〇日（〇）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査

調査票（案）

- 特に指示がある場合を除いて、**平成19年〇月1日**現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成 19 年 () 月 () 日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

問 1 貴院の**開設者**として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

- 01 国（厚生労働省,独立行政法人国立病院機構,国立大学法人,独立行政法人労働者健康福祉機構,その他）
- 02 公的医療機関（都道府県,市町村,日赤,済生会,北海道社会事業協会,厚生連,国民健康保険団体連合会）
- 03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会,厚生年金事業振興団,船員保険会,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合）
- 04 医療法人・個人・その他（公益法人,医療法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他法人,個人）

問 2 貴院の**標榜診療科目**として該当する選択肢**すべての**番号に○をお付け下さい。

- | | | |
|--------------|------------|---------------|
| 01 内科 | 13 整形外科 | 25 気管食道科 |
| 02 呼吸器科 | 14 形成外科 | 26 皮膚科 |
| 03 消化器科（胃腸科） | 15 美容外科 | 27 泌尿器科 |
| 04 循環器科 | 16 脳神経外科 | 28 性病科 |
| 05 小児科 | 17 呼吸器外科 | 29 こう門科 |
| 06 精神科 | 18 心臓血管外科 | 30 リハビリテーション科 |
| 07 神経科 | 19 小児外科 | 31 放射線科 |
| 08 神経内科 | 20 産婦人科 | 32 麻酔科 |
| 09 心療内科 | 21 産科 | 33 歯科 |
| 10 アレルギー科 | 22 婦人科 | 34 矯正歯科 |
| 11 リウマチ科 | 23 眼科 | 35 小児歯科 |
| 12 外科 | 24 耳鼻いんこう科 | 36 歯科口腔外科 |

問3 貴院の許可病床数と病床利用率、平均在院日数をご記入下さい。

(1) 使用許可病床数 (注1)	() 床	<うち一般病床 () 床>
(2) 病床利用率 (一般病床) (注2)	() %	<平成18年度>
(3) 平均在院日数 (一般病床) (注3)	() 日	<平成18年度>

(注1) 医療法第7条の規定により許可を受けている病床数。

(注2) 右式で算出：
$$\frac{\text{月間在院患者延数の2006年1月～12月の合計}}{\text{(月間日数×月末病床数)の2006年1月～12月の合計}} \times 100$$

(注3) 右式で算出：
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

一般病床は、回復期リハ病棟および亜急性期病棟を除いて算出（診療報酬上の算出法と同様）。

問4 貴院は地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認を受けておられますか。それぞれ、該当する選択肢番号に○をお付け下さい。承認を受けておられる場合は、それを得た時期をご記入下さい。

(1) 地域医療支援病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 () 年 () 月	
(2) 特定機能病院	01 承認あり	02 承認なし
	時期：平成 () 年 () 月	

問5 貴院の平成17年度における紹介率を要件とした各種加算の算定状況の有無について、各項目別に該当する選択肢番号に○をお付け下さい。

(1) 紹介患者加算1～6	01 有	02 無
(2) 紹介外来加算	01 有	02 無
(3) 紹介外来特別加算	01 有	02 無
(4) 急性期入院加算	01 有	02 無
(5) 急性期特定入院加算	01 有	02 無
(6) 地域医療支援病院入院診療加算2	01 有	02 無

■紹介率要件の廃止に伴う貴院への影響についてお伺いします。

問6 貴院の紹介患者の数及び救急用自動車によって搬入された患者の数を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。

	平成17年度		平成18年度	
(1) 紹介患者の数		人		人
(2) 救急用自動車によって搬入された患者の数		人		人

問7 貴院の 紹介率 （小数点以下1桁まで）を、平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。				
紹介率（注4）	平成17年度		平成18年度	
	・	%	・	%
（注4）紹介率は、地域医療支援病院あるいは特定機能病院の承認状況に応じて下記の算出式により求める値。 なお、 地域医療支援病院・特定機能病院のいずれでもない病院は、地域医療支援病院の場合の算出式 により求めてください。				
○ <u>地域医療支援病院の場合</u> 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $\frac{\text{紹介患者の数} + \text{救急患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$ 初診患者の数：「初診患者数」から「休日・夜間救急外来患者数のうち紹介状を持参しなかった者の数」を引いた値 紹介患者の数：紹介状持参者数 救急患者の数：紹介状を持参しなかった救急入院患者数		○ <u>特定機能病院の場合</u> 紹介率は以下の式により算定。 紹介率： $(A+B+C) \div (B+D) \times 100$ この式において、A及びB、C、Dはそれぞれ次の値を表す。 A 紹介患者の数 B 他の病院又は診療所に紹介した患者の数 C 救急用自動車によって搬入された患者の数 D 初診の患者の数		

問8 貴院の紹介元医療機関について、 総施設数 とその 内訳 をそれぞれ平成17年度と平成18年度についてご記入下さい。施設数は、延べ数ではなく、同一施設から複数件の紹介があっても「1」と数えて下さい。また、総施設数と内訳の合計は一致するようご注意ください。				
(1) 紹介元の医療機関数	平成17年度		平成18年度	
			か所	
(2) 地域医療支援病院		か所		か所
(3) 地域医療支援病院以外の病院		か所		か所
(4) 病院		か所		か所
(5) 一般診療所		か所		か所

問9 貴院において 紹介患者の受け入れ や 他院への患者紹介 を担当されている専従者（医師・看護師・医療社会事業従事者など）の人数は、平成18年度以降、平成17年度と比較して変化がございましたか。その増減について該当する選択肢番号に○をお付け下さい。		
01 増加	02 減少	03 変化無し

問10 貴院では、平成18年度からの紹介率要件の廃止に伴い、今後、 紹介患者の数 や 他院へ紹介する患者の数 についてどのような意向をお持ちですか。患者の受け入れと紹介について、個別に以下の選択肢の該当する番号に○をお付け下さい。			
(1) 紹介患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく
(2) 他院へ紹介する患者の数	01 増やしていく	02 これまでどおりを維持する	03 減らしていく

問 11 貴院における入院時医学管理加算など下記の各種 加算項目 について、その 算定件数 を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 入院時医学管理加算		件		件
(2) 地域医療支援病院入院診療加算		件		件
(3) 救急医療管理加算		件		件
(4) 救命救急入院料（7 日以内の期間）		件		件
(5) 救命救急入院料（8 日以上 14 日以内の期間）		件		件
(6) 特定集中治療室管理料（7 日以内の期間）		件		件
(7) 特定集中治療室管理料（8 日以上 14 日以内の期間）		件		件

問 12 貴院における 年間延べ在院患者数 及び 年間延べ外来患者数 を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
(1) 年間延べ在院患者数		人		人
(2) 年間延べ外来患者数		人		人

問 13 貴院における患者の 逆紹介率 （小数点以下 1 桁まで）を、平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
逆紹介率（注 5）	.	%	.	%
（注 5）逆紹介率：（逆紹介患者の数* / 初診患者の数）× 100 *逆紹介患者の数とは、他の病院又は診療所に紹介した者で、診療情報提供料を算定したものの前年度の数				

問 14 貴院の 入院診療収益と外来診療収益の比率 （= 外来診療収益 / 入院診療収益）（小数点以下 1 桁まで）を平成 17 年度と平成 18 年度についてご記入下さい。				
	平成 17 年度		平成 18 年度	
入院診療収益と外来診療収益の比率	.	%	.	%

■最後に、紹介率要件の廃止に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

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

厚生労働省委託事業「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査」
医療安全対策加算についてのアンケート調査票（案）

※病院名、所在地、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。ご記入頂いたお名前、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・管理しますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

病院名：
所在地：
電話番号：
記入者：（部署・役職） （氏名）

※本調査票は、施設の管理者の方と医療安全管理者の方とでご相談の上、ご記入ください。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。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。
調査時点は平成 19 年 6 月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

①施設の種類	1. 病院		2. 診療所				
②開設者	1. 国立		2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体		
	5. 医療法人		6. 個人	7. 学校法人	8. その他の法人		
③病院の種別 （複数回答可）	1. 特定機能病院		2. 地域医療支援病院				
	3. がん診療連携拠点病院		4. その他（具体的に				
④救急医療体制	1. 二次（告示あり・告示なし）		2. 三次（告示あり・告示なし）				
⑤DPC対応	1. DPC 対象病院		2. DPC 準備病院				
⑥第三者評価の認定	1. 病院機能評価→Ver.()		2. ISO9001 認証				
	3. その他（具体的に)				
⑦許可病床数 （医療法）	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症 病床	計	
	床	床	床	床	床	床	
⑧職員数 （常勤換算）	医師・ 歯科医師	看護師・ 保健師・ 助産師	准看護師	薬剤師	技師	事務職員 他（看護 補助者を 含む）	計
	人	人	人	人	人	人	人
⑨病院全体の平均在院日数（直近3か月）	() 日		※小数点以下第1位まで				
⑩1日平均入院患者数（平成18年1年間）	() 人		※小数点以下切上げ				
⑪入院基本料区分							
1)一般病棟入院基本料 （特定機能病院、専門病院を含む）	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1			5. 特別入院基本料
2)障害者施設等入院基本料	1. 10対1	2. 13対1	3. 15対1				
3)療養病棟入院基本料	1. 8割未満	2. 8割以上	3. 入院E	4. 移行			5. 特別入院基本料
4)精神病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料
5)結核病棟入院基本料	1. 7対1	2. 10対1	3. 13対1	4. 15対1	5. 18対1	6. 20対1	7. 特別入院基本料
⑫医療安全対策加算の算定回数（平成19年6月分）	約 () 回						
⑬専従医療安全管理者に係る人件費（福利厚生含む）（平成19年6月分）	約 () 万円						

2. 医療安全管理体制の状況についてお伺いします。

①「医療安全対策加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
②専従の医療安全管理者を配置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月		
③現在の「医療安全管理者(専従)」の人数(実人員)	()人		
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。 その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師 ()人 医師 ()人 その他 ()人 → (職種)		
⑤「医療安全管理室」等、医療安全管理を行う部門の配置人数を記入してください(医療安全管理者を 含む)。(実人員)	専 従	兼 任	
	看護師	人	人
	医師	人	人
	薬剤師	人	人
	その他 ()	人	人
⑥医療安全のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数(全職種)は何人でしたか。			
1) 加算届出前1年	A. 平成()年()月～平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
2) 加算届出後1年	A. 平成()年()月～平成()年()月		
	B. 開催回数 ()回		
	C. 延べ参加者数 ()人		
⑦医療安全対策に係る取組みの評価等を行うカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。			
1) 加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()		
2) 現在	週()回程度		
⑧現在の「院内感染管理者(専従)」の人数(実人員)	()人		
⑨上記⑧の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師 ()人 医師 ()人 その他 ()人 → (職種)		
⑩現在行っている感染サーベイランスにはどのようなものがありますか。(複数回答可)	1. 外科手術部位感染サーベイランス 2. 血管内留置カテーテル関連血流感染サーベイランス 3. 人工呼吸器関連肺炎サーベイランス 4. 尿道留置カテーテル関連尿路感染サーベイランス 5. 薬剤耐性菌サーベイランス 6. その他(具体的に) 7. なし		
⑪平成18年1月～平成18年3月の3か月分と、平成19年1月～平成19年3月の3か月分の実績について記入してください。(事故、インシデントは貴院の定義に従ってください。) ※わからない場合は、「-」と記入してください。			
	平成18年1月～平成18年3月 3か月分	平成19年1月～平成19年3月 3か月分	
1) 事故件数	件	件	
2) インシデント件数	件	件	
3) MRSAの分離患者数	人	人	
うち他院からの持ち込み	人	人	
4) 多剤耐性緑膿菌の分離患者数	人	人	
うち他院からの持ち込み	人	人	
5) 患者・家族等からの苦情件数	件	件	

⑫ 専従の医療安全管理者の配置後に取り組んだ事故防止対策の件数と具体例についてご記入ください
(平成18年4月～現在まで)。

	件数	具体例 (プレフィルドシリンジの導入、離脱防止機能のついた輸液ラインの導入等)
1) 処方・与薬	件	
2) 輸血	件	
3) 調剤・製剤管理等	件	
4) ドレーン・チューブ類の使用・管理	件	
5) 医療機器の使用・管理	件	
6) 手術等	件	
7) 検査	件	
8) オーダー・指示出し・情報伝達過程	件	
9) 物品搬送等	件	
10) 転倒・転落	件	
11) 食事・栄養	件	
12) 療養上の世話	件	

⑬ 専従の医療安全管理者の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。

※「大変効果がみられた」を「5」、「全く効果がみられなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。	大 変 効 果 が み ら れ た	や や 効 果 が み ら れ た	ど ち ら と も い え な い	あ ま り 効 果 が み ら れ な か つ た	全 く 効 果 が み ら れ な か つ た
1) 医療安全対策の責任体制が明確になった	5	4	3	2	1
2) 医療安全に関する情報が一元的に集約できるようになった	5	4	3	2	1
3) 平時より、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 事故発生時、各部門間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
5) 患者等の相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
6) インシデント・事故報告に対する職員全体の意識が高まった	5	4	3	2	1
7) 看護職員以外からもインシデント・事故報告があがるようになった	5	4	3	2	1
8) 医療事故の原因分析が以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
9) 職員、各部門からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
10) 医療事故およびヒヤリ・ハット事例が起きた際、当事者のスタッフへの精神的ケア等のサポートが以前より行われるようになった	5	4	3	2	1
11) 患者や家族から医療安全に関する苦情が少なくなった	5	4	3	2	1

⑭医療安全対策を推進
する上での課題等が
ございましたら、ご
記入ください。

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

2. 褥瘡管理体制の状況についてお伺いします。

①「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月
②褥瘡対策の専従者を配置したのはいつですか。	平成（ ）年（ ）月
③現在の「褥瘡管理者(専従)」の人数(実人員)	()人
④上記③の内訳を職種別に記入してください。(実人員) ※該当職種がない場合、()に「0」と記入してください。その他の場合は、()に具体的に職種を記入してください。	看護師 ()人 その他 ()人 ↳ (具体的に)
⑤現在の「褥瘡管理者(専従)」の臨床経験年数(全員分)	()年 / ()年 / ()年
⑥褥瘡管理のための院内研修は、加算届出前後1年間に何回開催されましたか。延べ参加者数(全職種)は何人でしたか。	
1) 加算届出前1年	A. 平成()年()月 ~ 平成()年()月 B. 開催回数 ()回 C. 延べ参加者数 ()人
2) 加算届出後1年	A. 平成()年()月 ~ 平成()年()月 B. 開催回数 ()回 C. 延べ参加者数 ()人
⑦褥瘡対策チームを設置したのはいつですか。	平成()年()月
⑧褥瘡対策チームにはどのような職種の方が参加していますか(あてはまるものすべてに○)。	1. 医師 2. 看護職員 3. 管理栄養士・栄養士 4. 薬剤師 5. 理学療法士 6. 作業療法士 7. 事務職員 8. その他(具体的に)
⑨褥瘡対策に係わる(病棟での)カンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。	
1) 加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()
2) 現在	週()回程度
⑩褥瘡対策チームによるカンファレンスは、どのくらいの頻度で開催されていますか。	
1) 加算届出前	1. 週()回程度 2. 月()回程度 3. その他()
2) 現在	週()回程度
⑪加算の届出前月、届出月、平成19年6月の各1か月の実績について記入してください。 ※分からない場合は、「-」と記入してください。	
	届出前月 届出月 平成19年6月
1) 褥瘡リスクアセスメント実施数	人 人 人
2) 褥瘡ハイリスク患者特定数	人 人 人
3) 褥瘡ハイリスク患者ケア実施数	人 人 人
4) 院内発生の褥瘡を有する患者数	人 人 人
5) D3以上の褥瘡を有する患者数	人 人 人
うち 院内発生	人 人 人
6) 褥瘡推定発生率 ※日本褥瘡学会の定義による	% % %
⑫褥瘡ハイリスク算定患者のリスク項目別人数をご記入ください(複数回答可)。(平成19年6月分)	
1) ショック状態	人
2) 重度の末梢循環不全	人
3) 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	人
4) 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	人
5) 特殊体位による手術を受けたもの	人
6) 強度の下痢が続く状態であるもの	人
7) 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)であるもの	人
8) 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	人

⑬褥瘡管理者の直近1週間の活動について、件数と所要時間をご記入ください。

	件数	所要時間
1) 直接ケア（ケアの記録を含む）	件	時間
2) 患者、家族に対する個別教育	件	時間
3) 医療従事者（看護職員、医師等）に対する個別教育	件	時間
4) 院内集団教育	件	時間
5) コンサルテーション	件	時間
6) 褥瘡対策に係るカンファレンス	件	時間
7) その他（委員会等）	件	時間

⑭褥瘡管理者（専従）の配置の結果として、どの程度の効果がみられますか。

※「大変効果がみられた」を「5」、「全く効果がみられなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号に、それぞれ○をつけてください。

	大変効果がみられた	やや効果がみられた	どちらともいえない	あまり効果がみられなかった	全く効果がみられなかった
1) 実効性のある褥瘡管理対策を実施できるようになった	5	4	3	2	1
2) 褥瘡リスクアセスメントが適切に行えるようになった	5	4	3	2	1
3) 職種間の連携・調整がスムーズになった	5	4	3	2	1
4) 褥瘡（兆候を含む）の早期発見件数が増加した	5	4	3	2	1
5) 褥瘡治療期間が短縮した	5	4	3	2	1
6) 褥瘡管理対策のための職員研修の質が向上した	5	4	3	2	1
7) 職員の褥瘡管理に対する意識が向上した	5	4	3	2	1
8) 職員からの相談に適切に応じることができるようになった	5	4	3	2	1
9) 患者・家族の満足度が高くなった	5	4	3	2	1

⑮その他、「専従」配置による具体的な効果をご記入ください。

※褥瘡予防・管理の指針やガイドラインの作成、褥瘡評価方法の統一、ケア用品の導入等、管理者の専従配置による実績について具体的にお書きください。

⑩褥瘡管理対策を
実施する上での
課題等がござい
ましたら、ご記
入ください。

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

透析医療に係る改定の影響調査 調査票(案)

※回答の際には、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。（ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID

1. 貴施設の状況（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①医療機関種別	1. 病院	2. 一般診療所（有床）	3. 一般診療所（無床）	
②所在地	（ ）都・道・府・県			
③開設者*	1. 国立	2. 公立	3. 公的	4. 社会保険関係団体
	5. 医療法人	6. 個人	7. 学校法人	8. その他法人
④許可病床数	施設全体（ ）床			

2. 透析医療の応需体制（平成 19 年 6 月現在）についてお伺いします。

①外来透析をどのように実施していますか。 ※1つだけ選択。廃止・休止の場合は具体的にその時期を記入してください。	1. 毎日実施している（日曜休診の場合も含む） →質問③へ 2. 曜日を決めて実施している 3. 実施していない（以前は実施していたが、廃止・休止した） →廃止・休止時期：平成（ ）年（ ）月 4. 以前から実施していない 5. その他（具体的に ）			
②<上記①で「1.毎日実施している」以外を選んだ施設> 外来透析を毎日実施していない最も大きな理由は何ですか。 ※1つだけ選択。	1. 透析医（透析を専門に担当する医師）がない 2. 看護師が確保できない 3. 臨床工学士が確保できない 4. 採算が取れない 5. 患者からの要望がない 6. その他（具体的に ）			
③外来透析についての今後の意向はいかがですか。 ※1つだけ選択。	1. 今後は毎日実施したいと考えている 2. 今後は曜日を決めて実施したいと考えている 3. 現状のままで良いと考えている 4. 今後は廃止する予定である 5. その他（具体的に ）			
④<外来透析を実施している施設> 外来透析を担当する医師は主に誰ですか。 ※最も近いものを1つ。	1. 透析医が必ず担当する 2. 基本的に透析医が担当するが、他科と併任している医師（内科など）が担当する場合がある 3. 他科と併任している医師が担当する →併任の診療科名（具体的に ） 4. その他（具体的に ）			
⑤外来透析に携わるスタッフ数(主として外来透析を担当する者)と使用される病床数について記入してください。 ※本調査では、「透析専門医」とは、(社)日本透析医学会の認定する専門医を指します。		平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月
	1)常勤医師数	人	人	人
	2)(うち)透析専門医*	人	人	人
	3)非常勤医師数	人	人	人
	4)常勤看護師数	人	人	人
	5)非常勤看護師数	人	人	人
	6)常勤臨床工学士	人	人	人
	7)非常勤臨床工学士	人	人	人
	8)透析病床数	床	床	床

<p>⑥貴施設では、<u>外来夜間透析（夜間人工腎臓加算対象）</u>を行っていますか。</p> <p>※1つだけ選択。廃止・休止の場合は具体的にその時期を記入してください。</p>	<p>1. 行っているが、最近、縮小した →⑥-1 縮小した内容として、<u>あてはまるものすべてに○をつけてください。</u></p> <p>1. 受入れ患者数の縮小 2. 透析診療時間の短縮 3. 診療曜日の削減 4. その他（具体的に _____）</p> <p>→⑥-2 縮小時期：<u>平成（ ）年（ ）月</u></p> <p>2. 以前は行っていたが、最近、廃止した →⑥-3 廃止時期：<u>平成（ ）年（ ）月</u></p> <p>3. 行っている（変化はない） 4. 以前から行っていない</p>		
<p>⑦<縮小・廃止した施設> 外来夜間透析を縮小・廃止した最も大きな理由は何ですか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 透析医（透析を専門に担当する医師）がいない 2. 看護師が確保できない 3. 臨床工学士が確保できない 4. 採算が取れない 5. 夜間透析を希望する患者がいない 6. その他（具体的に _____）</p>		
<p>⑧<全施設> 夜間透析外来についての今後の意向はいかがですか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 今後は毎日行いたいと考えている 2. 今後は曜日を決めて行いたいと考えている 3. 現状のままで良いと考えている 4. 今後は廃止する予定である 5. その他（具体的に _____）</p>		
<p>⑨外来夜間透析時の患者1人に要する平均透析時間（平成18年1月時点と平成19年6月時点）</p>			
<p>1)平成18年1月時点</p>	<p>約（ ）分</p>	<p>2)平成19年6月時点</p>	<p>約（ ）分</p>
<p>⑩外来夜間透析時の患者1人に要する平均準備時間（片付け時間を含む）</p>		<p>約（ ）分</p>	

3. エリスロポエチン製剤使用の状況についてお伺いします。

<p>①平成18年3月以前と比較して、貴施設では、患者1人当たりのエリスロポエチン製剤の使用量は、概して、どのように変化しましたか。</p> <p>※1つだけ選択。</p>	<p>1. 増加した 2. 変わらない 3. 減少した 4. その他（具体的に _____）</p>
<p>②<①で「減少した」と回答した施設の方> 患者1人当たりのエリスロポエチン製剤の使用量が減ったのはなぜですか。</p> <p>※あてはまるものすべて。</p>	<p>1. 貧血管理の目標値を下げた（例：Hb値10g/dL以下とした） 2. 検査データを見ながらきめ細かく貧血管理を行うようになった 3. 鉄剤の使用を増やした 4. その他（具体的に _____）</p>
<p>③平成18年3月以前と比較して、患者の貧血状況に変化はみられますか。※1つだけ選択。</p>	<p>1. 貧血患者が増加した 2. 変わらない 3. 貧血患者が減少した 4. その他（具体的に _____）</p>

4. 平成17年、平成18年、平成19年における4月、5月、6月の外来透析患者数、夜間加算算定患者数等について記入してください。

		①外来透析患者数(人工腎臓算定対象患者数)	②①のうち夜間加算算定の患者数
平成17年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人
平成18年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人
平成19年	4月	人	人
	5月	人	人
	6月	人	人

5. 透析医療に係る診療報酬について、ご意見等があれば、お書きください。

以上で様式1のアンケートは終わりです。続いて、様式2のアンケートのご回答をお願いします。

平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査（厚生労働省委託事業）

透析医療に係る改定の影響調査 調査票(案)

※平成 19 年 7 月 18 日（水）または 7 月 19 日（木）の 1 日（調査時点）に外来透析を実施した患者 1 人 1 人について、平成 18 年 1 月と平成 19 年 7 月時点の①Hb（ヘモグロビン）値（g/dL）、②Ht（ヘマトクリット）値（％）、③エリスロポエチン製剤の 1 週間当たり処方量（IU）を記入してください。

※本調査は調査時点の外来透析患者全員を対象にしておりますが、平成 18 年 1 月時点は貴施設の外来患者でなかった患者の場合は、本調査の対象外ですので、記入は不要です。

※調査対象患者が多い場合は、大変恐縮でございますが、最大 30 人分まで（例：調査時点の午前中のみの患者を対象）、記入してください。

※エリスロポエチン製剤処方量がない場合は、「0」と記入してください。

通し 番号	平成 18 年 1 月時点			平成 19 年 7 月時点		
	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1 週間当 たりのエリスロポエチ ン処方量 【IU】	①Hb 値 (ヘモグロビン) 【g/dL】	②Ht 値 (ヘマトクリット) 【%】	③1 週間当 たりのエリスロポエチ ン処方量 【IU】
(例)	11.5	36.4	6,000	12.0	36.8	3,000
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

以上で様式 2 のアンケートは終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。