

在宅医療における薬剤師の役割

疼痛緩和医療を中心に

在宅医療における 薬剤師の役割

疼痛緩和医療を中心に

藤上 雅子

「訪問薬剤管理指導業務」の流れ

医師による訪問指示(処方せん)

↓
薬剤の調製等

↓
患者宅訪問

↓
薬剤管理指導等

在宅患者訪問薬剤管理指導の算定

● 訪問薬剤管理指導(医療保険)

月の1回目500点、2回目以降300点(月4回まで)
麻薬加算 100点、月4回まで

● 居宅療養管理指導(介護保険)

1回当たり 550単位、月2回まで
麻薬加算 100単位、月2回まで

訪問薬剤管理指導の算定要件

処方せんを発行した医師の指示に基づき

患者の同意を得て

薬学的管理指導計画を策定し

薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び

薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い

処方医に対して必要な情報提供を

文書で行った場合

薬学的管理指導計画

- 処方医から提供された診療状況に基づき、または必要に応じ
処方医及び患者・家族と相談しながら、
患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定。
- 薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等
を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載。
- 訪問後、必要に応じ、新たに得られた患者の情報を
踏まえ、計画の見直しを行う。
少なくとも月に1回。処方変更の場合も適宜見直し。

薬剤服用歴の記録

- 調剤についての記録
- 患者についての記録
(体質・副作用歴等)
- 患者からの相談事項
- 服薬状況
- 服薬中の体調変化
- 併用薬の情報
- 合併症の情報
- 他科受診の有無
- 副作用発現の有無
- 飲食物の摂取状況
- 処方医から提供された情報の要点
- 訪問に際して実施した薬学的管理の内容
- 訪問時の指導の要点
- 処方医に提供した訪問結果に関する情報の要点

麻薬管理指導加算の算定要件

麻薬の投薬が行われている患者に対し、麻薬の服用及び保管取り扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定。

麻薬管理指導に関する 薬剤服用歴への記録事項

通常の薬剤服用歴記載事項に加え、少なくとも次の事項を記録しておく。

- ・訪問時に実施した麻薬に係る薬学的管理の内容
麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無等
- ・患者・家族への指導の要点
- ・処方医に提供した訪問結果に関する情報
- ・患者・家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

末期癌患者が 在宅医療を受けられる条件

- 告知について
病名・予後の告知の有無が状況を左右する
- 在宅末期癌患者に対する医療スタッフの対応
医療スタッフ間の密なる連携が必須
薬剤師として、病状の変化に伴う処方変更に迅速な対応
- 緊急対応及び臨機応変の対応の必要性
対応必要な事態の発生

症例 1：在宅期間1週間

- K・Mさん：女性 昭和32年生 胃癌末期
大学病院で手術を受け、自宅に戻りたいという本人の希望で、告知はされないままHPN療法を受けながら退院。
薬局には院外処方箋としてHPN調剤の依頼があり、無菌調製をし、訪問薬剤管理指導を行う。
しかし患者は自分の病状が徐々に悪化することに非常に疑問をもち、1週間で再入院となる。
再入院後26日目に死亡した。

症例 2：在宅期間3ヵ月

- T・Mさん：女性 昭和17年生
乳癌末期・骨転移
MSコンチン 460mg/日
塩酸モルヒネ 475mg/日 持続皮下注
告知を受け、治療には積極的に応じ、再入院3日前まで食事の用意など簡単な家事も行っていた。
入院する前3日間は傾眠傾向が徐々に強くなり、家族が不安を感じて入院となる。入院5日後に死亡。

症例 3：緊急対応の例

- I・Kさん：女性 大正11年生
肺癌末期、多臓器転移
MSコンチン 30mg/日 の投与で安定していたが、急激な痛みの発現。
主治医は遠方に外出していたが、電話連絡は可。
緊急事態の発生に
いかなる臨機応変の対応が可能か？

疼痛緩和に用いられる薬剤・器具

- 塩酸モルヒネ：末・錠剤・坐剤・注射剤
- 硫酸モルヒネ徐放剤：錠剤・カプセル・スティック
- フェンタニル：貼付剤→モルヒネからの切り替え投与・72時間の持続効果
- 非麻薬性鎮痛薬：錠剤・坐剤・注射剤
- 非ステロイド性鎮痛薬：
- 鎮痛補助薬：抗痙攣薬・向精神薬・ステロイド等
- ディスポーザブル持続皮下注入器：
 - 2日用・5日用・7日用
 - ロックアウト時間 → 1時間・15分間
 - 高容量モルヒネ注（10mg/1ml、200mg/5ml）

まとめ

- 末期癌患者が闘病している居宅を、1ベットの医療施設と考え、主治医、看護師、薬剤師等が患者家族と共に患者のためにそれぞれ役割を発揮するのが在宅医療支援システムである。
- 医師、看護師、薬剤師など各医療スタッフは共通の言葉を持ち、互いに情報交換する
- 在宅医療で使用される医薬品、医療用具、衛生材料などは薬剤師が責任をもって提供する

(様式1) 処方医 ⇒ 薬局薬剤師

情報提供先薬局名

薬剤師

殿

平成 年 月 日

提供元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女
患者住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳) 職業
傷病名			
既往歴及び家族歴			
症状経過及び検査結果			
治療経過			
現在の処方			
備考			

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(様式2) 薬局薬剤師 ⇒ 処方医

情報提供先医療機関名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(FAX)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 職業

住所

電話番号

処方せん交付日 平成 年 月 日

調剤日 平成 年 月 日

処方薬剤の服薬状況 (コンプライアンス) に関する情報

併用薬剤 (一般用医薬品を含む。) の有無 (有・無)

薬剤名:

患者の訴え (アレルギー, 副作用と思われる症状等) に関する情報

症状等に関する家族, 介護者等からの情報

その他特記すべき事項 (薬剤保管状況等)

- 注意 1. 必要がある場合には, 続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要な場合には, 処方せんの写しを添付すること。

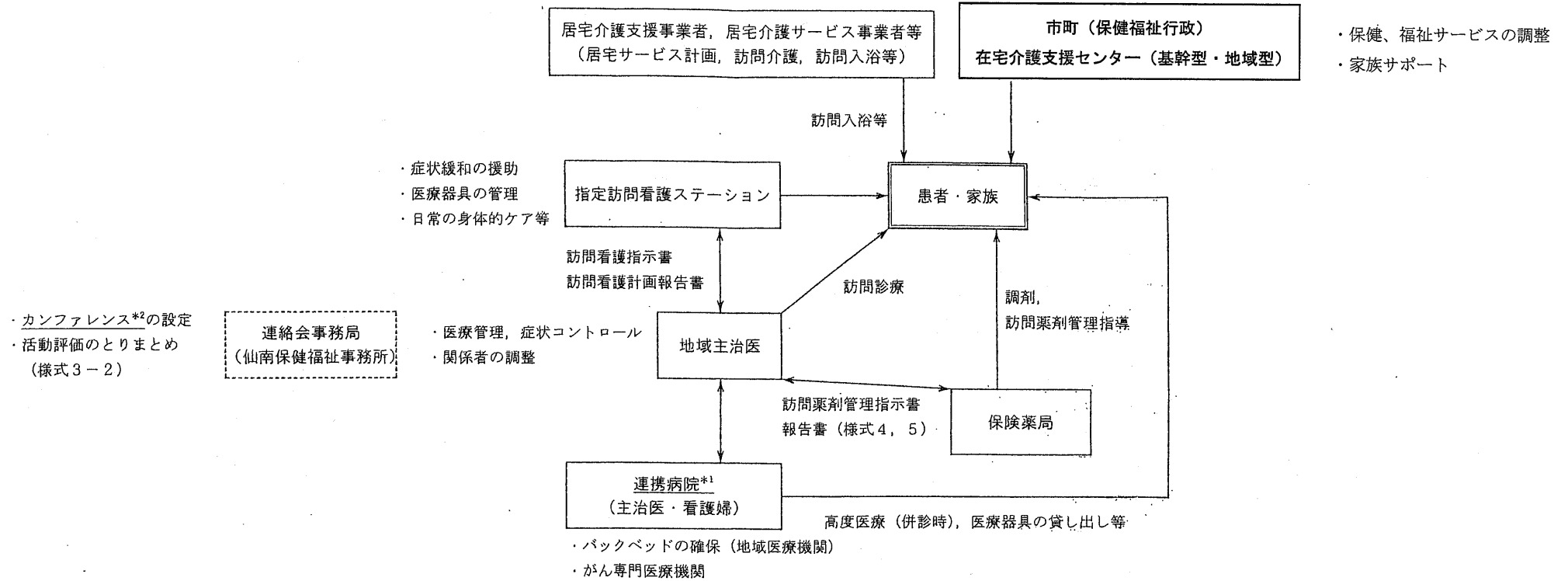
仙南地区における在宅ホスピスケア患者 受け入れのための手引き

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会

チームでのケア

退院前の合同カンファレンスで関係機関は概ね決まるが、それを受けて、実際にケアにあたるチームメンバーが決定される。各メンバーが担う役割については、以下のとおりである。

(1) 患者・家族への支援の概要図



ケアコーディネーター：患者・家族の側に立ったケアの調整を行う。
誰が担うかは、ケアチームの中で決定していく。

*1 連携病院：患者の病状の変化等により、ケアチームでは対応が困難になった時、ケアチームを支援してくれるまたは、入院を含め引き継いで患者をケアしてくれる病院。(がんセンター、地域中核病院、地域の病院が考えられる。)主に退院した病院が想定されるが、在宅ケア開始時に合意されることが望ましい。

*2 カンファレンス：チーム内での日常の情報交換の他に、関係者のいずれかが特に必要と認めた時に改めて関係者が一堂に会し行われるカンファレンス。退院前の合同カンファレンスに準じた内容であることが多く、連絡会事務局がセットする。

②看護者間の連絡票

医療機関

看護連絡票

平成 年 月 日

氏名	フリガナ		M・T・S・H		住所	職業
	年 月 日生		殿 男・女 歳			
連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所		
	1					
	2					
	3					
主治医	1		2		既往歴	
	連絡先		連絡先			
診断名						
感染症	有 () 治癒経過 無 () 特異体質: 有 () 無 ()					
日常生活の状況	項目	自立度	具体的な介助や介護用品等の使用状況			
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助				
	起居	自立・見守り・一部介助・全介助				
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助				
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助				
	入浴/保清	自立・見守り・一部介助・全介助				
	衣服の着脱	自立・見守り・一部介助・全介助				
	整容	自立・見守り・一部介助・全介助				
	コミュニケーション	自立・見守り・一部介助・全介助				
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助					
患者の特色	理解力					
	生活意欲					
	趣味					
	性格					
家族構成、主な介護者に◎、協力者に○	氏名	生年月日(歳)	続柄	主な介護者	職業・健康状態	経済状況
		()	世帯主			() 年金の有無 有・無 その他 ()
		()				
		()				
		()				
		()				
親族他		()				住環境 1. 居室: a専用, b共用 2. 浴 室: a全室完備, b部分的 3. 暖 房: a全室完備, b部分的 4. 浴 室: aシャワー, b手すり, c段差 5. 便 所: a洋式, b和式, c手すり, d段差 6. 寝 具: a布団, bベッド, cギャッチベッド 7. 住 居: a一戸建, bアパート, cマンション, dその他
		()				

様式2

病気に対する医師等からの説明		病気に対する受けとめ方	
本人		本人	
家族		家族	
入院中の経過	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	面会状況		
内服薬の内容		服薬指導の内容	
退院時指導	指導内容	社会資源の準備状況(家屋・日常生活用具・その他)	
	医療器材の入手方法と管理方法等	要介護認定 申請中・要支援・要介護(1, 2, 3, 4, 5) 特定疾患等の公費負担 有・無 身体障害者手帳 有・無	
退院後の希望	本人		
	家族		
問題点			
他部門からの情報指導			
本人・家族の連絡票に対する同意 有 無			
医療機関名	退院調整者名	印	担当者 印
	退院計画者名	印	

(4) 連絡票について

① 患者が入院している病院から関係者全体へ（共通のもの）

様式 1

患者連絡票

医療機関名称 _____

記入者名 _____

住 所			
氏名・性別	男・女		
年齢・生年月日	歳 (M・T・S・H 年 月 日生)		
病 名			
主 症 状			
在宅医療発案者	患者・家族 ()・医療側		
在宅医療についての受け入れ	患者：積極的・消極的		家族：積極的・消極的
連絡票に対する同意	有 ()・無		
キーパーソン	有 ()・無		
適 応	1 患者は緩和医療の対象である 2 患者と家族が在宅医療を希望, 了解している 3 症状コントロールが概ねついている 4 患者は通院不可能である 5 その他 ()		
身体状況			
患者・家族等への指導内容			
告知内容とその反応等			
在宅担当医師	医療機関名		氏名
麻薬処方の有無	有・無	主な薬品名	
保険薬局名			
介護を必要とする程度			
生活上の支障			

* 病院の様式があればそれを使用して可。

(在宅チームとして最低限知りたい情報を記載した)

訪問薬剤管理報告書

平成 年 月 日

先生

報告薬局

薬剤師名

TEL ()

FAX ()

氏名	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	歳	
住所	TEL ()							
訪問日	年	月	日 ()	訪問時間	時	分から	時	分
薬学的管理状況 1. 薬効・服用必要性の理解 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良 2. 薬の管理 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良 3. コンプライアンス <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良 4. 他科併用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 5. OTC薬 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 6. 健康食品等その他の服用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 7. 副作用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 8. 相互作用 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 9. 疼痛 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 😊 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 😐 10. その他				現在の処方		残薬数	日数	
コメント								
患者状況 (症状モニタリング・出来事等)								
薬剤管理指導事項								
備考 (配送品等)								

麻薬施用報告書

平成 年 月 日

先生

報告薬局

薬剤師名

TEL ()

FAX ()

麻薬施用者番号	
---------	--

患者氏名			
生年月日			
住所			
処方内容			
処方日	年 月 日	処方日	年 月 日
調剤日	年 月 日	調剤日	年 月 日
交付日	年 月 日	交付日	年 月 日
Lot		Lot	
施用開始日	年 月 日	施用開始日	年 月 日
施用終了日	年 月 日	施用終了日	年 月 日
回収年月日	年 月 日	回収年月日	年 月 日
残量(回収量)		残量(回収量)	
備考		備考	

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会作成

カルテにそのまま貼ることができるように、B5版用紙で作成すると便利である。