

6 福薬業発第 4 1 6 号  
令和 6 年 1 2 月 2 3 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 6 年度診療報酬改定の結果検証に係る  
特別調査(令和 6 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在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査、②長期処方やリフィル処方の実施状況調査、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、ご協力を宜しくお願い  
いたします。

日薬業発第 343 号  
令和 6 年 12 月 19 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 6 年度診療報酬改定の結果検証に係る  
特別調査(令和 6 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 6 年度診療報酬改定の結果検証調査(令和 6 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在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査(別添 3)、②長期処方やリフィル処方の実施状況調査(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)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は在宅薬学総合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 3,000 施設、②はリフィル処方箋の受付実績がある保険薬局のうち、無作為抽出した保険薬局と、リフィル処方箋の受付実績のない保険薬局、無作為抽出した保険薬局の合計 1,000 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 6 年 12 月 17 日(火)以降順次、調査票が発送され、回答期限は令和 7 年 1 月 24 日(金)までであることを申し添えます。

<別添>

1. 令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）へのご協力をお願い
2. 令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）の概要
3. 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査
4. 長期処方やリフィル処方の実施状況調査
5. 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

令和6年12月

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
(令和6年度調査) へのご協力をお願い

謹啓 時下、皆様におかれましてはますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

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6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、令和6年度診療報酬改定の結果検証について、中医協で議論する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6年度診療報酬改定の結果検証 に係る特別調査（令和6年度調査）の概要

### 1. 件名

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6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6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) 精神医療等の実施状況調査

##### ① 調査の概要

令和6年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設、地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し、精神科入退院支援加算の新設、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し、通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設、児童思春期支援指導加算の新設、心理支援加算の新設並びに精神科在宅患者支援管理料の見直し等を行った。

また、情報通信機器を用いた精神療法に係る評価の新設等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や、関連した取組の実施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

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
病院調査	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、通院精神療法（情報通信機器を用いて行った場合）、精神科在宅患者支援管理料のいずれかの届出をしている病院(A)	1,000 件	無作為抽出

	上記以外の精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料の届出を行っている病院	200 件	無作為抽出
病棟調査 (病院調査の対象施設が対象)	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っている病棟	(A)の対象病院で該当する病棟	悉皆
	精神病棟入院基本料(10 対 1、13 対 1、15 対 1)、精神科療養病棟入院料のいずれかの届出を行っている病棟	1,200 件	1 病院 1 棟
診療所調査	療養生活継続支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、通院精神療法(情報通信機器を用いて行った場合)、精神科在宅患者支援管理料等のいずれかを届け出している診療所	500 件	無作為抽出
患者調査 (入院患者)	令和 6 年 11 月 1 日時点で、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科入退院支援加算のいずれかを算定している患者	3,600 件	1 病院 最大 3 人 <sup>※1</sup>
患者調査 (外来患者)	令和 6 年 11 月 1 日時点で、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、通院精神療法(情報通信機器を用いて行った場合)、のいずれかを算定している患者	3,600 件	1 病院 最大 3 人 <sup>※1</sup>
	精神科訪問看護・指導料の算定患者		
患者調査 (外来患者)	令和 6 年 11 月 1 日時点で、療養生活継続支援加算、心理支援加算、児童思春期支援指導加算、早期診療体制充実加算、通院精神療法(情報通信機器を用いて行った場合)のいずれかを算定している患者	1,500 件	1 診療所 最大 3 人 <sup>※1</sup>
	精神科訪問看護・指導料の算定患者	1,500 件	1 診療所 最大 3 人 <sup>※1</sup>

※1 病院調査・診療所調査に該当した医療機関において診療している患者が該当し、各医療機関において、氏名が50音順で早い患者を選定の上、ご回答をいただく。

## (2) 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査

### ① 調査の概要

令和6年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護を確保する観点から、在宅医療については、ICTを用いた医療情報連携の推進、介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進、往診に関する評価の見直し、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し、訪問栄養食事指導の推進等、在宅歯科医療については、ICTの活用も含めた関係者との連携の推進、歯科訪問診療料や訪問歯科衛生指導料の評価の見直し等、在宅訪問薬剤管理については、在宅訪問を行う薬局の体制評価の新設、ターミナル期の訪問の評価の充実等、訪問看護については、訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進等を行った。

これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や実施状況、関係機関との連携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

### 【医療機関調査】

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
医療機関調査	在宅医療情報連携加算の届出を行っている医療機関(A)	2,500 件	無作為抽出
	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料、在宅療養移行加算、介護保険施設等連携往診加算、協力対象施設入所者入院加算のいずれかの届出を行っている医療機関(B)		
	訪問看護・指導体制充実加算の届出を行っている医療機関	200 件	悉皆
医療機関患者調査	訪問診療を実施した患者(患者票 A・B)	最大 5,400 件	1 施設 最大 2 名 <sup>※1</sup>
	訪問看護・指導を実施した患者(患者票 C・D)	最大 5,400 件	1 施設 最大 2 名 <sup>※2</sup>
連携機関調査 (新)	(A)の連携先である介護サービス事業所等	最大 12,500 件	1 施設 最大 5 件 <sup>※3</sup>

※1 医療機関調査に該当した医療機関において、令和6年11月25日～12月8日の間に訪問診療を実施した患者のうち、氏名が50音順で早い患者を選定し、ご回答をいただく。

※2 医療機関調査に該当した医療機関において、令和6年11月25日～12月8日の間に訪問看護・指導を実施した患者のうち、氏名が50音順で早い患者を選定し、ご回答をいただく。

※3 医療機関調査に該当した医療機関において、在宅医療を提供するにあたって患者情報を共有している連携機関(保険薬局、訪問看護事業所や介護保険施設等)5施設に対し、調査への協力をお願いする依頼状を配布いただき、依頼状の配布を受けた連携機関においてWeb上でご回答をいただく。

### 【歯科医療機関調査】

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
歯科医療機関調査 (A)	在宅療養支援歯科病院または在宅療養支援歯科診療所	2,000 件	無作為 抽出
	上記以外の歯科医療機関	1,000 件	
歯科医療機関 患者調査	(A)が歯科訪問診療を実施した患者	最大 6,000 件	1施設 最大2名 <sup>※1</sup>

※1 歯科医療機関調査に該当した歯科医療機関において、令和6年9月1日～11月30日の間に歯科訪問診療を実施した患者のうち、最初に訪問した患者及び最後に訪問した患者を選定し、ご回答をいただく。

### 【保険薬局調査】

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
保険薬局調査(A)	在宅薬学総合体制加算の届出を行っている保険薬局	3,000 件	無作為 抽出
患者調査	(A)が計画外の訪問薬剤管理指導を行った患者	最大 6,000 件	1施設 最大2名 <sup>※1</sup>

※1 保険薬局調査に該当した薬局において、令和6年11月中に計画外の訪問薬剤管理指導を実施した患者2名(3名以上該当する患者がいる場合は早く訪問した順に2名を選定)について、ご回答をいただく。

### 【訪問看護ステーション調査】

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
施設調査(A)	機能強化型訪問看護ステーション	900 件	悉皆
	上記以外の訪問看護ステーション	1,300 件	無作為 抽出
利用者調査	(A)が訪問看護を実施した患者	最大 8,800 件	1施設 最大4名 <sup>※1</sup>

※1 施設調査に該当した薬局において、令和6年11月25日～12月8日の間に、「医療保険」で訪問看護を行った利用者4名(50音順で氏名が最も早い、① 18歳未満者の利用者1名、② 精神科訪問看護基本療養費を算定している利用者1名、③



①②以外の利用者2名)を選定いただき、ご回答をいただく。

### (3) 長期処方やリフィル処方の実施状況調査

#### ① 調査の概要

令和6年度診療報酬改定において、長期処方及びリフィル処方を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算の見直しが行われた。

また、かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、患者の状況等に合わせ、医師の判断により、長期処方やリフィル処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加した。

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

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
病院調査	A リフィル処方箋の発行実績がある病院	500 件	層化無作為抽出
	B リフィル処方箋の発行実績のない病院	500 件	
診療所調査	C リフィル処方箋の発行実績がある診療所	500 件	層化無作為抽出
	D リフィル処方箋の発行実績のない診療所	500 件	
医師調査	A～D の医療機関に勤務する外来を担当される医師	最大 4,000 件	各施設から最大 2 名 <sup>※1</sup>
保険薬局調査	E リフィル処方箋の受付実績がある保険薬局	500 件	層化無作為抽出
	F リフィル処方箋の受付実績のない保険薬局	500 件	
患者調査	調査期間中に A～D の医療機関及び、E～F の薬局を受診・来局した患者	最大 6,000 件	各施設から最大 2 名 <sup>※2</sup>
患者調査 (インターネット調査)	直近3か月間で保険薬局に処方箋を持って来局した患者	3,000 件	性・年代別に等分 <sup>※3</sup>

※1 リフィル処方箋を発行したことがある医師を把握している病院・診療所においては、「発行したことがある医師1名、発行しなかったことのない医師1名」を、それぞれ無作為に抽出し、調査協力の依頼状を配布いただく。

また、リフィル処方箋を発行したことがある医師を把握していない病院・診療所においては、無作為に2名の医師を抽出し、依頼状を配布いただく。

依頼状の配布を受けた医師ご本人に、Webにてご回答をいただく。

※2 患者調査は、病院・診療所調査の対象となった病院・診療所もしくは保険薬局調査の調査対象となった保険薬局におい

て、1施設あたり患者2名(特定の1日を調査日とし、当該日において午前・午後にそれぞれ最初に来院等された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方)を抽出し、調査票を配布いただく。

調査票の配布を受けた患者ご本人に直接ご回答をいただく。

※3 男女別、年代別(10代以下/20代/30代/40代/50代/60～64歳/65～69歳/70～74歳/75歳以上)の計20区分ごとに150人ずつ割り当て調査を実施する。地域は総務省人口推計の割合に合わせた比例で分配。

#### (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

令和6年度診療報酬改定を受けたバイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進策や長期収載品の保険給付の見直しにより、保険薬局における一般名処方の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について、医薬品の供給状況等の環境の変化も加味し、どのように変化したかを調査・検証するとともに、医師、歯科医師、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。

##### ② 調査対象及び調査客体

調査の種類	調査対象		
	条件	調査件数 (見込み)	抽出方法
保険薬局調査(A)	特段の条件なし	1,500件	無作為抽出
病院調査(B)	特段の条件なし	1,000件	無作為抽出
診療所調査 (医科)	特段の条件なし	1,000件	無作為抽出
診療所調査 (歯科)	・外来後発医薬品使用体制加算の届出がある診療所 ・外来後発医薬品使用体制加算の届出がない診療所	500件	無作為抽出
医師調査	(B)の病院で外来診療を担当される医師 <sup>※1</sup>	最大 2,000件	1施設 最大2名 <sup>※1</sup>
患者調査	(A)の保険薬局に来院した患者	最大 3,000件	1施設 最大2名 <sup>※2</sup>
患者調査 (インターネット 調査)	直近3ヶ月間で保険薬局に処方箋を持って来院した患者	1,000件	性・年代別に 等分 <sup>※3</sup>

※1 医師調査は、病院調査の対象施設において、外来診療を担当する任意の医師2名を抽出し、調査票を配布いただく。調査票の配布を受けた医師に直接ご回答をいただく。

※2 患者調査は、保険薬局調査の調査対象となった保険薬局において、特定の1日を調査対象日として、午前・午後にそれぞれ最初に来院された患者で、調査協力についてご本人の同意が得られた方2名を抽出、調査票を配布いただく。調査票

の配布を受けた患者に直接ご回答をいただく。

※3 男女別、年代別(10代以下/20代/30代/40代/50代/60～64歳/65～69歳/70～74歳/75歳以上)の計20区分ごとに150人ずつ割り当て調査を実施する、地域は総務省人口推計の割合に合わせた比例で分配。

#### 4. 調査スケジュール (予定)

- ① 「精神医療等の実施状況調査」「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」・・・ 12月17日(火)に調査票を発送
  - ② 「長期処方やリフィル処方の実施状況調査」「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」・・・ 12月23日(月)に調査票を発送
- ※ ①②の回答期限は、いずれも令和7年1月24日(金)

#### 5. 調査委託業者

PwCコンサルティング合同会社

※ 令和3年度～令和5年度の診療報酬改定の結果検証調査と同じ委託業者

令和6年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）  
「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
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。

さて、令和6年度の診療報酬改定においては、質の高い在宅訪問薬剤管理を確保する観点から、在宅訪問を行う薬局の体制評価の新設やターミナル期の訪問の評価の充実等を行いました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、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）においては、全国の保険薬局、保険医療機関、患者の方を対象に、在宅訪問薬剤管理の実施状況等に関して、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証する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7年1月24日(金)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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 jp\_cons\_kensho2024-02-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：0120-203-803（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 jp\_cons\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

令和6年12月

開設者様・管理者様

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)

**「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」  
調査実施要領**

本調査では、令和6年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」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**、**患者票（貴薬局にてご記入をお願い致します。）**へご回答いただき、ご回答後、記入をいただいた全ての調査票をまとめてご返送くださいますよう、ご協力の程、何卒宜しくお願い申し上げます。

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 ご依頼状（貴薬局向け） ..... 1部
- ② 調査実施要領（本状） ..... 1部
- ③ 保険薬局票 ..... 1部
- ④ 患者票 ..... 1部
- ⑤ 返信用封筒 ..... 1部

**2 対象者・回答方法**

■ **対象者**

● **保険薬局票(白色の調査票)**

- ・ 本調査は、貴薬局の薬剤師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。

● **患者票(白色の調査票)**

**回答者**

- ・ 対象患者の状況について把握しておられる貴薬局の薬剤師の方に、ご回答をお願い致します。

**対象患者**

- ・ 令和6年11月に貴薬局において、計画外の訪問薬剤管理指導を実施した患者2名についての利用状況等をお伺いします。  
※患者が3名以上いる場合、11月のうち最も早く訪問した最初の2名をお選びください。

■ 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、まとめて専用の返信用封筒（切手不要）に封入し、お近くのポストに投函してください。
- ✓ 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	<a href="https://kensho2024.jp/">https://kensho2024.jp/</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com">jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com</a>

- ✓ 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7年1月 24 日(金)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。

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。
- ✓ 回答時にお困りの際は、調査ホームページ (<https://kensho2024.jp/>) に掲載の FAQ もぜひご覧ください。

【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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 [jp\\_cons\\_kensho2024-02-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_kensho2024-02-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：0120-203-803（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 [jp\\_cons\\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com)（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

以上

ID 番号：

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)**  
**在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査**  
**保険薬局票**

※令和6年度診療報酬改定において、在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に  
 応じた評価の見直しが行われました。この「保険薬局票」は、保険薬局の開設者・管理者の方に、改定に係る影響や訪問の  
 実施状況、連携状況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。
- ・「」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6年11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6年11月1日現在)。**

① 所在地(都道府県)	( )都・道・府・県		
② 開設者	1. 法人 ⇒法人形態(11. 株式会社 12. 有限会社 13. 合資会社 14. 合名会社 15. その他) 2. 個人		
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)等による薬局数	( ) 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。	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。	1. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局 2. 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 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. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局 5. 同一敷地内にある診療所の処方箋を応需している薬局 6. 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 7. その他(具体的に: )		
⑦ 貴薬局はどのような 場所に立地していま すか。 ※最もよく当てはまる ものを1つ○	1. 医療機関の近隣にある 2. 住宅街にある 3. 駅前にある 4. 商店街にある 5. オフィス街にある 6. 大型商業施設(スーパー・デパート)の中にある 7. 医療モールのなかにある 8. 医療機関の敷地内にある 9. ビル診療所と同じ建物内にある 10. その他(具体的に: )		
⑧ 貴薬局が処方箋を受けた医療機関数(令和6年11月)	( ) 施設		
⑨ 上記⑧のうち、在宅患者の処方箋を受けた医療機関数(令和6年11月)	( ) 施設		
⑩ 貴薬局の売上高に占める保険調剤 売上の割合 ※令和5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%をご記入ください。	
⑪ 保険調剤に係る医薬品の備蓄品目数	( ) 品目		
⑫ 一般用医薬品(OTC 医薬品)の備蓄品目数 ※要指導医薬品を含む	( ) 品目		
⑬ 一般用医薬品(OTC 医薬品)の直近1年間における販売実績の有無 ※要指導医薬品を含む	1. 実績あり 2. 実績なし		
⑭ 高度管理医療機器等の販売業の許可の有無(直近1年間)	1. 許可あり(実績有) 2. 許可あり(実績無) 3. 許可なし		
⑮ 高度管理医療機器等の貸与業の許可の有無(直近1年間)	1. 許可あり(実績有) 2. 許可あり(実績無) 3. 許可なし		
⑯ 令和6年度の調剤基本 料の届出状況	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A 7. 特別調剤基本料B		
⑯-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)(令和6年11月) ※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		
⑯-2 ⑯-1のうち在宅患者訪問薬剤管理指導および居宅療養管理指導費等に係る 処方箋の受付回数(令和6年11月)	( ) 回/月		



⑰ 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。  
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	
↓  活用しているICT ※○はいくつでも	01 メール 02 医療従事者用 SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連 NW）における情報共有手段として用いている） 03 医療従事者用 SNS（地連 NW がいない地域である、または地連 NW とは異なる情報共有手段として用いている） 04 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用 SNS 以外での運用） 05 グループチャットアプリ 06 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む） 07 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム 08 その他（具体的に： _____）

2. ICTは活用していない

⑱ 貴薬局の認定等の状況 ※○はいくつでも

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. いずれもなし		

⑲ 職員数	職種	常勤職員	非常勤職員	
			実人数	常勤換算 <sup>※1</sup>
	1) 薬剤師	人	人	人
	2) 上記のうち、かかりつけ薬剤師指導料等における「かかりつけ薬剤師」	人	人	人
	3) その他(事務職員等)	人	人	人

※1：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、直近 3 月間の勤務状況に基づき算出します。

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

⑳ 在宅患者を訪問する際の体制について該当するものをお選びください。

1. 薬剤師 1 名での訪問	2. 薬剤師複数人体制で訪問
3. 他職種と複数人体制で訪問（運転手を除く）	4. その他（ _____）

## 2. 加算に関する状況についてお伺いします(令和6年 11 月1日現在)。

① 連携強化加算の届出状況

1. 届出あり	2. 届出なし
---------	---------

② 貴薬局では麻薬小売業者の免許を取得していますか。

1. 取得している	2. 取得していない
-----------	------------

③ 地域支援体制加算の届出をしている場合、該当するものをお選びください。

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			

④ 令和6年 11 月1か月間における、各項目の実績をご記入ください。地域支援体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。

a. 時間外加算等及び夜間・休日等加算	回	f. 服用薬剤調整支援料 1・2	回
b. 麻薬（注射剤）の調剤回数	回	g. 麻薬（注射剤以外）の調剤回数	回
c. 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	回	h. 服薬情報等提供料等（「相当する業務を含む」）	回
d. かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料	回	i. 小児特定加算	回
e. 外来服薬支援料 1	回	j. 乳幼児加算	回
		k. 地域の多職種と連携する会議への出席	回

⑤ 夜間・休日の調剤や、在宅対応体制について、どのように周知していますか。地域支援体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。※○はいくつでも

1. 地域の行政機関を通じた周知	2. 地域の薬剤師会等を通じた周知
3. 地域の行政機関に対する自局及び同一グループによる周知	4. 保険医療機関に対する自局及び同一グループによる周知
5. 訪問看護ステーションに対する自局及び同一グループによる周知	6. 福祉関係者に対する自局及び同一グループによる周知
7. 地域住民に対する自局及び同一グループによる周知	8. その他（ _____）
9. 周知していない	



⑥ 周知している情報として該当するものをお選びください。地域支援体制加算の届出の有無に関わらず、ご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 薬局の連絡先	2. 開局日・開局時間	3. 開局時間外の訪問対応可否
4. 麻薬の取扱い可否	5. 高度管理医療機器の取扱い可否	6. 無菌製剤処理の対応可否
7. 小児在宅患者の対応可否		
8. その他（		）

⑦直近1年間における、貴薬局の薬剤師に対する在宅業務に関する研修の実施状況についてご回答ください。

1. 実施している ⇒以下についてもご回答ください。(※○はいくつでも)

a.研修内容：	01. 認知症	02. 緩和ケア	03. ACP <sup>※1</sup>
	04. 在宅業務全般	05. その他（	）
b.研修受講者：	01. 在宅業務に関わる全員が受講	02. 在宅業務に関わる一部の者が受講	
	03. 薬局内の代表者1名が受講	04. その他（	）
c.研修方法：	01. 座学	02. 実技研修	03. OJT
	05. その他（		）

2. 実施していない

※1：アドバンス・ケア・プランニング。厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等を指し、患者が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組。

### 3. 貴薬局の在宅対応に係る体制や状況についてお伺いします(令和6年11月1日現在)。

#### 《(1)在宅対応に関する施設基準の届出状況等》

①医療用麻薬の備蓄品目数	内用（ ）品目 注射（ ）品目	外用（ ）品目						
②自薬局における無菌製剤処理を行うための設備 ※○はいくつでも	1. クリーンベンチ（簡易型又は卓上型） 2. クリーンベンチ（簡易型又は卓上型以外） 3. 安全キャビネット 4. いずれもなし							
③自薬局における無菌製剤処理を実施する場所 ※○はいくつでも	1. 無菌室（無菌調剤室） 2. 無菌室ではない調剤室内の個室 3. 調剤室（散剤台に隣接した場所） 4. 調剤室（クリーンベンチ等の周囲をビニールカーテン等で天井から床まで囲っている場所） 5. 調剤室（上記以外） 6. いずれもなし							
④令和6年11月までの1年間における無菌調剤の自薬局における調剤実績	1. 実績あり	2. 実績なし						
⑤令和6年11月までの1年間における無菌調剤室の共同利用	1. 実績あり	2. 実績なし						
⑥在宅薬学総合体制加算の届出状況	1. 在宅薬学総合体制加算1 ⇒⑥-1へ 2. 在宅薬学総合体制加算2 ⇒⑥-2へ 3. 届出なし ⇒⑦へ							
⑥-1 上記⑥で「1」を選んだ場合、在宅薬学総合体制加算2が届出できない理由は何ですか。 ※○はいくつでも								
1. 満たせない要件があるため ⇒具体的な要件（※○はいくつでも）								
<table border="1"> <tr> <td>01. 注射剤1品目以上を含む6品目以上の医療用麻薬の備蓄</td> </tr> <tr> <td>02. 無菌製剤処理を行う設備</td> </tr> <tr> <td>03. 直近1年間に計6回以上の小児在宅の実績</td> </tr> <tr> <td>04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること</td> </tr> <tr> <td>05. 直近1年間に24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績</td> </tr> <tr> <td>06. 高度管理医療機器の販売業の許可</td> </tr> </table>			01. 注射剤1品目以上を含む6品目以上の医療用麻薬の備蓄	02. 無菌製剤処理を行う設備	03. 直近1年間に計6回以上の小児在宅の実績	04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること	05. 直近1年間に24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績	06. 高度管理医療機器の販売業の許可
01. 注射剤1品目以上を含む6品目以上の医療用麻薬の備蓄								
02. 無菌製剤処理を行う設備								
03. 直近1年間に計6回以上の小児在宅の実績								
04. 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとること								
05. 直近1年間に24回以上のかかりつけ薬剤師指導料等の実績								
06. 高度管理医療機器の販売業の許可								
2. その他（								
⑥-2 上記⑥で「2」を選んだ場合、在宅薬学総合体制加算2を届出している場合、適合するもの ※○はいくつでも								
1. がん末期などターミナルケアに対する体制 2. 小児在宅患者に対する体制								
⑦令和6年5月までの在宅患者調剤加算の届出状況	1. 届出あり	2. 届出なし						

（続きます）

⑧令和6年11月1か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定件数等について 単一の建物において訪問した患者数別に、ご記入ください。（実績がない場合は0人（件）とご記入ください。）					
	単一の建物において訪問した患者数			医療的 ケア児※ <sup>1</sup> (18歳未満の者)	小児慢性特定 疾病の医療費 助成の受給者
	1人	2～9人	10人以上		
1)患者数(実人数)	( )人	( )人	( )人	( )人	( )人
2)在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)の算定件数	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
3)居宅療養管理指導費等 (介護保険)の算定件数	( )件	( )件	( )件		
4)上記2)・3)のうちターミナル期 (人生の最終段階※ <sup>2</sup> )の患者の 算定件数	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
5)在宅患者緊急訪問薬剤管理 指導料の算定件数	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
5)のうち夜間に訪問した件数※ <sup>3</sup>	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
5)のうち休日に訪問した件数※ <sup>3</sup>	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
5)のうち深夜に訪問した件数※ <sup>3</sup>	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
6)上記2)～5)のうち、在宅協力 薬局が実施した件数	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
7)訪問薬剤管理指導等を実施し たが、いずれの指導料等も算定 しなかった件数	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件
8)無菌製剤処理を実施した件数※ <sup>4</sup>	( )件	( )件	( )件	( )件	( )件

※1：医療的ケア児：児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者

※2：人生の最終段階：「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと

※3：夜間・休日・深夜訪問加算の算定の有無に関わらずご記入ください。

※4：無菌調剤処理加算の算定の有無に関わらずご記入ください。

《(2)夜間休日対応の状況》

①貴薬局では、どのように在宅患者の夜間休日対応の体制を整えていますか。 ※○は1つ	
1. 自薬局単独で体制を整えている	2. 近隣の薬局と連携した体制を整えている
3. 体制を整えていない	4. その他 ( )
②在宅患者の夜間休日対応について自薬局で実施した実績の有無について回答ください。 (令和6年11月1か月間)	
1. 実績なし 2. 実績あり	
②-1 上記②で「1. 実績なし」の場合、その理由をご回答ください。 ※○はいくつでも	
1. 電話に出られなかった等、必要な時に連絡対応ができなかった	2. 連絡対応は行ったが対応できる薬剤師がいなかった
3. 必要な無菌製剤処理等の設備がなかった	4. 必要な医薬品の備蓄がなかった
5. 全て連携する近隣薬局で対応する取り決めがある	6. 夜間休日対応の依頼はなかった（対象患者なし）
7. その他 ( )	
②-2 上記②で「2. 実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応で実施した業務についてご回答ください。 (令和6年11月1か月間) ※○はいくつでも	
1. 調剤（麻薬を除く）	2. 麻薬調剤
3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	4. 在宅患者からの不安や問い合わせに訪問して対応
5. その他 ( )	
②-3 上記②で「2. 実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応の対象患者についてご回答ください。 (夜間・休日・深夜訪問加算の算定の有無に関わらずご回答ください。)(令和6年11月1か月間) ※○はいくつでも	
1. ターミナル期のがん患者	2. 麻薬管理が必要な患者
3. 認知症の患者	4. 精神障害者
5. 医療的ケア児	6. 6歳未満の乳幼児（「5」以外）
7. 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている児	8. 5～7以外の小児
9. その他 ( )	
②-4 上記②で「2. 実績あり」の場合、自薬局で実施した在宅患者の夜間休日対応について、対応が必要になった理由は何ですか。 ※○はいくつでも	
1. 事前に予見していなかった薬剤使用量の急な追加・増量が必要となった	2. 事前に予見していなかった別の種類の薬剤が急遽必要になったため
3. 事前に実施すべき業務に不足があったため	4. 他薬局が対応できなかったため
5. 患者からの要望のため	6. その他 ( )

<b>③令和6年11月1か月間において、夜間・休日・深夜訪問加算を算定しましたか。</b>	
1. 算定した ⇒(3)①へ	2. 相当する訪問を実施したが算定しなかった ⇒③-1へ
3. 相当する訪問はなかった ⇒(3)①へ	
<b>③-1 上記③で「2」を選んだ場合、訪問したにも関わらず算定しなかった理由は何ですか。※○はいくつでも</b>	
1. 対象患者の要件を満たしていないため	2. 医師の指示があつてから直ちに訪問していないため
3. 開局時間であったため	4. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の要件を満たしていないため
5. 患者の費用負担を考慮して請求しなかったため	6. その他 ( )

《(3)在宅業務に係る体制確保における他薬局との連携等の状況》

<b>①貴薬局では、他の薬局と連携して在宅業務を実施することはありますか。 ※○は1つ</b>		
1. ある ⇒①-1へ	2. ない ⇒③へ	
<b>①-1 上記①で「1」を選んだ場合、連携する他薬局はどのような薬局ですか。 ※○はいくつでも</b>		
1. 同一法人の薬局	2. 自局の近隣薬局	3. 患者の近隣薬局
4. 高度な在宅医療体制を有する薬局	5. その他 ( )	
<b>①-2 上記①で「1」を選んだ場合、どのような役割分担を行っていますか。 ※○はいくつでも</b>		
1. 患者の急変等による緊急訪問を分担	2. 夜間の訪問（緊急を除く）を分担	
3. 休日の訪問（緊急を除く）を分担	4. 無菌製剤処理が必要な訪問を分担	
5. 麻薬の調剤が必要な訪問を分担	6. その他 ( )	
<b>②令和6年11月1か月間において、在宅協力薬局に訪問を依頼したことはありますか。</b>		
1. ある ⇒②-1へ	2. ない ⇒③へ	
<b>②-1 上記①で「1」を選んだ場合、在宅協力薬局と当該患者の薬学的管理指導計画の内容や薬剤服用歴等の記録内容の共有を実施する頻度をご回答ください。</b>		
1. 4週に1回未満	2. 4週に1回程度	3. 2週に1回程度
4. 週に1回程度	5. 常時	6. 定期的には実施していない
<b>③令和6年11月1か月間において、他の薬局(在宅協力薬局を除く)が、貴薬局の在宅患者の訪問を実施したことはありますか。</b>		
1. ある	2. ない	
<b>④令和6年11月1か月間において、貴薬局が、他の薬局(在宅協力薬局を除く)の在宅患者の訪問を実施したことはありますか。</b>		
1. ある ⇒④-1へ	2. ない ⇒⑤へ	
<b>④-1 上記④で「1」を選んだ場合、以下についてご回答ください。</b>		
a. 紹介元 ※○はいくつでも	1. かかりつけの薬局	2. それ以外
b. 紹介された理由 ※○はいくつでも	1. 紹介元では必要な医薬品を備蓄することが難しいため	
	2. 紹介元では無菌製剤処理に必要な設備等を有していなかったため	
	3. 紹介元では必要な医療材料の取扱いが難しいため	
	4. 紹介元では薬剤師の人数が不足しており対応が難しいため	
	5. 紹介元では必要な知識や技術のある薬剤師がいないため	
	6. 紹介元では想定される夜間休日の対応が難しいため	
	7. 紹介元では想定される頻回の緊急訪問の対応が難しいため	
	8. 患者もしくは家族の希望	
	9. 医師からの紹介	
	10. 介護支援専門員からの紹介	
	11. その他 ( )	
<b>⑤他の薬局から在宅患者を紹介されることはありますか。</b>		
1. ある	2. ない	

4. 貴薬局の在宅患者の薬学管理に係る業務についてお伺いします(令和6年11月1か月間)。

《(1)在宅移行初期の対応状況》

<b>①令和6年11月1か月間において、在宅移行初期業務(在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導)を実施しましたか。</b>		
1. 実施した ⇒①-1・①-2へ	2. 実施しなかった ⇒②へ	
<b>①-1 上記①で「1」を選んだ場合、対象患者として該当するものをお選びください。 ※○はいくつでも</b>		
1. 認知症	2. 精神障害者	3. 身体障害者
4. 知的障害者	5. 医療的ケア児	6. 6歳未満の小児
7. 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている小児	8. 末期のがん患者	9. 注射による麻薬の投与が必要な患者
10. 独居の高齢者	11. いわゆる老老介護の患者	12. その他 ( )
<b>①-2 上記①で「1」を選んだ場合、訪問の依頼やきっかけとして、該当するものをお選びください。 ※○はいくつでも</b>		
1. 医療機関からの依頼 (医師)	2. 医療機関からの依頼 (地域連携室)	3. 医療機関からの依頼 (1, 2 以外)
4. 訪問看護師からの依頼	5. 他薬局からの依頼	6. 介護支援専門員からの依頼
7. その他 ( )		

<b>②退院後の患者における自宅での服薬状況に関する課題として、該当するものをお選びください。※〇はいくつでも</b>	
1. 残薬が多く、患者が服用すべき薬がどれかわからないことがある	
2. 退院処方と自宅にある常用薬が重複していることがある	
3. 退院処方以外に入院中に服用していた薬を持ち帰った際、患者が服用すべき薬がどれかわからないことがある	
4. 退院処方が医療機関の採用医薬品であることで、患者が服用すべき薬がどれかわからないことがある	
5. 入院中に処方の変更となった際、情報連携が十分でないことから処方が元の処方薬もしくは同効薬になることがある	
6. その他（ ）	
<b>③在宅移行初期管理料の新設によって、どのような影響がありましたか。※〇はいくつでも</b>	
1. 訪問依頼が増えた	2. 訪問の依頼方法（手順）が変わった
3. 退院時カンファレンスに参加する機会が増えた	4. 介護支援専門員など介護関連職種からの相談が増えた
5. 医療機関からの直接の依頼が増えた	6. 円滑な在宅移行につながる機会が増えた
7. その他（ ）	8. 特になし
<b>④在宅移行初期管理料を算定できていない場合、その理由は何ですか。※〇はいくつでも</b>	
1. 対象患者の要件が満たせないため	2. 計画訪問の前であって別日の訪問の要件が満たせない
3. 必要な薬学的管理及び指導の要件が満たせない	4. 医師及び介護支援専門員へ情報提供する要件が満たせない
5. 再入院したため	6. 外来での対応が継続したため
7. 全て算定できている	8. その他（ ）

《(2)入退院時の服薬情報等提供業務》

<b>①在宅患者の入院時に、患者が服用中の薬剤の整理等を実施していますか。</b>		
1. ほぼ全員に実施している	2. 一部の患者で実施している	3. 実施していない
<b>②在宅患者の入院時に、入院先の医療機関へ情報提供を実施していますか。</b>		
1. ほぼ全員に実施している	2. 一部の患者で実施している	3. 実施していない ⇒③へ
<b>②-1 上記②で「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の入院時に、情報提供した内容について、ご回答ください。 ※〇はいくつでも</b>		
1. 受診中の他の医療機関、診療科等に関する情報	2. 現在服用中の薬剤の一覧	
3. 医師の指示による入院前中止薬に対する対応状況	4. 自己調節している薬剤に関する情報	
5. 服薬遵守状況	6. 服薬方法や服薬管理者に関する情報	
7. 薬物治療に関して入院中に際してお願い(相談)したいこと	8. 退院時の処方の際にお願いしたいこと	
9. 市販薬等や健康食品に関する情報	10. その他( )	
<b>②-2 上記①及び②でそれぞれ「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の入院時の情報提供や薬剤の整理等で、効果・成果のあった事例について具体的にご教示ください。</b>		
<b>③在宅患者の退院時に、医療機関の医療従事者と情報共有や連携した業務を実施することはありますか。</b>		
1. ほぼ全員に実施している	2. 一部の患者で実施している	3. 実施していない ⇒(3)へ
<b>③-1 上記③で「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の退院時に、情報共有や連携した医療従事者について、該当するものをお選びください。 ※〇はいくつでも</b>		
1. 医療機関の医師	2. 医療機関の看護師	3. 医療機関の薬剤師
4. 医療機関の医療ソーシャルワーカー	5. 在宅医	6. 訪問看護師
7. 介護支援専門員	8. その他（ ）	

《(3)乳幼児、小児特定加算の算定状況》

<b>①令和6年11月1か月間において、在宅患者に対する乳幼児加算、小児特定加算の算定実績はありますか。</b>	
1. ある ⇒(4)へ	2. ない ⇒①-1へ
<b>①-1 上記①で「2」を選んだ場合、乳幼児加算、小児特定加算の対象となる在宅業務を実施していない場合、その理由は何ですか。 ※〇はいくつでも</b>	
1. 必要な知識や技術を有する薬剤師がいない	2. 必要な医薬品の備蓄が困難
3. 必要な医薬材料の取扱いが困難	4. 必要な夜間や休日の訪問に対応できない
5. 必要な計画外の訪問に対応できない	6. 対象となる患者がいない
7. その他（ ）	



《(4)在宅オンライン薬剤管理指導の活用状況》

①令和6年11月1か月間における、在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の算定状況をご記入ください。（算定実績があるものに○をつけて、算定件数を記入）（算定実績がない場合は0件とご記入ください。）

1. 在宅患者オンライン薬剤管理指導料（ ）件      2. 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料（ ）件

①-1 上記①で1件以上算定している場合、どのような場合に在宅オンライン薬剤管理指導で対応していますか。

※○はいくつでも

- |                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| 1. 遠方で訪問までに時間を要する場合              | 2. 感染対策の必要性がある場合 |
| 3. 調剤を伴わない在宅患者からの不安や問い合わせに対応する場合 | 4. ターミナルの患者の場合   |
| 5. 小児の在宅患者の場合                    | 6. 認知症の患者の場合     |
| 7. その他（ ）                        |                  |

5. ターミナルケアの在宅患者における看取り後の対応についてお伺いします。

①在宅患者の看取り後の患者を訪問していますか。

1. ほぼ全員に実施している      2. 一部の患者で実施している      3. 実施していない ⇒6へ

①-1 上記①で「1」又は「2」を選んだ場合、在宅患者の看取り後に訪問した際、どのような業務を実施していますか。

※○はいくつでも

- |               |               |                 |
|---------------|---------------|-----------------|
| 1. 医療用麻薬の残薬回収 | 2. 医療材料・機器の回収 | 3. 医療用麻薬以外の残薬回収 |
| 4. グリーフケア※1   | 5. 会計         | 6. その他（ ）       |

※1：グリーフケア：がん患者の家族、遺族等に対する精神・身体的な相談支援

6. 高齢者施設との連携についてお伺いします。

（令和6年11月1か月間における業務実態に基づいてご回答ください。）

①貴薬局において訪問薬学管理を行っている高齢者施設の施設数を回答ください。      （ ）施設

②貴薬局において訪問薬学管理を行っている高齢者施設として該当するものをお選びください。 ※○はいくつでも

- |                       |                     |                  |
|-----------------------|---------------------|------------------|
| 1. 認知症グループホーム         | 2. 共同生活援助（グループホーム）  | 3. サービス付き高齢者向け住宅 |
| 4. 有料老人ホーム            | 5. 軽費老人ホーム・ケアハウス    | 6. 養護老人ホーム       |
| 7. 小規模多機能型居宅介護事業所     | 8. 看護小規模多機能型居宅介護事業所 | 9. 特別養護老人ホーム     |
| 10. 実施していない ⇒質問は以上です。 |                     |                  |

③上記②で回答した高齢者施設での業務の実施状況について、貴薬局で対応している利用者の多い順に最大3施設までご回答ください。

	高齢者施設の類型 (②の選択肢番号を1つ記載)	対応利用者数 (実人数)	平均対応時間 (施設滞在時間) (訪問1回あたり)	定期訪問の頻度 (下欄iより選択肢番号を1つ記載)	実施した薬学管理業務 (下欄iiより選択肢番号を記載 (複数回答可))
施設 A		人	分/回		
施設 B		人	分/回		
施設 C		人	分/回		

③の選択肢欄

<b>i 定期訪問の頻度</b>	1. 2か月に1回未満	2. 2か月に1回以上月1回未満	3. 月1回以上2回未満
	4. 月2回以上4回未満	5. 週に1回程度	6. 週に1回を超える
<b>ii 薬学管理業務</b>	1. 医薬品の供給	2. 患者のベッドサイドへの配薬	3. 薬剤の施設内保管場所への配置
	4. 患者・家族からの薬剤に関する相談対応	5. 施設職員からの薬剤に関する相談対応	6. 服薬状況や残薬の確認
	7. 薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	8. ADLやQOL等に影響を及ぼす薬剤の影響の確認	9. 薬剤管理に必要な検査値の把握
	10. 医師の診察への同行	11. 医師への処方提案	12. 医師との投与日数の調整
	13. 新規入所者の持参薬の確認・再分包	14. 医療材料の供給	15. その他

(続きます)

<p>④令和6年 11 月1か月間における、特別養護老人ホームにおける調剤及び薬学管理を実施する患者数についてご記入ください。                  （※特別養護老人ホームでの業務を実施していない場合には「0 人」と記入ください。質問は以上となります。）</p>	
a. 服薬管理指導料 3 を算定する患者数	( ) 人
b. 在宅患者訪問薬剤管理指導料（末期の悪性腫瘍の患者に限る）を算定する患者数	( ) 人
c. （小計）特別養護老人ホームにおける調剤及び薬学管理を実施する患者数（a+b）	( ) 人
d. （cのうち）外来服薬支援料 2 を算定する患者数	( ) 人
e. （cのうち）施設連携加算を算定する患者数	( ) 人
<p>↓                  e が 1 人以上の場合、施設連携加算に係る業務を実施した状況をご回答ください                  ※〇はいくつでも</p>	<p>1. 施設へ入所するとき ⇒ 該当患者数 ( ) 人                  2. 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったとき ⇒ 該当患者数 ( ) 人                  3. 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談があったとき ⇒ 該当患者数 ( ) 人</p>

<p>⑤上記④の e が 1 人以上の場合、施設連携加算の新設により、どのような影響がありましたか。 ※〇はいくつでも</p>		
1. 施設職員からの相談が増えた	2. 施設職員と連携がしやすくなった	3. 医師からの相談が増えた
4. 医師との連携がしやすくなった	5. 処方に関する提案が増えた	6. 残薬の減少につながった
7. ポリファーマシー対策につながった	8. 服薬の簡素化につながった	9. 副作用等の早期発見や受診勧奨につながった
10. 業務増大により薬剤師を増員した	11. その他 ( )	

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7年1月24日(金)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。

ID 番号：

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)**  
**在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査**  
**保険薬局調査(患者票)**

令和6年11月に貴薬局において、計画外の訪問薬剤管理指導を実施した患者2名についての利用状況等をお伺いします。  
 ※患者が3名以上いる場合、11月のうち最も早く訪問した最初の2名をお選びください。

**患者A**

1)性別	1. 男性                      2. 女性	2)年齢	(                      )歳
3)居場所	1. 自宅                                      2. 高齢者施設                                      3. その他		
4)介護家族の有無	1. あり                                      2. なし		
5)医療的ケア児か否か	1. 医療的ケア児である                                      2. 医療的ケア児でない		
6)小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	1. あり                                      2. なし		
7)認知症(疑いを含む)の有無	1. あり                                      2. なし		
8)認知症高齢者の日常生活自立度(直近)	1. 自立    2. I                      3. II                      4. III                      5. IV                      6. M                      7. 不明		
9)褥瘡の有無	1. あり                                      2. なし		
10)在宅療養を続けている原因の病名(主傷病)	1. 脳血管疾患                      2. 循環器疾患                      3. 悪性新生物                      4. 内分泌疾患 5. 呼吸器疾患                      6. 消化器疾患                      7. 筋骨格・運動器疾患                      8. 精神疾患 9. 神経難病                      10. その他の神経疾患                      11. その他 (                      )		
11) 下記の疾病等(特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等)への該当の有無 ※○はいくつでも			
1. わからない                      2. なし                      3. 末期の悪性腫瘍                      4. 多発性硬化症 5. 重症筋無力症                      6. スモン                      7. 筋萎縮性側索硬化症                      8. 脊髄小脳変性症 9. ハンチントン病                      10. 進行性筋ジストロフィー症                      11. パーキンソン病関連疾患                      12. 多系統萎縮症 13. プリオン病                      14. 亜急性硬化性全脳炎                      15. ライソゾーム病                      16. 副腎白質ジストロフィー 17. 脊髄性筋萎縮症                      18. 球脊髄性筋萎縮症                      19. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 20. 後天性免疫不全症候群                      21. 頸髄損傷                      22. 人工呼吸器を使用している状態			
12) 下記の特別な管理(※特掲診療料施設基準等別表第八に掲げる特別な管理等)の有無 ※○はいくつでも			
1. わからない                      2. なし                      3. 在宅麻薬等注射指導管理                      4. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理 5. 在宅気管切開患者指導管理                      6. 気管カニューレ                      7. 留置カテーテル                      8. 在宅自己腹膜灌流指導管理 9. 在宅血液透析指導管理                      10. 在宅酸素療法指導管理                      11. 在宅中心静脈栄養法指導管理                      12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 13. 在宅自己導尿指導管理                      14. 在宅人工呼吸指導管理                      15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理                      16. 在宅自己疼痛管理指導管理 17. 在宅肺高血圧症患者指導管理                      18. 人工肛門・人工膀胱                      19. 真皮を越える褥瘡                      20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定			
13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階                                      2. 人生の最終段階でない ※人生の最終段階：「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと		
14)この患者の訪問薬剤管理指導のきっかけ ※最も当てはまるもの1つに○	1. 医師からの依頼                      2. 自薬局薬剤師からの提案                      3. 他薬局薬剤師からの依頼 4. 介護支援専門員からの依頼                      5. 看護師からの依頼                      6. 病院薬剤師からの依頼 7. 診療所薬剤師からの依頼                      8. 医療ソーシャルワーカーからの依頼 9. 患者の希望                      10. その他 (                      )		
15)常用している薬剤の種類数(1銘柄ごとに1種類)(令和6年11月1日時点)	(                      )種類		

以降の設問では、この患者の令和6年11月1か月間の貴薬局における対応状況に基づいて回答してください。

**<訪問の内訳について>**

16)訪問回数 (令和6年11月1か月間) ※在宅患者オンライン薬剤管理指導の回数を含む	①計画的な訪問	(                      )回			
	②薬学的管理指導計画外の訪問	a. 患者の急変による緊急訪問	(                      )回		
		b. 患者の急変によらない訪問	(                      )回		
	③上記②のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した訪問	(                      )回			
④上記②のうち訪問薬剤管理指導を実施したが在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しなかった訪問	(                      )回				
17)上記16)で④が1回以上の場合、訪問薬剤管理指導料を算定しなかった理由 ※○はいくつでも	1. 患者の急変による緊急訪問でないため                      2. 算定上限回数を超過したため 3. 主治医と連携していない医師の指示                      4. その他 (                      ) (処方箋)のため				
18)上記16)で②が1回以上の(計画外の訪問があった)場合、医師の指示(処方箋)等の時刻等を、最大4回まで記入ください。					
	①休日の場合に○ <sup>*1</sup>	②医師の指示(処方箋)等の時刻 <sup>*2</sup>	③患者を訪問した時刻 <sup>*2</sup>	④調剤に要した時間 <sup>*3</sup>	⑤患者家での滞在時間 <sup>*3</sup>
1回目		:	:	(                      )分	(                      )分
2回目		:	:	(                      )分	(                      )分
3回目		:	:	(                      )分	(                      )分
4回目		:	:	(                      )分	(                      )分

※1: 休日とは日曜日および国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日のことを指します。

※2: ②・③は24時間表記で記載ください。(例: 夜11時⇒23:00、深夜1時30分⇒01:30)

※3: 調剤に要した時間及び患者家での滞在時間は薬歴や通話履歴等を参考に概算で回答いただいて構いません。

<b>前頁16)②aが1回以上の場合にお尋ねします。</b>	
19)前頁16)②aの患者の急変による緊急訪問でどのような業務を行いましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも	
1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問
3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	4. オンライン服薬指導で対応
5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他 ( )	
20)前頁16)②aの患者の急変による緊急訪問でどのような薬剤を届けましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも	
1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬(注射剤)
3. 麻薬(注射剤以外)	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬
5. 抗けいれん薬	6. 血圧低下薬
7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬
9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤
13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬
15. 上記以外の注射薬	
21)前頁16)②aにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数 ※令和6年11月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ※剤形が異なっても同一銘柄であれば1種類として計上	( ) 剤
<b>前頁16)②bが1回以上の場合にお尋ねします。</b>	
22)前頁16)②bの患者の急変によらない訪問でどのような業務を行いましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも	
1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問
3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応	4. オンライン服薬指導で対応
5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他 ( )	
23)前頁16)②bの患者の急変によらない訪問でどのような薬剤を届けましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも	
1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬(注射剤)
3. 麻薬(注射剤以外)	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬
5. 抗けいれん薬	6. 血圧低下薬
7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬
9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤
13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬
15. 上記以外の注射薬	
24)前頁16)②bにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数 ※令和6年11月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ※剤形が異なっても同一銘柄であれば1種類として計上	( ) 剤

<薬学管理の詳細について>

25)この患者に行った薬剤管理は何ですか。 ※○はいくつでも	
1. 在宅担当医への処方提案	2. 介護支援専門員等の医療福祉関係者との連携・情報共有
3. 薬剤服用歴管理(薬の飲み合わせ等の確認)	4. 残薬の管理
5. 患者の状態に応じた調剤	6. 服薬指導、支援
7. 服薬状況と副作用等のモニタリング	8. 医療用麻薬の管理(廃薬を含む)
9. 患家への医薬品、衛生材料の供給	10. その他 ( )
26)薬剤師の介入により減薬が実施されたことがあるか。	1. 減薬あり 2. 減薬なし
27)訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか。	1. 同行した 2. 同行しなかった
28)在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料を算定しましたか(令和6年11月1か月間)。	
1. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1イ	2. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1ロ
3. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2イ	4. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2ロ
⇒提案したタイミング:処方箋交付( )日前	
5. いずれもなし	
29)上記28)で1~4を選んだ場合、処方医に連絡確認を行った内容の要点についてご回答ください。 ※○はいくつでも	
1. 同種・同効の併用薬との重複投薬	2. 併用薬・飲食物等との相互作用
3. 過去のアレルギー歴、副作用歴	4. 年齢や体重による影響
5. 肝機能、腎機能等による影響	6. 授乳・妊婦への影響
7. その他薬学的観点から必要と認める事項	
30)上記28)で3又は4を選んだ場合、どのような方法で提案しましたか。 ※○はいくつでも	
1. 医師の訪問に同行した際に提案	2. 多職種での会議の際に提案
3. ICTを活用して提案	
⇒3.の場合ICT内訳	
01 メール	
02 医療従事者用SNS(地域医療情報連携ネットワーク(地連NW)における情報共有手段として用いている)	
03 医療従事者用SNS(地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている)	
04 地域医療情報連携ネットワーク(医療従事者用SNS以外での運用)	
05 グループチャットアプリ	
06 ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)	
07 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム	
08 その他(具体的に: )	
4. その他 ( )	
31)一般用医薬品、医療材料、栄養剤等、処方箋以外に関する内容を医師に提案したことの有無	1. あり 2. なし
32)厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(以下、ガイドラインという)等を踏まえた、意思決定支援等の取組の有無	1. あり 2. なし
33)ガイドライン等を踏まえた、意思決定支援等に関する多職種への情報共有の有無	1. あり 2. なし



患者 B

1)性別	1. 男性	2. 女性	2)年齢	( )歳
3)居場所	1. 自宅	2. 高齢者施設	3. その他	
4)介護家族の有無	1. あり	2. なし		
5)医療的ケア児か否か	1. 医療的ケア児である	2. 医療的ケア児でない		
6)小児慢性特定疾病の医療費助成の有無	1. あり	2. なし		
7)認知症(疑いを含む)の有無	1. あり	2. なし		
8)認知症高齢者の日常生活自立度(直近)	1. 自立	2. I	3. II	4. III
9)褥瘡の有無	1. あり	2. なし		
10)在宅療養を続けている原因の病名(主傷病)	1. 脳血管疾患	2. 循環器疾患	3. 悪性新生物	4. 内分泌疾患
	5. 呼吸器疾患	6. 消化器疾患	7. 筋骨格・運動器疾患	8. 精神疾患
	9. 神経難病	10. その他の神経疾患	11. その他 ( )	
11) 下記の疾病等(特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等)への該当の有無 ※○はいくつでも				
1. わからない	2. なし	3. 末期の悪性腫瘍	4. 多発性硬化症	
5. 重症筋無力症	6. スモン	7. 筋萎縮性側索硬化症	8. 脊髄小脳変性症	
9. ハンチントン病	10. 進行性筋ジストロフィー症	11. パーキンソン病関連疾患	12. 多系統萎縮症	
13. プリオン病	14. 亜急性硬化性全脳炎	15. ライソゾーム病	16. 副腎白質ジストロフィー	
17. 脊髄性筋萎縮症	18. 球脊髄性筋萎縮症	19. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎		
20. 後天性免疫不全症候群	21. 頸髄損傷	22. 人工呼吸器を使用している状態		
12) 下記の特別な管理(※特掲診療料施設基準等別表第八に掲げる特別な管理等)の有無 ※○はいくつでも				
1. わからない	2. なし	3. 在宅麻薬等注射指導管理	4. 在宅腫瘍化学療法注射指導管理	
5. 在宅気管切開患者指導管理	6. 気管カニューレ	7. 留置カテーテル	8. 在宅自己腹膜灌流指導管理	
9. 在宅血液透析指導管理	10. 在宅酸素療法指導管理	11. 在宅中心静脈栄養法指導管理	12. 在宅成分栄養経管栄養法指導管理	
13. 在宅自己導尿指導管理	14. 在宅人工呼吸指導管理	15. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	16. 在宅自己疼痛管理指導管理	
17. 在宅肺高血圧症患者指導管理	18. 人工肛門・人工膀胱	19. 真皮を越える褥瘡	20. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定	
13)人生の最終段階かどうか	1. 人生の最終段階		2. 人生の最終段階でない	
	※人生の最終段階:「末期がん、もしくは重い病気、認知症、老衰等により、回復の見込みがなく、死期が近い場合」のこと			
14)この患者の訪問薬剤管理指導のきっかけ ※最も当てはまるもの1つに○	1. 医師からの依頼	2. 自薬局薬剤師からの提案	3. 他薬局薬剤師からの依頼	
	4. 介護支援専門員からの依頼	5. 看護師からの依頼	6. 病院薬剤師からの依頼	
	7. 診療所薬剤師からの依頼	8. 医療ソーシャルワーカーからの依頼		
	9. 患者の希望	10. その他 ( )		
15)常用している薬剤の種類数(1銘柄ごとに1種類)(令和6年11月1日時点)				( )種類

以降の設問では、この患者の令和6年11月1か月間の貴薬局における対応状況に基づいて回答してください。  
 <訪問の内訳について>

16)訪問回数 (令和6年11月1か月間) ※在宅患者オンライン薬剤管理指導の回数を含む	①計画的な訪問		( )回		
	②薬学的管理指導計画外の訪問	a. 患者の急変による緊急訪問	( )回		
		b. 患者の急変によらない訪問	( )回		
	③上記②のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定した訪問		( )回		
④上記②のうち訪問薬剤管理指導を実施したが在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定しなかった訪問		( )回			
17)上記16)で④が1回以上の場合、訪問薬剤管理指導料を算定しなかった理由 ※○はいくつでも	1. 患者の急変による緊急訪問でないため	2. 算定上限回数を超過したため			
	3. 主治医と連携していない医師の指示	4. その他 ( )			
18)上記16)で②が1回以上の(計画外の訪問があった)場合、医師の指示(処方箋)等の時刻等を、最大4回まで記入ください。					
	①休日の場合に○ <sup>*1</sup>	②医師の指示(処方箋)等の時刻 <sup>*2</sup>	③患者を訪問した時刻 <sup>*2</sup>	④調剤に要した時間 <sup>*3</sup>	⑤患者での滞在時間 <sup>*3</sup>
1回目		:	:	( )分	( )分
2回目		:	:	( )分	( )分
3回目		:	:	( )分	( )分
4回目		:	:	( )分	( )分

※1: 休日とは日曜日および国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)第3条に規定する休日のことを指します。

※2: ②・③は24時間表記で記載ください。(例: 夜11時⇒23:00、深夜1時30分⇒01:30)

※3: 調剤に要した時間及び患者での滞在時間は薬歴や通話履歴等を参考に概算で回答いただいて構いません。

**前頁16)②aが1回以上の場合にお尋ねします。**

19)前頁16)②aの患者の急変による緊急訪問でどのような業務を行いましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも

1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応
4. オンライン服薬指導で対応	5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他 ( )		

20)前頁16)②aの患者の急変による緊急訪問でどのような薬剤を届けましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも

1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬（注射剤）	3. 麻薬（注射剤以外）	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬	5. 抗けいれん薬
6. 血圧低下薬	7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬	9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤	13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬	15. 上記以外の注射薬

21)前頁16)②aにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数  
※令和6年11月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ( ) 剤  
※剤形が異なっても同一銘柄であれば1種類として計上

**前頁16)②bが1回以上の場合にお尋ねします。**

22)前頁16)②bの患者の急変によらない訪問でどのような業務を行いましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも

1. 調剤を伴う訪問	2. 調剤を伴わない訪問	3. 在宅患者からの不安や問い合わせに電話で対応
4. オンライン服薬指導で対応	5. 在宅協力薬局へ対応を依頼	6. 在宅協力薬局以外の薬局へ対応を依頼
7. その他 ( )		

23)前頁16)②bの患者の急変によらない訪問でどのような薬剤を届けましたか(令和6年11月1か月間)。 ※○はいくつでも

1. 解熱鎮痛薬	2. 麻薬（注射剤）	3. 麻薬（注射剤以外）	4. 抗ウイルス薬、抗菌薬	5. 抗けいれん薬
6. 血圧低下薬	7. 昇圧薬	8. 鎮咳薬	9. 抗アレルギー薬	10. インスリン製剤
11. 輸液	12. 経腸栄養剤	13. 上記以外の内用薬	14. 上記以外の外用薬	15. 上記以外の注射薬

24)前頁16)②bにおける、1回の開局時間外の訪問で届けた薬剤数  
※令和6年11月1か月間における訪問1回あたりの平均薬剤数を記入 ( ) 剤  
※剤形が異なっても同一銘柄であれば1種類として計上

**<薬学管理の詳細について>**

25)この患者に行った薬剤管理は何ですか。 ※○はいくつでも

1. 在宅担当医への処方提案	2. 介護支援専門員等の医療福祉関係者との連携・情報共有
3. 薬剤服用歴管理（薬の飲み合わせ等の確認）	4. 残薬の管理
5. 患者の状態に応じた調剤	6. 服薬指導、支援
7. 服薬状況と副作用等のモニタリング	8. 医療用麻薬の管理（廃薬を含む）
9. 患者への医薬品、衛生材料の供給	10. その他 ( )

26)薬剤師の介入により減薬が実施されたことがあるか。 1. 減薬あり 2. 減薬なし

27)訪問薬剤管理指導で、医師の訪問に同行しましたか。 1. 同行した 2. 同行しなかった

28)在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料を算定しましたか(令和6年11月1か月間)。

1. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1イ	2. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料1ロ
3. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2イ	4. 在宅患者重複投与・相互作用等防止管理料2ロ
⇒提案したタイミング:処方箋交付 ( ) 日前	
⇒提案したタイミング:処方箋交付 ( ) 日前	
5. いずれもなし	

29)上記28)で1～4を選んだ場合、処方医に連絡確認を行った内容の要点についてご回答ください。 ※○はいくつでも

1. 同種・同効の併用薬との重複投薬	2. 併用薬・飲食物等との相互作用	3. 過去のアレルギー歴、副作用歴
4. 年齢や体重による影響	5. 肝機能、腎機能等による影響	6. 授乳・妊婦への影響
7. その他薬学的観点から必要と認める事項		

30)上記28)で3又は4を選んだ場合、どのような方法で提案しましたか。 ※○はいくつでも

1. 医師の訪問に同行した際に提案	2. 多職種での会議の際に提案	3. ICTを活用して提案
⇒3.の場合ICT内訳		
01 メール		
02 医療従事者用SNS（地域医療情報連携ネットワーク（地連NW）における情報共有手段として用いている）		
03 医療従事者用SNS（地連NWがない地域である、または地連NWとは異なる情報共有手段として用いている）		
04 地域医療情報連携ネットワーク（医療従事者用SNS以外での運用）		
05 グループチャットアプリ		
06 ビデオ通話（オンライン会議システムを含む）		
07 個々の医療機関を中心とした専用の情報連携システム		
08 その他（具体的に： )		
4. その他 ( )		

31) 一般用医薬品、医療材料、栄養剤等、処方箋以外に関する内容を医師に提案したことの有無 1. あり 2. なし

32) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、ガイドラインという）等を踏まえた、意思決定支援等の取組の有無 1. あり 2. なし

33) ガイドライン等を踏まえた、意思決定支援等に関する多職種への情報共有の有無 1. あり 2. なし

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7年1月24日(金)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6年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）  
「長期処方やリフィル処方の実施状況調査」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。

さて、令和6年度の診療報酬改定においては、長期処方及びリフィル処方を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について評価等の見直しが行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、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）においては、全国の保険薬局、医療機関、医師、患者の方を対象に、長期処方及びリフィル処方の実施・利用状況や対応状況に関して、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証する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7年1月24日(金)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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 jp\_cons\_kensho2024-03-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：0120-345-085（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 jp\_cons\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

開設者様・管理者様

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)

## 「長期処方やリフィル処方の実施状況調査 〈保険薬局票〉〈患者票〉」調査実施要領

本調査では、令和6年度診療報酬改定の影響・効果等を把握するために、「長期処方やリフィル処方の実施状況調査」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、ご協力の程何卒よろしくお願い申し上げます。

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	ご依頼状（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	ご依頼状（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、保険薬局の薬剤師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 ご依頼状（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頁目の左上に 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	<a href="https://kensho2024.jp/">https://kensho2024.jp/</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com">jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com</a>

- ✓ 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7年1月 24 日(金)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 ご依頼状（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（患者向け・クリーム色） ..... 1部

### ■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、**令和7年1月6日(月) から令和7年1月20日(月) 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患者の方**に調査協力についての同意を確認した上で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。
- ✓ 対象となる患者数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、患者やそのご家族等からの質問等がございましたら「ご依頼状（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、患者ご自身もしくはご家族等により、返信用封筒に入れて郵送し、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。
- ✓ 回答時にお困りの際は、調査ホームページ(<https://kensho2024.jp/>)に掲載のFAQもぜひご覧ください。

### 【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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 [jp\\_cons\\_kensho2024-03-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_kensho2024-03-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：0120-345-085（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 [jp\\_cons\\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com)（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

以上



ID 番号：

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査)
長期処方やリフィル処方の実施状況調査 保険薬局票

※この保険薬局票は、保険薬局の薬剤師の方に、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、また、患者の症状が安定している場合に長期の処方を行うことができる長期処方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6年11月1日時点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6年11月1日時点)

① 所在地(都道府県) ( )都・道・府・県
② 開設者
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 貴薬局はどのような場所に立地していますか。 ※○は1つ
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: )
⑥ 応需医療機関数(令和6年9月~11月の月平均値) ( )施設
⑦ 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(令和6年9月~11月における月平均値) ( )%
⑧ 上記⑦の集中度が最も高い医療機関の情報
1) 診療所・病院の別 ※○は1つ 1. 診療所 2. 病院
2) 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 ※○は1つ
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. 上記1~4以外の状況
3) 当該医療機関は複数の医療機関が所在する建物(いわゆる医療モール等)に該当しますか 1. 該当する 2. 該当しない
4) 診療科 ※○はいくつでも
1. 内科\*1 2. 外科\*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」として回答
※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5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6年度の調剤基本料の届出状況 ※○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. 特別調剤基本料A
7. 特別調剤基本料B
⑪ 令和6年度の地域支援体制加算の届出状況 ※○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 5. 届出していない
⑫ 連携強化加算の届出状況 ※○は1つ 1. 届出あり 2. 届出なし
⑬ 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状況 ※○は1つ
1. 届出あり 2. 届出なし

⑭ 職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。	職種	常勤職員※2	非常勤職員	
			実人数	常勤換算※3
	1) 薬剤師	( ) 人	( ) 人	( ) 人
	(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
	2) その他(事務職員等)	( ) 人	( ) 人	( ) 人
⑮ 貴薬局の認定等の状況 ※〇はいくつでも	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			

※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、直近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、直近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. リフィル処方箋を応需する体制についてお伺いします。(令和6年9月～11月末日)

【全ての方がご回答ください】	
① リフィル処方箋の仕組みについて知っていますか ※〇は1つ	1. 知っている      2. 知らない
② リフィル処方箋を応需した際の薬局内の業務手順を定めているか ※〇は1つ	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
③ リフィル処方箋の次回調剤日を薬局内で管理する方法 ※主たるものを一つだけ〇	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による管理) 3. その他 (具体的に: _____) 4. 管理していない
④ リフィル処方箋の次回調剤日を患者に対して通知(リマインド)する方法	1. 電話      2. SNS やメール      3. 専用アプリ 4. 書面の手渡し      5. 書面の郵送      6. 次回処方日をレシートに記載 7. その他 (具体的に: _____) 8. 実施していない
⑤ リフィル処方箋の受付経験 ※〇は1つ	1. リフィル処方箋を受け付けたことがある → 大問3.へ 2. 受け付けたことはない → 次問⑥へ
【⑤で「2. 受け付けたことはない」と回答した場合、下記⑥を回答下さい】	
⑥ リフィル処方箋の対応実績がない理由 ※〇はいくつでも	1. リフィル処方箋を持ちこまれたことがない 2. リフィル処方箋を希望している患者がいない 3. リフィルの電子処方箋の対応を希望されたがシステムが対応していない 4. その他 (具体的に: _____)

⇒【大問4.へお進みください】

## 3. リフィル処方箋の対応状況についてお伺いします。

【2.⑤で「1. リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答下さい】	
① 受け付けたリフィル処方箋を発行した医療機関数 ※令和6年9月～11月の合計数	( ) か所
② 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 ※〇はいくつでも	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: _____)
③-1 どの診療科のリフィル処方箋を受け付けましたか ※〇はいくつでも	1. 内科※1      2. 外科※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。
③-2 上記③-1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	( ) ※③-1の選択肢番号を記入
④ リフィル処方箋の受付件数 (令和6年9月～11月の合計)	
1回目: ( ) 回      2回目: ( ) 回      3回目: ( ) 回	



⑤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6年9月～11月の合計)	( ) 枚
⑥リフィル処方箋による調剤の可/否の判断に困った事例の有無とその理由 ※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: _____) 6. リフィル処方箋による調剤の可/否の判断に困ったことはない
⑦リフィルの上限まで使用されなかった事例の有無とその理由 ※○はいくつでも	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

【⑦で「1.薬剤師が受診勧奨をしたから」を選択した場合、下記⑧-1～4を回答】

⑧-1 薬剤師が受診勧奨をした回数(令和6年9月～11月)	全体 ( )回	うち、2回目調剤時 ( )回	うち、3回目調剤時 ( )回	うち、調剤時以外 ( )回
⑧-2 受診勧奨を判断し、説明する際の処方医への相談状況 ※○はいくつでも	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 3. 処方医に相談は行っていない 4. その他 (具体的に: _____)			
⑧-3 薬剤師が受診勧奨をした理由 ※○はいくつでも	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: _____)			
⑧-4 医師への情報提供内容 ※○はいくつでも	1. 服薬状況や残薬などの状況 2. 副作用や体調変化の状況 3. 処方薬の効果 4. 薬剤師が指導した内容 5. 患者の質問や疑念 6. 他の医療機関から処方された薬の情報 7. その他 (具体的に: _____) 8. 情報提供は実施していない			

【2.⑤で「1.リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答下さい】

⑨服薬情報等提供料に係る業務の件数をご回答ください。 (令和6年9月～11月の合計)	1. 服薬情報等提供料1により算定した回数 ( ) 回 2. 服薬情報等提供料2のロにより算定した回数 ( ) 回 3. 服薬情報等提供料を算定しない情報提供の回数 ( ) 回		
⑩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)を提供した情報の内容		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: _____)		
⑩-1 患者へのフォローアップの有無	1. 1回目調剤後にフォローアップを行ったことがある →⑩-2へ 2. 2回目調剤後にフォローアップを行ったことがある →⑩-2へ 3. 3回目調剤後にフォローアップを行ったことがある →⑩-2へ 4. フォローアップを行ったことはない →大問4.へ		

【⑩-1で「フォローアップを行ったことがある」と回答した場合、下記⑩-2を回答】

⑩-2 実施したフォローアップの内容 ※○はいくつでも	1. 服薬アドヒアランス 2. 副作用のモニタリング 3. 薬の効果確認 4. その他 (具体的に: _____)
-----------------------------	--

【2.⑤で「1.リフィル処方箋を受け付けたことがある」と回答した場合に回答下さい】

⑪1枚のリフィル処方箋の処方の途中で薬局が変わった経験※あてはまる番号すべてに	1. ある (自薬局から他薬局へ) → ⑪-1へ 2. ある (他薬局から自薬局へ) →大問4.へ 3. ない →大問4.へ 4. 不明 →大問4.へ
---	--

【⑪で「1.ある(自薬局から他薬局へ)」と回答した場合、下記⑪-1⑪-2を回答】

⑪-1 どのような方法で他薬局へ情報提供を行いましたか ※○はいくつでも	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. 医療従事者用 SNS を利用した 8. 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
⑪-2 どのような内容を情報提供しましたか ※○はいくつでも	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: _____)

4.長期処方<sup>※1</sup>の対応状況についてお伺いします。(令和6年9月～11月)

※1 長期処方とは28日以上処方(リフィルを除く)のことを指す。

【全ての方がご回答ください】	
① 長期処方を応需する件数が多い医療機関の特徴を回答ください。 ※○はいくつでも	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 長期処方を応需する件数が多い診療科を回答ください。 ※最もあてはまる番号に○	1. 内科 <sup>※1</sup> 2. 外科 <sup>※2</sup> 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。
③ 改定前(令和6年5月以前)と比較して応需する処方箋の変化について回答ください。 ※○はいくつでも	
1. 28日以上長期処方が増加した      2. リフィル処方が増加した      3. 変わらない	
④ 28日以上長期処方の処方箋を応需する際に特に注視して実施していることについて回答ください。 ※○はいくつでも	1. 調剤に時間を要するため即時に調剤せず後日に調剤及び服薬指導等を実施している 2. 在庫が足りないため複数回に分けて医薬品を交付している 3. 事前に医療機関から連絡をもらっている 4. フォローアップの対象患者とする 5. かかりつけ薬剤師指導料の同意を得るようにしている 6. その他 (具体的に: _____)

## 5.リフィル処方箋の制度に対する相談体制や課題等についてお伺いします。

【全ての方がご回答ください】	
① リフィル処方を医師へ提案したことのある薬剤の種類 ※○はいくつでも	1. 血圧降下剤 2. 高脂血症用剤 3. 経口血糖降下剤 4. インスリン製剤 5. ホルモン剤 6. 花粉症治療薬 7. 消化器用剤 8. その他 (具体的に: _____) 9. リフィル処方箋を医師へ提案したことはない
② 薬剤師としてリフィル処方が適すと考える状況等 ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が不安定な品目が処方されている場合 2. パンデミックや災害による医療アクセスの制限がある場合 3. 待ち時間の長い高度医療機関から処方がある場合 4. 受診の間隔を延長する際の切り替え (例: 30日処方→30日×2回) 5. 長期処方からの切り替え (例: 60日処方→30日×2回) 6. かかりつけ薬剤師指導料の同意を得ている患者 7. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者 8. その他 (具体的に: _____)
③ 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 ○はいくつでも	1. 患者が次回調剤日に別の薬局を利用した場合の対応 2. 患者が処方箋を紛失してしまうことへの対応 3. 調剤か受診勧奨の適切な判断の実施 4. 適切な副作用の評価 5. リフィル処方箋を受付する機会が少なく対応に不慣れであること 6. 処方医との適切な情報連携 7. 患者が2回目以降、期限内に来局することへの対応 8. その他 (具体的に: _____)      9. 特になし
④ 患者からのリフィル処方箋に関する相談を受けた経験 ※○は1つ	1. ある → ⑤-1へ 2. ない → アンケート調査は終了です
【④で「1.ある」と回答した場合、下記⑤-1を回答】	
⑤-1 どのような患者からの相談であったか ※○はいくつでも	1. 医薬品供給が不安定な品目を使用している患者 2. 待ち時間の長い高度医療機関からの処方を受けている患者 3. 長期処方を受けている患者 4. 生活習慣病に係る薬物治療を受けている患者 5. かかりつけ薬剤師指導料の同意を得ている患者 6. 調剤後薬剤管理指導料に係るフォローアップを実施している患者 7. その他 (具体的に: _____)
⑤-2 受けた相談の内容 ※最も多いもの一つだけ○	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. 医師への相談(申し出)方法について知りたい 4. その他 (具体的に: _____)
⑤-3 患者がリフィル処方箋を希望していることに関して、処方医へ情報提供したことがあるか ※○は1つ	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7年1月24日(金)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6年12月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6年度調査）  
「長期処方やリフィル処方の実施状況調査」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6年度診療報酬改定では、長期処方（※1）及びリフィル処方箋（※2）を適切に推進する観点から様々な見直しが行われました。

本調査は、これらの見直しを踏まえ、長期処方及びリフィル処方箋の実施・利用状況や対応状況に関して、その現状や今後の課題等を把握することを目的として実施するものです。つきましては、次の要領により皆様には是非調査へのご協力をお願い申し上げます。

### ※1 長期処方とは

- ・ この調査においては、症状が安定している患者に対して、医師が28日以上処方（リフィル処方を除く）を行うことを指します。
- ・ 患者にとっては、通院だけでなく薬局に行く時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、リフィル処方箋と比べて薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認する機会が減ります。

### ※2 リフィル処方箋とは

- ・ 症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のことで、
- ・ 患者にとっては、通院に伴う時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点があります。また、薬を貰いに薬局に行った際には、薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認し、お薬代等はその都度薬局へお支払い頂きます。

※長期処方やリフィル処方箋は、医師が患者の病状等を踏まえ、医学的に適切と判断した場合に選択されるものです。

（→裏面へ続きます）

## 対象者

- ・ この調査は、調査対象の保険薬局に来局、または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7年1月24日(金)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の方／調剤を受けた患者の方についての回答をお願いします。

なお、本調査は令和6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、個人が特定されることは一切ありません。また、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、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、診療報酬のあり方について実りある議論を行うための大変貴重な資料として活用されます。

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 公共事業部

E-mail：【調査へのお問合せ先】jp\_cons\_kensho2024-03-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：0120-345-085（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

ID 番号：

## 令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6年度調査) 長期処方やリフィル処方の実施状況調査 患者票

※この調査票は、患者ご本人に、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、患者ご本人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。

※特に断りのない限り、令和6年 11 月 1 日時点の状況についてお答えください。

### 長期処方とは

この調査においては、症状が安定している患者に対して、医師が 28 日以上処方(リフィル処方を除く)を行うことを指します。

患者にとっては、通院だけでなく薬局に行く時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点がありますが、リフィル処方箋と比べて薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認する機会が減ります。

### リフィル処方箋とは

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方箋のことです。

患者にとっては、通院に伴う時間的・経済的負担の軽減に繋がるという利点があります。また、薬を貰いに薬局に行った際には、薬剤師が患者の体調や服薬状況を確認し、お薬代等はその都度、薬局へお支払い頂きます。

※長期処方やリフィル処方箋は、医師が患者の病状等を踏まえ、医学的に適切と判断した場合に選択されるものです。

### 1. この調査票のご記入者についてお伺いします。

①ご記入者は患者ご本人か ※○は1つ	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. 患者ご本人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。 ※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、全て患者さんご自身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、患者ご本人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あなたが自身が、定期的 <sup>※1</sup> に受診している医療機関(病院・診療所)、診療科、また薬局はいくつありますか。 ※定期的な受診がない場合「0(ゼロ)」と記入	医療機関数 : ( ) 件 診療科数 : ( ) 件 薬局数 : ( ) 件
---	--

※1 定期的: 180 日間で複数回

②あなたが定期的な処方を受けている疾患はありますか。それはどのような疾患ですか。 ※○はいくつでも	1. 糖尿病 2. 高血圧性疾患 3. 虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞) 4. アレルギー鼻炎 5. 脂質異常症 6. 消化器系の疾患 7. 悪性新生物<腫瘍> 8. 神経系の疾患 9. 皮膚及び皮下組織の疾患 10. 眼及び付属器の疾患 11. 呼吸器系の疾患 12. その他(具体的に: _____) 13. 定期的な処方を受けている疾患はない
--	--

③同じ内容の薬の処方を持っていますか。 ※○は1つ	1. 受けている	2. 受けていない
<b>【③で「1.受けている」と回答した場合、下記③-1をご回答ください】</b>		
③-1 定期的な処方を受けている期間 ※○は1つ	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
<b>【すべての方がご回答ください】</b>		
④リフィル処方箋を知っていましたか。 ※○は1つ	1. 制度の内容まで知っていた →⑤へ	
	2. 名称だけ知っていた →⑤へ	
	3. 知らなかった →設問4へ	
⑤リフィル処方箋の制度内容をどのようにして知りましたか。 ※○はいくつでも	1. 担当医師から説明を受けた	
	2. 病院内での掲示物を見て知った	
	3. かかりつけの薬局で教えてもらった	
	4. 病院のホームページを見て知った	
	5. 厚生労働省などの公的機関からの情報（ホームページ等）を見て知った	
	6. テレビやニュース等を見て知った	
	7. 家族や知人から聞いて知った	
	8. その他（具体的に：_____）	

## 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
<b>【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】</b>		
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 ※○は1つ	1. 自ら説明を希望した	2. 医師から提案された
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 ※○は1つ	1. 理解できた	2. 理解できなかった
<b>【すべての方がご回答ください】</b>		
②リフィル処方箋を交付されたことがありますか ※○は1つ	1. リフィル処方箋を交付されたことがある →③へ	
	2. リフィル処方箋は交付されことはない →設問5へ	

<b>【②で「1. リフィル処方箋を交付されたことがある」と回答した場合、下記③～⑩をご回答ください】</b>		
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。 ※○はいくつでも	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。 ※○は1つ	1. 3回	2. 2回
⑤直近のリフィル処方箋は、1回あたり何日分くらいのお薬が調剤されましたか。	（            ）日分	
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回目の調剤の状況を教えてください。 ※○は1つ	1. 調剤を受けた	
	2. 調剤を受けずに受診することになった	
⑧リフィル処方箋の3回目の調剤の状況を教えてください。 ※○は1つ	1. 調剤を受けた	
	2. 調剤を受けずに受診することになった	
	3. 2回反復利用のリフィル処方箋しか交付されたことがない	
⑨ ⑦または⑧で「2.調剤を受けずに受診することになった」と回答した場合の理由。 ※○は1つ	1. 医師による受診指示があったから	
	2. 薬剤師による受診勧奨があったから	
	3. ご自身で受診を受けた方がよいと考えたから	
	4. その他（具体的に：_____）	
⑩リフィル処方箋による調剤を受けた後の期間に薬剤師からフォローアップ（体調などの確認）を受けたことがあるか。 ※○は1つ	1. ある →⑪へ	2. ない →設問5へ
⑪ 薬剤師から受けたフォローアップ（体調などの確認）を受けた際の種類 ※○はいくつでも	1. 薬の指導を受けた	
	2. 薬の効果を確認された	
	3. 副作用について確認された	
	4. 体調などの確認をされた	
	5. 服薬状況を確認された	
	6. 他科の受診状況を確認された	
	7. その他（具体的に：_____）	

⑫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。 ※〇は1つ	1. 1回目から変えていない (同じ薬局に行った) →設問5へ 2. 1回目から薬局を変えた → ⑫-1へ 3. まだ2回目を利用していない →設問5へ
<b>【⑫で「2. 1回目から薬局を変更した」と回答した場合、下記⑫-1をご回答ください】</b>	
⑫-1 薬局を変更した理由は何ですか。 ※〇はいくつでも	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: _____)

5. これからのリフィル処方箋や長期処方<sup>※1</sup>の利用意向についてお伺いします。

①リフィル処方箋や長期処方のメリット・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。			
		該当するもの 全てに〇	最大のもの 一つに〇
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。	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自分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。	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. 自分には必要だと思わない		
	8. その他(具体的に: _____)		
①-3 長期処方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。	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. 感染症に罹るリスクを減らすことができる		
	4. 薬がほしだけという自分の状況にあっている		
	5. その他(具体的に: _____)		
①-4 長期処方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。	1. 医師に診てもらえる機会が減ってしまう		
	2. 薬剤師に相談できる機会が減ってしまう		
	3. 自分には必要だと思わない		
	4. その他(具体的に: _____)		
①-5 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。 ※〇は1つ	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	
①-6 今後、病状が安定している場合に長期処方を利用したいと思いますか。 ※〇は1つ	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	

②-1 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。 ※〇はいくつでも	1. 信頼する「かかりつけ医」 <sup>※2</sup> がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」 <sup>※3</sup> 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. 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」がいつでも相談にのってくれること 6. 電子処方箋 <sup>※4</sup> による対応 7. その他 (具体的に: _____)
---	---

②-2 <b>長期処方</b> を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか。 ※○はいくつでも	1. 信頼する「かかりつけ医」がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」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. 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」がいつでも相談にのってくれること 6. 電子処方箋による対応 7. その他（具体的に：_____）
--	--

③-1 <b>リフィル処方箋</b> 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	
		該当するもの全てに○	最重視のーつに○	該当するもの全てに○	最重視のーつに○
	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（具体的に：_____）					

③-2 <b>長期処方</b> 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	
		該当するもの全てに○	最重視のーつに○	該当するもの全てに○	最重視のーつに○
	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（具体的に：_____）					

※1 長期処方とは 28 日以上の処方(リフィルを除く)のことを指します

※2 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です

※3 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です

※4 現在紙で行われている処方箋の運用を電子で実施する仕組みです

6.リフィル処方箋や長期処方に関して、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7年1月24日(金)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6年12月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6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。

さて、令和6年度の診療報酬改定においては、バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進策や長期収載品の保険給付の見直し等が行われました。

今般、これらの診療報酬改定による影響等を把握することを目的として、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）においては、全国の保険薬局、保険医療機関、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に関して、本調査を実施することとなりました。本調査の結果は、中医協で診療報酬改定の結果を検証する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7年1月24日(金)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付ください。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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 jp\_cons\_kensho2024-04-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：0120-404-234（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 jp\_cons\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

令和6年12月

開設者様・管理者様

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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6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)へのご回答、**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、ご協力の程何卒よろ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	ご依頼状(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	ご依頼状(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にご回答ください。

#### ■ ご用意いただく書類

- ① ご依頼状（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	<a href="https://kensho2024.jp/">https://kensho2024.jp/</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com">jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com</a>

- ✓ 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7年1月 24 日(金)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 ご依頼状（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（患者向け・クリーム色） ..... 1部

### ■ 配布方法

- ✓ 患者調査票は、令和7年1月6日(月)から令和7年1月20日(月)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患者の方に調査協力についての同意を確認した上で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。
- ✓ 対象となる患者数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、患者やそのご家族等からの質問等がございましたら「ご依頼状（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、患者ご自身もしくはご家族等により、返信用封筒に入れて郵送し、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。
- ✓ 回答時にお困りの際は、調査ホームページ(<https://kensho2024.jp/>)に掲載のFAQもぜひご覧ください。

### 【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 公共事業部

【調査へのお問合せ先】 [jp\\_cons\\_kensho2024-04-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_kensho2024-04-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：0120-404-234（受付時間 10：00～17：00、土日・祝日除く）

【電子調査票の送付先】 [jp\\_cons\\_submit-kensho2024-mbx@pwc.com](mailto:jp_cons_submit-kensho2024-mbx@pwc.com)（受信専用）

【調査ホームページ（電子調査票の入手元・FAQ）】 <https://kensho2024.jp/>

以上

ID番号:

**令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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6年11月1日(金)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6年11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貴薬局はどのような地域に所在するとお考えですか。以下の選択肢のうち、最もあてはまるものをお答えください。※○は1つ	1. 都市部(特別区・政令指定都市・中核市)	2. 過疎地域 <sup>*1</sup>	3. その他
④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 <sup>*2</sup> 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。		
⑤開設年 ※当該店舗の開設年をお答えください。	西暦( )年		
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. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局		
	2. 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		
	3. 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		
	4. 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		
	5. 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		
	6. 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		
	7. その他(具体的に: )		
⑦応需医療機関数 ※令和6年11月1か月間	( )機関		
⑧貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※令和5年度決算 ※OTC医薬品等(食品、雑貨等を含む)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」には医療保険分その他、居宅療養管理指導費(介護保険)も含めてください。	約( )%		
⑨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. 特別調剤基本料 A
	7. 特別調剤基本料 B	—	—
⑨-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字) ※令和6年11月1か月間 ※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		
⑨-2 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		
⑩後発医薬品調剤割合(調剤報酬算定上の数値) ※令和6年11月1か月間	( ) %		
⑪カットオフ値の割合 <sup>*3</sup> (調剤報酬算定上の数値) ※令和6年11月1か月間	( ) %		

⑫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6年11月1日時点) <sup>※4</sup> ※〇は1つ	1. あり	2. なし
---	-------	-------

※3: 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。

※4: 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。

⑬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6年11月1日時点) ※〇は1つ	1. 該当する		
	2. 該当しない → 該当しない理由 ※〇はいくつでも		
	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		

⑭後発医薬品調剤体制加算 ※〇は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

⑮地域支援体制加算 ※〇は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	

⑯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 <sup>※5</sup>	非常勤職員	
		実人数	常勤換算 <sup>※6</sup>
1) 薬剤師	( ) 人	( ) 人	( ) 人
2) その他(事務職員等)	( ) 人	( ) 人	( ) 人

⑰貴薬局の認定等の状況 ※〇はいくつでも			
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

※5: 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、直近3月間の勤務状況に基づき算出します。

※6: 常勤換算とは、事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業員の員数に換算する方法。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、直近3か月間の勤務状況に基づき算出します。

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

## 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。

【すべての方にお伺いします。】

①現時点での後発医薬品の供給体制についてどのように感じますか。 ※〇は1つ		
1. 支障を来たしている	2. 影響はあるが大きな支障は無い	3. 支障は無い
②1年前(令和5年11月1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。 ※〇は1つ		
1. 改善した	2. 変わらない	3. 悪化した
③現在(令和6年11月1日)の医薬品の調達状況についてお伺いします。 ※〇はいくつでも		
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. 卸に医薬品の新規の注文を受けてもらえない(実績のある注文のみ)		
4. 卸の医薬品在庫がないため注文を受けてもらえない		
5. 卸からの医薬品の注文の取り消しが頻発している		
6. 処方薬が必要量準備できず、不足医薬品を後日患者に届ける業務が頻発している		
7. 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		
8. 特に困難な状況はない		



<b>④供給不安定の状況への対応として実施していることについてお伺いします。 ※〇はいつでも</b>		
1. 後発医薬品を先発医薬品へ切り替える採用品目の見直しを行った		
2. 事前対応として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. 患者に対し医薬品の供給が不安定であるという旨の啓発を行った		
9. 後発医薬品の品質や安全性に係る情報収集を行った		
10. 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		
11. 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		
12. 医師と医薬品の供給・在庫の状況を踏まえた処方内容の調整を行った		
13. 医療機関と医薬品の供給・在庫の状況や使用に関する情報共有を行った		
14. 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： )		
15. その他 (具体的に： )		
16. 特に困難な状況はない		
<b>⑤供給不安定の対策における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について、どのような薬局と連携していますか。 ※〇はいつでも</b>		
1. 同一法人間での連携		
2. 近隣薬局との連携		
3. 地域薬剤師会による薬局間の連携		
4. その他 (具体的に： )		
5. 実施していない		
<b>⑥医薬品の供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、やむをえず自家製剤加算を算定した場合の適用の有無<sup>※1</sup></b> ※〇は1つ	1. あり	2. なし
※1: 令和6年度改定より、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう、他の医薬品を用いて調製した場合も、自家製剤加算として評価できるように改正された。		
<b>⑦特定薬剤管理指導加算3の算定の件数についてご回答ください。(令和6年11月実績)</b>	<b>算定件数</b>	
イ 長期収載品の選定療養に関する説明を実施した場合 ※算定実績がない場合は「0(ゼロ)」を記載	( ) 件	
ロ 上記イで説明したうち、実際に長期収載品から後発医薬品に変更した件数 ※算定実績がない場合は「0(ゼロ)」を記載	( ) 件	
ハ 医薬品の供給上の問題により別の銘柄の医薬品に変更が必要となった患者に対する説明を実施した場合 ※算定実績がない場合は「0(ゼロ)」を記載	( ) 件	
<b>⑧供給不安報告制度の開始前(令和2年12月より以前)と比べ、後発医薬品の調剤割合に変化はありましたか。</b> ※〇は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		
<b>【⑨は前記⑧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。】</b>		
<b>⑨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つ選んで〇</b>		
1. 後発医薬品を調剤できる処方箋が減った	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： )		



## 3. 後発医薬品の使用促進に関して伺います。

## &lt;用語の定義&gt;

「長期収載品」：「長期収載品の選定療養の対象医薬品リスト」に掲載されている医薬品

「先発医薬品」：「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」における「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」欄が、1（後発医薬品がない先発医薬品（後発医薬品の上市前の先発医薬品等）、2（後発医薬品がある先発医薬品）、☆（2のうち後発医薬品と同額又は薬価が低いもの）の医薬品

「後発医薬品」：「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」における「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」欄が、3（後発医薬品）、★（3のうち先発医薬品と同額又は薬価が高いもの）の医薬品

①令和6年12月2日(月)～12月8日(日)に受け付けた処方箋枚数は何枚ですか。	( ) 枚
※以下の②～⑧は1枚の処方箋を重複してカウントしてください。	
②前記①のうち、1品目でも一般名処方が含まれている処方箋の枚数	( ) 枚
③前記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品の全てを一般名処方としている処方箋の枚数	( ) 枚
④前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、変更不可(医療上必要)となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	( ) 枚
⑤前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、全て変更不可(医療上必要)となっている処方箋の枚数	( ) 枚
⑥前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、患者希望となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	( ) 枚
⑦前記①のうち、長期収載品を銘柄名で処方し、全て患者希望となっている処方箋の枚数	( ) 枚
⑧前記①のうち、後発医薬品を銘柄名で処方し、変更不可(医療上必要)となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	( ) 枚
⑨以下は①の処方箋(令和6年12月2日(月)～12月8日(日)の1週間に受け付けた処方箋)に基づき調剤した医薬品について、品目数ベース(銘柄・剤形・規格単位別)の数でご記入ください。	
⑩ 一般名で処方された医薬品の品目数※ <sup>1</sup>	( ) 品目
⑩-1 ⑩のうち、後発医薬品を調剤した品目数	( ) 品目
⑩-2 ⑩のうち、先発医薬品(長期収載品を除く)を調剤した品目数	( ) 品目
⑩-3 ⑩のうち、長期収載品を調剤した品目数	( ) 品目
⑪ 長期収載品の銘柄名で処方された医薬品の品目数	( ) 品目
⑪-1 ⑪のうち、後発医薬品へ変更して調剤した品目数	( ) 品目
⑪-2 ⑪のうち、長期収載品を調剤した品目数	( ) 品目
⑪-2-1 ⑪-2のうち、処方箋に「患者希望」が指示されていた品目数	( ) 品目
⑪-2-2 ⑪-2のうち、処方箋に「患者希望」は指示されていないが、患者が長期収載品の調剤を希望した品目数	( ) 品目
⑪-2-3 ⑪-2のうち、処方箋に「変更不可(医療上必要)」が指示されていた品目数	( ) 品目
⑪-2-4 ⑪-2のうち、薬剤師が医療上の必要があると判断した品目数	( ) 品目
⑪-2-5 ⑪-2のうち、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品の提供が困難であり、長期収載品を調剤せざるを得なかった品目数	( ) 品目

※1：基礎的医薬品、その他の品目（漢方製剤、生薬、生物製剤等など、先発医薬品や後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品）は除く。

⑫長期収載品の選定療養制度を導入したことによって、どのような影響や課題がありましたか。 ※○はいくつでも
1. 患者への説明や患者からの質問への対応に係る負担が大きい
2. 患者への制度に関する周知が不十分である
3. 医療関係者への制度に関する周知が不十分である
4. 制度そのものがわかりづらい
5. 特別の料金の計算がわかりづらい
6. レセコンなどシステム改修が不十分である
7. 後発医薬品を選択する患者が増えた
8. その他（具体的に： )
9. わからない

⑬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
--------------------------------	-------	-------

【⑭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。】

⑮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。 ※○はいくつでも

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. 医療機関が変更不可とした具体的な理由の明確化
8. 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
9. その他（具体的に： _____）
10. 特に対応は必要ない

⑯前記⑮の選択肢 1. ～9. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。 ( )

⑰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。 ※○はいくつでも

1. 患者への積極的な働きかけ
2. 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
3. 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
4. 後発医薬品の銘柄指定をしないこと
5. 一般名処方とすること
6. 疑義照会への誠実な対応
7. 後発医薬品に対する理解
8. その他（具体的に： _____）
9. 医師に望むことは特にない

⑱前記⑰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。 ( )

調剤用医薬品の備蓄状況について、お伺いします。

※令和6年11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。

⑲ 調剤用医薬品備蓄品目数(全医薬品)	約 ( ) 品目
⑲-1 前記⑲のうち、先発医薬品	約 ( ) 品目
⑲-2 前記⑲のうち、後発医薬品	約 ( ) 品目

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。

⑳先発医薬品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
㉑後発医薬品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

㉒入手困難だと感じる医薬品について、特に現場への影響が大きい品目の上位から最大5つについて、ご記入ください。

※令和6年11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。

※上位5位までの「薬価基準収載医薬品コード」\*2を記入ください。

※上位5位にメーカーは異なるが同一の成分名である薬がある場合は代表的なコードを一つ記載ください

入手困難 医薬品	コード			
	医薬品名			
	コード			
	医薬品名			

\*2: 医療機関等で保険診療に用いられる医療用医薬品として官報に告示されている(薬価基準に収載されている)品目に紐づくコードのこと。以下のサイトを参照。(薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について(令和6年10月1日適用))

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2024/04/tp20240401-01.html>

## 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。 ※○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場合の理由の件数 <sup>※1</sup> (令和6年11月実績)				
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	
③1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。 ※○はそれぞれ1つ				
③-1. 患者の意向		1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
③-2. 保険薬局の備蓄		1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
③-3. 後発医薬品なし		1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
④供給不安報告制度の開始前(令和2年12月より以前)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。 ※○はそれぞれ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

※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. 貴薬局におけるバイオ後続品の備蓄状況及び対応状況等についてお伺いします。

※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。

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）を含む。

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
テリバラチド	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バイオ後続品の備蓄状況から不安定供給を感じることはありますか。 ※○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バイオ後続品のうち、不安定供給を感じる製品は何ですか。 ※○はいくつでも		
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. テリバラチド	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	9. 特定の医薬品はない

③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6年11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○

選択肢	備蓄している医薬品		調剤した医薬品(令和6年11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
④備蓄/調剤品目数 ※上記で○付けしたものの 合計数	( ) 品目	( ) 品目	( ) 品目	( ) 品目

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。

⑤先行バイオ医薬品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った
⑥バイオ後続品の備蓄品目数は増えましたか。 ※○は1つ	1. 増えた	2. 変わらない	3. 減った

【すべての方にお伺いします。】

⑦バイオ後続品の使用促進に関する説明について、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 →質問⑩へ
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 →質問⑩へ
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 →質問⑩へ
4. バイオ後続品の説明や調剤に積極的には取り組んでいない →質問⑧へ

【前記⑦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。】

⑧バイオ後続品の使用促進における課題等について回答ください。 ※○はいくつでも

1. バイオ後続品の品質や有効性、安全性に疑問がある
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
3. バイオ後続品は、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こと
4. バイオ後続品の安定供給に不安
5. バイオ後続品に関する情報提供の不足  
→不足している情報を具体的に ( )
6. 患者への普及啓発の不足
7. バイオ後続品の説明に時間がかかること
8. 患者が先行バイオ医薬品を希望すること (自己注射)
9. 患者の費用負担が変わらないこと
10. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品では適応症が異なること
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ること
12. 在庫管理の負担が大きいこと
13. 経営者(会社)の理解が得られない
14. 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の両方を備蓄すること
15. バイオ後続品の調剤対象となる患者がいない
16. その他(具体的に )

⑨前記⑧の選択肢 1. ~16. 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。】

<b>⑩今後、どのような対応が進めば、バイオ後続品の使用が推進すると思いますか。 ※〇はいくつでも</b>	
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. 卸への返品が可能になること	
11. その他（具体的に： _____）	
12. バイオ後続品の普及の必要はない	
<b>⑪前記⑩の選択肢 1. ～11. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</b>	
<b>⑫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</b>	
1. ある →質問⑬へ	2. ない

【⑬は前記⑫で「1.ある」と回答した場合にお伺いします。】

<b>⑬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 ※〇はいくつでも</b>		
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： _____）		
<b>⑭前記⑬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。</b>		
<b>⑮前記⑬の選択肢3を選択された方で、相談を受けた患者が使用していたバイオ医薬品は何ですか。 ※〇はいくつでも</b>		
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	9. バイオ医薬品未使用の患者

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7年1月24日（金）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6年12月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和6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6年度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様々な見直しが行われました。

本調査は、これらの見直しを踏まえ、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進について、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て実施するものです。つきましては、次の要領により皆様に是非調査へのご協力をお願い申し上げます。

**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の中から無作為で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7年1月24日(金)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の方／調剤を受けた患者の方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6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、個人が特定されることは一切ありません。また、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ありません。

本調査の結果は、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、診療報酬のあり方について実りある議論を行うための大変貴重な資料として活用されます。

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 公共事業部

E-mail : 【調査へのお問合せ先】 jp\_cons\_kensho2024-04-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 : 0120-404-234 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)



ID番号:

令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和6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・理由などをご記入ください。

※特に指定のない限り、令和6年11月1日時点の状況についてご回答ください。

## 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. 患者ご本人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年代 ※○は1つ	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、全て患者ご本人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、患者ご本人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 ※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	
1. ある	2. ない
⑥かかりつけ医がいますか。 ※○は1つ ※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、かかりつけ薬剤師*がいますか。 ※○は1つ ※薬による治療のこと、健康や介護に関することなどに豊富な知識と経験を持ち、患者や生活者のニーズに沿った相談に応じることができる薬剤師のこと	
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	
1. している	2. していない

2. 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、本日のことだけではなく、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。 ※〇は1つ		
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。 ※〇は1つ		
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。 ※〇は1つ		
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。 ※〇は1つ		
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。 ※〇は1つ		
1. ある	2. ない	3. わからない
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。 ※〇は1つ		
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。 ※〇は1つ	
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 <sup>*1</sup> 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) <sup>*2</sup> 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. 国の広報を見て
12. その他(具体的に: _____)	

※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。

※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薬局においていつもの薬が手に入らないなどの理由で、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された薬はありますか。 ※〇はいつでも	
1. 先発医薬品に変更された	2. 他のジェネリック医薬品に変更された
3. 変更されたことはない	4. 薬が中止された
5. わからない	

3. ジェネリック医薬品のある先発医薬品の使用に関するお考えについてお伺いします。

以下の「ジェネリック医薬品のある先発医薬品の選定療養」、「特別の料金について」を読み、ご回答ください。

【ジェネリック医薬品のある先発医薬品の選定療養】

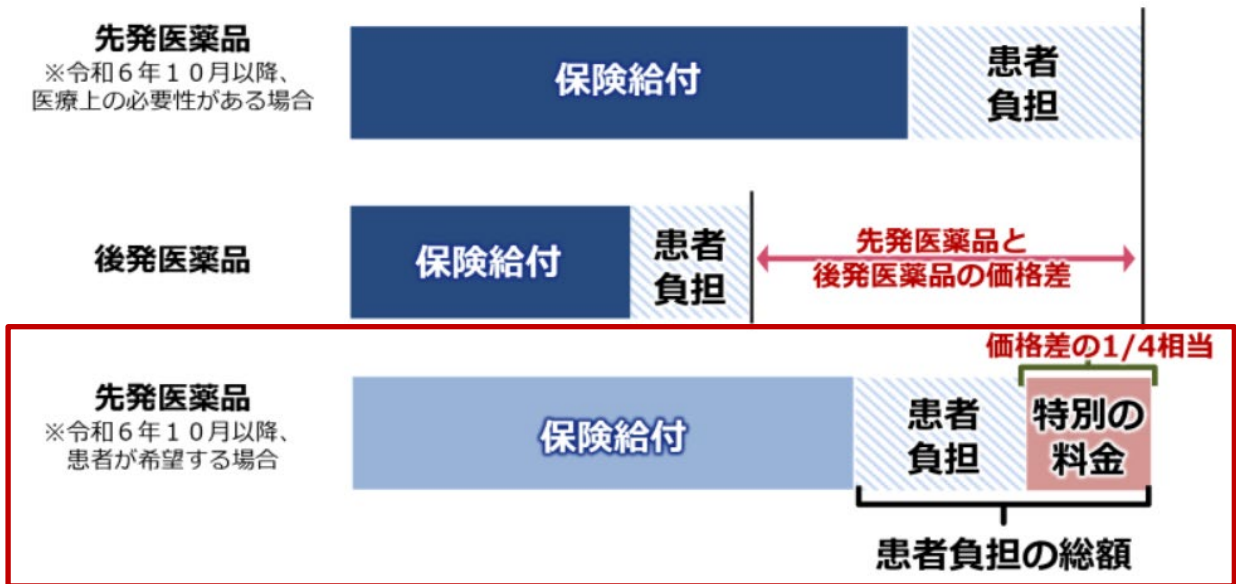
令和6年10月から後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、都度ごとに特別の料金をお支払いいただくことになりました。

【特別の料金について】

特別の料金とは先発医薬品と後発医薬品(ジェネリック医薬品)の価格差の4分の1相当の料金のことを言います。(例えば、先発医薬品の価格が1錠100円、後発医薬品の価格が1錠60円の場合、差額40円の4分の1である10円を、通常の1~3割の患者負担とは別に特別の料金としてお支払いいただくこととなります。)

特別の料金の金額については、医療機関又は薬局が発行する領収書の保険外負担の欄からご確認いただけます。

なお、特別の料金は課税対象であるため、消費税分を加えてお支払いいただくこととなります。



【すべての方にお伺いします。】

①上記の解説のとおり、令和6年10月から、ジェネリック医薬品のあるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合には、特別の料金を支払うことになりました。このことをご存知でしたか。※○は1つ

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

②令和6年10月以降、この特別の料金を支払いましたか。※○は1つ

- |         |            |          |
|---------|------------|----------|
| 1. 支払った | 2. 支払っていない | 3. わからない |
|---------|------------|----------|

【前記②で「1. 支払った」と回答した方にお伺いします。】

②-1 具体的にいくら支払いましたか。  
※料金については直近で支払った金額を回答ください  
※わからない場合は医療機関又は薬局にお尋ねください

( ) 円 ※数字で記載

②-2 先発医薬品(長期収載品)の処方を希望した理由は何ですか。※○は1つ

- ジェネリック医薬品の使用に不安があるから
- 先発医薬品(ジェネリック医薬品がある先発医薬品)のほうが効果があると思うから
- 使い慣れた薬を使いたいから
- 自己負担が増えてもあまり気にならないから
- その他 ( )

②-3 この特別の料金がいくらになれば、先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えようと思いますか。以下の選択肢から該当するものをお選びください。※〇は1つ
1. 特別の料金が現在の2倍程度になる場合 ※特別の料金がジェネリック医薬品価格差の半額となる場合
2. 特別の料金が現在の3倍程度になる場合
3. 特別の料金が現在の4倍程度になる場合 ※特別の料金がジェネリック医薬品価格差の全額となる場合
4. 特別の料金がいくらであろうと、先発医薬品を選択する
5. 現在の特別の料金でもそのうち切り替える
6. その他・わからない

【前記②で「2. 支払っていない」と回答した方にお伺いします。】

②-4 この特別の料金を支払っていない理由は何ですか。※〇はいくつでも
1. 先発医薬品を使用する医療上の必要があったため
2. 医療機関又は薬局に後発医薬品の在庫がなかったため
3. これまで先発医薬品を使用していたが、特別の料金を支払いたくないので、後発医薬品へ変更したため
4. 従来から後発医薬品を使用していたため

#### 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。 ※〇は1つ	
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。 ※〇はいくつでも	
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. 持続可能な医療財政に貢献できること	
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。	

## 5. バイオ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。

**バイオ医薬品(バイオテクノロジー応用医薬品)とは**

遺伝子組換え技術等を応用して製造される医薬品です。インスリン(糖尿病治療薬)、リツキシマブ(抗がん剤等)、ソマトロピン(成長ホルモン製剤)などがあります。

**バイオ後続品(バイオシミラー)とは**

既に販売されているバイオ医薬品の特許期間・再審査期間満了後に、異なるメーカーから販売される製品です。一般的に先発医薬品に比べて薬価が安く、医療費の軽減につながります。

【すべての方にお伺いします。】

①あなたは「バイオ後続品(バイオシミラー)」という名称を知っていますか。 ※〇は1つ

- |          |         |
|----------|---------|
| 1. 知っていた | 2. 知らない |
|----------|---------|

【前記①で「1. 知っている」と回答した方にお伺いします。】

②「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

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

③「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

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 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③で4. を選択 (できればバイオ後続品を使いたくない) した方にお伺いします。】

④「バイオ後続品(バイオシミラー)」をできれば使いたくないと考える理由は何ですか。

※〇はいくつでも

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 効果に対する不安があるから            |
| 2. 副作用に対する不安があるから           |
| 3. 担当医師がバイオ後続品を進めないから       |
| 4. バイオ後続品を作っている会社には不信感があるから |
| 5. 使い慣れた薬を使いたいから            |
| 6. バイオ後続品について説明されても理解できないから |
| 7. その他 (具体的に: _____)        |

【すべての方にお伺いします。】

⑤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すか。 ※〇は1つ ※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<br>→ (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: _____)  |

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7年1月24日(金)までに返信用封筒(切手不要)に封入し、お近くのポストに投函してください。