

地域保険薬局における
“在宅服薬管理指導・居宅療養指導における
薬剤師の役割りと課題
—多職種連携による成功例から—”

ケイ薬局 (有)ケンコーポレーション
宮原富士子 (伊藤 礼 管理栄養士)

【背景】

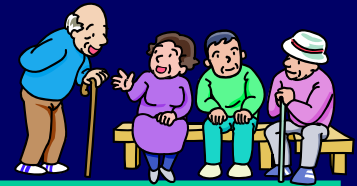
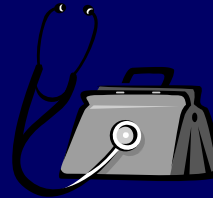
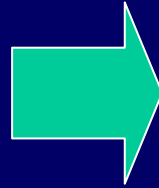
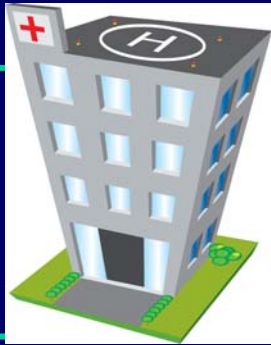
地域で開局する薬剤師が在宅医療(居宅療養)に積極的に関わってゆくことは、在宅医療における安全性の確保からも重要である。一方で看護師やケアマネージャ等他職種には薬剤師の在宅における職能に関して十分な認識が浸透しているとは言い難い。

【目的】

今回、我々は、SMBGの管理を契機とした「**薬局からの発信による連携体制の構築**」とその後の連携により患者の予後に好成績を得た。この経験に基づき、今後の在宅医療における薬剤師の活動にひとつの課題解決に向けて具体的な提言をするための検討を行った。

内 容

- ・認知力が低下した「糖尿病外来患者」が外来通院治療から居宅療養支援へと体制の切替が行われた。
- ・他の医療者・介護系担当者との連携のなかで、患者の予後が非常に改善した。



この経験に基づき、在宅医療における薬剤師の活動の更なる可能性について検討したので報告する。

症例と経緯

<症例>70歳 女性

<プロフィール>夫と二人で生活。自営業。娘は独立して都内別居。

<基礎疾患> 糖尿病

<状況>当薬局に門前病院の処方箋をもって来局。

インスリン他の服薬指導。

自己血糖測定(SMBG)。

インスリン自己注射を自宅で夫が介助実施をしていた。

薬局に何度も問合せが続くようになり、
自己血糖測定MBGの機器の破損の回数が
尋常でなくなる。



担当薬剤師が、医師と相談し、在宅での服薬指導管理に至る。



認知力低下の確認を契機として、当薬局薬剤師と家族の連携により居宅療養へ移行する

症例と経緯(2)

居宅療養中

＜状況＞在宅服薬指導に入った後も、複数回の訪問要請が続く。
インスリン投与は、朝、昼は夫、夜は娘の電話の誘導で
という生活が続く。
担当薬剤師が家族および医師と相談の後、
地域包括センターに連絡をとり介護認定申請をする。
ケアマネジャー・在宅訪問医師・看護師・ヘルパーステーションが
決まり、本格的な**チーム医療**が開始となる。



在宅医療関係者会議の実施

＜メンバー＞ケアマネジャー・ヘルパーステーション責任者・ヘルパー(予定者)
診療所医師・診療所事務職員・
訪問看護ステーション看護師・居宅療養指導薬剤師

症例と経緯(3)

会議の席上：
食事管理・食生活のQOLの確保等の検討の中で、
弁当作りという行動レベルと食事の楽しみという観点から
医師の提案で当薬局の**管理栄養士が参画**することとなる。



弁当づくりを通しての管理栄養士の役割

1、食習慣を整える 2、弁当作りを楽しむ

<状況>

平日のお昼と夕食はケアマネージャーが弁当を手配

→土曜日のお昼を担当

500～600kcalを目標とした昼食弁当を考案し、一緒に弁当作り盛りつけを行う。

<効果>

①QOLの向上 ②認知力低下防止

弁当の例(1)

献立作成のポイント ; ①簡単にできること ②危なく作れること



豚しゃぶ

豚もも肉 60g
大根(おろす) 50g
ポン酢 小匙1
赤ピーマン 10g
レタス 10g

一緒に作り、プロセスを共有することで、少しでも自信を取り戻していただきます。

ごはん 130g

糖尿病交換表

エネルギー表示

エネルギー 504kcal

きんぴらごぼう

ごぼう 40g
人参 10g
ごま油 小匙1/2
砂糖 小匙1/4
みりん 小匙1/4
しょうゆ 小匙1/2
ごま

マカロニサラダ

マカロニ(乾)10g
きゅうり 20g
ハム 1/2枚
マヨネーズ 小匙1

2010.1.14

表1	表2	表3	表4	表5	表6	調味料
3		1		0.5	◎	0.15

弁当のメニュー活用した地域波及

ヘルパーの方、看護師の方が他の在宅の家でも活用できるように単品メニューもわかりやすく作っておきます。

マカロニサラダ



<材料> 2人分
マカロニ(乾) 40g
きゅうり 1本
ハム 2枚
マヨネーズ 大匙1・1/3

<作り方>
①マカロニはゆで、きゅうり、ハムは食べやすい大きさに切る。
②①を、マヨネーズで和える。

マカロニは表1のご飯と同じグループですのでこの量を食べるとご飯1単位(55g)と交換します。

表1 1人分でご飯1単位と交換

きんぴらごぼう



<材料> 2人分
ごぼう 150g
にんじん 40g
ごま油 小匙1
しょうゆ 小匙1
砂糖 小匙1/2
みりん 小匙1/2
ごま

<作り方>
①ごぼう、にんじんはせん切りにし、ごぼうは水にさらす。
②ごま油を熱し、①を入れて炒め、砂糖、みりん、しょうゆを加えて炒め煮にする。

表6 1人分で野菜95g摂取

結果

ケアマネ、往診医師、看護師、薬剤師、栄養士が連携のもとインスリンを離脱を目指してチーム医療を行い、その後、経口薬のみのコントロールとなる。治療と食事療法を継続し当初の目標を達成した。本件においては、担当医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、ケアマネ、ヘルパーそして家族が一丸となって在宅医療にあたったことが大きな成功要因であった。

小 括

- ☆ 薬局発在宅医療への取り組みと医療連携の成功例を経験した。
- ☆ チーム全体の効果として、**インスリン離脱・経口剤による血糖管理**が出来るようになりその結果、患者のQOLの向上 並びに病状の改善が得られた。

☆その後の取り組みについて(波及効果)

- ・訪問看護師が食習慣に問題があると感じた患者や家族に対して薬局を基点として包括支援につなぐ仕組みが日常化するようになった。
- ・食事アセスメントの重要性についての認識が高まり、管理栄養士につながるというもうひとつのルートが確立した。
- ・一般開業医師からのオーダーで、服薬管理に加えた有料の栄養指導のオファーがくるようになった。

【考察】

病院通院の患者のインスリン管理は、患者の認知の低下に伴い困難な状況となる。

一方で家族と包括支援センターの関わりは、薬剤師とは別軸で動くことが多く介護と医療の並行的関係が医療的ケアを遅らせることが多いと推察される。最初の気づきは薬剤師であることが多いことや、認知力低下によるコンプライアンス低下や副作用の気づき遅れは、疾病の進展防止（重篤化防止）に直接つながることが予測される。介護への最初のつながりの時点から薬剤師がケアマネと連携をとること、薬剤師の在宅での職能の重要性を多職種にアピールして実践してゆくことが急務と考えられる。

薬局・在宅担当薬剤師の 担う役割りのモデル

薬局からの
服薬・栄養
に関する指導

ヘルパー

通院

つなぐ

包括支援
センター
ケアマネ

介護事業所
ケアマネ

つなぐ

在宅医

訪問看護師

薬局での
調剤・服薬指導

在宅服薬指導 → → 居宅療養指導

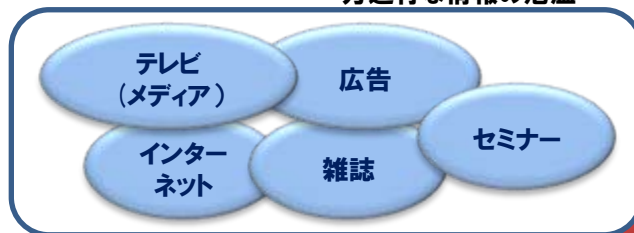
この期間の対応が薬局薬剤師の役割り

看護師支援・連携が重要指導



地域の拠点基地 (HAP Station) を基盤としたエリア機能の充実

一方通行な情報の氾濫



私の症状
いったいどうなってるの？

どの情報が正しいの？

私はどこに行けばいいの？

情報の氾濫は、一般の女性たちが正しい情報の選択をする上で大きな問題になっている。

個々に即した双方向での情報提供

傾聴

説明

情報整理



看護師

薬剤師

保健師

ケアマネ

理学療法士

助産師

栄養士

ヘルパー

医療
機関

フィードバック

紹介



地域の有機的ネットワーク (HAP Station) を形成