

令和6年度老人保健健康増進等事業

後期高齢者の服薬における問題と
薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに
居宅療養管理指導の効果に関する調査研究事業

報 告 書

令和7年（2025年）3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

目次

第1章 事業の概要.....	1
1. 事業の背景と目的.....	1
2. 事業の実施概要.....	2
第2章 アンケート調査.....	4
1. 調査の概要.....	4
2. 訪問薬剤管理指導の実態.....	7
3. 有料老人ホーム等の訪問実態.....	36
4. 地域別の分析.....	46
5. 訪問薬剤管理指導のアウトカム.....	54
6. DX ツールの使用状況	61
第3章 ヒアリング調査結果.....	63
1. 調査の概要.....	63
2. 調査結果.....	65
3. 調査結果の分析.....	101
別紙1：アンケート調査単純集計結果	
別紙2-1：アンケート調査票（薬局施設票）	
別紙2-2：アンケート調査票（病院施設票）	
別紙2-3：アンケート調査票（薬局患者票）	
別紙2-4：アンケート調査票（病院患者票）	

第1章 事業の概要

1. 事業の背景と目的

高齢者人口がピークを迎える 2040 年頃に向けて、医療と介護の複合ニーズを有する患者・利用者が一層多くなることが見込まれ、地域包括ケアシステムをさらに進化・推進させていく必要がある。在宅業務を行っている薬局数は年々増加しており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいるが、在宅患者の医療・介護の複合ニーズに対応するためには、薬剤師・薬局による患者の状態に応じた薬物治療の提供や薬学的支援、多職種連携等を更に進める必要がある。

本事業では、

- ①高齢者等が抱える服薬上の諸問題と薬剤師の介入による効果の把握
 - ②薬局ならびに病院の薬剤師における在宅訪問薬剤管理指導等の実態の把握
 - ③薬剤師が在宅医療・介護において担っている在宅サービスの実施上の課題
- の検討を目的とする。また上記の結果の分析や議論等を踏まえて報告書にとりまとめる。

2. 事業の実施概要

(1) 検討会の設置・運営

本事業では、下記の委員から構成される検討会を設置し、事業設計、調査設計、調査の実施、調査結果の分析、報告書の作成等に関する検討を行った。

・検討会の委員

◎赤池 昭紀	和歌山県立医科大学薬学部 教授
○恩田 光子	大阪医科薬科大学 教授
澁田 憲一	日本病院薬剤師会 理事
田母神裕美	日本看護協会 常任理事
永富 将寛	日本保険薬局協会 理事
溝神 文博	国立長寿医療研究センター薬剤部
山口 浩志	日本介護支援専門員協会 常任理事
山田 武志	日本薬剤師会 常務理事
◎ 委員長	○ 委員長代理

(計 8 名 氏名五十音順)

・オブザーバー

厚生労働省老健局老人保健課
高齢者薬事サービス調整官 伊藤竜太

・事務局担当者

エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット
マネージャー 西尾文孝
シニアコンサルタント 荒川悠佳
シニアコンサルタント 林高穂
スタッフ 田口恵美子

・ 検討会の開催実績

第1回検討会

- ・ 開催日程 令和6年9月18日（水）16：00－18：00
- ・ 検討内容 事業概要の説明、アンケート調査の検討、ヒアリング調査の検討

第2回検討会

- ・ 開催日程 令和7年1月29日（水）15：00－17：00
- ・ 検討内容 アンケート調査の中間報告、ヒアリング調査の中間報告

第3回検討会

- ・ 開催日程 令和7年3月6日（木）10：00－12：00
- ・ 検討内容 報告書とりまとめ

（2）アンケート調査

高齢者等が抱える服薬上の諸問題と薬剤師の介入による効果、および薬局ならびに病院の薬剤師における在宅訪問薬剤管理指導等の実態の全国網羅的な把握を目的として、全国の薬局、病院を対象としたアンケート調査を行った。

（3）ヒアリング調査

高齢者等が抱える服薬上の諸問題と薬剤師の介入による効果、および薬局ならびに病院の薬剤師における在宅訪問薬剤管理指導等の実態の詳細な把握を目的として、全国の薬局、病院を対象としたヒアリング調査を行った。

第2章 アンケート調査

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

高齢者等が抱える服薬上の諸問題と薬剤師の介入による効果、および薬局ならびに病院の薬剤師における在宅訪問薬剤管理指導等の実態の全国網羅的な把握を目的とした。

(2) 調査対象と回収結果

本事業では薬局、病院を調査対象とし、それぞれ施設調査と患者調査を行った。これら4種類のアンケート調査を、薬局施設調査、病院施設調査、薬局患者調査、病院患者調査と表す。

薬局施設調査については、令和6年10月時点で在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている全国の薬局から、5000軒を無作為抽出して調査対象とした。

病院施設調査については、令和6年10月時点で厚生労働省医療情報ネット（ナビイ）に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っているものとして登録されている全ての病院595施設を調査対象とした。

薬局患者調査、病院患者調査については、いずれも自施設の薬剤師が令和6年10月の1か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者で、かつ訪問を開始してからの期間が1年未満の患者の中から最大3名を、薬局と病院が自ら一定のルールに従い無作為に選定する方法で調査対象とした。

回収結果は下表に示す通りである。

図表1 回収結果

調査名	客体数	有効回収数	有効回収率
薬局施設調査	5000	1336	26.7%
病院施設調査	589※1	102	17.3%
薬局患者調査	—	794	※2
病院患者調査	—	20	※2

※1：依頼状を送付した病院のうち宛先不明による不着が6病院分あったため客体数を6減らした。

※2：薬局、病院が訪問薬剤管理指導を行った患者の客体数、有効回収率は、調査対象施設ごとに最大3人の患者を対象とするという条件で調査したため記載しない。

(3) 調査方法

調査対象とした薬局、病院に対し調査事務局よりWEB調査画面のURLを記載した依頼状兼調査要項を郵送し、薬局、病院の施設調査、患者調査のいずれについても、調査対象となった薬局、病院の薬剤師がWEB調査画面から回答する方法とした。

調査期間は令和6年11月22日から令和7年1月14日。

(4) 主な調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

薬局施設調査と病院施設調査、薬局患者調査と病院患者調査の調査項目は個別の設問レベルでは相違があるが、それぞれ全体的に類似した設問を設定しており、主な調査項目については薬局、病院において同様であるため、施設調査、患者調査ごとに示す。

薬局施設調査、病院施設調査

- ・ 回答施設の基本属性
- ・ 在宅患者等への訪問薬剤管理指導の実施状況
- ・ 多職種連携の状況
- ・ DX ツールの使用状況
- ・ 訪問薬剤管理指導を実施している高齢者施設等における状況

薬局患者調査、病院患者調査

- ・ 調査対象患者の基本属性
- ・ 訪問薬剤管理指導の開始時の状況等
- ・ 訪問薬剤管理指導の実施状況
- ・ 訪問薬剤管理指導の効果

(5) 留意事項

複数の設問に対する回答を用いて集計を行ったクロス集計結果については、一部項目への無回答等により、調査数や各選択肢への回答数（「全体」の値）とクロス集計項目の内訳の合計が一致しない場合がある。

また無回答を除いて集計しているため、n 数が有効回収数より少ない場合がある。

この他、調査種類別の設問別の回答対象者一覧表を以下に示す。

図表 2 設問別の回答対象者一覧表（薬局施設調査）

設問	回答対象者
以下に示す設問以外	全施設
問 10、問 15、問 19	問 9 で「有り」と回答した施設
問 11、問 12、問 16 ～問 18	問 10 で医療保険と介護保険のいずれかで 1 人以上と回答した施設
問 21	問 20 で「参加しなかった」と回答した施設
問 22	問 20 で「参加した」と回答した施設
問 29	問 28 で要介護認定者の合計数と要介護認定者以外の合計数のいずれかで 1 人以上と回答した施設

問 34 の DX ツールごとの有用性の設問	問 34 の DX ツールごとの使用の有無の設問で「有り」と回答した施設
問 36	問 35 で「はい」と回答した施設
問 39	問 38 で「支出過多」と回答した施設
問 42	問 41 で「有り」と回答した施設

図表 3 設問ごとの回答対象者一覧表（病院施設調査）

設問	回答対象者
以下に示す設問以外	全施設
問 8、問 13、問 17	問 7 で「有り」と回答した施設
問 9、問 10、問 14～問 16	問 8 で医療保険と介護保険のいずれかで 1 人以上と回答した施設
問 19	問 18 で「参加しなかった」と回答した施設
問 20	問 18 で「参加した」と回答した施設
問 27	問 26 で要介護認定者の合計数と要介護認定者以外の合計数のいずれかで 1 人以上と回答した施設
問 32 の DX ツールごとの有用性の設問	問 32 の DX ツールごとの使用の有無の設問で「有り」と回答した施設
問 34	問 33 で「はい」と回答した施設
問 37	問 36 で「支出過多」と回答した施設
問 40	問 39 で「有り」と回答した施設

図表 4 設問ごとの回答対象者一覧表（薬局患者調査）

設問	回答対象者
以下に示す設問以外	全施設
問 38	問 37 で「1 オンライン服薬指導のための機器」から「6 その他」を回答した施設

図表 5 設問ごとの回答対象者一覧表（病院患者調査）

設問	回答対象者
以下に示す設問以外	全施設
問 38	問 37 で「1 オンライン服薬指導のための機器」から「6 その他」を回答した施設

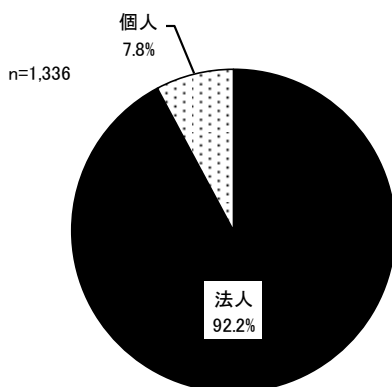
2. 訪問薬剤管理指導の実態

(1) 調査対象薬局の基本情報

1) 開設主体

開設主体については、「法人」が 92.2%、「個人」が 7.8%であった。

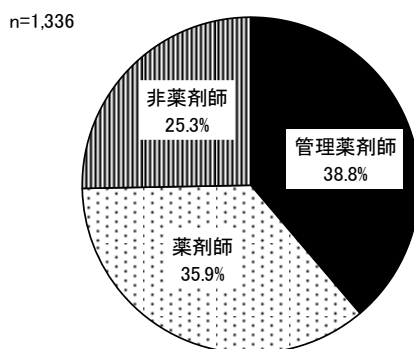
図表 6 開設主体（薬局施設票問 1-1）（単一回答）



2) 代表者又は開設者

代表者又は開設者については、「管理薬剤師」が 38.8%で最も割合が高く、次いで「薬剤師」が 35.9%であった。

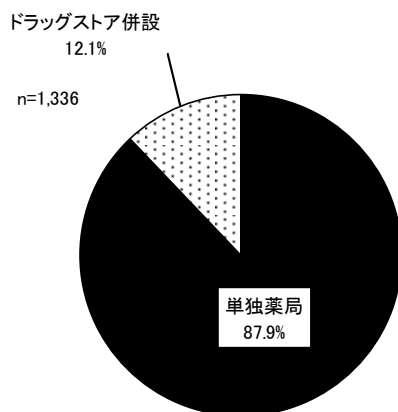
図表 7 代表者又は開設者（薬局施設票問 1-2）（単一回答）



3) 営業形態

営業形態については、「単独薬局」が 87.9%で最も割合が高く、次いで「ドラッグストア併設」が 12.1%であった。

図表 8 営業形態（薬局施設票問 1-3）（単一回答）



4) 同一経営主体による薬局数

同一経営主体による薬局数については、平均 276.2 軒であった。

図表 9 同一経営主体による薬局数（薬局施設票問 1-4）（数値回答）

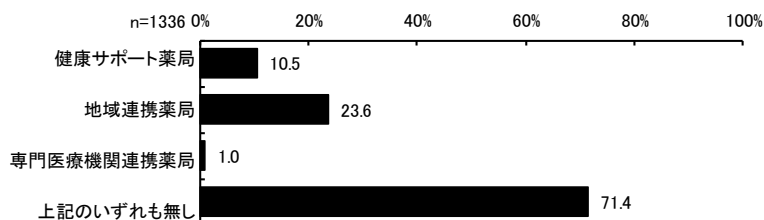
単位: 軒

	全 体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
同一経営主体薬局数	1333	276.2	554.0	0	3003

5) 届け出の状況

届け出の状況については、「上記のいずれも無し」が71.4%で最も割合が高く、次いで「地域連携薬局」が23.6%であった。

図表 10 届け出の状況（薬局施設票問 1-5）（複数回答）



6) 処方箋の枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）

処方箋の枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）については、平均 1344.1 枚であった。

図表 11 処方箋の枚数（薬局施設票問 1-6）（数値回答）

単位: 枚					
	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
処方箋枚数	1335	1344.1	1332.3	0	21000

7) 処方箋の集中率（最も多くの処方箋を応需している医療機関の処方箋集中率）

処方箋の集中率（最も多くの処方箋を応需している医療機関の処方箋集中率）については、平均 68.0%であった。

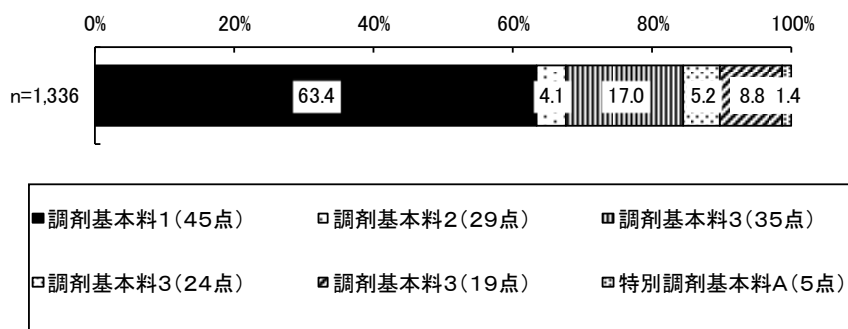
図表 12 処方箋の集中率（最も多くの処方箋を応需している医療機関の処方箋集中率）
（薬局施設票問 1-7）（数値回答）

単位: %					
	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
処方箋集中率	1336	68.0	28.6	0	99

8) 調剤基本料の請求区分

調剤基本料の請求区分については、「調剤基本料 1 (45 点)」が 63.4%で最も割合が高く、次いで「調剤基本料 3 (35 点)」が 17.0%であった。

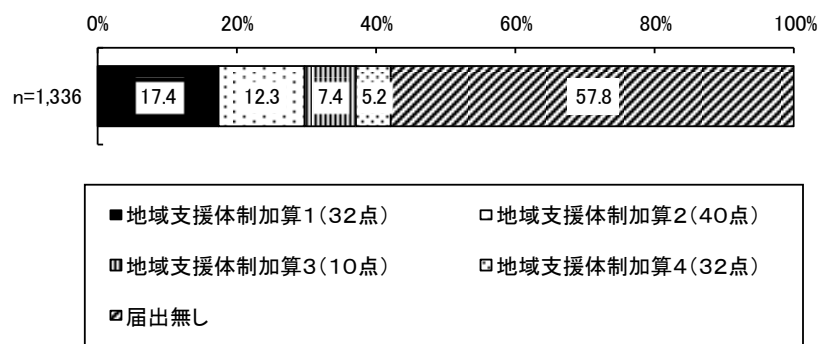
図表 13 調剤基本料の請求区分（薬局施設票問 2）（単一回答）



9) 地域支援体制加算の届出状況

地域支援体制加算の届出状況については、「届出無し」が 57.8%で最も割合が高く、次いで「地域支援体制加算 1 (32 点)」が 17.4%であった。

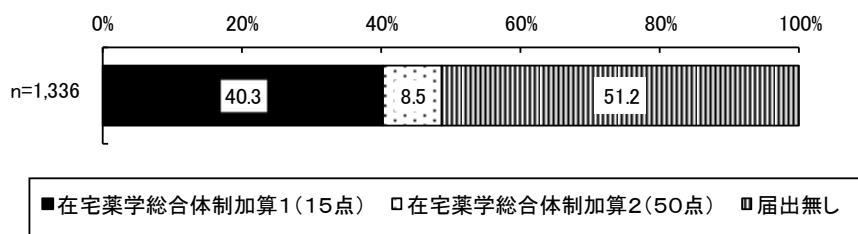
図表 14 地域支援体制加算の届出状況（薬局施設票問 3）（単一回答）



10) 在宅薬学総合体制加算の届出状況

在宅薬学総合体制加算の届出状況については、「届出無し」が 51.2%で最も割合が高く、次いで「在宅薬学総合体制加算 1 (15 点)」が 40.3%であった。

図表 15 地域支援体制加算の届出状況（薬局施設票問 4）（単一回答）



11) 薬局の従事者数（実人数）

薬局の従事者数（実人数）については、「薬剤師数(常勤)」が平均 2.3 人、「薬剤師数(非常勤実人数)」が平均 2.1 人であった。

図表 16 薬局の従事者数（実人数）（薬局施設票問 5）（数値回答）

単位：人

	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
薬剤師数(常勤)	1336	2.3	1.9	1	26
薬剤師数(非常勤実人数)	1336	2.1	2.6	0	26
薬剤師数(非常勤常勤換算)	1336	1.2	1.6	0	18
訪問薬剤師数(常勤)	1336	1.3	1.3	0	13
訪問薬剤師数(非常勤実人数)	1336	0.4	1.0	0	16
訪問薬剤師数(非常勤常勤換算)	1336	0.4	0.9	0	12
その他職員数(常勤)	1336	1.6	1.7	0	18
その他職員数(非常勤実人数)	1336	1.0	1.7	0	16
その他職員数(非常勤常勤換算)	1336	0.8	1.3	0	18

12) 令和6年10月1か月間の処方箋受付回数

令和6年10月1か月間の処方箋受付回数については、平均922.5回であった。うち、特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の者を除く）に対する処方箋受付回数は平均24.2回であった。

在宅患者訪問薬剤管理指導等を算定した回数については、平均22.2回であった。

図表17 令和6年10月1か月間の処方箋受付回数（薬局施設票問6-1～問6-3）（数値回答）

単位：回

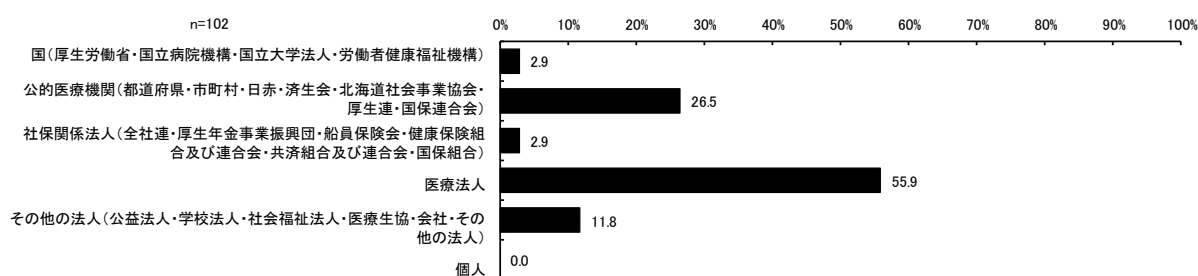
	全 体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
処方箋受付回数	1335	922.5	1009.3	0	8800
特養入所者処方箋受付回数	1336	24.2	135.0	0	2344
訪問薬剤管理指導算定回数	1336	22.2	88.0	0	1423

(2) 調査対象病院の基本情報

1) 開設主体

開設主体については、「医療法人」が55.9%で最も割合が高く、次いで「公的医療機関（都道府県・市町村・日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国保連合会）」が26.5%であった。

図表18 開設主体（病院施設票問1）（単一回答）



2) 病院の許可病床数

病院の許可病床数については、「一般病床数」が平均 147.3 床、「療養病床数」が平均 33.2 床であった。

図表 19 病院の許可病床数（病院施設票問 2）（数値回答）

単位: 床

	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
一般病床数	102	147.3	192.1	0	1325
療養病床数	102	33.2	43.9	0	228
精神病床数	102	23.1	79.0	0	423
その他病床数	102	13.8	37.5	0	303

3) 病院の従事者数（実人数）

病院の従事者数（実人数）については、「薬剤師数（常勤）」が平均 9.5 人、「薬剤師数（非常勤実人数）」が平均 2.8 人であった。

図表 20 病院の従事者数（実人数）（病院施設票問 3）（数値回答）

単位: 人

		全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
薬剤師数	常勤	102	9.5	15.7	1	127
	非常勤実人数	102	2.8	6.8	0	58
	非常勤常勤換算	102	2.7	6.4	0	53.1
訪問薬剤師数	常勤	102	0.4	0.9	0	4
	非常勤実人数	102	0.1	0.2	0	1
	非常勤常勤換算	102	0.1	0.4	0	4

4) 令和6年10月1か月間における処方せんの枚数と訪問薬剤管理指導の件数

外来処方せん（院内）の枚数については、平均 999.9 枚、院外処方せんの枚数については、平均 2709.1 枚であった。訪問薬剤管理指導の延べ件数については、平均 4.3 件であった。

図表 21 令和6年10月1か月間における処方せんの枚数と訪問薬剤管理指導の件数
(病院施設票問 4) (数値回答)

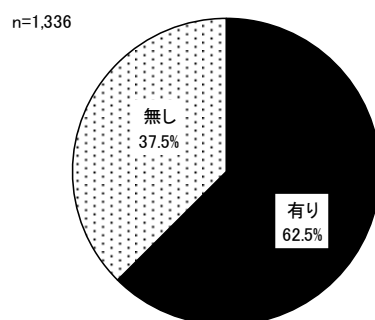
単位: 処方/枚、件数/件					
	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
処方数(院内処方分)	102	999.9	2917.2	0	26825
処方箋枚数(院外処方分)	102	2709.1	3089.8	0	13830
訪問薬剤管理指導延べ件数	102	4.3	14.8	0	89

(3) 訪問薬剤管理指導の実施有無

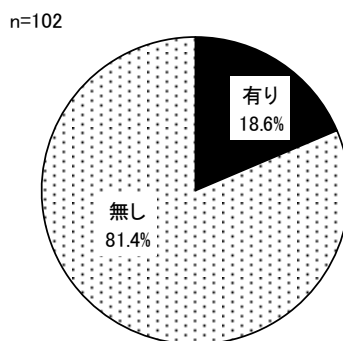
過去1年間における訪問薬剤管理指導の実施状況について、薬局（※）では62.5%が実施しており、病院（※）では18.6%が実施していた。

※本調査で調査対象とする薬局は在宅患者訪問薬剤管理指導の届出をしている薬局であり、調査対象とする病院は厚生労働省医療情報ネット（ナビイ）に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っているものとして登録されている病院である。

図表 22 訪問薬剤管理指導の実施有無（薬局施設票問 9）



図表 23 訪問薬剤管理指導の実施有無（病院施設票問 7）



(4) 訪問薬剤管理指導の訪問人数

薬局における令和6年10月1か月間の訪問薬剤管理指導の訪問人数については、「医療保険」が平均3.0人、「介護保険」が平均16.3人であった。

病院における令和6年10月1か月間の訪問薬剤管理指導の訪問人数（実人数）については、「医療保険」が平均0.4人、「介護保険」が平均14.6人であった。

**図表 24 薬局における令和6年10月1か月間の訪問薬剤管理指導の訪問人数
（薬局施設票問10）（数値回答）**

単位: 人

	全 体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
利用者数(医療保険実人数)	835	3.0	28.5	0	789
利用者数(介護保険実人数)	835	16.3	61.5	0	1343

**図表 25 病院における令和6年10月1か月間の訪問薬剤管理指導の訪問人数
（病院施設票問8）（数値回答）**

単位: 人

	全体	平均値	標準偏差	最小値	最大値
利用者数(医療保険実人数)	19	0.4	0.6	0	2
利用者数(介護保険実人数)	19	14.6	19.9	0	73

(5) 患者の要介護度、処方医の所属、患者の状態

要介護度別の患者数の分布について、薬局の最頻値は要介護 2 で、病院では要介護 4 であった。

処方医の所属について処方医数の一般診療所、病院の合計をみると、薬局では 12.5 人、病院では 7.3 人であった。

患者の状態については薬局、病院ともに「末期がん患者数」が他の患者と比べ最も多く、それぞれ 0.4 人、0.3 人であった。

図表 26 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の要介護度の分布
(薬局施設票問 11-3)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
要介護度(非該当)	770	1.0	6.1%	4.9	0	101
要介護度(要支援1)	770	0.5	3.1%	3.1	0	70
要介護度(要支援2)	770	0.8	4.6%	2.8	0	50
要介護度(要介護1)	770	2.7	16.7%	8.5	0	106
要介護度(要介護2)	770	3.1	19.0%	10.1	0	148
要介護度(要介護3)	770	2.8	17.0%	9.8	0	132
要介護度(要介護4)	770	2.3	14.1%	8.7	0	124
要介護度(要介護5)	770	1.9	12.0%	8.1	0	105
要介護度(不明)	770	1.2	7.3%	6.6	0	104

図表 27 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の要介護度の分布
(病院施設票問 9-3)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
要介護度(非該当)	18	0.2	1.3%	0.4	0.0	1
要介護度(要支援1)	18	0.2	1.3%	0.5	0.0	2
要介護度(要支援2)	18	0.1	0.6%	0.3	0.0	1
要介護度(要介護1)	18	2.0	12.7%	1.8	0.0	6
要介護度(要介護2)	18	2.7	17.2%	4.4	0.0	17
要介護度(要介護3)	18	3.6	22.9%	6.2	0.0	24
要介護度(要介護4)	18	4.8	30.6%	7.2	0.0	28
要介護度(要介護5)	18	1.7	10.8%	3.2	0.0	13
要介護度(不明)	18	0.4	2.5%	1.4	0.0	6

図表 28 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の処方医の所属
(薬局施設票問 11-4)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
処方医数(一般診療所)	773	8.6	69.1%	26.7	0	365
処方医数(病院)	773	3.9	30.9%	20.7	0	420

図表 29 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の処方医の所属
(病院施設票問 9-4)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
処方医数(一般診療所)	18	1.0	14.1%	4.1	0	18
処方医数(自院)	18	6.1	85.9%	7.6	1	27
処方医数(他院)	18	0.2	2.8%	0.5	0	2

図表 30 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の状態(薬局施設票問 11-5)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
末期がん患者数	796	0.4	53.1%	2.4	0	40
中心静脈栄養対象患者数	796	0.2	21.0%	1.0	0	16
麻薬注射使用患者数	796	0.1	6.2%	0.8	0	18
医療的ケア児患者数	796	0.2	19.8%	0.7	0	10

図表 31 令和 6 年 10 月 1 か月間に訪問薬剤管理指導を行った患者の状態(病院施設票問 9-5)

単位:人

	n数	平均値	平均値の 構成比	標準偏差	最小値	最大値
末期がん患者数	18	0.3	100.0%	1.0	0	4
中心静脈栄養対象患者数	18	0.0	0.0%	0.0	0	0
麻薬注射使用患者数	18	0.0	0.0%	0.0	0	0
医療的ケア児患者数	18	0.0	0.0%	0.0	0	0

(6) 訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数別の訪問薬剤管理指導の実施状況

薬局における訪問薬剤管理指導の実施状況について訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数階層別にみると、1薬局当たりの訪問建物実数は、「1人」が6.6軒、「2～9人」が2.6軒、「10～19人」が2.3軒、「20～49人」が6.3軒、「50人以上」が4.9軒であった。

1人あたり準備時間、指導時間、報告書作成時間、フォローアップ時間は訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数階層が多人数となるほど減少する傾向がみられた。

図表 32 令和6年10月1か月間の訪問薬剤管理指導の実施状況（薬局施設票問 12-1～21）

	単位	訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数									
		1人		2～9人		10～19人		20～49人		50人以上	
		n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値
訪問建物実数	軒	711	6.6	239	2.6	80	2.3	56	6.3	26	4.9
訪問薬剤管理指導延べ人数	人	697	10.3	227	16.2	68	46.3	49	106.4	17	179.2
訪問薬剤管理指導実人数	人	669	6.7	210	10.5	62	31.2	45	75.6	14	146.2
訪問薬剤管理指導算定件数	件	643	3.2	226	3.7	72	12.8	51	15.4	24	10.7
居宅療養管理指導算定訪問件数	件	569	7.8	197	12.6	63	35.8	40	96.4	19	121.8
臨時処方対応件数	件	707	0.5	237	0.8	80	1.5	56	4.2	25	24.0
緊急訪問件数	件	708	0.1	236	0.4	80	0.8	56	2.1	26	4.6
休日対応件数	件	709	0.2	239	0.2	80	0.1	56	1.6	25	9.0
夜間対応件数	件	705	0.4	239	0.4	80	1.5	56	2.7	26	6.2
深夜対応件数	件	711	0.0	239	0.0	80	0.0	56	0.1	26	3.9
末期がん患者訪問件数	件	707	0.5	239	0.1	80	0.3	56	0.7	26	0.1
麻薬注射使用患者訪問件数	件	711	0.0	239	0.0	80	0.0	56	0.1	26	0.0
中心静脈栄養患者訪問件数	件	709	0.2	239	0.0	80	0.1	56	0.5	26	0.1
1人あたり準備時間	分	694	31.8	217	30.8	73	23.4	50	25.9	21	26.0
1人あたり指導時間	分	704	20.3	219	14.3	73	9.4	50	9.0	21	10.1
1人あたり報告書作成時間	分	704	16.6	219	13.7	72	10.9	50	8.3	21	6.8
1人あたりフォローアップ時間	分	658	12.0	201	11.0	69	7.8	46	7.0	20	5.5
訪問1件あたり片道移動時間	分	707	16.6	223	15.9	73	18.1	50	19.6	20	25.4
1建物あたり訪問回数	回	621	2.1	221	2.9	77	5.1	54	8.1	25	11.9
在宅協力薬局への訪問依頼件数	件	796	0.1	796	0.1	796	0.1	796	0.1	796	0.1
他薬局から訪問依頼を受けた件数	件	796	0.0	796	0.0	796	0.0	796	0.0	796	0.0

病院における訪問薬剤管理指導の実施状況について訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数階層別にみると、1病院当たりの訪問建物実数は、「1人」が11.7軒、「2～9人」が1.0軒、「10～19人」が1.0軒、「20～49人」が1.0軒、「50人以上」が0.0軒であった。

図表 33 訪問薬剤管理指導の実施状況（病院施設票問 10-1～19）

	単位	訪問した1つの建物につき同時に訪問した患者の人数									
		1人		2～9人		10～19人		20～49人		50人以上	
		n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値	n数	平均値
訪問建物実数	軒	14	11.7	7	1.0	3	1.0	1	1.0	0	—
訪問薬剤管理指導延べ人数	人	14	12.3	6	8.2	3	31.0	1	27.0		
訪問薬剤管理指導実人数	人	14	11.8	6	5.3	3	25.7	1	27.0		
訪問薬剤管理指導算定件数	件	12	0.8	6	0.2	3	0.0	1	0.0		
居宅療養管理指導算定訪問件数	件	11	11.2	6	7.5	3	20.3	1	26.0		
臨時処方対応件数	件	14	0.6	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
緊急訪問件数	件	14	0.1	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
休日対応件数	件	14	0.0	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
夜間対応件数	件	14	0.0	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
深夜対応件数	件	14	0.0	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
末期がん患者訪問件数	件	14	0.4	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
麻薬注射使用患者訪問件数	件	14	0.0	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
中心静脈栄養患者訪問件数	件	14	0.0	7	0.0	3	0.0	1	0.0		
1人あたり準備時間	分	13	21.9	7	21.4	3	16.7	1	30.0		
1人あたり指導時間	分	13	16.9	7	9.7	3	11.0	1	10.0		
1人あたり報告書作成時間	分	13	13.1	7	10.0	3	18.3	1	10.0		
1人あたりフォローアップ時間	分	12	10.4	7	9.3	3	8.3	1	10.0		
訪問1件あたり片道移動時間	分	14	12.4	7	8.3	3	7.3	1	3.0		
1建物あたり訪問回数	回	12	1.3	7	1.3	3	3.0	1	27.0		

(7) 処方箋受付回数 1 回あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数

過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績がある薬局における令和 6 年 10 月 1 カ月の処方箋枚数 1 枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導等の算定回数についてみると平均では 2.9%であった。

20%刻みの階層別にみると、「0%以上 20%未満」97.1%で最も割合が高かった。

0.25%刻みの階層別にみると、「0%以上 0.25%未満」29.2%で最も割合が高かった。

図表 34 令和 6 年 10 月 1 カ月の処方箋枚数 1 枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数の割合（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績がある薬局に限定）
（薬局施設票問 6-3÷問 1-6 問 9=1）数値集計結果

単位: %

n 数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
790	2.9	9.5	0.0	96.0

図表 35 令和 6 年 10 月 1 カ月の処方箋枚数 1 枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績がある薬局に限定）
（薬局施設票問 6-3÷問 1-6 問 9=1）20%刻みの階層別割合

単位: %

n 数	0%以上 20%未満	20%以上 40%未満	40%以上 60%未満	60%以上 80%未満	80%以上
790	97.1	1.6	0.4	0.4	0.5

図表 36 令和 6 年 10 月 1 カ月の処方箋枚数 1 枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績がある薬局に限定）
（薬局施設票問 6-3÷問 1-6 問 9=1）0.25%刻みの階層別割合

単位: %

n 数	0%～0.25%	0.25%～0.5%	0.5%～0.75%	0.75%～1%	1%～1.25%	1.25%～1.5%	1.5%～1.75%	1.75%～2%	2%～100%
790	29.2	21.4	10.8	5.3	3.5	3.4	2.0	1.4	22.9

(8) 夜間・休日体制（薬局属性別）

薬局における夜間・休日体制について、同一経営主体の薬局数階層別にみると、同一経営主体の薬局数が少ないほど、「自薬局において、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している」との回答割合が高くなる傾向がみられた。この理由として同一経営主体の経営規模が大きい法人では薬局単独での体制を取らないと考えられる旨、検討会委員からの発言があった。

また薬剤師数（常勤＋非常勤常勤換算）階層別、在宅対応薬剤師数（常勤＋非常勤常勤換算）階層別にみると、いずれも薬剤師数が多くなるほど、「自薬局において、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している」との回答割合が高くなる傾向がみられた。

この他、在宅対応薬剤師数（常勤＋非常勤常勤換算）が少なくなるほど、「夜間・休日における訪問薬剤管理指導は行っていない」との回答割合が高くなる傾向がみられた。

図表 37 夜間・休日体制（薬局属性別）（薬局施設票問 15×問 1-4・問 1-6・問 5-1・問 5-2）

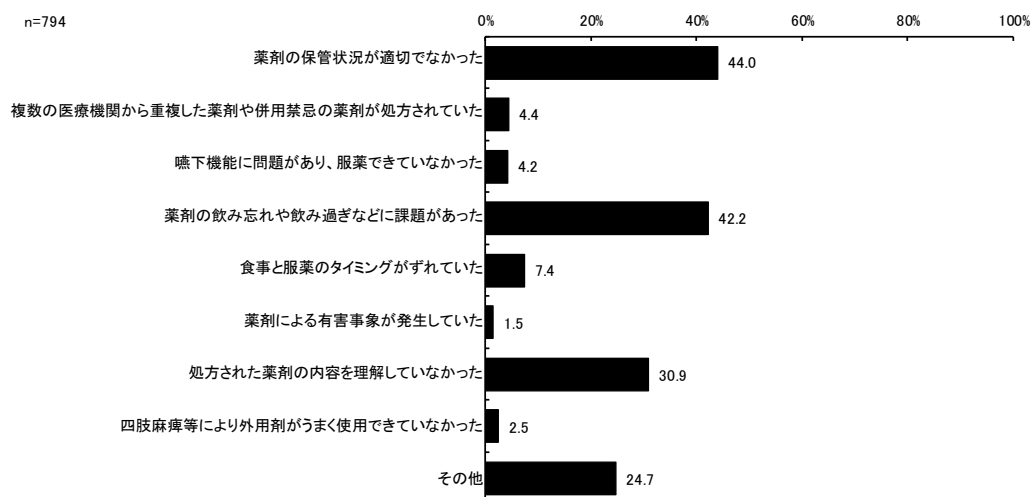
単位：％

		n数	夜間・休日体制			
			自薬局において、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している	在宅協力薬局と連携して、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している	夜間・休日における訪問は対応できないことがある	夜間・休日における訪問薬剤管理指導は行っていない
全 体		834	51.0	12.1	24.2	12.7
同一薬局営業主体	0軒	120	60.0	9.2	21.7	9.2
	1軒	98	58.2	10.2	19.4	12.2
	2軒以上10軒未満	181	51.9	11.0	27.6	9.4
	10軒以上100軒未満	175	49.1	16.6	21.1	13.1
	100軒以上1000軒未満	167	45.5	13.2	25.7	15.6
	1000軒以上	93	43.0	9.7	29.0	18.3
応需処方箋枚数	1000枚未満	304	48.0	14.5	25.0	12.5
	1000枚以上2000枚未満	357	53.2	11.8	22.4	12.6
	2000枚以上3000枚未満	112	49.1	11.6	25.9	13.4
	3000枚以上4000枚未満	33	63.6	－	24.2	12.1
	4000枚以上	28	46.4	7.1	32.1	14.3
薬劑交換算（勤常勤換算）	1人以上2人未満	105	33.3	18.1	30.5	18.1
	2人以上3人未満	223	49.3	15.2	22.4	13.0
	3人以上4人未満	158	53.8	8.9	24.7	12.7
	4人以上5人未満	140	56.4	11.4	21.4	10.7
	5人以上10人未満	169	56.2	10.7	23.1	10.1
	10人以上	40	55.0	－	30.0	15.0
在宅常勤（非勤換算）	0人以上1人未満	22	50.0	9.1	22.7	18.2
	1人以上2人未満	294	40.5	14.6	28.9	16.0
	2人以上3人未満	258	55.0	11.6	22.1	11.2
	3人以上4人未満	94	53.2	6.4	26.6	13.8
	4人以上5人未満	92	65.2	14.1	13.0	7.6
	5人以上	75	58.7	9.3	24.0	8.0

(9) 患者の薬剤管理上の問題点

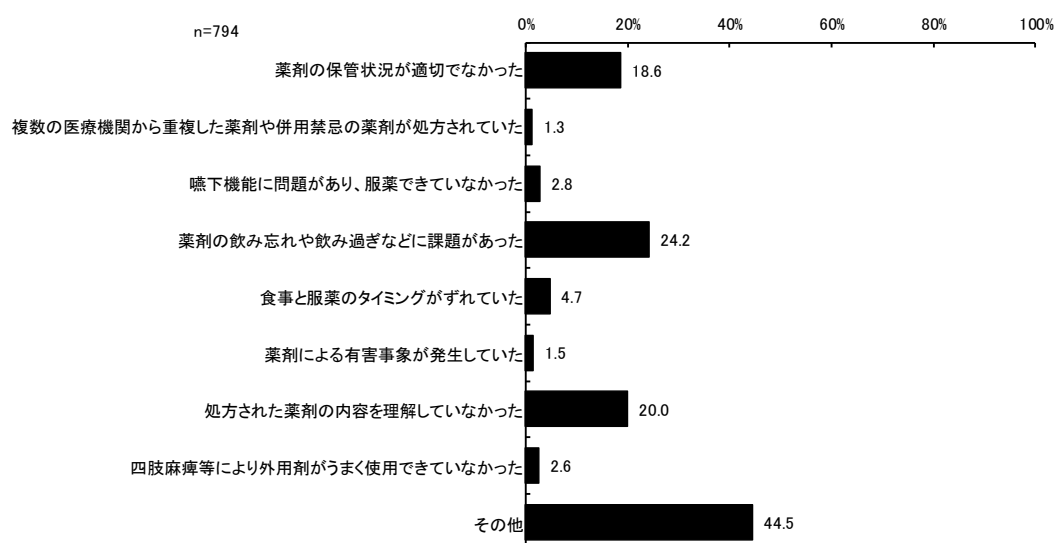
訪問開始時に把握した薬剤管理上の問題点については、「薬剤の保管状況が適切ではなかった」が44.0%で最も割合が高く、次いで「薬剤の飲み忘れや飲みすぎなどに課題があった」が42.2%であった。

図表 38 訪問開始時に把握した薬剤管理上の問題点（薬局患者票問 15）（複数回答）



直近の訪問時に把握した薬剤管理上の問題点については、「その他」が44.5%で最も割合が高く、次いで「薬剤の飲み忘れや飲みすぎなどに課題があった」が24.2%であった。

図表 39 直近の訪問時に把握した薬剤管理上の問題点（薬局患者票問 16）（複数回答）



患者の薬剤管理上の問題（開始時・直近）について同居家族の有無・患者宅か否か別にみると、回答割合の上位 3 位までの課題「薬剤の保管状況が適切でなかった」「薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった」「処方された薬剤の内容を理解していなかった」のいずれについても、開始時・直近に共通して独居で患者宅に住んでいる方が、独居で患者宅以外の場合や同居家族がいる場合より課題を有する利用者の割合が高かった。

また患者の薬剤管理上の問題（開始時・直近）について、同居家族の有無（2 カテゴリ）と訪問場所（患者の居場所）（10 カテゴリ）を掛け合わせた全 20 カテゴリ別にみた。

開始時・直近に共通して、回答割合の上位 3 位までの課題のうち「薬剤の保管状況が適切でなかった」「薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった」については「独居の患者宅」が、「独居のサービス付き高齢者住宅」、「独居の有料老人ホーム」より割合が高く、「処方された薬剤の内容を理解していなかった」は「独居の患者宅」より、「独居のサービス付き高齢者住宅」の割合が高かった。

図表 40 患者の薬剤管理上の問題（開始時）（同居家族の有無・患者宅か否か別）
（薬局患者票問 15×問 3）

単位：％

		n数	薬剤管理上の問題（開始時）								
			薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があり 、服薬でき ていなかった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容を 理解してい なかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく使 えていなか った	その他
全 体		794	44.0	4.4	4.2	42.2	7.4	1.5	30.9	2.5	24.7
独居か否か× 訪問場所	独居（患者宅）	270	56.3	3.7	1.9	55.6	8.9	2.2	35.2	3.3	14.1
	独居（患者宅以外）	187	36.9	2.7	5.9	32.6	4.3	0.5	27.8	1.6	30.5
	同居家族あり	337	38.0	5.9	5.0	36.8	8.0	1.5	29.1	2.4	30.0

図表 41 患者の薬剤管理上の問題（開始時）（同居家族の有無・訪問場所別）
（薬局患者票問 15×問 3×問 11）

単位：％

		n数	薬剤管理上の問題（開始時）									その他
			薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があり 、服薬でき ていなかった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容を 理解してい なかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく使 えていなか った		
全 体		794	44.0	4.4	4.2	42.2	7.4	1.5	30.9	2.5	24.7	
独居 か 否 か × 訪 問 場 所	（独居）患者宅	270	56.3	3.7	1.9	55.6	8.9	2.2	35.2	3.3	14.1	
	（独居）サービス付き高齢者向け住宅	46	34.8	2.2	2.2	32.6	4.3	-	39.1	2.2	23.9	
	（独居）有料老人ホーム	63	25.4	-	11.1	28.6	3.2	-	19.0	1.6	47.6	
	（独居）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	50	48.0	6.0	2.0	42.0	4.0	2.0	26.0	-	18.0	
	（独居）特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍の患者に限る）	1	-	-	-	-	-	-	-	-	100.0	
	（独居）小規模多機能型居宅介護事業所	7	57.1	-	-	-	14.3	-	42.9	-	14.3	
	（独居）看護小規模多機能型居宅介護事業所	3	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（独居）養護老人ホーム	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（独居）軽費老人ホーム・ケアハウス	8	37.5	-	-	50.0	-	-	37.5	-	50.0	
	（独居）その他	9	33.3	11.1	22.2	33.3	11.1	-	33.3	11.1	11.1	
	（同居家族あり）患者宅	278	40.6	6.1	4.7	39.9	9.4	1.4	32.4	2.5	26.6	
	（同居家族あり）サービス付き高齢者向け住宅	6	50.0	16.7	-	16.7	16.7	-	16.7	-	16.7	
	（同居家族あり）有料老人ホーム	29	27.6	6.9	10.3	17.2	-	-	10.3	3.4	41.4	
	（同居家族あり）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	16	6.3	-	6.3	25.0	-	-	12.5	-	62.5	
	（同居家族あり）特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍の患者に限る）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）小規模多機能型居宅介護事業所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）看護小規模多機能型居宅介護事業所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）養護老人ホーム	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）軽費老人ホーム・ケアハウス	3	100.0	-	-	66.7	-	33.3	66.7	-	-	
	（同居家族あり）その他	5	-	-	-	20.0	-	-	-	-	80.0	

図表 42 患者の薬剤管理上の問題（直近）（同居家族の有無・患者宅か否か別）
（薬局患者票問 16×問 3）

単位：%

		n数	薬剤管理上の問題(直近)								
			薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があり 、服薬でき ていなかった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容を 理解してい なかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく使 えていなか った	その他
全 体		794	18.6	1.3	2.8	24.2	4.7	1.5	20.0	2.6	44.5
独居か否か× 訪問場所	独居(患者宅)	270	24.8	1.1	0.4	37.0	5.6	1.1	26.3	3.0	31.1
	独居(患者宅以外)	187	15.0	0.5	3.7	12.8	3.7	1.1	19.8	1.1	55.1
	同居家族あり	337	15.7	1.8	4.2	20.2	4.5	2.1	15.1	3.3	49.3

図表 43 患者の薬剤管理上の問題（直近）（同居家族の有無・訪問場所別）
（薬局患者票問 16×問 3×問 11）

単位：％

		n数	薬剤管理上の問題（直近）									その他
			薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があ り、服薬で きていなか った	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミン グがずれて いた	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容を 理解してい なかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく 使えてい なかった		
全 体		794	18.6	1.3	2.8	24.2	4.7	1.5	20.0	2.6	44.5	
独居か 否か× 訪問場所	（独居）患者宅	270	24.8	1.1	0.4	37.0	5.6	1.1	26.3	3.0	31.1	
	（独居）サービス付き高齢者向け住宅	46	17.4	-	-	19.6	6.5	-	34.8	2.2	39.1	
	（独居）有料老人ホーム	63	6.3	-	7.9	11.1	-	1.6	7.9	-	69.8	
	（独居）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	50	16.0	-	2.0	8.0	6.0	2.0	26.0	-	52.0	
	（独居）特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍の患者に限る）	1	-	-	-	-	-	-	-	-	100.0	
	（独居）小規模多機能型居宅介護事業所	7	28.6	-	-	14.3	14.3	-	28.6	-	42.9	
	（独居）看護小規模多機能型居宅介護事業所	3	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（独居）養護老人ホーム	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（独居）軽費老人ホーム・ケアハウス	8	25.0	-	-	12.5	-	-	12.5	-	75.0	
	（独居）その他	9	11.1	11.1	11.1	22.2	-	-	-	11.1	55.6	
	（同居家族あり）患者宅	278	17.3	1.8	3.6	21.9	5.0	2.5	15.5	3.6	46.0	
	（同居家族あり）サービス付き高齢者向け住宅	6	33.3	16.7	-	33.3	16.7	-	16.7	-	33.3	
	（同居家族あり）有料老人ホーム	29	10.3	-	10.3	6.9	-	-	13.8	3.4	62.1	
	（同居家族あり）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	16	-	-	-	-	-	-	12.5	-	93.8	
	（同居家族あり）特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍の患者に限る）	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）小規模多機能型居宅介護事業所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）看護小規模多機能型居宅介護事業所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）養護老人ホーム	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	（同居家族あり）軽費老人ホーム・ケアハウス	3	-	-	-	66.7	-	-	33.3	-	-	
	（同居家族あり）その他	5	-	-	20.0	20.0	-	-	-	-	60.0	

図表 44 患者の薬剤管理上の問題（開始時）（開始理由となった病名別）（薬局患者票問 15×問 13）

		(Q15) 薬剤管理上の問題（開始時）									
		全 体	薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があ り、服薬でき ていなかった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容を 理解してい なかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく使 えてい なかった	その他
全 体		794	44.0	4.4	4.2	42.2	7.4	1.5	30.9	2.5	24.7
(Q 1 3) 開 始 理 由 と な っ た 病 名	脳血管疾患(脳卒中)	112	52.7	7.1	6.3	37.5	8.9	—	31.3	4.5	23.2
	心疾患(心臓病)	122	49.2	7.4	2.5	47.5	9.8	1.6	37.7	1.6	20.5
	悪性新生物(がん)	54	27.8	3.7	14.8	24.1	5.6	—	24.1	—	35.2
	呼吸器疾患	56	51.8	8.9	10.7	44.6	7.1	—	37.5	3.6	17.9
	循環器疾患	165	50.3	6.1	2.4	42.4	7.3	2.4	33.3	2.4	21.8
	関節疾患	39	56.4	7.7	—	59.0	—	5.1	28.2	—	25.6
	認知症	252	48.0	4.0	3.6	50.0	7.5	2.0	32.9	1.2	22.2
	パーキンソン病	43	41.9	—	2.3	48.8	9.3	2.3	39.5	4.7	20.9
	糖尿病	86	53.5	5.8	2.3	51.2	12.8	3.5	37.2	5.8	11.6
	視覚・聴覚障害	19	57.9	5.3	—	47.4	10.5	—	26.3	5.3	5.3
	骨折・転倒	86	47.7	4.7	1.2	50.0	8.1	—	33.7	3.5	19.8
	脊髄損傷	1	100.0	—	—	—	—	—	—	—	—
	高齢による衰弱	97	40.2	2.1	3.1	38.1	10.3	3.1	33.0	—	24.7
	関節リウマチ	16	62.5	—	—	62.5	6.3	6.3	31.3	6.3	25.0
	筋萎縮性側索硬化症	4	—	—	25.0	25.0	—	—	25.0	25.0	50.0
	後縦靱帯骨化症	2	50.0	—	—	—	—	—	—	—	50.0
	骨折を伴う骨粗鬆症	30	56.7	3.3	3.3	60.0	3.3	—	36.7	—	10.0
	脊髄小脳変性症	3	—	—	—	—	—	—	—	33.3	66.7
	脊柱管狭窄症	18	38.9	11.1	—	38.9	27.8	22.2	38.9	—	27.8
	早老症	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	多系統萎縮症	2	50.0	—	—	100.0	—	—	50.0	—	—
	閉塞性動脈硬化症	2	50.0	—	50.0	100.0	—	—	—	—	—
	慢性閉塞性肺疾患	6	50.0	—	—	66.7	33.3	—	50.0	—	16.7
	変形性関節症(※)	17	35.3	23.5	11.8	23.5	5.9	—	41.2	—	29.4
	その他	140	41.4	4.3	5.0	40.0	5.7	2.1	25.7	3.6	32.9

※両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(10) 多職種と連携する会議への参加の有無や参加案内の有無

過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加の有無について過去 1 年間における訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局、病院に限定してみると、「参加した」のは、薬局では 76.2%、病院では 47.4%であった。

上記で参加しなかったもののうち、過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加案内の有無について、会議案内が「なかった」のは、薬局では 81.9%、病院では 80.0%であった。

図表 45 過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加の有無（訪問薬剤管理指導の有無別）
（薬局施設票問 20×問 9）

単位：%

		n数	地域会議への参加有無	
			参加した	参加しなかった
全 体		1336	 55.9	 44.1
訪問薬剤管理指導の実績	有り	835	 76.2	 23.8
	無し	501	 22.2	 77.8

図表 46 過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加の有無（訪問薬剤管理指導の有無別）
（病院施設票問 18×問 7）

単位：%

		n数	地域会議への参加有無	
			参加した	参加しなかった
全 体		102	 30.4	 69.6
訪問薬剤管理指導の実績	有り	19	 47.4	 52.6
	無し	83	 26.5	 73.5

図表 47 過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加案内の有無
(訪問薬剤管理指導の有無別)(薬局施設票問 21×問 9)

単位: %

		n数	会議案内の有無	
			あった	なかった
全 体		589	 22.6	 77.4
訪問薬剤管理指導の実績	有り	199	 18.1	 81.9
	無し	390	 24.9	 75.1

図表 48 過去 1 年間における多職種と連携する会議への参加案内の有無
(訪問薬剤管理指導の有無別)(病院施設票問 19×問 7)

単位: %

		n数	会議案内の有無	
			あった	なかった
全 体		71	 5.6	 94.4
訪問薬剤管理指導の実績	有り	10	 20.0	 80.0
	無し	61	 3.3	 96.7

(1 1) 多職種と連携する会議への出席頻度

過去 1 年間における多職種と連携する会議への出席について、出席頻度に関わらず出席した割合が最も高い会議種類は、薬局では「いずれの会議にも参加していない」の回答割合がその他会議を除き最も低い「サービス担当者会議」であり、その出席頻度は「6 か月に 1 回」が 46.5%で最も割合が高かった。サービス担当者会議について出席した割合が高い会議種類は「地域ケア会議」で、その出席頻度は「6 か月に 1 回」が 44.4%で最も割合が高かった。

同様に、病院では「退院時カンファレンス」の出席割合が最も高く、その出席頻度は「3 か月に 1 回」が 29.0%で最も割合が高かった。

図表 49 過去 1 年間における多職種と連携する会議への出席頻度
(薬局施設票問 22)

単位: %

	n 数	2週間に1回	1か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	いずれの会議にも参加していない	無回答
出席頻度(地域ケア会議)	747	0.3	5.1	11.8	44.4	38.4	
出席頻度(サービス担当者会議)	747	1.6	8.3	17.8	46.5	26.4	
出席頻度(退院時カンファレンス)	747	-	1.5	1.7	12.2	84.7	
出席頻度(障害福祉サービス個別支援会議)	747	-	1.1	0.9	4.3	93.7	
出席頻度(その他会議)	747	0.3	0.4	0.3	4.0	0.3	94.8

図表 50 過去 1 年間における多職種と連携する会議への出席頻度
(病院施設票問 20)

単位: %

	n 数	2週間に1回	1か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	いずれの会議にも参加していない	無回答
出席頻度(地域ケア会議)	31	3.2	3.2	6.5	9.7	77.4	
出席頻度(サービス担当者会議)	31	6.5	6.5	3.2	16.1	67.7	
出席頻度(退院時カンファレンス)	31	19.4	12.9	29.0	16.1	22.6	
出席頻度(障害福祉サービス個別支援会議)	31	3.2	-	-	3.2	93.5	
出席頻度(その他会議)	31	-	-	-	3.2	-	96.8

(12) 多職種連携する上での課題と対応策

多職種連携する上での課題について過去 1 年間における訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局、病院に限定してみると、薬局では「課題に感じていることはない」との回答が 12.6%であったことから、残りの 87.4%が課題を感じていると言える。課題の内容としては、「薬剤師が会議に呼ばれないこと」が 47.4%で最も割合が高く、ついで「地域に連携のルールや仕組みが無いこと」が 36.8%であった。

同様に病院では「課題に感じていることはない」との回答が 21.1%であったことから、残りの 78.9%が課題を感じていると言える。課題の内容としては、「多職種で行う会議に参加していないこと」、「薬剤師が会議に呼ばれないこと」がいずれも 47.4%で最も割合が高かった。

図表 51 多職種連携する上での課題（訪問薬剤管理指導の有無別）（薬局施設票問 23×問 9）

単位: %

		n数	多職種連携での課題						
			地域に連携のルールや仕組みが無いこと	多職種で行う会議に参加していないこと	薬剤師が会議に呼ばれないこと	多忙で連絡が取れないこと	情報が一元管理されていないこと	その他	課題に感じていることはない
全 体		1336	32.1	24.9	37.5	29.8	29.5	4.6	17.7
訪問薬剤管理指導の実績	有り	835	36.8	22.0	47.4	30.3	34.0	4.1	12.6
	無し	501	24.4	29.7	21.0	28.9	22.0	5.6	26.3

図表 52 多職種連携する上での課題（訪問薬剤管理指導の有無別）（病院施設票問 21×問 7）

単位：%

		n数	多職種連携での課題						
			地域に連携のルールや仕組みが無いこと	多職種で行う会議に参加していないこと	薬剤師が会議に呼ばれないこと	多忙で連絡が取れないこと	情報が一元管理されていないこと	その他	課題に感じていることはない
全 体		102	39.2	37.3	33.3	28.4	29.4	7.8	20.6
訪問薬剤管理指導の実績	有り	19	31.6	47.4	47.4	15.8	31.6	-	21.1
	無し	83	41.0	34.9	30.1	31.3	28.9	9.6	20.5

多職種連携を円滑に行うための対応策について過去 1 年間における訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局、病院に限定してみると、薬局では「指導計画書・報告書を共有している」が 58.8%で最も割合が高く、ついで「複数の担当職員の連絡先を共有している」（41.9%）、「多職種と連携するための会議に参加している」（40.7%）、「担当職員に直接会って情報交換している」（40.0%）であった。

病院では「担当職員に直接会って情報交換している」が 52.6%で最も割合が高かった。

図表 53 多職種連携を円滑に行うための対応策（訪問薬剤管理指導の有無別）
（薬局施設票問 24×問 9）

単位：%

		n数	多職種連携を円滑に行う上での対応策										
			担当職員に直接会って情報交換している	複数の担当職員の連絡先を把握している	医療従事者向けのコミュニケーションツール（LINE等のSNS）を活用している	日程調整ツールを活用している	多職種と連携するための会議に参加している	利用者の服薬状況等について多職種が担うべき役割を明確にしている	多職種へ分かりやすく説明している	情報を一元管理している	指導計画書・報告書を共有している	その他	対応策として行っていない
全 体		1336	30.4	30.5	16.1	1.9	30.1	12.1	19.3	7.2	41.9	1.1	28.5
訪問薬剤管理指導の実績	有り	835	40.0	41.9	22.8	2.5	40.7	16.9	25.7	9.8	58.8	1.0	9.0
	無し	501	14.4	11.4	5.0	1.0	12.4	4.0	8.6	2.8	13.8	1.4	61.1

図表 54 多職種連携を円滑に行うための対応策（訪問薬剤管理指導の有無別）
（病院施設票問 22×問 7）

単位：%

		n数	多職種連携を円滑に行う上での対応策										
			担当職員に 直接会って 情報交換し ている	複数の担当 職員の連絡 先を把握し ている	医療従事者 向けのコミュ ニケーション ツール（LINE 等のSNS） を活用し ている	日程調整 ツールを活用 している	多職種と連 携するための 会議に参加 している	利用者の服 薬状況等につ いて多職種 が担うべき 役割を明確 にしている	多職種へ分 かりやすく説 明している	情報を一元 管理している	指導計画書・ 報告書の共 有をしている	その他	対応策として 行っているこ とはない
全 体		102	24.5	9.8	10.8	2.0	11.8	6.9	9.8	3.9	19.6	2.9	52.9
訪問薬剤管理指導の実績	有り	19	52.6	10.5	15.8	-	21.1	21.1	10.5	10.5	42.1	-	21.1
	無し	83	18.1	9.6	9.6	2.4	9.6	3.6	9.6	2.4	14.5	3.6	60.2

(13) 薬局の体制別の訪問薬剤管理指導の実施状況

訪問薬剤管理指導の実施状況を、健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別にクロス集計した結果は以下の通りである。

図表 55 訪問担当薬剤師数

(健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別)
(薬局施設票問 5×問 1-5・問 3・問 4)

		全 体	訪問担当薬剤師数(常勤+非常勤常勤換算)			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		1336	1.7	1.9	0.0	24.0
(Q1.5) 届け出の状況	健康サポート薬局	140	2.8	2.0	0.0	10.0
	地域連携薬局	315	2.5	2.1	0.0	13.0
	専門医療機関連携薬局	14	5.3	3.3	1.0	13.0
	上記のいずれも無し	954	1.4	1.8	0.0	24.0
(Q3) 地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1(32点)	232	2.2	1.4	0.0	8.0
	地域支援体制加算2(40点)	164	2.9	2.0	0.0	10.8
	地域支援体制加算3(10点)	99	2.8	2.1	0.0	12.0
	地域支援体制加算4(32点)	69	3.8	2.6	0.0	13.0
	届出無し	772	0.9	1.5	0.0	24.0
(Q4) 在宅薬学総合加算届出状況	在宅薬学総合体制加算1(15点)	539	2.4	1.9	0.0	24.0
	在宅薬学総合体制加算2(50点)	113	3.9	2.4	0.0	13.0
	届出無し	684	0.8	1.1	0.0	8.0

図表 56 応需処方箋枚数1枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数

(健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別)
(薬局施設票(問 6-3÷問 1-6)×問 1-5・問 3・問 4)

		全 体	応需処方箋枚数1枚あたりの在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数(%)			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		1283	1.9	7.6	0.0	96.0
(Q1.5) 届け出の状況	健康サポート薬局	132	2.8	10.3	0.0	92.0
	地域連携薬局	296	2.6	8.5	0.0	96.0
	専門医療機関連携薬局	14	1.9	3.2	0.0	11.0
	上記のいずれも無し	922	1.6	6.9	0.0	90.0
(Q3) 地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1(32点)	222	2.7	8.5	0.0	96.0
	地域支援体制加算2(40点)	150	6.0	15.4	0.0	92.0
	地域支援体制加算3(10点)	91	1.3	2.5	0.0	12.0
	地域支援体制加算4(32点)	65	1.7	2.6	0.0	12.0
	届出無し	755	0.9	4.8	0.0	90.0
(Q4) 在宅薬学総合加算届出状況	在宅薬学総合体制加算1(15点)	509	2.1	5.7	0.0	92.0
	在宅薬学総合体制加算2(50点)	105	9.2	18.4	0.0	96.0
	届出無し	669	0.6	4.8	0.0	90.0

図表 57 訪問薬剤管理指導の訪問人数（医療＋介護）

（健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別）
（薬局施設票問 10×問 1-5・問 3・問 4）

単位：％

		n数	訪問薬剤管理指導の訪問人数（医療＋介護）				
			0人	1人以上5人未満	5人以上10人未満	10人以上100人未満	100人以上
全 体		835	4.7	50.2	17.6	24.2	3.4
届け出の状況	健康サポート薬局	118	1.7	41.5	16.9	37.3	2.5
	地域連携薬局	266	1.1	47.4	19.5	29.7	2.3
	専門医療機関連携薬局	14	—	28.6	14.3	57.1	—
	上記のいずれも無し	516	6.6	52.9	15.9	20.5	4.1
地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1（32点）	212	1.4	52.4	18.4	25.9	1.9
	地域支援体制加算2（40点）	155	1.3	31.0	23.9	33.5	10.3
	地域支援体制加算3（10点）	93	3.2	49.5	23.7	23.7	—
	地域支援体制加算4（32点）	68	—	35.3	26.5	38.2	—
在宅薬学総合加算届出状況	届出無し	307	10.1	61.9	10.1	15.3	2.6
	在宅薬学総合体制加算1（15点）	493	2.0	49.1	19.5	27.4	2.0
	在宅薬学総合体制加算2（50点）	110	0.9	26.4	17.3	40.9	14.5
	届出無し	232	12.1	63.8	13.8	9.5	0.9

図表 58 訪問薬剤管理指導の訪問対象のうち末期がん患者数

（健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別）
（薬局施設票問 11-5-1×問 1-5・問 3・問 4）

		全 体	(Q11_5_1) 末期がん患者数			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		796	0.4	2.4	0.0	40.0
(Q1_5) 届け出の状況	健康サポート薬局	116	0.6	2.3	0.0	20.0
	地域連携薬局	263	0.6	2.8	0.0	28.0
	専門医療機関連携薬局	14	2.1	5.1	0.0	20.0
	上記のいずれも無し	482	0.3	2.3	0.0	40.0
(Q3) 地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1（32点）	209	0.4	2.8	0.0	40.0
	地域支援体制加算2（40点）	153	1.0	3.7	0.0	28.0
	地域支援体制加算3（10点）	90	0.1	0.4	0.0	3.0
	地域支援体制加算4（32点）	68	0.8	2.8	0.0	20.0
(Q4) 在宅薬学総合加算届出状況	届出無し	276	0.1	0.8	0.0	10.0
	在宅薬学総合体制加算1（15点）	483	0.2	0.7	0.0	10.0
	在宅薬学総合体制加算2（50点）	109	2.2	6.0	0.0	40.0
	届出無し	204	0.1	0.4	0.0	3.0

図表 59 夜間・休日体制

(健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別)
(薬局施設票問 15×問 1-5・問 3・問 4)

単位: %

		n数	夜間・休日体制			
			自薬局において、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している	在宅協力薬局と連携して、常時、夜間・休日における訪問体制を確保している	夜間・休日における訪問は対応できないことがある	夜間・休日における訪問薬剤管理指導は行っていない
全 体		835	51.0	12.1	24.2	12.7
届け出の状況	健康サポート薬局	118	58.5	11.9	19.5	10.2
	地域連携薬局	266	55.3	13.5	21.8	9.4
	専門医療機関連携薬局	14	71.4	-	7.1	21.4
	上記のいずれも無し	516	48.3	11.2	26.2	14.3
地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1(32点)	212	61.8	13.7	17.9	6.6
	地域支援体制加算2(40点)	155	68.4	11.0	16.1	4.5
	地域支援体制加算3(10点)	93	48.4	11.8	28.0	11.8
	地域支援体制加算4(32点)	68	58.8	14.7	17.6	8.8
	届出無し	307	33.9	11.1	32.9	22.1
在宅薬学総合加算届出状況	在宅薬学総合体制加算1(15点)	493	54.0	13.4	22.7	9.9
	在宅薬学総合体制加算2(50点)	110	71.8	8.2	12.7	7.3
	届出無し	232	34.9	11.2	32.8	21.1

図表 60 地域ケア会議への出席頻度

(健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別)
(薬局施設票問 22-1×問 1-5・問 3・問 4)

単位: %

		n数	出席頻度(地域ケア会議)				
			2週間に1回	1か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	いずれの会議にも参加していない
全 体		747	0.3	5.1	11.8	44.4	38.4
届け出の状況	健康サポート薬局	114	-	7.0	14.9	39.5	38.6
	地域連携薬局	253	-	6.3	16.2	43.1	34.4
	専門医療機関連携薬局	12	-	33.3	25.0	16.7	25.0
	上記のいずれも無し	445	0.4	4.3	9.4	45.4	40.4
地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1(32点)	198	-	5.6	13.1	43.4	37.9
	地域支援体制加算2(40点)	153	-	4.6	11.1	47.1	37.3
	地域支援体制加算3(10点)	76	-	5.3	17.1	34.2	43.4
	地域支援体制加算4(32点)	68	-	10.3	14.7	39.7	35.3
	届出無し	252	0.8	3.6	8.7	48.0	38.9
在宅薬学総合加算届出状況	在宅薬学総合体制加算1(15点)	431	0.2	4.6	13.2	43.2	38.7
	在宅薬学総合体制加算2(50点)	103	-	11.7	12.6	38.8	36.9
	届出無し	213	0.5	2.8	8.5	49.8	38.5

図表 61 サービス担当者会議への出席頻度

(健康サポート薬局などの届出状況、地域支援体制加算届出状況、在宅薬学総合加算の届出状況別)
(薬局施設票問 22-2×問 1-5・問 3・問 4)

単位: %

		n数	出席頻度(サービス担当者会議)					いずれの会議にも参加していない
			2週間に1回	1か月に1回	3か月に1回	6か月に1回		
全 体		747	1.6	8.3	17.8	46.5		26.4
届け出の状況	健康サポート薬局	114	1.8	8.8	28.9	43.9		16.7
	地域連携薬局	253	2.0	9.9	19.8	48.2		20.2
	専門医療機関連携薬局	12	8.3	8.3	16.7	50.0		16.7
	上記のいずれも無し	445	1.1	7.6	15.1	46.1		31.0
地域支援体制加算届出状況	地域支援体制加算1(32点)	198	0.5	5.1	16.7	52.5		25.8
	地域支援体制加算2(40点)	153	3.3	12.4	23.5	47.1		15.0
	地域支援体制加算3(10点)	76	-	9.2	18.4	50.0		22.4
	地域支援体制加算4(32点)	68	4.4	16.2	32.4	44.1		2.9
	届出無し	252	1.2	6.0	11.1	40.9		41.3
在宅薬学総合加算届出状況	在宅薬学総合体制加算1(15点)	431	1.2	8.1	18.8	49.9		22.7
	在宅薬学総合体制加算2(50点)	103	5.8	16.5	28.2	38.8		10.7
	届出無し	213	0.5	4.7	10.8	43.2		41.3

3. 有料老人ホーム等の訪問実態

(1) 有料老人ホーム等への訪問実施有無、同一・関連法人か否か、提携の有無

有料老人ホームもしくはサービス付き高齢者住宅（有料老人ホーム等と表す）への訪問状況をみた。

有料老人ホーム等への訪問を実施しているのは、薬局では15.5%、病院では6.9%であった。過去1年間における訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局、病院に限定すると、薬局では22.4%、病院では31.6%であった。

図表 62 有料老人ホーム等への訪問実施有無（訪問薬剤管理指導の有無別）
（薬局施設票問 41×問 9）

単位：％

		n数	高齢者向け住宅への 訪問実施有無	
			有り	無し
全 体		1336	 15.5	 84.5
訪問薬剤管理指導の実績	有り	835	 22.4	 77.6
	無し	501	 4.0	 96.0

図表 63 有料老人ホーム等への訪問実施有無（訪問薬剤管理指導の有無別）
（病院施設票問 39×問 7）

単位：％

		n数	高齢者向け住宅への 訪問実施有無	
			有り	無し
全 体		102	 6.9	 93.1
訪問薬剤管理指導の実績	有り	19	 31.6	 68.4
	無し	83	 1.2	 98.8

以下の設問は、施設 1～4 の回答を全て統合して集計している。このため集計対象数が薬局・病院の各調査の回収数を上回る。

以下の設問は、薬局施設票問 41、病院施設票問 39 で訪問「有り」と回答した施設のみを回答対象とした、訪問先 1 施設あたりの調査結果である。

図表 64 同一・関連法人か否か（薬局施設票問 42-2）

単位：％

		n数	同一関連法人か否か	
			はい	いいえ
全 体		366	 22.7	 77.3
施設種類	有料老人ホーム	99	 26.6	 73.4
	サービス付き高齢者向け住宅	67	 8.0	 82.0

図表 65 同一・関連法人か否か（病院施設票問 40-2）

単位：％

n数	はい	いいえ
8	 75.0	 25.0

図表 66 提携の有無（薬局施設票問 42-3）

単位：％

		n数	提携有無	
			有り	無し
全 体		366	 32.0	 68.0
施設種類	有料老人ホーム	99	 32.2	 67.8
	サービス付き高齢者向け住宅	67	 3.7	 68.3

図表 67 提携の有無（病院施設票問 40-3）

単位：％

n数	有り	無し
8	 75.0	 25.0

(2) 入居者数と訪問人数

薬局が訪問している施設について、施設の入居者数に占める訪問人数の割合は平均で61.5%であった。

施設の入居者数に占める訪問人数の割合をみると、「0～20%」が44.0%で最も割合が高く、ついで「80%～100%」が18.7%であった。

図表 68 入居者数と訪問人数（薬局施設票問 42-4、5）

単位:人

		n数	施設の入居者数			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		36	27.0	23.5	0.0	50.0
施設種類	有料老人ホーム	96	29.7	22.8	0.0	0.0
	サービス付き高齢者向け住宅	65	23.7	24.0	0.0	50.0

単位:人

		n数	訪問利用者(実人数)			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		345	14.0	16.6	0.0	85.0
施設種類	有料老人ホーム	186	18.1	18.0	0.0	85.0
	サービス付き高齢者向け住宅	159	9.2	13.2	0.0	65.0

図表 69 入居者数と訪問人数（病院施設票問 40-4、5）

単位：人

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
11	32.5	30.8	0.0	80.0

単位：人

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
10	6.2	10.0	0.0	27.0

図表 70 施設の入居者に対する訪問人数の割合（薬局施設票問 42-5÷問 42-4）

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
338	61.5	40.0	0.0	100.0

図表 71 施設の入居者に対する訪問人数の割合の分布（薬局施設票問 42-5÷問 42-4）

階層別割合

単位：%

n数	0-20%	20%-40%	40%-60%	60%-80%	80%-100%
209	44.0	12.4	11.5	13.4	18.7

(3) 訪問必要者全員への訪問有無、薬局からの併設隣接状況

訪問必要者全員に訪問を行っているか否かについてみると、薬局では有料老人ホームについては72.4%、サービス付き高齢者住宅については49.1%が訪問していた。

病院では全体(有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅の区別無し)について、25.0%が全員に訪問していた。

図表 72 訪問必要者全員への訪問有無（薬局施設票問 42-6）

単位：％

		n数	訪問必要者全員への訪問有無		
			はい	いいえ	分からない
全 体		366	61.7	26.2	12.0
施設種類	有料老人ホーム	199	72.4	17.6	10.1
	サービス付き高齢者向け住宅	167	49.1	36.5	14.4

図表 73 訪問必要者全員への訪問有無（病院施設票問 40-6）

単位：％

n数	はい	いいえ	分からない
8	25.0	62.5	12.5

図表 74 薬局からの併設隣接状況（薬局施設票問 42-7）

単位：％

		n数	薬局からの併設隣接状況		
			併設	隣接	どちらでもない
全 体		366	1.1	3.6	95.4
施設種類	有料老人ホーム	199	1.0	3.0	96.0
	サービス付き高齢者向け住宅	167	1.2	4.2	94.6

図表 75 病院からの併設隣接状況（病院施設票問 40-7）

単位：％

n数	併設	隣接	どちらでもない
8	12.5	—	87.5

(4) 居宅療養管理指導の算定件数、訪問件数（延べ人数）、施設への訪問回数

居宅療養管理指導の算定件数は、薬局では平均 27.4 件、病院では平均 11.8 件であった。

訪問件数（延べ人数）は、薬局では平均 33.4 人、病院では平均 11.9 人であった。

施設への訪問回数は、薬局では平均 9.8 回、病院では平均 2.0 回であった。

上記から、施設への訪問 1 回あたり約 3 人を訪問している状況と言える。

図表 76 居宅療養管理指導の算定件数（薬局施設票問 42-11）

単位: 件

		n数	居宅療養管理指導の算定件数			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		267	27.4	48.4	0.0	320.0
施設種類	有料老人ホーム	139	35.9	57.4	0.0	320.0
	サービス付き高齢者向け住宅	128	18.0	33.7	0.0	200.0

図表 77 居宅療養管理指導の算定件数（病院施設票問 40-11）

単位: 件

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
8	11.8	17.4	1.0	53.0

図表 78 訪問件数（延べ人数）（薬局施設票問 42-12）

単位: 件

		n数	訪問件数(延べ人数)			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		302	33.4	57.2	0.0	400.0
施設種類	有料老人ホーム	162	42.4	60.9	0.0	350.0
	サービス付き高齢者向け住宅	140	23.1	50.6	0.0	400.0

図表 79 訪問件数（延べ人数）（病院施設票問 40-12）

単位: 件

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
8	11.9	17.3	1.0	53.0

図表 80 施設への訪問回数（薬局施設票問 42-13）

単位：回

		n数	施設への訪問回数			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		361	9.8	29.3	0.0	350.0
施設種類	有料老人ホーム	199	13.1	38.2	0.0	350.0
	サービス付き高齢者向け住宅	162	5.8	9.4	0.0	100.0

図表 81 施設への訪問回数（病院施設票問 40-13）

単位：回

n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
8	2.0	1.5	1.0	5.0

(5) 主な指導対象者

主な指導対象者は、薬局では「施設の職員」が 68.5% で最も割合が高く、病院では「患者」が 75.0% で最も割合が高かった。

上記から薬局は施設の職員への指導割合が高く、病院では患者への指導割合が高い状況がうかがわれる。

図表 82 主な指導対象者（薬局施設票問 42-14）

単位：％

		n数	主な指導対象者		
			患者	家族	施設の職員
全 体		359	 30.4	1.1	 68.5
施設種類	有料老人ホーム	199	 21.1	0.5	 78.4
	サービス付き高齢者向け住宅	160	 41.9	1.9	 56.3

図表 83 主な指導対象者（病院施設票問 40-14）

単位：％

n数	患者	家族	施設の職員
8	 75.0	—	 25.0

(6) 訪問時以外の相談頻度、相談内容、ICT 連携の有無

訪問時以外の相談頻度は、10%以上の割合を占めた頻度は「全くない」以外では、薬局では「3日に1回」から「1か月に1回未満」までで、病院では「2週間に1回」から「1か月に1回未満」で、薬局の方が相談頻度が高かった。

訪問時以外の相談内容は、薬局では「患者の体調・症状」が54.0%で最も割合が高く、ついで「患者が服用している医薬品の副作用情報」が52.5%であった。病院では「患者が服用している医薬品の副作用情報」が50.0%で最も割合が高かった。

ICT 連携の有無は、「無し」が薬局では93.1%、病院では75.0%と、いずれも大半を占めた。

図表 84 訪問時以外の相談頻度（薬局施設票問 42-16）

単位: %

		n数	訪問時以外の相談頻度							
			毎日	3日に1回	1週間に1回	2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回未満	全くない	その他
全 体		359	5.6	13.6	14.5	19.2	11.7	20.6	13.9	0.8
施設種類	有料老人ホーム	199	7.5	17.1	17.1	20.6	11.1	17.1	9.0	0.5
	サービス付き高齢者向け住宅	160	3.1	9.4	11.3	17.5	12.5	25.0	20.0	1.3

図表 85 訪問時以外の相談頻度（病院施設票問 42-16）

(Q40_16.1) 訪問時以外の相談頻度①

全 体	毎日	3日に1回	1週間に1回	2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回未満	全くない	その他
8	-	-	-	37.5	12.5	37.5	12.5	-

図表 86 訪問時以外の相談内容（薬局施設票問 42-17）

単位: %

		n数	訪問時以外の相談内容					
			患者が服用している医薬品の副作用情報	医薬品の飲みやすさについて(粉砕・嚥下)	患者の服薬コンプライアンスについて	患者の要望・希望	患者の体調・症状	その他
全 体		276	52.5	36.2	23.6	32.2	54.0	3.6
施設種類	有料老人ホーム	161	55.9	41.0	21.7	33.5	52.8	3.1
	サービス付き高齢者向け住宅	115	47.8	29.6	26.1	30.4	55.7	4.3

図表 87 訪問時以外の相談内容（病院施設票問 40-17）

単位: %

n数	患者が服用している医薬品の副作用情報	医薬品の飲みやすさについて(粉砕・嚥下)	患者の服薬コンプライアンスについて	患者の要望・希望	患者の体調・症状	その他
10	50.0	20.0	-	20.0	30.0	-

図表 88 ICT 連携の有無（薬局施設票問 42-18）

単位：％

		n数	ICT連携の有無	
			有り	無し
全 体		361	6.9	93.1
施設種類	有料老人ホーム	199	8.5	91.5
	サービス付き高齢者向け住宅	162	4.9	95.1

図表 89 ICT 連携の有無（病院施設票問 40-18）

単位：％

n数	有り	無し
8	25.0	75.0

4. 地域別の分析

(1) 地域区分の考え方

地域別の分析を行うことに先立ち、「区市町村の一部に DID（人口集中地区）があるかないか」、「人口規模が 5 万人以上かつ可住地人口密度が 1000（人/km²）以上であるか」、「過疎地域 4 区分のいずれか」という 3 つの要素の組み合わせにより、各区市町村が「都市部」、「地方部」、「一部過疎またはみなし過疎地域」、「全部過疎地域」のいずれに該当するかの判定条件を下図に示す通り設定した。

その上で、回答のあった施設が所在する区市町村名から、回答のあった施設に該当する地域区分を割り当てた。

図表 90 地域区分の判定条件

		全部過疎	一部過疎	みなし過疎	過疎ではない
区市町村内に DID地区が ある	50000人以上かつ 可住地人口密度1000 (人/km ²)	該当無し	該当無し	該当無し	都市部
	上記以外	全部過疎地域	「一部過疎・みなし過疎」地域	「一部過疎・みなし過疎」地域	地方部
区市町村内に DID地区が ない	50000人以上かつ 可住地人口密度1000 (人/km ²)	該当無し	該当無し	該当無し	地方部
	上記以外	全部過疎地域	「一部過疎・みなし過疎」地域	「一部過疎・みなし過疎」地域	地方部

(2) 薬剤師数・訪問薬剤師数の分析

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定して、薬局に所属する薬剤師数と、そのうち訪問を行う薬剤師数についてみると、薬局に所属する薬剤師数と、訪問を行う薬剤師数ともに全部過疎地域から都市部に至るに従い、人数が多くなる傾向がみられた。

図表 91 薬剤師数（地域区分別）

（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 5-1 問 9＝1）

単位：人

		n数	薬剤師数（常勤＋非常勤）			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		835	4.1	3.2	1.0	36.0
地 域 区 分	都市部	577	4.3	3.5	1.0	36.0
	地方部	100	4.0	2.4	1.0	12.2
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	3.2	1.9	1.0	10.2
	全部過疎地域	58	3.1	1.7	1.0	8.0

図表 92 訪問を行う薬剤師数（地域区分別）

（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 5-2 問 9＝1）

単位：人

		n数	訪問対応薬剤師数（常勤＋非常勤）			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		835	2.4	2.0	0.0	24.0
地 域 区 分	都市部	577	2.6	2.1	0.0	24.0
	地方部	100	2.5	1.8	0.0	8.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	1.9	1.2	0.0	6.7
	全部過疎地域	58	2.0	1.3	0.0	6.0

(3) 多職種連携を円滑に行うための対応策の分析

過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における多職種連携を円滑に行うための対応策についてみると、都市部から全部過疎地域に至るに従い、「担当職員に直接会って情報交換している」との回答や、「多職種と連携するための会議に参加している」との回答の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 93 多職種連携を円滑に行うための対応策（地域区分別）
（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 24）

単位: %

	n数	多職種連携を円滑に行う上での対応策										
		担当職員に直接会って情報交換している	複数の担当職員の連絡先を把握している	医療従事者向けのコミュニケーションツール（LINE等のSNS）を活用している	日程調整ツールを活用している	多職種と連携するための会議に参加している	利用者の服薬状況等について多職種が担うべき役割を明確にしている	多職種へ分かりやすく説明している	情報を一元管理している	指導計画書・報告書を共有している	その他	対応策として行っていない
全 体	835	40.0	41.9	22.8	2.5	40.7	16.9	25.7	9.8	58.8	1.0	9.0
地 域 区 分												
都市部	577	37.6	39.0	24.4	2.4	37.6	17.0	25.8	9.9	60.0	1.0	9.2
地方部	100	36.0	43.0	16.0	1.0	40.0	14.0	26.0	5.0	55.0	2.0	13.0
一部過疎またはみなし過疎地域	100	45.0	53.0	18.0	3.0	48.0	16.0	25.0	11.0	58.0	-	5.0
全部過疎地域	58	62.1	50.0	25.9	5.2	60.3	22.4	25.9	15.5	55.2	-	6.9

(4) 1日あたり訪問可能患者数・訪問薬剤師の不足感・訪問薬剤師の不足理由の分析

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における1日あたり訪問可能患者数については、地域区分による違いはみられなかった。

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における訪問薬剤師の不足感については、都市部から全部過疎地域に至るに従い、不足感が高くなる傾向がみられた。

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における訪問薬剤師の不足理由については、都市部から全部過疎地域に至るに従い、「地域に薬剤師や薬局が少ないから」、「個々の居宅の距離が遠く効率的な訪問が困難であるから」の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 94 1日あたり訪問可能患者数（地域区分別）
（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問31）

単位：人

		n数	1日あたり訪問可能患者数			
			平均値	標準偏差	最小値	最大値
全 体		835	4.4	3.9	0.0	40.0
地 域 区 分	都市部	577	4.5	4.0	0.0	40.0
	地方部	100	4.3	3.8	1.0	20.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	4.2	3.5	1.0	24.0
	全部過疎地域	58	4.1	4.0	1.0	20.0

図表 95 訪問薬剤師の不足感（地域区分別）
（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問35）

単位：%

		n数	地域における訪問薬剤師の不足感	
			はい	いいえ
全 体		835	63.5	36.5
地 域 区 分	都市部	577	61.4	38.6
	地方部	100	68.0	32.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	64.0	36.0
	全部過疎地域	58	75.9	24.1

図表 96 訪問薬剤師の不足理由（地域区分別）
（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 36）

単位：％

	n数	地域における訪問薬剤師の不足理由					
		地域に薬剤師や薬局が少ないから	在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出を行う薬局が少ないから	職場や地域に魅力が無いから	個々の居宅の距離が遠く、効率的な訪問が困難であるから	地域の薬局において訪問の協力体制がないから分からない	その他
全 体	530	45.3	14.2	14.2	31.9	28.1	11.5
地 域 区 分							
都市部	354	37.3	13.0	14.7	28.2	31.4	14.1
地方部	68	52.9	16.2	19.1	32.4	20.6	5.9
一部過疎またはみなし過疎地域	64	54.7	17.2	10.9	43.8	25.0	9.4
全部過疎地域	44	84.1	15.9	6.8	43.2	18.2	2.3

(5) 収支の状況・支出過多の要因の分析

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における収支の状況については、特に傾向はみられなかった。

過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における支出過多の要因については、都市部から全部過疎地域に至るに従い、「訪問薬剤管理指導を希望する患者が少ない」、「1件当たりの患者訪問に移動時間がかかりすぎる」の回答割合が高くなる傾向がみられた。

図表 97 収支の状況（地域区分別）

（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問38）

単位：％

	n数	令和6年度の訪問業務の収支状況		
		収入過多	収支均衡	支出過多
全 体	835	2.8	60.0	37.2
地 域 区 分	都市部	2.1	61.7	36.2
	地方部	3.0	56.0	41.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	5.0	52.0	43.0
	全部過疎地域	5.2	63.8	31.0

図表 98 支出過多の要因（地域区分別）

（過去1年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問39）

単位：％

	n数	支出過多の要因				
		薬剤師の能力やスキルが低い	訪問薬剤管理指導を希望する患者が少ない	訪問薬剤管理指導を行う薬剤師が不足している	1件当たりの患者訪問に移動時間がかかりすぎる	その他
全 体	311	10.9	34.1	46.3	57.6	13.2
地 域 区 分	都市部	11.0	29.7	45.9	55.0	14.8
	地方部	17.1	31.7	46.3	58.5	12.2
	一部過疎またはみなし過疎地域	9.3	46.5	51.2	65.1	9.3
	全部過疎地域	-	61.1	38.9	66.7	5.6

(6) 訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針・有料老人ホーム・高齢者向け住宅への訪問実施有無の分析

過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針については、都市部から全部過疎地域に至るに従い、「現在よりも多くの在宅患者等に対応していきたい」との回答割合が高くなる傾向がみられた。

過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が無い薬局における訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針については、特に傾向はみられなかった。

過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局における有料老人ホーム・高齢者向け住宅への訪問実施有無については、都市部から全部過疎地域に至るに従い、訪問している割合が低くなる傾向がみられた。

図表 99 訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針（地域区分別）
（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 40）

単位：％

		n数	訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針		
			現在よりも多くの在宅患者等に対応していきたい	現在の在宅患者数を維持したい	現在の在宅患者数よりは減らしていきたい
全 体		835	48.4	48.0	3.6
地 域 区 分	都市部	577	47.5	49.2	3.3
	地方部	100	41.0	53.0	6.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	53.0	44.0	3.0
	全部過疎地域	58	62.1	34.5	3.4

図表 100 訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針（地域区分別）
（過去 1 年間に訪問薬剤管理指導の実績が無い薬局に限定）（薬局施設票問 40）

単位：％

		n数	訪問薬剤管理指導にかかる今後の方針		
			現在よりも多くの在宅患者等に対応していきたい	現在の在宅患者数を維持したい	現在の在宅患者数よりは減らしていきたい
全 体		501	50.3	38.5	11.2
地 域 区 分	都市部	317	49.2	39.1	11.7
	地方部	86	52.3	38.4	9.3
	一部過疎またはみなし過疎地域	67	53.7	34.3	11.9
	全部過疎地域	31	48.4	41.9	9.7

有料老人ホーム・高齢者向け住宅への訪問実施有無（地域区分別）
（過去１年間に訪問薬剤管理指導の実績が有る薬局に限定）（薬局施設票問 40）

単位：％

		n数	高齢者向け住宅への訪問 実施有無	
			有り	無し
全 体		835	 22.4	 77.6
地 域 区 分	都市部	577	 24.1	 75.9
	地方部	100	 21.0	 79.0
	一部過疎またはみなし過疎地域	100	 21.0	 79.0
	全部過疎地域	58	 10.3	 89.7

5. 訪問薬剤管理指導のアウトカム

(1) 介入前後における薬剤管理上の問題点がある患者数

令和6年10月に訪問した患者における介入前後における薬剤管理上の問題点についてみると、薬局では選択肢としてあげた保管不適切などいずれの問題についても介入前後で問題患者数が減少していた。病院では介入前後で問題患者数が減少するか同様であった。

図表 101 令和6年10月に訪問した患者のうち薬剤管理上の問題点がある患者数（介入時・介入後）
（薬局施設票問 17）

単位：人

	n数	問題患者数(介入時) の平均値	問題患者数(介入後) の平均値
問題患者数(保管不適切)	796	4.5	0.5
問題患者数(重複・併用禁忌薬剤処方)	796	0.6	0.1
問題患者数(嚥下障害)	796	0.7	0.2
問題患者数(飲み忘れ)	796	3.7	0.6
問題患者数(服薬ずれ)	796	0.9	0.2
問題患者数(有害事象)	796	0.3	0.1
問題患者数(処方理解不足)	796	3.9	1.1
問題患者数(外用剤使用不可)	796	0.4	0.1

図表 102 令和6年10月に訪問した患者のうち薬剤管理上の問題点がある患者数（介入時・介入後）
（病院施設票問 15）

単位：人

	n数	問題患者数(介入時) の平均値	問題患者数(介入後) の平均値
問題患者数(保管不適切)	18	2.6	0.5
問題患者数(重複・併用禁忌薬剤処方)	18	0.4	0.2
問題患者数(嚥下障害)	18	0.1	0.1
問題患者数(飲み忘れ)	18	2.1	0.4
問題患者数(服薬ずれ)	18	0.8	0.2
問題患者数(有害事象)	18	0.7	0.2
問題患者数(処方理解不足)	18	4.8	2.9
問題患者数(外用剤使用不可)	18	0.2	0.0

(2) 薬剤管理上の問題点（介入前後）

患者の薬剤管理上の問題点について訪問開始時と直近時点を比較すると、選択肢として挙げたその他以外の全ての項目で問題点がある患者の割合は、薬局患者票ではいずれの問題点についても同等以下となっており、改善したと考えられる。

病院患者票についてはn数が少ないため参考値となるが、多くの事項で同等以下となっていた。

図表 103 介入前後における薬剤管理上の問題点（薬局患者票問 15、問 16）

単位：%

	n数	薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があ り、服薬で きていな かった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容 を理解して いなかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく 使用できて いなかった	その他
薬剤管理上の問題（開始時）	794	44.0	4.4	4.2	42.2	7.4	1.5	30.9	2.5	24.7
薬剤管理上の問題（直近）	794	18.6	1.3	2.8	24.2	4.7	1.5	20.0	2.6	6.4

※上記の問 16 の「その他」の自由記述の内容から「問題無し・服薬良好」という主旨の回答がみられ設問主旨に該当しない回答と考えられたため、これに該当する「その他」への回答は除外して集計した。

図表 104 介入前後における薬剤管理上の問題点（病院患者票問 15、問 16）

単位：%

	n数	薬剤の保管 状況が適切 でなかった	複数の医療 機関から重 複した薬剤 や併用禁忌 の薬剤が処 方されてい た	嚥下機能に 問題があ り、服薬で きていな かった	薬剤の飲み 忘れや飲み 過ぎなどに 課題があっ た	食事と服薬 のタイミング がずれてい た	薬剤による 有害事象が 発生してい た	処方された 薬剤の内容 を理解して いなかった	四肢麻痺等 により外用 剤がうまく 使用できて いなかった	その他
薬剤管理上の問題（開始時）	20	25.0	10.0	-	50.0	10.0	25.0	40.0	-	40.0
薬剤管理上の問題（直近）	20	-	-	-	35.0	-	5.0	25.0	5.0	15.0

※上記の問 16 の「その他」の自由記述の内容から「問題無し・服薬良好」という主旨の回答がみられ設問主旨に該当しない回答と考えられたため、これに該当する「その他」への回答は除外して集計した。

薬局・病院のいずれでも開始時よりも直近の方が「その他」の回答割合が高かったため、この要因を解析した。

具体的には、その他の具体的内容として回答された自由記述を分類し、分類ごとの訪問開始時から直近時までの回答件数の増減を薬局・病院別に見た。この結果、薬局では「問題なし・服薬良好など」の問題点に該当しない事項の回答件数が180件増加していた。その他、「服薬管理が困難」など多くの問題点等に関する回答は減少したが、「病状・体調の悪化」のみ7件増加していた。

図表 105 介入前後における薬剤管理上の問題点（その他の解析）（薬局患者票問 15、問 16）

訪問開始時の問題(問15)	n数	直近の訪問時の問題(問16)	n数	開始時－直近
合計	196	合計	353	157
問題なし・服薬良好など	122	問題なし・服薬良好など	302	180
服薬管理が困難	23	服薬管理が困難	19	-4
服薬拒否	4	服薬拒否	2	-2
能力・ADL低下	22	能力・ADLの低下	5	-17
病状・体調の悪化	11	病状・体調の悪化	18	7
家族等の負担増	9	家族等の負担増	5	-4
患者以外からの依頼	4	患者以外からの依頼	1	-3
患者以外の問題	1	患者以外の問題	1	0

病院では「問題なし・服薬良好など」の問題点に該当しない事項の回答が5件増加していた。その他の問題点等に関する回答件数は減少か変化なしであった。

図表 106 介入前後における薬剤管理上の問題点（その他の解析）（病院患者票問 15、問 16）

訪問開始時の問題(問15)	n数	直近の訪問時の問題(問16)	n数	開始時－直近
合計	8	合計	9	1
問題なし・服薬良好など	1	問題なし・服薬良好など	6	5
服薬管理が困難	4	服薬管理が困難	1	-3
病状・体調の悪化	2	病状・体調の悪化	1	-1
患者からの依頼	1	患者からの依頼	1	0

(3) 飲み忘れ・中断・重複投与の薬剤の状況（介入前後）

訪問開始時点と直近時点における飲み忘れ・中断・重複投与に該当する薬剤の合計金額（薬価ベース）・残薬数の平均値を比較すると、合計金額、残薬数のいずれについても薬局・病院で減少した。

薬局では、

- ・飲み忘れ等があった薬剤の合計金額については訪問開始時の 4578.5 円から直近時点では 1225.7 円に減少した。
- ・発見直前1カ月に処方されたものの飲み忘れ等の金額については訪問開始時の 1560.4 円から直近時点では 435.6 円に減少した。
- ・薬剤全体の残薬の種類数については訪問開始時の 2.3 種類から直近時点では 1.1 種類に減少した。

図表 107 介入前後における飲み忘れ・中断・重複投与の薬剤の状況（薬局患者票問 17①②）

単位:円／種類

	n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
飲み忘れ薬剤金額(全体)(開始時)	793	4,578.5	20,093.0	0	338,000
飲み忘れ薬剤金額(全体)(直近)	793	1,225.7	6,687.2	0	100,000
飲み忘れ薬剤金額(直前1カ月分)(開始時)	793	1,560.4	5,550.3	0	100,000
飲み忘れ薬剤金額(直前1カ月分)(直近)	793	435.6	1,684.0	0	20,520
残薬の種類数(開始時)	794	2.3	3.8	0	50
残薬種類数(直近)	794	1.1	2.4	0	16

図表 108 介入前後における飲み忘れ・中断・重複投与の薬剤の状況（病院患者票問 17①②）

単位:円／種類

	n数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
飲み忘れ薬剤金額(全体)(開始時)	20	2,263.2	5,053.3	0	22,000
飲み忘れ薬剤金額(全体)(直近)	20	535.4	1,119.4	0	3,800
飲み忘れ薬剤金額(直前1カ月分)(開始時)	20	1,742.7	4,781.6	0	22,000
飲み忘れ薬剤金額(直前1カ月分)(直近)	20	349.2	881.1	0	3,800
残薬の種類数(開始時)	20	1.4	2.5	0	10
残薬種類数(直近)	20	0.9	1.8	0	7

(4) 訪問薬剤管理指導の効果

訪問薬剤管理指導の効果について、「改善」した割合は薬局では約2割から7割、病院では約2割から5割と一定の割合を占めた。

薬局における「改善」の割合についてみると、最も高かった事項は「薬剤保管状況」で67.4%、ついで「飲み忘れ」が56.8%、「服用薬剤理解不足」が50.1%であった。一方最も低かった事項は「併用禁忌薬剤」が19.0%、ついで「有害事象発現」が22.0%であった。

病院における「改善」の割合についてみると、最も高かった事項は「服用薬剤理解不足」で50.0%、ついで「薬剤保管状況」が40.0%であった。一方最も低かった事項は「併用禁忌薬剤」が15.0%であった。

図表 109 訪問薬剤管理指導の効果（薬局患者票問 34）

単位: %

	n数	改善	不変	悪化
効果(薬剤保管状況)	794	67.4	32.1	0.5
効果(薬剤重複)	794	33.9	66.1	—
効果(ポリファーマシー)	794	31.1	67.8	1.1
効果(併用禁忌薬剤)	794	19.0	81.0	—
効果(飲み忘れ)	794	56.8	41.7	1.5
効果(服薬中断)	794	37.5	61.3	1.1
効果(飲み過ぎ)	794	30.2	69.1	0.6
効果(食事服薬ずれ)	794	29.8	69.8	0.4
効果(有害事象発現)	794	22.0	77.7	0.3
効果(服用薬剤理解不足)	794	50.1	49.2	0.6

図表 110 訪問薬剤管理指導の効果（病院患者票問 34）

単位: %

	n数	改善	不変	悪化
効果(薬剤保管状況)	20	40.0	60.0	—
効果(薬剤重複)	20	35.0	65.0	—
効果(ポリファーマシー)	20	35.0	65.0	—
効果(併用禁忌薬剤)	20	15.0	85.0	—
効果(飲み忘れ)	20	30.0	70.0	—
効果(服薬中断)	20	30.0	70.0	—
効果(飲み過ぎ)	20	25.0	75.0	—
効果(食事服薬ずれ)	20	30.0	70.0	—
効果(有害事象発現)	20	30.0	70.0	—
効果(服用薬剤理解不足)	20	50.0	50.0	—

訪問開始時と比べた取組の効果を、対応する問題点を持つ患者に限定して集計を行った結果は以下の通りである。

図表 111 薬剤保管状況の問題の改善状況
(薬剤の保管状況が適切でなかった患者に限定)
(薬局患者票問 34-1×問 15-1)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
349	86.2	12.6	1.1

図表 112 薬剤重複の問題の改善状況
(複数の医療機関から重複した薬剤や併用禁忌の薬剤が処方されていた患者に限定)
(薬局患者票問 34-2×問 15-2)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
35	65.7	34.3	—

図表 113 飲み忘れの問題の改善状況
(薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった患者に限定)
(薬局患者票問 34-5×問 15-4)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
335	81.8	16.1	2.1

図表 114 飲み過ぎの問題の改善状況
(薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった患者に限定)
(薬局患者票問 34-7×問 15-4)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
335	42.4	56.7	0.9

図表 115 食事服薬ずれの問題の改善状況
 (食事と服薬のタイミングがずれていた患者に限定)
 (薬局患者票問 34-8×問 15-5)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
59	67.8	30.5	1.7

図表 116 有害事象発現の問題の改善状況
 (薬剤による有害事象が発生していた患者に限定)
 (薬局患者票問 34-9×問 15-6)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
12	91.7	8.3	-

図表 117 服用薬剤理解不足の問題の改善状況
 (処方された薬剤の内容を理解していなかった患者に限定)
 (薬局患者票問 34-10×問 15-7)

単位: %

n数	改善	不変	悪化
245	65.3	34.3	0.4

6. DX ツールの使用状況

(1) 薬局が訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無と有用性

薬局が訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無についてみると、「有り」との回答は、「レセコン一体型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力の手間を削減している」が最も割合が高く 54.9%、ついで「オンライン資格確認による閲覧情報を活用して業務を効率化している」が 47.8%、「在宅に特化した報告書入力フォームを活用している」が 45.9%であった。

図表 118 訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無と有用性
(薬局施設票問 34)

	使用の有無			有用性					単位: %
	n数	有り	無し	n数	大変有用である	有用である	あまり有用ではない	全く有用でない	
処方箋等に二次元バーコードがついていて、施設における誤調剤を防止する	1336	41.6	58.4	556	55.4	39.4	4.3	0.9	
クラウド型化することにより、訪問先・外出先で薬歴の確認や報告書の作成ができる	1336	17.1	82.9	228	44.7	43.4	8.3	3.5	
在宅に特化した報告書入力フォームを活用している	1336	45.9	54.1	613	29.0	60.7	8.8	1.5	
調剤ロボットによって調剤業務の正確性やスピードを高めている	1336	9.6	90.4	128	59.4	38.3	1.6	0.8	
レセコン一体型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力の手間を削減している	1336	54.9	45.1	733	31.1	58.4	9.4	1.1	
クラウド型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力の手間を削減している	1336	28.0	72.0	374	32.9	55.1	11.5	0.5	
電子版お薬手帳の活用によって効率的に服薬指導を行っている	1336	28.5	71.5	381	17.8	49.3	26.2	6.6	
患者のバイタルサイン測定器とクラウド上で連携したツールによって患者の健康状態をモニタリングできる	1336	2.3	97.7	31	35.5	48.4	16.1	—	
Web会議システム (Zoom等) にてオンライン服薬指導を行っている	1336	14.1	85.9	189	23.3	46.0	26.5	4.2	
オンライン資格確認による閲覧情報を活用して業務を効率化している	1336	47.8	52.2	639	26.9	57.1	13.5	2.5	
電子処方箋及びマイナ保険証の活用によって効率的に服薬指導を行っている	1336	39.7	60.3	531	25.2	50.5	21.1	3.2	

(2) 病院が訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無と有用性

病院が訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無についてみると、「有り」との回答は、「レセコン一体型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力的时间を削減している」が最も割合が高く 11.8%、ついで「処方箋等に二次元バーコードがついていて、施設における誤調剤を防止する」が 9.8%であった。

図表 119 訪問薬剤管理指導において使用している DX ツールの使用有無と有用性
(病院施設票問 32)

単位: %

	使用の有無			有用性				
	n数	有り	無し	n数	大変有用である	有用である	あまり有用ではない	全く有用でない
処方箋等に二次元バーコードがついていて、施設における誤調剤を防止する	102	9.8	90.2	10	30.0	40.0	30.0	-
クラウド型化することにより、訪問先・外出先で薬歴の確認や報告書の作成ができる	102	2.9	97.1	3	33.3	33.3	33.3	-
在宅に特化した報告書入力フォームを活用している	102	7.8	92.2	8	-	87.5	12.5	-
調剤ロボットによって調剤業務の正確性やスピードを高めている	102	7.8	92.2	8	37.5	50.0	12.5	-
レセコン一体型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力的时间を削減している	102	11.8	88.2	12	25.0	58.3	16.7	-
クラウド型の電子薬歴システムの活用によって薬歴入力的时间を削減している	102	2.0	98.0	2	-	-	100.0	-
電子版お薬手帳の活用によって効率的に服薬指導を行っている	102	2.9	97.1	3	-	-	66.7	33.3
患者のバイタルサイン測定器とクラウド上で連携したツールによって患者の健康状態をモニタリングできる	102	1.0	99.0	1	100.0	-	-	-
Web会議システム (Zoom等) にてオンライン服薬指導を行っている	102	1.0	99.0	1	-	100.0	-	-
オンライン資格確認による閲覧情報を活用して業務を効率化している	102	2.9	97.1	3	-	66.7	33.3	-
電子処方箋及びマイナ保険証の活用によって効率的に服薬指導を行っている	102	1.0	99.0	1	-	-	100.0	-

第3章 ヒアリング調査結果

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

高齢者等が抱える服薬上の諸問題と薬剤師の介入による効果、および薬局ならびに病院の薬剤師における在宅訪問薬剤管理指導等の実態の詳細な把握を目的とした。

(2) 調査対象

アンケート調査結果に基づき、回答内容、地域分散、サービス種別等に配慮し、薬局8軒、病院2施設を対象としてヒアリング調査を実施した。

図表 120 調査対象の概要

	薬局名（店舗名）、病院名	事例の概要	所在地
1	伊東薬局（日ノ出町店）	訪問薬剤管理指導の対象者を拾い上げられるよう、積極的に多職種と連携。	大分県 日田市
2	くさの薬局	薬局内において、いわゆる 0402 通知に沿って薬剤師と事務員間でタスクシェアを行うことで効率化。	福岡県 福岡市
3	クローバー薬局（永山店）	個人宅特化型で訪問薬剤管理指導を実施。	東京都 多摩市
4	さくら薬局（二本松本町店）	一包化や薬袋への服薬日の印字、服薬カレンダー活用などの工夫を行う。	福島県 二本松市
5	関薬局	独居の高齢者が主な対象となっており、iPad 機器などの DX を活用。	長野県 上田市
6	東町調剤薬局	過疎地域で、患者満足度や改善効果などのアウトカムを重視した上で対応。	熊本県 天草市
7	友愛薬局（船橋店）	医療的ケア児及び要介護高齢者を対象に訪問薬剤管理指導を実施。	千葉県 船橋市
8	ゆめみ薬局	面薬局として機能しており、患者と薬剤師間の信頼関係の構築を重視。	埼玉県 川口市
9	飯山赤十字病院	過疎地域で、院内業務（365 日当直業務含む）と兼務する形で訪問薬剤管理指導を実施。	長野県 飯山市
10	ベルピアノ病院	医師との信頼関係が構築されることでスムーズに患者情報を共有。	大阪府 堺市

(3) 調査方法

WEB 会議や電話、書面による聞き取りを行った。

調査時期は令和 7 年 1 月 20 日から令和 7 年 2 月 19 日である。

(4) 調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

- ・ 薬局・病院の概況
- ・ 要介護高齢者における訪問薬剤管理上の課題と対応及びその効果
- ・ 夜間・休日の訪問対応の実施有無、課題と対応策
- ・ 高齢者施設等（有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など）への訪問対応の有無、入居者の状態、業務の詳細
- ・ 過疎地域における訪問薬剤管理指導の実施有無、課題と対応策
- ・ 訪問薬剤管理指導における多職種連携の必要性、実現状況、その理由
- ・ 訪問薬剤管理指導において、DX を活用した取組内容と DX を活用した背景、その効果
- ・ 訪問薬剤管理指導の需要を満たすために必要となる薬局・病院における薬剤師数の充足状況、その理由
- ・ 訪問薬剤管理指導業務の収支状況の目標と実現状況、その理由

2. 調査結果

(1) 伊東薬局

1) 取組のポイント

- ・ 過疎で訪問診療が進展していない地域に位置する当薬局では、服薬上の課題を抱える患者に対応するため、訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 訪問薬剤管理指導のニーズ発掘の重要性を認識しており、多職種との密な連携や情報共有を通じて、潜在的なニーズなどの拾い上げを行っている。

2) 薬局の概況

<薬局の概況>

- ・ 所在地：大分県日田市
- ・ 地域区分：全部過疎地域
- ・ 人口：60,542 人
- ・ 高齢化率：36.9%
- ・ 同一経営主体による薬局数：2 軒
- ・ 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：1,411 枚
- ・ 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：3 件
- ・ 地域支援体制加算の届出有無：無
- ・ 在宅薬学総合体制加算の届出有無：無
- ・ 薬剤師数：常勤 3 人、非常勤 1 人

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- ・ 訪問薬剤管理指導は、1 人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応も基本的に 1 人で実施しているが、女性の患者を訪問する際は、女性薬剤師に対応を依頼するケースもある。

3) 取組の背景・問題意識

- ・ 当薬局が位置する日田市は、訪問診療が進展しておらず、訪問診療に伴う処方箋がそれほど多くない状況ではあるが、在宅医療推進の流れがあるなかで、服薬上の課題を抱えている患者に対応するために訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 病院やケアマネジャーからの相談をきっかけに介入するケースがほとんどである。
 - 隣接する病院の薬剤師がいなくなってしまう、週 1 回パートとして勤務しているため、病院との関係性が構築された。

4) 取組内容

- ・ 訪問薬剤管理指導

- 患者一人ひとりの状況に応じて服薬カレンダー・残薬バッグの活用や一包化を行うなど、患者があまり考えなくても服薬できるよう取り組んでいる。
- 老々介護で認知機能が低下した患者など対応が特に困難となる者に対しては、電話での受診勧奨や受診コントロール、週次での訪問など、より細かくフォローアップしている。
- 訪問した際には、生活面も含めて助言することを心掛けている。
- 夜間・休日対応における課題
 - 薬局への電話が薬剤師の携帯電話に転送される仕組みとなっているため、夜間・休日でも問題なく対応している。患者やその家族、多職種との関係性が構築されていることで、電話上の相談で解決するケースも多く、1人の薬剤師で対応できている。
 - 薬剤師会でつながりがある他薬局が対応できない患者を代わりに受け入れるケースも生じている。
- 過疎地域における対応
 - 需要がある中で、訪問薬剤管理指導をできる薬局が限られているので対応を行っている。
 - 車での移動となり、片道 15～20 分程度要するので、移動時間だけでもコストがかかる状況となっている。また、人件費の負担もあるため、訪問薬剤管理指導料の 5,000 円内で取り組むことに負担感がある。
- 多職種連携
 - 服薬状況の改善だけでなく生活支援を行うことも重要となるため、多職種連携は必要と考える。薬剤師側は、患者の身体的な状況を完全に理解しているわけではないので、多職種からの情報共有により、薬剤管理に必要な情報を補っている。
 - 多職種と積極的に連携し、関係を構築することで、ケアマネジャーから訪問薬剤管理指導の対象となる患者についての相談を受けるなどのニーズの掘り起こしにつながっている。
 - 各種の役割として、以下の役割が重要と認識している。
 - ✧ 薬剤師：多職種の勉強会に積極的に参加すること、（電話・書面のみだと情報共有が不足することがあることから）MCS の積極的な活用
 - ✧ 他職種：訪問薬剤管理指導の対象となる患者の選定、介入開始時の情報提供、患者の家族との合意形成、医師との調整など
 - ✧ 共通：顔の見える関係性の構築、情報共有
 - 週 1 回パートとして隣接する病院に勤務しているため院内でコミュニケーションをとっている他、普段から対面や電話、文書、MCS などを通じて、連絡を取り合っている。また、医療連携会議におけるワークショップや勉強会を通じて顔の見える関係性を構築している。
 - 地域ケア会議は薬剤師会の中で担当薬局が割り振られているため、年に一回程度の頻度で参加している。サービス担当者会議は、ケアマネジャーからの声掛け

があれば可能な限り参加している。

5) 取り組む上での工夫点

- 訪問薬剤管理指導
 - 文字が読めない患者などを対象に、一包化した薬袋の色分けを行っている。
 - 自分自身で薬のセットができない患者に対しても、色分けした服薬ケースを活用することで対応している。
- 多職種連携
 - 看護師が診察室で服薬状況が適切にできていないと思われる患者を発見した際に、処方箋にメモを添付してくれる仕組みとなっている。処方箋と一緒にメモが提出された際は、看護師に状況をヒアリングし、薬効を再度説明したり、一包化したりなどの対策を講じている。

6) 取組による成果・アウトカム

- 一包化などにより薬剤管理をシンプルにすることで患者の服薬状況が改善している。

7) その他

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 訪問対応を行う以上は、患者一人一人の生活に関与することが重要であり、患者と対面で会話をし、患者や家族からも直接電話がくるなどの信頼関係を構築できることが求められると考察している。
- 訪問薬剤管理指導の改善
 - 訪問対応できている患者以上に、訪問できていない患者が多く、潜在的なニーズが大きいと感じている。訪問対応だけでなく、ニーズの発掘にも注力が必要と感じている。
 - 訪問薬剤管理指導の認知度が非常に低く、ケアマネジャーの中にも薬剤師が訪問して薬剤管理をするといった発想がなく、訪問看護に服薬のサポートを依頼する者が多い状況となっている。また、薬剤師の中でも訪問薬剤管理指導業務を理解していない者や、訪問業務へのモチベーションが低い者が多いと感じている。
 - 医療介護連携会議などで訪問薬剤管理指導業務の認知度向上に向けて多職種への声掛けなどを行っているが、あまり認知度向上にはつながっていないため、今後は、国や地域、薬剤師会などが主体となって周知を行う必要性を認識している。地域として、訪問薬剤管理指導の症例が増加することを希望している。
- 多職種連携の課題
 - 多職種が集まる薬剤師がそもそも呼ばれていない状況が多いため、薬剤師の役割や介入効果の周知が必要と感じている。他方、薬剤師側についても、多職種が集まる場により積極的に顔出しする必要があると考察している。

- 収支状況における課題
 - 訪問対応は、収益につながりづらいと感じており、関係する評価の取得が必要と感じている。
- 特殊な薬剤（無菌調剤・輸液処方薬）の対応
 - 市内に無菌調剤や輸液処方薬の在庫がないことを地域の課題として感じているが、近隣の病院でもそれらの薬剤が必要となるケースは年間に3～4件で院内のみの対応で済んでいることを確認している。可能であれば整備が必要と考えるが、ニーズ自体が少ないこともあり対応には至っていない。

(2) くさの薬局

1) 取組のポイント

- 当薬局では、認知症の患者、歩行が困難な患者、独居で精神的に内向きとなっている高齢者、慢性心不全終末期等を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
- 薬剤師と薬局の事務員間でいわゆる 0402 通知に沿ってタスクシェアを行うことで、薬剤師がより専門的に患者フォロー（検査値等をもとに監査業務、服薬フォローなど）できるなど、患者に向き合った本来の業務に集中することができ、効率化につながっている。

2) 薬局の概況

< 薬局の概況 >

- 所在地：福岡県福岡市
- 地域区分：都市部
- 人口：1,549,268 人
- 高齢化率：22.8%
- 同一経営主体による薬局数：当店以外になし
- 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：782 枚
- 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：10 件
- 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 2）
- 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 1）
- 薬剤師数：常勤 3 人、非常勤 0 人

< 訪問薬剤管理指導の実施状況 >

- 訪問薬剤管理指導は、主に 2 人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応も基本的には当薬局内で対応が完結しているが、協力薬局を持っている。コロナ禍で、薬局職員が全員出勤不可となるケースを懸念して、面識のある薬局に協力してもらえるよう依頼しており、現在でも関係性は継続している。

3) 取組の背景・問題意識

- 当薬局では、7 人の患者に訪問薬剤管理指導を実施しており、認知症や軽度認知障害の患者や足腰が弱く歩行が困難な方、独居で内向的な患者が主な対象となっている。
- 病院やケアマネジャーからの相談をきっかけに薬剤師が介入するケースがほとんどである。訪問対応の実施には至らないが、患者自身から相談の電話がくることもあり、訪問薬剤管理指導業務の認知度が向上していることを認識している。
 - ケアマネジャーからの依頼に関して、必要性や緊急性が感じられないケースも稀にあり、ケアマネジャーの倫理観や考えに依る面が大きいことを感じている。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導
 - 患者との関係性を構築できるよう時間をかけて対応にあたっている。焦らずに信頼関係を構築することが重要と認識している。
 - 高齢になると腎機能が低下する患者が多いため、栄養や水分摂取の状態についても確認している。その他にも、転倒リスクがないかを把握するために薬剤性の副作用の有無や生活環境を含めた確認を行っている。
- 高齢者施設等への訪問対応
 - 提携している施設はないが、施設に入所する患者のうち、当薬局を指定される患者がいるため居宅対応を行っている。
- 多職種連携
 - 密な連携が必要と認識している。
 - 多職種とは、電話や対面などで直接対話を繰り返すうちに、互いの患者への思いなどを認識し合い、関係構築につながっていると考察している。
 - 他職種の中には、薬剤師の訪問薬剤管理指導の目的を理解していない者もあり、情報提供を依頼しても適切な回答を得られないことがあるため、全職種共通して、他職種の仕事の在り方や内容について理解することが重要と考えている。
 - 有用な取組として、以下を挙げている。
 - ◇ 多職種が集まる会議で、互いの仕事を理解する重要性についての講義を実施した。共通したゴールに向かって取り組むためには、末端の職員になるにつれて理解が不十分になることもあるため、研修会や勉強会の場合などを通じて理解を深めることが重要と認識している。
 - ◇ 一部のクリニックと電子カルテを共有している。患者の血液データなどを確認し、患者の状態を薬局側でも監査、フォローできるようになっているため、より効果的な指導につながっている。
 - サービス担当者会議などの多職種が参加する会議には、積極的に参加している。
 - ◇ ケアマネジャーとの関係が構築されているため、患者のプランが変わった際は、ケアマネジャーから会議の招集がかかる仕組みとなっている。
 - ◇ 退院時カンファレンスについても薬剤師参加の重要性を認識しており、患者が緊急入院した場合など、薬剤情報の提供を含め、退院時カンファレンスの有無などを事前にソーシャルワーカーなどに確認したうえで、開催される場合は参加している。
 - ◇ 会議は、基本的に対面で実施しているが、オンラインで参加するケースも一部ある。(居宅介護支援事業所においては、WEB 会議システムの導入が遅れている場合があり、スマートフォンのハンズフリー機能にて参加するケースもある。)

5) 取り組む上での工夫点

- ・ 訪問薬剤管理指導
 - 採血の結果や薬効などについて患者に丁寧にフィードバックすることで、患者側から「今日の状態はどうなっているか」と質問を受けることもあるなど、信頼関係が構築されている。
 - 薬剤師と薬局事務員間でタスクシェアすることで、薬剤師が本来の業務に集中することにつながっている。月に1回、当薬局内で医療安全研修を実施し、それぞれの業務や役割について十分に理解できるように認識を合わせている。

6) 取組による成果・アウトカム

- ・ 患者に、薬効や血液検査の結果など、患者自身の状態を丁寧にフィードバックすることで、アドヒアランスが向上している。

7) その他

- ・ 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 質の高さの確保に向けて、モチベーション高く業務に取り組むことが重要と考えているが、地域内の薬剤師のモチベーションの高低は二極化していることを課題に感じている。施設に訪問し薬を置くだけといったように効率だけを考えるのではなく、患者ファーストを心掛けることの重要性を認識している。
- ・ 訪問薬剤管理指導の改善
 - 薬剤師のモチベーション向上に向けて、学会への参加が算定の項目となる事など、薬剤師の質の向上が必要と考察している。
 - 大学で学ぶことと就職してから学ぶことが乖離していることを懸念している。国家試験の問題も実践とはかけ離れている面もあるため、実践に即した教育が必要と感じている。
- ・ 高齢者施設等への訪問対応における課題
 - 施設内での薬剤管理、服薬介助において携わる職員の知識がないために、薬剤の管理方法、服薬方法が間違っているケースが見受けられる。高齢者施設において介護スタッフが服薬介助をする以上、施設において薬剤の研修、教育などを義務付ける必要性を認識している。1人の職員に説明を行っても、職員間での情報共有や研修が実施されていないために、患者の適切な服薬につながっていないケースもある。
- ・ DX 活用上の課題
 - 現場でタイムリーに情報（添付文書やインタビューフォーム）を確認するためにタブレット端末や報告書の音声入力システムの導入の必要性は感じているが、以下の理由から導入に至っていない。
 - ✧ 現在使用している電子薬歴システムとの互換性がない点
 - ✧ データの移行作業が必要となる点
 - ✧ コスト負担が大きい点

(3) クローバー薬局

1) 取組のポイント

- ・ 高齢化の進行が著しく在宅ニーズが拡大している東京都多摩市に位置する当薬局では、患者一人一人としっかり対話して向き合いたい方針から、個人宅特化型で訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 患者ごとに担当薬剤師を決めることで、患者は顔なじみの薬剤師に訪問薬剤管理指導を実施してもらうことができるため、患者満足度の向上や訪問薬剤管理指導の質の担保につながっている。

2) 薬局の概況

<薬局の概況>

- ・ 所在地： 東京都多摩市
- ・ 地域区分：都市部
- ・ 人口：144,410 人
- ・ 高齢化率：29.9%
- ・ 同一経営主体による薬局数：1 軒
- ・ 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：1,800 枚
- ・ 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：689 件
- ・ 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 2）
- ・ 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 2）
- ・ 薬剤師数：常勤 5 人、非常勤 5 人

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- ・ 訪問薬剤管理指導は、6 人の薬剤師で実施している。
- ・ 夜間・休日対応における在宅協力薬局はないが、曜日ごとに担当薬剤師を決めて対応することで薬剤師 1 人 1 人の負担感の軽減につなげている。
- ・ 約 330 名の患者それぞれに担当薬剤師を決めており、1 薬剤師あたり 50～60 名を担当する仕組みとなっている。

3) 取組の背景・問題意識

- ・ 適切に服薬できていないことで、診療所やケアマネジャーから相談があり、訪問薬剤管理指導につながるケースが多い。
 - 診療所から紹介される患者に対して、丁寧に訪問薬剤管理指導を実施していくうちに、診療所からの信頼を得て、継続して依頼されるようになったと考察される。
- ・ 基本的には、要介護者が訪問薬剤管理指導の対象となっているが、一部、認知機能が低下している要支援者に訪問薬剤管理指導を実施するケースもみられる。

- 多摩ニュータウンでの高齢化が進んでおり、患者の年齢層は 70 歳から 102 歳までと幅広くなっている。高齢化の更なる進行により、今後もニーズが高まることが予想される。また、多摩地域は団地が非常に多く、特に高層階の住民は通院困難に陥りやすいため、団地内で複数の患者の対応を求められることもある。

4) 取組内容

- 認知症患者への対応が最も課題となっているが、服薬ケース・服薬カレンダーの活用や、看護師やヘルパーに介入してもらい直接手渡しで服薬を促すことで、適切な服薬につなげている。認知症患者については、徘徊や攻撃的行動などの周辺症状のコントロールが重要になるため、多職種で連携しながら対応にあたっている。
- 多職種連携
 - 各職種の役割として、以下が重要と考えている。
 - ✧ 薬剤師：薬剤管理、服薬確認
 - ✧ 看護師・ケアマネジャー：患者親身に相談にのること
 - ✧ 共通：患者への正しい理解。介入回数についても、患者によって希望が異なるため、患者に合わせて対応をすること。
 - 日常的に他の事業所に顔を出すなど顔の見える関係性の構築を心掛けている。顔の見える関係が構築されることで、職種間の連携がスムーズ、且つ、継続的なものとなっている。
 - 多職種との情報共有においては、電話や対面でのコミュニケーションに加えて、MCS や LINE WORKS、SLACK などツールを活用している。医療機関や介護事業所ごとに使用しているツールが異なるため、当薬局でも相手先の都合に合わせて様々なツールを利用している。ツール活用することで、多職種間で気軽に連絡ができ、こまめな情報交換につながり、患者の情報を取りこぼさない体制が実現できている。
 - サービス担当者会議などの多職種が参加する会議には積極的に参加しており、遠方の病院で退院する患者の場合はオンラインで退院時カンファレンスに参加することもある。オンライン対応においても、現地対応と同様の意思疎通が図れることを確認している。
 - ✧ 会議の開催頻度について、サービス担当者会議は、患者のサービスプランの変更があった際に開催されるので、1~2 年に 1 回の実施となっている。状態の変化が激しい患者の場合は、頻繁に会議が開催されるケースもある。
- DX 活用
 - 患者の急激な増加で対応に負担を感じたことをきっかけに、報告書の記入が完了すると同時に FAX で医療機関などに自動送付されるシステムを活用している。費用は、月 5 万円程度の支出となっている。
 - 従業員間のコミュニケーションを円滑に実施するため、チャット機能を活用している。

5) 取り組む上での工夫点

- 利益創出の観点では、個別宅での訪問薬剤管理指導は患者一人一人に合わせた対応が求められるため、高齢者施設などへの訪問対応と比較するとコスト負担が大きく利益につながりづらくなっている。そのため、複数の患者宅を効率的に訪問できるルートの構築や DX 活用による訪問後の事務処理の効率化によってコスト削減につながっている。

6) 取組による成果・アウトカム

- 服薬ケース・服薬カレンダーの活用や多職種連携による患者の服薬サポートにより、患者の適切な回数・量での服薬に寄与している。

7) その他

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 「患者が満足し、連携する多職種が薬剤師の仕事ぶりを認めている状態」と定義づけられる。
- 算定上の課題
 - 当薬局は収支過多の状況ではあるが、負担の大きい認知症患者や終末期の患者への対応報酬が依然として低い状況と考察している。対応時間や精神的負担などの多寡にかかわらず、診療報酬が同一となっている点は改善が必要と感じている。
- 夜間・休日対応における課題
 - 曜日ごとに担当薬剤師を決めていても、負担が大きい作業となっているため、従業員も同じ熱量で取り組み続けられるか懸念している。
 - 攻撃的な行動をとる可能性がある患者の場合は、フィジカル面の問題で女性薬剤師 1 人での訪問に不安があるため、男性薬剤師での対応が求められている。
 - 近隣の薬局から、24 時間対応や医療用麻薬などの特殊な薬を使用するケースに関する相談を多く受けている。近隣薬局での対応が困難な場合は、当薬局で患者を引き継ぐケースも生じている。
- DX 活用上の課題
 - 機器の操作に手間取る社員がいる場合は、追加での教育が必要となり、管理者側の負担が大きいと感じている。また、費用面の負担軽減も希望している。
 - 訪問薬剤管理指導の業務の流れを汲んで設計されているシステムがないため、訪問薬剤管理指導に特化したシステムの普及を求めている。
- 人材確保における課題
 - 今後患者が漸増するため、薬剤師も漸増が必要と考えている。
 - 在宅医療のニーズが高まり、新卒でも在宅医療を志す薬剤師も増えている状況ではあるが、主力になるようなスキルのある薬剤師は少ない状況である。採用・

教育のバランスが難しいと感じている。

- 訪問薬剤管理指導は、負担が増える業務ではあるが、在宅医療ニーズの急増していく状況下では実施必須と考えている。管理者が時間・体力的な犠牲を払ってでも取り組まなければ従業員はついてこないため、管理者側のモチベーションも重要と考察している。
- ターミナルケアにおける医療用麻薬の課題
 - 医療用麻薬を取り揃えている薬局が少なく在庫確保が課題となることもあるが、注射剤を活用することで対応している。

(4) さくら薬局

1) 取組のポイント

- 当薬局では、杖歩行や独居で飲み忘れや重複服用の課題を抱える高齢者を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
- 患者が適切に服薬できるよう、一包化や薬袋への服薬日の印字、服薬カレンダーの活用を行っており、患者の重複服用や飲み忘れの減少に貢献している。

2) 薬局の概況

< 薬局の概況 >

- 所在地：福島県二本松市
- 地域区分：一部・みなし過疎地域
- 人口：50,626 人
- 高齢化率：36.2%
- 同一経営主体による薬局数：800 軒
- 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：441 枚
- 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：1 件
- 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 3）
- 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 1）
- 薬剤師数：常勤 1 人、非常勤 1 人

< 訪問薬剤管理指導の実施状況 >

- 訪問薬剤管理指導は、1 人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応も基本的に 1 人で実施しており、特段の在宅協力薬局は無い。

3) 取組の背景・問題意識

- 介護保険利用ではない場合、基本的には患者本人の希望によって訪問薬剤管理指導を開始している。
- 特に、独居で日々の自由時間が長い患者は、友人と昼食を食べることや単なる飲み忘れによって昼食後の服薬を忘れる患者が多くなっており、薬剤管理が困難となっている。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導
 - 患者が適切に服薬できるよう、一包化や薬袋への服薬日の印字、服薬カレンダーの活用を行っている。
 - 訪問時には、患者の食事傾向や食欲の有無の確認だけでなく、生活環境での動線を見ることで、転倒リスクがないかを確認している。

- その他にも、残薬を回収するなど薬を無駄にすることなく日数調整している。
- 過疎地域における対応
 - 患者の希望があるため、実施している。患者によっては店舗から距離があるが、多忙な状況であっても依頼があれば訪問する必要があるため負担感がある。
- 多職種連携
 - 多角的に患者の状況を確認できるため、必要と感じている。
 - 特に、薬を頻繁に飲み忘れる患者の場合は、残薬確認をケアマネジャーに依頼するケースがある。
 - 地域ケア会議には、毎年出席しており、ケアマネジャーなどからの質問に薬学的な観点から回答を行うことで、要介護者にとって有益となる情報提供を行っている。
- DX 活用
 - 情報を正確に確認し管理することを目的に、在宅業務に特化した報告書入力フォームを活用しており、訪問に際して実施した薬学的管理や、医師向けの報告事項、ケアマネジャー向けの報告事項などの項目をそれぞれ記載している。
 - DX 活用により、情報の管理が容易になるなどの効果を感じている。

5) 取り組む上での工夫点

- 訪問薬剤管理指導
 - 独居で昼食後の飲み忘れが頻発する患者に対しては、1日3回の薬を1日1～2回のものに切り替える提案や、外用薬がある場合は外用薬の変更などの内容をトレーシングレポートに記載すること（例：ニコランジル1日3回から一硝酸イソソルビド1日2回や外用薬の硝酸イソソルビドテープに変更の提案など）、服薬カレンダーを用いて昼食後の薬を入れておくなどの工夫をすることで対応している。
- 過疎地域における対応
 - 近場の患者宅には、自動車ではなく電動自転車で訪問することで道路状況に左右されず、邪魔になりにくいため、多少の時間短縮につながっている。
- 多職種連携
 - 多職種と顔の見える関係性を構築するため、多職種が集まる雑談会（ケアカフェ）に積極的に参加し、名刺交換を行って関係を深めたり、時間がある際には施設に直接挨拶に行っている。
 - 以前、サービス担当者会議に参加していた際は、遠くの家族もスマートフォンの通信を介して連携していた。

6) 取組による成果・アウトカム

- 薬剤師の介入により、重複服用や飲み忘れの減少などの効果を感じている。

7) その他

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 質の高い訪問薬剤管理指導を実施するために、心理学的視点からの観測と人間工学の観点からの観測の2点を重視しており、患者の精神面に寄り添った上で、人間工学的にあり得ない生活動線になっていないかを最低限確認している。
 - ☆ 心理学的な観点では、キーパーソンの確認と患者本人の性格分析、食事傾向、年間で何を楽しみにしているか（イベントなど）、家族や友人との連絡頻度などを確認している。
 - ☆ 人間工学的な観点では、玄関先の段差や居間、トイレの動線でカーペットや電気コードなどの躓く原因となるものはないか確認している。
- 夜間・休日対応における課題
 - ニーズがある限り対応が必要となるため、休めない状況である。サービス担当者会議は基本的に平日に行われるため、休日でも出席しなければならない。また、当薬局は、1人の薬剤師で対応しており代理を立てられないため、店舗を一時的に閉店して訪問せざるを得ないケースも生じている。

(5) 関薬局

1) 取組のポイント

- ・ 過疎地域にある当薬局では、独居の高齢者を中心に訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 訪問薬剤管理指導の実施によって、患者の適切な量・回数での服薬につなげている。また、医師・ケアマネジャーなどとの多職種連携や iPad 機器などの DX 活用も積極的に行うことで、より効果的な訪問薬剤管理指導を実施している。

2) 薬局の概況

< 薬局の概況 >

- ・ 所在地：長野県上田市
- ・ 地域区分：一部・みなし過疎地域
- ・ 人口：148,330 人
- ・ 高齢化率：31.8%
- ・ 同一経営主体による薬局数：当店以外になし
- ・ 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：953 枚
- ・ 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：4 件
- ・ 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 2）
- ・ 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 1）
- ・ 薬剤師数（常勤 3 人、非常勤 0 人）

※過疎地域である長野県上田市に位置する。元々は丸子町に位置していたが、2006 年の合併により上田市となった。合併前後で人口構成に特段の変化はなく、25,000 人程度の人口で、高齢化が進んでおり、独居の高齢者も多くみられる。上田市は、門前薬局が少なく、かかりつけ薬局を持つ患者がほとんどである。

< 訪問薬剤管理指導の実施状況 >

- ・ 訪問薬剤管理指導は、1 人の薬剤師が実施している。

3) 取組の背景・問題意識

- ・ 医師やケアマネジャーに依頼されて訪問薬剤管理をするケースが多い
- ・ 要介護度にかかわらず、薬の自己管理ができない患者が多く、飲み忘れだけでなく、過量服薬等も課題となっている。過剰服用によって、ふらつき・転倒などの健康上の不利益が生じている。
- ・ 当薬局を一度も利用していない患者で訪問薬剤管理指導につながった事例はこれまでになく、当薬局の利用者を対象とした指導となっているため、指導を拒否されるケースはこれまでみられていない。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導
 - 訪問時は、服薬指導だけでなく、副作用や有害事象が出ていないかを必ず確認している。
 - 夜間・休日対応について、薬局への電話は薬剤師の携帯に転送される仕組みとなっているため、依頼があれば対応している。
 - 高齢者施設などでも、依頼があれば訪問薬剤師管理指導を実施している。
- 過疎地域における対応
 - ニーズがあるため対応している。患者宅への移動に片道 20 分程度かかるケースもあり、コスト（時間）がかかる点が主な負担となっている。対象となる患者がいないため、特に算定は行っていない。
 - 患者が訪問薬剤管理の対象となる要因としては、地域性（市街地・過疎地域など）よりも、生活状況や家族構成が影響していると考察している。独居の高齢者で、家族・親族などのキーパーソンが近隣にいない患者を訪問するケースが多い。
- 多職種連携
 - 独居の患者は、見守りが必要なケースが多く、多職種で安否確認するため、多職種連携の取組は重要と考えている。何か問題があった際や薬剤師のみでの対応が困難な場合は、関連する職種に積極的に連絡している。
 - 医師・ケアマネジャーとは、普段から連携し良好な関係を構築していることもあり、多職種会議にも参加している。
 - 医師から情報を取得したい場合は、報告書上で質問したり、直接電話連絡したりすることで対応している。医師との信頼関係が構築できているため、情報の取得に関してストレスは無い。
 - 多職種との主な連絡手段は、報告書・電話・LINE・直接の訪問となっている。
 - ✧ 急ぎのケースは電話で連絡することが多い。
 - ✧ 多忙な医師に対しては、既読したかどうかを判断できる LINE の活用が有効と感じている。
 - ✧ 将来的には、多職種間での LINE グループの活用により、情報の連携範囲を医師・ケアマネジャーだけでなく、訪問看護師やヘルパー、理学療法士等まで拡大することを検討している。（現状では、それぞれの職種が使用するツールが異なるため、実現に至っていない。）
 - 月に 1 回、多職種連携のための会議である「在宅医療・介護を考える会」があったが、コロナ禍でなくなってしまった。
- DX 活用
 - 対象患者の薬歴等を確認するために iPad を活用している。iPad の活用により、以前は薬局に戻って薬歴を確認する必要があったが、患者の自宅でも薬歴を確認できるようになった。そのため、医師が処方を忘れたなどの問題があっ

た際や処方に疑義が生じた際も薬歴がすぐに確認できることで、その場で問題解決ができるため、効率化した。

☆ iPad 機器の操作は容易であり、導入費用・ランニングコストはそれほどかかっていない状況である一方で、訪問時に頻繁には使わないためコストパフォーマンスは悪いと考えている。

- オンライン資格の割合で診療点数がつくため、マイナンバー（オンライン資格）をモバイルで確認するアプリを活用している。患者から、マイナンバーと保険証の紐づけ等の質問をされるケースもみられる。

5) 取り組む上での工夫点

- ・ 服薬カレンダーに一包化した薬を入れて管理する薬局も多いが、1 か月分の薬の管理は高齢者にとってハードルが高いため、薬を1 週間分ずつ分けて入れられる服薬管理ケースを患者の自宅に置き、曜日・時間ごとに対象となる薬を服用してもらっている。一包化した分包紙には、日付も記入できるため、飲み忘れについても薬剤師が把握しやすくなっている。
- ・ 認知機能が低下していて日付・時間の感覚がない高齢者については、1 日の服薬回数を1~2 回に減らし、ヘルパーに介入してもらっているケースもある。
- ・ 過疎地域で患者宅への移動に時間がかかるため、できるだけ薬局の通常業務が忙しくない時間帯（土曜日午後など）に訪問薬剤管理指導を実施できるよう調整している。また、効率よく複数の家を訪問できるよう同じ方角に住んでいる患者に対しては同じ日に訪問するなど、ルートを検討している。

6) 取組による成果・アウトカム

- ・ 薬剤師が介入することで適切な服薬につながっているケースが多い。患者の服薬効果（効き目があるか、効きすぎてしまっていないか等）を適宜モニタリングし、状況に応じて医師に相談するようにすることで適切な患者の健康管理につなげている。
- ・ 服薬拒否する患者がいたが、家族のサポートでは解決せず、ヘルパーの介入により服薬につながった事例があった。身内でなく第三者からの声掛けがあったことで、服薬につながったと考察している。
- ・ 訪問管理指導の実施により、患者の重複投与が発覚し、ケアマネジャーや複数の医療機関との連携によって、適切な服薬につながった事例がある。

7) その他

- ・ 訪問薬剤管理指導の改善点について
 - 血液検査の結果をはじめとする検査値や腎機能が正常かどうかといった情報を知りたい薬剤師は多いと考えているため、処方箋に記載されるような仕組みが望ましいのではないかと。上田地域においては、独立行政法人国立病院機構 信州

上田医療センターが管理するホームページ「上小メディカルネット」によって、医療機関が、患者の同意の上でインターネットを介して診療情報開示病院の診療情報を閲覧可能となっている。今後、同様のシステムが全国に普及することで、より効率的な訪問薬剤管理指導につながるのではないかと期待されている。

- 訪問薬剤管理指導のニーズについて
 - 訪問薬剤管理のニーズについて、10年前と比較すると増加傾向にあるが、5年前と比較すると大きく変動していない。訪問薬剤管理が必要な患者は、緊急性の高い方が多く、入院する方や亡くなってしまう方も多いため、全体的な人数は変動していない。

(6) 東町調剤薬局

1) 取組のポイント

- ・ 過疎地域である熊本県天草市東町に位置する当薬局では、飲み忘れや過剰服薬など適切な服薬ができていない患者を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 質の高い訪問薬剤管理指導の実施に向けては、プロセスだけでなくアウトカムへの着目が必要と考えており、患者の満足度や改善効果などの成果を意識した上で対応にあたっている。

2) 薬局の概況

< 薬局の概況 >

- ・ 所在地：熊本県天草市
- ・ 地域区分：全部過疎地域
- ・ 人口：72,955 人
- ・ 高齢化率：42.7%
- ・ 同一経営主体による薬局数：4 軒
- ・ 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：2,588 枚
- ・ 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：3 件
- ・ 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 1）
- ・ 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 1）
- ・ 薬剤師数：常勤 4 人、非常勤 1 人

< 訪問薬剤管理指導の実施状況 >

- ・ 訪問薬剤管理指導は、2 人の薬剤師が実施している。現在は、対象となる患者が 3 人のため、負担なく対応できている。

3) 取組の背景・問題意識

- ・ 訪問薬剤管理指導の対象について、家族や近隣住民で服薬のサポートをしてくれるキーパーソンがいる方は必要ないが、特に独居の高齢者など自分自身で薬の管理ができない患者が多い。
- ・ 患者の飲み忘れや過量服薬などが原因で症状が改善しておらず、薬の処方回数が増えることで患者側の費用負担も嵩み、経済的な不利益も生じていることに課題感をもっている。
- ・ ケアマネジャーや病院からの依頼をきっかけに訪問薬剤管理指導を開始するケースが多い。

4) 取組内容

- ・ 訪問薬剤管理指導

- 服薬カレンダーを使用しており、訪問時に飲み忘れを確認した場合は医師に報告している。
- エアコンの設定温度に問題がないか、割れたガラスなどの危険物がないかなどの患者の生活状況や、患者の歩き方や体調面の変化などの身体的な状況についても訪問時に確認している。
- 夜間・休日対応
 - 対応が求められる場合は、薬剤師の携帯電話に連絡がある仕組みとなっている。
 - 夜間対応は、薬剤師会での輪番制となっているため、特段の課題は感じていない。
- 過疎地域における取組
 - ニーズがあるため実施している。天草市東町は、インフラや行政機関、町の人口が集中している地域であるため、移動時間などのコスト負担は特に感じていない。
- 多職種連携
 - 多職種と連携することで、高齢者の身体的な介助や入院準備の手配など薬剤師にはできないサポートを患者に提供できるため、多職種連携は必要と考える。
 - 薬剤師が24時間体制で患者にかかわることはできないので、多職種からの情報共有の重要性を認識している。患者の体調は刻一刻と変化するものなので、些細な情報であっても共有し合える関係性構築を意識している。
 - 多職種との主な連絡手段は、電話や報告書となっている。

5) 取り組む上での工夫点

- 印刷した電子薬歴を持参した上で訪問薬剤管理指導を実施することで、確かな情報を以て患者の状態を判断できるため、より効果的な指導につなげている。
- 午前中は通常業務で忙しいため、午後の時間帯で訪問薬剤管理指導を行うなど時間を調整している。

6) 取組による成果・アウトカム

- 患者の飲み忘れなどが減り、適切な回数での服薬につながっている。

7) その他

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 質の高さを担保するためには、指導のプロセスだけでなく、患者の満足度や改善効果などのアウトカムへの着目が必要と考える。
 - 患者のためになる指導を実施するためには、勉強会や多職種が参加する会議などに積極的に参加し、自己研鑽することが重要と考察している。
- DX 活用上の課題
 - タブレットでクラウド化したデータを持ち運び、メモ取りまでできるシステムの活用を要望しているが、費用の高さや個人情報を持ち出すリスク、訪問薬剤管

理指導の対象患者が3人と少ない点から利用に至っていない。

(7) 友愛薬局船橋店¹

1) 取組のポイント

- 当薬局では、医療的ケア児及び要介護高齢者を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
- 訪問薬剤管理指導では、外来対応と比較すると処方箋の疑義照会の負担が大きい点を認識しているが、その対応として、「疑義照会のフォーマット作成」と「医師との信頼関係の構築」などの工夫を行っている。

2) 薬局の概況

<薬局の概況>

- 所在地：千葉県船橋市
- 地域区分：都市部
- 人口：627,063 人
- 高齢化率：24.6%
- 同一経営主体による薬局数：34 軒
- 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：3,002 枚
- 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：7 件
- 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算 1）
- 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算 1）
- 薬剤師数（常勤 4 人、非常勤 5 人）

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- 訪問薬剤管理指導は、1 人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応も基本的に 1 人で実施しており、特段の在宅協力薬局は無い。

3) 取組の背景・問題意識

- 医療的ケア児
 - 元々知り合いであった医療機関に勤めるソーシャルワーカーから依頼されたことをきっかけに訪問薬剤管理指導を開始した。病院への費用請求や処方箋に関する疑義照会、物品の整理などの対応に慣れていることもあり、医師との関係も構築されているため、継続的な依頼につながっていると考察している。
 - 1～2 歳の患者が多く、基本的には家族がサポートしてくれるため、対応においてあまり問題は生じていない。
- 要介護高齢者
 - 介入のきっかけ

¹ ヒアリング内容について、一部グループ内店舗における勤務経験を含む

- ◇ 当薬局を外来利用されている患者や医師・ケアマネジャーから依頼された患者を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
 - ◇ ケアマネジャーからの依頼について、薬剤師の介入が必要と判断される患者は一人のケアマネジャーが集中して担当していることが多く、地域ケア会議や担当者会議で顔の見える関係性となっており、訪問薬剤管理指導を通じて支援をするうちに信頼関係が構築され、依頼につながっていると考えている。
 - ◇ 一部、当薬局の薬剤管理指導体制を把握している医療機関や、県や当薬局のホームページなどの外部情報を確認したケアマネジャーから介入を依頼されるケースもある。
- 対象患者像
- ◇ 移動制限のある方や認知症患者で服薬管理が難しい方が主となっている。稀に、病気に対する知識が不足している患者や服薬への意識が低い患者の対応を求められるケースもある。
 - ◇ 特に服薬管理が困難な患者像として、頻回に薬局を訪れる重複多剤服薬の可能性のある患者や治療への関心がなく服薬拒否される患者が該当する。
 - ◇ 健康上の不利益として、アルコール中毒で睡眠剤を服用し、物忘れや転倒・けがにつながったケースや、処方薬を隠しており、適切な量の服薬をせず症状が改善しないことで処方量が増え、血圧や血糖の低下につながったケースが確認されている。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導
 - 患者が服薬している姿を実際に見ることが重要と考えている。服薬を嫌がる、服薬時にえずくなどの様子を観察した上で、服薬カレンダーなどのツールを使って補助している。また、訪問回数を重ねることも縦横であるため、何度も繰り返し訪問することで改善効果につながっていると考えている。
 - 患者の服薬状況だけでなく、性格や行動スケジュールも含めて把握することの重要性を認識している。患者との世間話から把握できる情報もあるため、趣味など生活スタイルについても情報収集している。
 - 医療的ケア児への訪問薬剤管理指導においては、医療機関からの依頼を受けてガーゼ類や人工呼吸器の精製水、カテーテルなどを提供するケースもある。
- 多職種連携
 - 薬剤師のみでの対応は困難であり、様々な職種が患者ケアにかかわることで、適切な治療につながるため多職種連携は必要と考えている。
 - 各職種の役割として、以下が重要と考えている。
 - ◇ 薬剤師：服薬カレンダーをセットしたりなどの服薬管理や、処方の方針の提案
 - ◇ 看護師：内服薬の服用の援助や利用者が状態を受け入れ、向き合えるよう、

心身両面のケアを行う

- ◇ ケアマネジャー：薬の袋を開けることができない患者のサポートなどの物理的なケア
- ◇ 共通：情報の共有
- 多職種との情報共有手段
 - ◇ クリニックとは、レセコンや報告書を通じて検査結果や留意点、患者情報などの情報交換を実施している。
 - ◇ レセコンなどのツールを活用する一方で、電話や対面による直接のコミュニケーションの重要性も認識しており、医師・看護師・ケアマネジャーなどと顔の見える状況での情報共有も実施している。

5) 取り組む上での工夫点

- 訪問薬剤管理指導
 - 外来対応と比較すると処方箋の疑義照会の負担が大きいため、より効率化するために、「疑義照会のフォーマット作成」と「医師との信頼関係の構築」を行っている。
 - ◇ 「疑義照会のフォーマット作成」については、医師が回答しやすいフォーマットを作成し、FAX で医師に依頼する仕組みをつくっている。
 - ◇ 「医師との信頼関係の構築」については、薬剤師が医師の信頼を得ることで、ある程度薬剤師の判断に一任してもらうことができるため、疑義照会を一部割愛し、薬剤師自らの判断で対応した上で、医師への事後報告で対応を完了することができている。
 - 服薬カレンダーのみでは、改善効果が見えない患者については、日めくりのカレンダーを活用するなど、より丁寧な介入を行っている。
- 夜間・休日対応
 - 訪問が困難な場合や緊急の対応で当薬局内に薬の在庫が不足している場合について、基本的には当薬局内で処理できるよう調整しているが、緊急時はグループ内の薬局に協力を依頼するケースも一部ある。グループ内の薬局は、薬の在庫や患者情報の共有方法や請求処理の方法が共通であるため、連携がとりやすいという利点がある。
- 多職種連携
 - 患者宅に薬剤師専用ノート（連絡帳）を設置している。
 - 地域ケア会議など多職種が参加する様々な取組に参加して、顔を覚えてもらい顔の見える関係性を構築している。
- 人材確保
 - 当薬局は薬剤師不足を感じているが、不足する人員で対応を行うための工夫として、下記の取組を行っている。
 - ◇ 訪問薬剤管理指導 1 件が外来何件分にあたるかの目安を算定し、採算につい

て意識した上で、患者にとって本当に必要な対応のみを実施すること。（但し、患者の状況に応じて、柔軟に対応することが求められる。）

- ☆ サポート役となる家族が薬を取りに来ないことが原因で訪問薬剤管理指導が必要となるケースや、ケアマネジャーが理由もなく不安だからと訪問を依頼されるケースなどについては、家族への声掛けやケアマネジャーへのヒアリングなどを通じて、不要な訪問対応回数を削減すること。

6) 取組による成果・アウトカム

- ・ 訪問薬剤管理指導の実施により、コンプライアンスの維持・アドヒアランス向上などの成果につながっている。薬剤師の介入によって、患者の適切な服薬量やどのような対応が必要となるかが把握できるため、適切な支援を提供できている。

7) その他

- ・ 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 患者が処方された薬を正しく理解し服薬することが重要であり、決められた時間に決められた量を服薬するよう指導するなど、患者の行動の全てを正すことがゴールではない。そのため、薬剤師は患者がどのような状態を目指しているのかといったエンドポイントを把握した上で、患者の幸せに向けて、一緒に検討する意識をもって対応することが必要と考察している。
- ・ 夜間・休日対応における課題
 - 訪問が不必要と判断される、緊急性の低いケースであっても、医師からの依頼があれば対応しなくてはならない点を負担に感じている。緊急と判断される理由を説明してくれる医師もいる一方で、理由の説明がなく依頼されるケースや事務員が窓口となることでそのまま依頼を受領してしまうケースもあり、経営面でも大きな負担となっている。
- ・ DX の活用における課題
 - 多職種間で共通して活用できる情報共有システムの活用を望んでいる。現状の問題点を多職種間で共有し合い、同じ目的に向かって対応できることに向かっていることが理想であるが、現在は、医療機関や介護事業所ごとに使用するツールが異なり一元化が困難な状況となっている。
 - また、業務全般においても ICT の活用により、網羅的に課題が可視化でき、効率化されと考えている。
- ・ 訪問薬剤管理指導の収支状況
 - 収支状況については、外来業務と比較して、訪問薬剤管理指導業務の負担が大きいと、支出過多な状況となっている。
 - 1日の訪問件数が少ない場合、1人の患者のために移動が求められるなど移動時間のロスが発生するため、訪問件数が増えるほど移動時間のロスを削減できると考察している。1日 10～20 件近くの患者宅を訪問できるとロスが少なくなる

ため、患者や医師との信頼関係を構築した上で、地域ごとにまとめて訪問したり、訪問薬剤管理指導日数の調整を行ったりなどをし、効率化をはかっている。

- 医療人として、地域医療へ貢献したい思いがあり訪問薬剤管理指導を実施しているが、同時にサラリーマンでもあるため、すべての対応に全力を尽くすと継続が困難となると感じている。報酬改定はあったものの、依然として外来対応を行う方が診療点数の高い状況にあるため、何らかの改善が必要と考える。
- 訪問薬剤管理指導業務の改善に向けて
 - 薬剤師として患者のためにはできるサポートはすべてしたいという思いがあるが、人手不足や経営負担、訪問薬剤管理指導業務そのものの負担の大きさなどから、すべての訪問薬剤管理指導依頼を受けることができないことに葛藤を感じている。訪問薬剤管理指導の対象となる患者の中には、薬剤師に暴力的となるなど命の危険にかかわるケースもあり、薬局は女性が多い職場でもあるため、危険な患者の家への訪問は困難な場合もある。薬剤師が訪問薬剤管理指導にやりがいを感じられるよう、国等において何かしらの対応の検討が必要と認識している。

(8) ゆめみ薬局

1) 取組のポイント

- 当薬局では、質の高い訪問薬剤管理指導を実施するために、患者との良好な関係構築を大事にしている。
- 患者に対して「何かしてあげられるのではないか」といったように、常に患者ファーストの姿勢を心掛けており、患者との対話を積極的に行い、問題点の解決に向けて前向きに行動することで、効果的な服薬指導を実現している。
- 「薬局を知ってもらう」ことを意識しており、高齢の患者やその家族に対し、在宅対応や一包化などの「薬局でできる事」を意図的に説明し、何かあった際に患者側からも気軽にアプローチできるようにしている。

2) 薬局の概況

<薬局の概況>

- 所在地：埼玉県川口市
- 地域区分：都市部
- 人口：563,187人
- 高齢化率：24.5%
- 同一経営主体による薬局数：当店以外になし
- 応需処方箋枚数（令和6年10月1か月間）：2,317枚
- 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和6年10月1か月間）：8件
- 地域支援体制加算の届出有無：有（地域支援体制加算2）
- 在宅薬学総合体制加算の届出有無：有（在宅薬学総合体制加算1）
- 薬剤師数：常勤1人、非常勤4人

※面薬局として機能している。

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- 訪問薬剤管理指導は、1人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応も基本的に1人で実施しており、特段の在宅協力薬局は無い。

3) 取組の背景・問題意識

- 抗がん剤を服用している患者で成人量の標準的な量を誤って2回服薬したり、服薬を忘れてしまうなどのリスクが高い患者が多い。特に高齢者は、時間間隔のずれが生じるケースが多く、朝・夕方を勘違いして服薬してしまう人もみられる。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導を行う上で、患者自身に関心を持って話を聞くことを前提としており、訪問時には患者の生活環境や生活サイクル（食事回数や時間帯等）も確認した

上で対応にあたっている。

- 多職種連携の取組について、小さなことであっても報告・連絡・相談を行うことが重要と考えている。
 - 例えば、皮膚トラブルが絶えない患者がいるが、看護師・ヘルパー・入浴担当者が訪問の度に状況を共有してくれることで、より有効な指導の実施につながっている。
 - 患者が退院する際の会議はオンライン（Zoom）で参加することで、患者がより身近に感じられる上に、事前に情報を取得できている。
 - その他にも、効率的に情報収集をするため、メディカルケアステーション（以下、MCS とする）を活用している。

5) 取り組む上での工夫点

- 適切な回数での服薬が困難な患者に対しては、一週間単位で処方を行うことや、服薬のタイミングを2回ではなく1回にまとめることなどを提案している。
- 面薬局として、患者の状態を深く理解し、患者と信頼関係を構築することを意識している。そうした工夫を通じて信頼関係が醸成され、薬を適切に服用してくれるようになる。また中には1、2時間話をする患者もいるが、そういった際に様々な課題が見えてくる。ただしこれは訪問薬剤管理指導を実施する薬剤師が管理者であって、訪問時間が長くなったとしても人件費がかからないからできることとも考えている。
- 多職種連携も心掛けており、ケアマネジャーとの連携により、安定したコンプライアンスになった例は多くみられる。
- 1人の薬剤師で多くの患者の訪問薬剤管理指導を実施するため、薬剤師と多く会話をしたい患者やそれほど会話の必要が無い患者など、患者の特性に合わせてそれぞれの対応時間を変えるといった工夫をしている。

6) 取組による成果・アウトカム

- 患者理解に重きをおいた指導の実施により、ばらばらだった処方が当薬局に一元管理され、患者と会う機会が増え、結果として、抗がん剤のコンプライアンス不良が見つかり在宅医療につながったケースなどがある。

7) その他

- 人材確保における課題
 - 訪問薬剤管理指導にあたる薬剤師数を増やしたいと考えており、企業を通じて人材確保のマーケティングを実施しているが、応募がこない状況である。
 - 薬剤師が1人入社するにあたり、年収の30%が仲介手数料としてかかるように、200万円以上が必要となる。かつ、現在薬剤師の通常業務としてインターネットで薬などについて調べていると転職案内の広告が目につく。このように転職を促す人材マーケットが盛んになると、比例して離職率は上がると考えられる。

「人材確保＝人材マーケットの低迷」が必要不可欠と考えられるが一薬局としての努力の範疇を超えており、年 100 万円程度の予算を継続して毎年考慮する必要があると感じている。

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 訪問薬剤管理指導について質の高いものと低いものの違いは、モチベーションの高さ（何かをしてあげたいという前のめり感）にあると思う。これによって患者への指導効果が変わってくると思う。患者がテーブルに手をついていたら「足が痛いのかな」と声掛けするが、機械的に業務を行っていたら気が付かないことかもしれない。

(9) 飯山赤十字病院

1) 取組のポイント

- ・ 過疎地域に位置する当院の薬剤師は、地域のニーズに応えるべく、薬剤師は院内業務と兼務する形で訪問薬剤管理指導業務を実施している。
- ・ 医師や看護師などの多職種とは、日々のミーティングなどを通じて、タイムリーに情報を共有し合うなど密に連携できている状況であり、訪問薬剤管理指導を実施する上で多職種連携の効果を感じている。

2) 病院の概況

<病院の概況>

- ・ 所在地：長野県飯山市
- ・ 地域区分：全部過疎地域
- ・ 人口：18,935 人
- ・ 高齢化率：39.4%
- ・ 病床数：284 床（一般 60 床、回復期リハビリテーション：60 床、地域包括ケア 120 床、医療療養 44 床）
- ・ 応需処方箋枚数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：院内 519 枚、院外 2,893 枚
- ・ 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：89 件
- ・ 薬剤師数：常勤 9 人、非常勤 1 人

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- ・ 訪問薬剤管理指導は、2 人の薬剤師が実施している。夜間・休日対応は、日直・当直体制のため、調剤への問い合わせについては他の薬剤師が電子カルテ等を参考にしながら対応している。特段の在宅協力薬局は無い。

3) 取組の背景・問題意識

- ・ アドヒアランス不良や管理不十分、介護者の薬剤に対する理解不足、多科受診によるポリファーマシーを抱える患者を対象に訪問薬剤管理指導を実施している。
- ・ 薬剤管理上、残薬の多さや、内服できない時間帯がある点、内服だけで満腹となってしまう食事量が減少すること、傾眠傾向、過去に症状があり処方された薬（鎮痛薬、胃薬、整腸剤など）を症状が改善した後も、医師がいわゆる Do 処方で漫然とオーダーを継続してしまうなどの課題が生じている。

4) 取組内容

- ・ 訪問薬剤管理指導
 - 患者が適切に服薬できるよう、薬剤の必要性の検討や、用法の見直し、用法の統一（簡素化）、服薬カレンダーの活用を行っている。また、薬剤の効果判定によ

って処方の変更や提案を行うことで、処方薬の増加防止につながっている。

- 訪問時には、患者の体調や介護者の様子を確認するほか、患者の性格に合わせた臨機応変な対応を実施している。
- 夜間・休日対応
 - 医師や訪問看護師と密に連携することで訪問対応体制を確保しており、薬剤師による対応が困難な場合は、訪問看護師や患者の家族に依頼することで対応している。
- 過疎地域における対応
 - 薬局に行く手段が無い患者や薬剤管理を必要とする患者が多く訪問薬剤管理指導のニーズはあるが、コストパフォーマンスの悪さなどから近隣に訪問対応を行っている薬局が少ない状況であるため、当院にて訪問対応を実施している。
 - 時間やガソリン代などのコストを要する点は課題に感じている。
- 多職種連携
 - 薬剤師は頻繁に訪問できるわけではないため、多職種連携することで患者の状態のより詳細な把握につながっており、多職種連携の重要性を認識している。
 - 各職種の役割として、以下が重要と考えている。
 - ✧ 薬剤師：ヘルパーからの情報収集
 - ✧ 他職種：算定できない際など状況に応じて、看護・リハビリ時に薬を患者宅に持っていくこと、看護時の薬剤の評価
 - ✧ 共通：患者やその家族の現状の把握、情報共有
 - 日々のミーティングなどを通じて、医師や看護師、理学療法士、ケアマネジャーなどと連携しており、タイムリーな情報共有につながっている。
 - サービス担当者会議などの多職種が参加する会議に参加しており、以下の点から有用性を感じている。
 - ✧ 服薬介助の現状を聞くことで、剤型の変更や服用時間、回数の変更などを提案できる点。
 - ✧ 患者やその家族の気持ちや今後のケアプランを把握でき、支援や関わり方が共有できる点。
 - ✧ 服薬における最適な方法を検討できる点。
 - ✧ 在宅での対応が難しい場合、デイサービスでの内服に切り替えを行うといった方法を検討できる点。
 - 薬剤師や、医師、看護師、ケアマネジャーが集まるカンファレンスを週1回程度の頻度で開催している。新型コロナウイルスの影響で中断されているが再開に向けて検討している。
- DX 活用
 - 電子カルテ導入などの院内のペーパーレス化に合わせて看護師やリハビリテーションスタッフ用にタブレットが導入されたが、薬剤師は数が不足しているこ

とから専用のタブレットを有していないため、空いているタブレットや固定パソコンを利用している状況である。タブレットなどの利用により、訪問先でも多職種の記録を確認できるといった効果を感じている。

- 薬剤師専用のタブレットの導入やタブレットに院内電子カルテ情報を連携することを希望しているが、現時点では費用負担の大きさなどから実現に至っていない。

5) 取り組む上での工夫点

- 2人の薬剤師が院内の他業務と兼務する形で訪問対応にあたっているため、可能な限り同じ日に同じ方面の患者を訪問できるよう調整している。
- 多職種連携
 - 看護師やヘルパーは決められた曜日に患者宅を訪問しており、看護師とヘルパー同士が顔を合わせる機会がなく、また、日によって違うスタッフが対応にあたるため、薬剤師が看護師とヘルパーそれぞれから情報を収集し、それぞれに共有を行うことで、スムーズな連携につなげている。
- 過疎地域における対応
 - 薬剤師がすぐに対応できない場合は、同じ方面での在宅診療や、訪問看護、訪問リハビリを担当するスタッフに対応を依頼し、追って電話等で薬剤指導などのフォローアップを行うことで、時間の有効活用や資源の節約につなげている。

6) 取組による成果・アウトカム

- 薬剤師の介入により、患者のADL向上や服薬に対する不安軽減などの改善効果に寄与している。また、患者の多剤併用を改善する事で、再入院の減少にも貢献している。
- 薬剤師が介護者にとって扱いやすく、負担にならない薬剤を選択して処方提案することで、患者のコンプライアンスの向上につなげている。

7) その他

- 質の高い訪問薬剤管理指導とは
 - 患者やその家族に寄り添い、希望に沿った治療を実施した上で、患者とその家族の満足度を得られる状態が質の高さだと考察している。
- 人材確保の課題
 - 募集をかけても応募がなく、病院薬剤師不足が課題となっている。
 - 院内の他業務と兼務する形で訪問薬剤管理指導を実施していることで、訪問業務を行う薬剤師を充足させているが、当直明けや代休取得時は対応が困難となるといった制約も感じている。
- 訪問薬剤管理指導の収支状況
 - 当院では、収入よりも薬剤師の人件費や移動に要するガソリン代、その他諸経費が上回る支出過多な状況となっており、訪問薬剤管理指導の実施による負担感

を抱えている。

- ✧ 当院側の対応策として、患者に負担してもらう交通費の見直しを検討している。
- ✧ 国側に求める対応策として、都市部の場合は同じ時間で数倍の患者に対応することが可能である一方で、過疎地域では患者宅への移動距離が遠く、移動時間を要してしまうため、訪問できる患者が少なく収益の増加は見込めない状況である。そのため、地域の実情に応じた加算があれば訪問薬剤管理指導の継続実施がし易くなると考察している。

(10) ベルピアノ病院

1) 取組のポイント

- 当院の薬剤師は、病棟業務の他、訪問薬剤管理指導を積極的に実施している。訪問診療を実施していることや医師の在宅医療実施への強い意向もあり、訪問薬剤管理指導を行い易い状況にあった。また、特別養護老人ホームを併設し、デイサービス・通所リハビリセンターも行っている。在宅医療では、多職種（医師、看護師、介護福祉士、リハビリ、栄養士）が関与し、訪問用の車両を 60 台近く有しているなど訪問のための環境が整備されている。
- 当院では、医師との厚い信頼関係にある院内の薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施しているため、スムーズな患者の情報共有が実現している。

2) 病院の概況

<病院の概況>

- 所在地：大阪府堺市
- 地域区分：都市部
- 人口：798,828 人
- 高齢化率：28.7%
- 病床数：192 床（回復期リハビリテーション：96 床、地域包括ケア：48 床、医療療養：48 床）
- 処方数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：院内 351 枚、院外 1,022 枚
- 訪問薬剤管理指導延べ件数（令和 6 年 10 月 1 か月間）：60 件
- 薬剤師数：常勤 5 人、非常勤 1 人

<訪問薬剤管理指導の実施状況>

- 訪問薬剤管理指導は、専任 1 人（40 人程度の患者担当）、兼任 4 人（2～3 人程度担当）で従事している。
 - 訪問薬剤管理指導実施のための条件として、「車の運転ができること」、「地図を把握できていること」、「人当たりがよいこと」、「病院薬剤師の経験が 3 年以上」などを設定しており、採用の際も車の運転ができる人材を最優先に採用している。
- 病院が保有しない薬剤を患者に処方する場合は、保険薬局にて訪問薬剤管理指導を実施している。
 - 訪問薬剤管理指導の院内処方：院外処方比率は、6：4 程度となっている。
 - 院内の薬剤師の方が医師とのコミュニケーションが取りやすいため、患者の生活状況も踏まえた対応となる場合は、院内の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行うケースが多い。

3) 取組の背景・問題意識

- 適切な薬剤管理を行えない患者に対する訪問薬剤管理指導について、病院薬剤師が算定できる回数に上限があることから、毎週訪問することが難しい状況にある。
- 薬剤を自分で薬剤管理・服用しようとする意識が全くない患者への対応が難しく、課題を感じている。

4) 取組内容

- 訪問薬剤管理指導
 - 一般住宅への訪問
 - ◇ 薬剤師の訪問回数が制限される中で、患者が適切に服薬管理できるよう、訪問看護師やヘルパーなどのスタッフと連携しており、訪問看護師には薬剤管理や薬剤のセット、ヘルパーには日々の服薬確認の実施を依頼しているケースもある。
 - ◇ 一般住宅の患者は、施設入所の人とは異なり服薬管理が患者・介護者任せとなる部分が多く、また服薬管理や服薬状況の確認方法が同一の人はいないため、臨機応変な対応が必要となっている。また、経済状況や生活状況も患者ごとに異なるため、訪問時には生活の様子にも留意している。
 - 高齢者施設などへの訪問
 - ◇ 入居者に対しては、患者自身の訴えを基に指導しており、職員に対しては客観的な視点から評価を聞き取り指導している。
- その他の取組
 - 医師が訪問診療を実施した数日後に薬剤師が患者宅を再訪し、その際に患者の体調確認を行っている。

5) 取り組む上での工夫点

- 適切な服用ができない患者に対しては、食事回数や介護職員などが薬剤を投与できる状況を踏まえ医師と相談し、1日1回もしくは2回などへの用法に変更を行うといった工夫をしている。
- 独居の高齢者の場合は、毎日多職種（医師、看護師、薬剤師、ヘルパーなど）のいずれかが訪問するようにしており、水回りや火元など患者の生活環境に危険がないか確認を行っている。
- 一日あたりの訪問件数は多いが、限られた人材で効率的に患者宅を訪問できるよう、北側・南側などの地域ごとにまとめて訪問できるようルートを調整している。
- 多職種連携の取組として、患者宅に多職種が情報共有するためのノートを設置しており、訪問を行ったスタッフが得た情報をノートに記入することで情報共有している。

6) 取組による成果・アウトカム

- 訪問薬剤管理指導により、服薬タイミングのずれはあるが、適切な回数の服薬につながっている。また、訪問時に患者の体調も含めてモニタリングすることで、患者の体調変化の早期発見、早期治療につながっている。
- 収支状況について、居宅療養管理指導費については収入過多であり、薬剤費だけを見ると支出過多となっている。そのため、全体としては、収支均衡となっている。

7) その他

- 算定上の課題
 - 病院薬剤師であることから、介護保険では訪問の算定が月 2 回までしか行えないため、本来であれば1週間に1度、訪問する必要のある患者のところに行けない点。
 - 定期訪問以外（月に3回以上の訪問の際）の緊急の訪問が算定できない点。
 - 院内処方の場合、診療の在宅時医学総合管理料で薬剤費が月 3000 円しか認められていないため、患者によっては薬剤費で損失がみられる点。麻薬を多用する場合は採算がとれなくなるため、終末期の麻薬の薬剤費だけでも出来高となることを望まれている。
- 多職種連携上の課題
 - 薬剤師の業務の都合上、担当者会議に出席できないことが多いため、患者の対応に関しては、事前にケアマネジャーと電話やメールなどで連絡し合っている。今後の治療方針や薬剤に関することなどの優先度の高い議題の場合は出席している。また、会議がオンライン実施であれば、より参加し易くなるが、出席者全員に一定の IT リテラシーがあり、オンライン環境が整備されている必要があるため、現状は実施が難しい。
- DX 活用上の課題
 - 病院向けの電子カルテや服薬支援システムは、訪問に特化していないため、病院内での使用に留まっている。訪問時にもシステムを使用できるよう、今後ベンダーとの協議が必要である。
- 訪問薬剤管理指導を行う必要がある対象患者について、当院で対応するのか、院外の薬局に対応してもらうのかを判断しているが、院外にお願いしない場合に当院で対応するという考え方を取っている。具体的には①当院が備蓄していない薬剤が患者に必要な場合、②患者と薬局の関わりが深い場合の場合には院外薬局に対応を依頼し、③当院の医師が薬剤師と連携しながら訪問診療を行いたい場合には院内薬剤師が対応している。この院内、院外の比率は前述の通り、6：4 程度となっている。

3. 調査結果の分析

(1) 訪問薬剤管理指導業務の実態

1) 好事例

- すべての薬局・病院において、訪問薬剤管理指導の実施により、患者の適切な服薬や、ADLの向上、不安軽減などの改善効果に寄与していた。
- 患者の適切な服薬につなげるための工夫や、薬剤管理に関する内容以外で訪問時に確認すると有効的な内容として、以下が挙げられた。

薬剤管理における工夫	薬剤管理以外に確認すること
- 一包化 - ツール活用（服薬カレンダー、服薬管理ケース、残薬バッグ） - 薬袋への服薬日の印字 - 薬袋の色分け - 服薬回数の調整 - 一週間単位など細かく処方すること	- 身体的な状況（体調の変化、歩き方、食欲、栄養・水分摂取の状態など） - 生活環境（水回り、火元、動線における転倒リスク、エアコンの設定温度、危険物の有無など） - 生活サイクル（食事回数、時間帯など） - 生活スタイル（食事傾向、趣味、家族や友人との連絡頻度など） - 経済状況 - 性格 - 服薬時の反応・様子

- 訪問薬剤管理指導を開始するきっかけについて、医師やケアマネジャーからの依頼によるケースや、薬局・病院の利用者で訪問薬剤管理指導の必要性が判断されたケースが多くみられた。
- その他の工夫として、以下の意見がうかがえた。
 - 限られた人材で効率よく複数の患者宅を訪問できるよう、同じ方角に住んでいる患者宅を同じ日に訪問するなどルートを調整している。
 - 患者ごとに担当薬剤師を決めることで、患者は顔なじみの薬剤師に訪問薬剤管理指導を実施してもらうことができ、患者満足度の向上や訪問薬剤管理指導の質の担保につながっている。
 - 外来対応と比較すると処方箋の疑義照会の負担が大きいため、「疑義照会フォーマットの作成」と「医師との信頼関係の構築」を行っている。
 - ☆ 「疑義照会のフォーマット作成」については、医師が回答しやすいフォーマットを作成し、FAXで医師に依頼する仕組みをつくっている。
 - ☆ 「医師との信頼関係の構築」については、薬剤師が医師の信頼を得ることで、ある程度薬剤師の判断に一任してもらうことができるため、疑義照会を一部割愛し、薬剤師自らの判断で対応した上で、医師への事後報告で対応を完了

することができている。

- 患者に、薬効や血液検査の結果など、患者自身の状態を丁寧にフィードバックすることで、患者も薬の改善効果を把握することができ、積極的な服薬につながっている。

2) 課題

- ・ 業務負担や経営負担、人材不足などの課題について多くの意見がうかがえた。
- ・ 薬剤師は女性比率の高い職業であるが、攻撃的な行動をとる可能性がある患者の場合は、フィジカル面の問題で女性薬剤師 1 人での訪問に不安があるため、男性薬剤師での対応が求められるとの意見があった。
- ・ 管理者が時間・体力的な犠牲を払ってでも取り組まなければ従業員はついてこないため、管理者側のモチベーションも重要となっているとの意見があった。
- ・ 訪問対応できている患者以上に、訪問できていない患者が多く、潜在的な訪問薬剤管理指導業務のニーズが大きいことから、訪問対応だけでなく、ニーズの発掘にも注力が必要と感じているといった声がみられた。
- ・ 訪問薬剤管理指導業務そのものの認知度が非常に低く、多職種だけでなく薬剤師も業務内容やその役割を理解できていないことで、訪問薬剤管理指導業務の実施につながっていないといった意見がみられた。国や地域、薬剤師会などが主体となって周知を行う必要性が確認された。

(2) 夜間・休日対応

1) 好事例

- ・ 曜日ごとに担当薬剤師を決めることで薬剤師 1 人 1 人の負担感を軽減している事例がみられた。
- ・ 患者やその家族、多職種との関係性が構築されていることで、夜間・休日に依頼があった際も電話上の相談で解決するケースも多く、日常的に患者等との関係を構築することの重要性が伺えた。

2) 課題

- ・ ニーズがある限り対応が必要となるため、休めない状況が生じているとの声があった。
- ・ 訪問が不要と判断される、緊急性の低いケースであっても、医師からの依頼があれば対応しなくてはならない点が薬剤師の負担となっていた。
- ・ 曜日ごとに担当薬剤師を決めていても、負担が大きい作業であるため、従業員も同じ熱量で取り組み続けられるか懸念されている薬局がみられた。
- ・ 人件費が余分にかかり、経営面の負担が大きいといった意見がみられた。

(3) 高齢者施設等への訪問対応

1) 好事例

- 施設入居者と職員それぞれで指導方針を変えており、入居者に対しては患者自身の訴えを基に指導し、職員に対しては客観的な視点から患者の様子などを聞き取り指導しているといった工夫がみられた。

2) 課題

- 施設職員の薬剤への理解が不十分であることや、職員間での情報共有漏れや研修などの学びの場の不足から、患者の適切な服薬につながっていないといった課題がみられた。

(4) 過疎地域における取組

1) 好事例

- 過疎地域では、患者宅への移動に時間がかかるため、薬局の通常業務が忙しくない時間帯（土曜日午後など）に訪問薬剤管理指導を実施できるよう調整するなどの工夫がみられた。
- 薬剤師がすぐに対応できない場合には、同じ方面での在宅診療や、訪問看護、訪問リハビリを担当するスタッフに対応を依頼し、追って電話等で薬剤指導などのフォローアップを行っているケースもみられた。

2) 課題

- 患者宅への移動に片道 20 分以上かかるケースもあり、コスト（時間・人件費・ガソリン代などの諸経費など）がかかる点が主な負担となっている。

(5) 多職種連携

1) 好事例

- 多職種連携の有効性として以下の意見が挙げられた。
 - 薬剤師の訪問回数が限られる中で、利用者の病状に応じた看護を提供する訪問看護師、身体介護を行うヘルパー等と連携し、各職種の専門性のもとに適切な服薬管理につながっている点。
 - 薬剤師が 24 時間体制で患者にかかわることはできないが、患者の体調は刻一刻と変化するものなので、多職種からの情報共有が重要となる点。
 - 多職種と積極的に連携し、関係を構築することで、ケアマネジャーから訪問薬剤管理指導の対象となる患者についての相談を受けるなどのニーズの掘り起こしにつながっている点。
- 多職種との情報共有に関して、以下の意見が挙げられた。
 - 多職種との主な連絡手段や情報収集の手段として、主に以下が活用されている。

連絡手段	情報収集の手段
・ 対面形式（直接の訪問など） ・ 電話 ・ 報告書 ・ レセコン ・ 電子カルテ ・ ICT ツール（LINE、LINE WORKS、SLACK など） ・ 患者宅に設置したノート（連絡帳）	・ MCS ・ （患者の同意のもと）インターネット上で患者の診療情報を閲覧可能とするシステム

- ICT ツールを活用することで、多職種間で気軽に連絡ができ、こまめな情報交換につながり、患者の情報を取りこぼさない体制が実現できている。
- 看護師が診察室で服薬状況が適切にできていないと思われる患者を発見した際に、処方箋にメモを添付してくれる仕組みを整備している。
- ・ その他、多職種連携における工夫として、以下の意見がうかがえた。
 - 他職種から服薬介助の現状を聞くことで、剤型の変更や服用時間、回数の変更などを提案したり、家族や他職種などの患者の介助者にとって扱いやすく負担にならない薬剤を選択して処方することを提案したりと薬剤師の専門性を生かした対応が行われていることが確認された。
 - 業務多忙な薬剤師の負担を軽減するために、患者の退院時カンファレンスにオンライン参加している事例があり、オンライン対応においても、現地対応と同様の意思疎通が図れることが確認された。
 - 日常的に多職種が集まる場や他の事業所に顔を出すなど顔の見える関係性を構築することで、職種間の連携がスムーズ、且つ、継続的なものとなっている。

2) 課題

- ・ 互いの業務内容や目的を正しく理解していないと適切な患者対応につながらないため、全職種共通して、他職種の仕事の在り方や内容について相互理解することが必要との意見がみられた。
- ・ 多職種連携のための会議に参加している薬局・病院が多くみられたが、新型コロナウイルスの影響で会議が中断してしまっているケースがあった。
- ・ 多職種間での情報の連携範囲を拡大したいが、各職種が使用するツールが異なるため、実現につながらないとの意見があった。
- ・ 多職種が参加する会議がオンライン実施であれば、より参加し易くなるが、出席者全員に一定のITリテラシーがあり、オンライン環境が整備されている必要があるため、現状では実施が難しいとの意見がうかがえた。
- ・ 多職種が集まる場に薬剤師がそもそも呼ばれていない状況を懸念している声もみられた。薬剤師の役割や介入効果などの更なる周知や、薬剤師の多職種との積極的な関係性づくりの重要性が確認された。

(6)DX の活用

1) 好事例

- DX 活用の効果について、以下の声があった。
 - 業務全般において網羅的に課題が可視化でき、効率化した。
 - 情報の管理が容易になった。
- iPad などのタブレットを活用することにより、処方に疑義が生じた際なども対象患者の薬歴がすぐに確認でき、その場で問題解決ができるため、効率化したとの声があった。
- 患者の急激な増加で対応に負担を感じたことをきっかけに、報告書の記入が完了すると同時に FAX で医療機関などに自動送付されるシステムを活用している薬局がみられた。
- 従業員間のコミュニケーションを円滑に実施するため、チャット機能を活用している薬局がみられた。

2) 課題

- 訪問薬剤管理指導業務の流れを汲んで設計されているシステムがないため、訪問薬剤管理指導に特化したシステムの普及を望む声が複数みられた。
- 費用負担が大きいことが原因で DX 活用に至っていない施設が多くみられた。
- 訪問薬剤管理指導の対象患者数が少ないため、DX 活用そのものへのニーズを感じていない施設もみられた。
- 多職種間で共通して活用できる情報共有システムの活用を望んでいるが、医療機関や介護事業所ごとに使用するツールが異なり一元化が困難な状況であるとの意見があった。
- 機器の操作に手間取る社員がいる場合は、追加での教育が必要となり、管理者側の負担が大きいとの声があった。
- タブレット活用においては、利便性が確認される一方で、以下の課題も挙げられた。
 - 訪問時に頻繁には使用しないため、コストパフォーマンスが悪い点
 - 導入費用の負担が大きい点
 - 個人情報を持ち出すリスクが高い点

(7)人材確保の取組

1) 好事例

- 訪問薬剤管理指導 1 件が外来何件分にあたるかの目安を算定し、採算について意識した上で、患者にとって本当に必要な対応のみを実施するといった工夫がみられた。
- 人材が不足している状況において、患者のサポート役となる家族が薬を取りに来ないことが原因で訪問薬剤管理指導が必要となるケースや、ケアマネジャーが理由も

なく不安だからと訪問を依頼されるケースについては、家族への声掛けやケアマネジャーへのヒアリングなどを通じて、不要な訪問対応回数を削減するといった工夫がみられた。

2) 課題

- ・ 訪問薬剤管理指導にあたる薬剤師数を増やしたいと考えており、人材確保を実施しているが、応募がないといった薬剤師不足の課題を抱えている薬局・病院がみられた。
- ・ 在宅医療のニーズが高まり、新卒でも在宅医療を志す薬剤師も増えている状況ではあるが、主力になるようなスキルのある薬剤師は少ない状況がうかがえた。

(8) 訪問薬剤管理指導業務の収支状況

1) 好事例

- ・ 個別宅での訪問薬剤管理指導は患者一人一人に合わせた対応が求められるため、高齢者施設などへの訪問対応と比較するとコスト負担が大きく利益につながりづらくなっている。そのため、複数の患者宅を効率的に訪問できるルートの構築や DX 活用による訪問後の事務処理の効率化によってコスト削減している事例があった。
- ・ 1 日の訪問件数が少ない場合、1 人の患者のために移動が求められるなど移動時間のロスが発生するため、訪問件数が増えるほど移動時間のロスが削減できる。1 日 10～20 件近くの患者宅を訪問できるとロスが少なくなるため、患者や医師との信頼関係を構築した上で、地域ごとにまとめて訪問したり、訪問薬剤管理指導日数の調整を行ったりすることで効率化している薬局がみられた。

2) 課題

- ・ 外来業務と比較して、訪問薬剤管理指導は業務負担が大きいと、支出過多な状況となっている薬局・病院が多くみられた。
- ・ 個人宅での訪問薬剤管理指導では、患者一人一人に合わせた対応が求められるため、高齢者施設などでの訪問対応と比較するとコスト負担が大きく利益につながりづらくなっているとの意見がみられた。
- ・ 算定上の課題として以下が挙げられた。
 - 病院薬剤師について、介護保険では月 2 回までしか算定できないため、本来であれば 1 週間に 1 度、訪問する必要のある患者のところに行けず、定期訪問以外（月に 3 回以上の訪問の際）の緊急時の訪問の算定ができない点。
 - 業務負担の大きい認知症患者や終末期の患者への対応報酬が依然として低く、対応時間や精神的負担などの多寡にかかわらず、診療報酬が同一となっている点。
 - 院内処方の場合、診療の在宅時医学総合管理料で薬剤費が月 3000 円しか認められていないため、患者によっては薬剤費で損失がみられる点。
 - 都市部の場合は同じ時間で数倍の患者に対応することが可能である一方で、過

疎地域では患者宅への移動にも時間を要してしまい、人件費も嵩むため、地域の実情に応じた加算が必要となる点。

(9) 質の高い訪問薬剤管理指導

- 質の高い訪問薬剤管理指導として、以下の意見が挙げられた。
 - プロセスだけでなくアウトカムへの着目が重要と考えており、患者の満足度や改善効果などの成果を意識した上での対応が必要。
 - 薬剤師のモチベーションの高さ（何かをしてあげたいという前のめり感）により患者への指導効果も高くなる。
 - 患者が満足し、連携する多職種が薬剤師の仕事ぶりを認めている状態である。
 - 勉強会や多職種が参加する会議などに積極的に参加し、自己研鑽することで患者のためになる指導となる。
 - 患者が処方された薬を正しく理解し服薬することが重要であるため、薬剤師は患者がどのような状態を目指しているのかといったエンドポイントを把握した上で、患者の幸せに向けて、一緒に検討する意識をもって対応することが必要である。
 - 患者と薬剤師間で信頼関係が構築されていると、スムーズな服薬指導となる。
 - 心理学的視点からの観測と人間工学の観点からの観測の2点を重視しており、患者の精神面に寄り添った上で、人間工学的にあり得ない生活動線になっていないかを最低限確認している。
 - 患者一人一人の生活に関与することが重要であり、患者と対面で会話をし、患者や家族からも直接電話がくるなどの信頼関係を構築すべきである。

(10) その他

1) ターミナルケアにおける取組・課題

- 医療用麻薬を取り揃えている薬局が少なく在庫確保が課題となることもあるが、注射剤を活用することで対応している薬局がみられた。
- 医療用麻薬を多用する場合は採算がとれなくなるため、終末期の麻薬の薬剤費だけでも出来高となることを望まれている病院がみられた。

2) 病院薬剤師による訪問薬剤管理指導

- 院内に勤務する医師や看護師などと日常的にコミュニケーションをとることができるため、信頼関係が構築しやすく、スムーズな情報共有が実現できていた。
- 院内に特別養護老人ホームを併設しているケースでは、多職種（医師、看護師、介護福祉士、リハビリ、栄養士）が関与し、訪問用の車両を多く有しているなど訪問のための環境が整備されていた。