

令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業研究事業)

地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築のための研究 (23IA1005)

分担研究報告書

自治体の医療介護突合データを用いた訪問薬剤管理指導等についての検討

研究協力者 中野寛也	筑波大学医学医療系	研究員
研究分担者 孫瑜	筑波大学医学医療系	助教
研究協力者 田口怜奈	医療経済研究機構研究部	研究員
研究協力者 浜田将太	医療経済研究機構研究部	担当部長
研究分担者 黒田直明	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部	制度運用研究室長
研究代表者 田宮菜奈子	筑波大学医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授/ センター長

研究要旨

**背景：** 高齢化と在宅医療需要の高まりの中で、薬剤師による訪問薬剤管理指導（医療保険）や居宅療養管理指導（介護保険）（以下、訪問薬剤管理指導等）の重要性が指摘されているが、訪問薬剤管理指導等を受けている患者の特徴や、訪問薬剤管理指導等を実施している薬局の実態は明らかではない。本研究は自治体の医療介護レセプトデータベースを用いて在宅における訪問薬剤管理指導等を受けている患者の人数、特徴、薬局の実態およびこれらの経時的推移を記述することを目的とする。

**方法：** 茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いて、2014年度-2018年度に訪問薬剤管理指導等を受けた患者について以下のような研究を行った。（1）年度ごとの患者数の推移を、各年度の65歳以上人口および要介護・要支援者数で調整を行って記述した。（2）各年度3月時点で訪問薬剤管理指導等を受けていた患者について特徴を記述した。（3）各年度3月時点で訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の介護保険レセプトデータから算定した薬局の数を抽出し、関東信越厚生局の保険医療機関・保険薬局の指定等一覧による各年度3月時点で届け出があった薬局の数と比較を行った。

**結果：** 訪問薬剤管理指導等を受けた患者は2018年度で2014年度と比べて1.5倍であり、年齢や要介護度で調整を行うと2018年度は2014年度の1.7倍となった。訪問薬剤管理指導等を受けた患者のうち65歳以上の者が90%前後を占め、障害高齢者自立度A1-A2の者、認知症高齢者IIb-IIIaの者がそれぞれ50%前後を占めていた。有料老人ホーム・グループホーム入居者は全体の40-50%だった。届け出ている薬局のうち実際に訪問薬剤管理指導等を行っていたのは48.3-63.2%であった。

**結論**：本研究では、訪問薬剤管理指導等を受けている患者数は増加傾向である一方で、訪問薬剤管理指導等の算定を届け出ている薬局の数と実際に応需している薬局の数の差がレセプトデータを用いて明らかになった。今後届け出と応需の差が生じる要因について検討する必要性が示唆された。

## A. 研究目的

本邦の高齢化が進展し在宅医療の需要が高まり続ける中、服薬アドヒアランスの向上を通じた治療効果の確保、医療安全、看護職・介護職の負担軽減、医療費適正化など多くの側面から、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導（以下、「訪問薬剤管理指導等」とする）の重要性が指摘されている<sup>1-3)</sup>。通院困難な在宅患者に対して、薬剤師が訪問して行う訪問薬剤管理指導等は1994年から訪問薬剤管理指導として診療報酬上の評価が開始され<sup>4)</sup>、2000年の介護保険制度開始時より介護報酬でも居宅療養管理指導として居宅サービスの1つとなった<sup>2)</sup>。近年在宅患者に対する訪問薬剤管理指導等を行う薬局は医療保険・介護保険いずれの算定でも増加傾向である<sup>5)</sup>が、訪問薬剤管理指導等を行うことを届け出ている薬局のうち実際に患者への訪問を行っているのは約60%程度だったとの質問紙調査<sup>6)</sup>もある。

しかし、この研究は質問紙調査のため全数的な把握はできていない。また、これまで訪問薬剤管理指導等を受けている患者の特徴について経時的に明らかにした研究はない。また、レセプトデータを用いた訪問薬剤管理指導等の研究は限られており、中でも薬局の実態を検討した研究はない。本研究は自治体の医療介護レセプトデータベースを用いて在宅にお

ける訪問薬剤管理指導等を受けている患者の経時的推移、特徴、および薬局の実態を記述することを目的とする。

## B. 研究方法

茨城県つくば市の国民健康保険・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いた。2018年のつくば市の総人口は234,455人、高齢化率は28.6%、要介護認定者数（要支援および要介護の認定者数）は7,613人である<sup>7)</sup>。茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いて、2014年度-2018年度に訪問薬剤管理指導等を受けていた患者について以下のような研究を行った。

(1) 年度ごとの患者数の推移を記述し、各年度の65歳以上人口および要介護・要支援者数で調整を行った。

(2) 各年度3月時点で訪問薬剤管理指導等を受けていた患者について特徴を記述した。

(3) 各年度3月時点で訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の介護保険レセプトデータから算定した薬局の数を抽出し、関東信越厚生局の保険医療機関・保険薬局の指定等一覧による各年度3月時点で届け出が行われていた薬局の数と比較を行った。

(1) に関して、訪問薬剤管理指導等として医療保険の訪問薬剤管理指導およ

び介護保険の居宅療養管理指導のいずれも含めた。医療保険の訪問薬剤管理指導を受けた患者に関しては、診療所・病院からの訪問薬剤管理指導を受けた患者の数、薬局からの訪問薬剤管理指導を受けた患者の数、麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数を分けて記述した。介護保険の居宅療養管理指導を受けた患者に関しては、診療所・病院からの居宅療養管理指導を受けた患者数、薬局からの居宅療養管理指導を受けた患者数、麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び居宅療養管理指導を受けた患者数に分けて記述した。詳細な定義を表1・2に示す。

各年度の訪問薬剤管理指導等が行われた患者の総数を算出し記述した後、65歳以上人口および要介護・要支援者数で各年度の人数を2014年度=1として調整した数値を計算した。65歳以上人口はつくば市住民基本台帳より各年度1月1日時点の人口を用いた。要支援・要介護者は介護保険事業状況報告から各年度3月31日時点の数を用いた。

(2)に関しては、各年度3月時点で医療保険の訪問薬剤管理指導および介護保険の居宅療養管理指導のいずれかによる訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の特徴として、年齢（65歳未満、65-74、75-84、85-94、95歳以上）、性別、疾患群(脳血管疾患、心疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患、関節疾患、認知症、パーキンソン病、糖尿病、視覚聴覚障害、骨折)、要介護度、認知症高齢者自立度、

障害高齢者自立度、在宅医療サービス（訪問診療、訪問看護）、利用した介護保険サービス（認知症対応型共同生活介護/特定施設入居者生活介護/小規模多機能型居宅介護/介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービス、訪問介護）を記述した。訪問診療は在宅時医学総合管理料および施設入居時医学総合管理料の算定を抽出した。訪問看護の有無は各年度10-3月に算定された訪問看護指示料または各年度3月の介護レセプトでの訪問看護の算定から抽出した。疾患は国民生活基礎調査の介護票に記載されている「介護が必要となった原因」の12疾患より、頻度が低くレセプトでの同定が困難である「脊髄損傷」と「高齢による衰弱」を除いた10疾患を用いた。先行研究<sup>8)</sup>を参考に各年度10-3月の医療レセプトからICD-10コードを用いて各疾患を抽出し、疑い病名は除いた（補足表1）。他の変数は各年度3月の医療介護レセプトから抽出した。

(3)では、各年度3月時点で介護保険の訪問薬剤管理指導等を受けていた患者に関して、介護レセプトデータの介護保険事業所番号を用いて訪問薬剤管理指導等を算定していたつくば市の薬局数を抽出した。医療保険データには医療機関コードが含まれていなかったため医療保険データからの抽出はできなかった。この結果を、関東信越厚生局の保険医療機関・保険薬局の指定等一覧による各年度3月時点で届け出が行われていたつくば市の薬局の数（（在薬）の記載があり届け出日が各年度の3月1日よりも前である薬局の数）と比較した。

すべての解析は STATA version 15 を用いて行った。筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：1445-15）。

## C. 研究結果

### (1) 訪問薬剤管理指導等を受けた患者の数の年度別推移

2014 年度-2018 年度に医療保険または介護保険で訪問薬剤管理指導等を受けた患者数はそれぞれ 190 人、234 人、243 人、266 人、294 人で年度ごとに増加傾向だった。うち介護保険で算定された者がそれぞれ 178 人、219 人、230 人、242 人、265 人であり、医療保険で算定された者は 14 人、16 人、13 人、27 人、29 人であった（一部の患者では算定が重複していた）。なお、医療保険で算定された者はすべて薬局からの訪問薬剤管理を受けていた。麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び居宅療養管理指導を受けた患者数（医療保険・介護保険両方含む）はわずかに増加傾向であったが、2018 年度でも 10 名未満と少なかった。医療保険の麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数（医療保険）も各年度 10 名未満と少なかった。各年度の訪問薬剤管理指導等を受けた患者総数に関して、65 歳以上人口および要支援・要介護者の数で調整を行うと、いずれの調整でも調整前より増加傾向が明瞭となった（表 3）。

### (2) 訪問薬剤管理指導等を受けた患者の特徴

図 1-図 6 および表 4 に結果を示す。年齢分布は 65 歳以上が全体の 90%以上、75 歳以上が全体の 80%以上を占めていた（図 1）。疾患群別にみると関節疾患、認知症、心疾患、呼吸器疾患、脳血管疾患等の順であった（図 2）。要介護度別にみると要介護 1 以上が全体の約 90%以上を占めており（図 3）、障害高齢者自立度では A の者が要介護・要支援者中の 49-56%と最も多く（図 4）、認知症高齢者自立度では割合として最も高かったのが IIIa、次いで IIb の順であり、IIb と IIIa の者を合計すると要介護・要支援者の 47-54%と最も多かった（図 5）。5 年間の延べ人数で認知症高齢者自立度と障害高齢者自立度のクロス集計を行うと、全体で最も多かったのは認知症高齢者自立度 IIb かつ障害高齢者自立度 A2 の者（108 人、9.6%）であり、有料老人ホーム・グループホームに入居していない者でもこの特性が最多だった。有料老人ホーム・グループホーム入居者では認知症高齢者自立度 IIIa かつ障害高齢者自立度 A2 の者が最多となった。医療・介護サービスの利用割合をみると介護サービスでは居住系施設の中のいわゆる有料老人ホームとグループホームの入居者が全体の 40-50%を占めた。なお、介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービスが算定されていた患者も 10 名未満程度存在していた。また訪問診療の利用者は 67-71%、訪問看護の利用者は 27-29%、訪問介護の利用者は 24-29%であった（図 6）。なお、訪問薬剤管理指導等を行っている患者のうち、訪問診療も訪問看護も訪問介護も

受けていない患者の数は各年度で 34 人、44 人、40 人、34 人、34 人であり、すべての患者数に対する割合は 2014 年度の 17.9%から 2018 年度の 11.6%へ低下傾向であった。このうち有料老人ホーム・グループホーム入居者以外の数は各年度で 14 人、17 人、27 人、23 人、25 人であり、すべての患者数に対する割合は 2014 年度の 7.4%から 2018 年度の 8.5%と、5 年間の推移として明らかな減少傾向は認めなかった（表 4）。

### (3) 薬局の届け出数と実際の算定の比較

結果を表 5 に示す。2014 年度–2018 年度の年度ごとに医療保険上の訪問薬剤管理指導等を届け出ている薬局はつくば市内で 58、68、76、82、92 か所であった一方、介護保険レセプトから抽出した実際に訪問薬剤管理指導等が算定されている薬局はそれぞれ 28、42、48、48、51 か所と、いずれも漸増傾向ではあったものの届け出ている薬局数の 50–60%前後に留まっていた。なお、各年度末までに一度でも訪問薬剤管理指導等を実施したことがある薬局の合計を介護保険レセプトから抽出すると、それぞれ 28、43、56、61、71 か所であり、5 年間に届け出の存在していた 92 か所の薬局のうち少なくとも 1 回でも訪問薬剤管理指導等を実施したことがある薬局は全体の 77.2%であった。

## D. 考察

本研究の結果より、訪問薬剤管理指導等を受けた患者は 2018 年度で 2014 年度と比べて 1.5 倍であり、年齢や要介護度で調整を行うと 2018 年度は 2014 年度の 1.7 倍となった。また、訪問薬剤管理指導等を受けた患者のうち 65 歳以上の者が 90%前後を占め、障害高齢者自立度 A1–A2 の者、認知症高齢者 IIb–IIIa の者がそれぞれ 50%前後を占め、有料老人ホーム・グループホーム入居者は全体の 40–50%だった。さらに、届け出ている薬局のうち実際に訪問薬剤管理指導等を行っていたのは 48.3–63.2%であることが明らかになった。

年齢や要介護度で調整を行っても訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の数は 5 年間で増加傾向であり、全国<sup>5)</sup>の結果と同様だった。訪問看護を受けていて訪問薬剤管理指導等を受けていない患者の約 60%に潜在的な需要が認められたとの報告<sup>9)</sup>もあり、いわゆる地域包括ケアの推進によって在宅患者における潜在的な需要が顕在化し対応可能な薬局数の増加や訪問薬剤管理指導等の認知度向上などに伴って応需されるようになってきている可能性がある。また、訪問薬剤管理指導等における介護保険と医療保険それぞれの割合も、全国の傾向<sup>5)</sup>と比較してほぼ同様であった。

訪問薬剤管理指導等を受けていた患者を項目別にみると麻薬（持続注射療法を含む）の調剤・無菌製剤（TPN 輸液を含む）の調剤と訪問薬剤管理指導を受けた患者数が少なく、これらを行う薬局を計画・整備する場合やこれらを行う薬局の数を指標として利用する場合には二次医

療圏よりも広域での検討を行う必要がある可能性があるが、2019年度以降の患者数等の推移を踏まえながら判断する必要があると考える。

訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の要介護度や障害高齢者自立度の分布は先行研究<sup>10)</sup>とも一致していたが、本研究では認知症高齢者自立度において特にIIIb-IIIaの患者の割合が高く、その中の障害高齢者自立度別にはA2の者の割合が全体として最も高い結果となった。レセプトデータを用いた松田らの研究<sup>11)</sup>でも訪問薬剤管理指導等が導入されていることと認知症の病名があることには関連があることが示されているが、本研究の結果からは、運動機能がある程度保たれていながら認知機能低下および行動異常や易怒性といった認知症の周辺症状に対しての見守り・介助に費やす時間を多く必要とする者で特に訪問薬剤管理指導等の需要が高い可能性が示唆される。医療介護従事者および保健衛生関係者はこれらの患者および患者家族と関わる際には訪問薬剤管理指導等を積極的に提案すべきと考えられる。訪問薬剤管理指導等は制度上必ず医師の指示の下で開始されることから、認知機能が低下した患者を診療する医師は特に、患者が家族等の介助により一般外来に受診可能な状態であったとしても訪問薬剤管理指導等が必要となる可能性を念頭に置いて診療に当たり、積極的に必要性を考慮することが重要であると考えられる。

本研究の結果では訪問薬剤管理指導等を受けている患者のうち訪問診療・訪問薬剤・訪問介護を受けていない者の割合

は経時的に低下傾向だった一方、そのうち有料老人ホーム・グループホーム入居者以外の患者では割合の低下は明らかではなかった。有料老人ホーム・グループホーム入居者以外の患者は一部に何らかの施設入居者を含み得る一方で大部分は自宅に住んでいる者であると考えられるが、疾患の専門性やももとの担当医との関係性、何らかの理由による訪問診療・訪問看護の導入困難や施設ケアの導入困難など各種要因によって訪問薬剤とその他の通所介護サービスのみを組み合わせることで自宅等での生活を維持している患者が一定数いると考えられる。訪問診療・訪問看護・訪問介護・施設ケア等の量的質的な充実に関わらずこれら医療介護サービスへのアクセスに至らない事例であっても患者の自宅での生活を維持する手段として訪問薬剤が機能する可能性があることが示唆された。

また、先行研究<sup>11)</sup>とも同様に有料老人ホームやグループホームの入居者への訪問薬剤管理指導等も多く行われていた。訪問薬剤管理指導等が行われることで重複内服の予防やアドヒアランスの向上など患者への直接的な効果のみならずヘルパー等の介護者への知識・技術の支援が齎されており<sup>5)</sup>、このことが施設からの訪問薬剤の需要の高さの一因となっていると考えられる。

本研究では訪問薬剤管理指導等と同月に介護福祉施設サービス/介護保健施設サービス/介護療養施設サービスが算定されていた者が若干名存在したが、訪問薬剤管理指導等はこれらの施設の入居者に対して算定することは原則的にはできない

ため、同月中に施設入居または退居するなどして居住場所が変化した患者であると考えられた。

また本研究ではつくば市の介護レセプト上も訪問薬剤管理指導等の届け出を行っている薬局数と実際の訪問薬剤管理指導等を行っている薬局数に差があることが明らかになったが、5年間を通して一度でも訪問薬剤管理指導の経験があるか否かからみると、本研究の各年度の結果や一時点の横断研究である先行研究<sup>6)</sup>よりもその差は小さくなっていった。年度ごとに訪問薬剤管理指導等を行っている薬局に変遷がある可能性があり、より詳細な実態を今後検討する必要性が示唆された。

届け出ている薬局と応需している薬局の差が生じる理由としては訪問薬剤管理指導等への需要に対して届け出ている薬局数に余裕がある可能性もあり、また需要があっても何らかの理由で訪問薬剤管理指導等が行えていない薬局が存在している可能性もある。先行研究の質問紙調査<sup>6)</sup>では訪問薬剤管理指導等を行っている薬局の中で行えていない業務として無菌調整（主に設備的問題による）、夜間・休日対応/往診同行/退院時カンファレンス参加/居宅介護サービス担当者会議への参加（人員不足による）などを挙げており、これらの要因が間接的に訪問薬剤管理指導等を実施することそのものの障壁となっている可能性はあるが、他に薬局ごとの薬剤師の経験や知識、薬局ごとの他施設からの認知度の問題なども関連している可能性があると考えられる。またケアマネジャーの経験や知識とケアプラ

ンへの訪問薬剤管理指導等の導入の有無が関連する<sup>12)</sup>との報告や訪問診療の有無が訪問薬剤管理指導等導入の有無と強く関連する<sup>10)</sup>との研究結果もあり、職種ごと・勤務状況ごと・個人ごとの知識・経験の異質性が結果的に届け出数と実態の差となっている可能性も考えられる。どのような要因で届け出ている薬局の数と実際に行っている薬局の数の差が生じているか、今後検討する必要性が示唆されたと考えられる。

なお本研究の限界として、比較に用いた薬局の届け出数は関東信越厚生局の保険医療機関・保険薬局の指定等一覧によるものであり、この届出は医療保険のみの届け出であることから介護保険上の届け出数と必ずしも同一でない可能性が挙げられる。しかし健康保険法の保険薬局に指定された薬局は、居宅療養管理指導を含む介護保険法上の特定のサービスにおける介護事業所としての「みなし」指定を受けることと、介護事業所のみ指定を受け保険薬局の指定を受けていない調剤薬局は實際上ほとんど想定されないことから、医療保険の届け出数と介護保険上の届け出数の差は十分小さいか、ほとんどないと考えられる。

## E. 結論

本研究では、自治体の医療介護レセプトデータを用いて訪問薬剤管理指導等を受けていた患者の経時的推移、特徴、応需している薬局の実態を明らかにした。訪問薬剤管理指導等を受けている患者数は増加傾向である一方で、訪問薬剤管理指導等の算定を届け出ている薬局の数と

実際に応需している薬局の数の差がレセプトデータを用いて明らかになった。今後届け出と応需の差が生じる要因についてさらに検討する必要性が示唆された。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 参考文献

1. 厚生労働省. 第15回社会保障審議会医療部会山本委員提出資料 在宅医療における薬剤師の役割と課題 2010.12.22. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000zap2-att/2r9852000000zatv.pdf>.
2. 奥野順子、柳久子、戸村成男. 在宅要介護高齢者における薬剤供給方法と薬剤知識・服薬コンプライアンス. 日老医誌 2001; 38: 644-650.
3. 恩田光子、今井博久、七海陽子他. 薬剤師による在宅患者訪問に係る業務量と薬物治療アウトカムの関連. 薬学雑誌 2015; 135(39): 519-527.
4. 厚生労働省. 保発第七八号都道府県知

事あて厚生省保険局長通知 ○診療報酬点数表の改正等について 1994.8.5.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb0343&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb0343&dataType=1&pageNo=1)

5. 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会（第549回）○在宅について（その1）総一2. 2023.7.12.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001120008.pdf>

6. 高田雅弘、中野祥子、三田村しのぶ他. 薬局及び訪問看護ステーションにおける他職種連携に関する調査研究. 社会薬学 2015; 34(2): 116-127.

7. つくば市. 第4期地域福祉計画(概要). [https://www.city.tsukuba.lg.jp/material/files/group/43/4kichiikihukushikeikaku\\_gaiyoubann.pdf](https://www.city.tsukuba.lg.jp/material/files/group/43/4kichiikihukushikeikaku_gaiyoubann.pdf).

8. Iwagami M, Taniguchi Y, Jin X et al. Association between recorded medical diagnoses and incidence of long-term care needs certification: a case control study using linked medical and long-term care data in two Japanese cities. Annals of Clinical Epidemiology 2019; 1(2): 56-68.

9. 大嶋繁、宮本実央、根岸彰生他. 薬剤師が行うべき在宅業務の潜在需要と患者属性の検討. 薬局薬学 2015; 7:44-51.

10. Taguchi R, Hamada S, Michihata N, et.al. Factors associated with the introduction of visiting-pharmacist services in older adults in Japan: A nested case-control study. Geriatrics & gerontology international, 2024.2.21. DOI :<https://doi.org/10.1111/ggi.14838>.

11. 松田晋也、藤本賢治、大谷誠他. 薬剤

師による居宅療養管理指導の現状分析. 社会保険旬報 2018; 2708:16-22.

12. 七海陽子、恩田光子、櫻井英彦他. 「薬剤師による居宅療養管理指導」のケアプランへの組み入れに関する研究～ケアマネージャー調査からの考察～. 薬学雑誌 2010; 130(11) 1573-1579.

[https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushih/130/11/130\\_11\\_1573/pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushih/130/11/130_11_1573/pdf)

表 1. 訪問薬剤管理指導（医療保険レセプト）の定義に用いたコード一覧

データ名	平成 30 年度施行版以後		平成 28 年度施行版以前	
	請求コード	診療行為名	請求コード	診療行為名
訪問薬剤管理指導を受けた患者の数（診療所・病院）	114044710	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 1 人）	—	—
	114044810	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 2 人～ 9 人）	—	—
	114044910	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が 10 人～）	—	—
	—	—	114007810	在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者以外）
	—	—	114015110	在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）
訪問薬剤管理指導を受けた患者の数（薬局）	440005710	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者 1 人）	—	—
	440005810	在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者 2 人以上 9 人以下）	—	—
	440005910	在宅患者訪問薬剤管理指導料（1 及び 2 以外）	—	—
	—	—	440000810	在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者以外）
	—	—	440001510	在宅患者訪問薬剤管理指導料（同一建物居住者）
麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	440000970	麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）	440000970	麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）
無菌製剤（TPN 輸）	430000170	無菌製剤処理加算（中心静脈栄養法用輸液）	430000170	無菌製剤処理加算（中心静脈栄養法用輸液）

液を含む) の調剤及び 訪問薬剤管 理指導を受 けた患者数	430004370	無菌製剤処理加算 (抗悪性 腫瘍剤)	430004370	無菌製剤処理加算 (抗悪性 腫瘍剤)
	430004970	無菌製剤処理加算 (麻薬)	430004970	無菌製剤処理加算 (麻薬)
	430005070	無菌製剤処理加算 (中心静 脈栄養法用輸液・6歳未 満)	430005070	無菌製剤処理加算 (中心静 脈栄養法用輸液・6歳未 満)
	430005170	無菌製剤処理加算 (抗悪性 腫瘍剤・6歳未満)	430005170	無菌製剤処理加算 (抗悪性 腫瘍剤・6歳未満)
	430005270	無菌製剤処理加算 (麻薬・ 6歳未満)	430005270	無菌製剤処理加算 (麻薬・ 6歳未満)

表 2. 居宅療養管理指導 (介護保険レセプト) の定義に用いたコード一覧

データ名	サービスコード		平成 30 年度施行版から	サービスコード		平成 27 年度施行版まで
	種類	項目	サービス内容略称	種類	項目	サービス内容略称
訪問薬剤管理指導 を受けた患者数 (診療所・病院)	31	1221	薬剤師居宅療養 I 1	31	1221	薬剤師居宅療養 I 1
	31	1222	薬剤師居宅療養 I 1・特 薬	31	1222	薬剤師居宅療養 I 1・特 薬
	31	1251	薬剤師居宅療養 I 2	31	1251	薬剤師居宅療養 I 2
	31	1252	薬剤師居宅療養 I 2・特 薬	31	1252	薬剤師居宅療養 I 2・特 薬
	31	1244	薬剤師居宅療養 I 3	—	—	—
	31	1245	薬剤師居宅療養 I 3・特 薬	—	—	—
	34	1221	予防薬剤師居宅療養 I 1	34	1221	予防薬剤師居宅療養 I 1
	34	1222	予防薬剤師居宅療養 I 1・特薬	34	1222	予防薬剤師居宅療養 I 1・特薬
	34	1251	予防薬剤師居宅療養 I 2	34	1251	予防薬剤師居宅療養 I 2
	34	1252	予防薬剤師居宅療養 I 2・特薬	34	1252	予防薬剤師居宅療養 I 2・特薬
	34	1271	予防薬剤師居宅療養 I 3	—	—	—
	34	1272	予防薬剤師居宅療養 I 3・特薬	—	—	—
訪問薬剤管理指導 を実施している薬 局数・訪問薬剤管	31	1223	薬剤師居宅療養 II 1	31	1223	薬剤師居宅療養 II 1
	31	1224	薬剤師居宅療養 II 1・特 薬	31	1224	薬剤師居宅療養 II 1・特 薬
	31	1255	薬剤師居宅療養 II 2	31	1255	薬剤師居宅療養 II 2

理指導を受けた患者数（薬局）	31	1256	薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬	31	1256	薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬
	31	1225	薬剤師居宅療養Ⅱ 3	31	1225	薬剤師居宅療養Ⅱ 3
	31	1226	薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬	31	1226	薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬
	31	1253	薬剤師居宅療養Ⅱ 4	31	1253	薬剤師居宅療養Ⅱ 4
	31	1254	薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬	31	1254	薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬
	31	1246	薬剤師居宅療養Ⅱ 5	—	—	—
	31	1247	薬剤師居宅療養Ⅱ 5・特薬	—	—	—
	31	1248	薬剤師居宅療養Ⅱ 6	—	—	—
	31	1249	薬剤師居宅療養Ⅱ 6・特薬	—	—	—
	34	1223	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1	34	1223	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1
	34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬	34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬
	34	1255	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2	34	1255	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2
	34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬	34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬
	34	1225	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3	34	1225	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3
	34	1226	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬	34	1226	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬
	34	1253	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4	34	1253	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4
	34	1254	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬	34	1254	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬
	34	1273	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 5	—	—	—
	34	1274	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 5・特薬	—	—	—
	34	1275	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 6	—	—	—
34	1276	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 6・特薬	—	—	—	
麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	31	1224	薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬	31	1224	薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬
	31	1256	薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬	31	1256	薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬
	31	1226	薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬	31	1226	薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬

31	1254	薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬	31	1254	薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬
31	1247	薬剤師居宅療養Ⅱ 5・特薬	—	—	—
31	1249	薬剤師居宅療養Ⅱ 6・特薬	—	—	—
34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬	34	1224	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬
34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬	34	1256	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬
34	1226	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬	34	1226	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬
34	1254	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬	34	1254	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬
34	1274	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 5・特薬	—	—	—
34	1276	予防薬剤師居宅療養Ⅱ 6・特薬	—	—	—

表 3. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者の年度別・項目別推移

年度	2014	2015	2016	2017	2018
訪問薬剤管理を受けた患者・全体	190	234	243	266	294
つくば市の 65 歳以上人口で調整を行った人数	190.00	242.88	260.78	293.45	331.33
つくば市の要介護者・要支援者数で調整を行った人数	190.00	240.31	253.85	285.95	329.88
訪問薬剤管理指導を受けた患者（医療保険レセプトすべて）	14	16	13	27	29
訪問薬剤管理指導を受けた患者の数（薬局）	13	14	12	25	29
麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	★	0	0	★	★
無菌製剤（TPN 輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	★	★	★	★	0
居宅療養管理指導を受けた患者（介護保険レセプトすべて）	178	219	230	242	265
居宅療養管理指導を受けた患者数（薬局）	175	217	230	242	265
居宅療養管理指導を受けた患者数（診療所・病院）	★	★	0	0	0
麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び居宅療養管理指導を受けた患者数	★	★	0	★	★

★）10 人未満。各項目の推移は 0 人の年を除けば概ね横ばいであったが、居宅療養管理指導を受けた患者（介護保険レセプトすべて）のうち、麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び居宅療養管理指導を受けた患者数は微増傾向であった。

注）重複があり、項目の足し合わせと全体等の合計は一致しない。医療保険の訪問薬剤管理指導を受けた患者はすべて薬局からの算定を受けていたため診療所・病院は略した。

表4. 訪問薬剤管理指導等を受けている患者のうち、訪問診療・訪問看護・訪問介護のいずれも受けていない患者の数の年度ごと比較

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
1) 訪問薬剤管理指導等を受けている患者全て	190	234	243	266	294
2) 1)のうち訪問診療・訪問看護・訪問介護を受けていない患者(1)に対する割合)	34(17.9%)	44(18.8%)	40(16.5%)	34(12.8%)	34(11.6%)
3) 2)のうちグループホーム・有料老人ホーム入居者以外(1)に対する割合)	14(7.3%)	17(7.3%)	27(11.1%)	23(8.6%)	25(8.5%)

表5. 訪問薬剤管理指導等の算定を届け出ている薬局数と介護保険レセプト上実際に訪問薬剤管理指導等を行っている薬局の数の年度ごと比較

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
届け出ている薬局の数	58	68	76	82	92
行っている薬局の数(割合)	28(48.3%)	42(61.8%)	48(63.2%)	48(58.5%)	51(55.4%)
2014年度から年度末までに一度でも行ったことがある薬局の合計(割合)	28(48.3%)	43(63.2%)	56(73.6%)	61(74.4%)	71(77.2%)

注) 薬局の届け出数は関東信越厚生局の保険医療機関・保険薬局の指定等一覧によるもの

図1-1. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：年齢

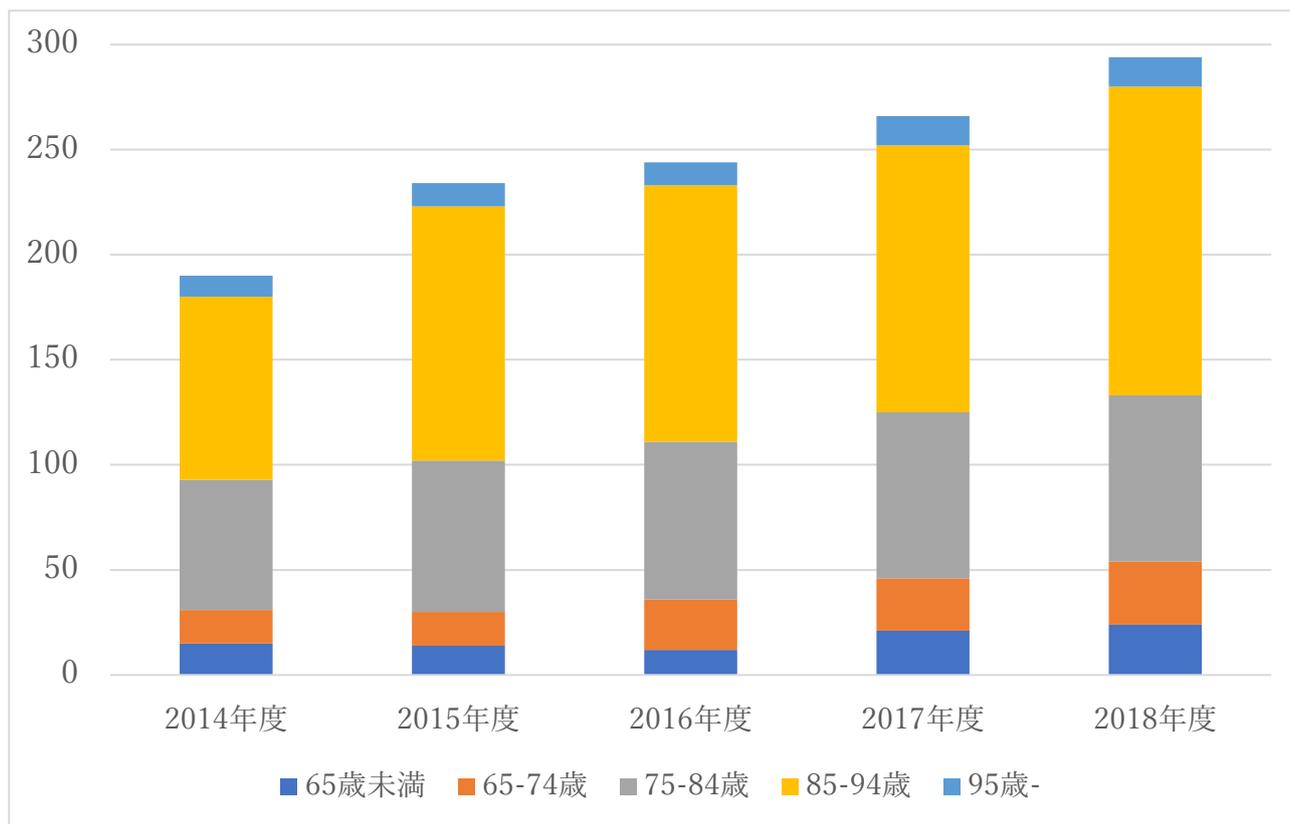


図1-2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：年齢（割合）

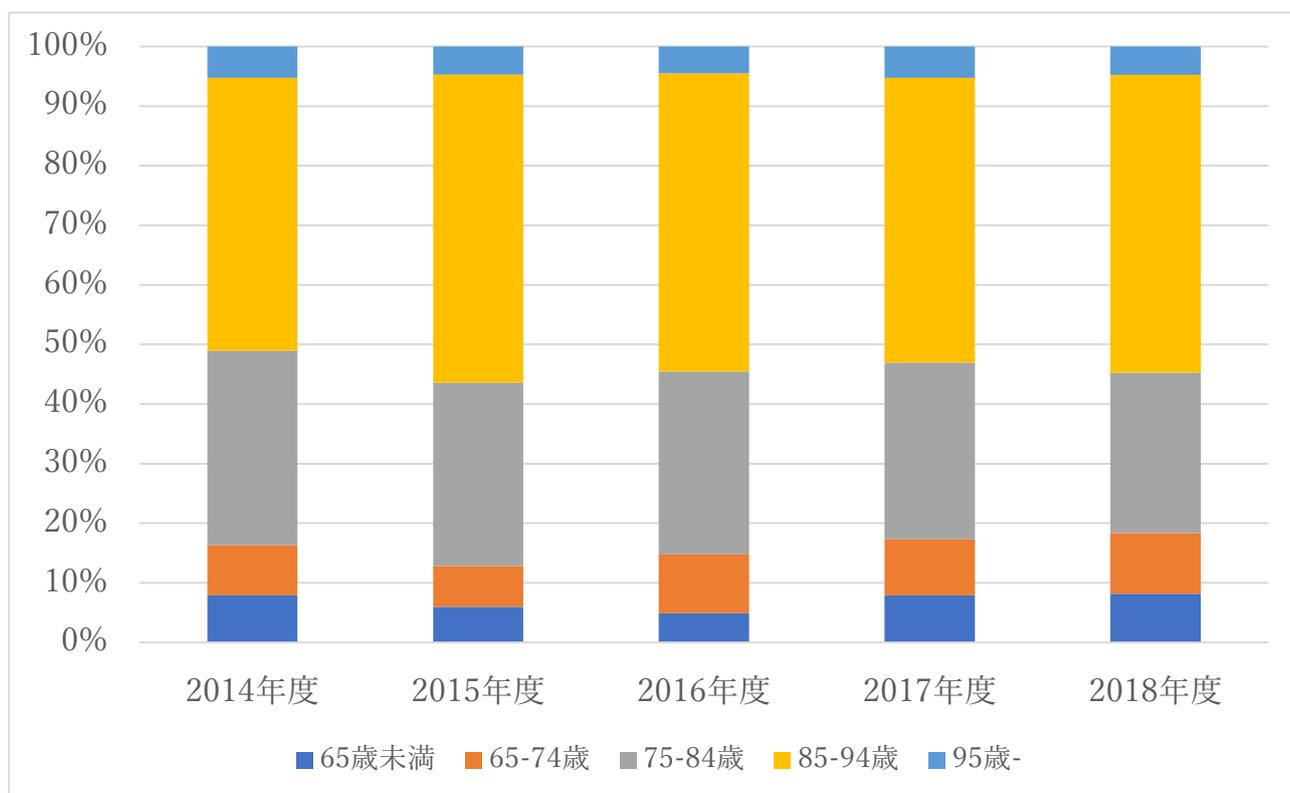


図2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：病名

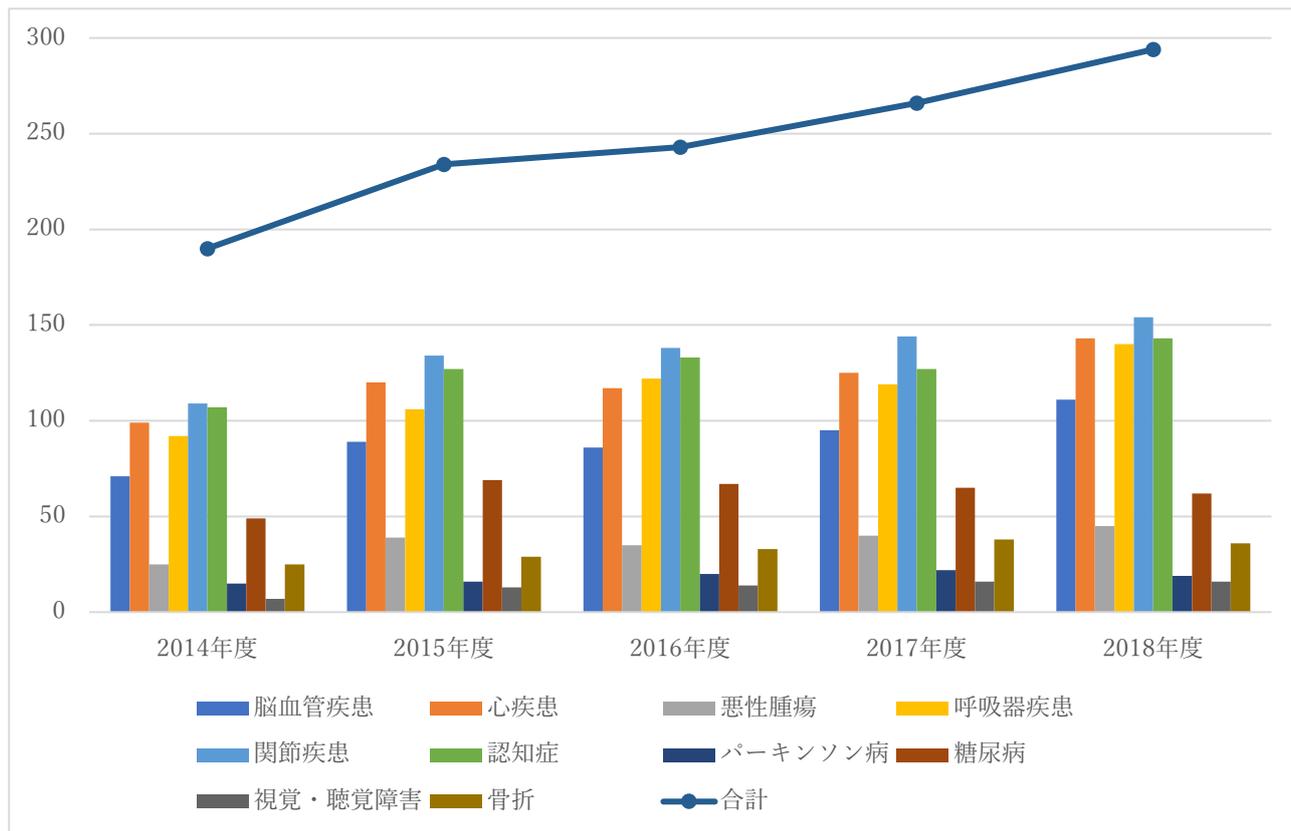


図3-1. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：要介護度

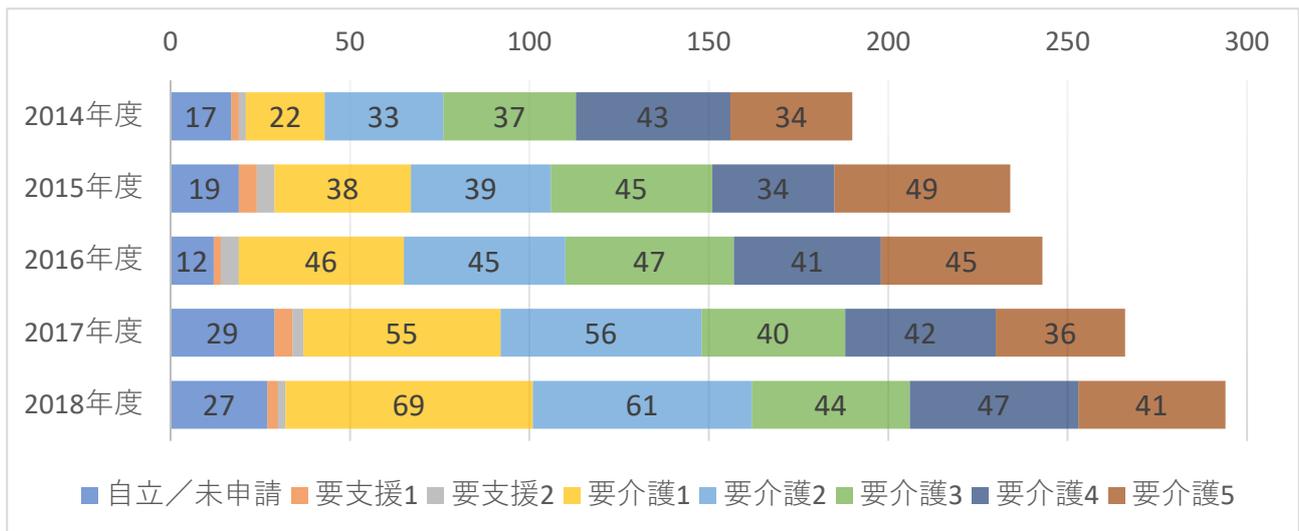
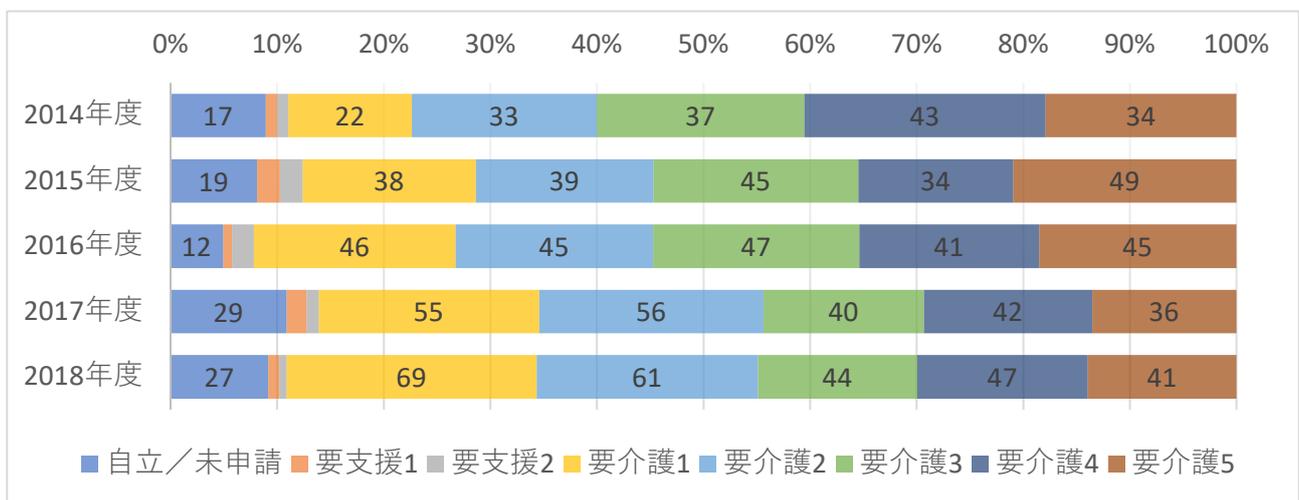


図3-2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：要介護度（割合）



注) グラフ内数字は実数（人）。10人未満は略。

図4-1. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：障害高齢者自立度

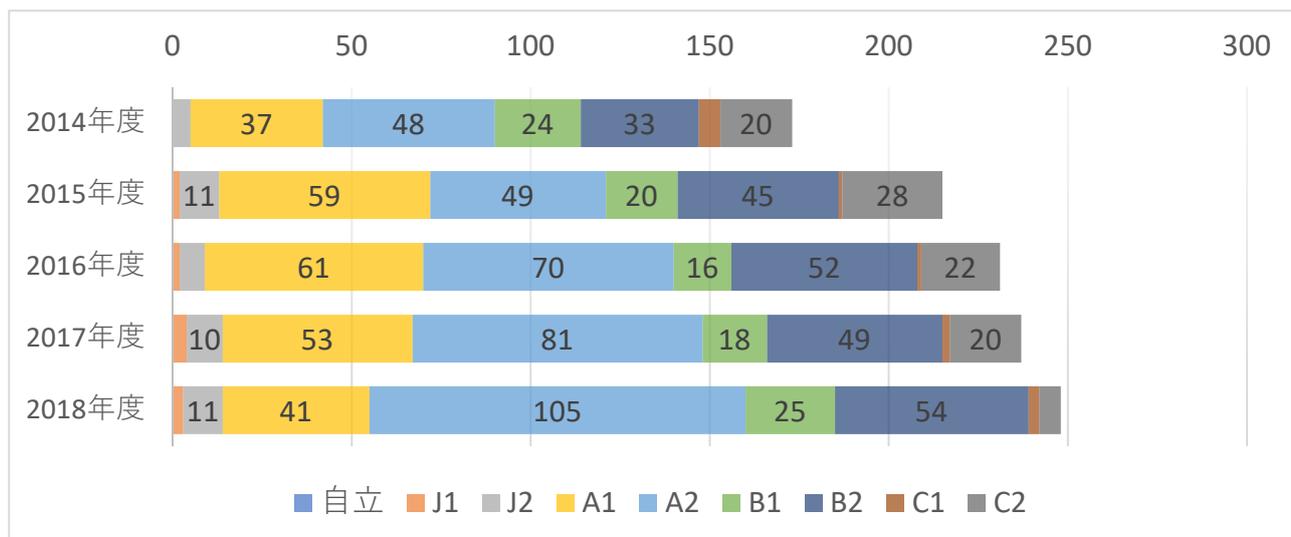
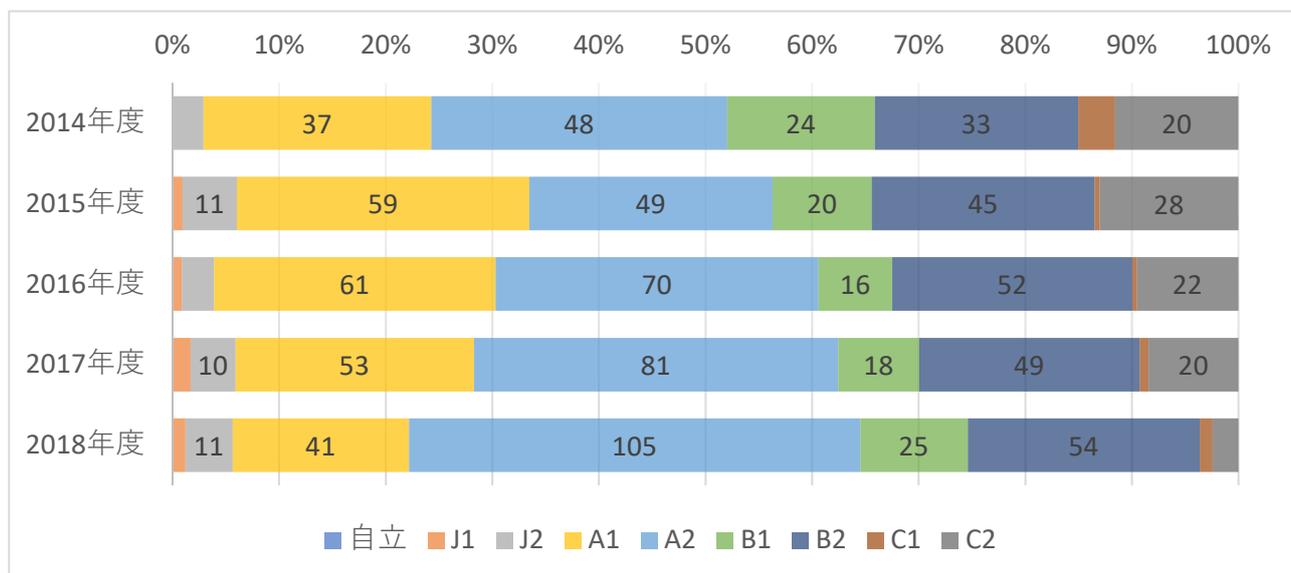


図4-2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：障害高齢者自立度（要介護・要支援者に対する割合）



注) グラフ内数字は実数（人）。10人未満は略。

図5-1. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：認知症高齢者自立度

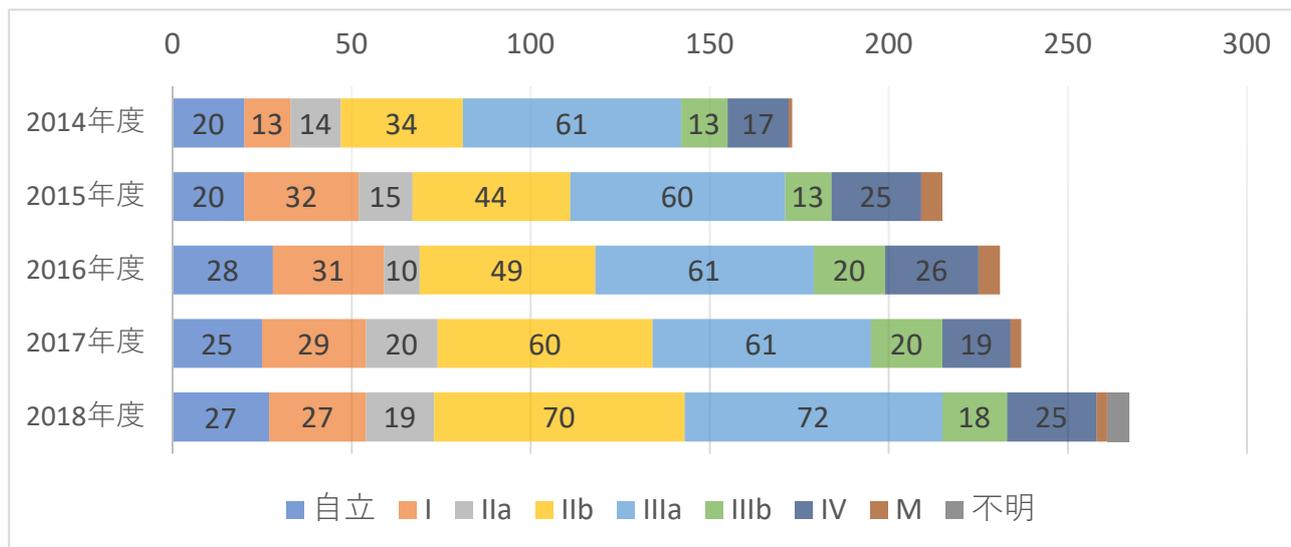
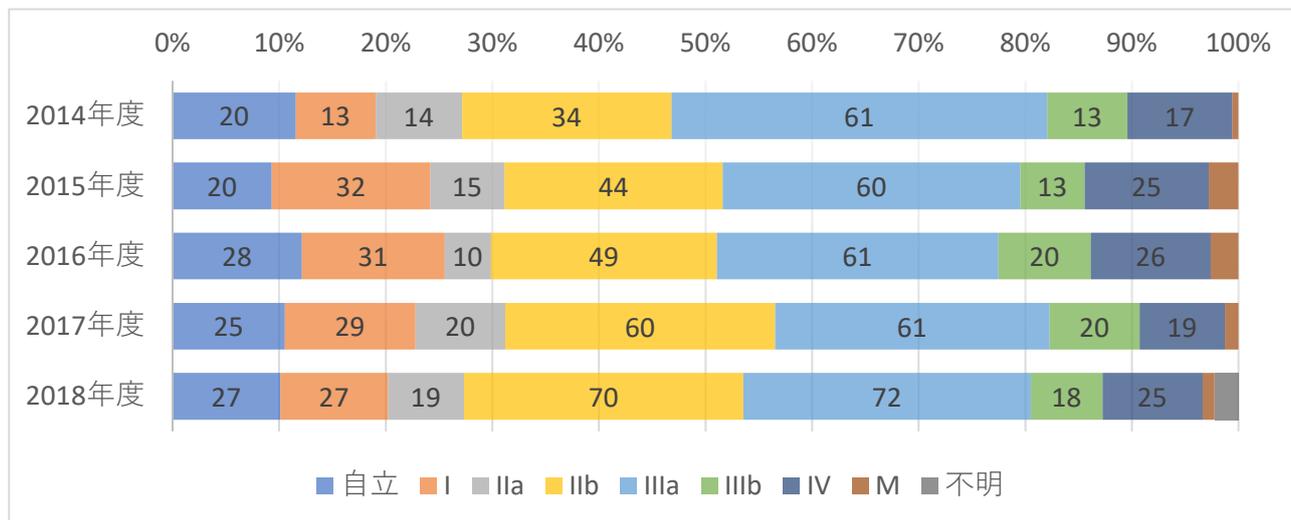


図5-2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：認知症高齢者自立度（要介護・要支援者に対する割合）



注) グラフ内数字は実数（人）。10人未満は略。

図6-1. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：サービス利用状況

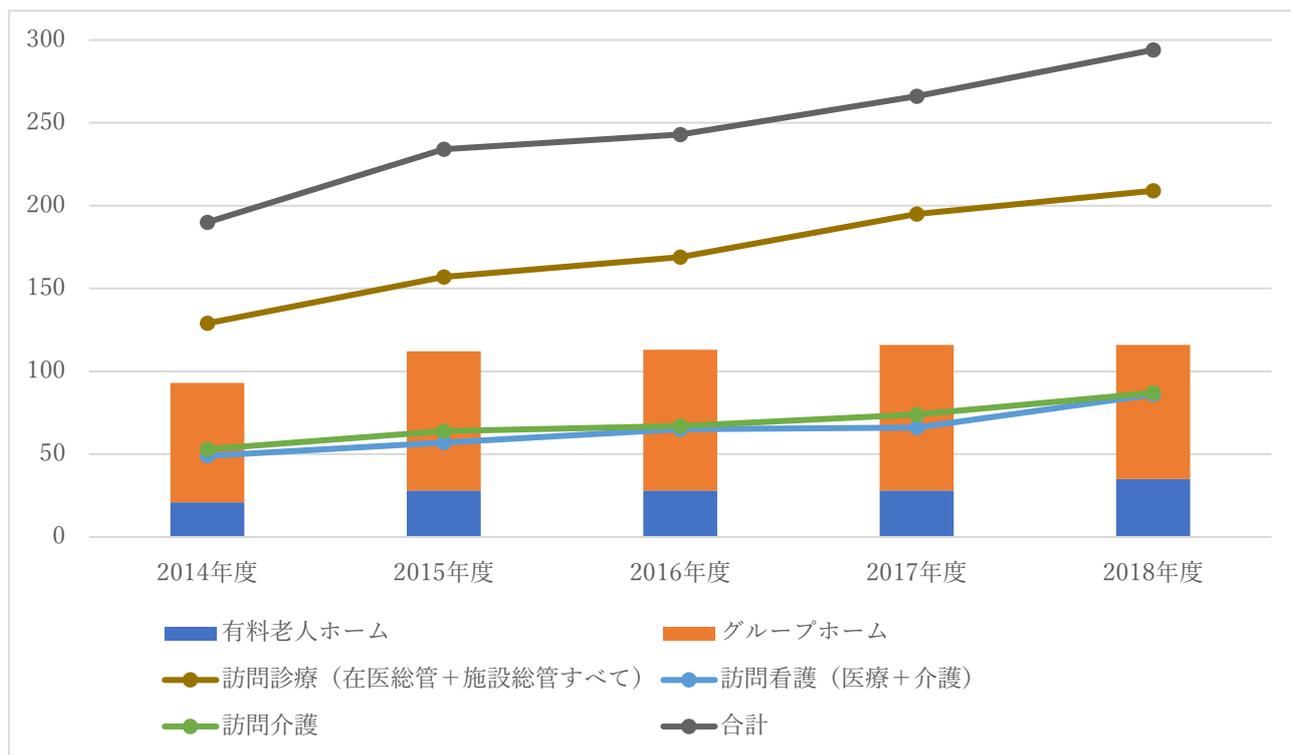
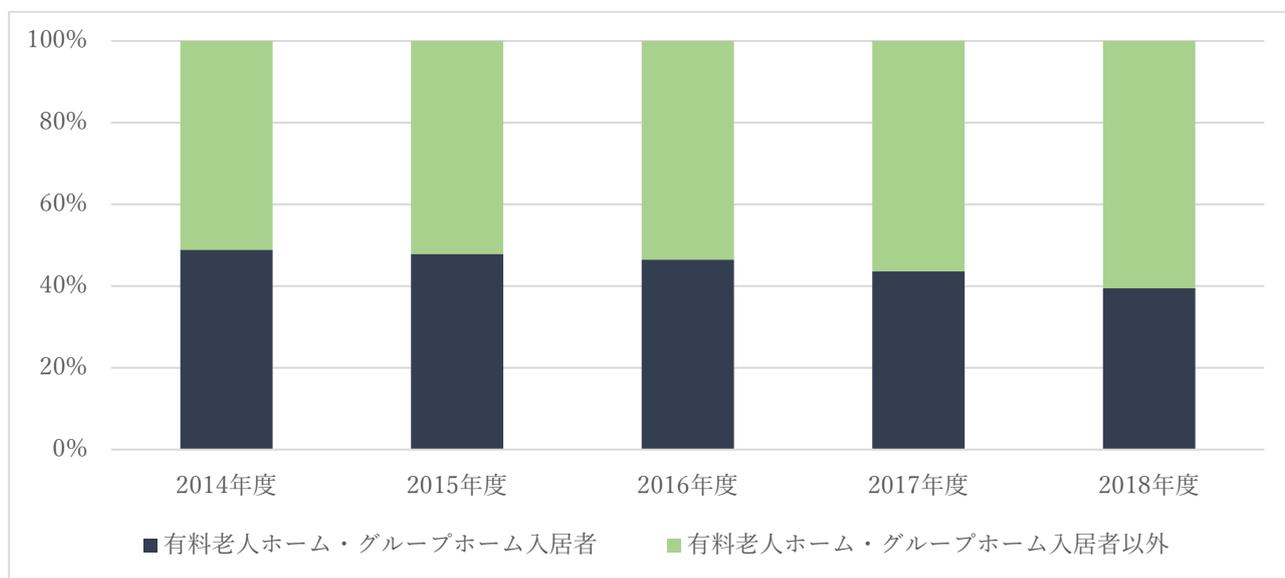


図6-2. 訪問薬剤管理指導等を受けた患者全体の特徴：サービス利用状況（有料老人ホーム・グループホーム入居者の割合）



補足表1. 疾患群の分類に用いた ICD-10 コードの一覧

疾患	ICD-10 コード
1. 脳血管疾患	
- 脳出血	I60-I62
- 脳梗塞	I63
- その他の脳血管疾患	I64-I69
2. 心疾患	
- 虚血性心疾患	I20-I25
- 不整脈	I44, I45, I47-I49
- 心不全	I50
- その他心疾患	I01, I05-I09, I11, I13, I30-I43, I51, I52
3. 悪性腫瘍	C00-C097
4. 呼吸器疾患	
- COPD	J43, J44
- 肺炎	J12-18, J69
- その他下気道疾患	A15, A16, J20-J22, J40-J42, J45-J47, J60-J68, J70, J80-J86, J90-J94
5. 関節疾患	
- 関節リウマチ	M05, M06
- その他の関節症	M00-03, M07, M10-M25
- 脊椎疾患	M40-M54
6. 認知症	F00-F03, G30
7. パーキンソン病	G20
8. 糖尿病	E10-E14
9. 視覚聴覚障害	
- 視覚障害	H53, H54
- 聴覚障害	H90, H91
10. 骨折	
- 大腿骨骨折	S72
- その他の骨折	S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S82, S92, T02, T08, T10, T12