



コラム

● 薬剤管理指導料 ●

QI 委員 薬局 山口 瞳

薬剤管理指導料とは、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量投与方法投与速度、相互作用、重複投与配合変化、配合禁忌に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果副作用等に関する状況把握を含む）を行った場合に週一回に限り算定できる。服薬指導料を算定する日の間隔は 6 日以上である。救命救急入院料等を算定している患者に対しては 430 点、特に安全管理が必要な医薬品が投与又は注射されている患者に対して行う場合は 380 点、その他の患者に対しては 325 点算定基準出来る。特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤、抗 HIV 薬と規定されている。麻薬投与又は注射が行われておる患者に対して麻薬の使用に関し必要な薬学的管理指導を行った場合は 1 回につき 50 点を所定点数に加算出来ると診療報酬に定められている。

当院における薬剤管理指導件数(2014 年 4 月～2014 年 8 月調べ)は月平均 573 件であった。今後とも、患者さんの求めにあった服薬指導を心がけたい。

シリーズ“統計のはなし” No.16

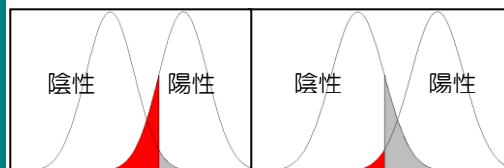
感度と特異度

先月は陽性パラドクスについてコラムをお送りしました。結果の確率から原因の確率を求める「事後確率」に関するものでした。その中で例示のため「検査の検出率 99%」としていましたが、実際は確率を明言できるものではありません。また、明言できたとしても様々な「誤差」からは逃れられません。ところで、臨床検査などでの「検査結果」の場合、陰性・陽性を判断する基準点（カットオフ値）を定め、誤った判断をする確率を減らすように調整されています。

ここでの「誤った判断」には 2 種類あります。一つ目は「陰性を間違えて陽性と判断してしまう」ことで、「偽陽性（第一種の過誤： α ）」と呼ばれます。臨床検査では、この割合を「特異度」といい、検査の性質を表す指標としています。

二つ目は「陽性を誤って陰性と判断してしまう」ことで、「偽陰性（第二種の過誤： β ）」と呼ばれます。こちらは「感度」という指標です。

究極的には特異度が高く、感度も高い検査が望ましいですが、この 2 つ指標はトレード・オフの関係にあります。確率分布の模式図を見てみましょう。横軸とはある検査値で、値が高いほど陽性な場合を示した図です*。



特異度を高め、偽陽性（灰）を減らそうと基準点を高めにすると、偽陰性（赤）が増えます（左下図）。一方、感度を高め偽陰性が少ない基準点を選べると、偽陽性（グレー）が増えます（右下図）。

どちらが良いかは検査の目的によります。感染率や致死率が高い場合、陽性を見逃す可能性を極力減らすため感度を優先した選択がなされるでしょう。視点を変えると、他の検査を受けて確定する場合、陽性と陰性を弁別するため、特異度が高い検査が選ばれるでしょう。実際は ROC 曲線など判定基準を元に目的に沿ったバランスを図っているようです。

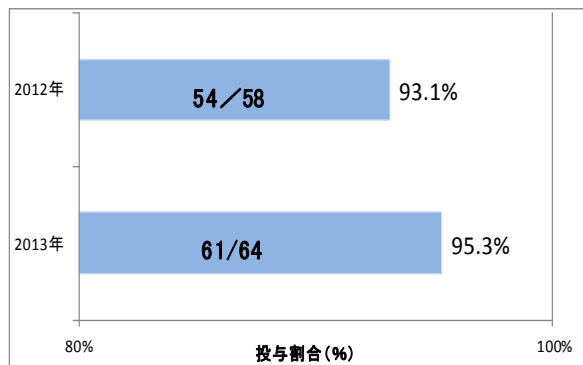
ちなみに、統計学の検定で用いられる P 値は「偽陽性（第一種の過誤）」にあたります。「P 値が小さいから良い結果！」とは言えません。 $\alpha=0.05$ などの基準は、偽陽性に関しての便宜的な水準を設けただけのもので、観測結果の良し悪しを表すものではありません。また、上図のように、特異度が高い分感度が低いデータかもしれない。誤った判断をしていないか（これからしないか）を把握する方法として「検定力分析」というものがあります…が、紙面に限りがあるのでまた別の機会に。

* 見やすさ重視であえて陰性と陽性が大きく重なった図を用意しました。左右とも同じ検査を想定しています。

医療情報企画センター SE 佐藤洋之

指標紹介 急性心筋梗塞患者に対する入院 24 時間以内のアスピリン処方率

心臓は全身に血液を運ぶ働きをしつつ心臓自身にも血液を供給します。その血管を冠動脈と言います。心臓の出口の大血管からすぐに冠動脈がでて心臓自身に血液を送りこむようになっています。この冠動脈は動脈硬化の影響を受けやすく、急に閉塞すると心筋梗塞になります。心臓の動きが極端に悪くなり生命の危険にさらされます。



心臓の動きが極端に悪くなり生命の危険にさらされます。心臓の出口の大血管からすぐに冠動脈がでて心臓自身に血液を送りこむようになっています。この冠動脈は動脈硬化の影響を冠動脈の血液の流れをよくするために使われる薬の一つが、アスピリンです。血液の成分のひとつである血小板は血液を固まらせる働きがあります。アスピリンはその血小板の働きを抑制します。血液を「さらさら」にする薬とも表現されます。現在では新しく開発されたクロピドグレルという薬を使うこともあります。このアスピリンを心筋梗塞で運ばれてすぐに患者さんに用いると、その後の経過が良好であることが知られています。したがって、心筋梗塞の治療の手順にこの薬の投与を組み込む事が求められます。ここに算出する値はより 100%に近い値になることが望ましいということになります。

2012 年のアスピリンを投与していなかった 4 人について調べてみると、クロピドグレルが投与されているなどして実質的にはほぼ 100%と解釈できました。2013 年も 3 人にアスピリンは投与されていませんでした。循環器科の医師によるいずれも特殊な事例であり、アスピリン内服の手順は確立していると考えられます。当院では今後も数例の例外を除きほぼ全例にアスピリンを内服させることは続くと思われます。今後は、明らかに内服させないような事例があればそれを除外しての計算がよいという判断も出てくるかもしれません。

QI 委員会委員長 富山 陽介

次号（第 17 号・11 月発行予定）のご案内

今回は引き続き指標紹介

「糖尿病患者の血糖コントロール」

シリーズ“統計のはなし”

No.17 を予定しています。

