

日 薬 情 発 第 30 号  
令 和 7 年 5 月 14 日

都道府県薬剤師会 担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会  
副会長 渡邊 大記

日本腎臓病薬物療法学会「腎臓病療養指導に関するアンケート調査」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。

今般、日本腎臓病薬物療法学会から、別添のとおり腎臓病療養指導に関する医療現場での実践状況や課題を把握するため、アンケート調査を実施する旨の連絡がありましたのでお知らせいたします。

本調査は、薬剤師による腎臓病療養指導に関する現状を把握し、課題の把握および優良事例の収集を行い、本領域における薬剤師職能の発展に寄与することを目的として実施されるものです。

会務ご多用のところ誠に恐れ入りますが、貴会会員にご周知いただき、アンケート調査へのご協力を賜りますようお願い申し上げます。

アンケート回答URL：<https://forms.gle/mN5VAF5Jxfark8of8>

回答期限：2025年6月11日（水）

令和 7 年 5 月

日本薬剤師会 会員各位

日本腎臓病薬物療法学会

### 腎臓病療養指導に関するアンケート調査へのご協力のお願い

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素より、本学会の事業にご協力いただき、心より御礼申し上げます。

さて、当学会では、腎臓病療養指導に関する医療現場での実践状況や課題を把握するため、全国の薬剤師を対象としたアンケート調査を実施する運びとなりました。

本調査は、薬剤師による腎臓病療養指導に関する現状を把握し、課題の把握および優良事例の収集を行い、本領域における薬剤師職能の発展に寄与することを目的としております。

つきましては、薬剤師の皆様を対象にアンケート調査を実施させて頂きたく、ご協力賜りたくお願い申し上げます。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

敬白

#### 記

1. アンケート目的：薬剤師による腎臓病患者への療養指導の実態把握および課題の抽出
2. 調査対象：薬剤師
3. 調査方法：Web アンケート調査
4. アンケート回答 URL：<https://forms.gle/mN5VAF5Jxfark8of8>  
(右記の QR コードからもご回答いただけます。)
5. 回答期限：令和 7 年 6 月 11 日 (水)
6. 情報の取り扱い：アンケートは匿名での回答であり、医療機関名や回答者を特定することはありません。  
ご回答頂いたアンケートならびに解析データ等は、個人情報保護法等関連法規に則り適正に保管します。
7. 結果の取り扱い・公表：関係学会あるいは、学術論文として公表する予定です。
8. 問い合わせ先：  
株式会社なの花東北 事業部  
鈴木すみれ  
Mail：sumire.suzuki.nht@msnw.co.jp



# 腎臓病療養指導に関わる薬剤師の実態調査

このアンケートは、「薬剤師による腎臓病患者への療養指導や医療機関の連携状況の実態を明らかにすること」を目的としています。

この調査で収集された内容から、薬剤師の療養指導の実態に関する質の高いエビデンスを築くことができると考えております。

調査対象は、**薬剤師の方**です。

本研究は熊本大学の倫理審査委員会の承認および機関長の許可を受けて実施されます。

回答にかかる所要時間は10～15分程度あり、特段の負担やリスクは想定されておりません。

お名前など個人が特定される内容をご回答いただきません。匿名で回答していただくため、回答送信後は同意の撤回はできません。

調査結果は得られた情報は学会および論文などで使用させていただく場合がございますが、個人が特定される情報は一切含みません。

収集されたデータは研究開始から5年間保存し、保存期間終了後、完全に廃棄されます。ご協力いただいた情報は本研究のみに使用し、他の研究への転用は行いません。

本研究は、一般社団法人日本腎臓病薬物療法学会の経費を用いて実施しています。

本研究の研究責任者は、慢性腎臓病患者における処方の最適化を目的とした薬剤師向け処方監査支援システムの開発・販売会社（安全医療システム研究所）から別研究の共同研究費を受領しています。

本研究には当該企業は直接関与していませんが、本研究による薬剤師の行動変容が将来的に当該企業の事業に影響を及ぼす可能性があるため、潜在的な利益相反があることを開示いたします。

共同研究者に関連する利益相反はありません。

本研究へのご参加によって、謝礼や経済的負担はありません。また参加されない場合でも、回答者様の不利益になることはありません。

以上の内容にご理解をいただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

本研究に関する資料等の閲覧のご希望やご質問、ご不明な点がございましたら、下記問い合わせ窓口までご連絡をお願いいたします。

## ■問い合わせ窓口

株式会社なの花東北 事業部

鈴木すみれ

TEL：090-9964-5489

Mail：sumire.suzuki.nht@msnw.co.jp

## ■研究責任者

熊本大学 大学院生命科学研究部 薬物治療設計学分野（臨床薬理学）  
近藤悠希

## ■共同研究者

長崎腎病院 薬剤課 江藤りか  
特定医療法人仁真会白鷺病院 薬剤科 吉田拓弥  
群馬県済生会前橋病院 薬剤部 森下宙輝  
霧島市民薬局 濱田祐成  
株式会社なの花東北 事業部 鈴木すみれ

## \* 必須の質問です

- 1。 あなたは薬剤師ですか？ \*
- また、これらを理解したうえで本研究にご参加いただけますか？

1 つだけマークしてください。

☐ はい、薬剤師ですので、上記の個人情報の取り扱いに同意して、自由意思で本研究に参加します。

☐ いいえ、参加しません。

## 回答者に関する質問

- 2。 性別 \*

1 つだけマークしてください。

☐ 男性

☐ 女性

☐ 回答しない

- 3。 年齢（満年齢） \*

※半角数字（整数）でご回答ください。

---

- 4。 薬剤師免許取得年 \*

※西暦4桁（半角数字）でご回答ください。

---

## 5. 所属している学会（複数回答可） \*

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 日本腎臓病薬物療法学会
- ☐ 日本腎臓学会
- ☐ 日本透析医学会
- ☐ 日本臨床腎移植学会
- ☐ 日本腎臓リハビリテーション学会
- ☐ 該当なし

## 6. 腎臓病療養指導士の資格を持っていますか？ \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 持っている
- ☐ 持っていない

## 7. 所持している資格（複数回答可） \*

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 腎臓病薬物療法単位履修修了薬剤師
- ☐ 腎臓病薬物療法認定薬剤師
- ☐ 腎臓病薬物療法専門薬剤師
- ☐ 腎代替療法専門指導士
- ☐ 該当なし

## 8. 勤務場所 \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 病院・診療所      質問9 にスキップします
- ☐ 保険薬局      質問21 にスキップします
- ☐ ドラッグストア      質問21 にスキップします
- ☐ その他      質問33 にスキップします

「病院・診療所」に勤務している薬剤師の方への質問です。

## 9。 自施設の規模 \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 19床以下
- ☐ 20～49床
- ☐ 50～99床
- ☐ 100～299床
- ☐ 300～499以下
- ☐ 500床以上

## 10。 自施設における腎臓内科および腎臓専門医の在籍の有無 \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 腎臓内科があり、腎臓専門医が在籍している
- ☐ 腎臓内科があるが、腎臓専門医は在籍していない
- ☐ 腎臓内科はないが、腎臓専門医は在籍している
- ☐ 腎臓内科はなく、腎臓専門医も在籍していない

## 11。 腎機能を考慮した処方監査（腎排泄型薬剤の投与量監査）を実施していますか？ \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ ほとんどいつも実施している
- ☐ よく実施している
- ☐ ときどき実施している
- ☐ まれに実施している
- ☐ まったく実施していない

これ以降は、慢性腎臓病（CKD）患者のうち透析治療を受けていない患者への指導・介入に関する質問です。

12。 CKD患者（透析患者は除く） に対して外来で療養指導をしていますか？ \*

**【療養指導の具体例】****➤ 受診勧奨**

（例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨）

**➤ 服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

（例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明）

**➤ 食事に関わる指導**

（例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供）

**➤ 生活習慣（食事以外）に関わる指導**

（例：禁煙指導、運動指導）

**➤ シックデイ対策**

（例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導）

**➤ その他**

1 つだけマークしてください。

☐ している      質問 13 にスキップします

☐ していない      質問 19 にスキップします

「療養指導をしている」と回答した方への質問です。

- 13。 実施している療養指導の内容とその頻度をご回答ください。 \*
- （頻度は一番近いものを選択してください。）

1行につき1つだけマークしてください。

|                                      | 週1回<br>以上             | 2週に1<br>回             | 1ヶ月<br>に1回            | 2ヶ月<br>に1回            | 3ヶ月<br>に1回<br>未満      | 実施し<br>ていな<br>い       |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 受診勧<br>奨                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 服薬に<br>関わる<br>指導                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 食事に<br>関わる<br>指導                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 生活習<br>慣（食<br>事以<br>外）に<br>関わる<br>指導 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| シック<br>デイ対<br>策                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 14。 実施している療養指導のうち、「その他」に該当する内容があればお書きください。わかれば頻度もお書きください。

---



---



---



---



---

- 15。 CKD患者（透析患者は除く）の療養指導に関して、保険薬局と連携していますか？ \*

**【療養指導の具体例】****➤ 受診勧奨**

（例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨）

**➤ 服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

（例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明）

**➤ 食事に関わる指導**

（例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供）

**➤ 生活習慣（食事以外）に関わる指導**

（例：禁煙指導、運動指導）

**➤ シックデイ対策**

（例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導）

**➤ その他**

1 つだけマークしてください。

☐ 連携している      質問16 にスキップします

☐ 連携していない      質問18 にスキップします

「連携している」と回答された方への質問です。

16。 連携している療養指導の内容をご回答ください。 \*

### 【療養指導の具体例】

➤ **受診勧奨**

(例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨)

➤ **服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

(例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明)

➤ **食事に関わる指導**

(例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供)

➤ **生活習慣（食事以外）に関わる指導**

(例：禁煙指導、運動指導)

➤ **シックデイ対策**

(例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導)

➤ **その他**

1行につき1つだけマークしてください。

|                  | 連携している                | 連携していない               |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| 受診勧奨             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 服薬に関わる指導         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 食事に関わる指導         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 生活習慣（食事以外）に関わる指導 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| シックデイ対策          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 17。 連携している療養指導のうち、「その他」に該当する内容があればお書きください。

---

---

---

---

---

質問 20 にスキップします

「連携していない」と回答された方への質問です。

- 18。 今後、連携したいですか？ \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 連携する予定はない
- ☐ 具体的な実施について既に検討している
- ☐ やれるならしたい

質問 20 にスキップします

「療養指導をしていない」と回答した方への質問です。

- 19。 実施していない理由をご回答ください。（複数選択可） \*

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 外来にCKD患者が来ない
- ☐ 外来にCKD患者が来ているかわからない
- ☐ 人員が足りない
- ☐ 時間がない
- ☐ 何を実施・指導したらよいかわからない
- ☐ 診療報酬の問題
- ☐ 他職種との連携が難しい
- ☐ その他: \_\_\_\_\_

介入事例に関する質問です。

- 20。 CKD患者（透析患者は除く） に関して、**薬剤師の介入により患者の状態や行動に改善が見られた事例**（患者の行動変容や腎機能悪化の防止等）があればお書きください。

例)

- ・患者がお薬手帳を持参するようになった
- ・患者がかかりつけ薬局をつくった
- ・痛み止めの連用を中止できた
- ・降圧薬の減量や中止の提案を行い、処方変更・削除になった

など

---

---

---

---

---

「保険薬局・ドラッグストア」に勤務している薬剤師の方への質問です。

- 21。 月の処方箋応需枚数 <sup>\*</sup>  
前月の1カ月間の処方箋応需枚数をご回答ください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 299枚以下
- ☐ 300～999枚
- ☐ 1000～1999枚
- ☐ 2000～2999枚
- ☐ 3000～3999枚
- ☐ 4000枚以上

- 22。 腎臓内科の処方箋の受付頻度 <sup>\*</sup>  
一番近いと思うものを選択してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 毎日  
☐ 週2～3回  
☐ 週1回  
☐ 2週に1回  
☐ 1ヵ月に1回未満  
☐ わからない

- 23。 腎機能を考慮した処方監査（腎排泄型薬剤の投与量監査）を実施しています <sup>\*</sup>  
か？

1 つだけマークしてください。

- ☐ ほとんどいつも実施している  
☐ よく実施している  
☐ ときどき実施している  
☐ まれに実施している  
☐ まったく実施していない

これ以降は、慢性腎臓病（CKD）患者のうち透析治療を受けていない患者への指導・介入に関する質問です。

24。 CKD患者（透析患者は除く） に対して療養指導をしていますか？ \*

**【療養指導の具体例】****➤ 受診勧奨**

（例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨）

**➤ 服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

（例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明）

**➤ 食事に関わる指導**

（例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供）

**➤ 生活習慣（食事以外）に関わる指導**

（例：禁煙指導、運動指導）

**➤ シックデイ対策**

（例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導）

**➤ その他**

1 つだけマークしてください。

☐ している      質問25 にスキップします

☐ していない      質問31 にスキップします

「療養指導をしている」と回答した方への質問です。

- 25。 実施している療養指導の内容とその頻度をご回答ください。 \*
- （頻度は一番近いものを選択してください。）

1 行につき 1 つだけマークしてください。

|                                      | 週1回<br>以上             | 2週に1<br>回             | 1ヶ月<br>に1回            | 2ヶ月<br>に1回            | 3ヶ月<br>に1回<br>未満      | 実施し<br>ていな<br>い       |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 受診勧<br>奨                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 服薬に<br>関わる<br>指導                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 食事に<br>関わる<br>指導                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 生活習<br>慣（食<br>事以<br>外）に<br>関わる<br>指導 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| シック<br>デイ対<br>策                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 26。 実施している療養指導のうち、「その他」に該当する内容があればお書きください。わかれば頻度もお書きください。

---



---



---



---



---

- 27。 CKD患者（透析患者は除く） の療養指導に関して、医療機関（病院、診療所等）と 連携していますか？ \*

**【療養指導の具体例】****➤ 受診勧奨**

（例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨）

**➤ 服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

（例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明）

**➤ 食事に関わる指導**

（例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供）

**➤ 生活習慣（食事以外）に関わる指導**

（例：禁煙指導、運動指導）

**➤ シックデイ対策**

（例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導）

**➤ その他**

1 つだけマークしてください。

☐ 連携している      質問28 にスキップします

☐ 連携してない      質問30 にスキップします

「連携している」と回答された方への質問です。

28。 連携している療養指導の内容をご回答ください。 \*

### 【療養指導の具体例】

➤ **受診勧奨**

(例：健診結果をもとに専門医への受診を勧奨)

➤ **服薬に関わる指導（腎機能を考慮した処方監査は除く）**

(例：腎保護薬（MRA、RAS阻害薬、SGLT2阻害薬など）の服薬意義説明)

➤ **食事に関わる指導**

(例：カリウム高含有食の摂取頻度確認、食塩摂取量・水分摂取量の確認や処方医への情報提供)

➤ **生活習慣（食事以外）に関わる指導**

(例：禁煙指導、運動指導)

➤ **シックデイ対策**

(例：シックデイ時の薬剤中止や医師への連絡についての指導)

➤ **その他**

1行につき1つだけマークしてください。

|                  | 連携している                | 連携していない               |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| 受診勧奨             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 服薬に関わる指導         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 食事に関わる指導         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 生活習慣（食事以外）に関わる指導 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| シックデイ対策          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 29。 連携している療養指導のうち、「その他」に該当する内容があればお書きください。

---

---

---

---

---

質問 32 にスキップします

「連携していない」と回答された方への質問です。

- 30。 今後、連携したいですか？ \*

1 つだけマークしてください。

- ☐ 連携する予定はない
- ☐ 具体的な実施について既に検討している
- ☐ やれるならしたい

質問 32 にスキップします

「療養指導をしていない」と回答した方への質問です。

- 31。 実施していない理由をご回答ください。（複数選択可） \*

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ CKD患者が来局しない
- ☐ CKD患者が来局しているかわからない
- ☐ 人員が足りない
- ☐ 時間がない
- ☐ 何を実施・指導したらよいかわからない
- ☐ 診療報酬の問題
- ☐ 他職種との連携が難しい
- ☐ その他: \_\_\_\_\_

介入事例に関する質問です。

- 32。 CKD患者（透析患者は除く） に関して、**薬剤師の介入により患者の状態や行動に改善が見られた事例**（患者の行動変容や腎機能悪化の防止等）があればお書きください。

例)

- ・患者がお薬手帳を持参するようになった
- ・患者がかかりつけ薬局をつくった
- ・痛み止めの連用を中止できた
- ・降圧薬の減量や中止の提案を行い、処方変更・削除になった

など

---

---

---

---

---

「その他」で勤務されている薬剤師の方への質問です。

- 33。 現在、主に業務を行っている場所はどこですか？ \*

1 つだけマークしてください。

☐ 大学

☐ 製薬会社

☐ その他: \_\_\_\_\_

- 34。 CKD患者（透析患者は除く） に関して、**薬剤師の介入により患者の状態や行動に改善が見られた事例**（患者の行動変容や腎機能悪化の防止等）があればお書きください。

例)

- ・患者がお薬手帳を持参するようになった
- ・患者がかかりつけ薬局をつくった
- ・痛み止めの連用を中止できた
- ・降圧薬の減量や中止の提案を行い、処方変更・削除になった

など

---

---

---

---

---

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

## Google フォーム