

7. 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。

Large empty box for providing comments and requests regarding the use of generic drugs.

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

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

■ 平成20年12月8日(月)から14日(日)までの1週間の状況をご記入ください。

- 「後発医薬品への変更がすべて不可」欄に処方医の署名等がなく、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん(1品目でも変更した場合を含む)についてご記入ください。
○上記の処方せんについて、1から番号を振り、「処方せん番号(NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。(下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式1の3.「⑨⑩のうち1品目でも後発医薬品を後発医薬品に変更した処方せん(以前に一度変更し、今回も同様に変更した場合も含む)」の項(「イ」のうち、12/8~12/14の取り扱い処方せん枚数)欄の枚数と同じであることを確認してください。
○各々の処方せんについては、処方せんに記載された錠情により調剤した患者の薬剤科を(A)欄に、また、実際に(後発医薬品へ変更して)調剤した薬剤科を(B)欄にご記入ください。薬剤科は処方せん1枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
○各々の処方せんについて、この処方せんを所持した患者の一部負担金の割合を(C)欄にご記入ください(例:組合健保の被保険者3割の場合→「3」とご記入ください。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

Table with 5 columns: 処方せん番号(NO.), 処方せん発行日, 処方医の氏名, 処方せんに記載された薬剤科(A), 実際に調剤した薬剤科(B). Rows 1-20.

Table with 5 columns: 処方せん番号(NO.), 処方せん発行日, 処方医の氏名, 処方せんに記載された薬剤科(A), 実際に調剤した薬剤科(B). Rows 21-40.

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

※記入例(全3枚のうち1枚目の場合)

回答用紙 枚中 枚

46

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

※ 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、本調査の機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できません。また、適切に保管・管理しますので、ご記入ください。よろしくお願ひ申し上げます。

Form with fields: 施設名, 施設の所在地, 電話番号, ご回答者名.

※この「病院名」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考えについてお伺いするものです。
※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、() 内には具体的な数値、用語等を記入してください。() 内に数値を記入する区間で、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. 貴施設の状況(平成20年12月末現在の状況または平成20年12月1か月間)についてお伺いします。

Form with multiple sections: ①開設者, ②病院種別, ③DPC対応, ④特定入院料の状況, ⑤医師数(常勤換算), ⑥薬剤師数(常勤換算), ⑦1か月間の外来患者延べ人数, ⑧1か月間の外来診療日数, ⑨後発医薬品の使用について.

Form with questions: ⑩後発医薬品の使用について、外産品を院内処方せんを発行する場合、施設としてどのように対応していますか。
※最も近いものを1つだけ選択してください。

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

Form with questions: ⑪医薬品調習品目数, ⑫上記⑩のうち後発医薬品の調習品目数, ⑬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。

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

Form with questions: ⑭院外処方せんを発行している診療科, ⑮院外における院外処方せん発行枚数, ⑯上記⑭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.

3. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等(平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況)についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。

Form with questions: ⑰平均入院患者数, ⑱入院患者に対する後発医薬品の使用状況, ⑲平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用する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、⑰-⑲の質問についてあてはまるものすべてに○をつけてください。
1. 後発医薬品の品質上の問題
2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題
3. 後発医薬品の供給体制上の問題
4. その他(具体的に)

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

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

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。

1. 改善した 2. 変化はない 3. 悪化した

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

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

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

※この「医師票」は、貴医療機関において、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。

※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、用語等を記入ください。()内に数値を記入する段階で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」を記入ください。※ご回答頂いた調査票は、専用の返信用封筒(切手不要)にて、直接、事務局までご返送いただけますよう、お願い申し上げます。

※特に断りのない場合は、平成20年12月現在の状況についてご記入ください。

1. 貴方ご自身についてお伺いします。

①性別	1. 男性	2. 女性	②年齢	()歳
③主たる担当診療科 ※0は1つだけ	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
	5. 小児科	6. 産婦人科	7. 呼吸器科	8. 消化器科
	9. 循環器科	10. 精神科	11. 眼科	12. 耳鼻咽喉科
	13. 泌尿器科	14. 皮膚科	15. 放射線科	
	16. その他(具体的に)	()		
④(ご自身の)1日当たり平均外来診察患者数	()人程度 ※平成20年12月1か月間			

2. 外来診療における院外処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え(平成20年12月末現在)についてお伺いします。

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※0は1つだけ

1. 特にこだわりはない …………… 質問②へ

2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方…………… 質問②へ

3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない…………… 質問①-1の後、質問②へ

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

<上記質問①で「3」を回答された方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。
※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を()に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備

①-1-1どのような情報が必要ですか。
例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告

6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足
7. その他(具体的に)

…………… 質問②へお読みください

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、はどうなりましたか。 ※0は1つだけ

1. 多くなった 2. 変わらない 3. 少なくなった

④平成20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※0は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

①-1 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。 ※0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

①-2「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懸念したから
8. 治療域のせまい薬剤だから
9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから
10. 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⑤へお読みください

④平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※0は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問⑤へ

①-1 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。最もお考えに近い番号に1つだけ○をつけてください。 ※0は1つだけ

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

②-2 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。 ※0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

③-3 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。

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

…………… 質問⑤へお読みください。

④平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある(質問する、使用を希望する)患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。 ※0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

⑤上記④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。 ※0は1つだけ

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

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

()%程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合に、変更された銘柄等についての情報提供はありますか。 ※0は1つだけ

1. ある 2. だいたいある 3. まったくない

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

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

3. 後発医薬品の使用についてお伺いします。

①後発医薬品について、裏書法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※〇は1つだけ

1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない

②平成20年4月の処方せん様式の変更で、良かった点があればご記入ください。

③平成20年4月の処方せん様式の変更で、問題があればご記入ください。

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

1. 医師や薬剤師に対する後発医薬品の品質保証が十分であることの周知徹底
 2. 後発医薬品メーカーによる情報提供や安定供給体制の確保
 3. 後発医薬品に対する患者の理解
 4. 後発医薬品を処方する際の診療報酬上の評価
 5. 特に対応は必要ない
 6. その他（具体的に）

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。

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

※この「診療所票」は医療機関の開設者・管理者の方に、貴施設における後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするものです。
 ※回答の際は、**あてはまる番号を○(マル)**で記入してください。また、() 内には**真性的な数値・項目**を記入してください。
 () 内に数値を記入する段階で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
 ※特に断りのない場合は、平成20年12月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	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 形成外科
※〇は1つだけ	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	
	15. その他（具体的に）			

1. 貴施設の状況（平成20年12月末現在）についてお伺いします。

①医療機関名 ()

②所在地 () 都・道・府・県

③開設者 1. 個人 2. 法人 3. その他

④種別 ※〇は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 ※〇は1つだけ
 1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 形成外科
 5. 小児科 6. 産婦人科 7. 呼吸器科 8. 消化器科
 9. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科
 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. 放射線科
 16. その他（具体的に）

⑥医師数（常勤のみ） () 人

⑦薬剤師数（常勤のみ） () 人 ※ゼロの場合は「0」とご記入ください。

⑧医薬品の備蓄状況

1) 医薬品備蓄品目数	約 () 品目
2) 上記1)のうち後発医薬品の備蓄品目数	約 () 品目

2. 入院患者に対する後発医薬品の使用状況等（平成20年12月末現在または平成20年12月1か月間の状況）についてお伺いします。ここでは、造影剤などの検査に用いる医薬品を含め、内服薬、注射薬及び外用薬の全てを対象とします。（無床診療所の方は、3.へお進みください。）

①平均入院患者数 () 人 ※平成20年12月1か月間

②入院患者に対する後発医薬品の使用状況は、いかがでしょうか。 ※最も近いものを1つだけ選択してください。

1. 後発医薬品があるものは積極的に使用
 2. 後発医薬品のあるものの一部を使用
 3. 後発医薬品をほとんど使用していない
 4. その他（具体的に）

③平成20年4月以降、入院患者に後発医薬品を使用して問題が生じたことはありませんか。 ※1つだけ選択し、「ある」場合は、④-1の原因についてあてはまるものすべてに○をつけてください。

1. ない
 2. ある
 →④-1「ある」場合、その内容はどのようなものですか。次の中からあてはまるものをすべてお選びください。

1. 後発医薬品の品質上の問題
 2. 後発医薬品メーカーの情報提供体制上の問題
 3. 後発医薬品の供給体制上の問題
 4. その他（具体的に）

④後発医薬品の供給体制は、1年前と比較して、どうなりましたか。 ※〇は1つだけ

1. 改善した 2. 変わらない 3. 悪化した

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

①貴施設では、平成20年4月以降、院外処方せんを発行していますか。 ※〇は1つだけ

1. 発行している
 2. 発行していない
 →院外処方せんを発行していない場合は、5ページの「5. 外発診療における院内投票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外発診療の状況についてお伺いします。

1) 1か月間の外発診療実施日数（平成20年12月1か月間） () 日
 ※平日診療の場合は「0.5日」として計算してください

2) 1か月間の外発患者数（平成20年12月1か月間） () 人

③外発における院外処方せん発行枚数（平成20年12月1か月間） () 枚

4. 外発診療における処方せん発行時の状況や後発医薬品の処方に関するお考え（平成20年12月末現在）をお伺いします。＜院外処方せんを発行している施設の方にお伺いします＞

①後発医薬品の処方に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. 特にこだわりはない → 質問②へ
 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 → 質問②へ
 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない → 質問①-1の後、質問②へ
 ※後発医薬品の銘柄処方のほか、「後発医薬品への変更不可」欄に署名を行わない場合を含みます。

<上向き質問①で「3」を選ばれた方にお伺いします>

①-1「後発医薬品は基本的に処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、15「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（ ）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 1年前と比較して、後発医薬品の処方（後発医薬品への変更不可としない処方せんも含まれます）は、どうなりましたか。 ※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20年4月以降、「後発医薬品への変更不可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある 2. ない → 質問④へ

④-1 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

④-2「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認識したから
 8. 治療域のせまい薬剤だから
 9. 先発医薬品を長く使用し信頼しているから
 10. 診療所として使用する医薬品の銘柄を指定されているから
 11. 薬局で実際に調剤された後発医薬品名を診療録に記載するのが面倒だから
 12. 薬局でどのような薬剤に調剤されるか心配だから
 13. 薬剤料が安くならないから
 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②へお進みください

④平成20年4月以降、一部の医薬品についてのみ後発医薬品への「変更不可」と記載した処方せんを発行したことはありますか。 ※○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。最もお考えに近い番号に1つだけ○をつけてください。 ※○は1つだけ

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

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

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

⑤平成20年4月以降、後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者のうち、どの程度いらっしゃいますか。 ※○は1つだけ

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

⑥上記⑤の後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者数は、1年前と比較して、どうですか。 ※○は1つだけ

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

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

() %程度

⑧保険薬局で後発医薬品に変更した場合、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、どのような情報提供が望ましいと思いますか。考え方の最も近いもの1つを選んでください。

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

⑩「6. 後発医薬品の使用についてお問い合わせ」へお進みください。

5. 外来診療時における院内処方の状況や後発医薬品の使用に関するお問い合わせについてお問い合わせください。院外処方せんを発行していない施設の方にお問い合わせください。

⑪後発医薬品の処方に関するお問い合わせ、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 → 6. 質問⑩へ
2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 → 6. 質問⑩へ
3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的に処方しない → 質問⑩-1へ

<上記質問⑩で「3」を回答された方にお伺いします>

⑩-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。 ※あてはまる番号のすべてに○。また、「5. 後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を()に記入してください。

1. 後発医薬品の品質への疑問 2. 後発医薬品の効果への疑問
3. 後発医薬品の副作用への不安 4. 後発医薬品の安定供給体制の不備
5. 後発医薬品の情報提供の不備
⑩-1-1 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）

⑫後発医薬品の使用についてお問い合わせ。<全施設の方にお伺いします。>

⑬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薬物動態データなど）が必要か、ご存知ですか。 ※○は1つだけ

1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない

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

※この「患者票」は、患者の方に、後発医薬品の使用状況や考えについてお問い合わせするものです。
※回答の際は、あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

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。	1. ある 2. ない		
⑥ お薬手帳を使っていますか。 ※○は1つだけ	1. 使っている 2. 使っていない 3. お薬手帳を知らない		

2. 後発医薬品の使用に関するお問い合わせについておうかがいします。

① 後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知っていますか。 ※○は1つだけ

1. 知っている
2. 名前聞いたことがある
3. 知らない → 質問②へ

<上記①で「1. 知っている」「2. 名前聞いたことがある」と回答された方におうかがいします。>

①-1 どこで後発医薬品（ジェネリック医薬品）を知りました（名前を聞きました）か。 ※あてはまる番号すべてに○

1. テレビCMを見て 2. 新聞・雑誌等を見て
3. 医師・薬剤師の説明で 4. 医療機関・薬局内のポスターを見て
5. 家族・知人から聞いて 6. 都道府県・市町村からのお知らせを見て
7. 健康保険組合からのお知らせを見て 8. インターネットを見て
9. その他 ()

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。

② 医師や薬剤師から後発医薬品についての説明を受けたことがありますか。※○は1つだけ

1. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがある
 2. 医師や薬剤師から後発医薬品について説明を受けたことがない 一質問③へ

<上記②で「1. 説明を受けたことがある」と回答された方におうかがいします。>

②-1 おもに説明してくれたのは誰ですか。※○は1つだけ

1. おもに医師から 2. おもに薬剤師から 3. 医師と薬剤師の両方から

②-2 説明された内容は理解できましたか。※○は1つだけ

1. 理解できた 2. あまり理解できなかった 3. まったく理解できなかった

③ 後発医薬品を使用したことがありますか。※○は1つだけ

1. ある 2. ない 一質問④へ

<上記③で後発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。>

③-1 後発医薬品の効果（効き目）に満足していますか。※○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

③-2 窓口での薬代の負担感をお聞かせください。※○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

④ 後発医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。※○は1つだけ

1. できれば後発医薬品を使いたい 2. できれば先発医薬品を使いたい
 3. 後発医薬品や先発医薬品にはこだわらない 4. わからない

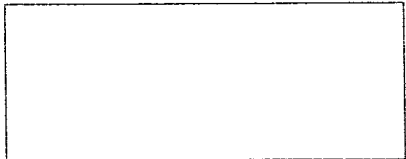
⑤ あなたが後発医薬品を使用するにあたって必要なことは何ですか。
 ※あてはまる番号すべてに○

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
 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. 後発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. 後発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. その他（具体的に）
 10. とくにない

3. 後発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。
 61

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



● 特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答え下さい。
 ● 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「0」（ゼロ）をご記入下さい。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成20年()月()日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概要についてお伺いします。

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

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

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

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

問3 貴院の開設者として該当する選択肢番号に○をお付け下さい。(○は1つ)

01 国（厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大平準法、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他）
 02 公的医療機関（都道府県、市町村、日赤、真生会、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、厚生年金事業協同会、国民健康保険連合会）
 04 医療法人（医療法人）
 05 個人（個人）
 06 その他（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、社会福祉社、その他法人）

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

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

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

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

	平成19年10月1ヶ月	平成20年10月1ヶ月
(1) 外來患者数	人	人

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

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

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

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重症疾患の場合、最も主な病気）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。

また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様にご記入ください。
※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎を主病とする患者が該当します。

(1) 75歳以上外来患者数(平成20年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成20年10月)		患者数	来院回数総数	
(2)〔再掲〕糖尿病		人		回
(3)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(4)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(5)〔再掲〕認知症		人		回
(6)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(7) 後期高齢者診療料 算定患者数(平成20年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成20年10月)		患者数	来院回数総数	
(8)〔再掲〕糖尿病		人		回
(9)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(10)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(11)〔再掲〕認知症		人		回
(12)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回
(13) 75歳以上外来患者数(平成19年10月)				人
〔再掲〕主病別患者について(平成19年10月)		患者数	来院回数総数	
(14)〔再掲〕糖尿病		人		回
(15)〔再掲〕脂質異常症		人		回
(16)〔再掲〕高血圧性疾患		人		回
(17)〔再掲〕認知症		人		回
(18)〔再掲〕その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1		人		回

問8 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月の期間においても診療にあつた患者について、重複で送られた患者(ただし、急性病変併発の患者を検査基準)を主病別に5名指定いただき、「前年と今年の回数の変化」欄に各項目の回数(頻度)の変動状況として該当する選択肢番号1つに○をお付けください。(○は1つ)併せて、「回数(頻度)」に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」□内より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由にご記入の上、当該番号に○をお付け下さい。(○はいくつでも)

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

8-1 主病 糖尿病の患者について

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

8-2 主病 脂質異常症の患者について

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

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

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

次頁につづく

8-4 主病 認知症の患者について

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

8-5 主病 その他(結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎)の患者について

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

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

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

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

■効果について

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

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

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

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

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

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

■後期高齢者診療計画書の作成状況についてお伺いします。

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

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

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

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

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

後期高齢者診療計画書の記載に関連する患者への平均説明時間 約 分

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

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

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

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

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

(1) 活用の助め	01 積極的にやっている	02 ほどほどやっている	03 行っていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施 (継続) する	02 実施 (継続) しない	03 決めていない

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

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

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

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

問 21 問 6 で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○された方にお伺いします。貴院が後期高齢者診療料を 1 人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカテゴリー内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため

02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため

03 他の医療機関との調整が困難なため

04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため

05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため

06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を随時的に管理することが困難なため

07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する (させる) ことが困難なため

08 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため

09 その他 ()

■最後に、後期高齢者診療料に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、〇月〇日(〇)までに、同封の返信用封筒に入れてご返函下さい。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査 1 後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票 (案)

[ご記入に際してのお願い]

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

《コールセンター》

TEL: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (月～金 9:30～17:00)
FAX: 〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇 (24 時間)

《「後期高齢者診療料」とは》

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

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

ア. 数は増えた イ. 数は減った ウ. 変わらない エ. わからない

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

ア. 長くなった イ. 短くなった ウ. 変わらない エ. わからない

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

ア. きかれた イ. きかれていない ウ. 覚えていない

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

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

3

72

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

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

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

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

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

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

□後期高齢者診療計画書について

□本日の診療内容の要点について

4

73

問13. あなた (患者さん) 自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別 (○は1つ)

ア. 男性 イ. 女性

(2) 年齢 (○は1つ)

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

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

ア. 1年以内 イ. 2～5年
ウ. 6～10年 エ. 11年以上

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

ア. 1回 イ. 2～3回
ウ. 4～5回 エ. 5回以上

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

病名の数 () 個

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

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

(7) 本アンケートの記入者 (○は1つ)

ア. 患者本人 イ. 家族

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。
記入漏れがないかをご確認の上、○月○日 (○) までに
指定の封筒に入れご返送ください。

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



●特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答えください。
 ●数値を記入する設問で、該当する者が無い場合は「0」（ゼロ）をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成20年()月()日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概況についてお伺いします。

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

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

問2 貴院の開設者について該当するものをお選びください。(○は1つ)

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

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

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

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

問11 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していません。(○は1つ)

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していません。(○は1つ)

問10で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。

問11 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していません。(○は1つ)

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していません。(○は1つ)

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

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

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していません。(○は1つ)

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

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

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

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

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

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

01 実施している 02 実施していない

[研修の具体的内容]

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお伺いします。

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

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

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

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

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

[「04 その他」の具体的内容]

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

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

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

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

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

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

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

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

問14 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降に算定の可能性はありますか。(○は1つ)

01 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない (⇒ 問20へお進みください)
 02 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒ 問20へお進みください)
 03 算定した (⇒ 問15～19をご回答ください)

[問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください]

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

		4～6月	7～9月
(1) 入院中の患者	① 退院時	人	人
	② 死亡時	人	人
(2) 入院中以外の患者(死亡時)		人	人

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

人

問17 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の退院先について、区別の実人数をご記入ください。

(1) 一般病床	人	(5) その他介護施設又はケア付住宅	人
(2) 療養病床(医療) [介護]	人	(6) 自宅	人
(3) 老人保健施設	人	(7) その他	人
(4) 特別養護老人ホーム	人		

問18 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者について、終末期の診療方針等に関する話し合い(初回)を実施した時点から死亡した時点までの期間別の実人数をご記入ください。

	① 1日未満	人
	② 1日以上3日未満	人
	③ 3日以上1週間未満	人
	④ 1週間以上1か月未満	人
	⑤ 1か月以上3か月未満	人
	⑥ 3か月以上	人

終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点から死亡した時点までの期間

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
終末期の診療方針等の話し合いに関する調査
事例調査票（案）

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

終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を変更した回数	①0回	人
	②1回	人
	③2回	人
	④3回以上	人

問20. 後期高齢者終末期相談支援料についてお伺いします。
【すべての施設でご回答ください。】

問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお考えで、該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

01 診療報酬で評価することは妥当である	
02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	
03 75歳以上に限定せず実施すべきである	
04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき	
05 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる	
06 後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる	
07 診療報酬で評価するのは時期尚早である	
08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない	
09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない	
10 その他	

具体的に

問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にするものとして「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政局発第0521011号）についてお伺いします。

01 内容を知っている	
02 存在は知っているが、内容は知らない	
03 存在を知らない	

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

記入漏れがないかをご確認の上、11月〇日（〇）までに同封の返信用封筒に入れてご返函ください。

説明は以上です。ご協力まことにありがとうございました。

■平成20年4月1日～9月30日までに、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者、1人につき1票ずつ、担当の看護師（担当医師が話し合いに同席していない場合は医師）の方がご記入ください。
■患者の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者全てが対象となります。
■本票は、患者や家族には、決して渡さないようお願いいたします。

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

問1 当該患者の属性・状態等についてお伺いします。

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

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

(1) 話し合いの日付・時間 (すべての日付)	時間(約)分	時間(約)分	時間(約)分	時間(約)分
(2) 話し合いに参加したことがある職種 (すべてに〇)	01 患者本人 02 親族 03 自院の医師 04 他院の医師	05 自院の看護職員 06 他院の看護職員 07 訪問看護サービスの看護職員	08 薬剤師 09 社会福祉士 10 介護職員 11 事務職員	12 その他職員
(3) 話し合いの内容 ※(〇はいくつでも)	01 予測される病状の変化 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明 03 家族にかかる具体的な負担の説明 04 療養場所についての相談・希望 05 介護や生活支援についての相談・希望 06 延命に関する相談・希望 07 費用についての相談・希望 08 最期の時の迎え方の相談・希望 09 その他			

具体的に

(裏面へ続きます)

問3 話し合いの後の患者や家族の様子についてお伺いします。

(1) 話し合いについて、患者および家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合いの様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。(〇は一つ)

①患者本人の様子

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

②家族の様子

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

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

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

疾患コード表

主病種コード (001~120)		
I 感染症及び寄生虫症 001 細菌性感染症 002 結核 003 主として性的伝播様式をとる感染症 004 皮膚及び粘膜の潰瘍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疑念・後遺症 009 その他の感染症及び寄生虫症	042 骨折及び関節の障害 043 その他の損傷及び行状の疾患 044 外耳炎 045 その他の外耳疾患 046 中耳炎 047 その他の中耳及び内耳疾患 048 メニエール病 049 その他の内耳疾患 050 その他の疾患	XII 皮膚及び皮下組織の疾患 046 皮膚及び皮下組織の疾患 047 皮膚炎及び腫瘍 048 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 049 炎症性多発性関節炎 050 関節症 051 骨質障害(骨密度を含む) 052 関節炎 053 関節炎 054 痛風 055 骨髄炎 056 骨髄炎 057 骨髄炎(症) 058 その他の筋骨格系疾患 059 骨髄炎(症) 060 痛風 061 痛風(症) 062 その他の関節系の疾患
II 腫瘍及び悪性新生物 010 胃の悪性新生物 011 結腸の悪性新生物 012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 013 肝及び肝内胆管の悪性新生物 014 気管、気管支及び肺の悪性新生物 015 前立腺の悪性新生物 016 乳癌の悪性新生物 017 子宮の悪性新生物 018 悪性リンパ腫 019 白血病 020 その他の悪性新生物 021 悪性新生物及びその他の新生物	IX 循環器系の疾患 051 高血圧性疾患 052 虚血性心疾患 053 その他の心疾患 054 くも膜下出血 055 脳内出血 056 脳梗塞 057 脳動脈硬化(症) 058 その他の脳血管疾患 059 動脈硬化(症) 060 肺病 061 低血圧(症) 062 その他の循環器系の疾患	XIV 腎臓泌尿器系の疾患 059 急性腎臓炎 060 慢性腎臓炎 061 腎臓結核 062 腎臓腫瘍 063 腎臓腫瘍 064 腎臓腫瘍 065 腎臓腫瘍 066 腎臓腫瘍 067 腎臓腫瘍 068 腎臓腫瘍 069 腎臓腫瘍 070 腎臓腫瘍 071 腎臓腫瘍 072 腎臓腫瘍 073 腎臓腫瘍 074 腎臓腫瘍 075 腎臓腫瘍 076 腎臓腫瘍 077 腎臓腫瘍 078 腎臓腫瘍 079 腎臓腫瘍 080 腎臓腫瘍 081 腎臓腫瘍 082 腎臓腫瘍 083 腎臓腫瘍 084 腎臓腫瘍 085 腎臓腫瘍
III 内分泌系疾患 022 糖尿病 023 その他の内分泌系疾患及び代謝異常	X 呼吸器系の疾患 063 急性気管炎 064 慢性気管炎 065 慢性気管炎及び急性気管炎 066 肺炎 067 急性気管炎及び急性気管炎 068 アルジー性肺炎 069 慢性気管炎 070 慢性気管炎 071 慢性気管炎 072 慢性気管炎 073 慢性気管炎 074 慢性気管炎 075 慢性気管炎 076 慢性気管炎 077 慢性気管炎 078 慢性気管炎 079 慢性気管炎 080 慢性気管炎 081 慢性気管炎 082 慢性気管炎 083 慢性気管炎 084 慢性気管炎 085 慢性気管炎	XV 泌尿器系の疾患 063 急性気管炎 064 慢性気管炎 065 慢性気管炎 066 肺炎 067 急性気管炎及び急性気管炎 068 アルジー性肺炎 069 慢性気管炎 070 慢性気管炎 071 慢性気管炎 072 慢性気管炎 073 慢性気管炎 074 慢性気管炎 075 慢性気管炎 076 慢性気管炎 077 慢性気管炎 078 慢性気管炎 079 慢性気管炎 080 慢性気管炎 081 慢性気管炎 082 慢性気管炎 083 慢性気管炎 084 慢性気管炎 085 慢性気管炎
IV 内分泌、栄養及び代謝異常 024 甲状腺障害 025 糖尿病 026 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	XI 消化器系の疾患 074 胃潰瘍 075 胃潰瘍 076 胃潰瘍 077 胃潰瘍 078 胃潰瘍 079 胃潰瘍 080 胃潰瘍 081 胃潰瘍 082 胃潰瘍 083 胃潰瘍 084 胃潰瘍 085 胃潰瘍	XVI 眼耳鼻咽喉科の疾患 074 胃潰瘍 075 胃潰瘍 076 胃潰瘍 077 胃潰瘍 078 胃潰瘍 079 胃潰瘍 080 胃潰瘍 081 胃潰瘍 082 胃潰瘍 083 胃潰瘍 084 胃潰瘍 085 胃潰瘍
V 精神及び行動の障害 027 気分障害(双極性うつ病を含む) 028 気分障害(うつ病を含む) 029 気分障害(うつ病を含む) 030 気分障害(うつ病を含む) 031 気分障害(うつ病を含む) 032 気分障害(うつ病を含む) 033 その他の精神及び行動の障害	XVII 神経系の疾患 074 胃潰瘍 075 胃潰瘍 076 胃潰瘍 077 胃潰瘍 078 胃潰瘍 079 胃潰瘍 080 胃潰瘍 081 胃潰瘍 082 胃潰瘍 083 胃潰瘍 084 胃潰瘍 085 胃潰瘍	XVIII 皮膚及び皮下組織の疾患 074 胃潰瘍 075 胃潰瘍 076 胃潰瘍 077 胃潰瘍 078 胃潰瘍 079 胃潰瘍 080 胃潰瘍 081 胃潰瘍 082 胃潰瘍 083 胃潰瘍 084 胃潰瘍 085 胃潰瘍

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
**終末期の治療方針等についての話し合いや
 文書等の提供についての意識調査（案）**

問1 あなたは、ご自身が重い病気などで、治る見込みがない状況になったとき、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種と話し合いを行いたいですか。話し合い時点で、あなたの意識は、はっきりしていると想定してください。（〇は1つ）

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

問2 【問1で「01 話し合いを行いたい」と回答された方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療関係職種との話し合いの内容として、具体的にどのようなことを希望しますか。（〇はいくつでも）

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

問3 あなたは、医師や看護師、その他の医療関係職種と話し合いを行った場合、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を希望しますか。（〇は1つ）

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

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望する理由をお選びください。（〇はいくつでも）

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

⇒問7へお進みください。

問5 【問3で「02 文書等の提供を希望しない」と回答された方にうかがいます】。文書等の提供を希望しない理由をお選びください。「06 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（〇はいくつでも）

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

⇒問7へお進みください。

問6 【問1で、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種と「02 話し合いを行いたくない」と回答された方にお伺いします】話し合いを行いたくない理由をお選びください。「07 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（〇はいくつでも）

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

問7 【全ての方にお伺いします】医師や看護師、その他の関係職種が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることを、あなたは、どのようにお考えですか。話し合い後に文書等の提供を受けた患者は、相談料として診療費の一部負担を支払うこととなります。（〇は1つ）

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

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

問9 平成20年4月に、後期高齢者終末期相談支援料[※]が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療関係職種が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。相談料の設定を、75歳以上という年齢に限定することについて、あなたはどのようにお考えになりますか。（〇は1つ）

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

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

⇒問11へお進みください。

問10 【問7で「03 診療費が支払われることは好ましくない」と回答された方にお伺いします】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

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

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

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの性別はどちらですか。

- 01 男性
- 02 女性

問13 あなたの年齢をご記入ください。

満 歳（平成20年10月1日現在）

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

①医療関係の仕事（〇は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

②介護関係の仕事（〇は1つ）

01 ある	02 ない
-------	-------

問15 あなたやご家族の方で、過去5年くらいの間に、病気やけがで入院したことがある方はいらっしゃいますか。（〇は1つ）

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

問16 あなたは、過去5年くらいの間に、身近で、大切な方を亡くした経験がありますか。（〇はいくつでも）

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

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

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

「後期高齢者終末期相談支援料について」（参考）

- 平成20年度診療報酬改定において、75歳以上の後期高齢者に係る診療報酬として、安心できる終末期医療の実現を目指す、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明に対する評価として「後期高齢者終末期相談支援料」（200点）が新設されました。
- これは、一般的に認められている医学的知見に基づいて終末期であると医師が判断した患者について、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定するものです。
- なお、算定するのは1回のみですが、話し合いは何度行ってもよく、話し合いの内容をとりまとめた文書等についても何度でも変更することができます。
- 話し合いの内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の希望、そして急変時の搬送の希望などです。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であっても、医師は患者に意思の決定を迫ってはならないとされています。
- なお、この後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結補償が講じられています。

ご協力ありがとうございました。