

秋田市保健所での服薬支援への取り組み



秋田市保健所健康管理課
感染症・難病担当 保健師
赤田 真貴子

はじめに

秋田市は平成9年度に中核市となり保健所を設置、平成17年1月には隣の2町と合併し、10月1日現在の人口は33万4千人となっている。

平成16年の結核の新登録患者数は50人、罹患率15.7(人口10万対)であり、喀痰塗抹陽性患者は28.0%、65歳以上の患者は60.0%を占める。罹患率は、その年により多少ばらつきはあるが、減少傾向にあり、高齢者が占める割合は増加傾向を示している。

平成14年より当保健所管内では、唯一結核病床を有する市立秋田総合病院(以下、「市立病院」と略)で院内DOTSが開始されている。

平成16年度には、市立病院から院内DOTS終了後、地域での支援が必要との要請を受けて、秋田市保健所として服薬支援を開始することになった。

服薬支援事業を開始するまで

- 平成9年 中核市となり保健所を設置し保健所業務を開始。
- 平成12年 市立病院との連絡会を年1~2回開催し、情報交換をすることでお互いの業務内容について理解を深めた。
- 平成14年 市立病院で院内DOTSを開始。
- 平成16年3月 保健所として服薬支援事業を検討。市立病院結核病棟の医師および看護師の協力を得て、服薬中断リスク項目を検討し、点数化することで支援回数について基準を設けた。退院後の服薬手帳を検討し作成。
- 平成16年7月 保健所服薬支援事業を開始。市立病院に事業の協力を文書で依頼。

服薬支援の実際

直接服薬確認にとどまらず、患者との信頼関係を築き、服薬を中断することなく治療の終了ができるよう、医療機関や福祉関係と連携をとりながら支援している。

入院時

患者と面接を行い、療養上の不安の軽減に努

めると共に保健所の役割について説明、退院までは、月1~2回程度面接を行う。

退院後の服薬支援方法について患者自身と相談しながら、服薬の必要性についての意識を高める。

カンファレンス

月1回市立病院を会場に実施している。

参加者は市立病院結核病棟医師、看護師長、担当看護師および保健所保健師で入院患者並びに外来患者の情報を共有するとともに、必要な支援を協議する。

退院予定の患者について服薬中断リスク判定を実施し、話し合いの上、個別患者支援計画を作成する。(表1)

退院決定時

患者と面接を行い、退院後の生活や服薬支援の方法について確認する。飲み忘れを防ぐために必要な患者については服薬カレンダーを配布し、使用の方法を相談する。

市立病院においては、処方されている薬名を貼り付けた服薬手帳を退院指導時に配布する。

服薬中断リスク判定票

(表1)

		平成 年 月 日 担当				
氏名	歳 男・女	治療開始	H	年	月	主治医 先生
		退院予定	H	年	月	
		配点	0点	1点	3点	10点
1	院内DOTS	問題なし	問題あり			
2	年齢75歳以上	なし	あり			
3	独居	なし	あり			
4	副作用	なし	あり			
5	合併症	なし	あり			
6	治療することに同意	あり		なし		
7	疾病を理解	あり		なし		
8	疾病を受容	あり		なし		
9	服薬の必要性	理解有り		理解無し		
10	入院前の生活が不規則	なし		あり		
11	結核の再発	なし				あり
12	アルコール・薬物依存症(飲酒問題を含む)	なし				あり
13	痴呆等の精神障害	なし				あり
14	結核・他疾患の治療中断歴	なし				あり
15	住所不定等	なし				あり
合計						点
服薬支援者の協力		無し 有り()				
地域	支援の方法については、訪問、外来、連絡について検討し計画をたてる。 施設入所の場合はDとする					
D	A: リスクが10点以上 毎日服薬確認					
O	服薬支援者が協力できない日について服薬確認を行い、毎日確実に確実に服薬支援者が確認できる場合は、週1回程度の確認とする。					
T	B: リスク点が9~6点 週1回服薬確認					
S	C: リスク点が5点以下 2週に1回服薬確認					
判定	D: リスク判定0点 月1回服薬確認					
服薬支援計画	退院後の生活: 在宅・勤務・自宅療養・施設入所・転院・その他					
	外来受診予定: 月 日() : 処方回数・内容: INH・RFP・EB-() 一包化: 有・無 治療終了予定: 年 月 服薬確認方法: 備考:					

退院後～治療終了

市立病院と連携をとりながら、個別支援計画に沿ったDOTSを治療終了まで行う。

市立病院では外来DOTS を実施しており、必要時、保健所へ情報提供がある。

訪問による服薬支援は、残薬、空き袋、服薬手帳の確認を保健師等が行う。

服薬確認を行った際は、服薬手帳に内容を記録し、他の支援者は手帳を確認した上で継続した支援を行う。

市立病院外来DOTS 月1～2回外来受診時に、結核病棟の看護師が外来で対応している。診察の前に服薬手帳、空き袋、残薬の確認をした上、当日は直接服薬確認を行っている。また、受診時までの体調、服薬についての問題がないか状況を把握し、必要な指導を行っている。

平成16年度服薬支援実施状況

16名の患者に対して服薬支援を実施した。患者の概要については(表2)のとおりとなっている。

保健師が患者と初回面接を行う時点で院内DOTSが始まっており、服薬に対する意識付けが既に病院で確実になされていることから、入院時の面接、退院後の保健所の服薬支援についての受け入れは、比較的スムーズに行われている。

比較的年代が若い患者は、院内DOTSでもそれほど問題が無く、服薬中断リスク判定のリスク点も低く、職場復帰により訪問が難しくなることから、カンファレンスにより月1～2回の連絡確認による支援が多くなっている。一方、高齢の患者は、

(表2)

患者16名の状況		
【年齢】20代 1名, 30代 2名, 40代 2名, 50代 1名, 60代 1名, 70代 6名, 80代 3名		
【性別】男性 13名, 女性 3名		
【生活状況】仕事をしている 8名, 在宅 8名		
【家族構成】同居家族あり 13名, 単身 2名, 施設入所 1名		
【入院期間】1～2ヵ月 2名, 2～3ヵ月 5名, 3～4ヵ月 4名, 4～5ヵ月 2名, 5ヵ月 3名		
【リスク判定結果】判定A 7名, 判定B 無し, 判定C 8名, 判定D 1名		
項目別	年齢が75歳以上	6名
	副作用有り	5名
	合併症有り	5名
	再発	5名
	生活不規則	4名
	疾病を受容していない	3名
	院内DOTSに問題があり	3名
	治療中断歴有り	2名
	疾病についての理解がない	2名
	アルコールに関する問題有り	2名
	独居	1名
	痴呆等の精神障害有り	1名
【服薬支援者】保健師, 家族, ヘルパー, 訪問看護の支援 1名		
	保健師, 家族の支援	14名
	保健師, 施設職員の支援	1名
【支援内容】毎日の服薬支援 1名, 週1回服薬支援 1名		
	2週1回服薬支援 10名, 月に1回服薬支援 4名	

服薬中断リスク判定の結果、年齢、再発、合併症等でリスク点も高くなり訪問による支援が主となっている。また、訪問時には服薬支援のみでなく生活全般についての相談を受ける事も多く、訪問時間も長くなる傾向にある。現在まで、毎日服薬支援が必要と判断した患者は、同居家族が妻のみの76歳男性1名であった。

保健所は、退院に向けて家族、ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問看護師によるカンファレンスを実施し、退院後初めての服薬支援時には支援者と保健師と一緒に訪問に入るなど服薬支援がスムーズに行えるよう連絡調整を行った。また、患者と同じく高齢である妻の負担が大きくなるように、妻の相談相手、精神的な支えとなり、ケアマネジャー、医療機関の調整等担当保健師はかなりのエネルギーを注いで支援にあたった。

多くの服薬支援者が関わり、支援が軌道に乗るまでは、保健師は支援者として関わりながら連絡調整を行う役割を担う。患者の生活状況により、服薬支援者となり得る人は様々であるが、保健所以外に服薬支援者の確保ができない場合について保健所として現在の業務の中でどう対応するのか、今後について具体的に検討をしておくことが必要となってくる。

まとめ

「今、できることから、できる範囲で始めよう。」そのようにして始まった服薬支援事業だった。

そして、市立病院の協力のもと、入院から退院、治療終了まで市保健所独自の服薬支援の体制を築き、二年目を迎えた。

一年目より二年目、より充実した体制で服薬支援が行えるよう体制は整いつつあるが、コホート評価の実施、市立病院以外の患者を服薬支援する体制についての検討等課題があげられる。

院内DOTSとして先駆的な取り組みをしている市立病院の後押しがなければ、保健所単独では現在ののような体制はできなかったように思う。医療機関との連携の大切さを実感すると共に服薬支援を強力に後押しをしてくださった市立病院結核病棟の医師、看護師には感謝の気持ちで一杯である。

また、支援する側だけの一方的な想いのみだけでなく、患者の了解を得ながら、患者を中心に服薬支援を進めているつもりだが、患者自身が支援をどう感じたのかを今後に向けて確認しておく事も重要だと考えている。

今後もより良い形で患者の服薬支援が行えるよう、他の医療機関とも連携を深めていかなければと気持ちを新たにしている。