

平成28年9月25日

## 平成28年度緩和ケア薬剤師研修

### 在宅緩和ケアの実際 ～在宅薬剤師・介護支援専門員の 立場から～

(株)ホロンすずらん薬局グループ  
すずらん薬局大手町店 若宮香織

### 本日の流れ

1. 薬剤師の訪問業務
2. 訪問前の情報収集
3. 情報収集の内容
4. 初回訪問時の流れ
5. 事例報告その1
6. 事例報告その2
7. 薬剤師が訪問することのメリット
8. 介護支援専門員の役割
9. 他職種との連携の方法
10. 在宅におけるQOLとは？

### 1. 薬剤師の訪問業務

**制度上の名称**

- ・ 医療保険⇒在宅患者訪問薬剤管理指導
- ・ 介護保険⇒居宅療養管理指導

\* 算定要件と一連の流れ・保険点数について以下のスライドで説明

### 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定要件

○在宅患者訪問薬剤管理指導料について

平成20年3月5日 保医発第0305001号

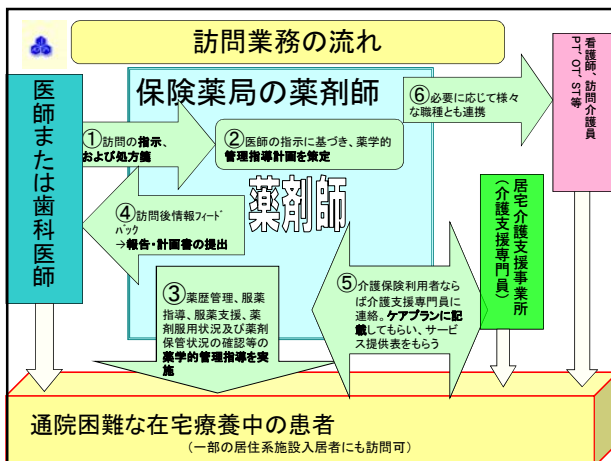
在宅患者訪問薬剤管理指導は、在宅での療養を行っている患者であって、**通院が困難なもの**に対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

### 居宅療養管理指導費／ 介護予防居宅療養管理指導費算定要件

○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について

平成18年3月17日 老計発第0317001号・老保発第0317001号・老老発第0317001号

薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師が交付した処方せんによる指示に基づき、また、医療機関の薬剤師が行う場合には、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服用指導、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、提供した居宅療養管理指導の内容について、速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告することとする。



**平成28年4月現在の算定条件と保険点数**


	医療保険 在宅患者訪問薬剤管理指導	介護保険 居宅療養管理指導
点数(料金)	同一建物居住者以外：650点 同一建物居住者：300点 *同一世帯の複数の患者に実施した場合 一人目の患者は650点 二人目以降は300点	同一建物居住者以外：503単位 同一建物居住者：352単位
算定できる回数	月4回 6日以上の間隔をあけること、以下の場合を除く (がん末期の患者さんや中心静脈栄養法の対象者については週2回かつ月8回まで)	
条件	保険薬剤師1人につき、1週間当たり40回まで 薬局と患者(患者の家)の距離が16km以内	
麻薬管理指導加算	100点(1回につき)を加算	100単位(1回につき)を加算

**<参考資料>**  
 40歳以上65歳未満でも以下の16種類の病名であれば、介護保険の申請が可能

- ・がん(がん末期)
- ・関節リウマチ
- ・初老期における認知症
- ・筋委縮性側索硬化症
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・脳血管疾患
- ・脊髄小脳変性症
- ・糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ・進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ・脊柱間狭窄症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・早老症
- ・多系統委縮症
- ・後縦韧带骨化症
- ・慢性閉塞性肺疾患

**すずらん薬局 在宅実績**  
 (2005年3月～2016年8月末日 現在)

	合計	居宅	施設
全患者数	3,691名	971名	2,720名
緩和ケア	206名	198名	8名
無菌調剤	HPN(無菌調剤)	103名	101名
	シリンジ・ボツァ充填	13件	13件
	インフューザ・ボツァ充填	2件	2件
シリンジ・ボツァのカル	25件	25件	0件
カワルツ参加	121回	121回	0回

男性：1,282名 女性：2,409名 一人暮らし：113名  
 Copyright(C)2016 株式会社ホロン すずらん薬局グループ 

**在宅に関わる主な店舗**

**大手町店** 7名の薬剤師


- ・2005年3月 無菌調剤室設置
- ・HPN調製、注射薬の充填、抗がん剤の調製可能

**川内店** 9名の専任薬剤師

- ・在宅業務中心の薬局として2007年4月開設
- ・在宅緩和ケア、在宅患者(乳幼児をふくむ)
- ・介護施設(有料老人ホーム、グループホーム)の薬剤管理

**舟入店** 8名の専任薬剤師

- ・在宅業務中心の薬局として2012年1月開設
- ・在宅緩和ケア、在宅患者(乳幼児をふくむ)
- ・介護施設(有料老人ホーム、グループホーム)の薬剤管理

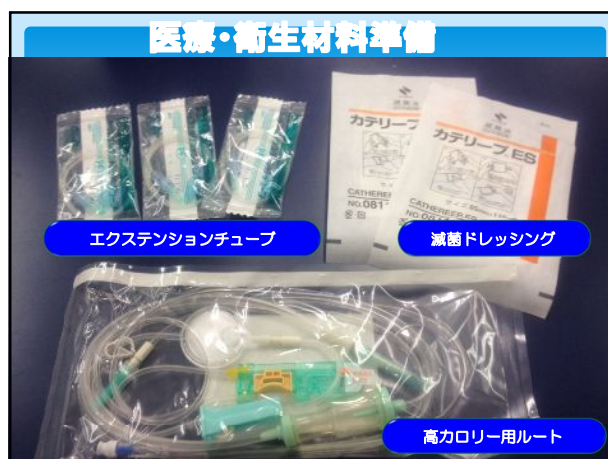


- 2.訪問前の情報収集**
- ①退院前カンファレンス  
退院時共同指導料：600点
  - ②退院時看護サマリー
  - ③訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書  
(かかりつけ医からの訪問の指示書)
  - ④ケアマネージャー
  - ⑤訪問看護事業所

- 3.情報収集の内容**
- ①病名等に関して  
病状、治療経過、退院に至るまでの経緯  
在宅移行後の課題、介護保険の有無
  - ②調剤上の注意事項  
内服が可能か？  
調剤の希望形態(一包化、粉碎)  
お薬カレンダーが必要か？
  - ③家族状況  
独居又は同居、主介護者、キーパーソン、  
家族の介護力
  - ④本人・家族の意向  
本人への告知(病状・予後)  
在宅での看取りの希望

#### 4.初回訪問時の流れ

- ①薬剤師の役割を説明  
医師の指示での訪問、緊急時の対応
- ②処方薬の投薬指導  
退院時処方薬の残薬の確認、使用状況、薬についての困りごとはないか？  
※大事なことは文字で残す
- ③処方薬以外の必要な物品の確認  
滅菌ガーゼなどの衛生用品等
- ④今後の予定の確認  
医師の往診→薬剤師の訪問時間の調整  
※話が長くなりすぎて疲れないように配慮  
⇒必要に応じて、ケアマネや訪問看護に報告



#### 5.事例報告その1

- ①事例の概要  
73歳女性、独居  
胃がん、肝転移、認知症、糖尿病
- ②支援経過  
X年3月1日  
Rp.1  
オキシコンチン錠10mg 2錠 12時間毎 7日分  
ロキソニン錠60mg 3錠  
ノバミン錠5mg 3錠  
マグミット錠330mg 3錠 各毎食後 7日分  
タケブロンOD錠15 1錠 朝食後 7日分  
オキノーム散0.5% 1g 頓服 疼痛時 30回分

16時30分頃、処方の連絡あり→Drに電話確認  
当日中の訪問の指示  
※事前情報の不足  
認知症の程度は？介護保険は持っている？  
ケアマネージャーや訪問看護は？  
⇒現地で確認するしかない状況  
内服薬を一化化し、お薬カレンダーを持参

18時30分に訪問  
自宅に上がらせていただき、服薬指導  
お薬カレンダーのセッティング  
介護保険証等の情報収集  
⇒翌日、ケアマネと訪問看護に報告

X年3月4日

##### 処方内容

デュロテップMTパッチ4.2mg 1枚×3日分  
(当日中からの使用開始の指示)  
訪問時、本人に使用方法を指導  
残りのパッチをお薬カレンダーにセット  
→訪問看護に電話で報告

X年3月7日

訪問看護から電話で問い合わせあり  
間違えて本人がパッチを貼り換えてしまった  
→パッチの保管場所の変更  
※痛みが増している可能性あり

X年3月8日

##### Rp.2

デュロテップMTパッチ2.1mg 1枚  
デュロテップMTパッチ4.2mg 1枚 各3日分  
ロキソニン錠60mg 3錠  
ノバミン錠5mg 3錠  
マグミット錠330mg 3錠 各毎食後 7日分  
タケブロンOD錠15 1錠 朝食後 7日分  
オキノーム散0.5% 1g 頓服 疼痛時 30回分

※デュロテップMTパッチは次回の貼り換えから増量の指示あり

X年3月9日  
 ケアマネージャーから入院の連絡あり  
 訪問看護に連絡し、自宅に残薬ないことを確認  
 X年5月初旬  
 入院先でお亡くなりになったと連絡あり

③事例の振り返り

認知症・独居の方の疼痛管理の難しさ  
 訪問看護・ケアマネージャーとの連携の重要性  
 もしも、自宅で最期を迎えたいと希望されたら？



6.事例報告その2

①事例の概要  
 63歳男性、妻と同居  
 肝がん末期、肝不全、高カリウム血症、嘔吐症  
 下痢症、食欲不振

②支援経過  
 X年7月12日  
 Rp.1  
 大塚糖液50%500ml 1袋  
 アミノレバン点滴静注500ml 1袋  
 大塚生食注500ml 1袋  
 ビタジェクト注キット 1キット  
 ミネラル注シリンジ 1筒 3日分

☆急遽の退院で混乱している様子  
 →訪問看護と連絡を密に取り合いサービス開始  
 X年7月13日初回訪問  
 現地での処置の内容を確認  
 ブスコパン注とランシックス注を静注  
 24時間点滴でなく、間歇投与  
 デュロテップMTパッチ2.1mgを使用中  
 →残薬を医師に報告し、今後の予定を確認  
 X年7月15日  
 輸液の処方変更→腹水の貯留で水分量の減量  
 大塚生食注を中止  
 輸液4日分を調製して、訪問

X年7月19日  
 輸液3日分とデュロテップMTパッチ2.1mg×3枚  
 傾眠がちでコミュニケーションがとれない状態  
 X年7月22日  
 輸液4日分  
 酸素吸入開始  
 亡くなる前の兆候の説明(チアノーゼ、下顎呼吸)  
 →訪問看護への連絡  
 X年7月23日午前3時永眠  
 訪問看護から連絡あり  
 後日、自宅を訪問し、残った麻薬を回収

**③事例の振り返り**

急遽の退院に迅速な対応を迫られたケース  
訪問看護・ケアマネジャーとの連携の重要性  
家族の精神的負担をどう支えるか？

**※亡くなられたあとの訪問**

① 自宅に残った医療用麻薬の回収  
② 家族とともに振り返りをすることで  
グリーフケアを行う

HP

**7.薬剤師が訪問することのメリット**

① 患者・家族への説明  
処方された薬が正確に使用されているか？  
患者・家族の理解度に合わせた服薬指導

② 使用後の効果や副作用の有無の確認

③ 医師へのフィードバック  
情報を医師へ伝達すると共に必要に応じて  
処方変更の提案

④ 他職種への情報提供  
情報共有することでより適切な病状管理

**8.介護支援専門員の役割**

アセスメント → ケアプランの作成 → ケアプランの実施 → モニタリング → 再アセスメント

ケース全体の情報をまとめ  
サービス調整を行う

No.		
1		
2	ADL	
3	IADL	
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

様式1  
第1表

**居宅サービス計画書(1)**

作成年月日 X年 7月 25日

利用者氏名 A 様 生年月日 昭和 年 月 日 住所 広島市

サービス計画作成者氏名 菅宮香織 (初回) 紹介・継続 (認定済・申請中)

介護支援事業所-施設及び所在地 B居宅介護支援事業所

サービス計画作成(変更)日 X年 7月 25日 初回サービス計画作成日 X年 4月 1日

認定日 X年 7月 20日 認定の有効期間 X年 8月 1日 ~ X年 7月 31日

要介護状態区分 要介護 1 要介護 2 要介護 3 **要介護 4** 要介護 5

利用者と家族の生活に対する意向  
[本人様] 痛みが落ち着いたので、入院しているのが退屈。家に帰りたい。  
[家族] 本人の望むようにしてやりたい。苦痛な症状がコントロールできて家に過ごせるのであれば、家で過ごさせてあげたい。

介護認定審査会の事見及びサービスの種類の決定

総合的な援助の方針  
1. 自宅で安心して過ごせるよう、症状のコントロールなど体調管理を支援します。  
2. 自宅療養中の困った事や介護負担を軽減できるように、適宜介護サービスの情報提供をして、相談に応じ、適切なサービスを導入します。  
3. 緊急時の対応や今後の療養方針の決定などについて、主治医をはじめサービス事業者と連携を取り、支援します。

緊急連絡先 ☎ご家族: 080-0000-0000  
主治医: カリニカ先生 000-0000 D訪問看護ステーション: 000-0000 E薬局: 000-0000  
〇〇病院緩和ケア科: 000-0000

生活援助中心型の  
認定理由

サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 説明・同意日 X年 8月 8日 署名・捺印 A 印



様式2  
第2表  
利用者名 A 様  
居宅サービス計画書(2)  
作成年月日 X年 7月 25日

生活全般の解決への全類型(コース)	長期目標	短期目標	サービス内容	注1	サービス提供	注2	頻度	期間
体調が安定して在宅生活が維持できる	体調が安定し、居る	X/8/1~X/7/31 急病、全身状態の悪化を避ける	X/8/1~X/7/31 在宅診療(心身の状態観察、お薬、相談、本人・家族・他職種への指導助言)	○	居宅療養管理指導	クリニック指導	週1回	X/8/1~X/10/31
ベッド上の動作が安全にできる	安全な体位が保たれる	X/8/1~X/7/31 褥瘡・体位変換ができる	X/8/1~X/10/31 特殊寝台・特殊寝台付属品の利用	○	居宅療養管理指導	褥瘡用具貸与	週1回	X/8/1~X/10/31
生活の困りごとが解決できる	主治医・各サービス担当者と連携が取れる	X/8/1~X/7/31 連携体制の整備	X/8/1~X/10/31 体調や介護不安に対する相談	○	居宅介護支援	B居宅介護支援事業所	随時	X/8/1~X/10/31
身体をさっぱりとし、気持ちよく過ごしている	清潔を保ち、清潔な環境が保たれる	X/8/1~X/7/31 清潔を保つ	X/8/1~X/10/31 適切なケアを実施する	○	福祉用具貸与	福祉用具貸与	随時	X/8/1~X/10/31
					訪問看護(夜)	訪問看護	週5回	X/8/1~X/10/31

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

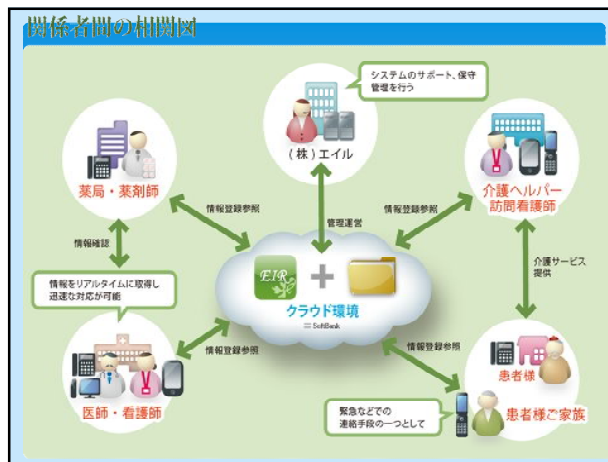
様式3  
第3表  
利用者名 A 様  
通院サービス計画書  
作成年月日 X年 7月 25日

月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜							
早朝							7:30 起床 8:00 朝食
午前	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護		
午後							12:00前後 昼食
夜間							17:30~18:00 夕食
深夜							21:00 就寝

通院以外のサービス  
居宅療養管理指導(医師・薬剤師)、レンタルベッド・椅子・レンタル

### 9.他職種との連携の方法

- ①電話  
緊急連絡先の確認
- ②ファックス  
薬の説明書などを送信
- ③カンファレンス  
退院時または退院後自宅で開催
- ④連携ノート  
自宅に置いて、多職種が記入
- ⑤インターネットを利用したの情報共有  
パソコンやスマホでの情報交換



### 10.在宅におけるQOLとは？

薬剤師の考えるQOL

- ・痛みがない
- ・お通じの調子が良い
- ・睡眠がしっかりとれる...

自覚症状がコントロールされている

↓

患者や家族からの要望は少し違うこともある

(60代肺がんの患者の家族から)  
痛み止め(麻薬)が効いて痛みの訴えはないが眠ってばかりでコミュニケーションが取れないのは淋しいので、麻薬の量を少なくしてほしい。

(30代子宮がんの本人から)  
痛み止めを使えば痛みが取れるのはわかるが一度使い始めたらドンドン量が増えていくのが怖いので使いたくない。

(70代肺がんの本人から)  
痛み止め(麻薬)を使っているのに車の運転を止められたが、病弱な妻を病院へ送っていきたくないので、どうしても運転したい。

生活する上での優先順位  
病気と向き合う気持ち  
病状や薬物治療の理解度



患者・家族お一人お一人の違いがあることを  
援助者が受け入れる



患者・家族の気持ちに沿った援助を考える



患者・家族のQOLの向上につながる



人生の最期の貴重な時間を大切に過ごして  
いただけるように支える

御静聴ありがとうございました