possibilities are infinite

Poti [ポチ]

●EARLY SUMMER 01

特集●地域医療最前線

明治創設の枝國医院は、「和」のこころと専門性の高い医療で地域社会に貢献!

●医療法人源勇会 枝國医院(佐賀県川副町)

地域医療支援
下肢慢性創傷の切断回避を目指す「フットケア外来」に注目!

シリーズ●制度改正TOPIC
2010年度診療報酬改定のポイント

Pharma Future Series
「薬局で行う、在宅医療」

シリーズ●クローズアップ新薬
レストレスレッグス症候群(むずむず脚症候群)とは?

シリーズ●治療最前線
利尿薬(ARB・利尿薬配合剤)の適する患者像

シリーズ●医療機器情報
いち押しME機器

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

エリア情報〈クラブ活動レポート〉
がんばれ、出口医院ペパーミントエンジェルズ!

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

contents

02 〈地域医療最前線〉 医療法人源勇会 枝國医院(佐賀県川副町)
明治創設の枝國医院は、「和」のこころと専門性の高い医療で地域社会に貢献!

06 〈地域医療支援〉
下肢慢性創傷の切断回避を目指す、「フットケア外来」に注目!

08 〈TOPIC〉
2010年度診療報酬改定のポイント(第1回:調剤報酬改定の概要)

12 〈Pharma Future Series〉
薬局で行う、在宅医療-01 (在宅患者訪問薬剤管理と居宅療養管理指導)

14 〈クローズアップ新薬(新適応症)〉
レストレスレッグス症候群(むずむず脚症候群)とは?

16 **ほっとたいむ** (ココラでちょっと一息ついてみませんか?)

17 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

20 〈治療最前線〉
利尿薬(ARB・利尿薬配合剤)の適する患者像

22 〈医療機器情報〉
いち押し! ME機器

24 〈誌上セミナー〉
人材マネジメント活性化のすすめ

26 〈クラブ活動レポート〉
がんばれ、出口医院ペパーミントエンジェルズ!

29 〈見える化のススメ-01〉
診療現場における見える化とは

32 **Petit Poti Message board/編集部から**

創刊のごあいさつ

お/得/意/様/各/位

向暑のみぎり、皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素より、格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

さてこの度、新情報誌『**Poti**』(**ポチ**)創刊の運びとなりました。

この『**Poti**』では、医業経営・医療行政に関する情報や現地取材を通じた地域医療の今を伝えるレポート、新製品・新技術のご紹介や、地域医療に関するセミナーのご紹介など、地域医療を支える皆様のご興味に沿う記事を、従来よりも深く、読みやすいかたちでお届けしたいと考えております。
また、私共はこの『**Poti**』を単なる情報誌ではなく、記事に興味を持ってくださったお得意様からのお問合せに対してMSが情報をご提供したり、専門のスタッフがご説明に伺うところから新たな可能性が広がるような、お得意様と卸をつなぐコミュニケーションツールとして育てていきたいと考えております。

誌名『**Poti**』の由来は、『**possibilities are infinite**』(可能性は無限大)です。
「新しい情報誌が、お得意様のいろんな可能性を広げるきっかけになれたらいいな」という願いを込めて命名しました。

『**Poti**』が、犬の『ポチ』のように身近で親しみのある存在でありながら「無限の可能性を」広げるコミュニケーション誌に育つように、編集部一同努力をいたす所存です。

なお、この『**Poti**』創刊号から、従来のアステム、ダイコー沖縄に加え、藤村薬品のお得意様にもお届けできることになりました。

今後とも『**Poti**』をご愛読いただきますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

株式会社フォレストホールディングス
株式会社アステム
代表取締役社長　吉村恭彰

明治創設の枝國医院は、「和」のこころ

医療法人源勇会 枝國医院 ●佐賀県川副町大字早津江265-2

Clinic Report 地域医療最前線

田園風景が広がる佐賀市郊外の静かな町で、明治の時代から長きに渡り地域の医療を支え続ける枝國医院。有床診療所と老人保健施設を同一建物内に持ち、地域の高齢者のために介護サービス事業を行う傍ら、佐賀でいち早く「乳腺外来」を立ち上げるなど時代に先駆けた専門医療に取り組む医療機関としても知られています。今回、枝國源一郎院長、濱本隆浩副院長の両先生から枝國医院の「今」をうかがいました。

診療報酬改定で有床診療所の機能が再評価！

今年の診療報酬改定では、急性期医療から在宅・介護も含めた包括的な地域連携体制を構築するための様々な評価がなされました。特に有床診療所については、手厚い看護職員配置を評価した入院基本料の組み換え、さらには医師配置や7日までの入院初期について重点評価されるなど、急性期病院等からの退院患者の受入や在宅患者が急性増悪した場合の後方支援ベッドとしての役割が明確化されました。

これまで病床削減の施策が長く続き、次々と無床化する診療所が多い中、ベッドを19床維持し続けてきた枝國医院にとって何よりの朗報です。枝國源一郎院長は有床診療所を続けてきた理由についてこう語ります。

「できるだけこの地域の中で患者さんを診ていきたいと思っていますので、やはり入院機能は必要でした。川副町は人口2万人ほどの町ですが、一般病床を持っているのは、実は当院だけなんです。そのためか他の診療所との診診連携も大変うまくいっています。肺炎の場合などで1週間程度の入院が必要な時に当院のベッドを活用してもらっています。それから、当院には、理事長、副院長と私（院長）で常勤医師が3名いますし、特に濱本副院長の乳腺外来では、乳がんの手術も積極的に行っていて、入院機能を持っていることが強みになっています。

また、当院では介護事業にも早くから取組み、1992年には、介護老人保健施設（入所80名・通所20名）を診療所と同一建物内に開設しましたが、このことで入所者の容態が急変したときなどは、すぐにでも入院に切り替えることができるようになっています。このように医療と介護の一体的な提供のためには、病床は欠かすことができない存在でもあったわけです」

まさに今後の有床診療所に期待される役割をずっと以前から担ってきていた枝國医院。長年の苦労が報われた改定内容となりました。

左から、
枝國源一郎 院長、枝國勇一郎 理事長、濱本隆浩 副院長

と専門性の高い医療で地域社会に貢献!

正面玄関入口
左が診療側、右が介護施設側に分かれている。

左側入口から入ると一般外来の受付・待合室が広がる。

患者さんの生活そのものを支える医療と介護の一体化

さて、この医療と介護の一体的な施設の展開についてもう少し詳しくお聞きしましょう。

「老人保健施設の名前は『メイプルハウス』です。開設したのは(枝國勇一郎)現理事長が院長の時代でしたが、当時、同一の建物に診療所と老健が併設するというプランは前例がなく、認めてもらうのに苦労しました。医療機関部分と介護施設部分を正面玄関から左右に分け、区分を明確にして何とか認められたと聞いています。老健は、もともと在宅復帰を支援する中間施設という理念で制度化されたものです。実際当院でも退院後に自宅に帰れない事情の人々が数多くいて、介護施設の必要性を早くから感じていました。やがて介護保険が発足して、様々な介護サービスへの需要も増えてきました。2004年には同一敷地内にグループホーム『かえで(定員18名)』、ここから歩いて2・3分のところにはデイサービス『もみじ(定員30名)』も開設しました。その他、居宅介護支援事業も行っています」

高齢者医療はその患者さんの生活そのものを支えていくことだと院長はいいます。やはり医療と介護の連携は、地域医療を実践していくうえで、とても重要なことだと感じました。

「和」をモットーに掲げる医療理念に専門医が集合!

次は枝國医院の診療体制についてです。メインは院長率いる「消化器科」と副院長の「乳腺外来」です。消化器科の分野では、久留米大学第二内科の協力を得て、経鼻内視鏡(平成19年7月導入)への取り組みも開始、さらにはインターフェロンによる慢性肝炎対策にも注力しています。その他にも佐賀大学医学部等から各分野の医師を非常勤で迎え、皮膚科外来、リウマチ外来、呼吸器外来、整形外来といった外来日が設けられています。研修医制度が変わり大学病院からの医師の応援が難しくなったこの時代に、なぜこれだけ他科の先生方が一つの診療所に集合しているのでしょう?その答えは簡単です。理事長、院長の人柄と情熱が吸引力になっていると思われるからです。

「当院に来ていただいている先生方のほとんどは、父と私が直接お誘いしたのがきっかけです。川副町の中である程度までの専門医療が提供できれば、遠くまで通院しないで済む方も増えていきます。今行っている専門外来は、どれも患者さんと接している中で、必要だと感じた診療科ばかりです。医師が集まる会合などに行ったと

き、そこで知り合い、お互いにいろいろな話をする中で地域医療についての考え方に共鳴していただくことがきっかけになる場合が多いですね。そして当院のモットーは『和』です。これは理事長から受け継ぎ、私も大好きな言葉です。常に私の行動指針となっていて、地域の中で人と人との温かい触れ合いを感じながら『和』をもって地域医療を充実させていきたいと、会う人ごとに訴えています（笑）」

確かに、これまで話をおうかがいしていて感じるのは、院長の気さくで人好きのする性格です。一緒にいて楽しい雰囲気をお持ちで、ついつい話に引き込まれてしまいます。きっと他の先生方もそう感じられたのではないかと思います。濱本副院長もその一人です。

介護施設側入り口付近の様子…この日は利用者が「ひなまつり」のために作成した手芸等の作品展が行われていた。

佐賀県下初の乳がん専門施設を2005年4月に開設！

濱本副院長は、院長との出会いをこう語ります。

「5年前までは、佐賀医科大学の外科にいて乳腺外科を担当していました。その頃院長は大学院の病理にいました。その関係で、臨床と病理の立場で話をよくするようになったのが出会いです。その当時、乳がん専門の施設は全国的にも少なく、病院の外科の一領域として扱われているのが一般的でした。特に佐賀では他に専門施設がないため、私のところに患者さんが集中してしまい、手一杯の状態になっていました。そこで何かの折に院長に相談したところ、『それなら枝國医院に来て、乳腺外来専用施設を立ち上げてください』と誘ってもらったというわけです」

乳腺外来施設は、従来の医院側の建物の左奥に増築され、ちょうど玄関から反対側に専用入口が設けられています。表玄関からは人目につかず、一般の外来患者と出会わなくて受付ができるように配慮されています。診察や検査はプライバシーに配慮した個室ブースで行われ、看護師・放射線技師をはじめ全てのスタッフが女性です。副院長以外の男性は、もちろん立入禁止です。専門外来だけでなく、有床診療所の強みを活かして入院にも対応できますので、検診から手術、薬物治療、そして緩和ケアまで乳がん患者をトータルに診療できる体制が整えられています。

「専門性を持った質の高い医療を提供するのはもちろん、大きな病院では難しいきめ細かな心配りのできる乳がん専門施設を目指しています。近年では乳がん患者数の増加で乳腺を専門で診るところも増えてきていますが、佐賀県内では当院が初めての乳腺専門の施設でした。当時、乳房温存術の経験が豊富な外科医が少なく、それに加え乳がん専門施設でないと美容上の配慮や精神面のケア、リハビリや下着などの問題への対応など、きめ細かな対応が難しく、患者さんの不安を解消できないという問題点がありました。また、術後のフォローや乳がんが再発した患者さんの治療をきちんと行える施設も少なく、全身状態が悪くなったときの入院を受け入れてもらえる病院もきわめて少ないという状況でもありました。このような問題を少しでも解決できないかという思いで2005年4月に乳腺外来を開始しました。開始当初から県内全域から多くの患者さんが来院され、やはり専門施設がなかったため困っている人が多かったということを実感しました」と副院長。実際、診療実績に関しても目覚しいものがあったといいます。

「ちなみに開設2年目の1年間（2006年1月～12月）のデータをみてみますと、当院でマンモグラフィー検査を受けた方は延べで616人、乳腺エコー検査は717人でした。そのうち乳がんと診断された人は58人で乳がん手術件数（初発乳がんのみ）は50人という結果でした。乳がん手術に関しては、当時、県下一の件数だったと思います。さらに、乳がん手術によるリンパ浮腫などの合併症の可能性を減らすために、早期の方には色素法によるセンチネルリンパ節生検も行っています。また、抗がん剤による化学療法についてもこの年は、延べ419人の方が受けていらっしゃいます」

患者会「あじさいの会」と共に、乳がん予防の啓発活動に注力！

さてこのように、枝國医院の乳腺外来は、佐賀県内で広く知られる存在になっているわけですが、濱本副院長の地道な乳がんに対する啓発活動がそのバックボーンになっている点も見逃せません。

「2005年6月に患者の会『あじさいの会』を設立しました。乳がん予防キャンペーン活動を推進するピンクリボン運動ともリンクして、あらゆる機会を見つけては、乳がんをテーマにしたイベントや講演活動を続けています。さらに、吉野ヶ里歴史公園周辺を自然と歴史に親

しみながら歩くイベント『菜の花マーチ』では、乳がん予防ののぼりを立てて会員の有志の皆さんと一緒に歩いたり、ショッピングセンターで検診を啓発するチラシを配ったりと診療時間以外も忙しい毎日を過ごしています」と副院長。その熱心さに本当に頭が下がります。

200人近い会員数を誇る、その「あじさいの会」の年間活動については、「年に4回定例会を開催しています。昨年を例に言えば、3月はファイナンシャルプランナーを講師に迎え、乳がん患者のための保険の話をテーマにした講演会と地元の音楽家等によるクラシックミニコンサート。6月には総会を行い、9月では私が参加した日本乳癌学会の内容についての報告を行いました。そして最後は12月です。1年間の締めくくりとして会員の皆さんと嬉野温泉へ旅行に出掛けました」と副院長。前向きで明るい会の様子が目に浮かびます。

乳腺外来の様子…左上から専用玄関、待合室、化学療法室

150回を超える「かわそえネットワーク」の会合等を通じ、顔の見える地域連携体制を構築。

最後に枝國院長から、この地区における地域連携体制の実際について話をうかがいました。

「最近よく多職種による地域連携の重要性が叫ばれていますが、川副町は土地柄なのか分かりませんが、皆とても仲が良くて、実際に様々な形の会合が活発に行われています。まずなんと言っても町内の医師同士が顔を揃え毎月1回は必ず『ノミ（飲み）ニケーション』を行っていることが、医療連携を行う上で一番効果があるようです（笑）。20数名の会ですが、必ず14～5名は参加して親睦を深めながらも地域医療について自由で活発な議論が交わされています。

さらに、川副町には、町内の医療・福祉・行政の関係者が一同に会して月1回行われる『かわそえネットワーク』という勉強会があります。1995年3月からずっと続いていますので、今年3月で180回を経過したことになります。100名ほどの会員登録がある中、毎回必ず50人くらいは集まり、お互いの職種の垣根を越えて情報交換や問題意識の共有化を図っています。ちなみにこのネットワークは、昨年10月に第一生命が主催する『第61回保健文化賞』を受賞しました。これを機にこれまで以上に連携を深めていこうと意気込みも新たにしているところです。

また、医師と薬剤師とが集う『医薬懇話会』という勉強会もあります。これは、もともと私も発起人として始まった会ですが、医師は医療について、薬剤師は薬について交互に講師を担当しながらお互いの専門知識を学ぼうというものです。この会も月1回ペースで行っていて、これも100回を超えています。最近では、『今日の治療薬』を教材にして副作用の問題など実際にあった事例について意見交換し合っていますので、とても実践的で役に立つ内容となっています」

なるほど、地域連携に難しい仕組みはあまり必要ないように思われます。このほかにもまだいろいろと違う会があるようですが、とにかくこの町の皆さんは顔を合わせて話をすることが大好きだということがよく分ります。まさに「顔の見える関係」が地域連携の基礎にあることを実感できた取材でした。

「お店に例えれば、規模は大きくはないけれど、常連客で賑わう名レストランのようなクリニックと言われたいですね」と院長。地域医療のあるべき姿をここで一つ見つけた思いがしました。

ホーム > 佐賀新聞ひびのニュース > 佐賀のニュース

佐賀のニュース

印刷する

2010年02月26日更新

かわそえネットが15年 医療、福祉、保健が緊密連携

佐賀市川副町の医療、福祉、保健関係者でつくる「かわそえネットワーク」（田代謙一郎代表）が、3月で発足15年を迎える。毎月1回続けてきた勉強会は約100回を数え、会員たちは職種の垣根を越え、情報や問題意識を共有してきた。15年間の継続で介護と医療の連携が緊密になり、「在宅ケア」の質が向上。自宅でのみとりも増えている。

同ネットワークは1995年3月に結成。町内に診療所を開業した医師の恵小晴さんが往診の際、患者宅を訪れていたホームヘルパーの顔をよく知らなかったことがきっかけだった。医療と福祉の関係者が気兼ねなく声を掛け合い、患者の情報を共有することが必要と判断。行政などに働きかけ、ネットワークを結成した。現在、約100人が加入している。

勉強会は毎月第3火曜日に町保健センターで1時間開く。毎回40～50人が参加。高齢者福祉、口腔（こうくう）ケアなど月別にテーマを決め、各職場が取り組みや最新情報を発表する。

佐賀新聞で報道された「かわそえネットワーク」の活動…以下のサイト上で記事を読むことができる。
http://www.saga-s.co.jp/news/saga.0.1563987.article.html

地域医療支援

下肢慢性創傷の切断回避を目指す「フットケア外来」に注目！

糖尿病、末梢動脈不全、透析、静脈性疾患を背景とした患者の下肢慢性創傷（潰瘍・壊疽・切断）の治療が関係学会でも熱を帯びています。糖尿病患者の増加を背景に年間約5万人の患者が下肢及び足首を切断しているといわれています。こうした下肢切断のリスクを回避するために全国で今、「フットケア外来」を開設する動きが徐々に始まっています。

フットケア外来の実際

下肢慢性創傷の患者の治療は、血行再建（しかも下肢の末梢血流まで）が必要であったり、感染により大きくデブリードマン（患部の切除）が必要であったり、24時間徹底した除圧（ゼロ圧が望ましい）が必要であったり、血糖値や全身管理が必要であったり、・・・と様々な対応を迫られ、他の診療科との連携が必要になってきます。そのため、まずは、糖尿病足病変のリスクの高い患者に足の診察の機会をつくり、予防・早期診断・治療につなげることが急務となっています。

フットケア外来では、(1)定期的な足の皮膚・爪の診察、診断、治療、(2)免荷療法・・・靴型装具やオーダーメイドのインソール作成、(3)セルフケア指導・・・爪の切り方、靴の履き方、スキンケア、運動指導――などが行われています。弊社では、歩行時の足底圧をコンピュータで測る「3DOシステム（※注）」という機器を提案させていただいています。その測定データをもとに、その方に必要なインソールの作成まで手掛けています。その後のフォローも含めて、トータルなフットケアプログラムの提供を考えています。

2008年4月に、診療報酬点数として「糖尿病合併症管理料」が新設され、2年が経ちました。これは糖尿病足病変ハイリスク要因を有する通院患者に対して指導の必要性があると認められる場合に、月1回に限り170点算定するものです。

届出件数は現在のところ、とても普及したとは言い難い状況です。施設基準では「糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修（通算16時間以上）を修了した者が1名以上配置されている」という規定があるため、看護師等の養成が課題ではないかと思われます。

（B001　特定疾患治療管理料）
20　糖尿病合併症管理料 170点
注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
注2　1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。
(1)　糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
　ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往
　イ 閉塞性動脈硬化症
　ウ 糖尿病神経障害
(2)　当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、(1)の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。
(3)　当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
(4)　看護師に対して指示を行った医師は、診療録に看護師への指示事項を記載すること。
(5)　当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。《以下略》

（平成22保医発0305-1）

「糖尿病合併症管理料」届出医療機関
九州厚生局・中国四国厚生局

平成22年5月1日現在

	病　院	診療所	合　計
島　根	10	5	15
広　島	24	5	29
山　口	17	1	18
福　岡	46	9	55
佐　賀	5	0	5
長　崎	13	0	13
熊　本	18	0	18
大　分	9	2	11
宮　崎	8	3	11
鹿児島	4	3	7
沖　縄	11	2	13
計	165	30	195

フットケアの実際を学ぶ実践セミナーが、福岡で開催に

去る3月16日、福岡西部フットケア研究会（大塚製薬共催）による実践講座（ワークショップ）が行われました。ここでは、治療のコンセプトレクチャーに始まり、3会場に分れ、予防フットケアの実技、創傷アセスメントの実践、創部除圧の実践と予防――について実技研修が行われましたが、これまで実際に材料を使っての実技やコンセプトを学ぶ経験がなかったという方がほとんどで、とても有意義だったという声を大勢の方からうかがいました。

福岡西部フットケア研究会（2010.3.16）

（おわりに）

今年4月に特定非営利活動法人「よりよい地域医療を応援する会」が発足し、この会には私共も会の構成メンバーとして活動させていただくことになりました。このフットケアも含め、地域における様々な治療領域に対して支援できればと考えています。

2010年4月 NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」設立

【理念】この法人の基本理念を「われわれは自らの人格、志気、能力を育み、たゆまぬ創造と革新のもと事業を進化させ、人々の健康に関わる＜不＞の打開と健全社会への貢献に真の喜びを求める」と定め、この基本理念の体現を通じ、地域社会にとって欠くことのできない法人をめざすこととする。

【目的】この法人は、地域の医療機関、医療従事者および生活者に対して、医療に対する啓発活動や円滑に医療を享受できるネットワークの構築および各種の情報提供を通じ、地域医療の向上に寄与することを目的とする。

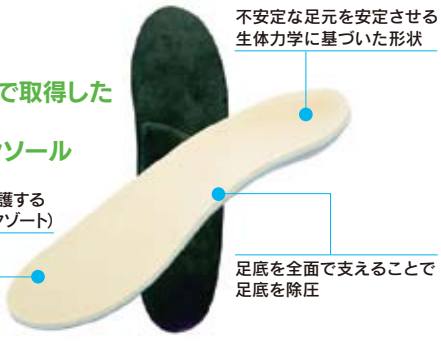
【事業】特定非営利活動に係わる事業
①地域における医療ネットワークの構築
②医療に対する啓発
③医療関係者を対象とした研修会開催
④上記に関する情報提供
⑤その他前条の目的達成のために必要とする事業

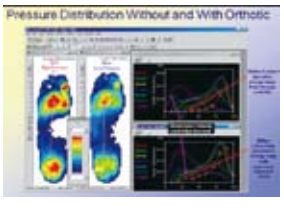
【役員】
理事長●福岡市医師会成人病センター 院長　信友 浩一
理　事●産業医科大学医学部 公衆衛生学 教授　松田 晋哉
理　事●株式会社アステム 代表取締役副社長　吉村 次生
理　事●株式会社アステム 機会創造部 執行役員部長　岡橋 伸浩（事務局長）
監　事●株式会社アステム 価値創造部 部長　黒木　昌明

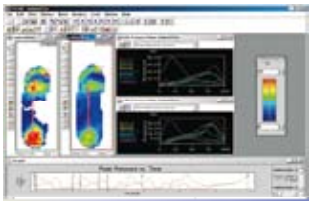
※3DOシステムとは？

①3DOシステムは直立、歩行の際の足底にかかる圧と身体バランスを測定し、即座にその結果を2D/3Dの豊富なビジュアル画面で表示します。Windows 環境で動作し、操作の容易な足の測定器です。測定結果はその場で評価レポートとして出力が可能です。
②測定データを送信することによってその人の直立、歩行の際の足底の除圧や身体バランスを矯正するオーダーメイドのインソールや靴を製作できます。

3DOシステムで取得した足情報から製造されるインソール







制度改正 TOPIC

Series 2010年度 診療報酬改定のポイント

調剤報酬改定の概要

このシリーズでは、数回に渡り、2010年度診療報酬改定に関してテーマを絞って説明していきたいと思います。第1回は、「調剤報酬」をテーマにとり上げます。

2010年度の診療報酬改定はネット（全体）で10年ぶりのプラス改定になりました。調剤報酬本体の改定率は0.52%のプラス（医療費ベース）でしたが、薬局収入に大きな影響を与える薬価改定率は5.75%のマイナス（薬価ベース）となりました。

更に、今回の薬価改定は後発医薬品への置き換えが計画通り進まなかったことを精算するとして、後発医薬品のある先発医薬品の追加引き下げを行なっており、この分を加味すると6.5%のマイナス（薬価ベース）となります。

この率を用いて調剤売上の影響を単純に試算してみると、1月に1千万円（技術料3百万円・薬剤料7百万円）の売上があると仮定した場合、技術料は5万2千円のプラス（1千万円×0.52%）、薬剤料は45万5千円のマイナス（7百万円×▲6.5%）、トータル40万3千円のマイナスとなります。

これは利益ではなく、あくまでも売上に関する試算ですが、少なからず経営に影響する数字かと思われます。この試算の売上減少を補うために、少しでも多くの技術料を算定したいところです。そこで、今一度、調剤報酬改定のポイントを整理してみましたので、ご確認ください。

調剤基本料の特例

処方せん受付回数4,000回超／月、かつ集中率70%超　18点→24点
受付回数4,000回超／月への該当性の判断基準変更

今回の改定で、調剤基本料の特例点数は通常の40点との格差が若干縮まり、「一物一価」に少し近づいた形になりました。特例点数を算定している約600軒（全体の1%強）の薬局が点数アップとなっています。受付回数4,000回超／月への該当性の判断に当たっては、地域医療に貢献しているとされる時間外、在宅等に係る処方せんをこれに含めないこととなりました（集中率の計算については、今まで通りこれらの処方せんを含めることとされています）。

後発医薬品関連

後発医薬品調剤体制加算を処方せんベースから数量ベースに変更
一定の要件を満たせば、含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品への変更調剤が可能

今回最も注目を浴びたこの改定では、算定の要件が今までの処方せんベースから数量ベースへと変更され、特に後発医薬品調剤率が25%以上である場合に高く評価されました。売上のマイナス部分を補うためには、この加算の算定が不可欠ともいわれていますが、先発医薬品から後発医薬品へ切り替えることによる薬剤料の縮小（売上の減少）や在庫の増加という悩ましい問題もあります。処方元医療機関の特性の影響を受けやすく、新薬、漢方薬、精神科・皮膚科・循環器科の処方せんを多く応需している薬局では算定しづらい傾向が見られます。

要件を満たすようになった場合には、地方厚生局へ届出を行なった上、算定することになります。通常、届出が受理された月の翌月1日から算定できますが、月の最初の開庁日に届出て受理された場合には、その月の1日から1ヶ月前倒しで算定することが可能となります。

また、「変更不可」欄に署名等のない処方せんを受付けた場合に、変更前の薬剤料を超えない等の要件を満たせば、処方医へ確認することなく含量違い又は剤形違いの後発医薬品への変更調剤が可能となりました。要件を満たした場合の変更の可否を一覧表（表1）にまとめます。

表1

	変更後薬剤料（注1）	含量違い	類似した別剤形	同規格・同剤形（注2）
先発医薬品→後発医薬品 又は 後発医薬品→後発医薬品	変更前薬剤料と同額 又はそれ以下	変更可	変更可	H20年度改定より 変更可
先発医薬品→後発医薬品 又は 後発医薬品→後発医薬品	変更前薬剤料を超える	変更不可	変更不可	H20年度改定より 変更可

（注1）比較は薬価（円）でなく薬剤料（点）で行なう。〔平成22年度調剤報酬改定に関するQ&A（平成22年3月19日）日本薬剤師会〕
（注2）変更後の薬価が先発医薬品よりも高くなる後発医薬品（4月1日時点では8成分9銘柄）については、変更可であっても診療報酬上の加算等の対象にはならない。
（注3）全ての場合において、患者に説明し同意を得ることと、変更調剤を行なった場合は処方せんを発行した保険医療機関に情報提供する。

調剤料（内服薬・一包化・湯薬）

内服薬調剤料は投与日数が15日分以上の場合の評価を引き上げ、31日分以上の区分を新設
一包化は内服薬調剤料の加算として位置付け、湯薬は投与日数に応じた適切な評価

調剤料の見直しにより長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差が縮まりました。改定前の一包化薬は日数が増えても上限なく算定できていましたが、改定後の一包化加算は上限が設けられることになり、長期投薬での一包化を多く算定している薬局では調剤料が大幅ダウンとなっているようです。長期投薬で一包化せずに内服薬調剤料のみ算定している薬局では、調剤料がアップとなります。いずれの場合も、一包化した場合の点数格差が縮まったことにより、コンプライアンス等に不安があっても一包化されていなかった患者さんに対して算定しやすくなる（医師へ指示を仰ぎやすくなる）という見方もあります。

制度改正 TOPIC

薬剤服用歴管理指導料

薬剤服用歴管理指導料の算定要件の変更（薬剤服用歴の記録事項追加等）
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の廃止

大きな変更の影に隠れていながら、注意すべき細かい変更が薬剤服用歴管理指導料の算定要件変更です。まず、薬剤服用歴の記録事項（表2）として「合併症の情報」が「合併症を含む既往歴に関する情報」へ変更され、「後発医薬品の使用に関する患者の意向」が追加されています。特に注目すべきは後者で、患者さんに後発医薬品の使用に関する意向を確認して、薬剤服用歴へ記載しなくてはならなくなりました。また、「薬歴記載事項（表2）のうち（エ）から（ス）までの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること」という要件が追加されました。今回は、努力義務となっていますが、以前よりこうあるべきと言われていたようで、今後の改定で更に強制力のある表現が使われる可能性があります。

表2：薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に次の事項等を記載する。

（ア）氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
（イ）処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
（ウ）調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
（エ）患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
（オ）患者又はその家族等からの相談事項の要点
（カ）服薬状況
（キ）患者の服薬中の体調の変化
（ク）併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報
（ケ）合併症を含む既往歴に関する情報
（コ）他科受診の有無
（サ）副作用が疑われる症状の有無
（シ）飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
（ス）後発医薬品の使用に関する患者の意向
（セ）服薬指導の要点
（ソ）指導した保険薬剤師の氏名

〈平成22年3月5日厚生労働省通知（保医発0305第1号）調剤報酬点数表に関する事項より〉

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（35点）の廃止に伴い、年齢に関係なく薬剤服用歴管理指導料（30点）と薬剤情報提供料（15点）を算定することになりました。ここでも、注意すべき点として、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は「お薬手帳」への記載が要件に含まれ、手帳を持参しなかった患者さんについてはシール等を交付した場合でも算定できていました。一方、薬剤情報提供料の「お薬手帳」の要件は手帳を持参しなかった患者さんにシール等を交付しても算定できないとされています。つまり、手帳を持っている患者さんには、来局の際、手帳を持参してもらわなければ薬剤情報提供料は算定できないことになりますので、手帳の重要性を理解してもらい、常に携帯する習慣を付けてもらうことが薬局経営面と患者さん（特に高齢者）の安全面の双方からみて重要と考えられます。

特定薬剤管理指導加算

ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導を評価し、特定薬剤管理指導加算（4点）を新設

特定薬剤管理指導加算も応需する処方せんにより算定できる機会が限られますが、ハイリスク薬に関して患者さんへの一歩踏み込んだ指導が評価されることになりました。現状、積極的に算定している薬局とほとんど算定していない薬局の二極化傾向にあるようですが、日本薬剤師会の「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」を参考に確認事項のチェックリストを作成している薬局も多いようです。ハイリスク薬の範囲について、2010年4月30日までの厚生労働省通知及び疑義解釈を一覧表（表3）にまとめました。

なお、日本薬剤師会の「平成22年度調剤報酬改定に関するQ&A」（平成22年3月19日）により、特定薬剤管理指導加算は同加算の対象範囲以外の目的で使用されている場合には、算定できないとされています。

表3：ハイリスク薬（特に安全管理が必要な医薬品）一覧

薬剤群	通知等（疑義解釈等）
抗悪性腫瘍剤	薬効分類上の腫瘍用薬のほか、インターフェロン、酢酸リュープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤が含まれる（H20.3.28事務連絡）
免疫抑制剤	＊副腎皮質ステロイドも含まれる。但し外用薬については薬効分類245の副腎皮質ステロイドのみ(H22.4.30事務連絡) ＊関節リウマチの治療に用いる薬剤のうち、メトトレキサート、ミゾリビン及びレフルノミドは含まれるが、金チオリンゴ酸ナトリウム、オーラノフィン、D－ペニシラミン、サラゾスルファピリジン、ブシラミン、ロベンザリットニナトリウム及びアクタリットは含まれない（H20.5.9事務連絡） ＊インフリキシマブ、エタネルセプト、トシリズマブ、アダリムマブ、バシリキシマブ、ムロモナブ－CD3、アザチオプリン、エベロリムス、塩酸グスペリムス、タクロリムス水和物、シクロスポリン、ミコフェノール酸モフェチルは含まれる（H22.4.30事務連絡）
不整脈用剤	薬効分類上の不整脈用剤のほか、不整脈に対する効能を有する薬剤が含まれる(H22.4.30事務連絡)
抗てんかん剤	薬効分類上の抗てんかん剤のほか、てんかんに対する効能を有する薬剤が含まれる(H22.4.30事務連絡)
血液凝固阻止剤	＊ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びに、これらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る（保医発第0305001号H20.3.5） ＊血液凝固阻止目的で長期間服用するアスピリンは含まれるが、イコサペント酸エチル、ベラプロストナトリウム、塩酸サルポグレラート及び鎮痛・解熱を目的として投与されるアスピリンは対象外である（H20.3.28事務連絡）
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（保医発第0305001号H20.3.5）
精神神経用剤	薬効分類117に属する「精神神経用剤」のみが対象であり、薬効分類112に属する「催眠鎮静剤、抗不安剤」、薬効分類116に属する「抗パーキンソン剤」は含まれない(H22.4.30事務連絡)
糖尿病用剤	
膵臓ホルモン剤	
抗HIV薬	薬効分類625「抗ウイルス剤」のうちHIV感染症、HIV-1感染症、後天性免疫不全症等の効能のあるもの(H22.4.30事務連絡)

【参考資料】：医科診療報酬点数表 平成22年4月版〈社会保険研究所〉　診療報酬の算定方法に伴う事実上の留意事項について〈保医発号第0305001号 H20.3.5〉
疑義解釈資料〈事務連絡H20.3.28、H20.5.9、H20.7.10、H22.4.30〉

在宅患者訪問薬剤管理指導料

「居住系施設入居者等」から「同一建物居住者」へ項目を変更

患者さんの居住形態に関係なく、同一建物への1日の訪問で複数の患者さんについて訪問薬剤管理指導を実施した場合は、それらの患者さんすべてに対して「同一建物居住者の場合」（350点）を算定し、1日の訪問で1人の患者さんのみ訪問薬剤管理指導を実施した場合は、「同一建物居住者以外の場合」（500点）を算定することになります。なお、介護保険による居宅療養管理指導費（介護予防含む）は従来通り、2009年度介護報酬改定に基づき算定することになっています。

「薬局で行う、在宅医療」～多職種による医療連携時代の本格的な幕開けで、高まる薬局薬剤師への期待！

第1話：在宅患者訪問薬剤管理と居宅療養管理指導

前回改定に引き続き、今回の診療報酬改定でも医療連携や在宅医療について重点評価されました。それに伴い、薬局においても入院患者の退院時共同指導への関与から訪問薬剤管理指導に至るまで、地域におけるチーム医療への参画が益々求められるようになってきています。

特に高齢者は加齢によって複数の疾患を合併することが多く、併用薬も増加傾向にあることは周知の事実です。そのため、それら薬剤の服薬管理や相互作用の管理、高齢化による生理機能低下を考慮した薬物治療、例えば腎・肝機能低下に伴う薬用量の設定や嚥下機能低下による服薬方法の援助など薬学的介入のニーズも増大しています。

このシリーズでは、「薬局で行う在宅医療」と題し、在宅での服薬指導に関係するトピックや事例を取り上げていこうと思っています。

第1回目の今回は、初めて在宅医療に取り組もうとする薬局にとってなかなか分り難いといわれている、医療保険の「訪問薬剤管理指導」と介護保険の「居宅療養管理指導」の関係について見ていきたいと思います。

医療保険と介護保険の関係に注意！

まず、医療保険と介護保険の関係について頭の整理をするためには、介護保険制度が創設された2000年当時の制度設計について認識しておきたいものです。創設時の介護保険給付の対象となるサービスの種類は、訪問介護などの居宅介護サービス事業が12種類、それに3種類の介護保険施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）と福祉用具購入費・住宅改修費・介護支援計画費を加えた堂々たるラインナップでしたが、これらのメニューのほとんどは、全く新しく創られたわけではありませんでした。介護保険創設の前からあった医療と福祉それぞれの既存サービスの中から、高齢者（当時は老人という）の介護あるいは、療養を担ってきたサービス部分を選び出し、介護サービス事業として再構築したという経緯があるということです。

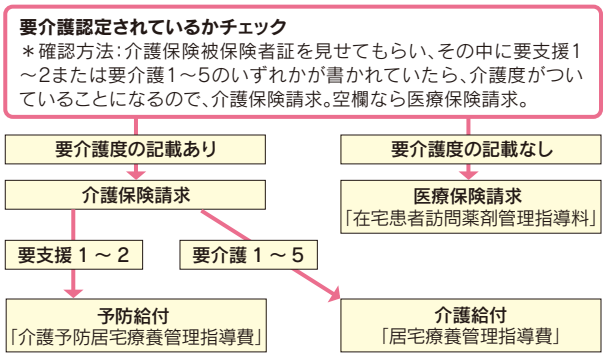
たとえば、介護保険の通所系サービスには、通所リハビリテーションと通所介護の2つのサービスがありますが、前者は医療保険（診療報酬点数）でいうデイケア、後者は福祉事業にあるデイサービスを取り出して、介護保険下に組み入れました。

ただし、デイケアの場合は、もともと「老人点数」でしたので、介護保険の創設と同時に診療報酬点数から削除され、介護保険に全面的に移行しましたが、医師・薬剤師等が行う居宅療養管理指導や訪問看護などについては、「老人」だけが対象ではありませんので、医療保険上に制度を残したまま、介護保険に一部移行した形になりました。そこから請求上「医療と介護の給付調整」という考え方ができ、話が少々複雑になってしまったというわけです。

そのため、在宅患者を訪問して服薬指導をする場

合、まず、相手が要介護認定を受けているか否かを確認したうえで、医療保険の適用か、介護保険の適用かを確認する必要があります。介護保険が適用される場合は「医療と介護の給付調整」がなされ、介護保険が医療保険に優先されることになっています。簡単にいえば、調剤報酬点数「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を算定する代わりに介護報酬の「居宅療養管理指導費（要支援1～2の場合は介護予防居宅療養管理指導費）」を算定するというイメージです。したがって、調剤基本料や調剤料など、介護保険に組み込まれていない部分は、従来どおり、医療保険への請求ということになります。さらに、居宅療養管理指導の場合は、利用者との契約という考え方がはっきりと謳われていますので、その辺りの運営上の基準の違いも把握しておく必要があります。

介護保険と医療保険のどちらで請求するのか？



（日本薬剤師会「在宅服薬支援マニュアル」より）

診療報酬と介護報酬は改定時期の違いによるタイムラグに注意！

次に注意が必要なのが、両保険の改定時期の違いについてです。診療報酬改定は2年に1回ですが、介護報酬改定は3年に1回行われるため、共に見直すべき事項があったとしても同時には改定されないことがあるということです。

今年（2010年度）診療報酬が改定されましたが、そのせいで今回も在宅患者訪問薬剤管理指導と居宅療養管理指導との間にタイムラグが起きています。

2008年度診療報酬改定では、在宅医療について居住系施設入所者とそれ以外の者について区分を設け、点数に差をつけました。その時は、当然、改定のなかった居宅療養管理指導の方は旧来の考え方のままでした。2009年度介護報酬改定でようやく介護報酬にも居住系施設入所者の考え方が導入され、統一化をみたばかりでした。しかし、それもつかの間、今年（2010年）の診療報酬改定では、この居住系施設入居者という区分はなくなり、今度は「同一建物居住者の場合」と「同一建物居住者以外の場合」という区分に切り替わってしまいました。同一建物居住者とは、有料老人ホームなど、従来居住系施設として扱われていた施設以外も含め、同一日に同一の建物に入居又は居住する複数の患者に指導を行った場合の患者をいいます。

次の改定は2012年度です。このときは、診療報酬と介護報酬の同時改定となりますが、それまでの2年間は、2つの考え方が並存したままになるわけです。特に高齢者専用賃貸住宅などの入居者は、要介護認定を受けている人とそうでない人が混在していますので、うまく説明しないと、場合によってはトラブルの種になり兼ねません。両方の算定要件の違いをよく理解したうえでの対応が求められます。

在宅患者訪問薬剤管理指導と居宅療養管理指導の改定の推移

	医療保険（調剤報酬）	介護保険（介護報酬）
2008年度	改定：居住系施設入居者の区分を創設	－
2009年度	－	改定：居住系施設入居者の区分を導入
2010年度	改定：同一建物居住者の区分に変更	－
2011年度	－	－
2012年度	同時改定の予定	

居宅療養管理指導の対象者の方が多いにも関わらず、このままいけば、2年間も統一されないことになる。

◆2010年度調剤報酬改定

項目	算定要件等	改定前 2010.3.まで	改定後 2010.4.以降
在宅患者訪問薬剤管理指導料（月4回まで） ※がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については週2回かつ月8回まで	1.在宅で療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く）の場合	500点	－
	2.居住系施設入居者等である患者の場合	350点	－
	1.同一建物居住者以外の場合		500点
	2.同一建物居住者の場合		350点

高齢者が多く生活する施設への訪問薬剤管理指導については、訪問に要する時間的・距離的な負担等が少ないことを考慮し、平成20年度改定において、居住系施設入居者（※）に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料2を創設したが、該当しないマンションなどに居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

※高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等

在宅患者訪問薬剤管理指導料2の対象患者を、同一の建物に居住する複数の患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合とする。1人の患者に対する訪問薬剤管理指導であれば、居住している施設類型にかかわらず、在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定することとする。

平成22年度診療報酬改定説明会（平成22年3月5日開催）資料より（一部改変）

在宅医療・介護への取組みを開始するに当たっては、事前の研究が大切！

なお、日本薬剤師会では、「在宅服薬支援マニュアル（平成21年9月改訂）」を作成し、会員向けのホームページ内に掲載しています。この中には、在宅医療を行うにあたっての考え方から服薬指導の流れや算定要件などを解説した資料のほか、別添資料として届出書類、指導に必要な書類等まで全て網羅しています。会員の方は、ぜひ一読されることをお勧めします。また、徳島県薬剤師会では「薬剤師の在宅実践ハンドブック」を同薬剤師会のホームページ（一般公開）に掲載。神奈川県薬剤師会作成の「居宅療養管理指導マニュアル（平成21年12月3日発行）」は、「じほう」より定価2400円（税別）で出版されています。

今回みてきたように、医療保険と介護保険の関係は複雑です。これから在宅への取組みを開始するには、事前によく研究することが大切です。

レストレスレッグス症候群(むずむず脚症候群)とは？

レストレスレッグス症候群とは？

【レストレスレッグス症候群の症状】

- ●だるい
- ●痙攣
- ●ちくちくする
- ●電流が流れている
- ●ムズムズする
- ●イライラする
- ●もこもこする
- ●脚がでたらめにうごく
- ●火照る
- ●むくむくする
- ●足が笑う
- ●かきむしりたくなる
- ●ピクピクする
- ●脚を動かしたくなる
- ●そわそわする
- ●痛い

患者さんによって
症状の表現はさまざま

レストレスレッグス症候群とは、夕方や夜、じっとしているときなどに、脚がむずむずして、動かさずにいられなくなる疾患です。「むずむずする」「虫が這っている」「ピクピクする」「ほてる」「ピリピリする」「かゆい」等の不快感が、脚の表面ではなく、内側(深部)で起こります。夕方から夜になると症状があらわれやすい傾向があることから、十分な睡眠がとれず、昼間に強い眠気を生じることがあります。不眠症の原因のひとつにレストレスレッグス症候群が位置づけられていますが、この不眠は、睡眠導入剤では治療できません。

日本におけるレストレスレッグス症候群の潜在患者さんは、人口の2～5%、治療が必要な重症例(週2回以上症状が出現し、日常生活に支障をきたしている例)は1.47%の約200万人と推定されています。それにも関わらず、受診率22%、診断率32%とともに低く、多くの患者さんが適切な治療を受けていないのが現状です。男女比では、1:1.5と女性に多い傾向で、加齢とともに発症率は高まるといわれています。今後高齢化が進む日本においては、患者数の増加が予測されています。

患者さんは、一人ひとりが感じる症状をさまざまな言葉で表現するため、筋肉や皮膚疾患、あるいは末梢神経障害やうつ病等の他の疾患と間違えられることもあります。また、神経系の疾患であるにも関わらず、「むずむずする」「ほてる」「かゆい」といった症状から、患者さんは整形外科、皮膚科を受診することも少なくありません。これらの診療科で診断が困難な場合は、睡眠専門医、神経内科医で鑑別診断が必要です。

【レストレスレッグス症候群の原因】

原因から分類

特発性(一次性)	二次性
特定の原因なし (発現メカニズムは完全に解明されていない) ①ドパミン作動性神経の機能低下 ②鉄代謝とドパミンの関連 ③遺伝的素因	他の疾患または薬剤が原因 ●鉄欠乏性貧血　●妊娠 ●慢性腎不全(特に透析中) ●胃切除後　●関節リウマチ ●パーキンソン病

原因は2つのタイプにわかれる。特発性(一次性)は70～80%を占める。

レストレスレッグス症候群の発症原因

レストレスレッグス症候群の病態は、原因が特定されていない特発性(一次性)と、他の疾患や薬剤が原因で起こる二次性に大別されます。特発性(一次性)レストレスレッグス症候群は、皮膚の病気ではなく中枢神経に関する病気で、はっきりとしたメカニズムは、まだ解明されていませんが、ドパミン作動性神経の機能低下や、脳の鉄欠乏状態によるドパミン不足、遺伝的素因が関係しているという説が有力です。ドパミンは、神経伝達物質の一つであり、ドパミン合成に不可欠なのが鉄です。

レストレスレッグス症候群の診断

レストレスレッグス症候群の診断は、詳細な病歴の聴き取りと脚の不快感や違和感に関連した4つの必須診断基準を使用することで、スクリーニング可能です。そして、それとあわせて診断を補助する3つの特徴により、確定診断します。たとえこれらの診断基準すべてに

完全一致しなくとも、補助的な臨床特徴から総合的に診断することができます。また、問診だけで診断が難しい場合は、熟眠できているか調べる終夜睡眠ポリグラフィ検査や血液検査などの鑑別診断が行われます。

【レストレスレッグス症候群の診断の流れ】

4つの必須診断基準

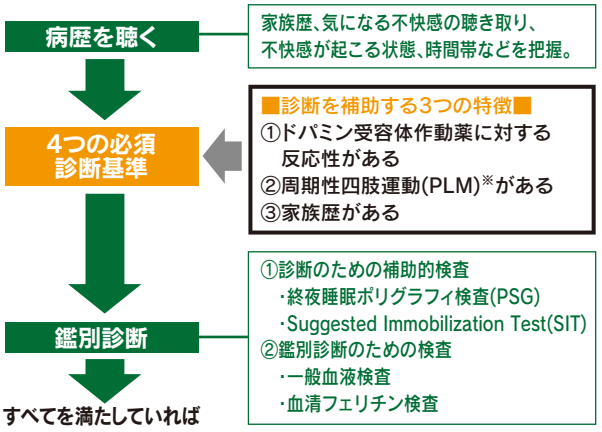
①脚に不快感や違和感があり、じっとしていられず脚を動かしたくなる。
☐ Yes　☐ No

②その不快感や脚を動かしたい欲求は、座ったり横になったりするなど安静にしているときに起こる、あるいは悪化する。
☐ Yes　☐ No

③その不快感や脚を動かしたい欲求は、歩いたり脚を動かしたりすることで改善する。
☐ Yes　☐ No

④その不快感や脚を動かしたい欲求は、日中よりタ方や夜間に強くなる。
☐ Yes　☐ No

4つすべてがYesなら、レストレスレッグス症候群の可能性があります。



※周期性四肢運動(PLM)とは？
睡眠中に手や脚の筋肉に瞬間的にけいれんが起こり、眠りが中断されるという睡眠障害で、手や足のぴくつきや瞬間的なけいれんのために深い眠りが妨げられ、眠りが浅くなったり、中途覚醒が生じたりします。このため、熟睡感を得ることができません。
朝起きると、前日にとくに脚を使ったわけではないのに脚にだるさを感じることもあります。

レストレスレッグス症候群の治療

治療の目的は、「症状を最小限に抑えることで、睡眠や日中の活動への悪影響を軽減し、患者さんのQOL向上を図ること」です。特に症状の大半は就寝前後に現われ、入眠障害や中途覚醒による睡眠障害が問題となっており、これらの症状改善が患者さんのQOL向上につながります。治療は、日常生活指導(非薬物療法)を行いながら、重症度に応じて薬物療法を併用します。

現在、薬物療法にはドパミンアゴニストやL-DOPAなどのドパミン前駆薬、オピオイド製剤、抗てんかん薬などが適応外使用されています。ドパミンアゴニストの反応性から発症はドパミン作動性神経の機能低下が一因と考えられており、国際的にはドパミンアゴニストが第一選択薬として推奨されています。

従来、レストレスレッグス症候群に適応を持つ薬剤はありませんでしたが、2010年1月に日本で初めてドパミン作動性パーキンソン病治療薬のビ・シフロール(プラミペキソール)が適応を取得したことから、今後、薬物治療が進むことが予想されます。

【レストレスレッグス症候群の治療】

薬物療法

●ドパミンアゴニスト(ビ・シフロールは適応有)
●L-DOPAなどのドパミン前駆薬
●オピオイド製剤　●抗てんかん薬　●鉄剤　など

非薬物療法

●鉄分の補給
●レストレスレッグス症候群を増悪させる薬剤などを控える
カフェイン、アルコール、ニコチンなど(禁酒・禁煙)
●レストレスレッグス症候群の要因となる薬剤の中止
ドパミン阻害薬、抗うつ薬など
●睡眠療法　●行動療法
●症状から気をそらす工夫
●原因となる基礎疾患の治療(月経過多、胃腸障害)など

レストレスレッグス症候群の治療には薬物療法と非薬物療法がある。

最後に

レストレスレッグス症候群の基本情報については、レストレスレッグス症候群の実態や治療概要などが掲載された日本ベーリンガーインゲルハイムホームページをご覧下さい。

医療従事者向け(キーワード:レストレスレッグス症候群)
"http://rls-net.jp"
一般向け(キーワード:むずむず脚症候群)
"http://muzmuz.jp"

(参考:日本ベーリンガーホームページ)

【ビ・シフロール(日本ベーリンガー)製品概要】 ※レストレスレッグス症候群のみ

[効能・効果※]
中等度から高度の特発性レストレスレッグス症候群(下肢静止不能症候群)

[用法・用量※]
通常、成人にはプラミペキソール塩酸塩水和物として0.25mgを1日1回就寝2～3時間前に経口投与する。
投与は1日0.125mgより開始し、症状に応じて1日0.75mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて行うこと。

(添付文書より)

美味めぐり旅
長崎県対馬

国境の島、対馬で「素朴味」実感。

蕎麦は対馬から始まった。幻の対州そば

対馬は、知られざる蕎麦のふるさと。縄文時代の終わりに、大陸から初めて対馬に渡ってきた蕎麦が、今も原種に近いかたちで栽培されています。

大自然の中で育つ対州蕎麦はコシがあり、野性味にあふれた味わいが特徴。つなぎを使わず、100%天然のそば粉を用いるのが対馬流です。地鶏や椎茸でダシを取り、対馬特産の自然薯をふんわりかけた「とろろ蕎麦」が絶品。

対馬は九州本土から北へ132km、二つの海流が溶けあう絶海に浮かぶ国境の島。韓国までわずかに49.5kmという立地から、古来大陸と日本を結ぶ中継地として、重要な役割りを果たしてきた。島のいたるところには、日本文化の黎明から、古代九州、戦乱の中世、そして鎖国政策の中にあって唯一大陸との交易を許された、宗家十万石の栄華の御世に至るまで、日本文化のルーツをたどる貴重な歴史遺跡が点在。伝来の文化の名残りは、人々の暮らしの風習に、独特の古代信仰や祭りの中に、今なお深く息づいている。

日本一海岸線が長いと言われるリアス式海岸：浅茅湾

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

1. 6月収載予定の新医薬品(5月21日現在)

商　品　名	会社名	一般名	規格・単位	備考	規制区分
内　用　薬					
ネシーナ錠6.25mg ネシーナ錠12.5mg ネシーナ25mg	武田	ｱﾛｸﾞﾘﾌﾟﾁﾝ安息香酸塩	6.25mg1錠 12.5mg1錠 25mg1錠	2型糖尿病治療薬 ※選択的DPP-4阻害剤	処
メタクト配合錠LD メタクト配合錠HD	武田	ﾋﾟｵｸﾞﾘﾀｿﾞﾝ塩酸塩/ ﾒﾄﾎﾙﾐﾝ塩酸塩	1錠	2型糖尿病治療薬 ※ｲﾝｽﾘﾝ抵抗性改善薬(ﾁｱｿﾞﾘｼﾞﾝ系/ ﾋﾞｸﾞｱﾅｲﾄﾞ系)	劇、処
ユニシア配合錠LD ユニシア配合錠HD	武田	ｶﾝﾃﾞｻﾙﾀﾝ ｼﾚｷｾﾁﾙ/ ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝﾍﾞｼﾙ酸塩	1錠	高血圧治療薬 ※持続性ｱﾝｼﾞｵﾃﾝｼﾝⅡ受容体拮抗薬/ 持続性Ca拮抗薬	劇、処
リリカカプセル25mg リリカカプセル75mg リリカカプセル150mg	ﾌｧｲｻﾞｰ	ﾌﾟﾚｶﾞﾊﾞﾘﾝ	25mg1ｶﾌﾟｾﾙ 75mg1ｶﾌﾟｾﾙ 150mg1ｶﾌﾟｾﾙ	帯状疱疹後神経痛治療薬	処
ロゼレム錠8mg	武田	ﾗﾒﾙﾃｵﾝ	8mg1錠	不眠症治療剤 ※ﾒﾗﾄﾆﾝ受容体ｱｺﾞﾆｽﾄ	処
注　射　薬					
ソリリス点滴静注300mg	ｱﾚｸｼｵﾝ ﾌｧｰﾏ	ｴｸﾘｽﾞﾏﾌﾞ (遺伝子組換え)	300mg30mL1ﾊﾞｲｱﾙ	発作性夜間ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ尿症治療薬 ※抗補体(C5)ﾓﾉｸﾛｰﾅﾙ抗体製剤 ＊ｵｰﾌｧﾝﾄﾞﾗｯｸﾞ	処、生劇
ネスプ注射液10μg/1mLプラシリンジ ネスプ注射液15μg/1mLプラシリンジ ネスプ注射液20μg/1mLプラシリンジ ネスプ注射液30μg/1mLプラシリンジ ネスプ注射液40μg/1mLプラシリンジ ネスプ注射液60μg/0.6mLプラシリンジ ネスプ注射液120μg/0.6mLプラシリンジ ネスプ注射液180μg/0.9mLプラシリンジ	協和発酵 ｷﾘﾝ	ﾀﾞﾙﾍﾞﾎﾟｴﾁﾝ ｱﾙﾌｧ (遺伝子組換え)	10μg1mLｼﾘﾝｼﾞ 15μg1mLｼﾘﾝｼﾞ 20μg1mLｼﾘﾝｼﾞ 30μg1mLｼﾘﾝｼﾞ 40μg1mLｼﾘﾝｼﾞ 60μg0.6mLｼﾘﾝｼﾞ 120μg0.6mLｼﾘﾝｼﾞ 180μg0.9mLｼﾘﾝｼﾞ	持続型赤血球造血刺激因子製剤	生、劇処
ビクトーザ皮下注18mg	ﾉﾎﾞ	ﾘﾗｸﾞﾙﾁﾄﾞ (遺伝子組換え)	18mg3mL1筒	糖尿病治療薬 ※ﾋﾄGLP-1ｱﾅﾛｸﾞ製剤	劇、処
ベクティビックス点滴静注100mg	武田	ﾊﾟﾆﾂﾑﾏﾌﾞ (遺伝子組換え)	100mg5mL1ﾊﾞｲｱﾙ	抗悪性腫瘍剤 ※ﾋﾄ型抗EGFRﾓﾉｸﾛｰﾅﾙ抗体	生、劇処
外　用　薬					
コソプト配合点眼液	万有＝参天	ﾄﾞﾙｿﾞﾗﾐﾄﾞ塩酸塩/ ﾁﾓﾛｰﾙﾏﾚｲﾝ酸塩	1mL	緑内障・高眼圧症治療剤 ※炭酸脱水酵素阻害剤/β遮断薬	処
ジクアス点眼液3%	参天	ｼﾞｸｱﾎｿﾞﾙﾅﾄﾘｳﾑ	1mL	ﾄﾞﾗｲｱｲ治療薬 ※$P2Y_2$受容体作動薬	処
デュオトラバ配合点眼液	日本ｱﾙｺﾝ	ﾄﾗﾎﾞﾌﾟﾛｽﾄ/ﾁﾓﾛｰﾙﾏﾚｲﾝ酸塩	1mL	緑内障・高眼圧症治療剤 ※$PGF_2\alpha$誘導体/β遮断薬	処
フェントステープ1mg フェントステープ2mg フェントステープ4mg フェントステープ6mg フェントステープ8mg	久光 ＝協和発酵 ｷﾘﾝ	ﾌｪﾝﾀﾆﾙｸｴﾝ酸塩	1mg1枚 2mg1枚 4mg1枚 6mg1枚 8mg1枚	持続性癌疼痛治療剤 ※μｵﾋﾟｵｲﾄﾞ受容体作動薬	劇、麻処

※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。

用語解説

◆メラトニン受容体アゴニスト

脳内で睡眠・覚醒のサイクルをつかさどる視交叉上核に存在するメラトニンMT1及びMT2受容体に対し高い親和性を有するメラトニン受容体アゴニスト。MT1受容体刺激による神経活動の抑制や体温低下などの睡眠促進や、MT2受容体刺激による体内時計の同調作用など有する。

GABAA受容体をはじめとするGABA、セロトニン、ノルアドレナリン、アセチルコリンなどの神経伝達物質受容体に対して、親和性を示さない。

◆P2Y2受容体作動薬

結膜上皮及び杯細胞膜上のプリンP2Y2受容体に作用し、細胞内のカルシウム濃度を上昇させることにより、角膜の上皮細胞から水分及び涙液成分ムチンの分泌を促進することで、涙液(層)を正常な状態に近づけ角結膜上皮障害を改善する。

2. 新規収載された医薬品(新医薬品・報告品目・新キット製品)

①新医薬品(4月16日収載)　★集計期間　4月1日～5月21日★

商品名 / 会社名	一般名	規格・単位	薬価(円)	薬価基準収載医薬品コード / レセ電算コード	包装単位	備考	規制区分
内用薬							
アフィニトール錠5mg ノバルティス	エベロリムス	5mg1錠	12,711.10	4291023F1020 621980901	<PTP>30錠	抗悪性腫瘍薬 ※mTOR阻害剤 ＊新効能・新用量医薬品	劇、処
エクア錠50mg ノバルティス	ビルダグリプチン	50mg1錠	104.70	3969011F1020 621980701	<PTP>100錠 420錠 500錠 <バラ>500錠	2型糖尿病治療薬 ※選択的DPP-4阻害薬 ＊新有効成分	処
エックスフォージ配合錠 ノバルティス	バルサルタン/アムロジピンベシル酸塩	1錠	130.10	2149114F1021 621980801	<PTP>140錠 500錠 700錠 <バラ>500錠	高血圧治療薬 ※選択的AT_1ブロッカー/持続性Ca拮抗薬 ＊新医療用配合剤	劇、処
サインバルタカプセル20mg 塩野義＝リリー	デュロキセチン塩酸塩	20mg1カプセル	169.30	1179052M1022 621978201	<PTP>100カプセル 500カプセル <バラ>500カプセル	抗うつ薬 ※セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI) ＊新有効成分	劇、処
サインバルタカプセル30mg 塩野義＝リリー		30mg1カプセル	230.50	1179052M2029 621978301	<PTP>100カプセル <バラ>500カプセル		
(局) メトグルコ250mg 大日本住友	メトホルミン塩酸塩	250mg1錠	9.90	3962002F2027 621974701	<PTP>100錠 1000錠 <バラ>500錠	2型糖尿病治療薬 ※ビグアナイド系経口血糖降下剤 ＊新用量	劇、処
レザルタス配合錠LD 第一三共	オルメサルタン メドキソミル/アゼルニジピン	1錠	91.00 621974501	2149115F1026	<PTP>100錠 140錠 500錠 700錠 <バラ>500錠	高血圧治療薬 ※高親和性ARB/持続性Ca拮抗薬 ＊新医療用配合剤	処
レザルタス配合錠HD 第一三共			170.10	2149115F2022 621974601			
注射薬							
アロキシ静注0.75mg 大鵬	パロノセトロン塩酸塩	0.75mg5mL1瓶	14,522	2391404A1020 621970401	5瓶	5-HT_3受容体拮抗型制吐剤 ＊新有効成分	劇、処
テモダール点滴静注用100mg シェリング・プラウ	テモゾロミド	100mg1瓶	36,794	4219404D1027 621982101	1バイアル	抗悪性腫瘍薬 ※アルキル化剤 ＊新投与経路	毒、処
ブリディオン静注200mg シェリング・プラウ	スガマデクスナトリウム	200mg2mL1瓶	9,947	3929409A1023 621981901	10バイアル	筋弛緩回復剤 ＊新有効成分	処
ブリディオン静注500mg シェリング・プラウ		500mg5mL1瓶	23,652	3929409A2020 621982001			
外用薬							
ザラカム配合点眼液 ファイザー	ラタノプロスト/チモロールマレイン酸塩	1mL	1,306.00	1319817Q1020 621974201	10本	緑内障・高眼圧症治療薬 ※$PGF_2\alpha$誘導体/β遮断薬 ＊新医療用配合剤	処

★アドエア エアゾールの規格追加に伴う、処方変更時の注意点

アドエア エアゾールの新規格(エアゾール250・500)が4月23日収載されました。
ディスカスとエアゾールでは1回噴霧量が異なるので、切り替え時の規格に注意が必要です。以下に切り替え例を挙げています。
また、次ページにアドエア エアゾール・ディスカスの適応、用法・用量の違いの表を掲載しました

例1.COPDの場合
アドエア250ディスカス　1日2回　1回1吸入 ⇔ アドエア125エアゾール　1日2回　1回2吸入
× アドエア250エアゾール　1日2回　1回1吸入
(250エアゾールにはCOPDの適応がありません)

例2.気管支喘息(小児)の場合
アドエア100ディスカス　1日2回　1回1吸入 ⇔ アドエア50エアゾール　1日2回　1回2吸入
× アドエア125エアゾール　1日2回　1回2吸入
(125エアゾールには小児の適応がありません。
また、100ディスカスと125エアゾールでは1回吸入量が異なります)

2. 新規収載された医薬品(新医薬品・報告品目・新キット製品)

②報告品目・新キット製品(4月23日収載)

商品名 会社名	一般名	規格・単位 薬価(円)	薬価基準収載医薬品コード レセ電算コード
内用薬			
オルメテック錠40mg 第一三共＝興和創薬	オルメサルタン メドキソミル	40mg1錠 213.00	2149044F4023 621982301
サレドカプセル50 藤本	サリドマイド	50mg1カプセル 5512.80	4291019M2020 621984001
プレタールOD錠50mg 大塚	シロスタゾール	50mg1錠 105.50	3399002F3020 621971201
プレタールOD錠100mg 大塚	シロスタゾール	100mg1錠 189.50	3399002F4027 621971301
ロナセン錠8mg 大日本住友	ブロナンセリン	8mg1錠 269.60	1179048F3020 621980601
注射薬			
アドベイト注射用2000 バクスター	ルリオクトコグ アルファ(遺伝子組換え)	2,000単位1瓶(溶解液付) 136,983	6343432D7027 621984101
エポエチンアルファBS注750「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	750国際単位0.5mL1瓶 1,113	3999427A1026 621972601
エポエチンアルファBS注1500「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	1500国際単位1mL1瓶 1,938	3999427A2022 621972701
エポエチンアルファBS注3000「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	3000国際単位2mL1瓶 3,377	3999427A3029 621972801
エポエチンアルファBS注750シリンジ「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	750国際単位0.5mL1筒 848	3999427G1029 621972301
エポエチンアルファBS注1500シリンジ「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	1500国際単位1mL1筒 1,491	3999427G2025 621972401
エポエチンアルファBS注3000シリンジ「JCR」 キッセイ	エポエチン カッパ(遺伝子組換え)	3000国際単位2mL1筒 2,622	3999427G3021 621972501
エルプラット点滴静注液50mg ヤクルト	オキサリプラチン	50mg10mL1瓶 38,142	4291410A1029 621932201
エルプラット点滴静注液100mg ヤクルト	オキサリプラチン	100mg20mL1瓶 70,284	4291410A2025 621932301
キロサイドN注1g 日本新薬	シタラビン	1g1瓶 13,418	4224401A7025 621972001
ノボセブンHI静注用1mg ノボ	エプタコグ アルファ(活性型)(遺伝子組換え)	1mg1mL1瓶(溶解液付) 98,024	6343434D3020 621929201
ノボセブンHI静注用2mg ノボ	エプタコグ アルファ(活性型)(遺伝子組換え)	2mg2mL1瓶(溶解液付) 189,000	6343434D4027 621929301
ノボセブンHI静注用5mg ノボ	エプタコグ アルファ(活性型)(遺伝子組換え)	5mg5mL1瓶(溶解液付) 450,177	6343434D5023 621929401
ノボラピッド50ミックス注フレックスペン ノボ	インスリン アスパルト(遺伝子組換え)	300単位1キット 2,287	2492415G4022 621973201
ノボラピッド70ミックス注フレックスペン ノボ	インスリン アスパルト(遺伝子組換え)	300単位1キット 2,286	2492415G5029 621973301
ラジカット点滴静注バッグ30mg 田辺三菱	エダラボン	30mg100mL1キット 8,228	1190401G1026 621974901
外用薬			
アドエア125エアゾール120吸入用 GSK	サルメテロールキシナホ酸塩/フルチカゾンプロピオン酸エステル	12.0g1瓶 7,639.50	2290800G8029 621981201
アドエア250エアゾール120吸入用 GSK	サルメテロールキシナホ酸塩/フルチカゾンプロピオン酸エステル	12.0g1瓶 8,774.20	2290800G9025 621981301
スピリーバ2.5μgレスピマット60吸入 日本ベーリンガー	チオトロピウム臭化物水和物	150μg1キット 6,767.70	2259709G2023 621984201
ディスコビスク1.0眼粘弾剤 日本アルコン	ヒアルロン酸ナトリウム/コンドロイチン硫酸ナトリウム	1mL1筒 10,932.30	1319818Q1025 621971401

アドエアの適応・用法・用量

		100ディスカス		250ディスカス		500ディスカス		50エアゾール		125エアゾール		250エアゾール	
1回噴霧量	SLM	50μg						25μg					
	FP	100μg		250μg		500μg		50μg		125μg		250μg	
		朝	就寝前	朝	就寝前	朝	就寝前	朝	就寝前	朝	就寝前	朝	就寝前
吸入回数	気管支喘息※(成人)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	気管支喘息※(小児)	1	1	−		−		1～2	1～2	−		−	
	COPD※(慢性閉塞性肺疾患)	−		1	1	−		−		2	2	−	

SLM:サルメテロールキシナホ酸塩
FP:フルチカゾンプロピオン酸エステル
※吸入ステロイド剤及び長時間作動型吸入β2刺激剤の併用が必要な場合

治/療/最/前/線

利尿薬(ARB・利尿薬配合剤)の適する患者像

食塩感受性亢進が予想され減塩困難な症例の降圧治療に

この数年、ARBと少量利尿薬の配合降圧薬が相次いで発売され、高血圧治療における利尿薬の意義が見直されつつあります。食塩摂取量の多い日本人に適するとされる利尿薬ですが、今回はその利尿薬投与がより有効と考えられる好適患者像にスポットを当ててみました。

ガイドラインが推奨する減塩と日本人の食塩摂取量

高血圧が食塩と密接な関係にあることは古くから知られており、食塩過剰摂取による血圧上昇や減塩による降圧効果については、最近の多くの疫学的調査などからも明らかにされています。

そのため、高血圧治療における生活習慣の修正では食塩制限がまず第一にあげられ、高血圧治療ガイドライン2009では食塩6g/日未満が減塩目標として推奨されています。

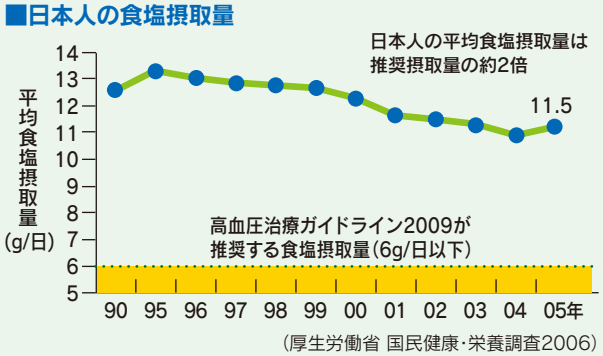
しかし、日本人の平均食塩摂取量は10g/日を超えており、ガイドラインの推奨摂取量の約2倍近いのが現状です。

■高血圧治療ガイドライン(JSH2009)が推奨する減塩療法

★食塩過剰摂取は**血圧上昇と関連**
減塩の降圧効果は多くの試験で証明されている
★減塩目標は**食塩6g/日未満**より少ない食塩摂取量が理想
★本邦における平均食塩摂取量は**10g/日を超え**ており減塩達成には努力を要する
★多くの患者では目標値の達成は困難である

(高血圧治療ガイドライン2009)

■日本人の食塩摂取量



(厚生労働省 国民健康・栄養調査2006)

食塩感受性高血圧とは

食塩摂取が血圧に影響することは明白ですが、食塩摂取量の増減に応じて血圧が変化する、その変化のしやすさは個人個人で異なります。食塩感受性とは食塩を負荷したときの血圧の上がりやすさを指し、食塩負荷により血圧が上昇しやすい、つまり血圧変動が食塩の影響を受けやすい場合を食塩感受性、食塩の影響をあまり受けない場合を食塩非感受性と呼びます。日本人の多くは食塩感受性が高い遺伝子多型を持ち、欧米白人に比べて食塩感受性高血圧の頻度が高いことが知られています。

食塩感受性高血圧の臨床的特徴

食塩感受性は基本的には遺伝的に決定されているようですが、本態性高血圧患者における臨床研究の成績から、食塩感受性に影響する因子、すなわち食塩感受性因子が明らかになっています。

高齢者、女性、腎機能低下、糖尿病合併、脂質代謝異常、肥満などが食塩感受性が高い病態とされ、このような症例では食塩感受性高血圧が強く疑われます。

■食塩感受性高血圧の臨床的特徴

食塩感受性因子	食塩感受性　大＞小
年齢	高齢者＞若年者
性別	女性＞男性
人種	黒人＞白人
高血圧家族歴	あり＞なし
血漿レニン活性	低値＞高値
腎疾患の既往	あり＞なし
腎機能	低下＞正常
微量アルブミン尿	あり＞なし
インスリン抵抗性	亢進＞正常
糖尿病の合併	あり＞なし
脂質代謝異常	あり＞なし
肥満	肥満者＞非肥満者
non-dipper	あり＞なし

高齢者、女性、脂質代謝異常、肥満例などでは食塩感受性高血圧が予想される
（藤田敏郎：食塩と高血圧,p4,2002 日本医学出版発行より）

食塩感受性高血圧と食塩制限・利尿薬の降圧効果

食塩摂取量を6g/日未満まで制限すれば、収縮期血圧で平均およそ2～8mmHg低下できるとされています。特に血圧変動が食塩の影響を受けやすい食塩感受性高血圧では、食塩制限による降圧効果がより大きく得られます。しかしながら、元来食塩摂取量が多い上に、加工食品や外食の多い現代の食生活では、日常の塩分制限だけで6g/日未満に到達するのは極めて困難といえます。

高齢者、肥満、脂質代謝異常合併など、食塩制限がより重要な、食塩感受性が予想される症例には、ナトリウム排泄を促進することにより減塩類似作用が得られる利尿薬による降圧治療が非常に有用です。

実際に食塩感受性の高い症例では、利尿薬による降圧効果が大きいことが報告されています。

利尿薬の適する患者像

- ●食塩感受性高血圧が疑われる患者
- ●食塩摂取量が多く減塩困難な患者
  - ★高齢者
  - ★肥満例(メタボリックシンドローム合併例)
  - ★脂質代謝異常合併例
  - ★腎疾患合併患者、女性　など

食塩感受性亢進が予想され食塩制限が不十分な症例には
少量利尿薬が非常に有用

ARB・利尿薬配合剤

ARBと利尿薬ヒドロクロロチアジド(HCTZ)の配合剤が続々と発売され、計４製剤が使用可能となりました。ARBと利尿薬HCTZは相乗的な降圧効果が得られ、糖代謝や血清K値への影響など互いの欠点を相殺する合理的かつ有用性の高い組み合わせです。

これまで、日本では欧米に比べ降圧利尿薬の使用は極端に少ない状況でしたが、ARBとの配合剤の普及により、今後、少量利尿薬のメリットが最大限に発揮される好適症例への投与が浸透し、個々の患者さんの病態にあったより良い降圧治療が進むことが望まれます。

【参考文献】
高血圧治療ガイドライン2009(JSH2009)
厚生労働省 国民健康・栄養調査2006
medicina,37,349,2000
日本医事新報,1,4175,2004
Pharma Medica,63,18,2000
藤田敏郎：食塩と高血圧,p4,2002(日本医学出版発行)

■ARB・利尿薬配合剤

商品名（メーカー）		プレミネント配合錠（万有）	エカード配合錠（武田）		コディオ配合錠（ノバルティス）		ミコンビ配合錠（アステラス）	
			LD	HD	MD	EX	AP	BP
配合成分	ARB	ニューロタン 50mg（通常量）	ブロプレス 4mg（低用量）	ブロプレス 8mg（通常量）	ディオバン 80mg（通常量）		ミカルディス 40mg（通常量）	ミカルディス 80mg（高用量）
	HCTZ	12.5mg	6.25mg		6.25mg	12.5mg	12.5mg	

（各添付文書より）

一押しME機器

超音波で骨折を早く治す治療器

人間に聞こえる音（可聴域20～20,000Hz）を超える音のことを超音波といいます。 みなさんご存知のように超音波は医療分野でもさまざまな用途に使用されており、エコー診断器やリハビリで用いられる温熱治療器、大きな出力で体内の結石破砕をする機器などがよく使われています。

今回ご紹介するのは超音波で骨折を早く治す治療器セーフスです。

骨折治癒にはある程度負荷を掛けることで治りが早くなることが経験的に知られており、足の骨折でギプス固定をした後にある程度体重を掛けるのは骨折を早く治すために一般的に行われています。超音波を使って骨折部を刺激することで、こうした荷重をかけるのと同じように、骨折が早く治る効果があります。

国内外でも多くのアスリートがこの治療を行い、早期に競技に復帰した例が数多くあり、ベッカム選手が日韓ワールド杯の際に骨折をし、この治療でわずかな期間で本大会に出場できたことがよく知られています。

超音波骨折治療器セーフス
帝人ファーマ株式会社

セーフスの特徴

1. 低出力超音波パルス
2. 骨癒合期間を40%近く短縮
3. 難治性骨折に対する高い癒合成功率
4. 癒合遅延傾向の強い群でも著明に癒合を促進
5. 超音波診断装置並みの低出力レベル
6. 1日1回20分の短い治療期間、かつ簡便な操作
7. 小型・軽量のバッテリー内臓タイプ

治療効果について

この治療に用いる超音波は非常に微弱なもので、超音波が当っているかどうか全く感じることはありません。こうした治療の特徴から本物のセーフスとプラセボを用いた厳密な比較試験が可能となり、脛骨骨折と橈骨骨折でプラセボと比較して38%骨癒合期間が短縮されたとの報告があります。

日本国内では

もともとは米国で開発されたこの治療法ですが、現在、日本国内でもこの治療は保険適用になっており、「四肢の骨折」であって開放骨折または粉砕骨折と診断され手術を行った場合と難治性骨折（骨折してから概ね3ヶ月経過しても治癒しない）に使用することが可能です。

使用方法

1回当りの治療時間は骨折1箇所につき20分間で、内蔵電池式の機械ですから入院中も自宅に帰った後も自由な時間にどんな場所でも治療ができます。トランスデューサーという超音波を発生させる部分に超音波ゼリーを着けて、先生に印を付けてもらった骨折部の真上に固定ベルトで固定し、スイッチを入れると治療を開始します。

痛みもなにもなく20分経過すると自動で治療が終了し、ゼリーをティッシュで拭き取ればおしまいです。

診療報酬について

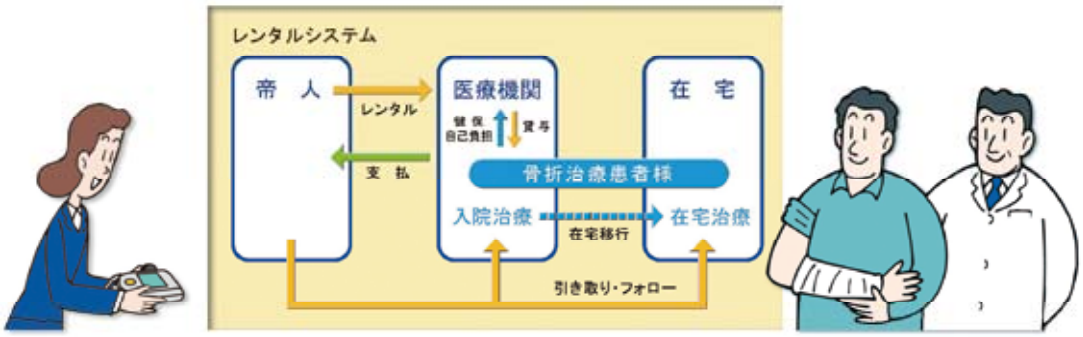
平成10年の保険適用以来、約10万人の骨折患者さんに処方されており、骨折を早く治したいという方々に広く使われています。一方骨延長など治療期間短縮をしたい術式や軟部組織などへの効果も研究されており、今後の発展が期待される治療法です。

K047－2　難治性骨折超音波治療法（一連につき）　12,500点
K047－3　超音波骨折治療法（一連につき）　5,000点

■治療の対象・自己負担

治療の対象	保険点数	自己負担額（3割負担の場合）
①四枝の開放骨折、粉砕骨折で間血的手術後	5,000点	15,000点
②四枝の難治性骨折（受傷後もしくは手術後3ヶ月以上経過しても骨癒合が得られない骨折）	12,500点	37,500点

器械は患者さん一人に一台を貸すレンタル方式



セーフスは、患者さん一人につき1台をレンタルします。入院中は勿論、退院後も自宅等で使用していただけます。

【ME推進部より】

今回ご紹介しましたセーフスは平成10年に難治性骨折超音波治療法として診療報酬が認められ、平成20年4月には超音波骨折療法が追加されました。

今日まで帝人ファーマ株式会社より医療機関様へご提供がなされ広くご使用いただいております。

この4月、まずは福岡市内からという事で、株式会社アステムのメディカル部門が医療機関の先生方はじめ関係各位へ安全使用の為の説明を含めた機器の配送代行業務を請け負う事となりました。待望のセーフス治療器と直接の関わりが開始するという事で、今回掲載させていただきました。

よろしくお願い申し上げます。

誌上セミナー

人材マネジメント活性化のすすめ

第1回:「人事を変え、仕事を変え、行動を変えよう。」

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

価値観の多様化が進んでいる。何のためにあなたは働くのか、その思いも考え方もみんな異なる。みんな違うから面白いし、私たちは違うからこそ、お互いの個性を尊重しながら楽しく暮らしていける。それでは、みんな違う人達を一つの企業(病院、施設)にどう受け入れ、どう人材活用をしたらよいのだろうか。特に病院に勤務する医療従事者は全員公的資格を持つ人達である。多様な人材の集団であるが故に放っておくと、みんなバラバラになってしまう。そうならないためにも人材育成と活用のマネジメントをしっかりと実施しなければならない。それでは、今までの人事マネジメントをどう変えたらよいのかを次に考えてみたい。

1.時代ニーズで変わる人事マネジメント。

経営とは「環境適応業」といわれるように経済環境の変化に柔軟に対応していかなければならない。高齢化時代を迎えて毎年、拡大を続ける医療費の赤字問題は深刻だ。それに加えて医師不足、看護師不足は解決の糸口さえも見えない。山積するこれらの経営課題をどう解決すのか、これはトップだけの問題ではなく、全職員の英知を結集して解決しなければならない難易度の高い課題だ。他にない人事諸政策の差別化対策を考えているか…。例えば、各人の能力を引き出す加点主義人事考課制度の設計や目標面接制度、コンピテンシー評価制度、また、人材活用の公募制度、JOBリクエスト制度の導入などの人材活用マネジメントの展開状況はどうか、人材のパワーは十分発揮されているか。さて、更なる難問は、人件費問題だ。すなわち医療機関の最大の資本は人そのものであり、人がいなければ商売はなりたたない。医療機関の経営は価値ある人を集め、能力を高め、仕事を高め、人材を最大活用することが人事経営戦略の一大テーマになる。これからの医療経済や行政の変化、指導に対して、わが病院・施設は速やかに対応し問題を解決する仕事体制は出来ているか、などを検証して欲しい。さらには、患者、利用者、家族の多様なソリューション〔問題解決〕に、即対応し解決する力はあるか、などなど、山積する経営課題を先取りして解決できる力を持っているか否かを確認してみよう。以上、人事諸制度の改革は「個の能力を最大限に引き出し、組織パフォーマンスを最大限に発揮する」トップマネジメントだ。人事改革のすすめ方はいろいろあるが、最初にやらなければならない課題は「管理者昇進基準の明確化」である。これからの管理者の昇進の資格要件は成果昇進である。しかし、仕事ばかりではなく、人間性も、社会性も評価される。ロマンを語れない人は管理者には向かない。多様な価値感を持つ部下を引きつけるには、管理者に何かキラキラ光る魅力がなければ部下はついてこない。異能、異質な力を持つ部下を如何に組織に結集し、持てる力を発揮させるか、今、真のマネジメント力が求められる時代になった。

2.変えよう人の見方を…

人が集まるところには、好き嫌いにかかわらず、どこへいっても評価がある。また、自分はどんなに優れた能力をもっていると自負していたとしても、その能力は組織や仲間が認めない限り、発揮することはできない。能力は使わなければ意味はないのだ。しかし、能力が、ある、ない、の評価も恣意的であったり、イメージ考課であったりしては運、不運が生じる。それでは困る。評価のベクトルは一つ。絶対考課〔基準主義〕でなければならない。優れた基準は全員が集まり、ワイワイ、ガヤガヤやりながら、みんなで作った基準だ。みんなで話し合いながら基準を作ることに意味がある。この話し合いや葛藤の中から、本人も仲間も基準の内容や必要性も理解できるし、また、自己の能力開発のターゲットや行動改善の進め方が見えてくる。その他、仲間には負けたくないというチャレンジ意欲の引き出しにも有効である。さて、

能力明細書の中身は、この仕事は一体どのくらいのレベルの仕事なのか、その仕事をきちんとこなすためには、どんな知識や技術が必要なのか、また、この仕事を上手く進めるためには、どんな勉強をしなければならないのか、その勉強をする手段や方法などが満載されている。しかし、部課長クラスになると能力明細書ではなく、役職職階別に役割〔権限と責任〕業務を洗い出し、部長の役割、課長の役割基準というように職階別役割基準を作成する。これらの基準が出来たら、その基準の見方や使い方を勉強しなければならない。管理者および一般職員が一堂に会して勉強会を行う。一般職員対象の勉強会は被考課者訓練、管理者、監督者クラスは考課者訓練、面接訓練、目標設定訓練という形で基準の活用の仕方を勉強する。基準を明確にして公開しているから、やる気のある部下は人よりも1日も早く一段上の能力を身につけたいと努力をする。また、何をすればどうなるかが分かっているからチャレンジへの意欲が湧いてくる。基準主義に立つことによって、評価の信頼性も高まり、運、不運もなく、公正、公平で客観的な人事管理を推進することができる。評価のベクトル合わせは基準の明確化がスタートになる。

3.働き方を変えよう。

価値観の多様化が進めば進むほど、働き方や賃金、処遇のあり方も多様になる。組織は優秀人材を確保するために複数の働き方の選択肢を用意し、キャリア形成の応援をするところが増えている。組織と個の統合である。志ある者はチャレンジングな仕事にどんどん挑戦し新しい価値を作り出す。一方言われたことも満足に出来ない人もいる。これからは十把一からげにしたマネジメントは不公平を助長することになる。一方、仕事の質の区分も大切だ。毎日決まった定型的な繰り返し業務を間違いなく遂行することを期待されている人と無から有を創り出す知恵と努力と結果責任（アカウンタビリティ）のリスクのある仕事を推進し成果獲得を期待されている人の2タイプの働き方がある。タイプの選択は原則として本人の意思と適性を尊重し決めることになるが、これら2タイプの人事賃金処遇制度はタイプ1と2によって異なるのが一般的である。どういう働き方を選択するかは本人の選択による。優秀な人材が多数集まる職場には働く者が主役になる人事賃金処遇制度〔複線型人事制度〕が導入され働きやすいパフォーマンスが発揮できる職場である。

4.変えない、理念に基づく実践行動。

病院施設には創立の主旨を歌った理念、経営方針がある。職員一人ひとりはこの理念、方針によって動機づけられ、みんな同じ目標に向かって目標達成のために切磋琢磨し、助けあい協力しあいながら努力をしている。

このような病院施設の業績は良い。また、職員の一人ひとりが、しっかりとしたミッションと自立意識を持ち「考える」力を持つ職員がいて、これらの核になる職員が組織を支えている。これらの人材は人の話を良く聞き、時代の動きや業界の動向にも敏感である。言葉を変えれば経営課題を先取りして、真剣に反対対話も良いと判断すれば容易に受け入れてきた組織であり、結果論として、これらの核になる人材がいるところが一流の企業体になっている。これらの組織に勤める職員はみんなモチベーションも高いし同じ志を持ち、自己の成長、組織の発展にベクトルを合わせる。いかなる困難な経営課題にも葛藤にも果敢にチャレンジし乗り越える力の源泉は、変えない理念、方針の実務展開であることが分る。

次号予告：第2回は、「誰がどんな仕事をしているのだろう」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.jinjitinginkanri.sakura.ne.jp/

がんばれ、出口医院ペパーミントエンジェルズ！

医療・介護の現場で働くスタッフが女子ソフトボール・クラブで大活躍！

**海と緑に囲まれた長崎県諫早市。
ここで医療機関・介護施設等を営む「出口グループ」のスタッフでつくる
女子ソフトボールクラブが、今年も熱い戦いを繰り広げています。
創設から11年目を迎えた今期も好調をキープ、長崎県内では負け知らずです。
全国大会に向け突っ走る彼女等の強さに迫ります。**

「全日本クラブ選手権長崎県大会（4/18）」終了直後、優勝旗と一緒に記念撮影！
賞状の持ち手は出口喜男理事長（前列右から4人目）と出口晴彦院長（理事長の左）。
前列左から2人目は監督の坂枝敏行さん、一番右で優勝旗を持つのはキャプテンの廣川愛さん。

ソフトボールを通じて出口グループ職員の心がひとつに！

理事長●

「グループ間のまとまりを良くするために男子のソフトボールチームを作ったのが始まりでした。80数チームが集まり競う、藤村薬品さん主催の病院親睦ソフトボール大会では、3回連続を含め、過去7回優勝するなど、目覚ましい実績を挙げてくれています。女子チームの結成については、長崎商業高校からソフトボール選手を職員として採用したのがきっかけです。長崎県内はもちろんのこと、強い選手を九州各地から採用できるようになり次第に強くなってくれました。最近では男子チームの方は、やや高齢化(?)が進み、年々厳しくなっていますが、女子チームは今年も連戦連勝で、応援にも熱が入ります。(笑)」

出口グループは、医療法人和光会と社会福祉法人寿光会の2つの法人からなります。グループ創設の基

となった「出口医院レディースクリニック」が市街地にある以外は、盲養護老人ホームや老人保健施設など高齢者の医療・介護・福祉を総合的に提供する施設群を海沿いの広大な土地に「うき福祉村」として展開しています。数多くの事業を行っており、総職員数は500名を超えています。

ソフトボールは、今や出口グループにとって共通言語のような存在です。地域との会話、学校との会話にも大いに役立っているようです。

県下最強の証、「国体強化指定クラブ」に選ばれ、今年も全国大会目指し連戦中！

坂枝敏行監督●

「平成12年4月に出口理事長の命により立ち上げ、今年で10年を迎えました。創設当時は、県内でもなかなか勝つことができず、九州大会においては大敗することも多く、その時の悔しい思いを糧に懸命に練習を続けてきました。強くなるにしたがって選手の補強もうまく行き、今では長崎県内で行われる各大会においては負け知らずです。特に、全日本クラブ選手権長崎大会では平成14年から今年（22年）まで9連覇を達成。これまで全国大会には3度出場しています。平成19年度に千葉で行われた大会ではベスト8に入りました。おかげ様で今年は国体強化指定クラブにも選ばれました。どの選手も状態が良く、特に打撃は絶好調です。全国大会出場目指して頑張っています！」

坂枝監督も普段は同グループ内の盲養護老人ホーム「光明荘」の職員です。その温和な笑顔もユニフォームを着るとスイッチが切り替わり、キリっと引き締まります。厳しくて優しい“お父さん(?)”のような存在です。

NCC長崎文化放送で放映されたペパーミントエンジェルたち
平成19年度に練習の様子から試合まで連日の密着取材が行われたとのこと。
彼女達の元気な笑顔がまぶしい！

クラブ活動レポート

キャプテン廣川愛さん●……

「社会人になってもソフトを続けることができ、とっても充実した毎日です。私たちチームの信条は、どんなときも元気に笑顔を絶やさないことです。全員力を合わせて、今期の試合も勝ち続けます!!」

キャプテンの廣川愛さんは養護老人ホーム「福寿園」に勤める介護職員さんです。学生時代は、佐賀県の高校でソフトボール選手として活躍。出口医院ペパーミントエンジェルズでは、エースで4番打者を務めています!

【練習風景】練習は、週に3日、19時～21時の2時間が基本。
月1回は土・日に集中練習を行っています。

「ペパーミントエンジェルズ」の名付け親は出口晴彦院長

取材の日、手術で忙しくお会いできませんでしたが、出口晴彦院長もチームにはとても愛着を持っていらっしゃるそうです。チーム名の名付け親は何と出口院長だといいます。院長は熱帯魚には目がなく、ペパーミントエンジェルフィッシュという赤い縞模様のとっても可愛い小さな熱帯魚が欲しくてたまらないそうですが、あまりに高額なため、憧れの存在だとのこと。チームもそんなふうに憧れの存在になってもらいたいとの思いを込めた命名に違いありません。

今回、5月の連休前の取材でしたが、これから全日本クラブ選手権をはじめ、様々な大会への参加が予定されています。明日も笑顔でがんばれ!ペパーミントエンジェルズ!!

クラブ活動情報、募集中!

このコーナーでは、スポーツなどの活動を通じ、熱心に地域との交流を続けていらっしゃる医療機関等の皆さんの活躍振りを紹介していきたいと考えています。自薦他薦は問いません。何か良い情報がありましたら、弊社担当の営業員にご一報ください!

平成22年行事予定(5月以降)

5／15(土)・16(日)	第31回 全日本クラブ選手権九州大会(熊本県山鹿市)
5／30(日)	第62回 全日本総合選手権長崎大会(時津町)
6／26(土)・27(日)	第62回 全日本総合選手権九州大会(佐賀県武雄市)
7／23(金)～25(日)	第31回 全日本クラブ選手権全国大会(熊本県山鹿市)
8／21(土)・22(日)	第65回 国民体育大会九州ブロック大会(鹿児島県日置市)
9／17(金)～19(日)	第62回 全日本総合選手権全国大会(山口県下関市)
9／19(日)	第8回 長崎県協会長旗大会(島原市)
9／24(金)～26(日)	第65回 国民体育大会(千葉県成田市)
10／16(土)・17(日)	九州女子秋季リーグ(大分県)
11／13(土)・14(日)	第61回 県民体育大会(長崎市)

※長崎女子リーグは、4月より各月に1大会を予定

Series-01

見える化のススメ

診療現場における見える化とは

(1)経営改善対策A　増益見込み　年間2,000万円
(2)経営改善対策B　増益見込み　年間5,000万円

皆さんこれ何の数字だと思いますか？これは600床のある病院における年間の収支改善の見込み数字です。この病院の年間収入と対比させると(1)はおよそ0.2%、(2)は0.5%となります。収入比では決して大きくない数字ですが、今年度の診療報酬改定が全体で0.19%の僅かなプラスだったことを考えますと、無視できない数字とも言えます。

10年ぶりのプラス改定となった今回の診療報酬改定。従来の医療費削減路線から一変、医療現場の疲弊が著しい救急・産科・小児科・外科の待遇改善と、病院勤務医の負担軽減などが反映されたものへと大きく政策転換されました。とは言うものの、国と地方の財政事情の厳しさは相も変わらず、医療を取り巻く経営環境は引き続き予断を許さない状況下にあります。そのため、高度で戦略的な病院経営の舵取りがより一層求められており、その意思決定の礎となる情報（データ）をいかに収集し、精査・分析し、フィードバックしていくかが極めて重要なポイントとなっています。

『見える化のススメ』と題したこのコーナー。“見える化”とは一体いかなるものでしょうか？ ちなみに“見える化”とは、企業活動の漠然とした部分を、数字など客観的に判断できる指標で把握する取り組みを表す言葉であり、「測れる化」とも言われています。また、別の言い方で“可視化”という表現もあります。“可視化”とは、人間が直接「見る」ことのできない現象や事象、あるいは関係性を、「見る」ことのできるもの（画像、映像、グラフ、図、表など）にすることをいい、視覚化、可視化情報化、視覚情報化ということもあります。

“見える化”をひと言でいうと、ビジネスにおける問題を常に見えるようにしておくことで、問題が発生してもすぐに解決できる環境を実現すると共に、問題が発生しにくい環境を実現するための取り組み、となりましょうか。

“見える化”で有名なのがトヨタ自動車の「あんどん」方式や「かんばん」方式と呼ばれるものです。トヨタの生産ラインでは、問題が発生すると現場の担当者が「あんどん」を点灯することで、問題の発生を早期に知らせ、迅速に対応できるようになっています。また「かんばん」と呼ばれる仕組みでは、必要な部品や数量を書いた札（かんばん）を生産工程でまわしていくことで、必要な部品を、必要なときに、必要なだけ調達できる、ムダのないジャスト・イン・タイム生産を実現してきました。ラインが長い時間停止することのムダや、必要以上に準備さ

れた部品のムダを徹底して排除するために、敢えてムダを“見える”ようにした製造現場のこうした取り組みと、もうひとつ有名な業務カイゼン（改善）の地道な活動とが相まって、世界の大企業へと進化したわけです。

一方、コンビニ最大手セブン・イレブン・ジャパンの鈴木敏文会長は、1970年代にこう語っています。「わが国の小売業の弱点は、まず己の実態をつかんでいないことである。自分の店の客はどんな人なのか、どういう商品がどんな動き方をしているのか、一日いくら売れ、どれだけの商品がでているのか、などの極めて初歩的なことが数字としてつかめていない小売店が大半である。ましてや自店の特徴や問題点などということになると、まったく雲をつかむような有様になる。勘に頼るしかない小売店の経営では、始まろうとしている激しい競争時代には、荒れ狂う大海原を羅針盤なしに航海しているようなものであろう。自己客観化のものさしなしでは方位を探る指針もない。」（出所：『セブンイレブン創業の奇跡』（講談社刊））

今から40年近くも前にすでにこんな問題意識を持っておられたのですね。この後、膨大なPOSデータ(※1)を活用し急成長したセブンイレブンの隆盛は皆さんご承知のとおりです。

こうして“見える化”や“可視化”が注目されてきた背景には、事業環境が大きく変化し競争が激化する中で、従来型の手法では充分な問題解決ができず、より具体的で有効な問題解決手法が求められてきたということがあります。また“見える化”とは、単に現状が見えるようになっていることだけを呼ぶのではなく、それを見えるようにするための目的が明確であり、見えた結果が関係者のアクションに繋がらなければならないことを、この2社の先例が示しているといえます。（図1）

（図1）

さて医療の世界の現状はどうでしょうか？かの有名なアメリカの経営学者ドラッカーは、病院のような非営利組織のマネージャーは次の5つの質問に答えることができなければならないと主張しています。

①われわれの使命は何か？
②われわれの顧客は誰か？
③顧客は何を価値があるものと考えているか？
④われわれの成果は何か？
⑤われわれの計画は何か？

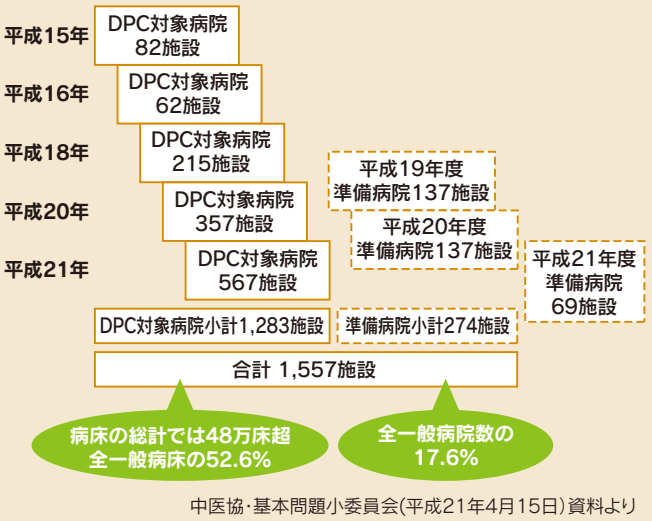
（出所：『非営利組織の経営－原理と実践－』（ダイヤモンド社刊））

医療界の“見える化”はまだ緒に就いたばかりと言えますが、その中にあって最も先行しているのがDPCのデータでしょう。

DPCとは、Diagnosis Procedure Combinationの略で、従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた1日当たりの診断群分類点数にしたがって医療費を計算する定額払いの会計方式です。平成15年4月より大学病院・特定機能病院において試行が開始され、平成21年末現在では全国1,300近くの医療機関に広がっており、全国の一般病床のベッドのおよそ2つに1つはこの支払い方式を採用しています。（図2）

DPCによる支払い方式を採用している病院は、決められた期間における自院の退院患者に関するデータを、毎月決められた書式で厚労省に提出する義務を負っています。よって厚労省は年間数百万件もの膨大な

DPC対象病院数の推移（図2）



中医協・基本問題小委員会（平成21年4月15日）資料より

退院患者情報を収集し、関連の研究班とも協力して医療の質の向上や医療政策に反映させるべく日々分析を行っており、その結果を毎年ホームページ上で公表(※2)しています。

また、厚労省はDPCデータについて、

・DPCデータとは、「分析可能な全国統一形式の患者臨床情報＋診療行為の電子データセット」

・DPCデータから分ることは、「患者の臨床情報。全国共通の簡易退院サマリ。いつ・何を・どれほど行ったか」

また、「診療行為を時系列で把握できる。診療プロセスの可視化。平均像とバラツキがわかる」――と説明しています。

このように、共通の書式によって、全国津々浦々にある大半の医療機関の診療情報が、ひとつに集められ分析され活用されているという点において、医療における“見える化”の先頭に立つデータ群といえるのです。

登場から7年目を迎えたDPCデータですが、前述の国レベルでの分析だけでなく、特定の企業の提供するサービス上で集められたデータを対象にしたもの、あるいは病院内部での分析に供するためのもの等々、様々な階層において多様な用途でデータが用いられ、それを目的とした業務システムも数多くリリースされています。たとえば、他院とのデータ比較の中では、自院のポジションや努力目標を知ったり、自院の強みと弱みがわかったり。また、自院データを解析して、特定の症例ごとに問題点を浮き彫りにしたり、病院の経費データを取り込んで収支による判断を加えたり。近年では、患者調査の疾病情報や人口動態予測と組合わせた分析までもが比較的簡単にできるような環境も整ってきました。このように、自院のDPCデータおよび関連情報を使った医療における“見える化”が、どんな形で実現でき、かつ病院の意思決定や診療現場にどうフィードバックできるのかを、事例紹介を織り交ぜながら皆さんと一緒に考えていきたいのが、このコーナーの目的です。

さて、冒頭の数字ですが、項目Aは「DPCコーディング(※3)を適正化することによる増益見込み」項目Bは「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増益見込み」であります。「何をそんな皮算用を」と仰るかと思いますが、これを導き出すにもデータの見える化を行った結果であり、それなりの根拠に基づいた数字となっています。詳細は次回以降の講釈で解説を試みたいと思いますので、当連載にどうぞご期待下さい。

※語句解説

(1)POS…(Point Of Sales)店舗で商品を販売するごとに商品の販売情報を記録し、集計結果を在庫管理やマーケティング材料として用いるシステムのこと。「販売時点管理」などとも訳される。

緻密な在庫・受発注管理ができるようになるほか、複数の店舗の販売動向を比較したり、天候と売り上げを重ね合わせて傾向をつかむなど、他のデータと連携した分析・活用が容易になるというメリットがある。このため、特にフランチャイズチェーンなどでマーケティング材料を収集するシステムとして注目されている。

(出展:IT用語辞典http://e-words.jp/)

---

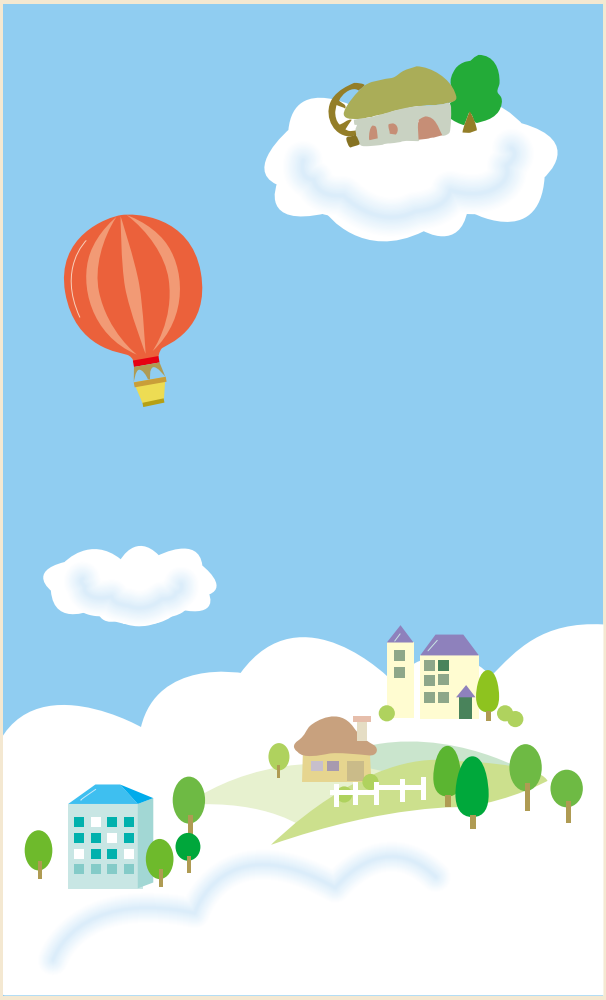
(2)平成20年度の集計結果を公表している厚労省のサイト…平成21年度 第3回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html

---

(3)DPCコーディング…コーディングとは、医師が作成したカルテに記載されている診断病名を国際疾病分類(ICD)に従ってコード化していくこと、つまり、ICD分類にもとづいて病名付けすることをいいます。

具体的には、患者さんの病名、行った手術や処置・検査などから検索し、該当するICDコードを使用してカルテや退院時サマリーなどの診療記録を完成させ、医療統計などに活用するとともに保存します。さらにICDコードや関連情報をもとに、決められたDPC分類にコード化していくことをDPCコーディングといいます。



Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

オリジナル医療情報誌創刊に当たり、アステム、ダイコー沖縄、藤村薬品3社の全社員を対象に誌名の社内公募（応募期間2010年2月15日～3月12日）を行い、応募者154名、応募総数194作品の中から厳正なる選考の結果、誌名を「Poti（ポチ）」に決定しました。

※名前の由来

Poti《 possibilities are infinite!：可能性は無限大!》
身近で最も親しみのある(犬の)名前「ぽち」にちなみ命名。
いつも身近な存在でありながら「無限の可能性」を持った情報誌に!

そのユニークな命名で今や“時の人”となった、鹿児島営業部出水支店の新浩一支店長から創刊に当たりメッセージが届いています。

「Poti（ポチ）創刊によせて」 株式会社アステム 鹿児島営業部出水支店　新 浩一

今回、思いがけず新名称に選ばれ正直驚いております。新情報誌の名称募集の案内を受けて、支店の営業課員には全員応募するよう指示をしていました。締め切りが近くなってきた頃、皆が出したかどうか、確認したところ、「全員応募済み!」とのことで、私もあわてて応募したしだいです。

何か親しみやすく愛されるような名称は無いかという思いと、弊社オリジナルの手づくり情報誌として、お得意先から期待されるものになって欲しい、待たれるものになって欲しいとの思いで命名しました。出水支店のMSも一様に驚いておりましたが名誉なことと一緒に喜んでくれました。

創刊号の完成を楽しみにしています。私はもちろん出水支店のMSも、より愛着を持ってお得意様にお届けさせてもらいます。

ポチの作成に携わる人も、届けるMSも、読まれる方々も、すべての人たちにとって最良の情報誌になることを祈っております。どうもありがとうございました！（出水支店　新 浩一）

『編集部から』

5/15にJRが主催する「新鳥栖駅レールウォーク」に出掛けました。全線開通に向け工事が進む中、鳥栖駅とその直前に立ちはだかる「筑紫トンネル」の入口までの間のレールの上を歩こうという企画です。

入場はフリーパスだったため、長い行列ができ、2時間待ちでようやくレール上にあがることができました。当日は久々に晴れて気温も高く、お日様に照らされながら行列で待ち続け、疲労困憊でしたが、トンネルの迫力とそこから吹き抜ける冷たい風が心地よく身体を癒してくれました。筑紫トンネルは、九州新幹線建設の最大の難関とも言われているそうですが、工事に携わった人の苦労と達成感に思いを馳せると同時に、「Poti」創刊準備の貫徹に、元気と勇気をもらったような気にもなりました。

情報誌「Poti」では、地域医療をキーワードに九州・沖縄、中国各地の様々な情報を盛り込んでいく所存です。私たち編集委員は、この新幹線のように地域と地域を情報のレールでつなぐことができればと考えています。精一杯走り回りますので、どうぞよろしくお願いします。（K.K.）

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

セミナーのご案内

病院経営支援セミナー in 鹿児島・大分

現政権下で初となる今回の診療報酬改定は10年ぶりにネットで引き上げとなりましたが、国と地方の財政事情の厳しさは相も変わらず、医療を取り巻く経営環境も予断を許さない状況にあります。地域医療連携、医療の質の向上、医療の効率化、人事労務管理、経営の健全化など、病院経営を戦略的に行うには様々な側面から情報を精査・評価した上で意思決定する仕組みの構築と、それを担う人材の育成が欠かせません。今回は、この分野のエキスパートである宮崎大学・荒木教授の取り組みの実例を交えながら、戦略的病院経営分析および人材育成についてご紹介いたします。

講演内容：『真に役立つ経営分析とは』 -病院経営分析における教育の重要性-

講師紹介：宮崎大学医学部附属病院 医療情報部教授、部長　荒木賢二 氏

鹿児島
日時：平成22年7月29日（木）講演18:30～20:00
会場：㈱アステム鹿児島営業部5階大会議室

大　分
日時：平成22年8月26日（木）講演18:30～20:00
会場：㈱アステム大分営業部会議室

【同時開催】システム展示 《病院経営分析システム》マーキュリー・《電子カルテシステム》IZANAMI
《医療の質・総合安全管理システム》SafeMaster

●お問い合わせ/弊社営業担当者までお問い合わせください。

システム紹介

医療の質・総合安全管理システム

Safe Master

Safe Masterとは、インシデント報告、統計分析、改善対策から安全研修まで、医療安全活動に必須の機能をトータルにサポートする実績あるシステムです。

1 **インシデント入力が簡単**
紙の報告用紙に近い形式のため違和感なく入力できます

2 **情報を共有できる**
報告を職員にフィードバックしたり、コメントを通知できます

3 **機能を拡張できる**
針刺しなどの様々な報告機能を簡単に追加できます

4 **Excel自動グラフ作成**
各種の統計分析グラフをExcelに自動作成できます

5 **RCA分析支援（その他各種分析法にも対応）**
出来事流れ図入力から改善対策立案までを支援します

6 **eラーニング教材**
充実した教材により医療安全分野の基礎教育が可能です

詳細は http://www.safemaster.jp/ をご参照ください。

平成22年度診療報酬改定 ご存知ですか？
医療安全対策加算1（専従の医療安全管理者）50点 → 85点（改）
医療安全対策加算2（専任の医療安全管理者）　35点（新）

安全活動を強力にサポート!

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.01 2010年7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 Tel.092-477-5754

NPO法人『よりよい地域医療を応援する会』設立記念

セミナー開催のご案内

地域医療の振興と医療機関

この度、NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」が設立されました。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に活動して参りたいと存じます。
そこで、NPO法人設立を記念し、下記セミナーを企画いたしました。
ご多忙中とは存じますが、是非、ご参加いただきますよう宜しくお願い申し上げます。

○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 福岡県福岡市中央区天神1-1-1 Tel.092-725-9113

1	**「地域から発想する医療」～地域主体の医療をめざして～** 福岡市医師会成人病センター 院長 「よりよい地域医療を応援する会」理事長	**信友浩一**
2	**「NPO法人の取り組み事例」** 「よりよい地域医療を応援する会」監事	**黒木昌明**
3	**「地域医療の再生・包括ケア」** 厚生労働省大臣官房審議官	**香取照幸**
4	**「地域医療の振興と医療機関」～改定DPCの狙いとするところ～** 産業医科大学医学部 公衆衛生学 教授 「よりよい地域医療を応援する会」理事	**松田晋哉**

【主　催】NPO法人 よりよい地域医療を応援する会
【後　援】㈱アステム、㈱ダイコー沖縄、藤村薬品㈱
【参加費】無料　※詳細は、弊社営業員までお問い合わせください。

特定非営利活動法人(NPO法人)「よりよい地域医療を応援する会」

【理念】この法人の基本理念を「われわれは自らの人格、志気、能力を育み、たゆまぬ創造と革新のもと事業を進化させ、人々の健康に関わる〈不〉の打開と健全社会への貢献に真の喜びを求める」と定め、この基本理念の体現を通じ、地域社会にとって欠くことのできない法人をめざすこととする。

【目的】この法人は、地域の医療機関、医療従事者および生活者に対して、医療に対する啓発活動や円滑に医療を享受できるネットワークの構築および各種の情報提供を通じ、地域医療の向上に寄与することを目的とする。

【事業】特定非営利活動に係わる事業
①地域における医療ネットワークの構築、②医療に対する啓発、③医療関係者を対象とした研修会開催、④「①～③」に関する情報提供、⑤その他前条の目的達成のために必要とする事業。

【設立】2010年4月

【役員】理事長：福岡市医師会成人病センター院長　信友浩一(前 国立大学法人 九州大学大学院医学研究院 医療システム学教室 教授)
理　事：学校法人産業医科大学医学部 公衆衛生学 教授　松田晋哉
理　事：株式会社アステム代表取締役副社長　吉村次生
理　事：株式会社アステム 機会創造部 執行役員部長　岡橋伸浩(NPO事務局長)
監　事：株式会社アステム 価値創造部 部長　黒木昌明