

事務連絡(保82)
平成21年8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21年度調査)について

時下ますます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・検証を行っているところであります。

平成20年度診療報酬改定の結果を検証する調査のうち、平成21年度に実施する調査が中医協で承認され、以下の6項目の調査が実施されておりますことをご連絡いたします。

- (1) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
- (2) 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査(医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査)
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査
- (4) 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査
- (5) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
- (6) 後発医薬品の使用状況調査

平成21年6月24日および7月8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、スケジュール等が議論されそれを踏まえ最終的な修正が行われました。

6つの調査につきましては、別紙のようなスケジュールで委託先のみずほ情報総研株式会社および三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社から客体医療機関等へ調査票が送付されています。

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します。

(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21年度調査）の実施項目・日程等について
2. 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21年度調査）の実施案について（平成21年6月24日、7月8日 中医協検証部会 検一1）
3. 5項目の特別調査の調査票一式（歯科除く）
平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 配布資料一覧
 - (1) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査
 - (2) 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査（医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査）
 - (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査
 - ~~(4) 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査~~
 - (5) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
 - (6) 後発医薬品の使用状況調査

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21年度調査)の実施項目・日程等について

| 項番 | 調査項目 | 調査実施期間 | 調査機関名 |
|----|--|-------------------------------|------------------------|
| 1 | 明細書発行の一部義務化の実施状況調査 | 平成21年7月22日 ～ 平成21年8月15日 | みずほ情報総研株式会社 |
| 2 | 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査(医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査) | 平成21年7月31日 ～ 平成21年8月24日 | |
| 3 | 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査 | 平成21年7月31日 ～ 平成21年8月24日 | |
| 4 | 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査 | 平成21年7月16日 ～ 平成21年8月5日 | 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 |
| 5 | ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 | 平成21年7月24日 ～ 平成21年8月21日 | |
| 6 | 後発医薬品の使用状況調査 | 平成21年7月10日 ～ 平成21年8月7日 | |

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21年度調査)の実施案について

[目次]

- 明細書発行の一部義務化の実施状況調査 1頁
- 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査 2頁
- 後発医薬品の使用状況調査 4頁

明細書発行の一部義務化の実施状況調査(案)

■ 調査目的

- ・ 医療機関等における明細書発行状況およびその変化の把握
- ・ 患者の明細書受領状況の把握
- ・ 患者の明細書発行に関する意識調査

<調査のねらい>

- 医療機関等における明細書発行状況およびその変化の把握
 - ・ 明細書の発行状況（発行件数、周知の有無、費用徴収の有無等）はどうか。
 - ・ 明細書を発行していない理由は何か。
- 患者の明細書受領状況の把握
 - ・ 明細書発行を受けているか。
- 患者の明細書発行に関する意識調査
 - ・ 明細書発行が可能であることを知っているか。
 - ・ 明細書発行により、治療内容や医療費の内訳は分かりやすくなっているか。
 - ・ 明細書発行を希望するか。

■ 調査対象及び調査方法

<調査対象>

- ・ 本調査は「施設調査」および「患者調査」からなる。
- ・ 「施設調査」においては、全国の保険医療機関等（病院：1,200 施設・一般診療所：800 施設・歯科診療所：600 施設・保険薬局：200 施設・訪問看護ステーション：200 施設）から無作為に抽出された計 3,000 施設を対象とする。
- ・ 「患者調査」においては、施設調査で回答の得られた施設の無作為に抽出された患者（病院：1 施設あたり入院 10 名、外来 10 名・一般診療所：1 施設あたり 10 名・歯科診療所・1 施設あたり 10 名・保険薬局：1 施設あたり 5 名・訪問看護ステーション：1 施設あたり 5 名）を対象とし、計 40,000 名を対象とする。

<調査方法>

- ・ 「施設調査」においては、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 「患者調査」においては、施設側から患者へ自記式調査票を対面で配布し、患者自身による郵送回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2 参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成 21 年 | | | | | |
|--------------------|---------|-----|-----|-----|-----|------|
| | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 |
| 調査票の設計、調査 客体選定等 | → | | | | | |
| 調査実施 | | | → | | | |
| 集計・分析 | | | | → | | |
| 報告書作成 | | | | | | → |
| 調査検討委員会 | | ○ | | | | ○ |

歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査概要（案）

■ 調査目的

- ・ 歯科保険医療機関における外来診療時の偶発症等への対応状況の把握
- ・ 医科の医療機関との連携状況等の把握
- ・ 医療安全に対する歯科医療機関の取組み内容及び職員意識の変化等の把握
- ・ 患者の安心感等の把握

<調査のねらい>

- 歯科保険医療機関における外来診療時の偶発症等への対応状況の把握
 - ・ 実際にどのような偶発症対応事例があったか。
- 医科の医療機関との連携状況等の把握
- 医療安全に対する歯科医療機関の取組み内容及び職員意識の変化等の把握
 - ・ 「安全・安心」な医療提供体制を推進する上で、どのような取組みが有効か。
 - ・ 職員の医療安全に関する意識が高まったか。
- 患者の安心感等の把握
 - ・ 歯科医療の環境整備は、安心して治療を受ける上でどのくらい役に立ったか。
 - ・ 「安全・安心」な歯科医療に関する一般的な意識はどうか。

■ 調査対象及び調査方法

<施設調査>

- ・ 「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準を届け出ている保険医療機関の中から無作為抽出した 1,000 施設を対象とする。

<患者調査>

- ・ 施設調査の対象施設に来院した患者を対象とし、1 施設あたり 4 名を本調査の対象とする。

<調査方法>

- ・ 施設調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査は、自記式調査票で施設調査対象施設を通しての配布、郵送回収とする。

■ 調査項目（中医協 検一 2 参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成 21 年 | | | | | | |
|---------------------|---------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 | 11 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 | | ○ | | | | ○ | |

後発医薬品の使用状況調査（案）

■ 調査目的

- ・ 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
- ・ 医療機関における処方せん交付時の状況等の把握
- ・ 患者における後発医薬品に対する意識等の把握

<調査のねらい>

- 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
 - ・ 後発医薬品への変更不可とされた処方せんの受付状況
 - ・ 実際に先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤した処方せんの割合
 - ・ 患者に対する後発医薬品の説明の有無
 - ・ 後発医薬品に変更しなかった理由
 - ・ 薬剤料の変化 / 等
- 医療機関における処方せん交付時の状況等の把握
 - ・ 外来患者に対する「後発医薬品への変更不可」とする処方せんの発行割合やその理由
 - ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況
 - ・ 後発医薬品の使用を進める上での課題 / 等
- 患者における後発医薬品に対する意識等の把握
 - ・ 後発医薬品の使用経験・意向
 - ・ 後発医薬品の使用に係る意思表示の状況
 - ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」等の利用実績・意向 / 等

■ 調査対象及び調査方法

<保険薬局調査>

- ・ 全国の保険薬局の中から無作為抽出した保険薬局を調査対象とする。調査客体数は、1,000 施設とする。

<病院調査>

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

<医師調査>

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

< 診療所調査 >

- ・ 保険医療機関の中から無作為抽出した一般診療所を調査対象とする。調査客体数は、2,000 施設とする。

< 患者調査 >

- ・ 上記「保険薬局調査」の対象施設に調査日に来局した患者を調査対象とする。
- ・ 1 施設につき 4 名を本調査の対象とする。4 名の内訳は、男女別・年齢別（65 歳未満、65 歳以上）各 1 名とする。最大客体数は 4,000 人（4×1,000=4,000 人）となる。

< 調査方法 >

- ・ 施設調査は、自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 患者調査は、自記式調査票で施設調査対象施設を通しての配布、郵送回収とする。

■ 調査項目（中医協 検-2 参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成 21 年 | | | | | | |
|---------------------|---------|-----|-----|-----|-----|------|------|
| | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 月 | 11 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 | | ○ | | | | ○ | |

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21年度調査)の実施案について

〔目次〕

- 7:1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、及び「地域連携クリティカルパス」に係る調査（医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査）・・・・・・ 1頁

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査・・・・・・ 3頁

- ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査・・・・・・ 4頁

7：1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、及び「地域連携クリティカルパス」に係る調査（案）

（医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査）

■ 調査目的

- ・ 以下の医療機関における機能分化・連携の状況や患者像等の把握
 - ・ 急性期入院医療を行う7：1入院基本料算定病院
 - ・ 急性期治療を経過した患者に対し医療を提供している亜急性期入院医療管理料算定病院及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院
- ・ 「地域連携クリティカルパス」に係る点数を算定している医療機関における連携状況等の把握

<調査のねらい>

- 本調査は、大きく分けて以下の別々のねらいをもつ3つの調査から構成される。
- (1) 7：1入院基本料算定病棟に係る調査
 - ・ 7：1看護基準を満たす病棟にふさわしい患者が入院しているか
 - (2) 亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査
 - ・ 患者の総治療期間、入院元、退院先はどのような状況にあるか
 - ・ 入院時、退院時の患者はどのような身体の状態にあるか
 - ・ 患者の退院までの経緯（計画通りか、退院が延びた事情があったか 等）
 - (3) 「地域連携クリティカルパス」に係る調査
 - ・ 算定患者数や連携医療機関数はどういった状況にあるか
- 3つの相互に関連した調査を1つの調査の下で実施するのに併せ、調査対象医療機関における退院調整部門の設置状況や、自院の地域での必要に応じた機能分化や連携に関する考え方など、地域における医療機能の分化・連携に係る一般的な調査も行う。

■ 調査対象及び調査方法

<調査対象>

- ・ 調査票は、「施設調査」「病棟調査」「病棟患者調査」と診療所に対する「診療所調査」からなる。いずれの調査票についても、上記（1）から（3）の調査について調査客体毎に編成し直したものである。
- ・ 病院に対する「施設調査」は、以下の病院から無作為抽出した計3,500施設を対象とする。（ただし、亜急性期入院管理料の届出病院（1,062施設）及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院（911施設）については全数）
 - ① 急性期入院医療を行う医療機関として、一般病棟入院基本料の7対1及び10対1入院基本料の届出病院及び地域連携診療計画管理料の届出病院
 - ② 急性期治療を経過した患者に対し医療を提供している医療機関として、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院、並びに地域連携診療計画退院時指導料の届出病院
- ・ 「病棟調査」は、「施設調査」に回答のある病院の亜急性期病室、回復期リハ病棟、一般病棟、「病棟患者調査」は当該病棟の患者を対象とする。なお、一般病棟に関しては、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の高い病棟及び低い病棟より各3病棟を選択し、計6病棟を調査対象とする。

- ・「病棟患者調査」は、一般病棟では平成21年6月の退院患者24名（対象6病棟、各病棟4名）を対象とする。亜急性期病室では平成21年6月の入院中・退院患者の全てを調査対象とする。
- ・「診療所調査」は、地域連携診療計画退院時指導料の届出診療所の全数とそれ以外の有床診療所から無作為抽出した計1,000施設を対象とする。

<調査方法>

- ・ 自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ 「病棟患者調査」は各病院においてとりまとめの上、「施設調査」と併せての郵送回収とする。
- ・ なお、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病院については、調査客体の負担軽減の観点から、『回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査』の調査票において調査を行う。

■ 調査項目（中医協 検-2参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成21年 | | | | | |
|--------------------|-------|----|----|----|----|-----|
| | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 |
| 調査票の設計、調査 客体選定等 | → | → | | | | |
| 調査実施 | | | → | → | → | |
| 集計・分析 | | | | → | → | → |
| 報告書作成 | | | | | | → |
| 調査検討委員会 | | ○ | | | | ○ |

**回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された
「質の評価」の効果の実態調査（案）**

■ 調査目的

- ・ 試行的に導入された「質の評価」により、患者の状態の改善の状況はどうなっているのか。又、患者の選別が行われていないか等の調査を行う。

<調査のねらい>

- 回復期リハビリテーション病棟の入退棟時の患者の状況を把握する。
 - ・ 重症患者（日常生活機能評価 10 点以上）をどの程度受け入れているのか
 - ・ 退棟時に日常生活機能評価がどの程度改善されているのか
 - ・ 居宅等への復帰率ほどの程度なのか
- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション提供状況を把握する。
 - ・ リハビリテーション提供体制（人員体制、提供場所）
 - ・ リハビリテーション提供状況（入棟後の早期段階、退棟直前の段階）

■ 調査対象

<調査対象>

- ・ 本調査は「施設調査」「病棟調査」「退棟患者調査」からなる。
- ・ 施設調査は、全国の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している保険医療機関 911 施設（入院料 1：195 施設、入院料 2：716 施設）の全てを対象とする。
- ・ 病棟調査は、施設調査の対象施設において、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている全ての病棟を対象とする。
- ・ 退棟患者調査は、施設調査の対象施設において、平成 21 年 6 月 1 カ月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者のみ）を対象とする。

<調査方法>

- ・ 施設調査、病棟調査、退棟患者調査のすべてについて、調査対象施設の自記式調査票の郵送配布・回収とする。
- ・ なお、調査客体の負担軽減の観点から、『医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査』の調査項目についても、同一の調査票において調査を行う。

■ 調査項目（中医協 検-2 参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成 21 年 | | | | | |
|---------------------|---------|-----|-----|-----|-----|------|
| | 5 月 | 6 月 | 7 月 | 8 月 | 9 月 | 10 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 | | ○ | | | | ○ |

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査概要（案）

■ 調査目的

- ・ 「ニコチン依存症管理料」の算定回数の把握
- ・ 「ニコチン依存症管理料」を算定している患者における指導終了9か月後の禁煙成功率の把握
- ・ 禁煙指導体制の把握

<調査のねらい>

- 「ニコチン依存症管理料」の算定回数の把握
- 「ニコチン依存症管理料」を算定している患者における指導終了9か月後の禁煙成功率の把握
 - ・ 5回目の指導終了時、指導終了9か月後の禁煙/喫煙状況はどうか。
- 禁煙指導体制の把握
 - ・ 禁煙指導体制はどのようになっているか。
 - ・ 禁煙補助剤等の使用状況はどのようになっているか。

■ 調査対象及び調査方法

<施設調査>

- ・ 「ニコチン依存症管理料」の施設基準を届け出ている保険医療機関の中から無作為抽出した1,500施設を対象とする。

<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-2参照）

■ 調査スケジュール

| | 平成21年 | | | | | | |
|---------------------|-------|----|----|----|----|-----|-----|
| | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11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 | | ○ | | | | | ○ |

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
配布資料一覧

(1) 明細書発行の一部義務化の実施状況調査

- 1 依頼状 (病院・一般診療所)
- 2 患者依頼状 (病院・一般診療所)
- 3 実施要領
- 4 調査票 (一般診療所・歯科診療所)
- 5 調査票 (病院)
- 6 患者調査票 (病院・診療所)
- 7 依頼状 (訪問看護ステーション)
- 8 患者依頼状 (訪問看護ステーション)
- 9 調査票 (訪問看護ステーション)
- 10 患者調査票 (訪問看護ステーション)
- 11 依頼状 (薬局)
- 12 患者依頼状 (薬局)
- 13 調査票 (薬局)
- 14 患者調査票 (薬局)
- 15 依頼状 (歯科)
- 16 患者依頼状 (歯科診療所)
- 17 患者調査票 (歯科診療所)

(2) 7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査 (医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査)

- 1 依頼状
- 2 施設票 (施設長等用) (看護部長用)
- 3 実施要領 (一般病棟用)
- 4 病棟票 (一般病棟用)
- 5 病棟患者票 (一般病棟用)
- 6 実施要領 (一般病棟用・亜急性期病室)
- 7 病棟票 (亜急性期病室用)
- 8 病棟患者票 (亜急性期病室用 (入院中))
- 9 病棟患者票 (亜急性期病室用 (退室))
- 10 実施要領 (診療所)
- 11 診療所票 (診療所)

(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査

- － 1 依頼状
- － 2 実施要領
- － 3 施設票
- － 4 病棟票
- － 5 退棟患者票

~~（４）歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査~~

（５）ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

- － 1 依頼状
- － 2 調査要綱
- － 3 施設調査票 様式 1
- － 4 患者調査票 様式 2

（６）後発医薬品の使用状況調査

- － 1 依頼状 （病院・診療所）
- － 2 配布のお願い
- － 3 調査要綱（病院票）
- － 4 調査票 （病院票）
- － 5 調査要綱（医師票）
- － 6 調査票 （医師票）
- － 7 調査要綱（診療所票）
- － 8 調査票 （診療所票）
- － 9 依頼状 （保険薬局）
- － 10 配布のお願い（保険薬局）
- － 11 調査要綱（保険薬局）
- － 12 調査票（保険薬局票）様式 1
- － 13 調査票（保険薬局票）様式 2
- － 14 依頼状 （患者調査）
- － 15 調査票 （患者票）

平成 21 年 7 月

各 位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、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、「明細書発行の一部義務化」として、患者様から求められた場合には、領収証よりもさらに詳細な医療費の内容がわかる明細書の発行が、一部医療機関で義務化されました。（領収証、明細書の見本については裏面をご覧ください）

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、「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」が実施されることとなりました。

本調査は、明細書の発行状況および患者・ご家族様の満足度について把握し、その状況について検討すること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、本調査の趣旨をご理解の上、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 21 年 8 月 15 日（土曜日）までにご返信いただくとともに、貴施設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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）事務局
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」
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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問合せ専用 EMAIL：meisaisyo@mizuho-ir.co.jp

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費を記載します。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳を記載します。

| 領 収 証 | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------------|----------|------|-------------------|------|-----------|-------|--|--|
| 患者番号 | | 氏名 | | | 請求期間（入院の場合） | | | | | |
| | | 様 | | | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | | | | | |
| 受診科 | 入・外 | 領収書No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 | 区分 | | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 保険 | 初・再診料 | 入院料 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 | 投薬 | | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | |
| | 注射 | 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 | | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | |
| | 病理診断 | 診断群分類(DPC) | 食事療養 | 生活療養 | | | | | | |
| 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | |
| 保険外負担 | 経路療養・選定療養 | その他 | | | | 保険 | 保険(食事・生活) | 保険外負担 | | |
| | | | 合計 | 円 | 円 | 円 | | | | |
| | (内訳) | (内訳) | 負担額 | 円 | 円 | 円 | | | | |
| | | | 領収額合計 | 円 | | | | | | |

| 診療明細書 | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-----|-----|----|---|---|--|--|--|
| 東京都〇〇区 | | 入院 | | 保険 | | | | | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 受診科 | | | | | | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 | | | | | | |
| 医学管理 | * 薬剤管理指導料（救命救急入院料等算定患者） | 430 | 1 | | | | | | |
| 注射 | * 点滴注射 | 426 | 1 | | | | | | |
| | △△注 100mg0.1% 100mL 1 瓶 | | | | | | | | |
| | 生理食塩液 500mL 1 瓶 | | | | | | | | |
| | * 点滴注射料 | 95 | | | | | | | |
| | * 無菌製剤処理料 2 | 40 | | | | | | | |

| 診療明細書 | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|-------|-----|---|---|---|--|--|--|
| 入院 | | 保険 | | | | | | | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 受診科 | | | | | | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 | | | | | | |
| 診断群分類 (DPC) | * DPC 5 日間包括算定 | 13844 | | | | | | | |
| 医薬品 | * 〇〇錠 100mg | | | | | | | | |
| | * 点滴注射 | | | | | | | | |
| | * △△注 500mL | | | | | | | | |
| 検査 | * 末梢血液一般検査 | | | | | | | | |
| | * CRP 定量 | | | | | | | | |
| | * 血液採取（静脈） | | | | | | | | |
| | * 血液学的検査判断料 | | | | | | | | |
| | * 免疫学的検査判断料 | | | | | | | | |

<DPCとは>

- DPCとは、入院患者様の病名や症状、手術などの診療行為の有無に応じて、定額で1日当たりの医療費を計算するものです。
- 明細書には、「診断群分類(DPC)」などと記載されますが、その内訳として、使用された医薬品、行われた検査の名称が記載される場合があります。

患者様各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）

明細書発行の一部義務化の実施状況調査

（患者調査票）へのご協力をお願い

謹啓 時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成18年4月より領収証（医療費の内訳が分かるもの）の無償での発行がすべての医療機関、薬局、訪問看護ステーションに義務化され、加えて平成20年4月より、患者様からのご依頼があれば、領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かる「明細書」の発行が、一部の医療機関で義務付けられました。（領収証、明細書の見本は本状裏面をご参照ください）

この見直しを受け、明細書の発行状況や、患者様・ご家族の方の明細書に対する満足度などを把握するため、厚生労働省の委託事業として、患者様に対するアンケート調査が実施されることになりました。

このアンケート調査では、平成21年7月時点で、病院や一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等をご利用されている患者様を対象として、ご利用施設を通じて調査票をお配りし、患者様にご回答いただくものです。

この調査の結果は、今後の明細書発行の在り方を検討する際の大変貴重な資料として活用されることとなります。

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

<記入方法等>

- ・ ご記入にあたって、該当する番号に○をつけてください。
- ・ この調査は無記名で行います。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。従って、診療においていかなる不利益をこうむることはございません。
- ・ ご記入後は、お配りした封筒に封入して8月15日（土）までにご投函ください。
- ・ 調査内容等ご不明な点は下記問い合わせ先におたずねください。

みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部

担当：田中陽香（はるか）・山上敬・志岐直美

電話：0120-702-216

（受付時間：9:30～17:30 土日・祝日を除く）

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費が記載されています。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳が記載されています。

| 領 収 証 | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|------------|----------|-------------------------------------|------|------|-------|---|--|
| 患者番号 | | 氏名 | | 請求期間 (入院の場合) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | |
| 様 | | 様 | | | | | | | |
| 受診科 | 入・外 | 領収書 No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 | 区分 | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 保険 | 初・再診料 | 入院料 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 | 投薬 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 注射 | 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 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 病理診断 | 診断群分類(DPC) | 食事療養 | 生活療養 | | | | | |
| 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | |
| 保険外 負担 | 評価療養・選定療養 | その他 | | | 合計 | 円 | 円 | 円 | |
| | (内訳) | (内訳) | | | 負担額 | 円 | 円 | 円 | |
| | | | | | 領収額 | 円 | | | |
| | | | | | 合計 | 円 | | | |

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です (1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額 (負担額) を窓口でお支払頂いています。

| 診療明細書 | | | | |
|----------|--------------------------|-----|-----|-------|
| 東京都〇〇区〇〇 | | 入院 | 保険 | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 月 日 |
| 受診科 | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 | |
| 医学管理 | * 薬剤管理指導料 (救命救急入院料等算定患者) | 430 | 1 | |
| 注射 | * 点滴注射 | 426 | 1 | |
| | △△注 100mg0.1% 100mL 1 瓶 | | | |
| | 生理食塩液 500mL 1 瓶 | | | |
| | * 点滴注射料 | 95 | | |
| | * 無菌製剤処理料 2 | 40 | | |

| 診療明細書 | | | | |
|-------------|-------------------|-------|-----|-------|
| 入院 | | 保険 | | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 月 日 |
| 受診科 | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | | |
| 診断群分類 (DPC) | * DPC 5 日間包括算定 | 13844 | | |
| 医薬品 | * 〇〇錠 100mg | | | |
| | * 点滴注射 | | | |
| | * △△注 500mL | | | |
| 検査 | * 末梢血液一般検査 | | | |
| | * CRP 定量 | | | |
| | * 血液採取 (静脈) | | | |
| | * 血液学的検査判断料 | | | |
| | * 免疫学的検査判断料 | | | |

<DPCとは>

- DPCとは、入院患者様の病名や症状、手術などの診療行為の有無に応じて、定額で1日当たりの医療費を計算するものです。
- 明細書には、「診断群分類(DPC)」などと記載されますが、その内訳として、使用された医薬品、行われた検査の名称が記載される場合があります。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」

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、厚生労働省より委託を受け、中医協検証部会の検証項目の一つである「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」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して活用することを目的としております。

2. 調査対象

(1)対象施設

- 全国の保険医療機関等（病院・一般診療所・歯科診療所・保険薬局・訪問看護ステーション）のなかから無作為に抽出された 3,000 施設
（病院 1,200 施設、一般診療所 800 施設、歯科診療所 600 施設、保険薬局 200 施設、訪問看護ステーション 200 施設）

(2)対象者（回答者）

＜施設調査＞

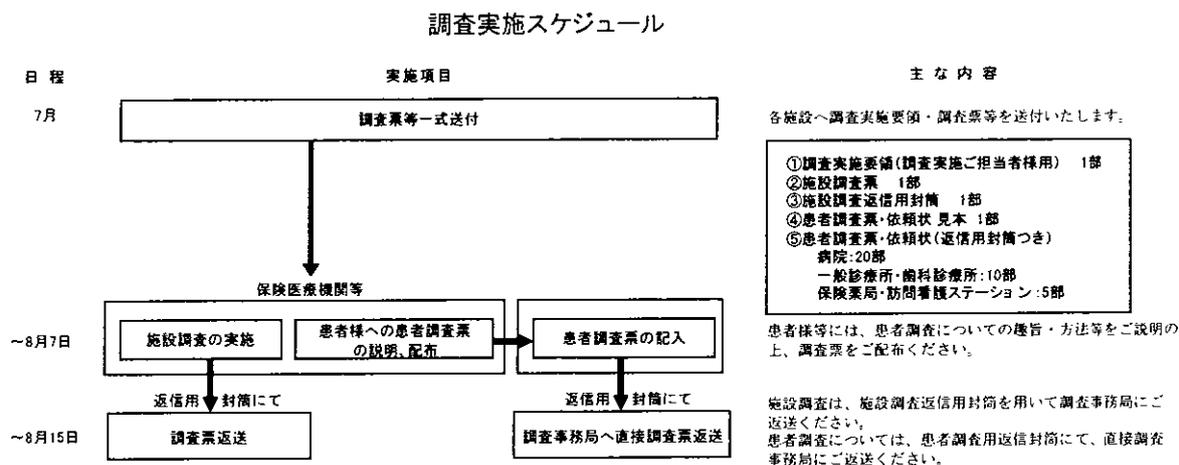
- 調査対象施設の施設長もしくは医事課長等領収証／明細書の発行を担当されている方々

＜患者調査＞

- 施設調査の対象となった施設を利用した患者様ならびに利用者様のなかから、無作為に選定された患者様ならびに利用者様（以下患者様等）
- 各施設種別の協力依頼患者数・利用者数は、以下の通り
病院：20 名（入院・外来患者様それぞれ 10 名ずつお配りください）
一般診療所・歯科診療所：10 名
（入院患者様がいる場合、入院・外来患者様それぞれ 5 名ずつお配りください）
保険薬局・訪問看護ステーション：5 名
（訪問看護ステーションについては、医療保険での利用者様にのみお配りください）
- なお、入院患者様には、「退院時の会計をされる方（入院していたが、退院した方）」と「月締めの会計をされる方（月を跨いで入院治療される方）」が含まれます。今回の調査では、いずれも 2 名以上、調査票をお配りください。
- 患者様等からは、料金受取人払いの封筒を用いて、調査事務局であるみずほ情報総研に

直接返送していただく形をとりますので、調査対象施設において回収していただく必要はございません。

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）



4. 調査方法

(1) 調査票等の送付

- 調査事務局より各施設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（調査実施ご担当者様用）（本票） 1部
- ② 施設調査票 1部
- ③ 施設調査返信用封筒（黄色） 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（茶色）つき）

病院：20部（入院・外来10名ずつにお配りください）

一般診療所・歯科診療所：10部（入院・外来5名ずつにお配りください※）

保険薬局・訪問看護ステーション：5部

・入院患者様 10名
 { 退院時の会計 2名以上
 入院中の会計
 （月締めの会計等）
 2名以上
 ・外来患者様 10名

※入院患者様がいる場合

(2) 施設調査票の記入・返信

- いずれの施設におかれましても、②施設調査票に必要事項をご回答の上、8月15日（土）の締め切りまでに、③同封の黄色の返信用封筒に入れて調査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

- 調査票がお手元に届いた時点から8月7日（金）の間に、貴施設をご利用された患者様等に対して、会計終了後、調査についてご説明の上、⑤の同封させていただいた茶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。
- 患者様等への調査票の配布にあたっては、貴施設にて配布日をお決めいただき、配布日の朝から会計をされた順番で調査票をお配りください。

- 入院患者様への配布につきましては、退院患者様の場合は、配布日の退院時の会計終了後、入院患者様（月を跨いで入院治療される方）の場合は、月末の会計終了後に、上記調査協力の依頼をお願いいたします。
- その際、患者様等には、同封の茶色の返信用封筒を用い、8月15日（土）の締め切りまでに、直接調査事務局にご返送いただくようお願いください（返信用郵便代は料金受取人払いにて弊社が負担いたします）。

(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、調査票等は貴施設にて廃棄してください。

5. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問合せ専用 EMAIL：meisaiyo@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ることがないように、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。

↑ 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/>

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7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 21 年 () 月 () 日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先 FAX 番号 | |

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の開設者として該当する選択肢の番号に○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等) |
| 02 公的医療機関 (都道府県,市町村,地方独立行政法人,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等) |
| 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,会社等) |

問 2 貴施設の施設種別について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | | |
|------------|------------|----------|
| 01 有床一般診療所 | 02 無床一般診療所 | 03 歯科診療所 |
|------------|------------|----------|

問 3 問 2 「01 有床一般診療所」と回答した施設にのみ伺います。貴施設の許可病床数・在院患者数（平成 21 年 6 月 1 カ月間の平均）※をご記入下さい。

| 許可病床数 | | 在院患者数 | |
|-------|---|-------|---|
| | 床 | | 人 |

※在院患者数の平均は、四捨五入してご記入下さい。

問 4 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の初診・再診患者の延べ数についてご記入下さい。

| 初診患者数 | | 再診患者数 | |
|-------|---|-------|---|
| 延べ | 人 | 延べ | 人 |

問5 貴施設の正規職員数（医師・歯科医師・看護師等も含む）、医療事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。

| | 常勤 | | 非常勤（常勤換算） | |
|---------------------------------|----|---|-----------|---|
| 正規職員数 | | 人 | | 人 |
| （再掲）医療事務担当の職員数 | | 人 | | 人 |
| 医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ） | | | | 人 |

注．非常勤職員の常勤換算の計算方法
 貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入下さい。
 例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

■IT化の状況についてお伺いします。

問6 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | | | |
|--------|--------|--------|---------|
| 01 稼働中 | 02 開発中 | 03 計画中 | 04 計画なし |
|--------|--------|--------|---------|

問7 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|------------------------|---------------------|
| 01 オンライン請求 | 02 電子媒体（MOやFD）による提出 |
| 03 紙による提出（医事会計システムを使用） | 04 紙による提出（手書き） |

■領収証の発行状況についてお伺いします。

問8 貴施設での平成21年6月1カ月間の領収証※の発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。

| | 入院 | | 外来 | |
|----------|----|---|----|---|
| 領収証の発行件数 | | 件 | | 件 |

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の医療費が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■明細書の発行状況についてお伺いします。

問9 **明細書**（領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問10 貴施設では、**明細書**の発行について、**患者**に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

| |
|--------------------------------|
| 01 支払い窓口に明細書を発行している旨を明示している |
| 02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている |
| 03 来院者にチラシ等を配布している |
| 04 その他（ ） |
| 05 特に何も周知していない |

問11 貴施設では、**明細書**の発行について「患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていること」について、**職員**に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|---------|----------|
| 01 している | 02 していない |
|---------|----------|

| | | | |
|--|-----------|-----------|-------------|
| 問 12 貴施設では、患者から 明細書 の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 入院 | 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| | 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |
| 外来 | 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| | 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| 問 13 貴施設では、 明細書 を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その 発行開始時期 についてご記入下さい。 | | | |
| 01 | 患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期 →一部の患者のみに発行していた期間があれば、それをはじめた時期 | 平成・昭和()年()月 平成・昭和()年()月 | |
| 02 | 一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 | 平成・昭和()年()月 | |
| 03 | 発行していない →問 21 へ | | |

| | |
|---|-------------------------------|
| 問 13-1 問 13 で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。 貴施設で、 明細書 を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 | 依頼があった患者についてのみ発行をしているため |
| 02 | 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため |
| 03 | 事務負担が大きいため |
| 04 | その他 () |

<ここからは明細書を発行している(問 13 で 01 または 02 を回答した) 医療機関にお伺いします>

| | | | | |
|---|----|---|----|---|
| 問 14 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の 明細書 発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。 | | | | |
| | 入院 | | 外来 | |
| 明細書の発行件数 | | 件 | | 件 |

| | | | |
|--|-----------|----|---------|
| 問 15 貴施設での 明細書 の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 01 | 診察日・退院日 | 02 | 次回来院時 |
| 03 | 月 1 回まとめて | 04 | その他 () |

| | | | |
|---|--------------|----|------------------|
| 問 16 貴施設での 明細書 の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | | | |
| 01 | 傷病名 | 02 | 診療月日や入院期間 |
| 03 | 診療報酬点数の個別項目名 | 04 | 診療報酬点数の個別単価・算定回数 |
| 05 | その他 () | | |

| | | | |
|--|-------------------|----|---------------|
| 問 17 貴施設の 明細書 の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 01 | レセプトと同じ様式 | 02 | 自施設で独自に作成した様式 |
| 03 | 依頼状裏面に掲載したものと同一様式 | | |

| | | | |
|---|-------------------|----|---------------------|
| 問 18 貴施設では 明細書 をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 01 | パソコン等から自動的に出力している | 02 | パソコン等でその都度作成し発行している |
| 03 | 手書きで発行している | | 04 その他 () |

| | | |
|--|-------------------|---------------------|
| 問 19 貴施設では 明細書 発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1件あたりの金額をご記入下さい。 | | |
| (1) 徴収の有無と徴収方法 | 01 1件ごとに定額を徴収している | 02 ページ数ごとに定額を徴収している |
| | 03 その他() | 04 徴収していない |
| (2) 1件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入下さい) | () 円/件 | |

| | | | |
|--|--------------|------------|------------|
| 問 20 貴施設において 明細書 を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ) | | | |
| 患者の医療内容への理解 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者との信頼関係 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者からの問合せ | 01 大変増えた | 02 やや増えた | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって減った | 05 よく分からない | |

<ここからは明細書を発行していない(問13で03と回答した)医療機関にお伺いします>

| | |
|---|-------------------|
| 問 21 貴施設において 明細書 を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 希望する患者がいない | 02 希望する患者が少ない |
| 03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) | 04 事務負担が大きい(職員不足) |
| 05 その他() | |

| | |
|---|------------------------|
| 問 22 貴施設において患者から 明細書 発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 患者に医療の内容について説明している | 02 明細書を発行できない理由を説明している |
| 03 その他() | |

| | |
|---|--------------------|
| 問 23 貴施設では 明細書 の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 発行する予定はない | 02 患者からの依頼があれば発行する |
| 03 未定 | 04 その他() |

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

| |
|---|
| <領収証> 良かった点： 困った点： |
| <明細書> 良かった点： 困った点： |
| <その他、患者への情報提供に関して積極的に取り組んでいることがございましたら、ご記入ください> |

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、8月15日(土)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7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 21 年 () 月 () 日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先 FAX 番号 | |

■貴施設の概要についてお伺いします。

問1 貴施設の**開設者**として該当する選択肢の番号に○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等) |
| 02 公的医療機関 (都道府県,市町村,地方独立行政法人,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等) |
| 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,会社等) |

問2 貴施設の**承認等**の状況について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| | | |
|-------------|---------------|-----------------|
| 01 地域医療支援病院 | 02 特定機能病院 | 03 DPC 対象病院 |
| 04 DPC 準備病院 | 05 がん診療連携拠点病院 | 06 緩和ケア病棟を有する病院 |

問3 貴施設の一般病棟の**入院基本料**について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 01 7 対 1 入院基本料 | 02 10 対 1 入院基本料 | 03 13 対 1 入院基本料 |
| 04 15 対 1 入院基本料 | 05 特別入院基本料 | 06 一般病棟がない |

問4 貴施設の許可病床数・在院患者数※ (平成 21 年 6 月 1 カ月間の平均) をご記入下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------|--|---|-----------|--|---|-----------|--|---|--|--|---|--|--|---|
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (再掲) 一般病床 | | | (再掲) 療養病床 | | | (再掲) 精神病床 | | | | | | | | |
| 許可病床数 | | | 床 | | | 床 | | | 床 | | | 床 | | | 床 |
| 在院患者数 | | | 人 | | | 人 | | | 人 | | | 人 | | | 人 |

※在院患者数の平均は、四捨五入してご記入下さい。

| | | | | | |
|--|--|-------|---|-------|---|
| 問5 貴施設での平成21年6月1カ月間の初診・再診患者の延べ数についてご記入下さい。 | | | | | |
| | | 初診患者数 | | 再診患者数 | |
| | | 延べ | 人 | 延べ | 人 |

| | | | | | |
|---|--|----|---|-----------|---|
| 問6 貴施設の正規職員数（医師・歯科医師・看護師等も含む）、医療事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。 | | | | | |
| | | 常勤 | | 非常勤（常勤換算） | |
| 正規職員数 | | | 人 | | 人 |
| （再掲）医療事務担当の職員数 | | | 人 | | 人 |
| 医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ） | | | | | 人 |
| <p>注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法 貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入下さい。 例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合</p> $\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$ | | | | | |

■IT化の状況についてお伺いします。

| | | | |
|---|--------|--------|---------|
| 問7 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ） | | | |
| 01 稼働中 | 02 開発中 | 03 計画中 | 04 計画なし |

| | | | |
|---|---------------------|--|--|
| 問8 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ） | | | |
| 01 オンライン請求 | 02 電子媒体（MOやFD）による提出 | | |
| 03 紙による提出（医事会計システムを使用） | 04 紙による提出（手書き） | | |

■領収証の発行状況についてお伺いします。

| | | | | | |
|--|--|----|---|----|---|
| 問9 貴施設での平成21年6月1カ月間の領収証※の発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。 | | | | | |
| | | 入院 | | 外来 | |
| 領収証の発行件数 | | | 件 | | 件 |

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の医療費が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■明細書の発行状況についてお伺いします。

| | |
|--|---------|
| 問10 <u>明細書</u> （領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は <u>依頼状の裏面</u> をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ） | |
| 01 知っている | 02 知らない |

| | |
|---|---|
| 問11 貴施設では、 <u>明細書</u> の発行について、 <u>患者</u> に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも） | |
| 01 支払い窓口に明細書を発行している旨を明示している | |
| 02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている | |
| 03 来院者にチラシ等を配布している | |
| 04 その他（ | ） |
| 05 特に何も周知していない | |

問 12 貴施設では、**明細書**の発行について「患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていること」について、**職員**に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|---------|----------|
| 01 している | 02 していない |
|---------|----------|

問 13 貴施設では、患者から**明細書**の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(入院・外来についてそれぞれ○は1つ)

| | | | |
|----|-----------|-----------|-------------|
| 入院 | 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| | 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |
| 外来 | 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| | 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |

問 14 貴施設では、**明細書**を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)
なお、発行している場合は、その**発行開始時期**についてご記入下さい。

| |
|---|
| 01 患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期 平成・昭和()年()月 →一部の患者のみに発行していた期間があれば、それをはじめた時期 平成・昭和()年()月 |
| 02 一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 平成・昭和()年()月 |
| 03 発行していない →問 24 へ |

問 14-1 問 14 で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。
貴施設で、**明細書**を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| |
|----------------------------------|
| 01 依頼があった患者についてのみ発行をしているため |
| 02 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため |
| 03 事務負担が大きいため |
| 04 その他 () |

<ここからは**明細書**を発行している(問 14 で 01 または 02 を回答した)医療機関にお伺いします>

問 15 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の**明細書**の発行件数について、入院/外来別にご記入下さい。

| | 入院 | | 外来 | |
|----------|----|---|----|---|
| 明細書の発行件数 | | 件 | | 件 |
| | | | | |

問 16 貴施設での**明細書**の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|--------------|------------|
| 01 診察日・退院日 | 02 次回来院時 |
| 03 月 1 回まとめて | 04 その他 () |

問 17 貴施設での**明細書**の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| | |
|-----------------|---------------------|
| 01 傷病名 | 02 診療月日や入院期間 |
| 03 診療報酬点数の個別項目名 | 04 診療報酬点数の個別単価・算定回数 |
| 05 その他 () | |

問 18 貴施設の**明細書**の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|----------------------|------------------|
| 01 レセプトと同じ様式 | 02 自施設で独自に作成した様式 |
| 03 依頼状裏面に掲載したものと同一様式 | |

| | |
|---|------------------------|
| 問 19 貴施設では 明細書 をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 パソコン等から自動的に出力している | 02 パソコン等でその都度作成し発行している |
| 03 手書きで発行している | 04 その他 () |

| | | |
|---|-------------------|---------------------|
| 問 20 貴施設では 明細書 発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2)1件あたりの金額をご記入下さい。 | | |
| (1) 徴収の有無と徴収方法 | 01 1件ごとに定額を徴収している | 02 ページ数ごとに定額を徴収している |
| | 03 その他 () | 04 徴収していない |
| (2) 1件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入下さい) | () 円/件 | |

| | | | |
|--|--------------|------------|------------|
| 問 21 貴施設において 明細書 を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ) | | | |
| 患者の医療内容への理解 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者との信頼関係 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者からの問合せ | 01 大変増えた | 02 やや増えた | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって減った | 05 よく分からない | |

<ここからは DPC 対象病院にお伺いします>

| | |
|--|--------------------|
| 問 22 貴施設では、 DPC の明細書 に、DPC の範囲で実施した検査や使用した薬剤の名称について付記していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 すべての患者について付記している | 02 依頼があった場合に付記している |
| 03 付記していない | |

| | | |
|---|-----------|-------------|
| 問 23 貴施設では、 DPC の明細書 に、DPC の範囲で実施した検査や使用した薬剤の名称について付記の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | | |
| 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |

<ここからは明細書を発行していない(問 14 で 03 と回答した)医療機関にお伺いします>

| | |
|---|-------------------|
| 問 24 貴施設において 明細書 を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 希望する患者がない | 02 希望する患者が少ない |
| 03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) | 04 事務負担が大きい(職員不足) |
| 05 その他 () | |

| | |
|---|------------------------|
| 問 25 貴施設において患者から 明細書 発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 患者に医療の内容について説明している | 02 明細書を発行できない理由を説明している |
| 03 その他 () | |

| | |
|---|--------------------|
| 問 26 貴施設では 明細書 の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 発行する予定はない | 02 患者からの依頼があれば発行する |
| 03 未定 | 04 その他 () |

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

<領収証>

良かった点：

困った点：

<明細書>

良かった点：

困った点：

<その他、患者への情報提供に関して積極的に取り組んでいることがございましたら、ご記入ください>

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、8月15日(土)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは医療機関で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状(裏面)をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺い致します。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ）

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

(2) あなた（患者様）の年齢は？ () 歳

(3) この調査票を受け取った医療機関はかかりつけですか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

(4) この調査票を受け取った医療機関を、調査票を受け取った時点でどのように利用していましたか。（○は1つ）

| | | | |
|----------|----------------|----------------|------------|
| 01 入院治療中 | 02 入院していたが退院した | 03 入院していたが退院した | 04 その他 () |
| 03 外来治療中 | | | |

(4)-1. (4)で「01 入院治療中」「02 入院していたが退院した」と回答された方に、入院について伺います。今回の入院期間は予定も含め、どの程度ですか。（○は1つ）

| | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 01 3日以内 | 02 ~2週間以内 | 03 ~1か月以内 |
| 04 ~3か月以内 | 05 ~6か月以内 | 06 6か月以上~ |

(4)-2. (4)で「03 外来治療中」と回答された方に、外来について伺います。この調査票を受け取られた医療機関を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。（○は1つ）

| | | |
|---------|---------|----------|
| 01 1回未満 | 02 1回 | 03 2~3回 |
| 04 4~5回 | 05 6回以上 | 06 今回初めて |

(5) 過去に、この調査票を受け取った医療機関に入院した経験はありますか。（○は1つ）

| | |
|-------|-------|
| 01 ある | 02 ない |
|-------|-------|

(6) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

| | |
|------------------|----------------------|
| 01 国民健康保険 | 02 社会保険・共済（本人） |
| 03 社会保険・共済（被扶養者） | 04 後期高齢者医療広域連合（広域連合） |
| 05 その他 () | |

(7) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの
 （例：小児医療や難病に対する医療など）

(8) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

| | | |
|-----------|--------|------------|
| 01 患者様ご本人 | 02 ご家族 | 03 その他 () |
|-----------|--------|------------|

■領収証についてお伺い致します。

問 2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

| | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 3. この調査票を受け取った医療機関で、今回、領収証を受け取りましたか。(○は1つ)

01 受け取った

02 受け取っていない

問 3-1. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。受け取った領収証は、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分されたものでしたか。(○は1つ)

01 はい

02 いいえ

問 3-2. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。領収証の内容は分かりやすいですか。(○は1つ)

01 非常に分かりやすい

02 分かりやすい

03 どちらともいえない

04 分かりにくい

05 非常に分かりにくい

■明細書についてお伺い致します。

問 4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。(○は1つ)

01 知っている

02 知らない

問 4-1. 問 4 で「01 知っている」と回答された方に伺います。

明細書が受け取れることについて知ったきっかけは何ですか。(○は1つ)

01 医療機関内のポスター／掲示／パンフレット等

02 医療機関側から明細書を発行されて

03 医療機関側からの紹介(口頭)

04 新聞、インターネット等メディアから

05 知人から

06 その他 ()

問 5. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。(○は1つ)

01 ある

02 ない

問 6. これまでに医療機関で明細書を受け取ったことはありますか。(それぞれ○は1つ)

この調査票を受け取った医療機関※

01 入院である

02 外来である

03 入院・外来共にある

04 入院・外来共でない

上記以外の医療機関

01 入院である

02 外来である

03 入院・外来共にある

04 入院・外来共でない

※今回の入院もしくは外来受診に限りません。

問 7. この調査票を受け取った医療機関で、明細書の発行を依頼したことはありますか。(○は1つ)

01 今回初めて依頼した

02 今回も過去も依頼した

03 過去に依頼したことがある

04 依頼したことはない

問 7-1. 問 7 で明細書の発行を「01 今回初めて依頼した」または「02 今回も過去も依頼した」と回答された方に伺います。今回、明細書の発行を依頼した際の医療機関の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。(○は1つ)

01 依頼した当日に発行された

02 後日発行された

03 後日受け取る予定である

04 発行されなかった

問 7-2. 問 7-1 で「04 発行されなかった」と回答された方に伺います。その際、あなた（患者様）はどうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

- | |
|--|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 02 発行されない理由を医療機関に質問した → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 03 医療費の内訳を医療機関に聞いた → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 04 特に何もしなかった |
| 05 その他（) |

■ここからは、これまでに「医療機関」で「明細書」を受け取ったことがある方（問6で04以外を1つ以上選択した方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問16以下をご回答ください。）

問 8. 明細書は、どなたのために発行されたものですか。（○はいくつでも）

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| 01 自分 | 02 家族 | 03 その他（) |
|-------|-------|-----------|

問 9. 医療機関で受け取った明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい | 05 非常に分かりにくい | |

問 10. 医療機関で明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

- | |
|------------------------------|
| 01 治療／検査内容が分かりやすくなった |
| 02 医療費の内訳が分かりやすくなった |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しやすくなった |
| 04 医療機関を選択する際の参考になった |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が増した |
| 06 その他（) |
| 07 なし |

問 11. 医療機関で明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

- | |
|-----------------------------|
| 01 治療／検査内容が分かりにくかった |
| 02 医療費の内訳が分かりにくかった |
| 03 医師等に治療／検査について質問、相談しにくかった |
| 04 医療機関を選択する際の参考にならなかった |
| 05 医療機関への安心感、信頼感が減った |
| 06 その他（) |
| 07 なし |

問 11-1. 問 11 で「07 なし」以外を選択された方に伺います。上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

- | |
|--|
| 01 不明点を医療機関に質問・相談した → 結果（いずれかを○）： <u>解決した・解決しなかった</u> |
| 02 特に何もしなかった |
| 03 その他（) |

問 12. 医療機関で受け取った明細書はどのような書面でしたか。(○は1つ)

- | | |
|---------------------|------------|
| 01 パソコンなど機械で出力されたもの | 02 手書きのもの |
| 03 分からない | 04 その他 () |

問 13. 医療機関での明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。(○は1つ) 手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。(入院/外来別にお答えください)

【入院】

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 01 手数料がかかった (金額: _____円) | 02 手数料はかからなかった |
| 03 分からない | 04 明細書を受け取っていない |

【外来】

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| 01 手数料がかかった (金額: _____円) | 02 手数料はかからなかった |
| 03 分からない | 04 明細書を受け取っていない |

問 13-1. 問 13 で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。その手数料の金額をどのように感じましたか。(○は1つ)

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 01 非常に高い | 02 高い | 03 妥当である |
| 04 安い | 05 非常に安い | |

問 14. 領収証の「診断群分類(DPC)※」に点数の記載がある方に伺います。DPC の医薬品・検査の名称について明細書に記載がありましたか。(○は1つ)

- | | | |
|--------|---------|----------|
| 01 あった | 02 なかった | 03 分からない |
|--------|---------|----------|

※診断群分類(DPC)の説明は、依頼状(裏面)をご参照ください。

問 15. 領収証の「診断群分類(DPC)※」に点数の記載がある方に伺います。DPC の医薬品・検査の名称について、明細書への記載を希望しますか。(○は1つ)

- | | | |
|---------|----------|--------------|
| 01 希望する | 02 希望しない | 03 どちらともいえない |
|---------|----------|--------------|

※診断群分類(DPC)の説明は、依頼状(裏面)をご参照ください。

■ここからは、すべての方にお伺い致します。

問 16. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。(○は1つ)

- | | | |
|-------|---------|--------------|
| 01 思う | 02 思わない | 03 どちらともいえない |
|-------|---------|--------------|

問 17. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

- | | | |
|-----------------|---------------|----------|
| 01 金額によらず希望する | 02 無料であれば希望する | |
| 03 実費相当であれば希望する | 04 希望しない | 05 分からない |

■最後に、領収証・明細書についてご意見やご要望がありましたら、下欄に自由にお書きください。

<領収書>

<明細書>

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、8月15日(土)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

平成 21 年 7 月

各 位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、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、「明細書発行の一部義務化」として、患者様から求められた場合には、領収証よりもさらに詳細な医療費の内容がわかる明細書の発行が、一部医療機関で義務化されました。（領収証、明細書の見本については裏面をご覧ください）

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、「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」が実施されることとなりました。

本調査は、明細書の発行状況および患者・ご家族様の満足度について把握し、その状況について検討すること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、本調査の趣旨をご理解の上、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 21 年 8 月 15 日（土曜日）までにご返信いただくとともに、貴施設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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）事務局
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」
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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問合せ専用 EMAIL：meisaisyo@mizuho-ir.co.jp

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費などに区分した費用を記載します。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、訪問看護基本療養費の訪問日ごとの費用の内訳など、個別の費用を記載します。

| 領 収 証 | | | | | | | |
|----------|-----------------|------|----|-----|---|-------------------|----------------------|
| 領収書 No. | | 患者番号 | | 氏名 | | 請求期間 | |
| | | | | 様 | | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | |
| 発行日 | | 負担割合 | | 本・家 | | 区分 | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 保険適用負担 | 保険負担分項目 (内訳) | 単価 | 数量 | 金額 | 税 | 消費税等 | 提供日 |
| | | | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 |
| | | | | | | | 8 9 10 11 12 13 14 |
| | | | | | | | 15 16 17 18 19 20 21 |
| | | | | | | | 22 23 24 25 26 27 28 |
| | | | | | | | 29 30 31 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | 備考 |

| 明 細 書 | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|---|
| 明細合計額 | | 訪問看護療養費明細書 平成 21 年 4 月分 | |
| 課税対象額 | | 6 訪問 | |
| 領収額合計 | | 公費① 公費② | |
| | | 公費① 公費② | |
| 訪問看護ステーションの所在地および名称 | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | |
| 氏名 | | 特記事項 | |
| 〇〇〇〇 | | | |
| 職務上の事由 | | | |
| 心身の状態 | | 訪問開始年月日 | 年 月 日 |
| | | 訪問終了年月日時分 | 年 月 日 午 時 分 |
| 主たる傷病名 | | 訪問終了の状況 | 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他() |
| | | 死亡時刻 | 年 月 日 午 時 分 |
| 指示期間 | 指示期間 年 月 日～年 月 日 (特別指示期間) 年 月 日～年 月 日 年 月 日～年 月 日 | 主治医の属する医療機関の名称 | |
| | | 主治医の氏名 | |
| 10 基本療養費 | 11 看護師等 円× 日 円 12 准看護師 円× 日 円 13 看護師等 円× 日 円 14 准看護師 円× 日 円 15 難病等複数回訪問加算 円× 日 円 16 緊急訪問看護加算 円× 日 円 17 長時間訪問看護加算 円× 日 円 | (公費分金額) | 基本療養費(II) 18 保健師、看護師、作業療法士 円× 日 円 19 延長時間加算 円× 日 円 |
| | | | 訪問日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
| | | | 主治医への直近報告年月日 年 月 日 |
| 20 管理療養費 | 21 管理療養費 円× 日 円 23 時間対価体制加算・24時間連絡体制加算 円 24 重傷者管理加算 円 25 退院時共同指導加算 円× 日 円 26 退院支援指導加算 円 27 在宅患者連携指導加算 円 28 在宅患者緊急時等フォロー加算 円× 日 円 | | 提供した情報の概要 |
| | | | 情報提供先の市(区)町村 |
| | | | 特記事項 |
| 30 情報提供療養費 | | | |
| 40 後期高齢者終末期相談支援療養費 | | | |
| 50 訪問看護ターミナルケア療養費 | | | |
| 保 請求 | 円 | 決 定 | 円 |
| 合計 ① | 円 | | 円 |
| ② | 円 | | 円 |
| | | 負担金額 | 円 |
| | | ※高額 | 円 |
| 備考 | | | |

<明細書とは>

- 右の明細書例は、訪問看護療養費を請求する際に使用する訪問看護療養費明細書を利用者様に渡している場合の例です。
- この他の様式でも、基本療養費の内訳など、個別の費用を記載したものを利用者様に渡している場合であれば、明細書に含まれます。

患者様各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）

明細書発行の一部義務化の実施状況調査

（患者調査票）へのご協力のお願い

謹啓 時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成18年4月より領収証（医療費の内訳が分かるもの）の無償での発行がすべての医療機関、薬局、訪問看護ステーションに義務化され、加えて平成20年4月より、患者様からのご依頼があれば、領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かる「明細書」の発行が、一部の医療機関で義務付けられました。（領収証、明細書の見本は本状裏面をご参照ください）

この見直しを受け、明細書の発行状況や、患者様・ご家族の方の明細書に対する満足度などを把握するため、厚生労働省の委託事業として、患者様に対するアンケート調査が実施されることになりました。

このアンケート調査では、平成21年7月時点で、病院や一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等をご利用されている患者様を対象として、ご利用施設を通じて調査票をお配りし、患者様にご回答いただくものです。

この調査の結果は、今後の明細書発行の在り方を検討する際の大変貴重な資料として活用されることとなります。

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

<記入方法等>

- ・ ご記入にあたって、該当する番号に○をつけてください。
- ・ この調査は無記名で行います。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。従って、この調査票を受け取った施設のご利用にあたっては、いかなる不利益をこうむることはございません。
- ・ ご記入後は、お配りした封筒に封入して8月15日（土）までにご投函ください。
- ・ 調査内容等ご不明な点は下記問い合わせ先におたずねください。

みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部

担当：田中陽香（はるか）・山上敬・志岐直美

電話：0120-702-216

（受付時間：9:30～17:30 土日・祝日を除く）

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費などに区分した費用が記載されています。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、訪問看護基本療養費の訪問日ごとの費用の内訳など、個別の費用が記載されています。

| 領 収 証 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------|------|----|-----|---|-------------------|--|----|----|----|----|----|----|
| 領収書 No. | | 患者番号 | | 氏名 | | 請求期間 | | | | | | | |
| | | | | 様 | | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 発行日 | | 負担割合 | | 本・家 | | 区分 | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険適用 負担 | 保険負担分項目 (内訳) | 単価 | 数量 | 金額 | 税 | 消費税等 | 提供日 | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | | | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | | | | 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | | 備考 | | | | | | |
| 保険外 負担 | 保険負担分項目 (内訳) | 単価 | 数量 | 金額 | 税 | 消費税等 | 明細書 | | | | | | |
| | | | | | | | 訪問看護療養費明細書 平成 21 年 4 月 分 | | | | | | |
| | | | | | | | 明細書 | | | | | | |
| | | | | | | | 6訪問 | | | | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | | 明細書 | | | | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | | 訪問看護ステーションの所在地および名称 | | | | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | | 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | |
| 氏名 様 特記事項 | | | | | | | 訪問看護ステーションの所在地および名称 | | | | | | |
| 職務上の事由 | | | | | | | 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇訪問看護ステーション | | | | | | |
| 心身の 状態 | | | | | | | 訪問開始年月日 年月日 実日数 保 日 | | | | | | |
| 主たる 傷病名 | | | | | | | 訪問終了年月日時刻 年月日 午時 分 ① 日 ② 日 | | | | | | |
| 指示 期間 | | | | | | | 訪問終了の状況 1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他() | | | | | | |
| 10 基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ) | | | | | | | 死亡時刻 年月日 午時 分 | | | | | | |
| 11 看護師等 円× 日 円 | | | | | | | 主治医の属する医療機関の名称 | | | | | | |
| 12 准看護師 円× 日 円 | | | | | | | 主治医の氏名 | | | | | | |
| 13 看護師等 円× 日 円 | | | | | | | 指示期間 年月日～年月日 | | | | | | |
| 14 准看護師 円× 日 円 | | | | | | | (特別指示期間) 年月日～年月日 | | | | | | |
| 15 難病等複数回訪問加算 円× 日 円 | | | | | | | 年月日～年月日 | | | | | | |
| 16 緊急訪問看護加算 円× 日 円 | | | | | | | 18 保健師、看護師、作業療法士 円× 日 円 | | | | | | |
| 17 長時間訪問看護加算 円× 日 円 | | | | | | | 19 延長時間加算 円× 日 円 | | | | | | |
| 20 管理療養費 | | | | | | | 訪問日 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 21 管理療養費 円+ 円× 日 円 | | | | | | | 8 9 10 11 12 13 14 | | | | | | |
| 23 時間対応体制加算・24時間連絡体制加算 円 | | | | | | | 15 16 17 18 19 20 21 | | | | | | |
| 24 重傷者管理加算 円 | | | | | | | 22 23 24 25 26 27 28 | | | | | | |
| 25 退院時共同指導加算 円× 日 円 | | | | | | | 29 30 31 | | | | | | |
| 26 退院支援指導加算 円 | | | | | | | 主治医への直近報告年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 27 在宅患者速達指導加算 円 | | | | | | | 提供した情報の概要 | | | | | | |
| 28 在宅患者緊急時等シフト加算 円× 日 円 | | | | | | | 情報提供先の市(区)町村 | | | | | | |
| 30 情報提供療養費 円 | | | | | | | 特記事項 | | | | | | |
| 40 後期高齢者終末期相談支援療養費 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 50 訪問看護ターミナルケア療養費 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 保 請求 円 | | | | | | | 決定 円 | | | | | | |
| 合計 ① 円 | | | | | | | 負担金額 円 | | | | | | |
| 合計 ② 円 | | | | | | | 中高額 円 | | | | | | |
| | | | | | | | 備考 | | | | | | |

<明細書とは>

- 右の明細書例は、訪問看護ステーションが医療保険者に訪問看護療養費を請求する際に使用する訪問看護療養費明細書を、利用者様に渡している場合の例です。
- この他の様式でも、基本療養費の内訳など、個別の費用を記載したものを利用者様に渡している場合もあります。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7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21年（ ）月（ ）日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先FAX番号 | |

■貴事業所の概要についてお伺いします。

| | |
|---|----------------------|
| 問1 貴事業所の 開設者 として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 都道府県・市区町村・地方独立行政法人・広域連合・一部事務組合 | |
| 02 日本赤十字社・社会保険関係団体 | 03 医療法人 |
| 04 医師会 | 05 看護協会 |
| 06 社団・財団法人(04,05以外) | 07 社会福祉法人(社会福祉協議会含む) |
| 08 農業協同組合及び連合会 | 09 消費生活協同組合及び連合会 |
| 10 営利法人(株式・合名・合資・有限会社) | 11 特定非営利活動法人(NPO) |
| 12 その他法人 | |

| | |
|---|------------|
| 問2 貴事業所の病院(診療所)への併設状況について該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 併設している | 02 併設していない |

| | | | |
|---|------|--|------|
| 問3 貴事業所における平成21年6月1カ月間の訪問看護の実利用者数について 保険の種別 にご記入下さい。 | | | |
| | 医療保険 | | 介護保険 |
| 訪問看護の実利用者数 | 人 | | 人 |

問 4 貴事業所の職員数について、事務専任の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。

| | 常勤 | | 非常勤（常勤換算） | |
|---------------------------------|----|---|-----------|---|
| 職員数 | | 人 | | 人 |
| （再掲）事務職員数 | | 人 | | 人 |
| 医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数（常勤換算のみ） | | | | 人 |

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法
 貴事業所の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入下さい。
 例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の事務職員が1人いる場合

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

<ここからは医療保険での利用者がある訪問看護ステーションにお伺いします>

■IT化の状況についてお伺いします。

問 5 貴事業所では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | | | |
|--------|--------|--------|---------|
| 01 稼働中 | 02 開発中 | 03 計画中 | 04 計画なし |
|--------|--------|--------|---------|

問 6 貴事業所では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|------------------------|----------------|
| 01 紙による提出（医事会計システムを使用） | 02 紙による提出（手書き） |
|------------------------|----------------|

■領収証の発行状況についてお伺いします。

問 7 貴事業所での平成 21 年 6 月 1 カ月間の領収証※の発行件数（**医療保険の利用者についてのみ**）をご記入下さい。

| | | |
|--------------------------|--|---|
| 領収証の発行件数(医療保険の利用者についてのみ) | | 件 |
|--------------------------|--|---|

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「訪問日」や「保険適用負担」、「保険外負担」などに区分され、訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費などに区分した費用が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■明細書の発行状況についてお伺いします。

問 8 **明細書**（領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。）の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 9 貴事業所では、明細書の発行について、**利用者**に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○はいくつでも）

| | |
|--------------------|--|
| 01 利用者にチラシ等を配布している | |
| 02 口頭で説明している | |
| 03 その他（ | |
| 04 特に何も周知していない | |

問 10 貴事業所では、**明細書**の発行について「患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていること」について、**職員**に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。（○は1つ）

| | |
|---------|----------|
| 01 している | 02 していない |
|---------|----------|

問 11 貴事業所では、利用者から**明細書**の発行の依頼はどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | | |
|-----------|-----------|-------------|
| 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |

問 12 貴事業所では、**明細書**を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その**発行開始時期**についてご記入下さい。

| |
|---|
| 01 利用者からの依頼にかかわらず、全ての利用者について発行している →全ての利用者へ発行をはじめた時期 平成・昭和()年()月 →一部の利用者のみへ発行していた期間があれば、それをはじめた時期 平成・昭和()年()月 |
| 02 一部の利用者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 平成・昭和()年()月 |
| 03 発行していない →問 20 へ |

問 12-1 問 12 で「02 一部の利用者についてのみ発行している」と回答した事業所にのみ伺います。貴事業所で、**明細書**を一部の利用者についてのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| |
|----------------------------------|
| 01 依頼があった利用者についてのみ発行をしているため |
| 02 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため |
| 03 事務負担が大きいため |
| 04 その他 () |

<ここからは**明細書**を発行している(問12で01または02を回答した)訪問看護ステーションにお伺いします>

問 13 貴事業所での平成 21 年 6 月 1 カ月間の**明細書**の発行件数(医療保険の利用者についてのみ)をご記入下さい。

| | | |
|--------------------------|--|---|
| 明細書の発行件数(医療保険の利用者についてのみ) | | 件 |
|--------------------------|--|---|

問 14 貴事業所での**明細書**の発行はどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|------------|------------|
| 01 訪問日 | 02 次回訪問時 |
| 03 月1回まとめて | 04 その他 () |

問 15 貴事業所での**明細書**の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| | |
|------------|----------------------|
| 01 傷病名 | 02 訪問看護ステーション名 |
| 03 主治医氏名 | 04 訪問日 |
| 05 利用日数 | 06 訪問看護療養費の個別単価・算定回数 |
| 07 その他 () | |

問 16 貴事業所の**明細書**の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|--------------|------------------|
| 01 レセプトと同じ様式 | 02 自施設で独自に作成した様式 |
|--------------|------------------|

問 17 貴事業所では**明細書**をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|----------------------|------------------------|
| 01 パソコン等から自動的に出力している | 02 パソコン等でその都度作成し発行している |
| 03 手書きで発行している | 04 その他 () |

問 18 貴事業所では明細書発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1件あたりの金額をご記入下さい。

| | | |
|--|-------------------|---------------------|
| (1) 徴収の有無と徴収方法 | 01 1件ごとに定額を徴収している | 02 ページ数ごとに定額を徴収している |
| | 03 その他 () | 04 徴収していない |
| (2) 1件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入下さい) | | (_____) 円/件 |

問 19 貴事業所において明細書を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ)

| | | | |
|----------------|--------------|------------|------------|
| 利用者の訪問看護内容への理解 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 利用者との信頼関係 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって浅くなった | 05 よく分からない | |
| 利用者からの問合せ | 01 大変増えた | 02 やや増えた | 03 変わらなかった |
| | 04 かえって減った | 05 よく分からない | |

<ここからは明細書を発行していない(問12で03と回答した)訪問看護ステーションにお伺いします>

問 20 貴事業所において明細書を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| 01 希望する利用者がいない | 02 希望する利用者が少ない |
| 03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) | 04 事務負担が大きい(職員不足) |
| 05 その他 () | |

問 21 貴事業所において利用者から明細書発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

| | |
|------------------------|------------------------|
| 01 利用者に医療の内容について説明している | 02 明細書を発行できない理由を説明している |
| 03 その他 () | |

問 22 貴事業所では明細書の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|--------------|---------------------|
| 01 発行する予定はない | 02 利用者からの希望があれば発行する |
| 03 未定 | 04 その他 () |

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

| |
|--|
| <領収証> 良かった点： 困った点： |
| <明細書> 良かった点： 困った点： |
| <その他、利用者への情報提供に関して積極的に取り組んでいることがございましたら、ご記入ください> |

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。

記入漏れがないかをご確認の上、8月15日(土)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは訪問看護ステーションで受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状(裏面)をご参照ください。

問1. あなた（利用者様）自身のことについて、お伺い致します。

(1) あなた（利用者様）の性別は？（○は1つ） 01 男性 02 女性

(2) あなた（利用者様）の年齢は？ () 歳

(3) この調査票を受け取った訪問看護ステーションを利用する回数は週に何回ですか。
 () 回/週

(4) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

| | |
|--------------------------------|----------------------|
| 01 国民健康保険 | 02 社会保険・共済（本人） |
| 03 社会保険・共済（被扶養者） | 04 後期高齢者医療広域連合（広域連合） |
| 05 その他（ <input type="text"/> ） | |

(5) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 はい | <input type="checkbox"/> 02 いいえ |
|--------------------------------|---------------------------------|

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの
（例：小児医療や難病に対する医療など）

(6) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 01 利用者様ご本人 | <input type="checkbox"/> 02 ご家族 | <input type="checkbox"/> 03 その他（ <input type="text"/> ） |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|

■領収証についてお伺い致します。

問 2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 知っている | <input type="checkbox"/> 02 知らない |
|-----------------------------------|----------------------------------|

問 3. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 受け取った | <input type="checkbox"/> 02 受け取っていない |
|-----------------------------------|--------------------------------------|

問 3-1. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。受け取った領収証は、提供された看護サービスの「訪問看護基本療養費」や「訪問看護管理療養費」などに区分されたものでしたか。（○は1つ）

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 はい | <input type="checkbox"/> 02 いいえ |
|--------------------------------|---------------------------------|

問 3-2. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。領収証の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 非常に分かりやすい | <input type="checkbox"/> 02 分かりやすい | <input type="checkbox"/> 03 どちらともいえない |
| <input type="checkbox"/> 04 分かりにくい | <input type="checkbox"/> 05 非常に分かりにくい | |

■明細書についてお問い合わせ致します。

問 4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（利用者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。（○は1つ）

01 知っている

02 知らない

問 4-1. 問 4 で「01 知っている」と回答された方に伺います。

明細書が受け取れることについて知ったきっかけは何ですか。（○は1つ）

01 訪問看護ステーション内のポスター／掲示／パンフレット等

02 訪問看護ステーション側から明細書を発行されて

03 訪問看護ステーション側からの紹介（口頭）

04 新聞、インターネット等メディアから

05 知人から

06 その他（

）

問 5. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問 6. これまでに訪問看護ステーションで明細書を受け取ったことはありますか。

（それぞれ○は1つ）

| | | |
|-----------------------|-------|-------|
| この調査票を受け取った訪問看護ステーション | 01 ある | 02 ない |
| 上記以外の訪問看護ステーション | 01 ある | 02 ない |

01 ある

02 ない

上記以外の訪問看護ステーション

01 ある

02 ない

問 7. この調査票を受け取った訪問看護ステーションで、明細書の発行を依頼したことはありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問 7-1. 問 7 で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。明細書の発行を依頼した際の訪問看護ステーションの対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。（○は1つ）

01 依頼した当日に発行された

02 後日発行された

03 後日受け取る予定である

04 発行されなかった

問 7-2. 問 7-1 で「04 発行されなかった」と回答された方に伺います。その際、あなた（利用者様）はどうされましたか。その結果どうなりましたか。（○はいくつでも）

01 不明点を訪問看護ステーションに質問・相談した

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

02 発行されない理由を訪問看護ステーションに質問した

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

03 費用の内訳を訪問看護ステーションに聞いた

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

04 特に何もしなかった

05 その他（

）

■ここからは、これまでに「訪問看護ステーション」で「明細書」を受け取ったことがある方（問6で01を1つ以上選択した方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問8. 明細書は、どなたのために発行されたものですか。（○はいくつでも）

01 自分 02 家族 03 その他（ ）

問9. 訪問看護ステーションで受け取った明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

01 非常に分かりやすい 02 分かりやすい 03 どちらともいえない
04 分かりにくい 05 非常に分かりにくい

問10. 訪問看護ステーションで明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 訪問看護の内容が分かりやすくなった
02 費用の内訳が分かりやすくなった
03 看護師等に訪問看護の内容について質問、相談しやすくなった
04 訪問看護ステーションを選択する際の参考になった
05 訪問看護ステーションへの安心感、信頼感が増した
06 その他（ ）
07 なし

問11. 訪問看護ステーションで明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 訪問看護の内容が分かりにくかった
02 費用の内訳が分かりにくかった
03 看護師等に訪問看護の内容について質問、相談しにくかった
04 訪問看護ステーションを選択する際の参考にならなかった
05 訪問看護ステーションへの安心感、信頼感が減った
06 その他（ ）
07 なし

問11-1. 問11で「07 なし」以外を選択された方に伺います。上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

01 不明点を訪問看護ステーションに質問・相談した
→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった
02 特に何もしなかった
03 その他（ ）

問12. 訪問看護ステーションで受け取った明細書はどのような書面でしたか。（○は1つ）

01 パソコンなど機械で出力されたもの 02 手書きのもの
03 分からない 04 その他（ ）

問13. 訪問看護ステーションでの明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。（○は1つ）
手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

01 手数料がかかった（金額： _____ 円）
02 手数料はかからなかった 03 分からない

問13-1. 問13で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。その手数料の金額をどのように感じましたか。（○は1つ）

01 非常に高い 02 高い 03 妥当である
04 安い 05 非常に安い

■ここからは、すべての方にお伺い致します。

問 14. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。(○は1つ)

01 思う

02 思わない

03 どちらともいえない

問 15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

01 金額によらず希望する

02 無料であれば希望する

03 実費相当であれば希望する

04 希望しない

05 分からない

■最後に、領収証・明細書についてご意見やご要望がありましたら、下欄に自由にお書きください。

<領収書>

<明細書>

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、8月15日(土)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

平成 21 年 7 月

各 位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、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、「明細書発行の一部義務化」として、患者様から求められた場合には、領収証よりもさらに詳細な医療費の内容がわかる明細書の発行が、一部医療機関で義務化されました。（領収証、明細書の見本については裏面をご覧ください）

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、「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」が実施されることとなりました。

本調査は、明細書の発行状況および患者・ご家族様の満足度について把握し、その状況について検討すること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、本調査の趣旨をご理解の上、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 21 年 8 月 15 日（土曜日）までにご返信いただくとともに、貴施設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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）事務局

「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」

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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）

問合せ専用 EMAIL：meisaisyo@mizuho-ir.co.jp

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の点数、費用を記載します。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、処方される薬剤ごとの費用を記載します。

| 領 収 証 | | | | |
|---------------|-----------|-------|------|-----------|
| 患者番号 | 氏名 | | | |
| | | 様 | | |
| 領収書 No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 |
| | 平成 年 月 日 | | | |
| 保険 | 調剤技術料 | 薬学管理料 | 薬剤料 | 特定保健医療材料料 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険外負担 | 詳細療養・適定療養 | その他 | | |
| | (内訳) | (内訳) | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | 合計 | 円 | 円 |
| | | 負担額 | 円 | 円 |
| | | 領収額合計 | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇〇薬局 | | | | |

| 明 細 書 | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|------|--------------------------------|---------|-------|-----------------------|-----|------------------------|-------|------|---|
| 調剤報酬明細書 平成 21 年 4 月 分 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 4 調剤 | | 1 社 | 1 単独 | 2 本外 | |
| | | | | | | 保険 | | | | | |
| | | | | | | 記号・番号 | | | | | |
| 保険薬局の所在地および名称 | | | | | | | | | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇薬局 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 男・女 | 年 | 月 | 日生 | 様 | 特記事項 | | | | | |
| 職務上の事由 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | 東京都〇〇区 〇-〇-〇 〇〇医院 | | | | 保険医氏名 | 1 2 3 4 5 | | 6 7 8 9 10 | | 受付回数 | 回 |
| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 | | 調剤数量 | 調剤報酬点数 | | | 公費分点数 | | |
| | | | 医薬品名・規格・用量・剤形・用法 | 単位薬剤料 点 | | 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 | | | |
| 1 | 4・24 | 4・24 | 〇〇〇0.1% 5g 「外用」1日1-2回顔に塗布 | 10 | 1 | 10 | 10 | | | | |
| 1 | 4・24 | 4・24 | 〇〇〇軟膏0.3% 5g 「外用」1日1-2回首に塗布 | 14 | 1 | 10 | 14 | | | | |
| 領 要 | | | | | | | | | 円 | | |
| 保 険 | | | | | | | | | 点 | | |
| 請求点 | | | | | | | | | 点 | | |
| 決定点 | | | | | | | | | 点 | | |
| 一部負担金額 円 | | | | | | | | | 円 | | |
| 基本料点 | | | | | | | | | 点 | | |
| 時 間 点 | | | | | | | | | 点 | | |
| 薬学管理料 | | | | | | | | | 点 | | |
| 1 ① | | | | | | | | | 45 | | |
| ② | | | | | | | | | | | |

<明細書とは>

- 右の明細書例は、調剤報酬を請求する際に使用する調剤報酬明細書を患者様に渡している場合の例です。
- この他の様式でも、薬剤など個別の点数の内訳を記載したものを患者様に渡している場合であれば、明細書に含まれます。

患者様各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）

明細書発行の一部義務化の実施状況調査 （患者調査票）へのご協力をお願い

謹啓 時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成18年4月より領収証（医療費の内訳が分かるもの）の無償での発行がすべての医療機関、薬局、訪問看護ステーションに義務化され、加えて平成20年4月より、患者様からのご依頼があれば、領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かる「明細書」の発行が、一部の医療機関で義務付けられました。（領収証、明細書の見本は本状裏面をご参照ください）

この見直しを受け、明細書の発行状況や、患者様・ご家族の方の明細書に対する満足度などを把握するため、厚生労働省の委託事業として、患者様に対するアンケート調査が実施されることになりました。

このアンケート調査では、平成21年7月時点で、病院や一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等をご利用されている患者様を対象として、ご利用施設を通じて調査票をお配りし、患者様にご回答いただくものです。

この調査の結果は、今後の明細書発行の在り方を検討する際の大変貴重な資料として活用されることとなります。

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

<記入方法等>

- ・ ご記入にあたって、該当する番号に○をつけてください。
- ・ この調査は無記名で行います。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。従って、この調査票を受け取った施設のご利用にあたっては、いかなる不利益をこうむることはございません。
- ・ ご記入後は、お配りした封筒に封入して8月15日（土）までにご投函ください。
- ・ 調査内容等ご不明な点は下記問い合わせ先におたずねください。

みずほ情報総研 株式会社 社会経済コンサルティング部

担当：田中陽香（はるか）・山上敬・志岐直美

電話：0120-702-216

（受付時間：9:30～17:30 土日・祝日を除く）

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の点数、費用が記載されています。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、処方される薬剤ごとの費用が記載されています。

| 領 収 証 | | | | |
|---------|-----------|-------|------|-----------|
| 患者番号 | 氏名 | | | |
| | 様 | | | |
| 領収書 No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 |
| | 平成 年 月 日 | | | |
| 保険 | 調剤技術料 | 薬学管理料 | 薬剤料 | 特定保健医療材料料 |
| | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 保険外負担 | 評価検査・測定検査 | その他 | | |
| | (内訳) | (内訳) | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | 合計 | 円 | 円 |
| | | 負担額 | 円 | 円 |
| | | 領収額 | | |
| | | 合計 | | |

東京都〇〇区〇〇
〇〇薬局

| 明細書 | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-------------|-------------------------|----------|----------------------------------|--|-------------|---|
| 調剤報酬明細書 平成 21 年 4 月分 | | | | | 4調剤 1社 1単独 2本外 | | | | | |
| 市町村 | | 老人受 | | | 保険 | | | | | |
| 公費① | | 公受① | | | 記号・番号 | | | | | |
| 公費② | | 公受② | | | 保険薬局の所在地および名称 | | | | | |
| | | | | | 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇〇 〇〇薬局 | | | | | |
| 氏名 | | 様 | | | 特記事項 | | | | | |
| 男・女 | | 年 月 日生 | | | 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇〇 〇〇薬局 | | | | | |
| 職務上の事由 | | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | 東京都〇〇区 〇-〇-〇〇 〇〇医院 | | | 保険医氏名 | | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | | 受付回数 | 回 |
| 医師番号 | 処方月日 | 調剤月日 | 処方 医薬品名・規格・ 用量・剤形・用法 | 単位薬剤 料 点 | 調剤 数量 | 調剤報酬点数 点 | | | 公費分点 数 点 | |
| 1 | 4・24 | 4・24 | 〇〇〇0.1% 5g 「外用」1日1-2回顔に塗布 | 10 | 1 | 10 | 10 | | | |
| 1 | 4・24 | 4・24 | 〇〇〇軟膏0.3% 5g 「外用」1日1-2回首に塗布 | 14 | 1 | 10 | 14 | | | |
| | | | | | | 生高額 円 | | | | |
| | | | | | | 中公 点 | | | | |
| | | | | | | 小公 点 | | | | |
| 保 険 | | 請求点 | 中決定点 | 一部負担金額 円 | 基料点 基 | 時間 点 | 薬学管理料 | | | |
| ① | | 163 | | | 74 | 1 | 45 | | | |
| ② | | | | | | | | | | |

<明細書とは>

- 右の明細書例は、薬局が医療保険者に調剤報酬を請求する際に使用する調剤報酬明細書を、患者様に渡している場合の例です。
- この他の様式でも、薬剤など個別の点数の内訳を記載したものを患者様に渡している場合もあります。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
明細書発行の一部義務化の実施状況調査 調査票

- 特に指示がある場合を除いて、平成21年7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 21 年 () 月 () 日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先 FAX 番号 | |

■貴施設の概要についてお伺いします。

問 1 貴施設の**開設者**として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | |
|-------|-------|
| 01 法人 | 02 個人 |
|-------|-------|

問 2 貴施設の職員数について、薬剤師数、事務担当の職員数、また医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員について、人数をご記入下さい。

| 職員数 | 常勤 | | 非常勤(常勤換算) | |
|---------------------------------|----|---|-----------|---|
| | 人数 | 人 | 人数 | 人 |
| (再掲) 薬剤師数 | | 人 | | 人 |
| (再掲) 事務担当の職員数 | | 人 | | 人 |
| 医療事務に携わる派遣社員・外部委託の常駐社員数(常勤換算のみ) | | | | 人 |

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法
 貴施設の1週間の通常勤務時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位までご記入下さい。
 例: 1週間の通常勤務時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の事務職員が1人いる場合

$$\text{非常勤事務職員数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問 3 貴施設の平成 21 年 6 月 1 カ月間における処方せんの受付状況について、ご記入下さい。

| | | | |
|----------------|--------------|------------|--------------|
| (1) 調剤報酬明細書の件数 | () 件 | (2) 処方せん枚数 | () 件 |
|----------------|--------------|------------|--------------|

問 4 貴施設の施設基準等の届出状況について、該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

| | | |
|-------------------|-------------------|-------|
| 01 基準調剤加算 1 (10点) | 02 基準調剤加算 2 (30点) | 03 なし |
|-------------------|-------------------|-------|

■ IT化の状況についてお伺いします。

| | | | |
|--|--------|--------|---------|
| 問 5 貴施設では、医事会計システムを利用していますか。今後の意向も含め該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 01 稼働中 | 02 開発中 | 03 計画中 | 04 計画なし |

| | |
|--|-------------------------|
| 問 6 貴施設では、請求方法はどのようになっていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 オンライン請求 | 02 電子媒体 (MO や FD) による提出 |
| 03 紙による提出 (医事会計システムを使用) | 04 紙による提出 (手書き) |

■ 領収証の発行状況についてお伺いします。

| | |
|--|---|
| 問 7 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の領収証※の発行件数について、ご記入下さい。 | |
| 領収証の発行件数 | 件 |

※領収証とは、「医療費の内訳が分かるもの」として発行されるもので、一般に「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分され、各項目の費用が記載されているものです。具体的な例は依頼状の裏面をご覧ください。

■ 明細書の発行状況についてお伺いします。

| | |
|--|---------|
| 問 8 明細書 (領収書より詳細に個別の診療報酬点数の算定項目の明細を記載したもの：具体的な例は <u>依頼状の裏面</u> をご覧ください。)の発行については、患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていますが、こういった明細書についてご存じですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 知っている | 02 知らない |

| | |
|---|--|
| 問 9 貴施設では、 明細書 の発行について、 患者 に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 支払い窓口に明細書を発行している旨を明示している | |
| 02 待合室に明細書を発行している旨のポスター等を貼っている | |
| 03 来局者にチラシ等を配布している | |
| 04 その他 () | |
| 05 特に何も周知していない | |

| | |
|---|----------|
| 問 10 貴施設では、 明細書 の発行について「患者から求めがあった場合には、一部の医療機関についてその発行が義務化されており、その他の医療機関、薬局、訪問看護ステーションについては、その発行に努めることとされていること」について、 職員 に対して周知を行っていますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 している | 02 していない |

| | | |
|--|-----------|-------------|
| 問 11 貴施設では、患者から 明細書 の発行の依頼ほどの程度ありますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | |
| 01 ほぼ毎日ある | 02 週に数回ある | 03 1カ月に数回ある |
| 04 年に数回ある | 05 ほとんどない | 06 わからない |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| 問 12 貴施設では、 明細書 を発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) なお、発行している場合は、その 発行開始時期 についてご記入下さい。 | | |
| 01 | 患者からの依頼にかかわらず、全ての患者について発行している →全ての患者に発行をはじめた時期 →一部の患者のみに発行していた期間があれば、それをはじめた時期 | 平成・昭和()年()月 平成・昭和()年()月 |
| 02 | 一部の患者についてのみ発行している →発行をはじめた時期 | 平成・昭和()年()月 |
| 03 | 発行していない →問 20へ | |

| | |
|--|-------------------------------|
| 問 12-1 問 12で「02 一部の患者についてのみ発行している」と回答した施設にのみ伺います。貴施設で、 明細書 を一部の患者にのみ発行しているのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 | 依頼があった患者についてのみ発行をしているため |
| 02 | 治療上の理由等で発行しない方がよいと思われることがあるため |
| 03 | 事務負担が大きいため |
| 04 | その他 () |

<ここからは明細書を発行している(問 12で01または02を回答した)保険薬局にお伺いします>

| | |
|---|---|
| 問 13 貴施設での平成 21 年 6 月 1 カ月間の 明細書 の発行件数について、ご記入下さい。 | |
| 明細書の発行件数 | |
| | 件 |

| | |
|--|------------|
| 問 14 貴施設での 明細書 の発行は主にどのタイミングで行いますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 調剤日 | 02 次回来局時 |
| 03 月 1 回まとめて | 04 その他 () |

| | |
|---|-------------------|
| 問 15 貴施設での 明細書 の記載内容に該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | |
| 01 保険薬局名 | 02 保険医氏名 |
| 03 調剤報酬点数の個別項目 | 04 調剤報酬点数の個別単価・件数 |
| 05 その他 () | |

| | |
|--|------------------|
| 問 16 貴施設の 明細書 の様式はどのようなものですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 レセプトと同じ様式 | 02 自施設で独自に作成した様式 |

| | |
|---|------------------------|
| 問 17 貴施設では 明細書 をどのように発行していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | |
| 01 パソコン等から自動的に出力している | 02 パソコン等でその都度作成し発行している |
| 03 手書きで発行している | 04 その他 () |

| | | |
|---|--------------------|---------------------|
| 問 18 貴施設では 明細書 発行にあたり、(1) 費用を徴収していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) 費用を徴収している場合には、(2) 1 件あたりの金額をご記入下さい。 | | |
| (1) 徴収の有無と徴収方法 | 01 1 件ごとに定額を徴収している | 02 ページ数ごとに定額を徴収している |
| | 03 その他 () | 04 徴収していない |
| (2) 1 件あたりの徴収額 (ページ数ごとの徴収等の場合には平均額をご記入下さい) | | (_____) 円/件 |

| | | | |
|--|-------------|------------|------------|
| 問 19 貴施設において 明細書 を発行するようになって以下の点についてどのような変化がありましたか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(それぞれについて○は1つ) | | | |
| 患者の医療内容への理解 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえて浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者との信頼関係 | 01 大変深まった | 02 やや深まった | 03 変わらなかった |
| | 04 かえて浅くなった | 05 よく分からない | |
| 患者からの問合せ | 01 大変増えた | 02 やや増えた | 03 変わらなかった |
| | 04 かえて減った | 05 よく分からない | |

＜ここからは明細書を発行していない（問 12 で 03 と回答した）保険薬局にお伺いします＞

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| 問 20 貴施設において 明細書 を発行していないのはなぜですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | | | |
| 01 希望する患者がない | | 02 希望する患者が少ない | |
| 03 発行する設備が整っていない(設備に費用がかかる) | | 04 事務負担が大き(職員不足) | |
| 05 その他 () | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
| 問 21 貴施設において患者から 明細書 発行の依頼があった場合には、どのように対応していますか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも) | | | |
| 01 患者に調剤の内容について説明している | | 02 明細書を発行できない理由を説明している | |
| 03 その他 () | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| 問 22 貴施設では 明細書 の発行について今後どのようにしようとお考えですか。該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。(○は1つ) | | | |
| 01 発行する予定はない | | 02 患者からの依頼があれば発行する | |
| 03 未定 | | 04 その他 () | |

■最後に、領収証ならびに明細書の発行に関して良かったと思う点、困った点をはじめご意見がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

| | |
|--|--|
| <p>＜領収証＞</p> <p>良かった点：</p> <p>困った点：</p> | |
| <p>＜明細書＞</p> <p>良かった点：</p> <p>困った点：</p> | |
| <p>＜その他、患者への情報提供に関して積極的に取り組んでいることがございましたら、ご記入ください＞</p> | |

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、8月15日(土)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票）

■これは薬局で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状(裏面)をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺い致します。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ）

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

(2) あなた（患者様）の年齢は？

| |
|-------|
| () 歳 |
|-------|

(3) この調査票を受け取った薬局はかかりつけですか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

(4) この調査票を受け取った薬局を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。（○は1つ）

| | | |
|---------|---------|----------|
| 01 1回未満 | 02 1回 | 03 2～3回 |
| 04 4～5回 | 05 6回以上 | 06 今回初めて |

(5) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

| | |
|------------------|----------------------|
| 01 国民健康保険 | 02 社会保険・共済（本人） |
| 03 社会保険・共済（被扶養者） | 04 後期高齢者医療広域連合（広域連合） |
| 05 その他（ | ） |

(6) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの
（例：小児医療や難病に対する医療など）

(7) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

| | | | |
|-----------|--------|---------|---|
| 01 患者様ご本人 | 02 ご家族 | 03 その他（ | ） |
|-----------|--------|---------|---|

■領収証についてお伺い致します。

問 2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

| | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 3. この調査票を受け取った薬局で、領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

| | |
|----------|-------------|
| 01 受け取った | 02 受け取っていない |
|----------|-------------|

問 3-1. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。受け取った領収証は、「調剤技術料」や「薬学管理料」、「薬剤料」などに区分されたものでしたか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

問 3-2. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。領収証の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい | 05 非常に分かりにくい | |

■明細書についてお伺い致します。

問 4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。（○は1つ）

01 知っている

02 知らない

問 4-1. 問 4 で「01 知っている」と回答された方に伺います。

明細書を受け取れることについて知ったきっかけは何ですか。（○は1つ）

01 薬局内のポスター／掲示／パンフレット等

02 薬局側から明細書を発行されて

03 薬局側からの紹介（口頭）

04 新聞、インターネット等メディアから

05 知人から

06 その他（

）

問 5. この調査票を受け取った薬局で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問 6. これまでに薬局で明細書を受け取ったことはありますか。（それぞれ○は1つ）

| | | |
|---------------|-------|-------|
| この調査票を受け取った薬局 | 01 ある | 02 ない |
| 上記以外の薬局 | 01 ある | 02 ない |

問 7. この調査票を受け取った薬局で、明細書の発行を依頼したことはありますか。（○は1つ）

01 ある

02 ない

問 7-1. 問 7 で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。明細書の発行を依頼した際の薬局の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。（○は1つ）

01 依頼した当日に発行された

02 後日発行された

03 後日受け取る予定である

04 発行されなかった

問 7-2. 問 7-1 で「04 発行されなかった」と回答された方に伺います。その際、あなた（患者様）はどうされましたか。その結果どうなりましたか。（○はいくつでも）

01 不明点を薬局に質問・相談した

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

02 発行されない理由を薬局に質問した

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

03 医療費の内訳を薬局に聞いた

→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった

04 特に何もしなかった

05 その他（

）

■ここからは、これまでに「薬局」で「明細書」を受け取ったことがある方（問6で01を1つ以上選択した方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問8. 明細書は、どなたのために発行されたものですか。（○はいくつでも）

01 自分 02 家族 03 その他（ ）

問9. 薬局で受け取った明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

01 非常に分かりやすい 02 分かりやすい 03 どちらともいえない
04 分かりにくい 05 非常に分かりにくい

問10. 薬局で明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 治療／投薬内容が分かりやすくなった
02 医療費の内訳が分かりやすくなった
03 薬剤師等に治療／投薬について質問、相談しやすくなった
04 薬局を選択する際の参考になった
05 薬局への安心感、信頼感が増した
06 その他（ ）
07 なし

問11. 薬局で明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 治療／投薬内容が分かりにくかった
02 医療費の内訳が分かりにくかった
03 薬剤師等に治療／投薬について質問、相談しにくかった
04 薬局を選択する際の参考にならなかった
05 薬局への安心感、信頼感が減った
06 その他（ ）
07 なし

問11-1. 問11で「07 なし」以外を選択された方に伺います。上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

01 不明点を薬局に質問・相談した
 → 結果（いずれかを○）： 解決した・解決しなかった
02 特に何もしなかった
03 その他（ ）

問12. 薬局で受け取った明細書はどのような書面でしたか。（○は1つ）

01 パソコンなど機械で出力されたもの 02 手書きのもの
03 分からない 04 その他（ ）

問13. 薬局での明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。（○は1つ）手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

01 手数料がかかった（金額： _____ 円）
02 手数料はかからなかった 03 分からない

問13-1. 問13で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。その手数料の金額をどのように感じましたか。（○は1つ）

01 非常に高い 02 高い 03 妥当である
04 安い 05 非常に安い

■ここからは、すべての方にお伺い致します。

問 14. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。(○は1つ)

01 思う

02 思わない

03 どちらともいえない

問 15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

01 金額によらず希望する

02 無料であれば希望する

03 実費相当であれば希望する

04 希望しない

05 分からない

■最後に、領収証・明細書についてご意見やご要望がありましたら、下欄に自由にお書きください。

<領収書>

<明細書>

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、8月15日(土)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

平成 21 年 7 月

各 位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、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、「明細書発行の一部義務化」として、患者様から求められた場合には、領収証よりもさらに詳細な医療費の内容がわかる明細書の発行が、一部医療機関で義務化されました。（領収証、明細書の見本については裏面をご覧ください）

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、「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」が実施されることとなりました。

本調査は、明細書の発行状況および患者・ご家族様の満足度について把握し、その状況について検討すること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、本調査の趣旨をご理解の上、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 21 年 8 月 15 日（土曜日）までにご返信いただくとともに、貴施設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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）事務局
「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」
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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問合せ専用 EMAIL：meisaisyo@mizuho-ir.co.jp

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行するものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費を記載します。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳を記載します。

| 領 収 証 | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|----------|------|-------------------|-------|-----------------|----|-----------|
| 患者番号 | | 氏名 | | | 請求期間（入院の場合） | | | | |
| | | 様 | | | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 | | | | |
| 受診科 | 入・外 | 領収書No. | 発行日 | | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 | 区分 | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 保 険 | 初・再診料 | 入院料 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 | 投薬 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 注射 | リハビリテーション | 処置 | 手術 | 麻酔 | 放射線治療 | 歯冠修復および 交換補綴 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 歯科矯正 | 病理診断 | 食事療養 | 生活療養 | | | | | |
| 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | |
| 保 険 外 負 担 | 経銷療費・送迎療費 | その他 | | | 保 険 | | 保 険 (食 事・生 活) | | 保 険 外 負 担 |
| | | | | | 円 | | 円 | | 円 |
| | (内訳) | (内訳) | | | 円 | | 円 | | 円 |
| | | | | | 円 | | 円 | | 円 |
| | | | | | 領収額 合計 円 | | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇診療所 〇 〇 〇 〇 領収印 | | | | | | | | | |

| 診療明細書 | | | | | |
|-------|-----------|-----|-----|---|-----|
| 外来 | | 保 険 | | | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 | 月 日 |
| 受診科 | | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 | | |
| 初・再診料 | * 再診料 | 40 | 1 | | |
| 歯科矯正 | * 歯科矯正管理料 | 300 | 1 | | |

患者様各位

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）

明細書発行の一部義務化の実施状況調査

（患者調査票）へのご協力をお願い

謹啓 時下、ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成18年4月より領収証（医療費の内訳が分かるもの）の無償での発行がすべての医療機関、薬局、訪問看護ステーションに義務化され、加えて平成20年4月より、患者様からのご依頼があれば、領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かる「明細書」の発行が、一部の医療機関で義務付けられました。（領収証、明細書の見本は本状裏面をご参照ください）

この見直しを受け、明細書の発行状況や、患者様・ご家族の方の明細書に対する満足度などを把握するため、厚生労働省の委託事業として、患者様に対するアンケート調査が実施されることになりました。

このアンケート調査では、平成21年7月時点で、病院や一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等をご利用されている患者様を対象として、ご利用施設を通じて調査票をお配りし、患者様にご回答いただくものです。

この調査の結果は、今後の明細書発行の在り方を検討する際の大変貴重な資料として活用されることとなります。

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

<記入方法等>

- ・ ご記入にあたって、該当する番号に○をつけてください。
- ・ この調査は無記名で行います。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。従って、診療においていかなる不利益をこうむることはございません。
- ・ ご記入後は、お配りした封筒に封入して8月15日（土）までにご投函ください。
- ・ 調査内容等ご不明な点は下記問い合わせ先におたずねください。

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

担当：田中陽香（はるか）・山上敬・志岐直美

電話：0120-702-216

（受付時間：9:30～17:30 土日・祝日を除く）

領収証、明細書の例

領収証：「医療費の内訳が分かるもの」として、無料で発行されるものです。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分され、各項目の点数、医療費が記載されています。

明細書：「領収証よりも更に詳しい医療費の内訳が分かるもの」です。これは、患者様から発行の依頼があった際に、一部の医療機関において発行が義務付けられています。一般に、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などの各項目の内訳が記載されています。

| 領 収 証 | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|----------|---------------------|-----------|-----------|-----------------|---|--|
| 患者番号 | | 氏名 | | 請求期間 (入院の場合) | | | | | |
| | | 様 | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | |
| 受診科 | 入・外 | 領収書 No. | 発行日 | 費用区分 | 負担割合 | 本・家 | 区分 | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 保険 | 初・再診料 | 入院料 | 医学管理等 | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 | 投薬 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 注射 | リハビリテーション | 処置 | 手術 | 麻酔 | 放射線治療 | 歯石除去および 欠損補綴 | | |
| | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | |
| | 歯科矯正 | 病理診断 | 食事療養 | 生活療養 | | | | | |
| 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | |
| 保険外 負担 | 評価療養・選定療養 | その他 | | | 保険 | 保険(食事・生活) | 保険外負担 | | |
| | | | | | 合計 | 円 | 円 | 円 | |
| | (内訳) | (内訳) | | | 負担額 | 円 | 円 | 円 | |
| | | | | | 領収額 合計 | 円 | | | |
| 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇診療所 〇 〇 〇 〇 | | | | | | | | | |

| 診療明細書 | | | | | | |
|-------|-----------|-----|-----|---|---|---|
| 外来 | | 保険 | | | | |
| 患者番号 | 氏名 | 様 | 受診日 | 年 | 月 | 日 |
| 受診科 | | | | | | |
| 部 | 項目名 | 点数 | 回数 | | | |
| 初・再診料 | * 再診料 | 40 | 1 | | | |
| 歯科矯正 | * 歯科矯正管理料 | 300 | 1 | | | |

<領収証、明細書の見方>

- 医療費の総額は「点数×10円」の合計金額です (1点=10円)。
- 上記金額に対して、患者様の負担割合から算出した金額 (負担額) を窓口でお支払頂いています。

明細書発行の一部義務化の実施状況調査（患者調査票） (1)-17

■これは歯科診療所で受け取る「領収証」および「明細書」に関するアンケートです。なお、領収証と明細書は異なるものです。領収証および明細書に関する説明は依頼状(裏面)をご参照ください。

問1. あなた（患者様）自身のことについて、お伺い致します。

(1) あなた（患者様）の性別は？（○は1つ）

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

(2) あなた（患者様）の年齢は？

| |
|-------|
| () 歳 |
|-------|

(3) この調査票を受け取った歯科診療所はかかりつけですか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

(4) この調査票を受け取った歯科診療所を利用する回数は1カ月にどの程度ですか。（○は1つ）

| | | |
|---------|---------|----------|
| 01 1回未満 | 02 1回 | 03 2～3回 |
| 04 4～5回 | 05 6回以上 | 06 今回初めて |

(5) 健康保険の種類は何ですか。（○は1つ）

| | |
|------------------|----------------------|
| 01 国民健康保険 | 02 社会保険・共済（本人） |
| 03 社会保険・共済（被扶養者） | 04 後期高齢者医療広域連合（広域連合） |
| 05 その他（ | ） |

(6) 公費負担医療※により自己負担が軽減されていますか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

※自治体が発行する受給者証などにより、医療費負担が3割未満となるもの
（例：小児医療や難病に対する医療など）

(7) 本アンケートの記入者はどなたですか。（○は1つ）

| | | | |
|-----------|--------|---------|---|
| 01 患者様ご本人 | 02 ご家族 | 03 その他（ | ） |
|-----------|--------|---------|---|

■領収証についてお伺い致します。

問 2. 現在、病院や一般診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションでは、「医療費の内訳が分かる領収証」を無料で発行することが義務付けられています。このことをご存知ですか。（○は1つ）

| | |
|----------|---------|
| 01 知っている | 02 知らない |
|----------|---------|

問 3. この調査票を受け取った歯科診療所で、領収証を受け取りましたか。（○は1つ）

| | |
|----------|-------------|
| 01 受け取った | 02 受け取っていない |
|----------|-------------|

問 3-1. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。受け取った領収証は、「初・再診料」や「検査」、「投薬」、「注射」などに区分されたものでしたか。（○は1つ）

| | |
|-------|--------|
| 01 はい | 02 いいえ |
|-------|--------|

問 3-2. 問 3 で領収証を「01 受け取った」と回答された方に伺います。領収証の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 01 非常に分かりやすい | 02 分かりやすい | 03 どちらともいえない |
| 04 分かりにくい | 05 非常に分かりにくい | |

■明細書についてお伺い致します。

問 4. 現在、領収証より更に詳しい医療費の明細が知りたい場合、あなた（患者様）が依頼すれば明細書を受け取ることができる場合があります。このことをご存じですか。（〇は1つ）

01 知っている

02 知らない

問 4-1. 問 4 で「01 知っている」と回答された方に伺います。

明細書を受け取れることについて知ったきっかけは何ですか。（〇は1つ）

01 歯科診療所内のポスター／掲示／パンフレット等

02 歯科診療所側から明細書を発行されて

03 歯科診療所側からの紹介（口頭）

04 新聞、インターネット等メディアから

05 知人から

06 その他（

）

問 5. この調査票を受け取った歯科診療所で、明細書の発行に関するポスター等の案内を見たことがありますか。（〇は1つ）

01 ある

02 ない

問 6. これまでに歯科診療所で明細書を受け取ったことはありますか。（それぞれ〇は1つ）

この調査票を受け取った歯科診療所

01 ある

02 ない

上記以外の歯科診療所

01 ある

02 ない

問 7. この調査票を受け取った歯科診療所で、明細書の発行を依頼したことはありますか。（〇は1つ）

01 ある

02 ない

問 7-1. 問 7 で明細書の発行を依頼したことが「01 ある」と回答された方に伺います。明細書の発行を依頼した際の歯科診療所の対応について、以下のうち当てはまるものを選択してください。（〇は1つ）

01 依頼した当日に発行された

02 後日発行された

03 後日受け取る予定である

04 発行されなかった

問 7-2. 問 7-1 で「04 発行されなかった」と回答された方に伺います。その際、あなた（患者様）はどうされましたか。その結果どうになりましたか。（〇はいくつでも）

01 不明点を歯科診療所に質問・相談した

→ 結果（いずれかを〇）：解決した・解決しなかった

02 発行されない理由を歯科診療所に質問した

→ 結果（いずれかを〇）：解決した・解決しなかった

03 医療費の内訳を歯科診療所に聞いた

→ 結果（いずれかを〇）：解決した・解決しなかった

04 特に何もしなかった

05 その他（

）

■ここからは、これまでに「歯科診療所」で「明細書」を受け取ったことがある方（問6で01を1つ以上選択した方）にお伺い致します。（それ以外の方は、問14以下をご回答ください。）

問8. 明細書は、どなたのために発行されたものですか。（○はいくつでも）

01 自分 02 家族 03 その他（ ）

問9. 歯科診療所で受け取った明細書の内容は分かりやすいですか。（○は1つ）

01 非常に分かりやすい 02 分かりやすい 03 どちらともいえない
04 分かりにくい 05 非常に分かりにくい

問10. 歯科診療所で明細書を受け取って良かった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 治療／検査内容が分かりやすくなった
02 医療費の内訳が分かりやすくなった
03 歯科医師等に治療／検査について質問、相談しやすくなった
04 歯科診療所を選択する際の参考になった
05 歯科診療所への安心感、信頼感が増した
06 その他（ ）
07 なし

問11. 歯科診療所で明細書を受け取って不満だった点は何ですか。（○はいくつでも）

01 治療／検査内容が分かりにくかった
02 医療費の内訳が分かりにくかった
03 歯科医師等に治療／検査について質問、相談しにくかった
04 歯科診療所を選択する際の参考にならなかった
05 歯科診療所への安心感、信頼感が減った
06 その他（ ）
07 なし

問11-1. 問11で「07 なし」以外を選択された方に伺います。上記問題点があったとき、どうされましたか。その結果どうになりましたか。（○はいくつでも）

01 不明点を歯科診療所に質問・相談した
→ 結果（いずれかを○）：解決した・解決しなかった
02 特に何もしなかった
03 その他（ ）

問12. 歯科診療所で受け取った明細書はどのような書面でしたか。（○は1つ）

01 パソコンなど機械で出力されたもの 02 手書きのもの
03 分からない 04 その他（ ）

問13. 歯科診療所での明細書の発行にあたり、手数料はかかりましたか。（○は1つ）手数料がかかった場合は、1回につきいくらでしたか。

01 手数料がかかった（金額： _____ 円）
02 手数料はかからなかった 03 分からない

問13-1. 問13で「01 手数料がかかった」と回答された方に伺います。その手数料の金額をどのように感じましたか。（○は1つ）

01 非常に高い 02 高い 03 妥当である
04 安い 05 非常に安い

■ここからは、すべての方にお伺い致します。

問 14. 治療内容をより深く理解するために、明細書は役立つと思いますか。(○は1つ)

01 思う

02 思わない

03 どちらともいえない

問 15. 領収証に加えて明細書の発行を希望しますか。(○は1つ)

01 金額によらず希望する

02 無料であれば希望する

03 実費相当であれば希望する

04 希望しない

05 分からない

■最後に、領収証・明細書についてご意見やご要望がありましたら、下欄に自由にお書きください。

<領収書>

<明細書>

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、8月15日(土)までに同封の返信用封筒に入れ、ご投函ください(切手貼付不要)。

平成21年7月

各位

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）
「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び
回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」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亜急性期入院医療管理料2等が新設され、また、これまでの改定においても、回復期リハビリテーション病棟入院料や7対1入院基本料などの新設により、制度改革等と連動した形で医療機能の分化・連携が進められております。

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、「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査」が実施されることとなりました。

本調査は、「7対1入院基本料」、「10対1入院基本料」、「亜急性期入院医療管理料」、「地域連携診療計画管理料」及び「地域連携診療計画退院時指導料」を届出ている保健医療機関を対象として、各医療機能に係る提供状況や入退棟時の患者の状況などについて把握すること等を目的として実施するものです。なお、「回復期リハビリテーション病棟入院料」の届出病院に対しては、中医協・診療報酬改定結果検証部会で同時に実施している「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査」において調査を行います。

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、本調査の趣旨をご理解の上、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いたします。

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21年8月24日（月）までにご返信いただき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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）事務局
「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）
問い合わせ専用 E-Mail：iryokinou@mizuho-ir.co.jp

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成21年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- 設問中の「一般病棟」は、「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料、短期滞在手術基本料が算定可能な病棟・病室を除く）」を指します。

■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21年（ ）月（ ）日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先FAX番号 | |

■貴病院の概要についてお伺いします。

問1 貴病院の開設者とし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、一部事務組合、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、その他法人）

問2 貴病院の承認等の状況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）

| | | |
|---------------------|------------------|-----------------------|
| 承認等の状況 (○はいくつでも) | 01 高度救命救急センター | 08 特定機能病院 |
| | 02 救命救急センター | 09 地域医療支援病院 |
| | 03 二次救急医療機関 | 10 DPC 対象病院 |
| | 04 災害拠点病院 | 11 DPC 準備病院 |
| | 05 総合周産期母子医療センター | 12 がん診療連携拠点病院 |
| | 06 地域周産期母子医療センター | 13 専門病院 ^{注1} |
| | 07 小児救急医療拠点病院 | |

注1) 専門病院とは、主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たものを指す。

問3 貴病院における下記の診療報酬に係る届出の状況について、届出を行っているものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

| | | |
|--------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 届出の状況 (〇はいくつでも) | 01 入院時医学管理加算 | 09 医師事務作業補助体制加算 100対1補助体制加算 |
| | 02 臨床研修病院入院診療加算1(単独型・管理型) | 10 緩和ケア診療加算 |
| | 03 臨床研修病院入院診療加算2(協力型) | 11 医療安全対策加算 |
| | 04 超急性期脳卒中加算 | 12 褥瘡患者管理加算 |
| | 05 診療録管理体制加算 | 13 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 |
| | 06 医師事務作業補助体制加算 25対1補助体制加算 | 14 退院調整加算 |
| | 07 医師事務作業補助体制加算 50対1補助体制加算 | 15 後期高齢者退院調整加算 |
| | 08 医師事務作業補助体制加算 75対1補助体制加算 | |

問4 貴病院における平成21年6月時点の下記の診療報酬に係る届出の状況について、届出を行っているものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

| | | 平成21年6月 |
|-----------------|----|--------------------|
| 届出の状況 (〇はいくつでも) | 01 | 一般病棟7対1入院基本料(準7対1) |
| | 02 | 一般病棟10対1入院基本料 |
| | 03 | 回復期リハビリテーション病棟入院料1 |
| | 04 | 回復期リハビリテーション病棟入院料2 |
| | 05 | 亜急性期入院医療管理料1 |
| | 06 | 亜急性期入院医療管理料2 |

問5 貴病院の平成21年6月1日時点の下記の診療報酬に係る届出の状況及び届出病床数についてご記入ください。

| | | 平成21年6月1日 | |
|-----------------------------|--------------------|-----------|-----|
| | | 届出状況 | 病床数 |
| (1) 届出病床数 総数 | | | 床 |
| (2) [再掲] 一般病床 | | | 床 |
| (3) [再々掲] 一般病棟入院基本料のみ算定する病床 | | | 床 |
| 〔再掲〕 特定入院料の 届出病床 | (4) ①救命救急入院料 | 有・無 | 床 |
| | ②特定集中治療室管理料 | 有・無 | 床 |
| | ③ハイケアユニット入院医療管理料 | 有・無 | 床 |
| | ④脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 有・無 | 床 |
| | ⑤新生児特定集中治療室管理料 | 有・無 | 床 |
| | ⑥総合周産期特定集中治療室管理料 | 有・無 | 床 |
| | ⑦小児入院医療管理料1 | 有・無 | 床 |
| | ⑧回復期リハビリテーション病棟入院料 | | 床 |
| | ⑨亜急性期入院医療管理料 | | 床 |
| (5) [再掲] 療養病床(医療保険適用) | 有・無 | 床 | |
| (6) [再々掲] 回復期リハビリテーション病棟入院料 | | 床 | |
| (7) 療養病床(介護保険適用) | 有・無 | 床 | |
| (8) 精神病床 | 有・無 | 床 | |
| (9) その他(感染病床・結核病床等) | 有・無 | 床 | |

■貴病院の医療提供状況についてお伺いします。

問6 貴病院の外来患者延べ数、入院患者延べ数、全身麻酔手術件数、他の医療機関からの患者紹介比率について、平成20年6月及び平成21年6月の総数をご記入ください。

| | 平成20年6月 | 平成21年6月 |
|-----------------------------------|---------|---------|
| (1) 外来患者延べ数 | 人 | 人 |
| (2) 入院患者延べ数 | 人 | 人 |
| (3) 全身麻酔（静脈麻酔は除く）手術件数 | 件 | 件 |
| (4) 他の保険医療機関等からの紹介率 ^{注1} | % | % |

注1) 紹介率の算出方法

紹介率は、下記のように算出して小数第二位を切り捨て、小数第一位までを記入。

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者の数} + \text{緊急的に入院し治療を必要とした救急患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$$

○ 紹介患者の数：別の保険医療機関等から文書により紹介等された患者数（特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く）

○ 初診患者の数：休日・夜間に受診した救急患者（緊急的に入院し、治療を必要とした救急患者の数を除く）を除く初診患者の総数

問7 貴病院の平成21年6月1日時点で雇用している職員数をご記入ください。

| | 平成21年6月1日 | |
|---------------------------------------|-----------|------------------------------|
| | 常勤 | 非常勤 (常勤換算 ^{注2}) |
| (1) 看護師 | 人 | 人 |
| (2) [再掲] 一般病棟 ^{注1} における看護師 | 人 | 人 |
| (3) 准看護師 | 人 | 人 |
| (4) [再掲] 一般病棟 ^{注1} における准看護師 | 人 | 人 |
| (5) 看護補助者 | 人 | 人 |
| (6) [再掲] 一般病棟 ^{注1} における看護補助者 | 人 | 人 |
| (7) 医師 | 人 | 人 |
| (8) 薬剤師 | 人 | 人 |
| (9) 理学療法士 | 人 | 人 |
| (10) 作業療法士 | 人 | 人 |
| (11) 言語聴覚士 | 人 | 人 |
| (12) 診療放射線技師 | 人 | 人 |
| (13) 臨床検査技師 | 人 | 人 |
| (14) 臨床工学技士 | 人 | 人 |
| (15) ソーシャルワーカー（社会福祉士等） | 人 | 人 |
| (16) 事務職員 | 人 | 人 |

注1) 設問中の「一般病棟」は、「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指す。

注2) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）を記入。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問8 貴病院は大腿骨頸部骨折及び脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の届出をされていますか。該当する選択肢番号に○をお付けください。

| | | |
|--------------------------|---------|---------|
| (1) 地域連携診療計画管理料（○は1つ） | 01 届出なし | 02 届出あり |
| (2) 地域連携診療計画退院時指導料（○は1つ） | 01 届出なし | 02 届出あり |

問8において、地域連携診療計画管理料あるいは地域連携診療計画退院時指導料のいずれかについて「02 届出あり」と回答された場合には、以下の問9～12にもご回答ください。

いずれかについても「01 届出なし」と回答された場合には、問13へお進みください。

■貴病院の地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料に係る状況についてお伺いします。

| 問9 貴病院が大腿骨頸部骨折及び脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料の届出に平成21年6月現在に記載されている計画管理病院、連携保険医療機関の施設数をご記入ください。 | | 平成21年6月 | |
|---|--|--|----|
| 大腿骨頸部骨折 | (1) 計画管理病院 | 施設 | |
| | (2) [再掲] 7対1入院基本料（一般病棟）届出病院（準7対1入院基本料も含む） | 施設 | |
| | (3) [再掲] 10対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (4) [再掲] 13対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (5) [再掲] 15対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (6) [再掲] 療養病棟入院基本料届出病院 | 施設 | |
| | 連携保険医療機関 | (7) 病院 | 施設 |
| | | (8) [再掲] 7対1入院基本料（一般病棟）届出病院（準7対1入院基本料も含む） | 施設 |
| | | (9) [再掲] 10対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (10) [再掲] 13対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (11) [再掲] 15対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (12) [再掲] 療養病棟入院基本料届出病院 | 施設 |
| | | (13) [再掲] 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設 | 施設 |
| | | (14) [再掲] 亜急性期入院医療管理料届出施設 | 施設 |
| | (15) 有床診療所 | 施設 | |
| 脳卒中 | (16) 計画管理病院 | 施設 | |
| | (17) [再掲] 7対1入院基本料（一般病棟）届出病院（準7対1入院基本料も含む） | 施設 | |
| | (18) [再掲] 10対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (19) [再掲] 13対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (20) [再掲] 15対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 | |
| | (21) [再掲] 療養病棟入院基本料届出病院 | 施設 | |
| | 連携保険医療機関 | (22) 病院 | 施設 |
| | | (23) [再掲] 7対1入院基本料（一般病棟）届出病院（準7対1入院基本料も含む） | 施設 |
| | | (24) [再掲] 10対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (25) [再掲] 13対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (26) [再掲] 15対1入院基本料（一般病棟）届出病院 | 施設 |
| | | (27) [再掲] 療養病棟入院基本料届出病院 | 施設 |
| | | (28) [再掲] 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設 | 施設 |
| | (29) [再掲] 亜急性期入院医療管理料届出施設 | 施設 | |
| (30) 有床診療所 | 施設 | | |

| 問10 貴病院における平成20年度の大腿骨頸部骨折及び脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための計画管理病院・連携保険医療機関との会合の開催回数をご記入ください。 | | 平成20年度 |
|---|--|--------|
| (1) 大腿骨頸部骨折の地域連携診療計画に係る情報交換のための会合の開催回数 | | 回 |
| (2) 脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための会合の開催回数 | | 回 |

問 11 貴病院における平成 19 年度・平成 20 年度の大腿骨頸部骨折及び脳卒中による入院患者数、さらに、平成 20 年度における地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数をご記入ください。

| | | 平成 19 年度 | 平成 20 年度 |
|---------|--|----------|----------|
| 大腿骨頸部骨折 | (1) 大腿骨頸部骨折による入院患者数 | 人 | 人 |
| | (2) [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数 | | 人 |
| | (3) [再々掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数 | | 人 |
| | (4) [再々掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数 | | 人 |
| | (5) [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数 | | 人 |
| | (6) [再々掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数 | | 人 |
| 脳卒中 | (7) 脳卒中による入院患者数 | 人 | 人 |
| | (8) [再掲] 地域連携診療計画管理料を算定した患者数 | | 人 |
| | (9) [再々掲] 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数 | | 人 |
| | (10) [再々掲] 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数 | | 人 |
| | (11) [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数 | | 人 |
| | (12) [再々掲] 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数 | | 人 |

問 12 貴病院における平成 19 年度及び平成 20 年度の大腿骨頸部骨折及び脳卒中の患者等の平均在院日数をご記入ください。

| | | 平成 19 年度 | 平成 20 年度 |
|---------|------------------------------------|----------|----------|
| 大腿骨頸部骨折 | (1) 大腿骨頸部骨折による入院患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| | (2) [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| | (3) [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| 脳卒中 | (4) 脳卒中による入院患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| | (5) [再掲] 地域連携診療計画管理料算定患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |
| | (6) [再掲] 地域連携診療計画退院時指導料算定患者の平均在院日数 | . 日 | . 日 |

注) 平均在院日数は、小数点第二位を切り捨て小数点第一位までを記入。

■貴病院における他の医療機関との連携体制についてお伺いします。

問 13 貴病院には、退院調整に関する部門はございますか。該当する選択肢番号に○をお付けください。(○は1つ)

なお、部門がある場合は、当該部門にて退院調整業務を専従、専任で行っている職員に区分し、平成 21 年 6 月 1 日時点で雇用しているそれぞれの実人員数をご記入ください。

| | | 設置状況 (「01 有」の場合、部門の職種別実人員数) | | |
|-----------------|-------------|-----------------------------|------------------|------------------|
| | | | 専従 ^{注1} | 専任 ^{注2} |
| 退院調整に関する部門の設置状況 | 01 無 02 有 → | 01 医師 | 人 | 人 |
| | | 02 看護師・保健師 | 人 | 人 |
| | | 03 リーサルワーカー(社会福祉士等) | 人 | 人 |
| | | 04 事務職員 | 人 | 人 |
| | | 05 その他 () | 人 | 人 |
| | | | | |

注 1) 専従とは、当該部門の業務のみに従事している者をいう。

注 2) 専任とは、当該部門での業務とその他の部署等での業務を兼務している者をいう(例: 午前の 3 時間は当該部門の退院調整に関する業務に従事するが、午後の 5 時間は病棟での診療業務に従事する者等を指す)。

■貴病院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問 14 貴病院の医療機能に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では特定の医療機能（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定されていますか（○は1つ）

| | | | | | | | |
|---|-----------------|---------|--------------|-----------|-----------------|-----------------|--|
| 01 特化する予定である | 02 特化する予定はない | | | | | | |
| →① 今後、特化する予定の医療機能はどれですか。（○は1つ） <table border="1"> <tr> <td>01 急性期医療機能</td> <td>03 療養機能</td> </tr> <tr> <td>02 回復期リハビリ機能</td> <td>04 その他（ ）</td> </tr> </table> →② 今後、亜急性期医療機能を導入、拡充する予定はありますか。（○は1つ） <table border="1"> <tr> <td>01 導入、拡充する予定がある</td> <td>02 導入、拡充する予定はない</td> </tr> </table> | 01 急性期医療機能 | 03 療養機能 | 02 回復期リハビリ機能 | 04 その他（ ） | 01 導入、拡充する予定がある | 02 導入、拡充する予定はない | |
| 01 急性期医療機能 | 03 療養機能 | | | | | | |
| 02 回復期リハビリ機能 | 04 その他（ ） | | | | | | |
| 01 導入、拡充する予定がある | 02 導入、拡充する予定はない | | | | | | |

(2) (1) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

■貴病院の今後の医療機関との連携に関する意向についてお伺いします。

問 15 貴病院における紹介・逆紹介をはじめとする他の医療機関との連携に関する意向について、該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では他の医療機関との連携についてどのような意向をお持ちですか（○は1つ）

| |
|--------------------------------|
| 01 特に他の医療機関と連携するつもりはない |
| 02 同一法人内の他の医療機関と連携をとる |
| 03 同一法人か否かは問わず、地域の他の医療機関と連携をとる |

(2) 貴病院では連携する医療機関数についてどのような意向をお持ちですか（○は1つ）

| | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|
| 01 増やしたい | 02 減らしたい | 03 現状のままでよい | |
| →①今後の連携先として増やしたい医療機能はどれですか。また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。（○はいくつでも） | | | |
| 01 急性期医療機能 | 02 亜急性期医療機能 | 03 回復期リハビリ機能 | 04 療養機能 |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある |
| 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない |
| 03 地域に全くない | 03 地域に全くない | 03 地域に全くない | 03 地域に全くない |
| 04 不明 | 04 不明 | 04 不明 | 04 不明 |

(3) (1) 及び (2) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

■最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

**7 対 1 入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査**

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- 設問中の「一般病棟」は、「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。なお、一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位として入院基本料の届出をしている場合には、結核病棟における値も含んでお答え下さい。

■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 21 年 () 月 () 日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先 FAX 番号 | |

■貴病院の一般病棟についてお伺いします。

問 1 貴病院で「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」（以下、一般病棟という。）についてお伺いいたします。平成 20 年 6 月及び平成 21 年 6 月の一般病棟における新規の入院・転院・転棟患者数及び退院・転院・転棟患者数、平均在院日数、病床利用率をご記入ください。

| | 平成 20 年 6 月 | 平成 21 年 6 月 |
|--|-------------|-------------|
| (1) 新規の入院・転院・転棟患者数 ^{注1} | 人 | 人 |
| (2) 退院・転院・転棟患者数 ^{注2} | 人 | 人 |
| (3) 平均在院日数 ^{注3} (平成 20 年 4~6 月及び平成 21 年 4~6 月の 3 ヶ月の平均) | 日 | 日 |
| (4) 病床利用率 ^{注4} (平成 20 年 4~6 月及び平成 21 年 4~6 月の 3 ヶ月の平均) | % | % |

注 1) 新規の入院・転院・転棟患者数：平成 20 年 6 月及び平成 21 年 6 月の以下の「入院」、「転院」、「転棟」の定義に該当する新規患者数の合計

○入院：自宅又は医療機関でない施設からの新規入院患者数

○転院：他医療機関からの新規転院患者数

○転棟：現在算定している入院基本料とは異なる病棟からの新規転棟患者数（例：回復期リハビリテーション入院料届出病床から一般病棟入院基本料へと移動した場合には 1 とするが、一般病棟入院基本料内での移動については 0 とする。）

注 2) 退院・転院・転棟患者数：平成 20 年 6 月及び平成 21 年 6 月の以下の「退院」、「転院」、「転棟」の定義に該当する患者数の合計

○退院：自宅又は医療機関ではない施設に移動した患者数

○転院：他医療機関に移動した患者数

○転棟：現在算定している入院基本料とは異なる病棟に移動した場合のみの患者数（例：一般病棟入院基本料から回復期リハビリテーション入院料届出病床へと移動した場合には 1 とするが、一般病棟入院基本料内での移動については 0 とする。）

注 3) 平均在院日数の算出方法

下記のように平成 20 年 4 月～6 月、平成 21 年 4 月～6 月のそれぞれ 3 カ月の平均在院日数を算出して、小数点第 2 位を切り上げ、小数第一位までを記入。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{4 月～6 月の在院患者延数}}{(\text{4～6 月の新規の入院・転院・転棟患者数} + \text{4～6 月の退院・転院・転棟患者数}) \times 0.5}$$

注 4) 病床利用率の算出方法

下記のように平成 20 年 4 月～6 月、平成 21 年 4 月～6 月のそれぞれ 3 カ月の病床利用率を算出して、小数点第 2 位を四捨五入して、小数第一位までを記入。

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

問2 貴病院の平成21年6月における一般病棟の新規の入院・転院・転棟患者数について、院内他病棟からの転棟と院外からの入院、転院を区別してご記入ください。また、一般病棟の退院・転院・転棟患者数について、院内他病棟への転棟と院外への退院、転院を区別してご記入ください。

| 一般病棟 | 新規の入院・転院・転棟患者数 | | | | 退院・転院・転棟患者数 | | | |
|------|------------------|-----------|---------------|--------|-----------------|----------|--------------|-------|
| | 院内の一般病棟以外の病床から転棟 | 院外から | | | 院内の一般病棟以外の病床へ転棟 | 院外へ | | |
| | | 他医療機関から転院 | 医療機関でない施設から入院 | 自宅から入院 | | 他医療機関へ転院 | 医療機関でない施設へ退院 | 自宅へ退院 |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

一般病棟入院基本料で7対1入院基本料を算定している医療機関、あるいはその他の入院基本料を算定している医療機関で「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る調査票」により評価を行っている医療機関は、以下の問3～5にもご回答ください。

上記以外の医療機関については、次頁の最後の自由回答の設問へお進みください。

■一般病棟における「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る調査票」による評価状況についてお伺いします。

問3 貴病院の一般病棟における重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合をご記入ください。

| | 平成20年6月 | 平成21年6月 |
|------------------------------------|---------|---------|
| (1) 重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①) 注1 | % | % |

注1) 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出方法

貴病院における下記の①、②の数値から、②/①により割合を算出し、小数点第二位以下切り捨てで小数点第一位までを記入。

① 入院患者延べ数

入院患者延べ数とは、算出期間中に一般病棟入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

② ①のうち重症度・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

問4 貴病院の一般病棟において、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行った患者のAモニタリング及び処置等に係る得点、B患者の状況等に係る得点について、平成21年6月の平均値、各得点ごとの入院患者延べ数をご記入ください。

| | | 平成21年6月 | | | | | |
|---|------------|--------------|----|----|----|-------|---|
| (1) 一般病棟におけるAモニタリング及び処置等に係る得点の平均値注1 | | 点 | | | | | |
| (2) 一般病棟におけるB患者の状況等に係る得点の平均値注1 | | 点 | | | | | |
| (3) 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の各得点ごとの入院患者延べ数注2 | | | | | | | |
| | | B患者の状況等に係る得点 | | | | | |
| | | 0～2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6～12点 | |
| 置等に係る得点 | Aモニタリング及び処 | 0～1点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 2点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| | 3点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| | 4点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |
| | 5～10点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | |

注1) 平均値は、小数点第三位を四捨五入して小数点第二位まで算出する。

注2) 入院患者延べ数とは、算出期間中に一般病棟入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、患者数に産科及び小児科の患者数は含めない。

なお、問4の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」につきましては、別途、任意のご協力のお願いがございます。同封いたしました実施要領をご参照の上、ご協力頂ければ幸いです。

問5 貴病院の平成21年6月1日時点の一般病棟入院基本料を算定している病床を有する病棟数についてご記入ください。

| | 平成21年6月1日 |
|---------------------------|-----------|
| 一般病棟入院基本料を算定している病床を有する病棟数 | 病棟 |

問6 貴病院における一般病棟入院基本料を算定している病床(特定入院料、短期滞在手術基本料が算定可能な病棟・病室を除く)を有する個別の病棟について**病棟別の患者状態像の違い**をお伺いいたします。
 個別の病棟毎(産科及び小児科病棟は除く)に平成21年6月の一般病棟における重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合^{注1}を算出し、割合が最も高い病棟から3ヶ所と最も低い病棟から3ヶ所について、**病棟名と平成21年6月の重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合**をご記入ください。

| | 順位 | コード | 病棟名 例：4階東病棟、4W病棟等 | 重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合 ^{注1} (②/①) | |
|------------------|----|-----|----------------------|---|---|
| | | | | 平成21年6月 | |
| (1) 割合の高い病棟から3ヶ所 | 1 | A1 | | | % |
| | 2 | A2 | | | % |
| | 3 | A3 | | | % |
| (2) 割合の低い病棟から3ヶ所 | 1 | B1 | | | % |
| | 2 | B2 | | | % |
| | 3 | B3 | | | % |

注1) 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出方法

各病棟における下記の①、②の数値から、②/①により割合を算出し、小数点第二位以下切り捨てで小数点第一位までを記入。

① 入院患者延べ数

入院患者延べ数とは、算出期間中に一般病棟入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

② ①のうち重症度・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

注) 貴病院の個別の病棟数が5ヶ所以下の場合は、コードA1の上の空欄から順に、全ての病棟についてご記入ください。

■最後に、本調査に関連した事項で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。ご協力誠に有り難うございました。

ご記入いただきました調査票は、ご配布いただきました施設長もしくは事務部門の責任者の方にお渡しください。

なお、同封いたしました「病棟票(一般病棟用)」につきましては、問6でご記入いただいたA1～A3、B1～B3の各病棟へ配布していただき、各病棟の看護師長に記載をご依頼いただきたく存じます。

お手数をおかけし、誠に恐縮ではございますが、何卒宜しく願い申し上げます。

**診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査**

【 実 施 要 領 】

1. 調査の目的

- ・ 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、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。
- ・ 本調査は、厚生労働省より委託を受け、中医協・診療報酬改定結果検証部会の検証項目の一つである「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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、今後の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ております。

2. 調査の方法

(1) 調査の対象施設

- ・ 平成21年7月1日時点で以下の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての病院から無作為抽出した計3,500施設を対象としています。
 - ① 一般病棟入院基本料の7対1（準7対1含む）及び10対1入院基本料の届出病院及び地域連携診療計画管理料の届出病院
 - ② 亜急性期入院医療管理料の届出病院、及び地域連携診療計画退院時指導料の届出病院
- ・ なお、本調査では別に、平成21年7月1日時点で地域連携診療計画退院時指導料の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての診療所及びそれ以外の有床診療所から無作為抽出した計1,000施設も対象としています。

(2) 同封の調査票等

- ・ 調査事務局より下記の①～⑥の調査票等をお送りさせていただきます。

| | |
|----------------|-----|
| ① 本調査へのご依頼状 | 1部 |
| ② 施設票 | 1部 |
| ③ 病棟票（一般病棟用） | 6部 |
| ④ 病棟患者票（一般病棟用） | 24部 |
| ⑤ 返信用封筒 | 1部 |
| ⑥ 二次医療圏資料 | 1部 |

(3) 各調査票の配布方法・記入者

① 施設票

- ・施設調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・調査票には、貴病院全体の状況についてご記入いただく「施設長等用調査票」と、貴病院の一般病棟全体の状況についてご記入いただく「看護部長用調査票」があります。
- ・「看護部長用調査票」における一般病棟は、貴病院の「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。なお、一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位として入院基本料の届出をしている場合には、結核病棟における値も含んでお答え下さい。
- ・「施設長等用調査票」への記入は、施設長もしくは事務部門の責任者の方にお願ひします。「看護部長用調査票」への記入は、看護部門の責任者あるいは事務部門の方にお願ひします。

※「看護部長用調査票」問4の設問に関連して、任意のご協力のお願ひではありますが、貴病院の一般病棟において「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価」を用いて評価を行った患者のA モニタリング及び処置等に係る得点、B 患者の状況等に係る得点について、平成21年6月1日の患者の状態の一覧表（別紙参照）を添付してください。なお、形式に関しましては、別紙一覧表の例に記された項目が含まれていれば、どのような様式であってもかまいません。また、貴病院内で作成されている様式のコピーでも結構です。

② 病棟票（一般病棟用）

- ・一般病棟用の病棟調査票は、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の高い病棟より3病棟、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の低い病棟より3病棟をそれぞれお選びいただき、計6病棟（病棟数が5ヶ所以下の場合は全ての病棟）に対して各1部ずつ配布してください。
- ・調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の各病棟の状況についてお答えください。
- ・調査票における一般病棟は、各病棟の「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。
- ・調査票への記入は、各病棟の責任者あるいは事務部門の方にお願ひします。

③ 病棟患者票（一般病棟用）

- ・病棟患者調査は、上記②の病棟調査で対象とした病棟の患者を対象とします。
- ・調査対象患者は、調査対象病棟ごとに患者4名とします。したがって、調査対象病棟

が6病棟である場合は、病院全体で合計24名(=4名×6病棟)の患者が調査対象となります。なお、各病棟の調査対象患者は、平成21年6月1日午前0時以降に当該病棟を退棟(=退院・転院・転棟)された患者とし、退棟時間の早い順に4名をお選びください。なお、平成21年6月1日に退棟された患者が4名に満たない場合は、同年6月2日の退棟患者から、それでも不足する場合には順に3日、4日と対象日を進め、順次、患者をお選びください。

○退院：自宅又は医療機関ではない施設に移動した患者
○転院：別の医療機関に移動した患者 ○転棟：別の病棟に移動した患者

- ・調査票への記入は、各調査対象病棟の看護職員の方をお願いします。

(4) 提出期限

- ・施設長もしくは事務部門の責任者の方が、ご記入いただきました施設調査票、各種病棟調査票、各種病棟患者調査票を収集いただき、同封の返信用封筒にまとめて封入の上、平成21年8月24日(月)までに調査事務局までご返送ください。

3. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査(平成21年度調査)事務局

「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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：0120-702-216(受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00)

問い合わせ専用E-Mail：iryokinou@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ことがないよう、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。

注. 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/>

一覧表の例

性別: 1=男性、2=女性

| 患者番号 | 年齢 | 性別 | 「A.モニタリング及び処置等」 | | | | | | | | | | | | | 「B.患者の状況等」 | | | | | | | | | | | |
|------|-----|----|-----------------|---------|----------|---------|---------------|------------|---------------|---------------|--------------|------------|---------|------------|----------|------------|------------|--------|----------|---------|-------|---------|---------|----------|----|----|----|
| | | | 1) 創傷処置 | 2) 血圧測定 | 3) 時間尿測定 | 4) 呼吸ケア | 5) 点滴ライン時3本以上 | 6) 心電図モニター | 7) シリンジポンプの使用 | 8) 輸血や血液製剤の使用 | 9) 専門的な治療・処置 | | | | | | | 1) 寝返り | 2) 起き上がり | 3) 座位保持 | 4) 移乗 | 5) 口腔清潔 | 6) 食事摂取 | 7) 衣服の着脱 | | | |
| | | | | | | | | | | | ① 抗悪性腫瘍剤の使用 | ② 麻薬注射薬の使用 | ③ 放射線治療 | ④ 免疫抑制剤の使用 | ⑤ 昇圧剤の使用 | ⑥ 抗不整脈剤の使用 | ⑦ ドレナージの管理 | | | | | | | | | | |
| 1 | 56歳 | 1 | 0点 | 1点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 2点 | | | | | | | | | | 0点 | 0点 | 0点 | 1点 | 0点 | 0点 | 1点 |
| 2 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 3 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 4 | 歳 | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 5 | 歳 | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 6 | 歳 | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 7 | 歳 | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 8 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 9 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 10 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |

医療機関において、コード化している場合には、余白に分かるように記載下さい

患者番号: 任意の番号(患者氏名が掲載されている場合は削除又は黒マジック等で消す)

年齢: 平成21年6月1日現在

0点~1点のいずれか

①から⑦の項目が分かれば記載
0点~2点のいずれか

0点~2点のいずれか

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成21年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。
- 設問中の「一般病棟」は、「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。

| | |
|-------|-----|
| 一般病棟名 | A O |
|-------|-----|

■本調査票の一般病棟名・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21年（ ）月（ ）日 |
| ご記入担当者名 | |

■貴病棟の概要についてお伺いします。

問1 貴病棟の診療科目について該当する主なものを3つ以内でお選びください。01～36に定める診療科目以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名をお選びください。（○は3つまで）

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

問2 貴病棟で算定している診療報酬として該当するものを全てお選びください。（○はいくつでも）

| | |
|----------------|-----------------------|
| 貴病棟で算定している診療報酬 | 01 一般病棟7対1入院基本料（準7対1） |
| | 02 一般病棟10対1入院基本料 |
| | 03 亜急性期入院医療管理料1 |
| | 04 亜急性期入院医療管理料2 |

問3 貴病棟の届出病床数について、平成21年6月1日の時点の総数と内訳をご記入ください。

| | 平成21年6月 | |
|-----------------------------|---------|---|
| (1) 届出病床数 総数 | | 床 |
| (2) [再掲] 一般病床 | | 床 |
| (3) [再々掲] 亜急性期入院医療管理料届出病床 | | 床 |
| (4) [再々掲] (3) 以外の特定入院料の届出病床 | | 床 |

■貴病棟のうち、一般病棟入院基本料を算定している病床の概況についてお伺いします。以下の設問では、特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除いた、「一般病棟入院基本料を算定している病床」の状況に限ってご回答ください。

問4 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床に入院している患者について、平成21年6月時点で入院中の人数及び入院前の居場所別の人数をご記入ください。
なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。

| | | 平成21年6月 |
|--|------------|---------|
| (1) 在院患者数 | | 人 |
| (2) [再掲] 自院の急性期病床 ^{註1} | | 人 |
| (3) [再掲] 自院のその他の病床 | | 人 |
| (4) [再掲] 他病院 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (5) [再掲] 有床診療所 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (6) [再掲] 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (7) [再掲] その他居住系サービス ^{註2} 等の施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (8) [再掲] 在宅 | | 人 |
| (9) [再掲] その他 | | 人 |

注1) 急性期病床とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

注2) 居住系サービスとは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

問5 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床における平均在院日数、病床利用率について、平成20年4～6月及び平成21年4～6月の数値をご記入ください。

| | 平成20年4～6月 | 平成21年4～6月 |
|--------------------------|-----------|-----------|
| (1) 平均在院日数 ^{註1} | 日 | 日 |
| (2) 病床利用率 ^{註2} | % | % |

注1) 平均在院日数の算出方法

下記のように平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数を算出して、小数点第2位を切り上げ、小数第一位までを記入。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{4月～6月の在院患者延数}}{\text{(4～6月の新規入院患者数(転院・転棟による患者を含む) + 4～6月の退院患者数(転院・転棟を含む))} \times 0.5}$$

注2) 病床利用率の算出方法

下記のように平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率を算出して、小数点第2位を四捨五入して、小数第一位までを記入。

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

問6 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床に配置している看護師、准看護師、看護補助者の人数をご記入ください。なお、非常勤職員については、一週間当たりの勤務状況から算出した常勤換算後の人数をご記入ください。

| | 常 勤 | 非常勤（常勤換算 ^{注1} ） |
|-----------|-----|--------------------------|
| (1) 看護師 | 人 | . 人 |
| (2) 准看護師 | 人 | . 人 |
| (3) 看護補助者 | 人 | . 人 |

注1) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）を記入。
例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週4日（各日5時間）勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問7 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床において、専従・専任している職種別の職員数をご記入ください。なお、専任職員については、一週間当たりの勤務状況から算出した常勤換算後の人数をご記入ください。

| | 専 従 ^{注1} | 専 任 ^{注1} （常勤換算 ^{注2} ） |
|---------------|-------------------|---|
| (1) 薬剤師 | 人 | . 人 |
| (2) 理学療法士 | 人 | . 人 |
| (3) 作業療法士 | 人 | . 人 |
| (4) ソーシャルワーカー | 人 | . 人 |
| (5) 事務職員 | 人 | . 人 |

注1) 専従とは、貴病棟の業務のみに従事している者をいう。専任とは、貴病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務している者をいう（例：午前の3時間は貴病棟の薬剤管理業務に従事するが、午後の5時間は薬剤部門での調剤業務に従事する者等を指す）。

注2) 専任（他部署の業務を兼務している）職員の常勤換算の算出方法

貴病院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）を記入。
例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、貴病棟に週2日（各日3時間）勤務の薬剤師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の薬剤師が2人いる場合

$$\text{専任薬剤師数} = \frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$$

問8 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床における平成21年6月の退院患者（転棟・転院を含む）について、退院・転院・転棟先別の人数をご記入ください。なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。

| | | 平成21年6月 |
|---|------------|---------|
| (1) 退院患者数（転院・転棟を含む） | | 人 |
| (2) [再掲] 自院の回復期リハ病棟 | | 人 |
| (3) [再掲] 自院の亜急性期病室 | | 人 |
| (4) [再掲] 自院の(2)～(3)以外の一般病棟 | | 人 |
| (5) [再掲] 自院の(2)以外の療養病棟 | | 人 |
| (6) [再掲] 自院の(2)～(5)以外の病棟 | | 人 |
| (7) [再掲] 他病院 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (8) [再掲] 有床診療所 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (9) [再掲] 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (10) [再掲] その他居住系サービス ^{注1} 等の施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (11) [再掲] 在宅 | | 人 |
| (12) [再掲] その他 | | 人 |

注1) 居住系サービスとは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

■貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床における「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る調査票」による評価状況についてお伺いします。

問9 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床における**重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合**をご記入ください。

| | | |
|---|---------|---------|
| | 平成20年6月 | 平成21年6月 |
| (1) 重要度・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①) ^{注1} | % | % |

注1) 重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出方法

貴病院における下記の①、②の数値から、②/①により割合を算出し、小数点第二位以下切り捨てて小数点第一位までを記入。

① 入院患者延べ数

入院患者延べ数とは、算出期間中に一般病棟入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

② ①のうち重症度・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数

「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。なお、産科及び小児科の患者数は含めない。

問10 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床において、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行った患者の**Aモニタリング及び処置等に係る得点**、**B患者の状況等に係る得点**について、平成21年6月の**平均値**、**各得点ごとの入院患者延べ数**をご記入ください。

| | | | | | | |
|---|-------|--------------|----|----|----|-------|
| | | 平成21年6月 | | | | |
| (1) 一般病棟におけるAモニタリング ^{注1} 及び処置等に係る得点の平均値 | | 点 | | | | |
| (2) 一般病棟におけるB患者の状況等に係る得点の平均値 ^{注1} | | 点 | | | | |
| (3) 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の各得点ごとの入院患者延べ数 ^{注2} | | B患者の状況等に係る得点 | | | | |
| | | 0～2点 | 3点 | 4点 | 5点 | 6～12点 |
| 置等に 係る得点 | 0～1点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 2点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 3点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 4点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| | 5～10点 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

注1) 平均値は、小数点第三位を四捨五入して小数点第二位まで算出する。

注2) 入院患者延べ数とは、算出期間中に入院基本料を算定している延べ患者数をいう。なお、患者数に産科及び小児科の患者数は含めない。

問11 貴病棟の一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料、短期滞在手術基本料が算定可能な病棟・病室を除く）における重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、**院内の他の病棟と比較した場合の状況の認識**として該当するものをお選び下さい。

(1) 貴病棟における重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合の院内他病棟との比較 (○は1つ)

01 割合が高い傾向にある 02 割合が低い傾向にある 03 どちらともいえない

(2) (1)の理由として該当するものを全てお選びください。(○はいくつでも)

01 手術が多い (少ない) 03 検査が多い (少ない) 05 高齢者が多い (少ない)
02 処置が多い (少ない) 04 転科・転棟が多い (少ない) 06 入退院が多い (少ない)

【(1)の理由を具体的にご記入ください】

■最後に、本調査に関連した事項で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。ご協力誠に有り難うございました。
ご記入いただきました調査票は、病棟患者票とあわせて、ご配布いただきました
施設長もしくは事務部門の責任者の方にお渡しください。

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

| | | |
|----|-------|--|
| A1 | 一般病棟名 | |
|----|-------|--|

← 注「施設票（看護部長用）」問6に記入されたA1病棟

- 調査対象患者は、平成21年6月1日午前0時以降に上記病棟を退棟（＝退院・転院・転棟）された患者とし、退棟時間の早い順に4名をお選びください。なお、平成21年6月1日に退棟された患者が4名に満たない場合は、同年6月2日の退棟患者から、それでも不足する場合には順に3日、4日と対象日を進め、順次、患者をお選びください。
- 質問票は、患者1名に対して「A 患者の基本的事項」「B 入棟時の患者状況」「C 入院（入棟）中の患者状況」「D 退棟時の患者状況」をお訊ねしております。可能な範囲でご回答ください。

■ 質問票

○以下、「入棟」とは上記病棟への入院あるいは(上記病棟以外の病棟からの)転棟を意味します。

A 患者の基本的事項

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|---|--------------------------------------|---|----------------|---------------|--------|----------|----------|-------|---------------|--|---------|-------|-------|
| 1 | 発症年月日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 入棟年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 入棟期間中に診断された主傷病と副傷病 | (別紙1「疾病コード表」より該当番号(退院時サマリの主傷病欄等に記入された傷病)を選択) | | | | | | | | | | | | | |
| | | ①主傷病(1つ) | ②副傷病(2つまで) | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 診療科(1つ選択) | (別紙2「診療科コード表」より該当番号を選択) | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 性別 | 1 男性 | 2 女性 | 6 年齢 (6月1日現在) ____歳 | | | | | | | | | | | |
| 7 | ①世帯構成 | 1 単身世帯 2 同居有り世帯 | | | | | | | | | | | | | |
| | ②キーパーソン | 1 有り 2 無し | | | | | | | | | | | | | |
| | ③続柄 (②有りの場合) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">1 配偶者</td> <td style="width: 25%;">4 父母または配偶者の父母</td> <td style="width: 25%;">7 兄弟姉妹</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 子</td> <td>5 孫</td> <td>8 他の親族</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 子の配偶者</td> <td>6 祖父母</td> <td>9 その他</td> <td></td> </tr> </table> | | | 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | | 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | | 3 子の配偶者 | 6 祖父母 | 9 その他 |
| 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 子の配偶者 | 6 祖父母 | 9 その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 入棟期間中の算定状況 | ①地域連携診療計画管理料 | 1有 2無 | ④褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | 1有 2無 | | | | | | | | | | |
| | | ②地域連携診療計画退院時指導料 | 1有 2無 | ⑤退院調整加算 | 1有 2無 | | | | | | | | | | |
| | | ③褥瘡患者管理加算 | 1有 2無 | ⑥後期高齢者退院調整加算 | 1有 2無 | | | | | | | | | | |
| 9 | 院内クリニカルパスの使用状況 | 1 有り → | ①バリエーションの状況 | | 1 有り 2 無し | | | | | | | | | | |
| | | 2 無し | (入院期間に関するものに限る。検査の変更等のバリエーションは含まない。) | | | | | | | | | | | | |
| 10 | リハビリテーションの実施状況 | 1 有り → | ①リハビリの種類 (複数選択可) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 心大血管疾患</td> <td style="width: 50%;">4 呼吸器</td> </tr> <tr> <td>2 脳血管疾患等</td> <td>5 摂食機能療法</td> </tr> <tr> <td>3 運動器</td> <td>6 集団コミュニケーション</td> </tr> </table> | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | | | | |
| | | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | | | | | | | | | | | |
| | | | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | | | | | | | | | | | |
| 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | | | | | | | | | | | | | | |
| ②リハビリ開始日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③リハビリ頻度 | 週 ____単位 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 透析の実施状況 | 1 有り → | ①透析開始日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | |
| | | 2 無し | ②透析の方法 | 1 血液透析 2 腹膜透析 | | | | | | | | | | | |

B 入棟時の患者状況

| | | | | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------|-------|
| 1 | 入棟前の居場所 (1つ選択) | 1 在宅 | 10 7～9以外の他院の他の病床 ^{注2} | | |
| | | 2 自院の急性期病床 ^{注1} | 11 介護老人保健施設 (老人保健施設) | | |
| 2 | 入棟した背景 (1つ選択) | 3 自院の回復期リハビリテーション病棟 | 12 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | | |
| | | 4 2～3以外の自院の一般病床 | 13 グループホーム | | |
| | | 5 2～3以外の自院の療養病床 | 14 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) | | |
| | | 6 2～5以外の自院の他の病床 ^{注2} | 15 高齢者専用賃貸住宅 | | |
| | | 7 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 16 障害者支援施設 | | |
| | | 8 7以外の他院の一般病床 | 17 その他 | | |
| | | 9 7以外の他院の療養病床 | | | |
| | | 1 疾病の(急性)発症(疑いを含む)のため | | | |
| | | 2 疾病の(急性)増悪のため | | | |
| | | 3 疾病の急性期状態が安定したため | | | |
| 4 継続的な高度の医療管理が必要なため | | | | | |
| 5 継続的なリハビリが必要なため | | | | | |
| 6 在宅でも対応できるが家族等の受け入れ体制が整わないため | | | | | |
| 7 介護保険施設等でも対応できるが空きがないため | | | | | |
| 8 本人・家族が希望するため | | | | | |
| 9 その他(自由記入欄) | | | | | |
| 3 | 入棟した理由 (複数選択可) | 1 状態が安定したため | 5 放射線治療が必要なため | | |
| | | 2 検査が必要なため | 6 手術が必要なため | | |
| 4 | 入棟日の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」における「A.モニタリング及び処置等」の得点 | 3 点滴治療等が必要なため | 7 その他 | | |
| | | 4 抗がん剤投与が必要なため | (自由記入欄) | | |
| | | 1) 創傷処置 | 点 | 9) 専門的な治療・処置 | 点 |
| | | 2) 血圧測定 | 点 | ①抗悪性腫瘍剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 3) 時間尿測定 | 点 | ②麻薬注射薬の使用 | 1有 2無 |
| | | 4) 呼吸ケア | 点 | ③放射線治療 | 1有 2無 |
| | | 5) 点滴ライン同時3本以上 | 点 | ④免疫抑制剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 6) 心電図モニター | 点 | ⑤昇圧剤の使用 | 1有 2無 |
| 7) シリンジポンプの使用 | 点 | ⑥抗不整脈剤の使用 | 1有 2無 | | |
| 8) 輸血や血液製剤の使用 | 点 | ⑦ドレナージの管理 | 1有 2無 | | |
| 5 | 入棟日の「B.患者の状況等」の得点 | 1) 寝返り | 点 | 5) 口腔清潔 | 点 |
| | | 2) 起き上がり | 点 | 6) 食事摂取 | 点 |
| | | 3) 座位保持 | 点 | 7) 衣服の着脱 | 点 |
| | | 4) 移乗 | 点 | | |
| 6 | 入棟時の患者のその他の状況等 | ①輸液ポンプの使用 | 1有 2無 | ④人工呼吸器の装着 | 1有 2無 |
| | | ②動脈圧測定(動脈ライン) | 1有 2無 | ⑤床上安静の指示 | 1有 2無 |
| | | ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン) | 1有 2無 | | |

注1) 急性期病床とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

注2) 他の病床とは、結核病床・精神病床・感染症病床を指す。

C 入院(入棟)中の患者状況

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------|---------------|----------------------|------|
| 1 | 手術の実施 (該当する直近の手術について) | 1 有り → | ①全身麻酔(静脈麻酔除く) | 1 有り | 2 無し |
| | | 2 無し | | ↓「有り」の場合②③記入 | |
| 2 | 侵襲性の高い検査の実施 (該当する直近の検査について) | 1 有り → | ②手術名 | | |
| | | 2 無し | ③手術年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | |
| 3 | 侵襲性の高い処置の実施 (該当する直近の処置について) | 1 有り → | ①主な検査(血管造影等) | | |
| | | 2 無し | ②実施年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | |
| | | 1 有り → | ①主な処置(胸腔穿刺等) | | |
| | | 2 無し | ②実施年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | |

| | | | | | |
|-------------|--|----------------------|----------|--------------|-------|
| 4 | 「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」の合計点数が最高点 ^{注2} の時の状況 | | | | |
| | 1) 年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | |
| | 2) A モニタリング 及び処置等 | 1) 創傷処置 | 点 | 9) 専門的な治療・処置 | 点 |
| | | 2) 血圧測定 | 点 | ①抗悪性腫瘍剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 3) 時間尿測定 | 点 | ②麻薬注射薬の使用 | 1有 2無 |
| | | 4) 呼吸ケア | 点 | ③放射線治療 | 1有 2無 |
| | | 5) 点滴ライン同時3本以上 | 点 | ④免疫抑制剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 6) 心電図モニター | 点 | ⑤昇圧剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 7) シリンジポンプの使用 | 点 | ⑥抗不整脈剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 8) 輸血や血液製剤の使用 | 点 | ⑦ドレナージの管理 | 1有 2無 |
| 3) B 患者の状況等 | 1) 寝返り | 点 | 5) 口腔清潔 | 点 | |
| | 2) 起き上がり | 点 | 6) 食事摂取 | 点 | |
| | 3) 座位保持 | 点 | 7) 衣服の着脱 | 点 | |
| | 4) 移乗 | 点 | | | |

注) 最高点の日が複数日あった場合には、最初に最高点となった日とする。

D 退棟時の患者状況

| | | | | | |
|----------|---|---------------------------------------|--------------------------------|---|-------|
| 1 | 退棟年月日 | 平成 21年 6月 ____日 | | | |
| 2 | 退院支援計画書の 策定 | 1 有り 2 無し | | | |
| 3 | 退棟後の居場所 (1つ選択) | 1 在宅 | 10 7～9以外の他院の他の病床 ^{注2} | | |
| | | 2 自院の急性期病床 ^{注1} | 11 介護老人保健施設(老人保健施設) | | |
| | | 3 自院の回復期リハビリテーション病棟 | 12 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | | |
| | | 4 2～3以外の自院の一般病床 | 13 グループホーム、有料老人ホーム等 | | |
| | | 5 2～3以外の自院の療養病床 | 14 高齢者専用賃貸住宅 | | |
| | | 6 2～5以外の自院の他の病床 ^{注2} | 15 障害者支援施設 | | |
| | | 7 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 16 死亡 | | |
| | | 8 7以外の他院の一般病床 | 17 その他 | | |
| | | 9 7以外の他院の療養病床 | | | |
| | | 4 | 転 帰 | 1 治癒 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他() | |
| 5 | 退棟日の「一般病棟 用の重症度・看護必 要度に係る評価票」 における「A.モニタ リング及び処置等」 の得点 | 1) 創傷処置 | 点 | 9) 専門的な治療・処置 | 点 |
| | | 2) 血圧測定 | 点 | ①抗悪性腫瘍剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 3) 時間尿測定 | 点 | ②麻薬注射薬の使用 | 1有 2無 |
| | | 4) 呼吸ケア | 点 | ③放射線治療 | 1有 2無 |
| | | 5) 点滴ライン同時3本以上 | 点 | ④免疫抑制剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 6) 心電図モニター | 点 | ⑤昇圧剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 7) シリンジポンプの使用 | 点 | ⑥抗不整脈剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 8) 輸血や血液製剤の使用 | 点 | ⑦ドレナージの管理 | 1有 2無 |
| 6 | 退棟日の「B.患者の 状況等」の得点 | 1) 寝返り | 点 | 5) 口腔清潔 | 点 |
| | | 2) 起き上がり | 点 | 6) 食事摂取 | 点 |
| | | 3) 座位保持 | 点 | 7) 衣服の着脱 | 点 |
| | | 4) 移乗 | 点 | | |
| 7 | 退棟までの経緯 (1つ選択) | 1 入院診療計画書にある推定入院期間より早く退棟 | | | |
| | | 2 入院診療計画書にある推定入院期間どおりの退棟 | | | |
| | | 3 病状が安定せず、退棟が遅びた | | | |
| | | 4 入所・転院する施設の都合で、退棟が遅びた | | | |
| | | 5 退棟先である在宅で、家族等の受入れ体制が整わず、退棟が遅びた | | | |
| | | 6 退棟先である在宅での介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が遅びた | | | |
| | | 7 その他(自由記入欄) | | | |

注1) 急性期病床とは、救命救急入院科、特定集中治療室管理科、ハイケアユニット入院医療管理科、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、新生児特定集中治療室管理科、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

注2) 他の病床とは、結核病床・精神病床・感染症病床を指す。

<別紙1> 疾病コード表
(ICD-10 2003年版を準用)

| 主病科コード(00.1~120) | | |
|--|---|---|
| I 感染症及び寄生虫症 | 041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患 | X II 皮膚及び皮下組織の疾患 085 皮膚及び皮下組織の感染症 086 皮膚炎及び湿疹 087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 |
| 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 | VII 耳及び乳様突起の疾患 043 外耳炎 044 その他の外耳疾患 045 中耳炎 046 その他の中耳及び乳様突起の疾患 047 メニエール病 048 その他の内耳疾患 049 その他の耳疾患 | X III 筋骨格系及び結合組織の疾患 088 炎症性多発性関節障害 089 関節症 090 脊椎障害(脊椎症を含む) 091 椎間板障害 092 頸腕症候群 093 腰痛症及び坐骨神経痛 094 その他の脊柱障害 095 肩の傷害<損傷> 096 骨の密度及び構造の障害 097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 |
| II 新生物 | IX 循環器系の疾患 050 高血圧性疾患 051 虚血性心疾患 052 その他の心疾患 053 くも膜下出血 054 脳内出血 055 脳梗塞 056 脳動脈硬化(症) 057 その他の脳血管疾患 058 動脈硬化(症) 059 痔核 060 低血圧(症) 061 その他の循環器系の疾患 | X IV 腎尿路生殖系の疾患 098 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 099 腎不全 100 尿路結石症 101 その他の腎尿路系の疾患 102 前立腺肥大(症) 103 その他の男性生殖器の疾患 104 月経障害及び閉経周辺期障害 105 乳房及びその他の女性生殖器疾患 |
| III 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 062 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> 063 急性咽喉炎及び急性扁桃炎 064 その他の急性上気道感染症 065 肺炎 066 急性気管支炎及び急性細気管支炎 067 アレルギー性鼻炎 068 慢性副鼻腔炎 069 急性又は慢性と明示されない気管支炎 070 慢性閉塞性肺疾患 071 喘息 072 その他の呼吸器系の疾患 | X V 妊娠、分娩及び産じょく 106 流産 107 妊娠高血圧症候群 108 単胎自然分娩 109 その他の妊娠、分娩及び産じょく |
| IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 | X I 消化器系の疾患 073 う蝕 074 歯肉炎及び歯周疾患 075 その他の歯及び歯の支持組織の障害 076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 077 胃炎及び十二指腸炎 078 アルコール性肝疾患 079 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) 080 肝硬変(アルコール性のものを除く) 081 その他の肝疾患 082 胆石症及び胆のう炎 083 膵疾患 084 その他の消化器系の疾患 | X VI 周産期に発生した病態 110 妊娠及び胎児発育に関連する障害 111 その他の周産期に発生した病態 |
| V 精神及び行動の障害 | | X VII 先天奇形、変形及び染色体異常 112 心臓の先天奇形 113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常 |
| 021 貧血 022 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 VIII 症状、徴候等で他に分類されないもの 114 症状、徴候等で他に分類されないもの |
| VI 神経系の疾患 | | X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響 115 骨折 116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 117 熱傷及び腐食 118 中毒 119 その他の損傷及びその他の外因の影響 |
| 023 甲状腺障害 024 糖尿病 025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 | | |
| VII 眼及び付属器の疾患 | | |
| 026 血管性及び詳細不明の認知症 027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 028 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 029 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) 030 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 031 知的障害(精神遅滞) 032 その他の精神及び行動の障害 | | |
| 033 パーキンソン病 034 アルツハイマー病 035 てんかん 036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 037 自律神経系の障害 038 その他の神経系の疾患 | | |
| 039 結膜炎 040 白内障 | | |

＜別紙２＞診療科コード表

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

注) 01～36 に定める診療科目以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名をお選びください。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

【 実 施 要 領 】

1. 調査の目的

- ・ 診療報酬について審議しておりますが、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、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。
- ・ 本調査は、厚生労働省より委託を受け、中医協・診療報酬改定結果検証部会の検証項目の一つである「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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、今後の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ております。

2. 調査の方法

(1) 調査の対象施設

- ・ 平成21年7月1日時点で以下の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての病院から無作為抽出した計3,500施設を対象としています。
 - ① 一般病棟入院基本料の7対1（準7対1含む）及び10対1入院基本料の届出病院及び地域連携診療計画管理料の届出病院
 - ② 亜急性期入院医療管理料の届出病院、及び地域連携診療計画退院時指導料の届出病院
- ・ なお、本調査では別に、平成21年7月1日時点で地域連携診療計画退院時指導料の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての診療所及びそれ以外の有床診療所から無作為抽出した計1,000施設も対象としています。

(2) 同封の調査票等

- ・ 調査事務局より下記の①～⑨の調査票等をお送りさせていただきます。

| | |
|-----------------------|-----|
| ① 本調査へのご依頼状 | 1部 |
| ② 施設票 | 1部 |
| ③ 病棟票（一般病棟用） | 6部 |
| ④ 病棟患者票（一般病棟用） | 24部 |
| ⑤ 病棟票（亜急性期病室用） | 1部 |
| ⑥ 病棟患者票（亜急性期病室用（入院中）） | 30部 |
| ⑦ 病棟患者票（亜急性期病室用（退室）） | 30部 |
| ⑧ 返信用封筒 | 1部 |
| ⑨ 二次医療圏資料 | 1部 |

(3) 各調査票の配布方法・記入者

① 施設票

- ・施設調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
- ・調査票には、貴病院全体の状況についてご記入いただく「施設長等用調査票」と、貴病院の一般病棟全体の状況についてご記入いただく「看護部長用調査票」があります。
- ・「看護部長用調査票」における一般病棟は、貴病院の「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。なお、一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位として入院基本料の届出をしている場合には、結核病棟における値も含んでお答え下さい。
- ・「施設長等用調査票」への記入は、施設長もしくは事務部門の責任者の方をお願いします。「看護部長用調査票」への記入は、看護部門の責任者あるいは事務部門の方をお願いします。

※「看護部長用調査票」問4の設問に関連して、任意のご協力のお願いではありますが、貴病院の一般病棟において「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価」を用いて評価を行った患者のA モニタリング及び処置等に係る得点、B 患者の状況等に係る得点について、平成21年6月1日の患者の状態の一覧表（別紙参照）を添付してください。なお、形式に関しましては、別紙一覧表の例に記された項目が含まれていれば、どのような様式であってもかまいません。また、貴病院内で作成されている様式のコピーでも結構です。

② 病棟票（一般病棟用）

- ・一般病棟用の病棟調査票は、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の高い病棟より3病棟、重症度・看護必要度の基準を満たす患者割合の低い病棟より3病棟をそれぞれお選びいただき、計6病棟（病棟数が5ヶ所以下の場合は全ての病棟）に対して各1部ずつ配布してください。
- ・調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の各病棟の状況についてお答えください。
- ・調査票における一般病棟は、各病棟の「一般病棟入院基本料を算定している病床（特定入院料の届出を行っている病棟・病室を除く）」を指します。
- ・調査票への記入は、各病棟の責任者あるいは事務部門の方をお願いします。

③ 病棟患者票（一般病棟用）

- ・病棟患者調査は、上記②の病棟調査で対象とした病棟の患者を対象とします。
- ・調査対象患者は、調査対象病棟ごとに患者4名とします。したがって、調査対象病棟

が6病棟である場合は、病院全体で合計24名（＝4名×6病棟）の患者が調査対象となります。なお、各病棟の調査対象患者は、平成21年6月1日午前0時以降に当該病棟を退棟（＝退院・転院・転棟）された患者とし、退棟時間の早い順に4名をお選びください。なお、平成21年6月1日に退棟された患者が4名に満たない場合は、同年6月2日の退棟患者から、それでも不足する場合には順に3日、4日と対象日を進め、順次、患者をお選びください。

- 退院：自宅又は医療機関ではない施設に移動した患者
- 転院：別の医療機関に移動した患者
- 転棟：別の病棟に移動した患者

- ・調査票への記入は、各調査対象病棟の看護職員の方をお願いします。

④ 病棟票（亜急性期病室用）

- ・亜急性期病室用の病棟調査は、貴病院の亜急性期病室を有する病棟全てを対象とします。
- ・調査票は、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の当該病棟の状況についてお答えください。なお、「亜急性期病室について」と指定がある場合は、亜急性期病室に限定してその状況をお答えください。
- ・調査票への記入は、各亜急性期病室を有する病棟の責任者あるいはご回答可能な看護職等の方をお願いします。

⑤ 病棟患者票（亜急性期病室用（入院中））

- ・亜急性期病室用の入院中の患者調査は、平成21年8月5日（水）に亜急性期病室に入院されている全ての患者（亜急性期入院医療管理料算定患者のみ）を調査対象とします。
- ・調査対象となる入院中患者の数に応じて、必要部数を各対象病棟にお配りください。
- ・調査票への記入は、各亜急性期病室を有する病棟の責任者あるいはご回答可能な看護職等の方をお願いします。

⑥ 病棟患者票（亜急性期病室用（退室））

- ・亜急性期病室用の退室患者調査は、平成21年6月の1カ月間に亜急性期病室から退室した全ての患者（亜急性期入院医療管理料算定患者のみ）を調査対象とします。
- ・調査対象となる退室患者の数に応じて、必要部数を各対象病棟にお配りください。
- ・調査票への記入は、各亜急性期病室を有する病棟の責任者あるいはご回答可能な看護職等の方をお願いします。

(4) 提出期限

- ・施設長もしくは事務部門の責任者の方が、ご記入いただきました施設調査票、各種病棟調査票、各種病棟患者調査票を収集いただき、同封の返信用封筒にまとめて封入の上、平成21年8月24日（月）までに調査事務局までご返送ください。

(5) その他

- ・亜急性期病室用の病棟調査票あるいは各種病棟患者調査票の部数が不足する場合は、調査事務局までご連絡ください。
- ・各種病棟調査票あるいは各種病棟患者調査票に残部が生じた場合は、お手数ですが貴病院にて廃棄いただければ幸いです。

3. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）事務局

「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問い合わせ専用 E-Mail：iryokinou@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ことがないよう、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。

注. 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/>

一覧表の例

性別: 1=男性、2=女性

| 患者番号 | 年齢 | 性別 | 「A.モニタリング及び処置等」 | | | | | | | | | | 「B.患者の状況等」 | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|----|-----------------|---------|----------|---------|----------------|------------|---------------|---------------|--------------|------------|------------|--------|-----------|---------|-----------|-----------|----------|---------|-------|---------|---------|----------|----|----|----|----|
| | | | 1) 創傷処置 | 2) 血圧測定 | 3) 時間尿測定 | 4) 呼吸ケア | 5) 点滴ライン同時3本以上 | 6) 心電図モニター | 7) シリンジポンプの使用 | 8) 輸血や血液製剤の使用 | 9) 専門的な治療・処置 | | | | | | | 1) 寝返り | 2) 起き上がり | 3) 座位保持 | 4) 移乗 | 5) 口腔清潔 | 6) 食事摂取 | 7) 衣服の着脱 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ①抗悪性腫瘍剤の使用 | ②麻酔注射薬の使用 | ③放射線治療 | ④免疫抑制剤の使用 | ⑤昇圧剤の使用 | ⑥抗不整脈剤の使用 | ⑦ドレナージの管理 | | | | | | | | | | |
| 1 | 56歳 | 1 | 0点 | 1点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 0点 | 2点 | | | | | | ○ | | | | 0点 | 0点 | 0点 | 1点 | 0点 | 0点 | 1点 |
| 2 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 3 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 4 | 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 5 | 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 6 | 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 7 | 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 8 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 9 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| 10 | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |
| . | 歳 | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | | | | | | | | | | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 | 点 |

医療機関において、コード化している場合には、余白に分かるように記載下さい

患者番号:
任意の番号(患者氏名が掲載されている場合は削除又は黒マジック等で消す)

年齢:
平成21年6月1日現在

0点~1点のいずれか

①から⑦の項目が分かれれば記載
0点~2点のいずれか

0点~2点のいずれか

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

7 対 1 入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

亜急性期病室を有する病棟名

■本調査票の一般病棟名・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 21 年 () 月 () 日 |
| ご記入担当者名 | |

■貴病棟の概要についてお伺いします。

問 1 亜急性期病室を有する貴病棟で算定している診療報酬として該当するものを全てお選びください。

| | |
|----------------|------------------------------|
| 貴病棟で算定している診療報酬 | 01 一般病棟 7 対 1 入院基本料（準 7 対 1） |
| | 02 一般病棟 10 対 1 入院基本料 |
| | 03 亜急性期入院医療管理料 1 |
| | 04 亜急性期入院医療管理料 2 |

問 2 亜急性期病室を有する貴病棟の届出病床数について、平成 20 年 6 月時点及び平成 21 年 6 月時点の総数と内訳をご記入ください。

| | 平成 20 年 6 月 | 平成 21 年 6 月 |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| (1) 病棟病床数 総数 | 床 | 床 |
| (2) [再掲] 亜急性期入院医療管理料 1 届出病床 | 床 | 床 |
| (2) [再掲] 亜急性期入院医療管理料 2 届出病床 | 床 | 床 |

問 3 亜急性期病室を有する貴病棟に配置している看護師、准看護師、看護補助者の人数をご記入ください。なお、非常勤職員については、一週間当たりの勤務状況から算出した常勤換算後の人数をご記入ください。

| | 常勤 | 非常勤 (常勤換算 ^{注1}) |
|-----------|----|------------------------------|
| (1) 看護師 | 人 | 人 |
| (2) 准看護師 | 人 | 人 |
| (3) 看護補助者 | 人 | 人 |

注 1) 非常勤職員の常勤換算の算出方法

貴院の 1 週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）を記入。
例：1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週 4 日（各日 5 時間）勤務の看護師が 1 人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}}{40 \text{時間}} = 0.5 \text{人}$$

| 問4 亜急性期病室を有する貴病棟において、 専従・専任している職種別の職員数 をご記入ください。なお、専任職員については、一週間当たりの勤務状況から算出した常勤換算後の人数をご記入ください。 | | |
|--|-------------------|---------------------------|
| | 専 従 ^{注1} | 専 任 (常勤換算 ^{注2}) |
| (1) 薬剤師 | 人 | . 人 |
| (2) 理学療法士 | 人 | . 人 |
| (3) 作業療法士 | 人 | . 人 |
| (4) ソーシャルワーカー | 人 | . 人 |
| (5) 事務職員 | 人 | . 人 |

注1) 専従とは、貴病棟の業務のみに従事している者をいう。専任とは、貴病棟での業務とその他の部署等での業務を兼務している者をいう（例：午前の3時間は貴病棟の薬剤管理業務に従事するが、午後の5時間は薬剤部門での調剤業務に従事する者等を指す）。

注2) 専任（他部署の業務を兼務している）職員の常勤換算の算出方法

貴病院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を切り上げ）を記入。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、貴病棟に週2日（各日3時間）勤務の薬剤師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の薬剤師が2人いる場合

$$\text{専任薬剤師数} = \frac{(2 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}) + (3 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 2 \text{人})}{40 \text{時間}} = 0.9 \text{人}$$

■貴病棟の有する亜急性期病室の概況についてお伺いします。

| 問5 亜急性期病室における専任の在宅復帰支援担当者について、平成21年6月の 担当者数 、 職種 をご記入ください。 | |
|--|----------------------|
| | 平成21年6月 |
| (1) 専任の在宅復帰支援担当者数 | 人 |
| (2) 専任の在宅復帰支援担当者の職種（○はいくつでも） | |
| 01 医師 | 03 ソーシャルワーカー（社会福祉士等） |
| 02 看護師・保健師 | 04 事務職員 |
| 05 その他（ _____ ） | |

| 問6 亜急性期病室における 平均在院日数 、 病床利用率 について、平成20年4～6月及び平成21年4～6月の数値をご記入ください。 | | |
|--|-----------|-----------|
| | 平成20年4～6月 | 平成21年4～6月 |
| (1) 平均在院日数 ^{注1} | . 日 | . 日 |
| (2) 病床利用率 ^{注2} | . % | . % |

注1) 平均在院日数の算出方法

下記のように平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数を算出して、小数点第2位を切り上げ、小数第一位までを記入。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{4月～6月の在院患者延数}}{(\text{4～6月の新規入室患者数} + \text{4～6月の退室患者数}) \times 0.5}$$

注2) 病床利用率の算出方法

下記のように平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率を算出して、小数点第2位を四捨五入して、小数第一位までを記入。

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

問7 亜急性期病室の入室患者について、平成20年6月及び平成21年6月の時点で在室中の人数、7対1入院基本料等から転床又は転院してきた入院患者数の割合等をご記入ください。

| | 平成20年6月 | 平成21年6月 |
|---|---------|---------|
| (1) 在室患者数 | 人 | 人 |
| (2) 7対1入院基本料等から転床又は転院してきた入院患者数の割合 ^{※1} | % | % |

注1) 「7対1入院基本料等から転床又は転院してきた入院患者数の割合」とは、「亜急性期入院医療管理届出病床の入院患者数」に占める「7対1入院基本料、準7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料に限る）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数」の割合を指す。

問8 亜急性期病室に平成21年6月時点で在室中の患者について、入室理由別の人数をご記入ください。

| | 平成21年6月 |
|----------------------------------|---------|
| (1) 急性期治療を経過した患者 | 人 |
| (2) 在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者 | 人 |
| (3) その他 | 人 |

問9 亜急性期病室に平成21年6月時点で在室中の患者について、入室前の居場所別の人数をご記入ください。
なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。

| | | 平成21年6月 |
|---|------------|---------|
| (1) 自院の7対1入院基本料等 ^{※1} を算定している病床 | | 人 |
| (2) 自院のその他の病床 | | 人 |
| (3) 他病院の7対1入院基本料等 ^{※1} を算定している病床 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (4) 他病院のその他の病床 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (5) 有床診療所 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (6) 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (7) その他居住系サービス ^{※2} 等の施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県外 | 人 |
| (8) 在宅 | | 人 |
| (9) その他 | | 人 |

注1) 「7対1入院基本料等」とは、「7対1入院基本料、準7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料に限る）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床」を指す。

注2) 居住系サービスとは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

問 10 亜急性期病室における平成 20 年 6 月及び平成 21 年 6 月の退室患者数、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合をご記入ください。

| | 平成 20 年 6 月 | 平成 21 年 6 月 |
|------------------------------------|-------------|-------------|
| (1) 退室患者数 ^{注 1} | 人 | 人 |
| (2) 退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合 | % | % |

注 1) 退室患者数：以下の「転室」「転棟」「転院」「退院」の用語の定義に該当する患者数の合計

- 転室：亜急性期病室から当該病棟の一般病床に移動した人数
- 転棟：別の病棟に移動した人数
- 転院：別の医療機関に移動した人数
- 退院：自宅又は医療機関ではない施設に移動した人数

問 11 亜急性期病室の退室患者数について、平成 21 年 6 月の退室先別の人数をご記入ください。
なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。

| | | 平成 21 年 6 月 |
|------------------------------------|------------|-------------|
| (1) 自院の回復期リハ病棟 | | 人 |
| (2) 自院の (1) 以外の一般病棟 | | 人 |
| (3) 自院の (1) 以外の療養病棟 | | 人 |
| (4) 自院の (1) ～ (3) 以外の病棟 | | 人 |
| (5) 他病院 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (6) 有床診療所 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (7) 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (8) その他居住系サービス ^{注 1} 等の施設 | 貴院と同じ二次医療圏 | 人 |
| | 県内の他の二次医療圏 | 人 |
| | 県 外 | 人 |
| (9) 在宅 | | 人 |
| (10) その他 | | 人 |

注 1) 居住系サービスとは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

■最後に、本調査に関連した事項で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。ご協力誠に有り難うございました。
ご記入いただきました調査票は、病棟患者票とあわせて、ご配布いただきました施設長もしくは事務部門の責任者の方にお渡しください。

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

亜急性期入院医療管理病室

入院中の患者用

- 上記の病室に平成21年8月5日（水）時点で入院していた全ての患者について、下記設問についてご回答下さい。
- 質問票は、患者1名に対して「A 患者の基本的事項」「B 現在の状況」をお訊ねしております。可能な範囲でご回答ください。

■ 質問票

A 患者の基本的事項

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|---|--------------------------------------|---|-------|---------------|--------|----------|----------|--------|---------------|-------|
| 1 | 発症年月日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | |
| 2 | 入院年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | |
| 3 | 入室年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | |
| 4 | 現在、診断されている主傷病と副傷病 | (別紙1「疾病コード表」より該当番号を選択) | | | | | | | | | | |
| | | ①主傷病(1つ) | ____ | ②副傷病(2つまで) | ____ | | | | | | | |
| 5 | 診療科(1つ選択) | ____ (別紙2「診療科コード表」より該当番号を選択) | | | | | | | | | | |
| 6 | 性別 | 1 男性 | 2 女性 | 7 年齢 (回答時現在) ____歳 | | | | | | | | |
| 8 | ①世帯構成 | 1 単独世帯 2 同居有り世帯 | | | | | | | | | | |
| | ②キーパーソン | 1 有り 2 無し | | | | | | | | | | |
| | ③続柄 (②有りの場合) | <table border="0"> <tr> <td>1 配偶者</td> <td>4 父母または配偶者の父母</td> <td>7 兄弟姉妹</td> </tr> <tr> <td>2 子</td> <td>5 孫</td> <td>8 他の親族</td> </tr> <tr> <td>3 子の配偶者</td> <td>6 祖父母</td> <td>9 その他</td> </tr> </table> | | | 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | 3 子の配偶者 | 6 祖父母 |
| 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | | | | | | | | | | |
| 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | | | | | | | | | | |
| 3 子の配偶者 | 6 祖父母 | 9 その他 | | | | | | | | | | |
| 9 | 入室期間中の算定状況 | ①地域連携診療計画管理料 | 1有 2無 | ③褥瘡患者管理加算 | 1有 2無 | | | | | | | |
| | | ②地域連携診療計画退院時指導料 | 1有 2無 | ④後期高齢者退院調整加算 | 1有 2無 | | | | | | | |
| 10 | 院内クリニカルパスの使用状況 | 1 有り → | ①バリエーションの状況 | 1 有り 2 無し | | | | | | | | |
| | | 2 無し | (入院期間に関するものに限る。検査の変更等のバリエーションは含まない。) | | | | | | | | | |
| 11 | リハビリテーションの実施状況 | 1 有り → | ①リハビリの種類 (複数選択可) | <table border="0"> <tr> <td>1 心大血管疾患</td> <td>4 呼吸器</td> </tr> <tr> <td>2 脳血管疾患等</td> <td>5 摂食機能療法</td> </tr> <tr> <td>3 運動器</td> <td>6 集団コミュニケーション</td> </tr> </table> | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | |
| | | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | | | | | | | | |
| | | | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | | | | | | | | |
| 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | | | | | | | | | | | |
| ②リハビリ開始日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | |
| ③リハビリ頻度 | 週 ____単位 | | | | | | | | | | | |
| 12 | 透析の実施状況 | 1 有り → | ①透析開始日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | |
| | | | ②透析の方法 | 1 血液透析 2 腹膜透析 | | | | | | | | |
| | | 2 無し | | | | | | | | | | |

B 現在の患者状況

| | | | | | |
|---|---|-------------------|--------------------------------------|--------------------|-------|
| 1 | 入室中の モニタリング及び 処置等の状況 (回答当日の状態) | 1) 創傷処置 | 1有 2無 | 17) 免疫抑制剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 2) 血圧測定5回以上 | 1有 2無 | 18) 昇圧剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 3) 時間尿測定 | 1有 2無 | 19) 抗不整脈剤の使用 | 1有 2無 |
| | | 4) 人工呼吸器管理 | 1有 2無 | 20) ドレナージの管理 | 1有 2無 |
| | | 5) 酸素吸入 | 1有 2無 | 21) 24時間持続点滴 | 1有 2無 |
| | | 6) 気道内吸引 | 1有 2無 | 22) 抗生剤点滴治療 | 1有 2無 |
| | | 7) 口腔内吸引 | 1有 2無 | 23) 脱水に対する治療 | 1有 2無 |
| | | 8) 痰を出すための体位ドレナージ | 1有 2無 | 24) 発熱に対する治療 | 1有 2無 |
| | | 9) スクウィージング | 1有 2無 | 25) せん妄に対する治療 | 1有 2無 |
| | | 10) 点滴ライン同時3本以上 | 1有 2無 | 26) 肺炎に対する治療 | 1有 2無 |
| | | 11) 心電図モニター | 1有 2無 | 27) 尿路感染に対する治療 | 1有 2無 |
| | | 12) シリンジポンプの使用 | 1有 2無 | 28) 経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養 | 1有 2無 |
| | | 13) 輸血や血液製剤の使用 | 1有 2無 | 29) 血糖検査1日3回以上 | 1有 2無 |
| | | 14) 抗悪性腫瘍剤の使用 | 1有 2無 | 30) ドレーン法又は胸腔・腹腔洗浄 | 1有 2無 |
| | | 15) 麻薬注射薬の使用 | 1有 2無 | 31) 気管切開又は気管内挿管 | 1有 2無 |
| | | 16) 放射線治療 | 1有 2無 | 32) 酸素療法 | 1有 2無 |
| 2 | 入室中の 患者の状況等 (回答当日の状態) | 1) 寝返り | 1 できる 2 何かにつかまればできる 3 できない | | |
| | | 2) 起き上がり | 1 できる 2 できない | | |
| | | 3) 座位保持 | 1 できる 2 支えがあればできる 3 できない | | |
| | | 4) 移乗 | 1 できる 2 見守り・一部介助が必要 3 できない | | |
| | | 5) 口腔清潔 | 1 できる 2 できない | | |
| | | 6) 食事摂取 | 1 介助なし 2 一部介助 3 全介助 | | |
| | | 7) 衣服の着脱 | 1 介助なし 2 一部介助 3 全介助 | | |

<別紙1> 疾病コード表
(ICD-10 2003年版を準用)

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

＜別紙２＞診療科コード表

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

注) 01～36 に定める診療科目以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名をお選びください。

(2)ー9 病棟患者票（亜急性期病室用（退室））

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

亜急性期入院医療管理病室

退院(室)患者用

- 上記の病室を平成21年6月に退室された全ての患者について、下記設問についてご回答下さい。
- 質問票は、患者1名に対して「A 患者の基本的事項」「B 入室時の患者状況」「C 退室時の患者状況」をお訊ねしております。可能な範囲でご回答ください。

■ 質問票

A 患者の基本的事項

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|---|--------------------------------------|---|------------------|----------|---------------|----------|----------|-------|---------------|---------|-------|
| 1 | 発症年月日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | |
| 2 | 入院年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | |
| 3 | 入室年月日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | |
| 4 | 入室期間中に診断された主傷病と副傷病 | (別紙1「疾病コード表」より該当番号（退院時サマリの主傷病欄等に記入された傷病）を選択） | | | | | | | | | | | |
| | | ①主傷病（1つ） | _____ | ②副傷病（2つまで） | _____ | | | | | | | | |
| 5 | 診療科（1つ選択） | _____ (別紙2「診療科コード表」より該当番号を選択) | | | | | | | | | | | |
| 6 | 性別 | 1 男性 | 2 女性 | 7 年齢 | (6月1日現在) _____ 歳 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | ①世帯構成 | 1 単独世帯 2 同居有り世帯 | | | | | | | | | | | |
| | ②キーパーソン | 1 有り 2 無し | | | | | | | | | | | |
| | ③続柄 (②有りの場合) | <table border="0"> <tr> <td>1 配偶者</td> <td>4 父母または配偶者の父母</td> <td>7 兄弟姉妹</td> </tr> <tr> <td>2 子</td> <td>5 孫</td> <td>8 他の親族</td> </tr> <tr> <td>3 子の配偶者</td> <td>6 祖父母</td> <td>9 その他</td> </tr> </table> | | | | 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | 3 子の配偶者 | 6 祖父母 |
| 1 配偶者 | 4 父母または配偶者の父母 | 7 兄弟姉妹 | | | | | | | | | | | |
| 2 子 | 5 孫 | 8 他の親族 | | | | | | | | | | | |
| 3 子の配偶者 | 6 祖父母 | 9 その他 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 入室期間中の算定状況 | ①地域連携診療計画管理料 | 1有 2無 | ③褥瘡患者管理加算 | 1有 2無 | | | | | | | | |
| | | ②地域連携診療計画退院時指導料 | 1有 2無 | ④後期高齢者退院調整加算 | 1有 2無 | | | | | | | | |
| 10 | 院内クリニカルパスの使用状況 | 1 有り → | ①バリエーションの状況 | 1 有り 2 無し | | | | | | | | | |
| | | 2 無し | (入院期間に関するものに限る。検査の変更等のバリエーションは含まない。) | | | | | | | | | | |
| 11 | リハビリテーションの実施状況 | 1 有り → | ①リハビリの種類 (複数選択可) | <table border="0"> <tr> <td>1 心大血管疾患</td> <td>4 呼吸器</td> </tr> <tr> <td>2 脳血管疾患等</td> <td>5 摂食機能療法</td> </tr> <tr> <td>3 運動器</td> <td>6 集団コミュニケーション</td> </tr> </table> | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | | |
| | | | 1 心大血管疾患 | 4 呼吸器 | | | | | | | | | |
| | | | 2 脳血管疾患等 | 5 摂食機能療法 | | | | | | | | | |
| 3 運動器 | 6 集団コミュニケーション | | | | | | | | | | | | |
| ②リハビリ開始日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | | | | |
| ③リハビリ頻度 | 週 _____ 単位 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 透析の実施状況 | 1 有り → | ①透析開始日 | 昭和・平成 ____年 ____月 ____日 | | | | | | | | | |
| | | 2 無し | ②透析の方法 | 1 血液透析 2 腹膜透析 | | | | | | | | | |

B 入室時の患者状況

| | | | | | |
|---|-------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------|-------|
| 1 | 入室前の居場所 (1つ選択) | 1 在宅 | 10 7～9以外の他院の他の病床 ^{注2} | | |
| | | 2 自院の急性期病床 ^{注1} | 11 介護老人保健施設 (老人保健施設) | | |
| | | 3 自院の回復期リハビリテーション病棟 | 12 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | | |
| | | 4 2～3以外の自院の一般病床 | 13 グループホーム | | |
| | | 5 2～3以外の自院の療養病床 | 14 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) | | |
| | | 6 2～5以外の自院の他の病床 ^{注2} | 15 高齢者専用賃貸住宅 | | |
| | | 7 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 16 障害者支援施設 | | |
| | | 8 7以外の他院の一般病床 | 17 その他 | | |
| | | 9 7以外の他院の療養病床 | | | |
| 2 | 入室した背景 (複数選択可) | 1 急性期治療を経過し状態が安定したため | | | |
| | | 2 在宅・介護施設等からの患者であり症状が急性増悪したため | | | |
| | | 3 リハビリテーションを行うため | | | |
| | | 4 栄養状態の改善のため | | | |
| | | 5 患者・家族に対する今後の療養生活に係る指導等のため | | | |
| | | 6 退院先を確保するまで一時的に待機が必要なため | | | |
| | | 7 本人・家族が希望するため | | | |
| | | 8 その他 (自由記入欄) | | | |
| 3 | 入室中の患者の状況等 | ①中心静脈栄養 | 1有 2無 | ⑨インスリン皮下注射 | 1有 2無 |
| | | ②経管栄養(経鼻・胃ろう) | 1有 2無 | ⑩体位ドレナージ | 1有 2無 |
| | | ③褥瘡処置 | 1有 2無 | ⑪輸血、血液製剤 | 1有 2無 |
| | | ④輸液ポンプ、シリンジポンプの使用 | 1有 2無 | ⑫放射線治療 | 1有 2無 |
| | | ⑤胃ろう・腎ろう等の処置 | 1有 2無 | ⑬麻薬の使用 | 1有 2無 |
| | | ⑥ドレーン法・胸腹腔洗浄 | 1有 2無 | ⑭内視鏡検査・内視鏡的処置 | 1有 2無 |
| | | ⑦気管切開 | 1有 2無 | ⑮全身麻酔を伴う処置 | 1有 2無 |
| | | ⑧人工呼吸器の装着 | 1有 2無 | ⑯床上安静の指示 | 1有 2無 |

注1) 急性期病床とは、救命救急入院科、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

注2) 他の病床とは、結核病床・精神病床・感染症病床を指す。

C 退室時の患者状況

| | | | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------|---|
| 1 | 退室年月日 | 平成 21年 6月 ____日 | | | |
| 2 | 退院支援計画書 | ① 作成日 | 平成 ____年 ____月 ____日 | | |
| | | ② 作成者 | 1 医師 2 看護師 3 在宅支援を担当する者 4 その他 | | |
| 3 | 退室先 (1つ選択) | 1 在宅 | 10 7～9以外の他院の他の病床 ^{注2} | | |
| | | 2 自院の急性期病床 ^{注1} | 11 介護老人保健施設 (老人保健施設) | | |
| | | 3 自院の回復期リハビリテーション病棟 | 12 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | | |
| | | 4 2～3以外の自院の一般病床 | 13 グループホーム、有料老人ホーム等 | | |
| | | 5 2～3以外の自院の療養病床 | 14 高齢者専用賃貸住宅 | | |
| | | 6 2～5以外の自院の他の病床 ^{注2} | 15 障害者支援施設 | | |
| | | 7 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 16 死亡 | | |
| | | 8 7以外の他院の一般病床 | 17 その他 | | |
| | | 9 7以外の他院の療養病床 | | | |
| 4 | 転 帰 | 1 治療 2 軽快 3 不変 4 悪化 5 死亡 6 その他 () | | | |
| 5 | 日常生活機能評価 (把握されている項目に点数を記入) | ①床上安静の指示 | 点 | ⑧口腔清潔 | 点 |
| | | ②どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | 点 | ⑨食事摂取 | 点 |
| | | ③寝 返 り | 点 | ⑩衣服の着脱 | 点 |
| | | ④起き上がり | 点 | ⑪他者への意思の伝達 | 点 |
| | | ⑤座位保持 | 点 | ⑫診療・療養上の指示が通じる | 点 |
| | | ⑥移 乗 | 点 | ⑬危険行動 | 点 |
| | | ⑦移動方法 | | | |

注1) 急性期病床とは、救命救急入院科、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

注2) 他の病床とは、結核病床・精神病床・感染症病床を指す。

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|-----------|---|
| 6 | バーセル指数 (把握されている項目 に点数を記入) | ①食 事 | 点 | ⑥平地歩行 | 点 |
| | | ②移 乗 | 点 | ⑦階段昇降 | 点 |
| | | ③整 容 | 点 | ⑧更 衣 | 点 |
| | | ④トイレ動作 | 点 | ⑨排便コントロール | 点 |
| | | ⑤入 浴 | 点 | ⑩排尿コントロール | 点 |
| 7 | 退室までの経緯 (1つ選択) | 1 診療計画書にある推定入院期間より早く退室 2 診療計画書にある推定入院期間どおりの退室 3 病状が安定せず、退室が延びた 4 入所・転院する施設の都合で、退棟が延びた 5 退棟先である在宅で、家族等の受入れ体制が整わず、退棟が延びた 6 退棟先である在宅での介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びた 7 その他 (自由記入欄) | | | |

<別紙1> 疾病コード表
(ICD-10 2003年版を準用)

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

＜別紙２＞診療科コード表

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

注) 01～36 に定める診療科目以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名をお選びください。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料
及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、
並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

【実施要領】

1. 調査の目的

- ・ 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、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。
- ・ 本調査は、厚生労働省より委託を受け、中医協・診療報酬改定結果検証部会の検証項目の一つである「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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、今後の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ております。

2. 調査の方法

(1) 調査の対象施設

- ・ 平成21年7月1日時点で地域連携診療計画退院時指導料の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての診療所及びそれ以外の有床診療所から無作為抽出した計1,000施設としております。
- ・ なお、本調査では別に、平成21年7月1日時点で以下の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての病院から無作為抽出した計3,500施設も対象としています。
 - ① 一般病棟入院基本料の7対1（準7対1含む）及び10対1入院基本料の届出病院及び地域連携診療計画管理料の届出病院
 - ② 亜急性期入院医療管理料の届出病院、及び地域連携診療計画退院時指導料の届出病院

(2) 同封の調査票等

- ・ 調査事務局より下記の①～③の調査票等をお送りさせていただいております。

| | |
|-------------|----|
| ① 本調査へのご依頼状 | 1部 |
| ② 診療所票 | 1部 |
| ③ 返信用封筒 | 1部 |

(3) 診療所票の記入方法

- ・ 診療所調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の貴院全体の状況、地域連携診療計画退院時指導料に係る状況、医療機能に係る今後の方針、今後の医療機関との連携に関する意向などについてお答えください。
- ・ 調査票への記入は、施設長もしくは事務部門の責任者の方をお願いします。

(4) 提出期限

- ・施設長もしくは事務部門の責任者の方がご記入いただきました診療所票を、同封の返信用封筒にて平成21年8月24日（月）までに調査事務局までご返送ください。

3. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）事務局

「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」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：0120-702-216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）

問い合わせ専用 E-Mail：iryokinou@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ことがないよう、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。

注. 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/>

診療報酬改定結果検証に係る調査（平成21年度調査）

7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに「地域連携クリティカルパス」に係る調査

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

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答え下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・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21年()月()日 |
| ご記入担当者名 | |
| 連絡先電話番号 | |
| 連絡先FAX番号 | |

■貴院の概要についてお伺いします。

問1 貴院の開設者として該当するものをお選びください。(○は1つ)

- 01 公的医療機関 (都道府県,市町村, 一部事務組合,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)
 02 医療法人
 03 個人
 04 その他(上記以外)

問2 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。01～36に定める診療科目以外を標榜している場合には、最も近似する診療科名をお選びください。(○はいくつでも)
 なお、複数の科目を選ばれた場合は、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のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。 →

| | | |
|---|--------------|------------------|
| 問3 貴院の届出の状況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) | | |
| 届出の状況 (○はいくつでも) | 01 在宅療養支援診療所 | 03 後期高齢者退院調整加算 |
| | 02 退院調整加算 | 04 診療所後期高齢者医療管理料 |

| | |
|--|---|
| 問4 貴院に所属している平成21年6月時点の医師数をご記入ください。(○は1つ) | |
| 医師数 | 人 |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| 問5 貴院における平成21年6月時点の稼働病床数及び平均在院日数についてご記入下さい。 | | |
| | 平成20年4~6月 | 平成21年6月 |
| (1) 稼働病床数 | | 床 |
| (2) [再掲] 一般病床数 | | 床 |
| (3) [再掲] 療養病床数 | | 床 |
| (4) [再掲] 診療所後期高齢者医療管理料算定病床数 | | 床 |
| | 平成20年4~6月 | 平成21年4~6月 |
| (5) 平均在院日数 ^{注1} | 日 | 日 |

注1) 平均在院日数の算出方法

下記のように平成20年4月~6月、平成21年4月~6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数を算出して、小数点第2位を切り上げ、小数第一位までを記入。

$$\text{平均在院日数} = \frac{4\text{月} \sim 6\text{月の在院患者延数}}{(4 \sim 6\text{月の新規入院患者数} + 4 \sim 6\text{月の退院患者数 (転院を含む)}) \times 0.5}$$

■貴院の医療提供状況についてお伺いします。

| | | |
|--|---------|---------|
| 問6 貴院の外来患者延べ数、入院患者延べ数について、平成20年6月及び平成21年6月の総数をご記入ください。 | | |
| | 平成20年6月 | 平成21年6月 |
| (1) 外来患者延べ数 | 人 | 人 |
| (2) 入院患者延べ数 | 人 | 人 |

| | |
|---|---------|
| 問7 貴院の平成21年6月の外来患者について、実人数、病院からの紹介患者数をご記入下さい。 | |
| | 平成21年6月 |
| (1) 外来患者数 | 人 |
| (2) [再掲] 病院からの紹介患者数 | 人 |

| | |
|--|---------|
| 問8 貴院の平成21年6月の新規入院患者について、実人数及び病院からの転院患者、他診療所からの紹介患者別の人数をご記入下さい。あわせて、貴院の平成21年6月の退院患者について、実人数及び退院先別の人数をご記入下さい。 | |
| | 平成21年6月 |
| (1) 新規入院患者数 | 人 |
| (2) [再掲] 病院からの転院患者 | 人 |
| (3) [再掲] 三次救急病院、二次救急病院からの転院患者 | 人 |
| (4) [再掲] 亜急性期病室を有する病院からの転院患者 | 人 |
| (5) [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院からの転院患者 | 人 |
| (6) [再掲] 療養病床を有する病院からの転院患者 | 人 |
| (7) [再掲] 他診療所からの紹介患者 | 人 |
| (8) 退院患者数 | 人 |
| (9) [再掲] 他院へ転院した患者 | 人 |
| (10) [再掲] 自院の外来に通う患者 | 人 |
| (11) [再掲] 他診療所の外来に通う患者 | 人 |
| (12) [再掲] 死亡退院した患者 | 人 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 問9 貴院において、平成21年4月～6月の3ヶ月に紹介・逆紹介の実績がある保険医療機関数をご記入下さい。 | | |
| | | 平成21年4～6月 |
| (1) 病院 | | 施設 |
| (2) [再掲] 三次救急病院、二次救急病院 | | 施設 |
| (3) [再掲] 亜急性期病室を有する病院 | | 施設 |
| (4) [再掲] 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 | | 施設 |
| (5) [再掲] 療養病床を有する病院 | | 施設 |
| (6) 一般診療所 | | 施設 |

| | | |
|--|---------|---------|
| 問10 貴院は大腿骨頸部骨折及び脳卒中に係る地域連携診療計画退院時指導料の届出をされていますか。該当する選択肢番号に○をお付けください。 | | |
| 地域連携診療計画退院時指導料（○は1つ） | 01 届出なし | 02 届出あり |

問10において、地域連携診療計画退院時指導料について「02 届出あり」と回答された場合には、以下の問11～12にもご回答ください。「01 届出なし」と回答された場合には、問13へお進みください。

■貴院の地域連携診療計画退院時指導料に係る状況についてお問い合わせします。

| | | |
|--|-----------------------------|--------|
| 問11 貴院が地域連携診療計画退院時指導料を算定されている場合は、計画管理病院数と計画管理病院とのカンファレンスの頻度、算定患者数について、平成20年度の状況をご記入下さい。なお、カンファレンスの頻度については1ヶ月平均回数をご記入下さい。 | | |
| | | 平成20年度 |
| (1) 大腿骨頸部骨折 | ①計画管理病院数 | 施設 |
| | ②計画管理病院とのカンファレンス（情報交換の機会）頻度 | 回/月 |
| | ③算定患者数 | 人 |
| (2) 脳卒中 | ①計画管理病院数 | 施設 |
| | ②計画管理病院とのカンファレンス（情報交換の機会）頻度 | 回/月 |
| | ③算定患者数 | 人 |

| | | |
|--|--|---------|
| 問12 貴院が地域連携診療計画退院時指導料を算定している場合は、平成21年6月の1ヶ月に、貴院において地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者全てについて、該当する箇所はその状況をご記入下さい。 | | |
| | | 平成21年6月 |
| ■計画管理病院からの転院時について | | |
| (1) 日常生活機能評価の合計点数の平均値 | | 点 |
| ■貴院からの退院時について | | |
| (2) 算定患者の平均在院日数 | | 日 |
| (3) 日常生活機能評価の合計点数の平均値 | | 点 |
| (4) 設定された総治療期間内に退院できた患者の数 | | 人 |
| (5) 設定された総治療期間内に退院できなかった場合の主な理由（○は1つ） | | |
| 01 病状が安定せず、退院が延びた | | |
| 02 入所・転院する施設の都合で、退院が延びた | | |
| 03 退院先である在宅で、家族等の受入れ体制が整わず、退室が延びた | | |
| 04 退院先である在宅での介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びた | | |
| 05 その他（) | | |

■貴院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問 13 貴院の医療機能に係る今後の方針について該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では特定の医療機能（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定されていますか（○は1つ）

| | | | | | | | |
|---|-----------------|---------|--------------|-----------|-----------------|-----------------|--|
| 01 特化する予定である | 02 特化する予定はない | | | | | | |
| →① 今後、特化する予定の医療機能はどれですか。（○は1つ） <table border="1"> <tr> <td>01 急性期医療機能</td> <td>03 療養機能</td> </tr> <tr> <td>02 回復期リハビリ機能</td> <td>04 その他（ ）</td> </tr> </table> →② 今後、亜急性期医療機能を導入、拡充する予定はありますか。（○は1つ） <table border="1"> <tr> <td>01 導入、拡充する予定がある</td> <td>02 導入、拡充する予定はない</td> </tr> </table> | 01 急性期医療機能 | 03 療養機能 | 02 回復期リハビリ機能 | 04 その他（ ） | 01 導入、拡充する予定がある | 02 導入、拡充する予定はない | |
| 01 急性期医療機能 | 03 療養機能 | | | | | | |
| 02 回復期リハビリ機能 | 04 その他（ ） | | | | | | |
| 01 導入、拡充する予定がある | 02 導入、拡充する予定はない | | | | | | |

(2) (1) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

■貴院の今後の医療機関との連携に関する意向についてお伺いします。

問 14 貴院における紹介・逆紹介をはじめとする他の医療機関との連携に関する意向について、該当するものをお選びください。

(1) 貴病院では連携する医療機関数についてどのような意向をお持ちですか（○は1つ）

| | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|
| 01 増やしたい | 02 減らしたい | 03 現状のままでよい | |
| →①今後の連携先として増やしたい医療機能はどれですか。また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。（○はいくつでも） | | | |
| 01 急性期医療機能 | 02 亜急性期医療機能 | 03 回復期リハビリ機能 | 04 療養機能 |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある | 01 地域に十分にある |
| 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない | 02 地域に十分でない |
| 03 地域に全くない | 03 地域に全くない | 03 地域に全くない | 03 地域に全くない |
| 04 不明 | 04 不明 | 04 不明 | 04 不明 |

(2) (1) の方針の理由についてご記入ください。

【自由回答】

■最後に、本調査に関連した事項で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。ご協力誠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、8月24日(月)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

平成21年7月

各位

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）
「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された
『質の評価』の効果の実態調査」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。

平成20年4月の診療報酬改定により、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素が導入され、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価が行われるとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置が緩和されることになりました。

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、「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査」が実施されることとなりました。本調査は、平成21年7月1日時点で回復期リハビリテーション病棟の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての医療機関を対象として、回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供状況や、入退棟時の患者の状況などについて把握すること等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、本調査の趣旨をご理解の上、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いたします。なお、本調査結果は、中医協・診療報酬改定結果検証部会で同時に調査を実施している「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに『地域連携クリティカルパス』に係る調査」における回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院の結果としても活用させていただきます。

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21年8月24日（月）までにご返信いただき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

【お問い合わせ先】

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）事務局
「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査」

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：0120-702216（受付：月曜日～金曜日 9：30～17：00）

問い合わせ専用 E-Mail：kaifukuki@mizuho-ir.co.jp

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された
『質の評価』の効果の実態調査

【 実 施 要 領 】

1. 調査の目的

- ・ 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、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。
- ・ 本調査は、厚生労働省より委託を受け、中医協・診療報酬改定結果検証部会の検証項目の一つである「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査」について、平成20年度診療報酬改定による影響を調査し、今後の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ております。
- ・ なお、本調査結果は、中医協・診療報酬改定結果検証部会で同時に調査を実施している「7対1入院基本料算定病棟に係る調査、亜急性期入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院に係る調査、並びに『地域連携クリティカルパス』に係る調査」における回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院の結果としても活用させていただきます。

2. 調査の方法

(1) 調査の対象施設

- ・ 平成21年7月1日時点で回復期リハビリテーション病棟の施設基準を地方厚生（支）局に届け出ている全国の全ての医療機関1,011施設を対象としています。

(2) 同封の調査票等

- ・ 調査事務局より下記の①～⑦の調査票等をお送りさせていただいております。

| | |
|-------------|-----|
| ① 本調査のご依頼状 | 1部 |
| ② 実施要領（本資料） | 1部 |
| ③ 施設票 | 1部 |
| ④ 病棟票 | 3部 |
| ⑤ 退棟患者票 | 30部 |
| ⑥ 二次医療圏資料 | 3部 |
| ⑦ 返信用封筒 | 1部 |

(3) 各調査票の配布方法・記入者

① 施設票

- ・施設調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の貴院全体の状況についてお答えください。
- ・調査票への記入は、施設長もしくは事務部門の責任者の方をお願いします。

② 病棟票

- ・病棟調査票は、貴院の全ての回復期リハビリテーション病棟へ各1部ずつ配布してください。
- ・調査票には、設問の中で特に指定がある場合を除き、平成21年6月1日現在の各回復期リハビリテーション病棟の状況についてお答えください。
- ・調査票への記入は、各回復期リハビリテーション病棟の責任者の方をお願いします。

③ 退棟患者票

- ・退棟患者調査票には、平成21年6月1カ月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者のみ）の状況について、該当患者1人につき調査票1部へのご記入をお願いします。
- ・各回復期リハビリテーション病棟で調査対象となる退棟患者の数に応じて、必要部数を各回復期リハビリテーション病棟にお配りください。
- ・調査票には、退棟患者の入退棟時の状況や、入棟中のリハビリテーションの実施状況などについて、各担当の看護職員、リハビリスタッフの方のご記入をお願いします。

(4) 提出期限

- ・事務部門の責任者の方が、ご記入いただきました施設調査票、病棟調査票、退棟患者調査票を集約していただき、同封の返信用封筒にて8月24日（月）までに調査事務局までご返送ください。

(5) その他

- ・病棟調査票、もしくは退棟患者調査票が足りない場合には、調査事務局までご連絡ください。必要部数をお送りさせていただきます。
- ・病棟調査票、もしくは退棟患者調査票が余った場合には、お手数ですが貴院にて廃棄していただきますと幸いです。

3. 調査事務局

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）事務局
「回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された『質の評価』の効果の実態調査」
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：0120-702216（受付：月曜日～金曜日 9:30～17:00）
問い合わせ専用 E-Mail：kaifukuki@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ことがないよう、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。

注. 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/>

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された
「質の評価」の効果の実態調査

- 特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
- 数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「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21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 等）
- 02 公的医療機関（都道府県,市町村,一部事務組合,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,私立学校法人,社会福祉法人,医療生協,会社 等）

問2 貴院の承認等の状況について該当するもの全てに○をつけてください。

- | | |
|------------------|----------------------|
| 01 高度救命救急センター | 08 特定機能病院 |
| 02 救命救急センター | 09 地域医療支援病院 |
| 03 二次救急医療機関 | 10 DPC対象病院 |
| 04 災害拠点病院 | 11 DPC準備病院 |
| 05 総合周産期母子医療センター | 12 がん診療連携拠点病院 |
| 06 地域周産期母子医療センター | 13 専門病院 ^註 |
| 07 小児救急医療拠点病院 | |

注. 専門病院とは、主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生（支）局長に届け出たものをいいます。

| | | | |
|---|-------------|--------------|-----------------|
| 問3 貴院、または貴院の併設施設・事業所で提供しているサービスとして該当するもの全てに○をつけてください。 | | | |
| 1 施設サービス | 01 介護老人保健施設 | 02 介護老人福祉施設 | |
| 2 通所サービス | 01 通所リハビリ | 02 通所介護 | |
| 3 短期入所サービス | 01 短期入所療養介護 | 02 短期入所生活介護 | |
| 4 訪問サービス | 01 訪問リハビリ | 02 訪問看護 | 03 訪問介護 04 訪問入浴 |
| 5 居宅介護支援事業所 | 01 有 | | 02 無 |
| 6 その他 | 01 グループホーム | 03 軽費老人ホーム | |
| | 02 有料老人ホーム | 04 高齢者専用賃貸住宅 | |

■貴院の届出施設基準等についてお伺いします。

| | | | |
|---|-----------------------|--|--|
| 問4 貴院で施設基準の届出を行っているリハビリテーション料について、該当するもの全てに○をつけてください。 | | | |
| 01 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) | 07 運動器リハビリテーション料 (II) | | |
| 02 心大血管疾患リハビリテーション料 (II) | 08 呼吸器リハビリテーション料 (I) | | |
| 03 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) | 09 呼吸器リハビリテーション料 (II) | | |
| 04 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) | 10 難病患者リハビリテーション料 | | |
| 05 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) | 11 障害児 (者) リハビリテーション料 | | |
| 06 運動器リハビリテーション料 (I) | 12 集団コミュニケーション療法料 | | |

| | | | |
|---|----------------------|--|--|
| 問5 貴院で平成21年4月～6月に算定した診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。 | | | |
| 01 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | 06 7対1入院基本料 (一般病棟) 注 | | |
| 02 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | 07 10対1入院基本料 (一般病棟) | | |
| 03 重症患者回復病棟加算 | 08 13対1入院基本料 (一般病棟) | | |
| 04 亜急性期入院医療管理料1 | 09 15対1入院基本料 (一般病棟) | | |
| 05 亜急性期入院医療管理料2 | 10 障害者施設等入院基本料 | | |

注. 準7対1入院基本料 (一般病棟入院基本料) を算定している場合は、「08 7対1入院基本料 (一般病棟)」をお選びください。

| | | | | |
|--|---------|---|---------|---|
| 問6 貴院における平成20年6月1カ月間、および平成21年6月1カ月間の外来患者延数、入院患者延数をご記入ください。 | | | | |
| | 平成20年6月 | | 平成21年6月 | |
| 1 外来患者延数 | | 人 | | 人 |
| 2 入院患者延数 | | 人 | | 人 |

問7 貴院の平成21年6月1日時点の届出された入院基本料等及び病床数、並びに6月1カ月間の在院患者延数をご記入ください。

| | | 届出状況 | 許可病床数 | 6月1カ月間の在院患者延数 | |
|---|---------------------------|------|-------|---------------|---|
| 1 | 一般病床 | 有・無 | 床 | | 人 |
| | (再掲) 一般病棟入院基本料のみ算定している病床 | | 床 | | |
| | (再掲) 障害者施設等入院基本料を算定している病床 | | 床 | | |
| | 特定入院料を算定している病床 | | 床 | | |
| | (再掲) 救命救急入院料 | | 床 | | |
| | (再掲) 特定集中治療室管理料 | | 床 | | |
| | (再掲) ハイケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | |
| | (再掲) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | 床 | | |
| | (再掲) 新生児特定集中治療室管理料 | | 床 | | |
| | (再掲) 総合周産期特定集中治療室管理料 | | 床 | | |
| | (再掲) 小児入院医療管理料1 | 床 | | | |
| | (再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 床 | | | |
| | (再掲) 亜急性期入院医療管理料 | 床 | | | |
| 2 | 療養病床 (医療保険適用) | | 床 | | 人 |
| | (再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 有・無 | 床 | | |
| 3 | 療養病床 (介護保険適用) | | 床 | | 人 |
| 4 | 精神病床 | | 床 | | 人 |
| 5 | 結核病床 | | 床 | | 人 |
| 6 | 感染症病床 | | 床 | | 人 |

■貴院の職員数についてお伺いします。

| 問8 貴院において平成21年6月1日時点で雇用している職員数をご記入ください。 | | 常勤 | 非常勤 (常勤換算 ^注) |
|---|--------------------------|----|-----------------------------|
| 1 | 医師 | 人 | 人 |
| | (再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医 | 人 | 人 |
| | (再掲) 日本リハビリテーション医学会専門医 | 人 | 人 |
| | (再掲) リハビリテーション科の医師 | 人 | 人 |
| 2 | 看護師 | 人 | 人 |
| 3 | 准看護師 | 人 | 人 |
| 4 | 看護補助者 | 人 | 人 |
| 5 | 薬剤師 | 人 | 人 |
| 6 | 理学療法士 | 人 | 人 |
| 7 | 作業療法士 | 人 | 人 |
| 8 | 言語聴覚士 | 人 | 人 |
| 9 | 臨床心理士 | 人 | 人 |
| 10 | 義肢装具士 | 人 | 人 |
| 11 | 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | 人 | 人 |
| 12 | ソーシャルワーカー | 人 | 人 |
| | (再掲) 社会福祉士の資格保有者 | 人 | 人 |

注. 非常勤職員の常勤換算の計算方法

貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)ご記入ください。
例: 1週間の所定労働時間が40時間の病院で、週4日(各日5時間)勤務の看護師が1人いる場合

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{4日 \times 5時間 \times 1人}{40時間} = 0.5人$$

問9 貴院においてリハビリテーションに係る業務に専任^注、あるいは専従^注している職員のうち、平成21年7月1日(水)、4日(土)、5日(日)に出勤した人数(実人数)をご記入ください。

| | | | 常 勤 | | 非 常 勤 | |
|-----------|---------------------|-----|-----|---|-------|---|
| ① 7月1日(水) | 1 医 師 | 専 任 | | 人 | | 人 |
| | 2 看 護 師 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 3 理学療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 4 作業療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 5 言語聴覚士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| ② 7月4日(土) | 1 医 師 | 専 任 | | 人 | | 人 |
| | 2 看 護 師 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 3 理学療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 4 作業療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 5 言語聴覚士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| ③ 7月5日(日) | 1 医 師 | 専 任 | | 人 | | 人 |
| | 2 看 護 師 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 3 理学療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 4 作業療法士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 5 言語聴覚士 | 専 従 | | 人 | | 人 |
| | 6 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師 | 専 従 | | 人 | | 人 |

注. 専任とは、理学療法等を実施中の患者についての医学的な管理に責任を持ち、緊急事態には適切に対応できる医師をいいます。ただし、専任の医師は一部他の業務に従事することが可能です。

専従とは、原則としてリハビリテーションに係る業務のみに従事することをいいます。

■地域連携クリティカルパスの導入状況についてお伺いします。

| | | |
|---|-----------------|---------|
| 問10 貴院では大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出をしていますか。 なお、いずれについても「02 届出無し」の場合は、問16にお進みください。 | | |
| 1 地域連携診療計画管理料 | 01 届出有り (⇒問11へ) | 02 届出無し |
| 2 地域連携診療計画退院時指導料 | 01 届出有り (⇒問11へ) | 02 届出無し |

| | | | |
|---|------------|----------------------------|----|
| 問11 大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の届出の際に記載した計画管理病院、連携保険医療機関の施設数をご記入ください。 | | | |
| 大腿骨頸部骨折 | 1 計画管理病院 | (再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 療養病棟入院基本料届出施設 | 施設 |
| | | ① 病院 | 施設 |
| | 2 連携保険医療機関 | (再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 療養病棟入院基本料届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設 | 施設 |
| | | ② 有床診療所 | 施設 |
| 脳卒中 | 1 計画管理病院 | (再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 療養病棟入院基本料届出施設 | 施設 |
| | | ① 病院 | 施設 |
| | 2 連携保険医療機関 | (再掲) 7対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 10対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 13対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 15対1入院基本料 (一般病棟) 届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 療養病棟入院基本料届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料届出施設 | 施設 |
| | | (再掲) 亜急性期入院医療管理料届出施設 | 施設 |
| | | ② 有床診療所 | 施設 |

| | | |
|---|--|---|
| 問12 貴院では、平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中の地域連携診療計画に係る情報交換のための計画管理病院・連携保険医療機関との会合を何回開催しましたか。 | | |
| 1 大腿骨頸部骨折に係る会合の開催回数 | | 回 |
| 2 脳卒中に係る会合の開催回数 | | 回 |

| | | | |
|--|----------------|-----------------|---------|
| 問13 貴院では平成20年度に大腿骨頸部骨折および脳卒中に係る地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定をしていますか。 なお、いずれについても「02 算定無し」の場合は、問16にお進みください。 | | | |
| 1 | 地域連携診療計画管理料 | 01 算定有り (⇒問14へ) | 02 算定無し |
| 2 | 地域連携診療計画退院時指導料 | 01 算定有り (⇒問14へ) | 02 算定無し |

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------|---|--------|---|
| 問14 貴院における平成19年度・平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中による入院患者数、さらに、平成20年度における地域連携診療計画管理料、または地域連携診療計画退院時指導料の算定患者数をご記入ください。 | | | | | |
| | | 平成19年度 | | 平成20年度 | |
| 1 | 大腿骨頸部骨折による入院患者数 | | 人 | | 人 |
| | (再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数 | | | | 人 |
| | (再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数 | | | | 人 |
| | | 平成19年度 | | 平成20年度 | |
| 2 | 脳卒中による入院患者数 | | 人 | | 人 |
| | (再掲) 地域連携診療計画管理料を算定した患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 設定した入院期間内に連携医療機関へ転院・退院できた患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 連携医療機関から診療情報がフィードバックされた患者数 | | | | 人 |
| | (再掲) 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数 | | | | 人 |
| | (再々掲) 設定した入院期間内に退院・転院できた患者数 | | | | 人 |

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--------|---|--------|---|
| 問15 貴院における平成19年度と平成20年度の大腿骨頸部骨折および脳卒中中の患者の平均在院日数 ^注 をご記入ください。 | | | | | |
| | | 平成19年度 | | 平成20年度 | |
| 1 | 大腿骨頸部骨折の入院患者の平均在院日数 | . | 日 | . | 日 |
| | (再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数 | . | 日 | . | 日 |
| | (再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数 | . | 日 | . | 日 |
| 2 | 脳卒中中の入院患者の平均在院日数 | . | 日 | . | 日 |
| | (再掲) 地域連携診療計画管理料の算定患者の平均在院日数 | / | | . | 日 |
| | (再掲) 地域連携診療計画退院時指導料の算定患者の平均在院日数 | | | . | 日 |

注. 平均在院日数は、小数点第二位を切り上げ小数点第一位までご記入ください。

■貴院の退院支援体制についてお伺いします。

問16 貴院では、退院支援^注を病棟、あるいはそれを行う部署で実施していますか。

01 実施している (⇒問16-1へ)

02 実施していない (⇒問17へ)

注. 退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

問16-1 退院支援を専ら担当する部署を設置していますか。

01 設置している (問16-2、16-3にお進みください)

02 設置していない (⇒問17へ)

問16-2 当該部署に従事する職員数(実人数)をご記入ください。

| | 専 従 ^注 | | 専 任 ^注 | |
|------------------|------------------|---|------------------|---|
| | | 人 | | 人 |
| 1 医 師 | | 人 | | 人 |
| 2 看 護 師 | | 人 | | 人 |
| 3 准看護師 | | 人 | | 人 |
| 4 ソーシャルワーカー | | 人 | | 人 |
| (再掲) 社会福祉士の資格保有者 | | 人 | | 人 |
| 5 事務職員 | | 人 | | 人 |
| 6 そ の 他 | | 人 | | 人 |

注. 専従とは、原則として当該部署の業務のみに従事することをいいます。

専任とは、当該部署での業務とその他の部署等での業務を兼務していることをいいます。

問16-3 当該部署の活動内容として該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明
- 02 継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定
- 03 退院後の居場所に関する調整
- 04 患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援
- 05 患者への治療に係る目標管理と退院指導
- 06 家族への介護技術と医療技術の指導
- 07 介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整
- 08 利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援
- 09 退院当日や退院後の療養相談
- 10 退院後の定期的な患者の状態確認
- 11 その他 ()

■貴院の医療機能に係る今後の方針についてお伺いします。

問17 貴院では特定の医療機能（急性期医療機能や療養機能など）への特化を予定していますか。

01 特化する予定である（⇒問17-1～17-3へ） 02 特化する予定はない（⇒問18へ）

問17-1 今後、特化を予定している医療機能はどれですか。（○は1つ）

01 急性期医療機能 03 療養機能
02 回復期リハビリ機能 04 その他（ ）

問17-2 今後、亜急性期医療機能を導入・拡充する予定はありますか。（○は1つ）

01 導入・拡充する予定がある 02 導入・拡充する予定はない

問17-3 特定の医療機能に特化、あるいは導入・拡充する方針の理由についてご記入ください。

■貴院の今後の医療機関との連携に関する意向についてお伺いします。

問18 貴院における紹介・逆紹介をはじめとする他の医療機関との連携についてどのような方針をお持ちですか。（○は1つ）

また、下空欄内にその方針の理由を具体的にご記入ください。

- 01 特に他の医療機関と連携するつもりはない
- 02 同一法人内の他の医療機関と連携をとる
- 03 同一法人か否かは問わず、地域の他の医療機関と連携をとる

【方針の理由を具体的にご記入ください】

問19 貴院では連携する医療機関数についてどのようにお考えですか。(○は1つ)

- 01 増やしたい (⇒問19-1、19-2へ)
- 02 減らしたい (⇒問20へ)
- 03 現状のままでよい (⇒問20へ)

問19-1 今後、連携先として増やしたい医療機能はどれですか。(○はいくつでも)
また、その医療機能を持つ医療機関は地域に十分にありますか。(○は1つ)

- 01 急性期医療機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 02 亜急性期医療機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 03 回復期リハビリ機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)
- 04 療養機能 ⇒ (十分にある ・ 十分でない ・ 全くない ・ 不明)

問19-2 今後、連携先を増やしたいという具体的な理由、また、問19-1で連携先として増やしたい医療機能を選択した具体的な理由をご記入ください。

【理由を具体的にご記入ください】

問20 最後に、本調査に関連した事項でご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

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。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された
「質の評価」の効果の実態調査

- ◎特に指定がある場合を除いて、平成21年6月1日現在の状況についてお答えください。
◎数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。
◎病棟番号には任意の番号を振って、他の病棟票と区別できるようにしてください。また、貴棟から退棟した患者の状態像等の記入をお願いしている【退棟患者票】の「病棟番号」欄には、ここで記入いただく病棟番号と同じ番号をご記入ください。

| | |
|------|--|
| 病棟番号 | |
|------|--|

■貴棟の概況についてお伺いします。

| | |
|--|---------------------|
| 問1 貴棟で算定している診療報酬として該当するもの全てに○をつけてください。 | |
| 01 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月 |
| 02 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | ⇒ 施設基準の取得日 平成__年__月 |
| 03 重症患者回復病棟加算 | |

| | | | |
|--|-------|---|-------|
| 問2 貴棟の平成21年6月1日0時時点の病床数、入院患者数をご記入ください。 | | | |
| | 病 床 数 | | 入院患者数 |
| 1 一般病床 | | 床 | 人 |
| 2 療養病床 | | 床 | 人 |
| 3 合 計 (1+2) | | 床 | 人 |
| (再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の非適応患者 | | | 人 |
| (再々掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超えた患者 | | | 人 |
| (再々掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象外の疾患の患者 | | | 人 |

| | | | | |
|---|----------------|---|----------------|---|
| 問3 貴病棟の平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数、病床利用率を小数点第1位まで（小数点第2位を切り上げ）ご記入ください。 | | | | |
| | 平成20年 4月～6月 | | 平成21年 4月～6月 | |
| 1 平均在院日数 ^{注1} （小数点第2位を切り上げ） | . | 日 | . | 日 |
| 2 病床利用率 ^{注2} （小数点第2位を四捨五入） | . | % | . | % |

注1. 平均在院日数は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の平均在院日数をご記入ください。

$$\text{平均在院日数} = \frac{4\text{月}\sim 6\text{月の在院患者延数}}{(4\text{月}\sim 6\text{月の新入棟患者数} + 4\text{月}\sim 6\text{月の退棟患者数}) \times 0.5}$$

注2. 病床利用率は平成20年4月～6月、平成21年4月～6月のそれぞれ3カ月の病床利用率をご記入ください。

$$\text{病床利用率} = \frac{4\text{月}\sim 6\text{月の在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の} 4\text{月}\sim 6\text{月の合計}}$$

■貴棟の人員配置についてお伺いします。

| 問4 貴棟における医師の配置状況を専任、専従の別にご記入ください。 | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------|---|---------------------------|---|
| | | 専 従 ^注 | | 専 任 ^注 (実人数) | |
| 1 | 医 師 | | 人 | | 人 |
| | (再掲) 日本リハビリテーション医学会認定臨床医 | | 人 | | 人 |
| | (再掲) 日本リハビリテーション医学会専門医 | | 人 | | 人 |

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

| 問5 貴棟における看護職員、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、ソーシャルワーカーの配置状況について、専従、専任の別にご記入ください。 なお、専任職員については、常勤換算した上で小数点第1位までご記入ください。 | | | | | |
|--|------------------|-----|---|-----------------------------|---|
| | | 専 従 | | 専 任 (常勤換算 ^注) | |
| 1 | 看 護 師 | | 人 | . | 人 |
| 2 | 准看護師 | | 人 | . | 人 |
| 3 | 看護補助者 | | 人 | . | 人 |
| 4 | 薬 剤 師 | | 人 | . | 人 |
| 5 | 理学療法士 | | 人 | . | 人 |
| 6 | 作業療法士 | | 人 | . | 人 |
| 7 | 言語聴覚士 | | 人 | . | 人 |
| 8 | 歯科衛生士 | | 人 | . | 人 |
| 9 | ソーシャルワーカー | | 人 | . | 人 |
| | (再掲) 社会福祉士の資格保有者 | | 人 | . | 人 |

注. 専任(他部署の業務を兼務している)職員の常勤換算の計算方法
貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を切り上げ)ご記入ください。
例: 1週間の所定労働時間が40時間の病院で、貴棟に週2日(各日3時間)勤務の看護師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の看護師が2人いる場合
専任看護師数 = $\frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{40時間} = 0.9人$

| 問6 平成21年6月1日における貴棟の看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の勤務予定表上の人数について、職種別・時間別にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|----|---|
| | | 7時 | | 9時 | | 12時 | | 15時 | | 18時 | | 21時 | | 2時 | |
| 1 | 看 護 師 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 2 | 准看護師 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 3 | 看護補助者 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 4 | 理学療法士 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 5 | 作業療法士 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |
| 6 | 言語聴覚士 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | 人 |

■貴棟における入棟患者の状況についてお伺いいたします。

| | |
|--|-------------------------|
| 問7 貴棟における入棟患者の受け入れ基準について、該当するもの全てに○をつけてください。 | |
| 01 気管切開をしていないこと | 06 感染症（MRSA、緑膿菌など）がないこと |
| 02 中心静脈栄養（IVH）をしていないこと | 07 重度の認知症の状態にないこと |
| 03 経鼻経管栄養をしていないこと | 08 重篤な合併症を併発していないこと |
| 04 胃ろう・腸ろうをしていないこと | 09 その他（ ） |
| 05 褥瘡がないこと | 10 特になし |

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|--------------|--|
| 問8 入棟患者の受け入れの判断をしている職種について、該当するもの全てに○をつけてください。 | | | | | |
| 01 医師 | 03 准看護師 | 05 薬剤師 | 07 作業療法士 | 09 ソーシャルワーカー | |
| 02 看護師 | 04 看護補助者 | 06 理学療法士 | 08 言語聴覚士 | 10 その他 | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 問9 平成21年4月～6月の3カ月間における新入棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者）について、ご記入ください。 | | | |
| 1 | 平成21年4月～6月における新入棟患者 | | 人 |
| 2 | 1の新入棟患者の入棟時の日常生活機能評価について、それぞれ該当する人数をご記入ください。また、入棟時の日常生活機能評価の平均得点を小数点第1位までご記入ください。なお、①～⑤の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。 | | |
| ① | 0点 | | 人 |
| ② | 1～4点 | | 人 |
| ③ | 5～9点 | | 人 |
| ④ | 10～14点 | | 人 |
| ⑤ | 15～19点 | | 人 |
| | 1の患者の入棟時の日常生活機能評価の平均得点（小数点第1位まで） | | 点 |
| 3 | 1の新入棟患者の入棟時の主たる原因疾患について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑧の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。 | | |
| ① | 脳血管疾患 | | 人 |
| ② | 脊髄損傷 | | 人 |
| ③ | 頭部外傷 | | 人 |
| ④ | その他の脳神経系疾患 | | 人 |
| ⑤ | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折 | | 人 |
| ⑥ | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷 | | 人 |
| ⑦ | 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 | | 人 |
| ⑧ | その他の疾患 | | 人 |
| 4 | 1の新入棟患者の入棟前の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。なお、①～⑰の合計が1の新入棟患者数と同じになるようにしてください。 | | |
| 自 院 | ① 他の回復期リハビリテーション病棟 | | 人 |
| | ② ①を除く一般病床 | | 人 |
| | ③ ①を除く療養病床 | | 人 |
| | ④ ①～③を除くその他の病床 | | 人 |
| 他 院 | ⑤ 回復期リハビリテーション病棟 [病院] | | 人 |
| | ⑥ ⑤を除く一般病床 [病院] | | 人 |
| | ⑦ ⑤を除く療養病床 [病院] | | 人 |
| | ⑧ ⑤～⑦を除くその他の病床 [病院] | | 人 |
| | ⑨ 有床診療所 | | 人 |
| そ の 他 | ⑩ 介護老人保健施設（老人保健施設） | | 人 |
| | ⑪ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | | 人 |
| | ⑫ グループホーム | | 人 |
| | ⑬ 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） | | 人 |
| | ⑭ 高齢者専用賃貸住宅 | | 人 |
| | ⑮ 障害者支援施設 | | 人 |
| | ⑯ 在宅 | | 人 |
| | ⑰ その他 | | 人 |

| 問9 続き | | | | |
|--|---|--------------------|--|---|
| 5 1の新入棟患者（自院の他の病棟から転床した患者以外）の入棟前の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所としてそれぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。 | | | | |
| 他 院 | 病院 ※4⑤～⑧の合計と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| | 有床診療所 ※4⑨と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| そ の 他 | 介護老人保健施設・介護老人福祉施設 ※4⑩と⑪の合計と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| | その他の居住系サービス等の施設 ^キ ※4⑫～⑭の合計と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指す。

■貴病棟における退棟患者の状況についてお伺いいたします。

| 問10 平成21年4月～6月の3カ月間における退棟患者（かつ回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者）について、ご記入ください。 | | | | |
|---|--------|-----------------------------------|---------------------|---|
| 1 | | 平成21年4月～6月における退棟患者 | | 人 |
| 2 | | 1の退棟患者のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上の患者 | | 人 |
| 3 | | 2の患者のうち、退棟時の日常生活機能評価が3点以上改善していた患者 | | 人 |
| 4 1の退棟患者の退棟後の居場所について、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、①～⑩の合計が1の退棟患者数と同じになるようにしてください。 | | | | |
| 在宅 | ① | 在宅 | | 人 |
| 自 院 | ② | 他の回復期リハビリテーション病棟 | | 人 |
| | ③ | ②を除く一般病床 | | 人 |
| | ④ | ②を除く療養病床 | | 人 |
| | ⑤ | ②～④を除くその他の病床 | | 人 |
| | 他 院 | ⑥ | 回復期リハビリテーション病棟 [病院] | |
| ⑦ | | ⑥を除く一般病床 [病院] | | 人 |
| ⑧ | | ⑥を除く療養病床 [病院] | | 人 |
| ⑨ | | ⑥～⑧を除くその他の病床 [病院] | | 人 |
| ⑩ | | 有床診療所 | | 人 |
| そ の 他 | ⑪ | 介護老人保健施設（老人保健施設） | | 人 |
| | ⑫ | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | | 人 |
| | ⑬ | グループホーム | | 人 |
| | ⑭ | 有料老人ホーム・軽費老人ホーム（ケアハウス） | | 人 |
| | ⑮ | 高齢者専用賃貸住宅 | | 人 |
| | ⑯ | 障害者支援施設 | | 人 |
| | ⑰ | 死亡 | | 人 |
| | ⑱ | その他 | | 人 |

| 問10 続き | | | | |
|---|---|--------------------|--|---|
| 5 1の退棟患者（自院の他の病棟へ転床した患者以外）の退棟後の居場所について、貴院の所在する二次医療圏からみた場合の居場所として、それぞれ該当する人数をご記入ください。 なお、二次医療圏の地域的範囲については、同封の二次医療圏資料をご参照ください。 | | | | |
| 他 院 | 病院 ※4⑥～⑨の合計と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| | 有床診療所 ※4⑩と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| そ の 他 | 介護老人保健施設 ※4⑪と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| | 介護老人福祉施設 ※4⑫と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| | その他の居住系サービス等の施設 ^注 ※4⑬～⑮の合計と一致 | ① 同じ二次医療圏 | | 人 |
| | | ② 同じ都道府県内で、他の二次医療圏 | | 人 |
| | | ③ 他の都道府県 | | 人 |
| 6 4①の在宅への退棟患者のうち、退院前訪問指導を実施した患者 | | | | 人 |
| 7 4①の在宅への退棟患者のうち、退院に向けた家屋調査を実施した患者 | | | | 人 |

注. その他の居住系サービス等の施設とは、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅を指します。

| 問11 貴棟の平成21年1月～6月の6カ月間の在宅復帰率 ^{注1} 、重症患者回復率 ^{注2} をご記入ください。 | | |
|---|--------------------------------------|-----|
| 1 | 平成21年1月～6月の6カ月間における在宅復帰率（小数点第一位まで） | . % |
| 2 | 平成21年1月～6月の6カ月間における重症患者回復率（小数点第一位まで） | . % |

注1. 在宅復帰率の計算方法は以下の通りです。

$$\text{在宅復帰率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟から退棟した患者数}}$$

注2. 重症患者回復率の計算方法は以下の通りです。なお、重症の患者とは、日常生活機能評価で10点以上の患者のことをいいます。

$$\text{重症患者回復率} = \frac{\text{1月～6月の6カ月間に退棟した重症の患者（入院期間が通算される再入院の患者を除く）であって、入棟時と比較し日常生活機能評価が3点以上改善した患者数}}{\text{1月～6月の6カ月間に貴棟に入棟していた重症の患者数}}$$

■貴病棟におけるリハビリテーションの実施体制についてお問い合わせいたします。

| 問12 貴棟全体で、平成21年6月1日に、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者に対して実施したリハビリテーションの実施単位数をご記入ください。 | | | |
|---|-----------------|-------------|-------------------------|
| 1 | 脳血管疾患等リハビリテーション | 理学療法 () 単位 | 作業療法 () 単位 言語療法 () 単位 |
| 2 | 運動器リハビリテーション | 理学療法 () 単位 | 作業療法 () 単位 言語療法 () 単位 |
| 3 | 心大血管疾患リハビリテーション | 理学療法 () 単位 | 作業療法 () 単位 言語療法 () 単位 |
| 4 | 呼吸器リハビリテーション | 理学療法 () 単位 | 作業療法 () 単位 言語療法 () 単位 |

| 問13 貴棟で実施するリハビリテーションの実施場所として該当するもの全てに○をつけてください。 | | | |
|---|------|-------------------|----------------------|
| 1 | 理学療法 | 01 病室内 | 02 病棟内のリハビリ室 |
| | | 03 病棟内 (01・02を除く) | 04 病院内のリハビリ室 (02を除く) |
| 2 | 作業療法 | 01 病室内 | 02 病棟内のリハビリ室 |
| | | 03 病棟内 (01・02を除く) | 04 病院内のリハビリ室 (02を除く) |
| 3 | 言語療法 | 01 病室内 | 02 病棟内のリハビリ室 |
| | | 03 病棟内 (01・02を除く) | 04 病院内のリハビリ室 (02を除く) |

問14 貴棟では、リハビリテーション総合実施計画の作成・評価を目的に、1人の患者を対象として、月1回以上の割合で多職種（医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、ソーシャルワーカー等）による合同カンファレンスを実施していますか。

01 している（⇒問13-1、13-2へお進みください）

02 していない（⇒問14へお進みください）

問14-1 1人の患者に要する合同カンファレンス1回当たりの時間は平均的にどの程度ですか。該当するものを1つお選びください。

01 15分未満

03 20分以上 30分未満

02 15分以上 20分未満

04 30分以上

問14-2 合同カンファレンスに参加している職種として、該当するもの全てに○をつけてください。

01 医師

05 薬剤師

09 ソーシャルワーカー

02 看護師

06 理学療法士

10 その他

03 准看護師

07 作業療法士

04 看護補助者

08 言語聴覚士

問15 貴棟で実施している合同カンファレンス以外の情報共有の方法として、該当するもの全てに○をつけてください。

01 定期的にミニカンファレンス（医師の参加あり）を開催

02 定期的にミニカンファレンス（医師の参加なし）を開催

03 必要に応じて（定期的ではなく）ミニカンファレンスを開催

04 その他（)

問16 貴棟におけるカルテ・各種記録の状況について、該当するもの全てに○をつけてください。

01 看護師専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

02 リハビリスタッフ専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

03 ソーシャルワーカー専用の記録があり、必要事項をカルテに転記し一元化している

04 いかなるスタッフであっても、いつでも自由にカルテを閲覧できる

05 医師の作成するカルテが電子化されている

06 看護師の作成する各種記録が電子化されている

07 リハビリスタッフの作成する各種記録が電子化されている

08 ソーシャルワーカーの作成する各種記録が電子化されている

■貴棟の退院支援体制についてお伺いします。

問17 貴棟では、病棟として退院支援[※]を実施していますか。

01 実施している（問17-1にお進みください） 02 実施していない（本問で終了です）

注. 退院支援とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行うことをいいます。

問17-1 貴棟で実施している活動内容として、該当するもの全てに○をつけてください。

- 01 入院中の治療方針に関する説明と退院までの見通しの説明
- 02 継続的な療養管理が可能な状態となるまでの期間と退院日の設定
- 03 退院後の居場所に関する調整
- 04 患者や家族に対するカウンセリングと精神的支援
- 05 患者への治療に係る目標管理と退院指導
- 06 家族への介護技術と医療技術の指導
- 07 介護認定の支援や介護サービスに係る紹介や調整
- 08 利用可能な社会資源・制度に関する情報提供や利用の支援
- 09 退院当日や退院後の療養相談
- 10 退院後の定期的な患者の状態確認
- 11 その他（)

■回復期リハビリテーション病棟に関する診療報酬として導入された「質の評価」についてのご意見等をご自由にご記入ください。

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。

診療報酬改定の結果検証に係る調査（平成21年度調査）
回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査

- 平成21年6月1カ月間に、回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者（ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料の適応患者のみ）の状況について、該当患者1人につき本調査票1部を可能な範囲でご記入ください。
- 病棟番号は、当該患者が退棟した病棟についての【病棟票】に記入された番号と同じ番号をご記入ください。

病棟番号

■患者の基本的事項

| | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------|------|------------------|
| 1 性別 | 01 男性 | 02 女性 | 2 年齢 | (6月1日現在) _____ 歳 |
| 3 発症・受傷前の居宅の有無 | 01 有り | 02 無し | | |
| 4 発症・受傷前の居宅での介護者の状況 (○は1つ) | 01 独居であり、介護者は全くいない | | | |
| | 02 独居ではないが、家族等が仕事・病気等のため、介護者は全くいない | | | |
| | 03 独居ではないが、日中は独居に相当する (夜間は介護者がいる) | | | |
| | 04 常時、介護者 (家族・友人等) が1人いる | | | |
| | 05 常時、介護者 (家族・友人等) が複数いる | | | |
| ※3で「01 有り」の場合のみご記入ください。 | | | | |

■入棟時の状況

| | | | | |
|---------------------|--|-------|----------------------------|---|
| 1 発症・受傷日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 2 入棟日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | |
| 3 原因疾患 (○は1つ) | 01 脳血管疾患 | | | |
| | 02 脊髄損傷 | | | |
| | 03 頭部外傷 | | | |
| | 04 その他の脳神経系疾患 | | | |
| | 05 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の骨折、二肢以上の多発骨折 | | | |
| | 06 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節等の神経、筋、靭帯損傷 | | | |
| | 07 外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群 | | | |
| | 08 その他 (_____) | | | |
| 4 高次脳機能障害の有無 | 01 有り | | | |
| | 02 無し | | | |
| | ↳ 該当する症状等に○をしてください (失語・失行・失認・半側空間無視・その他) | | | |
| 5 医療処置の状況 (○はいくつでも) | 01 中心静脈栄養 | | | |
| | 02 経鼻経管栄養 | | | |
| | 03 胃ろう、腸ろう | | | |
| | 04 気管切開 | | | |
| | 05 人工透析 | | | |
| | 06 尿道バルーン | | | |
| | 07 ドレーン法・胸腹腔洗浄 | | | |
| | 08 インスリン皮下注射 | | | |
| | 09 その他 (_____) | | | |
| 6 入棟前の居場所 (○は1つ) | 01 在宅 | | | |
| | 02 自院の急性期病床 [※] | | | |
| | 03 自院の他の回復期リハビリテーション病棟 | | | |
| | 04 02～03以外の自院の一般病床 | | | |
| | 05 02～03以外の自院の療養病床 | | | |
| | 06 02～05以外の自院のその他の病床 | | | |
| | 07 他の病院の回復期リハビリテーション病棟 | | | |
| | 08 07以外の他の病院の一般病床 | | | |
| | 09 07以外の他の病院の療養病床 | | | |
| | 10 07～09以外の他の病院のその他の病床 | | | |
| | 11 有床診療所 | | | |
| | 12 介護老人保健施設 (老人保健施設) | | | |
| | 13 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | | | |
| | 14 グループホーム | | | |
| | 15 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) | | | |
| | 16 高齢者専用賃貸住宅 | | | |
| | 17 障害者支援施設 | | | |
| | 18 その他 | | | |
| 7 日常生活機能評価 | ① 床上安静の指示 | 点 | ⑧ 口腔清潔 | 点 |
| | ② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | 点 | ⑨ 食事摂取 | 点 |
| | ③ 寝返り | 点 | ⑩ 衣服の着脱 | 点 |
| | ④ 起き上がり | 点 | ⑪ 他者への意思の伝達 | 点 |
| | ⑤ 座位保持 | 点 | ⑫ 診療・療養上の指示が通じる | 点 |
| | ⑥ 移乗 | 点 | ⑬ 危険行動 | 点 |
| | ⑦ 移動方法 | 点 | | |
| 8 バーセル指数 | ① 食事 | 点 | ⑥ 平地歩行 | 点 |
| | ② 移乗 | 点 | ⑦ 階段昇降 | 点 |
| | ③ 整容 | 点 | ⑧ 更衣 | 点 |
| | ④ トイレ動作 | 点 | ⑨ 排便コントロール | 点 |
| | ⑤ 入浴 | 点 | ⑩ 排尿コントロール | 点 |

注) 急性期病床とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室に係る届出病床を指す。

《 裏面に続きます 》

■入棟期間中に実施したリハビリテーションの単位数

| | | 入棟日の属する週の 翌週 1 週間 | | 退棟日の属する週の 前週 1 週間 | |
|----------------------------------|------|----------------------|-------|----------------------|----|
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料 | 理学療法 | | 単位 | | 単位 |
| | 作業療法 | | 単位 | | 単位 |
| | 言語療法 | | 単位 | | 単位 |
| 2 心大血管疾患リハビリテーション料 | 理学療法 | | 単位 | | 単位 |
| 3 運動器リハビリテーション料 | 理学療法 | | 単位 | | 単位 |
| | 作業療法 | | 単位 | | 単位 |
| 4 呼吸器リハビリテーション料 | 理学療法 | | 単位 | | 単位 |
| | 作業療法 | | 単位 | | 単位 |
| 5 集団コミュニケーション療法料 | 言語療法 | | 単位 | | 単位 |
| 6 入棟期間中に1週間以上リハビリテーションを中止したことの有無 | | | 01 有り | 02 無し | |

■退棟時の状況

| | | | | | |
|-------------------------|--|-------|----------------------------|---|--|
| 1 退棟日 | 平成21年6月 ____ 日 | | | | |
| 2 算定した診療報酬 (○はいくつでも) | 01 地域連携診療計画管理料 | | 03 退院調整加算 | | |
| | 02 地域連携診療計画退院時指導料 | | 04 後期高齢者退院調整加算 | | |
| 3 退棟後の居場所 (○は1つ) | 01 在宅 | | 11 有床診療所 | | |
| | 02 自院の急性期病床 | | 12 介護老人保健施設 (老人保健施設) | | |
| | 03 自院の他の回復期リハビリテーション病棟 | | 13 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | | |
| | 04 02~03 以外の自院の一般病床 | | 14 グループホーム | | |
| | 05 02~03 以外の自院の療養病床 | | 15 有料老人ホーム・軽費老人ホーム (ケアハウス) | | |
| | 06 02~05 以外の自院のその他の病床 | | 16 高齢者専用賃貸住宅 | | |
| | 07 他の病院の回復期リハビリテーション病棟 | | 17 障害者支援施設 | | |
| | 08 07 以外の他の病院の一般病床 | | 18 死亡 | | |
| | 09 07 以外の他の病院の療養病床 | | 19 その他 | | |
| | 10 07~09 以外の他の病院のその他の病床 | | | | |
| 4 退棟時の転帰 (○は1つ) | 01 治癒 | 03 不変 | 05 死亡 | | |
| | 02 軽快 | 04 悪化 | 06 その他 | | |
| 5 日常生活機能評価 | ① 床上安静の指示 | 点 | ⑧ 口腔清潔 | 点 | |
| | ② どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | 点 | ⑨ 食事摂取 | 点 | |
| | ③ 寝返り | 点 | ⑩ 衣服の着脱 | 点 | |
| | ④ 起き上がり | 点 | ⑪ 他者への意思の伝達 | 点 | |
| | ⑤ 座位保持 | 点 | ⑫ 診療・療養上の指示が通じる | 点 | |
| | ⑥ 移乗 | 点 | ⑬ 危険行動 | 点 | |
| | ⑦ 移動方法 | 点 | | | |
| 6 バースル指数 | ① 食事 | 点 | ⑥ 平地歩行 | 点 | |
| | ② 移乗 | 点 | ⑦ 階段昇降 | 点 | |
| | ③ 整容 | 点 | ⑧ 更衣 | 点 | |
| | ④ トイレ動作 | 点 | ⑨ 排便コントロール | 点 | |
| | ⑤ 入浴 | 点 | ⑩ 排尿コントロール | 点 | |
| 7 退棟決定の状況 (○は1つ) | 01 予定よりも早く退棟できた | | | | |
| | 02 特に問題なく、予定通りに退棟できた | | | | |
| | 03 病状悪化等の理由により、退棟が延びていた | | | | |
| | 04 入所・入院する施設の都合で、退棟が延びていた | | | | |
| | 05 在宅に戻る予定だったが、家族の受け入れ態勢が整わず、退棟が延びていた | | | | |
| | 06 在宅に戻る予定だったが、介護保険サービスの利用開始待ちのため、退棟が延びていた | | | | |
| | 07 その他 () | | | | |

■退棟後の状況 (退棟後の居場所が「病院」「老健」「特養」「障害者支援施設」以外の場合)

| | | | | |
|----------|--|-----------------|---------------|-------|
| 1 通院先 | 01 自院の外來 | 02 他院の外來 | 03 なし | 04 不明 |
| 2 退院後の方針 | 01 介護保険のリハビリを利用 | 02 医療保険のリハビリを利用 | 03 リハビリを利用しない | 04 不明 |
| | 該当するサービスに ○をしてください (通所リハビリ・訪問リハビリ・短期入所療養介護・その他) | | | |

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

平成 21 年 7 月

開設者様
管理者様

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特別調査（平成 21 年度調査）」

「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における
禁煙成功率の実態調査」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 18 年 4 月の診療報酬改定により、禁煙治療への保険適用として「ニコチン依存症管理料」が新設されました。

この改定による影響を検証するため、この度、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、「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査」が実施されることとなりました。

本調査は、ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙治療実施状況の実態把握と、治療を受けた患者の禁煙成功率の把握を主な目的として実施いたします。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の結果検証に係る議論及び今後の診療報酬改定に役立てるための大変重要な資料となります。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、ご協力賜りますよう何卒よろしく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。

謹白

「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 8 月 21 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：三田（みた）、小山（こやま）、田極（たごく））

E-mail：kin-en@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：9：30～17：00）※ただし土日・祝日は除きます。

FAX：03-6711-1291

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特別調査（平成21年度調査）」
ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

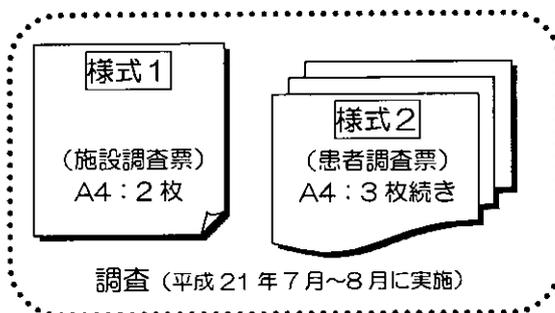
< 調査要綱 >

1 調査目的

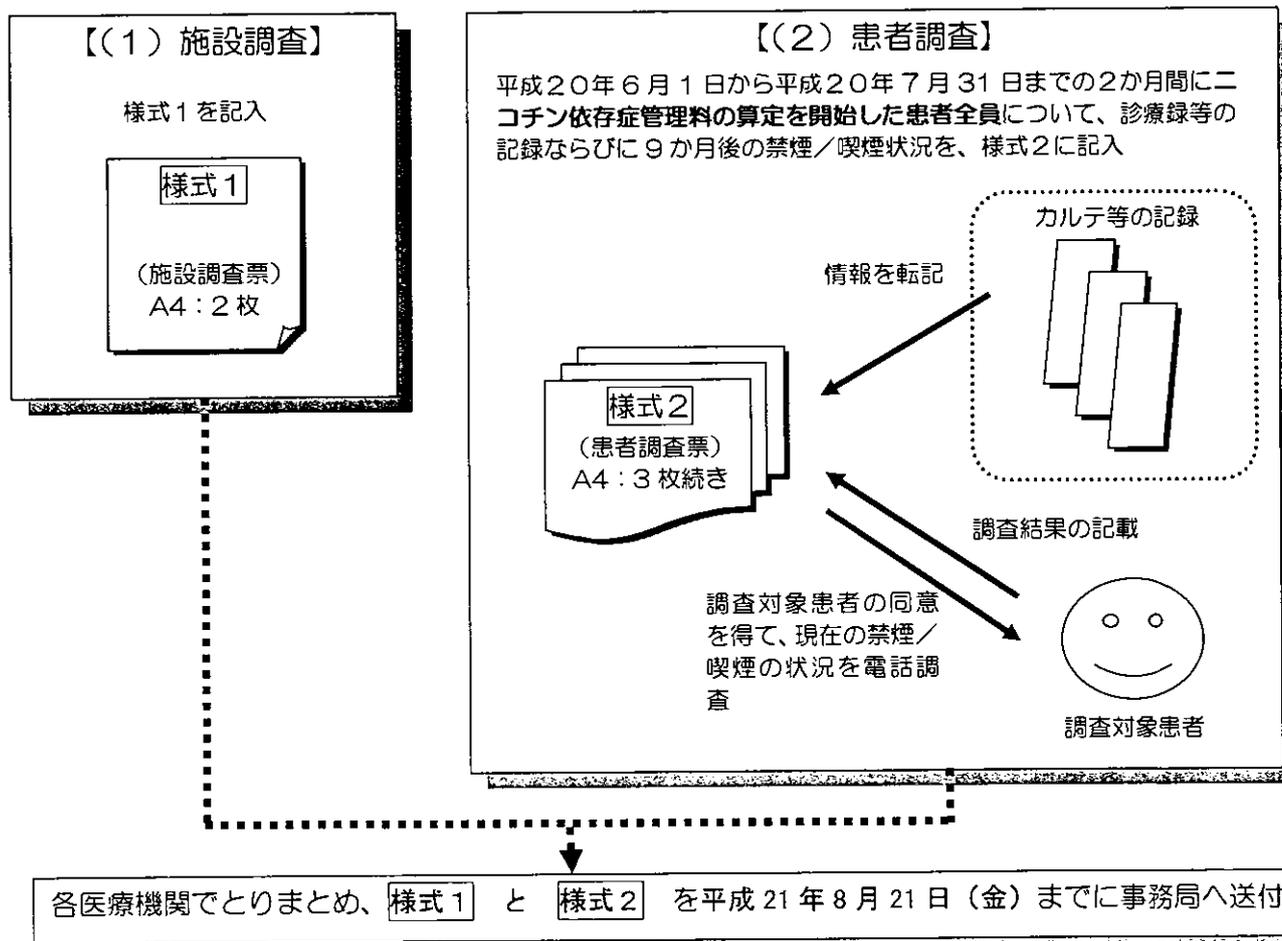
本調査は、①ニコチン依存症管理料算定医療機関の実態把握および、②ニコチン依存症管理料を算定した患者に対する禁煙治療の実施状況と禁煙成功率の把握を目的として実施いたします。

2 調査実施方法

本調査は、**様式1**（施設調査票）と**様式2**（患者調査票）の2種類の調査票があります。



< 調査プロセス >



(1) 施設調査

貴施設の概況および貴施設における禁煙治療の状況について、**様式1**に記入してください。

■様式1

- ・ 貴施設の平成21年7月現在の状況をお伺いします。
- ・ 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。特に断りのない場合は、○は1つだけつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値、用語等を記入してください。（ ）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「-」を記入してください。
- ・ 1. 「②開設主体」の詳細は次のとおりです。

国等：厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等

公立：都道府県、市町村、地方独立行政法人等

公的機関：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等

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、国民健康保険組合等

(2) 患者調査

①調査対象となる患者さんについて、**様式2**に記入してください。

■様式2

- ・ 調査対象は、貴施設において、平成20年6月1日から平成20年7月31日までの2か月間にニコチン依存症管理料の算定を開始した患者さん全員です。初回から治療終了時の状況（①～⑫）の記入にあたっては、特に患者さんの同意は必要ありません。指導終了9か月後の禁煙／喫煙状況を把握するための電話調査については、口頭で患者さんの同意を得て実施してください。
- ・ 調査対象となる患者さんについては、算定開始日が早い順に記入してください。
- ・ 「①性別」、「②年齢」、「③喫煙年数」、「④一日あたりの喫煙本数」、「⑤TDS点数」、「⑥保険再算定の有無」、「⑦合併症（治療中に限る）の有無」、「⑧合併症（治療中に限る）の内容」については、カルテ等に基づき、ニコチン依存症管理料算定開始時の状況を記入してください。
- ・ 「⑥保険再算定の有無」については、この患者さんが1年以上前にニコチン依存症管理料を算定したことがある場合（貴施設での算定に限らず）には、「1」（あり）を○で囲んでください。
- ・ 「⑦合併症（治療中に限る）の有無」については、ニコチン依存症管理料算定開始時点で治療中の合併症があった場合には「1」（あり）を○で囲み、「⑧合併症（治療中に限る）の内容」としてあてはまる番号すべてを○で囲んでください（→調査票**【例2】**、**【例3】**参照）。「⑦合併症の有無」で「2」（なし）を○で囲んだ場合には、「⑧合併症（治療中に限る）の内容」欄の回答は結構（不要）です（→調査票**【例1】**参照）。

- ・ 「⑨ニコチン依存症管理料の算定日」はニコチン依存症管理料を算定した日を例にならって記入してください。5回の指導を最後まで行わずに指導を中断した患者さんについては、指導中断（最終算定）時の禁煙／喫煙状況に応じて、最終となった算定日に重ねて○か×を記入してください。

- 指導中断時に禁煙していれば算定日に「○」をつける。（→調査票【例2】参照）
- 指導中断時に喫煙していれば算定日に「×」をつける。（→調査票【例3】参照）

（注）本調査対象期間である平成20年6月1日から7月31日については、バレニクリンが新薬のため7回受診が必要でしたが、調査票にはニコチン依存症管理料算定日のみ記入してください。

- ・ なお、指導中断（最終算定）時に禁煙しており、かつ、その時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者（8 ppm 未満）であった場合のみ「禁煙」となり、そうでない場合は「喫煙」となります。
- ・ 「⑩5回目の指導終了時の状況」については、5回の禁煙治療を終了した患者さんを対象に、5回目の指導終了時の状況としてあてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。各選択肢（1週間禁煙、4週間禁煙、失敗）の定義は次の通りです。

◆5回目の指導終了時の状況

| | |
|-------|---|
| 1週間禁煙 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 5回の治療が終了している時点で禁煙しており、5回終了時点からさかのぼって少なくとも1週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 ・ かつ、5回目の指導時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8 ppm 未満）であった人 |
| 4週間禁煙 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 5回終了時点で禁煙しており、5回終了時からさかのぼって少なくとも4週間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 ・ かつ、4回目と5回目の指導時の呼気一酸化炭素濃度の値が非喫煙者レベル（8 ppm 未満）であった人 |
| 失 敗 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙状況が把握できたが、上記の「1週間禁煙」「4週間禁煙」のいずれにもあてはまらない人 |

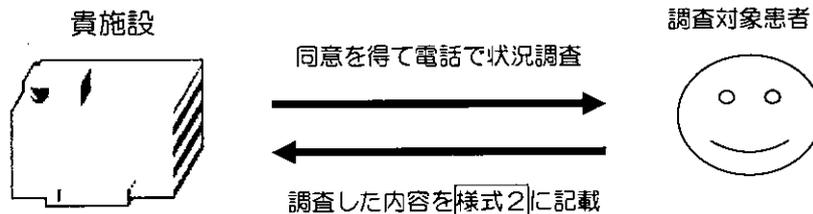
- ・ 「⑪保険適用中の禁煙補助剤の使用状況」については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。選択肢「1」～「4」に該当しない禁煙補助剤の使用については「5」（その他）を○で囲んでください。禁煙補助剤を使用しなかった場合には「6」（いずれも使用せず）を○で囲んでください。
- ・ 「⑫終了後の追加禁煙治療の有無」については、ニコチン依存症管理料の算定期間終了後も引き続き自由診療で追加の禁煙治療を行った場合には「1」（あり）を○で囲んでください。それ以外は「2」（なし）を○で囲んでください。
- ・ 「⑬指導終了9か月後の状況」については、5回の禁煙指導を終了した患者さんと禁煙指導中断時に禁煙していた患者さん全員が対象です。
- ・ 5回目の指導終了時の状況が「1週間禁煙」または「4週間禁煙」の患者さんには、5ページの図1の流れを用いて調査を実施してください。5回目の指導終了時の状況が「失敗」、つまり喫煙されていた患者さんの場合は、5ページの図2の流れを用いて調査を実施してください。

- ・ 5回の指導を最後まで行わずに中止した患者さんのうち、中断時に禁煙していた患者さんの場合は、5ページの図1の流れを用いて調査を実施してください。
- ・ 調査の結果、指導終了9か月後の状況としてあてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。各選択肢（1週間禁煙、禁煙継続、失敗、不明）の定義は次の通りです。

◆指導終了9か月後の状況

| | |
|-------|---|
| 1週間禁煙 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指導終了9か月後の調査時点で禁煙しており、少なくとも1週間は1本も吸わないで禁煙を継続している人 ・ 禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。 |
| 禁煙継続 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指導終了時に1週間禁煙または、4週間禁煙を達成し、かつそれ以降、9か月後調査までの期間、1本も吸わずに禁煙を継続できた人。または指導中断時に禁煙し、かつそれ以降9か月後調査までの期間、1本も吸わずに禁煙を継続している人 ・ 禁煙／喫煙の状況については、自己申告とする。 |
| 失敗 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙状況が把握できたが、上記の「1週間禁煙」「禁煙継続」のいずれにもあてはまらない人 |
| 不明 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 喫煙状況が把握できなかった人（調査を拒否した人を含む） |

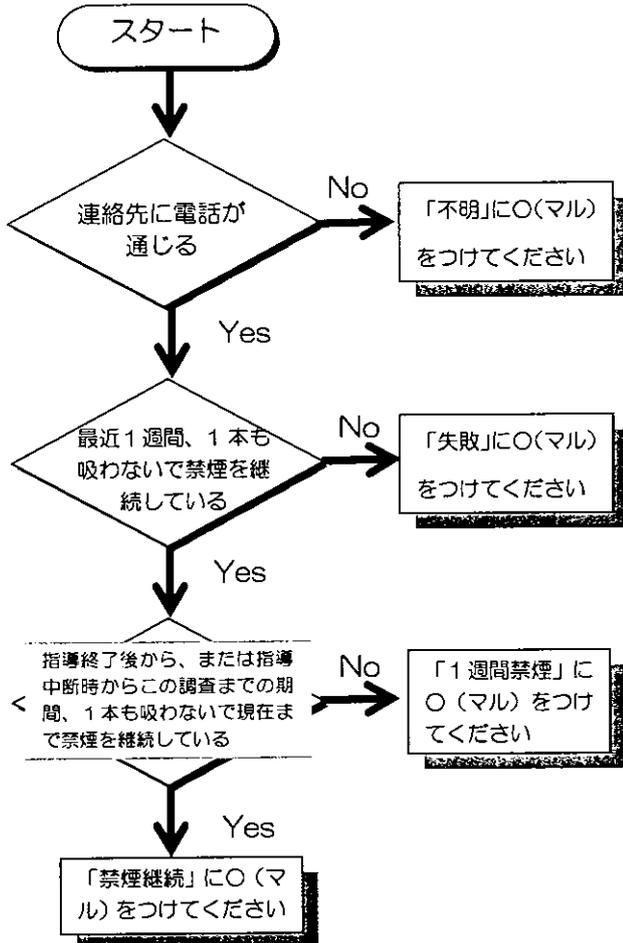
- ・ 指導終了9か月後の状況について、大変お手数をおかけいたしますが、貴施設から対象の患者さんに電話連絡をし、口頭で調査の同意を得て患者さんの喫煙／禁煙の状況を確認してください。
- ・ 調査対象は、5回の指導が終了した患者さんと、5回の指導を終了せずに中断時に禁煙していた患者さんです。お忙しいところ、誠に恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。



※ 指導終了9か月後（調査時点）の電話による患者さんの禁煙／喫煙状況調査の流れは以下の通りです。

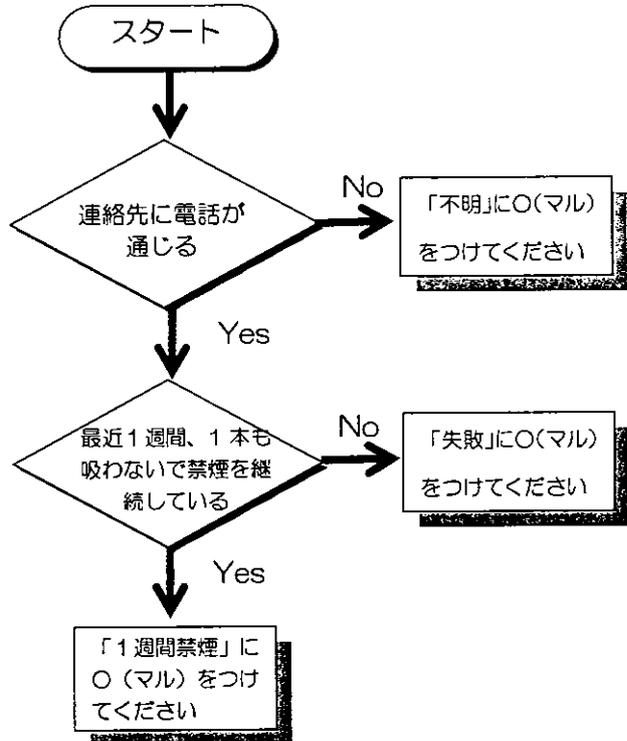
■図1

- a. 5回の指導終了時に「1週間禁煙」または「4週間禁煙」をしていた患者さんの場合 または
b. 5回の指導を最後まで行わずに中止した患者さんのうち、中断時に禁煙していた患者さん（様式2で「○」を選択した患者さん）の場合



■図2

5回の指導終了時に「失敗」していた患者さんの場合



- ・「⑭指導終了9か月後の調査実施日」は、電話調査で禁煙／喫煙状況を把握した日を記入してください。
- ・**様式2**には続紙を合わせて、患者さん40人分の状況を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですがコピーをとり、記入してください。その際、番号は続き番号となるよう修正をお願いします。

③様式1と様式2をとりまとめ、同封の返信用封筒にて平成21年8月21日までにご返送ください。

3 お問い合わせ先等

- ・ 本調査では、施設調査および患者調査について、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、施設調査に施設名ならびに回答者名を記載していただいております。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>>
- ・ お預かりしました調査票のデータについては、集計作業等のために外部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。

本調査に関して、ご不明な点がございましたら、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

☆☆☆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:三田(みた)、小山(こやま)、田極(たごく))

E-mail: kin-en@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 9:30 ~17:00 土日・祝日を除く)

FAX:03-6711-1291

記入例

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 21 年度調査）

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 調査票

様式 2

- [1] 平成 20 年 6 月 1 日から平成 20 年 7 月 31 日までの 2 か月間に、ニコチン依存症管理料の算定を開始した全ての患者について記入してください。
- [2] 本調査票には続紙を合わせて患者 40 人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですがコピーをとり、記入してください。その際、番号は続き番号となるよう修正をお願いします。
- [3] 各選択肢の定義等の詳細については、別添の「調査要綱」をご参照ください。

- [4] 「5 回目の指導終了時の状況」については、5 回の指導が終了した患者について、終了時の状況をお答えください。また、「指導終了 9 か月後の状況」については、指導終了から 9 か月以上経過した調査実施日現在の状況をお答えください。
なお、5 回の指導を最後まで行わずに中止した患者のうち、中断時に禁煙していた患者についても、指導終了 9 か月後の調査を行い、調査実施日現在の禁煙/喫煙状況を調査し、結果を記入してください。

| 患者番号 | 【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】 | | | | | | | | | | 【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】 | | | | | | | | | | 【保険治療終了後】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|------|--------|--------------|----------|-----------------|------------------|---|------------------------------|--|----------------------|------------------------------------|---------|----------|--|--|--|---|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|---|--|--|--|--------------------|
| | ① 性別 | ② 年齢 | ③ 喫煙年数 | ④ 一日あたりの喫煙本数 | ⑤ TDS 点数 | ⑥ 保険再算定の有無 | ⑦ 合併症（治療中に限る）の有無 | ⑧ 合併症（治療中に限る）の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*悪性新生物を除く) | | | | | | | | | | ⑨ ニコチン依存症管理料の算定日 5 回の指導を最後まで行わずに算定を中止した患者については、最終となった算定日に重ねて、 ○:禁煙していれば「○」で囲み (例 2)=3 回目まで中止時に禁煙) ×:喫煙していれば「×」をつけ (例 3)=4 回目まで中止時に喫煙) 中断時の禁煙/喫煙状況が分かるように記入してください。 | | | | | ⑩ 5 回目の指導終了時の状況 ⁵ (⁵ 要綱参照) | | | ⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ (*)一方から他方へ切り替えて使用 | | | | | | ⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無 | | ⑬ 指導終了 9 か月後の状況 ⁵ (⁵ 定義は要綱参照) | | | | ⑭ 指導終了 9 か月後の調査実施日 |
| | 1 男 2 女 | | | | | 1 あり 2 なし・不明 | 1 あり 2 なし | 1 高血圧 2 脂質異常 3 糖尿病 4 脳卒中 5 心臓病 6 悪性新生物 7 呼吸器疾患* 8 消化器疾患* 9 精神疾患 10 その他 | 1 1 週間禁煙 2 4 週間禁煙 3 失敗 | 1 ニコチンパッチのみ 2 バレニフリンのみ 3 ニコチンパッチ 4 ニコチンパッチとニコチンガムの併用 5 その他 6 いずれも使用せず | 1 あり 2 なし | 1 1 週間禁煙 2 禁煙継続 3 失敗 4 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [例 1] | ① 2 | 55 | 35 | 20 | 7 | ② 1 | ② 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 6/1 6/9 6/23 7/20 8/22 | 1 ② 3 | 1 ③ 3 4 5 6 | ① 2 | ① ② 3 4 | H21/7/30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [例 2] | 1 ② | 60 | 40 | 20 | 10 | 1 ② | ① 2 | 1 2 3 4 5 ⑥ 7 8 9 10 | 6/1 6/9 ⑥ 6/23 | 1 ② 3 | 1 2 3 ④ 5 6 | ① ② | ① ② 3 4 | H21/7/31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [例 3] | ① 2 | 58 | 30 | 18 | 8 | ① 2 | ① 2 | 1 ② 3 ④ 5 6 7 8 9 10 | 6/5 7/13 6/28 7/15 | 1 3 | 1 2 ③ 4 5 6 | ② | 1 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 2 | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 2 | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 2 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 2 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 1 2 | | | | | 1 2 | 1 2 | 1 | | 3 | 1 2 3 4 5 6 | 1 2 | 1 2 3 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

中断時に禁煙していた患者さんは「○」で囲んでください。

中断時に喫煙していた患者さんは「×」をつけてください。

5 回の指導が終了した患者さんのみ回答してください。

5 回の指導が終了した患者さんについて調査をして記入してください。

中断時に禁煙していた患者さんについても調査をして記入してください。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
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ありません。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禁煙治療を担当する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21年7月末あるいは質問に指定されている期間とします。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

| | |
|-----------------------|--|
| ①施設種別 ※1つだけ選択 | 1. 病院 → 許可病床数 () 床 2. 有床診療所 → 許可病床数 () 床 3. 無床診療所 |
| ②開設主体 ※1つだけ選択 | 1. 国等 2. 公立 3. 公的機関 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人 6. 個人 7. 学校法人 8. その他の法人 |
| ③標榜診療科 ※あてはまる番号すべて | 1. 内科 2. 呼吸器科 3. 消化器科（胃腸科） 4. 循環器科 5. 小児科 6. 精神科 7. 神経科 8. 神経内科 9. 心療内科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 外科 13. 整形外科 14. 形成外科 15. 美容外科 16. 脳神経外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 小児外科 20. 産婦人科 21. 産科 22. 婦人科 23. 眼科 24. 耳鼻いんこう科 25. 気管食道科 26. 皮膚科 27. 泌尿器科 28. 性病科 29. こう門科 30. リハビリテーション科 31. 放射線科 32. 麻酔科 33. 歯科 34. 矯正歯科 35. 小児歯科 36. 歯科口腔外科 |

2. ニコチン依存症管理料の算定対象となる禁煙治療の状況及び体制等についてお伺いします。

| | |
|---|--|
| ①ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期 | 平成 () 年 () 月 |
| ②貴施設では、保険適用（ニコチン依存症管理料）とは別に、自由診療で禁煙治療を行っていますか。 ※1つだけ選択し、選択肢「1」または「2」を選択した場合は、質問②-1についてもご回答をお願いします。 | 1. ニコチン依存症管理料の施設基準届出よりも前から行っている 2. ニコチン依存症管理料の施設基準届出以降に行っている → ②-1 それは、どのような場合ですか。 ※あてはまる番号すべて 1. 患者要件等のため保険が適用されない場合に実施 2. 保険による禁煙治療後に追加治療として実施 3. 以前は行っていたが、今は行っていない 4. 以前から行っていない |

| | | | | | | | | |
|--|--|-----------|--------------------|-----------|--------|-----------------|--------|----------------|
| ③禁煙治療に携わる職員数 ※実人数 | 医師数 | ()人 | 看護師数 | ()人 | | | | |
| | その他の職員数 | ()人 | | | | | | |
| ④禁煙治療に携わる医師の 禁煙治療に携わっている 年数 ※現在の禁煙治療に携わる 診療時間が長い医師最大 4名まで記載 | A. 医師 | ()年()か月 | B. 医師 | ()年()か月 | | | | |
| | C. 医師 | ()年()か月 | D. 医師 | ()年()か月 | | | | |
| ⑤禁煙治療の体制 ※1つだけ選択 | 1. 専門外来を設置するなど、特別の体制で禁煙治療を実施している 2. 通常の診療体制の中で禁煙治療を実施している 3. 1. と 2. の両方 4. その他 (具体的に) | | | | | | | |
| ⑥禁煙指導の実施者 ※1つだけ選択 | 1. 医師のみで行っている 2. 医師の指導に加えて、看護師等の他の医療職種も指導している →⑥-1 禁煙指導に携わっている他職種をすべてお選びください。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 保健師</td> <td style="width: 50%;">2. 看護師 (保健師を除く)</td> </tr> <tr> <td>3. 薬剤師</td> <td>4. その他 (具体的に)</td> </tr> </table> 3. その他 (具体的に) | | | | 1. 保健師 | 2. 看護師 (保健師を除く) | 3. 薬剤師 | 4. その他 (具体的に) |
| 1. 保健師 | 2. 看護師 (保健師を除く) | | | | | | | |
| 3. 薬剤師 | 4. その他 (具体的に) | | | | | | | |
| ⑦-1 患者に対する1回 あたりの平均指導時間 (初回の指導) | 1) 医師の指導時間 | 約 ()分 | 2) 他の医療職種の 指導時間 | 約 ()分 | | | | |
| ⑦-2 患者に対する1回 あたりの平均指導時間 (2回目以降の指導) | 1) 医師の指導時間 | 約 ()分 | 2) 他の医療職種の 指導時間 | 約 ()分 | | | | |
| ⑧貴施設では、どのような 禁煙治療を行っています か。 ※1つだけ選択 | 1. 標準手順書に従った禁煙治療を行っている 2. 標準手順書に加えて独自の禁煙治療手順を作成し、禁煙治療を行っている 3. その他 (具体的に) | | | | | | | |

3. ニコチン依存症管理料を算定した患者で、5回の禁煙治療の途中で中断してしまった患者がいた場合、貴施設が把握している中断理由があれば、具体的に記述してください。

(1) 禁煙治療中断時に禁煙していた患者の場合

(2) 禁煙治療中断時に喫煙していた患者の場合

4. ニコチン依存症管理料について、今後の課題・要望等がございましたら、自由にお書きください。

ご協力いただきまして、ありがとうございました。様式2のご記入もよろしくお願ひ申し上げます。

No.

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成21年度調査）

様式2

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 調査票

- [1] 平成20年6月1日から平成20年7月31日の期間において、ニコチン依存症管理料の算定を開始した全ての患者について記入してください。
- [2] 本調査票には続紙を合わせて患者40人分の情報を記載することができますが、用紙が不足する場合には、大変恐縮ですがコピーをとり、記入してください。その際、番号は続き番号となるよう修正をお願いします。
- [3] 各選択肢の定義等の詳細については、別添の「調査要綱」をご参照ください。
- [4] 「5回目の指導終了時の状況」については、5回の指導が終了した患者について、終了時の状況をお答えください。また、「指導終了9か月後の状況」については、指導終了から9か月以上経過した調査実施日現在の状況をお答えください。
なお、5回の指導を最後まで行わずに中止した患者のうち、中断時に禁煙していた患者についても、指導終了9か月後の調査を行い、調査実施日現在の禁煙/喫煙状況を調査し、結果を記入してください。

| 患者番号 | 【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】 | | | | | | | | | | 【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】 | | | | | | | | | | 【保険治療終了後】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------------------|----|------|------------|-------|-----|----------|--|---|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|--|-----|-----|-----------|------|---|------|------|---|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|---|---|------------------|---|---|----------|
| | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*悪性新生物を除く) | | | | | | | | | | ⑨ ニコチン依存症管理料の算定日 5回の指導を最後まで行わずに算定を中止した患者については、最終となった算定日に重ねて、 ○:禁煙していれば「○」で囲み (例2)=3回目まで中止時に禁煙) ×:喫煙していれば「×」をつけ (例3)=4回目まで中止時に喫煙) 中断時の禁煙/喫煙状況が分かるように記入してください。 | | | | | ⑩ 5回目の指導終了時の状況 ⁵ (⁵ 要綱参照) | | | ⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ (*一方向から他方へ切り替えて使用) | | | | | | ⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無 | | ⑬ 指導終了9か月後の状況 ⁵ (⁵ 定義は要綱参照) | | | | ⑭ 指導終了9か月後の調査実施日 | | | |
| | 性別 | 年齢 | 喫煙年数 | 一日あたりの喫煙本数 | TDS点数 | の有無 | 保険再算定の有無 | 合併症(治療中に限る)の有無 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | その他 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | 5回目 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| [例1] | ① | 2 | 55 | 35 | 20 | 7 | 1 | ② | 1 | ② | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 6/1 | 6/9 | 6/23 | 7/20 | 8/22 | 1 | ② | 3 | 1 | ② | 3 | 4 | 5 | 6 | ① | 2 | 1 | ② | 3 | 4 | H21/7/30 |
| [例2] | 1 | ② | 60 | 40 | 20 | 10 | 1 | ② | ① | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ⑥ | 7 | 8 | 9 | 10 | 6/1 | 6/9 | ⑥/23 | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 | 6 | 1 | ② | ① | 2 | 3 | 4 | H21/7/31 |
| [例3] | ① | 2 | 58 | 30 | 18 | 8 | ① | 2 | ① | 2 | 1 | ② | 3 | ④ | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 6/5 | 6/13 | 6/28 | × | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | ③ | 4 | 5 | 6 | 1 | ② | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 5 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6 | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| 患者番号 | 【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】 | | | | | | | | | | 【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】 | | | | | | | | | | 【保険治療終了後】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------------------|---|------|--------|--------------|---------|------------|----|------------------|-----|--|-----|-----|-----|-------|--------|--------|------|-----|---|--|---|-----------|-----------------------|---------------------|---|----------|-----|--|----|----|---|---|---|-----------------|--|---|--|--|--|------------------|
| | ① 性別 | | ② 年齢 | ③ 喫煙年数 | ④ 一日あたりの喫煙本数 | ⑤ TDS点数 | ⑥ 保険再算定の有無 | | ⑦ 合併症(治療中に限る)の有無 | | ⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*悪性新生物を除く) | | | | | | | | | | ⑨ ニコチン依存症管理料の算定日 5回の指導を最後まで行わずに算定を中止した患者については、最終となった算定日に重ねて、 ○:禁煙していれば「○」で囲み (例 2)=3 回目まで中止時に禁煙) ×:喫煙していれば「×」をつけ (例 3)=4 回目まで中止時に喫煙) 中断時の禁煙/喫煙状況が分かるように記入してください。 | | | | | ⑩ 5回目の指導終了時の状況 [§] ([§] 要綱参照) | | | ⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ (*)一方から他方へ切り替えて使用 | | | | | | ⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無 | | ⑬ 指導終了9か月後の状況 [§] ([§] 定義は要綱参照) | | | | ⑭ 指導終了9か月後の調査実施日 |
| | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| | 男 | 女 | | | | あり | なし・不明 | あり | なし | 高血圧 | 脂質異常 | 糖尿病 | 脳卒中 | 心臓病 | 悪性新生物 | 呼吸器疾患* | 消化器疾患* | 精神疾患 | その他 | 1 | 2 | 3 | ニコチンパッチのみ | ニコチンパッチと ニコチンガムの併用 | ニコチンパッチ ↑バレンコリン* | ニコチンパッチのみ | ニコチンガムのみ | その他 | いずれも使用せず | あり | なし | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | |
| 7 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 8 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 9 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 10 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 11 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 12 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 13 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 14 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 15 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 16 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 17 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 18 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 19 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 20 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 21 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 22 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |
| 23 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | |

| 患者番号 | 【ニコチン依存症管理料算定 開始時 の状況】 | | | | | | | | | | 【保険適用期間中の経過と追加治療の有無】 | | | | | | | | | | 【保険治療終了後】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------------------------|---|------|--------|--------------|---------|------------|-------|------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----------------------------|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|-----------------|----|----------------------------|---|---|---|------------------|
| | ① 性別 | | ② 年齢 | ③ 喫煙年数 | ④ 一日あたりの喫煙本数 | ⑤ TDS点数 | ⑥ 保険再算定の有無 | | ⑦ 合併症(治療中に限る)の有無 | | ⑧ 合併症(治療中に限る)の内容 ※あてはまる番号すべてに○ (*)悪性新生物を除く | | | | | | | | | | ⑨ ニコチン依存症管理料の算定日 | | | | | ⑩ 5回目の指導終了時の状況 ⁵ | | | ⑪ 保険適用中の禁煙補助剤の使用状況 ※○は1つだけ | | | | | | ⑫ 終了後の追加禁煙治療の有無 | | ⑬ 指導終了9か月後の状況 ⁵ | | | | ⑭ 指導終了9か月後の調査実施日 |
| | 1 | 2 | | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| | 男 | 女 | | | | | あり | なし・不明 | あり | なし | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 4回目 | 5回目 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | あり | なし | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 24 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 25 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 26 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 27 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 28 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 29 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 30 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 31 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 32 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 33 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 34 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 35 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 36 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 37 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 38 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 39 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |
| 40 | 1 | 2 | | | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | |

平成 21 年 7 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（平成 21 年度調査）

「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」欄に署名等をする事になりました。

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や使用に関する意識等の把握を主な目的として、「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結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用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。

謹白

「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 8 月 7 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

「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：9：30～17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

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（平成 21 年度調査）
「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（クリーム色の調査票）は、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をお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「医師票」（クリーム色）と「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 名の医師をお選びください。診療科が一つの場合は、同じ診療科の中から医師 2 名をお選びください。

<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 | } | 医師票分 | |
| ⑤返信用封筒..... | 3 通 | | | 1 通 |
| ⑥医師票（クリーム色）..... | 2 通 | | | 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させて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

「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 9：30 ～ 17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

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（平成 21 年度調査）
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 8 月 7 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****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

⑤院内処方と院外処方の割合

- ・貴施設における院内処方せんと院外処方せんの割合を枚数ベースにてご記入ください。
- ・どちらか片方のみしか行っていない場合は、処方せんを発行している方に「100」を、発行していない方に「0」をご記入ください。

⑧⑨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)

⑩1 か月間の外来延べ患者数

- ・平成21年7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。

⑫外来患者に院内投薬する場合

- ・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。
- ・選択肢1.「後発医薬品を積極的に使用する」、選択肢2.「後発医薬品をほとんど使用しない」を選ばれた場合は、その理由をお書きください。

⑬外来患者に院外処方する場合

- ・外来患者に院外処方する場合、後発医薬品の使用について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。
- ・選択肢1.「後発医薬品を積極的に使用する」、選択肢2.「後発医薬品をほとんど使用しない」を選ばれた場合は、その理由をお書きください。

⑭⑮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21年7月末現在）における貴施設の医薬品備蓄品目数（⑭）とそのうちの後発医薬品の備蓄品目数（⑮）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。

⑯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あてはまるものを1つだけ選び、○で囲んでください。

⑰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21年7月1か月間）

②外来における院外処方せん発行枚数

- ・平成21年7月1か月間の院外処方せん発行枚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の割合

- ・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21年7月末現在または7月1か月間）

①平均在院患者数

- ・平成21年7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」

$25人（合計入院人数） \div 31日（7月1か月間） = 0.806\cdots = \boxed{0.8人}$ （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。

- ・選択肢2.「後発医薬品のあるものの一部を使用」、選択肢3.「後発医薬品をほとんど使用していない」を選ばれた場合、その理由としてあてはまるものを点線囲み内の選択肢1.～10.の中からすべて選び、その番号を○で囲んでください。

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21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後発医薬品の使用を進めてもよいと思うために必要な今後の対応

- ・病院として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬について、後発医薬品の使用を進めてもよいと思う上で必要な対応策としてあてはまるものをすべて選び、その番号を○で囲んでください。
- ・選ばれた選択肢のうち最もあてはまると思われる選択肢の番号を1つだけ、質問④-1の回答欄にお書きください。

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

「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9：30～17：00）

※ただし、土日は除きます。

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(平成 21 年度調査)

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、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、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・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

※この「病院票」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。

※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 21 年 7 月末現在の状況についてご記入ください。

1. 貴施設の状況についてお伺いします。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------|------------|--------------------|----------------|--------------------|------------|--------------------|---------------|--------------------|--------------|---------------------|--|-------------------|
| ①開設者 ※○は1つだけ | 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 ※○は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オーダーリングシステム ※○は1つだけ | 1. 後発医薬品名が表示されるオーダーリングシステムを導入している 2. オーダーリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダーリングシステムは導入していない | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤院内処方と院外処方の割合 | 院内処方 () % + 院外処方 () % = 100% ※処方せん枚数ベース | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥特定入院料の状況 ※貴施設で算定しているものすべてに○ | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. 回復期リハビリテーション病棟入院料</td> <td rowspan="6">⑦許可病床数</td> <td>1) 一般病床 () 床</td> </tr> <tr> <td>2. 亜急性期入院医療管理料</td> <td>2) 療養病床 () 床</td> </tr> <tr> <td>3. 救命救急入院料</td> <td>3) 精神病床 () 床</td> </tr> <tr> <td>4. 特定集中治療室管理料</td> <td>4) 結核病床 () 床</td> </tr> <tr> <td>5. 小児入院医療管理料</td> <td>5) 感染症病床 () 床</td> </tr> <tr> <td>6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料(精神科救急入院料等)</td> <td>6) 全 体 () 床</td> </tr> </tbody> </table> | 1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 | ⑦許可病床数 | 1) 一般病床 () 床 | 2. 亜急性期入院医療管理料 | 2) 療養病床 () 床 | 3. 救命救急入院料 | 3) 精神病床 () 床 | 4. 特定集中治療室管理料 | 4) 結核病床 () 床 | 5. 小児入院医療管理料 | 5) 感染症病床 () 床 | 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料(精神科救急入院料等) | 6) 全 体 () 床 |
| 1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 | ⑦許可病床数 | 1) 一般病床 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| 2. 亜急性期入院医療管理料 | | 2) 療養病床 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| 3. 救命救急入院料 | | 3) 精神病床 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| 4. 特定集中治療室管理料 | | 4) 結核病床 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| 5. 小児入院医療管理料 | | 5) 感染症病床 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| 6. その他、投薬・注射に係る薬剤料が包括されている特定入院料(精神科救急入院料等) | | 6) 全 体 () 床 | | | | | | | | | | | | |
| ⑧医師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで | () 人 | ⑨薬剤師数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで | () 人 | | | | | | | | | | | |

「ジェネリック医薬品希望カード」とは
後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。

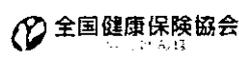
※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

【例】
ジェネリック医薬品を希望します。

（ ） 枚 ※平成21年7月1か月間

【おもて】 ()

【うら】 ()



2. 貴施設における院外処方せん発行状況（平成21年7月1か月間）についてお伺いします。

| | | | |
|--|--|--|---|
| ①院外処方せんを発行している診療科 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 4. 形成外科 7. 呼吸器科 10. 精神科 13. 泌尿器科 16. その他（具体的に | 2. 外科 5. 小児科 8. 消化器科 11. 眼科 14. 皮膚科 | 3. 整形外科 6. 産婦人科 9. 循環器科 12. 耳鼻咽喉科 15. 放射線科) |
| ②外来における院外処方せん発行枚数 | () 枚 ※平成21年7月1か月間 | | |
| 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 ※○は1つだけ | 1. 10%未満 3. 30%以上 ～ 50%未満 5. 70%以上 ～ 90%未満 | 2. 10%以上 ～ 30%未満 4. 50%以上 ～ 70%未満 6. 90%以上 | |

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成21年7月末現在または平成21年7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。

| | |
|---|---|
| ①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで | () 人 ※平成21年7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。 ※最も近い番号に1つだけ○ | <p>1. 後発医薬品があるものは積極的に使用</p> <p>2. 後発医薬品のあるものの一部を使用</p> <p>3. 後発医薬品をほとんど使用していない</p> <p>4. その他（具体的に</p> <p>②-1 上記の理由としてあてはまる番号すべてに○をつけてください。</p> <p>1. 処方銘柄について患者からの強い要望</p> <p>2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配</p> <p>3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問</p> <p>4. 後発医薬品の供給体制に不安</p> <p>5. 処方銘柄の作用が強く治療域がせまい</p> <p>6. 患者に適した剤形が他にない</p> <p>7. 処方銘柄を長く使用し信頼</p> <p>8. 病院として使用する医薬品の銘柄を指定している</p> <p>9. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安</p> <p>10. その他（具体的に</p> |

| | |
|---|---|
| <p>③平成 21 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せんか。</p> <p>※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番号すべてに○をつけてください。</p> | <p>1. ない</p> <p>2. ある</p> <p>→ 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番号すべてに○をつけてください。</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <p>1. 後発医薬品の品質上の問題</p> <p>2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題</p> <p>3. 後発医薬品の供給体制上の問題</p> <p>4. その他（具体的に _____ ）</p> </div> |
| <p>④今後、どのような対応が進めば、病院として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。</p> <p>※あてはまる番号すべてに○</p> | <p>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</p> <p>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</p> <p>3. 後発医薬品に対する患者の理解</p> <p>4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価</p> <p>5. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価</p> <p>6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備</p> <p>7. 特に対応は必要ない</p> <p>8. その他（具体的に _____ ）</p> |
| <p>④-1 上記④の選択肢 1～8 のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p> | |

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

「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（平成 21 年度調査）

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」欄に署名等をする事になりました。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 8 月 10 日（月）までに、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の処方に関するお考え

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」を選ばれた場合、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」を選ばれた場合、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比較

- ・1年前と比較した、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）に関する変化として、最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

③平成21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経験等

- ・平成21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があれば、選択肢1.「ある」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（質問③-1）としてあてはまるものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。さらに、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由（質問③-2）としてあてはまるものをすべて選び、その番号を○で囲んでください。
- ・平成21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がなければ、選択肢2.「ない」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経験等

- ・平成21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○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ケース（質問④-1）として最も近いものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。さらに、一部の医薬品について「変更不可」とした処方せん枚数の割合（質問④-2）としてあてはまるものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。一部の医薬品について変更不可とする理由（質問④-3）として最も多いものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。
- ・平成21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なければ、選択肢2.「ない」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（後発医薬品について質問する、あるいは使用を希望する患者）の割合として最も近いものを1つだけ選び、その番号を○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（後発医薬品について質問する、あるいは使用を希望する患者）の数の変化として最も近いものを1つだけ選び、その番号を○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

「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9：30～17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

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(平成 21 年度調査)

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「〇(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 21 年 7 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 21 年 7 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*する ……▶ 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()内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、変化しましたか。
※〇は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21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。※〇は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。 ※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

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〇

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

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○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. 処方銘柄の作用が強く治療域のせまい医薬品であるから
6. 患者に適した剤形が他にないから
7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
8. 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
9. その他（具体的に

.....▶ 質問⑤へお進みください

⑤平成21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21年7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。お考えに最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

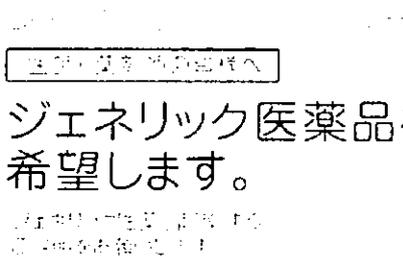
1. 変更調剤が行われた都度、保険薬局からすぐに情報が提供されればよい
2. 次の診療時に、患者を通じて情報が提供されればよい
3. 一定期間分をまとめて、保険薬局から情報が提供されればよい
4. 新たに調剤を変更した時だけ、保険薬局から情報提供がされればよい
5. 調剤内容についての情報は必要ではない
6. その他（具体的に

3. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

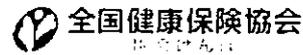
後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。

【例】



- ジェネリック医薬品は、原薬の成分が同じで、効果も副作用も同じです。
- ジェネリック医薬品は、原薬の成分が同じで、効果も副作用も同じです。

（注）



【おもて】

【うら】

※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

| | |
|--|---------------------------|
| ①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 知っている | 2. 知らない →5 ページの4. へ |
| ②「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 提示されたことがある | 2. 提示されたことはない →5 ページの4. へ |
| ③「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。 | |
| () 割 | |
| ④被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 増えた | 2. 変わらない |

4. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

| | |
|---|--|
| <p>①後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ</p> | |
| <p>1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない</p> | |
| <p>②今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p> | |
| <p>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. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 6. 特に対応は必要ない 7. その他（具体的に _____)</p> | |
| <p>②-1 上記4. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。</p> | |

5. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

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（平成 21 年度調査）

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 8 月 7 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

⑦院内処方と院外処方の割合

- ・ 貴施設における院内処方せんと院外処方せんの割合を枚数ベースにてご記入ください。
- ・ どちらか片方のみしか行っていない場合は、処方せんを発行している方に「100」を、発行していない方に「0」をご記入ください。

⑩医薬品の備蓄状況

- ・ 調査時点（平成21年7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 21 年 7 月末現在または平成 21 年 7 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、3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21年7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」

$25人 (合計入院人数) \div 31日 (7月1か月間) = 0.806\cdots = \boxed{0.8人}$ (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。

- ・選択肢2.「後発医薬品のあるものの一部を使用」、選択肢3.「後発医薬品をほとんど使用していない」を選ばれた場合、その理由としてあてはまるものを選択肢1.～10.の中からすべて選び、その番号を○で囲んでください。

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21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○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後発医薬品の使用を進めてもよいと思うために必要な今後の対応

- ・診療所として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬について、後発医薬品の使用を進めてもよいと思う上で必要な対応策としてあてはまるものをすべて選び、その番号を○で囲んでください。
- ・選ばれた選択肢のうち最もあてはまると思われる選択肢の番号を1つだけ、質問④-1の回答欄にお書きください。

3. 院外処方せん発行状況等 (平成21年7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、「1」を○で囲んでください。
- ・発行していない場合は、「2」を○で囲んだ後、6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

2) 1か月間の外来延べ患者数

- ・平成21年7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21年7月1か月間の院外処方せん発行枚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

※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、6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」を選ばれた場合、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」を選ばれた場合、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年前と比較した、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）に関する変化として、最も近いものを1つだけ選び、○で囲んでください。

③平成21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経験等

- ・平成21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があれば、選択肢1.「ある」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（質問③-1）としてあてはまるものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。さらに、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した理由（質問③-2）としてあてはまるものをすべて選び、その番号を○で囲んでください。
- ・平成21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がなければ、選択肢2.「ない」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経験等

- ・平成21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○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ケース（質問④-1）として最も近いものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。さらに、一部の医薬品について「変更不可」とした処方せん枚数の割合（質問④-2）としてあてはまるものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。一部の医薬品について変更不可とする理由（質問④-3）として最も多いものを1つだけ選び、その番号を○で囲んでください。
- ・平成21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なければ、選択肢2.「ない」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（後発医薬品について質問する、あるいは使用を希望する患者）の割合として最も近いものを1つだけ選び、その番号を○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（後発医薬品について質問する、あるいは使用を希望する患者）の数の変化として最も近い番号を1つだけ選び、その番号を○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.『ジェネリック医薬品希望カード』の提示など後発医薬品の使用に関する患者からの医師表示の状況等について」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」を選ばれた場合、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、あてはまるものをすべて選び、その番号を○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」を選ばれた場合、どのような情報が必要か、具体的に（ ）内にご記入ください。

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

「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9：30～17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

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(平成 21 年度調査)
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 21 年 7 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オーダリングシステム ※○は1つだけ | 1. 後発医薬品名が表示されるオーダリングシステムを導入している 2. オーダリングシステムを導入しているが、後発医薬品名は表示されない 3. オーダリングシステムは導入していない |
| ⑦院内処方と院外処方の割合 | 院内処方 () % + 院外処方 () % = 100% ※処方せん枚数ベース |
| ⑧医師数 (常勤のみ) | () 人 |
| ⑨薬剤師数 (常勤のみ) | () 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。 |
| ⑩医薬品の備蓄状況 | |
| 1) 医薬品備蓄品目数 | 約 () 品目 ※平成 21 年 7 月末現在 |
| 2) 上記 1) のうち後発医薬品の備蓄品目数 | 約 () 品目 ※平成 21 年 7 月末現在 |
| ⑪後発医薬品の供給体制は、1 年前と比較して、どう思いますか。 ※○は1つだけ | 1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した |

| | |
|---|---|
| <p>⑫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。 ※〇は1つだけ</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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) |
|---|---|

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成21年7月末現在または平成21年7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。）

| | |
|---|--|
| <p>①平均在院患者数 ※小数点以下第1位まで</p> | <p>(.) 人 ※平成21年7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。 ※最も近いものの番号に1つだけ〇</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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>→②-1 上記の理由としてあてはまる番号すべてに〇をつけてください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 処方銘柄について患者からの強い要望 2. 処方銘柄に対応する後発医薬品の副作用が心配 3. 処方銘柄に対応する後発医薬品の効能に疑問 4. 後発医薬品の供給体制に不安 5. 処方銘柄の作用が強く治療域がせまい 6. 患者に適した剤形が他にない 7. 処方銘柄を長く使用し信頼 8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定している 9. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安 10. その他（具体的に) </div> |
| <p>③平成21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番号すべてに〇をつけてください。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ない 2. ある <p>→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番号すべてに〇をつけてください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ol style="list-style-type: none"> 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) </div> |
| <p>④今後、どのような対応が進めば、診療所として、入院患者への投薬・注射及び外来患者への院内投薬における後発医薬品の使用を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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. 後発医薬品の使用割合についての診療報酬上の評価 6. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 7. 特に対応は必要ない 8. その他（具体的に) |

| | |
|---|--|
| ④-1 上記2. ④の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。 | |
|---|--|

3. 貴施設における院外処方せん発行状況等（平成21年7月1か月間）についてお伺いします。

| | |
|---|-------------------------|
| ①貴施設では、平成21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、6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21年7月1か月間） ※半日診療は「0.5日」としてください。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21年7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21年7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*する ……………▶ 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（ ）内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、変化しましたか。
※○は1つだけ

1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

③平成21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. 作用が強く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しているから
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21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。 ※○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1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

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

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。 ※○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○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. 処方銘柄の作用が強く治療域のせまい医薬品であるから
6. 患者に適した剤形が他にないから
7. 処方銘柄を長く使用し信頼しているから
8. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定しているから
9. その他（具体的に

……………▶ 質問⑤へお進みください

⑤平成21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21年7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。お考えに最も近いものの番号に1つだけ○をつけてください。 ※○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

……………▶ 7ページの「6.「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等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。 ※○は1つだけ

- 1. 特にこだわりはない ……………▶ 7 ページの 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する ……………▶ 7 ページの 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（ ）内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. 後発医薬品の使用による薬剤料減への不安
- 8. その他

具体的に

……………▶ 6. の質問①へ

6. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。〈全施設の方にお伺いします〉

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことで

【例】

ジェネリック医薬品希望カード

ジェネリック医薬品を希望します。

（ここに患者の署名欄が記載されています）

- ジェネリック医薬品希望カードは、ジェネリック医薬品や後発医薬品に関する情報を提供するためのツールです。
- ジェネリック医薬品希望カードは、医師や薬剤師に提示された上で、患者の意向を確認し、処方せんに記載することがあります。

（例）

全国健康保険協会
（全国健康保険協会）

【おもて】

【うら】

※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

| | |
|---|--------------------|
| ①「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 知っている | 2. 知らない→質問⑤へ |
| ②「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 提示されたことがある | 2. 提示されたことはない→質問⑤へ |
| ③「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して後発医薬品の処方又は「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを発行した割合をご記入ください。 | |
| () 割 | |
| ④被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※○は1つだけ | |
| 1. 増えた | 2. 変わらない |
| ⑤貴施設では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに○ | |
| 1. 院内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 院内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 院内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 診察時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. その他（具体的に) 8. 特に工夫していない | |

7. 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今後、どのような対応がなされれば、医師の立場として後発医薬品の処方を進めても良いと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに〇 | |
| 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. 院内で後発医薬品の情報を独自に収集し、後発医薬品の選定・採用を行える体制の整備 6. 特に対応は必要ない 7. その他（具体的に _____) | |
| ②-1 上記7. ②の選択肢1～7のうち、最もあてはまるものの番号を1つだけお書きください。 | |

8. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

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。

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（平成 21 年度調査）

「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。

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や使用に関する意識等の把握を主な目的として、「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結果検証に係る議論のための大変重要な資料となります。

つきましては、ご多用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。

謹白

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

平成 21 年 8 月 7 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

「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：9：30～17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

FAX：03-6711-1291

平成 21 年 7 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（平成 21 年度調査）」
「後発医薬品の使用状況調査」
「患者票」配付に際してのお願い

同封いたしました「患者票」（だいたい色の調査票）は、院外処方せんを貴薬局にお持ちになられた患者様に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「後発医薬品の使用状況調査（患者調査）ご協力のお願い」、「患者票（だいたい色）」、「返信用封筒（薬局調査と同じです）」を 1 部ずつ患者様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

<配付対象者>

貴薬局に院外処方せんをお持ちになられた患者様 4 名
（ご協力のお願い、患者票、返信用封筒 各 1 部ずつ）

<配付方法>

- ・平成 21 年 7 月 21 日（火）～7 月 27 日（月）の間のいずれかの 1 日を調査時点とし、当該日において患者様の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しください。
- ・お渡しいただく患者様につきましては、以下の要領にて、当該調査時点に来局された患者様の来局順に 4 名をお選びください。

| | | 65 歳未満 | 65 歳以上 |
|---|---|--------|--------|
| 男 | 性 | 1 名 | 1 名 |
| 女 | 性 | 1 名 | 1 名 |

- ・正確な実態把握のため、患者様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>

- ・ご回答者（患者様）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、返信用封筒は保険薬局調査票と共用です。

<封入物一覧>

| | | | |
|------------------------------|----|---|---------|
| ①依頼状..... | 1通 | } | 保険薬局調査分 |
| ②「患者票」配付のお願い（本状）.. | 1通 | | |
| ③保険薬局票 調査要綱（白色）..... | 1通 | | |
| ④保険薬局票 様式1（さくら色）..... | 1通 | | |
| ⑤保険薬局票 様式2（若草色）..... | 1通 | } | 患者調査分 |
| ⑥返信用封筒..... | 5通 | | |
| ⑦患者調査ご協力をお願い（クリーム色） | 4通 | | |
| ⑧患者票（だいだい色）..... | 4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

「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

TEL：03-6711-1380（受付時間9：30～17：00）

※ただし、土日・祝日は除きます。

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（平成 21 年度調査）」

後発医薬品の使用状況調査：保険薬局調査要綱

回答者

- ・ 本調査は、薬局の管理者様にご記入をお願いしております。

回答方法

- ・ 調査票は様式 1（A4・9 ページ）と様式 2（A4 用紙 1 枚）に分かれています。ご多用の折、誠に恐縮ではございますが、様式 1・2 の両方についてご回答ください。
- ・ 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。調査票の様式 1 に貼付したラベル上の薬局名、薬局の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>>

様式 1

- ・ 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。
- ・ 3. の取り扱い処方せん枚数については、平成 21 年 7 月 21 日（火）～7 月 27 日（月）の 1 週間分の取り扱い処方せん枚数をご記入ください。
- ・ （ ）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。

様式 2

- ・ 「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に 1 品目でも後発医薬品に変更したすべての処方せんについてご記入ください。
- ・ 上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（様式 2 に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 3. 「④ ③のうち、1 品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん（初めての変更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む）」欄の枚数と同じであることを確認してください。
- ・ 各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
- ・ 該当の処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください。乳幼児医療費助成などの公費負担で患者一部負担金がない場合は「0（ゼロ）」とご記入ください。
- ・ 様式 2 の用紙 1 枚で、処方せん 40 枚分（左側・右側それぞれ 20 枚ずつ）の情報を記入することができます。該当する処方せんが 40 枚を超え、回答用紙が足りない場合には、大変恐縮ですが、様式 2 の用紙をコピーしてお使いください。その際、「処方せん番号 (NO.)」欄には、1 枚目からの続き番号（例：2 枚目の最初は「41」）をご記入ください。

調査期間

調査票にご記入の上、**様式1**、**様式2**のすべてを、同封の返信用封筒（切手不要）にて

平成21年8月7日（金）までにお近くのポストに投函してください。

様式1の記入要領

1. 貴薬局の状況（平成21年7月末現在）

③調剤基本料

・処方せんの受付回数が1か月間で4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る）は18点、それ以外は40点となります。

⑥後発医薬品調剤率

・後発医薬品の調剤率を毎月ごとに計算し、小数点以下第1位までご記入ください。

例) 7月の場合：7月1か月間の後発医薬品の調剤件数÷7月1か月間の全調剤件数×100

2. 貴薬局の処方せん受付状況（平成21年7月1日～31日の期間）

①処方せんの発行医療機関数・処方せん枚数

・調査期間中（平成21年7月1日～31日）において、貴薬局で受け付けた処方せんを発行した医療機関数と処方せん枚数を病院、一般診療所、歯科診療所ごとにご記入ください。

①②③④処方せん発行医療機関数のうち「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数

・「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある医療機関数について、その内訳として「3）主として先発医薬品を銘柄指定している機関数」と「4）主として後発医薬品を銘柄指定している機関数」をそれぞれお答えください。

②処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数

・調査期間中（平成21年7月1日～31日）において、貴薬局で受け付けた処方せん枚数が最も多かった医療機関が発行した処方せん枚数をご記入ください。例えば、貴薬局で7月中に受け付けた、A病院発行の処方せん枚数が200枚で最も多かった場合は「200」となります。

3. 貴薬局での取り扱い処方せん枚数（平成21年7月21日（火）～7月27日（月）の1週間分）

- ・「先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん」には一般名で処方されているものも対象としてください。
- ・漢方薬については、漢方薬のみの処方せんやそれを含む処方せん枚数も数えてください。
- ・1枚の処方せんで、複数銘柄が記載されていて、それぞれ後発品医薬品への変更を行わなかった理由が異なる場合はそれぞれ数えてご記入ください。

(1) ①すべての取り扱い処方せん

- ・期間内に取り扱われたすべての処方せんの枚数をご記入ください。
- ・ご記入いただいた処方せん枚数は、「③ ①のうち、『後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可』欄に処方医の署名等がない処方せん」と「②①のうち、『後発医薬品への変更がすべて不可』欄に処方医の署名等がある処方せん」の合計枚数となります（③+②①=①）ので、ご注意ください。

(1) ⑨薬価収載されていないために後発医薬品に変更できなかった処方せん

- ・「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がないにもかかわらず、すべての銘柄について後発医薬品が薬価収載されていないため、貴薬局において後発医薬品に変更できなかった処方せんの枚数をご記入ください。既に後発医薬品のみが記載された処方せんであった場合も含みます。
- ・⑬、⑯、⑲は重複します。

(1) ⑪患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん

- ・「後発医薬品についての説明」を行っていない場合は含まれません。
- ・過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合も含みます。

(1) ⑳「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん

- ・調査期間中（平成21年7月21日（火）～7月27日（月））において、貴薬局で受け付けた処方せんのうち、「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん枚数をご記入ください。

(1) ㉑「変更不可」欄に署名等があり、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数

- ・「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等があり、後発医薬品を銘柄指定している処方せん枚数をご記入ください。後発医薬品の銘柄指定が1品目でもあれば、1枚と数えてください。

(2) 平成21年7月1か月間に調剤したすべての医薬品の数量のうち、後発医薬品の割合

- ・調査対象期間（平成21年7月1日～7月31日）に調剤した全ての医薬品の数量に占める後発医薬品の割合をご記入ください。
- ・数量は薬価基準の規格単位ベースの数量とします。例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算してください。
- ・薬の単位が「瓶」「ml」「g」などの場合も薬価基準の規格ベースでお書きください。

4. 後発医薬品への対応状況（平成21年4月以降）

(1) 後発医薬品の調剤に関するお考え

- ・選択肢「3. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない」を選ばれた場合は、質問4-(1)-1と質問4-(1)-2をお答えください。
- ・質問4-(1)-1については、選択肢1～12の中からあてはまるものすべてを選び、その番号を○で囲んでください。選択肢1～5に○をつけた場合、質問4-(1)-1-1をお答えください。
- ・質問4-(1)-2では、質問4-(1)-1で○をつけたもののうち、最もあてはまる理由を1つだけ選んでその番号を回答欄にご記入ください。

(3) 後発医薬品についての説明を行った患者の割合

- ・平成21年4月以降に「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せん（貴薬局で後発医薬品への変更可能性のある処方せん）を持参した患者のうち、「後発医薬品についての説明」を行った患者の割合にあてはまる番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

(4) 後発医薬品について説明しなかった理由

- ・質問(3)で「後発医薬品についての説明をしなかった」理由としてあてはまるものを、選択肢1.~8.の中からあてはまるものすべてを選び、その番号を○で囲んでください。また、そのうち最もあてはまる理由を1つだけ選び、質問(4)－1の回答欄にその番号をご記入ください。

(5) 後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者の割合

- ・例えば、後発医薬品と先発医薬品とが同等であることの説明はしたが、変更前後の薬剤料の差額などは説明していない場合や、以前に丁寧に説明し、今回は後発医薬品への変更希望だけを確認した場合などが該当します。

(6) 後発医薬品への変更をすすめた患者の割合

- ・後発医薬品についての説明の有無にかかわらず、後発医薬品への変更をすすめた患者の割合について、あてはまる番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

(7) 後発医薬品の説明を行った患者のうち、使用を希望しなかった患者の割合

- ・「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せん（貴薬局で後発医薬品への変更可能性のある処方せん）を持参した患者で、貴薬局において「後発医薬品についての説明」を行った患者のうち、結果的に、後発医薬品の使用を希望しなかった患者の割合にあてはまる番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

(11) 患者への説明・指導時間

①後発医薬品の説明時間＋一般服薬指導の合計時間

- ・初回の患者と、2回目以降の患者とに分けて、患者1人当たりの服薬指導（後発医薬品説明＋一般的服薬指導の合計時間）の平均所要時間を分単位でご記入ください。
- ・一般的な服薬指導しか行わなかった場合は含まれません。

(13) 後発医薬品を直ちに切り替えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者の割合

- ・「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなく、後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品を含む処方せん（貴薬局で後発医薬品への変更可能性のある処方せん）を持参した患者のうち、当該後発医薬品を直ちに切り替えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者の割合について、あてはまる番号を1つだけ選び、○で囲んでください。

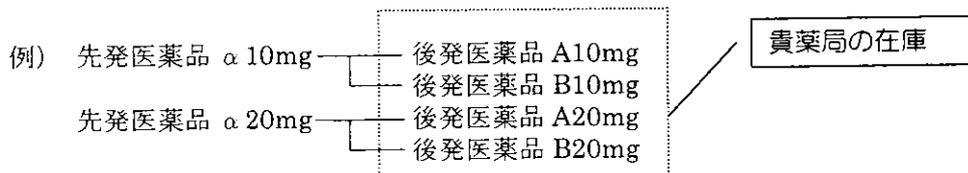
(14) 医薬品の備蓄状況

①②平成 20 年 7 月、平成 21 年 7 月

- ・平成20年及び平成21年の医薬品備蓄状況（在庫）について、(ア) 全品目数、(イ) うち後発医薬品の品目数をご記入ください。正確な数がわからない場合は、概数での記載で結構です。
- ・規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。

③複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数

- ・貴薬局で1つの銘柄の先発医薬品について複数銘柄の後発医薬品を備えている場合（貴薬局で後発医薬品を選択できる場合）について、それを先発医薬品の銘柄数に換算すると何品目となるか、ご記入ください。正確な数がわからない場合は、概数での記載で結構です。



→この場合、貴薬局で先発医薬品 α 10mg、α 20mgの在庫の有無にかかわらず、後発医薬品A10mg、後発医薬品B10mg、後発医薬品A20mg、後発医薬品B20mgの在庫があれば、先発医薬品の品目数を「2品目」と記入してください。（後発医薬品B20mgの在庫がなければ、先発医薬品の品目数は「1品目」となります。）

④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない、先発医薬品の備蓄品目数

- ・貴薬局で備えている先発医薬品で、同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない医薬品がある場合、1)先発医薬品がOD錠である場合と、2)それ以外の場合とについて、それぞれ該当する先発医薬品の備蓄品目数を記載してください。
- ・規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。

様式2の記入要領

例)

患者が持参した処方せんの処方内容

先発医薬品 α 10mg×7 日分 (薬剤料 200 点)
先発医薬品 β 20mg×7 日分 (薬剤料 300 点)
※「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない

様式2への記載方法

200+300=500 点なので
(A)欄に
「500」(点)と記入



貴薬局で実際に調剤した内容

先発医薬品 α 10mg×7 日分 (薬剤料 200 点)
後発医薬品 B 20mg×7 日分 (薬剤料 210 点) : 変更
※「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がない

200+210=410 点なので
(B)欄に
「410」(点)と記入

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

「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 9:30 ~ 17:00)

※ただし、土日・祝日は除きます。

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(平成 21 年度調査)

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、薬局名、所在地をご確認の上、記載内容に間違いおよび不備がございましたら、赤書きで修正してください。ご記入頂いた電話番号、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・管理致しますので、ご記入の程、よろしくお願い申し上げます。

<ご回答方法>

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。「※○は1つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・()内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。

1. 貴薬局の状況(平成 21 年 7 月末現在)についてお伺いします。

| | | | | | | | |
|--|--|---------|-------------------|------------|---------|---------|---------|
| ①組織形態 ※法人の場合は、法人の形態にも○をつけてください | 1. 法人 ……▶ (1.株式会社 2.有限会社 3.合資会社 4.合名会社 5.その他) 2. 個人 | | | | | | |
| ②職員数(常勤換算) ※小数点以下第1位まで | 薬剤師 | (.) 人 | その他(事務職員等) | (.) 人 | | | |
| ※常勤換算については、以下の方法で算出してください。また、常勤換算後の職員数は、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) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間) ■1か月に数回勤務の場合：(非常勤職員の1か月の勤務時間) ÷ (貴薬局が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4) | | | | | | | |
| ③調剤基本料 ※○は1つだけ | 1. 調剤基本料 (40点) | | 2. 調剤基本料 (18点) | | | | |
| ④基準調剤加算 ※○は1つだけ | 1. 基準調剤加算 1 (10点) | | 2. 基準調剤加算 2 (30点) | | | | |
| | 3. 算定していない | | | | | | |
| ⑤後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つだけ | 1. 算定している | | | 2. 算定していない | | | |
| ⑥後発医薬品調剤率(平成 20 年および平成 21 年の 1 月から 7 月までの各月について) ※小数点以下第1位まで | | | | | | | |
| | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 |
| 平成 20 年 | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % |
| 平成 21 年 | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % | (.) % |

2. 貴薬局の処方せん受付状況(平成 21 年 7 月 1 日～31 日の期間)についてお伺いします。

①上記期間中に受け付けた処方せんの発行医療機関数、また処方せん枚数を()内にご記入ください。

| 医療機関種別 | 1) 処方せん発行医療機関数 | 2) 1)のうち、「変更不可」欄に処方医の署名等が9割以上ある機関数 | | | 5) 処方せん枚数 |
|--------|----------------|------------------------------------|--------------------------------|--------|-----------|
| | | 3) 2)のうち、主として先発医薬品を銘柄指定している機関数 | 4) 2)のうち、主として後発医薬品を銘柄指定している機関数 | | |
| 病院 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 一般診療所 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 歯科診療所 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |
| 合計 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 施設 | () 枚 |

② 上記①の医療機関のうち、上記期間中の処方せん枚数の最も多い1医療機関の処方せん枚数 () 枚

③ 貴薬局の半径 200m 以内に医療機関は何施設程度ありますか。 () 施設程度

3. 貴薬局の取り扱い処方せん枚数についてお伺いします。

(1) 平成 21 年 7 月 21 日(火)～27 日(月)の取り扱い処方せん枚数について、()内に枚数をご記入ください。

| | | |
|--|------------------------|-------|
| ① すべての取り扱い処方せん | ※③と②の合計数になります。ご確認ください。 | () 枚 |
| ② ①のうち、1品目でも後発医薬品を調剤した処方せん | | () 枚 |
| ③ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がない処方せん | | () 枚 |
| ④ ③のうち、1品目でも先発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん (初めての变更に限らず、以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む) | | () 枚 |
| ⑤ ④のうち、後発医薬品情報提供料を算定した処方せん | | () 枚 |
| ⑥ ④のうち、後発医薬品分割調剤加算を算定した処方せん | | () 枚 |
| ⑦ ③のうち、今回は、先発医薬品を後発医薬品に変更しなかったが、以前に一度、先発医薬品から後発医薬品に変更し、これを受けて処方医が、当該後発医薬品の銘柄処方方に切り替えた処方せん | | () 枚 |
| ⑧ ③のうち、1品目でも後発医薬品を他の後発医薬品に変更した処方せん | | () 枚 |
| ⑨ ③のうち、処方せんに記載されたすべての先発医薬品について後発医薬品が薬価収載されていないために、後発医薬品に変更できなかった処方せん | | () 枚 |
| ⑩ ③のうち、後発医薬品のみが記載された処方せん(上記⑦に該当するものを除く。) | | () 枚 |
| ⑪ ③のうち、「後発医薬品についての説明」※1(P.5 参照)を行ったにもかかわらず、患者が希望しなかったために、すべて後発医薬品に変更できなかった処方せん(過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含む) | | () 枚 |
| ③のうち、以下の理由により、後発医薬品に変更できなかった先発医薬品が1品目でもある処方せん | | |
| ⑫ 先発医薬品の含量規格に対応した後発医薬品がなかったため | | () 枚 |
| ⑬ ⑫のうち、薬価収載されていなかったため | | () 枚 |
| ⑭ ⑫のうち、在庫として備蓄していなかったため | | () 枚 |
| ⑮ 先発医薬品の剤形(ただし、OD錠除く)に対応した後発医薬品がなかったため | | () 枚 |
| ⑯ ⑮のうち、薬価収載されていなかったため | | () 枚 |
| ⑰ ⑮のうち、在庫として備蓄していなかったため | | () 枚 |
| ⑱ 先発医薬品の剤形がOD錠であり、それに対応した後発医薬品がなかったため | | () 枚 |
| ⑲ ⑱のうち、薬価収載されていなかったため | | () 枚 |
| ⑳ ⑱のうち、在庫として備蓄していなかったため | | () 枚 |
| ㉑ ①のうち、「後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がある処方せん | | () 枚 |
| ㉒ ㉑のうち、後発医薬品を銘柄指定している処方せん | | () 枚 |
| ㉓ ①のうち、処方せん内容の一部について変更不可としている処方せん | | () 枚 |
| ㉔ ㉓のうち、一部先発医薬品について変更不可としている処方せん | | () 枚 |
| ㉕ ㉓のうち、一部後発医薬品について変更不可としている処方せん | | () 枚 |
| (2) 平成 21 年 7 月 1 か月間に調剤したすべての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち、後発医薬品の割合 | | () % |

※③+②+①となります。ご確認ください

※規格単位ベースの数量：例えば錠剤の場合、単純に1か月間に調剤した全錠数を数えて計算することを意味します。

4. 後発医薬品への対応状況についてお伺いします。(平成 21 年 4 月以降)

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

- 1. 後発医薬品を積極的に患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
- 2. 薬効によっては後発医薬品を患者に説明して、調剤するように取り組んでいる
- 3. 後発医薬品の説明・調剤にはあまり積極的には取り組んでいない
- 4. その他 (具体的に)

→ 4-(1)-1 どのような理由によるものでしょうか。

※あてはまる番号すべてに○

- 1. 後発医薬品の品質に疑問があるため
- 2. 後発医薬品の効果に疑問があるため
- 3. 後発医薬品の副作用に不安があるため
- 4. 後発医薬品の安定供給体制が不備であるため
- 5. 後発医薬品の情報提供が不備であるため
- 6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発が不足なため
- 7. 近隣の医療機関が後発医薬品の使用に消極的なため
- 8. 後発医薬品の説明に時間がかかるため
- 9. 後発医薬品の調剤による薬剤料減に不安があるため
- 10. 後発医薬品の備蓄増に伴う不良在庫の拡大など、在庫管理の負担が大きいため
- 11. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品を説明する業務手順となっていないため
- 12. その他 (具体的に)

【1～5 を選ばれた方】
4-(1)-1-1 経験や問題点を具体的にお書きください。

→ 4-(1)-2 上記の選択肢1～12のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

(2) 後発医薬品の品質保証について、どのような方法で行われているのかご存知ですか。 ※○は1つだけ

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 十分に理解している | 2. ある程度理解している |
| 3. あまり理解していない | 4. 全く理解していない |

※1「後発医薬品についての説明」とは
後発医薬品と先発医薬品とが同等であること（例えば、品質、安定性、生物学的同等性試験結果など）の説明に加え、患者の処方せんにおける変更前の薬剤料と変更後の薬剤料の差額等についての説明などを指します。以下の設問についても同じです。

※2「後発医薬品への変更が可能な処方せん」とは
 「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」を含む処方せんのうち、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ、処方内容の一部に変更不可の指示があるとしても、処方医が変更不可の指示をしていない「後発医薬品が薬価収載されている先発医薬品」が1品目でもあるものを指します。以下の設問についても同じです。

| | | |
|--|----------------|----------------|
| (3) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品についての説明※1を行った患者は、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※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) 上記(3)で、後発医薬品についての説明をしなかった理由としては、次のうちのどれですか。 ※あてはまる番号すべてに〇 | | |
| 1. 待っている患者が多く、説明する時間的余裕がなかったから 2. 患者が急いでおり、説明不要と言われたから 3. 患者が後発医薬品について十分理解していたから 4. 調剤室での薬の取り揃えの前に後発医薬品について説明する業務手順になっていないから 5. システム上、薬剤料の差額がすぐに計算できないので、患者の質問にその場で答えることができないから 6. 後発医薬品の備蓄品目数が少ないから 7. 説明しなければならないという認識が不足していたから 8. その他(具体的に) | | |
| (4)-1 上記(4)の選択肢1～7のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。 | | |
| (5) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品について簡潔な説明だけを行った患者(後発医薬品に関する説明を記載した文書を患者に手渡し、希望の有無等を確認した場合を含む。)は、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※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) 後発医薬品への変更が可能な処方せん※2を持参した患者のうち、後発医薬品への変更をすすめた患者は、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※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 |
| (7) 上記(3)の後発医薬品についての説明※1を行った患者のうち、後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、どの程度いましたか。 ※〇は1つだけ | | |
| 0. 希望しなかった患者はいなかった(0%)→質問(9)へ 1. 0%超～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 | | |
| (8) 上記(7)で、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのどれですか。 ※〇は1つだけ | | |
| 1. 薬剤料等(患者自己負担額)の差額が小さいから 2. 公費負担の患者であるため、経済的インセンティブがないから 3. 過去に後発医薬品を使用したか、体調不良となった経験があるから 4. 後発医薬品に対する不安があるから 5. その他(具体的に) | | |

(9) 後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった患者は、平成21年4月以降、現在までにどの程度いましたか。 ※〇は1つだけ

| | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 0. 希望しなかった患者はいなかった(0%) → 質問(11)へ | 1. 0%超～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 | |

(10) 上記(9)で、患者が2回目以降に後発医薬品の使用を希望しなかった理由として、最も多いものは、次のうちのどれですか。 ※〇は1つだけ

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. 使用した後発医薬品の効果に疑問があったため | 2. 使用した後発医薬品により体調不良となったため |
| 3. 使用した後発医薬品の使用感が合わなかったため | 4. 後発医薬品に対する不安が消えなかったため |
| 5. その他（具体的に | |

(11) ①後発医薬品への変更が可能な処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する場合、後発医薬品についての説明と、一般的な服薬指導の両方を行うのに、患者1人当たりどの程度の時間(後発医薬品説明+一般的な服薬指導の合計時間)がかかりますか。説明を行った患者がいなかった場合は「-」をご記入ください。 ※おおよその時間で結構です。具体的に数字をご記入ください

| | |
|---------------------------------------|---------|
| 【初回の患者の場合】 | 約 () 分 |
| 【2回目以降の患者の場合】 | 約 () 分 |
| ②一般的な服薬指導を行う場合、患者1人当たりどの程度の時間がかかりますか。 | 約 () 分 |

(12) 平成21年4月以前に後発医薬品への変更調剤を行った患者のうち、医療機関が、薬局で変更した当該後発医薬品の銘柄処方に切り替えた患者数の割合

約 () %

(13) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを持参した患者のうち、当該後発医薬品を直ちに切り替えることができずに後発医薬品に変更できなかった患者は、どの程度いましたか。 ※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 |

(14) 医薬品の備蓄状況等

| | (ア) 全品目 | (イ) うち、後発医薬品 |
|--|---|--------------|
| ①平成20年7月 | 約 () 品目 | 約 () 品目 |
| ②平成21年7月 | 約 () 品目 | 約 () 品目 |
| ③上記②のうち、複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品の備蓄品目数 | 約 () 品目 例) (先発医薬品α10mg 後発医薬品A10mg 先発医薬品α20mg 後発医薬品B10mg 先発医薬品α20mg 後発医薬品A20mg 後発医薬品B20mg) →複数銘柄の後発医薬品を備えている先発医薬品が2品目なので、「2品目」と数えます。 | |
| ④先発医薬品と同じ剤形の後発医薬品が薬価収載されていない、先発医薬品の備蓄品目数 | 1) 先発医薬品がOD錠 → () 品目 2) 上記1)以外 → () 品目 | |
| ⑤上記質問(13)のようなケースがないようにするためには、合計でどの程度の後発医薬品の品目数の備蓄が必要だと思いますか。 | | 約 () 品目 |

| | |
|---|--|
| <p>(15) 貴薬局で採用している後発医薬品を選択した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○</p> | |
| <p>1. 後発医薬品メーカーによる品質に関する情報開示の程度 2. 他の後発医薬品よりも薬価が安価 3. 近隣の保険医療機関・保険薬局への納入実績の程度 4. 迅速かつ安定的に製造販売業者や卸業者から入手できる 5. 患者の使用感がよい（例；味がよい、臭いが気にならない、貼付感がよい） 6. 調剤がしやすい（例；容易に半割ができる、一包化調剤がしやすい） 7. その他（具体的に)</p> | |
| <p>(16) 処方せん受付時に、患者に対して、「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」の両方を行っていますか。 ※○は1つだけ</p> | |
| <p>1. はい 2. いいえ</p> | <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(16)-1 説明や確認を行っているのはいつですか。 ※○は1つだけ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>1. 「後発医薬品についての説明」及び「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」のいずれについても、調剤室での薬の取り揃えの後に行っている 2. 「後発医薬品についての説明」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている 3. 「薬剤服用歴を踏まえた服薬状況・副作用発現状況等の確認」は、調剤室での薬の取り揃えの前に行っている 4. その他（具体的に)</p> </div> |
| <p>(17) 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けたが、変更しなかった場合について、今後、どのような対応が進めば、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めてもよいと思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○</p> | |
| <p>1. 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. 剤形・規格の違いに関わらずに銘柄変更調剤ができる環境の整備 5. 後発医薬品に関する説明の手間や後発医薬品の調剤による薬剤料の減などを考慮した調剤報酬上の一層の評価 6. 調剤室での薬の取り揃えの前に患者に後発医薬品について説明する等、薬局における調剤手順の見直し 7. 特に対応は必要ない 8. その他（具体的に)</p> | |
| <p>(17)-1 上記の選択肢1～8のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p> | |

5. 「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など、後発医薬品の使用に関する患者からの意思表示の状況等についてお伺いします。

「ジェネリック医薬品希望カード」とは

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を希望する旨が記載されており、医師や薬剤師に提示するためのカードのことです。

【例】

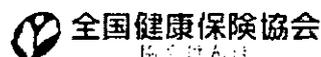
医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品を
希望します。

「後発品の医薬品」を希望する
ことをお知らせいたします。

- ジェネリック医薬品は、品質で劣る目的をもった薬が処方されてきたお薬と誤解されることがあります。
- ジェネリック医薬品が処方される方は、かかりつけの医師や薬剤師の相談に応じていただくようお願いし、このカードを提示していただく。

全国



【おもて】

【うら】

※ここに示しているのはあくまでも【ジェネリック医薬品希望カードの一例】です。詳細につきましては、健康保険組合などにお問い合わせください。

| | |
|--|-----------------------|
| (1) 「ジェネリック医薬品希望カード」を知っていますか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 知っている | 2. 知らない |
| (2) 「ジェネリック医薬品希望カード」を患者から提示されたことがありますか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 提示されたことがある | 2. 提示されたことはない →質問(4)へ |
| (3) 「ジェネリック医薬品希望カード」を提示された患者に対して、先発医薬品から後発医薬品に変更調剤を行った割合は、患者ベースでどのくらいですか。 | |
| () 割 | |
| (4) 被保険者に「ジェネリック医薬品希望カード」が配布されるようになった平成21年4月以降、後発医薬品を希望する患者は増えましたか。 ※〇は1つだけ | |
| 1. 増えた | 2. 変わらない |
| (5) 貴薬局では、患者が後発医薬品を頼みやすくなるような工夫をされていますか。 ※あてはまる番号すべてに〇 | |
| 1. 薬局内に後発医薬品に関するポスターや案内板等を掲示している 2. 受付窓口に「ジェネリック医薬品希望カード」を用意している 3. 薬局内に後発医薬品の普及啓発に関するリーフレット等を用意し、患者が入手できるようにしている 4. 後発医薬品に関心がある患者のために、専用の相談窓口を設けたり、説明担当の薬剤師を配置している 5. 薬局内で後発医薬品に関するビデオを流している 6. 処方せん受付時に、患者の意向を容易に確認できるような資材を配布している 7. その他（具体的に) 8. 特に工夫していない | |

6. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題等について、ご意見・ご要望などがありましたらご記入ください。

Blank area for handwritten input.

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

※引き続き、様式2のご記入もよろしくお願ひいたします。

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（平成 21 年度調査）」

「後発医薬品の使用状況調査（患者調査）」ご協力のお願い

平成 20 年 4 月に、診療報酬（病院や診療所などの保険医療機関等で提供される医療サービスごとに決められた価格）が改定されました。

このアンケート調査は、診療報酬改定の影響を把握するために、厚生労働省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。

ご回答いただいたアンケートはすべて統計的に処理し、個人が特定されることは決してございません。本調査の結果は、厚生労働省の審議会（中央社会保険医療協議会）において診療報酬改定の結果を検証する際の大変貴重な資料となります。

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。

対象者

- ・ この調査にご回答いただくのは、病院・診療所で受診し、処方せんを薬局にお持ちになった患者様が対象です。

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（切手不要）」を使用して、

平成 21 年 8 月 7 日（金）までに、

直接、お近くのポストにご投函ください。

回答方法

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

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

「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

TEL：03-6711-1380（受付時間 10：00～17：00）

※土日・祝日は除きます。

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(平成 21 年度調査)

後発医薬品の使用状況調査 調査票

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについて
 おうかがいするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、
 用語等をご記入ください。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と同等であること（例えば、品質、安定性、服用後の血中濃度の推移など）を厚生労働省が認めたものですが、価格は安くなっています。

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 診療を受けた診療科 ※あてはまる番号すべてに○ | 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 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 () | | |
| ④ 薬局への来局頻度 ※○は1つだけ | 1. 週に1回程度 2. 2週間に1回程度 3. 1か月に1回程度 4. 2か月に1回程度 5. 年に数回程度 6. ()に1回程度 | | |
| ⑤ かかりつけの薬局がありますか。 ※○は1つだけ | 1. ある 2. ない | | |
| ⑥ お手持ちの健康保険証の種類 ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。 ※○は1つだけ | 1. 国民健康保険（国保） 2. 健康保険組合（健保組合） 3. 全国健康保険協会（協会けんぽ） 4. 共済組合（共済） 5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合） 6. その他 () 7. わからない | | |

2. ジェネリック医薬品の使用に関するお考えについておうかがいします。

| | |
|--|--|
| ① ジェネリック医薬品を知っていますか。 ※あてはまる番号1つに○ | 1. 知っている 2. 名前は聞いたことがある 3. 知らない→質問⑥へ |
|--|--|

② 医師や薬剤師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。

※〇は1つだけ

1. 医師と薬剤師の両方からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
2. 主に医師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
3. 主に薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがある
4. 医師や薬剤師からジェネリック医薬品について説明を受けたことがない

③ 平成21年4月以降に医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」をお願いしたことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. お願いしたことがある
2. お願いしたことはない

④ 医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品の処方や調剤」は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

1. 頼みやすかった
2. 頼みにくかった
3. 頼む気はなかった

⑤ どうすれば、より、「ジェネリック医薬品の処方や調剤」を頼みやすくなると思いますか。

※以下1～9のうち、あてはまる番号すべてに〇

医療機関における対応

1. 診察時に、医師がジェネリック医薬品について説明をしてくれたり、使用に関する意向をたずねてくれること
2. 医療機関内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は医師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
3. 医療機関内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
4. その他（具体的に _____）

薬局における対応

5. 処方せん受付時に、薬剤師がジェネリック医薬品の使用に関する意向をたずねてくれること
6. 薬局内に、ジェネリック医薬品を希望する患者は薬剤師に相談してほしい旨のポスター等を掲示したり、使用の意思表示ができるカード等を用意していること
7. 薬局内に、ジェネリック医薬品に関する専用の相談窓口があったり、説明担当の薬剤師がいること
8. その他（具体的に _____）

その他

9. 頼みたいとは思わない
→具体的に理由をご記入ください。

[_____]

⑧ 「ジェネリック医薬品希望カード」を利用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したことがある

2. 利用したことはない

⑨ 「ジェネリック医薬品希望カード」を今後利用したいと思いますか。 ※〇は1つだけ

1. 利用したい

2. 利用したくない

→質問⑩へお進みください。

【質問⑥で「2. 知らない」、質問⑦で「2. 持っていない」とお答えいただいた方のみご回答ください。】

⑩ 「ジェネリック医薬品希望カード」が手元があれば、それを利用したいと思いますか。
※〇は1つだけ

1. 利用したい

2. 利用したくない

【すべての方におうかがいします】

⑪ ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある

2. ない→質問⑫へ

＜上記⑪でジェネリック医薬品を使用したことが「1. ある」と回答された方におうかがいします。＞

⑪-1 ジェネリック医薬品の効果（効き目）に満足していますか。 ※〇は1つだけ

1. 満足している

2. どちらかという満足している

3. どちらかという不満である

4. 不満である

↳ ⑪-1-1 不満に感じられた点を具体的にお書きください。

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

⑪-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。 ※〇は1つだけ

1. 安くなった

2. それほど変わらなかった

3. わからない

【すべての方におうかがいします】

⑫ ジェネリック医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい

2. できれば先発医薬品を使いたい

3. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない

4. わからない

⑬ あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）があること
2. 使用感がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 窓口で支払う薬代が安くなること→質問⑬-1へ
5. 医師のすすめがあること
6. 薬剤師のすすめがあること
7. ジェネリック医薬品についての不安を相談できるところがあること
8. ジェネリック医薬品についての正確な情報が容易に入手できること
9. 国民皆保険（医療保険制度）を守るため、少しでも保険料を節約するという意識を持てること
10. その他（具体的に)
11. とくにない

⑬-1 1回にあなたが支払う金額がいくらぐらい安くなるのであれば、ジェネリック医薬品を使用したいと思いますか。 ※○は1つだけ

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. 少しでも安くなるのであれば使用したい | 2. 300円くらい |
| 3. 500円くらい | 4. 1,000円くらい |
| 5. 1,000円以上 | |

3. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等がございましたら、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。