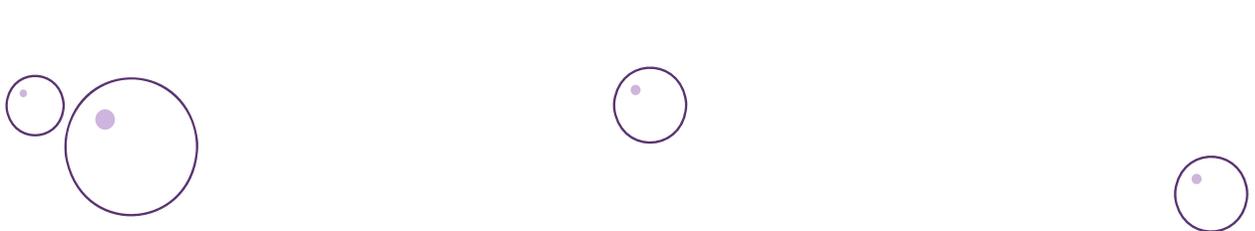


多職種連携研修会 グループワーク資料について



長野県薬剤師会 介護保険委員会
委員長 梅寄 浩貴

在宅医療推進のための 多職種連携研修会グループワーク資料



【内容】

1. 在宅医療推進のための多職種連携研修会

- *グループワークディスカッションの進め方について
- *グループワークディスカッション用訪問事例とディスカッションメモ

2. 在宅医療現場における薬剤師と多職種との連携事例集

- *各地域の在宅医療推進担当者から収集した、多職種連携により問題解決に至った事例(12例)

3. これからの薬剤師が専門職として地域に貢献するために

- *介護予防ケアマネジメント地域ケア個別会議に参加するための事前知識
 - ・会議の位置づけと定義、会議の目的・意義
 - ・会議の流れと発言のための思考プロセス(例題)
 - ・情報収集と助言

第1章

在宅医療推進のための多職種連携研修会

グループワークディスカッション用訪問事例

事例②
妻を亡くしてから生活面のレベルが落ち、生鮮食品などを通販で購入するも、使い切れずに腐敗させている。また、処方箋を薬局に出しても取りに来ない、半年分の残薬を抱えている患者を多職種で支える。

患者基本情報

患者性別	男性
患者年齢	80代
家族構成	一人暮らし（2年前に妻死亡）・病気療養中の娘（隣市）
既往情報	糖尿病、高血圧

服薬情報・生活習慣等

服薬情報	1) ミヤBM細粒 1g△ トラゼンタ5mg 1錠 酸化マグネシウム原末 1g△ ニフェジピン錠10mg 1錠 分1朝食後	3) デトルシールcap 4mg 1cap 分1夕食後	4) デゾラム錠0.5mg 1錠★ 動悸時	5) ノボリンN注フレックスペン 3本
服薬情報	2) キネックス錠50mg 2錠☆ グリメピリド錠1mg 2錠☆ 分2朝食前	6) サンコパ点眼液 3本★ イドメシククリーム 150g☆ タリビット軟膏 3.5g☆		

生活課題等

お弁当配達サービスを利用しているが、数日前のお弁当が冷蔵庫に入れずに残っている。古いものから食べており、食中毒の懸念があった。菓子類も多少あり食事・栄養状況がわからない。通販会社から購入した生鮮食品が廊下で腐敗している。訪問時に通販から勤務の電話がくる。内服薬は1日4回服用の薬がある。特に昼の薬はほとんど飲めていない。インスリンの手技にも疑問があった。薬については大分前から残薬があり、大量に捨てた事もあった為、ヘルパーも不安に思っていた。

訪問のきっかけ

介護支援専門 薬局提案 多職種（訪問看護師、ヘルパー等）

薬剤師としての関わり方の観点・目標

処方薬の見直しと食生活の改善。通販会社からの購入は金銭管理担当に相談してサービスを増やした。

患者に対して行ったこと

医師に報告し処方内容見直し。内服1日4回から2回に減量処方★は残薬多数で削除。☆は減量。△は剤形変更。同時に在宅療養管理指導でお薬カレンダーにて管理。2週に1回で様子を見た。

連携事項

担当者会議を開き、食事面はお弁当サービスの内容改善、金銭管理サービス開始。買い物支援も入れた。処方月1だが薬の管理面で月2回在宅療養管理指導サービスをする。

連携のその後

残薬が多数あり、本人は医師に言いづらかった。薬が飲みづらいし、そもそもなぜこんなに薬を使用しないといけないのか疑問に思っていた。医師、薬剤師の介入で解消できた。薬管理が楽になり、生活面の改善に向けて取り組みができるようになった。電話通話も「断れなかった」と悩んでいた事が解決できた。食事は相変わらずお弁当が残っている。食生活の改善にヘルパー、ケアマネジャーと情報共有を約束した。

注：服薬情報については提供された情報のまま掲載しております。



ディスカッションメモ

①患者の望む暮らし

本人がどんな暮らしを望んでいるか

②課題の抽出（本人の困りことは何？家族や介護者等本人以外周りの困りことは？）

課題の抽出（本人・家族・介護者等の課題）

③課題を改善するためにどこにつなげたら良いか？（アセスメントとプラン）

改善のための方策（アセスメントとプラン）

④多職種連携のできる事

課題解決のために多職種でできること

⑤薬剤師ができる事、多職種から薬剤師に期待する事

課題解決のために

①薬剤師ができる事（提案できること）

②多職種が薬剤師に解決してほしい事（多職種からの提案）

⑥改善された事、あるいは改善にいたらなかった事・今後の課題

*課題解決…解決できた理由、工夫した点等
*課題未解決…原因とほかに考えられる解決策等
*今後の課題等

第2章

在宅医療現場における薬剤師と多職種との連携事例集

No. 1		医師指示型		訪問のきっかけ
飲み忘れの多い患者の服用方法を考える				
患者性別	男性	患者年齢	90歳	
家族構成	一人暮らし（娘：近くのマンションに一人暮らし 息子：近くのアパートに一人暮らし—息子は知的障害あり）			
医療情報	慢性骨髄性白血病→寛解 高血圧 高脂血症 高尿酸血症 要介護1 デイサービス週回（筋力維持のためリハビリデイなど）			
服薬情報	ビタバスタチンCA錠2mg フェブリク錠20mg オルメサルタンOD錠10mg ラベプラゾール錠10mg アムロジピン錠2.5mg			
生活課題等	起床時間が遅い→朝と昼食が一緒に 薬飲み忘れあり 高齢一人暮らしで好き嫌い多い→栄養状態悪い、体重減少あり 置き忘れなど紛失物が多い		起床が遅く朝、昼食が一緒に 食べものの好き嫌いあり 栄養状態不良	
訪問のきっかけ	医師指示			
薬剤師としての 関わり方の 視点・目標	薬の飲み忘れの原因を探る → 時間（生活時間と服用タイミングは合っているか）・場所は（薬の置き場所はどこがよいか） 本人の飲心意識は 食事が摂れないときの栄養補助食品は		生活状況や環境のチェック 食事の状態のチェック	
患者に対して実際に 行ったこと	分包・日付を入れてお薬カレンダーに入れた。服用状況を時々確認→取り出しにくいので、本人が箱を作り自分でセット食卓に近い棚に置いた 1日3回の服用を2回に変えてもらった・血圧状態を伝えて降圧剤減量してもらった（医師への提案） 栄養補助ゼリーのサンプルを試してもらった 失くしたという血圧計と一緒に探して、電池を入れ替えた		お薬カレンダーからお薬箱に変更 薬管理方法変更 食生活の検討 処方提案 1日3回→2回降圧剤減量	
多職種連携事項	ケアマネジャーの訪問に合わせて一緒に訪問し、問題点を共有。ケア会議にも呼んでもらった。 食事：おべんとうは？ → 好き嫌い多いのでいらぬない。 自分で買ってくる → 魚などタンパク質多いものに。 栄養補助ゼリーサンプルやエンシュア試した → 味が気に入らないので無理。薬の箱の置き場所についてもお薬カレンダーの場所も変えたりしてみたが、箱に入れて食卓の横に置くことで以前より飲み忘れは減った。			
関わりその後、 今後の展望等	飲み忘れないように気を付けようという患者本人の意識も向上し、飲み忘れが減ってきた。患者宅が近いので、買い物途中に薬局に寄って、残薬や体調の報告をしてくれることもある。まだ足がしっかりされているので買い物は自分で行かれているが、今後足が弱った時に食事等どうするかが問題。ケアマネジャー、医師とも連絡をとりながら検討していきたい。		ケアマネジャー 共有ケア会議参加	

患者基本情報

服薬情報・生活習慣等

ポイント・追加情報等を吹き出して表示

薬剤師としての関わり、多職種との連携事項等

注：服薬情報については提供された情報のまま掲載しております。

収集した事例から「コラム在宅あるある」を作成

コラム 在宅あるある

松さんの場合

松さんは88歳、同居の息子さんは障害をお持ちで交流も無く独居同然の生活です。

ある日の昼下がり、薬剤師のKさんに日頃から連絡を取り合っていたケアマネジャーさんから電話が入りました。「松さんが大変なんです！」

ヘルパーさんが見つけたのは領収書。金額は15万円、日付は1週間前。全く使っていない納屋の屋根の塗装費でした。全体の請求は33万円。領収書はその一部のようなのです。松さんはかなり物忘れがあり、ヘルパーさんや在宅サービスでなんとか生活が維持出来ている方です。業者を使っている納屋の修理の判断ができるとは思えません。同居の息子さんに聞いてみましたが判らないとのことでした。

松さん宅で緊急の担当者会議が開かれました。業者はすぐにでも作業に来てしまう状況です。15万円は松さんの大切なお金です。「私たちで何とかするしかありません！」「でも、家族でもないのに業者に話ができますか？」みんな困った顔です。ケアマネジャーさんは思いついたように薬剤師のKさんに言いました。「Kさんは松さんと同じ苗字。家族ってことで話が出来ませんか？」ピンポンノインターホンが鳴りました。「業者さん来たみたいですよ!!」玄関先にはもう業者が来ています。Kさんの脇に松さんの顔が浮かびました。Kさんは名刺を構えました。「甥のKです！」

結局家族が出てきたことで業者は買っていた塗料の分を抜いた10万円を返してくれました。チラと聞いたところでは以前にも同じことがあった様です。患者さんを病気以外からも守れちゃったよとKさんは思いました。

第3章

これからの薬剤師が専門職として地域に貢献するために ～介護予防ケアマネジメント地域ケア個別会議に参加するための事前知識～

①さん 83歳 男性

身長・体重 (BMI) 153cm・53kg (22.6)

患者基本情報

担当から事例に基づき状況説明

医療・服薬情報・生活習慣等

目標・課題等

項目	判定	課題 個人因子	課題 環境因子
室内歩行	○2	脊柱管狭窄症による腰・下肢痛	ものが雑多に置かれる
屋外歩行	△1	1本杖歩行、杖がないとふらつく	自宅周辺に坂、長距離は難い
外出頻度	△1	度々の事故で運転中止	
排 泄	○2		
食 事	○1		
入 浴	△2	脊柱管狭窄症により自宅入浴は困難	浴室の環境不備
更 衣	○2	ゆっくり行う	

判定基準	○1	○2	△1	△2	×1	×2
自立している 来ることができる	自立している	自立している が少し難しい	一部介助が必要だが、改善 可能性が高い	一部介助が必要 改善可能性が低い	全介助だが、 改善可能性が 高い	全介助で改善 可能性が低い

注：服薬情報については提供された情報のまま記載しております。

【事例表】

第1段階 (情報収集)

下記表に沿って事例から書き出してください。
【第1段階】は19ページ会議の流れ②で使用します。【第2段階】
【第2段階 (助言)】

19ページ会議の流れ②の結果を踏まえ書き出してください。
(事例集では新しい追加情報は23ページに記載してあります)

1. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

1. 現状の問題

2. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

3. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

4. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

5. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

6. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

7. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

8. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

9. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

10. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

11. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

12. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

13. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

14. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

15. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

16. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

17. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

18. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

19. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

20. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

21. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

22. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

23. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

24. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

25. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

26. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

27. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

28. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

29. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

30. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

31. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

32. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

33. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

34. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

35. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

36. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

37. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

38. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

39. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

40. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

41. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

42. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

43. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

44. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

45. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

46. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

47. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

48. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

49. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

50. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

51. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

52. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

53. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

54. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

55. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

56. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

57. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

58. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

59. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

60. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

61. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

62. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

63. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

64. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

65. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

66. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

67. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

68. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

69. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

70. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

71. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

72. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

73. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

74. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

75. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

76. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

77. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

78. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

79. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

80. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

81. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

82. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

83. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

84. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

85. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

86. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

87. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

88. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

89. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

90. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

91. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

92. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

93. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

94. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

95. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

96. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

97. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

98. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

99. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

100. 現状の問題に対するアセスメントとプラン

【情報収集・助言のための思考プロセス表】

【第1段階】

- ① 症例から読み取れる課題を洗い出す (食事・排泄・運動・睡眠を意識)
- ② 望む暮らしへのプロセスと生じうる問題点を考える
- ③ ①・②を踏まえて足りない情報を得るための質問を考える

【第2段階】

情報収集のための質問から得られた追加情報を基に、各職種から目標達成の助言・アドバイスを行う



患者基本情報

担当から事例に基づき状況説明

医療・服薬情報・生活習慣等

目標・課題等

* 【食事】 食事はバランス良く摂れているか？
* 【排泄】 ビカルタミド (抗男性ホルモン薬) を飲んでいるが、前立腺がん？
* 【睡眠】 睡眠はしっかりとれているか？
* 【運動】 転倒のリスクがある薬 (エチゾラム) を飲み始めた経緯は？

食事が低たんぱく食では？

脊柱管狭窄症。通院時痛み止めの注射

痛みが活動の妨げになるなら、屯用の鎮痛剤はどうか

夕食は晩酌のみのことも

薬剤師は
在宅医療の場面だけでなく
さまざまな場面で活躍を期待
されている!

専門性を活かした助言

-事例検討に必要な力-

質問力

解決に向け必要となる明確な質問



想像力

事例から対象者の生活背景や人となりイメージできる

解決・提案力

対象者の目標や願いの実現に向けたアセスメント

ご清聴ありがとうございました