

令和4年度
老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

令和4年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

介護老人保健施設における薬剤調整に かかる調査研究事業

報告書

令和5年（2023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	事業成果の要約.....	5
第3章	アンケート調査.....	7
1.	調査の概要.....	7
2.	調査の結果.....	9
第4章	ヒアリング調査.....	85
1.	調査概要.....	85
2.	調査結果 薬剤調整、加算算定に係る好事例.....	88
3.	調査結果 薬剤調整、加算算定について課題を抱えている事例.....	110
4.	調査結果 薬剤調整、加算算定に係る業務等の実態.....	112
第5章	まとめ.....	117
1.	かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる実態と対応策.....	117
2.	薬剤調整にかかる実態と対応策.....	120
3.	かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整の推進に向けた取組事例.....	121
	かかりつけ医連携薬剤調整加算にかかる研修の実施状況.....	123
	調査票.....	127

第1章 事業の概要

1. 事業の背景と目的

(1) 事業の背景

かかりつけ医連携薬剤調整加算は、介護老人保健施設において入所者の服薬数が入所時平均 6.1 種類、入所 2 か月後は 5.5 種類¹と相応に存在することや、入所者の入所時における介護老人保健施設の医師とかかりつけ医との連携が必ずしも十分ではないことなどを背景として平成 30 年度介護報酬改定で創設されたが、令和元年度に実施された調査²の結果、入所後に減薬した入所者のうち同加算を算定した割合はわずか 6.9%であり、同加算を算定しない主な理由はかかりつけ医との合意形成が困難であることなどが明らかになった。

このような経緯を踏まえ、令和 3 年度介護報酬改定において同加算の見直しがなされたところである。

(2) 事業の目的

令和 3 年度介護報酬改定で見直されたかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況および、算定が進んでいない場合にはその困難要因（困難要因は実現を困難とする要因を表す、以下も同様）について、介護老人保健施設へのアンケート調査等を通じて把握分析した上で、加算見直しのための資料を得るとともに、介護老人保健施設における薬剤調整の在り方について検討する。

また加算算定の困難要因と考えられる事項に対して、工夫して対応している事例などを、介護老人保健施設へのヒアリング調査を通じて把握し、困難要因やその対応策の詳細な分析を行うとともに、現場で好事例として参考となるようとりまとめる。

¹ 出典：「介護老人保健施設における薬剤調整のあり方とかかりつけ医等との連携に関する調査研究事業」（平成 29 年 3 月／公益社団法人全国老人保健施設協会）

² 出典：「医療提供を目的とした介護保険施設におけるサービス提供実態等に関する調査研究事業」介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和元年度調査）

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、調査設計、調査票・調査項目の作成、調査の実施、集計、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

- | | |
|--------|--------------------------------|
| ○秋下 雅弘 | 東京大学医学部附属病院老年病科 教授 |
| 江澤 和彦 | 日本医師会 常任理事 |
| 大橋 博樹 | 日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長 |
| 澁田 憲一 | 日本病院薬剤師会 理事 |
| 浜田 将太 | 医療経済研究機構 研究部 副部長 |
| 平敷安希博 | 国立長寿医療研究センター循環器内科 医長 |
| 福田 六花 | 全国老人保健施設協会 常務理事 |
| 丸岡 弘治 | 医療法人社団協友会 介護老人保健施設 横浜あおぼの里 薬剤部 |
- 委員長 (計8名 敬称略、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

調整官 阿波圭介

課長補佐 佐野隆一郎

研修生 橋本萌子

(敬称略)

・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
アソシエイト・パートナー 米澤麻子
マネージャー 西尾文孝
シニアコンサルタント 石川理華
コンサルタント 斉藤壮希
スタッフ 篠田珠絵

・検討会の開催実績

第1回検討会

- ・開催日程 令和4年9月8日（木）
- ・検討内容 事業の概要、アンケート調査・ヒアリング調査の検討

第2回検討会

- ・開催日程 令和5年1月19日（木）
- ・検討内容 アンケート調査・ヒアリング調査の結果報告

第3回検討会

- ・開催日程 令和5年3月1日（水）
- ・検討内容 報告書とりまとめ

(2) アンケート調査

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定に際し、満たすことが難しい算定要件やその要因など、加算算定を促進するための方向性や具体的施策を検討するための情報を得ること、および介護老人保健施設で使用されている薬剤を把握することで、今後の適切な薬物療法を検討する上での基礎情報を得ることを目的として、介護老人保健施設に対しアンケート調査を行った。

(3) ヒアリング調査

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件を充足するための取組等を把握し好事例として横展開すること、および加算算定が進んでいない事例について算定要件を満たすことが難しい要因の詳細など、加算算定を促進するための方向性や具体的施策を検討するための詳細な情報を得ることを目的として、介護老人保健施設に対しヒアリング調査を行った。

第2章 事業成果の要約

本事業の実施事項や得られた成果を要約したものを示す。

1. かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる実態と対応策

令和3年度介護報酬改定で見直されたかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況および、算定が進んでいない場合にはその困難要因について、介護老人保健施設へのアンケート調査等を通じて把握分析した。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定状況は介護老人保健施設の13.9%が算定しており、令和3年度調査結果の6.2%より割合が高くなった。同様に加算（Ⅱ）は10.3%、加算（Ⅲ）は8.5%であった。

加算（Ⅰ）を算定する上での主な困難要因は、主治医との連携と研修受講であった。これらの対応策として、文書の活用と周知、別紙様式8の見直しなどを提案する。

加算（Ⅱ）を算定する上での主な困難要因は、LIFEの活用において、提出データを作成する作業に負担を感じることに、処方薬の入力に煩雑さを感じることに、データを提出する作業に負担を感じることであった。これらの対応策として、LIFEの改善、施設における工夫を提案する。

2. 薬剤調整にかかる実態と対応策

薬剤調整の必要性の認識や、困難を感じることに、介護老人保健施設へのアンケート調査等を通じて把握分析した。

薬剤調整の実施状況として、実際には薬剤調整にあまり取り組めていない施設が4割超を占め薬剤調整を行う環境や体制を整備する必要があることが把握された。

薬剤調整を行う上での困難要因は、入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと、薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと、その他に薬剤調整に対する施設スタッフの姿勢が慎重であることなどであった。これらの対応策として、施設の薬剤師が情報を得るよう努めることや、入所前の医療機関の医師による情報提供、本調査で効果が高いことが示された取組の実施などを提案する。

3. かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整の推進に向けた取組事例

本事業で実施したヒアリング調査で得られた好事例や課題を抱えている事例をまとめたので、参照されたい。

第3章 アンケート調査

1. 調査の概要

(1) 調査の目的

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定に際し、満たすことが難しい算定要件やその要因など、加算算定を促進するための方向性や具体的施策を検討するための情報を得ること、および介護老人保健施設で使用されている薬剤を把握することで、今後の適切な薬物療法を検討する上での基礎情報を得ることを目的とした。

(2) 調査対象

全国の全ての介護老人保健施設 4,241 施設を対象とした。

対象先として使用した情報は、厚生労働省介護サービス情報の公表システムのオープンデータとして公表されている情報のうち、調査実施前の最新時点のものとした。

図表 1 調査対象

調査対象種別	悉皆/抽出	調査対象件数
介護老人保健施設	悉皆	4,241 件

(3) 調査方法

調査事務局より郵送で依頼状兼調査要綱を配布し、WEB 調査画面で回答することとした。調査期間は令和 4 年 11 月 11 日～令和 5 年 1 月 25 日。

(4) 主な調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

- ・ 回答施設の基本情報
- ・ 施設に所属する主たる医師の基本情報
- ・ 薬剤調整に対する基本的な考え方
- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況や算定に関わる事項に対する意識
- ・ 使用薬剤や薬剤費の状況
- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整について工夫している取組や効果
- ・ 医薬品の安全管理

(5) 回収状況

回収状況は以下の通りである。

図表 2 回収状況

調査対象種別	発送数	有効回収数	有効回収率
介護老人保健施設	4,241 件	379 件	8.9%

(6) 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。

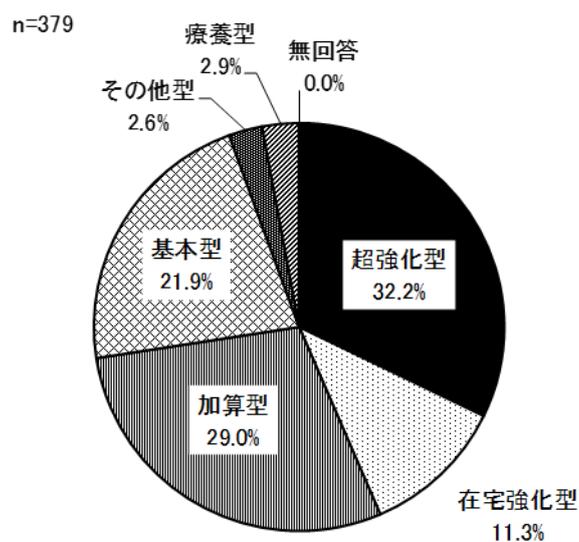
2. 調査の結果

(1) 施設の基本情報

1) 算定している入所サービスの類型

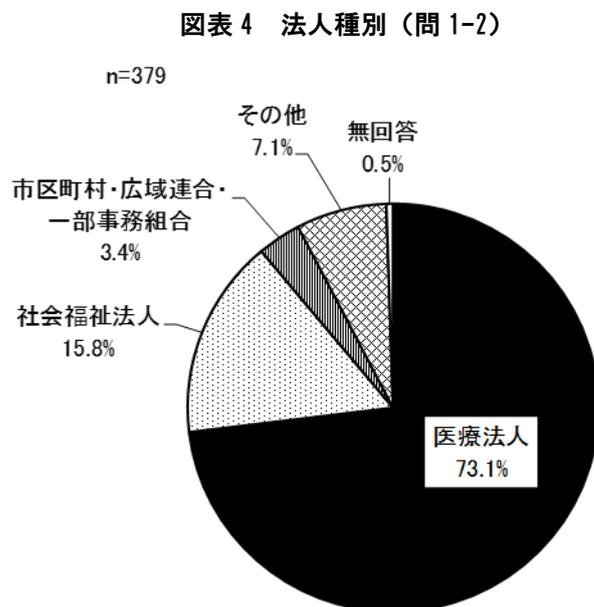
算定している入所サービスの類型については、「超強化型」が 32.2% で最も割合が高く、次いで「加算型」が 29.0% であった。

図表 3 算定している入所サービスの類型（問 1-1）



2) 法人種別

法人種別については、「医療法人」が73.1%で最も割合が高く、次いで「社会福祉法人」が15.8%であった。



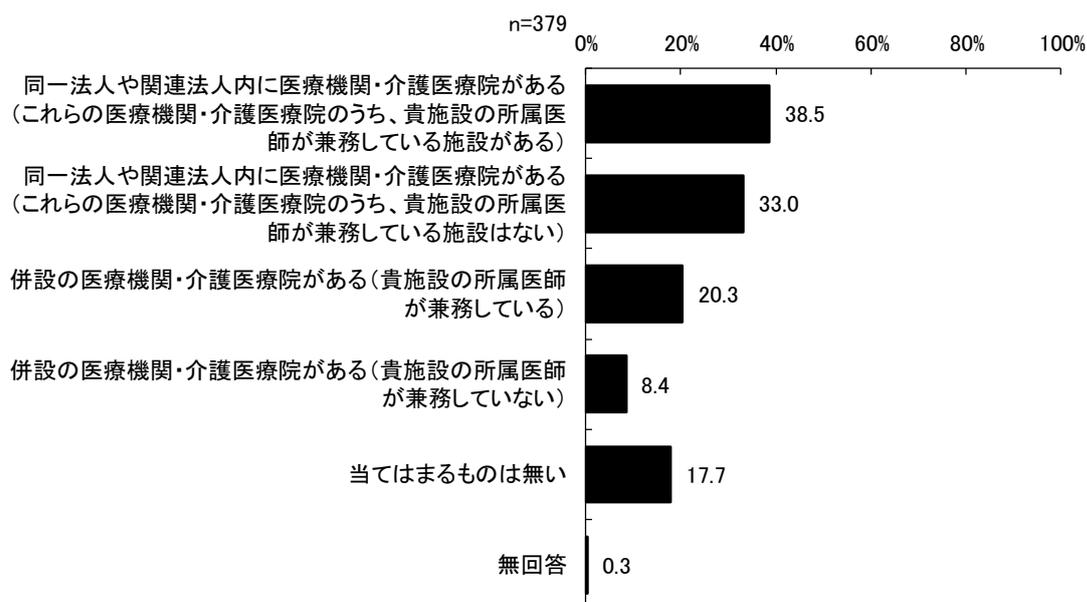
※「その他」の主な回答は以下の通り。

- ・医療法人社団
- ・一般財団法人
- ・社会医療法人
- ・地方独立行政法人
- ・学校法人
- ・宗教法人
- ・認可法人
- ・国家公務員共済組合連合会
- ・厚生連

3) 施設と医療機関・介護医療院との関係

施設と医療機関・介護医療院との関係については、「同一法人や関連法人内に医療機関・介護医療院がある（これらの医療機関・介護医療院のうち、貴施設の所属医師が兼務している施設がある）」が38.5%で最も割合が高く、次いで「同一法人や関連法人内に医療機関・介護医療院がある（これらの医療機関・介護医療院のうち、貴施設の所属医師が兼務している施設はない）」が33.0%であった。

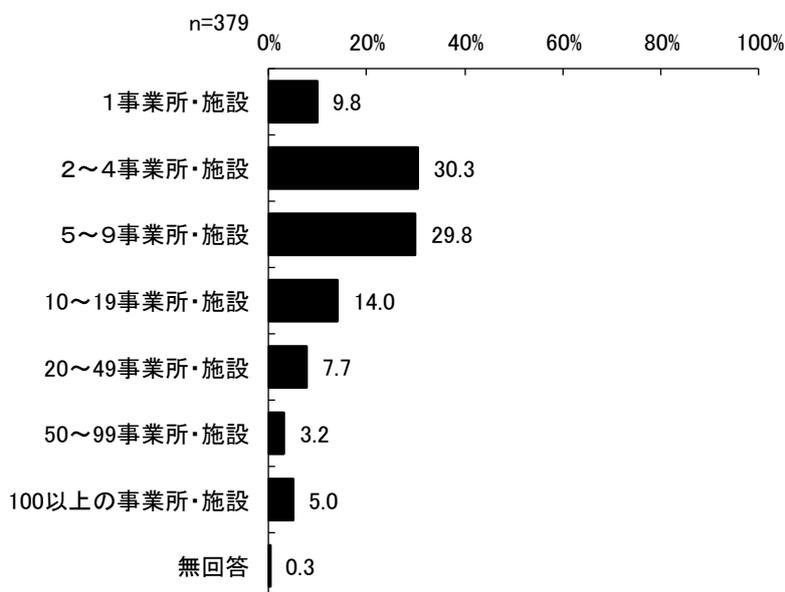
図表5 施設と医療機関・介護医療院との関係（問1-3）【複数回答】



4) 法人内の全ての介護事業所・施設数

法人内の全ての介護事業所・施設数については、「2～4事業所・施設」が30.3%で最も割合が高く、次いで「5～9事業所・施設」が29.8%であった。

図表6 法人内の全ての介護事業所・施設数（問1-4）



5) 職員数

職員数は、下表に示す通りである。

図表7 職員数（問1-5-1）～3）

単位:人

		調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
全職員数	常勤(実人数)	366	58.7	26.8	56	0	187
	非常勤(実人数)	363	20.0	19.9	15	0	247
医師数	常勤(実人数)	366	1.1	0.6	1	0	5
	非常勤(実人数)	318	1.5	2.1	1	0	20
	非常勤(常勤換算)	304	0.4	0.5	0.1	0.0	2.3
薬剤師数	常勤(実人数)	296	0.3	0.5	0	0	4
	非常勤(実人数)	336	0.9	0.9	1	0	11
	非常勤(常勤換算)	330	0.3	0.3	0.3	0.0	2.0

6) 入所定員

入所定員は、下表に示す通りである。

図表 8 入所定員（問 1-6-1）～3）

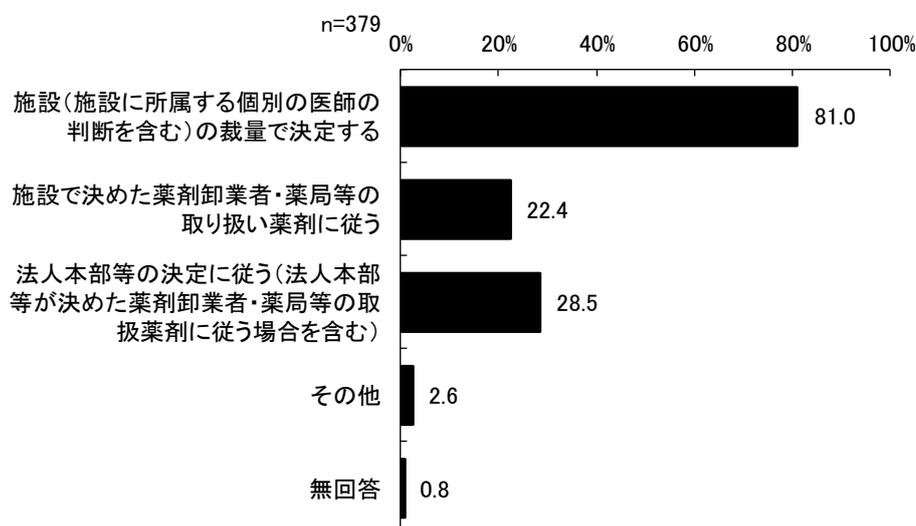
単位:人

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
入所定員	374	91.6	30.9	100	8	276
入所者数(実人数)(短期入所療養介護を除く)	364	78.7	30.7	82	0	259
入所者の平均要介護度(短期入所療養介護を除く)	350	3.2	0.4	3.2	2.0	4.4

7) 取り扱う薬剤は実質的にどのように決まるか

取り扱う薬剤は実質的にどのように決まるかについては、「施設（施設に所属する個別の医師の判断を含む）の裁量で決定する」が81.0%で最も割合が高く、次いで「法人本部等の決定に従う（法人本部等が決めた薬剤卸業者・薬局等の取扱薬剤に従う場合を含む）」が28.5%であった。

図表 9 取り扱う薬剤は実質的にどのように決まるか（問 1-7）【複数回答】



※ 「その他」の主な回答は以下の通り。

【外部医療機関の判断】

- ・ 外部の専門医の指示による
- ・ 短期・帰宅予定の場合は外部医療機関の処方による

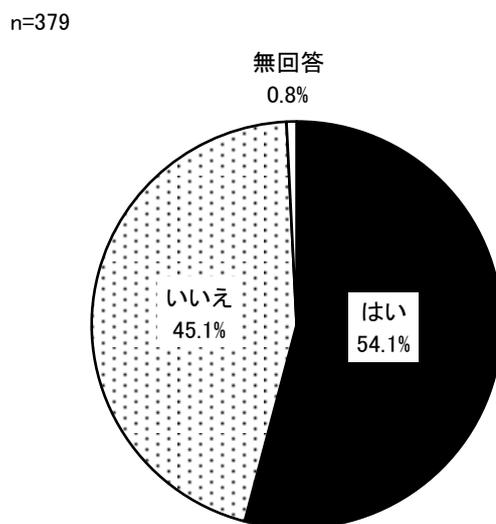
【関係医療機関の判断】

- ・ 併設病院で扱う薬剤を使用
- など

8) 令和4年9月の1か月間で、LIFE（科学的介護情報システム）への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものはあるか

令和4年9月の1か月間で、LIFE（科学的介護情報システム）への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものはあるかについては、「はい」が54.1%であった。

図表10 LIFE（科学的介護情報システム）への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものはあるか（令和4年9月の1か月間）
（問1-8）



(2) 主たる医師1名の基本情報

1) 年齢

年齢については、平均で68.6歳であった。

図表11 年齢（問2-1）

単位：歳

調査数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
373	68.6	10.8	34	93

2) 介護老人保健施設における勤続年数

介護老人保健施設における勤続年数は、他施設も含めた通算の勤務年については平均が15.8年で、現施設分の勤続年数については平均が7.7年であった。

図表 12 介護老人保健施設における勤続年数（問 2-2）

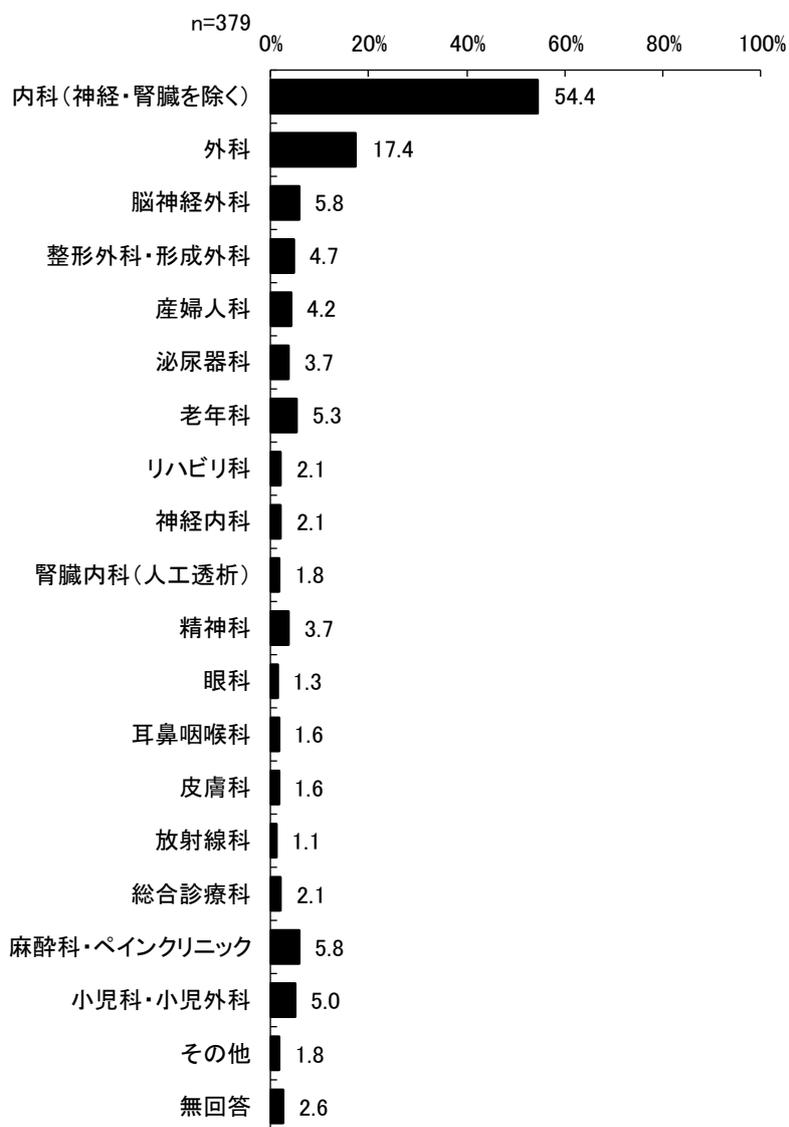
単位:年

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
他施設も含めた通算の勤務年	352	15.8	16.0	10	0	67
うち現施設分	366	7.7	7.5	5	0	41

3) 専門科

専門科については、「内科（神経・腎臓を除く）」が 54.4%で最も割合が高く、次いで「外科」が 17.4%であった。

図表 13 専門科（問 2-3）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

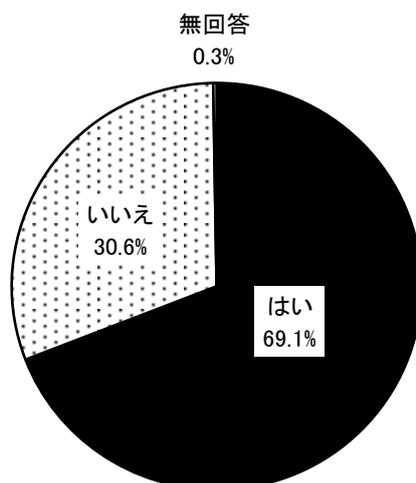
- ・小児腎臓内科
- ・終末期医療
- ・生殖・発達・感染医学
- ・漢方専門医
- など

4) 主たる医師が施設における毎月の薬剤費の水準やその推移を把握しているか

主たる医師が施設における毎月の薬剤費の水準やその推移を把握しているかについては、「はい」が69.1%であった。

図表 14 主たる医師が施設における毎月の薬剤費の水準やその推移を把握しているか（問 2-4）

n=379



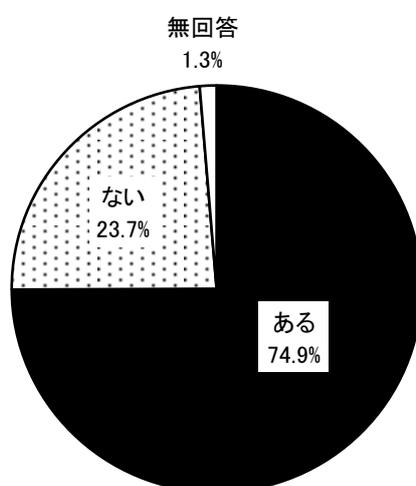
5) 主たる医師がこれまで自施設以外での勤務時も含め、他の医療機関や施設等に所属する医師の処方薬の薬剤調整を行った経験があるか

主たる医師がこれまで自施設以外での勤務時も含め、他の医療機関や施設等に所属する医師の処方薬の薬剤調整※を行った経験があるかについては、「ある」が74.9%であった。

※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整することとして調査した（以下においても同様）

図表 15 主たる医師がこれまで自施設以外での勤務時も含め、他の医療機関や施設等に所属する医師の処方薬の薬剤調整を行った経験があるか（問 2-5）

n=379



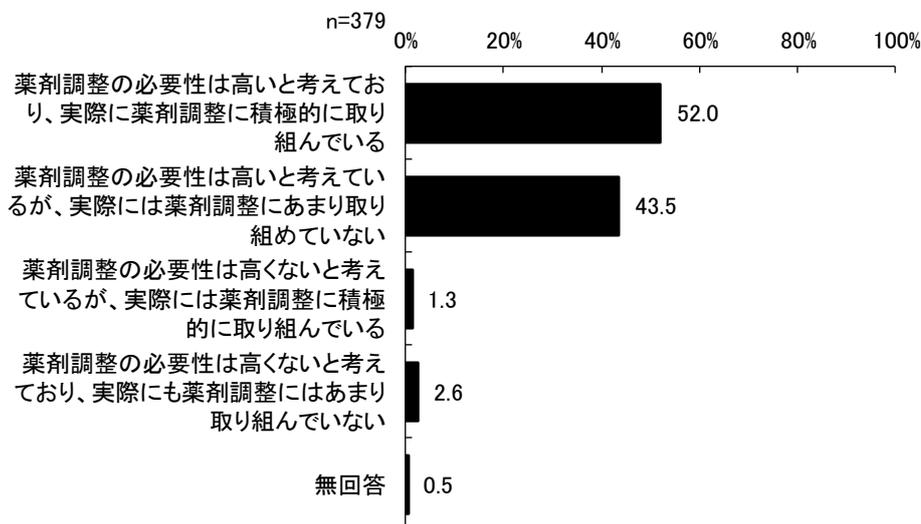
(3) 薬剤調整に対する基本的な考え方等

1) 薬剤調整の必要性に対する意識と取組状況

薬剤調整の必要性に対する意識と取組状況について、薬剤調整の必要性への考えや取組状況について、薬剤調整の必要性を高いと考える施設は、全体の95.5%（「薬剤調整の必要性は高いと考えており、実際に薬剤調整に積極的に取り組んでいる」(52.0%)と「薬剤調整の必要性は高いと考えているが、実際には薬剤調整にあまり取り組めていない」(43.5%)の合計)と大半を占めた。

薬剤調整の必要性の認識は、ほぼ全ての施設でなされていることから特に問題はないと言えるが、実際に積極的に取り組んでいる施設は約半数に留まっており、向上させる必要がある。

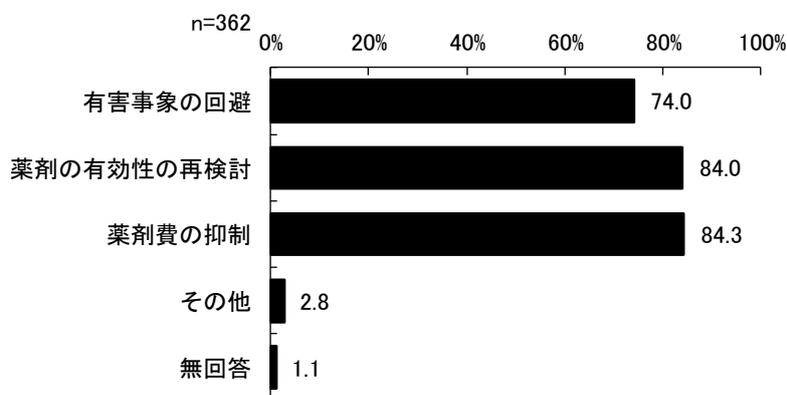
図表 16 薬剤調整の必要性に対する意識と取組状況（問 3-1）



2) 薬剤調整を必要と考える観点

薬剤調整を必要と考える観点については、「薬剤費の抑制」が 84.3%で最も割合が高く、次いで「薬剤の有効性の再検討」が 84.0%であった。

図表 17 薬剤調整を必要と考える観点（問 3-2）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

【施設の状況】

- ・施設での採用品目との兼ね合い

【入所者の状況】

- ・生活スタイルに合わせた用法用量へ変更すべきケース
- ・アンダーユーズのケース

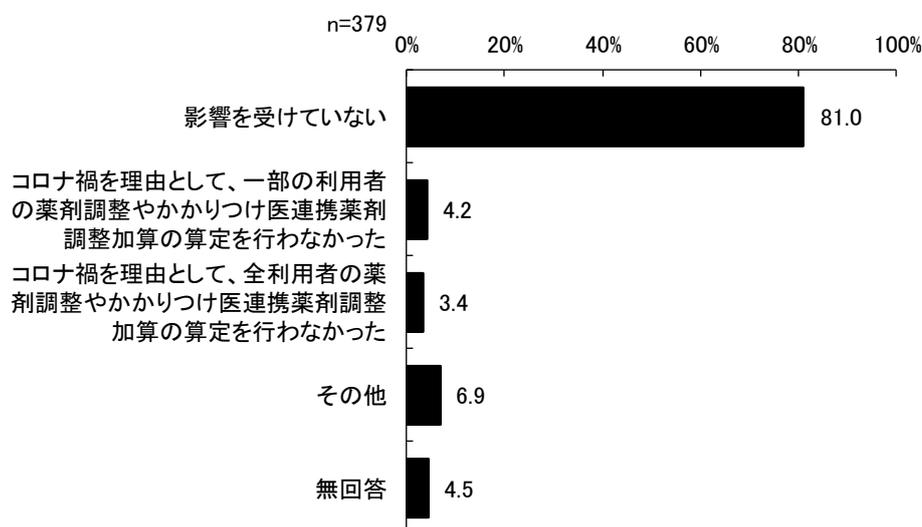
など

3) 薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件として規定されている業務を行うにあたり、コロナ禍の影響を受けたか

薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件として規定されている業務を行うにあたり、コロナ禍の影響を受けたかについては、「影響を受けていない」が81.0%で最も割合が高く、次いで「コロナ禍を理由として、一部の利用者の薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定を行わなかった」が4.2%であった。

※なお、問3-3と加算（Ⅰ）から加算（Ⅲ）を算定している施設であるか否かの関係を見たが、関係があることは確認できなかった。

図表 18 薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件として規定されている業務を行うにあたり、コロナ禍の影響を受けたか（問3-3）

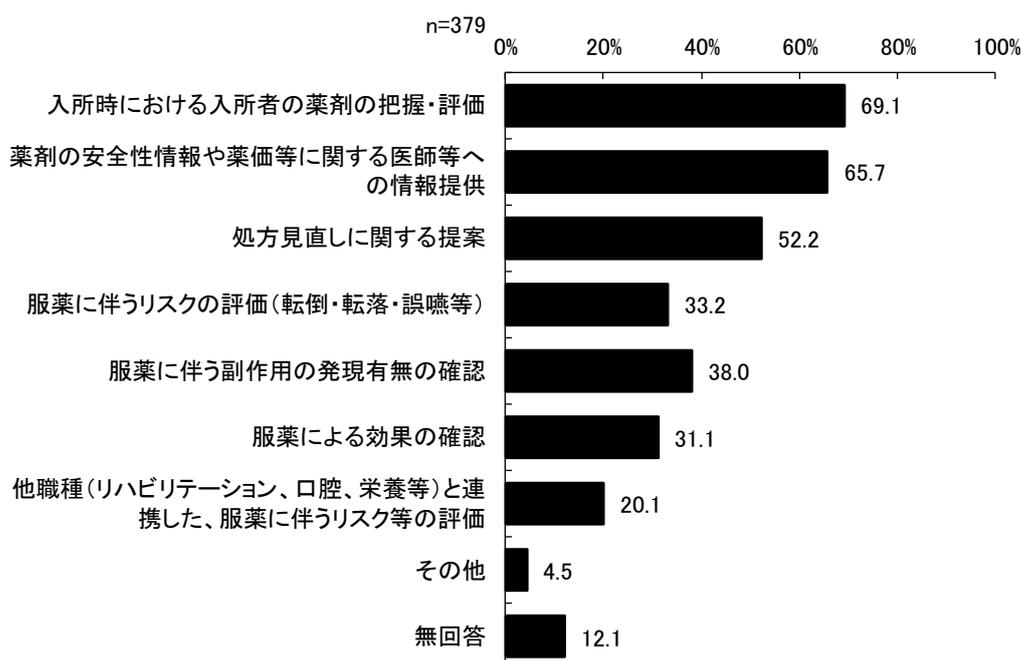


※「その他」の回答として設問の主旨に合うものはなかった。

4) 薬剤調整にかかる業務として施設で従事する薬剤師が通常業務として行っているもの

薬剤調整にかかる業務として施設で従事する薬剤師が通常業務として行っているものについては、「入所時における入所者の薬剤の把握・評価」が 69.1%で最も割合が高く、次いで「薬剤の安全性情報や薬価等に関する医師等への情報提供」が 65.7%、「処方見直しに関する提案」が 52.2%であった。

図表 19 薬剤調整にかかる業務として施設で従事する薬剤師が通常業務として行っているもの
(問 3-4)【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

【多職種連携】

・医師・看護師と連携している

【入所者への説明】

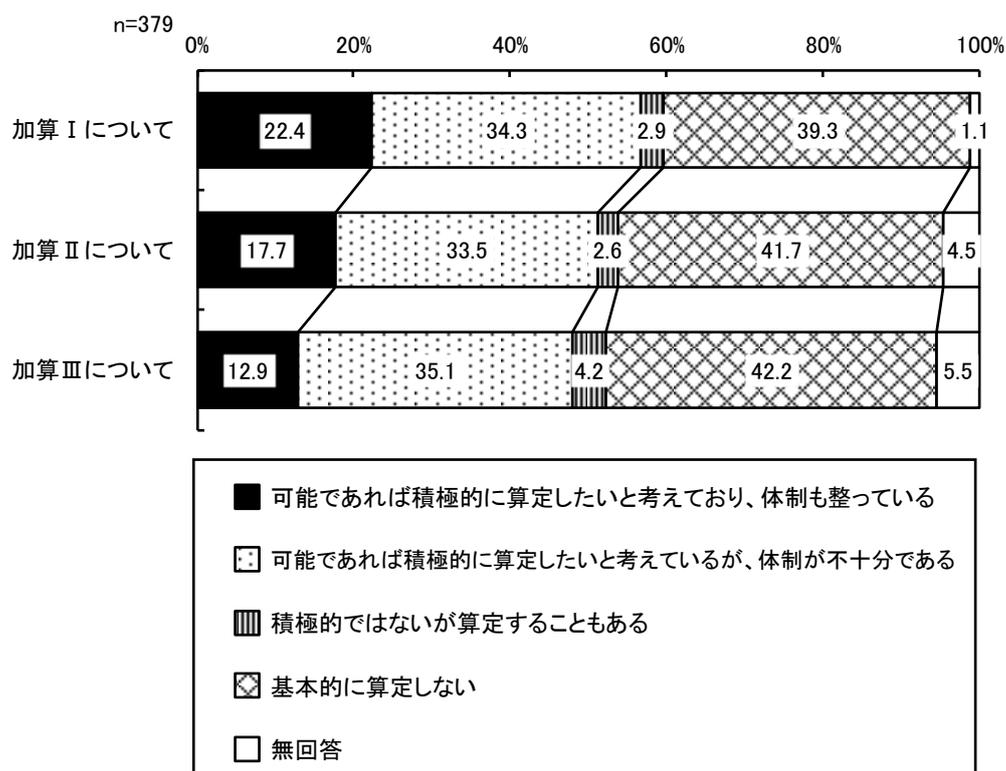
・入所者に対し内服薬についての説明を行っている
など

(4) かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況

1) かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる方針

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる方針について、加算（Ⅰ）、加算（Ⅱ）、加算（Ⅲ）のいずれについても、「基本的には算定しない」が39.3%、41.7%、42.2%で最も割合が高く、次いで「可能であれば積極的に算定したいと考えているが、体制が不十分である」が34.3%、33.5%、35.1%であった。

図表 20 かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる方針（問 4-1）

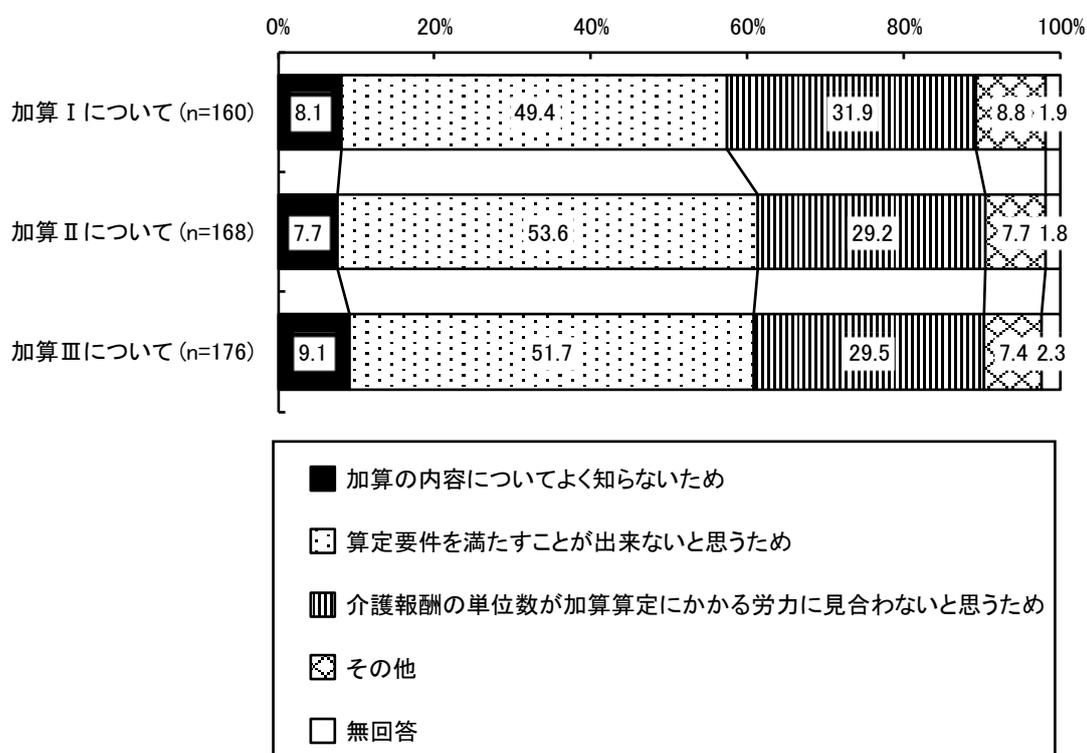


2) かかりつけ医連携薬剤調整加算を積極的には算定しない、もしくは基本的に算定しない理由

かかりつけ医連携薬剤調整加算を積極的には算定しない、もしくは基本的に算定しない理由については、加算（Ⅰ）、加算（Ⅱ）、加算（Ⅲ）のいずれにおいても、「算定要件を満たすことが出来ないと思うため」が、それぞれ 49.4%、53.6%、51.7%で最も割合が高く、次いで「介護報酬の単位数が加算算定にかかる労力に見合わないと思うため」が 31.9%、29.2%、29.5%であった。

問 4-1 と問 4-2 の調査結果から、加算の算定に必要な体制が不十分であることなどを要因として算定要件を満たすことができない状況にあることがうかがえる。

図表 21 かかりつけ医連携薬剤調整加算を積極的には算定しない、もしくは基本的に算定しない理由
(問 4-2)



※「その他」の主な回答は以下の通り。

【施設内調整】

- ・施設医師・薬剤師の方針
- ・薬剤調整に向けた体制構築が不十分

【外部機関との調整】

- ・外部医療機関における介護老人保健施設の介護報酬に関する理解が不十分
- ・かかりつけ医と連携する時間とタイミングが難しい

【環境】

- ・LIFE 関連加算要件を満たすための管理の負荷が大きい
- ・システムが不十分

【家族】

- ・家族の意向による
- など

3) 退所者数や加算算定人数等

令和2年6月1日～令和2年8月31日、令和4年6月1日～令和4年8月31日の各3か月間の退所者数や加算算定人数等は、以下の通りであった。

図表 22 退所者数や加算の算定人数等（問 4-3）

単位:人

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
令和2年6月1日～令和2年8月31日の退所者						
退所者	327	21.3	14.7	19	0	84
退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定人数	280	0.6	3.3	0	0	31
令和4年6月1日～令和4年8月31日の退所者						
退所者数	345	20.5	14.9	18	0	134
退所者数のうち、入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人数	298	9.8	9.8	8	0	52
入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より1種類減った人数	295	1.5	2.6	0	0	18
入所時に6種類以上の内服薬が処方されていた人のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より2種類以上減った人数	298	1.9	4.1	0	0	32
退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)の算定人数	325	1.7	6.4	0	0	44
退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定人数	327	1.2	5.1	0	0	39
退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)の算定人数	327	0.4	1.8	0	0	15

施設数ベースでみると、加算（Ⅰ）の算定割合は13.9%であり、令和3年度の調査時³（6.2%）と比べて割合が高かった。加算（Ⅱ）の算定割合は10.3%、加算（Ⅲ）の算定割合は8.5%であった。加算（Ⅰ）算定施設に占める加算（Ⅱ）算定施設の割合は73.9%、加算（Ⅱ）算定施設に占める加算（Ⅲ）算定施設の割合は82.4%であった。

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定施設は過年度と比較して伸びているものの、利用者全体や施設全体からみた算定割合は低く、さらに加算の算定を促進する必要がある。

図表 23 令和2年6月1日から8月31日までの加算の算定施設数割合（問4-3-5）

	施設数	割合
非算定	262	93.6%
加算算定	18	6.4%
総計	280	

図表 24 令和4年6月1日から8月31日までの算定施設数割合（問4-3-1）

	施設数	回答施設全体に占める割合	加算Ⅰ算定施設に占める割合	加算Ⅱ算定施設に占める割合
非算定	285	86.1%	-	-
加算Ⅰ算定	46	13.9%	-	-
加算Ⅱ算定	34	10.3%	73.9%	-
加算Ⅲ算定	28	8.5%	60.9%	82.4%
総計	331			

³ 令和3年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査研究事業」（公益社団法人 全国老人保健施設協会）

加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）のいずれにおいても算定施設である割合は、「超強化型」で最も割合が高かった。

図表 25 令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合（問 4-3-1）
（問 1-1 サービス類型別のクロス集計）

	加算（Ⅰ）				加算（Ⅱ）				加算（Ⅲ）			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
超強化型	122	75	26	21	122	82	19	21	122	82	19	21
	100.0	61.5	21.3	17.2	100.0	67.2	15.6	17.2	100.0	67.2	15.6	17.2
在宅強化型	43	34	3	6	43	35	2	6	43	35	2	6
	100.0	79.1	7.0	14.0	100.0	81.4	4.7	14.0	100.0	81.4	4.7	14.0
加算型	110	89	9	12	110	92	6	12	110	96	2	12
	100.0	80.9	8.2	10.9	100.0	83.6	5.5	10.9	100.0	87.3	1.8	10.9
基本型	83	68	-	15	83	68	-	15	83	68	-	15
	100.0	81.9	-	18.1	100.0	81.9	-	18.1	100.0	81.9	-	18.1
その他型	10	7	-	3	10	7	-	3	10	7	-	3
	100.0	70.0	-	30.0	100.0	70.0	-	30.0	100.0	70.0	-	30.0
療養型	11	10	-	1	11	10	-	1	11	10	-	1
	100.0	90.9	-	9.1	100.0	90.9	-	9.1	100.0	90.9	-	9.1

図表 26 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

		調査数	超強化型	在宅強化型	加算型	基本型	その他型	療養型
全体		379	122	43	110	83	10	11
		100.0	32.2	11.3	29.0	21.9	2.6	2.9
加算（Ⅰ）	算定施設ではない	283	75	34	89	68	7	10
		100.0	26.5	12.0	31.4	24.0	2.5	3.5
加算（Ⅱ）	算定施設である	38	26	3	9	-	-	-
		100.0	68.4	7.9	23.7	-	-	-
加算（Ⅲ）	算定施設ではない	294	82	35	92	68	7	10
		100.0	27.9	11.9	31.3	23.1	2.4	3.4
加算（Ⅲ）	算定施設である	27	19	2	6	-	-	-
		100.0	70.4	7.4	22.2	-	-	-
加算（Ⅲ）	算定施設ではない	298	82	35	96	68	7	10
		100.0	27.5	11.7	32.2	22.8	2.3	3.4
加算（Ⅲ）	算定施設である	23	19	2	2	-	-	-
		100.0	82.6	8.7	8.7	-	-	-

加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）のいずれにおいても算定施設である割合は、「医療法人」で最も割合が高かった。ただし「その他」は除く。

図表 27 令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合（問 4-3-1）
（問 1-2 法人種別別のクロス集計）

	加算（Ⅰ）				加算（Ⅱ）				加算（Ⅲ）			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379	283 74.7	38 10.0	58 15.3	379	294 77.6	27 7.1	58 15.3	379	298 78.6	23 6.1	58 15.3
医療法人	277	205 74.0	30 10.8	42 15.2	277	213 76.9	22 7.9	42 15.2	277	215 77.6	20 7.2	42 15.2
社会福祉法人	60	46 76.7	4 6.7	10 16.7	60	48 80.0	2 3.3	10 16.7	60	49 81.7	1 1.7	10 16.7
市区町村・広域連合・一部事務組合	13	10 76.9	1 7.7	2 15.4	13	11 84.6	-	2 15.4	13	11 84.6	-	2 15.4
その他	27	20 74.1	3 11.1	4 14.8	27	20 74.1	3 11.1	4 14.8	27	21 77.8	2 7.4	4 14.8

図表 28 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

	調査数	医療法人	社会福祉法人	市区町村・一部事務・広域連合	その他	無回答	
全体	379	277 73.1	60 15.8	13 3.4	27 7.1	2 0.5	
加算（Ⅰ）	算定施設ではない	283 74.7	205 72.4	46 16.3	10 3.5	20 7.1	2 0.7
	算定施設である	38 10.0	30 78.9	4 10.5	1 2.6	3 7.9	-
加算（Ⅱ）	算定施設ではない	294 77.6	213 72.4	48 16.3	11 3.7	20 6.8	2 0.7
	算定施設である	27 7.1	22 81.5	2 7.4	-	3 11.1	-
加算（Ⅲ）	算定施設ではない	298 78.6	215 72.1	49 16.4	11 3.7	21 7.0	2 0.7
	算定施設である	23 6.1	20 87.0	1 4.3	-	2 8.7	-

加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）のいずれにおいても算定施設である割合は、「併設の医療機関・介護医療院がある（施設の所属医師が兼務している）」もしくは、「併設の医療機関・介護医療院がある（施設の所属医師が兼務していない）」で他より割合が高い傾向がみられた。

図表 29 令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合（問 4-3-1）
（問 1-3 施設と医療機関・介護医療院との関係別のクロス集計）

	加算（Ⅰ）				加算（Ⅱ）				加算（Ⅲ）			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
同一法人や関連法人内に医療機関・介護医療院がある（これらの医療機関・介護医療院のうち、貴施設の所属医師が兼務している施設がある）	146	107	14	25	146	110	11	25	146	111	10	25
	100.0	73.3	9.6	17.1	100.0	75.3	7.5	17.1	100.0	76.0	6.8	17.1
同一法人や関連法人内に医療機関・介護医療院がある（これらの医療機関・介護医療院のうち、貴施設の所属医師が兼務している施設はない）	125	91	14	20	125	95	10	20	125	97	8	20
	100.0	72.8	11.2	16.0	100.0	76.0	8.0	16.0	100.0	77.6	6.4	16.0
併設の医療機関・介護医療院がある（貴施設の所属医師が兼務している）	77	62	8	7	77	63	7	7	77	63	7	7
	100.0	80.5	10.4	9.1	100.0	81.8	9.1	9.1	100.0	81.8	9.1	9.1
併設の医療機関・介護医療院がある（貴施設の所属医師が兼務していない）	32	22	4	6	32	23	3	6	32	24	2	6
	100.0	68.8	12.5	18.8	100.0	71.9	9.4	18.8	100.0	75.0	6.3	18.8
当てはまるものは無い	67	53	4	10	67	55	2	10	67	56	1	10
	100.0	78.1	6.0	14.9	100.0	82.1	3.0	14.9	100.0	83.6	1.5	14.9

図表 30 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

	調査数	うちの施設が所属医師が兼務している	同一法人や関連法人内に医療機関・介護医療院がある	併設の医療機関・介護医療院がある	併設の医療機関・介護医療院がある（貴施設の所属医師が兼務している）	併設の医療機関・介護医療院がある（貴施設の所属医師が兼務していない）	当てはまるものは無い	無回答
全体	379	146	125	77	32	67	1	
	100.0	38.5	33.0	20.3	8.4	17.7	0.3	
加算（Ⅰ）								
算定施設ではない	283	107	91	62	22	53	1	
	100.0	37.8	32.2	21.9	7.8	18.7	0.4	
算定施設である	38	14	14	8	4	4	-	
	100.0	36.8	36.8	21.1	10.5	10.5	-	
加算（Ⅱ）								
算定施設ではない	294	110	95	63	23	55	1	
	100.0	37.4	32.3	21.4	7.8	18.7	0.3	
算定施設である	27	11	10	7	3	2	-	
	100.0	40.7	37.0	25.9	11.1	7.4	-	
加算（Ⅲ）								
算定施設ではない	298	111	97	63	24	56	1	
	100.0	37.2	32.6	21.1	8.1	18.8	0.3	
算定施設である	23	10	8	7	2	1	-	
	100.0	43.5	34.8	30.4	8.7	4.3	-	

加算（Ⅰ）～加算（Ⅲ）のいずれにおいても、算定施設である割合は「老人保健施設管理医師総合診療研修会」が「老年薬学総合研修会」「高齢者薬物療法に従事する薬剤師のための研修会」と比べて高い傾向がみられる。ただしn数が少ない点に留意が必要。

図表 31 令和4年6月1日から8月31日までの算定施設数割合（問4-3-1）
（問4-7 施設に所属している医師又は薬剤師が受講した加算（Ⅰ）算定要件の研修の内容別のクロス集計）

	加算（Ⅰ）				加算（Ⅱ）				加算（Ⅲ）			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379	283 74.7	38 10.0	58 15.3	379	294 77.6	27 7.1	58 15.3	379	298 78.6	23 6.1	58 15.3
老人保健施設管理医師総合診療研修会（日本老年医学会、全国老人保健施設協会）	159	105 66.0	33 20.8	21 13.2	159	114 71.7	24 15.1	21 13.2	159	117 73.6	21 13.2	21 13.2
老年薬学総合研修会（日本老年薬学会）	12	7 58.3	1 8.3	4 33.3	12	7 58.3	1 8.3	4 33.3	12	7 58.3	1 8.3	4 33.3
高齢者薬物療法に従事する薬剤師のための研修会（日本病院薬剤師会）	18	11 61.1	3 16.7	4 22.2	18	12 66.7	2 11.1	4 22.2	18	13 72.2	1 5.6	4 22.2
上記の研修を受講したことがない	176	153 86.9	-	23 13.1	176	153 86.9	-	23 13.1	176	153 86.9	-	23 13.1

図表 32 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

	調査数	老人保健施設協会、全国老人保健施設管理医師総合診療研修会（日本老年薬学会）	老年薬学総合研修会（日本老年薬学会）	高齢者薬物療法に従事する薬剤師のための研修会（日本病院薬剤師会）	上記の研修を受講したことがない	無回答	
全体	379	159 42.0	12 3.2	18 4.7	176 46.4	26 6.9	
加算（Ⅰ）	算定施設ではない	283 74.7	105 37.1	7 2.5	11 3.9	153 54.1	12 4.2
	算定施設である	38 10.0	33 86.8	1 2.6	3 7.9	-	3 7.9
加算（Ⅱ）	算定施設ではない	294 77.6	114 38.8	7 2.4	12 4.1	153 52.0	13 4.4
	算定施設である	27 7.1	24 88.9	1 3.7	2 7.4	-	2 7.4
加算（Ⅲ）	算定施設ではない	298 78.6	117 39.3	7 2.3	13 4.4	153 51.3	14 4.7
	算定施設である	23 6.1	21 91.3	1 4.3	1 4.3	-	1 4.3

LIFE への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものがある施設のうち、加算（Ⅱ）を算定している施設は 12.7%であり、加算（Ⅱ）以外に算定しているものがない施設と比べ、割合が高かった。

LIFE を通じて服薬情報等の情報を提出することのみならず、LIFE を活用すること自体が、加算（Ⅱ）を算定する上での促進要因の一つとなっていることがうかがえたため、LIFE 自体の活用促進を進めるための施策の推進等が望まれる。

図表 33 令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの加算（Ⅱ）算定施設割合（問 4-3-1）
（問 1-8 LIFE への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものはあるか別のクロス集計）

	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379 100.0	294 77.6	27 7.1	58 15.3
はい	205 100.0	152 74.1	26 12.7	27 13.2
いいえ	171 100.0	142 83.0	1 0.6	28 16.4

図表 34 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

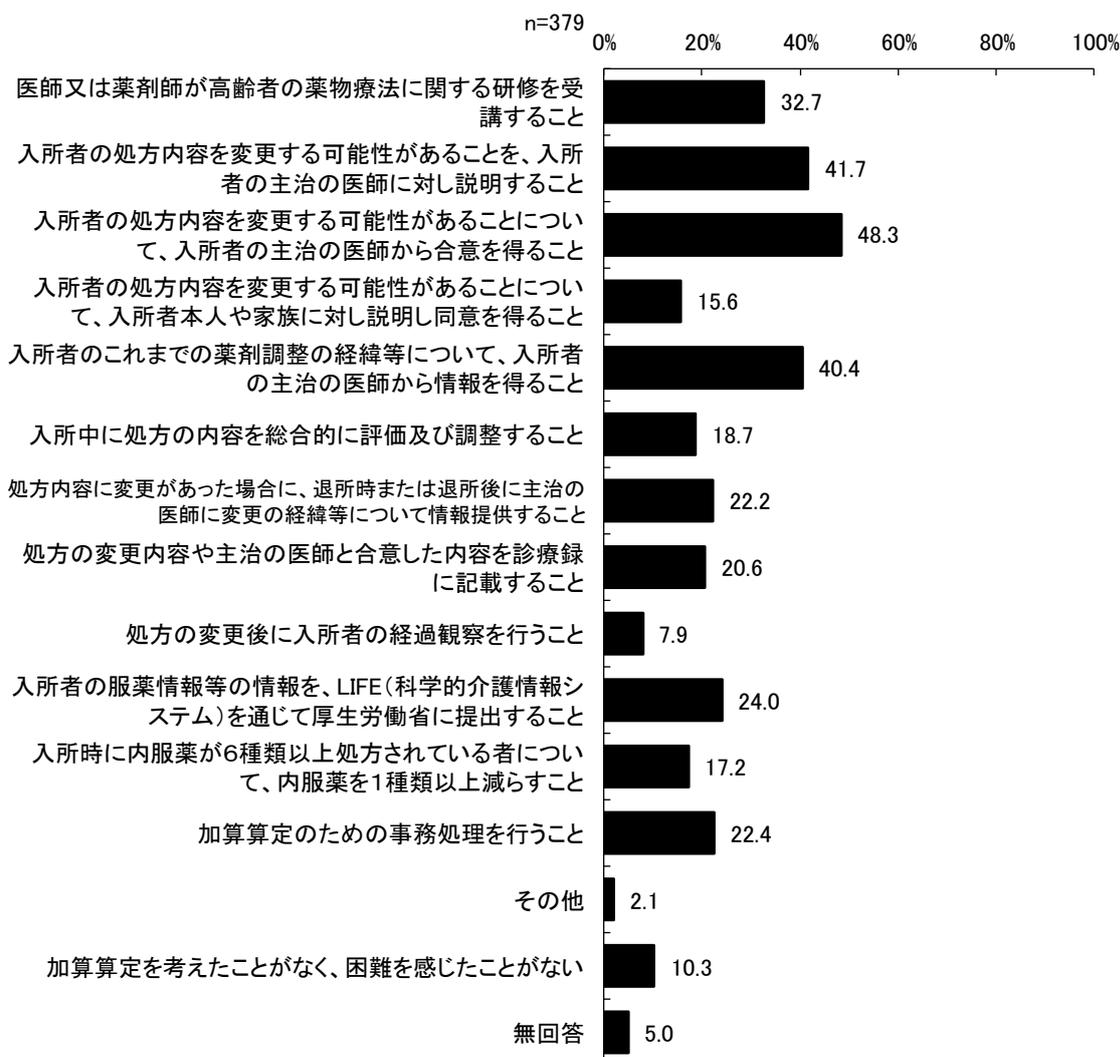
	調査数	はい	いいえ	無回答
全体	379 100.0	205 54.1	171 45.1	3 0.8
算定施設ではない	294 100.0	152 51.7	142 48.3	-
算定施設である	27 100.0	26 96.3	1 3.7	-

4) かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じる事

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じることに
 ついては、「入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医
 師から合意を得ること」が48.3%で最も割合が高く、次いで「入所者の処方内容を変更す
 る可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明すること」が41.7%、「入所者の
 これまでの薬剤調整の経緯等について、入所者の主治の医師から情報を得ること」が
 40.4%、「医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること」が32.7%で
 あった。

この調査結果から、困難を感じる事のうち上位3位までは主治の医師との連携に関す
 ることであり、連携する上での困難を解消していく必要がある。

図表 35 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じる事
 （問4-4）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

【環境】

- ・カルテが手書きであるため1名の薬剤師では対応できない
- 【算定要件】
- ・4週間以上服用していることを証明するのが難しい
- ・医師が非常勤、薬剤師不在であるため算定基準に満たない
- ・LIFE提出の必要があり、減薬対象者の都度把握が困難
- ・算定要件が複雑かつ多岐にわたるため報酬が見合わないなど

図表 36 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じること
（問 4-4）【複数回答】

（（問 4-3-1）令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合別）

	調査数	困難を感じる理由														その他	加算算定を考えたことがなく、困難を感じたことがない	無回答
		医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること	入所者の処方内容を変更する可能性があること	入所者の主治の医師に説明すること	入所者の主治の医師から合意を得ること	入所者の主治の医師から情報を得ること												
加算（Ⅰ）の算定施設であるか否か	全体	379	124	158	183	59	153	71	84	78	30	91	65	85	8	39	19	
	算定施設ではない	283	102	127	141	44	124	54	67	61	21	66	51	63	4	35	4	
	算定施設である	38	3	6	11	3	10	5	6	6	3	10	5	11	2	-	5	
加算（Ⅱ）の算定施設であるか否か	全体	379	124	158	183	59	153	71	84	78	30	91	65	85	8	39	19	
	算定施設ではない	294	104	129	149	46	128	55	68	61	21	69	53	66	5	35	4	
	算定施設である	27	1	4	9	1	6	4	5	6	3	7	3	8	1	-	5	
加算（Ⅲ）の算定施設であるか否か	全体	379	124	158	183	59	153	71	84	78	30	91	65	85	8	39	19	
	算定施設ではない	298	104	130	152	47	130	57	70	63	22	70	55	66	5	35	4	
	算定施設である	23	1	3	6	-	4	2	3	4	2	6	1	8	1	-	5	

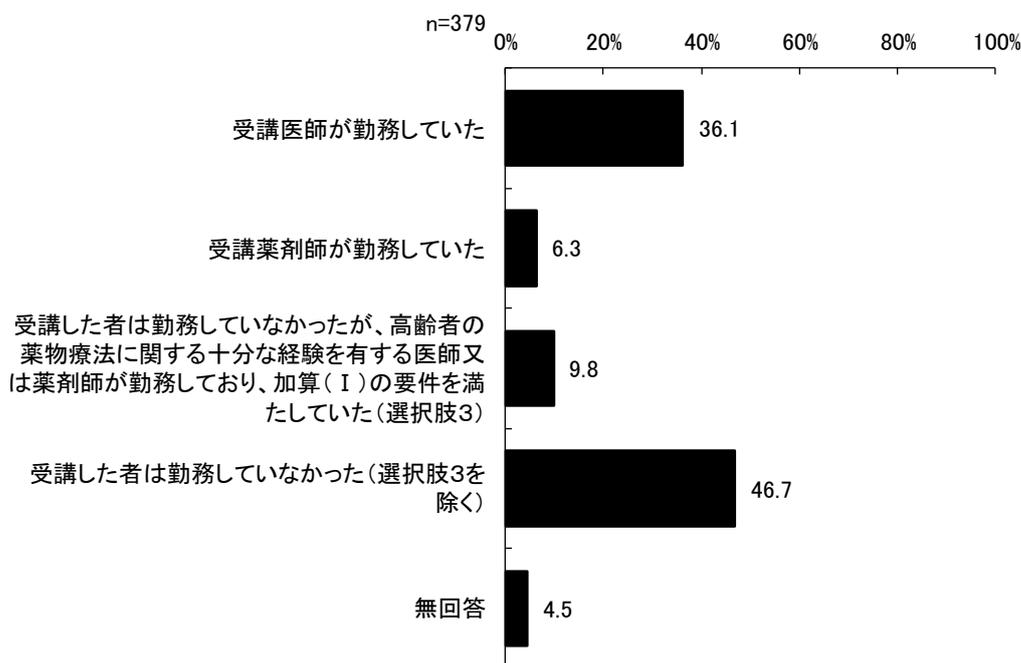
図表 37 (参考) 上記の縦横逆にクロス集計したもの

	加算 (I) の算定施設であるか否か				加算 (II) の算定施設であるか否か				加算 (III) の算定施設であるか否か			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
調査数	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること	124	102	3	19	124	104	1	19	124	104	1	19
	100.0	82.3	2.4	15.3	100.0	83.9	0.8	15.3	100.0	83.9	0.8	15.3
入所者の処方内容を変更する可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明すること	158	127	6	25	158	129	4	25	158	130	3	25
	100.0	80.4	3.8	15.8	100.0	81.6	2.5	15.8	100.0	82.3	1.9	15.8
入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること	183	147	11	25	183	149	9	25	183	152	6	25
	100.0	80.3	6.0	13.7	100.0	81.4	4.9	13.7	100.0	83.1	3.3	13.7
入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者本人や家族に対し説明し同意を得ること	59	44	3	12	59	46	1	12	59	47	-	12
	100.0	74.6	5.1	20.3	100.0	78.0	1.7	20.3	100.0	79.7	-	20.3
入所者のこれまでの薬剤調整の経緯等について、入所者の主治の医師から情報を得ること	153	124	10	19	153	128	6	19	153	130	4	19
	100.0	81.0	6.5	12.4	100.0	83.7	3.9	12.4	100.0	85.0	2.6	12.4
入所中に処方の内容を総合的に評価及び調整すること	71	54	5	12	71	55	4	12	71	57	2	12
	100.0	76.1	7.0	16.9	100.0	77.5	5.6	16.9	100.0	80.3	2.8	16.9
処方内容に変更があった場合に、退所時または退所後に主治の医師に変更の経緯等について情報提供すること	84	67	6	11	84	68	5	11	84	70	3	11
	100.0	79.8	7.1	13.1	100.0	81.0	6.0	13.1	100.0	83.3	3.6	13.1
処方の変更内容や主治の医師と合意した内容を診療録に記載すること	78	61	6	11	78	61	6	11	78	63	4	11
	100.0	78.2	7.7	14.1	100.0	78.2	7.7	14.1	100.0	80.8	5.1	14.1
処方の変更後に入所者の経過観察を行うこと	30	21	3	6	30	21	3	6	30	22	2	6
	100.0	70.0	10.0	20.0	100.0	70.0	10.0	20.0	100.0	73.3	6.7	20.0
入所者の服薬情報等の情報を、LIFE (科学的介護情報システム) を通じて厚生労働省に提出すること	91	66	10	15	91	69	7	15	91	70	6	15
	100.0	72.5	11.0	16.5	100.0	75.8	7.7	16.5	100.0	76.9	6.6	16.5
入所時に内服薬が6種類以上処方されている者について、内服薬を1種類以上減らすこと	65	51	5	9	65	53	3	9	65	55	1	9
	100.0	78.5	7.7	13.8	100.0	81.5	4.6	13.8	100.0	84.6	1.5	13.8
加算算定のための事務処理を行うこと	85	63	11	11	85	66	8	11	85	66	8	11
	100.0	74.1	12.9	12.9	100.0	77.6	9.4	12.9	100.0	77.6	9.4	12.9
その他	8	4	2	2	8	5	1	2	8	5	1	2
	100.0	50.0	25.0	25.0	100.0	62.5	12.5	25.0	100.0	62.5	12.5	25.0
加算算定を考えたことがなく、困難を感じたことがない	39	35	-	4	39	35	-	4	39	35	-	4
	100.0	89.7	-	10.3	100.0	89.7	-	10.3	100.0	89.7	-	10.3

5) 研修を受講した医師又は薬剤師が勤務していたか

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、施設にかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件の一つである研修を受講した医師又は薬剤師が勤務していたかについては、「受講医師が勤務していた」が36.1%で最も割合が高く、次いで「受講した者は勤務していなかったが、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師が勤務しており、加算（I）の要件を満たしていた」が9.8%であった。

図表 38 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、施設に当該要件の研修を受講した医師又は薬剤師が勤務していたか（問4-5）【複数回答】

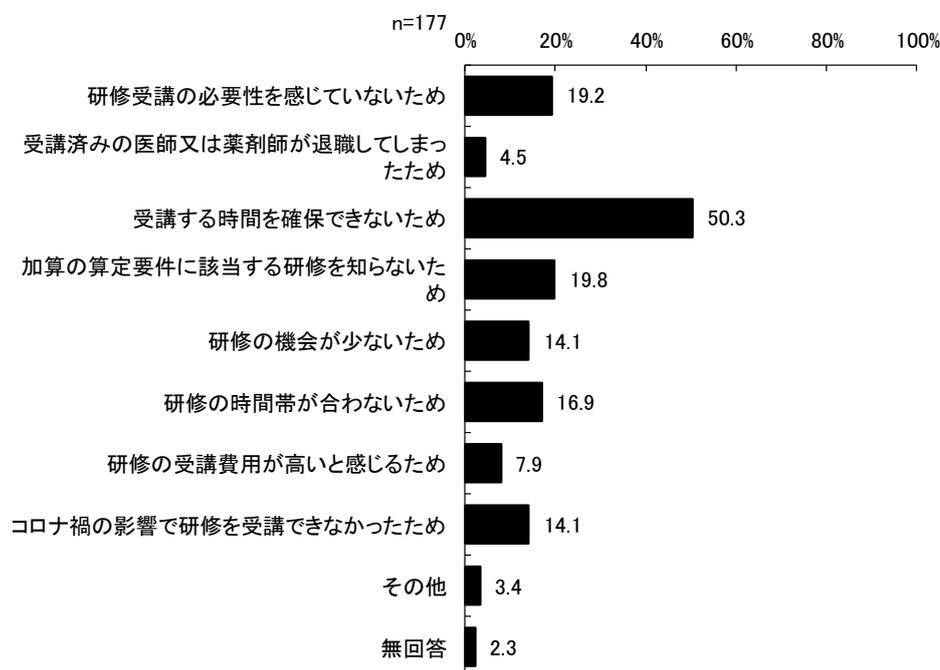


6) 研修を受講した医師又は薬剤師が勤務していなかった理由

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、受講した医師又は薬剤師が勤務していなかった理由については、「受講する時間を確保できないため」が50.3%で最も割合が高く、次いで「加算の算定要件に該当する研修を知らないため」が19.8%であった。

この調査結果を踏まえ、「加算の算定要件に該当する研修を知らないため」との回答に対しては、加算の算定要件に該当する研修について、より周知を行っていくことが望まれる。

図表 39 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、受講した医師又は薬剤師が勤務していなかった理由（問4-6）【複数回答】



※「研修受講の必要性を感じていない理由」の主な回答は以下の通り。

【薬剤調整に関する施設の方針】

- ・施設医が入所期間中に前医からの処方を変更しない方針であるため
- ・加算を算定する予定がないため

【研修に代わる情報収集】

- ・薬剤情報・文献等を参考に研修を受けなくても自身で知識を獲得できるため
- ・情報の収集は他の手段で可能であるため
- ・別の研修会を受講したため

など

※「その他」の主な回答は以下の通り。

【情報不足】

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）について知らなかったため
- ・研修に関する情報がなかったため

【人員に関連する理由】

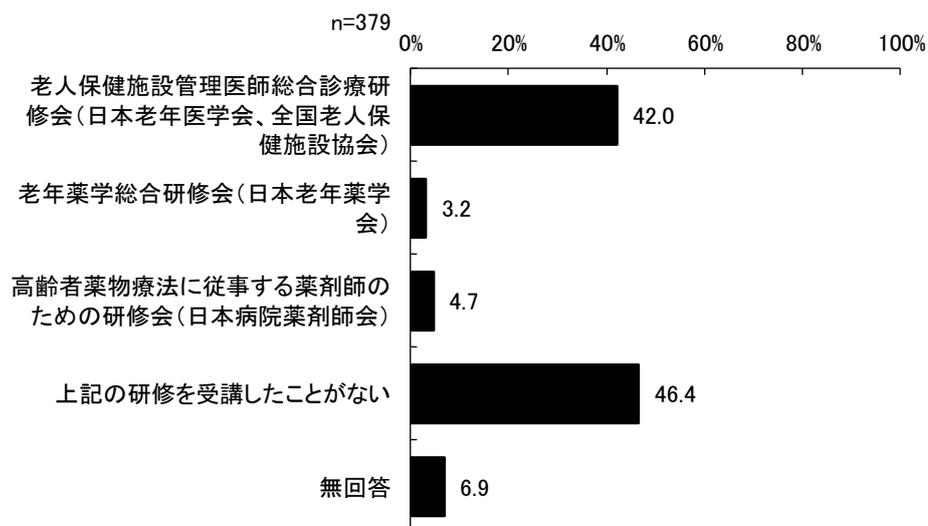
- ・医師の体調不良のため
- ・専従の薬剤師の配置がないため

など

7) 施設に所属する医師又は薬剤師が加算の算定要件である研修のうち受講したものの

施設に所属する医師又は薬剤師が加算の算定要件である研修のうち受講したものは、「上記の研修を受講したことがない」が46.4%で最も割合が高く、次いで「老人保健施設管理医師総合診療研修会（日本老年医学会、全国老人保健施設協会）」が42.0%であった。

図表 40 施設に所属する医師又は薬剤師が加算の算定要件である研修のうち受講したものの（問 4-7）
【複数回答】

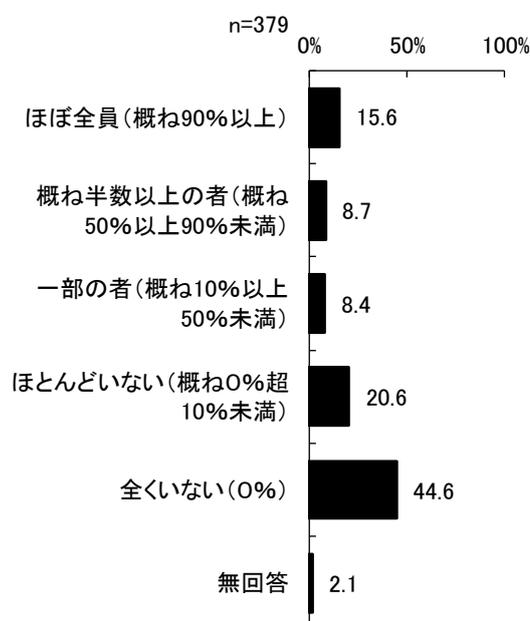


8) 入所後1か月以内に状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師への説明を行った入所者の割合

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、入所後1か月以内に状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師への説明を行った入所者の割合については、「全くいない(0%)」が44.6%で最も割合が高く、次いで「ほとんどいない(概ね0%超10%未満)」が20.6%であり、これら2つの回答割合を合計すると、65.2%であった。

医師の説明を行った入所者の割合のうち、「ほとんどいない」「全くいない」の回答割合の合計は65.2%であったことから、主治の医師への説明は進んでいない状況がうかがえる。

図表41 入所後1か月以内に状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師への説明を行った入所者の割合(問4-8-1)

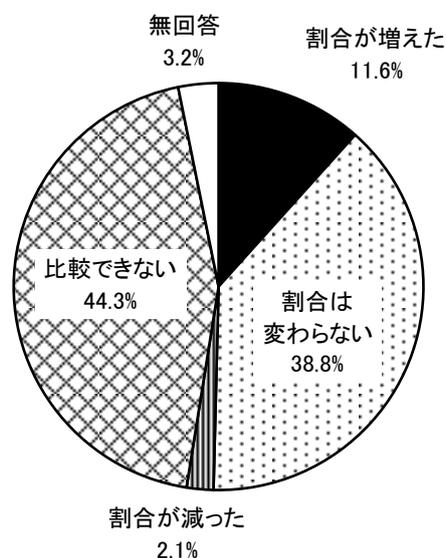


9) 3 か月間の退所者について、入所後 1 か月以内に状況に応じて当該入所者の処方
の内容を変更する可能性があることについて主治の医師への説明を行った利
用者の割合は令和 3 年度介護報酬改定の前と比べて変化したか

令和 4 年 6 月 1 日～令和 4 年 8 月 31 日の 3 か月間の退所者について、入所後 1 か月以
内に状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の
医師への説明を行った利用者の割合は令和 3 年度介護報酬改定の前と比べて変化したか
については、「比較できない」が 44.3%で最も割合が高く、次いで「割合は変わらない」
が 38.8%であった。

図表 42 3 か月間の退所者について、入所後 1 か月以内に状況に応じて当該入所者の処方の内容を
変更する可能性があることについて主治の医師への説明を行った利用者の割合は令和 3 年度介護報酬改
定の前と比べて変化したか (問 4-8-2))

n=379

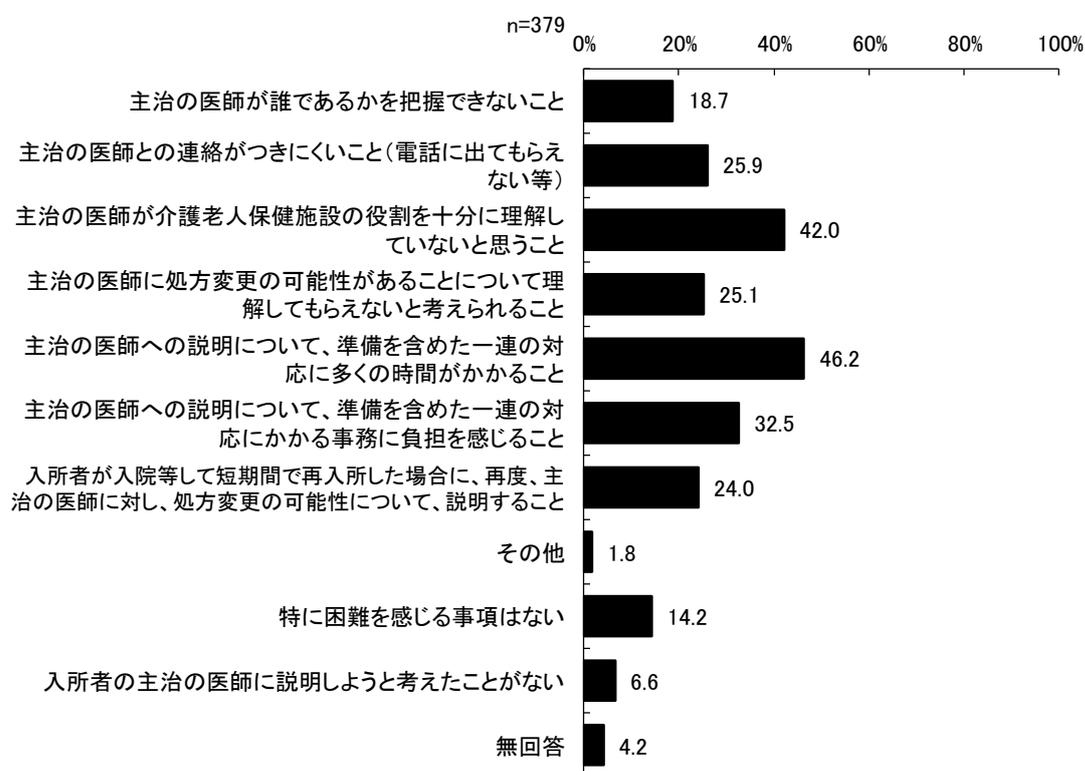


10) 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、合意を得る上で困難を感じること

入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、合意を得る上で困難を感じることは、「主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応に多くの時間がかかること」が46.2%で最も割合が高く、次いで「主治の医師が介護老人保健施設の役割を十分に理解していないと思うこと」が42.0%であった。

主治の医師の合意を得る上で困難として、多くの時間がかかることや、介護老人保健施設の役割を十分に理解してもらえないなどの回答が上位であげられた。

図表 43 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、合意を得る上で困難を感じること（問4-9）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

- ・主治医に老健医療の制度体系を理解してもらいにくい
- ・施設医師が積極的でない

図表 44 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、合意を得る上で困難を感じること（問4-9）【複数回答】
 （（問4-3-1）令和4年6月1日から8月31日までの算定施設数割合別）

		調査数	と主治の医師が誰であるかを把握できないこと	主治の医師との連絡がつきにくいこと（電話に出てもらえない等）	主治の医師が介護老人保健施設の役割を十分に理解していないと思うこと	主治の医師に処方変更の可能性が考えられること	主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応に多くの時間がかかること	主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応にかかる事務負担を感じる	主治の医師の説明について、説明すること	入所者が入院等して短期間で再入所した場合に、再度、主治の医師に対し、処方変更の可能性について、説明すること	その他	特に困難を感じる事項はない	入所者の主治の医師に説明しようと考えたことがない	無回答
加算（Ⅰ）の算定施設であるか否か	全体	379	71	98	159	95	175	123	91	7	54	25	16	
		100.0	18.7	25.9	42.0	25.1	46.2	32.5	24.0	1.8	14.2	6.6	4.2	
	算定施設ではない	283	53	77	122	78	148	94	69	7	31	21	8	
	100.0	18.7	27.2	43.1	27.6	52.3	33.2	24.4	2.5	11.0	7.4	2.8		
	算定施設である	38	6	6	14	7	5	10	9	-	14	-	1	
	100.0	15.8	15.8	36.8	18.4	13.2	26.3	23.7	-	36.8	-	2.6		
加算（Ⅱ）の算定施設であるか否か	全体	379	71	98	159	95	175	123	91	7	54	25	16	
		100.0	18.7	25.9	42.0	25.1	46.2	32.5	24.0	1.8	14.2	6.6	4.2	
	算定施設ではない	294	55	80	126	82	149	97	73	7	34	21	8	
	100.0	18.7	27.2	42.9	27.9	50.7	33.0	24.8	2.4	11.6	7.1	2.7		
	算定施設である	27	4	3	10	3	4	7	5	-	11	-	1	
	100.0	14.8	11.1	37.0	11.1	14.8	25.9	18.5	-	40.7	-	3.7		
加算（Ⅲ）の算定施設であるか否か	全体	379	71	98	159	95	175	123	91	7	54	25	16	
		100.0	18.7	25.9	42.0	25.1	46.2	32.5	24.0	1.8	14.2	6.6	4.2	
	算定施設ではない	298	56	80	128	84	151	99	74	7	35	21	8	
	100.0	18.8	26.8	43.0	28.2	50.7	33.2	24.8	2.3	11.7	7.0	2.7		
	算定施設である	23	3	3	8	1	2	5	4	-	10	-	1	
	100.0	13.0	13.0	34.8	4.3	8.7	21.7	17.4	-	43.5	-	4.3		

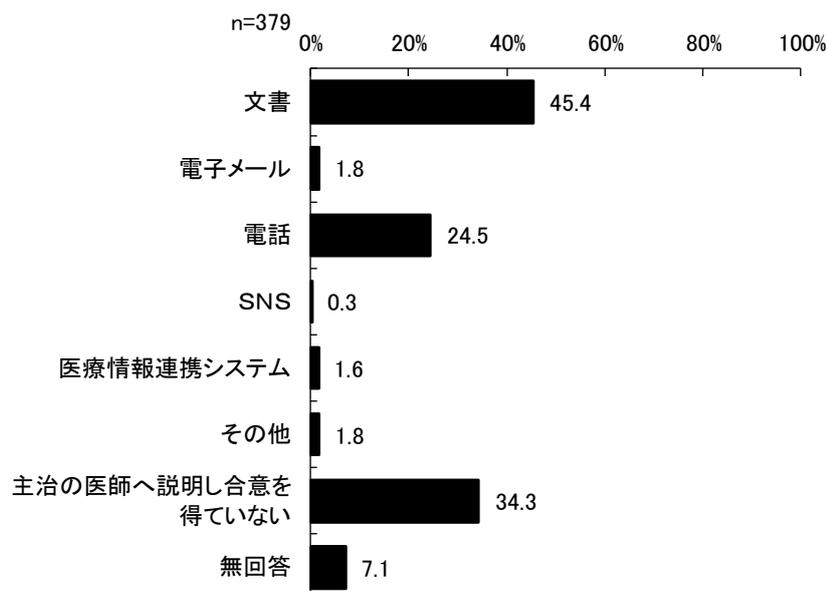
図表 45 (参考) 上記の縦横逆にクロス集計したもの

	加算(Ⅰ)の算定施設であるか否か				加算(Ⅱ)の算定施設であるか否か				加算(Ⅲ)の算定施設であるか否か			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
調査数	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
主治の医師が誰であるかを把握できないこと	71	53	6	12	71	55	4	12	71	56	3	12
	100.0	74.6	8.5	16.9	100.0	77.5	5.6	16.9	100.0	78.9	4.2	16.9
主治の医師との連絡がつきにくいこと(電話に出てもらえない等)	98	77	6	15	98	80	3	15	98	80	3	15
	100.0	78.6	6.1	15.3	100.0	81.6	3.1	15.3	100.0	81.6	3.1	15.3
主治の医師が介護老人保健施設の役割を十分に理解していないと思うこと	159	122	14	23	159	126	10	23	159	128	8	23
	100.0	76.7	8.8	14.5	100.0	79.2	6.3	14.5	100.0	80.5	5.0	14.5
主治の医師が処方変更の可能性があることについて理解してもらえないと考えられること	95	78	7	10	95	82	3	10	95	84	1	10
	100.0	82.1	7.4	10.5	100.0	86.3	3.2	10.5	100.0	88.4	1.1	10.5
主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応に多くの時間がかかること	175	148	5	22	175	149	4	22	175	151	2	22
	100.0	84.6	2.9	12.6	100.0	85.1	2.3	12.6	100.0	86.3	1.1	12.6
主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応にかかる事務に負担を感じる事	123	94	10	19	123	97	7	19	123	99	5	19
	100.0	76.4	8.1	15.4	100.0	78.9	5.7	15.4	100.0	80.5	4.1	15.4
入所者が入院等して短期間で再入所した場合に、再度、主治の医師に対し、処方変更の可能性について、説明すること	91	69	9	13	91	73	5	13	91	74	4	13
	100.0	75.8	9.9	14.3	100.0	80.2	5.5	14.3	100.0	81.3	4.4	14.3
その他	7	7	-	-	7	7	-	-	7	7	-	-
	100.0	100.0	-	-	100.0	100.0	-	-	100.0	100.0	-	-
特に困難を感じる事項はない	54	31	14	9	54	34	11	9	54	35	10	9
	100.0	57.4	25.9	16.7	100.0	63.0	20.4	16.7	100.0	64.8	18.5	16.7
入所者の主治の医師に説明しようと考えたことがない	25	21	-	4	25	21	-	4	25	21	-	4
	100.0	84.0	-	16.0	100.0	84.0	-	16.0	100.0	84.0	-	16.0

1 1) 入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明し、合意を得る際に用いている方法

入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明し、合意を得る際に用いている方法については、「文書」が45.4%で最も割合が高く、次いで「主治の医師へ説明し合意を得ていない」が34.3%であった。

図表 46 入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明し、合意を得る際に用いている方法（問 4-10）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

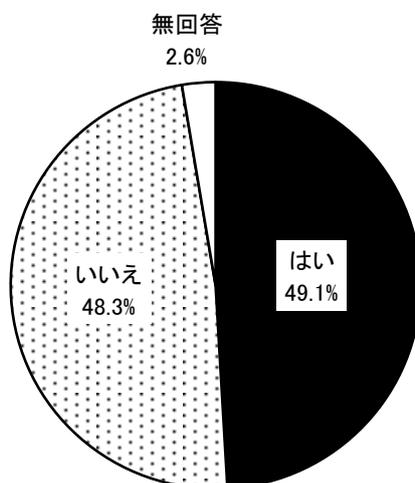
- ・口頭（対面を含む）
- ・ファックス
- ・入所前に担当の介護支援専門員を介して連絡調整を行う

1 2) 別紙様式 8「薬剤調整報告書」を知っていたか

別紙様式 8「薬剤調整報告書」を知っていたかについては、「はい」が 49.1%であった。

図表 47 別紙様式 8「薬剤調整報告書」を知っていたか（問 4-11）

n=379



入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明する際の参考として別紙様式 8「薬剤調整報告書」が存在しているかについて、加算（I）の算定割合との関係についてみると、知っている施設は「算定施設である」割合は 19.4%、知らない施設は同 1.1%であった。

別紙様式 8「薬剤調整報告書」の存在を知っていることが、加算（I）の算定に寄与している要素の一つであることが示唆された。

図表 48 令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの加算（Ⅰ）の算定施設数割合（問 4-3-1）
 （問 4-11 別紙様式 8 「薬剤調整報告書」を知っていたか別）

	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	379	283	38	58
	100.0	74.7	10.0	15.3
はい	186	121	36	29
	100.0	65.1	19.4	15.6
いいえ	183	157	2	24
	100.0	85.8	1.1	13.1

図表 49 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

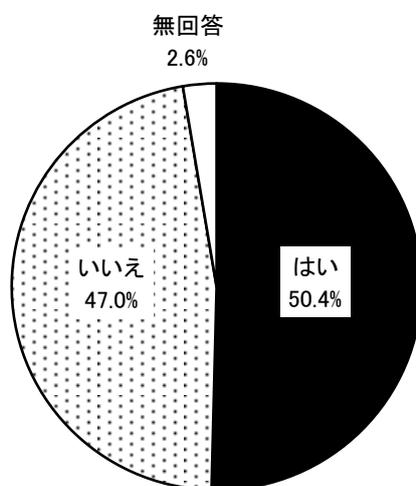
	調査数	はい	いいえ	無回答
全体	379	186	183	10
	100.0	49.1	48.3	2.6
算定施設ではない	283	121	157	5
	100.0	42.8	55.5	1.8
算定施設である	38	36	2	-
	100.0	94.7	5.3	-

13) 別紙様式8においては、処方経緯等から変更すべきでない薬剤があるなど、入所者の薬剤調整について指示等がある場合には、主治の医師から連絡をもらうこととされているが知っていたか

別紙様式8においては、処方経緯等から変更すべきでない薬剤があるなど、入所者の薬剤調整について指示等がある場合には、主治の医師から連絡をもらうこととされているが知っていたかについては、「はい」が50.4%であった。

図表 50 別紙様式8においては、処方経緯等から変更すべきでない薬剤があるなど、入所者の薬剤調整について指示等がある場合には、主治の医師から連絡をもらうこととされているが知っていたか
(問 4-12)

n=379

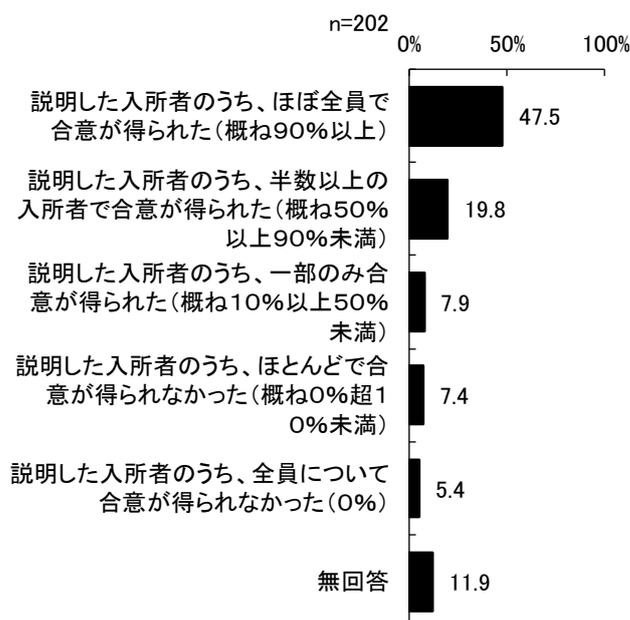


1 4) 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性 があることについて主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意 が得られた入所者の割合

入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があること
について主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割
合については、「説明した入所者のうち、ほぼ全員で合意が得られた（概ね90%以上）」が
47.5%で最も割合が高く、次いで「説明した入所者のうち、半数以上の入所者で合意が得
られた（概ね50%以上90%未満）」が19.8%であった。

一方、半数未満の入所者について主治の医師の合意が得られなかった施設も20.7%（「説
明した入所者のうち、一部のみ合意が得られた（概ね10%以上50%未満）」（7.9%）、「説
明した入所者のうち、ほとんどで合意が得られなかった（概ね0%超10%未満）」（7.4%）
、「説明した入所者のうち、全員について合意が得られなかった（0%）」（5.4%）の合計）
存在した。

図表 51 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があること
について主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割合（問 4-13-
1)）

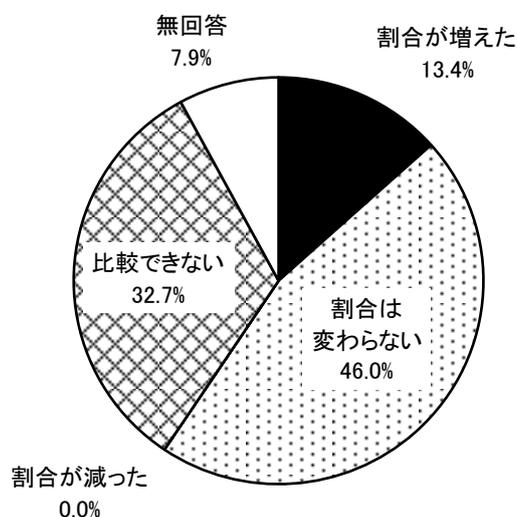


15) 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性
があることについて主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意
が得られた入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したか

入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があること
について主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割
合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したかについては、「割合は変わらない」
が46.0%で最も割合が高く、次いで「比較できない」が32.7%であった。

図表 52 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があること
について主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割合は令和3年度
介護報酬改定の前と比べて変化したか（問 4-13-2）

n=202

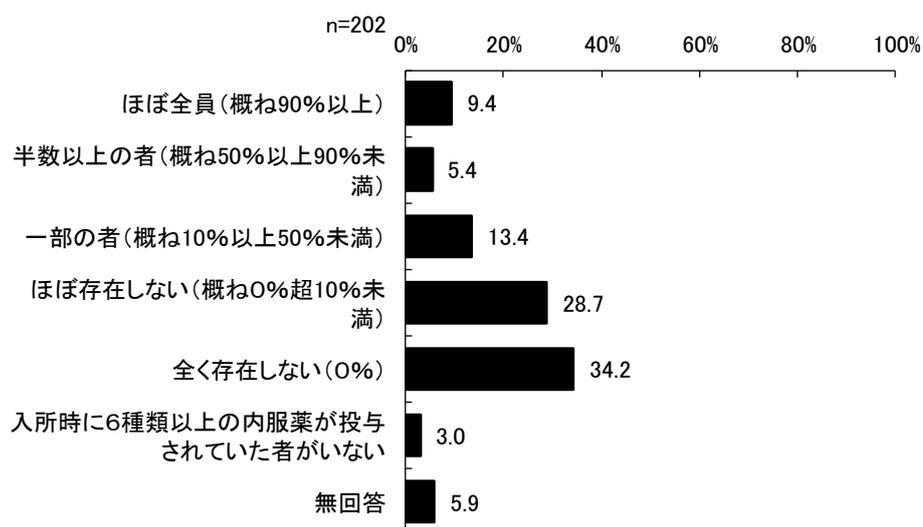


16) 入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者のうち、主治の医師の合意が得られなかったために薬剤調整に着手できなかった入所者の割合

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者のうち、主治の医師の合意が得られなかったために薬剤調整に着手できなかった入所者の割合については、「全く存在しない(0%)」が34.2%で最も割合が高く、次いで「ほぼ存在しない(概ね0%超10%未満)」が28.7%であった。

入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者のうち、主治の医師の合意が得られなかったために薬剤調整に着手できなかった入所者の割合は、28.2%（「ほぼ全員(概ね90%以上)」(9.4%)、「半数以上の者(概ね50%以上90%未満)」(5.4%)、「一部の者(概ね10%以上50%未満)」(13.4%)の合計)存在した。

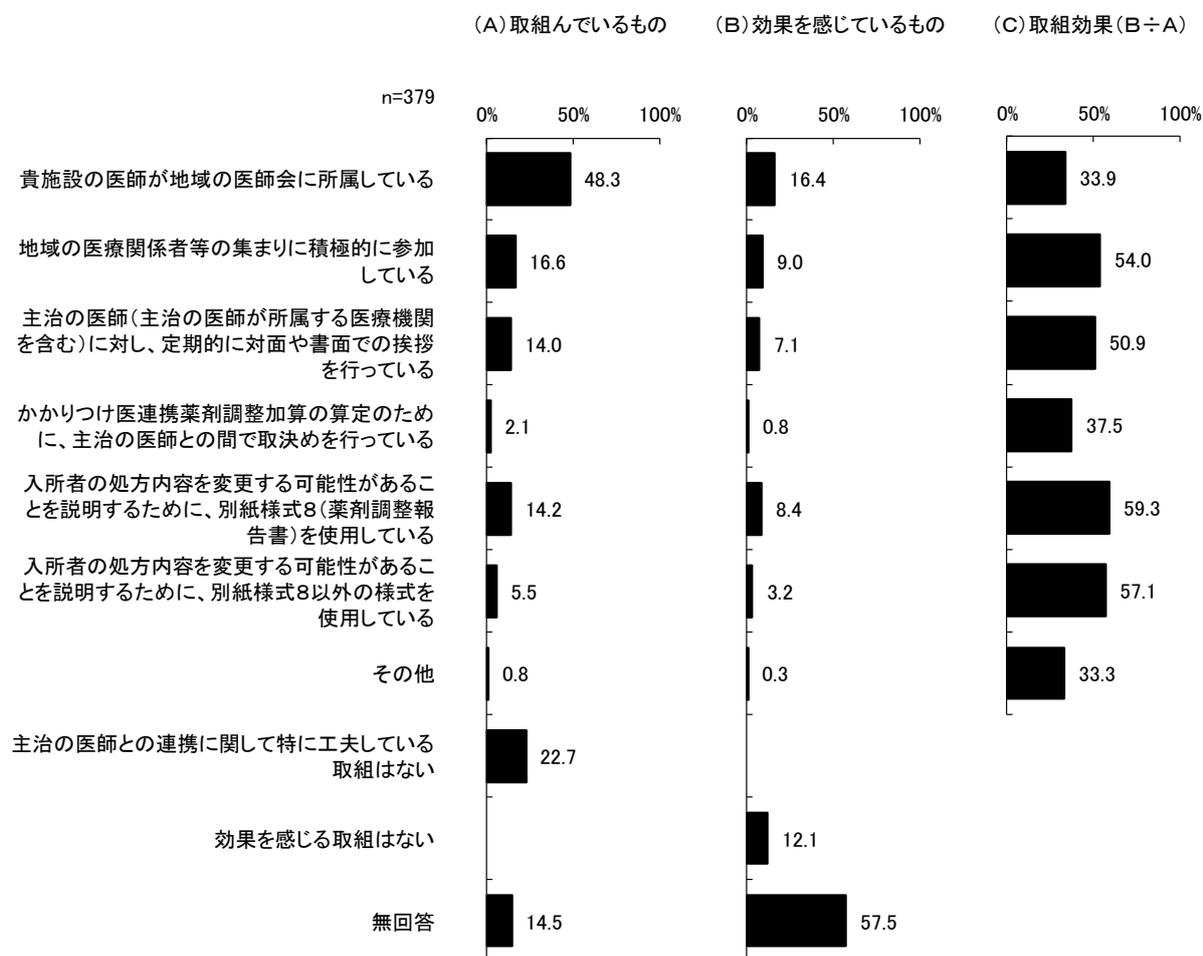
図表 53 入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者のうち、主治の医師の合意が得られなかったために薬剤調整に着手できなかった入所者の割合(問4-14)



17) 主治の医師と連携を深めるために実施している取組と、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件である主治の医師への説明・合意において効果を感じる取組

(A) 主治の医師と連携を深めるために実施している取組と、(B) これらの取組のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件である主治の医師への説明・合意において効果を感じる取組については、(A) 取り組んでいるものでは「貴施設の医師が地域の医師会に所属している」が48.3%で最も割合が高く、次いで「主治の医師との連携に関して特に工夫している取組はない」が22.7%であった。(B) 効果を感じているものでは「貴施設の医師が地域の医師会に所属している」が16.4%で最も割合が高く、次いで「主治の医師との連携に関して特に工夫している取組はない」が12.1%であった。(C) 取組効果では、「入所者の処方内容を変更する可能性があることを説明するために、別紙様式8(薬剤調整報告書)を使用している」が59.3%で最も割合が高く、次いで「入所者の処方内容を変更する可能性があることを説明するために、別紙様式8(薬剤調整報告書)以外の様式を使用している」が、57.1%であった。

図表 54 主治の医師と連携を深めるために実施している取組と、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件である主治の医師への説明・合意において効果を感じる取組(問4-15)【複数回答】



※「(A)取り組んでいるもの その他」の主な回答は以下の通り。

- ・診療情報提供書を使用する
- ・薬剤の添付文書を添えて上申する
- ・施設採用薬への変更予定と合計薬価により減薬の可能性がある旨の説明表を用いるなど

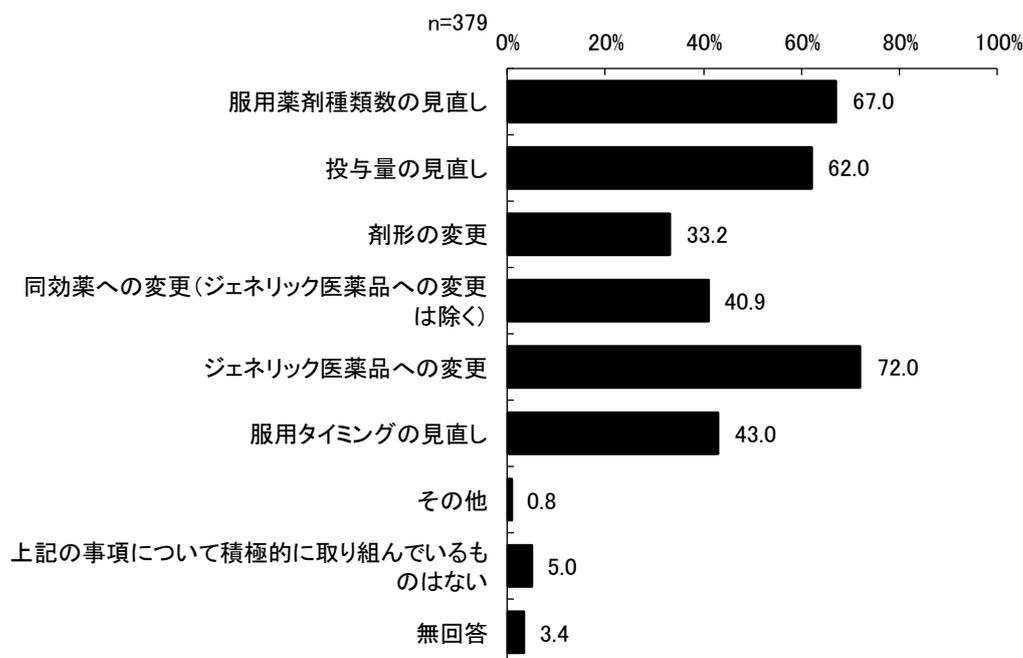
※「(B)効果を感じているもの その他」の主な回答は以下の通り。

- ・退所時の書面（連絡状、返事状、紹介状）で報告すること
- ・調整を行った理由を書面と電話で共有していること
- ・カンファレンスで決めた薬剤情報（推奨投与量、副作用チェック等）を提供することなど

1 8) 薬剤調整において積極的に取り組んでいる事項

薬剤調整において積極的に取り組んでいる事項については、「ジェネリック医薬品への変更」が 72.0%で最も割合が高く、次いで「服用薬剤種類数の見直し」が 67.0%であった。

図表 55 薬剤調整において積極的に取り組んでいる事項（問 4-16）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

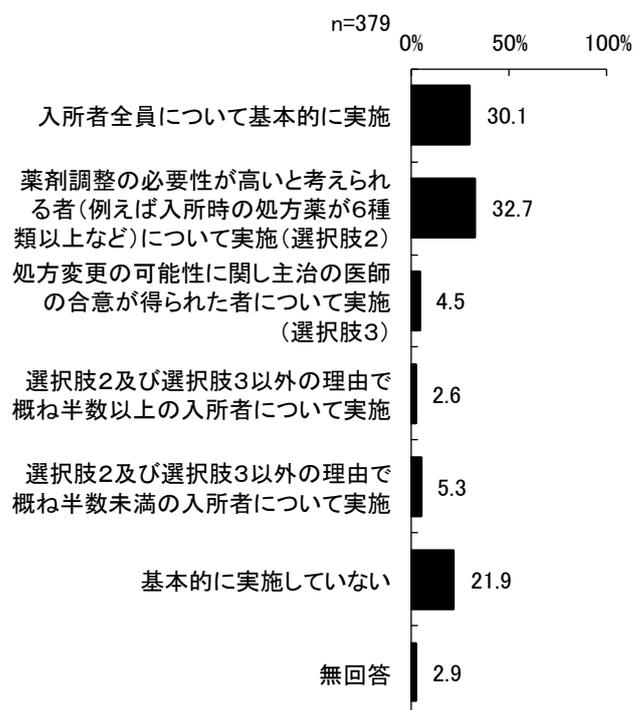
- ・入所者の健康状態、ADL および生活パターン等を調査して処方変更する
- ・職員による投薬・配役・調剤ミスの起こりにくい処方を模索する
- ・高脂血症薬、骨粗鬆症治療薬、ベンゾジアセピン系眠剤の使用頻度を減らす
- ・副作用モニタリングを行う
- ・状態に応じた専門医への相談を行う
- ・在庫管理を日常的に行う

など

19) どのような入所者を対象として薬剤調整を行ったか

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、どのような入所者を対象として薬剤調整を行ったかについては、「薬剤調整の必要性が高いと考えられる者（例えば入所時の処方薬が6種類以上など）について実施」が32.7%で最も割合が高く、次いで「入所者全員について基本的に実施」が30.1%であった。また薬剤調整を「基本的に実施していない」との回答は21.9%であった。

図表 56 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、どのような入所者を対象として薬剤調整を行ったか（問 4-17-1）

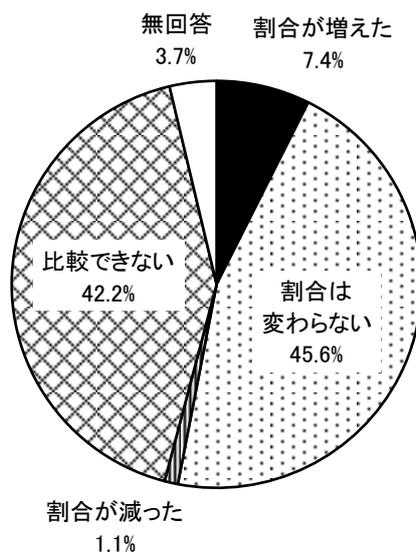


20) 薬剤調整を行った入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したか

薬剤調整を行った入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したかについては、「割合は変わらない」が45.6%で最も割合が高く、次いで「比較できない」が42.2%であった。

図表 57 薬剤調整を行った入所者の割合（問 4-17-2）

n=379

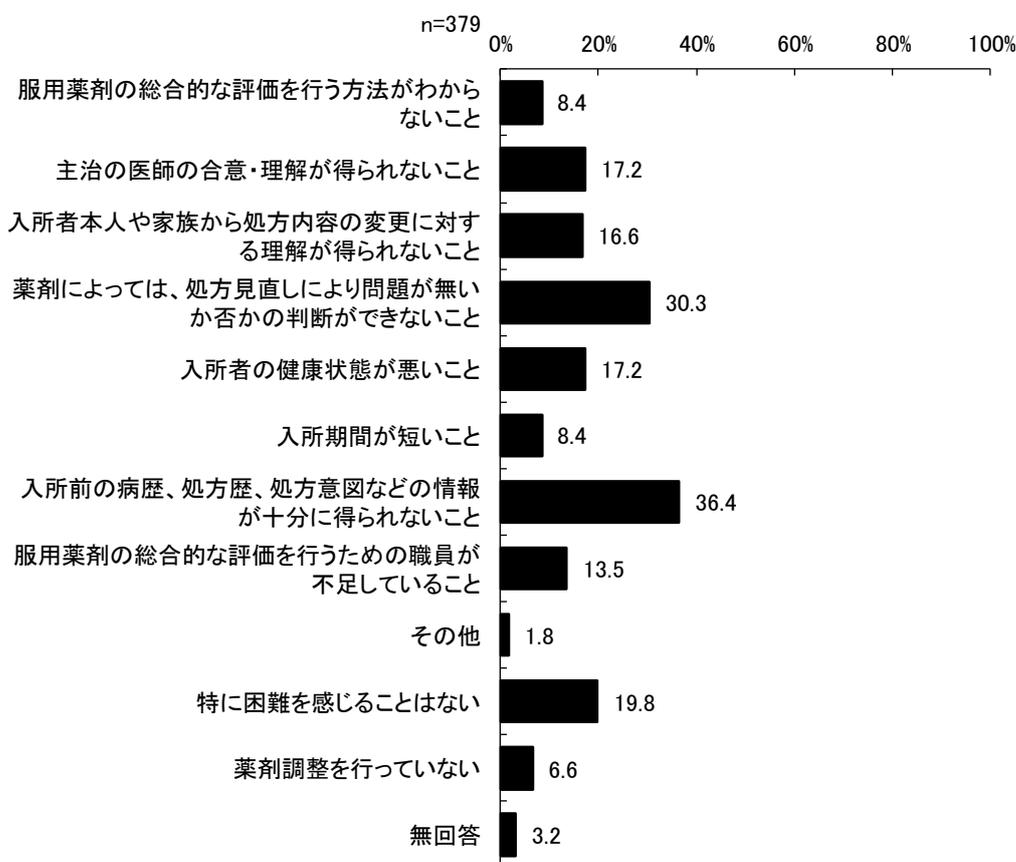


21) 入所中に薬剤調整を行う上で困難を感じる事

入所中に薬剤調整を行う上で困難を感じる事については、「入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと」が36.4%で最も割合が高く、次いで「薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと」が30.3%であった。

「入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと」については、主治の医師などからの情報提供が不十分であることを示しており、さらなる連携の強化が必要である。

図表 58 入所中に薬剤調整を行う上で困難を感じる事（問 4-18）



※「その他」の主な回答は以下の通り。

- ・病院の併設ではないため薬効の確認が難しいこと
- ・施設医の専門科では判断できない事があること
- ・施設医の方針が、老健での薬剤変更に否定的であること
- ・薬剤の流通が十分でない時があること

など

図表 59 入所中に薬剤調整を行う上で困難を感じること（問 4-18）
 ((問 4-3-1)令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合別)

	調査数	服用薬剤の総合的な評価を行う方法がわからないこと	主治の医師の合意・理解が得られないこと	入所者本人や家族から処方内容の変更に対する理解が得られないこと	無いか否かの判断ができないこと	入所者の健康状態が悪いこと	入所期間が短いこと	入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと	服用薬剤の総合的な評価を行うための職員が不足していること	その他	特に困難を感じることはない	薬剤調整を行っていない	無回答	
加算（Ⅰ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	32 8.4	65 17.2	63 16.6	115 30.3	65 17.2	32 8.4	138 36.4	51 13.5	7 1.8	75 19.8	25 6.6	12 3.2
	算定施設ではない	283 100.0	24 8.5	52 18.4	47 16.6	88 31.1	44 15.5	22 7.8	104 36.7	39 13.8	6 2.1	57 20.1	24 8.5	5 1.8
	算定施設である	38 100.0	3 7.9	2 5.3	5 13.2	11 28.9	8 21.1	2 5.3	14 36.8	6 15.8	1 2.6	9 23.7	-	1 2.6
加算（Ⅱ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	32 8.4	65 17.2	63 16.6	115 30.3	65 17.2	32 8.4	138 36.4	51 13.5	7 1.8	75 19.8	25 6.6	12 3.2
	算定施設ではない	294 100.0	26 8.8	52 17.7	47 16.0	93 31.6	45 15.3	23 7.8	108 36.7	40 13.6	6 2.0	59 20.1	24 8.2	5 1.7
	算定施設である	27 100.0	1 3.7	2 7.4	5 18.5	6 22.2	7 25.9	1 3.7	10 37.0	5 18.5	1 3.7	7 25.9	-	1 3.7
加算（Ⅲ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	32 8.4	65 17.2	63 16.6	115 30.3	65 17.2	32 8.4	138 36.4	51 13.5	7 1.8	75 19.8	25 6.6	12 3.2
	算定施設ではない	298 100.0	26 8.7	52 17.4	47 15.8	95 31.9	46 15.4	23 7.7	109 36.6	42 14.1	7 2.3	60 20.1	24 8.1	5 1.7
	算定施設である	23 100.0	1 4.3	2 8.7	5 21.7	4 17.4	6 26.1	1 4.3	9 39.1	3 13.0	-	6 26.1	-	1 4.3

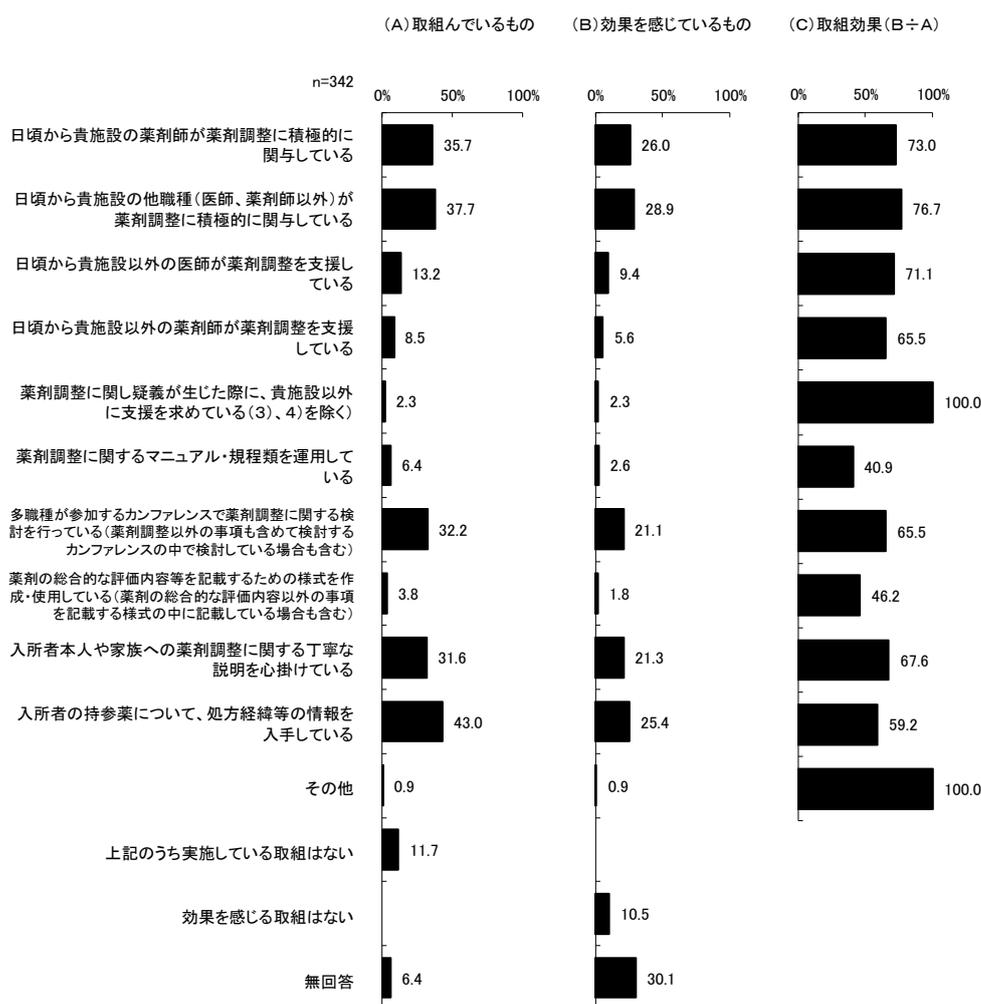
図表 60 (参考) 上記の縦横逆にクロス集計したもの

	加算 (I) の算定施設であるか否か				加算 (II) の算定施設であるか否か				加算 (III) の算定施設であるか否か			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
調査数	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
服用薬剤の総合的な評価を行う方法がわからないこと	32	24	3	5	32	26	1	5	32	26	1	5
	100.0	75.0	9.4	15.6	100.0	81.3	3.1	15.6	100.0	81.3	3.1	15.6
主治の医師の合意・理解が得られないこと	65	52	2	11	65	52	2	11	65	52	2	11
	100.0	80.0	3.1	16.9	100.0	80.0	3.1	16.9	100.0	80.0	3.1	16.9
入所者本人や家族から処方内容の変更に対する理解が得られないこと	63	47	5	11	63	47	5	11	63	47	5	11
	100.0	74.6	7.9	17.5	100.0	74.6	7.9	17.5	100.0	74.6	7.9	17.5
薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと	115	88	11	16	115	93	6	16	115	95	4	16
	100.0	76.5	9.6	13.9	100.0	80.9	5.2	13.9	100.0	82.6	3.5	13.9
入所者の健康状態が悪いこと	65	44	8	13	65	45	7	13	65	46	6	13
	100.0	67.7	12.3	20.0	100.0	69.2	10.8	20.0	100.0	70.8	9.2	20.0
入所期間が短いこと	32	22	2	8	32	23	1	8	32	23	1	8
	100.0	68.8	6.3	25.0	100.0	71.9	3.1	25.0	100.0	71.9	3.1	25.0
入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと	138	104	14	20	138	108	10	20	138	109	9	20
	100.0	75.4	10.1	14.5	100.0	78.3	7.2	14.5	100.0	79.0	6.5	14.5
服用薬剤の総合的な評価を行うための職員が不足していること	51	39	6	6	51	40	5	6	51	42	3	6
	100.0	76.5	11.8	11.8	100.0	78.4	9.8	11.8	100.0	82.4	5.9	11.8
その他	7	6	1	-	7	6	1	-	7	7	-	-
	100.0	85.7	14.3	-	100.0	85.7	14.3	-	100.0	100.0	-	-
特に困難を感じることはない	75	57	9	9	75	59	7	9	75	60	6	9
	100.0	76.0	12.0	12.0	100.0	78.7	9.3	12.0	100.0	80.0	8.0	12.0
薬剤調整を行っていない	25	24	-	1	25	24	-	1	25	24	-	1
	100.0	96.0	-	4.0	100.0	96.0	-	4.0	100.0	96.0	-	4.0

2 2) 薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と効果を感じる取組

(A) 取り組んでいるものでは「入所者の持参薬について、処方経緯等の情報を入手している」が43.0%で最も割合が高く、次いで「日頃から貴施設の他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している」が37.7%、「日頃から貴施設の他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している」が35.7%であった。(B) 効果を感じているものでは「日頃から貴施設の他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している」が28.9%で最も割合が高く、次いで「日頃から貴施設の薬剤師が薬剤調整に積極的に関与している」が26.0%であった。(C) 取組効果では、「薬剤調整に関し疑義が生じた際に、貴施設以外（の医師・薬剤師以外）に支援を求めている」が100.0%で最も割合が高く、次いで「日頃から貴施設の他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している」が、76.7%であった。選択肢として掲げた事項の取組効果として4割以上が効果を感じている。

図表 61 薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と効果を感じる取組（問 4-19）【複数回答】



※「(A)取り組んでいるもの その他」の主な回答は以下の通り。

- ・入所相談の段階から薬剤調整の可能性について説明を行う
- ・病態変化があった際に適宜調整を行う

※「(B)効果を感じているもの その他」の主な回答は以下の通り。

- ・入所相談の段階から薬剤調整の可能性について説明を行う
- ・病態変化があった際に適宜調整を行う

薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と加算（I）の算定施設であるか否かの関係についてみたところ、「上記のうち実施している取組はない」と回答した施設において、「算定施設である」割合が5.0%であるのに対し、何らかの取組みを行っている施設では、それよりも「算定施設である」割合が高い傾向がみられた。また「日頃から貴施設の薬剤師が薬剤調整を支援している」は16.4%、「日頃から貴施設以外の薬剤師が薬剤調整を支援している」は13.8%で、「日頃から貴施設他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している」（10.9%）より割合が高かった。※n数が少ない点に留意が必要

調査結果から、薬剤調整を行う上での困難を改善するための様々な取組を行うことが、加算（I）の算定に寄与している状況がうかがえた。

図表 62 令和4年6月1日から8月31日までの算定施設数割合（問4-3-1）

（問4-19 薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と効果を感じる取組別）

	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
全体	342	254	37	51
	100.0	74.3	10.8	14.9
日頃から貴施設の薬剤師が薬剤調整に積極的に関与している	122	81	20	21
	100.0	66.4	16.4	17.2
日頃から貴施設他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している	129	97	14	18
	100.0	75.2	10.9	14.0
日頃から貴施設以外の医師が薬剤調整を支援している	45	32	8	5
	100.0	71.1	17.8	11.1
日頃から貴施設以外の薬剤師が薬剤調整を支援している	29	19	4	6
	100.0	65.5	13.8	20.7
薬剤調整に関し疑義が生じた際に、貴施設以外に支援を求めている（3）、4を除く）	8	6	2	-
	100.0	75.0	25.0	-
薬剤調整に関するマニュアル・規程類を運用している	22	14	2	6
	100.0	63.6	9.1	27.3
多職種が参加するカンファレンスで薬剤調整に関する検討を行っている（薬剤調整以外の事項も含めて検討するカンファレンスの中で検討している場合も含む）	110	78	13	19
	100.0	70.9	11.8	17.3
薬剤の総合的な評価内容等を記載するための様式を作成・使用している（薬剤の総合的な評価内容以外の事項を記載する様式の中に記載している場合も含む）	13	8	3	2
	100.0	61.5	23.1	15.4
入所者本人や家族への薬剤調整に関する丁寧な説明を心掛けている	108	79	19	10
	100.0	73.1	17.6	9.3
入所者の持参薬について、処方経緯等の情報を入手している	147	117	12	18
	100.0	79.6	8.2	12.2
その他	3	2	-	1
	100.0	66.7	-	33.3
上記のうち実施している取組はない	40	31	2	7
	100.0	77.5	5.0	17.5

図表 63 (参考) 上記の縦横逆にクロス集計したもの

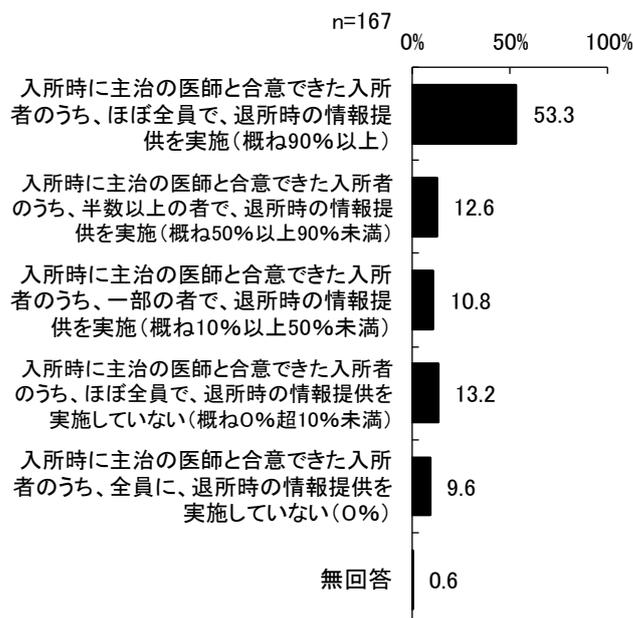
調査数	日頃から貴施設の薬剤師が薬剤調整に積極的に関与している	日頃から貴施設(他職種(医師、薬剤師以外)が薬剤調整に積極的に関与している	日頃から貴施設以外の医師が薬剤調整を支援している	日頃から貴施設以外の薬剤師が薬剤調整を支援している	薬剤調整に関し疑義が生じた際に、貴施設以外に支援を求めている(3) (4)を除く)	薬剤調整に関するマニュアル・規程類を運用している	多職種が参加するカンファレンスで薬剤調整に関する検討を行っている(薬剤調整以外の事項も含めて検討するカンファレンスの中で検討している場合も含む)	薬剤の総合的な評価内容等を記載するための様式を作成・使用している(薬剤の総合的な評価内容以外の事項を記載する様式の中に記載している場合も含む)	入所者本人や家族への薬剤調整に関する丁寧な説明を心掛けています	入所者の持参薬について、処方経緯等の情報を入手している	その他	上記のうち実施している取組はない	無回答	
全体	342	122	129	45	29	8	22	110	13	108	147	3	40	22
	100.0	35.7	37.7	13.2	8.5	2.3	6.4	32.2	3.8	31.6	43.0	0.9	11.7	6.4
算定施設ではない	254	81	97	32	19	6	14	78	8	79	117	2	31	18
	100.0	31.9	38.2	12.6	7.5	2.4	5.5	30.7	3.1	31.1	46.1	0.8	12.2	7.1
算定施設である	37	20	14	8	4	2	2	13	3	19	12	-	2	-
	100.0	54.1	37.8	21.6	10.8	5.4	5.4	35.1	8.1	51.4	32.4	-	5.4	-

23) 入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合

令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合については、「入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、ほぼ全員で、退所時の情報提供を実施（概ね90%以上）」が53.3%で最も割合が高く、次いで「入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、ほぼ全員で、退所時の情報提供を実施していない（概ね0%超10%未満）」が13.2%であった。

主治の医師と合意できた入所者のうち、ほぼ全員で退所時の情報提供を実施している施設の割合が半数を超えたことから、概ね情報提供ができてきている状況と言える。

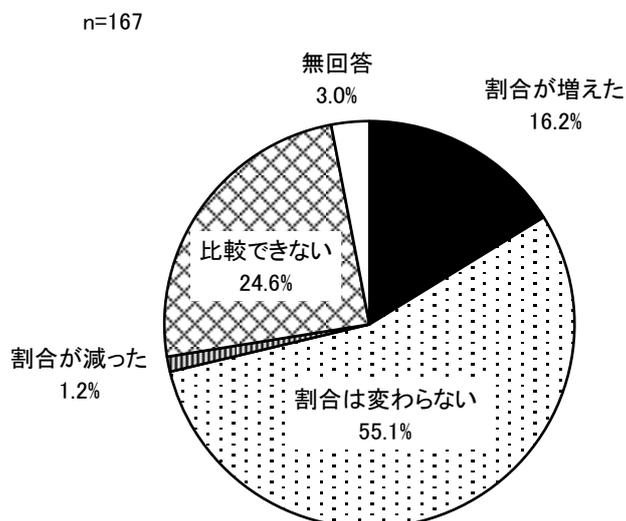
図表 64 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者について、入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合（問4-20-1）



24) 入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したか

入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したかについては、「割合は変わらない」が55.1%で最も割合が高く、次いで「比較できない」が24.6%であった。

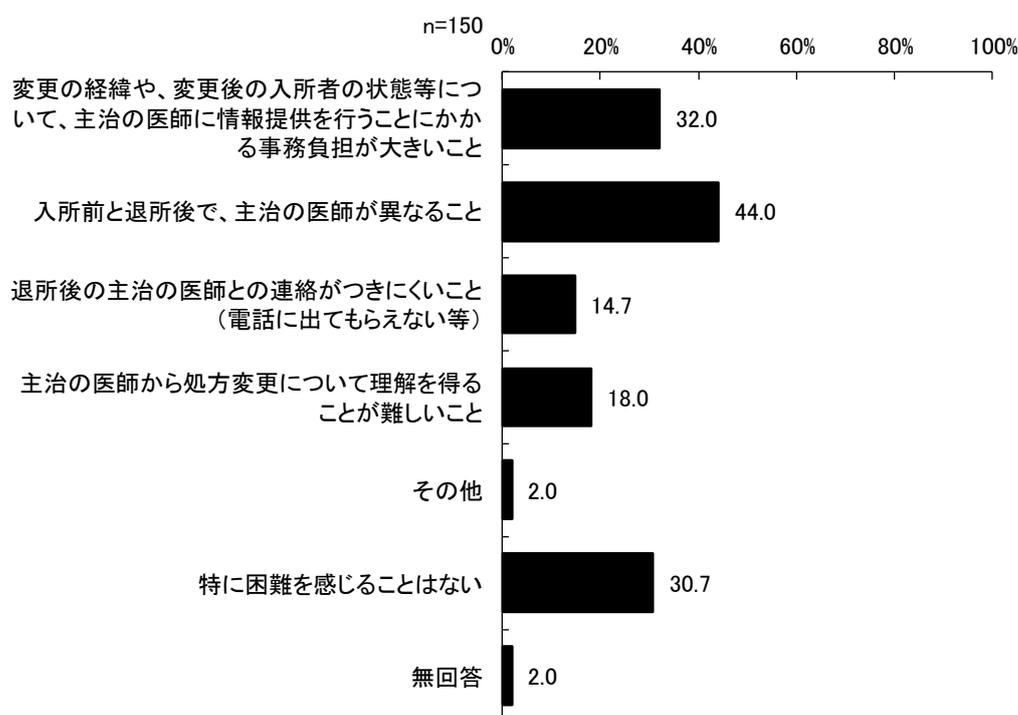
図表 65 入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化したか（問 4-20-2）



25) 「評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載すること」を進める上で困難を感じること

「評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載すること」を進める上で困難を感じることについては、「入所前と退所後で、主治の医師が異なること」が44.0%で最も割合が高く、次いで「変更の経緯や、変更後の入所者の状態等について、主治の医師に情報提供を行うことにかかる事務負担が大きいこと」が32.0%であった。

図表 66 「評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載すること」を進める上で困難を感じること（問 4-21）【複数回答】



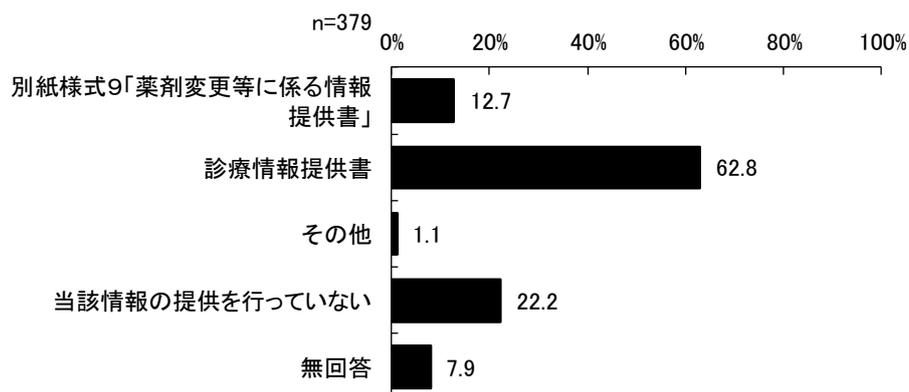
※「その他」の主な回答は以下の通り。

- ・かかりつけ医院（担当科）が複数ある場合がある
- ・退所理由が容体急変による入院等の場合は情報提供が間に合わない

26) 退所時の服用薬剤の総合的な評価の結果等に関する主治の医師への情報提供方法

退所時の服用薬剤の総合的な評価の結果等に関する主治の医師への情報提供方法については、「診療情報提供書」が62.8%で最も割合が高く、次いで「当該情報の提供を行っていない」が22.2%であった。

図表 67 退所時の服用薬剤の総合的な評価の結果等に関する主治の医師への情報提供方法（問 4-22）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

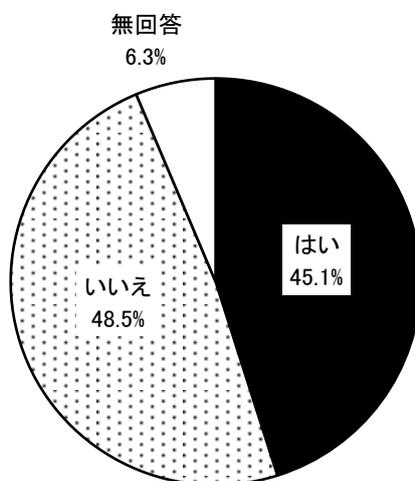
- ・法人独自の様式
- ・情報システムソフトに搭載の様式
- ・薬剤師が作成する薬剤サマリー

27) かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）に関して、かかりつけ医との連携や服用薬剤の総合的な評価の実施等の所定の要件を満たせば、結果的に処方内容に変更がなかった場合でも算定要件を充足することを知っていたか

かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）に関して、かかりつけ医との連携や服用薬剤の総合的な評価の実施等の所定の要件を満たせば、結果的に処方内容に変更がなかった場合でも算定要件を充足することを知っていたかについては、「はい」が45.1%だった。

図表 68 かかりつけ医連携薬剤調整加算（I）に関して、かかりつけ医との連携や服用薬剤の総合的な評価の実施等の所定の要件を満たせば、結果的に処方内容に変更がなかった場合でも算定要件を充足することを知っていたか（問 4-23）

n=379

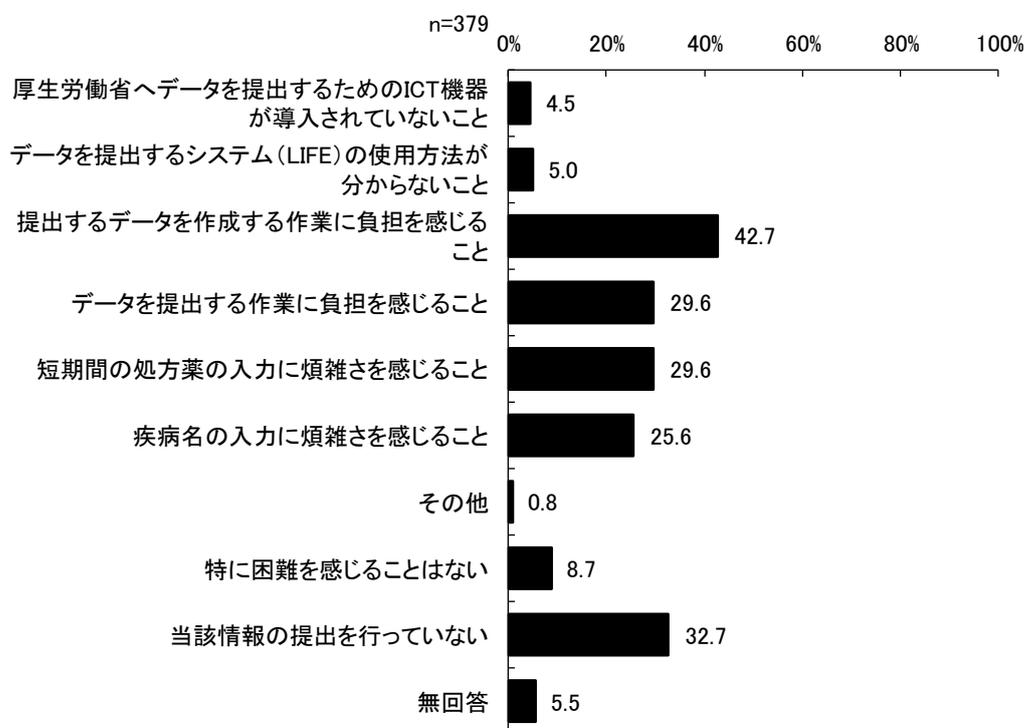


28) 入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出する上で困難を感じる事

入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出する上で困難を感じる事については、「提出するデータを作成する作業に負担を感じる事」が42.7%で最も割合が高く、次いで「データを提出する作業に負担を感じる事」と「短期間の処方薬の入力に煩雑さを感じる事」が29.6%であった。

加算(Ⅱ)の算定に必須となるLIFEの活用に関して、提出データの「作成」「提出」というプロセスに負担を感じていることが明らかになったことから、これらのプロセスを効率的に進めるための検討を進めることが望まれる。

図表 69 入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出する上で困難を感じる事
(問4-24)【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。

【システム】

- ・介護保険請求ソフトとLIFEの連動時にエラー発生が多い
- ・LIFEのエラー内容が分かりづらい
- ・システム関連に慣れていない職員も多くスムーズに進まない

【LIFE運用ルール】

- ・他の評価は6ヶ月毎である中、薬剤の評価は3ヶ月毎と頻度が多い

【価格】

- ・システム導入費、LIFEによる情報提出の負担、報酬が見合っていない

入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出することを進める上で困難を感じることに、情報登録を行っている職種の関係についてみたところ、「提出データの作成作業」は負担を感じている割合が職種によらず高いが、それ以外の作業は職種により異なると言える。

図表 70 入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出する上で困難を感じること（問 4-24）（問 4-25 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の LIFE への情報登録を行っている職種別）

	調査数	厚生労働省へデータを提出するための ICT 機器が導入されていないこと	データを提出するシステム（LIFE）の使用方法が分からないこと	提出するデータを作成する作業に負担を感じること	データを提出する作業に負担を感じること	短期間の処方薬の入力に煩雑さを感じること	疾病名の入力に煩雑さを感じること	その他	特に困難を感じることはない	当該情報の提出を行っていない	無回答
全体	379	17	19	162	112	112	97	3	33	124	21
	100.0	4.5	5.0	42.7	29.6	29.6	25.6	0.8	8.7	32.7	5.5
医師	17	-	-	9	2	6	3	-	6	1	-
	100.0	-	-	52.9	11.8	35.3	17.6	-	35.3	5.9	-
薬剤師	20	-	-	12	6	9	2	1	5	-	-
	100.0	-	-	60.0	30.0	45.0	10.0	5.0	25.0	-	-
看護職員	52	-	2	35	23	30	30	1	5	-	-
	100.0	-	3.8	67.3	44.2	57.7	57.7	1.9	9.6	-	-
支援相談員	46	1	2	26	22	23	18	1	6	2	2
	100.0	2.2	4.3	56.5	47.8	50.0	39.1	2.2	13.0	4.3	4.3
介護職員	9	1	-	5	3	5	3	-	1	-	-
	100.0	11.1	-	55.6	33.3	55.6	33.3	-	11.1	-	-
事務職員	52	-	2	25	19	18	14	1	12	3	3
	100.0	-	3.8	48.1	36.5	34.6	26.9	1.9	23.1	5.8	5.8
その他	6	-	-	3	2	2	4	-	-	1	-
	100.0	-	-	50.0	33.3	33.3	66.7	-	-	16.7	-
LIFE への情報登録を行っていない	214	15	14	80	53	48	39	1	9	113	1
	100.0	7.0	6.5	37.4	24.8	22.4	18.2	0.5	4.2	52.8	0.5

図表 71 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

	調査数	医師	薬剤師	看護職員	支援相談員	介護職員	事務職員	その他	特に困難を感じることはない	LIFE への情報登録を行っていない	無回答
全体	379	17	20	52	46	9	52	6	214	27	
	100.0	4.5	5.3	13.7	12.1	2.4	13.7	1.6	56.5	7.1	
厚生労働省へデータを提出するための ICT 機器が導入されていないこと	17	-	-	-	1	1	-	-	15	-	
	100.0	-	-	-	5.9	5.9	-	-	88.2	-	
データを提出するシステム（LIFE）の使用方法が分からないこと	19	-	-	2	2	-	2	-	14	-	
	100.0	-	-	10.5	10.5	-	10.5	-	73.7	-	
提出するデータを作成する作業に負担を感じること	162	9	12	35	26	5	25	3	80	2	
	100.0	5.6	7.4	21.6	16.0	3.1	15.4	1.9	49.4	1.2	
データを提出する作業に負担を感じること	112	2	6	23	22	3	19	2	53	2	
	100.0	1.8	5.4	20.5	19.6	2.7	17.0	1.8	47.3	1.8	
短期間の処方薬の入力に煩雑さを感じること	112	6	9	30	23	5	18	2	48	2	
	100.0	5.4	8.0	26.8	20.5	4.5	16.1	1.8	42.9	1.8	
疾病名の入力に煩雑さを感じること	97	3	2	30	18	3	14	4	39	2	
	100.0	3.1	2.1	30.9	18.6	3.1	14.4	4.1	40.2	2.1	
その他	3	-	1	1	1	1	1	-	1	-	
	100.0	-	33.3	33.3	33.3	33.3	33.3	-	33.3	-	
特に困難を感じることはない	33	6	5	5	6	1	12	-	9	1	
	100.0	18.2	15.2	15.2	18.2	3.0	36.4	-	27.3	3.0	
当該情報の提出を行っていない	124	1	-	-	2	-	3	1	113	6	
	100.0	0.8	-	-	1.6	-	2.4	0.8	91.1	4.8	

図表 72 入所者の服薬情報等の情報を、LIFE を通じて厚生労働省に提出する上で困難を感じること

(問 4-24)【複数回答】

((問 4-3-1)令和 4 年 6 月 1 日から 8 月 31 日までの算定施設数割合別)

		調査数	厚生労働省へデータ提出するための ICT 機器が導入されていないこと	データを提出するシステム（LIFE）の使用方法が分からないこと	提出するデータを作成する作業に負担を感じる	データを提出する作業に負担を感じる	短期間の処方薬の入力に煩雑さを感じる	疾病名の入力に煩雑さを感じる	その他	特に困難を感じることはない	当該情報の提出を行っていない	無回答
加算（Ⅰ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	17 4.5	19 5.0	162 42.7	112 29.6	112 29.6	97 25.6	3 0.8	33 8.7	124 32.7	21 5.5
	算定施設ではない	283 100.0	15 5.3	16 5.7	117 41.3	83 29.3	85 30.0	70 24.7	2 0.7	24 8.5	107 37.8	9 3.2
	算定施設である	38 100.0	- -	1 2.6	26 68.4	15 39.5	16 42.1	16 42.1	1 2.6	2 5.3	2 5.3	3 7.9
加算（Ⅱ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	17 4.5	19 5.0	162 42.7	112 29.6	112 29.6	97 25.6	3 0.8	33 8.7	124 32.7	21 5.5
	算定施設ではない	294 100.0	15 5.1	17 5.8	123 41.8	87 29.6	88 29.9	73 24.8	2 0.7	24 8.2	109 37.1	10 3.4
	算定施設である	27 100.0	- -	- -	20 74.1	11 40.7	13 48.1	13 48.1	1 3.7	2 7.4	- -	2 7.4
加算（Ⅲ）の算定施設であるか否か	全体	379 100.0	17 4.5	19 5.0	162 42.7	112 29.6	112 29.6	97 25.6	3 0.8	33 8.7	124 32.7	21 5.5
	算定施設ではない	298 100.0	15 5.0	17 5.7	126 42.3	90 30.2	91 30.5	76 25.5	3 1.0	25 8.4	109 36.6	10 3.4
	算定施設である	23 100.0	- -	- -	17 73.9	8 34.8	10 43.5	10 43.5	- -	1 4.3	- -	2 8.7

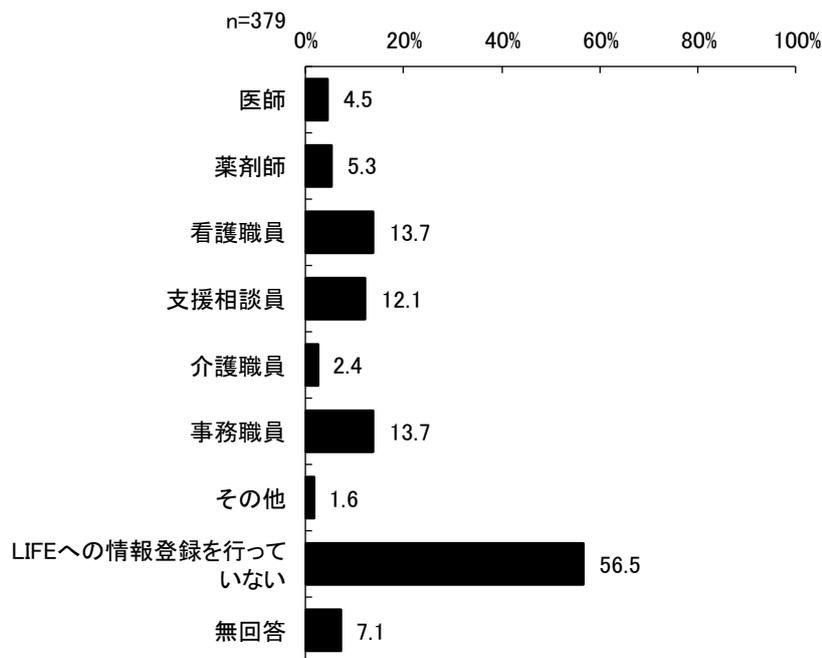
図表 73 (参考) 上記の縦横逆にクロス集計したもの

	加算 (I) の算定施設であるか否か				加算 (II) の算定施設であるか否か				加算 (III) の算定施設であるか否か			
	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答	調査数	算定施設ではない	算定施設である	無回答
調査数	379	283	38	58	379	294	27	58	379	298	23	58
	100.0	74.7	10.0	15.3	100.0	77.6	7.1	15.3	100.0	78.6	6.1	15.3
厚生労働省へデータを提出するためのICT機器が導入されていないこと	17	15	-	2	17	15	-	2	17	15	-	2
	100.0	88.2	-	11.8	100.0	88.2	-	11.8	100.0	88.2	-	11.8
データを提出するシステム (LIFE) の使用方法が分からないこと	19	16	1	2	19	17	-	2	19	17	-	2
	100.0	84.2	5.3	10.5	100.0	89.5	-	10.5	100.0	89.5	-	10.5
提出するデータを作成する作業に負担を感じること	162	117	26	19	162	123	20	19	162	126	17	19
	100.0	72.2	16.0	11.7	100.0	75.9	12.3	11.7	100.0	77.8	10.5	11.7
データを提出する作業に負担を感じること	112	83	15	14	112	87	11	14	112	90	8	14
	100.0	74.1	13.4	12.5	100.0	77.7	9.8	12.5	100.0	80.4	7.1	12.5
短期間の処方箋の入力に煩雑さを感じること	112	85	16	11	112	88	13	11	112	91	10	11
	100.0	75.9	14.3	9.8	100.0	78.6	11.6	9.8	100.0	81.3	8.9	9.8
疾病名の入力に煩雑さを感じること	97	70	16	11	97	73	13	11	97	76	10	11
	100.0	72.2	16.5	11.3	100.0	75.3	13.4	11.3	100.0	78.4	10.3	11.3
その他	3	2	1	-	3	2	1	-	3	3	-	-
	100.0	66.7	33.3	-	100.0	66.7	33.3	-	100.0	100.0	-	-
特に困難を感じることはない	33	24	2	7	33	24	2	7	33	25	1	7
	100.0	72.7	6.1	21.2	100.0	72.7	6.1	21.2	100.0	75.8	3.0	21.2
当該情報の提出を行っていない	124	107	2	15	124	109	-	15	124	109	-	15
	100.0	86.3	1.6	12.1	100.0	87.9	-	12.1	100.0	87.9	-	12.1

29) 加算(Ⅱ)のLIFEへの情報登録を行っている者

加算(Ⅱ)のLIFEへの情報登録を行っている者については、「LIFEへの情報提供を行っていない」が56.5%で最も割合が高く、次いで「看護職員」と「事務職員」がそれぞれ13.7%であった。

図表 74 加算(Ⅱ)のLIFEへの情報登録を行っている者(問4-25)【複数回答】



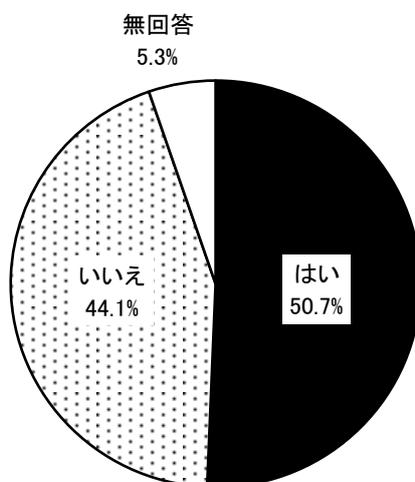
※「その他」の主な回答は以下の通り。
・介護支援専門員

30) かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）では全利用者の情報を提出する必要はなく、一部の利用者の情報を提出し、その者について加算を算定できることを知っていたか

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）では全利用者の情報を提出する必要はなく、一部の利用者の情報を提出し、その者について加算を算定できることを知っていたかについては、「はい」が50.7%であった。

図表 75 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）では全利用者の情報を提出する必要はなく、一部の利用者の情報を提出し、その者について加算を算定できることを知っていたか（問 4-26）

n=379

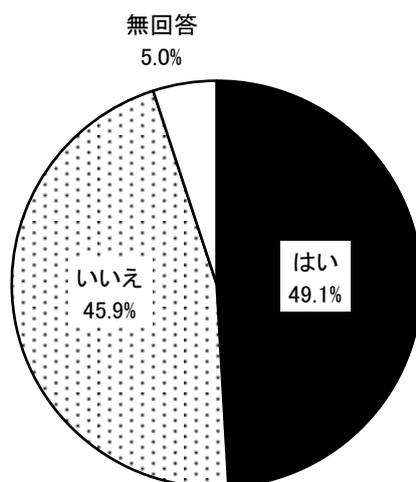


3 1) 加算(Ⅱ)は、総合的な評価の結果、減薬に至らなかった利用者であっても算定対象となることを知っていたか

加算(Ⅱ)は、総合的な評価の結果、減薬に至らなかった利用者であっても算定対象となることを知っていたかについては、「はい」が49.1%であった。

図表 76 加算(Ⅱ)は、総合的な評価の結果、減薬に至らなかった利用者であっても算定対象となることを知っていたか(問 4-27)

n=379

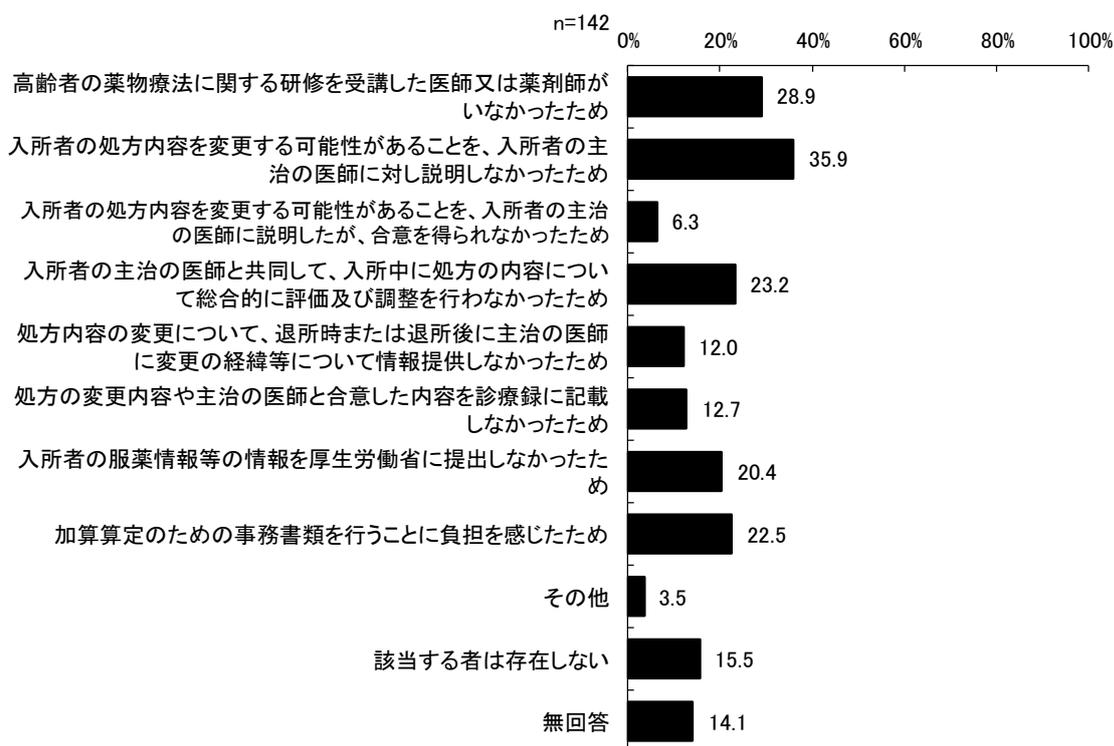


3 2) 入所時に 6 種類以上の内服薬が処方されていた者のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より 1 種類以上減った者について、かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) を算定しなかった理由

入所時に 6 種類以上の内服薬が処方されていた者のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より 1 種類以上減った者について、かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) を算定しなかった理由については、「入所者の処方内容を変更する可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明しなかったため」が 35.9% で最も割合が高く、次いで「高齢者の薬物療法に関する研修を受講した医師又は薬剤師がいなかったため」が 28.9% であった。

加算 (Ⅲ) を算定しなかった理由については、加算算定有無によらず質問した設問のため、主治の医師への説明や研修受講など加算 (Ⅰ) の算定要件を満たしていないという理由による施設が約 3 割存在し、その他、特定の事項が要因になっているというよりも、複数の事項が要因になっていることが示唆された。

図表 77 入所時に 6 種類以上の内服薬が処方されていた者のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より 1 種類以上減った者について、かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) を算定しなかった理由 (問 4-28) 【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。法人独自の様式

【主治医との連携の困難さ】

- ・入所前と退所後の主治医が異なるため
- ・入所期間の長期化により入所前の主治医の把握が困難な場合があるため

【加算算定要件のハードル】

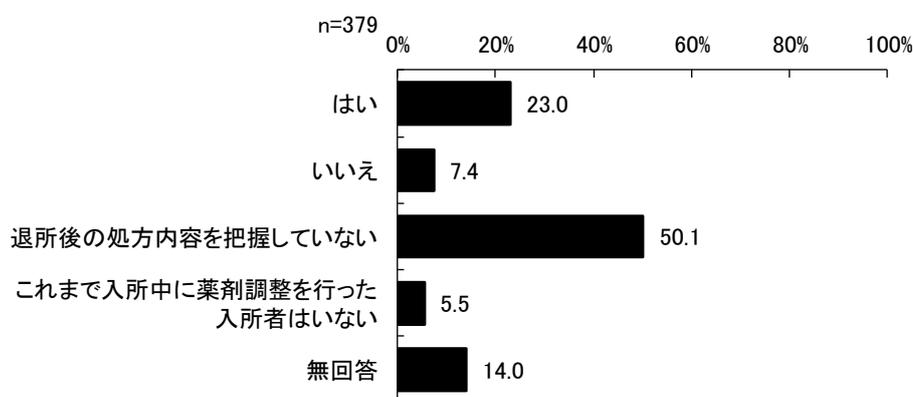
- ・研修を受講した薬剤師が常勤ではないため

- ・内服を開始して4週間以上経過した内服薬であるかの確認が困難な場合があるため
 - ・変更・算定のタイミングに合わせたLIFEへの情報提供が困難であるため
 - ・入所期間が3か月に満たない場合があるため
 - ・薬剤調整ができて死亡退所となるケースがあるため
- など

33) 入所中に薬剤調整を行った入所者の処方内容が退所後に元に戻った経験はあるか

入所中に薬剤調整を行った入所者の処方内容が退所後に元に戻った経験はあるかについては、「退所後の処方内容を把握していない」が50.1%で最も割合が高く、次いで「はい」が23.0%で、「いいえ」(7.4%)を上回った。

図表 78 入所中に薬剤調整を行った入所者の処方内容が退所後に元に戻った経験はあるか (問 4-29)



(5) 使用薬剤や薬剤費について

1) 薬剤費の観点から入所中に課題となる薬剤を使用していた利用者数

令和4年6月1日から8月31日までに退所した全ての利用者（ただし死亡退所及び短期入所療養介護を除く）のうち、退所時に使用していた利用者数（実人数）について、薬剤費が比較的と高額と考えられる薬剤5分類を調査票で示した上、回答施設に各薬剤の使用人数を質問したところ、「抗パーキンソン病薬（内服薬及び外用薬）」が平均で0.56人で、他の4種類の薬剤に関する回答（0.04人～0.39人）と比べ、多かった。

図表 79 薬剤費の観点から入所中に課題となる薬剤について、令和4年6月1日から8月31日までに退所した全ての利用者（ただし死亡退所及び短期入所療養介護を除く）のうち退所時に使用していた利用者数（実人数）（問5-1）

単位:人

	調査数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
関節リウマチ等の自己免疫疾患治療薬(生物学的製剤)	276	0.04	0.25	0	0	3
関節リウマチ等の自己免疫疾患治療薬(生物学的製剤ではない)	276	0.04	0.26	0	0	3
骨粗鬆症治療薬(生物学的製剤)	279	0.22	0.79	0	0	6
抗パーキンソン病薬(内服薬及び外用薬)	287	0.56	1.39	0	0	10
抗てんかん薬(経口薬)	279	0.28	1.03	0	0	10
その他	159	0.39	1.17	0	0	8

※「その他」の主な回答は以下の通り。

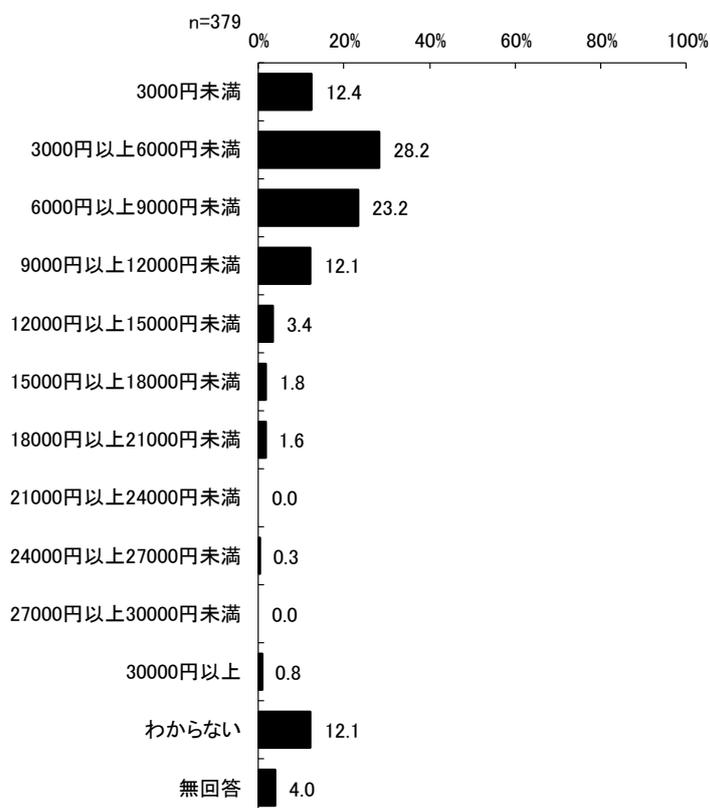
- ・直接経口抗凝固薬（DOAC）【内服】
- ・心不全における体液貯留等治療薬（トルバプタン）【内服】
- ・糖尿病治療薬（SGLT2 阻害薬、DPP-4 阻害薬、GLP-1 アゴニスト）【内服】
- ・認知症治療薬【内服・貼付】
- ・抗パーキンソン病薬【内服・貼付】
- ・抗てんかん薬【内服】
- ・骨粗鬆症治療薬【内服・注射】
- ・腎性貧血治療薬【注射】
- ・糖尿病治療薬（インスリン）【注射】
- ・吸入薬（吸入ステロイド等）【外用】
- ・点眼薬（緑内障治療薬等）【外用】
- ・糖尿病治療薬（GLP-1 アゴニスト）【注射】
- ・緩下薬（ルビプロストン）【内服】
- ・脊髄小脳変性症治療薬（タルチレリン）【内服】
- ・睡眠薬（レンドレキサント等）【内服】
- ・抗リウマチ薬（生物学的製剤）【注射】
- ・注射薬（その他）【注射】
- ・経腸栄養剤
- ・胃酸分泌抑制薬（ボノプラザン）【内服】
- ・低亜鉛血症治療薬（酢酸亜鉛）【内服】
- ・抗血小板薬（プラスグレル）【内服】

- ・抗精神病薬（ブロナンセリン）【貼付】
 - ・皮膚潰瘍治療薬（トラフェルミン）【外用】
 - ・難病薬
 - ・経腸ステロイド
 - ・抗がん剤【内服】
 - ・抗ウイルス薬（HBV）【内服】
- など

2) 入所者1人1月当たりの平均的な薬剤費

令和4年9月における、入所者1人1月当たりの平均的な薬剤費（施設全体の1か月間の薬剤費÷入所者数（実人数））については、「3000円以上6000円未満」が28.2%で最も割合が高く、次いで「6000円以上9000円未満」が23.2%であった。

図表 80 入所者1人1月当たりの平均的な薬剤費（問 5-2）



3) 入所者1人1月当たりの薬剤費のうち、最も高額である入所者の薬剤費

令和4年9月における入所者1人1月当たりの薬剤費のうち、最も高額である入所者の薬剤費については、平均で28300.0円であった。

入所者1人1月あたりの平均的な薬剤費のうち、最も割合が高い金額階層が「3000円以上6000円未満」である中、最も高額である入所者の具体的な薬剤費の額は、施設ごとの平均で28,300.0円と、平均の約4~5倍の金額となっていると考えられ、一部の入所者において高額な薬剤費が課題となっている可能性が示唆された。

図表 81 令和4年9月における入所者1人1月当たりの薬剤費のうち、最も高額である入所者の薬剤費（問5-3）

単位:円

	調査数	平均値	標準偏差	第1四分位数	中央値	第3四分位数	最小値	最大値
最も高額である入所者の薬剤費の額	180	28300.0	25630.5	13959.5	23076	36369.8	411	263333

(6) かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整について工夫している取組や効果

加算算定や薬剤調整について工夫している取組として、施設内連携、外部連携、経過観察、対象薬剤に関わる工夫が行われ、効果として、ポリファーマシー対策、薬剤費抑制、薬剤調整、減薬などの効果が得られていた。

図表 82 かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整について工夫している取組や効果
(問 6-1-1)、2))

※同一回答者からの回答を横に並べている

対応カテゴリ	具体的な対応	効果カテゴリ	具体的な効果
施設内連携	担当者会議にて、必要な副作用情報や具体的な対応方法を介護スタッフに伝達している。食事と薬剤との相互作用の検討に栄養士と協働で情報共有している	ポリファーマシー対策	副作用によるリスク回避が行われている。食事内容に合わせた投薬計画が出来ている
施設内連携	医師と看護師で薬剤(減薬)チームを構成 医師減薬論文発表、看護師 TQM 研究発表 減薬表(減薬コスト)作成、薬剤カンファレンス実施	ポリファーマシー対策対策・薬剤費抑制	減薬により、数が減り飲みやすくなり、内服のインシデント減少、体調や運動機能向上、コストダウンにて経費削減(3年11か月で1100万円以上のコスト削減)となった
施設内連携	かかりつけ医から得た薬剤調整に関する返事を医師・薬剤師・看護師が共有できるシステム作りを行っている	連携強化	状況を把握しやすくなり、薬剤調整に迅速に取り組めるようになった
施設内連携	入所当初より薬剤師が介入し薬剤調整に積極的に取り組んでいる	薬剤費抑制	ジェネリック医薬品への変更を積極的に行う事で薬剤に係る費用負担軽減が図れている
施設内連携	毎月、全入所者の1月当たりの薬剤費を各職種の代表者で情報共有し、高額者について対応策を検討している 看護師が日頃の関わりから薬剤の必要性について検討し施設医へ報告することで、施設医の薬剤調整の判断材料となっている	入所者拡大	高額者の対応を協議することで、高額者も適切に受け入れてきている
施設内連携	相談員を通じて、入所前から内服確認を行ったうえで施設で取扱っている内服への変更を依頼している。入所前の変更が困難な場合には、入所後に切り替わる個別薬剤の情報を共有している	連携	入所前からの情報共有により、内服調整に関する連携が円滑に行えている
外部連携	併設病院の専門医にコンサルトし薬剤調整を行っている	薬剤調整	循環器科など必要な検査を受け、現在の病状を判断してもらい薬剤調整を行うことができた
外部連携	主治医との合意形成は困難であり加算算定は未実施であるが、施設長(医師)と委託薬局の薬剤師とで定期的に薬剤調整会議を実施している	薬剤費抑制	ある程度の薬価増加は抑えることができてきたと感じている

対応カテゴリ	具体的な対応	効果カテゴリ	具体的な効果
経過観察	定期的に血液検査をして薬を見直している	減薬	結果的に薬が増える場合もあるが在宅時に継続して服用している薬については減薬できることが多い
経過観察	薬剤変更時には採血等変更に合わせた検査を実施している	ポリファーマシー対策	薬剤変更による変化を把握でき、入所者の体調にあわせた処方が行える(合わない場合は処方をもとに戻す等の対応をしている)
対象薬剤	痛み止めやビタミン剤など、漫然と投与すべきでない薬剤は医師と相談し中止している	管理面	服用回数が減少し、管理がし易くなっている
対象薬剤	抗凝固剤はワルファリンに変更。抗認知薬は症状により中止する。抗けいれん剤はバルプロ酸ナトリウムに変更	薬剤費抑制	薬剤費は抑えられている
対象薬剤	抗認知症剤の原則中止(初期以外)高価な抗凝固剤のワーファリンへの変更	薬剤費抑制	身体的、精神的には問題なく、薬剤費を抑制できている
対象薬剤	ジェネリック医薬品を使用するようにしている	薬剤費抑制	薬剤費軽減
その他(タイミング)	入所前の聞き取りの段階で服薬している薬の確認・薬価確認を行い、主治医と施設医師が連携し薬剤調整・変更を行っている。また、入所後も持参薬から施設薬に変更となるタイミングで再度変更・減薬調整を行っている	ポリファーマシー対策、薬剤費抑制	入所者本人の体調の安定、施設薬費の削減
その他(文書)	文書によるやり取り	連携面	主治医の時間的な調整不要
その他(訪問して説明)	かかりつけ医への訪問による説明および診療情報へのコメントの追加	連携強化	減薬同意の有無以外にコメントや具体的な減薬のアドバイスをもらえるようになった
その他(PDCA)	病名と薬剤一致について全症例について検討している	減薬	治癒、軽快した病名と一致している薬剤を減薬対象にできる

(7) その他の事項について

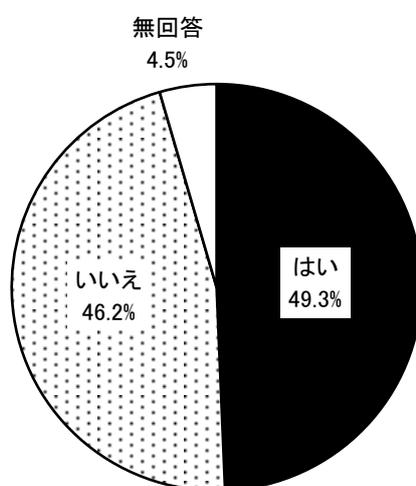
1) 医薬品の安全管理について手順書等を作成しているか。

医薬品の安全管理について手順書等を作成しているかについては、「はい」が 49.3%、「いいえ」が 46.2%であった。

※なお、問 7-1 と加算 (I) から加算 (III) を算定している施設であるか否かの関係を見たが、関係があることは確認できなかった。

図表 83 医薬品の安全管理について手順書等を作成しているか (問 7-1)

n=379



マニュアルを活用している施設では、手順書等を作成している施設は79.3%と、活用していない施設（33.8%）と比べ、40ポイント以上高かった。

このためマニュアルの活用が手順書等の作成を促進している効果が相応にあると考えられる。

図表 84 医薬品の安全管理について手順書等を作成しているか（問 7-1）（表頭）
 （問 7-2 平成 31 年 4 月 19 日付事務連絡で厚生労働省より「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（医療提供を目的とした介護保険施設版）」が周知されたが、このマニュアルを活用しているか別）（表側）

		手順書を作成しているか		
		はい	いいえ	無回答
	調査数			
全体	379	187	175	17
	100.0	49.3	46.2	4.5
業務手順書作成マニュアルを活用しているか	はい	135	28	-
	100.0	79.3	20.7	-
いいえ	225	76	146	3
	100.0	33.8	64.9	1.3

図表 （参考）上記の縦横逆にクロス集計したもの

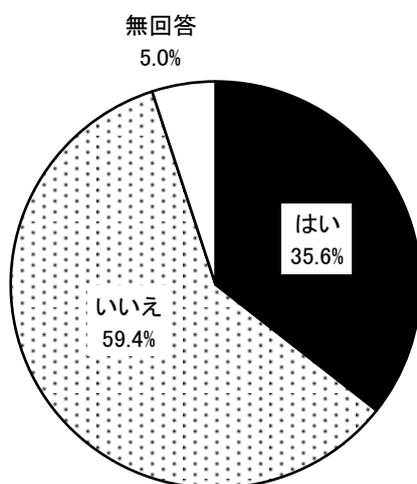
		業務手順書作成マニュアルを活用しているか		
		はい	いいえ	無回答
	調査数			
全体	379	135	225	19
	100.0	35.6	59.4	5.0
手順書を作成しているか	はい	187	76	4
	100.0	57.2	40.6	2.1
いいえ	175	28	146	1
	100.0	16.0	83.4	0.6

2) 平成31年4月19日付事務連絡で厚生労働省より「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（医療提供を目的とした介護保険施設版）が周知されたが、このマニュアルを活用しているか

平成31年4月19日付事務連絡で厚生労働省より「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（医療提供を目的とした介護保険施設版）が周知されたが、このマニュアルを活用しているかについては、「いいえ」が59.4%であった。

図表 85 平成31年4月19日付事務連絡で厚生労働省より「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル（医療提供を目的とした介護保険施設版）が周知されたが、このマニュアルを活用しているか（問7-2）

n=379

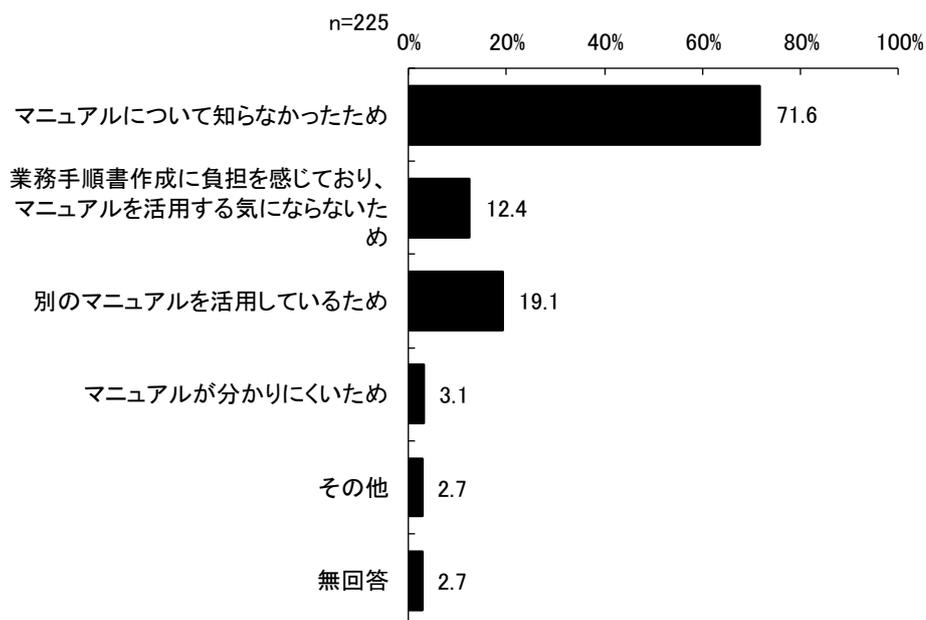


3) マニュアルを活用していない理由

マニュアルを活用していない理由については、「マニュアルについて知らなかったため」が71.6%で最も割合が高く、次いで「別のマニュアルを活用しているため」が19.1%であった。

マニュアルを活用していない理由のうち最も割合が高かったのが「マニュアルについて知らなかったため」であり、マニュアルの周知を推進する取組が求められる。

図表 86 マニュアルを活用していない理由（問 7-3）【複数回答】



※「その他」の主な回答は以下の通り。
・薬剤師の裁量による管理で十分と考えるため
・薬剤師が常勤ではないため

第4章 ヒアリング調査

1. 調査概要

(1) 調査の目的

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件を充足するための取組等を対象とし、取り組む上での工夫点や効果を好事例として横展開することを目的とし、かかりつけ医連携薬剤調整加算に係る取組をしている施設を対象に、取組の背景、取組内容、取組を実施することによって感じている効果、取組における苦勞した点や工夫点等を調査した。また、取組をできていない施設も対象とし、加算を算定できていない理由等について調査した。

1) 調査対象

アンケート調査の際にヒアリング調査への協力を同意した施設として8施設、また検討会委員より推薦された施設を対象として2施設の、計10施設にヒアリング調査を実施した。

図表 87 調査結果の概要（好事例）

カテゴリ	No	取組のポイント
施設外連携	1	厚生労働省が提供する薬剤調整報告書に加え、同意可否の回答欄を追加した文書を作成し、返信用封筒を同封して送付した結果、かかりつけ医から 100%返信を得られるようになった。
	2	施設の薬剤師が施設内の医師の減薬に対する意識を醸成し、施設外の医師と連携することによって、減薬を推進できた。
	3	極力手間をかけない方法でかかりつけ医や家族の同意を得ることによって、効率的に減薬を進めることができた
施設内連携	4	多職種が参加する会議に薬剤師が定期的に参加することによって、減薬に対する理解を得て、減薬に積極的に取り組む意識を醸成した。
	5	薬剤師が主導することで多職種の意見を取り入れて、ポリファーマシー会議にて医師と合意形成をしながら、円滑に薬剤調整を進めることができた。
	6	医師が中心となって多職種で連携することによって、大規模な施設でも積極的に減薬を進めることができた。
LIFE への入力	7	当初は LIFE に登録した情報の更新が進んでいなかったが、システムを活用することによって、入力を効率化し、加算算定を円滑に進めることができた。
入所者の薬剤情報の管理	8	入所者の服用情報を管理し、多剤服用している入所者を減薬の対象として重点的に検討することで減薬を進めることができた。
	9	薬剤名や薬価を一覧化した表で入所者の服用情報を管理し、多職種と連携しながら減薬を推進したことによって、体調の改善や薬剤コストの削減を実現できた。
	10	医師が主導して、多剤服用している入所者に対して、明らかに不必要な薬剤を積極的に減薬することで、薬剤による有害事象の発生が抑制できた。

図表 88 調査結果の概要（課題を抱えている事例）

カテゴリ	No	課題のポイント
人材面	1	薬剤師が非常勤で勤務時間が短いため、各入所者のかかりつけ医と連携すること等を実施する時間がないため、算定要件を満たすことが困難な状況である。
かかりつけ医との連携	2	かかりつけ医が多忙であることや他科受診の場合、複数のかかりつけ医との連携が必要となるため、かかりつけ医との連携が困難な状況である。

2) 調査方法

WEB 会議システムを使用して実施した。

調査時期は令和 4 年 10 月 28 日～令和 5 年 3 月 2 日である。

3) 調査項目

主な調査項目を下表に示す。

図表 89 調査項目一覧

No	項目
1	施設の基本情報
2	薬剤調整、加算算定に係る取組の背景・きっかけ
3	取組内容・工夫点・苦勞した点
4	取組による効果
5	薬剤調整、加算算定に係る課題
6	その他

2. 調査結果 薬剤調整、加算算定に係る好事例

(1) 独自の同意文書を作成し、かかりつけ医との連携を強化した事例

1) 取組のポイント

- 厚生労働省が提供する薬剤調整報告書の内容に加え、同意可否の回答欄を追加した文書を作成し、返信用封筒を同封して送付した結果、かかりつけ医から 100%返信が得られるようになった。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設 あげお愛友の里

ヒアリング調査の担当者：薬剤師

設立年：1992 年

入所サービス種別：超強化型

法人内の施設数：3

利用者定員：150 名

入所者数：135 名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：219 名、3 名（常勤非常勤含む）、2 名（常勤非常勤含む）

加算の算定状況：退所者 32 名のうち、算定者数は加算Ⅰ8 名、加算Ⅱ8 名、加算Ⅲ8 名（令和 4 年 6 月 1 日～令和 4 年 8 月 31 日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅 3、老健 1、特養 3、その他の社会福祉施設 1

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：薬剤師

3) 取組の背景・きっかけ

加算の算定要件である入所後一カ月以内にかかりつけ医の同意を得ることが課題となっていた。

4) 取組内容

既存の薬剤調整報告書とは別に、施設独自でかかりつけ医より同意を得るための文書を作成した。薬剤調整報告書にはない同意可否の回答欄を記載した。当初は薬剤調整の際には施設の相談員を通じてかかりつけ医に相談していたが、施設の相談員から同意文書を送付するようになったことで、より確実にかかりつけ医と連携できるようになった。在宅からの入所者のかかりつけ医に対しては薬剤調整報告書を送付して連携している。病院からの入所者のかかりつけ医に対しては入所後一カ月以内に確認を取ることは難しいので、薬剤調整報告書は送付せず、入所前に施設相談員がかかりつけ医に薬剤調整の内容を確認している。

<工夫した点>

返信用封筒を同封することで、かかりつけ医が時間帯によらず、手間をかけずに返信できるようにした。

5) 取組の効果

かかりつけ医から返信を得られる割合が 100%になった。特に密な関係性がないかかりつけ医からも返信が得られた。

6) 課題

特になし。

薬剤調整報告書

令和 年 月 日

医療機関名:

担当医: 科 殿

介護老人保健施設の名称: あげお愛友の里

住所:

電話番号:

FAX:

医師:

薬剤師:

いつもお世話になっております。

この度、xx様が当介護老人保健施設に入所されることとなりました。

ご提供いただいた診療情報をもとに、定期処方薬について処方していく予定ですが、

- ・複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性
- ・病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動

等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございますが、処方経緯等から変更すべきではない薬剤がある場合など、当入所者の薬剤調整について、指示等ございましたら、以下にご記入のうえ、ご連絡いただければ幸いです。ご多忙のところ、大変恐縮ではございますが、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

薬剤の変更に同意します。

但し、以下の薬剤は変更不可(薬剤名と理由があれば記入お願いいたします。)

[]

薬剤変更不可

担当医署名 _____

年 月 日

(2) 薬剤師が中心となって施設内外の連携を強化することによって減薬を推進した事例

1) 取組のポイント

- 医師の減薬に対する意識を醸成し、施設外の医師と連携することによって、減薬を推進できた。

2) 施設の基本情報

施設名：バプテスト 老人保健施設

ヒアリング調査の担当者：薬剤師

設立年：1999年

入所サービス種別：超強化型

法人内の施設数：4

利用者定員：100名

入所者数：90名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：91名、2名、1名

加算の算定状況：退所者45名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）44名、加算（Ⅱ）25名、加算（Ⅲ）9名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅17、医療機関13、老健2、特養6、その他の社会福祉施設5、介護医療院1

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：薬剤師

3) 取組の背景・きっかけ

当初は施設の医師が減薬について積極的ではなかった。また、かかりつけ医との連携の際に専門外（他科）の処方については処方内容を変更することをかかりつけ医に遠慮されることがあった。

4) 取組内容

薬剤師から施設の医師に減薬の取組に関する資料やデータを見せながら、減薬を進めるよう説得した。減薬の後に入所者の症状が改善したことによって、薬剤調整に積極的になった。また、算定に必要な書類やLIFEへの入力等は医師に負担がかからないように薬剤師が代行している。

かかりつけ医との連携の際に、専門外の処方について処方内容を変更することを遠慮された場合は、入所者に併設の病院を受診してもらい、専門医の意見を聞いたうえで処方内容を変更した。

<苦勞した点>

処方内容を変更する際に長年出されている薬剤であるのでという理由でかかりつけ医から遠慮される場面が見られた。

<工夫した点>

長年出されている薬剤であるのでという理由でかかりつけ医から遠慮された場合には、入所者に併設の病院を受診してもらい、医師に処方内容について相談したうえで処方内容を変更した。

また、入所の際に薬剤調整報告書、退所時に薬剤変更等に係る情報提供書を提出し、薬剤調整にかかる情報を入所前の医療機関・施設の医師や退所後の医療機関施設の医師に提供することで円滑に連携することができた。

5) 取組の効果

医師が減薬に積極的になったことやかかりつけ医の専門外の処方については併設病院の医師に相談することによって減薬の取組が進んだ。

6) 課題

施設から病院への緊急入院の際は薬剤調整報告書を作成する時間がなく、さらに1日～1週間で施設に戻ってくる場合が多いので、かかりつけ医と連携することが困難である。

また、かかりつけ医との連携の際、情報提供の内容が細かいので、医師だけでは対応が難しい。当施設では常勤の薬剤師が協力していたため、対応することができた。

(3) かかりつけ医や入所者の家族の同意を効率的に得ることによって減薬を円滑に推進した事例

1) 取組のポイント

- 必要最低限の方法でかかりつけ医や家族の同意を得ることによって、効率的に減薬を進めることができた

2) 施設の基本情報

施設名：松本市城山 介護老人保健施設

ヒアリング調査の担当者：医師、薬剤師

設立年：1998年

入所サービス種別：加算型

法人内の施設数：1

利用者定員：119名

入所者数：110名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：92名、3名、2名

加算の算定状況：退所者19名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）2名、加算（Ⅱ）2名、加算（Ⅲ）0名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅2

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：医師

3) 取組の背景・きっかけ

家族への説明は対面で行うことが理想である一方で、1人1人対面で説明するのは困難な状況であった。また、当初はかかりつけ医の先生に連絡することに時間がかかったため、1剤を減らすのに時間がかかっていた。

4) 取組内容

家族への説明については、3か月に1度、多職種が評価して、医師が薬剤調整の結果を記載した文書を交付している。文書の内容については、サービス担当者会議で議論した内容を記載している。サービス担当者会議では、利用者1人について3か月に1度行っている。入所者は119名いるので、毎週金曜日に行っているが、各フロアに分かれて隔週で月に2回、概ね10名ずつの入所者を対象として行っている。減薬後の入所者の経過をみるスタッフの職種は、主に看護師、介護士、リハビリテーション専門職である。分担は決まっていなかったが有害事象などがあれば連絡してもらうことになっている（実際には有害事象がなく、連絡があったことはない）。

かかりつけ医への説明については、入所時に薬剤情報報告書（別紙様式8）を送付している。かかりつけ医が複数の診療科にいる場合は、複数の医師に薬剤調整報告書を送付し

ている。丁寧なかかりつけ医は返してくれる方もいるが、基本的には返信がなく、同意していると見なしている。

<苦勞した点>

減薬の許可をかかりつけ医および家族からどのように得るのかという点や、また超高齢者において骨粗鬆症、認知症の薬、抗血栓薬等の減薬に関するガイドラインがないという点に苦勞した。

<工夫した点>

家族への説明については、対面で医師から説明することが理想であるが、コロナ禍において家族は直接施設に入れないため、事務職員が書面（サービス担当者会議の報告（プラン））を窓口で読み上げ丁寧に説明する。主には、3か月に一度、ケアプラン、リハビリ、栄養面、薬剤調整での見直しを行っている。細かな質問は家族から求められれば対応している。

かかりつけ医が複数の診療科にいる場合、複数の医師に薬剤調整報告書を送付している。

5) 取組の効果

かかりつけ医への説明を効率的に実施することによって、減薬にかかる業務の負担が最低限となり、減薬を実施しやすくなったため、減薬の取組が以前よりも進んだ。

6) 課題

特になし。

(4) 薬剤師が中心となって多職種の理解を得ることで減薬を推進した事例

1) 取組のポイント

- 多職種が参加する会議に薬剤師が定期的に参加することによって、減薬に対する理解を得て、減薬に積極的に取り組む意識を醸成した。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設 あげお愛友の里

ヒアリング調査の担当者：薬剤師

設立年：1992年

入所サービス種別：超強化型

法人内の施設数：3

利用者定員：150名

入所者数：135名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：219名、3名（常勤非常勤含む）、2名（常勤非常勤含む）

加算の算定状況：退所者32名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）8名、加算（Ⅱ）8名、加算（Ⅲ）8名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅3、老健1、特養3、その他の社会福祉施設1

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：薬剤師

3) 取組の背景・きっかけ

当初、看護師等の職員からは状態が安定している入所者の薬は変えて欲しくないと言われたことがあり（夜は寝て欲しい等）、減薬に対して慎重だった。ケアマネジャーが開催する多職種が参加する会議に薬剤師が参加し、薬剤師が薬の作用、副作用や減薬の効果について説明し、多職種の理解を得た。

4) 取組内容

3カ月に一回、ケアプランの見直しのカンファレンスの時間を利用して、減薬や減薬した薬剤を元に戻す等について多職種で相談する。ケアプランを主として、リハビリの進行状況、生活上の改善点、今後の方向性等の話の中で、薬剤の調整があれば提案し、多職種の意見を聞いたうえで、医師へ相談する。多職種の意見も考慮して、薬剤調整を実施している。ケアマネジャー、看護師、介護士、リハビリ（PT, OT, ST）、管理栄養士、薬剤師が出席する。入所者1名に対して5分から15分程度で1日3～4人、全体で20分～40分程度である。

また、減薬した後、状態が良くなった入所者が増えた。その結果、他職種の理解を得ながら、減薬を進めることができた。

<苦勞した点>

当初は看護師等の職員から減薬に対して慎重だった。

<工夫した点>

会議では、看護師やリハビリ、栄養士等の現場の意見も聞きながら、薬剤調整について相談した。

5) 取組の効果

当初看護師は減薬に関して慎重だったが、減薬に対する理解を得られたことによって、協力的になった。

6) 課題

特になし。

(5) ポリファーマシー会議を定期的に行い、薬剤師が主導して多職種と連携することによって、現場の意見を尊重しながら薬剤調整を進めた事例

1) 取組のポイント

- 薬剤師が主導することで多職種の意見を取り入れて、ポリファーマシー会議において医師と合意形成をしながら、円滑に薬剤調整を進めることができた。

2) 施設の基本情報

施設名：非公開

ヒアリング調査の担当者：薬剤師

設立年：2000年～2010年

入所サービス種別：強化型

法人内の施設数：11～20

利用者定員：200名以下

入所者数：200名以下

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：100名以上、2名以上、1名

加算の算定状況：算定していない。

加算（I）の算定要件の研修を受講している職種：薬剤師、医師

3) 取組の背景・きっかけ

以前は医師が主導して薬剤調整を行っていたが、医師が主導していた際は現場の看護師や介護職員が減薬する必要があると考えていても、意見が反映されにくかった。そこで、薬剤師が主導して看護師や介護職員の意見を聞き、3カ月に一回のポリファーマシー会議にて、医師に相談することで意見が反映されやすくなった。

4) 取組内容

3カ月に一回、医師、看護部長、看護師（フロアの役職者）、薬剤師が参加する会議を開催し、一回につき3～5名の入所者の薬剤調整について、20～30分議論する。看護師は介護職員や管理栄養士、リハビリテーション専門職等の多職種の意見を集約して、会議の前に薬剤師に伝えた。薬剤師は看護師が集約した多職種の意見や入所者の日頃の状況等を記載した提案書を作成し、会議にて医師・薬剤師と議論した。

<苦勞した点>

薬剤調整の際に入所者の病名、既往歴、処方意図を確認することに苦勞した。

<工夫した点>

看護師が介護職員や管理栄養士、リハビリテーション専門職の意見を集約する機会を設

けることで、薬剤調整の際に多職種意見を反映できるようにした。

5) 取組の効果

当初は医師のみで薬剤調整を行っていたが、医師だけでなく、薬剤師や現場の多職種の意見を取り入れたうえで、薬剤調整が行えるようになった。

6) 課題

会議を開催する際に多職種に集まってもらう必要があるため、開催するには負担がかかる。また、職員に薬剤調整に対する意識を継続してもらうことが難しい。

(6) 医師が中心となって多職種で連携することによって減薬を推進した事例

1) 取組のポイント

- 医師が中心となって多職種で連携することによって、大規模な施設であるが積極的に減薬を進めることができた。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設 国立あおやぎ苑

ヒアリング調査の担当者：医師

設立年：1998年

入所サービス種別：超強化型

法人内の施設数：21

利用者定員：266名

入所者数：250名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：6名、1名、0名

加算の算定状況：算定していない

加算（I）の算定要件の研修を受講している職種：医師

3) 取組の背景・きっかけ

施設の医師が高齢者の多剤服用の事象に関心を持ち、問題視するようになり取り組みを開始した。取組を始めたのは2022年10月である。施設の規模が大きいので医師一人で薬剤の状況を確認するのは難しいことから、多職種に協力してもらっている。

4) 取組内容

介護職員が入所者の状況を把握し、看護師を通じて医師に相談してもらっている。介護職員、看護師には薬剤調整への意識を高めてもらうために勉強会の開催やパンフレットの配布をしている。

<苦勞した点>

介護職員や看護師に状況を確認してもらい、減薬を検討しているが、入所者から今まで服薬していたので変えたくないなどの訴えがあり減量や処方中止を拒まれる場合がある。

また、大量の薬剤が相互に微妙のバランスを保っているケースもある。例えば、20種類程度の薬剤を服用していて、5種類の同効薬のうち、1種類減らしたら、胃腸炎が起きるようなことがまれにある。

<工夫した点>

一度に多種類を中止にはせずに、一種類ずつ減らしている。

5) 取組の効果

入所者の合併症が減った。また、薬剤費が減った。

6) 課題

かかりつけ医が減薬や介護老人保健施設では薬剤費が包括されることについて理解していないことが多いため、連携が困難なことがある。

(7) LIFE への入力を工夫することによって加算算定を円滑に進めた事例

1) 取組のポイント

- 当初は LIFE の更新が進んでいなかったが、システムを活用することによって、入力を効率化し、加算算定を円滑に進めることができた。

2) 施設の基本情報

施設名：松本市城山 介護老人保健施設

ヒアリング調査の担当者：医師、薬剤師

設立年：1998年

入所サービス種別：加算型

法人内の施設数：1

利用者定員：119名

入所者数：110名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：92名、3名、2名

加算の算定状況：退所者19名のうち、算定者数は加算Ⅰ2名、加算Ⅱ2名、加算Ⅲ0名
(令和4年6月1日～令和4年8月31日)

加算算定者の退所先と退所者数：在宅2

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：医師

3) 取組の背景・きっかけ

当初は、LIFE への入力の負担が大きく、LIFE に入力する情報の更新が進んでいなかったため、加算算定が滞っていた。

4) 取組内容

加算算定にかかる LIFE への情報入力支援システムを活用している。まず、加算算定にかかる LIFE への情報入力支援システムに情報を入力してサマリー化した上で、CSV 形式に変換して LIFE に入力している。LIFE への入力・提出の更新頻度は、要件上は3か月に1度だが、処方内容に変化があった入所者の情報については、LIFE に登録されている情報を確認して毎月更新している。さらに変化があったものはその都度、カンファレンスで変更内容を報告している。

<苦勞した点>

減薬において心配なのは有害事象が起きることである。医師一人で有害事象について気にするのは大変であるため、多職種がいる場面で減薬したことを周知する。処方内容が変わることが各職種に広く知れ渡っていれば、注意してもらえるのがメリットだと思っている。

＜工夫した点＞

有害事象が起きた際に医師一人で気にするのではなく、多職種に注意してもらえるように多職種がいる場で減薬したことを周知した。

5) 取組の効果

かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定を円滑に進めることができ、算定件数が増えた。

6) 課題

入力・提出の加算は、加算の対象者のみに算定されるものである。施設職員が膨大な量の情報を LIFE に入力する労力を要するため、入力を行う入所者全員について加算がつくような体制的な加算があると良い。

(8) 多剤服用している入所者を減薬の対象として重点的に検討することによって、減薬の取組を進めることができた事例

1) 取組のポイント

入所者の服用情報を管理し、多剤服用している入所者を減薬の対象として重点的に検討することで減薬を進めることができた。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設あけぼの荘

ヒアリング調査の担当者：支援相談員

設立年：1990年

入所サービス種別：加算型

法人内の施設数：6

利用者定員：100名

入所者数：99名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：62名、1名（常勤非常勤含む）、1名（常勤非常勤含む）

加算の算定状況：退所者16名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）6名、加算（Ⅱ）6名、加算（Ⅲ）4名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅1、医療機関6、その他の社会福祉施設2、死亡1

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：受講した者は勤務していないが、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師が勤務している。

3) 取組の背景・きっかけ

以前から薬剤調整は行っていたが、施設として加算算定を検討することとなった。支援相談員が全入所者の服薬情報から多剤服用している入所者が多いことを確認し、医師が加算算定をできるように取組を始めた。

4) 取組内容

毎月、全入所者の服薬情報について各職種の代表者で情報共有しており、多剤服用している入所者について対応策を検討している。特に加算（Ⅲ）の算定要件である6剤以上を服用している入所者については、重点的に減薬できないかを検討している。入所者の処方薬の内容は全てエクセルで管理している。なお、全入所者の1月当たりの薬剤費も各職種の代表者で情報共有をしており、高額者に対しての対応策も検討している。

<工夫した点>

看護師が日頃の入所者との関わりから薬剤調整の必要性について検討し、その検討結果

を施設医が薬剤調整の判断材料としている。特に血圧の薬や睡眠剤、便秘の薬など看護師が評価しやすい薬剤について医師に報告している。

5) 取組の効果

多剤服用している入所者に対して、積極的に減薬を行うことができ、円滑に加算を算定できるようになった。

6) 課題

3カ月に1回、処方変更の度にLIFEに情報を入力することが事務員、支援相談員の負担になっている。半年に一回程度であれば、より負担が少ない。

加算が退所時にしか算定できないことや、加算算定にかかる労力に対して介護報酬が低いと感じる。そのため薬剤調整管理加算や体制加算などで毎月算定できるようになると良い。

(9) 入所者の服薬情報を詳細に把握し、多職種と連携しながら減薬を推進したことで、入所者の体調の改善や薬剤費の削減を実現できた事例

1) 取組のポイント

- 薬剤名や薬価を一覧化した表で入所者の服薬情報を管理し、多職種と連携しながら減薬を推進したことによって、入所者の体調の改善や薬剤費の削減を実現できた。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設かなやま

ヒアリング調査の担当者：医師、看護師

設立年：2005年

入所サービス種別：超強化型

法人内の施設数：5

利用者定員：100名

入所者数：94名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：136名、2名（常勤非常勤含む）、1名（非常勤）

加算の算定状況：退所者31名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）28名、加算（Ⅱ）28名、加算（Ⅲ）5名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅21、医療機関7、特養3

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：医師

3) 取組の背景・きっかけ

当初は入所時の処方薬の処方変更は行っていなかったが、内服薬の量が多く、必要性のない薬が処方されていることが多かった。2018年のデータでは、入所者1人当たりの平均薬剤種類数7種類、平均服用錠数11錠、全入所者の使用薬剤種類数170種類（※同じ薬剤を服用している入所者が複数人いる場合、1種類としている）という状況であった。またポリファーマシーによって、ふらつき・転倒等が生じるケースもあった。

4) 取組内容

入所後2～4週間は経過を観察し、その後減薬する薬を看護師と相談しながら施設の医師が選定し、かかりつけ医と相談して減薬している。施設内で月に一回薬剤に関するカンファレンスを開催し、看護師に減薬に関する情報を共有する。減薬後は入所者の血圧や採血データを確認するなどして経過を観察している。問題がある場合は減薬した薬を再開すること等を検討する。

また入所後2週間～1か月は持参薬を服用してもらい経過を観察している。この期間にふらつきや低血圧等の症状がみられれば、減薬の候補者としてカルテに記録している。

減薬の対象選定の条件としては、6種類以上服用されていることを基準としているが、

10種類以上服用している場合は特に注視している。また、特に服用を注意すべき薬剤である高齢者に特に慎重な投与を要する薬剤（PIM）を服用している人も注視している。

医師が減薬を検討する際には、現場で関わりのある看護師からの入所者の症状や服薬情報なども確認している。

<工夫した点>

看護課長と看護師2名で減薬チームを構成している。減薬チームは入所者の服薬情報・症状の把握や減薬情報の管理等を行い、医師や薬剤師とともに減薬会議に参加し情報共有を行うなど、積極的に薬剤調整のサポートをしている。（※現在、減薬会議はコロナ禍のため密を避ける目的で開催していない。）

<苦勞した点>

家族への説明に関して、本来は本人に減薬の説明をするのが理想だが、認知症等で難しい場合もある。そのような場合は、支援相談員を通じて家族から了解を得ている。この他、服薬情報や減薬した情報をPCに入力する等業務が増えた。

5) 取組の効果

減薬に取り組んだことによって、入所者としては内服量が減ったことで薬を飲みやすくなり、内服薬のインシデントが減少した。また体調の改善や運動機能が向上した。

また施設としては、減薬による経費削減の効果があつた。（3年11か月の期間で1100万円以上）

6) 課題

安全に減薬することである。減薬をした後に、採血データの結果等が悪くなることがある。そのため、減薬してから2、3週間は血圧を毎日測定し、2週間に1回、採血をするなど入所者の状況をモニタリングしながら、慎重に減薬を進めている。

図表 90 「減薬に関する情報の月別の集計表」(参考)

減薬データ

2018年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
のべ減薬者数(累積数)		2 (2)	18 (20)	9 (29)	12 (40)	14 (51)	11 (58)	7 (64)	10 (70)	9 (75)	11 (80)	8 (79)	111
減薬薬剤数		12	58	16	30	20	13	15	13	16	18	24	235
再開した利用者数(のべ)		1	1	0	2	1	1	0	1	0	1	1	9
再開した薬剤数		1	1	0	2	1	1	0	2	0	1	1	10
減薬加算者数		0	0	0	0	3	1	1	0	3	3	2	13
減薬した薬剤コスト		3,847	59,994	94,934	118,370	165,492	207,194	214,537	229,039	243,417	224,583	253,309	1,814,715
2019年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
のべ減薬者数(累積数)	9 (79)	10 (80)	9 (79)	10 (75)	8 (79)	15 (79)	7 (77)	9 (80)	8 (75)	8 (72)	9 (73)	12 (79)	114
減薬薬剤数	22	22	21	18	18	31	11	13	12	14	14	23	219
再開した利用者数(のべ)	1	1	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	6
再開した薬剤数	1	2	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	8
減薬加算者数	4	1	3	1	1	2	2	6	4	1	2	6	33
減薬した薬剤コスト	262,991	286,078	264,149	241,319	265,275	260,029	247,918	228,195	177,942	177,150	168,055	181,081	2,760,181
2020年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
のべ減薬者数(累積数)	5 (69)	7 (68)	7 (67)	13 (72)	15 (83)	8 (83)	11 (84)	15 (92)	6 (84)	11 (88)	9 (86)	10 (89)	117
減薬薬剤数	10	12	21	30	33	21	23	32	13	15	27	23	260
再開した利用者数(のべ)	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	3	8
再開した薬剤数	2	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	4	10
減薬加算者数	3	1	5	2	2	2	2	1	3	3	2	3	29
減薬した薬剤コスト	158,776	185,003	164,344	198,496	241,876	243,172	290,904	282,463	275,263	272,372	240,843	281,999	2,835,512
2021年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
のべ減薬者数(累積数)	14 (96)	12 (98)	10 (92)	20 (108)	10 (109)	9 (108)	9 (94)	15 (97)	11 (96)	11 (99)	8 (104)	5 (98)	134
減薬薬剤数	23	23	13	40	20	18	20	28	21	19	15	8	248
再開した利用者数(のべ)	2	2	0	1	2	2	0	1	2	2	0	0	14
再開した薬剤数	2	2	0	1	2	3	0	2	2	2	0	0	16
減薬加算者数I・II(注)	4 (4)	10 (8)	3 (2)	8 (2)	5 (2)	15 (4)	10 (6)	4 (2)	8 (3)	7 (2)	9 (4)	10(6)	93(45)
減薬した薬剤コスト	287,485	272,547	275,476	313,440	380,386	367,282	359,750	369,342	410,201	436,024	409,368	428,353	4,309,654

※薬剤コストは、2020薬価サーチの薬価参照しています

(10) 医師が主導して不必要な薬剤を積極的に減薬することで薬剤による有害事象の発生が抑制できた事例

1) 取組のポイント

- 医師が主導して、多剤服用している入所者に対して、不必要な薬剤を積極的に減薬することで、薬剤による有害事象の発生が抑制できた。

2) 施設の基本情報

施設名：介護老人保健施設 うらら

ヒアリング調査の担当者：医師

設立年：1998年

入所サービス種別：強化型

法人内の施設数：6

利用者定員：100名

入所者数：91名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：116名、1名（常勤非常勤含む）、1名（常勤非常勤含む）

加算の算定状況：退所者30名のうち、算定者数は加算（Ⅰ）28名、加算（Ⅱ）28名、加算（Ⅲ）8名（令和4年6月1日～令和4年8月31日）

加算算定者の退所先と退所者数：在宅2、特養4、その他の社会福祉施設2

加算（Ⅰ）の算定要件の研修を受講している職種：医師

3) 取組の背景・きっかけ

以前は減薬によって症状が改善する等のエビデンスがなく、家族への説明が困難な状況であった。2015年に日本老年医学会から高齢者の減薬に関するガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015）が出たが、これを医学的なエビデンスとして使用して、家族に対し減薬の効果を説明できるようになり、減薬に取り組みやすくなった。

4) 取組内容

入所の際に診療情報提供書を確認し、必要以上に処方されている薬剤がないかを評価している。鎮痛剤や睡眠薬等は過去の処方から継続的に漫然と処方されている場合がある。降圧剤が処方されているが、血圧が下がりすぎており、過降圧になっている場合や、睡眠薬を飲まなくても睡眠できる場合など、明らかに不必要だと考えられる薬剤について減薬している。

<工夫した点>

支援相談員が入所前に内服薬を調べて、事前に医師と薬剤師で内容を確認している。

＜苦勞した点＞

家族に説明する際に、入所者が若いころから服用している薬なので中止しないでほしい等の意見を言われることがあり、減薬の必要性を説明することが難しいケースがあった。

5) 取組の効果

減薬によって過降圧や転倒の事例が減少した。また糖尿病の入所者で血糖値を下げる薬が必要以上に服用されていたことによって、低血糖の症状が出ていた入所者は減薬によって低血糖の症状が改善した。

6) 課題

例えば、入所時に 15 剤以上服用している入所者は各薬剤費が安価だとしても受け入れが難しい。そのため、入所前に減薬や代替薬への変更をかかりつけ医と相談しているが、入所前の薬剤調整には加算が算定されないため、入所前の減薬でも算定されるようになると良い。

また、加算(Ⅲ)は減薬をした場合に算定できる要件となっているが、減薬だけでなく、検討することが重要である。増やす必要がある場合もあるので、薬剤について検討すれば、加算が算定されるようになるとより薬剤調整の取組が進むのではないかと考えている。

3. 調査結果 薬剤調整、加算算定について課題を抱えている事例

(1) 施設の薬剤師が多忙であるために加算算定の要件を満たすことが困難である事例

1) 課題のポイント

- 薬剤師が非常勤で勤務時間が短いため、各入所者のかかりつけ医と連携すること等を実施する時間がないため、算定要件を満たすことが困難な状況である。

2) 施設の基本情報

施設名：非公開

ヒアリング調査の担当者：薬剤師

設立年：2000年～2010年

入所サービス種別：基本型

法人内の施設数：6～10

利用者定員：100名以下

入所者数：100名以下

職員数（総数、医師数、薬剤師数）：200名以下、1名、1名

加算の算定状況：算定していない

加算（I）の算定要件の研修を受講している職種：受講した者は勤務していないが、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師が勤務している。

3) 課題の内容

老健施設として薬剤師が非常勤のため、各入所者のかかりつけ医と連携する時間が取れない。また、薬剤調整報告書様式8は実質的に返信を求めない様式のため、一方通行であるという観点から、使うことはためられる。その結果、かかりつけ医との連携を取らないという状況になっている。

(2) かかりつけ医との連携が困難なため、加算が算定できてない事例

1) 課題のポイント

- かかりつけ医が多忙であることや他科受診の場合、複数のかかりつけ医との連携が必要なため、かかりつけ医との連携が困難な状況である。

2) 施設の基本情報

施設名： 介護老人保健施設 シルバーピアしきな

ヒアリング調査の担当者： 医師

設立年： 1992 年

入所サービス種別： 超強化型

法人内の施設数： 4

利用者定員： 95 名

入所者数： 82 名

職員数（総数、医師数、薬剤師数）： 90 名、1 名、0 名

加算の算定状況： 算定していない

3) 課題の内容

入所者のかかりつけ医の多くは大規模病院の医師であり多忙であるため、減薬する場合にその都度確認を取ることは難しい。また他科受診の場合、かかりつけ医が多く連携が難しい。薬剤変更に関して、薬剤調整報告書の作成は現在の業務に加えて実施することになり、負担が増えるため、診療情報提供書の送付だけで済むようにならないと、現実には紹介先やかかりつけ医への説明・同意は困難である。

4. 調査結果 薬剤調整、加算算定に係る業務等の実態

検討会委員の意見を踏まえ、以下の事項について調査した。

1) 加算算定にあたっての意思決定プロセス、中心職種

- 意思決定は医師が行う。医師が中心となって、減薬までの過程や減薬後の状況は多職種が確認する。
- 薬剤師が中心となって、医師と相談のうえ、医師が決定している。
- 医師が薬剤師と相談して、意思決定を行う。集計等の作業は支援相談員が実施している。薬剤の変更は薬剤師が確認している。
- 意思決定は医師が行う。LIFE への入力等は事務員と相談員が分担している。
- 意思決定は医師が行う。薬剤師は非常勤のため、主体的に薬剤調整を行うというよりは、重複して処方されている薬剤を減薬する際にどの薬剤を減薬するべきか等についての医師の相談相手となっている。

2) 薬剤調整報告書の様式 8 の施設内（特に介護老人保健施設の医師）での共有状況

- 医事課のスタッフから医師に共有している。また、法人内の介護老人保健施設で共有している。
- 医師が全国老人保健施設協会の様式の例を施設用に変えた薬剤調整報告書と同一の報告書を使っている。
- 薬剤師が医師に共有している。また、電子カルテ内に診療情報提供書と同じく保存している。
- 薬剤調整報告書の様式 8 の存在を知らなかったため、共有していない。
- 支援相談員から医師に共有している。

3) 減薬したかどうかの確認方法、加算算定に向けた施設内の情報連携

- 医師が入所者の処方状況を含む個人ごとの情報をエクセルに入力して確認できるようにしている。
- 入所者ごとの薬剤費の推移は月毎に確認しているので、薬剤費が減少していれば減薬したことがわかる。また、現在薬剤調整をし始めていて、まだ算定していない状況であるが、今後算定する際には医事課で確認ができる。
- 医師から入所時・退所時における薬剤数を記載した伝票を事務員に共有している。多職種によるサービス担当者会議で減薬の検討および確認を行い、減薬による弊害等をスタッフにチェックしてもらっている。
- 減薬したという情報を含む処方内容の情報を診療情報提供書と同じく電子カルテ内に保存している。また、多職種ケアカンファレンスで減薬した内容を報告してい

る。

- 6 剤以上処方されている利用者を医師・看護師で情報を共有する。定期処方の内容が変わったら、看護師が事務員に報告し、事務員が各入所者の薬剤情報を管理しているファイルの情報を更新している。
- 減薬確認書に各入所者が減薬された情報（薬剤や減薬した理由等）を看護師が記入し、電子カルテに入力する。電子カルテの情報を看護課長が確認し、相談員に情報共有する。

4) 入退所時の薬局との連携の有無、連携方法等

- 入退所時に外部の薬局と連携することはない。アレルギー等の特別な場合は薬局から情報が欲しいと考えているが、実際には行っていない。一包化や粉碎の必要性等の情報は持参薬から把握できるため薬局とは連携していない。
- 入所時に薬局から処方箋と電話にて入所者の処方内容を共有してもらっている。
- 退所時に医師、看護師で確認した入所者の処方内容を FAX や電話で薬局に連絡をしている。
- 入所時はお薬手帳を参照し、退所時にはお薬手帳に変更内容を記載している。入所時と退所時で変更した内容については、変更の内容や経緯を簡潔に記載している。（例：血圧が下がったので減薬した。）
- 薬局と連携することはない。複数の診療科を受診している入所者の場合は、お薬手帳で薬剤調整の情報等が一元化されていると分かりやすいと思う。
- 入所時に主治医から薬剤の情報をもらう。退所後は主治医に入所者の処方内容を提供する。在宅から入所される利用者は薬局と連携して薬剤の情報について相談することがある。

5) 医師との合意を得るのが難しいケース

- 入所者のうち、病院→老健→在宅や病院→老健→施設・特養という経緯で入退所するケースが多い。病院からの入所で、入院前に処方された薬が入院中の医師の専門外のこともあるため、入院前の医師から処方されている薬について合意を取るのが難しい。
- 総合病院で複数の診療科からの処方がある場合に複数の医師から合意を得ることが難しい。また、入所先と退所先が異なる場合には、受け入れ病院からの情報を退所先（かかりつけ医）に送付し変更・減薬した薬剤が確認できるようにしている。
- 医療機関から入所されるケースが一番多い。医療保険と介護保険の違いを理解していない病院の医師が多い。介護保険では薬剤費は老健施設の基本サービス費に包括されているということを薬剤調整報告書に添えて送付している。
- 入所者が入所前にいた場所による違い、影響は特に感じない。病院からの入所者は、今後その病院には戻らないことが多いため、病院の医師は比較的こちらに任せてく

れることが多く減薬しやすい。一方、在宅からの入所者でかかりつけ医に戻る場合は、「必要だから出している」との返事が返ってきそうで減薬をしにくい。

- 自宅→老健→介護施設、病院→老健→自宅もしくは介護施設の場合が多い。入所前と退所後に行く先が異なる場合には診療情報提供書で連携している。薬剤変更に係る情報提供書は退所先に送る。必要であれば、入所前の病院にも送ることもある。
- 入所前の医療機関以前の処方経緯を入手することが難しい。処方元の医療機関を家族に聞いてかかりつけ医を特定して処方内容について相談することもある。
- 高齢者には様々な基礎疾患があるため、前医のみでは専門分野でないと減薬の妥当性についての判断ができず、返答に困る場合があり、その際はその内服を処方された病院や医師に確認している。減薬する薬が循環器系の薬だった場合、心不全はどの病院で受診されたかの情報があるので、病院や医師を特定して連絡している。家族に聞いて把握する場合もある。基本的には施設の医師がかかりつけ医に連絡をすれば、必ずかかりつけ医が対応してくれるので連携には困っていない。
- 入所先と退所先が同じである入所者の方が少ない。入所先と退所先の両方の医師に連携するが、フィードバックがないことが多い。ただ加算のために連携していると感じるので、レスポンスがあると連携するモチベーションにつながる。

6) 高額薬剤を服用している入所予定者の受け入れのルールや基準（入所判定時等）

- 薬価に関する基準はない。
- 入所前に医師が確認し、入所者一人あたりの薬剤費が20,000円/月以上である人は受け入れ困難としている。
- 薬価を理由とした基準は無いが、特に高額な薬剤が必要な場合には随時家族と相談している。
- 判定会議でその都度判断している。高額薬剤による出費より、施設利用率の向上による収入の増加を優先に考えている。
- 具体的な金額を設定したルールはない。
- 経営方針は薬剤費よりも利用者を増やして稼働率を高くすることを重視しており、高額な薬剤を服用されている利用者であっても受け入れている。
- 短期的な入所が目的であれば月額2万円、長期的な入所が目的であれば1万円を薬剤費の上限として設定している。ただし、上限以上でも入所期間を短くするなどして調整する場合もある。薬剤費は代替が可能なものは施設の採用薬の中で代替したと想定した薬剤費で判断している。
- 上限は無い。ただし、週に一回抗がん剤やホルモン剤等で一回何万円もかかる場合は、入所後であってもかかりつけ医に了承を得たうえで内服に切り替える、代替薬に変更する等で対応する。

7) ジェネリック医薬品の供給不安定の影響

- 大きな影響はない。ジェネリック医薬品がない場合は、先発医薬品で代替している。リウマチ薬がなくて困ったことがあったが、50mg がなくて 100 mg がある場合は 50 mg に割って使うなどの対応をした。
- 影響を感じたことはない。
- 殆どない。供給が不安定であるとは感じたが入所者が多いので在庫が多かった。多少底をついたものがあったが、代替薬の在庫で対応できた。
- 代替するジェネリック医薬品が入手困難のため、高い先発医薬品を使い続けることがあった。
- メーカーが頻繁に変更となった。在庫がなくて、処方を一時的に止めることもあった。
- 数か月前に薬剤が届かないことがあったが、代替薬に変更することで対応した。

第5章 まとめ

1. かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定にかかる実態と対応策

令和3年度介護報酬改定で見直されたかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定状況および、算定が進んでいない場合にはその困難要因について、介護老人保健施設へのアンケート調査等を通じて把握分析した。以下ではその概要と困難要因となる事項への対応策を述べる。

(1) 加算の算定状況

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定状況は介護老人保健施設の13.9%が算定しており、令和3年度調査結果⁴の6.2%より割合が高くなった。同様に加算（Ⅱ）は10.3%、加算（Ⅲ）は8.5%であった。また加算（Ⅰ）を算定している施設に占める加算（Ⅱ）を算定している施設の割合は73.9%、加算（Ⅱ）を算定している施設に占める加算（Ⅲ）を算定している施設の割合は82.4%であった。

上記から、加算（Ⅰ）から加算（Ⅲ）の中で、算定できる可能性がある施設の中での算定割合が最も低いのは加算（Ⅰ）となり、加算（Ⅰ）の算定を優先的に促進することが必要と考えられる。

なお、かかりつけ医連携薬剤調整加算を積極的には算定しない、もしくは基本的に算定しない理由については、加算（Ⅰ）・加算（Ⅱ）・加算（Ⅲ）のいずれにおいても、「算定要件を満たすことが出来ないと思うため」が最も割合が高く、次いで「介護報酬の単位数が加算算定にかかる労力に見合わないと思うため」であった。

以下では、加算（Ⅰ）、加算（Ⅱ）を算定する上での困難要因と対応策を述べるが、加算（Ⅲ）については加算（Ⅱ）を算定している施設における算定割合が82.4%で高いことと、特段、加算（Ⅲ）を算定する上での困難要因が把握されなかったため記載していない。

(2) 加算（Ⅰ）を算定する上での困難要因と対応策

1) 困難要因

加算（Ⅰ）を算定する上での主な困難要因は、「主治医との連携」と「研修受講」であり、さらにそれらの困難要因となる事項について整理した。

⁴ 出典：令和3年度老人保健健康増進等事業「介護老人保健施設とかかりつけ医の連携等に関する調査研究事業」全国老人保健施設協会

図表 91 加算（I）を算定する上での主な困難要因

<p>①主治医との連携</p> <p>ア：処方内容変更について主治の医師から合意を得ること</p> <p>イ：処方内容変更について主治の医師に説明すること</p> <p>※ア、イに共通する困難要因</p> <ul style="list-style-type: none">・主治医への説明（準備を含めた一連の対応）に多くの時間がかかること・主治医が老健施設を十分理解していないこと <p>ウ：これまでの薬剤調整の経緯等について主治の医師から情報を得ること</p> <p>②研修受講</p> <p>ア：研修受講時間が確保できないこと</p> <p>イ：研修を知らないこと</p> <p>ウ：研修の必要性を感じていないこと</p>

2) 対応策

<文書の活用と周知>

ヒアリング調査結果から、別紙様式 8 やその他、施設で独自に作成した文書で合意を得ているため、支援相談員が主治の医師に相談していた場合と比べて、入所後 1 か月以内に合意を得る割合が増えている事例がみられた。

またヒアリング調査結果から、別紙様式 8 は施設から主治の医師への一方的な連絡となることを懸念する施設もあったが、別の施設では別紙様式 8 を参考にしながら処方内容の変更についての同意可否の回答欄を付加する工夫や、返信用封筒を同封して送付することで、合意文書の返信率を向上させている工夫が見られたので参考にされたい。

これらを踏まえ、施設では、入所者の処方内容を変更する可能性があることを主治の医師に説明する際には、説明の負担を軽減する観点から、別紙様式 8 やそれ以外の文書を活用していくことが望まれる。

またアンケート調査結果から、別紙様式 8 「薬剤調整報告書」の存在を知っていることが、加算（I）の算定に寄与している要素の一つであることが示唆された。この他、別紙様式 8 の存在を知らない施設が約半数存在することから、国や関係団体において施設に対し別紙様式 8 を周知していくことが望まれる。

<別紙様式 8 の見直し>

別紙様式 8 については、検討会において、実質的には合意を求める文書であるが、報告書という名称となっているため、誤解を招いているのではないかとの指摘があった。また介護老人保健施設の役割の理解促進を図るための記載を加えることも望まれる。

＜研修の普及啓発＞

研修そのものを知らない施設が一定割合でみられたことから、国や関係団体において施設に対し研修を周知し、また研修の必要性を普及啓発することが望まれる。

また研修受講時間が確保できないことへの対応としては、現在提供されている研修は全てオンライン形式で開催され参加しやすいよう対応がなされている。このため施設の業務が忙しくて対応できないとの状況が反映された結果と考えられる。このため施設においては研修の必要性を認識し、研修受講の時間を確保することが望まれる。

＜その他＞

検討会では、入所前や退所後の主治の医師との情報共有や意見交換の場があることが重要であるとの意見があがった。これを踏まえ、処方内容や薬剤調整の経緯や、退所後の処方内容などについて地域において情報共有や意見交換ができる仕組みを検討することが望まれる。

(3) 加算（Ⅱ）を算定する上での困難要因と対応策

1) 困難要因

加算（Ⅱ）の算定要件には、加算（Ⅰ）の算定と、LIFE を活用して服薬情報等を提出することが定められている。このため LIFE を活用して服薬情報等を提出する上での困難要因についてみたところ、主な困難要因は「提出データを作成する作業に負担を感じること」と「処方薬の入力に煩雑さを感じること」、「データを提出する作業に負担を感じること」であった。

図表 92 LIFE を活用して服薬情報等を提出する上での主な困難要因

<p>①提出データを作成する作業に負担を感じること 職種横断的に負担を感じている状況が把握されたことから、システムの仕様や提出ルールが、この要因の一つであると考えられた</p> <p>②処方薬の入力に煩雑さを感じること ※短期間の処方薬については、加算の趣旨を踏まえると LIFE への登録は必ずしも必要ないが、その入力を行っている施設もあると考えられる</p> <p>③データを提出する作業に負担を感じること</p>

2) 対応策

＜LIFE の改善＞

厚生労働省において、システムの仕様や提出ルール、マニュアルについて、より簡易な方法で作業できるよう改善すべき点がないか見直しを行うことが求められる。

＜施設における工夫＞

ヒアリング調査結果から、利用者の介護記録を管理するシステムからの出力データを加工して、できるだけ効率的に LIFE へのデータ登録を行っている事例が把握されたため、施設において LIFE への情報の入力や提出作業において効率化すべき点がないかなどの工夫により負担軽減を図ることが考えられる。

2. 薬剤調整にかかる実態と対応策

薬剤調整の必要性の認識や、困難を感じることにについて、介護老人保健施設へのアンケート調査等を通じて把握分析した。以下ではその概要と困難要因となる事項への対応策を述べる。

(1) 薬剤調整に対する意識

薬剤調整の必要性を高いと考える施設は、全体の 95.5%と大半を占めた⁵ものの、そのうち、実際には薬剤調整にあまり取り組めていない施設が 4 割超を占め、薬剤調整を行う環境や体制を整備する必要がある。

(2) 薬剤調整を行う上での困難要因と対応策

1) 困難要因

薬剤調整を行う上での主な困難要因は、アンケート調査結果によると「入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと」と「薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと」であった⁶。

またヒアリング調査結果から、薬剤調整に対する施設スタッフの姿勢が慎重であることもあげられた。

図表 93 薬剤調整を行う上での主な困難要因

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと②薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと③その他（薬剤調整に対する施設スタッフの姿勢が慎重であることを含む） |
|---|

⁵ アンケート調査 問 3-1 の「薬剤調整の必要性は高いと考えており、実際に薬剤調整に積極的に取り組んでいる」（52.0%）と「薬剤調整の必要性は高いと考えているが、実際には薬剤調整にあまり取り組めていない」（43.5%）の合計

⁶ アンケート調査 問 4-18 入所中に薬剤調整を行う上で困難を感じることに

2) 対応策

1) の①「入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと」への対応策については、1 (2) で示した事項の他、施設の薬剤師が情報を得よう努めることや入所前に診療を受けていた医療機関の医師がこれまで以上に情報提供することが望まれる。

1) の②③への対応策については、アンケート調査結果から、施設において薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と感じている効果について把握したが⁷、このうち、実施割合がそれなり（30%以上を目処とした）に高く、効果として感じる施設の割合が相対的に高かった（60%以上を目処とした）取組（以下に示すもの）を実践することが望まれる。

図表 94 薬剤調整を行う上での困難の改善や、より円滑に進めるために行う取組のうち、効果を感じる施設割合が高いもの

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①日頃から施設の薬剤師が薬剤調整に積極的に関与している②日頃から施設の他職種（医師、薬剤師以外）が情報提供や協議など薬剤調整を促進するための取組に積極的に関与している③入所者本人や家族への薬剤調整に関する丁寧な説明を心掛けている④多職種が参加するカンファレンスで薬剤調整に関する検討を行っている |
|--|

なお1) の②への対応策については、上記で示したものの他、ヒアリング調査結果から、入所者に併設の病院を受診してもらい、専門医の意見を聞いた上で処方内容を変更する対応が取られていたことから、この事例を参考にすることも考えられる。

また1) の③のうち、薬剤調整に対する施設スタッフの姿勢が慎重であることへの対応としては、上記で示したものに一部含まれるが、ヒアリング調査結果から、薬剤師が中心となり施設スタッフに薬の作用、副作用など減薬の効果を説明したことや、実際に減薬後に状態が良くなったことで、理解を得られていたことから、この事例を参考にすることも考えられる。

3. かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整の推進に向けた取組事例

ヒアリング調査を通じて、施設において加算算定や薬剤調整の困難要因と考えられる事項に対して工夫して対応している事例などを把握し整理した。以下ではその概要を記載す

⁷ アンケート調査 問 4-19 施設において薬剤調整を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組と、感じている効果

るが、詳細は第3章を参照されたい。

1) 施設外連携の好事例

厚生労働省が提供する薬剤調整報告書に加え、同意可否の回答欄を追加した文書を作成し、返信用封筒を同封して送付した結果、かかりつけ医から100%返信を得られるようになっていた。

施設の薬剤師が施設内の医師の減薬に対する意識を醸成し、施設外の医師と連携することによって減薬が推進されていた。

極力手間をかけない方法でかかりつけ医や家族の同意を得ることによって、効率的に減薬が進められていた。

2) 施設内連携の好事例

多職種が参加する会議を定期的で開催することによって、減薬に対する理解を得て、減薬に積極的に取り組む意識が醸成されていた。

薬剤師が主導することで多職種の意見を取り入れて、ポリファーマシー会議において医師と合意形成をしながら、円滑に薬剤調整が進められていた。

医師が中心となって多職種で連携することによって、大規模な施設でも積極的に減薬が進められていた。

3) LIFE への入力にかかる好事例

当初はLIFEに登録した情報の更新が進んでいなかったが、システムを活用することによって、入力を効率化し、加算算定を円滑に進められていた。

4) 入所者の薬剤情報の管理にかかる好事例

入所者の服用情報を管理し、多剤服用している入所者を減薬の対象として重点的に検討することで減薬が進められていた。

薬剤名や薬価を一覧化した表で入所者の服用情報を管理し、多職種と連携しながら減薬を推進したことによって、体調の改善や薬剤コストの削減が実現されていた。

医師が主導して、多剤服用している入所者に対して、明らかに不必要な薬剤を積極的に減薬することで、薬剤による有害事象の発生が抑制されていた。

5) 課題を抱えている事例

薬剤師が非常勤で勤務時間が短いため、各入所者のかかりつけ医と連携すること等を実施する時間がなく、算定要件を満たすことが困難な状況となっていた。

かかりつけ医が多忙であることや、多科受診の場合には複数のかかりつけ医との連携が必要であるため、かかりつけ医との連携が困難な状況となっていた。

**かかりつけ医連携薬剤調整加算にかかる
研修の実施状況**

老人保健施設管理医師総合診療研修会	
共催	一般社団法人日本老年医学会 公益社団法人全国老人保健施設協会 (協力) 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
研修プログラム	<p>【講義】 患者（利用者）本人の視点に立ったチーム医療 生活の場に則した医療提供 QOL 維持・向上を目指したケア 患者（利用者）の意思決定を支援 家族などの介護者もケアの対象に 高齢者の多病と多様性 高齢者の生活習慣病対策 高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方 老人保健施設の認知症ケア</p> <p style="text-align: right;">※指定期間内に Web 講義視聴、習熟問題等を行う</p> <p>【グループワーク】 事例をもとにグループワークと発表を行う</p> <p style="text-align: right;">※Web 形式</p>
研修所要時間	講義視聴 約 18.5 時間 グループワーク 約 8.5 時間
年間実施回数	1 回
参加者数	254 名（令和 4 年度）

高齢者薬物療法に従事する薬剤師のための研修会	
主催	一般社団法人日本病院薬剤師会
研修プログラム	<p>【教育講演】 高齢者薬物療法に従事もしくは精通する医師又は薬剤師による講義</p> <p>【特別講演】 高齢者薬物療法に精通した医師による講義</p> <p>【一般講演】 介護老人保健施設や高齢者薬物療法に従事する医療機関で実務</p>

	に従事する薬剤師による講演（4～5 講演） 【総合討論】 演者を交えての総合討論（質疑応答含む）と症例提示等 【質疑応答】 ※原則として Web 配信方式
研修所要時間	約 6 時間
年間実施回数	2 回
参加者数	290 名（令和 4 年度）

老年薬学総合研修会	
主催	一般社団法人 日本老年薬学会 （後援）公益社団法人 全国老人保健施設協会 一般社団法人 日本老年医学会
研修プログラム	【第一部：座学講義】 高齢者における病態の特徴と治療の基本 高齢者のフレイル・サルコペニア 認知症と高齢者精神疾患の対応 加齢に伴う薬物体内動態の変化と薬物相互作用 高齢者の薬物有害事象とポリファーマシー対策の指針 老健施設での対応 ～老健の機能、介護保険制度、地域包括ケアシステム、LIFE～ 老健における薬剤師の役割、管理医師・かかりつけ医との連携 高齢者の身体の機能に合わせた服薬支援と服薬環境の調整 高齢者に多い感染症対策 【第二部：ワークショップ形式研修】 老年薬学ワークショップ BASIC <老健編> ～多職種協働で老健から在宅を目指して～ ※Web 配信方式
研修所要時間	約 8 時間
年間実施回数	1～3 回
参加者数	208 名（令和 3 年度・4 年度通算）

調 査 票

問1-5 令和4年10月1日現在の貴施設の全職員数、医師数、薬剤師数についてご記入ください。(数字記入)			
	①常勤職員	②非常勤職員	
	①-1 実人数	②-1 実人数	②-2 常勤換算数
1) 全職員数	人	人	
1-1) 医師数	人	人	. 人
1-2) 薬剤師数	人	人	. 人

※1：本調査では、「常勤」とは雇用形態に関わらず貴施設で定めた1週間の勤務時間（所定労働時間）に勤務している方、「非常勤」とは上記以外の方としてお考えください。

※2：常勤換算数の算出方法：「直近1週間に貴施設で従事した勤務時間」を就業規則により規定された「貴施設の通常の勤務時間」で除した数値を算出してください。なお、小数点第二位を切り捨ててください。また、配置がある場合で得られた結果が0.1に満たない場合は0.1と記入してください。

問1-6 令和4年10月1日現在の貴施設の入所者数等についてご記入ください。(数字記入)		
1) 入所定員	2) 入所者数（実人数） （短期入所療養介護を除く）	3) 入所者の平均要介護度 （短期入所療養介護を除く）
人	人	

問1-7 貴施設で取り扱う薬剤は実質的にどのように決まりますか。当てはまるものをお答えください。(あてはまるもの全てに○)
1. 施設（施設に所属する個別の医師の判断を含む）の裁量で決定する 2. 施設で決めた薬剤卸業者・薬局等の取り扱い薬剤に従う 3. 法人本部等の決定に従う（法人本部等が決めた薬剤卸業者・薬局等の取扱薬剤に従う場合を含む） 4. その他（ ）

問1-8 令和4年9月の1か月間で、LIFE（科学的介護情報システム）への情報提出・活用等が要件として含まれる加算のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）以外に算定しているものはありますか。(○は1つ)
1. はい 2. いいえ

2.入所中の医学管理等を行う貴施設に所属する主たる医師1名の基本情報についてお伺いします

問2-1 年齢（数字記入）	歳
---------------	---

問2-2 老健施設勤続年数（数字記入） 勤続年数は四捨五入し整数でお答えください。	他施設も含めた通算の勤務年	年
	うち現施設分	年

問2-3 専門科（あてはまるもの全てに○）			
1. 内科（神経・腎臓を除く）	6. 泌尿器科	11. 精神科	16. 総合診療科
2. 外科	7. 老年科	12. 眼科	17. 麻酔科・ペインクリニック
3. 脳神経外科	8. リハビリ科	13. 耳鼻咽喉科	18. 小児科・小児外科
4. 整形外科・形成外科	9. 神経内科	14. 皮膚科	19. その他（ ）
5. 産婦人科	10. 腎臓内科（人工透析）	15. 放射線科	

問2-4 主たる医師は貴施設における毎月の薬剤費の水準やその推移を把握していますか。 (○は1つ)	1. はい 2. いいえ
--	-----------------

問2-5 主たる医師は、これまで、貴施設以外での勤務時も含め、他の医療機関や施設等に所属する医師の処方薬の薬剤調整※を行った経験がありますか。(○は1つ) ※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること	1. ある 2. ない
---	-------------

3. 貴施設における薬剤調整※に対する基本的な考え方等についてお伺いします
※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

問3-1 高齢者においては、加齢による生理的変化や多剤服用により、薬物有害事象が問題となりやすいと考えられています。多剤服用の中でも害をなすものについて、特に「ポリファーマシー」と呼ばれています。高齢者の薬物療法の適正化を目指したガイダンスとして、「高齢者の医薬品適正使用の指針」(総論編)(厚生労働省)(https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kourei-tekisei_web.pdf)等※1が示されています。この指針では、処方見直しの一般的な考え方として「全ての薬剤の把握と評価」→「ポリファーマシー関連の問題の評価」→「処方の適正化の検討」といったフローなど、よりよい薬物療法を実践するための基本的留意事項が示されています。このような薬物療法の適正化を目指した薬剤調整※2の取組について、貴施設における必要性への考えや取組状況についてお答えください。(○は1つ) ※1 その他のガイダンス： ・「高齢者の医薬品適正使用の指針」(各論編(療養環境別))(厚生労働省) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05217.html (介護老人保健施設等での考え方等についても記載) ・「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(厚生労働省) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17788.html ・「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」(日本老年医学会) https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf ※2 薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること	
--	--

1. 薬剤調整の必要性は高いと考えており、実際に薬剤調整に積極的に取り組んでいる。
2. 薬剤調整の必要性は高いと考えているが、実際には薬剤調整にあまり取り組めていない。
3. 薬剤調整の必要性は高くないと考えているが、実際には薬剤調整に積極的に取り組んでいる。
4. 薬剤調整の必要性は高くないと考えており、実際にも薬剤調整にはあまり取り組んでいない。

<問3-1で「1.」「2.」とお答えの場合、お答えください>

問3-2 貴施設では、薬剤調整※をどのような観点から必要とお考えですか。(あてはまるもの全てに○) ※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること	1. 有害事象の回避 2. 薬剤の有効性の再検討 3. 薬剤費の抑制 4. その他 ()
---	---

問3-3 薬剤調整※やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件として規定されている業務を行うにあたり、コロナ禍の影響を受けましたか。(○は1つ) ※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること	
---	--

1. 影響を受けていない
2. コロナ禍を理由として、一部の利用者の薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定を行わなかった
3. コロナ禍を理由として、全利用者の薬剤調整やかかりつけ医連携薬剤調整加算の算定を行わなかった
4. その他 ()

<問4-1の1)から3)のうち③④を回答されたものについて、問4-2の1)から3)のうち該当するものに、ご回答ください>

問4-2 かかりつけ医連携薬剤調整加算を積極的には算定しない、もしくは基本的に算定しない理由についてお答えください。(それぞれ1つを選択)		
選択肢		
①加算の内容についてよく知らないため ②算定要件を満たすことが出来ないと思うため ③介護報酬の単位数が加算算定にかかる労力に見合わないと思うため ④その他 ()		
1) 加算 (Ⅰ) について	2) 加算 (Ⅱ) について	3) 加算 (Ⅲ) について
選択肢①～④から選択	同左	同左

問4-3 貴施設における、①令和2年6月1日～令和2年8月31日、②令和4年6月1日～令和4年8月31日の各3か月間の退所者数、そのうち6種類以上の内服薬が処方されている人数、減薬がなされた人数、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定人数などについてお答えください。(数字記入) なお問5-1では、本設問と同様に、令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に退所した方が使用していた薬剤についてお答えいただく設問です。ご回答者様のご負担を軽減する観点から、本設問と問5-1は共にご確認いただき、ご回答いただくことをおすすめいたします。 ※1：本設問では、同じ利用者が複数回、施設を退所した場合には、各々の退所を重複して延べ人数を計上してください。 ※2：薬剤の種類については、1銘柄毎に1種類として計算してください。		
	①令和2年6月1日～令和2年8月31日の退所者	②令和4年6月1日～令和4年8月31日の退所者
1) 退所者数(死亡退所及び短期入所療養介護を除く)	人	人
以下、加算算定の有無によらない該当者数		
2) 当該期間の退所者数のうち、入所時に、6種類以上の内服薬※が処方されていた人数 ※内服を開始して4週間以上経過した内服薬(頓服薬を除く)を対象とし、1銘柄ごとに1種類として計算してください。		人
3) 2)の該当者のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より1種類減った人数		人
4) 2)の該当者のうち、退所時の処方内服薬が、入所時に処方された内服薬より2種類以上減った人数		人
以下、加算を算定した人数		
5) 当該期間の退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定人数	人	
6) 当該期間の退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)の算定人数		人
7) 当該期間の退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)の算定人数		人
8) 当該期間の退所者数のうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)の算定人数		人

問4-4 かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定を進める上で困難を感じることをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

1. 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること
2. 入所者の処方内容を変更する可能性があることを、入所者の主治の医師に対し説明すること
3. 入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者の主治の医師から合意を得ること
4. 入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、入所者本人や家族に対し説明し同意を得ること
5. 入所者のこれまでの薬剤調整の経緯等について、入所者の主治の医師から情報を得ること
6. 入所中に処方の内容を総合的に評価及び調整すること
7. 処方内容に変更があった場合に、退所時または退所後に主治の医師に変更の経緯等について情報提供すること
8. 処方の変更内容や主治の医師と合意した内容を診療録に記載すること
9. 処方の変更後に入所者の経過観察を行うこと
10. 入所者の服薬情報等の情報を、LIFE（科学的介護情報システム）を通じて厚生労働省に提出すること
11. 入所時に内服薬が6種類以上処方されている者について、内服薬を1種類以上減らすこと
12. 加算算定のための事務処理を行うこと
13. その他（ ）
14. 加算算定を考えたことがなく、困難を感じたことがない

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定要件の一つとして、「医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること」（ただし、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師については、研修を受講した者とみなす）とされています。このことを踏まえ、問4-5から問4-7にお答えください。

4-2. 貴施設における加算（Ⅰ）の算定にかかる事項についてお伺いします

問4-5 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、貴施設には、当該要件の研修を受講した医師又は薬剤師が勤務していましたか。（あてはまるもの全てに○）

1. 受講医師が勤務していた
2. 受講薬剤師が勤務していた
3. 受講した者は勤務していなかったが、高齢者の薬物療法に関する十分な経験を有する医師又は薬剤師が勤務しており、加算（Ⅰ）の要件を満たしていた
4. 受講した者は勤務していなかった（3.を除く）

<問4-5で「4. 受講した者は勤務していなかった」と回答した場合に、ご回答ください>

問4-6 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間に、受講した医師又は薬剤師が勤務していなかった理由をお答えください。（あてはまるもの全てに○）

1. 研修受講の必要性を感じていないため → 必要性を感じていない理由は何ですか（理由： ）
2. 受講済みの医師又は薬剤師が退職してしまったため
3. 受講する時間を確保できないため
4. 加算の算定要件に該当する研修を知らないため
5. 研修の機会が少ないため
6. 研修の時間帯が合わないため
7. 研修の受講費用が高いと感じるため
8. コロナ禍の影響で研修を受講できなかったため
9. その他（ ）

問4-7 貴施設に所属している医師又は薬剤師は、かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定要件の1つである研修受講について、これまでどの研修を受講しましたか。（あてはまるもの全てに○）

1. 老人保健施設管理医師総合診療研修会（日本老年医学会、全国老人保健施設協会）
2. 老年薬学総合研修会（日本老年薬学会）
3. 高齢者薬物療法に従事する薬剤師のための研修会（日本病院薬剤師会）
4. 上記の研修を受講したことがない

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）の算定要件のひとつとして、「入所後1月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて、当該入所者の主治の医師に説明し、当該主治の医師が合意していること」とされています。このことを踏まえ、問4-8から問4-15にお答えください。

問4-8 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者についてお答えください。入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師への説明※1を行った入所者の割合※2は、どの程度でしたか。またその割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化しましたか。（○は1つ）

※1：結果的に合意が得られなかった場合であっても、説明を行った場合については、割合に含めてご回答ください。

※2：割合について、詳細な数字が不明である場合には、おおよその数字をお答えください。

1) 主治の医師への説明を行った入所者の割合	<ol style="list-style-type: none"> 1. ほぼ全員（概ね90%以上） 2. 概ね半数以上の者（概ね50%以上90%未満） 3. 一部の者（概ね10%以上50%未満） 4. ほとんどいない（概ね0%超10%未満） 5. 全くいない（0%）
2) 上記割合の令和3年度介護報酬改定の前と比べた変化	<ol style="list-style-type: none"> 1. 割合が増えた 2. 割合は変わらない 3. 割合が減った 4. 比較できない

問4-9 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて当該入所者の主治の医師に説明し、合意を得る上で困難を感じることをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

1. 主治の医師が誰であるかを把握できないこと
2. 主治の医師との連絡がつきにくいこと（電話に出てもらえない等）
3. 主治の医師が介護老人保健施設の役割を十分に理解していないと思うこと
4. 主治の医師に処方変更の可能性があることについて理解してもらえないと考えられること
5. 主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応に多くの時間がかかること
6. 主治の医師への説明について、準備を含めた一連の対応にかかる事務に負担を感じる
7. 入所者が入院等して短期間で再入所した場合に、再度、主治の医師に対し、処方変更の可能性について、説明すること
8. その他（ ）
9. 特に困難を感じる事項はない
10. 入所者の主治の医師に説明しようと考えたことがない

問4-10 入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明し、合意を得る際に、どのような方法を用いていますか。(あてはまるもの全てに○)

- | | | |
|----------|---------------|-----------------------|
| 1. 文書 | 4. SNS | 7. 主治の医師へ説明し合意を得ていない。 |
| 2. 電子メール | 5. 医療情報連携システム | |
| 3. 電話 | 6. その他 () | |

問4-11 入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明する際の参考として、別紙様式8「薬剤調整報告書」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755839.docx>)が示されていますが、この別紙様式8をご存じでしたか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問4-12 別紙様式8においては、処方経緯等から変更すべきでない薬剤があるなど、入所者の薬剤調整について指示等がある場合には、主治の医師から連絡をいただくこととされています。このことをご存じでしたか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

<問4-13は、問4-8の1)で選択肢1~4をご回答の場合、ご回答ください>

問4-13 令和4年6月1日~令和4年8月31日の3か月間の退所者についてお答えください。
 入所後1か月以内に、状況に応じて当該入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割合※は、どの程度でしたか。またその割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化しましたか。(○は1つ)
 ※：割合について、詳細な数字が不明である場合には、おおよその数字をお答えください。

1) 主治の医師へ説明した入所者のうち、主治の医師の合意が得られた入所者の割合	1. 説明した入所者のうち、ほぼ全員で合意が得られた(概ね90%以上) 2. 説明した入所者のうち、半数以上の入所者で合意が得られた(概ね50%以上90%未満) 3. 説明した入所者のうち、一部のみ合意が得られた(概ね10%以上50%未満) 4. 説明した入所者のうち、ほとんどで合意が得られなかった(概ね0%超10%未満) 5. 説明した入所者のうち、全員について合意が得られなかった(0%)
2) 上記割合の令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化	5. 割合が増えた 6. 割合は変わらない 7. 割合が減った 8. 比較できない

問4-14は、問4-8で選択肢1~4をご回答の場合、ご回答ください>

問4-14 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者についてお答えください。
入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者のうち、主治の医師の合意が得られなかったために薬剤調整^{※1}に着手できなかった入所者の割合^{※2}は、どの程度でしたか。(○は1つ)
 ※1：薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること
 ※2：割合について、詳細な数字が不明である場合には、おおよその数字をお答えください。

1. ほぼ全員（概ね90%以上）
2. 半数以上の者（概ね50%以上90%未満）
3. 一部の者（概ね10%以上50%未満）
4. ほぼ存在しない（概ね0%超10%未満）
5. 全く存在しない（0%）
6. 入所時に6種類以上の内服薬が投与されていた者がいない

問4-15 以下の取組のうち、貴施設が日頃、主治の医師と連携を深めるために実施している取組（①）と、そのうち、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定要件である主治の医師への説明・合意において効果を感じる取組（②）をお答えください。（あてはまるもの全てに○）
 ※1)、2)は主治の医師との連携を深める目的で所属や参加をしていない場合でも、該当する場合には○をつけてください。

	①実施している取組	②効果を感じる取組
1) 貴施設の医師が地域の医師会に所属している		
2) 地域の医療関係者等の集まりに積極的に参加している		
3) 主治の医師（主治の医師が所属する医療機関を含む）に対し、定期的に対面や書面での挨拶を行っている		
4) かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定のために、主治の医師との間で取決めを行っている		
5) 入所者の処方内容を変更する可能性があることを説明するために、別紙様式8（薬剤調整報告書）を使用している https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755839.docx		
6) 入所者の処方内容を変更する可能性があることを説明するために、別紙様式8以外の様式を使用している （→様式8に記入の情報以外の情報を記入する場合には、その情報をお答えください： ）		
7) その他（ ）		
8) 主治の医師との連携に関して特に工夫している取組はない		
9) 効果を感じる取組はない		

問4-16 貴施設での薬剤調整において、積極的に取り組んでいる事項についてお答えください。(あてはまるもの全てに○)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. 服用薬剤種類数の見直し | 5. ジェネリック医薬品への変更 |
| 2. 投与量の見直し | 6. 服用タイミングの見直し |
| 3. 剤形の変更 | 7. その他 () |
| 4. 同効薬への変更(ジェネリック医薬品への変更は除く) | 8. 上記の事項について積極的に取り組んでいるものはない |

問4-17 令和4年6月1日～令和4年8月31日の3か月間の退所者についてお答えください。

どのような入所者を対象として薬剤調整※1を行いましたか。またその割合※2は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化しましたか。(○は1つ)

※1：薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

※2：割合について、詳細な数字が不明である場合には、おおよその数字をお答えください。

1) 薬剤調整を行った入所者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入所者全員について基本的に実施 2. 薬剤調整の必要性が高いと考えられる者(例えば入所時の処方薬が6種類以上など)について実施 3. 処方変更の可能性に関し主治の医師の合意が得られた者について実施 4. 2. 及び3. 以外の理由で概ね半数以上の入所者について実施 5. 2. 及び3. 以外の理由で概ね半数未満の入所者について実施 6. 基本的に実施していない
2) 上記割合の令和3年度介護報酬改定の前と比べた変化	<ol style="list-style-type: none"> 1. 割合が増えた 2. 割合は変わらない 3. 割合が減った 4. 比較できない

問4-18 入所中に薬剤調整※を行う上で困難を感じることをお答えください。(あてはまるもの全てに○)

※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

1. 服用薬剤の総合的な評価を行う方法がわからないこと
2. 主治の医師の合意・理解が得られないこと
3. 入所者本人や家族から処方内容の変更に対する理解が得られないこと
4. 薬剤によっては、処方見直しにより問題が無いか否かの判断ができないこと
5. 入所者の健康状態が悪いこと
6. 入所期間が短いこと
7. 入所前の病歴、処方歴、処方意図などの情報が十分に得られないこと
8. 服用薬剤の総合的な評価を行うための職員が不足していること
9. その他 ()
10. 特に困難を感じることはない
11. 薬剤調整を行っていない

<問4-19は、問4-18で選択肢1~10をご回答の場合、ご回答ください>

問4-19 以下の取組のうち、貴施設において薬剤調整[*]を行う上での困難を改善することや、より円滑に進めるために実施している取組（①）と、そのうち、効果を感じる取組（②）をお答えください。 （あてはまるもの全てに○） <small>※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること</small>		
	①実施している取組	②効果を感じる取組
1) 日頃から貴施設の薬剤師が薬剤調整に積極的に関与している		
2) 日頃から貴施設の他職種（医師、薬剤師以外）が薬剤調整に積極的に関与している		
3) 日頃から貴施設以外の医師が薬剤調整を支援している		
4) 日頃から貴施設以外の薬剤師が薬剤調整を支援している		
5) 薬剤調整に関し疑義が生じた際に、貴施設以外に支援を求めている（3）、4を除く） →（具体的には _____）		
6) 薬剤調整に関するマニュアル・規程類を運用している		
7) 多職種が参加するカンファレンスで薬剤調整に関する検討を行っている（薬剤調整以外の事項も含めて検討するカンファレンスの中で検討している場合も含む）		
8) 薬剤の総合的な評価内容等を記載するための様式を作成・使用している（薬剤の総合的な評価内容以外の事項を記載する様式の中に記載している場合も含む）		
9) 入所者本人や家族への薬剤調整に関する丁寧な説明を心掛けている		
10) 入所者の持参薬について、処方経緯等の情報を入手している		
11) その他（ _____ ）		
12) 上記のうち実施している取組はない		
13) 効果を感じる取組はない		

かかりつけ医連携薬剤調整加算（1）の算定要件のひとつとして、「入所中の服用薬剤の総合的な評価の内容、入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1か月以内に主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記録していること」とされています。このことを踏まえ、問4-20から問4-22にお答えください。

<問4-13の1)で選択肢1~4をご回答の場合、ご回答ください>

問4-20 令和4年6月1日~令和4年8月31日の3か月間の退所者についてお答えください。

入所時に処方内容を変更する可能性があることを主治の医師と合意できた入所者のうち、退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合※は、どの程度ですか。またその割合は令和3年度介護報酬改定の前と比べて変化しましたか（○は1つ）

※：割合について、詳細な数字が不明である場合には、おおよその数字をお答えください。

<p>1) 退所時又は退所後一月以内に主治の医師へ服用薬剤の総合的な評価の結果や処方変更の経緯等を情報提供している入所者の割合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、ほぼ全員で、退所時の情報提供を実施（概ね90%以上） 2. 入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、半数以上の者で、退所時の情報提供を実施（概ね50%以上90%未満） 3. 入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、一部の者で、退所時の情報提供を実施（概ね10%以上50%未満） 4. 入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、ほぼ全員で、退所時の情報提供を実施していない（概ね0%超10%未満） 5. 入所時に主治の医師と合意できた入所者のうち、全員に、退所時の情報提供を実施していない（0%）
<p>2) 上記割合の令和3年度介護報酬改定の前と比べた変化</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 割合が増えた 2. 割合は変わらない 3. 割合が減った 4. 比較できない

<問4-20の1)で選択肢1~4をご回答の場合、ご回答ください>

問4-21 「評価の内容及び入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後一月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載すること」を進める上で困難を感じることをお答えください。（あてはまるもの全てに○）

1. 変更の経緯や、変更後の入所者の状態等について、主治の医師に情報提供を行うことにかかる事務負担が大きいこと
2. 入所前と退所後で、主治の医師が異なること
3. 退所後の主治の医師との連絡がつきにくいこと（電話に出てもらえない等）
4. 主治の医師から処方変更について理解を得ることが難しいこと
5. その他（)
6. 特に困難を感じることはない

問4-22 退所時の服用薬剤の総合的な評価の結果等に関する主治の医師への情報提供は、別紙様式9「薬剤変更等に係る情報提供書」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755841.docx>）を活用するほか、診療情報提供書に必要な情報を記載するなどの方法が考えられますが、貴施設ではどのような方法で行っていますか。（あてはまるもの全てに○）

1. 別紙様式9「薬剤変更等に係る情報提供書」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000755841.docx>）
2. 診療情報提供書
3. その他（)
4. 当該情報の提供を行っていない

5. 貴施設における使用薬剤や薬剤費についてお伺いします

問5-1 薬剤費の観点から入所中に課題となる薬剤についてお伺いします。

令和4年6月1日から8月31日までに退所した全ての利用者（ただし死亡退所及び短期入所療養介護を除く）のうち、入所中に以下1)～5)に示す薬剤※を退所時に使用していた者の人数（実人数）をお答えください。（数字記入）

また、1)～5)以外で、入所者への投与にあたり、薬剤費の観点で課題となっている薬剤がございましたら、主なものを2つまで6)に記述ください。（自由記述）

※薬剤の種類（例：1）関節リウマチ等の自己免疫疾患治療薬（生物学的製剤）ごとに記載しています。各薬剤種類の下には、具体的な薬剤名（一般名と括弧内は商品名）を記載していますが、これらのうちいずれかの薬剤を退所時に使用している場合に回答対象に含むものとしてお考えください。またこれらの薬剤に後発医薬品やバイオシミラーがある場合、それらを使用していた入所者も回答対象に含むものとしてお考えください。

	各薬剤の使用人数
1) 関節リウマチ等の自己免疫疾患治療薬（生物学的製剤） インフリキシマブ（レミケード）、アダリムマブ（ヒュミラ）、エタネルセプト（エンブレル）、アバタセプト（オレンシア）、トシリズマブ（アクテムラ）、ゴリムマブ（シンポニー）、セルトリズマブベゴル（シムジア）、サリルマブ（ケブザラ）	人
2) 関節リウマチ等の自己免疫疾患治療薬（生物学的製剤ではない） トファシチニブ（ゼルヤンツ）、バリシチニブ（オルミエント）、ペフィシチニブ（スマイラフ）、ウパダシチニブ（リンヴォック）、フィルゴチニブ（ジセレカ）	人
3) 骨粗鬆症治療薬（生物学的製剤） テリパラチド（フォルテオ・テリボン）、デノスマブ（プラリア）、ロモソズマブ（イベニティ）	人
4) 抗パーキンソン病薬（内服薬及び外用薬） ロチゴチン（ニュープロパッチ）、ロピニロール（ハルロピテープ）、ラサギリンメシル酸塩（アジレクト）、セレギリン塩酸塩（エフピー）、サフィナミドメシル酸塩（エクフィナ）、イストラデフィリン（ノウリアスト）、ゾニサミド（トレリーフ）	人
5) 抗てんかん薬（経口薬） ペランパネル水和物（フィコンパ）、ラコサミド（ビムパット）	人
6) その他	薬剤種類名1：() 薬剤種類名2：()

問5-2 令和4年9月における、入所者1人1月当たりの平均的な薬剤費（施設全体の1か月間の薬剤費÷入所者数（実人数））をお答えください。（○は1つ）

※1：詳細な数値が不明な場合には、概数をお答えください。

※2：薬剤費は仕入れ値ベースでお答えください。

1. 3000円未満	5. 12000円以上 15000円未満	9. 24000円以上 27000円未満
2. 3000円以上 6000円未満	6. 15000円以上 18000円未満	10. 27000円以上 30000円未満
3. 6000円以上 9000円未満	7. 18000円以上 21000円未満	11. 30000円以上
4. 9000円以上 12000円未満	8. 21000円以上 24000円未満	12. わからない

問5-3 令和4年9月における入所者1人1月当たりの薬剤費のうち、最も高額である入所者の薬剤費をお答えください。(○は1つ)

※1: 詳細な数値が不明な場合には、概数をお答えください。

※2: 薬剤費は仕入れ値ベースでお答えください。

※3: 数値が小数を含む場合には、四捨五入し整数でお答えください。

1. 最も高額である入所者の薬剤費 → () 円
2. 分からない

6. かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整※について、工夫している取組や効果についてお伺いします

※薬剤調整: 複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

問6-1 貴施設や貴施設が所属する法人として、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整※について、例えば、主治の医師との合意形成や薬剤の総合的な評価を行う際に、工夫している取組や、またその取組により効果があった事項がございましたら、ご記入ください。(自由記述)

※薬剤調整: 複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

1) 工夫している取組

2) 取組による効果

7. その他の事項についてお伺いします

問7-1 医薬品の安全管理(施設での医薬品の購入、保管・管理、入所者への使用、医薬品情報の収集等)について、手順書等を作成していますか。(○は1つ)

1. はい
2. いいえ

問7-2 平成31年4月19日付事務連絡で厚生労働省より「「医薬品の安全使用のための業務手順書」作成マニュアル(医療提供を目的とした介護保険施設版)」が周知されましたが、このマニュアルを活用していますか。(○は1つ)

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryuu-files/documents/2019/0424103320251/ksvol723.pdf>

1. はい
2. いいえ

<問7-2で「2. いいえ」とご回答の場合、お答えください。>

問7-3 マニュアルを活用していない理由をお答えください。(あてはまるもの全てに○)

1. マニュアルについて知らなかったため
2. 業務手順書作成に負担を感じており、マニュアルを活用する気にならないため
3. 別のマニュアルを活用しているため
4. マニュアルが分かりにくいいため
5. その他 ()

8. インタビュー調査への協力可否についてお伺いします

問8-1 本調査研究事業では、本アンケート調査とは別に、かかりつけ医連携薬剤調整加算の算定や薬剤調整*のプロセス（取組内容、工夫、課題）やその効果を把握・分析し、他の介護老人保健施設において参考にしてもらうことを目的としたインタビュー調査の実施を予定しております。インタビュー調査は、現下の状況を踏まえ、電話かWEB会議形式で1時間程度を想定いたします。つきましては、インタビュー調査へご協力いただけるか否かについてお教えいただけますでしょうか。ぜひよろしくお願いいたします。

※薬剤調整：複数の薬剤の投与により期待される効果や副作用の可能性等を総合的に評価し、必要に応じ処方内容を調整すること

1) インタビュー調査への協力可否	1. 協力できる 2. 協力できない 3. その他 ()
2) インタビュー調査にあたってのご要望（実施時間帯、実施方法等）（自由記述）	

ご回答者様のご連絡先をご記入ください

※ご記載いただいた内容は、インタビュー調査のお願いのご連絡をさせていただく場合や、本調査の回答内容に対するお問い合わせをさせていただく場合にのみ活用いたします。

3) 氏名	
4) 施設名	
5) 電話番号	
6) メールアドレス	

質問は以上です。ご協力を頂きまして誠にありがとうございました。