

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

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

**診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成19年度 厚生労働省委託事業）**  
**ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査（案）**

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

NO.	
-----	--

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



様式 1

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

※回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。  
 （ ）内に入る数値がない場合には、「0（ゼロ）」をご記入ください。

ID	
----	--

1. 貴薬局の状況（平成 19 年 7 月現在）についてお伺いします。

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

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

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



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

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

様式 2

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

- 平成 19 年 7 月 23 日（月）から 29 日（日）までの 1 週間の状況をご記入ください。
- 「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等があり、かつ実際に後発医薬品に変更したすべての処方せん（1 品目でも変更した場合を含む）についてご記入ください。
- 上記の処方せんについて、1 から番号を振り、「処方せん番号 (NO.)」欄にご記入ください。ただし、必ずしも発行の日付順にする必要はありません。（下記に記載した処方せんの合計枚数が、様式 1 の 2. 「③ ②のうち、実際に後発医薬品に変更した処方せん枚数」の項「(イ) うち、7/23～7/29 の取り扱い処方せん枚数」欄の枚数と同じであることを確認してください。）
- 各々の処方せんについては、処方せんに記載された銘柄により調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また、実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。薬剤料は処方せん 1 枚ごと、単位は「点」でご記入ください。
- 各々の処方せんについて、この処方せんを持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください（例：組合健保の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください）。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。

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

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

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

※記入例(全 3 枚のうち 1 枚目の場合)

ID

回答用紙

枚中

枚

回答用紙 3 枚中 1 枚





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

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

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

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



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

①貴施設では、院外処方せんを発行していますか。	1. 発行している 2. 発行していない
院外処方せんを発行していない場合は、3ページの「5. 後発医薬品の使用上の課題等のご意見記入欄」へお進みください。	
②外来診療の状況についてお伺いします。	
1) 1か月の外来診療実日数 <small>※半日診療の場合は「0.5日」として計算してください</small>	(            ) 日
2) 1か月の外来延べ患者数	(            ) 人
③外来における院外処方せん発行枚数（1か月間）	(            ) 枚程度
④上記③のうち、後発医薬品を含む処方せん*の枚数 （1か月間） <small>* 処方せん料として、42点又は70点を算定しているもの</small>	(            ) 枚程度

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

①これまでに「後発医薬品への変更可」欄に署名した処方せんを発行したことはありますか。 <small>※1つだけ選択してください。</small>	1. ある ↳ ②-1このうち、患者の希望で「変更可」欄に署名した処方せんの割合は何割くらいですか。 → (            ) 割程度 2. ない
②後発医薬品について関心がある（質問する、使用を希望する）患者は、外来患者の何割くらいいらっしゃいますか。※数字を記入してください	(            ) 割程度
③院外処方せんを発行する外来患者の何割くらいに、後発医薬品を処方していますか。（「後発医薬品への変更可」に署名の場合も含む） <small>※数字を記入してください</small>	(            ) 割程度
④後発医薬品について、薬事法に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ（例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど）が必要か、ご存知ですか。	1. だいたい知っている 2. 少しは知っている 3. ほとんど知らない
⑤後発医薬品の処方に関する考えとして、最も近いものはどれですか。 <small>※最も近いものを1つだけ選択してください。</small>	1. 特にこだわりはない .....▶ 質問⑥へ 2. 患者からの要望がなくても後発医薬品を積極的に処方 .....▶ 質問⑥へ 3. 患者からの要望があっても後発医薬品は基本的には処方しない .....▶ 質問⑤-1へ

<p>&lt;上記質問⑤で「3.」を回答された方にお伺いします&gt;</p> <p>⑤-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。</p> <p>※あてはまる番号のすべてに○をつけてください。また、「5.後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を( )に記入してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質への疑問</li> <li>2. 後発医薬品の効果への疑問</li> <li>3. 後発医薬品の副作用への不安</li> <li>4. 後発医薬品の安定供給体制の不備</li> <li>5. 後発医薬品の情報提供の不備             <ul style="list-style-type: none"> <li>→⑤-1-1 どのような情報が必要ですか。</li> <li style="margin-left: 20px;">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</li> </ul> </li> <li>6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足</li> <li>7. その他 { 具体的に</li> </ol>
<p>⑥保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。</p>	<p>1) どのような情報伝達方法が適当と思われますか。※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 郵送            2. 電話            3. FAX            4. 電子メール</li> <li>5. 患者さんを通じて (薬剤情報提供文書やお薬手帳)</li> <li>6. その他 { 具体的に</li> </ol> <p>2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要</li> <li>2. 次の診療時に情報が提供されればよい</li> <li>3. その他 { 具体的に</li> </ol>
<p>⑦保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。</p> <p>※あてはまるもののすべてを選択してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄</li> <li>2. 変更した後発医薬品に関する外観など (色、形、味、大きさ等)</li> <li>3. 患者の薬剤料負担の軽減額</li> <li>4. その他 { 具体的に</li> <li>5. 欲しい情報はない</li> </ol>

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

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。



<p>&lt;質問⑥で「3.」を回答された方にお伺いします&gt;</p> <p>⑥-1「後発医薬品は基本的には処方しない」のはどのような理由によるものでしょうか。</p> <p>※あてはまる番号のすべてに○をつけてください。また、「5.後発医薬品の情報提供の不備」を選択された場合、必要な情報を( )に記入してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 後発医薬品の品質への疑問</li> <li>2. 後発医薬品の効果への疑問</li> <li>3. 後発医薬品の副作用への不安</li> <li>4. 後発医薬品の安定供給体制の不備</li> <li>5. 後発医薬品の情報提供の不備</li> </ol> <p>→⑥-1-1 どのような情報が必要ですか。</p> <p style="margin-left: 20px;">例：先発医薬品との同等性に関するデータ、種々の副作用の症例報告</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. 後発医薬品に関する患者への普及啓発不足</li> <li>7. その他 [具体的に</li> </ol>
<p>⑦保険薬局で後発医薬品へ変更した場合の、銘柄等の情報提供について、お伺いします。</p>	<p>1) どのような情報伝達方法が適当と思われますか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 郵送            2. 電話            3. FAX            4. 電子メール</li> <li>5. 患者さんを通じて（薬剤情報提供文書やお薬手帳）</li> <li>6. その他 [具体的に</li> </ol> <p>2) どのようなタイミングでの情報提供が望ましいですか。</p> <p>※1つだけ選択してください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 変更調剤が行われた都度、すぐに必要</li> <li>2. 次の診療時に情報が提供されればよい</li> <li>3. その他 [具体的に</li> </ol>
<p>⑧保険薬局からどのような情報が欲しいと思いますか。</p> <p>※あてはまるもののすべてを選択してください。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 先発医薬品名と変更した後発医薬品の銘柄</li> <li>2. 変更した後発医薬品に関する外観など（色、形、味、大きさ等）</li> <li>3. 患者の薬剤料負担の軽減額</li> <li>4. その他 [具体的に</li> <li>5. 欲しい情報はない</li> </ol>

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

アンケートにご協力をいただきまして、ありがとうございました。



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

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

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

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

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

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

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

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

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

平均:約 ( ) 分 最長:約 ( ) 分 最短:約 ( ) 分

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

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