

ID 番号：

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4年度調査)

## リフィル処方箋の実施状況調査

**患者票**

※この調査票は、患者さんに、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はありません。

※本調査票にご回答頂けない場合も、患者さんに不利益はございません。

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

1. この調査票のご記入者についてお伺いします。

<p>①この調査票のご記入者は患者さんご本人でしょうか ※一つだけ○</p>	<p>1. 患者ご本人（代筆の場合を含む）</p> <p>2. 本人以外のご家族等（具体的に：_____）</p>
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------

2. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

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

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>注1</sup> に受診している医療機関(病院・診療所)、診療科はいくつありますか。	医療機関数：( ) 件 診療科数：( ) 件 ※定期的な受診がない場合「0」と記入
②定期的に決まった薬の処方を受けていますか ※一つだけ○	1. 受けている      2. 受けていない
③リフィル処方箋 <sup>注2</sup> を知っていますか ※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

注1 定期的：180日間で複数回

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

## リフィル処方箋の仕組み

## リフィル処方箋の仕組み

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

[illegible]

		リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 図 )
備 考	保険医署名	「実名不可」欄に「レ」又は「×」を記載する場合は、署名又は記号・押印すること。
	保険薬局が調剤時に疾患を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ転売照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	
調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)		
□1回目調剤日(    年    月    日 )    □2回目調剤日(    年    月    日 )    □3回目調剤日(    年    月    日 ) 次回調剤予定日(    年    月    日 )    次回調剤予定日(    年    月    日 )		

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                      2. ない
【①で「1.ある」と回答した場合、下記①-1～①-2をご回答ください】	
①-1リフィル処方箋についての説明はどのように行われましたか ※一つだけ○	1. 患者から説明を希望した                      2. 医師が自ら説明した
①-2リフィル処方箋についての説明は理解できましたか ※一つだけ○	1. 理解できた                      2. 理解できなかった
②リフィル処方箋を交付されたことがありますか ※一つだけ○	1. ある →③へ----- 2. ない →⑧へ-----
【②で「1.ある」と回答した場合、下記③～⑦をご回答ください】	
③リフィル処方箋を交付されたのはどのような薬ですか ※当てはまるもの全てに○	1. 内服薬                      2. 外用薬
④直近のリフィル処方箋は、何回反復利用できる処方箋ですか ※一つだけ○	1. 3回                      2. 2回
⑤直近のリフィル処方箋は、1回あたり何日分のお薬が処方されましたか	a. 1回目の処方                      (                      ) 日分 b. 2回目の処方                      (                      ) 日分 c. 3回目の処方                      (                      ) 日分 ※3回処方の場合のみ
⑥リフィル処方箋の1回目の処方、どの薬局に行きましたか ※一つだけ○(複数該当する場合、最も多く行ったもの)	1. 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(具体的に: _____)
⑦リフィル処方箋の2回目以降の処方、薬局を変えましたか ※一つだけ○	1. 1回目から変えていない(同じ薬局に行った) 2. 1回目から薬局を変更した → ⑦-1へ 3. まだ2回目を利用していない
【⑦で「2. 1回目から薬局を変更した」と回答した場合、下記⑦-1～⑦-2をご回答ください】	
⑦-1 薬局を変更した理由は何ですか ※あてはまるもの全てに○	1. 1回目の薬局の立地が通いにくかったから 2. 1回目の薬局が普段使う薬局ではなかったから 3. 1回目の薬局では薬の相談がしにくかったから 4. その他(具体的に: _____)
⑦-2 2回目以降のリフィル時に、薬剤師から受診が必要と言われたことがありますか。 ※一つだけ○	1. ある 2. ない
【②で「2.ない」と回答した場合、下記⑧をご回答ください】	
⑧リフィル処方箋が交付されていない理由はなんですか。 ※当てはまるもの全てに○	1. リフィル処方箋について知らなかったから 2. リフィル処方箋について知っていたが、希望しなかったから 3. リフィル処方箋の仕組みが適用できない症状・医薬品だったから 4. その他(具体的に: _____)

5. これからのリフィル処方箋の利用意向についてお伺いします。

①リフィル処方箋のメリット・デメリットと、それらを踏まえた今後の利用意向について、お考えを教えてください。

①-1リフィル処方箋を使用することについて、メリットになると感じるものを教えてください。		該当する もの全て	最大の ものの一つ		
	1. 通院にかかる時間的負担(予約・移動・待ち時間)を減らせる				
	2. 通院によってかかる医療費が安くなる				
	3. 症状が安定していて、異変時には、医師に相談ができる				
	4. 症状が安定していて、異変時には、薬剤師に相談ができる				
	5. 感染症に罹るリスクを減らすことができる				
	6. 薬がほしいだけという患者の状況にあっている				
	7. その他(具体的に: _____)				
①-2リフィル処方箋を使用することについて、デメリットになると感じるものを教えてください。		該当する もの全て	最大の ものの一つ		
	1. 医師に診てもらう機会が減ってしまう				
	2. 薬剤師の判断に不安がある				
	3. 2回目、3回目の薬のもらい方や、かかる金額がよくわからない				
	4. リフィル処方箋を希望しても発行してもらえないことがある				
	5. 処方箋を保管しておくことが手間である				
	6. 調剤予定日の前後7日でしか薬を受け取れないのは不便である				
	7. 患者は必要だと思わない				
①-3今後、病状が安定している場合にリフィル処方箋を利用したいと 思いますか ※一つだけ○	1. 利用したい 2. どちらかと言えば利用したい 3. どちらかと言えば利用したくない 4. 利用したくない				
②リフィル処方箋を利用するにあたり必要だと感じることは何ですか ※あてはまるもの全てに○	1. 信頼する「かかりつけ医」※ <sup>1</sup> がいること 2. 信頼する「かかりつけ薬剤師」※ <sup>2</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. 患者が自分の服用している薬の効能、副作用を理解していること 5. 「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師」が24時間対応していること 6. その他(具体的に: _____) ※1: 健康に関することを何でも相談でき、必要な時は専門医療機関を紹介してくれる 身近にいて頼りになる医師のこと ※2: 日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に 相談できる薬剤師のこと				
③リフィル処方箋は、どのような 薬局で調剤を受けたいですか		1回目		2回目以降	
		該当する もの全て	最重視 の一つ	該当する もの全て	最重視 の一つ
	1. かかりつけ薬剤師のいる薬局				
	2. 休日夜間も対応可能な薬局				
	3. 他医療機関と連携する薬局				
	4. 医療機関に近い薬局				
	5. 自宅に近い薬局				
	6. その他( _____ )				

6. リフィル処方箋に関するご意見・ご要望等をお伺いします。

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

質問は以上です。ご協力頂き誠にありがとうございました。

令和5年1月10日(火)までに返信用封筒をご使用の上投函ください(切手不要)。