

特集●地域医療最前線

地域がハグむ(育む)大往生の島プロジェクト「おげんきハグニティ」が始動!

～山口県周防大島で廃校を活用した地域再生計画を医療法人おかはら会がプロデュース～

医療ICT新事情

地域医療連携支援システム「EIR(エイル)」を用いて多職種が情報共有
スマートデバイスを活用した在宅医療・介護連携の
モデル事業が北九州市と小倉医師会のコラボで実現!

一押し!ME機器

医療現場に強く求められる
「POCT(ポイント・オブ・ケア・テストング)」

ガイドラインダイジェスト

CKD診療ガイド2012(日本腎臓学会)

ランチェスター法則で業績を良くする方法

第2話 弱者の戦略＝経営条件が不利な会社の戦略

ここで一服、労務管理のお話

第2回 平成25年4月から、公的年金支給開始が
61歳に引き上げになります



Protti

〈メッセージ〉

南阿蘇生まれ、海外育ちの
グローバルなワンコです。

外国でも日本の心を
忘れないサムライ犬です。

投稿者: 松藤知華さま

お勤め先: 医療法人にゆうわ会 及川病院(福岡市)

〈ワンちゃんのプロフィール〉

お名前: エシー (ESI)

年齢性別: 2歳・男の子

犬種: 柴犬



contents

- 02 ● **〈地域医療最前線〉**
地域がハグむ(育む)大往生の島プロジェクト「おげんきハグニティ」が始動!
～山口県周防大島で廃校を活用した地域再生計画を医療法人おかはら会がプロデュース～
- 06 ● **〈医療ICT新事情〉** 地域医療連携支援システム「EIR(エイル)」を用いて多職種が情報共有
スマートデバイスを活用した在宅医療・介護連携のモデル事業が北九州市と小倉医師会のコラボで実現!
- 10 ● **〈ガイドラインダイジェスト〉** CKD重症度分類、降圧目標、降圧薬選択基準などを大幅に見直し
CKD診療ガイド2012(日本腎臓学会)
- 14 ● **〈医療機器情報〉** 一押し!ME機器
医療現場に強く求められる「POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)」 アリーア メディカル株式会社
- 17 ● **ほっとたいむ** (ココラでちょっと一息ついてみませんか?)
- 18 ● **〈はじめての人事・賃金基礎講座〉** (第2回)
日本的雇用慣行のメリットとデメリットとは何か
- 21 ● **〈病は「気」から気は「接遇」からII〉** ～マナーでノック、マインドでタッチ～ (第3回)
なぜ「笑顔」や「おじぎ」が必要なのか
- 24 ● **〈見える化のススメ〉** ～セカンドシーズン～ (第3回)
ここまでわかる!!競合病院の経営戦略
- 28 ● **〈明るい薬局の明日を願う Pharma Future Series〉**
がん薬物療法の服薬を支援する「抗がん剤の副作用とその対処」(3)
- 31 ● **〈医薬品情報〉**
医薬品新規収載関連ニュース
- 32 ● **〈ここで一服、労務管理のお話〉** (第2回)
平成25年4月から、公的年金支給開始が61歳に引き上げになります
- 34 ● **〈ランチェスター法則で業績を良くする方法〉** (第2話)
弱者の戦略＝経営条件が不利な会社の戦略
- 36 ● **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

地域がハグむ(育む)大往生の島プロジェクト

Healthcare Report 地域医療最前線

～山口県周防大島で廃校を

医療法人おかはら会おげんきクリニック
院長 岡原 仁志先生



医療法人おかはら会
おげんきクリニック
(山口県大島郡周防大島町)

アメリカの医師パッチアダムスに憧れ、ハグとユーモアを添えた医療の実践を目指す岡原仁志先生は、2004年、故郷の周防大島町で医療法人おかはら会おげんきクリニックの院長に就任。それ以来、来院するのが楽しくなるような“夢のクリニック”にしたいとの思いから、地域の人々との心の交流を図るため、クリニック中にマスコットキャラクター「おげんきのんたくん」のグッズを飾り付けたり、ハグの普及を目指す日本ハグ島計画を提唱したりとユニークな活動を開始。ときには末期がん患者とそのご家族から自宅で最期まで明るく笑いながら過ごしたいとの希望に応え、先生自身がナース姿に変身し、「のんたくん」の着ぐるみや華やかに仮装したスタッフと一緒に患者宅に訪問診療に出かけ、楽しい時間を過ごしたりもします。地域のかかりつけ医となって8年間こうした活動を続け、地域住民との絆を強めてきた岡原先生。ついにその集大成とも言える「地域がハグむ(育む)大往生の島プロジェクト」が始動。その拠点となる総合福祉施設「おげんきハグニティ」がいよいよ10月にオープンします。これは廃校になった田布施農高大島分校の校舎を活用したもので、大島の地域再生をかけた一大プロジェクトです。いよいよ佳境に入ったこの時期ですが、岡原先生に今の心境をお聞きするため、おげんきクリニックを訪ねました。

（ハグとユーモアを添えた医療を
実践!そこにはパッチアダムスとの
約束が…）

話を進める前に、このプロジェクトの発想の基になった岡原先生のこれまでの取り組みについて触れたいと思います。

岡原先生は、大学病院で外科医として連日手術に従事していた頃、「患者を治療」することよりも、患者の“病気を治療”する最先端医療に疑問を感じていました。そんな時、「パッチアダムス」の映画に出会い深く感銘を受けました。それから末期がんの在宅終末期医療に携わるようになり、患者と向き合えるようになったといいます。パッチアダムス、ことハンター・キャンベル・アダムスは実在するアメリカの医師で、笑いを

医療に取り入れ、クリニックラウン(臨床道化師)活動を始めた人物です。2002年に岡原先生は、ついに憧れのパッチとの面会を果たします。パッチアダムスの目指す医療は、(1)患者と友達になる、(2)LOVE(愛、思いやり)で世界を平和にする、(3)ハグにてLOVEを相手に伝えるー。岡原先生の活動の原点はここにあります。

「おげんきクリニックを開設してまもない2004年8月、パッチが来日し再会できました。そのとき、大島を愛と思いやりの溢れるハグ島にする『大島ハグ島計画』に取り組むと約束しました。私達は『ハグ(HUG)』を『抱きしめる』『寄り添う』『聴く』『心の居場所を作る』と考え、パッチと同様に医療の中にハグを取り入れています。ハグは心と心を繋ぐ、不思議な挨拶です。ハグを通じて一緒に世界の平和を築いていきたいと思っています。」と岡原先生。そんな思いも込められた今回

エクト「おげんきハグニティ」が始動！

活用した地域再生計画を医療法人おかはら会がプロデュース～

のプロジェクトで用いた「ハグニティ」というのは、このハグとコミュニティを合わせた、何とも素敵な造語です。

また、2010年10月にはクリニックの隣接地に「おげんきサロン・モモ」を開設。ここはクリニックに来られた患者や家族が家に帰る前に自由に立ち寄り、お茶を飲んだり、おしゃべりをしたりできる場所です。治療を終えても帰りたいお年寄りの姿をみて、お父様の院長時代に建てた旧自宅を改修し開放しようと決めたとのこと。「『モモ』はミヒャエル・エンデの作品『モモ』の主人公の女の子の名前で、身寄りがなく町に住み着いたモモは、とても聞き上手で、彼女に話を聴いてもらった住民たちが元気になっていくというお話に因みました。おげんきクリニックへいらっしゃる患者さんに、サロン・モモにもきてもらい、心もますます元気になって帰ってもらいたいとの思いで開設しました。」と岡原先生。このサロンにはおおよそ30名のボランティアが関わっていて、そこから、地域で高齢者を支えるコミュニティーケアサポーター（CCS）養成の発想が生まれ、このプロジェクトの大きな柱に発展しました。

「生まれ育った地域で、自分にとって最高のホームスタジアムで、自分を理解してくれる最高の仲間（サポーター）と一緒に人生の一番大切な時間を過ごして頂き、自分の人生の意義を思いっきり感じながら最期まで輝いて頂きたいという思いをこのプロジェクトに込めました。」と話す岡原先生の表情はとても柔らかで何の気負いもありません。そこにプロジェクトに懸ける先生の真の覚悟を感じました。

（ 廃校を活用した複合型
コミュニティーケア施設を拠点に
安心して大往生できる島に！ ）

さて、前置きが長くなりましたが、ここからは「おげんきハグニティ」について話を進めます。

岡原先生は、現在の周防大島町の現状についてこう語ります。

「人口は約2万人。住民の半数近くが65歳以上です。一方14歳以下の人口比率は7.3%で、高齢世帯や高齢者の独り暮らしの全世帯に占める割合は半数

に迫ります。町内のコミュニティ機能は低下し、医療・福祉のサービスに関わる住環境や健康面で不安を抱える高齢者の方が増えています。そんな状況では国や自治体のフォーマルなサービスだけでは限界にきています。大島の年間死亡者数は約450人ですが、そのうちの約7割の320人は島外の病院や施設に入ったり、お子さん等家族の許に移っていったりして、そこで最期を迎えています。残りの130人の方々は島内で亡くなりますが、うち30人は誰にも看取られずに孤独死されているという事実があり、これは危機的状況だと思っています。

『自分がどういう風な最期を迎えられるのだろう』というイメージが描けなくて、不安がいっぱいという人が、私自身も含め非常に多いわけです。島で安心して最期を迎えられる環境が必要です。地域を離れ、病院や施設に入っていると、自分らしさがどんどんなくなっていくます。そしてひっそりと最期を迎える状況にあります。しかし、最期が近づけば近づくほど自分の存在価値とか、地域とのつながりとか、自分の人生を楽しく振り返ることができるような環境をつくらなければならないと考えました。このように住み慣れた大島で最期まで安心して暮らすことができれば、皆さん島を出て行く必要はないし、孤独死されることもないわけです。これまでの社会は家族を中心に支えあっていましたが、単身化が進むこれからは、地域中心の社会にする必要があります。どうすればそんな環境がつかれるのか、真剣に考えた結果、コミュニティーケアという概念にたどり着きました。これは、高齢者を最期まで支援する、家族の枠を越えた新しいサポーターに地域の人達になってもらい、この施設を拠点に地域の支え合い（共助・共生）の軸になってもらおうというものです。」

（ コミュニティーケアサポーター
（CCS）の養成は
すでに第1期生が誕生 ）

さらに、岡原先生はこのコミュニティーケアサポーター（CCS）についてこう語ります。

「CCSの養成はもうすでに始まっています。一般社団法人周防大島コミュニティーケア協会が設立され、CCS養成講座を実施中です。月1回のペースで6か

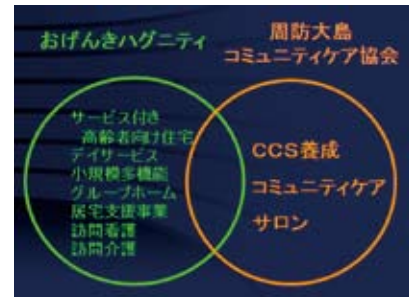
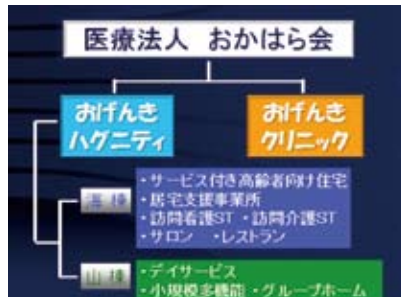
月間の履修プログラムで、修了するとCCSとして認定します。学ぶ内容はCCSの基本姿勢、傾聴の仕方、高齢者との関わり方、公的サービスの受け方、介護の基本、施設実習（グループホーム等）などですが、講師には臨床心理士、医療・介護従事者、患者・家族、ホスピスボランティア、さらには行政関係者などが受け持ち、実際の現場の話を元に、ディスカッションやロールプレーなどを行う、実践的な講座が多いのが特徴です。第1期生は昨年11月～今年3月で修了し、15名のCCSが誕生しています。現在第2期生が勉強中で9月には修了します。今は第3期生の募集中です。新しい

施設にはコミュニティケアセンターとサロン『ええあんばい』を設置します。もちろん養成講座もこの施設内で行います。この場所を島みんなのコミュニティケアの学び舎にしたいと考えています。島の皆で勉強し、力をちよつとずつ借りて、皆で支え合っていければ、状況は一変するでしょう。CCSは成人であればどなたでもなれます。お元気な方なら70歳以上でも大歓迎です。近い将来はCCSが大勢育ち島中に展開できるようにしていきたいと思っています。」

■CCS養成講座の様子



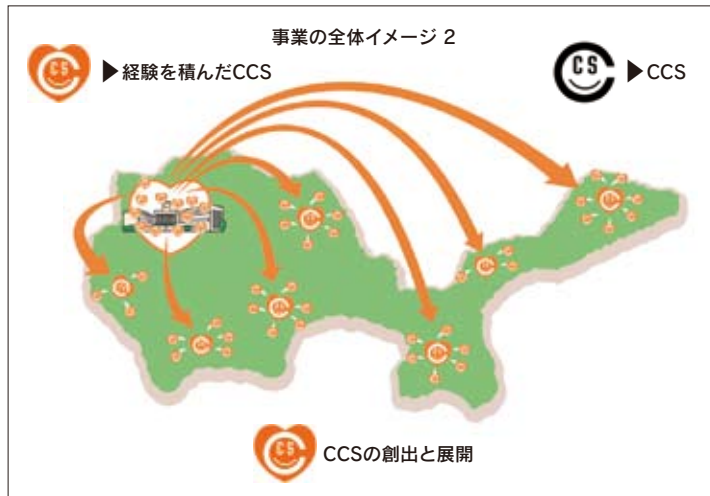
■複合型コミュニティケア施設「おげんきハグニティ」の構成



■施設でのCCSの関わりのイメージ



■CCSを島中に展開するイメージ



先進的取り組み事例として、 地域再生計画と高齢者住宅 安定化推進事業のダブル認定！

最後にこのCCSの活躍の拠点となるおげんきハグニティの施設概要についてうかがいました。

「2010年3月に廃校となった田布施農高大島分校の再利用について話が持ち上がり、内閣官房主管の地域再生計画に周防大島町と共に「輝きながら自分らしく暮らせるまち」プランを提出し、認定されました。同時に応募していた国土交通省予算の高齢者住宅安定化推進事業の一般部門（先導性の高い事業）と併せて、ダブル認定となりました。町から校舎を無償で借り受け、改修費については、一部補助金を頂くほかは、全ておかはら会が負担するという形で進んでいます。

施設の海棟には、1階に居宅介護事業所、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、託児所、レストランにコミュニティケアセンターとサロンを配置。2・3階は、サービス付き高齢者向け住宅（1人部屋15室、2人部屋7室）です。一方の山棟には、デイサービス（40人）、小規模多機能（20名）、グループホーム（9名）を備えます。さらに施設外にも目を向け、空家を活

用した「かあさんの家」を作っていこうと考えています。ここに4～5名程度の高齢者の方が集団生活し、『かあさん（専任スタッフ）』が常駐し、CCSや医療・介護サービスがサポートするという構想です。

超高齢社会に突入する日本の2050年の人口構成に大島はすでに達しています。この大島を明るい地域に変える夢のプロジェクトが成功すれば、大島同様に少子高齢・過疎化に悩む地方の町にとって、地域再生の一つの提案になると考えています。」

ちなみに、このプロジェクトの内容が明らかになると、柏市と東京大学高齢社会総合研究機構、独立行政法人都市再生機構の3者で立ち上げた「柏プロジェクト」と全く同じコンセプトで、しかも地方の診療所が考案してきたということから、全国的にも評判になっているようです。

9月15日にはおげんきハグニティにCCSが集結し、コミュニティセンター開所式と講演会（兼CCS第3期生の第1回養成講座）が開催されます。

また、9月22日には内覧会（13時～17時）も予定されているとのこと。ご興味のある方はぜひ一度大島を訪れて、岡原先生に会いに来てください。きっと満面の笑顔と温かいハグでお迎えしてくれることと思います。〈K.K.〉

■起工式（2012年2月13日）…岡原先生（前列右から4番目）とスタッフの皆さん



■岡原先生と神主さんのツーショット
…めったに見られないスーツ姿を披露

■事業説明会の様子…昨年9月から今年8月までに計4回の説明会を開催。



スマートデバイスを活用した 在宅医療・介護連携のモデル事業が 北九州市と小倉医師会のコラボで実現！

～地域医療連携支援システム「EIR(エイル)」を用いて多職種が情報共有



EIR とは？

「エイルは在宅医療介護の専門ネットワークとして機密性を維持しながら多職種にわたるスタッフと患者間で患者情報を安全に共有するためのアプリケーションです。」



地域包括ケアの体制整備の動きが各地で始まり、在宅医療元年といわれる今年度。このような時期と符合するようにICT技術が目覚ましい発展を遂げ、医療界でもiPhone/iPad等の情報端末を活用したクラウド型システムの開発が進められてきました。

その中でも、特に注目したいのが、iPhone/iPad等を用い在宅医療・介護の多職種間における情報共有ツールとして開発された地域医療(介護)連携支援システム「EIR(エイル)」を導入する動きがにわかに活発化しているという点です。

北九州市小倉医師会では、今年7月から、このエイルを活用した在宅医療・介護の連携モデル事業を開始。その中心人物としてモデル事業推進に尽力されている山家滋先生(徳力団地診療所院長)と中江正子課長(小倉医師会高齢社会事業課・介護サービス総合センター)のお二人に加え、在宅腹膜透析患者自らがエイルに日々のデータを記録できるようにカスタマイズ化に取り組まれている金井英俊先生(小倉記念病院腎臓内科部長)をお訪ねし、お話を聞かせていただきました。

●在宅療養中の患者宅にある 連絡ノートクラウド上に展開！

まず、インタビューに入る前に、エイルについて簡単にご紹介しましょう。在宅医療では1人の患者のもとに医師をはじめ、看護師やヘルパー等多くの職種の従事者が訪問しますが、入院や施設入所の場合と違い、それぞれ別の法人の事業所からきている場合が多く、お互いの連絡方法は患者宅に置かれている大学ノートが今でも主流だといわれています。訪問時に気付いたことや伝言などを次々書き込んでいく、いわば寄せ書きのようなものですが、これでは他の人の書き込みは次回訪問

時にしか見ることができず、早めの対処が取り難いという課題がありました。そこでICT技術を使い、多事業所・多職種間の情報の一元化をクラウド上で果たせないかという要望に応え開発されたのが、このエイルです。

エイルは、訪問メモ登録、訪問看護指示書、訪問看護報告書、スケジュール管理、お知らせなどの機能を備えており、それらの情報はクラウド上に保存され、関係者はいつでもデータを参照できます。訪問メモ登録には、写真を撮って登録することもでき、よりの確に症状を伝えることができる仕組みになっています。

開発の経緯について、エイルの開発元である株式会社エイルの片山嘉國社長によれば、東京都世田谷区で

情報共有の課題解決 ～紙情報からクラウドへ～

患者宅にある連絡ノート 電話やFAXによるやりとり



紙情報

- ・患者宅でしか見ることができない
- ・医師からの診療情報が乏しい
- ・記録の二度手間、情報の統一性がない
- ・情報の二次活用ができない



エイルPC画面イメージ



エイル iPhone イメージ

在宅医療を専門に行っている医療法人社団プラタナス・桜新町アーバンクリニック院長の遠矢純一郎先生と同クリニックの訪問看護師からの要請に応じて開発に着手したもので、設計に当たっては、同クリニックの実際の現場で試行を重ねながら1年ほど前（H23年8月）に正式にリリースしたといえます。在宅医療の現場に特化したこのような連携システムは、他に例がないため、

当初は採用に至るまで多少時間がかかるケースもあったようですが、それでも今年4月くらいから徐々に導入件数も増え、8月現在でおよそ40事業所1500人ほどの在宅患者が登録され、実際に運用されているとのこと。今回はその中から、導入後1か月を経過した小倉医師会の事例をご紹介します。

《インタビュー1 山家滋 先生》



山家滋 先生

徳力団地診療所 院長
福岡県医師会 理事（H24年4月より）
…北九州市小倉医師会理事（H24年3月まで）としてモデル事業の立ち上げを担当。現在も引き続き事業推進に注力されている。

●北九州市が在宅医療推進事業として 予算計上し、小倉医師会が実施主体に

——最初に、このモデル事業が始まった経緯について教えてください。

「北九州市保健福祉局の方から北九州市医師会に、保健・医療・福祉関連予算において情報端末を使った在宅医療・介護連携のモデル事業の話があり、私ども小倉医師会がお引き受けしたという経緯があります。そのとき市の担当者からエイルというシステムを紹介されたのが最初です。さっそくエイルの機能について調べてみると、在宅療養の患者さんに係わる医療・介護の多職種がクラウド上でリアルタイムに様々な情報を共有できるというもので、ぜひ使ってみたいと率直に思いました。私はこれまで、小倉医師会の担当理事として在宅医療福祉ネットワーク事業に携わり、会員へのアンケート調査を基に「在宅かかりつけ医情報」をweb上にアップしたり、医療依存度の高い患者さんでも引き受けていただけるように在宅医療技術向上のための研修会を開催したり

して在宅医療に取り組む会員の数の増加と質の向上を目指取り組んできました。地域包括ケアの実現に向けて医療・介護の連携を支援するインフラ整備が必要だと感じていたところでしたので、このエイルがその可能性を秘めていると直感しました。関係者と検討を行った結果、まず今年度は患者さんを少人数選定し、1年間試験的運用を行った上で、きちんとしたデータを基に導入の効果を評価してみることにしました。」

●在宅腹膜透析の患者3名が エイル使用の対象者に

——その内容について、もう少し具体的に教えてください。

「まず、小倉医師会訪問看護ステーションを利用されている在宅療養中の患者さんの中から数名候補を挙げ、主治医の先生方と相談し、最終的に在宅で腹膜透析をされている3名の方の同意をいただき、決定しました。なぜ腹膜透析なのかというと、日々の状態の変化に気を配る必要のある患者さんから始めれば、みんなの意識も高まると考えたからです。エイルの一番の魅力は、その患者さんに係わる訪問看護師やヘルパーが訪問メモに書き込んだり、患部の様子等の写真を貼り付けたりしたものを、その在宅チーム全員で共有できる点です。特に腹膜透析を行っている患者さんの場合、通常、CAPD（腹膜透析）記録ノートに総除水量や体重な

どを毎日記録してもらい、医師は訪問診療の際、その一連の数値を確認していますが、次の訪問日までの間、腹膜炎の兆候を示す廃液の濁りがないか、各数値に変化がないかなど注意が必要です。看護師でもヘルパーでも訪問の際に、気付いたことを訪問メモに入力したり、写真に撮ったりしてくれると、エイルの中にデータがきちんと蓄積されていきます。逆に医療の必要度が低く、軽症の患者さんの場合、訪問メモにあまり書くことがないし、そんな状況では、エイルの導入効果を上げることは

難しいのではないかと考えました。

4月から具体的な検討に入り、6月中旬に3名の患者さんの療養に携わる11の医療・介護サービス提供事業所のエイルへの登録や導入研修会を済ませ、7月1日から実際に利用を開始しました。この後は、随時参加事業所の意見交換会を開きながら10月には、中間報告。2月頃には成果報告会を予定しています。ぜひ来年度もモデル事業を継続・拡大できるように、有効なデータを集めていきたいと思っています。」



◆地域医療連携支援システム検討会8月6日(参加事業所による意見交換会)の様子
…中江課長のインタビュー後に行われた検討会。株式会社エイル片山社長を交え、活発な意見交換が行われた。

《インタビュー2 中江正子 課長》



中江正子 課長(看護師)

北九州市小倉医師会 高齢社会事業課 課長

介護サービス総合センター センター長

…モデル事業の統括責任者。同センターの訪問看護ステーションがエイルの患者/事業者のマスタ登録・管理等の実務を担っている。

●医師会訪問看護ステーションが 統括・管理者となり、11事業者が参加

——今回のモデル事業立ち上げに関して、どのような体制で動かれていますか？

「エイルを使うためには、まず、利用者(患者)さんとそこに係わる医療・介護関係事業者をエイルに登録する必要があります。そのマスタ登録やメンテ、さらには患者さんごとの在宅チームの編成(紐付け)等のできる施設が管理者(有料ユーザー)となり株式会社エイルと使用契約を交わすことになります。その他の事業者は、参加登録が済めばID等が割り振られ、そのまま無料で使えるという仕組みです。このモデル事業では、小倉医師会訪問看護ステーションが管理者として契約し、市から費用の助成を受ける形になりました。

初年度はエイルの評価を行うための実証実験という形なので、しっかりとしたデータを集めたいということから、利用者さん3名に絞りました。年齢は58、79、88歳。男性2名に女性1名です。私どもサービス提供者側は、3名の主治医と訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション(2か所)、ケアプランサービスセンター(2か所)、デイサービス(2か所)、薬局で構成され、総勢11事業所21名の多職種が参加しています。」

——スタートして1か月が経過しましたが、現在の書き込み状況はいかがですか？その間、特に印象に残ることはありましたか？

「印象的だったのは、事業を開始する際に3名の利用者さんそれぞれのご家族からエイルのネットワークに参加したいといわれたことです。お二人は、仕事を持って介護されているご家族の方が職場から休み時間に覗いてみたいとおっしゃり、もう一人の方は、市外に住む娘さんが毎日電話していたらしく、『エイルで日々の様子を確認できたらとても楽になります』とおっしゃったことです。エイルでは、利用者さんや家族も参加できるのが特長ですが、こうしたニーズの高さを実感しました。それから、訪問メモのところでは、ヘルパーと看護師がお互いに返答し合っているような文面もあり、まさに『連絡ノート』の使い方がそのままweb上で行われていました。この短い期間にも係わらず、積極的に使っていただき、ありがたく思っています。また、あるヘルパーさんは携帯電話で撮った画像をメールでエイルに転送できることを知っていて、実際にそういう使い方をしています。写真の威力はやはりすごいですね。難しい説明はいらないので、とても助かるとの声も聞いています。

もちろん良いことばかりでなく、改善してもらいたい点もいくつか見えてきました。8月6日には参加事業所が集合し第1回目のエイルの意見交換会を開催しますが、皆さんからの意見が聞けるのを楽しみにしています。いずれにしても、まだ始まったばかりです。きちんとしたデータを積み重ね、年度末には良い結果報告会ができるように頑張っていきたいと思っています。」

《インタビュー3 金井英俊 先生》



金井英俊 先生 (向かって右)
財団法人平成栄川会 小倉記念病院 腎臓内科 部長
…モデル事業の在宅腹膜透析患者3名のうち1名の主治医であり、他の在宅医をフォローする連携医でもある。エイルのカスタマイズにも取り組まれ、現在、透析患者向けの記録メモのフォーマットを開発中。

西津規 看護師 (向かって左)
財団法人平成栄川会 小倉記念病院 腎センター 主任
…金井先生と共にモデル事業に携わり、エイル運用の実務を担当。インタビューに同席いただいた。

●腹膜透析の患者自身がエイルに記載できる、簡便なフォーマットの実現を目指す

——エイルの訪問メモのカスタマイズを思い立った動機・きっかけについてお尋ねします。

「ご存知のように当病院は、心臓血管疾患に特化した病院ですが、慢性腎臓病を合併する例が多いことから7年前に腎臓内科が開設されたという背景があります。それで、腎不全の患者さんは心臓や血管に問題がある方が多いし、またこの地域性から、高齢者世帯や独居の場合も多く、診療エリアも広いので、週3回1日4～5時間くらいかかる血液透析のために通院することが難しい場合も多々あるわけです。そのため当院では、腹膜透析を積極的に行っていて、現在170名が腹膜透析で療養中です。これなら月1～2回程度の通院で済みますが、そのうちの30名ほどはどうしても通院できず、在宅医療での対応にならざるを得ません。そうは言っても透析クリニックでは院内で他の患者さん等が透析中に往診（訪問診療）には行けないのが現状ですので、専門外の在宅かかりつけ医や訪問看護ステーション等との連携が必要になってきます。様々な啓発活動の結果、今では20施設くらいは引き受けていただけるようになってきましたが、もっともっと引き受けていただけるようにフォ

ロー体制を充実していきたいと考えました。それには、エイルのようなICTツールを用いて情報を共有し、早期に適切な対応がとれるようにしていきたいと思ったのが動機です。」

——カスタマイズの内容はどんなことでしょうか？ また、完成はいつ頃を想定していますか？

「正直、現行のエイルでは、腹膜透析の記録ノートの代わりにはならないと思いました。せっかくカスタマイズするのであれば、当然、紙のノートより記載し易く、腹膜透析管理に有効なシステムツールに進化したものになりたいと考えています。記録ノートは本人や介護者が記入しますので、画面のつくり方、記入項目の配置やプルダウンメニュー設定の仕方など徹底的に研究中です。この間の中間報告では、かなり良い形になってきましたが、もう少し改良の余地がありそうです。さらに、蓄積されたデータを時系列でみたりグラフ化したりして、体重や血圧のトレンドを把握できるように、データ管理の方法についても検討中です。実際の運用は10月開始を目指しています。もうすでに10名くらいの患者さんから利用の希望を受けています。今のところ、その10名の方にiPadを貸与し2年間くらいを想定したモデル事業をやってみたいと考えています。」



◆CAPD記録ノート

iPhone/iPad/スマホで地域医療・介護・患者を繋ぐ

EIR

地域医療連携支援システム
エイル

<http://www.eir-note.com>

iPhone・スマホ アプリダウンロード

デモサイトを使ってみる

下記のURLより、無料でダウンロードが可能です

Available on the App Store

<http://itun.es/IFY5RV>

GET IT ON Google play

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.eir_inc_eir

*ご利用になるには、別途、EIRへのご利用申し込みが必要です

デモサイトをご用意しておりますので、ぜひお試しください

<http://demo.eir-note.com/>



利用者ID・demo
パスワード: demo
でログインしてください

EIR

株式会社 エイル

〒812-0013 福岡市博多区博多駅東1-17-1

福岡県Ruby・コンテンツ産業振興センター オフィス10

TEL : 092-409-5500 FAX : 092-409-5550

E-MAIL : info@eir-note.com

URL : <http://www.eir-note.com>

CKD診療ガイド2012 (日本腎臓学会)

CKD重症度分類、降圧目標、降圧薬選択基準などを大幅に見直し

日本腎臓学会は、CKD診療の標準化を主な目的とした「CKD診療ガイド2012」を今年6月に発行しました。本診療ガイドは、腎臓疾患を必ずしも専門としていないかかりつけ医での活用も念頭においており、2009年以来3年ぶりの改訂となります。今回の改訂版は、国際腎臓病学会(KDIGO)のCKDガイドライン改訂(2012)を反映しつつ、わが国の日常診療やエビデンスに基づき、日本独自のステートメントとして記載された部分も多くあります。ここでは、前身のCKD診療ガイド2009から大きく変更されたポイントを中心に解説します。

「CKDは新たな国民病」

慢性腎臓病(chronic kidney disease: CKD)は、2002年に米国腎臓財団(NKF)によって提唱された、慢性に経過する腎臓病を包括する疾患概念です。原疾患を問わず、①腎臓の障害(蛋白尿など)、もしくは②糸球体濾過量(GFR)60mL/分/1.73m²未満の腎機能低下のいずれかが3ヵ月以上続いた状態と定められています。

2011年には日本の維持透析患者数は約30万人に達し、医療経済上も大きな問題となっています。CKDは透析を要する末期腎不全(end-stage kidney disease: ESKD)の危険因子となるため、透析導入を抑制するにはCKDへの早期治療介入が重要です。更に近年、CKDは心血管疾患(cardiovascular disease: CVD)の重大

な危険因子であり(=心腎連関)、透析導入に至る患者よりCVDで死亡するCKD患者の方が多いことが明らかになりました。

日本のCKD患者数は推計1,330万人(成人人口の約13%)で、予備群も含めると約2,000万人にもなることから、CKDは21世紀に出現した新たな国民病といえます。しかし、腎臓専門医は3,500人に満たず、全てのCKD患者に対応するのは不可能です。CKD患者の透析導入およびCVD発症を未然に防ぎ予後を改善するためには、かかりつけ医と腎臓専門医の病診連携が欠かせません。

「【改訂ポイント①】CKD重症度分類の見直し」

2002年にCKDの概念が定義されてから10年の間に、CKDは世界の医学界に広く受け入れられ、腎臓病診療の標準化に大きく寄与してきました。国際腎臓病学会(KDIGO)は、世界150万人を対象としたメタ解析によりこれまでのCKDの定義や重症度分類、予後の妥当性を再評価する作業を2009年から開始し、その結果

を踏まえて2012年より新しい重症度分類を使用することを決定しました。日本もこの世界的な動きに合わせ、新しい重症度分類を日本人用に作り直し、CKD診療に活用していくことになりました。この重症度分類の改訂がCKD診療ガイド2012の大きな柱です。

●CKDの重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿
				30未満	30～299	30～299
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60～89			
	G3a	軽度～ 中等度低下	45～59			
	G3b	中等度～ 高度低下	30～44			
	G4	高度低下	15～29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

重症度は、原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。

CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

〈CKD診療ガイド2012より〉

従来、CKDの重症度はGFRの数値だけでステージ1(GFR正常または亢進)からステージ5(腎不全)の5段階に分類されていました。一方、KDIGOの新たな重症度分類は、ESKDや心血管死のリスクをより多面的に評価し治療目標を明確にすべく、糖尿病や高血圧、腎炎、多発性嚢胞腎、移植腎などの原疾患(C: Cause)、腎機能(G: GFR)、アルブミン尿(A: Albuminuria)に基づくCGA分類に改められました。ただし、日本では保険診療上アルブミン尿が測定しづらいということもあり、糖尿病患者以外は保険適用の範囲を考慮して尿蛋

白による評価に読み替えられるようにしたのが独自の点です。

また、GFRステージの細分化も行われました。KDIGOのメタ解析の結果、従来のステージ3(GFR30～59)であっても、GFR45を境にESKDや心血管死のリスクが高まることが明らかとなったため、ステージ3をG3a(GFR45～59: 軽度～中等度低下)とG3b(GFR30～44: 中等度～高度低下)の2つに分け、全6段階としました。日本のCKD患者およそ1,330万人のうち約1,000万人がステージ3に該当するとみられていることから、細分化によりリスクに応じたきめ細やかな治療の実現に繋がると期待されています。

新たなCKDの重症度は、縦軸のGFRステージ(6段階)と、横軸の蛋白尿区分(3分類)とをクロスで掛け合わせることで評価します。例えばGFRステージがG2(正常または軽度低下)、原疾患が糖尿病で、蛋白尿区分がA3(顕性アルブミン尿)の場合、CKDの重症度ステージは「糖尿病G2A3」となります。各ステージはESKDや心血管死のリスクの程度に応じて色分けされており、リスクが最も低い緑色のステージを基準に、黄、オレンジ、赤の順にリスクが高くなります。CKD診療ガイド2012では、この重症度ステージに応じて治療方針が定められています。特に黄色～オレンジに該当する重症度ステージの患者数は多く、全てを腎臓専門医で診ることは不可能であるため、かかりつけ医による定期的なフォローアップが必要となります。

【改訂ポイント②】新たなGFR推算法を追加

今回の改訂ではGFR推算式(eGFR)の新たな計算法が追加になりました。従来は血清クレアチニンだけがeGFRの推算に用いられていましたが、今回、血清シスタチンCに基づくGFR推算式(eGFRcys)も併記されました。

従来のクレアチニンに基づくGFR推算式(eGFRcreat)は、長期臥床例や下肢切断者など筋肉量が減少した症例では高めに推算される欠点がありましたが、シスタ

チンCは筋肉量などの影響を受けません。近年、シスタチンC測定法の国際的な標準化が図られたことを受け、この度、日本人のデータを用いた推算式が作成されました。ただし、シスタチンCは測定金額が高く、保険診療では3ヵ月に1回測定可能という制約があるため、基本はクレアチニンに基づく推算式を用い、筋肉量減少例においてはシスタチンCに基づく推算式も利用できるとされています。

●血清クレアチニン、血清シスタチンCに基づく推定糸球体濾過量(eGFR)推算式

【男性】

クレアチニンに基づく推算式: $eGFR_{creat}(mL/分/1.73m^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times 年齢^{-0.287}$

シスタチンCに基づく推算式: $eGFR_{cys}(mL/分/1.73m^2) = (104 \times Cys - C^{-1.019} \times 0.996^{年齢}) - 8$

【女性】

クレアチニンに基づく推算式: $eGFR_{creat}(mL/分/1.73m^2) = 194 \times Cr^{-1.094} \times 年齢^{-0.287} \times 0.739$

シスタチンCに基づく推算式: $eGFR_{cys}(mL/分/1.73m^2) = (104 \times Cys - C^{-1.019} \times 0.996^{年齢} \times 0.929) - 8$

〈CKD診療ガイド2012より〉

【改訂ポイント③】高齢化を背景に、専門医への紹介基準を再評価

かかりつけ医と腎臓専門医の病診連携を促すべく、従来よりCKD診療ガイドには、かかりつけ医から腎臓専門医にCKD患者を紹介する基準(①高度蛋白尿、②蛋白尿と血尿がともに陽性、③GFR50未満)が記載されています。ただし近年、日本では高齢化を背景に③のGFR50未満に該当する症例が著しく増加していることから、この基準の妥当性が再評価されました。その結

果、年齢によって腎機能低下速度が異なるという特徴が反映され、腎機能低下速度が遅くなる70歳以上の高齢者ではGFR40未満を紹介基準とした一方、40～70歳未満ではGFR50未満、40歳未満の若年層ではGFR60未満であれば専門医に紹介すべきとされました。

●腎臓専門医への紹介基準

以下のいずれかがあれば腎臓専門医へ紹介することが望ましい。

- ①高度の蛋白尿(尿蛋白0.50g/gCr以上、または検尿試験紙で2+以上)
- ②蛋白尿と血尿がともに陽性(1+以上)
- ③40歳未満 GFR 60mL/分/1.73m² 未満
- 40歳以上70歳未満 GFR 50mL/分/1.73m² 未満
- 70歳以上 GFR 40mL/分/1.73m² 未満

〈CKD診療ガイド2012より〉

【改訂ポイント④】降圧目標、降圧薬選択基準の変更

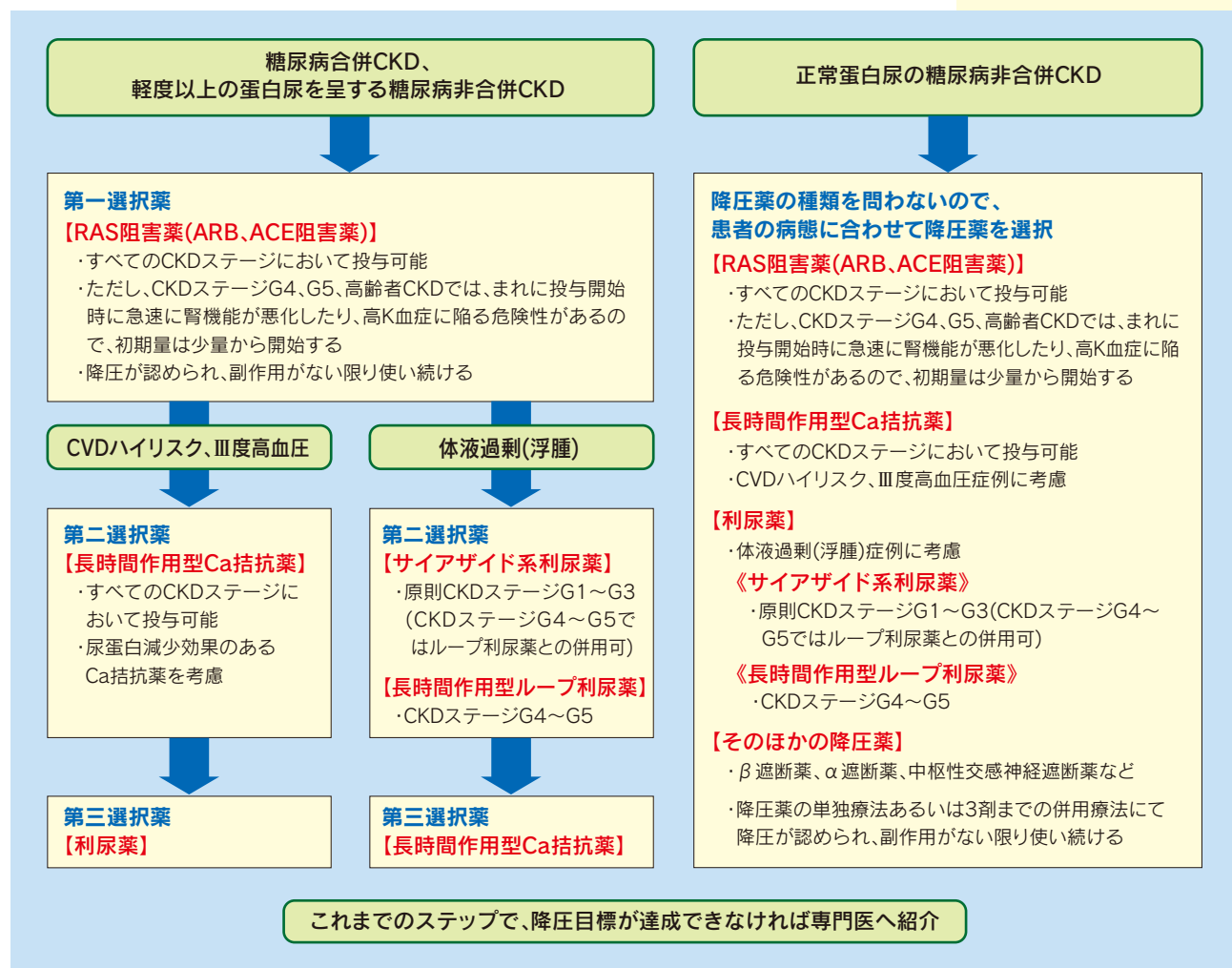
CKDにおける血圧管理については国際的に基準が変わってきており、KDIGOの議論の中では従来の降圧目標レベルはやや過剰であることが指摘されていました。これまで、日本のCKD患者の血圧管理目標値は130/80mmHg未満(蛋白尿1g/日以上では125/75mmHg未満)が推奨されていたが、今回の改訂により蛋白尿1g/日以上の症例の管理目標値が撤廃され、一律に「130/80mmHg以下」とされました。「未満」から「以下」へと基準が緩和されたのは、近年の大規模臨床試験で130/80mmHgは心血管イベントリスクを抑える理想的な血圧であることが示されたためです。

ただし、高齢者は動脈硬化によって血管の弾性が失われ腎臓の血流調節機能が低下している場合が多いため、血圧が大きく低下すると腎血流量が維持できずに急性腎障害を起こす可能性があります。従って、高齢者では「140/90mmHgを暫定目標血圧とし、腎機能の悪化や臓器の虚血症状がみられないことを確認後、130/80mmHg以下に降圧する、収縮期血圧110mmHg未満への降圧は避ける」と更に慎重な構えを示し、高齢者の過降圧に注意を喚起しました。

また、降圧薬の選択基準も変更されました。これまで

CKD患者の降圧療法については一律に、「原則としてACE阻害薬またはARBなどのレニン-アンジオテンシン系(RAS)阻害薬を第一選択薬とし、降圧目標が達成できないときには第二選択薬として利尿薬かCa拮抗薬の併用療法を考慮する」とされていましたが、今回の改訂では、糖尿病の合併の有無や蛋白尿の程度によって薬剤を選択することを推奨しています。糖尿病の合併や蛋白尿がある場合は、臓器保護効果や尿蛋白減少効果があるRAS阻害薬を従来どおり第一選択薬とすることには変わりはありませんが、正常蛋白尿の糖尿病非合併CKD患者ではRAS阻害薬の優位性が認められていないため、「降圧薬の種類を問わない」とされました。その一方で、これまで原則とされてきたRAS阻害薬以外にも、長時間作用型Ca拮抗薬をCVDハイリスク例やⅢ度高血圧症例に考慮して投与したり、浮腫を伴う症例に利尿薬を投与したりするなどの例を挙げ、患者の病態に合わせた降圧薬の選択を行うことが示されています。

●CKD合併高血圧に対する降圧薬の選択



〈CKD診療ガイド2012より〉

「改訂ポイント⑤」「尿酸管理」の追加、「貧血管理」の改訂

今回新たに「尿酸管理」の項目が加わりましたが、腎機能低下に伴い尿酸排泄が低下することで高尿酸血症の発症頻度は高まるものの、痛風関節炎の発症頻度は低いことから、厳格な管理目標値は記載されていません。痛風関節炎を繰り返したり痛風結石を認める症例は薬物治療の対象となり、血清尿酸値を6.0mg/dL以下に維持することが望ましいとされました。

また「貧血管理」の項目では、腎性貧血に対する赤血球造血刺激因子(ESA)製剤の投与について、「投与開始Hb値＝10g/dL以下、治療目標Hb値＝10～12g/dL、12g/dLを超えないよう配慮する」と基準を新

たに明記しました。

今回、新たなCKD診療ガイド2012は世界的な流れを受けて内容が見直されましたが、治療目標は可能な限り具体的に数値化され、実臨床の現場でも使いやすいようにわが国の保険診療を考慮に入れて簡潔に記述されました。今後、本診療ガイドの広範な普及により腎臓専門医とかかりつけ医の病診連携が更に深まることで、新たな国民病であるCKDの診療が標準化され、ESKDへの進展抑制、心血管死の予防へと繋がることが期待されます。

【参考文献】

- ・CKD診療ガイド2012(日本腎臓学会)
- ・Japan Medicine MONTHLY 2012年6月号(株式会社じほう)

医療現場に強く求められる

「POCT(ポイント・オブ・ケア・テストイング)」

POCT機器に定評のあるアリア メディカル株式会社の迅速診断装置機種をご紹介します。

PT-INRを迅速に測定

プロトンビン時間測定システム「INRatio2 メーター」

インレシオ
INRatio[®]2 メーター

■ INRatio2 メーター (実物大)



診察室でPT-INRがわかる 「INRatio2 メーター」

心房細動患者や心臓弁膜症などは適切な抗凝固療法が血栓塞栓症を予防をする上で重要になっています。抗凝固薬ワルファリンでは有効性を十分に発揮するため、また過剰投与によるリスクの回避のためには、プロトンビン時間測定検査 (PT-INR検査) が必須となっており、迅速なINR判定と治療域の維持が必要になります。「INRatio2 メーター」は診察室でPT-INRを約1分で測定結果が得られるので、ワルファリンの処方量がその場で決定できます。

INRatio2 メーターの特長

- ① 2つのレベルでの精度管理
(Low / Highのコントロールを測定ごとに実施)
- ② 3ステップの簡単操作
- ③ 手のひらサイズのコンパクトタイプ
- ④ 測定値の優れた相関性

操作手順はシンプルな3ステップです(図1)。

① 起動

テストストリップ(試薬)を機器本体に挿入すると自動でスイッチが入ります。試薬のコードを確認すると一定時間*経過後、適温まで加温されLED表示が緑に変わります。

② 採血

中指または薬指の指先を穿刺し、採血します(静脈血にも対応)。

③ 血液添加

サンプルウェルに血液を添加後、約1分で検査結果を表示します。

※季節、室温により加温時間は変動します

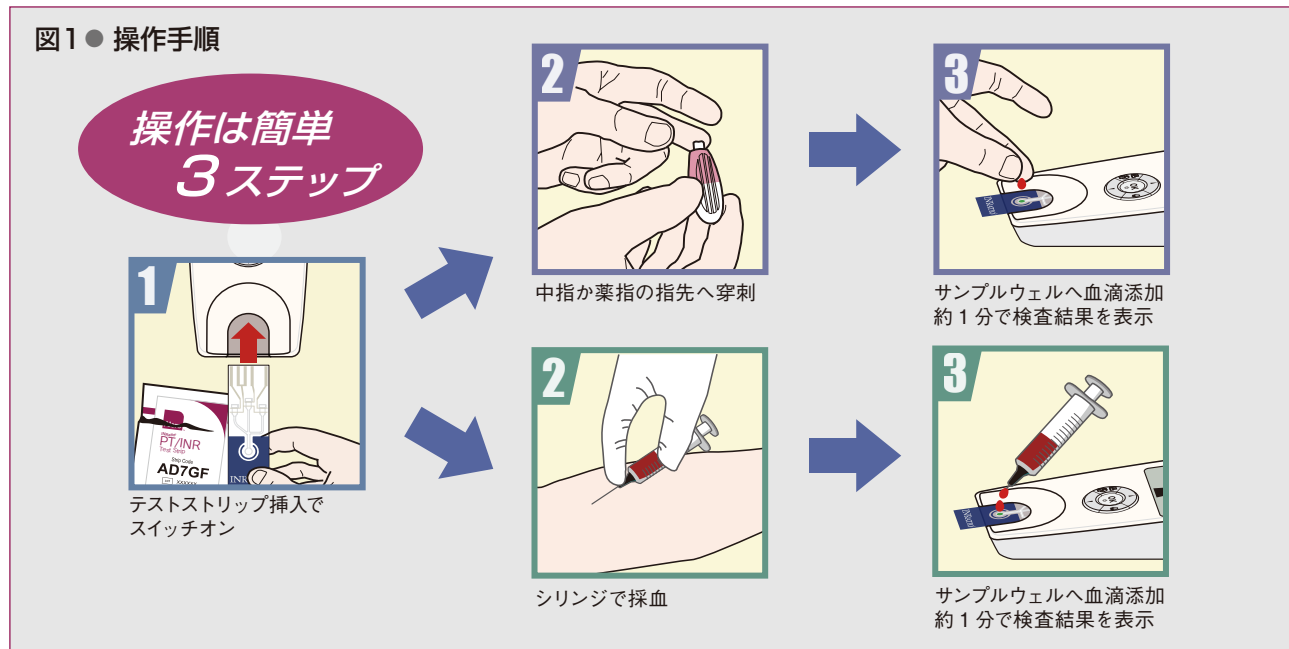
既存の体外診断用医薬品との相関性も良好です(図2)。また、診療報酬は以下のとおりです(表)。

表 ● 診療報酬

項目	保険点数
PT-INR 検査実施料	18点
採血料 (静脈採血)	6点 (16点)
外来迅速検体加算料	10点
血液学的判断料	125点
計	159点 (169点)

※静脈採血の場合 169点

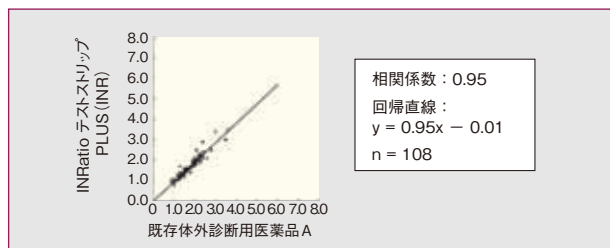
図1 ● 操作手順



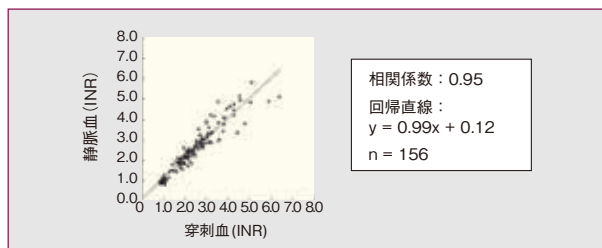
※静脈採血でシリンジより直接テストストリップ PLUS に添加する場合は、添加する血液量に十分ご注意ください。

図2 ● 相関性試験成績

穿刺血108例を用いた本品(y)と既存体外診断用医薬品A(x) (測定原理: Quick一段法)との相関性を検討したところ、良好な相関性が示された。¹⁾



156例の静脈血と穿刺血を用いて静脈血(y)と穿刺血(x)との相関性を検討したところ、良好な相関性が示された。²⁾



1) 迫田邦裕ほか: プロトロンビン時間キット INRatio テストストリップの基礎的および臨床的検討, 医学と薬学. 61 (3): 487-492 (2009) 2) 社内資料

製品情報

統一商品コード	製品名	包装	希望価格	届出番号/承認番号
800001900	INRatio2 メーター	一式	120,000円	特定保守管理医療機器 製造販売届出番号: 12B1X10004000004
800002761	INRatio テストストリップ PLUS	48 枚/箱	19,200円	体外診断用医薬品 製造販売承認番号: 22300AMX01274000

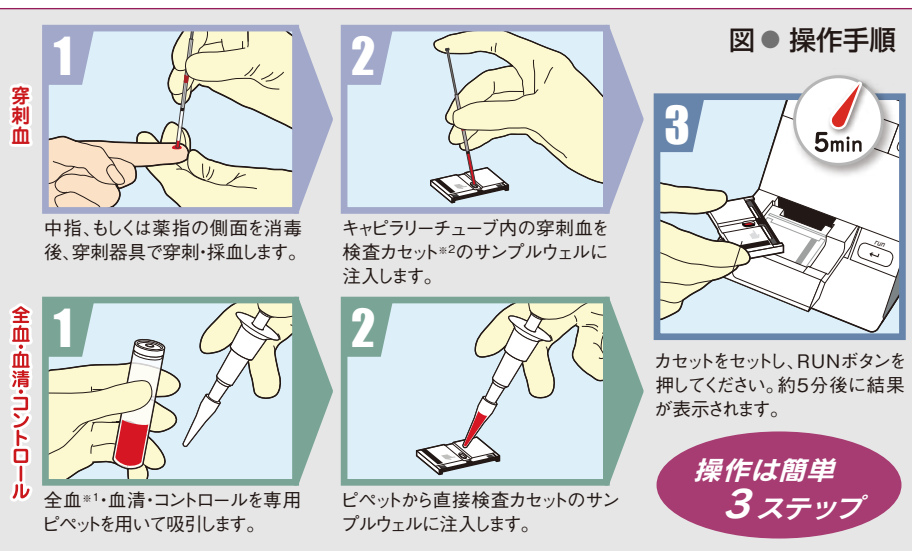
※検査には穿刺器具が別途必要です。プリンタ関連商品は別売となります。

メタボリック症候群関連項目を迅速に測定
小型迅速生化学検査装置「コレステックLDX スキャ・モニ」

Cholestech
LDX スキャ・モニ
RESULTS IN 5 MINUTES.



表示画面



※1 全血を採取する場合はヘパリン入り採血管を用いてください。※2 測定には、別売りの専用試薬「コレステックLDX カセット」が必要です。

6項目を約5分で出力する「コレステックLDX スキャ・モニ」

「コレステックLDX スキャ・モニ」は、発売以来、多くの医療機関で日常診療に役立てられています。食事療法や運動療法、禁煙などの治療が求められる脂質異常症をはじめとした生活習慣病では、来院時のリアルタイムの検査値をもとに診療することにより、患者の治療に取り組む意欲を高め、治療効果のアップに寄与すると期待されています。

コレステックLDX スキャ・モニの特長

- ① 約5分の迅速検査
- ② メタボリック症候群関連6項目を同時出力 (LDL-C※、HDL-C、TC、TG、Glu、non-HDL※)
- ③ 全血検体で測定可能

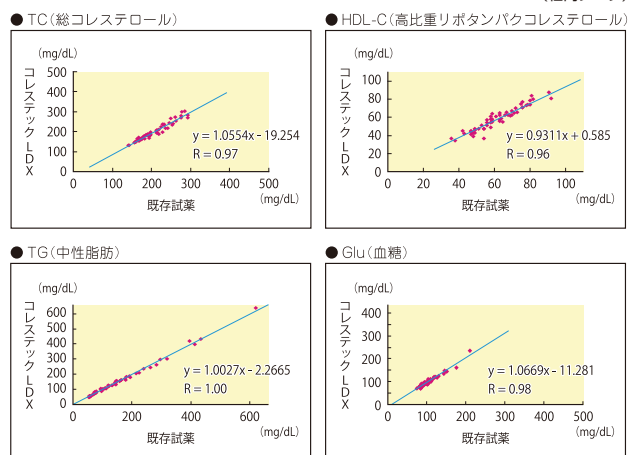
※LDL-C・non-HDLは計算項目のため、保険算定はできません。

相関性試験

健診検体(血清)を、コレステック及び既存試薬(汎用生化学分析装置使用)にて測定した。結果は以下の通り4項目とも良好な相関性が確認された。

※ただし、外注のGluは同時に採血した血しょう検体を用いた。

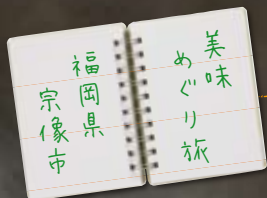
(社内データ)



製品情報

統一商品コード	製品名	包装	希望価格	届出番号/承認番号
800000835	コレステックLDX スキャ・モニ	一式	328,000円	特定保守管理医療機器 製造販売届出番号:12B1X10004000003
800000842	コレステックLDX プリンタ	一式	35,000円	—
800000828	コレステックLDX カセット	10 カセット / 箱	5,300円	体外診断用医薬品 製造販売届出番号:12A2X10002000003

アリーア メディカル株式会社 〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-24-1 エステック情報ビル18F <http://www.alere.co.jp>



ほっとしたいむ

ココラでちょっと一息ついてみませんか？

「鶏すき」っちゃ、知っとうね？

撮影協力／ちどり屋 孔大寺(宗像市池田仙岳2540-1)



みあれ祭

古代より大陸との交流で栄えた歴史深いまち「宗像(むなかた)」)。その歴史を紐解けば神話の時代まで遡り「宗像三女神」降臨の地としても知られています。三女神は「海の道」の守護神として親しまれており、三女神を祀る宗像大社が「交通安全の神様」として有名な所です。

沖津宮(沖ノ島)、中津宮(大島)の二女神が1年に1度、辺津宮(宗像市田島)の女神のもとに集まるための神迎いの儀式が10月1日に行われる海上神幸「みあれ祭」。100隻を超える漁船団が玄界灘を勇壮にパレードする様子は圧巻です。

宗像市では、10月1日から12月2日まで「むなかた秋の観光キャンペーン」を行います。これを機に神の住むまち「むなかた」へぜひお越しください。

＊宗像大社は「沖津宮」「中津宮」「辺津宮」の三宮をあわせた総称です。

すき焼きは、牛肉だけにあらず。福岡県宗像市では、滋養豊かな「地鶏」を使ったすき焼き「鶏すき」こそが、最高のごちそうなのである。その昔、豊かな海と山に囲まれ、漁業や農業が盛んだったこの地方では、どの家もニワトリを飼っていて、来客の際には「こちそう」としてそれらをふるまうのが習わしだったとか。今なお、ここでは、すき焼きのメインといえは鶏肉。そこに普通の牛肉のすき焼きと同じように白菜や長ネギ、しらたき、豆腐などを入れ、醤油や砂糖で味をつける。鶏の旨みがたっぷりと染み込んだその味わいは、さっぱりとした中に潜む、牛肉とはまた違ったまろやかさがたまらない。

ところで、この「鶏すき」、地元ではニワトリのことを「ちゃんちよん」と呼ぶことから、「ちゃんちよんのすき焼き」とも呼ばれている。歩き方が「ちゃんちよん」としたニワトリから来たとか諸説あるらしいが、まさに庶民に親しまれてきた郷土料理らしい、なんとも愛らしい名前といえるだろう。



宗像大社沖津宮のある「沖ノ島」は現在「宗像・沖ノ島と関連遺産群」として世界遺産暫定リストに記載されている。

“ちゃんちよん”の
旨みが、ジワッ。

※宗像弁で「ワトリ」の意



はじめての人事・賃金基礎講座

〈第2回〉

日本的雇用慣行のメリットと デメリットとは何か、

～メリットは活かしデメリットは捨てる～



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

日本的雇用慣行は世界に類を見ない雇用システムを持っています。それは日本の経営の3つの特徴で、これを三種の神器と呼ぶようになりました。

それは終身雇用制度、年功序列、企業別労働組合のことを言っています。日本的経営の3つの特徴をジェームス・アベグレンが「日本的経営」(1958年)の中で三種の神器として指摘をしたのです。

今、アメリカ企業や中国企業では、かつての日本の経営システムを導入する動きが広まっていますが、日本では日本的雇用慣行のメリットを維持するためにサブシステムを強化しているようにも思えます。

そのサブシステムとはパートタイマー契約職員に代表される「非正規雇用」や企業と直接的な雇用関係のない派遣労働者や請負労働者の「間接雇用者」すなわち、欧米型雇用システムの拡大です。特に、パートタイマーなどの非正規社員が現業部門の主力の労働力になっています。

しかし、具体的な雇用システムは業界によって大きく異なり、一般的な議論をすることは難しいのです。「非正規雇用」や「間接雇用者」の雇用拡大は日本的雇用慣行のメリットを維持するための方策とも考えられますが、病院・施設においては法定人員などの規制や人材の需要と供給の関係から雇用の多様化はあまり進んでいません。

● 1. 日本型雇用システムの特徴と意識改革

日本型雇用の特徴を一言でいえば、社員の成長の側に視点を置いた人間基準の人事・賃金といえましょう。

それは欧米の仕事基準の人事・賃金制度とは本質的に異なります。わが国の人間基準というのは、人の

可能性を大切にすること、採用時に社員として成長の可能性を期待した採用なのです。

人柄とか社会性を中心に、「この人だったらきっと将来良い仕事をしてくれるだろう」といった能力開発の期待と人物評価を中心にした採用なのです。人間基準の人事・賃金は仕事基準にはない数々のメリットを持っています。

日本では人を採用するので、人事異動、職種転換が自由であり、したがって適材適所で能力を発揮してもらう場の提供が出来ます。さらに人を採用しているので、出来る人にはどんどんいろいろな仕事を与え、遂行してもらう事が出来ます。また、人が仕事を創るという人事であるので、組織は常に柔軟で創造的です。

一方、人材育成、内部昇進制、定期昇給、定期採用、終身雇用制度があるために、雇用の安定、生活の安定も優れています。このように、日本の人事制度はまさにフレキシブルでクリエイティブな経営であり、良い労使関係を作り上げてきたのです。

この日本の雇用システムに対して、欧米の雇用システムは本質的に性格が異なります。すなわち、人事賃金には人間基準と仕事基準の2つがあります。欧米は仕事基準であり、仕事の価値で賃金を決める合理的な世界です。

既に述べてきましたように、日本型雇用システムは人を採用し、人を育て、人が仕事をつくり、人の価値で賃金を決めます。

これに対し、仕事に人を就ける。そして仕事の価値で賃金を決めるというあり方が欧米です。合理的で真に分かりやすいのです。

欧米の仕事基準は、仕事を通じて新しいアウトプットを、つまり成果を作り出し、その成果で賃金を決めるので成果主義賃金とされています。

日本型雇用システムは能力主義であり欧米の人事賃金制度は成果主義です。成果主義は仕事に人を結びつけるために、人事異動がやりにくい問題があり、企業の中では、人材は育たないといわれています。

仕事で人を採用するため、仕事がなくなれば解雇をします。割り切りの世界です。雇用の安定も生活安定も乏しく労使関係も良くない。このように比べてみると、日本の能力主義人事は柔軟であり、組織論、労使関係論からは断然優れているといえるでしょう。

しかしながら、日本の人事賃金システムは極めて欧米型に接近しつつあります。それはなぜでしょうか…。人件費コスト論から言えば能力主義は問題が多く、成果主義はその点では優れているといえるのです。実は能力主義には定昇制度がありますが成果主義にはないのです。能力は同じ仕事を続けてやっていけば成長します。修得能力である、知識も技能も身につけていきます。また、出来るレベルも深まりを増します。これを習熟能力の深まりと言っていますが、定昇とはこの深まっていく修得、習熟能力の成長の価格なのです。

一方、成果主義には定昇はありません。なぜ、でしょうか…。それは仕事の価値で賃金を決めるからです。仕事の価値は物価上昇（ベースアップ）など特別の事がない限り毎年の変動はありません。仕事は定期的には成長しないからです。

また、能力主義の修得・習熟能力は蓄積されて、下がることはありません。例えば、過去に大学を卒業したという経歴。また60年前に医師の免許を取得をしたという資格や能力は、60年経ても剥奪されることはないのです。

能力には下がるという概念はありません。従って、能力主義賃金では一度上げた賃金は、今年はあるあなたの仕事の出来栄が悪いので、下げるということはできないのです。

しかし、成果主義で考えれば医師を廃業していれば、実力はなく成果もないと評価されます。成果は昨年に比べ下がるということもあります。このように成果主義賃金は上下動する可変性豊かな賃金として世界のグローバル賃金になっています。

わが国の一般産業界においては厳しい経済環境か

ら成果主義賃金は当たり前となりましたが、免許産業といわれる病院・施設においては診療報酬制度、介護保険制度という保護産業下にあり、未だ、一向に人事・賃金改革が進んでいるとはいえない状況です。

このことは、働く職員の価値観や意識にも現れています。公的産業であるという理由から人事・賃金などの改善改革を拒否する職員もいるのですが、毎年膨張を続ける社会医療費の抑制はもはや親方日の丸に任せてはおけない状況にあることは皆理解している筈です。

病院・施設の人事制度は、未だ年功主義人事制度である公務員準拠方式の適用事業所が多く、一般産業に働く社員との比較においても、モチベーション、働き甲斐、生き甲斐においても差があるように感じます。

患者や利用者が少ないのであれば、医療サービスの内容を徹底的に分析し、問題点を改善改革するのは当然のことです。

また、地域連携室はどのような営業戦略を考えているのでしょうか…。毎月、月間訪問計画書は作成しているのでしょうか。医師会連携、クリニック訪問、検診の売り込みの会社訪問などの月間の医療収入高、新規患者数、病床稼働率など、予算と実績の差異分析、達成率などの営業戦略的活動は十分でしょうか…。働きを変える、仕事を変える、働く意識を変える事が今一番求められているように感じます。

●2.年功主義から能力主義へ、そして成果主義へ

公務員準拠方式の年功主義人事では、人材は育ちません。経験、学歴、身分などをファクターにした年功主義は逆転不可能なファクターをベースにしています。このファクターは努力を否定する差別基準ともいわれています。

社会環境と大きく乖離している、甘い職場に勤務していた人が、定年を迎えたときに、職場で培った職業能力で、果たして、生涯現役で働ける職業能力を持っているのかが心配です。

一刻も早く、年功主義を廃して能力主義に切り替

え、そして成果主義に切り替えることが望まれます。

能力主義人事は組織の柔軟性が求められ、人件費コストが問題にならない日本の経済成長期においては、能力主義が優れていたのです。しかし、経済成長が鈍化し高齢化が進み、産業構造の変化が進んだグローバル時代は、成果主義が優位に立つことは申すまでもありません。

今、わが国の人間基準の能力主義雇用システムが大きく問い直されているのは、成長社会から成熟社会に転換し、低成長を続けていることに背景があると思います。過去の人事制度の変遷を振り返ってみますと1945年から1960年までの戦後15年間は、生活主義に彩られ、人事賃金も生計費準拠の形を取らざるを得なかった時代です。

労働者の生活を如何に安定させるかが、人事・賃金制度の全てであったといえましょう。従って、賃金は年齢別生計費カーブ準拠の生活給体系でした。

1960年から1975年の間は日本の高度成長期に当たります。生活主義は崩れ、能力を能力の代理指標でとらえる学歴、勤続、性別の年功主義時代でした。

賃金カーブは生活給体系をベースに学歴、勤続、性別により上昇する賃金で、若いうちは働きよりも低い賃金で、年を取ってからは働き以上のS字型カーブになる賃金システムでした。

しかし、1975年以降、ME、電子革命が学歴、勤続、性別管理の有意性を失わせ、能力主義が進行することになります。

賃金は職能給体系に変わりました。しかし、能力主義への転換を躊躇した産業も少なくありません。病院、学校、金融、運輸、通信、マスコミ、農協でした。

これらの産業は知的産業であり、職種が多様であること、そして公的色彩の強いことなどから、また、国の保護もあり改革が後れた産業であったのです。しか

し、日本は消費税増税の新しい時代に入ります。国民の目が厳しく改革の進行状況を見守っています。

筆者：齋藤清一 氏

立命館大学客員教授、医療経営研究センター副センター長、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」「医師の賃金はどう決める」「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.jinjitenginkanri.sakura.ne.jp/>



病は「気」から 気は「接遇」からII

～マナーでノック、マインドでタッチ～

「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
e-mail : htqtq521@ybb.ne.jp

第3回 なぜ「笑顔」や「おじぎ」が必要なのか

なぜおじぎしなくちゃいけないんですか？

若い方から「なぜおじぎしなくちゃいけないのか、根本がわからないとする気になれない」と言われました。そうですね。人は誰でも、本当に必要性を感じなければ、また納得しなければ続かないし、なかなか実行しないものです。接遇の研修をしても「一回ではだめですね。すぐ忘れてしまいます」と苦勞されている事務長さんや師長さんが多くいらっしゃいます。ほんとうに難しいものです。

皆さん接遇の研修では必ず笑顔のトレーニングをされると思いますが、まず「なぜ笑顔が大事なの？」ということを考えてみましょう。人はなぜ笑うのでしょうか。最近あるテレビ番組で「人類が誕生してからの長い歴史の中、生き抜くためには笑顔が必要だった」という話がありました。地球上の気温が何度も下がって食べ物に困り、なんとか生き抜こうとした祖先たちは、自分たちに必要なものを探しながら大地を進み、やっと出会った人間に「協力」を呼びかける時なにをしたか。それが「ほほえむこと」だったのだそうです。その頃はまだ言葉はなく、まず敵意がないことを伝えるために「笑顔」が必要だったのです。

お互い支え合うために笑う、それは他の動物にはない、人間だけが持つ知恵といえるかもしれません。そうしてお互い心をひらき、食物や武器を交換したりしながら、生き残ったわずか2000人ほどの人類が、私たちの祖先なのだそうです。笑顔は言葉よりも先に気持ちを伝えるという、理屈では説明のつかないコミュニケーションの術だといえます。

つまり人が人と気持ちを通わせようとする時、自然に「笑顔になる」ということなのです。そして医療にとっては、笑顔は心を通わせると同時に治療に必要な自然治癒力をアップしてくれる大事な力をくれるものなのです。

「礼」とはなに？

辞書などで調べると、「礼」とは、「その社会(国)で慣習化されている敬意表現の規範的形式」とあります。孔子の言葉には「人はまず礼を学ばなければならない。学びの初めに礼があり、中心に礼がある」とあります。日本でも江戸時代の寺子屋では、「礼なき子どもは読み書きを学ぶ資格なし」といって「礼儀」を重んじてきたとあります。

日本では、ビジネスの世界も人間関係の上に成り立っているという風土が重んじられてきました。「ビジネスだから事務的でいい」というスタンスでは日本の社会の中では通用しないということです。では「事務的ではない」とはどういうことなのでしょうか。最初の疑問「なぜおじぎしなくちゃいけないの？」ということで考えてみましょう。

よろしく
お願いします

言葉だけで腕組みをしたまま
「よろしくお願いします」という人

← どちらが自然？ →

言葉とともに
丁寧に挨拶をする人

人は言葉だけでなく、その人の態度からも気持ちを感じようとします。いくら丁寧な言葉で話しても、腕組みをした威張った態度、面倒くさそうなげやりの態度からは「よろしくお願いします」という気持ちは伝わらないということです。もし失礼があつて「申し訳ありません」というとき、適当な態度で謝っても「この人はうわべだけ」「いい加減な気持ちしかない」と受けとられるでしょう。

つまり「おじぎをする」とは「気持ちを伝える」「表す」ということなのです。言葉と態度は車の両輪のようにしっかりとバランスがとれていないと「言ってることと態度、どっちのあなたを信用したらいいの」ということになり安心や信頼には至らないということなのです。

よろしく
お願いします



気持ちが
伝わりますように…

決まりだから
一応言っておこう…

「見えることば」と「聴くことば」

ノンバーバルコミュニケーション

言葉以外で行われるコミュニケーション(身体言語)

～バランス～

バーバルコミュニケーション

言葉で行われるコミュニケーション(音声言語)

身だしなみ

基本動作

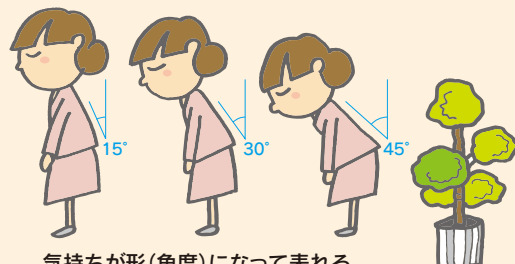
笑顔

言葉づかい

心と心が通い合うまでには、人それぞれにプロセスが必要になります。
まずは相手に対する敬意を「形(言葉や態度)」で表現し、「この人なら心を開いてもいいかな」という免許証をもらうことが必要です。
医療や福祉、介護は人間と人間の間で行われるものですから、そこには相互信頼・相互理解・相互感謝という関係の上に信頼という人間関係が成り立ってこそ、命を大切にできる営みにつながっていくということです。

こんにちは。
ありがとうございます。
お待たせいたしました。
お世話になります。
失礼いたします。

気持ちに合わせて
おじぎの角度を変え
自分の気持ちを表現しましょう



気持ちが形(角度)になって表れる

「技巧は本質に伴ってきつと進歩するもの」今東光(天台宗僧侶、小説家、参議院議員)

病気という不安な気持ちでいる病院では、特に笑顔が必要です。

たとえば、入院中トイレ介助をお願いすると…



「すみません、またトイレに行きたいんですけど…」
またですか…さっき行ったらばかりですよ。
今忙しいんですよ。困っちゃいますね…」

病気の時、患者さまがまず医療者に求めるものは
いつも明るく微笑んでくれて
「やさしい」ということじゃないかな…



“笑顔や優しさが安心を連れてくる”
自然治癒力UP!



「何度も呼んでごめんなさいね…」
いいえ、大丈夫ですよ。
こちらこそお待たせしてごめんなさいね。
我慢されたんじゃないですか。

lesson!

《このレッスンのコーナーはぜひ職場でのトレーニングに役立てていただければ幸いです。》

～現場を通して～【検査】

今回は検査を通して「ノック」と「タッチ」を考えてみましょう。

マナーでノック (最低限必要なことば)

～さん、お待たせいたしました。
こんにちは。私、検査技師の～と申します。
～さん、お待たせしました。検査を担当いたします、
〇〇です。よろしくお願いいたします。
では今から検査をいたします。
こちらにおかけいただけますか。
貴重品はお持ちいただけますか。



マインドをプラスすると…

マインドでタッチ (状況・相手に合わせ気持ちを伝えることば)

長くお待ちになってお疲れになりませんか。
これから検査を始めますが、ご気分はいかがですか。
検査は20分ほどかかりますが、お手洗いは大丈夫ですか。
できるだけ結構ですので頭を動かさないようにお願いします。
すぐに終わりますから大丈夫ですよ。気持ちを楽にしてくださいね。
きつい時は休憩しますから遠慮なくお声がけください。

お疲れ様でした。
終わりました。楽になさってください。
今日はもう一つ検査をさせていただきます。
続けて大丈夫ですか。
この後診察がありますので、
待合室でしばらくお待ちいただけますか。
検査の結果は、診察の時に医師からご説明します。
お忘れ物はございませんか。



お疲れになりませんか。
少し緊張されましたか。もう大丈夫ですよ。
もう一つ検査がありますが、少し休みましょうか。
ご気分がよろしければ、続けて検査致しますがいかがですか。
検査結果がでるまで少し時間がかかります。
お待たせしてばかりで申し訳ありませんがよろしくお願いいたします。
結果が気になりますね。ご心配もおありですよ。
協力して頂いたおかげでスムーズに終わりました。
ありがとうございました。

●医療者の何気ない言葉が患者の心を傷つけ傷病に立ち向かう意欲を失わせる。

ある研修で、「言葉で殺人を犯している人がいますよ」と先生がおっしゃったことがありました。言葉は気持ちの深い部分に入りこんでいきます。そして一度入ったら、簡単には消えません。鉛筆で書いた文字のように簡単に消しゴムで消すことはできないということです。

こんな話を本で読んだことがあります。

「肺がんが見つかった父に、まるで子供に教えるかのような物言いで病気の説明をする医師。父は78歳の立派な大人です。若い医師は年長者に対する尊敬のかけらも見えなかった。あげくの果て、PETの写真をボンと机の上に放り出し、どこかへ行きそうになったので、医師に“結果はどうなんですか”と聞くと、面倒くさそうに、ついでという感じで話し始めた。

【医師】……「見ます？これ転移が見られると、こうやってまっかっかになるんです」

「まっかっか」ということばが私の心を打ちのめしました。こんな時に使うことばでしょうか。

みなさん、どのようにお感じになりますか。もしご自身の身にこのようなことが起こったらどうでしょうか。

極端なたとえ話ですが、ある方に「佐竹さん、お医者さんとパイロットはどっちが危機意識が強いと思いますか」と聞かれました。答えは「パイロット」だそうです。なぜなら「失敗して飛行機が墜落したらパイロットも死ぬけど、お医者さんは手術が失敗しても死なないから」だそうです。私のセミナーでも、60歳代の参加者の男性がこんなお話しをして下さいました。「母が危篤状態になったとき、医師が”人工呼吸器を挿管します。いいですか”と言われました。私は悩んで”先生、自分のお母さんだったらどうされますか”と尋ねました。するとその医師はちょっと考えて、“自分の母親だったらしません”と言われました。私も“しません”と言いました」

この話からつくづく「**当事者意識**」というものを考えさせられました。「**自分だったらどうするか**」「**自分の家族だったらどうするか**」、医療者は常に患者さまのことを「自分の家族と思って対応しなさい」、私も病院に勤務していた時に、よく院長から言われていました。しかし残念なことに、忙しい医療現場で、常に自分の身を「患者・患者家族」に置き換えて考えて下さる方がどのくらいいるのでしょうか。



逆に医師の言葉、医療者が支えてくれた言葉もたくさんあります。

- 急に手術になってびっくりされましたね。もう大丈夫ですよ。
後は私たちスタッフに安心してお任せくださいね(実際に私が受けた言葉です。本当に安心できました)
- ごめんなさいね。痛いですね。辛いですよね。我慢しないでいいから痛い時は教えて下さいね
- この病気は私の守備範囲です。もう大丈夫ですよ。
- 私がつまづきやすくて説明しておけばよかったです。ごめんなさいね。
- いろいろ辛かったですね。これからは一緒にいい方法を探していきましょう。



私たちの接する方々には「病気を治す」という目的があります。病に立ち向かう意欲を湧き立たせていく対応が不可欠なのです。また患者さまご本人はもちろんですが、ご家族も一緒に病に立ち向かう仲間。温かな配慮が必要です。自分の言動には責任を持って医療のプロとして頼られ、信頼される人になっていただきたいと心から願います。

【医療の世界のいい話】

作家でご自身も闘病生活を送られた故遠藤周作氏の著書に「自分づくり」という本があります。今日はその〈生き方編〉の中からご紹介します。

僕 はとくに、苦しんでいる人たちにほほえんであげよう、と提案したい。病院に見舞いに行ったら、まず、ほほえんであげよう。お医者さんは苦しんでいる患者さんに、看護婦さんは寝たきり老人に、それぞれ、精一杯ほほえむことです。ほほえみは人間にしかできない行為なんだから、みんながほほえみをもって接しられたらいいと思う。ハワイのホノルルにある病院では、従来の病院と違うことが二つある、と教えてくれた人がいます。日本にない医療機器があるとか、近代設備が充実しているといった違いではなく、病人に対する配慮、心遣いに相違があるという。

その一つは、病院の庭に一年中、花がさいている。ホノルルのボランティアがやってきて花を植えているからです。花を植えたいという申し込みが殺到し、なかなか順番が回ってこないほど希望が多い。二番目は、看護婦がほほえみを絶やさない。患者と廊下ですれ違うと必ずほほえみ、病室に入っていくときもほほえんでいる。決してムツとしたような事務的な顔はしていない。

これを目撃した東京のM病院の院長は、いたく感動して自分の病院にもこのシステムを入れ、患者に対する態度を大いに改めた。つまり、病院関係者にほほえむことを励行させたわけだ。たった一度の“ほほえみ”が、人を動かす力があるならば、苦しみや悲しみをもった人が集まる病院は、このことにもっと力を注ぐべきではないだろうか。

さて三回目の「病は気から、気は境遇から」はいかがでしたか？「**マナーでノック、マインドでタッチ**」にはなじんで頂けたでしょうか。
「**基本を大事に、そして心をこめて**」という、とてもシンプルなことです。ぜひ心の中で呟いて患者さまの顔をみて下さい。

第3回

ここまでわかる!!
競合病院の経営戦略

前号より、DPC公開データの可視化サービスである「リーゼンホワイ」を使って、自院の存在する“地域の医療ニーズを知り”、“競合病院の経営戦略”を理解した上で、“自院の5年後の経営戦略を立てる”方法論について連載しています。

今号では「競合病院の経営戦略」をDPC公開データからどうやって推測するのか？」にポイントを絞ってお届けします。

1. 今こそ生き残るための強力な戦略を考える

自院にはどのような課題があり、これからどういう方向を目指すべきか。生き残るためには、地域の医療ニーズに応え、客観的なデータに基づく経営戦略が不可欠です。

多くの公立病院で損益収支をはじめとする経営状況が悪化したことを契機に、総務省は平成19年に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、病院事業を設置する地方公共団体に対して平成20年度内に改革プランを

策定するよう要請しました。しかし今も尚、自治体からの繰入金があれば90%以上が赤字という状況です。

また全日本病院協会の「平成22年度病院経営調査報告」によると、医業収支では、調査対象360病院のうち、21%の病院が赤字となっていました。

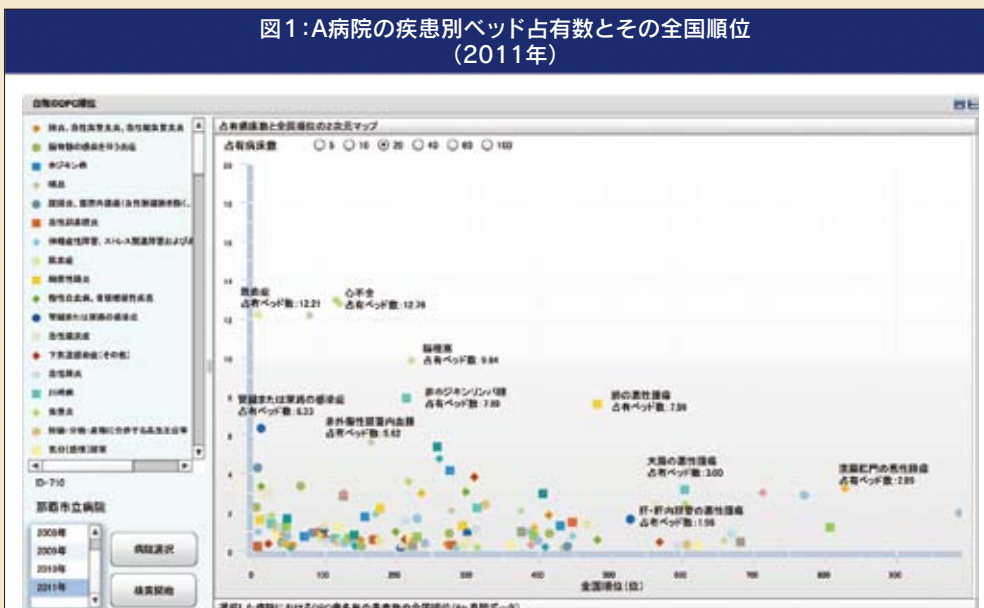
公立病院、そして民間病院共々、改めて地域の中での明確な役割をどのように築くべきなのか、その変換期がまさに今なのだと考えられます。

2. 自院の強みは競合病院の分析から始まる(地域内競争力の可視化)

自院の強みを知るには、競合病院との比較の中で明らかになります。自院の診療科同士を比較し、たとえ自院の中で患者数や収益の面で大きな割合を占めている診療科があったとしても、その診療科が自院の強みであるとは言えません。

図1は、A病院において、疾患別(DPC6桁)をもとに、それぞれの疾患の新規入院患者数の全国順位を算出し、横軸は院内でのベッド占有数を表したものです。リーゼンホワイ(ライセンス版)では、自動で作成できるチャート

図1:A病院の疾患別ベッド占有数とその全国順位
(2011年)



となっています。A病院は、救急医療の分野で地域内での役割が非常に高いと定評のある病院ですが、今後の病院経営のことを考え、悪性腫瘍について強化したいというニーズがある病院でした。

図1で調べてみると、肺の悪性腫瘍や大腸の悪性腫瘍など、5大がんについては、脳梗塞や心不全、敗血症に続いて、ベッド占有率の高い疾患ですが、それぞれの疾患の全国順位は、500位から850位の間にありま

す。経営分析を担当する副院長の先生より、「当院の実力を実感しました。これまでDPC解析ソフトやレセプトデータを活用して、院内データの解析を行っていましたが、悪性腫瘍がここまで他院に負けているとは考えてもいなかったです。経営会議に出しましたが、良い意味で非常に大きな反響でした。」とのコメントを頂きました。

3.客観的なデータに基づくSWOT分析による戦略の策定

それでは、どのようにして、自院の強みを捉え、明日の地域医療の中での役割を見つけて行くべきなのか。本号と次号の2回に分けて、DPC評価分科会が公開するDPCデータを活用したSWOT分析^(※)の手法についてご説明します。

全体の分析ステップ(図2)は、①地域内競争力の可視化、②医療ニーズの計測、③競合病院の戦略の解析、④SWOT分析による疾患別(DPC6桁)方針の決定、⑤目標値の決定、⑥目標値を実現するためのアクションの決定、⑦モニタリングの7つからなります。①から⑦をそれぞれの疾患について行い、それらを総合して、診療科別、さらには病院全体での戦略が明らかになります。

先の章で①について説明しましたので、次章で③について説明し、次号において、④以降のステップについて説明します。(②については、前号をご覧ください。)

図2:SWOT分析による戦略の策定ステップ

1. 地域内競争力の可視化
2. 医療ニーズの計測
3. 競合病院の戦略の解析
4. SWOT分析による疾患別(DPC6桁)方針の決定
5. 目標値の決定
6. 目標値を実現するためのアクションの決定
7. モニタリング

Powered by Cyber Laboratory Inc. MTT Group

Reason Why
http://reasonwhy.jp

4.競合病院の戦略の解析

図3は、A病院の循環器疾患において、2010年と2009年での新規入院患者数の変化を表しています。A病院では、予定入院を増やし、緊急入院を減らしていることがわかります。

図3:A病院での新規入院患者数の変化
(10年と09年の対比;循環器系疾患)



Powered by Cyber Laboratory Inc. MTT Group

Reason Why
http://reasonwhy.jp

一方で図4では、2009年から2010年にかけて、狭心症の患者数を減らし、心不全の患者数を増やしています。他の疾患は、ほぼ横ばいです。全国統計で見ると、狭心症の約85%は予定入院であり、心不全の約90%は緊急入院です(図5)。これらのことを考えると、A病院では、心不全の予定入院を増やしていることが推測されるのです。

「心不全の予定入院を増やしている」とみた根拠は、循環器の予定入院が増えている(図3)⇒心不全の新規入院患者が増えている(図4)⇒一般に狭心症のほうが予定入院率が高いが(図5)、A病院は狭心症患者を減らしている(図4)⇒よって予定入院患者増加分の大半は心不全の患者である。

次に疾患別(DPC6桁)での占有病床数を見てみます(図6)。2007年では、狭心症と心不全とも、病床数はほぼ同じ8床から9床の運用でした。しかし2010年では、心不全が16床であるのに対して、狭心症は7床であり、その差は9床まで広がっています。

この背景には平均在院日数のコントロールがあることがわかります。図7、8では、縦軸にシェア率、横軸に平均在院日数の全国平均との差を取っていますが、心不全では平均在院日数を約10日延ばし、狭心症は約4日短くしています。

これらのことから、A病院では高齢化を見据えて、心不全の予定入院に力を入れたと共に、狭心症については高回転な運用を行っているのだと解析できます。さらに深掘するとすれば、心不全の予定入院に力を入れていることから考えると、近隣の介護施設との連携強化が既に始まっているのではと推測されるのです。

図4:A病院での新規入院患者数の変化
(DPC6桁別;循環器系疾患)

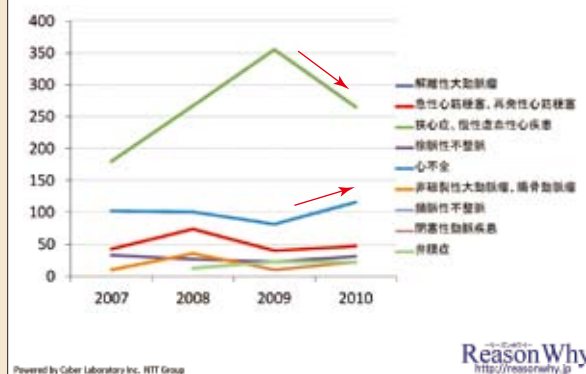


図5:循環器疾患の入院ルート

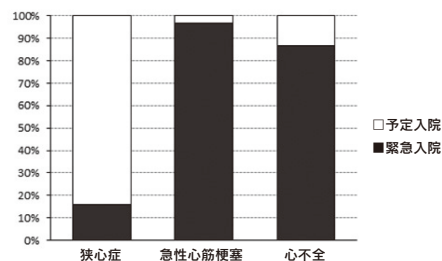


図6:A病院での占有病床数の変化
(DPC6桁別;循環器系疾患)

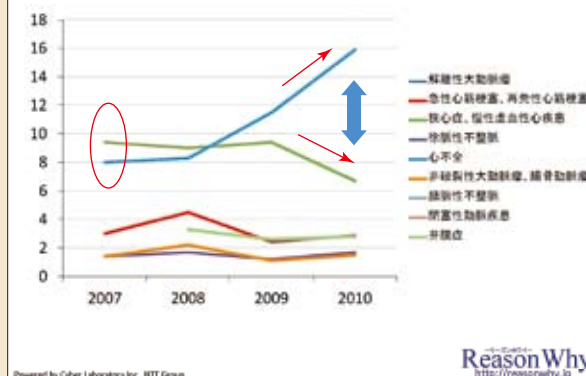


図7:地域内競争力の可視化(心不全)

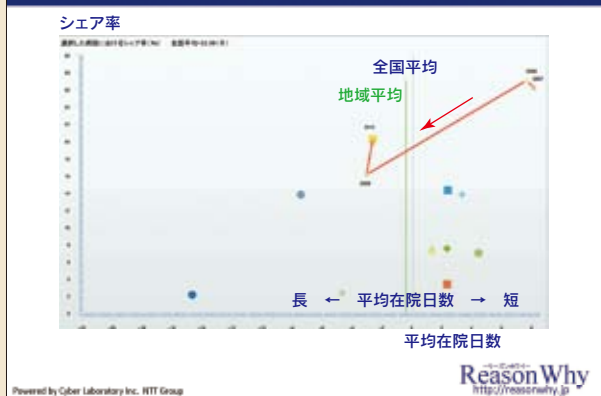
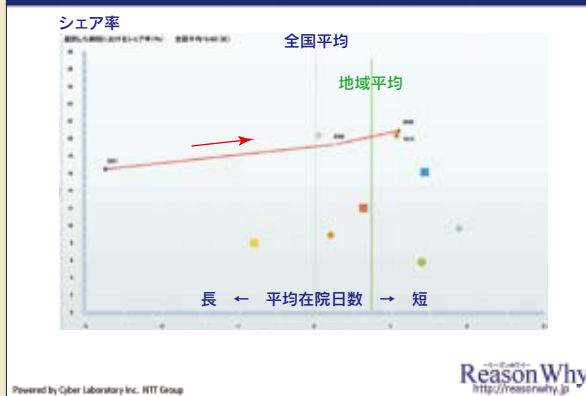
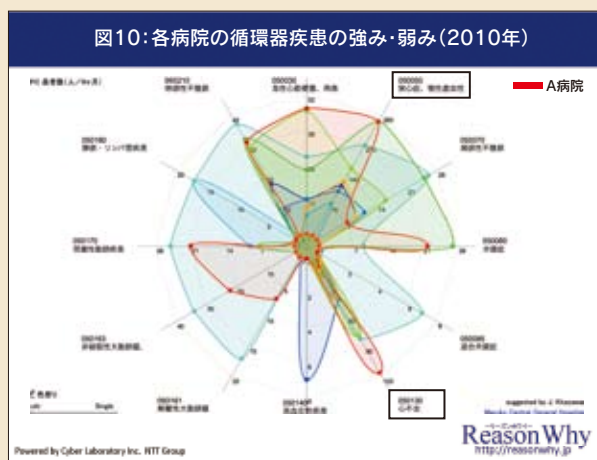
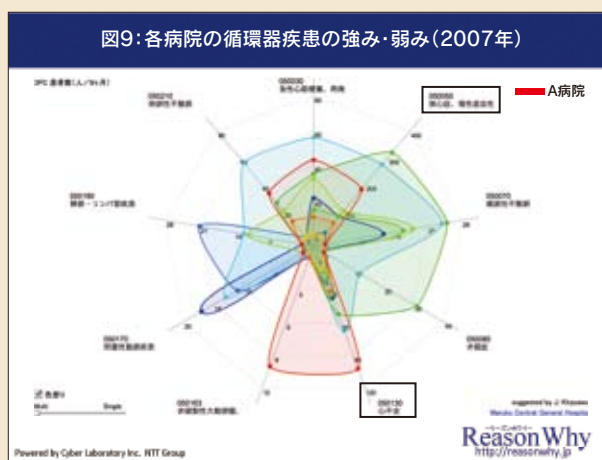


図8:地域内競争力の可視化(狭心症)



結果、近隣にある病院との強み・弱みを疾患別（DPC6桁）で比較してみると、2007年は心不全がトップのポジションであり、狭心症が他の2病院より患者数が少ない状況でありました。しかし2010年には、両疾患ともトップのポジションへ君臨してきたことがわかりま

す。もちろん、心不全の疾患の内容は、2007年当時は、緊急性が高いものであったのに対して、2010年は、予定入院の割合が高いものになっており、自院が得意とする疾患へ医療資源を集中していることが読み取れるのです。（図9、10）



5.最後に

「彼を知り己を知れば百戦して殆うからず」という孫子の言葉がありますが、どの疾患を自院が得意としているのかを知るためには、まずは相手を知ることから始まるのです。そして相手を知り、自院の得意・不得意を

知った上で、どのような戦略で実行するのか、このことがこれからの病院経営にとって、最も重要な課題だと考えています。

※SWOT分析…SWOT分析とは経営分析手法の一つで、自社の分析（内部環境分析）でのStrength（強み）、Weakness（弱み）、自社を取り囲む環境の分析（外部環境分析）でのOpportunity（機会）、Threat（脅威）、この4つの切り口の視点の分析から経営戦略を立案する手法で、この4語の頭文字を順に並べてSWOT（スウォット）分析と呼ばれている。

（出所：『DPCデータ活用ブック 第2版』 伏見 清秀著（株）じほう 2008年）

●塩飽哲生氏プロフィール

東京大学工学系研究科において質と安全を確保するための病院のマネジメントシステムに関する研究に従事する。その後医療系コンサルタント会社、病院の事務次長を経て、2009年よりベシエント・ジャーニー合同会社（現 株式会社リーズンホワイ）を立ち上げる。（立命館大学非常勤講師）

●株式会社 リーズンホワイ

〒107-0052 東京都港区赤坂7-3-37 プラース・カナダ1階
TEL:03-6894-7493 FAX:03-6894-7701
<http://reasonwhy.jp/>



がん薬物療法の服薬を支援する 「抗がん剤の副作用とその対処」(3) 口内炎・下痢・便秘

抗がん剤治療において、消化器系の副作用である口内炎、下痢、便秘は患者に苦痛を与えるだけでなく、食欲不振、脱水、倦怠感などを引き起こし、著しく全身状態を悪化させ治療の継続を困難にする原因になります。患者の予後の改善やQOLの維持のためにもこれらの消化器系副作用の対策は非常に重要です。

今回は抗がん剤による口内炎、下痢、便秘を取り上げ、支持療法や日常生活上の指導など副作用対策を中心に紹介します。

口内炎の発生機序

口腔粘膜をはじめとする消化管粘膜の細胞は細胞分裂周期が早い。ため抗がん剤による障害を受けやすく、口内炎はよく見られる副作用の一つです(表1)。抗がん剤による口内炎では、口腔粘膜において発生するフリーラジカルが直接細胞・組織・血管に障害を与えることでサイトカイン(TNF- α 、IL-1など)の放出が起こり、粘膜上皮基底細胞が障害されるため、粘膜上皮の再生能力が低下し、潰瘍形成にいたると考えられています。また、抗がん剤の投与によって好中球が減少し、口腔内感染により二次的に口内炎が生じる場合もあります。発生頻度は抗がん剤の種類や投与方法、併用薬などで異なりますが(表1)、フルオロウラシル系の抗がん剤が代表的です(表2)。

■表1. 口内炎の発生頻度

▶ 通常の抗がん剤治療	: 40%
▶ 高用量抗がん剤治療、骨髄移植	: 80%
▶ 頭頸部への放射線治療	: 100%

■表2. 口内炎を発現しやすい経口抗がん剤

○代謝拮抗薬	
フルオロウラシル系	ティーエスワン ユーエフティ ゼローダ
葉酸代謝拮抗薬	メソトレキセート
○分子標的薬	スーテント ネクサバル

口内炎の対策

口内炎は抗がん剤投与開始から数日で発症し、治療中止後約2~4週間で改善してきます(表3)。口内炎は口の中の痛み、出血、腫れ、乾燥など不快な症状により、会話や食事に支障をきたし、さらに不眠などの精神症状を伴うこともあります。摂食障害は特に問題で栄養不良から口内炎自体や全身状態の悪化に至り、治療の継続が困難になることもあるため、口内炎対策は非常に重要です。

口内炎の対策では口腔乾燥を避け、口腔内を清潔に保つことにより発症や悪化を予防することが重要で、そのためには口腔ケア(表4)の患者教育が非常に大切です。歯牙による機械的刺激や歯周病などは口内炎のリスクとなるため、治療開始前に歯科受診しておくことが推奨されます。口腔乾燥は口内炎を助長するため、うがいのほか、口腔保湿剤(商品名オーラルバランスなど)や人工唾液(商品名サリベート)、口腔乾燥症状改善薬(商品名サラジェン、エボザック・サリグレン)の使用なども検討します。表5に現在行われている口内炎の予防・治療法を示します。保険適用外の薬剤も多く、治療は対症療法が主体となります。また、食事の工夫も大切です。食品形態をゼリーや流動食にするほか、薄味にする、酸味を避ける、室温程度に冷ますなどの対処により、食事の摂取量をできるだけ維持できるよう指導します。

■表3. 口内炎の経過

治療開始後	3~5日	熱感、ひりひり感や 軽い痛み
	7~10日	口腔粘膜の痛み
治療終了後	1~2週間	痛みが軽減
	3週間	痛み消失

■表4. 口腔ケア

- ▶ 毛の柔らかい歯ブラシを使用。歯磨き粉はフッ素入りのものを使用。ブラッシングは食後と寝る前
- ▶ 日中は2~4時間に1回、夜は目が覚めたときにうがい(口内炎発症時は薄い食塩液など刺激が少ない液を使用)
- ▶ くちびろの乾燥を防ぐために、リップクリームを塗る
- ▶ キシリトール入りのガムをかむ
- ▶ 就寝中に口の中が乾燥しないように注意する⇒口呼吸をしがちな人は就寝中はマスクをする
- ▶ 化学療法前に歯科医師、歯科衛生士による虫歯治療、歯周炎に対するブラークコントロール、ブラッシング指導などの口腔ケアを行う

■表5. 口内炎の予防・治療に用いられる主な薬剤

分類	一般名	主な商品名	用法	効能
殺菌消毒剤	ポビドンヨード	イソジンガーグル	うがい	口腔内粘膜消毒による感染予防(潰瘍には慎重投与)
抗真菌剤	アムホテリシンB	ファンギゾンシロップ	うがい	抗真菌作用による感染予防
消炎剤	アズレンスルホン酸ナトリウム	含嗽用ハチアズレ顆粒	うがい	抗炎症、上皮形成促進作用
		ケナログ口腔用軟膏	塗布	抗炎症作用
		アフタタッチ口腔用貼付剤	貼付	抗炎症、患部保護作用
鎮痛剤	リドカイン塩酸塩	キシロカインビスカス/液	うがい	局所麻酔作用
抗酸化剤	アロプリノール	ザイロリック錠	うがい	活性酸素中和
	カモスタットメシル酸塩	フオイバン錠	うがい	活性酸素中和
粘膜保護剤	アルギン酸ナトリウム	アルロイドG顆粒/内用液	うがい	粘膜保護
	レバミピド	ムコスタ顆粒/錠	経口	粘膜保護
クライオセラピー	生理食塩水アイスボール(凍らせる)		☆	局所血流低下により粘膜への薬剤移行量を減少

☆: 抗がん剤投与5分前から30分間口に含む

下痢の分類と発生機序

抗がん剤による下痢は、早発性と遅発性の2つのタイプに分かれます。早発性下痢は抗がん剤投与後24時間以内に起こるもので、原因となる抗がん剤としてイリノテカン(CPT-11、商品名カンプト/トポテシン)があります。抗がん剤による消化管の副交感神経刺激により、腸液の分泌増加や腸管の蠕動運動の亢進が起こることで生じます。遅発性下痢は抗がん剤投与後24時間以降に発症するもので、フルオロウラシル系抗がん剤やイリノテカンでよくみられます。口内炎と同様、細胞分裂が盛んな消化管粘膜は抗がん剤による傷害を受けやすいことが原因です。イリノテカンの場合は、活性代謝物であるSN-38の腸管内への蓄積が原因と考えられます。また、分子標的薬のゲフィチニブ(商品名イレッサ)、エルロチニブ(商品名タルセバ)でも比較的多く発症します。これらはEGFR(上皮成長因子受容体)チロシンキナーゼ阻害剤であることから、EGFRを阻害し消化管上皮細胞の成長を抑制することで遅発性下痢を発症させると考えられます。

下痢の対策

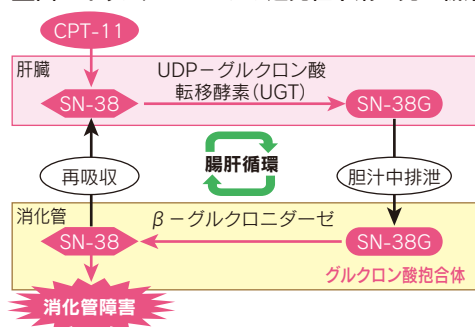
早発性下痢はほとんどが一過性ですが、遅発性下痢の場合は脱水や電解質異常、さらに腸粘膜の防御機能が低下し腸内細菌などが体内に侵入することでバクテリアルトランスロケーションという生命を脅かす状態になることがあります。下痢の重篤化を避けるためにも、食事や水分補給などの生活指導とともに、支持療法の服薬指導を行うことが重要です。

支持療法には止瀉剤(表6)が使用されます。ロペラミド(商品名ロペミン)が標準治療薬となりますが、早発性下痢の場合には抗がん剤のコリン作動性によるため、抗コリン薬も有効です。遅発性下痢の場合はロペラミドとともに収斂剤や吸着剤、乳酸菌製剤の併用も有効です。イリノテカンによる遅発性下痢の場合、原因物質であるSN-38は肝臓でSN-38G(グルクロン酸抱合体)となり胆汁排泄されますが、腸管の β -グルクロニダーゼによって再びSN-38となり腸管を障害するため特に重篤化しやすい傾向があります(図1)。腸管にSN-38が蓄積するのを避けるため、便秘にならないよう排便コントロールを行うことや経口アルカリ化、半夏瀉心湯(表7)が有効であるとの報告があります。また、十分な水分や電解質の補給で下痢による脱水を防ぐ、消化の良いものを少しずつでも摂り栄養不良にならないよう気をつけるなどの生活指導(表8)も行います。下痢が続くとき(1日4~6回)、血便、強い口渴、発熱、めまいなどの症状があるときは医療機関を受診するように伝えておくことも大切です。

■表6. 主な止瀉剤

分類	一般名	主な商品名
腸管運動抑制剤	アヘンアルカロイド関連薬	塩酸ロペラミド
		ロペミン細粒/カプセル
		コテイニンリン酸塩
		コテイニンリン酸塩散/錠
	アヘンチンキ	アヘンチンキ
	抗コリン薬	ブチルスコポラミン臭化物
		ブスコパン錠
収斂剤	タンニン酸アルブミン	タンナルビン
吸着剤	天然ケイ酸アルミニウム	アドソルビン
乳酸菌製剤	ビフィズス菌配合剤	ビオフェルミン、ラックビー
	レバミピド	ムコスタ顆粒/錠
漢方薬		半夏瀉心湯

■図1. イリノテカンによる遅発性下痢の発生機序



■表7. イリノテカンによる遅発性下痢に対する対処法

対処法	処方	注意事項
半夏瀉心湯 (※1)	1日量を分3	①通常の排便があればCPT-11投与3日前から投与 ②便秘の時は下痢が発現してから投与 ③CPT-11投与後の継続可、便秘になれば中止
経口アルカリ化 (※2)	・炭酸水素ナトリウム 2g 分4 ・酸化マグネシウム 2~4g 分4 ・ウルソデオキシコール酸(ウルソ) 300mg 分3 ・アルカリイオン水 1.5~2L/日	①遅発性下痢の予防 ②CPT-11投与開始日から4日間投与 ③心不全・腎不全患者(Na、水不可に耐えられない者)は不可 ④1日1回以上の排便確保 ⑤CPT-11投与後4日以内に水様便があれば酸化マグネシウム一時中止

※1 半夏瀉心湯のオウゴン中に含まれるバイカリンは、SN-38の腸肝循環に関するβ-グルクロニダーゼを阻害する作用を有し、CPT-11の遅発性下痢の予防に有効との報告がある。
 ※2 SN-38は、アルカリ条件下でその細胞障害作用が減弱するため、炭酸水素ナトリウムを経口投与することにより腸管内をアルカリ化し、また、緩下剤を用いてSN-38の排泄を促すことにより、CPT-11による遅発性下痢が軽減できると考えられている。

■表8. 下痢のときの生活指導

- ▶脱水を起こさないように水分を十分にとる⇒目標は1日1L。スポーツドリンクでも良い(下痢が治まったら控える)
- ▶消化の良いもの(おかゆや煮込みうどんなど)を何回にも分けて少しずつとる。バナナ、リンゴ、トーストも薦められる
- ▶冷たい食べ物や飲み物、香辛料をたくさん使った料理、脂っこいもの、コーヒーや紅茶、アルコールは避ける
- ▶おなかを温める
- ▶感染を避けるため、排便後、肛門周囲を洗浄する(シャワートイレを使う)

便秘の発生機序

抗がん剤治療中は、抗がん剤や制吐剤(5-HT₃受容体拮抗薬)、オピオイド鎮痛剤などで自律神経系に障害が起こり、腸の蠕動運動が低下するため、便秘が生じることがあります。また、悪心・嘔吐による食事内容の変化や不安感などの心理的要因が関わっている場合もあります。原因となる抗がん剤は、自律神経障害を引き起こすものが考えられます(表9)。また便秘により抗がん剤の排泄が遅れると、悪心・嘔吐などの副作用を遷延させることもあります。

■表9. 便秘を発現しやすい抗がん剤

○微小管阻害薬	
ビンカルカロイド系	エクザール、オンコビン ナベルピン、フィルデシン
タキサン系	タキソール、タキソテール
○白金製剤	エルプラット
○分子標的薬	サリドマイド

便秘の対策

患者自身で排便コントロールができるように下剤による支持療法や生活指導を行います。1日1回以上、適度な軟らかさの便を排泄することを目標とします。下剤(表10)については便が硬くなっている場合は塩類下剤、腸の運動が低下している場合は刺激性下剤を選択します。なお、好中球、血小板が減少している患者では、肛門周囲を傷つけるおそれがあるため、坐剤や浣腸を避けます。特に好中球が減少している患者では、裂肛や膿瘍をきたし感染経路となることがあるため注意が必要です。日常における水分摂取、食事の工夫、運動など、生活習慣についての生活指導(表11)も必ず行います。なお、便秘もひどければ医師に連絡するよう伝えます。

■表10. 主な下剤

対処法	一般名(主な商品名)	投与時の注意
塩類下剤	酸化マグネシウム	腎障害時には注意
刺激性下剤	センノシド(プルゼニド錠) ピコスルファートナトリウム水和物 (ラクソベロン錠/内用液)	長期使用で腸管弛緩を引き起こす
刺激性下剤 (外用剤)	ピサコジル(テレミンソフト坐薬) 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)	宿便がある場合や重症の場合などに使用
浸透圧下剤	ラクツロース・ソルビトール	
漢方製剤	大黃甘草湯・潤腸湯・麻子仁丸など	

■表11. 便秘のときの生活指導

- ▶食物繊維の多い食品をとる⇒イモ類、根菜類、海藻など
- ▶水分を十分にとる⇒目標は1日1L
- ▶排便をがまんしない。便意がなくても毎日同じ時間帯にトイレに行って座る
- ▶お腹を時計回りにゆっくりさすりながら排便する
- ▶腸の運動を促すため無理のない程度の軽い運動をする⇒ウォーキング、ヨガなど

【参考資料】

がん専門・認定薬剤師のためのがん必須ポイント(じほう)、安全使用これだけは必要! 外来がん化学療法Q&A第2版(じほう)、がんを薬で治す(朝日新聞出版)、イラストでよくわかるがん治療とサポーターケア(じほう)、支持・緩和薬物療法マスター(メジカルビュー社)、化学療法の領域Vol.27,S-1,2011、薬局2011年3月号、調剤と情報2009年9月臨時増刊号

次回は末梢神経障害とその対処について取り上げます。

医薬品新規収載関連ニュース

医薬品情報

新規収載された医薬品(8月28日収載)

商 品 名	規格・単位	薬価	会 社 名	一 般 名	備 考
内 用 薬					
インライタ錠1mg	1mg1錠	2,006.20	ファイザー	アキシチニブ	抗悪性腫瘍剤 (キナーゼ阻害剤)
インライタ錠5mg	5mg1錠	9,094.40			
ケアラム錠25mg	25mg1錠	150.50	エーザイ	イグラチモド	抗リウマチ剤
コルベット錠25mg	25mg1錠	150.50	大正富山		
テネリア錠20mg	20mg1錠	207.70	田辺三菱、 第一三共	テネリグリブチン臭化水素酸 塩水和物	2型糖尿病治療剤 (選択的DPP-4阻害剤)
レキップCR錠2mg	2mg1錠	273.60	GSK	ロピニロール塩酸塩	パーキンソン病治療剤 (徐放性ドパミンD2受容体系作動薬)
レキップCR錠8mg	8mg1錠	941.40			
注 射 薬					
ゴナックス皮下注用80mg	80mg1瓶	23,693	アステラス	デガレリクス酢酸塩	前立腺癌治療剤 (徐放性GnRHアンタゴニスト)
ゴナックス皮下注用120mg	120mg1瓶	29,126			
外 用 薬					
オーキシス9μgタービュヘイラー 28吸入	252μg1キット (9μg)	1,660.00	MeijiSeika	ホルモテロールフマル酸塩 水和物	慢性閉塞性肺疾患(COPD)治療剤 (ドライパウダー吸入式気管支拡張剤)

※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。

MEMO

〈単独不活化ポリオワクチン、4種混合ワクチン導入へ〉

単独不活化ポリオワクチン(IPV)「イモバックスポリオ皮下注」(サノフィパスツール=サノフィ・アベンティス)、4種混合(DPT-IPV)ワクチン「クアトロバック皮下注シリンジ」(化血研=アステラス)、「テトラビック皮下注シリンジ」(阪大微研=田辺三菱)が承認され、単独不活化ポリオワクチンは今年の9月1日より、4種混合ワクチンは11月1日より定期接種に導入される方針が了承されました。これにより生ポリオワクチンの接種は終了し、ワクチンによるポリオ麻痺の懸念がなくなります。接種スケジュールについては、ともに現行の3種混合(DPT)ワクチンと同様の計4回です。

《ポリオ、4種混合ワクチン一覧表》

種類	経口弱毒生ポリオワクチン (OPV)	単独不活化ポリオワクチン (IPV)	4種混合ワクチン (DPT-IPV)	
商品名	経口生ポリオワクチン (セービン) I・II・III型混合	イモバックス ポリオ皮下注	クアトロバック 皮下注シリンジ☆	テトラビック 皮下注シリンジ☆
会社	日本ポリオ	サノフィパスツール=サノフィ・アベンティス	化血研=アステラス	阪大微研=田辺三菱
ワクチン株	弱毒セービン株	強毒ソーック株	DPT/弱毒セービン株	
予防可能な疾患	急性灰白髄炎	急性灰白髄炎	百日せき、ジフテリア、破傷風、急性灰白髄炎	
接種 方法	標準的 接種時期	生後3～18ヵ月未満	初回免疫:生後3～12ヵ月未満 追加免疫*:初回接種終了後12～18ヵ月未満	
	接種回数 (接種間隔)	2回接種(6週間以上)	初回免疫:3回接種(いずれも3～8週間) 追加免疫*:1回接種(初回免疫終了後6ヵ月以上)	
	1回接種量	1回0.05mLを経口接種	1回0.5mLずつ皮下接種	
定期接種	平成24年8月31日まで	平成24年9月1日より導入	平成24年11月1日より導入予定	

☆:未発売 ※:イモバックスポリオ皮下注は未承認(追加試験実施中)

平成25年4月から、公的年金支給開始が

61歳に引き上げになります



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、厚生年金保険についての保険料率の変更、支給開始年齢引上げ、60歳以降の雇用、定年延長の助成金のお話です。

厚生年金保険料率が 9月(10月納付分)から変わります。

厚生年金保険の保険料率が引き上げられます。平成16年10月から平成29年まで毎年0.354%ずつ引き上げられ、最終的に18.3%となります。平成29年9月以後の月分の保険料をもって、厚生年金基金の加入員の被保険者を除き、標準報酬額(大まかに言うと1ヶ月の総支給額の給与)の1000分の183.00で固定されます。但し、62万円以上の標準報酬額については、62万円を限度として保険料を徴収します。

保険料水準固定方式とは、最終的な保険料(率)の水準を法律で定めて、その負担の範囲内で給付を行うことを基本として、少子化等の社会経済情勢の変動に応じて給付水準が自動的に調整される仕組みを年金制度に組み込むことです。急速に進展する少子高齢化に対応するため、負担の上昇は避けられませんが、若年層を中心として、負担がどこまでも上昇してしまうのではないかと不安が大きいことから、将来にわたっての保険料水準を固定することを法律に明記するようになりました。

月の区分	標準報酬額に対しての 原則的な保険料率
平成23年9月 ~ 平成24年8月	16.412%
平成24年9月 ~ 平成25年8月	16.766%
平成25年9月 ~ 平成26年8月	17.120%
平成26年9月 ~ 平成27年8月	17.474%
平成27年9月 ~ 平成28年8月	17.828%
平成28年9月 ~ 平成29年8月	18.182%
平成29年9月以降の月	18.300%

特別支給老齢厚生年金・報酬比例部分の 年金支給開始年齢も変わります。

平成25年4月2日以降に、通常、60歳の誕生日を迎えても公的年金は支給されなくなり、もう1年待たなければなりません。つまり、昭和28年4月1日までに生まれた男性は、60歳になった翌月から、特別支給老齢厚生年金の報酬比例部分の年金を受給する権利が発生しますが、昭和28年4月2日以降に生まれた男性は、61歳になった翌月に受給権が発生します。1日の誕生日の違いで大違いです。

これもまた段階的に、受給年齢が引き上げられ、最終的には、昭和36年4月2日以降生まれた人は、特別支給の老齢厚生年金を支給されることなく、65歳になった翌月からの老齢厚生年金の受給権の発生になります。女性の場合は、昭和33年4月2日以降に生まれた方から、受給年齢が引き上げられ、昭和41年4月2日以降に生まれた人が65歳受給権発生になります。

特別支給の老齢厚生年金とは、本来の老齢厚生年金は65歳からの支給で、現在は60歳から65歳支給へ移行段階なので、特別に60歳の翌月から65歳になるまでの間支給する年金ということです。

昭和28年4月の生まれた方は、「もう少しは早く生まれれば、よかったのに。」と 悔やんでも悔やみきれないかもしれません。

■厚生年金・国民年金の受取年早見表

生年月日(黒:男、赤:女)	支給年齢	60歳	61歳	62歳	63歳	64歳	65歳
昭和22年4月2日~昭和24年4月1日 昭和27年4月2日~昭和29年4月1日	特別支給厚生年金報酬比例部分の年金 定額部分の年金	老齢厚生年金 老齢基礎年金					60歳
昭和24年4月2日~昭和28年4月1日 昭和29年4月2日~昭和33年4月1日							60歳
昭和28年4月2日~昭和30年4月1日 昭和33年4月2日~昭和35年4月1日							61歳
昭和30年4月2日~昭和32年4月1日 昭和35年4月2日~昭和37年4月1日							62歳
昭和32年4月2日~昭和34年4月1日 昭和37年4月2日~昭和39年4月1日							63歳
昭和34年4月2日~昭和36年4月1日 昭和39年4月2日~昭和41年4月1日							64歳
昭和36年4月2日 昭和41年4月2日							65歳

平成25年4月から希望者全員65歳まで 継続雇用になります。

急速な高齢化の進行等に対応し、高齢者の安定した雇用の確保等を図るため、平成18年4月1日から、事業主は、(1)定年の引上げ、(2)定年の定め廃止、(3)継続雇用制度の導入、のいずれかの措置を講じる必要があります。その中で、(3)の継続雇用制度を導入する事業主は、今までは労働組合や従業員あるいは職員の代表者と話しをして、労使協定を締結すれば、採用の基準を決めていいことになっていましたが、平成25年4月から、採用の基準を設けることが出来なくなり、従業員、職員が65歳まで働きたいと希望すれば雇用しなければならなくなる予定です。つまり、採用基準に達しない人は再雇用する必要が

なかったのが、本人が希望すれば雇用しなければならないということです。

1.定年の延長…文字通り、定年を65歳以上まで延長することです。

2.定年の定め廃止…これも文字通り、好きなだけ働いてもいいということです。

3.継続雇用制度…60歳の定年で、一端、雇用契約を解消して、新たに60歳以降、有期雇用契約を結び直し、65歳以上まで雇用契約する制度です。一般的に、雇用契約期間も1年間とし65歳まで更新していき、現役時代と比べ、仕事の量や質を軽くしたり、労働時間を短縮して賃金も低く設定するケースが多いです。

そもそも定年とは、雇用契約期間が満了し雇用契約の解除ということです。定年退職の場合は、自己都合退職でもありませんし、事業主からの解雇とも違います。

就業規則、人事制度、賃金制度を見直すチャンスです

働く人にとっては、今までは給与が60歳以降、大幅に減ったとしても特別支給の老齢厚生年金が受給できて一応は生活が保てましたが、平成25年4月以降は60歳になっても公的年金が受給できなくなり、給与が大幅に下がった場合、生活への不安が出てきます。また、公的年金が支給されない分、そのまま事業主側が負担することも総額人件費の限度の問題から難しいところです。

ここは発想を変えて、経営者や事業主さんは、就業規則の見直しや、高齢者も含めた公平な人事制度、能力に見合った賃金制度等の処遇を見直す良い機会をとらえたいいかでしょうか。平成25年4月に向けて、そろそろ準備を始めていきましょう。

定年引上げ等奨励金

希望者全員が65歳まで働ける企業や、「70歳まで働ける企業」の普及等を図ることを目的として、【中小企業定年引上げ等

奨励金】【高齢者職域拡大等助成金】【高齢者労働移動受入企業助成金】の3つの制度があります。

【中小企業定年引上げ奨励金】

中小企業事業主（雇用被保険者の数が300人以下の事業主）で、65歳以上への定年引き上げ、希望者全員を対象とする70歳以上までの継続雇用制度の導入又は定年の定め廃止、また65歳前に契約期間が切れない契約形態に希望者全員を対象とする65歳以上までの継続雇用制度を実施した中小企業主に対して、実施した措置及び企業規模に応じて一定額支給されます。

企業規模	支給額
1～9人	条件によって20万円～40万円
10～99人	〃 40万円～80万円
100～300人	〃 40万円～80万円

【高齢者職域拡大等助成金】

高齢者職域拡大等助成金は、希望者全員が65歳まで働くことができる制度、又は70歳まで働くことができる制度の導入にあわせて、高齢者の雇用管理制度の構築や職域の拡大その他これに準ずる取組を行う計画（以下「職域拡大等計画」という。）の認定を受け、職域拡大等計画に基づく取組を実施し、高齢者がいきいきと働き続けることができる職場の整備を行った事業主に対して、当該取組の実施に要した費用の3分の1に相当する額を、500万円を限度として支給します。

【高齢者労働移動受入企業助成金】

定年を控えた高齢者で、その知識や経験を活かすことができる他の企業での雇用を希望する者を、適正な運用を期すことのできる有料・無料職業紹介事業者の紹介により、定年の1年前の日から定年到達時までの間に、失業を経ることなく受け入れた事業主に対して助成金を支給します。

対象者1人につき70万円支給
短時間労働者（週に労働時間20～30時間）の場合は、1人につき40万円支給

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

今回のお話は、厚生年金保険料率引き上げから、60歳以降の雇用へと展開しましたが、ここでは、「公的年金とは、何ぞや？」と言う話をしてみたいと思います。

厚生年金保険ですが、読んで字のごとし、「保険」なんです。民間の保険会社と契約している場合、保険対象の事故が起きたら、保険会社へ給付を請求しますよね。それと同じで、厚生年金保険の給付も事故が起きたら請求し、認められたら年金が支給されるというものです。公的年金の事故の給付の種類は「遺族年金」、「障害年金」、「老齢年金」の3つです。

この3つの給付を受ける人たちに、大きく共通するのは、「外で働いてお金を稼ぐことが難しくなったから、掛けた保

険から年金を支給する」と言えます。老齢厚生年金の場合は、60歳以降も厚生年金に加入していて、勤め先から一定以上の報酬を得ている人は、老齢の基準を満たしていても、お金を稼げない人に該当しませんね。だから、年金を受給する権利はあるけど、支給年金額が調整されたり支給停止になったりします。

公的年金は、預金ではなく「保険」ということです。テレビで司会者やコメンテーターが、納めた保険料という言葉を使いながら、これからの時代、納めた分を全額取り戻す可能性が低いから保険料を払うのは、ばからしいとか割に合わないと言っていることに苦笑します。

●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

人事評価制度、賃金制度設計、ワークライフバランス、高齢者雇用、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 E:mail fukuda-plmo@jewel.ocn.ne.jp

【第2話】

弱者の戦略＝

経営条件が不利な会社の戦略

経営には2種類のやり方があり、ひとつは「強者の戦略」で、もうひとつが「弱者の戦略」で、この2つのやり方は正反対です。しかし、弱者の戦略を取らねばならないのに強者の戦略を使って、業績を悪くしている会社が数多くあります。

また経営の中心部は、形がなくてつかみどころがありませんが、ランチェスター法則の研究から、経営を構成する要因は次のようになることがわかりました。

1. 商品対策(何を)
2. 営業地域対策(どこを)
3. 業界客層対策(誰に対して)
4. 営業対策(新しいお客のを見つけ方)
5. 顧客維持対策(お客の維持の仕方)
6. 組織対策(人の配分・役割分担)
7. 資金対策(お金の調達と配分)
8. 時間対策(時間の配分)

この中でも、特に「商品」「営業地域」「客層」の3つは、粗利益が生まれる直接的な対象であり、目標を定める場合、特に重要になります。

レポート

〈客層〉と〈地域〉を絞り、ダントツの顧客対策を実行した美容室

人口3万6千人の沖縄県読谷村で、「スウィートハンズ読谷店」という美容室を経営していた上地社長は、2店目の美容室を沖縄の中心地「那覇新都心」か、中部の北谷町に出そうと物件を探していた。その頃上地社長は、ランチェスター戦略の勉強会に参加し、毎月30～40時間勉強に取り組んでいった。

また、自分だけが実力が上がっても実行力は発揮できないことから、店舗リーダーにも参加してもらうようにした。

スウィートハンズ読谷店は、スタイリストが4名でアシスタントが3名の店だ。一般的に美容室では、スタイリストがメインで、シャンプーやカラーを行うアシスタントがサブとされ、スタイリストがお客様に関する情報を持ち、それをお客様カルテに記入しているのが普通だ。

しかしお客様に接する時間はアシスタントの方が長い。初めて来店されたお客様にはスタイリストが「ありがとうハガキ」を出す、2回目以降はアシスタントも出していいようにした。

こうすると、店全体がお客様のことを知るようになり、お



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)

客様は担当者が2人いるように感じて頂けると考えた。

また、アシスタントの中からお客を喜ばせることを考える「サービス隊長」を作った。サービス隊長は、子どもさんとお母さんが来られると写真を撮り、ハガキに印刷して送るようにした。また、お誕生日にはメッセージカードを書いてお渡しし、常連のお客様には帰られる時に歌を歌ってお送りするなど自主的に実行するようになった。また、スウィートハンズでは、以前、保証期間は10日だった。保証期間とは、そのスタイルが気に入らない場合、無料で手直しをする期間だ。これを2週間にした。

「スタッフには「手直しのお客様は大歓迎してあげよう」と話し、お客様には「今日はこのようにしておきますが、もしお気に入りにならないことがありましたら、いつでもお出で下さいね」と言わせるようにしました」お客様とスタッフの両方の心のストレスが取れるようにした。

新規客の集客はポスティング。「地域戦略」の勉強会の中で、店を中心に半径1km、2km、3kmで円を書き、お客を入れてみるように言われた。3km以内にほとんどのお客が入ることがわかった。現在その中で重点地域を決め、2ヶ月に1回、ドアツードアで3,000枚チラシを配布した。ニュースレターが秀逸だ。手書きで作り、売込みは押えイラスト満載、見るからに楽しさを感じさせるものだ。スウィートハンズは月に600人来店し、席数あたりでは沖縄でトップクラスの繁盛店になった。

新店舗出店にあたり「客層」「地域」を定める

経営戦略の勉強に取り組み「中心部は競争が激しくお客のを見つけ方も難しい。その難しさは人口の2乗に比例する。また本店からの距離が遠くなるとチェックや指導、教育等が行き届かなくなる。地方にある店が出店する際は、中心部に背を向けて反対か、都市部の周辺に出店しなければならない」ことを学んだ。出店地域を、当初考えていた都市部ではなく、都市部とは反対の恩納村か石川市に絞って

行った。客層も絞り込んでいった。ほとんどの美容室は店を出す場合、若い女性をターゲットに店づくりをする。これに対して上地さんは、子どもを持っている若いお母さんに絞ろうと考えた。しかし若いお母さんは子どもがネックの場合が多く、これに対する解決策を考える必要があった。

また、美容室は土曜と日曜はお客が多いが、平日は少ない。経営を安定させるには平日、中でも昼間の集客を図ることがポイントだ。上地さんは、読谷の店から15分で行ける石川市に美容室をつくり、都市部に流出している主婦層をターゲットに平日の昼間客を集めていけば成功するのではないかと考えた。

現地で一次情報を収集する

商工会に行き、美容室の数と店舗名を調べた。35軒の店に朝・昼・晩行き、車の中からどこがお客が入っている店か観察した。お客が入っている店には料金や繁盛の理由を調べるため、スタッフの妹さんなどに行ってもらった。繁盛店がひとつあった。しかし格安店でバッティングしない事がわかった。さらに役場に行き、男女別世代別の人口統計表を閲覧し、0才から5才の子どもの人口と親の数を調べた。

これらのデータ及びリサーチから、若い主婦は地元の店には行かず、都市部まで行き、髪を切っている人が多いことがわかった。

スーパーや弁当販売店などの繁盛店にも行き、売上状況や来店地域などを聞いて行った。すると、他の町よりも売上が多く、伸びていると言われた。

2004年、上地さんは読谷村の店から15分の石川市で、0才から5才までの子どもを持つ若い母親をターゲットとした美容室、「スウィート・ハンズ石川店」を出すことを決意した。以前調べた都市部の物件は50坪で家賃50万であっ

たが、石川店は50坪で13万だった。駐車場は14台置けてなんと1万円だった。

客層に合せた顧客対策

上地さんは、店内で乳幼児や子どもたちを預かる「キッズルーム」を作るようにした。

これは、重点客層である若いお母さんが、髪を切りに行く際の不便や不自由を解消してあげるのが目的だった。保育士の資格を持った方をパートで採用するようにした。店内の雰囲気もこれまで都心に行っていた客層の満足に応えることができるオシャレなものとし、店に置く雑誌も客層に合せ、ガーデニング関係や食べ歩き関係の本を置くようにした。

新規客をつくるための営業対策

2005年3月「スウィート・ハンズ石川店」をプレオープンした。プレオープンのチラシには店のPRだけでなく、周辺の店も紹介した。これは保存してもらえ、周辺の店も応援団にしていっていいチラシの作り方であった。でき上がったチラシを持っていくと、「もっと持ってきて下さい、宣伝してあげるよ」と言われた。配布エリアはお客が店まで歩いて来れる距離の3,000枚にし、市内の人と話をし渡すようにした。

プレオープンのうち1日を「キッズデー」にした。これは小学生以下のお母さんさんに限りカット料金が500円ということで、お母さんが一緒に来店することが目的だった。予約でいっぱいになった。「将を射んとすればその馬を射よ」、狙い通りになった。

多くの主婦層が来店した。狙い通りであった。プレオープンから1ヶ月半で、来店客は1日40名に達した。弱者の戦略で地域を決めて、客層を絞り、営業戦略と顧客維持を実行した。まさしく戦略の勝利だった。

弱者の戦略と 応用のポイント

1. 中心部は競争が激しい。経営の難しさは人口の2乗に比例する。弱者は中心部に背を向けて地方の一騎打戦の地域か、都市の周辺部に店出すべき。
2. 経営では1次情報が重要。上地さんは知人やお客さんの声、行政データまで徹底的に集めた。これらは人任せにできなかった。
3. 経営では競争相手の情報が必要。お客様は、他の店や施設と比べて来店する。あなたは競争相手の情報を、どのようにして集め、どのように差別化していますか？
4. 上地さんは1位を作る重点客層を「0才から5才の子どもを持っている」「都市部に流出して若いお母さん」に絞った。2つの要素が重要。あなたはどのように客層を絞っていますか？
5. キッズルームを作った。内装や雑誌なども、それまで都市部に流出していた若いお母さんの趣味に合うものにした。これは客層を絞ったからこそできる顧客対策だった。
6. キッズデーを作った。あなたは重点客層を集客するために、どんな仕組みを作っていますか？
7. 業績を良くするには、商品、営業地域、業界や客層で1位を作っていく目標を正しく定めなければならない。あなたの定めている目標、戦略、仕組みは正しいでしょうか？

...あなたは
これを
どう応用
しますか？



●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。

業績の良い小さな会社の実践例を、異業種でも応用できるように「お客づくり実践ニュースレター 羽山レポート」「深堀レポート」として毎月発行。

小さな会社および医療福祉ビジネスの営業戦略、経営戦略をコンサルティング。

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)はビジネス書ベストセラーに。

「ランチェスター戦略社長塾」開催中。熊本大学卒。福岡市在住 <http://www.hayama-pro.com>

Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

死に顔ピース

「死に顔ピース」とは、死を前に笑顔で迎える人々の実話を基にした演劇。死を前に笑顔で迎える人々の実話を基にした演劇。死を前に笑顔で迎える人々の実話を基にした演劇。

出演者：山崎孝浩、水戸部千鶴子、藤村悠生、藤村美穂子、藤村悠生、山下夕佳、藤村美穂子、YAMA、藤村悠生、藤村美穂子、藤村悠生、藤村美穂子

公演日時：12月15日(土) 14:00~16:00 / 19:00~21:00 / 12月16日(日) 14:00~16:00

チケット：全席自由 一般【前売】3,500円【当日】4,000円 / 学生【前売】2,000円【当日】2,500円

※12月13日宇部公演 (2回上演予定) も決定! ...詳細はアステム宇部支店にご連絡ください。



笑顔で迎える最期が演劇に!
「死に顔ピース」の広島公演が
12月に開催されます。

…おげんきクリニック岡原院長が取り組む在宅ホスピスケアの実話が演劇になりました。

読者の皆さまこんにちは。アステム岩国支店の有馬と申します。私の担当先で、今号・巻頭記事「地域医療最前線」に登場いただいた、医療法人おかはら会おげんきクリニック(山口県周防大島町)の岡原仁志先生の実話を基にした演劇がこのたび、広島市東区民センターで上演されます。「死に顔ピース」というタイトルは衝撃的ですが、6年くらい前に岡原先生は、実際に末期がんの患者さんご家族の要望で、往診の時に毎回、仮装したり、楽しいイベントをしたりして、残された時間を笑顔で楽しく過ごしてもらったそうで、最期を迎えられた時は、遺された娘さんが亡くなったお母さんに死に化粧を施し、ご本人を囲み家族全員でピースサインと笑顔を添えて記念写真を撮られたとのこと。このエピソードがテレビで報道されたのを、偶然この劇の作家と女優さんの目に留まり実現したというわけです。昨春秋に東京で上演され、好評を博したというこの演劇。ぜひ医療・介護関係者に観てもらいたいと岡原先生はおっしゃっていました。前売り券は9月10日から発売になります。ご要望がありましたら、営業担当者を通して私の方に連絡ください。(アステム岩国支店営業課・有馬)

編集部から

前号でお伝えしたアジア太平洋こども会議(<http://www.apcc.gr.jp/>)のホストファミリー役も無事終わり、疲れが一気に出了のか、夏バテが激しい今日この頃です。その時の感想に少しだけお付き合いください。まず、予想以上にムスリム(イスラム教徒)と付き合う難しさを実感しました。受け入れたのは、モルディブの23歳の女性ですが、とにかく大人しくて保守的。確か豚肉とアルコール以外は食べれるはずなのに、ご飯(米)は食べないし、生野菜もスープもうどんもダメ。食べたのはチキンカレーとパン(ナンの方がよく食べました)それにフライドポテトとフルーツを少々。日本食に挑戦してみようという好奇心は全くゼロというのは驚きでした。異文化交流といえば、やはり食べ物だと思い込んでいた私の常識は吹飛びました。さらに観光に行っても日本の文化にちっとも興味を示さず、積極的だったのはショッピングのみ。お兄さんたちに頼まれた品物探して必死です。しかし、一生懸命7歳の甥っ子のおもちゃを探姿をみていると、それだけファミリーを大切にするんだらうなあと思い直し、スパイダーマンのコスチューム探しにおもちゃ屋めぐりをしたことも今では良い思い出です。しかし、来年もまた受け入れを頼まれたらどうしよう…。(K.K.)



GOOD DESIGN AWARD 2011

GOLD
AWARD

2011年度金賞に選ばれました。

3100BK27
ダイヤフラム部カラー：グレー

3MTM リットマンTM エレクトロニック ステスコープ Model 3100 / Model 3200 3MTM Littmann[®] Electronic Stethoscope



3200BK27

ダイヤフラム部カラー：ブラック

- 従来のリットマンTM 聴診器の
24倍までの音量増幅
- ANRテクノロジーによる
周囲の騒音を平均85%低減
- 周波数モード
Model 3100: ベルモード、ダイヤフラムモード
Model 3200: ベルモード、ダイヤフラムモード、レンジ拡張モード
- 軽量、柔軟性のあるチューブ
- 新生児、小児、成人患者の聴診が
可能なチェストピース
- 聴診音の録音再生機能 ※
: 本体に12個の録音可能
: パソコンにリアルタイムで録音可能
- BluetoothTM 通信 ※
※ 印の機能はModel 3200のみとなります。
※ パソコンへのリアルタイムの録音、BluetoothTM通信は、
Model 3200付属のStethAssistTM 専用ソフトにておこないます。



シンプルな操作性を追求 Model 3100



製品番号	3100BK27	3100HG	3100NB	3100BU	3100PL
チューブ 色	ブラック	ハンターグリーン	ネイビーブルー	パーガンディ	プラム
概要	電子聴診器 (単3アルカリ電池1本使用) ダイヤフラム部直径: 約51mm ダイヤフラム部カラー: グレー				
全長/重さ	約69cm/約180g (電池含む)				
希望税込価格 (本体価格)	¥57,750 (¥55,000)				

[Model 3200付属] StethAssistTM 専用ソフトの主な動作環境

- OS Microsoft[®] Windows[®] XP SP2以降
(SP1では作動しません。)
Microsoft[®] Windows Vista[®] (32-bit)
Microsoft[®] Windows[®] 7 (32-bit, 64-bit)
現在Mac OS[®] には対応していません。
- メモリ 512MB以上
- CPU Intel[®] Pentium[®] 4 互換機以降
- 画面 1024×600 グラフィック ディスプレイ以上
- 必要周辺機器 USB 1.1ポート以降
CD-ROMドライブ (または相当品)



必要な動作環境を満たすパソコンであっても、パソコン固有の設計仕様やお客様の使用環境の違いにより、付属ソフトの動作が正常に行われない機種があります。付属ソフトのパソコンとの互換性に関する詳細は、弊社ホームページにてご確認ください。

3M, Littmann, StethAssist, リットマンは3M社の商標です。
BluetoothはBluetooth SIG Inc.の登録商標です。
Intel, Pentiumは米国Intel Corporationの米国およびその他の国における登録商標です。
Mac OSは米国Apple Inc.の米国およびその他の国における登録商標です。
Microsoft, Windows, Windows Vistaは米国Microsoft Corporationの米国およびその他の国における登録商標です。

スリーエム ヘルスケア株式会社

医療用製品事業部

〒158-8583

東京都世田谷区玉川台2-3-31

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

録音・再生・送信機能を持つ ハイエンドモデル

Model 3200



製品番号	3200BK27	3200NB	3200BU
チューブ 色	ブラック	ネイビーブルー	パーガンディ
概要	電子聴診器 (単3アルカリ電池1本使用) ダイヤフラム部直径: 約51mm ダイヤフラム部カラー: ブラック		
全長/重さ	約69cm/約180g (電池含む)		
希望税込価格 (本体価格)	¥68,250 (¥65,000)		

販売名: 3M リットマン エレクトロニック ステスコープ
管理医療機器 認証番号: 223ADBZX00010000

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)
ナビダイヤルが繋がらない場合は、03-3709-8165をご利用ください。

