



在宅服薬支援マニュアル

その2・訪問の役割

日本薬剤師会
職能対策委員会
高齢者・介護保険等検討会

最終更新日:2010年3月



在宅における薬剤師の役割

薬剤師が関与し、
患者にきちんと服用していただくことにより
患者の病状、ADL、そしてQOLを
改善または維持する。

そのために行うこと

【1】服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善対策を行う。(服薬支援)

【2】患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

※各論にて解説



【1】服用状況が悪い主な理由と その対応策

飲まない(飲めない)理由	対応策
①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない。	残薬を重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理する。
②何の薬か理解していない為、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。またその理解を助けるための服薬支援する。
③薬の副作用が怖い為、飲まない	副作用について、恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。
④特に体調が悪くない為、飲まない。(自己調整)	基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。
⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。	患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入提案。



① 残薬や併用薬が多くなりすぎ整理が
つかなくなった為、飲めない場合

対応策

まずは残薬整理

残薬整理における留意事項

○薬の重複、相互作用、併用禁忌、一包化した場合の吸湿性の有無をチェック。

○直射日光、高温、多湿を避けるなど保管場所、保管方法の適切化。

○患者の状態と能力に応じた管理方法を模索。



残薬の確認と整理の実例 (長野県薬剤師会 事例)



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。

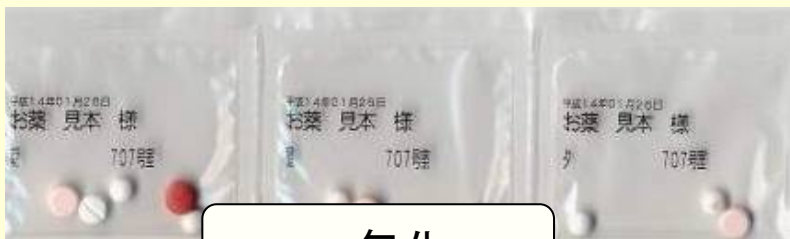


【対応】

処方医に疑義照会を行い、A、B両方の病院の処方薬を合わせて一包化し整理。これにより服用状況も改善。



個々の患者の能力に応じた薬の管理方法 例



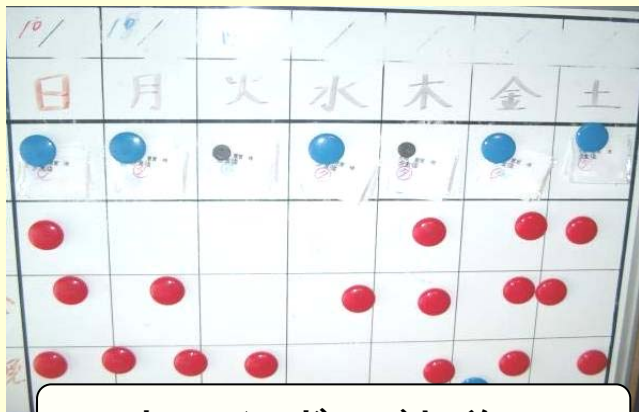
一包化

※ポイント

患者の残存能力を考慮すること。
過剰な服薬支援は能力を落とす
場合もある。



ティッシュ箱に仕切りを入れて手製のピルケース作成



ホワイトボードと磁石



投薬カレンダー

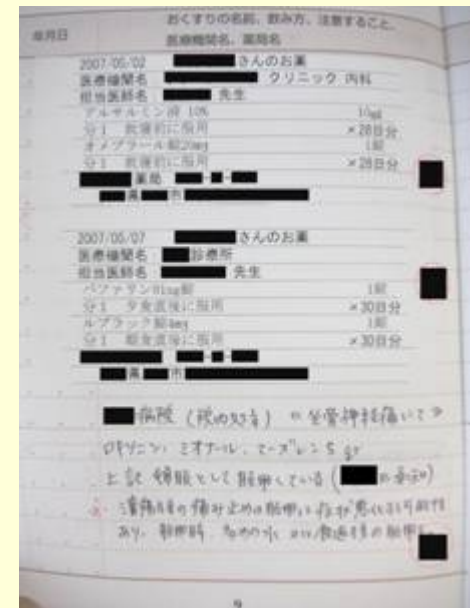
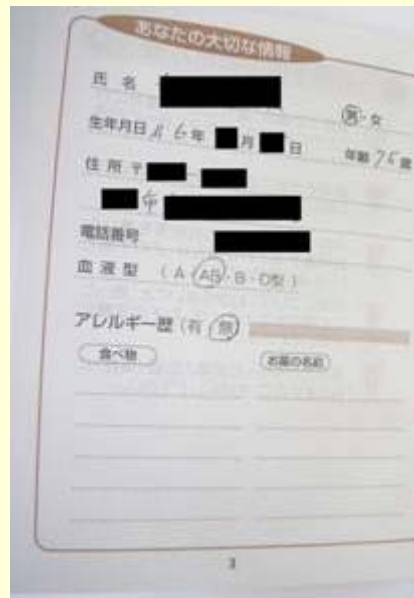


残薬整理、多剤管理のためのお薬手帳の利用

通院困難でも、主治医以外に受診するケースはあるので、
在宅においても、お薬手帳の活用は必須

【お薬手帳の利点～持ち歩くミニカルテとしての機能】

- 重複、相互作用、併用禁忌を防ぐことができる。
- 時系列で、薬の管理ができる。
- 処方歴が一目瞭然なので、診察の助けになる。





②何の薬か理解していない為、飲まない場合

対応策

薬効を理解できるまで説明、およびその理解を助けるための服薬支援をする。

理解して飲むほうが絶対よく効くし、服用状況もよくなる。

コンプライアンスの向上というよりもアドヒアランス※の向上を意識する。

※アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを意味する。

(2007 日本薬学会HPより)

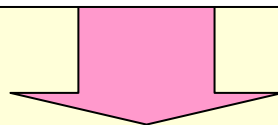


理解度を助けた服薬支援の実例 (神奈川 K薬局事例)

【73歳 男性 独居】

H17.3.脳梗塞を発症し、右側片麻痺あり。器質性人格障害、高血圧など既往歴あり。眠剤と安定剤は服用できているが、それ以外の薬は興味がなく、ほとんど服用できていなかった。

問題点の整理と対策



問題点1) 粉より錠剤の方が服用しやすいが、大きい錠剤は服用しにくい。

→大き目の錠剤は飲みやすいように半割。

問題点2) 興味のある薬しか服用しない。

→実は「興味がない」のではなくて、「何の薬かわからない」のではないかと考え、興味を持ってもらえるように、薬の服用方法と薬効が一目で分かるように分類。

問題点3) 右側片麻痺

→片麻痺でも取りやすいように分包。

次ページ写真参照



理解度を助けた服薬支援の実例(続き)



(神奈川県 K薬局 提供写真)

【結果】

服用状況が劇的に改善。
新規の「ハルナールD」も日数分全て服用。

結果

「何の薬か、いつ飲むのかが一目でわかるので、これなら薬を飲むことができる。」(患者コメント)

※介護支援専門員からも賞賛
→このあと、「担当者会議」への出席要請があった。(信頼の獲得)



③薬の副作用が怖い為、飲まない場合

対応策

副作用について、恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。

④特に体調が悪くない為飲まない、という自己調整の場合

対応策

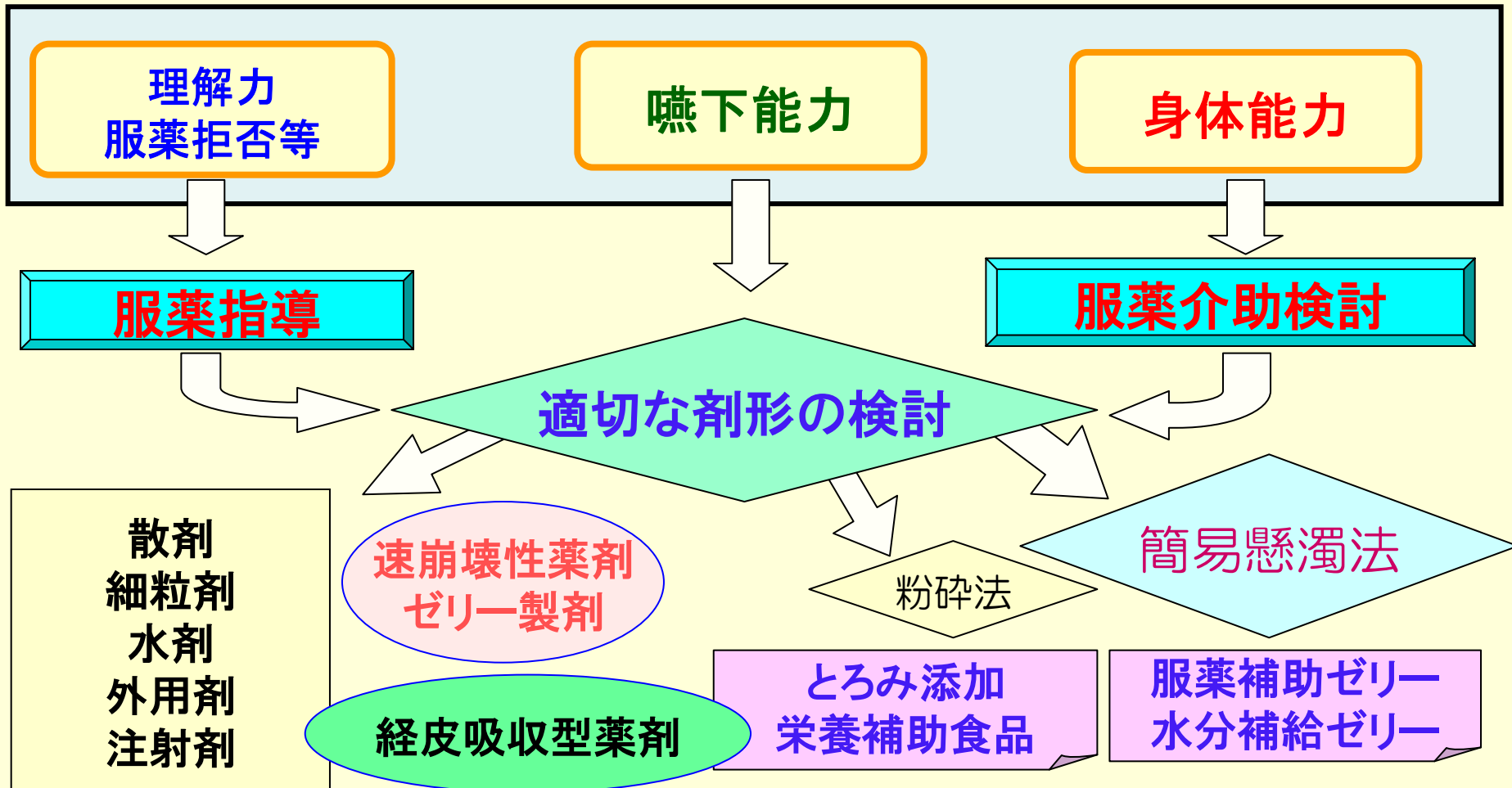
基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。



⑤薬が飲めない場合への対応策

高齢者の服薬に関する因子の評価と服薬支援計画の流れ

実際に服薬の場面に参加し、患者の服薬状況をより詳細に把握し、評価と計画を行うことによって適切な服用形態の選択へつなげることができる。





【2】患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

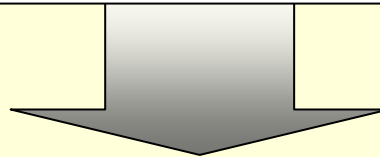
患者の体調や状態(数値データ+食事・排泄・睡眠・運動・認知症様症状などの情報)を得る



これらの情報と薬がそれらに与える影響を、薬物動態学や薬理学などをフルに使いアセスメントする



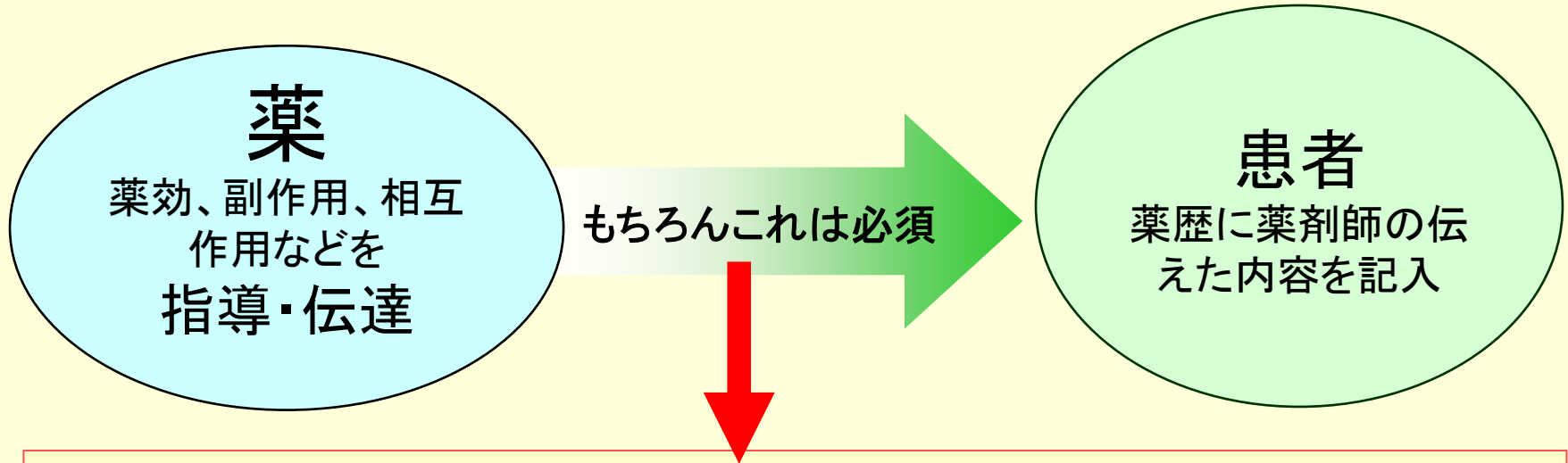
そのアセスメントを医師、看護師、介護支援専門員らにフィードバック



「体調チェックフローチャート」の活用(日本薬剤師会)



薬剤師の一般的な思考回路 「薬」が先に来る思考回路



しかし...

処方された薬の副作用や効能・効果、注意点を患者に伝えることだけにとらわれると**一方的・画一的な説明だけになり、患者自身の状態を見逃す可能性がある。**



在宅や多職種との連携で求められる思考回路 「暮らし」が先に来る思考回路

患者の暮らし

- 患者そのものを見る
- 食事、排泄、睡眠、運動、認知などの状態を聞き取る

その答えと薬を結び
付けてみる

薬

薬効、副作用、相
互作用が影響して
いないか？

日常の暮らしの言葉から、

- ① 患者の暮らしの質(QOL)が守られているか
- ② 薬の副作用などで暮らしが悪影響を受けていないかを確認する。

また、薬以外にも様々な課題があると判明したときは、**多職種と連携**を図り課題に対して取り組んでみる。

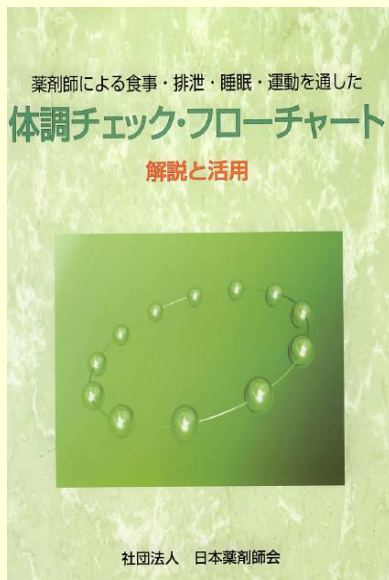
※「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通した体調チェック・フローチャート～解説と活用～」より



体調チェックのポイント

※「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通じた体調チェック・フローチャート～解説と活用～」より

日本薬剤師会作成・在庫→各都道府県・支部薬剤師会より購入可能



食事

食欲
味覚
嚥下状態
口腔内清掃
口渇
吐き気
胃痛
など

排泄

尿の回数、出具合
便の回数、出具合
汗(状態)
など

睡眠

睡眠の質、時間
日中の傾眠
不眠の種類
など

運動

ふらつき
転倒
歩行状態
めまい
振るえ
すくみ足
手指の状態
麻痺
など

この4領域に**認知領域**(失認、失行、言語障害(失語)、見当識障害、記憶障害、様々な周辺症状など)を加えて改訂版を作成中



まとめ

薬剤師の在宅における役割をしっかりと語り、実践していくことが大切。