第４回研修　9/26　グループワーク記録

●事例を通して、ケアマネ（薬剤師）の視点から、どうアプローチするか？

薬剤師（ケアマネ）に対しての要望など意見交換をしてください。

グループ名(　**A**　)

**事例1**

【ケアマネ（薬剤師）の視点から】

（ケアマネの視点）

・飲み忘れが原因か。食事はどうか。塩分制限を指導。

・退院時の薬の処方状況の確認⇒指導

・家族（主人）に薬の服薬確認。主人の理解度どうか。

・認知機能のチェックが必要かも。

・すでに体重増⇒受診の勧め

・毎朝の体重測定を徹底してもらうような工夫。ここにも家族の介入できないか。

・家族状況、服薬状況を含めた現在の生活状況のアセスメント

・介護申請の勧め⇒訪問看護の導入

・水分制限あり。生活の中でどのように水分補給しているか。

・本人の薬に対する意識はどうかの確認。

（薬剤師の視点）

・朝の薬のみでも飲み忘れ。飲み忘れた場合のフォロー。

・腎不全。腎機能に合わせた処方の指導。

・飲み忘れ予防が大前提。

・サムスカ、プロセミド⇒脱水に注意が必要

**事例2**

【ケアマネ（薬剤師）の視点から】

（ケアマネの視点）

・退院後の服薬状況、食事状況の確認。

・近隣の長男夫婦の関わりはどうか。服薬等の支援状況の確認。

・初期症状はどのような症状があるのかリスク管理。

・健康管理の支援。訪問看護等の導入。

・医師、薬剤師からの服薬指導。

・下肢の浮腫の確認。

・予約を待たず緊急の受診になる症状、値等の確認、共有。

・専門職の定期的な関わりが持てる支援体制を作る。

（薬剤師の視点）

・出血しやすい薬が処方されている⇒看護師、ヘルパー等の眼が入るようにする。

・薬の一包化。カレンダーの利用。

・血圧、体重が測れる支援体制。

・食事はどうか。長男家族の関わりができるか。

・運動の機会を作るように指導。

グループ名( **B** )

【薬剤師より】

・心不全の薬服用患者は薬を見て体重増減の変化が受診の目安となる。指導している。

・心不全の方の場合、体重が2 ～3 k増えたら受診と伝えている.

・ー包化して服薬しやすく しても、 朝食後の薬が 「朝食後でないといけない」 と朝飲み忘れたからと服薬しないときがある。時間が過ぎても飲むことが大切だと伝えることが必要。

・薬の自己判断による中止を防ぐために、薬剤師に相談してもらえると主治医薬のことで相談できる。

・薬を渡すときに、高齢者や齷の方等は状況を確認している。

・薬局で介護保険が使えることを伝える。未申請なら、今後のことを考えて申請を促している。包括を案内したり、簡単に介護保険の説明をしている。

・薬手帳の持参をお願いしている。

・今回の事例として、服薬の保管場所の確認や栄養指導がタンパク質35g塩分制限6 g以下となっている。タンパク質が少なすぎると低栄養になるので、チェックが必要。

【ケアマネより】

・生活や家族等の背景。能力だったりとアセスメントにより服薬支援が変わる。

・服薬カレンダーや服薬ポックスを活用している人は服薬状況を確認しやすい。袋で管理　している人は、服薬状況や残薬の確認が難しい。木人への確認で終わりがち。

・飲めていると本人が言うとそうかなとなってしまう。

・薬剤師さんより紹介をしてもらうと、包括で申請援助ができる。

・心不全ノートを見たことがなかった。

【要望やまとめ】

〇薬剤師より

・薬局では自宅での服薬状況や管理状況がわからない。 ケアマネから、 状況を発信してほしい。 薬剤師の活用をケアマネから相談して く れるとやりやすい。 連携をとって欲しい。

・薬手帳を常に持参するように伝えてほしい

・担当ケアマネの連絡先がわからない。わかるようにしてくれると必要時連絡しやすい。

〇ケアマネより

・薬剤師さんより、包括に相談に行ってねと言ってもそのまま来ないケースがある。できれば、本人に伝えた後、包括に一報入れて欲しい。言葉のキャッチボールが必要かと思う。

〇まとめ

・疾患や服薬により体重管理も必要だと知った。

・専門分野との連携の必要性。行動することで、専門的な立場から役割分担ができる。

・心不全の方のように、体重管理が必要な方は管理の必要性を伝え注意して声かけが必要。

・薬剤師とケアマネとの連携を図るように、気軽に相談をしていく。

・薬手帳の必要性を伝える。(常に持参する) 

・心不全ノートの活用を行い、意識づけを本人、家族にしていく。

・薬剤師が担当ケアマネを知る手段として、お薬手帳にケアマネの事務所や担当の記載をする。

・途切れない支援の為言葉のキャッチボールが必要。

グループ名( **C** )

事例１

まず確認することは？薬剤師より

・飲み忘れがある。ー包化でも薬が飲めないこともあるので環境を整える。

(見やすいところに設置、日付を入れる)《みつは薬局》

・飲み込みにくき等確認。塩分の摂りすぎの認識も確認《みかの薬局》

・薬の量、水がたくさん必要な薬か確認。(飲みやすさ)《みかの薬局》

・退院時の薬があまっているので原因を考える。

・薄味の認識、具体的に食べたものを確認。薬手帳の活用。

・普段の体重等自身で認識し、49.7キロ→どの程度で受診が必要か確認。

・医師に相談しているか。

・朝飲み忘れが多い。忘れた時はいつまで飲んでよいか確認。《とんば薬局》

・薬手帳の確認(退院時、現在、入院前の薬の確認し調整)

10日分の残りはあってもよいのかもしれない(コロナ禍等で)《このみ薬局》

ケアマネが薬剤師に教えてほしいこと.

・薬の中でも利尿剤等の見合わせや相性はあるか。《社協》

⇒効くところが違う。種類が多いと副作用は出やすい。心配があれば相談。

　　血圧が下がりすぎてしまった場合はどんな状況であったか報告と相談。

・市販の便秘薬を自己判断で飲んでいる方がいる。《社協》

⇒水分コントロールしている患者は便秘がち。薬剤師に報告と相談してしい。

便秘薬でも働きに違いがある。心不全の患者は市販の薬を飲み続けていくとよくない。《とんぼ薬局》《みつは薬局》

・疑問に思ったことは直接伺って薬剤師に聞きに行ってもよいのか。《さくらの苑》

⇒相談よい時間は決まっている訳ではない。《国府台薬局》

⇒アクションを起こしてくれてよい。患者対応している場合は待ってもらうこともある。まずは、電話をしてもらえたら後で連絡したりする。《みかの薬局》

・高血圧で内服している方が、薬を飲むことで《アイケア磐田》

⇒血圧が低いから悪いじゃなく、自覚症状や頻度がどうか。日常生活に影響があるかが問題。《みつは薬局》

グループ名(　**D**　)

グループワーク①

・内服の自己管理ができていない：薬局との情報共有

・受診時お薬手帳の持参がない：手帳の確認

・訪問時に浮腫等の体調確認

・心不全手帳の確認をする

薬剤師より

　薬の一包化が必要ではないか（種類が多いため）

　夫が同居しているため、内服薬の確認等のサポートが得られるか。

　リクシアナについて：体重により処方が変わるため、体重の変化に留意していくことが必

　要　また、出血傾向等副作用があるか留意していくことも必要。薬剤の組み合わせにより

　症状が強く出る可能性

　血圧を下げる作用が多い種類の薬剤を飲んでいるため、低血圧の傾向になる可能性もあ

　る。ふらつきや転倒に注意が必要。

多量薬剤を服用している人に対しては、薬がきちんと飲めているか確認が必要。一包化

　も有効

　徐脈や口喝の症状の観察も必要

グループワーク②

・内服を自己中断していた：薬剤師と連携をとり必要性を理解してもらう

・近くに住む親族の協力

・家族が病識をもっていると、家族からの働きかけも有効か

薬剤師より

・水分制限のある方の内服の方法：OD錠の活用　水分量が少なくてすむ。

・本人への指導、状態の把握

・運動習慣をもつための働きかけが難しい。高齢になると体を動かすことを億劫になる人が

　多い⇒生活の中の動作　「歯磨きしながらスクワットを5回やる」「調理をするときつま先立ち」を促す。

グループ名(**E**)

◎議事録（以下、P：薬剤師　CM：ケアマネージャー　と略す）

事例①

**薬の飲み忘れについて**

（CM）訪問看護や薬剤師の訪問をプランに取り入れた方がいい。

（P）　薬カレンダーの活用を考えたらどうか。

（CM）薬の管理について入院中はどのように管理していたのか。手渡しだったのか？

**体重管理・食事管理について**

（CM）退院後２週間くらいで体重が増えているが、食事もどのようにしていたのか？

（P）　夫のフォローが必要。体重は目標設定を超えているので心不全手帳を活用して日々の管理をおこなっていくといい。

（CM）薄味を意識しているということだが塩分をどのくらいとっているのか？

（P）　申請して介護度がつけばヘルパーに家事を代替してもらうか、夫がどれくらいできるのか、見ていく必要があるのではないか。

（CM）薬の管理は薬剤師さんは毎日見れないのでヘルパーに確認してもらうことはできるのではないか。また、病院で栄養指導をどれくらい受けてきたのか。

（CM）飲水制限で一日2Lだが実際どれくらい飲まれているのか。食事と共に気になる。

（P）　退院後は塩分量が増えがち。食事や飲水を見える化したらどうか。

**服薬量について**

（CM）服薬の数が多いようだが減薬できるのか？

（P）　量としては多いが必要な薬で、減薬は難しいのではないか。

　　　強いて上げれば、胃薬は検討の可能性あり。主治医と相談。

（CM）薬を飲み忘れた時の、飲ませる基準はあるのか。

（P）　優先順位をつけるのは難しい。薬にもよる。生命が優先。薬局・薬剤師を利用してほしい。

（P）　アミオダロン（抗不整脈）は、まれに間質性肺炎等の副作用をもたらす。発熱や咳等の兆候が現れたら相談してほしい。

事例②

**薬の中断**

（P）　入院前に自己判断で薬を中断している。薬の効能の説明が必要だったのでは。

（CM）1ヵ月前から労作時の息切れを自覚していた、ということだが早めに受診することを考えてもらう方がよかった。

（P）　自己判断で薬をやめてしまったのがポイント。薬剤師から説明をしていく。

（CM）薬のことや体調のことを、あまり重要視して過ごしていなかったのか。自覚を促す指

導が必要ではないか。

（CM）早めの予防ができるといい。自分が心配にならないと包括には相談に来ない。

　　　　主治医と薬局で薬の中止は確認できないか？

（P）　受診の間隔と残薬で確認できる。コンプライアンスはどうかと聞き取ることはできる。

（CM）薬を出されても理解できない方もいるので、説明をしていただけるといい。

**心不全手帳について**

（CM）手帳の利用は薬局から提案できるか？

（P）　薬局には無い。

グループ名（**F**）

【事例１】

薬：腎不全数値知りたい。高脂血症の薬は？水分２０００ｍｌ守ってほしいと指導する。薬剤の種類が多い。一包化勧めたい。

ケ：飲み忘れ、薬剤師、看護を入れたい。

薬：訪問薬剤師、自身で管理ができない依頼はクリニック等からが多い。。

薬：Ｄｒからの指示がスムーズに入れる。ケアマネ経由もあった。薬剤師からのアプローチは難しい。

ケ：心不全手帳で管理しやすくなっている。訪問時確認している。訪問事業所にも確認して頂く。ＳＨＩＺＵＣｏＰがあると情報共有できる。受診の目安が分かりやすい。

薬：利尿剤、体重、水分管理、低Naに注意してほしい。

　　退院前カンファレンスで情報共有できる。活用してもらいたい。

ケ：ＳＨＩＺＵＣｏＰ患者さんに理解してもらい、使えるようにしてほしい。

【事例２】

薬：アムロジン、血圧の他狭心症に効く。飲んでいた方が良かった。作用を知っていた方がいい。

ケ：薬局付きの居宅、クリニック付、カンファレンスで分からない事が聞ける。サ担に薬剤師入っている。

ケ：アセスメントの時、薬について、食事内容の確認。

薬：薬一包化や、自己中断しないように指導。

薬：自己中断してしまう方⇒飲みたくない理由・・数が多くて飲みたくない。

　　Ｄｒに相談してほしい。難しければ、薬剤師から相談、提案。

　　飲まなくて体調不良になるとまた薬が増える為、自分から言うように伝える。

グループ名(　**Ｇ**　)

・途中、服薬を中断している事例。なぜ、中断したのか聞いてあげる人はいなかったのか？

・勝手に服薬を中断した。大きな問題だと思う。病状が悪化した原因がここにあるのかもしれない。

・ひとり暮らしの服薬管理の難しさが出ている事例。

・独居の高齢者。田舎にはとてもたくさんいらっしゃると思う。

　孤独死を含め、無くならない問題。どうしたらいいのか・・・。

・地域の方の巡回が必要。見守り隊の方のマンパワーが必要。

　（民生委員は、高齢者200人に一人と聞いている。）

・出来る所からやってみよう。

　心不全の定義…患者数が増えている。身体機能が低下して、繰り返すため悪化していく。

・服薬管理にしても、必要以上に薬を飲んでいると思う。少なくても５～６錠。心不全は薬が増えていく。

・運動療法は大事。どのようなトレーニングをやればいいか…専門スタッフによるリハビリが必要。運動療法は、状況に応じて行う。

・年齢と共に、味覚は低下する。若年性の５倍は違う。

・なぜ、心不全になったのか考える必要がある。医療従事者より、説明し、理解してもらう必要がある。（早期発見が大事）

・なぜ、繰り返してしまうのかも考える。連携が必要。

・体重シートの活用。（体重の増減への意識を持つ）

・薬…一包化の必要。

・薬をやめる前には必ず相談する事を伝えていく。

・介護保険への申請の手順も丁寧に伝えていく。

・水分制限のチェックも必要。…水分制限も身体に負担がかかっていないかも確認する必要がある。

・薬の飲み忘れへの対応についても、本人に伝えておく必要がある。

・話をするときは、本人の目線に合わせて話をする事。（座って話をする。等

・ケアマネから、薬剤師への質問はいつでもかまいませんので、連絡ください。