

PharmaScope

「ファーマスコープ」

特別号

山口県版

ファーマスコープは病院、保険薬局で輝く薬剤師の声をお届けする情報誌です。

■座談会 — これからの病棟業務はいかにあるべきか ～「病棟薬剤業務実施加算」創設がもたらすインパクト～



〔司会〕 山口大学医学部附属病院 薬剤部長

古川 裕之 先生

山口赤十字病院 薬剤部長

俣賀 隆 先生

社会保険下関厚生病院 薬剤部長

末廣 勉 先生

山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院 薬剤科長

沖田 敏宜 先生

(発言順)



撮影 古川裕之先生



田辺三菱製薬

これからの病棟業務は いかにあるべきか

～「病棟薬剤業務実施加算」創設がもたらすインパクト～



(司会) ふるかわ ひろゆき
古川 裕之 先生
山口大学医学部附属病院 薬剤部長



またが たかし
俣賀 隆 先生
山口赤十字病院 薬剤部長



すえひろ つとむ
末廣 勉 先生
社会保険下関厚生病院 薬剤部長



おきた としのり
沖田 敏宣 先生
山口県厚生農業協同組合連合会
周東総合病院 薬剤科長

座談会開催にあたって

[司会] 山口大学医学部附属病院 薬剤部長 古川 裕之 先生

多くの施設が薬剤師の人員不足に陥っている中、病棟薬剤業務実施加算の申請はあまり進まないだろうと予想していました。ところが診療報酬改定約2ヶ月後の6月15日現在における全国の申請状況(非公開都道府県除く)をみると、北海道の50施設、千葉県の48施設、愛知県の36施設をはじめ、予想以上に多くの施設が申請を行っていることが分かりました。おそらく多くの施設が、現状の薬剤師数でさまざまな工夫をして、全病棟に週20時間以上従事できる専任薬剤師を配置したのだと思います。そこで本座談会ではそのような工夫を含め、お集まりいただいた先生方とともに、病棟薬剤業務の現状と課題、展望について討論していきたいと思います。

■各施設における病棟薬剤業務の現状

古川 最初に、各施設における病棟薬剤業務の現状についてご紹介いただきたいと思います。今後、山口県内の各施設が病棟薬剤業務の実施を目指して、病院側に増員などを要望する場合には全国的な動きや情報を把握している必要がありますので、先生方にはグループ病院の動向についても合わせてご紹介していただきたいと思います。では、山口赤十字病院の俣賀先生からお願いします。

俣賀 山口赤十字病院(475床)では、今年度の診療報酬改定で病棟薬剤業務実施加算が新設されると予想して、4月以前より病院と交渉し、薬剤師2人の増員が認められました。ただ、この数は、病

棟薬剤業務実施加算も、薬剤管理指導業務などと同じように“個別評価”で行われるという考えで算出したものです。つまり、専任薬剤師を配置できる病棟から順次、病棟薬剤業務実施加算をとろうと考えていたわけです。現在、当院はNICUを入れて11病棟ありますが、すでに2病棟に専任薬剤師を配置していましたので、2人の増員により、4病棟から同加算を申請する算段でした。ところが、同加算は“体制評価”で行われることが分かりました。算定要件を満たすためには、原則、すべての病棟に専任薬剤師を配置しなければなりません。専任薬剤師の配置が努力義務とされている特定入院料の対象である回復期リハビリテーション病棟や緩和ケア病棟を除くとしても、当院では9病棟に週20時間以上専任薬剤師を配置する必要があります。今回の2人の増員では同加算の申請

は難しいというのが、病院と薬剤部の結論です。しかし、まずは現状の1病棟2人体制で1カ月ごとに病棟業務と調剤業務をローテーションする方法で、実際に週20時間以上の要件を満たすことが可能なかを検討してみます。また、同加算の算定要件を満たすためには薬剤師が何人必要なのかを算出し、人員を確保できた段階で同加算を申請する予定です。

次にグループ病院の動向ですが、中四国管内の赤十字病院15施設に限ると、6月現在すでに病棟薬剤業務実施加算を申請している施設は、徳島赤十字病院と高松赤十字病院です。徳島赤十字病院ではかなり以前より薬剤師の病棟専任制を導入していましたが、一方の高松赤十字病院は、早急に算定要件を満たす体制を整えられたのだと思われます。当院を含めた残り13施設は、同加算の申請を前向きに検討中という状況です。

末廣 下関厚生病院(315床)も人員不足で、これまで4人欠員の10人体制でした。そのような中でも1病棟は半日ですが薬剤師が業務を行っていました。今年、新しく4人の薬剤師(3人が6年制課程の新卒者)が入職し、そろそろ自分ひとりで動けるようになってくるようです。その上で、病棟薬剤業務に携わっている時間をカウントしながら、まずは、薬剤管理指導を現在の月約200件から約600件に引き上げ、その後、病棟薬剤業務の時間数が週20時間に近づいてきた段階で同加算を申請しようと考えています。

社会保険病院は全国に51施設あり、そのうち、2012年5月現在、すでに病棟薬剤業務実施加算を算定している施設が11施設、同加算

の申請を予定している施設が9施設あります。算定施設の病床数をみると、300~400床の施設が最も多く、次いで200~300床の施設となり、社会保険病院関連施設では中規模クラスが同加算の算定要件を満たしやすい傾向にあるようです。残り30施設は同加算の算定が未定あるいは予定なしですが、その理由としては週20時間の要件を満たせないことが最も多く、次に人員不足が続いています(資料1)。

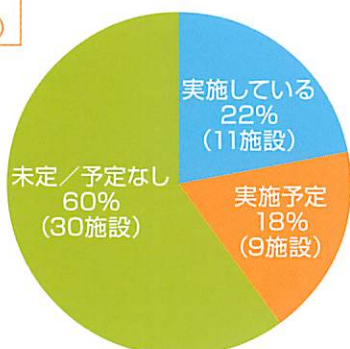
沖田 周東総合病院(360床)は、薬剤師11人で、うち10人が日替わりローテーション(午前・調剤、午後・病棟など)により8病棟を担当しています。つまり、4病棟5人体制をとっているのですが、この体制で算定要件を満たすとすると、誰も休まないことが前提となります。そこで、まずは2病棟3人体制をとり、これで病棟薬剤業務に週20時間以上従事することの可能性を検証して、それが可能であれば、収支を計算した上で、病院に薬剤師2人の増員を要望し、増員後、すぐに病棟薬剤業務実施加算を申請したいと考えています。

厚生農業協同組合連合会(以下、厚生連)の関連病院は全国に119施設ありますが、その規模・組織はまちまちで、700~800床規模で薬剤師が40~50人いる施設もあれば、400床規模でも薬剤師が10人もいない施設もあります。厚生連では、700~800床で薬剤師数の多い大規模病院のほうが病棟薬剤業務実施加算の申請が進んでいるようです。

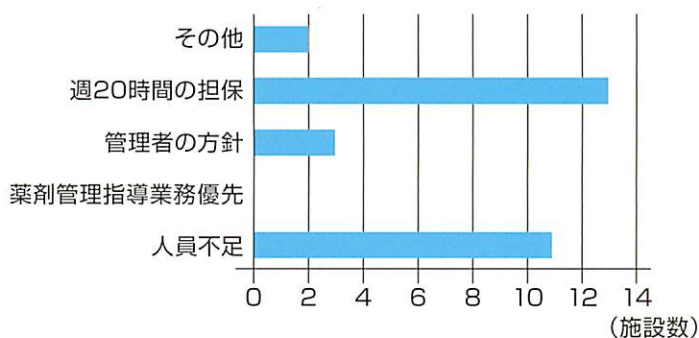
資料1 社会保険病院における病棟薬剤業務実施状況

病棟薬剤業務実施状況に関するアンケート結果

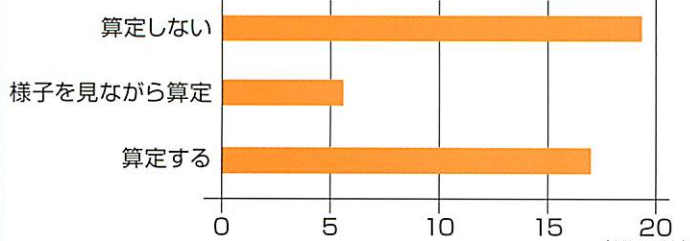
回答率=98%
(50施設/51施設)



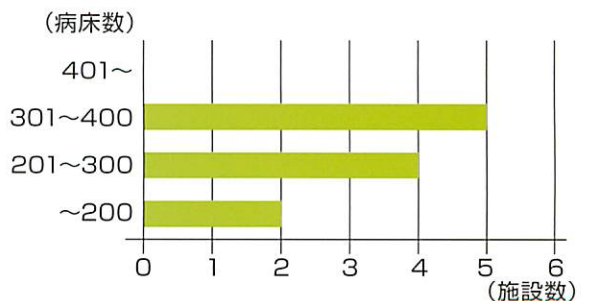
【図1】病棟薬剤業務の実施状況



【図2】未定・未実施の理由



【図3】病棟薬剤業務実施加算の算定



【図4】病床数別の病棟薬剤業務実施加算 算定施設数

古川 では、私から山口大学医学部附属病院(736床)の現状をご紹介します。当院では2011年4月から一部の病棟において病棟常駐を開始し、入院時の持参薬管理から退院時指導まで標準化された仕組みに則って業務を行ってきました。今回の病棟薬剤業務実施加算について、私たちも俣賀先生らと同じように“個別評価”だと考えていたのですが、“体制評価”だと分かり、全病棟薬剤師常駐を目指し、すぐに薬剤師10人の増員を要望しました。それと同時に、第1棟10階の2病棟をモデル病棟として、2012年4月から「入院時初回面談」と「重要な医薬品情報の提供(DI室)」を、5月には「持参薬確認および情報提供」、そして6月には「ハイリスク薬投与前の詳細説明」の業務標準化を図るというように、綿密なスケジュールを立て、薬剤部主導で段階的に業務モデルの構築を進めています(資料2)。具体的なモデルとしては、1フロア2病棟に対して3人を配置し、病棟の主担当薬剤師が週30時間の病棟業務と週5時間の調剤業務のサポートを行い、副担当の薬剤師が週30時間を調剤やDI業務に従事するというかたちを考えています。病床数の少ない診療科の場合は他と組み合わせ、おおむね50床を1ユニットとして構成します。病棟ごとに異なる要望にも対応できるよう業務内容の検討も進めながら、2013年3月までにモデルを定着させ、4月からは全病棟薬剤師常駐化の実現を目指したモデル拡大型に入る計画です。

国立大学病院における病棟薬剤業務実施加算の申請状況ですが、2012年6月現在、同加算を申請している施設は広島大学病院のみです。他にもいくつかの施設が申請準備中ですが、多くの施設は人員の確保が難しくなかなか進んでいないのが実情です。

■業務の効率化・標準化、意識改革への取り組み

古川 先生方のお話を伺うと、やはり、病棟薬剤業務実施加算を算定するために問題となっているのは、週20時間をどう担保するか、すなわち人員不足だということが分かりました。人員確保も思うようにいかない中で、何らかの工夫が必要になってくるかと思えます。例えば、当院では、相対的に必要性の低い業務に費やす時間を少なくするなど、業務の効率化を図るとともに、業務の標準化も推進しています。そうすれば、薬剤師に余力がでてくるので、比較的少ない増員でも、週20時間以上病棟薬剤業務に従事できる専任薬剤師を全病棟に配置できるのではないかと考えているからです。末廣先生の施設から、薬剤師の増員以外に取り組みされていることがあればお話しください。

末廣 薬剤師の欠員がでた2年前より、徹底的に業務の効率化を図りました。その1つがSPDの導入です。当院では、SPDスタッフには在庫管理のほかに、薬剤師でなくてもできる業務を依頼しています。もう1つは機械化です。例えば、2007年に導入したオーダーリングシステムに、薬袋や注射ラベルを発行するシステムを組み込みました。今年度は部門システムを導入する予定になっています。これにより、これまで手書きだったものが電子化され、脳神経外科・内科や併設する老人保健施設などに多い一包化が自動的に行えるようになります。これらにより、薬剤師のパワーを病棟業務に集中させていきたいと考えています。

俣賀 当院でも、現在、SPDの導入を検討しており、在庫管理業務から薬剤師を解放したいと考えています。また、機械化としては、注射薬ピッキングの導入も考えられます。さらに、院外処方せんの発行率を高めることも、薬剤師が病棟薬剤業務に従事する時間を確保するための重要な課題となっています。現在、当院の院外

処方せん発行率は80%前後で、これを今後、90%以上にしていきたいと思っています。院内に残っている処方せんの多くは、一包化を含め時間を要する複雑な処方が多く、院外処方せんの発行率が10%でも高まれば、薬剤師の負担は大幅に軽減されると思います。なにしろ院外処方せんは、SPDやピッキングの導入のようにコストがかかりません。そこで、管理者会議などを通じて、病院スタッフに対して院外処方の周知徹底を図っていききたいと思います。その他に、つい先日、オーダーリングシステムに薬剤管理指導システムが組み込まれたため、そこにテンプレートなどを登録して、これまで手書きの指導記録を標準化、効率化していきたいと

資料2

病棟薬剤業務のモデル構築に向けたタイムスケジュール (山口大学医学部附属病院)

★2013年4月業務開始に向けて、1-10東西でモデル業務を構築

【算定条件対応に向けた業務モデル構築】



場所	病棟薬剤業務 (20hr/週)		薬剤部業務 (5hr/週)
	薬剤管理指導業務 (10hr/週)	病棟	
4月	入院時初回面談(①)	重要な医薬品情報提供(DI室)(②)	
5月	配薬・服薬指導(定期処方薬)	持参薬確認・情報提供(③)	調剤 監査 DI
6月	退院時服薬指導	内服薬・注射薬の相互作用確認(PICS)(④)	
7月		ハイリスク薬投与前の詳細説明(iPad利用)(⑤)	
8月～		ハイリスク薬投与前の流量・投与量計算(⑥)	抗癌剤無菌調製(製剤室)(⑦)

調剤業務サポートは、病棟主担当と他部門担当は5時間/週、病棟副担当は、調剤業務・DI業務サポートを30時間/週

考えています。

沖田 業務の効率化、標準化のほかに、当院では薬剤師の意識改革にも力を注いできました。当院では、2002年より院外処方を開始しました。そうなれば、本来、薬剤師の主軸は外来から入院へとシフトしていくはずですが、それがなかなか上手くいきませんでした。私は薬剤部のスタッフに対して、「限られた時間で、限られた人数で、成果を出してこそ初めて評価される」、「何をやるにしても、最初から増員は難しい。人が増えなくても、やらなければならないなら、時間を自分で作るしかない。ルーチン業務は効率よくこなして、そこで捻出した時間を、かけるべきところにかける」と、10年間、言い続けてきました。ようやく今、皆が時間をうまく使うようになり、服薬指導件数も1000件近く行えるようになりました。忙しいから薬剤師を増員してほしいと要望することは簡単ですが、私は、まず、薬剤師自身が時間をつくる努力をする必要があると考えています。

俣賀 今回の加算の新設は、薬剤師一人一人が、1日8時間という限られた時間の使い方を自ら考える良い機会になると考えています。例えば、調剤室にいても、業務のすき間時間に調剤室からオーダーリングシステムで入院患者さんの薬歴をみて、相互作用をチェックしたり、禁忌がないかをみたりする。これはまさに病棟薬剤業務の一つです。薬剤部のスタッフには「8時間をうまく使って、病棟薬剤業務に費やす4時間を作り出す」ということを自覚する必要があると思います。

古川 今回の病棟薬剤業務実施加算に対して、スタッフが当事者意識を持って自分自身で考えることが非常に大事ですね。現状維持のほうが楽ですし、急激な変化を受け入れられない人もいるでしょう。当院では3ヶ月のモデル構築の試行の中で、少しずつスタッフの意識が変化していると感じています。また、病棟薬剤業務を実践していく中では、おそらく自分自身の知識不足や経験不足に直面する時もあるでしょうが、それも成長のための大切な経験です。そういう時にフォローする体制として、私はDI室が要になると思います。何かあっても自分だけで判断しないで相談できるDI室という母船があれば、自信を持って病棟に漕ぎだしていけると思うのです。

■病棟薬剤業務の今後の展望

古川 さて、今後、病棟薬剤業務が拡充していくためには、そのアウトカムを薬剤師のみならず、医師や看護師など医療チームの他のメンバーに示していく必要があると考えています。それについてどのようにお考えですか。

俣賀 病棟薬剤業務実施加算は申請することが最終目的ではありません。これは申請したのち、何をしたか、すなわち、チーム医療に貢献し、医師の業務の軽減や、患者さんの薬物治療に貢献したかなどが問われるものです。例えば、インシデントが減少したとか、あるいは処方支援率が増えたとか、そのようなことが数値で明らかに示されれば、薬剤師に対する医師や看護師などからの評

価が高まり、病棟薬剤業務は拡充していくものと思われます。

古川 インシデントについては、薬剤師が介入すればするほど、最初のうちは件数が増えます。私は全てのインシデントではなくて、重篤なインシデントにだけ注目すればいいと考えています。その辺りの分析方法についても、これからみんなで検討していければと思っています。では最後に、病棟薬剤業務の今後を展望していただきたいと思います。

沖田 今、病棟には「スタッフステーション」があって、そこには多くの看護師がいます。今後はそうではなくて、病棟には「スタッフステーション」というものがあり、そこに医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士など、多職種のスタッフがいて、ある意味、病棟が1つの病院のような役割を果たし、患者さんを全人的にサポートする。そのような医療を実現するきっかけが病棟薬剤業務実施加算であったと、将来、振り返った時に思えるようにしたいです。

末廣 そうですね。それから、現在の日本のチーム医療は、医師が中心となっており、医師の指導のもとに、他の医療スタッフが動いています。そのため、ベクトルが1つの方向に向いてしまう可能性があります。このような中で、薬物療法に関しては、薬剤師が医師とは独立して別の権限を与えられているので、薬剤師は医師と少し離れたところから、病棟薬剤業務を通じて、ベクトルが向かう方向のデメリット、あるいはそれとは別の方向を考える役割を果たさなければならないと思います。そうするためには、医師2人に対して1人の薬剤師が必要というのが本音です。それぐらいの薬剤師が確保できれば、十分に医師と協働して、患者さんにきめ細やかな薬物療法が実施できるようになり、患者さんをさらに早く社会復帰させられるようになると考えています。

俣賀 仰るとおりだと思います。そもそも、薬剤師は、病棟薬剤業務加算があろうがなかろうが、基本的には患者さんのことを一生懸命考えて、チーム医療の中で薬物治療に貢献できる場所はないかを探し求め、そこへ介入していくことが基本だと考えています。そのため、薬剤師自身がさまざまな知識を有している必要があります。患者さんを救いたいという気持ちが人一倍強くても、知識がなければ、チーム医療に加わることができません。薬剤師は、常日頃から、自分の知識をブラッシュアップさせておくことが一層大切になってくると思います。

古川 ブラッシュアップという意味では、臨床をやればやるほどいろいろな疑問が必ず湧いてくるはずなので、これからの薬剤師は病棟薬剤業務を実践する中で、薬剤師だからこそその疑問を持つ力と、その疑問を解決する力を兼ね備えていく必要があると思います。そうすれば、薬剤師は医師や看護師など他の医療スタッフや患者さんからの信頼を得られると思います。もう一つ大事なのは、自分たちの取り組みや成果を広く院内や社会全体に示すことです。病棟薬剤業務実施加算をきっかけに、薬剤師がますます飛躍できることを願って本日の座談会を終わりにしたいと思います。ありがとうございました。