

令和6年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導
ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」
訪問薬剤管理指導の実態把握に関する調査

ご回答方法

- ・調査対象とする患者に詳しい貴院の薬剤師の方にご回答をお願い致します。
- ・調査対象とする患者は以下の条件でお選びください。

貴院の薬剤師が令和6年10月の1か月間（これを当該期間と表します）に訪問薬剤管理指導を行った患者で、かつ訪問を開始してからの期間が1年未満の患者のうち、訪問薬剤管理指導を行った患者の氏名の最初の文字の五十音が早い順に3名を調査対象患者とした上で、貴院の薬剤師が当該期間に各調査対象患者に対し訪問を行った際の状況についてお答えください。

※ 氏名の最初の文字の五十音順の早さの考え方の例：「あべさん」、「わたなべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」の中から3名を選ぶ場合には、この4名から3名を選ぶ場合には、「”あ”べさん」、「”さ”とうさん」、「”す”ずきさん」、「”わ”たなべさん」の順に早いと考え、「あべさん」、「さとうさん」、「すずきさん」を調査対象患者として選定してください。ただし例えば、当該期間中に同居する夫婦（例：「あべさん」夫婦）のそれぞれに対して訪問薬剤管理指導を行った場合には、なるべく療養環境が異なるケースを調査対象患者とする観点から、夫婦のうちいずれか一人のみを調査対象患者としてご選定ください。

- ・（ ）内には具体的な数字、用語等をご記入ください。「〇施設」などの場合、空欄とせず「〇」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、令和6年10月31日現在の状況についてお答えください。

I. 調査対象とする患者の基本的事項についてお伺いいたします。

問1 性別（○は1つ）	01 男性 02 女性	問2 年齢（数字記入）	歳
問3 同居家族（○は1つ） ※本人からみた続柄を記載しています	01 同居家族なし 02 配偶者 03 配偶者と子供 04 配偶者と子供と親 05 配偶者と親 06 親 07 子供 08 その他（ ）		
問4 要介護度（○は1つ）	01 非該当 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5 09 不明		

問5 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（○は1つ）	01 J1 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（交通機関等を利用して外出する） 02 J2 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する（隣近所へなら外出する） 03 A1 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する） 04 A2 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない（外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている） 05 B1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う） 06 B2 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ（介助により車いすに移乗する） 07 C1 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力で寝返りをうつ） 08 C2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する（自力では寝返りもうてない） 09 不明
問6 認知症高齢者の日常生活自立度（○は1つ）	01 自立 02 I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 03 II a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭外で左記の状態がみられる） 04 II b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭内でも左記の状態がみられる） 05 III a 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（日中を中心として左記の状態が見られる） 06 III b 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする（夜間を中心として左記の状態が見られる） 07 IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする 08 M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする 09 不明
問7 患者の疾患等（あてはまるもの全てに○）	01 脳血管疾患（脳卒中） 02 心疾患（心臓病） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患 05 循環器疾患 06 関節疾患 07 認知症

	08 パーキンソン病 09 糖尿病 10 視覚・聴覚障害 11 骨折・転倒 12 脊髄損傷 13 高齢による衰弱 14 関節リウマチ 15 筋萎縮性側索硬化症 16 後縦靱帯骨化症 17 骨折を伴う骨粗鬆症 18 脊髄小脳変性症 19 脊柱管狭窄症 20 早老症 21 多系統萎縮症 22 閉塞性動脈硬化症 23 慢性閉塞性肺疾患 24 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 25 その他（ ）
問 8 複数医療機関を受診していますか（○は1つ）	01 はい →（医療機関数 施設） 02 いいえ
問 9 薬剤の管理者（あてはまるもの全てに○）	01 本人 02 配偶者 03 その他家族 04 介護事業者 05 その他（ ）

問 10 貴院にかかり始めた時期※（数字記入）	西暦 年 月
※対象患者が訪問薬剤管理指導を実施する以前から貴院に通院している場合はその時期を記入してください。	

問 11 訪問場所（○は1つ） ※患者のお住まい等	01 患者宅 02 サービス付き高齢者向け住宅 03 有料老人ホーム 04 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 05 特別養護老人ホーム（末期の悪性腫瘍の患者に限る） 06 小規模多機能型居宅介護事業所 07 看護小規模多機能型居宅介護事業所 08 養護老人ホーム 09 軽費老人ホーム・ケアハウス 10 その他（ ）
------------------------------	--

II. 調査対象とする患者への訪問薬剤管理指導の開始時のこと等について伺います。

問 1 2 訪問薬剤管理 指導の開始時期（数字記入）	西暦	年	月
問 1 3 主たる開始理由 となった病名等（あてはまるもの全てに○）	01	脳血管疾患（脳卒中）	
	02	心疾患（心臓病）	
	03	悪性新生物（がん）	
	04	呼吸器疾患	
	05	循環器疾患	
	06	関節疾患	
	07	認知症	
	08	パーキンソン病	
	09	糖尿病	
	10	視覚・聴覚障害	
	11	骨折・転倒	
	12	脊髄損傷	
	13	高齢による衰弱	
	14	関節リウマチ	
	15	筋萎縮性側索硬化症	
	16	後縦靱帯骨化症	
	17	骨折を伴う骨粗鬆症	
	18	脊髄小脳変性症	
	19	脊柱管狭窄症	
	20	早老症	
	21	多系統萎縮症	
	22	閉塞性動脈硬化症	
	23	慢性閉塞性肺疾患	
	24	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	
	25	その他（ ）	

問 1 4 訪問薬剤管理指導を開始した経緯（○は1つ）	
01	貴院に入院し、退院後も継続して訪問を行うこととなった
02	貴院において訪問診療を行うこととなった
03	貴院以外の処方医から訪問依頼があった
04	薬剤師の判断をきっかけに訪問を開始した
05	ケアマネジャーからの依頼があった
06	訪問看護事業所から訪問依頼があった
07	有料老人ホーム等の施設への入居をきっかけに訪問を開始した
08	その他（ ）

問 1 5 訪問開始時に把握した薬剤管理上の問題点（あてはまるもの全てに○）	01	薬剤の保管状況が適切でなかった
	02	複数の医療機関から重複した薬剤や併用禁忌の薬剤が処方されていた
	03	嚥下機能に問題があり、服薬できていなかった
	04	薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった

	05 食事と服薬のタイミングがずれていた 06 薬剤による有害事象が発生していた 07 処方された薬剤の内容を理解していなかった 08 四肢麻痺等により外用剤がうまく使用できていなかった 09 その他（ ）
--	---

問 1 6 直近の訪問時に 把握した薬剤管理 上の問題点（あて はまるもの全てに ○）	01 薬剤の保管状況が適切でなかった 02 複数の医療機関から重複した薬剤や併用禁忌の薬剤が処方されていた 03 嚥下機能に問題があり、服薬できていなかった 04 薬剤の飲み忘れや飲み過ぎなどに課題があった 05 食事と服薬のタイミングがずれていた 06 薬剤による有害事象が発生していた 07 処方された薬剤の内容を理解していなかった 08 四肢麻痺等により外用剤がうまく使用できていなかった 09 その他（ ）
--	---

問 1 7 飲み忘れ・中断・重複投与（以下、「飲み忘れ等」と表す）されていた薬剤の金額			
①訪問開始時における状況			
1）薬剤全体の状況（数字記入） ※詳細が分からない場合にはおおよその金額で結構です。 ※残薬の種類数のカウントの考え方：一般名が同じ薬剤については規格が異なっていたとしても 1 種類とカウントしてください。一般名が同じ薬剤でも剤形が異なる場合には、2 種類とカウントしてください。			
飲み忘れ等の薬剤の金額（ ）円程度（全体） 飲み忘れ等の薬剤の金額（ ）円程度（発見直前 1 カ月に処方されたもの） 残薬の種類数（合計）（ ）種類			
2）薬剤個別の状況（任意回答） ※飲み忘れ等の薬剤の詳細を把握している場合には、薬剤名・薬価等を記入してください。 ※残薬の種類数ごとの金額が大きい順に最大 10 種類分をお答えください。 ※基本的には「薬価」×「飲み忘れの数量」＝「金額」となるようお答えください。薬価が異なる薬剤を 1 種類としてカウントした場合（1 行の回答欄に複数の規格の薬剤をまとめて回答する場合）には、「薬価」欄には、「金額」÷「飲み忘れ等の数量」の算出結果をお答えください。			
薬剤名（商品名） （自由記述）	薬 価（円） （数字記入）	飲み忘れ等の数量 （数字記入）	金 額（円） （数字記入）

問 2 7 居宅療養管理指導費もしくは在宅患者訪問薬剤管理指導料などの算定回数（○は1つ）	
01 月0回	
02 月1回	
03 月2回	

問 2 8 薬剤管理指導の準備時間 （調剤等を想定します。移動時間は含みません）（数字記入） ※整数でお答えください。	この患者に対する平均的な1回当たり実施時間 分
問 2 9 薬剤管理指導の実施時間 （数字記入） ※整数でお答えください。	この患者に対する平均的な1回当たり実施時間 分
問 3 0 訪問施設までの片道の移動時間 （数字記入） ※整数でお答えください。	分
問 3 1 フォローアップ実施時間 （数字記入） ※整数でお答えください。	この患者に対する平均的な1回当たり実施時間 分

IV. 調査対象とする患者への訪問薬剤管理指導の取り組み内容（指導全体を通じて）についてお伺いいたします。

問 3 2 この患者に対する薬剤管理指導の重点的取組み （あてはまるもの全てに○）	回 数	01 訪問回数の増加
	理 解	02 薬剤の保管に関する指導 03 服薬方法に関する指導 04 薬剤の内容に関する説明
	技 術	05 服薬カレンダー等ツールの利用 06 一包化の実施 07 粉碎の実施 08 嚥下補助剤・ゼリー剤の利用 09 簡易懸濁

	確認	10 服薬状況の確認 11 残薬の確認 12 医師との服用薬の調整 13 服薬回数の低減 14 副作用の確認 15 相互作用の確認 16 服薬への立ち合い・促し・支援 17 ADLの確認 18 生活上の課題の確認 19 栄養上の課題の確認 20 口腔、摂食嚥下に関する課題の確認
	その他	21 その他（ ） 22 特に重点的に取り組んでいることはない
問 3 3 処方医以外の情報提供先（あてはまるもの全てに○）		01 ケアマネジャー 02 ホームヘルパー 03 訪問看護師 04 ショートステイ事業者の職員 05 有料老人ホーム等の施設職員 06 01～05以外の介護事業者の職員 07 理学療法士 08 作業療法士 09 言語聴覚士 10 歯科衛生士 11 管理栄養士 12 保健所・保健センターの職員 13 民生委員 14 処方医以外の医師 15 歯科医師 16 他の薬局の薬剤師 17 ソーシャルワーカー 18 その他（ ）
問 3 4 訪問開始時と比べた取組みの効果 （各問○は1つ）	(1) 薬剤保管状況	01 改善 02 不変 03 悪化
	(2) 薬剤の重複	01 改善 02 不変 03 悪化
	(3) ポリファーマシー ※単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態	01 改善 02 不変 03 悪化

	(4) 併用禁忌の薬剤	01 改善 02 不変 03 悪化
	(5) 飲み忘れ	01 改善 02 不変 03 悪化
	(6) 服薬の中断（飲みにくい、服薬を拒否を含む）	01 改善 02 不変 03 悪化
	(7) 飲み過ぎ	01 改善 02 不変 03 悪化
	(8) 食事と服薬のタイミングのずれ	01 改善 02 不変 03 悪化
	(9) 有害事象の発現	01 改善 02 不変 03 悪化
	(10) 服用薬剤への理解不足	01 改善 02 不変 03 悪化

問35 医師または歯科医師との同行訪問の有無（令和6年10月1か月間）（○は1つ）	01 有り 02 無し
問36 処方提案の有無（令和6年10月1か月間）（○は1つ）	01 有り 02 無し

問37 この患者に使用している DX ツールについて該当するもの全てに○をおつけください。（あてはまるもの全てに○）	
01 オンライン服薬指導のための機器（スマートフォン・タブレット・PC等）	
02 PHR	
03 電子お薬手帳	
04 ウェアラブル端末	
05 服薬支援ロボット	
06 その他（ ）	
07 特に無い	

問38 問37で01～06と回答された方にご質問です。DXツールはどの程度効果がありましたか。最も近いものに○をおつけください。（○は1つ）	
01 大変効果があった	
02 ある程度効果があった	
03 あまり効果がなかった	
04 ほとんど効果がなかった	

調査にご協力を頂きまして誠にありがとうございました。