



切ってはいけない貼付薬

好評連載

早川教授の薬学管理スキルアップセミナー

手のこわばりは
薬の副作用か？

プレミアム版



特集

GO!GO! 在宅

押さえておきたい10の心得
困難事例にチャレンジ!!



押さえておきたい10の心得

在宅医療では、患者・家族のほか、医療・介護関係職種との良好なコミュニケーションが欠かせない。信頼される薬剤師になるために、押さえておきたい心得をまとめた。

在宅医療に携わる薬剤師は増えていくが、一方で、患者・家族、他職種との関係づくりに苦慮している人は少なくない。

「患家に上がろうとしたら、玄関先で断られた」「患者のバイタルをチェック

していたら、訪問看護師に白い目で見られた」「処方提案したら、医師から「余計なことをするな」と怒られた」——など、実際に経験したらへこんでしまいそうなエピソードも聞こえてくる。

なぜ、こうになってしまうのか。在宅で

の現場経験が豊富な薬剤師たちに在宅でうまく立ち回るコツについて尋ねると、薬学管理のスキル以前に、患者・家族との信頼関係や、他職種との人間関係の構築を重視する声が多く聞かれる。その心得を順にみていこう。

心得1

医療者としての覚悟を持つ

在宅の患者・家族にとって、「薬剤師は薬を持って来てくれる人」というのが、まだまだ一般的な認識だ。「病気を診て（見て）くれる医療者」として最初から迎えてもらえる在宅医や訪問看護師と

は、そもそもスタート地点が異なる。薬剤師にわざわざ家の中に入ってもらわなくてもいい、と考える家族がいても不思議はない。

それでも、「医師や看護師と同じ『医療人』として患者・家族に受け入れてもらうためには、初回訪問時に、「お顔を見させていただいてもいいですか」「ご本人と直接お話しさせてください」などと家族に告げ、とにかく家に上がりベッ

ドサイドに行く癖を付けるしかない」と、池田薬局（北九州市小倉北区）取締役の池田充宏氏はアドバイスする（図3）。患者と会って家族と当たり前のように話す勇気を持つこと、そして「最初の段階で『何かあれば24時間いつでも駆け付ける』という責任感をはっきり伝えることで患者・家族は安心し、医療者の1人として迎え入れてくれるようになる」（池田氏）。

図3
在宅でクリアすべき最初のステップ（池田氏による）

「お顔を見せていただいてもよろしいでしょうか」
「直接ご挨拶させていただきたいのですが」

医師や看護師と同じように、薬剤師も患者に会い、家族と当たり前のように話す

「なぜ在宅を選んだのですか」
「症状はどのような感じですか」
「趣味は何ですか」
「今一番したいことは何ですか」など

- ・事前に話題リストを作っておく
- ・興味を持って話を聞く
- ・教えていただく姿勢で聞く
- ・患者、家族が大切にしているものを探る



服薬状況について患者に確認する池田薬局の池田充宏氏。

家に上がらせてもらえる

雑談できる

薬物治療に関われる

心得 2

患者・家族に拒まれても
すぐに諦めない

とはいえ、うまくいくケースばかりとは限らない。在宅のベテラン薬剤師であっても、患者・家族に玄関先で拒まれた経験のある人は多い。

それでも、「一度拒否されたからといって諦めず、むしろ患者・家族と信頼関係を築くためのチャンスと捉えるべき」と、うおぬま調剤グループ（新潟県南魚沼市）グループ統括薬剤長の大平美保子氏は話す。断られたらその場はいったん引き下がるが、「お薬がちゃんと飲めているか気になるので、2、3日後にまた来てもいいですか」とか、相手によっては、「近くに来たから心配なので様子を見に来ました」など、医療者とし

て気に掛けている姿勢を示し続けることで受け入れてもらえる場合がある。

「居宅療養管理指導での訪問は2週間に1度が基本だが、患者の様子が気になるのなら、2、3日後に再訪問するくらいの真摯な姿勢が必要だ。報酬面など薬局側の都合だけを考えている限り、患者・家族の信頼は得られない」と同グループのなのはな調剤薬局（同）会長の金井秀樹氏も指摘する。

もっとも、薬剤師がいきなり単独で訪問すると、驚かれる場合もある。そのため、訪問のきっかけがケアマネジャーや医師などからの依頼であれば、薬剤師による管理が必要であることをこれらの職種からあらかじめ患者・家族に伝えてもらったり、初回は一緒に訪問するなど、「他職種の協力を仰ぐことも、訪問をスムーズに進める上でのポイントだ」と大平氏は付け加える。

心得 3

「雑談力」で
患者・家族の心をつかむ

中には、患者・家族と何を話せばいいかわからずに、玄関先でのやり取りに終始している薬剤師もいる。

池田氏は、「薬剤師だから薬の話をしなければ、と身構えずに、まずは患者・家族と雑談できるようになることが、信頼関係を築く上で大切だ」と語る。仕事や趣味の話などを向けることで、病気のことはばかり考えて塞ぎがちな癌末期患者の心が晴れることもある。

「医療者は、患者に病気を意識させるためだけでなく、喜んでもらうために訪問している。関心を持ってその人の人生について聞くことが、ときには薬になることもある」（池田氏）。

薬剤師による在宅服薬指導の実際は――

在宅のエキスパートは、患者にどのように介入しているのだろうか。

「薬がうまく飲めないときや飲み忘れが多いとき、残薬があるときは、看護師やヘルパーによる服薬支援では対応が難しい。そんなときこそ、薬剤師の腕の見せ所だ」と、くすり東海堂薬局（浜松市天竜区）代表取締役の太田勝啓氏は説明する（表A）。

例えば、腰痛と不安・不眠症状が主訴の70代男性（要支援1）は、6カ所の医療機

関を受診しており、重複投薬も含め、計30種類の薬剤が処方されていた。患者は病識が乏しく、大量の残薬があり、服薬管理不十分のため不安症状が悪化したことか

ら、地域包括支援センター経由で太田氏に介入依頼があった。

患家に赴き状況を把握した太田氏は、先に関わっていた訪問看護師やケアマネ

表A 在宅において薬剤師の力が必要とされる主な場面（太田氏による）

薬の管理が
できていないとき

（使用期限、使用方法、保管方法など）

残薬があったとき

- ・残薬が発生する原因を明らかにする
- ・薬を整理し、医師に処方日数の調整を依頼

薬がうまく飲めないとき

- ・飲み込めない
 - 服薬補助ゼリーやオブラートなどで飲めるような提案
 - 剤形変更（OD錠、散剤など）
- ・飲みたくない
 - 嫌な理由を聞き取り、必要に応じて処方変更を提案

薬を飲み忘れる・
飲み過ぎるとき

お薬箱・お薬カレンダーの利用、一包化、日付の印字、服薬時点の変更など

医療用麻薬を使用するとき
（管理、保管、副作用の早期発見）

OTC薬・サプリメントとの
飲み合わせや、薬の副作用
が気になるとき



地域包括支援センターの看護師（左）から相談を受けるくすり東海堂薬局の太田勝啓氏（中央）。



んだ理由を尋ねてみると、患者・家族の病気に対する思いや、これまで頑張ってきた経過などが分かり、今後の関係づくりの参考になる」と池田氏は勧める。抱

えている疾患がどのような状態なのかを尋ね、そして共感する姿勢も必要だ。

気管切開をしている筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者であれば、呼吸状態の確認や機械の見方、胃瘻チューブの管理などを、介護者である家族に教えてもらうこともあるという。「患者・家族を“先生”と捉え、謙虚な姿勢で話を聞くことで会話がつながり、良好な関係が築いていける」と池田氏は話している。

患者に興味を持てば、雑談の話題は自ずと見付かるはずだ。池田氏は、患者を訪問する前に、テレビでの話題、患者の趣味や好きな食べ物、今一番したいことなど、頭の中で「話題リスト」を作成しておくという。患者に飾ってある写真や賞状など、患者・家族が大切にしているものに注目して話を振ることも忘れない。

中でも初回訪問時には、「在宅を選

心得 4

患者・利用者を主語に思考する

多職種連携においても同様に、医療者としての薬剤師の姿勢が問われる。

「医療・介護職は皆、『患者・利用者のために』との思いで連携している。同じ思いで患者に関わる仲間かどうか、他職種から常に見られていることを意識すべきだ」。サン薬局（横浜市港南区）在宅療養支援部部長の奈良健氏はこう指摘する。

ともすると薬剤師は、「患者・利用者」というより「薬」を主語に薬学管理について考えがち。もちろん重要な視点ではあるが、例えば、朝食を食べない患者に対して、1日3回毎食後の服用を通り一遍に指導しても意味がない。「薬学

ジャーと連携しつつ、患者の要望を聞きながら受診医療機関を3カ所に調整。そのうち1カ所の診療所内科医に主治医になってもらい、訪問服薬指導の指示をもらった。さらに、各医療機関に服薬状況などを

情報提供しつつ、重複処方を整理。その結果、薬剤は10種類にまで減り、それらを一包化してお薬カレンダーにセットし、服薬管理を徹底した。本人にも服薬の重要性を説明し、訪問看護師との連絡を密に様子を

見た結果、体調が落ち着いた。

飲み残しの原因を見極める

この症例のように、残薬の多さを理由に、ケアマネジャーや地域包括支援センターから訪問を依頼されるケースは多い。残薬というと真っ先に思い浮かぶのは認知症だが、飲めない原因は、実に様々。「忘れる」という認知機能だけでなく、「見えない」「開封できない」といった身体の機能低下からも残薬は発生し得るほか、患者が服薬自体を納得していないケース、介助者がおらず服薬できないケースなどもある。

表Bは、南国病院（高知県南国市）薬剤部部長の川添哲嗣氏が入院患者に対して飲み残しの原因を明らかにするために用いているチェックシートだ。飲み忘れの要因を身体面・心理面・社会面の3方向から分析し、課題を抽出するもので、これにより、「個々の患者について、薬剤師がどの部分にフォーカスして支援すべきかが明らかになる」と川添氏は話している。

表B 服薬コンプライアンス低下につながる原因
（南国病院服薬指導チェックシートより一部抜粋、改変）

身体因子 （認知・身体機能低下）	<input type="checkbox"/> 認知、認識機能低下による服薬管理能力の低下 <input type="checkbox"/> 薬物治療内容への理解不足 <input type="checkbox"/> 外用（吸入薬、貼付薬、軟膏など）の取り扱いができない <input type="checkbox"/> 印字、薬袋の文字、指示などが見えない <input type="checkbox"/> 一包化された分包紙の切り離しや開封ができない <input type="checkbox"/> PTPシートから薬を押し出せない <input type="checkbox"/> 飲み込めない
心理因子 （不安、恐れなど）	<input type="checkbox"/> 薬物治療内容に対して納得していない <input type="checkbox"/> 副作用発現への恐れや不安がある
社会因子 （多剤服用、複数科受診、服薬介助者の不在）	<input type="checkbox"/> 薬の数が多過ぎて整理できない <input type="checkbox"/> 複数医療機関から薬をもらっているために整理できない <input type="checkbox"/> 服薬管理を手伝ってくれる支援者がいない

的にいくら正しくても、在宅の実情に即していない提案は、患者・家族、他職種から支持されない。患者の生活に自分たちが関わっているという自覚が必要だ」(奈良氏)。

バイタルサインの測定についても、薬剤師を中心に考えるとうまくいかないことが多い。薬学的な観点からバイタルを取ったとしても、他職種に理解されなければ意味がない。反対に、他職種がバイタルを取るべきと判断したときにできなければ、白い目で見られる。

心得5

チームの温度感を意識する

もっとも、在宅医療に対する取り組み方は、連携するチームによって温度差



サン薬局の奈良健氏(前列右)と森麻美子氏(後列右)、おひさま訪問看護ステーションの看護師

がある。「10年前は他職種も含め誰もが『在宅ビギナー』だったため、互いに情報交換しつつ連携体制をつくっていったが、現在では、それぞれの地域に、既に幾つかの在宅チームが存在する。チームに新たに加わる際には、チームの構成メンバーがどのような温度感で在宅を行っているかをまず把握することに

努めた方がいい」と池田氏は勧める。

終末期患者に24時間365日サービスを提供することに情熱を燃やす在宅医や訪問看護師がいる一方で、ビジネスライクな診療所、訪問看護事業所も存在するからだ。それにより、薬剤師に期待される役割も変わってくる。実際にチームのメンバーと関わってみると、その温度感は自ずと伝わってくる。「自分ができることを主張する前に、まずは新しい学校に入学する“転校生”のような心持ちで、周囲に合わせながらチームに入っていくのが肝要だ」(池田氏)。

心得6

他職種に自ら歩み寄る

患者を介して初めて関わる他職種に

表3 居宅療養管理指導／在宅患者訪問薬剤管理指導 実施報告書の記載例(堀籠氏による、一部抜粋)

指導事項	
S: 訪問前 ○○先生から電話 目に丘疹あるので、外用を処方するとのこと。娘さんが抵抗を気にして塗布することに難色を示していたので、寝ている間などにすきを見て1日1~2回塗布する指導を提案→OK	A: # 定時薬: 処方継続が不可能になるような副作用や体調の問題なし # 眼瞼丘疹: 堀籠が本人の正面に座って、ネオメドロールEE軟膏塗布して塗布方法を説明した。塗らせてくれたことに娘さんたちからびっくりされた。目に入っても問題ないので、表面になるべく付くように塗布するように指導した。この程度の塗布で良いならできそうとの感想だった。 # メマリー OD錠 20mg: 娘さんと相談の上、通常の粉砕ではなく口腔内崩壊錠なので、水または簡易懸濁法のやり方で温湯に溶かして飲ませるのを試すことで合意した。 # 抑肝散: 削除について説明した。 # 足の赤み: やや凹みなどが見られることから、長時間同じところに圧が掛かったためと思われた。明日になって悪化するようなら連絡してほしい旨を指導した。
S: 訪問前 ご自宅に電話→○○先生に処方提案メール エンシュア・H 不要 アズノール軟膏 必要 ピーソフテンクリームを25gお願いしたいとの依頼	EP: ピーソフテンクリーム0.3%について、「血行を良くし、痛みや腫れ、炎症を改善する塗り薬です。血液が固まるのを抑え、皮膚や筋肉の組織の血流量を増やし、炎症や痛みを和らげたり、皮膚の保湿効果により乾燥を防ぎます」と説明。
O: 訪問時 左目の下瞼に丘疹あり 娘さんが左足の一部が赤くなっていることを発見	EP: ネオメドロールEE軟膏について「細菌感染を伴う目や耳の炎症を治療する塗り薬です。細菌の生育に必要な蛋白質の合成を阻害し細菌の増殖を抑える抗菌薬と、炎症を抑える副腎皮質ホルモン剤の配合剤です」と説明。
O: [初回] ネオメドロールEE軟膏	OP: (薬剤師のプラン) 重点チェック中の医薬品: メマリー OD錠 20mg、酸化マグネシウム、ポノテオ錠 50mg、ネオメドロールEE軟膏、トリクロルメチアジド、ラコール 次回訪問の計画: 下瞼丘疹、便秘、BPSDの確認、服薬困難への対応、呼吸器症状の有無確認、栄養状況フォロー 1カ月後の目標: 下瞼丘疹治癒、体調安定 3カ月後の目標: 安定維持

は、自己紹介を兼ねて薬剤師の側から積極的に歩み寄りたい。中でも、「在宅医療のキーパーソンは訪問看護師であることが多い。薬剤師がどのように立ち回るとそのチームが有効に機能するか、看護師に事前に聞いておくのも手だ」と中央薬局（北海道旭川市）代表取締役社長の堀籠淳之氏は話す。

19ページで解説した通り、薬剤師は医師やケアマネジャーとは、直接指示を受けたり、報告書を提出するなどのつながりがあるが、互いに医師の指示下で動いている訪問看護師と薬剤師は、積極的に関わろうとしなければ、コミュニケーションのきっかけはあまりない。

工夫の1つとして、堀籠氏は、本来は医師とケアマネジャーのみに提出すればよい居宅療養管理指導の実施報告書を、当該患者に関わる訪問看護事業所や入院していた病院の地域連携室、入所施設などにも必要に応じて送っている。

表3はその一例で、新規に処方された薬剤の副作用など注意点のほか、服薬指導の実施内容、医師に行った処方提案などを時系列でまとめている。

「他職種に薬剤師の仕事を知ってもらうための、いわば“ラブレター”のように報告書を活用している」（堀籠氏）。地域の訪問看護師の反応は良好で、こうした地道な働き掛けを続けた結果、「『薬のことについて教えてほしい』と電

話が来るようになり、チームとして連携を深めることにつながった」と堀籠氏は語る。

サン薬局が運営する日の出薬局（神奈川県横須賀市）在宅療養支援部の森麻美子氏は、訪問看護師に同行して褥瘡患者宅を訪れ、創部の状態から処方薬が適正かどうかを評価。必要に応じて医師に処方提案を行っている（写真1）。

「外用薬を渡す薬剤師が、薬を渡す前後に責任を持つ必要がある」と森氏。とはいえ、薬剤師が1人で患家に訪問しても、体位変換できず、創部の確認が難しい。そこで、「創部洗浄の際に傷の様子を見たいので、同行させてほしい」と同薬局から訪問看護師に依頼したのが、連携の始まりだった。「『適切な薬を使って早く傷を治してあげたい』との思いを看護師に伝えたところ、受け入れてもらえた」と森氏は説明する。

例えば、踵部の褥瘡にゲーベンクリームを使い続けていた83歳女性。創部を確認すると、滲出液や浸軟、黄色壊死を認めた。森氏は補水性基剤である同クリーム単剤では不適切と判断し、医師にプロメライン軟膏のブレンドを提案。週1回訪問看護師に同行し、洗浄や外用薬の塗布方法などを指導しつつ創部

写真1 看護師との同行訪問の様子（提供：奈良氏）



看護師の処置の合間に、褥瘡の様子を確認する薬剤師（左）。

の状態を確認し、使用薬剤を適宜変更するなど介入を続けた結果、5週目には上皮化し、最終的に完治した。

心得7

看護師とは生活目線で会話する

このように、患者・家族、他職種と信頼関係が築けている薬剤師は、現場で大いに頼りにされ、成果を出している。

おひさま訪問看護ステーション（神奈川県横須賀市）の看護師の笹尾圭子氏は、在宅における薬剤師の働きについて、「単に薬を届けるだけでなく、処方された薬を患者がきちんと飲んでいるかを評価し、飲んでいなかったり、効果が不十分だった場合に、その改善点を専門的立場で考えてくれるので非常にありがたい」と、信頼を寄せる。

在宅で重要なのが、「この患者にはどのような生活背景があるのか、体調はどうかといったことを想像し、それらを確かめるときに薬との関連をアセスメントする視点だ」。こう指摘するのは、南国病院（高知県南国市）薬剤部長の川添哲嗣氏。具体的には、食事、排泄、睡眠、運動機能、認知機能などの観点から、患者の状態を把握する（表



4)。

得られた情報は、患者の全体像を捉えることを得意とする看護師と共有すれば、より有効だ。例えば、下痢や便秘などの排便コントロール不良は、患者本人・家族だけでなく、排便や浣腸などの直接処置を行う看護師にとっても悩みの種。排便状況などを看護師と確認した上で薬剤師が使用中の下剤を評価し、薬剤の変更を処方提案して症状が改善すれば、患者・家族はもとより、看護師からも感謝され、薬剤師のやりがいにもつながる。

おひさま訪問看護ステーション所長の中村あや子氏も、「我々は経験則で物事を考えがちだが、薬剤師が専門知識を基に薬を選択した上で、チームを代表して医師に処方変更を提案してくれると、説得力が違う」と評する。

心得 8

医師への処方提案は段階的に進める

一方で、医師との付き合いについては、慎重を期す薬剤師が多い。中でも処方提案は、よほどの重大な内容以外は、早急に進めない方がよさそうだ。



堀籠氏は、「最初は、『薬を変えた方がいいのではないか』といった提案ではなく、『残薬がこれだけあるので〇日分、薬を減らしていただけないか』『便秘が悪化しているようなので、下剤の増量をご考慮いただけないか』などと残薬や量に着目するところから始めた方がいい」と勧める。同氏自身、新たに連携を始める医師の場合は、居宅療養管理指導の実施報告書には提案型の言い回しではなく、「〇〇薬を増量してもいいのかもしれない」などと、考えたことをアセスメント欄に独り言のメモのように記載する。医師に自身の考えを理解してもらいつつ反応を見ながら、徐々に提案型の表現に切り替えていく。「薬剤師が事前に患者情報を収集し、医師の訪問の前に処方提案できると、提案を処方に反映してもらいやすい」（堀籠氏）。

スギ薬局で在宅医療に従事してきた榎原幹夫氏（杉浦記念財団〔愛知県大府市〕事務局長）も、「我々が行った調査では、薬を減らしてほしいとのケアマネジャーや看護師からの要望は多かったが、医師への処方変更の提案は、信頼関係構築後にした方がいい」との考えを示す。まずは「分3の薬を分1に変更してほしい」など、「患者や介護者の視点に立った用法変更を提案するといいたい」と榎原氏は話し、「やり取りを重ねる中で、『あの薬剤師が言うなら』と医師に思ってもらえるような信頼を得ることが大切だ」と続ける。

ところで、当の医師は、在宅での薬剤師との関わりをどうみているのだろうか。横浜市立大学総合診療医学准教授で在宅医療を手掛ける日下部明彦氏は、「処方提案をする以上は、患者の全体像を把握するスキルは持っているほしい」を要望する。

それにより、薬剤師が訪問した際、「いつもと様子が違う」と家族から相談された場合にも落ち着いて対応できる。現状では、家族を通じて医師や看護師に連絡が入るケースが多いが、薬剤師がバイタルサインを確認して状態を医師に報告すれば、往診の要不要が判断でき、速やかな対応が可能になる。

「フィジカルアセスメントを極める必要はなく、『発熱と黄疸があり、お腹が痛い』と苦しそう。昨日と意識の状態が違うので診てほしい」など、見た目の重症感や体温や呼吸などから、緊急性の有

表 4 把握すべき生活背景の例（川添氏による）

食事	・ 食事の規則（回数、時間、栄養の偏り）・水分不足 ・食欲 ・ 食事の摂取量 ・配膳状況 ・口腔ケア ・摂食嚥下状態
排泄	・ 排尿（失禁など） ・排便（便秘、下痢など）・オムツの有無 ・ 睡眠薬服用後の排尿状況（回数、間隔）、就寝時間
睡眠	・ 睡眠薬の服用時間、追加服用の有無 ・中途覚醒の有無
運動機能 （転倒）	・ 転倒の有無 ・住宅改修の有無 ・ トイレの様式（和式、洋式） ・就寝場所（家屋の2階など）
認知機能 （中核&周辺症状）	・ 冷蔵庫の中身 ・火の不始末 ・ 徘徊する可能性がある時間、範囲 ・近所付き合い ・ 抗認知症薬服用によるめまい、眠気
その他	・ 家族との距離（実際の距離と関わり度合い） ・ 入浴時間の不規則

表5 居宅サービス計画書第2表の記載例(川添氏提供)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				支援内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	*1	サービス種別	*2	頻度	期間
1) 病状が安定し家で過ごせるようになる	服薬管理ができる	2017年4~6月	薬を忘れずに飲むことができる	2017年4~5月	デイサービスで声掛けして服薬確認	○	通所介護	□□デイサービスセンター	4回/週	2017年4~9月
					服薬カレンダーへのセット 処方内容の見直し、薬効評価 副作用モニタリング	○	居宅療養管理指導	△△薬局	1回/2週	
					服薬確認、声掛け	○	訪問介護	○○ヘルパーステーション	1回/週	
							家族支援	長女	7回/週	
2) 孫の運動会に行くことができる	9月末に行われる孫の高校の運動会に行く(往復1km)	2017年4~9月	高校までの道のりを200m先まで歩いて帰ることができる	2017年4~5月	歩行、機能訓練、誘導、動作の見守り、声掛け	○	通所介護	□□デイサービスセンター	4回/週	2017年4~9月
						○	訪問リハ	◇◇リハセンター	1回/週	
					孫と一緒に歩行		家族支援	孫	1回/週	

*1 保険給付対象内サービスについて○印を付す

*2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入

(作成日 2017年3月27日)

無を判断できるようになってほしい。そのためには普段から患者をよく見ることが大切だ」と日下部氏は話す。

心得9

ケアマネジャーとゴールを共有する

介護サービスの取りまとめ役であるケアマネジャーとの付き合いについてはどうか。ケアマネジャーは、利用者が生活の何に困っているかに着目して課題を探り、介護サービス計画(ケアプラン)を立てている。居宅療養管理指導も当然、その中に組み込まれることから、患者が「在りたい姿」に近付けるように、薬剤師として何ができるかという観点で、服薬支援計画についてケアマネジャーと協議する必要がある。

認知機能低下による服薬管理能力の低下がみられる独居高齢者であれば、ヘルパーやデイサービスなど利用している介護サービスをうまく活用した服薬支援計画を立てる必要がある。利

用サービスについては、「ケアマネジャーに連絡してケアプランを見せてもらえば確認できる」(川添氏)。

表5は85歳独居男性(要介護1)のケアプラン(第2表)。物忘れが増え、残薬が多数あったため、ケアマネジャーからの依頼で医師が薬剤師に訪問を指示し、サービスが開始された。ケアプラン上では、昼間にデイサービスが週4回、訪問介護が週1回入るほか、近所に住む長女の協力が得られることが分かり、必要な薬をできるだけ昼に服用できるよう、医師に処方提案した。

心得10

介入にメリハリをつける

そもそも、「在宅というと、薬剤師が訪問することを考えがちだが、それを繰り返しているだけでは、服薬支援はうまくいかない」と川添氏は指摘する。

例えば、「服薬の自己管理」という目標を掲げている利用者に対して、薬剤



「薬剤師による介入にはメリハリも必要」と語る南国病院の川添哲嗣氏。

師が「私たちに任せてください」とばかりに訪問し、お薬カレンダーに薬をセットする作業を漫然と繰り返しても意味がない。この場合、「むしろヘルパーや看護師による見守りに切り替えていけるよう調整する発想が必要だ」(川添氏)。

また、ケアマネジャーや訪問看護師との連携が進むと、薬に関する相談を直接受けるようになり、自ら訪問しなくても、電話などのやり取りだけで現場で十分対応してもらえることが増える。「在宅において薬剤師には今後、コーディネーターとしての機能が求められていくのではないかと川添氏は続ける。

もっとも、癌患者や小児などでは、薬剤師による直接的な関わりが求められる。これらの心得を押さえた上で、次からこれら医療依存度の高い事例の対応についてみてみよう。