

長崎医療センター

座談会 Vol. ③

# 千燈照院

千燈照院とは…  
長崎医療センター千人の職員  
が力を合せて高度医療の実現  
にまい進する姿勢を表す言葉。

## 病棟薬剤師の配置

薬局から病棟へ。薬剤師の病棟配置により診療がどう変わったか。チーム医療に貢献する薬剤師の現状と今後について話を聞かせて頂きました。



院長:今回、薬剤師の皆さんの“病棟配置”について、いろいろお話をお聞かせ頂けないかと思えます。薬剤師の“仕事が変わったぞ”みたいな感じだと思えますが、今まで調剤業務で、主に薬局におられたのが病棟の方に出てこれると。何故、そういうふうになったのかということやその背景などについて、まず部長からお話し下さい。

東島:薬剤師の病棟配置ということですが、平成24年の診療報酬改定で、薬剤師の病棟における業務に対する評価として、病棟薬剤業務実施加算が新設されました。これは、病棟でチーム医療に貢献する薬剤師が診療報酬上評価されたものです。薬剤師を病棟に配置し、様々な仕事をする事で、加算が取れるようになりました。その背景には、勤務医が忙しくて大変だということで、勤務医の業務をいかに減らすかということが目的にあって、その他に質の向上とか医療安全の確保という観点からも、薬剤師を活用しようということがあります。もう一つには、今、盛んにチーム医療ということが言われていますが、それについても病棟で薬剤師を活用しようということも上げられます。

院長:なるほど、勤務医の負担軽減などが目的で、薬剤師の皆さんの専門性を生かして、それをどんどん病棟で発揮していただいて、業務改善・生産性を上げることと、それと、チーム医療ということで医療の質の向上や安全確保に参加しよ

うということですね。当院ではどういう経過で歴史的に進んできているのでしょうか。

東島:もともとは1994年、21年位前になりますが、病棟で服薬指導という業務を開始しました。それが病棟業務のスタートですね。その後、業務を重ね、当院では、2010年9月外来化学療法センターに薬剤師を配置しています。これは外来とはいえ、もともと入院で治療するものを外来にシフトしたので、入院と同様の位置づけで配置しました。2011年になって9A、7B、3Aに順次配置しました。その後2012年に病棟薬剤業務実施加算というのが診療報酬で新設されました。当院でもこれを実施しようということになり、5名の増員を図りましたが、薬剤師不足で実施できなかったという経緯があります。その後、外来入院支援センターへの配置や、2013年には、3A、4A、6B、7Bへ午後から半日間薬剤師を配置するというをやってきました。そして、やっと昨年4月に薬剤師不足が解消され、2014年7月から病棟薬剤業務実施加算を取得して現在継続してやっているという状況です。

院長:長崎医療センターとしては、診療報酬で加算される前から、病棟等に配置しているという状況があって、比較的導入しやすい環境にはあったということですね。まささらということではなく、少しずつ準備していたところに、病棟薬剤業務実施加算というのが正規に認められるようになって、加速していったということですかね。具体的には病棟配置ということでどんな業務をされていますか。

鈴山:業務としては、まず、入院時の持参薬の確認から、実際患者さんと面談して薬の服用状況、薬の理



薬剤部長

東島 彰人  
(ひかししま あきと)

平成27年より現職

解度、アレルギーのチェック等から始まり、持参薬の確認後、医師に報告しています。それから入院されたら、当院の入院処方に切り替わりますので、その内容の確認、薬の相互作用の確認、あとはハイリスク薬というのがありますので、そこを中心としたハイリスク薬の説明を患者さんに行っています。



薬剤部製剤主任  
鈴山 直人  
(すずやま なおと)  
平成23年より現職

院長:ハイリスク薬というのは具体的にどういったものがありますか。

鈴山:特に注意が必要な薬剤で、毒性が強い劇薬、抗がん剤、抗凝固薬、糖尿病薬等です。新しく始められる患者さんに対しては、薬が使われる前に、前もって説明させて頂くことで理解を深めて正しく飲んで頂くようにしています。

院長:副作用などに注意が必要な薬の説明を前もってやるということですね。他はどのようなことがありますか？

鈴山:他には医師、看護師などの医療スタッフからの薬に対する相談、投与量のチェック、抗がん剤ですとレジメン(投与する薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画書)確認から投与量のチェックとかですね。

院長:看護師などの医療従事者からの相談で多いものは何ですか。

鈴山:例えば、“相互作用はないか”、“こういう副作用の報告はないですか”、“こういう症状が出ているんですが、どのお薬によるものですか”、といったものですね。

院長:おそらく、病棟配置されることで以前より医師、看護師に接する機会が増えて、質問なども増えてくると思いますが、結構問い合わせは多いですか。

鈴山:そうですね。以前の服薬指導業務の時と比べるとより気軽に聞いていただくことが多いですし、あとは、医師、看護師だけでなく栄養士などのほかのスタッフからの質問もあつたりします。

院長:先生は今どちらに配置されていますか

鈴山:7B病棟です。

院長:7B病棟で苦勞する点、やりがいがある点がありますか。

鈴山:内科系の病棟なので、内服薬が多く使われますので、患者さんにいかに理解して飲んで頂くか

ということと、薬もたくさん使われますので安全性をどう確保するか、というので確認とチェックを行っています。

院長:ハイリスク薬を使用するときは、最初から退院されるまで先生がフォローされることになるわけですね。

鈴山:そうですね。

院長:それを行うことによって患者さんの反応はいかがですか。

鈴山:現在は、お薬手帳の利用を促していますが、退院される時に、変更した内容等を記載すると、手帳に記載してもらえて良かったという声は聞きます。

院長:患者さんからの質問もやはりありますよね。

鈴山:そうですね。“飲み方が分からない”、“検査値の表を見てこれは薬によるものじゃないのか”ということを質問されることがあります。

院長:そういう意味では、なかなか他では聞きにくいことを先生に聞いてくるということですね。前田先生、医師の立場から病棟薬剤師の配置はどう思っていますか。

前田医師:最初の目的にありましたように、医師の業務の軽減という意味では本当に助かっています。例えば、病棟内にある定数配置薬の処方について、今までは朝からその時間を設けて処方しなければいけなかったのですが、そこを自動(薬剤師が代行)でしてもらえることは、とても助かっていると思います。それがダブルチェックにもつながっていると思います。



薬剤管理運営部長  
内分泌・乳腺外科医長  
前田 茂人  
(まえだ しげと)  
平成26年より現職

また、チーム医療というと医師と看護師が目立っていたのですが、薬剤師さんも(ある時間帯)必ず病棟にいますよとなると、おそらく患者さんの立場から見て、多職種で診られているという印象が強くなったと思います。あと僕の病棟では、いわゆる毒薬・劇薬である抗がん剤を使うのですが、患者さんに、その副作用の説明をしても、“どこまで分かってもらえているか”とわからないときがあります。医師、看護師以外に薬剤師さんが専門的な知識で説明してもらえるということは、きっと患者さんの薬に対する理解度が上がり、副作用がでた時など患者さんは非常に助かっていると思います。

今までは薬剤師さんは、陰に隠れているような感じがあったのですが、病棟配置になって、より患者さんに近い立場で仕事ができ、おそらく薬剤師さんたちも、まったく違う感覚ができて、よりチーム医療に参加していることが感じられていると思います。

院長：薬剤師という薬の専門家が病棟の中にいて、非常に幅広く、いろんな目で見てもらえると患者さんも安心するし、医師としても助かるということですね。先ほど言われた定数配置薬というのは、夜間などに解熱などに使った薬を翌朝薬剤師さんが確認して代行入力してくれるというシステムですね。

前田医師：そうです。主に、内服・外用薬に関して代行入力してもらっています。

院長：東島薬剤部長さんの立場から統括的に見られて他に良い点、改善点はありますか。

東島：医師業務負担軽減という一方で、医療安全の確保という観点から、プレアボイド（薬剤師が薬物療法に直接関与し、薬学的患者ケアを実践して患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減した事例）という報告があります。例えばワーファリンを飲んでいる患者さんが手術のために中止、そして再開のタイミングでの再開忘れや再開時の量が違っていたということが、病棟でチェックすることで未然に防いだり、あるいは検査値をみながら副作用が疑われるときにはそれを医師に報告したりなどの連携をとって副作用の防止をするとか。今はまだ事例は少ないですが、今後、更に介入できるようになってほしいと思います。

院長：プレアボイドというのはヒヤリハットみたいなことですね。事前にいろいろ情報収集して、副作用などを未然に防ぐということですね。確かにヒヤリハットでも与薬、注射というのはヒヤリハットの事例でもかなりのパーセントを占めているので、プレアボイドというのは医療安全の観点からも重要ですね。それはプレアボイドを報告するようなシステムがありますか。

東島：薬剤部の中では報告してもらって、みんなで情報共有するようにしていますが、事例をまとめて院内で報告するところまではいっていません。

院長：薬剤部の中では情報を上げてもらって、それをみんなで共有して、おそらく同じような事例が多いでしょうから、そこを共有して注意していく。確かに医療安全という点で言うと薬というのはリスクが高いので、大事なところかなと思いま

す。あと何か看護師さんはどうなんでしょうか。一応目的としては医師の業務負担軽減ということがありますが、当然看護業務というものにも役立つということですね。

前田医師：はい。看護師さんもととても助かっていると感じていると思います。持参薬の確認も以前から行うようにはなっていたのですが、薬剤師が病棟配置になるということで、全ての患者さんに必ず持参薬のチェックに入ってもらっていますので、看護師側もこの人はしている、してないというのを考えることなしに全ての患者さんを確認してもらっているということで感謝していると思います。

院長：餅は餅屋ということで、専門性を高めるというのはそういうことだろうと思うので、薬のチェックはやはり薬剤師さんがする、看護師さんは自分の専門の分野をするということですね。他に、服薬指導と病棟薬剤業務では、病棟配置すると服薬指導件数が減るのではないかと心配があったのですが、いかがですか。

東島：算定要件で、「病棟薬剤業務の時間には、服薬指導の時間は含まないこと」というのが決まっているので、どこの病院もそうですが、病棟薬剤業務実施加算を取得したところは、最初は、今までやっていた服薬指導件数が半減するんじゃないかということが相当危惧されていました。実際ふたを開けてみると、思った以上には落ちていないというのが実状です。服薬指導と病棟薬剤業務の業務内容の棲み分けは難しいので、服薬指導と病棟薬剤業務の時間配分を上手にするのが大切になります。

院長：やはり病棟での薬剤業務と服薬指導というのは一連の流れでいくと思うので、その辺の切り分けが難しいけど、導入前に心配していたほどではないということですね。この加算というのは具体的に当院ではどのくらいの加算になっているんですか。

東島：1件100点で、それを出来高で計算するとだいたい月3000件くらいです。これをDPCで置き換えるとだいぶ減って3000件が2500件ぐらいいになります。

院長：病院経営には貢献して頂いているということだと思います。これを導入して、人の配置とか、どういう体制をとるかとか、色々苦労があったと思いますがその辺はいかがですか。

東島：当院は14病棟あって、その14病棟全てに専任の薬剤師を配置しなければいけないという

ルールがあります。現在の薬剤師の人数は24名なのですが、調剤などの部門業務もやっていけないといけませんので、実際には約半分の薬剤師が、調剤等の部門業務を行っていますので、病棟に朝から晩まで専従という配置は、14病棟の内、半分の7病棟にしかできていません。残りの半分はどうしているかというと、調剤をしたり、抗がん剤を作ったりしている人たちが分担して、持ち回りでやっているのです。その人員配置というのが大変ですね。それから、夜勤、土日祭日の勤務もありますので。

院長:やはり病棟配置だけじゃなくてそれぞれの部門もやっていけないといけないのでそこの絡みが難しいですね。また、当院が当直体制をとっているのもそれとの関係もありますよね。時間管理が非常に大変ですが、ありがたく思っています。他にこの辺はアピールしとこうかというのはありますか。

東 島:先ほど看護師さんのメリットという話がありましたが、今までは服薬指導に限られた時間で病棟に上がっていたのですが、今回、病棟配置ということで時間的には薬剤師がいる時間が長くなって、看護師さんからの問い合わせというのはかなりしやすくなったのではないかと思います。

院長:ある程度の時間、病棟に必ずいらっしゃるわけだから、その間にいろんなところを聞けるというのは大きいですよ。なかなか電話で聞いたりするよりは直接聞くということのメリットは大きいと思います。先生からは何かありますか。

鈴 山:早く全部の病棟に専従の配置できれば良いかと思っています。

院長:そうですね。今後の検討課題ですね。それからもう一つ、医師の業務負担軽減とか、チーム医療推進ということで薬剤師の病棟配置という制度が始まって、それが軌道に乗りつつあると思いますが、医師との共同薬物治療管理という、CDTMという言葉をよく聞きますけど、医師と薬剤師の間で共通のプロトコルを作って、薬剤治療をしようとするもののようですが、これについて先生どう思われますか。

東 島:具体例に言うと、定数配置薬を薬剤師が代行入力するというのもひとつのプロトコルですね。他には、バンコマイシン、ジギトキシン等の強心剤の処方があったときには、検査のオーダー、つまり血中濃度の測定の依頼を薬剤師が代行

するというようなことを今後進めていければと考えています。

院長:そうですね。先行している施設では、今言われたバンコマイシンとかジギトキシン製剤の検査とその検査結果を解釈して、処方の変更などを提案するというなどをされているようです。そういう風になってくるとダブルチェックもできるので、検査忘れや副作用の見落としなども避けられるので、非常に、医療安全という点や医師の業務軽減という点からも優れた取り組みだと思いますので、今後また検討頂ければと思います。

最後に、医師の業務負担とか色々ありますが、結局患者さんにとってメリットがあるのかどうかというのが、一番の鍵だと思います。その点では先ほど、“患者さんの方から色々質問がある”と聞きましたが、そういうところが、この制度になって、アドヒアランスの向上に繋がっていると考えてよろしいですね。患者さんが、“薬剤師が介入して薬を飲んでいただける”、“副作用についてきちんと理解してもらえる”ということをして頂ければ医療事故なども少なくなるでしょうし、少なくとも治療の改善にもつながると思います。

前田医師:院長がおっしゃったように患者さんのために役立っているかということは、チーム医療でカンファランスにも入るようになったので、各病棟に配置された薬剤師さんの“薬剤部の中での情報還元”、“カンファランスの中での薬剤師さんの意見”、“本当に患者さんのアドヒアランスが良くなったかどうか”、こういったことを評価していけば、もう一段階上に行くのかなと思います。

院長:より高みを目指してがんばって頂ければと思います。

