

	<p>後の服用についてご家族と話し合い1週間ずつ分割調剤をし、週間投薬カレンダーを使い管理することとなった。その後毎週きちんと服用できている。現在60日分投与となっているが老人の長期投与は問題ありと思われる。</p>
5	<p>28日ぐらいは、患者さんの症状から生活態度や見られるけどそれ以上長くなるとお互いに忘れてしまう。ただ副作用とか相互作用の発生など特に問題が起きたことはない。残薬はもう「貰えるものは何でも貰う」という感じで戸棚いっぱいにしまい込んでいる人がいるので医療機関と協力して日数調節をやっている。</p>
5	<p>服薬指導により残薬の調整をDrに申し出る患者が増えました。</p>
5	<p>県立泌尿器科</p> <p>セルニルトン 6T 分3・毎食後</p> <p>ハルナール 0.1mg 1c 分1・朝食後 90日</p> <p>74才男性・長期処方なため薬があまっていると来て来ました。セルニルトン1日1回2錠ずつ服用していたとの事。あまっている薬は処分してほしいと持参セルニルトンは先生に連絡して それも何回か繰り返し連絡を取りその後朝・夕2錠ずつとなりようやく薬がへりました。</p>
5	<p>80才の男性患者さん</p> <p>泌尿器科と整形外科を受診。泌尿器科は56日分 整形外科の方は60日分処方され、一包化指示があるので、56日分は両方を一包化して、残り4日分はシートで渡していたが、先日薬が余っていると箱に入っている薬を持ってこられました。中には整形外科の薬30日分以上がシートで入っていた。以前は一包化ではなかったので(9月より両方合わせて一包化)しかもこの所、両科、同じ日で処方日数が違うため、薬は余っている。次回行くときに、Drに話して処方日数を揃えてもらうように依頼して下さい、それと余ってしまった薬を持って行ってDrの指示を仰いでくださいと伝えた。</p>
5	<p>85才5ヶ月の女性。10/8の朝10時頃薬局にTELあり「朝の分の薬を服用しようしたら、数が少ない。」との事。いつも一包化し、朝に12種類、夕に7種類服用されている。一錠足りないとの話だが電話なので良く分からなく、朝の服用ということもあるので、すぐに自転車でご自宅へ向かう。自宅にあった薬と前回9/26の処方分を薬局に持ち帰り調べてみると、1種類(アムロジン5mg)がない。以前の処方の薬を服用していた様子。又すぐにご自宅に行き、古い薬は処分し、新しい薬を服用するように指導。患者の了解を得て古い薬は薬局に持ち帰り処分した。一包化は患者の希望で始め、病院の許可もえているが、毎回一包化と書いてくれないので困っている。足が悪いので配達している。高齢社会の日本ではこれからもっと高齢の方々のケアが大切になってくると思う。</p>
5	<p>①. ②同じ患者(1人暮らし)</p> <p>①予約診療の予定確認により日数から残薬数求める。 単科受診であっても、他科の残薬確認をする。※長期投与にもあてはまると思います。(予約日と残薬数があわず、医療機関に2度出向いたこと有り)</p> <p>②他種のお薬で、服用法に対する残薬数があわず、Drへ一包化を指示いただく。とくに昼服用分が</p>

	ほとんど残る。薬効から考え、予防的なことを期待するお薬のため、1日2回一包装が可能になったと思われる。以後、3回を2回にしても状態変化なし。予約日、残薬数、共に規則的になる。
5	長期投薬が解禁となり、大病院から開業医にいたるまで、28日Rpが当たり前で、56日・90日を日を追うごとに、投与日数が、うなぎのぼりの昨今ですが、Drにおかれましては、56日も90日も、自分の患者を薬だけあて、ほっぽらかしにしているものかとの疑問を感じていらっしゃるのではないのでしょうか？当局では「今度、この日（月／日）に検査においで下さい」「今度この日（月／日）診察にいらっしゃい」 その度に前回の日数で、例えば、前回56日分だとしたら、その間56日たっていないくても又、56日分投与のRpを切る。又、「私が担当医ではないので、調節は担当医の先生にしてもらってください。今日はそのまま、前回通り出しておきます。等々、薬がダブリにダブってしまって、どうしたら良いのか分からないというPt。最近増加していることに気づきます。せめてこのRpでは〇月〇日まではあるという意識、注意は無いもののでしょうか？又、高齢の患者さんにおいては、ある程度の日数までしか、管理出来ないのではないのでしょうか？このような残薬を、家に抱え込む結果となつては、医療費は高くなるはずで。薬局に泣き込んで、残薬日数を合わせて管理しておいてあげると、泣き顔から晴れ晴れした顔で帰っていかれます。
5	H病院入院退院を繰り返されていた肝硬変・肝癌の患者さんにENT処方で1ヶ月分、アミノレバンEN・150g/日とソセゴン錠、レントルミンDが出て、救急車で他HPに運ばれ死亡。残った薬と料金はどうしたらと相談を受けたが、処分するしかないため、薬を預かり処分した。もう少し考えた日数で、投与して欲しい。
6	長期投薬を大きな病院でされていて、急に具合が悪くなり、その薬が長期投与がされていた場合本人に聞いても薬の名前も分からない（他の薬局で貰っている場合）とき、心配なので長期投薬はしないほうが良いかと思う事が何回かあります。薬の無駄になったりする。（長期にも病院は検査等で月1回通院しているため、本人が望まない限りは1ヶ月が望ましいと思います。
6	弱視の80才の女性。一人暮らしの方に56日分の処方。そのまま56日分調剤して渡した所、1ヶ月ほどでして、お薬が見当たらないとTelあり訪問してみると1ヶ月の薬がきちんと入る箱に順々に解りやすく入れておられるので、それ以上の薬は別の所においておられ、ご自分で置いた場所が解らなくなっていた。私が見つくて所定の箱に入れて差し上げた。以後1ヶ月分ずつの分割調整にして後半のは、こちらから持参することにより問題なくなった。時々薬箱の中を点検して残薬等説明している。
6	①糖尿病・高血圧症・高脂血症・胃炎等6種類の薬剤を服薬の69才男性。毎回56日分の投与であるが、7月に調剤したベイスン0.3mg3T分3×56日分について1ヵ月後に半分しか入っていなかったと申し入れがあり、「そんな筈は無く、1日3錠の56日分168錠を入れて渡してある筈ですから、どこかに落としておられませんか」と問うたも、患者は「いや、半分しか入っていない。現にあとの分がないんだからー」と言い張る。確認できないので28日分を渡しましたが、両者共に確認の仕様がありません。反省点は患者に手渡すときに数量の確認をしなければいけないことに尽きます。長期投与は計数の確認と患者の薬の保管に紛失の恐れがあることを注意しなければいけないということです。 ②認知症の婦人の方でアリセプトを飲んでいる。グラマリール25mgを併用しているが、主人がグラ

	<p>マリールがどこを探しても見当たらないと言って来店。その薬を分けて欲しいと言われるが、小売できないし、処方せんもない。病院へ行って処方せんを発行してもらいなさいと説明。これも長期投与により薬の紛失をきたす例で、長期投与は基本的にケースバイケース事故につながり兼ねないと思う。やるべきではないと思う。</p>
6	<p>80代半ばで一人暮らしの男性。痴呆がかなり進んでおり、薬の管理が出来ないのに50日長期処方が出る。Drにその旨説明し、せめて1ヶ月くらいにした方が良いのではと疑義しても聞いてもらえないので、様子見も兼ねて10日分毎薬を配達。(長期投与分割加算はしていない)のみ間違えを防ぐため分包紙に朝一青・昼一緑・夕一赤の線引きし、更にマジックで日付も記入し、漢方もホチキスでとめた。イソバイドも10日分ずつキャップに1回量の印をつけてボトルにテプラで用法入れても晩酌を共に1びん全部服用してしまうこともあるので、ヘルパーさんに見てもらっていたが、無理だったのでメンレットにしてもらい、コンプライアンス上昇。</p>
6	<p>男性93才、やや痴呆有り。主介護者は奥様86才難聴。理解度二人ともやや不明瞭なため、一包化し尚且つ7日より多い日数の投与はしないようにしている。</p>
6	<p>長期投与 ・2剤服薬されている方 1剤 朝・夕 N 2剤 夕 N</p> <p>どうしても2剤目が不足される。6月・8月・9月と2剤目の薬の不足の訴え有り、もう少し処方日数を少なくし、服薬状況を確認したいのですが、処方通り希望のためお渡ししています。次回包装等の工夫をし正しい服薬を勧めたいと思います。</p>
6	<p>S7・12・7 女性 ・内科医より依頼がありお薬をお届けしています。病院受診で(精神科)(整形)(皮膚科)受診し、混乱されていました。処方医より連絡あり、お薬箱(手作り)にセットして2Wごとお渡しすることになりました。まだ、しばらく様子を確認する必要があると思って業務をしています。</p>
6	<p>74才(女性)40年前より腎臓内科へ通院中。処方ハペルサンチンL・クレメジン細粒・フェロミア・エパデールでほとんど変わらず。(他剤はなし)H17.6アーガイメイトゼリー。初めて投与となるが、2~3回服用した時点で気分が悪くなり、薬局へ連絡があったため、すぐ中止して頂く。以後、投与中止となるが、最初から2ヶ月の投与がされており、長期投与が、患者さんには身体的にも、経済的にも負担となった例だった。</p>
6	<p>長期処方が適切でないと思われる事例。50歳代男性。(薬局であまり話しはしていけない方)</p> <p>当局では、約5ヶ月糖尿病により、ダオニール2.5mg、4錠、朝夕食直後で服用。後に、アクトス錠15mg、朝食直後1錠、60日分追加。数日後(期間不明)浮腫みが現れ、休業。「残りのくすりを返すので、お金も返して欲しい。」と、次回来局時に患者の訴え有り。返金出来ない旨を説明。処方先の病院へもこの旨を報告したが「何かあれば早めに受診してくれ。」との返答のみ。以後も慢然と、新規の処方薬でも長期処方される事例が多い。</p>
7	<p>患者A(以下A)がトゥーレット症候群にて大学病院を受診。もともと他の大学病院を受診するも専門医がいないことから転院して来られた。しかし担当医が転勤し次の先生が小児チックの専門医でないため今後どうするか悩んでおられ当薬局で専門医を探して内科医院を受診することになった。そ</p>

	こでの処方オーラップ・パキシルが2004. 9. 9から2005. 7. 28まで続いており、メーカー（グラクソ）から8/28に併用禁忌の連絡があり、患者A（両親に）連絡パキシルがそのつぎの日から中止になる。
7	当薬局を2004. 12. 7から不眠症で来局。大学病院の総合診療科を受診したが、2005. 9から総合診療科がなくなるため精神科を受診。8月に北大歯学部より顎関節症のためアルネリンが処方。患者には来月より精神科を受診するのでお薬手帳にルボックスは併用禁忌なので必ず先生に伝えるよう指導。それにもかかわらず、9/14（精神科2度目の受診）にルボックスが処方。問い合わせの結果、ルボックスが中止になった。
7	①大学病院より、リウマチで、フ腎皮が長期投与。NSAID も含む。その間にケガして近隣病院から痛止めの処方が出る。疑義した所、近隣からの痛止めが中止になる。 ②皮膚科と耳鼻科から、抗アレルギー剤の処方。疑義した所一方の処方も中止となる。
8	突然の処方変更について、処方医から説明がなく、今後の服薬に対して抵抗がある患者。 ↓ 医療機関に対して質問状として提出し、可能な範囲にて今回の処方変更の経緯について照会する ↓（医療機関から文書にて回答） 採血データよりADRが疑われたため、処方変更となった ↓ 後日、その旨を患者にTELにて報告。納得して服用し本日に至る。
8	久しぶりに当薬局へ再来局した患者様に、初めてベンズプロマロンが35日分処方された。当薬局では、長期投薬情報提供料1を35日以上患者様に勧めているが、この患者様は同意を得て算定しました。数日後、厚生労働省よりベンズプロマロンについてのイエローペーパーが出たため、直に患者宅に電話し、その旨を伝えた。患者様は病院へ行き再受診した結果、ベンズプロマロンからアロプリノールに変更になった。投薬時、肝機能には異常は無いが、患者様の希望により変更になったと伺った。結果、起こる可能性のある副作用を事前に回避できたものと考えている。
9	平成15年7月より来局。毎回Do処方薬とっていたが、支払いが常に¥12,500前後あり薬代を気にするようになったので、残薬あれば調整してもらうことをすすめた。特にニフェラートL（20）は3T×3で処方されているのが起きるのが昼頃ということで残薬たくさん有り、薬を持参して、数を調整することができた。その後リピトール10mg→5mgになり、5mgは10mgの半分と説明すると、10mgがたくさん残っているので、半分に割ってほしいと希望があり、半錠に割って渡した。その後ずいぶん長い間リピトールの処方が無くなっていった。他の薬も積極的に残薬調整するようになり、薬代をかなり節約することができた。
9	ある広域病院にて、他の薬の処方日数が28日分というのに対し、レンドルミン1錠屯服70回分が処方。横に「電話禁」と書いてあり、問い合わせしてもすぐ切られてしまいました。
9	女性：内科受診、その他（整）（眼）（婦）受診。退職後急に、血圧下がったり上がったりなかなか調子よくないが、遠方のため長期処方を希望され、処方となった様子。途中客態思わしくなく入院となり、2ヶ月分の処方薬が処方変更になり使用不可能となりました。退院後使用可能な薬品は使用し、1

	ヶ月分の処方にと話し、遠方ではあるが毎月の受診をされることになりました。
9	患者は 76 歳男性大学病院の Dr を慕って、Dr について大学病院を訪診中。4 年位同じ薬を服用。血圧はコントロールされていた。アムロジン 5mg 2T、セロケン錠 20mg 2T 分 2 朝夕食後。プロプレス錠 8mg 1T 分 1 朝食後。1 ヶ月投与大学病の異動により Dr が変わることになり、主治医が遠方に移るので、大学病院を続けて受診することにした。主治医が代わったときにプロプレスは継続、アムロジンも継続、セロケン中止。Dr がセロケンはいつまでも飲み続けるのはよくない。血圧が上がるようならまた飲めばいいと説明していた。アムロジン 5mg2T、ワソラン 2T 朝夕食後とその後変わり次の回はアムロジンのみに戻るといふ具合にその時々々の血圧状態に合わせて処方されているようであり、21 日分処方推移していたが、受診日の間の日に来局、血圧が下がり調子が悪いという。「前は上手くいったのに今度の Dr はセロケンは出してくれない。値が固まるからと言われた。なんとかならないか。」「血圧のお薬は Dr の処方するお薬ですから処方箋でないと渡せない」と説明し、すぐに Dr に連絡を取って受診する様にすすめた。また血圧が不安定な様なので、血圧を測る機械を持っているのかどうか、普段測っているのかどうかを確認すると、おかしいと思ったときだけ測っていると言った。そこで血圧はどういうときにどう変動するかを観察しないと、と伝え、定期的に時間を決めて測って記録したものを Dr に見せて診断の助けにしてもらってくださいと話して次回言ってもらった。現在は良好。
9	60 才後半、短気で怒りっぽく説明をあまり聞いてくれない。4 月 19 日に 1 ヶ月分処方されたばかりなのに、25 日検査後、全く同じ処方が出て疑義しようとしたが、本人が面倒だから貰っていくと言って持って行った。その後入院中 インスリンが変更になり、4 月にだぶって出た分がまるまる何本も未使用で残ってしまい、本人が病院へ返品を申し出るも半年前の事で出来ず、余計に使えない薬を出されたと保健所に通告。保健所から処方を開示するよう要請され、FAX、病院側で 4/25 のカルテの記録がない事が判明。
9	長期投与の問題点につきまして数種類処方されていた中で、セレナール錠 56 日分処方があり、(30 日制限) 疑義照会を病院にしようと思ったら、処方せん中に、わざわざ 28 日分の倍量処方など記入されていました。このような記入方法に問題がありだと思いました。

別表 4 在宅医療における薬剤師の関与の事例

〈内容区分〉

1. 服用コンプライアンスの向上
2. 治療効果上の問題発見
3. 副作用発見、発現の可能性（ADL 改善含む）
4. QOL の改善
5. 保管・残薬の問題発見
6. 長期投薬が関わる問題
7. 併用薬の問題
8. 医師等への連絡・説明の必要性
9. その他

報告事例											
1	<p>・平成 15 年 4 月より現在まで 11 名の方訪問薬剤管理指導をしました。</p> <p>・現在はその中で 7 名継続中です。</p> <p>・11 名中 8 名は ほぼ独居様態であり、そのうち 6 名について通常の薬剤一包化を行っていましたが服薬する日付をマジックで大きく記入して渡したところ、5 名は、服薬コンプライアンスの改善がみられ、ほとんど飲み残しがない状態までもってこれました。</p> <p>1 名については、自家製の箱に薬包紙を貼り食卓に置いていたところ十分ではないが服薬コンプライアンスの改善が見られました。</p>										
1	<p>A 子さん 54 歳 ㊟H13 年 5 月 クモ膜下出血にて鶴巻温泉 HP に入院。6 ヶ月後に嚥下障害が出てついに摂取できなくなり、誤嚥性肺炎の予防に経管行って今日に至ったが、(介護保険で要介護 5 に認定され、ベットに寝たきりの状態)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>服薬医薬品は、</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">パントシン散 20 1/日</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">1.5g</td> </tr> <tr> <td> ビオスリー</td> <td style="text-align: right;">5.0g</td> </tr> <tr> <td>3×1 ① カスチモニ (5.0g)</td> <td style="text-align: right;">3g</td> </tr> <tr> <td> ムコスタ粒</td> <td style="text-align: right;">1.5g</td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>②アスバラ K 1.8g 2×1 (朝夕)</p> <p>③テムロシオン (25) 1T1×1 (朝)</p> <p>④ガスター(20)1T1×1 (夕)</p> <p>⑤クリアナール内用液 15ml 3×1</p> <p>⑥大建中湯 7.5g3×1</p> <p>⑦ツインライン 12003×1</p> <p>⑧グリセリン浣腸</p> </td> </tr> </table> <p>以上を一包化の依頼があり粉末以外は粉碎し、篩過して粉末を取り一包化して投与する。</p> <p>薬包紙を朝はピンク、昼はブルー、夜はオレンジとして一包化した。</p> <p>服薬コンプライアンスが非常に良くなった。しかし胃ろう管に全薬を溶解して投与すると薬物の一部が管に詰まってしまう結果となった。薬局で検討した結果ビオスリー及びアスバラ K 未は量が多い事と漢方薬は別分包にして別々に溶解して経管投与をしたところ 管への詰まりがなくなり残薬が解消しました。</p>	<p>服薬医薬品は、</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">パントシン散 20 1/日</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">1.5g</td> </tr> <tr> <td> ビオスリー</td> <td style="text-align: right;">5.0g</td> </tr> <tr> <td>3×1 ① カスチモニ (5.0g)</td> <td style="text-align: right;">3g</td> </tr> <tr> <td> ムコスタ粒</td> <td style="text-align: right;">1.5g</td> </tr> </table>	パントシン散 20 1/日	1.5g	ビオスリー	5.0g	3×1 ① カスチモニ (5.0g)	3g	ムコスタ粒	1.5g	<p>②アスバラ K 1.8g 2×1 (朝夕)</p> <p>③テムロシオン (25) 1T1×1 (朝)</p> <p>④ガスター(20)1T1×1 (夕)</p> <p>⑤クリアナール内用液 15ml 3×1</p> <p>⑥大建中湯 7.5g3×1</p> <p>⑦ツインライン 12003×1</p> <p>⑧グリセリン浣腸</p>
<p>服薬医薬品は、</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">パントシン散 20 1/日</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">1.5g</td> </tr> <tr> <td> ビオスリー</td> <td style="text-align: right;">5.0g</td> </tr> <tr> <td>3×1 ① カスチモニ (5.0g)</td> <td style="text-align: right;">3g</td> </tr> <tr> <td> ムコスタ粒</td> <td style="text-align: right;">1.5g</td> </tr> </table>	パントシン散 20 1/日	1.5g	ビオスリー	5.0g	3×1 ① カスチモニ (5.0g)	3g	ムコスタ粒	1.5g	<p>②アスバラ K 1.8g 2×1 (朝夕)</p> <p>③テムロシオン (25) 1T1×1 (朝)</p> <p>④ガスター(20)1T1×1 (夕)</p> <p>⑤クリアナール内用液 15ml 3×1</p> <p>⑥大建中湯 7.5g3×1</p> <p>⑦ツインライン 12003×1</p> <p>⑧グリセリン浣腸</p>		
パントシン散 20 1/日	1.5g										
ビオスリー	5.0g										
3×1 ① カスチモニ (5.0g)	3g										
ムコスタ粒	1.5g										

1	<p>B氏 68歳 ㊦ 脳梗塞及び脊髄小脳変性症</p> <p>ネオバストン 100g 2T 2×2 朝昼 NaCl 6.0g 1×1 朝 ムコソルバン sy 15ml 3×1 m・d・E ラコール 1600ml 3×1</p> <p style="text-align: right;">14TD</p> <p>要介護 5 にて、ADLは全介助 身体能力は、ほとんど不可である。主介護者がなかなか服薬コンプライアンスが守られないために一包化とする。朝服用薬包はピンク線、昼服用薬包はブルー線を引き、ムコソルバンは上水で薄めて 100ml として 7日分ずつ 2ビンとすると薬効が不安定となるため原液を持参し用時薄めて服用を指導するも、コンプライアンスが守れなかった。そこで、単シロップで薄めて、7日分 2ビンとして持参した結果 散剤・水剤のコンプライアンスが上がり、残薬がなくなりました。</p>
1	<p>認知症の患者や、その他でのみ過ぎてしまったり（二トロ）、それを在宅訪問管理指導をさせて頂いて少なくしたり、きちんと定期的に服用出来たりする事が出来る。認知症がひどくなると（ヘルパーに）在宅に入ってもらって、飲ませるようにするとか？残薬の問題点を解消したりしています。Dr に TEL して、1日 3回→2回に変更したり、1回朝のみにするとかして頂いて服薬できるようにする。</p>
1	<p>84歳女性 処方内容アリセプト（5） 血の薬。2週間に1回の訪問 介護度 4 1人暮らし。以前から薬のコンプライアンス不良。薬を持参するも、自分で薬を捨てる等薬の管理が全く出来なかった。薬BOXを作る等コンプライアンスの向上に励んだが、変わらず不良。そこで担当のケアマネジャーに連絡を取ったところ、毎日ヘルパーが食事介助等で訪問していることだったため、ヘルパーに薬の管理及び服薬+介助をお願いした。その後、コンプライアンスは良好となり、ヘルパー及びケアマネジャーとは随時連絡を取り、女性の体調変化のチェックを続けている。</p>
1	<p>独居 70才女性患者 糖尿病患者であるが、A1c Bs とともに改善せず、病気に対する知識も少なく、医師、薬剤師、ヘルパーで食事や服薬に関して説明をする。しかし、改善なく ヘルパーとの話で薬局にて投薬カレンダーを作製、毎回薬は自宅配達して服薬・食事について説明。ヘルパーは平日の服薬チェック・週に 1度 投薬カレンダーに薬をセットして下さる。時々薬がないと訴えをされるが探す出てくるのでその都度投薬カレンダーにセットする。最近ではコンプライアンスが上昇したと思われる。食事に関してもヘルパーの努力もあり、食事量減少しており Hp A1c Bs とともに下降している。医師からの訪問薬剤管理指導の指示は貰っておらず、今はボランティア状態です。</p>
1	<p>～服薬コンプライアンス（残薬）の問題点について～</p> <p>日付を記入し、用法別に色分けし、それぞれの板に貼付けしたものを持参しています。残薬が多いのでヘルパーさんに声かけして頂きましたが、ヘルパーさんの不在時は服用出来ていません。そこで全てをヘルパーさんの訪問時間の朝服用のみに処方変更して頂きました。すると今では、㊦㊧のみの残薬でかなりコンプライアンスは良好になってきました。息子さんと同居なので、休日も服用できれば良いのですが協力が難しいようです。1日 1回投与の持続型の薬剤が増えているので、これを利用して解消できた事例です。</p>
1	<p>下痢 寝る前のコンプライアンス不良のため、主治医と相談。服用時一夕食後に変更によりコンプラ</p>

	イアンス改善。
1	83 才男性・在宅訪問当初は残薬が多く服用のバラツキがみられたが、定期的に訪問し、薬包紙に日付を記入するなど対応することで、残薬が少なくなり、きちんと服用頂けるようになった。
1	T12・10・6 女 子供は死亡され孫との二人生活です。孫さんは仕事で夜遅いこと有り、昼間一人で留守番。週に2回デイサービスにて日常生活を過ごされます。2wに1度、薬のセットの様子を確認しております。薬のセットは当薬局がお薬箱を手造りで作りお渡ししています。行くとお薬箱の確認しようとするが、みかん箱が出たり認知力がどうしても悪くなり主治医にその旨を連絡していないが施設入所となりました。
1	高血圧・狭心症で毎回の投与が欠かせないが、どうしても薬が余る。便秘もあって、便秘薬だけでは朝・夕規則正しく服用してくれるため、全ての薬を一化化すると、便秘薬を服用する際必然的に他の薬も服用することになりコンプライアンスは上がり、残薬もなくなった。
1	結核にて入院していた。抗結核薬、イソニアジド・リファンピシン・エタンブトールが長期（60日）調剤。1ヵ月後当方のケアマネ訪問時にずいぶん咳き込んでいるとの事で報告あり。訪問してコンプライアンス確認すると、リファンピシン服用していない様子。朝空腹時服用すると、ふらつく感じがして気持ち悪いとの事。入院中は看護師が見ているため仕方なく服用していたが、見ていない時は、棄てていたとの事。処方医と相談して、朝食後服用させて見たところ、翌日より痰が切れるようになり咳が止まってきたとの事。4日後に訪問した時は、朝食前に自分で服用していた。たまたまケアマネの事業所であったので、発見出来たケースです。
1	はじめ、カリメート DS が出ていたが、その後寝たきり状態になったこともあり、コンプライアンス不良となる。同作用で、ゼリー状のお薬がある事を医師にお話したところ、カリメート DS からアーガメイトゼリーに処方変更となった。コンプライアンスは良好となる。
1	在宅患者の訪問した際、おしりが尿によるただれや、他のできもの等に塗る軟膏について、家族とヘルパーさんが少し考え込んでおられました。いろいろな軟膏を医師から処方されており、その効能、用法が分からなくなっておりました。そこで、塗る部位、強さなどを説明する表を作り、お話し、又、迷った時は、すぐ、薬局に電話をするようにお話ししました。又、ステロイド剤と抗真菌剤を間違った用途で使うとかえって、悪化することもお話ししました。その後は混乱無く使用されるようになりました。
2	以前、脳外へ通院、状態安定のため、HP から開業医へ。(年1回の受診は忘れずにとのこと) 脳外で処方していただいた、血小板凝集抑制薬。(ご本人、痛み止めと考えていたと思われる。) 少しの間2剤服用(脳外 Dr 処方薬+他の鎮痛薬) 整形外科 Dr により(血小板凝集抑制薬としてのお薬) どうですかと聞かれ中止となる。在宅後、痛み止めとは違う薬効を期待しての薬剤なので、服用していないとダメと思われると伝える。御本人年1回の脳外受診の時、Dr への判断願うのでかまわないと。ある日、当薬局へ TEL 有り。以前と違いろれつが回らないような状態。少し変と思い、ご自宅へ出向き再度血小板凝集抑制薬のお薬の服用確認する。服用していると思えなかったが、まだ残薬があり、服用しているというようなことを言う。奥様にもご説明したが御本人があまり聞き入れないということ。数日後、体調変化あり、他の脳外の開業医へ受診。訪問時、薬剤確認すると、血小板凝集抑制薬は処方

	<p>方されていないが、循環薬眠剤処方。(他の薬局での調剤) 眠剤 1 ヶ月 14 日分でコントロールしていたが、今回同じ薬剤 14 日分処方され、1 ヶ月 30 日分での服用となる。眠剤、多く服用すると頭に残ったり、日中の生活がうまく出来ないことがあるので注意するよう指示。訪問時奥様から報告で足腰がふらつくということ。転倒することもあるとのこと。眠剤少しずつ減らすよう指示。眠剤ほしがる奥様より報告。思い当たることがあったか、御本人、少しずつ眠剤減らし、整形外科 Dr より血小板凝集抑制薬処方してもらうようになる。訪問時、血小板凝集抑制薬のことお話しする。臨床的なことは分からないので、必ず以前の脳外の担当 Dr から期待する薬効説明と、中止して良いのかのご判断を頂いて下さいと指示。やっと納得しご理解頂けたように思える。顔色も良くなり現在良い状態。悲しいかな薬剤が御本人にとってどのくらい効果的なのか、まだ必ず必要なお薬かと確信する、臨床経験と知識が無く判断に戸惑いながらの私の態度にも問題とは思いますが、訪問での医学的視野と薬学的視野の総合判断が必要だった症例と思います。処方が必ずしも、正しいかどうかは分かりませんが、御本人が元気になるまでホッとしています。まだまだ多くの知識が必要とされる訪問での関わりと思われれます。ご参考になれば幸いです。</p>
2	<p>通院から在宅に変わってからアリセプトが追加処方され、良くなった。(14 日投与) 2 ヶ月位で通院時より、引き続き処方されていたサアミオンを服用すると興奮するようなのでドクターと相談一時サアミオンを中止したがその後再処方され、結果はまだ不明です</p>
3	<p>パナルジン服用患者 (男性 88 才) ・目の上にあざがあり、本人 痴呆症で転倒したのではと、本人もハッキリせず、家族へ確認。時々あざできているが、見てはいないが転倒だと思ひ込む。処方医へ連絡、パナルジン中止、あざ消失、再発なし。</p>
3	<p>1) 80 才の女性で在宅で訪問しはじめたころより、数ヶ月経って口をモゴモゴ動かす (遅発症口唇ジスキネジア) 症状が表れだした。入れ歯が合わないのか家族に聞いてみるとそうではない事がわかり、在宅医と相談の上ドグマチールカプセルを中止することにした。その後 2~3 週間目で全く症状が見られなくなった。</p> <p>2) 82 才の女性 在宅服用薬以外で他科より、長期でプロタノール S 15 mg が処方されていた。担当ヘルパーより夏でもないのに、夜中に寝汗がひどくて困っていると聞いた。夜中に夢でうなされていいる状態があるのかかかりつけ医師と相談の上プロタノールを中止することにした。1 週間程で寝汗が止まったとの事。プロタノールの副作用 (発汗) が原因の可能性が高いとみられる。</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> ・高脂血症治療薬 ・抗血小板剤 ・アルツハイマー治療薬 ・スタチン系高脂血症治療薬 <p>他服用中 レベル低下で他科 (精神科) を受診しが処方される。</p> <p>在宅訪問時 赤褐色尿・筋肉痛訴え有り。高脂血症治療薬重複に伴う横紋筋融解症の疑いで医師に報告書を提示。医師指示により高脂血症治療薬中止。薬剤中止により症状が回復する。</p>
3	<p>レンドルミン錠 0.25mg 1 T で入眠状態良好。副作用も無かったが、病院の採用が変更になり、レンドルミン D 錠 0.25mg 1 T 処方になる。レンドルミン錠→レンドルミン D 錠に変更にともない、頭痛副作</p>

	<p>用出現。レンドルミン D 錠に添加されているアスパルテームによるものと思われる。処方医に相談の上、レンドルミン錠に変更してもらう。以後、頭痛の副作用発現なし。</p>
4	<p>S・O (女) 73歳 脳梗塞後遺症 (右麻痺)</p> <p>定期服用薬 テグレートール (200) 2T .ブルターール (100) 2T 1日2回 ノルバスク (5) 1T アルファロール 1C ルブラック (4) 1T 1日一回 ガスター10 2T タフマック E2C ムコスタ 2T 1日2回 (脱カプセル) バップフォー10 1T 1日1回 トクラニール (10) 1T 1日1回</p> <p>H17.5.26~ 足指白癬のためイトリゾールパルス療法開始する。</p> <p>本人カプセル服用が難しいこと、又テグレートールとの併用でイトリゾールの血中濃度低下。テグレートールの血中濃度上昇の可能性があるため、疑義照会する。(脱カプセル不可) 医師の意向としては足指白癬完治が目標のため、パルス療法は行いたい。そのためテグレートール 100mg2T へ減量。</p> <p>5.27 本人がカプセルは飲みにくく、右麻痺のための痺れの方が治療しては優先させたい。と薬局に連絡入り Dr と相談しパルス療法は中断する。本人はしびれの改善で、デイケア等の利用で自主生活を望んでおり、私としては診療の優先を Dr と相談し、患者の QOL に貢献できたと考えている。</p>
4	<p>在宅患者で QOL の低下を改善した事例 (けいれんを迅速に改善出来た例)</p> <p>S24・7・25 生 くも膜下出血 家族との意思疎通不可。</p> <p>薬剤 デパケンシロップ 16ml 分 2 他の薬剤使用中</p> <p>1) 服薬指導にて「けいれん」発作時はまず、デパケンシロップを 1 回量 8ml を直ちに服用を指導していた。</p> <p>2) 10 月 10 日朝から下痢が 2 回程あり、Pm3 時 30 分に「けいれん」が発生。直ちにデパケンシロップ (3 時) 8ml を服用す。熱は 39.8℃</p> <p>3) 「けいれん」をおさまる。夕食後デパケン 5ml 服用 (20:00) 熱 37℃ 10 月 10 日はデパケン 8ml・8ml・5ml 服用した。</p> <p>4) 下痢の場合デパケンの血中濃度が低下したため、「けいれん」発作が起きたこと説明。デパケンの血中濃度測定も病院へ依頼する。</p> <p>5) デパケン血中濃度 55.8 μg/ml を確認する</p>
4	<p>夜間のオムツ替えが多く尿量もとても多いとの相談を受け、服用中の処方内容よりハルナールが夕食後に処方されていることに原因があるのではないかと考え、夕食後服用の理由を尋ねると、コンプライアンス向上のため 1 日 1 回の服用にするため、全ての薬を夕食後に集中させて処方してもらっているとの事だった。ハルナールによる、尿量の増加の可能性と夜間の排尿を少なくできる可能性があることを説明し、家族の同意を得て、Dr へ連絡をとり夕食後服用→朝食後服用に処方変更となった。その後、夜間のオムツ替えはしなくて済むようになった。</p>
4	<p>(例 1) 73 才女性。脳梗塞後遺症 (半身麻痺・言語障害) 自宅療養、3 年。</p> <p>① 強心剤、ワーファリン、利尿剤投与。開業医往診</p> <p>② 高脂血症のため、スタチン剤投与。リバロ・メバロチン共、1 週間で高度の食欲不振、中止。約 1</p>

	<p>週間で回復</p> <p>③ シンメトレル、サーミオン別々に投与、どちらも食欲不振、中止、一回復。</p> <p>高度の食欲不振あり、家族の相談有り、②を中止することを医師に進言するようにお話しする。◎身体障害のある高齢者は、食欲不振になると、QOLが極度に低下する。単に食べたくないというだけでなく、咀嚼も嚥下も出来なくなる。家族や、付き添いに遠慮することなく医師にそう進言するべきである。このような患者は食事摂取も常に健常者の1/3位である。投薬量も通常の1/2～1/3位で試してみるのもが良い様に思う。</p>
5	<p>患者は85才 女性 一人暮らし。要支援の介護認定。</p> <p>在宅医療 薬剤師居宅療養管理指導にて継続訪問しています。最初は外来通院だったが、精神疾患もあり、通院が困難になり在宅に変更になった。2回ほど訪問した後、残っている薬がバラバラになって薬袋中も混じりあった状態だったので、一つ一つきっちり分別して薬袋に入れ直して訪問終了しました。次回再度薬を確認したところまた、バラバラになっておりました。これではいけないと考え、2日分だけ残して全て回収して来ました。医師へ相談の上、一包化することになり、全て一包化した薬をお届けしました。その後残薬分を相談し、調整して、現在は飲み忘れも無く、しっかり毎日服用できるようになりました。</p>
5	<p>外来受診にて他の薬局より投薬受けていた様ですが、在宅医療へ変わり訪問するとカリーユ二点眼残薬あり、主治医へ連絡する共に再度使用法指導。</p>
5	<p>T9・4・7 女性 どうしても残薬が合わず、家族の協力のもと、一包化した。薬包紙に服薬の日付を記入し、訪問看護さんと(3回/1w)連絡をし、薬の服薬状況も協力しあうよう話し合いを持ち、現在に至っております。</p>
5	<p>残薬の問題点 ・現在在宅訪問薬剤管理指導を3人の薬剤師にて32名実施中。その内経腸栄養剤使用患者13名(ハーモニックM9名、エンシュアリキッド4名使用)です。経腸栄養剤使用患者さんがシヨートステイを利用する場合に経腸栄養剤の残薬の問題が発生しております。</p> <p>(イ) 老人保健施設を利用する場合 経腸栄養剤持参せず、(施設で処方する)薬剤は持参する。</p> <p>(ロ) その他の施設を利用する場合 経腸栄養剤と薬剤を持参する。</p> <p>在宅訪問薬剤管理指導。患者さんがいつ(イ)(ロ)を利用しておられるかを常に確認し、医師へ報告し処方量の調整をして頂かないと発生することを防ぐことが出来ません。</p>
5	<p>H病院で65日分投与の薬を貰われ、ニバジール4g1T 分割 バイアスピリン 1T 朝、セルベックス2包 分2 マトパー2T 分2で、薬がごちゃごちゃになり持って来られ、当薬局にて全一包化して日付を入れてあげたが、かなり余っていた。老人には2週に1度ずつ運んであげ、箱に並べてあげないと、コンプライアンス不良が続いたと思う。在宅指示ではないが管理してあげないといけない老人に長期は不適無駄になる。</p>
6	<p>県立病院泌尿器 86才女性 60日～90日処方 ツムラ40猪苓湯 7.5g 分3毎食</p>

	<p>ウブレチド 5g 分1 寝る前</p> <p>その他内科・整形・精神内科</p> <p style="text-align: center;">↓ ↓ ↓</p> <p style="text-align: center;">60日 1ヶ月 1ヶ月</p> <p>薬を届けるたびに、おしっこ出すぎて眠れない。便秘する。下痢をする等で、つどつど訴えることが違う。薬もかなりあまっている様子で先生にも FAX にて、その事を話しておきましたが、回答なし。近くの産婦人科などにもそのつど色々な訴えをして診察してもらう。こんなお年寄りに2ヶ月～3ヶ月の処方は無理なような気がいたします。</p>
7	<p>降圧剤服用の患者がヘルパーに頼んで OTC 胃腸薬 (Na 入) を長期に服用。本人の説明、OTC 中止。主治医へもその旨を連絡。(訪問して空き箱多数あったため発覚)</p>
8	<p>T12・12・12 男性 家族との別居により一人生活されている。その日は、夜7時ごろお薬をお届けに行きました。御本人はベットからズリ落ち、ベットは排尿・昼も排尿 異臭あり。寒くなり息もたえだえの状態でした。脳梗塞を生じ(後に主治医から連絡)歩けなくなっておられました。すぐ家族と主治医に連絡し入院となりました。2wに1度の参加ですがとても驚きました。</p>
8	<p>当地域では保険が三回に渡り少しずつ変更されました(6ヶ月中に)。いろいろな書類が町より送られ、何が大切なものか、もう変更前の保険証なのか区別が出来ない状態です。中でも介護の申請が忘れられており、ケアマネに連絡し、急いで介護を受けることが出来ました。(服薬状況のみで行く)在宅薬剤管理指導に介護の状況確認しているため発見出来ました。</p>
9	<p>これはこの地域性のことだろうが 医者にはもちろん患者を診るために会わせるが薬剤師は玄関先から上がらせないという感じです</p>
9	<p>ケアマネージャーの資格ももち居宅介護支援も行っています。Aさんは老夫婦二人の生活で夫に介護を受けている方です。近くの開業医よりメルビンの処方を受けていましたが、朝食欲がなく、あまり食事を食べないで服用されたため、低血糖におちいり、意識がなくなり緊急入院されました。病院では医師、看護師の管理のもと、インシュリン注射の投与を受けてられていましたが、在宅では高齢夫婦ということで又、内服に戻されました。食欲がないと、あまり食べないとのことで、血糖値を測定してから服用した方が良いのではと相談を受けましたが、インシュリン対応では無いため、保険では測定器が手に入りません。食事があまり取れない時は服用を控えるよう説明しています。</p>
9	<p>戦中、沖縄より多数の疎開者が居住する地区の在宅医療を行うにあたり、沖縄地方の方言を交えることにより、より深く患者情報を引き出すことに成功した。</p>