possibilities are infinite

Poti [ポチ]

2014.5 vol.24
MAY

特集●セミナーレポート

在宅ネット・さが 第5回市民公開講座 (2/8)

新宿区に「暮らしの保健室」を立ち上げ、地域包括ケアの拠点づくりに奔走する
訪問看護師・秋山正子さんを迎え、在宅ケアのあり方を考える

特集●ガイドライン ダイジェスト

高血圧治療ガイドライン2014

5年ぶりの改訂、実地医家を対象とした透明性の高い
ガイドラインへ

特集●実践メンタルヘルス(その2)

性格と運命を決める脳の中の兵士達

神経伝達物質と心身の病気

医療ICT新事情

アドヒアランス向上を目指して、電子お薬手帳「ファルモ」登場!

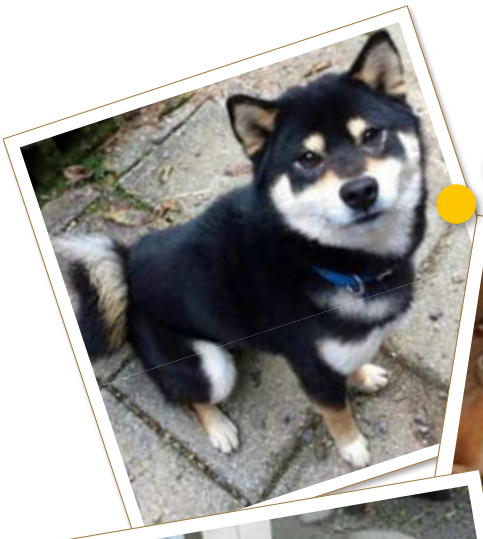
一押し!ME機器

クリニテック ステータス プラス 小型尿分析器

シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社



Poti



【表紙のワンちゃん】
南斗（なんと）、黒柴、
1歳・オス
…2月から人吉警察犬訓練所で修行中です！



撫子姫（なでしこひめ）〔通称おなつ〕、赤柴、
2歳半・メス
…柴犬グループのリーダー。黒毛混の珍しいごま柴です。



北斗（ほくと）、黒柴、
2歳・オス
…福寿姫と兄妹です。身体は一番大きいがとても優しい性格です。

現在行方不明に…。
迷子になって
半年経過中





福寿姫（ふくじゅひめ）、
白柴、2歳・メス
…体は小さくてもジャンプ力は一番！“おなつ”に絶対服従ですが、たまに反抗（笑）。



ポポ、チワワ、
8歳・オス
…一番年長です。
室内犬なので
おとなしいです。

以上5匹のワンちゃんたちを紹介しましたが、実は、まだまだ数えるのが大変なくらい大勢飼っています。夫婦共々無類の動物好きなため、歯止めがかからず、気が付けばこの状態に（笑）。でも皆それぞれに個性豊かで可愛い家族の一員です！

投稿者：小林清市 先生
医療法人暁清会小林脳神経外科（人吉市）
＜ワンちゃんのプロフィール＞
※順に、お名前／犬種／年齢・性別
小林先生からの一言

contents

02 〈セミナーレポート〉 第5回市民公開講座
多職種ネットワーク「在宅ネット・さが」、地域包括ケアをテーマに開催！

06 〈ガイドライン ダイジェスト〉5年ぶりの改訂、実地医家を対象とした透明性の高いガイドラインへ
高血圧治療ガイドライン2014

09 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

10 〈実践メンタルヘルス（その2）〉～神経伝達物質と心身の病気～
性格と運命を決める脳の中の兵士達

12 〈医療ICT新事情〉患者と薬局を双方向でつなぐ健康情報プラットフォームに
アドヒアランス向上を目指して、電子お薬手帳「ファルモ」登場！

16 〈ここらで一服、労務管理のお話〉
産休期間中の健康保険・厚生年金保険料免除が始まりました。

19 **ほっとたいむ**（ココラでちょっと一息ついてみませんか？）

20 〈医療機器情報〉一押し！ME機器
クリニテック ステータス プラス 小型尿分析器 シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社

22 〈税務の部屋〉～知っておきたい税務の話〈第5回〉
相続税・贈与税法改正のポイント（その2）

24 〈ランチェスター法則で業績を良くする方法〉〈第12話〉
成功のルールと新規客作りで成功する方法 株式会社アスカ 丸淳一社長の実践

26 〈はじめての人事・賃金基礎講座〉〈第12回〉
生産性と賃金決定の関連を考えてみよう

28 **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

多職種ネットワーク「在宅ネット・さが」、地域包括ケアをテーマに「第5回市民公開講座」を開催！

新宿区に「暮らしの保健室」を立ち上げ、地域包括ケアの拠点づくりに奔走する訪問看護師・秋山正子さんを迎え、在宅ケアのあり方を考える







「在宅ネット・さが」代表世話人
（満岡内科消化器科医院）満岡聰院長

在宅ネット・さが 第5回市民公開講座

■第1部：基調講演「つながる地域、つながるいのち」
講師：秋山正子さん（白十字訪問看護ステーション統括所長／暮らしの保健室室長）
座長：上野幸子さん（佐賀県看護協会訪問看護ステーション所長）

■第2部：シンポジウム「私たちがつくる地域包括ケア」
事例報告：八坂要さん（佐賀県職員）、満岡聰さん（医師）、馬場美代子さん（看護師）、坂上泰清さん（地域包括支援センター・ケアマネジャー）、脇坂律子さん（薬剤師）
座長：矢ヶ部伸也さん（医師）／コメンテーター：秋山正子さん（看護師）

■場　所：佐賀勤労者総合福祉センター（メートプラザ佐賀）ホール　■日　時：2014年2月8日（土）14:30～17:30

「在宅ネット・さが（代表世話人＝満岡内科消化器科医院・満岡聰院長）」が主催する市民公開講座が2月8日に佐賀市内で開催されました。2012年3月の第1回開催以来、年2回のペースで行われ、5回目となる今回のテーマは「つながる地域、つながるいのち～私たちがつくる地域包括ケア」です。第1部の基調講演では、訪問看護のパイオニアであり、現在でも高齢化率約50%という新宿区の大型団地・戸山ハイツにおいて地域住民や医療・介護の従事者等の連携拠点となる「暮らしの保健室」を開設するなど精力的に活動を続ける秋山正子さんを招聘。長年訪問看護に携わる秋山さんのこれまでの活動や「暮らしの保健室」での新たな取り組みを通じて、地域で療養する人とそれを支える人々との「つながる力」の大切さについて講演いただきました。第2部のシンポジウムでは、在宅ネット・さがのメンバー等が登壇し、各々が経験した在宅ケアの事例を披露。佐賀県の現状と地域包括ケアシステムの在り方を考える良い機会となりました。

●オープニング●

開催に際して

この市民公開講座では、開催に際して毎回、総合司会者から「この講座では、多職種が上下の隔てなく、協働で患者・家族に係わっていくことを目指しているために“先生”という表現はあえて使わない」という旨のアナウンスが流れます。医師、看護師をはじめ医療・介護・福祉に関係するあらゆる職種の方々が参加する在宅ネット・さがでは、発足以来お互いを「～さん」と呼び合うのがルールとされており、この市民公開講座でもその方針が貫かれています。確かにこのことで、一気に登壇者と来場者との距離が縮まる気がします。このレポートでもその雰囲気を大切にしたいと思い、親しみを込めて登場される方々の敬称を「さん」に統一して進めたいと思います。

●第1部 基調講演●

つながる地域、つながるいのち

演者:秋山正子さん(白十字訪問看護ステーション統括所長／暮らしの保健室室長)

●がん患者の家族としての関わりが出発点

座長を務める佐賀県看護協会訪問看護ステーション所長の上野幸子さんの紹介を受け、秋山さんは、まずご自身の略歴を示し、看護師になったきっかけから話し始めます。「16歳の時、末期がんの父を在宅で看取る経験をしたことが私の原点」と秋山さん。このことをきっかけに、「看取りのあり方について深く考えるようになり、看護の道を志すようになった」と明かします。

その後、希望通り看護師となった秋山さんは、1990年に今度は2歳上のお姉さんが末期がんを患い在宅で看取る経験をしたといいます。「このとき在宅ホスピスケアに取り組んだことが訪問看護との出会いだった」と語ります。1992年9月には、東京・市ケ谷で、当時制度化されたばかりの訪問看護ステーションに従事し、在宅ホスピスを中心とした訪問看護活動を始め、2001年には、同ステーションを株式会社に組織変更し現在に至っているとのことでした。

以来、「同じ地域で訪問看護の火を絶やさずに灯し続け、いのちに寄り添うケアを生活の場にお届けしたい。そして訪問看護に興味を持つ人をもっと増やしていきたい」との思いで取り組まれています。

●訪問看護師は「隣のおばさん」になろう

秋山さんのこうした活動が注目を浴び2010年にNHK「プロフェッショナル仕事の流儀」という番組に出演。今回この講座には高校生も受講すると事前に聞かされていた秋山さんは、学生でもイメージできるように特別に番組のVTRを数分間上映し訪問看護の現場をリアルに再現。そこには、自転車に乗って颯爽と患者宅を訪問し、やさしい笑顔で患者・家族と接しながらケアを行う秋山さんの生き生きとした姿が映し出されていました。そんな秋山さんをナレーターは「市ケ谷のマザーテレサ」と表現しますが、VTRの中の秋山さんは、訪問先で患者・家族等と接するとき、“隣のおばさんになる”とのこと。「何気ない世間話で医療者には言いづらいことも言える雰囲気をつくる。そうすると相手は胸のうちに抱えているものを話し出してくれるようになり、そこから病状の悪化なり、いち早く察知できる」と語る秋山さんの考え方に会場の多くの人が感銘を受け共感した様子でした。

●地域包括ケアシステムと訪問看護ステーション

次に秋山さんはこの日のテーマでもある地域包括ケアシステムについて触れます。「地域包括ケアシステムには、(1)医療との連携強化、(2)介護サービスの充実強化、(3)予防の推進、(4)見守り、配食、買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護、(5)高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備、という5つのテーマがあるが、2025年の高齢化のピークに向けて同時進行していくことになる。医療・介護の連携を進めるうえで訪問看護ステーションの役割がますます重要になる」と語ります。

続けて、「訪問看護は老人保健法の改正で生まれた制度だが、現在は高齢者だけでなく、小児特化型、精神特





■基調講演での秋山正子さん



■座長を務める上野幸子さん







■基調講演後の秋山正子さん…第2部との合間は、秋山さんの著書の即売とサイン会場に早変わり

化型、在宅ホスピス特化型というように対象の拡大と専門化が進み、さらには呼吸器疾患特化型や療養通所介護、複合型・多機能化などの類型もでき、様々なニーズに対応してきた。これからは、教育ステーション・機能強化型ステーションを広めていきたい」と述べ、訪問看護のあり方に展望を示しました。

●救急車を呼ぶことは、延命処置の意思表示

次に「救急車を呼ぶということ」について会場に問いかけます。秋山さん自身が関わり、救急車を呼ばずに在宅療養を続け、家族に囲まれながら天寿を全うできた例を示しながら「在宅療養中に救急車を呼ぶと、あらゆる延命処置を希望するという意思表示になってしまい、病院で最期を迎える可能性が高くなるということを理解しておくべき」と指摘します。

ここで開演の際、来場者に配布した「暮らしの健康手帳」という小冊子を示し、その中の「呼吸が止まったときに救急車を呼ぶと？」というページを紹介。この冊子は秋山さん等が執筆・編集したもので、在宅療養を行うときの心得の役割を果たす内容となっています。「呼吸が止まったときにあわてて救急車を呼ぶと救急隊から警察に連絡が行き検死扱いされてしまうこともある。そうならないためには、いざというときに駆けつけてくれる在宅主治医と看護師等を日頃から決めておくと良いし、市民もむやみに救急車を呼ばないよう意識と行動の変容が求められる」と理解を求めました。

●高齢化率50%の大型団地に「暮らしの保健室」を開設

さて、基調講演も終盤に入り、話題は秋山さんが立ち上げた「暮らしの保健室」に移ります。

まず、秋山さんは「高齢者の看取りを地域で引き受けていくには、専門医がいる病院や訪問看護ステーションなどが24時間体制で在宅医を支える医療・介護の連携が重要で、そのためにはインフォーマルサービスも含んだ地域ネットワークを起動させる必要がある。豊かな死を可能にし、人生の最終章を生き切るための支援ができる地域づくり、看取りができる町をつくろう」と提起します。そして、そのためには、「医療も含んだ相談支援の場所が町の中にあったらいいなと思い、それが『暮らしの保健室』」と語ります。

開設に至る経緯は、秋山さんが所属する「(新宿区)牛込地区の医療連携を考える」の会合がきっかけだったとのこと。秋山さんの訪問エリアである牛込地区の中でも特に高齢化が激しく、住民の約50%が高齢者で、そのうち約40%が独居という、2025年を先取りしたような大型都営団地・戸山ハイツの1階テナントをある人に紹介され、2011年7月に「暮らしの保健室」が誕生しました。

暮らしの保健室の中は、オープンキッチンとメインテーブルに椅子が配置された造りになっており、「マギーセンター」を参考にしたといいます。マギーセンターとは、英国のがん患者支援センターのことで、2008年にその存在を知った秋山さんは、渡英し視察するなど交流を深める中、日本への導入を考えていたという経緯があります。

「実際に地域に暮らす高齢者は、『病院に通っているけど、なかなか相談し難い。ゆっくり話を聞いてもらいたい。入院での治療は辛いので家に帰りたい。介護や福祉の相談はどう区別していいか分からず、悩んでいる。退院するように言われたが不安だ』といった様々な問題を抱えているが、どこに相談して良いかわからない」と指摘した上で、制度の垣根を取り払い、あらゆる相談に対応できる場所の必要性を説きます。暮らしの保険室の内部を紹介したスナップ写真には、がんの術後に浮腫がひどいという方にマッサージを紹介したり、入院中の患者さんの家族からの相談を受けたりしている様子などが切り撮られていて、秋山さんの思いがよく分ります。「医療や介護の相談だけでなく、時には赤ちゃんを抱えた若いお母さんの息抜きの場にもなっている」と秋山さんは微笑みます。

●在宅医療連携拠点事業の活動を通じて機能が充実

さらには、このような相談機能だけでなく、地域住民や医療・介護・福祉に関係する多職種の方の勉強会の場所としても機能しています。2011年度・2012年度の2期に渡り厚労省のモデル事業・在宅医療連携拠点事業に採択され活動した結果、多職種連携が広がりをみせ、現在、地域ケア会議もここで行われているとのことでした。

また、拠点事業の成果として、「震災等の影響で神経が過敏になったお婆さんがちょっとしたことですぐ、救急車を呼び大病院に行くのを繰り返すことから、『オオカミお婆さん』のような状態だったが、多職種ネットワークが介入することで落ち着き、救急車を呼ばなくなった」といいます。

「予防から看取りまで、つながりが拡大している。ここに集う多職種にとって学び合う『場』としての力を発揮するようになってきた。つながる力を信じて、今後も在宅ケアを充実させていきたい」と抱負を語り、秋山さんは話を終えました。

●第2部シンポジウム●

私たちがつくる地域包括ケア

シンポジストによる5つの事例紹介とディスカッション
(会場との質疑応答)

①佐賀県の地域包括ケアの展望…
佐賀県健康福祉本部長寿社会課・八坂要さん

八坂さんは、佐賀県における今後の高齢者人口の見通しについて、2025年には65歳以上の高齢者は25万人に達してピークを迎えることなどを指摘。それを支える仕組みとして、ユニバーサルデザインを前提とした在宅生活サポートシステムの構築を目標としていること等を説明し、会場に対して理解と協力を求めました。

②認知症と廃用症候群の例、③心不全の例…
満岡内科消化器科医院／在宅ネット・さが代表世話人〈医師〉満岡聰さん

在宅ネット・さがの代表世話人である満岡さんは2つの事例を披露。認知症で寝たきりの患者を多職種で支えた事例では、在宅で看取りが行われた後、笑顔でエンゼルケアを施す家族の姿が紹介され印象的でした。また、亡くなる間際にはお坊さんまでも来てくれたというエピソードも示し、地域包括ケアは医療・介護従事者の連携だけではなく生活圏内全ての人で構成されるべきものだと指摘。加えて、猫もケアに携わったという例もユーモラスに紹介。在宅ケアの現場は決して辛く苦しいだけのものではないことを改めて我々に教えてくれました。

④最期まで支える訪問看護（訪問薬剤）…
佐賀県訪問看護ステーション〈看護師〉馬場美代子さん、らいふ薬局佐賀県医療センター好生館前店〈薬剤師〉脇坂律子さん

次に看護師の馬場さんと薬剤師の脇坂さんによる末期がん患者の看取りについての紹介です。夫と死別したうえに末期がんになり、娘等に迷惑をかけたくないので、早く死にたいと訴えていた患者が訪問看護師や訪問薬剤師が介入することで、最期まで家で過ごすことができたという例を示してくれました。「内服薬から注射薬に替わったときに、薬剤師が注射薬のセットをすることで看護師はケアに専念できた」といい、薬剤師が係わるメリットを訴えました。

⑤高齢者安心ネットワーク小城北について…
小城市北部地域包括支援センター長・坂上泰清さん

最後に坂上さんから、小城北部地域包括支援センター（通称・おたっしゃ本舗小城北）が取り組む「高齢者安心ネットワーク」についての紹介がありました。小城北地区では地域資源や協力者が少なく連携も進んでいない現状があったことから在宅生活の危機が叫ばれ、ネットワークの構築に着手したとのこと。「人生の歩みの中で築かれたその人の暮らしが介護資源になる」という考え方を踏まえてネットワークがスタートしたといいます。地域ケア会議を立ち上げ、高齢者本人による手挙げで登録する「見守りキーホルダー」の制度化やクラウド型の連携システムのモデル事業を開始するなどユニークな取り組みが発表され、会場の注目を浴びていました。

●シンポジストと会場との質疑応答

最後に、秋山さんも加わりシンポジストと来場者との質疑応答が行われました。この市民公開講座では、市民から様々な質問の声が挙がるのが特徴です。その中で最も印象的だったのは、「自分がボケて介護が必要になったら、家族に迷惑をかけたくないので、どうすれば安楽死できるか？」との問いに対して、秋山さんから「人間“ボケ”てもいいのではないですか？どんな状態になっても皆で見守っていける風土になれば、決して迷惑をかけることにはならない」との答えでした。さらには「そうなれば、ポックリ逝ってしまったら寂しい。ちょっとくらい世話を焼かせてほしかったという気持ちになるはず。どうぞ天寿を全うするまで、十分に“ボケ”てくださいというくらいの気持ちになりましょう!」と呼びかけると会場から大きな拍手が沸き起こりました。

今回のこの講座を通じて、地域包括ケアシステムに必要不可欠なものは、私たち自身の意識改革ではないかと感じました。


八坂要さん


満岡聰さん


馬場美代子さんと脇坂律子さん


坂上泰清さん



■ディスカッション（右2人は、秋山正子さんと座長を務める矢ヶ部伸也さん）

高血圧治療ガイドライン2014（日本高血圧学会）

～5年ぶりの改訂、実地医家を対象とした透明性の高いガイドラインへ～

日本高血圧学会(JSH)は2014年4月、5年ぶりの改訂となる「高血圧治療ガイドライン2014(JSH2014)」を発刊しました。従来よりJSHのガイドラインは高血圧を診療する幅広い領域の医師を主な対象としてきましたが、JSH2014では実地医家に加え、薬剤師、特定健診・特定保健指導で高血圧予防に取り組む保健師、看護師、栄養士なども利用対象として明記されました。JSH2014の作成委員会は、執筆委員や査読委員、内・外部評価委員、関連14学会のリエゾン委員など、計151名の大所帯で構成され、エビデンスだけを重視するのではなく専門家のコンセンサス(合意)形成も考慮した「evidence based consensus guideline」を目指し作成されました。また、原案の公開による意見公募を行うなど作成プロセスをオープンにし、透明性の確保にも重点が置かれました。ここでは、JSH2014の改訂ポイントを中心に解説します。

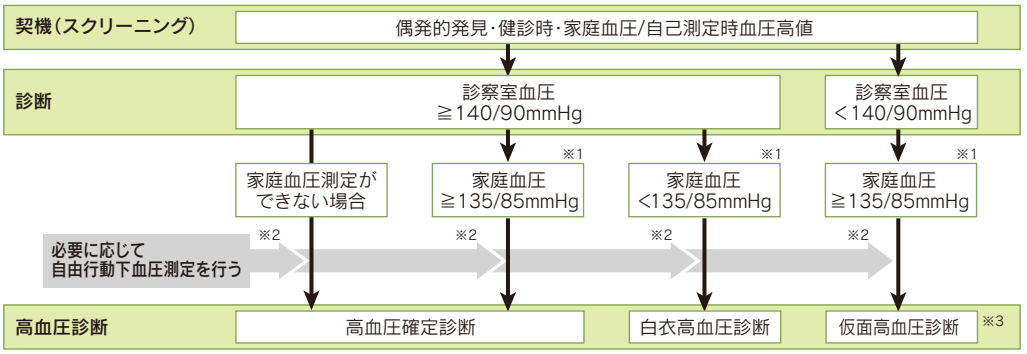
JSHの一連のガイドラインで初めてエビデンスレベルと推奨グレードを付与

JSH2014ではJSH2009と同様に診療上の重要項目がPOINTとして示されていますが、臨床(診断・治療)で推奨することが望まれる項目について、JSH2014において初めてエビデンスレベルと推奨グレードが記載されました。ただし、欧米のエビデンスはあくまでも本邦とは疾病構造が異なるとの考え方から、心筋梗塞の多い欧米におけるハードエンドポイントにこだわることなく、脳卒中の多い本邦の現状も部分的に考慮して推奨グレードが決定されました。

家庭血圧優先へ。診察室血圧を基本とする従来指針からの転換

従来、家庭血圧に関しては臨床的な位置付けが明確ではなかったのですが、今回の改訂では「診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する」と、診察室血圧よりも家庭血圧を優先する方針が明確に打ち出され、それに伴い高血圧診断の手順が新たに提示されました。診察室血圧よりも家庭血圧の方が予後予測能をはじめとする臨床的評価が高いとするエビデンスが蓄積されていること、そして、近年本邦では高血圧患者の間に家庭血圧測定が広く普及していることがこの背景にあります。また、家庭血圧の推奨測定方法もより詳しく示されました。従来は「1機会につき1回以上(1～3回)」と幅を持たせていた測定回数を、JSH2014では「1機会につき原則2回」の測定とし、「2回の平均値をその機会の血圧値として用いる」というように分かりやすく記載されました。なお、高血圧基準値(診察室血圧:140/90mmHg以上、家庭血圧:135/85mmHg以上)に変更はありません。

●JSH2014:血圧測定と高血圧診断手順



※1 診察室血圧と家庭血圧の診断が異なる場合は家庭血圧の診断を優先する。自己測定血圧とは、公共の施設にある自動血圧計や職域、薬局などにある自動血圧計で、自己測定された血圧を指す
※2 自由行動下血圧の高血圧基準は、24時間平均130/80mmHg以上、昼間平均135/85mmHg以上、夜間平均120/70mmHg以上である。自由行動下血圧測定が実施可能であった場合、自由行動下血圧基準のいずれかが以上を示した場合、高血圧あるいは仮面高血圧と判定される。またすべてが未満を示した場合は正常あるいは白衣高血圧と判定される
※3 この診断手順は未治療高血圧対象にあてはまる手順であるが、仮面高血圧は治療中高血圧にも存在することに注意する必要がある

降圧目標の整理

従来、若年・中年患者の降圧目標(診察室血圧)は「130/85mmHg未満」でしたが、例えば135mmHgまで降圧できた場合、「高血圧基準値の140/90mmHg以上を満たさなくなったのに目標は達成していない」という矛盾が生じていたため、JSH2014では降圧目標を基準値にあわせて「140/90mmHg未満」へと緩和し、矛盾の是正を図りました。

高齢者は前期高齢者(65～74歳)と後期高齢者(75歳以上)に分類され、前期高齢者患者の降圧目標はJSH2009の高齢者患者と同じ「140/90mmHg未満」に据え置かれました。一方、臓器障害を伴うことが多い後期高齢者患者は、重要臓器の血流障害をもたらす可能性に留意し「150/90mmHg未満」とされました。ただし、忍容性があれば「140/90mmHg未満」を目指すことが推奨されています。

糖尿病患者については、厳格な降圧を指示するエビデンスがないという近年の知見より、世界的に降圧目標値を緩和する方向に動いています。米国(ADA2013)は140/80mmHg未満へ、欧州(ESH/ESC2013)も140/85mmHg未満へと上方修正されました。ただし、欧米に比べ脳卒中の発症率が高い本邦の現状を考慮し、脳卒中については厳格な降圧の有効性が認められていることから、JSH2014では糖尿病患者の目標値を厳格な「130/80mmHg未満」に据え置いたことが注目されています。

慢性腎臓病(CKD)患者に関してはこれまで降圧目標を「130/80mmHg未満(尿蛋白1g/日以上なら125/75mmHg未満)」とし、第一選択薬としてRA系抑制薬(ARB、ACE阻害薬)を推奨していましたが、JSH2014では糖尿病の有無に分けて降圧目標と第一選択薬が示されました。非糖尿病患者では、蛋白尿陰性の場合降圧目標を「140/90mmHg未満」とし、第一選択薬はRA系抑制薬、Ca拮抗薬、利尿薬を推奨しました。一方、蛋白尿陽性の場合は「130/80mmHg未満」とし、第一選択薬はRA系抑制薬が推奨されています。なお、糖尿病があればアルブミン尿の有無によらず「130/80mmHg未満」を目標とし、第一選択薬にRA系抑制薬を推奨しています。

心筋梗塞後患者の目標値は、JSH2009では厳格な「130/80mmHg未満」に設定されていましたが、心筋虚血があると血圧値と心血管イベント発生率にJカーブ現象が認められるとの報告から、JSH2014では冠動脈疾患患者の降圧目標値を「140/90mmHg未満」に統一し、可能であれば「130/80mmHg未満」を目指すこととされました。

●JSH2014:降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年、中年、前期高齢者患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満
後期高齢者患者	150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)	145/85mmHg未満(目安) (忍容性があれば135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満
CKD患者(蛋白尿陽性)	130/80mmHg未満	125/75mmHg未満(目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患患者	140/90mmHg未満	135/85mmHg未満(目安)

注　目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHgが、高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである

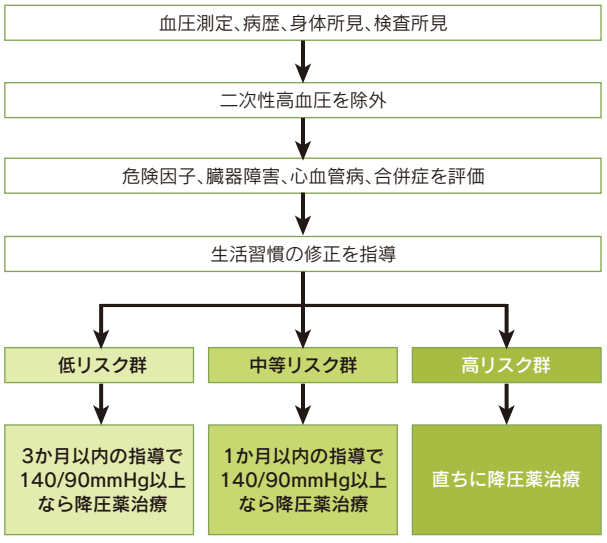
リスク層別化のチャートはJSH2009を踏襲、ただし正常高値血圧はチャートから削除

血圧値と血圧以外のリスク要因を組み合わせた脳心血管リスクの層別化についてはJSH2009のチャートがほぼ踏襲されましたが、正常高値血圧(130-139/85-89mmHg)に関する記載が削除され、高血圧に特化したチャートが作成されました。JSH2009に正常高値血圧が記載されたことにより正常高値血圧のリスクへの関心が高まった一方で、病態によっては正常高値血圧がすでに降圧目標値に到達している状態になり現場で混乱を招いていたため、今回の改訂で変更されました。

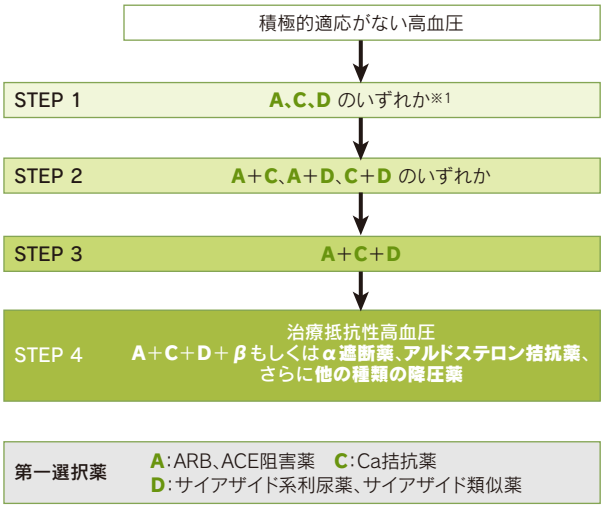
●JSH2014:診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化

リスク層（血圧以外の予後影響因子） ＼ 血圧分類	Ⅰ度高血圧 140-159/90-99mmHg	Ⅱ度高血圧 160-179/100-109mmHg	Ⅲ度高血圧 ≧180/≧110mmHg
リスク第一層（予後影響因子がない）	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層（糖尿病以外の1-2個の危険因子、3項目を満たすMetSのいずれかがある）	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層（糖尿病、CKD、臓器障害/心血管病、4項目を満たすMetS、3個以上の危険因子のいずれかがある）	高リスク	高リスク	高リスク

●JSH2014:初診時の高血圧管理計画



●JSH2014:積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方



※1 高齢者では常用量の1/2から開始、1-3か月の間隔で増量

積極的適応がない場合の第一選択薬からβ遮断薬を除外

JSH2014では第一選択薬を「積極的適応がない場合の高血圧に使用するもの」と定義した上で、糖尿病惹起作用、臓器障害・心血管病抑制効果で他剤に劣るとのエビデンスに基づきβ遮断薬を第一選択薬から除外し、「Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、少量利尿薬」の4種を第一選択薬に推奨しました。ただし、心疾患合併例におけるβ遮断薬の重要性は豊富なエビデンスからも明らかであり、β遮断薬はそのような合併症(積極的適応)がある場合に用いられる主要降圧薬であることに変わりはありません。

最後に

JSH2014は、約4300万人にのぼる日本の高血圧患者さんを支えている実地医家の先生方やコメディカルの方々に向け、最新エビデンスを反映して分かりやすく作成された日本独自のガイドラインです。日本高血圧学会はJSH2014の普及を目指し、電子版を同学会のホームページ上(http://www.jpnsh.jp/)で無料公開しています。本ガイドラインが高血圧診療に携わる多くの方に活用され、日本の高血圧診療が更なる進歩を遂げることが望まれます。

【参考文献】
・高血圧治療ガイドライン2014(日本高血圧学会)
・Nikkei Medical 2013年12月号特別編集版(株式会社日経BP)
・Japan Medicine MONTHLY 2013年9月号(株式会社じほう)

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

平成26年5月収載予定の新医薬品

商　品　名	会社名	一般名	備考
【内 用 薬】			
アテディオ配合錠	持田	バルサルタン/シルニジピン	高血圧症治療剤 (ARB/Ca拮抗薬配合剤)
アビガン錠200mg	大正富山	ファビピラビル	抗インフルエンザウイルス薬
アプルウェイ錠20mg	サノフィ	トホグリフロジン水和物	2型糖尿病治療剤 (選択的SGLT2阻害薬)
デベルザ錠20mg	興和		
イクスタンジカプセル40mg	アステラス	エンザルタミド	前立腺癌治療剤
エフィエント錠3.75mg、5mg	第一三共	プラスグレル塩酸塩	抗血小板剤
エネーボ配合経腸用液	アボット	経腸成分栄養	経腸栄養剤
ザクラス配合錠LD、HD	武田	アジルサルタン/アムロジピンベシル酸塩	高血圧症治療剤 (ARB/Ca拮抗薬配合剤)
タケルダ配合錠	武田	アスピリン/ランソプラゾール	抗血小板薬/PPI配合剤 (アスピリン/ランソプラゾール配合剤)
タペンタ錠25mg、50mg、100mg	ヤンセン	タペンタドール塩酸塩	癌性疼痛治療剤
テノゼット錠300mg	GSK	テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩	抗ウイルス化学療法剤 (B型慢性肝炎治療薬)
フォシーガ錠5mg、10mg	小野	ダパグリフロジンプロピレングリコール	2型糖尿病治療剤 (選択的SGLT2阻害薬)
ラコールNF配合経腸用半固形剤	大塚製薬	経腸成分栄養	経腸栄養剤
ルセフィ錠2.5mg、5mg	大正富山、 ノバルティス	ルセオグリフロジン水和物	2型糖尿病治療剤 (選択的SGLT2阻害薬)
ロンサーフ配合錠T15、20	大鵬薬品	トリフルリジン/チピラシル塩酸塩	抗悪性腫瘍剤 (代謝拮抗性抗癌剤/抗癌剤分解酵素阻害剤配合剤)
【注 射 薬】			
タイサブリ点滴静注300mg	バイオジェン・ アイデック	ナタリズマブ(遺伝子組換え)	多発性硬化症治療剤
トレプロスト注射液20mg、50mg、100mg、200mg	持田	トレプロスチニル	肺動脈性肺高血圧症治療剤 (PGI_2誘導体製剤)
レスピア静注・経口液60mg	ノーベルファーマ	無水カフェイン	未熟児無呼吸発作治療剤
【外 用 薬】			
グラッシュビスタ外用液剤0.03%3mL、5mL	アラガン	ビマトプロスト	睫毛貧毛症治療剤 (プロスタマイド誘導体)
スミスリンローション5%	クラシエ	フェノトリン	疥癬治療剤

※詳細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

実践メンタルヘルス（その2）

性格と運命を決める脳の中の兵士達

～神経伝達物質と心身の病気～



熊井 三治
鞍手クリニック 内科・心療内科医

1. 脳の中の三銃士

昔から日本でも3人寄れば文殊の知恵といいます。文殊とは知恵を司る菩薩のことですが、ここで出てくる3人とはむしろ一般人ということになります。すなわち一般人でも3人集まれば菩薩クラスのお坊さんの知恵が出せるということになります。

しかしこれはあくまでも知恵であり知識ではありません。たとえば、所詮古いタイプのコンピュータが何台あっても、最新バージョンのコンピュータにはかなうはずがありません。ここでの知恵はあくまでも生き方の知恵ということになります。

知識に目的、動機や行動力が加わったものが知恵ということになりますが、それらの機動力の源は私達の中にあります。そしてそれらの機能を色々と担っているのが脳内の神経伝達物質です。

皆さんも良くご存じのことですが、大まかにいってこの神経伝達物質には、興奮や緊張の時に放出されるノルアドレナリン、好奇心や快感を伴うドーパミン、幸福感や平安をもたらすセロトニンの3つがあります。

これらの3種の神経伝達物質の働きが中心となって、私たちの性格やそれに並走する運命も決められているといっても過言ではありません。これらの物質の出方が比較的多い人は生き生きしていてユーモアにあふれ、経済的にも社会的にも成功する人が多くいます。

しかしセロトニンやドーパミンが暴走すると統合失調になったり、低下するとうつ病になったりします。またドーパミンが中脳の黒質から分泌されなくなるとパーキンソン病になってしまいます。

このように現実的には、誰もが神経伝達物質が平均して高いわけでも低いわけでもありません。多くの人はセロトニンの機能が悪かったり、ノルアドレナリンの機能が低かったりと色々です。ですから事をなすにあたっては複数の人がいる方が良いのです。色々な人（脳）のあつまりで事をなす方が良い知恵が出てきます。すなわち文殊の知恵です。

くしくも小さい頃に読んだダルタニアン物語に出てくる三銃士（図1）のそれぞれの性格が、脳内伝達物質のそれぞれの機能と類似しています（表1）。宗教的で平和主義的なアラミスはセロトニン機能に類似し、勇気があり大胆でやや快楽主義のアトスはドーパミン性格です。そして大酒飲みで力持ちで好戦的なポルトスはどちらかというとノルアドレナリン性格です。

〈図1〉



〈表1〉三銃士の性格と脳内の神経伝達物質の機能との類似性

登場人物	生き方、性格	神経伝達機能	脳内アミン
アラミス	冷静、平和主義、信仰、理性的	満足感、平安、鎮静、幸福感	セロトニン
アトス	勇気、大胆、かけ事が好き、女性遍歴	好奇心、活力、興味、新奇性、	ドーパミン
ポルトス	力持ち、酒好き、単純、戦いが好き	瞬発力、興奮、緊張、競争力、持続力	ノルアドレナリン

この話はダルタニアンのもとで、これら個性的な3人が協力して敵とうまく戦って行く物語です。このように私達も難しい病気はチームを組んで対応して行きますが、単なる医学的知識の寄せ集めでなく、各医療従事者の力動性のある個性的な能力の集結により、より困難な病気にも対峙していくことが出来るのです。

2. 糖尿病とうつ病と神経伝達物質

現在糖尿病は潜在患者さん含め2210万人、うつ病は治療している人が100万人以上、治療していない人を含めると300万人以上いると考えられます。

実はこれらの病気はこの脳内の神経伝達物質と深い関係があります。たとえばうつ病はセロトニンが減ってしまう病気です。不規則な生活習慣にストレスが加わり、過労や不眠でセロトニンを中心とした脳内アミンが枯渇するのです。今うつ病の治療薬として、セロトニンを増強するSSRIやSNRIなどの良い薬が出ていますが、原点はこの神経伝達物質の正常化と調整にあります。ただセロトニン増強には食事や運動や睡眠も重要です（図2）。

糖尿病になるとうつ病になる確率が2倍になります。糖尿病が悪化するとセロトニンやドーパミンが下がってきます。「表2」は3つの神経伝達物質の機能を診る問診表です。これを正常人と糖尿病患者さんとうつ病患者さんに行って棒グラフにしたのが「図3」です。

健常者と比較して、糖尿病やうつ病の患者さんは、やる気

〈図2〉



神経伝達物質セロトニンは一番忙しい!!!

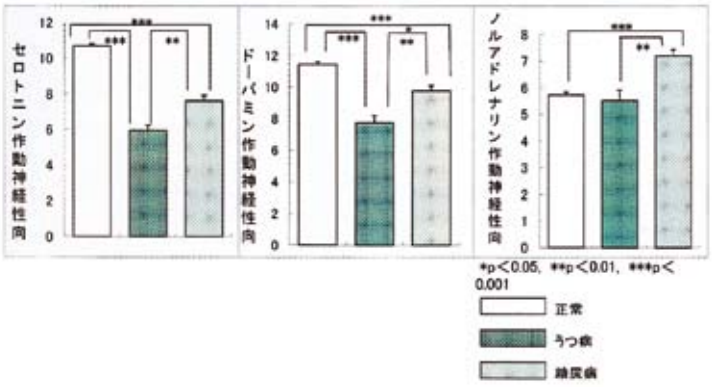
と快感のドーパミンと、安心と充実のセロトニンの機能が下がっています。さらにうつ病患者さんでは、有意ではありませんが、元気と活力のノルアドレナリンも下がる傾向があります。ところが糖尿病患者さんは、ノルアドレナリンは高く、これは病気が進行していても変わりません。

詳しくは述べられませんが、糖尿病の患者さんは元気なうつ病になり易いと考えられます。ですから糖尿病の患者さんがうつ病になっていても、仕事も出来て元気なのでなかなか分かりません。しかし、時にコントロールの悪い患者さんで、うつ病が疑われるときに抗うつ剤を出すと、両方とも良くなることもあります。

〈表2〉問診表

質問事項		
セロトニン作動神経性向		
1．現在健康であるかもしくは今後健康で過ごす自信がありますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
2．現在幸福であるか今後幸福に過ごす自信がありますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
3．気持ちがいつも安らいでいますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
4．ありがたいと思うことが多いですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
5．人には親切で冗談も言いますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
6．自然と親しんでいますか	(いいえ・ときどき・はい)	
7．家族とのコミュニケーションは良いですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
ドパーミン作動神経性向		
1．仕事熱心ですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
2．いつも自分に自信がありますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
3．何事にも熱中しやすいですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
4．人より向上心が強い方ですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
5．仕事をするのが楽しいですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
6．色々なことに興味を感じますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
7．気分転換がうまくクヨクヨ心配しませんか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
8．楽しい夢を見ますか	(いいえ・ときどき・はい)	
ノルアドレナリン作動神経性向		
1．人と議論をするのが好きですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
2．人に負けるのが大嫌いですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
3．じっとしているのが嫌いですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
4．家にいるのが嫌いな方ですか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
5．スポーツを楽しむより勝ち負けにこだわりますか	(いいえ・どちらでもない・はい)	
6．一度に二つ以上の仕事を同時にすることがありますか	(いいえ・ときどき・はい)	
7．相手の動作や話し方が遅いとイライラしますか	(いいえ・ときどき・はい)	
いいえは0点、どちらでもないは1点、はいは2点で合計計算をする		

〈図3〉



3. ホメオスターシスと中道的生活

このように、私たちの行動は脳内の神経伝達物質により、性格や行動が支配されているといっても過言ではありません。全体的にこれら3つの物質が少し高いくらいが良いかもしれませんが、もっと大切なことはこれらの伝達物質のバランスが大切です。皆さんも問診表でチェックしてみて下さい。

元来これらはホメオスターシス（均衡機能）を持っています。たとえばやる気や冒険心のドーパミンが過ぎると、危険防止のため平和主義のセロトニンがドーパミンを抑制します。ところが思春期などはドーパミンなどの神経伝達物質の分泌が多く、暴走してしまうことがあります。また思春期に統合失調症が発症するのは、これらのことが要因ともなっており、そういう場合はドーパミンの分泌を抑制する薬が使われます。

また初老期はこれら神経伝達物質の産生が低下してきます。年を取ってセロトニンが不足すると初老期うつ病になり易く、ドーパミンやノルアドレナリンが減ると元気さや活力が失われ、また抑制的に働くセロトニンが減ると、イライラして怒りっぽい老人になるかもしれません。

このように精神的な危機は、これらの神経伝達物質がホメオスターシスの機能を失い、バランスが崩れてしまうことから生じます。しかし、思春期と初老期が危ないのはもちろんですが、壮年期でも不規則な習慣や過労のための睡眠、食事、運動が十分でなくなるとその大切なバランスが崩れてしまいます。

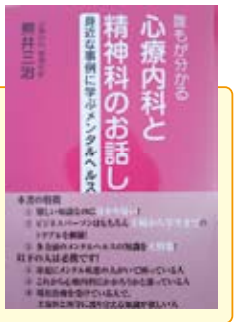
出来るだけ多様な生活をして偏らない中道的生活をすることこそが、これらの神経伝達物質の健全な働きを助け、年齢や性別に関係なく脳の若さを獲得することにつながります。詳しくは近著（誰でもわかる心療内科と精神科のお話し：鞍手総合医学社出版）を参考にして頂ければ幸いです。

【筆者近著紹介】

誰もが分かる心療内科と精神科のお話し 身近な事例に学ぶメンタルヘルス **脱不幸！**

メンタルヘルスの多方面の現場に精通するベテランの専門医が、苦悩する数多くの患者さんとの共同作業の中で得た、現代人を幸福へと導く貴重な生きる技術の集大成

■2013年4月30日 初版発行 ■著者：熊井三治 ■発行：鞍手総合医学社 〒807-1306 福岡県鞍手郡鞍手町古門1048番地 電話 0949-42-2360 FAX 0949-42-2347 ■定価：本体1,200円＋税 ISBN978-4-904859-01-8 C0047



●筆者プロフィール：熊井三治

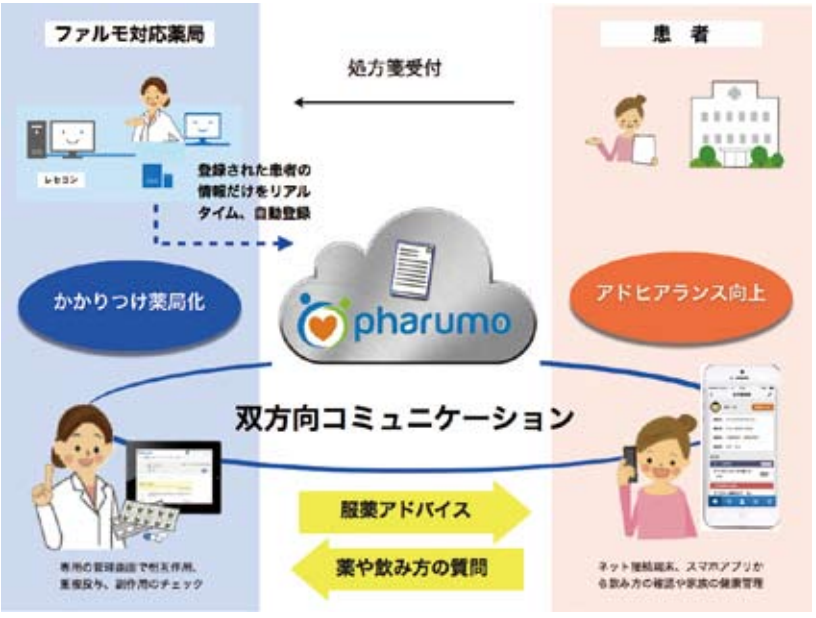
1949年福岡県生まれ。医学博士、日本精神神経学会精神科指導医、日本産業衛生学会指導医、労働衛生コンサルタント。現在、鞍手クリニック（鞍手町古門）勤務のほか、朝日新聞社西部本社、住友林業福岡支店等多数の企業にて産業医を務める。西洋医学や東洋医学、産業医学、心理学に精通した医師として、多くのビジネスパーソンのメンタルの病気を治療している。著書に「恐らないクスリ」（小学館新書）、「心療内科産業医が語るストレス解体術」（鞍手総合医学社）、「日本人は何故ガンで死ぬのか」（三一書房）など多数。

特集

医療ICT新事情

アドヒアランス向上を目指して、電子お薬手帳「ファルモ」登場!

～患者と薬局を双方向でつなぐ健康情報プラットフォームに



2013年6月14日に「日本再興戦略」と名付けられた成長戦略が「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）とともに閣議決定されました。その中の予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりの具体的な方策として「薬局を地域に密着した健康情報の拠点として、一般用医薬品等の適正な使用に関する助言や健康に関する相談、情報提供を行う等、セルフメディケーションの推進のために薬局・薬剤師の活用を促進する。」と明記されました。

他方、「どこでもMy病院構想」等これまで医療機関内でのみ利用されていた医療情報を、医療サービスの受益者たる国民本人が自らの医療・健康記録として保有し管理活用していくという新しい試みも進められています。

このような国の方向性に沿う形で、単にお薬手帳情報を電子的に渡すだけではなく、その服薬情報をもとに患者と薬剤師が協力して個人の健康管理を可能としたのが、電子お薬手帳「ファルモ」です。

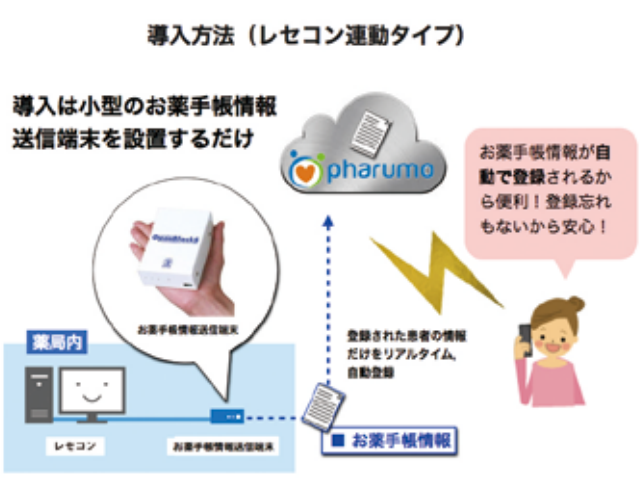
●ファルモの仕組み

ファルモはお薬手帳情報の自動登録の仕組みを採用しています。薬局は患者からお薬手帳情報の提供依頼を受ける形で、患者をファルモに登録します。一旦登録すると、レセコンの入力を行うだけで、自動的にお薬手帳情報がクラウドサーバ上に送信されるので、患者も薬局も余計な手間がかかりません。もちろん、利用規約に同意している患者の情報のみを送信対象としており、VPN、クライアント証明書等のセキュリティ技術を駆使して低コストで安全な仕組みを構築しています。

●導入方法

レセコンに「S-Bridge System」と呼ばれる手のひらサイズのお薬手帳情報送信端末をネットワーク接続するだけです。この優れたシンプルさゆえに、ITナレッジの高いスタッフがいない薬局でも容易に運用開始が可能となっています。

また、薬の粉が飛散する薬局内での運用に耐えられるよう、筐体は回転部品やスリットといった故障要因を一切持たず、メンテナンスフリーの安定稼働を実現する堅牢設計を採用しています。





株式会社グッドサイクルシステムのスマート薬歴「GooCo」を導入していれば、オプションとして利用可能です。（お薬手帳情報送信端末は不要）。電子薬歴と連動することで、お薬手帳情報だけではなく、指導コンテンツ（服薬動画や指導せん）、アレルギーや副作用などのサマリー情報の提供、電子薬歴へのコミュニケーション履歴の取込みやQRコードを使った併用薬の登録が可能となります。

●お薬手帳情報の登録方法

お薬手帳情報の登録方法は2種類に対応しています。

1. 薬局からの自動登録

お薬手帳情報が自動的にファルモクラウド上に登録されるのでお薬手帳の登録忘れがなくなります。また、患者や薬局の手間もかかりません。

2. QRコードから患者自身で手動登録

他の薬局でもらったお薬手帳もQRコードをスマホアプリで読み込むことで手動登録が可能です。



●主な機能

お薬手帳の基本的な機能に加え、患者とコミュニケーションがとれるのもファルモの特徴の1つです。ファルモの中には「ヘルスログ」と呼ばれるコミュニケーション機能があり、お薬手帳を介して質問、回答、お薬に関するアドバイスなど患者とのやり取りが可能です。また投薬した患者に送る「お薬メール」も情報発信として有効です。処方内容をもとに自動的にメール内容が作成されるので薬剤師が言い忘れたこと、特に注意してほしいことなどを簡単にメールで伝えることができます。

また、医薬品に対して条件（年齢、性別、優先度など）を設定し薬局独自の定型文を登録しておくことも可能なので、例えば、処方された薬剤が外皮用薬の「アスタットクリーム1％」で、患者の年齢が0～3歳の場合、送信するメールには自動的に「かぴによるオムツかぶれ（乳児寄生菌性紅斑）、水虫、たむしなどに効果的な塗り薬です。オムツかぶれの場合は清潔にしてから、オムツを替えるごとに塗布してください」の文言が入るようになっています。

こうした説明やアドバイスなどは薬剤師が服薬指導時に口頭で伝えても、その後患者が忘れてしまう可能性もあります。また、医師によってもお薬の使い方が異なる場合もあります。こうしたときでも、メールに注意事項や助言を記して送っておけば、患者も後から確認することができるのでアドヒアランス向上に非常に有効な機能となっています。

◆患者向け機能概要

	機能	内容
標準機能	お薬手帳管理機能	登録したお薬手帳を管理できます。
	服薬タイマー	時間を設定することで、設定した時間にメールが届きます。
	ヘルスログ	薬局に対しての質問や、メモが登録できます。
	サマリー管理機能	副作用やアレルギーなどサマリー情報の管理ができます。
	家族管理機能	家族を一括で管理できます。
	お知らせ機能	薬局からお知らせが届きます。
GooCo連動機能	指導コンテンツ閲覧機能	服薬指導時の動画や指導せんがお薬手帳でも閲覧できます。
	サマリー閲覧機能	薬局で登録されたサマリー情報が電子お薬手帳でも閲覧できます。

◆薬局向け機能概要

	機能	内容
標準機能	患者管理機能	患者の新規登録、患者検索、患者情報の閲覧ができます。
	お薬手帳管理機能	登録患者のお薬手帳の検索、閲覧ができます。
	ヘルスログ	登録患者とのコミュニケーション履歴が管理できます。（患者からの質問、薬局から患者へのコメント）
	お知らせ管理	登録患者へお知らせの通知ができます。
	薬局管理	薬局の基本情報の編集、スタッフの管理ができます。
	お薬メール配信サービス	登録患者に当日処方されたお薬情報をメールでお知らせできます。
GooCo連動機能	指導コンテンツ登録機能	GooCo上で利用した動画や指導せんをファルモに登録できます。
	サマリー登録機能	GooCoで記入したサマリー情報をファルモに登録できます。
	併用薬取込機能	ファルモからGooCoに併用薬の取込が可能です。
	コミュニケーション履歴取込機能	ファルモからGooCoにコミュニケーション履歴の取込が可能です。

《iPhoneアプリ画面》


処方情報


カレンダー表示


家族管理


QRコード、メモ、予定の登録


薬局とのコミュニケーション


お薬検索

《インタビュー》

電子お薬手帳ファルモの開発者・広井社長に、開発に至る経緯とこれからの展望をお聞きしました。



●株式会社ファルモ　代表取締役　広井嘉栄氏

東京理科大学薬学部、神戸大学大学院医学系研究科卒。
大学卒業後、INTEC Web & Genome Informatics Corp.にて遺伝子解析業務に携わる。その後、医療情報学分野へ進み、神戸大学医学部付属病院、先端医療振興財団、東京医科歯科大学特任助教を経て、2007年より東京都世田谷区にあるゆずき薬局の薬剤師として小児医療の現場に立ちながら、双方向型電子お薬手帳「ファルモ」を開発。2012年株式会社ファルモとして独立し、代表取締役に就任。

――開発経緯を教えて下さい。

「電子お薬手帳ファルモは最初から電子お薬手帳としてスタートしたサービスではありませんでした。薬局、薬剤師がいかに患者と関わっていくか、いかに地域医療に貢献していくか、を考えた時、開発当初は薬剤師のQ&Aサイトのようなものを試行していました。しかし、質問の意図を理解し、適切な回答をするには、患者さんの背景情報が必要です。そこで、処方歴やアレルギー情報などの客観的情報が記載されているお薬手帳の情報を電子化し、薬剤師と患者さんが、お薬手帳を基点として質問や回答、そしてお薬や健康に関する情報提供ができる仕組みがあれば薬剤師の職能をより有効活用できる、と思ったのが電子お薬手帳ファルモのきっかけでした。

しかし、いざ開発に着手してみると、そもそも患者自身の手に電子的なお薬手帳情報がありません。2007年当時電子お薬手帳の標準フォーマットも決まっていませんでしたし、お薬手帳の情報を手動で登録するというのも非現実的でした。そこでまずは自動でお薬の服用履歴を患者さんに渡す仕組みを開発し、2010年から実運用を開始しました。

調剤業務の傍ら開発を進めていたので、患者さんと薬剤師両方の声をフィードバックできたことが、現在の簡便なシステム設計に繋がっています。おりしも、2011年3月11日の東日本大震災ではお薬手帳の存在意義が再確認されたのは皆様のご存知の通りです。その後、株式会社グッドサ

イクルシステム様の電子薬歴GooCoとの連動を経て、2014年2月より本格的に販売を開始し現在に至っています。

――ファルモと他の電子お薬手帳の違いはなんですか？

「コンセプトと思いです。『患者さんの日々の健康支援を薬局・薬剤師が担っていく』そんな電子お薬手帳を目指しています。単に紙のお薬手帳を電子に置き換えるだけではなく、電子お薬手帳を使い薬剤師として患者さんに何が提供できるのか、を考えて開発してきました。薬局から見るとファルモは電子お薬手帳というより、患者さんの日々の健康支援ツール、と言ったほうが近いと思っています。

――気をつけた点は？

「薬局のオペレーションに負担をかけないこと。なるべく安価に導入できること。そして、万全なセキュリティを確保することです。

電子お薬手帳は、薬局の付加サービスです。調剤業務の負担にならないよう既存業務に沿ったサービスを目指しました。また、薬局とはいえボランティアではありません。あまりにもコストが高く、運用が複雑で維持費がかかるようなシステムであればいくら内容が良くても使われないだろうと思っています。十分なセキュリティを確保しつつ、いかにコストを抑え簡便なシステムにするかは本当に苦労しましたし、さらに良いサービスにすべく日々努力しています。」

――利用者の声は？

「2010年からサービスを開始しまして、現在2,400名強、4万枚以上のお薬手帳情報を管理しています。当時から、薬局と患者の両方のニーズをフィードバックしながらサービスを作ってきたこともあり、利用者からはとても良い評価を頂いています。

また、昨年株式会社グッドサイクルシステム様が弊社電子お薬手帳ユーザーへのアンケート調査を行ったところ、『服用しているお薬への理解が高まった』という結果が出ていて、電子お薬手帳ファルモがアドヒアランス向上に寄与する可能性も示唆されています。」

――今後の予定を教えて下さい。

「今は電子お薬手帳と連動した処方送信サービスを開発しています。現状のファックス処方箋だと最新の患者背景がわかりません。もしかしたら他の薬局でお薬をもらっている場合もあるかもしれません。ファルモを活用すれば、服薬履歴はもちろんですが、アレルギーや副作用などのサマリー情報も確認できるので、薬局側としても安心ですし、待ち時間の短縮など患者サービスに大きく貢献すると思っています。

このように、電子化したお薬手帳を上手く活用することでのメリットはまだまだあると思っており、将来的には遺伝子情報とお薬の服用履歴を連携させるなど、薬局が予防医療を支援できるようなサービスも考えていきたいと思っています。」

――お薬手帳の今後の可能性について聞かせて下さい。

「電子お薬手帳は『患者さんが選び、使うもの』ですから、患者さんにとって真に役立つものでなければなりません。その意味でお薬手帳というよりは、お薬手帳を通じ薬局、薬剤師として何を提供するか？という発想で考えないといけないと思っています。副作用や相互作用のチェックなど非常にメリットはあるわけですが、どちらかというと医療従事者側の視点であり、患者目線で見たときの直接的なお薬手帳の価値というものが今まで提供出来ていなかったのではないかと感じています。

しかし、お薬手帳が電子化され、しかも双方向コミュニケーションの機能を持っていれば、お薬手帳をただ渡すだけではなく、それをもとに患者さんのフォローが可能となります。質問や回答、そして、薬局・薬剤師からタイムリーに患者さんの健康維持・増進に役立つお知らせやアドバイスを発信するという、「健康支援ツール」として、今までの薬局と患者さんとのコミュニケーションのあり方を大きく変える可能性を持っていると思っています。

もちろん、手間や業務が増えるかもしれませんが、一方で、薬局、薬剤師が見直される大きなチャンスでもあると思っています。ファルモ以外にも電子お薬手帳サービスはありますし、薬局のスタイルにあった電子お薬手帳を上手く活用していくことで薬局、薬剤師が再評価される、そして、薬局、薬剤師によって日本の医療がより良い方向に変わっていけるのではないでしょうか。」

〔開発/運営〕
株式会社 ファルモ PHARUMO
〒154-0017 東京都世田谷区世田谷三丁目19-12 TEL 03-6318-1571 office@pharumo.jp

GOOD 株式会社グッドサイクルシステム
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-7-5 URD 渋谷第 2 ビル 5 階 goodcycle.net
TEL.03-5469-6221 Fax 03-5469-6231 東京 大阪 広島 福岡

〔問い合わせ先〕
ASTEM 株式会社アステム
ソリューション室 TEL.092-477-7276

ここらで一服、労務管理のお話。

Vol.12　2014.5.MAY

産休期間中の健康保険
厚生年金保険料免除が始まりました。



福田社労士事務所 代表
社会保険労務士 **福田久徳**

コンプライアンスに基づいた労務管理やワークライフバランスは、間違いなく働く人のモティベーションを高めて、事業の生産性、効率がアップしています。平成26年4月から産前産後休業を取得した方は育児休業と同じように保険料免除などを受けることができます。

◆産前産後休業期間の保険料免除（産休免除）

産前産後休業期間中（産前42日（多胎妊娠の場合は98日）、産後56日のうち妊娠または出産を理由として労務に従事しなかった期間）の社会保険料（厚生年金と健康保険の保険料）を事業主分、本人分ともに免除されるようになりました。

平成26年4月30日以降に産前産後休業が終了となる方（平成26年4月分以降の保険料）が対象です。

保険料が免除される期間は、産休開始日の月から、産休終了日の翌日の属する月の前月までで、産休終了月に関して引き続き育児休業を取得する場合には、育児休業期間の社会保険料免除の対象月となり、職場復帰する場合には保険料が発生します。

事業主の方は産前産後休業期間中に**『産前産後休業取得者申出書』**を提出する必要があります。

そして産休から引き続き育児休業を取得する場合は、育児休業免除のためには、別途『育児休業取得者申出書』の提出が必要になります。

◆産休免除申請の手続きの仕方

『産前産後休業取得者申出書』の提出は産休期間中ですが、出産予定日と出産日が違った場合は終了予定日も変わりますので、**『産前産後休業取得者変更（終了）届』**の提出が必要となります。

産前産後休業の「産前休業」は出産予定日の42日前（多胎妊娠の場合は98日前）以降、従業員（被保険者）が請求した日から取得可能であり、出産日自体は産前休業になります。

「産後休業」は出産日の翌日から起算して56日間が強制休業です。ただし従業員が請求して医師が認めた場合は、42日経過後に職場復帰が可能になっています。

産前休業は出産予定日が基準になり、一方、産後休業は実際の出産日が基準になります。出産予定日がそのまま実際の出産日になるとは限りませんから、産後休業から育児休業までは実際に出産してからでなければ予定が確定しないということです。

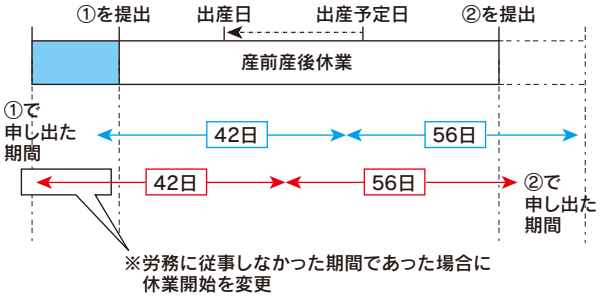
『産前産後休業取得者申出書』の提出は、産休期間中なので出産前でも出産後でもいいようになっています。

○『出産前』に産休期間中の保険料免除を申し出た場合

出産前に提出した場合、実際の出産日が予定通りでなければ、産休終了日が変わってしまいますから、出産後に**『産前産後休業取得者変更（終了）届』**の提出が必要となってきます。

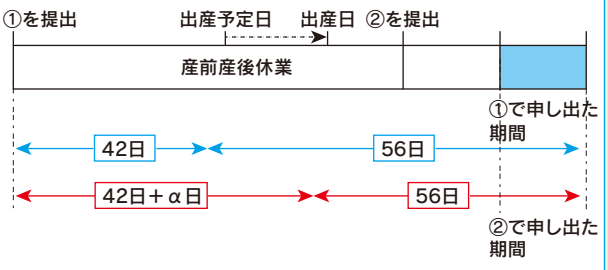
《Ⅰ出産予定日より前に出産した場合》

①産前休業開始後に、『産前産後休業取得者申出書』を提出
②出産後に、『産前産後休業取得者変更（終了）届』を提出



《Ⅱ出産予定日より後に出産した場合》

①産前休業開始後に、『産前産後休業取得者申出書』を提出
②出産後に、『産前産後休業取得者変更（終了）届』を提出



《Ⅲ出産予定日に出産した場合》

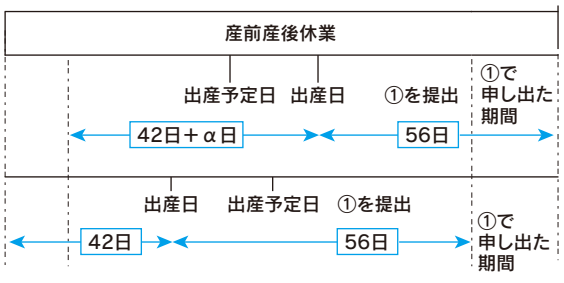
・産前休業開始後に、『産前産後休業取得者申出書』を提出
・その後、出産予定日どおりに出産した場合は、
『産前産後休業取得者変更（終了）届』の提出は不要

○『出産後』に産休期間中の保険料免除を申し出た場合

出産後に『産前産後休業取得者申出書』を提出した場合には産休終了日は確定していますから、『産前産後休業取得者変更（終了）届』の提出は不要となります。

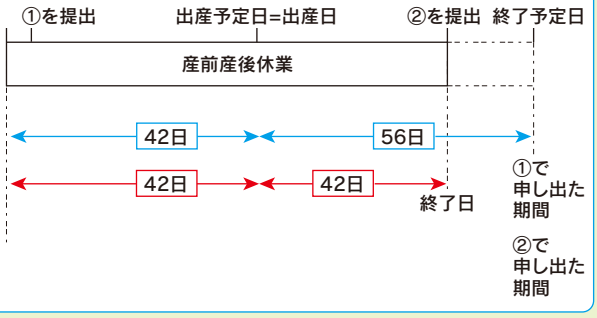
事業主が届出を1回で済ませようとすれば、申出書を提出する時期を出産後にすることになりますが、しかし、産休開始日から出産日までの月数は2カ月以上にわたることが多いので、申出書の提出までに免除対象月の保険料が徴収されてしまうということが起こってくる可能性があるので注意が必要です。産休開始月まで遡って保険料は免除されますが、事業主は一時的に支払う必要のない保険料を立替の費用が発生します。

①出産後に『産前産後休業取得者申出書』を提出
（出産予定日、出産簿日の両方を申出）



○産休終了予定年月日の前までに産休を終了した場合

当初申出した①の産休終了予定年月日よりも前に産休を終了した場合は、②の『産前産後休業取得者変更（終了）届』により終了日を届出（終了予定日どおりに終了した場合は、届出は不要）



◆産前産後休業を終了した際の標準報酬の改定

産前産後休業を終了した際の標準報酬の改定は、平成26年4月1日以降に産前産後休業が終了となる日が対象となります。産前産後休業終了後に報酬が下がった場合は、産前産後休業終了後の3カ月間の報酬額をもとに、新しい標準報酬月額を決定し、その翌月から改定します。

標準報酬月額算定期間は産休終了日の翌日が属する月以後の3カ月間で、給与支払基礎日数が17日未満の月があっても、17日以上の月の平均により、1等級差でも改定されます。ただし、3カ月すべてが17日未満の場合は、育児休業終了時改定と同様で、改定されません。標準報酬月額の改定月は、職場復帰月から起算して4カ月目になります。

産休終了時標準報酬月額の改定は、**『産前産後休業終了時報酬月額変更届』**を提出する必要があります。産前産後休業を終了した日の翌日に引き続き育児休業を開始した場合は提出できません。一般的には、産休終了後はそのまま育児休業に移行し、休業そのものは継続していることが多いと思われますが、このように、産休と育児休業が連続する場合には、結果的に育児休業終了時改定によることになります。

◆産前産後休業を開始したときの標準報酬月額特例措置の終了

3歳未満の子の養育期間に係る標準報酬月額の特例措置（年金額の計算時に、下回る前の標準報酬月額を養育期間中に標準報酬額とみなす）は、次の子

の産前産後休業期間中の保険料免除を開始したときに終了となります。(『養育期間標準報酬月額特例終了届』の提出は不要ですが、子を養育しなくなった場合または子が死亡した場合には、「養育期間標準報酬月額特例申出書終了届」を提出する必要があります。)

この特例措置は、子どもが3歳に達するまでの養育期間中は、標準報酬月額が下がっても、厚生年金の計算上は、養育開始前の標準報酬月額(従前標準報酬月額)とみなす制度です。負担する保険料は低い標準報酬月額で、年金計算上は養育前の高い標準報酬月額になるという、子を養育する被保険者にとって有利な制度です。

産休終了時改定または育児休業終了時改定により標準報酬月額が下がる場合はもちろん、通常の定時決定や随時改定で下がった場合にも適用されます。適用を受けるためには、「厚生年金保険養育期間標準報酬月額特例申出書」の提出が必要です。

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

私が遠い昔所属していた会社は、現在、産前産後休業および育児休業期間は、会社から6割支給されるので多くの女性社員は退職することなく育児休業終了後に復帰されるそうです。改めて福利厚生のいい会社にいたんだな～と感じました。

またクライアント先の女性社員の方も、産前産後休業、育児休業を取得される方も多くなりました。しかし、まだ残念なことに男性社員で育児休業を取得された方にはお目にかかったことがありません。

また、平成26年4月1日から雇用保険制度から支給される育児休業給付(休業開始前賃金の50%を支給)について、1歳未満の子を養育するための育児休業をする場合の休業開始後6か月につき、休業開始前の賃金に対する給付割合が67%に引き上げられ、2分の1から3分の2になりました。

クライアント先の女性従業員の方から、「育児休業休の支給は2人までの子までしかでないんでしょ？」とご質問を受けたことがありますが、支給要件を満たしていれば人数の制限はなく育児休業給付は支給されますよ。

●福田久徳氏プロフィール
社会保険労務士、福田社労士事務所代表・九州志士の会(九州地域中小企業支援専門家連絡協議会)メンバー
九州地域の中小企業支援専門家(九州経済産業局地域経済部経済課)登録
福岡県社会保険労務士会 労務管理会所属・福岡県社会保険労務士会 賃金部会所属・派遣元責任者講習会講師

人事評価制度、賃金制度設計、ワークライフバランス、高年齢雇用、就業規則作成に至るまで、労働法、社会保険法を熟知しながらも、企業の組織風土に合わせた労務管理コンサルタントを中心に活動、他にセミナー講師等

〒810-0041 福岡市中央区大名2丁目4-38-903　TEL.092-726-8383　FAX.092-726-8384
ホームページ http://fukuda-sr.com　E:mail fukuda-plmo@jewel.ocn.ne.jp

竹林の中で生まれた、その名も「かぐや姫たまご」

さわさわと風に揺られざわめく竹林に囲まれた緒方エッグファーム。そんな静かなファームの中で、大事に大事に育てられている親鶏から生まれるのが「かぐや姫たまご」。

親鶏たちは、とうがらし、にんにく、ハーブなどの香草類を基にした栄養価の高い飼料を毎日与えられるのはもちろん、季節や体調の変化によってその配合までも調整されているという。

さらに、豊かな田園地帯にあり空気が澄みわたる竹林の中で育てられるという環境、与える水はミネラルも豊富な地下水とあって、卵質の良さはまさに折り紙付きだ。おいしさもさることながら、一般的なたまごに比べるとビタミンEは約7倍、コレステロールは13％カット、甘みは26％もアップ。その評判を聞きつけ、遠方から買いにやってくる客も少なくない。

安全・安心、かぐや姫のように手間ひまをかけ大事に育てられたたまごには、キラキラと輝くようなおいしさが、ギュッとつまっている。



「一般社団法人 クラッシーノこうし」は、「暮らしいい合志づくり」を合言葉に、合志市における経済の活性化と地域産業の振興を図るため、地域資源を活用した特産品の販売促進・販路拡充や情報発信、産学官連携による新産業の創出に取り組んでまいります。

お問い合わせ
●一般社団法人 クラッシーノこうし
熊本県合志市野々島2441-1
TEL(096)342-5554
FAX(096)342-5550

撮影協力/株式会社 緒方エッグファーム

一押しME機器 Medical equipment information

クリニテック ステータス プラス 小型尿分析器

1.浸す 2.載せる 3.測定結果の3ステップ

シンプルに、より使いやすく―簡単操作を追求しました

● 液晶タッチパネルで尿検査がより簡単に

大型液晶パネルに触れるだけの簡単操作。画面に表示されるスタートメニューに触れるだけで測定が始まり、結果を自動的にプリントアウトします。

● プリントアウト項目を選択

印字に必要な表題だけを選択することができます。
選択可能な表題：オペレータ名、患者ID、
装置のシリアル番号、
尿の色調、尿の混濁

印字例：標準

```
Siemens
クリニテック ステータス プラス

シリアル番号:
                    200522

患者:
N-Multistix® SG L
検査日          2010-10-07
時刻              13:05
オペレーター

検査番号            0001
色調              入力なし
混濁              入力なし

GLU -
BIL -
KET -
SG  1.010
OB  -
pH  7.0
PRO -
URO 0.1 E.U./dL
NIT -
WBC -
```

選択例

```
Siemens
クリニテック ステータス プラス

患者:
N-Multistix® SG L
検査日          2010-10-07
時刻              13:06
検査番号            0001

GLU -
BIL -
KET -
SG  1.010
OB  -
pH  7.0
PRO -
URO 0.1 E.U./dL
NIT -
WBC -
```



● 試験紙を自動認識

IDバンドによる自動認識機能により、使用する試験紙の設定は必要なく、試験紙を乗せるだけで測定することができます。

※ロングテーブルを使用する試験紙とショートテーブルを使用する試験紙ではテーブルの交換が必要です。

● 豊富な尿試験紙メニューに対応

腎疾患の早期発見に有効な蛋白質/クレアチニン比が得られる「マルティスティックスPRO」をはじめ、9種類の尿試験紙に対応します。

クリニテック ステータス プラス1台で多様な試験紙メニューに対応します

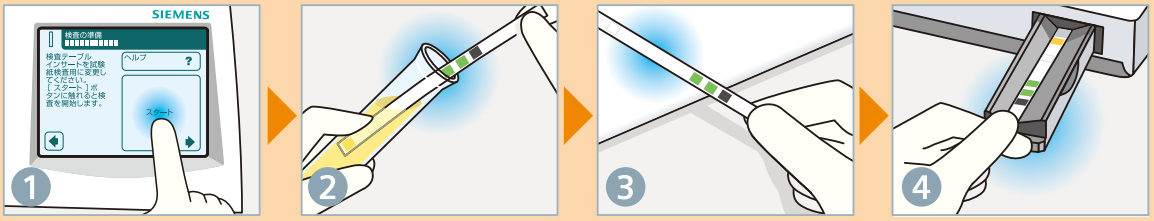
- 世界で初めて開発された安心のブランド、エームス尿検査試験紙を代表する製品で、10項目の同時測定が可能です。
  「N-マルティスティックスSG-L」
- 蛋白質/クレアチニン比を得ることができます。
  随時尿で一日の蛋白尿が推定できます。
  「マルティスティックスPRO 10LS」
- 糖尿病性腎症のスクリーニングに使用する、アルブミン/クレアチニン比が得られます。
  「クリニテック ミクロアルブ・クレアチニンテスト」



試験紙名	ブドウ糖	蛋白質	蛋白質高濃度域	蛋白質低濃度域	潜血	pH	ケトン体	比重	ウロビリノーゲン	ビリルビン	亜硝酸塩	白血球	クレアチニン	微量アルブミン	蛋白質/クレアチニン比	アルブミン/クレアチニン比
	測定項目												演算項目			
マルティスティックスPRO 10LS	●	●	*	*	●	●	●	●			●	●	●		●	
N-マルティスティックスSG-L	●	●			●	●	●	●	●	●	●	●				
マルティスティックスSG	●	●			●	●	●	●	●	●						
ウロヘマコンビスティックスSG-L	●	●			●	●		●	●			●				
ウロヘマコンビスティックス	●	●			●	●			●							
ヘマコンビスティックス★	●	●			●	●										
ウロウリスティックス★	●	●							●							
ウリスティックス★	●	●														
クリニテック ミクロアルブ・クレアチニンテスト													●	●		●

＊マルティスティックスPRO 10LSでは、蛋白質高濃度域および蛋白質低濃度域の2つの試験紙パッドを使用して、蛋白質として表示します。
★印の試験紙測定には検査テーブルインサート〔ショート〕（別途販売付属品）が必要です。

操作方法



1 「スタート」ボタンに触れます。

2 尿検体に試験紙を浸します。

3 試験紙の端をペーパータオルにあてて、余分な尿を吸い取ります。

4 試験部分を上に向けて、試験紙を検査テーブルの溝にセットします。

クリニテック ステータス プラス 仕様

測定原理　尿検査試験紙の反射光を測定し、臨床的に汎用される単位に変換して結果表示をします。

機器の仕様

検体処理能力	60検体/時間（使用試験紙により異なります）
プリンタ	感熱式プリンタ内蔵（表示及びプリントアウトとも日本語対応）
寸法	17.1（幅）×27.2（奥行き）×15.8（高さ）cm
重量	1.66kg（専用アダプタ及び電池を除く）
電源	入力：AC100V 50/60Hz　出力：DC9V 3.0A

クリニテック ステータス プラス　届出番号：13B1X10041000022
エームス尿検査試験紙　承認番号：16100AMZ03365000
クリニテック ミクロアルブ・クレアチニンテスト　承認番号：21100AMY00025000

製造販売元
シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社

税務の部屋 ～知っておきたい税務の話 第5回

相続税における主な改正事項について

相続税・贈与税法改正のポイント(その2)

春畑税理士事務所
所長:春畑匠美

前号では、相続税における基礎控除の引き下げの内容と、それに関連して次世代への財産承継として注目される孫などに対する「教育資金の一括贈与の非課税制度」について採りあげました。

相続税関連の改正では、基礎控除の引き下げのほか、税率構造の見直し、未成年者や障害者の控除拡充、小規模宅地等の特例見直しなどについても今後施行されることになりますので、今回は前号に引き続き、相続税の改正内容について述べたいと思います。

なお、これから述べる項目のほとんどは平成27年1月1日以後の適用となりますが、「4-③」のところで示す二世帯住宅と老人ホームの取り扱いに関しては、平成26年1月1日以後すでに適用となっていますので、ご注意ください。

1.相続税の基礎控除の縮小(適用は平成27年1月1日以後)

基礎控除が6割に縮小されます。相続財産が基礎控除以下である場合は、相続税の申告は必要ありませんが、基礎控除を超える場合には、申告が必要となってきます。特に大都市圏では影響が大きく、「戸建の家を持っていると相続税がかかる」と言われるほどです。

相続税の基礎控除額の計算方法

【改正前】基礎控除額 ＝ 5,000万円 ＋ 1,000万円×法定相続人の数
↓
【改正後】基礎控除額 ＝ 3,000万円 ＋ 600万円×法定相続人の数

2.相続税の税率UP(税率構造見直し)(適用は平成27年1月1日以後)

相続税の税率構造が変わります。相続税速算表の2億円超部分が45%に、6億円超部分が55%になります。

「平成26年末までに申告しないと相続税があがるのですか？」と聞かれることがありますが、改正は平成27年1月1日以後に発生した相続について適用になります。したがって平成26年12月31日以前の相続発生であれば、現状の税法が適用となります。

相続税の速算表

法定相続人の取得金額	改正前		改正後	
	税率	控除額	税率	控除額
1千万円以下	10%	0	10%	0
1千万円超　3千万円以下	15%	50万円	15%	50万円
3千万円超　5千万円以下	20%	200万円	20%	200万円
5千万円超　1億円以下	30%	700万円	30%	700万円
1億円超　2億円以下	40%	1,700万円	40%	1,700万円
2億円超　3億円以下			45%	2,700万円
3億円超　6億円以下	50%	4,700万円	50%	4,200万円
6億円超			55%	7,200万円

3.未成年者控除・障害者控除の見直し（適用は平成27年1月1日以後）

未成年者控除・障害者控除が拡大されます。相続税の増税に対する緩和措置です。未成年者控除、障害者控除とは相続人が未成年者、障害者である場合に相続税の額から右の額を差し引くものです。

【改正前】・未成年者控除…6万円×20歳に達するまでの年数
・障害者控除……6万円（特別障害者：12万円）×85歳に達するまでの年数
↓
【改正後】・未成年者控除…10万円×20歳に達するまでの年数
・障害者控除……10万円（特別障害者：20万円）×85歳に達するまでの年数

4.小規模宅地等についての相続税の課税価格の計算の特例の見直し

①居住用宅地の適用対象面積の見直し（適用は平成27年1月1日以後）

被相続人等の自宅の敷地が最大80％減額される特定居住用宅地等について、限度面積が次のように変わります。

【改正前】 上限240㎡ ⇒ 改正後 上限330㎡（100坪）

②居住用宅地と事業用宅地を併用する場合の限度面積の拡大（適用は平成27年1月1日以後）

限定的に併用が認められていた居住用宅地と事業用宅地について、完全併用（それぞれの限度面積〈居住用：330㎡・事業用：400㎡〉）に適用が拡大されます。（貸付用は除く）

改正前 【限定併用】		改正後 【完全併用】	
居住用：240㎡ 事業用：400㎡	最大400㎡	居住用：330㎡ 事業用：400㎡	最大730㎡

③居住用宅地の適用要件の緩和（適用は平成26年1月1日以後）

a. 二世帯住宅

改正前は、住宅の内部が親と子でお互いに行き来できる構造である場合には適用の対象になりますが、住宅内部が完全に独立してお互いに行き来できない構造である場合は、対象外とされていました。この場合、親の面倒はしっかり看ていても、構造の違いで特例が受けられないという不具合が生じます。

それで今回の改正後は、一棟の二世帯住宅で構造上区分のあるものについて、被相続人及びその親族が各独立部分に居住していた場合には、その親族が相続又は遺贈により取得したその敷地のように使われていた宅地等の内、被相続人及びその親族が居住していた部分に対応する部分が特例の対象となります。つまり二世帯住宅については、内部で行き来ができるか否かに関わらず、同居しているものとして特例の適用ができるようになったということです。

b. 老人ホームに入所した場合の取り扱い

改正前は、有料老人ホームに入所している場合には、「自宅は老人ホーム」として扱うため、小規模宅地等の特例の適用は受けられませんでしたが、改正後は、「自宅は旧自宅」とするため、次の要件のもとで小規模宅地等の特例の適用が受けられることになりました。

（要件）

○被相続人に介護が必要なため入所したものであること

具体的にはその居住の用に供することができなくなった事由として要介護認定又は要支援認定を受け以下の施設に入所する場合が該当します。

（ⅰ）認知症対応型共同生活援助事業が行われる住居、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム

（ⅱ）介護老人保健施設

（ⅲ）サービス付き高齢者向け住宅

○居住しなくなった家屋が貸付などの用途に供されていないこと

事業（貸付を含み、事業の用途は問わない）の用、被相続人又は被相続人と生計を一にしていた親族以外の者の居住の用に供された場合には、その宅地等はこの特例の適用を受けることはできません。

以上、相続税の改正ついてお話してきましたが、個々の案件により、適用の可否が変わりますので、税理士等によくご相談をされると良いと思います。

●執筆：春畑税理士事務所（ 監査部主任　城野圭史 ）
▽所長　春畑匠美、平成元年九州北部税理士会登録／TKC全国会・医業会計システム研究会・社会福祉法人研究会・公益法人研究会所属／
MMPG・日本医業経営コンサルタント協会会員／関連会社：福岡経営労務センター株式会社・福岡給与計算センター有限会社
▽医療福祉経営における「税務会計労務」の分野についてトータルで支援する総合事務所　〒811-1311 福岡市南区横手1丁目13-2　TEL 092-585-6865　FAX 092-585-6805

［第12話］

成功のルールと新規客作りで成功する方法
株式会社アスカ　丸 淳一社長の実践

継続的に業績が良い会社には共通性があります。ひとつは在り方であり、もうひとつはやり方です。これは心や考え方や理念と言われる部分と、戦略そして戦術の部分とも言い換えることができます。(株)アスカの丸淳一社長の実践は、これを強く実感する取り組みです。熟読下さい。そして、あなたはどのように応用しますか？

○気が付いたら、すぐする
○人がやらないことをする
○紙に書く
○朝型にして時間戦略を実行する



ランチェスター戦略実践コンサルタント
羽山プロジェクトオフィス代表取締役
羽山 直臣(はやま なおみ)

レポート

千葉県で、無一文の状態から月収500万、年収6,000万の目標を掲げ、葬祭業を興し、1店舗1億円という葬祭市場の中で、創業10年で20億、20年で30億、27年で45億円という日本一の成長率を達成すると共に、現在、月収1千万、年収1億2千万の㈱アスカの丸淳一社長の話を聞いた。

この中には業種は異なっても共通する「成功のルール」があった。丸社長は最初、全くの無一文。そんな中で、

①家族を幸せにしたい…〈目的の明確化〉
②自由なお金がほしい。月収500万、年収6,000万収入を得たい…〈目標を定めた〉
③その為に自分にできる事は何でもやると決めた…〈決心した〉
④不必要なものは捨てる事にした。ゴルフ、麻雀はしない…〈捨てるものを決めた〉
⑤夢と目標を紙に書き、誓約書にして神棚に上げた…〈宣言して人に言う〉

――このプロセスはまさに目標達成の手順だ。

気づいたらすぐする

それから「気づいたらすぐやった。『気づいたらすぐする』のが成功の秘訣」と言われた。丸社長は、「気づく」時が一番のタイミングであり、「すぐ」というのは「即行」で、「明日に延ばさないこと」。「する」とは「実行すること」と言われた。また、

①小さなチャンスをつかむ練習をしていないと、大きなチャンスはつかめない
②そのためには「気づいたらすぐする」という練習をする事
③そうすることで自然に直観力が増し、表面的なことに惑わされることなく、本筋をつかむことができる
④気づいたらすぐする、目が覚めたらすぐ起きる。そうした実践で、もともと私たちを応援してくれる自然を味方に付けて、課題を乗り切る

――と言われた。

人がやらないことをする

例えば丸社長は、亡くなられた方の名簿を入手し、営業訪問を実行した。というのも、お葬式の後には初七日から35日、1周忌、3回忌、7回忌と節目がある。しかしそれまで葬祭業で個人宅に営業訪問は誰もしていなかった。というのもそのような訪問をすると不謹慎と怒られるのではないかと、ほとんどの人が思っているからである。

実際に、私はある営業の勉強会で、「葬祭業で、不幸があった家に営業訪問すると、100人中、何人から厳しい断りを受けるでしょう」と質問すると、ある人は70人、ある人は30人と言われた。正解は実は1人である。しかしほとんどの人は、やる前から断られると勝手に決めている。

丸社長は、「そうかな？と思ったらやってみること」「やる前からできないと決めつけない事」と言われた。それから自分が実行して良かったことは、必ずマニュアルにし、社員にも実行させたと言われた。やってうまくいったことを、普通の人でも実行できるように手順書にして教育～訓練し、実行させると新しい営業システムになる。

丸社長は成功の条件として以下の実行を挙げられた。

①気がついたらすぐ書き、すぐする。書かないと翌日には80%は忘れてしまう。枕元にもペンと紙を置いた
②夢と目標も紙に書き、壁に貼った。夢の明確化が全身のエネルギーになる
③他人と違うことをする
④継続する
⑤最初はお金を目的にしてもいい。欲と道連れでもいい

⑥生活を朝型にし、時間戦略を実行する。丸社長は朝4時に起き、計画と勉強の時間にした
⑦毎日やることを書き出し、できたことは消していった
⑧売上を上げる為に、とにかくお客に好かれる事をする

新規開拓で成功する方法

丸社長は以下の方法を継続して行い、地域における占有率を上げていったと言われた。それは、

①ある家から葬儀の依頼があったら、その家の向う三軒両隣りの5軒に『お葬式で何かとお騒がせします』と言って挨拶に行く
②このとき葬式の前にはティッシュボックスを持参し、葬儀が終わったら『無事終了致しました』と言って石鹸をお渡しする。こうすると周囲5軒の家に2回接点を持つことになる
③また別の家で葬儀があった時も同じようにする。こうすることで2回接触するお客が増えていった
④すると地域に葬儀の需要が発生した時、アスカのことを思い出してもらい、葬儀依頼が上がってくる確率が高くなった
⑤これは1～2ヶ月では効果は出ない。しかし1年280日で1,400軒、2年で2,800軒になり、繰り返すことで確実に効果が出てくる
⑥このような対策は他の葬儀社は行っていない。葬儀は一定の確率で必ず発生し周辺にお騒がせする。そこで別の葬儀社が葬儀をし、アスカのように挨拶に来ないときアスカを思い出してもらえる。これがアスカへの葬儀の注文に繋がっていく。実際に丸社長は、この方法で確実にお客を作っていった

――このような例を紹介すると、必ず反論が出る。例えば「今は、葬儀は葬儀会館でするので、この方法は使えない」などだ。しかしこれは、広い地域を小さく分け、分けた地域を一つ一つ攻略して、最終的に全体を制圧する地域戦略であり、接近戦の営業戦略であり、事例をいかに置き換えれるかは、ひとえに勉強～熱心さにかかっている。

自動車整備工場に置き換える

丸社長は、業績不振で悩んでいた自動車整備工場の社長から相談を受けて、次のように提案をした。

①住宅地図を買い、毎朝4時に起きて、地域を細かく分け、散歩を兼ねて1日5軒、住宅の駐車場を見て回りなさい。すると地域の人が何の車に乗り、いつ車検で、傷やヘコミなどがあるかなどわかります
②車に傷やヘコミがある家には、そのあと「町内で修理工場を経営しています○○といいます。散歩していたら車が傷しているのを見まして、○○円位で修理できますが、修理をされませんか」と話に行きなさい
③すると地域の安心感もあり、高確率で修理の依頼がもらえます。1日わずか5軒だが、これを年間300日繰り返すと1,500軒調べてアプローチすることになる。すると地域の1,500軒をデータベースできるだけでなく、アプローチすることで売上が上がります。さらに車検などの需要を掘り起こしていけます。これは私が葬祭で実行した地域戦略と、接近戦の営業戦略の自動車修理工場版で、小さな修理工場でも実行できます

――しかし修理工場の社長は、結局実行しなかった。丸社長は「どのようなすごい話を聞いても実行する人は3%です。実行するには素直さと経営戦略の勉強が必要です」と言われた。

弱者の戦略と応用のポイント

1. 気が付いたら、すぐする。気が付く時が最高のタイミング。今すぐ実行する。これは朝型の生活や返事の練習で磨かれる
2. 目的と目標、決めたことを紙に書き、見える所に貼る。捨てるものを決める
3. 人がやらないことを実行する。そうかな？と思ったらやってみること。やる前からできないと決めつけない事
4. 1日5軒。ここに2回コンタクトすると年間1500軒になる。これは弱者の営業戦略であり地域戦略
5. どのようなすごい話やアドバイスをもらっても実行する人は3%。あなたは3%の人か？

…あなたはこれをどう応用しますか？

あなたはこれをどう応用しますか？
詳細についてお知りになりたい方は、お問い合わせください。



●羽山直臣(はやまなおみ)プロフィール
ランチェスター戦略実践コンサルタント、羽山プロジェクトオフィス代表取締役。
『お客づくり実践ニュースレター　羽山レポート』無料進呈します。小さな会社やクリニック、調剤薬局などの経営戦略勉強会実施中。著書『小さな会社のすごい社長！』『小さな会社のできる社長！』(フォレスト出版)。訪問実践勉強会実施中。
熊本大学卒。福岡市在住
http://www.hayama-pro.com

誌上セミナー

はじめての人事・賃金基礎講座

第12回
生産性と賃金決定の関連を考えてみよう
～賃上げと吸収策、コストとは～



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

今年の春季労使交渉は例年とは大分様子が変わった。デフレ脱却、経済活性化を目指すアベノミクスの政府が賃上げの主導的環境づくりをしたからである。集中回答日の結果を見ると主要企業の多くが賃金水準を上げるベースアップ（ベア）に踏み切った。

ベアの波は円安効果で業績拡大をしている製造業ばかりではなく非製造業にも広がりを見せている。ベアの幅を含めた妥結内容は一律ではなく、初任給を上げたり、また年令帯を絞って若年層の賃上げなどの調整ベアもある。このことは、もはや、一律賃上の時代ではないことを意味する。賃上げは労使間の個別交渉によって決めるものであり、その結果も企業の支払い能力によって労働分配率が必然的に決まる。

今春のベアを含めた名目賃金の伸びは2%台と見られる。ベアの性格は物価上昇に追いつき、所得（生計費）が目減りしないように配慮する経営責任が求められる。しかし、これも企業の生産性をベースに、また労働力の需要と供給関係を考慮して個別企業で決める課題である。しかし、ベアを決めるには社会の調和を無視して、一企業の事情のみでは決められない社会性の課題もある。

いずれにしても、今年の経済の好循環を実現する為に各企業（医療機関・施設）は賃上げを一過性で終らせずに持続させていく必要がある。そのためには、売上高（医療収入高）の拡大や賃上げ吸収策およびコスト削減策を戦略的に考え実行しなければならない。

1. 賃上げ幅の決め方

賃金には二つの性格がある。一つは労働力の供給価格であり、もう一つは需要価格すなわち買値である。供給価格は労働力の再生産費用、つまり生計費によって規定され、また受給価格は生産性によって規定される。

したがって、賃金決定要因は生計費と生産性によって決まるということになる。労働者の労働力は売値（生計費）であり、経営者は労働力を賃金交渉によって買うことになる。

労働市場では団体交渉によって取引き（バーゲン）が行われる。労働者側は賃上げ要求額を、また、経営者は買値額を提示し、交渉が行われ、煮詰められ最終的に取引価格が決まる。

このように取引によって賃金は決まるが、その時の労働市場の状況で労働力が不足していれば、売り手と市場となり、賃金は高止まりとなり、逆に労働力が過剰だと買い手市場となり賃金はたたかれて抑えられる。しかし、賃金決定に影響があるのは労働力の需給関係だけではなく、良好な労使関係維持のための賃上げもあり、これらも賃上げ調整要因としての留意事項である。

さて生計費と生産性が賃金決定の要因だが、生計費は物価と生活水準からなり生産性はミクロとして企業経営業績（支払い能力）の二つの側面からなる。生産性は産業や企業（医療機関・施設）によって業績格差があり、これが賃金に反映するのは仕方がないことであるが、賃金水準については社会性を無視することはできない。でなければ人材の確保も育成も、また労働意欲の向上も図れないことになるからである。

2. 支払い能力の考え方

付加価値の中に占める人件費の割合を労働分配率と言うが一般産業では好況期には下がり不況期には上がる。医療機関・施設の経営は、比較的景気の変動にはあまり影響を受ける事もなく、よほどの放漫経営がなければ、診療・介護報酬によって安定した収入が保障されている。

さて、医療機関・施設の最大の経費は人件費であるが、経営状況が逼迫している時に、労働分配率をどこまで上げる事が出来るかの問題がある。例え、それが一時的な賃上げであっても、これからの経営にダメージを与えるような賃上げを実施することはできない。

一般産業の今春の賃上げでは大手の賃金改善が目立つが、その勢いは中小企業までは殆ど広がっていない。

無理に賃上げをしようとすれば価格を引き上げるか、人減らしをするより仕方がないが医療機関・施設には法定基準人員があり、また、価格の引き上げは診療・介護報酬の公定歩合で規制されており、一般産業のような対応は出来ない。では、労働分配率のデットラインは何で判定できるのかである。これも大変難しい問題であり、次の視点から総合判断をすることになる。

(1)財務の活性化

①自己資本構成比率(自己資本／総資本)…30%以上欲しい。

②金利負担率(支払利息・割引料・受取利息／医業収益)…2%以下に抑えたい。

③固定比率(固定資産／自己資本)…100%以下に抑えたい。

(2)収益性

①総資本経常利益率(経常利益／総資本)…7%以上欲しい。

②医業収益対人件費率(人件費／医業収益)…55%以下に抑えたい。

③医業収益対経費率(経費／医業収益)…15%以下に抑えたい。

(3)生産性

①付加価値率(付加価値／医業収益)…70%以上は欲しい。

②一人当たり付加価値率(付加価値/職員数)…555,000円以上欲しい。

③労働分配率(人件費／付加価値)…65%以下に抑えたい。

(4)成長性

①自己資本成長率(当期自己資本／前期自己資本)…110%以上欲しい。

②医業収益成長率(当期医業収益／前期医業収益)…110%以上欲しい。

③付加価値成長率(当期付加価値／前期付加価値)…120%以上欲しい。

課題は何をどう改善努力したら良いかである。医療機関や施設経営の答えは明確である。医療機関で言えば、医業売上高の拡大、病床稼働率の向上、平均在日数の短縮、救急患者数の向上、新規患者開拓件数の向上、紹介・被紹介患者数の向上、等、また施設では売上拡大、入所利用率の向上、通所利用率の向上、重度介護度利用者の受け入れ、在宅復帰率の向上、リピート利用者の確保などの課題解決ができれば必然的に賃上げ原資は確保できる。これらの課題を解決する為の手段・方法をチームメンバー全員で英知を絞り他者が追従できない目に見えるチャレンジが望まれる。

前述の一つ一つの課題解決が出来てこそ、経営発展のベースは確立できるが、その成功も課題解決の手段方法を創造的に提案実践出来る人材の有無によって決まる。…手順業務の繰り返し業務に慣れ親しんだ職員では新たな提案は難しいかもしれない。

だからこそ、全員が集まり、全スタッフの英知を結集して、アイディアを出し合い、まず、実践することが期待されるのである。

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、日本労務学会
●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/

Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

ニシイペイントショー2014 開催!
ちびっこ特設コーナーでは、「巨大ぬりえ」に参加できます。





○お問い合わせは

ニシイペイントショー2014　開催事務局
(担当：宮原・永田)
〒812-0007　福岡市博多区東比恵３丁目４番６号
TEL 092-415-4518　FAX 092-415-4509
E-mail　eigyou-bu@nishii.co.jp
ホームページ　http://www.nishii.co.jp



読者の皆さん、またまたポチ編集部よりお知らせです。弊社アステム本社（福岡市博多区東比恵3丁目）のすぐ近くに本社を構える「株式会社西井塗料産業」さんから、面白いイベントの紹介がありました。昭和4年創業の塗料専門商社として西日本を主体に日本全国へと販路を拡大中の西井塗料産業さんは、単なる塗料の販売ではなく、あらゆるニーズ応えていけるように、「日本一の塗料エンジニアリング提案のできる会社になる」を中期目標に掲げるユニークな会社です。そういう会社ですから、小児科や産婦人科の病棟、外来待合室内などにも安全で安心な塗料を用いた色彩豊かな癒しの空間を提案するなど、医療関係施設にとっても面白いアイディアを提案できる企業です。現在、メディカル関連の学会や展示会の出展仲間としてお付き合いさせていただいています。

そんな、西井塗料さんが今回、福岡国際センターで大規模な展示会を行います。個人でも病院でもリフォームをお考えの皆さんはもちろんのこと、ちびっこ特設コーナーでは、ちびっこたちに参加してもらい、壁一面にペイント画を完成させるなど楽しいイベントも行われます。

この「巨大ぬりえ」への参加は、事前の申込は必要ないそうです。平日ではありますが、幼稚園等の帰りにご家族で参加されてみてはいかがですか？（編集部K.K.）

編集部から

福岡市南区野間にある100円ラーメンで有名な「勝龍軒」。4月27日に創業46年の歴史に幕を落とし閉店するそうです。福岡育ちの私も学生の頃何度か食べに行ったことがありますが、またひとつ、昭和の名残が消えていくのは寂しい限りです。「閉店が決まり、普段行列ができない店前は、昔なじみの客も懐かしさに駆られて次々と訪れている。昼時を過ぎても50人以上が列を作り、思い出話をしながら閉店を惜しんでいた。（毎日新聞26日付）」とのこと。創業者の青木英子さんは2年前に他界。娘さんが後を継いでいたといいます。もちろん、博多ラーメンに必要な具もきちんと入り他店と遜色はありません。小難しい講釈を垂れ全国に拡大中の某店の700円以上もする「高級ラーメン」がもてはやされる昨今、ラーメン店の原点を思い出させてくれた勝龍軒さん。地域住民に長く愛されるその姿は、医療・介護の分野にも通じる部分が多いと思いませんか？（KK）



ご愛顧に感謝しさらにお買い求めやすい特別なキャンペーン価格としました。この期間をお見逃しなく

期 間 2014. 2/1 5/31

より詳しい内容は、3M™リットマン™ステソスコープ スプリングキャンペーンのチラシ
および以下の3M™リットマン™ステソスコープのホームページにてご確認ください。

http://www.mmm.co.jp/hc/littmann/

※ 3M™リットマン™ステソスコープは、医家向医療機器です。本ポスターは、医療従事者のみなさまへのお知らせです。

3M、Littmann、リットマンは3M社の商標です。

スリーエム ヘルスケア株式会社
医療用製品事業部
http://www.mmm.co.jp/hc/littmann/

Please Recycle. Printed in Japan
Copyright © 2014 3M. All Rights Reserved.
HPM-515-C (011403) IT 464739

カスタマーコールセンター
製品についてのお問い合わせはナビダイヤルで
0570-011-321
ナビダイヤル® 市内通話料金でご利用いただけます。
受付時間／ 8:45～17:15 月～金（土・日・祝・年末年始は除く）

2014年1月発行

3M

株式会社アステム

藤村薬品株式会社

株式会社 ダイコー沖縄

possibilities are infinite Poti

Vol.24 2014年5月19日発行

作成 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.092-477-5775 印刷/トッパン・フォームズ㈱