

おくすり事前チェック&相談シート 活用例

【事例】 78歳 男性 要支援 2

独居だが市内に娘さんが住んでいる。

足腰が少し不安定になりつつあるが、トイレなど介助の必要はなし。

週に2回、ヘルパーさんに掃除や洗濯をお願いしている。

薬は自分で管理しているが、残薬に偏りあり「飲みづらい」と訴える。

このところ食欲があまりなく、口が苦い感じがある。

患者状況の記入例)

① 服薬について ※該当する項目に○印

1	薬を服用していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
2	お薬手帳をもっていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
3	2ヶ所以上の医療機関から薬をもらっていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
4	薬のアレルギーはありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
	「はい」の方 薬品名 ()															
5	主治医は本人の服薬状況を把握していますか (複数の医療機関を受診している場合)	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
6	サプリメントを服用していますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
7	睡眠剤や精神安定剤を服用していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
8	薬やサプリメントの飲み合わせをかかりつけ薬局の薬剤師に相談していますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
9	残っているお薬はありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 不明												
10	服用している薬の名前と飲み方を記載してください <input checked="" type="radio"/> シート・ <input type="radio"/> 一包化・ <input type="radio"/> 粉碎・ <input type="radio"/> その他 ()	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">リクシアナ 60 mg</td> <td style="width: 10%;">1錠</td> <td rowspan="3" style="width: 10%; text-align: center;">} 朝食後</td> <td rowspan="3" style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>オメプラール 10 mg</td> <td>1錠</td> </tr> <tr> <td>ロンゲス 10 mg</td> <td>1錠</td> </tr> <tr> <td>アモバン 7.5 mg</td> <td>1錠</td> <td>寝る前</td> <td></td> </tr> </table>			リクシアナ 60 mg	1錠	} 朝食後		オメプラール 10 mg	1錠	ロンゲス 10 mg	1錠	アモバン 7.5 mg	1錠	寝る前	
リクシアナ 60 mg	1錠	} 朝食後														
オメプラール 10 mg	1錠															
ロンゲス 10 mg	1錠															
アモバン 7.5 mg	1錠	寝る前														

② 薬の管理と服用について ※該当する項目に○印

1	薬の管理は誰がおこなっていますか <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> その他 ()		
2	薬は指示通りの方法で服用できていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3	2で「いいえ」と答えた方へ 薬を飲めない原因は何にあると思いますか ・飲み込めない・ <input checked="" type="radio"/> 飲み込みにくい・服薬拒否・飲み忘れる・服薬確認ができていない ・服用回数や種類が多い・その他 ()		
3	利用者様は薬について疑問を抱く、または服用に不安を感じておられますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4	利用者様は薬に関して相談できる相手がおられますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ

③ もしかして服用薬が原因？気になる身体状況をチェックしてみましょう ※該当する項目に○印

食事	<input checked="" type="checkbox"/> 食欲がない	食事量が減少	口が渴く	<input checked="" type="checkbox"/> 口が苦い	胃痛	味がわからない
	せきこむ	水分量 (ml / 日)				
排泄	便秘気味	便が固い	下痢が続く	前立腺肥大	口が渴く	だるい 尿量の減少
	汗をかかない	尿の色が通常より濃い (色)				
	夜間の尿の回数が多い	残尿感がある	多量の発汗がある (顔面蒼白)			
睡眠	昼夜逆転	寝つきが悪い (興奮して眠れない)	夜間トイレに起きた時にふらつく			
	昼間、強い眠気を感じる					
運動	つまづく	転倒しやすい	手先が震える	ふらつく	力が入らない	脱力感がある だるい
認知	判断力低下	攻撃的な態度	歩行 (すくみ足)	意欲低下	短期記憶障害	

【この聞き取りから見える問題点】

- ① 薬がきちんと飲んでおらず残薬あり。
- ② 飲み込みにくいとの訴えあり。
- ③ 食欲なく、口が苦い。

====担当者と薬剤師のやり取りの一例=====

担当者からの相談の記入例)

担当者から見た薬と生活の課題

ある or なし

薬がきちんと飲んでおらず、特にリクシアナがたくさん残っています。「大きくて飲みづらい」そうです。またこのところ食欲あまりなく、口が苦いようですが薬の影響でしょうか。

薬剤師からのアドバイスの記入例)

薬剤師からのアドバイス・フィードバック

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

リクシアナは口の中で溶ける錠剤があるので次回処方時そちらを提案してみます。半分に割ることが可能なので、当面は割って服用してもらうよう私からご本人説明しますが、血栓を防ぐ大切な薬なので、もし飲み忘れに気づいたときは服用をお声掛けいただくと助かります。

口が苦いのもアモバンが原因かと思われますので、ご本人からもご希望を聞いて他剤への変更と一包化も合わせてご検討いただくよう先生にご相談し、後日あらためて結果をご報告します。

また何かお気づきの点がありましたら教えてください。

主治医へ情報提供、改善へつなげる