possibilities are infinite
Poti
[ポチ]
2012.3 vol.11
MARCH

特集●地域医療最前線

野崎病院等を展開する弘潤会グループが宮崎市の中心街にて、医療・福祉・介護サービスの拠点づくりに挑戦!

一般財団法人 弘潤会 のざきクリニック
社会福祉法人 広和会 ふじ野園

医療ICT新事情

「iPadの活用で在宅医療の現場はどう変わる?」
訪問薬剤管理指導支援システム「すらすらVer.2」
～開発者に、その経緯と展望を聞く～

ファーマフューチャーシリーズ

これだけは知っておきたい
「がん疼痛コントロールBASIC」(3)

一押しME機器

内臓脂肪測定装置 HDS-2000　DUALSCAN
オムロンコーリン株式会社

病は「気」から気は「待遇」から(最終回)

待ち時間の対応



Poti

Pluto



メッセージ

父犬母犬ともおとなしく優しい
小型の赤柴だった。4匹兄弟姉妹。
その中でワンテンポ遅れながらも、常に
小学生の息子のところに近づいていっていた。
通りに面している我が家で、朝早くから
通行人・散歩の犬に「おはよう」の挨拶を
している。吠えることはほとんどなく、
番犬としては失格である。



投稿者：古閑 進 様
お勤め先：株式会社太陽堂薬局
＜ワンちゃんのプロフィール＞
お名前：プルート（PLUTO）
年齢性別：平成22年3月20日生まれ 2歳・メス
犬種：柴犬



写真投稿募集中！ あなたもポチ自慢してみませんか？

応募につきましては、巻末の「ご意見・ご要望、投稿記事の募集欄」でお知らせください。
弊社担当営業員、もしくは編集部より、ご連絡差し上げます。

contents

02 〈地域医療最前線〉一般財団法人 弘潤会 のざきクリニック・社会福祉法人 広和会 ふじ野園（宮崎市）
野崎病院等を展開する弘潤会グループが宮崎市の中心街にて、医療・福祉・介護サービスの拠点づくりに挑戦！

06 〈医療ICT新事情〉
「iPadの活用で在宅医療の現場はどう変わる?」訪問薬剤管理指導支援システム「すらすらVer.2」～開発者に、その経緯と展望を聞く～

10 〈明るい薬局の明日を願う Pharma Future Series〉
これだけは知っておきたい「がん疼痛コントロールBASIC」(3)

13 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

16 〈医療機器情報〉一押し！ME機器
内臓脂肪測定装置 HDS-2000 DUALSCAN オムロンコーリン株式会社

20 〈誌上セミナー〉人材マネジメント活性化のすすめ（第11回）
第11回：働き甲斐や生き甲斐、人を活かす組織～組織から個へしなやかな人事管理制度の転換～

23 **ほっとたいむ**（ココラでちょっと一息ついてみませんか？）

24 〈病は「気」から気は「接遇」から〉「また、かかりたい」と思ってもらえる医療機関であるために（最終回）
「待ち時間の応対」

26 〈広報戦略さしすせそ〉第5講
Webによる効果的なブランド戦略

28 〈ガイドライン ダイジェスト〉
骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版

32 **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

野崎病院等を展開する弘潤会グループが宮崎市の中

Healthcare Report
地域医療最前線



一般財団法人 弘潤会 のざきクリニック
社会福祉法人 広和会 ふじ野園
（宮崎市宮崎駅東3丁目）



一般財団法人弘潤会 社会福祉法人広和会
理事長 **野崎藤子先生**

野崎病院・野崎東病院を核に医療・介護事業等を幅広く展開する一般財団法人弘潤会は2011年8月1日、JR宮崎駅東口にほど近い1300坪の土地に、関連法人である社会福祉法人広和会ふじ野園を開設。その4階建ての大きな施設内には、特別養護老人ホーム（ユニット型個室、従来型個室、従来型多床室）のほか、ショートステイ、認知症高齢者グループホーム、機能訓練に重点をおいたデイサービス、認知症対応型デイサービス、居宅介護支援事業所が併設され、様々なニーズに応えられる複合施設となっています。

また、同敷地内にはその少し前の5月10日に開設した「弘潤会のざきクリニック（野崎勝宏院長）」があり、医療面においても緊密な連携体制がとれていることから、宮崎市中心部の医療・福祉・介護サービスの連携モデルとして、地域の注目を集めています。今回、この新しい施設を訪ね、両法人の理事長である野崎藤子先生をはじめ、関係者の皆さまからお話をうかがいました。

社会的弱者救済を謳う法人理念を道標に医療・福祉・介護事業を拡大

話を進める前に一般財団法人弘潤会の沿革について触れたいと思います。というのは、高齢社会の到来に伴い、今でこそ介護サービスや障害者支援事業等に多くの事業者が参入してきていますが、弘潤会の設立は昭和37年11月と古く、しかも病院寝具貸与事業の草分けだったという特異な成り立ちがあるからです。先代の野崎正理事長は、野崎藤子（現）理事長のお父様で、基準寝具の制度化に伴い、社会的弱者（知的障害者・高齢者等）の雇用の場を作る目的から、病院寝具貸与事業（友愛の里）を起こしたといいます。おそらくこれが日本で最初のリネンサプライ事業ではないかといわれています。しかも職員の半数以上が知的障害者等であるということが認められ、財団法人（昨年4月には一般財団法人化）としてスタート。それから長年の社会貢献の実績と定款の事業目的に「医療業」を謳っていたことから、昭和50年には病院を手がけることになったという経緯があります。同法人の理念には、「人は全て、平等に、科学的かつ適正な診療が受けられ、精神的、肉体的苦痛と家庭的負担を軽減する様便宜を与え、国・地方公共団体の行う医療業務に協力し、医学の進歩と文化の向上に寄与する」と記されています。「私が理事長に就任したとき、父がずっと大切にしてきた、この理念を忠実に守っていきたいと思いました。」と野崎理事長。就任以来、その理念を道標に、医療・福祉・介護分野に目覚しい発展を遂げることになりました。

野崎病院は、認知症疾患医療センターとして地域の精神医療の核に！

これまで展開してきた弘潤会の事業について、野崎理事長はこう語ります。

「当法人が持つ医療施設としては、野崎病院（宮崎市大字恒久5567番地）と野崎東病院（宮崎市村角町高尊2105番地）の2病院に、昨年5月に開設したのざきクリニックを加え3施設になりました。

心街にて、医療・福祉・介護サービスの拠点づくりに挑戦!

野崎病院は当法人が最初に手がけた病院です。診療科は精神科・心療内科・内科・放射線科・歯科で、病床は400床の精神科病床（うち心療内科25床）に60床の内科病棟（療養病床）を持っています。近年、精神医療は、統合失調症からうつ病や認知症への対応に重点を移しつつありますが、認知症では特に早期発見・早期診断がとても重要です。認知症といっても、アルツハイマー型なのか、脳血管障害によるものか、あるいはレビー小体型なのかなど、様々な原因があり、それに伴って治療も介護の仕方も全然違ってくるわけです。当院ではMRI・CTによる鑑別診断が可能で、しっかりと地域のかかりつけ医の先生方や地域包括支援センター・介護サービス事業者等と連携し、認知症でも住み慣れた地域で暮らしていけるように支援していきたいと考え、機能を高めてまいりました。こうした取り組みが認められ、昨年（2011年）12月、宮崎県から『認知症疾患医療センター』の指定を受けることができました。」

ちなみに宮崎県でのこのセンターの設置計画は、北部・中央部・南部の3地区ごとに1か所ずつの配置であり、野崎病院は中央エリアの中で選ばれたということになります。



医療・福祉・介護相談センター「かけ橋」…ここには医療福祉相談室・居宅介護支援事務所に加え、「認知症疾患医療センター」が新たに加わった。

野崎東病院では、リハビリテーション機能だけでなく泌尿器科分野でも県下初のHoLEP手術にチャレンジ!

もう一方の野崎東病院については、整形外科・リハビリテーション科・泌尿器科を主体とした一般病床96床（うち亜急性期12床）の病院で、付属施設にアスレティックリハビリセンターを持ち、スポーツ外来や運動器リハビリテーションで知られていますが、ここ最近では、泌尿器科が注目されています。体外衝撃波腎・尿管結石破砕機の導入はもちろんのこと、ホルミウムレーザー装置による前立腺肥大症の先進手術法“HoLEP（ホーレップ）」を宮崎県でいち早く導入し周囲を驚かせました。

「この治療法は、内視鏡の先についたレーザーメスを用い肥大した患部と被膜の間を無理なく剥離し、そのくり抜いた肥大腺腫を細かく切断・吸引し、体外へ排出するという画期的な手術です。おかげ様で宮崎大学医学部の泌尿器科にご支援いただきながら、県下にこの新技術の普及を目指しがんばっているところです。」と理事長。医療の面でも常に新たな試みに投資を惜しみません。

都市型の医療・福祉・介護ゾーンを目指し、宮崎駅東口に特別養護老人ホーム等を建設。

こうしてこの2つの病院の取り組みをみていくだけでも、高齢者・障害者等の救済を謳う理念の実現に向けて、着実に歩んできた様子がうかがい知れますが、もちろん医療機能の充実化だけではこうした方々の生活全体を支えていくことはできません。介護・福祉分野では、野崎東病院の隣接地に介護老人保健施設「シルバーケア野崎」を平成6年に開設したのを皮切りに、病院デイケア（2か所）、介護保険の創設後は、認知症対応型グループホーム（2か所）や小規模多機能ホーム（5か所）等在宅系介護サービスを各地区に急ピッチで整備し、高齢者が住みなれた町の中で生活していけるよう、取り組んできたといいます。これに新たに社会福祉法人広和会の事業が加わり、さらにサービスの幅が広がりました。

「この土地はもともと野崎東病院の前身である青葉中央病院の跡地で、1300坪のまとまった広さがあります。ここを活用して市街地にも特養ホームを作りたかったんです。」と理事長。その理由をこう続けます。「特別養護老人ホームはほとんどが郊外にあり、中心部にも必要だと以前から感じていました。当法人には老人保健施設がありますが、これはあくまでも、自宅に帰るためのリハビリを行う中間施設ですし、グループ

ホームや小規模多機能ホームなどは在宅系の施設で、寝たきりなど、重度の要介護者には向きません。当グループ内に特養ホームがあることで、たとえ重度になっても最期まで看てもらえるという安心感にもつながり、その存在は大きいと思います。これで介護予防から認知症・重度の要介護者まで、ほとんど全て網羅できたのではないかと思っています。」

介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ふじ野園の施設概要

●デイサービス
はつらつ青葉
（1F）
…機能訓練が充実









●デイサービス
ほっとほーむ
（1F）
…認知症専門デイ

●短期入所
生活介護
（ショートステイ）
ユニット型個室
9名（2F）





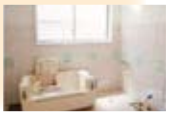
※その他：■ふじ野園居宅介護支援事業所、
■地域交流センター■厨房 ・・・など（1F）



●地域密着型
介護老人福祉施設
22名（2F）
●ユニット型
介護老人福祉施設
50名（2F・3F）

●グループホーム
ほのぼの青葉
2ユニット
18名（4F）





薬剤師から医師に転身。幅広い知識・人脈と女性ならではのきめ細かな気配りで事業を拡大

野崎理事長が就任した当初、スタッフは300人足らずだったものが、今では1000名を超えるといいます。今年11月で法人設立50周年を迎える弘潤会。今後のテーマについて理事長はこう語ります。

「野崎病院は、もちろん認知症疾患医療センターを中心にやっていきますが、野崎東病院の場合は、オペセンターの拡充と厨房の効率化がテーマです。手術室をセンター化し、これからも先に説明しましたHoLEPのような先進技術を取り入れながら、地域医療に貢献したいと考えています。また、当法人では、全スタッフに昼食を提供するなど、食事にはこだわりがあります。厨房の効率化に取り組みながら、グループ内の全ての施設で質の高い食事を提供したいと検討している最中です。」

その一つとして、新設した特養ホーム「ふじ野園」でソフト食の提供を導入したとのこと。ソフト食とは、一度素材を蒸したりして柔らかくしたものを本来の献立の形に再形成したもので、従来のミキサー食やきざみ食とは見た目が全然違い、何を食べているのかはっきりと分るために咀しゃく、嚥下が困難な方でも美味しく食べることができるという画期的な技術です。「食欲が出て、しっかり口から食事ができてくると表情が生き生きとしてきます。中にはこの半年間に2キロも太られた方もいますし、残飯がほとんど出ないというのもうれしい効果の一つです。」と笑顔をみせます。理事長のその笑顔をみながら、患者・利用者の喜ぶ姿が何よりの活力になっているのではないかと感じました。

野崎理事長は薬学部を卒業後、薬剤師となり保健所勤めを経験された後、結婚し子育てをしながら医学部受験に挑戦し、みごと医師免許を獲得されたという特異な経歴をお持ちです。「医学部時代の同級生が今も私を支えてくれます。そのときの人脈が一番の宝です。」と野崎理事長。今日の事業の拡大の裏にこうした努力が隠されています。

また、新しい取り組みを始める時には、必ず現場で軌道に乗るまで陣頭指揮をとるといいます。

「思い立ったらすぐに実行に移さないと気がすまないんです。」とにこやかに語る理事長。これからも女性らしいきめ細やかな気配りと長年培ってこられた知識・経験・人脈を活かし、ここ宮崎市の中心部が高齢者に住みよい町として最高のモデル地区になるよう、がんばっていただきたいと思っています。

《インタビュー》

●赤池哲人施設長（ふじ野園）―談



「8月1日のオープンに備え4月1日から職員を入職させ、弘潤会の各病院・施設で実習をしてもらいました。ここふじ野園は、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）をメインにグループホームやデイサービスなどを併設し、介護予防から重度の要介護者の方まで様々なニーズに対応できる複合施設となっています。特に宮崎駅のすぐ近くにあり、都市型の福祉・介護の拠点として、自治体や地域住民の皆さんの関心も高く、注目していただいています。

特養の入所に関しては、オープンして10日で満床になり、その期待の大きさを今更ながら肌身に感じているところです。待機者の数も多く、なかなかご要望に応えられずに心苦しいですが、場合によっては入所判定審査会で優先入所ということも考えられますので、決してあきらめないでくださいと申し上げているところです。また、ここの入所者は、野崎病院にあった介護療養病床40床の移行先としても考えられていたため、要介護4～5の重度の方が多いのが特徴ですが、職員も実習の成果を活かし頑張ってくれていますし、隣接地に先行して開設した『のざきクリニック』院長の野崎勝宏先生が医療面でしっかりと支えてくれますので、ご家族の方々も安心されています。

特にソフト食の導入については、オープン時に利用者とそのご家族や地域の方々を招き、試食会を催しましたが大好評でした。導入前に野崎理事長をはじめ、私ども事務方の職員も一緒になって食事介助の仕方を学んだり、試食をしたりして研究したことで、食事の大切さを実感しています。この体験は施設を管理する側にとっても今後の運営に活きてくると思っていますが、今思えば、野崎理事長独特の仕掛け（マネジメント）にまんまとはめられたわけです（笑）。これからも現場目線でこのふじ野園を地域に満足していただける施設に育てていきたいと思っています。」



■ソフト食を手がける管理栄養士の湯浅香代子さん（左）と濱田容子さん（右）。中央は小野豊昭事務長（ふじ野園）



■おせち料理



■試食会：きれいにお皿に盛られたソフト食･･･デザート･オードブルからメインディッシュまで多彩なメニューが開発されている。



■節分膳

《インタビュー》

●野崎勝宏院長（のざきクリニック）―談



「私の母が理事長を務める弘潤会グループに入る前は、他県にある急性期病院の循環器科にいました。その頃の私は急性期医療のことしか考えてなく、退院後の療養など気にもとめない医師でしたが、4年半前に宮崎に帰ってきて、野崎東病院に勤務することになり、そのとき弘潤会が正直こんなに幅広い機能を持った法人だとは思っていませんでした。そこで介護について制度から学ぼうと思い、ケアマネージャー（介護支援専門員）の資格をとりました。その勉強の過程で単に急性期医療に専念するだけでは、患者様を治療したことにはならず、退院後の健康管理や生活支援がいかに大切かということに気づきました。今では介護認定審査会の委員として積極的に介護の世界にかかわるようになりました。おかげで退院後の療養生活をどういった場所で受けられるか、相談にも乗れるようになりました。

当院は現在、内科医と整形外科医の医師2名体制で、診療を行っていますが、隣接のふじ野園には入所・通所合せると日中は140名くらいのご利用者がいらっしゃいます。こうした皆さんの健康管理はもちろんですが、ふじ野園利用者の方だけでなく、もっと広く地域住民の方々の健康維持に貢献できればとの思いで、日々診療に専念しています。野崎東病院で診ていた患者様等も含めれば、在宅医療の必要な方も増えてきています。近い将来、内科医を2名体制にして在宅医療にも注力できればとも考えています。これを読まれて、もし私と一緒に頑張ってくれる先生がいらっしゃいましたら、一度お声をかけてください（笑）。」

一般財団法人 弘潤会 のざきクリニック







■4階建てビルの1･2階がクリニック。3階は法人事務所。4階には、小規模多機能ホーム「ゆらり青葉」が併設されている。

特集

医療ICT新事情

「iPadの活用で在宅医療の現場はどう変わる？」

～訪問薬剤管理指導支援システム「すらすらVer.2」開発者に、その経緯と展望を聞く





株式会社グッドサイクルシステム
代表取締役 遠藤朝朗氏

ここ数年来iPhone、iPadの出現とクラウドコンピューティング技術等の発展で、在宅医療の環境が変わりつつあります。いつでもどこでも手軽に情報共有とコミュニケーションが果たせる、このようなソーシャルネットワークの新技術は、在宅医療・介護の分野でこそ最大限に威力を発揮するものとして期待されています。こうした背景の中、弊社アステムでは、iPadを利用した訪問薬剤管理業務支援システム「すらすらver.2」を昨年1月にリリースし、注目を集める株式会社グッドサイクルシステムとの業務提携を昨年11月に発表。医療提供施設としての保険薬局の機能強化を図る目的で走り出しました。今回は、その株式会社グッドサイクルシステムの遠藤朝朗社長を訪ね、「すらすらver.2」の開発の経緯や展望をお聞きしました。

●「先指導（さきしどう）」という考え方で、これまでにない電子薬歴システムの開発が起業の動機に！

――まずは、株式会社グッドサイクルシステムの事業概略と会社設立の経緯について教えてください。

「当社は、電子薬歴をはじめとする薬局向けのシステム企画・開発・販売・保守を主要事業として、平成16年12月に立ち上げた会社です。それまで、私は調剤薬局向けシステムを手がける総合メーカーで薬歴管理システムの開発に携わっていました。思うところがあってその会社を退いた後、他の分野で仕事を探そうかとも考えていた矢先に、ある調剤薬局の薬剤師の方から『先指導』という考え方で新しいシステムを作れないものかと相談されたのが新会社を立ち上げたきっかけでした。

従来の電子薬歴システムでは、処方せんを受け付けて、薬を作ったあと服薬指導を行うという流れになっていましたが、『先指導』とは医師が診断し処方するように、薬剤師も処方せんを受け付けたら、先にきちんと薬学的な確認と服薬指導を行ってから薬をお渡しするという流れを作ろうという考え方です。たしかに、処方せんを受け付けてから待たされた後に、やっと薬を受け取れるというときになって、さらに長々と服薬指導を始めるわけにもいかないという現状があります。この待ち時間の間に服薬指導できれば患者さんもきっと余裕持って話を聞いてくれるのではないかと考えると、このシステムをぜひ自分で開発してみたいと思うようになりました。さっそく新会社を設立し、開発できる体制を整えて、その薬局さんとの共同開発に臨みました。こうして、従来のものとは発想がまるでちがう、先指導のできる薬歴管理システムが出来上がりました。このシステムは、先指導ということから、『薬局フロントシステムKY2（Kono Yakkyoku-ni Kite Yokatta）』と名付け、当社の主力商材となっています。」

●デジタルペンからパッドへ ～「すらすら」開発は、デバイスの進化がきっかけに

――次に、在宅医療を支援するシステムを思い立った経緯とバージョンアップした「すらすらver.2」について教えてください。

「在宅医療向けのシステムがいずれ必要になるとは思っていましたが、外で使うデバイスの問題で、なかなか進みませんでした。今から5年くらい前のことですが、デジタルペンというユニークな端末機があると聞いて調べてみると、そのデジタルペンを使って『紙』に字を書くとその筆跡等を感知して直ちに電子化し、そのままテキストデータをパソコンやサーバーに送ることができるというものでした。これなら患者宅でメモ書きした内容がすぐに薬局内のシステムに取り込めるので、使えるかもしれないと考え、『すらすら（ver.1）』の開発に着手しました。

開発に際しては、まずHIP（Home Infusion Pharmacy）研究会の会合や研修会に出席するなど、在宅医療の現場を知ることから始めました。ようやく完成し、平成20年の九州山口薬学大会（宮崎）に出展したところ、まずまずの感触を得ることができました。ただし、これは記入用紙のフォーマットを作るのに大きなコストがかかるばかりか、患者宅で行った指導内容を書いて送るというだけでは、限界を感じていました。そんなときに平成22年、iPadが出現し、これしかない！という気持ちで、即導入を決定しました。そして実際に開発してみて、iPadのようなタブレットPCほど、訪問時に携帯するデバイスとして拡張性に富んだものはなく、在宅医療との相性の良さを実感しています。」

●患者さんの目の前でヒアリングしながら入力。残薬管理に威力を発揮！

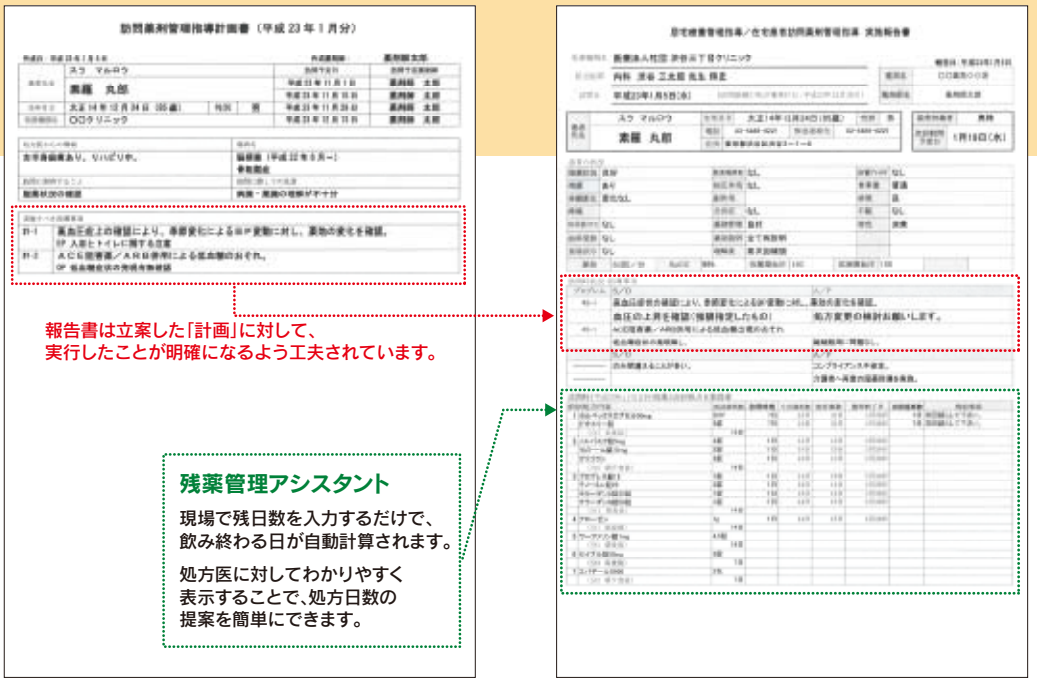
――さて、そのバージョンアップした「すらすらver.2」の主な特徴を挙げてください。

「もともと訪問薬剤管理指導業務の課題として次のようなものがあります。1つ目は、作成書類が多く、そのうえ、訪問現場ではメモ書きしかできず、薬局に戻ってから報告書類を作成しなければならない点です。患者さんが増えるに従いどんどん事務作業が増加してしまい、訪問数の限界がすぐに来てしまいます。2つ目は、訪問時に持参する人数分の薬歴簿がかさばり荷物になるということです。さらに介護施設への訪問に重い経腸栄養剤や輸液などが加わるととても1回では持ちきれず、盗難や紛失のリスクも高まります。最後に3つ目の課題としては、患者さんや介護施設に対して薬剤師が係わるメリットが明示できず、訪問薬剤管理指導料等の算定そのものができていないケースも多いということです。特にこれが大きな課題だと思っています。

『すらすらver.2』を用いると、これらの課題のほとんどが解消できます。訪問先でも簡単に入力できるため、薬歴への記録や報告書作成もその場ででき、大幅に作業時間を削減できる可能性があります。また、計画書では、在宅患者に起こりうる簡易プロブレムリストを活用しているため、計画に対するトレースという役割も明確化でき、個別指導に耐える品質をサポートしています。訪問スケジュールももちろん自動作成し訪問管理表作成にかかる負担が軽減できます。

特に最近は残薬管理の重要度が高まっています。当システムには『残薬管理アシスタント』機能を追加していますので、処方医への服薬状況の連絡も簡単にできます。この残薬管理は、3つ目の課題でお話した薬剤師が訪問するメリットとして、もっとも明示しやすい取り組みといえます。今回の調剤報酬改定でも服薬状況の確認というものがクローズアップされています。これはこのようなシステムがあってこそできる取り組みではないかと思っています。この残薬管理アシスタント機能が患者さんのアドヒアランス向上に役立ち、薬剤師が在宅に赴くメリットを周囲の方々に示してもらえることを大いに期待しているところです。」

「すらすらver.2」による計画書・報告書の印刷イメージ



●次世代薬歴管理システム（GooCo）開発コンセプトのテーマは、アドヒアランス向上

――最後に、まもなくリリースされる次世代薬歴管理システム「GooCo（グーコ）」の特徴について教えてください。

「従来の薬歴管理システムの考え方としては、はじめにレセコンありきというか、いわば指導料算定のための道具のようにみなされていた感がありました。いかに早く薬歴が入力できるかとか、過去の履歴をすばやく参照できるかといった視点しかなかったと思います。それはそれでシステムとして欠かせない重要な要素ですが、これからの薬歴管理は、当社が進めている『先指導』の仕組みやiPadを利用した服薬指導コンテンツ等を使って指導したことで、アドヒアランスにどう影響しているのか、ドロップアウトする要因は何なのかなど、集計・分析できるようなものにしたいと考えています。それが薬剤師さんの能力向上・教育にもつながっていくと考えています。」





第2回アドヒアランス向上セミナー（2012年1月29日・福岡国際会議場）…遠藤社長による「すらすらver.2」の紹介も行われた。（右）



九州山口薬学大会（沖縄・2011年11月）での出展の様子…「すらすらver.2」、次世代薬歴管理システム「GooCo＜試用版＞」などを展示。

●インタビューを終えて・・・

遠藤社長は、現在38歳。会社運営の傍ら、大学院（健康情報科学）修士課程に通いこの度無事修了されたとのこと。常に勉強熱心で精力的に活動される遠藤社長は、最後に調剤薬局の皆さんに対して「もっと調剤薬局は評価されてしかるべきだと思っています。在宅医療への取り組みについても、4月の改定をチャンスととらえて、配達だけに終わらず、訪問薬剤管理指導料を算定できるような体制づくりに挑戦してほしい」とエールを送り、インタビューを終了しました。

電子薬歴 Tomorrow21シリーズ

訪問薬剤管理指導支援システム

すらすら

Ver.2

訪問先で
すらすら入力！



手軽 現場には iPad だけで OK!

書類 報告書と薬歴、計画書を同時作成！

安全 高いセキュリティで安心！

在宅現場で使用できるから帰局後の作業を削減！

① 訪問服薬指導の現場で iPad を使い患者状況を入力することができます。
薬剤服用歴への記録作業や報告書作成業務を大幅に軽減できます。
② ヒアリング内容のデータは薬局内の管理端末 PC へ一時保存され、iPad には残りません。
③ IPSec+IKE で高度に暗号化された VPN 接続とワンタイムパスワードによる
Secure Remote Access Services で、万一の紛失時も安心です。

訪問業務の効率化と品質向上に貢献！

① 報告書と薬歴、計画書を同時に作成することができます。
無駄な重複作業を省き、訪問業務の効率化をサポートします。
② 計画書では、在宅患者に起こり得る簡易プロブレムリストを活用。
簡易プロブレムをベースに計画書を作り､報告書は計画に対するトレースという役割を明確化。
③ 訪問スケジュールを自動作成し、訪問管理表作成にかかる薬剤師の負担を軽減します。
④ 残薬管理アシスタントにより、処方医への残薬状況の連絡が簡単にできます。

お問合せは
右記まで
お気軽に！

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 5F
Tel.03-5469-6221　Fax.03-5469-6231
http://goodcycle.net/　　e-mail:info@goodcycle.net

10823473(01)
JISQ15001:2006準拠

これだけは知っておきたい「がん疼痛コントロールBASIC」(3)

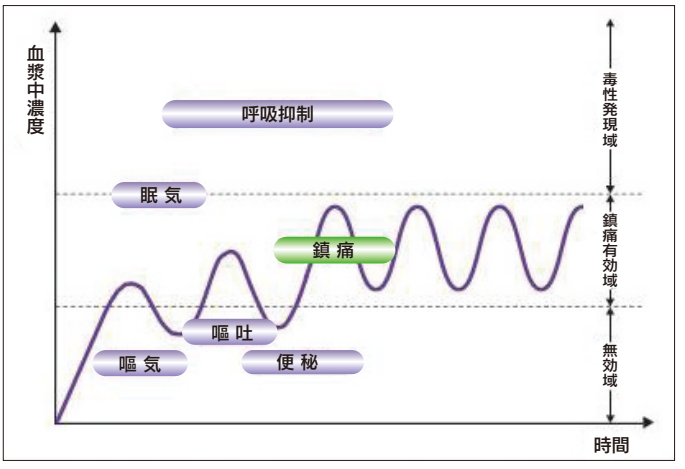
モルヒネなどのオピオイドには様々な薬理作用があり、鎮痛作用以外は副作用として現れます(図1)。現在、日本で使用可能な強オピオイドはモルヒネ、オキシコドン、フェンタニルの3種類であり、代替薬が少ないため副作用が現れても副作用対策をしながら継続使用されています。副作用対策はがん疼痛治療においてきわめて重要で、対策が十分でなければ患者のQOL低下を招き、オピオイドの服薬拒否につながることがあります。そのため頻度の高い副作用は予防し、出現した場合には速やかに十分な対策を施す必要があります。

オピオイド鎮痛薬の副作用

オピオイドの副作用には投与量に関係して現れるものや、耐性ができるもの、現れた場合中止や減量を検討しなければならないものなどがあり、それぞれの副作用に合った対策が必要となります。副作用を評価する場合は、まずオピオイド以外に原因がないかどうかを確認し、各原因に合った治療を行うとともに副作用対策を行います。

一般に、便秘、嘔気・嘔吐は鎮痛作用が認められない低用量のオピオイドで誘発され、また、眠気は鎮痛有効域で認められるため、オピオイドの副作用として発現頻度が高く、三大副作用といわれています(図1)。これらの副作用の対策を中心に紹介します。

■図1.オピオイド(経口)血漿中濃度と副作用



嘔気・嘔吐とその対策

嘔気・嘔吐は副作用の中でも特に患者に不快な症状であるため、服薬アドヒアランスを損なうことにつながることも多く、予防的に制吐剤を使用するなどの積極的な対応が必要です。

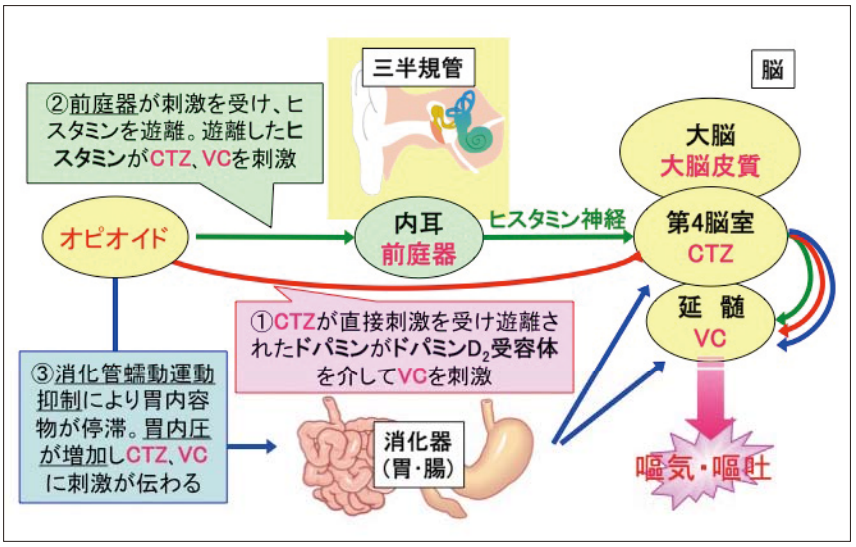
嘔気・嘔吐が生じる機序は以下が考えられます(図2)。

①第4脳室にあるμオピオイド受容体に結合し、間接的にCTZ(chemorecepter trigger zone;化学受容器引金帯)にあるドパミン神経を活性化。ドパミン遊離を促進させ、ドパミン D_2受容体を刺激し、その刺激が延髄の嘔吐中枢(vomiting center;VC)に伝わり発現

②前庭器にあるμオピオイド受容体を介してヒスタミン神経を刺激し、これにより遊離されたヒスタミンがCTZを間接的に刺激し、その刺激がVCに伝わり発現

③消化管蠕動運動が抑制され胃内容物の停滞が起こることで胃内圧が増大し、これが求心性迷走神経を介してCTZを刺激し、VCにこの刺激が伝わることで発現

■図2.オピオイドによる嘔吐の機序



■頻度・時期

経口モルヒネで30～50%、フェンタニル貼付剤で30～40%、オキシコンチンで40%程度発現する。投与初期や増量直後に発現することが多い。1～2週間程度で耐性ができるといわれる

■オピオイド以外の原因

薬物(ジギタリス、抗菌薬、鉄剤、抗がん剤など)、消化器疾患(消化管閉塞、便秘など)、電解質異常(高Ca血症、低Na血症など)、放射線治療、中枢神経系の病変(脳転移など)、高血糖等

■対策

一般的に、オピオイド開始時に予防的に制吐剤を使用する場合や服用数時間後に発現した場合は、ドパミン受容体拮抗薬のプロクロルペラジンやハロペリドールがよく使用される。しかし、ドパミン受容体拮抗薬はアカシジア(落ち着きのなさ、不安焦燥感等)やジストニア(眼球上転、斜頸、舌突出等)などの錐体外路症状(EPS)が問題となるため、薬剤性EPSが疑われる場合は非定型抗精神病薬のオランザピン(糖尿病患者は禁忌)などを使用することがある。

また、体動時に発現する場合やめまいを伴う場合は抗ヒスタミン薬を、食後に発現する場合は消化管運動亢進薬(メトクロプラミド、ドンペリドンなど)を投与する。これらが無効な場合は2剤併用もしくは非定型抗精神病(オランザピン、リスペリドンなど)への変更や、オピオイドローテーション、内用薬から注射薬への投与経路の変更を検討

■表1.オピオイドによる嘔気・嘔吐の予防と治療薬一覧

分類	一般名	主な商品名(※保険適応外)	剤形	1回投与量	備考
ドパミン受容体拮抗薬(中枢性)	プロクロルペラジン	ノバミン	錠	5mg	一般にノバミンは第一選択薬。錐体外路症状は発現しやすい
			注	5mg	
	ハロペリドール	セレネース※	錠・細粒・液	0.75mg	
			注	2.5～10mg	
消化管運動亢進薬:ドパミン受容体拮抗薬(末梢性)	ドンペリドン	ナウゼリン	錠・細粒・DS	5～10mg	中枢移行が少ない
			坐剤	60mg	
	メトクロプラミド	プリンペラン	錠・散・液	5～10mg	
			注	10mg	
抗ヒスタミン薬	ジフェンヒドラミン/ジプロフィリン	トラベルミン	錠	1錠	錐体外路症状なし
			注	1A	
非定型抗精神病薬	オランザピン	ジプレキサ※	錠・細粒	2.5mg	錐体外路症状は発現しにくい
	リスペリドン	リスパダール※	錠・液	0.5mg	
	ペロスピロン	ルーラン※	錠	4～8mg	

便秘とその対策

がん患者が便秘を発現した場合、まず腸閉塞や宿便の有無を確認し、それに対する治療を行います。オピオイドが原因と考えられる便秘は、下剤の投与を検討します。オピオイドは高頻度に便秘の副作用を発現し、耐性はほとんど形成されないため下剤による継続的な対策が必要です。

便秘はオピオイドがμ_2オピオイド受容体に結合すると消化管の蠕動運動が抑制されることで生じます。経口投与の場合、直接消化管のμ_2受容体にオピオイドが結合し、腸管の輪状筋を収縮させて腸運動を低下させる作用とともに、肛門括約筋の収縮力が増強されるため発現します。静注や皮下注でも中枢のμ_2受容体を介して発現します。なお、進行がん患者によくみられる便秘では、食事や食物繊維の摂取減少および運動不足なども原因となります。

■頻度・時期

オピオイド投与患者で高頻度に発現し、モルヒネ、オキシコドンではほぼ100%発現。フェンタニルは、頻度は少ないが、高用量ではモルヒネと同程度の便秘を引き起こす。耐性形成はほとんどない

■オピオイド以外の原因

薬剤性（抗コリン薬、三環系抗うつ薬、制酸薬、フェノチアジン系薬剤、ベンゾジアゼピン系薬剤など）、大腸狭窄（腫瘍の直接浸潤、骨盤内腫瘍など）、代謝異常（高Ca血症、低・高K血症など）、肛門疾患（痔核など）等

■対策

オピオイド処方時には下剤を投与するなどの予防的対応が必要である。便が固い場合は浸透圧性下剤を、腸蠕動が低下している場合は大腸刺激性下剤を投与し十分な量まで増量する。効果不十分であれば両者の併用、浣腸等の使用、オピオイドローテーション（モルヒネ、オキシコドンからフェンタニルへ変更）を検討する。十分量の水分・食物繊維の摂取、腹部のマッサージなどのケアも有用である。排便回数や便の硬さを確認しながら下剤を使用し、少なくとも2～3日に1回の便通を保つようにする

■表2.オピオイドによる便秘の治療薬一覧

分類		一般名	主な商品名	剤形	1日用法・用量
浸透圧性下剤	塩類下剤	酸化マグネシウム	マグラックス	錠・細粒	1～2g(分2～3)
	糖類下剤	ラクツロース	モニラック	シロップ	10～60mL(分2～3)
				末	6.5～39g(分2～3)
大腸刺激性下剤		センナ	アローゼン	顆粒	1～3g(分2～3)
		センノシド	プルゼニド	錠	12～48mg (就寝前または起床時と就寝前)
		ピコスルファートナトリウム	ラキソベロン	錠	5～15mg(分2～3)
				液	5～30滴(分2～3)
		ビサコジル	テレミンソフト	坐剤	1回10mg 1日1～2回(頓用)
その他		グリセリン	グリセリン浣腸	浣腸	1回10～150mL(頓用)
		炭酸水素ナトリウム/ 無水リン酸二水素ナトリウム	新レシカルボン	坐剤	1回1～2個(頓用)

眠気とその対策

眠気はオピオイドによる中枢抑制作用により生じますが、オピオイドの過量投与の兆候や腎機能低下患者にモルヒネを使用したことによるM6G（モルヒネの活性代謝物）の蓄積の可能性もあります。投与量が適切であるかをまず確認したうえで、患者にとって苦痛となるような眠気であれば対策を行います。

■頻度・時期

オピオイド開始後数日間や、急激な増量時に起こることが多く、通常1週間程度で耐性ができる

■オピオイド以外の原因

薬物（向精神薬、中枢作用のある制吐薬など）、脳転移、高Ca血症、感染症、水腎症等

■対策

鎮痛効果が十分に得られている場合はオピオイドの減量を検討。初回投与や増量後の軽度の眠気の場合は経過観察。オピオイドローテーション（モルヒネからオキシコドンまたはフェンタニルへ、もしくはオキシコドンからフェンタニルへの変更）で軽快する可能性あり

本シリーズでは、外来で医療用麻薬が処方されるケースが増加していることを受けて、がん疼痛コントロールの服薬指導に必要な基礎知識を紹介しました。オピオイドを適正に使用し、患者さんの苦痛を少しでも緩和することが今後ますます望まれます。

【参考資料】がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版（日本緩和医療学会）、医療用麻薬適正使用ガイダンス（厚生労働省）、
がん緩和ケアに関するマニュアル改訂第2版（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団）、月刊薬事2009年5月号、
がん性疼痛治療のエッセンス（日本医師会）、医薬ジャーナル2011年12月号、PharmaTribune Vol.3 No.8 August,2011

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

【1】平成24年4月収載予定の新医薬品

商　品　名	規格	会社名	一般名	備考
内 用 薬				
アジルバ錠20mg、40mg	20mg、40mg	武田	アジルサルタン	高血圧症治療剤 (持続性AT_1レセプターブロッカー)
イグザレルト錠10mg、15mg	10mg、15mg	バイエル	リバーロキサバン	経口抗凝固剤 (選択的直接作用型第Ｘa因子阻害剤)
サムチレール内用懸濁液15%	750mg5mL1包	GSK	アトバコン	ニューモシスチス肺炎治療剤
ルネスタ錠1mg、2mg、3mg	1mg、2mg、3mg	エーザイ	エスゾピクロン	不眠症治療剤
レグナイト錠300mg	300mg	アステラス	ガバペンチン エナカルビル	レストレスレッグス症候群治療剤
注 射 薬				
オキファスト注10mg、50mg	10mg1mL1管 50mg5mL1管	塩野義	オキシコドン塩酸塩水和物	癌疼痛治療剤
カンサイダス点滴静注用 50mg、70mg	50mg1瓶 70mg1瓶	MSD	カスポファンギン酢酸塩	キャンディン系抗真菌剤
ボナロン点滴静注バッグ900μg	900μg100mL 1袋	帝人ファーマ	アレンドロン酸ナトリウム水和物	骨粗鬆症治療剤
ランマーク皮下注120mg	120mg1.7mL 1瓶	第一三共	デノスマブ (遺伝子組換え)	癌骨病変治療剤 (ヒト型抗RANKLモノクローナル抗体製剤)
外 用 薬				
アイファガン点眼液0.1%	1mg1mL	千寿	ブリモニジン酒石酸塩	緑内障・高眼圧症治療剤 (アドレナリンα_2受容体作動薬)
エムラクリーム	1g	佐藤	リドカイン/プロピトカイン	外用局所麻酔剤

※正式な内容については添付文書、もしくは薬価収載日の官報等でご確認下さい

【2】平成23年度新規収載された医薬品一覧

平成23年4月～平成24年2月末現在までに収載された新医薬品の一覧表を掲載します。

●平成23年7月19日収載

商　品　名	規格・単位	会社名	一般名	備考	規制区分
内 用 薬					
★グルベス配合錠	1錠	キッセイ	ミチグリニドカルシウム水和物/ ボグリボーズ	2型糖尿病治療薬配合剤 (速効型インスリン分泌促進薬/食後過血糖改善薬配合剤)＊新医療用配合剤	処
トラムセット配合錠	1錠	ヤンセン	トラマドール塩酸塩/ アセトアミノフェン	慢性疼痛/抜歯後疼痛治療剤 ＊新医療用配合剤	劇、処
ミラペックスLA錠0.375mg	0.375mg1錠	日本ベーリンガー	プラミペキソール塩酸塩水和物	ドパミン作動性パーキンソン病治療徐放性製剤 ＊新剤形・新用量	劇、処
ミラペックスLA錠1.5mg	1.5mg1錠				
リクシアナ錠15mg	15mg1錠	第一三共	エドキサバントシル酸塩水和物	抗凝固剤 (経口ＦＸa阻害剤) ＊新有効成分	処
リクシアナ錠30mg	30mg1錠				
リパクレオンカプセル150mg	150mg1カプセル	エーザイ	パンクレリパーゼ	膵消化酵素補充剤 ＊新有効成分	処
リパクレオン顆粒300mg分包	300mg1包				
レクサプロ錠10mg	10mg1錠	持田= 田辺三菱	エスシタロプラムシュウ酸塩	うつ病・うつ状態治療剤 (選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)) ＊新有効成分	劇、処

★:「保医発0719第5号、0912第1号」(平成23年7月19日、9月12日)通知等により、新薬の処方日数制限(薬価収載日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)の例外医薬品となりました。1回14日分を超えた処方が可能です。

●平成23年7月19日収載(続き)

商　品　名	規格・単位	会社名	一般名	備考	規制区分
注 射 薬					
ハラヴェン静注1mg	1mg2mL1瓶	エーザイ	エリブリンメシル酸塩	抗悪性腫瘍剤 ＊新有効成分	毒、処
ポプスカイン0.5%注シリンジ50mg/10mL	50mg10mL1筒	丸石	レボブピバカイン塩酸塩	長時間作用性局所麻酔剤 (伝達麻酔用薬) ＊新投与経路	劇、処
ポプスカイン0.5%注50mg/10mL	50mg10mL1管				
ミルセラ注シリンジ25μg	25μg0.3mL1筒	中外	エポエチン ベータ ペゴル (遺伝子組換え)	腎性貧血治療剤 (持続型赤血球造血刺激因子製剤) ＊新有効成分	生、劇 処
ミルセラ注シリンジ50μg	50μg0.3mL1筒				
ミルセラ注シリンジ75μg	75μg0.3mL1筒				
ミルセラ注シリンジ100μg	100μg0.3mL1筒				
ミルセラ注シリンジ150μg	150μg0.3mL1筒				
ミルセラ注シリンジ200μg	200μg0.3mL1筒				
ミルセラ注シリンジ250μg	250μg0.3mL1筒				
外 用 薬					
イクセロンパッチ4.5mg	4.5mg1枚	ノバルティス	リバスチグミン	アルツハイマー型認知症治療剤 ＊新有効成分	劇、処
イクセロンパッチ9mg	9mg1枚				
イクセロンパッチ13.5mg	13.5mg1枚				
イクセロンパッチ18mg	18mg1枚				
リバスタッチパッチ4.5mg	4.5mg1枚	小野			
リバスタッチパッチ9mg	9mg1枚				
リバスタッチパッチ13.5mg	13.5mg1枚				
リバスタッチパッチ18mg	18mg1枚				
スープレン吸入麻酔液	1mL	バクスター	デスフルラン	全身吸入麻酔剤 ＊新有効成分	劇、処
ノルスパンテープ5mg	5mg1枚	久光	ブプレノルフィン	経皮吸収型持続性疼痛治療剤 ＊新有効成分	劇、向 習、処
ノルスパンテープ10mg	10mg1枚				
ノルスパンテープ20mg	20mg1枚				

●平成23年9月12日収載

商　品　名	規格・単位	会社名	一般名	備考	規制区分
内 用 薬					
アレロック顆粒0.5%	0.5%1g	協和発酵キリン	オロパタジン塩酸塩	アレルギー性疾患治療剤 ＊新用量・剤形追加	-
★ガバペンシロップ5%	5%1mL	ファイザー	ガバペンチン	抗てんかん剤 ＊新用量・剤形追加	処
ゾリンザカプセル100mg	100mg1カプセル	大鵬薬品	ボリノスタット	抗悪性腫瘍剤 (ヒストン脱アセチル化酵素阻害剤) ＊新有効成分	劇、処
トラゼンタ錠5mg	5mg1錠	日本ベーリンガー	リナグリプチン	2型糖尿病治療剤 (胆汁排泄型選択的DPP-4阻害薬) ＊新有効成分	処
ネキシウムカプセル10mg	10mg1カプセル	第一三共	エソメプラゾールマグネシウム 水和物	消化性潰瘍治療剤 (プロトンポンプ・インヒビター) ＊新有効成分	処
ネキシウムカプセル20mg	20mg1カプセル				
ベタニス錠25mg	25mg1錠	アステラス	ミラベグロン	過活動膀胱治療剤 (選択的β_3アドレナリン受容体作動薬) ＊新有効成分	劇、処
ベタニス錠50mg	50mg1錠				

●平成23年9月12日収載（続き）

商　品　名	規格・単位	会社名	一般名	備考	規制区分
内 用 薬					
ボノテオ錠50mg	50mg1錠	アステラス	ミノドロン酸水和物	骨粗鬆症治療剤 (1回/4週投与ビスフォスフォネート製剤) ＊新用量・剤形追加	劇、処
リカルボン錠50mg	50mg1錠	小野			
★リオベル配合錠HD	1錠	武田	アログリプチン安息香酸塩/ピオグリタゾン塩酸塩	2型糖尿病治療剤 (選択的DPP-4阻害薬/チアゾリジン系薬配合剤) ＊新医療用配合剤	処
★リオベル配合錠LD	1錠				
注 射 薬					
キュビシン静注用350mg	350mg1瓶	MSD	ダプトマイシン	MRSA感染症治療剤 (環状リポペプチド系抗生物質製剤) ＊新有効成分	処
コアベータ静注用12.5mg	12.5mg1瓶	小野	ランジオロール塩酸塩	短時間作用型β_1選択的遮断剤 ＊新効能・新用量	劇、処
ジスロマック点滴静注用500mg	500mg1瓶	ファイザー	アジスロマイシン水和物	15員環マクロライド系抗生物質製剤 ＊新投与経路・新効能・新用量	処
シンポニー皮下注50mgシリンジ	50mg0.5mL1筒	ヤンセン=田辺三菱	ゴリムマブ (遺伝子組換え)	関節リウマチ治療剤 (ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤) ＊新有効成分	生、劇 処
★ヒュミラ皮下注20mgシリンジ0.4mL	20mg0.4mL1筒	アボット	アダリムマブ (遺伝子組換え)	関節リウマチ治療剤 (ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤) ＊新効能・新用量・剤形追加	生、劇 処
外 用 薬					
オンブレス吸入用カプセル150μg	150μg1カプセル	ノバルティス	インダカテロールマレイン酸塩	慢性閉塞性肺疾患(COPD)治療剤 (長時間作用性吸入β_2刺激剤) ＊新有効成分	処

●平成23年11月25日収載

商　品　名	規格・単位	会社名	一般名	備考	規制区分
内 用 薬					
イムセラカプセル0.5mg	0.5mg1カプセル	田辺三菱	フィンゴリモド塩酸塩	多発性硬化症治療剤 ＊オーファンドラッグ、新有効成分	劇、処
ジレニアカプセル0.5mg	0.5mg1カプセル	ノバルティス			
テラビック錠250mg	250mg1錠	田辺三菱	テラプレビル	C型慢性肝炎治療剤 (抗ウイルス剤) ＊新有効成分	劇、処
注 射 薬					
イラリス皮下注用150mg	150mg1瓶	ノバルティス	カナキヌマブ (遺伝子組換え)	クリオピリン関連周期性症候群治療剤 (ヒト型抗ヒトIL-1βモノクローナル抗体製剤) ＊オーファンドラッグ、新有効成分	生、劇 処
テリボン皮下注用56.5μg	56.5μg1瓶	旭化成ファーマ	テリパラチド酢酸塩	骨粗鬆症治療剤 ＊新投与経路	処
フェソロデックス筋注250mg	250mg5mL1筒	アストラゼネカ	フルベストラント	閉経後乳癌治療剤 (抗エストロゲン剤) ＊新有効成分	劇、処
プロイメンド点滴静注用150mg	150mg1瓶	小野	ホスアプレピタントメグルミン	選択的NK_1受容体拮抗型制吐剤 ＊新有効成分	処
ホストイン静注750mg	750mg10mL1瓶	エーザイ	ホスフェニトインナトリウム水和物	抗てんかん剤 ＊新有効成分	劇、処
外 用 薬					
タコシール組織接着用シート	3.0cm×2.5cm1枚 4.8cm×4.8cm1枚 9.5cm×4.8cm1枚	CSLベーリング	ヒトフィブリノゲン、トロンビン画分	シート状生物学的組織接着・閉鎖剤 ＊新医療用配合剤	特生、処
ムコスタ点眼液UD2%	2%0.35mL1本	大塚製薬	レバミピト	ドライアイ治療剤 (ムチン産生促進剤) ＊新投与経路	-

★：「保医発0719第5号、0912第1号」（平成23年7月19日、9月12日）通知等により、新薬の処方日数制限（薬価収載日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）の例外医薬品となりました。1回14日分を超えた処方が可能です。

一押しME機器 Medical equipment information

オムロンコーリン株式会社
内臓脂肪測定装置 HDS-2000 DUALSCAN

生活習慣病のリスク因子として注目される内臓脂肪。これまで内臓脂肪を測定できる専用機器は開発されてこなかった。唯一測定できるX線CTでは被曝の問題があり、短期間での頻回な測定は困難だ。

昨年8月オムロンヘルスケア株式会社は世界ではじめて「デュアルインピーダンス法」を用いた内臓脂肪計を発売した。本製品は被曝することなく安全・正確に内臓脂肪を計測する機器として注目されている。

販売：オムロンコーリン株式会社・アークレイ株式会社



■HDS-2000 DUALSCAN

増加する内臓脂肪型肥満

本邦の食生活の欧風化や運動不足などのライフスタイルの急激な変化は、糖尿病・脂質異常症・高血圧症等の生活習慣病を惹起させ、動脈硬化を進め深刻な心血管病を増加させつつある。

医学研究の進歩により、内臓脂肪と生活習慣病発症メカニズムが明らかとなりつつある。

生活習慣病発症予防を目的に内臓脂肪に着目した特定健診は「メタボ健診」とも呼ばれ、腹囲長を測定することにより内臓脂肪を評価している。男性では85cm以上、女性では90cm以上の腹囲長を内臓脂肪面積100cm²とみなし、血糖や血圧、脂質の内2項目が基準を上回ったものをメタボリックシンドロームとして判定している。

しかし、腹囲長に基づく内臓脂肪面積の推定は精度等での議論があるのも事実である。

それでも特定健診において腹囲長の測定が行われているのは他に妥当な方法がなかったからだ。内臓脂肪面積の計測は従来ではX線CTやMRIが用いられてきたが、コストや被曝などの問題から、多くの国民が受診する健診向きの検査とは言い難い。

昨年8月、オムロンコーリン株式会社は内臓脂肪測定装置「HDS-2000 DUALSCAN」（以下、DUALSCAN））を発売した。オムロンが長年培ったインピーダンス技術を独自に進化させた「デュアル・インピーダンス法(※1)」を採用し、安全・簡便・正確に内臓脂肪面積を算出する。

内臓脂肪と密接に関連する生活習慣病の疾病人口が増加し、その予防と早期治療の重要性が高まる中、研究現場や臨床現場からは簡便に内臓脂肪を測定できる機器に対するニーズが高まっていた。

にもかかわらず、X線CTやMRI同等に精度の高い測定が可能な機器が開発できなかった理由は技術的な

困難にあった。同社がその実現に成功したのは「KaradaScan」に代表される同社の高いインピーダンス技術と共に、優れた研究者との共同作業があったからだ。「DUALSCAN」は京都大学大学院の中尾一和教授とともに開発が進められた。

中尾教授は肥満学会の理事長でもあり、内分泌代謝学分野での第一人者だ。

蓄積された独自のインピーダンステクノロジーと国内トップクラスの研究者との協働によって開発された

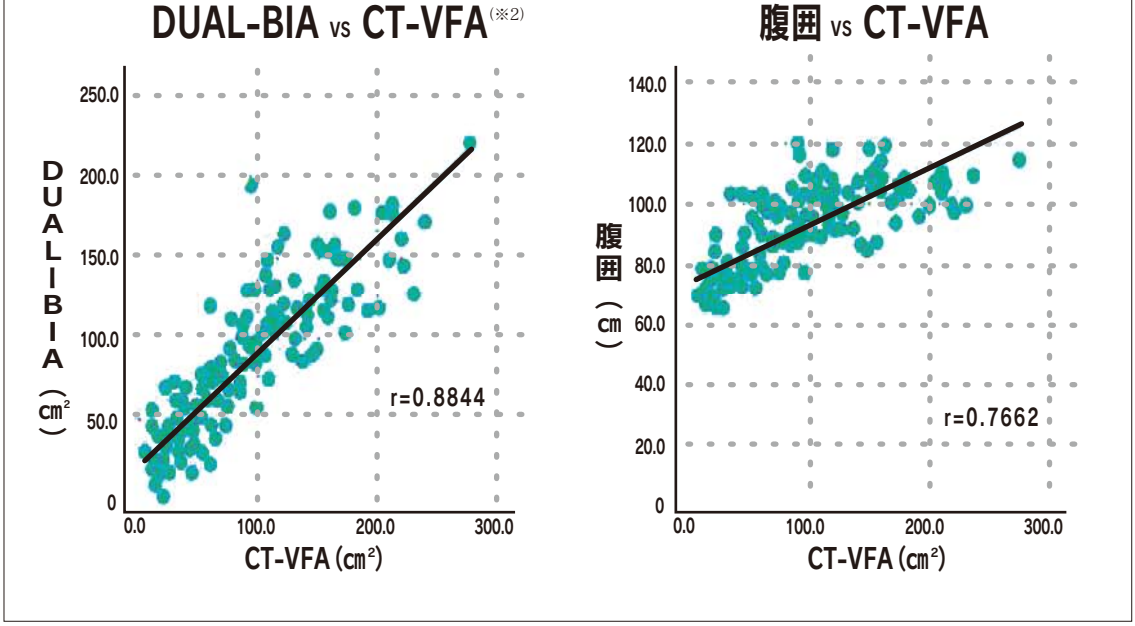
「DUALSCAN」には

- **X線CTとの高い相関（資料①）**
- **被曝のない安全な検査**
- **わずか5分の迅速かつ簡便な測定**
- **わかりやすい検査結果レポート**

などの特徴があげられている。被曝がないことの最大の利点は、定期的な検査を実施できることだ。内臓脂肪面積の変化を時系列で把握する事により、医師はより適切な生活習慣の改善指示や治療効果の確認を行う事が可能となり、受診者も治療や生活習慣改善の努力が結果につながっていることが実感しやすくなる。

同社では、「DUALSCAN」が医療現場に貢献できる部分は大きいと考え、内臓脂肪型肥満の治療や健診・人間ドックを提供している病院や診療所への営業展開を行っている。

（資料①）



2010年 日本肥満学会 京都大学発表資料（n=180）

※1. デュアルインピーダンス法（DUAL-BIA"Dual Bio Impedance Analysis"）：2つの経路から電流を流すことで内臓脂肪と腹部皮下脂肪の識別を実現した、オムロン独自のインピーダンステクノロジー

※2. CT-VFA：X線CTによる内臓脂肪面積（VFA）

オムロン独自のインピーダンス技術 DUALSCAN精度の高い測定

●精度の高い測定

「DUALSCAN」の測定法は同社が長年培ったインピーダンス計測技術が基盤となっている。インピーダンスとは、電流の流れにくさを表す量のことであり、従来の医家用・家庭用体組成計では脂肪が電気を流しにくいという性質を利用し全身の体脂肪率等を算出している。但し電気のもう一つの特徴として、太い部位よりも細い部位を流れるときの方が抵抗が大きくなるという特性があり、人体では腹部よりも手足のほうが電気抵抗は大きくなるため、全体のインピーダンスに占める腹部のインピーダンスの割合は10%ほどに過ぎず、腹部の情報を正確に反映しているとは言い難い。

そこで同社が取り入れた計測法が「デュアルインピーダンス法」だ。この方法はその名が表す通り、2通りのインピーダンスを用いる計測法だが、腹部のインピーダンス情報を正確に計測するため腹部にてインピーダンスを計測する事が従来のインピーダンス計測機器との大きな違いになっている。(写真①)

計測原理としては「腹部全断面積」から「除脂肪(骨・臓器など)面積」と「皮下脂肪面積」を除していく考え方がベースとなっている。

①「腹部測定ユニット」で腹部の形状を計測し腹部全断面積を算出する。

②両手足に装着したクリップより微弱な電流を流し腹部のセンサにてインピーダンスを計測、除脂肪面積を算出。

③腹部の電極間に微弱な電流を流す。腹部の表皮から電流を流すことで、表皮に近い皮下脂肪に電流が流れるため、その際に生じた腹部インピーダンスにより腹部の皮下脂肪面積を算出する。

④先に計測した「腹部全断面積」－「除脂肪面積」－「皮下脂肪面積」＝「内臓脂肪面積」を算出する。(資料②)

BMIが高い人ほど皮下脂肪や内臓脂肪が占める割合は個体差が大きくなり腹囲長から内臓脂肪面積だけを推定する事は困難になる。しかし、皮下脂肪や除脂肪をそれぞれ別々に評価している「デュアルインピーダンス法」では肥満の度合いに影響されることなく内臓脂肪面積を正確に算出する事が可能になっている。

(写真①)



●簡単かつ短時間の測定

測定の手順も極めてシンプルだ。腹部測定ユニットを腹部にセットし、腹部全断面積を測定した後、腹部と手足に電極をつけてスタートボタンを押せば自動的に測定・算出が行われる。測定に要する時間も5分以内とスピーディーだ。

●わかりやすい結果レポート

検査結果は、専用シートに即座に出力される。内臓脂肪面積は数値で大きく表示され、カラーグラフ表示にて受診者の結果と内臓脂肪型肥満の基準値である100c㎡との比較が分かりやすくできるように工夫されている。またレポートの中央に表示されている腹部断面図は、画像診断ではない為受診者の画像ではなくあくまでイメージではあるが測定した皮下脂肪と内臓脂肪のバランスを16パターンに区分し、もっとも近似したイメージが選択的に表示し、受診者の理解を深めている。

●家庭用計測機器との連携

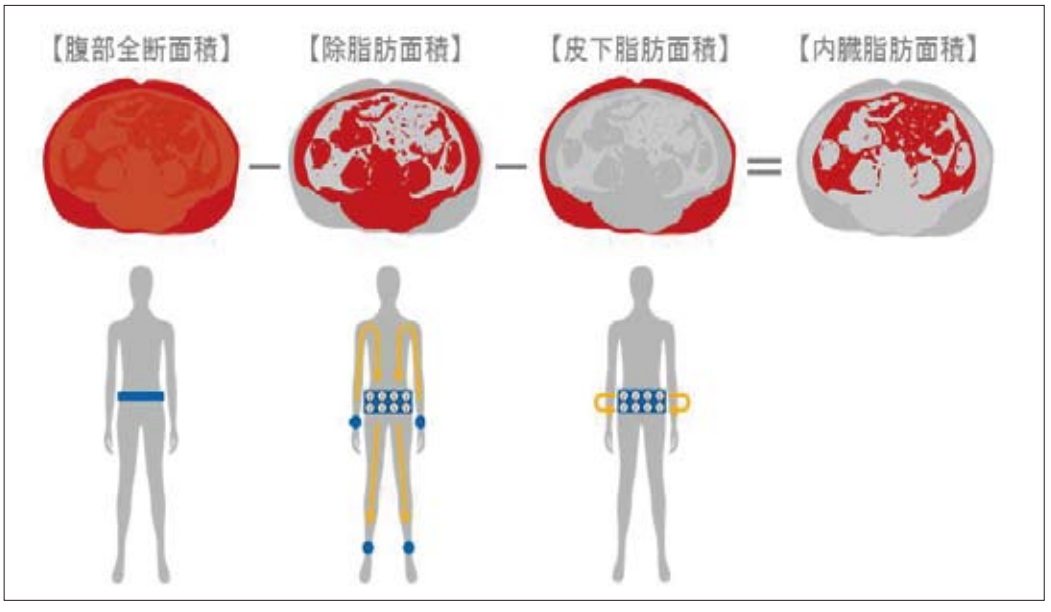
同社では歩数計や活動量計などの家庭計測機器も充実している。「DUALSCAN」はこれらの生活活動データや血圧や体重などのデータを機器本体に取り込み、内臓脂肪測定結果とともに、一枚のレポートとしてプリントアウトすることも可能だ。内臓脂肪は「増えやすく、減りやすい」という特徴があり、家庭で計測した毎日の生体情報や行動情報を医療者と共有することにも大きな意味がある。

同社では「HMC（Home Medical Care）」というコンセプトを打ち出し家庭用計測機器による生体情報・行動情報を医療現場に提供する事により生活習慣病予防や改善に役立てる事を目指しているという。現在は研究機関での導入例が主だが、病院や健診施設・診療所からの問い合わせも増え続けている。

また、先ごろ改訂された日本肥満学会による「肥満症診断基準」においても「DUALSCAN」に採用されている「デュアルインピーダンス法」が内臓脂肪を評価する方法としてはじめて掲載されている。

何よりも一般の方にも認知度や関心の高い「内臓脂肪測定」は健診や人間ドックのオプションとして、あるいはかかりつけ医機能の強化として導入される例は今後も拡大していくだろう。

（資料②）



誌上セミナー

人材マネジメント活性化のすすめ

第11回：働き甲斐や生き甲斐、人を活かす組織 ～組織から個へしなやかな人事管理制度の転換～



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

1.働き甲斐、生き甲斐とは何か

人材を育てて、定着を図り、そして、その育てた人材を活用するには、その人材を、いつ、どこで、どのように持てるパワーを最大限に発揮させるか。働き甲斐、生き甲斐のある職場作りの役割を持つ所管部署は改めて言うまでもないが、無論人事である。

人は目標を達成するために組織を作る。そこには同じ志を持つ同士が集まる。しかし、どんなに優秀な人材であったとしても、たまのお休みも取れない程、業務に追われ、組織に埋没をしなければ業務処理ができない、ワーク一色の毎日であるとすれば、働き甲斐とか生き甲斐の問題どころではないだろう。

すなわち、働き甲斐とか生き甲斐のマネジメントを考えるのはある一定の人事基準を満たした組織レベルの企業体である。自分は今、仕事とどう向き合っているのか、やり甲斐を感じてこの大切な一日を完全燃焼しているのだろうか、生活のために働く事は無論であっても、与えられた仕事に情熱をささげることができず、悶々とした日を過ごしているとすれば、これほど、本人にとっても組織にとっても不幸なことはない。

適性のない仕事をやらせられていたり、また、同じ仕事に長年従事していると、知らず知らずのうちに惰性で仕事をやるようになる。これらの状態になると、間違いなく、賃金と能力のミスマッチ、仕事と能力のミスマッチが生じるようになる。

通常全く同じ仕事を7年以上もやっていると誰でもその仕事には慣れる。その結果、新たな勉強もしなくなり自然と惰性で仕事をやるようになる。

特に目に付くようになるのは仕事への問題意識がなくなることだ。仕事については大概のことには慣れているので勉強をしなくなる。このような状態からは、働き甲斐とか生き甲斐は生まれない。

2.役割職務資格要件、人材要件の明確化

人材を常に人材たらしめるためには、いろいろな仕事の経験を積ませることだと多くの先達は言う。仕事を変えたり、新しい役割を与えたりして、物事を大きな目で見る力を養うことが大切である。

経営側が考える人材活用の留意点は適材適所で人材を思い切り活用することだが、これについても実際に人事異動をしてみないと適性があるか,否かは分らない。

人事異動を効果的に実施するためには「各職務に必要とされるコンピテンシー」と「本人の希望」を上手く組み合わせる仕組みを作っておくことが必要である。

すなわち、「役割、職務資格要件」と「人材要件」の明確化である。その仕事をきちんとこなすためにはどのようなコンピテンシーが必要なのか、また、どのようなキャリア経験を持つ人がいいのか、そのためには、キャリア面接、自己申告制度、公募制度、FA制度、複線型人事制度などの人事情報システムを整備し適材適所のための必要情報を収集しておくことが必要である。

これらの情報はこれからのキャリア開発目標やジョブ・プロジェクト目標、資格免許などの情報を総合的にデータとして整備管理しておくことが求められる。

これらの人事情報を使って、人事の役割をどう果たすかが大切である。人事の一番大切な仕事は人の幸せを考えること。個人を、組織を元気にする。それが人事本来の仕事であると思う。

3.実力のある組織の要件とは

組織とは何らかの目標を達成するために複数の人々が共同することにより構成されている。組織に勤めているのに、セクショナリズムであったり、皆バラバラの方向を向いているのでは組織に勤めた意味がない。

病院とか、商店には組織がないと揶揄されるが、その意味は目標達成に向けての管理がないということを意味している。

組織には課業があり、この課業を分業または協業の仕組みでこなしている。課業をこなすためには専門性が必要な課業と特段の知識、技術が必要でない課業がある。職種は課業をこなすのに類似した知識、技術をグループ化したものであり、つまり、組織形成のベースになる。

どのような職種があるかは組織力を表す。病院の場合は専門化を優先した組織だが、専門性故にセクショナリズムを生む原因も潜んでいる。

病院の組織はライン・アンド・スタッフ組織が一般的な形態である。一人の上司が管理できる部下の数の限界は9人まで。仕事を命じるのは直属上位の上司1人を原則とするが、命令の一元化等、病院の組織には、組織図はあっても、指揮命令系統など机上論のところが多い。

さて、組織が出来たら組織目標を達成するために人材を適所に配置する。どのような人がどの仕事に適性があるのか、組織が必要とする人材要件を明確にしておけば、職務と能力のミスマッチが起こらない。

すなわち、職種、職務、職階が求める人材要件をデザインしておく事は適性ある人材を採用し、また、言葉を変えれば適格者の人材配置により効率化を高めることができる。最初からその仕事に向いた人を採用し配属できるのだから、本人のやり甲斐、生き甲斐に結びつくのは、至極当然のことである。

適材適所配置のために管理者登用制度では、最近職責の適性を見るためにアセスメント方式を採用する病院が増えてきた。上級役職業務を下位役職に与えて、その成果を評価する事前考課方式である。

すなわち、彼は優秀であるので係長から課長に推薦する場合に、「試の期間」を設ける制度である。役職は係長のままで課長の仕事を2年間ぐらいやらせてみる。きちんとした成果が出せるので課長は間違いないと判断できる。この時、成果実力昇進として彼を晴れて課長に抜擢登用する事前考課方式である。こうして選ばれた管理者は力がある。組織を引っ張る牽引者として業績拡大に貢献している。

管理職昇進人事には昇格先行の原則という人事理論がある。「昇進（登用）＝昇格先行の原則＋空席＋適性」の公式である。

管理職昇進は功労報奨や永年勤続表彰、賃金を上げるための処遇制度ではない。またどんな理由があっても組織は人のために作ってはならない。管理職登用は実力、成果昇進であるからである。力のない者が組織の長となることは許されない。組織を潰すことになるからである。

実力のある管理者を育成し選抜するためには役割遂行のコンピテンシーを明確にして、あるべき姿と現状のコンピテンシーのギャップを確認する。そして、そのギャップ改善の行動を起こすことがキャリア開発そのものに他ならない。

このように、実力のある組織では何を、どう努力をしたらステップアップできるのかの人事基準が整備され公開されている。それは昇進基準であり、ジョブリクエスト、公募、FA制度等の人事異動基準であり、役割職務資格要件、人材要件、コンピテンシー評価基準などの公開チャレンジの諸制度である。

4.しなやかな人事管理への転換

人材を採用しても人材が定着しない組織がある。何かが欠けている組織だ。新人採用時の新人は、まだ人材とはいえない。人材候補者である。これらの新人が入職からこの組織になじむまでの間のメンター（Mentor）制度、また、10年間はトレーナーがトレーニーに付き添って能力開発や職務遂行能力の向上のために指導したり、業務援助や協力をするトレーナー制度など、しなやかな人事制度が各病院、施設にも導入されつつある。

これら人事諸制度導入の背景は何かである。勤続

10年位までの職員（トレーニー）に2～3年先輩の職員（トレーナー）が業務指導やメンタルの指導をするトレーナー制度。また、メンターは新人職員に対して学生から社会人への意識の切り替えや職業人としての行動や立ち振る舞い、また、個人的な相談にも乗るなどのきめ細かい役割を遂行する。

基本的には同じ職場の先輩や上司がトレーナーとなって指導するが、自分が主任（係長）になると今度は自分がトレーナーになって新入職員や職場の後輩を指導することになる。トレーナーによって指導や助言にばらつきが出ないようにトレーナーは四半期に1回程度トレーナー会議を開いて成功事例や失敗事例を持ち寄りケーススタディの勉強会を行う。

メンター制度は、新人研修時からメンターが1年間つく。その後、今度はトレーナーが仕事や勉強あるいは、プライベートなことについてもアドバイスをする、きめの細かい制度だ。

これからのしなやかな人事マネジメントの試みは、「個人」に焦点を当てた組織対応、判断への取り組みが求められている新しい時代の到来を感じる。少子高齢化、団塊世代のリタイア、非正規職員の増大、長期化する不況（空洞化）など社会背景の変化は新たなワークスタイルを生み出している。

労働慣行や働く環境の変化は働き手、個々人の人生設計を大きく変化させることでもあり、社会人一人ひとりが新たな生き方として職業生活を考え直す必要が生まれていることにも通じる。個々人が自らの人生に対して責任を持ち、自立、自律した生き方を選択し、実現していく。

そのためのいくつかの人事選択肢が用意され、また、そのような組織には優秀な人材が集まる。

これからの病院経営においても、将来に亘り、適正な労働力を確保し一人当りの生産性を高めていく必要がある中で、旧態依然の組織第一主義的なマネジメントでは、人材はいずれ離脱するだろう。過去においては「個人」の観点に立った経営判断などは排除することで成立した組織論も、今は、労働者個々人の自己実現のキャリア形成のために、企業（病院、施設）は存在するとの考え方や発想の転換が求められており、その意味で、より労使間のバランスを保つ人事管理が生まれつつあるように思われる。

ワークキャリアという言葉があるが、仕事そのものや職業生活に関する概念で組織内外の職業、職種、地位、資格等級、経験年数、処遇で表示されるものを指す。一方ライフキャリアは、家庭生活、地域生活、余暇生活に関する概念で「内的キャリア」とも言われており、一人ひとりの「働き甲斐、生き甲斐」として自覚されるもので「自分にとって、働く、生きることの意味、意義、価値」といった内面の価値に焦点を当てたものである。

過去においては組織依存型のワークキャリア形成はライフキャリアや人生設計そのものであった。これからの時代、多様な価値観を受け止めなければならない社会においてはワーク・ライフキャリアの両面から個人の歩みを支えるマネジメントが大切になっていることを強く人事の役割として認識しなければならない時代が来たのである。

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/

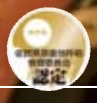


佐賀のお酒で、ほろ酔い美人。

背振山系の清らかな水と、佐賀平野で育つ上質な米に恵まれた佐賀県。実は、九州屈指の酒どころで、鎌倉時代より「肥前酒」として幕府に献上されてきた歴史があります。佐賀に訪れるなら、旅先の思い出に1本手に入れたい…。とはいえ、何を決め手に選ぶとよいのか。飲んで美味しいのはもちろんですが、せっかくならその土地らしい酒を選びたいところ。

そこでおすすめなのが、佐賀県の「認定酒」。佐賀県では、春と秋に県内の蔵元で造られる純米酒と本格焼酎の審査を行い、「佐賀県原産地呼称管理制度認定酒」として発表しています。純米酒の場合の認定条件は、(1)佐賀県の米・水を100%使っていること、(2)佐賀県の蔵元が醸造していること、(3)味や香り、バランスに優れ、味覚審査で合格した純米酒であること。つまり、佐賀県産にこだわるだけでなく、プロの味覚で選んだ美味しいお酒にのみ、この称号が与えられ「認定マーク」が目印です。「佐賀らしい酒選び」のいい基準になりそうですね。

ところで、日本酒には飲み方があるのをご存知ですか。それは「和らぎ水(やわらぎみず)を呑む」こと。日本酒を飲む合間に水を飲むことで、酔いが緩やかになるのだとか。佐賀のお酒を上手に飲んで、あなたも素敵な「ほろ酔い美人」になってください。


認定酒であることを示す「認定酒マーク」



お問い合わせ●佐賀県 流通課
tel.0952-25-7099


杉玉

まん丸で青々とした杉玉は、新酒ができたサイン。春はできたばかりの新酒がでそろう時期で、各酒蔵では、蔵開きも多く開催されている。できたばかりのフレッシュな新酒や、蔵開きの時だけの限定酒を味わったり、蔵人が酒造りの行程を説明してくれたり、その他にも楽しいイベントも数多く開催されている。蔵開きのスケジュールは、佐賀県酒造組合のホームページ(http://www.sagasake.or.jp/main/)に掲載されている。

また、佐賀のお酒を福岡にて存分に楽しめる「Sake Dining さが蔵」では、1杯60mlより飲むことができる。さまざまなお酒を試して、自分好みのお酒を見つけてはいかが。佐賀の蔵元が参加する日本酒イベントも開催している。

撮影協力／Sake Dining さが蔵

佐賀県酒造協同組合が運営する佐賀酒専門店。
蔵元直送のお酒が随時50種類以上揃う。
福岡市中央区春吉3丁目11-19 パノラマスクエア博多(旧ジャスマック酒肴小路博多)2F

病は「気」から
気は「接遇」から

～「また、かかりたい」と思ってもらえる医療機関であるために～

「あなたがいるから元気になれる！」
そんな病院創りを目指しています。



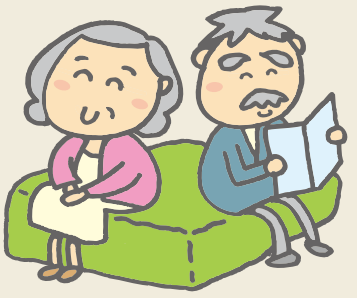
K's オフィス代表
医療専門接遇講師　佐竹桂子

これまで病院にて秘書・ロビーマネージャー
クレーム対応・職員育成などを担当

六回目「待ち時間の対応」

患者さまアンケートを行うと「待ち時間が長い」という点がよく苦情の上位に上がっています。いくらスタッフが頑張っても院長は一人、また複数の医師がいる病院などでも、一人ひとりにかかる診療時間の把握は正確にはできない面もあり、よく言われる「3時間待ちの3分診療」という状況になることも珍しくありません。予約制にしていても時間の枠の中でどんどんずれていき、「予約の意味がない！」とのお叱りを受けたり、待ち時間を短くすることは本当に難しいのが現実です。

患者さまはなぜ怒るの？



皆さんもそうだと思いますが、「今日は病院に行く」というときは、「待たされるぞ」という覚悟をして出かける方が多いのです。それにもかかわらず患者さまが怒ってしまうのはなぜでしょうか・・・

待っている患者さまの気持ち

おおよそでもいいからどのくらい待つのか納得して待ちたい、順番などが公平で気持ちよく待ちたい、スタッフの対応に気配りがあるような居心地のいい環境の中で待ちたい

結局このような患者さまの期待を裏切っているから、患者さまを怒らせてしまうのではないでしょうか。待ち時間に関して今私たちができることは、できるだけ院内の風通しをよくして、おおよその待ち時間をお伝えできるよう工夫すること。患者さまに気持ちよく納得してお待ち頂ける説明をする。そしてなにより、具合の悪い中長時間お待ち頂くことに「申し訳ない」という気持ちを持ち、患者さまの容体に配慮することが大切です。待ち時間の把握に関しては医師の協力なくしては実行できませんから、チーム一丸となって対処する必要があります。

気持ちよくお待ちいただくためにすることはたくさんある

待っている患者さまの気持ちがわかったら、その気持ちを先取りした対応をすることで不満を和らげていただくことができます。

〈ある程度の待ち時間をお伝えする〉

「○○様、あと5番目に診察室からお呼びいたします」
「○○様、本日は混み合っておりましてし検査まで30分程お待ち頂くかと思いますがご都合はいかがでしょうか」

〈先手のお声掛け〉

「○○様、ずいぶんお待たせして申し訳ございません。ご気分はいかがですか」
「○○様、もう一時間もお待ちですね。本当に申し訳ございません。順番をお調べして参りましょうか」

なぜ気持ちよくお待ちいただくことが大事なのか



医療従事者に接遇が求められる一つの理由

第一回目から何度かお伝えしているように、患者さまには「病気を治す」という目的があります。つまり病気を治さなければならない患者さまに「自然治癒力」を高めていただく、感じの良い対応が必要になるわけです。病気であるというだけで気持ちが落ち込んでいる患者さまにとって、私たちの些細な言葉や態度も治療の一環として精神的な面で大きな影響を与えてしまうのです。

目的を間違ったらこんなことに・・・

目的　待ち時間短縮

忙しいんだから業務優先。とにかく自分の仕事をさばかなくちゃ！患者さまに声をかける暇も惜しいわ…



気持ちよくお待ちいただく

今日は混み合って待ち時間が長いから患者さまもイライラされるだろうから安心していただくようお詫びしてご説明しておこう

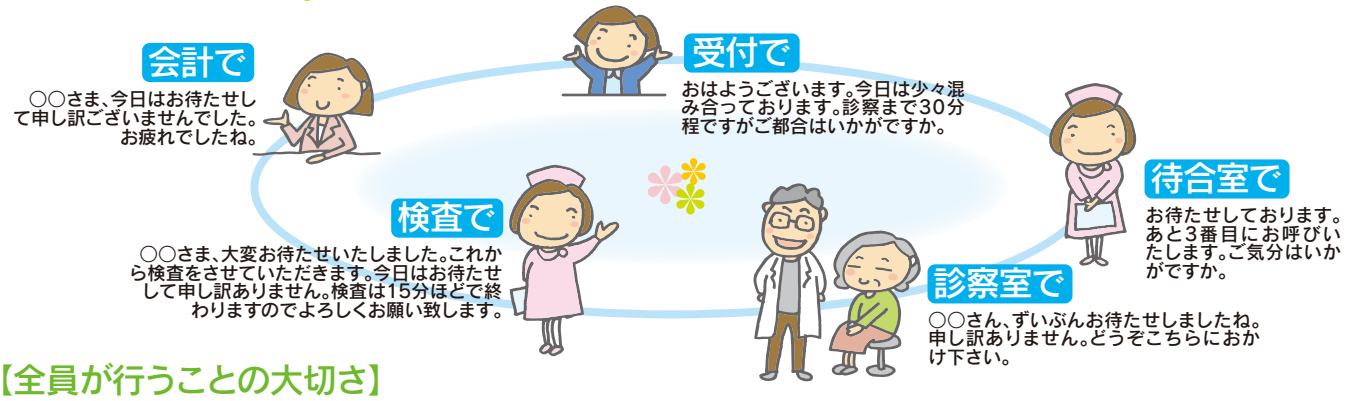


一番怖いことは「うちは大体このくらいは待って普通」「混んでいるんだから仕方がない」「皆待っているんだから待つのが当然」という具合に医療側の都合を一方的に押し付けてしまうことです。患者さまの立場だったらどう感じるだろうか・・・・と、常に患者さまの立場で考えましょう。

lesson!

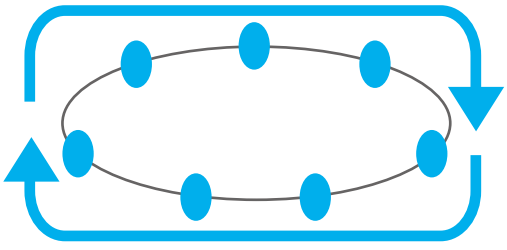
3回目の「ことばと態度」で「バーバル（ことばによるコミュニケーション）とノンバーバル（ことば以外で行われるコミュニケーション）」ということをお話していました。今回は待ち時間の対応を、態度とことばのバランスを整えて練習してみましょう！

笑 顔 ＋ アイコンタクト ＋ 感じの良い話し方



【全員が行うことの大切さ】

ここまでお読みになって「え～、そこまでしなくちゃいけないの？」「なんだかしつこくてわざとらしい」と感じる方も多いでしょう。しかし「患者さまは全体を通してサービスの質を評価している」ということを考えてみて下さい。



例えが適切かどうかわかりませんが、新幹線に乗ったとします。チケット購入窓口の対応、駅員の態度、乗り心地はもちろん、車内の車掌や販売員の態度、そして到着した駅の雰囲気。それらすべてが自分の期待をクリアしていてこそ、新幹線は快適だったとなるのではないでしょうか。一人ひとりが適切に役割を果たしてこそ組織への信頼は高まります。「Aさんはいいけどさんはできていない」というバラツキのある対応では、結局評価はBさんのレベルで判断されてしまうのです。

「良質の対応」を目指すか、「普通の対応」ですませるか、組織の目標を持ちましょう。

このように、チームとして患者さまの情報を共有して対応に活かせば、サービスの質もグンと上がり、何といっても患者さまの居心地がよくなります。気持ちのよい環境で治療に専念できれば、患者さまの自然治癒力もアップし、良い信頼関係が生まれるのです。

患者さまに寄り添う気持ちを表現しよう！

先手の声かけ　笑 顔　わかりやすい説明

物理的な待ち時間はなかなか短くならないが、心理的な待ち時間は私たちの配慮で短縮できる！ということです。



待ち時間が長い！というときは、患者さまも多く、スタッフは「とても忙しい」状況だと想像できます。ということは、いつもはできていることも、ひょっとして手が回らないことになっているかもしれません。つまり患者さまからすれば、「サービスが低下している」という状況なのです。苦情はこのようなとき起こります。「聞いたのに後でと言ったままほったらかしにされた」、「バタバタするばかりで患者は後回しだ」など、業務をさばくことが優先になり、患者さまに寄り添う余裕がなくなってしまうのです。

〈忙しい時こそご迷惑をおかけしていると自覚し、「気配り・目配り・心配り」が必要になるということです。難しいかもしれませんが、そのひと手間をかけるかかけないかで、患者さまの居心地に雲泥の差が生じます。いつも一定のレベルで、良い対応が行える。それがその組織の実力ともいえます。
そのためにも接遇の意識を高く持ち、トレーニングを続けていただきたいと思います。

さて、接遇について6回にわたってお話をさせていただきましたがいかがでしたか？日々の対応の中でお役に立てていただければとても嬉しいです。最後にもう一つ、接遇は「仕事だからするもの」ではありません。接遇のあり方は「相手の立場に立つ」ということ。それはあなた自身の生き方そのものと捉えられます。接遇のスキルを活かして、あなたの心を見える化し、豊かな人生を送って頂きたいと思います。そして日本中の医療機関が、病んでいる方にとって「居心地の良い場所」であることを切に願います。最後までお読みいただきありがとうございました。皆さまのご活躍を心から祈念して「病は気から、気は接遇から」シリーズを終わりたいと思います。

広報戦略

さしすせそ

強固なファンづくり5つの視点



メディカル広報センター代表
四元重美（よつもとしげみ）

1954年鹿児島県生まれ。流通業の宣伝部、広告代理店にて出版物、屋外広告、印刷メディア等の企画に携わったのち独立。現在、メディカル広報センター、わくわくコーポレーション代表取締役。雇用・能力開発機構新規・成長分野企業等支援アドバイザーのほか大学の社会人講座講師などを務める。

『広報戦略さしすせそ』（5つのS…Surprise・驚き, Sympathy・共感, Strategy・戦略的, Segment・細分化, Society・社会）と題したシリーズの5回目。今回は、医業広報において重要なポジションを占めるようになってきたWeb戦略について解説する。

第5講　Webによる効果的なブランド戦略

ホームページ「フィルター」論

インターネットが我々の日常生活で頻繁に登場するようになって20年弱。それまでの情報社会のスピードをはるかに上回るスピードで進化を続けており、今や我々の生活はネット抜きには考えられない。ほんの7～8年前まではホームページ（以下HP）を所有している医療機関は公的機関や大手の病院あるいは専門性の高い医療機関に限られていたことを考えると隔世の感がある。

医療機関とHPを語るとき、その特殊性抜きには語れない。医業は一部を除き「ニーズ型」事業の最たるものだ。必要性があってはじめて人は医療機関を利用する。こうしたニーズ型にとって大切なことは、「イザ！」という時いかに認知してもらうかが重要である。看板広告や印刷メディアによる告知という方法もあるがそうしたメディアは情報量が限られている。今、必要性に迫られた相手にはHPが最も適したメディアの一つだ。

また、医療機関を選ぶ際に重視されるのが「口コミ」。人はまず家族や友人、同僚から適切な情報を得ようとする。そこで情報を得た後どのような行動をとるか？紹介された医療機関の情報を事前に仕入れようとするのだ。この時点でHPがなければ素通りされてしまいかねない。すなわち現代人の多くにとってHPは医療機関選択のフィルターとなっているのである。

使い勝手のいいページづくり

さて、読者の中にはもう既にHPを開設されているところがほとんどかもしれない。とすれば、皆さんの関心はどのような内容にするかであろう。それにはまず、「ユーザビリティ」に配慮することが重要だ。ユーザビリティとは、使い勝手のこと。「見やすい、わかりやすい、使いやすい」を意識しながら改善していただきたい。

■使い勝手の良いホームページ5つのポイント

①何を主体にしたページかが一目瞭然である
②閲覧環境がスムーズ（動画などを多用しない）
③デザイン性に優れ、情報のありかが明確
④ページ間の移動がスムーズである
⑤問い合わせの仕組みが確立されている



HPには『3秒ルール』というのがある。これは、3秒でそのHPの意図がわかるようになっているか？ということだ。人はそのHPに必要とする情報がなければさっさと他のページへ移動してしまう。まさに、見た瞬間が勝負なのだ。とすれば、表現上の工夫として戦略的な（Strategy）細分化（Segment）が重要だ。

ネット口コミが主体の現代社会
顧客視点のページ作りでファン化を図る

HPは知ってもらってなんぼの世界
検索エンジンでの上位表示は必須だ！

下記ページを見ていただきたい。ある精神科・心療内科クリニックのHPだが、数ある診療内容の中から『うつ病』と『睡眠障害』に焦点を絞っている。このことによってHPの主体性がハッキリし受診増につながっている。要は、情報に強弱をつけるということだ。



ソーシャルメディアとの連携

さて、読者の皆さんは「ソーシャルメディア」という言葉を耳にされたことがあるだろうか？これは、ネット上において展開される個人による情報発信や個人間のコミュニケーション、人の結びつきを利用した情報流通などを指す。ブログもこの一種だが、最近ではツイッター、フェイスブックなどが圧倒的に増えている。このソーシャルメディアは社会（Society）とつながる意味合いが強い。筆者も現在フェイスブックを活用しているが、このツールを使って特定のテーマのコミュニティをつくればそこから生の声が聴けるなどのメリットがあり、今後大きな可能性を感じさせる。

こうしたソーシャルメディアの活用に加えてメールマガジン、携帯サイトなどを絡ませてHPと連動する形で情報を発信していくことが重要だ。

顧客心理に根差した表現

数多くの医療機関のHPを見てみると一方通行のページが多い。自分が言いたいこと中心になっており、共感（Sympathy）の視点が足りない。相手の視点に立った表現とは何か？例えば母親が子供のアトピーで悩んでいたとしよう。

「当院ではアトピー性皮膚炎の患者様に対して発症原因についての問診の他、必要に応じてスクラッチテストや血液検査等を行い、懇切丁寧な説明を心掛けています。」これはこちらサイドの表現。

これを顧客視点に改めるならば

「『痛いよ～、痒いよ～。お母さん何とかして！』と泣き叫ぶ子供の姿、かわいそうでなりませんよね。早く何とかしてあげたい…。でもなかなかいい治療法に巡り合えない…。そんな切実なお母さんの気持ちをまずわかってあげることから私たちの診療は始まります。」

ちょっとオーバーかもしれないがこのようなまず相手（患者）の心情を察してあげることも患者視点の一つだ。こうした思いやりに対して「この先生なら私のことを分かってくれる」という期待につながる。悩みの多い疾患ならなおさらのことだ。

「院長挨拶」や「経営理念」などもストレートな表現ではなかなか相手の心に響かない。誰しも長々と院長の挨拶など読みたくはない。しかし、そこにドクターの柔和な顔と悩める人の心にフィットするようなキャッチコピーが添えられた挨拶文なら読んでくれる可能性大である。

HPは知られなければ無用の長物



HPはそれこそ世界中に何億、いや何十億と存在する。そんな中で、その存在を気づいてもらえない限り砂漠の中にポツンと存在する店舗のようなものだ。あらゆる手を尽くしてこちらの存在に気づいてもらってはじめて繁華街の店舗となりうる。そこで重要なのがSEO（検索エンジン最適化対策）だ。

SEOとはYahooやGoogleなどの検索エンジンで上位表示を目指すこと。よほどのことがない限り検索エンジンで閲覧されるのはせいぜい2～3ページ目ぐらいまで。それ以降は人々の目に留まることはない。せっかくいいHPを作成しても見てもらえなければ宝の持ち腐れになってしまう。

いかに上位表示を目指すか、それには多くの要素がある。紙面の都合ですべて紹介はできないが、有名サイトへの登録や相互リンク、あるいはブログやソーシャルメディアとの連動によって上位表示が可能となってくる。ホームページはその存在を知られなければ無用の長物だということを再認識していただきたい。最終回は広報誌などの印刷メディアについて解説する。

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版

骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会
(日本骨粗鬆症学会・日本骨代謝学会・骨粗鬆症財団)

現在、わが国において、人口の急速な高齢化に伴い骨粗鬆症の患者さんが年々増加しつつあります。その数は現時点で1300万人と推測されています。骨粗鬆症では椎体、前腕骨、大腿骨近位部骨折などの骨折が生じやすく、その対策が医療のみならず社会的にも重要な課題となっており、その予防・治療が急がれます。その一方で、非専門の一般施設では疾患の理解が十分に進んでいるとはいえず、検診により抽出された患者さんの受け皿となる医療施設が少ないのが現状です。

そのような現状を少しでも改善すべく、昨年約5年ぶりに「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」が改訂されました。今回はその中の診断・治療にスポットを当て、ポイントを解説します。

骨粗鬆症の概念および定義

骨粗鬆症とは、全身的に骨折のリスクが増大した状態をいいます。米国立衛生研究所(NIH)のコンセンサス会議(2000)においては、「骨強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大しやすくなる骨格疾患」と定義されています。骨強度は骨密度(70%)と骨質(30%)の2つの要素で表すことができ、骨質に関連するすべての要因は、骨密度とともに骨強度に影響を及ぼし、骨折危険因子となりえます。ここでいう骨質とは、骨の微細構造や骨代謝回転、微小骨折の集積、骨組織の石灰化などが含まれます。骨粗鬆症は骨の「病的老化」で、明らかな「疾患」であり、骨折は骨が脆くなるために起こる合併症で、予防および治療が必要です。

●骨強度におよぼす骨密度と骨質の関係(NIH2000より)

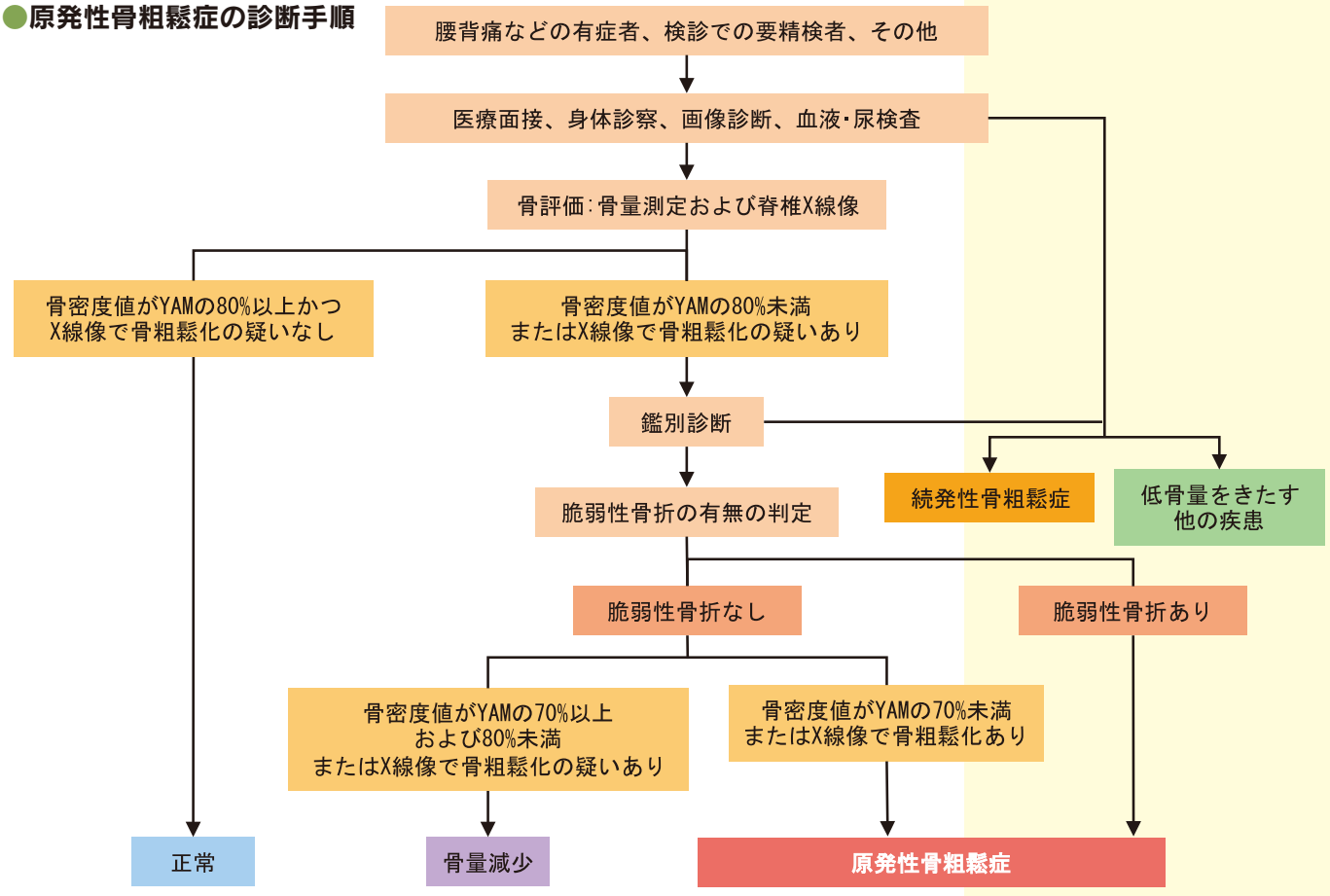
骨強度	=	骨密度	+	骨質
		・BMD		・微細構造 ・骨代謝回転 ・微小骨折 ・石灰化

骨粗鬆症の診断手順

骨粗鬆症の診断は、通常、患者さん自身が訴えた臨床症状(問診)や検診結果、検査所見(骨評価・骨代謝マーカー)などから行います。手順は、**①骨粗鬆症と類似した疾患を除外、②骨粗鬆症の原因や危険因子を明らかにする、③骨粗鬆症の重症度を評価し、骨折リスクを決定、④最適な治療を選択**、という流れです。

また、治療の必要性に対する患者さんの理解をさらに高めたい場合、薬物治療を予定している場合、治療薬の選択に役立てたい場合、骨粗鬆症の病態などを評価する場合には必要に応じて骨代謝マーカーを用います。

●原発性骨粗鬆症の診断手順



骨粗鬆症の診断基準

わが国の骨粗鬆症診断は、原発性骨粗鬆症の診断基準に沿って行われます。低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患または続発性骨粗鬆症を認めず、脆弱性骨折がある場合は原発性骨粗鬆症と診断されます。また、脆弱性骨折がない場合は骨量がYAM(Young Adult Mean:若年成人平均値(20～44歳))の70%未満で骨粗鬆症と診断されます。ここでいう脆弱性骨折とは、低骨量(骨密度がYAMの80%未満)で軽微な外力で生じた非外傷性骨折を指します。

●原発性骨粗鬆症の診断基準(2000年度改訂版)

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患または続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

Ⅰ	脆弱性骨折あり(*1)	
Ⅱ	脆弱性骨折なし	
	骨密度値(*2)	脊椎エックス線像での骨粗鬆化(*3)
正常	YAMの80%以上	なし
骨量減少	YAMの70%以上80%未満	疑いあり
骨粗鬆症	YAMの70%未満	あり

*1:脆弱性骨折:低骨量(骨密度がYAMの80%未満、あるいは脊椎エックス線像で骨粗鬆化がある場合)が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折。骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他

*2:骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、椎体変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第二中手骨、踵骨の骨密度を用いる

*3:脊椎エックス線像での骨粗鬆化の評価は、従来の骨萎縮度判定基準を参考にして行う

骨粗鬆症の薬物治療

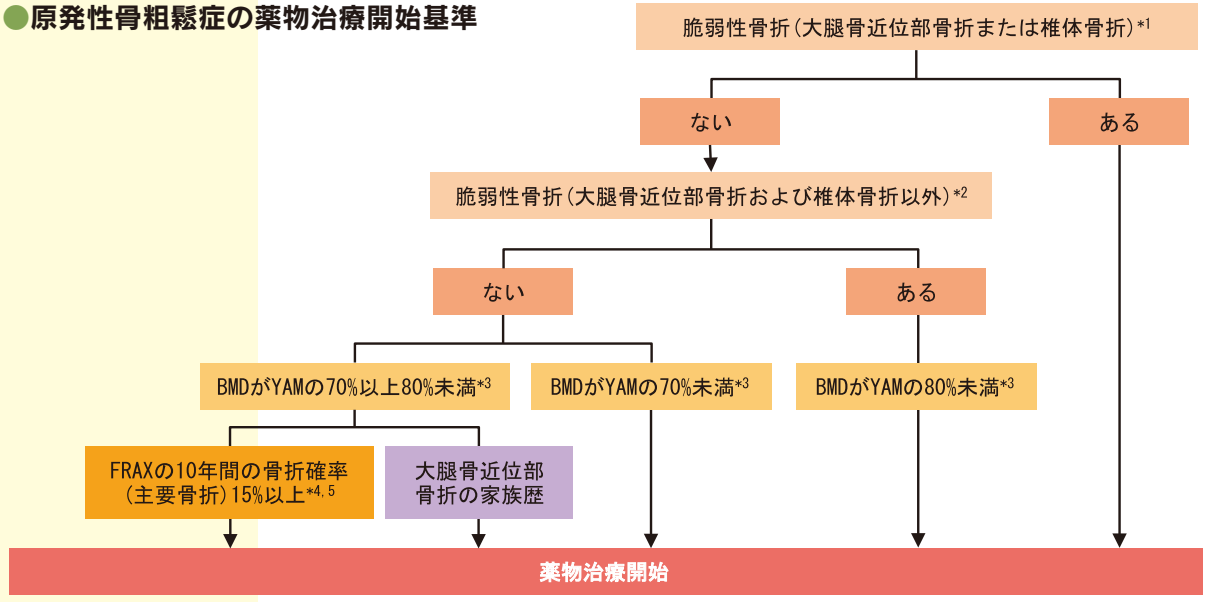
骨粗鬆症治療の目的は、骨折を予防し、ひいては寝たきりの防止、QOLを維持・改善することです。
骨粗鬆症と診断された患者さんは薬物治療が検討されるべきであり、骨粗鬆症と診断されていない場合でも、骨粗鬆症患者さんと同じレベルの骨折リスクを有するならば、薬物治療を受けるべきとされています。

閉経後女性および50歳以降の男性において、いずれも50歳以降に大腿骨近位部または椎体に脆弱性骨折があった場合には骨量測定の結果を問わず薬物治療を検討します。また、閉経後女性および50歳以降の男性において、いずれも50歳以降に大腿骨近位部骨折および椎体骨折以外の脆弱性骨折があった場合には骨量がYAMの80%未満である場合に薬物治療を検討します。

脆弱性骨折がない場合でも、YAMが70%未満であれば薬物療法を検討します。骨量測定値がYAMの70%以上80%未満であれば、臨床的危険因子(「FRAXの骨折確率15%以上」または「大腿骨近位部骨折の家族歴」)を考え併せて薬物治療を検討します。

今回の改訂で、2006年版における薬物治療開始基準に付加する形で骨折リスク評価ツールFRAXが取り入れられました。FRAXは、WHOが開発したツールで、世界のコホート研究のメタアナリシスから得られた危険因子を用い、骨折高リスク患者を判別し、治療介入の指標とするものです。個々の患者をベースにし、臨床上の危険因子ならびに大腿骨頸部の骨密度(BMD)を組み合わせてリスクを計算します。FRAXのHP(http://www.shef.ac.uk/FRAX/)に規定の項目を入力すると、その患者について10年以内の大腿骨近位部骨折の発生リスクと10年以内の主な骨粗鬆症骨折(脊椎、前腕、股関節部あるいは肩部の臨床的な骨折)の発生リスクが出力されます。

●原発性骨粗鬆症の薬物治療開始基準



●WHO骨折リスク評価ツール"FRAX"の入力項目

入力項目:
①年齢(40〜90歳)あるいは誕生日
年齢:　誕生日:
年　月　日
②性別　○男性　○女性
③体重(kg)
④身長(cm)
⑤骨折歴　○なし　○あり
⑥両親の大腿骨近位部骨折歴　○なし　○あり
⑦現在の喫煙　○なし　○あり
⑧糖質コルチコイド　○なし　○あり
⑨関節リウマチ　○なし　○あり
⑩続発性骨粗鬆症　○なし　○あり
⑪アルコール摂取(1日3単位以上)　○なし　○あり
⑫大腿骨頸部BMD(g/cm²)
DXA法を選択 ▼　[BMDが得られない場合は空欄]

*1:女性では閉経以降、男性では50歳以降に軽微な外力で生じた、大腿骨近位部骨折または椎体骨折をさす
*2:女性では閉経以降、男性では50歳以降に軽微な外力で生じた、前腕骨遠位端骨折、上腕骨近位部骨折、骨盤骨折、下腿骨折または肋骨骨折をさす
*3:測定部位によってはTスコアの併記が検討されている
*4:75歳未満で適用する。また、50歳代を中心とする世代においては、より低いカットオフ値を用いた場合でも、現行の診断基準に基づいて薬物治療が推奨される集団を部分的にしかカバーしないなどの限界も明らかになっている
*5:この薬物治療開始基準は原発性骨粗鬆症に関するものであるため、FRAXの項目のうち糖質コルチコイド、関節リウマチ、続発性骨粗鬆症にあてはまる者には適用されない。すなわち、これらの項目がすべて「なし」である症例に限って適用される

骨粗鬆症治療薬

現在市販されている骨粗鬆症治療薬には過去の使用実績やエビデンスを基に推奨グレードが定められていますが、効果はもちろん副作用やコンプライアンス面など患者さん一人ひとりの状況にあわせた薬剤選択が望まれます。

ビスホスホネート薬は、骨吸収を強力に抑制することにより、骨代謝回転を抑制し、骨密度の上昇および骨折の抑制効果を示します。胃腸障害や顎骨壊死などの副作用に比べ骨粗鬆症に関する有用性が勝るため、臨床現場で最も使用されています。また、週1回または4週に1回服用する製剤や、4週に1回注射する製剤(発売予定)もあります。

SERMは、骨格系および脂質代謝に対し、選択的エストロゲン受容体作動薬として作用する一方、乳房組織および子宮内膜組織に対するエストロゲンの好ましくない作用を示さないことを特徴としており、閉経後骨粗鬆症に適しています。

骨形成促進作用に優れる副甲状腺ホルモン薬は、骨密度低下の強い骨粗鬆症やすでに骨折を生じている重篤な骨粗鬆症に適します。

活性型ビタミンD3薬は、長期間の安全性が示されており、他の薬物との併用では基礎薬として有用性を示す臨床成績が複数得られています。先ごろ発売されたエルデカルシトールは、幅広い年齢層と重症度で臨床試験が実施され、アルファカルシドールを上回る成績が得られており、骨粗鬆症患者全般に応用が可能です。

また、椎体骨折が複数ある例や骨折リスクの高い例では、A-TOP研究会主導のJOINT-02試験の結果において、ビスホスホネート薬アレンドロン酸と活性型ビタミンD3の併用による椎体骨折抑制効果が示されており、両剤の併用が推奨されます。

●骨粗鬆症治療薬の推奨グレード一覧

一般名	商品名	骨密度	椎体骨折	非椎体骨折	大腿骨近位部骨折
カルシウム薬					
L-アスパラギン酸カルシウム	アスパラCA	C	C	C	C
リン酸水素カルシウム	(局)リン酸水素カルシウム	C	C	C	C
女性ホルモン薬					
エストリオール	エストリール	C	C	C	C
結合型エストロゲン*1	プレマリン	A	A	A	A
エストラジオール	エストラーナ、ジュリナ	A	C	C	C
活性型ビタミンD3薬					
アルファカルシドール	ワンアルファ、アルファロール	B	B	B	C
カルシトリオール	ロカルトロール	B	B	B	C
エルデカルシトール	エディロール	A	A	B	C
ビタミンK2薬					
メナテトレノン	グラケー	B	B	B	C
ビスホスホネート薬					
エチドロン酸	ダイドロネル	A	B	C	C
アレンドロン酸	ボナロン、フォサマック	A	A	A	A
リセドロン酸	アクトネル、ベネット	A	A	A	A
ミノドロン酸	ボノテオ、リカルボン	A	A	C	C
選択的エストロゲン受容体モジュレーター(SERM)					
ラロキシフェン	エビスタ	A	A	B	C
バゼドキシフェン	ビビアント	A	A	B	C
*カルシトニン薬*2*					
エルカトニン	エルシトニン	B	B	C	C
サケカルシトニン	カルシトラン	B	B	C	C
副甲状腺ホルモン薬					
テリパラチド(遺伝子組換え)	フォルテオ	A	A	A	C
その他					
イプリフラボン	オステン	C	C	C	C
ナンドロロン	デカ・デュラミン	C	C	C	C

＊1:骨粗鬆症は保険適用外
＊2:疼痛に関して鎮痛作用を有し、疼痛を改善する(グレードA)
グレードA:行うよう強く勧められる
グレードB:行うよう勧められる
グレードC:行うよう勧めるだけの根拠が明確でない
グレードD:行わないよう勧められる適用される

新薬の登場により、治療の選択肢が増え、患者さんの多様な治療ニーズに応えることが可能となりました。
本ガイドラインの周知・活用による早期スクリーニング・早期治療の結果、骨粗鬆症患者さんのQOL維持に寄与することを期待します。

【参考文献】・骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版
(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会(日本骨粗鬆症学会・日本骨代謝学会・骨粗鬆症財団))

Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

「災害支援ボランティアネットワーク推進大会」が島原市で開催。九州各県から防災ボランティアが集結!

■会場：島原文化会館
■日時：1月28日（土）12:30－17:00
■講演：「自分たちのまちは、自分たちで守る」
　　保田真理氏（東北大学大学院災害制御研究センター
　　津波工学研究支援推進員／日本防災士会宮城県支部副支部長）
■シンポジウム：「災害時の支援体制づくり」
■その他：救急・救命法（AED）講座、図上訓練（DIG）等
■主催：「NPO法人島原ボランティア協議会」
■共催：「長崎県災害ボランティア連絡会」「NPO日本防災士会長崎県支部」


川浪良次




救命・救急法（AED）講座


図上訓練（DIG）

読者の皆さんこんにちは。藤村薬品株式会社の川浪良次と申します。現在、私は会社勤めの傍ら日本防災士会の会員防災士としてボランティア活動に取り組んでいます。今回、1月28日に島原市内で行われた「災害支援ボランティアネットワーク推進大会」についてお伝えします。

参加者は、九州各県の防災士、ボランティア団体のメンバーなど150名。災害時の連携強化について話し合いました。大規模災害が発生したとき、長崎県内・九州各県の災害支援団体・関係各機関が協働で現地の災害ボランティアセンターを支援し、お互いが顔の見える関係でネットワークを構築する、「お互いさま」の輪を拡げたいとの思いから開催の運びとなりました。

冒頭、東北大学大学院災害制御研究センター津波工学・研究支援推進員の保田真理氏により、「自分たちのまちは、自分たちで守る」と題した基調講演が行われました。東日本大震災の被災経験から日頃の避難準備や防災教育がいかに重要かを訴え、災害は次の世代へ語り継がなければならず、過去の災害から学ぶべきであると強調。次の「災害時の支援体制づくり」をテーマにしたシンポジウムでは、保田氏が、「震災現場を県外の方に見てもらい、自身の住む地域を振り返ってもらいたい」と語りかけると、別のパネラーからも、「防災士は地域づくりのために何ができるか、考え行動してほしい。」と会場の防災士に訴えました。この大会を通じ、日本人としての「絆」を大事にしていきたいとの思いが一段と強まり、明日からの活動のエネルギーを充填する良い機会となりました。

私が防災士になったのは、H21年12月で、もともと気象防災に興味があったところに、長崎県からの広報で「防災推進員講座」を知り、受講したことがきっかけでした。H24年度は、防災講演会や九州ブロック支部合同研修会（熊本県にて）なども予定し、積極的に啓発活動を行って行く予定です。興味のある方は、ぜひホームページ等をチェックしてください。

藤村薬品株式会社 長崎第一営業所 日本防災士会 会員防災士 **川浪良次**

■日本防災士会長崎県支部－H24年度活動計画－
1. 長崎県総合防災訓練に参加
2. 災害図上演習（DIG）
3. 防災講演会（地域住民を対象に）
4. 九州ブロック支部合同研修（熊本県で開催予定）など

■日本防災士会長崎県支部
URL：http://nihonbousaishikainagasaki.web.fc2.com/index.html
所在地：〒854-0075　長崎県諫早市馬渡町7-10
電 話 ： 090-4485-6800
メール： y.kawanami@cream.plala.or.jp

編集部から

うちのカミさんがノートパソコンを買いました。近所にある某アウトレット家電量販店でなんと39800円。スペックは、CPUがCore-i-5、メモリー4ギガ、ハードディスク320GBで、3台ある我が家のどのパソコンよりずっと高性能でしかも最安値です。私はといえば、3年半前にハイエンドモデルと煽てられ奮発して買ったノーパのOSが、世間から失敗作？だといわれているVistaなので、全くうらやましい限り。

2012年4月のサポート切れを前にどうしようか悩んでいた矢先、うれしいニュースが飛び込んできました。2月20日、マイクロソフト社が個人向けVistaのサポート期限の5年延長を発表したではありませんか！おかげで命拾いをした我が家のパソコンたち。それそろ会社人生も終盤に差し掛かってきた私の境遇と重ね合わせ、なんだか急に愛おしくなってきました。大事に使ってあげて一緒に行けるところまで行こうじゃないか、と思う今日この頃です。（K.K.）

針刺し事故対策商品　セーフティシリーズ®

NIPRO

ニプロ輸液セット eco
セーフタッチ®PSV 22G付

医療機器認証番号 219AABZX00039000　医療機器クラス分類：管理医療機器（クラスII）

※サンプルのご用命は当社までご連絡下さい。

Ecology
コンパクト化
（エコロジー）
環境 に対する
eco

1袋10本包装にしました。

- 箱包装をやめて、PE（ポリエチレン）袋包装にしました。
- 省資源包装にし、廃棄物を削減しました。



Economy
一体型
（エコノミー）
経済 に対する
eco

輸液セット eco が
安全翼付針 と 一体型 になりました。

safety
操作性
（セーフティ）
安全性

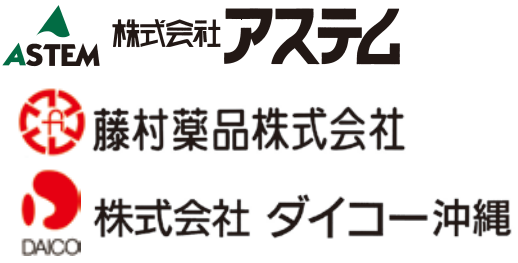
医療従事者の針刺事故を防止します。

- 輸液セットと翼付針が一体型になっているので接続の手間もかからず、清潔操作ができます。



セーフタッチ®PSV

NIPRO 製造販売 ニプロ株式会社
大阪市北区本庄西3丁目9番3号



possibilities are infinite
Poti
Vol.11 2012年3月7日発行
発行/株式会社アステムPoti編集部 〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-1-2東比恵ビジネスセンター10F Tel.092-477-5754 印刷/トッパン・フォームズ㈱