

静県薬第931号
令和7年3月13日

各地域薬剤師会会长様

公益社団法人静岡県薬剤師会
会長 岡田国一

トレーシングレポートに関するアンケート調査へのご協力について (依頼)

静岡県薬剤師会では、病院・診療所薬剤師との連携（薬薬連携）の推進の検討事業の一環で、静岡県病院薬剤師会と連携に関する意見交換会を実施しています。令和4年度の同意見交換会において静岡県下共通で使用できるトレーシングレポートの書式作成を望む声があがり、令和6年1月より、静岡県薬剤師会と静岡県病院薬剤師会からなるワーキンググループにて、静岡県版トレーシングレポートの書式及び記載例を作成いたしました。本書式と記載例は、5月頃に静岡県薬剤師会ホームページにて公開の見込みです。

同書式の運用に際し、有用性や課題について評価させていただきたく、今般、経時的にアンケート調査を実施することになりました。

つきましては、下記により第1回目のアンケート調査を実施いたしますので、会務ご繁忙の折誠に恐縮ですが、貴会所属の保険薬局へご周知いただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

記

(1) 回答先URL (Google フォーム)

URL : <https://forms.gle/VLQh6crPERhrHG4N7>

QRコード :



(2) 集計期間：令和7年3月1日（土）～令和7年4月30日（水）

(3) 回答期間：令和7年5月1日（木）～令和7年6月15日（日）

※3月1日～4月30日に提出したトレーシングレポートに対し、医療機関からの反応を確認してからご回答いただく設問があります。集計期間と医療機関から反応を得るまでにタイムラグが生じる可能性があります。医療機関からの反応を確認し、期間内にご回答をお願いいたします。

(4) その他

・2回目のアンケート実施は9月を予定しています。実施時に改めてご連絡いたします。

担当：業務スタッフ；鈴木
電話：054-203-2023／FAX：054-203-2028
E-mail : syokunou@shizuyaku.or.jp

静岡県薬剤師会版トレーシングレポート公開前アンケート

本アンケートは、静岡県薬剤師会版トレーシングレポートをご使用いただく前に、各保険薬局におけるトレーシングレポートの使用状況及びそれぞれの使用感について調査するためのものです。

静岡県薬剤師会版トレーシングレポートは各薬局で現在ご使用のものよりも使用感が良くなることを目指し作成して参りましたが、実際の使用感はご使用いただいてからでないとわかりません。

そこで、静岡県薬剤師会版トレーシングレポートをご使用いただく前と後で 2 回のアンケートを実施させていただき、この結果から静岡県薬剤師会版トレーシングレポートの有用性や課題について評価をさせていただきたいと考えております。何卒、ご協力のほどよろしくお願い致します。

なお、本結果については静岡県薬剤師会／静岡県病院薬剤師会合同 WG で情報共有させていただき、保険薬局名、医療機関名を匿名化した上で、学会や論文での発表に利用させていただく可能性がございますので、ご了承ください。

このアンケートは薬局ごと 1 回のみご回答ください。回答に当たりましては適正な評価を実施するため、忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げます。

アンケートの回答時間の目安：10～15 分

回答先URL (Google フォーム)

URL : <https://forms.gle/VLQh6crPERhrHG4N7>

QR コード :



回答期間：令和7年5月1日～令和7年6月15日

※令和7年3月1日～令和7年4月30日の間に提出したトレーシングレポートに対し、医療機関からの反応を確認していただく設問があります。集計期間と医療機関から反応を得るまでにタイムラグが生じる可能性があります。医療機関からの反応を確認し、期日までにご回答をお願いいたします。

個人情報の取り扱いについて

薬局名とメールアドレスをご記入いただきます。これらの情報は、主に以下の目的で使用します。

- ・同一薬局から複数回答が無いか確認
- ・調査の進行に関する確認(内容に関して不明点があった場合等)

本アンケートでは薬局名の記載をお願いしていますが、記載された情報はすべて匿名化され、保険薬局、保険医療機関を特定しない形で使用します。

基本的にメールでの連絡は行いませんが、何か不明な点があった場合や確認事項が生じた場合にはメールにてご連絡させていただくことがあります。

ご記入いただいた薬局名およびメールアドレスは、アンケート調査以外の目的には使用しません。

以上の説明をご確認いただき、このアンケートにご参加いただけるか否かをご回答ください。

参加することに同意します→以下の質問にご回答ください。

参加することに同意しません→ご回答いただかなくて結構です。

地域薬剤師会名()

薬局名()

メールアドレス()

I 貴薬局についてお伺いします。2025年5月1日時点の状況でご回答ください

(1) 地域連携薬局である 「はい」「いいえ」

(2) 専門医療機関薬局である 「はい」「いいえ」

(3) 特別調剤基本料Aを算定している 「はい」「いいえ」

(4) 地域支援体制加算の算定状況について1つ選択してください。

①地域支援体制加算は算定していない

②地域支援体制加算1を算定している

③地域支援体制加算2を算定している

④地域支援体制加算3を算定している

⑤地域支援体制加算4を算定している

II トレーシングレポート(※)についてお伺いします。

※トレーシングレポートとは、保険薬局の薬剤師が患者から得た服薬状況や副作用、残薬などの情報を、緊急性は低いが医師に共有すべきと判断した際に作成する文書です。

疑義照会や疑義照会簡素化プロトコルに基づく報告、処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」にチェックが入っている場合の報告は本アンケートの対象外とします。
がん領域の報告書については後段でご回答ください。

(1)

2025年3月1日～4月30日におけるトレーシングレポート（※がん領域の報告は除く、算定の有無は問わない）の提出実績回数を教えてください。

(　　回)

(2)

2025年3月1日～4月30日における下記点数の算定回数を教えてください。

- | | |
|------------------------|-------|
| ①服薬情報等提供料 1 | (　　回) |
| ②服薬情報等提供料 2 (医療機関宛) | (　　回) |
| ③服薬情報等提供料 2 (介護支援専門員宛) | (　　回) |
| ④服薬情報等提供料 3 | (　　回) |
| ⑤調剤後薬剤管理指導料 1 | (　　回) |
| ⑥調剤後薬剤管理指導料 2 | (　　回) |

(3)

(1) でご回答いただいた報告回数は処方箋受付枚数に対して何%に相当するか教えてください。

例：2025年3月1日～4月30日における処方箋受付枚数 3000 枚

トレーシングレポート提出 10 回

$10 \div 3000 \times 100 = 0.3\%$ ※小数点 2 桁を四捨五入
(　　%)

(4)

(1) でご回答いただいたトレーシングレポートに使用した書式及び回数について教えてください。

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①病院指定の書式 | (　　回) |
| ②レセプトコンピューターから打ち出した書式 | (　　回) |
| ③薬局（会社）で作成した書式 | (　　回) |
| ④その他 | (　　回) |

(5)

(1) でご回答いただいたトレーシングレポートに対し医療機関からの返信（書面だけでなく電話等も含む）回数を教えてください。

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①病院指定の書式 | (　　回) |
| ②レセプトコンピューターから打ち出した書式 | (　　回) |
| ③薬局（会社）で作成した書式 | (　　回) |

④その他 () 回)

(6)

(1) でご回答いただいたトレーシングレポートのうち医療機関からの返信（書面だけでなく電話等も含む）により情報提供の意図を伝えることができたと認識した回数を教えてください。

①病院指定の書式 () 回)
②レセプトコンピューターから打ち出した書式 () 回)
③薬局（会社）で作成した書式 () 回)
④その他 () 回)

(7)

(1) でご回答いただいたトレーシングレポート提出後、処方変更に至った回数について教えてください。

①薬剤師の提案通り処方変更有り () 回)
②薬剤師の提案通りではないが処方変更有り () 回)
③緊急受診になった () 回)
④処方変更無し () 回)
⑤確認できていない () 回)

(8)

(7) で①薬剤師の提案通り処方変更有り、②薬剤師の提案通りではないが処方変更有りとご回答いただいた方にお伺いします。

処方変更内容及びその回数を教えてください。

①減薬 () 回)
②用法変更 () 回)
③剤形変更 () 回)
④処方薬変更 () 回)
⑤処方薬追加 () 回)
⑥その他（具体的に： ） () 回)

(9)

(4) でご回答いただいた①病院指定の書式（※）について下記の設問にご回答ください。

※複数の医療機関の書式を使用している場合は、最も多く使用されている（最も多くトレーシングレポートを送付されている）医療機関の書式についてご回答ください。

病院指定の書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：最も多く使用されている（最も多くトレーシングレポートを送付されている）医療機関名を教えてください。

医療機関名：()

B：記載スペースは十分ですか？

不十分である 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 十分である

C：情報分類について（残薬、相互作用等、報告したい内容に関する見出し）記載する欄はありますか？

「ある」「ない」

D：返信欄はありますか？

「ある」「ない」

E：書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

理由：

(10)

(4) でご回答いただいた②レセプトコンピューターから打ち出した書式について下記の設問にご回答ください。

レセプトコンピューターから打ち出した書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：記載スペースは十分ですか？

不十分である 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 十分である

B：情報分類について（残薬、相互作用等、報告したい内容に関する見出し）記載する欄はありますか？

「ある」「ない」

C：返信欄はありますか？

「ある」「ない」

D：書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に使いやすい

理由：

(1 1)

(4) でご回答いただいた③薬局（会社）で作成した書式について下記の設間にご回答ください。

薬局（会社）で作成した書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：記載スペースは十分ですか？

不十分である 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 十分である

B：情報分類について（残薬、相互作用等、報告したい内容に関する見出し）記載する欄はありますか？

「ある」「ない」

C：返信欄はありますか？

「ある」「ない」

D：書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に使いやすい

理由：

(1 2)

(4) でご回答いただいた④その他について下記の設間にご回答ください。

病院指定の書式、レセプトコンピューターから打ち出した書式、薬局（会社）で作成した書式以外の書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：どのような書式を使用していますか？（回答例：○○市薬剤師会の書式）

書式名 ()

B : 記載スペースは十分ですか？

不十分である 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 十分である

C : 情報分類について（残薬、相互作用等、報告したい内容に関する見出し）記載する欄はありますか？

「ある」「ない」

D : 返信欄はありますか？

「ある」「ない」

E : 書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に使いやすい

理由 :

III がん領域のトレーシングレポートについてお伺いします。

(1)

特定薬剤管理指導加算2（※）の施設基準に係る届出をしていますか？

※特定薬剤管理指導加算2とは、連携充実加算を届け出ている保険医療機関において化学療法（抗悪性腫瘍剤が注射されている場合に限る）が行われており、かつ抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法の処方を受けている患者に対し、処方を応需した薬局薬剤師が電話等により服用状況、患者の服薬中の体調変化の有無等について確認し、その結果を保険医療機関へ文書にて報告することで算定できる点数です。

「はい」「いいえ」

(2)

2025年3月1日～4月30日において受け付けた処方箋のうち、抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法薬が含まれる処方箋枚数を教えてください。

(枚)

(3)

2025年3月1日～4月30日におけるがん領域のトレーシングレポートの提出実績回数（特定薬剤管理指導加算2算定の有無は問わない）について教えてください。

(回)

(4)

2025年3月1日～4月30日における特定薬剤管理指導加算2の算定回数を教えてください。

(　　回)

(5)

(3) ご回答いただいたがん領域のトレーシングレポートに使用した書式及び回数について教えてください。

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①病院指定の書式 | (　　回) |
| ②レセプトコンピューターから打ち出した書式 | (　　回) |
| ③薬局（会社）で作成した書式 | (　　回) |
| ④その他 | (　　回) |

(6)

(3) ご回答いただいたトレーシングレポートに対し医療機関からの返信（書面だけではなく電話等も含む）回数を教えてください。

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①病院指定の書式 | (　　回) |
| ②レセプトコンピューターから打ち出した書式 | (　　回) |
| ③薬局（会社）で作成した書式 | (　　回) |
| ④その他 | (　　回) |

(7)

(3) ご回答いただいたトレーシングレポートのうち医療機関からの返信（書面だけではなく電話等も含む）により情報提供の意図を伝えることができたと認識した回数を教えてください。

- | | |
|-----------------------|-------|
| ①病院指定の書式 | (　　回) |
| ②レセプトコンピューターから打ち出した書式 | (　　回) |
| ③薬局（会社）で作成した書式 | (　　回) |
| ④その他 | (　　回) |

(8)

(3) ご回答いただいたトレーシングレポート提出後、処方変更に至った回数について教えてください。

- | | |
|--------------------|-------|
| ①抗がん剤の用法用量変更（休薬含む） | (　　回) |
| ②支持療法薬の追加 | (　　回) |
| ③処方薬変更 | (　　回) |
| ④その他（具体的に：　　） | (　　回) |

(9)

(5) でご回答いただいた①病院指定の書式(※)について下記の設問にご回答ください。

※複数の医療機関の書式を使用している場合は、最も多く使用されている（最も多くトレーシングレポートを送付されている）医療機関の書式についてご回答ください。

病院指定の書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：最も多く使用されている（最も多くトレーシングレポートを送付されている）医療機関名を教えてください。

医療機関名：()

B：患者に生じている副作用の種類の把握、報告は行いやすいですか？

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

C：患者に生じている副作用の重篤度の把握、報告は行いやすいですか？

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

D：医療機関への処方提案は行いやすいですか？

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

E：返信欄はありますか？

「ある」「ない」

F：書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

理由：

(10)

(5) でご回答いただいた②レセプトコンピューターから打ち出した書式について下記の設問にご回答ください。

レセプトコンピューターから打ち出した書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：患者に生じている副作用の種類の把握、報告は行いやすいですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

B : 患者に生じている副作用の重篤度の把握、報告は多いですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

C : 医療機関への処方提案は多いですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

D : 返信欄はありますか？

「ある」「ない」

E : 書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に使いやすい

理由 :

(11)

(5) でご回答いただいた③薬局（会社）で作成した書式について下記の設問にご回答ください。

薬局（会社）で作成した書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A : 患者に生じている副作用の種類の把握、報告は多いですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

B : 患者に生じている副作用の重篤度の把握、報告は多いですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

C : 医療機関への処方提案は多いですか？

非常に多いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に多いやすい

D : 返信欄はありますか？

「ある」「ない」

E : 書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 非常に使いやすい

理由 :

(12)

(5) でご回答いただいた④その他について下記の設問にご回答ください。

病院指定の書式、レセプトコンピューターから打ち出した書式、薬局（会社）で作成した書式以外の書式を使用したことがありますか？

「はい」「いいえ」

以下「はい」と回答した場合のみ

A：どのような書式を使用していますか？（回答例：○○市薬剤師会の書式）

書式名（ ）

B：患者に生じている副作用の種類の把握、報告は行いやすいですか？

非常に多いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に多いやすい

C：患者に生じている副作用の重篤度の把握、報告は行いやすいですか？

非常に多いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に多いやすい

D：医療機関への処方提案は行いやすいですか？

非常に多いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に多いやすい

E：返信欄はありますか？

「ある」「ない」

F：書式は使いやすいと感じましたか？

該当する数字を選択して、その理由を教えてください。

非常に使いにくい 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 非常に使いやすい

理由：

IV トレーシングレポート（がん領域に関するものも含む）作成時の状況についてお伺いします。

(1)

トレーシングレポート（がん領域に関するものも含む）作成にあたり困っていることはありますか？

「困っている」「困っていることはない」

(2)

(1) で「困っている」とご回答いただいた方にお伺いします。困っている内容は何でしょうか？下記の数字から選択してください。（複数回答可）

1 病院毎にトレーシングレポートの書式が異なる

- 2 何を書いて良いのかわからない
- 3 書き方がわからない
- 4 内容が適切か判断つかない
- 5 書式が使いにくい
- 6 返信が無い
- 7 作成に時間がかかる
- 8 情報提供することに対し患者の同意を得られない
- 9 服薬フォローアップすることに対し患者の同意が得られない
- 10 マンパワーが不足している
- 11 CTCAE による副作用の評価が困難
- 12 その他 ()

以上、ご協力ありがとうございました。