

5 福薬業発第 2 1 1 号
令和 5 年 7 月 2 8 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和 5 年度調査)
へのご協力をお願い

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、中央社会保険医療協議会（中医協）による標記特別調査が実施されることとなり、日本薬剤師会より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

薬局に関する調査としては、①リフィル処方箋の実施状況調査、②かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査、③後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査、④オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査となっております。また、いずれの調査においても、保険薬局を通じた患者調査が実施されるとのことです。

調査対象に選定された保険薬局から照会を受けた場合などには、迅速かつ的確な回答が行われるようご協力をお願い申し上げます。

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のための大変重要な資料となります。会員薬局への周知と、ご協力を宜しく願います。

日薬業発第 143 号
令和 5 年 7 月 25 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長 森 昌 平

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和 5 年度調査)へのご協力をお願い

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、中央社会保険医療協議会(中医協)の診療報酬改定結果検証部会では、令和 4 年度診療報酬改定の結果検証調査(令和 5 年度調査)に係る特別調査を実施することとなり、本件に関する協力依頼がありました(別添 1、2)。

このうち、薬局に係る①リフィル処方箋の実施状況調査(別添 3)、②かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査(別添 4)、③後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査(別添 5)、④オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査(別添 6)についての調査票等をいただきましたので、お知らせいたします。

調査対象は、①は令和 4 年 10 月～12 月にリフィル処方箋の応需実績がある薬局とリフィル処方箋の応需実績がない薬局の合計 1,000 施設を、②は地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局のうち、無作為抽出した保険薬局と、地域支援体制加算の届出を行っていない保険薬局のうち、無作為抽出した保険薬局の合計 2,000 施設を、③は全国の保険薬局のうち、無作為抽出した 1,500 施設、④は全国の保険薬局のうち、無作為抽出した 2,000 施設となります。また、いずれの調査においても保険薬局を通じた患者調査も実施されます。

同調査の結果につきましては、今後の診療報酬(調剤報酬)改定に係る基礎資料として非常に重要なものです。貴会におかれましても調査の趣旨を十分ご理解いただき、調査客体となった保険薬局から照会を受けた場合などには、迅速かつ的確な回答が行われるよう、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、同調査は厚生労働省保険局医療課から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社にて実施され、令和 5 年 7 月 26 日(水)以降順次、調査票が発送され、回答期限は令和 5 年 8 月 31 日(木)までであることを申し添えます。

<別添>

1. 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）へのご協力をお願い
2. 令和5年度に実施する令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の概要
3. リフィル処方箋の実施状況調査
4. かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
5. 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査
6. オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

令和 5 年 7 月

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
(令和 5 年度調査) 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。

保険医療行政の運営につきましては、日頃から格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、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、令和 4 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、特別調査が実施され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。

なお、本調査業務は、厚生労働省より委託した業者により、調査対象施設に対して、後日、調査票等が送付されることを申し添えます。

調査の対象となった各会員の皆様におかれましては、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。

謹白

令和5年度に実施する令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の概要

1. 件名

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）

2. 調査目的

中央社会保険医療協議会における診療報酬改定結果検証部会のもと、令和4年度の診療報酬改定による影響等を検証するために特別調査を実施し、診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

3. 調査の概要

（1）リフィル処方箋の実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を変更した。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【病院調査】

- ・令和4年10～12月にリフィル処方箋の応需実績がある薬局
 - ・リフィル処方箋の応需実績がない薬局
- 上記合計1,000施設

【診療所調査】

- ・令和4年10～12月にリフィル処方箋の応需実績がある薬局
 - ・リフィル処方箋の応需実績がない薬局
- 上記合計1,000施設

【医師調査】

- ・病院調査、診療所調査の対象施設で外来診療を担当する常勤医師のうち、1施設につき2名（リフィル処方箋を発行したことのある医師1名、リフィル処方箋を発行したことのない医師1名）

※なお、リフィル処方箋を発行したことのある医師がいない又は発行したことのある医師を特定できない場合、発行したことのない医師2名を対象）

【保険薬局調査】

- ・令和4年10～12月にリフィル処方箋の応需実績がある薬局
 - ・リフィル処方箋の応需実績がない薬局
- 上記合計1,000施設

【患者調査】

- ・病院調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・診療所調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・保険薬局調査の対象施設に調査期間中に来局した患者のうち、1施設につき2名

【患者調査(インターネット調査)】

- ・直近3ヶ月で保険薬局に処方箋を持って来局した患者3,000名

③スケジュール

7月26日以降順次 調査票発送

(2) 歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する観点から、歯科初診料及び歯科再診料の引上げを行うとともに、院内感染防止対策に関する施設基準についての見直しを行った。

また、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について地域における連携体制の確保のため施設基準の見直しを行うとともに、歯科疾患の重症化予防に関する評価の見直しを行った。

これらを踏まえ、本調査では、歯科医療機関における院内感染防止対策等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【施設調査】

- ① かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている歯科診療所
2,000施設
- ② かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所の届出を行っていない
歯科診療所 2,000施設

【患者調査】

- ・上記①の歯科診療所を受診した患者各2名
- ・上記②の歯科診療所を受診した患者各2名

③スケジュール

7月26日以降順次 調査票発送

(3) かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査

①調査の概要

令和4年度調剤報酬改定において、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するため、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進のため、重複投薬解消の取組の評価、地域支援体制加算の要件及び評価の見直し等を行った。

そのほか、対人業務に係る薬学管理料の評価の見直し、効率性等を踏まえた薬局の調剤基本料の適正化、オンライン服薬指導の評価の見直し等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【保険薬局調査】

- ・ 地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局のうち、無作為抽出した1,000施設
 - ・ 地域支援体制加算の届出を行っていない保険薬局のうち、無作為抽出した1,000施設
- 上記合計2,000施設

【診療所調査】

- ・ 地域包括診療料の届出施設（悉皆）
 - ・ 地域包括診療加算の届出施設の中から無作為抽出した診療所
 - ・ 小児かかりつけ診療料の届出施設の中から無作為抽出した診療所
- 上記合計1,000施設

【病院調査】

- ① 特定機能病院（悉皆）
 - ② 地域包括診療料の届出施設（悉皆）
- ・ 上記①、②を除く病院の中から無作為抽出した施設
- 上記合計1,000施設

【患者調査】

- ・ 保険薬局調査の対象施設に調査期間中に来局した患者2名
(かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意している患者1名＋それ以外の患者1名)

③スケジュール

7月26日以降順次 調査票発送

(4) 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

①調査の概要

本調査では、令和4年度診療報酬改定で実施された後発医薬品の使用促進策により、保険薬局における一般名処方に記載された処方箋の受付状況、後発医薬品の調剤状況や備蓄状況、保険医療機関における一般名処方の実施状況、後発医薬品の使用状況や医師の処方などがどのように変化したかを調査・検証するとともに、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識について調査・検証を行う。

併せて、令和5年4月から時限的に導入される医薬品の不安定供給を踏まえた特例措置について、その実施状況及び安定供給問題への対応状況に関する調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【保険薬局調査】

- ・全国の保険薬局のうち、無作為抽出した1,500施設

【一般診療所調査】

- ① 外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法の届出施設（悉皆）
- ② 上記①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算の届出施設約575施設
- ③ 上記①以外の診療所のうち、外来後発医薬品使用体制加算を届け出していない施設約575施設

上記合計1,500施設

【歯科診療所調査】

- ・外来後発医薬品使用体制加算の届出をしている歯科医療機関 750施設
- ・上記以外の歯科医療機関 750施設

上記合計1,500施設

【病院調査】

- ・保険医療機関のうち、無作為抽出した病院 700施設
- ・上記以外の病院のうち、外来腫瘍化学療法診療料または外来化学療法加算の届出施設 300施設

上記合計1,000施設

【医師調査】

- ・病院調査の対象施設で外来診療を担当する医師のうち、1施設につき診療科の異なる医師2名

【患者調査】

- ・ 保険薬局調査の対象施設に調査日に来局した患者のうち、1施設につき2名

【患者調査（インターネット調査）】

- ・ 直近3ヶ月で保険薬局に処方箋を持って来局した患者のうち、無作為抽出した3,000名

③スケジュール

7月26日以降順次 調査票発送

(5) オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

①調査の概要

令和4年度診療報酬改定において、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する電子的保健医療情報活用加算が新設された。令和4年10月からは同加算が廃止され、医療情報・システム基盤整備体制充実加算が設けられた。

本調査では、オンライン資格確認等システムを通じた患者情報等の活用に関して、オンライン資格確認等システムの導入状況も踏まえ、今回改定による影響等について調査・検証を行う。

②調査対象及び調査客体

【病院調査】

- ・ 保険医療機関のうち、無作為抽出した病院 2,000施設

【診療所調査】

- ・ 保険医療機関のうち、無作為抽出した診療所 2,000施設

【歯科診療所調査】

- ・ 保険医療機関のうち、無作為抽出した歯科診療所 2,000施設

【保険薬局調査】

- ・ 全国の保険薬局のうち、無作為抽出した2,000施設

【患者調査】

- ・ 病院調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・ 診療所調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名
- ・ 歯科診療所調査の対象施設に調査期間中に受診した外来患者2名

・保険薬局調査の対象施設に調査期間中に来局した患者のうち、1施設につき2名

【患者調査(インターネット調査)】

・マイナンバーカードを健康保険証として利用し、直近3か月間以内に1回以上医療機関を受診した患者又は処方箋を薬局に持参した患者及びそれ以外の患者

③スケジュール

7月26日以降順次 調査票発送

4. 調査委託業者

PwCコンサルティング合同会社

(保険薬局)
令和 5 年 7 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）
「リフィル処方箋の実施状況調査」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栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和 4 年 4 月の診療報酬改定においては、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式が変更されました。

今般、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では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局、医療機関、医師、患者の方を対象に、リフィル処方箋の活用に関して、今回改定による影響等について把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の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、ご多用の折、誠に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、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年8月31日(木)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-01-mbx@pwc.com
【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com（受信専用）

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-123-935（受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く）

開設者様・管理者様

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

「リフィル処方箋の実施状況調査
〈保険薬局票〉〈患者票〉」調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「リフィル処方箋の実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**保険薬局票**（貴薬局でご回答頂く調査票）のご回答、**患者票**（該当する患者に貴薬局より配付頂き、患者・家族等にご回答頂く調査票）の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願ひ申し上げます。

なお、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

1 封入物一覧

① 依頼状（貴薬局向け・白色）	1部	}	保険薬局調査分
② 調査実施要領（本状）	1部		
③ 保険薬局票（白色）	1部		
④ 返信用封筒（貴薬局向け・茶色）	1部		
⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色）	2部	}	患者調査分
⑥ 患者票（クリーム色）	2部		
⑦ 返信用封筒（患者向け・クリーム色）	2部		

(1) 保険薬局票（白色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 本調査は、保険薬局の開設者・管理者の方にご記入をお願いしております。可能な限り、貴薬局の状況を把握し意思決定に関わる方がご回答ください。

■ ご用意いただく書類

- ① 依頼状（貴薬局向け・白色） 1部
- ② 調査実施要領（本状） 1部
- ③ 保険薬局票（白色） 1部
- ④ 返信用封筒（茶色） 1部

■ 回答方法

- ✓ 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- ✓ 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- ✓ なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社シーズなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- ✓ 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で紙の調査票の右上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、必ず電子調査票1頁目の右上に ID 番号を記入の上、ご回答ください。
- ✓ 回答後は、電子メールに添付し、必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2023.jp/
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com

- ✓ 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

■ 回答期限

- ✓ **令和5年8月31日(木)まで**にポストに投函するか上記メールアドレスに送信ください。

(2) 患者票（クリーム色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 調査日に貴薬局に来局した患者の方 2名

■ 配布していただく書類（患者1名あたり）

- ⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色） 1部
- ⑥ 患者票（クリーム色） 1部
- ⑦ 返信用封筒（クリーム色） 1部

■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、令和5年7月26日(水)から令和5年8月31日(木)までの特定の1日を調査日として決めた上で、調査日の午前・午後それぞれに最初に来局された方に調査票等一式を配布してください。午前・午後それぞれの時間帯に来局者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。
- ✓ 調査期間中に調剤をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ✓ 対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴薬局にて破棄してください。
- ✓ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「依頼状(患者向け)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- ✓ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ✓ ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者ご自身により事務局へご提出いただくよう、依頼してください。

3 お問い合わせ先

- ✓ 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。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-01-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-123-935 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

リフィル処方箋の実施状況調査 保険薬局票

※この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、令和4年度診療報酬改定で変更された、症状が安定している患者について医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の影響についてお伺いするものです。

<ご回答方法>

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・「※一つだけ○」という質問については、あてはまる番号を一つだけ○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。
- ・特に断りのない限り、令和5年7月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします。(令和5年7月1日現在)

① 所在地(都道府県)	() 都・道・府・県	
② 開設者 ※法人の場合は、法人の形態等にも○をつけてください。	1. 法人 ⇒ (11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他) ⇒ (16. 純粋持株会社 ^{※1} 17. 事業持株会社 ^{※2} 18. 持株会社以外 ^{※3}) 2. 個人 3. その他(具体的に:) ※1 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社のこと。 ※2 グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社のこと。 ※3 持株会社以外(会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%以下の会社)のこと。	
③ 同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等 [※] による薬局店舗数 ※ 同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様) 1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社 3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社 4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者	() 店舗 ※ 当該店舗を含めてお答えください。	
④ 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦()年	
⑤ 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※一つだけ○	1. はい 2. いいえ	
⑥ 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※一つだけ○	1. 住宅街にある 2. 駅前にある 3. 商店街にある 4. オフィス街にある 5. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある 6. その他(具体的に:)	
⑦ 応需医療機関数(令和5年4月～6月の月平均値)	() 施設	
⑧ 最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合(期間:令和5年4月～6月, %:4月～6月の月平均値)	() %	
⑧-1 上記⑧の集中度が最も高い医療機関の情報		
1) 診療所・病院の別 ※一つだけ○	1. 診療所 2. 病院	
2) 最も多く処方箋を受け付けた医療機関と貴薬局との位置関係 ※一つだけ○	1. 貴薬局の近隣に医療機関はない 2. 当該医療機関や医療機関の駐車場と同一の敷地内にある 3. 当該医療機関や医療機関の駐車場と隣接し公道を介さずに往来できる 4. 当該医療機関の近隣にある 5. 複数の医療機関が所在する建物(いわゆる医療モール等)と同一の建物・敷地内にある 6. 上記1～5以外の状況	
3) 診療科 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 内科 ^{注1} 2. 外科 ^{注2} 3. 精神科 4. 小児科 5. 皮膚科 6. 泌尿器科 7. 産婦人科・産科 8. 眼科 9. 耳鼻咽喉科 10. 放射線科 11. 脳神経外科 12. 整形外科 13. 麻酔科 14. 救急科 15. 歯科・歯科口腔外科 16. リハビリテーション科 17. その他(具体的に:)		
注1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」として回答		
注2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」として回答		

⑨ 貴薬局の売上高に占める保険調剤 売上の割合 ※令和4年度決算		約 () % ※OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみ である場合は 100%とご記入ください。	
⑩ 令和5年度の調剤基本料 の届出状況 ※一つだけ○		1. 調剤基本料 1	2. 調剤基本料 2
		3. 調剤基本料 3 イ	4. 調剤基本料 3 ロ
		5. 調剤基本料 3 ハ	6. 特別調剤基本料
⑩-1 全処方箋の受付回数(令和5年4月～6月の合計)		() 回	
⑪ 職員数 ※該当者がい ない場合は 「0」とご記入 ください。	職種		非常勤職員
			実人数
			常勤換算 ^{注3}
	1) 薬剤師		() 人
(うち)かかりつけ薬剤師指導料等 ^{注1} における「かかりつけ薬剤師」		() 人	() 人
2) その他(事務職員等)		() 人	() 人
⑫ 貴薬局の認定等の状況 ※あてはまるもの全てに○		1. 地域連携薬局	2. 専門医療機関連携薬局
		3. 健康サポート薬局	4. 該当なし

注1 かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

注2 常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週 32 時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注3 非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

非常勤薬剤師数(常勤換算) = $\frac{\text{当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$

2. 届出の状況についてお伺いします。(令和5年7月1日現在)

① 貴薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準等の届出をしていますか。 ※一つだけ○	
1. 届出あり	2. 届出なし
② 地域支援体制加算の届出をしていますか。 ※一つだけ○	
1. 届出あり	2. 届出なし
③ 連携強化加算の届出をしていますか。 ※一つだけ○	
1. 届出あり	2. 届出なし

3. リフィル処方箋の対応状況についてお伺いします。(令和5年4月～6月末日)

① リフィル処方箋の仕組みについて知っていますか ※一つだけ○	1. 知っている	2. 知らない
② リフィル処方箋の受付経験 ※一つだけ○	1. 受け付けたことがある → ③へ 2. 受け付けたことはない → p.5「4. 医療機関等との連携について」へ	
【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記③～⑮を回答】		
③ 受け付けたリフィル処方箋を発行した医療機関数	() か所 ※令和4年4月～10月末日の合計数	
④ どのような関係の医療機関からリフィル処方箋を受け付けましたか ※あてはまる番号すべてに○		
1. 近隣の診療所	2. 近隣の病院 (199 床以下)	3. 近隣の病院 (200 床以上 399 床以下)
4. 近隣の病院 (400 床以上)	5. 遠方の診療所	6. 遠方の病院 (199 床以下)
7. 遠方の病院 (200 床以上 399 床以下)		8. 遠方の病院 (400 床以上)
9. 同一敷地内の診療所	10. 同一敷地内の病院 (199 床以下)	11. 同一敷地内の病院 (200 床以上 399 床以下)
12. 同一敷地内の病院 (400 床以上)		13. 同一医療モール内の診療所
14. その他 (具体的に: _____)		

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑤～⑮を回答】

⑤どの診療科のリフィル処方箋を受け付けましたか ※あてはまる番号すべてに○	1. 内科 ^{注1} 2. 外科 ^{注2} 3. 精神科 4. 小児科 5. 皮膚科 6. 泌尿器科 7. 産婦人科・産科 8. 眼科 9. 耳鼻咽喉科 10. 放射線科 11. 脳神経外科 12. 整形外科 13. 麻酔科 14. 救急科 15. 歯科・歯科口腔外科 16. リハビリテーション科 17. その他（具体的に： _____） ※1 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。 ※2 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。
⑤-1 ⑤で選択した中で最も多くリフィル処方箋を受け付けた診療科	（ _____ ） ※⑤の選択肢番号を記入
⑥リフィル処方箋の受付件数（令和5年4月～6月の合計）	（ _____ ）回
⑦リフィル処方箋の総使用件数の調剤が終わった枚数（自局で調剤済みの処方箋を保管している枚数）(令和5年4月～6月の合計)	（ _____ ）枚
⑧リフィルの上限まで使用されなかった理由 ※あてはまる番号すべてに○	-1. 薬剤師が受診勧奨をしたから → ⑧-1へ 2. 患者が処方箋期限内に医療機関の受診を希望したから 3. 患者が別の薬局で処方を受けることになったから 4. 患者と連絡は取れていたが、来局前に処方箋期限が切れたから 5. 患者と連絡が取れず、処方箋期限が切れたから 6. その他（具体的に： _____） 7. 上限まで使用されなかったことはない 「1.」を選択しなかった場合 → ⑨へ

【⑧で「1.薬剤師が受診勧奨をしたから」を選択した場合、下記⑧-1～⑧-3を回答】

⑧-1 薬剤師が受診勧奨をした回数（令和5年4月～6月）	全体	うち、リフィル処方箋の調剤時	うち、フォローアップ中
	（ _____ ）回	（ _____ ）回	（ _____ ）回
----- 1回以上の場合 -----			
	受診勧奨を判断し、説明する際の処方医への相談状況 ※一つだけ○		
	1. 受診勧奨後に処方医に患者の情報を報告した 2. 事前に処方医へ相談した		
⑧-2 薬剤師が受診勧奨をした理由 ※あてはまる番号すべてに○	1. 副作用が疑われたから 2. 患者の症状の変化に気付いたから 3. 服薬状況に注意すべき点があったから 4. その他（具体的に： _____）		
⑧-3 受診勧奨の際に行ったこと ※あてはまる番号すべてに○	1. 医師への情報提供 2. 患者への指導 3. その他（具体的に： _____）		

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑨～⑮を回答】

⑨リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った経験の有無 ※一つだけ○	1. ある → ⑩へ 2. ない → ⑪へ
【⑨で「1.ある」と回答した場合、下記⑩を回答】	
⑩リフィル処方箋による調剤の可／否の判断に困った際に行った疑義照会の内容 ※あてはまる番号すべてに○	1. 急性期疾患に対する医薬品が含まれていた 2. 処方箋1回の使用期間が判断できなかった 3. 投薬期間が異なる医薬品が同じリフィル処方箋で処方されていた 4. リフィル処方箋による投薬を行うことができない医薬品（投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬）が含まれていた 5. その他（具体的に： _____）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑪～⑮を回答】

⑪1枚のリフィル処方箋の処方途中で薬局が変わった経験 ※一つだけ○	1. ある → ⑪-1へ 2. ない → ⑫へ 3. 不明 → ⑫へ
--------------------------------------	--

【⑪で「1.ある」と回答した場合、下記⑪-1を回答】

⑪-1リフィル処方の途中で患者が薬局を変えた場合の内訳		自薬局から他薬局へ		他薬局から自薬局へ	
		2回目から他薬局	3回目から他薬局	2回目から自薬局	3回目から自薬局
	a. 上限3回の処方箋	() 枚	() 枚	() 枚	() 枚
	b. 上限2回の処方箋	() 枚		() 枚	

【⑪-1で「自薬局から他薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑪-2～⑪-3を回答】

⑪-2 どのような方法で他薬局へ情報提供を行いましたか ※あてはまる番号すべてに○	1. 他の保険薬局に文書を送付した 2. 情報を記録したものを患者に提供した 3. お薬手帳に記載した 4. 他の保険薬局に電話をした 5. 他の保険薬局にメール・FAXを送付した 6. 地域医療情報連携ネットワーク*を利用した 7. その他（具体的に：_____） ※ ICT(情報通信技術)を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所(医科・歯科)、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み
⑪-3 どのような内容を情報提供しましたか ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者の服用薬 2. 患者の服薬状況 3. 患者に対する服薬指導の要点 4. 患者の状態 5. 残薬 6. 調剤上の工夫 7. その他（具体的に：_____）

【⑪-1で「他薬局から自薬局へ」が1枚以上と回答した場合、下記⑪-4～⑪-5を回答】

⑪-4 どのような方法で他薬局から情報提供を受けましたか ※あてはまる番号すべてに○	1. 薬局同士で直接、文書を送付された 2. 患者に交付された文書を受け取った 3. お薬手帳 4. 他薬局から電話を受けた 5. 他薬局からメール・FAXを受信した 6. 地域医療情報連携ネットワーク*を利用した 7. 自薬局から連絡した ※ ICT(情報通信技術)を活用して住民に質の高い医療介護サービスを提供するため、患者の同意を得た上で、病院、診療所(医科・歯科)、薬局、訪問看護事業者、訪問介護事業者等の各関係機関において、その患者の医療介護情報を電子的に共有・閲覧できる仕組み
⑪-5 どのような内容を情報提供されましたか ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者の服用薬 2. 患者の服薬状況 3. 患者に対する服薬指導の要点 4. 患者の状態 5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等 7. その他（具体的に：_____）

【②でリフィル処方箋について「1.受け付けたことがある」と回答した場合、下記⑫～⑮を回答】

⑫リフィル処方箋に関する情報提供を受ける際、提供してほしい情報 ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者の服用薬 2. 患者の服薬状況 3. 患者に対する服薬指導の要点 4. 患者の状態 5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等 7. その他（具体的に：_____）
⑬リフィル処方箋の対応方法について薬局内の手順書の状況 ※一つだけ○	1. 薬局内で手順を定めている 2. 個々の薬剤師の判断に委ねている
⑭リフィル処方箋の次回調剤日の管理方法 ※主たるものを一つだけ○	1. 紙による管理（メモや調剤録への記載） 2. 電子的な管理（電子薬歴等のシステムやExcel等による管理） 3. その他（具体的に：_____）

⑮ 薬局でリフィル処方箋を受けるにあたって課題と感ずること ※あてはまる番号すべてに○	1. 患者が次回調剤日に来局してくれるか 2. 患者が処方箋をなくさないか 3. 患者の状態を注意深く観察して判断できるか 4. 副作用の評価ができるか 5. その他（具体的に：_____）
--	---

4. 医療機関等との連携についてお伺いします。

① 服薬情報等提供料の算定の有無をご回答ください ※あてはまる番号すべてに○	1. 服薬情報等提供料1の算定あり → 令和5年4月～6月の算定回数 () 回 → うちリフィル処方箋 () 回 2. 服薬情報等提供料2の算定あり → 令和5年4月～6月の算定回数 () 回 → うちリフィル処方箋 () 回 3. 服薬情報等提供料3の算定あり → 令和5年4月～6月の算定回数 () 回 → うちリフィル処方箋 () 回 4. 服薬情報等提供料の算定なし																								
②リフィル処方箋の患者に関して医療機関に服薬指導提供書(トレーシングレポート)を提供した経験 ※一つだけ○	1. ある → ②-1へ 2. ない → 「5. リフィル処方箋に関する薬局薬剤師への影響等」へ																								
【②で「1. ある」を選択した場合、下記②-1を回答】																									
②-1リフィル処方箋の患者に関して医師に服薬指導提供書(トレーシングレポート)で提供した情報の内容	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>該当するもの全て</th> <th>最も多いもの一つ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 他の医療機関から処方された薬の情報</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 患者の服用薬</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 患者の服薬状況</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 患者に対する服薬指導の要点</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 患者の状態</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. その他(具体的に: _____)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		該当するもの全て	最も多いもの一つ	1. 他の医療機関から処方された薬の情報			2. 患者の服用薬			3. 患者の服薬状況			4. 患者に対する服薬指導の要点			5. 患者の状態			6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等			7. その他(具体的に: _____)		
	該当するもの全て	最も多いもの一つ																							
1. 他の医療機関から処方された薬の情報																									
2. 患者の服用薬																									
3. 患者の服薬状況																									
4. 患者に対する服薬指導の要点																									
5. 患者の状態																									
6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための調剤上の工夫等																									
7. その他(具体的に: _____)																									

5. リフィル処方箋に関する薬局・薬剤師への影響等についてお伺いします。

①リフィル処方箋導入による薬局・薬剤師業務等への影響 a: 非常にそう思う b: ややそう思う c: あまりそう思わない d: 全くそう思わない ※各項目であてはまるもの一つずつ	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>a 非常に そう思う</th> <th>b やや そう思う</th> <th>c あまり そう思 わない</th> <th>d 全く そう思 わない</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 薬剤師による薬物治療への関与が大きくなることで医療の質の向上につながる</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 処方医との連携がより強くなる</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 患者の服薬状況の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 副作用の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. 次回の調剤を受ける予定を確認するため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. リフィル制度の説明をするため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. これまで長期処方フォローアップの対応等を行っていたのでリフィル処方箋でも薬剤師の対応は変わらない</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		a 非常に そう思う	b やや そう思う	c あまり そう思 わない	d 全く そう思 わない	1. 薬剤師による薬物治療への関与が大きくなることで医療の質の向上につながる					2. 処方医との連携がより強くなる					3. 患者の服薬状況の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する					4. 副作用の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する					5. 次回の調剤を受ける予定を確認するため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する					6. リフィル制度の説明をするため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する					7. これまで長期処方フォローアップの対応等を行っていたのでリフィル処方箋でも薬剤師の対応は変わらない				
	a 非常に そう思う	b やや そう思う	c あまり そう思 わない	d 全く そう思 わない																																					
1. 薬剤師による薬物治療への関与が大きくなることで医療の質の向上につながる																																									
2. 処方医との連携がより強くなる																																									
3. 患者の服薬状況の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する																																									
4. 副作用の確認のため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する																																									
5. 次回の調剤を受ける予定を確認するため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する																																									
6. リフィル制度の説明をするため、通常の処方箋の場合より時間をかけて対応する																																									
7. これまで長期処方フォローアップの対応等を行っていたのでリフィル処方箋でも薬剤師の対応は変わらない																																									
②患者からのリフィル処方箋に関する相談を受けた経験 ※一つだけ○	1. ある → ②-1へ 2. ない → アンケート調査は終了です																																								
【②で「1.ある」と回答した場合、下記②-1を回答】																																									
②-1 受けた相談の内容 ※最も多いものを一つだけ○	1. リフィル処方箋の制度内容を知りたい 2. 自身がリフィル処方箋の対象になりうるか知りたい 3. リフィル処方箋を希望しているが、どうしたら処方されるか知りたい 4. その他(具体的に: _____)																																								
【②-1で「3.リフィル処方箋を希望しているが、どうしたら処方されるか知りたい」と回答した場合、下記②-2を回答】																																									
②-2 患者の希望を処方医に連絡したことがありますか ※一つだけ○	1. ある 2. ない																																								

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。令和5年8月31日(木)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

令和5年7月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査） 「リフィル処方箋の実施状況調査」へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（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）の改定を行っています。

令和4年4月の診療報酬改定では、症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設けられ、処方箋の様式が変更されました。

本調査は、リフィル処方箋の活用に関して、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

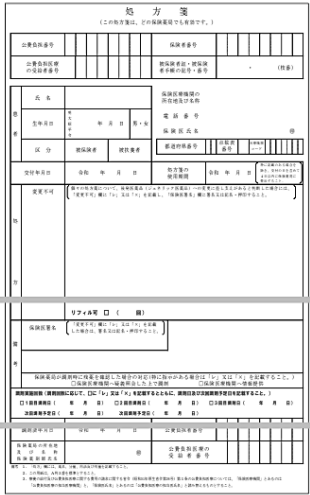
リフィル処方箋とは

- ・ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる仕組みです。

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

➤ 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。



リフィル可 (目)

保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「X」を記載した場合は、署名又は認印・押印すること。)

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「X」を記載すること。)
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数 (調剤回数に応じて、に「レ」又は「X」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)

1回目調剤日 (年 月 日) 2回目調剤日 (年 月 日) 3回目調剤日 (年 月 日)

次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)

(→裏面へ続きます)

対象者

- ・ この調査は、保険薬局、医療機関を受診した患者の方の中から無作為に選ばれた方が対象となっております。

回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、**令和5年8月31日(木)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便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。調査票の各設問では、「○は1つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。
- ・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している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）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2023-01-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-123-935（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

リフィル処方箋の実施状況調査 患者票

※この調査票は、患者さんに、医療機関や薬局の利用状況やお考えなどをお伺いするものです。

※調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。

※本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。

※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。

※回答はあてはまる番号を○(マル)で囲んでください。また、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

1. この調査票のご記入者についてお伺いします。

①ご記入者は患者さんご本人か ※一つだけ○	1. 患者ご本人 (代筆の場合を含む)	2. 本人以外のご家族等
-----------------------	---------------------	--------------

2. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※一つだけ○	1. 男性	2. 女性		
②年齢 ※一つだけ○	1. 10代以下	2. 20代	3. 30代	4. 40代
	5. 50代	6. 60代	7. 70代	8. 80代以上
③お住まい	() 都・道・府・県			
④薬局の窓口で支払うお金※がありますか ※お薬の容器代等は含まれません	1. ある	2. ない		

以降の設問についても、全て患者さんのことにお答えください (ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください)

3. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

①あなたご自身が、定期的 ^{注1} に受診している医療機関(病院・診療所)、診療科はいくつありますか。	医療機関数：() 件	診療科数：() 件 ※定期的な受診がない場合「0」と記入	
②同じ内容の薬の処方方を定期的に受けていますか ※一つだけ○	1. 受けている	2. 受けていない	
【②で「1.受けている」と回答した場合、下記②-1をご回答ください】			
②-1 定期的な処方方を受けている期間 ※一つだけ○	1. 1年未満	2. 1年以上3年未満	
	3. 3年以上5年未満	4. 5年以上	
【すべての方がご回答ください】			
③リフィル処方箋 ^{注2} を知っていましたか ※一つだけ○	1. 制度の内容まで知っていた	2. 名称だけ知っていた	3. 知らなかった

注1 定期的：180日間で複数回
注2 リフィル処方箋：症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる

4. これまでリフィル処方箋を交付された経験についてお伺いします。

①リフィル処方箋について医師から説明を受けたことがありますか	1. ある →①-1へ ---	2. ない →②へ --
【①で「1.ある」と回答した場合、下記①-1～①-2をご回答ください】		
①-1リフィル処方箋についての説明はどのように行われましたか ※一つだけ○	1. 患者から説明を希望した	2. 医師が自ら説明した
①-2リフィル処方箋についての説明は理解できましたか ※一つだけ○	1. 理解できた	2. 理解できなかった
【すべての方がご回答ください】		
②リフィル処方箋を交付されたことがありますか ※一つだけ○	1. ある →③へ -----	2. ない →⑧へ
【②で「1.ある」と回答した場合、下記③～⑦をご回答ください】		
③リフィル処方箋を交付されたのはどのような薬ですか ※当てはまるもの全てに○	1. 内服薬	2. 外用薬
④直近のリフィル処方箋は、何回反復利用できる処方箋ですか ※一つだけ○	1. 3回	2. 2回
⑤直近のリフィル処方箋は、1回あたり何日分のお薬が調剤されましたか	a. 1回目の調剤	() 日分
	b. 2回目の調剤	() 日分
	c. 3回目の調剤	() 日分 ※3回処方の場合のみ
⑥リフィル処方箋の1回目の調剤で、どこの薬局に行きましたか ※最も多く行ったものを一つだけ○	1. お住まいの近くではないが受診した医療機関の近隣の薬局 2. お住まいの近くにある薬局 3. その他 ()	
⑦リフィル処方箋の2回目以降の調剤で、薬局を変えましたか ※一つだけ○	1. 1回目から変えていない (同じ薬局に行った) 2. 1回目から薬局を変更した → ⑦-1へ 3. まだ2回目を利用していない	
【⑦で「2. 1回目から薬局を変更した」と回答した場合、下記⑦-1～⑦-2をご回答ください】		
⑦-1 薬局を変更した理由は何ですか ※あてはまるもの全てに○	1. 1回目の薬局の立地が通いにくかったから 2. 1回目の薬局が普段使う薬局ではなかったから 3. 1回目の薬局では薬の相談がしにくかったから 4. その他 (具体的に：)	

⑦-2 2回目以降のリフィル時に、薬剤師から受診が必要と言われたことがありますか。 ※一つだけ○	1. ある	2. ない
--	-------	-------

【②で「2.ない」と回答した場合、下記⑧をご回答ください】	
⑧リフィル処方箋が交付されていない理由はなんですか。 ※当てはまるもの全てに○	1. リフィル処方箋について知らなかったから 2. リフィル処方箋について知っていたが、希望しなかったから 3. リフィル処方箋の仕組みが適用できない症状・医薬品だったから 4. その他（具体的に：_____）

5. これからのリフィル処方箋の利用意向についてお伺いします。

①リフィル処方箋のメリット・デメリットと、それらを踏まえた今後の利用意向について、お考えを教えてください。			
①-1リフィル処方箋を使用することについて、メリットになると感じるものを教えてください。		該当するもの全て	最大のもの一つ
	1. 通院にかかる時間的負担(予約・移動・待ち時間)を減らせる		
	2. 通院によってかかる医療費が安くなる		
	3. 症状が安定していて、異変時には、医師に相談ができる		
	4. 症状が安定していて、異変時には、薬剤師に相談ができる		
	5. 感染症に罹るリスクを減らすことができる		
	6. 薬がほしだけという患者の状況にあっている		
7. その他(具体的に：_____)			
①-2リフィル処方箋を使用することについて、デメリットになると感じるものを教えてください。		該当するもの全て	最大のもの一つ
	1. 医師に診てもらえる機会が減ってしまう		
	2. 薬剤師の判断に不安がある		
	3. 2回目、3回目の薬のもらい方や、かかる金額がよくわからない		
	4. リフィル処方箋を希望しても発行してもらえないことがある		
	5. 処方箋を保管しておくことが手間である		
	6. 調剤予定日の前後7日でしか薬を受け取れないのは不便である		
7. 患者は必要だと思わない			
8. その他(具体的に：_____)			
①-3今後、病状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと思いますか ※一つだけ○	1. 利用したい	2. どちらかと言えば利用したい	
	3. どちらかと言えば利用したくない	4. 利用したくない	

②リフィル処方箋を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか ※あてはまるもの全てに○	1. 信頼する「かかりつけ医」 ^{注1} がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」 ^{注2} のいる薬局があること 3. 薬剤師から薬について十分な説明があること 4. 患者が自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること 5. 「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」が24時間対応していること 6. その他（具体的に：_____）				注1：健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと 注2：日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師のこと
	③リフィル処方箋は、どのような薬局で調剤を受けたいですか		1回目	2回目以降	
		該当するもの全て	最重視の一つ	該当するもの全て	最重視の一つ
1. かかりつけ薬剤師のいる薬局					
2. 休日夜間も対応可能な薬局					
3. 他医療機関と連携する薬局					
4. 医療機関に近い薬局					
5. 自宅に近い薬局					
6. その他(_____)					

6. リフィル処方箋に関するご意見・ご要望等をお伺いします。

①リフィル処方箋に関して、あなたのご意見・ご要望について自由に記載してください。	
--	--

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。
令和5年8月31日(木)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

(保険薬局)
令和5年7月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響
及び実施状況調査」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栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和4年4月の診療報酬改定においては、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進するため、薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進のため、重複投薬解消の取組の評価、地域支援体制加算の要件及び評価の見直し等が行われました。

今般、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では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の保険薬局、医療機関及び患者の方を対象に、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の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、ご多用の折、誠に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、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年8月31日(木)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-03-mbx@pwc.com
【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-512-307 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

令和5年7月

開設者様・管理者様

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び 実施状況調査<保険薬局票><患者票>」調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**保険薬局票**(貴薬局でご回答頂く調査票)のご回答、**患者票**(該当する患者に貴薬局より配付頂き、**患者・家族等にご回答頂く調査票**)の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願ひ申し上げます。

なお、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

1 封入物一覧

① 依頼状(貴薬局向け・白色)	1部	}	保険薬局調査分
② 調査実施要領(本状)	1部		
③ 保険薬局票(白色)	1部		
④ 返信用封筒(貴薬局向け・茶色)	1部		
⑤ 依頼状(患者向け・クリーム色)	2部	}	患者調査分
⑥ 患者票(クリーム色)	2部		
⑦ 返信用封筒(患者向け・クリーム色)	2部		

2 対象者・回答方法

(1) 保険薬局票（白色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 本調査は、保険薬局の開設者・管理者の方にご記入をお願いしております。可能な限り、貴薬局の状況を把握し意思決定に関わる方がご回答ください。

■ ご用意いただく書類

- ① 依頼状（貴薬局向け・白色） 1部
- ② 調査実施要領（本状） 1部
- ③ 保険薬局票（白色） 1部
- ④ 返信用封筒（茶色） 1部

■ 回答方法

- ✓ 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- ✓ 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- ✓ なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社シーズとなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- ✓ 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトにアクセスし、画面上で紙の調査票の右上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、必ず電子調査票1頁目の右上に ID 番号を記入の上、ご回答ください。
- ✓ 回答後は、電子メールに添付し、必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2023.jp/
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com

- ✓ 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

■ 回答期限

- ✓ **令和5年8月31日(木)まで**にポストに投函するか上記メールアドレスに送信ください。

(2) 患者票 (クリーム色の調査票)

■ 対象者

- ✓ 調査日に貴薬局に来局した患者の方 2名

■ 配布していただく書類 (患者1名あたり)

- ⑤ 依頼状 (患者向け・クリーム色) 1部
- ⑥ 患者票 (クリーム色) 1部
- ⑦ 返信用封筒 (クリーム色) 1部

■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、令和5年7月26日(水)から令和5年8月31日(木)までの特定の1日を調査日として決めた上で、調査日の午前・午後それぞれに最初に来局された方に調査票等一式を配布してください。午前・午後それぞれの時間帯に来局者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。
- ✓ 調査期間中に調剤をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ✓ 対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴薬局にて破棄してください。
- ✓ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「依頼状(患者向け)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- ✓ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ✓ ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者ご自身により事務局へご提出いただくよう、依頼してください。

3 お問い合わせ先

- ✓ 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。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-03-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx @pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-512-307 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和 5 年度調査)
かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
保険薬局票

※この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、保険医療機関との連携方策も含め、医薬品の適正使用や患者本位の医薬分業の更なる推進を図るため、かかりつけ薬剤師の取組状況や薬局における調剤報酬改定の影響についてお伺いするものです。

<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」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。
- ・特に断りのない限り、令和 5 年 7 月 1 日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴薬局の状況についてお伺いします。(令和 5 年 7 月 1 日現在)

① 所在地(都道府県)	() 都・道・府・県
② 開設者 ※法人の場合は、法人の形態等にも○をつけてください。※それぞれ○は1つ	
1. 法人 ⇒ (11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他)	
⇒ (16. 純粋持株会社 ^{※1} 17. 事業持株会社 ^{※2} 18. 持株会社以外 ^{※3})	
2. 個人	
3. その他(具体的に:)	

- ※1 自ら製造や販売といった事業は行わず、株式を所有することで、他の会社の事業活動を支配することのみを事業目的とする持株会社
 ※2 グループ各社の株式を持つことで子会社を支配しながら、自らも生産活動などの事業を営む持株会社
 ※3 持株会社以外(会社の総資産に対する子会社の株式の取得価額の合計が50%以下の会社)

③ 同一グループ(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等^{※4}による薬局店舗数
() 店舗 ※当該店舗を含めてお答えください。

- ※4 同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様)
 1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会 3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社
 4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

④ 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦 () 年
⑤ 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つ	1. はい 2. いいえ
⑥ 貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つ ※「近隣」には同一敷地内も含まれます。	
1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局	
2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局	
3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局	
4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局	
5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関(いわゆる医療モールやビル診療所など)の処方箋を応需している薬局	
6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局	
7. その他(具体的に:)	
⑦ 最も多く処方箋を受け付けた医療機関の処方箋枚数割合(令和 5 年 4 月~6 月の月平均値)	() %
⑧ 応需医療機関数(令和 5 年 4 月~6 月の月平均値)	() 施設
⑨ 前記⑦で回答した医療機関のうち、最も多く処方箋を受け付けた医療機関の情報	
1) 診療所・病院の別 ※○は1つ	1. 診療所 2. 病院
2) 在宅療養支援病院・診療所の届出区分 ※○は1つ	
1. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(単独型)	2. 機能強化型在宅療養支援病院・診療所(連携型)
3. 上記以外の在宅療養支援病院・診療所	4. 在宅療養支援病院・診療所ではない

⑩ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数		() 品目	
⑪ 貴薬局の在宅対応の有無 ※○は1つ		1. あり	2. なし
⑫ 令和5年度の調剤基本料の届出状況 ※○は1つ	1. 調剤基本料1 (42点)	2. 調剤基本料2 (26点)	
	3. 調剤基本料3イ (21点)	4. 調剤基本料3ロ (16点)	
	5. 調査基本料3ハ (32点)	6. 特別調剤基本料 (7点)	
⑫-1 貴薬局の全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)		() 回/月	
⑫-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合(調剤基本料の根拠となる数字) ※医療モールの薬局は、同一建物内医療機関の処方箋を合算した割合をご記入ください。		(.) % ※ 小数点以下第1位まで	
⑫-3 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無(調剤基本料の根拠) ※○は1つ		1. あり	2. なし
⑫-4 同一グループ薬局全体の処方箋受付回数の1か月間の合算回数		() 回/月	
⑫-5 調剤基本料注3(80/100 減算)に該当する算定回数(複数の医療機関の処方箋を同時に受付時の2枚目以降の調剤基本料の算定回数)		() 回/月	
⑬ 貴薬局の認定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域連携薬局	2. 専門医療機関連携薬局	
	3. 健康サポート薬局	4. 該当なし	
⑭ 貴薬局において、他の薬局や医療機関、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業者等の関係機関の職員と情報共有・連携を行うために、ICT(情報通信技術)を活用しているかお選びください。 ※○は1つ また、「1. ICTを活用している」を選んだ場合、活用しているICTを全てお選びください。			
1. ICTを活用している			
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 20%;"> <p>活用しているICT ※あてはまる番号 すべてに○</p> </div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>11. メール 12. 電子掲示板 13. グループチャット</p> <p>14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)</p> <p>15. 地域医療情報連携ネットワーク*</p> <p>16. 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム</p> <p>17. その他(具体的に:)</p> <p>※地域において病診連携など、主に電子カルテ情報を用いて医療情報の連携を行っているネットワーク</p> </div> </div> </div>			
2. ICTは活用していない			

2. 貴薬局の体制についてお伺いします。(令和5年7月1日現在)

① 職員数	職種	常勤職員※2	非常勤職員	
			実人数	常勤換算※3
※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	1) 薬剤師	() 人	() 人	() 人
	(薬剤師のうち)かかりつけ薬剤師指導料等※1における「かかりつけ薬剤師」	() 人	() 人	() 人
	(薬剤師のうち)服薬管理指導の特例におけるかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師	() 人	() 人	() 人
	2) その他(事務職員等)	() 人	() 人	() 人

※1 かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を指します。

※2 常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週32時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

※3 非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週32時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

非常勤薬剤師数(常勤換算) =
$$\frac{\text{当該保険薬局における週32時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$$

② 貴薬局では、どのように24時間対応が可能な体制を整えていますか。 ※○は1つ

1. 自薬局単独で24時間対応が可能な体制を整えている
 →夜間等時間外の対応を担当している薬剤師数：()人
 →令和5年4月～令和5年6月の3か月間の対応件数：()件

2. 近隣の保険薬局と連携して24時間対応が可能な体制（例：地域での輪番体制等）を整えている
 →夜間等時間外の対応のために連携※4している薬局数：()薬局
 →令和5年4月～令和5年6月の3か月間の自局での対応件数：()件
 連携している薬局の対応件数：()件

3. 24時間対応が可能な体制を整えていない

4. その他（具体的に：)

※4 地域支援体制加算の施設基準等に限定せず、貴薬局が連携している薬局数についてお答えください。

③ 夜間・休日の対応※5のため、医療機関や訪問看護ステーションとの連携体制を整えていますか。 ※それぞれ○は1つ

③-1. 医療機関との連携体制を整えている	1. はい	2. いいえ
③-2. 在宅対応をしている場合、訪問看護ステーションとの連携体制を整えている	1. はい	2. いいえ

※5 外来・在宅問わず医療機関からの相談、臨時処方への対応がとれる。

④ 夜間・休日等の対応について、薬剤師が行った業務についてお答えください。（令和5年6月） ※それぞれ○は1つ

	実績の有無		実績「あり」の場合、件数等
体制について			
1) 薬剤師が時間外勤務	1. あり	2. なし	平均 () 日/人
2) 薬剤師の休日勤務※6	1. あり	2. なし	平均 () 日/人
業務について			
3) 開局時間外の電話対応	1. あり	2. なし	() 件
3)-1. 3)のうち、患者からの相談件数	1. あり	2. なし	() 件
3)-2. 3)のうち、医療機関からの問い合わせ件数	1. あり	2. なし	() 件
4) 開局時間外の調剤応需への対応	1. あり	2. なし	() 件
4)-1. 4)のうち、麻薬の調剤の対応	1. あり	2. なし	() 件
5) 在宅対応をしている場合、開局時間外の患者宅への訪問対応	1. あり	2. なし	() 件
5)-1. 5)のうち、麻薬使用患者への訪問	1. あり	2. なし	() 件
6) その他の夜間・休日等の対応の業務（具体的に：)	1. あり	2. なし	() 件

※6 法定休日に出勤し、振替の休日を取得しない場合、休日勤務となります。

⑤ 今般の診療報酬改定による調剤報酬体系の見直しを受けて、貴薬局の処方箋受付1回あたりの保険調剤収益に影響がありましたか。 ※○は1つ

1. 増えた	2. 減った
3. 影響はなかった	

⑥ 今般の診療報酬改定を受けて、薬局薬剤師業務について対物中心から対人中心への業務の転換が進みましたか。 ※○は1つ

1. 診療報酬改定を受けて、対人業務への転換が進んだ	2. 診療報酬改定以前から、十分に対人業務への転換が進んでいる
3. 対人業務への転換が進んでいない	

【⑦は、⑥で1又は2(対人業務への転換が進んだ(進んでいる))と回答した方にお伺いします。】

⑦ 進んだ(進んでいる)対人業務業務についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 処方内容のチェック（重複投薬・飲み合わせ）、処方提案	2. 調剤時の情報提供、服薬指導
3. 調剤後の継続的な服薬指導、服薬状況などの把握	4. 服薬状況などの処方医へのフィードバック
5. 在宅訪問での薬学的管理	6. 残薬への対応
	7. ポリファーマシー対策

3. 麻薬調剤等についてお伺いします。

① 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。 ※○は1つ	1. 取得している	2. 取得していない
② 麻薬の調剤の状況についてお答えください(令和5年1月～6月の6か月) ※あてはまる番号すべてに○		
1. 外来通院するがん患者に対して麻薬の調剤を行っている		
2. 外来通院するがん以外の患者(心不全等)に対して麻薬の調剤を行っている		
3. 在宅対応するがん患者に対して麻薬の調剤を行っている		
4. 在宅対応するがん以外の患者(心不全等)に対して麻薬の調剤を行っている		
5. 麻薬の調剤をしていない		

③ 麻薬が処方された患者に対して(患者について)行っている業務についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 麻薬の鎮痛等の効果、副作用についてフォローアップを行い、医師等へ情報提供している		
2. 麻薬の鎮痛等の効果、副作用の評価をスケール評価(NRS等)で行って、必要に応じて医師への処方提案を行っている		
3. 麻薬の処方内容について処方前に医師と検討している	4. 麻薬の残薬の状況を確認し、医師へ情報提供している	
5. 不要な麻薬の取扱について患者へ説明を行っている	6. 不要な麻薬の回収を行っている	
7. 対象となる患者がいない		

④ 高度管理医療機器販売業の許可を取得していますか。 ※○は1つ	1. 取得している	2. 取得していない
----------------------------------	-----------	------------

⑤ 管理医療機器の販売業の届出を行っていますか。 ※○は1つ	1. 届出している	2. 届出していない
--------------------------------	-----------	------------

⑥ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の届出状況 ※○は1つ	1. 届出あり	2. 届出なし
--------------------------------	---------	---------

⑥-1 (届出ありの場合)対象患者の有無 (令和5年1月～6月の6か月)	1. あり	2. なし
--------------------------------------	-------	-------

⑥-2 (届出ありの場合)加算算定の算定件数 (令和5年1月～6月の6か月)	() 件	
--	-------	--

⑥-3 (届出ありの場合)算定要件を満たすが、患者が要介護または要支援認定を受けているため算定できなかった件数 (令和5年1月～6月の6か月)	() 件	
---	-------	--

⑦ 在宅中心静脈栄養法加算の届出状況 ※○は1つ	1. はい	2. いいえ
--------------------------	-------	--------

⑦-1 (届出ありの場合)対象患者の有無 (令和5年1月～6月の6か月)	1. あり	2. なし
--------------------------------------	-------	-------

⑦-2 (届出ありの場合)加算算定の算定件数 (令和5年1月～6月の6か月)	() 件	
--	-------	--

⑦-3 (届出ありの場合)算定要件を満たすが、患者が要介護または要支援認定を受けているため算定できなかった件数 (令和5年1月～6月の6か月)	() 件	
---	-------	--

【⑧～⑬は、①で麻薬小売事業者の免許を「1. 取得している」と回答した方にお伺いします。】

⑧ 貴薬局の麻薬処方箋の受付枚数 (令和5年1月～6月の6か月)	() 枚
----------------------------------	-------

⑨ 貴薬局の麻薬処方箋の応需医療機関数(令和5年1月～6月の6か月)	() 機関
------------------------------------	--------

⑩ 貴薬局における麻薬の備蓄品目数についてお答えください。		
-------------------------------	--	--

	医薬品の成分数		品目数 ※規格単位毎
	うち、徐放剤	うち、速放剤	
1) 内服薬	()	()	() 品目
2) 外用剤(貼付剤、坐剤、バツカル錠、舌下錠)	()	()	() 品目
3) 注射薬	()	()	() 品目

※例示	成分数: MSコンチンとモルヒネ硫酸塩(後発)は同一成分のため、 まとめて「1」 として数える。(この場合記載は1となる) MSコンチン 10mgとMSコンチン 30mgは同一成分のため、 まとめて「1」 として数える。(この場合記載は1となる) MSコンチンとパシーフは成分が異なるため、 それぞれを「1」 として数える。(この場合記載は2となる)		
	品目数: MSコンチンとパシーフは成分が異なるため、 それぞれを「1」 として数える。(この場合記載は2となる) MSコンチン 10mgとMSコンチン 30mgは規格単位異なるため、 それぞれを「1」 として数える。(この場合記載は2となる)		

⑪麻薬の備蓄体制に関する課題についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 備蓄する医薬品が多くなり管理コストがかかる 2. 突発的な麻薬の処方箋の応需により様々な規格の麻薬を取り揃える必要がある 3. 卸に発注しても該当する薬剤の手配まで時間が必要である 4. 地域の譲渡の体制が構築されていない 5. 特定の患者にしか使用されない薬剤を準備しなければならない 6. 患者の容体変化※にもない使用する薬剤が変更となるため不動態在庫が発生するリスクがある ※患者が亡くなった場合も含む 7. その他（具体的に：_____） 8. 課題はない		
⑫ 上記⑪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。		
⑬ 麻薬小売業者間譲渡許可を得ていますか。 ※○は1つ	1. はい	2. いいえ

【⑭~⑯は、⑬で「1. はい」(麻薬小売業者間譲渡許可を得ている)と回答した方にお伺いします。】

⑭麻薬の譲渡の体制についてお答えください。 ※○は1つ		
1. 地域の薬局間で麻薬小売業者間譲渡の体制を構築している 2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）のみで麻薬小売業者間譲渡の体制分譲体制を構築している 3. 分譲体制を整備していない		
		4. その他（具体的に：_____）
⑮ 麻薬を他の薬局へ譲り渡した実績（令和5年1月~6月の6か月）	1. はい→（ ）回	2. いいえ
⑮-1（譲り渡した実績がある場合） 譲渡先についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域の薬局	2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）内
	3. その他（具体的に：_____）	
⑯ 麻薬を他の薬局から譲り受けた実績（令和5年1月~6月の6か月）	1. はい→（ ）回	2. いいえ
⑯-1（譲り渡した実績がある場合） 譲渡先についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	1. 地域の薬局	2. 同一グループ（※調剤基本料のグループ）内
	3. その他（具体的に：_____）	
⑰ 麻薬の譲渡に関する課題についてお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 夜間休日対応のため麻薬小売業者間譲渡の体制が活用できないことがある。 2. 高用量の規格の薬剤など、他の薬局から譲り受けることができないことがある。 3. 高用量の規格の薬剤の不動態在庫が発生しても、分譲で引き受けてくれる薬局がない。 4. 地域の譲渡の体制が構築されていない。 5. その他（具体的に：_____） 6. 課題はない		
⑱ 上記⑰の選択肢 1.~5.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。		

【すべての方にお伺いします。】

⑲ 貴薬局では、どのように無菌製剤処理のための体制を整えていますか。 ※○は一つ		
1. 自薬局単独で、無菌調剤室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えている 2. 近隣の保険薬局と共同利用で無菌調剤室の設備を整えている 3. 無菌調剤室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの設備を整えていない 4. その他（具体的に：_____）		
⑳ 貴薬局における無菌製剤処理件数と無菌製剤処理加算の算定件数についてお答えください。（令和5年1月~6月の6か月）		
	無菌製剤処理件数	無菌製剤処理加算の算定件数
1) 中心静脈栄養(TPN)	() 件	() 件
2) 麻薬	() 件	() 件
3) 抗悪性腫瘍剤	() 件	() 件

①貴薬局における下記の無菌製剤処理件数についてお答えください。(令和5年1月～6月の6か月)		
1) 麻薬のうち、1種類の麻薬を希釈せず原液のままシリンジ・ポンプ等に充填	() 件	
2) TPN、麻薬、抗悪性腫瘍剤以外の薬剤	() 件	
②前記①で回答した TPN、麻薬、抗悪性腫瘍剤以外の薬剤について、無菌製剤処理をした件数が多いものを 選択肢 A～H から最大 3 つ選びお答えください。		
	選択肢 (A～H)	無菌製剤処理件数
②-1) 選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤(1つ目)		() 件
②-2) 選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤(2つ目)		() 件
②-3) 選択肢のうち、無菌製剤処理件数が多い薬剤(3つ目)		() 件
【選択肢】		
A:ソマトスタチンアナログ	B:ステロイド	C:プロトンポンプ阻害剤
D:H2受容体拮抗剤	E:メクロブラミド	
F:ブチルスコポラミン	G:注射用抗菌剤	H:その他(具体的に:)

4. 感染症対策等についてお伺いします。

① 新型コロナウイルス感染患者(疑い患者含む)の来局時における薬局でのゾーニングの状況についてお答えください。 (令和5年7月1日時点) ※あてはまる番号すべてに○				
1. 待合室は共同とし、その中でゾーニングして距離を確保している	2. 薬局内の別室を確保している			
3. 薬局の建物外に待合場所等を設置している	4. 待合患者は駐車場で待機する			
5. 新型コロナウイルス感染患者(疑い患者含む)とその他で分離していない				
6. 新型コロナウイルス感染患者(疑い患者含む)の来局の時間を分けて対応している				
7. その他の方法で分離している	8. その他(具体的に:)			
② 現在の薬局での感染対策の状況についてお答えください。(令和5年7月1日時点) ※あてはまる番号すべてに○				
1. 入り口に体温計を設置している	2. マスク着用を案内している			
3. 手指消毒剤を入りに設置している	4. その他(具体的に:)			
③ 現在の薬事承認された検査キットの取り扱い対応についてお答えください。(令和5年7月1日時点) ※あてはまる番号すべてに○				
1. 抗原定性検査キットの取り扱い	2. コロナウイルス+インフルエンザウイルス同時検査キットの取扱い			
3. いずれにも対応していない				
④ 現在の新型コロナウイルス治療薬の取り扱いについてお答えください。(令和5年7月1日時点) ※あてはまる番号すべてに○				
1. ラゲブリオ	2. パキロピッド	3. ゴコーパ	4. ベクルリー	5. いずれにも対応していない

5. かかりつけ薬剤師に関する取組についてお伺いします。

① 貴薬局における、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準等の届出をしていますか。 ※○は1つ

- | | | |
|---------------------------|-----------------|-----|
| 1. 届出あり (→質問②-1、②-2、②-3へ) | 2. 届出なし (→質問③へ) | ... |
|---------------------------|-----------------|-----|

②-1 貴薬局におけるかかりつけ薬剤師指導料等の算定状況についてご記入ください。(令和5年6月)

1) かかりつけ薬剤師指導料 () 回	2) かかりつけ薬剤師包括管理料 () 回
----------------------	------------------------

1)-1. かかりつけ薬剤師指導料のうち、服薬指導料の特例 (かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合)の算定回数	() 回
---	-------

②-2 貴薬局では、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者について、受診医療機関数を把握していますか。 ※○は1つ

- | | | | |
|--------------|---------------|----------------|------------|
| 1. すべて把握している | 2. おおむね把握している | 3. ほとんど把握していない | 4. 把握していない |
|--------------|---------------|----------------|------------|

【②-1の1)-1で「服薬指導料の特例(かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合)の算定」ありと回答した場合】
②-3 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応する理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. かかりつけ薬剤師が時短勤務であり、不在時間対応するため | 2. かかりつけ薬剤師が休暇を取得し、不在時間に対応するため |
| 3. 夜間・休日等に急遽対応が必要であったため | 4. その他 (具体的に:) |

【①で「2.届出なし」と回答した場合】 ③かかりつけ薬剤師指導料の届出なしである理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある保険薬剤師がいないため
2. 当該保険薬局に週32時間以上^{*1}勤務している薬剤師がいないため
3. 当該保険薬局に1年以上在籍している保険薬剤師がいないため
4. 薬剤師認定制度認証機構が認定している研修認定制度等の研修認定を取得している保険薬剤師がいないため
5. 医療に係る地域活動の取組に参画している保険薬剤師がいないため
6. 時間外の24時間電話相談が困難(人手不足等)であるため
7. 自薬局以外で調剤されている医薬品、処方薬以外のサプリメント等の内服まで含めた薬学的管理指導を行える体制が整っていないため
8. かかりつけ薬剤師の機能を患者に理解してもらえていないため
9. 患者の利用している全ての保険医療機関、服用薬を把握する体制が整っていないため
10. かかりつけ薬剤師指導料もしくはかかりつけ薬剤師包括管理料を上手く説明できないため
11. その他 (具体的に:)

※1 32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。

【すべての方にお伺いします。】

④ かかりつけ薬剤師として患者から相談を受けた具体的な内容についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○

- | | | |
|------------------|-----------------|-----------------------------|
| 1. 薬の効果に関する相談 | 2. 薬の副作用に関する相談 | 3. 薬の服用頻度に関する相談 |
| 4. 薬の飲み合わせに関する相談 | 5. 残薬に関する相談 | 6. ポリファーマシー解消・重複投薬の削減に関する相談 |
| 7. OTCに関する相談 | 8. その他 (具体的に:) | |

6. 地域支援体制加算についてお伺いします。

①地域支援体制加算の届出をしていますか。(令和5年7月1日現在) ※○は1つ

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1. 地域支援体制加算1 | 2. 地域支援体制加算2 | 3. 地域支援体制加算3 |
| 4. 地域支援体制加算4 | 5. 届出なし | |

②保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数(令和4年4月1日から令和5年3月末日)	()回
【すべての方にお伺いします。】	
③地域支援体制加算の施設基準における、地域医療に貢献する体制を有することを示す実績の実施状況についてご回答ください。(令和4年4月1日から令和5年3月末までの貴薬局における算定実績の内訳)	
1. 麻薬小売店業の免許の有無 ※○は1つ	1. あり 2. なし
2. 在宅患者薬剤管理の実績	()回
3. かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出の有無 ※○は1つ	1. あり 2. なし
4. 服薬情報等提供料の実績	()回
5. 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席の有無 ※○は1つ	1. あり 2. なし
6. 夜間・休日等の対応実績	()回
7. 麻薬の調剤実績	()回
8. 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	()回
9. かかりつけ薬剤師指導料等の実績	()回
10. 外来服薬支援料の実績	()回
11. 服用薬剤調整支援料の実績	()回
12. 単一建物診療患者が1人以上の在宅薬剤管理の実績	()回

【①で「5.届出なし」と回答した場合】

④ 地域支援体制加算の施設基準のうち、満たしている項目をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○ ※いずれにも○が付いていない場合はすべて満たしていないとして取り扱います。

1. 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている	2. 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
3. 一定時間以上の開局	4. 十分な数の医薬品の備蓄、周知
5. 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供	6. 24時間調剤、在宅対応体制の整備
7. 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制	8. 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
9. 医療安全に資する取組実績の報告	10. 集中率 85%超の薬局は、後発品の調剤割合 50%以上

【①で地域支援体制加算の届出ありと回答した場合】

⑤ 連携強化加算の算定状況 ※○は1つ ※令和5年6月1か月の回数

1. 届出あり 2. 届出なし

【⑤で「2.届出なし」と回答した場合】

⑥連携強化加算の施設基準のうち、満たしている項目をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○ ※いずれにも○が付いていない場合はすべて満たしていないとして取り扱います。

1. 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること
2. 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること
3. 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること
4. 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること
5. 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと

7. 残薬解消、ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のための取組についてお伺いします。

(1) 残薬解消のために行っている取組についてご回答ください。	
① 残薬調整での問題点についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 患者が全ての薬剤を持参しない 2. 患者の残薬を確認することに時間がかかる 3. 残薬整理後の残薬回避のための一包化に時間・手間がかかる 4. 複数薬局を利用している場合、他薬局の投薬状況を確認するのに手間がかかる 5. お薬手帳がなく、服用状況の確認に手間がかかる 6. 医療機関との情報共有に課題がある（具体的に： _____） 7. その他（具体的に： _____）	
② 残薬解消への取組のうち、貴薬局が行っている取組をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. お薬手帳を患者が複数所持していないかどうかの確認	2. お薬手帳を用いた説明
3. ブラウンバッグの使用	4. 必要に応じた、服用方法の再度の説明
5. 医療機関との情報共有・連携	6. その他（具体的に： _____）
③ 前記②の選択肢 1.~6.のうち、特に効果があった取組を1つだけお書きください。	
④ 調剤管理加算の算定実績についてご回答ください。 ※○は1つ	1. 実績あり 2. 実績なし

【⑤、⑥は、前記④で「1.実績あり」と回答した方にお伺いします。】

⑤ 調剤管理加算のうち、初めて処方せんを持参した場合の算定回数 （令和5年4月～令和5年6月の3か月間）	（ _____ ）回
⑥ 調剤管理加算のうち、2回目以降に処方せんを持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更または追加があった場合の算定回数 （令和5年4月～令和5年6月の3か月間）	（ _____ ）回

【⑦は、前記④で「2.実績なし」と回答した方にお伺いします。】

⑦ 調剤管理加算を算定していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 対象となる患者がいなかったため	
2. 過去1年間において服用薬剤調整支援料の算定実績を満せないため	
3. 患者負担が増えるため	
4. その他（具体的に： _____）	

(2)ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のためにを行っている取組についてご回答ください。					
⑧ 服用薬剤調整支援料1の算定状況についてご回答ください。 ※○は1つ					
1. 服用薬剤調整支援料1の算定あり	2. 服用薬剤調整支援料1の算定なし				
【⑧で「1. 服用薬剤調整支援料1の算定あり」と回答した場合】					
⑧-1 貴薬局における服用薬剤調整支援料1の算定状況（令和5年4月～令和5年6月の3か月間）	() 回				
【すべての方にお伺いします。】					
⑨ 令和5年4月～令和5年6月の3か月間で服用薬剤調整支援料1の算定ができなかった場合も含め減薬の処方変更の提案に至った事例数をご記入ください。	() 件				
⑩ 服用薬剤調整支援料2の算定状況についてご回答ください。 ※○は1つ					
1. 服用薬剤調整支援料2イの算定あり(→質問⑩-1へ)	2. 服用薬剤調整支援料2ロの算定あり(→質問⑩-1へ)				
3. 服用薬剤調整支援料2の算定なし(→質問⑩へ)					
【⑩で選択肢1,2(服用薬剤調整支援料2イ・ロ)と回答した場合】					
⑩-1 貴薬局における服用薬剤調整支援料2の算定状況についてお答えください。 【令和5年4月～令和5年6月の3か月間】	() 回				
⑩-2 服用薬剤調整支援料2にかかる重複投薬等の解消の提案を行うきっかけをご回答ください。 ※対応の多いもの上位3つに○					
1. 薬歴での管理	2. 患者とのやりとり				
3. お薬手帳での確認	4. アドヒアランスの不良				
5. 介護者やケアマネジャー等からの申し出	6. 検査値上の問題				
7. 多数のお薬手帳の持参	8. 医療機関からの情報提供				
9. 異なった医療機関の受診が多い	10. 既往疾患を多数抱えていた				
11. その他（具体的に：)					
⑩-3 重複投薬等の解消提案により、重複投薬は解消されましたか。 ※○は1つ	<table border="1"> <tr> <td>1. 解消された</td> <td>2. ある程度解消された</td> </tr> <tr> <td>3. あまり解消されなかった</td> <td>4. まったく解消されなかった</td> </tr> </table>	1. 解消された	2. ある程度解消された	3. あまり解消されなかった	4. まったく解消されなかった
1. 解消された	2. ある程度解消された				
3. あまり解消されなかった	4. まったく解消されなかった				
【⑩-3で「3. あまり解消されなかった」と「4. まったく解消されなかった」と回答した場合】					
⑩-4 重複投薬が解消されなかった理由は何ですか。					
理由（自由記載）					
【すべての方にお伺いします。】					
⑫ ポリファーマシー解消・重複投薬の削減のために、貴薬局が行っている取組をお答えください。 ※あてはまる番号すべてに○					
1. 服用状況等にもとづく、かかりつけ医への処方提案	2. お薬手帳等を利用した医療機関での服用薬の把握				
3. 医療機関の薬剤師との連携による服用薬の見直し	4. 医薬品の適正使用に係る患者・家族向けの普及啓発の実施				
5. 厚生労働省「高齢者の医薬品適正使用の指針」を参考にした処方の提案					
6. 薬局からかかりつけ医への服用薬の情報の提供					
7. その他（具体的に：)					
⑬ 前記⑫の選択肢1～7のうち、特に効果があった取組を1つだけお書きください。					
(3)外来服薬支援料1の算定状況についてご回答ください。					
⑭ 貴薬局における外来服薬支援料1の算定状況（令和5年4月～令和5年6月の3か月間）	() 回				

8. 調剤後のフォローアップについてお伺いします。

① 調剤後薬剤管理指導加算の算定状況（令和5年4月～令和5年6月の3か月間）		（ ）回	
② 貴薬局では、インスリン製剤、スルフォニル尿素系製剤(SU 剤)を調剤すること がありますか。 ※○は1つ		1. ある	2. ない
③ 吸入薬指導加算の算定状況（令和5年4月～令和5年6月の3か月間）		（ ）回	
④ 特にフォローアップの必要がある疾患についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 糖尿病	2. ぜんそく	3. COPD	4. 心不全
5. 血栓塞栓症	6. 認知症	7. 精神疾患	8. 悪性腫瘍
9. その他（具体的に： ）			
⑤ フォローアップの必要がある患者の属性についてご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 薬剤変更（用法用量、後発医薬品への変更も含む）があった患者		2. 長期処方（処方日数30日以上）の患者	
3. 服薬アドヒアランスが不良な患者		4. 認知機能が低下している患者	
5. 服用方法に注意が必要な薬剤を処方された患者		6. 手技を伴う薬剤（吸入剤、点鼻剤、注射剤等）を処方された患者	
7. 特に副作用の頻度が高く注意すべき薬剤（抗がん剤等）を処方された患者			
8. 特に他の薬剤との相互作用を注意すべき薬剤を処方された患者			
9. その他（具体的に： ）			
⑥ 調剤後のフォローアップの実施手段 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 電話	2. メール	3. ビデオ電話	4. チャット
5. 対面			
6. その他（具体的に： ）			
⑦ フォローアップ回数をご記入ください（令和5年6月の1か月間）			
1) フォローアップ実施患者数（実人数）		（ ）人	
2) フォローアップで得られた情報を処方医等にフィードバックした回数		延べ（ ）回	
⑧ フォローアップで収集している情報をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 体調の変化		2. 患者の服薬状況	
3. 残薬状況		4. 患者の薬剤の保管・管理の状況	
5. 患者の薬剤服用後の副作用等の状況		6. フォローアップ中に受診した医療機関の併用薬	
7. その他（具体的に： ）			
⑨ フォローアップした情報について処方医等に情報提供しているかご回答ください。 ※○は1つ			
1. フォローアップしたときは毎回、処方医等に情報提供している			
2. フォローアップを行い問題点があった場合にのみ、処方医等に情報提供している			
3. 特に処方医等への情報提供をしていない			
【⑩は、⑨で1～2と回答した方(処方医等に情報提供をしている方)にお伺いします。】			
⑩ 処方医等にフィードバックした内容をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 新たに追加された併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報			
2. 処方薬剤の服用状況（アドヒアランス及び残薬等）			
3. 薬剤に関する提案			
4. 副作用等の状況			
5. 服薬指導の要点			
6. その他（具体的に： ）			

9. オンライン服薬指導の実施状況^{*}についてお伺いします。

^{*}電話を用いた服薬指導等に関する特例（0410 対応）を除く。

① オンライン服薬指導の実施体制を整えていますか。 ※○は1つ	1. はい	2. いいえ
② オンライン服薬指導の実施の実績の有無 ※○は1つ	1. 外来患者のみに対応	2. 在宅訪問する患者のみ対応
	3. 外来患者及び在宅訪問する患者に対応	4. 実施実績なし

【③は、①で「2. いいえ」と回答した方にお伺いします。】

③ オンライン服薬指導の実施体制を整えていない理由をご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 導入の費用の負担が大きい	2. 運用の費用の負担が大きい
3. インターネット接続が難しい又は時間がかかる	4. 個人情報の漏洩等のセキュリティ上の心配がある
5. オンライン服薬指導の方が対面の服薬指導に比べて、指導時間が長くなる	6. 薬剤配送に手間がかかる
7. 職員にオンライン服薬指導を実施出来る ICT 技術がない	8. 対応のための人員が確保できない
9. 処方箋を受け取る医療機関がオンライン診療を実施していない	10. 患者からのニーズがない
11. その他（具体的に： _____）	

【すべての方にお伺いします。】

④ 対面服薬指導と比較した場合の、薬局におけるオンライン服薬指導のメリット・デメリットと考えるものについてご回答ください。 オンライン服薬指導の実績有無にかかわらず、ご回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○	
メリット	1. 対面による服薬指導に比べ、プライバシーの確保がしやすい
	2. 患者の家族等と一緒に服薬指導できる
	3. 患者自宅での残薬管理状況を確認できる
	4. スケジュールの調整が容易で、他職種と同じタイミングで対応しやすい
デメリット	5. 時間の管理がしやすい
	6. その他（具体的に： _____）
	7. 特になし
	1. 機器の接続に手間がかかる
	2. 通信環境や端末等の用意が必要である
	3. オンライン服薬指導をする場所を確保しなければならない
	4. 端末の操作等に不慣れな患者がいる
5. 薬剤の受け渡しに時間を要する	
6. 薬剤の送付に負担がかかる	
7. 患者の様子を直接確認できない	
8. 残薬が整理されていない場合、確認しにくい	
9. お薬手帳の情報が確認しにくい	
10. 薬を直接示せない	
11. 対面での服薬指導に比べて十分な指導ができない	
12. 患者とのコミュニケーションが十分に取れない	
13. 患者のなりすましリスクがある	
14. その他（具体的に： _____）	
15. 特になし	

10. 医療機関等との連携についてお伺いします。

(1)医療機関等との連携についてご回答ください。【令和5年6月の1か月間】		
① 服薬情報等提供料の算定回数をご回答ください。		
1) 服薬情報等提供料1の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
1)-1. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数	()	回
1)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数	()	回
2) 服薬情報等提供料2の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
2)-1. 算定回数のうち患者もしくはその家族への情報提供の回数	()	回
2)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数	()	回
2)-3. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数	()	回
3) 服薬情報等提供料3の算定有無 ※○は1つ	1. あり	2. なし
3)-1. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数	()	回
3)-2. 算定回数のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数	()	回
4) 服薬情報等提供料の算定していないが、医療機関へ情報提供をおこなった回数	()	回
4)-1. 4)のうち最も多く処方を受け付けた医療機関への情報提供の回数	()	回
4)-2. 4)のうち最も多く処方を受け付けた医療機関以外への情報提供の回数	()	回

② 医療機関との連携内容のうち、特に効果があったものについて◎をつけてください。 また、医療機関との連携内容にすべてに○をつけてください。(◎は1つ、○はあてはまる番号すべて)		
連携方法	1. 医療機関との間で勉強会・研修会への参加 2. 退院時カンファレンスの参加 3. 患者の入院時の服用薬の情報提供 4. 医療機関の求めに応じた貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供 5. 医療機関の求めによらない貴薬局から医療機関への患者の服用状況等の情報提供	
情報共有方法	6. 臨床検査値の情報共有 7. 化学療法（レジメン）の情報共有 8. 退院時サマリーの情報共有 9. 抗がん剤治療の副作用発生時の対応に関するプロトコルの共有	
その他	10. その他（具体的に： ） 11. 医療機関と連携していない	

(2)入退院時支援についてご回答ください。		
③患者が入院を行う際、医療機関への情報提供を行うことがありますか。 ※○は1つ	1. あり	2. なし
④患者が入院を行う際、処方薬の整理を行うことがありますか。 ※○は1つ	1. あり	2. なし
⑤患者の入退院について、医療機関と連携していますか。 ※○は1つ	1. 連携している	2. 連携していない
【⑤で「1. 連携している」と回答した場合】 ⑤-1 医療機関とはどのような連携をしていますか。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 入院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有	2. 退院時カンファレンスへの参加による患者情報の共有	
3. 共通システムによる患者情報の共有	4. カンファレンスによらない病院薬剤師との連携による患者情報の共有	
5. お薬手帳による服用薬剤情報の共有	6. その他（具体的に： ）	

【すべての方にお伺いします。】

⑥医療機関から患者の退院時サマリーを受け取ったことがありますか。 ※○は1つ		1. ある	2. ない
【⑥で「1. 受け取ったことがある」と回答した場合】			
⑥-1 退院時サマリーのうち特に必要な情報は何か。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 退院時診断	2. アレルギー・不適応反応	3. デバイス情報	
4. 主訴又は入院理由	5. 入院までの経過（現病歴、既往歴、入院時現症等）	6. 入院経過（投与薬剤の変化理由等）	
7. 手術・処置情報	8. 退院時状況（身体状況、活動度、認知機能、嚥下機能等）	9. 退院時使用薬剤情報	
10. 退院後方針	11. 検査値	12. 薬剤管理（本人又は家族、カレンダー管理等）	
13. その他（ ）			

【すべての方にお伺いします。】

⑦他職種への情報提供について a.提供の有無 b.提供した内容を教えてください。 (a.○は1つだけ b.あてはまる番号すべてに○).		
	a.提供の有無	b.提供した内容
1)医師	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
2)歯科医師	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
3)看護師	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
4)管理栄養士	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
5)PT/OT/ST	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
6)ケアマネジャー	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
7)介護士	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
8)生活相談員	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
9)その他(具体的に: _____)	1.あり 2.なし	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
【b.提供した内容】の選択肢		
1.患者の服薬状況に合わせた処方提案	2.薬物療法に関する助言	3.服薬状況の確認と残薬の整理
4.麻薬及び輸液製剤(注射剤)やそれに伴う機材の使用に係る支援	5.医療材料、衛生材料の提供	
6.夜間休日を含む緊急時の医薬品の提供	7.麻薬の供給	
8.医師の指示とおりの服用が難しい場合の対応策の提案(お薬カレンダー、飲みにくい錠剤を粉砕、一包化等)		
9.服用薬の副作用に関する情報提供	10.輸液等において薬剤の調製に関する助言	

11. その他

①医療機関との連携について、診療報酬改定の良い影響、問題点等がございましたら、ご記入ください。
(良い点)
(悪い点)

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和5年8月31日(木)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

令和5年7月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響
及び実施状況調査」へのご協力のお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。
厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（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）の改定を行っています。

令和4年4月の診療報酬改定では、薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換、薬剤師のかかりつけ機能の評価推進を目的として診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」を行うこととしました。

本調査は、改定に係る影響や、かかりつけ薬剤師・薬局の取組状況等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

- ・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、**令和5年8月31日(木)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便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。調査票の各設問では、「○は1つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。
- ・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

(→裏面へ続きます)

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している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）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2023-03-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-512-307（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)
かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査
患者票

※この調査票は、患者さんに、薬局の利用状況やお考え等をお聞きするものです。

※調査結果は、診療報酬の見直しなどについて検討するための資料となります。

※本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることもありません。

※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。

※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、()内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

0. 最初に、この調査票のご記入者についてお伺いします。

① この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方でしょうか。 ※○は1つ

1. 患者ご本人 (代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族等

1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

① 性別 ※○は1つ	1. 男性	2. 女性		
② 年齢 ※○は1つ	1. 10代以下	2. 20代	3. 30代	4. 40代
	5. 50代	6. 60代	7. 70代	8. 80代以上
③ お住まい	() 都・道・府・県			
④ 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			
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(具体的に:)	7. わからない			
⑤ 医療費の自己負担額 (薬局の窓口で支払う金額のことで、お薬の容器代などは含まれません) がありますか。 ※○は1つ				
1. ある	2. ない			

以降の設定についても、全て患者さんのことをお答えください (ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください)

2. 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

① あなたご自身が、定期的*1に受診している医療機関 (病院・診療所) はいくつありますか。 また、診療科はいくつありますか。	医療機関数: () か所 診療科数: () 件 ※ない場合は「0」とお書きください。
---	--

*1 定期的: 180日間で複数回

② あなたが定期的に利用 (処方箋で薬をもらうときに利用) している保険薬局はいくつありますか。	薬局数: () 件		
③ 紙のお薬手帳、もしくは、電子版お薬手帳をお持ちですか。 ※○は1つ			
1. 紙のお薬手帳のみ (→質問③-1へ)	2. 電子版お薬手帳のみ (→質問③-1へ)	3. 両方持っている (→質問③-1へ)	4. どちらも持っていない (→2ページの質問④へ)

【2. ③で「1. 紙のお薬手帳のみ」、「2. 電子版お薬手帳のみ」、「3. 両方持っている」をご選択された方にお伺いします】
 ③-1 お薬手帳を何冊 (何種類) 使用していますか。(使い終わった手帳は数えません。)

紙: () 冊 電子版: () 種類

【2. ③で「1. 紙のお薬手帳のみ」、「2. 電子版お薬手帳のみ」、「3. 両方持っている」をご選択された方にお伺いします】
③-2 医療機関でお薬手帳をどのように活用していますか。 ※〇は1つ

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1. 毎回、医師などに見せている(主に紙) | 2. 毎回、医師などに見せている(主に電子版) |
| 3. 時々、医師などに見せている(主に紙) | 4. 時々、医師などに見せている(主に電子版) |
| 5. 持っていくが見せていない | |
| 6. 持っていない(その理由: _____) | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |

③-3 薬局でお薬手帳をどのように活用していますか。 ※〇は1つ

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 毎回、薬剤師などに見せている(主に紙) | 2. 毎回、薬剤師などに見せている(主に電子版) |
| 3. 時々、薬剤師などに見せている(主に紙) | 4. 時々、薬剤師などに見せている(主に電子版) |
| 5. 持っていくが見せていない | |
| 6. 持っていない(その理由: _____) | |
| 7. その他(具体的に: _____) | |

③-4 お薬手帳に普段利用する薬局名をご自身で記載していますか。 ※〇は1つ

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. 薬局名を自ら記載している
(→質問③-4-1へ) | 2. 薬局名を自ら記載はしていない
(→質問④へ) |
|--------------------------------|------------------------------|

【2. ③-4で「1. 薬局名を自ら記載している」をご選択された方にお伺いします】

③-4-1 記載している薬局を利用していますか。 ※〇は1つ

- | |
|---|
| 1. いつも記載している薬局を利用している |
| 2. できるだけ記載している薬局を利用しているが、別の薬局を利用することもある |
| 3. 記載している薬局を利用していない
(利用していない理由: _____) →質問④へ |

【すべての方にお伺いします】

④ 保険薬局に「お薬手帳」を持っていくと支払額が安くなる場合※²があることをご存知でしたか。 ※〇は1つ

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 知らなかった |
|----------|-----------|

※² 半年以内に調剤基本料1を算定している薬局に再度薬局し調剤を受けた場合、服薬管理指導料が14点分安くなります(実際に支払う金額は自己負担割合に応じて異なります)。

⑤ あなたはスマートフォンやタブレット端末を使った「電子版お薬手帳」を利用したいと思いますか。 ※〇は1つ

- | | |
|---------------------|----------|
| 1. 既に利用している | 2. 利用したい |
| 3. 利用しようとは思わない | 4. わからない |
| 5. その他(具体的に: _____) | |

⑥ あなたには、定期的に、医療機関(病院・診療所)に行って処方してもらっているお薬がありますか。 ※〇は1つ

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. ある(→質問⑥-1へ) | 2. ない(→質問⑦へ) |
|----------------|--------------|

【2. ⑥で「1. ある」をご選択された方にお伺いします】

⑥-1 あなたは、現在、どのようなお薬を何種類飲んで(使って)いますか。

- 飲み薬: (_____) 種類
 飲み薬以外: (_____) 種類
 →使っているものに〇(※あてはまる番号すべてに〇)
- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 貼り薬 | 2. 塗り薬 | 3. 目薬 | 4. 注射薬 |
| 5. 吸入薬 | 6. 点鼻薬 | 7. 点耳薬 | 8. その他 |

【すべての方にお伺いします】

⑦ あなたは薬を飲み忘れ・服用忘れをしたことがありますか。 ※○は1つ

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. まったくない

⑧ 医療機関から出される処方せんを持っていく薬局の利用方法のうち最も当てはまるものを一つ選んでください。
※○は1つ

1. どの医療機関の処方せんも、いつも同じ1つの薬局に持っていく
2. どの医療機関の処方せんも、できるだけ同じ1つの薬局に持っていくようにしているが、別の薬局に持っていくこともある
3. 医療機関ごとに処方せんを持っていく薬局を変えている
4. その他（具体的に: _____)

3. オンライン服薬指導についてお伺いします。

① 薬局においてビデオ通話(音声通話のみの場合を除く)でのオンライン服薬指導※¹ができることを知っていますか。
※○は1つ

1. 知っており、利用したことがある
2. 知っているが、利用したことがない
3. 知らない

※1 ご自宅にいたまま、安全にお薬のお受け取りができる仕組みのこと。ビデオ通話による服薬指導の流れは次のとおりです。
①ビデオ通話を用いて医療機関の受診・診察を行います
②医療機関から希望された薬局へFAX等で処方せんが送信されます
③希望された薬局の薬剤師が患者様へビデオ通話でお薬の説明（服薬指導）を行います
④薬局よりお薬がご自宅へ届けられます

② 今後、ビデオ通話(音声通話のみの場合を除く)によるオンライン服薬指導を利用したいですか。 ※○は1つ

1. ビデオ通話を利用したい
2. ビデオ通話を利用したくない（理由: _____)
3. わからない

4. 服薬期間中のフォローアップについてお伺いします。

① 薬剤師から服薬期間中にフォローアップ※²を受けたことがありますか。 ※○は1つ

1. 受けたことがある（→質問①-1へ） 2. 受けたことがない（→質問①-2へ） )

※2 来局時ではなく服薬期間中に、薬局の薬剤師から電話等で服薬状況等について確認を受けること

【4. ①で「1. 受けたことがある」をご選択された方にお伺いします】

①-1 服薬期間中のフォローアップを受けてよかったですか。 ※○は1つ

1. 良かった
→良かった点をお答えください。（※あてはまる番号すべてに○）

a. 薬剤師に服薬後の症状や体調の経過に問題がないことを確認してもらい安心できた
b. 薬剤師に服薬状況の確認や服薬に関する再指導をしてもらい安心できた
c. 薬剤師から担当の処方医に処方薬の確認や相談をしてもらい安心できた
d. その他（具体的に: _____)

2. 良くなかった(理由: _____)

①-2 どのような薬剤の場合に薬剤師にフォローアップをしてほしいですか。 ※○は1つ

1. 新しく薬が処方された場合
2. 使う薬の量や薬の使い方が変更になった場合
3. 吸入薬(※ぜんそくの治療薬など)を処方された場合
4. 注射薬(※インスリン注射など)を処方された場合
5. 副作用が心配される薬が処方された場合
6. 薬剤師によるフォローアップは必要ない(希望しない)
7. その他(具体的に: _____)

【4. ①で「2. 受けたことがない」をご選択された方にお伺いします】
 ①-3 今後、服薬期間中のフォローアップを受けたいですか。 ※〇は1つ

1. 服薬期間中のフォローアップを受けてみたい
 2. 服薬期間中のフォローアップを受けたくない
 (受けたくない理由:)

5. かかりつけ薬剤師についてのお考えなどをお伺いします。

① 薬の種類を減らすことについて、医師に相談したことがありますか。 ※〇は1つ

1. ある (→質問①-1へ) 2. ない (→質問②へ) 3. わからない (→質問②へ)

【5. ①で「1. ある」をご選択された方にお伺いします】
 ①-1 結果的に、医師に処方してもらう薬を減らすことができましたか。 ※〇は1つ

1. できた 2. できなかった 3. わからない

【すべての方にお伺いします】
 ② 薬の種類を減らすことについて、薬剤師に相談したことがありますか。 ※〇は1つ

1. ある (→質問②-1へ) 2. ない (→質問③へ) 3. わからない (→質問③へ)

【5. ②で「1. ある」をご選択された方にお伺いします】
 ②-1 結果的に、薬剤師に調剤してもらう薬を減らすことができましたか。 ※〇は1つ

1. できた 2. できなかった 3. わからない

【すべての方にお伺いします】
 ③ あなたには、「かかりつけ薬剤師^{*1}」がいますか。 ※〇は1つ

1. いる (→質問③-1へ) 2. いない (→質問④へ)

^{*1} あなたが服用している薬をすべて知っていて、薬の飲み忘れがないか、複数の医療機関からの薬で重複しているものがないかなどをチェックしてくれる、薬のことをなんでも相談できる薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を届け出た薬局であって、要件を満たした薬剤師）

【5. ③で「1. いる」をご選択された方にお伺いします】
 ③-1 「かかりつけ薬剤師」に相談したことがある内容をお答えください。※あてはまる番号すべてに〇

1. 薬の効果に関する相談 2. 薬の副作用に関する相談
 3. 薬の服用頻度に関する相談 4. 薬の飲み合わせに関する相談
 5. 残薬（飲み忘れた/残した薬）に関する相談 6. ポリファーマシー^{*2}解消・重複投薬の削減に関する相談
 7. その他（具体的に:)
 8. 何かを相談したことはない

^{*2} 多くの薬を服用することで副作用が起りやすくなったり、きちんと薬が飲めなくなったりしている状態

【5. ③で「1. いる」をご選択された方にお伺いします】
 ③-2 「かかりつけ薬剤師」がいてよかったと実感した経験として、あてはまるものをお答えください。
 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 生活情報や習慣などを理解した上で薬について説明などをしてくれる
 2. 自分の飲んで（使用している）薬をすべて把握してくれること
 3. いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること
 4. 残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること
 5. 飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋（一包化）に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてくれること
 6. 薬の効果についてわかりやすく説明してくれること
 7. 薬の副作用についてわかりやすく説明してくれること
 8. 薬に関する相談に対応してくれること
 9. 後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること
 10. 医療機関についての相談ができること
 11. 薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていないこと
 12. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること
 13. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること
 14. 介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること
 15. 特になし
 16. その他（具体的に:)

【すべての方にお伺いします】		
④ あなたは、「かかりつけ薬剤師指導料」に同意していますか。 ※〇は1つ		
1. 同意している	2. 同意していない	3. わからない
⑤ あなたは、「かかりつけ薬剤師」について、どのようなことを重視しますか。「かかりつけ薬剤師」がいない場合については、仮に「かかりつけ薬剤師」を持つとしたらどのようなことを重視するかお答えください。 ※あてはまる番号すべてに〇		
1. 生活情報や習慣などを理解した上で薬について説明などをしてくれる 2. 自分の飲んでいる（使用している）薬をすべて把握してくれること 3. いろいろな医療機関で出される薬について重複しているものがないか、飲み合わせが大丈夫かなどを確認してもらえること 4. 残っている薬がないかなどを確認してくれて、残っている薬がある場合は処方医に問合せを行ってくれるなど、調整してくれること 5. 飲み忘れがないよう、薬を一つの小袋（一包化）に入れて渡してくれるなど、服薬管理・指導を丁寧にしてくれること 6. 薬についてわかりやすく説明してくれること 7. 薬に関する相談に対応してくれること 8. 後発医薬品についての使用希望を必ず聞いてくれること 9. 医療機関についての相談ができること 10. 薬を処方してくれた医師・医療機関と情報共有ができていること 11. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること 12. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること 13. 介護が必要になっても訪問して薬を管理してくれること 14. その他（具体的に： _____)		
⑥ 上記⑤の中で最も重視することは何ですか。 ※あてはまる番号を1つだけお書きください。		
⑦ あなたは、「かかりつけ薬剤師」を持ちたいと思いますか。 ※〇は1つ		
1. 持ちたいと思う	2. どちらかというを持ちたいと思う	
3. どちらかというを持ちたいと思わない	4. 持ちたいと思わない	
5. わからない		
⑧ かかりつけ薬剤師についてご意見等があればお書きください。		

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。
令和5年8月31日（木）までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、
 お近くのポストに投函してください。

令和 5 年 7 月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和 5 年度調査）

**「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」
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栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和 4 年 4 月の診療報酬改定においては、後発医薬品調剤体制加算における要件・評価の見直し、後発医薬品使用体制加算における要件の見直し、バイオ後続品を導入した場合の評価の新設など、後発医薬品使用促進を目的とした見直し等が行われました。

今般、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では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の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変化を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の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、ご多用の折、誠に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、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年8月31日(木)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-04-mbx@pwc.com
【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com (受信専用)
電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-664-766 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

開設者様・管理者様

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)
**「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査
 <保険薬局票><患者票>」調査実施要領**

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**「保険薬局票」(貴薬局でご回答頂く調査票)**のご回答、**「患者票」(該当する患者に貴薬局より配付頂き、患者・家族等にご回答頂く調査票)**の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願ひ申し上げます。

なお、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

1 封入物一覧

① 依頼状（貴薬局向け・白色）	1部	}	保険薬局調査分
② 調査実施要領（本状）	1部		
③ 保険薬局票（白色）	1部		
④ 返信用封筒（貴薬局向け・茶色）	1部		
⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色）	2部	}	患者調査分
⑥ 患者票（クリーム色）	2部		
⑦ 返信用封筒（患者向け・クリーム色）	2部		

(1) 保険薬局票（白色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 本調査は、保険薬局の開設者・管理者の方にご記入をお願いしております。可能な限り、貴薬局の状況を把握し意思決定に関わる方にご回答ください。

■ ご用意いただく書類

- ① 依頼状（貴薬局向け・白色） 1部
- ② 調査実施要領（本状） 1部
- ③ 保険薬局票（白色） 1部
- ④ 返信用封筒（茶色） 1部

■ 回答方法

- ✓ 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- ✓ 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- ✓ なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社サーベイリサーチセンターとなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- ✓ 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で紙の調査票の右上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、必ず電子調査票1頁目の右上に ID 番号を記入の上、ご回答ください。
- ✓ 回答後は、電子メールに添付し、必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2023.jp/
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com

- ✓ 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

■ 回答期限

- ✓ **令和5年8月31日(木)まで**にポストに投函するか上記メールアドレスに送信ください。

(2) 患者票（クリーム色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 調査日に貴薬局に来局した患者の方 2名

■ 配布していただく書類（患者1名あたり）

- ⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色） 1部
- ⑥ 患者票（クリーム色） 1部
- ⑦ 返信用封筒（クリーム色） 1部

■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、令和5年7月26日(水)から令和5年8月31日(木)までの特定の1日を調査日として決めた上で、調査日の午前・午後それぞれに最初に来局された方に調査票等一式を配布してください。午前・午後それぞれの時間帯に来局者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。
- ✓ 調査期間中に調剤をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ✓ 対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴薬局にて破棄してください。
- ✓ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「依頼状(患者向け)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- ✓ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ✓ ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者ご自身により事務局へご提出いただくよう、依頼してください。

3 お問い合わせ先

- ✓ 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。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-04-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-664-766 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)
後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査 保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の開設者・管理者の方に、貴薬局における後発医薬品の使用状況やお考え等についてお伺いするものです。

＜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」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。
- ・数値を入力する設問で、「小数点以下第1位まで」と記載されている場合は、小数点以下第2位を四捨五入してご記入ください。記載されていない場合は、整数をご記入下さい
- ・特に断りのない場合は、令和5年7月1日現在の貴薬局の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

0. ご回答者についてお伺いします。

①性別 ※○は1つ	1. 男性	2. 女性			
②年代 ※○は1つ	1. ~20代以下	2. 30代	3. 40代	4. 50代	5. 60代以上
③開設者・管理者の別 ※○は1つ	1. 開設者兼管理者	2. 開設者	3. 管理者		
	4. その他（具体的に： _____）				

1. 貴薬局の状況についてお伺いします（令和5年7月1日現在）。

①所在地（都道府県）	（ _____ ）都・道・府・県		
②開設者 ※○は1つ	1. 会社	2. 個人	3. その他
③同一グループ（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう）等 ^{注1} による薬局店舗数	（ _____ ）店舗 ※当該店舗を含めてお答えください。		
<small>注1：同一グループは次の基準により判断する（調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様）</small>			
<small>1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社</small>			
<small>3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社 4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者</small>			
④開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦（ _____ ）年		
⑤貴薬局はチェーン薬局（同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗）ですか。 ※○は1つ	1. はい	2. いいえ	
⑥貴薬局の処方箋の応需状況として最も近いものは、次のうちどれですか。 ※○は1つ ※「近隣」には同一敷地内も含まれます。	1. 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局		
	2. 主に不動産賃貸借関係のある特定の病院の処方箋を応需している薬局		
	3. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局		
	4. 主に不動産賃貸借関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局		
	5. 主に複数の近接する特定の保険医療機関（いわゆる医療モールやビル診療所など）の処方箋を応需している薬局		
	6. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局		
	7. その他（具体的に： _____）		
⑦最も多く処方箋を受け付けた医療機関の処方箋枚数割合（令和5年6月）	（ _____ ）%		
⑧応需医療機関数（令和5年6月）	（ _____ ）機関		
⑨貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和4年度決算 OTC医薬品等の販売がなく、保険調剤収入のみである場合は100%とご記入ください。 ※「保険調剤売上」には医療保険分の他、居宅療養管理指導費（介護保険）も含めてください。	約（ _____ ）%		
⑩調剤基本料 ※○は1つ	1. 調剤基本料1	2. 調剤基本料2	3. 調剤基本料3イ
	4. 調剤基本料3ロ	5. 調剤基本料3ハ	6. 特調剤基本料
⑩-1 全処方箋の受付回数（調剤基本料の根拠となる数字） ※同一グループの保険薬局の場合、貴薬局単独の受付回数	（ _____ ）回/月		
⑩-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合 （調剤基本料の根拠となる数字）	（ _____ . _____ ）% ※小数点以下第1位まで		

⑪後発医薬品調剤割合(調剤報酬算定上の数値) ※令和5年6月		() %	
⑫カットオフ値の割合 ^{注2} (調剤報酬算定上の数値) ※令和5年6月		() %	
⑬職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	常勤職員 ^{注3}	非常勤職員	
		実人数	常勤換算 ^{注4}
	1) 薬剤師	() 人	() 人
2) その他(事務職員等)	() 人	() 人	() 人
⑭貴薬局の認定等の状況 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 地域連携薬局	2. 専門医療機関連携薬局	3. 健康サポート薬局	4. 該当なし

注2: カットオフ値(%)の算出式 = (後発医薬品ありの先発医薬品 + 後発医薬品) ÷ 全医薬品。

注3: 常勤職員数(常勤薬剤師数)には、貴薬局における実労働時間が週32時間以上である職員(保険薬剤師)の実人数を計上します。常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

注4: 非常勤職員(非常勤薬剤師)は、貴薬局における実労働時間が週32時間に満たない職員(保険薬剤師)をいい、常勤換算数は、以下により算出します(小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める)。非常勤薬剤師数については、届出前3月間の勤務状況に基づき算出します。

$$\text{非常勤薬剤師数(常勤換算)} = \frac{\text{当該保険薬局における週32時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計(時間/3月)}}{32(\text{時間/週}) \times 13(\text{週/3月})}$$

2. 後発医薬品に係る最近の対応状況についてお伺いします。

①1年前(令和4年6月末日)と比較して、後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※○は1つ		
1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した
②現在(令和5年7月1日)の医薬品の調達状況についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 医薬品の納品までに時間がかかる		
2. 医薬品の発注作業の回数が増えた		
3. 卸に医薬品の注文を受け付けてもらえない		
4. 卸からの医薬品の注文の取り消しが頻発している		
5. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を後日患者に届ける業務が頻発している		
6. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を近隣の薬局間で融通する業務が頻発している		
7. 特に困難な状況はない		
③医薬品の不安定な供給状況によって生じている影響についてお伺いします。 ※あてはまる番号すべてに○		
1. 後発医薬品を先発医薬品に採用品目の見直しを行った		
2. 後発医薬品を別の後発医薬品に採用品目の見直しを行った		
3. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、代替のための後発医薬品の調達を行った		
4. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、同一成分の先発医薬品の調達を行った		
5. 同一成分の後発医薬品の入手が困難なため、剤形の変更等を行った		
6. 後発医薬品に関する患者の意向を把握または確認する頻度を増やした		
7. 患者からの後発医薬品使用に関する相談や苦情等の対応を行った		
8. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った		
9. 後発医薬品メーカーや卸から供給に関する情報の収集を行った		
10. 地域の薬局間で医薬品の備蓄状況の共有や医薬品の融通を行った		
11. 医師と医薬品の供給・在庫の状況や使用に関する情報交換・調整を行った		
12. 行政機関(都道府県、保健所等)と医薬品の供給情報等に関する連携を行った (具体的に:)		
④前記③の選択肢1.~12.のうち、最もあてはまるものの番号を1つお書きください。		

⑤医薬品の不安定な供給状況の影響を受けて、後発医薬品の調剤割合に変化はありましたか。 ※○は1つ	
1. 後発医薬品の調剤割合がかなり減った	2. 後発医薬品の調剤割合がやや減った
3. 後発医薬品の調剤割合の変化はほとんどなかった	4. 後発医薬品の調剤割合が増えた
5. 分からない	

【⑥は前記⑤で「1.後発医薬品の調剤割合がかなり減った」、「2.後発医薬品の調剤割合がやや減った」と回答した場合にお伺いします。】

⑥後発医薬品の調剤割合が減った理由は何ですか。 ※最も影響が大きい項目を1つ選んで○	
1. 後発医薬品の処方が減った	2. 患者（家族含む）が先発医薬品を希望した
3. 後発医薬品の在庫が無い、あるいは在庫（入手）できないのでやむをえず先発医薬品を調剤した	
4. その他（具体的に： _____）	

【すべての方にお伺いします。】

⑦供給停止となっている後発医薬品等の診療報酬上の臨時的な取扱いの適用 （令和5年7月1日時点）^{注1} ※○は1つ	1. あり	2. なし
---	-------	-------

注1：供給が停止されていると報告された医薬品のうち、別に示す供給停止品目と同一成分・同一投与形態の医薬品については、「後発医薬品調剤体制加算」等において後発医薬品の使用（調剤）割合（以下、「新指標の割合」）を算出する際に算出対象から除外しても差し支えないこととするもの。

⑧後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算対象に該当するか （令和5年7月1日時点） ※○は1つ	1. 該当する		
	2. 該当しない → 該当しない理由 ※あてはまる番号すべてに○ 21. 後発医薬品の調剤数量割合が50%超 22. 処方箋の受付回数が月600回以下 23. 直近1ヶ月の処方箋受付回数の5割以上が先発医薬品変更不可		
⑨後発医薬品調剤体制加算 ※○は1つ	1. 後発医薬品調剤体制加算 1	2. 後発医薬品調剤体制加算 2	
	3. 後発医薬品調剤体制加算 3	4. 届出（算定）なし	
⑩地域支援体制加算 ※○は1つ	1. 地域支援体制加算1	2. 地域支援体制加算2	3. 地域支援体制加算3
	4. 地域支援体制加算4	5. 届出（算定）なし	
⑪「医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置」^{注2}の適用有無 （令和5年7月1日時点） ※○は1つ	1. あり	2. なし	

注2：医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の要件及び評価を見直したもの。（後発医薬品調剤体制加算1又は2を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に+1点。後発医薬品調剤体制加算3を算定する場合であって、追加の施設基準を満たす場合、算定している当該地域支援体制加算に+3点。）

【⑪で「2.なし」（適用なし）と回答した場合にお伺いします。】

⑫特例を適用していない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 後発医薬品調剤体制加算を算定するのが難しいから	
2. 地域支援体制加算を算定するのが難しいから	
3. 地域において、医療機関や薬局と協力して安定供給に資する取組を実施していないから	
4. 特例措置を知らなかったから	
5. その他（具体的に： _____）	

【すべての方にお伺いします。】

⑬特例措置の算定の有無にかかわらず、貴施設で実施している医薬品の安定供給に関連する取組は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 地域の薬局間での医薬品の在庫状況の共有	
2. 地域の薬局間での医薬品の融通	
3. 医療機関への情報提供（医薬品供給の状況、自局の在庫状況等）	
4. 医療機関との処方内容の調整	
5. 医薬品の供給情報等に関する行政機関（都道府県、保健所等）との連携	
6. その他（具体的に： _____）	

3. 後発医薬品の使用促進に関してお伺いします。

①患者が後発医薬品を希望しないことはありますか。 ※○は1つ	1. ある	2. ない
--------------------------------	-------	-------

【②は前記①で「1.ある」と回答した場合にお伺いします】

②患者が後発医薬品を希望しない理由として最も多いものは何ですか。 ※○は1つ
1. 医師が処方した先発医薬品が良いから
2. 報道等により、後発医薬品について不安を感じるから
3. 後発医薬品に対する不信感があるから
4. 後発医薬品の使用感（味、色、剤形、粘着力等）に不満があるから
5. 使い慣れている等の理由により、過去に使用経験のある医薬品を希望するから
6. 後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
7. その他（具体的に： _____)

【すべての方にお伺いします。】

③今後、どのような対応がなされれば、開設者・管理者の立場として後発医薬品の調剤を積極的に進めることができると 思いますか。 ※あてはまる番号すべてに○
--

1. 厚生労働省による、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・卸による情報提供体制の確保
3. 後発医薬品に関する安定供給体制の確保
4. 後発医薬品の価格のバラツキや品目数の整理統合
5. 後発医薬品に対する患者の理解の向上
6. 後発医薬品を調剤する際の診療報酬上の評価
7. 後発医薬品の出荷停止・出荷調整等を含む安定供給に係る特例措置
8. 医療機関が変更不可とした具体的な理由の明確化
9. 後発医薬品の原薬、製剤に関する製造方法、製造場所、製造国、共同開発などの情報開示
10. その他（具体的に： _____)
11. 特に対応は必要ない →⑤へ

④前記③の選択肢 1. ～10. 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貴薬局で、後発医薬品の使用を進める上で医師に望むことはありますか。 ※あてはまる番号すべてに○
--

1. 患者への積極的な働きかけ
2. 薬局において後発医薬品への変更調剤を行うこと
3. 患者が後発医薬品の使用を希望している場合、処方箋に変更不可の署名を行わないこと
4. 変更不可とする具体的な理由をお薬手帳や処方箋等により示すこと
5. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと
6. 一般名処方とすること
7. お薬手帳への記載以外の医療機関（医師）へ調剤した薬品の銘柄等に関する情報提供を不要とすること
8. 疑義照会への誠実な対応
9. 後発医薬品に対する理解
10. その他（具体的に： _____)
11. 医師に望むことは特にない →質問4へ

⑥前記⑤の選択肢 1. ～10. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	
---	--

4. 一般名処方の状況等についてお伺いします。

①1年前と比較して一般名処方の件数に変化はありましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
②一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかったことがありますか。 ※〇は1つ	1. ある	2. ない	

【②で「1. ある」と回答した場合にお伺いします。】

③一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由の件数 ^{注1} ※令和5年6月			
1)患者の意向	2)保険薬局の備蓄	3) 後発医薬品なし	4)その他
() 件	() 件	() 件	() 件
④1年前と比較して一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合の理由に変化はありましたか。 ※〇は1つ			
④-1. 患者の意向	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
④-2. 保険薬局の備蓄	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
④-3. 後発医薬品なし	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

注1: 本項目は、区分10の3の2(3)カに規定する、一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載することとしているところの件数。

5. 貴薬局での後発医薬品の備蓄状況等についてお伺いします。

(1)調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします。 ※令和5年7月1日または把握可能な直近月の初日時点についてご記入ください。 ※正確な数がわからない場合は、概数でご記入ください。 ※規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。			
① 調剤用医薬品備蓄品目数(全医薬品)	約 () 品目		
② 前記①のうち、先発医薬品(バイオ医薬品は除く)	約 () 品目		
③ 前記①のうち、後発医薬品(バイオ医薬品は除く)	約 () 品目		
④ 前記①のうち、先行バイオ医薬品	約 () 品目		
⑤ 前記①のうち、バイオ後続品	約 () 品目		
(2)1年前と比較した備蓄品目数の変化についてお伺いします。			
⑥先発医薬品(バイオ医薬品は除く)の備蓄品目数は増えましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑦後発医薬品(バイオ医薬品は除く)の備蓄品目数は増えましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑧先行バイオ医薬品の備蓄品目数は増えましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑨バイオ後続品の備蓄品目数は増えましたか。 ※〇は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑩後発医薬品の使用促進について、国や地方自治体、製薬会社、医療関係者、国民においてどのような取組を行うことが効果的と考えますか。ご意見を自由にお書きください。			

6. 貴薬局におけるバイオ後続品への対応状況についてお伺いします。

注：バイオ後続品とは、国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（以下「先行バイオ医薬品」という。）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

本調査における「バイオ後続品」には、後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（いわゆるバイオAG、先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を含みます。

表1 国内でバイオ後続品が承認されている先行バイオ医薬品のうち在宅自己注射可能なもの

先行バイオ医薬品の一般的な名称	先行バイオ医薬品 販売名
ソマトロピン	ジェントロピン
フィルグラスチム	グラン
インスリン グラルギン	ランタス
エタネルセプト	エンブレル
テリパラチド	フォルテオ
インスリン リスプロ	ヒューマログ
インスリン アスパルト	ノボラピッド
アダリムマブ	ヒュミラ

①バイオ医薬品(表1に示す先行バイオ医薬品・及びそのバイオ後続品)のうち、貴薬局が備蓄している医薬品、及び令和5年6月1か月間で調剤した医薬品は何ですか。※あてはまる項目すべてに○

	備蓄している医薬品		調剤した医薬品(令和5年6月1か月間)	
	先行バイオ医薬品	バイオ後続品	先行バイオ医薬品	バイオ後続品
1) ソマトロピン	1	1	1	1
2) フィルグラスチム	2	2	2	2
3) インスリン グラルギン	3	3	3	3
4) エタネルセプト	4	4	4	4
5) テリパラチド	5	5	5	5
6) インスリン リスプロ	6	6	6	6
7) インスリン アスパルト	7	7	7	7
8) アダリムマブ	8	8	8	8
9) 備蓄及び調剤した医薬品はない	9	9	9	9

令和5年6月1日(木)～6月30日(金)の1か月間に受け付けた処方箋に関して、表1に示すバイオ後続品に係る状況についてお尋ねします。 ※1枚の処方箋に下記③～⑥が重複して含まれている場合、各々1枚とカウントしてください。

②表1に示すバイオ後続品を調剤した処方箋枚数	() 枚
③前記②のうち、表1に示すバイオ医薬品の「先行バイオ医薬品 販売名」で処方され、「変更不可」となっていない ^{注1} 医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	() 枚
④前記②のうち、バイオ後続品の販売名 ^{注2} で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	() 枚
⑤前記②のうち、バイオ後続品の一般的な名称 ^{注3} で処方されている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	() 枚
⑥前記②のうち、バイオ医薬品の一般的な名称に「(遺伝子組換え)」が記載されていない医薬品名 ^{注4} の処方箋が1品目でもある処方箋の枚数	() 枚

注1：処方医が「個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとなっている。

注2：バイオ後続品の販売名とは、「●●● BS注射液 含量 会社名」と記載されたものをいう。

注3：バイオ後続品の一般的な名称とは、「○○○(遺伝子組換え)[●●●後続1]」と記載されたものをいう。

注4：バイオ医薬品の一般的な名称で「(遺伝子組換え)」が記載されていない医薬品名とは、「○○○(遺伝子組換え)」の○○○部分のみが記載されたものをいう。

【すべての方にお伺いします。】

⑦バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤したことはありますか。 ※○は1つ	
1. ある →質問⑦-1へ	2. ない →質問⑧へ

【前記⑦で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

⑦-1 バイオ医薬品が新規で処方された患者に、バイオ後続品を調剤したことがある医薬品を回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. ソマトロピン	2. フィルグラスチム	3. インスリン グラルギン	4. エタネルセプト
5. テリパラチド	6. インスリン リスプロ	7. インスリン アスパルト	8. アダリムマブ
⑦-2 バイオ後続品を調剤した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望したから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから		
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから		
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから		
7. いわゆるバイオAG ^{注5} であったから			
8. その他（具体的に： _____）			
⑦-3 前記⑦-2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。			

注5：後発医薬品として承認されたバイオ医薬品（先行品工場で製造された先行品と同一のバイオ医薬品）を指します。

【前記⑦で「2. ない」を選択した方にお伺いします。】

⑧バイオ後続品を調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから	
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等/同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないから	
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから	
4. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから	
5. バイオ後続品の説明に時間がかかるから	
6. 患者の費用負担が変わらないから	
7. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから	
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから	
9. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから	
10. 疑義照会が必要だから	
11. バイオ後続品調剤対象となる患者がいないから	
12. その他（具体的に： _____）	
⑨前記⑧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。	

【すべての方にお伺いします。】

⑩既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことはありますか。 ※○は1つ	
1. ある →質問⑩-1へ	2. ない →質問⑪へ

【前記⑩で「1.ある」を選択した方にお伺いします。】

⑩-1 既に先行バイオ医薬品を使用している患者に、先行バイオ医薬品からバイオ後続品に変更調剤したことがある医薬品を回答ください。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. ソマトロピン	2. フィルグラスチム	3. インスリン グラルギン	4. エタネルセプト
5. テリパラチド	6. インスリン リスプロ	7. インスリン アスパルト	8. アダリムマブ
⑩-2 バイオ後続品を調剤した理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. 患者がバイオ後続品の使用を希望したから	2. 患者の経済的負担が軽減できるから		
3. 診療報酬上の評価があるから	4. 経営上のメリットがあるから		
5. 医療費削減につながるから	6. 国がバイオ後続品の使用促進を図っているから		
7. いわゆるバイオAGであったから			
8. その他（具体的に： _____）			
⑩-3 前記⑩-2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。			

【前記⑩で「2. ない」を選択した方にお伺いします。】

⑪バイオ後続品を調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから	
2. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないから	
3. バイオ後続品の安定供給に不安があるから	
4. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから	
5. バイオ後続品の説明に時間がかかるから	
6. 患者の費用負担が変わらないから	
7. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから	
8. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なるから	
9. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから	
10. 疑義照会が必要だから	
11. バイオ後続品調剤対象となる患者がいらないから	
12. その他（具体的に： _____）	
⑫前記⑪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。	

【すべての方にお伺いします。】

⑬バイオ後続品の調剤について、最も近いものはどれですか。 ※○は1つ	
1. 全般的に、積極的にバイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる	
2. 患者によって、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる	
3. 新規でバイオ医薬品が処方された患者に、バイオ後続品の説明をして調剤するように取り組んでいる	
4. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない →質問⑭へ	

【前記⑬で「4.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方にお伺いします。】

⑭バイオ後続品を積極的には調剤しない理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問があるから	
2. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の違いが分からないから	
3. バイオ後続品は、先発品（先行バイオ医薬品）と同等／同質の品質・安全性・有効性を有するが同一ではないから	
4. バイオ後続品の安定供給に不安があるから	
5. バイオ後続品に関する情報提供が不足しているから →不足している情報を具体的に(_____)	
6. 患者への普及啓発が不足しているから	
7. バイオ後続品の説明に時間がかかるから	
8. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから（自己注射）	
9. 患者の費用負担が変わらないから	
10. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから	
11. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品のデバイスのタイプが異なり、バイオ後続品を採用できないことがあるから	
12. 後発医薬品調剤体制加算のような調剤報酬上のメリットがないから	
13. 在庫管理の負担が大きいから	
14. 経営者（会社）の方針だから	
15. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄するのは困難だから	
16. 処方箋に変更不可のチェックが付いており、バイオ後続品を調剤できないから	
17. バイオ後続品調剤対象となる患者がいらないから	
18. その他(具体的に _____)	
⑮前記⑭の選択肢 1. ～18. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

⑩バイオ後続品の処方箋表記について、どのような記載を望みますか。 ※〇は1つ

1. バイオ後続品の販売名（例：「●●● B S注射液 含量 会社名」）
2. バイオ後続品の一般的名称（「〇〇〇（遺伝子組換え） [●●●後続1]」）
3. バイオ後続品の一般的名称だが（遺伝子組換え）と記載しない（「〇〇〇 [●●●後続1]」）
4. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の販売名
5. 変更不可欄にチェックを入れずに先行品の一般的名称（「〇〇〇（遺伝子組換え）」）
6. その他（具体的に： _____）

⑪今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用を進めてよいと考えますか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 調剤報酬を含む経営的メリットがあること
2. 患者負担の軽減がより明確になること
3. 医師、薬剤師への国からのバイオ後続品に関する情報の周知
4. 国からの国民への啓発と患者の理解
5. バイオ後続品企業から医師、薬剤師への情報提供
6. バイオ後続品の安定供給
7. バイオ後続品の在庫負担の軽減
8. バイオ後続品の品目数の増加
9. 先行バイオ医薬品からバイオ後続品に切り替えを含む臨床試験データの充実やガイドライン等の整備
10. その他（具体的に： _____）
11. バイオ後続品の普及の必要はない →質問⑩へ

⑫前記⑪の選択肢 1. ~10.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

⑬患者からバイオ後続品に関する相談を受けたことはありますか ※〇は1つ

1. ある →質問⑫へ
2. ない →質問⑫へ

【⑫は前記⑬で「1.ある」と回答した場合にお伺いします。】

⑭患者からバイオ後続品に関するどのような相談を受けましたか ※あてはまる番号すべてに〇

1. バイオ後続品そのものに関する相談（患者がバイオ後続品を知らない場合など）
2. バイオ後続品の品質・有効性及び安全性に関する相談
3. バイオ医薬品全般に関する相談（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）
4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する相談
5. 患者負担に関する相談
6. その他（具体的に： _____）

⑮前記⑭の選択肢 1. ~6.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

【すべての方にお伺いします。】

⑯バイオ後続品について患者へ説明するにあたり、薬剤師の立場で特に必要と考える情報に〇をつけてください。
※あてはまる番号すべてに〇

1. バイオ後続品そのものに関する情報（患者がバイオ後続品を知らない場合など）
2. バイオ後続品の安全性に関する情報
3. バイオ医薬品全般に関する情報（患者がバイオ医薬品を知らない場合など）
4. 先行バイオ医薬品とデバイスが異なる場合の使用方法に関する情報
5. 患者負担に関する情報
6. その他（具体的に： _____）
7. 特になし

⑰前記⑯の選択肢 1. ~6.のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。

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。
お手数をおかけいたしますが、**令和5年8月31日（木）**までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

令和5年7月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（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）の改定を行っています。

令和4年4月の診療報酬改定では、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的として診療報酬改定が行われました。こうした診療報酬改定の影響・効果を検証し、次期診療報酬改定の充実につなげるため、この度、厚生労働省では、「後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に関する意識調査」を行うこととしました。

本調査は、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用について、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

- ・ この調査は、病院・診療所を受診し、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、**令和5年8月31日(木)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便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。調査票の各設問では、「○は1つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。
- ・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

(→裏面へ続きます)

(患者票)

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けたPwCコンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等に開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している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）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2023-04-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-664-766（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)
後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 患者票

※この患者票は、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、()内には具体的な数字や内容・理由などを記入ください。

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、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、お伺いします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者本人(代筆の場合も含む)	2. 本人以外のご家族(具体的に:)
3. その他(具体的に:)	

1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

①性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性			
②年代 ※○は1つだけ	1. 9歳以下	2. 10代	3. 20代	4. 30代	5. 40代
	6. 50代	7. 60代	8. 70代	9. 80代	10. 90歳以上
③お住まい	()都・道・府・県				

以降の設問についても、全て患者さんのことをお答えください(ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください)

④お手持ちの健康保険証の種類 ※○は1つだけ ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。	
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(具体的に:)
7. わからない	
⑤医療費の自己負担額(医療機関や薬局の窓口で支払う金額)がありますか。 ※○は1つだけ	
1. ある	2. ない
⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ ※かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。	
1. いる	2. いない
⑦薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ	
1. いる	2. いない
⑧病気の治療や管理のため、注射剤(抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬など)を、あなたご自身で注射していますか。 ※○は1つだけ	
1. している	2. していない

2. 本日の状況等についてお伺いします。

①本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(一部負担金)は、いくらでしたか。 ※ない場合は「0」とお書きください。	() 円
②本日、薬局の窓口で支払った自己負担額(前記①の額)がどのくらい安くなれば、今後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 ※自己負担額が0円の方は回答不要です。	
1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい	
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい	
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい → (安くなる金額の目安:) 円程度)	
4. いくら安くなっても使用したくない	
5. わからない	
6. その他 (具体的に:)	

【前記②で「4.いくら安くなっても使用したくない」と回答した方にお伺いします。】

②-1ジェネリック医薬品を使用したくないと思われる具体的なきっかけがあれば教えてください。 ※あてはまる番号すべてに○	
1. 具体的なきっかけはない	
2. ジェネリック医薬品に切り替えて、副作用の点で違いを感じたことがあるから	
3. ジェネリック医薬品に切り替えて、効き目の違いを感じたことがあるから	
4. ジェネリック医薬品に切り替えて、使用感の違いを感じたことがあるから	
5. その他 (具体的に:)	

3. ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについてお伺いします。ここからは、本日のことだけでなく、今までのご経験についてお答えください。

①ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※○は1つだけ		
1. 知っていた	2. 名前は聞いたことがあった	3. 知らなかった
②今までにジェネリック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	3. わからない
③医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。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
④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。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない
⑤薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	
⑥今までに、先発医薬品からジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※○は1つだけ		
1. ある	2. ない	3. わからない

【前記⑥で「1. ある」と回答した方にお伺いします。】

⑥-1ジェネリック医薬品に変更したきっかけは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. かかりつけ医からの説明	2. かかりつけ医以外の医師からの説明
3. かかりつけ薬剤師からの説明	4. かかりつけ薬剤師以外の薬剤師からの説明
5. 家族・知人等からのすすめ	6. 薬剤情報提供文書 ^{注1} を受け取って
7. ジェネリック医薬品希望カードを受け取って	
8. ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等) ^{注2} を受け取って	
9. 健保組合・市町村国保等の保険者からのお知らせを受け取って	
10. テレビ CM 等の広告を見て	11. その他 (具体的に:)

注1:薬剤情報提供文書とは

保険薬局から調剤したお薬と一緒に渡される文書で、薬の名前や写真、効能・効果、用法、副作用、注意事項などが書かれています。平成24年4月以降、ジェネリック医薬品についての説明(ジェネリック医薬品の有無や価格など)もこの文書に記載し、患者に情報提供することとなりました。

注2:ジェネリック医薬品軽減額通知(差額通知等)とは

処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより、どのくらい薬代(薬剤料)の自己負担額が軽減されるかを健康保険組合や市町村国保などの保険者が具体的に試算して、例えば「ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ」のような名前で通知してくれるサービスです。

【すべての方にお伺いします。】

⑦今までに、ジェネリック医薬品から先発医薬品や他のジェネリック医薬品に変更したお薬はありますか。 ※〇は1つだけ	
1. 先発医薬品に変更したことがある	2. 他のジェネリック医薬品に変更したことがある
3. 変更したことはない	4. わからない
⑧あなたは「バイオ後続品(バイオシミラー)」 ^{注3} という名称を知っていますか。 ※〇は1つだけ	
1. 知っている	2. 知らない

注3:バイオ後続品(バイオシミラー)とは国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等/同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

【前記⑧で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。】

⑧-1「バイオ後続品(バイオシミラー)」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	3. わからない
⑨「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ		
1. できればバイオ後続品を使用したい	2. とりあえずバイオ後続品を試してみたい	
3. バイオ後続品かどうかにはこだわらない	4. できればバイオ後続品を使いたくない	
5. わからない		

【前記⑨で1.~3. を選択(バイオ後続品を使用してもよいと回答)した方にお伺いします。】

⑨-1「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したい、使用してもよいと考える理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに〇	
1. 過去に医師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい	
2. 過去に薬剤師から十分な説明を受けた、又は今後説明を受けられれば使用してもよい	
3. バイオ後続品でも効果(効き目)が同じであるから	
4. 使用感(注入器の使い勝手など)がよかった、使用経験はないが使いやすいそうだから	
5. 副作用の不安が少ないから	
6. 窓口で支払う薬代が安くなるから	
7. 少しでも医療財政の節約に貢献できるから	
8. その他(具体的に: _____)	

【すべての方にお伺いします。】

⑩本日、薬局の窓口で支払った自己負担額がどのくらい安くなれば、今後「バイオ後続品(バイオシミラー)」を使用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ ※本日の自己負担額が0円の方は回答不要です。	
1. いくら安くなるかにかかわらず、使用したい	
2. 少しでも安くなるのであれば使用したい	
3. 本日支払った金額よりも一定額安くなるのであれば使用したい → (安くなる金額の目安: _____ 円程度)	
4. いくら安くなっても使用したくない	
5. わからない	
6. その他(具体的に: _____)	

4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考えや、使用促進の取組についてお伺いします。

①ジェネリック医薬品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. できればジェネリック医薬品を使いたい	
2. とりあえずジェネリック医薬品を試してみたい	
3. できればジェネリック医薬品を使いたくない	
4. ジェネリック医薬品や先発医薬品にはこだわらない	
5. わからない	
②あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重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）が先発医薬品と同じであること	
2. 使用感（味を含む）がよいこと	
3. 副作用の不安が少ないこと	
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること	
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること	
6. 医師のすすめがあること	
7. 薬剤師のすすめがあること	
8. 窓口で支払う薬代が安くなること	
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること	
10. その他（具体的に： _____)	
11. 特にない	
③前記②の選択肢 1.～10.のうち、最も重要なことは何ですか。 あてはまる番号を1つだけお書きください。	

【すべての方にお伺いします。】

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をお伺いします。

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。
 お手数をおかけいたしますが、**令和5年8月31日（木）**までに専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。

(保険薬局)
令和5年7月

開設者様
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の
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栄のことと存じ上げます。社会保険の運営につきまして、日ごろ格別のご協力を頂き大変有り難く存じます。また、新型コロナウイルス感染症への対応のため、日々医療現場等の前線において尽力されている医療従事者の皆様に、心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

さて、令和4年10月から、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設けられました。

今般、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では、今般の診療報酬改定による影響等を検証するために、全国の医療機関、保険薬局、患者の方を対象に、オンライン資格確認システム等を通じた患者情報の活用状況や今回改定による影響等を把握することを目的に、本調査を実施することとなりました。**本調査の結果は、中医協における診療報酬改定の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、ご多用の折、誠に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、厚生労働省からの委託により、PwC コンサルティング合同会社が実施しますので、調査についてご不明な点等がございましたら、下記連絡先にお問い合わせください。

謹白

令和5年8月31日(木)までに「返信用封筒（切手不要）」にてご返送いただくか、電子調査票を下記のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査実施要領をご参照ください。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp_cons_kensho2023-05-mbx@pwc.com
【電子調査票の送付先】jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com（受信専用）
電子調査票の入手元：https://kensho2023.jp/

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-787-251（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

開設者様・管理者様

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査)

「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査 〈保険薬局票〉〈患者票〉」調査実施要領

本調査では、令和4年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査」を実施いたします。

このため、次のものを同封させていただきました。内容をご確認いただき、本要領に基づき、**保険薬局票**（貴薬局でご回答頂く調査票）のご回答、**患者票**（該当する患者に貴薬局より配付頂き、患者・家族等にご回答頂く調査票）の対象者への配布をいただきますよう、ご協力の程何卒宜しくお願ひ申し上げます。

なお、災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

記

1 封入物一覧

① 依頼状（貴薬局向け・白色）	1部	}	保険薬局調査分
② 調査実施要領（本状）	1部		
③ 保険薬局票（白色）	1部		
④ 返信用封筒（貴薬局向け・茶色）	1部		
⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色）	2部	}	患者調査分
⑥ 患者票（クリーム色）	2部		
⑦ 返信用封筒（患者向け・クリーム色）	2部		

(1) 保険薬局票（白色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 本調査は、保険薬局の開設者・管理者の方、ならびに貴薬局のオンライン資格確認やマイナンバーカードの健康保険証利用における診療・薬剤情報等の活用状況等を把握している方にご回答をお願い申し上げます。

■ ご用意いただく書類

- ① 依頼状（貴薬局向け・白色） 1部
- ② 調査実施要領（本状） 1部
- ③ 保険薬局票（白色） 1部
- ④ 返信用封筒（茶色） 1部

■ 回答方法

- ✓ 紙の調査票をお送りしていますが、電子調査票で回答することも可能です。いずれか回答しやすい方法でご回答ください。

【紙の調査票で回答する場合】

- ✓ 紙の調査票にご記入の上、専用の返信用封筒（切手不要）に封入のうえ、お近くのポストに投函してください。
- ✓ なお、封筒の受付先は、PwC コンサルティング合同会社から委託した株式会社サーベイリサーチセンターとなっております。

【電子調査票で回答する場合】

- ✓ 下記の「電子調査票の入手元」に示すアドレスのウェブサイトアクセスし、画面上で紙の調査票の右上に記載の ID 番号を入力の上、掲示されている電子調査票をダウンロードし、**必ず電子調査票1頁目の右上に ID 番号を記入の上**、ご回答ください。
- ✓ 回答後は、電子メールに添付し、**必ずメールの件名(タイトル)に、ID 番号と“調査票の送付”を記入の上**、下記の「電子調査票の送付先」に示すメールアドレス宛にご送信ください。

電子調査票の入手元	https://kensho2023.jp/
電子調査票の送付先	jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com

- ✓ 紙の調査票は提出せず、電子調査票の送信後、破棄してください。

■ 回答期限

- ✓ **令和5年8月31日(木)まで**にポストに投函するか上記メールアドレスに送信ください。

(2) 患者票（クリーム色の調査票）

■ 対象者

- ✓ 調査日に貴薬局に来局した患者の方 2名

■ 配布していただく書類（患者1名あたり）

- ⑤ 依頼状（患者向け・クリーム色） 1部
- ⑥ 患者票（クリーム色） 1部
- ⑦ 返信用封筒（クリーム色） 1部

■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、令和5年7月26日(水)から令和5年8月31日(木)までの特定の1日を調査日として決めた上で、調査日の午前・午後それぞれに最初に来局された方に調査票等一式を配布してください。午前・午後それぞれの時間帯に来局者がなかった場合は、調査日を翌日に変更し、同様に患者にお渡しください。
- ✓ 調査期間中に調剤をしていない場合は、調査期間に最も近い平日を調査日に設定してください。
- ✓ 対象となる患者が人数に満たない等の理由により、不要となった患者票が生じた場合は、お手数ですが、貴薬局にて破棄してください。
- ✓ 正確な実態把握のため、患者からの質問等がございましたら「依頼状(患者向け)」に記載の調査事務局まで直接ご連絡いただきますよう、ご案内ください。
- ✓ 患者に配布いただく「患者票」については、電子調査票の配布はありません。
- ✓ ご記入いただいた患者票は、返信用封筒にて、患者ご自身により事務局へご提出いただくよう、依頼してください。

3 お問い合わせ先

- ✓ 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。

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-05-mbx@pwc.com

【電子調査票の送付先】 jp_cons_kensho2023-mbx@pwc.com (受信専用)

電子調査票の入手元 : <https://kensho2023.jp/>

※電話は混み合う場合もございますので、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 : 0120-787-251 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

以上

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査) オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

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」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。
- ◎特に断りのない限り、令和5年7月1日現在の貴施設の状況についてお答えください。
- ◎災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

◎ 貴薬局の状況についてお伺いします。(令和5年7月1日現在)

問1 所在地(都道府県・市区町村)	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村		
問2 開設者 ※○は1つ	01 法人	02 個人	03 その他
問3 開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦 () 年		
問4 貴薬局は、チェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)ですか。 ※○は1つ	01 はい	02 いいえ	
問5 同一グループ(財務上または営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう)等 ^{注1} による薬局店舗数	() 店舗 ※当該店舗を含めてお答えください		
注1 同一グループは次の基準により判断する(調剤基本料の施設基準における同一グループの考え方と同様)。			
1. 保険薬局の事業者の最終親会社 2. 保険薬局の事業者の最終親会社の子会社 3. 保険薬局の事業者の最終親会社の関連会社			
4. 1から3までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者			
問6 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※○は1つ	01 医療機関の近隣にある	02 住宅街にある	03 駅前にある
	04 商店街にある	05 オフィス街にある	
	06 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある	07 医療モールの中にある	
	08 医療機関の敷地内にある	09 ビル診療所と同じ建物内にある	
	10 その他(具体的に: _____)		
問7 令和4年度の調剤基本料の届出状況 ※○は1つ	01 調剤基本料1 02 調剤基本料2 03 調剤基本料3イ		
	04 調剤基本料3ロ 05 調剤基本料3ハ 06 特別調剤基本料		
問7-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字) ※令和5年4月～6月の月平均値	() 回/月		
問8 応需医療機関数(令和5年4月～6月の月平均値)	() 施設		
問9 最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの処方箋枚数割合(期間:令和5年4月～6月 %:4月～6月の月平均値)	() %		
問10 上記問9の集中率が最も高い医療機関の情報についてお伺いします。			
問10-1 診療所・病院の別 ※○は1つ	01 診療所	02 病院	

問 10-2 標榜診療科 ※該当するもの全 てに○	01 内科 ^{注2}	02 外科 ^{注3}	03 精神科	04 小児科
	05 皮膚科	06 泌尿器科	07 産婦人科・産科	08 眼科
	09 耳鼻咽喉科	10 放射線科	11 脳神経外科	12 整形外科
	13 麻酔科	14 救急科	15 歯科・歯科口腔外科 ^{注4}	16 リハビリテーション科
	17 その他（具体的に）			

注2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「01 内科」としてご回答ください。

注3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「02 外科」としてご回答ください。

注4 小児歯科、矯正歯科は、「15 歯科・歯科口腔外科」としてご回答ください。

◎ オンライン資格確認システム等の利用状況についてお伺いします。

問 11 オンライン資格確認等システムの導入状況をご回答ください。 ※○は 1 つ		
01 稼働中	02 準備中のため稼働していない	03 義務化対象外のため稼働していない

問 11 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」と回答された場合でも、引き続き問 12 以降をご回答ください。

問 12 レセプトコンピュータの導入状況をご回答ください。 ※○は 1 つ		
01 導入済	02 導入予定	03 導入予定はない

【問 12 で「01 導入済」と回答した場合、問 12-1 にご回答ください】

問 12-1 どのような方法でレセプト請求をしていますか。 ※○は 1 つ		
01 オンライン	02 電子媒体（光ディスク等）	03 紙

【問 12-1 で「02 電子媒体（光ディスク等）」と回答した場合、問 12-2、問 12-3 にご回答ください】

問 12-2 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準である「オンライン請求を行っていること」に関する特例措置として、2023 年 12 月末までにオンライン請求を開始する旨の届出^{注5}をしていますか。 ※○は 1 つ

01 届出済 02 未届出

問 12-3 届出したオンライン請求の開始予定時期をご回答ください。（届出に記載の開始時期を記入）

西暦（ ）年（ ）月

注5 医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関・薬局の施設基準として、オンライン請求を行っていることが要件とされているところ、オンライン請求を行っていない保険医療機関・薬局がオンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行った場合には、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなされる。

問 11 で「02 準備中のため稼働していない」または「03 義務化対象外のため稼働していない」、問 12-1 で「03 紙」と回答した施設（いわゆるオンライン資格確認システムの義務化対象外の施設）におかれましては、質問は以上です。ご協力ありがとうございました。それ以外の施設におかれましては、引き続き問 13 以降にご回答ください。

問 13 医療情報・システム基盤整備体制充実加算における施設基準 ^{注6} を満たしていますか。 ※○は 1 つ	
01 満たしている（特例措置を含む）	02 満たしていない

注6 (1)電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること。オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと。
(3)医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。(イ)オンライン資格確認を行う体制を有していること。(ロ)当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤を行うこと。

【問 13 で「01 満たしている（特例措置を含む）」と回答した場合、問 13-1～問 13-3 にご回答ください】		
問 13-1 令和 5 年 4 月～6 月末における医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定件数の合計（3 か月分）をご回答ください。算定がない場合は「0」（ゼロ）とご記入ください。		
①医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1		件
②医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2		件
【問 13-1 で「①医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1」を 1 件以上算定している場合、問 13-2、問 13-3 にご回答ください】		
問 13-2 「医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1」の算定理由をご回答ください。 ※該当するもの全てに○		
01 患者がマイナンバーカードを持参しなかった 02 マイナンバーカードを持参したが、診療情報等の活用に同意しなかった 03 患者のマイナンバーカードが破損等により利用できなかった 04 その他（具体的に：_____）		
問 13-3 マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報等の取得ではなく、全ての項目を聞き取り等により取得した場合の負担について、ご回答ください。 ※該当するもの 1 つに○		
01 過去の受診歴や薬剤情報等の取得について、マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも業務上の負担がかかった 02 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得と、負担は変わらない 03 マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得よりも負担は軽い 04 わからない		
問 14 マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用状況をご回答ください。 ※○は 1 つ		
01 活用している		02 活用していない
【問 14 で「01 活用している」と回答した場合、問 14-1～問 14-3 にご回答ください】		
問 14-1 マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用内容をご回答ください。		
	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の受診歴（医療機関名、受診歴）の確認		
②患者への診療実績（診療年月日、診療行為名）の確認		
③患者の薬剤情報（過去に服薬した薬の履歴）の確認		
④患者の特定健診情報（40 歳以上の方の健診結果）の確認		
⑤患者の公費負担医療制度等の受給状況の確認		
⑥その他（具体的に：_____）		
問 14-2 マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用について、どのような効果を感じましたか。該当するものをお選びください。		
	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○
①患者の過去の診療情報・薬剤情報・特定健診情報が把握でき、アセスメントがより正確になった		
②薬剤情報の一元管理がしやすくなり、アセスメントに要する時間の短縮につながった		
③薬を調剤する際、患者の薬剤情報を参考にして、重複投薬や併用禁忌を避けることができた		
④薬を調剤する際、患者の薬剤情報を参考にして、処方医への疑義照会につながった		
⑤患者の公費負担医療制度等の受給状況の確認につながった		
⑥その他（具体的に：_____）		
⑦特にない・わからない		

問 14-3 マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用に関し患者にとってどのようなメリットがあると感じていますか。該当するものをお選びください。			
	該当するもの全てに○	最大のもの一つに○	
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減った			
②問診票に記載する内容が少なくなり手間が減った			
③医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用された			
④複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できた			
⑤その他（具体的に：_____）			
⑥特にない・わからない			
問 15 電子処方箋の導入状況をご回答ください。 ※○は1つ			
01 導入済	02 導入予定	03 導入予定はない	
【問 15 で「01 導入済」と回答した場合、問 15-1 にご回答ください】			
問 15-1 令和5年4月～6月末の電子処方箋の受付実績件数の合計（3か月分）をご回答ください。			
01 受付実績あり（ _____ 件）	02 受付実績なし		
【問 15 で「02 導入予定」と回答した場合、問 15-2 にご回答ください】			
問 15-2 電子処方箋の導入予定時期をご回答ください。	西暦（ _____ ）年（ _____ ）月		
問 16 電子薬歴システムの導入状況をご回答ください。 ※○は1つ		01 導入済	02 未導入
【問 16 で「01 導入済」かつ問 15（電子処方箋の導入状況）で「01 導入済」と回答した場合、問 16-1 にご回答ください】			
問 16-1 電子処方箋システムから電子薬歴システムに情報が自動転記されるよう連携していますか。 ※○は1つ *一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。			
01 自動転記できるよう連携している （一部の情報のみ自動転記で連携している）	02 自動転記されないが閲覧が可能である （※PDF等でダウンロードした閲覧も含む）		
03 連携していない（02の場合を除く）			
【問 16 で「01 導入済」かつ問 11（オンライン資格確認等システムの導入状況）で「01 稼働中」と回答した場合、問 16-2、問 16-3 にご回答ください】			
問 16-2 オンライン資格確認等システムから電子薬歴システムに情報（資格情報や診療情報・薬剤情報・特定健診情報等）が自動転記されるよう連携していますか。 ※○は1つ *一部の情報のみでも自動転記される場合は「01」をお選びください。			
01 自動転記できるよう連携している （一部の情報のみ自動転記で連携している）	02 自動転記されないが閲覧が可能である （※PDF等でダウンロードした閲覧も含む）		
03 連携していない（02の場合を除く）			
【問 16-2 で「01」または「02」と回答した場合、問 16-3 にご回答ください】			
問 16-3 自動転記または閲覧が可能な情報として該当するものをお選びください。 ※該当するもの全てに○			
①自動転記している情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等
②閲覧可能な情報	01 資格情報	02 診療・薬剤情報	03 特定健診情報等
問 17 電子版お薬手帳のシステムの導入状況をご回答ください。 ※○は1つ			
01 導入済	02 導入予定	03 導入する予定はない	
【問 17 で「01 導入済」または「02 導入予定」と回答した場合、問 17-1 にご回答ください】			
問 17-1 電子版お薬手帳のシステムはマイナポータル API 連携を実施していますか。 ※○は1つ *マイナポータル API とは、外部の WEB サービスのシステム（電子版お薬手帳）からマイナポータルにアクセスしてその機能を活用できるようにするものです。マイナポータル API 連携やシステムの対応状況についてわからない場合は、電子お薬手帳システムベンダーにご照会ください。			
01 連携している	02 連携する予定がある	03 連携する予定はない	

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒で令和5年8月31日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

令和5年7月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和5年度調査）
「オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の
実施状況調査」へのご協力をお願い

本日は、お疲れのところ、大変貴重なお時間をいただき、誠にありがとうございます。厚生労働省では、診療の実態を勘案しつつ、安定的な医療提供体制を支え、より適切な医療サービスが提供されるよう、2年ごとに診療報酬（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）の改定を行っています。

令和4年10月から、オンライン資格確認等システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認等システムを通じて患者の薬剤情報または特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価する「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」が設けられました。

本調査は、オンライン資格確認システムを通じた患者情報の活用等に関して、その現状と効果や今後の課題等を把握することを目的とし、改定の検証結果を医療サービスのさらなる充実・強化に役立てるために実施するものであり、次の要領により皆様にご協力をお願いすることとしております。

対象者

- ・ この調査は、全国の医療機関を受診した患者の方、処方箋を薬局にお持ちになった患者の方が対象となっております。

回答期限・返送方法

- ・ お手数ではございますが、**令和5年8月31日(木)まで**に同封の返信用封筒（切手不要）にて、直接、お近くの郵便ポストにご投函ください。

(→裏面へ続きます)

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。調査票の各設問では、「○は1つだけ」、「あてはまる番号すべてに○」等の指定がありますので、指定の方法にて回答を選択してください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。
- ・ ご回答にあたっては、調査票を受け取った際に受診した患者／調剤を受けた患者についての回答をお願いします。

なお、本調査は令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業について厚生労働省から委託を受けた PwC コンサルティング合同会社が実施します。

ご回答いただいた内容はすべて統計的に処理しますので、ご回答をいただいた個人が特定されることは一切ありません。また、ご回答いただいた調査票は調査事務局に直接返送されますので、医師や薬剤師等へ開示されることはございません。

本調査の結果は、診療報酬のあり方を検討している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）」において、患者の方（及びその家族）のご意見を踏まえた実りある今後の議論が行われるための大変貴重な資料として活用されることとなり、厚生労働省が行う診療報酬の充実に役立つものとなります。

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、ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

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

【連絡先】

「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」事務局

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-2-1 Otemachi One タワー
PwC コンサルティング合同会社

E-mail：【調査へのお問合せ先】 jp_cons_kensho2023-05-mbx@pwc.com

※電話は混み合う場合もございますので、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：0120-787-251（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査) オンライン資格確認システムに係る診療報酬上の対応の実施状況調査

ご回答方法

- ◎ この調査票は、患者さんに、マイナンバーカードの利用状況やお考え等をお伺いするものです。
 - ◎ 調査結果は、診療報酬の見直し等について検討するための資料となります。
 - ◎ 本調査のご回答内容は統計的に処理しますので、個人が特定されることはありません。また、医師、歯科医師や薬剤師に個人の回答内容をお知らせすることはありません。
 - ◎ 本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。
 - ◎ 回答はあてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由等をご記入ください。
- ※本調査の医療機関には、歯科診療所も含まれます。

◎ この調査票のご記入者についてお伺いします。

問1 この調査票のご記入者は患者さんご本人ですか。 ※○は1つ	
01 患者ご本人	02 本人以外のご家族等による代筆
【問1で「02 本人以外のご家族等による代筆」と回答した場合、問1-1をご回答ください】	
問1-1 代筆の理由は何ですか。 ※○は1つ	
01 患者ご本人が未成年のため	02 患者ご本人が疾患等の理由により筆跡が困難のため
03 認知症等により本人による回答が困難なため	04 その他（ ）

◎ 患者さんご自身のことについてお伺いします。

問2 性別 ※○は1つ	01 男性	02 女性	
問3 年齢 ※○は1つ	01 10歳代以下	02 20歳代	03 30歳代
	04 40歳代	05 50歳代	06 60歳代
問4 お住まい	（ ）都・道・府・県		

以降の設定についても、全て患者さんのことをお答えください（ご記入者が患者ご本人でない場合も、患者さんについてご回答ください）

◎ 医療機関や保険薬局の利用状況等についてお伺いします。

問5 あなたご自身が、定期的・継続的 ^{注1} に受診している医療機関（病院・診療所[歯科診療所を含む]）、診療科、利用している保険薬局はいくつありますか。 ※定期的・継続的な受診がない場合は「0」とご記入ください 注1 定期的・継続的：180日間（半年間）で複数回			
医療機関（病院・診療所）数：（ ）件	診療科数：（ ）件	保険薬局数：（ ）件	

◎ 患者さんの診察時の状況についてお伺いします。

問6 診察等を受ける際、「過去に服薬したお薬」や「特定健診の結果」、「他で受けた診療内容」を、医師や歯科医師、薬剤師に伝えていますか。 ※○は1つ ※問診表への記載、口頭での説明、お薬手帳の提示等、手段を問いません。	
01 伝えている	02 伝えていない

【問6で「01 伝えている」と回答した場合、問6-1をご回答ください】

問6-1 医師、歯科医師や薬剤師に過去に服薬したお薬の情報等を伝える際、思い出すことが難しいと感じたり、伝えることを面倒だと感じたりすることはありますか。 ※〇は1つ

01 頻繁にある 02 時々ある 03 めったにない

問7 マイナンバーカードを健康保険証として利用してご本人の同意をいただくと、過去に服薬したお薬の情報等を医師、歯科医師や薬剤師に提供できます。このことをご存じでしたか。 ※〇は1つ

01 知っていた 02 知らなかった

問8 マイナンバーカードの健康保険証利用に対応した医療機関・薬局では、診療報酬の加算^{注1}が算定されま
す^{注2}。このことをご存じでしたか。 ※〇は1つ

注1 医療費の自己負担が3割の場合、医療機関の窓口での負担額が6円～18円上乗せになります。

注2 医療機関・薬局によっては算定するための条件を満たさず、加算が算定されない場合もあります。

01 知っていた 02 知らなかった

問9 マイナンバーカードを健康保険証として利用すると、医療費負担が低くなります^{注1}。このことをご存じ
でしたか。 ※〇は1つ

注1 医療費の自己負担が3割の場合、医療機関の窓口での負担額が18円→6円になります。

01 知っていた 02 知らなかった

問10 マイナンバーカードを健康保険証として利用し、窓口負担額が低くなるためには、過去に服薬したお
薬の情報等の患者情報の提供に同意いただくことが必要です。このことをご存じでしたか。

※〇は1つ

01 知っていた 02 知らなかった

◎ マイナンバーカードの健康保険証利用についてお伺いします。

問11 マイナンバーカードをお持ちですか。 ※〇は1つ

01 持っている 02 申請中 03 申請予定 04 持つ予定はない

問12 マイナンバーカードを健康保険証として利用できることを知っていますか。 ※〇は1つ

01 知っている 02 知らない ⇒質問は以上です。

問13 マイナンバーカードを健康保険証として利用する場合、ご存じのメリットをご回答ください。

	該当するもの 全てに〇	最もメリット と考えるもの 一つに〇
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できること		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い/伝え忘れが減ること		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ること		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されること		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できること		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなること		
⑦その他（具体的に：_____）		
⑧特に知らない		

【問 13 で選択肢①～⑦のうち、1 つ以上○をご記入した場合、問 13-1 をご回答ください】	
問 13-1 マイナンバーカードを健康保険証として利用する際のメリットをどのように知りましたか。 ※該当するもの全てに○	
O1 政府広報（HP、YouTube 動画、リーフレット等）	O2 医療機関・薬局内の掲示
O3 加入している医療保険の保険者からの案内	O4 新聞記事やテレビのニュース
O5 インターネットの記事や SNS の投稿	O6 家族・知人
O7 その他（ ）	O8 特になし

問 14 マイナンバーカードを健康保険証として利用したことはありますか。 ※○は1つ	
O1 利用したことがある（今も利用している）	O2 利用したことがない

【問 14 で「O1 利用したことがある（今も利用している）」と回答した場合、問 14-1～問 14-4 をご回答ください】	
問 14-1 マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身の診療情報の活用に同意したことがありますか。 ※○は1つ	
O1 同意したことがある	O2 同意したことがない

【問 14-1 で「O1 同意したことがある」と回答した場合、問 14-2 をご回答ください】	
問 14-2 マイナンバーカードを健康保険証として利用する際、ご自身のどの診療情報の提供に同意しましたか。 ※該当するもの全てに○	
O1 診療／薬剤情報	O2 特定健診情報

問 14-3 マイナンバーカードを健康保険証として登録して以降、本日までに何回利用しましたか。			
①病院	() 回・未受診	②医科診療所	() 回・未受診
③歯科診療所	() 回・未受診	④保険薬局	() 回・未利用

問 14-4 マイナンバーカードの健康保険証利用について、 <u>実際に感じたメリット</u> を教えてください。		
	該当するもの 全てに○	最もメリット と感じたもの 一つに○
①診療情報・薬剤情報・特定健診情報の紙媒体を忘れる等して持参しない場合でも、医療機関・薬局でこれらの情報が確認できたこと		
②診療情報・薬剤情報・特定健診情報の伝え間違い／伝え忘れが減ったこと		
③問診票に記載する内容が少なくなり手間が減ったこと		
④医療スタッフが診察の中で診療情報・薬剤情報・特定健診情報に触れる等して、情報が診察に活用されたこと		
⑤複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題等が分かり処方を調整できたこと		
⑥高額療養費の自己負担上限が窓口で分かるようになり、後日払い戻しの手続きをする必要がなくなったこと		
⑦その他（具体的に： _____）		
⑧特になし		

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。
同封の返信用封筒で令和5年8月31日(木)迄にご返送下さい(切手不要)。

【ご参考】

オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）とは

医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになります。

また、マイナンバーカードを用いた本人確認と患者ご本人の同意のもと、医療機関や薬局において、特定健診情報（40歳以上の方の健診結果）や薬剤情報（お薬の履歴）、診療情報（受けた診療の履歴）を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられます。（患者ご本人のスマートフォン等でマイナポータルを通じて、ご自身の健康・医療情報を閲覧することも可能です。）

より良い医療を受けることができます！

医療機関を受診した際に、お薬の情報や特定健診の結果の提供に同意すると、医師等からご自身の情報に基づいた総合的な診断や重複する投薬を回避した適切な処方を受けることができます。



窓口で限度額以上の支払いが不要になります！

高額な医療費が発生する場合でも、マイナンバーカードを保険証として使うことで、ご自身で高額な医療費を一時的に自己負担したり、役所で限度額適用認定証の書類申請手続きをする必要がなくなります。



マイナポータルで確定申告の医療費控除がカンタンにできます！

マイナポータルから保険医療を受けた記録が参照できるため、領収証を保管・提出する必要がなく、簡単に医療費控除申請の手続きができます。



就職・転職・引越後も健康保険証としてずっと使えます！

新しい健康保険証の発行を待たずに、医療機関・薬局で利用できます。



より詳しい情報はこちらから

