



薬剤師の腕の見せどころ

認知症の患者は近年、急激な増加を遂げています。在宅でも認知症の患者は増えていて、疾患も、がんなどと生活習慣病が組み合わさった多疾患を抱えた方が増えています。

家庭では核家族化が進み、老夫婦だけの家庭や独居の方も多くなりました。私たちも、認知症の奥様ががん末期のご主人を介護しているご夫婦2人だけの家族や、高齢の姉妹がお2人とも認知症で、しかも2階建ての戸建てに2人きりで暮らしているという方々の在宅訪問をしてきました。高齢の方で認知症に罹患している方は、たいがい他の疾患も抱えているので、どうしても薬剤の種類が増えてしまいます。糖尿病や高血圧、高齢からくる骨粗鬆症などに対して、薬剤師の立場からは「どのように薬剤を服用していただいたらよいだろう」「どうしたらきちんと服用していただけるか」「そのための工夫はなにか」など、いろいろな薬剤の剤形を駆使し、服薬コンプライアンスがあがるよう家族・本人・医師に薬剤の提案をします。その対応は、患者さんのライフスタイルやサポートの度合いによって個人個人異なります。同じ薬剤でもいろいろな提案ができますから、どう工夫するかは薬剤師の腕の見せどころです。

チームの対応は万全

今回の事例は、80歳と高齢で、独居（高層マンションにおひとりで生活）のかわいいおばあちゃんです。認知症が進行して誰かの助けがないと生活できない状況になったとのことで、ケアマネさんから紹介を受けました。

最初のカンファレンスはご自宅で開催されました。認知度はII bですがBPSDはなく、元気で楽しく暮らしていて、ADLも大きな問題はありませんでした。ただ、マンションのセキュリティが2重になっており、本人にはその操作が覚えられません。マンションを出て散歩に行かれても、帰りに自分のマンションに入れなくなり、近所の方に迷惑をかけるということが頻発していて、介護が必要と判断されたということでした。担当のケアマネさんとは地域の勉強会でよくご一緒していて、その会の事務局も一緒にやっていたのでお互いの顔が見えていましたし、主治医の先生も同じ会の仲間でしたので、ざっくばらんに話せる関係でした。患者さんのご家族は、同じ市内に長男が、近県に長女が暮らしていますが、事業が忙しく、同居して面倒をみることはできないということでした。

そこで24時間対応のヘルパーさんに主な介護をお願いし（経済的には比較的裕福な家庭だからできることです）、その方を中心に会議が開催されました。もちろん、長女の意向は事前に十分に聞き取っています。

図 カンファレンスシートの記入状況

| 担当者名 | |
|--|--|
| 名前 | TTMM 子 |
| 年齢 | 80歳 |
| 介護関係状況 | |
| 福祉手帳 | なし あり (身障 級・精神・療育) |
| 介護保険 | なし 申請中 あり (非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) |
| 番号 | 期間 |
| ケアマネ | 氏名 SS さん 事情所名 A ケア |
| 連絡先 | TEL 047-... 本人が出るが、ヘルパーさんに代わってもらうこと |
| 経済状況 | 1 楽 2 やや楽 3 普通 4 苦しい(理由) |
| サービス内容 | 生保 非課税 年金 () 収入 約 万円 |
| 日常生活 | 歩行 ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 食事 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 排泄 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 入浴 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 着替え | ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 整容 | ①自立 ②一部介助 ③全介助 |
| 性格 | 問題 ①ない ②あり () |
| 対人関係 | ①協力的 ②普通 ③拒否的 ④その他 () |
| 認知症 | 記憶障害 ①軽度 ②中 ③重度 |
| 失見 | ①軽度 ②中 ③重度 |
| 睡眠障害 | ①軽度 ②中 ③重度 |
| 問題行動 | ①攻撃的 ②自傷行為 ③火の扱い ④徘徊 ⑤不潔行為 ⑥その他 (なし) |
| 特記事項 | 徘徊 |
| 家族の状況 | |
| 続柄 | 年齢 職業及び生活状況 |
| TTDD | 携帯 090- 請求は電話で金額を 振込先明細は手渡し |
| TTGG 子 | 携帯 090- |
| 家族構成図 | |
| ○女性 □男性 ●死亡 | |
| 親族 | 続柄 年齢 職業 後見人可否 |
| 家族関係 | |
| ご主人死亡 独居 長男介護しない 離婚した嫁(スビーカー)が週1回くらい面会をみている。キーパーソンは長女(GG子)、企業家で会社経営、近県在住、忙しいので、簡潔に要点を伝える三男がいるが、その話題に触れることは禁句 | |
| 家族の状況 | |
| マンションの新しいビルの18階 セキュリティが厳重、HPさんのいるときに訪問すること | |
| 問題解決のための協力者 | TTGG 子 本人・家族に最も影響のある人物 |

チームとしての目標は、

- 家で穏やかに過ごしていただく
- 認知症の進行抑制
- B P S Dの防止
- 行方不明にならない
- 転倒しないよう見守る

ということでまとまりました。患者さんの状態は、同じ話の繰り返しや、聞かれたことへの取りつくろいなどの認知症状は出ていましたが、B P S Dは全くありませんでした。週3回デイサービスに通っていたことと、毎日ヘルパーさんと一緒に散歩していたことが筋力の衰えを防止し、昔から慣れ親しんだ地域との共存が認知症の進行予防につながったのだと思います。薬剤師からは次のような点をあげました。

- 服薬コンプライアンスの遵守
- 重複、飲み忘れの予防
- ヘルパーさんと一緒に管理する〔箱と服薬チェックシートを用意して対処する〕

その他、名前と服用方法を印字して一包化し(デイサービスで他の方との薬の取り違えを防ぐため)、服薬カレンダー(1週間分)を用意しました。薬剤の補充はヘルパーさんに

お願いし、安定した服薬が可能となりました。訪問は月に1～2回、昔の話を聞きながら患者さんと楽しく過ごすのも薬剤師の仕事の一部です。マンションの窓からは港が一望でき、あちこちの公園や緑の木々から季節が感じられます。点在する桜が春にはピンクに染まり、とても美しい景色で、それらを一緒に眺めながらお話をして訪問を終えました。帰りには玄関まで見送ってくださり、それが本人の日課なのだと話していました。つきっきりで介助しても…安定した生活が2年ばかり続いたのですが、ある日突然ケアマネさんから電話が入り、骨折して緊急入院したと報告がありました。お年寄りに多い大腿部転子部骨折です。救急で病院に入り、その後リハビリ病院で2～3カ月療養し、歩行訓練をしてから再び在宅へ戻ってくるとのことでした。どんなに注意して段差をなくし、

つきっきりで介助をしても

24時間ずっとそばにいることは不可能です。骨粗鬆症対応の薬剤も服用していましたが、それでも事故は起きてしまいます。私たちとしては認知症が進行せず、BPSDも出ないうちに退院していただけることを祈るのみでした。退院後もいろいろな経過がありました。それについては、また次号でご報告したいと思います。

本論文は、メディカ出版「医療と介護Next」に掲載されたものです。そのため、一部の内容に執筆当時の情報がございます。



たかはし まなぶ
高橋真生

在宅医療薬剤師。千葉・船橋で保険調剤薬局を展開する株カネマタ代表取締役。訪問薬剤管理を長年実践し、地域医療に貢献している。