

記

入

し

な

い

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40

G

高齢者への薬物投与における問題点 ～持参薬からの評価～

○陣田 剛志、本間 久美子、塩田 恵、
辻本 勉
(淡路医療センター 薬剤部)

【背景】

淡路島は65歳以上の人口割合が高く、当院では高齢患者が多い。一般に高齢者では、複数の疾患を合併しているため、多剤併用が多くなり、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが懸念される。老年医学会では安全な薬剤投与を目的とした「高齢者への安全な薬物療法ガイドライン」を提言している。そこで、このガイドラインを基に、当院へ入院する高齢患者の持参薬が適切な薬剤投与であるかを調査した。

【方法】

2015年2月の1ヶ月間入院時に持参薬鑑別を行った232人中65歳以上の患者180人を調査対象とした。ガイドラインに基づき、①疾患に関係なくすべての高齢者に使用すべきでない薬剤②疾患によっては使用すべきでない薬剤を抽出し、各薬剤の処方状況を調査した。

【結果】

調査対象者の内、使用すべきでない薬剤を持参した患者は10例(5.6%)であり、10例とも該当薬剤による有害事象は見られなかった。上記①に該当する薬剤としては、トリアゾラム1例、25mg/日を超えたスピロノラクトン2例、0.125mg/日を超えたジゴキシン1例、上記②に該当する薬剤としては、慢性安定期COPD患者への経口ステロイド3例、心房細動患者への抗血小板薬(アスピリン、クロピトグレル、シロスタゾール)2例、心不全患者へのピオグリタゾン1例であった。

【考察】

今回の結果を踏まえ、薬剤師による高齢者への処方提案を含めた積極的な薬学的管理が必要であると考えられる。また、かかりつけ医及び保険薬局薬剤師と相互に情報共有し、高齢者への安全な薬物治療を図ることが重要である。

(様式2)

カテゴリ番号、演題名
は、MSゴシック太字全
角11ポイント

演題発表者、共同研究
者は、MS明朝全角10
ポイント

演者には、
○をつける

【A-1】
アルコール治療病棟におけるクリ
ニカルパス導入
～パス評価から効果的なチーム医
療の提供に向けて～

○光風 花子、兵庫 太郎、△△ □□
□□ △△
(光風病院 看護部)

所属、委員会名は、括弧
書()のうえ、MS明
朝全角10ポイント

【A-2】
回復期リハビリテーション病院と
の連携 — 脳梗塞地域連携
—
クリニカルパスの導入—

○姫路 太郎、兵庫 花子、△△ □□
□□ △△
(姫路循環器病センタークリニカルパス
推進ワーキング委員会)

1 目的

アルコール依存症の治療にクリニカルパスを導入することで、診療体制の整備・チーム医療の効率化・提供する医療の質の評価が可能となる。その上で、入院期間中の節目となる時期にパス評価日を設定し、意識的な関わりを行うことで患者との関係性を深め、各患者への個別問題に対し、より積極的な取組みを行うことを目指した。

2 方法

患者の回復過程に注目し、入院3ヶ月間の関わりをⅠ～Ⅲ期に分類し、他職種と協同して医療者用クリニカルパスを作成。平成18年1月より導入し、入院時受け持った看護師が中心となって関わり、看護計画へと反映していった。2月より毎週1回開催するカンファレンスを利用し、入院4週目・8週目にあたる全患者のパス評価を行ない、個別問題を明らかにした。

3 結果

クリニカルパスの導入により、主治医主体の治療から、チーム医療へと診療体制が整備された。そして、入院経過時期に合わせたカンファレンスでのパス評価は、従来の主観的評価に比べ、客観的な共通評価を行えるようになった。各患者の課題及び問題点が明確になり、個別問題への的確なアプローチ及び患者像の把握が容易になった。さらに活発な意見交換のツールとなり、スタッフ間での情報共有がすすんだ。

4 結論

アルコール依存症の治療にクリニカルパスを一つの医療基準としたことで、受持ち制看護と連携して機能させることができた。また、患者との関係性を通じ、個別問題の明確化と問題解決に向けた、統一した効果的なチーム医療の提供が容易になった。

【はじめに】

今回、脳梗塞患者のリハビリテーション(以下、リハ)目的での転院が多い回復期リハビリテーション病院との間で、転院時の医療者間における情報提供の内容を検討し、患者家族にも転院後の情報を提供するツールとして地域連携クリニカルパス(以下、連携パス)を作成し、導入したので報告する。

【連携パス導入までの経過とパスの紹介】

神経内科入院中の脳梗塞患者の紹介実績が最も多いA病院を対象とした。合計5回の検討会議を持ち、①連携パス作成の共通目的の確認、②急性期病院で準備できる情報と回復期病院がほしい情報の検討、③転院前後の流れが示されている患者用パスの具体的検討、④評価方法や介助方法の表記の統一化、⑤ADL能力の具体的記載方法、⑥チェック方式での簡素化、⑦返書サマリーの作成、⑧運用についての確認がなされ、運用が開始された。

【連携パス導入前後の変化】

導入前は①各職種別の情報提供書の作成、②転院後の治療が不明、③転院後情報の欠如、④患者家族の転院に対する不安感の存在があったが、導入後は①各職種からの情報提供の一元化、②転院後の治療の流れの事前把握、③バリエーションや転帰に関する情報の還元、④患者家族の不安軽減、が図れる。

【まとめ】

①「脳梗塞地域連携クリニカルパス」を作成し導入した。②連携先の特性や問題点が理解でき、必要とされる情報の提供が無駄なく可能となった。③患者家族に対して、一貫した治療計画の提示が可能となり、不安の軽減が図れた。④回復期リハビリテーション病院が欲しておられた転院後直ちに活用できる介助方法、介助量ならびにリハ練習内容が1枚の診療情報提供書で把握できる。⑤連携パスによる脳梗塞患者の地域完結型病病連携が形成された。

項目は、MSゴシ
ック太字全角 10
ポイント

抄録内容は、M
S明朝全角 10
ポイント

(様式2)