総合医学会報告

シンポジウム：「これまでの病棟薬剤業務を振り返って -5年間の手応えと評価-」

入院志向型の病棟薬剤業務から入院前・退院後を含むトータルケアへ

後 藤 拓 也†

第71回国立病院総合医学会
（2017年11月10日　於　高松）

IRYO　Vol. 73　No. 6（312－315）2019

要 旨　病棟薬剤業務実施加算を取得するためには，対象となる病棟で週20時間の病棟薬剤業務を実施することが算定要件の１つであるが，薬剤師の人員不足が原因で取得できていない施設も多い．国立病院機構名古屋医療センター（当院）では算定要件を満たすために薬剤師を増員し，現在約35名の薬剤師が全15病棟で病棟活動に従事している．また，薬剤部業務のサポートとして薬剤SPDを導入し，薬剤師がより効率的に病棟活動できるよう業務改善を行った．人的補強により病棟業務の質と量の向上がみられた．とくに，ほとんどの症例で入院時の持参薬確認と服薬計画の提案が可能となった．しかし，手術予定患者で休薬が必要な薬剤を服用している場合では，入院時点での確認では間に合わないケースもある．また，化学療法導入目的の入院の場合は，事前にHBV（B型肝炎ウイルス）をスクリーニングする必要があり，スクリーニングが遅れることで治療開始が遅れることにつながる．これらの問題を解決するには，患者が入院した時点からの関わりでは遅く，入院前の段階から関わる必要がある．つまり，病棟担当薬剤師と外来部門との連携強化が重要となる．それは退院時においても同様であり，薬薬連携を充実させるなど，今後は入院前から退院後を含むトータルケアが求められると考える．今回，これまで実施してきた病棟薬剤業務の課題と当院の取り組みについて報告する．

キーワード　病棟薬剤業務，持参薬，薬薬連携

はじめに

平成22年４月30日に厚生労働省医政局長通知「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」が発出された[1]．この通知では，医療の質の向上と医療安全の確保のために，薬剤師は薬の専門家としてチーム医療に貢献することが求められている．その内容を踏まえて，平成24年度の診療報酬改定では病棟薬剤業務実施加算が新設され，平成28年度には救命救急管理料などを算定するハイケアユニットにおける病棟薬剤業務に対しても加算が新設された．加算を算定するには，薬剤管理指導の業務時間とは別に週20時間以上の病棟薬剤業務を行うことが要件の１つとなっている．しかし，多くの施設

国立病院機構名古屋医療センター　薬剤部　†薬剤師
著者連絡先：後藤拓也　国立病院機構名古屋医療センター　薬剤部
〒460-0001　愛知県名古屋市中区三の丸四丁目１番１号
e-mail：takg@nnh.hosp.go.jp
（2018年３月12日受付，2019年２月８日受理）
Improving Inpatients Pharmaceuticals Services from Inpatient-oriented Style to “Total Care” Style which includes before and after the Patient′s Hospitalization
Takuya Goto, NHO Nagoya Medical Center
（Mar.12, 2018, Accepted Feb. 8 , 2019）
Key Word：inpatients pharmaceuticals services, medicines brought to hospital by inpatients, pharmaceutical care between community and hospital pharmacists

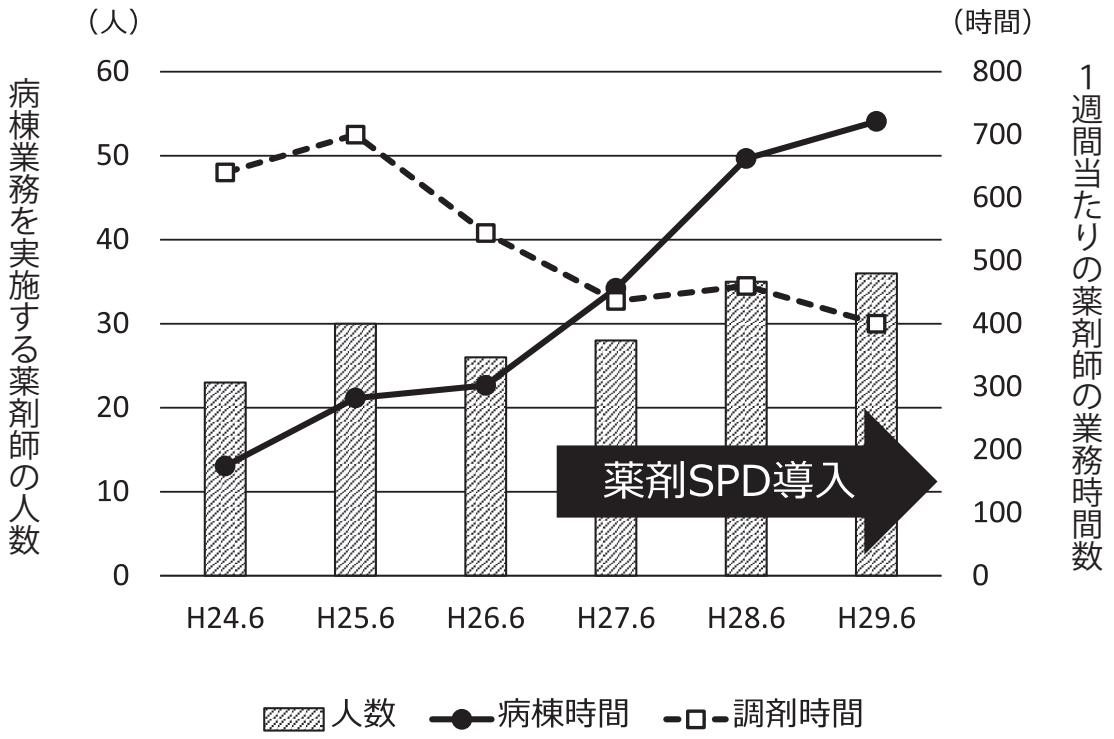

図1　薬剤SPD導入と薬剤師の業務時間推移

調剤時間とは，薬剤師が調剤業務に関与する時間を指し，薬剤SPDが関与する時間は除く．

で薬剤師の人員不足等により週20時間を確保できず加算が取得できていないのが現状である．

日本病院薬剤師会が作成した薬剤師の病棟業務の進め方（Ver. 1.2）[2]で記載されているように，病棟薬剤業務は患者への投薬前での薬学的関与が中心となり，薬剤管理指導業務は投薬後での関与が中心となる．つまり，病棟薬剤業務実施加算が診療報酬に新設された狙いは，入院患者に対して薬物治療の入口から出口まで薬剤師が関与することを推し進めるものと考えられ，入院患者の入院時から退院までの間，薬剤師が関与することが求められているといえる．

加算申請にむけた薬剤部内の体制強化

国立病院機構名古屋医療センター（当院）は，740床15病棟を有し平均在院日数は14.6日の高難度医療を提供する急性期病院である．職員数は約1,300名，そのうち医師は約250名が勤務する．加算新設当初は約20名の薬剤師が病棟活動を行っていたが，対象となる病棟で週20時間の病棟薬剤業務を行うだけの薬剤師数を配置できなかった．

加算申請にむけて，薬剤部内の体制強化として薬剤師を増員するとともに業務内容を見直し，外部委託が可能な業務を薬剤SPDに委託した．薬剤SPDは，医療材料を院内で一元管理する物流SPDとは異なり，医薬品の在庫管理・調剤の補助・DI（医薬品情報管理）などの業務のうち薬剤師以外でも可能な業務を請け負う．当院では業務を薬剤SPDに委託するために，業務内容の精査を行い，これまで薬剤師が行っていた医薬品の発注や納品時の検品作業，注射薬の取り揃え，定期内服薬の個人セットなどを薬剤SPDに委託した．委託を検討する際に業務内容の精査を行って効率化がなされ，委託した業務時間以上に調剤時間を大幅に減少することができた．それにともない薬剤師が病棟業務を実施する時間を大幅に確保することができ，病棟薬剤業務実施加算の算定が可能となった（図1）．

病棟業務に従事する薬剤師数が増えたことで，薬剤師間の情報共有や連携をさらに円滑にする方策が必要となった．当院では7名程度の薬剤師を1つのユニットとし，5つのユニットを構成した（表1）．1つのユニットがそれぞれ3病棟ずつ担当し，平日の日勤帯は全15病棟すべてを網羅できるようにした．病棟業務の時間が増えたことで，病棟薬剤師が入院時に持参薬確認を行うことが可能となり，持参薬の院内採用の有無や代替薬の提案などが可能となった．また，それぞれのユニットで症例カンファ

表１　薬剤師ユニットの構成と役割

	配置数	役割
主任	1名	ユニット内の勤務管理 病棟との業務内容の調整
リーダー	1名	病棟薬剤業務時間の管理 病棟との業務内容の調整（補佐） メンバーからの相談
メンバー	4－5名	病棟一般業務

レンスを実施することとした．少人数制の症例カンファレンスは，治療難渋症例の相談ができるだけでなく新人薬剤師の育成にも繋(つな)がるとの報告[3]がある．当院でも症例カンファレンスを実施したことでユニット内での問題把握が容易となり，新人薬剤師が以前より半年ほど早く病棟業務に従事できる体制となった．

このように，病棟薬剤業務実施加算を算定したことによって入院患者に対する薬学的管理が拡充した一方で，入院前と退院後の薬剤師の関与不足が浮き彫りとなった．

当院薬剤部における入院前・退院後の新たな取り組み

１．術前外来

手術予定患者に対しては，手術前の外来時に看護師が常用薬を確認し，中止が必要な薬剤を指示していた．しかし，休薬が必要な薬剤の中止漏れがあり，薬剤師が入院時の持参薬確認で発見し，手術を延期せざるを得ない事例が発生した．それをきっかけとし，入院時ではなく入院前に薬剤師による常用薬確認を行う運用を，呼吸器外科の予定患者に対して開始した．入院前に常用薬の確認を薬剤師が行うことによって，外来で術前中止薬を見逃さないだけでなく，サプリメントに関する確認や副作用歴などについても入院前に確認が可能となった．

２．化学療法患者のＢ型肝炎スクリーニング

2009年厚生労働省研究班より「免疫抑制・化学療法により発症するＢ型肝炎対策ガイドライン」が作成され，Ｂ型肝炎の再活性化を防止するために化学療法前にスクリーニングすることが推奨されている[4]．当院でも外来化学療法チームが中心となって化学療法前のスクリーニングの必要性について化学療法委員会を通じて院内に周知した．しかし，化学療法目的の患者に対して主治医が入院前までにスクリーニングを実施しておくべきだが，病棟薬剤師が入院時にスクリーニングの未実施に気づき，主治医に検査依頼をするケースが散見された．検査の遅れにより化学療法の実施が遅れたケースもあり，事前に主治医へ連絡する必要があると思われた．そこで，外来化学療法チームの薬剤師が，電子カルテから入院予約オーダーと検査オーダーのマッチングを週１回行い，検査が実施されていない場合は検査依頼を主治医と入院予定病棟のユニット薬剤師宛に連絡する運用を開始した．この運用により，スクリーニングの遅延や未実施を回避することが可能となった．

３．電子カルテ閲覧システムを用いた薬薬連携の強化

当院では，2009年よりインターネット回線を利用した金鯱(しゃち)メディネットという電子カルテ閲覧システムを構築し病診連携に利用している．かかりつけ医から紹介された患者は，WEB予約などできる体制となっており，現在80施設程度が金鯱メディネットに参加している．薬薬連携の強化目的で，保険薬局も2015年９月より参加している．保険薬局の薬剤師が電子カルテを閲覧して採血検査の結果等を確認して疑義照会し，処方変更にいたるケースも少なくない．

新たな取り組みでの現状の問題点

入院前・退院後を含めた発展的な病棟薬剤業務は，入院後に予定していた治療の延期による一時退院や入院期間の延長の回避に寄与するため，医療経済の面で非常に有益ではある．しかし，現状の問題点としては，外来での活動は薬剤管理指導料などの診療報酬が請求できないことと，病棟薬剤業務の時間にカウントできないことである．

結　　語

これからの病棟薬剤業務に求められることは，入院中の薬剤適正使用だけでなく，外来部門や地域との連携といった入院前から退院後を含むトータルケアであると考えられる．診療報酬上のハードルを超えるために，業務の効率化は常に行うべきであり，必要であれば外部業者への委託なども検討するべきである．

〈本論文は第71回国立病院総合医学会シンポジウム「これまでの病棟薬剤業務を振り返って –５年間の手応えと評価–」において「病院志向型の病棟薬剤業務から入院前・退院後を含むトータルケアへ」として発表した内容に加筆したものである.〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし.

［文献］

1）2010年４月30日，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（厚生労働省医政局長）.
2）薬剤師の病棟勤務の進め方（Ver.1.2），一般社団法人日本病院薬剤師会 2016年６月４日.
3）中島　誠，後藤拓也，松本修一．薬剤管理指導カンファレンスの取り組み –臨床薬剤師がレベルアップを図る１つの方策–．薬局 2010；**61**：3592–7.
4）坪内博仁，熊田博光，清澤研道ほか．免疫抑制・化学療法により発症するＢ型肝炎対策 –厚生労働省「難治性の肝・胆 道疾患に関する調査研究」班劇症肝炎分科会および「肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療の標準化に関する研究」班合同報告–．肝臓 2009；**50**：38–42.