

## 令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和5年度調査) リフィル処方箋の実施状況調査 病院・診療所票

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

### ＜ご回答方法＞

- ・あてはまる番号を○(マル)で囲んでください。
- ・「※一つだけ○」という質問については、あてはまる番号を一つだけ○で囲んでください。
- ・( )内には具体的な数値、用語等をご記入ください。
- ・( )内に数値を記入する設問で、該当なしは「0(ゼロ)」を、わからない場合は「-」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和5年7月1日現在の貴施設の状況についてお答えください。
- ・災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

### 1. 貴施設の状況についてお伺いします(令和5年7月1日現在)。

|   |   |             |               |             |             |
|---|---|-------------|---------------|-------------|-------------|
| ①所在地(都道府県)                                    | ( ) 都・道・府・県   |             |               |             |             |
| ②開設者 <sup>注1</sup><br>※一つだけ○                  | 1. 国  | 2. 公立       | 3. 公的         | 4. 社会保険関係団体 |             |
|   | 5. 医療法人(社会医療法人を除く)  | 6. 会社       | 7. その他の法人     |             |             |
|   | 8. 個人   |             |               |             |             |
| ③医療機関の種別 ※一つだけ○                               | 1. 病院   | →質問④, ⑤, ⑥へ |               | 2. 有床診療所    | →質問④, ⑤, ⑥へ |
|   | 3. 無床診療所  | →質問⑥へ       |               |             |             |
| 【③で「1. 病院」または「2. 有床診療所」と回答した場合、下記④～⑤にご回答ください】 |   |             |               |             |             |
| ④許可病床数  | 一般病床  | 療養病床        | 精神病床          | 結核病床        | 感染症<br>病床   |
|   | ( )床  | ( )床        | ( )床          | ( )床        | ( )床        |
| ⑤過去1年の病床数変更 ※一つだけ○                            | 1. 変更あり   |             | 2. 変更なし       |             |             |
| 【すべての方が⑥～⑩にご回答ください】                           |   |             |               |             |             |
| ⑥標榜診療科<br>※当てはまるもの全て                          | 1. 内科 <sup>注2</sup> 2. 外科 <sup>注3</sup> 3. 精神科    4. 小児科    5. 皮膚科<br>6. 泌尿器科    7. 産婦人科・産科    8. 眼科    9. 耳鼻咽喉科<br>10. 放射線科    11. 脳神経外科    12. 整形外科    13. 麻酔科<br>14. 救急科    15. 歯科・歯科口腔外科    16. リハビリテーション科<br>17. その他(具体的に: ) |             |               |             |             |
| ⑦貴施設の外来分離 ※一つだけ○                              | 1. 外来分離をしている  |             | 2. 外来分離をしていない |             |             |
| ⑧地域医療情報連携ネットワークへの参加の有無 ※一つだけ○                 | 1. 参加あり   |             | 2. 参加なし       |             |             |
| ⑨外来を担う医師の人数<br>※常勤換算は小数点第1位まで                 | a. 常勤医師 : ( ) 人<br>b. 非常勤医師 : 実人数 ( ) 人    常勤換算 ( ) 人   |             |               |             |             |
| ⑩外来の患者数 ※初診患者数+再診延べ患者数                        | 4～6月の合計 : ( ) 人   |             |               |             |             |
| ⑪処方箋の発行枚数                                     | 4～6月の合計 : ( ) 枚   |             |               |             |             |

注1 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)

公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)

公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)

社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)

医療法人(社会医療法人は含まない)

その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他の法人)

注2 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、アレルギー内科、リウマチ内科、心療内科、神経内科は、「1.内科」としてご回答ください。

注3 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科は、「2.外科」としてご回答ください。

### 2. リフィル処方箋についてお伺いします。

|  |                     |                  |         |
|--|---------------------|------------------|---------|
| ①リフィル処方箋の制度の認知<br>※一つだけ○                                 | 1. 制度の内容まで知っている     | 2. 名称だけ知っている     | 3. 知らない |
| 【①で「1.制度の内容まで知っている」又は「2.名称だけ知っている」と回答した場合、下記①-1にご回答ください】 |                     |                  |         |
| ①-1 制度を知ったきっかけ<br>※一つだけ○                                 | 1. 新聞・雑誌のニュース等の報道   | 2. 医師会等の団体からの案内等 |         |
|  | 3. 薬局からの案内等         | 4. 保険者側からの案内等    |         |
|  | 5. 患者からの問い合わせ       | 6. 行政からの案内等      |         |
|  | 7. その他(具体的に: _____) |                  |         |

【すべての方がご回答ください】

②貴院内でリフィル処方箋を発行したことの  
ある医師を知っている、または自身で発行  
しているか ※一つだけ○

- 知っているまたは自身で発行している → 質問②-1～②-7 へ
- 知らない → 質問②-8 へ

【②で「1. 知っているまたは自身で発行している」と回答した方は全員、下記②-1～②-7をご回答ください】

②-1 貴院全体で発行したリフィル処方箋の枚数の把握状況(令和5年4～6月)

- わかる
- わからない → 質問②-4 へ

【わかる場合】

|   |                 |               |            |              |
|---|-----------------|---------------|------------|--------------|
| ②-2 貴院が全体で発行したリフィル処方箋の発行枚数等<br>a.4～6月のリフィル処方箋発行枚数(合計)<br>b.4～6月の分割調剤の指示回数(合計) | a. リフィル処方箋の発行枚数 | ( ) 枚         |            |              |
|   | b. 分割調剤の指示回数    | ( ) 回         |            |              |
| ②-3 貴院において外来を担当する常勤医師のうち、リフィル処方箋の発行枚数が多い順に上から5名の医師について、下記状況はどうか               |                 |               |            |              |
| a. 該当する医師の有無 (例えばリフィル処方箋を発行したことの医師が1名の場合、2番目以降は「無」となる。)                       |                 |               |            |              |
| b. 該当医師個人での4～6月のリフィル処方箋発行枚数(合計)   |                 |               |            |              |
| c. 該当医師個人での4～6月の全処方箋発行枚数(合計)  |                 |               |            |              |
| d. 本調査の「医師票」を配布した医師 ※1名のみ○  |                 |               |            |              |
|   | a.該当医師の有無       | b.リフィル処方箋発行枚数 | c.全処方箋発行枚数 | d.本調査医師票の配布先 |
| リフィル処方が1番目に多い医師   |                 | ( )枚          | ( )枚       | 配布した医師1名に○   |
| リフィル処方が2番目に多い医師   | 有・無             | ( )枚          | ( )枚       |              |
| リフィル処方が3番目に多い医師   | 有・無             | ( )枚          | ( )枚       |              |
| リフィル処方が4番目に多い医師   | 有・無             | ( )枚          | ( )枚       |              |
| リフィル処方が5番目に多い医師   | 有・無             | ( )枚          | ( )枚       |              |

②-4 どのような患者にリフィル処方箋を  
発行しているか  
※当てはまるもの全て○

- 自施設にかかりつけの患者
- 自施設と連携する薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者
- 自施設と連携する薬局以外の薬局に「かかりつけ薬剤師」がいる患者
- その他 (具体的に\_\_\_\_\_)

②-5 リフィル処方箋に関する薬局からの服薬情報提供書  
(トレーシングレポート)の有無 ※一つだけ○

- あった
- なかった

【②-5で「1. あった」と回答した場合、下記②-5-a～②-5-cをご回答ください】

|                              |   |                    |
|------------------------------|---|--------------------|
| ②-5-a.リフィル処方箋のトレーシングレポート受領頻度 | 症状が安定している患者の通常の処方箋と比較して、リフィル処方箋は、<br>トレーシングレポートの受領頻度が | 1. 高い 2. 同程度 3. 低い |
|------------------------------|---|--------------------|

リフィル処方に関するトレーシングレポートで②-5-b.提供された情報 ②-5-c.提供してほしい情報

|                                    | ②-5-b.提供された情報 |          | ②-5-c.提供してほしい情報 |          |
|------------------------------------|---------------|----------|-----------------|----------|
|                                    | 該当するもの全て      | 最も多いもの一つ | 該当するもの全て        | 最重要のもの一つ |
| 1. 患者の服用薬(他の医療機関からの処方等も含む)         |               |          |                 |          |
| 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(バイタル・体重・食欲・浮腫の有無・便秘の有無等)  |               |          |                 |          |
| 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的工夫等の調剤情報 |               |          |                 |          |
| 7. その他 (具体的に: _____)               |               |          |                 |          |

【②で「1. 知っているまたは自身で発行している」と回答した方は全員、下記②-6～②-7をご回答ください】

②-6 薬剤師の受診勧奨を受け受診した患者数  
(わからない場合は「-」を記入)

( ) 人 ※令和5年4月～6月の合計

|  |   |
|--|---|
| <p>②-7 リフィル処方箋を発行した理由<br/>※当てはまるもの全て○</p>  | <p>1. 症状が安定していたから<br/>2. 患者に「かかりつけ薬剤師」がいたから<br/>3. 患者が感染症に罹るリスクを減らすことができるから<br/>4. 患者からの希望があったから<br/>5. その他（具体的に：_____）</p>   |
| <p>【②で「2.知らない」と回答した方は全員、下記②-8をご回答ください】</p>   |   |
| <p>②-8 貴院ではリフィル処方箋を発行したことはないですか<br/>※一つだけ○<br/>発行したことがない場合、リフィル処方箋を発行しなかった理由 ※当てはまるもの全て○</p> | <p>1. 発行したことはない      2. 発行した      3. わからない</p> <p>【理由】</p> <p>1. 症状が安定している患者がいなかったから<br/>2. 薬剤師と適切に連携して管理できる患者がいなかったから<br/>3. 症状が安定し、薬剤師と連携して管理できるが、医師の判断が必須だったから<br/>4. 長期処方に対応が可能だったから<br/>5. 患者からの求めがないから<br/>6. その他（具体的に：_____）</p> |
| <p>【すべての方がご回答ください】</p>   |   |
| <p>③リフィル処方箋の発行について患者からの希望の有無 ※一つだけ○</p>  | <p>1. あった      2. なかった</p>  |
| <p>④リフィル処方箋の発行に係る検討についての今後の見通し ※一つだけ○</p>  | <p>1. 積極的に検討する      → 質問⑤, ⑦へ -----<br/>2. 患者希望があれば検討する      → 質問⑦へ -----<br/>3. 検討には消極的      → 質問⑥, ⑦へ -----</p>   |
| <p>【④「1. 積極的に検討する」と回答した方は、以下の⑤をご回答ください】</p>  |   |
| <p>⑤「1. 積極的に検討する」と回答した理由<br/>※当てはまるもの全て○</p>   | <p>1. 患者からの希望が多いから<br/>2. 患者の待ち時間が減るから<br/>3. 患者が感染症に罹るリスクを減らすことができるから<br/>4. 医師の負担軽減につながるから<br/>5. その他（具体的に：_____）</p>   |
| <p>【④で「3. 検討には消極的」と回答した方は、以下の⑥をご回答ください】</p>  |   |
| <p>⑥「3. 検討には消極的」と回答した理由<br/>※当てはまるもの全て○</p>  | <p>1. 医師が患者の症状の変化に気付きにくくなるから<br/>2. 薬を処方する際には医師の判断が毎回必須と考えるから<br/>3. 患者にリフィル処方箋が必要とされていないから<br/>4. 処方箋の不正利用が心配だから<br/>5. リフィル処方箋の仕組みがよくわからないから<br/>6. その他（具体的に：_____）</p>   |
| <p>【すべての方がご回答ください】</p>   |   |
| <p>⑦このほか、リフィル処方箋の課題と考えられること<br/>※当てはまるもの全て○</p>  | <p>1. 患者への制度の周知      2. 医師への制度の周知<br/>3. 薬剤師への制度の周知      4. かかりつけ薬剤師制度の普及<br/>5. その他（具体的に：_____）</p>  |

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