「病棟薬剤業務実施加算」算定への取り組み

2012年度診療報酬改定で新設された「病棟薬剤業務実施加算」算定に向けた体制整備が、中小病院から中核病院まで広がっています。そこで今回は、来年度の届出に向けて、薬剤部の業務の見直しと計画に基づいた体制整備を進めている山口大学医学部附属病院で、そのステップ、取り組み内容等について具体的なお話をうかがいました。

VOL.3
PHARMACIST VIEW
2013.01

ファーマシストビュー

全病棟薬剤師常駐に向け モデル病棟で取り組む “病棟薬剤業務の標準化”

山口大学医学部附属病院薬剤部では今回の加算新設の流れを読み、2010年末の段階から薬剤師の病棟配置に向けた取り組みを進めていました。ただし、この時点では、病棟単位での算定が可能だと予測していたため、業務改善を進めつつ、徐々に薬剤師が常駐する病棟を拡大していく方針だったそうです。

「ところが、実際に算定要件が明らかになると『全病棟配置』となっていたため、薬剤師の増員が必須となり、今年度の加算算定は断念せざるを得ませんでした。しかし配置に向けた病棟業務はすでに始めていたので、2013年7月の届け出を目指し、綿密なスケジュールの下、引き続き準備を進めています」――そう語るのは薬剤部長の古川裕之先生です。

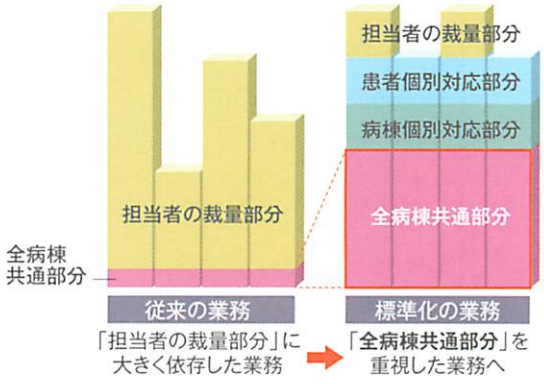
同院での薬剤師の病棟配置への準備は、事務職員を含む薬剤部のすべてのスタッフから“いらないかもしれない仕事”を聞き取ることから始まりました。それまでの業務の見直し、整理、廃止、優先順位の確認等を行い、「病棟配置に備えて余力を生み出したうえで、業務を効率的に進める“病棟薬剤業務の標準モデルの構築”に着手した」のです。

それまでの病棟業務にはルールがなく、ほとんどが個人の裁量に任されていたため、服薬指導の方法、所要時間等にも個人差がありました。「新しいことを始めるには共通理解と情報共有が不可欠」と考える古川先生は、最初に、基本となる2つのコンセプトを視覚的に表し、業務の標準化のイメージをスタッフ間に浸透させたそうです(図1、2)。

さらに、薬剤師の専門性に基づいた情報を医師や看護師と共有するために、いかにシンプルなかたちで情報提供するかということも、標準化すべき課題の一つとして考えています。たとえば、それまでは自由記述形式だった「薬剤管理指導記録」は、チェック方式で要点のみ記載する様式に統一し、医師や看護師が電子カルテで参照できるようにしました。また、加算算定までの詳細なスケジュールを開示し、薬剤部だけではなく、経営陣や院内スタッフがいつでも進行状況を確認できるようにしています。古川先生は、病棟業務のかたちが整いつつある今でも、何度も立ち止まり、こういったコンセプトに基づいた目的の再確認を薬剤師に促しているそうです。

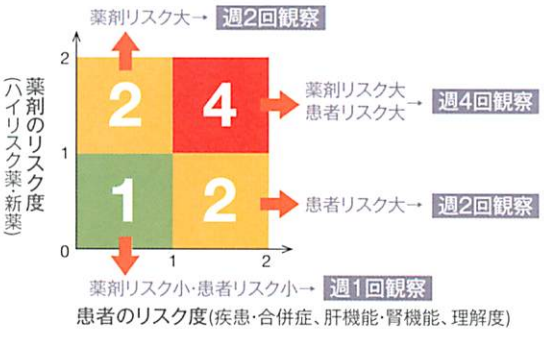
標準モデル構築の2つのコンセプト

図1 ■ 病棟業務の標準化の考え方



標準化された全病棟共通業務を土台に、各病棟、個人ごとに異なる業務を積み上げて充実を図るという、新しい病棟業務の全体像を明確に表している。

図2 ■ 薬剤及び患者のリスク度評価



薬剤や患者のリスク度という、客観的評価に基づく必要度に応じた介入の考え方を簡潔に図式化した。

“モデル病棟”を設置して病棟業務のイメージを模索

2011年4月から内科系1病棟において薬剤管理指導業務拡大のためのモデル作りを始めましたが、2012年4月、“病棟薬剤業務の標準モデルの構築”に向け、内科の2病棟を“モデル病棟”として設定しました。

「モデル病棟は、来年度の全面展開に向けて、求められた薬剤業務を検証して課題を解決する役割」と話すのは、業務モデル構築の中心となって、意見収集や体制づくりを進めている病棟薬剤部門主査の吉本久子先生です。モデル病棟では、3人の薬剤師がチームとなって常駐し、1病棟につき1日6時間、週30時間の病棟業務を行っています。これは薬剤管理指導業務に週10時間、病棟薬剤業務に週20時間の配分で計画したもの。現在はスケジュールに従ってモデル業務の検証、修正、定着を進めています(図3)。

モデル病棟での業務については、病棟業務を「入院時」→「入院中」→「退院」に分けて、流れの中で介入ポイントをピックアップし、ひとつずつ標準化を進めています(図4)。

入院直後の「入院時面談」では、薬物関連のさまざまな情報を患者さんから入手しています。このうち持参薬の鑑別結果は、電子カルテの全スタッフ共通の伝言機能「掲示板」に詳細に入力するようにしました。お薬手帳の情報と持参薬が合致しない場合には紹介元医師等に確認したり、また、非採用薬の場合には代替薬および用量の提案を行うなど、情報を精査し、薬学的な判断も加えて医師や看護師に提供することで、速やかに診療に活かされるようにしました。

また、入院時面談に確認した服薬理解度、服薬状況、アレルギー歴・副作用歴などの情報は電子カルテ内の「入院時お薬問診票」に入力し、薬剤師間だけでなく、医師や看護師とも情報共有を行っています。

「入院中の業務」では、ハイリスク薬投与前の詳細説明や流量・投与量計算の確認を始めとして、薬物間相互作用の確認等を行うのが一般的ですが、同院ではさらに、「注射薬混合時のトラブル確認」(図5)も業務に加えています。配合量のバランス等により発生し得る不溶物の析出や変色等の配合変化を、病棟業務の中で薬剤師が確認し、どういう配合時にルート上のどの部分で発生したかの事例をデータベース化しようという狙いです。「医師、看護師のサポートにもなるよう結果を共有する方向です。全国の医療機関と協力してデータ収集・蓄積が可能になれば、有効な業務支援ツールになる」と古川先生は、大学病院ならではの視点から病棟業務の意義を語ります。

図4 ■ 入院から退院までの病棟業務

入院時
入院時面談
- 持参薬の確認
- アレルギー歴・副作用歴の確認
- 服薬理解度の確認

↓

入院中
入院中の業務(服薬指導など)
- 相互作用・配合変化の確認
- 効果・副作用のモニタリング
- ハイリスク薬投与前の説明
- 流量・投与量の確認
- 医薬品情報提供・相談対応

↓

退院
退院時服薬指導
- 退院後の薬剤(退院処方等)の説明
- 「お薬手帳用ファイル」配布

業務の標準化・効率化のためにさまざまなツールを考案

モデル病棟では、各業務の標準化・効率化をサポートするために、吉本先生が所属する、DI室が中心となって考案したツールの試行と修正も行っており、すでに、患者さんへの円滑な情報提供を主としたオリジナルツールが活用されています。

たとえば面談時の副作用確認には、「副作用シグナル確認シート」を活用しています(図6)。「副作用の自覚症状は多様で、患者さんが認識していないこともあるため、症状をわかりやすく簡潔にまとめたシートを用いて、情報収集の効率化と見逃し回避に努めています」(吉本先生)。

また、ハイリスク薬投与前の説明では、図案を中心とした、わかりやすく説明しやすい、抗悪性腫瘍薬剤等の12種の「ハイリスク薬の説明用シート」を作成しました。

古川先生は、「今後、こういったシートをタブレット端末用にデータ化することも検討しています。自宅で患者さんが、また病棟や保険薬局で医療者が説明時に使用するなど、場面を選ばず使えることが目標です。ダウンロードや出力も可能なように、ネットワーク上での提供も検討中です」。

さらに、従来は退院のタイミングが正確に把握できず十分に介入できていなかった退院時服薬指導にも重点を置き、業務を標準化したうえで、お薬手帳と、入院中の薬物療法、指導時の情報等をひとつにまとめた「お薬手帳用ファイル」を患者さんに渡しています(図7)。患者さんがわかりやすいだけではなく、「保険薬局での参照も考慮しています。こういったかたちで患者情報の共有化が定着すれば、入退院時の薬剤情報の入手もお互いにスムーズになるのでは」と吉本先生は薬薬連携の一助としての役割にも期待しています。

図3 ■ 業務モデル構築に向けたタイムスケジュール
〈モデル病棟(第一内科・第三内科病棟)〉

- **Step 1** モデル構築(薬剤業務体制構築) 2012年4月~7月
- **Step 2** モデル検証(病棟要望業務の検討) 2012年8月~10月
- **Step 3** モデル修正→定着(業務手順、時間配分見直し) 2012年11月~2013年3月
- **Step 4** モデル拡大(全病棟薬剤師配置) 2013年4月~
- **Step 5** 「病棟薬剤業務実施加算」届出 2013年7月(予定)

図6 ■ 副作用シグナル確認シート

A4表裏のシート。裏面には、「お腹の症状」「呼吸や胸の症状」「血液の症状」「全身の症状」の4つが記載され、計8つの症状についてわかりやすくまとめられている。

出典:Clinical Pharmacist 3(2), 2011,メディカ出版

図7 ■ お薬手帳用ファイル

「お薬手帳用ファイル」の内容物

①お薬手帳用薬歴
②退院時のお薬について(副作用情報、調剤上の工夫)
③退院される患者様へ
④好ましくない副作用の自覚症状
⑤お薬の飲み方作法1~5

退院時の服薬指導では、退院後の薬剤(退院処方、持参薬)に関する指導と、必要に応じて退院処方の「お薬説明書」の配布を行う。

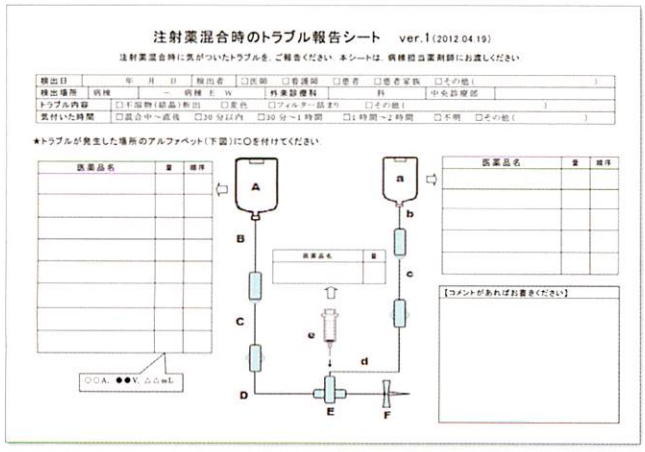
プランとエビデンスをもとに加算取得に向け進行中

モデル病棟では、医師への情報提供事例の収集にも取り組んでいます。患者さんからの訴えや検査結果をもとにした薬剤師の情報提供によって、処方変更や追加検査が行われたなど、薬物療法の質の向上や医療安全に貢献した事例が集まっていますが、こういったデータは、実績のエビデンスとなるだけではなく、「今後、全病棟に薬剤師が配置された際に、どこをポイントに薬物療法を確認すればいいかの良い教材になる」(吉本先生)と考えています。また、モデル病棟の医師、看護師からは、現行以外にも多くの要望業務が寄せられており、病棟薬剤師が医療安全推進と現場スタッフの負担軽減の両面で期待されていると受け止めています。今後は要望内容を分析評価し、どのように標準化して病棟業務に加えるか検討するなど、計画的な取り組みを進める考えです。

古川先生は、今回の加算算定について薬剤師の増員が課題だったとし、「増員申請には、業務の目的と経営面への貢献等、明確な根拠が必要です。加算算定による収支予想と詳細なプラン、最低必要人数を提示し、病院の理解を得ることができた」と、人材確保の見通しがたったことを踏まえ、さらに詳細な体制の検討を始めています。全面展開後は、各病棟の特性に応じた様々なニーズが担当薬剤師に寄せられることが予想されます。業務の標準化を最優先と考えていますので、病棟からのニーズに対しては個人レベルで対応するのではなく、薬剤部としての回答を提示する必要があります。そのため、全病棟を3つにグルーピングしてリーダーを配置し、各病棟からの質問・相談をリーダーがまとめた上でさらにDI室に集約して、全病棟へ情報提供できる体制を整える計画です。

このように、薬剤師全病棟配置に向けた準備が順調に進んでいる同院ですが、最後に古川先生は、「病棟配置による業務の充実は、適正な薬物治療の推進と安全管理に対する薬剤師の責務であり、薬剤部スタッフも新しい職務への挑戦として非常に意欲的に取り組んでくれています。2013年3月にはモデル病棟での病棟業務見直しを終え、4月には全病棟配置を、7月には加算算定を実現したいと思います」と、薬剤部スタッフへの信頼と、医療の質向上への意欲を語ってくれました。

図5 ■ 注射薬混合時のトラブル報告シート



山口大学医学部附属病院
所在地/山口県宇部市南小串1-1-1
病床数/736床
薬剤師/35名

前列右から、古川裕之先生、吉本久子先生、後列はモデル病棟で病棟薬剤師を務める、渡邊正規先生、西川朋佳先生、長澤悠子先生。病棟業務モデルの構築で難しいことは、「時間や人手が限られている中で、どのようにすれば患者さんと病院のためになるか、という視点がブレないようにすること」(渡邊先生)。