

第7回日本病院薬剤師会Future Pharmacist Forum

シンポジウム⑨ 中小病院委員会

中小病院だからこそタスク・シフト/シェア！

～多職種協働の実践例から学ぶ、質・安全性と効率性を両立した病棟・外来業務～

PBPM運用による 慢性便秘症・不眠症ケアの タスク・シフト/シェア

沼隈病院 薬剤課 課長 井上 卓治

第7回日本病院薬剤師会 Future Pharmacist Forum COI開示

発表者：井上卓治

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき
COI関係にある企業などはありません。



社会医療法人社団 沼南会 沼隈病院

- 病床：118床
(一般44床、地域包括ケア16床、療養58床)
- 診療科：18科
- 沼隈病院職員数：203人
- 入院患者数：117人/日
- 外来患者数：155人/日
- 人口約2万2千人
- 高齢化率41.3%の地域*を担う病院
- 法人として、病院の他、老健施設、介護事業を持ち、訪問診療も実施。



広島県福山市沼隈町



*沼隈町加えて、実質的な医療圏として藤江町,金江町,内海町,熊野町,浦崎町,百島を含む
(福山市2023年3月,尾道市2022年12月の人口統計より)

沼隈病院グループ (沼南会 ・ まり福祉会)

《在宅訪問事業》



訪問診療

まり訪問看護ステーション

まり訪問介護ステーション



《まり高齢者複合施設 山南》

まり介護付高齢者住宅 山南 36室

まりショートステイ 山南 30床

まりデイケア 山南 定員 50名

山南クリニック



《病院・医院》

常石医院

沼隈病院

118床



《在宅生活応援事業》



介護老人保健施設ぬまくま

入所 定員 60名

通所リハビリ 定員 65名

訪問リハビリ



《入居事業》

GHぬまくま

まりホーム熊野

まりホーム内海



《居宅介護支援事業》



まり居宅介護支援事業所



《在宅生活応援事業》



まりデイサービス内海

定員 35名



地域密着型

特別養護老人ホーム

まり沼隈





沼隈病院 薬剤課の紹介

【薬剤部】

- 薬剤師数 6人(常勤5人、非常勤0.75人)
- 調剤補助事務 1名
- 外来処方箋枚数 149枚/日
- 院外発行率 97.6%
- 病棟薬剤業務実施加算算定
一般病棟、療養病棟へ各1名配置
- 薬剤管理指導 270件/月
- 薬剤総合評価調整加算 10件/月
- 薬剤調整加算:3件/月
- 退院時薬剤情報連携加算:7件/月

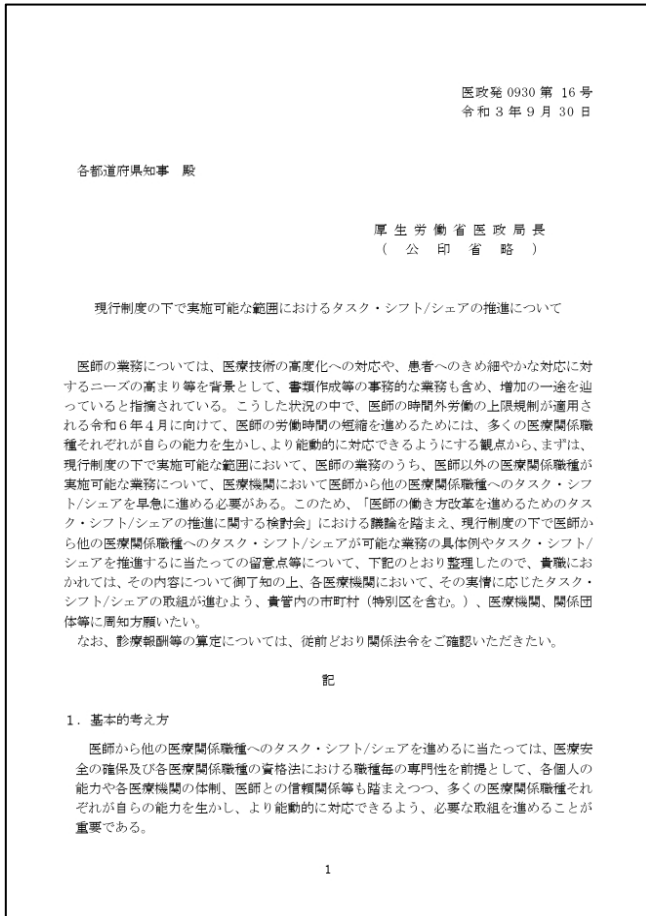


2024年4月～医師の時間外労働の上限規制

厚生労働省医政局通知(2021年9月30日)

「現行制度の下で実施可能な範囲における
タスク・シフト/シェアの推進について」

薬剤師へタスク・シフト可能な業務



- ① 周術期における薬学的管理
- ② 病棟等における薬学的管理
- ③ 事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

P B P M

(Protocol Based Pharmacotherapy Management)

医師と合意したプロトコールに従って 薬剤師が主体的に業務実施することを意味する

平成22年4月30日厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

薬剤師を積極的に活用することが可能な業務の記載のひとつ

「**薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協同して実施すること**」

日本病院薬剤師会（2015年）

「PBPMの円滑な進め方と具体的実践事例」

PBPMは、薬剤師の専門性の発揮によって薬物治療の質の向上や安全性の確保、さらには医師等の業務負担軽減に寄与し、今後のチーム医療の発展に大きく貢献する

日本医療薬学会（2016年）

「PBPM導入マニュアル」

PBPMは、それぞれの医療機関で抱えている薬物治療における課題を解決するための有用な手段である

P B P M
(Protocol Based Pharmacotherapy Management)

薬剤師による主体的業務
専門性の発揮

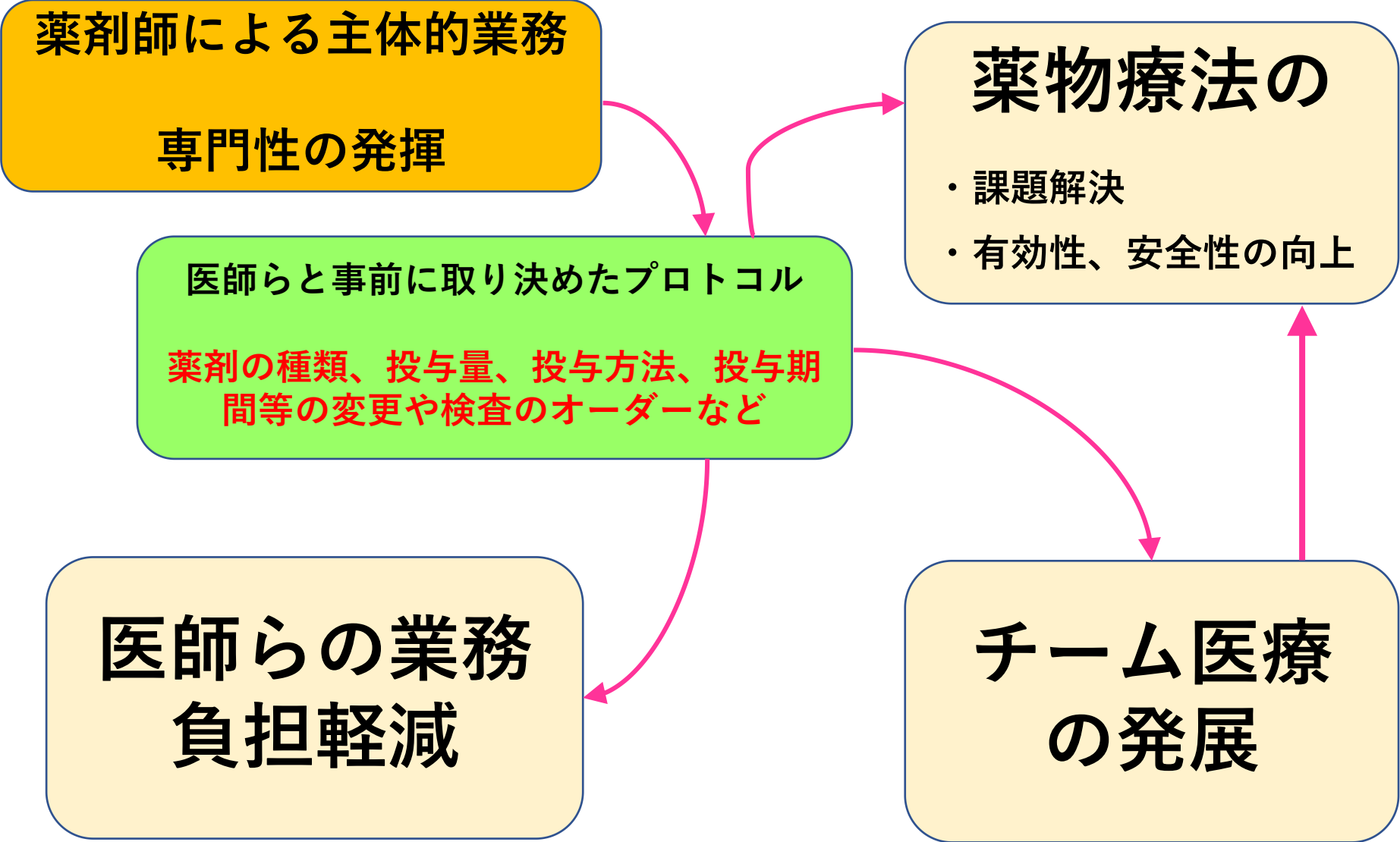
医師らと事前に取り決めたプロトコル
薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーなど

薬物療法の

- ・課題解決
- ・有効性、安全性の向上

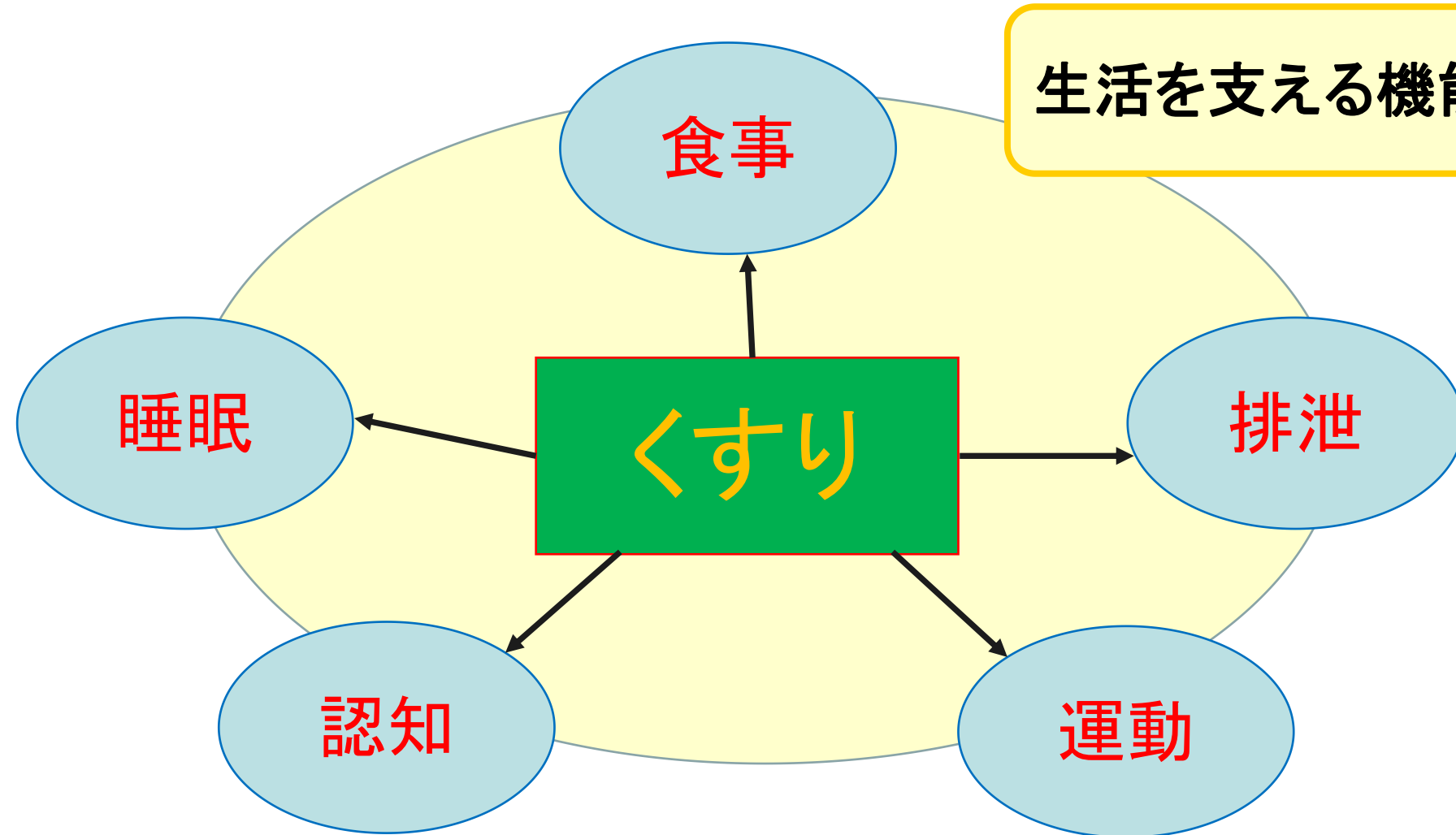
医師らの業務
負担軽減

チーム医療
の発展



薬剤師～薬物療法のコーディネーター くすりのりすくーADLに与える影響ーを考慮

生活を支える機能



多職種との
情報共有・連携
が重要

看護師・栄養士
セラピスト
(PT, OT, ST)

当院で運用中のプロトコル

No.1 「入院患者の不眠時・不穏時の薬物療法」

No.2 「LVFX内服及び点滴の腎機能と併用薬剤に応じた用法用量の調整」

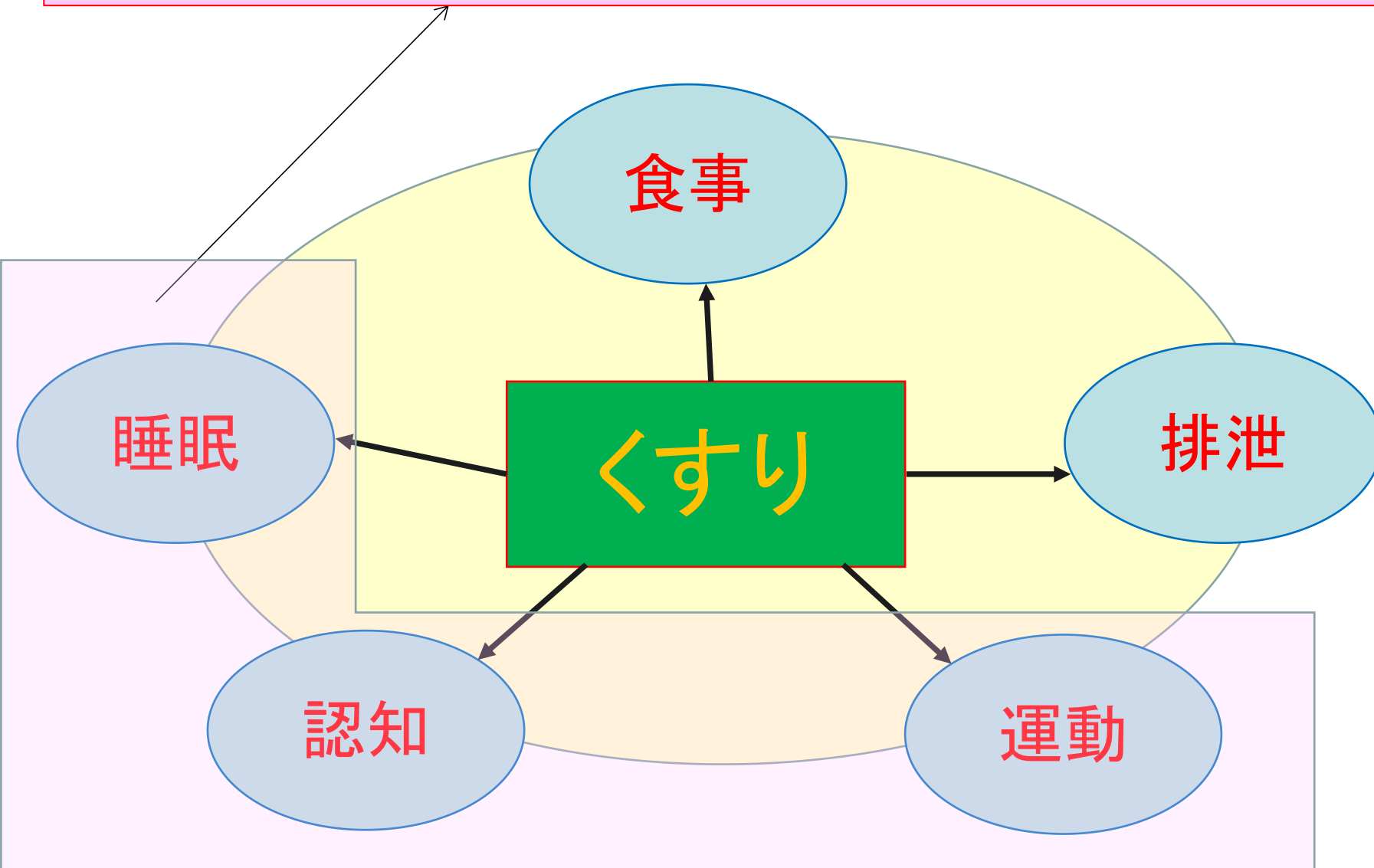
No.3 「周術期の抗血小板薬・抗凝固薬の再開のプロトコール」

No.4 「慢性便秘症における薬物療法支援」

No.5 「整形外科領域での鎮痛薬指示のプロトコル」

No.6 「骨粗鬆症評価と治療薬調整プロトコル」

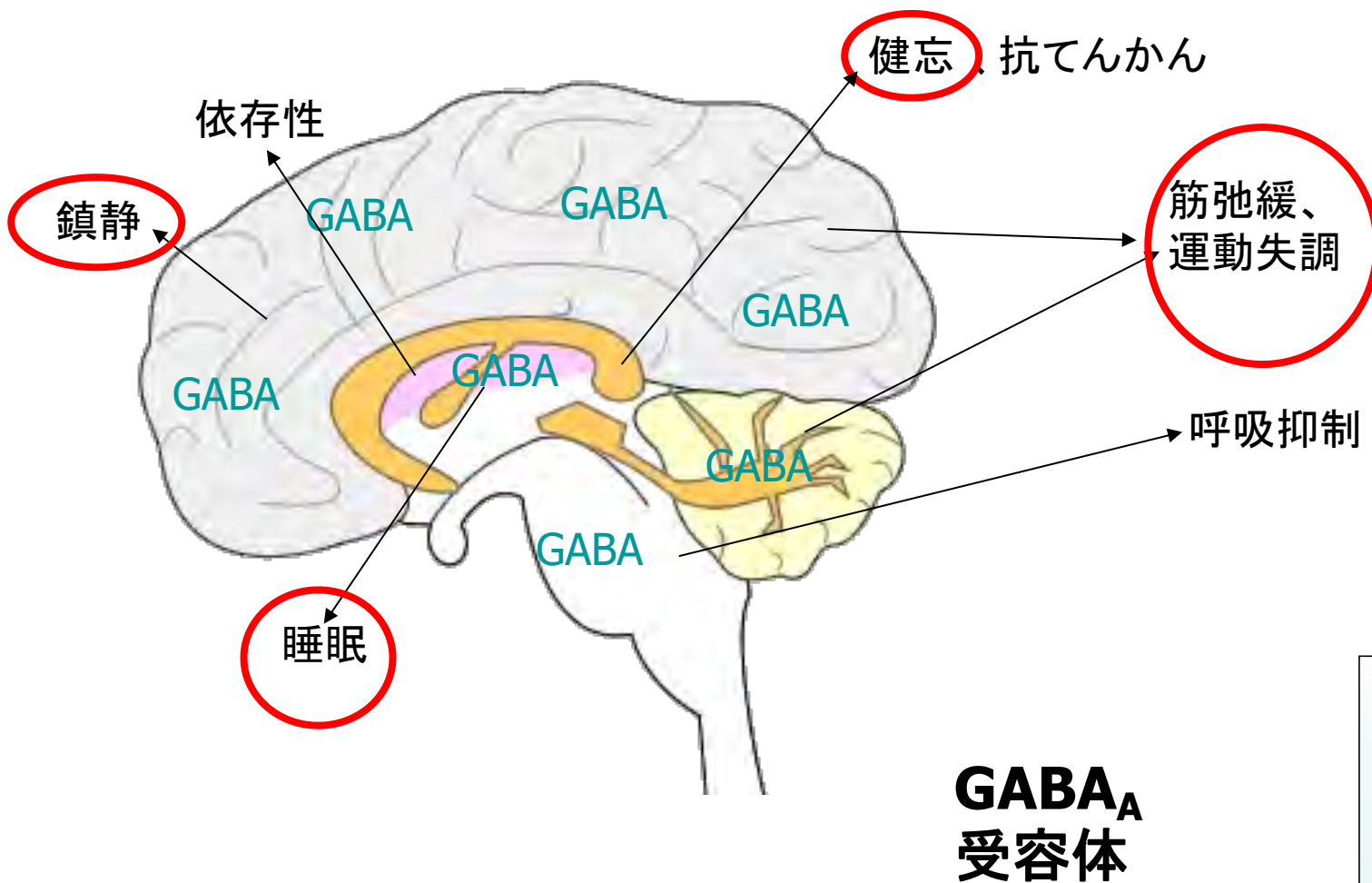
No.1「入院患者の不眠時・不穏時の薬物療法」



多職種との
情報共有・連携が重要

看護師・栄養士
セラピスト
(PT, OT, ST)

ベンゾジアゼピン受容体作動薬（以下，BZD）



Lipowskiのせん妄発症要因の分類*より

準備因子(起こしやすい患者要因)

高齢者・認知症・脳血管疾患・アルコール多飲

直接因子(引き金になる因子)

身体疾患・手術

薬剤←ベンゾジアゼピン系は主要な因子

促進因子(促進・遷延化させる)

身体要因(疼痛・便秘・脱水など),

精神要因(不安抑鬱)など

「転倒」や「せん妄」の
リスクが高くなる

オレキシン受容体拮抗薬

亢進状態の覚醒を抑えて
眠りをもたらす



スボレキサント

レンボレキサント

- 「オレキシン」
アセチルコリン・セロトニン・ノルアドレナリン
・ヒスタミンなど覚醒系の神経伝達物質の
上流制御因子
- この「オレキシン」受容体に結合
し競合的に阻害するため、生理
的な睡眠を促す。

「転倒」や「せん妄」の
リスクは少ない

当院の睡眠薬使用における問題点（2017年以前）

- ①主治医が指示簿に不眠時,不穏時の頓服薬を指定
- ②その中から夜間, 看護師が薬剤選択

【使用上の注意】

2. 重要な基本的注意

- (1) 連用により薬物依存を生じることがあるので, 漫然とした継続投与による長期使用を避けること. 本剤の投与を継続する場合には, 治療上の必要性を十分に検討すること (「重大な副作用」の項参照).

医師

患者背景を十分考慮できていない
BZDの使用が散見

看護師

- ・ どの薬剤を記入するか
個別の医師の判断による
- ・ 指示薬がないこともあり
- ・ 異なるBZDの複数併記

- ・ 夜間のため選択薬の判断は
個々の看護師の裁量となる
- 投薬できず経過をみる
- ハイリスクへのBZD使用

2017年3月
BZD添付文書一斉改訂

連用による薬物依存



連用を避ける！

必要性を十分検討！

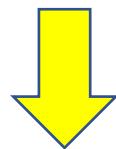
運用手順 (2018年1月～9月)

導入

Simple !

①指示簿の入力「不眠時」「不穏時」

入院時に全ての患者に、薬剤師が入力→医師の承認



BZDがまだ選択肢にある

②看護師が必要時指示簿から投薬

◆**看護師**が、患者状態を「不眠」か「不穏」で判断
「不眠時」か「不穏時」のどちらか適切な指示簿を選択

◆**看護師**が、患者のせん妄リスク因子を評価
「不眠時」 → 通常指示orせん妄ハイリスク指示 使い分け

なんと、看護師が投薬時にリスク評価からする！そんな時間ないよ！

指示簿「不眠時」

ゾルピデム錠5mg・エスゾピクロン錠2mg

以下のせん妄リスク因子を複数保有の場合：
トラゾドン錠25mg 1錠 内服

せん妄リスク：

70歳以上、認知症、周術期、
脳梗塞・脳出血既往、せん妄既往

指示簿「不穏時」

興奮を伴う場合

リスペリドン錠1mg 1錠 内服

内服不可の時：

ハロペリドール注5mg1mL 筋注or点滴静注

※パーキンソン病は禁忌

興奮を伴わない場合

(ベッド上ゴソゴソ・多弁)

トラゾドン錠25mg 1錠 内服

当院における不眠不穏時PBPM導入後の発展の流れ

運用手順（2018年10月～2019年7月）

改訂1

「**投薬後の評価**」を手順に追加

看護師との情報交換・連携，定期処方調整における医師との連携

運用手順（2019年8月～2021年5月）

改訂2

せん妄リスク評価方法のタイミングと手順の変更

入院時に，**薬剤師と看護師が協働実施**し、それに合う指示簿を選定。

運用手順（2021年6月～現在）

改訂3

レンボレキサント主体の指示簿へ改定

過去の指示簿で使用した薬剤の弱点を補い、**ベンゾジアゼピン系**を指示簿から削除

当院におけるPBPM導入後の発展の流れ

『レンボレキサント』

Tmax 1時間(0.5～2時間)

第1相半減期が4時間程度

(全体では50時間だが)

作用発現が比較的早く

持ち越しも少ないという特徴

2021年5月～長期処方解禁！

2021年6月～レンボレキサント

を取り入れ、指示簿の大幅改定。

入眠困難



精神科専門医も
第一選択に推奨

睡眠維持障害(中途覚醒・早朝覚醒)



運用手順 (最新)

① 入院時 せん妄リスク評価 (薬剤師と看護師の共同)

下記因子いずれかに該当で
「せん妄ハイリスク」

- 1)認知症 2)せん妄の既往
- 3)70歳以上 4)脳血管疾患既往
- 5)全身麻酔を要する周術期
- 6)重症管理
- 7)リスク薬剤服用中
(ベンゾジアゼピン、オピオイド)
- 8)アルコール多飲

② 指示簿の入力

「不眠時」「不穏時」

リスク評価に適したものを
ひとつずつ選択

薬剤師が入力→医師の承認

② 定期処方への介入

(リスク薬剤服用中の場合)

患者面談、多職種からの情報
収集を行い、ベンゾジアゼピ
ン系薬剤、オピオイド、抗コ
リン薬などの減薬を検討し、
立案。主治医に提案。

指示簿「不眠時」

せん妄リスク(-)

第1選択：デエビゴ※1

せん妄リスク(+)

第1選択：デエビゴ※1

第2選択：トラゾドン25mg (1時間後、1錠追加可)

指示簿「不穏時」

糖尿病(-)

【興奮強い・幻覚など】

第1選択：クエチアピン25mg

第2選択：デエビゴ※1

【ゴソゴソ・独語など】

第1選択：デエビゴ※1

第2選択：トラゾドン25mg (1時間後、1錠追加可能)

【経口不可の時】 (パーキンソン病禁忌←該当時消去)

ハロペリドール2mg+アタクSP25mg筋注or 点滴静注(生食)

糖尿病(+)

【興奮強い・幻覚など】

第1選択：ペロスピロン4mg (1時間後、1錠追加可能)

第2選択：デエビゴ※1

※以下同様 (省略)

※1デエビゴ用量：以下に基づき薬剤師が設定

ベルソムラ(採用削除)定期の場合 → デエビゴ5mgに切り替え
定期処方デエビゴ用量と合わせて10mgを超えない用量を設定
CYP3A強阻害薬併用では1日2.5mgまで(ペラパミル・クリスロマイシンなど)

運用手順
続き

③看護師が必要時指示簿から投薬

④薬剤師が投薬後の評価

1)看護師に使用薬の助言

- 患者状態（不眠・不穏）に応じた薬剤選択となっているか？
- 第1選択薬で効果がなかった場合の第2選択薬使用の提案

2) 指示薬の変更

薬剤師の代行で可

トラゾドン 25mg→50mg増量

ペロスピロン 4mg→8mg増量

主治医と相談後の追加

リスペリドン内用液・アセナピン舌下錠

3)定期薬の追加

指示簿からの投薬が頻回の場合

(1)デエビゴ5mgを定期処方開始

(2)トラゾドン25mg～50mgを定期処方開始

指示簿からの投薬後の評価で有効であった薬剤の適切な用量を検討し、上記範囲内は、薬剤師による代行入力後、医師に報告

(3)抑肝散の臨時処方

認知症の周辺症状として不穏が続く場合、不穏となる時間帯に合わせて1日1～2回服用3日間処方、薬剤師による代行入力後、医師に報告効果、副作用の判定をして以後の継続を判断

(4)他の薬剤 (抗精神病薬、トラゾドン以外の鎮静系抗鬱薬)

(1)～(3)以外の薬剤の定期処方追加が適切と判断すれば、薬剤師より、医師に提案し指示を仰ぐ。ミルタザピン錠、クエチアピン錠、ブロナンセリンテープなど。

プロトコル導入と改定の成果

• 頓服でのBZD使用割合が減少

2018年1月～2019年7月：81.7%

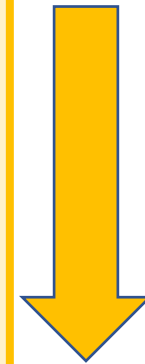
2019年8月～2021年5月：51.8%

2021年6月～2023年3月：0.5%

チーム連携の推進



A D Lに影響する
薬剤の減少

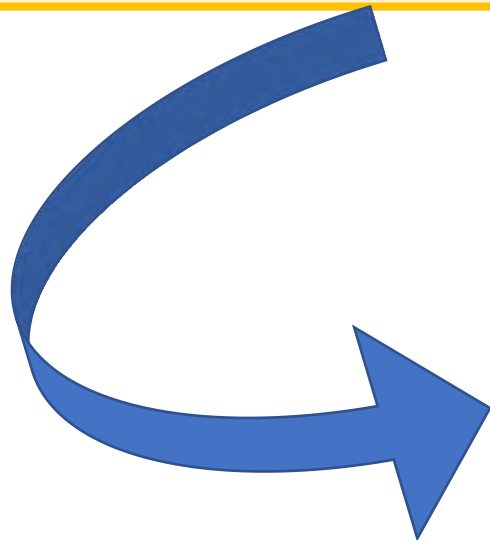


• 薬剤投与後の「不穏」が減少

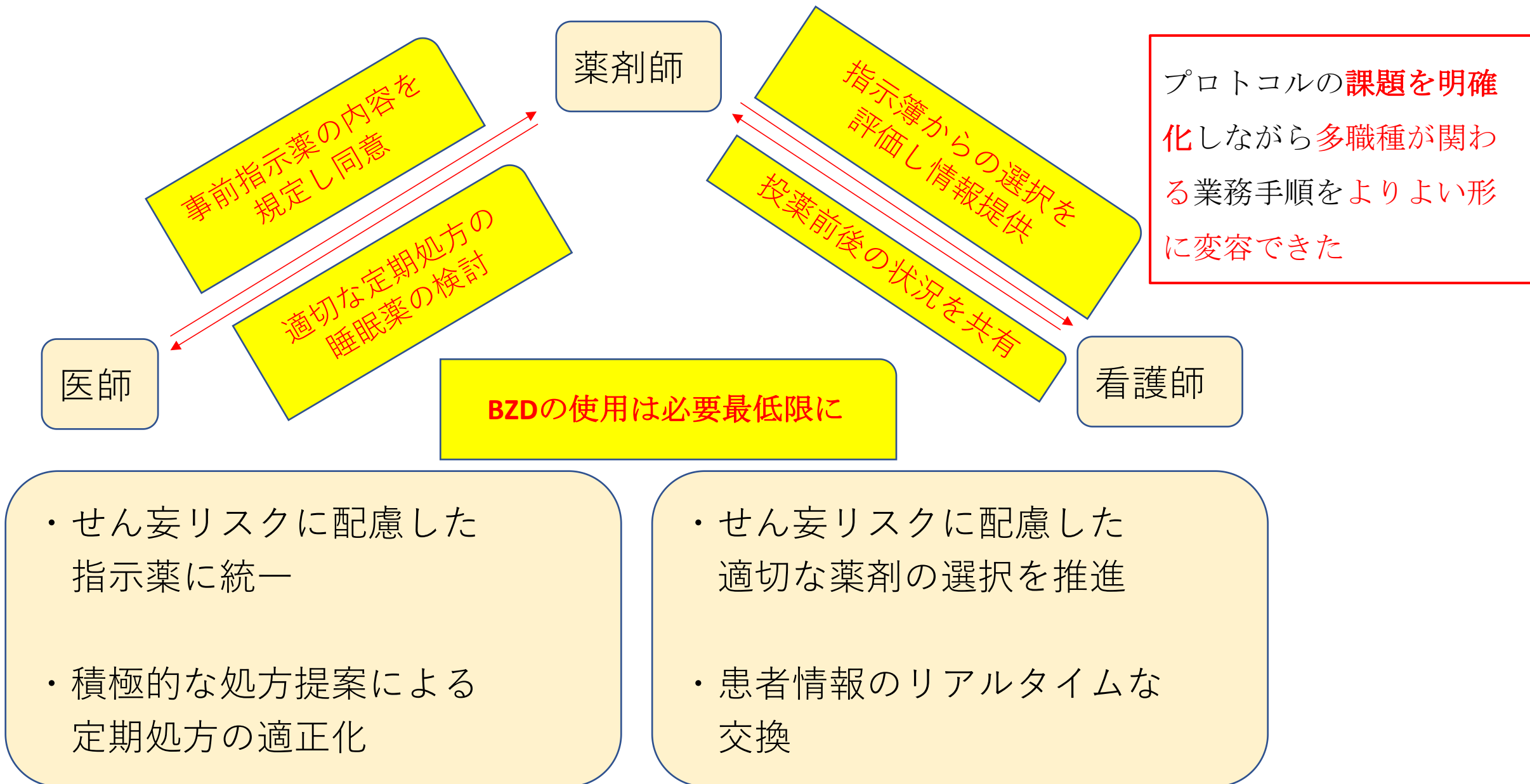
2018年1月～2019年7月：15.6%

2019年8月～2021年5月：10.8%

2021年6月～2023年3月：2%前後



薬剤師を含めた連携の形を模索



病棟業務における定期処方への介入

日々、めちゃくちゃ相談が来ます！
でも、相談されることのありがたさ(^^)

病棟看護師からの相談からの介入

(認知症やせん妄などで連日の不眠・不穏に困った際)

- 指示簿からの選択薬の助言・指導
- 指示簿薬剤を使用後の効果判定を基に定期処方への介入
(ベンゾジアゼピン系薬剤の減量～中止, 他の有効薬剤の定期追加)
- プロトコルの流れに沿って、各スタッフ負担なく自然に介入できる

入院時せん妄リスク評価時からの介入

スタートダッシュ！が重要

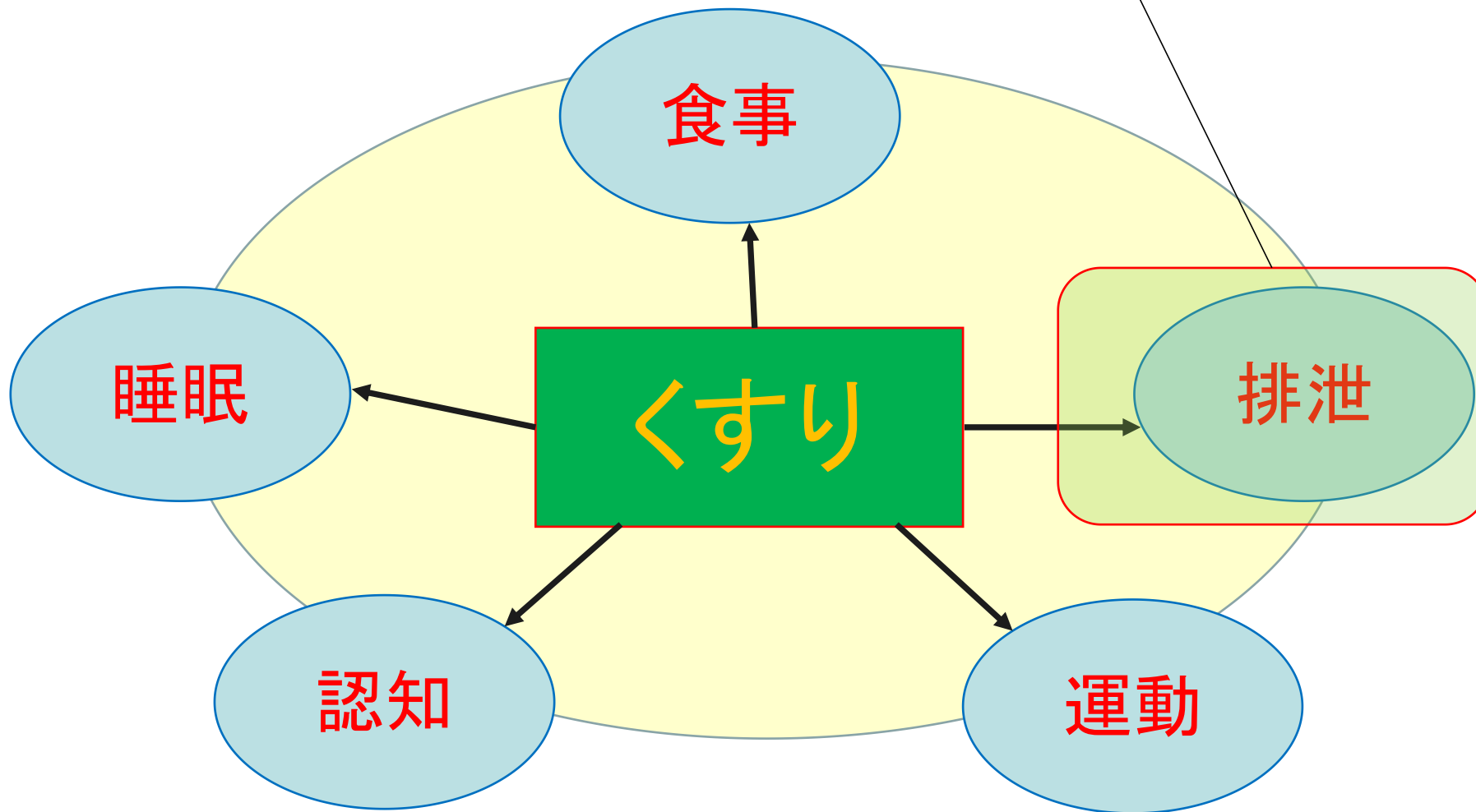
- 特にせん妄リスクが高い周術期では介入が有効
- 入院時から積極的に、ベンゾジアゼピン系薬剤の減量～中止を提案
(ラメルテオンやレンボレキサント, トラゾドンなどを併用しつつ)

実践事例 指示簿からの使用経過を評価し介入

- 90代男性，施設入所中に腎盂腎炎発症され入院加療
 - 入院環境への変化もあり，不穏が強く常に見守りが必要
 - アルツハイマー型認知症もあり，もともと不穏が強かった
 - 指示簿からの薬剤使用状況：デエビゴ頻回使用
- 看護師からも日々お困りごと相談
病棟薬剤師出動

- プロトコル適応：デエビゴ錠®5mg追加と下記リスク薬剤へ介入
- その後更に，クエチアピン錠®25mg提案し追加
- リスク薬剤①：トリアゾラム錠®0.125mgは漸減～中止へ
- リスク薬剤②：ルパフィン錠®10mg—強い抗ヒスタミン作用。認知機能への影響があると考え中止（アレルギー症状再燃なし）

No.4「慢性便秘症における薬物療法支援」



多職種との
情報共有・連携が重要

看護師・栄養士
セラピスト
(PT, OT, ST)

慢性便秘症薬物療法における課題

- **酸化マグネシウム 「定期的なマグネシウム測定を推奨」**
 - 腎機能低下、高用量、長期投与で高マグネシウム血症リスクが高くなる
 - 腎機能障害を有する高齢者では投与しないこと
- **刺激性下剤 「頓用または短期間で使用とする」**
 - 長期連用は耐性や習慣性が生じる可能性がある
 - 数時間で効果認めるが、腹痛や水様性下痢から脱水・電解質異常を起こすことがある



- ✓ 安価で従来から頻用されてきた薬剤について、安全性上の注意点の指摘
- ✓ 新規薬剤も含めて、安全性にも配慮した使い分けが必要

慢性便秘プロトコル 運用手順

その1：便秘と薬剤に係る評価

【適応前の評価】

慢性便秘症の状態、排便に関わる食事や身体機能の状態を、「排便評価シート」を使用して多職種で評価

- ・大腸の器質的疾患の除外
- ・慢性便秘症に該当することを確認

以下の条件のうち2点以上に該当する場合に適応

- ・自発排便が週に3回未満
 - ・排便の4回に1回以上の頻度で以下に該当
- (1)硬便または兔糞状便(BSFSで1-2) (2)いきみがある
(3)残便感 (4)直腸肛門の閉塞感や排便困難感
(5)用手的介助必要

【Step1】 腎機能評価し、酸化マグネシウムの最大量決定

- ・ $eGFR \geq 50 \text{ mL/min/1.73m}^2$ → 2000mgまで可能
- ・ $30 \leq eGFR < 50 \text{ mL/min/1.73m}^2$ → 1000mgまで可能
- ・ $15 \leq eGFR < 30 \text{ mL/min/1.73m}^2$ → 660mgまで可能
- ・ $eGFR < 15 \text{ mL/min/1.73m}^2$ → 投与を避ける

定期的に血清Mgの評価を実施（開始7日と3か月に1回程度）

検査オーダーがなければ、薬剤師による代行オーダー可能

- 排便がない日には、頓服で1回、以下投与可能（刺激性下剤：大腸の通過障害がある場合は除く）

※直腸指診で直腸の便貯留有無を評価し使い分け

<刺激性下剤>

- ・センノシド錠12mg 1～2錠
- ・ピコスルファートNa内用液10～15滴

<直腸アプローチ>

- ・新レシカルボン坐剤
- ・グリセリン浣腸
- ・摘便

その2以降の処方に関しては、開始だけでなく、多剤併用を避けるため、先行薬の減量、中止もその都度検討する

排便評価 シート

看護師と
共同で
使用して
評価する

() 様

直近 1 ~ 2 週間の排便回数

週に()回程度

便の性状

刺激性下剤(センノシド・ピコスルファート)使用歴

投与後の排便有無と便の性状：

浣腸や摘便の実施歴

実施後の排便有無と便の性状：

排便時のいきみ、残便感、肛門閉塞感の有無

いつもあり・よくある
時にある・なし

食事摂取量

多い・普通・少ない

水分摂取の状況

多い・普通・少ない

排便姿勢ができるか？

できる・できない

いきむことができるか？

できる・できない

慢性便秘プロトコル 運用手順

その2：基本の処方フロー

【Step2】 Step 1 で決めた最大量以下で660mg～1000mg／日の酸化マグネシウム処方開始or増量処方。

【Step3】 酸化マグネシウムをStep1で決めた最大量まで増量

- 経管投与の患者
- 嘔気・食欲不振の症状があるためアミティーザを避けたい場合
- 「食前」の用法遵守ができると評価できた場合

【Step4】

- ①アミティーザ12 μ g 2Cap 1日2回朝夕食後 を開始
→開始後の嘔気・食欲不振など副作用と効果確認
- ②開始後の効果不十分かつ副作用がなければ増量可能
アミティーザ24 μ g 2Cap 1日2回朝夕食後 へ増量

【Step5】 リンゼス錠0.25mg 2錠 1日1回食前 を開始

味噌汁や清涼飲料水、果汁飲料など
溶解液は、嗜好にあったものを見つける

【Step5】 モビコール配合内用散 2包 1日1回 開始（上乘せ or 切り替え）

慢性便秘プロトコル 運用手順

その3：症例別の対応処方

【下記の各状態に当たる場合は、該当する処方の開始可能】

- 軟便と便秘を繰り返す場合（特に経管栄養患者）：大建中湯 3～6包 1日3回毎食前 を開始
- 食物（繊維）の摂取が少ない場合：コロネル細粒83.3% 1.8～3.6g 分3 を開始
- 直腸に便貯留あるが便意が乏しく排便回数少：ゲーフィス錠5mg 2錠 食前 を開始
- 肝性脳症予防が必要な便秘症：ラグノスNFゼリー 4包 1日2回朝夕食後 を開始

【刺激性下剤の定期服用患者への介入】

・センノシド、アローゼン顆粒、ピコスルファートの定期服用者が対象

①BSFSで3-5の便が週3回以上ある → ゲーフィス or 麻子仁丸に変更。

（食前の遵守可能か、漢方が飲めるかを評価してどちらかを選択）

②BSFSで6-7の排便が多い → 中止後の経過見てStep1から順次適応。

③便秘症の継続中 → 中止。Step1から順次適応。

ブリストル便形状スケール（BSFS）

タイプ1		木の实状のコロコロした便 (排便が困難)	便秘傾向
2		ソーセージ状だが でこぼこした硬い便	
3		表面にひび割れのある ソーセージ状の便	
4		軟らかい ソーセージ状の便	正常
5		軟らかいが形がはっきりした 半固形状の便 (排便が容易)	
6		軟らかい泥状の便	下痢傾向
7		水様の便	

90代女性

刺激性下剤と浣腸を連用された 難治性便秘へのPBPMによる介入

- **入院契機** 左大腿骨転子部骨折（転倒し受傷）。特養ショート利用中。
- **かかりつけ** 当院
- **既往歴** アルツハイマー型認知症，アテローム血栓性脳梗塞，高血圧，慢性心不全
- **ADL(入院前)** 要介護3。介助で車椅子移乗、介助でポータブルトイレ利用。
- **身体状況** 身長：159.5cm 体重：32.7kg BMI：12.9
- **入院時検査値**
Na：145.7 K：3.63 Alb：3.7 GOT：19 GPT：28 CRP：0.0 Mg：2.3
BUN：16.0 クレアチニン：0.65 eGFR(mL/min/1.73m²)：63.34 推定クレアチンクリアランス：37.1
赤血球数：385 血色素：11.5 血小板：20.9 白血球数：6520

入院時の持参薬鑑別の内容（当院外来処方）

1. アムロジピン錠5mg	1 錠	1日1回朝食前
2. カルベジロール錠1.25mg	1 錠	1日1回朝食前
3. クエチアピン錠25mg	4 錠	1日3回毎食前(1-1-2)
4. ツムラ抑肝散	3 包	1日3回毎食前
5. デエビゴ [®] 錠5mg	2 錠	1日1回ねる前
6. 酸化マグネシウム錠330mg	3 錠	1日3回毎食前
7. グーフィス [®] 錠5mg	2 錠	1日1回朝食前
8. センノシド錠12mg	1 錠	1日1回夕食前
9. グリセリン浣腸60mL	1 個	便秘時

排便評価シート

看護師と共同評価

(M.F.) 様

直近1～2週間の排便回数

週に(2-3)回程度

便の性状 軟便～硬便、兔糞状便 (BSFSで1～4)

刺激性下剤(センノシド・ピコスルファート)使用歴

投与後の排便有無と便の性状:

定期処方服用 (1日2錠) 便性は上記記載

浣腸や摘便の実施歴

(相談日の前の日に)浣腸実施も排便なし

実施後の排便有無と便の性状: 施設でも便秘ひどく浣腸頻回施行していたと

排便時のいきみ、残便感、肛門閉塞感の有無

いつもあり・よくある

時にある なし

食事摂取量 概ね全量摂取だが、ムラあり半分くらいの日もある。日中傾眠のことあり。

多い・普通・少ない

水分摂取の状況

多い・普通・少ない

排便姿勢ができるか?

できる・できない

いきむことができるか?

できる・できない

1) 刺激性下剤の連用への介入

プロトコル適応

便秘症継続しているため

センノシド中止して他剤調整

2) プロトコルに従い薬剤調整

① 酸化マグネシウム投与量

eGFRは63だが、筋力低下もあり、実際は40～50を想定。

また入院時血清Mgが2.3と正常上限に近い。

→既に服用している酸化マグネシウム1000mgを上限に設定。

→よって次の薬剤追加を検討。

② 次の薬剤追加検討

過去に食欲不振、脱水となった経緯もあるため、アミティーザ®カプセルは避ける。

また、既に用法「食前」に統一されているため、リンゼス®錠の追加とした。

新規開始

リンゼス®錠0.25mg 2錠 1×朝食前

(M.F.) 様

直近1～2週間の排便回数

週に(2-3)回程度

便の性状 軟便～硬便、兔糞状便 (BSFSで1～4)

便性ムラあり。少なくとも排便4回に1回以上は硬便で浣腸も必要とする。センノシド毎日服用しても反応しておらず回数少ない。→慢性便秘。→プロトコル対応の適応。

刺激性下剤(センノシド・ピコスルファート)使用歴

投与後の排便有無と便の性状:

定期処方服用 (1日2錠) 便性は上記記載

浣腸や摘便の実施歴

(相談日の前の日に)浣腸実施も排便なし

実施後の排便有無と便の性状: 施設でも便秘ひどく浣腸頻回施行していたと

排便時のいきみ、残便感、肛門閉塞感の有無

いつもあり・よくある

薬剤によるADLへの影響?

時にある なし

食事摂取量

概ね全量摂取だが、ムラあり半分くらいの日もある。日中傾眠のことあり。

多い・普通・少ない

水分摂取の状況

多い・普通・少ない

排便姿勢ができるか?

排便に関わるADLは術後リハビリでの回復次第。もともと介助レベルであり、十分にはできない。

できる・できない

いきむことができるか?

できる・できない

薬剤がADLに与える影響の検討

(クエチアピン錠25mg4錠, デエビゴ[®]錠10mg/日)

【過去の症状と処方経緯】

- ◆元々認知症による興奮、暴力などがあり処方され増量された経緯。

【現在の症状】

- ◆帰宅願望あり時々大声出されることもあるが許容範囲。
- ◆夜間は服薬前に寝ていることが多くなっている
- ◆日中傾眠のため、術後リハビリも十分進んでいない
もともと介助で車椅子離床していたが、ほぼベッド上生活のままとなっている。

【薬剤による影響の検討】

- ◆抗精神病薬による傾眠のため活動量、運動量の低下による腸蠕動低下
- ◆抗精神病薬による潜在的な腸蠕動への影響

【対応と結果】

- ◆**医師に提案し、徐々にクエチアピンとデエビゴの減量を進めた。**
 - デエビゴは中止に至ったが、そのまま良眠できている。
 - クエチアピンも減量(昼夕に25mg錠を1錠ずつ)して覚醒も改善。興奮は許容範囲内。

処方変更後の経過

- ・その後3週間は処方変更せず経過フォロー
- ・週2～3回排便の状態が変わらず
- ・浣腸4回実施し、うち3回反応便あり。センノシド1回服用には反応なし

- ・浣腸には反応がある分、以前より改善しているが不十分。
- ・ほぼ便性はBSFSで1～3で硬め。



プロトコル適応し次の薬剤追加

看護師に確認「みそ汁はよく飲みますか？」→好きでよく飲む。

Rp. モビコール®配合内用剤LD 2包/日 開始
(昼食の味噌汁に溶かして服用)

処方変更後の経過確認

- ◆ほぼ毎日の排便となった。便性はBSFSで4～5に改善。
- ◆浣腸や刺激性下剤の頓服追加もなくなった。



多剤併用となった下剤処方を整理

- ◆酸化マグネシウム1000mg/日を中止



処方変更後の経過確認

- ◆排便状況に変化なく、良好な経過。その後元の施設に退院。

退院時の処方内容

- | | | |
|------------------------------------|----------------|---------------------------|
| 1. アムロジピン錠5mg | 1 錠 | 1日1回朝食前 |
| 2. カルベジロール錠1.25mg | 1 錠 | 1日1回朝食前 |
| 3. クエチアピン錠25mg | 4 錠 | 1日3回毎食前(1-1-2) |
| 4. クエチアピン錠25mg | 2 錠 | 1日2回昼夕食前 |
| 5. ツムラ抑肝散 | 3 包 | 1日3回毎食前 |
| 6. デエビゴ[®]錠5mg | 2 錠 | 1日1回ねる前 |
| 7. 酸化マグネシウム錠330mg | 3 錠 | 1日3回毎食前 |
| 8. グーフィス [®] 錠5mg | 2 錠 | 1日1回朝食前 |
| 9. センノシド錠12mg | 1 錠 | 1日1回夕食前 |
| 10. リンゼス [®] 錠0.25mg | 2 錠 | 1日1回朝食前 |
| 11. モビコール [®] 配合内用剤LD | 2 包 | 1日1回昼食時 |
| 12. グリセリン浣腸60mL | 1 個 | 便秘時 |

連携の展開過程（7つのプロセス）

① 単独解決できない課題の確認

高齢者に安全な睡眠薬・便秘薬の
適正使用を進めたい

② 課題を共有しあえる他者の確認

処方をする医師、使用する看護師

③ 協力の打診

④ 目的の確認と目的の一致

プロトコルの提示と承認。必要な知識・考え方について、看護師に複数回の研修を実施。

⑤ 役割と責任の確認

⑥ 情報の共有

せん妄リスク評価や排便状況など患者状態の共有、評価を看護師と共同で行う。適切な薬剤についてのフィードバック、医師への処方提案など、プロトコル改定を重ねて、役割を手順に明確にして記載。その結果、情報の共有が連続的、日常的な形に変化。

⑦ 連続的な協力関係の展開

Take Home Message

- 生活に密接な「不眠」「不穏」「便秘」の改善は患者さんの重要課題。その状態把握、適切な薬物療法の提案を、それぞれの職種の間を連携してタスク・シフト/シェアすることは有用であった。
- PBPMは開始後に運用を振り返り、改定を繰り返すことが重要。それができるなら簡単な形からでも、まず開始してみることも大切。
- 7つのプロセスを意識し連携を展開できれば、それぞれの職種の負担を増やすことなく、有効な協働を実行できる。

ご清聴ありがとうございました



社会医療法人社団 沼南会

沼隈病院

〒720-0402 広島県福山市沼隈町中山南469-3

TEL: [084-988-1888](tel:084-988-1888) FAX: 084-988-1119