possibilities are infinite

# Poti [ポチ]

●autumn quarter 03

特集●地域医療最前線

## かかりつけ医と薬局薬剤師の地域連携事情

第102回「川副町医薬懇話会（9月21日）」レポート

## 動き始めた唐津東松浦地区の多職種連携

在宅セミナーイン唐津2010レポート

特集●人材教育・育成

## 経営分析担当者：経営分析アカデミー開催へ
## 薬学教育：九州保健福祉大学の取り組み

シリーズ●Pharma Future Series

## 「薬局で行う、在宅医療」

シリーズ●一押しME機器

## もしものときの救急蘇生！AED

ガイドライン ダイジェスト

## 糖尿病治療ガイド2010（日本糖尿病学会）

シリーズ●誌上セミナー

## 人材マネジメント活性化のすすめ

**〈ビーグル〉**

原産国はイギリスで古来よりウサギ狩りに用いられていました。その啼き声から「森の声楽家」との愛称もあります。ビーグルは他の犬種に比べると足は決して速くはありませんが、豊富な体力と獲物を追いながら延々鳴き続ける「追い鳴き」と呼ばれる習性があります。また、最近では優れた嗅覚を活かし、一部の空港では「検疫探知犬」として、持ち込み禁止の食品や物品を嗅ぎ分ける「ワーキングドッグ」としても活躍しているようです。性格は活発でやんちゃ、とっても遊び好きで食欲旺盛、暑さ寒さにも強く、あまり病気もしません。でもちょっぴり寂しがりやですが人懐こい頭の良いワンちゃんです。誰もが知る、有名なキャラクター『スヌーピー』のモデルでもあります。

「参考：ウィキペディア (Wikipedia)：フリー百科事典」

# contents


02 〈地域医療最前線-1〉
**かかりつけ医と薬局薬剤師の地域連携事情** 第102回「川副町医薬懇話会(9/21)」レポート

04 〈地域医療最前線-2〉
**動き始めた唐津東松浦地区の多職種連携** 「在宅セミナー in 唐津2010」レポート

06 〈特集:人材教育・育成〉経営分析担当者
**経営分析ができる人材育成に悩む病院に朗報!**

10 〈特集:人材教育・育成〉薬学教育
**6年制薬学教育の現状** (九州保健福祉大学の取り組み)

13 **ほっとたいむ** (ココラでちょっと一息ついてみませんか?)

14 〈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2)〉

16 〈Pharma Future Series〉
**薬局で行う在宅医療** (第3話:日薬調査にみる高齢者施設の薬管理 ~薬剤師の関与の必要性が明らかに)

18 〈医薬品情報〉
**医薬品新規収載関連ニュース**

20 〈医療機器情報〉
**一押し! ME機器** (もしものときの救急蘇生!AED あなたの手でいのちが救えます!)

22 〈ガイドライン ダイジェスト〉
**糖尿病治療ガイド2010(日本糖尿病学会)** 主な改訂のポイント

26 〈誌上セミナー〉
**人材マネジメント活性化のすすめ**

29 〈見える化のススメ-03〉
**診療現場における見える化とは③**

32 **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

# かかりつけ医と薬局薬剤師の

## Network Report
## 地域医療最前線
### 医療連携の現場（1）

高齢者人口がピークを迎える2025年を睨んで、どの自治体でも医療・介護等の連携体制の構築が喫緊の課題となっています。ここ佐賀市川副町では、ずっと以前から町内の医療関係者等が集うさまざまな会合が活発に行われていて、こうした地域ネットワークの構築の基礎となるいわゆる「顔の見える関係」がすでに出来上がっているようです。特にその代表格は、多職種が集う「かわそえネットワーク」と開業医と薬剤師の勉強会「川副町医薬懇話会」の2つです。どちらも月１回のペースで行われ、前者は180回、後者では100回を超えています。中でも後者の川副町医薬懇話会は、町内の主な開業医と薬局薬剤師が一堂に会して継続的に勉強会を行うというもので、他の地域ではほとんど耳にしたことがありません。

そこで今回は9月21日（19時開始）に行われた第102回目の川副町医薬懇話会にお邪魔し、その内容を取材しました。

■前列中央：会長の高祖厚志先生
■高祖先生の向かって左：発起人の徳永剛先生
■　〃　向かって右：前(初代)会長の枝國源一郎先生

### 「今日の治療薬」を抄読しながら、医師と薬剤師が自由に意見交換

会場は、川副町にあるショッピングセンター「ラポール」の2階会議室。この日の出席者は15名。常に15名から20名くらいの人数が集まるといいます。時間は約１時間程度で月１回・19時から開始されます。

内容としては、「今日の治療薬」をテキストにして、その中から前の会合時に決めたテーマにしたがって、その部分の読み合わせを中心に進行します。司会進行役も医師と薬剤師が交互に持ち回りで担当します。司会進行役が当たった人は担当する箇所の文章を抄読しながら、それに関する話題を提供し

# 地域連携事情 第102回「川副町医薬懇話会(9/21)」レポート

たりして意見交換のリード役も果たします。

この日のテーマは「脂質異常症治療薬」でした。実際、それぞれ専門がちがう医師の立場から、食事療法や運動療法などによる生活習慣の改善に対してどう考えているか、薬物療法を行うのはどのような症例か、また、薬剤をどう選択しているのかなど、実際に診療で行っている内容をお聞きすることができました。薬剤師だけの会であれば得られない、この会ならではの貴重な情報です。

一方の薬剤師側からは、副作用を心配する患者さんから、スタチンを服用して問題ないのかという内容の問合せを受けることがあるとの話題が出されると、医師からは、これは服薬コンプライアンスを左右する問題なので、ぜひフィードバックをしてほしいという要望があがっていました。

会はきっちりと1時間で終了しました。短い時間でしたが、実践的で役立つ勉強会だと感じました。このように、地域で開業・開局されている医師と薬剤師が集合して、率直で活発な意見交換や議論ができる場があるということは、最終的に、より適切な治療や指導が受けられるという患者さんの利益につながっているわけです。

## 同懇話会の会長は、医師から薬剤師へバトンタッチ

この医薬懇話会の会長を務める有限会社コーソ薬局の高祖厚志先生は、会の運営についてこう語ります。

「川副町医薬懇話会は2002年から始まり、今回(9月21日)で102回目になります。2008年4月に初代会長の枝國源一郎先生(枝國医院院長)から会長職を引き継がせていただきましたが、会の皆さんのおかげでこれまで何とか続けることができています。この会は医師と薬剤師がそれぞれに垣根を取っ払いお互いを理解しあうことに主眼を置いていますが、ただの親睦会ではなくしっかりと勉強する機会になりますので、その点が長く続いている理由ではないかと思っています。

実際、町内のクリニックの先生方が他科にわたり参加されていますので、それぞれ専門の立場からの見解なども確認でき、非常に勉強になります。この会に参加するようになって、医師に対して処方せんの疑義照会への抵抗感がなくなったという声をたくさん聞きます。また、メンバーは皆発表の場を与えられますので、その時は必死で勉強します(笑)。1つのテーマに従って情報の収集とまとめを行い人前で話すことは、特に、若い薬剤師にとって良い機会となります。

医師側にとっても最近の治療薬についての知識が再確認できたり、薬局を通じて患者さんの本音が聞けたりするので、勉強になると言って頂いています。いずれにしても、これまで継続してきたこの会を私の代で終わらせるわけにはいきません。これからも、この会に参加して良かったと思えるような楽しく有意義な会にしていきたいと思っています。」

7月の会合では100回を記念して佐賀大学医学部教授・薬剤部長の藤戸博先生を招聘し特別講演を行い、また、8月には夏恒例のビアパーティを行うなど、会長として節目のイベントをみごとにやり遂げた高祖先生の目は生き生きと輝いています。初代会長を長く務められた枝國源一郎先生は、次期会長選出の際、高祖先生を強く推薦したそうで、若い薬剤師の活躍に目を細めます。

## 面分業の進展と共に地域の医療機関・薬局が顔の見える関係づくりを目指したのがきっかけ

最後に、この会の発起人である坂井医院の徳永剛先生に会発足の経緯をうかがいました。

「佐賀はご存知のように医薬分業の先進地域です。そのため様々な医療機関から処方せんが発行され、多様化が進んだことから、書き方も薬剤の使い方もばらばらで、このままでは処方せんが一人歩きしかねず、心配になってきました。しかしここ川副町は、昔ながらのコミュニティが残っているためか、みんな仲が良い土地柄です。この懇話会に先駆けて作った、保健・医療・福祉の多職種が集う『かわそえネットワーク』の会合がうまくいっていましたので、町内の診療所の医師と薬局の薬剤師が集まる勉強会を始めることを思いつきました。こうすれば処方する側も受ける側も、いわゆる顔の見える関係になり、お互いに情報交換がスムーズにできるようになります。とにかく町内にいる医師と薬剤師が何の遠慮もせずに話ができる環境をつくることが一番の目的でした。会費は会合でのジュース代程度しか徴収していませんが、夏恒例のビアパーティなど飲み会では皆で盛り上がります(笑)。

枝國先生に会長をお願いしたのはこの私ですが、長い間会長職に就いていただき、この会をすっかり定着させてもらいました。次は薬剤師の出番です。ぜひ若い感覚でリーダーシップを発揮してもらいたいと思っています。」と徳永先生。実際、この日の懇話会も薬剤師2人が初参加されていました。

現在、川副町医薬懇話会は100回突破を記念して、医師の生涯教育の申請を行っています。折りしも川副町は地域包括ケア研究会が唱える地域包括ケアシステムの単位である日常生活圏域(中学校区程度)のサイズに丁度合っています。2025年に向けて、どんな地域連携のスタイルを構築していくのか、今からとても楽しみです。

# 動き始めた唐津東松浦地区の

# Network Report
# 地域医療最前線

## 医療連携の現場(2)

去る9月24日、「在宅セミナーイン唐津2010」が唐津市りふれホールにて開催されました。これは、昨年度佐賀県薬剤師会(高祖順一会長)の中の在宅医療介護部会(吉富直助副会長、松雪幹一委員長)が薬剤師会会員への介護保険制度・居宅療養管理指導業務の啓発のために県内各支部で行った「在宅移動セミナー」の一環として開催されたもので、薬剤師の在宅訪問業務を広く地域の医療・介護関係者に紹介するために唐津東松浦薬剤師会(宮崎邦喜会長)が企画し、開催の運びとなりました。

今回初めての他職種を含めての連携を目的とした開催となりましたが、薬剤師はもちろんのこと、市内の医師・歯科医師をはじめ、理学療法士・作業療法士・ケアマネジャー(介護支援専門員)など、100名を超える来場者が集まりました。

### 第1講:「薬剤師による在宅訪問業務と他職種連携症例の発表」

**(1)竹内秀典先生**
**(あさひ薬局、唐津東松浦薬剤師会・在宅医療介護委員会委員)**

最初の演者は竹内秀典先生。薬局薬剤師として訪問薬剤管理に最初に取り組んだ症例を報告。その内容をまとめますと以下の通りです。

「61歳女性、左上肢麻痺があり一包化の指示がある患者さんで薬局には毎回代理の人が来られていました。患者宅への訪問のきっかけは、ケアマネジャーからの要請でした。さっそく主治医に相談し、患者さんにも了承いただき、実際訪問してみると左手が上手に使えず、通常一包化から除いているOD錠(口腔内崩壊錠)をPTPシートから取り出すのに苦労されていることが分かりました。私どもの薬局では通常OD錠については一包化しませんが、特例として一包化し対処しました。このように居宅に行って初めて分かることが多いと実感しました。その患者さんからは訪問薬剤管理業務の承諾をいただき今も定期訪問を続けています。その後、訪問中にタバコを辞めたいという相談もいただき、主治医の先生がちょうど禁煙外来を行っていらっしゃることを紹介し、禁煙を開始したということがありました。ヘビースモーカーだったのに見事に禁煙に成功され一緒に喜びを分かち合ったといううれしい経験もさせていただきました。」

竹内先生は冒頭に78分の6という数字を示し、会場にその意味を問いました。78は唐津市内の保険薬局数、6はその内の在宅医療を行っている薬局数だといいます。この症例を通じて、竹内先生は薬局では聞くことが難しい様々な問題を知り相談に乗ることができると実感したことから、会場の薬剤師の方々に1人でも多く在宅医療に挑戦してほしいと訴えました。

**(2)辻智幸先生**
**(辻薬局、唐津東松浦薬剤師会・在宅医療介護委員会委員長)**

一方、辻先生は残薬処理から他職種連携に発展した例を示しました。辻先生の症例報告は以下の通りです。

「独居の94歳女性、自力で来局され意思疎通は可能な患者さんでしたが、認知症があるということで、日付入りの一包化などの工夫をしていました。ただし通院意欲が低く来局がまちまちで服薬状況が気にはなっていました。そこへ残薬処理の依頼がありご自宅に行ってみると何と2・3か月分の残薬がありました。このことが1年間のうち5回あり、これは何

# 多職種連携「在宅セミナー in 唐津2010」レポート

とかしなければいけないと思ったのがきっかけでした。ご自宅で1・2時間話をしているうちに信頼していただき、薬の整理ボックスを用いるなどして薬剤管理を開始しました。こうして服薬コンプライアンスは良くなっていきましたが、それからしばらくして整理ボックスを紛失したという連絡がたびたびあるようになってきました。さっそく主治医と理学療法士に相談し、認知レベルの判定を受けてもらいました。結果は行動記憶に障害があるとのことで、その理学療法士の方と連携し解決に向けて行動を開始しました。その対応策は、整理ボックスが大切なものということと置き場所の固定を意識付けするというもので、定期訪問の際に根気強く対処した結果、紛失騒ぎもなくなり、服薬コンプライアンスも安定しています。このように薬局の窓口では気づかないことが多く、他職種が連携することにより、それぞれの専門知識が活かされ問題解決につながったという事例でした。」

症例報告の後、辻先生も竹内先生と同様に薬局薬剤師の方々に対し在宅医療への参加を呼びかけると同時に、来場されている他職種の方々にも、服薬コンプライアンスの悪い患者さんなどで在宅訪問薬剤管理の必要性がある場合は、「近くの薬局、又は在宅医療介護委員の私か竹内先生にご相談ください」と訴えました。

## 特別講演「これから先の終末期医療への展望 ～その人らしい最期を迎えるために」

**医療法人松籟会河畔病院・緩和ケア科医長　前里喜一先生**

特別講演は、医療法人松籟会河畔病院・緩和ケア科医長の前里喜一先生から在宅医療とのつながりが深い「終末期医療」についてのお話がありました。前里先生は冒頭に、緩和ケア科の医師として「院外にも積極的に出て行き、今日お集まりのいろいろな職種の方と一緒に地域医療に貢献していきたい」との力強い挨拶から始まりました。

さて本題に入ると前里先生はいきなり「あなたが一番大切なものは何ですか」と会場に問いかけます。日頃あまり真剣に考えないけれど、もし人生最大の逆境に出会い「この変えられない現実をどのように受け入れたら良いのか」と苦悩するとき、あるいは「あなたが（末期）がんになったら大切にしたいことは何ですか？」と問われたときも、「あなたが一番大切なものは何なのか」を問われているのと同じことだと前里先生は語ります。

昭和56年から日本人の死亡原因の1位となったがん。現在生涯でがんを患うのは男性で2人に1人、女性で3人に1人となっている現状から、国の施策としては平成19年4月に「がん対策基本法」が制定され、がん死亡者の減少など数値目標を掲げたがん対策推進計画も始まっています。こうした行政の動きの中、がん対策推進の当事者として、前里先生は「緩和ケア病棟に行ったらもうおしまいだ」など、緩和ケアに対する世間一般のネガティブなイメージを払拭し、一般市民はもちろんのこと、医療・介護関係者にも緩和ケアの本当の意味や実際の姿を広く知ってもらうことが重要だと訴えます。

世界保健機構（WHO）が2002年に定めた定義では、「緩和ケアは、生命を脅かす疾患による問題に直面する患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的、心理的、社会的な問題、さらにスピリチュアル（宗教的、哲学的なこころや精神、霊魂、魂）な問題を早期に発見し、的確な評価と処置を行うことによって、苦痛を予防したり和らげたりすることで、QOL（人生の質、生活の質）を改善する行為である」としています。前里先生は講演の中でこの定義を示しながら、「緩和ケア病棟は決して最期を迎えるだけの場所ではなく、治療の初期段階から疼痛コントロールを行い、その人らしく生活が送れるように支援する場所であり、たとえ余命が残り少ない人にとっても、最期まで生き抜く場所」だと説きます。

したがって河畔病院ではこうした緩和ケアの理念に基づき、緩和ケア病棟で亡くなられた方は、他の退院患者同様に表玄関から退院していただくことになっていて、その際に顔を布で覆うこともないといいます。この話には会場の皆さんも大変感銘を受けた様子でした。遺族へのグリーフケア（悲嘆回復）を大切にする当病院緩和ケア科の理念の深さを感じます。

緩和ケア病棟での実際の患者・家族とのやりとりを交えながら、分かりやすく丁寧に話していただいた前里先生。これからの終末期医療は患者・家族を中心に据え、病院（入院）と在宅の両面から支えていかなければならず、そのためには、かかりつけ医、訪問看護師、薬局薬剤師、ケアマネジャーなど多くの職種の方々との連携が重要だとの認識を示し、「このセミナーをきっかけに、皆さんとの連携を強めていきたい」と今後の展望を語り講演を終えました。

### ●おわりに

こうしてセミナーは盛況のうちに終わり、薬剤師の在宅医療への参画を訴えた辻先生と竹内先生の熱い思いは多くの来場者の胸にしっかりと伝わったように感じます。また、唐津東松浦地区ではこのほか、辻先生と竹内先生も発起人に名を連ねる多職種による地域包括ケア研究会も産声を上げたとのこと。今回のこの薬剤師会による在宅セミナーが起爆剤となって、唐津地区の多職種連携の輪が広がっていく予感がします。この在宅セミナーの次回開催も12月21日に決定されているとお聞きします。これらへの期待と併せて、研究会の動向も注目されます。

特集

人材教育・育成

経営分析担当者

# 経営分析ができる人材育成に悩む病院に朗報！

## 診療に役立つ経営分析の実務をしっかり学べる「経営分析アカデミー」が来年1月開催へ

去る7月と8月、鹿児島（7/29）・大分（8/26）で開催された病院経営支援セミナー（講師：宮崎大学医学部附属病院医療情報部教授・荒木賢二先生）は好評のうち終了しましたが、受講者の皆様の感想等から、診療に役立つ経営分析の必要性とその人材育成への関心の高さがうかがい知れました。

こうした病院の要望を受け、経営分析実務者の育成を目指す「経営分析アカデミー」がいよいよ1月に開催される運びとなりました。今回は、このアカデミーの発起人で「診療現場で役立つ経営分析研究会」の代表世話人でもある荒木賢二先生に登場いただき、アカデミー開催の目的やカリキュラムの内容・今後の展開などについて述べていただきました。

病院経営分析における教育の重要性

| 教育システムがないと | 3つの重要性 | 教育システムがあると |
|---|---|---|
| 経営分析をする人がいない | 人の再生産性 | 必要に応じて育成できる |
| 担当者が変わると分析が終わる | 知識の継承性 | 担当者が変わっても、分析は続く |
| 何かマニアックでバランスが悪い経営分析 | 知識の系統性 | バランスの良い分析で、バランスの良い病院経営 |

## 「経営分析アカデミー」開催について

宮崎大学医学部附属病院医療情報部教授・荒木賢二

### 1 なぜ、経営分析が進まないのか？

国と地方の財政は、破綻寸前と言われるほど厳しいものとなり、また、一方で、医療費は高齢化と高度化により、大幅な自然増が見込まれています。この結果、医療機関を取り巻く経営環境は厳しいものとなり、個々の医療機関の経営努力が不可欠となっています。しかし、経営努力の基礎となるべき病院の経営分析は、一般の企業などと比べ進んでいるとは言えない状況です。

筆者は、経営分析システムの開発と導入・普及に10年以上取り組んできましたが、その経験から、病院の経営分析が進まない理由として、

①手法が確立されてないこと

②教育システムがないこと

この2点であると考えています。もともと、経営改善が不要ということはないので、スキルのある担当者が育てば、経営分析は進むと考えています。

### 2 病院経営フレームワーク

スキルのある経営分析担当者を育てるためには、まず、病院経営分析の手法を確立することが重要です。子供たちの通う学校では、必ず教科があり、それぞれ教科書が準備されています。教師は、教える内容を、まず、自分自身がマスターし、生徒に教えます。では、病院経営分析では、教科や教科書や、教師のための教育プログラムがあるでしょうか？探しても、なかなかこれというのは見つかりません。

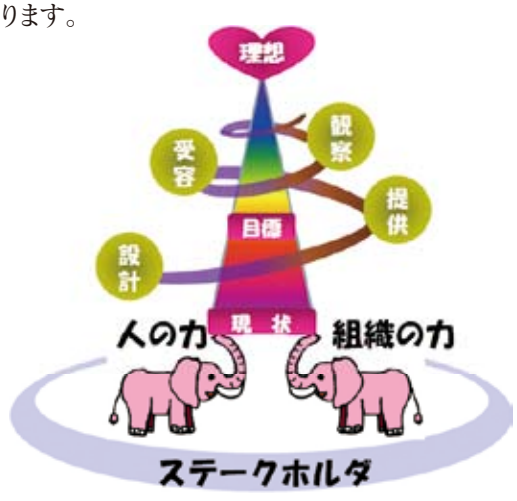
その理由として考えられるのは、医療の閉鎖性（すべては医師の頭の中にしかない）です。病院のことは、医師だけが知っておればよかった時代が、確かに過去にはありました。しかし、今は医療安全やインフォームド・コンセントで明らかなように、医療の閉鎖性は大きく見直されています。すなわち、病院経営分析は、ようやく、日の目をみる時代に達したと言えるでしょう。

profile

筆者:荒木賢二先生
○宮崎大学医学部附属病院医療情報部・教授/部長
○宮崎大学医学部附属病院経営企画会議委員(経営ボードメンバー)
○NPO宮崎健康福祉ネットワーク協議会副会長(はにわネット発案者/開発リーダー)
○NPO日本医療ネットワーク協会常任理事
○NPO MedXMLコンソーシアム理事・技術副委員長
○診療現場で役立つ経営分析研究会代表世話人

病院経営支援セミナー
(8/26)での荒木賢二先生

以上のような背景を踏まえて、病院経営分析の手法を確立するために、病院経営フレームワークというものを考案(開発)しています。フレームワークというのは、必要な機能を汎用的、包括的にひとまとめにしたものです。病院経営フレームワークを学べば、病院経営全般にわたって、バランスの良い知識やスキルが得られるということを目指しています。病院経営フレームワークの基礎理論として、医療サービスサイエンスがあります。医療サービスサイエンスは、医療サービスを科学的に扱おうとする取り組みです。医療サービスサイエンスと病院経営フレームワークは、基礎と応用の関係となります。




経営フレームワークの全体像を模式的に示した図

## 3 経営分析アカデミーの目的

病院経営分析の手法(病院経営フレームワーク)が確立されれば、次に、それを教えるための教育システムが必要です。教育システムは、対象(生徒)により、様々なバリエーションができます。対象として、医療系専門学校(診療情報管理士コースなど)、大学生、社会人(医療従事者、医療システム開発者、病院経営者)などが挙げられます。どれも重要ですが、最も困っているのは、現に今、病院経営分析をやらされようとしている現場のスタッフでしょう。今回開催する経営分析アカデミーでは、このような現場スタッフを、即戦力として育成したいと考えています。

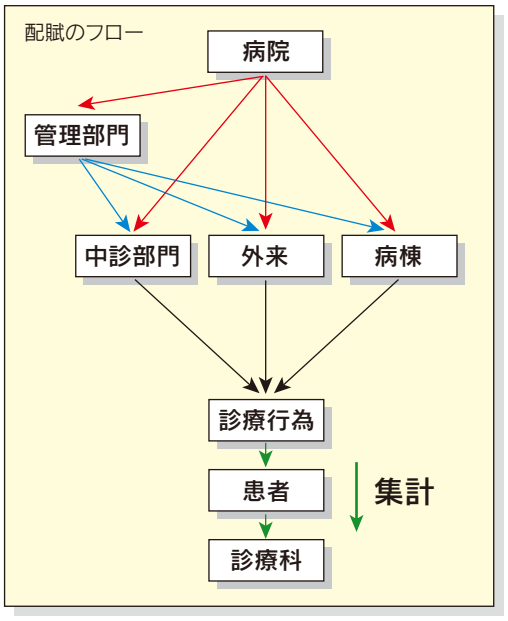
経営分析アカデミーの目的は、以下のように考えています。

**①従来の経営分析に欠如している教育システムを提供し、経営分析担当者を育て(人材育成)、病院内で分析や改善が永続的に引き継がれるようにする(知識の継承)**

**②病院経営フレームワークを教えることにより、バランスの良い経営分析手法を学んでもらう(知識の系統性)**

**③単に経営分析手法を教えるのではなく、学び方を教えることにより、応用力のある人材を育てる(メタな教育)**

上記の目的のうち、とくに重視しているのは応用力をつけることです。病院の経営分析は、単に財務分析だけではなく、幅広い業務を、様々な視点で見ることが重要であり、日々新たに発生する病院の問題に、臨機応変に対応することが求められています。単に定型的な帳票を提出するだけなら、今ではコンピュータが自動で行ってくれるでしょう。経営分析は、経営改善プロジェクトの一環であり、経営分析担当者は、今はまだ見えていない未知のプロジェクト管理の一翼を担うことが求められています。よって、応用力を身につけておくことが重要となるわけです。




原価計算における配賦法

## 4 カリキュラムの内容

カリキュラムは、大きく講義と演習に分かれます。両者をあわせて、90分の授業を1日3回、4日間行われます。すなわち、90分授業が12回となりますが、この回数は、大学の単位取得の必要時間数にも匹敵し、資格の付与（企業認定資格）としては十分と考えています。

講義では、総論として病院経営フレームワークを系統的に説明し、病院経営分析の全体像の把握や、基礎的な考え方を学びます。基礎理論として医療サービスサイエンスというものが登場しますが、ここでは詳細は省きます。各論としては、具体的な分析手法を、事例とともに学びます。例えば、財務分析に関しては、原価計算のための費用の配賦が重要であり、費用配賦の考え方を具体的に学びます。

演習では、実際の各病院のデータ（収入と支出）を経営分析システムに入力し、データの検証や、具体的な分析を行ないます。そのために、事前に収入データ（DPCのEFファイル等）と支出データ（大雑把なものでも可）、およびノートパソコンを準備していただきます。詳しくは、こちらの担当者が事前に説明します。各参加者は、本当に自院のデータを使って経営分析を行いますので、スキルの習熟度は高くなると考えています。

これらの授業を修了すると、修了証が発行されます。すなわち、企業が認定する資格が与えられます（企業認定資格）。

## 5 今後の展開

前述のとおり、経営分析担当者は、決まった帳票を出す作業を行って済むものではなく、病院内で発生する様々な問題に、その都度、臨機応変に対応することが求められています。そのためには、相談や情報収集が出来る仲間が必要で、他病院の経営分析担当者との横のつながりは大きな財産となります。

経営分析アカデミーでは、異なる医療機関から多数の参加者が集まり、長時間にわたって同じ場にいて、同じ作業を行いますので、自ずと連帯感が生じると考えられます。アカデミー修了後は、毎月行われる「診療現場で役立つ経営分析研究会」のネットミーティングに参加することにより、この連帯を絶やさないことが可能となります。

診療現場で役立つ経営分析研究会ネットミーティング（宮崎会場）
…毎月複数の病院がネットで参加して情報交換を行っています。

病院経営分析の実務者育成プログラム

DPC対象病院準備病院

# 経営分析アカデミー

## 2011年1月 開講のお知らせ

**本講座は、スキルある病院経営分析担当者の育成を目的とした教育プログラムです。**

- ●データを生かしきれていないので何とかしたい！
- ●診療情報管理士や医事課職員を、経営分析担当者としてスキルアップさせたい！
- ●将来の幹部候補生に知識を習得させたい！

**そんなご希望をお持ちの医療機関様は是非ご参加ください。**（複数参加可）

■開 催 日 ：2011.1.14(金)/1.21(金)/2.10(木)/2.18(金)の全4回
■開催場所 ：㈱アステム 福岡営業部 福岡市博多区吉塚6-15-11

●プログラム(予定)

| 回 | No. | テーマ | 説明、補足 |
|---|---|---|---|
| ① | [1] | 病院経営フレームワーク(1)<br>医療サービスサイエンスと経営分析 | 経営戦略設計、仮説検証サイクル(PDCAサイクル)と経営分析など |
| | [2] | 病院経営フレームワーク(2)<br>サイクルを回す力 | 経営分析担当者に求められる能力、経営分析を行う組織の能力 |
| | [3] | 病院経営フレームワーク(3)<br>ステークホルダと合意形成 | ステークホルダ(利害関係者)と科学的合意形成など |
| ② | [4] | 症例経営分析 | 症例経営分析の実践法 |
| | [5] | 原価計算、配賦ルール設定 | 具体的な実例で説明 |
| | [6] | 原価計算の検証 | 具体的な実例で説明 |
| ③ | [7] | 経営分析演習(1) | 演習では、実際の各病院のデータ(収入と支出)を経営分析システムに入力し、データの検証や、具体的な分析を行います。そのために、参加までに収入データ(DPCのEFファイル等)と支出データ(大雑把なもので可)およびノートパソコンを準備していただきます。詳しくは弊社担当者が事前に説明します。各参加者は、自院のデータを使って経営分析を行いますので、スキルの習熟度は高くなると考えています。 |
| | [8] | 経営分析演習(2) | |
| | [9] | 経営分析演習(3) | |
| ④ | [10] | 経営分析演習(4) | |
| | [11] | 経営分析演習(5) | |
| | [12] | 経営分析演習(6) | |

上記12講義を4回に分け、各日3講義ずつ(1講義90分)行います。
時間は11時15分開始、17時15分終了予定です。

●アクセスマップ

【㈱アステム福岡営業部】
JR吉塚駅東口より徒歩3分

■講　　師 ：宮崎大学医学部附属病院 医療情報部 教授　荒木賢二
■講習費用 ：同施設2名様まで計3万円 3名様で計5万円 (全4回分、いずれも税別)

※経営分析システム「マーキュリー」を使った演習を行います。
※事前にノートパソコン(要エクセル)、DPCデータ、支出データをご準備いただきます。

主催:㈱アステム　後援:㈱コア・クリエイトシステム、診療現場で役立つ経営分析研究会

経営分析システム Mercury


○お問い合わせ

㈱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

特集

人材教育・育成

薬学教育

# 6年制薬学教育の現状
## 九州保健福祉大学の取り組み

九州保健福祉大学薬学部臨床薬学第一講座・本屋敏郎

**平成18年より薬学教育が6年制になり、本年で5年目を迎えました。1期生が5年生となり、現在多くの病院や保険薬局で実務実習をさせていただいております。実務実習も4年制の時とは変わってまいりました。見学型実習から参加型の実習へ、また実務実習モデル・コアカリキュラムが作られ、学生が実習により修得すべき項目が細かく掲げられ、その到達目標に向かって現在実習が進められています。そのような実務実習の場へ学生を送り出す大学の教育も、当然のこととして大きく変わってきております。本稿では、私ども九州保健福祉大学の6年制薬学教育の現状を一部紹介させていただきたいと存じます。**

九州保健福祉大学薬学部では「学生一人ひとりの持つ能力を最大限に引き出し引き伸ばし、社会に有為な人材を養成する」という建学理念のもとに、「患者さんを中心とした医療をサポートできる有能な薬剤師の養成」を目指しております。

そこで先ず、私どもが現在の、そしてこれからの薬剤業務をどのように捉え、それを担う薬剤師養成のためにどのような教育が必要と考えているかを述べさせていただくことに致します。

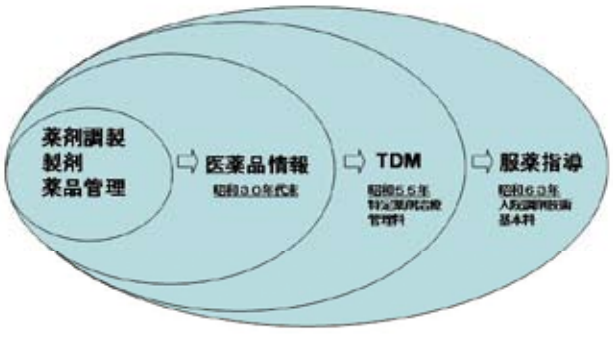



図1.薬剤業務および調剤の概念の拡大

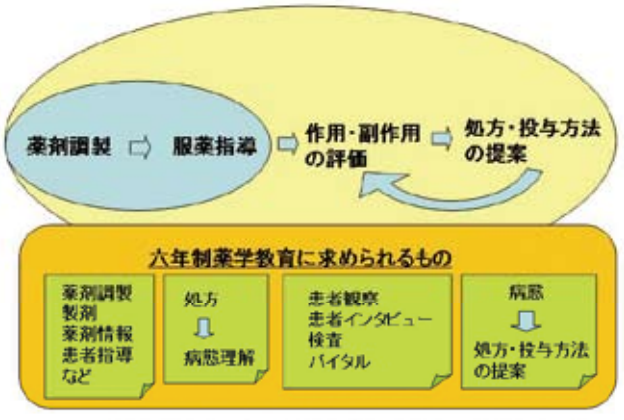



図2.日本型薬剤業務の概念と六年制薬学教育に対する考え方

これまでの薬剤業務の変遷を振り返ってみますと、一部だけ見ましても、時代の流れとともに図1のような業務拡大が行われてまいりました。狭義の調剤や薬品管理が主に行われていた時代から、医薬品情報活動、薬物血中濃度モニタリング（TDM）、服薬指導などが順次導入され、現在では当たり前の薬剤業務として行なわれています。更に今、6年制教育下の薬剤師に求められ期待されているのは、薬剤の効果や副作用を評価し、必要に応じて適切な薬剤の選択や用い方について提案し、ま

**profile**

**筆者：本屋敏郎（もとや　としろう）先生**
○昭和50年　3月　熊本大学薬学部卒業
○昭和52年　3月　同大学大学院薬学研究科修士課程修了
○昭和52年　4月　鹿児島大学医学部附属病院薬剤部に勤務
○昭和60年　5月　医学博士（鹿児島大学）
○昭和61年　7月　鹿児島大学医学部附属病院助教授
○昭和61年11月　鹿児島大学医学部附属病院副薬剤部長併任
○平成12年10月　平成13年9月カリフォルニア大学サンフランシスコ校薬学部臨床薬学講座に留学
○平成14年　4月　鹿児島大学歯学部附属病院薬剤部長
○平成15年　4月　九州保健福祉大学薬学部臨床薬学第一講座教授　現在に至る

たその評価を行うというサイクルの中で、患者さんのQOL向上に寄与する事と考えられます（図2）。

そのような役割の担える薬剤師を養成するためには、患者さんの観察やインタビューなどにより、また時にはバイタルなどの検査を行う事により薬剤の効果や副作用を評価する力を養う必要があります。上手に患者さんから情報を得るためには、コミュニケーションに関する学習も必要になります。また当然のこととして病気を良く知り病態から処方や投与方法の提案をする勉強が必要になります。一方では、これまで行われてきたような、処方から病態を理解する勉強も必要ですし、調剤、製剤、医薬品情報、服薬指導などに関する学習も、基本的な薬剤業務遂行のために欠かすことはできません。したがいまして、調剤から処方提案までを担う日本型薬剤業務を担当する薬剤師養成教育の場におきましては、調剤からバイタルまで広範な上記学習項目をバランス良く配置し、学習させることが大切と考えられます。

そのような考えの下で、実際にどのような教育を行っているかということになりますが、4年生で行っております実務実習事前学習の様子を一部、写真で御紹介させていただきます。

私どもの大学では、学内に模擬保険薬局実習室、模擬病院薬局実習室、ベッドサイド実習室を設け、臨床薬学第一講座（本屋担当）、臨床製剤学講座（平井正巳教授）、臨床薬学第二講座（高村徳人教授）の臨床系3講座でそれぞれの教育を担当しております。このように薬剤業務を病院薬剤師の薬剤業務と保険薬局薬剤師の薬剤業務に分け、それぞれに対する教育プログラムを設けていることや、全12講座の中に臨床系講座が3講座設けられていることなどは、本学の臨床教育重視への思いの一端とご理解いただければありがたく存じます。

**写真1.保険薬局調剤実習**

錠剤・カプセル剤

散薬

**写真1.保険薬局調剤実習**

軟膏

水薬

一包化

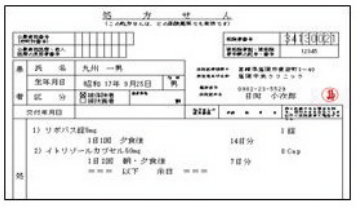
粉砕化

**（写真1）**は保険薬局調剤の実習ですが、薬袋書記を含め、計数調剤、計量調剤、軟膏混合、一包化、粉砕化など、基礎的なところを行っております。それに加え簡易懸濁法や甘味飲食物による味の矯正などの実習も加え、患者さんのためにというマインドの育みにも努めております。

**写真2.処方鑑査・疑義照会実習**

疑義発見トレーニング

疑義照会ロールプレイ・口頭試問



処方内容に不備のある処方せん例

**（写真2）**は処方鑑査・疑義照会の実習で、処方せんから疑義発見のトレーニング、および疑義照会のロールプレイなどを行っております。

**（写真3）**は服薬指導の実習ですが、初め教員によるデモンストレーションの後、学生同士での練習、代表者のロールプレイとそれに対するグループ討議、各人のロールプレイと形成評価などを行っております。

写真3.服薬指導実習

**（写真4）**はベッドサイド実習室実習（臨床薬学第二講座）で行われておりますバイタルサイン・フィジカルアセスメント実習の様子です。心電図の確認、心音や肺音の聴診、血圧測定、ピークフローやスパイロメーターの体験などの実習が行われており、病態を学び薬効や副作用の評価を行う力を養うという6年制薬学教育の重要な実習となっています。

写真4.バイタルサイン・フィジカルアセスメント実習（臨床薬学第二講座）

**（写真5）**は薬局での初回面談に関する実習の様子を示しています。薬局に初めて処方せんを持ってこられた患者さんに面談し、病状や薬剤使用に関する患者さんの情報を聞きだす練習を致します。最初教員による説明の後、学生同士での練習、代表者によるロールプレイ、学生ひとりひとりのロールプレイとそれに対する形成評価などを行います。

実務実習事前学習の一部を御紹介致しましたが、6年制薬学教育では学生が実務実習を行う前提として共用試験への合格が必要になります。共用試験には、知識を問うCBT（Computer-based testing）と実技試験のOSCE（Objective Structured Clinical Examination）があり、OSCEの試験範囲は表1のような内容となっております。すなわち表に記載された5領域のうち、1・3・4・5の領域から各1課題と領域2（調剤）から2課題の合計6課題が出題され、学生はその全てに合格しなければなりません。また、試験直前まで表の14課題のうちどの課題が試験対象となっているか知らされていませんので、学生は14課題の全てについて学習し、どの課題にも対応できるようになっておかなければなりません。言い換えますと6年制の実務実習を行う学生は、少なくとも表1の「薬局での患者応対」から「疑義照会」までの項目については基準を満たす対応ができる学生ということになり、大学は学生に対してそれができるようになるような教育を行わなければならない、ということになります。

以上、6年制薬学教育の現状として九州保健福祉大学の実務実習事前学習の一部を御紹介させていただきました。私どもは臨床に強い薬剤師の養成を目指しております。そして社会における薬剤師の役割は時の流れと共に年々変化し広がりを見せております。したがいまして私たちはその変化に対応した教育のバージョンアップをこれからも常に行っていかなければなりません。そのためには臨床現場の先生方との情報交換が益々重要になってくると考えております。今後とも引き続き、九州保健福祉大学薬学部の臨床薬学教育にご支援を賜りますようお願い申し上げます。

写真5.薬局初回面談実習

学生同士での練習

代表者によるロールプレイ

形成評価

表1.OSCEの領域と課題

| 領域 | 課題 |
|---|---|
| 1. 患者・来局者応対 | ・薬局での患者応対<br>・病棟での初回面談<br>・来局者応対 |
| 2. 薬剤の調製（1）（2） | ・計数調剤<br>・計量調剤（散剤）<br>・計量調剤（水剤）<br>・計量調剤（軟膏剤） |
| 3. 調剤鑑査 | ・調剤薬鑑査 |
| 4. 無菌操作の実践 | ・手洗いと手袋の着脱<br>・注射剤混合 |
| 5. 情報の提供 | ・薬局での薬剤交付<br>・病棟での服薬指導<br>・一般用医薬品の情報提供<br>・疑義照会 |

美味めぐり旅 長崎県壱岐

# これが「壱岐流」美味満杯

## 食通も思わずうなる「壱岐流」の味わい ひきとおし

昔から壱岐の島に伝わる郷土料理のひとつ。その語源は、みんなで鍋を囲み、労を癒す島の風習「ひきとおし寄合い」からきたとか。基本は地鶏とごぼうを油で炒めてコクを出し、醤油、砂糖、酒で味付けをし、煮立ったらそうめんを入れます。元々は家庭料理で味付けも材料も様々。季節により島内の旅館などで味わえます。

壱岐市観光協会　長崎県壱岐市郷ノ浦町郷ノ浦281-6　TEL.0920-47-3700

## 極上、アイランドテラピー

**玄界灘の浮島「壱岐」に癒される、大人の島旅へのお誘いです。**

▲壱岐神楽

四方を海に囲まれた「島」には、神聖なる伝統や伝説が守られ、脈々と継がれていることが多いもの。そしてここ壱岐も、例外ではありません。壱岐は、イザナギ、イザナミの国生みの神話の中に登場する大八島国のひとつとされる、いわば「神々の島」。その神々の島にふさわしいかのように、実はここに南北朝の頃に発祥した700年もの歴史をもつ壱岐神楽が、いまもなお伝わっていたのです。しかも、この壱岐神楽は、舞いも音楽も神職のみ。他の地方では神楽組や神楽師で奏するものが多いのに対して、実に神聖。離島であったために人の目にふれることなく、それだけに神秘的かつ由緒正しいものであり、国指定重要無形民俗文化財になっているのも頷けます。

制度改正 TOPIC

# Series 2010年度 診療報酬改定のポイント

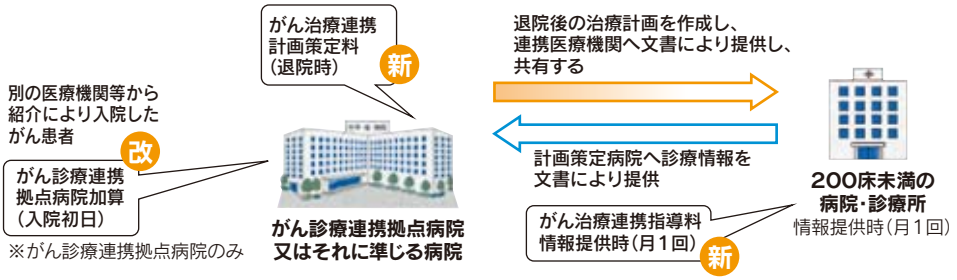
# 地域医療連携に関する改定(その2)

**前回は、退院調整に係る評価や地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)、介護関係者を含めた多職種間の連携などについて整理してみました。今回は「がん・認知症・肝炎」の疾患別連携について取り上げたいと思います。**
**今回の改定で連携パスを用いた地域連携体制の評価が拡大しましたが、その対象疾患については、「大腿骨頸部骨折」と「脳卒中」のまま据え置かれました。ただし、充実が求められる領域を評価するという視点から、がん医療、認知症医療、肝炎対策といった専門的治療を行う医療機関と地域の医療機関とが行う連携については、それぞれの疾患ごとに点数化されています。**

## 1.がん治療の推進について

がん治療に関しては、入院基本料の「がん診療連携拠点病院加算」の点数が引き上げられたほか、拠点病院と地域の医療機関との診療計画に基づいた連携を評価する点数が新設されています。

**がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価**




**◆質の高いがん診療に対する評価**

| | |
|---|---|
| がん診療連携拠点病院加算(入院基本料の加算)〈改定〉(入院初日) | 500点 |

全てのがん診療連携拠点病院に対し、キャンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うために加算点数を引上げています。

### ◆がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

| | |
|---|---|
| がん治療連携計画策定料（計画策定病院）〈新設〉<br>（退院時・１回限り） | 750点 |
| がん治療連携指導料（連携医療機関）〈新設〉<br>（情報提供時・月１回） | 300点 |

これは、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、あらかじめ作成してある地域連携診療計画に基づき、がん患者の退院後の治療計画を個別に作成、ともに連携しながら適切に情報交換することを評価したものです。

「がん治療連携計画策定料」は、作成した治療計画を患者へ説明し、同意を得たうえで、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に算定します。この場合、診療情報提供料（Ⅰ）・250点は所定点数に含まれるため、開放型病院共同指導料（Ⅱ）・220点、退院時共同指導料２・300点は別に算定できません。

もう一方の「がん治療連携指導料」は、がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院と連携して退院後の治療を行い、連携医療機関側が計画策定病院に対し診療情報を提供した場合に算定します。この場合も診療情報提供料（Ⅰ）・250点は所定点数に含まれます。

## 2.地域連携による疾患対策について

### ◆認知症医療の評価

| | |
|---|---|
| 認知症専門診断管理料〈新設〉<br>（１人につき１回限り） | 500点 |
| 認知症専門医療機関連携加算<br>（診療情報提供料（Ⅰ）の加算）〈新設〉（月１回） | 50点 |
| 認知症治療病棟退院調整加算<br>（特定入院料の加算）〈新設〉（退院時・１回限り） | 100点 |

認知症専門医療機関において診断と診療方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うこと等が評価されました。

まず、「認知症専門診断管理料」については、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が入院外の患者に対して認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して、患者および家族に詳細な説明を行った場合に算定します。

次の「認知症専門医療機関連携加算」は外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際、診療情報提供料（Ⅰ）250点に加算します。

最後に、認知症に対する入院医療について、認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への手厚い対応が必要な場合に入院早期の評価を引き上げるとともに、名称を「認知症治療病棟入院料」に改めましたが、その加算として「認知症治療病棟退院調整加算」を新設、入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、退院支援を行い当該患者が退院した場合に算定します。

### ◆肝炎対策の充実

| | |
|---|---|
| 肝炎インターフェロン治療計画料〈新設〉<br>（１人につき１回限り） | 700点 |
| 肝炎インターフェロン治療連携加算<br>（診療情報提供料（Ⅰ）の加算）〈新設〉（月１回） | 50点 |

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されていますが、副作用に対する不安や多忙を理由に治療を断念する患者がみられることから、副作用等の不安を解消するための詳細な説明を行うほか、長時間の通院が必要な患者の利便性に配慮し、専門医とかかりつけ医との連携による取り組みを評価しています。

「肝炎インターフェロン治療計画料」は、肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定します。

また、「肝炎インターフェロン治療連携加算」は、肝炎治療専門医療機関において策定された治療計画に基づいてインターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況を計画策定医療機関に対して情報提供を行った場合に、診療情報提供料（Ⅰ）250点に加算します。

# 薬局で行う在宅医療

## 第3話：日薬調査にみる高齢者施設の薬管理　～薬剤師の関与の必要性が明らかに

前回は、有料老人ホームなどの高齢者施設を主体に在宅医療を展開する薬局の事例を掲載しましたが、ちょうどその取材を行っていた頃の8月11日、日本薬剤師会から「地域薬局による在宅服薬支援（在宅医療・居宅療養）における薬物療法の向上及び効率化のための調査研究」という報告書が公表されました。

その調査研究のうちの1つに「高齢者施設調査」があり、その中で、特別養護老人ホームや特定施設の入所者のうちの75～90%が薬を処方されており、その管理はほとんど看護職員が担っているということが示されました。しかも入所者の薬に対する理解不足や飲み忘れ等の問題があり、与薬誤りのリスクや管理の負担などの問題を抱えていることが明らかにされています。報告書では「与薬誤り発生の回避や、看護師等が本来業務に注力できるよう、薬剤師が関与する必要がある」としています。

その報告書は、アンケート調査の対象を特別養護老人ホームと特定施設の2つに分けて集計していますが、誌面の都合もあり、ここは、薬局による訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導の算定が期待できる「特定施設」に的を絞って、調査の概略からほんの一部分だけ紹介してみたいと思います。

なお、この報告書は日本薬剤師会ホームページ（会員用）にて公開されています。他の調査研究も参考になるものばかりですので、ぜひ一読されることをお勧めします。

## 「高齢者施設調査」結果の概要 ―― 特定施設

### 【回答施設の属性】

回答があったのは、162 施設（発送500 施設中162施設の回収、回収率32.4%）。内訳は、軽費老人ホーム21施設、有料老人ホーム104施設、養護老人ホーム31施設、高齢者専用賃貸住宅3施設、無回答3施設で、設置主体は、「営利法人」48.2%、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」32.1%など。定員・利用率は、平均定員71.0人で、平均利用率（入居者数／定員）は87.8%。

### 【入居者の薬の管理の状況】

入居者の属性についてみると、平均年齢（施設単位の平均年齢の平均値）は83.6歳。要介護度は、「要介護1」19.4%、「要介護2」16.8%など。平均入居期間（施設単位の平均入居期間の平均値）は3.4年。認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」30.5%、「II」24.8%など・・・。

#### ① 薬の処方の状況（有効回答149施設で集計）

全入居者（7,506人）のうち「薬を処方されている入居者」は89.6%であり、さらに「職員又は外部薬剤師による薬の管理が必要な入居者」は69.5%であった。また、「併設医療機関が処方している入居者」は薬を処方されている者の18.2%であり、「併設以外の医療機関が処方している入居者」は85.3%であった。薬の入手方法をみると、「診療医療機関での院内投薬にて直接医療機関から入手」している者は薬を処方されている者の13.6%、「院外処方せんにて薬局にて入手」している者は34.7%、「院外処方せんにて薬局薬剤師が施設まで届けに来て入手」している者は59.2%であった。

#### ② 薬局薬剤師が薬を施設に届けた際の状況

薬局薬剤師が施設まで薬を届けに来ている104施設について、薬を届けに来た際の薬剤師の状況をみると、薬剤師が薬の相談や説明などを入居者やスタッフに行っているケースの有無については、「有り」が78.8%であった。

#### ③ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定状況

薬局薬剤師が施設まで薬を届けに来ている有料老人ホーム及び高齢者専用賃貸住宅67施設のうち、薬剤師が施設まで薬を届けに来た際に薬の相談や説明などを入居者やスタッフに行っている55施設では、居宅療養管理指導費の算定ケースの有無についてみると「有り」が45.5%（1施設当たり平均33.5人を算定）

であった。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定ケースの有無については、「有り」が20.0%（1施設当たり平均31.7 人を算定）であった。

### ④ 施設における薬の管理の状況

施設の薬の管理状況について、持参薬を整理している職種をみると「看護職員」が97.5%であった。また、薬を日常的に管理している職種についても「看護師」が99.4%となっていた。薬を配薬している職種も「看護職員」が94.4%であったものの、「介護職員」も66.7%となっていた。

### ⑤ 薬の管理上の問題がある入居者の状況

薬の管理上の問題がある入居者の状況についてみると、要支援1～2の入居者については、「服用している薬への理解が不足していた」6.5%が最も多く、次いで「複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた」2.1%などとなっていた。（詳細は表を参照）

▼薬の管理・保管の状況

| | 要支援 1～2 (N=903) | 要介護 1～2 (N=2,226) | 要介護 3～5 (N=2,151) | その他 (N=854) |
|---|---|---|---|---|
| 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた | 2.1% | 1.3% | 0.7% | 0.2% |
| 相互作用のおそれのある薬の投与があった | 0.2% | 0.9% | 0.7% | 0.1% |
| 習慣的に薬の飲み忘れをしていた | 1.7% | 2.4% | 1.5% | 0.5% |
| 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった | 0.1% | 0.4% | 1.3% | 0.1% |
| 習慣的に薬を飲みすぎていた | 0.4% | 1.5% | 0.9% | 0.2% |
| 処方内容と患者の食習慣が合っていなかった | 1.1% | 0.2% | 0.0% | 0.7% |
| 薬による副作用の発症があった | 0.9% | 0.7% | 0.9% | 0.1% |
| 服用している薬への理解が不足していた | 6.5% | 9.2% | 10.1% | 1.6% |

また、薬の管理上の問題点としては、下記のような回答が寄せられた。

**〈誤薬のリスク〉**

○勤務時間から、介護職員に服薬を依頼しなければならないが、薬の内容や効能など全てをわかってもらった上での介助ではないので、誤薬の一つの原因になったり、安易に考えられたりすること。

○実際、入居者の方が服薬する際に他の入居者の薬を服薬させてしまったという誤薬事故が過去1例発生した。それは介護職員の単純なミス（マニュアル違反）であった。介護職員の薬に対する知識不足など課題はある。

○誤薬をさせてしまうことが一番怖い。60名分の薬を管理していれば、いつか間違ってしまうこともあるかもしれない。何か対策が必要。

**〈管理の負担が大きい〉**

○70名程度の入居者の内服管理を行っているが、他の業務もあり、人員不足を感じる。

○看護スタッフが一人しかいないため、今後、管理薬の要望があった場合に対応しきれない可能性がある。

○定期処方では管理病院よりシートのままで来るため、当施設では自己管理されている方は数名のため、他の方の処方の分包作業が大変な時間と手間を要している。

○複数の医療機関から処方されたときの合包ができにくく、日数もバラバラになり、管理が複雑になることがあります。

○この2、3年の間に認知症の方がふえ、レベル低下がみられ介護を必要とする割合が大である。そのため医務室（ナース）にて薬を管理する人が当初よりふえる一方であるため、薬の分包、薬の投与、薬の保管、誤薬に注意が必要であり、仕事の量もふえつつあり、ナースの負担もふえている。

○薬の分包をされない医療機関があり、シートのまま受け、施設で分包しています。分包に神経を使います。また、時間もかかり、利用者への対応の時間がもっとほしいと思います。

○高齢者に同じ薬がいつまでも処方され、量がふえていくことが管理をより難しくしていることがあるのではないでしょうか。

○一人が複数の医療機関から処方される内服を職員が管理し、与薬トレイにセットするまで時間がかかっている状態（内服薬のセット忘れ）。誤薬に対しての徹底したマニュアルづくり。作業ひとつひとつに確認。

○薬の発達に入居者、施設職員はついていけておりません。家族にかわりお世話する以上、専門的にケア（服用して）が必要と思い、22年2月より外部薬局への処方の一本化、お届け、施設内での管理、本人への説明、施設Ns との連携、協力医療機関とのさらなるチーム形成など実施しました。この、薬に対する課題はまさに私の課題でありました。外部薬剤師の導入で、少し安定がみられると期待しています。

**〈その他〉**

○有料老人ホームであるために原則外出は自由となっている。そのため、施設に内緒で他の医療機関を受診、かかりつけ医の処方と重複している薬をこっそり居室で服用していた例がある。

○薬局で薬を購入してこっそり服用されることもある。

○認知症により家族以外が対応すると不穏になるため、看護職員が服薬確認や残薬確認をすることが困難である。

### ⑥ 薬の管理上の問題がある入居者への対応

入居者個票から薬の管理上の問題の発見者についてみると、重複処方の発見者は「看護職員」78.0%などとなっていた。相互作用のおそれについての発見者は「看護職員」68.8%、「外部の薬剤師」25.0%などであった。入居者の嚥下能力に薬の形状が適していないことの発見者は「看護師」78.4%、「介護職員」62.2%などであった。副作用の発症についての発見者は「看護職員」84.2%、「介護職員」43.9%などとなっていた。

同様に、入居者個票から薬の管理上の問題への対応方法についてみると、前記のいずれの問題を発見した場合も「処方医療機関へ連絡・相談」との回答割合が最も高かった。特に重複処方の場合は72.5%、副作用の発症の場合は81.5%になっていた。

また、相互作用のおそれや、入居者の嚥下能力に薬の形状が適していないことを発見した場合は「調剤した薬局へ連絡・相談」との回答割合も、処方医療機関に次いで高くなっていた。

# 医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

## 【1】12月収載予定の新医薬品

| 商　品　名 | 規格 | 会社名 | 一般名 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| **内　用　薬** | | | | |
| アクレフ 口腔粘膜吸収剤 200μg、400μg、600μg、800μg | 200、400 600、800μg | 田辺三菱 | フェンタニルクエン酸塩 | 口腔粘膜吸収癌性疼痛治療剤 |
| インヴェガ錠3mg、6mg、9mg | 3、6、9mg | ヤンセン | パリペリドン | 抗精神病剤 (統合失調症治療薬) |
| ザイザル錠5mg | 5mg | GSK | レボセチリジン塩酸塩 | 持続性選択H1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 |
| サムスカ錠15mg | 15mg | 大塚 | トルバプタン | V2受容体拮抗剤 (心不全治療薬) |
| ミンクリア内用散布液0.8% | 160mg/20mL | 日本製薬 | *l*-メントール | 胃蠕動運動抑制剤 |
| ラディオガルダーゼカプセル500mg | 500mg | メジフィジックス | ヘキサシアノ鉄(Ⅱ)酸鉄(Ⅲ)水和物 | 放射性セシウム体内除去剤 |
| レボレード錠12.5mg、25mg | 12.5、25mg | GSK | エルトロンボパグ　オラミン | 経口血小板増加薬/トロンボポエチン受容体作動薬 |
| **注　射　薬** | | | | |
| クラビット点滴静注 500mg/20mL | 500mg/20mL /バイアル | 第一三共 | レボフロキサシン水和物 | ニューキノロン系注射用抗菌製剤 |
| クラビット点滴静注バッグ 500mg/100mL | 500mg/100mL /袋 | | | |
| トレアキシン点滴静注用100mg | 100mg/バイアル | シンバイオ =エーザイ | ベンダムスチン塩酸塩 | 抗悪性腫瘍剤 |
| バイエッタ皮下注5μgペン300 | 300μg/キット (56回用) | リリー | エキセナチド | 2型糖尿病治療剤 (GLP-1受容体アゴニスト) |
| バイエッタ皮下注10μgペン300、600 | 300、600μg/キット (28、56回用) | | | |
| マキュエイド硝子体内注用40mg | 40mg/バイアル | わかもと | トリアムシノロンアセトニド | 眼科手術補助剤 (硝子体手術時の硝子体可視化用剤) |
| **外　用　薬** | | | | |
| ネバナック懸濁性点眼液0.1% | 1mg/1mL | 日本アルコン | ネパフェナク | 非ステロイド性抗炎症点眼剤 |
| ワンデュロパッチ0.84mg、1.7mg 3.4mg、5mg、6.7mg | 0.84、1.7、3.4 5、6.7mg | ヤンセン | フェンタニル | 経皮吸収型持続性癌性疼痛治療剤 |

※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。

**MEMO**

**トロンボポエチン受容体作動薬**
→ヒトトロンボポエチン受容体との特異的な相互作用を介して、トロンボポエチンのシグナル伝達経路の一部を活性化することにより骨髄前駆細胞から巨核球に至る過程における細胞の増殖及び分化を促進させ、その結果として血小板数を増加させる。

(平成22年10月1日　薬事・食品衛生審議会薬事分科会資料より)

### ◆医療用配合剤の一覧表 (高血圧治療薬・高血圧+脂質異常症治療薬・糖尿病治療薬)

ARBとCa拮抗薬の配合剤としては4剤目となるミカムロ配合錠APが9月17日薬価収載されました。
ここでは、今までに収載された医療用配合剤のうち、高血圧治療薬・高血圧+脂質異常症治療薬・糖尿病治療薬について一覧表にしました。

**《高血圧治療薬(降圧薬)》**

| AⅡ受容体拮抗薬 (ARB) | +利尿薬 | | (薬価) | +Ca拮抗薬 | | (薬価) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| プロプレス | エカード配合錠(武田) | | | ユニシア配合錠(武田) | | |
| | LD | プロプレス4mg+HCTZ6.25mg | 80.30 | LD | プロプレス8mg+アムロジピン2.5mg | 150.30 |
| | HD | プロプレス8mg+HCTZ6.25mg | 154.30 | HD | プロプレス8mg+アムロジピン5mg | 150.30 |
| ディオバン | コディオ配合錠(ノバルティス) | | | エックスフォージ配合錠(ノバルティス) | | |
| | MD | ディオバン80mg+HCTZ 6.25mg | 129.60 | ディオバン80mg+アムロジピン5mg | | 130.10 |
| | EX | ディオバン80mg+HCTZ 12.5mg | 130.60 | | | |
| ミカルディス | ミコンビ配合錠(アステラス) | | | ミカムロ配合錠AP(アステラス) | | |
| | AP | ミカルディス40mg+HCTZ 12.5mg | 148.80 | ミカルディス40mg+アムロジピン5mg | | 143.80 |
| | BP | ミカルディス80mg+HCTZ 12.5mg | 219.80 | | | |
| ニューロタン | プレミネント配合錠(MSD) | | | | | |
| | ニューロタン50mg+HCTZ 12.5mg | | 158.80 | | | |
| オルメテック | | | | レザルタス配合錠(第一三共) | | |
| | | | | LD | オルメテック10mg+カルブロック8mg | 91.00 |
| | | | | HD | オルメテック20mg+カルブロック16mg | 170.10 |

※HCTZ:ヒドロクロロチアジド

## 【2】新規収載された新医薬品（9月17日収載）

| 商品名 | 規格・単位 | 薬価 | 会社名 | 一般名 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 内用薬 | | | | | |
| イーケプラ錠250mg | 250mg1錠 | 141.40 | UCB＝大塚 | レベチラセタム | 抗てんかん剤<br>＊新有効成分 |
| イーケプラ錠500mg | 500mg1錠 | 230.80 | | | |
| ヴォリブリス錠2.5mg | 2.5mg1錠 | 4,910.00 | GSK | アンブリセンタン | エンドセリン受容体拮抗薬<br>（肺動脈性肺高血圧症治療剤）<br>＊新有効成分、オーファンドラッグ |
| トラマールカプセル25mg | 25mg1カプセル | 37.70 | 日本新薬 | トラマドール塩酸塩 | がん疼痛治療剤<br>＊新投与経路 |
| トラマールカプセル50mg | 50mg1カプセル | 65.90 | | | |
| ビビアント錠20mg | 20mg1錠 | 132.20 | ファイザー | バゼドキシフェン酢酸塩 | 骨粗鬆症治療剤<br>（選択的エストロゲン受容体モジュレーター〈SERM〉）<br>＊新有効成分 |
| ミカムロ配合錠AP | 1錠 | 143.80 | 日本ベーリンガー＝アステラス | テルミサルタン/アムロジピンベシル酸塩 | 胆汁排泄型持続性AT1受容体ブロッカー/持続性Ca拮抗薬合剤（高血圧治療薬）<br>＊新医療用配合剤 |
| ヤーズ配合錠 | 1シート | 6,900.60 | 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<br>月経困難症治療剤<br>＊新有効成分 |
| 注射薬 | | | | | |
| アブラキサン点滴静注用100mg | 100mg1瓶 | 56,982 | 大鵬薬品 | パクリタキセル | 抗悪性腫瘍剤<br>＊新剤形・新用量 |
| オレンシア点滴静注用250mg | 250mg1瓶 | 53,467 | ブリストル・マイヤーズ | アバタセプト（遺伝子組換え） | T細胞選択的共刺激調節剤<br>（関節リウマチ治療薬）<br>＊新有効成分 |
| サイビスクディスポ関節注2mL | 16mg2mL1筒 | 9,648 | 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<br>（変形性膝関節症の疼痛緩和用製剤）<br>＊新有効成分 |
| トーリセル点滴静注液25mg | 25mg1mL1瓶（希釈液付） | 132,915 | ファイザー＝武田 | テムシロリムス | 抗悪性腫瘍剤（mTOR阻害剤）<br>＊新有効成分 |
| パシル点滴静注液1000mg | 1000mg200mL1キット | 2,750 | 富山化学＝大正富山 | パズフロキサシンメシル酸塩 | 注射用ニューキノロン系抗菌製剤<br>＊新効能・新用量・新剤形 |
| パズクロス点滴静注液1000mg | | | 田辺三菱 | | |
| フォルテオ皮下注キット600μg | 600μg1キット | 51,871 | リリー | テリパラチド（遺伝子組換え） | 骨粗鬆症治療剤<br>＊新有効成分 |

## 【3】新規収載された新医薬品（10月4日収載）

| 商品名 | 規格・単位 | 薬価 | 会社名 | 一般名 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| 外用薬 | | | | | |
| イナビル吸入粉末剤20mg | 20mg1キット | 2,080.50 | 第一三共 | ラニナミビルオクタン酸エステル水和物 | 長時間作用型ノイラミニダーゼ阻害剤<br>＊新有効成分 |

**《高血圧＋脂質異常症治療薬》カデュエット配合錠（ファイザー）**

| | | ＋HMG－CoA還元酵素阻害薬（スタチン） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 持続性Ca拮抗薬 | | リピトール 5mg | | （薬価） | リピトール 10mg | | （薬価） |
| アムロジピン | 2.5mg | 1番 | アムロジピン2.5mg＋リピトール5mg | 94.10 | 2番 | アムロジピン2.5mg＋リピトール10mg | 149.00 |
| | 5mg | 3番 | アムロジピン5mg＋リピトール5mg | 123.30 | 4番 | アムロジピン5mg＋リピトール10mg | 178.10 |

**《糖尿病治療薬》メタクト配合錠（武田）**

| | | ＋ビグアナイド薬 | | |
|---|---|---|---|---|
| インスリン抵抗性改善薬 | | メトホルミン 500mg | | （薬価） |
| アクトス | 15mg | LD | アクトス15mg＋メトホルミン500mg | 84.60 |
| | 30mg | HD | アクトス30mg＋メトホルミン500mg | 158.00 |

# 一押しME機器 Medical

## もしものときの救急蘇生！AED
# あなたの手でいのちが救えます！

知っているようで意外に覚えていないとっさの救命措置。AEDの普及は進んでいます。
いざという時のための再確認。昭和大学、橋本通先生監修のQ＆Aを掲載いたします。

## Q. 日常生活や運動中に突然ヒトが倒れたら、どのように対応したらよいですか？

**A.** 心疾患による死亡の多くは病院外での突然死で、ほとんどが自宅で起こります。院外心停止例の救命には、目撃者として救急現場に居合わせた市民（バイスタンダー）による心肺蘇生の実施が効果的とされますが、3分の2の症例では、救急隊到着までなんの処置も施されないままなのです。

日本循環器学会では、心停止からの救命のためには、一刻も早く助けを求め【コール】、AEDを取り寄せるとともに、強くて速い胸骨圧迫を絶え間なく行うこと【プッシュ】が重要であり、コール＆プッシュを推奨しています（**右上図**）。

突然ヒトが倒れたら、躊躇することなく落ち着いて対応してください。まず反応を確認します。反応がないと判断したら、119番通報するとともにAEDを要請します（**右図①**）。

次に、「普段どおりの息（正常な呼吸）をしているか？」呼吸の状態を観察します。反応がなく正常な呼吸がないと思えば、心停止と判断し、ただちに胸の真ん中を強く圧迫します（胸骨圧迫は強く、速く、絶え間なく（**右図②**）。

たとえ心停止でないヒトに間違って胸骨圧迫をしてしまっても心配ありません。心停止を正確に判断することは困難なため、心停止かどうかの判断に迷ったら、躊躇せずに胸骨圧迫を開始して下さい。胸骨圧迫のみの蘇生法でも、人工呼吸を行う心肺蘇生と同等の効果があり、人工呼吸は省略して胸骨圧迫のみを行って下さい。

監修:
橋本　通 先生
昭和大学藤が丘
リハビリテーション病院
健康スポーツ内科

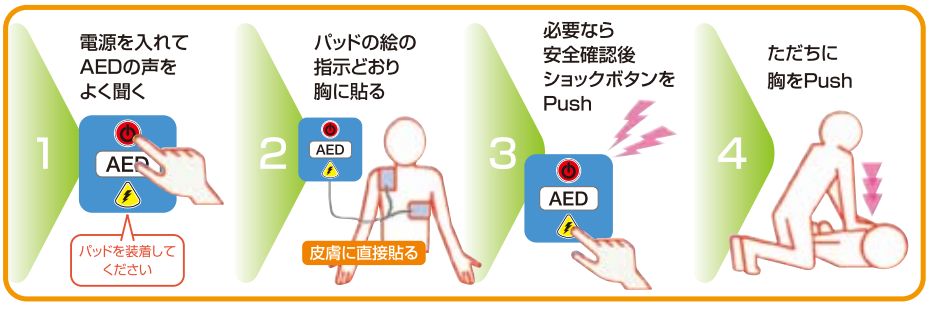
# Q. 最近は街角に設置されたAED(自動体外式除細動器)をよく見かけますが、もし使うとしたら、どのような点に注意すれば良いのでしょう？

**A.** AEDの使用が1分遅れるごとに救命率が約10%低下しますが、一般市民がAEDを使用することで、救命率が4倍に高まるとされます。AEDは胸骨圧迫の途中であっても、到着次第ただちに使用してください**(前頁図③)**。

電源を入れたら、以降は音声メッセージと点滅するランプに従って操作します。パッドは絵の指示どおり1枚を胸の右上(鎖骨の下で胸骨の右)、もう1枚を胸の左下側(脇の下5～8cm下)にしっかり肌に貼り付けます。もし体が濡れているときは、前胸部(両パッドの間)の水分のみふき取ってから装着してください。パッドが貼られると、自動的に心電図を解析し、「ショックが必要です」の指示があれば、ショックボタンを押します。ショックボタンを押す前に必ず誰も触れていないことを確認(安全確認)することが大切です。ショックの後はただちに胸骨圧迫を再開します。「ショックは不要です」の場合、心肺蘇生を中止してよいという意味ではありませんので、ただちに胸骨圧迫を再開してください。

約2分後に自動的に心電図の解析を開始しますので、音声メッセージに従って操作してください。救急隊に引き継ぐまで、パッドは剥がさず、電源も切らずにしておきます。たとえ上手くいかなかったとしても、訴えられることはありません。必ずしも講習を受ける必要はありませんが、一度短時間であっても受講することで、何かできるという勇気が持てます。

**AEDの使いかた**



**PHILIPS　ハートスタートHS1**
**フクダ電子株式会社**

製品名称:　ハートスタートHS1セット
医療機器承認番号: 21700BZY00426000
モデル番号:M5066A
寸法:高さ7.0cm×幅21.0cm×奥行19.0cm
総質量:1.5kg
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器

**AEDは救命処置のための医療機器です。AEDを設置したら、いつでも使用できるように、AEDのインジケーターや消耗品の有効期限などを日頃から点検することが重要です。**

**ME推進部より**

**AEDの販売メーカーの方よりうかがった話です。先日、その会社のある営業所前にある一般のお宅の奥様が、「主人が倒れたので助けて下さい」と、突然飛び込んで来られたそうです。営業所の2名で駆けつけると、ご主人は既に心停止の状態で、即一人が心マッサージを開始、もう一人がAEDを営業所に取りに帰り、すぐさま除細動を実施して一命をなんとかとりとめることが出来たということが、実際にあったそうです。**

**AEDが普及した今、我々の身近でもいつ同じことが起こるかわかりません。備えあれば憂いなし。改めてAEDについて見直していただければと思い、今回の記事を掲載いたしました。**

# 糖尿病治療ガイド2010（日本糖尿病学会）～主な改訂のポイント

今年8月に「糖尿病治療ガイド2010」が発刊されました。日本糖尿病学会が編集する「糖尿病治療ガイド」は、糖尿病を専門としない実地医家の先生方やコメディカルスタッフの方々向けに糖尿病診療の指針をまとめたガイドブックです。1999年の発刊以降、近年の糖尿病診療を取り巻く大きな変化と最新の知見を反映しつつ、1～2年の間隔で改訂が重ねられてきました。今回「糖尿病治療ガイド2008－2009」から「2010」へ改訂され、2010年7月1日より施行された新しい診断基準や、新しい治療薬に関する内容が追加されています。主な変更点について紹介します。

## 変更点①HbA1cの国際標準化に伴う新たな表記法

HbA1cは、わが国を含めて国際的に糖尿病治療上の重要な指標として汎用されています。わが国で使用されているJapan Diabetes Society(JDS)値で表記されたHbA1cは、世界に先駆けて精度管理や国内での標準化が進んでいるものの、わが国以外のほとんどで使用されているNational Glycohemoglobin Standardization Program(NGSP)値で表記されたHbA1cと比較すると、測定法の違いから約0.4%低値であるという問題があります。国際臨床化学連合(IFCC;International Federation of Clinical Chemistry)が中心となり、その新しい表記法を用いた国際標準化が検討されていますが、IFCC値の採用については消極的な国・地域もあるため、実現にはかなりの時間を要する状況です。

JDS値のままでは海外文献比較、国際共同研究などで日本が取り残されるおそれもあることから、日本糖尿病学会では、この度の糖尿病診断基準の改訂(2010年7月1日)と合わせて、従来のJDS値に0.4%を加えた新しいHbA1c値に表記法を変更することを決定し、これを「国際標準値」と呼ぶこととしました。HbA1cの測定法はこれまでと変わらないので、国際標準値はNGSP値そのものではなく、あくまでもNGSP値に相当する値ということになります。

**HbA1c(国際標準値)＝HbA1c(JDS値)＋0.4%**
**≒HbA1c(NGSP値)**

そして国際標準値の使用については、「表1」のように運用されます。日常臨床・検診・健康診断などの場においては、当面は従来のJDS値を継続して使用しますが、十分な広報活動による周知の後、来年には日本糖尿病学会が別途告示する日をもって、全国一斉に国際標準値に変更されます。

▼表1：HbA1c値表記法の運用方法

| | |
|---|---|
| 英文誌の原著論文や国際学会の発表 | 2010年7月1日以降、国際標準値を使用 |
| 日常臨床・検診・健康診断などの場 | ○当面：従来のJDS値を継続して使用<br>○十分な広報活動を行い、本学会が別途告示する国際標準化変更日をもって、国際標準値に全国一斉に変更 |
| 和文論文(原著論文を除く)や和文著書、国内学会の発表 | 当面：原則、従来のJDS値と国際標準値の両方を併記<br>国際標準化変更日以前については、JDS値を先に、国際標準値を後に記載することが望ましい |
| 和文の原著論文 | ○国際標準化変更日以前：<br>JDS値と国際標準値のいずれを用いてもよいが、表記法を必ず明記<br>○国際標準化変更日以降：すべて国際標準値を用いる |

## 変更点②糖代謝異常の判定区分と判定基準/糖尿病の診断基準

今回の糖尿病診断基準の改訂は1999年以来11年ぶりのことです。

まず、糖尿病型の区分と判定基準では、血糖値(早朝空腹時、75gOGTT2時間、随時)の基準はこれまでと同様ですが、従来補助的に使用していた「HbA1c」を診断の第一段階に取り入れ、その基準を6.5%(JDS値)から6.1%(JDS値)へ引き下げ、より厳しくなりました。このカットオフ値は網膜症発症率や血糖値のカットオフ値との関連など国内のデータから算出されました。…**(表2)**

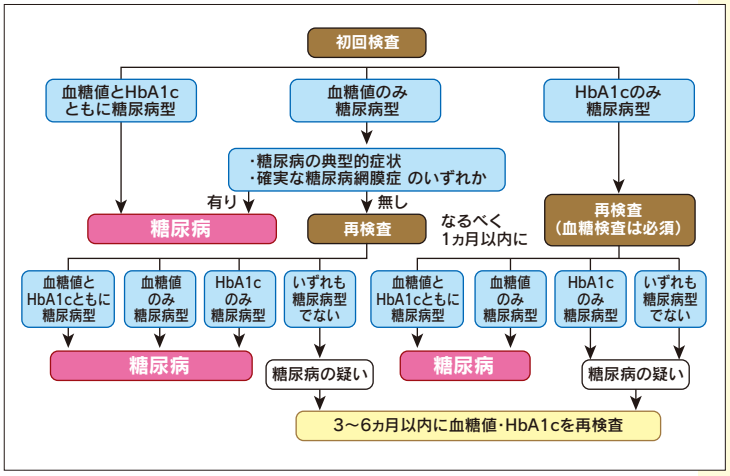
診断基準改訂にあたって最も重視されたのは「合併症減少に向けて糖尿病の早期診断と早期介入を可能にする」ということです。従来は、別の日に行った検査で「糖尿病型」の血糖値が再確認できないと「糖尿病」と診断できませんでしたが、新しい診断基準では1回の検査で血糖値とHbA1cの両方が基準を上回れば「糖尿病」と診断できるようになり、早期診断・早期介入につながると考えられます。ただし、HbA1cは溶血性・腎性の貧血や肝疾患などの状況下では適切な値が得られないので、血糖検査は必須であり、HbA1cのみの反復検査では「糖尿病」と診断できないとされています。**(図1)**

**▼表2:糖代謝異常の判定区分と判定基準**

| 判定基準 | 判定区分 |
|---|---|
| ①早朝空腹時血糖値 注1) ≧ 126mg/dL<br>②75gOGTT2時間値 ≧ 200mg/dL<br>③随時血糖値 注2) ≧ 200mg/dL<br>④HbA1c(JDS値) ≧ 6.1%<br>[HbA1c(国際標準値) ≧ 6.5%] | ①～④のいずれかが確認 ⇒『**糖尿病型**』と判定する<br>①～③のいずれかと④が確認 ⇒『**糖尿病**』と診断してよい |
| ⑤早朝空腹時血糖値 < 110mg/dL<br>⑥75gOGTT2時間値 < 140mg/dL | ⑤および⑥が確認 ⇒『**正常型**』と判定する |
| | 上記の「糖尿病型」「正常型」いずれにも属さない場合<br>⇒『**境界型**』と判定する |

注1) 血糖値は、とくに記載のない場合には静脈血漿値を示す。
注2) 随時血糖値：食事と採血時間との時間関係を問わないで測定した血糖値。糖負荷後の血糖値は除く。

**▼図1:糖尿病の臨床診断のフローチャート**




## 変更点③血糖コントロール指標と評価の表記

血糖コントロール指標と評価については、HbA1cの表記法の変更に伴い、JDS値と国際標準値が併記されました。ただし、HbA1c、血糖値ともに値そのものの変更はありません。…**(表3)**

**▼表3:血糖コントロール指標と評価** 注1)

| 指標 | コントロールの評価とその範囲 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 優 | 良 | 可 | | 不可 |
| | | | 不十分 | 不良 | |
| HbA1c(JDS値)(%)<br>HbA1c(国際標準値)(%) | 5.8未満<br>6.2未満 | 5.8～6.5未満<br>6.2～6.9未満 | 6.5～7.0未満<br>6.9～7.4未満 | 7.0～8.0未満<br>7.4～8.4未満 | 8.0以上<br>8.4以上 |
| 空腹時血糖値(mg/dL) | 80～110未満 | 110～130未満 | 130～160未満 | | 160以上 |
| 食後2時間血糖値(mg/dL) | 80～140未満 | 140～180未満 | 180～220未満 | | 220以上 |

注1) HbA1c値、空腹時血糖値、食後2時間血糖値の間には、個人差があること、日内変動が複雑なことなどから、定常的な相関性は望めない。

## 変更点④薬物療法にインクレチン関連薬が追加

インクレチン関連薬として、昨年12月以降に3種類のDPP-4阻害薬が、今年6月にGLP-1受容体作動薬ビクトーザ(皮下注射)が発売され、糖尿病治療ガイド2010でも薬物療法に追加されました。それぞれ2型糖尿病に対して、単独または他の経口血糖降下薬と併用して使用されます。…(図2、3)

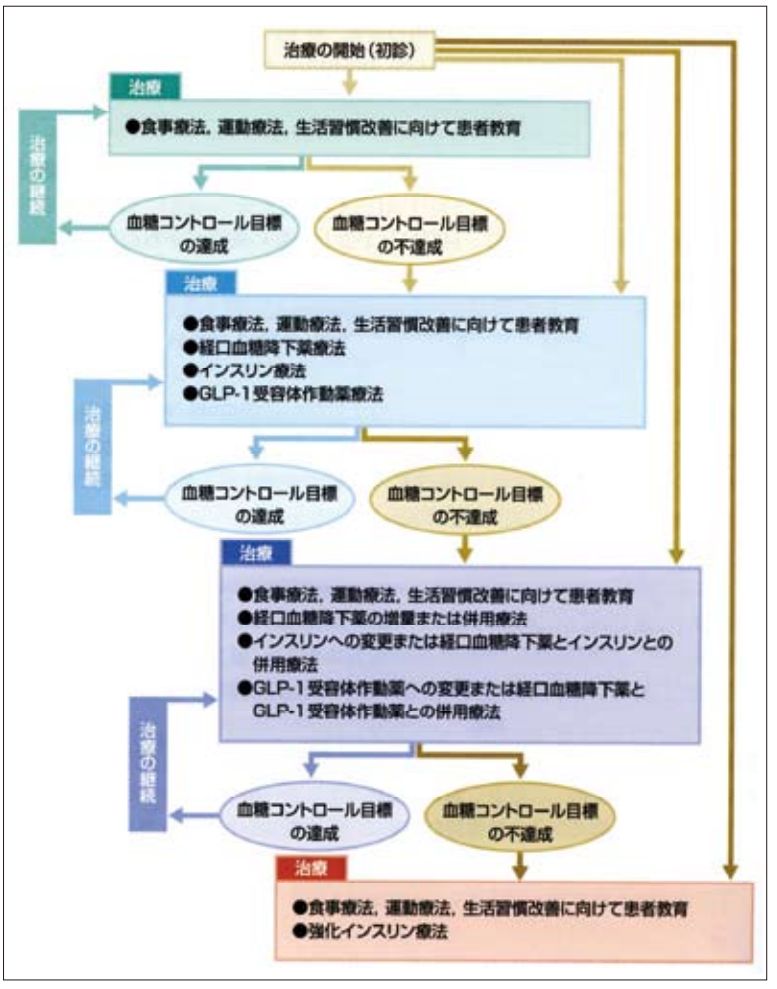
私たちの体内では、食事摂取に伴い消化管からGLP-1などのインクレチンが分泌されて、膵臓のインクレチン受容体(GLP-1受容体)に結合し、血糖依存的に膵β細胞からのインスリン分泌を促進、血糖を上昇させるホルモンであるグルカゴン分泌を抑制します。通常、インクレチンは分泌後DPP-4により速やかに分解・不活性化されます。

そこで、DPP-4を阻害してインクレチンの分解を抑制し、インクレチンの作用を高める薬剤がDPP-4阻害薬です。一方、GLP-1受容体作動薬は、インクレチンの1種であるGLP-1に類似しDPP-4による分解を受けにくい構造をもつ薬剤で、GLP-1同様に受容体に作用して効果を発揮します。血糖値に応じた血糖降下などの作用はDPP-4阻害薬より強く、胃内容物排出抑制、食欲抑制による体重減少作用を有します。…(図4)

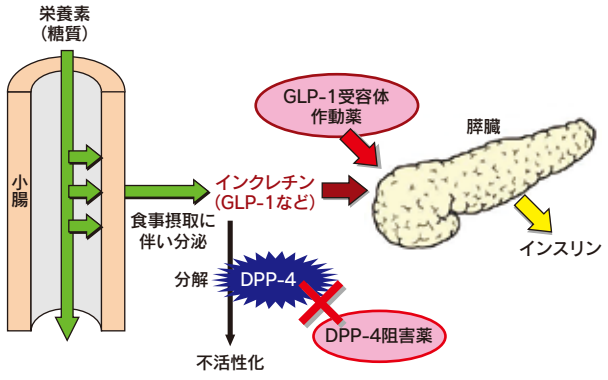
▼図2:インスリン非依存状態の治療

●2型糖尿病が中心となる　●急性代謝失調を認めない場合
●随時血糖値250～300mg/dL程度　またはそれ以下　●尿ケトン体陰性

血糖コントロール目標は、「血糖コントロール指標と評価」の「優」または「良」とするが、患者の年齢および病態を考慮して患者ごとに主治医が設定する

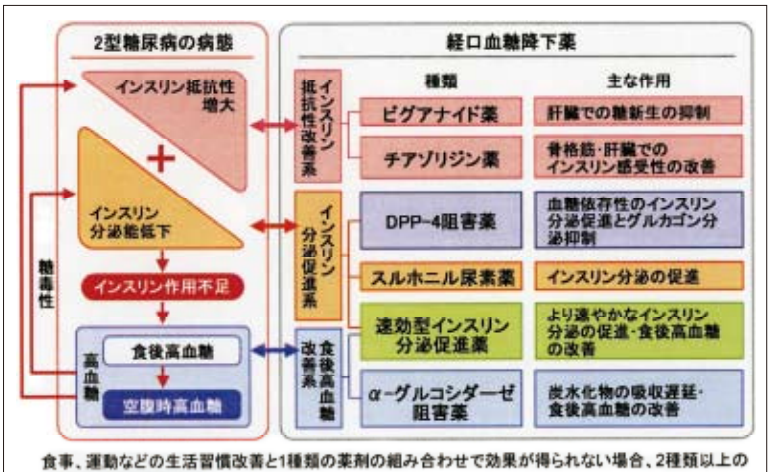



▼図4:インクレチン関連薬の作用機序




GLP-1受容体作動薬は、膵β細胞のインクレチン(GLP-1)受容体を介して血糖依存的にインスリンの分泌を促進する。
DPP-4阻害薬は、インクレチンを分解する酵素DPP-4を阻害する。

▼図3:病態に合わせた経口血糖降下薬の選択




食事、運動などの生活習慣改善と1種類の薬剤の組み合わせで効果が得られない場合、2種類以上の薬剤の併用を考慮する。

作用機序の異なる薬剤の組み合わせは有効と考えられるが、一部の薬剤では有効性および安全性が確立していない組み合わせもある。詳細は各薬剤の添付文書を参照のこと。

治療ガイドでは、DPP-4阻害薬およびGLP-1受容体作動薬の特性として、血糖依存的な血糖降下作用のため単独投与では低血糖の可能性が少ない点、体重増加をきたしにくい点などがあげられています。使用上の注意点には、DPP-4阻害薬は「SU薬との併用で重篤な低血糖による意識障害を起こす症例が報告されているため、SU薬と併用する際はSU薬の減量が望ましい」、GLP-1受容体作動薬は「SU薬との併用により低血糖の発現頻度が単独投与の場合より高くなるので、定期的に血糖測定を行う」という内容が記載されています。メカニズムは明らかにされていませんが、SU薬によるβ細胞の疲弊がインクレチン関連薬を併用したことによって機能改善された可能性などが考えられます。その他、GLP-1受容体作動薬では、投与初期の胃腸障害の発現を軽減するため低用量より開始して用量の漸増を行うこと、急性膵炎に注意が必要なことなどが、ガイドに記されています。

また、ガイド発刊後、GLP-1受容体作動薬において、インスリン治療を中止してビクトーザに切り替えられた症例等で糖尿病ケトアシドーシスおよび高血糖が報告されたことを受け、安全性情報(ブルーレター)が発出され、「インスリンの代替薬ではないこと」「インスリン依存状態の患者(1型糖尿病患者、インスリン治療が不可欠な2型糖尿病患者等)へはインスリンからの切り替えを行わないこと」「投与に際しては、患者のインスリン依存状態を確認し、投与の可否を判断すること」が注意喚起され、添付文書の「使用上の注意」が改訂されました。GLP-1受容体作動薬は、膵β細胞からのインスリン分泌を促す薬剤ですが、インスリン分泌能が著しく低下した患者さんには投与しても効果を発揮できません。

多くの特長をもつインクレチン関連薬ですが、日本人での使用実績が少なく、未知の副作用が発現する可能性もあります。日本糖尿病協会のウェブサイトでは「インクレチン(GLP-1受容体作動薬とDPP-4阻害薬)の適正使用に関する委員会」による緊急情報やRecommendationが随時追加修正されています。こういった内容が十分把握されたうえで新薬が適正に使用され、必要とする患者さんに優れた効果が発揮されることを望みます。…**(表4、5)**

その他、薬物療法としては、今年発売されたメトホルミンの高用量製剤であるメトグルコ、服用剤数減少によるコンプライアンスの向上が期待できる配合薬メタクト(ピオグリタゾン/メトホルミン)も追加され、インクレチン関連薬も含め、選択肢が大きく広がりました。
今後の、新しい診断基準による早期診断の浸透と、新しい治療薬を加えたより幅広い治療薬のラインナップによる個々の患者さんの病態、重症度に応じた最適な治療の実現に期待したいと思います。

【参考文献】
糖尿病治療ガイド2010
日本医事新報No.4493(2010年6月5日)
Medical Tribune 2010年5月19日,9月23日
日本糖尿病学会,日本糖尿病協会,厚生労働省ホームページ

**▼表4:DPP-4阻害薬**

| 一般名 | 商品名(メーカー) | 血中半減期(時間) | 作用時間(時間) | 用法・用量(1日量) | 併用可能薬剤 |
|---|---|---|---|---|---|
| シタグリプチンリン酸塩水和物 | グラクティブ(小野)<br>ジャヌビア(MSD) | 12 | 24 | 50～100mg・1日1回<br>(中等度腎機能障害:25～50mg・1日1回) | SU薬<br>チアゾリジン薬<br>ビグアナイド薬 |
| ビルダグリプチン | エクア(ノバルティス) | 2 | 12～24 | 100mg・1日2回 朝夕<br>(状態に応じて50mg・1日1回 朝) | SU薬 |
| アログリプチン安息香酸塩 | ネシーナ(武田) | 17.1±2.0 | 24 | 25mg・1日1回<br>(中等度腎機能障害:12.5mg・1日1回)<br>(高度腎機能障害/末期腎不全:6.25mg・1日1回) | α-グルコシダーゼ阻害薬<br>チアゾリジン薬 |

〈各添付文書〉

**▼表5:GLP-1受容体作動薬**

| 一般名 | 商品名(メーカー) | 血中半減期(時間) | 作用時間(時間) | 用法・用量(1日量) | 効能・効果(2型糖尿病) |
|---|---|---|---|---|---|
| リラグルチド(遺伝子組換え) | ビクトーザ皮下注(ノボ) | 13～15 | >24 | 0.9mg・1日1回 朝または夕<br>(1日1回0.3mgから開始、<br>1週間以上の間隔で0.3mgずつ増量) | ①食事療法、運動療法のみ<br>②食事療法、運動療法に加えてSU薬を使用 |
| エキセナチド | バイエッタ皮下注※(リリー) | 1.27 | 記載なし | 10μg・1日2回 朝夕食前<br>(1カ月以上経過観察後、<br>状態に応じて20μg・1日2回) | 食事療法、運動療法に加えてSU薬(ビグアナイド薬またはチアゾリジン薬との併用を含む)を使用<br>(単独療法に関する有効性・安全性は確立していない) |

※作成時点では薬価基準未収載

〈各添付文書〉

誌上セミナー

# 人材マネジメント活性化のすすめ

## 第3回：「一人ひとりの利益をこうつくる。～付加価値とは何か」

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

**「チーム医療からチーム経営へ」…日本で一番利益を上げ続けている中小病院の代表といわれる赤穂中央病院の合言葉である。「外来の患者が何人来たら黒字になるか」、この課題に職員みんなが“我が事意識”を持って考える集団である。これが赤穂中央病院の強さの秘密である。すなわち、職員一人ひとりが経営者という発想の基に、組織貢献、利益貢献のために、何をやらなければならないのか、自分がやりたい仕事を自由にやれる喜びを噛み締めながら明日へのビジネスチャンスを作り出している。**

### 1.「数字で判断」これが時代ニーズ

成果主義時代の「数字で判断」の行き過ぎの反省からプロセス成果が問われるようになったが、プロセス課題を完全に達成するからこそ、最終成果を獲得することが出来る。最終成果は大切である。

「だいたい予定通りです」では困る。このような曖昧な表現では最終評価時に必ずトラブルになるからだ。「だいたい予定通りに進んでいたのにどうして目標が達成できないのだ…」こうなると上司は部下の報告を鵜呑みにすることができなくなる。マネジメントの鉄則は、上司は常に現場に降りて現場確認情報を取らなくてはならない。これは当たり前の事となっているが、管理者としての職責マインドと仕事を任せることとは別の次元の問題である。目標設定と達成度基準、評価の課題である。

業務推進の実態を正しく把握しておかないと打つべき手が打てないというわけで、管理者はマネジメント能力を身につけるためにも数字を使って物事を考え、判断する癖を身につけることが本当に大切である。数字を見る場合は、まず最初に基本数字を覚えることが必要になる。この基本数字に対して今、わが病院は、わが部はどうなっているのか、良い状態に進行しているのか。判断を繰り返すことによって計数感覚を身につけることが出来るようになる。基本数字を理解していない人はまず、目標達成は難しいといえよう。計数感覚・問題意識を持つ人と持たない人では、長い職業生活において取り返しのつかないほどの大きなマネジメント能力の差になっている筈である。

### 2.付加価値生産性の追及

この病院は利益があるのか否か、今から10年ほど前にこのような事を質問すると、多数の医師や看護師から必ず反発や拒絶反応があり、会議が紛糾したものである。当時、赤穂中央病院の理事長先生は「利益は次のお客様へのプレゼント…」と全職員の前で言い切ってしまった。

当時としては画期的なメッセージであった。早速の大学医局からの呼び出しにも毅然とした経営哲学を推し通してきたその結果が現在の「経営の赤穂」を築いたのである。

赤穂中央病院の職員は、自分達が作り出す利益に

ついては皆敏感である。自分達が得ている賃金の3倍働かなければならないと皆そう思っているからだ。関東経営者協会が毎年発表する賃金資料によると社会保険料の病院負担や賞与、退職金、教育費、福利厚生費など職員に支給している実績は月額賃金の約1.75倍と試算している。すなわち月給25万円を支払っていると仮定すると、実際は25万円×1.75＝437,500円を負担しているとしている。したがって組織が利益を獲得するためには無論給料の3倍程度は稼がなくては組織の継続はできないことを意味している。

経営者の立場で考えれば、毎月コンスタントに職員に月給を支払うためには職員にも毎月コンスタントに月給の3倍は稼いでもらわなければならない勘定になる。福利厚生費、教育費、退職金などが充実すればするほど、人件費枠は膨張するのは当然である。これらは極めて当たり前のことではあるが、ハッキリと認識している人は大変少ないように思う。もし月給の3倍稼げない人がいれば、病院にとってお荷物になる。

それでは、付加価値についてもう少し中身を検討することにしよう。

## 3.病院が生み出す付加価値

付加価値とは、病院が外部から買った外部購入価値（医薬品や仕入商品など）に自病院の知識や技術のノウハウ等を新たに付け加えた価値である。病院は外部購入価値にこの付加価値を加えて売上高（医療収入高）を計上する。

しかし、病院経営は診療報酬制度という公定価格によって診療の手技ごとに収入額がこと細かく決められており、一般産業のように何でもやって良いわけではないが、入りの原価を極力押さえて、診療報酬の保険点数が落ちないように加算点数をとれば、間違いなく利益体質に切り替えることが出来る。

例えば、病床稼動率80%を85%に向上させれば確実に利益増大を計ることが出来る。何をどうすれば良いのかの答えがハッキリと見えるので、目標を決めたら、課題解決の手段、方法を徹底的に皆で考え、後はスケジュール管理と実行をきちんとやれば良い。一般産業との違いがここにある。

さて、売上高の中身を損益計算書で確認、分析するとそれは外部購入価値の部分と付加価値の部分から成り立っていることが分かる。病院が生み出す利益は勿論、この付加価値の一部に含まれる。

ところで、この付加価値の中身はそれを生み出すために使用される人・物・金・情報・時間のコストと利益から成り立っている。したがって、職員に高賃金を支払い、しかも他の病院にない経常利益を獲得していくためには、原資である付加価値を高めて高付加価値、高賃金、高利益の高循環のサイクルを回すことが大切である。

以上から付加価値を一言で説明すると、付加価値とはその病院の技術や仕事のやり方の総合結果であるので、その病院の経営努力を図る総合指標として優れたデータといえよう。

さて、付加価値の計算方法には、中小企業庁方式（控除法）と日銀方式（加算法）の2つがある。控除法とは控除する項目を定め、それを売上高（医療収入高）から控除して、付加価値を求める方法である。この方式では控除項目以外のものはすべて付加価値となるので、付加価値は大きめに算出されるのが特徴である。加算方式では加算する項目だけ（経常利益、人件費、賃借料、金融費用、減価償却、租税公課の6項目）を加算して付加価値を計算するので、しっかりとした付加価値が計算できる特徴がある。すなわち計算方法が違えば求める付加価値が異なるということで、わが病院はどちらの計算方式を採用するのかを決める必要がある。

計算式を決めたら、その計算式を継続使用する事が大切だ。そうしないと付加価値の比較検討や次への経営対策が打てない。付加価値の留意点は、職員一人ひとりが病院業績にどれだけ貢献したのか、一人当たりの付加価値はいくらかを継続して観察するようにしたい。これを労働生産性ともいい、付加価値を職員数で除して計算する。

一人当たりの人件費を上げるためには一人当たりの付加価値を如何にして上げるかが重要なポイントになることを全職員の共通認識として持ちたい。

## 4.ホワイトカラーの生産性と医療安全

ある医師が一言。「うちの看護師は皆忙しい忙しいと言って、走りまわっているが、レベルが低いんだよ。本当に忙しかったらシフトを組んでも休むことは出来ない筈なのに…。でも、スケジュール通りにきちんとお休みを取っている。サラリーマンなんだね。一般職員だったら分かるが、あの師長、本当に忙しいのかね…」と多忙を理由に業務協力を断った師長を横目に睨んでぼやいている。

どんな人にどんな仕事をやってもらうか、また、部下

のやりがいや生きがいをいかに引き出すかは、経営者、管理者の重要職責である。特に医療機関においては、法定人員の中で仕事の難易度や仕事量に見合った適格者を適材適所に配置することや、また、医療安全の面からも誤りのない配置に万全を期さなければならない。

ホワイトカラーの生産性がよく問題として取り上げられる。筆者のコンサル先でも特に目に付くのは、病院は会議が多いなあと感じるが、それは筆者だけだろうか。カンファレンスと評し、あちらでも、こちらでも会議をやっている。生産性向上という概念で短絡的に会議や人員カットを行うことは問題ではあるが、一般的に病院では管理が弱いため、ムダ・ムリ・ムラが沢山ある。過誤は不運や偶発で起きるものではない。一番の問題は管理者の管理の問題。

**例えば、**

**○部下への指示内容が明確ではない。**

**○部下に仕事を任せきりで、部下の仕事ぶりを全く見ていない。計画をよく変更するが、周知が不十分。必要時に必要な経営データが直ぐに出せない。また、部下の能力特性を理解していないために、ムリから、さまざまな問題も発生している。**

**○注意力が散漫である部下や、その仕事を遂行する能力（知識、技能）に欠けていたり、また、その仕事に慣れていなかったり、上司の指示内容をよく理解せずに仕事を遂行していたり、正しい手順で仕事を遂行していなかった、疲労をしやすい職場環境で仕事をしていた。―等々。**

正に、管理マネジメント欠如のために招いた医療事故も多数ある。医療安全を確保し、生産性（病院利益）を上げるためには、管理者の仕事は部下を使って部・課の方針・目標を達成する人であること。そのためには職場管理を徹底することを再確認することが必要と思う。

また、部下が日常業務を間違いなく遂行するには教育訓練（OJT）も、しっかりと行わなければならないこと、一方、リスクを起こさないためには、問題の早期発見、早期対策に努めること、医療安全、生産性向上は自分の手で確保しなければならないことを全職員が“我が事意識”とし、また、使命感として認識して行動することが大切である。

これらのことは改めていうまでもないことだ。ホワイトカラーの仕事は定型化し難いことを格好の隠れ蓑にし、能率向上の努力を見過ごした部分があるので見直しをしよう。クリニカルパスは一つのアウトプットである。一旦過誤が発生すれば生産性どころではない。病院の存続はないのだから…。

次号、第４回は、「一流のリーダーと二流の違いとは～リーダーの条件を検証する」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長、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.jinjitinginkanri.sakura.ne.jp/

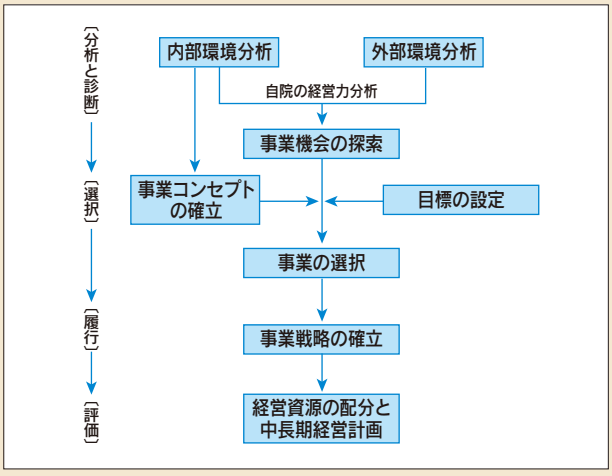
# 診療現場における見える化とは③

**「見える化のススメ」連載第3回は、医療機関における“見える化”の実例に入ります。“見える化”を行う目的は何か？言うまでもなく「自院の医業経営に資する」ために行います。医業に限らず「経営」の全体像を俯瞰した時、一般的にはその最上位に「経営理念」があり、以下「経営目的」→「経営目標」→「経営戦略」と順に位置付けられていきます。さらに「経営戦略」の下位は「経営戦術」あるいは「全社戦略と事業戦略」等々諸説あり枝分かれしていきますが、“見える化”のようなデータに基づいた分析は、基本的には経営戦略立案のプロセスの一部と捉えられます。**

**医業経営戦略の策定は、概ね「図1」のように行われますが、その中でも特に「内部環境分析」および「目標の設定」に対して有効な手法となります。また通常、内部環境分析は多面的に行われ、財務指標分析・医業収支分析・収支構造の分析・医業収益分析・医業費用分析・部門別原価計算・DPC分析・患者満足度調査・職員意識調査・情報化診断等からなります。**

**こうした戦略立案および環境分析手法のひとつとして、今回は「財務アウトライヤ分析」をご紹介します。**

**図1：医療経営戦略の策定プロセス**




（日本医業経営コンサルタント協会研修資料2010.04）

## 「財務アウトライヤ」とは

まずはその定義ですが、“財務”はいわゆる財務会計や財務指標の意味するところの“財務”です。一方の“アウトライヤ”とは、**「外れ値（はずれち）＊1」**。これは統計において他の値から大きく外れた値とされていますので、“財務的に他から大きく外れたもの”とでも申しておきます。そしてこの財務アウトライヤを病院固有の症例レベルで展開したものが「財務アウトライヤ分析」です。

宮崎大学医学部附属病院医療情報部の荒木賢二教授によると、病院経営分析には3つの粒度があるとされており、①症例レベル、②院内レベル、③他施設レベルーに分かれます。この中の症例レベルの分析を「症例経営分析」と呼び、それは「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のこと」としています。

また、症例経営分析の意義は、「統計情報では読み取れない隠れた事実、問題、価値を発見しやすいこと。」さらにサービス分野では現場の可視化が難しいために、「統計情報だけでなく現場に密着した観察や調査が重要」と説明しています。…（「診療現場で役立つ経営分析研究会」2010.5.25ネットミーティング資料より）

**具体的な手順としては、**

**1．経営分析システムMercuryで**
**アウトライヤの抽出（1診療科1年分）**

2. 電子カルテで退院サマリ、報告書、2号紙等により、症例を把握
3. MercuryでDPC等の変更シミュレーション
4. アウトライヤの理由を含めた症例レポートを作成
5. 診療科にヒアリング…という流れで進行します。

進める際のポイントは、

▼電子カルテが重要な役割を担うこと、
▼ヒアリングがとても重要なこと、
▼そして病院長命で医師と事務が共同で取り組むこと…にあります。

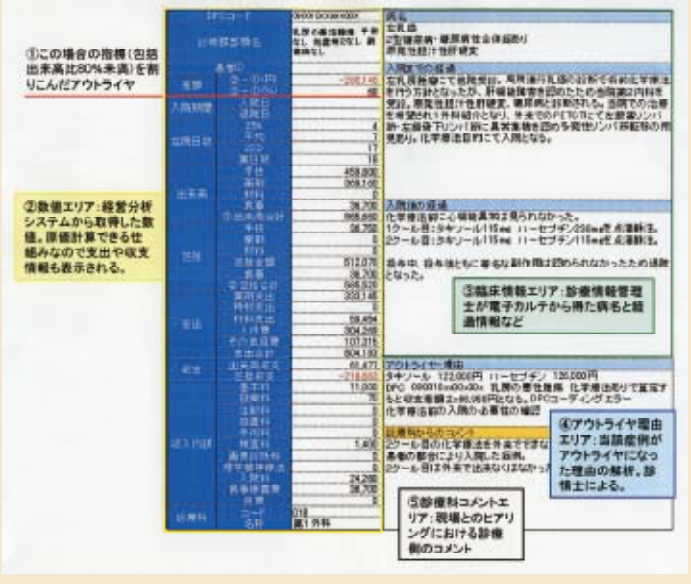
では実際の財務アウトライヤ分析の中からいくつか事例を見てみましょう。

---

＊1：**外れ値** outlier …他の測定値から飛離れた観察値。外れ値は、常に異常値であるとは限らない。飛離れた観測値は、転記ミスや入力ミスによる場合もあるが、そうでない場合には外れ値が発生した原因をよく考察する必要がある。単に他とかけ離れた値だからといって、分析から除外するのは正しいデータ解析とはいえない。飛離れた値が実際に存在し得るならば、そのような値に影響されない統計手法を選択するようにしなければならない（例えばノンパラメトリックな手法）。

---

## ケース1：乳房の悪性腫瘍




表の見方をご説明します。この表はある病院の財務アウトライヤ分析で使用される院内共通書式です。この分析時のアウトライヤ指標は「包括／出来高比80%未満」でした。出来高制度と包括制度における収入を比較し、包括制度へ移行後のマイナス幅の大きな症例をピックアップする指標です。

①をみると包括／出来高比が68%で指標を割り込んでいるため分析対象となった事がわかります。②は使用した経営分析システムから取得した数値群です。③は症例分析担当者（この場合は診療情報管理士）が当該症例についての臨床情報を電子カルテから取得したもので、④はこの症例がアウトライヤになった理由を解析したコメントです。

この症例は乳房の悪性腫瘍患者に対する化学療法目的の入院でしたが、要約すると、

▼高額な薬剤が使用されたこと、
▼患者都合で入院日数が長くなったこと、
▼さらにDPCコーディングが間違っており収入が低かったこと…等によりアウトライヤになったものです。

この分析手法のカギは、この症例からどんな“気付き”が得られ、それを今後の自院の経営にどう生かすか？にあります。加えてその“気付き”を、現場ヒアリングによって診療側・分析側双方が認識し議論し共有している点が極めて重要なポイントです。結果としてこの乳癌の化学療法症例から、

▼外来での実施も考慮した在院日数のコントロールが非常に重要なこと、
▼DPCコーディングには細心の注意を払うこと（医事課）…等の気付きが得られました。

## ケース2：高額検査

同ケースについては、一度目の血管造影は確定診断のための検査で包括算定となり、二度目は塞栓術を施行したので出来高算定となります。そして、結果的に検査としての血管造影はDPC制度下では収支が厳しいという気付きに繋がります。今後の検討課題として残った事案となりました。

## ケース3：仕方のない症例

| | | | 症例分析 |
|---|---|---|---|
| 患者ID | | | 入院期間59日と長い。ウテメリン、マグセント長期間投与。アンスロンピンP3本使用で107,000円、インスリン投与。DPC120160xx97xxxx(妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等 その他の手術あり)でとるとよい。出来高包括差額が−165,000円となる。 |
| DPCコード | | 120170XX01XXXX | |
| 診断群分類名 | | 早産、切迫早産 子宮頸裂手術等 | |
| 診療科 | | 産婦人科 | |
| 包括-出来高(円) | | -590,940 | |
| 入院日 | | 2006/09/26 | |
| 退院日 | | 2006/11/23 | |
| 在院日数 | 25% | 17 | 子宮収縮抑制剤を長期間投与し、包括診療行為(注射)が多いためにアウトライヤとなったと思われる。 |
| | 平均 | 35 | |
| | 2SD | 74 | |
| | 実日数 | 59 | |

ケース③は、子宮収縮抑制剤の長期投与を乗り越え帝王切開にて出産、母子ともに無事に退院した事例で、医療のアウトカム（結果）評価としては金メダルに相当する美談ですが、残念ながらアウトライヤの網にかかってしまった症例です。これも上記のケース①②にならって現場ヒアリングで分析対象にすることが果たして適切でしょうか。答えはNOです。

ベストな医療を提供し患者・家族に喜ばれた症例を槍玉に上げられては現場のモチベーションは下がるばかりです。地域における周産期医療を支えるという事は、こうした症例も数多く含まれる点をよく理解した上で自院の経営を考える視点が重要となります。こうした「医療なんだから仕方のない症例」を正しく評価することができるようになったのも、個別の症例まで踏み込んで分析の対象としたからこそ見えてきたものと言えます。

## 財務アウトライヤ分析による成果は？

最後に、財務アウトライヤ分析を行っている病院の具体的な成果をご紹介します。この病院ではアウトライヤとなった理由をコード化し統計を取っています。その結果のベスト3を見ると、

**1位：DPCコーディングに起因するもの**

**2位：高額な放射線検査によるもの**

**3位：高額な薬剤の投与によるもの**

この上位3つでアウトライヤ症例全体のおよそ半分を占めることがわかり、それぞれについて対策を打ち出しました。それは本連載初回の冒頭でお示ししたものです。

**(1)DPCコーディングを適正化することによる収益増見込み･･･年間2,000万円**

**(2)一部の高額な放射線検査を外来クリニカルパス化することによる収益増見込み･･･年間5,000万円**

**(3)についてはジェネリックへの切り替えが可能な薬剤のリストアップに着手**

特に(1)および(2)については具体的成果が上がり始めており、「自院の医業経営に資する」ための“見える化”が着々と進行し浸透している様子をうかがい知ることができます。

ここで改めて、「財務アウトライヤ分析」のまとめをお示しして次号へ続きます。

**財務アウトライヤ分析してみると**

- ○理由はさまざま（医療行為、コーディング、病院の体制、外部環境、医療制度（etc）
- ○仕方のない症例が存在する（=それが医療）
- ○仕方のない症例とそうでない症例を一律に論じられない

**必要なのは経営改善に向けての診療現場との対話**

- ○何とかできる症例ならば、どこを変えられるのか
- ○診療側・分析側双方の意見がクロスオーバーすることで改善対策が生まれる
- ○マクロな視点とミクロな視点の両建てで検討がすすむ
- ○分析側がデータを眺めているだけでは先に進めない
- ○自院データの分析に多少の手間をかけてでも、お互いで経営改善を目指す→病院ぐるみの医療の実現へ！

※注）財務アウトライヤ分析の各ケースはいずれも「診療現場で役立つ経営分析研究会」より引用。各ケースにおけるDPCコードおよび名称・入院期間・収入金額等は分析当時の点数表による。

# Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

## 62艇のイカダが真夏の海へ

笠戸島マリンイカダレース大会
（2010.8.29 山口県下松市）

ここ下松市では、毎年8月の最終日曜日に夏の一大イベント、「笠戸島イカダまつり（マリンイカダレース大会）」が「はなぐり海水浴場」で開催されます。同大会は市制50周年を記念して1989年（平成元年）に始まり、今年で22回目を迎えました。

このイカダレース大会は、手づくりのイカダで浜から往復1.5キロの距離を速さで競うタイム部門、イカダの出来栄えを審査するデザイン部門、パフォーマンスの見事さを競うアピール部門の3部門があります。

企業や事業所からの参加に加え、高校生チームやレディースチームなどもあり多彩です。今回も自慢の62艇が大海原へと出航、去年まで1艇で参加していた我が「アステム会賊団」も決意を新たに今年はイカダを一から作り直し、なおかつ2号艇まで作り優勝の確率を2倍にまで高めました。

木材と発泡スチロールをベースに設計書を睨みながら、加工、デザイン、色付けなど約2か月かけて大事に大事に作り上げていきます。中でも発泡スチロールの加工は簡単そうにみえますが、決してそんなことはなく、その大きさも手伝って困難さを極めます。しかし、だんだん作っていくうちに各人の得意な分野ができてきて、同時にチームワークも整ってきました。来年はさらに優勝の確率を3倍にしたいものです。誰か私たちと一緒に夏の思い出をつくりに来ませんか？

By　サメジマ ショウ

## 編集部から

現在10月15日午前11時。そうです。世界中が固唾を呑んで見守ったチリ落盤事故の33名全員の救出劇から一夜明けてこの原稿を書いています。69日間にも及ぶ、長い「生還」をかけた挑戦でリーダー役を見事に果たしたルイス・ウルスアさん。そのリーダーとともに、希望を失わず、「何としても全員無事生還する」という目的に向って、作業員それぞれが自分の役割を与えられ、お互い励まし合い協力し合ってがんばったと伝えられています。この落盤事故から救出までの過程は、映画化が決まっているそうですが、もし、リーダーシップやリスクマネジメントのあり方を考えるマネジメントの参考書となれば、『もしドラ※』を凌ぐベストセラーになると予感するのは、私だけでしょうか？ ＜K.K.＞

※「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」略称は「もしドラ」。岩崎夏海著のベストセラー小説。ビジネス界でもドラッカーの理論を分かりやすく紹介したマネジメント入門書として話題となっている。

# 見て、聞いて、わかる！株式会社アステムのeラーニング教材

## 褥瘡の「病態・特徴」から「予防」までをビジュアルで理解できる『基礎・予防編』

# 褥瘡 基礎・予防編


監修　東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻
老年看護学/創傷看護学分野
教授　真田 弘美
講師　仲上 豪二郎


CD-ROM
**税込価格 ¥15,750**

**内　容** CONTENTS


第1章　はじめに-褥瘡対策・予防の重要性
第2章　褥瘡の定義と疫学・有病率
第3章　褥瘡の病態と生理学的特徴
第4章　褥瘡の問題点
第5章　褥瘡の予防


## インデント・アクシデントの分析手法をビジュアルで理解するeラーニング教材

### 誰でもわかる RCA ～報告から分析へ～

RCAの本質と手順がすぐ理解できる！

CD-ROM

著者/東京医科大学 医療安全管理学
主任教授　相馬 孝博


**税込価格 ¥15,750**

**内　容** CONTENTS


1章　報告制度を理解する
2章　「分析する」とは
3章　分析手法のいろいろ　・付録　質問カード(ダウンロード可)
4章　RCA法の実際　・ケーススタディ


http://www.safemaster.jp/product/rca.html
上記サイトからサンプルムービーをご覧になれます。

### 医療事故が起こりにくいシステムへ！ FMEA を使いこなす

FMEAの考え方と方法がビジュアルで理解できる！

CD-ROM

著者/東京医科大学 医療安全管理学
主任教授　相馬 孝博
協力/東京医科大学 救急医学
准教授　織田　順
東京医科大学病院
救命救急センタースタッフ


**税込価格 ¥15,750**

**内　容** CONTENTS


1章　安全対策の変遷
2章　事前介入型の考え方
3章　FMEAとはどんな手法か
4章　FMEAの特徴
5章　ステップ①高リスク診療課程選びと分析チーム編成
6章　ステップ②診療課程を業務単位に分割する
7章　ステップ③失敗モードと最悪結果を列挙する
8章　ステップ④重大度の数値化と優先順位の決定
9章　ステップ⑤根本原因を除き診療課程を作り直す
10章　ステップ⑥作り直した診療課程を導入し評価する
11章　ケーススタディ


●『誰でもわかるRCA』
●『FMEAを使いこなす』
2枚セット
**税込価格 ¥26,250**

**購入申し込み、詳細は http://www.safemaster.jp/ をご参照ください。**


ASTEM 株式会社アステム 医療安全事業開発部

福　岡　本　社　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
東京大手町事務所　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

possibilities are infinite
Poti
Vol.03 2010年11月1日発行
発行/株式会社アステムPoti編集部 〒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.092-477-5754 印刷/トッパン・フォームズ㈱

ASTEM 株式会社アステム
藤村薬品株式会社
DAICO 株式会社 ダイコー沖縄