

日 薬 業 発 第 140 号  
令 和 元 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

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
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、平成 30 年度診療報酬改定の結果検証調査（令和元年度調査）に係る特別調査を実施することとなり（別添 1,2）、このうち、①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 3）、②後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査（別添 4）について協力依頼がありましたのでお知らせします。

①につきましては、かかりつけ薬剤師指導料の届出を行っている保険薬局 1,000 施設と届出を行っていない保険薬局 1,000 施設（計 2,000 施設、無作為抽出）、②につきましては、全国 1,500 施設の保険薬局（無作為抽出）を調査対象として、7 月 22 日以降順次調査票を送付しているとのことです。また、これらと併せて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、迅速かつ確か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みずほ情報総研株式会社にて実施されることを申し添えます。

<別添>

- 1 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査へのご協力をお願い
- 2 令和元年度に実施する平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の概要
- 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（保険薬局票、患者票）
- 4 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査（保険薬局票様式 1 及び 2、患者票）

令和元年 7 月

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
(令和元年度調査) 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、平成 30 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

## 令和元年度に実施する平成 30 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

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）

### 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、平成 30 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) かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その2）

##### ①調査の概要

平成 30 年度診療報酬改定において、外来における効果的・効率的な医学管理や、医薬品の適正使用を推進する観点から、生活習慣病管理料の療養計画の様式や要件の見直し、対面診療と適切に組み合わせた I C T を活用した診療について評価の新設、向精神薬の長期処方・多剤処方の報酬水準の適正化等を行った。また、医療保険と介護保険のリハビリテーションの円滑な移行を推進する観点から、要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料についての経過措置は、平成 31 年 3 月末をもって終了したところである。これらを踏まえ、本調査では、改定に係る影響や関連する取り組み等の実施状況について調査・検証を行う。

##### ②調査対象及び調査客体

#### 1. かかりつけ医機能に関する評価等の影響調査

##### 【施設調査】

- ①オンライン診療料の届出施設 悉皆（約 1,200 施設）
  - ②機能強化加算の届出施設 500 施設
  - ③機能強化加算の非届出施設 500 施設
- 上記合計 約 2,200 施設

##### 【患者調査】

- ・オンライン診療に関する意識調査

上記①の施設より、オンライン診療を受診している患者 3 名、オンライン診療を受診していない患者 2 名の計 5 名に配布

- ・かかりつけ医に関する意識調査  
上記②及び③の施設より各8名に配布

## 2. 精神科医療の実施状況調査

- ・精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する病院 500 施設
  - ・精神科デイ・ケア等の届出を行っている診療所 500 施設
- ※上記に、精神科在宅患者支援管理料の届出施設全数を含める

## 3. リハビリテーションの実施状況等調査

- ・脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している病院 400 施設
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料を算定している診療所から無作為抽出した診療所 400 施設

## ③スケジュール

7月22日以降順次 調査票発送

## (2) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に係る評価等に関する実施状況調査（その2）

### ①調査の概要

平成30年度診療報酬改定において、病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、病院での負担軽減等の体制整備について、医療従事者全体に拡大するとともに、関連する項目を集約した。また、対面を求めるカンファレンスのICTを用いた場合の評価、等を行った。本調査では、医療機関における勤務環境改善の取組状況等について調査を行う。

### ②調査対象及び調査客体

#### 【施設調査】

- ・医師事務作業補助体制加算を算定している病院（届出病院）、算定していない病院（未届出病院）からそれぞれ750施設を無作為抽出した合計1,500施設。

#### 【医師調査】

- ・施設調査の調査対象病院に1年以上勤務する常勤医師を対象とし、1施設につき4名の医師（診療科：外科系1名、内科系1名、その他2名）。

#### 【看護師長調査】

- ・施設調査の調査対象病院の病棟の中から選定した病棟に1年以上勤務する看護師長を対象とし、1施設につき5名の看護師長（病棟：一般病棟2名、療養病

棟 1 名、精神病棟 1 名、特定入院料 1 名)。

【薬剤部責任者調査】

- ・施設調査の調査対象病院の薬剤部責任者 1 名。

③スケジュール

7 月 22 日以降順次 調査票発送

(3) かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査

①調査の概要

平成 30 年度診療報酬改定において、かかりつけ歯科医機能をより推進する観点から、歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理や地域連携等の実績の評価等、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しを行った。また、ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、小児口腔機能管理加算や口腔機能管理加算の新設等を行った。

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の新設を行った。

これらの見直しによるかかりつけ歯科医機能や歯科疾患の継続的管理の状況を検証するため調査を行う。

②調査対象及び調査客体

【施設調査】

- ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 2,000 施設
- ・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 1,000 施設

【患者調査】

- ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の受診患者のうち、歯科疾患管理料を算定した再診患者 4,000 件
- ・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受診患者のうち、歯科疾患管理料を算定した再診患者 2,000 件

③スケジュール

7 月 22 日以降順次 調査票発送

(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

①調査の概要

平成 30 年度診療報酬改定において、残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組な

ど、薬局における対物業務から対人業務への転換を促すための措置を講じた。また、患者本位の医薬分業を進めるため、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握することを目的としたかかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる大型門前薬局の評価の適正化等を行った。

これらを踏まえ、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局の連携方策も含め、医薬品の適正使用や患者本位の医薬分業のさら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調査を行う。

## ②調査対象及び調査客体

### 【保険薬局調査】

- ・かかりつけ薬剤師指導料の届出を行っている保険薬局 1,000 薬局
- ・かかりつけ薬剤師指導料の届出を行っていない保険薬局 1,000 薬局

### 【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】

- ・地域包括診療料の届出施設（悉皆）
  - ・上記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  
(かかりつけ薬剤師指導料に同意している患者 1 名＋かかりつけ薬剤師指導料に同意していない患者 1 名)

## ③スケジュール

7月22日以降順次 調査票発送

## (5) 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

平成30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の記載された処方せんの受付状況、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。

### 【診療所調査】

- ・保険医療機関のうち、無作為抽出した診療所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。

## ③スケジュール

7月22日以降順次 調査票発送

## 4. 調査委託業者

**みずほ情報総研株式会社**

令和元年7月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「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。

平成30年4月診療報酬改定では、残薬解消や多剤・重複投薬の削減の取組など、薬局における対物業務から対人業務への変換を促すための措置が講じられました。また、患者本位の医薬分業を進めるため、患者の服薬情報を一元的かつ継続的に把握することを目的とした、かかりつけ薬剤師・薬局の評価やいわゆる大型駅前薬局の評価の適正化等が行われました。

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、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を正確に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、**令和元年8月16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。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 つだけに○をつけてください。
- （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

（→裏面へ続きます）

なお、本調査は平成30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みずほ情報総研株式会社が実施します。

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ありません。

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（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ので、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】**

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

**お問い合わせ先**

**【TEL】** 0120-685-608(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

**【E-mail】** yakuzai2019@mizuho-ir.co.jp

**平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)**  
**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、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師・薬局の連携方策も含め、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つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和元年6月末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. 貴薬局の概要についてお尋ねします。

① 貴薬局の所在地についてご記入ください	( ) 都・道・府・県
② 貴薬局の開設者についてご選択ください。(○は1つ) なお、「1.法人」の場合、会社形態として該当するものをご選択ください。	
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 <sup>※1</sup> 17. 事業持株会社 <sup>※2</sup> 18. 持株会社以外 <sup>※3</sup> )	
2. 個人	
3. その他 ( )	

※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 <sup>※4</sup> による薬局店舗数をご記入ください。	( ) 店舗 ※ 当該店舗を含めてご回答ください。
---	------------------------------

※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

④ 貴薬局の開設年をご記入ください。	西暦 ( ) 年
⑤ 貴薬局がチェーン薬局(同一経営者が20店舗以上を所有する薬局の店舗)であるかご選択ください。(○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をご選択ください。(○は1つ)	
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. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局	
3. 同一敷地内にある病院の処方箋を応需している薬局	
4. 同一敷地内にある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 貴薬局はどのような場所に立地していますか。最もよくあてはまるものを一つご選択ください。(○は1つ)		
1. 住宅街にある	2. 駅前にある	
3. 商店街にある	4. 大型商業施設(スーパー、デパート)の中にある	
5. オフィス街にある	6. 医療機関の敷地内にある	
7. その他(具体的に: )		
⑧ 令和元年6月の1ヶ月間の貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合をご記入下さい。	( ) %	
⑨ 現在の調剤基本料の届出状況についてご選択ください。(○は1つ) ※ 令和元年6月の1ヶ月間の状況についてご回答ください。	1. 調剤基本料1 (41点)	2. 調剤基本料2 (25点)
	3. 調剤基本料3イ (20点)	4. 調剤基本料3ロ (15点)
	5. 特別調剤基本料 (10点)	
	⑨-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字) ( ) 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) ( ) % ※ 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	
	⑨-3 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	
⑨-4 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1か月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局(○は1つ) 1. 非該当 2. 該当		
⑨-5 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1か月に40万回を超えるグループに属する保険薬局(○は1つ) 1. 非該当 2. 該当		
⑩ 平成30年3月の調剤基本料の届出状況についてご選択ください。(○は1つ)	1. 調剤基本料1 (41点)	2. 調剤基本料2 (25点)
	3. 調剤基本料3 (20点)	4. 調剤基本料4 (31点)
	5. 調剤基本料5 (19点)	6. 特別調剤基本料 (15点)
	⑩-1 基準調剤加算の届出の有無 1. 届出あり 2. 届出なし	
	⑩-2 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字) ( ) 回/月	
⑩-3 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		
⑩-4 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		

⑪ 職員数をご記入ください。 ※ 該当者がいない場合は「0」とご記入ください。		常勤職員※4	非常勤職員	
			実人数	常勤換算※5
1) 薬剤師		( ) 人	( ) 人	( ) 人
	(うち)かかりつけ薬剤師指導料等※3 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
	3) 全職員(上記1)、2)の合計	( ) 人	( ) 人	( ) 人

※3 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。

※4 常勤職員とは、貴薬局で定められた勤務時間をすべて勤務する者のことをいいます。ただし、貴薬局で定めた1週間の勤務時間が32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤職員として計上します。

※5 非常勤職員とは、貴薬局と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員をいいます。貴院の1週間の所定労働時間を基本として下記のように常勤換算して小数第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご記入ください。

例: 週2日(各日3時間)勤務の薬剤師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の薬剤師が2人いる場合

$$\text{非常勤薬剤師数(常勤換算)} = \frac{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)}{32時間} = 1.13人$$

⑫ 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)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。  
(あてはまる番号すべてに○)

1. ICTを活用している

活用しているICT ※あてはまる番号 すべてに○	11. メール	12. 電子掲示板	13. グループチャット
	14. ビデオ通話(オンライン会議システムを含む)		
	15. 地域医療情報連携ネットワーク		
	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		
	17. その他(具体的に: _____)		

2. ICTは活用していない

2. 貴薬局の体制についてお尋ねします(令和元年6月末現在)。

① 貴薬局(当該店舗)に勤務する薬剤師(質問1. ①の「薬剤師」)について該当する人数をご記入ください。  
※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。

	常勤(実人数)	非常勤	
		実人数	常勤換算 <sup>※1</sup>
1) 当該店舗に勤務する薬剤師数(休職中の者も含む)	( ) 人	( ) 人	( ) 人
2) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある薬剤師数	( ) 人	( ) 人	( ) 人
3) 当該店舗に1年以上 <sup>※</sup> 在籍している薬剤師数 ※ 当該保険薬局に週32時間以上(育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合は、週24時間以上かつ週4日以上)勤務している方を計上してください。	( ) 人	( ) 人	( ) 人
4) 当該店舗に週32時間以上 <sup>※</sup> 勤務している薬剤師数 ※ 平成30年9月30日までは6ヶ月以上勤務していた方を計上してください。	( ) 人	( ) 人	( ) 人
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薬剤師数	( ) 人	( ) 人	( ) 人

※1 非常勤職員の常勤換算については、1. ①の※5(2頁目)を参照してください。

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  
→平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間の対応件数:( ) 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を整えている  
→夜間等時間外の対応のために連携している薬局数:( ) 薬局  
→平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間の対応件数:( ) 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: \_\_\_\_\_)

③ 貴薬局における薬剤服用歴管理指導料の算定状況についてお答えください。

	平成30年3月	令和元年6月
1) 薬剤服用歴管理指導料(50点)	( ) 回	( ) 回
2) 薬剤服用歴管理指導料(38点)	( ) 回	( ) 回
3) 薬剤服用歴管理指導料(53点)	( ) 回	( ) 回
うち、患者がお薬手帳を提示した場合	( ) 回	( ) 回
4) 薬剤服用歴管理指導料(41点)	( ) 回	( ) 回
5) 薬剤服用歴管理指導料の特例(13点)	( ) 回	( ) 回
うち、患者がお薬手帳を提示した場合	( ) 回	( ) 回

3. かかりつけ薬剤師に関する取組についてお尋ねします。

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の有無についてご選択ください。(○は1つ)	
1. 届出あり	2. 届出なし
【3. ①で「1.届出あり」と回答した場合】	
①-1 貴薬局における薬剤師数についてご記入ください。	
1) かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を満たしている薬剤師数及び平均在籍年数*1	薬剤師数 : ( ) 人 平均在籍年数 : ( ) 年
2) かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬剤師数	薬剤師数 : ( ) 人
3) かかりつけ薬剤師指導料を算定している薬剤師が0人である理由	

※1 薬剤師の平均在籍年数については、以下の方法で算出し、小数点以下第一位までお答えください。  
 ・(かかりつけ薬剤師指導料の施設基準を満たしている薬剤師の在籍年数の合計) ÷ (当該薬剤師の合計人数)

【3. ①で「2.届出なし」と回答した場合】	
①-2 かかりつけ薬剤師指導料の届出なしである理由についてご選択ください。	
<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 当該保険薬局に週32時間以上*2勤務している薬剤師がいないため</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>8. 患者がかかりつけ薬剤師の機能を理解していないため</li> <li>9. 協力してもらえ医療機関・医師が少ないため</li> <li>10. 在宅への訪問をする時間が取れないため</li> <li>11. 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</li> <li>12. 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</li> <li>13. その他(具体的に: _____)</li> </ol>	

※2 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。

② 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。		
	平成30年3月	令和元年6月
1) かかりつけ薬剤師指導料(70点)	( ) 回	
2) かかりつけ薬剤師包括管理料(270点)	( ) 回	
3) かかりつけ薬剤師指導料(73点)		( ) 回
4) かかりつけ薬剤師包括管理料(280点)		( ) 回

4. 地域支援体制加算についてお尋ねします。

① 地域支援体制加算等の届出状況についてご選択ください。 (○は1つ) 令和元年6月末		1. 届出あり	2. 届出なし
①-1 直近1年間の薬剤師1人当たり(常勤換算)の実績回数 <sup>※1</sup> についてご記入ください。【平成30年4月～平成31年3月の1年間】 ※調剤基本料の区分、地域支援体制加算の届出の有無に関わらずご記入下さい。			
1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算の実績回数		( )	回/年
2) 麻薬管理指導加算の実績回数		( )	回/年
3) 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績回数		( )	回/年
4) かかりつけ薬剤師指導料等の実績回数		( )	回/年
5) 外来服薬支援料の実績回数		( )	回/年
6) 服用薬剤調整支援料の実績回数		( )	回/年
7) 単一建物診療患者が1人の在宅患者薬剤管理の実績回数		( )	回/年
8) 服薬情報等提供料の実績回数		( )	回/年
【4. ①で「2.届出なし」と回答した場合】			
①-2 算定基準のうち、満たすことが難しい項目をご選択下さい。(当てはまるもの全てに○) 調剤基本料1を算定している場合は a の施設基準(その他も含めた14項目)からご選択下さい。 調剤基本料1以外を算定している場合は b 実績要件(8項目)と施設基準(11項目)よりご選択下さい。			
a) 調剤基本料1 を算定している 薬局の場合	施設基準	<ol style="list-style-type: none"> <li>患者ごとの適切な薬学的管理・指導</li> <li>患者の求めに応じた情報提供</li> <li>適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能</li> <li>プレアボイド報告実績</li> <li>副作用報告体制</li> <li>当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制</li> <li>保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制</li> <li>24時間、在宅対応体制・周知</li> <li>一定時間以上の開局</li> <li>十分な数の医薬品の備蓄</li> <li>後発品数量シェア50%以上(集中度85%超の場合)</li> <li>麻薬小売業者の免許を受けていること</li> <li>在宅患者薬剤管理の実績を有していること</li> <li>かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること</li> </ol>	
	実績要件 (8項目)	<ol style="list-style-type: none"> <li>重複投薬・相互作用等防止加算(40回)</li> <li>服用薬剤調整支援料(1回)</li> <li>かかりつけ薬剤師指導料等(40回)</li> <li>外来服薬支援料(12回)</li> <li>服薬情報等提供料(60回)</li> <li>夜間・休日等の対応(400回)</li> <li>単一建物診療患者が1人の場合在宅薬剤管理(12回)</li> <li>麻薬管理指導加算の実績(10回)</li> </ol>	
b) 調剤基本料1 以外を算定し ている薬局の 場合	施設基準	<ol style="list-style-type: none"> <li>患者ごとの適切な薬学的管理・指導</li> <li>患者の求めに応じた情報提供</li> <li>適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能</li> <li>プレアボイド報告実績</li> <li>副作用報告体制</li> <li>当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制</li> <li>保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制</li> <li>24時間、在宅対応体制・周知</li> <li>一定時間以上の開局</li> <li>十分な数の医薬品の備蓄</li> <li>後発品数量シェア50%以上(集中度85%超の場合)</li> </ol>	

※1 「薬剤師1人当たり実績回数」の分母である「常勤換算した薬剤師数」は、届出前3月の勤務状況に基づき、以下の(イ)及び(ロ)により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出してください。  
(イ) 貴薬局における実労働時間が週32時間以上である薬剤師は1名とする。  
(ロ) 貴薬局における実労働時間が週32時間未満の薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。

5. 残薬解消、多剤・重複投薬の削減のための取組についてお尋ねします。

(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 残薬解消のために行っている具体的な取組についてご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	
1. 分割調剤を利用するなど、頻回に患者の服薬状況を確認 2. 患者が服用しやすくなるような工夫(剤形の変更)や指導(苦味等を軽減する服用方法の助言等) 3. 一包化や服薬カレンダー等を用いて患者が服用しやすいよう整理 4. 患者の服用状況、生活像を踏まえ、薬剤師が積極的に処方提案(減薬、合剤への変更等) 5. 医師に疑義照会して残薬を調整 6. 電話やメール等により患者に連絡 7. 患者、家族、ヘルパー等に協力してもらい薬局に残薬を持ってきてもらう 8. 薬剤師が患家に訪問(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定して訪問) 9. 薬剤師が患家に訪問(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定せずに訪問) 10. その他(具体的に: ) 11. 残薬への対応はしていない →1.~10.を選択された場合は②の質問にお進みください。 11.を選択された場合は、(2)へお進みください。	
② 残薬に対応するきっかけをご選択下さい。(対応の多いもの上位3つに○)	
1. 介護者やケアマネージャー等からの申し出 3. 検査値上の問題 5. 患者とのやりとり 7. 医療機関からの情報提供 9. 既往疾患を多数抱えていた	2. アドヒアランスの不良 4. 患者自身からの申し出 6. 多数のお薬手帳の持参 8. 異なった医療機関の受診が多い 10. その他(具体的に: )
③ 貴薬局において、残薬調整の際に負担に感じることにについてご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	
1. 残薬が大量にある場合、その残薬を確認すること 3. 患者に残薬調整の意義を理解してもらうこと 5. 処方医に照会を行うこと 7. 特にない	2. 処方医に照会する際、患者に待ってもらうこと 4. 長期処方の有無を確認すること 6. その他(具体的に: )
④ 在宅薬学管理において、残薬調整の際に負担に感じることにについてご選択下さい。(当てはまるもの全て○)	
1. 残薬が大量にある場合、その残薬を確認すること 3. 患者に残薬調整の意義を理解してもらうこと 5. 長期処方の有無を確認すること 7. その他(具体的に: )	2. 処方医に照会する際、患者に待ってもらうこと 4. 患者を訪問するための移動時間がかかること 6. 処方医に照会を行うこと 8. 特にない
(2)多剤・重複投薬の削減のために行っている取組についてご回答ください。	
① 服用薬剤調整支援料の算定状況についてご選択下さい。(○は1つ)	
1. 服用薬剤調整支援料の算定あり	2. 服用薬剤調整支援料の算定なし
【5.(2)①で「1.服用薬剤調整支援料の算定あり」と回答した場合】	
①-1 貴薬局における服用薬剤調整支援料の算定状況についてお答えください。 【平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間】	( ) 回
② 平成31年4月～令和元年6月の3ヶ月間で服用薬剤調整支援料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下さい。	( ) 件

<p>③ 多剤・重複投薬の削減への取組のうち、特に効果があったものについて◎をつけて下さい。 また、貴薬局が行っている取組にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて)</p>	
1. お薬手帳等を利用した医療機関での服用薬の把握	
2. 医療機関の薬剤師との連携による服用薬の見直し	
3. 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	
4. 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	
5. 薬局からかかりつけ医への服用薬の情報の提供	
6. 服用状況等にもとづく、かかりつけ医への処方提案	
7. その他（具体的に： _____）	

6. 医療機関等との連携についてお尋ねします。

<p>① 服薬情報等提供料の算定の有無をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)</p>	<p>1. 服薬情報等提供料1の算定あり 2. 服薬情報等提供料2の算定あり 3. 服薬情報等提供料の算定なし</p>
<p>② 【6. ①で「1.服薬情報等提供料1の算定あり」と回答した場合】 情報提供を行った内容をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)</p>	<p>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. 患者の状態等    5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 →【具体的に： _____】 7. その他（具体的に _____）</p>
<p>③ 【6. ①で「2.服薬情報等提供料2の算定あり」と回答した場合】 情報提供を行った内容をご選択下さい。(当てはまるもの全て○)</p>	<p>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. 患者の状態等    5. 残薬 6. 患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報 →【具体的に： _____】 7. その他（具体的に _____）</p>
<p>④ 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◎をつけて下さい。 また、医療機関との連携内容にすべてに○をつけて下さい。(◎は1つだけ、○はあてはまる番号すべて)</p>	
1. 医療機関との間で勉強会・研修会への参加	
2. 臨床検査値の情報共有	
3. 化学療法（レジメン）の情報共有	
4. 退院時カンファレンスの参加	
5. 退院時サマリーの情報共有	
6. 患者の入院時の服用薬の情報提供	
7. 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	
8. 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	
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	
10. その他（具体的に： _____）	
11. 医療機関と連携していない	

7. 在宅薬学管理についてお尋ねします。

① 在宅対応の有無をご選択下さい。 (○は1つ)	1. 在宅対応あり			2. 在宅対応なし
② 平成31年4月～令和元年6月の3か月間における在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定件数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。				
	単一の建物において訪問した患者数			6歳未満の乳児
	1人	2～9人	10人以上	
1) 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
2) 居宅療養管理指導費 (介護保険)の算定件数	( ) 件	( ) 件	( ) 件	—

8. 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。

質問は以上です。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

令和元年7月

開設者様  
管理者様

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「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」  
における患者票の配布に際してのお願い

同封いたしました「患者票」は、病院・診療所を受診し、処方箋を貴薬局にお持ちになった患者に、かかりつけ薬剤師についてのお考え等についてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、「依頼状」、「患者票」、「返信用封筒」を1部ずつ患者にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

<配布対象者>

貴薬局に院外処方箋をお持ちになった患者のうち、かかりつけ薬剤師指導料に同意している方（1名）と同意していない方（1名）

<配布していただく物>

対象の方に、以下のものを1部ずつ配布してください。なお、「患者票」については、電子調査票の配布はありません。

○ かかりつけ薬剤師指導料に同意している方

- ・ 依頼状（クリーム色） 1部
- ・ 患者票（オレンジ色） 1部
- ・ 返信用封筒（水色・長3） 1部

○ かかりつけ薬剤師指導料に同意していない方

- ・ 依頼状（クリーム色） 1部
- ・ 患者票（さくら色） 1部
- ・ 返信用封筒（水色・長3） 1部

<配布方法>

- ◇ 令和元年7月23日（火）～令和元年8月16日（金）の特定の1日を調査日とし、当該日において患者の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しください。
- ◇ 調査票をお渡しいただく対象者につきましては、調査日の午後最初に来局された方としてください。
- ◇ 午後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。  
(例) 調査日の午後に来局者がなく、翌日の午後に来局者があった場合  
→ 1日目は調査票を渡さず、2日目の午後の最初の来局者に調査票を渡す。
- ◇ 上記調査期間中に営業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。
- ◇ 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、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただきますようご案内ください。

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

**お問い合わせ先**

【TEL】 0120-685-608(受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く)

【E-mail】 yakuzai2019@mizuho-ir.co.jp

令和元年 7 月

開設者様・管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**「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」**  
**調査実施要領**

本調査では、平成 30 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、以下の要領で、**保険薬局票**、**患者票**、及び返信用封筒を対象者に配布していただきますよう、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

**I. 封入物一覧**

① 依頼状（保険薬局用） .....	1 通
② 依頼状（患者用） .....	2 通
③ 調査実施要綱（本状） .....	1 通
④ 患者票の配布に際してのお願い .....	1 通
⑤ 保険薬局票（白色） .....	1 通
⑥ 患者票（オレンジ色／さくら色） .....	各 1 通
⑦ 返信用封筒（保険薬局用、茶色・長 3） .....	1 通
⑧ 返信用封筒（患者用、水色・長 3） .....	2 通

**II. 回答期限**

お手数ではございますが、**令和元年 8 月 16 日(金)まで** に上記⑦、⑧の返信用封筒に、ご回答いただいた調査票を封入し、お近くのポストに投函してください。

※保険薬局票を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、画面上で調査票の左上に記載の 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、回答後は、電子メールに添付の上、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://www.kensho2019.jp">https://www.kensho2019.jp</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho1904@mizuho-ir.co.jp">kensho1904@mizuho-ir.co.jp</a>

### Ⅲ. 対象者と配布していただく物、回収方法

#### 1. 保険薬局票(白色)の対象者と配布していただく物

##### <対象者>

貴薬局の開設者・管理者、または開設者・管理者が指名した方（例；事務局長、経営管理部門職員など）

##### <配布していただく物>

対象の方に、以下のものを1部ずつ配布してください。

- ・ I. ①依頼状（白色） 1部
- ・ I. ②調査実施要領（本状） 1部
- ・ I. ⑤保険薬局票（白色） 1部
- ・ I. ⑦返信用封筒（茶色・長3） 1部

##### <回収方法>

ご記入いただいた保険薬局票は、返信用封筒（茶色・長3）にて、調査事務局宛てにご返送ください。

#### 2. 患者票(オレンジ色／さくら色)の対象者と配布していただく物

##### <対象者>

貴薬局に院外処方箋をお持ちになった患者のうち、かかりつけ薬剤師指導料に同意している方（1名）と同意していない方（1名）

##### <配布していただく物>

対象の方に、以下のものを1部ずつ配布してください。なお、「患者票」については、電子調査票の配布はありません。

- かかりつけ薬剤師指導料に同意している方
  - ・ I. ②依頼状（クリーム色） 1部
  - ・ I. ⑥患者票（オレンジ色） 1部
  - ・ I. ⑦返信用封筒（水色・長3） 1部
- かかりつけ薬剤師指導料に同意していない方
  - ・ I. ②依頼状（クリーム色） 1部
  - ・ I. ⑥患者票（さくら色） 1部
  - ・ I. ⑦返信用封筒（水色・長3） 1部

##### <配布方法>

「「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」における患者票の配布に際してのお願い」（本状 I. ④患者票の配布に際してのお願い）をご確認ください。

##### <回収方法>

ご記入いただいた患者票は、返信用封筒（水色・長3）にて、調査事務局宛てにご返送いただくようご案内ください。

### Ⅳ. お問い合わせ先

配布・回収方法についてご不明な点は下記までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3

みずほ情報総研株式会社

E-mail : yakuzai2019@mizuho-ir.co.jp

TEL : 0120-685-608 (受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**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**

※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、おうかがいします。

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. 患者ご本人(代筆の場合も含む) 2. 本人以外のご家族等(具体的に )

1. 患者さんご自身のことについておうかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性 2. 女性	② 年齢	( ) 歳
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つだけ		
1. 国民健康保険(国保)	2. 健康保険組合(健保組合)		
3. 全国健康保険協会(協会けんぽ)	4. 共済組合(共済)		
5. 後期高齢者医療広域連合(広域連合)	6. その他(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つだけ			
1. ある	2. ない		

2. 医療機関や保険薬局の利用状況等についておうかがいします。

① あなたご自身が、定期的を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 ( ) 診療科 ※ない場合は「0」とお書きください。		
② あなたには、「かかりつけ医※1」がいますか。 ※○は1つだけ	1. いる 2. いない		
③ あなたが定期的にご利用している薬局はいくつありますか。	( ) 薬局		
④ 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つだけ			
1. 紙のお薬手帳のみ (→質問④-1へ)	2. 電子版お薬手帳のみ (→質問④-1へ)	3. 両方持っている (→質問④-1へ)	4. どちらも持っていない (→2ページの質問⑤へ)
【2. ④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うかがいします】 ④-1 お薬手帳を何冊(何種類)使用していますか。			
紙:( ) 冊		電子版:( ) 種類	
【2. ④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うかがいします】 ④-2 医療機関でお薬手帳をどのように活用していますか。 ※○は1つだけ			
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. 持っていきが見せていない			
6. 持っていかない(その理由: )			
7. その他(具体的に: )			

※1 なんでも相談でき、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医・専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師

【2. ④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うかがいします】  
④-3 薬局でお薬手帳をどのように活用していますか。 ※〇は1つだけ

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 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. 持っていきが見せていない        |                          |
| 6. 持っていかない(その理由: )     |                          |
| 7. その他(具体的に: )         |                          |

【すべての方におうかがいします】

⑤ 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つだけ

- |          |           |
|----------|-----------|
| 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来局し調剤を受けた場合、薬剤服用薬管理料が12点(120円)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)。

⑥ あなたはスマートフォンやタブレット端末を使った「電子お薬手帳」を利用したいと思いませんか。 ※〇は1つだけ

- |                |          |
|----------------|----------|
| 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: ) |          |

⑦ あなたには、定期的に、医療機関(病院・診療所)に行き処方してもらっているお薬がありますか。  
※〇は1つだけ

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1. ある(→質問⑦-1へ) | 2. ない(→質問⑧へ) |
|----------------|--------------|

【2. ⑦で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】  
⑦-1 あなたは、現在、1日あたり何種類のお薬を飲んで(使って)いますか。

飲み薬:( )種類

飲み薬以外(貼り薬・塗り薬・目薬・注射薬など):( )種類

【すべての方におうかがいします】

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。  
※〇は1つだけ

- |  |
|--|
| 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. 本日利用した薬局についてお伺いします。

① 本日利用した薬局はどのような場所に立地していますか(医療機関との関係)。最もよく当てはまるものを一つ選んでください。 ※〇は1つだけ

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| 1. 医療機関の敷地内にある      | 2. 医療機関に隣接している(通り向かい、数軒先等) |
| 3. 同一建物内(医療モール等)にある | 4. 医療機関と別の地域で独立している        |

② 本日利用した薬局はどのような場所に立地していますか(周辺環境)。最もよく当てはまるものを一つ選んでください。 ※〇は1つだけ

- |                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 1. 住宅街にある      | 2. 駅前にある                  |
| 3. 商店街にある      | 4. 大型商業施設(スーパー、デパート)の中にある |
| 5. オフィス街にある    | 6. 医療機関の敷地内にある            |
| 7. その他(具体的に: ) |                           |

③ 本日利用した薬局に処方せんを持っていくようになってから、どのくらい経ちましたか。 ※○は1つだけ	
1. 初めて利用してから1年未満(今回が初めての場合を含む) 2. 初めて利用してから1年以上～3年未満 3. 初めて利用してから3年以上～5年未満 4. 初めて利用してから5年以上	
④ 本日利用した薬局以外に、平成 31 年 4 月～令和元年 6 月の 3 ヶ月間に処方せんを持っていった薬局はいくつありますか。 ※○は1つだけ	
1. この薬局以外にはない 2. この薬局以外にもある→( ) 薬局くらい	
⑤ 本日利用した薬局を選んだ理由は何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○	
薬局のサービス	1. 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ているから 2. 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から 3. 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、調整してくれるから 4. 後発医薬品についてきちんと説明してくれるから 5. 自分が使用している薬を必ず確保してくれるから 6. 在宅にも取り組んでいる薬局だから 7. 地域の医療機関について情報をよく知っているから 8. 開局している時間が長いから 9. 薬局が閉まっている時間帯でも電話連絡ができるから 10. 市販薬の品揃えが良いから 11. 他薬局より料金が安いから 12. カード払いができるから 13. 処方せんをもっていく薬局を特に決めていない
医療機関	14. 医療機関で薬を出してもらえないから
薬剤師	15. いつも同じ薬剤師が対応してくれるから 16. 薬のことを何でも相談できる薬剤師がいるから 17. 薬以外にも健康についても相談にのってくれる薬剤師がいるから 18. 薬剤師の対応が良いから
立地	19. 家の近くにあったから 20. 職場・学校の近くにあったから 21. 通勤経路・通学経路上にあったから 22. 医療機関の近くにあったから 23. その他 (具体的に: )
⑥ 上記⑤の中で最大の理由は何ですか。 ※あてはまる番号を1つだけお書きください。	

## 4. かかりつけ薬剤師についてのお考え等をおうかがいします。

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つだけ

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)

【4. ①で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】

①-1 結果的に、医師に処方してもらった薬を減らすことができましたか。 ※〇は1つだけ

1. できた                      2. できなかった                      3. わからない

【すべての方におうかがいします】

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つだけ

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)

【4. ②で「1. ある」をご選択された方におうかがいします】

②-1 結果的に、医師に処方してもらった薬を減らすことができましたか。 ※〇は1つだけ

1. できた                      2. できなかった                      3. わからない

③ あなたには、「かかりつけ薬剤師<sup>※1</sup>」がいますか。 ※〇は1つだけ

1. いる (→質問③-1へ)                      2. いない (→質問④へ)

【4. ③で「1. いる」をご選択された方におうかがいします】

③-1 「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. 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
2. 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
3. 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
4. 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・指導を丁寧に行ってくれること
5. 薬についてわかりやすく説明してくれること
6. 薬に関する相談に対応してくれること
7. 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
8. 医療機関についての相談ができること
9. 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
10. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること
11. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること
12. 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
13. 特にない
14. その他 (具体的に: \_\_\_\_\_ )

【すべての方におうかがいします】

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つだけ

1. 同意している                      2. 同意していない                      3. わからない

※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

<p>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○</p>	
<p>1. 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          2. 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          3. 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          4. 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          5. 薬についてわかりやすく説明してくれること          6. 薬に関する相談に対応してくれること          7. 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          8. 医療機関についての相談ができること          9. 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          10. 自分が使用している薬を必ず確保してくれること          11. 薬局が閉まっている時間帯でも電話相談ができること          12. 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          13. その他(具体的に: _____ )</p>	
<p>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。</p>	
<p>⑦ あなたは、「かかりつけ薬剤師」を持ちたいと思いますか。 ※○は1つだけ</p>	
<p>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</p>	
<p>⑧ かかりつけ薬剤師・薬局についてご意見等があればお書きください。</p>	

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。

令和元年8月16日(金)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。

令和元年 7 月

開設者様  
管理者様

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」へ  
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お慶び申し上げます。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、平成 30 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や後発医薬品使用体制加算の要件・評価の見直し、一般名処方加算の評価の見直しなど、後発医薬品使用促進を目的とした見直しが行われました。

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のもと、平成 30 年度の診療報酬改定による影響等を検証するために、保険薬局や医療機関、医師、患者の方を対象に、後発医薬品の使用状況や使用に関する意識等の変化を正確に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、大変恐縮でございますが、本調査の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

なお、本調査は、厚生労働省からの委託により、みずほ情報総研株式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

**令和元年 8 月 16 日(金)まで**

に同封の返信用封筒（切手不要）にて調査事務局宛てにご返送いただくか、電子調査票を指定のアドレス宛にご送信ください。詳しくは同封の調査要綱をご参照ください。

**【連絡先】****「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

**電子調査票の送信先****【E-mail】** kensho1905@mizuho-ir.co.jp**お問い合わせ先****【TEL】0120-685-608(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)****【E-mail】** generic2019@mizuho-ir.co.jp

令和元年 7 月

開設者様  
管理者様

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
「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)」  
配布に際してのお願い

同封いたしました「患者票」(オレンジ色の調査票)は、院外処方箋を貴薬局にお持ちになった患者に、後発医薬品の使用状況やお考えについてお伺いするための調査票です。

ご多用の折、大変恐縮でございますが、下記の要領にて、①「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のお願い」(クリーム色)、②「患者票」(オレンジ色)、③「返信用封筒」(保険薬局調査と同じです)を1部ずつ患者にお配りいただきますよう、ご協力のほどお願い申し上げます。

記

＜配布対象者＞

貴薬局に院外処方箋を持ちになった患者 2名  
(「ご協力のお願い」、「患者票」、「返信用封筒」 各1部ずつ)

＜配布方法＞

- ・ 令和元年 7 月 30 日(火)～8 月 5 日(月) の特定の 1 日を調査日とし、当該日において患者の来局順に、調査協力についてご本人の同意が得られた方にお渡しく下さい。
- ・ 調査票をお渡しいただく対象者につきましては、午前・午後にそれぞれ最初に来局された方としてください。午前と午後のいずれかに来局者がなかった場合は、翌日も調査日として、同様に患者にお渡しく下さい。  
(例:1 日目の午前に来局者がなく、午後は来局者があった ⇒ 1 日目は午後のみ調査票を渡し、2 日目の午前中の最初の来局者に調査票を渡す。)
- ・ 上記調査期間中に営業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。
- ・ 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、その場ではお答えにならず、「ご協力のお願い」に記載してあります調査事務局まで直接ご連絡いただきますようご指示願います。

### <回答方法>

- ・ご回答者（患者）が、紙の調査票に記入し、同封の返信用封筒（切手不要）にご回答者（患者）本人が封印の上、お近くのポストに投函してください。なお、返信用封筒は保険薬局調査と同じ色の封筒です。
- ・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。

### <同封させていただいた資料>

① 薬局調査ご協力のお願い（依頼状） .....	1通	}	保険薬局調査分
② 「患者票」配布のお願い（本状） .....	1通		
③ 保険薬局票 調査要綱（白色） .....	1通		
④ 保険薬局票 様式1（水色） .....	1通		
⑤ 保険薬局票 様式2（さくら色） .....	1通		
⑥ 返信用封筒 .....	3通	}	患者調査分
⑦ 患者調査ご協力のお願い（クリーム色） ..	2通		
⑧ 患者票（オレンジ色） .....	2通		

配布方法についてご不明な点は、下記までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。

### ☆☆☆お問い合わせ先☆☆☆

#### 「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 みずほ情報総研株式会社

#### お問い合わせ先

【TEL】0120-685-608（受付時間 10:00～17:00、土日・祝日除く）

【E-mail】generic2019@mizuho-ir.co.jp

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
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** 調査要綱

**回答者**

- ・ 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。

**回答方法**

- ・ 調査票は**様式 1** (A4・11 ページ) と**様式 2** (A4 用紙 1 枚、表裏) に分かれています。ご多用の折、誠に恐縮ではございますが、**様式 1・2** の両方についてご回答ください。
- ・ 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、**様式 1、様式 2** のすべてを同封の返信用封筒 (切手不要) にてお近くのポストに投函してください。

**<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へアクセスし、画面上で紙の調査票の左上に記載の ID 番号を入力の上、提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://www.kensho2019.jp">https://www.kensho2019.jp</a>
電子調査票の送付先	<a href="mailto:kensho1905@mizuho-ir.co.jp">kensho1905@mizuho-ir.co.jp</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。

**調査期間**

**令和元年 8 月 16 日(金)まで**にポストに投函するか、上記メールアドレスにご送信ください。

**様式 1 の記入要領**

**1. 貴薬局の状況(令和元年6月末日現在)**

**⑦ 売上高に占める保険調剤売上割合**

- ・ 「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。

**⑧ 調剤基本料、⑧-1 全処方箋の受付回数、⑧-2 主たる保険医療機関に係る処方箋の受付回数の割合、⑧-3 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係の有無**

- ・ 質問⑧-1 では、調剤基本料の根拠となった、全処方箋の受付回数 (ただし、同一グループの保険薬局の場合、グループとしてではなく 貴薬局単独の受付回数) をご回答ください。

- ・ 質問⑧-2 は、以下のとおりです。

例：貴薬局の全処方箋の受付回数 1,000 回

最も受付回数が多い A 診療所発行の処方箋受付回数 720 回

→質問⑧-2  $720 \div 1,000 \times 100 = 72.0\%$  回答は「72.0」とご記入ください。

- ・質問⑧-3では、調剤基本料の根拠となった、特定の保険医療機関との不動産の賃借関係の有無をご回答ください。不動産とは土地及び建物を指します。来局者のための駐車場を医療機関の駐車場と共有している場合も含まれます。

## 2. 貴薬局での取り扱い処方箋(令和元年6月21日(金)～6月27日(木)の1週間分)

### (1) 受け付けた処方箋枚数

- ・①では、対象期間である1週間に貴薬局で受け付けたすべての処方箋の枚数をご記入ください。後発医薬品調剤割合を算出する際に除外する医薬品を含むものでも、その処方箋枚数をご記入ください。漢方製剤も含めてください。

### (2) 受け付けた処方箋に記載された医薬品の品目数

#### ①～⑭医薬品数

- ・上記(1)①でご回答いただいた処方箋に記載されている処方医薬品を品目ベース(数量ベースではございません)でご記入ください。

例) 処方箋上の記載

コロナール錠 200 2錠 6回  
クラリシッド錠 200mg 2錠 5日

} → 「2品目」と数えます。

- ・同じ医薬品でも処方箋が別であれば、別にカウントしてください。

#### ① 一般名で処方された医薬品の品目数

- ・「一般名」+「剤形」+「含量」で記載された医薬品の品目数をご記入ください。会社名が入っている場合はこの項目には該当しません。

#### ② ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品がなかったため変更できなかった医薬品の品目数

- ・②に該当する、薬価収載されていない医薬品は除きます。薬価収載されているものの貴薬局で同一剤形を在庫していなかったため変更できなかった場合についてのみカウントしてください。

#### ③ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数

- ・③④以外で、後発医薬品について説明を行い、患者の希望をたずねた結果、後発医薬品に変更することができなかった先発医薬品の品目数をご記入ください。
- ・過去に説明した際に、患者が希望しない意思を明確にしており、今回も後発医薬品への変更をしなかった場合を含みます。

#### ④ その他の品目名で処方された医薬品の品目数

- ・一般名処方(①)、先発医薬品(準先発品を含む)(④)、後発医薬品(③)、のいずれにも該当しない医薬品の品目数についてすべてご記入ください。

## 3. 後発医薬品の採用状況等

### (1) 調剤用医薬品の備蓄状況

#### ① 調剤用医薬品備蓄品目数

- ・令和元年6月末日時点の調剤用医薬品の備蓄状況について、「全医薬品の品目数」、「うち、後発医薬品の品目数」をご記入ください。正確な数がわからない場合は、概数での記載で結構です。規格単位が異なる場合は、別品目として数えてください。
- ・6月末日の数値が不明の場合、把握可能な直近月の末日時点の数値をご記入ください。



2. 上記の処方箋について、処方箋 1 枚につき 1 行を使ってご記入ください。
3. 上記①に対応する場合（先発医薬品から後発医薬品に変更調剤した医薬品が 1 品目でもある場合）、「先発→後発」欄に○をつけてください。
4. 各々の処方箋について、処方箋に記載された銘柄どおりに調剤した場合の薬剤料の合計を (A) 欄に、また実際に（後発医薬品へ変更して）調剤した薬剤料の合計を (B) 欄にご記入ください。薬剤料のみであり調剤技術料等は含めないでください。
5. 一般名処方の医薬品について、該当の先発医薬品(貴局で在庫があるものうち最も薬価が低い医薬品、在庫がない場合は薬価収載されている該当の全先発医薬品のうち最も薬価が低い医薬品)で調剤した場合の薬剤料を (A) 欄に、また実際に（後発医薬品で）調剤した薬剤料を (B) 欄にご記入ください。
6. 薬剤料は処方箋単位でのご回答をお願いしておりますので、上記 1. の①と②が同一の処方箋にあった場合は、1 回だけ回答してください(この場合、「先発」→「後発」欄に○をつけてください)。
7. 各々の処方箋について、その処方箋を持参した患者の一部負担金の割合を (C) 欄にご記入ください(例：健保組合の被保険者 3 割の場合→「3」とご記入ください)。患者の一部負担金がない場合は「0」とご記入ください。
8. 様式 2 の用紙 1 枚で、処方箋 60 枚分（表面 25 枚分、裏面 35 枚分）の情報を記入することができます。該当する処方箋が 60 枚を超える場合でも、処方箋受付順に対象処方箋 60 枚までをご記入ください。

例)

患者が持参した処方箋の処方内容

先発医薬品 α 10mg×7 日分 (薬剤料 400 点) 変更不可  
 先発医薬品 β 20mg×7 日分 (薬剤料 300 点)  
 一般名 γ×7 日分  
 (最も薬価が低い先発医薬品の薬剤料 200 点)

様式 2 への記載方法

400+300+200=  
 900 点なので  
 (A) 欄に  
 「900」(点) と記入

貴薬局で実際に調剤した内容

先発医薬品 α 10mg×7 日分 (薬剤料 400 点)  
 後発医薬品 B 20mg×7 日分 (薬剤料 210 点) <変更>  
 後発医薬品 C×7 日分 (薬剤料 140 点)

400+210+140=  
 750 点なので  
 (B) 欄に  
 「750」(点) と記入

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

☆☆☆お問い合わせ☆☆☆

「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

お問い合わせ先

【TEL】0120-685-608(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)

【E-mail】generic2019@mizuho-ir.co.jp

※この調査は厚生労働省保険局医療課から委託を受けて実施しております。

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**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つだけ」という質問については、あてはまる番号を1つだけ○で囲んでください。
- ・（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和元年6月末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つだけ	1. 男性	2. 女性	②年齢	( ) 歳
③開設者・管理者の別 ※○は1つだけ	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（令和元年6月末日現在）。

①所在地(都道府県)	( ) 都・道・府・県		
②開設者 ※会社の場合は、会社の形態等にも○をつけてください。	1. 会社	{ …▶ (1. 株式会社 2. 有限会社 3. 合資会社 4. 合名会社 5. その他) …▶ (1. ホールディングス*の傘下 2. ホールディングスの非傘下) ※持株会社（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%を超える会社）のことである。	
	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*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。 ※○は1つだけ	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つだけ ※「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. 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局 3. 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 4. 様々な保険医療機関からの処方箋を応需している薬局 5. その他(具体的に: )		
⑦貴薬局の売上高に占める保険調剤売上の割合 ※平成30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。	

⑧調剤基本料 ※○は1つだけ		1. 調剤基本料 1 (41点) 2. 調剤基本料 2 (25点) 3. 調剤基本料 3イ (20点) 4. 調剤基本料 3ロ (15点) 5. 特別調剤基本料 (10点)	
⑧-1 全処方箋の受付回数(調剤基本料の根拠となる数字)		( ) 回/月	
⑧-2 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	
⑧-3 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つだけ		1.あり 2.なし	
⑨地域支援体制加算 ※○は1つだけ(令和元年6月末日時点)		1. 地域支援体制加算 (35点) 2. 届出 (算定) なし	
⑩後発医薬品調剤体制加算 ※○はそれぞれ1つだけ		平成29年6月末日	
		令和元年6月末日	
		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.届出 (算定) なし	
		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	
⑪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(令和元年6月末日時点) ※○は1つだけ		1.該当する 2.該当しない →該当しない理由 ※当てはまる番号すべてに○ 〔21.後発医薬品の調剤数量割合が20%以上 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〕	
⑫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について、この診療報酬改定がなされた事により貴薬局における後発医薬品の使用方針に変化はありましたか。 ※○は1つだけ		1.積極的に使用するようになった 2.特に変化はない	
⑬後発医薬品調剤割合		平成29年4月～6月の平均値	
		( ) %	
		平成31年4月～令和元年6月の平均値	
		( ) %	
⑭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の届出 ※○は1つだけ		1.あり 2.なし	
⑮職員数 ※該当者がいない場合は「0」とご記入ください。		常勤(実人数)	
		非常勤(実人数)	
		1)薬剤師	
		( ) 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	
		2)その他(事務職員等)	
		( ) 人 ( ) 人	
		3)全職員(上記1)、2)の合計	
		( ) 人 ( ) 人	
⑯貴施設において、他の医療機関や訪問看護ステーション、薬局、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)を活用していますか。また、活用している場合、どのようなICTを用いていますか。 ※あてはまる番号すべてに○			
1. ICTを活用している		→活用しているICT: 〔11.メール 12.電子掲示板 13.グループチャット 14.ビデオ通話(オンライン会議システムを含む) 15.地域医療情報連携ネットワーク 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 17.その他 ( )〕	
2. ICTは活用していない			

\*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. 貴薬局で調査対象期間（令和元年6月21日（金）～6月27日（木）の1週間）に受け付けた処方箋について、ご記入ください。

(1)①令和元年6月21日(金)～6月27日(木)に受け付けた処方箋枚数は何枚ですか。	( ) 枚
②上記①のうち、先発医薬品(準先発品*2)名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	( ) 枚
③上記①のうち、後発医薬品名で処方され、変更不可となっている医薬品が1品目でもある処方箋の枚数	( ) 枚
④上記①のうち、全てが変更不可となっている処方箋の枚数	( ) 枚
⑤上記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
⑥上記⑤のうち、後発医薬品が存在する医薬品について、1品目でも一般名処方となっている処方箋の枚数	( ) 枚
⑦上記①のうち、後発医薬品が存在する医薬品が2品目以上あり、その全品目が一般名処方されている処方箋の枚数	( ) 枚

※②～⑦は1枚の処方箋を重複してカウントしていただいて結構です。

(2) 以下は(1)①の処方箋(令和元年6月21日(金)～6月27日(木)の1週間に受け付けた処方箋)に記載された医薬品について、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。	
① 一般名で処方された医薬品の品目数(②+③=①)	( ) 品目
② ①のうち、後発医薬品を選択した医薬品の品目数	( ) 品目
③ ①のうち、先発医薬品(準先発品を含む)を選択した医薬品の品目数	( ) 品目
④ 先発医薬品(準先発品)名で処方された医薬品の品目数	( ) 品目
⑤ ④のうち、「変更不可」となっていない*3 医薬品の品目数(⑥+⑦=⑤)	( ) 品目
⑥ ⑤のうち、先発医薬品を後発医薬品に変更した医薬品の品目数	( ) 品目
⑦ ⑤のうち、先発医薬品を調剤した医薬品の品目数	( ) 品目
⑧ ⑦のうち、後発医薬品が薬価収載されていないため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数	( ) 品目
⑨ ⑦のうち、外用剤が処方され、同一剤形の後発医薬品の在庫がなかったため変更できなかった医薬品の品目数(クリーム、ローション、軟膏はそれぞれ別剤形)	( ) 品目
⑩ ⑦のうち、患者が希望しなかったため、後発医薬品に変更できなかった医薬品の品目数(過去に確認済みの場合を含む)	( ) 品目
⑪ 後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	( ) 品目
⑫ ⑪のうち、「変更不可」となっている医薬品の品目数	( ) 品目
⑬ その他(漢方製剤など、先発医薬品・準先発品・後発医薬品のいずれにも該当しない医薬品)の品目名で処方された医薬品の品目数	( ) 品目
⑭ (1)①の処方箋に記載された医薬品の品目数の合計(①+④+⑪+⑬=⑭)	( ) 品目

※①+④+⑪+⑬=⑭となりますのでご確認ください

\*2 準先発品は、昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの。

\*3 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「レ」又は「×」が記載されていないもの。

【上記(2)⑩で1品目でも患者が希望しなかったため後発医薬品に変更できなかった医薬品があった薬局の方】  
 (3)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。 ※〇は1つだけ

1. 医師が処方した医薬品が良いから
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. 自己負担がない又は軽減されており、後発医薬品に変更しても自己負担額に差が出ないから
6. 先発医薬品と後発医薬品の薬価差が小さく、自己負担額ではほとんど差がないから
7. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

【上記(2)⑪で1品目でも他の後発医薬品への変更不可となっている後発医薬品があった薬局の方】  
 (4)変更不可の後発医薬品が処方されることで、調剤を行う上で何か問題はありましたか。 ※〇は1つだけ

1. あった \_\_\_\_\_
2. なかった→質問(5)へ

【上記(4)で「1. あった」と回答した方におうかがいします】  
 (4)-1 どのような問題がありましたか。 ※あてはまる番号すべてに〇

1. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、取り寄せるために患者を待たせることになった
2. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、後ほど（当日）、患者宅へ届けることになった
3. 処方された後発医薬品の備蓄がなく、直ちに取り寄せることができないため後日届けることになった
4. 患者が他の銘柄の後発医薬品を希望したため、医師への疑義照会等対応が必要になった
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

【すべての方におうかがいします】  
 (5)貴薬局のある地域では、備蓄センターや、各薬局に備蓄されている医薬品がわかるシステム等により、後発医薬品の融通がしやすい環境がありますか。 ※〇は1つだけ

1. ある \_\_\_\_\_
2. ない \_\_\_\_\_

(6)期間中に、一般名処方の処方箋を持参した患者のうち、後発医薬品を調剤しなかったケースについて、最も多い理由は何ですか。 ※〇は1つだけ

1. そのようなケースはなかった
2. 患者が後発医薬品を希望しなかったから
3. 薬価収載された後発医薬品がなかったから
4. 後発医薬品の備蓄がなかったから
5. 先発医薬品と後発医薬品で適応が違う医薬品だったから
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

3. 貴薬局での後発医薬品の採用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  
 令和元年6月末日または把握可能な直近月の末日時点の備蓄状況についてご記入ください。

		全医薬品	うち、後発医薬品
①調剤用医薬品備蓄品目数 (※内服薬等、内訳の記入が 難しい場合は、4)合計品目 数のみ記入してください。)	1) 内服薬	約 (        ) 品目	約 (        ) 品目
	2) 外用薬	約 (        ) 品目	約 (        ) 品目
	3) 注射薬	約 (        ) 品目	約 (        ) 品目
	4) 合計	★約 (        ) 品目	約 (        ) 品目
②上記①(★欄)のうち、バイオ後続品		(        ) 品目	
②-1 【上記②でバイオ後続品の備蓄を「0(ゼロ)」と回答した方】 バイオ後続品の備蓄をしない理由は何ですか。			





<p>【前記質問(5)で2.~16. に1 つでも○があった薬局の方】                  (5)-1 前記(5)の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。</p>	
<p>【すべての方におうかがいします】                  (6)後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい医薬品の剤形は何ですか。※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 特にない →質問(7)へ</p> <p>2. 内用剤→具体的な剤形： ( 01.錠剤    02.カプセル    03.OD錠    04.粉末    05.シロップ    06.その他(具体的に： ) )</p> <p>3. 外用剤→具体的な剤形： ( 01.点眼薬    02.貼付薬    03.軟膏    04.ローション    05.吸入剤    06.その他(具体的に： ) )</p> <p>4. 注射剤 (バイオ後続品は除く)</p>	
<p>【上記質問(6)で2.~4. を1つでも選択した方におうかがいします】                  (6)-1 上記(6)の医薬品について後発医薬品を調剤しにくい理由を具体的にお書きください。</p>	
<p>【すべての方におうかがいします】                  (7)後発医薬品を積極的に調剤していない・調剤しにくい患者の特徴としてあてはまるものすべてに○をつけてください                  ※あてはまる番号すべてに○</p>	
<p>1. 初回の受付時に後発医薬品の調剤を希望しなかった患者</p> <p>2. 差額が小さい患者</p> <p>3. 先発医薬品との違い(味、色、剤形、粘着力等)を気にする患者</p> <p>4. 後発医薬品への変更に関する説明に長時間を要すると思われる患者</p> <p>5. 複数回にわたり後発医薬品への変更を説明したが、後発医薬品への変更を希望しなかった患者</p> <p>6. 後発医薬品を使用していたが先発医薬品への変更を希望した患者</p> <p>7. 自己負担がない又は軽減されている患者</p> <p>8. その他(具体的に： )</p> <p>9. 特にない→次ページの質問5.(1)へ</p>	
<p>(8)上記(7)の選択肢 1. ~8. のうち、最もあてはまる番号を1つだけお書きください。</p>	

5. 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。

(1)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つだけ	
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(4)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(4)へ 3. バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない	
【上記(1)で「3.バイオ後続品の調剤に積極的には取り組んでいない」を選択した方におうかがいします】	
(2)バイオ後続品を積極的に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( ) 3. 患者への普及啓発が不足しているから 4. バイオ後続品の説明に時間がかかるから 5. 患者が先行バイオ医薬品を希望するから(自己注射) 6. 先行バイオ医薬品とペンの形状が異なるから 7. 在庫管理の負担が大きいから 8. 経営者(会社)の方針だから 9. その他 経営上の観点から(具体的に: ) 10. バイオ後続品の処方の対象となる患者がいない 11. その他(具体的に: )	
(3)上記(2)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。	
(4)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○	
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. その他(具体的に: ) 7. バイオ後続品の普及の必要はない	

6. 後発医薬品の使用にあたっての患者の意向確認や、医療機関への情報提供についてお伺いします。

(1)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する手段として最もあてはまるものは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 「お薬手帳」 2. ジェネリック医薬品希望カード・シール 3. 薬剤服用歴の記録 4. 処方箋受付時における患者への口頭による意向確認 5. 処方箋受付時における患者へのアンケートによる意向確認 6. その他(具体的に: )	
(2)後発医薬品使用に関する患者の意向を把握・確認する頻度として最も多いのは何ですか。 ※○は1つだけ	
1. 受付の都度、毎回、確認している 2. 毎回ではないが、時々、確認している 3. 処方内容が変更となった時に確認している 4. 新しい後発医薬品が発売された時に確認している 5. 初回の受付時のみ確認している 6. 特に確認していない 7. その他(具体的に: )	

<p>(3)後発医薬品への変更・選択において、患者の理解を最も得られやすい処方方法は何ですか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 一般名処方                  2. 先発医薬品名（準先発品を含む）だが変更不可とされていない処方                  3. 後発医薬品の処方（別銘柄へ変更可能なものも含む）                  4. 上記 1.と 2.と 3.でいずれも大きな違いはない                  5. その他（具体的に： _____）</p>		
<p>(4)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供することが望ましいと思いますか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 調剤をした都度                  2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しない                  3. 一定期間に行った調剤をまとめて                  4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に                  5. 副作用等の問題が発生した時だけ                  6. 必要ない                  7. その他（具体的に： _____）</p>		
<p>(5)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」について、どのような方法・タイミングで処方医に情報提供するかについて、処方医の意向を確認していますか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. はい</p>	<p>2. いいえ</p>	
<p>(6)「一般名処方の調剤」または「後発医薬品への変更調剤」の情報提供の頻度等について、医療機関と予め合意した方法で行っていますか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 主に合意した方法で行っている                  2. 医療機関によって様々である                  3. 合意した方法はない→質問7.(1)へ                  4. その他（具体的に： _____） →質問7.(1)へ</p>		
<p>【上記(6)で「1.主に合意した方法で行っている」または「2.医療機関によって様々である」と回答した方におうかがいします】</p>		
<p>(6)-1 その方法はどのようなものですか。 ※あてはまる番号すべてに〇</p>		
<p>1. 調剤をした都度提供すること                  2. 原則、調剤をした都度行うが、前回と同じ内容であった場合には連絡しないとする                  3. 一定期間に行った調剤をまとめて提供すること                  4. お薬手帳等により患者経由で次の診療日に提供すること                  5. 副作用等の問題が発生した時だけ提供すること                  6. その他（具体的に： _____）</p>		

7. 後発医薬品の使用にあたっての問題点・課題、要望等についてお伺いします。

<p>(1)後発医薬品について、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(旧薬事法)」に基づく厚生労働大臣の承認を得るためには、どのようなデータ(例えば、人での血中濃度を測定する臨床試験データなど)が必要か、ご存知ですか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. だいたい知っている</p>	<p>2. 少しは知っている</p>	<p>3. ほとんど知らない</p>
<p>(2)厚生労働省では、医療関係者向けに『ジェネリック医薬品への疑問に答えます～ジェネリック医薬品Q&amp;A～&lt;平成 27 年 2 月 第 3 版発行&gt;』を作成し、ホームページでも公開していますが、このことをご存知ですか。 ※〇は1つだけ</p>		
<p>1. 知っている（内容も見た）</p>	<p>2. 知っている（内容は見ていない）</p>	<p>3. 知らない</p>



(11) ロードマップの目標達成に向けて、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。

保険薬局票の様式1の質問はこれで終わりです。ご協力いただきまして、ありがとうございました。

お手数をおかけいたしますが、様式2も併せてご回答の上、

令和元年8月16日（金）までに専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

## 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

- 令和元年6月28日(金)の1日の状況をご記入ください。当該日が休局日または周辺の主な医療機関の休診日だった場合は、6月28日より前で直近の1日(但し、休局日にも周辺の主な医療機関の休診日にも該当しない日)を選び、ご回答ください。詳細は調査要綱をご覧ください。
- 処方箋1枚につき1行を使ってご記入ください。

調査日：令和元年( )月( )日( )曜日

通し 番号 (NO.)	先発→後発 ※1品目でも ある場合は○	記載銘柄により調剤した場合 の薬剤料(A) ※記載方法は調査要綱ご参照		実際に調剤し た薬剤料(B)		患者一部負担金 の割合(C)	
(記入例) 1	○	724	点	540	点	3	割
1			点		点		割
2			点		点		割
3			点		点		割
4			点		点		割
5			点		点		割
6			点		点		割
7			点		点		割
8			点		点		割
9			点		点		割
10			点		点		割
11			点		点		割
12			点		点		割
13			点		点		割
14			点		点		割
15			点		点		割
16			点		点		割
17			点		点		割
18			点		点		割
19			点		点		割
20			点		点		割
21			点		点		割
22			点		点		割
23			点		点		割
24			点		点		割
25			点		点		割

通し 番号 (NO.)	先発→後発 ※1品目でも ある場合は○	記載銘柄により調剤した場合の 薬剤料 (A) ※記載方法は調査要綱ご参照		実際に調剤した 薬剤料 (B)		患者一部負担金 の割合 (C)	
			点		点		割
26			点		点		割
27			点		点		割
28			点		点		割
29			点		点		割
30			点		点		割
31			点		点		割
32			点		点		割
33			点		点		割
34			点		点		割
35			点		点		割
36			点		点		割
37			点		点		割
38			点		点		割
39			点		点		割
40			点		点		割
41			点		点		割
42			点		点		割
43			点		点		割
44			点		点		割
45			点		点		割
46			点		点		割
47			点		点		割
48			点		点		割
49			点		点		割
50			点		点		割
51			点		点		割
52			点		点		割
53			点		点		割
54			点		点		割
55			点		点		割
56			点		点		割
57			点		点		割
58			点		点		割
59			点		点		割
60			点		点		割

お手数をおかけいたしますが、様式1と様式2を令和元年8月16日（金）までに  
専用の返信用封筒（切手不要）に同封し、お近くのポストに投函してください。

(患者票)

令和元年 7 月

各位

厚生労働省 保険局 医療課

平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）  
「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。

平成 30 年 4 月診療報酬改定では、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、患者が保険薬局の薬剤師と相談しながら先発医薬品か後発医薬品かを選択できる処方箋（「一般名処方」といいます）を医療機関が発行した場合の評価の見直しが行われました。この他にも、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進を目的とした診療報酬改定が行われましたが、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、**令和元年 8 月 16 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。特に記載がない場合は、最もよくあてはまる番号 1 だけに○をつけてください。
- ・ （ ）内には具体的な数値や理由などを記入してください。

(→裏面へ続きます)

(患者票)

なお、本調査は平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査事業（令和元年度調査）について厚生労働省から委託を受けたみずほ情報総研株式会社が実施します。

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ありません。

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（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】**

**「診療報酬改定結果検証に係る調査」事務局**

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 みずほ情報総研株式会社

**お問い合わせ先**

**【TEL】0120-685-608(受付時間 10:00~17:00、土日・祝日除く)**

**【E-mail】generic2019@mizuho-ir.co.jp**

ID:

平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)  
**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、患者さんに、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについて  
 おうかがいするものです。

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

**後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは**

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、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、おうかがいします。

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うかがいします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性			
②年代	1. 9歳以下	2. 10歳代	3. 20歳代	4. 30歳代	5. 40歳代
	6. 50歳代	7. 60歳代	8. 70歳代	9. 80歳代	10. 90歳以上
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つだけ					
1. 国民健康保険（国保）		2. 健康保険組合（健保組合）			
3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）		4. 共済組合（共済）			
5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合）					
6. その他（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					
注：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		



【皆さんにおうかがいします】

④ 本日、薬局で、先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更しましたか。 ※〇は1つだけ

1. ジェネリック医薬品へ変更した
2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった →質問3. ①へ
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった →質問3. ①へ
4. わからない →質問3. ①へ

▶ 【上記④で「1.ジェネリック医薬品へ変更した」と回答した方におうかがいします。】

④-1 ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代は、安くなったと感じられましたか。  
※〇は1つだけ

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. とても安くなった   | 2. それなりに安くなった   |
| 3.それほど変わらなかった | 4. わからない・覚えていない |

3. 後発医薬品（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うかがいします。  
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に関心がありますか。 ※〇は1つだけ

- |          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| 1. 関心がある | 2. 関心はない | 3. どちらともいえない |
|----------|----------|--------------|

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。 ※〇は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 |
|----------|-----------------|-----------|

③ 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つだけ

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

④ 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つだけ

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

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。 ※〇は1つだけ

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

⑥ 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つだけ

- |       |                  |
|-------|------------------|
| 1. ある | 2. ない →4ページの質問⑦へ |
|-------|------------------|

【上記⑥で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

⑥-1 薬局で薬剤師に、ジェネリック医薬品の調剤は頼みやすかったですか。 ※〇は1つだけ

- |                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 1. 頼みやすかった                  | 2. どちらともいえない |
| 3. 頼みにくかった → (その理由: _____ ) |              |

※ここからの質問も、本日このアンケートを受け取った薬局に限らず、今までのご経験としてお答えください。

【皆さんにおうかがいします】

⑦ 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つだけ

1. ある                      2. ない→質問4. ①へ                      3. わからない→質問4. ①へ

【上記⑦で「1.ある」と回答した方におうかがいします】

⑦-1 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※ <sub>1</sub> 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）※ <sub>2</sub> 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： _____ )                         |                                  |

※<sub>1</sub> 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。

※<sub>2</sub> 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。

4. ジェネリック医薬品の使用に関するお考え・ご経験や、使用促進の取組についておうかがいします。

① ジェネリック医薬品の使用に関するお考えとして、最も近いものはどれですか。 ※〇は1つだけ

1. できればジェネリック医薬品を使いたい
2. 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



(すべての方におうかがいします。)

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をおうかがいします。

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、令和元年8月16日(金)までに専用の返信用封筒(切手不要)に同封し、お近くのポストに投函してください。