

特集●地域医療最前線-1

鹿児島県下初の試みが始動

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者の
在宅療養を支える「療養通所介護」が出水市に登場!

レストケア出水在宅医療センター ●鹿児島県出水市

特集●地域医療最前線-2

人吉を医療と介護の里に~

医療と介護の一体的な提供で
高齢者が暮らしやすい町づくりを!
医療法人愛生会が複合型高齢者施設
「愛生会長寿センター」をオープン

医療法人愛生会外山内科、愛生会外山病院、複合型高齢者施設「愛生会長寿センター」 ●熊本県人吉市

セミナーレポート

NPO法人「よりよい地域 医療を応援する会」が始動

設立記念セミナーで
地域の医療関係者に向け決意表明!

Pharma Future Series

「薬局で行う、在宅医療」

シリーズ●一押しME機器(システム提案編)
診療予約システム事情

エリア情報●クラブ活動レポート

今日も元気ハツラツ!
創設25年を迎えた
小池病院野球部の
熱いプレーにエールを!

シリーズ●見える化のススメ
診療現場における
見える化とは②





〈フレンチ・ブルドッグ〉

がっしりとした体つきで、被毛はなめらか短毛で極めて鼻が短い小型犬です。特徴的なのはコウモリが羽を広げたような耳で、バット・イアと呼ばれています。尾は通常短く、ほとんど振る事はできません。体高と体長のバランスが良く、室内飼育に向くサイズです。ブルドッグのような頑固さは見られず、ほとんど吠えない飼育しやすい犬種です。時にボストン・テリアと混同される場合があります、現在では血統書を発行するにあたり、フレンチ・ブルドッグかボストン・テリアかをDNA鑑定することがあるようです。利口で愛情深い性格で、基本的には人懐っこく甘えん坊なワンちゃんです。

【参考:ウイキペディア (Wikipedia): フリー百科事典】

contents

- 02 ● **〈地域医療最前線-1〉** レストケア出水在宅医療センター（鹿児島県出水市）
鹿児島県下初の試みが始動 中重度者の在宅療養を支える「療養通所介護」が出水市に登場！
- 06 🌟 **〈地域医療最前線-2〉** 医療法人愛生会 複合型高齢者施設「愛生会長寿センター」（熊本県人吉市）
人吉を医療と介護の里に～ 医療と介護の一体的な提供で高齢者が暮らしやすい町づくりを！
- 10 ● **〈セミナーレポート〉**
NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」が始動。設立記念セミナーで地域の医療関係者に向け決意表明！
- 13 🌟 **〈TOPIC〉**
2010年度診療報酬改定のポイント（地域医療連携に関する改定（その1））
- 16 ● **〈Safe Master懇話会報告〉**
「情報共有」は病院間でも大切であることを認識！
- 18 🌟 **〈Pharma Future Series〉** 有限会社中央薬局おおざの店（福岡県太宰府市）
薬局で行う在宅医療（第2話：高齢者の多様な居住系施設にどうアプローチする？）
- 21 ● **ほっとたいむ**（ココラでちょっと一息ついてみませんか？）
- 22 🌟 **〈医薬品情報〉**
医薬品新規収載関連ニュース
- 25 ● **〈医療機器情報〉**
一押し！ME機器（システム提案編）**診療予約システム事情**
- 28 🌟 **〈誌上セミナー〉**
人材マネジメント活性化のすすめ
- 30 ● **〈クラブ活動レポート〉**
今日も元気ハツラツ！創設25年を迎えた小池病院野球部の熱いプレーにエールを！
- 32 🌟 **〈見える化のススめ-02〉**
診療現場における見える化とは②
- 36 ● **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

鹿児島県下初の試みが始動

株式会社エルリストン「レストケア出水在宅医療センター（訪問ナースセンター／デイ・ホスピスセンター）」

healthcare Report 地域医療最前線(1)



森口隆則社長

2010年5月、鹿児島県出水市に訪問看護ステーションと療養通所介護の2つの機能を持つ「レストケア出水在宅医療センター」がオープンしました。療養通所介護とは、難病やがん末期等の患者で、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者の在宅療養を支えるために2006年度に創設された通所サービスの一つです。在宅医療の推進が求められる中で重要な役割が期待されていますが、創設より4年が経過した今もあまり普及しているとは言い難い状況です。鹿児島県で初めてこの療養通所介護事業に取り組む株式会社エルリストンの代表取締役・森口隆則社長を訪ね、その決断に至った経緯や実際の内容についてうかがいました。

（救急医療の現場から転身を決意。
医療ニーズの高い要介護者の
在宅療養に光を当てたい）

最初に、森口社長から立ち上げの経緯などについてうかがいました。

「まず、私どもの社名は“エルリストン(EL LISTON)”といい、これは『散歩道』という意味のイタリア語です。それで、ロゴマークはその散歩道にある草花をイメージしました。左の葉は新緑で赤ちゃん、右の山吹色は紅葉に見立てお年寄りを表しています。医療の必要度が高い方であれば年齢に関係なく、等しくサービスを提供したいとの思いでつけた名称です。また、この事業所名にある『レストケア』は『レスパイト(休息)』と『ケア』を表します。休息はご家族に、ケアは患者さんという意味です。私どもが守りたいのは在宅療養されている患者さんだけでなく、ご家族も守りたいとの思いで、レストケアという名をつけました。」

看護師、救急救命士、臨床工学技士の資格を持つ森

口社長は、ここを立ち上げる前は、地域の拠点病院である出水総合医療センター(334床)に22年間在職し、その間、院内に臨床工学科を立ち上げるなど、急性期医療の現場で活躍していたそうです。地域の拠点病院を辞めてまで、新事業を立ち上げた経緯について森口社長はこう語ります。

「病院では7年かけて臨床工学科を立ち上げました。臨床工学技士としてあらゆる装置を駆使して救命できればと考えたからです。そういうわけで、若い頃は救命に成功するたびに心の中でガッツポーズをしている自分でしたが、15年を過ぎた頃から何か心に変化を感じるようになりました。そんなある日の救命治療の最中、助けを請う家族の悲痛な訴えが自分に向けられたとき、機械の数値をみるだけで、患者・家族の置かれている状況がまるで見えていなかったと悟りショックを受けました。またその日、人工呼吸器を装着して入院する場合、装置が大掛かりなうえ退院が難しいため、必ず奥のベッドに配置されるという現実も目の当たりにしました。その日を境に、患者さんを守るだけでなく、家族の方々も守れるような医療をやりたいと思うようになって

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ中重度者の在宅療養を支える「療養通所介護」が出水市に登場！

●鹿児島県出水市上知識町806番地



いました。そこで見つけた答えがこのセンターの開設でした。」

しかし、その頃はまだ、療養通所介護は制度化されておらず、森口社長はしばらくの間、人工呼吸器や中心静脈栄養など病院で行っている医療処置を在宅で行うためにはどうするか模索することになるわけですが、2006年に療養通所介護の制度が創設され、その実現に向けて事業計画を本格的に練ることができるようになったといいます。

（開設準備では「在宅医療センター」という事業所名の許可をめぐり行政に理解を求める）

さてこうして本格的に動き始めた森口社長でしたが、何せ鹿児島県でまだ誰もやったことがない事業を立ち上げるわけですから、一筋縄ではいかなかったとのこと、株式会社設立から土地選定、建物設計、資金調達、開設許可申請等手続に至るまで、病院勤務の傍らすべて自分で行わなければならない、その都度、療養通所介護がどんなサービスなのか説明して回り大変だったようです。開設許可を巡り、こんなやり取りもあったそうです。

「開設にあたり事前協議を行うため、行政の窓口担当者に連絡をとってみると、『在宅医療センター』という言葉を用いることに法的な問題はないが、地域住民が診療を行うものと勘違いするのではないかと言われました。確かにそうかもしれませんが、『医療』をはずして『在宅センター』とした場合、これまでのデイサービス等の施設と混同されてしまうことの方がもっと多いのではないかと危惧されます。従来のデイサービスでは医療ニーズの高い患者さんを受入れられない現状がある一方で、平均在院日数の短縮化を目指す急性期病院でもこうした患者さんの退院後の受け皿がほとんどないため、大いに困っているわけです。ここでやろうとしていることは、これまでの介護サービスとは全く違う、気管切開や人工呼吸器などの装着にも対応できる、『医療に特化した訪問・通所サービス施設』だということを地域の皆さんに分っていただく必要がありましたので、『医療』という文言は外せませんでした。その思いを込めた『要望書』を県に提出するなどして、ようやく認められました。」

まさに産みの苦しみを味わった森口社長ですが、どんな困難にも真正面から本音でぶつかっていく姿勢に、きっとその担当者も心を打たれバックアップしてくれたのではないかと想像します。

「もう二度と在宅には戻れない」と
いわれた人にサプライズを!
夢は、人工呼吸器を付けた方でも
普通に散歩ができる施設づくり

こうして5月から業務を開始した同センターですが、開設から今日までの短い期間に濃い時間を過ごすスタッフたちは様々なことを経験し、日毎に成長しているといえます。

「まだ3か月しか経っていませんが、すでに6名の方について在宅での看取りを支援しました。呼吸が止まる瞬間まで家族に見守られながら最期を迎えられ、その素晴らしい光景に我々も深く感動しました。また、人工呼吸器を装着しているため、実家から歩いて5分のところにお住まいなのに十数年来一度も実家に帰ったことがなく生きる希望を失っている方がいらっしゃいました。そこで療養通所介護のお迎えに行った時いきなり実家にお連れしました。甥っ子さんたちも総出で出迎えてくれて、職員数人と私とで人工呼吸器を抱えながら部屋まで入り、ようやくその方はお母さんの仏壇に手を合わせることができました。その方は『もう死ぬまで家には戻れないと思い絶望していましたが、願いが叶ってうれしい』と涙ながらに話してくれました。このように病院や自宅等から一歩も外に出れなかった人に希望の光をお届けしたい、もう一度サプライズを起こしたい、というのが私たちのやろうとしていることなんです。」と森口社長。エルリストン(散歩道)の社名のとおりに、利用者が人工呼吸器を傍らに携えて散歩できるような環境づくりが夢だと語ります。

医療と介護の連携で、全ての人が
安心して在宅療養できる
地域を目指したい

「今、私たちが意識しているのは、『慢性期疾患の救急』ということです。このセンターが対象とする医療ニーズが高い患者さんは、いつ何時どうなるかわからない状態にあるわけですが、私たちはそれぞれが急性期病院でチーム医療を実践してきた専門職の集まりです。日頃からその方の正常値を把握していれば、異常をすぐにでも察知できます。ここは、病院と同じように医療機器類が使えますので、医師からの指示があれば、素早く対処できます。そのためには在宅医療を行っていただけの医師の存在が大きいわけです。また、これまで

医療と介護の連携がうまく取れていないため、医療ニーズが反映されていないケアプランが立てられることがあり、それが救急患者を生んでいる原因の一つにもなっていると感じています。そのためには、介護支援専門員の方がかかりつけ医との連携を密にしていく必要があります。私たちがその橋渡しになればとも思っています。」

森口社長は、現在、「重度心身障害児」施設として県の委託契約に向けて活動中です。「制度のない中で、もし認可をいただくようなことになれば、小児に対してもカバーできることとなります。これからも思い立ったらどんどん行動していきます。」と力強い決意表明を聞かせていただき、取材を終えました。

●レストケア出水在宅医療センターの施設内の様子…



■森口社長(前列左)とスタッフの皆さん(取材当日センターにいた方のみ)
現在の総スタッフ数は社長含めると14名。看護職員6名、理学療法士1名、介護職員3名、事務2名、
経理1名という構成になっている。(うち、臨床工学技士、救急救命士の有資格者も在籍)



■デイルームから段差なくそのまま出ることができる庭園
センターいち押しのお癒しスポットだ。



■訪問ナースセンター(訪問看護ステーション)
24時間365日体制で、高機能訪問看護を提供。事務所は木の温もりを感じる天井の梁の
合間から天窓の柔らかな光が差し込み落ち着いた雰囲気を出している。



■療養通所介護のデイルーム
利用定員は8名。通常のデイサービスとの大きな違いは人員配置にある。ここでは1対1の個別対応を実現。(施設基準は1.5対1)。



■様々な機械が装着されている利用者の一人(左)
■入浴介助の様子(右)



■新設備の導入
1. 地中熱を利用した空調換気システム(左)
外気温が低くても室内が常に安定した一定温度を保ちながら、新鮮な空気が流れる。
2. ウルトラ次亜ソート水生成器(右)
インフルエンザ、ノロウィルス等の感染対策に貢献。創部の洗浄等にも使用できる。



■利用者と挨拶を交わす森口社長

〈連携医療機関にインタビュー〉
連携医療機関を代表して3名の
キーパーソンに感想をいただきました。

医療法人秀成会
福永内科循環器科
福永秀哲院長・談



「私は開業前に出水総合医療センターにいましたが、彼(森口社長)とはそこで知り合いました。一緒に在籍した期間は短かったのですが、熱い情熱を持った仕事振りが印象的でした。私が開業した後も、何かにつけ相談に来るものですから、彼とは今でも親しくお付き合いしています。今回のレストケアの件でもよく相談に乗りました。彼は一度決めたら突っ走るタイプな

ので、私はいつもブレーキ役です(笑)。レストケアの構想は彼の究極の夢でしたので、療養通所介護が制度化されるのをきっかけに私もようやくブレーキを外すことができました。訪問看護ステーションが少ないこの地域にあつて、ここまで医療機器が扱えるところは他にありません。これからも医療と介護の橋渡しになってくれることを期待しています。」

医療法人豊腎会
林泌尿器科クリニック
林豊秀院長・談



「当院は人工透析センターを併設する泌尿器科クリニックです。出水総合医療センターと連携し、人工透析患者の退院支援に携わる機会が数多くありますが、ほとんど寝たきり状態にある人工透析患者の場合、在宅に帰れず長期入院を余儀なくされている人も沢山いらっしゃいます。また、在宅で自己腹膜灌流などを行っている患者さんにとっても朗報です。やはり在宅での療養は不安でいっぱいなんです。そんな時に医療機関と在宅との間にワンクッション入って療養管理してもらえるわけですので、我々病院側も患者・家族の方々も皆、とても助かっています。ただし療養通所介護の制度を知らずに、どういうときに紹介して良いのかイメージが湧かないというドクターもまだまだ大勢いますので、森口社長には、そういう面も含めてがんばってもらいたいと思っています。」

出水総合医療センター
(地域医療連携室・医療相談室)
上原吉雄さん・談



「森口さんは、ついこの間まで当病院にお勤めでしたので、よく存じています。森口さんをはじめレストケアさんには、ここで急性期医療に携わる専門スタッフだった人が多いので、人工呼吸器をはじめ医療機器の扱いに慣れていますし、急性増悪した場合の処置の仕方も熟知していて、安心してお任せできます。

入院中に行う退院調整カンファレンスにも来ていただき、在宅療養上の細かな相談にもいろいろと知恵を貸してくれますし、救急外来の経験も豊富な看護師さんがコーディネータ役として常駐してくれている点も助かっています。レストケアさんは今や重要なパートナーです。」

人吉を医療と介護の里に～

医療法人愛生会外山内科(人工腎臓センター等併設)、愛生会外山病院(一般47床・介護療養32床・老人保健

healthcare Report 地域医療最前線(2)



外山博之理事長

在宅医療促進のカギを握る高齢者向けの多様な居住系施設の建設が進む中、熊本県人吉市でもこの6月、高齢者の在宅を支援する様々なサービスを複合的に提供する「愛生会長寿センター」がオープンしました。その設置主体は、これまでも医療・介護に関連する施設を数多く手掛ける医療法人愛生会。その外山博之理事長を訪ね、今回のねらいや経緯についてお尋ねしました。

（第4次医療法改正の施行に伴い、 2002年に外来と入院機能の分離など、 第一次組織改編を果たす）

愛生会における最初の組織改編は病院機能の分担と介護サービスへの参入でした。今から8年前のことです。当時、第4次医療法改正(2001年3月)の施行により、病院はどこも病室面積や廊下幅等の療養環境の整備と、一般と療養の病床区分の明確化(2003年8月末までに届出)を迫られていました。愛生会外山病院では、この問題を病院の新築移転でクリアーし、同時に、旧建物では従来の外来機能を担う無床診療所(外山内科)を開設、入院と外来の機能分担を図りました。外山博之理事長は当時を振り返ってこう語ります。

「ここ(現・外山内科)のすぐ近くの広い土地が購入でき、病室や廊下幅も広く療養環境を整えた病院を新築することができました。新病院では入院機能を移設するのが主な目的でしたので、旧建物では外来機能等をそのまま受け継ぐ診療所(外山内科)を開設することにしました。病院の外来は、その診療所をフォローする目的で夜間などの急患対応のみ行っています。さらにこれを機に、地域の介護ニーズに対応するため、新病院では介護老人保健施設(入所34名、短期6床)とデイケアセン

ター(定員40名)を併設しました。しかも都合の良いことに、この土地にはかつて銭湯(温泉)がありましたので、その温泉の権利を取得し、天然温泉のある施設として、皆さんにとっても喜ばれています。

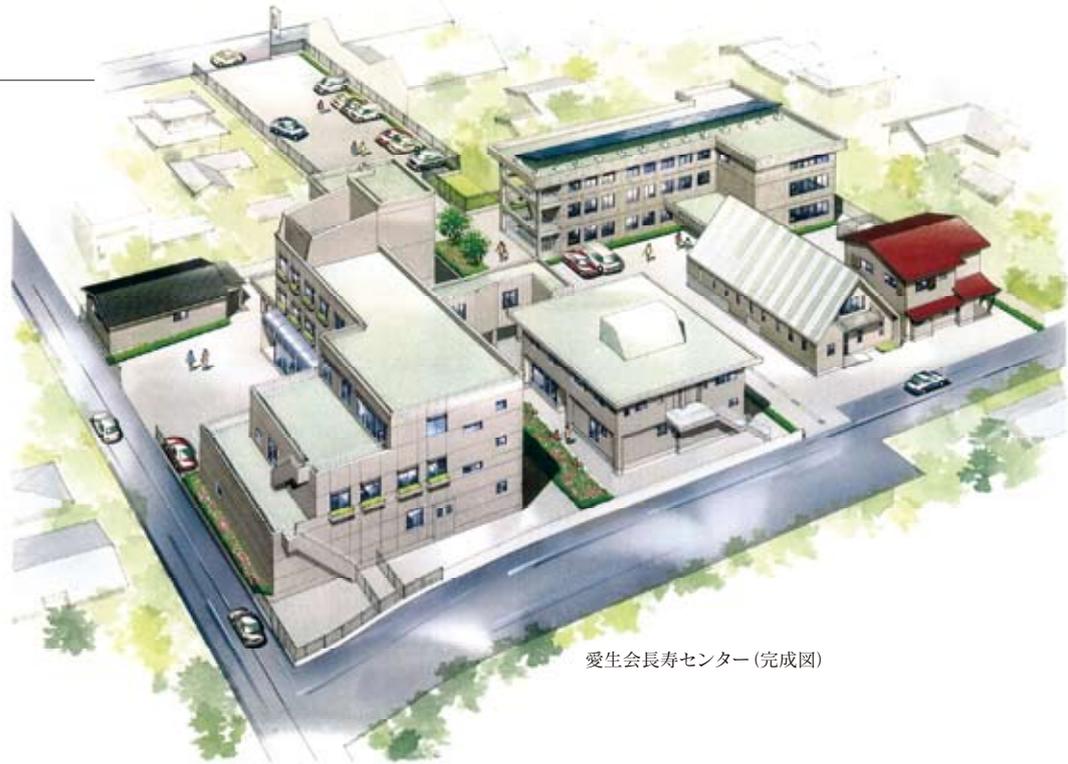
病棟がそっくり移転した旧建物の方は、当然広い空きスペースが残ります。それを利用して、無床診療所でありながら人工透析センターと健診センターを併設し、また、認知症対応のニーズが高まっていたことから、4・5階のフロアにグループホーム(認知症対応型共同生活介護)を2ユニット(18名)、3階には、認知症対応型デイサービス(12名)を開設しました。さらに訪問診療・訪問看護も手掛けることで、町のかかりつけ医としての機能の充実化も図りました。」

（人吉市の地域密着型 サービス整備事業への手挙げが、 愛生会長寿センター創設のきっかけに）

こうして医療法人愛生会は、医療・保健それに介護を複合的に提供できる体制を整えたわけですが、次の事業展開を行うきっかけは、意外に早く訪れました。それは、2006年度の介護保険制度の改正により地域密着型サービスの整備計画が開始されたことでした。

医療と介護の一体的な提供で高齢者が暮らしやすい町づくりを！ 医療法人愛生会が複合型高齢者施設「愛生会長寿センター」をオープン

施設34床)、複合型高齢者施設「愛生会長寿センター」●熊本県人吉市



愛生会長寿センター(完成図)

「地域密着型サービスの創設により、人吉市でも校区ごとに小規模多機能生活介護事業やグループホームなどの整備計画が立てられ、ここの地区でも事業者の募集が開始されました。ちょうどその頃、外山内科の隣接地に購入話が舞い込んで来ました。その土地を活用した事業計画を立てコンペに応募したところ、私どもの計画が認められ、小規模多機能居宅介護と認知症対応型共同生活介護(グループホーム)について整備事業者として枠が与えられました。この2つの事業の開設が認められたことで、有料老人ホームやデイサービスを加えた地域密着型の高齢者複合施設の建設計画を実行に移すことができたわけです。そして今年6月に長寿センターとしてオープンいたしました。」と理事長。

長寿センターでは広い敷地を活かし、地域における多様な介護ニーズを考慮しながら、さまざまなサービス機能を持った建物を配置、その種類の多さに圧倒されます。センター長に就任された外山理事長のもとでセンター全体を管理するホーム長の町田美治さんに案内していただきながら、さっそく長寿センターを訪問してみたいと思います。

（愛生会長寿センターの実際）

まず、長寿センターの敷地内に入ると正面に小さな中庭があり、その小路に立つ「不老門」が出迎えてくれます。この長寿センターのシンボルであり、ここに来る人皆の長寿を願って設けられています。私たちもさっそく門をくぐりながら、建物に入ることにしました。

長寿センターは、土地購入のときに建物がそのまま残っていたことから、新築すべきものと改修すべきものをうまく使い分け、効率的でしかも利用しやすいような配置を心がけたとのこと。A棟・B棟・C棟の3棟に主なサービスを集約、その周りに付随的な機能を持った別棟がそれぞれに配置されています。最初に、新築した「A棟」を見せていただきました。

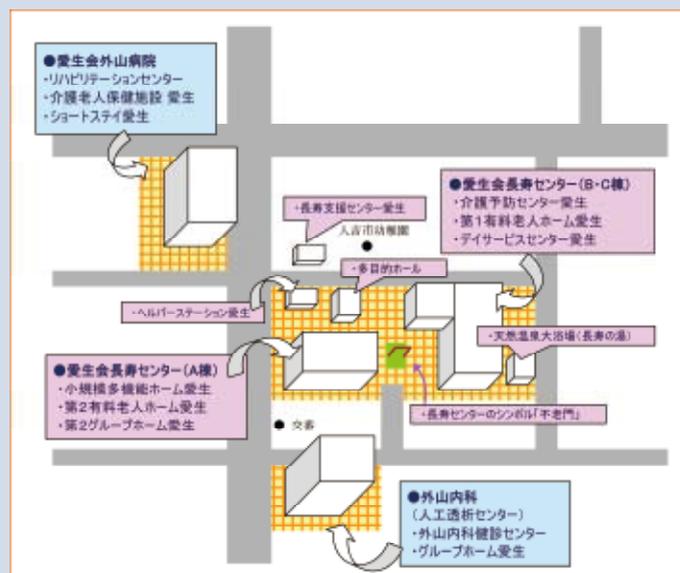
「A棟は3階建てで、1階に小規模多機能ホーム(登録25名・通い15名・泊まり9名)、2階に第2有料老人ホーム(定員9名)、3階に第2グループホーム(定員9名)を配置しています。小規模多機能ホームは、登録いただいた地域の高齢者の方々にデイサービスとショートステイを一体的に提供し、高齢者の在宅生活を支援する拠点のような役割を担っています。しかしながら登録いただく利用者の中には、今のままのお住まいで生活するのがきびしい方もいらっしゃることから、小規模多機能ホーム登録者に限定した有料老人ホームを2階に用意しました。3階には第2グループホームとして

1ユニットを設置、すでに外山内科にある2ユニットと合わせると合計で27名の利用が可能となりました。また、認知症への対応としては、センター全体での取り組みではありますが、認知機能や身辺自立機能などの維持改善を図る目的で、公文式学習療法を取り入れています。スタッフ一同、利用者の皆様と楽しく学習しています。」と町田ホーム長。利用者に対するきめ細かな対応がうかがえます。

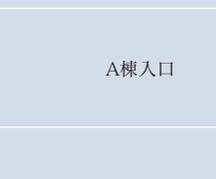
さらに、このA棟最大の特徴として「太陽光発電システム」の設置があります。環境への貢献を謳い、使用する電気を可能な限り太陽光発電で賄うことができるようにと、屋上全面に太陽光パネルが設置されています。1階の玄関付近の壁には大きなモニター用ディスプレイが設置され、現在の気象情報と発電状況がリアルタイムに表示されています。その効果としては、推定で原油換算削減量4,856L/年、CO₂換算削減量7,285kg-C/年、森林面積換算値3,683ha/年などの数値が期待できるそうです。

次にB・C棟の方をみていきましょう。B棟の1階は介護予防デイサービス(定員30名)です。パワーリハビリ等の機器類が充実しています。2階・3階は第1有料老人ホームです。25室あり定員は30名です。ここはA棟の第2有料老人ホームとちがひ、概ね60歳以上の高齢者であれば、特に入居の制限は設けられていません。B棟からC棟に行くには2階の渡り廊下(D棟)を通ります。C棟は認知症対応型デイサービスセンター(定員12名)です。手厚い職員配置で個別ケアの充実が図られています。

そのほか、多目的ホール(E棟)、ヘルパーステーション(H棟)、長寿支援センター(居宅介護支援事業所・I棟)といった間接的な部門のものは、既存の建物を極力再利用しコストを抑える一方で、外山病院から温泉を引いて長寿センターでも温泉を利用できるようにするなど、メリハリを効かせた初期投資を行っています。特に天然温泉大浴場「長寿の湯」(F棟)は、長寿センターの看板施設となっています。



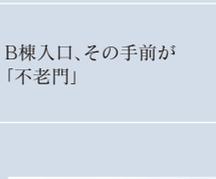
愛生会長寿センター敷地への車両出入口



A棟入口



天然温泉大浴場(長寿の湯)



B棟入口、その手前が「不老門」



外山内科



愛生会外山病院



〈太陽光発電システム〉
屋上の太陽電池モジュール



階玄関付近に掲示された
気象情報・発電情報
公報用モニター



長寿センターA棟入口付近



A棟・小規模多機能ホーム



B棟・介護予防
(デイサービス)センター



公公式学習療法の掲示

（医療連携と介護関連施設の充実化で） 人吉を魅力ある都市に

さて、長寿センターの全体像を駆け足で見えてきました
が、こうした事業展開のねらいについて外山理事長

はこう語ります。

「人吉・球磨地域の65歳以上の高齢者比率は約30%で、全国平均をはるかに上回っています。団塊の世代が75歳を超える2025年にはこの高齢者人口は今の1.3倍くらいにはなると予測されますが、そのピークを過ぎると人口は減少していくことになります。ここよりもっと奥にある五木村などの山間地では、もうすでに人口は減少しつつあります。しかしながら熊本市の中央辺りでは今の1.6倍から1.8倍くらい高齢者人口が増加することになり、都心ではその介護需要を満たすことができず、きっと地方都市へとオーバーフローしてくるのではないかと考えています。

一方で、九州は新幹線や道路整備が進み、年々アクセスが良くなってきています。その中でも人吉は意外と便利な位置にあります。八代まで行けば新幹線はあるし、鹿児島空港には車で行けば40分くらいで着きます。しかも自然は豊かで空気はきれい。温泉にも恵まれ、美味しい焼酎もあります(笑)。このような環境で都会よりずっと安価な費用で有料老人ホームなどの介護関連施設に入れるわけです。しかも家族や友人にとっても、何かあればすぐにも駆けつけられる距離ということで、きっと魅力を感じてくれるのではないかと考えています。」

介護を人吉の地域再生の起爆剤にできればと考える理事長。実際に医療連携では、すでに既存の医療圏を越えて形成されつつあると理事長はいいます。

「今、人吉・球磨地区の拠点病院である健康保険人吉総合病院には、隣接する鹿児島県伊佐市や宮崎県えびの市などからの紹介患者が急増しています。地方では高度な専門医療が提供できる病院が限定されるため、疾病ごとに県境を越えた医療連携が結ばれていくわけです。そして、その地区の急性期病院が活性化すればするほど、その退院後の受け皿となる医療機関や介護関連施設も益々必要になってきます。ここ人吉を高齢者が安心して暮らせるような町にしていくためにも医療・介護の面でもっともっと貢献できたらと思っています。」

外山理事長は、今年度、人吉医師会の会長に就任されました。圏域を越えた広い視野で地域連携体制の構築に尽力されることと期待が膨らみます。人吉が医療・介護の里として認知される日はそう遠くないのかもしれない。

Seminar Report

セミナーレポート.....

NPO法人 「よりよい地域医療を応援する会」が始動。 設立記念セミナーで 地域の医療関係者に向け決意表明!

- テーマ:地域医療の振興と医療機関
- 日時:2010年7月4日(日) 14:30~17:00(開場13:30)
- 会場:アクロス福岡・国際会議場 (福岡市中央区天神1-1-1)

2010年7月4日(日)、特定非営利活動法人(以下、NPO法人)「よりよい地域医療を応援する会」の設立を記念したセミナーが福岡市中央区(アクロス福岡)で開催されました。

このNPO法人は、その名称が示す通り、地域の医療機関に協力し、医療に対する啓発活動を展開したり、地域住民が円滑に医療を享受できるネットワークの構築を応援するなど、地域医療の向上に寄与することを目的として今年4月に設立されたものです。

今回が初の活動となった同セミナーのテーマは「地域医療の振興と医療機関」。中国・九州・沖縄の各地から来場された多くの医療関係者に対して、信友浩一理事長はじめ4名の演者が地域医療の現状・課題・今後の方向性など整理したうえで、設立趣意に沿ってあらゆる地域・場面で地域を応援していくことについて決意表明の場となりました。



.....

地域から発想する医療 ~地域主体の医療をめざして~ 信友浩一(同法人)理事長・ 福岡市医師会成人病センター 院長

.....

まず、同法人の発起人で福岡市医師会成人病センター院長の信友理事長から、NPO法人設立の趣旨・経緯についての説明がありました。

信友理事長は冒頭、1996年に日本で初めて九州大

学大学院医学研究院に新設された医療システム学分野の教授に就任した際、次年度(1997年)施行する医療法改正において総合病院制度が廃止されることから、「地域にバーチャルな総合病院をつくる」ことの必要性を訴え、それに賛同した福岡市東区医師会と共に、東区の医療連携ネットワークの構築に深く関わってきた経緯から話し始めました。このNPO設立の趣旨もそこが原点だと語ります。

それから10年の時を経て2006年には(第5次)医療法改正法案が成立し、先見性と行動力のある首長がい



信友浩一(同法人)理事長
福岡市医師会成人病センター 院長

る自治体では、ようやく地域主体の医療の実現に向け、様々な取組みが開始され始めたところだと語ります。しかしながら、まだまだ手がつけられていない地域もたくさんあることから、このNPO法人がボランティアとしてあらゆる場所で地域医療体制の構築に寄与していきたいと信友理事長は力強く抱負を述べました。

信友理事長は今年3月大学を退官後、福岡市医師会成人病センターの病院長に就任され、以来、院長回診等を通じ入院患者の声にしっかりと耳を傾ける傍ら、地域の真のニーズを知るため、地域の開業医のもとへ1軒1軒訪ね、いわゆる「御用聞き」に徹しているとのこと、そこから、地域の医師会立病院としてやるべき医療の方向性と施策を見出したところだそうです。その結果として7月から在宅支援のためのレスパイト入院や、褥瘡・認知症対応などに取り組まれるとのこと、NPOの活動と共に、病院での新たな取り組みにも期待がかかります。

NPO法人の取り組み事例 黒木昌明 氏・同法人役員

次に黒木氏から、地域の抱える課題に対して、同法人としてどのように考え、どう展開していこうとしているのか、基本活動・範囲を含め、現時点で構想している支援事例を提示しました。

NPO法人の基本活動は大まかにいうと市民健康教室等の開催による地域生活者への啓発活動と地域の医療関係者の医療知識や技術の底上げを意識した研

修会等の実施のお手伝いをすることだといいます。最後のスライドでは、これから地域の医療関係者の皆様と一緒に考え、共に活動していきたいとする意思を「With You」という表現で示し説明を終えました。



黒木昌明氏
同法人役員

地域医療の再生・包括ケア (医療・介護制度の将来を考える) 香取照幸氏・厚生労働省大臣官房審議官

一方、厚生労働省で長きに渡り高齢者の医療・介護対策を含め我国の社会保障制度の設計全般に深く関わってきた香取審議官は、社会保障国民会議での議論をもとに、医療・介護提供体制についての現状と課題を明らかにしたうえで、地域包括ケアの体制づくりについての国としての考え方を示しました。

香取審議官は、諸外国と比べ、少ない費用で効率的な医療を供給してきた日本の現状を振り返ったうえで、社会保障国民会議でまとめた2025年の医療・介護サービス量の将来推計に対して今後どう対応すべきか、厚労省が今考えていることを分かりやすく解説。特に地域医療再生のキーワードとして、機能分化と重層的に支える医療・介護サービスを唱える地域包括ケアの考え方を提示し、NPO法人の活動の参考にしてほしいと呼びかけました。

Seminar Report

セミナーレポート.....



香取照幸氏
厚生労働省大臣官房審議官

地域医療の振興と医療機関 ～改定DPCの狙いとすることろ～ 松田晋哉(同法人)理事・ 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

最後に、DPC設計の第一人者として著名な松田理事は、改定DPCで示された病院ごとの機能評価係数等のデータによって地域におけるケアギャップ(医療格差)が明らかになってくるとして、地域における医療機能の分化と連携体制の構築が喫緊の課題となっているとの認識を示しました。

松田理事は、日本の医療制度の根本的な問題は、「適切な医療提供体制」を構築するためのガバナンス機能を持つ公的組織がないことだといいます。たとえ医学部定員を増やしても、新臨床研修制度下では、地域間・診療科間のアンバランスを根本的に解決することはできないとし、そもそもこうした客観的な議論をするための情報そのものがなかったことが問題だったとしました。

2008年の医療制度改革の目的は、一言でいえば、施設の機能分化と在宅ケアの推進であり、機能分化には情報が必要であると説きます。DPC関連情報は、地域の急性期病院の診療内容が見える化することができ、地域における機能分化にとって重要な情報源の一つになると述べました。

また、機能分化によりポストアキュート病院の役割が益々重要になるとし、特にかん患者の難民化を防ぐ連

携体制の構築が急務になっていると指摘、さらに在宅での化学療法・酸素療法などの管理やターミナルケアなど、在宅で「病院レベル」の医療を提供できるスキルを持った訪問看護師等の育成も喫緊の課題だと訴えました。



松田晋哉(同法人)理事
産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

○おわりに.....

セミナーの終わりに際し、信友理事長より会場の医療関係者の皆様に対して2つの課題が示されました。

一つは、「地域住民は今何を怖がっているのか、何をしたいのか」といったデータがないこと。つまりは、医療提供側があれこれ考える前に、まず相手を知ることがかりがまるでないことが問題だといいます。この点に関しては、来場の皆さんもぜひ一緒に考えていただきたい課題だとしました。

もう一つは、地域医療の単位はもはや県境を越えて構築されるということ。医療連携について行政単位など既成の枠はあまり意味をなさなくなっている現状を示し、お互い手をつなげる者同士が県境を越えて結ばれていく傾向が多くみられると指摘。「これから私(信友理事長)もバーチャルな『のぶとも村』をつくっていけたらと思っています」と語り、会場に参加を呼びかけました。



Series 2010年度 診療報酬改定のポイント

地域医療連携に関する改定(その1)

今回は、「地域連携」に関する改定項目について2つの切り口から簡単に整理してみました。連携に関する点数については、前回の改定でも大きく評価されましたが、連携をキーワードに今回の改定内容を振り返ってみると、急性期医療から亜急性期・回復期を経て、退院後の在宅療養にいたる過程において、よりきめ細かな点数付けがなされた改定であったとの思いを強くします。

重点課題として挙げられていた救急医療の再建とも絡みますが、救急患者の受け入れを推進するためには、急性期後の受け皿の整備が必要であることから、在宅医療の推進と共に、退院後の生活を支える介護サービス等との連携に着目し、ケアマネジャーとの連携強化が図られた点は画期的な出来事でした。今回の改定が、次回(2012年)の診療報酬・介護報酬のダブル改定に向けた助走期間と捉えるなら、この連携に関する点数の仕組みをよく理解しておく必要があります。

1. 地域における医療機関の連携に関する評価について

◆慢性期病棟等退院調整加算(入院基本料等加算の項目)

	慢性期病棟等 退院調整加算1	慢性期病棟等 退院調整加算2
イ.退院支援計画作成加算(入院中1回)	100点	100点
ロ.退院加算(退院時1回)		
(1)療養病棟入院基本料等の算定患者	140点	100点
(2)障害者施設等入院基本料等の算定患者	340点	300点

◆急性期病棟等退院調整加算(入院基本料等加算の項目)

急性期病棟等退院調整加算1(退院時1回)	140点
急性期病棟等退院調整加算2(退院時1回)	100点

まず、前回改定で登場した退院調整に係る評価の項目についてその内容をみていきましょう。

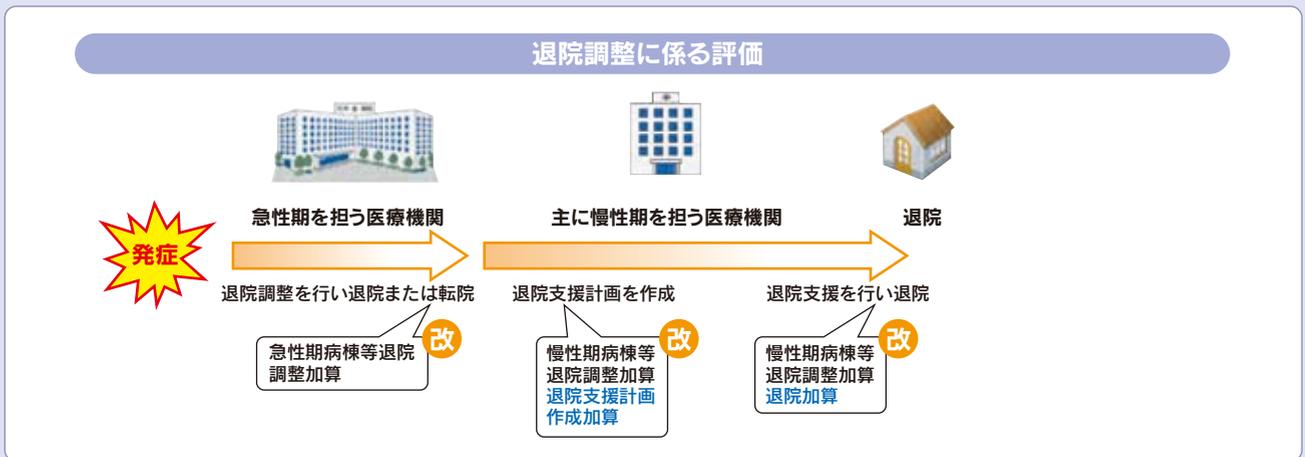
これまでの「退院調整加算」は一部算定要件等を見直したうえで、名称を「慢性期病棟等退院調整加算」に変更し、比較的長期の療養を担う病棟における退院調整の点数であるということを明確化しました。

なお、施設基準をみると同加算1の場合は、退院調整部門の設置や退院調整の経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士または専任の看護師及び専従の社会福祉士の配置が要件となり、同加算2の人員配置「専従の看護師または社会福祉士が1名以上(有床

診療所の場合は、退院調整の経験を有する専任の看護師、准看護師または社会福祉士が1名」と比べ、人員の厚さから高い点数付けがなされています。

一方、急性期医療を担う病棟における退院調整については、「後期高齢者退院調整加算」の廃止に伴い、「急性期病棟等退院調整加算」という名称で新設項目としてリニューアル。後期高齢者に限定せずに介護保

険サービスの活用も含めて支援する観点から、65歳以上の患者または40歳以上の特定疾病を有する患者を対象としています。また、1と2の違いも、慢性期病棟等退院調整加算と同様の人員配置の差で点数付けされています。いずれにしても、今後、慢性期病棟も含め退院調整の場面では、社会福祉士の役割に大きな期待がかけられていることが読み取れます。



2. 在宅復帰後を見越した地域連携の評価について

◆地域連携クリティカルパスに関する項目(医学管理等の項目)

地域連携診療計画管理料(要届出)(転・退院時)	900点
地域連携診療計画退院時指導料(I)(改定・要届出)(退院時)	600点
地域連携診療計画退院計画加算(新設・要届出)	100点
地域連携診療計画退院時指導料(II)(新設・要届出)(情報提供時)	300点

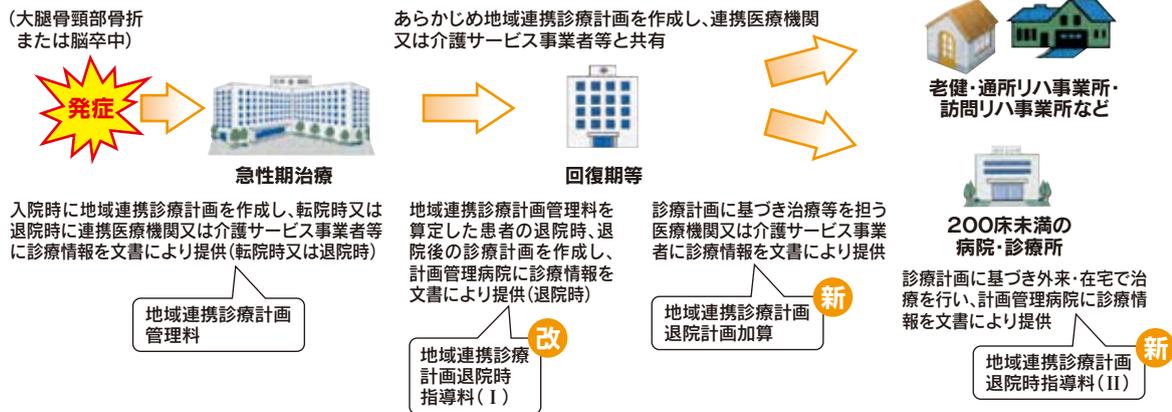
次は、在宅復帰後を見越した地域連携についての項目に着目します。これらの項目は、いわゆる「地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)」を用いた連携治療体制の構築を狙ったもので、前回改定では、「大腿骨頸部骨折」に加え、「脳卒中」が対象疾患になっています。

これまでは連携パスを作成・管理する病院とその病院から患者を引き継ぐ回復期病棟等を有する病院との情報のやり取りを評価したものでしたが、今回の改定

では、そこから先の退院後の在宅での療養を担う病医院、介護サービス事業者にまで情報のやり取りの範囲を広げました。

このように退院患者を受け継ぐ診療所・200床未満の病院ではこれまで連携パスに参加していても診療報酬上の評価はありませんでしたが、「地域連携診療計画退院時指導料(II)」が新設されたことで、「急性期における診療」→「回復期等のリハビリテーション」→「退院後の通院・在宅医療」というような連携パスの一連の流れに沿った診療報酬上の評価がようやく揃う形になりました。

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



◆介護関係者を含めた多職種間の連携に関する項目

総合評価加算(入院基本料の加算)(改定)(入院中1回)	50点
介護支援連携指導料(新設)(入院中2回)	300点

※退院時共同指導料…従来どおりのため省略

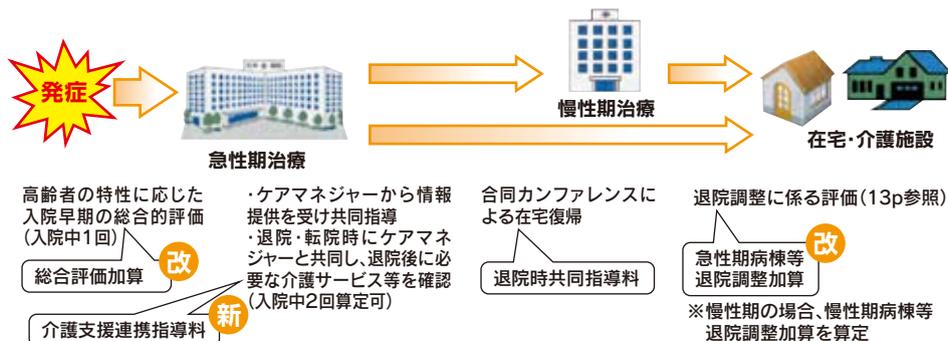
また、介護保険サービスとの連携については、冒頭でも述べた通り、2012年の診療報酬・介護報酬のダブル改定に向けて大きな課題となっています。今回は、その第一歩として「介護支援連携指導料」が新設されました。

要介護認定申請をしてから実際にケアプランが作成され、介護サービスが開始されるまでには、約1か月かかるといわれています。退院後に要介護認定申請をすると医療と介護の間に長期間の空白が生じてしま

す。この対策として入院中からケアマネジャーと看護師等が共同して退院後の介護サービスに係る情報を共有することを評価しています。

なお、「後期高齢者総合評価加算」については、前述の「後期高齢者退院調整加算」と同様、後期高齢者医療制度の見直しに伴い削除され、代わりに「総合評価加算」という名称で新設されています。病状の安定後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価しており、この点数も介護保険サービスとの連携を念頭に対象年齢を拡大し、65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者が対象となっています。

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



「情報共有」は病院間でも 大切であることを認識!

総合チーム医療・安全管理システム「Safe Master」のユーザー病院による懇話会が今年も福岡と東京で開催されました。Safe Masterをご利用いただいている医療安全管理室や情報室の方々の日頃の疑問や悩みを解消し、新情報をご提供したいと始まった懇話会も今回で3回目。両会場とも参加者全員によって活発に意見交換が行われました。

福岡と東京で開催

去る7月13日と15日、Safe Masterのユーザー病院の医療安全管理室や情報室の方々に集まっていたが、第3回Safe Master懇話会を開催いたしました。13日は西日本地区の病院を対象に福岡会場(株式会社アステム大会議場)にて、15日は東日本地区の病院を対象に東京会場(虎ノ門カンファレンスール)にて行われました。

西日本地区懇話会には18病院から22名、東日本地区懇話会には12病院から12名の方々にご参加いただきました。福岡では激しい雨の中、東京では大変な暑さの中、たくさんの方々のご参加、誠に有難うございました。

次回バージョンアップは盛りだくさん

懇話会では、まず第1部として、Safe Masterの次回バージョンアップの内容などについて、株式会社アステム医療安全事業開発部から説明を行いました。

Safe Masterは院内で発生したインシデント(ヒヤリハット)やアクシデントの報告を収集し、集計や統計分析、改善対策、情報共有、教育研修ができる管理システムですが、Safe Masterのサポートセンターには、毎日多くのユーザー病院から操作方法などについての質問や疑問が寄せられます。毎年1回行われるバージョンアップでは、そのようなご意見やご希望を可能な限り反映させるようにしており、今回のバージョンアップの説明では、機能強化として事前介入型の分析手法「FMEA」を新しく搭載することを始め、統計分析、eラーニング、インシデント処理などに新しく追加予定の機能について、実際の画面イメージをスライドで示しながらご紹介しました。参加者の皆さんにとっては、日々の業務では統計分析に関する事で悩まされることが多いためか、両会場とも統計分析についての質問をたくさん頂きました。

「事例発表」では様々な意見が飛び交いました

第2部の事例発表では、Safe Masterを医療現場で実際にご利用いただいている医療安全管理者の方に活用事例を報告していただきました。福岡会場では、福岡大学病院での事例を寺田久子様から、東京会場では

○福岡会場(株式会社アステム大会議場)



バージョンアップについての説明



寺田久子様の事例発表



Safe Master開発状況のご紹介



相馬孝博先生の医療安全セミナー

第3回Safe Master懇話会プログラム

【第1部】2011年度Safe Masterバージョンアップ内容のご案内

- ・2010年度バージョンアップアンケート集計結果のご案内
- ・2011年度バージョンアップ内容のご説明(意見交換)
- ・日本医療機能評価機構への対応のご案内

【第2部】事例発表と意見交換

- 福岡:福岡大学病院事例発表
- 東京:日本赤十字社医療センター事例発表

【第3部】Safe Master開発状況のご紹介

- ・感染・褥瘡・NSTシステム
- ・新しい「統合チーム医療・安全管理システム」へ

【第4部】医療安全セミナー

- 福岡:「医療安全 世界の潮流」
講師 東京医科大学医療安全管理学講座
主任教授 相馬孝博先生
- 東京:「刑事医療事件の最新事情」
講師 棚瀬法律事務所
弁護士 棚瀬慎治先生

は、日本赤十字社医療センターの事例を村磯信子様から発表していただきました。Safe Masterを導入するまでの経緯から導入の目的、ご自身や職員全員がシステムを使いこなすまでのご苦労、導入によるメリットとデメリット、院内アンケートの紹介、工夫に満ちた活用例、長期間の利用による院内の変化などについて、両演者とも分かりやすく、時にユニークなエピソードも交えながらご紹介いただきました。

参加者の皆さんも、お二人の経験や活用例からヒントを得ようと、活発に質問や意見が出されていました。「職種により報告数が少ないが、どう対処したのか」、「RCA分析の実施結果については、どう評価しているのか」、「どのレベルの事例まで院内で公開しているのか」など、具体的な質問が出されるたびに、演者のお二人も体験に基づいたお答えを丁寧に返されていました。

Safe Masterの開発は次世代のステージへ

第3部では、医療安全開発部・部長の三木から、現在開発中のSafe Masterについて説明が行われました。Safe Masterは「インシデント管理システム」とともに「感染管理システム」および「褥瘡管理システム」を提供していますが、まず各システムの改良点について説明を行い、そして今年度からは栄養管理のための「NST管理システム」も加わり、Safe Masterはこの4つのシステムによって、「チーム医療、情報共有・教育、医療安全」をトータルにサポートする次世代型システムへ大きく前進していくという方向性をご紹介しました。

医療安全と刑事司法の関係は「水と油」？

第4部では「医療安全セミナー」として、福岡会場では東京医科大学医療安全管理学講座主任教授の相馬孝博先生に、東京会場では弁護士の棚瀬慎治先生に講演していただきました。

相馬教授からは、「医療安全の確保は世界中の課題」というテーマで、医療事故の調査方法（ロンドン・プロトコル）や、ヒューマンエラーは犯罪かという問題についてレクチャーしていただき、東京会場では棚瀬弁護士

○東京会場(虎ノ門カンファレンスルーム)



バージョンアップについての説明



村磯信子様の事例発表



Safe Master開発状況のご紹介



棚瀬慎治弁護士の医療安全セミナー

から、刑事医療事件の推移、異常死届出義務と刑事医療裁判、検察審査会法の改正の問題点などについて説明が行われました。

両先生とも、医療過誤に対する制裁手段として、刑事手続きは果たして適しているかどうかという共通した論点を示され、参加者の方々も医療安全の法律的な問題については関心が高く、「合併症について患者や家族に説明を行うときは、どのような点に配慮すれば良いのか」など、真剣な質問が数多く出されました。

病院間の情報共有と意見交換が大切

ユーザーの皆さんは日々の業務の中で、システムの問題も含めて様々な悩みや疑問を抱えていることが多く、院内だけでは解決できないことも多いため、今回の懇話会のように病院間で意見交換を行ったり情報共有できる場をご提供することは、とても貴重な機会であることを再認識しました。

Safe Masterユーザー病院の皆様、次回の懇話会にもぜひご参加のほど、よろしくお願いいたします。

インシデント管理システム

医療安全活動を総合的に支援



感染管理システム

全員参加・早期察知のために



褥瘡管理システム

褥瘡の予防と管理をサポート



NST管理システム

スクリーニングから栄養管理計画まで



統合チーム医療・安全管理システム

Safe Master

Safe Masterは、「インシデント管理」「感染管理」「褥瘡管理」「NST管理」の4システムを連携させることによって、『チーム医療』『情報共有・教育』『医療安全』を実現し、総合的に医療の質向上を支援します

株式会社 **アステム**
医療安全事業開発部



福岡本社

東京大手町事務所



福岡市博多区東比恵3-1-2 東比恵ビジネスセンター11F
〒812-0007 TEL 092-477-5753 FAX 092-477-5501
東京都千代田区内神田1-5-16 第2福利久ビル6F
〒101-0047 TEL 03-6906-8740 FAX 03-3259-1277

<http://www.safemaster.jp/> e-mail safem@astemf.jp

薬局で行う在宅医療

第2話：高齢者の多様な居住系施設にどうアプローチする？

今、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅など多様な居住系介護施設が急増している中、こうした施設の入居者に対する在宅医療のアプローチをどうしたら良いかが重要な課題となっています。実際、入居者の薬の管理や服薬支援を介護職員が行うしかないわけで、要介護度が高くなればなるほど、これが施設側の悩みの種になっているという話を多く耳にします。

また、これまで解釈が曖昧だった居住系施設への診療報酬・介護報酬のあり方も、近年のここ何回かの改正で、自宅と居住系施設の区分の設定や、同一建物内の2人目の評価の明確化など、かなり手が着けられてきていて、報酬体系が整理されつつあるとの印象を持っています。

しかしながら、このように制度環境が整ってきていても、施設内の職員を介しての薬学管理の評価はまだまだ確立されていないのが現状です。そういうわけで、今回は居住系施設への訪問に意欲的に取り組まれている薬局の事例を紹介し、薬局で行う在宅医療のあり方を探っていきたいと思います。

患者中心の医療を実現するため、
医師と薬剤師が連携。
居住系介護施設の信頼を獲得！

有限会社中央薬局おおざの店(福岡県太宰府市)

福岡市のベッドタウンとして栄える筑紫地区で、患者宅のほか、有料老人ホームなどに入居する患者の薬学管理を数多く手掛ける「中央薬局おおざの店」にお邪魔し、竹下文明先生にその実際について話をうかがいました。

問：在宅患者訪問薬剤管理又は居宅療養管理(以下、在宅・居宅管理)に取り組むきっかけは？また、始めたのはいつ頃ですか？

竹下先生：在宅に取り組み始めて2年が経ちます。ある人から在宅医療を本格的に始めたいと思っているクリニックの院長がいて、一緒にやれる薬局を探しているという情報をいただき、すぐに会いに行きました。そこですっかり院長の情熱に魅了され、一緒にやらせていただけるようになったというのがきっかけです。



中央薬局おおざの店

問：在宅・居宅管理についての「中央薬局」の方針を教えてください。

竹下先生：場所を選ばずに、より良い医療を受けたいというのは、患者になれば誰でも希望することではないでしょうか？私どもは「患者様中心の医療を提供する」という理想に向って努力したいと常日頃から考えています。通院が困難な方には、薬剤師がそのお宅に出向き、在宅・居宅管理にかかわることで、この理想に少しでも近づけるように全力で努力しているところです。



竹下文明先生(上)
竹下洋平先生(下)
在宅は2人が交代で
行っている



また、居宅を訪問するに当たっては、医師と一緒に行動することを心がけています。従来は医師と薬剤師は別々に動いていました。このため、どうしてもリアルタイムで情報交換ができず、何かと不都合が生じる場合が多かったと聞いています。患者様の状態を同じ目線で確認することができ、投薬がより適切で確実なものになります。患者様にとっても薬剤に関して直接薬剤師から話が聞けますので、不安な部分をその場で解消することができます。その後、医師が処方せんを書くこととなりますので、それにしたがって調剤し、薬をお届けに行くこととなります。その時には患者様の状態と処方意図を十分に把握していますので、再度状況に変わりないかや不安な点がないかなどを聞いてお答えもできます。

問：入居者に対しての服薬ケアは、施設側にとって大きな負担だと聞いています。また、患者と医療者の間に施設職員が係わるわけですが、患者・施設側、それぞれに対してどんな工夫をされていますか？

竹下先生：私どもは、施設や自宅に小さな薬局をつくるイメージをこの在宅・居宅管理の基本と考えています。

そのための工夫としては、まず、「配薬ボックス」の設置があげられます。この配薬ボックスはたくさん引出がある事務書類キャビネットの形状を利用し、その引出を入所者ごとに仕分けています。そしてその中には、服用時間ごとに分包された薬剤が1週間分入るように間仕切りを設けているのが特徴です。基本的には2週間投薬が多いのですが、ここはあえて1週間分しか入らないようにしました。こうすれば1週間ごとに配薬にうかがうことになり、その時に服用状況などを確認することができます。施設の職員さんから「先生(医師)はよくみかけるけど、薬剤師さんはあまりみかけないね…」なんて言われたいことが大事です。ちよくちよく顔を出しているといろいろと相談される機会も増えていき、自然と信頼関係も増していくわけです。



〈分包紙の工夫〉
服用時間ごとに色で分けて
一包化している



〈配薬ボックス〉
引出ごとに患者を振り分けている。
引出の中には、一包化した分包紙が
1週間分入るように仕切られている。



さらに、施設で行われるケアカンファレンスにも積極的に参加させていただいています。様々な関係職種が集まり、患者様の状態についてカンファレンスを行われ、この場で基礎処方決定されていくこととなりますので、ここに参加することは大変重要なことだと感じています。

問：現在どういった種類の施設で何人くらいの患者を何人の薬剤師で受け持っていますか？また、訪問はどんなスケジュールで行っていますか？

竹下先生：地域特定施設や小規模有料老人ホームなど4施設で42・3名の方の在宅・居宅管理をさせていただいています。個人宅への訪問は今のところ5名です。在宅・居宅管理を実際に行っているのは、私と息子（竹下洋平先生）の2人で、交代しながら行っています。

在宅・居宅管理は2週間に1度、医師と同行しながら行っていますので、薬のお届け（配薬）は、同行訪問の翌日になります。さきほどお話しましたように週1回のペースで行っています。訪問範囲は遠いところでも、ここから（直線距離で）5・6キロ程度ですが、臨時処方があると同一施設に1日に何回も行くこともあり、大変な時もたまにはあります。それでも私どものように、在宅専任者を置かず薬局での業務の合間に在宅に赴くやり方でも50名程度までなら十分にやっつけられるのではないかと思います。

問：施設における在宅・居宅管理の費用は、なかなか算定し難いという話を聞きます。その辺りをどう解決されていますか？

竹下先生：確かに、診療報酬・介護報酬の算定要件は満たしていても、施設の方々がそれほどのメリットを感じておられなければ、ご理解いただけないでしょうし、ケアプランを立てる介護支援専門員にも理解を求めています。居宅療養管理は支給限度額の枠外のサービスではありますが、利用者の費用負担が増えることにはまちがいありませんので、サービス内容と費用負担について丁寧に説明したうえで判断していただくことが大切です。算定せずに訪問を始めると途中からの算定はまず難しいと思います。やはり最初が肝心なんです。施設への訪問の場合、月1回で350円、2回なら700円の負担金が生じるわけですが、私どもの行って

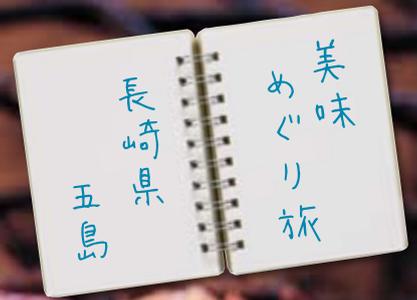
いることを具体例を交えて熱意を持って説明しますと、大抵の場合、納得してもらえます。私どもが施設を訪問するようになり、服薬コンプライアンスが上がり、体調がすぐれなかった人がみるみる回復していったという例はたくさん経験しています。施設の職員にとっても、入所者の服薬に費やす時間・手間が軽減されるだけでなく、誤薬に対するリスク回避にもつながり、大きなメリットを感じていただくようです。「もう後戻りはできません」との“お褒めのことば(?)”を何回も聞かせていただいています（笑）。

問：最後にひとこと、今後の抱負について教えてください。

竹下先生：現在、私は筑紫薬剤師会で介護保険の担当理事を拝命していますが、中央薬局ではこの2年間で得た経験とノウハウを活かし、これから在宅医療を始めたいという方には積極的にアドバイスしていきたいと考えています。当薬局1軒だけでは限界があります。筑紫地区で在宅に対応できる薬局が増えていき、ネットワーク化できればと思っています。

ほっとたいむ

ココラでちょっと一息ついてみませんか？



グルメが
絶賛する
五島牛

全国のブランド牛に 良質な子牛を供給

一般にはあまり知られていないが、和牛は生まれた場所でそのまま大きくなり、牛肉になるわけではない。子牛の産地で9～13ヵ月程度まで育てられたのち、全国各地の肥育農場に売られ、その土地の名前をつけたブランド牛に仕上げられていく。そんな子牛の産地、良質な黒毛和牛の元牛として、高い評価を受けているのが五島牛だ。「肉質が優れ、成長が速く、しかも性格が穏やかで育てやすい...。五島牛の血統が好まれて、全国各地の有名なブランド牛に子牛を供給しています」と、生産者は胸をはる。

五島の人々にとって五島牛は元来、家族とともに農耕に従事する大切な働き手だった。昭和50年代に入り、良質な子牛の産地としての名声が高まり、島内消費用に子牛をそのまま故郷で育てるようになったのが五島牛の始まり。その後、五島を訪れた観光客などの口コミで、その美味しさが全国に伝わっていったのだそうだ。

霜降りが偏重される時代をよそに、大自然の中で放牧されてのんびりと育つ五島牛。口に含むと、肉本来の滋味が広がって、しみじみとした感動が押し寄せてくる。

本来、牛肉とはこうありたい



長崎市の西方沖約100km、東シナ海に浮かぶ大小141の島々を五島列島と呼ぶ。複雑な海岸線と変幻きわまりない瀬戸、ホマーテ、アスピーテの火山群が景観に変化を与え、大自然の芸術ともいえる景勝・奇勝を生みだしている。五島灘という豊かな漁場に恵まれ、かつては捕鯨も盛んに行われていた。また、日本最大の貝塚や海底の貝塚に見られるように、その歴史は古く、遣唐使船最後の寄泊地としても名高い。キリスト教も早くから伝来し、激しい弾圧にも屈しなかった「隠れキリシタン」の里として、わが国の精神史上類を見ない歴史を持つ島である。



▲堂崎天主堂

医薬品新規収載関連ニュース

医薬品情報

[1] 9月収載予定の新医薬品

商品名	規格・単位	会社名	一般名	備考
内用薬				
イーケブラ錠250・500mg	250・500mg1錠	UCB=大塚	レベチラセタム	抗てんかん剤
ヴォリブリス錠2.5mg	2.5mg1錠	GSK	アンプリセンタン	エンドセリン受容体拮抗薬 (肺動脈性肺高血圧症治療薬)
トラマルカプセル25・50mg	25・50mg1錠	日本新薬	トラマドール塩酸塩	がん性疼痛治療薬 (非麻薬性の弱オピオイド)
ピビアント錠20mg	20mg1錠	ファイザー	バゼドキシフェン酢酸塩	骨粗鬆症治療剤 (選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERM))
ミカム口配合錠AP	1錠	アステラス =日本ベーリンガー	テルミサルタン /アムロジピンベシル酸塩	持続性AT ₁ 受容体ブロッカー/持続性Ca 拮抗薬合剤 (高血圧治療薬)
ヤーズ配合錠	1錠	バイエル	ドロスピレノン/エチニル エストラジオール ベータデクス	経口黄体ホルモン・卵胞ホルモン混合 月経困難症治療剤
注射薬				
オレンシア点滴静注用250mg	250mg1瓶	ブリistol	アバタセプト (遺伝子組換え)	T細胞選択的共刺激調節剤 (関節リウマチ治療薬)
トーリセル点滴静注液25mg	25mg1瓶	ファイザー =武田	テムシロリムス	抗悪性腫瘍剤 (mTOR阻害剤)
フォルテオ皮下注カート600μg	600μg2.4mL 1カート	リリー	テリパラチド (遺伝子組換え)	骨粗鬆症治療剤 (遺伝子組換えヒト副甲状腺ホルモン製剤・ 骨形成促進剤)
フォルテオ皮下注キット600μg	600μg2.4mL 1キット			
サイビスクティス関節注2mL	2mL1筒	ジェンザイム =帝人	ヒアルロン酸ナトリウム架橋処理 ポリマー及びヒアルロン酸ナトリ ウム架橋処理ポリマービニルスル ホン架橋体	ヒアルロン酸ナトリウム架橋処理ポリマー 関節内注射剤 (変形性膝関節症の疼痛緩和)
外用薬				
ジクアス点眼液3%	30mg1mL	参天	ジクアホソルナトリウム	P2Y ₂ 受容体作動点眼剤 (ドライアイ治療薬)

※正式な内容については添付文書、もしくは薬価収載日の官報等でご確認下さい。

◆フェンタニル経皮吸収型製剤(デュロテップMTパッチ・フェントステーブ)の切り替え対応量

フェンタニル経皮吸収型製剤として2製品目となるフェントステーブが6月11日に薬価収載されました。

従来品である1回/3日製剤のデュロテップMTパッチと異なり、フェントステーブは1日ごとに貼り替える1回/1日製剤です。

両製剤間の切り替えの対応量は、それぞれの製剤の時間当たりの放出速度・推定吸収量から下記のようになっています。

しかし、オピオイド鎮痛剤から切り替える際の換算比がフェントステーブとデュロテップMTパッチでは異なります。(図1参照)

デュロテップMTパッチ	2.1mg	4.2mg	8.4mg	12.6mg
	↓	↓	↓	↓
フェントステーブ	1mg	2mg	4mg	6mg

〈図1 各製品の添付文書より、癌性疼痛時におけるオピオイド鎮痛剤から切り替え時の推奨貼付量〉

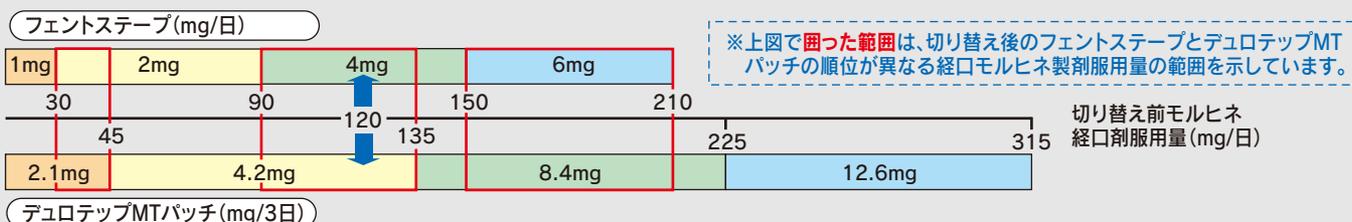
切り替え後の鎮痛薬	フェントステーブ1日貼付用量(1回/1日) (定常状態における推定吸収量)				デュロテップMTパッチ貼付用量(1回/3日) (定常状態における推定吸収量)				
	1mg (0.3mg/日)	2mg (0.6mg/日)	4mg (1.2mg/日)	6mg (1.8mg/日)	2.1mg (0.3mg/日)	4.2mg (0.6mg/日)	8.4mg (1.2mg/日)	12.6mg (1.8mg/日)	
切り替え前の鎮痛薬	モルヒネ経口剤(mg/日)	≤29	30~89	90~149	150~209	<45	45~134	135~224	225~314
	モルヒネ坐剤(mg/日)	≤10	20~40	50~70	80~100	<30	30~69	70~112	113~157
	モルヒネ注射剤(mg/日)	≤9	10~29	30~49	50~69	<15	15~44	45~74	75~104
	オキシシドン経口剤(mg/日)	≤19	20~59	60~99	100~139	<30	30~89	90~149	150~209
	フェンタニル注射剤(mg/日)	(添付文書に記載なし)				<0.3	0.3~0.8	0.9~1.4	1.5~2.0

[2] 新規収載された新医薬品(6月11日収載)

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内 用 薬					
ネシーナ錠6.25mg	6.25mg1錠	60.20	武田	アログリプチン安息香酸塩	選択的DPP-4阻害剤 (2型糖尿病治療薬) *新有効成分
ネシーナ錠12.5mg	12.5mg1錠	112.20			
ネシーナ錠25mg	25mg1錠	209.40			
メタクト配合錠LD	1錠	84.60	武田	ピオグリタゾン塩酸塩 /メトホルミン塩酸塩	チアゾリジン系薬/ビグアナイド系薬配合剤 (2型糖尿病治療薬) *新医療用配合剤
メタクト配合錠HD	1錠	158.00			
ユニシア配合錠LD	1錠	150.30	武田	カンデサルタン シレキセチル /アムロジピンベシル酸塩	持続性アンジオテンシンII受容体拮抗薬 /持続性Ca拮抗薬配合剤 (高血圧治療薬) *新医療用配合剤
ユニシア配合錠HD	1錠	150.30			
リリカカプセル25mg	25mg1カプセル	100.50	ファイザー	プレガバリン	帯状疱疹後神経痛治療剤 *新有効成分
リリカカプセル75mg	75mg1カプセル	167.10			
リリカカプセル150mg	150mg1カプセル	229.00			
ロゼレム錠8mg	8mg1錠	82.60	武田	ラメルテオン	メラトニン受容体アゴニスト (入眠困難改善薬) *新有効成分
注 射 薬					
ソリス点静注300mg	300mg30mL1瓶	577,229	アレクシオン ファーマ	エクリズマブ (遺伝子組換え)	抗補体(C5)モノクローナル抗体製剤 (発作性夜間ヘモグロビン尿症における溶血 抑制用薬) * オーフアンドラッグ、新有効成分
ネスブ注射液10μg/1mL ブラシリンジ	10μg1mL1筒	3,086	協和発酵 キリン	ダルベゴエチナルファ (遺伝子組換え)	持続型赤血球造血刺激因子製剤 *新投与経路、新効能、新用量
ネスブ注射液15μg/1mL ブラシリンジ	15μg1mL1筒	4,358			
ネスブ注射液20μg/1mL ブラシリンジ	20μg1mL1筒	5,564			
ネスブ注射液30μg/1mL ブラシリンジ	30μg1mL1筒	7,823			
ネスブ注射液40μg/1mL ブラシリンジ	40μg1mL1筒	9,966			
ネスブ注射液60μg/0.6mL ブラシリンジ	60μg0.6mL1筒	14,031			
ネスブ注射液120μg/0.6mL ブラシリンジ	120μg0.6mL1筒	24,865			
ネスブ注射液180μg/0.9mL ブラシリンジ	180μg0.9mL1筒	35,343			

そのため、オピオイド鎮痛剤から切り替える場合、切り替え前の用量に対応するフェントステープとデュロテップMTパッチの規格が上記の両製剤間での切り替えの組み合わせ通りにならない場合があります。

(オピオイド製剤から切り替え後のフェントステープとデュロテップMTパッチの規格に注意が必要な場合)
モルヒネ経口剤120mgから切替る場合 ⇒ デュロテップMTパッチ=4.2mg フェントステープ=4mg



商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
注射薬					
ビクターザ皮下注18mg	18mg3mL1キット	9,960	ノボ	リラグルチド (遺伝子組換え)	ヒトGLP-1アナログ製剤 (2型糖尿病治療薬) *新有効成分
ベクティビックス点滴静注 100mg	100mg5mL1瓶	75,567	武田	パニツムマブ (遺伝子組換え)	ヒト型抗EGFRモノクローナル抗体 (抗悪性腫瘍剤) *新有効成分
外用薬					
コソプト配合点眼液	1mL	668.00	万有=参天	トルソラミド塩酸塩 /チモロールマレイン酸塩	炭酸脱水酵素阻害剤/β遮断薬配合剤 (緑内障・高眼圧症治療剤) *新医療用配合剤
デュオトラバ配合点眼液	1mL	1,360.00	日本アルコン	トラボプロスト /チモロールマレイン酸塩	PGF _{2α} 誘導体/β遮断薬配合剤 (緑内障・高眼圧症治療剤) *新医療用配合剤
(麻)フェントステープ1mg	1mg1枚	570.60	久光 =協和発酵 キリン	フェンタニルクエン酸塩	経皮吸収型持続性癌疼痛治療剤 (選択的μオピオイド受容体作動性強オピオ イド鎮痛剤) *新投与経路
(麻)フェントステープ2mg	2mg1枚	1,063.60			
(麻)フェントステープ4mg	4mg1枚	1,982.40			
(麻)フェントステープ6mg	6mg1枚	2,853.60			
(麻)フェントステープ8mg	8mg1枚	3,695.10			

(7月16日収載)

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
レブラミドカプセル5mg	5mg1カプセル	8,861.00	セルジーン	レナリドミド水和物	抗造血器悪性腫瘍剤 (多発性骨髄腫治療薬) *新有効成分、オーファンドラッグ
レナデックス錠4mg	4mg1錠	17,160	セルジーン	デキサメタゾン	副腎皮質ホルモン剤 (レブラミドカプセルとの併用に用いる デキサメタゾン製剤) *新効能、新用量

MEMO

〈11月収載予定の後発医薬品〉

11月に薬価基準追補予定の後発医薬品が7月15日までに製造承認を受けました。
このうち、初成分として以下のものが後発医薬品として収載される予定です。

成分名	先発品名
グリメピリド	アマリール 錠0.5mg・1mg・3mg、OD錠1mg・3mg
ラベプラゾールナトリウム	バリエット 錠10mg・20mg
フルボキサミンマレイン酸塩	ルボックス/デプロメール 錠25mg・50mg・75mg
ラモセトロン	ナゼア 注0.3mg、シリンジ0.3mg
イオプロミド	プロスコープ 300注20mL・50mL・100mL 370注20mL・50mL・100mL 300注シリンジ50mL・80mL・100mL 370注シリンジ50mL・80mL・100mL

このうち、初剤形であるグリメピリドのOD錠の製造承認をエルメッドエーザイ、大洋薬品、シオノケミカル、大興製薬、小林化工が取得しました。また、イオプロミドの新用量シリンジ製剤の製造承認を富士フィルムRIファーマが取得しました。

診療予約システム事情 それぞれの特長が際立つ2つのシステムをピックアップ

- ①待ち時間の短縮により、患者さんの利便性を上げたい
- ②来院の患者さんに快適な駐車・待合室の環境を提供したい
- ③新規の患者さん獲得のため利用したい
- ④受付スタッフの手間を防ぎ、業務効率を図りたい

診療予約システム導入の目的として、一般的にはこのようなことが考えられます。しかしながら、いざ導入すると「何を重要視すれば良いのか、どんな予約システムが自院に合うのか」など、多くの疑問が浮かんでくるのではないかと思います。今回は、その参考になればと考え、当社でおすすめます2つのシステムについてご紹介いたします。

診療予約システム

情報通信コンサルティング株式会社
 TEL 06-6838-5288 FAX 06-6838-5287
<http://www.doctorcube.com>

予約システムとしての機能だけでなく、予約データを利用して経営分析にも使える資料が発行できます。もちろん、予約システムとしては、パソコン、携帯、プッシュボタン式の電話でも受け付け可能で幅広い利用者をカバーできるなど充実した機能を持っています。診療予約システムの完成度では最も高いと評価しています!!

●システムの概要

【特徴】

- ①予約方法の自由度、予約なし患者さんの管理など「受付管理システム」として機能できます。
- ②経営分析を支援する履歴データの活用ができます。
- ③医師シフト勤務対応、カルガモ予約が可能です。
- ④予約時に問診票に記入いただくオプション機能を持っています。

*価格(ソフトウェア利用料)
 WEB予約対応の最小構成で月々9,870円
 (初期費用58万8,000円)~

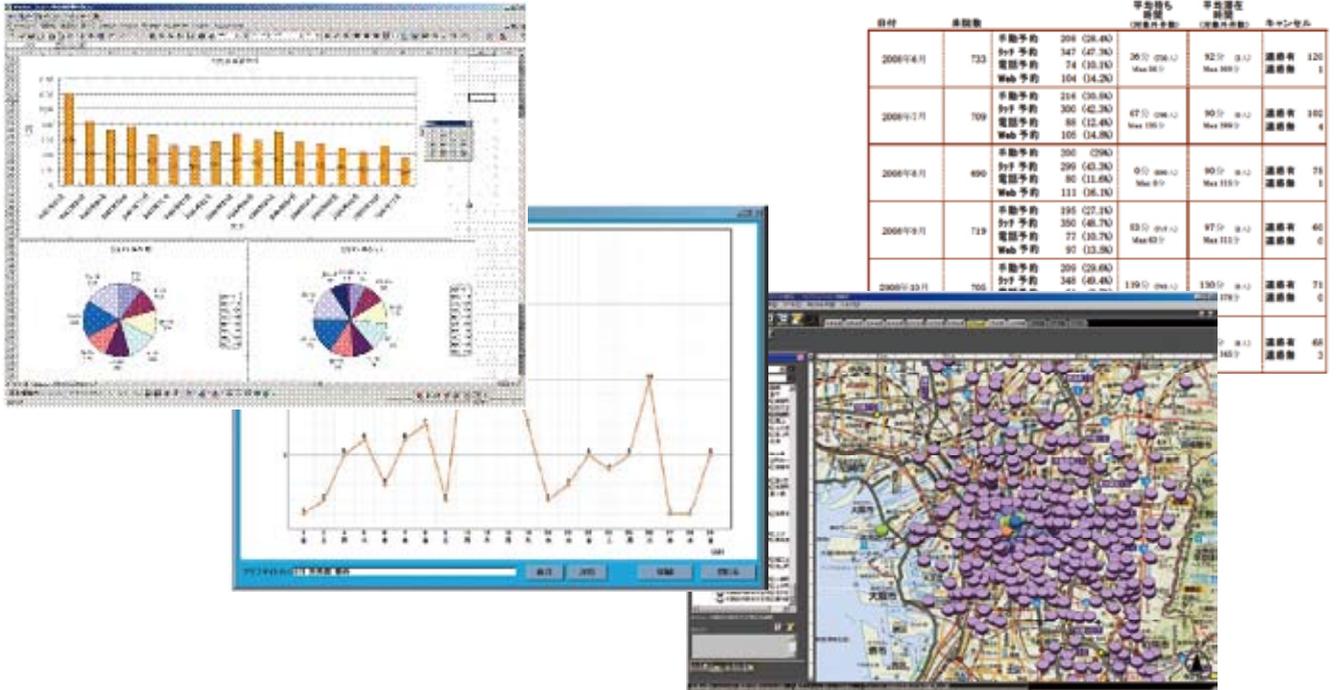


医療機関側の画面イメージ①…基本予約画面



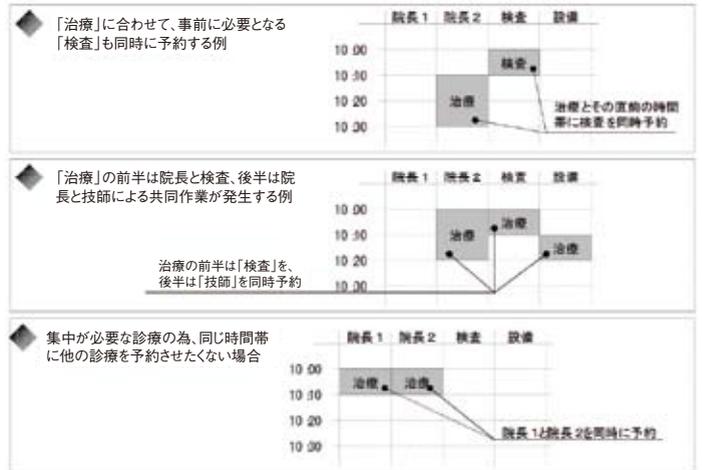
- ・予約の方法により色分けされ、多くの情報をひと目で得ることが可能です。
- ・患者さんの名前をドラッグ&ドロップするだけで予約を入れたり、キャンセルできるなど直感的なインターフェイスを備えています。

医療機関側の画面イメージ②…経営分析資料



カルガモ予約のイメージ図

・カルガモ予約とは、診察の前後に発生する診療行為を事前登録しておくことで、予約受付時に自動的にそれらが連動する機能をいいます。



問診票画面事例(予約患者入力用)

・問診票のサンプルです。独自の問診票作成が可能です。

事例1

事例2

“いつでもどこでも
簡単予約を実現”



株式会社 医療IT研究所
TEL 097-548-7110
http://www.yoyakumaru.com/

パソコンや携帯から診療予約を行うシステムですが、非常に安価で基本機能は充実しています。また、時間帯の予約と順番を取る予約の2種類があり、幅広い診療科で対応可能です。

【特徴】

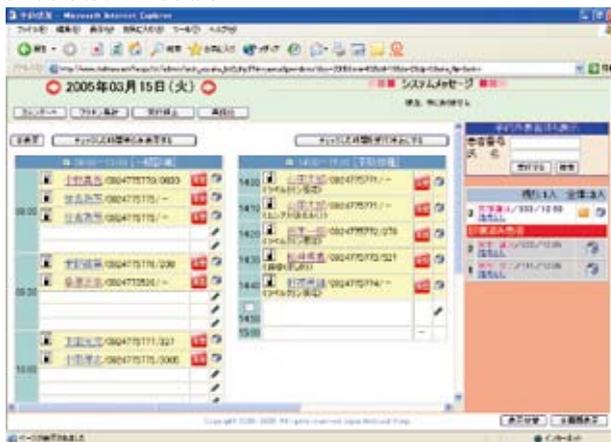
- ①基本価格は時間指定及び順番取り予約ともに初期費用10万円(税別)、月額利用料が1万円(税別)という安価さ、また複数医師、複数診療科の対応も1科ごとにプラス3千円という価格設定です。
- ②時間指定の予約では、一般診療だけでなく、予防接種や健康診断などの予約も可能です。
- ③予約時に“確認メール”、予約時間前に“もう直ぐメール”などうっかり忘れを防止する機能があります。
- ④予約の患者さんと直接来院の患者さんを同時表示。次回予約など未来日の予約が可能(時間指定予約)
- ⑤待ち人数とおおよその待ち時間を表示することが可能です。(時間指定予約、順番予約)
- ⑥患者さんへの情報発信機能としてメールマガジンが配信できます。(時間指定予約、順番予約)予防接種の開始案内や感染症の情報・ご注意など患者さんへ発信して喜ばれています。
- ⑦オプションとして、ホームページも安価で作成いたします。(SEO対策※も行います)

予約丸 画面イメージ

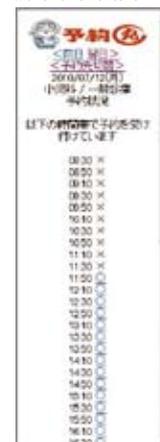
- ・予約の患者さんと直接来院の患者さんを一画面に表示します。
- ・受付停止、制限、同時に複数名の予約など自由に設定できます。

※SEO:検索エンジン最適化(Search Engine Optimization)の略。ある特定の検索エンジンを対象として検索結果でより上位に現れるようにウェブページを書き換えること。またはその技術のこと。

医療機関側の基本画面



携帯予約画面



予約システムの導入不安について

予約システムを導入する際に不安に思う点は、①時間指定であれば、予約時間どおりに診察ができるだろうか？②予約時間通り患者さんに来ていただけるのだろうか？③パソコンや携帯で予約が出来ない方から不満がでないだろうか？などではないかと思います。

その不安解消方法の一つとして、実際に導入されている医療機関では、全てを予約制にしてしまうのではなく、通常の来院の患者さんと並行して受け付けることができるように、予約人数を制限しているケースが多いようです。こうすることで予約の患者さんにとっては、予約時間を大きくずれ込むことがなくなり、また、予約なしの患者さんには、後回しにされるという不公平感を持たれる可能性が少なくなります。

最初から「うちでは診療予約は合わない…」と考えず、個々の診療予約システムの持つ機能・特徴をしっかりとみたくうえで判断されても良いのかもしれません。運用次第では患者さんの利便性を大きく改善でき、患者サービスの向上に役立つ可能性を秘めています。これを機に診療予約システムの検討をされてみてはいかがでしょうか？

訂正箇所
のお知らせ

弊誌 Vol.1(創刊号)「一押しME機器」の記事に、下記の通り誤りがありました。お詫びして訂正いたします。

記

訂正箇所

1. 23ページ「治療の対象・自己負担」の表中 (①の自己負担額 (誤)15,000点 → (正)15,000円)
(②の自己負担額 (誤)37,500点 → (正)37,500円)
2. 同表中「治療の対象」①と②枠内 (誤)四枝 → (正)四肢



人材マネジメント活性化のすすめ

第2回:「誰が、どんな仕事をしているのだろう…。 ～本当にその仕事は必要なの？」



立命館大学客員教授
医療経営研究センター副センター長
日本病院人事開発研究所代表幹事
齋藤 清一

医療機関ばかりではなく、一般企業にも職種別人事賃金制度を導入する動きが広がってきた。役割、実力、成果主義をより徹底するとともに、優秀な人材の確保につなげる狙いがあるようだ。

営業や技術、人事、経理、情報システムなどの職種に分け、会社全体の業績貢献度に応じた賃金体系が職種ごとに決められる。従って、配属される職種によって社員の年収は大きく変動することになる。また、加えて個人の貢献度を反映させるため、同じ職種でも仕事の成果の有無によって社員の給与は大きく格差がつく。厳しいグローバル経済競争のなかで生き残りをかけて各社は人事諸制度の見直しと改善・改革を進めている。能力や実力に応じた人事賃金処遇を徹底することは社員の期待と納得感も高まると企業トップや人事担当責任者は考えている。

さて、病院・施設の場合はどうか、言うまでもないが病院・施設は専門資格者の集団であり、職種別の人事賃金管理であり、職種別人事賃金制度でなければ実務は動かない。そうでなければ、各職員は納得しないだろう。医療機関従事者の人事賃金は、わが病院・施設の個別経営事情や考え方だけでは決められないことは無論のことであるが、同じ組織に勤務する統一した人事賃金の柱が欲しい。この柱がないと皆バラバラになってしまう。その柱の上に職種別人事賃金制度をしっかりと構築することが必要だ。その柱になるのが「職種別等級別課業一覧表」の作成である。この課業一覧表を見れば誰がどんな仕事をどの程度やっているかを一目で理解出来るし、また、彼は・彼女は今日は忙しいか、この人はもっと発展するか否か、能力開発のステップも確認することが出来る。各管理者の人事管理はここから始まる。

1. 誰が何をやっているのか

分かっていますか？誰がどんな仕事を、どのようにやっているのか。あなたは、彼・彼女の上司ですから、きちんと答えられなければなりません。答えられますか？…部下育成は管理者の最も重要な職責の一つである。自分の仕事には熱心だが、いつも忙しそうに走り回っている管理者が実に多い。部下の仕事などろくに見たこともない管理者がいる。部下はどの程度のレベルの仕事をしているのか、今のままでいいのか、あんまり考えたことはない。…毎日多忙なので部下掌握育成などをやっている時間がないと、中には堂々と言い切る管理者がいる。自分の仕事さえちゃんとやっていればいいのだという考えなのだろう。組織のレベルの問題でもある。あなたは管理者として彼・彼女達の人生の鍵を握っている。あなたは彼・彼女達の3年先、5年先のキャリアアップについて何も関心がなかったり、何も考えていなかったとしたら、部下は今日の仕事をこなす単なる手足に過ぎない。自分の仕事だけを一生懸命やる人を管理者とは言わない。管理者の職責遂行のチェックポイントは次の通りである。

- ①仕事の配分は部下によりアンバランスがないか(質・量のバランスは適正かどうか)。
- ②チャレンジ的な仕事や、能力開発に結びつく仕事を意図的・計画的に部下の能力に見合せて配分しているか否か。
- ③機会均等の仕事を与えているか否か。やらせもしないで「君には無理、だめ」なんて言うてはいないか。
- ④年齢・経験など能力に見合った仕事を与えているか否か。
- ⑤定型業務だけではなく、プロジェクト業務など創造的な考える仕事や役割業務を年代(シニアクラス25～35才、マネジメントクラス36才以上)に応じて与えているか否か。
- ⑥事務とか作業能率の立場から見て、効率的な課業分担になっているか否か。
- ⑦組織的業務推進の観点から見て、課業分担に無理などの問題はないか。
- ⑧責任の所在が不明確な課業の配分はないか。
- ⑨やらなければならない課業や必要な役割業務が抜けていないか。
- ⑩数年来、全く同じ仕事しかやらせていないなどの問題はないか。もし、そのような事態があった場合、その人は物の見方や考え方に偏りがあり、視野が狭くなっているか。また、長年同じ仕事だけで変化がなく、モラルダウンが起きてはいないか。

ある特定の部下に良い仕事を集中して与えているとか、花子には××の仕事は何年間も連続してやらせているということは、いろいろな問題が生じている筈だ。仕事は毎年少しずつは変え、常に職務拡大を図ることがモチベーションアップや能力開発に有効である。同じ仕事を5年以上やらせていると惰性になる。また、物の見方や考え方の視野が狭くなる。ナレの落とし穴にはまるからである。大きな視野で物事を見たり考えたりすることが出来なくなってしまうのだ。そのような弊害を阻止するために、わが国の一般企業では人事異動が大々的に行われている。

2.職務内容の明確化作業とは

わが病院・施設の仕事とその内容が明確にされており、また、その仕事を担当するために必要な能力要件が公開されていれば、志のある者はその能力を満たすべく、自発的に行動を起すであろう。万が一、今年は配属の希望が叶えられなくても、職務遂行能力のギャップを確認出来れば納得が出来る。職務の内容を明らかにすることは、経営上いくつかの重要な利点がある。

- ①職務の重要度を明確化することにより重点業務に焦点を絞って仕事配分が出来る。
- ②職務のレベル(難易度)を明らかにすることで、組織が必要とする人材の資格要件を明確化することが出来る。この資格要件を物差しにして担当者の能力レベルを確認することが出来る。
- ③一人ひとりの能力開発のターゲットを明確にして計画的、意図的に部下を育てることが出来る。
- ④組織業務の流し方や、やり方など事務の合理化を進めることが出来る。
- ⑤仕事の切捨て、統合など事務や作業の効率化を推進する事が出来る。等等。

これらの作業はいつか必ずやらなければならない組織力アップのハードルである。以上、これら一連の作業を職務調査と言う。

3.職務調査の上手な進め方

企業が求める人材像、職能像を他に先駆けて魅力あるものとして描き、その期待像に向けて一人でも多くの人材を育成し人材活用を図りたい。そのターゲット作りが職務調査である。期待像作りは、職能資格等級制度を基本軸として展開し、評価(人事考課)→育成(能力開発、配置、人事異動)→昇格昇進(等級昇格、役職昇進)→処遇(賃金、賞与、退職金)に連動する能力トータル

システム基準の明確化作業である。基準化作業とは修得要件、習熟要件、職歴要件といった能力明細表の作成である。さて、この職務調査を簡便に進める主な手順は次の通りである。

- ①課長が中心になって課を代表する仕事を洗い出す。代表する仕事とは組織機能上の役割業務、時間的処理ウエイトが大きい仕事や多くのメンバーが従事している仕事である。
- ②業務遂行上の困難度、(経験何年で一人前になるのか)どんな出来栄が期待されるのか、そのためにはどのような勉強が必要なのか。知識、技術、自己啓発等の内容を明確化することが大切である。仕事の質的要件を明らかにする。
- ③職務調査のたたき台が出来たら落ちが無いかなかの確認のために、担当者にアウトプットを回覧し確認チェックをする。
- ④仕事量の測定は職務調査では行わない。調査の簡便なやり方は、突発的な業務を行った例外的な日や週を除いて、各担当者がこの一週間に処理をした仕事名とそれぞれの所要時間を各人に記録してもらう。記録の査定は仕事に詳しい主任、課長クラスに集合してもらい、確認、加筆または修正をしてもらう。
- ⑤最後に〇〇君は残業が多い、手が遅いなどの問題が浮き彫りになる。これらの問題解決は上司と部下で一緒に改善策を考える。

職務調査資料をベースにチームの皆が一堂に会して話し合いのきっかけを作り、お互いに好循環のマネジメントを回すことが出来る。仕事を変え、意識を変え、風土をチャレンジブルに変える。その力が職務調査にあるのだ。

次号、第3回は、「一人ひとりの利益をこうつくる。～付加価値とは何か」を予定しています。

筆者：齋藤清一 氏

立命館大学客員教授、医療経営研究センター副センター、日本病院人事開発研究所 代表幹事

●専門分野：人事労務管理、賃金統計学、組織計画、目標管理、利益計画、予算統制、評価システム、労働法関連等

●所属学会：日本経営倫理学会

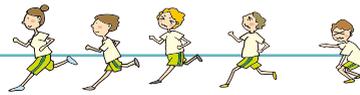
●主な著書：「エクセレントホスピタル」(日総研)、「病院・施設の人事賃金制度の作り方」(日本能率協会)「人事考課実践テキスト」「病院人材育成とコンピテンシー活用の仕方」「医師の賃金はこう決める」「職能給の決め方が分る本」[経営書院] 他多数。

人事賃金の設計、改善改革コンサルのご相談を受け賜っております。

人事考課、面接訓練、目標設定訓練、コンピテンシー評価者訓練、管理監督者訓練、モチベーションアップ研修など、人事賃金のあらゆる改革をサポートしています。

ご相談はこちらに

職員の幸せと経営の発展をサポートする
「日本病院人事開発研究所」
〒248-0001 鎌倉市十二所224
TEL 0467-25-4627 FAX 0467-25-5355
e-mail:seiichi3@bronze.ocn.ne.jp
http://www.jinjitestinginri.sakura.ne.jp/



今日も元気ハツラツ! 創設25年を迎えた 小池病院野球部の 熱いプレーにエールを!



小池秀爾院長

広島県福山市で産科・婦人科の専門病院として著名な小池病院。当病院は、妊婦さんや若いお母さん方が集まる友の会活動などにも熱心な医療機関ですが、一方で、そんな柔らかなイメージとちがって、結成25年の小池病院野球部では、今年も、熱い男の闘い(?)が連日繰り返されています。

さっそく、情報をいただいた弊社アステム福山支店を通じて、同野球部の主要メンバーとして頑張る小池病院の春山佳敬事務長と野球部監督を務める藤井憲治さんのお二人から話をうかがいました。



春山佳敬事務長

インタビューその1 春山佳敬事務長

「フェアプレー」と「野球を楽しむ」が 小池病院野球部のモットー

問:小池病院野球部のチーム結成の時期とその経緯を教えてください。

「小池病院野球部の前身は、当時院長と職員が所属していたクラブチーム(カスミクラブ)です。昭和61年、小池病院野球部と名称変更しました。当時『福山軟式野球連盟A級』に所属していましたが、A級チームは試合の日程も内容も厳しいので、当院の小池秀爾院長が“野球を楽しもう”と“人間形成”を主目的とした当野球部の方針を打ち出し、新たなスタートを切ったわけです。この福山市軟式野球連盟では前年

の戦績でランクが入れ替わるため、現在はB級だったりC級だったりと年毎に入れ替わってます。」(アステム福山支店在籍者も歴代7名がお世話になり、立派に人間形成させていただいております(笑))…アステム福山支店K氏 談

問:これまで出場した主な大会での戦績は?また、試合日程などはどうなっていますか?

「平成17年の第49回高松宮賜杯・全日本軟式野球大会2部で全国大会出場(開催:稚内市)、平成21年の日本スポーツマスターズ2009中国大会出場(開催:鳥取市)などがあります。現在は福山市軟式野球連盟に所属するほか、『若鷹リーグ』という独自リーグをつくって活動しています。(注※)

試合は、一般の部と40歳以上という出場資格がある壮年の部に分けられますが、広島県内の単独チームで一般の部・壮年の部の両方に出場出来るチームは少ないのが現状で



2010年8月1日(日)の試合風景

す。当野球部の部員は現在27名で、26歳から65歳までと幅広い年齢層が在籍しており、できるだけ両方に出場できるようにがんばっています。

試合日程は、2月から12月までのシーズン期間中、ほぼ毎週日曜日には試合日程が組まれています。ちなみに我がチームはオリックスブルーウェーブ仕様のメッシュのユニフォームです。小雪舞い散る2月・3月の試合はちょっと辛いです。」

※注)今年度も参加する主な野球大会

●福山市軟式野球連盟

- ・西日本軟式野球大会
- ・高松宮賜杯 全日本軟式野球大会
- ・日本スポーツマスターズ
- ・広島県知事旗広島県軟式野球大会
- ・中国五県軟式野球大会
- ・三井杯争奪軟式野球大会
- ・中国新聞社旗争奪軟式野球大会
- ・山陽新聞社旗争奪軟式野球大会
- ・福山市長旗争奪軟式野球大会

●若鷹リーグ

- ・リーグ戦
- ・会長旗トーナメント大会

インタビューその2 藤井憲治監督

「たかが野球・・・されど野球」 野球を通じて社会に通用する 人材育成が目標

次に、藤井憲治監督の登場です。藤井監督は印刷会社の社長さんです。平成3年に前監督の推薦で監督に就任。前監督より野球への取り組みを評価され、また人望も厚く部員全会一致の決定だったそうです。



藤井憲治監督

問:まず部員の構成などについてお尋ねします。また何人が主なメンバーの紹介をお願いします。

「現在のメンバーは高校野球経験者を中心に構成されています。小池秀爾院長が直接面談して、意欲があれば即入部です。職業もまちまちです。たとえば、S.Y.さんは自動車整備士です。遠征時のマイクロバスの運転やメンバーの車整備でもお世話になっています。球場でも車の故障の際は大活躍です。白髪の似合う笑顔が輝くおじさんです。次にI.O.さん。運送会社に勤務し、北海道・稚内市遠征の際は、用具運搬で活躍。色黒の厳しい風貌のおじさんです。M親子の存在も欠かせません。息子のN君は既婚者ながら野球という共通の

趣味で結ばれた仲の良い親子振りを発揮していて、うらやましいかぎりです。最後に春山事務長です。試合開始1時間前からランニング・柔軟・素振りを熱心にこなす、本当に真面目に野球に取り組む姿勢はチームいちです。」

問:練習日、時間、場所などの設定はどのようにしていますか？

「練習日などはありません。軟式野球連盟と若鷹リーグ両方に加盟しているため、2月から12月までほぼ日曜日は毎週試合だからです。日曜日のダブルヘッダーもちょくちょくです！

どの大会も準決勝・決勝くらいにならないと福山市民球場・岡山マスカット球場で試合ができません。なので、トーナメント大会では、チーム一丸となって盛り上がります。」

問:試合にまつわる面白いエピソードがあればご紹介ください。

「直接試合に関係ありませんが、平成17年の北海道・稚内で行われた第49回高松宮賜杯・全日本軟式野球大会2部全国大会出場の際、開会式直後の第一試合で“サヨナラ負け”を喫し、その後散々な目にあつたことです。勝ち上がるつもりで臨んだこの大会、帰ろうにも今更予約変更もできず、結局、(大会の)残り2日間の時間つぶしにメンバーは右往左往でした(笑)。試合での思い出は、まだ記憶に新しい平成21年の日本スポーツマスターズの広島県大会での“神がかり的な3試合連続のサヨナラ勝ち”ですね。これは最高でした。また、以前(休部中)元プロ野球選手(左腕・投手)が在籍していたことがあります。毎試合必ず1~2名は牽制死させる彼の妙技は未だ鮮明に印象に残っています。」

問:最後に今後の抱負を述べてください。

「“たかが野球・・・されど野球”の精神で、社会に通用する人材を育成することが目標です。また病院のチームですので、献血などにも積極的に行って、少しでも地域医療に役立つように心がけています。」



若手イケメン?(左)と
壮年の部代表?(右)
...幅広い年齢層がこのチームの魅力。

オジサントリオは「スリーアミーゴーズ
(by 踊る大捜査線)」ばりの存在感が!
(中央は藤井監督)



診療現場における見える化とは②

前回の「見える化のススめ」の後半でDPCについて触れました。DPCとは、①診断群分類ごとに決められた1日当たり点数にしたがって医療費を算定する定額払い方式であること。②その病院数は全国で1,300を超え全一般病床の約半分を占める(*1)こと。③DPCを採用している病院は厚生労働省へのデータ提出が義務付けられていること、などです。厚労省は毎年400万件以上の膨大なDPCデータを収集しているわけですが、一体それをどのように活用しているのでしょうか。「見える化のススめ」第2回は、先日公表された平成21年度のDPC調査データをもとに国レベルでどんな分析が、いわゆるどんな「見える化」が行われているのか、その動向にフォーカスを当ててみたいと思います。

(DPC制度導入の意味)

そもそもDPC制度の導入にはどんな意味が込められているのでしょうか。札幌社会保険総合病院の秦院長は、『DPC導入の目的は、医療の標準化・透明化の促進であり、DPC導入の効果としては、患者にとっては標準的な治療と価格が明らかになること、病院にとっては経営管理のツールとなること、行政にとっては医療分析のデータベースになることである』(*2)と定義しています。では行政が医療分析を行う目的は何でしょうか。それは言うまでもなく、少子高齢化に伴う医療費の将来予測を行い適切な社会福祉政策を実現することでしょう。医療費の将来予測については従来より政府部内のさまざまなところで行われてきました。一例をお示しすると、麻生政権時の2008年10月に開催された「社会保障国民会議」において医療・介護費用のシミュレーションが行われ、その結果がホームページ上に公表(*3)されています。それによりますと、高齢化が進行する2025年と2007年とを比較すると、医療費はほぼ倍増、介護費が

およそ3倍増、医療費と介護費を合わせると2.1~2.7倍へ増大する事が予測されています(表1)。実質的な人口減社会に入り現役世代と高齢者のバランスが大きく変化していく中で、このまま本格的な高齢化社会を迎えられるのだろうか?という危惧は、政権党がどこであれ共通の認識となっており、ここに医療費適正化政策を行う根拠があると考えられます。よって国によるDPCデータの収集と分析についてもこうした流れの中にあると捉えることができます。

表1:医療・介護サービス費用のシミュレーション

		現状 (2007年)	2025年	
			Aシナリオ	Bシナリオ
医療+介護	対GDP比	7.9%程度	10.8~10.9%程度	11.6~12.0%程度
	名目額	41兆円程度	85兆円程度	91~94兆円程度
医療	対GDP比	6.5%程度	8.4~8.5%程度	8.5~8.9%程度
	名目額	34兆円程度	66~67兆円程度	67~70兆円程度
介護	対GDP比	1.3%程度	2.4%程度	3.0%程度
	名目額	7兆円程度	19兆円程度	23~24兆円程度

社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション
本体資料 32ページより抜粋

（国によるDPCデータの使い方）

さて、6月30日に平成21年度のDPC調査データが厚生労働省より発表^{(*)4}されました。その中から主な結果のいくつかを以下に抜粋してみます。

- ①平均在院日数…減少傾向にあった。日数減少の要因は、主に診断群分類ごとの在院日数の減少によるものと考えられた。
- ②入院経路…1施設1ヶ月あたりの救急搬送患者数は20年度と比較して増加傾向であった。また「他院より紹介あり」は増加傾向であった。
- ③退院先の状況…自院の外来の割合は一部で減少傾向にあるのみ。転院の割合も一部で増加傾向にあるのみ。
- ④退院時転帰の状況…治癒及び軽快を合計した割合は大きな変動なし。治癒の割合は減少傾向。
- ⑤再入院率…増加傾向にあった。同一疾患での6週間以内の再入院も増加傾向。

これらはほんの数点の要約に過ぎませんが多くの示唆に富んでいます。まず平均在院日数が確実に減少している点。平均在院日数は急性期医療の効率化のためには非常に重要な指標ですが、診断群分類ごとに日数が減少しているということは、医療機関それぞれの診療科・医師がそれぞれの担当する領域で日数の短縮に積極的に関わった成果と言えます。次に入院経路の“救急”と“紹介”の増加傾向も、各医療機関の急性期医療への取り組みの強化が見てとれます。一方、退院先の状況で“自院外来”がさほど減らず、“転院”も微増な点を見ますと、急性期医療以後を担う亜急性期病床（ポストアキュート）の全体的な不足感が透けて見えますが、患者がどういう状況で退院・転院しているのかどうか、“治癒”の減少と併せて見ていく必要があります。また再入院率の増加は、計画的な化学療法・放射線療法の進展を如実に裏付けたものと言えます。毎年公表されるDPC調査結果はその冒頭で主要指標の結果のサマリーがまとめられており、こうやってその数値の変遷の背景をうかがい知ることができます。

一方、今年の診療報酬改定で過去のDPC調査データが点数に直接反映された例があります。それはDPCにおける「機能評価係数II」の項目です。「機能評価係数II」はこれまでの“調整係数”に代わるもので、医療機

関の機能を評価するものとして今回から新たに導入された係数です。内訳は、「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「地域医療指数」「救急医療係数」の6項目から成るもの^{(*)5}ですが、特にこのうちの「効率性指数」「複雑性指数」についてはDPCデータを使った指数が病院ごとに設定されました。「各病院のDPCグループごとのデータ（症例数・在院日数）を使い、全国平均と比べて、

- ・より在院日数が長くかかる患者をたくさん診療している（複雑性指数・患者構成の指標）
- ・同じグループの患者をより短い在院日数で診療している（効率性指数・在院日数の指標）

かどうかを表現したもので、（中略）数字が大きいほど高い評価を与えられる仕組み^{(*)6}となっています。「厚生労働省告示第九十八号」に各DPC病院の調整係数と機能評価係数IIが告示されています）

このように国レベルでは、膨大なDPCデータを用いた“見える化”によって、DPC制度下における医療提供体制の変化を大きくマクロ的に捉えるのと同時に、病院ごとのきめ細かなデータ解析によって結果を診療報酬にミクロに反映させるという施策の両方を、すでに実施していることとなります。

（患者視点で見るDPCデータ）

次にDPCデータを患者視点ではどう見ることが出来るのでしょうか。同じく平成21年度DPC調査データからたとえば次ページの（表2）から（表5）のような情報を得ることができます。

（表2）からは、同じ県の大学病院でも実はその病名や手術の有無によって取り扱う症例数（＝得意とする症例）に大きな違いがあることがわかります。（表3）では、ある病気を数多く扱っている病院がどこなのかを知ることができます。特にこれは公式な情報に基づいているので、いわゆる“病院ランキング本”の類より客観性の高いデータであると考えられます。（表4）は在院日数の推移が、病院固有のものと同じ種類の病院群との両方が確認できる指標になっており、それぞれの病院の効率化の進み具合を推し測ることができます。（表5）はY県Z医療圏に所在する3病院における肝がんの取り扱い症例数と日数を表したものですが、同じ疾患でも医療機関によって入院期間（の平均）に差があることがわ

かります。このように患者や家族にとってもDPC調査データは病院選択・治療方針選択のための基準のひとつに十分なり得るのです。

表2: X県所在の大学病院における脳疾患の一部病名別症例件数(抜粋し加工)

施設名	a大学病院		b大学病院		c大学病院		d大学病院	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
手術								
脳腫瘍	-	18	25	27	15	25	-	50
くも膜下出血 破裂脳動脈瘤	-	-	-	-	-	-	-	-
未破裂脳動脈瘤	19	50	11	15	-	-	-	-
非外傷性頭蓋内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外)	-	16	10	27	-	23	-	-
非外傷性硬膜下血腫	-	11	-	15	-	-	-	-
脳梗塞	25	125	-	42	-	84	-	63

※病院は匿名化
 ※手術なしには輸血のみの症例は含まれない
 ※症例数が10に満たない場合は-で表示される

表3: 九州における睡眠時無呼吸(手術なし)の症例数ベスト15(抜粋し加工)

県名	病院名	症例数	平均在院日数
長崎	ア病院(医療法人)	170	2.2
福岡	イ病院(大学病院)	143	2.0
福岡	ウ病院(医療法人)	140	2.0
鹿児島	エ病院(公的病院)	135	2.0
長崎	オ病院(医療法人)	120	2.0
福岡	カ病院(企業立病院)	99	2.1
福岡	キ病院(医療法人)	98	2.2
福岡	ク病院(大学病院)	80	2.0
福岡	ケ病院(公的病院)	77	2.0
福岡	コ病院(医療法人)	70	2.0
大分	サ病院(医療法人)	57	2.0
佐賀	シ病院(公的病院)	54	2.0
宮崎	ス病院(医療法人)	53	2.0
福岡	セ病院(大学病院)	49	2.2
沖縄	ソ病院(公的病院)	39	2.0

※病院は匿名化

表4: 複数病院の在院日数の年次変化(抜粋し加工)

	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年
A病院	15.79	15.63	15.88	15.90
B病院	16.91	14.75	13.98	15.73
C病院	15.72	15.75	15.86	15.92
D病院	14.44	14.74	14.47	14.50
E病院	18.38	16.91	15.76	15.69
F病院	16.56	14.89	14.67	13.96
G病院	20.82	21.38	20.25	21.21
H病院	14.39	14.46	13.14	13.38
I病院	18.26	17.74	19.08	18.45
J病院	10.51	10.60	10.64	10.91
平成16年度 DPC対象病院	14.93	14.78	14.59	14.44

※病院は匿名化

表5: 肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む)手術なし症例数と日数(抜粋し加工)

	H21年DPCデータ	
	件数	日数
S病院	14	25.8
T病院	22	14.3
U病院	10	10.0

※病院は匿名化

表6: 白内障、水晶体の疾患(手術なし)症例数と仮想地域シェア

	H21年DPCデータ	地域シェア	
	件数	地域総数 200の場合	地域総数 300の場合
S病院	48	24.0%	16.0%
T病院	-	4.5%未満	3.0%未満
U病院	108	54.0%	36.0%

※病院は匿名化

(DPCデータと地域医療)

最後に地域医療の“見える化”についてお話します。(表6)の左半分は先ほどのZ医療圏3病院における白内障、水晶体の疾患(手術なし)の症例数です。これにZ医療圏全体の白内障手術患者数を仮定した場合の各病院の占有率を計算したのが右側の表です。この総数200や300とは仮の数字ですが、もしここに根拠のある患者数が入るなら、各病院の地域における白内障手術の地域シェアをかなり正確に割り出すことができます。地域シェアを言い換えれば、地域におけるその病院のその疾患での貢献度を表す指標、となります。

そして(表7)はW病院の二次医療圏地域シェアを示したもので、W病院の実際のDPCデータおよび直近の患者調査データから割り出されています。疾患によって地域医療への貢献度に違いのあることがわかります。

ご覧いただいたように国レベルではこういった分析等を通じて以下の3つの視点から地域医療と連携の“見える化”に取り組んでいます。^(*6)

- ・地域における医療機関の役割の視点⇒医療機関の機能分化と連携の可視化
- ・地域医療圏の視点⇒患者の受療行動の可視化
- ・医療資源必要度の視点⇒地域の医療資源配分の指標

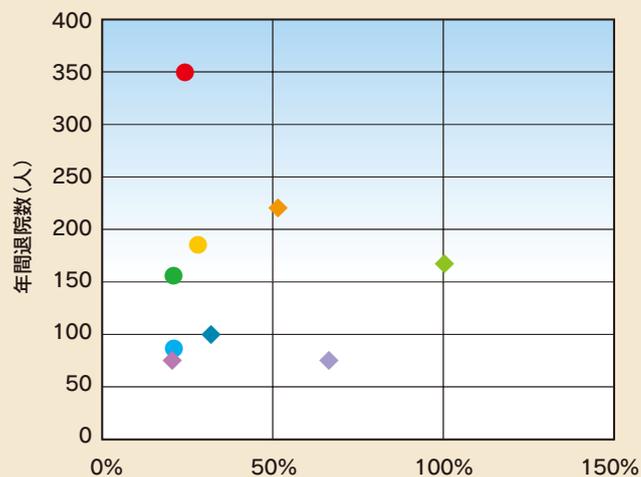
こうした“見える化”がさらに進むことによって、私達が住んでいる地域の医療がどういう現状にあって、どう

変わろうとしていて、どう変わるべきなのか、そして私達は医療にどう向き合っていくべきなのか、それらに対する良いヒントを与えてくれる日もそう遠くはないと思います。

さて次回からはいよいよ病院固有の“見える化”について進めて参ります。

表7:W病院の主要疾患別地域シェア

〈DPC別急性期患者二次医療圏内シェア分析〉



- 040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎
- ◆ 040040 肺の悪性腫瘍
- 010060 脳梗塞(JCS30)未満
- ◆ 180010 敗血症
- 050050 狭心症、慢性虚血性心疾患
- ◆ 100070 2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く)
- 050130 心不全
- ◆ 010040 非外傷性頭蓋内血腫
- 110080 前立腺の悪性腫瘍
- ◆ 110280 慢性腎不全

出典:『DPCデータ活用ブック第2版』伏見清秀著(じほう)
2008の付録CD-ROMより作成

【出典】

- *1:「DPC対象病院・準備病院の現況について」平成22年度 第3回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 資料(D-3)
- *2:「DPC環境下における社会保険病院の挑戦」札幌社会保険総合病院医誌第17巻第1号2008
- *3:社会保障国民会議のページ
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html>
- *4:「平成21年度 DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価」のページ
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html>
- *5:「機能評価係数について」平成22年度 第3回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 資料(D-4)
- *6:「DPCデータ解析(国際医療福祉大学大学院乃木坂スクール)」東京医科歯科大学大学院 伏見清秀教授)



Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

大分・府内戦紙

(ふないぼっちゃん)

今年のテーマは「豊後府内の陣～戦国武将、豊後へ」



今年の猛暑にさらに暑い風を送る!! 戦国ドラマに酔いしれた8月の暑い夜

ここ大分市では毎年、8月第1週の金曜日から3日間の日程で「大分七夕まつり」が開催されます。

祭り初日のメインは「府内戦紙(ふないぼっちゃん)」です。大分県内の企業が戦国武将をモチーフとした山車(だし)を作成し、大分駅前的大通りを踊り隊と共に練り歩く、それは壮観で気迫溢れたお祭りなのです。府内戦紙は今年で26回目を迎え、今年の山車は全16基、参加者数は3,600名に上りました。

フォレストグループは吉村社長を筆頭に210名の大所帯。東北の雄、伊達政宗の山車と新調したハッピーノボリで威勢良く参戦です。事前の厳しい練習(?)の成果も十分に発揮され、完成度の高い踊りと練りを披露することができました。

今年は残念ながら一等賞にはなれませんでした。来年へつなく布石を打つことができました。気持ちは既に来年の戦紙です! 来年の夏、皆さんもぜひ大分の府内戦紙へお越し下さい。

By ぼっちゃんおいさん

編集部 から

情報誌「Poti(ポチ)」Vol.2をお届けしました。ここだけの話、2か月に1回という発行サイクルがつかめず四苦八苦しましたが、何とか発行できてホットしています。ご協力いただいた皆さん、本当にありがとうございます。m(__)m

さて、今回の取材を通じて、いよいよ「医療・介護の連携時代」に突入してきたということを実感しています。新時代に向って、これからも私どもフォレストグループエリアの隅々までお邪魔して、地域の動向を情報発信していきたいと思っています。もしポチ編集部員が「取材にお邪魔したい!」と言ってきた折には、決して邪険にしないで温かく迎えてください。〈K.K.〉

Mercury マーキュリーPRO

診療行為別
原価計算

クリティカルパス
シミュレーション

症例経営分析
のための
アウトライヤ抽出

DPCチェック
システム

診療現場で
役立つ経営
分析研究会

主な特徴

- 病院全体の経営分析が可能です
(外来E/Fファイル利用の場合)
- 「診療行為別原価計算」を基盤に様々な切り口で
収支による評価ができます
- 症例ごとの収支シミュレーション機能
- DPCコーディングのチェック機能

原価計算

- E/F ファイルの各行ごとに経費(給与、財務
データ等)を直課または按分する仕組みです
- 手術室など部門システムとの連携により直課
精度のさらなる向上が図れます
- InterSystems社のデータベースCaché
(キャッシュ)の採用により超高速計算を実現

必要なデータ

- 医事会計より
患者基本情報、入院外来履歴、診断履歴、
行為実施情報、病院点数マスタ、DEFファイル、
様式1、外来・自費EF
- 人事給与より給与情報
- 財務会計より経費情報
- 物流より薬剤・材料購入単価

導入実績

宮崎大学医学部附属病院、北海道大学病院
京都大学医学部附属病院、小牧市民病院(愛知)
宮崎善仁会病院、愛媛大学医学部附属病院
慶応義塾大学病院、宮崎市郡医師会病院
長崎大学医学部附属病院、JR九州病院(福岡)
潤和会記念病院(宮崎)、大阪警察病院
日本赤十字社長崎原爆病院、兵庫医科大学病院

マーキュリーPROを使った「症例経営分析」のすすめ

症例経営分析

部門別収支のような統計主体の経営分析ではなく、財務アウトライヤー分析のような症例レベルの
診療内容に踏み込んだ経営分析で、統計情報では読み取れない隠れた事実や問題を発見しやすい。

手順①:指標を決めてアウトライヤを抽出する

手順②:症例の内容を解析する

手順③:診療科と検討会

例)症例数上位のうち
収支の悪い症例を
ピックアップ

収支に影響した
行為は？
入院日数が違ったら？
コーディングは
適正だったか？



販売代理店

株式会社アステム 価値創造部 ソリューションセンター

〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-1-2 東比恵ビジネスセンター10F
TEL:092-477-5770 FAX:092-477-5512

開発元:販売元

株式会社コア・クリエイトシステム

〒880-0921 宮崎県宮崎市本郷南方3231番地3
TEL:0985-56-7111 FAX:0985-56-3331

