

ポスター | 薬剤情報システム

ポスター12

薬剤情報システム

2019年11月24日(日) 10:00 ～ 11:00 ポスター会場1 (国際展示場 展示ホール8)

[4-P1-2-05] 病棟薬剤業務支援ツール「病棟患者一覧」を使った医療の質改善 - 「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」への適用

○木下 元一¹ (1. 名古屋第二赤十字病院)

キーワード : high alert medication, pharmacist, PDCA cycle, quality indicator

【はじめに】厚生労働省は平成22年に「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始し、施設名付きで公開することとした。日本赤十字社の病院グループは、平成30年度に本事業に参加し数値を公表した。当院は赤十字病院の平均値39.4%に対して22.2%と低い数値だった。今年度のQIとして目標値を決め、PDCAサイクルを回す取り組みを開始した。

【目的】「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」の目標値を50%とし、病棟薬剤業務支援ツール「病棟患者一覧」の有効性を確認する。

方法：1.病棟別、薬剤師別の指導実施率を日別でグラフ化し、今年度のQIとし目標を50%に設定し、薬剤師の認知度を上げた。2.「病棟患者一覧」の表示項目に、安全管理が必要な薬剤（ハイリスク薬）の処方情報と指導実施状況を追加し、進捗確認できるようにした。3.電子カルテの服薬指導テンプレートの薬品選択画面を改修した。

【結果】取り組み前後数ヶ月で、月平均の指導実施率は23.6%から54.1%と上昇した。

【考察】薬剤部では、医療職の働き方改革が進み実労働時間が減る中でITを活用して従来以上の業務効率を得ることに努めてきた。そのような中で「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」を数値化し、公表することに積極的に取り組みたい。当院の初期の数値の上昇は、病棟担当薬剤師が指導実施状況をリアルタイムに把握することで薬剤管理指導料1に対する認識が高まったことや、指導内容の確認と医事業務課の協力により算定漏れを防げたことによる。その後の数値を維持するためには本システムを活用した見える化と監視（PDCAサイクル）が有効だった。当院は、服薬指導率、疑義照会率と変更率、正確な医薬品アレルギー情報記載率を薬剤師のQIとして業務に取り組んできた。今回は「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」をQIとして取り組み薬剤師業務を全うしていきたい。

病棟薬剤業務支援ツール「病棟患者一覧」を使った医療の質改善 -「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」への適用 -

木下 元一^{*1}、鶴飼 和宏^{*1}、牧原 明秀^{*1}

^{*1} 名古屋第二赤十字病院薬剤部

Improve the quality of medical care using the pharmaceutical management tool for hospitalized patient - Utilized in "High Risk Drug Compliance Implementation Rate" -

Genichi KINOSHITA ^{*1}, Kazuhiro UKAI ^{*1}, Akihide MAKIHARA ^{*1}

^{*1} Department of Pharmacy, Japanese Red Cross Nagoya Daini Hospital

Introduction: In 2010, the Ministry of Health, Labor and Welfare started a project to publish medical quality assessment indicators with facility names. The Japanese Red Cross Society participated in this project in FY2018 and released the figures. Our hospital had a low figure of 22.2% against the average of 39.4%.

Purpose: We set the target value to 35% and decided to confirm the effectiveness of the information system we developed.

Method: The implementation rate was plotted on a daily basis for each ward and pharmacist. The tool displays the prescription content and implementation status of high-risk medications. Modified the electronic medical record template.

Result: The monthly average rate increased from 23.6% to 54.1%.

Keywords: high alert medication, pharmacist, PDCA cycle, quality indicator

1. 緒論

厚生労働省は平成 22 年に「医療の質の評価・公表等推進事業」を開始し、医療の質に関する情報を施設名付きで公開することを呼びかけた。日本赤十字社の病院グループは、平成 30 年度から本事業に参加し、「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」の数値を公表した。赤十字病院の平均値 39.4% に対し、当院は 22.2% と低値だった。今年の Quality Indicator (以下、QI) として目標値を決め、PDCA サイクルを回す取り組みを開始した。

2. 開発目的と目標

医療の質の向上のために、「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」の数値改善をはかる。その目標達成に向け、病棟薬剤業務支援ツール「病棟患者一覧」を使用し、数値を 35% に改善する。

3. システム概要

本システムは病棟薬剤師が病棟業務を始める前に確認する患者情報一覧であり、担当する病棟の患者名および服薬指導の実施状況、腎機能、一部の禁忌薬、入院日と手術日および退院日と転院先、持参薬報告の実施状況、使用済麻薬の返却状況、アレルギーの登録状況と情報の質を一覧で参照できる。また、担当する患者の入院中の退院指導用紙とお薬手帳用紙を印刷でき、入院中の指導記録を参照できる。

今回は、病棟毎の「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」を表示し、直近のハイリスク薬の処方情報と指導状況を表示する列を追加した。(図 1)

3.1 目標設定

病棟薬剤師に目標設定の意義と当院の現状説明を行い、今年の QI として 35% (薬剤管理指導料 1 に基づく数値) に設定した。

3.2 「病棟患者一覧」のシステム改修

「病棟患者一覧」に、安全管理が必要な薬剤 (ハイリスク薬)

の処方情報と指導実施状況を表示した。電子カルテの服薬指導テンプレートを改修した。

3.3 効果把握のためのシステム開発

指導実施率推移の把握ができるようにグラフ化し(図 2)、さらに病棟別、薬剤師別に比較できるようにした(図 3)。



図 2 実施率の推移 (QI としてのグラフ)



図 3 実施率の推移 (病棟/薬剤師別)

4 システム評価

取り組み前後 6 ヶ月の平均で、安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率は 20.9% から 41.2% と上昇した。とくにシステムが稼働した 2019 年 4 月は 54.1% に達した。服薬指導率は

83.0%から83.8%にわずかに上昇した。退院指導は20.6%から21.1%に上昇した。服薬指導含む病棟業務時間は533時間/週から518時間/週に減少した。時間外業務時間は3,271時間から3,528時間に増えた(表1)。

表1 システム導入と運用の結果

期 間	2016年7-12月	2017年7-12月	2018年7-12月	2019年1-6月
薬剤師数	52人	51人	51人	51人
時間外業務	3,592時間	3,385時間	3,271時間	3,528時間
病棟業務時間 (服薬指導含む)	622時間/週	565時間/週	533時間/週	518時間/週
使用済み麻薬の返却遅滞インシデント数 ^①	6件	1件	0件	0件
服薬歴の診療録記載率 ^②	61.90%	64.30%	64.70%	68.30%
薬剤情報提供書/お薬手帳印刷回数	377件	5,390件	4,619件	4,085件
服薬指導の診療録記載率 ^③	78.40%	80.80%	83.00%	83.80%
退院時の服薬指導診療録記載率 ^④	5.50%	18.40%	20.60%	21.10%
安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率 ^⑤	24.50%	21.50%	20.90%	41.20%

4 考察

病院の機能比較として、病院独自の QI の公表が進められてきたが、更新頻度のバラツキ、医療機関の地域性や機能の違いによって評価や実務への反映が難しかった。今回、厚生労働省が施設名付きで「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」の公表することに日本赤十字社が参加したことによって、赤十字病院間の比較が可能になり、近隣の参加医療機関との比較も可能になった。今回、高度急性期病院であるはずの当院の数値が低いことが明らかになった。

「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」の数値を一定以上に維持することは、単に診療報酬の算定率が低いというだけでなく、医薬品の安全に関わる記録が診療録にないという高度急性期病院にはあってはならないことで、薬剤師の存在意義を問われかねない。

我々は、本社から公表数値(当時 17%)を提示された 2018 年 12 月に対応策の検討に入った。病棟薬剤師への声かけで 2019 年 1 月には 30%を超えた。4 月からシステム改修により

病棟担当薬剤師が薬剤管理指導料 1 の実施状況をリアルタイムに把握することで認識が高まり、薬剤業務課と医事課の協力により算定漏れを防げた。なお、薬剤管理指導料全体の件数は微増であることから、今回の成果は薬剤管理指導料 2 から薬剤管理指導料 1 への置き換えが主である。

明らかになった問題点

- 1. 一週間に複数回指導記録を残すときの自動算定で、薬剤管理指導料 2 から薬剤管理指導料 1 への置き換えがされていなかった。また、診療録のテンプレートに使いにくい部分があった。
- 2. 医事課担当者の算定方法に不統一があった。
- 3. 薬剤業務課及び病棟薬剤師は、数値が異常に低いことを認識しておらず、評価もしていなかった。

1 に対しては関連するプログラムの改修、2 に対しては医事課との打ち合わせを行った。3 に対しては、本システムを活用した見える化と監視が有効で 50%を超えるようになった。

当院はこれまで、服薬指導率、疑義照会率と変更率、正確な医薬品アレルギー情報記載率を薬剤師の QI として業務に取り組んできた。今回は「安全管理が必要な薬剤の服薬指導実施率」を QI として取り組むことで、50%以上の数値を維持していきたい。

参考文献

- 1) 木下 元一. 電子カルテ情報を利用した病棟薬剤業務支援ツール「病棟患者一覧」の評価. 医療情報学連合大会論文集. (一社)日本医療情報学会, 2018:950-951.



図1 「病棟患者一覧」2019 年 4 月からハイリスク薬の列を追加