

地域医療における多職種連携の実現に 有効なスキルとは

～認知症研修認定薬剤師の視点から～

株式会社クリエイトエス・ディー
原 智子, 尾崎 覚

【目的】

超高齢社会に突入した日本では、薬剤師が地域医療における多職種連携により専門性を発揮する必要性が高まっている

～当社クリエイト薬局八王子堀之内店での地域医療における多職種連携～



およそ3年で地域医療における多職種連携を実現 → 地域ケア会議への定期参加依頼あり

それでは、
地域医療における多職種連携の実現に

「特に有効と考えられる薬剤師スキル」

とは？

【事例】

2017年～

- 認知症研修認定薬剤師の取得をきっかけに、地域の **認知症介護者家族会** を知り訪問→多くの介護者の、薬に対する不安や疑問に直面した

認知症の薬の
効果や副作用が知りたい！

認知症が悪化
もっと良い薬はないの？

薬を嫌がる
のませるには
どうしたらいいの？

抑肝散って、すぐに
効果が出るの？

- 3年半にわたり、毎月 **認知症介護者家族会** へ通って介護者に対応、そこで出会った認知症地域支援推進員、介護福祉主事らと協働した

同時に、薬局では～

●患者における問題点を積極的に抽出(以降、**対応事例 & 反省事例**)

医療における問題点

認知症専門知識に基づき、医師に情報提供 & 処方提案

【事例1】問題点

アルツハイマー型認知症との診断だが、抗認知症薬未処方(患者家族は処方希望)

解決策 & 結果

「90歳でも服用の必要性はあるのか？」という医師に対してドネペジルの賦活作用を説明し、ドネペジルを処方提案

→処方1ヶ月後、うつ、アパシー改善、患者のQOLは著しく向上

【事例2】 問題点

レビー小体型認知症患者に、突如「小さな子供が部屋にいる」などの幻視発現

解決策 & 結果

幻視が、服用開始4日目のラフチジンの脳内H2受容体遮断による副作用であることを疑い、ラフチジン中止を提案→中止後、幻視は徐々に消失し、2週間後には完全に消失

【事例3】 問題点

アルツハイマー型認知症患者の食事摂取量低下、誤嚥性肺炎再発

解決策 & 結果

イミダプリル(嚥下反射を調節するサブスタンスPの分解を阻害)、カルボシステインを処方提案→処方2ヶ月後、嚥下反射改善が確認され食事摂取量は増加→誤嚥消失

医療における対応事例・まとめ

【事例1】

問題点

① 認知症治療未実施

患者・家族

② 「医師」と「患者家族」
との相互理解不足

医師に対して

- ① 患者家族の気持ちを代弁
- ② 認知症専門知識に基づく
情報提供
- ③ 処方提案

多職種連携

- 認知症治療開始後、
BPSD改善→患者のQOL向上
- 「医師」と「患者家族」
との相互理解実現
- 適切な認知症治療に繋げる
ことができた

結果・考察

【事例2】

① 使用薬剤の副作用
と考えられるBPSD(幻視)
発現

医師に対して

- ① 認知症専門知識に基づく
情報提供
- ② 処方提案

- BPSD消失
→患者のQOL向上
- 適切な認知症治療に繋げる
ことができた

【事例3】

嚥下障害が原因と考えられる

① 食事摂取量低下
② 誤嚥性肺炎再発

医師に対して

- ① 認知症専門知識に基づく
情報提供
- ② 処方提案

- 嚥下反射改善
→食事摂取量増加、誤嚥消失
→患者のQOL向上
- 適切な認知症治療に繋げる
ことができた

福祉における問題点

対応事例 & 反省事例

地域包括支援センター(以降、包括)に情報提供→協働

【事例1】問題点

介護認定未申請(心不全悪化、助けてくれる人がいない状態)

対応 & 結果

患者に同意を得たのち包括に情報提供→認定申請→要支援認定取得
その後も情報共有 & フィードバックを重ね、服薬状況などの確認も協働して行った

【事例2】問題点

要支援の患者に、同居家族との不和による生活面(服薬も含む)での障害が発生

対応

包括と連携し、別居親族(次男)に支援を仰ぎ、患者の生活を立て直した

福祉における対応事例・まとめ

	【事例1】	【事例2】
問題点	①介護認定未申請	①要支援患者の家庭内孤立
患者・家族	②フレイル高齢者の社会的孤立→QOL著しく低下	→QOLおよび服薬コンプライアンス低下
	包括と連携	包括と連携
多職種連携	①患者背景の理解に基づく情報提供	①患者背景の理解に基づく情報提供
	②情報共有&フィードバックの継続	②情報共有&フィードバックの継続
	③協働して生活や服薬を支援	③協働して生活や服薬を支援
結果・考察	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 要支援認定取得 →その後も支援継続 ▪ 社会的孤立から脱却 ▪ QOLおよび服薬状況の改善に繋がった 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 支援者(次男)が得られた →その後も見守り継続 ▪ QOL改善、服薬コンプライアンス向上に繋がった

介護における問題点

対応事例 & 反省事例

ケアマネジャーに情報提供→協働

【事例1】 問題点

認知症介護で家族が疲弊

【事例2】 問題点

BPSD悪化が目立ち、自宅での治療が困難

【事例3】 問題点

患者の身体機能低下や認知症の進行により、現状の介護サービスでは立ち行かない

対応 & 結果

速やかにケアマネジャーと連携し、患者の身体機能、病態、家族情報を共有
→協働により 【事例1】 レスパイト目的でのショートステイ利用、 【事例2】 医療
保護入院、 【事例3】 区分変更を行いケアプラン見直し、にそれぞれつなげ介護者
の負担は軽減された

介護における対応事例・まとめ

【事例1】

問題点

病態に対して、介護サービスが不十分

患者・家族

→ 家族の身体的・精神的健康保持が困難

ケアマネジャーと連携

多職種連携

- ① 介護における問題点
- ② 患者・家族情報 <共有>

結果・考察

- 患者はショートステイへ
- 家族の身体的・精神的健康が保持された

【事例2】

病態悪化により医療プラン変更が求められる状態

→ 患者、家族の状態から在宅医療は困難

ケアマネジャーと連携

- ① 治療上の問題点
- ② 介護における問題点
- ③ 患者・家族情報 <共有>

- 患者は医療保護入院
- 適切な認知症治療に繋げることができた
- 家族の身体的・精神的健康が保持された

【事例3】

現在の病態や身体機能と介護度が合致しない

→ 介護サービスが不十分
→ 家族の介護負担増加

ケアマネジャーと連携

- ① 病態や身体機能の変化
- ② 介護における問題点
- ③ 患者・家族情報 <共有>

- 区分変更 → ケアプラン変更
- 適切なケアプランにより介護負担軽減
→ 患者・家族のQOL向上に繋がった

●反省点が残る事例

対応事例 & 反省事例

【事例1】問題点

アルツハイマー型認知症との診断だが、抗認知症薬未処方

患者・家族状況

患者→認知症の自覚がなく、治療には非積極的
同居の息子→薬局からの連絡に対し「長年の確執から、母とは関りたくない」

対応 & 医師からの返答

認知症の進行抑制を目的とした抗認知症薬の処方提案を行ったが、「**本人からも家族からも治療意思が確認できないので、処方しない**」

抗認知症薬処方にあたっては、本人、家族の十分な理解・納得が必要。それらが得られない状態での処方提案であった。現在は包括と連携して見守りを続けている。

対応事例 & 反省事例

【事例2】 問題点

幻視、妄想が出現したアルツハイマー型認知症患者の介護で、家族介護者は疲弊。患者の興奮時には、力づくで対応（だが「可能な限り自分で看たい」と強く希望）

対応 & 包括からの返答

BPSDに対する処方提案のため、該当患者において連携中の包括に、家庭状況確認の連絡をしたところ「患者、介護者ともに守るため、医療保護入院が必要であり、**外来対応の段階ではないと考えている**」

家族介護者は、「まだ頑張れる」と過酷な状況でもSOSを発信しない場合がある。よって薬物治療のみならず、状況を見極めてショートステイや医療保護入院に繋げる必要がある。本事例ではその時期を見極められなかった。患者は直後に医療保護入院。

反省点が残る事例・まとめ

【事例1】

【事例2】

問題点

患者・家族

- ・ 認知症治療未実施
- ・ 患者、家族のどちらからも治療意思が汲み取れない

- ・ 認知症悪化、外来治療困難
- ・ 家族は外来治療を強く希望

薬剤師→抗認知症薬処方提案

薬剤師→外来対応継続

多職種連携

医師

「認知症治療は行わない」

包括

「医療保護入院が必要で
外来対応の段階ではない」

- 認知症無治療
- 包括と連携し、見守り実施

- 医療保護入院実施
- 3ヶ月後に退院、その後在宅医療→1年後に施設入所

結果・考察

認知症における薬物療法の重要性について、患者、家族双方ともに指導が困難であり、適切な認知症治療に繋げることができなかった

患者と家族、双方の保護が必要であった。認知症では、どのタイミングでどの治療を選択するかの見極めが重要

2020年8月～当薬局にて

●協働する多職種らと

多職種による認知症介護者家族会 を毎月開催

●包括の「認知症地域支援推進員」、認知症専門デイサービスの「介護福祉主事」が定期参加

●多職種が家族会へ繋いだ介護者は15名(2021年8月時点) 認知症患者のBPSD消失や症状改善を得た事例は8件

多職種による認知症介護者家族会(以降、家族会)での事例

認知症専門デイサービス・介護福祉主事

家族会での事例 ①

疲弊した介護者を家族会へ

認知症研修認定薬剤師

家族会での聞き取りから、患者の日中の傾眠、食欲不振を確認

→服用中のトラゾドン副作用を疑う

→かかりつけ薬剤師となり、トラゾドン減量提案

医師

トラゾドン減量、その後中止

【結果】

トラゾドン減量後、傾眠消失、食欲改善→患者のQOL向上、介護負担軽減

医師

疲弊した介護者への支援を依頼（介護者は、他人が家に入ることに強く抵抗）

認知症研修認定薬剤師

介護者から、患者の昼夜逆転による日中の活動量低下と、介護認定未申請であることを聞き取ったため、包括の認知症地域支援推進員に連絡⇒介護者を家族会へ

包括・認知症地域支援推進員

家族会にて、介護者に対して介護保険制度について説明（認定には家庭内調査あり）
認知症研修認定薬剤師とともに、患者には介護サービス利用が必要であると説得

【結果】

介護認定取得⇒デイケア通所により、患者の日中の活動量増加（身体活動介入は認知症の進行抑制、改善効果あり）、昼夜逆転改善⇒患者・介護者のQOL向上

家族会での事例・まとめ

【事例①】

【事例②】

問題点

患者・家族

①使用薬剤の副作用と考えられる傾眠、食欲不振発生
→家族介護者は疲弊

①介護認定未申請
②昼夜逆転、日中の活動量低下
→家族介護者は疲弊

多職種連携

介護福祉主事

介護者を家族会へ↓

認知症研修認定薬剤師

聞き取り後、処方提案↓

医師

原因薬剤を減量、その後中止

医師

介護者への支援を依頼↓

認知症研修認定薬剤師

介護者を家族会へ↓

認知症地域支援推進員

介護認定取得に向け支援

結果・考察

- 傾眠消失、食欲改善
→患者のQOL向上
→介護負担軽減
- 適切な認知症治療に繋げることができた

- 要介護認定取得
→デイケア通所開始
→活動量増加、昼夜逆転改善
- 患者・介護者のQOL向上、適切な認知症治療にも繋がった

●多職種との関わりの中で、どのような働きかけをしたか

医療

医師に対して

- ①適切なタイミングでの、認知症専門知識に基づく処方提案
- ②学会や研究会、論文などから得た高度な専門知識の提供
- ③患者・家族の「考え」や「気持ち」の代弁

福祉

包括に対して

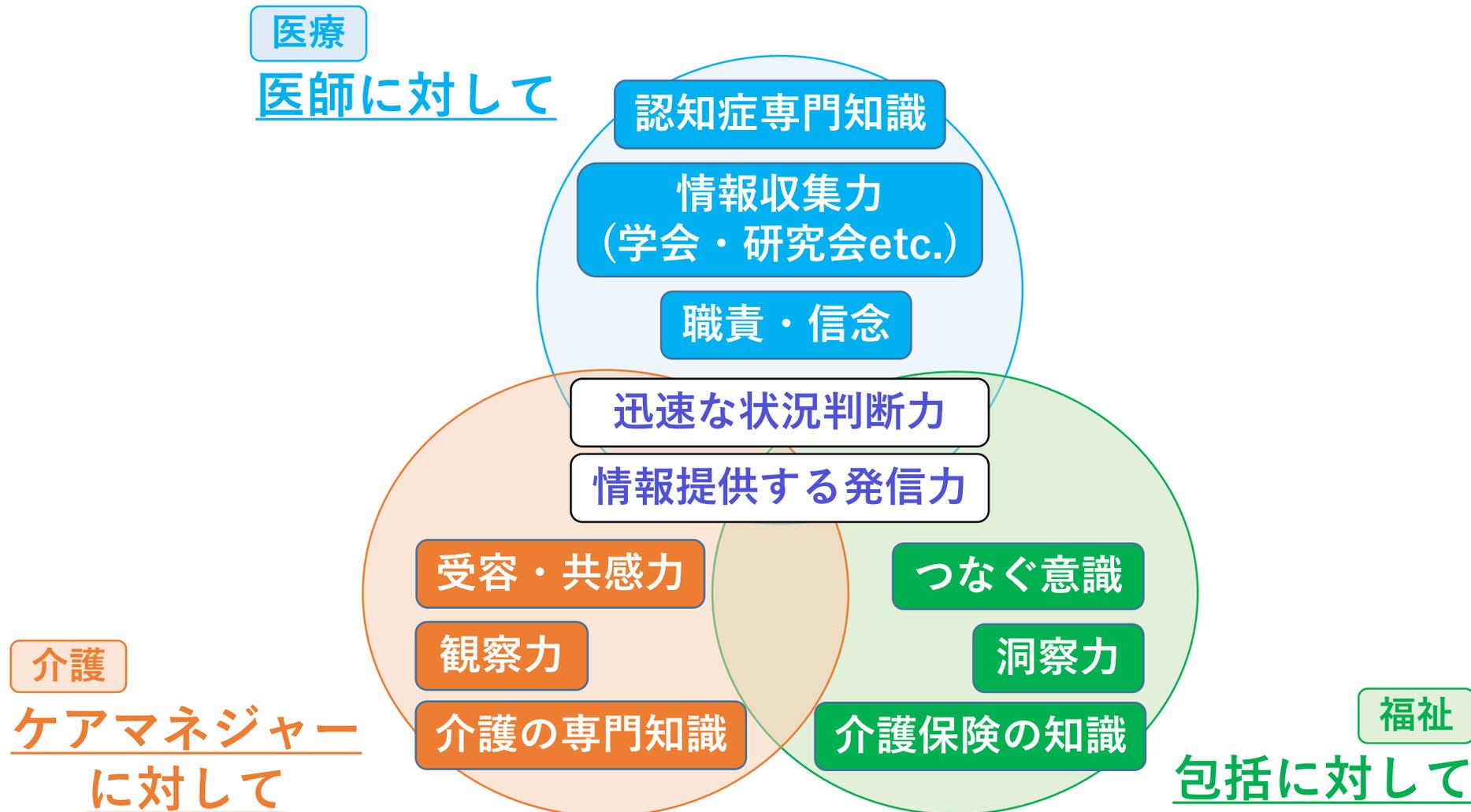
- ①適切なタイミングでの、患者背景の理解に基づく情報提供
- ②介護認定未申請の患者を、申請につなぐための橋渡し
- ③「認知症研修認定薬剤師ができること」の情報発信

介護

ケアマネジャー に対して

- ①適切な介護サービスにつなぐための、患者・家族情報提供
- ②正しい認知症治療に導くための、患者・家族情報の綿密な聞き取り、およびその必要性のアピール
- ③「認知症研修認定薬剤師ができること」の情報発信

●多職種連携において、主にどのような薬剤師スキルが必要とされたか



● 「認知症研修認定薬剤師に求めるものは何ですか？」

多職種へのアンケートから(医師以外、メールでの聞き取り)

医療

門前クリニック医師

- ① 認知症専門知識の提供

福祉

包括

認知症地域支援推進員

- ① 「医師」と「患者・家族」をつなぐ橋渡し役
- ② 綿密な情報共有

介護

認知症専門デイサービス
介護福祉主事

- ① 「医師」と「患者・家族」をつなぐ橋渡し役
- ② 認知症研修認定薬剤師の周知

介護

ケアマネジャー

- ① 「医師」と「患者・家族」をつなぐ橋渡し役
- ② 綿密な情報共有

【考察】

- 認知症研修認定薬剤師による認知症専門知識に基づいた情報提供や処方提案は、多職種間の信頼関係構築に大きく影響を及ぼしたと考えられる
- アンケートから、当薬局が連携している「介護」「福祉」の多職種は、「医師と患者・家族」の相互理解実現には、認知症専門知識を有する認知症研修認定薬剤師介入の必要性が高いと考えていることが確認された

だが、反省事例からは、多職種への情報提供や処方提案は、タイミングを誤れば効果が薄れてしまうことも学んだ

●地域医療における多職種連携に必要とされる薬剤師スキルは多々あるが、中でも

- ①薬剤師の専門性
- ②多職種それぞれの考えを理解した上での「迅速な状況判断力」
- ③適切なタイミングで情報提供する「発信力」

これらは、地域医療における多職種連携を促進し、患者のQOL向上に寄与する「特に有効なスキル」と考えられる

日本薬局学会 COI 開示

筆頭発表者名： 原 智子 株式会社クリエイトエス・ディー

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある 企業等
はありません。