

資料 1

林先生資料

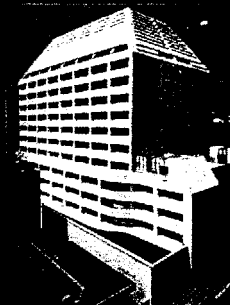
チーム医療による質の確保 と効率化

～ 薬剤師の立場から ～

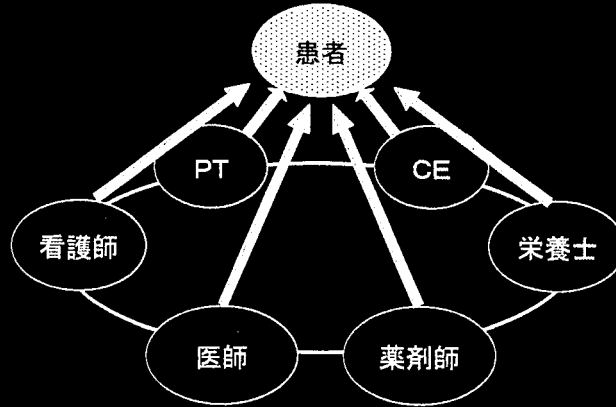
虎の門病院 薬剤部長
林 昌洋

虎の門病院

- 基本理念
医学への精進と貢献、病者への献身と奉仕を旨とし、その時代時代になしうる最良の医療を提供すること。
- 病床数 876 床
- 医師数 303 名 非常勤医師数 161 名
- 薬剤師数 30 名 非常勤薬剤師数 16 名



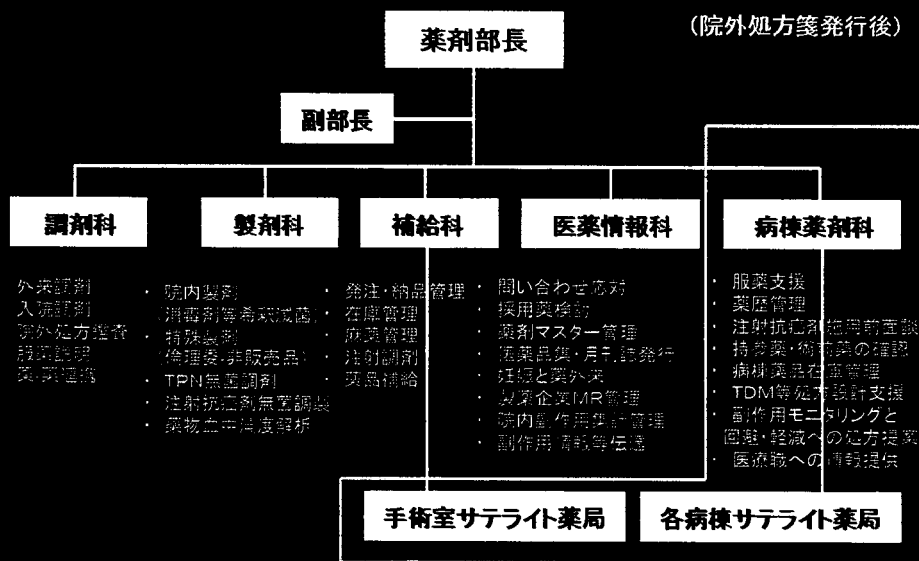
チーム医療による質の確保と効率化



患者さんを医療の中心において、医師、薬剤師、看護師をはじめとした医療専門職がそれぞれの専門分野を生かして分担・連携し、質の高い医療の実現を達成する医療提供体制。

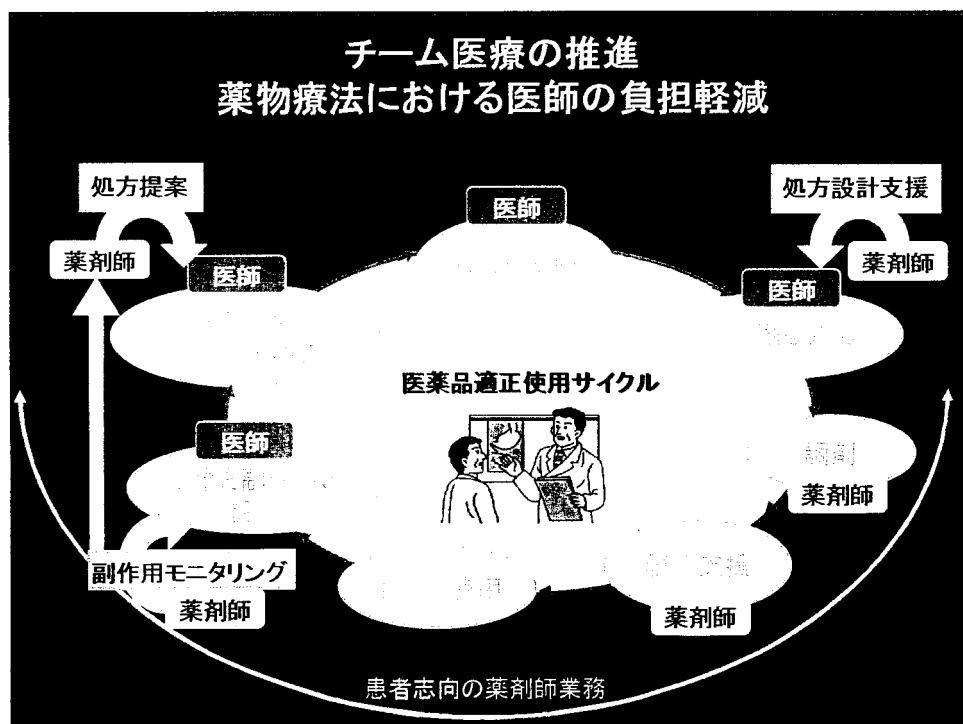
専門職が分担・連携・相互支援するため、医師をはじめ各職種の仕事も分散し軽減化。

薬剤部の組織と主な業務



チーム医療における病棟薬剤師の役割

- 薬の専門職としてできること…
- (薬) = (物) + (情報)
- ‘物’としての薬を志向した業務
[医薬品の調製、供給管理、品質管理…]
- 患者志向で薬の‘情報’を臨床応用する業務
 - ↳ [薬学的な患者ケア]
 - ↳ [お一人おひとりの薬の問題点の把握]
 - ↳ [薬物療法への薬学的対策立案]
 - ↳ [処方提案、処方設計支援]



持参薬の管理

《入院時》

- ・ 薬剤師が入院患者に面談、持参薬の確認と、入院中の服薬計画書を作成

《服薬指示書が完成した》



- ・ 医師は、薬剤師の服薬計画書をもとに、服薬指示を確定

《承認・捺印により、指示が確定した》

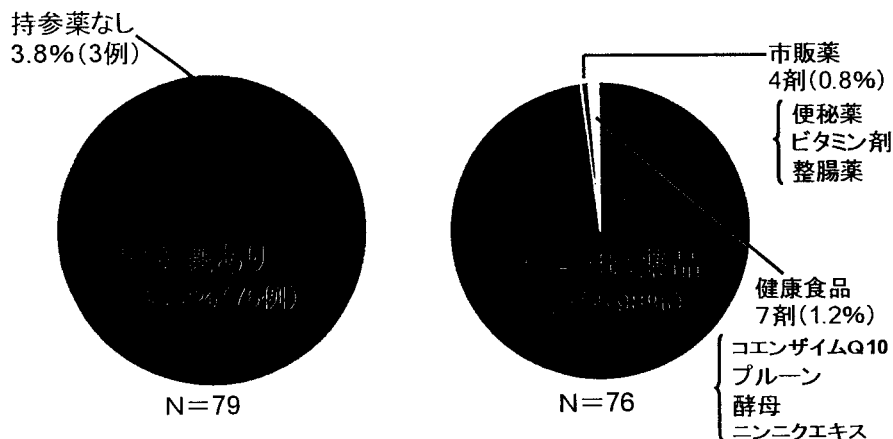


持参薬確認から服薬指示までの分担手順書

- | | | |
|---|-------|---------|
| 1. 入院患者面談準備 | 《薬剤師》 | 前日 |
| 患者背景の把握：原病歴、入院目的、検査データ
当院処方歴の把握 | | |
| 2. 患者面談 | 《薬剤師》 | 当日、入院直後 |
| 処方歴、紹介状、お薬手帳にもとづき持参薬等を確認
直接現品を確認するとともに、患者面談により服薬に関する問題点を把握 | | |
| 3. 持参薬に関する服薬書作成 | 《薬剤師》 | 入院当日 |
| 服薬の問題点、相互作用、重複、手術・検査に影響する薬剤、疾患禁忌等への薬学的考察
持参薬確認表を用い、薬剤師が持参薬情報を医師に提供あわせて問題解決のための処方提案 | | |
| 4. 入院中の薬物療法の指示 | 《医師》 | 入院当日 |
| 承認印の押印(必要に応じ修正承認) | | |

持参薬の現状

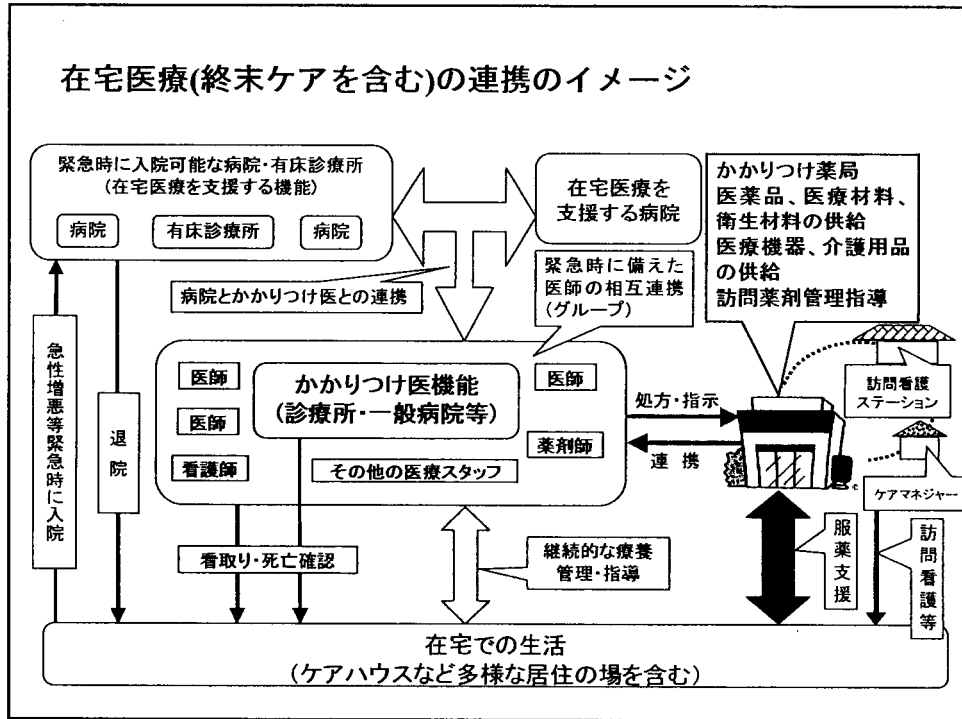
H18年10月、循環器科の入院患者、平均持参薬品目数:7.5剤
医療用医薬品、市販薬、健康食品 総品目数:570剤



持参薬に関連した薬剤師の処方提案

- 腎機能に応じた投与量の修正提案:14件**
 H2ブロッカー、高脂血症用剤、アロプリノール等の用量が腎機能を考慮すると過量で、副作用発現のおそれがあると評価。副作用防止の為、薬剤師が医師へ減量提案、全例医師承認。
- 手術前に抗血小板薬を服薬発見:10件**
 血小板機能を抑制する薬剤を服用中の患者について、止血困難が予想されるため、一時中止の処方提案、全例医師承認。
- 患者の勘違いによる用法違いの発見:3件**
 患者面談により、「食前服用が必要な糖尿病治療薬(α-GI)を、食後に服用していた」などを発見した。
 食前服用の意義を説明し、正しい用法で服用することの理解が深まる。医師へ情報提供し、今後の処方の参考とすることとなる。

在宅医療(終末ケアを含む)の連携のイメージ



がん化学療法チーム

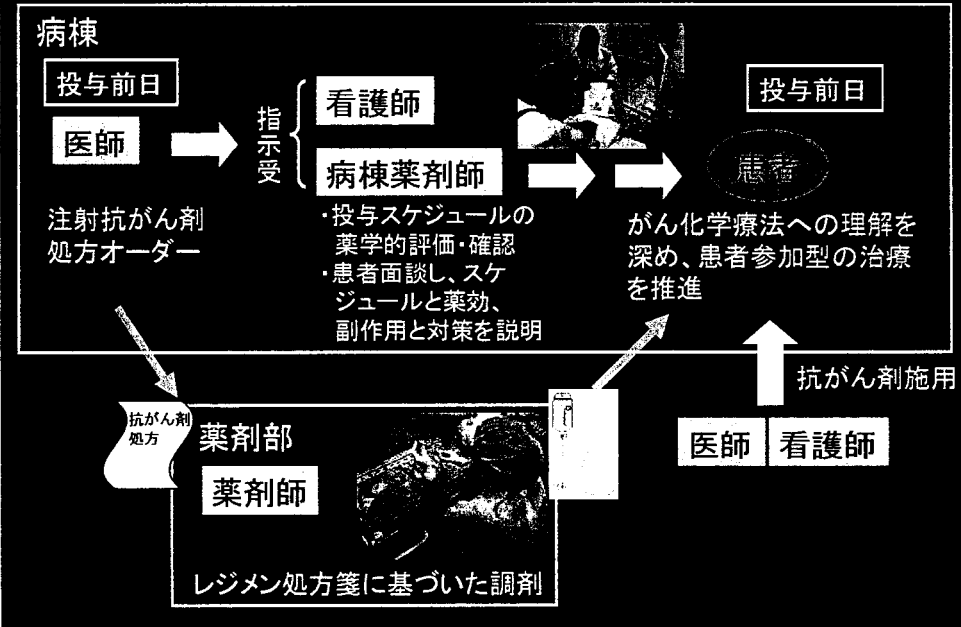


消化器外科回診



薬剤部がん化学療法チーム

全病棟における注射抗がん剤施用手順



がん化学療法の説明書 と スケジュール説明書

3. がん化学療法とその目的

3.1 がん化学療法とは

3.2 がん化学療法の目的

3.3 がん化学療法の種類

3.4 がん化学療法の副作用

3.5 がん化学療法の効果

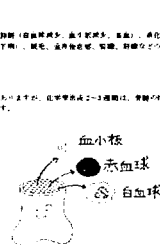
3.6 がん化学療法の注意

3.7 がん化学療法の禁忌

3.8 がん化学療法の禁忌

3.9 がん化学療法の禁忌

3.10 がん化学療法の禁忌



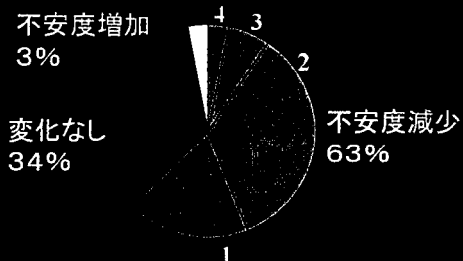
患者氏名	性別	年齢	病棟	投与日	投与時間	投与薬剤	投与量	投与回数	投与場所
山田太郎	男	65	内科	10/10	10:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
田中花子	女	58	内科	10/10	14:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
佐藤一郎	男	72	内科	10/10	18:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
鈴木美穂	女	60	内科	10/10	9:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
高橋健二	男	70	内科	10/10	13:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
伊藤由美	女	68	内科	10/10	17:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
渡辺隆夫	男	75	内科	10/10	11:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
中村さくら	女	62	内科	10/10	15:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
小林大輔	男	71	内科	10/10	19:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
藤田あかり	女	59	内科	10/10	8:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
松本浩一	男	73	内科	10/10	12:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
山崎美穂	女	64	内科	10/10	16:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
佐々木健太	男	74	内科	10/10	10:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
高木さくら	女	61	内科	10/10	14:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
渡辺大輔	男	76	内科	10/10	18:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
中村あかり	女	63	内科	10/10	9:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
小林大輔	男	72	内科	10/10	13:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
藤田あかり	女	65	内科	10/10	17:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
松本浩一	男	74	内科	10/10	11:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
山崎美穂	女	66	内科	10/10	15:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
佐々木健太	男	77	内科	10/10	19:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
高木さくら	女	67	内科	10/10	8:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
渡辺大輔	男	78	内科	10/10	12:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
中村あかり	女	69	内科	10/10	16:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
小林大輔	男	79	内科	10/10	10:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
藤田あかり	女	70	内科	10/10	14:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟
松本浩一	男	80	内科	10/10	18:00	シタラキマブ	100mg	1回	病棟

投与スケジュールに関する説明書

効果・副作用・副作用対策の説明書

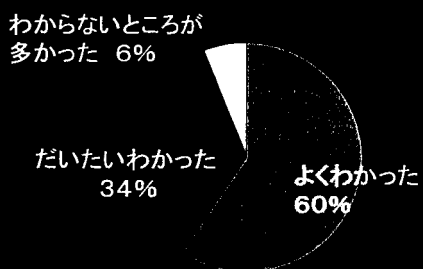
薬剤師の化学療法施行前面談に対する患者意識調査

面談前後での不安の解消度

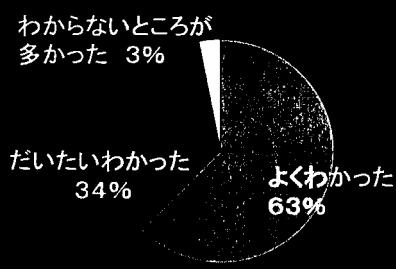


理解度

スケジュールの説明



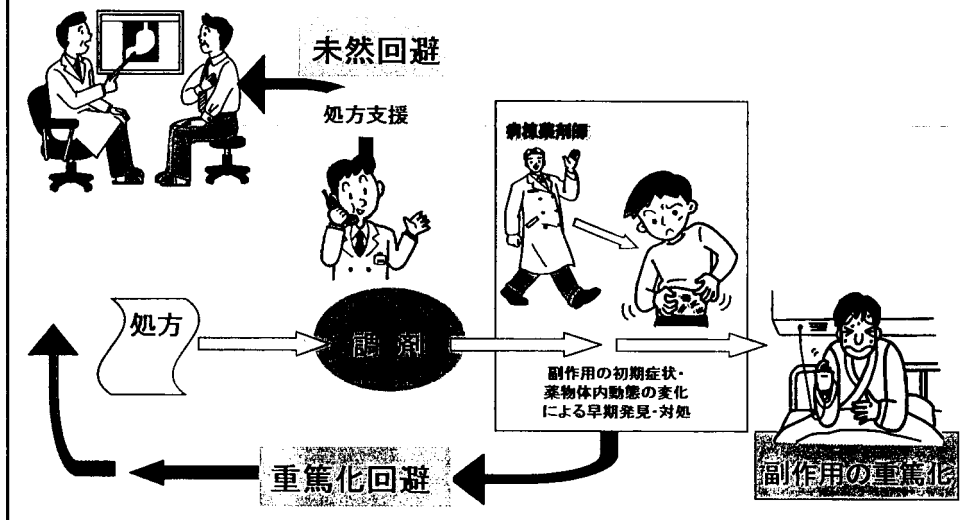
副作用とその対策の説明



処方支援による副作用の未然回避

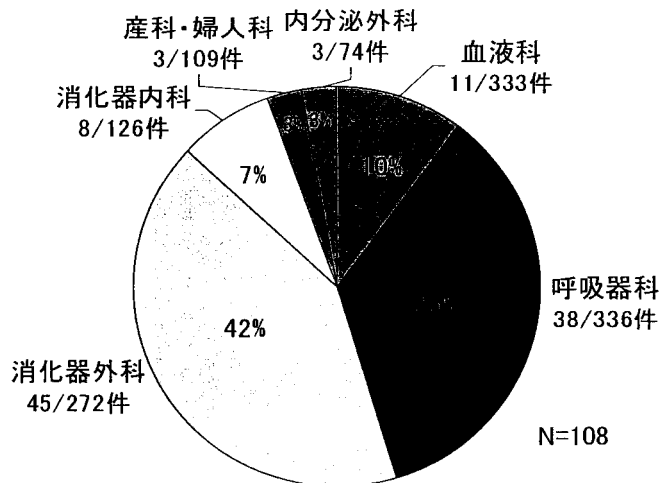
と

病棟薬剤師による副作用の早期発見・重篤化回避

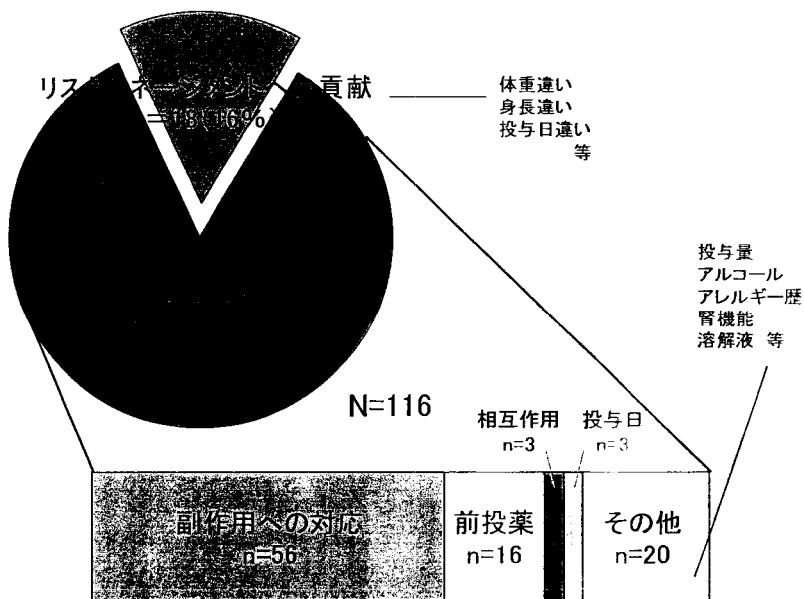


注射抗がん剤の処方件数と処方提案件数

処方提案承認例・件数：108例 116件／1321件



薬剤師の処方提案の承認内容



抗菌薬処方支援チーム



重要な抗菌薬の治療プロトコール作成 と 薬剤師による処方設計支援

- 難治性で、耐性菌が問題となる抗菌薬に関して、標準的な治療プロトコールを作成(感染対策チーム・委員会)
↓
- 患者を診断した医師が抗菌薬を選択、プロトコールの初期投与量を処方オーダー
↓
- 処方医と病棟薬剤師が、投与設計協議。
薬剤師が、体内動態解析にもとづき維持投与量を処方設計し提案(特殊症例では、病棟薬剤師が感染専門薬剤師へ相談)
↓
- 医師が提案内容を確認し、承認(必要時、修正承認)

虎の門病院バンコマイシン投与プロトコール

(耐性ブドウ球菌用抗菌薬)

初期投与量:

1. 初回 15 mg/kg を投与し、後は病棟薬剤師が計算し提案。
2. Moellering のノモグラム: $Ccr \times 15 = \text{dose (mg/day)}$
1 回量が 400 mg 以上になるように分割投与。

血中濃度の測定日時:

定常状態に達していると考えられる 2~3 日後の投与直前
および投与終了 2 時間後に血中濃度測定のため採血。

血中濃度測定後の投与量調整:

血清クレアチニン値の変動の有無を確認後、医師による
副作用と効果判定を指標にし、Bayesian 法を用いて薬剤師
が投与設計を行い処方提案。

病棟薬剤師は担当医と面談協議の上、投与設計支援業務を行う。

チーム医療による質の確保と効率化

- 薬剤師が患者面談し、副作用をモニタリング、薬物療法の問題点を把握し、処方提案することにより、医師と薬剤師が役割分担している。
- 適正使用が特に重要となる医薬品に関して、院内投与プロトコールを製作し、体内動態解析にもとづき薬剤師が投与設計を行い、医師を支援している。
- 院内のチーム医療と同様に、入院時・退院時の「お薬手帳」の活用を含め、薬-薬連携が進み在宅の治療においてもチーム医療が定着している。

(今後の課題)

- 副作用モニタリングには、薬物血中濃度の検査、添付文書に記載の生化学検査等が必要になる薬物が少なくない。
薬剤師から医師へ検査実施を提案しているが、医師の同意を得て薬剤師が検査オーダ可能であれば、医師負担の軽減と医療の質の担保につながる。

辻本委員資料

NPO法人
ささえあい医療人権センター

Consumer Organization for Medicine & Law

辻本 好子

プレゼンテーションの要旨

- COMLの活動
- 18年・・・患者の意識の変遷
- 患者が医療に望むこと
- 期待と提言

COMLとは？

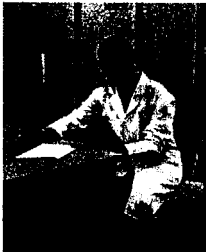
1990年9月
2002年4月

- 1 自覚
- 2 意識化
- 3 言語化
- 4 コミュニケーション能力
- 5 ひとりで悩まないで

合言葉
賢い患者になりましょう

患者と医療者の
コミュニケーション

COMLの活動 (2008年3月末現在)



SP活動: 950回 (OSCE230回)

相談: 43217件



コミュニケーション講座: 49回 (出前11)

病院探検隊: 61回



講演: 2364回
研修や活動紹介: 22回

患者塾: 154回



相談の基本姿勢

- 丁寧な言葉で対応する。
- さえぎらずに、話にじっくり耳を傾ける。
- 補足質問は話が一段落してから。
- 「どうしたいのか」という気持ちを引き出す。
- 客観的な情報提供とアドバイス。
- 方向づけや誘導はしない。

トラブルにならないために

- 対応者の気持ちは相手に通じる
→早く電話を切ろうとせず、気持ちを受け止めてじっくり耳を傾ける。
- 頭ごなしに否定しない。
- 理由や根拠を必ず伝える。
- 積極的傾聴。
- 「相談」と肩に力を入れず「一緒に考える」スタンス。
- 対応者のストレス→ため込まないこととスタッフ間で相談できる体制。

新

医者にかかる10箇条

あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

新 医者にかかる10箇条

あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しを聞きましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界がある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

患者と医療者の深い河・異文化圏

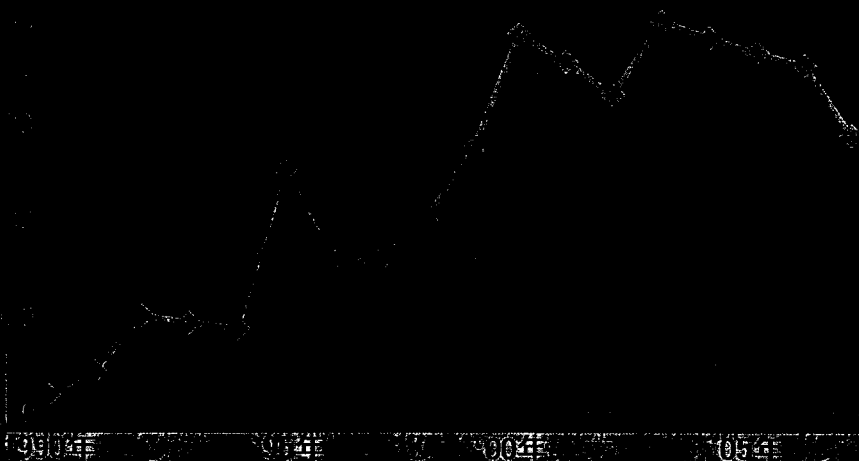
コミュニケーション
話を聴く・思いを伝える

提供側

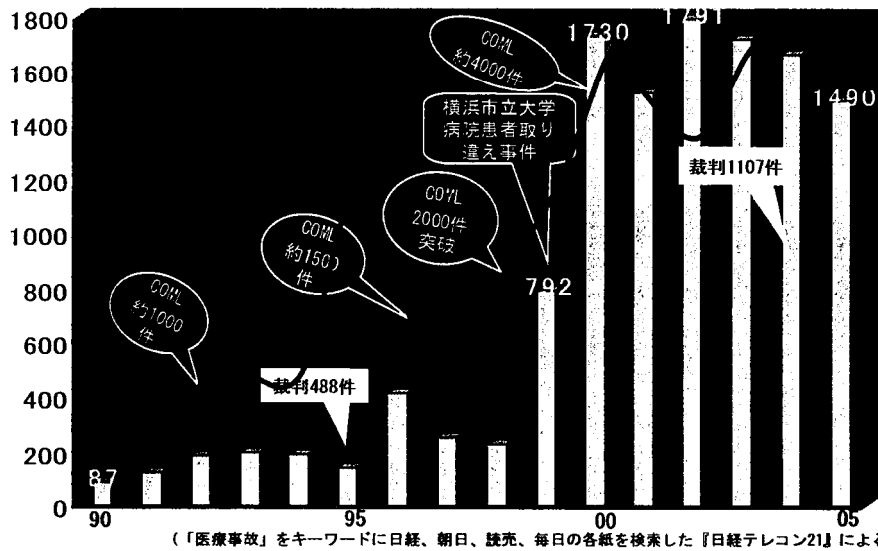
求める側

日常 非日常
経験 体験
診る・見る 感じる
不特定多数 個別性

電話相談件数の推移



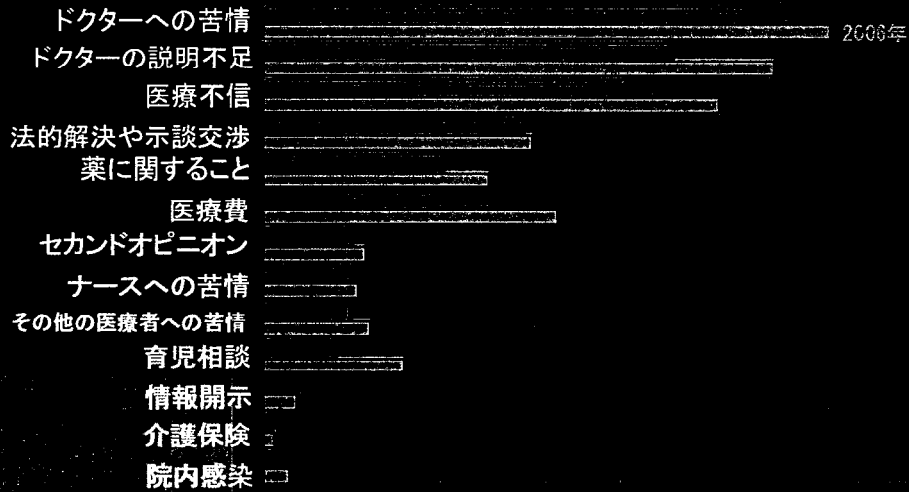
医療事故に関する報道記事数



患者の意識の変遷

- 90年 「お任せ」で受け身の姿勢
- 95年前後 横断的意識
 - 阪神・淡路大震災、ソリブジン事件、薬害エイズ事件
- 97年ごろ 「患者の権利」
 - 自己負担増、不況の深刻化
- 99年～ 医療事故・ミス報道の過熱化
 - 横浜市立大学附属病院患者取違事件
 - 都立広尾病院誤薬投与事件
- 医療不信
- 00年～ 医療者からの相談が顕在化
- 03～04年 医療不信がピークを迎える
- 07年 「医療崩壊元年」

項目別相談件数の比較



電話相談ニーズの世代間格差

高齢者
親切・丁寧・
優しく・親身

50～60歳代
根拠に基づく情報
人間関係
コミュニケーション

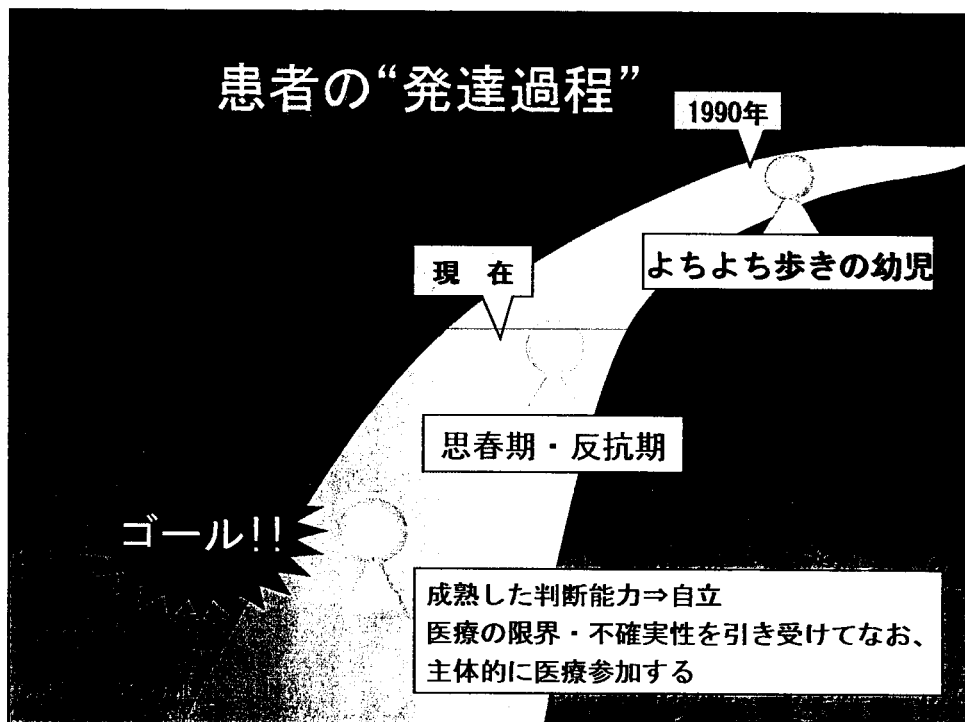
30～40歳代
正解と完璧
e-患者

20歳代
マニュアル志向

患者を取り巻く背景

- 社会のことが少しずつ見え始めた。
- 自分の気持ちを相手に伝える言葉を持つようになった。
- 一部には「自分さえよければいい」と周りの見えない人も→医療のコンビニ化
- 豊かな時代の反映か？
- 人が人として成長する過渡期か？
- 情報が増える→選択肢が増える→迷いも増える
- 迷う先の医療は不透明→不安・不満が募る
- 医療への期待が大きい→攻撃的になる

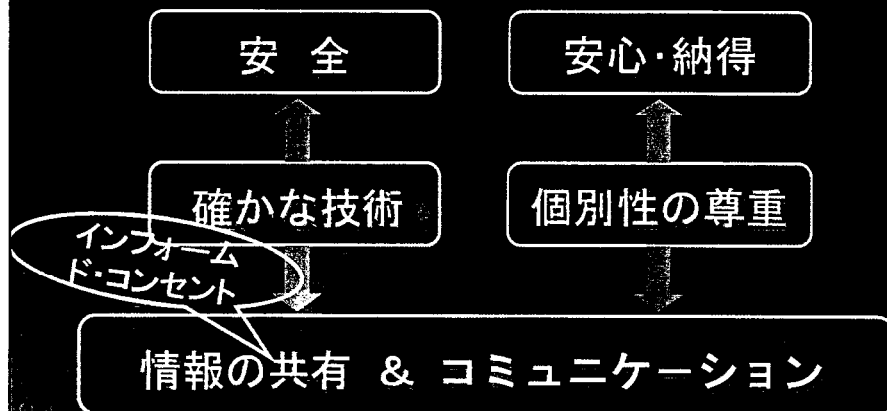
患者の“発達過程”



医療現場の現状

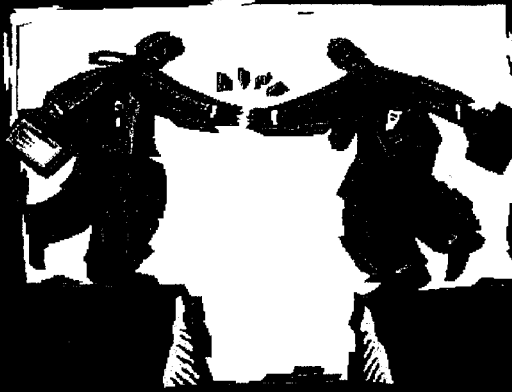
- 2000年頃～医療現場からの悲鳴
→ 医師不足と疲弊感
立ち去り型サボタージュ
聖職意識の低下
- 患者も医療者もワガママ・本音(これも時代の反映か?)
- 医療現場における『傲慢と卑屈のねじれ現象』

患者の基本的医療ニーズ



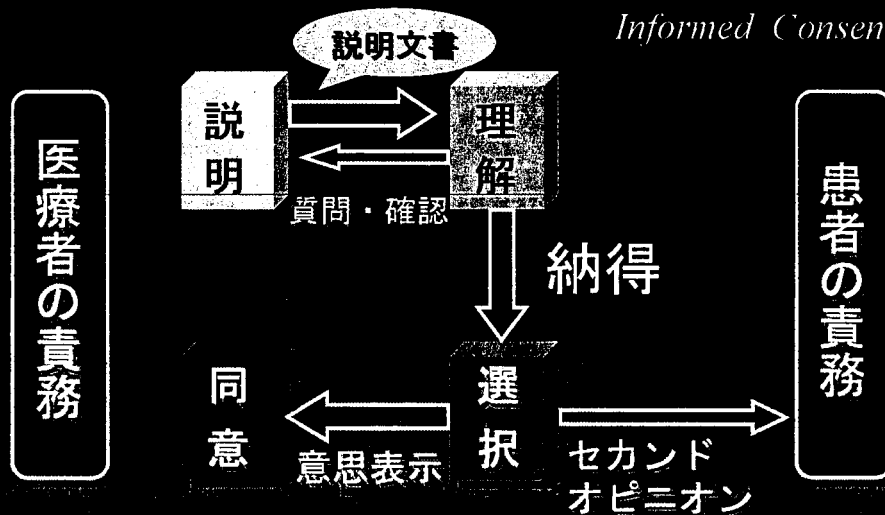
協働する人間関係の創造

この人に出会えてよかった!!



インフォームド・コンセント

Informed Consent



信頼関係の再構築 キーワードは「協働」

患者の課題

医療の限界と不確実性

→完璧・正解はない

受診行動の見直し

医療者とのコミュニケーション

「賢い」妥協と諦め→納得

死生観(患者の意思の理解と尊重)

患者が学ぶべきこと

1961年 国民皆保険制度(与えられ・施される医療)

パターンリズム医療×「お任せ」の受け身

1990年 変化の胎動 情報も学習もないまま・・・

1995年 『厚生白書』まえがき「医療サービス」が登場

患者の権利意識の高まり

日本医療機能評価機構による第三者評価

メディアの功罪



医療は限りある社会資源

財源は税金による公共サービス

保険料と自己負担⇒権利と義務

患者が地域医療を支える担い手に！

- 自助・共助を育む⇒つながりの安心
個々人ができること、ともに支え合うこと
- 患者教育・支援
情報リテラシー支援(患者情報室など)
相談機能の充実
- 地域活動の支援・育成
NPO ボランティア(人・もの・金)
- 柏原のお母さんたち 患者塾や病院探検隊
- 情報開示と共有から「おせっかい」が生まれる
(例 未受診妊婦 孤独死など)
- 教育現場で患者・遺族体験を語るボランティア

医療への願い

- 喫緊の課題は医師不足対策
- 安心できる救急医療体制
- チーム医療の構築
(つなぎ役の配置 MSW・CRC・クラーク など)
- 看護力強化→副院長・専門・認定ナース
- 総合(診療)科の確立・家庭医の育成
- 医療の地域ネットワーク(在宅支援など)

財源投入