

高齢者・在宅患者の服薬支援ガイド

訪問実践マニュアル



長野県薬剤師会
介護保険委員会

1-1 在宅医療の現状

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

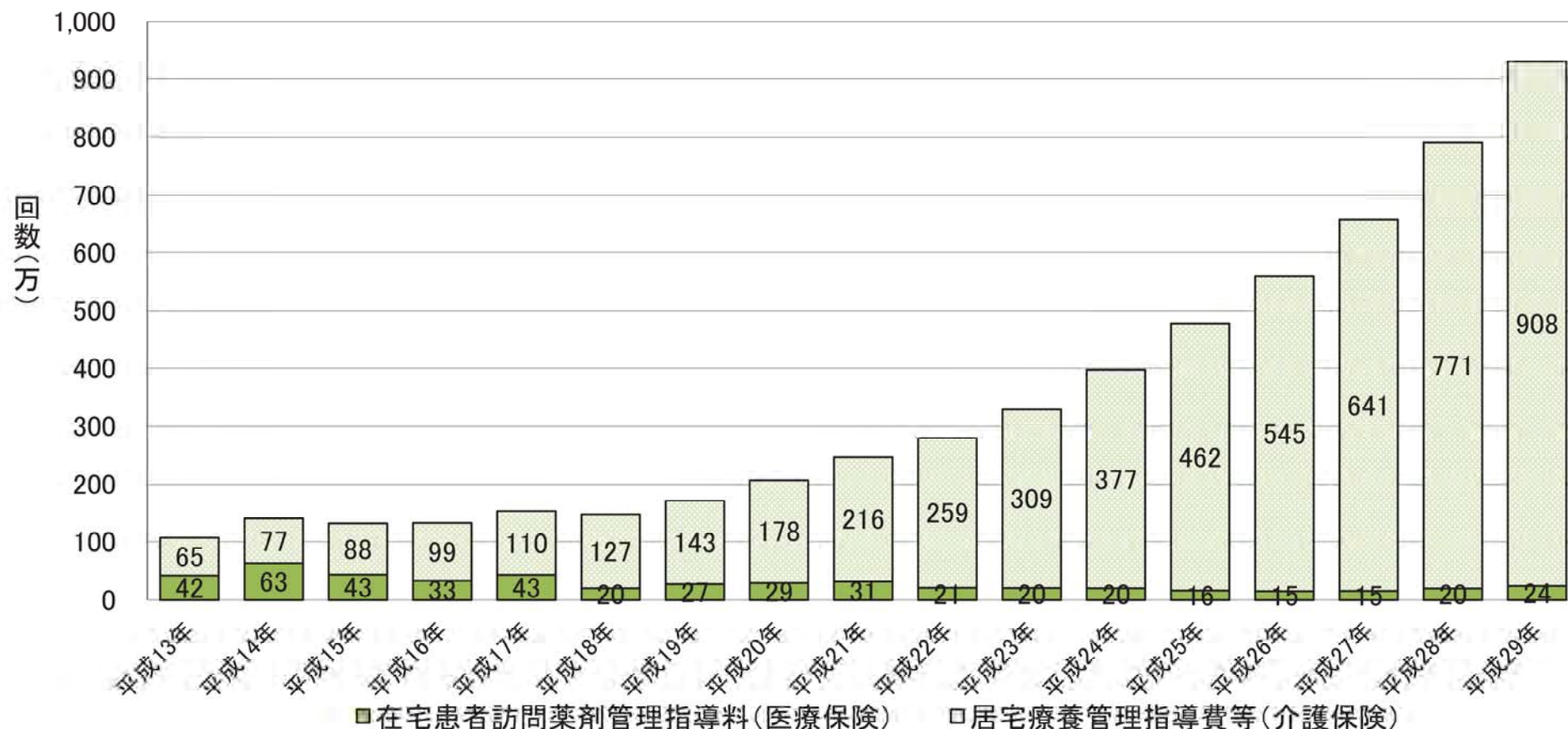
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

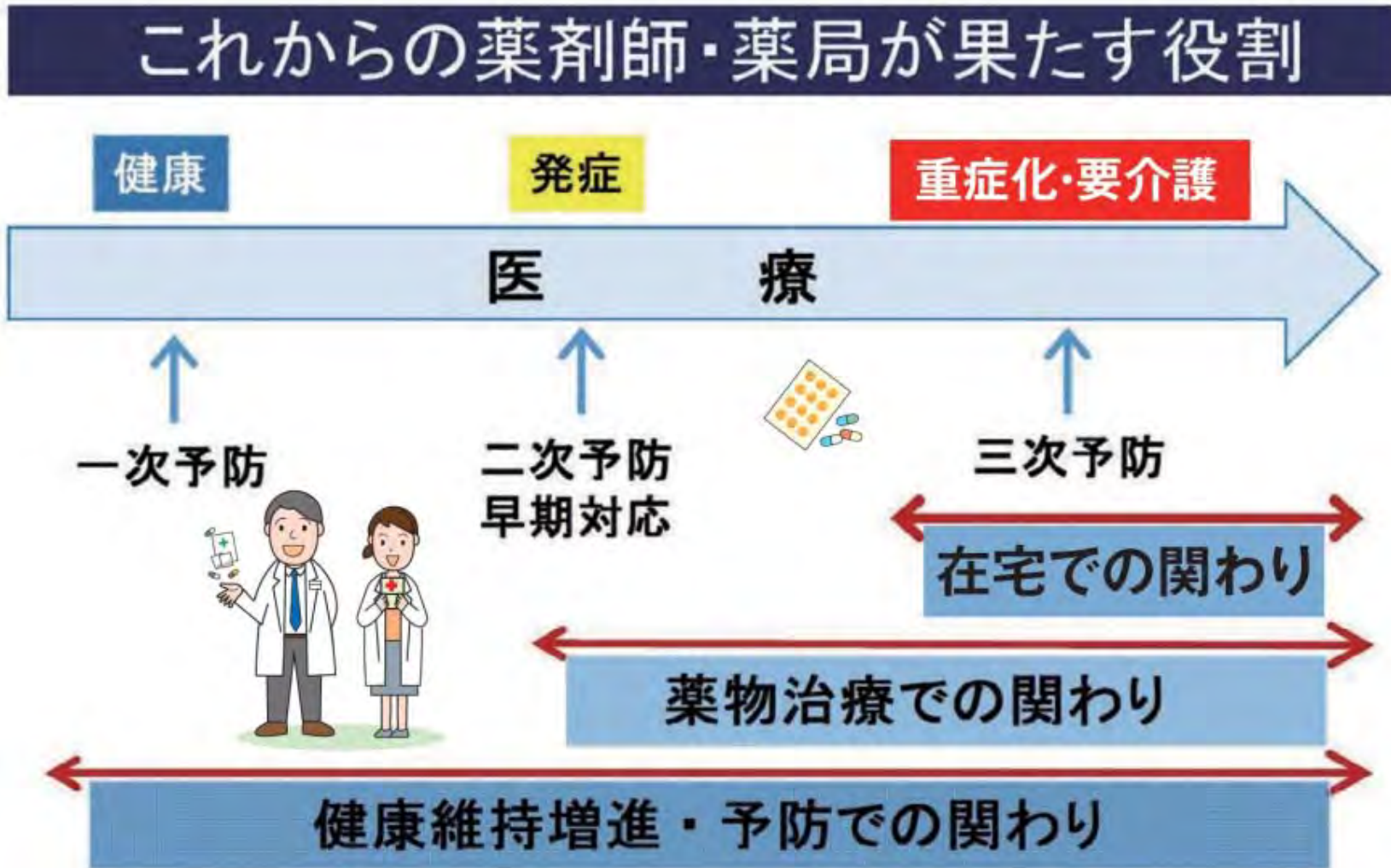
中医協 総 - 3
31.4.24

- 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数は少なく横ばいだが、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びている。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

出典) 社会医療診療行為別統計及び介護給付費実態調査を基に医療課で作成



1-2 在宅訪問依頼を受けるためのアプローチ

1. 薬局にて

- 1) 日頃の相談応需
- 2) 来局者へのアピール

2. 他職種との連携

- 1) 主治医への患者情報の提供
- 2) 患者に関わる関係者の把握
- 3) 医療・介護に係る関係者との顔の見える関係作り
 - ① 地域ケア会議への参加
 - ② 合同勉強会やケアカフェへの参加



1-3 在宅訪問における知っておくべき 基礎知識

1. 介護保険とは

1) 介護保険の対象者は？

原則65歳以上の方が対象となる。

疾患によって介護保険料を支払うようになる40歳からが対象になる。(16特定疾患が対象)

詳しくは：65歳以上の第一号被保険者と40歳以上65歳未満の第2号被保険者に分けられる。

ただし、下記の方は40歳以上でも介護保険に加入できない。

1. 40歳以上65歳未満で医療保険に加入していない人
2. 適用除外施設（身体障害者施設、救護施設など）に入所している人

2) 介護認定とは？

介護保険のサービスを利用するためには、介護認定を受ける必要がある。

介護認定は本人もしくは家族が必要と感じた時に、自分で任意に申請する。



医療保険の上に付加する任意の保険なので、原則医療保険より優先して使用しなければならない。(医療・介護どちらも使用できるケース)

3) 介護認定の区分


要支援	要支援	要介護	要介護	要介護	要介護	要介護
1	2	1	2	3	4	5

予防給付

介護給付

※要支援・要介護ともに介護保険の対象者。

2.保険薬局の在宅訪問に係る点数

 居宅療養管理指導費(介護保険)及び 在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)【令和2年4月現在】		
呼称	医療保険：在宅患者訪問薬剤管理指導料	介護保険：(介護予防)居宅療養管理指導費
薬局の 薬剤師	1回あたり 単一建物診療患者が1人 650点 単一建物診療患者が2～9人 320点 単一建物診療患者が10人以上 290点 ※薬剤師一人につき 40回/週まで ※ 16km規制 ※同居する同一世帯の患者が2人以上 いる場合は(例：夫婦)患者ごとに 「1人の場合」を算定する	1回あたり 単一建物居住者が1人 509単位 単一建物居住者が2～9人 377単位 単一建物居住者が10人以上 345単位 ※単一建物で、ひとは医療保険、 もうひとは介護保険の場合は 医療：650点、介護：509単位
病院又は 診療所の 薬剤師	同 上	月2回までの制限 1回あたり 単一建物居住者が1人 560単位 単一建物居住者が2～9人 415単位 単一建物居住者が10人以上 379単位
麻薬加算	100点	100単位
基本 項目	※基本的に患者一人につき月4回までの算定。 6日以上 あけて算定(7日後から可) ※ガン末期および、中心静脈栄養法の対象患者： 週2回かつ月8回を限度 (病院又は診療所の薬剤師にあっては算定不可) ※対象は通院困難な在宅療養中の患者(算定要件上、医師の往診の有無は関係ない)	

1-4 在宅訪問の依頼を受けて-在宅訪問実践編- ～実際の症例をもとに流れに沿って実践してみましよう～

ある日、大阪太郎さんのケアマネジャーより、薬剤師の県薬花子さんの薬局に電話がありました。



そちらでお薬をもらっていた大阪太郎さんが、今度退院されるにあたって介護サービスを受けることになりました。お薬についてあまり理解されていない様子なので、在宅訪問してお薬の管理をお願いしたいのです。

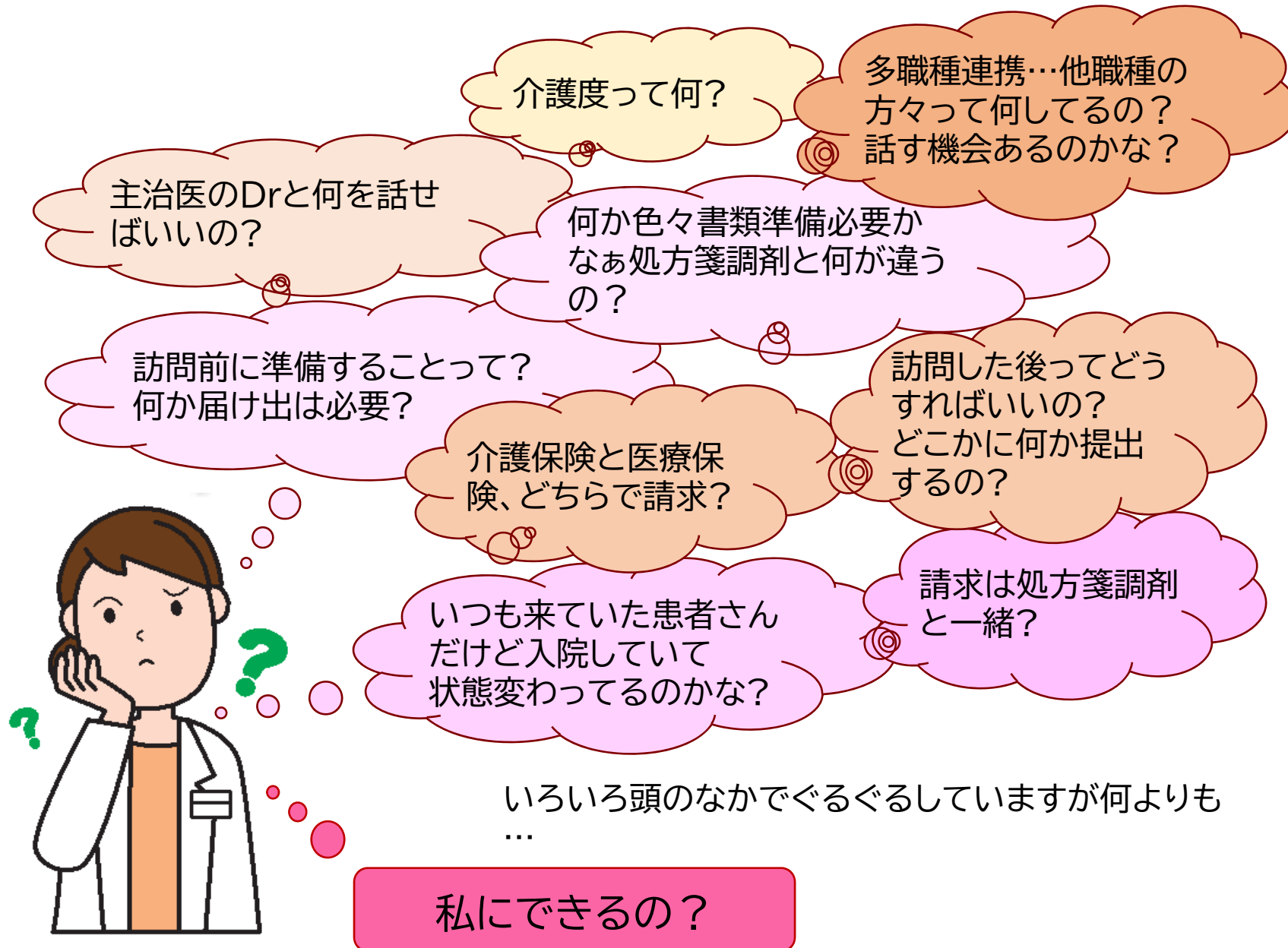
この方は以前元気に通って来られたのですが、ここ2ヶ月ほどいらっしゃってませんでした。

入院されてたのか…元気だったのに通院困難になったのかな…
確か関西弁でちょっと怖かったなあ、大丈夫かなあ。

はい、訪問させていただきます。



不安がりましたがお引き受けすることにしました。
さて、県薬花子さんは在宅訪問が初めてです。



1.訪問前に準備すること

1)保険請求上必要な届け出がなされているか、確認する(各種様式は第5章に掲載)

患者が介護認定を受けていない場合……医療保険(A1)

介護認定を受けている場合……介護保険(A1～A4)

各請求に際し届け出が必要となる。

※各種届け出書類の様式、提出にあたっての注意事項等は第5章を参照。

2)薬局内の掲示は？

①指定居宅療養管理指導事業者 運営規定(第5章B1-①)(介護保険上の規定)

②介護保険サービス提供事業者としての掲示(第5章B1-②)(//)

③訪問薬剤管理指導の届け出を行っている旨の掲示(第5章B1-③)(医療保険上の規定)

*県薬のホームページに様式を掲載してありますが、自分の薬局に即した内容に変更して掲示をすると良いでしょう。

この方は介護認定を受けていたので、介護保険での請求となる。

3)主治医に在宅訪問の指示をもらう(第5章C- 1)

※薬剤師の県薬花子さんは主治医の先生にお願いして指示書をいただきました。

訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書【例】

訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書	
依頼年月日 2018年 4月 7日	
<p>依頼者 氏名 〇〇 〇〇</p> <p>医療機関名 E内科医院 住所 長野市〇〇町1-1-1 電話 026-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 Fax 026-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 医師名 〇〇 〇〇 〇〇</p>	
患者	氏名 〇〇 〇〇 性別 (〇)・女
	生年月日 〇〇 〇〇 〇〇 13年 〇〇月 〇〇日
	住所 長野市〇〇町1-1-1
	TEL 026-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
	介護度: 要支援1・2 要介護①・2・3・4・5 ケアマネ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳
病歴	高血圧 高脂血症 変形性膝関節炎
既往症・経過	50代から降圧剤、抗コレステロール薬を服用されていた。 昨年12月 変形性膝関節炎にて右足を手術 もう片足も手術の予定だが、現在生活にかなり制約がある。通院困難。 2月 狭心症で入院。3月末、退院 性格はなかなか頑固で、薬もムカがあり、血圧が安定しない。 薬剤の管理、指導をお願いしたい。
使用薬剤	ニフェジピンCR ロスバスタチン フルニシラゼパム ロキソプロフェン 硝化イソソルビドテープ
訪問に必要と期待すること	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤管理状況の確認 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤方法の検討 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 副作用のチェック <input checked="" type="checkbox"/> 服薬によるA/L/Lの影響 <input checked="" type="checkbox"/> 生活状況の把握 <input type="checkbox"/> その他 ()
服薬にあたっての情報	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能障害 <input type="checkbox"/> 寝たきり患者 <input type="checkbox"/> 無下痢者 <input type="checkbox"/> 失音症 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 認知症患者 <input type="checkbox"/> その他 ()
特別に注意	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ミトマーの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()

4)薬学的管理指導計画書の作成を行う

薬学的管理指導計画書【例】

薬学的管理指導計画書				
2018年 4月 1日作成				
作成者 県薬局 薬剤師氏名： 泉藤 花子				
年 4月分	患者氏名 大坂 太郎	S13年 10月 10日生(80歳)		
訪問回数	<input checked="" type="radio"/> 2週間毎 <input type="radio"/> 1週間毎 <input type="radio"/> 1ヶ月毎 <input type="radio"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 曜日訪問			
医師からの情報	(診断名) 高血圧 高脂血症 変形性膝関節症 (既往歴) 50代から高血圧 高脂血症で服用中。 12月に変形性膝関節症で右足を手術。その為現在はおまり動けず生活も介助が必要。 2月 狭心症で入院。 服薬にむらがあり、血圧が安定しない。			
患者の心身の特性	独居 頑固な性格で生活管理が出来にくい			
注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADLへの影響・相互作用等) 服薬状況の把握(残薬確認) 正しく服用するための調剤方法の提案 アドヒアランスの向上			
今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目) 【指導を行った際に記入】				
計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。 【指導を行った際に記入】				

5)重要事項等説明書および計画書の作成

居宅療養管理指導・契約書	
利用者 <u>大阪 太郎</u> (以下「甲」という。)と事業者 <u>県薬薬局</u> (以下「乙」という。)とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。	
(目的)	
第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの特約の範囲内で、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の在宅療養上の管理及び指導を行うことにより甲の在宅療養管理指導サービスの提供を行います。	
第2条 この契約書の契約期間は、 <u>2018年4月〇日</u> から <u>2019年3月31日</u> である。	
2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲が介護保険認定の有効期間の満了日を更新された場合には、変更後の契約期間の満了日は、甲が介護保険認定の有効期間の満了日となる。但し、前項の契約期間の満了日より前日までに甲が介護保険認定の有効期間の満了日を更新した場合は、変更後の契約期間の満了日は、甲が介護保険認定の有効期間の満了日となる。	
3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間の満了日は、更新後の介護保険認定の有効期間の満了日となる。	
中	
この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲が1通、乙が1通をそれぞれ持つ。	
2018年 4月 日	
利用者甲 住所 長野市 △△町 1-1-1	
氏名 大阪 太郎	
代理人(選任した場合)	
住所	
氏名	
事業者乙 住所 長野県長野市市〇〇〇町1-1-1	
事業者(法人)名 有限会社 県薬薬局	
代表者名 〇〇 〇〇	
事業所名 県薬薬局	
事業所住所 長野県長野市市〇〇〇町1-1-1	
(事業所番号)	

居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書 (試案)	
日薬介護保険対策特別委員会 平成12年3月作成 平成15年4月一部改定 日薬職能対策委員会 高齢者・介護保険等検討会 平成21年9月一部改定 日薬地域・在宅医療委員会 平成25年4月一部改定 日薬地域・在宅医療委員会 平成25年4月一部改定 日薬地域医療・保健委員会 平成27年7月一部改定 日薬地域医療・保健委員会 平成28年3月一部記載修正 日薬地域医療・保健委員会 平成30年4月一部記載修正	
居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導(以下、「居宅療養管理指導等」という。)サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が <u>大阪太郎様</u> に説明すべき重要事項は次の通りです。	
1. 事業者(法人)及び事業所の概要	
事業者(法人)の名称	有限会社 県薬薬局
所在地	〒381-0900 長野県長野市市〇〇町1-1-1
代表者(職名・氏名)	代表取締役 〇〇 〇〇
設立年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
電話番号	026-〇〇〇-〇〇〇〇
事業所の名称	県薬 薬局
介護保険指定事業所番号	長野市指令〇保食第〇-〇〇〇〇〇〇 <i>※都道府県等の介護保険担当部署にご確認ください。</i>
事業所所在地	〒381-0900 長野県長野市市〇〇町1-1-1
電話番号	026-〇〇〇-〇〇〇〇
管理者の氏名	県薬 花子
中	
(乙)当事業者は、甲1に対する居宅療養管理指導等サービスの提供に当たり、□甲1、□甲2に対して、重要事項等説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。	
(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者	
主たる事業所所在地	長野県長野市市〇〇町1-1-1
名称	有限会社 県薬薬局
代表者名	〇〇 〇〇 印
説明者	所属 県薬薬局 氏名 県薬 花子 印
(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。	
(甲1)利用者	住所 長野市 △△町 1-1-1 氏名 大阪 太郎 印
(甲2)利用者家族	住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇 印

6)個人情報取扱同意書(第5章 B2-③の用意。)

個人情報取扱同意書

利用者及びその知照の個人情報については、次に記載する所により必要最小限の範囲内で取扱うことに同意します。

記

1. 使用する目的
医療及び、居宅サービスを円滑に提供するために実施する担当会議等において必要な場合

2. 使用する職員の範囲
(ア) 利用者に対して適切な医療を提供する医療従事者
(イ) 利用者に対して福祉サービスを提供又は相談援助等を担当する関係者

3. 条件
(ア) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れることが無いよう細心の注意を払うこと。
(イ) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

平成 年 月 日

記

(利用者) 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

(利用者の家族) 住所 _____
氏名 _____ 印 _____

7)身分証明書と領収証(第5章 B4-②の用意。)

身分証明書



薬剤師 泉薬花子
長野県長野市〇〇町1-1-1
泉薬 薬局

電話：026-〇〇-〇〇〇〇
FAX：026-〇〇-〇〇〇〇

そのほか在宅訪問バッグに入れておくと便利なグッズとして

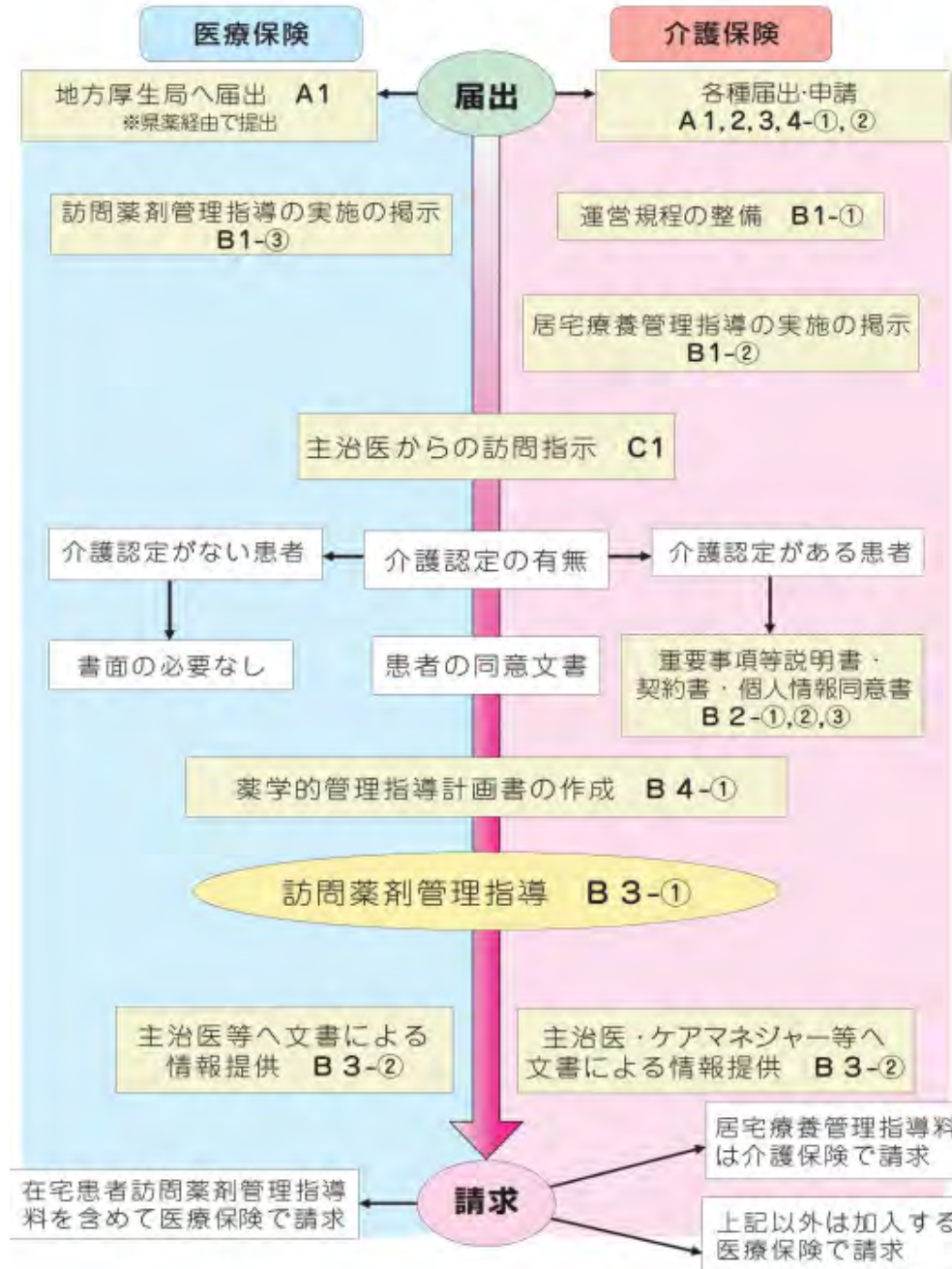
- 文房具(はさみ、ホチキス、マジックペン、ボールペン、カッター、大学ノート、両面テープ等)
 - 参考書籍(『治療薬マニュアル』・『今日の治療薬』等)
 - 投薬カレンダー
 - 介護用品カタログ
 - 医療用具(体温計、血圧計、手指消毒剤等)
 - 釣銭
 - 地図
 - 聴診器(必要に応じて)
- ※タブレット・スマートフォン等もあると便利です。

さあ、これで準備はできました!!
いよいよ出発です。
患者さんのお宅に行きましょう!



流れから見る書類一覧

【高齢者・在宅患者の服薬支援ガイドブックP20】



1-5 いざ、在宅訪問開始！

1.患者の自宅にて(多職種との連携)

初回訪問時には、ケアマネジャーと一緒に一緒に行ってくれることになりました。これは大変心強かったです。

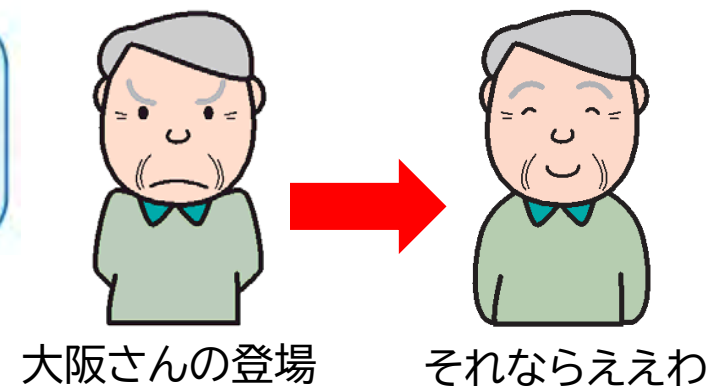
ポイント

訪問前には、ケアマネジャー等、患者に関わる多職種と連携を図っておくと、訪問がスムーズに進む。ケアマネジャー以外からの依頼で訪問する際には、ケアマネジャーへの連絡は必須。

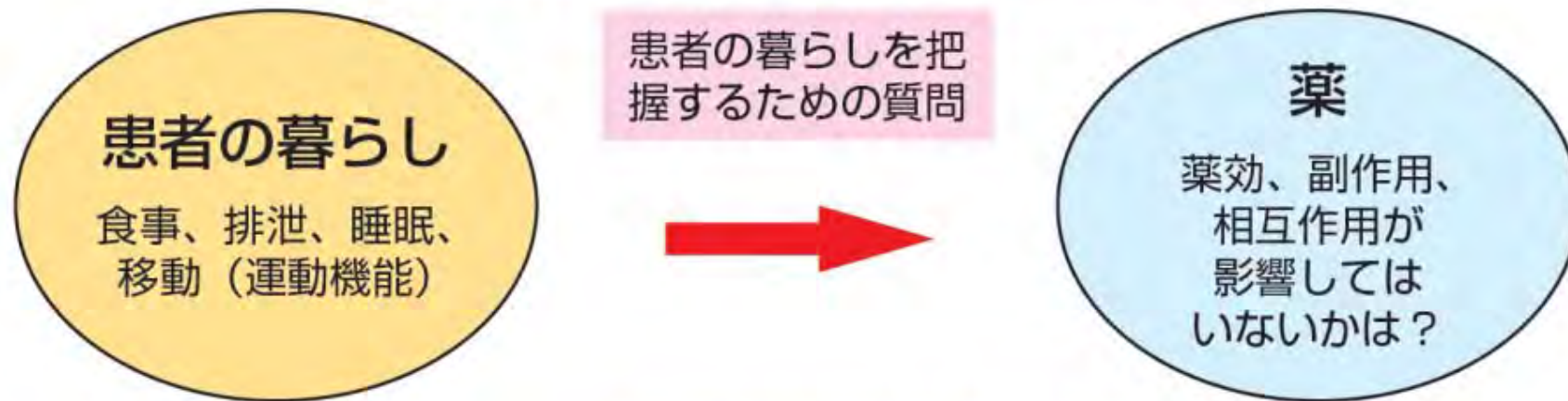


ポイント

日頃からの患者との関わりがきちんとできていれば、在宅訪問の開始もスムーズに進む。薬局カウンターでも患者の背景にある生活を常に考えるようにすること。



「暮らし」が先に来る思考回路



この思考回路があれば在宅はできる！

日常生活で使う言葉から、患者の「暮らしの質」が守られているかを聞き取ろうとすることが重要。（薬により暮らしが影響を受けてはいないか？と常に疑ってみる）

2.患者の自宅にて(契約関連)

1)同意書や契約書の取り方

介護契約を結ぶ際に契約書は文字が多くてわかりにくいと思い、重要事項等説明書を中心に話をしました。今回からの訪問に対しての内容と金額をお伝えしました。支払いは月の終わりにまとめて請求することになりました。



居宅療養管理指導・契約書

利用者 大塚 太郎 (以下「甲」という。)と事業者 株式会社 医薬薬局 (以下「乙」という。)とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり規約を結びます。

(目的)

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの旨を併り自立した日常生活を営むことができるよう、薬剤の管理及び投与を行うことにより甲の病状を更に記載された認定審査意見に即した(契約期間)

第2条 この契約書の契約期間は、2018年4月〇日上記の契約期間の満了日時に、甲が更介護地域活動期間の満了日が更新された場合には、変更後の日です。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに、契約は同一の内容で自動更新されるものとし、元

3 本契約が自動更新された場合、更新後の日から更新後の要介護(支援)認定有効期間の満了

中

この契約の成立を証するため本証を作成し、甲

2018年 4 月 日

利用者甲 住所 長野市 △△町 1-1-1
氏名 大塚 太郎
代理人(選任した場合)
住所
氏名

事業者乙 住所 長野県長野市〇〇〇
事業者(法人)名 株式会社
代表者名 〇〇 〇〇
事業所名 医薬 薬局
事業所住所 長野県長野市〇〇〇
(事業所番号)

中

居宅療養管理指導のサービス提供に係る重要事項等説明書(試案)

日薬介護保険対策特別委員会 平成12年3月作成
平成15年4月一部改定
日薬職能対策委員会 高齢者・介護保険等検討会 平成21年9月一部改定
日薬地域・在宅医療委員会 平成25年4月一部改定
日薬地域・在宅医療委員会 平成26年4月一部改定
日薬地域医療・保健委員会 平成27年7月一部改定
日薬地域医療・保健委員会 平成28年3月一部改定
日薬地域医療・保健委員会 平成30年4月一部改定

居宅療養管理指導または介護予防居宅療養管理指導(以下、「居宅療養管理指導」という。)サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第9条に基づいて、当事業者が当該法律に説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者(法人)及び事業所の概要

事業者(法人)の名称	株式会社 医薬薬局
所在地	〒381-0000 長野県長野市〇〇〇町1-1-1
代表者(個人・氏名)	代表取締役 〇〇 〇〇
設立年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
電話番号	026-〇〇〇-〇〇〇〇

事業所の名称 医薬 薬局
介護保険指定事業所番号 長野市指定介護食前〇〇〇〇〇〇〇〇
※薬剤投与等の介護保険給付対象(ご確認ください)。
事業所所在地 〒381-0000 長野県長野市〇〇〇町1-1-1
電話番号 026-〇〇〇-〇〇〇〇
管理者の氏名 医薬 花子

中

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅療養管理指導サービスの提供に当たり、□甲1、□甲2に対して、重要事項等説明書に基づき、サービス内容及び重要事項を説明いたしました。

(乙) 居宅療養管理指導サービス事業者
主たる事業所所在地 長野県長野市〇〇〇町1-1-1
名 称 株式会社 医薬薬局
代表者名 〇〇 〇〇 印
説明者 医薬 薬局 代表者 花子 印
氏 名 医薬 花子 印

(甲) 私は、重要事項等説明書に基づき、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所 長野市 △△町 1-1-1 印
氏 名 大塚 太郎 印
(甲2) 利用者家族 住 所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 印
氏 名 〇〇 〇〇 印

2.患者の自宅にて(薬学的管理)

こうして花子さんは在宅訪問の第一歩をはじめました。



3.患者の自宅にて(薬学的管理)

コンプライアンス

薬に対する理解

残薬

病気に対する理解

暮らしの様子



4.薬局に戻ってからの仕事

1)薬歴を書く

訪問時に気が付いた内容を薬歴に記入する。患者宅の様子等もなるべく具体的に記入する。

2)報告書の書き方

報告書は医師・ケアマネジャーへ提出が義務づけられている。

訪問薬剤管理指導・報告書	
報告日 2018年 4月 11日	
依頼医師名 E内科医師	報告者 佐藤 一郎
依頼薬剤師名 佐藤 一郎	患者氏名 大野 太郎
患者氏名 大野 太郎	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 1950年 10月 10日	薬局名 西薬薬局
訪問日 2018年 4月 10日	訪問薬剤師名 佐藤 一郎
訪問時間 9時 0分	管理方法 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他
訪問場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他	訪問形態 <input type="checkbox"/> 完全在宅 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他
処方登録・提供薬	内容 407575105010g
高血圧	備考
血糖	備考
尿酸	備考
脂質	備考
AUL	備考
IGUL	備考
管理・指導内容	
服薬指導	
薬の服用	
副作用	
管理・検査状況	
処方薬の服用状況	
高血圧管理指導・説明の内容	
特記事項	

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告致します。
何か指示がございましたら、処方箋に内容の記載をお願いいたします。



5. 多職種との連携

サービス担当者会議

ケアマネジャーはサービス担当者会議にサービス計画(ケアプラン)原案を提出し、サービス事業所担当者から専門的な見地からの意見を求め、会議で合意されると正式なサービス計画となる。

1 サービス担当者会議開催の時期

- ①新規にケアプラン原案を作成するとき
- ②利用者・家族に何らかの変化があり、支援の内容や頻度を見直す時
- ③要介護更新認定・区分変更の認定を受けた時
- ④原則として短期目標の終了時

2 出席者の例

- ①本人・家族
- ②ケアマネジャー
- ③ 医療・介護サービス担当者(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、デイサービス、デイケア、福祉用具貸与等)
- ④介護保険サービス以外のインフォーマルサービス提供者(民生委員、ボランティア、近隣住民等)

3 会議に出席できない場合

ケアマネジャーは予め欠席する担当者に、論点を整理したレジメと確認したい事項等に関する照会文書を送付し、会議までに回答を求める。照会には必ず回答すること。



ワンポイントアドバイス～介護に関わるスタッフの仕事を把握しよう

◇ケアマネジャー：介護度に応じてケアプランを作成し、その利用者の生活を支える働きをする統括的な立場。介護保険制度を利用している方のほとんどは専任のケアマネジャーがいる。



介護サービスとのすり合わせをしてもらい、サービス（入浴やデイサービス等）が重ならないようにしてもらいましょう。報告書の提出は必須です。患者さんやご家族のことも聞いてみましょう。



ワンポイントアドバイス～介護に関わるスタッフの仕事を把握しよう

◇訪問看護：看護師が訪問して療養上の世話や診療に補助を行う。

具体的には血圧や脈拍のチェックや床ずれの予防や処置、経管栄養のチューブや尿の管、在宅酸素に使う機械などの管理や医療処置を行う。



薬剤師が患者さんと接する際に注意するポイントを教えてもらいましょう。医療面での情報を共有し、排便コントロールなど医療の方向性を統一しておく方がよいでしょう。



ワンポイントアドバイス～介護に関わるスタッフの仕事を把握しよう

◇訪問介護（ホームヘルプ）：ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排泄、食事などの身体介護や調理、洗濯などの生活援助を行う。



ヘルパーさんは服薬支援はできても服薬管理はできません。
上手に連携を取り生活の向上を目指しましょう。
患者さんにかかわる機会が一番多い職種です。
患者さんの生活に密着した情報が得られます。



ワンポイントアドバイス～介護に関わるスタッフの仕事を把握しよう

◇訪問リハビリテーション：居宅での生活行為を向上させるために、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が訪問によるリハビリテーションを行う。



言語聴覚士さんは嚥下機能の評価も行っています。薬剤の投与方法など嚥下状態を考慮しながら検討しましょう。
嚥下機能の改善は誤嚥性肺炎の予防にもつながります。



ワンポイントアドバイス～介護に関わるスタッフの仕事を把握しよう

◇訪問入浴介護：要介護の場合は介護職員と看護師が居宅を訪問し、浴槽を提供しての入浴介護を行う。その際看護師による健康チェックなどが行われる。



入浴中は患者さんの全身状態を把握することができます。情報を共有し対応しましょう。



6.数回後の訪問

1)薬剤師が訪問に入ることによって大きな変化が生まれました。

訪問を繰り返えし、ていねいに指導した結果、アドヒアランスの向上につながりました。本人も塩分には気を付けているようで、血圧も下がり、血圧をはかるのが大阪さんの楽しみに変わったようです。デイケアに行って運動もしているようです。



7.緊急時の訪問対応

1)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定方法

しばらく症状は安定していましたが、ある日、太郎さんが転倒してしまったと連絡がありました。それに関するお薬が処方されるとの事です。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定は、医師の指示と主疾患に関わる薬剤の追加の場合のみ算定が可能です。

太郎さんは、変形性ひざ関節症が主疾患にあるため、それが原因での転倒でした。この場合は算定できます。



緊急訪問指示



自宅訪問



在宅患者緊急
訪問薬剤管理
指導報告書の
作成。

※2020年4月から対象となっていない疾患の急変等に対しても算定が可能となりました。

8.退院時共同指導の対応

大阪さんは、脳梗塞で入院することになりました。1ヵ月後ケアマネジャーから連絡が来ました。
「入院当初は絶対安静の状態でしたが、症状は幸いにも軽症だったので、左半身に軽い麻痺が残る程度。歩行器は使用しますが、言語も明瞭に回復しました。在宅療養にあたり、病院と在宅のスタッフで情報共有しますので、退院時カンファレンスに参加して下さい。」
花子さんは退院時共同指導だな!!と思いました。



9.退院後再度訪問開始

体調も安定して再度、在宅での療養が開始されました。症状が安定してきたので、週に1度の訪問から、1カ月に1度の訪問へ変更しました。大阪さんが望む生活が送れるよう、今後も関わっていきます。

