

## 「診療情報提供書」を活用した保険薬局との情報共有 ～薬薬連携による糖尿病地域医療への貢献～

糖尿病は長期にわたる自己管理を必要とする一方で、患者さんの血糖コントロールと合併症の早期発見・治療には薬剤師による継続的なサポートが欠かせない。地域医療連携を推進する中で、特に病院薬剤師と薬局薬剤師による役割分担と連携体制の構築に向けて、春日井市民病院（愛知県春日井市・562床）では、糖尿病療養指導士の資格を持つ薬剤師が中心となり、退院時に保険薬局に対して「診療情報提供書」を作成している。この取り組みは、入院と退院後の外来治療をつなぐシームレスな療養指導だけではなく、逆紹介率を押し上げることで病院機能の向上にも貢献している。



薬剤部  
部長

さかた ひろし  
**坂田 洋** 先生



薬剤部 科長補佐  
糖尿病療養指導士

はっとり よしあき  
**服部 芳明** 先生



薬剤部 薬剤科 主任  
糖尿病療養指導士

たなか のぶあき  
**田中 伸明** 先生



薬剤部 薬剤科 主任  
糖尿病療養指導士

おおいわ たくま  
**大岩 拓馬** 先生

### 糖尿病チーム医療の推進と 薬薬連携への取り組み

春日井市民病院は愛知県尾張北部医療圏の基幹病院として急性期医療を担う。薬剤部は全病棟に加え手術室や化学療法センターにも薬剤師を配置するとともに、臨床検査値と連動した独自開発の処方監査システムを活用し、薬物療法の安全性や有効性の確保に取り組んでいる。薬剤部長の坂田先生は、「地域医療の支援を使命とする病院の薬剤部として、病院の中だけに目を向けているわけにはいきません。地域の医療機関、特に保険薬局との連携は重要であり、10年程前から定期的に勉強会や協議を行ってきました」と話す。

同院は糖尿病治療においても地域の中心的な存在として、2009年7月に糖尿病センターを開設、2014年6月には大幅な拡充を行い、診療および地域連携の体制を強化した。薬剤部も糖尿病療養指導士の服部先生、田中先生、大岩先生を中心に、病棟での薬学的管理

指導業務のほか、糖尿病療養指導チームとして、週1回の糖尿病教室での指導、さらに糖尿病デーなどのイベント企画、患者向け情報提供ツールの作成などに携わっている。

糖尿病センターの開設を機に糖尿病の薬薬連携に着手した経緯を、服部先生は次のように説明する。「地域の薬剤師会と協議を重ねるうちに、保険薬局が持つ患者情報が極めて少なく、特に入院中の経過や処方変更を知らずに服薬指導を行う不安などを知り、危機感を持ちました。保険薬局を含めたチーム医療の推進は糖尿病センターの方針でもあり、薬剤師間の情報共有に取り組むことにしました」

入退院時に保険薬局との間で相互にファクスで情報交換する取り組みは約1年半継続したが、2012年度の病棟薬剤業務実施加算新設に伴う病棟業務へのシフト、がん治療における薬薬連携の強化など、薬剤部の業務体制見直しにより一時中断を余儀なくされた。しかし、

薬剤師会から再開の強い要望もあり、薬剤部では2015年1月、医師による情報を加えた「診療情報提供書」を用いた新たな連携システムをスタートさせた。

### 薬剤師が作成して医師が発行する 「診療情報提供書」

診療情報提供書は医師または医師事務作業補助者が作成することが一般的だが、同院では病院薬剤師が薬局薬剤師に伝えたい情報を記入後、医師が確認・修正・追記した上で、医師の責任において発行する点に特徴がある。「もっとも、形式上は医師が発行しますが、実質的には糖尿病療養指導チームから保険薬局への情報提供と位置付けています」と服部先生は言う。

対象となるのは、①糖尿病教育入院パスを利用、②糖尿病教室に参加、③退院後に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う、④その他、薬薬連携が必要と判断される一のいずれかに該当する患者さんであり、月平均5～6名になる。入院時に

病棟薬剤師の田中先生、大岩先生がかりつけ薬局を確認し、保険薬局への情報提供について同意を得る。退院時には病棟薬剤師が電子カルテで診療情報提供書を作成し、医療連携室に連絡する。その後内容を主治医が確認し、かかりつけ薬局にファクスで送る(資料1)。

記載内容は、①入院傷病名、②入院までの経過、③入院時の検査値(HbA1cを含む血液検査、尿検査など)、④治療目標(指示カロリー・運動療法)、⑤治療の経過、⑥退院時処方、⑦退院後指導項目や特記事項などで、必要に応じて主治医が治療方針や薬局薬剤師への依頼事項などを追加する(資料2)。

「文字数に制限はないため、患者さんの希望や治療意欲、特に注意してフォローして欲しい点などをできるだけ記入します。詳細な患者情報を知ること、薬局薬剤師がその方に適した指導を考えるきっかけになり、スキルアップにもつながればと思っています」(田中先生)。

「また、医師からの指導依頼は薬局薬剤師のやりがいにもなるのではないのでしょうか。情報の記入には最低でも30分、情報が多ければ60分を要するため、病院薬剤師の業務負担は増えますが、それに見合う価値はあると思います」(大岩先生)

病院薬剤師から保険薬局への診療情報提供は、病院の経営面でも意味を持つ。退院後に保険薬局による在宅患

者訪問薬剤管理指導の対象となる患者さんの情報を保険薬局に提供した場合、診療報酬として「診療情報提供料(I)250点」が患者1人につき月1回算定できるほか、逆紹介に該当するため、地域医療支援病院の要件である逆紹介率を高める。「さらに、薬剤師による文書の作成は医師の業務負担軽減にも貢献していると考えています」と坂田先生は言う。

取り組みを開始して1年が経ち、成果の評価が次の課題となる。紹介患者が多いため退院後の治療経過の把握が難しいという問題はあるが、症例がある程度蓄積されれば薬剤師会と協力して調査することも検討していくという。

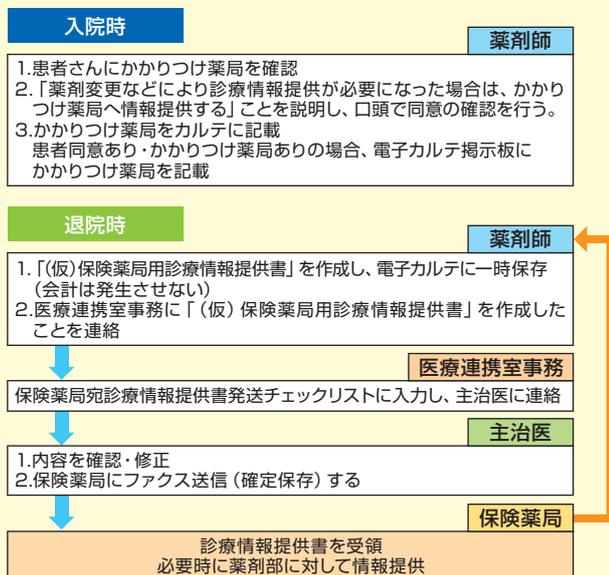
### 地域全体の医療の質向上のために

現在、外来の糖尿病患者さんについては、薬剤師は必要時のみの対応となっているが、糖尿病センターの医師、看護師からは常駐を要請されており、田中先生自身も外来での指導の必要性を強く感じている。「入院治療によって血糖を改善できても、退院後も維持しHbA1c6%台を目指すのは容易ではありませんし、合併症対策も重要です。服薬コンプライアンスの向上や医薬品の適正使用に薬剤師は貢献できますので、医師とともに総合的な合併症管理ができる職能を生かして診療のサポートができればと思います」

一方、大岩先生は糖尿病チームでの経験を腎臓病のチーム医療に生かしたいと、他職種と協力して腎臓病教室の開催などに取り組んでいる。「近年、糖尿病性腎症の増加が問題になっていますが、当院では糖尿病専門医と腎臓病専門医が連携し、糖尿病の初期段階から末期腎不全までの対応を一貫して行っています。薬剤師も同様にそれぞれの専門性を生かして連携体制が築ければと考えています」と意欲を示す。

地域の薬剤師全体のレベルアップを目指して取り組みを続けてきた服部先生は、「大切なのは病院からの一方的な押し付けではなく、対話を通じてより良い方法を一緒に考え、信頼関係を築いていくことです。糖尿病で構築した連携システムを、今後優先順位を考慮しながら他の疾患にも広げていきたいと思えます」と話す。坂田先生も同じ思いから、地域薬剤師会の有志とともに「薬薬連携コンソーシアム」を設立し、連携強化に取り組んでいる。「病院薬剤師と薬局薬剤師が立場を超えて、自由な発想で楽しみながら共に成長する場にしたいと考えています。地域医療の中核を担う病院の薬剤部として、地域全体の医療の質の向上を目指すとともに、患者さんをはじめ関わりを持つ全ての人に満足感を提供できる薬剤師の育成に力を尽くします」

資料1 診療情報提供書の発行フローチャート  
(在宅薬剤管理指導を行わない糖尿病患者の場合)



資料2 糖尿病患者薬薬連携 診療情報提供書

