

事務連絡（保189）

平成20年12月4日

都道府県医師会

社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

藤原 淳

中医協が実施する平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る
特別調査（平成20年度調査）について

時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

中医協におきましては、エビデンスに基づく議論を行い、診療報酬改定項目についても実施後に検証部会で調査・検証を行い、その結果に基づき手直しをしていくという流れがしっかり確立しているところでございます。

平成20年度診療報酬改定の結果を検証する項目につきましては、平成20年度、21年度に分けて実施することとなり、そのうち、下記5項目の調査について平成20年度より着手することとなっております。

- (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
- (2) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
- (3) 後発医薬品の使用状況調査
- (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1：後期高齢者診療料
- (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2：後期高齢者終末期相談支援料

平成20年11月5日に開催された中医協検証部会で調査目的、調査対象、調査方法、調査項目、スケジュール等が別添1のように議論され、それを踏まえ最終的な修正が行われました。

今般、5つの調査につきまして別添3のようなスケジュールで委託先である三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社およびみずほ情報総研株式会社から客体医療機関等へ調査票が送付されますことをご連絡申し上げます。

調査票が送付された会員医療機関より、都道府県医師会や郡市区医師会へ

ご照会があると思われませんが、日本医師会といたしましては、本調査に協力するかどうかはあくまでも各会員等のご判断に委ねるものと考えておりますことをお伝えいただければ幸いです。

(添付資料)

1. 平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成20年度調査）の実施案について（平成20年11月5日 中医協検証部会 検-1）
2. 5項目の特別調査の調査一式
 - (1) 病院勤務医の負担軽減の実態調査
 - (2) 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査
 - (3) 後発医薬品の使用状況調査
 - (4) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1：後期高齢者診療料
 - (5) 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2：後期高齢者終末期相談支援料
3. 平成20年度診療報酬改定結果検証の調査スケジュール予定について

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(平成20年度調査)の実施案について

〔目次〕

- 病院勤務医の負担軽減の実態調査 1頁
- 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 2頁
- 後発医薬品の使用状況調査 3頁
- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1 5頁
- 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2 6頁

病院勤務医の負担軽減の実態調査

■ 調査目的

- ・ 病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握
- ・ 病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握

<調査のねらい>

<p>○病院勤務医の負担軽減策の取組み状況等の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者数及び病院勤務医数に変化があるか。 ・ どのような病院勤務医の負担軽減策が実施されているか。 <p>○病院勤務医の負担軽減と処遇改善等の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当直、連続当直回数は変化したか。 ・ 病院勤務医の業務負担は軽減したか。

■ 調査対象及び調査方法

- ・ 「入院時医学管理加算」、「医師事務作業補助体制加算」、「ハイリスク分娩管理加算」のいずれかの届出を行っている医療機関を対象に医療機関調査、医師責任者調査及び医師調査を行う。
- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検－2 参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○					○

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査

■ 調査目的

- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響の把握
- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる患者への影響の把握

<調査のねらい>

○外来管理加算の意義付けの見直しによる医療機関への影響の把握

- ・ 外来管理加算の算定状況はどうか。
- ・ 改定前後で患者数及び診療時間は変化したか。

○外来管理加算の意義付けの見直しによる患者への影響の把握

- ・ 医師の説明内容に対する理解度はどうか。
- ・ 診察に対する満足度はどうか。

■ 調査対象及び調査方法

<病院調査>

- ・ 全国の病院の中から無作為抽出した 1,500 施設を対象とする。ただし、一般病床数が 200 床未満の病院とする。

<診療所調査>

- ・ 全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<患者調査>

- ・ 病院調査・診療所調査の対象施設に来院した患者を対象とし、1 施設につき 4 名を本調査の対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2 参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成						→	
調査検討委員会		○				○	

後発医薬品の使用状況調査

■調査目的

- ・ 保険薬局や医療機関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患者の意識の把握

<調査のねらい>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 保険薬局における「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況等の把握<ul style="list-style-type: none">・ 「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんはどのくらいか。・ 実際に後発医薬品に変更して調剤した処方せん枚数はどのくらいか。・ 後発医薬品に変更することで変化した薬剤料。○ 医療機関における処方せん交付状況等の把握<ul style="list-style-type: none">・ 「後発医薬品への変更不可」とした処方せんはどのくらいか。・ 「後発医薬品への変更不可」とした理由。○ 後発医薬品の使用に関する患者の意識の把握<ul style="list-style-type: none">・ 後発医薬品を使用した経験があるか。・ 後発医薬品使用に関する意識及び満足度はどの程度か。 |
|--|

■調査対象及び調査方法

<薬局調査>

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<病院調査>

- ・ 全国の病院の中から無作為抽出した 1,000 施設を対象とする。

<医師調査>

- ・ 「病院調査」の対象施設の外来診療を担当する医師、1 施設につき 2 名を本調査の対象とする。

<診療所調査>

- ・ 全国の一般診療所の中から無作為抽出した 2,000 施設を対象とする。

<患者調査>

- ・ 薬局調査の対象施設に来局した患者を対象とし、1 施設につき 4 名を本調査の対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2 参照）

■ 調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施				→			
集計・分析					→		
報告書作成						→	
調査検討委員会		○					○

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1

■調査目的

- ・ 「後期高齢者診療料」の算定状況及び改定後の治療内容の変化
- ・ 後期高齢者診療計画書の作成状況
- ・ 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度及び満足度

<調査のねらい>

- 「後期高齢者診療料」の算定状況
 - ・ 75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数ほどの程度か。
 - ・ 後期高齢者診療料の算定患者において改定前後で通院回数等に変化があるか。
- 後期高齢者診療計画書の作成状況
 - ・ 後期高齢者診療計画書の交付回数及び作成時間ほどの程度か。
 - ・ 患者への説明時間はどの程度か。
- 「後期高齢者診療料」の算定を受けた患者の理解度・満足度
 - ・ 医療機関からみた患者の理解度はどの程度か。
 - ・ 患者自身の満足度はどの程度か。

■調査対象及び調査方法

- ・ 全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為抽出した 3,500 施設を対象に医療機関調査及び医療機関を通じた患者調査を行う。
- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■調査項目（中医協 検-2 参照）

■調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の設計 ・ 調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施			→				
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○			○		

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2

■調査目的

- ・ 「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況の把握
- ・ 終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況の把握
- ・ 終末期の話し合い及び「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握

<調査のねらい>

- 「後期高齢者終末期相談支援料」の算定状況の把握
 - ・ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況はどうか。
- 終末期の診療方針等についての話し合いの実施状況の把握
 - ・ 話し合いの内容はどうか。
 - ・ 話し合いの結果、患者・家族の受け止め方の様子はどうか。
- 終末期の話し合い及び「後期高齢者終末期相談支援料」に関する国民の意識の把握
 - ・ 終末期の診療方針の話し合いやその文書提供を希望するか。
 - ・ 終末期の話し合いに、診療費が支払われることをどう考えるか。

■調査対象及び調査方法

<施設及び事例調査>

- ・ 全国の医療機関（病院 1,700、一般診療所 1,700）を対象に、医療機関調査及び事例調査を行う。病院は、所在地毎の層化後、無作為抽出、一般診療所は、半数を在宅療養支援診療所の中から、残る半数は、内科系を標榜する施設から無作為抽出する。
- ・ 事例調査票は、担当の看護師（担当看護師が話し合いに同席していない場合は医師）が記入する。

<国民意識調査>

- ・ 年齢層別層化後、人口構成比により無作為抽出を行った 20 歳以上の 2,000 人を対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。

■調査項目（中医協 検-2）

■調査スケジュール

	平成 20 年				平成 21 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
調査票の検討、調査客体の選定等	→						
調査実施		→					
集計・分析				→			
報告書作成					→		
調査検討委員会		○				○	

各位

平成 20 年 12 月
厚生労働省保険局医療課

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」

ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成 20 年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「病院勤務医の負担軽減の実態調査」について、平成 20 年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
「病院勤務医の負担軽減の実態調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に係る評価として、「入院時医学管理加算」の新設、「医師事務作業補助体制加算」の新設、「ハイリスク分娩管理加算」の見直しが行われました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算、ハイリスク分娩管理加算のいずれかを算定している医療機関を対象に、「病院勤務医の負担軽減の実態調査」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議論の際の大変重要な資料となります。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

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、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けて、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

調査期間：平成 20 年 12 月 26 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、三田（みた）、田極（たごく））

E-mail：doctor@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、弊社からお電話をさせていただきます。

TEL：03-6711-1380（受付時間：10：00～18：00 土日・祝日を除く）

FAX：03-6711-1291

開設者様・管理者様

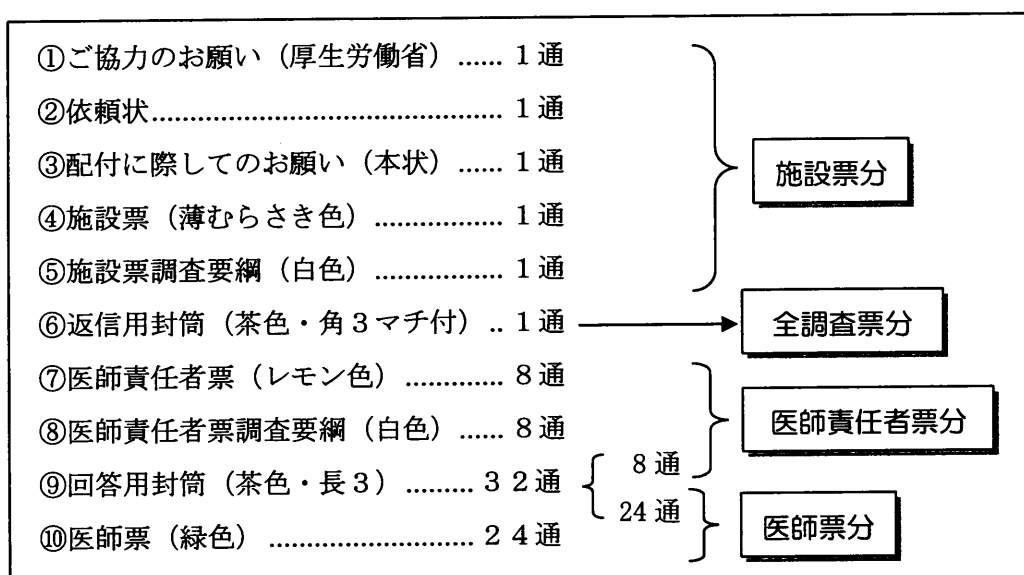
厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」

「病院勤務医の負担軽減の実態調査」

「医師責任者票」「医師票」配付に際してのお願い

本調査では、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、以下の要領で、**医師責任者票**、**医師票**を対象者に配付していただきますよう、ご協力の程何卒よろしくお願い申し上げます。

<封入物一覧>



医師責任者票（レモン色の調査票）は、各診療科における医師責任者の方（例；部長・医長・科長）に、各診療科における医師の勤務状況や業務負担の状況等をお伺いするための調査票です。

また、**医師票**（緑色の調査票）は、各診療科における医師の方に、貴院での勤務状況や業務の負担感等をお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、**医師責任者票**（レモン色の調査票）と**医師票**（緑色の調査票）等を、対象の医師の方にお配りいただきますよう、ご協力の程お願い申し上げます。

記

1. **医師責任者票**（レモン色の調査票）の対象者と配付していただく物

<対象者>

貴院の各診療科における医師責任者の方（例；部長・医長・科長）

各診療科につき 1 名×最大 8 つの診療科 計 8 名

※診療科が 8 つない場合は、8 つ配付・回収していただく必要はございません。

各診療科につき必ず 1 名の医師責任者としてください。

<配付していただく物>

各対象者の方に、以下の物を1部ずつ配付してください。

- ・ 医師責任者票 1部
- ・ 医師責任者票調査要綱 1部
- ・ 回答用封筒 1部

2. **医師票**（緑色の調査票）の対象者と配付していただく物

<対象者>

貴院の各診療科に1年以上勤務する医師の方（医師責任者以外）

各診療科につき最大3名×最大8つの診療科 計24名

※貴院で診療を実際に行っている診療科、最大8つの診療科が対象となります。診療科が8つない場合、例えば、診療科が3つである場合は、各診療科3名×3つの診療科となりますので、計9名の医師の方に配付してください。

※対象者には非常勤医師の方も含まれますが、週24時間以上貴院に勤務している医師の方に限ります。

<各診療科における対象者の選定方法>

各診療科につき、最大3名の医師の方が対象になります。

この3名の医師の方は、次の方法により、選定していただけますよう、何卒ご協力の程お願い申し上げます。

- ①医師責任者票の対象となった診療科を最大8つまでお選びください。
- ②上記①で選定した各診療科について、3つの年齢区分（34歳以下、35～44歳、45歳以上）ごとに、対象者1名ずつをお選びください。
- ③年齢区分ごとの該当者がいない場合は、上記②の年齢区分に限定せず、対象者の年齢が偏らないように3名の方をお選びください。
- ④同じ年齢区分に複数の該当者がある場合には、対象者3名の「性別」や「常勤・非常勤（週24時間以上、貴院に勤務している場合に限る）」等が偏らないように対象者を選定してください。

<配付していただく物>

各対象者の方に、以下の物を1部ずつ配付してください。

- ・ 医師票 1部
- ・ 回答用封筒 1部

3. **医師責任者票**と**医師票**の返送方法

医師責任者票と**医師票**の回答者は、調査票と一緒に各対象者に配付した「回答用封筒」に、記入した調査票を同封・封緘の上、開設者・管理者の方に提出してください。

開設者・管理者の方は、大変恐縮でございますが、**医師責任者票**と**医師票**の「回答用封筒」を封緘したまま、おとりまとめいただき、**施設票**と一緒に「返信用封筒（茶色の角3マチ付封筒、切手不要）」にて、調査事務局宛にご返送ください。

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、三田（みた）、田極（たごく））

E-mail：doctor@murc.jp FAX：03-6711-1291

TEL：03-6711-1380（受付時間10：00～18：00 土日・祝日を除く）

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度 診療報酬改定結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査：施設票 調査要綱**

回答者

- ・ 開設者・管理者様にご回答をお願いしておりますが、調査項目に応じて、貴院事務局の方にもご記入をお願いしたいと考えております。貴院において、適宜、ご判断をお願いします。

回答方法

- ・ 本調査では、調査票でご回答いただいた内容の照会や調査票の回収管理を行うために、記名式とさせていただきます。調査票に貼付したラベル上の施設名、所在地をご確認ください。記載内容に不備がございましたら「赤書き」で修正をお願いいたします。
- ・ 電話番号、ご回答者のお名前は、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、弊社「個人情報保護方針」及び「個人情報の取扱いについて」に従い、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。<ご参考 <http://www.murc.jp/profile/privacy.html>>
- ・ お預かりしました個人情報は、集計作業等のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るよう定め、適切に取り扱います。
- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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、わからない場合には「-」をご記入ください。

調査期間

調査票（施設票）にご記入の上、同封の返信用封筒（茶色の角3マチ付き封筒、切手不要）にて回収した医師責任者票・医師票の封筒とともに同封していただいた上で

平成20年12月26日（金）まで

にポストに投函してください。

記入要領

1. 貴施設の状況

※特に断りのない限り、平成20年10月の状況についてご記入ください。

①開設主体

国立：

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

公立：

都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的：

日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

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、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人：

公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②許可病床数

- ・ 医療法第7条の規定により許可を受けている病床数をご記入ください。

④救急医療体制

- ・ 第2次救急（第2次救急医療施設）：

精神科を含む24時間体制の救急病院、病院輪番制方式による施設及び診療所をいいます。

- ・ 高度救命救急センター：

広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊疾患を受け入れる機能をもつ施設をいいます。

- ・ 総合周産期母子医療センター：

「周産期医療対策整備事業の実施について」の別添「周産期医療対策事業実施要綱」（平成8年5月10日児発第488号）に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関をいいます。

⑧勤務医負担軽減対策計画の策定状況

- ・ 「勤務医負担軽減対策計画」とは、医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等の策定のことを指します。

⑩1) 病院全体の平均在院日数

- ・ 一般病棟、療養病棟や精神病棟等を含む全ての病棟の平成19年と平成20年の10月1か月間における平均在院日数を小数点以下第1位までご記入ください。
- ・ 平均在院日数＝

(1か月間の全ての病棟の在院患者延べ数)

(1か月間の全ての病棟の新入院患者数+1か月間の全ての病棟の退院患者数) / 2

⑩2) 一般病棟の平均在院日数

- ・ 一般病棟のみの平成19年と平成20年の10月1か月間における平均在院日数を小数点以下第1位までご記入ください。
- ・ 平均在院日数＝

(1か月間の一般病棟の在院患者延べ数)

(1か月間の一般病棟の新入院患者数+1か月間の一般病棟の退院患者数) / 2

⑩3) 紹介率

- ・ 紹介率は、特定機能病院・特定機能病院以外の病院種別に応じて、平成19年10月と平成20年10月について下記の算出式により求めてください。
- ・ 紹介患者数、救急患者数、初診患者数は、平成19年と平成20年の10月1か月間の数値を用いてください。
- ・ 小数点以下第1位までご記入ください。

【特定機能病院】

- ・ 紹介率 (%) = $(A+B+C) \div (B+D) \times 100$

※上記式において、A、B、C、Dはそれぞれ次の値を表す。

- A : 10月1か月間の紹介患者数
- B : 10月1か月間の他の病院又は診療所に紹介した患者数
- C : 10月1か月間の救急用自動車によって搬入された患者数
- D : 10月1か月間の初診の患者数

【特定機能病院以外の病院】

- ・ 紹介率 (%) =
$$\frac{(10月1か月間の紹介患者数^{*2} + 10月1か月間の救急患者数^{*3}) \times 100}{10月1か月間の初診患者数^{*1}}$$

※1 初診患者数：「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

※2 紹介患者数：紹介状持参者数

※3 救急患者数：紹介状を持参しなかった救急入院患者数

⑩4) 逆紹介率

- ・ 逆紹介率は、平成19年10月と平成20年10月について下記の算出式により求めてください。
- ・ 逆紹介率 (%) = $(逆紹介患者の数 \div 初診患者の数) \times 100$
- ※ 逆紹介患者の数とは、他の病院又は診療所に紹介した患者で、診療情報提供料（I）を算定した患者の1か月間の人数

⑬職員数（常勤換算）

- ・ 平成19年と平成20年における10月末現在の職員数を常勤換算により記入してください。
- ・ 1週間に数回勤務の場合：
(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)
- ・ 1か月に数回勤務の場合：
(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間 × 4)
- ・ 小数点以下第1位までご記入ください。

⑭医師事務作業補助者（医療クラーク）

- ・ ここでの「医師事務作業補助者（医療クラーク）」は、「医師事務作業補助体制加算」の届出とは別に、医師の事務作業を補助する専従スタッフの人数をご記入ください。
- ・ 常勤換算は上記⑬と同様の計算により算出し、小数点以下第1位までご記入ください。

⑮MSW（医療ソーシャルワーカー）

- ・ 施設内で、療養中の心理的・社会的問題や経済的問題の解決・調整援助、退院・社会復帰・受診・受療の援助、地域活動といった役割を担っている、いわゆる「MSW（医療ソーシャルワーカー）」の人数を常勤換算でご記入ください。
- ・ 常勤換算は上記⑬と同様の計算により算出し、小数点以下第1位までご記入ください。

⑯病院ボランティア

- ・ この調査では、受付の案内、患者の話し相手や散歩の介助など、無償で院内の日常業務を補助するボランティアを指します。例えば、院内でのミニコンサートの開催などイベントのボランティアは含まれません。
- ・ 平成20年10月末現在登録されている、あるいは貴院で実際に活動をしているボランティアの実人数をご記入ください。

2. 患者数等

①3) 救急搬送による外来患者延べ数

- ・ 平成19年10月と平成20年10月1か月間における救急用の自動車等による救急搬送で貴院を受診した患者の人数をご記入ください。
- ・ 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第629号）第11に規定するドクターヘリ導入促進事業に係るドクターヘリにより搬送された患者も含みます。
- ・ 特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者は除きます。

①4) 初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数

- ・ 平成19年10月と平成20年10月1か月間の初診外来患者数のうち、紹介状（診療情報提供書）を持っておらず、貴院で設定している選定療養費の実費徴収を行った患者数をご記入ください。
- ・ 他院からの紹介状を持っている患者、救急搬送による患者等は含みません。

②4) 診療情報提供料を算定した退院患者数

- ・ 平成19年10月と平成20年10月1か月間において、別の医療機関での受診の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて他の機関への紹介を行った退院患者の人数をご記入ください。
- ・ セカンドオピニオンを求める患者に対して算定できる診療情報提供料Ⅱを算定する患者は含みません。

②5) 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数

- 平成19年10月と平成20年10月1か月間において、退院の事由が治癒であり、貴院または他の医療機関で外来受診の必要のない退院患者数をご記入ください。

3. 病院勤務医の状況等について

③医師1人当たり平均当直回数及び連続当直回数

- 平成19年10月と平成20年10月の1か月間における医師1人当たり平均当直回数を診療科別に、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位までの数値でご記入ください。

(例) 平成19年10月1か月の当直回数が、A医師4回、B医師7回、C医師2回の場合

$$\frac{4(\text{回}) + 7(\text{回}) + 2(\text{回})}{3(\text{人})} = 4.33\cdots = \boxed{4.3\text{回/人}}$$

- 平成19年10月と平成20年10月の1か月間における貴院全体の医師の連続当直回数総計を診療科別にご記入ください。

※ 連続当直回数とは、当直が2日以上続くことを言います。連続している部分を1回とカウントしてください。

(例) A医師の場合

月	火	水	木	金	土	日
当直	当直		当直		当直	当直

Diagram showing a bracket under the '火' (Tuesday) and '水' (Wednesday) cells, and another bracket under the '土' (Saturday) and '日' (Sunday) cells. A line connects these two brackets to a box containing '2回' (2 times).

(例) 平成19年9月1か月の連続当直回数が、A医師2回、B医師0回、C医師5回の場合

$$2(\text{回}) + 0(\text{回}) + 5(\text{回}) = 7 = \boxed{7\text{回}}$$

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況

①2) 医師事務作業補助体制

- 医師事務作業補助体制加算の届出の有無にかかわらず、医師事務作業補助体制の取組みの状況についてあてはまるものを選択してください。また、取り組んでいる場合は、a)その取組み開始時期を選択し、b)具体的な取組み内容をご記入ください。

①3) 短時間正規雇用の医師の活用

- 「短時間正規雇用の医師の活用」とは、フルタイムより所定労働時間が短く基本的に残業がない勤務で、就業時間に比例した待遇を受け、社会保険が適用される働き方を医師が選択できるようにすることを指します。

③医師の経済面での処遇改善

- ・ 給与や手当等、経済面での医師の処遇について、改善した場合は選択肢 1.「改善した」に○をつけ、質問③-1へ、変わらない場合は選択肢 2.「変わらない」に○をつけ、6 ページの質問 5.①へお進みください。

③-1 医師の経済面での処遇改善内容

- ・ 「手当」とは、業務によって支給される手当（医師手当、業績手当、宿日直手当、役職手当、役職職員特別勤務手当、附加職務手当、特殊業務手当、夜間看護等手当、派遣手当、超過勤務手当、年度末賞与等）のことを指します。生活給手当（扶養手当、住宅手当、通勤手当、単身赴任手当、地域手当等）は含まれません。

③-2-1、③-2-2、③-2-3 経済面での処遇改善をした対象医師

- ・ 経済面での処遇改善をした対象医師について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。特定の診療科の特定の医師を対象にした場合は、~~選択肢 2.「特定の診療科に勤務する医師」~~と 3.「特定の医師」に○をつけ、さらに具体的な診療科と医師の種類について、あてはまる番号すべてに○をつけてください。

例) 精神科と救急科の非常勤

- 選択肢 2.「特定の診療科に勤務する医師」に○をつけ、診療科の 2.「精神科」と 8.「救急科」に○、選択肢 3.「特定の医師」に○をつけ、医師の 2.「非常勤」に○をつける。

5. 入院時医学管理加算について

③初診に係る選定療養（実費徴収）の状況

- ・ 初診の外来患者数のうち、紹介状（診療情報提供書）を持っていない患者に対して、選定療養の実費徴収を行っている場合、貴院で設定している 1 回当たりの金額をご記入ください。

④平成 20 年 10 月 1 か月分の手術件数

- ・ 1) ～7) の各項目について、平成 20 年 10 月 1 か月分の手術件数をご記入ください。
- ・ 1) の全身麻酔は、手術を実施した場合に限ります。
- ・ 5) の放射線治療（体外照射法）は、入院・入院外を問わず、平成 20 年 10 月 1 か月間に実施した回数をご記入ください。

6. 医師事務作業補助体制加算について

③医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期

- ・ 医師事務作業補助体制加算の新設以前に、医師の事務作業（診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力等）を補助している事務作業員や病棟クレーン等の専従者がいる場合、名称に関係なく、その配置時期をご記入ください。また、加算届出後に専従者を配置した場合は、その時期をご記入ください。

④医師事務作業補助体制加算の種類

- 25 対 1 補助体制加算 : 届出病床数 (一般病棟に限る。以下、この項目について同じ) 25 床ごとに 1 名以上配置している
- 50 対 1 補助体制加算 : 届出病床数 50 床ごとに 1 名以上配置している
- 75 対 1 補助体制加算 : 届出病床数 75 床ごとに 1 名以上配置している
- 100 対 1 補助体制加算 : 届出病床数 100 床ごとに 1 名以上配置している

⑤医師事務作業補助者 (専従者) の人数、給与総額

- ・平成 20 年 10 月末現在における医師事務作業補助者 (専従者) の常勤・非常勤別の実人数をご記入ください。
- ・また平成 20 年 10 月中に支給した常勤・非常勤全員の給与総額をご記入ください (小数点以下四捨五入)。
- ・「給与総額」には、扶養手当、時間外勤務手当、夜勤手当、危険手当、役付手当、通勤手当など労働の対価として職員に支給したすべてのものが含まれます。
- ・年俸制を適用されている場合は、年俸の 1/12 の額と平成 20 年 10 月中に支給された諸手当とを合算した額を記入してください。
- ・医療保険料、年金保険料、児童手当拠出金の事業主負担額、労働保険料のうち、事業主負担額は含まれません。

⑥医師事務作業補助者の配置

- ・医師事務作業補助者をどのように配置しているか、あてはまる番号に○をつけてください。
- ・例えば、救急科といった特定の診療科と各診療科の科長に対して医師事務作業補助者を配置している場合は、「2.特定の診療科に配置している」と「4.特定の医師に対して配置している」に○をつけてください。

⑦医師事務作業補助者が従事している業務等

- ・加算届出以降、A～Eの各項目について、医師事務作業補助者が実際に従事している業務にあてはまる場合は「1. あり」、あてはまらない場合は「2. なし」を選択してください。
- ・さらに、その該当業務を主に実施している主体を「1. 医師」と「2. 医師事務作業補助者」「3. その他」の中から 1 つだけ選択してください。
- ・医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については、医師事務作業補助者の業務とはしません。

⑨医師事務作業補助者の配置による個人情報保護上の問題

- ・個人情報とは、個人に関する情報で、これに含まれる氏名、生年月日その他の記述等により、特定の個人を識別することができるものを言います。

7. ハイリスク分娩管理加算について

③分娩件数

- ・ 平成 19 年と平成 20 年における 8 月・9 月・10 月の分娩件数についてご記入ください。
- ・ 分娩件数とは、出産（出生及び死産）をした母の数を言い、帝王切開等の異常分娩も含まれます。

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、三田（みた）、田極（たごく））

E-mail：doctor@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、弊社からお電話をさせていただきます。

TEL： 03-6711-1380（受付時間：10：00～18：00）

FAX： 03-6711-1291

以上

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（施設票）**

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、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。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、貴施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。
 ※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20年10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開設主体	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					
②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
③病院の種別 ※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. 小児救急医療拠点病院		4. 災害拠点病院			
	5. がん診療連携拠点病院		6. その他（具体的に)			
④救急医療体制 ※あてはまる番号すべてに○	1. 第2次救急		2. 救命救急センター			
	3. 高度救命救急センター		4. 総合周産期母子医療センター			
	5. 地域周産期母子医療センター		6. その他（具体的に)			
⑤DPC対応	1. DPC対象病院		2. DPC準備病院			
	3. 対応していない					
⑥標榜している 診療科 ※あてはまる番号すべてに○	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・産科・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. 救急科			
	16. その他（具体的に)					
⑦病院の体制：あるもの ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携室の設置		2. 24時間の画像診断体制			
	3. 24時間の検査体制		4. 24時間の調剤体制			
⑧勤務医負担軽減対策計画の 策定状況	1. 既に策定済み					
	2. 現在策定中である					
	3. 策定していない					
⑨診療録電子カルテの導入状況	1. 導入している →導入時期：平成()年()月					
	2. 導入していない					

⑩平均在院日数、紹介率、逆紹介率についてご記入ください。※小数点以下第1位まで										
		平成19年10月				平成20年10月				
1) 病院全体の平均在院日数		(.) 日				(.) 日				
2) 一般病棟の平均在院日数		(.) 日				(.) 日				
3) 紹介率		(.) %				(.) %				
4) 逆紹介率		(.) %				(.) %				
⑪一般病棟の入院基本料区分		1. 7対1		2. 10対1		3. 13対1				
		4. 15対1		5. 特別入院基本料						
⑫精神病棟の入院基本料区分		1. 10対1		2. 15対1		3. 18対1				
		4. 20対1		5. 特別入院基本料						
⑬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	その他	計
※小数点 以下第1 位まで	平成19年 10月末 現在	人	人	人	人	人	人	人	人	人
	平成20年 10月末 現在	人	人	人	人	人	人	人	人	人
⑭医師事務作業補助者(医療クラーク)		1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								
⑮MSW(医療ソーシャルワーカー)		1. いる → () 人 ※常勤換算(平成20年10月) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								
⑯病院ボランティア		1. いる → () 人 ※実人数(平成20年10月末) 2. いないが、今後、確保・採用予定 3. いない(予定もない)								

2. 患者数等についてお伺いします。

①1か月の外来患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 外来患者数(初診)	人	人
2) 外来患者延べ人数(再診)	人	人
3) 救急搬送による外来患者延べ人数	人	人
4) 上記1)のうち、初診に係る選定療養の実費徴収を行った患者数	人	人
②1か月の入院患者数についてご記入ください。		
	平成19年10月	平成20年10月
1) 新規入院患者数	人	人
2) 救急搬送により緊急入院した患者数	人	人
3) 退院患者数	人	人
4) 診療情報提供料を算定した退院患者数	人	人
5) 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数	人	人
6) 月末在院患者数	人	人

3. 病院勤務医の状況等についてお伺いします。

①貴院では、常勤医師は何人いらっしゃいますか。平成19年10月ならびに平成20年10月の実人数を診療科別男女別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

②週24時間以上の勤務をしている非常勤医師の平成19年10月ならびに平成20年10月における実人数を診療科別男女別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月		平成 20 年 10 月	
	男性	女性	男性	女性
1) 病院全体の医師	人	人	人	人
(1) 内科の医師	人	人	人	人
(2) 精神科の医師	人	人	人	人
(3) 小児科の医師	人	人	人	人
(4) 外科の医師	人	人	人	人
(5) 脳神経外科の医師	人	人	人	人
(6) 整形外科医師	人	人	人	人
(7) 産科又は産婦人科の医師	人	人	人	人
(8) 救急科の医師	人	人	人	人
(9) その他の医師	人	人	人	人

③常勤医師ならびに週24時間以上の勤務をしている非常勤医師について、医師1人当たり平均当直回数（小数点以下第1位まで）及び医師全員の連続当直回数の合計値を診療科別にご記入ください。

	平成 19 年 10 月				平成 20 年 10 月			
	平均当直回数		連続当直の合計回数		平均当直回数		連続当直の合計回数	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1) 病院全体の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(1) 内科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(2) 精神科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(3) 小児科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(4) 外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(5) 脳神経外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(6) 整形外科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(7) 産科又は産婦人科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(8) 救急科の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回
(9) その他の医師	. 回	. 回	回	回	. 回	. 回	回	回

4. 病院勤務医の負担軽減策の実施状況等についてお伺いします。

<p>①貴院では、次のような医師の負担軽減策に取り組んでいますか。取り組んでいる場合は、a)いつから、取り組んでいますか。また、b)貴院の取組み内容を具体的に記入してください。 ※回答欄の選択肢中にある「計画」とは「勤務医負担の軽減に資する計画」を指します。</p>	
1) 医師・看護師等の業務分担	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画にない 4. その他 (具体的に)</p>
2) 医師事務作業補助体制	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画にない 4. その他 (具体的に)</p>
3) 短時間正規雇用の医師の活用	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画にない 4. その他 (具体的に)</p>
4) 連続当直を行わない勤務シフト	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画にない 4. その他 (具体的に)</p>
5) 当直後の通常勤務に係る配慮	<p>1. 取り組んでいる a) いつから→ (1. 平成20年3月以前 2. 平成20年4月以降) b) 取り組んでいる具体的な内容 〔 〕</p> <p>2. 計画にあるが、具体的に取り組んでいない 3. 計画にない 4. その他 (具体的に)</p>
②上記①の項目1)～5)以外で、貴院で取り組んでいる医師の負担軽減策がある場合、その内容を具体的に記入ください。	

5. 入院時医学管理加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、現行の「入院時医学管理加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →6. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください
---------------------------------	--

→①-1 届出をしていない理由をお書きください。

→6. ①へお進みください

②現行の「入院時医学管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年()月
③初診に係る選定療養(実費徴収)の状況	1. ある→1回あたりの金額()円 2. ない

④平成20年10月1か月分の手術件数等をご記入ください。各項目は重複した数値で結構です。

1) 全身麻酔	件	5) 放射線治療 (体外照射法)	件
2) 人工心肺を用いた手術	件	6) 分娩	件
3) 悪性腫瘍手術	件	7) 緊急帝王切開	件
4) 腹腔鏡下手術	件		

⑤「入院時医学管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。

--

6. 医師事務作業補助体制加算についてお伺いします。

施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

①貴院では、「医師事務作業補助体制加算」の届出をしていますか。	1. 届出をしている→②へお進みください 2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →8ページ7. ①へお進みください 3. 届出をしていない →①-1へお進みください
---------------------------------	--

→①-1 届出をしていない理由をお書きください。

→8ページ7. ①へお進みください

②「医師事務作業補助体制加算」の届出が受理されたのはいつですか。	平成20年（ ）月	
③当該加算の有無とは別に、医師の事務作業を補助する専従者を配置した時期はいつですか。	平成（ ）年（ ）月	
④医師事務作業補助体制加算の種類	（ ）対1補助体制加算	
⑤医師事務作業補助者（専従者）の実人数、給与総額を常勤・非常勤別にご記入ください。		
	常勤	非常勤
1) 実人数（平成20年10月）	（ ）人	（ ）人
a) 上記1)のうち 医療従事経験者	（ ）人	（ ）人
b) 上記1)のうち、医療事務経験者	（ ）人	（ ）人
2) 給与総額（平成20年10月1か月）	約（ ）万円	約（ ）万円
⑥医師事務作業補助者はどのように配置していますか。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 病院全体でまとめて配置している 2. 特定の診療科に配置している 3. 特定の病棟に配置している 4. 特定の医師に対して配置している 5. その他（具体的に ）	
⑦1) 加算の届出以降、以下の各項目（A～E）について医師事務作業補助者が実際に従事している場合は「1.あり」に、従事していない場合は「2.なし」に○をつけてください。 2) 各項目の業務内容を主に担当しているのは誰ですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。		
	1) 医師事務作業補助者の従事 ※○は1つ	2) 主な担当者 ※○は1つ
A. 診断書などの文書作成補助	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
B. 診療記録への代行入力	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
C. 医療の質の向上に資する事務作業	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
D. 行政上の業務 (救急医療情報システムへの入力等)	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
E. その他（主なもの： 〔 〕）	1. あり 2. なし	1. 医師 2. 医師事務作業補助者 3. その他（ ）
⑧医師事務作業補助者の業務範囲は明確になっていますか。	1. 院内規程等で明確にしている 2. 曖昧な部分がある →（具体的に ） 3. その他（具体的に ）	

<p>⑨ 医師事務作業補助者の配置により、個人情報保護上の問題が、今までに発生しましたか。</p>	<p>1. 発生していない</p> <p>2. 発生した</p> <p>→ 具体的に</p>
---	--

⑩ 「医師事務作業補助体制加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。

7. ハイリスク分娩管理加算についてお伺いします。施設基準の届出がない場合も、①の質問は、必ず、ご回答ください。

<p>① 貴院では、「ハイリスク分娩管理加算」の届出をしていますか。</p>	<p>1. 届出をしている→②へお進みください</p> <p>2. 現在は届出をしていないが、届出を行う予定がある →9ページ8.へお進みください</p> <p>3. 届出をしていない →①-1へお進みください</p>
--	---

①-1 届出をしていない理由をお書きください。

→9ページ8.へお進みください

<p>② 「ハイリスク分娩管理加算」の届出が受理されたのはいつですか。</p>	<p>平成20年 () 月</p>
---	--------------------------

<p>③ 分娩件数についてご記入ください。</p>		
	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回

<p>④ 「ハイリスク分娩管理加算」の算定回数についてご記入ください。</p>		
	平成19年	平成20年
8月	回	回
9月	回	回
10月	回	回

⑤「ハイリスク分娩管理加算」について、具体的な問題・要望等がございましたら、ご記入ください。

8. 病院勤務医の負担軽減について、今後の課題・ご要望等のご意見がございましたら、ご記入ください。

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

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（医師責任者票）**

平成20年4月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論の際の基礎資料として利用させていただき、それ以外の目的には使用いたしません。また調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師責任者票」は、病院の各診療科における医師責任者の方（例：部長・医長・科長）を対象に、各診療科の医師の業務負担の状況等についてお伺いするものです。特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における状況等についてご回答ください。

※回答の際は、あてはまる番号を〇（マル）で囲んでください。特に断りのない限り、〇は1つだけ囲んでください。

※（ ）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「〇（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

1. あなたご自身とあなたが管理している診療科の状況（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③医師経験年数	() 年 () か月		
④主たる担当診療科 ※〇は1つだけ	1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 9. その他（具体的に)		
⑤勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤（週24時間以上）		
⑥役職等	1. 院長 2. 副院長 3. 部長 4. 副部長 5. 医長・科長 6. その他（具体的に)		
⑦あなたが管理している医師の人数（非常勤含む）	男性医師 () 人 女性医師 () 人		
⑧この病院における勤続年数	() 年 () か月		
⑨直近1週間の実勤務時間	() 時間 () 分		
⑩あなたご自身の外来診療の有無	1. あり → 1日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし		
⑪この病院における平成19年および平成20年10月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。			
	平成19年10月		平成20年10月
1) 月当直回数	() 回	() 回	
2) 連続当直回数	() 回	() 回	

2. あなたご自身の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの勤務状況はどのように変化しましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に） |

②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|-----------------------------------|-------|
| 1. 入院診療 | 2. 外来診療 | 3. 当直 |
| 4. 院内における教育・指導 | 5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等） | |
| 6. 管理業務 | 7. その他（具体的に） | |

③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース） ※〇は1つだけ

- | | | |
|----------------|----------------|--------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%～30%未満 | 3. 30%～50%未満 |
| 4. 50%以上～70%未満 | 5. 70%以上～90%未満 | 6. 90%以上 |

④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑤へ |
| 3. 軽減した | |

④-1 上記④で「1.増加した」または「3.軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑤へ

⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問⑥へ |
| 3. 軽減した | |

⑤-1 上記⑤で「1.増加した」または「3.軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問⑥へ

⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑧1年前と比較して、管理業務に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 軽減した |
|---------|----------|---------|

⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ

- | |
|------------------------|
| 1. 内容も含め知っている |
| 2. あることは知っているが、内容は知らない |
| 3. 知らない |

3. 貴診療科（あなたが管理している診療科）の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、貴診療科の医師の勤務状況は、全体としてどのように変化しましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 改善した | 2. どちらかという改善した |
| 3. 変わらない | 4. どちらかという悪化した |
| 5. 悪化した | 6. その他（具体的に） |

②1年前と比較して、入院診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問③へ |
| 3. 軽減した | |

②-1 上記②で「1.増加した」または「3.軽減した」と回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問③へ

③1年前と比較して、外来診療に係る貴診療科の業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ

- | | |
|---------|---------------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない→質問④へ |
| 3. 軽減した | |

③-1 上記③で「1.増加した」または「3.軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。

→質問④へ

④貴診療科では、平成20年4月以降、夜間・早朝の軽症救急患者数は変化しましたか。 ※〇は1つだけ

- | | | |
|---------|----------|---------|
| 1. 増加した | 2. 変わらない | 3. 減少した |
|---------|----------|---------|

⑤貴診療科の医師の人数・勤務実績等をご記入ください。

	平成19年10月	平成20年10月
1) 常勤医師数	人	人
2) 非常勤（週24時間以上）医師数	人	人
3) 常勤医師1人当たり月平均残業時間	時間	時間
4) 非常勤（週24時間以上） 医師1人当たり月平均残業時間	時間	時間
5) 医師1人当たり月平均当直回数	回	回
6) 連続当直をした医師の延べ人数	人	人

⑥貴診療科の医師の退職者数をご記入ください。※通常の人事交替による退職（医師減）は含みません。

	平成19年4月～9月	平成20年4月～9月
1) 常勤一男性医師	人	人
2) 常勤一女性医師	人	人
3) 非常勤一男性医師	人	人
4) 非常勤一女性医師	人	人

4. 貴診療科における医師の勤務負担軽減策の取組み状況等(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

① 1) 貴診療科では、医師の勤務負担の軽減策として、以下の a)～i) の取組みを行っていますか。取り組んでいる場合、1)の回答欄の該当のアルファベット (a～i) を○で囲んでください。
 2) 取り組んでいる場合、医師の勤務負担軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 取り組んでいる内容	※取り組んでいる場合	2) 医師の勤務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果があった どちらかといえば	い どちらともいえない	効果がなかった どちらかといえば	効果がなかった
a) 医師業務の看護師等コメディカルへの移転	a	→	5	4	3	2	1
b) 医師事務作業補助者(医療クラーク)の配置	b	→	5	4	3	2	1
c) 常勤医師の増員	c	→	5	4	3	2	1
d) 非常勤医師の増員	d	→	5	4	3	2	1
e) 短時間勤務の導入	e	→	5	4	3	2	1
f) 連続当直を行わない勤務シフト体制	f	→	5	4	3	2	1
g) 当直翌日の残業なしの配慮	g	→	5	4	3	2	1
h) 当直翌日の仮眠をとれる体制	h	→	5	4	3	2	1
i) 外来診療時間の短縮	i	→	5	4	3	2	1

②上記①以外で、貴診療科で取り組んでいる医師の勤務負担軽減策があれば、その内容をお書きください。

③ 1) 以下の業務内容 (a~m) のうち、平成 20 年 4 月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者 (いわゆる「医療クラーク」) 等に業務 (一部でも) を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1) の回答欄の該当のアルファベット (a~m) を○で囲んでください。
 2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果があった どちらかといえば	どちらともいえない	効果がなかった どちらかといえば	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力、電子カルテの入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応(病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等)	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他 (具体的に:)	m	→	5	4	3	2	1

④ 貴診療科では、平成 20 年 4 月以降、経済面での処遇について変更がありましたか。

1) 昇格以外の理由で基本給 (賞与を含む) に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した
	1 か月で変化した平均金額 () 円
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増額した 2. 変わらない 3. 減額した
	1 回当たりの変化した平均金額 () 円

⑤ 上記④以外で、貴診療科で実施した経済面での処遇改善があれば、その内容をお書きください。

5. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

Blank area for writing responses.

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。

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
病院勤務医の負担軽減の実態調査 調査票（医師票）**

平成20年4月の診療報酬改定により、病院勤務医の負担軽減に関する見直しが行われました。この改定による影響を検証するため、病院勤務医の負担軽減の状況の変化等を把握することを主な目的として、本アンケートを実施させていただきます。本調査の結果は、診療報酬改定に係る議論の際の基礎資料として利用させていただき、それ以外の目的には使用いたしません。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

お忙しい中大変申し訳ございませんがご協力くださいますようお願いいたします。

※この「医師票」は、病院に勤務している医師の方を対象に、業務負担の状況等についてお伺いするものです。

特に断りのない限り、この調査票を受け取った病院における勤務状況等についてご回答ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。特に断りのない限り、○は1つだけ囲んでください。

※（ ）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。

※ご回答いただいた調査票は、調査期限までに病院の開設者・管理者に封筒に入れた状態で提出してください。

1. あなたご自身（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①性別	1. 男性 2. 女性	②年齢	() 歳
③医師経験年数	() 年		
④主たる担当診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 精神科 3. 小児科 4. 外科 5. 脳神経外科 6. 整形外科 7. 産科・産婦人科 8. 救急科 9. その他（具体的に ）		
⑤勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤（週24時間以上）		
⑥役職等	1. 管理職以外のスタッフ医師 2. 臨床研修医 3. 専門研修医（後期） 4. 研究員 5. 大学院生 6. その他（具体的に ）		
⑦平成20年4月以降のあなたの昇格の有無	1. あり 2. なし		
⑧この病院での勤続年数	() 年 () か月		
⑨直近1週間の実勤務時間	() 時間 () 分		
⑩外来診療の有無	1. あり → 1日当たり平均外来診察患者数 () 人 2. なし		
⑪入院診療におけるあなたの担当患者の有無	1. あり → 担当患者数 () 人 ※平成20年10月末現在 2. なし		
⑫この病院における平成19年および平成20年10月のあなたの当直回数と連続当直回数についてお答えください。			
	平成19年10月		平成20年10月
1) 月当直回数	() 回	() 回	
2) 連続当直回数	() 回	() 回	
⑬この病院以外に勤務している病院の有無	1. あり 2. なし		
⑭この病院以外でのアルバイトの状況について	平成19年10月		平成20年10月
1) 1か月当たりの勤務日数	() 日	() 日	
2) 1か月の当直回数	() 回	() 回	
3) 2)のうち連続当直回数	() 回	() 回	
4) 1週間の勤務時間	() 時間	() 時間	

2. 医師の業務負担（平成20年10月末現在）についてお伺いします。

①1年前と比較して、あなたの現在の勤務状況はいかがですか。 ※〇は1つだけ		
1. 良くなっている	2. どちらかというと良くなっている	
3. 変わらない	4. どちらかというと悪くなっている	
5. 悪くなっている	6. その他（具体的に	）
②日常業務において、負担が最も重いと感じる業務は何ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 入院診療	2. 外来診療	3. 当直
4. 院内における教育・指導	5. 病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）	
6. その他（具体的に	）	
③上記②で選択した業務は、全ての日常業務のうち、どのくらいの割合を占めますか。（時間ベース） ※〇は1つだけ		
1. 10%未満	2. 10%～30%未満	3. 30%～50%未満
4. 50%以上～70%未満	5. 70%以上～90%未満	6. 90%以上
④1年前と比較して、入院診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑤へ	
3. 軽減した		
④-1 上記④で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
		→質問⑤へ
⑤1年前と比較して、外来診療に係るあなたの業務負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない→質問⑥へ	
3. 軽減した		
⑤-1 上記⑤で「1. 増加した」または「3. 軽減した」を回答した方は、その主な理由を具体的にご記入ください。		
		→質問⑥へ
⑥1年前と比較して、病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議・カンファレンス等）に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 軽減した
⑦1年前と比較して、院内における教育・指導に係るあなたの負担はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑧あなたが所属している診療科では、1年前と比較して、夜間・早朝の軽症救急患者数はどうなりましたか。 ※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑨貴院での勤務医負担軽減策に関する計画をご存知ですか。 ※〇は1つだけ		
1. 内容も含め知っている		
2. あることは知っているが、内容は知らない		
3. 知らない		

⑩以下の業務のうち、あなたにとって負担が重い業務はどれですか。この他に、負担の重い業務があれば、「13. その他」の()内にその業務の内容を具体的に記入してください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 静脈注射及び留置針によるルート確保
2. 薬剤の投与量の調整
3. 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助
4. 主治医意見書の記載の補助
5. 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行
6. 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充
7. 患者の移送
8. 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定
9. 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）
10. 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明
11. 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明
12. カンファレンスの準備等の業務
13. その他（具体的に _____)

⑪ 1) 以下の業務内容（a～m）のうち、平成20年4月以降、看護職員、看護補助者、医師事務作業補助者（いわゆる「医療クラーク」）等に業務（一部でも）を移転するなど、業務分担が進んだものがあれば、1)の回答欄の該当のアルファベット（a～m）をすべて○で囲んでください。
 2) 業務分担を進めた場合、業務負担の軽減上の効果についてあてはまる番号を○で囲んでください。
 ※「効果があった」を「5」、「効果がなかった」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	1) 業務分担を進めたもの	※業務分担を進めた場合	2) 業務負担の軽減上の効果				
			効果があった	効果があつた	どちらかといえは	どちらともいえない	効果がなかった
a) 静脈注射及び留置針によるルート確保	a	→	5	4	3	2	1
b) 薬剤の投与量の調整	b	→	5	4	3	2	1
c) 診断書、診療録及び処方せんの記載の補助	c	→	5	4	3	2	1
d) 主治医意見書の記載の補助	d	→	5	4	3	2	1
e) 診察や検査等の予約オーダーリングシステム入力や電子カルテの入力の代行	e	→	5	4	3	2	1
f) 滅菌器材、衛生材料、書類、検体等の院内物品の運搬・補充	f	→	5	4	3	2	1
g) 患者の移送	g	→	5	4	3	2	1
h) 夜間・休日の救急医療等における診療の優先順位の決定	h	→	5	4	3	2	1
i) 入院中の療養生活に関する対応（病棟内の活動に関する安静度、食事の変更等）	i	→	5	4	3	2	1
j) 検査の手順や入院の説明、慢性疾患患者への療養生活等の説明	j	→	5	4	3	2	1
k) 診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明	k	→	5	4	3	2	1
l) カンファレンスの準備等の業務	l	→	5	4	3	2	1
m) その他（具体的に： _____)	m	→	5	4	3	2	1

⑫1年前と比較して、あなたの実際の残業時間はどうになりましたか。※〇は1つだけ		
1. 増加した	2. 変わらない	3. 減少した
⑬当直後の配慮についておうかがいします。※〇は1つだけ		
1) 当直翌日は早く帰宅できる配慮がなされていますか。	1. はい	2. いいえ
2) 当直翌日は仮眠をとれる体制が整っていますか。	1. はい	2. いいえ
3) 連続当直にならないようなローテーション等の配慮がなされていますか。	1. はい	2. いいえ
⑭平成20年4月以降、経済面での処遇についておうかがいします。		
1) 昇格以外の理由で基本給(賞与を含む)に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増えた	2. 変わらない
	3. 減った	
2) 昇格以外の理由で、福利厚生手当ではない、手術や当直等の勤務手当に変化がありましたか。変化があった場合、その金額もお答えください。	1. 増えた	2. 変わらない
	3. 減った	
1か月当たりの変化した金額 () 円		
1回当たりの変化した金額 () 円		
⑮病院の中でどのような取組みを実施すれば、あなたの勤務状況は改善すると思えますか。具体的にご記入ください。		
⑯あなたご自身の希望として、最も近いもの1つをお選びください。※〇は1つだけ		
1. できれば、今の職場(同じ病院・同じ診療科)で働きたい		
2. できれば、別の病院(診療科は同じ)に異動したい		
3. できれば、別の診療科(病院は同じ)に異動したい		
4. できれば、別の職場(別の病院・別の診療科)に異動したい		
5. できれば、開業したい		
6. できれば、診療を辞めたい		
7. その他(具体的に)		
⑰上記⑯を選択した主な理由をお書きください。		

3. 病院勤務医の負担軽減についての課題等、ご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

--

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。

各位

平成 20 年 11 月
厚生労働省保険局医療課

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」

ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成 20 年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」について、平成 20 年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 11 月

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」

「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、保険医療機関である病院・診療所（外来管理加算を算定していない保険医療機関も対象です）とその保険医療機関に通院している再診患者の方を対象に、「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」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議論の際の大変重要な資料となります。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

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、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けて、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

調査期間：平成 20 年 12 月 19 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）に入れてポストに投函してください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部内

E-mail: kaitei@murc.jp

TEL: 03-6711-1380（受付時間 10:00 ~ 18:00 土日・祝日を除く）

FAX : 03-6711-1291

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」
「患者票」配付に際してのお願い

患者票（水色とクリーム色の調査票）は、調査日（平成 20 年 12 月 8 日または 12 月 9 日）に貴院の外来を受診された再診の患者の方に、外来診療についての内容やお考えをお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「患者票（水色またはクリーム色）」と「（患者調査）ご協力のお願い（白色）」、「返信用封筒（共通）」を 1 部ずつお配りいただきますようお願い申し上げます。

記

<配付対象者>

貴院の外来を再診で受診し、外来管理加算を算定した患者	2 名	} 合計 4 名
外来管理加算を算定しなかった患者*	2 名	

※「外来管理加算を算定しなかった患者」とは、検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療を行っていない再診患者を対象とします。

<配付方法>

- ・ 外来受付窓口または外来担当医師の方から対象患者に、「（患者調査）ご協力のお願い」「患者票」「返信用封筒」を各 1 部ずつお渡しください。
- ・ 外来管理加算を算定した患者には水色、算定しなかった患者にはクリーム色の調査票をお渡しください。
- ・ 調査日（平成 20 年 12 月 8 日または 12 月 9 日のいずれか 1 日）の午前と午後において、それぞれ患者の診察順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しください。午後診療がない場合は、午前診療の患者 2 名ずつ（計 4 名）で結構です。

	午前診療	午後診療
外来管理加算を算定した患者（水色）	1 名	1 名
外来管理加算を算定しなかった患者（クリーム色）	1 名	1 名

- ・ 該当の患者がない（例：外来管理加算を算定しなかった患者がない場合）には、その調査票（クリーム色の調査票）の配付は不要です。白紙のまま、施設票（病院票または診療所票）と一緒に返信用封筒（切手不要）に同封の上、事務局まで返送してください。

- ・ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただけるようご指示願います。

<返送方法>

回答者（患者）が直接、返信用封筒（切手は不要です）にてご返送ください。
 なお、返信用封筒は全調査（施設調査と患者調査）共通となっております。

<封入物一覧>

① ご協力のお願い（厚生労働省） ... 1 通	}	施設調査票分		
② 依頼状..... 1 通				
③ 配付のお願い（本状） 1 通				
④ 施設票（白色） 1 通				
⑤ 施設票調査要綱（白色） 1 通		}	各1通ずつ 4名分	
⑥ 返信用封筒..... 5 通				1 通 4 通
⑦ 患者票ご協力のお願い（白色） ... 4 通				
⑧ 患者票（水色） 2 通				患者票分
⑨ 患者票（クリーム色） 2 通				

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業
 「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局
 〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー
 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部内
 E-mail : kaitei@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、弊社からお電話をさせていただきます。
 TEL : 03-6711-1380 (受付時間 : 10 : 00 ~ 18 : 00 土日・祝日を除く)
 FAX : 03-6711-1291

以上

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査：診療所票 調査要綱

回答者

- ・ 開設者・管理者様にご回答をお願いしておりますが、調査項目に応じて、外来担当医師の方あるいは貴院事務局の方にもご記入をお願いしたいと考えております。貴院において、適宜、ご判断をお願いいたします。

回答方法

- ・ 本調査では、調査票でご回答いただいた内容の照会や調査票の回収管理を行うために、記名式とさせていただきます。調査票に貼付したラベル上の施設名、所在地をご確認ください。記載内容に不備がございましたら「赤書き」で修正をお願いいたします。また、電話番号、お名前は、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・管理いたしますので、ご記入いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。
- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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、わからない場合には「-」をご記入ください。

調査期限

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒にて

平成20年12月19日（金）まで

にポストに投函してください。

記入要領

1. 貴施設の状況（平成20年10月末現在）

①開設者

国立:

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

公立:

都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的:

日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

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、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人:

公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②種別

- ・ 有床診療所の場合、医療法第7条の規定による許可病床数をご記入ください。

2. 外来診療の状況（平成20年10月末現在）

②主たる診療科

- ・ 複数診療科を設置している場合は、患者数が最も多い診療科を1つだけ選び、○で囲んでください。
- ・ 診療科が1つしかない場合は、①と同じ診療科に○をつけてください。

③主たる診療科で表示している診療時間

- ・ 表示している診療時間を24時間表記でご記入ください。
（例）午後3時の場合は、「15:00」となります。
- ・ 「受付時間」を表示していて、受付開始時間が診療開始時間と同じ場合は、表示している受付時間をご記入ください。
- ・ 休憩時間は入りません。午前・午後・夕方等に分かれている場合は、別々にご記入ください。

④1) 外来担当医師数

- ・ 外来担当医師数を常勤換算によって、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位までの数値でご記入ください。
- ・ 常勤換算の方法は、調査票1ページ1. ③「職員数」に記載してあるものと同じです。

④2) 外来診療実日数

- ・ 平成20年10月1か月間の外来診療実日数を小数点以下第1位までご記入ください。
- ・ 外来診療を行っている診療科が1つでもある場合は、実日数に含めます。
- ・ 半日診療の場合は、「0.5日」として計算してください。

（例）月・火・水・木・金は1日診療、土は午前診療の場合→「5.5日」
金は全診療科で1日診療、土は皮膚科のみ1日診療→「2.0日」

④3) 医師全員の合計診療時間

- ・ 平成20年10月1か月間の貴施設に勤める医師全員（非常勤医師も含める）の合計診療時間をご記入ください。
- ・ 表示している診療時間ではなく、診療に実際にかかった時間の1か月分の合計を小数点以下第2位までご記入ください。

（例）30時間15分→30.25時間、30時間30分→30.50時間、30時間45分→30.75時間
15分→0.25時間、30分→0.5時間、45分→0.75時間

④4) 5) 6) 外来患者延べ人数

- ・ 平成20年10月の1か月間の外来診療患者延べ人数（初診患者人数+再診患者延べ人数）を4)にご記入ください。
- ・ 4)でご記入いただいた外来診療患者延べ人数のうち、5)初診患者数と6)再診患者の延べ人数の内訳をご記入ください。

④7) 外来管理加算の算定回数

- ・ 平成 20 年 10 月 1 か月間の外来管理加算の算定回数をご記入ください。
- ・ 算定していない場合は、「0 (ゼロ)」をご記入ください。

3. 外来管理加算の算定状況等 (平成 20 年 10 月末現在)

①外来管理加算の算定の有無

- ・ 平成 20 年 3 月以前から外来管理加算を算定したことがない場合、選択肢「1.」に○をつけ、6 ページ 4. ④「外来管理加算の課題等」にお進みください。
- ・ 平成 20 年 3 月以前は外来管理加算を算定していたが、平成 20 年 10 月末現在算定していない場合は選択肢「2.」に○をつけ、6 ページ 4. ④「外来管理加算の課題等」にお進みください。
- ・ 平成 20 年 10 月末現在、外来管理加算を算定している場合は選択肢「3.」に○をつけ、算定を始めた時期を選び、3 ページ 3. ②「算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容」にお進みください。

②外来管理加算算定患者全員に対して必ず行っている診療内容

- ・ 外来管理加算算定患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるものを選択肢「1.」～「8.」の中から全てお選びください。

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間

- ・ 医師の診察前に、看護師が血圧を測定する時間等は含まれません。また、ADL や関節可動域の評価を行う等以外の衣服の着脱にかかる時間や、診察までの待ち時間は含まれません。
- ・ おおよその時間を数字でご記入ください。

4. 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響

①外来管理加算の意義付けの見直しによる貴院の変化

- ・ 1) ～8) の各項目について、外来管理加算の意義付けの見直しによる変化として、「大いにあてはまる」の場合は「5」に、「ややあてはまる」の場合は「4」に、「どちらともいえない」の場合は「3」に、「あまりあてはまらない」の場合は「2」に、「全くあてはまらない」の場合は「1」に○をつけてください。
- ・ ○は各項目につき、それぞれ 1 つです。
- ・ 1) ～8) 以外にも外来管理加算の意義付けの見直しによる変化があれば、9) 「その他」の () に具体的な内容を記入し、上記と同様に 1 つだけ○をつけてください。

②外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の変化

- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の変化があれば、その内容を具体的にお書きください。
- ・ 外来管理加算の意義付けの見直し以外の理由による経営上の変化は含まれません。

③「懇切丁寧な説明」の内容

- ・ 「懇切丁寧な説明の項目」として、「a.問診」から「g.患者の悩みや不安・疑問への対応」までの 7 つの項目がありますが、外来管理加算の算定要件である「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。貴方のお考えに最も近い番号 (1.～4.) を 1 つだけ選んで○をつけてください。

③-1「懇切丁寧な説明」として実施する頻度

- ・ 質問③で選択肢「4.」を選択した方にお伺いする質問です。それ以外の番号を選択した方は、質問④へお進みください。
- ・ 「懇切丁寧な説明」の項目について、「1) 毎回実施するべき項目」「2) 数か月に1回など、定期的に実施するべき項目」「3) 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目」「4) 患者の状態の変化等により、医師が必要と判断した時に実施するべき項目」としてそれぞれあてはまる項目のアルファベット (a~g) に○をつけてください。○はあてはまるものすべてにつけてください。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部内

E-mail : kaitei@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、弊社からお電話をさせていただきます。

TEL : 03-6711-1380 (受付時間 : 10 : 00 ~ 18 : 00 土日・祝日を除く)

FAX : 03-6711-1291

以上

外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査：**病院票** 調査要綱

回答者

- ・ 開設者・管理者様にご回答をお願いしておりますが、調査項目に応じて、外来担当医師の方あるいは貴院事務局の方にもご記入をお願いしたいと考えております。貴院において、適宜、ご判断をお願いいたします。

回答方法

- ・ 本調査では、調査票でご回答いただいた内容の照会や調査票の回収管理を行うために、記名式とさせていただきます。調査票に貼付したラベル上の施設名、所在地をご確認ください。記載内容に不備がございましたら「赤書き」で修正をお願いいたします。また、電話番号、お名前は、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・管理いたしますので、ご記入いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。
- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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、わからない場合には「-」をご記入ください。

調査期限

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒にて

平成20年12月19日（金）まで

にポストに投函してください。

記入要領

1. 貴施設の状況（平成20年10月末現在）

①開設者

国立:

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

公立:

都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的:

日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

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、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人:

公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

②許可病床数

- ・ 医療法第7条の規定により許可を受けている病床数をご記入ください。

2. 外来診療の状況（平成 20 年 10 月末現在）

②主たる診療科

- ・ 複数診療科を設置している場合は、患者数が最も多い診療科を 1 つだけ選び、○で囲んでください。
- ・ 診療科が 1 つしかない場合は、①と同じ診療科に○をつけてください。

③主たる診療科で表示している診療時間

- ・ 表示している診療時間を 24 時間表記でご記入ください。
（例）午後 3 時の場合は、「15:00」となります。
- ・ 「受付時間」を表示していて、受付開始時間が診療開始時間と同じ場合は、表示している受付時間をご記入ください。
- ・ 休憩時間は入りません。午前・午後・夕方等にわかれている場合は、別々にご記入ください。

④ (1) (2) (3) 外来診療患者延べ人数

- ・ 平成 20 年 10 月 1 か月間の診療科ごとの外来診療患者延べ人数（初診患者数+再診患者延べ人数）を (1) にご記入ください。
- ・ (1) にご記入いただいた外来診療患者延べ人数のうち、(2) 初診患者数と (3) 再診患者延べ人数の内訳をご記入ください。
- ・ 診療科ごとの外来診療患者延べ人数の把握が難しい場合は、病院全体の合計のみの記載でも結構です。

④ (4) 外来管理加算算定回数

- ・ 平成 20 年 10 月 1 か月間の外来管理加算算定回数を診療科ごとにご記入ください。
- ・ 診療科ごとの外来管理加算算定回数の把握が難しい場合は、病院全体の合計のみの記載でも結構です。

3. 外来管理加算の算定状況等（平成 20 年 10 月末現在）

①外来管理加算の算定の有無

- ・ 平成 20 年 3 月以前から外来管理加算を算定したことがない場合、選択肢「1.」に○をつけ、7 ページ 4. ④「外来管理加算の課題等」にお進みください。
- ・ 平成 20 年 3 月以前は外来管理加算を算定していたが、平成 20 年 10 月末現在算定をしていない場合は選択肢「2.」に○をつけ、7 ページ 4. ④「外来管理加算の課題等」にお進みください。
- ・ 平成 20 年 10 月末現在、外来管理加算を算定している場合は選択肢「3.」に○をつけ、算定を始めた時期を選び、4 ページ 3. ②「算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容」にお進みください。

②外来管理加算算定患者全員に対して必ず行っている診療内容

- ・ 外来管理加算算定患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるものを選択肢「1.」～「8.」の中から全てお選びください。

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間

- ・ 医師の診察前に、看護師が血圧を測定する時間等は含まれません。また、ADL や関節可動

- 域の評価を行う等以外の衣服の着脱にかかる時間や診察までの待ち時間は含まれません。
- ・ おおよその時間を数字でご記入ください。

4. 外来管理加算の意義付けの見直しによる影響

①外来管理加算の意義付けの見直しによる貴院の変化

- ・ 1)～8)の各項目について、外来管理加算の意義付けの見直しによる変化として、「大いにあてはまる」の場合は「5」に、「ややあてはまる」の場合は「4」に、「どちらともいえない」の場合は「3」に、「あまりあてはまらない」の場合は「2」に、「全くあてはまらない」の場合は「1」に○をつけてください。
- ・ ○は各項目につき、それぞれ1つです。
- ・ 1)～8)以外にも外来管理加算の意義付けの見直しによる変化があれば、9)「その他」の()に具体的な内容を記入し、上記と同様に1つだけ○をつけてください。

②外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の変化

- ・ 外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上の変化があれば、その内容を具体的にお書きください。
- ・ 外来管理加算の意義付けの見直し以外の理由による経営上の変化は含まれません。

③「懇切丁寧な説明」の内容

- ・ 「懇切丁寧な説明の項目」として、「a. 問診」から「g. 患者の悩みや不安・疑問への対応」までの7つの項目がありますが、外来管理加算の算定要件である「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。貴方のお考えに最も近い番号(1～4.)を1つだけ選んで○をつけてください。

③-1「懇切丁寧な説明」として実施する頻度

- ・ 質問③で選択肢「4.」を選択した方にお伺いする質問です。それ以外の番号を選択した方は、質問④へお進みください。
- ・ 「懇切丁寧な説明」の項目について、「1) 毎回実施するべき項目」「2) 数か月に1回など、定期的に実施するべき項目」「3) 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に実施するべき項目」「4) 患者の状態の変化等により、医師が必要と判断した時に実施するべき項目」としてそれぞれあてはまる項目のアルファベット(a～g)に○をつけてください。○はあてはまるものすべてにつけてください。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部内

E-mail: kaitei@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、弊社からお電話をさせていただきます。

TEL: 03-6711-1380 (受付時間: 10:00～18:00 土日・祝日を除く)

FAX: 03-6711-1291

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 施設票**

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、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・処理いたしますので、ご記入くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

施設名	()
施設の所在地	
電話番号	
ご回答者名	

※本調査票は、施設の管理者の方と医師の方とでご相談の上、ご記入ください。ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。

※()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に入る数値がない場合には「0(ゼロ)」を、算出できないまたは不明の場合は「-」をご記入ください。

※調査時点は平成20年10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(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①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					
②種別 ※○は1つだけ	1. 無床診療所 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床					
③職員数(常勤換算)	医 師	歯科医師	薬剤師	看護職員	その他	計
	. 人	. 人	. 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。また、常勤換算後の職員数は小数点以下第1位までお答えください。 ■ 1週間に数回勤務の場合：(非常勤職員の1週間の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■ 1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴施設が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)						

2. 外来診療の状況(平成20年10月末現在)についてお伺いします。

①外来診療を行っている診療科 ※あてはまるものすべてに○	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他(具体的に)			
②①のうち主たる診療科 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 5. 脳神経外科 6. 小児科 7. 産婦人科 8. 呼吸器科 9. 消化器科 10. 循環器科 11. 精神科 12. 眼科 13. 耳鼻咽喉科 14. 泌尿器科 15. 皮膚科 16. その他(具体的に)			

③ 上記②で選んだ診療科（主たる診療科）の表示している診療時間を24時間表記（例. 午後3時は「15:00」）でご記入ください。

月曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
火曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
水曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
木曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
金曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
土曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
日曜日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()
祝祭日	1. 診療している	→	():() ~ ():()
	2. 診療していない		():() ~ ():()
			():() ~ ():()

④平成20年10月1か月間における各項目の実績についてご記入ください。

1) 外来担当医師数（常勤換算） ※小数点以下第1位まで	(.)人
2) 外来診療実日数（例. 半日診療の場合は「0.5」） ※小数点以下第1位まで	(.)日
3) 医師全員の合計診療時間 ※小数点以下第2位まで	(.)時間
4) すべての外来患者延べ人数（下記5)+6))	()人
5) 4)のうち初診患者数	()人
6) 4)のうち再診患者延べ人数	()人
7) 外来管理加算の算定回数	()回

3. 外来管理加算の算定状況等（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。

※○は 1 つだけ。「2. 現在は算定していない」場合は、算定をやめた理由をご記入ください。「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。

1. 平成 20 年 3 月以前から算定したことがない → 6 ページ 4.④へお進みください

2. 平成 20 年 3 月以前は算定していたが、現在は算定していない

→ 算定をやめた理由

→ 6 ページ 4.④へお進みください

3. 算定している → (1. 平成 20 年 3 月以前から 2. 平成 20 年 4 月以降から)

→ 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 問診
2. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）
3. 症状・状態についての説明
4. 今後の治療方針についての説明
5. 生活上の注意や指導
6. 処方する薬についての説明
7. 患者の悩みや不安・疑問への対応
8. その他

（具体的に

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。

※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約（ ）分

*「診察を行っている時間」とは

患者が診察室に入室した時点を取診開始時間、退室した時点を取診終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね 5 分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。
 ※「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」を「1」として5段階で評価し、該当の番号にそれぞれ○を1つだけつけてください。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) より詳細に身体診察等を行うようになった	5	4	3	2	1
2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧にを行うようになった	5	4	3	2	1
3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった	5	4	3	2	1
4) 患者の疑問や不安を以前より汲み取るようになった	5	4	3	2	1
5) 患者1人当たりの診察時間が長くなった	5	4	3	2	1
6) 診療時間の延長が多くなった	5	4	3	2	1
7) 患者の待ち時間が長くなった	5	4	3	2	1
8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた	5	4	3	2	1
9) その他 (具体的に)	5	4	3	2	1

② 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上（収入面等）の変化があれば、具体的にお書きください。

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね 5 分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものに1つだけ○をつけてください。

<懇切丁寧な説明の項目>

- a. 問診
- b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）
- c. 症状・状態についての説明
- d. 今後の治療方針についての説明
- e. 生活上の注意や指導
- f. 処方する薬についての説明
- g. 患者の悩みや不安・疑問への対応

1. すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである →質問④へお進みください
2. すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的実施するべきである →質問④へお進みください
3. 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである →質問④へお進みください
4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである →質問③-1へお進みください

③-1 上記③で選択肢「4. 項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット(a～g)に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

	問診	身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）	症状・状態についての説明	今後の治療方針についての説明	生活上の注意や指導	説明 処方する薬についての説明	患者の悩みや不安・疑問への対応	その他 （具体的に書きください）
1) 毎回実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
2) 数か月に1回など、定期的 に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
3) 患者が懇切丁寧な説明を 求めた時に実施するべき 項目	a	b	c	d	e	f	g	
4) 患者の状態の変化等により、 医師が必要と判断した時に 実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	

→質問④へお進みください

④ 「外来管理加算」について課題等ございましたら、自由にお書きください。

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。

③ 上記②で選んだ診療科(主たる診療科)の表示している診療時間を 24 時間表記(例.午後 3 時は「15:00」)でご記入ください。

月曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
火曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
水曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
木曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
金曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
土曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
日曜日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()
祝祭日	1. 診療している	→ ():() ~ ():()
	2. 診療していない	():() ~ ():()
		():() ~ ():()

④ 平成 20 年 10 月の 1 か月間における「外来診療患者延べ人数」、「外来管理加算算定回数」等について、それぞれ () 内に数値をご記入ください。

	(1)すべての外来 診療患者延べ 人数(2)+(3)	(2)初診患者数	(3)再診患者 延べ人数	(4)外来管理加算 算定回数
	1)合計	()人	()人	()人
2)内科	()人	()人	()人	()回
3)外科	()人	()人	()人	()回
4)整形外科	()人	()人	()人	()回
5)形成外科	()人	()人	()人	()回
6)脳神経外科	()人	()人	()人	()回
7)小児科	()人	()人	()人	()回
8)産婦人科	()人	()人	()人	()回
9)呼吸器科	()人	()人	()人	()回
10)消化器科	()人	()人	()人	()回
11)循環器科	()人	()人	()人	()回
12)精神科	()人	()人	()人	()回
13)眼科	()人	()人	()人	()回
14)耳鼻咽喉科	()人	()人	()人	()回
15)泌尿器科	()人	()人	()人	()回
16)皮膚科	()人	()人	()人	()回
17)その他 ()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回
()科	()人	()人	()人	()回

3. 外来管理加算の算定状況等（平成 20 年 10 月末現在）についてお伺いします。

①「外来管理加算」の算定をしていますか。

※○は 1 つだけ。「2. 現在は算定していない」場合は、算定をやめた理由をご記入ください。「3. 算定している」場合は、算定開始時期をお選びください。

1. 平成 20 年 3 月以前から算定したことがない → 7 ページ 4.④へお進みください
2. 平成 20 年 3 月以前は算定していたが、現在は算定していない
→ 算定をやめた理由 }
→ 7 ページ 4.④へお進みください
3. 算定している → (1. 平成 20 年 3 月以前から 2. 平成 20 年 4 月以降から)
→ 次の質問②へお進みください

②外来管理加算を算定した患者全員に対して必ず行っている診療内容にあてはまるのは、次のうちどれですか。※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|--------------------|---|
| 1. 問診 | 2. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） |
| 3. 症状・状態についての説明 | 4. 今後の治療方針についての説明 |
| 5. 生活上の注意や指導 | 6. 処方する薬についての説明 |
| 7. 患者の悩みや不安・疑問への対応 | 8. その他 } <small>具体的に</small> |

③外来管理加算を算定している患者 1 人当たりの診察を行っている時間*はどのくらいですか。

※おおよその時間で結構です。具体的に数字を記入してください。

約（ ）分

*「診察を行っている時間」とは

患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間を指します。

4. 平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、以下のように、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。

■外来管理加算の意義付けの見直しの内容■

平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、「外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする」として、外来管理加算の意義付けの見直しが行われました。また、外来管理加算について懇切丁寧な説明を行うこととして概ね 5 分とする目安が要件とされました。

以下では、この外来管理加算の意義付けの見直しによる影響についてお伺いします。

① 外来管理加算の意義付けの見直しによって、貴院ではどのような変化がありましたか。

※ 「大いにあてはまる」を「5」、「全くあてはまらない」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。

	大いにあてはまる	ややあてはまる	どちらともいえない	あまりあてはまらない	全くあてはまらない
1) より詳細に身体診察等を行うようになった	5	4	3	2	1
2) 患者に説明をよりわかりやすく、丁寧に行うようになった	5	4	3	2	1
3) 症状や説明内容に対する患者の理解度が高まった	5	4	3	2	1
4) 患者の疑問や不安を汲み取るようになった	5	4	3	2	1
5) 患者1人当たりの診察時間が長くなった	5	4	3	2	1
6) 診療時間の延長が多くなった	5	4	3	2	1
7) 患者の待ち時間が長くなった	5	4	3	2	1
8) 自己負担が高くなるため、5分以内の診療を求める患者が増えた	5	4	3	2	1
9) その他 （具体的に）	5	4	3	2	1

② 上記①以外に、外来管理加算の意義付けの見直しによる経営上（収入面等）の変化があれば、具体的にお書きください。

③ 外来管理加算の意義付けの見直しにより、外来管理加算を算定するためには、患者に対して「懇切丁寧な説明」を行うこと、それは概ね5分を超えることが算定要件となりましたが、「懇切丁寧な説明」としてどうあるのがよいと思いますか。※貴方のお考えに最も近いものを1つだけ○をつけてください。

＜懇切丁寧な説明の項目＞

- | | |
|--------------------|------------------------|
| a. 問診 | b. 身体診察（視診、聴診、打診及び触診等） |
| c. 症状・状態についての説明 | d. 今後の治療方針についての説明 |
| e. 生活上の注意や指導 | f. 処方する薬についての説明 |
| g. 患者の悩みや不安・疑問への対応 | |

- すべての項目について、診療の都度、毎回実施するべきである →質問④へお進みください
- すべての項目について、診療の都度ではなく数か月に1回など、定期的実施するべきである →質問④へお進みください
- 患者が懇切丁寧な説明を求めた時に、すべての項目について実施するべきである →質問④へお進みください
- 項目毎に異なる頻度で実施するべきである →質問③-1へお進みください

③-1 上記③で選択肢「4.項目毎に異なる頻度で実施するべきである」を選択した方にお伺いします。下記1)～4)について、実施するべき項目にあてはまるもの全てのアルファベット(a～g)に○をつけてください。また、「その他」として実施するべき内容があれば、具体的に記入してください。

	問診	身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）	症状・状態についての説明	今後の治療方針についての説明	生活上の注意や指導	説明 処方する薬についての説明	患者の悩みや不安・疑問への対応	その他 （具体的に お書きくだ さい）
1) 毎回実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
2) 数か月に1回など、定期的 に実施するべき項目	a	b	c	d	e	f	g	
3) 患者が懇切丁寧な説明を 求めた時に実施するべき 項目	a	b	c	d	e	f	g	
4) 患者の状態の変化等に より、医師が必要と判断 した時に実施するべき 項目	a	b	c	d	e	f	g	

→質問④へお進みください

④「外来管理加算」について課題等がございましたら、自由にお書きください。

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。

平成20年11月

各位

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」

「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査（患者調査）」

ご協力をお願い

早速でございますが、平成20年4月に診療報酬が改定されました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、「外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査」が実施されることとなりました。このアンケート調査は、その一環として、本日、お受けになった診察内容を中心におうかがいするものです。また、調査の結果は、中医協における診療報酬改定の議論の際の大変重要な資料となります。なお、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮いたしますとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

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。

外来管理加算とは・・・

2回目以降の診察（「再診」といいます）のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」（520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります）が患者に請求できることになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧に説明を行った場合に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間としておおむね5分といった目安が設けられました。

対象の方

- ・ この調査にご回答いただくのは、病院・診療所で診察を受けられた再診の患者様です。「外来管理加算」を請求されなかった患者様も対象です。
- ・ 検査やリハビリ、処置、放射線治療等を受けた患者様は、本調査の対象者ではございません。

回答期限・返送方法

お手数ではございますが、調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手は不要です）」を使用して、

平成 20 年 12 月 18 日（木）までに、

お近くのポストにご投函してください。

回答方法

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

このアンケート調査は、厚生労働省保険局医療課より委託を受けた三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が実施するものです。本調査で、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までお問い合わせください。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部内

E-mail : kaitai@murc.jp

TEL : 03-6711-1380 (受付時間 10:00 ~ 17:00 土日・祝日を除く)

FAX : 03-6711-1291

以上

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査 患者票

1. あなたご自身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 本日診察を受けた診療科 ※○は1つだけ ※この用紙を受け取った診療科に○をつけてください。	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科
	4. 形成外科	5. 脳神経外科	6. 小児科
	7. 産婦人科	8. 呼吸器科	9. 消化器科
	10. 循環器科	11. 精神科	12. 眼科
	13. 耳鼻咽喉科	14. 泌尿器科	15. 皮膚科
	16. その他（具体的に)		

④ ③の診療科には、どのようなご病気で診察を受けましたか。（主な病名）	1. 高血圧	2. 糖尿病
	3. 高脂血症	4. 風邪・気管支炎
	5. ぜんそく	6. 花粉症などのアレルギー疾患
	7. 皮膚炎・湿疹	8. 腰痛・膝痛などの関節痛
	9. がん	10. 白内障・緑内障
	11. その他	

⑤ 現在のご病気（④の回答）で本日診察を受けた診療科（③の回答）に通院している頻度 ※○は1つだけ	1. 初めて	2. 週に1回程度
	3. 2週間に1回程度	4. 1か月に1回程度
	5. 2か月に1回程度	6. 年に数回程度
	7. その他（具体的に)	

⑥ 現在のご病気（④のご回答）で、本日診察を受けた診療科（③のご回答）に通院するようになって、どのくらいですか。 ※○は1つだけ	
1. 初めて	2. 1か月未満
3. 1か月以上～3か月未満	4. 3か月以上～6か月未満
5. 6か月以上～1年未満	6. 1年以上→（およそ 年くらい）
7. わからない	8. その他（具体的に)

<このページは1年以上、同じ医療機関の同じ診療科に通院した方（質問⑥で「6.1年以上」に○がついた方）におうかがいします。それ以外の方は3ページの2. 質問①にお進みください。>

⑦ 担当医師は、1年前と変わりましたか。あてはまるもの1つだけ○をつけてください。

1. 担当医師は変わらない → 質問⑧にお進みください。
2. 担当医師は変わった → 3ページの2. 質問①にお進みください。

⑧ 3月以前と比べて今年4月以降の診療についてどう思いますか。それぞれの質問について、あてはまるものを1つだけ○をつけてください。

(1) 症状・状態についての医師からの質問（問診）や聴診器で聴いたり、点眼するなどの医師の診察（身体診察）

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. 3月以前よりも丁寧（ていねい） | 2. 3月以前と変わらず丁寧 |
| 3. 3月以前と変わらず丁寧ではない | 4. 3月以前よりも丁寧ではない |

(2) 症状・状態についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(3) 今後の治療方針・生活上の注意や指導についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(4) 処方された薬についての医師からの説明

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 3月以前よりもわかりやすい | 2. 3月以前と変わらずわかりやすい |
| 3. 3月以前と変わらずわかりにくい | 4. 3月以前よりもわかりにくい |

(5) あなたの悩みや不安についての相談

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 3月以前よりも相談に応じてくれる | 2. 3月以前と変わらず相談に応じてくれる |
| 3. 3月以前と変わらず相談に応じてくれない | 4. 3月以前よりも相談に応じてくれない |

(6) 診察時間（医師が直接診察してくれる時間）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

(7) 待ち時間（診察までの待ち時間、会計の待ち時間は含みません）

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 3月以前よりも長くなった | 2. 3月以前と変わらない |
| 3. 3月以前よりも短くなった | |

⑥ 本日の診察で、医師の説明内容は丁寧でしたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. とても丁寧だった | 2. 丁寧だった |
| 3. どちらともいえない | 4. あまり丁寧ではなかった |
| 5. まったく丁寧ではなかった | 6. その他（具体的に) |

⑦ 本日の診察で、医師の説明内容が理解できましたか。 ※○は1つだけ

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 十分に理解できた | 2. だいたい理解できた |
| 3. あまり理解できなかった | 4. まったく理解できなかった |
| 5. 説明を受けていない | |
| 6. その他（具体的に) | |

3. 「外来管理加算」についておうかがいします。

外来管理加算とは・・・

2回目以降の診察（「再診」といいます）のときに、医師が問診・身体診察などから計画的な医学管理を行った場合、「外来管理加算」（520円、自己負担はこのうち例えば3割負担の患者の場合、156円となります）が患者に請求できるようになっています。今までは、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいといった指摘等がありました。そこで、平成20年4月から、この「外来管理加算」の意義付けを見直し、

「医師が問診、身体診察、症状・病状についての説明、今後の治療方針、生活上の注意や指導、処方された薬の説明、悩みや不安への相談等について懇切丁寧（こんせつていねい）に説明を行った場合」に、患者に請求できるものと変更されました。この懇切丁寧な説明に係る時間としておおむね5分といった時間の目安が設けられました。

① こうした懇切丁寧な説明のおおむね5分という時間の目安について、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 時間の目安は必要だ | → 質問①-1にお進みください。 |
| 2. 時間の目安は必要でない | → 質問②にお進みください。 |

①-1 上記①で「1. 時間の目安は必要だ」を選択した方におうかがいします。懇切丁寧な説明を行う時間として、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

- | | | |
|-----------|----------|-----------|
| 1. 5分より短く | 2. 5分くらい | 3. 5分より長く |
|-----------|----------|-----------|

→ 質問②にお進みください。

② 外来管理加算について、回答欄の番号1.～9.の中から、あなたのお考えに最も近いもの1つに○をつけてください。

また、2.、4.、6.、8.を選んだ方は、実施してほしい内容を以下の＜懇切丁寧な説明の項目＞の四角囲みの中から選び、回答欄の（ ）内のあてはまる文字（ア.～キ.）に○をつけてください（○はいくつでも）。

＜懇切丁寧な説明の項目＞

- ア. 問診（あなたの症状・状態などについての医師からの質問）
- イ. 身体診察（聴診器で聴く、さわって腫れ（はれ）や痛みの程度を確かめるなど、医師が患者の身体に、直接または間接的にふれながら診察する）
- ウ. 症状・状態についての医師からの説明
- エ. 今後の治療方針についての医師からの説明
- オ. 医師からの生活上の注意や指導
- カ. 処方された薬についての医師からの説明
- キ. 悩みや不安の医師への相談

1. 通院毎にすべての項目を実施してほしい
2. 通院毎に一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
3. 数か月に1回など、定期的にすべての項目を実施してほしい
4. 数か月に1回など、定期的に一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
5. 症状の変化があったときのみ、すべての項目を実施してほしい
6. 症状の変化があったときのみ、一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
7. 自分が求めたときだけ、すべての項目を実施してほしい
8. 自分が求めたときだけ、一部の項目を実施してほしい
→実施してほしい項目すべてに○（ア.、イ.、ウ.、エ.、オ.、カ.、キ.）
9. その他（具体的に _____ ）

③ このような「外来管理加算」（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）という仕組みがあるのをご存知でしたか。

1. 知っていた
2. 知らなかった

④ その他、外来管理加算（医師の懇切丁寧な説明、診察時間等）について、ご意見がございましたら、ご記入ください。

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

調査専用の返信用封筒（切手は不要です）にアンケートを入れ、お近くのポストに 12月18日（木） までに投函してください。

各位

平成 20 年 12 月
厚生労働省保険局医療課

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「後発医薬品の使用状況調査」

ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成 20 年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「後発医薬品の使用状況調査」について、平成 20 年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
「後発医薬品の使用状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、処方せんの様式が変更され、処方医が判断した場合に「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行うことになりました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、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議論の際の大変重要な資料となります。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

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、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けて、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

調査期間：平成 21 年 1 月 9 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：ge-iyaku@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： 03-6711-1380（受付時間：10：00～18：00）

※ただし、土日・祝日及び 12/29～1/4 は除きます。

FAX： 03-6711-1291

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査：診療所票 調査要綱

回答者

- ・本調査票は、診療所の開設者・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。このため、診療所の開設者・管理者の方にご回答をお願いしております。

回答方法

- ・本調査では、調査票でご回答いただいた内容を照会したり、調査票の回収管理を行うために、記名式とさせていただきます。医療機関名、所在地を必ずご記入いただきますよう、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。
- ・ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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。

調査期間

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒にて

平成21年1月9日（金）まで

にポストに投函してください。

記入要領

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在）

⑧医薬品の備蓄状況

- ・調査時点（平成20年12月末現在）における貴施設の医薬品備蓄品目数を上段の1）に、このうち、後発医薬品の備蓄品目数を下段の2）にご記入ください。
- ・調査時点の備蓄品目数がわからない場合は、貴施設で把握している直近の備蓄品目数でも結構です。
- ・正確な数がわからない場合は、概数での記載で結構です。

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間）

※この項目は、入院患者に対する後発医薬品の使用状況等をお伺いする内容となっております。
このため、有床診療所の方にのみお伺いいたします。
無床診療所の方は、2ページの「3. 院外処方せん発行状況等」に関する質問にお進みください。

①平均在院患者数

- ・平成20年12月1か月間の平均在院患者数を小数点以下第1位までご記入ください。

例) 入院した患者さんが以下 (A～Cの3人) の場合

患者Aさん 7日間入院→「7人」と数えます (※「1人」ではありません)。

患者Bさん 4日間入院→「4人」

患者Cさん 14日間入院→「14人」

合計入院人数→「25人」

$25人$ (合計入院人数) \div $31日$ (12月1か月間) $=0.806\dots = \boxed{0.8人}$ (小数点以下第2位を四捨五入)

②入院患者に対する後発医薬品の使用状況

- ・貴施設における入院患者への後発医薬品の使用状況として最も近いものを1つだけお選びください。

例) 点滴剤は後発医薬品を積極的に使用するが、外用薬は先発医薬品に限る場合

→選択肢2.「後発医薬品のあるものの一部を使用」となります。

③入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じた事例の有無

- ・平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことがあれば、選択肢2.「ある」を選び、2.を○で囲んでください。また、その内容としてあてはまるものを点線囲み内の選択肢1.～4.の中からすべて選び、○で囲んでください。選択肢4.「その他」の場合は、() 内に具体的にその内容をご記入ください。

④後発医薬品の供給体制の1年前との比較

- ・1年前と比較した、後発医薬品の供給体制の現状について最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

3. 院外処方せん発行状況等 (平成20年12月1か月間)

①院外処方せんの発行状況

- ・院外処方せんを発行していれば、選択肢1.「発行している」を選び、1.を○で囲んでください。
- ・発行していない場合は、選択肢2.を○で囲んだ後、5ページの「5. 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」へお進みください。

②外来診療の状況

1) 1か月間の外来診療実日数

- ・平成20年12月1か月間の外来診療実日数をご記入ください (小数点以下第1位まで)。
- ・半日診療の場合は、0.5日と数えてください。

2) 1か月間の外来延べ患者数

- ・平成20年12月1か月間の外来延べ患者数 (初診患者+再診延べ患者数) をご記入ください。

③外来における院外処方せん発行枚数

- ・平成20年12月1か月間の院外処方せん発行枚数をご記入ください。
- ・処方せん枚数がわからない場合は、「枚」を「件」に変更し、処方せん発行件数をご記入ください。

4. 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(平成20年12月末現在)

※この項目は、院外処方せんを発行している診療所の方にのみお伺いいたします。

院外処方せんを発行していない診療所の方は、5ページの「5. 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」にお進みください。

①後発医薬品の処方に関するお考え

- ・後発医薬品の処方に関するお考えとして最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。
- ・選択肢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」を選んだ場合、質問①-1へお進みください。

①-1 後発医薬品は基本的には処方しない理由

- ・「後発医薬品は基本的には処方しない理由」として、あてはまるものの番号をすべて○で囲んでください。
- ・選択肢5.「後発医薬品の情報提供の不備」を選んだ場合、どのような情報が必要か、具体的に()内にご記入ください。

②後発医薬品の処方の1年前との比較

- ・1年前と比較して、後発医薬品の処方(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)に対する変化について、最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

③平成20年4月以降の「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行

- ・調査時点(平成20年12月末現在)において、これまで、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことがあれば、選択肢1.「ある」を選び、1.を○で囲んでください。また、このうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合(③-1)を1つ選び、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由(③-2)について、あてはまる番号をすべて○で囲んでください。
- ・これまで、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことがなければ、選択肢2.を○で囲んだ後、質問④へお進みください。

④一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行

- ・調査時点(平成20年12月末現在)において、平成20年4月以降、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せんを発行したことがあれば、選択肢1.「ある」を選び、1.を○で囲んでください。また、一部の医薬品について変更不可とする最も多いケース(④-1)、処方せん枚数の割合(④-2)、変更不可とする理由(④-3)についてお答えください。
- ・これまで、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せんを発行したことがなければ、選択肢2.を○で囲んだ後、質問⑤へお進みください。

⑤後発医薬品について関心がある患者の割合

- ・外来患者のうち、後発医薬品に関心を持っていると思われる患者(後発医薬品の話題が出た患者、使用を希望する患者)の割合に最も近いものを1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

⑥後発医薬品について関心がある患者数の1年前との比較

- ・1年前と比較して、外来患者のうち、後発医薬品に関心を持っていると思われる患者(後発医薬品の話題が出た患者、使用を希望する患者)の数の変化に最も近いものの番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

5. 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

※この項目は、院外処方せんを発行していない診療所の方にのみお伺いいたします。

院外処方せんを発行している診療所の方は、「6. 後発医薬品の使用について」に関する質問にお進みください。

①後発医薬品の処方に関するお考え

- ・後発医薬品の処方に関するお考えとして最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。
- ・選択肢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」を選んだ場合、質問①-1へお進みください。

①-1 後発医薬品は基本的には処方しない理由

- ・「後発医薬品は基本的には処方しない理由」として、あてはまるものの番号をすべて○で囲んでください。
- ・選択肢5.「後発医薬品の情報提供の不備」を選んだ場合、どのような情報が必要か、具体的に（ ）内にご記入ください。

6. 後発医薬品の使用について

①薬事法に基づく後発医薬品の厚生労働大臣の承認

- ・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必要なデータ（人での血中濃度を測定する臨床試験データ等）について知っているかどうか、あてはまるものの番号を1つ選んでください。

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：ge-iyaku@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：03-6711-1380（受付時間 10：00～18：00）

※ただし、土日・祝日及び12/29～1/4は除きます。

FAX：03-6711-1291

以上

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

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

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成20年12月末現在の状況についてご記入ください。

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 ※○は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
	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. 放射線科	
	16. その他 (具体的に)

1. 貴施設の状況 (平成20年12月末現在) 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 ※○は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 ※○は1つだけ	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 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. 放射線科 16. その他 (具体的に
⑥医師数 (常勤のみ)	() 人
⑦薬剤師数 (常勤のみ)	() 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。
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20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)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。(無床診療所の方は、3.へお進みください。)

①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで	(.)人 ※平成20年12月1か月間
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平成20年4月以降、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、③-1の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。	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後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。※○は1つだけ	1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等(平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

①貴施設では、平成20年4月以降、院外処方せんを発行していますか。※○は1つだけ	1. 発行している 2. 発行していない
--	-------------------------

→ 院外処方せんを発行していない場合は、5ページの「5. 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」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か月間の外来診療実日数(平成20年12月1か月間) ※半日診療は「0.5日」としてごください。小数点以下第1位まで	(.)日
2) 1か月間の外来延べ患者数(平成20年12月1か月間)	()人
③外来における院外処方せん発行枚数(平成20年12月1か月間)	()枚

4. 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(平成20年12月末現在)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. 特にこだわりはない ……………▶ 質問②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②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①-1の後、質問②へ
*後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします>

①-1 「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。

※あてはまる番号のすべてに○。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。

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

→①-1-1 どのような情報が必要ですか。

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

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

.....▶ 質問②へお進みください

②1 年前と比較して、後発医薬品の処方（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、どうなりましたか。※○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20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名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 → 質問④へ |
|-------|--------------|

③-1 院外処方せん枚数全体に占める、「変更不可」欄に署名した（すべての医薬品について後発医薬品への変更不可とした）処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※○は1つだけ

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上 ~ 30%未満 | 3. 30%以上 ~ 50%未満 |
| 4. 50%以上 ~ 70%未満 | 5. 70%以上 ~ 90%未満 | 6. 90%以上 |

③-2 「後発医薬品への変更不可」欄に署名したのは、どのような理由からですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. 患者からの強い要望があったから | 2. 後発医薬品の品質が不安だから |
| 3. 後発医薬品メーカーの供給体制が不安だから | 4. 後発医薬品の情報提供体制が不安だから |
| 5. 後発医薬品の剤形が患者に適していないから | 6. 薬局での後発医薬品の備蓄が不安だから |
| 7. 後発医薬品の効果や副作用の違いを経験したから | |
| 8. 治療域のせまい薬剤だから | |
| 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから | |
| 10. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから | |
| 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから | |
| 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから | |
| 13. 薬剤料が安くないから | |
| 14. 特に理由はない（処方方針として） | |
| 15. その他（具体的に | |

.....▶ 質問④へお進みください

④平成 20 年 4 月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。※〇は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

④-1 一部の医薬品について後発医薬品への「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。お考えに最も近いものの番号に〇をつけてください。※〇は1つだけ

- 1. 先発医薬品について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 _____)

④-2 院外処方せん枚数全体に占める、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。※〇は1つだけ

- 1. 10%未満 2. 10%以上 ～ 30%未満 3. 30%以上 ～ 50%未満
- 4. 50%以上 ～ 70%未満 5. 70%以上 ～ 90%未満 6. 90%以上

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに〇をつけてください。

- 1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
- 2. 処方銘柄に対する後発医薬品の副作用が心配であるから
- 3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
- 4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
- 5. 処方銘柄が身体への影響が大きい（生命のリスクがある）医薬品であるから
- 6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
- 7. 患者に適した剤形が他にないから
- 8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
- 9. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
- 10. その他（具体的に _____)

.....▶ 質問⑤へお進みください

⑤平成 20 年 4 月以降、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、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※〇は1つだけ

- 1. 10%未満 2. 10%以上 ～ 30%未満 3. 30%以上 ～ 50%未満
- 4. 50%以上 ～ 70%未満 5. 70%以上 ～ 90%未満 6. 90%以上

⑥上記⑤の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）患者数は、1 年前と比較して、どうですか。 ※〇は1つだけ

- 1. 非常に増えた 2. 増えた 3. 変わらない
- 4. 減った 5. 非常に減った

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。（平成 20 年 12 月 1 か月間）

() %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※〇は1つだけ

1. ある 2. だいたいある 3. まったくない

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。
お考えに最も近いものの番号に〇をつけてください。※〇は1つだけ

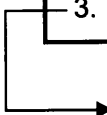
1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供できればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供できればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供できればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に ）

.....▶ 「6. 後発医薬品の使用についてお伺いします」へお進みください。

5. 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。＜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＞

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。 ※〇は1つだけ

1. 特にこだわりはない▶ 6. の質問①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▶ 6. の質問①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①-1へ



＜上記質問①で「3.」を回答された方にお伺いします＞

①-1「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。
※あてはまる番号のすべてに〇。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。

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
→①-1-1 どのような情報が必要ですか。
 { 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 }
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 }
.....▶ 6. の質問①へ

6. 後発医薬品の使用についてお伺いします。＜全施設の方にお伺いします＞

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平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。

--

③平成 20 年 4 月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

--

④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※〇は1つだけ

1. 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による情報提供や安定供給体制の確保
3. 後発医薬品に対する患者の理解
4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
5. 特に対応は必要ない
6. その他（具体的に _____)

7. 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。

各位

平成 20 年 1 2 月
厚生労働省保険局医療課

平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

「後発医薬品の使用状況調査」

ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成 20 年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「後発医薬品の使用状況調査」について、平成 20 年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 12 月

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
「後発医薬品の使用状況調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、処方せんの様式が変更され、処方医が判断した場合に「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行うことになりました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、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議論の際の大変重要な資料となります。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

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、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けて、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

謹白

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

調査期間：平成 21 年 1 月 9 日（金）まで

に同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください

※ 調査対象の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から預託された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：ge-iyaku@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： 03-6711-1380（受付時間：10：00～18：00）

※ただし、土日・祝日及び12/29～1/4は除きます。

FAX： 03-6711-1291

開設者様
管理者様

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」

「後発医薬品の使用状況調査」

「医師票」配付に際してのお願い

医師票（水色の調査票）は、外来診療を担当する医師の方に、院外処方せん発行時の状況やお考えをお伺いするための調査票です。

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

記

＜配付対象者＞

貴院の外来診療を担当する医師 2 名

（医師票、医師票調査要綱、返信用封筒 各 1 部ずつ）

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

＜返送方法＞

回答者が直接、返信用封筒（切手は不要です）にてご返送ください。

なお、返信用封筒は病院調査票と共通です。

＜封入物一覧＞

①依頼状.....	1 通	}	病院調査票分
②配付のお願い（本状）.....	1 通		
③病院票（藤色）.....	1 通		
④病院票調査要綱（白色）.....	1 通		
⑤返信用封筒.....	3 通	}	医師票分
⑥医師票（水色）.....	2 通		
⑦医師票調査要綱（白色）.....	2 通		

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成 20 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南 2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：ge-iyaku@murc.jp FAX：03-6711-1291

※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：03-6711-1380（受付時間 10：00～18：00）

※ただし、土日・祝日及び 12/29～1/4 は除きます。

**厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査：病院票 調査要綱**

回答者

- ・ 本調査票は、病院の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。このため、病院の開設者・管理者の方にご回答をお願いしております。

回答方法

- ・ 本調査では、調査票でご回答いただいた内容の照会や調査票の回収管理を行うために、記名式とさせていただきます。調査票に貼付したラベル上の施設名、所在地をご確認ください。記載内容に不備がございましたら「赤書き」で修正をお願いいたします。
- ・ 電話番号、ご回答者のお名前は、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、弊社「個人情報保護方針」及び「個人情報の取扱いについて」に従い、適切に保管・管理・処理いたしますので、ご記入いただきますよう、ご協力をお願い申し上げます。<ご参考 <http://www.murc.jp/profile/privacy.html>>
- ・ お預かりしました個人情報は、集計作業等のために預託することがあります。その際には十分な個人情報保護の水準を備える者を選定し、契約等によって保護水準を守るよう定め、適切に取り扱います。
- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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、わからない場合には「-」をご記入ください。

調査期間

調査票にご記入の上、同封の返信用封筒にて

平成21年1月9日（金）まで

にポストに投函してください。

記入要領

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在の状況または平成20年12月1か月間）

①開設者

国立:

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

公立:

都道府県、市町村、地方独立行政法人

公的:

日本赤十字社、済生会、北海道社会事業協会、全国厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会

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、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合

その他の法人:

公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

⑥⑦ 医師数・薬剤師数（常勤換算）

- ・ 貴施設における医師数ならびに薬剤師数を常勤換算にてご記入ください。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）

⑧ 1 か月間の外来延べ患者数

- ・ 平成20年12月1か月間の外来延べ患者数（初診患者＋再診延べ患者数）をご記入ください。

⑨ 1 か月間の外来診療実日数

- ・ 平成20年12月1か月間の外来診療実日数をご記入ください（小数点以下第1位まで）。
- ・ 半日診療の場合は、0.5日と数えてください。

⑩ 外来患者への院内投薬

- ・ 外来患者に院内投薬する場合、後発医薬品の使用についての貴施設の対応として最も近いものを1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

⑪ 外来患者に院外処方せんを発行する場合

- ・ 外来患者に院外処方せんを発行する場合、後発医薬品の使用についての貴施設の対応として最も近いものを1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

⑫⑬ 医薬品備蓄品目数、後発医薬品の備蓄品目数

- ・ 調査時点（平成20年12月末現在）における貴施設の医薬品備蓄品目数（⑫）とそのうちの後発医薬品の備蓄品目数（⑬）をご記入ください。
- ・ 調査時点の備蓄品目数がわからない場合は、貴施設で把握している直近の備蓄品目数でも結構です。
- ・ 正確な数がわからない場合は、概数での記載で結構です。

⑭ 後発医薬品リストの提供

- ・ 貴施設で使用している後発医薬品のリストの、近隣の薬局や地域の薬剤師会への提供状況についてあてはまるものを1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

2. 院外処方せんの発行状況（平成20年12月1か月間）

② 外来における院外処方せん発行枚数

- ・ 平成20年12月1か月間の院外処方せん発行枚数をご記入ください。
- ・ 処方せん枚数がわからない場合は、「枚」を「件」に変更し、処方せん発行件数をご記入ください。

③ 後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「変更不可」欄に署名等をしなかった処方せん割合

- ・ 外来における院外処方せん発行枚数のうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合を1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または12月1か月分）

①平均在院患者数

・平成20年12月1か月間の平均在院患者数を小数点第1位までご記入ください。

例) 入院した患者さんが以下（A～Cの3人）の場合

患者Aさん 7日間入院→「7人」と数えます（※「1人」ではありません）。

患者Bさん 4日間入院→「4人」

患者Cさん 14日間入院→「14人」

合計入院人数→「25人」

$25人（合計入院人数） \div 31日（12月1か月間） = 0.806\cdots = \boxed{0.8人}$ （小数点以下第2位を四捨五入）

②入院患者に対する後発医薬品の使用状況

・貴施設における入院患者への後発医薬品の使用状況として最も近いものを1つだけお選びください。

例) 点滴剤は後発医薬品を積極的に使用するが、外用薬は先発医薬品に限る場合

→選択肢2.「後発医薬品のあるものの一部を使用」となります。

③入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じた事例の有無

・平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことがあれば、選択肢2.「ある」を選び、2.を○で囲んでください。また、その内容としてあてはまるものを点線囲み内の選択肢1.～4.の中からすべて選び、○で囲んでください。選択肢4.「その他」の場合は、（ ）内に具体的にその内容をご記入ください。

④後発医薬品の供給体制の1年前との比較

・1年前と比較した、後発医薬品の供給体制の現状について最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：ge-iyaku@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：03-6711-1380（受付時間10：00～18：00）

※ただし、土日・祝日及び12/29～1/4は除きます。

FAX：03-6711-1291

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※ 以下のラベルに、電話番号、ご回答者のお名前をご記入ください。また、施設名、所在地をご確認の上、記載内容に不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、お名前は、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。

施設名	
施設の所在地	
電話番号	()
ご回答者名	()

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

※ご回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、平成20年12月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間）についてお伺いします。

①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		
②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		
③DPC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		
④特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○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 2. 亜急性期入院医療管理料 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	⑤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
⑥医師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで	(.) 人	⑦薬剤師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで	(.) 人
⑧1か月の外来延べ患者数 (平成20年12月1か月間)	() 人		
⑨1か月の外来診療実日数 (平成20年12月1か月間)	(.) 日 ※半日診療の場合は「0.5日」として計算して下さい。 ※小数点以下第1位まで		
⑩後発医薬品の使用について、 <u>外来患者に院内投薬する場合</u> 、施設としてどのように対応していますか。 ※最も近いものを <u>1つだけ</u> 選択してください。	1. 後発医薬品を積極的に使用 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他 (具体的に)		

<p>⑪後発医薬品の使用について、<u>外来患者に院外処方せんを発行する場合、施設としてどのように対応していますか。</u> ※最も近いものを1つだけ選択してください。</p>	<p>1. 後発医薬品を積極的に使用* 2. 後発医薬品をほとんど使用しない 3. 個々の医師の判断による 4. その他（具体的に)</p>
--	---

*後発医薬品の銘柄処方のほか、院外処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<p>⑫医薬品備蓄品目数</p>	<p>約 () 品目 ※平成20年12月末現在</p>
<p>⑬上記⑫のうち後発医薬品の備蓄品目数</p>	<p>約 () 品目 ※平成20年12月末現在</p>
<p>⑭貴施設で使用している後発医薬品リストを近隣の薬局や地域の薬剤師会等に提供していますか。</p>	<p>1. 近隣薬局や地域の薬剤師会に提供している 2. 地域の薬剤師会に提供している 3. 近隣の薬局に提供している 4. 提供していない 5. その他（具体的に)</p>

2. 貴施設における院外処方せん発行状況（平成20年12月1か月間）についてお伺いします。

<p>①院外処方せんを発行している診療科 ※あてはまるものすべてに○</p>	<p>1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科 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. 放射線科 16. その他（具体的に)</p>
<p>②外来における院外処方せん発行枚数</p>	<p>() 枚 ※平成20年12月1か月間</p>
<p>③上記②のうち、後発医薬品を銘柄指定した処方せん又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等をしなかった処方せんの割合 ※平成20年12月1か月間</p>	<p>1. 10%未満 2. 10%以上 ~ 30%未満 3. 30%以上 ~ 50%未満 4. 50%以上 ~ 70%未満 5. 70%以上 ~ 90%未満 6. 90%以上</p>

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況）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平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで</p>	<p>(.) 人 ※平成20年12月1か月間</p>
<p>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。</p>	<p>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)</p>
<p>③平成20年4月以降、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、③-1の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。</p>	<p>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。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>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)</p> </div>

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

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。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「医師票」は、貴施設において、院外処方せんを発行している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20年12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. 形成外科
	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. 放射線科	
	16. その他（具体的に)			
④（ご自身の）1日当たり平均外来診察患者数	() 人程度 ※平成20年12月1か月間			

2. 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（平成20年12月末現在）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. 特にこだわりはない ……………▶ 質問②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②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①-1の後、質問②へ

*後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わない場合を含みます。

<上記質問①で「3.」と回答された方にお伺いします>

①-1「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。

※あてはまる番号のすべてに○。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。

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| 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 | |
| →①-1-1 どのような情報が必要ですか。 | |
| { 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 } | |
| 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 | |

……………▶ 質問②へお進みください

④-3 一部の医薬品について「変更不可」とする理由は何ですか。最も多いもの1つに○をつけてください。

※○は1つだけ

1. 処方銘柄について患者からの強い要望があるから
2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配であるから
3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問があるから
4. 後発医薬品の供給体制に不安があるから
5. 処方銘柄が身体への影響が大きい（生命のリスクがある）医薬品であるから
6. 処方銘柄が治療域のせまい医薬品であるから
7. 患者に適した剤形が他にないから
8. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
9. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
10. その他（具体的に

.....▶ 質問⑤へお進みください。

⑤平成20年4月以降、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、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。※○は1つだけ

- | | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 10%未満 | 2. 10%以上 ~ 30%未満 | 3. 30%以上 ~ 50%未満 |
| 4. 50%以上 ~ 70%未満 | 5. 70%以上 ~ 90%未満 | 6. 90%以上 |

⑥上記⑤の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）患者数は、1年前と比較して、どうですか。※○は1つだけ

- | | | |
|-----------|-----------|----------|
| 1. 非常に増えた | 2. 増えた | 3. 変わらない |
| 4. 減った | 5. 非常に減った | |

⑦院外処方せん枚数全体に占める、後発医薬品を銘柄指定した院外処方せん枚数の割合は、どの程度ありますか。（平成20年12月1か月間）

() %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。※○は1つだけ

- | | | |
|-------|-----------|-----------|
| 1. ある | 2. だいたいある | 3. まったくない |
|-------|-----------|-----------|

⑨保険薬局で後発医薬品へ変更した場合に、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いものを1つだけ選んでください。

1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に

3. 後発医薬品の使用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平成20年4月の処方せん様式の変更で、良くなった点があればご記入ください。		
③平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。		
④今後、どのような対応が進めば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。※〇は1つだけ		
1. 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による情報提供や安定供給体制の確保 3. 後発医薬品に対する患者の理解 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価 5. 特に対応は必要ない 6. その他（具体的に _____)		

4. 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。

厚生労働省保険局医療課委託事業「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」
後発医薬品の使用状況調査：医師票 調査要綱

調査の目的

平成20年4月の診療報酬改定により、処方せんの様式が変更され、処方医が判断した場合に「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行うことになりました。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、今般、平成20年度の診療報酬改定による影響を検証するために、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調査」を実施することになりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の議論の際の大変重要な資料となります。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、ご多用中に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、中医協の事務局である厚生労働省保険局医療課より委託を受けた、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が実施することとなったことを申し添えます。

回答者

- ・ 本調査票は、病院の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。

回答方法

- ・ ご回答の際には、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。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。

調査期間

調査票にご記入の上、一緒にお配りしております「返信用封筒（切手不要）」を使用して、

平成21年1月9日（金）までに、ご回答者が直接、ポストにご投函ください。

記入要領

2. 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処方のお考え（平成20年12月末現在）

①後発医薬品の処方に関するお考え

- ・ 後発医薬品の処方に関するお考えとして最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。
- ・ 選択肢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」を選んだ場合、質問①-1へお進みください。

①-1 後発医薬品は基本的には処方しない理由

- ・ 「後発医薬品は基本的には処方しない理由」として、あてはまるものの番号をすべて○で囲んでください。
- ・ 選択肢5.「後発医薬品の情報提供の不備」を選んだ場合、どのような情報が必要か、具体的に（ ）内にご記入ください。

②後発医薬品の処方との1年前との比較

- ・1年前と比較して後発医薬品の処方（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）に対する変化について、最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

③平成20年4月以降の「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんの発行

- ・調査時点（平成20年12月末現在）において、これまで、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことがあれば、選択肢1.「ある」を選び、1.を○で囲んでください。また、このうち「変更不可」欄に署名した処方せんの割合（③-1）を1つ選び、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由（③-2）について、あてはまる番号をすべて○で囲んでください。
- ・これまで、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことがなければ、選択肢2.を○で囲んだ後、質問④へお進みください。

④一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんの発行

- ・調査時点（平成20年12月末現在）において、平成20年4月以降、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せんを発行したことがあれば、選択肢1.「ある」を選び、1.を○で囲んでください。また、一部の医薬品について変更不可とする最も多いケース（④-1）、処方せん枚数の割合（④-2）、変更不可とする理由（④-3）についてお答えください。
- ・これまで、一部の医薬品について「変更不可」と記載した処方せんを発行したことがなければ、選択肢2.を○で囲んだ後、質問⑤へお進みください。

⑤後発医薬品について関心がある患者の割合

- ・外来患者のうち、後発医薬品に関心を持っていると思われる患者（後発医薬品の話題が出た患者、使用を希望する患者）の割合に最も近いものを1つだけ選び、番号を○で囲んでください。

⑥後発医薬品について関心がある患者数の1年前との比較

- ・1年前と比較して、外来患者のうち、後発医薬品に関心を持っていると思われる患者（後発医薬品の話題が出た患者、使用を希望する患者）の数の変化に最も近いものの番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

3. 後発医薬品の使用について

①薬事法に基づく後発医薬品の厚生労働大臣の承認

- ・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必要なデータ（人での血中濃度を測定する臨床試験データ等）についてご存知かどうか、あてはまるものの番号を1つ選んでください。

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

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

厚生労働省保険局医療課委託事業

「平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒108-8248 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー
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：谷川（たにかわ）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail : ge-iyaku@murc.jp FAX : 03-6711-1291

※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 : 03-6711-1380（受付時間 10:00 ~ 18:00）

※ただし、土日・祝日及び12/29~1/4は除きます。

各位

平成20年11月
厚生労働省保険局医療課

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1
「後期高齢者診療料の算定状況に係る調査」
ご協力のお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成20年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1（後期高齢者診療料の算定状況に係る調査）」について、平成20年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、みずほ情報総研株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 11 月

各 位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度 厚生労働省委託事業）
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1
「後期高齢者診療料の算定状況に係る調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、「後期高齢者診療料」として、患者の同意を得た上で、総合的な評価や検査等を行い、継続的に診療を行うことに係る評価が新設されております。

この改定による影響を検証するため、この度、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、「後期高齢者診療料の算定に係る調査」が実施されることとなりました。

本調査は、後期高齢者診療料の保険医療機関及び患者様への影響等の把握を目的として実施するものです。

本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局より委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施することとなりました。調査結果は、中医協における結果検証及び診療報酬改定の議論の際の大変重要な資料となります。ご多用の折、お手を煩わせることになり、誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解の上、何卒ご協力をお願い申し上げます。また、調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、貴施設のご理解とご協力を賜りたく、同封いたしました調査票にご回答の上、平成 20 年 12 月 19 日（金曜日）までにご返信いただくとともに、貴院の患者様向けのアンケートの配布にご協力いただければ幸いです。

謹白

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

※調査対象保険医療機関の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から提供された情報に基づき、無作為に抽出させていただきました。調査結果は個人情報等に配慮して公表いたしますが、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

【お問い合わせ先】

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度）事務局
「後期高齢者診療料の算定状況に係る調査」
みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部内

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

フリーダイヤル：0120-556-919（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問い合わせ専用 E-MAIL：iryko-kourei1@mizuho-ir.co.jp

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成20年度 厚生労働省委託事業）

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1

「後期高齢者診療料の算定状況に係る調査」

実施要領（調査実施ご担当者様用）

1. 目的

- 診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成20年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として診療報酬改定結果検証部会を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。
- この度の調査は、中医協検証部会の検証項目の一つである「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1（後期高齢者診療料の算定状況に係る調査）」について、平成20年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料として活用することを目的とします。

2. 調査対象

(1)対象医療機関

- 全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関の中から無作為に抽出された3,500施設

(2)対象者（回答者）

<医療機関調査>

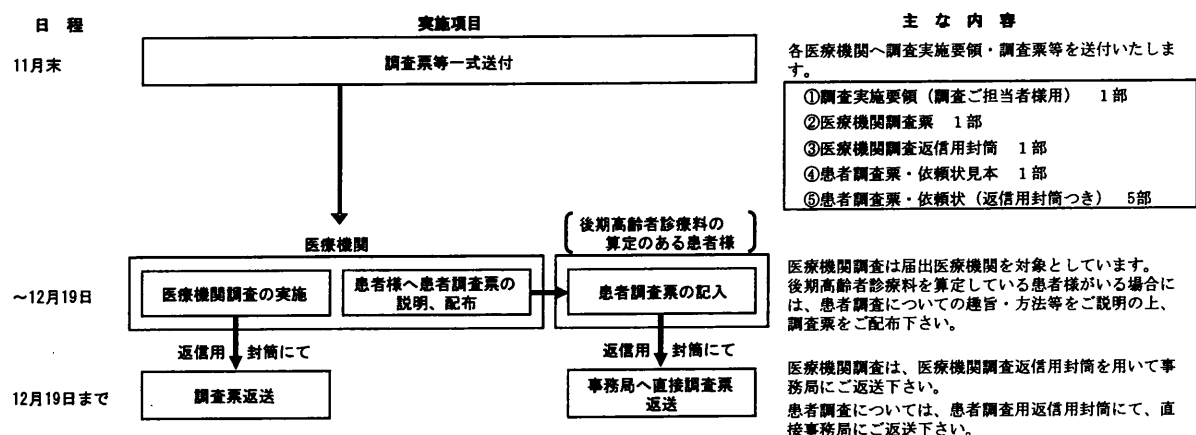
- 調査対象医療機関において、事務長や医事課職員及び後期高齢者を担当されている医師の方々（またはそれに準ずるの方々）
*後期高齢者診療料の届出は行っているが算定を行っていない医療機関におかれましては、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

<患者調査>

- 本調査の開始日より遡って、直近（1ヶ月以内）に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者様
*後期高齢者診療料の算定を行っていない患者様がいない場合には、お手数ですが、患者調査関連資料を貴院にて破棄していただきますようお願い申し上げます。

3. 調査実施スケジュール（詳細は後述の調査方法をご参照下さい）

調査実施スケジュール



4. 調査方法

(1) 調査票等の送付

- 事務局より各医療機関に下記の書類等を送付させていただきます。
 - ① 調査実施要領（調査ご担当者様用） 1部
 - ② 医療機関調査票 1部
 - ③ 医療機関用返信用封筒 1部
 - ④ 患者調査票・依頼状 見本 1部
 - ⑤ 患者調査票・依頼状（返信用封筒つき） 5部

(2) 医療機関調査票の記入・返信

- いずれの医療機関におかれましても、②医療機関調査票に必要事項をご回答の上、12月19日（金）の締め切りまでに、③同封の黄色の返信用封筒に入れて事務局までご返送ください（返信用郵便代は弊社にて負担いたします）。

(3) 患者調査票の配布

- 後期高齢者診療料を算定している医療機関におかれましては、調査票がお手元に届いた時点から12月5日の間に、後期高齢者診療料の算定をされている患者様に④調査についてご説明の上、⑤同封させていただいたピンク色の封筒に入った調査協力依頼状と患者調査票をお渡しし、調査協力を依頼してください。
- その際、患者様には、同封のピンク色の返信用封筒を用い、12月19日（金）の締め切りまでに、直接事務局にご返送いただくようお願いいたします（返信用郵便代は弊社にて負担いたします）。

(4) その他

- 患者調査にご協力いただけない場合、もしくは調査票が余った場合には、お手数をおかけいたしまして大変恐縮ではございますが、調査票等は貴院にて廃棄いただきますようお願い申し上げます。

5. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成20年度）事務局

みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3

フリーダイヤル：0120-556-919（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）

問い合わせ専用EMAIL：iryokoireil@mizuho-ir.co.jp

本調査にご記入いただいた情報については、回答する患者個人が特定されないよう、無記名で実施し、患者属性は性・年齢等の項目に限定して把握を行います。なお、弊社は、プライバシーマークの付与・認定を受けており、本調査による情報は「個人情報保護方針」に則り、適切な保護措置を講じ、厳重に管理されます。

¹ プライバシーマーク制度；

財団法人日本情報処理開発協会が日本工業規格「個人情報保護に関するコンプライアンス・プログラムの要求事項 JISQ15001」に適合して電子計算処理に関わる個人情報（電子計算処理の前後におけるマニュアル処理に係わる個人情報を含む）の適切な保護のための体制を整備している事業者に対し、その申請に基づき、その旨の認定及び特別の表示であるプライバシーマークの付与を行う制度。プライバシーマーク制度の関連情報は、財団法人日本情報処理協会が発信している下記アドレスの情報をご覧ください。<http://privacymark.jp/>

平成 20 年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成20年10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 20 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 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(○は1つ)
 なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数もご記入ください。
 また、貴院の連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数をご記入下さい。

(1) 施設種別	01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
(2) 許可病床数	() 床 <うち一般病床 () 床>		
(3) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数			施設
(4) [再掲] 病院			施設
(5) [再掲] 診療所			施設
(6) [再掲] 介護関連施設			施設
(7) [再掲] その他			施設

問 2 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)

01 在宅療養支援診療所	02 在宅療養支援病院	03 01・02の届出無し
--------------	-------------	---------------

問 3 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。(○は1つ)

- 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,健康保険組合,共済組合,国民健康保険組合等）
- 04 医療法人
- 05 個人
- 06 その他（公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,会社,その他法人）

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

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

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。→

問5 貴院の外来患者数について、平成19年10月1ヶ月、平成20年10月1ヶ月における実人数をご記入下さい。

	平成19年10月1ヶ月		平成20年10月1ヶ月	
(1) 外来患者数		人		人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に〇をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の際に記載された医師数(高齢者担当医)についてもご記入ください。

	01 算定あり	02 算定なし
(1) 後期高齢者診療料	時期：平成()年()月	
(2) 高齢者担当医 医師数		人

上記 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方は、8頁の問21にお進み下さい。
 「01 算定あり」に○をされた方は、以下の問7から問20の設問にお答えください。

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重複疾患の場合、最も主な病気）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。 また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様にご記入ください。 ※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎を主病とする患者が該当します。				
(1) 75歳以上外来患者数（平成20年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）		患者数	来院回数総数	
(2) [再掲] 糖尿病		人		回
(3) [再掲] 脂質異常症		人		回
(4) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(5) [再掲] 認知症		人		回
(6) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(7) 後期高齢者診療料 算定患者数（平成20年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）		患者数	来院回数総数	
(8) [再掲] 糖尿病		人		回
(9) [再掲] 脂質異常症		人		回
(10) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(11) [再掲] 認知症		人		回
(12) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(13) 75歳以上外来患者数（平成19年10月）				人
[再掲] 主病別患者について（平成19年10月）		患者数	来院回数総数	
(14) [再掲] 糖尿病		人		回
(15) [再掲] 脂質異常症		人		回
(16) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(17) [再掲] 認知症		人		回
(18) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回

問8 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月の期間においても診療にあたった患者について、直近で診られた患者（ただし、急性病変併発の患者を除きます）を主病別に5名特定いただき、「前年と今年の数の変化」欄に各項目の数（頻度）の変動状況として該当する選択肢番号1つに○をお付けください。（○は1つ）

併せて、回数（頻度）に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」□内より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由にご記入の上、当該番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

■変化の理由

- 01 他医療機関との調整を行えているため
- 02 他医療機関よりの患者に関する情報提供が増えているため
- 03 必要な検査等の見直しを行ったため
- 04 定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため
- 05 後期高齢者診療計画書の作成時において患者（あるいは家族）からの希望があったため
- 06 患者の心身の状態に変化があったため
- 07 その他（ ）

8-1 主病 糖尿病の患者について

	前年と今年の数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

8-2 主病 脂質異常症の患者について

	前年と今年の数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

	前年と今年の数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01 ・ 02 ・ 03 ・ 04 ・ 05 ・ 06 ・ 07

次頁につづく

8-4 主病 認知症の患者について			
	前年と今年の実数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-5 主病 その他（結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎）の患者について			
	前年と今年の実数の変化		回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07

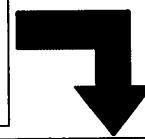
問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか。今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○は1つ)

01 算定患者を増やしていく 02 算定患者はこれまでどおりを維持する 03 算定患者を減らしていく
 04 その他 ()

問10 貴院にて後期高齢者診療料の算定をはじめられてからこれまでに、下記項目のそれぞれについての効果はどの程度ありますか。効果の程度に該当する選択肢を下記「■効果について」□内より選び、「効果の程度」欄における当該番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ)

■効果について

- 01 きわめて効果がある
- 02 やや効果がある
- 03 どちらとも言えない
- 04 やや効果はない
- 05 ほとんど効果はない



	効果の程度
01 患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと	01・02・03・04・05
02 患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと	01・02・03・04・05
03 患者の他の医療機関への受診状況や診療スケジュールを把握すること	01・02・03・04・05
04 患者に対する他の医療機関との診療、検査、投薬の重複を回避すること	01・02・03・04・05
05 患者の服薬状況・薬剤服用歴を経時的に把握すること	01・02・03・04・05
06 市町村が実施する健康診査・保健指導の内容を反映した診療を行うこと	01・02・03・04・05

問 11 貴院の 75 歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
 03 患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため
 04 他の医療機関にて既に算定されていた、あるいは他の医療機関が算定する予定のため
 05 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため
 06 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため
 07 75 歳以上の外来患者において算定していない患者はいない
 08 その他 ()

問 12 貴院にて後期高齢者診療料の算定を途中で止められた患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 他の医療機関との調整が困難なため
 02 後期高齢者診療計画書などの記載が負担となり困難なため
 03 患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため
 04 患者（あるいは家族）より従来の診療に戻して欲しいとの希望があったため
 05 患者の急性増悪のため
 06 求められている要件に対して診療報酬（600 点）が低すぎるため
 07 その他 ()

■後期高齢者診療計画書等の作成状況についてお伺いします。

問 13 平成 20 年 8 月から 10 月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者の主病別患者数(実人数)と、同期間における後期高齢者診療計画書の交付総回数(3ヶ月間の交付回数の合計)についてご記入ください。

後期高齢者診療計画書の作成について	患者数		交付総回数	
(1) [再掲] 糖尿病		人		回
(2) [再掲] 脂質異常症		人		回
(3) [再掲] 高血圧性疾患		人		回
(4) [再掲] 認知症		人		回
(5) [再掲] その他の後期高齢者診療料の対象疾患		人		回

問 14 後期高齢者診療計画書の作成にかかる時間はどのくらいですか。平均的な(作成1回当りの)所要時間(分)をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の作成に係る平均的な(作成1回当たり)所要時間	約	分
-----------------------------------	---	---

問 15 後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明(医師に限らず看護師等も含む)時間は、どのくらいですか。平均的な(患者1人当りの)説明時間(分)をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間	約	分
------------------------------	---	---

問 16 後期高齢者診療計画書に記載されている緊急時の入院先病院について、その平均施設数をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数（平均施設数）		施設
--------------------------------	--	----

問 17 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について、項目の過不足や追加すべき項目など、記載に関するご意見等がございましたら具体的にご記入ください。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

問 18 貴院では、後期高齢者診療（料）の活用を 75 歳以上外来患者に対して積極的に勤めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を 1 つお付け下さい。（○は 1 つ）

(1) 活用の勤め	01 積極的に行っている	02 ほどほどに行っている	03 行っていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施（継続）する	02 実施（継続）しない	03 決めていない

問 19 平成 20 年 10 月における貴院の 75 歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数をご記入下さい。

	平成 20 年 10 月	
(1) 75 歳以上の外来患者の実人数		人
(2) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）している		人
(3) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望（同意）している		人
(4) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望（同意）していない		人
(5) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望（同意）していない		人
(6) [再掲] 患者の理解度や希望の状況は不明		人
(7) [再掲] 後期高齢者診療料に係る説明はしていない		人

問 20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの 2 つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。（○は 2 つまで）

01 担当医の役割	02 診療内容・頻度への影響	03 薬の処方内容・頻度への影響
04 検査内容・頻度への影響	05 患者負担額への影響	06 他の医療機関への受診の可否
07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容	08 問合せはない	
09 その他（		）

問 21 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方にお伺いします。

貴院が後期高齢者診療料を1人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため
- 02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため
- 03 他の医療機関との調整が困難なため
- 04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため
- 05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため
- 06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を経時的に管理することが困難なため
- 07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する(させる)ことが困難なため
- 08 患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため
- 09 その他()

■最後に、後期高齢者診療料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、12月19日(金)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

患者様各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度 厚生労働省委託事業）
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1
後期高齢者診療料に係る調査（患者調査票）
へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成 20 年 4 月から導入された後期高齢者医療制度における「後期高齢者診療料」は、75 歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しいかかりつけの「担当医」（医師）が患者様の慢性的な病気を総合的、継続的にみるためのものです。「担当医」は、その対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」をわたし、病状や検査のスケジュールなどについて説明し、診療を行った日には、その日の検査や次回の予定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をお渡しすることになっています。

この新たな制度により、慢性的な病気の治療・指導を受けていらっしゃる患者様にどのような影響や効果が生じているのかなどを把握するため、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が患者様に対するアンケート調査を実施することになりました。

このアンケート調査は、上述の「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」（次頁に書式の見本あり）を受け取られている患者様を対象として、医療機関より調査票をお配りし、患者様にご回答いただくものです。

この調査の結果は、今後の診療報酬改定に関する議論の際の大変貴重な資料として活用されることとなります。また、調査結果はとりまとめの上 公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

なお、本調査は厚生労働省より委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施いたします。ご多用中に大変恐縮ではございますが、本調査の趣旨をご理解の上、皆様のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

厚生労働省保険局医療課委託事業
診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度）事務局
みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3
フリーダイヤル：0120-556-919
（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）
問い合わせ専用 E-MAIL：iryo-kourei1@mizuho-ir.co.jp

■書式の見本

◇後期高齢者診療計画書

後期高齢者診療計画書					
(記入日: 年 月 日)					
患者氏名 (男・女)		診療所		担当医師氏名	
生年月日: 明・大・昭 年 月 日		連絡先			
病名 主病() () () () () () () ()				他に定期的に受診している医師 病名() () () () () () () () 病名() () () () () () () () 病名() () () () () () () () 病名() () () () () () () ()	
年間検査のスケジュール					
	4月～6月 月 日作成	7月～9月 月 日作成	10月～12月 月 日作成	1月～3月 月 日作成	当院の連携医療機関 (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 その他留意事項
身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生活機能を含 めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療方針等				要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者 患者署名	

(別添様式13)

◇本日の診療内容の要点

本日の診療内容の要点	
(診察日: 年 月 日)	
患者氏名 (男・女)	診療所
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	担当医師氏名
連絡先	連絡先
本日の診療について 血圧 (/ mmHg) 体温 発熱 有(°C)・無 脈拍等その他の所見	次回受診日時 月 日() 時 分
毎日の生活での留意事項	本日のお薬
今日検査 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図	次回に当院で予定している検査等 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他()
他院での診療状況 (他院での指導について記入してください)	疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)

(別添様式14)

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1

後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票

[ご記入に際してのお願い]

- 1) 各設問の回答方法をご確認の上、ご本人またはご家族がご回答ください。
- 2) 分からないもの、回答できないものについては、空欄のままでも結構です。
可能な範囲でご協力ください。
- 3) 選択肢の間については、あてはまる回答の番号を○で囲んでご回答ください。
「その他」を選んだ場合は、() に具体的な内容を記述してください。
- 4) 回答が終わりましたら、調査票を指定の封筒に入れ、封をしてからそのままポストに投函ください。
- 5) 調査に関してご不明な点がある場合は、下記の「コールセンター」までお問い合わせください。

《コールセンター》

TEL: 0120-556-919 (月~金 9:30~17:00)

◀ 「後期高齢者診療料」とは ▶

- 「後期高齢者診療料」は、75歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しいかかりつけの「担当医」（医師）が患者様の慢性的な病気を総合的、継続的にみるための制度で平成20年4月から導入されました。
- 「担当医」は、「後期高齢者診療料」の対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」をわたし、病状や検査のスケジュールなどについて説明することになっています。
- また、診療を行った日には、その日の検査や次回の予定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をおわたしすることになっています。

問1. 医師から「後期高齢者診療計画書」をもらったのはどの月でしたか。
(○はいくつでも)

ア. 4月	イ. 5月	ウ. 6月	エ. 7月	オ. 8月	カ. 9月	キ. 10月
-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

問2. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる病院・診療所への通院の回数は変わりましたか（○は1つ）。
変わっている場合は、その理由もお答えください。

ア. 回数は増えた イ. 回数は減った ウ. 変わらない エ. わからない	→	変わった理由)
--	---	---------

問3. あなたが今、通院されている病院・診療所は全部でおよそいくつ（何施設）ありますか。

通院されている病院・診療所の全数	: 約	施設
------------------	-----	----

問4. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、通院されている病院・診療所の数は変わりましたか（○は1つ）。

ア. 数は増えた	イ. 数は減った	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

問5. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、検査の回数は変わりましたか（○は1つ）。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問6. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、処方される薬の数は変わりましたか（○は1つ）。

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

問7. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、診療にかかる時間は変わりましたか（○は1つ）。

ア. 長くなった イ. 短くなった ウ. 変わらない エ. わからない

問8. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、計画書をもらっている所の他に通院されている他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について きかれたことがありますか（○は1つ）。

ア. きかれた イ. きかれていない ウ. 覚えていない

問9. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、よかったと思うことはありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください（○はいくつでも）。

- ア. 医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった
- イ. 治療方針など今後のことがわかりやすくなった
- ウ. 気になったことや悩みを相談しやすくなった
- エ. 安心して生活をおくれるようになった
- オ. 医師や看護師などに対する信頼が深まった
- カ. 他の病院・診療所に行った時、自分の状況を説明しやすくなった
- キ. その他（具体的に _____ ）
- ク. よかったと思うことはない

問10. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、気になったり疑問に思ったことはありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください（○はいくつでも）。

- ア. 医師の説明がわかりにくくなった
- イ. 医師から受ける診療の内容が減っている
- ウ. 医師が書類*を書くことに気をとられている
- エ. 医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった
- オ. 説明があれば、定期的に書類*をもらわなくてもいい
- カ. 悩みなどを相談しにくいままである
- キ. 生活についての不安がなくなる
- ク. その他（具体的に _____)
- ケ. 気になったり疑問に思ったことはない

*書類とは・・・医師からわたされる「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」のことです。

問11. 後期高齢者診療計画書をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる医師から受けた診療などについて満足度が変わりましたか（○は1つ）。

- ア. とても満足に思うようになった
- イ. 満足に思うようになった
- ウ. 変わらない
- エ. 不満に思うようになった
- オ. とても不満に思うようになった

問12. 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書き下さい。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

問13. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別（○は1つ）

ア. 男性	イ. 女性
-------	-------

(2) 年齢（○は1つ）

ア. 75歳～79歳	イ. 80歳～84歳
ウ. 85歳～89歳	エ. 90歳以上

(3) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院するようになってどのくらいですか（○は1つ）。

ア. 1年以内	イ. 2～5年
ウ. 6～10年	エ. 11年以上

(4) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院する回数は1ヶ月にどのくらいですか（○は1つ）。

ア. 1回	イ. 2～3回
ウ. 4～5回	エ. 5回以上

(5) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている病名はいくつありますか。

病名の数	() 個
------	-------

(6) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている主病はなんですか（○は1つ）。

ア. 糖尿病	イ. 脂質異常症
ウ. 高血圧性疾患	エ. 認知症
オ. その他	

(7) 本アンケートの記入者（○は1つ）

ア. 患者様ご本人	イ. ご家族
-----------	--------

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、12月19日（金）までに
指定の封筒に入れご返送ください。

各位

平成20年11月
厚生労働省保険局医療課

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
「後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査」
ご協力をお願い

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素から保険医療行政の運用につきましては、特段のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、診療報酬について審議しております厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（中医協）におきましては、平成20年度診療報酬改定の結果につき検証を行うことを目的として「診療報酬改定結果検証部会」を設置し、診療報酬改定に係る議論に資するための検証作業を行っております。

この度の調査は、この検証部会の検証項目の一つである「後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2（後期高齢者終末期相談支援料の算定に係る調査）」について、平成20年度診療報酬改定による影響を調査し、診療報酬改定の議論の際の基礎資料とするものです。

本調査は、みずほ情報総研株式会社に委託をして実施をいたします。調査結果はとりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては個人情報等に配慮するとともに、調査実施の趣旨以外の目的では使用いたしません。

つきましては、本調査の趣旨にご理解賜り、何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成 20 年 11 月

各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度 厚生労働省委託事業）
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2
「後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査」へのご協力のお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書を取りまとめた場合の評価が新設されました。

その後、「後期高齢者終末期相談支援料」は、平成 20 年 7 月 1 日より凍結措置が講じられているところですが、「後期高齢者終末期相談支援料」による影響を検証するため、この度、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、「後期高齢者終末期相談支援料の算定に係る調査」が実施されることとなりました。

本調査は、終末期の診療方針等の話し合いについて状況を把握するとともに、「後期高齢者終末期相談支援料」に関し検証し、今後の診療報酬改定の検討に役立てることを目的として行うものです。

本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局より委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施することとなりました。調査結果は、中医協における結果検証及び診療報酬改定の議論の際の大変重要な資料となります。ご多用の折、お手を煩わせることになり、誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解の上、何卒ご協力をお願い申し上げます。また、調査結果は、とりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施趣旨以外の目的で使用いたしません。

つきましては、貴施設のご理解とご協力を賜りたく、同封いたしました調査票にご回答の上、平成 20 年 12 月 19 日（金曜日）までにご返信いただければ幸いです。

謹白

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

※調査対象保険医療機関の選定に際しては、厚生労働省保険局医療課から提供された情報に基づき、無作為に抽出とさせていただきます。本調査でご回答いただいた情報については取り扱いに十分注意し、統計的に処理するとともに、上記目的以外に使用することは一切ございません。

【お問い合わせ先】

厚生労働省保険局医療課委託事業 診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度）事務局
「後期高齢者終末期相談支援料調査」
みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部内

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

フリーダイヤル：0120-556-919（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問い合わせ専用 E-MAIL：iryo-kourei2@mizuho-ir.co.jp

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査

実施要領

1. 調査目的

平成20年4月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書を取りまとめた場合の評価が新設されました。

その後、「後期高齢者終末期相談支援料」は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられているところですが、「後期高齢者終末期相談支援料」による影響を検証するため、この度、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、「後期高齢者終末期相談支援料の算定に係る調査」が実施されることとなりました。

本調査は、終末期の診療方針等の話し合いについて状況を把握するとともに、「後期高齢者終末期相談支援料」に関し検証し、今後の診療報酬改定の検討に役立てることを目的として行うものです。

2. 調査対象

- ・全国の医療機関 3,400 施設（病院 1,700、一般診療所 1,700）
- ・病院は、所在地毎の層化後、無作為抽出を行います。
- ・一般診療所は、半数を在宅療養支援診療所の中から、残る半数は、内科系を標榜する施設から無作為抽出を行います。

3. 調査方法

(1)調査票等の送付

調査事務局より各医療機関に下記の書類等を送付させていただきます。

- ① 調査実施要領 1部
- ② 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査 調査票【施設票】 1部
- ③ 終末期の診療方針等の話し合いに関する調査 事例調査票 20部
- ④ 返信用封筒 2部

(2)調査票の記入

① 調査票（施設票）

後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無や、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施の有無にかかわらず、いずれの調査機関におかれましても、必要事項をご

回答ください。

② 事例調査票

- 1) 調査対象期間（平成20年4月1日～9月30日）に、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者様、1人につき1票ずつ、ご記入ください。
- 2) 患者様の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者様全てが対象となります。
- 3) 事例調査票は、20部ずつ送付しておりますが、不足の場合には、誠に恐縮ながら、貴院にて調査票をコピーの上、ご記入いただきますようお願い申し上げます。
- 4) 調査対象期間中、終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者様がない場合は、事例調査票の1枚の余白に赤字で「対象患者なし」と記入して、その1枚のみをご提出ください。
- 5) 話し合いに同席した看護師の方が、診療記録等を参照しながら、ご記入ください。看護師の方が話し合いに同席されなかった場合は話し合いに参加した医師の方がご記入ください。
- 6) 本票は、患者様やご家族には、決してお渡しにならないようお願いいたします。
- 7) 問2（1）「話し合いの日付・時間」については、当該患者様と終末期の診療方針等に関する話し合いを行った日付すべてについて時系列でご記入ください。5回以上話し合いを行った場合には、5回目以降の話し合いについては調査票の余白にご記入いただくか、メモ用紙を添付してご記入ください。

(3)調査票の返信

ご記入いただきました調査票（送付物②調査票〔施設票〕および③事例調査票）全てを、同封の返信用封筒にて、平成20年12月19日までに、調査事務局までご返送ください。調査票が1つの返信用封筒に入りきらない場合、2枚目の返信用封筒をご使用ください。2枚目の返信用封筒に封入いただく事例調査票についても、貴院の施設コード（施設票の表紙に印字されています）をご記入いただいていることをご確認ください。

なお、事例調査票および返信用封筒の余部につきましては、お手数をお掛けいたしますが、貴院にて廃棄いただきますようお願い申し上げます。

4. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成20年度）事務局

「後期高齢者終末期相談支援料調査」

みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3

フリーダイヤル：0120-556-919

（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：30）

問い合わせ専用E MAIL：iryo-kourei2@mizuho-ir.co.jp

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「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20年（ ）月（ ）日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

問1. 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。（○は1つ）
 なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数を病床種類別にご記入ください。

01 病院	→	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床
02 有床診療所	→	床	床	床	床	床
03 無床診療所						

問2. 貴院の開設者について該当するものをお選びください。（○は1つ）

- 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
- 05 個人
- 06 その他（公益法人,学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社,その他の法人）

問3. 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)
 なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。

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

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。 →

問4. 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)

01 在宅療養支援診療所 02 在宅療養支援病院 03 01・02の届出無し

問5. 貴院では終末期医療に関する職員研修を実施していますか。(○は1つ)
 なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的内容をご記入ください。

01 実施している 02 実施していない

[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

問6. 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)

01 実施していない (⇒ 問7 にご回答ください)
 02 実施している (⇒ 問8 にお進みください)

【問6で、話し合いを「01 実施していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問7. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)

01 対象患者がない 03 話し合いを行うことが適切とは考えていない
 02 患者や家族の求めがない 04 その他 →下欄に具体的に記入してください

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問8. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。

① 75歳未満	人	② 75歳以上	人
---------	---	---------	---

問9. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施するうえで、困難と感じていることがありましたら具体的にご記入ください。

--

■ 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況についてお伺いします。

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問10. 終末期の診療方針等の話し合いの結果を**文書等にとりまとめ**、患者や家族に**提供**していますか。
(○は1つ)

- | |
|---------------------------------------|
| 01 提供していない (⇒問11にご回答ください) |
| 02 一部の話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください) |
| 03 全ての話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください) |

【問10で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11. 終末期の診療方針等に結果についての文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合、具体的な内容を記入してください。(○はいくつでも)

- | |
|---|
| 01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから |
| 02 文書化を意識することで、効果的な話し合いが行えなくなるから |
| 03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから |
| 04 その他→下欄に具体的に記入してください |

〔「04 その他」の具体的内容〕

--

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

【問10で、「02 一部の話し合い結果について提供している」または「03 全ての話し合い結果について提供している」と回答された施設のみご記入ください。】

問12. 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で、困難と感じていることがありましたら、具体的にご記入ください。

--

問13. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施し、その結果をとりまとめた 文書等を提供した患者数(実人数) を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。			
① 75歳未満	人	② 75歳以上	人

問13②75歳以上で文書提供した患者が0人と回答された施設は 問20(最終頁)へお進みください。

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

【問13 ②で、文書提供を行った75歳以上の患者の数が1人以上と回答された施設のみご記入ください。】

問14. 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降*に算定の可能性はありますか。(○は一つ)
01 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない(⇒問20へお進みください)
02 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒問20へお進みください)
03 算定した(⇒問15～19をご回答ください)

※ 後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられていますが、平成20年6月30日までに、後期高齢者終末期相談支援料に係る文書等の提供を行った場合については、当該文書等の提供を行った患者に限って、平成20年7月1日以降も、診療報酬を算定することができます。

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください】

問15. 平成20年4月から6月までおよび7月から9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数を、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点での区別(入院中の患者・入院中以外の患者)、及び入院患者については算定時の区別(退院時・死亡時)ごとにご記入ください。			
	4～6月	7～9月	
(1) 入院中の患者	① 退院時	人	人
	② 死亡時	人	人
(2) 入院中以外の患者(死亡時)	人	人	

問16. 平成20年9月までに後期高齢者終末期相談支援料を算定した患者のうち、終末期の診療方針等の話し合い時に、病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等が「不明」または「未定」であった者の人数をご記入ください。	人
--	---

問17. 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の退院先について、区分別の実人数をご記入ください。			
(1) 一般病床	人	(5) その他介護施設又はケア付住宅	人
(2) 療養病床[医療][介護]	人	(6) 自宅	人
(3) 老人保健施設	人	(7) その他	人
(4) 特別養護老人ホーム	人		

問18. 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者（問 15(1)②又は(2)で記入した患者）について、終末期の診療方針等に関する話し合い（初回）を実施した時点から死亡した時点までの 期間別の実人数 をご記入ください。		
終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点から死亡した時点までの期間	① 1日未満	人
	② 1日以上3日未満	人
	③ 3日以上1週間未満	人
	④ 1週間以上1カ月未満	人
	⑤ 1カ月以上3カ月未満	人
	⑥ 3カ月以上	人

問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を 変更した回数別の実人数 をご記入ください。		
終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数	① 0回	人
	② 1回	人
	③ 2回	人
	④ 3回以上	人

■ 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。

【すべての施設でご回答ください。】

問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。（○はいくつでも）	
01 診療報酬で評価することは妥当である	
02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	
03 75歳以上に限定せず実施すべきである	
04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき	
05 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる	
06 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる	
07 診療報酬で評価するのは時期尚早である	
08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない	
09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない	
10 その他	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 具体的に </div>	

問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にすることとしている「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政局発第0521011号）について知っていますか。	
01 内容を知っている	
02 存在は知っているが、内容は知らない	
03 存在を知らない	

問22. 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点がありましたら、具体的にご記入ください。

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。

記入漏れがないかをご確認の上、12月19日（金）までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

終末期の診療方針等の話し合いに関する調査

事例調査票

■平成20年4月1日～9月30日までに、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者様、1人につき1票ずつ、担当の看護師（担当看護師が話し合いに同席していない場合は医師）の方がご記入ください。

■患者様の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者様全てが対象となります。

■本票は、患者様やご家族には、決してお渡しにならないようお願いいたします。

(1) 貴院の施設コード ※施設票の表紙のコードを転記してください。	
(2) 本票の記入者	01 看護師 02 医師 03 その他

問1 当該患者様の属性・状態等についてお伺いします。

(1) 患者様の年齢と性別	() 歳 男 ・ 女
(2) 話し合い時の療養状況	01 一般病棟 02 療養病床 03 外来通院 04 訪問診療
(3) 主傷病（番号） ※別添の疾患コード表を参照してください。	
(4) 後期高齢者終末期相談支援料の算定	01 算定した 02 算定していない

問2 話し合いの状況についてお伺いします。診療記録等に基づいて記入してください。

(1) 話し合いの日付・時間 (すべての日付)	／ 時間（約 ）分	／ 時間（約 ）分	／ 時間（約 ）分	／ 時間（約 ）分
(2) 話し合いに参加したことがある職種 (すべてに○)	01 患者様本人 02 親族 03 自院の医師 04 他院の医師	05 自院の看護職員 06 他院の看護職員 07 訪問看護ステーションの看護職員	08 薬剤師 09 社会福祉士 10 介護職員 11 事務職員	12 その他職員 13 その他
(3) 話し合いの内容 ※（○はいくつでも）	01 予測される病状の変化 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明 03 ご家族にかかる具体的負担の説明 04 療養場所についての相談・希望 05 介護や生活支援についての相談・希望 06 延命に関する相談・希望 07 費用についての相談・希望 08 最期の時の迎え方の相談・希望 09 その他 （ 具体的に ）			

(裏面へ続きます)

問3 話し合いの後の患者やご家族の様子についてお伺いします。

(1) 話し合いについて、患者様およびご家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合い後の様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。(○は一つ)

①患者様本人の様子

- 01 話し合っただけよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合っただけよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 本人は話し合いに同席しなかった

②ご家族の様子

- 01 話し合っただけよかったと感じているようだった
- 02 どちらかといえば、話し合っただけよかったと感じているようだった
- 03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
- 04 話し合わなければよかったと感じているようだった
- 05 わからない
- 06 家族は話し合いに同席しなかった

(2) 話し合いが、患者様・家族へもたらした影響について、当てはまるものを全てお選びください。及ぼした影響が思い出されない場合は、「10. 特になし」を選択してください。

- 01 不安が軽減されたようだった
- 02 患者様にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった
- 03 患者様と家族の間で思いが共有されたようだった
- 04 医療提供者への信頼が深まったようだった
- 05 医療提供者への不信感をもったようだった
- 06 患者様の元気がなくなったようだった
- 07 家族の悲しみが深まったようだった
- 08 迷いや混乱が生じたようだった
- 09 その他

具体的に

[]

10 特になし

疾患コード表

全()病コード (001~120)		
I 感染症及び寄生虫症 001 腸管感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 005 ウイルス肝炎 006 その他のウイルス疾患 007 真菌症 008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	042 屈折及び調節の障害 043 その他の眼及び付属器の疾患 VII 耳及び乳様突起の疾患 044 外耳炎 045 その他の外耳疾患 046 中耳炎 047 その他の中耳及び乳様突起の疾患 048 メニエール病 049 その他の内耳疾患 050 その他の耳疾患	XII 皮膚及び皮下組織の疾患 086 皮膚及び皮下組織の感染症 087 皮膚炎及び湿疹 088 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患 089 炎症性多発性関節障害 090 関節症 091 脊椎障害 (脊椎症を含む) 092 椎間板障害 093 頸腕症候群 094 腰痛症及び坐骨神経痛 095 その他の脊柱障害 096 肩の傷害<損傷> 097 骨の密度及び構造の障害 098 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 XIV 腎尿路生殖系の疾患 099 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 100 腎不全 101 尿路結石症 102 その他の腎尿路系の疾患 103 前立腺肥大 (症) 104 その他の男性生殖器の疾患 105 月経障害及び閉経周辺期障害 106 乳房及びその他の女性生殖器疾患
II 新生物 010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 前立腺の悪性新生物 016 乳房の悪性新生物 017 子宮の悪性新生物 018 悪性リンパ腫 019 白血病 020 その他の悪性新生物 021 良性新生物及びその他の新生物	IX 循環器系の疾患 051 高血圧性疾患 052 虚血性心疾患 053 その他の心疾患 054 くも膜下出血 055 脳内出血 056 脳梗塞 057 脳動脈硬化 (症) 058 その他の脳血管疾患 059 動脈硬化 (症) 060 痔核 061 低血圧 (症) 062 その他の循環器系の疾患	XV 妊娠、分娩及び産じょく 107 流産 108 妊娠高血圧症候群 109 単胎自然分娩 110 その他の妊娠、分娩及び産じょく XVI 周産期に発生した病態 111 妊娠及び胎児発育に関連する障害 112 その他の周産期に発生した病態 XVII 先天奇形、変形及び染色体異常 113 心臓の先天奇形 114 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 022 貧血 023 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	X 呼吸器系の疾患 063 急性鼻咽頭炎 [かぜ] <感冒> 064 急性咽頭炎及び急性扁桃炎 065 その他の急性上気道感染症 066 肺炎 067 急性気管支炎及び急性細気管支炎 068 アレルギー性鼻炎 069 慢性副鼻腔炎 070 急性又は慢性と明示されない気管支炎 071 慢性閉塞性肺疾患 072 喘息 073 その他の呼吸器系の疾患	XVIII 症状、徴候等で他に分類されないもの 115 症状、徴候等で他に分類されないもの XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響 116 骨折 117 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 118 熱傷及び腐食 119 中毒 120 その他の損傷及びその他の外因の影響
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 024 甲状腺障害 025 糖尿病 026 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	XI 消化器系の疾患 074 う蝕 075 歯肉炎及び歯周疾患 076 その他の歯及び歯の支持組織の障害 077 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 078 胃炎及び十二指腸炎 079 アルコール性肝疾患 080 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く) 081 肝硬変 (アルコール性のものを除く) 082 その他の肝疾患 083 胆石症及び胆のう炎 084 膵疾患 085 その他の消化器系の疾患	
V 精神及び行動の障害 027 血管性及び詳細不明の認知症 028 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 029 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 030 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) 031 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 032 知的障害 (精神遅滞) 033 その他の精神及び行動の障害		
VI 神経系の疾患 034 パーキンソン病 035 アルツハイマー病 036 てんかん 037 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 038 自律神経系の障害 039 その他の神経系の疾患		
VII 眼及び付属器の疾患 040 結膜炎 041 白内障		

平成 20 年 11 月

ご回答者各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度 厚生労働省委託事業）

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 2

後期高齢者終末期相談支援料に係る調査（終末期の治療方針等についての話し合いや
文書等の提供についての意識調査）へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成 20 年 4 月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書を取りまとめた場合の評価が新設されました。

その後、「後期高齢者終末期相談支援料」は、平成 20 年 7 月 1 日より凍結措置が講じられているところでございますが、「後期高齢者終末期相談支援料」について検証するため、この度、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）の診療報酬改定結果検証部会のもと、「後期高齢者終末期相談支援料の算定に係る調査」が実施されることとなりました。

今回お願いしている「終末期の治療方針等についての話し合いや文書等の提供についての意識調査」は、「後期高齢者終末期相談支援料の算定に係る調査」の一つとして行うもので、広く国民の皆様に対し、終末期の診療方針等の話し合いについてのご希望や、話し合いに対して公的医療保険により相談料が支払われることのお考え等についてお尋ねし、「後期高齢者終末期相談支援料」に関し検証し、今後の診療報酬改定の検討に役立てることを目的として行うものです。

本調査は、中医協の事務局である厚生労働省保険局より委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施することとなりました。ご多用の折、お手を煩わせることになり、誠に恐縮ではございますが、本調査の主旨をご理解の上、何卒ご協力をお願い申し上げます。また、調査結果は、とりまとめの上、公表いたしますが、とりまとめ及び公表に際しては、個人情報等に配慮するとともに、調査実施趣旨以外の目的で使用いたしません。

つきましては、同封いたしました調査票にご回答の上、平成 20 年 12 月 19 日（金曜日）までにご返信いただければ幸いです。

謹白

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

厚生労働省保険局医療課委託事業
診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 20 年度）事務局
みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3
フリーダイヤル：0120-556-919
（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）
問い合わせ専用 E MAIL：iryo-kourei2@mizuho-ir.co.jp

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）

終末期の治療方針等についての話し合いや 文書等の提供についての意識調査

問1 あなたは、ご自身が重い病気などで、治る見込みがない状況になったとき、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行いたいですか。話し合い時点で、あなたの意識は、はっきりしていると想定してください。（○は1つ）

- | | |
|----------------|--------------|
| 01 話し合いを行いたい | ⇒問2へ進んでください。 |
| 02 話し合いを行いたくない | ⇒問6へ進んでください。 |
| 03 わからない | ⇒問7へ進んでください。 |

問2 【問1で「01 話し合いを行いたい」と回答された方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者との話し合いの内容として、具体的にどのようなことを希望しますか。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（○はいくつでも）

- | |
|--|
| 01 予測される病状の変化（病気の経過とともに起こりうる諸症状や身体機能の変化、日常生活への支障など）の説明 |
| 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法（症状の緩和、苦痛の除去などの医療的処置）の説明 |
| 03 家族にかかる具体的負担の説明 |
| 04 療養場所についての相談・希望 |
| 05 介護や生活支援についての相談・希望 |
| 06 延命に関する相談・希望 |
| 07 費用についての相談・希望 |
| 08 最期の時の迎え方の相談・希望 |
| 09 その他 |
| 具体的に |

[]

問3 あなたは、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行った場合、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を希望しますか。（○は1つ）

- | | |
|-----------------|--------------|
| 01 文書等の提供を希望する | ⇒問4へ進んでください。 |
| 02 文書等の提供を希望しない | ⇒問5へ進んでください。 |
| 03 どちらともいえない | ⇒問7へ進んでください。 |

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望する理由をお選びください。「05 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

- 01 説明を受けたことについて、後で確認したいから
 - 02 話し合った方針を、後で確認したいから
 - 03 参加できない家族も含め、家族で全員で、話し合いの内容を共有したいから
 - 04 医療側にも、合意した内容を共有してほしいから
 - 05 その他
- 具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

問5 【問3で「02 文書等の提供を希望しない」と回答された方にうかがいます】。文書等の提供を希望しない理由をお選びください。「07 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

- 01 文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから
 - 02 文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから
 - 03 文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから
 - 04 文書等に残すと、気持ちや状況が変わった場合に、変更できないような気がするから
 - 05 文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから
 - 06 医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから
 - 07 その他
- 具体的に

[]

⇒問7へお進みください。

問6 【問1で、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と「02 話し合いを行いたくない」と回答された方にお伺いします】話し合いを行いたくない理由をお選びください。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(○はいくつでも)

- 01 治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいるから
- 02 医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから
- 03 自分の意見がうまく伝えられないと思うから
- 04 意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから
- 05 話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから
- 06 話し合う必要性を感じないから
- 07 病状や今後のことを知るのがこわいから
- 08 家族に心配をかけるから
- 09 その他

(具体的に)

問7 【全ての方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、**公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることを**、あなたは、どのようにお考えですか。話し合い後に文書等の提供を受けた患者は、相談料として診療費の一部負担を支払うことになります。(○は1つ)

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 01 診療費が支払われることは好ましい | ⇒問8へお進みください |
| 02 診療費が支払われることは好ましくない | ⇒問10へお進みください。 |
| 03 どちらともいえない | ⇒問11へお進みください。 |

問8 【問7で「01 診療費が支払われることは好ましい」と回答された方に伺います】なぜそのよう
にお考えですか。理由をご記入ください。

問9 平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料***が導入されました。これは、重い病気で、治る見込みがない患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。相談料の設定を、**75歳以上という年齢に限定すること**について、あなたはどのようにお考えになりますか。(○は1つ)

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

- | |
|--------------------------------------|
| 01 75歳以上という年齢区分が妥当だと思う |
| 02 年齢区分は必要であるが、別の年齢区分を設けるべき ⇒具体的に() |
| 03 年齢区分は必要ないと思う(年齢により対象者を決めるべきでない) |
| 04 わからない |

⇒問11へお進みください。

問10 【問7で「02 診療費が支払われることは好ましくない」と回答された方に伺います】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

--

問11 【すべての方に伺います。】平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料***が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない状況となった患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。あなたは**後期高齢者終末期相談支援料**について、どのようにお考えですか。ご意見を自由にお書きください。

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

--

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの**性別**はどちらですか。

- | | |
|-------|-------|
| 01 男性 | 02 女性 |
|-------|-------|

問13 あなたの**年齢**をご記入ください。

満

--

 歳(平成20年10月1日現在)

問14 あなたは、医療・介護関係で、患者さんやそのご家族と直接対応する仕事に就いたことがありますか。現在、過去含めてお答えください。

①医療関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

②介護関係の仕事（○は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

問15 あなたやご家族の方で、過去5年くらいの間に、病気やけがで入院したことがある方はいらっしゃいますか。（○は1つ）

01 自分が入院した	04 その他（ ）
02 家族が入院した	05 わからない
03 自分、家族ともに入院した	06 入院したものはいない

問16 あなたは、過去5年くらいの間に、身近で、大切な方を亡くした経験がありますか。（○はいくつでも）

01 家族を亡くした	03 友人を亡くした
02 親戚を亡くした	04 経験をしていない

問17 問16で「01 家族を亡くした」～「03 友人を亡くした」と回答された方に伺います。そのとき、終末期の話し合いに参加されましたか

01 参加した	02 参加しなかった
---------	------------

「後期高齢者終末期相談支援料について」（参考）

- 平成20年4月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」（200点）として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書を取りまとめた場合の評価が新設されました。
- これは、一般的に認められている医学的知見に基づいて終末期であると医師が判断した患者について、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定するものです。
- 算定するのは1回のみですが、話し合いは何度行ってもよく、話し合いの内容を取りまとめた文書等についても何度でも変更することができます。
- 話し合いの内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の希望、そして急変時の搬送の希望などです。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であっても、医師は患者に意思の決定を迫ってはならないとされています。
- なお、この後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられています。

ご協力ありがとうございました。

平成20年度診療報酬結果検証の調査スケジュール予定について

調査事項		委託先	調査票送付日	調査期限
1. 病院勤務医の負担軽減の実態調査	施設調査	三菱UFJリーサチ & コンサルティング株式会社	12月5日	12月26日
	医師責任者調査			
	医師調査			
2. 外来管理加算の意義付けの見直しの影響調査	病院調査		11月28日	12月19日
	診療所調査			
	患者調査			12月18日
3. 後発医薬品の使用状況調査	薬局調査 [※]		11月25日	1月9日
	病院調査		12月10日	
	医師調査			
	診療所調査			
	患者調査 [※]	11月25日	12月26日	
4. 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1 (後期高齢者診療料)	施設調査	みずほ情報総研株式会社	11月28日	12月19日
	患者調査			
5. 後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2 (後期高齢者終末期相談支援料)	施設調査	みずほ情報総研株式会社	11月28日	12月19日
	事例調査			
	国民意識調査 [※]		12月5日	

注:※が付している3つの調査は医療機関に調査票は届かない。