

# 退院時共同指導取り組み事例集

平成 23 年度版

日本病院薬剤師会  
療養病床委員会

## 日本病院薬剤師会 療養病床委員会

### 退院時共同指導取り組み事例集作成事業

担当副会長	佐藤 秀昭(石巻市立病院)
委員長	◎ 賀勢 泰子(鳴門山上病院)
副委員長	棗 則明(総泉病院)
委員	足岡 秀樹(松江生協リハビリテーション病院)
	岡村 正夫(三条東病院)
	沖村 綾子(朝来和田山医療センター)
	○ 濃沼 政美(日本大学薬学部)
	杉浦 孝(八千代病院)
	田中 協(手稲いなづみ病院)
	田原 雅子(福岡リハビリテーション病院)
	宮崎 美子(総合高津中央病院)

(以上 50 音順)

※退院時共同指導取り組み事例集作成事業

◎総括責任者、○班長

## はじめに

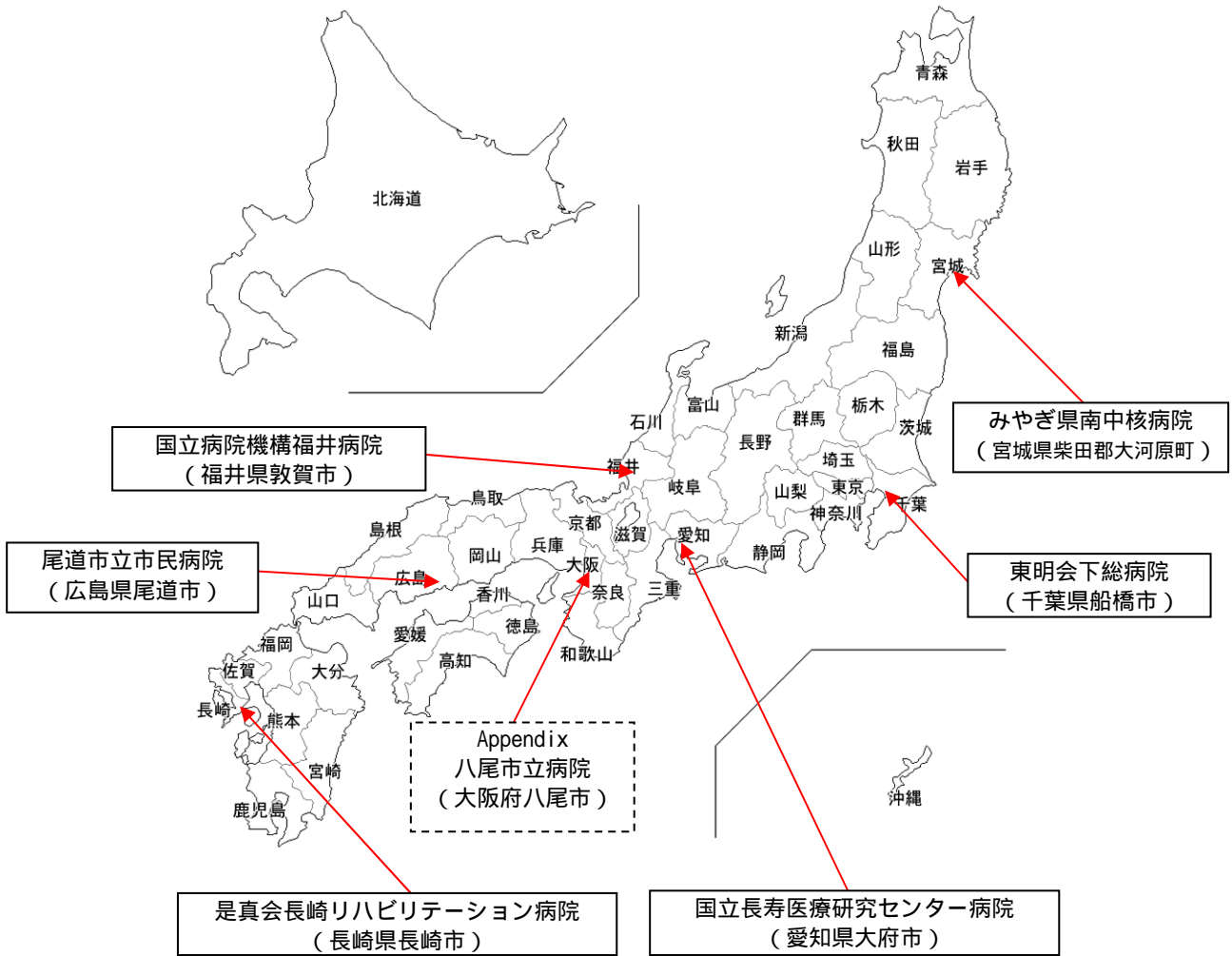
退院時共同指導は、地域医療における薬剤師の役割を担う上でも非常に理に適った医療制度であると考えられます。しかしながら、療養病床委員会が一昨年実施した調査によれば、現在病院薬剤師が退院時共同指導に関わっている事例は全国的にも極めて少ないことが明らかとなりました。このことから、療養病床委員会では、退院時共同指導の推進を目標に掲げ、2010年度事業計画として、病院薬剤師が退院時共同指導へ関わっている施設を訪問し、退院時共同指導の実際および多職種からなる連携チームの具体的な取り組み等を事例集として公表することと致しました。これにより、病院薬剤部門が退院時共同指導へ関わることによる有用性や対外的な評価、また、現時点における制度の問題点などについて広く日本病院薬剤師会会員に紹介できればと考えます。

本事例集では、退院時共同指導を実施する7施設（うち1施設は類似事例の紹介）の取り組み事例をご紹介します。施設の地域における役割やその規模などは、それぞれ異なりますが、地域医療に対する薬剤部門の積極的な取り組み姿勢は、病院薬剤師のこれからのあり方を検討する上で非常に参考となるものと思われま

す。会員施設におかれましては本事例集を通じ、地域医療における病院薬剤師の役割を再考する一機会としてご活用いただければ幸いです。

日本病院薬剤師会療養病床委員会  
退院時共同指導取り組み事例集  
作成事業班長 濃沼政美

# 退院時共同指導取り組み施設



## 退院時共同指導取り組み事例報告 No.1

### 国立長寿医療研究センター病院

#### **「褥瘡」を突破口に、薬剤師本来の機能を発揮することで、 在宅医療の質的な向上を望む！**

##### 退院時共同指導への取り組み

- ・ 薬剤部の取り組み：副薬剤部長 古田勝経（薬剤師）
- ・ コーディネーターの取り組み：地域連携室 住江浩美（看護師）
- ・ 保険薬局の取り組み：チュールップ薬局平針店 管理薬剤師 水野正子（薬剤師）  
敬称略（訪問：平成 22 年 9 月）

##### 病院概要

独立行政法人 国立長寿医療研究センター病院（愛知県大府市）

病床数：338（一般） 薬剤師数：常勤 10 名

##### 退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料 2：8.5 件 / 月
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：医師・看護師  
b. 院内 / 必要時：薬剤師・栄養士・理学療法士・作業療法士  
c. 院外：看護師・介護支援専門員・薬剤師
- 3) コーディネーター（院内）：看護師・MSW
- 4) 保険薬局薬剤師への連絡担当：薬剤師
- 5) 地域薬剤師会との連携：あり

#### ●はじめに

「褥瘡」をキーワードとした医療連携。院内の褥瘡ケアチームでの活動を地域へ広げ、薬局薬剤師による在宅医療への取り組みを全面的にバックアップ。今回は高齢患者の褥瘡治癒を信念に、創傷皮膚科学に基づいた科学的な褥瘡治療の浸透に向け、積極的な医療連携活動を展開する国立長寿医療センター古田勝経副薬剤部長の取り組み事例を報告いたします。

## ●薬剤部の取り組み

### Q. 退院時共同指導実施患者における入院時の関わりは？

A. 病態の説明および褥瘡悪化の原因となる体位や姿勢、使用薬剤の使い方、身体の動きによる影響を創に伝わりやすくして創の環境を守り、創治癒を促進する対策など、介護から薬物療法の実地指導までを薬剤師が担当する。退院時共同指導の際には、保険薬局薬剤師（以下、薬局薬剤師）にそれらの情報を伝達する。

### Q. 退院時共同指導の最近の取り組みについて

A. 国立長寿医療研究センター病院では認知症・消化性潰瘍・高血圧など、高齢者に対する薬物療法の適正化を柱としている。特に高齢者の多剤投与の影響や、症状別の薬剤投与方法の検討を行っている。Beersリスト日本版も発表されたが、これに対するエビデンス作りを通じ、あくまでも薬剤師から高齢者の投与方法に関して発信を行っていきたいと考える。例えば、下剤の使い方一つとっても多剤併用の高齢者にとっては、やみくもにセンノサイドを使えば良いというものではなく、しっかりと事例を集積し科学的に投与方法について検討しなければならない。

### Q. 退院時共同指導のありかたは？

A. 医師、看護師、薬剤師がそれぞれの視点に基づき、退院する患者について情報伝達し合わなければならない。例えば病院薬剤師は、退院後に患者の病態が変化した際は、このような薬剤に処方変更したほうが良いなどの情報を在宅医や薬局薬剤師に提案できるくらいのスキルが必要である。

### Q. なぜ退院時共同指導に関わることとなったのですか？

A. 在宅医療が推進され、重症患者が在宅等へ移行する事例が増加している。病院内でチーム医療が成り立っていても、退院後の在宅医療の基盤がしっかりしていなければ、患者にとって不利益が生じる。病院と在宅において、医師同士または看護師同士の連携は取れているにもかかわらず、薬剤師同士の連携はなかなか取れていない状況にもある。このためにも薬局薬剤師と病院薬剤師との連携は重要であり、情報の共有に限らず、相互に抱える問題点を相談しあう姿勢が大切である。そうすることで仮に褥瘡が悪化した場合でも病院への入院が円滑に行え、またある程度改善した段階で在宅へ戻ることも可能となる。褥瘡は、主たる疾患でないから注目しないのではなく、さまざまな多岐にわたる疾患に影響を与える点に注目する必要性が高いと考える。

現在、愛知県地域医療再生計画を発端に、愛知県薬剤師会と在宅褥瘡をテーマに非常にスムーズに薬薬連携が行える環境となってきた。このような中、退院時共同指導は、薬局薬剤師と病院薬剤師との連携を図る上で有用な手段であろう。

### Q. 褥瘡と薬剤師の関わりについて

A. 褥瘡については、24年前より取り組んでいる。当時、褥瘡は病気であるという認識や治るという認識もない状況であった。褥瘡は合併症として位置づけられているが、重症化することによって致命傷になることもあり得る。また基礎疾患は慢性疾患であることも多いために、患者のADLやQOLに大きく影響し、本人や家族の生活にも多大な負担を与える。

このような現状から、国立長寿医療研究センター病院では、多方面で行われている誤った褥瘡治療の

是正も含め、適切な予防や治療の普及を必須課題として取り組んでいる。

一方では、薬剤師が薬の専門家として褥瘡の治療に関係する場面が少ないと誤解されている。また薬剤師自身においても、褥瘡は合併症であることから積極的に関わる必要性を否定する者も存在する。しかし、服用している薬剤による影響から患者の活動性低下や、食欲不振など褥瘡を発症しやすい状態を生む可能性や発症した褥瘡に対する適切な治療を提案する義務が薬剤師にはあると考える。

諸施設で褥瘡回診に病院薬剤師が同行するようになってきたが、ただ後ろで創を眺めているようでは意味が無い。チーム医療は、患者の医療を適正にするために行うわけであり、その中で薬剤師は医師や看護師と違った視点で専門性を発揮する必要がある。 (回答者 古田勝経)

## ●保険薬局の取り組み

### Q. 退院時共同指導に薬局が積極的に薬局が関わるコツはありますか？

A. 薬局で既に在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している患者が、何らかの原因で病院に入院する場合は、予め病院の担当者に対し患者の退院時に、院内のカンファレンスに呼んでもらうよう伝えている。

また、近隣の病院の地域連携室にも積極的に褥瘡や緩和ケアなどに対する薬局の在宅活動をアピールし、在宅に戻る患者がいた場合は、薬局に連絡してもらい退院時共同指導を実施するように努めている。

### Q. 退院時共同指導に薬局が関わる上の問題点、また解決策は？

A. 病院にもよると思うが、地域連携室の MSW の方や看護師さん達に、そもそも薬局の薬剤師が在宅医療に関わるという認識がない。たとえ、あったとしても薬局はお薬を届けるだけの役割と理解している。確かにデリバリーだけしかしていない薬局も存在するかもしれないが、薬剤師による褥瘡や緩和ケアなどに関する業務を認知してもらうことで、地域連携室の認識を変えていくことが必要であろう。これにより、退院時に薬局薬剤師が共同指導に呼ばれる機会も増すと思う。また、病院薬剤部門からは、薬局薬剤師の在宅医療に関する業務内容を地域連携室の方に説明してもらえると更に円滑な連携が行える。

### Q. 退院時共同指導に関与する患者の自宅と薬局が遠いなど地理的な問題点はどのように解決していますか？

A. 地区は限定していないので病院から依頼された案件は、遠くでも行っている。ただ、このような活動を通じ、各地域に在宅医療に関われる薬局が増えることによって、将来的には解決されていくと考える。

(回答者 水野正子)

～Tea break (水野)～

「もう薬局は、ただ薬を調製して渡すという業務から脱却しなければならないと思います。今後、フィジカルアセスメントなどの教育を受けた 6 年制薬剤師が卒業し、在宅における薬局薬剤師の役割を明確化してくれることを期待しています」

## ●コーディネーターの取り組み

### Q. 退院時共同指導における薬剤師の関わりについて

A. 実は今回、このディスカッションに参加する前は、忙しそうな病棟薬剤師さんを退院時共同指導に呼ぶことに若干躊躇していた。

しかし、薬剤師が中心的な立場で褥瘡治癒に関わってくれていることで、治癒期間が早まり、患者のQOLは確実に高まっていると実感している。更に、薬剤師さんの関わりで地域医療連携も非常にスムーズに行っていることが再確認出来た。

今後は、褥瘡患者のみにこだわらず、様々な患者の退院時カンファレンスに病棟薬剤師さんと呼ばせていただき、退院後の薬剤使用に関する情報について、在宅に関係する方々に積極的にアドバイスをさせて頂きたいと思う。

(回答者 住江浩美)

## ★訪問後記

病院薬剤師が積極的に地域医療に取り組むためのインセンティブとは何か、訪問を通じそのヒントを見つけ出すことがひとつのテーマでした。今回、国立長寿医療研究センター病院の様々な取り組みを伺い、感じたことは、地域医療に対する病院薬剤師の取り組みは、それ単独で説明できるものではなく、病棟薬剤業務のあり方と密接に関わっているということでした。すなわち、古田氏らの病棟薬剤業務のあり方は、入院患者に対するケアは退院までを目標に設定するのではなく、褥瘡ケアなどを通じ、自宅に戻られてからの患者のQOL向上を目標に設定されてきたということでした。そして、この目標を達成する過程において、必然的に退院時共同指導を実施するに至ったといえるでしょう。

このことから、病院薬剤師が退院時共同指導に関与するためのインセンティブには、単に「退院時共同指導に対する病院薬剤師のフィーをつけよう」という考え方や、「病院薬剤師も薬業連携を通じて地域医療に目を向けよう」と、というようなスローガンを掲げるよりも、まずは現状の病棟薬剤業務のあり方を再検討する必要があるという大きなヒントが得られました。

すなわち、薬剤師が医療ニーズに応えるために本来行わなければならない業務と、診療報酬上の薬剤管理指導料算定業務にどの程度の互換性があるのかについて、改めて議論する必要があるかもしれません。

日本病院薬剤師会が推奨する退院時共同指導への病院薬剤師の関わり、これを推進するためには、まずは現在の薬剤管理指導料の算定条件を改めて見直すことから始めることが、案外近道かもしれません。

(濃沼 記)



## みやぎ県南中核病院

**ここは「みやぎ方式」を生んだ在宅緩和ケア先進地域。  
退院時共同指導を通じ病院・薬局薬剤師が連携し、  
疼痛コントロールを成功に導く！！**

### 退院時共同指導への取り組み

- ・薬剤部の取り組み：薬剤部長 佐藤益男（薬剤師）
- ・保険薬局の取り組み：コスモ薬局 瀬戸裕一（薬剤師）

敬称略

（訪問：平成 22 年 10 月）

### 病院概要

みやぎ県南中核病院（宮城県柴田郡大河原町）

病床数：300（一般） 薬剤師数：常勤 17 名

### 退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料 2：5.2 件 / 月
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：医師・看護師・MSW  
b. 院内 / 必要時：薬剤師  
c. 院外：医師・看護師・薬剤師
- 3) コーディネーター（院内）：MSW
- 4) 保険薬局薬剤師への連絡担当：連携室
- 5) 地域薬剤師会との連携：なし

### ●はじめに

「緩和ケア」を基盤として地域在宅ケアを行っている宮城県南地区。

医師・薬剤師・看護師・ケアマネージャーなどがチーム一丸となって在宅医療に取り組む事例を参考に、今後、病院薬剤師が在宅医療にどのように関わっていくことが相応しいのか、そのヒントを得るために、今回は、みやぎ県南中核病院薬剤部 佐藤益男薬剤部長、角田市コスモ薬局代表 瀬戸裕一先生の取り組み事例を報告いたします。

## ●薬剤部の取り組み

### Q. 退院時共同指導における薬薬連携について

A. 退院時共同指導を実施した患者には緩和ケアやがん化学療法において全て病院薬剤師が関わっているので、緩和ケアチームの回診時の情報や、がん化学療法に関わる情報、更に病棟薬剤師からの情報を取りまとめた上で、退院時共同指導に、緩和ケアチーム薬剤師が参加している。薬薬連携の際は、院内の在宅医療室で、在宅医療チームを召集し、化学療法の実施歴やこれまでの経過を保険薬局の薬剤師に伝え、質問などにも返答するシステムをとっている。退院時共同指導を通じた薬薬連携を行うことで、保険薬局の薬剤師が直接病院薬剤師に問い合わせることが容易になり、在宅での問題が早期解決に結びついた事例も多い。今後の課題は、現在よりも更に病棟薬剤師が患者との関わり、患者個別の情報を豊富とすることで、退院時共同指導の際に病院に来て頂く保険薬局を増やしていく事がポイントである。保険薬局の薬剤師が病院に来るということになれば、当然病院薬剤師はそれに対応する形になるので、相互の情報交換が行いやすくなると思う。

### Q. これから退院時共同指導への取り組みは進展するのか？

A. みやぎ県南中核病院では、主に緩和領域において薬薬連携を実施している。ただ循環器や神経内科では、現在のところ連携が極端に悪いため入院中に如何に処方介入しても、退院して家に戻ったら、また従来の処方に変更され、悪化して再入院という場合が非常に多い。このような際、病院薬剤師が保険薬局の薬剤師に事前に退院時処方の意図を伝える事が出来れば、在宅医が処方変更した際も、適切なアドバイスを加えられると考える。

今後も薬薬連携のみが退院後の服薬状況を知るすべなので、退院時共同指導を進展させていかなければならないと思っている。

### Q. 病棟配置薬剤師の取り組みの実際は？

A. みやぎ県南中核病院では、薬剤師は現在17名おり、この中で薬剤管理指導に携わっているのは、病棟担当の8～9人となっている。一般病棟6病棟のうち5病棟に薬剤師を常駐させており、担当者は8時半から部内で引き継ぎを行い、その後病棟へ赴き午後6時～7時まで勤務している。

ルーチン業務としては、処方薬と実際の服用（使用）薬のチェック表を作成し、これに基づき処方オーダーから最終的に服用に至るまでのチェックを総合的に管理している。また持参薬等は、オーダーリングに入らないため現在でも手作業となっているが、余裕があれば病棟担当者が行っている。

### Q. 病棟配置薬剤師と患者との密接な関わりは退院時共同指導を変えるのか

A. 従来の病院薬剤師と患者との関わりは、あくまでも入院している時だけで、退院してしまえばその後の患者さんの様子がどうなったかを殆ど意識していないのが現実だったと感じている。しかし、最近のみやぎ県南中核病院の薬剤師は少し前と違ってきたと感じる。これは実際に病棟で1日8時間を過ごすことで、患者とのコミュニケーション内容がかなり異なってきたからと考える。現在、循環器病棟を担当する薬剤師においては、入院時に例えば2週間の治療計画を設定する際、看護師と薬剤師が共に、患者のレベル設定や、それに合わせた投薬設計とその評価を行う。また、治療計画実施に向けたスケジュール表の作成やその円滑な実施を共同して行っていくような関わり方をしている。そのような作業を通じ、薬剤師が（病棟常駐して）密に患者と接するようになったことで、退院した後にケアをする在宅医

や保険薬局の薬剤師達と、当然の如く連携を取りたがるようになったと感じる。

実際にこのような関わりをしているからこそ退院時共同指導の場に参加して、薬剤師が在宅に向けて提供する情報を得ることが出来るのだと思う。薬剤管理指導の算定基準でもあるが、例えば、2週間の入院中に入院患者への服薬指導に2回だけ行って、数分話して得た情報だけでは、退院時指導用紙に書いてしまえばそれで済む程度の情報しか得ることは出来ない。実際に生きた情報を持ち合わせていなければ、退院時共同指導のカンファレンスに薬剤師が参加してもただ座っているだけしか出来ないと考える。まして、現在は病院薬剤師には、退院時共同指導料のフィーがついてないわけであるので。

### **Q. 在宅医療に病院薬剤師が関わるという事**

**A.** 現在、在宅医療自体には病院薬剤師は参加していないが、病院薬剤師が在宅医療に関わることは患者をケアする際の大きな武器になると考える。在宅ケアシステムとは別としても、業務として継続的に在宅まで病院薬剤師が踏みこむのは難しいと感じるが、薬剤師個人の経験として行くことでも良いように思う。  
(回答者 佐藤益男)

## **●保険薬局の取り組み**

### **Q. 保険薬局の退院時共同指導への取り組みについて**

**A.** 退院時共同指導などで病院を訪問する機会があれば、必ず薬剤部に顔を出すようにしている。その際、薬剤部も出来る限り退院時カンファレンスに同席して欲しい旨お願いしている。また顔見知りの薬剤師には、直接連絡して退院時カンファレンスに同席してもらえるか確認している。

退院時共同指導において実際に患者を担当していた病棟薬剤師の情報は、薬局薬剤師にとって非常に有用である。特に医師の処方意図や患者個々の服用に関する情報などが重要と考えている。また、患者が用いていた、例えばポンプなどの医療材料はあまり保険薬局では知識や使用経験がないことから、実際に見せて説明をしてもらえることから非常に助かる。

また、薬局薬剤師の他にも、介護ヘルパーや MSW の方々も、病院薬剤師の参加により個々の患者に応じた在宅での薬の使用に関する情報が得られ非常に助かると言われている。

このようなことから、薬業連携を推進していくためには、保険薬局側もただ情報を待つのではなくて、病院薬剤部に積極的にアプローチし、情報を取りに行く姿勢が必要ではないかと考えている。

### **Q. 在宅医療チーム編成における薬局選定**

**A.** 一般に在宅医療における緩和ケアチームを編成する際、患者さんに薬局を選んでもらう事になるが、実際にかかりつけの薬局の多くは麻薬をもっていない場合も多い。また薬剤師会に薬局の選定を依頼してもどこの薬局なら適当かを選定するシステムがうまくいかないケースも多い。

しかしここ仙南地区においては地域連合会がうまく稼働していることから、患者さん→連絡会→在宅という流れが円滑に流れるようになっている。ただ、この流れをうまく制御できているのも、結局は医療従事者同士や患者、地域など人と人との繋がりだと感じる。

### **Q. 緩和ケアチーム内の連絡体制は？**

**A.** 在宅緩和ケアは、チームとしてタイムスケジュールを作って、それに沿って各職種のメンバーが行動する。1週間1週間のやりとりは主にメンバー同士メールで連絡しあっている。ケアチームは、実際に

は少人数なので逆に全員の顔が確認できているため、上手なコンタクトがとれていると思う。そして患者さんに何か問題が起きた場合は直接薬局まで足を運んでもらったり、いつでもメンバー同士で連絡が付くよう常に携帯電話で連絡しあえるような関係を築いている。この密接した関係が在宅緩和ケアには重要だと思う。

### Q. お薬手帳などの利用について

A. 在宅において、入院時には必ず病院に提示するように指導し、また退院時には、退院時指導の補助的なツールとして使用してもらっている。また外来化学療法の際に、どのくらいのスパンでどのような化学療法を施行したかの確認にも用いている。

ただ現状では、お薬手帳に薬歴しか記載されないことが多いことから薬薬連携でお薬手帳を使うのであれば、更に記載されるべき情報を充実させなければならないと思う。生きた情報が保険薬局に多く手に入れば更に適切な服薬指導ができると考える。

### Q. 今後の在宅ケアの展望として

A. 今後は在宅に赴いて、患者さんをケアする事が、調剤薬局のメイン業務になってくると考えている。ただ、これは薬剤師会等で意識改革をしていかないとなかなか浸透していかないものと思う。緩和ケアに保険薬局が関わろうとすると当然麻薬の許可をとらなくてはならず、この点も1つのハードルとなっている。あとはただでさえ勤務時間が長い仕事であるにも関わらず、更に、自らの時間を割いて患者さんに関わっていかうとする意識をどのように芽生えさせていくかが今後の検討課題である。

( 回答者 瀬戸裕一 )

～Tea break (瀬戸)～

「在宅医療への参画など、これからの薬剤師は“調剤”だけでなく様々な業務を行なうことになると思います。今後は、ある意味“調剤”の定義付け自体を拓げる必要があるのではないのでしょうか」

## ★訪問後記

今回訪問させていただいた仙南地区は、「みやぎ方式」として朝日新聞でも連載記事となるような全国的にも有名な在宅緩和ケア先進地域です。この「みやぎ方式」が医療連携としてなぜ円滑に稼働するのかといえば、やはりそれは医師・薬剤師・看護師などが個々の専門性を発揮することが出来るバランスのとれたチーム編成に尽きると感じます。

瀬戸氏の話にありましたが、緩和ケアチームメンバーがお互い顔見知りで患者さんに問題が起きた場合は、いつでもすぐにメンバー同士で連絡しあえるような信頼関係を築くことが大切だと考えます。現在、ITによる効率的な医療連携を構築している地域もありますが、このITが有効活用されるためにも、第一に人と人の密な信頼関係が築かれていることが重要なのであろうと実感しました。すなわち、退院時共同指導がうまく稼働するか否かは人と人の繋がり、いわゆる全てが信頼関係を築くことが大切だと考えます。

佐藤氏の話の中に、「薬剤師が(病棟常駐して)密に患者と接するようになったことで、退院した後にケアをする在宅医や保険薬局の薬剤師達と、当然の如く連携を取りたがるようになったと感じる」という内容がありました。また、「入院患者への服薬指導に2回(週一回)だけ行って、数分話して得た情報

だけでは、退院時指導用紙に書いてしまえばそれで済む程度の情報しか得ることは出来ない。実際に生きた情報を持ち合わせていなければ、退院時共同指導のカンファレンスに薬剤師が参加してもただ座っているだけしか出来ないと考える」ということでした。

なぜ現在、病院薬剤師があまり積極的に在宅医療に関わっていないのか、佐藤氏の話にその答えが全て含まれているものと感じました。DPC 病院における機能評価係数に薬剤師の病棟常駐を加えるかについて現在諸方面で議論されていますが、病棟常駐の実現により、患者や他の医療従事者と今以上に密接な関係を築き、薬学的管理に必要な生きた情報を豊富に得ることで、退院後を含めた患者のケアに積極的に関わる病院薬剤師がますます増えることを期待します。 (濃沼 記)



## 退院時共同指導取り組み事例報告 No.3

### 尾道市立市民病院

#### **地域医療を支える風土から生まれた医師、薬剤師の絆 理想的な地域医療連携をささえる「尾道方式」**

##### 退院時共同指導への取り組み

- ・ 薬局の取り組み：薬局長 本嶋世紀（薬剤師）、向井弘恵（薬剤師）
- ・ コーディネーターの取り組み：地域医療連携室 粟村真須美（看護師）、金原由佳（MSW）
- ・ 保険薬局の取り組み：ファーマシイふれあい薬局 孫尚孝（薬剤師） 敬称略  
(訪問：平成 23 年 10 月)

##### 病院概要

尾道市立市民病院（広島県尾道市新高山）

病床数：330（地域医療支援病院） 薬剤師数：常勤 14 名

##### 退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料 2：5 件 / 月（退院時カンファレンス参加 10 件 / 月）
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・MSW  
b. 院内 / 必要時：歯科医師・歯科衛生士・臨床心理士  
c. 院外：医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・介護支援専門員・歯科医師・歯科衛生士・民生委員、保健師
- 3) コーディネーター（院内）：MSW
- 4) 保険薬局薬剤師への連絡担当：MSW
- 5) 地域薬剤師会との連携：あり

#### ●はじめに

「尾道方式」は、地域医療を支える医師、薬剤師の連携のもと、入院から在宅へ移行する患者への切れ目のないチーム医療提供に大きく貢献している。尾道市立市民病院は、この「尾道方式」を導入して 3 年目。チーム医療・地域連携のあり方および退院時共同指導の実践事例について報告いたします。

## ●薬剤部の取り組み

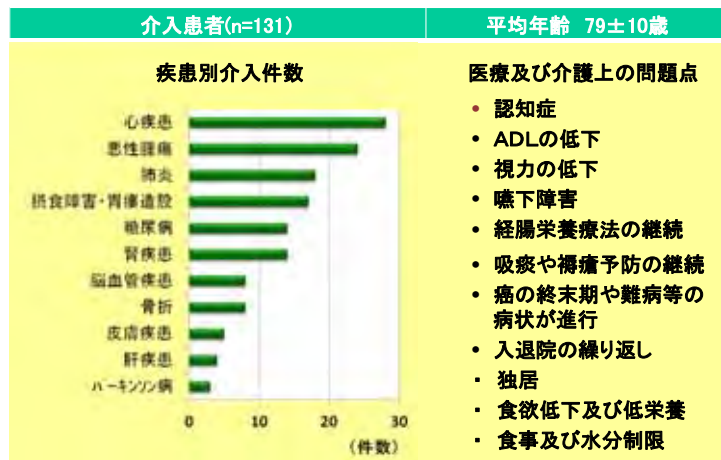
### Q. 退院時共同指導における病院薬剤師・保険薬剤師の役割は？

A. 脳卒中、糖尿病、大腿骨頸部骨折、がん集学的治療パス、緩和ケアの患者やハイリスク薬を服用中の患者、服薬の自己管理困難な独居高齢者など入院中に薬学的ケアや地域連携の必要な患者が在宅に移行する場合には、入院中の薬学的ケア情報を在宅のケアを担う担当者に引き継ぐことが重要になる。病院薬剤師と保険薬剤師が共同して薬学的ケアの必要な患者に介入することは、患者や家族および関係する多くの職種に安心と安全を提供する。

麻薬による疼痛緩和、吸入薬の手技、インスリンの適切な使用法、患者の背景や服薬能力を踏まえた薬剤管理、経管栄養患者の簡易懸濁法による注入時の手技や留意点、嚥下困難のある患者への服薬支援法など患者の状況をきめこまかに伝達し情報共有することは退院後のコンプライアンスや治療効果、副作用の未然回避、QOLの向上につながる。

保険薬剤師は、これらの情報をもとにかかりつけ医師や在宅を支える看護師等と情報共有しながら訪問指導を実施することになるが、これには在宅医の強力な訪問要請があって実現する。また、在宅の患者が再入院を繰り返す際には、在宅での服薬上の問題点や薬学的管理状況を保険薬剤師と病院薬剤師とで連携して情報共有できれば望ましい。

### 疾患別介入件数と退院後の問題点(2010年度)



### Q. 薬剤師が積極的な介入を進めるために必要なことは？

A. 院内でチーム医療を実践していると、自ずと在宅への係わりが生まれてくる。たとえば、薬剤管理指導、NST 回診や緩和ケア、ICT ラウンドなどチームで患者に関わる中で気づきや具体的介入方法の発見がある。特に、高齢者の場合は、患者自身の訴え以上にスタッフからの情報が有用であるケースが多いことからチーム医療が必然的に進んでいくのではないだろうか。また、地域医療連携室でコアとなるスタッフが院内スタッフと院外の在宅医療チームのターミナルとなれば、さらに情報共有が進んで行く。

## Q. 退院時共同指導をマネジメントする部署とその機能は？

A. 尾道市立市民病院では、地域連携室が、院内スタッフと院外の医療・介護チームの連携の要となって機能している。地域連携室のスタッフは、医療社会福祉士 3 名、在宅支援看護師 2 名、事務職員 2 名で、毎朝 20 分のカンファレンスで在宅支援の方針を情報共有している。急性期病院、慢性期病院、診療所が主な連携先であるが、老人保健施設、特別養護老人ホーム等との連携も行っている。

## Q. 在宅復帰支援への薬剤師の役割は？

A. まずは、薬識の向上及び服薬コンプライアンスの改善すること、次に、退院後の生活をイメージしながら自己管理能力に応じた服薬支援を在宅スタッフに伝達すること、調剤上の及び服用上の留意点を在宅スタッフへ情報提供すること、経腸栄養療法の患者では適正使用（簡易懸濁法導入）について教育指導すること、院内で実施しているチーム医療の実施内容を正確に情報提供することではないでしょうか。

（回答者 向井弘恵）

## Q. 尾道市でこのように地域連携が推進された背景には何がありますか？

A. 尾道市では尾道市医師会の主導により地域連携が推進されてきた。「尾道方式」と呼ばれる理想的な地域医療連携は、その背景に尾道市医師会が互いに顔の見える親密な関係を培ってきた経緯があったからこそ生まれてきた。そのひとつが、地域医療を担う医師が参集し毎月一回開催している「二十日会」の交流である。「顔の見える連携」により患者・家族の満足度を手に取るように感じるようになってスタッフのモチベーションも向上する。薬剤師も 3 年前からここに参加する機会を得たことを契機に地域医療への気運が一気に盛り上がってきた。

（回答者 本嶋世紀）

退院後の薬物療法支援	
目的	情報提供内容
① コンプライアンス改善	介護者へ服薬確認の依頼 一化調剤への変更 薬袋・薬情・分包紙の文字を大きくする 薬箱・お薬カレンダーの利用
② 適正使用	麻薬の服用方法・保管方法 インスリンの手技・保管方法・低血糖の対応 吸入薬の手技・保管方法
③ 薬と食物の相互作用	グレープフルーツ、ビタミンK含有食品等と薬の相互作用 服用時間に注意が必要な薬剤
④ 経管投与の適正使用	簡易懸濁法の導入、チューブ閉塞を起こしやすい薬剤の変更、 医薬品経腸栄養剤の選択及び注入方法
⑤ 嚥下障害患者服薬介助	トロミ水やゼリー等を利用 食事と混ぜて服用
⑥ 地域連携パス	内視鏡的胃瘻造設術パス、大腿骨頭部・転子部骨折パス 心筋梗塞パスに介入
⑦ チーム医療	NST(栄養サポートチーム)、緩和ケアチームによる 回診内容の報告



## ●尾道市の現状と尾道市立市民病院の取り組み

尾道市の人口は15万5000人、高齢化率は約30%と高く独居高齢者が多いこぢんまりとした町です。尾道市立市民病院は、地域医療支援病院として「かかりつけ医」との共同診療を行っており、脳卒中、大腿骨頸部骨折、がん、糖尿病、心筋梗塞、CKD、胃瘻などの地域連携パスを実践、外来化学療法にも取り組んでいる。院内で実践してきた多職種協働の医療・看護・薬学的ケアを退院時カンファレンス、退院時共同指導により在宅へ継続し、在宅療養の安心、安全を提供している。しかし、独居の高齢者や認知症の患者比率も高い医療依存度の高い高齢者を如何にして在宅へ復帰していただくかが課題となっている。

### Q. 退院時カンファレンスへの薬剤師の参加状況は？

A. 退院患者は月平均約500名であるが、H21年度は退院時カンファレンスを172件開催し、うち薬剤師の参加は122件（70%）であった。H22年度は退院時カンファレンスを143件開催し、うち129件（90%）に薬剤師が参加した。H23年度は100%の参加を目指している。

### Q. 退院時カンファレンスに参加する職種は？

A. 参加職種は、院内の医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・MSWが常時参加、必要に応じて歯科医師・歯科衛生士・臨床心理士が加わる。

院外からは、医師・薬剤師・看護師・管理栄養士・理学療法士・介護支援専門員・歯科医師・歯科衛生士・民生委員、保健師が参加するので、多職種の関わるチーム医療の実践が可能となっている。退院時カンファレンスのコーディネーターはMSWが担当、保険薬剤師への連絡も地域薬剤会との連携のもとMSWが一手に引き受けている。

（回答者 栗村真須美）

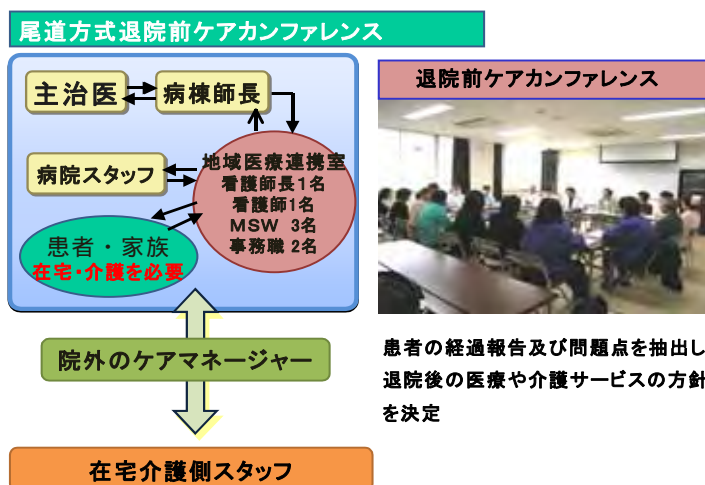
## コーディネーターの取り組み

### Q. 効率的に退院時カンファレンスを開催するにはどうすればよいでしょう？

A. 退院時カンファレンスを効率的に実施するため、1症例15分～20分以内で完了するシステムとしている。そのため、参加する各職種の負担も軽くなり全例参加が可能となり、切れ目のない医療・介護サービスの提供と情報共有を図っている。

カルテの情報や検査データなど、カンファレンスの場で電子カルテ情報を閲覧できるシステムがあることも効率的な運用に役立っている。

（回答者 金原由佳）



## ●保険薬局の取り組みについて

訪問終了後にファーマシイふれあい薬局 薬剤師 孫尚孝氏の在宅訪問に同行した。訪問先は、5階建てのアパート3階に住む高齢のご夫婦で、夫が認知症で糖尿病治療中の妻の服薬管理を行っている。妻は、病識なく日常生活習慣の改善や服薬介助などすべてに介助が必要な状況であった。保険薬剤師が、コンプライアンスを確認しながら持参した薬剤をおくすりカレンダーにセットし、相談、指導を行っていた。夫からの処方変更に関する質問や日常生活上の相談等を受け、処方管理する施設職員に直接電話をかけ疑問点や処方意図を聞き取り確認する場面があった。地域における医療機関と保険薬剤師の連携が良好であるからこそ可能な地域医療の実践を垣間見る事が出来た。

## ★訪問後記

病院の基本理念「信頼される安全で質の高い医療を提供し、市民の皆様の健康を守ります」のもと、患者・家族の満足度の高い医療サービスを提供しており、ここには「尾道方式」とよばれる地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会を軸とした多職種のみごとな連携があった。尾道市立市民病院の薬剤師は入院中の患者情報を地域と共有し、地域連携室のMSWは、コーディネーターとして十二分に職能を発揮し、院内、院外ともに職種間連携、施設間の連携がスムーズに行われていたことは、退院時共同指導実施に際して重要な要件であることに他ならない。

地域医療連携に薬剤師が加わりはじめて3年目であるが、地域における今後のさらなる展開と、他の地域における退院時共同指導、退院時カンファレンスへの薬剤師参加の模範となるよう大いに期待している。

最後に、退院時にお渡しする「栄養管理サマリー」の分厚いファイルを見て、「薬物療法」および「栄養療法」にかかる薬剤師の熱意とチーム医療への参画を強く感じました。

尾道市立市民病院の地域連携は悩める薬剤師にとって、一步踏み出す勇気が出る事例となった。

(賀勢 記)

## 退院時共同指導取り組み事例報告 No.4

独立行政法人国立病院機構 福井病院

### **患者中心の医療を！！院内のスタッフの熱意から 生まれた地域勉強会 医療連携への第一歩は、顔が見える関係作りから**

退院時共同指導への取り組み

- ・薬剤科の取り組み：薬剤科長 濱一郎（薬剤師）、調剤主任 安達克明（薬剤師）  
中西陽一（薬剤師）
- ・コーディネーターの取り組み：地域医療連携室 竹越和美（社会福祉士） 敬称略  
（訪問：平成23年2月）

病院概要

独立行政法人国立病院機構 福井病院（福井県柴田郡大河原町）

病床数：320（一般：270・結核：50） 薬剤師数：常勤8名

退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料 2：3件 / 月
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：看護師・MSW  
b. 院内 / 必要時：薬剤師・栄養士  
c. 院外：看護師・介護支援専門員

### ●はじめに

患者に複数の治療の選択肢を与えてあげたい、また、患者が安心して在宅診療に掛かれる環境を提供したい.....このような医療スタッフの熱意から生まれた『嶺南地区 顔の見える会』という地域勉強会。

この勉強会発足と退院時共同指導の関係に意外な事実が！

今回は充実した地域医療連携を提供するために、積極的な取り組みをされている独立行政法人国立病院機構福井病院薬剤科 濱一郎薬剤科長の取り組み事例を報告いたします。

## ●薬剤科の取り組み(1)

### Q. 退院時共同指導への具体的な薬剤師の関わりは？

A. 患者の理解度にもよるが、家族の方が服薬を支援する、あるいは訪問看護の方が支援をする、また直接自宅の方に帰られるのではなく、介護施設に移動されてそちらの看護師さんが薬の管理を行うなどの場合は、特に念入りに入院時の服薬状況などを伝えるようにしている。また介護施設などに退院する場合は、そちらでは薬剤師が常駐していないため、錠剤が飲めない患者に対してそれを粉砕あるいは簡易懸濁法により投与する方法や、生物学的製剤の溶解方法、またその注意点などをしっかりと伝える必要がある。また、麻薬を使用している患者の場合は、出来るだけ家族にも同席してもらい直接服薬方法や副作用などを患者さんと一緒に聞いて頂いている。

以前は、入院中に患者さんへ直接の服薬指導することはあったが、家族に直接指導する機会はほとんどなかった。しかし、現在では看護師さんや地域連携室の方から連絡を受け、退院時共同指導を実施するようになり、家族の方や退院後に直接関わられる方、訪問看護の方または施設の方などに直接必要な情報を説明が出来るようになったことが非常によかったと思う。更にこれが、院内のシステム上の決まりとして薬剤師を呼ぶ事になったのではなく、入院中に積極的に服薬指導に関わっていた結果として、退院時共同指導に参画することができるようになったのだと思う。

しかしまだ殆どの患者では、ある期間入院されて、退院されるとそこで接点が途切れてしまう。そして再入院された際は、まるで以前と状況が変わっていたという状況が多々ある。本来であれば、外来診療や地域連携などで退院後もフォローが出来れば良いと思うが、なかなかそうはいかない現状があろう。

しかし、薬剤師に比べれば医師・看護師では、数段退院後も継続して患者さんに関わっている状況を見ると、今後、薬剤師も外来や院外薬局との連携に積極的に取り組んでいかなければと思う。

( 回答者 安達克明 )

### Q. 退院時共同指導の意義は？

A. 普通に退院できる患者であれば、退院時カンファレンスを開く必要はないのかもしれない。しかし退院時共同指導、特に緩和医療に関して言えば、家に戻りたい患者さんが、十分に在宅で医療を受けられるか不安があるような場合に特に大きな意義があると考えられる。医療者側は、常に患者に安心して退院してほしいと常に願っていると考える。従って退院時共同指導では、緩和ケアにおける在宅医療が、いったいどういったものがあるかしっかりと患者に説明し、「医療者は地域連携を通じてあなた方（患者やその家族など）をしっかりサポートしますので安心してください」、というように言えるようにしていきたい訳である。このためにも、退院後、病院側だけで患者を見るのではなく最後まで患者を見届けていることを示す上でも退院時共同指導は大切である。

なお退院時共同指導において薬剤師が実施していることは、在宅医の方々、訪問看護師、

調剤薬局の薬剤師に対しては主に薬剤の情報提供であり、また患者さんに対してはペインコントロールのプライミングなどがある。

このように退院時共同指導は医療連携において非常に有用な手段であるが、限界もある。例えば、退院日が予め決まっていればいいが、そうでない場合も実際には多いため、緊急退院カンファレンスが開かれる。しかし、緊急カンファレンスとなるとなかなか他職種の方に連絡しづらいというのが本音で、そういった中で地域連携スタッフの協力体制を確保していくためには、他にも何か必要ではないかという意見が多く出てきた。そういった流れの中で、地域連携強化を図るためには、地域医療スタッフとの情報交換の場を設けることや地域連携評価ツールの作成が必要なのではないかというところが挙げられ、そこで当院を拠点として、各診療所の方、訪問看護ステーションの看護師、介護事業所、社会福祉協議会だとかヘルパー、色んな方をお呼びして深く交流をもって意見交換が出来る場を作ることを目的として発足したのが「嶺南地区 顔の見える会」である。

#### **Q. 『嶺南地区 顔の見える会』とは？**

**A.** 平成 22 年より、院内のスタッフで「嶺南地区 顔の見える会」という勉強会を立ち上げた。この勉強会は、単なる一方的な講義だけではなく、自らが積極的に会に関われるようグループディスカッション形式を取り入れているところがポイントである。院内のスタッフに加え、訪問看護ステーションや在宅医の方、薬局の薬剤師などいろいろな方がいる。そこでは、あるテーマに対してひとつの方向性を見つけ出すために皆で自由に討論してもらうことを主眼としている。今まで薬局薬剤師や、訪問ステーションのナースから病院には、高い垣根がある、なかなか壁があって来づらい、何か連絡しにくい等という意見が多く聞かれた。そこで、いったいどうすればこのような垣根を取り払うことが出来るのだろうと院内のスタッフで考えた。そして現在でも、地域がひとつになりお互いに手と手を取りあっていけるような関係作りを目指して取り組んでいる。

薬局からの参加も多いが、この場では専門薬剤師であるとか病院薬剤師であるとか、そのような肩書きなどよりも、個々の薬剤師の熱意が最も大切な事だと思っている。この「顔の見える会」は現在、病院主導で行ってはいるが、今後は地域を主体として様々な主催者が推し進めていって欲しいと考える。例えば、次の主催は調剤薬局の薬剤師であったり、診療所の方であったりと、そういった方がどんどん先頭に立って進めてもらいたいと思っている。

今まで多くのディスカッションを行ってきたが、この会では常に患者を中心に考えることを念頭においている。実際に患者に安心して医療を提供しようと考えれば、まずは患者を中心に拠点病院があり、そして在宅医があり、訪問看護ステーションがあり、薬局があり、サービス事業所があり、これらが全て顔の見える医療者の関係を築いていることが重要であると考え。医療者が患者にたくさんの治療の選択肢を持たせてあげたいと考えるときに必要なことは、様々な専門家がいろいろな立場で患者さんにしっかりとフィードバックできるような地域連携システムが欠かすことは出来ないと思う。そのたたき台と

して、この会が地域に根差したものになることを願っている。

#### **Q. 病院薬剤部門と調剤薬局の連携は？**

**A.** 病院薬剤部門と調剤薬局の連携として問題となるのは、病院側が患者情報を薬局にどこまで伝えて良いのか躊躇することにある。それはやはり個人情報であることや、主治医の許可がいることなど、いろいろな障壁があると思われる。その壁を取り除いていくためには、それぞれが信頼しあえる関係を築くための会が重要であり、そのような場において1つ1つ問題を解決していくしかないと思う。

また、今後の目標としては、医師会や薬剤師会、また病院などの組織単位で話し合いを行い、真に患者にとって相応しい医療を提供するための方向性を見つけていくことが大切だと思う。  
(回答者 中西陽一)

### **●コーディネーターの取り組み**

#### **Q. 退院時共同指導の円滑な実施には何が必要？**

**A.** 退院時カンファレンスの実施に際し、MSW として出来るだけ多くの職種の方に関わっていただこうと介護職の方や、訪問看護師などにコンタクトしているが、特に開業医の方や調剤薬局の方においては時間的制約が多いため、日程調整の際に声をかけづらかった。しかし「顔の見える会」を通じて知り合いとなった結果、その点の調整が非常に容易になったと思う。また、実際にカンファレンスに出席ができなくてもご連絡・ご相談をさせていただける関係ができることで、その他の支援の方に繋げていけるのではないかとも思う。

今後も退院時共同指導は、日程調整などの面で物理的に難しいと思うが、地域の医療従事者が情報を共有できるような中間的な立場をどこかが作ることで、改善の糸口が見つかるものと思う。

#### **Q. 「顔の見える会」を実施してよかった点？**

**A.** 現時点では調剤薬局のと訪問看護ステーションの看護師を中心にお互いの情報交換や共通のツールを確認するという意味でよい連携が図れているものと思う。

高齢者の入退院は回数が多いことから、それに関わる介護保健施設のスタッフ、開業医の、調剤薬局のなどで連携が必要という話にはなるが、実際には他職種間で連携をとることは、困難である場合が多い。しかし、外来がん患者さんの麻薬の使用方法などにおいては、調剤薬局薬剤師と病院薬剤師の連携がどうしても必要であることから MSW として一緒に関わるケースが多くある。

しかし、退院時に合同カンファレンスを開く（退院時共同指導など）となると、時間の都合で全てが実現できる訳ではないのが現状である。

このような場合、顔の見える会をきっかけに、調剤薬局と様々なスタッフが知り合いになり、個別に連絡を取りあったり、訪問看護師さんが在宅で患者さんの薬を管理していただくにあたってのアドバイスをいただいたりという部分で、非常に円滑に連携がとれるよ

うになり、患者さんにとってのよりよい医療を提供することができるようになったと思う。

(回答者 竹越和美)

## ●薬剤科の取り組み(2)

### ・総評・地域医療連携について

地域・地域によって薬剤師会のまとまりというものは、かなり異なっていると感じる。それは、医薬分業率に関係なく違っている。以前勤務していた和歌山県では、院外処方せんをはじめ発行するところだったので、非常に病院と薬局との団結が強かった覚えがある。当初は毎月、地元の病院と薬剤師会が協力して退院時指導の勉強会を当番で行っており、そういった中で一緒に仕事を分担することによって、お互いわかり合えたり、情報交換もスムーズにできてきたのだと感じる。まずはこういった繋がりを1つ1つ作っていくことが結果的には退院時共同指導に結びつくのではないだろうかと思う。まずはお互いの仕事を理解し、積極的に接することが一番大事なことだと思う。それが最終的には患者さんの安全に繋がると信じている。

(回答者 濱一郎)

## ★訪問後記

国立病院機構福井病院は、福井県南部の若狭湾沿岸の嶺南地区にあります。嶺南地区はリアス式海岸に囲まれ、風光明媚で歴史的にも交通の要所として発展してきた地域です。福井病院は福井県の二次医療圏としての当地域の中心病院でもあります。

今回の訪問では、この嶺南地区での在宅医療に薬剤部の皆様が強く関わっておられる状況を見せていただきました。入院から在宅まで、患者とのシームレスな薬剤師としての関わりは言うまでもなく、薬薬連携を軸とした地域医療連携にどれだけ薬剤師が深く根ざしていけるか、にあります。退院時共同指導には薬剤師、かかりつけ薬局の薬剤師が同席し、特に緩和領域ではきめの細かいカンファレンスが行われています。福井病院では「がん緩和ケアチーム」が中心となり、「嶺南地域 顔の見える会」を年3～4回開催し、在宅医師、訪問看護師、薬局薬剤師が一同に会して、地域医療での患者ケアを考えています。その中心に先導役として薬剤師が大きく関わっていることは私達の大きな励みとなります。

同医療圏内のもうひとつの基幹病院である市立敦賀病院とも薬剤師同士の連携が進みつつあり、2病院の連携を皮切りに地域薬剤師会との意見交換会も始まりました。薬剤師が地域医療全体に関わっていく風土が強く感じられます。「地域の声にこたえるために」「適切な情報発信をするために」をスローガンに、病院薬剤師主導の地域医療をますます進めてほしいと期待します。

(宮崎 記)



目次	1 診療科のご案内	2
1 がん緩和ケアチームの活動の取組み	2 在宅医療	3
2 がん緩和ケアチームの活動の取組み	3 診療科ごとの連携	4

平成18年11月に発足した「がん緩和ケアチーム」の活動を、地域医療連携ニュースに掲載しています。このコーナーは「がん緩和ケアチーム」の活動の取組みや、在宅医療の取組みなどについてご紹介します。

1 診療科のご案内  
2 在宅医療  
3 診療科ごとの連携

## 診療科のご案内

### 【呼吸器外科 がん緩和ケアのご案内】

平成18年に発足した「がん緩和ケアチーム」の活動を通じて、がん患者、特に終末期患者が、病院から在宅に移行する際、いくつかの問題点があることがわかってきました。

大きな問題点として、1. 医療従事者に、緩和ケアに関する知識・技術・認識が、十分に波及していない、2. 病院スタッフと在宅医療従事者との間のコミュニケーションが不足している、ことがあげられます。これらの問題点を克服するため、本院ではがん拠点病院として、以下の活動を行っております。

「がん対策推進基本計画」に基づく「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を、年1回開催しています。今年度は、11月6日（土）～7日（日）に予定しております。先生方には、喜んで参加して頂きますようお願い申し上げます。

入院患者が安心して在宅に移行してもらえるように、在宅医、訪問看護師、調剤薬剤師にも参加頂いての「退院時カンファレンス」の開催に努めています。

入院中から、在宅での問題点、その解決策などを在宅医療従事者とともに考えることで、患者及び家族の安心感を得ることができると考えています。

在宅医、訪問看護師、調剤薬剤師を対象に「顔の見える会」を、年3～4回開催しています。この会では、緩和ケアに関する勉強会を通じて、お互いが顔の見える関係になり、より良いコミュニケーションを得ることを目的としています。



尚、日常診療にて、がん性疼痛にてお困りの症例がございましたら、本院にて対応させていただきますので、その際は、呼吸器外科外来にご紹介いただければ幸いです。（呼吸器領域以外も対応します。）

今後も、微力ながらも、がん緩和ケアの発展に貢献して参りたいと考えておりますので、宜しくお願い申し上げます。

(呼吸器外科医長、緩和ケアチームリーダー：加藤 泰史)



## 「嶺南地域 顔の見える会」のご案内

謹啓

時下、皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、事前にお知らせしました「嶺南地域 顔の見える会」の勉強会について内容が決定致しましたので、再度お知らせします。

敬具

開催日時	平成22年3月17日(水曜日)	19:00~20:00
会場	国立病院機構 福井病院 外来管理治療棟2階	大会議室
代表世話人	国立病院機構 福井病院 緩和ケアチーム	

### 内容

- I. 開会のあいさつ  
国立病院機構 福井病院 緩和ケア委員長 加藤 泰史 先生
- II. 勉強会  
『がん患者さんにとって、早期カンファレンスは“なぜ”必要か』  
～事例を通して考える～
- III. 意見交換会

**参加** 医療従事者は参加可能です。  
多数の御来場、御参加をお待ちしております。

申し込み方法は、別紙参加申込書にご記入のうえ、3月10日(水曜日)迄に当院がん相談支援センター(地域医療連携室)までFAXにてお申し込み下さい。

【問い合わせ先】  
国立病院機構福井病院 がん相談支援センター(地域医療連携室)  
担当 山本、伊勢  
TEL 0770-25-1600 FAX 0770-25-0354

## 福井県嶺南地域緩和ケア研修会 第2回『顔の見える会』のご案内

謹啓

時下、皆様方にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。  
さて昨今、地域医療に携わるすべての医療従事者がその地域における役割分担を行い、診療協力体制を強化し、安心して患者様に在宅ケアが受けられる体制が必要とされています。是非この会を通じ、少しでも福井県嶺南地域における在宅医療の質的向上を図りたいと思っておりますので、万障お繰り合わせの上、ご出席願いますようお願い申し上げます。

謹白

開催日時	平成22年7月28日(水曜日)	19:00~20:30
会場	国立病院機構 福井病院 外来管理治療棟2階	大会議室

### プログラム

- I. 開会のあいさつ  
国立病院機構 福井病院 緩和ケア委員長 加藤 泰史 先生
- II. 勉強会:ミニレクチャー シリーズ1  
～ステップ緩和ケアを題材に、緩和ケアについて学ぶ～  
講師 横本 佳代子 看護師  
詳しくは、別紙にて
- III. メインテーマ  
『福井県嶺南地域・地域共通評価ツールのための検討会』  
～円滑な在宅医療のための地域連携強化を図るために～  
詳しくは、別紙にて
- IV. 意見交換会  
参加される施設および施設の取り組みなどの紹介を予定しています。

**参加** 医療従事者であればどなたでもご参加いただけます。  
多数の御来場、御参加をお待ちしております。

尚、本研修会は、日本薬剤師研修センターの集合研修(1単位)・緩和薬物療法認定シール(1単位)の対象となります。  
申し込み方法は、別紙参加申込書にご記入のうえ、7月23日(金曜日)迄に当院がん相談支援センター(地域医療連携室)までFAXにてお申し込み下さい。

【問い合わせ先】  
国立病院機構福井病院 がん相談支援センター(地域医療連携室)  
担当 山本、伊勢  
TEL 0770-25-1600 FAX 0770-25-0354

## 福井県嶺南地域緩和ケア研修会 第3回『顔の見える会』のご案内

謹啓

時下、皆様方にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。  
さて、この度下記の通り第3回 福井県嶺南地域緩和ケア研修会『顔の見える会』を開催させて頂くこととなりました。この会を通じ、少しでも福井県嶺南地域における在宅医療の円滑化と質的向上を図りたいと思っておりますので、万障お繰り合わせの上、ご出席願いますようお願い申し上げます。

謹白

開催日時	平成22年11月24日(水曜日)	19:00~20:30
会場	国立病院機構 福井病院 外来管理治療棟2階	大会議室

### プログラム

- I. 開会のあいさつ  
国立病院機構 福井病院 緩和ケア委員長 加藤 泰史
- II. 勉強会:ミニレクチャー シリーズ2  
症状マネジメントについて  
～ステップ緩和ケアを題材に、緩和ケアについて学ぶ～  
担当 山本、伊勢 講師 中西 陽一  
詳しくは、別紙にて
- III. メインテーマ  
『地域連携評価ツールとして患者情報を共有するためには何が必要か?』  
～『私のカルテ』を通じて考える～  
詳しくは、別紙にて

**意見交換会** 参加される施設および施設の取り組みなどの紹介を予定しています。

**参加** 医療従事者であればどなたでもご参加いただけます。  
多数の御来場、御参加をお待ちしております。

尚、本研修会は、日本薬剤師研修センターの集合研修(1単位)・緩和薬物療法認定シール(1単位)の対象となります。  
申し込み方法は、別紙参加申込書にご記入のうえ、11月19日(金曜日)迄に当院がん相談支援センター(地域医療連携室)までFAXにてお申し込み下さい。

【問い合わせ先】  
国立病院機構福井病院 がん相談支援センター(地域医療連携室)  
担当 山本、伊勢  
TEL 0770-25-1600 FAX 0770-25-0354

## 退院時共同指導取り組み事例報告 No.5

### 医療法人東明会下総病院

#### **療養型病院の特性を生かし、全入院患者の状況を把握。 薬剤師がコーディネートするチーム医療の実践！**

#### 退院時共同指導への取り組み

- ・薬局の取り組み：薬局長 小野寺正子（薬剤師）
  - ・コーディネーターの取り組み：田山恵子（ケースワーカー）
  - ・栄養士の取り組み：後藤祐子（管理栄養士）
  - ・リハビリスタッフの取り組み：荒木藤子（理学療法士）、桑田敏江（言語療法士）
- 敬称略（訪問：平成 22 年 7 月）

#### 病院概要

医療法人東明会下総病院（千葉県船橋市）

病床数：50（医療療養型） 薬剤師数：常勤 2 名

#### 退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料 2：現在は未算定
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・言語療法士・MSW  
b. 院内 / 必要時：医師  
c. 院外：看護師・薬剤師・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・MSW
- 3) コーディネーター（院内）：MSW
- 4) 保険薬局薬剤師への連絡担当：MSW
- 5) 地域薬剤師会との連携：なし

#### ●はじめに

許可病床の 50 床全てが医療療養型である下総病院は、地域に密着した代表的な療養型病院です。療養型病院における在院日数は、一般病院に比較して極めて長いことが特徴です。このような療養型病院だからこそ可能であったこと、それは、一人の薬剤師が全入院患者の情報を把握出来ることでした。患者の病態や薬剤は当然のこと、性格や家庭の事情まで、これら全ての情報を把握し活用することで、入院中から退院後に至るまでの過程全てをコーディネート。今回は、長期入院中だけで

なく退院後の患者の QOL までを視野に入れ、院内外問わずチーム医療のトータルコーディネーターとして活躍する医療法人東明会下総病院、小野寺正子薬局長の取り組み事例を報告いたします。

## ●薬剤部門の取り組み

### Q. 病院としての退院時共同指導への取り組み

A. 他職種による退院時共同カンファレンスは、自宅退院される患者に対して必要不可欠であることから、退院時共同指導料が点数化される以前より当院では実施していた。しかし最近、療養病棟にも重症患者が増加しており、自宅退院ではなく併設の老健施設への退院する機会が多くなった。このため最近では退院時カンファレンスの機会は減少している傾向にある。

退院時カンファレンスは基本的に、医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師が同席し、患者および在宅ケアスタッフに情報提供を行っている。また場合によっては、患者の自宅まで赴き、在宅での食事場所やベッドの状態を看護師などの在宅ケアスタッフと確認し合い、適切な在宅療養が出来るように連携をとるケースもある。なお前回の退院時共同カンファレンスでは、喀痰吸引方法や、腎不全患者における栄養管理などについて多職種間で情報提供を行った。

### Q. 退院時カンファレンスにおける情報提供の内容

A. 院長の方針で薬剤師も日々の病棟の申し送りに参加しており、入院中の服用歴などについて毎朝報告を行なっている。これにより、他の医療従事者の意見を踏まえた上で薬剤の使用を検討することが出来、身体レベルを上げるために日頃よりどのように薬剤を用いているかについてほぼ把握することが可能となっている。また、患者ひとりひとりに対して医療従事者全員が同じ情報を共有していることから、院内の連携は非常に好ましい状況といえる。

退院時カンファレンスにおいて薬剤師は、院内薬局のソフトで患者の検査値と薬歴が一緒になったものを提示しながら、入院中の服薬状況などの変化などを中心に医療関係者および介護者に情報提供を行なっている。

特に、患者の排便状況については在宅での予後に影響を与えることから、詳しく説明する機会が多い。また、他に体温などバイタルサインなどについても情報提供を行なう場合もある。なお、老健施設に退院する際は、退院時薬剤サマリーを作成し書類を送っている。

### Q. 日頃の病棟業務について

A. 患者が入院した際には、看護師と一緒にベッドサイドに同行したり、家族から以前の患者の状況を聞いたり、入院時インタビューを一緒に行なっている。これにより患者も2回同じ質問に答えることもなく、負担も少ないと思う。

病棟にいるときは、ほぼ毎日患者をラウンドしている。その際ベッドサイドで特に患者の顔の表情を拝見している。当院は重症患者が多いため、話が出来ない患者も多いが、話しかけることで何かしらの形で、患者の変化に気付くことが出来る。

処方せんや検査情報だけでは患者の状況を把握することは困難であると思うため、日々の業務で難しい日もあるが、出来るだけ患者と話をすることに徹している。また、ベッドサイドにいて、患者の家族と会う機会が出来、その際も積極的情報提供を行なっている。

最近特に、病院薬剤師の病棟業務は薬剤管理指導の算定基準に振り回されているのではないと思う。点数を算定するために業務内容を記載することに一生懸命となり、患者1人にかかる時間が短くなっているのではないかと感じる。確かに点数を算定するための書類作成には時間がかかりすぎる。ベッドサイドで患者の顔を拝見し話しかけることで、患者の変化に気付くことが本来の病棟業務であると思う。薬剤師の病棟業務はただ点数を取るためだけと考えるか、または患者のためにと考えるか。その辺の違いだと感じる。(回答者 小野寺正子)

## ●コーディネーターの取り組み

### Q. 退院時カンファレンスでの薬剤師の役割について

A.患者本人もそうだが、在宅で介護する家族こそ、患者が飲んでる薬のことを理解している必要があると思う。退院時カンファレンスで薬剤師が入院中の服用経過や退院時の処方意図について細かく家族に説明し、服用時間や服用方法を正確に家族が把握することで初めて在宅で安心して過ごしてもらうことが出来ると思う。そして結果的にはこれが、医療の効率化につながると感じる。

### Q. 退院時カンファレンスの目的と内容について

A. 当院は、医療スタッフのチームワークが良く、各職種間で密な情報交換が行なわれていると思う。退院時カンファレンスの目的には、介護者向けの情報提供もあるので、入院中の患者の心身状態や、生活情報を介護者に把握していただき、患者が在宅で安心して生活できるような支援方針をスタッフ一同が掲げ、カンファレンスを行なっている。カンファレンスの内容としては、まずは現状の状態把握と問題点に対する今後の対策について院内外双方で情報交換をしていくことが必要だと考える。

### Q. 医療スタッフの連携について

A. 病院によっては、オーダー伝票だけが情報伝達手段であるということもあり、このような所では様々なエラーが頻発していると聞く。しかし当院は、医療スタッフの連携もよく、薬剤師や、栄養士が、必ず毎日患者をラウンドしているので、問題が起こる前にエラーが防げると思う。看護師や医師だけでなく、医療スタッフが毎日患者を別の視点で診て、お互いに患者に対する情報を共有することが、連携のよい医療チームを作るポイントだと思う。

(回答者 田山恵子)

## ●栄養士の取り組み

### Q. 管理栄養士と薬剤師の連携について

A. 管理栄養士は、栄養の専門家ではあるが患者の病状などについてはあまり詳しくはない。しかし食事と薬や副作用などは患者にとって問題となる事も実際には多い。このことから、分

らない点は積極的に薬剤師に相談し、入院・在宅を問わず患者の栄養管理に結びつけている。

(回答者 後藤祐子)

## ●リハビリスタッフの取り組み

### Q. 退院時カンファレンスや他職種連携に薬剤師が関わる利点は？

A. 薬剤師は、入院時から毎日ベッドサイドで患者の様子を見てくれている。そして患者に何らかの変化があったときは、迅速に医師や他のスタッフに情報提供してくれる存在といえる。このような日々の活動があるからこそ、退院時カンファレンスにおいて在宅介護に必要な薬剤情報を適切に提供できるのだと思う。何よりも患者や他のスタッフからの信頼も厚いと感じる。

また、リハビリを実施する際、服用歴などから、患者が薬剤の効果で転倒しやすいとか、睡眠薬の影響で朝はリハビリを実施しない方がよいなどのアドバイスを頂くことで未然に事故が防げているものとも思う。

(回答者 荒木藤子、桑田敏江)

## ★訪問後記

この度訪問させていただいた下総病院は、介護老人保健施設・居宅介護支援事業所を併設した、地域医療に貢献している医療施設であった。許可病床数 50 床は、決して大きな医療施設とは言えないが、昨今病棟配置薬剤師の必要性が議論されている中、すでに病棟配置に等しい業務が実践されていることに大きな衝撃を受けた。

薬剤師を病棟担当制にしている医療施設は多いが、ほとんど毎日担当病棟の患者をラウンドしている薬剤師は少ないのではないかと感じた。そこに薬剤管理指導料算定に重きを置き過ぎた薬剤師の病棟業務に問題があることを、この訪問で痛切に感じることができた。薬物療法を行っている入院患者、全てが薬剤管理指導の対象者であり、薬剤師が関わらなくてよいケースなど存在しない。指導料の算定は現行の要件では不可な場合であっても、積極的に薬剤師が関わっていかねば、病棟配置の実現は難しいのではないかと感じた。

では、なぜ下総病院では薬剤師の病棟業務が積極的に展開されているのか。それは、医師・看護師・PT・ST・MSW・管理栄養士等の他職種が、薬剤師の必要性を認識しているからと言える。小野寺薬局長は院内の病棟薬剤師業務を確立しており、他のスタッフからその働きが認められつつ求められているからにほかならない。

今回の訪問の目的であった退院時共同指導に関して、多職種参加による退院時共同カンファレンスが、制度で点数化される以前に実施されていたことも、必要な医療サービスが提供され、それが後から報酬化されるという理想的な形であったと言える。また、下総病院には患者中心の考え方から、診療報酬に囚われず、必要な医療サービスの提供を育てる土壤があることも付記しておきたい。

(棗 記)

## 様 退院時カンファレンス報告

日 時 : 16時より

場 所 : 下総病院 2階食堂

出席者 : 長女

下総病院 : 院長、師長、薬剤師、栄養士、PT、ST、GW

クリニック : 医師、看護師、ソーシャルワーカー

訪問看護ステーション : 担当ケアマネジャー

訪問看護ステーション : 訪問看護師

リハビリテーション病院 : 訪問リハ担当者

目 的 : 入院中の心身状況・生活状況を把握し、在宅療養生活が送れるよう総合的な支援方針について検討する。

### 1) 入院中の経過報告

#### ・ 医師

動脈瘤に見える影がある。嚥下障害・胃がんが影響してくる。ムセ・発熱・脱水に注意が必要。退院日が決まったら点滴をOFF。

#### ・ 看護師

3食で水分・カロリーが全部とれるかー低栄養・脱水の観察  
弾性ソックスの対応

#### ・ 薬剤師

退院時には2週間分の処方となる。

排便コントロール → カマで排便なければ水分を増やす。

#### ・ 栄養士

#### ・ 理学療法士

#### ・ 言語聴覚士

### 2) 今後利用されるサービスの検討

訪問診療→ 1回/W

訪問看護→3回/W

訪問リハビリ→2回/W

訪問入浴→1回/W

福祉用具→ ベット・エアマット・リクライニング車椅子

### 3) その他

6月22日・29日 退院希望

様 カンファレンス報告

日時： 10:00より

場所：下総病院 2F 食堂談話室

出席者： 様、ご主人様、ご両親様、弟様

医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、薬剤師、栄養士、介護士、ワーカー

\*本人はカンファ当日の朝に転倒をしまい不参加となる。

目的： 外泊に向けての準備

3、各担当者より入院中の経過と今後の対応

項目 ① 病状の説明

② 本人が出来ること 出来ないこと

③ 外泊中の介護支援方法（家族分担）

④ 今後の訓練内容

⑤ その他

◎ 医師より

肺炎に注意する。

御家族様へのお願い。・喘鳴時には 早急に吸引をする。

・病状に変化があった際には、至急 下総病院へ連絡を下さい。

◎ 薬剤師より

平成 入院されてからの処方の経過報告

・抗けいれん剤の減量

・誤嚥性肺炎を起こされた際の処方

◎ 理学療法士より 荒木 PT より

歩行訓練施行中。目的は見守りレベル。現在は介助が必要。

自主訓練→車イス自走。朝夕の着替え。

今後の訓練→歩く練習。足首におもりを付けての歩行。くつ下で歩く練習。

◎ 言語聴覚士より 高澤 ST より

あごを出して食べる。食物を流し込むイメージ。誤嚥をしながら食べている。

外泊中は病院と同じ食形態。

患者ID

# 調剤支援票

支援日 平成

1 Page

氏名

生年月日  
TEL

FAX

### ◇ 今回処方内容 ◇

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1) エクセグラン散           | 1錠   |
| 分2前・夕食後服用            | 14日分 |
| 2) ガスボート錠 20mg (VFA) | 1錠   |
| 分1 夕食後服用             | 14日分 |
| 3) デパス錠 0.5mg        | 1錠   |
| バルレオン錠 0.25mg (112錠) | 0.5錠 |
| マイスリー錠 5mg           | 2錠   |
| 分1 就寝前服用             | 14日分 |
| 4) パンナミン錠 81mg (VFA) | 1錠   |
| タリスロマイシン錠 200mg      | 1錠   |
| 分1 朝食後服用             | 14日分 |

(52錠/10日分) (112錠/10日分) 3x 6T

### ◇ スクリーニング結果 ◇

【デパス錠 0.5mg (投与日:2007/11/10, 14日分, 2)】  
 中枢神経抑制剤【エクセグラン散】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【バルレオン錠 0.25mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【マイスリー錠 5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【スプロチン錠】(投与日:2007/11/07, 7日分, 3), (取気), (血圧低下), (運動失調), ★注意★。

【バルレオン錠 0.25mg (投与日:2007/11/10, 14日分, 2)】  
 中枢神経抑制剤【エクセグラン散】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【デパス錠 0.5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【マイスリー錠 5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【スプロチン錠】(投与日:2007/11/07, 7日分, 3), (精神神経系等の副作用), ★注意★。

【マイスリー錠 5mg (投与日:2007/11/10, 14日分, 2)】  
 中枢神経抑制剤【エクセグラン散】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【デパス錠 0.5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【バルレオン錠 0.25mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【スプロチン錠】(投与日:2007/11/07, 7日分, 3), (相互に中枢神経抑制作用が増強), ★慎重投与★。

【スプロチン錠 (投与日:2007/11/07, 7日分, 3)】  
 中枢神経抑制剤【エクセグラン散】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【デパス錠 0.5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【バルレオン錠 0.25mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), 中枢神経抑制剤【マイスリー錠 5mg】(投与日:2007/11/10, 14日分, 2), (相互に中枢神経抑制作用を増強), ★注意★。

### ◇ 薬剤情報(今回処方分) ◇

Handwritten notes and diagrams showing medication schedules and interactions:

7/10 7夜 7/10 7夜 7/10 7夜

7/10 7夜 (AT) 1.5T → 1T → 1T

7/10 7夜 (AT) 2T → 1T → 1T → 1T → 1T

7/10 7夜 (AT) 1.5T → 1T

7/10 7夜 (AT) 2T → 1T → 1T → 1T → 1T → 1T



様 カンファレンス報告

日時：H20年11月20日 11時より

場所：下総病院 2F 食堂談話室

出席者：ご主人

福祉公社 ケアマネジャー・ ケアマネジャー

院長、 師長、小野寺薬剤師、後藤栄養士、荒木PT、高澤ST、田山

目的：心身状況・入院生活状況を把握し、在宅療養生活を送れるよう、総合的な援助方針について検討をする。

1) 各担当者より入院中の経過

・ 医師

運動失調あり、要注意。嚥下の状態をVFなどで診てもらうと良い。  
関わるスタッフ間で情報の共有していただく。

・ 看護師

夜間寝ていないことが多い→食事中寝てしまう。  
転倒に注意が必要あり

・ 薬剤師

セレブシロップ 4ml 分1夕  
メチスタ 4錠 分2朝夕

・ 栄養士

昼・夕の2回経口。朝はサンエット 1200kcal/日  
ニチイの冷凍を利用することも可能  
BMI 17~18キープ

・ 理学療法士

11月27日~12月3日の間に家屋調査

・ 言語聴覚士

ベッドでの食事 朝と夕はご主人の介助  
食後の吸引必要あり

2) 今後利用されるサービスの検討

訪問診療→2回/M DS→2回/W 訪問介護→3回/W 訪問看護→1回/W

3) その他

患者ID



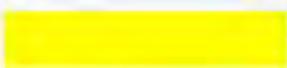
# 調剤支援票

支援日



1 Page

生年月日



歳

氏名

### 今回処方内容

- (1) セレブシロップ 4回L  
分1夕食後服用 14日分
- (2) メチスタ錠 4錠  
分2朝・夕食後服用 14日分

### スクリーニング結果

処方箋チェック

処方内容に問題はあります。

### 薬剤情報(今回処方分)

### ① 抗不安剤の減量

1.26 当院入院

入院時持参薬

セレブシロップ 12ml - 抗不安剤

14錠 ← (セロクシパム 3錠 - 去痰剤)

抑肝散 0.5g (1錠)

3x/日

3.6 ~ 抑肝散 中止  
(精神科 院外処方)

6.13 ~ セレブシロップ 8ml  
2x 減量 済

5.20 ~ セレブシロップ 4ml 9  
1x 減量 済

② 抗不安剤前医研議

### ② 誤嚥性肺炎

4.16 9:45 BT 38.7°C

(Puls 1/2 x 0.5g (解熱剤))

特効薬 200ml

O<sub>2</sub> 2L 経口 → 6L 経鼻

標食 → 1/2 全量 1.0L

抗不安剤 3x 内服 済

→ 14錠

## 退院時共同指導取り組み事例報告 No.6

### 長崎リハビリテーション病院

# **職種の壁を取り払った斬新な部門構成を特色とする病院 実践的な医療チーム編成だからこそできた 地域医療連携システムがここにある**

#### 退院時共同指導への取り組み

- ・臨床部の取り組み：臨床部部长 井手伸二（理学療法士）
  - ・薬剤師の取り組み：田村康寛（薬剤師）、太田公子（薬剤師）
  - ・コーディネーターの取り組み：松坂淳子（MSW）
  - ・理学療法士の取り組み：中島龍星（理学療法士）
  - ・看護師の取り組み：洗川喜咲子（看護師）、氏福恵美子（看護師） 敬称略
- （訪問：平成23年3月）

#### 病院概要

長崎リハビリテーション病院（長崎県長崎市銀屋町）

病床数：143（療養） 薬剤師数：常勤2名

#### 退院時共同指導基本情報

- 1) 退院時共同指導料2：算定はなし
- 2) 参加職種 a. 院内 / 常時：医師・看護師・理学療法士・MSW  
b. 院内 / 必要時：薬剤師・栄養士・作業療法士・言語療法士・  
ケアマネージャー・歯科衛生士  
c. 院外：医師・看護師・理学療法士・ケアマネージャー・歯科医師・  
歯科衛生士
- 3) コーディネーター（院内）：MSW
- 4) 保険薬局薬剤師への連絡担当：MSW
- 5) 地域薬剤師会との連携：なし

#### ●はじめに

「患者さんの目標や夢に関係する職種ならば、その全員が1つのチームであるべきではないのか」この理事長の言葉が全ての出発点でした。

回復期というステージで、患者さんの退院後の「それから……」に焦点を見据えた医療を展開する長崎リハビリテーション病院。今回は、回復期リハビリ

テーション病院におけるチーム医療のあり方および退院時共同指導の実践事例について報告いたします。また、これらをヒントに、地域医療連携の進むべき方向について考えてみました。

## ●臨床部の取り組み

### Q. 退院時患者指導における薬剤師の関わり

A. 長崎リハビリテーション病院では、急性期の病院とは異なり、主に回復期のリハビリテーションを必要とする患者が入院されているため、どのスタッフも生活を再建するためのリハビリテーションを基礎とした活動を実践している。入院されてすぐの時は、薬の使用目的としては治療がメインとなるが、退院時に近くなる頃には治療というよりも予防の観点で薬が使用されることが多くなる。しかも退院後の薬の管理は、患者の自己管理がひとつの目標となるので、患者がしっかり薬を飲んでいるか、薬の内容や用法がきちんと理解されているかなどの確認を医療チームでサポートしていく必要がある。服薬アドヒアランスを目指す上では、どうしても看護師やセラピストだけでは解決できない部分があるのが現実である。もちろん、理学療法士や言語聴覚士も間に入って一緒に指導を行う場合もあるが、当院では薬剤師が中心的にこの部分を担当している。薬剤師がチームの一員として退院時カンファレンスや服薬指導に参加することにより、医療従事者間が病棟でタイムリーに情報交換ができることはもちろんのこと、朝の申し送りや夕方の申し送りの時間など、情報を共有する場に参加することで他職種とのよりよい信頼関係の構築につながると考えている。チームで、お互いに気軽に質問できる環境は、結果的に情報交換の質を高いものにしていくと感じている。

回復期リハビリテーション病院は、患者が家に、そして地域に向かっていくステージなので、日常生活に何らかの支障がある場合には、それに合わせた専門職が主に関わっていかないとスムーズにソフトランディングにはつながらない。そのなかで、薬剤師という薬の専門職がチームに加わることで、患者や他のスタッフも違った視点からの指導やアドバイスを受けることが出来、退院時のみならずチームとして患者指導を進める上でとても重要なファクターの1つであると感じている。

### Q. チーム医療の経緯と意味は？

A. 病院開設にあたって、理事長は、「本来リハビリテーションというのは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士だけがやるものをいうのではなく、患者の日常生活に関わる専門職が行う全ての取り組みがリハビリテーションであることを基本的な考え方に置く」ということを強調されていた。そこで、どうやってうまく医療チームを機能させていくかというところを議論の焦点としてきた。我々は、生活の場である病棟を業務の拠点とし、ドクターも含めた様々な専門職を臨床部という一つの大きな括りにすることにより、目標としたチームワークの力が発揮しやすいリハビリテーションの体制を作り上げられないかと考

えた。当然、薬剤師も、一緒に活動していこうという経緯が今の業務内容の根幹になっている。薬剤師は、調剤室での業務があるため、常に病棟にいるということは業務上難しいが、調剤業務の合間を縫いつつも臨床部という組織の一員として、そしてチームの一員として参加してもらっている。さらに薬剤師がチームの一員としてその役割を発揮しやすいような環境作りにも配慮している。

このように、多種多様の職種が病棟にいるため、各職種による患者指導を実施することができる。しかし退院時などは、個々の職種の指導を共同で行うなど、うまくコーディネートしなければならない。

実際には、家族も含めて医療チームとして、退院までの治療プランをどうしていくか、そして職種間同士でいかに効率よく指導していくかが今でも難問である。チームがどのような指導をし、結果どのようなようになったのかを繰り返し検討することで、次につなげていくことが重要であると考えます。

地域医療連携に関しては、我々臨床部の最終目的は、患者を自宅に帰して終わりではなく、どの様に幸せに暮らしてもらうかであると考えている。

従って、患者が再発して病院に戻ってきた時などは、何故、調剤薬局の薬剤師がしっかり見ていてくれなかったのだろうか、などの意見も出ることもあるが、まずは患者が再発または、病気にならないように、家でどうするかという事を入院の間に多くの職種を交えながら考え、更にその情報を地域医療でも活用できるようなあり方が大切である。まずは院内のリハビリテーションの体制やチーム医療をしっかり追求していくとともに、病院として地域と連携をさらに進めていきたい。

(回答者 井手伸二)

## ●薬剤師の取り組み

### Q. 多職種による退院時共同指導の利点

A. 当院は回復期リハビリテーション病棟で全病棟運営するため、在宅復帰が基本方針となる。在宅復帰に向けてスタッフは多くの専門職からなるチームで入院から退院までをサポートする「チームアプローチ」を実践している。薬剤師もこのチームの一員として動くことを原則としている。しかし実際には薬剤師数(常勤2名)の関係もあり、午前は入院患者の調剤業務の時間に充て、午後は病棟業務をメインとしている。しかし午前中でも、ご家族から質問等がある場合は時間調整をし、看護師と一緒に薬剤師視点から指導をしている。特に繰り返し指導する必要があるような患者には、その旨をチーム全体に申し送りし、薬剤師以外の職種からも指導してもらうよう依頼している。

服薬指導を看護師と一緒に行う利点としては薬の副作用や相互作用など、患者が持つ疑問点を共有できる点である。その他、健康食品とかサプリメントなどの質問もよく受ける。このような質問を一緒に聞き、共に指導することで、お互いにどういった指導内容なのかを把握する事も出来る。薬剤師自身も看護師やセラピストの指導内容を聞くことで、新たな情報を得ることが出来、また相手側も別の視点からの患者の情報を得られるものと思う。

共同指導の利点は、患者だけでなく、医療従事者自身の専門性向上にも好ましいことではないかと思う。

#### **Q. 薬剤師の視点から患者さんに対してできること**

**A.** 回復期の患者の多くは、具体的なゴールが十人十色である。例えば、「家に帰って孫をお風呂にいれたい」、「パソコンを使えるようになって会社に戻りたい」などのイメージがある。薬剤師としては、まずは患者に、なぜ服薬の継続が必要なのかを理解していただいた上で、正しい服薬を続けて頂く必要がある。退院後も正しく服薬をしてもらわねばならない。このためには、患者家族の協力も重要であり、患者だけでなく家族の生活リズムも踏まえて指導しなければならない。

また当院では、地域カンファ（退院時カンファレンス）と呼んでいるが、その際に患者からは、絶対に飲み忘れてはいけない薬は何かという質問が多くある。これについては、入院中の薬歴を用い説明し、退院時情報シートというものを作り渡している。これには病院で注意していたことやその時の対応などを記載し、積極的に情報を伝えている。

また、実際に在宅で薬の管理をする上では、調剤薬局の薬剤師に退院後のフォローをしていただきたいと考えていることから、現在あまり出来ていないが、今後は密な連携をとれる環境作りも考えていくべきではないかと感じている。

#### **Q. 薬薬連携へのアプローチとして**

**A.** 当院では調剤薬局の薬剤師に対して退院時服薬指導書というものを必要に応じて作成し、発行している。しかし、退院時服薬指導書だけで薬局側のニーズを把握した情報提供を行うことは難しいと考える。このためにも調剤薬局の薬剤師を交えた退院時共同指導（現在、保険薬局の参加はない）などの接点が必要であると思う。高次脳機能障害があり、ワーファリンや糖尿病治療薬など、確実に服用しなければならない薬剤が処方されている患者は回復期病棟ではかなりの割合でいる。今後在宅でも、服薬に対して何らかの支援が必要と思われる方や退院後服薬確認のために声かけやカレンダーへのセットなどの支援が必要な方に対しては、病院での処方意図や調剤上の工夫などの細かい点について密に情報を提供する必要がある。残念ながら現在は未だ殆ど薬薬連携の体制が構築できていないことから、今後は少しずつでも調剤薬局に病院からアプローチして行きたいと思う。これが、当院での薬薬連携の一步だと考える。

また、薬薬連携を進める上でのもうひとつ課題に、病院薬剤師と調剤薬局に与えられる調剤報酬の違いもあると考える。例えば一包化の調剤報酬にしても、調剤薬局には報酬が付くが、病院薬剤部には何もない。このように同じ調剤業務をしながら勤務場所によって報酬が違うことが、連携をする上で一番のネックではないかと感じている。

現在の退院時共同指導に関しても、ある一定の基準を満たせば算定することが出来るが、算定条件が現実と離れていたら、せっかく良い方向に医療が進もうとしても、単なる厚い壁にしかならない。現状の退院時共同指導の実施率からみても、算定条件を見直す必要が

あるではないかと思う。

(回答者 田村康廣、太田公子)

## ●コーディネーターの取り組み

### Q. 病棟での薬剤師との関わり

A. 例えば、一人暮らしの方が自宅に退院された後、服薬確認をどうするかといった時に、毎日ヘルパーなどが患者の状況を見る事が難しい場合など、最低どれだけ投与間隔が空いても大丈夫なのかという点を薬剤師に相談している。このアドバイスに基づき、「最低週に2、3日おきには必ずこの薬が飲めているかを確認できるようにサービスを組みましょう」などとプランを決めている。

また、ケアマネージャー経由にはなるが、MSWは在宅医療を行っている調剤薬局の薬剤師とコンタクトをとることが多いことから、病棟の薬剤師に、どの様なことを先方に伝えるべきか事前にアドバイスをもらうようにしている。

(回答者 松坂淳子)

## ●理学療法士の取り組み

### Q. 理学療法士の視点でみた薬剤師を交えた服薬指導の必要性は？

A. 午前中に運動や練習をする際、何か患者の動作が遅いとか、眠そうだったたりとか、また、血圧が下がっていきそうなどを経験する。このような時でも事前に入眠剤の情報や降圧剤の情報などをスタッフ全員で共有する事により事故が回避できていると考えている。また、患者がリハビリをやっていくうちに、全て自分で生活を管理出来るものと錯覚を起し、転倒事故が起きることがある。実際に内服薬を自己管理とさせた後に、インシデントの発生が多いことから、服薬指導の重要性は非常に高いと感じている。当院では、薬剤師と一緒に服薬指導する機会が増えてきたので、良い傾向にあると感じている。

(回答者 中島龍星)

## ●看護師の取り組み

### Q. 看護師の視点でみた薬剤師を交えた服薬指導の必要性は？

A. 当院では医師をはじめ、薬剤師が病棟カンファレンスに参加しているので、患者の情報を他職種と共有する上で、薬の情報以外にも、患者に自己管理させる上での指導方法などについて情報交換ができるという点が看護師にとって一番利点と思う。服薬指導は自宅に退院する患者をメインにしているので、看護師と薬剤師と一緒に指導をするというところで、共通の認識の元でタイムリーに患者の指導を行えることが有用である。薬剤師から学ぶこととしては、薬の事だけでなく、生活指導などの面でも多くのアイデアなどを持っており、一緒に仕事をしていて非常に助かることが多い。

看護師でもある程度は薬剤の知識を持っているが、特に認知症の方だったり、睡眠障害、排尿障害だったり、様々な薬剤の使い方において、看護では限界があるため、タイムリ

一に患者サービスを提供する上で薬剤師は病棟にいなくてはならない存在といえる。またリハビリのプランを組んだりする面でも、重要な存在であると感じている。

(回答者 洗川喜咲子、氏福恵美子)

### ★訪問後記

病院の基本理念にある「質の高いチーム医療、患者・家族の満足度の高い医療サービスの提供」がスタッフ全員に浸透し実践されていると感じました。職種間の連携がタイムリーに行われていることは特筆すべきことでした。ここではすべての職種で病棟常駐の配置がなされており、他のスタッフより“薬剤師が居て当たり前で、質の高い情報提供が得られる”との話が聞けた。また、大切な服薬説明の際に看護師を加えて行っており、これにより看護師の薬の内容理解はもちろんであるが、看護師から患者の服用管理や状態変化などの情報が得られやすい状況となっていた。

病棟を見せて頂いた終わりに病棟マネージャーが、“仲間を大切に、職種を超えてチーム医療の確立、スタッフの育成を実践している。開院3年目でありこれからを楽しみにしている。”と話されたのが印象的でした。3年後の薬剤師業務をまた見たいと素直に思った。

(足岡 記)

Re-habilitation (その人がありのままの自分にかえる) を薬剤師の視点から支援する。すべての病棟が回復期リハビリテーション病棟に特化した「病院らしくない病院」(理事長理念) で薬剤師も他の職種同様に白衣を着衣せずカジュアルスタイルで業務を行っていた。院内を拝見し、お話を伺い、当院も含めて「回復期リハビリテーション病棟での薬剤師のあり方」を再確認できた。

最後に「薬剤管理サマリー」の分厚い発行済みファイルを拝見し「継続する薬物治療」への参画を強く感じた。

(田原 記)



## 基本理念

質の高いリハビリテーションサービスを集中的且つ効率よく提供することで、地域に貢献します

専門職が徹底したチーム医療を追求し、患者さまやご家族の満足度の高い医療サービスの提供を目指します

地域連携を推進し、急性期（救急）医療および在宅維持期を支えます

職員が誇りと責任を持って働けるような安心できる職場環境作りを行います

地域に開かれ、地域から支えられる存在となるように努めます

## 基本方針

### 質の高いチーム医療の提供

- 各々の専門職の知識習得と技術向上
- 患者さま中心のチームアプローチの追求

### 口のリハビリテーションの実現

- 諦めないで口から食べることの大切さへの取り組み

### 集中的リハビリテーションサービスの提供

- 適切なリハビリテーションサービスの効率的、集中的な提供

### 信頼関係に基づく強固な連携

- 急性期（救急）病院や維持期施設、かかりつけ医とのパートナーシップの構築

### 地域リハビリテーションの展開

- 地域包括ケアシステムの構築
- 患者さまの社会参加実現への支援

## それぞれの専門職が一丸となって 質の高いリハビリテーションサービスを追求。

### チームアプローチによるそれぞれの役割

長崎リハビリテーション病院が掲げる「チーム医療」とは、単に専門職集団がそれぞれのリハビリテーション計画に沿って行うものではなく、綿密なカンファレンス、電子カルテによる情報の共有などによって実現されるより高度で質の高いものです。患者さまと関わる全てのスタッフが、きめ細かい情報を基に全員でリハビリテーション計画をたて、定期的に見直し、早期の機能回復、能力向上を目指します。24床を1ユニット(1フロア2ユニット)として、患者さま1人に対し、10名程度のスタッフが担当チームを組みます。各ユニットの運営は医師及びマネジャー(アシスタントマネジャー)が行います。



### 地域医療連携

急性期(救急)病院から在宅・施設生活に至るさまざまな医療・介護・福祉サービスと強固な連携を結ぶことで患者さま・ご家族の安心した地域生活をサポートします。



総合案内より抜粋

## 退院時共同指導取り組み事例報告 (Appendix)

### 八尾市立病院

# **『薬局・病院・行政』三者間の連携に、大学も加えた 独自の医療連携モデル事業を展開 退院時共同服薬指導を通じ患者に見える薬薬連携の実践！！**

#### 退院時共同服薬指導への取り組み

- ・ 薬剤部門の取り組み：薬剤部長 但馬重俊（薬剤師）、長谷圭悟（薬剤師）
  - ・ 保険薬局の取り組み：クローバー薬局 勝山千男（薬剤師）
  - ・ 薬剤師会の取り組み：八尾市薬剤師会会長 滝野清美、副会長 山村万里子
  - ・ 大学の取り組み：近畿大学薬学部教授 高田充隆、大阪大谷大学教授 小川雅史、  
大阪大谷大学講師 初田泰敏 敬称略
- （訪問：平成 23 年 1 月）

#### 病院概要

八尾市立病院（大阪府八尾市龍華町）

病床数：380（一般）、薬剤師数：常勤 16 名

#### ●はじめに

病院薬剤師、薬局薬剤師の垣根を取り払い、退院時に外来移行する患者に対し連続的な薬物治療を提供しなければならない。独創的なアプローチからモデル事業を立ち上げ、この問題の解決に迫ろうとする中河内地区。

今回は薬剤師による退院時共同指導推進のためのヒントを求めるため、八尾市立病院およびモデル事業実行委員会のメンバーの取り組みについて報告させていただきます。

）本事例は、あくまでも診療報酬上の「退院時共同指導」実施事例とは異なることから、Appendix といたしました。

## ●モデル事業の概要

平成21年より大阪府下二次医療圏である中河内地区において、薬局・公立病院・行政が一体となり、モデル事業の第3者評価者として大学の参加を得て、「薬薬連携（退院時共同指導）モデル事業」として開始された。

「在宅医療での医療機関と薬局の連携強化」から、病院薬剤師と薬局薬剤師が相互に連携し、退院時共同服薬指導を実施することで、患者の薬物療法を向上させるなど良質な医療の提供を目指すと共に、患者に薬剤師の職能と薬物療法の安全性への貢献度が見える形で提供することを目的として実施されている。

## ●薬剤部門の取り組み

### Q. 本モデル事業（退院時共同服薬指導）を立ち上げた経緯

A. 退院時共同指導料が報酬上算定可能となる前より、病院薬剤師の実施している薬剤管理指導業務が点数算定至上主義に走っていると実感していた。特に退院時に外来移行する患者に対して薬剤師の関わりが少なく、薬物療法の安全性を担保する上で職能を果たしていないと考えていた。その頃に、行政に勤務していた知り合いの薬剤師も、薬剤師全体として患者の医療圏での役割を十分に発揮していないとの考えで、薬剤師の地域医療における活動を模索していた。両者の意見が一致した頃に退院時共同指導料が新たに算定可能となった。

そこで、大阪府が中心となり、新たなモデル事業を展開することで退院時に外来移行する患者に対して薬剤師の関わりを積極化させることが出来ると考え、中河内地区（二次医療圏）の公立病院・薬剤師会に対して説明会を開催して参加を募った。

但し、本事業は薬剤師の活動が患者の目に見えることを第一目的と捉えていることから、退院時共同服薬指導という新たな視点に基づいた新事業であり、いわゆる診療報酬上の退院時共同指導を実施・推進するためのモデル事業ではない。

今回、あえて診療報酬の算定ができなくとも、保険薬局との連携を行いたいと考えた根底には、お薬手帳の単なる定型化などの問題を解決すべく、人一人のつながりを尊重して退院時の指導を充実させ、在宅移行に限らず、良好な外来移行へつなげたいと考えたからである。

また算定にこだわらなかった、もう一方の理由としては、冒頭にも述べたが病院薬剤師が実施している現在の薬剤管理指導業務に対して疑問を抱いているからである。実際に病院経営面から保険算定点数として要求されているが、診療報酬算定を基準とする業務だけやっていたら薬剤師の存在意義は無くなると思う。医療スタッフのみならず、まず患者に対して真に必要とされるのかが重要である。患者が入院した時から退院の後まで、どういう病態があって、どういう状態であったか、身体的、精神的な側面を踏まえ、きっちり在宅医療を支える担当者に伝えられる。そういうことをしていくためには、単なる薬歴や退院時指導記録のような紙媒体だけでは、難しいと考える。

## **Q. 薬剤師の地域医療への取り組みについて**

**A.** 連続性という意味で地域医療を考えると、外来（薬局）から入院する所、また入院から外来（薬局）に行く所において医療情報が一部途切れる。病院にとっては、持参薬などのチェックなどにおいて入院時にかかりつけ薬局から情報を得ることが極めて重要である。また逆に、入院中に病院で患者にどのような変化があったのかをかかりつけの薬局に対して退院時に直接情報提供をする必要性も非常に高いと考える。そして最終的には、医療全体の中で、患者が入院中であれ外来であれ、すべての流れにおいて連続的に薬剤師が関与する姿を構築したい。

現在、これらの業務を実施しても診療報酬は算定できない。しかし、患者の目に見える本来必要な業務を薬剤師が実施していくことで、政治の力だけではなく、国民の声が薬剤師の診療報酬に対して異論がでてこないようなものが構築できることだと思う。

（回答者 但馬重俊）

## **Q. 本モデル事業の進展に必要なものは？**

**A.** 本モデル事業では、保険薬局との情報共有化のシステムとして院内につなげるべく、構築した経緯がある。これまでの十数例の事例からは、在宅のIVHやがん疼痛治療などでは、門前薬局より、広く地域に根差した面対応の薬局で意義があるのではないかと感じている。患者が退院後も引き続き質の高い医療が受けるためには、いわゆるかかりつけ薬局で患者との信頼関係を強くし、患者から「今度入院します」と言ってもらえるような関係を薬局が築ければ、更にこの事業は進むものとする。

（回答者 長谷圭悟）

## **保険薬局の取り組み**

### **Q. 退院時共同服薬指導を実際に行われた事例について**

**A.** 胃がん全摘出後再発し、がん性疼痛、全身症状悪化のため入退院を繰り返し、在宅での疼痛管理と中心静脈栄養管理が必要となった事例がある。入院中の薬物療法（疼痛管理など）や栄養管理の状況について病院薬剤師と情報共有することは、患者の不安を解消し医療の継続性を保つことに繋がる。

### **Q. 退院時共同服薬指導の具体的な利点は？**

**A.** レスキューの2時間毎投与や、IVH管理など、患者と家族が非常に不安に思っていた部分を薬局としてサポートできる体制ができると思われた。また、実際にこの患者の在宅用の輸液など、病院から患者宅へ調製後お届けするという周到な準備ができた。このように、病院での処方意図が理解できたことは、今後も在宅へ薬局業務をつなげる大きなヒントとなったと思う。また、病院薬剤師と薬局薬剤師の垣根がなくなることで、さらに患者を介した指導ができやすくなるのではないかと考える。

（回答者 勝山千男）

## 薬剤師会の取り組み

### Q. 院内で病院薬剤師と共に退院時共同服薬指導を実施して効果的だと感じたことは？

A. かかりつけの患者さんが入院され、退院後外来（薬局）に戻ってきたときに、処方内容が殆ど変更され、服薬指導に困ることが幾度かあった。このような経験から、退院時にベッドサイドに立ち会い、病院での状態が聞けるということが実現すれば、非常に参考になると考えた。実際に病院薬剤師と共に退院時共同服薬指導を実施して感じたことは、病院薬剤師と薬局薬剤師が繋がっているという印象を患者さんが持ってくれたということである。このような取り組みにより、医療に連続性を持たせられることで、薬局における患者ケアにおいて患者さんと密接な関係を築くことができる。

### Q. 退院時共同服薬指導を実施して病院薬剤師と薬局薬剤師の連携は変わったか？

A. 従来、薬局から病院へ行く際は、何か敷居が高いと感じた。しかし本事業を通じて病院で一緒に患者指導を行うことで、病院の敷居がかなり低くなった。また、病院からも薬局薬剤師に声をかけやすくなったと言われる。更に、病院薬剤師の患者指導の方法が非常に参考になり、日常業務において有用と思われた。

（回答者 山村万里子）

### Q. 薬局のモデル事業への取り組みの現状と今後

A. 中河内地区は分業がどこまで拡大していくかの問題がある。現在の分業率は40%だが、中核病院が分業していないため、一旦入院すると退院後も外来は院内薬局になってしまう。そのため退院時共同服薬指導に該当する患者が少なく、薬局が積極的に在宅指導まで踏み込んでいる所も少ない。また、86薬局が薬剤師会会員だが、いろいろな薬局に話を聞くと、中河内方式の退院時共同服薬指導を進めたいという意向があることは強く感じるが、点数がつかないということで、積極的に動けないという事情もあるようだ。お薬手帳などの情報では足りない部分などは、薬局から病院へ出向いて患者さんや病院職員と情報共有するのが最善であるため、そのためのアプローチを多方面から行っている。一方、他職種との連携を考えると、「脳卒中地域連携パス」が中河内地区で動き出す。これで看護師、ケアマネの方々との共同指導ができるようになると思っている。このことも働きかけのひとつとなるよう願う。

（回答者 滝野清美）

## 大学の取り組み

### Q. 本事業のバックアップ体制について

A. 本事業に対して薬局薬剤師を対象としたアンケートを実施する予定である。事例がまだ少ないため、単純集計程度となると思うが、事例の集積とともに詳しい分析を行い薬剤師会へフィードバックしたいと考える。

また、退院時共同服薬指導によってチームの中での薬剤師の役割を示すために、何らかの方法で病院薬剤師の業務評価も検討している。

更に、病院薬剤師と薬局薬剤師間における情報共有化を目的としたWEBでのコミュニケーションツールや患者支援ツールを作っていきたいと思っている。

(回答者 高田充隆、小川雅史、初田泰敏)

## ★訪問後記

### 中河内地区における薬薬連携 モデル事業から得られたヒント

#### ①新たな可能性へのアプローチ～提言～

退院時共同指導に限らず、より一層の薬薬連携に向けての壁として、少なからず課題になってくるのが、保険診療報酬の算定基準である。算定基準に沿った業務を実施しようとすると、現実的には実行不可能な項目が散見し、これが薬剤師の積極的な活動の阻害要因となっている。一方、算定には至らずとも、薬剤師間で連携を取って医療に役立てている事実もある。今後は、現状を把握した上で、退院時共同指導での600点という高額な診療報酬ではなく、より低い点数であっても、必要不可欠、且つ実行可能な新たな算定基準を作ること、薬剤師が積極的に患者と医療関係者に関わる環境を整備する可能性を、見据えていくべきなのかもしれない。現場で実現困難なことに評価としてのフィーを設けるのではなく、必要とされてなおかつ、実行可能なことにフィーを設けていく方向へシフトチェンジしたほうが理想的なのではないか。

では、いったい何が必要とされるのか。その内容は職種毎に異なった意見があると思われるが、薬剤師としては、これまでの推測に基づく調剤を打破し、事実に基づいた調剤及び患者指導を行うためには何が必要なのかを考えるべきである。実際には退院時共同指導の推進を論じる前に、薬剤師として患者にどう関わっていくかについて、算定基準の真の意味合いと共に、見直すべき時期なのかもしれない。

それに続くヒントとなるアプローチとしては、以下が考えられる。直接患者の治療効果や退院時の状況を病院薬剤師、薬局薬剤師が共同で確認することによって、病院薬剤師としては、担当した患者を責任持って退院させたい、さらに、薬局と病院とが密接な連携をとることによって、患者が退院した後もスムーズな連続性をもって、外来での適切な医療が受けられるようにという考えが浮かんでくる。薬局薬剤師としては、お薬手帳のみでは不十分な情報（カルテ記載内容や処方意図など）の把握をもとに、しっかりと

した服薬指導につながり、かかりつけ薬局の機能を存分に果たせる。その継続から、薬薬連携の充実(顔が見える関係)と何よりも患者自身の安心感に直結するのではないだろうか。

## ②退院時共同指導に結びつけるプロセスとして


退院時共同指導で、必ず問題となる点は、病院内でのカンファレンスを開く際の患者に関わる医療スタッフの時間的制約があげられる。保険薬局においてはその時間帯は店を閉めなければ可能性もありうる。

また現在、薬剤師が関与した退院時共同指導の実施率が極めて低い現状からすると、病院と薬局の薬剤師相互の連携がとれてない状況の中で、いきなり多職種との連携が成立するはずもないことも理由として考えられる。

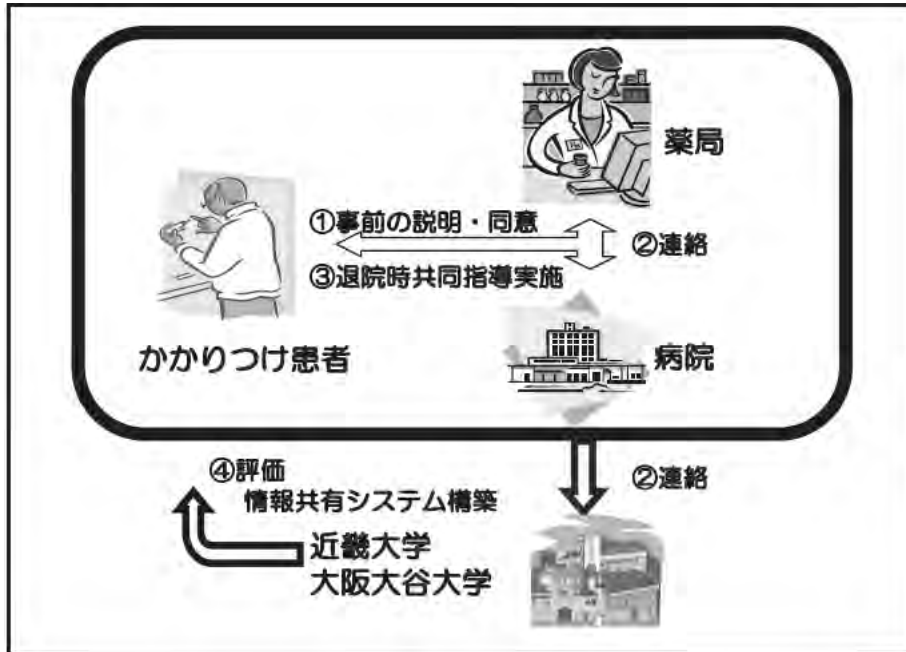
この点、今回の中河内地区の退院時共同服薬指導事業モデルは、まず薬剤師同士でスムーズに連携を取り合える環境を構築することを前提に事業がスタートした。従って、今後退院時共同指導を推進する上でも、第一ステップとして、中河内地区のような取り組みを実施してから徐々に移行していくこともヒントになるものと考えられる。

薬薬連携をさらに発展させて退院時共同指導に薬剤師の行動をうまく連動させるためのプロセスとして、病院 - 薬局間のモデル事業の進展に暫く目が離せなそうだ。

(濃沼 記)

<p>《事業主体》 薬薬連携モデル事業実行委員会</p> <p>《構成》 (薬剤師会) 布施、枚岡、河内、八尾、柏原 (病院) 東大阪市立総合病院、八尾市立病院 市立柏原病院 (大学) 近畿大学薬学部、大阪大谷大学薬学 (行政) 大阪府藤井寺保健所</p>	<h3>5.中河内方式退院時共同指導の特徴</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>• 診療報酬を目的としていない。</li><li>• 患者、病院の了解のもと病院薬剤師と薬局薬剤師の連携で実施できる。</li><li>• 地域の複数の病院薬剤部と保険薬局が地域医療連携の一環として参画している。</li><li>• 薬局主導で実施できる。</li><li>• 第三者(大学)による評価が行われる。</li></ul> <p style="text-align: center;"></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center;"><p>診療報酬上の評価が無い無報酬の事業であるが、中河内医療圏全体で取り組んでおり、地域医療における医療連携の一部として機能できる事業である</p></div>
--	---





安心して服薬していただけるよう  
病院と薬局の薬剤師が連携します

病院と薬局、ふたりの薬剤師さんが、私の薬について服薬指導してくれるから安心だわ。

薬局 薬剤師

病院 薬剤師

共同服薬指導

共同服薬指導後は服薬後の体調など、かかりつけ薬局でも相談を受け付けます

心配や不安があれば、一緒に指導したかかりつけ薬局でも相談できますよ。

これから入院等される方へ

退院時等の服薬指導モデル事業に  
**ご協力ください**

かかりつけ薬局の薬剤師が、あらかじめあなたの同意を得て、退院時に服薬指導を病院薬剤師と共同で実施することにより、薬物療法の向上と、良質な医療の提供を目指します。

かかりつけ薬局の薬剤師と病院の薬剤師が共同服薬指導できるのは下記病院に入院される方が対象です

○東大阪市立総合病院 ○八尾市立病院 ○市立柏原病院

ご協力いただける方、詳しくお知りになりたい方は当薬局のスタッフにおたずねください

薬業連携モデル事業実行委員会

※この事業で知れた情報については本事業の目的以外には使用しません。

## まとめ

### 在宅医療を支える地域連携

日本病院薬剤師会療養病床委員会 委員長  
退院時共同指導取り組み事例集作成事業  
統括責任者 賀勢泰子

## はじめに

本事例集作成にあたっては、退院時共同指導にチームで取り組みその成果を地域の患者ケアに生かしておられる病院や保険薬局の薬剤師やコメディカル、また訪問看護ステーション等多くの関連施設の方々に多大なご協力を戴きました。まずは、ご協力戴き本事例集を完成することが出来ましたことに厚く御礼を申し上げます。どの事例におきましても示唆に富む取り組みを展開し、地域医療を支える今後の病院薬剤師の役割を明らかに示しています。これから業務展開を考えている薬剤師にも、現在取り組み中の薬剤師にとっても貴重な参考資料として活用戴けるものに仕上がっております。本事例集が新たな業務展開の一助となり、地域の実情にあわせたアクションのきっかけとなるよう願っております。日本病院薬剤師会療養病床委員会（以下委員会）では地域連携、薬薬連携を強化すべく退院時共同指導の推進活動を展開してきました。この大きな理由は、超高齢社会における様々な社会的背景を踏まえ医療のありかたや医療・介護の連携が大きく変化していくなかで地域医療における薬剤師の関与と薬学的ケアは不可欠であると考えためです。

## 社会的背景

現在、我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している、②近年の状況変化（雇用基盤の変化、高齢化、医療の高度化、格差の拡大等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えています。

### 参考資料1)

さらに、超高齢化社会に対応するため社会保障制度の見直しが行進中、入院病床は今後大幅に削減される方向にあります（図-1）、地域の療養高齢者、要介護高齢者は増加が予想されています。将来、病院から地域（居宅や介護保険施設等）へ療養の場を移行する際には、薬剤師の関与する場も変化が予想され、医療的・薬学的ケアの継続と充実、患者情報の共有が大きな課題となります。（図-2）こうしたニーズに応じた医療・介護機能の分化と在宅における医療的ケアの充実には、地域における他職種連携が大きな鍵となり、薬剤師にとっても、今後の医療・介護保険制度の改革に迅速に対応し、地域連携・薬薬連携への参画が強く求められています。

このように入院医療から在宅医療へとシフトする中、国民が安心して良質な医療・介

護を受けられるよう持続可能な制度を構築するためには、運営の効率化を図りつつ医療・介護のサービス提供体制と保険制度の機能を強化する必要に迫られています。こうして、医療機関と地域の医療チームとの連携を強化し、シームレスな医療・介護サービスの継続を図り患者を継ぎ目なくフォローアップするための取り組みとして、退院時共同指導、介護支援連携指導料などの制度が整備されてきた経緯があります。(図-3)

このような社会的背景のなか、薬剤師にも切れ目のない安心安全な医療および薬物療法の提供が求められています。地域の特性や施設の種別、機能、規模などにより薬剤師の役割も様々ですが、薬剤師が組織の垣根を越えて地域と連携し、積極的に在宅医療・地域連携に取り組むことは地域医療・在宅医療の質を確実に向上させるものです。

冒頭でも述べましたが、当委員会では、地域との情報共有と連携を図る退院時共同指導を推進することにより医療連携体制を強化し、地域完結型医療の提供を目的とした活動を継続しています。平成20年10月には退院時共同指導の全国実態調査を実施しましたが、思うように連携が進んでいない状況に打開策としてアクションプランを作成する必要があると痛感し本事例集作成に至りました。

参考資料2)

## 地域連携の実際

訪問施設は、本文にあるように千葉・愛知・宮城・長崎・福島、大阪、広島計1府6県にわたり、病院・保険薬局・関連機関等全14施設となりました。

事例1 長寿医療センターでは、院内の「褥瘡ケアチーム」における薬剤師の創傷皮膚科学に基づいた薬学的ケアを地域へ拡大し、退院後の患者のQOL向上を目標に「早期治癒」にむけ在宅医療を全面的にバックアップしています。

事例2 みやぎ県南中核病院では、退院時共同指導を通じて入院中の「緩和ケア」における薬学的ケア情報を在宅医療担当者へ提供しきめ細かに情報共有しながら患者個別の「疼痛コントロールを可能」としています。

事例3 尾道市立市民病院では、地域支援病院として薬剤師会や医師会との良好な連携のもと、ほぼすべての退院カンファレンスに病院薬剤師、保険薬剤師が参加、入院中に薬剤管理指導業務で得た薬学的ケア情報を共有しています。NSTの視点で作成している「栄養管理ファイル」は退院後の退院後の薬物療法および栄養療法の向上に貢献しています。

事例4 独立行政法人国立病院機構 福井病院では入院中のきめ細かな薬剤管理指導業務で得た服薬管理に必要な情報を在宅のご家族や介護施設など退院後のケアを担う「すべてのスタッフに伝達」し、「退院後のコンプライアンス向上」を図っています。

事例5 医療法人東明会下総病院では、病院薬剤師が薬剤管理指導の算定に関わらず入院中から退院後に至るまですべての過程にかかわり「全入院患者の情報」を把握し、入院中の薬学的ケア情報を退院後のケアを担う担当者へ提供し「在宅療養の医療の質・患

者の QOL 向上」を実現させています。

事例6長崎リハビリテーション病院では、回復期リハビリテーション病棟の取り組み事例として、服薬能力やゴールもそれぞれ異なる患者の退院後を想定した個別の薬学的ケアや服薬支援を実践し、「多職種間の連携をベース」として「退院後の薬学的ケアの継続」を図っています。

事例番外編では、退院時共同指導の算定には至っていないものの、病院薬剤師は入院中に単なる服薬指導にとどまらず退院にむけて「個別の薬学的ケアを充実」させ、「地域の保険薬剤師と信頼関係のもとで情報共有」し、患者の薬学的ケアの継続を図っています。

限られた事例ながら、訪問施設における薬薬連携は、口腔ケアや褥瘡、慢性期療養、回復期リハビリテーション、緩和ケア、栄養ケアなど様々で、それぞれの病院機能に応じた病院薬剤師の役割が明確に示されました。チーム医療の一員としての病院薬剤師と連携している職種は、院内外の看護師、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、社会福祉士、保険薬局薬剤師、介護支援専門員等多くにおよびました。

## ●多職種連携のエンドポイントは患者の QOL 向上

事例集作成の施設訪問を通じて、地域医療を支えるチーム医療の実際を体感し、病院薬剤師の果たす役割を明確にすることができました。また、患者に対する病院薬剤師の関わりは、“退院”までの限られた期間における単なる服薬指導ではなく、チーム医療の一員として多職種と共同して患者の「在宅での QOL 向上」をエンドポイントとした薬学的ケアを提供するという病棟薬剤業務を実践している点が共通していたことに注目して戴きたいと考えています。

また、病院薬剤師が退院時共同指導を通じ、円滑な薬・薬連携を構築するためのインセンティブには、まずは病棟薬剤業務のあり方、入院初期から退院後の療養生活や QOL を見据えた係わりが問われていると考えられます。また、この事例集作成のプロセスにおいて、地域連携が円滑にすすむには医師、薬剤師、看護師、コメディカルが個々に専門性を発揮することが出来るバランスのとれたチーム編成が必要であり、ケアチームにおける人と人の密な信頼関係が築かれていることが重要であることも学ばせて戴きました。

## ●おわりに

今後のさらなる実施率向上および情報共有の質的向上のためには、実施可能な要件を備えた施設への積極的な働きかけや、病棟業務の充実、情報共有のあり方や診療報酬体系の再構築も視野にいれ、病院薬剤師の関わりを検討し、適切な要望として関わっていくことも効果的であると考えられます。

参考資料 3)。

病院薬剤師は、ともすれば退院までを目標に入院時の薬学的ケアを設定しがちではないでしょうか。しかし、今後は、多職種からなる医療チームと共に退院後の療養生活における患者の QOL 向上を目標に設定し入院時の薬学的ケアを実践しなければなりません。この目標を達成するには、在宅療養を支えている保険薬剤師とも連携し入院時のアセスメントを適切に行う必要があるのではないかとの思いもあります。退院に際しては、患者の在宅療養の質的向上と QOL 向上を目指し、退院時共同指導を実施、地域の保険薬剤師や訪問看護ステーション、地域支援病院や診療所、介護施設の医師等の在宅支援医療チームと共に入院中の患者情報を共有する必要があります (図-4)。

我々薬剤師が地域医療、在宅医療をシームレスに支えるための取り組みを拡大し、共に在宅医療の質的向上と患者のQOL向上に貢献する時代はすぐ目の前にあります。退院時共同指導等による患者情報の共有や医療・介護連携が当たり前に行われる社会を我々薬剤師の手で実現させるために、本事例集を活用していただければ幸いです。

## 謝 辞

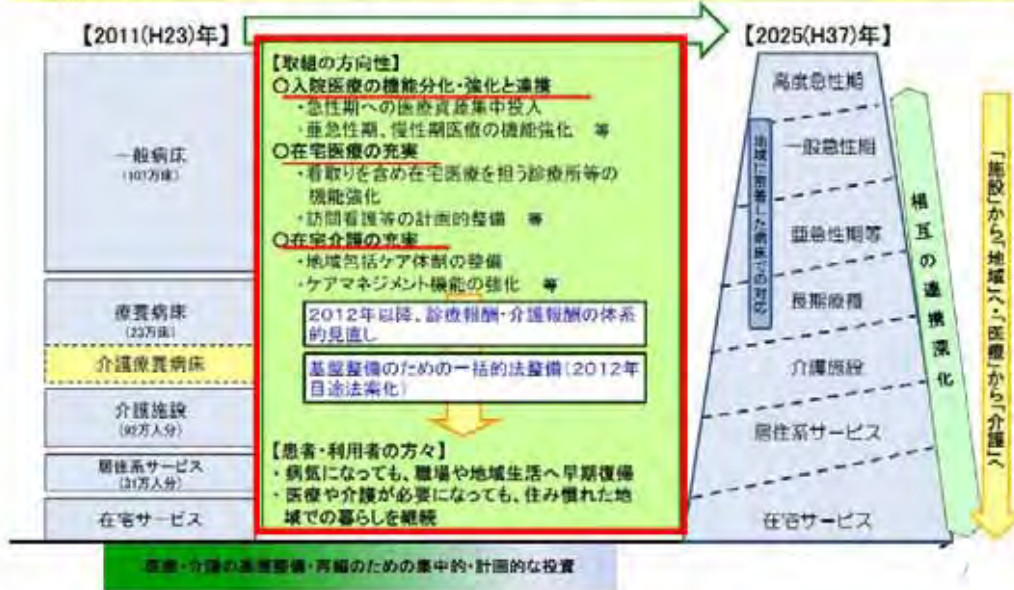
この度の退院時共同指導事例集の作成に際して訪問にご協力いただいた多くの関係者の皆様に心より御礼を申しあげますと共に全国各地へ赴き事例のとりまとめを戴いた濃沼班長はじめ療養病床委員会委員ならびに編集協力者としてご支援を戴き致しました日本大学薬学部6年生、田口雄基君、平田美寿貴さんにこころより感謝申し上げます。

## 参考資料

- 1) 厚生労働省:社会保障改革に関する集中検討会議(第6回)「社会保障制度改革の方向性と具体策について」  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001bxcx-att/2r9852000001bxee.pdf>
- 2) 佐藤秀昭, 賀勢泰子, 宮崎美子, 濃沼政美他:退院時指導業務に関する現状調査報告 : 日本病院薬剤師会雑誌, 46(2), 149-158 (2010)
- 3) 濃沼政美, 宮崎美子, 賀勢泰子, 佐藤秀昭他:退院時共同指導の推進を目的としたオペレーションズ・リサーチ 日本病院薬剤師会療養病床委員会の取り組み, 医療薬学, 36(5), 301-309 (2010)
- 4) 日本病院薬剤師会総務部:平成22年度「病院薬剤部門の現状調査」集計結果報告:日本病院薬剤師会雑誌, 47(6), 629-693 (2011)

## 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



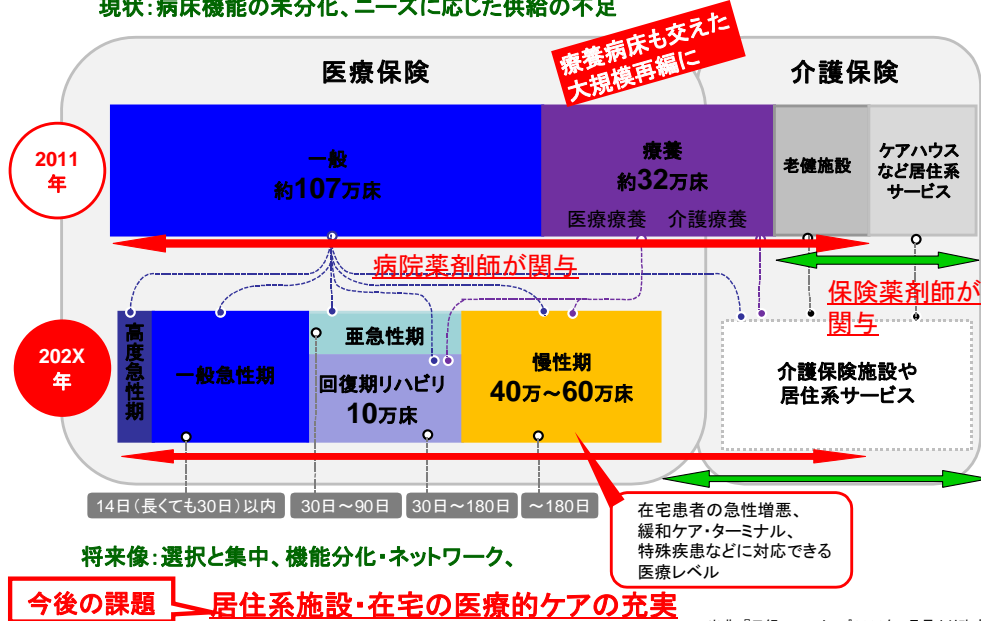
中医協資料 2011年10月5日

図-1

## 社会的背景

### 医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状: 病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



出典:『日経ヘルスケア』2008年7月号より改変

図-2

# 急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価

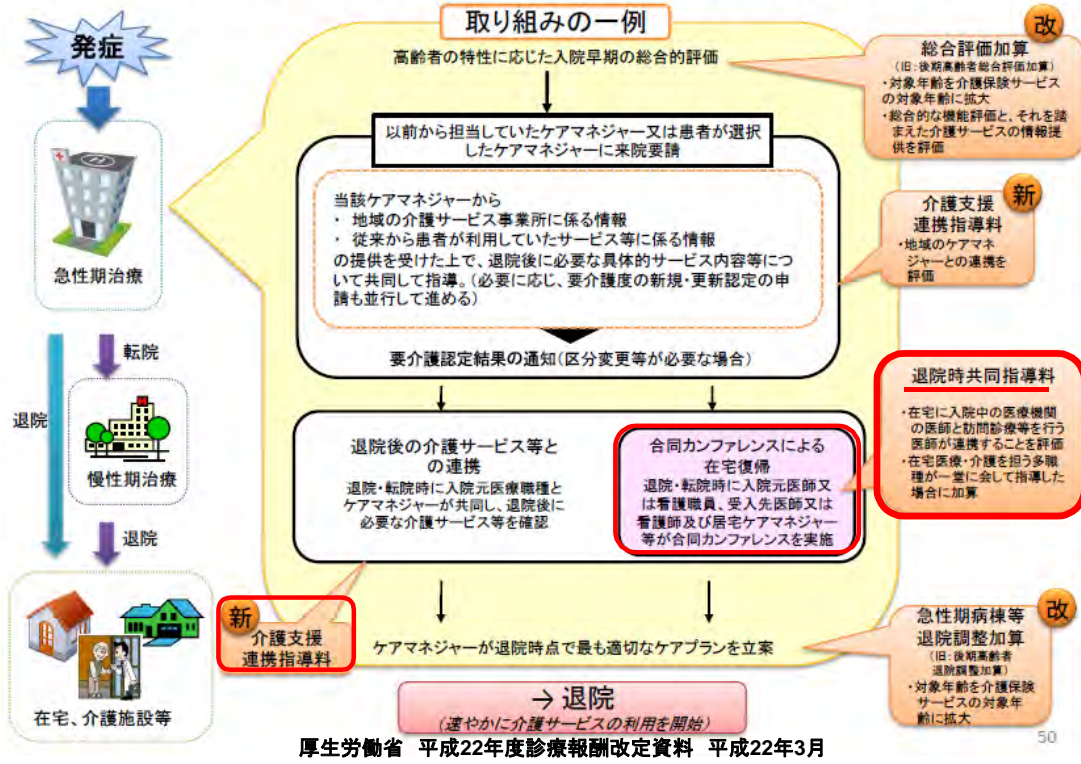


図-3

## 一従来型の連携と患者情報の共有一

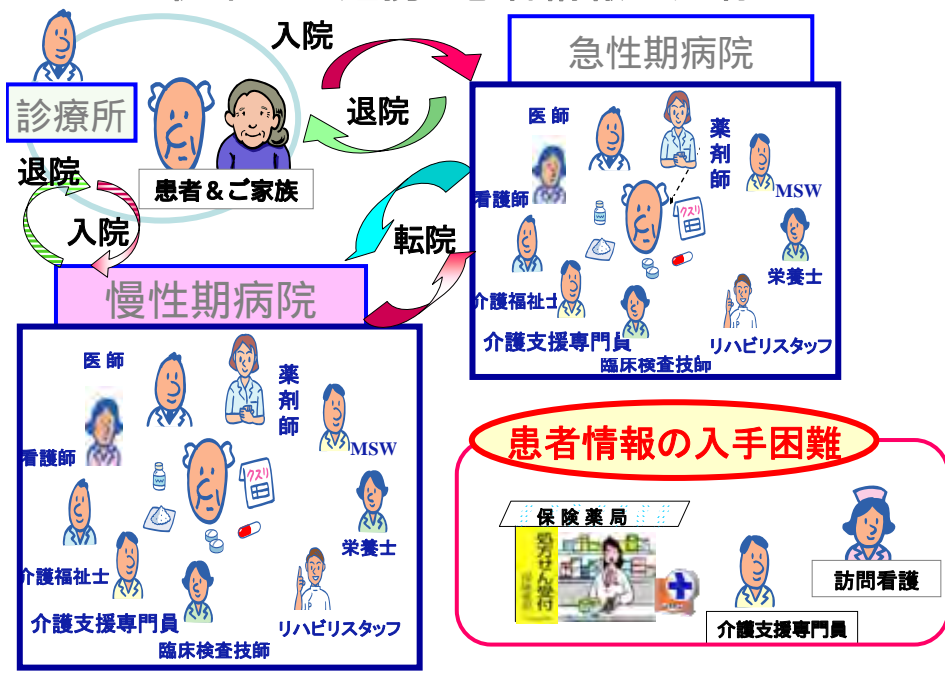


図-4

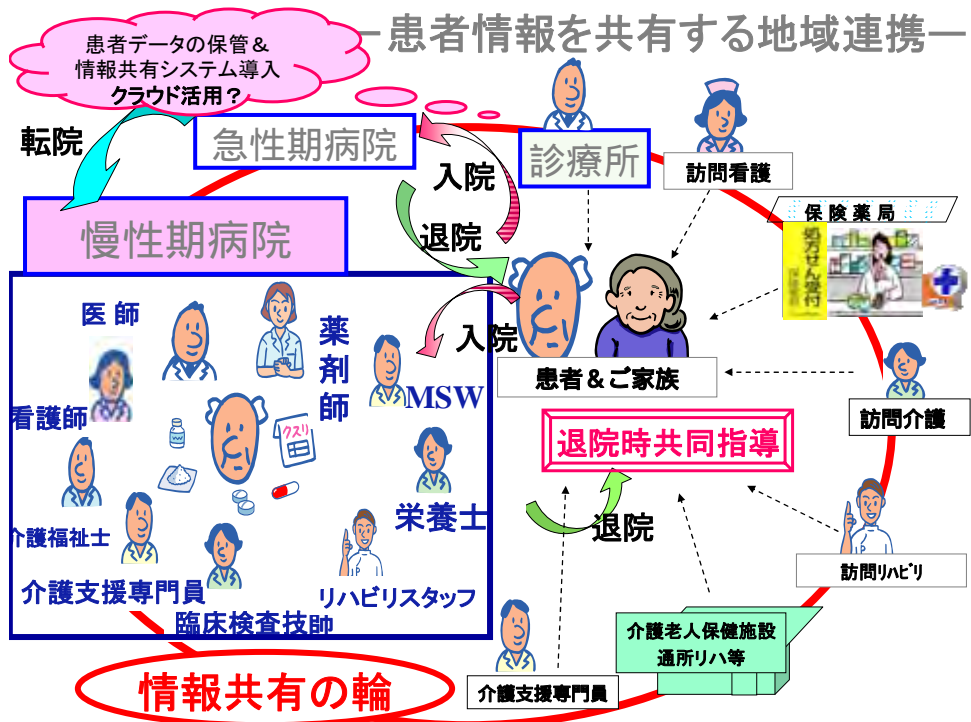


図-5





## 退院時共同指導取り組み事例集

2012年3月24日 初版発行

---

編集 一般社団法人 日本病院薬剤師会療養病床委員会

### 日本病院薬剤師会 療養病床委員会

退院時共同指導取り組み事例集作成事業

◎統括責任者：賀勢泰子委員長 ○班長（編集・取材責任者）：濃沼政美委員  
班員 宮崎美子委員・田中協委員・田原雅子委員・棗則明副委員長・  
足岡秀樹委員・岡村正夫委員・沖村綾子委員・杉浦孝委員

編集協力：田口雄基・平田美寿貴（日本大学薬学部）