

2017.7 日本在宅薬学会学術大会

在宅患者への服薬支援～薬剤師だからできること

### 【はじめに】

薬剤師は在宅訪問を行った際に残薬や病状の把握を行い、適切な薬物投与が行われているか確認する必要がある。

今回 90 代女性患者が入院による残薬増加、退院時と往診時処方内容の相違、ジゴキシン過量投与による用量変更を実施した。時間の経過とともに発生した問題に対して薬学的観点からどのように対応してきたか報告する。

### 【問題点】

#### 問題点①残薬

痛み止め、心臓薬、内服薬残薬があり。家族は薬が残っているがどうしたらよいか分からず放置状態。

#### 問題点②退院時処方

退院時ワファリン用量が 2.5mg。往診処方 2.25mg であることが訪問時発覚。原因として在宅医へのワファリン用量変更について病院側からの情報提供がなされていなかった。

#### 問題点③ジゴキシン投与量

ジゴキシン 0.09375mg 服用、体重 40kg。患者本人は、「胃もたれがたまにあり横になっている方が楽。」食欲低下や吐き気などはなし。血中濃度採血がなされていないため予測血中濃度を算出して投与量の妥当性を検討。医師へ TDM 測定を依頼。

上記 3 点の問題点に対して原因と解決策を医師へ提案した。

### 【考察】

入退院を繰り返すことで残薬が増え、処方内容が変更されて退院してくることがある。退院時初回訪問では、残薬状況・退院時処方内容などの確認をとり、必要に応じて医師や病院薬剤部へ確認をしていく必要がある。

また高齢者では腎機能低下、体重減少などにより投与量、投与方法の妥当性について常に注意をしておく必要があり、患者の状態をみながら薬の必要性について医師へフィードバックし適切な薬物治療を行っていくことが薬剤師として任務である。

### 【結論】

患者中心として医師、薬剤師、看護師、ケアマネ、ヘルパーなどさまざまなスタッフが関わっている。それぞれの立場で患者と接することでちょっとした変化に気づくことができる。各スタッフと連携をとりながら患者の状況にあった薬物投与を今後も行っていきたい。