

特集●地域連携最前線

阿蘇地域の多職種連携研修会は、 Web配信併用で新たなステージに突入!

～Withコロナ時代に向けた新しい研修様式の定着を目指す～

明るい薬局の明日を願う●ファーマフューチャー・シリーズ〈その1〉

「トレーシングレポート活用のおすすめ」～特別連載:事例で学ぶ薬業連携の実際～

医療者と患者が「共に」高めるコミュニケーション力〈その3〉

医療コミュニケーション、目指すは「自己説得」!

ここで一服、労務管理のお話。

同一労働同一賃金ガイドライン



Doti



〈メッセージ〉
お姉さん文鳥のみるきいちゃんと、いい子に毎日お留守番しています。
ブロッコリーとサーモン、りんごが大好物です。それから、プラスチックがたまらなく好きで、目を離した際に洗濯はさみなどを目ざとく見つけ、噛み噛みして破壊します。知ってるのかな? 飼い主さんが慌てておやつと交換してくれることを。ゲージから出ると、探検、探検。おやつと換えっこしてもらえないかな?



投稿者: 櫻井 涼子 さん
(宮崎県立延岡病院・臨床検査科 臨床検査技師)
＜ワンちゃんのプロフィール＞
お名前(年齢・性別)…PEKO(女の子)
生年月日2016年4月25日
(文鳥:みるきい)
犬種: 豆柴

contents

- 02 ● **〈地域連携最前線〉** ～Withコロナ時代に向けた新しい研修様式の定着を目指す～
阿蘇地域の多職種連携研修会は、Web配信併用で新たなステージに突入!
- 06 ● **〈医療機器情報〉** 一押し!ME機器
移動式免疫蛍光分析装置 トリアージテストメーター
- 08 ● **〈プチポチ・インフォ〉** ～業務管理・運営の現場に役立つ情報をピックアップ～
医療従事者向け音声入力システム AmiVoice Ex7
- 10 ● **〈ファーマフューチャー・シリーズ〉** ～事例で学ぶ薬業連携の実際～
「トレーシングレポート活用のおすすめ」〈その1〉
- 12 ● **ほっとたいむ**
- 13 ● **〈ここで一服、労務管理のお話。〉**
同一労働同一賃金ガイドライン
- 16 ● **〈医療者と患者が「共に」高めるコミュニケーション力〉**〈その3〉
医療コミュニケーション、目指すは「自己説得」!
- 18 ● **〈税務の部屋〉** ～知っておきたい税務の話〈第44回〉
居住用賃貸建物の取得等に係る消費税の取扱い
- 20 ● **〈誌上セミナー〉** 人事が変わる。これからの人事のあり方を問う 〈第16回〉
分かれた最高裁判決と再雇用の賃金
- 22 ● **プチコラム〈労務管理ワンポイントアドバイス〉** 〈第18回〉
休日と休暇の違い ～一問一答! 現場の悩みにズバリお答えします～
- 23 ● **〈医薬品情報〉**
医薬品新規掲載関連ニュース/編集部から

S 阿蘇地域の多職種連携研修会は、W pecial Report & Talks ~Withコロナ時代 地域連携最前線



■第27回 阿蘇郡市地域多職種連携研修会(令和2年11月5日)開催の様子

阿蘇市、小国町等1市3町3村で構成する阿蘇地域。我が国有数の活火山・阿蘇山がそびえ立ち、熊本県の約15%を占める総面積1,079.55㎡の広大なこの地域には、年間約1,800万人もの観光客が訪れます。このように観光地として大勢の人で賑わう一方で、県人口の約3.5%に当たる6万2千人ほどの住民が観光業や昔ながらの農業・林業等に従事しているという、独特の地域性があり、熊本県二次保健医療圏の中でも、特に医療・介護の人員確保が難しい地域でもあるといわれています。

今回は、こうした状況の中で、限りある人的資源の有効活用を目指し、「阿蘇郡市地域多職種連携研修会」を立ち上げ、開催・運営に情熱を注ぐ、一人の薬剤師・玉飼博之氏に注目し、阿蘇地域における多職種ネットワークづくりの実際と展望についてうかがいました。

《インタビュー》

阿蘇郡市薬剤師会
会長
たまかい
玉飼 博之 氏



（阿蘇地域では、薬剤師がハブとなり
多職種連携ネットワークづくりをけん引！）

——通常、このような地域の多職種が集う研修会は、地域包括支援センター等の行政主導で行われることが多いと思いますが、ここでは、阿蘇郡市薬剤師会が主催し、長い間、続けていらっしやるそうですね。まずその辺りの経緯から教えてください。

玉飼会長「まず、多職種連携がなかなか進まない大きな理由としては、医師をはじめ、薬剤師や看護師等、

Web配信併用で新たなステージに突入!

に向けた新しい研修様式の定着を目指す～

様々な医療従事者がそれぞれの職種の中で普段当たり前のように行っている業務が専門化しているために、どうしてもその内容が他の職種に伝わりにくいということがあります。そこで、そのつなぎ役として職種間の緩衝材になれるのは、やはりどの職種にも関係する薬について相談できる薬剤師ではないかと思いました。私は、たまたまある人から誘われて千葉県からこの阿蘇に来て20年になりますが、その間、何軒かの薬局に勤めながら、様々な職種の人たちと数多く知り合い、今ではこの地域の医療・介護資源は大方把握できるようになりました。しかしながら、当初から感じていたのは、情報の連携が多職種間でうまくつながっていないということでした。中核病院である阿蘇医療センターや小国公立病院には、熊本大学から専門医が派遣されてきますが、現地のかかりつけ医の先生方は知っていても、患者さんやご家族、それにまつわる医療・介護従事者には、ほとんど知られていないと感じることが多く、少なくとも医療・介護職には、広く知って頂きたいと思うようになりました。みんなが知ることで、いずれ地域住民の方々にも伝わっていくのではないかと考えたのがきっかけです。それで、今のこの研修会をシリーズ化する以前にも、多職種が集まる研修会を何回か開催したことがありますが、思わぬところで運営上の問題が生じたりして、一度中断してしまいました。そこから1年半くらいのインターバルを置いて態勢を立て直し、2013年(平成25年)には、装いも新たに阿蘇郡市薬剤師会主催の『第1回阿蘇郡市地域多職種連携研修会』を開催することができました。それが今も継続できているのは、協力して下さる皆さんのおかげと感謝しています。2020年はコロナ禍で開催できない期間がありましたが、6月には、Web配信を併用したハイブリッド方式で研修会を再開し、11月13日開催分で28回目を数えます。ハイブリッド研修会になってからは、平均すると月1回ペースで開催し、新しい研修様式の確立を目指しているところです。」

「阿蘇で完結する医療」啓発のため、
地域中核病院の専門医の紹介に注力!

——Withコロナ時代を見据えた素晴らしい取り組みですね。当研修会のこれまでの活動を振り返って簡単にご紹介ください。

「研修会では、特にこの地域の中核病院に新しく赴任された専門医の先生方に、できるだけ講師役になっていただくようお願いしています。新任の先生が登壇することで、地域の各分野の専門スタッフに、今後この地域でどんな治療が可能になるかなどを知ってもらう機会にするだけでなく、その先生方には、参加者との交流を通じて、地域の医療サービス提供者の一員であるということ意識して頂けるのではないかと狙いもあります。ちょうどタイミング良く、研修会を始めた翌年(2014年)には、阿蘇医療センターが新築移転し、診療科が充実してきたこともあり、いろいろな専門医の先生方が医療センターに赴任されるようになってきましたので、たとえばPCI(心臓カテーテル治療)のような高度な治療でもこの地域でできるようになったということを知周する意味で、阿蘇医療センターの専門医の紹介に力を入れるようになりました。そこで、阿蘇医療センター循環器内科に当時いらっしゃった永吉靖央先生を皮切りに、現在では、同じく循環器内科、地域連携部長の宮本信三先生を中心に『阿蘇で完結する医療』と題して今後大きな課題となるだろう心不全や心筋梗塞など心疾患をテーマに、阿蘇でも熊本市内と同等の治療ができるということを啓発し続けています。

また、研修会の後の懇親会にも力を入れてきました(笑)。今は新型コロナウイルス感染症が拡大したため、難しくなっていますが、先生方の人となりも知ることは、顔の見える関係づくりには欠かせない、とても重要な要素であり、以前の通りにはできない今でも、感染の拡大状況を考慮しながら、何とか工夫してカジュアルなコミュニケーションの場もつくっていきたいと思っています。」

（医師以外の様々な専門職種にも
スポットを当てお互いの連携を深める）

——これまで専門的な治療を阿蘇で受けられなかったような患者さんに対して、多職種ネットワーク

を通じていち早く情報をお届けするというのも良い発想ですね。こちらに赴任された先生方もきっとやり甲斐を感じて頂けることと思います。他にはどのようなテーマで行っていますか？

「テーマはできるだけ多くの職種の方々に参加して頂けるように、医師からの話だけでなく、各職種にスポットを当てて実施してきました。たとえば、第1回(2013年7月12日)のテーマは『糖尿病における運動療法の実際』と題し、糖尿病足病変予防を専門とする理学療法士を講師に迎え開催しました。糖尿病については、熊本県独自の連携手帳(DM熊友パス)等はあるものの、なかなか広がらないという課題がありましたので、理学療法士だけでなく、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士などできるだけ多くの職種に声をかけて実施しました。また、歯科医師からの『糖尿病と歯周病のセルフチェック』をテーマにした講演では、『患者の栄養状態の維持には、口腔ケアが重要』と訴え、歯科医師と管理栄養士との連携を促しました。その他にも言語聴覚士や管理栄養士からの講演では、それぞれの職種の業務の理解度を深め、連携の重要性を再認識できました。」

——実際に参加される方はどのような職種が多いですか？

「この研修会は、日本薬剤師研修センターの研修認定を申請しておりますので、当然薬剤師の参加は多いですが、内容(テーマ)によって参加される職種は多少違ってきます。先程も申しましたように、管理栄養士や歯科衛生士の方など多種多様ですが、たとえば、ケアマネジャーはケアプランを立てる際に、地域の医療資源についてもよく知っておく必要がありますので、毎回のように参加いただく方もいて、その方々を通じて、介護サービスとの連携がぐっとしやすくなりました。また、この研修会をきっかけに地域ケア会議に出席するメンバーともご縁ができ、私自身も阿蘇地域での地域ケア会議の席で専門職の助言者として呼んでいただける機会も増え、活動の幅も広がっています。」

(Withコロナ時代に向け、Web配信による新しい研修様式の確立を目指す)

——地域の薬剤師会がハブとなって多職種連携が進められている例をあまり知りませんが、薬剤師の活躍の場を広げる意味でも、他の地域でもぜひ取り組んで頂きたいものです。最後に、今後に向けて抱負をお願いします。

「当面の課題は、やはり医師の参加率を高めていくことですね。これまで医師の興味を引くようなテーマを選びながら呼び掛けてきましたが、物理的に難しい面も

ありました。そこにこの新型コロナ感染症の拡大です。どうなるかなと思っていたところ、Web会議システムを導入したハイブリッド形式での開催は、医師から意外に好評なようです。『Webなら参加したい』という先生も確実に増えています。今後ますます面会等が難しくなっている医師に対して、有用な情報を提供できる絶好の機会になればとも思っています。また、今日ではメーカーのMR活動も大きく制限されていますので、ホットな医療情報をお届けできる機会としても注目して頂けるのではないかと思います。

また、私の信条として、言葉は悪いですが、あえて言うと『(いわゆる)帳面消しのような研修』にはしたくないと思っています。参加者の数の多さではなく、『今日はこのテーマがあるので、参加したい』という意志がある人に来てもらい、何かひとつでも勉強になったと思ってもらえるように取り組んでいます。そのためには、もっともっと気軽に質問ができる雰囲気づくりに努めたいと思います。多職種連携は、それぞれの分野を尊重しなければうまくいきません。患者や利用者さんからの相談を受け、初期対応を行った後は、きちんと専門職種につなぐことが大切です。この会で専門職種の方の意見を聞くことでその人の顔と名前を覚えるわけです。そうやって関係づくりが広がっていきます。私たち薬剤師は、処方医に対して疑義照会することは、義務でもあり通常業務であるため、疑問があればいつでも医師に確認をとりませんが、訪問看護師やケアマネジャーなど他の職種の方は、医師に連絡をとることによりハードルを感じているのではないかと思います。『今電話して大丈夫だろうか』とつい気を遣ってしまうわけですが、この研修会に参加していれば、講演の後に、『先生に連絡とる場合は何時ごろでしたら可能でしょうか?』というようなことを気軽に尋ねることもできます。その場で難しい質問をするよりも、この方がよほど会場での受けは良いです(笑)。

ICTの発展と共に多職種連携も進化しなくてはなりません。これまでは、参加する意志はあっても物理的にどうして行けないという人もいたかもしれませんが、現地に出向くか、Webで参加するか、選ぶことができるようになったわけです。もっと言えば、Web参加が当たり前になれば、この会もいずれは、講師、聴講者共に自宅にて行うことも可能になるのではないかと考えています。これを機に世の中が急速に変わっていくかもしれませんが、今まではスーツ姿できちんとやるのが常識でしたが、近い将来、カジュアルな姿で夕飯を食べながらとか、晩酌しながらでも許されるかもしれません。こんな風に、この会が心置きなく腹を割って話せる皆の拠り所になれば良いなと夢見ながら取り組んでいます。」

《研修会レポート》直近2回の研修会を振り返って

◆第26回(2020年10月2日)



第26回阿蘇郡市地域多職種連携研修会

■日時:令和2年10月2日(金)19:00~20:30 ■会場:阿蘇市農村環境改善センター研修室(阿蘇市内牧976-2)

■講演:「心不全患者を地域で診る」~心不全パンデミック時代を見据えて~

■講師:宮本信三先生(阿蘇医療センター 循環器内科部長/地域医療連携部長)

第26回は、阿蘇医療センターの宮本信三先生を講師に迎え、「命を見守るシリーズ」として心不全をテーマに開催。この日もMicrosoft teamsを用いたハイブリッド研修会として行われました。座長を務める玉飼会長は「前回、Web配信時に生じた音声トラブルは改善できたものの、

また違うトラブルも発生し、試行錯誤しながらの開催だった」と振り返りながらも、「いろいろとトラブルがあることも糧にしながら、今後も新しい生活様式に合わせた研修会を継続開催していきたい」と決意表明されていました。

◆第27回(2020年11月5日)



第27回阿蘇郡市地域多職種連携研修会

■日時:令和2年11月5日(木)19:00~20:30 ■会場:阿蘇市農村環境改善センター研修室(阿蘇市内牧976-2)

講演:「ニプロハートラインと地域医療のあゆみ」

講師:中畑伸之氏(ニプロ株式会社 国内事業部 事業戦略室地域医療連携チーム)

第27回は、今後、多職種連携の現場に必須となるツールとして、ICTを活用したクラウド型見守りシステム「ニプロハートライン」の紹介とその実証実験についてのお話がテーマでした。今回は、デモ機の展示もあることから、Web配信は行わず会場でのみの開催となりました。

ニプロハートラインとは、離れた場所でも、患者の情報をリアルタイムに把握できるICTを活用したクラウド型「見守りシステム」です。患者のiPhoneと医療機関(iPadやPC等)をICTで結ぶことができ、活用シーンとしては、

(1)感染症指定医療機関及び経過観察時対応、(2)慢性疾患等を有する定期受診患者等への対応、(3)在宅専門医の高齢者施設等への医療支援などが考えられています。新型コロナウイルス感染対策にも大いに注目されるシステムです。

なお、第28回は、この翌週の11月13日にMicrosoft teamsハイブリッド研修会で行われ、10月に阿蘇医療センター・循環器内科に赴任された山本正啓先生が宮本先生とともに講演されています。

循環器マーカーの院内定量を、 わずかなスペース、かんたんステップで。



コチラのQRコードから機器と専用試薬の紹介動画をご覧いただけます

一般医療機器 特定保守管理医療機器
移動式免疫蛍光分析装置
届出番号 28B3X1002900003



トリアージテスト メーター

移動式免疫蛍光分析装置 トリアージテスト メーターは、簡単な操作、測定時間15分前後で循環器マーカーの「定量」ができる小型POC機器です。院内定量が可能になることにより、測定結果をその日のうちに治療方針に反映することができます。

本機器は、およそB5用紙サイズの奥行き22.5cm、幅19cm、高さ7cmとコンパクトで、重さ700グラムと軽量、AC電源・単3乾電池のいずれでも稼働します。操作は機器本体の各ボタンで行なっていただく、シンプルな構造になっています。

検体にはEDTAを添加した全血又は血漿が使用できます。結果表示までの手順は、検体滴下、デバイス差し込みのわずか2ステップのみです。また、測定結果は電子カルテや検査システムとの接続による転送も可能です。

専用試薬は、トロポニンI、ミオグロビン及びCK-MBの3項目同時測定が可能な「トリアージテスト CP」、Dダイマーの測定が可能な「トリアージテスト Dダイマー」、そしてNT-proBNPの測定が可能な「トリアージテスト NT-proBNP」の3種類を取り揃えております。

測定操作はわずか2ステップです。

ステップ1 患者検体（全血又は血漿）250 μ Lを専用ピペット（付属品）で吸い上げ、テストデバイスのサンプル窓に滴下します。

ステップ2 検体がサンプル窓に吸収されたのを確認後、メーターに挿入すると、15分前後で測定結果がディスプレイに表示、プリントアウトされます。

- ・検体採取にはEDTA採血管を使用してください
- ・詳細は添付文書をご確認ください

操作手順



付属のピペットを用いて検体を添加



テストデバイスをトリアージテストメーターに挿入



測定結果はディスプレイに表示されます

L I S* 接続にも対応できます。

- ◆ 電子カルテや検査システムとの接続によるデータの転送も可能で、幅広くお使いいただけます。
- ◆ 具体的な接続方法については、外部出力先の取扱メーカーにご相談ください。

* L I S：検査室情報システム

詳細はトリアージテストメーターユーザーガイドをご確認ください。



測定結果の送信



トリアージテストの専用試薬は3種類、循環器関連マーカーの院内測定を可能にします

体外診断用医薬品

ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメントキット

トリアージテスト NT-proBNP

ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）は、脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）同様、心不全、急性冠不全症候群、及び冠動脈疾患において、心機能異常を診断するマーカーとして知られています。

NT-proBNPは、血中半減期がBNPと比べて長く、検体の安定性も高いため、臨床検査での使用に適しています。

NT-proBNPは、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合、月1回に限り算定できます。

本キットの測定範囲は、2.0～35.0 pg/mLとワイドレンジです。



コチラのQRコードから本試薬の紹介動画をご覧いただけます。

【製品画像】



ひとくちメモ ～BNPとNT-proBNP～

まず、心筋細胞において preproBNP として合成され、酵素的切断を受けて proBNP が生成されます。proBNP の生合成は、心筋細胞に対するストレスにより急速に亢進し、活性型である BNP と不活性型の NT-proBNP の形で 1:1 の割合で生成、血中に放出されます。

NT-proBNP は、受容体への結合や分解を受けないので、血中では BNP よりも約 6 倍以上の長期間存在します。

NT-proBNP は、ナトリウム利尿ペプチドのクリアランス受容体を介して、又は腎近位尿管や血管内皮に存在するニューtralエンドペプチターゼ（NEP）により分解を受けます。

	BNP	NT-proBNP
分子量	3,470	8,460
血中半減期	22分	90～120分
活性	活性型	不活性型

【製品画像】



体外診断用医薬品

フィブリン分解産物キット

トリアージテスト Dダイマー

Dダイマーは、血液凝固において主要な役割を果たすフィブリンがプラスミンによって分解された産物のひとつであり、D-IC（播種性血管内凝固症候群）、深部静脈血栓症（DVT）、肺血栓塞栓症（PE）などの疾患や病態で上昇するとされています。陰性予測値が高い検査のため、上記疾患の除外診断に使用されています。

- ◆ 本キットの測定範囲は100～5,000 ng/mLです。
- ◆ 本キットで得られる測定値は、欧米で主流となっているフィブリノーゲン換算値です。
- ◆ フィブリノーゲン換算値のキットでは、カットオフ値を500 ng/mLとしている試薬が多いです。

体外診断用医薬品

トロポニンキット ミオグロビンキット クレアチンキナーゼアイソザイムキット

トリアージテスト CP

心筋梗塞の診断の指標としてお使いいただけます。

トロポニンI、ミオグロビン及びCK-MBの3項目をひとつのデバイスで同時に測定できます。

測定範囲は下記の通りです。

トロポニンI	0.05～30 ng/mL	(カットオフ値 0.4 ng/mL)
ミオグロビン	5～500 ng/mL	(カットオフ値 107 ng/mL)
CK-MB	1.0～80 ng/mL	(カットオフ値 4.3 ng/mL)

【製品画像】



トリアージテスト メーター仕様

サイズ	22.5 cm (奥行) × 19 cm (幅) × 7 cm (高さ)
重量	700g 乾電池なし
電源	DC6V, 1A 単3乾電池4本またはACアダプター
キーボード	数字キーと特別機能キー(全22個)
使用温度	15～30℃ (最適な操作温度は各テストデバイスの添付文書を参照してください)
相対湿度	10～85%
場所	乾いた清潔な場所に設置し、直射日光を避けた平らな場所でご使用ください。
光源	レーザーダイオード <1mW
検出器	シリコンフォトダイオード

メモリー容量

- 患者データ750回分
- コントロール200回分
- QCデバイス70回分
- その他の測定結果250回分
- 試薬ロットコードチップ32個分
- コントロールコードチップ200個分
- QCデバイスコードチップ4個分
- ユーザーID600人分

トリアージテスト メーター専用試薬の統一商品コード

包装単位	トリアージテスト NT-proBNP	トリアージテスト Dダイマー	トリアージテスト CP
5テスト/箱	—	713200377	713200353
25テスト/箱	713200391	713200384	713200360

お問い合わせ先

SBバイオサイエンス株式会社

(住友ベークライトグループ)

学術部



0120-96-5953

受付時間 9:00～17:30 (土・日・祝日を除く)

Petit Poti Info.

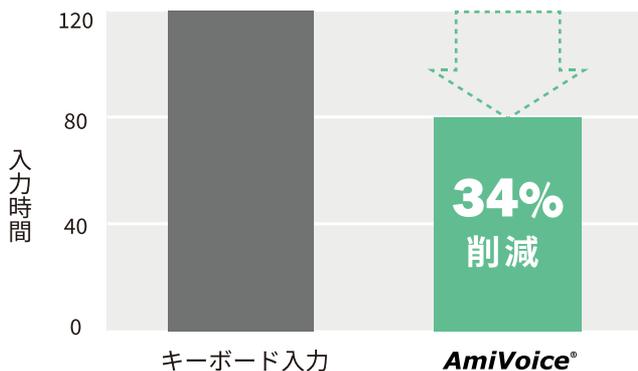
医療従事者の働き方改革を支援する音声入力システムのご紹介です。保険薬局でも導入が進んでいます。

音声入力で楽々！

訪問調剤の記録、薬歴・服薬指導記録等を
マイクに話して入力

時間短縮・疲労軽減!!

「1日 120分だったキーボード入力が、
AmiVoice® 使用で約 80分に短縮。
残業もゼロになりました」 (ご利用中のお客様)



※ AmiVoice Ex7 Pharmacyを使用した調剤薬局様での実測値です



※出典：ITR [ITR Market View : AI市場 2018～2019] [ITR Market View : AI/RPA市場 2017]
ベンダー別売上金額シェア (2015～2019年度予測)

医療従事者向け音声入力システム

AmiVoice® Ex7

Pharmacy | 調剤向け辞書

電子カルテやレポートなどの入力に各診療科で幅広く用いられてきた音声認識システムです。スタンドアロン型は1台から、クライアントサーバー型は100台規模まで、お客様のニーズに合わせた導入が可能です。

全国 **7,341** 以上の調剤薬局様で
AmiVoice® Ex7 はご利用されています

(2020年9月現在)

「AmiVoice Ex7」は、マイクに向かって話した内容をそのまま PC へ入力することのできる音声入力システムです。
薬品名等の専門用語もスムーズに変換でき、薬歴や服薬指導記録といった入力業務を支援いたします。

AmiVoice Ex7 の特長

- 
専門用語搭載
- 
認識率 95% 以上
- 
**声の登録不要で
すぐ使える**

導入メリット

- 
**入力時間を短縮
残業防止**
- 
**身体や目の
疲労軽減**
- 
**患者様との
コミュニケーション
改善**

漢方薬にも対応!

(例) つむらのいちばん ▶ ツムラ葛根湯
ツムラ、クラシエ、コタローといった社名付き漢方薬を番号で呼び出すことができます。

労働環境改善・サービス改善へ!

使用イメージ



抗生物質と咳の症状も楽にするお薬です。ミノマイシンはカルシウムと摂取すると吸収が悪くなってしまいますので、服用の前後1時間位は乳製品の摂取を避けるようにしてください。

AmiVoice エディター



転送

※文字入力可能な箇所であれば基本的に入力可能なため、様々なソフトウェアで使用していただけます。

抗生物質と咳の症状も楽にするお薬です。ミノマイシンはカルシウムを摂取すると吸収が悪くなってしまいますので、服用の前後 1 時間位は乳製品の摂取を避けるようにしてください。

薬歴システム等の入力欄

製品情報

AmiVoice Ex7 Pharmacy		
	本体価格	年間保守
販売価格	¥273,000	¥29,800

- 価格はすべて税抜表示です。
- 1ライセンスにつきインストール可能な PC は 1 台までですが、複数のユーザーデータを作成し、切り替えて使用することができます。
- 初年度の保守加入は必須です。保守内容には、電話でのサポートや無償バージョンアップが含まれます。

製品内容



・ AmiVoice Ex7 Pharmacy
1ライセンス



・ AmiVoice Front SP01
1本

・ その他、マニュアル等



専用マイクで快適操作!

AmiVoice Front SP01
標準付属

- ✓ 軽量・コンパクト
疲労軽減、日本人の手の大きさにフィット
- ✓ 安心・高い信頼性
ハードな運用にも対応 (made in Japan)
- ✓ 抗菌 (SIAA マーク取得)



お問い合わせ



Advanced Media, Inc.
株式会社アドバンスト・メディア

〒170-6042 東京都豊島区東池袋 3-1-1 サンシャイン 60 42F
TEL : 03-5958-1045
URL : www.advanced-media.co.jp
Mail : medical@advanced-media.co.jp

AmiVoice® およびロゴマークは株式会社アドバンスト・メディアの登録商標です。

ラインナップやオプションは AmiVoice® Ex7 製品サイトにて ▶ <https://medical.amivoice.com/>

特別連載:事例で学ぶ薬薬連携の実際

「トレーシングレポート活用のおすすめ」(その1)

●はじめに ~特別連載開始にあたって~

このシリーズは、医療環境の厳しが増す中、明るい薬局の明日を願い薬剤師の職能向上に資する情報をピックアップしてお届けしようとする連載コーナーです。そこで、近年ますます薬薬連携の重要性が問われていることから、本誌では、Vol.59、61に掲載し反響の大きかった広島市民病院薬剤部の取り組みに着目。さっそく、同病院薬剤部主任部長の開(ひらき)浩一先生に相談のうえ、実際に当病院が受けたトレーシングレポート(服薬情報提供書)の実例を通して考察する「トレーシングレポート活用のおすすめ」を掲載していく運びとなりました。それでは、広島市民病院・薬剤部の皆さん、よろしくお願いいたします。(編集部)

《事例1》 退院時の中止薬剤が再処方されないか確認し合い、有害事象の発生を回避

症例報告:広島市民病院・薬剤部 薬剤副部長 吉川明良

当薬剤部では、保険薬局に対して単にトレーシングレポートの提出を促すだけでなく、当薬剤部オリジナルの「フォローアップ依頼書」を運用し情報交換しやすい体制づくりに努めています。フォローアップ依頼書とは、保険薬局の薬剤師の方にフォローしてほしい内容を具体的に記述したもので、トレーシングレポートをその返信ツールとして活用頂くことができます。

今回ご紹介するのは、このフォローアップ依頼書とトレーシングレポートの交換によって、入院時に中止した薬剤(エドキサバン)が退院後処方されるのを未然に防止する介入ができたという事例です。

<患者プロフィール> 70代前半、男性

【現病歴・既往歴】

内頸動脈狭窄、腹部大動脈瘤、深部静脈血栓症、糖尿病、高血圧、脂質異常症

【処方箋】

- ① オルメサルタン錠20mg 1回1錠(1日1錠)
ランソプラゾール錠15mg 1回1錠(1日1錠)
アスピリン錠100mg 1回1錠(1日1錠)
1日1回 朝食後
- ② ロスバスタチン錠5mg 1回1錠(1日1錠)
1日1回 夕食後
- ③ シロスタゾール錠100mg 1回1錠(1日2錠)
ビルダグリプチン錠50mg 1回1錠(1日2錠)
1日2回 朝・夕食後
- ④ イコサペント酸エチル粒状カプセル(600mg/包) 1回1包(1日3包)
1日3回 朝・昼・夕食後
- ⑤ エロビキシバット錠5mg 1回2錠(1日2錠)
1日1回 ねる前

※入院時に持参されたエドキサバン30mgを中止

1. 患者サマリー

右内頸動脈狭窄に対するステント治療目的に〇月X日に入院し、X+1日にステント治療を行った後、X+8日に退院となりました。入院中はお薬手帳に記載した退院処方と同様であるシロスタゾール、アスピリン、オルメサルタン、ランソプラゾール(一部抜粋)を内服しておりました。

なお、2017年に当院入院時にDVT(深部静脈血栓症)の治療目的に導入したエドキサバンに関しては、現在では服用の必要性は低いと判断されたため中止しております。

<2017年> 〇月〇日 広島市民病院入院……エドキサバン導入

<2020年> 〇月X日 入院…右内頸動脈狭窄に対する治療のため

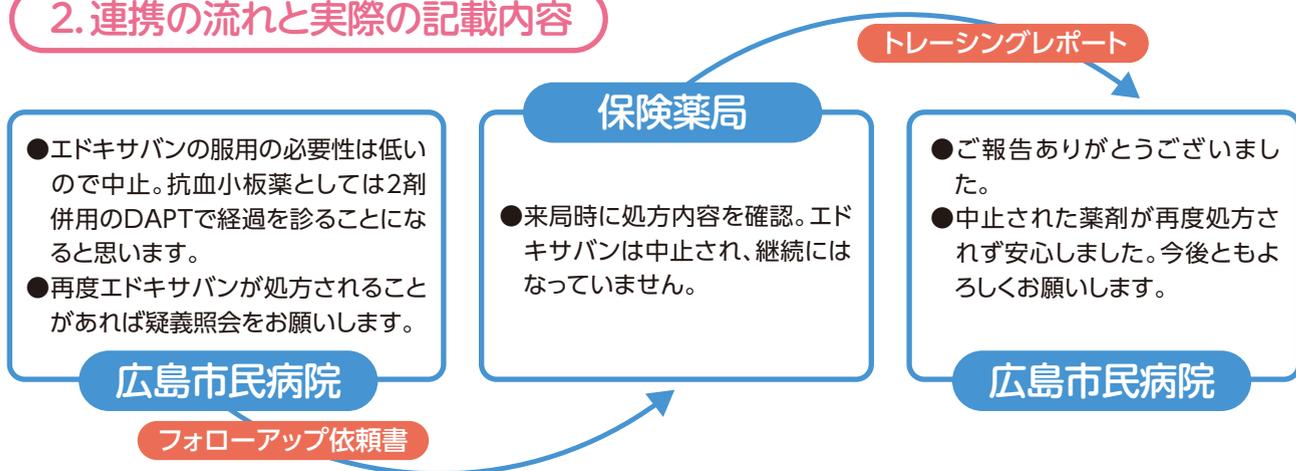
X日+1日 ステント治療

⋮

X日+8日 退院

← 連携介入
POINT!

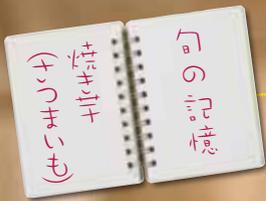
2. 連携の流れと実際の記載内容



3. 考察

入院治療終了後に退院し、かかりつけ医院に戻られる患者さんは多くいます。中止薬の情報などは医師の紹介状に詳細に記載されないこと、意図を理解する上で不十分であることが多々あります。不必要な薬剤が中止されたにも関わらず、退院後にこれまでの継続処方ということで再開されることは有害事象を引き起こすなど、患者さんの不利益は大きなものになります。

この連携の実例からそういったリスクを回避するために入院中の薬剤使用状況、中止された薬剤に関する詳細な情報がかかりつけ薬局の薬剤師の先生方に伝える必要性を強く感じました。



ほっとたいむ

ココラでちょっと一息ついてみませんか？

焚き火の温もり

近所のおじいさんが枯れ草や枝を集めて焚火をしていた。小学校低学年の僕たちは通学路を歩いて帰る途中だった。そのおじいさんに挨拶すると、焚き火に当たって行かないかと誘われた。パチパチと焚き火が爆せている。かじかんだ手を焚き火の前に伸ばすと、すぐに霜焼けで赤く腫れていた手の甲や指がじわっと痒くなった。

おじいさんは炭を掴むための金属の挟みで焚き火の中を探っている。中から3〜4個の焦げたサソマイモが顔をだした。「君たちに一つずつあげよう。いつもきちんと大きな声で挨拶してくれるので、そのお礼だよ。すぐ触ると火傷するからもうちょっと冷ましてからあげるよ、ちよつと待つてくれるかな」と、おじいさんは微笑んだ。

その間におじいさんは枯れ枝を火の中に投入すると、水分が抜け切れていない枝が白い煙を出しながら燻った。そして、隣に座り込んでいた僕に煙が向かってきた。「ごめん、ごめん」とおじいさんは僕の頭を撫でながら揺すった。

大寒(だいかん)／二十四節気
2021年は1月20日(水)

●暦の上では小雪(しょうせつ)は
一年で一番寒い頃とされる大寒。

新型コロナウイルスもインフルエンザウイルスも
あなたの心のスキを狙っています。どうぞご用心ください。

同一労働同一賃金 ガイドライン



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チ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。今回は、同一労働同一賃金ガイドラインについてです。

◆同一労働同一賃金の目的

同一労働同一賃金の目的は、同じ事業主に雇用される通常の社員(以下「正社員」という。)と、短時間労働者(以下「パート社員」という。)や有期雇用労働者(以下「契約社員」という。)等の非正規社員との間の不合理な待遇格差や差別的取扱いを解消することです。

賃金等の待遇は労使の話合いによって決定されることが基本です。しかし、正社員とパート社員・契約社員との間には、欧州と比較して大きな待遇の相違があります。

基本給をはじめ、賃金制度の決め方には様々な要素が組み合わされている場合が多いのが実情ですが、再度、各事業主は、職務の内容や職務に必要な能力等の内容を明確にして、待遇の体系全体を、パート社員及び契約社員を含む労使の話合いを行って、確認し労使で共有することが必要です。

正社員とパート社員及び契約社員との間の不合理と認められる待遇の相違の解消等に向けては、**賃金だけでなく、福利厚生、キャリア形成、職業能力の開発及び向上等を含めた取組が必要です。**

不合理な待遇の相違の解消等を通じて、労働者が状況にあった雇用形態や就業形態を選択しても、納得できる待遇が得られ、多様な働き方を自由に選択ができる社会の実現を目指しています。

◆パートタイム・有期雇用労働法

パートタイム・有期雇用労働法の第8条では、事業主は、パート社員及び契約社員の待遇に対応する正社員の待遇との間において、業務の内容及び業務に伴う責任の程度(以下「職務の内容」という。)、職務の内容及び配置の変更の範囲その他の事情のうち、待遇の性質及び当該待遇を行う目的に照らして適切と認められるものを考慮して、不合理と認められる相違を設けてはならないとなっています。

また、パートタイム・有期雇用労働法第9条では、事業主は、職務の内容が正社員と同一のパート社員及び契約社員は、同じ事業所における慣行その他の事情からみて、事業主との雇用関係が終了するまでの全期間において、その職務の内容及び配置が正社員の職務の内容及び配置の変更の範囲と同一の範囲で変更されることが見込まれるものについては、パート社員及び契約社員であることを理由として、待遇のそれぞれについて、差別的取扱いをしてはならないとなっています。

◆同一労働同一賃金ガイドライン

同一労働同一賃金ガイドラインは、正社員とパート社員及び契約社員との間に待遇の相違が存在する場合に、待遇の相違が、合理的なものなのか、あるいは不合理なものなのか等、原則となる考え方及び具体例を示しています。

パート社員及び契約社員の待遇に関して、原則的な考え方を取り上げます。

*派遣社員についても記載がありますが、今回は取り上げません。

1 基本給

基本給は、労働者の「①能力又は経験」、「②業績又は成果」、「③勤続年数」に応じて支給する場合は、①、②、③に応じた部分について、同一であれば同一の支給をし、一定の違いがあった場合には、その相違に応じた支給をしなければなりません。

2 賞与

賞与は、会社の業績等への労働者の貢献に応じて支給する場合は、正社員と同一の貢献であるパート社員及び契約社員も貢献に応じた部分につき、正社員と同一の賞与を支給し、貢献に一定の相違がある場合においては、その相違に応じた賞与を支給しなければなりません。

3 手当

①役職手当

役職手当は、正社員と同一の内容の役職に就くパート社員及び契約社員も、正社員と同一の役職手当を支給しなければなりません。また、役職の内容に一定の相違がある場合においては、その相違に応じた役職手当を支給しなければなりません。

②業務の危険度又は作業環境に応じて支給される特殊作業手当

正社員と同一の危険度又は作業環境の業務に従事するパート社員及び契約社員も、正社員と同一の特殊作業手当を支給しなければなりません。

③交替制勤務等の勤務形態に応じて支給される特殊勤務手当

正社員と同一の勤務形態で業務に従事するパート社員及び契約社員には、正社員と同一の特殊勤務手当を支給しなければなりません。

④精皆勤手当

正社員と業務の内容が同一のパート社員及び契約社員には、正社員と同一の精皆勤手当を支給しなければなりません。

⑤通勤手当及び出張旅費

パート社員及び契約社員にも、正社員と同一の通勤手当及び出張費を支給しなければなりません。

⑥特定の地域で働く労働者に対する補償として支給される地域手当

正社員と同一の地域で働くパート社員及び契約社員には、通常の労働者と同一の地域手当を支給しなければなりません。

4 割増手当

①時間外労働に対して支給される手当

正社員の所定労働時間を超えて、正社員と同一の時間外労働を行ったパート社員及び契約社員にも、正社員の所定労働時間を超えた時間につき、正社員と同一の割増率等で、時間外労働に対して支給される手当を支給しなければなりません。

②深夜労働又は休日労働に対して支給される手当

正社員と同一の深夜労働又は休日労働を行ったパート社員及び契約社員にも、正社員と同一の割増率等で、深夜労働又は休日労働に対して支給される手当を支給しなければなりません。

5 福利厚生

①福利厚生施設(給食施設、休憩室及び更衣室とします。)

正社員と同一の事業所で働くパート社員及び契約社員にも、通常の労働者と同一の福利厚生施設の利用を認めなければなりません。

②転勤者用社宅

正社員と同一の支給要件(例えば、転勤の有無、扶養家族の有無、住宅の賃貸又は収入の額)を満たすパート社員及び契約社員にも、通常の労働者と同一の転勤者用社宅の利用を認めなければなりません。

③慶弔休暇、または健康診断の勤務免除及び受診時間の有給保障

パート社員及び契約社員にも、正社員と同一の慶弔休暇の付与並びに健康診断に伴う勤務免除及び有給の保障を行わなければなりません。

④病気休職

パート社員には、正社員と同一の病気休職の取得を認めなければなりません。また、契約社員にも、労働契約が終了するまでの期間を踏まえて、病気休職の取得を認めなければなりません。

⑤その他の休暇

法定外の有給の休暇その他の法定外の休暇(慶弔休暇を除く。)など、勤続期間に応じて取得を認めているものについて、正社員と同一の勤続期間であるパート社員及び契約社員には、正社員と同一の法定外の有給の休暇その他の法定外の休暇(慶弔休暇を除く。)を付与しなければなりません。

なお、期間の定めのある労働契約を更新している場合には、当初の労働契約の開始時から通算して勤続期間を評価することとしています。

6 その他

①職務遂行に必要な技能又は知識を習得するために実施する教育訓練

教育訓練は、職務の遂行に必要な技能又は知識を習得するために実施するものについて、正社員と職務の内容が同一であるパート社員及び契約社員にも、正社員と同一の教育訓練を実施しなければなりません。また、職務の内容に一定の相違がある場合においては、その相違に応じた教育訓練を実施しなければなりません。

②安全管理に関する措置及び給付

正社員と同一の業務環境に置かれているパート社員及び契約社員にも、正社員と同一の安全管理に関する措置及び給付をしなければなりません。

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

明けましておめでとうございます。

昨年の10月に、正規社員と非正規社員の給与の待遇格差について、最高裁で判決がありました。手当の多くが、非正規社員に支給しないのは不合理とされました。しかし、賞与、退職金については不合理とまではならないとされました。

同一労働同一賃金の適用は、大企業は今年の4月から、中小企業は今年の4月からになります。

時々、パート社員さんが、「正社員よりも仕事をして

いる」といわれる人に会うことがあります。確かに状況によってはそんな場面もあるかなと思いますが、全体的な業務内容、責任の重さや異動などを総合的に比較して主張しているのかな~とったりします。

待遇に相違があれば、業務内容、責任の程度、異動の範囲などを、よくよく見つめなおし、正社員との待遇に差があるのかを説明できるようにし、パート社員さんにも納得して働いてもらうようにすることが必要です。

●社会保険労務士 福田久徳氏プロフィール

福田社労士事務所 代表 社会保険労務士 福田久徳
福岡県社会保険労務士会 労務管理会、賃金部会所属 厚生労働省委託事業・派遣元責任者講習会主任講師
福岡県商工会連合会 経営改善専門相談員

人事評価制度、賃金制度設計、ワークライフバランス、高齢雇用、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

〒810-0042 福岡市中央区赤坂1丁目10-26 重松第5ビル3階 TEL.092-726-8383 FAX.092-726-8384
ホームページ <https://fukuda-sr.com> E:mail info@fukuda-sr.com

医療者と患者が 「共に」高める コミュニケーション力



「今さらコミュニケーション?」と思われるかもしれませんが、医療とコミュニケーションの関係は意外と理解されていません。社員採用で企業が最重要視するのが「コミュカ」と経団連は発表していますが、その割には「コミュニケーション能力とは」、と問われて明確な答を持っている人は多くありません。医療者と患者の良好な関係を築くにはどうすればいいのでしょうか。

このコラムは、説得力、聴く力、「患者力」をテーマにお届けします。

その3

医療コミュニケーション、
目指すは「自己説得」!

説得、という言葉には重々しい響きがありますが、医療の場面には必ずその要素があります。説得する場合もされる場合も、仕組みを理解してコミュニケーション力を高めましょう。

I 「説得」の範囲を広げましょう

「両親の反対を押し切って結婚した」、「希望しない学校を受験させられた」など、「説き伏せる」とか、さらには「だまされる」というイメージが説得にはあります。これらの状況では嫌がる相手に無理やりという、「強い説得」が働いています。でも、病気を治そうと懸命に努力している患者を、「よく頑張りましたね」と勇気づけ、さらに励ますのも説得です。

ということは、程度の大小の違いこそあれ説得の要素は常に存在するのです。処方薬を指示通りに服用してもらう、酒やたばこなどの嗜好品を控えさせるといった健康、医療に直接つながらる行動はもちろん、次の診察の予約を守ってもらう、待合室で読んだ雑誌を元に戻してもらうといったことまで、医療者が説得力を発揮する場面は広範囲です。

患者が何らかの「不具合」を感じることから始まる医療では、医療者と患者が協力し合って新しい考え方を採り入れたり、行動を変えたりすることが患者と医療者双方にとって満足度の高い関係です。説得のメカニズムを理解し、患者が医療者を信頼し、医療者が望む行動をしてもらうコミュニケーションを目指しましょう。

II 説得は共同作業、一方通行ではない

一方的、無理やり、押し付けが説得ではないとすれば、真の説得とは何なのか。それは、患者が医療者からのメッセージの内容を理解し、自分の意志で行動を起こす「自己説得」です。患者の知識や心構えに根差した内的要因によって患者自身が動機付けをしてこそ、そして説得をした方が「勝ち」でされた方が「負け」ではなく、医療者と患者が共に歩み寄り、一緒に病に打ち克つ共同作業が説得です。

説得には満たすべき3つの条件があります。

①患者は説得メッセージに含まれる新しい考え方・行動を内在化する。

医療者が専門用語を多用し、「言うとおりにしなさい」と一方的に患者を説き伏せる代わりに、自己説得を可能にするのが「メッセージの内在化」です。危険は伴うが成功すれば完治が望める手術を受けるよう患者が医師から促されたとします。説明が終わり、「この場で手術の同意書に署名を…」と言われたら、患者は家族と相談したり、一人でゆっくり考えたりして決める機会が与えられないし、そのことへの不安や不満を抱きます。メッセージの中身に納得して自分の考えに換える時間と説明が得られなかったからです。考えたり、質問したり

する時間、親しい人との相談、場合によってはセカンドオピニオンを必要とすることもあるでしょう。そのような機会が十分に与えられ、信念をとまなう「自分の知識」が自己説得の機会を生みます。

②患者は説得メッセージの受諾・拒否を自由に選択できる。

自己説得の次の条件は「選択の認識」です。しかし、患者が治療方針や薬剤などについて実質的な選択をするだけの知識や経験を持っていることはあまりないでしょう。この場合の選択は、患者が医療者の提案を受け入れるか、拒否するかです。もし拒否した場合、患者に不利な状況(たとえば、転院)が待っているとしたら、それは現実的な選択肢とは言えません。医療者はできる限り、「自由に選べる」という認識を患者に持ってもらうことが必要です。「受け入れてもらう以外ない」という姿勢で患者に接すると、説得が失敗する可能性が高いだけではなく、その後の関係にも負の影響を与えるでしょう。

③説得の結果は行動変化ではなく、態度変容の場合もある。

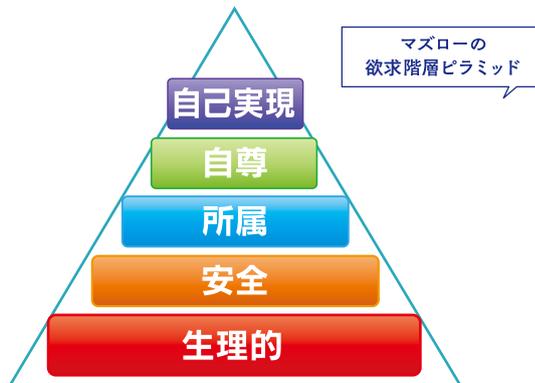
高血圧で心疾患がある患者に禁酒、禁煙をしてもらいたい、と願って話をした結果、患者が即禁酒、禁煙すれば説得はもちろん成功です。でも、実際の説得は0か100か、ではありません。禁酒、禁煙という行動変化には至らなかったが、「そうか、やっぱりタバコはそんなに有害なのか。少し考えてみよう」などの気持ちの変化があれば、それも説得の成果と考えます。



この図は人間を氷山にたとえています。水面より上の部分が目に見える行動です。氷山と同じように自己を形成するのは水面下が大部分で、行動はまさに「氷山の一角」です。表面の行動だけを変えても、考え方、心構え、感情が伴っていなければ行動変化はその場限りで、長続きしません。自己説得を促すには、医療者はまず患者の内面に影響を与えるメッセージを伝えます。そして内面の変化に応じて、それを行動に移すかどうかは患者の選択です。

III 自己説得のためには患者のニーズを知る

患者が内面的な動機を覚えるのはどういう時か、そして医療者はどうやってその動機を最大限にできるか、ということを考えておく必要があります。発達心理学者、マズローの「欲求の階層理論」が役に立ちます。



この理論は、満たされていない最下部の欲求が動機を支配する、と主張します。病院を訪れる患者は生理的欲求が満たされていない可能性が高いでしょう。それよりも上にある、自尊や自己実現の欲求について考える余裕はありません。治療を受け、快復するにつれ仕事への復帰(帰属・自尊)や、潜在的能力を最大限伸ばす自己実現について考えられるはずですが。医療者は、患者が満たされずに不安や不満を抱えている欲求はどのレベルなのか読み取り、適切な説得メッセージを発することが求められています。

そのためには患者の話を十分に聴かないまま医療者が決めつけて指示を出し、行動だけを変えようとするのではなく、患者の「心の叫び」に耳を傾けることが納得できる医療説得につながります。

IV 3つのパワー：エトス・パトス・ロゴス

説得力は「3つのパワー」で構成されています。エトスは説得者個人が持つ力で、知識、人柄、誠意から成り立ちます。経験を経て習得した知識を使って、患者の気持ちを読み取り、「自分のためではなく、あなたのことを考えて行っている医療」という態度です。相手の目を見て、共感できる内容、たとえば医師自身の個人的な感情を吐露するなど、いくらでも工夫できるはずですが。

パトスは感情的説得力です。感情的といっても泣いたり、笑ったりということではありません。相手に頭の中で「ドラマ」を描いてもらい、登場人物になることを促す説得力です。「がんばってリハビリをする」と今までの辛さが嘘のようになくなりますよ」とか、「血圧が高い状態を放置すると、△△さんみたいに突然…」という具合にイメージしやすい未来の状況を考えさせて、その状況に感情移入してもらうのがパトスです。人間にとって感情は大切で、患っていると特に気持ちの力は大きいものです。

ロゴスは論理的説得力で、論理的思考にアピールします。症例や統計などのエビデンスを示したり、医療者が分かりやすい言葉で首尾一貫した説明をしたりして、説得力を高めます。また、チーム医療でもロゴスは重要です。医師と看護師が言うことに矛盾があったり、

昨日伝えたことと今日言っていることがずれていたりすると患者だけではなく、医療者同士の説得力にも傷がつきます。

説得力を構成するエトス・パトス・ロゴスですが、どれが最も重要かは決められません。患者の状態、医療者と患者との関係、その時々コミュニケーションの環境などによって、どのように説得に臨めばいいか、常日頃の認識力がカギを握ります。

V

説得番外編：恐怖心をあおる・まずは行動を変える・インセンティブを与える

医療に限らず、本物で長続きする説得は、被説得者によるメッセージの内在化をはじめ、内的要因＝動機付けによる自己説得、と考えるべきです。しかし、どうしても「とにかくすぐに行動を変えてもらいたい。患者の『内側から湧き出てくる動機』なんて待ってられない」という場合も多いでしょう。コミュニケーションの「倫理」になかった、理想的な方法ではないかもしれませんが、急を要する、あるいは共に論理的思考をするのが難しい子どもや高齢者を「説得」する場合、「まず行動、それから気持ちや考え方に追いついてもらう」方法を知っておくのも役立ちます。

●恐怖心に訴える

重い病気ではなくても、「最悪の場合」の情報を与えるのは医療者の責任です。淡々と論理的にだけでなく、少しだけ「このままだとこんな怖いことになりますよ」と付け加えて患者の恐怖心を煽ることかなりの効果があることは、これまでの経験からうなずけるでしょう。ただ気を付けなくてはならないのは、メッセージを発する人自身が「恐怖の源」になってはいけません。「もし〇〇をしなかったら、私が…」と言うと脅しです。この違いは紙一重なので、やはり医療者のエトス(人となりからくる説得力)が大切です。

●段階的に説得する

禁酒してもらわなくてはいけない患者に、「今日から一滴も飲んでダメ」というのはなかなか聞き入れられないでしょう。そんな場合、最初は聞き入れてもらいやすい行動、たとえば「強いお酒を3日間だけ控える」という具体的な行動案を示し、それができたら、「ほら、やればできるじゃない。じゃあ、今度は…」というように少しずつ目標を上げていく。できたことにご褒美をあげ、インセンティブを示すうちに患者の内面も変化するでしょう。

●行動変化の方法だけを伝える

医療者と患者の間には歴然とした知識、経験の差があります。だとすれば、「理由はいいから、とにかく〇〇を、◇◇の方法でやって!」と、お願いではなく命令に近い方法で伝えることが必要です。なんでもみんなで話し合っただけで決めるばかりが最良の決定方法ではないはずですが。でも、医療者の指示、命令に従っていやいやながらも行動変化をした結果、健康状態がよくなれば、行動→内面の変化が期待できます。

医療の現場では、説得を試みるのは医療者には限りません。患者が医療者を説得する必要がある場合もあります。その課題は後の「患者力」の項で考えましょう。



Profile 宮原 哲

西南学院大学外国語学部教授
日本ヘルスコミュニケーション学会副理事長
日米コミュニケーション学会会長

米国ペンシルベニア州立大学大学院で博士号(スピーチ・コミュニケーション学)取得後、日米の大学で研究、教育に携わる。「欧米理論・実践はそのままでは日本には適用できない。日本文化の特色を採り入れたコミュニケーション研究が必要」という研究哲学の下、特に医療・ヘルスコミュニケーションの領域での研究活動に努めてきた。院内研修、看護学校での教育、市民センター等での「患者力」の講演歴がある。

著書に『ニッポン人の忘れもの～ハワイで学んだ人間関係～』(西日本新聞社)、『入門コミュニケーション論』(松柏社)、『よくわかるヘルスコミュニケーション』(分担執筆、ミネルヴァ書房)等がある。

宮原 哲 講演・研修のお問合せ先

福岡市中央区舞鶴3丁目1-27第2理研ビル2F 株式会社日本ジーニス (担当：白浜)
TEL.092-406-2457 E-mail.shirahama@zenith-jc.jp

居住用賃貸建物の取得等に係る 消費税の取扱い

春畑税理士事務所
所長:春畑匠美

一般的に建物を建てた時に支払うことになる消費税額は大きな金額になるため、この消費税額について還付を受けようと従来さまざまな手法が取られてきました。これに対し税制改正が繰り返され、現在では消費税の還付は受けにくくなっています。令和2年10月より、居住用賃貸建物の取得等に係る消費税の取扱いも変更になっていますので、要点をおさらいしていきます。

1. 原則的な消費税の計算方法

事業者が納める消費税額の計算方法は、原則的には以下のようになります。

消費税の納付税額=課税売上に係る消費税額-課税仕入にかかる消費税額

居住用の建物の家賃やクリニックの保険診療収入などは、その性質から消費税の負担を求めることはなじまないとして、消費税を課税しない(非課税)こととなっています。消費税が課税される売上と非課税の売上が混在する事業者の場合、納付税額から引くことのできる課税仕入にかかる消費税額は、課税売上に対応する分のみとなります。

2. 一括比例配分方式と個別対応方式

上記の消費税額の計算をするにあたり、一括比例配分方式では課税期間中のすべての課税仕入にかかる消費税額を課税売上割合で控除して計算します。一方、個別対応方式ではひとつひとつの課税仕入について、それが課税売上に対応するものであるか非課税売上に対応するものであるか判断して計算します。

3. これまでの消費税額計算

テナント用賃貸収入と居住用賃貸収入が50%ずつある事業者の場合、課税売上割合は50%となります。あらたに居住用賃貸建物を5,000万円で購入したとすると、一括比例配分方式により控除できる消費税額の計算は以下のようになっていました。

居住用建物購入にかかる消費税額(5,000万円×10%) 500万円×課税売上割合50%=250万円

4. 令和2年10月1日以降の居住用賃貸建物の取得等にかかる消費税額計算

居住用賃貸建物を取得した場合の消費税額について、実際には非課税売上に対応するものであるにもかかわらず、納付する税額から控除あるいは還付されていました。これを適正化するため、令和2年10月1日以降に取得する居住用賃貸建物にかかる課税仕入税額については仕入税額控除の対象としないこととされました。

課税売上、課税仕入金額が同じ条件の場合に改正前後でどれくらい納付税額が違ってくるのかを見てみます。

【改正前】

賃貸収入	テナント (消費税)	-	課税仕入	居住用賃貸建物 (消費税)	×	課税売上割合	=	還付
	1,000万円			100万円				5,000万円
	居住用 (消費税)							
	1,000万円	-						

【改正後】

賃貸収入	テナント (消費税)	-	課税仕入	居住用賃貸建物 (消費税)	×	※仕入税額控除の対象とならない	=	納付
	1,000万円			100万円				5,000万円
	居住用 (消費税)							
	1,000万円	-						

5. 居住用賃貸建物の取得等にかかる消費税額の調整

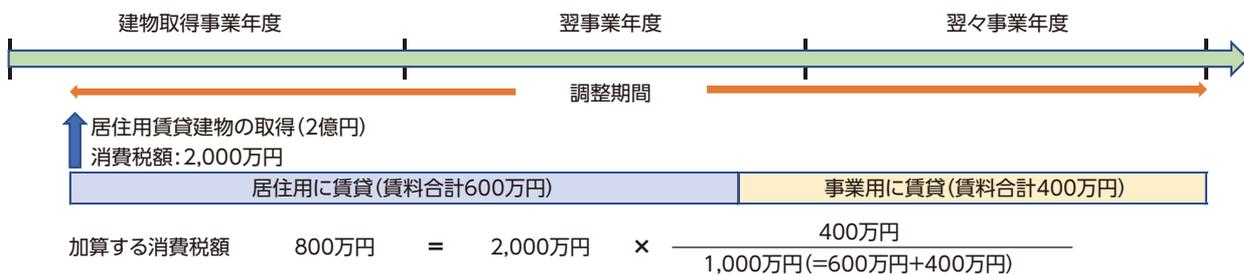
4により仕入税額控除の制限を受けた居住用賃貸建物について、後日テナント用に転用したり、売却したりすることも考えられます。一定期間内に用途の変更や譲渡があった場合は、当初の仕入控除税額が調整されます。

- ◆居住用賃貸建物を取得した時から翌々事業年度の末日までその建物を所有しており、その期間中(調整期間とい

います)に全部または一部を課税賃貸用に転用した場合

⇒次の算式で計算した消費税額を翌々事業年度の仕入控除税額に加算

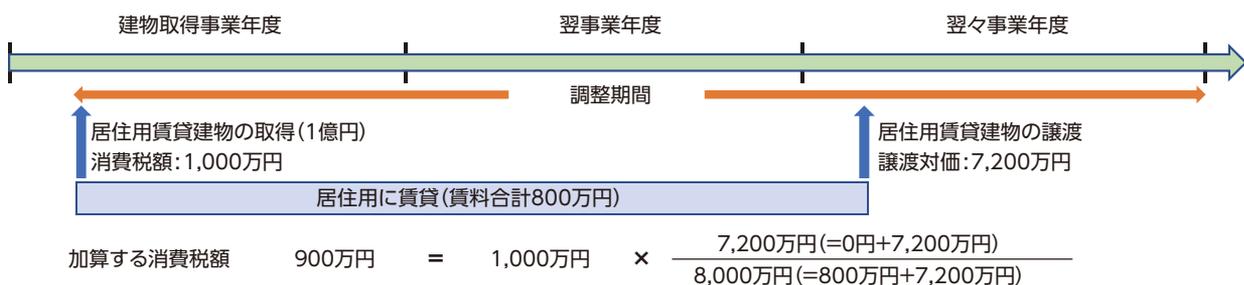
$$\text{加算する消費税額} = \text{居住用賃貸建物の課税仕入等に係る消費税額} \times \frac{\text{Aのうち課税賃貸用に供したものに係る金額}}{\text{調整期間に行った居住用賃貸建物の貸付の対価の額の合計額(A)}}$$



- ◆その居住用賃貸建物の全部又は一部を調整期間中に他の者に譲渡した場合

⇒次の算式で計算した消費税額を譲渡した日の属する課税期間の仕入控除税額に加算

$$\text{加算する消費税額} = \text{居住用賃貸建物の課税仕入等に係る消費税額} \times \frac{\text{Bのうち課税賃貸用に供したものににかかる金額} + \text{Cの金額}}{\text{調整期間のうち、譲渡した日までの居住用賃貸建物の貸付の対価の額の合計額(B) + 居住用賃貸建物の譲渡の対価の額(C)}}$$



まとめ

今回の改正について、令和2年3月31日までに締結した契約に基づき令和2年10月1日以後に行われる居住用賃貸建物の課税仕入れ等については適用しないという経過措置がとられています。

消費税に関連する税制改正は大変多く、理解も難しくなっています。不利な結果とならないよう、税理士事務所等へ相談されることをおすすめします。

●執筆:春畑税理士事務所 (監査部 監査二課 主査 田中 今日子)

▽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:TACコンサルタンツ株式会社・福岡給与計算センター有限公司

▽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16回〕 分かれた最高裁判決と再雇用の賃金

最近、有期雇用社員と正規社員の待遇格差が不合理として争われた訴訟問題で最高裁が下した判決に注視したい。

事例は大阪医科大学（現大阪医科薬科大学）の元アルバイト職員と東京メトロ子会社、メトロコマースの元契約社員がそれぞれ、賞与と退職金の不支給は不合理として是正を求めた事件と日本郵便の正社員と契約社員の手当や休暇の差の是非が争われた事件である。

I 支給根拠の曖昧な手当

判例は、元アルバイト職員と元契約職員は正社員と同じ仕事をしているのに賞与と退職金の不支給は不合理として是正を求めたが、最高裁は賞与と退職金の不支給が不合理とまで言えないとの判決を出した。しかし日本郵便事件では、扶養手当や夏期冬期休暇などが契約社員に与えられないことは不合理の格差に当たると判断し、退職金や賞与を巡る判決と手当や休暇などを巡る判決で判断が分かれる結果となった。

このように判断が分かれた背景には、経営側は「賞与、退職金の支給は長期的な雇用継続のインセンティブ」であると主張。これらの主張が認められたと学者は推論する。

一方、手当や休暇の問題も手当支給の趣旨や役割の違いなどを踏まえて待遇差を合理的に説明できたかを考え直す必要があると弁護士が助言をしている。手当支給についても、合理的でしっかりとした説明が出来れば、判決内容も変わった可能性がある。

この2つの判例から考えられることは、人事賃金制度は理論的に、また合理的に説明できるものでなければならないということである。特に賃金については、1円たりとも意味不明で説明できないものは不可であり、賃金関連諸規定の再確認が必要である。

制度は理論をベースにして合理的に基準化し、規定しておくことが大切である。

II 再雇用、定年前と賃金格差

記述のように、最高裁は正規、非正規従業員の待遇格差が不合理か否かの判断で各賃金項目の性質や趣旨を見極める判断を示している。非正規雇用は、コストがかさむ正規社員の雇用を守るための受け皿として拡大してきた。

しかし年功主義から能力、役割（実力）主義に人事パラダイムを転換することによって、その職務に最適な人材（実力ある者）を配置するジョブ型人材の雇用を推進すれば、格差是正の地ならしが出来る。

このことは、定年後再雇用者の賃金格差の問題にも通じる。定年後再雇用者の基本給減額の是非が争われた訴訟（名古屋自動車学校の6割を切る基本給格差）判決で、名古屋地裁は同じ仕事なのに基本給が定年前の6割を下回るの是不合理と、自動車学校に支払い命令を下した事件である。判決によると定年を迎えた後に男性2人は再雇用を希望し、65歳まで嘱託として技能講習や高齢者教育を担当した。仕事の内容や責任の範囲は定年前と変わらないのに基本給は定年前の6割を下回るもので、不合理な待遇格差を禁じた労働契約法旧20条に違反しているとして提訴していた。再雇用者の賃金実態調査の一つとして「平成24年度高齢者の継続雇用に関する実態調査東京都」があるが、このデータによると6割を切るデータが最多である。

しかし、名古屋地裁の判決では、仕事の内容が変わらなければ減額は6割までという一つの目安を示したものとして注目されている。折しも60歳以降の再雇用者の賃金決定に際して多くの各企業が取ってきた施策は、「高齢雇用継続給付金」と「在職老齢年金」との関係を考慮し、賃金を決めるケースが多い。高齢雇用継続給付金の支給は、定年時の賃金の75%未満であることが条件で、61%から75%未満では一定の計算方式によって減額支給される。在職老齢年金

も現在では、収入によって制限があり一定額以上の報酬月額によって支給額が異なる。

すなわち老齢厚生年金に加入しながら老齢厚生年金を受けるときは、基本給月額と総報酬月額相当額に
応じ「28万円以下、以上」「46万円以下、以上」の基準
による計算式によって年金が支給(全部、一部)される。
高年齢雇用継続給付金の支給条件である61%以上は、
名古屋地裁が示した賃金減額の最低のガイドラインとも
一致する。61%以上の妥当性については、上場大手企業
の賃金水準から考えると、先に述べたように企業負担が
大きいと思慮される場合もあり、その解決案は、ジョブ
型賃金の役割給(実力、日本型成果主義賃金)に賃金体系
を転換することであり、これによって課題はスムーズに
解決出来る。

Ⅲ 基準、規定は決まり事、 実務は運用も大切

人事賃金はいかなる場合でも公平、公正であるべき
であるが、ややもすると基準や規定に縛られて、環境
適応力を失う場合が多々ある。例えば、人事考課を一
つの例示として考えてみよう。

新型コロナウイルス感染拡大の終息が未だ見えず経済環境
も逼迫している中で、各社員は対面活動をためらいな
がら業務を遂行している。心身の疲れがピークに達し
ているこのような苦難時に、人事課は人事考課に時間
をかけ、賃金賞与に格差をつけることが本当に正しい
経営判断なのかである。人事考課結果の事実の記録
は必要だが、状況に応じて人事考課の使い方を考える
必要がある。

人事考課はあくまでも組織活性化のための1手段、
方法に過ぎないものである筈だが、人事考課のための
人事考課の仕事をしていないか、目的と手段が入れ替
わってしまっている場合が多々ある。人事考課結果は、
将来の能力開発やキャリア形成の基礎資料として事実
の記録としては大切であるが、新型コロナウイルス感染
の拡大が収まらない今、人事処遇(昇給、賞与)への反映
はしないという選択もある。皆、頑張っている。人事考
課結果は違っても、皆一緒にの処遇配分で良いのでは
ないかという選択である。同一職階、同額支給(昇給、
賞与)という判断もあり得る。

有期雇用者と正規社員の処遇格差の問題も然りで

ある。労働力の需給事情や労働環境、我社の事情(社
員の働き状況)などの雰囲気を読むことが大切な今、
どのような人事政策(実務運用)を打ったら良いのかを
考える。まさに規定は規定であり、大変革期には、その
場の環境に柔軟に対応する運用が人事担当責任者の
重要な役割でもある。

規定通りに業務を遂行するのは平時の時で、一般
社員で十分に対応できる。しかしながら、最も大切な
ことは、この基準や規定、制度を社員の成長と幸福に、
そして組織の発展に結びつける仕事をするのが部課
長の仕事でもある。そのためには、人事・賃金規定は
同一労働、同一賃金の問題にも、理論的にも十分に説
明できるものに整備しておくことが必要である。

これらの仕事は、人事部課長の重要な役割業務で
あり、今至急、再検証することが必要である。

また、運用も忘れずに。

齋藤 清一

株式会社 人事賃金管理センター
代表取締役
日本病院人事開発研究所代表幹事
博士(経済学)



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を経て現在(株)
人事賃金管理センター代表取締役、日本病院人事開発研究所代表幹事、
滋慶医療科学大学院大学客員教授、立命館大学上席研究員、埼玉大学
大学院経済科学研究科博士後期課程修了

●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、日本おもてなし学会 理事

●主な著書:最新版「シニア社員の活かし方・処遇の仕方」(共著)「職
給の再構築と日本型成果主義賃金の実践テキスト」以上(中央経済社)
「加点主義人事制度の設計と運用」(同友館) ほか多数。

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218
TEL 0467-22-2591 FAX 0467-25-5355
e-mail:seiichi3@bronze.ocn.ne.jp
http://www.jinjinginkanri.sakura.ne.jp/

[第18回] 休日と休暇の違い

～一問一答! 現場の悩みにズバリお答えします～

西尾 直子

外山アソシエイツ
社会保険労務士



Q 当職場の「休日」は、土・日・祝以外に、夏期と年末年始があります。全て「休日」と考えていたのですが、他の職場では、夏期と年末年始は「休暇」にしていると聞きました。違いがあるのでしょうか。また、「休業」や「休職」についてはどうでしょうか。

A 「休日」と「休暇」の根本的な違いは、「休日」=労働日ではない日、「休暇」=労働日、という点です。簡単にいうと、「休日」は、職場全体が休みの日で、一般的に、ほとんどの職員が休みの日ですが、「休暇」は、職場は営業していて出勤日であるところ、職員本人の申出・申請により、個別に休みが与えられた日です。これを、「労働義務を免除された日」といいます。

では、その違いは、何に影響するのでしょうか。まず、割増賃金です。割増単価を計算する際(月給制の場合は、基礎賃金÷1か月の所定労働時間)、分母となる所定労働時間は「休日」が増えると減ります。「休日」が多い(=所定労働時間が少ない)方が単価は高くなりますね。しかし、「休暇」は元々労働日であるため、増減しても、休んでも勤務しても、所定労働時間は変わりません。つまり、ご質問のように、同じように夏期休暇を設けている場合でも、それが原則的に休みとなる「休日」なのか、職員の申出等に基づき発生する「休暇」なのかでは、「休暇」(労働日)とした方が、割増賃金(の単価)が安くなる、ということなのです。

とはいえ、それなら夏期や年末年始を「休日」から「休暇」に変更すればいいのか、というのでしょうか。「休暇」とするならば、あくまでも職員からの申請が必要です。多くの職員が漫然と休んでいれば、「休日」と見做される可能性が高いと思われますし、提出し忘れていた職員に申請を強制するようなことにならないでしょうか。毎回、手続きをきちんと行えるかを考慮し、制度の趣旨を慎重に検討したうえで設計されることをお勧めします。

次に、有給休暇の取得要件があります。有給休暇は、全労働日の8割以上出勤しなければ取得できませんが(出勤日÷全労働日 \geq 0.8)、全労働日とは、通常、総暦日数から所定「休日」を除いた日をいいます。休日労働しても労働日とはならないので、出勤率も変わ

りません。他方、法律に有給休暇についての定めがない「休暇」(慶弔休暇・特別休暇等)については、「出勤したものとするか、労働日からも欠勤日からも除くか、欠勤とするか」は自由なため、規定の仕方でも8割出勤率を満たせるか否かが分かれるのです。

なお、有給休暇を「休日」や「休暇」等、労働日でない(労働を免除された)日に充てることはできません。ただし、すでに取得が決まっていた有給休暇日が、後から「休暇」の期間に入ったときは有効です。

ちなみに、「休暇」と似た用語に「休業」がありますね。こちらは、本来「仕事がない」「資材が不足している」等、使用者の都合による休みをいいますが、「育児休業」のような「休暇」にも使用されていて、漠然とした期間の長短以外に明確な区分がありません。

さて、最後の「休職」は、他と異なり、法律に規定がなく、使用者が独自に設ける制度です。一般的に、「休職」には、①退職の猶予と②職員の身分保障という二つの意味合いがあり、職員に一定事由が発生した際に、使用者が一方向的に命じます(私傷病休職、出向休職等)。制度の趣旨、期間やその間の賃金等、全て使用者の裁量に委ねられています。ただ、近年、特に私傷病等では、休職期間を経ない退職や解雇は否認される可能性が高いですので、制度自体を設けないという選択肢は考えにくいと思います。

以上のとおり、主な違いを述べましたが、同じ「休日」「休暇」の中にも、さらに違いがあります。それらを踏まえたうえで規定をご覧になると、また新たな視点で確認できるのではないのでしょうか。

筆者:西尾直子氏

社会保険労務士(大阪府社会保険労務士会所属)

知的財産管理技能士[二級・管理業務]、生産性賃金管理士(日本生産性本部認定)

法律事務所勤務を経て、外山法律事務所のパートナー事務所を開設。

立命館大学・医療経営講座の修了生(齋藤清一先生に師事)でもあり、医療労務コンサルタント(全国社会保険労務士会連合会認定)として、医療機関からの相談も数多く手掛けている。

ご相談は
こちらに

外山アソシエイツ Toyama Associates
一労働相談・労務監査・M&A・労務DD—
〒530-0047 大阪市北区西天満4-11-22
阪神神明ビル3階 外山法律事務所内
TEL:06-6316-7111 FAX:06-6316-7117
E-mail:nishio@toyama-law-office.jp

2020年に新規収載された医薬品一覧

2020年1月～12月までに収載された新医薬品の一覧表を掲載します。

●2020年1月22日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
★ドウベイト配合錠	1錠	4,808.30	GSK	ドルテグラビルナトリウム/ ラミブジン	抗ウイルス剤(HIV感染症治療薬)
★ピフェルトロ錠100mg	100mg1錠	2,147.80	MSD	ドラビリン	抗ウイルス剤(HIV-1感染症治療薬)

●2020年4月22日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
デエビゴ錠2.5mg	2.5mg1錠	57.30	イーザイ	レンボレキサント	不眠症治療薬 (オレキシン受容体拮抗薬)
デエビゴ錠5mg	5mg1錠	90.80			
デエビゴ錠10mg	10mg1錠	136.20			
ニューベクオ錠300mg	300mg1錠	2,311.00	バイエル	ダロルタミド	前立腺がん治療薬 (アンドロゲン受容体シグナル伝達阻害薬)
ノクサフィル錠100mg	100mg1錠	3,109.10	MSD	ボサコナゾール	深在性真菌症治療薬 (トリアゾール系抗真菌薬)
★フィコンパ細粒1%	1%1g	1,068.90	イーザイ	ペランパネル水和物	新規抗てんかん薬
ユリス錠0.5mg	0.5mg1錠	30.00	持田	ドチヌラド	痛風・高尿酸血症治療薬 (尿酸排泄促進薬)
ユリス錠1mg	1mg1錠	54.80			
ユリス錠2mg	2mg1錠	100.20			
リンヴォック錠7.5mg	7.5mg1錠	2,550.90	アッヴィ	ウバダシチニブ水和物	関節リウマチ治療薬 (JAK阻害薬)
リンヴォック錠15mg	15mg1錠	4,972.80			
注射薬					
チラーゼンス静注液200μg	200μg1mL1管	20,211	あすか製薬	レボチロキシナトリウム 水和物	甲状腺・副甲状腺ホルモン薬
ノクサフィル点滴静注300mg	300mg16.7mL1瓶	28,508	MSD	ボサコナゾール	深在性真菌症治療薬 (トリアゾール系抗真菌薬)
外用薬					
コレクテム軟膏0.5%	0.5%1g	139.70	鳥居	デルゴシチニブ	アトピー性皮膚炎治療薬(JAK阻害薬)

●2020年5月20日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
カボメティクス錠20mg	20mg1錠	8,007.60	武田	カボザンチニブリンゴ酸塩	腎細胞がん治療薬 (VEGFRチロシンキナーゼ阻害薬(マルチキナーゼ阻害薬))
カボメティクス錠60mg	60mg1錠	22,333.00			
★キャピリン配合錠	1錠	130.30	武田	アスピリン/ボノブラザン アムル酸塩	低用量アスピリン(抗血小板薬)/PPI(消化性潰瘍治療薬) 配合剤
テプミトコ錠250mg	250mg1錠	14,399.00	メルバイオファーマ	テポチニブ塩酸塩水和物	非小細胞肺癌治療薬(MET阻害薬)
ベレキシブル錠80mg	80mg1錠	5,067.40	小野	チラブルチニブ塩酸塩	中枢神経系原発リンパ腫治療薬(BTK阻害薬)
メラトベル顆粒小児用0.2%	0.2%1g	207.80	ノーベル	メラトニン	小児期の神経発達症に伴う睡眠障害治療薬
ラツダ錠20mg	20mg1錠	178.70	大日本住友	ルランドン塩酸塩	統合失調症・双極性障害治療薬 (非定型抗精神病薬:セロトニン・ドパミン 受容体拮抗薬(SDA))
ラツダ錠40mg	40mg1錠	328.90			
ラツダ錠60mg	60mg1錠	469.90			
ラツダ錠80mg	80mg1錠	493.40			
ロケルマ懸濁用散分5g	5g1包	1,095.20	アストラゼネカ	ジルコニウムシクロキ酸 ナトリウム水和物	高カリウム血症治療薬 (カリウム吸着薬(非ポリマー製剤))
ロケルマ懸濁用散分10g	10g1包	1,601.00			
注射薬					
アネレム静注用50mg	50mg1瓶	2,218	ムンディアファーマ	レミゾラムベシル酸塩	静脈麻酔薬(ベンゾジアゼピン系催眠鎮痛薬)
エンハーツ点滴静注用100mg	100mg1瓶	165,074	第一三共	トラスツマブデルクステカン (遺伝子組換え)	乳がん治療薬 (抗HER2抗体-細胞障害性抗がん剤複合体)
☆オゼンピック皮下注0.25mgSD	0.25mg0.5mL1キット	1,547	ノボ	セマグルチド (遺伝子組換え)	糖尿病治療薬 (GLP-1受容体作動薬)
☆オゼンピック皮下注0.5mgSD	0.5mg0.5mL1キット	3,094			
☆オゼンピック皮下注1.0mgSD	1mg0.5mL1キット	6,188			
オニバイド点滴静注43mg	43mg10mL1瓶	128,131	日本セルヴィエ	イリノテカン塩酸塩水和物	肺癌治療薬 (細胞障害性抗がん剤(トポイソメラーゼI阻害薬))
ステポロン点滴静注バッグ9000mg/ 300mL	9,000mg300mL1袋	444,215	ステラファーマ	ボロファラン(¹⁰ B)	頭頸部がん治療薬(放射線療法用薬)
★☆ソリクア配合注ノロスター	1キット	6,497	サノフィ	インスリングルキゲン(遺伝子 組換え)/リキシセナチド	持効型インスリン製剤/GLP-1受容体作動薬配合注
ビルテプソ点滴静注250mg	250mg5mL1瓶	91,136	日本新薬	ビルトラルセン	デュシェンヌ型筋ジストロフィー治療薬 (核酸医薬(アンチセンス核酸))
ベオビュ硝子体内注射用キット120mg/mL	6mg0.05mL1筒	142,784	ノバルティス	フルロシズマブ (遺伝子組換え)	加齢黄斑変性治療薬 (VEGF阻害薬)
☆ボンベンディ静注用1300 (溶解液付)	1,300国際単位1瓶	146,288	シャイアー	ポニコグアルファ (遺伝子組換え)	von Willebrand(フォン・ヴィレブランド)病治療薬 (遺伝子組換えvon Willebrand因子製剤)
☆ルムジェブ注カート	300単位1筒	1,175	リリー	インスリンリスプロ (遺伝子組換え)	超速効型インスリン製剤
☆ルムジェブ注ミリオペン	300単位1キット	1,400			
☆ルムジェブ注ミリオペンHD	300単位1キット	1,400			
☆ルムジェブ注100単位/mL	100単位1mLバイアル	277			
外用薬					
★アイラミド配合懸濁性点眼液	1mL	492.20	千寿	プリモニジン酒石酸塩/ プリンゾラムド	緑内障・高眼圧症治療薬 (α ₂ 受容体作動薬/炭酸脱水酵素阻害薬配合剤)
再生医療等製品					
ゾルゲンスマ点滴静注	1患者当たり	167,077,222	ノバルティス	オナセムノゲンアベ バルボベク	脊髄性萎縮症治療薬

●2020年8月26日掲載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
エンレスト錠50mg	50mg1錠	65.70	ノバルティス	サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物	慢性心不全治療薬 (アンジオテンシン受容体ネブライシン阻害薬(ARNI))
エンレスト錠100mg	100mg1錠	115.20			
エンレスト錠200mg	200mg1錠	201.90			
オンジェンティス錠25mg	25mg1錠	972.00	小野	オピカポン	パーキンソン病治療薬 (末梢COMT阻害薬)
タブレクタ錠150mg	150mg1錠	5,055.50	ノバルティス	カプマチニブ塩酸塩水和物	非小細胞肺癌治療薬 (MET阻害薬)
タブレクタ錠200mg	200mg1錠	6,573.50			
ダーブロック錠1mg	1mg1錠	105.40	協和キリン	ダプロデュスタット	腎性貧血治療薬 (HIF-PH阻害薬)
ダーブロック錠2mg	2mg1錠	185.80			
ダーブロック錠4mg	4mg1錠	327.40			
ダーブロック錠6mg	6mg1錠	456.10			
パフセオ錠150mg	150mg1錠	213.50	田辺三菱	バダデュスタット	腎性貧血治療薬 (HIF-PH阻害薬)
パフセオ錠300mg	300mg1錠	376.20			
メーゼント錠0.25mg	0.25mg1錠	1,083.50	ノバルティス	シボニモドフマル酸	多発性硬化症治療薬 (スフィンゴシン-1-リン酸受容体調節薬)
メーゼント錠2mg	2mg1錠	8,668.00			
注射薬					
イルミア皮下注100mgシリンジ	100mg1mL1筒	487,413	サンファーマ	チルドラキズマブ(遺伝子組換え)	乾癬治療薬 (抗IL-23抗体製剤)
エンスプリング皮下注120mgシリンジ	120mg1mL1筒	1,532,660	中外	サトラリズマブ(遺伝子組換え)	視神経脊髄炎スペクトラム障害治療薬 (抗IL-6レセプターリサイクリング抗体製剤)
サークルサ点滴静注100mg	100mg5mL1瓶	64,699	サノフィ	イサツキシマブ(遺伝子組換え)	多発性骨髄腫治療薬 (抗CD38抗体製剤)
サークルサ点滴静注500mg	500mg25mL1瓶	285,944			
フェインジェクト静注500mg	500mg10mL1瓶	6,078	ゼリア	カルボキシマルトース第二鉄	鉄欠乏性貧血治療薬
外用薬					
アテキュラ吸入用カプセル高用量	1カプセル	192.20	ノバルティス	インダカテロール酢酸塩/モメタゾンフランカルボン酸エステル	気管支喘息治療薬 (ICS/LABA配合吸入薬)
アテキュラ吸入用カプセル中用量	1カプセル	173.10			
アテキュラ吸入用カプセル低用量	1カプセル	157.80			
エナジア吸入用カプセル高用量	1カプセル	333.40	ノバルティス	インダカテロール酢酸塩/モメタゾンフランカルボン酸エステル/グリコピロニウム臭化物	気管支喘息治療薬 (ICS/LABA/LAMA配合吸入薬)
エナジア吸入用カプセル中用量	1カプセル	291.90			
パクスミー点鼻粉末剤3mg	3mg1瓶	8,368.60	リリー	グルカゴン	低血糖時の応急処置薬

●2020年11月18日掲載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
エナロイ錠2mg	2mg1錠	275.90	鳥居	エナロデュスタット	腎性貧血治療薬 (HIF-PH阻害薬)
エナロイ錠4mg	4mg1錠	486.10			
ジセラカ錠100mg	100mg1錠	2,550.90	エーザイ	フィルゴチニブマレイン酸塩	関節リウマチ治療薬 (JAK阻害薬)
ジセラカ錠200mg	200mg1錠	4,972.80			
ゼジュラカプセル100mg	100mg1カプセル	10,370.20	武田	ニラパリプトシル酸塩水和物	卵巣がん治療薬 (PARP阻害薬)
リベルサス錠3mg	3mg1錠	143.20	ノボ	セマグルチド(遺伝子組換え)	2型糖尿病治療薬 (GLP-1受容体作動薬)
リベルサス錠7mg	7mg1錠	334.20			
リベルサス錠14mg	14mg1錠	501.30			
注射薬					
アキラルックス点滴静注250mg	250mg50mL1瓶	1,026,825	楽天メディカル	セツキシマブサロタロカンナトリウム(遺伝子組換え)	頭頸部がんの光免疫療法用薬 (抗EGFR抗体-光感受性色素複合体)
ゼオメイン筋注用50単位	50単位1瓶	18,707	帝人	インコボツリヌストキシシンA	上肢痙縮治療薬 (A型ボツリヌス毒素製剤)
ゼオメイン筋注用100単位	100単位1瓶	34,646			
ゼオメイン筋注用200単位	200単位1瓶	68,922			
ゼプリオンTRi水懸筋注175mgシリンジ	175mg1キット	64,540	ヤンセン	パリパリドニルミチン酸エステル	統合失調症治療薬 (持効性非定型抗精神病薬)
ゼプリオンTRi水懸筋注263mgシリンジ	263mg1キット	84,829			
ゼプリオンTRi水懸筋注350mgシリンジ	350mg1キット	102,748			
ゼプリオンTRi水懸筋注525mgシリンジ	525mg1キット	134,858			
外用薬					
エクロックゲル5%	5%1g	243.70	科研	ソフピロニウム臭化物	原発性腋窩多汗症治療薬 (外用抗コリン薬)
ブコラム口腔用液2.5mg	2.5mg0.5mL1筒	1,125.80	武田	ミダゾラム	抗てんかん薬 (ベンゾジアゼピン系薬)
ブコラム口腔用液5mg	5mg1mL1筒	1,977.80			
ブコラム口腔用液7.5mg	7.5mg1.5mL1筒	2,750.00			
ブコラム口腔用液10mg	10mg2mL1筒	3,474.60			

★:新薬の処方日数制限(薬価掲載の翌月の初日から起算して1年を経過するまでは1回14日分を限度とすること)の適用外。14日分を超えた処方が可能
 ☆:在宅自己注射指導管理料の対象薬剤 【参考】保険薬事典(じほう)、添付文書



新年、明けましておめでとうございます。昨年は、新型コロナウイルス拡大の影響から地域医療の現場への取材活動が危ぶまれましたが、何とか掲載を続けることができました。これもひとえに皆様からのご支援・ご協力の賜物と、誠に感謝しております。本誌では、2010年7月の創刊からこれまで、各地の病医院・保険薬局の皆様の色々な地域活動にスポットを当て取材を行ってまいりましたが、特にこの1年を通じて感銘を受けたのは、コロナ禍にあっても、「これまで培ってきた地域活動を止めてはいけません。考え得る最大限の感染対策を講じながら、継続できる方法を考え、決して諦めない」という現場の皆様の強い意志と実行力でした。コロナの終息がまだまだ見通せない中ではありますが、ポジティブで明るい現場の皆様から勇気と力を頂きながら、これからも現場の皆様に関心をお届けできるように励んでいきたいと思っています。本年もどうぞ、よろしくお願い申し上げます!<KK>

