

薬剤師による居宅療養管理指導

平成14年11月18日

社団法人 日本薬剤師会

木村 隆次 委員

高齢者の特徴

- 一人で複数の疾病持つ
→他種類の薬併用
- 視覚、聴覚の低下、痴呆などの症状→薬に対する理解不足
- 加齢による生理機能の低下、個人差が大きい
- 生体機能の低下→症状が典型的でないことが多い、無症状や精神障害を伴う
- 水、電解質等の代謝異常おこしやすい(発熱、下痢、頻尿など影響しやすい)
- 疾病の慢性化—脳梗塞で後遺症が残り長期療養が必要になるなど

薬剤使用上の問題点

- 相互作用(飲みあわせ)が問題になる
- 誤服薬、誤使用
- 常用量の範囲での薬剤使用でも薬物作用の増大
- 副作用が出やすくなる(薬剤性食道潰瘍、薬剤性消化性潰瘍、薬剤性転倒など)

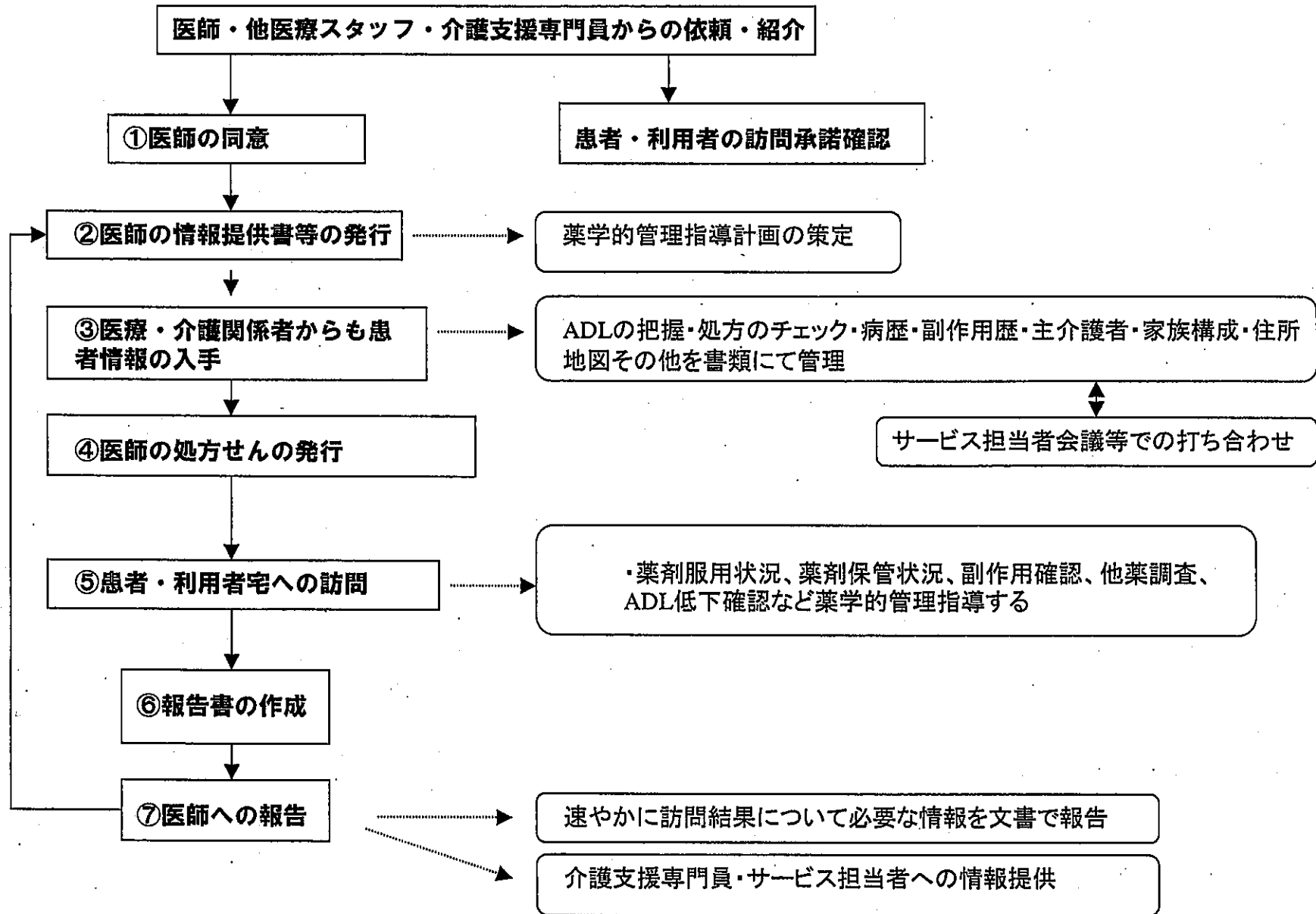
改善するために必要なこと

- 服用状況チェック
- 重複投与のチェック
- 配合禁忌のチェック
- 副作用、相互作用のチェック
同一処方薬、他科処方薬、他施設処方薬、市販薬、食物、飲料などすべて毎回チェック
- 医薬品の保管状況のチェック
- 麻薬の管理
- ※副作用チェック時ADLへの影響チェック
- ※長期にわたる療養、介護が必要なため医師、歯科医師、薬剤師、看護師などチーム医療が必須である。福祉との連携、社会資源の活用も必要になる。

頻回訪問による利用者の療養内容のきめ細かい医師への情報提供と連携。

薬剤によるADL、QOLへの影響の改善

薬剤師の訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導業務（概略）



訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導のしくみ

医師の処方せんによる指示

初回訪問時介護保険該当者か非該当者かの確認

・問題点

介護保険に申請し認定結果が出るまで居宅療養管理指導を開始できない現状。

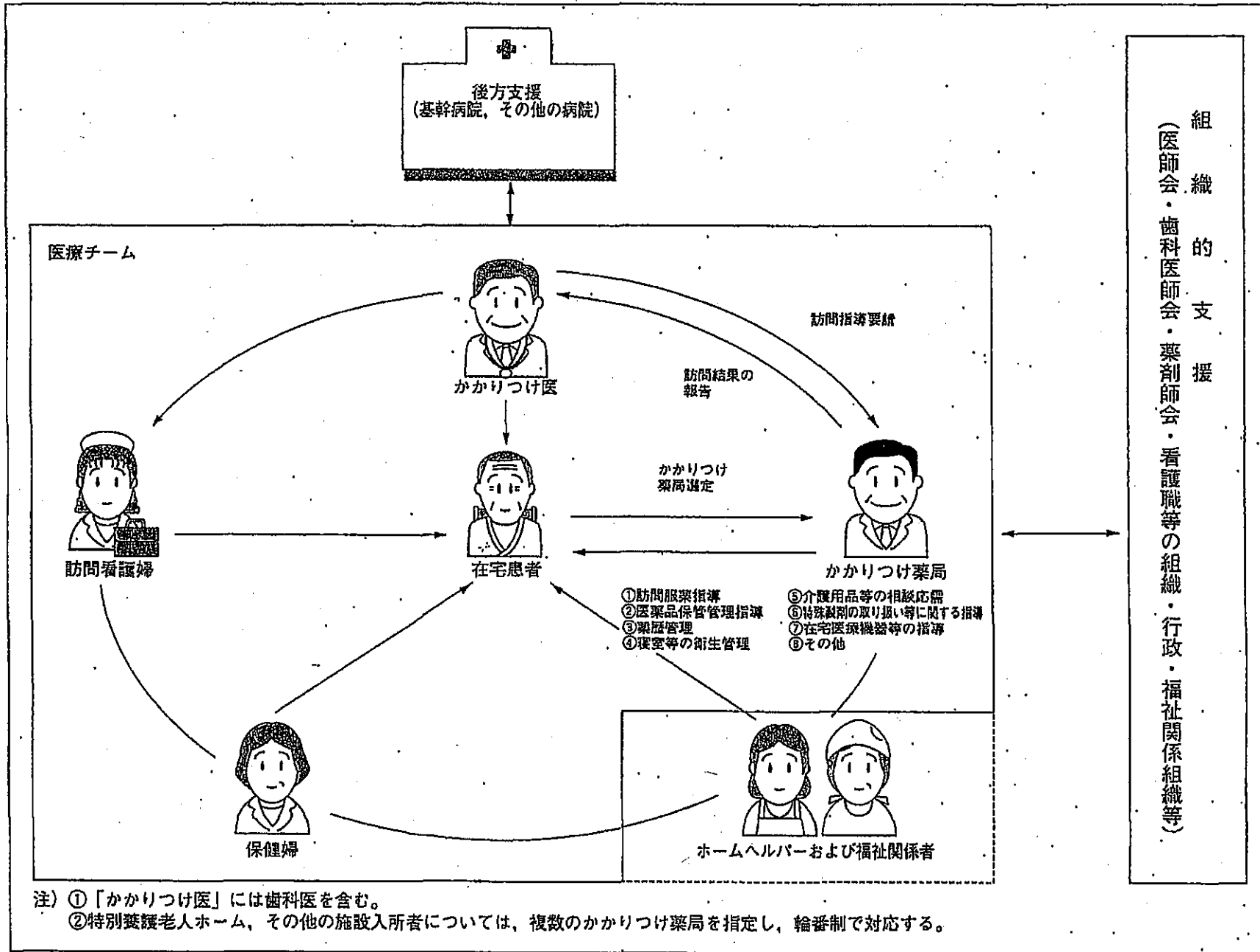
薬剤管理が連続的に行われるように暫定でサービスを利用できることを介護支援専門員、利用者等に啓発、もしくは制度の工夫が必要。

介護保険該当者の場合

介護保険非該当者の場合

居宅療養管理指導

訪問薬剤管理指導



注) ①「かかりつけ医」には歯科医を含む。

②特別養護老人ホーム, その他の施設入所者については, 複数のかかりつけ薬局を指定し, 輪番制で対応する。

図 薬局を活用した在宅医療推進モデル

高齢者の特徴と薬物療法上の問題点

特 徴	薬物療法への影響	問 題 点	主な回避法
①生理機能の低下	薬物動態の変化 薬力学の変化	① 薬物作用の増大 ・薬物の選択 ・薬剤（剤形やDDS）の選択 ・用法・用量の設定	①処方 of 適正化
②複数の疾病	多剤併用	①薬物間相互作用 ・同一処方薬 ・他科の処方薬 ・他施設の処方薬 ・大衆薬（OTC薬） ②ノンコンプライアンス ・誤服薬	①処方 of 適正化 ②服薬指導 ・相互作用回避 ・コンプライアンス向上
③生体機能の低下	副作用易発現性	①薬剤性食道潰瘍 ②薬剤性消化性潰瘍 ③薬剤性転倒	①処方 of 適正化 ②服薬指導 ・副作用の防止

（「高齢者における薬物療法のでびき」厚生省・日本医師会編 より抜粋）

薬剤によるADL（日常生活動作）等への影響

1	動作・運動機能	①歩行、②移動動作、③階段昇降、④入浴動作、⑤整容動作、⑥摂食動作、⑦排泄動作、⑧転倒
2	食事	①食欲不振、②食欲の異常亢進、③嚥下障害、④味覚障害
3	排泄機能	①尿失禁・便失禁、②頻尿、③多尿、④乏尿、⑤排尿困難、⑥便失禁、⑦便秘、⑧下痢
4	感覚機能	①音声・言語障害、②視覚障害、③聴覚障害、④味覚障害、⑤皮膚感覚異常
5	精神機能	①失見当識（年月日、場所、人物等の認識障害）、②意欲低下、③記憶力低下、④思考力低下、⑤抑鬱、⑥不安、⑦せん妄、⑧幻覚、⑨問題行動、⑩不眠、⑪眠気、⑫睡眠
6	その他	①体重増加、②体重低下、③体温調節異常