

# 薬局の 居宅管理指導内容

佐久薬剤師会 在宅推進委員会

**薬剤師は在宅に訪問  
してどんなことを  
しているの？**

## 薬剤師ができること（その1）

- \* 自宅に薬を届けがができます。
- \* 服薬指導を行います。（時間の制限はない）
- \* 実際の残薬の確認がができます。
- \* 薬の管理方法が確認がができます。
- \* 患者さんと直接会って状態を確認ができます。  
（薬の効果、副作用の確認がができます。）
- \* 患者さんや付添いの人に薬の細かい説明がができます。（直接本人に説明がができます。）

## 薬剤師ができること（その2）

- \* 患者さんの服薬環境・ライフスタイル等からその人に合った調剤方法を提案できます。
- \* その人に合った服用方法や、薬の内容を提案できます。
- \* 在宅医療機器・材料・用具等の供給できます。
- \* 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導ができます。
- \* 見守りの一員として役立ちます。

# 薬をきちんと服用することが大切です

薬がきちんと飲めていない

多くの方にみられることですが…

処方される薬はきちんと服用することで治療効果を発揮します

十分な治療効果が得られないだけでなく

きちんと服用できていないうちに医師が治療効果を評価してしまうと……

薬の量が増えてしまったり  
服用方法が煩雑になってきてしま  
い……

## 服薬支援について

服薬状況が悪い場合、その理由を探り、改善のための対策を行う。

飲まない（飲めない）理由	対応策
①薬の整理がつかなくなったため、飲めない。	残薬や併用薬を、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ため、飲まない。	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。
③薬の副作用が怖いため、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ため、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もらう。
⑤錠剤、カプセル、または散剤が飲めない。	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。

# 在宅訪問の実例

患者Aさん（女性）  
病院（心療内科）  
処方薬7種類  
診療所（内科）  
処方薬4種類



ヘルパーは入っているが、薬は自己管理にてこのような状態だった。



後日、他科受診で14日分が処方される。処方医に疑義照会を行い、73日分の処方薬も合わせて一包化した。

# 管理方法例



85歳女性

失明はしていないがうっすらしか見えない方

手触り、位置、うっすらと見える赤い線などで把握

## 個々の患者の能力に応じた薬の管理方法例



ティッシュ箱に仕切を入れて手製のピルケースを作成



市販のピルケース



投薬カレンダー

患者の残存能力を考慮することが必要。  
過剰な服薬支援は能力を落とす場合もあるので注意。

## ②何の薬か理解していないため、飲まない

### 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。

患者さんが理解して飲むことが鍵である。  
コンプライアンスよりも**アドヒアランスの向上**を意識する。

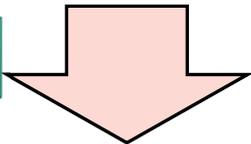
※アドヒアランス：患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること。従来からあるコンプライアンスの概念は、「医療関係者の指示に患者がどの程度従うか」というものである。そのためノンコンプライアンスは「患者が指示に従わない」という問題であるとされていた。しかし医療現場では、医療関係者と患者の主従関係ではなく、患者自身の治療への積極的な参加（執着心：adherence）が治療成功の鍵であるというアドヒアランスの概念が生まれた。良好なアドヒアランスの形成には、治療内容、患者側因子、医療者側因子、患者・医療者の相互関係等が影響する点で、コンプライアンスと大きく異なる。例えば服薬のアドヒアランスを良好に維持するためには、その治療法は患者にとって実行可能か、服薬を妨げる因子があるとすればそれは何か、それを解決するためには何が必要かなどを医療者が患者とともに考え、相談の上決定していく必要がある。（参考：日本薬学会ホームページ）

## 理解を助ける服薬支援の実例

### 【73歳男性独居】

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。散剤より錠剤の方が服薬しやすいが、大きい錠剤は服薬しにくい。睡眠剤と安定剤は服薬できているが、それ以外の薬は興味がなく、ほとんど服薬できていない。

### 問題点の整理と対策



#### 問題点1) 右側片麻痺

→片麻痺でも取りやすいように分包。

#### 問題点2) 大きい錠剤は服薬しにくい

→大き目の錠剤は飲みやすいように半割。

#### 問題点3) 興味のある薬しか服薬しない

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



**薬の服用方法と薬効が一目でわかるように分類**

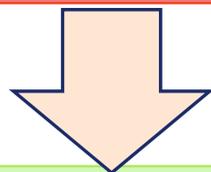
**【結果】**

服用状況が劇的に改善。

新規の薬も日数分全て服用。

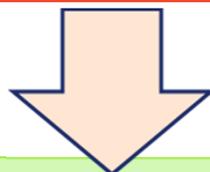
**「何の薬か、いつ飲むのかが一目でわかるので、これなら薬を飲むことができる。」 (患者コメント)**

③薬の副作用が怖いため、飲まない



副作用への恐怖心を軽減するために、患者さんと話し合い、納得して服薬できるようにする。

④特に体調が悪くないため飲まない  
(自己調整)

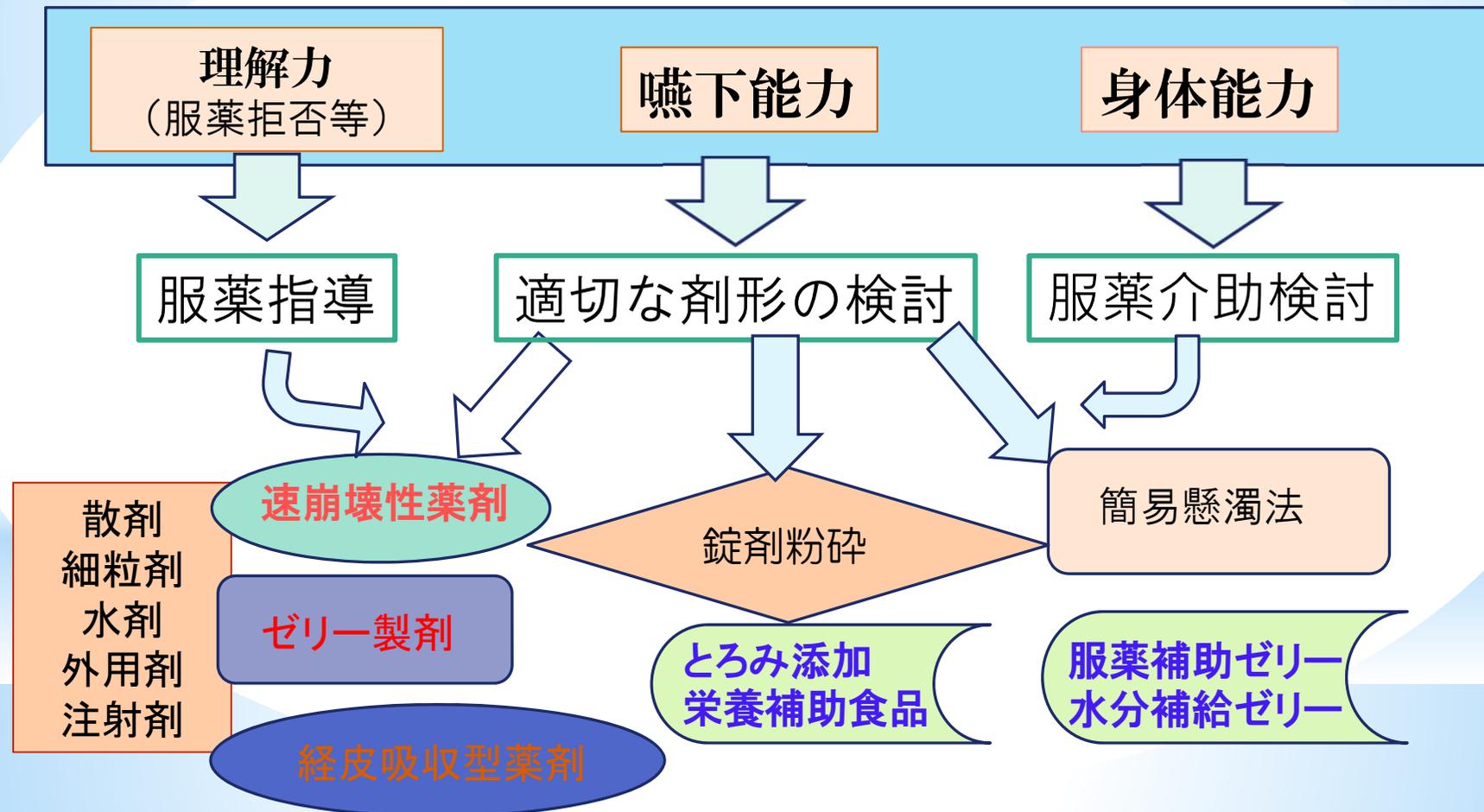


基本的な病識や薬識を再度説明し、服薬意義を理解してもらう。

## ⑤錠剤、カプセル、または散剤が飲めない

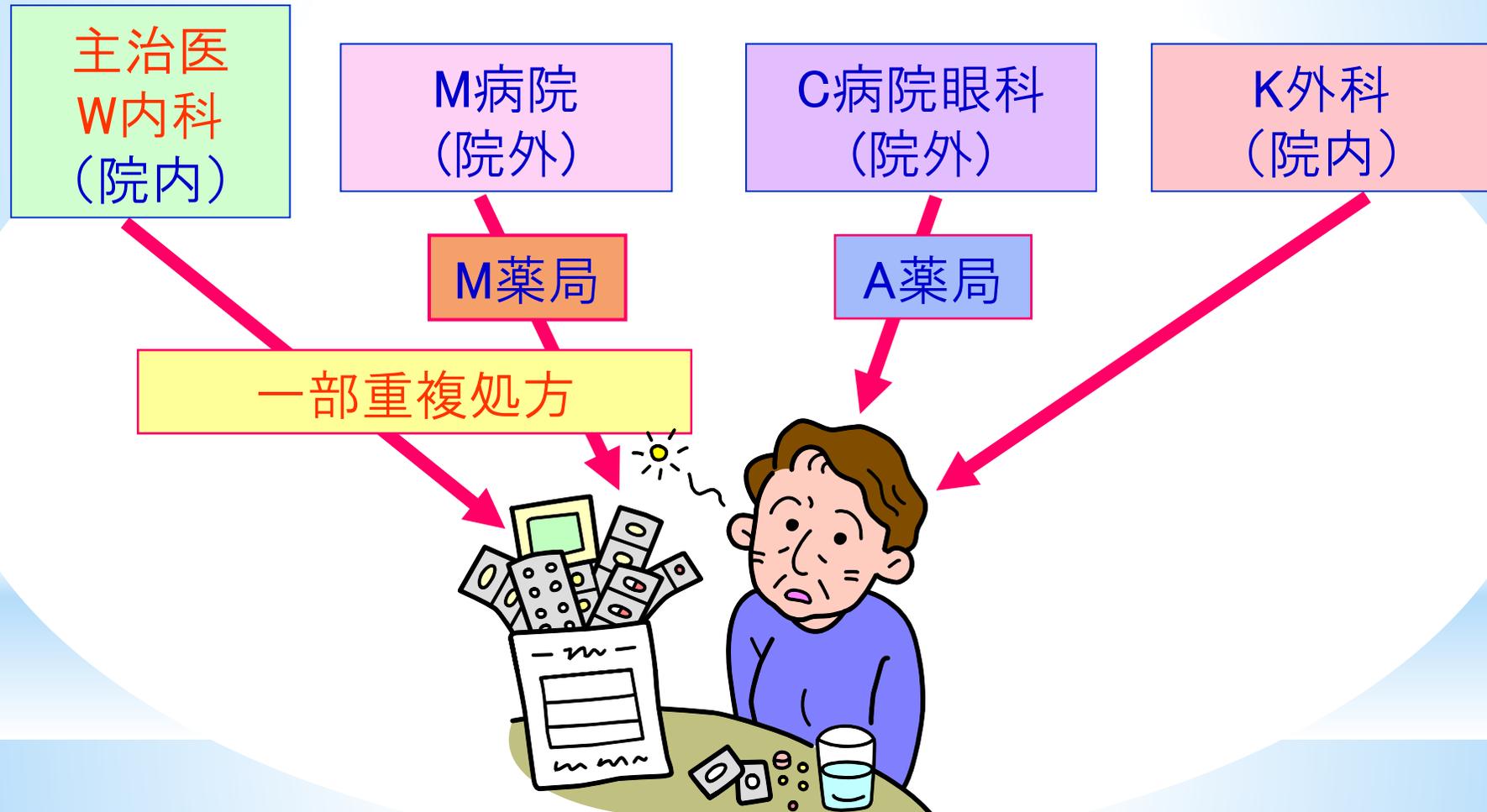
### 対応策

服薬に関する因子を評価し、患者さんごとの適切な服薬形態の選択と医師への提案する。  
嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入も検討課題となる。



# いくつかの医療機関を受診しているケース

## \* 薬剤師訪問前



# \* 薬剤師訪問後

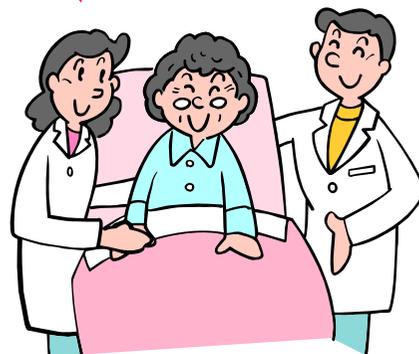
主治医  
W内科  
(院外)

M病院  
(院外)

C病院眼科  
(院外)

K外科  
(院内)

M薬局 一元化管理

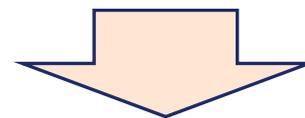


薬をきちんと飲んでいる（管理）

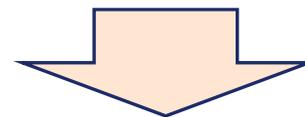


薬が病状、ADL、QOLに悪い影響を与えていないか評価する（薬学的管理）

患者さんの体調や状態（臨床検査値や食事・排泄・睡眠・運動・認知機能などの情報を得る。



これらの情報を元に、薬がそれらに影響していないか、薬物動態学や薬理学などの知識をフルに活用してアセスメントをする。



そのアセスメントを医師、看護師、介護支援専門員等にフィードバックし、情報を共有するとともに、患者さんの服薬支援につなげる。

患者さんに関わる全ての人と情報を共有することで正しく状態を把握することが重要