

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へアクセスし、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	https://www.kensho2019.jp
電子調査票の送付先	kensho1904@mizuho-ir.co.jp

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）