



リウマチ性疾患ケア指導記録

| | |
|------------------|---|
| 指導患者名簿の左端にある患者番号 | 9 |
|------------------|---|

該当するものすべてに☑してください。

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|--|
| 年代 | 40 歳代 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | | |
| 施設名 | リウマチ財団病院 リウマチ外来 | | 転 帰 | <input type="checkbox"/> 寛 解 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 転 院 <input type="checkbox"/> 死 亡 | | |
| 診断名 | RA | | | | 令和 ×年 9月 | |
| 合併症 | なし | 診療区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 外 来 <input type="checkbox"/> 入 院 | 職 業 文房具小売店 従業員 | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> その他(バセドウ病、薬疹) | <input type="checkbox"/> 炎症性背部痛 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 大腸憩室症 <input type="checkbox"/> 無し | <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> COPD | 家族歴 <input type="checkbox"/> リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 結核 | | |
| 診 断 罹患関節 (腫脹又は圧痛) <input checked="" type="checkbox"/> MCP 関節 <input type="checkbox"/> PIP <input checked="" type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input checked="" type="checkbox"/> MTP <input type="checkbox"/> その他 血液の検査 <input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性 <input checked="" type="checkbox"/> CRP 上昇 <input checked="" type="checkbox"/> 抗 CCP 抗体陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 赤沈 亢進 <input type="checkbox"/> 抗核抗体陽性 | | | | | | |
| 治 療 : 現在および過去の処方 (過去の処方については分かる範囲でよい) <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%"> 経口 DMARDs <input type="checkbox"/>イグラチモド <input type="checkbox"/>サラゾスルファピリジン <input type="checkbox"/>タクロリムス <input type="checkbox"/>ブシラミン <input checked="" type="checkbox"/>メトトレキサート 6mg/W <input type="checkbox"/>その他 () </td> <td style="width:50%"> 生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など <input checked="" type="checkbox"/>TNF 阻害薬 <input type="checkbox"/>IL-6 阻害薬 <input type="checkbox"/>T 細胞共刺激阻害薬 <input type="checkbox"/>JAK 阻害剤 <input type="checkbox"/>副腎皮質ステロイド <input checked="" type="checkbox"/>NSAIDs 疼痛時のみ <input checked="" type="checkbox"/>その他 (チラージン S 100μg/日) </td> </tr> </table> 関節手術 <input type="checkbox"/> あり (部位・) | | | | | 経口 DMARDs <input type="checkbox"/> イグラチモド <input type="checkbox"/> サラゾスルファピリジン <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> ブシラミン <input checked="" type="checkbox"/> メトトレキサート 6mg/W <input type="checkbox"/> その他 () | 生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など <input checked="" type="checkbox"/> TNF 阻害薬 <input type="checkbox"/> IL-6 阻害薬 <input type="checkbox"/> T 細胞共刺激阻害薬 <input type="checkbox"/> JAK 阻害剤 <input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド <input checked="" type="checkbox"/> NSAIDs 疼痛時のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (チラージン S 100μg/日) |
| 経口 DMARDs <input type="checkbox"/> イグラチモド <input type="checkbox"/> サラゾスルファピリジン <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> ブシラミン <input checked="" type="checkbox"/> メトトレキサート 6mg/W <input type="checkbox"/> その他 () | 生物学的製剤・JAK 阻害剤・ステロイド剤など <input checked="" type="checkbox"/> TNF 阻害薬 <input type="checkbox"/> IL-6 阻害薬 <input type="checkbox"/> T 細胞共刺激阻害薬 <input type="checkbox"/> JAK 阻害剤 <input type="checkbox"/> 副腎皮質ステロイド <input checked="" type="checkbox"/> NSAIDs 疼痛時のみ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (チラージン S 100μg/日) | | | | | |
| ケア及び指導内容 | <p>3 年前に RA を診断された。MTX とステロイドで疾患活動性をコントロールしてきたが、令和×年に関節痛が悪化、DAS28 (CRP) >5.1 となり、生物学的製剤 (ETN) 導入の適応と判断された。しかし患者は、副作用が怖いと、治療薬の変更に同意しなかった。そこで、1) 患者の不安を聴く、2) 治療選択に必要な情報を提供、3) RA に伴う体の変化を患者自身が気付けるように支援した。</p> <p>支援の結果、患者はこれまでの治療について「もっと良くなると思った」と、効果に満足していないことや、RA より前にバセドウ病の治療をうけていたことを語った。具体的には、抗甲状腺薬で蕁麻疹を発症、アイソトープ治療を受けたが、体調が急激に変化 (集中できない、下肢がむくむ) した。RA も治療を変えたら体調が悪化するのではないかと語った。そこで、アイソトープ治療後の体調変化は、甲状腺ホルモンを適切に管理すれば緩和する症状であることを伝え、チラージンを飲み忘れないことや定期受診の必要性を伝えた。また生物学的製剤 (ETN) の副作用については、薬剤師と協同して具体的な症状を伝えて、セルフモニタリングの方法を指導した。さらに、患者と関節に触れ、血液検査データの推移を確認するなど体の変化を確認し、治療変更の必要性に気付けるようかかわった。患者は ETN 導入を決断でき、導入 4 週目には自己注射へ移行した。疾患活動性は ETN 導入後 3 カ月で DAS28 (CRP) <2.1 へ改善している。</p> | | | | | |
| 備 考 | 自己注射移行後も、電話で自己注射に関する問い合わせがある。患者の疑問や不安の内容、支援方法については、外来看護師間のカンファレンスで共有している。 | | | | | |

※略語 (病名・薬物名) の扱いは、リウマチ性疾患ケア指導患者名簿と同等とします。
 ※ケア及び指導内容については、文字数を 600 文字から 700 文字で作成してください。フォントサイズは 10.5 を推奨します。
 ※転帰について空欄が目立ちます。継続中の場合は作成した年月を記入してください。
 ※記載例を十分に参考にしてください。
 ※上記の赤字によるコメントは、作成の際には消してからご使用ください。

| | |
|-------|-------|
| 申請者氏名 | 財団 花子 |
|-------|-------|