

特集●地域医療最前線

**運動療法室や調理実習室を併設した糖尿病専門クリニックで
患者と共に歩む、南昌江院長の今** ~開業して15年、これまでの軌跡とこれからを語る~

特集●がん治療最前線

九州初の重粒子線がん治療施設 ~「九州国際重粒子線 がん治療センター」(サガハイマツト)いよいよ5月開設!~

特別企画●開拓者に聞く【pioneers interview】

新開発の「多機能車椅子」と「移動シャンプー台」が医療・介護の現場でブレイクの予感

一押し!ME機器

炎症や感染症の早期診断には、「多項目自動血球分析装置XSシリーズ」を!



Poeti

〈メッセージ〉

いつも帰ってくると玄関までお出迎えしてくれるベル(ちゃん)とレン(ちゃん)。家にお客さんが来るのが大好きで、帰る時は見送りもしてくれます。メスのベル(ちゃん)は、体重1.7kgのちびっ子トイプードル。膝の上によく座って、ウトウトと居眠りをしています。オスのレン(ちゃん)は、エプロンのひもやタオルが大好きで、それを見つけては自分のクッションに引きずって持って行ってしまいます。

2匹でおもちゃの取り合いをしたり、追いかけてっこをしたり家の中が騒がしい毎日です。

投稿者:川副乃理子さま
一心堂薬局(福岡市南区平和)
〈ワンちゃんのプロフィール〉
お名前:ベル
年齢性別:1歳3ヶ月・女の子
.....
お名前:レン
年齢性別:1歳・男の子
.....
犬種:トイプードル



contents

- 02 ● **〈地域医療最前線〉**
運動療法室や調理実習室を併設した糖尿病専門クリニックで患者と共に歩む、南昌江院長の今
～開業して15年、これまでの軌跡とこれからの語る～
- 06 ● **〈がん治療最前線〉**～「九州国際重粒子線 がん治療センター」(サガハイマツ)いよいよ5月開設!～
九州初の重粒子線がん治療施設
- 10 ● **〈医療機器情報〉**ー押し!ME機器
炎症や感染症の早期診断には、「多項目自動血球分析装置XSシリーズ」を! シスメックス株式会社
- 13 ● **〈医薬品情報〉**
医薬品新規収載関連ニュース
- 14 ● **〈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5回〉
クレームはタッチ不足!
- 17 ● **〈ここで一服、労務管理のお話〉**
平成25年4月1日から改正高年齢者雇用安定法が施行されます。
- 20 ● **特別企画〈開拓者に聞くpioneers interview〉**
新開発の「多機能車椅子」と「移動シャンプー台」が医療・介護の現場でブレイクの予感
- 24 ● **〈ガイドラインダイジェスト〉**絶対リスク評価を採用し、患者の層別をより鮮明に。
動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012(日本動脈硬化学会)
- 28 ● **〈見える化のススム〉**～セカンドシーズン～〈第5回〉
リーズンホワイはDPC病院だけのものではありませんそれは、あなたのものです
- 31 ● **ほっとたいむ** (ココラでちょっと一息ついてみませんか?)
- 32 ● **〈ランチェスター法則で業績を良くする方法〉**〈第4話〉
目標を絞り込んで、強い客層、強い地域をつくる方法
- 34 ● **〈はじめての人事・賃金基礎講座〉**〈第4回〉
21世紀の労使の人事賃金の課題とは
- 36 ● **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

運動療法室や調理実習室を併設した糖尿病専

～開業して15年、これまでの

LINIC Report 地域医療最前線



南昌江内科クリニック
(福岡市南区平和)

南昌江内科クリニック
院長 南昌江先生



南昌江先生を語るとき、やはり先生が医師になった理由から話さなければなりません。南先生は、14歳のとき1型糖尿病だと告げられました。ご存知の通り1型はインスリン依存型といわれるようにこれから一生インスリン注射と付き合っていかなければなりません。そのとき心身共にお世話になり、導いてくれた医師や看護師の方々の姿が忘れられず、医師を志し、その夢を実現された先生です。

糖尿病の専門医としていくつかの病院勤務を経験した後、1998年に福岡市平尾にあるビルのテナントにて開業。2004年には近隣の土地を購入し移転新築を果たし、現在に至ります。その間、忙しい診療の傍ら、10年連続ホノルルマラソン完走を果たすなど、全く病気のことを感じさせない体力を保持、先生のもとに集まる患者やそのご家族等に対して、医師として、また一人の患者として先生自らの実践を通じ、糖尿病があっても決して夢をあきらめる必要はなく、人生を楽しむことがいかに素晴らしいかを伝え続けています。2013年を迎えるに当たり、これまでの15年の軌跡とこれからのについて南先生に語っていただきました。

《インタビュー：南昌江先生》

（ 事業主としての心得は 父の言葉から学んだ ）

——まず、開業されたのは1998年6月と聞いていますが、開業した動機と立ち上げの際に苦労した点などあればお聞かせください。

「私と同じように糖尿病を患う患者さんの手助けをしたいと思い医師になったのですが、病院の外来は患者さんがとても多くて、じっくりと話を聞きながら診療することはできませんでした。病院勤務を続けていくうちに、自分が思う理想の医療を実現したいという思いが次第に募り、小さくてもいいから糖尿病専門のクリニックを立ち上げてみたいと思うようになり決断しました。

しかしながら、いざ開業となるとテナント開業でもか

りの資金が必要ですが、銀行はそう甘くありませんでした。当時はこのような病気があると生命保険にも入れない時代でしたし、まだまだ社会経験の浅い30代の女性医師に融資する銀行はなかなか見つかりません。電器店を営んでいた父は、そのことを最初から分かっていたようで、資金援助を申し出てくれましたが、医学部に進学させてもらった上に、これ以上の迷惑はかけたくなかったし、また、世間にちゃんと認めてもらうには、たとえ病気があっても自分の力でやれるということを証明したいという気持ちもあり断っていたのです。結果的には、父のおかげで預金担保を条件に銀行からお金を借りることができました。

その父は、2001年に亡くなりましたが、それまで私にいろいろと事業主としての心得のようなことを助言してくれていました。たとえば、借り入れの返済期間について、税理士さんから10年かけて返すのが良いと

門クリニックで患者と共に歩む 南昌江院長の今 軌跡とこれからを語る～

聞かされていましたが、父からは『まずは、銀行の信頼を得ることが大切なので、そのためには、1日でも早く返済して実績をつくりなさい。』といわれていました。何とか4年で完済したところ、そのおかげで開業5年目には、次の事業展開の準備ができるだけの体制になれたと思っています。実際に資金計画を立てる際には、銀行の方から融資の勧誘に來られました。開業の時には耳を貸してもらえなかったとしても、実績をつくれれば必ず向こうからお願いに來ると常々父が言っていたのを思い出し、長年電気店を經營してきた父の教えの正しさを実感しました。言うとおりにして良かったとつくづく思いました。

父はまた『土地建物を所有することは、将来に備えることになる』ということや、『体力と資金の余裕があるうちにやりたいと思うことをやっておきなさい』とも言ってくれていました。このような父のことは、若い頃は聞き流すことも多かったのですが、今になってその言葉の意味がよく分かるようになりました。父には本当に感謝しています。」

（ホノルルマラソンの完走が
大きな自信に。
新築移転決断の決め手に！）

——岐路に立ったとき、そこにはいつも道標となるお父様の教えがあったというお話、とても感銘を受けました。2004年に新築移転を決心した動機について、もう少し詳しくお聞かせください。

「最初はそんなに大きくするつもりはなかったのですが、かなり早い時期から待合室がいっぱいになるくらい患者さんの数が増えてしまい、座れないで立って待っている人も目に付くようになりました。もともと開業の動機は、じっくりと診療したいと思ったからでしたが、いつしか病院勤務時代と変わらないくらいに忙しくなってしまう、もうビルの一室のテナントでは限界で、何とかしなければと思っていました。

また、糖尿病の療養で一番大事なのが食事と運動ですが、糖尿病を告げられたとき、ほとんどの患者さんは、美味しいものが食べられなくなるとか、苦しい運動をしなければならないとか、まるでつらい修行を課せられるのではないかと不安でいっぱいになります。机

の上での指導だけではなく、実際に料理を作ってみたり、運動してみたりできれば、患者さんに料理や運動は楽しいものだと思ってもらえるのではないかと思います。調理実習室や運動教室などのスペースもたっぷり確保できる広さが欲しいという思いもありました。

そうはいつでも土地を購入して新築するとなると開業の時とは比較できないくらい大きな投資になりますし、本当に返済していけるだろうかとか不安も沢山浮かび、決めかねていました。しかし、北海道へ講演に行った時、ホノルルマラソンを完走した経験のある先生の話にすっかり刺激を受けてしまい、ホノルルマラソン完走を目標に頑張ってみようと思えました。これを完走できれば、これからの自分に対してもっと自信が持てるようになるかもしれないという思いがあったからです。本番の2002年12月8日に照準を定め、毎日地道にトレーニングに励み、その結果、初めてホノルルマラソンを完走できました。これは私にとって予想以上に大きな自信となり、最終的に新築移転を決断しました。

その間、父は亡くなってしまいましたが、そのことで、何としても完走したいという気持ちは強くなりました。父は亡くなった後でもこういう形で私を激励してくれたんだという気がして、感謝の気持ちでいっぱいです。私の完走する姿と新クリニックを父にも見てもらいたかったです。

このように新築移転に至るまでの数年間は次々といろいろなことが重なって起こり、私にとって忘れられない時期となりました。」



マラソンを楽しむ
南先生

タートルマラソン大会(東京都・2012.10.21)にて
…スカイツリーサングラスで
南先生(左)もご満悦





ホノルルマラソン(2011.12.11)にて
…観衆に余裕の笑顔を振りまく南先生。
足取りも軽快!

マラソンを楽しむ 南先生



（新クリニックは、 糖尿病との付き合い方を覚え、 新たなスタートを切る場所に）

——その激動の数年間を経て、先生が理想とする医療を思いっきり表現できる場をついに手に入れたわけですね。先生の思い入れがいっぱい詰まったこのクリニックについてお聞かせください。まず、建物設計のプランはどう進められましたか？

「移転前のビルと同じ町内に良い土地が見つかり145坪の敷地に80坪の建物を建てました。1階にクリニック機能を集約し、2階には運動教室と調理実習用の2つの部屋を配しました。設計については、開業の時に設計していただいた建築士の方に頼みました。その時はテナント入居でしたが、設計には特に拘りましたので、何人もの建築士の方とお会いして8人目ようやく私とぴったり波長が合う人と出会うことができました。ただし見積金額が他の人の倍くらい高く、当時父もびっくりして『テナントにこんなに贅沢するのはどうか』と言われましたが、糖尿病の場合、どうしても診療に時間がかかりますので、待ち時間が長くなるのは避けられません。そうであるならば、せめて待っていたいる間は快適に、気持ちよく過ごしていただきたいとの思いがあり、そのための投資は惜しむ気持ちはありませんでした。その分患者さんにいっぱい来てもらえば良いからと父を説得したことを懐かしく思い出します。ここでも前回と同様に内装から椅子・テーブル、調度品の数々まで細部に渡り品質に拘り投資しました。特に2階はほとんど私の趣味の世界です(笑)。たとえば調理実習室では、食器類をすべてホワイトカラーで統一し、きれいに盛り付けた料理も映えます。私もできるだけここで食事するようにしていますが、お洒落なレストランでランチを頂くような贅沢な気分が味わえますよ(笑)。」

——先生のお話を聞き、ますます2階の見学が楽しみなになってきましたが、もう少しインタビューを続けます。移転の際にはスタッフの増員が必要だったと思いますが、どうやってこれだけの人材を確保されましたか？

「開業時から管理栄養士には居てもらっていますが、当院の医療スタッフはみんな糖尿病療養指導士です。病院勤務時代に知り合った人もいれば、講習会等で仲良くなった人達の中から声をお掛けしたり、紹介していただいたりして、一人ひとり増員していきました。運動療法士の人は、私が以前スポーツドクターとして参加していた大濠公園のウォーキング教室で意気投合して来てもらった人で、もう長いお付き合いです。おかげさまで、求人広告などしたことはありません。」

（南先生のもとには、 同じ志を持った仲間が 自然と集まる）

——なるほど、それで、スタッフの皆さん全員の雰囲気は何となく南先生と似ているわけですね。取材の前にお待ちしているわずかな時間でも、皆さんの働く様子からチームワークの良さを感じていました。さて、さいごに、先生が大好きなマラソンの話題も含め、今後のことについてうかがいます。

「東京で行われるタートルマラソンという催し(10/21)に行ってきたばかりです。これは、私たち日本糖尿病協会チームとして参加する国内では最大のイベントですが、今年も全国から糖尿病患者さんや医療関係者が100名くらい集まり、皆で楽しく走ってきました。」

いよいよ12月9日はホノルルマラソンです。前回、10年連続完走を果たしましたが、今回は大会そのものも40回記念大会になります。気持ちも新たに楽しんで走りたいと思っています。ホノルルマラソンは時間制限がないので完走しやすいんです。周りの景色や風を感じながら走るととても気持ちが良いですよ。

今後のことについて聞かれるといつも困ってしまいます。これまでやってきたことを今後も続けていきたいと思っていますが、最近は糖尿病学会や糖尿病協会の仕事に、講演会など診療以外のことが増えてしまい、手一杯になってしまいました。それを考えると常勤医師がもう一人居てくれると、活動の幅がまた広がるのではないかと考えています。ただし、当院の診療方針とぴったり合い、しかも来てくださるような環境にある先生はなかなかいらっしゃいませんが、あきらめず探していきたいと思っています。」

運動教室見学(2012.11.5)



この日はたまたま3名でした。いつもはもっと多いようですが、その分、思いっきり手足を伸ばし、皆さん気持ち良さそう。インストラクターの野口昭恵さんの笑顔も素敵です！

調理実習見学(2012.11.5)

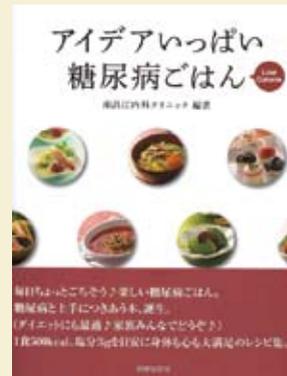


この日のメニューは、秋鮭のきのこクリームソースかけ、秋のポトフ、ブロッコリーの芯で団子、ロールパン、紅茶です。

こんなにボリュームがあり何と481kcal・塩分2.7g。おかずだけなら291kcal・塩分1.9gです。

調理実習の前には全員でお勉強タイム。皆さんとても勉強熱心で、専門用語も飛び交い質疑応答も活発でした。調理が始まると表情も和やかになり、とても楽しそう。料理が出来上がり、食事に移ると、まるでそこはお洒落なレストランでスペシャル・ランチを楽しむお友達同士という雰囲気でした。皆さま、女性だけの楽しい席にむさくるしい男2人でお邪魔し、大変失礼しました。

この教室で作られたメニューが1冊の本になりました。全国書店にて販売中



「アイデアいっぱい糖尿病ごはん」
南昌江内科クリニック 編著

菊判変形(縦280×横220ミリ)、
並製、84ページオールカラー
定価1,575円(本体1,500円+税)

(取材を終えて)

南先生のところには小児患者も多く、この15年の間にりっぱに成長して、中には一流のスポーツ選手になった人もいます。彼のおかげで、インスリンの管理の仕方次第ではたくましいスポーツ選手にだってな

れると分かり、後に続く子に勇気と希望を与えています。また、先生がかつて憧れたように医師・看護師など医療関係に進む子も増えていて、すでに医師として活躍している人もいます。これからきっと第2、第3の「南昌江」が現れ各地に広がっていく予感がします。

九州初の重粒子線がん治療

～「九州国際重粒子線

healthcare Report
がん治療最前線



九州国際重粒子線がん治療センター
愛称:サガハイマツ
(佐賀県鳥栖市 新鳥栖駅前)

昭和56年から現在に至るまで日本人の死亡原因の1位である“がん”は、今や2人に1人はかかると言われている。かつては“不治の病”というイメージが大きかったが、医学の進歩によってがんの治療法の技術革新が進むとともに、病気の治癒のみならず患者のQOL(生活の質)を重要視する傾向にある。そんななか、体にやさしい最先端のがん治療として注目を集めているのが“重粒子線治療”だ。今年5月、国内で4か所目、九州では初の重粒子線がん治療センターがオープンする。九州のがん医療の充実への貢献に期待が高まる。

重粒子線治療とは

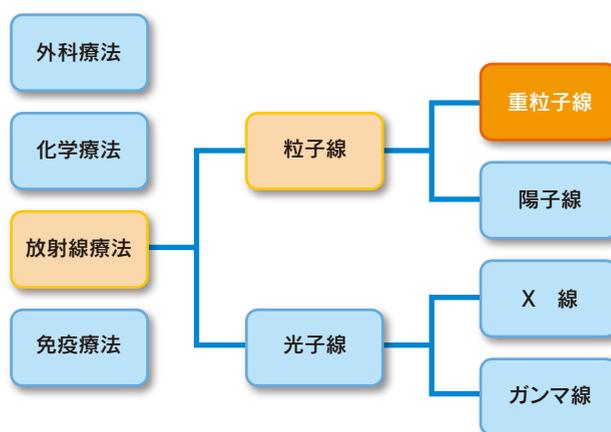
(がん治療の種類)

がんの三大療法といえば、外科療法、化学療法(抗がん剤治療)、放射線療法。重粒子線治療は、放射線療法の一つだ。

放射線には、エックス線やガンマ線など光の仲間である光子線と、陽子や炭素イオンなどを加速して作る粒子線とがある。(図1)

放射線治療は、放射線をがん細胞に向けて照射することで、がん細胞のDNAなどを破壊し、細胞分裂できないようにして死滅させる治療法だ。

■図1: 主ながんの治療法



施設

がん治療センター」(サガハイマツ)いよいよ5月開設!～

従来から放射線治療に用いられているのはエックス線やガンマ線だが、これらは体の外から照射すると、体の表面近くでエネルギーが最大となり、体の奥に進むにつれて弱まりながらがん細胞に作用し、その後も体の奥へと進んでいく。そのため、がん細胞の周りにある正常細胞にまでダメージを与えてしまう心配がある。よって、従来の放射線治療は、弱い線量の放射線を異なる角度から複数回に分けて照射するなど正常細胞への影響(＝副作用)を抑えるための工夫がなされている。しかし、それでも副作用の心配は残る。そこで、注目されているのが粒子線治療だ。

(ピンポイント照射できる粒子線治療)

粒子線は、体のある一定の深さでエネルギーのピークを迎え、その前後では弱く抑えられるという特性を持つ。このピークになる深さをがんの患部に合わせることで、がんの周りにある正常細胞への影響を最小限に抑えながら、がん病巣だけをピンポイントでたたくことができる。(図2)

(がんをたたき力強い重粒子線治療)

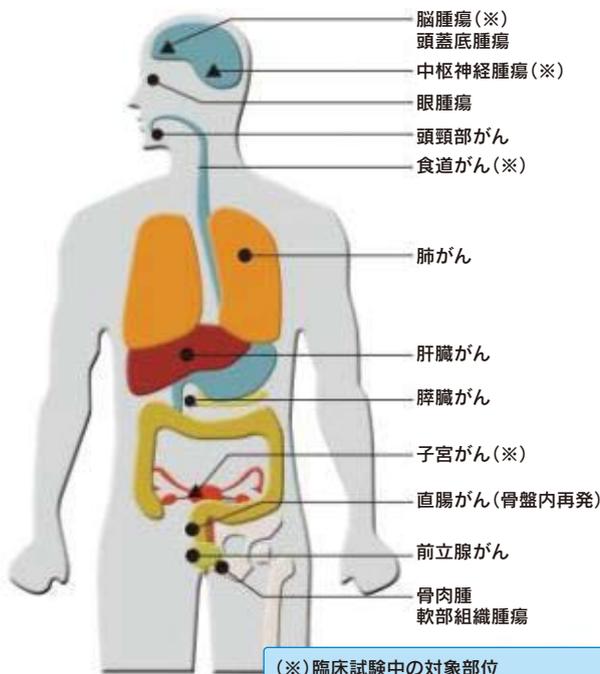
陽子より12倍も重い炭素イオンから作られる重粒子線は、がんを叩く力がエックス線やガンマ線、陽子

線の2～3倍ほど強い。このため、1回の照射で得られる効果が大きく、照射回数を半分程度まで少なくすることができる。初期の肺がんで1回照射、肝臓がんなら2回で治療できるケースもある。(図3)

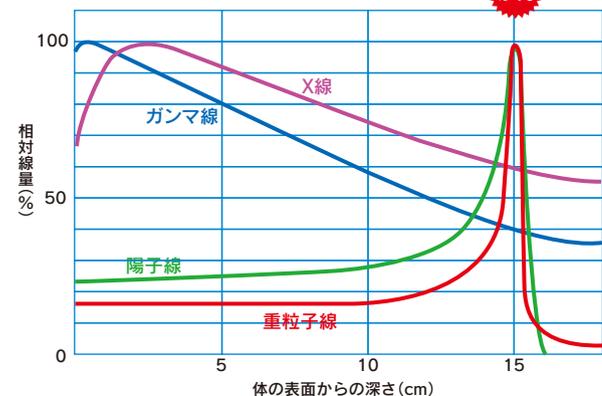
さらに、従来の放射線治療が苦手としてきた放射線抵抗性のがん、例えば首から上の頭頸部の腺がん系腫瘍や悪性黒色腫、骨軟部の肉腫などにも治療効果が期待できる。そのほか、前立腺がん、肺がん、肝臓がん、すい臓がん、直腸がんの術後の骨盤内再発などの治療にも向いている。(図4)

一方、重粒子線治療の対象とならないがんもある。一か所に留まっている固形がんを対象とするため、白血病などの血液のがんや、胃や大腸など不規則に動くものや破れやすい臓器のがん、広範に転移のあるがんの治療には向いていない。

■図4:重粒子線治療の対象部位



■図2:線量分布を表す図(イメージ)



■図3:照射回数例

		従来の放射線治療(X線、ガンマ線)	重粒子線治療※
肝がん		10～20回	2～4回
肺がん	I期	4～10回	1～4回
	局所進行	30～40回	12回
前立腺がん		30～40回	16回

※(独)放射線医学総合研究所実績

（先進医療特約で治療費全額保障も）

重粒子線治療は、厚生労働省が認める先進医療の一つ。治療費の約300万円は全額患者の自己負担になるため高額だと思われがちだが、これまで治療が難しかったがんにも治療の可能性を広げることや、体への負担が少ない治療だということを考えると、この治

療法の存在意義は大きい。

なお、近年、民間保険会社からは先進医療にかかる費用を全額カバーする「先進医療特約」や、がんと診断された時点でまとまった金額を加入者に支払うような保険商品が多数発売されているので、このような保険を活用するという方法もある。

九州国際重粒子線がん治療線センター

（交通の要衝「鳥栖」に誕生 九州初の重粒子線がん治療 「サガハイマツ」）

現在、国内で重粒子線治療を実施している医療機関は千葉、群馬、兵庫の3か所。国内4か所目、九州で初となる重粒子線がん施設「九州国際重粒子線がん治療センター」（愛称：サガハイマツ）が、佐賀県鳥栖市に今年5月、いよいよ開設する。

鳥栖市は新幹線、高速道路がクロスする交通の要衝。九州各地のみならず、山口、広島からもアクセスが良好だ。センターは、九州新幹線やJR長崎本線が停車する「新鳥栖駅」の目の前、駅から徒歩2～3分の場所に立地する。

（地域の医療機関と連携 「粒子線がん治療外来」開設）

サガハイマツは、重粒子線治療に特化した施設で、患者は大学病院や地域のがん診療拠点病院などで診断を受け、重粒子線治療が適していると判断されて紹介してもらうことで初めてサガハイマツでの治療につながる。この治療法は体への負担が少ないた

め通院によるがん治療が可能となる。そのため、サガハイマツは入院施設を持たず、持病などの関係で入院が必要な場合に備えて地域の医療機関との協力体制も整えている。

現在、近隣の大学病院や、地域のがん診療連携拠点病院、さらには九州の28の医療機関で構成される国立病院機構など40を超える医療機関と「医療機能連携協定」を締結し（平成24年12月現在）、患者紹介や、治療後の経過観察などで相互に協力していく体制づくりに取り組んでいる。今後もさらに医療ネットワークを広げていく予定だ。

また、九州大学病院、久留米大学病院、佐賀大学医学部附属病院にはすでに「粒子線がん治療外来」が設置されており、粒子線治療適応の判断や既存の粒子線治療施設への紹介、治療に関する相談などを実施している。



（写真提供：放射線医学総合研究所）





（昨年10月に建物完成）

一昨年の2月から建設が進んでいたサガハイマツトは、昨年10月に建物が完成した。

建物の約半分を占めるのが治療装置エリア。中心となるのは、炭素イオンを光の速さの約70%まで加速し、重粒子線を作り出す直径20メートルの円形加速器（シンクロトロン）だ。シンクロトロンで治療に必要なエネルギーまで高められた重粒子線は、真空のダクトを通過して治療室まで運ばれる。

治療室は3室。治療室Aは水平と斜め45度から、治療室Bは水平と垂直の2方向から照射できる。3室目となるC室には、将来、次世代型のビームスキヤング照射装置が導入予定だ。

治療装置エリアとは対照的に、患者が利用する一般エリアは、木の温かみを生かした造りで落ち着いた雰囲気。ステンドグラスや間接照明、吹き抜けのポケットガーデンなど、少しでもリラックスして治療を受けてもらえるような工夫が施されている。

（5月開設、7月から自由診療開始）

ビームの照射試験などを経て、いよいよ今年5月に開設を迎える。開設後は、医療機関から紹介患者を募り、7月から自由診療での患者受け入れ・治療を開始し、12月からは保険診療との併用が認められる先進医療による治療を開始する予定だ。



がん治療の充実に向けて

九州の経済界、医療界、大学、行政からなる産学官の共同プロジェクトとして進められている「九州国際重粒子線がん治療センター」。九州初となる重粒子線がん治療施設の開設は、立地する佐賀県はもちろんのこと、隣接する福岡県をはじめ広く国内のがん患者さんの治療の選択の幅を広げ、がん治療の充実につながる。

最先端のがん治療施設ということもあり、開設に必要な事業費は150億円。その大半を寄附で集めることとしており、その趣旨に賛同する企業、団体、個人などからの寄附を募りながら、開設の準備が進められている。

（お問い合わせ）公益財団法人 佐賀国際重粒子線がん治療財団
電話：0942-81-1897

発熱の季節到来!

炎症や感染症の早期診断には、省スペースで白血球5分類を実現する「多項目自動血球分析装置XSシリーズ」を!

XSシリーズは白血球5分類まで測定できる小型の自動血球分析装置です。約1分で測定が完了し、患者様をお待たせすることなく、各種炎症やアレルギー反応など、診察に必要な情報を迅速に提供いたします。また白血球5分類とCRPを同時測定することにより、細菌性疾患(好中球数上昇)かウイルス性疾患(リンパ球数上昇)の鑑別が可能です。検体量は全血20 μ Lから測定可能ですので患者様の負担軽減にも貢献致します。

血球分析装置シェアNo.1*1)企業の信頼できる測定原理(フローサイトメトリー法)を搭載し、高精度の検査データ、国内No.1のサービスネットワークを活かした充実したアフターサポートを提供いたします。

*1「平成23年 日本医師会臨床検査精度管理調査結果報告書より」

シスメックス株式会社

CRPと白血球の増加

炎症マーカーとしてCRPと末梢血白血球数が良く知られていますが、CRPと白血球数は急性の組織損傷、感染症において炎症の発症時から異常値となるまでの時間が多少異なります。

組織の障害・壊死が生じると、白血球(数)は、脾臓、肺、肝臓に蓄えられている好中球が速やかに末梢血液中に動員されるため、数時間以内に増加します。一方、CRPはサイトカインを介して肝臓での生合成が高進して上昇する為、24~48時間でピークとなり、その後暫減します。

よって発症後初期では白血球の上昇が見られ、CRPがそれに続きます。

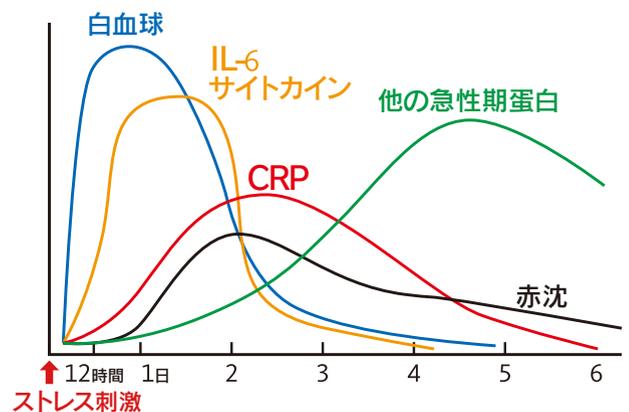


図1:炎症マーカーの経時変動

CRPと白血球数／白血球5分類同時測定の有用性



図2:CRPと白血球測定による疾患鑑別

CRPと白血球は、どちらも炎症マーカーですが、同時に測定することにより、次のようなメリットがあります。

- 炎症性疾患の鑑別と病勢を把握することができます。
- さらに、白血球5分類(特に好中球、リンパ球、好酸球)(図2参照)を行うことにより、炎症性疾患のより適切な診断と治療が可能となります。

また、白血球5分類を行うことで、炎症性疾患だけでなく血液疾患の早期発見が可能となります。

本システムでは、検体吸引から約5分で測定結果が得られ、患者を待たすことなく診断することができます。

クリニック・ドクターの声

血液迅速検査の実際

上大岡こどもクリニック 佐藤順一 先生

小児科クリニックにおいて病因が不明な発熱に対して「念のため」に抗菌薬が投与される状況が広く見られるが、ウイルス感染であるなら抗菌薬は症状の改善にはつながらず、また頻繁な投与により薬剤耐性菌が増える問題も大きい。白血球数やCRPなどの血液迅速検査は発熱や病因を知る手段として重要であり、院内で血液検査を行う体制を作ることが望ましい。

白血球数やCRP値の上昇が顕著な場合、肺炎、髄膜炎、尿路感染症などの細菌感染症のほか、川崎病(MCLS)にも留意を要する。またアデノウイルス感染症でも両者が高値を示すことがある。白血球数は発病から短時間で増多するが、CRP値の上昇はそれに遅れる。両者を測定することは炎症の推移を知る上で重要である。診断上問題とされるのは白血球のうち好中球の増多である。リンパ球増多による白血球数上昇もよくあるので、実際には白血球数だけでなく白血球分画を知ることが重要となる。

発熱に対しては臨床症状の評価に加えてその病因を可能な範囲で検査し、これを基にした投与内容の決定や家庭での対処の指導を行うことが望まれる。

血液迅速検査を導入することにより診療内容は充実したものになり、そこから得られる血液検査データの存在は病院側にとっても貴重で病診連携の充実に役立つであろう。



ご提案装置(血球計数・CRP)一覧

XS-500i



主な測定項目

WBC、RBC、HGB、
HCT、MCV、MCH、
MCHC、PLT
白血球5分類(数・%)

特徴

- 末梢血液一般検査項目と白血球5分類まで測定可能
- 約1分で結果報告が可能
- 血液サンプル量は20 μ L

XP-300



主な測定項目

WBC、RBC、HGB、
HCT、MCV、MCH、
MCHC、PLT
白血球3分類(数・%)

特徴

- タッチパネルを採用し、簡単操作で測定可能
- 血液サンプル量は50 μ L
- ネットワークによる迅速サポート(精度管理、装置の自動監視、情報提供)が可能
(※オプション契約)

pochH-100i



主な測定項目

WBC、RBC、HGB、
HCT、MCV、MCH、
MCHC、PLT
白血球3分類(数・%)

特徴

- 採血管のキャップを取らずに測定可能
- ほぼA3サイズのスペースに設置可能
- 血液サンプル量は15 μ L

CRP-3100 セルタックケミ



主な測定項目

CRP

特徴

- 全血、全自動でCRPを測定
- 0.2~33mg/dLの幅広い測定レンジで、高濃度のCRP値も1回測定で可能
- 血液サンプル量は5 μ L

診療報酬

- ★ 15点… D005-3 血液形態・機能検査 / 末梢血液像(自動機械法)
- ★ 21点… D005-5 血液形態・機能検査 / 末梢血液一般検査
- ★ 16点… D015-1 血漿蛋白免疫学的検査 / C反応性蛋白(CRP)
- ★ 125点… D026-2 検体検査判断料 / 血液学的検査判断料 (※1回/月)
- ★ 144点… D026-5 検体検査判断料 / 免疫学的検査判断料 (※1回/月)
- ★ 16点… D400-1 血液採取(1日につき) / 静脈

* 上記診療報酬が、本システムによって算定できます。 (平成24年8月現在)

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(11月22日収載)

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内 用 薬					
アイミクス配合錠HD	1錠	173.40	大日本住友、 塩野義	イルベサルタン/ アムロジピンベシル酸塩	高血圧症治療剤 (長時間作用型ARB/持続性Ca拮抗薬配合剤) * 新医療用配合剤
アイミクス配合錠LD	1錠	150.40			
アミティーザカプセル24μg	24μg1カプセル	156.60	アボット	ルビプロストン	慢性便秘症治療剤 (クロライドチャンネルアクチベーター) * 新有効成分
ヴォトリエント錠200mg	200mg1錠	4,027.20	GSK	バゾパニブ塩酸塩	抗悪性腫瘍剤 (キラー抑制剤) * 新有効成分 オーファンドラッグ
スイニー錠100mg	100mg1錠	83.00	三和化学、 興和創薬	アナグリプチン	2型糖尿病治療剤 (選択的DPP-4阻害剤) * 新有効成分
ディアコミットカプセル 250mg	250mg1カプセル	507.10	MeijiSeika	スチリペントール	抗てんかん剤 * 新有効成分 オーファンドラッグ
ディアコミットドライシロップ分包 250mg	250mg1包	507.10			
ディアコミットドライシロップ分包 500mg	500mg1包	1,015.10			
ブフェニール顆粒94%	94%1g	831.70	オーファンバシフィック	フェニル酪酸ナトリウム	尿素サイクル異常症用剤 * 新有効成分 オーファンドラッグ
ブフェニール錠500mg	500mg1錠	449.40			
(麻)メサベイン錠5mg	5mg1錠	178.30	テルモ	メサドン塩酸塩	癌疼痛治療剤 * 新有効成分
(麻)メサベイン錠10mg	10mg1錠	338.50			
ロトリガ粒状カプセル2g	2g1包	254.00	武田	オメガ-3脂肪酸エチル	高脂血症治療剤 (EPA・DHA製剤) * 新有効成分
注 射 薬					
アイリーア硝子体内注射液 40mg/mL	2mg0.05mL1瓶	159,289	参天	アフリベルセプト (遺伝子組換え)	加齢黄斑変性治療剤 (眼科用VEGF阻害剤) * 新有効成分
ジブレキサ筋注用10mg	10mg1瓶	2,067	リリー	オランザピン	精神神経用剤 (統合失調症における精神運動興奮) * 新投与経路
ソマチュリン皮下注60mg	60mg1筒	180,360	帝人ファーマ	ランレオチド酢酸塩	先端巨大症・下垂体性巨人症における 成長ホルモン、IGF-I(ソマトメジン-C) 分泌過剰状態及び諸症状の改善剤 (持続性ソマトスタチンアナログ徐放性製剤) * 新有効成分
ソマチュリン皮下注90mg	90mg1筒	253,900			
ソマチュリン皮下注120mg	120mg1筒	323,624			
タイガシル点滴静注用50mg	50mg1瓶	12,188	ファイザー	チゲサイクリン	グリシルサイクリン系抗生物質製剤 * 新有効成分
外 用 薬					
ギリアテル脳内留置用剤7.7mg	7.7mg1枚	156,442.60	エーザイ	カルムスチン	抗悪性腫瘍剤 (悪性神経腫瘍治療剤) * 新有効成分 オーファンドラッグ
シーブリ吸入用カプセル 50μg	50μg1カプセル	199.20	ノバルティス	グリコピロニウム臭化物	慢性閉塞性肺疾患(COPD)治療剤 (長時間作用性吸入気管支拡張剤) * 新有効成分
トービー吸入液300mg	300mg5mL1管	8,633.80	ノバルティス	トブラマイシン	アミノグリコシド系抗生物質製剤 * 新投与経路

[注釈] アイミクス配合錠は新薬の処方日数制限(14日)の適用外となります。そのため1回の処方について14日分を越えた処方が可能です。

※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。

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5回 クレームはタッチ不足!

毎日いろんな患者さまが来院される医療機関。一人ひとりのご要望や価値観はさまざまです。すべての方に満足していただくために皆さん全力で診療にあたっておられると思います。しかし、クレームがゼロになることはないと言って良いでしょう。人の感じ方は「100人いたら100通り」多岐にわたります。私たちはクレームとどのように向き合っていけば良いのでしょうか。

クレーム(苦情)は期待と現実のギャップから起きる

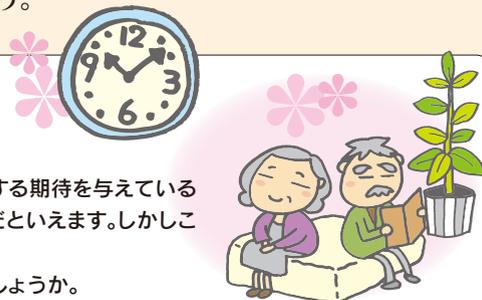
現在は医療機関でも「予約制」にしているところが増えていますが、「予約しているのに待ち時間が長い」といったクレームをよく耳にします。なぜクレームが起きるのか。今日は「予約制」を通して考えてみましょう。

皆さんは「予約」という言葉から何を期待しますか？

- 予約だから待たなくて済む
- 時間通りに済むからその日の予定が立てられて助かる
- 「予約制」をとり入れているくらいだから他にもいろいろ配慮がある良い病院ではないか

いろいろな期待が生まれますね。これは「予約」という言葉のもつ「共通認識」が予約に対する期待を与えているということです。また「予約」というのは約束ですから、きちんと守ることが常識であり責任だといえます。しかしこの約束がなかなか守られていないのが現実といえます。

約束が守られなければ不満になるのは当然のことです。どのような対応が必要になるのでしょうか。



予約制

先手の対応で「期待と現実のギャップ」・「不安・不満」を早期に払拭する

「『〇時の診察』と予約したのに、その約束を守らないのは失礼だ」というのが多くの患者さまの気持ちです。「長くお待たせしている」「今日はお待たせする」ということがわかった時点で、先手でお詫びし、わかりやすく状況をお伝えしましょう。

- 話し方の例
- 受付で… こんにちは。診察でございますね。今日はあいにく混み合っておりまして、今診察まで1時間ほどお待ちいただいている状況です。ご都合は大丈夫でしょうか。お待たせして申し訳ございません。
 - 待合室で… ～さん、大変お待たせしております。あと3人目でお呼びできるかと思いますが、20分くらいお待ちいただけますでしょうか。ご予約いただいておりますのに、長くお待たせして申し訳ありません。お時間は大丈夫でしょうか。ご気分はいかがですか。
 - 会計で… ～さん、お疲れ様でした。会計まで15分ほどお時間を頂いております。申し訳ございませんがもう少々お待ち頂けますか。～さん、大変お待たせいたしました。会計をさせていただきます。～本日は本当にお待たせして申し訳ございませんでした。

先手でお詫びの気持ちをお伝えし、できるだけ「あとどのくらいか」「あと何番目か」といった具体的なご説明ができると、患者さまは安心して待つことができます。待たせる時間が長ければ長い分だけ、より手間を惜しまず気持ちをこめる必要があります。

こうした配慮が、「ここは待たせるが、ちゃんと申し訳ないと思っている。だから少しは我慢できるし気持ちよく待てる」と言って頂けるのではではないでしょうか。つまりしっかり気持ちにタッチしていればこそ、相手も理解してくれるということですね。

このように事前に起こり得るクレームに対し事前に対処していくことを【クレームマネジメント】と言い、多くの医療機関で取組まれています。

「予約しているのになんで待たせるんだ。予約の意味がないじゃないか!」などとクレームになったら…

【クレーム対応の基本】適切な「初期対応」が重要です。

①お詫び



まず「そのような不快な気持ちにさせてしまって申し訳ありません」というお詫びの気持ちをお伝えしましょう。「待たせ過ぎ!」などと感情的に言われる方に、「仕方ないんですよ」などと言えば、「なんだその言い方は!」と待ち時間だけの不満に、対応への不満も加わり、二次クレームが発生してしまうことになります。(次頁へ続く)

- ②傾聴 不満解消のスタートは相手の言い分をとにかく最後までよくお聞きすることです。途中で口をはさんだり、相手を否定しては逆効果です。言いたいことを言って、相手が真剣に聞いてくれれば気持ちもだんだん落ち着きます。相手の感情が静まってきたら、改めてお詫びし、より相手の立場に立って、どう対応すべきか考えます。
- ③具体的に行動する その方にとってどうすることが最善なのか。「待ち時間があとどれくらい知りたい」「とりあえず用事を済ませたい」「痛みだけでもなんとかしてほしい」など、全力で要望に応えるよう具体的に行動してみましょう。
- ④苦情処理三変法 お詫び・傾聴・対応でほとんどの場合、怒りを鎮めて下さると思いますが、それでもまだ解決しない場合は、無理をせず、
- 1.人を変える(上司や担当者に代わってもらう)
 - 2.時間を変える
「お調べいたしますので20分程時間をいただけますか」
「明日こちらからご連絡させていただきます」など、時間を置いて対応する
 - 3.場所を変える
静かな場所や応接室などがあればそちらへ場所を移し、気分を変えてもらいゆっくりした気分でお話する。など話し合う環境を変えましょう。
- ⑤お礼と賞賛 苦情を言われるということは、自分たちの至らない点を教えていただくことです。言う方も好きで言うわけではなく、結構エネルギーを使うもの。そこを声にして言って下さることは感謝しても良いはず。「嫌なことでしたのに、ご注意いただきありがとうございます」教えていただかなくては気付かなかったと思います。貴重なご意見ありがとうございます」など、素直にお礼を言い、相手の行動に賞賛の気持ちを伝えましょう。きっと「文句をいったのに、素直に聞いてくれ、しかもお礼まで言ってくれた。本当に良い病院だ」と思われるでしょう。
- ⑥アフターフォロー お帰りになるときもう一度お詫びの気持ちをお伝える。また次に来られた時一言でも「先日は失礼いたしました」といった言葉があると嬉しいものです。「ここまでですか?」と思われるかもしれませんが、ここまでですからこそクレームが信頼に変わり、さらに感動になるのです。クレームは「信頼づくりのチャンス、業務改善のヒント」と捉え、組織全体で対応できる体制づくりを行いましょう。



このように対応すれば、「クレームが信頼に変わる」はず。「不満を聞いて解決してくれた」「お礼まで言って改善してくれた」何よりも、誠意をこめた対応、その方の気持ちにしっかりタッチすることが大切です。

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～【会話】

今回は会計を通して「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、大変お待たせいたしました。
会計へお越しくださいます。
診察お疲れ様でした。
本日の診療代は～円でございます。
検査などもしておりますので
こちらの診療明細書でご確認ください。
なにかございましたら
ご遠慮なくお尋ね下さいませ。
おつりは～円でございます。
保険証をお返しいたします。
ありがとうございました。
お気をつけて。お大事なさって下さい。

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)

～さん、今日は混み合いました申し訳ありませんでした。
お疲れになったのではありませんか。
なにかご心配はありませんか。
なにかお聞きになりたいことなどございませんか。
今回は1ヶ月後に再検査ですね。
予約をお入れしておりますのでよろしくお願いたします。
毎月保険証をお持ちいただきまして
ありがとうございます。
雨が急に降り出しましたね。傘はお持ちですか。
おつりと診療明細書です。どうぞご確認ください。
寒いですからお気をつけてお過ごしください。

20円で失われた信頼

ずいぶん前のことですが、ある調剤薬局での出来事です。いつもお見えになるAさん、この日も薬を受取って帰られました。夕方業務を終え、会計処理をした時、Aさんにおつりを20円少なく渡していたことに気がつきました。スタッフはAさんが明日も来局されることを知っていたため、明日お返しすることにしてそのまま帰宅しました。↗

翌日、Aさんが来店され、受付に処方箋を出された際

Aさん、昨日おつりが間違っていましたのでお返します。20円です。

Aさん：えっ？、それいつわかったんですか。

昨日夕方わかりました…

Aさん：昨日？わかっていたのにほったらかしてたということですか。

すみません。今日みえると知っていたので今日お返ししようかと…

Aさん：間違いがわかった時点でなんとかするのが常識でしょう。

申し訳ありません

(ここで初めて敬語でお詫びするがカウンターの中に入ったままだった)

Aさん：それにその謝り方誠意が全く感じられない。失礼だ!



後日談ですが、Aさんは、この薬局の責任者へクレームの電話をかけ、ここへは二度とお越しにはなりません。単におつりを間違われたというだけでなく、人としての精神的なダメージも大きかったということではないでしょうか。

結局Aさんはどんどん感情的になり、怒ってかえってしまいました。

何がいけなかったのでしょうか？ 皆さんもいろいろ感じることもあると思います。

1. 初期対応のまずさ… ミスが発覚した時点での確な対応をしていない。
2. 軽い態度… お詫びすることがあるにも関わらず普段通りの態度で受付をした。
3. 良識の問題… 本来間違いがわかった時点で対処するのが礼儀。電話するなどの誠意がない。



ここでスタッフ側が考えておかなければならないのは、業務上ささいなミス(ここではたった20円・明日でもいいという捉え方に慣れすぎて、自分たちの常識・感覚で行動してしまったことです。私たちにはよくあることでも、相手にとっては思いがけない出来事、失礼なことをされたという心理的な負担になります。まず、相手の身になって考えましょう。今回は、自分たちの感覚を優先し、相手の感情に合わせた対応が全くとられていません。

ここでは残念ながらミスがわかった時点での対応(その日のうちに電話で事情を説明しお詫びする・おつりをお返しに行くか、明日お渡ししてもいいか許可を頂く)ができていませんから、Aさんが来局されたら、せめてこちらからお迎えし先手でお詫びしなければなりません。またいつも以上に心をこめる必要があります。患者さまはその態度から誠意を感じとり、「ミスはあったが今後はきちんとしてくれそうだと信頼を寄せて下さるのではないのでしょうか。

● 接遇は「相手の立場に立つ」ことが土台

価値観や、こだわり、幸せ感などは一人ひとり違います。違って当たり前。だからこそ思いやりやマナーがある。相手の気持ちに寄り添い、自分の態度も変えなければなりません。「誠意」をこぼさず態度できちんとお伝えしましょう。接遇は「気持ちを満たすための道具」である! しっかり活用を!



【医療の世界のいい話】

今回は日本の接遇のエキスパート(特に医療の接遇では草分け的な先生)である雨宮恵実先生の著書

「看護・介護の幸せ仕事術」(中経出版)の中からご紹介いたします。



「いつものように『おはようございます』と病室に入っていたら、患者さんから突然『Mさん、ありがとう。あなたの笑顔を見るのがここでの唯一の楽しみだよ』といわれて、とてもうれしかった。この仕事を選んでよかったとつくづく思いました」これは、ある若い看護婦さんの述懐です。とてもうれしそうに話していました。その、いかにもうれしそうな顔に触れていると、私もうれしくなります。

彼女の笑顔を見て患者さんの心が和む。患者さんから感謝されて彼女も素敵な気持ちになる。その話を聞いた私もうれしくなる……この流れってとてもいいですね。世の中の仕事というのは、その種類を問わず、本当はこういう役割を持っているのではないのでしょうか。つまり、仕事は人を幸せにし、そのことによって自分も幸せになる、ということです。

私は思うのです。看護婦さんの仕事は、検温をしたり、点滴の処置をしたりすることだけではなく、たとえばMさんのように、患者さんに笑顔の挨拶をしたり、ちょっとしたやさしい声かけをしたりすることも大切な部分ではないか、と。看護婦さんの人生が気になるといったのは、そうした大切な部分を忘れてしまうと、「人に幸せを感じてもらい、自分も幸せを感じる」という仕事本来の役割から次第に遠ざかってしまうのではないかという危惧のことです。それは、看護婦さん一人ひとりにとって不幸なことです。～中略～

少しオーバーな表現かもしれませんが、病院・医院を不幸の生産現場ではなく、幸福の生産現場にしなければなりません。それは決して、とてつもなくむずかしいことではないのです。その一つのとっかかりになるのが「接遇」にほかなりません。接遇は、仕事をする側にとっても、される側にとっても、幸せを築いていくためのアプローチロードだと私は確信しています。

クレーム対応はいかがでしたか。クレームはいつ誰に起きるかわかりません。もし自分がクレームにあつたら、「相手の方にどうすることが最善か」ということを考えて行動しましょう。クレーム対応に「これだ!」というマニュアルはありません。だからこそ、個人・組織の質・実力がわかるといわれています。そして接遇の基本は「相手の立場に立つ」でした。先手で相手の居心地をよくすること、これはまさにクレーム対応の第一歩だといえます。

普段から相手の身になった話し方・態度であれば、「当院ではクレームはほとんどない」という環境になるはず。マニュアルにはない部分で評価は下される。厳しい評価ですが日々接遇を意識して心のもった対応をしていきましょう。接遇改善は「クレームマネジメント」といっても過言ではありません。マナーでノック、マインドでタッチ、ぜひ実践してください!

平成25年4月1日から

改正高年齢者雇用安定法が施行されます。



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。
「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」の一部が改正され、定年退職した職員を継続雇用する場合も、原則、希望する職員を全員雇用しなくてはなりません。

◆高年齢者雇用安定法の改正の目的

少子高齢化が進展する中、労働力人口の減少に歯止めをかけて経済や社会を発展させるため、いろいろな方の参加型の社会の実現が求められています。また、平成25年4月から公的年金の報酬比例部分の支給開始年齢が段階的に引き上げられ、無年金・無収入となる方が生じる可能性があります。少なくとも年金受給開始年齢までは意欲と能力に応じて働き続けられる環境の整備を目的として、高年齢者雇用安定法の一部が改正され、平成25年4月1日から施行されることになりました。

◆改正のポイント

まずは、今回の改正により、労使協定により職員を選別する基準を定めて65歳まで継続して雇用する制度を導入している職場は、平成25年3月31日までに就業規則等の変更が必要になってきます。

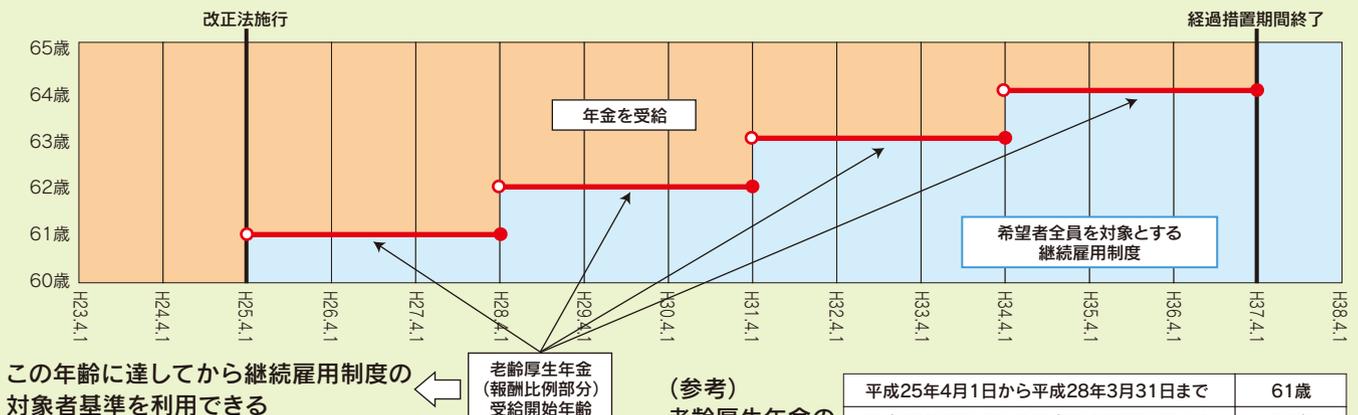
なお、65歳以上の定年制を導入している職場、定年制を設けていない職場、希望者全員を65歳まで継続する雇用制度を導入している職場は、今回の改正に伴う見直しの必要はありません。

改正高年齢者雇用安定法のポイントは、以下の4つです。

1. 継続雇用制度の対象者を限定できる仕組みの廃止

65歳未満の定年を定めている事業主が、継続雇用の対象者を限定する基準を労使協定で定めることが認められています。今回の改正でこの仕組みが廃止され、平成25年4月1日からは、希望者全員を継続雇用制度の対象とすることが必要になります。

但し、平成25年3月31日までに、労使協定で65歳までの継続雇用制度の対象者の基準を定めている場合は、平成37年3月まで、老齢厚生年金(報酬比例部分)の受給開始年齢に到達した以降の者を対象に、基準を引き続き利用できます。

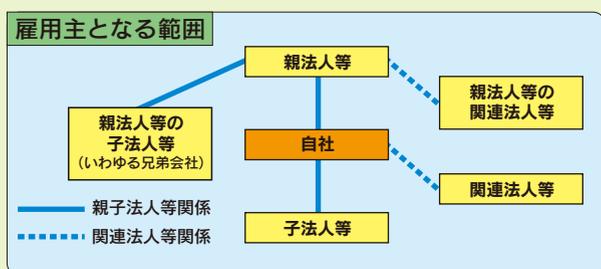


(参考)
老齢厚生年金の報酬比例部分の支給開始

平成25年4月1日から平成28年3月31日まで	61歳
平成28年4月1日から平成31年3月31日まで	62歳
平成31年4月1日から平成34年3月31日まで	63歳
平成34年4月1日から平成37年3月31日まで	64歳

2. 継続雇用先企業の範囲の拡大

改正法では、定年を迎えた高年齢者の継続雇用先をグループ内の他の会社や関連会社にまで広げることができるようになります。子会社とは、議決権の過半数を有しているなど支配力のある企業であり、関連会社とは、議決権を20%以上有しているなど影響力のある企業です。改正法では、子会社や関連会社の定義が議決権の割合という形ではっきりしたということが言えます。なお、こういったグループ内会社で継続雇用する場合は、予め事業主間で引き続いて雇用することを約束する契約の締結を必要とします。



3. 違反企業に対する企業名公表規定の導入

高年齢者雇用確保措置を講じていない企業に対しては、労働局やハローワークが指導、助言を行っています。それでも措置を講じない場合については勧告を行うことになっていましたが、改正法では、改善が見られない場合は、企業名を公表することもあるということになりました。

4. 高年齢者雇用確保措置の実施および運用に関する指針の策定

対象者基準の廃止後の継続雇用制度の円滑な運用のため、企業現場の取扱いについて従業員と事業主の双方にわかりやすく示すために、高年齢者雇用確保措置の実施及び運用に関する指針を新たに策定し、下記の(1)～(5)の内容が示されました。

(1) 高年齢者雇用確保措置

事業主は、定年の65歳以上の延長、定年の廃止、継続雇用を実行してください。

(2) 継続雇用制度

継続雇用制度導入の場合は、希望者全員を対象とする制度となります。子会社や関連会社の特

殊関係事業主で雇用を確保しようとするときは、事業主は雇用する高年齢者を特殊関係事業主が引き続いて雇用する契約を、当該特殊関係事業主との間で締結する必要があります。

また、心身の故障のため業務に堪えられないと認められること、勤務状況が著しく不良で引き続き従業員としての職責を果たし得ないこと等就業規則に定める解雇事由又は退職事由に該当する場合には、継続雇用しないことができます。

就業規則に定める解雇事由又は退職事由と同じ事由を、継続雇用しないことができる事由として、解雇や退職の規定とは別に、就業規則に定めることもできます。また、同一の事由について、継続雇用制度の円滑な実施のため、労使が協定を締結することができます。なお、解雇事由又は退職事由とは異なる運営基準を設けることは高年齢者等の雇用の安定等に関する法律の一部を改正する法律の趣旨を没却するおそれがあることを留意しなければなりません。もともと、継続雇用しないことについては、客観的に合理的な理由があり社会通念上相当であることが条件です。

(3) 経過措置

改正法の施行の際、すでに労使協定で継続雇用制度の対象となる高年齢者に係る基準を定めている事業主は、当該基準の対象者の年齢を平成37年3月31日まで段階的に引き上げながら、当該基準を定めてこれを用いることができます。

(4) 賃金・人事処遇制度の見直し

高年齢者雇用確保措置を適切で有効に実施して、高年齢者の意欲及び能力に応じた雇用確保の遂行のため、賃金・人事処遇制度の見直しが必要な場合には、次の事項に留意してください。

- ① 年齢的要素を重視する賃金・人事処遇制度から、能力、職務等の要素を重視する制度に向けた見直しに努めること。その制度が、その雇用する高年齢者の雇用及び生活の安定にも配慮した、計画的かつ段階的なものとなるよう努めること。
- ② 継続雇用制度を導入する場合における継続雇用後の賃金については、継続雇用されている高年齢者の就業の実態、生活の安定等を考慮

し、適切なものとなるよう努めること。

- ③短時間勤務制度、隔日勤務制度など、高齢者の希望に応じた勤務が可能となる制度の導入に努めること。
- ④継続雇用制度を導入する場合において、契約期間を定めるときには、高齢者雇用確保措置が65歳までの雇用の確保を義務付ける制度であることなので、65歳前に契約期間が終了する契約とする場合には、65歳までは契約更新ができる旨を周知すること。また、むやみに短い契約期間とすることがないように努めること。
- ⑤職業能力を評価する仕組みの整備とその有効な活用を通じ、高齢者の意欲及び能力に応じた適正な配置及び処遇の実現に努めること。
- ⑥勤務形態や退職時期の選択を含めた人事処遇について、個々の高齢者の意欲及び能力に応じた多様な選択が可能となるよう努めること。

- ⑦継続雇用制度を導入する場合において、継続雇用の希望者の割合が低い場合には、労働者のニーズや意識を分析し、制度の見直しを検討すること。

(5) 高齢者雇用アドバイザー等の有効な活用

高齢者雇用確保措置をおこなう場合、高齢者の職業能力の開発や向上、作業施設の改善、職務の再設計や賃金・人事処遇制度の見直し等を図るときは、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構の高齢者雇用アドバイザーや雇用保険制度の助成金制度等の活用してください。

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

「高齢者等」って、55歳上の方です。昨今、実年齢は高齢者等に当てはまっても、考え方や外見も高齢者に見えない方が圧倒的に多いですね。そろそろ高齢者等の実年齢も見直した方がいいのではないのでしょうかね。先日、65歳雇用のセミナーの講師をしましたが、主催者側の準備した資料

の中に60歳以上をイメージして、まるで喜寿か米寿でも迎えそうなお年寄り然とした男性のイラストが何枚もありましたが、思わずセミナーの参加者に、「今どき、こんなじいさん、じいさんした60歳はいませんよね」と賛同を求めてしまいました。

●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
ホームページ <http://fukuda-sr.com>
E:mail fukuda-plmo@jewel.ocn.ne.jp



新開発の「多機能車椅子」と「移動シャンプー台」が

訪問サービスを手がける理容・美容事業者が開発した製品が
全国に向けて販売開始!



有限会社ビューティフルライフ

- 社名由来：素晴らしい人生のサポーターでありたい
- 代表者：田中晃一
- 創業：2000年5月
- 事業部：福祉事業部・福祉理美容事業部
サロン事業部・エステ事業部
- 事業内容：福祉機器及び商品の企画開発・販売
理容・美容業

代表取締役社長 田中晃一氏

今、大分市で理容・美容(以下、理美容)業を営む有限会社ビューティフルライフ(田中晃一社長)が自社開発した多機能車椅子と移動シャンプー台が医療や介護の現場で反響を呼んでいます。これらは高齢者や身体障害者に対して訪問理美容サービスを行う際に安全かつ快適に使用できるように開発されたもので、車椅子は佐賀大学医学部附属地域医療科学教育研究センターの松尾清美准教授との共同研究により、ティルト&リクライニングを連動させた「新リンク機能」を搭載、リクライニング時にも体がほとんどずれることなくしっかりと、かつ優しく固定され、車椅子上での施術を安心して行えます。また、移動シャンプー台についても、ベッドサイドや車椅子のままでの利用シーンを想定してシャンプーボールの角度・高さを自在に可変させることができるように緻密に設計されています。

2006年から開発に着手し、2009年12月によやく完成。本格的な販売体制を確立する前にあの東日本大震災が起き、田中社長等はこれらの機器を持って被災地支援に駆けつけたことから、一気に全国の人々の目に触れることになりました。現場ではシャンプーやカットへの利用だけではなく、仮設診療所において歯科診療等にも使用され、その機能の確かさが現場の医療関係者に驚きを持って受け入れられたといいます。その後、購入の問い合わせが数多く寄せられたことから、全国展開につながったとのこと。今回、この話題の機器を生み出したビューティフルライフの田中社長と、多機能車椅子開発の共同研究者である佐賀大学の松尾准教授のお二人に、開発の経緯や普及にかける思いなどお聞きしました。

《インタビュー：田中晃一社長》

ボランティアで始めた訪問理美容を 事業化、専用機器の開発と業務の マニュアル整備に注力!

——最初に、訪問理美容サービスを事業化した経緯と、今回の多機能車椅子や移動シャンプー台の開発を思い立った動機についてお聞かせください。

「私は幼い頃、理容師だった祖母に連れられて老人ホームに出入りし、祖母が散髪する姿を傍でみていた

ことが縁で、18歳の時に訪問理美容ボランティアを始めました。それから35年になりますが、年々訪問のニーズが増えていくにつれて、ボランティアに限界を感じていました。そこで利用者の要望や希望を叶えるために訪問理美容の事業化を模索し始めたのがきっかけです。

医療や介護の現場で理美容サービスを行ううちに、施設内での介助・声かけ・対応の仕方や、技術・知識を標準化するための教育資材は存在せず、機器類についても、もっと安全・安心・快適に使用できるもの

医療・介護の現場でブレイクの予感



ビューティフルライフ事務所にて…プレゼン資料作成のため、最近パソコンを始めたという田中社長、わずかな期間で習得してしまふ集中力はさすがです。

はないかと考えるようになりました。事業化に当たって、訪問理美容の全国視察やアンケート調査を行い、こうした課題解決の必要性をさらに強く感じました。2000年に訪問理美容に特化した有限会社ビューティフルライフを設立し、これらの課題解決に向けた行動を開始しました。その成果として、ソフト面では『訪問理美容師・美容師のための施術・サービス・介助マニュアル』『感染予防対策マニュアル』など4種類の業務マニュアルが完成し、ハード面では、移動理美容車両の設計にアドバイザー役として関わってみたり、機器メーカーにさまざまな改良を提案したりしてきましたが、既製品の改良では満足できなくなり、今回、この多機能車椅子と移動シャンプー台の自社開発に乗り出すことになりました。』

九州経済産業局の異分野新連携事業に採択され開発がスタート

——本来機械メーカーではない、ビューティフルライフが機器開発に挑戦し、なぜ、革新的な製品を生み出すことができたのでしょうか？

「弊社単体では、決して成し遂げられなかったと思います。製品開発に着手できたのは、九州経済産業局の『異分野新連携事業(以下、新連携)』に事業計画を提出し、2006年度に認定を頂いたことが決め手となりました。この事業は、複数の異分野の中小企業者が、それぞれの『強み』を持ち寄り、一つのグループとして、新しいビジネス(新商品、新サービス)を開発し、新市場を開拓していくことを目的としており、『中小企業の新たな事業活動の促進に関する法律(平成2005年4月施行)』に基づく公的支援を受けることができます。

弊社がコア企業となり、社外の専門家と共に開発プロジェクトチームを作り、試作品開発に着手いたしま

した。大分大学医学部附属病院をはじめ地元の病院等でモニタリングの協力を頂きながら開発を重ねた末、ようやく、理美容師や看護師・介護職員等の身体的負担を軽減でき、しかも利用者である高齢者や障害者、入院患者の方々に対して安全にサービスを提供できる車椅子とシャンプー台に仕上げることができました。特に、車椅子の開発に関しては、2008年から共同研究者として参加いただいた佐賀大学の松尾准教授との出会いが大きかったですね。第1号試作機はできたものの、満足する出来ではなく、暗礁に乗り上げていたところ、九州経済産業局や中小企業基盤整備機構に相談して出会うことができましたが、ここから共同開発による新連携の再開が始まり、試行錯誤による試作を繰り返しながら見事に課題を解決し、製品化に至りました。』

災害現場での活用が実証された東日本大震災の被災地支援

——さてここで、全国販売に踏み切るきっかけとなったといわれている東日本大震災の時のことをもう少し詳しくお聞かせください。

「2009年12月によりやく開発を終了し製品化を果たしましたが、まだ社内で使用する程度しか生産していませんでした。というより資金不足により最初の1年は販売に至らなかったのが現実です。そんなとき東日本大震災が起きました。もともとボランティア活動を長くやっていたし、災害時の支援についても、阪神淡路大震災や新潟中越地震の時に理美容ボランティアを行った経験があり、今回もぜひ行きたいと思いました。さっそく全国の理美容師の仲間も加わり理美容チームを編成し、3台の移動理美容車にこれら開発したての車椅子と移動シャンプー台等があるだけ積み込み、被災地に出かけることにしました。持出し品は販売のための展示品しかなく使用後はどうなるのかとも考えましたが、被災者の役に立ちたいとの思いで持参しました。本来、移動車両内だけのスペースでは1度に4～5名くらいが限度ですが、今回は移動が可能な車椅子と移動シャンプー台という新たなツールがあり、避難所に直接持ち込むことができるので、一度に大勢の方にサービスを提供できます。2011年4月と5月の2回に分けて、それぞれ1週間ずつ滞在し、22か所の避難所において約700名の被災者の皆さんにシャンプーやカットを無償で行い、とても喜んでいた

できました。全国各地から集まった理美容師のボランティアたちからも高い評価をいただき、その口コミから、早く市販化してほしいとの声が各地から届くようになりました。また、多機能車椅子においては、仮設診療所にも提供し、歯科医師等の実際の診療に使っていただきましたが、ここでも医療関係者から高い評価をいただき、災害の時の治療や処置に十分耐えられる機能と有用性を持っていることが実証されました。こうして被災地支援に行ったことで、これらの機器が理美容の世界だけでなく、医療・介護の現場のあらゆるシーンに対応できる可能性を秘めているという示唆をいただいた気がしました。」

■ 東日本大震災 被災地支援の様子(2011.4-5)...



移動理美容車の前に集うボランティアたち...
前列右は田中社長

多機能車椅子と移動シャンプー台なら車内でもとてもコンパクト。



仮設診療所で歯科診療中の大分県保険医協会チーム...ここでも多機能車椅子が絶賛された。



「人がものに合わせるのではなく、ものが人に合わせる」医療・介護のワンストップサービスとは?

——なるほど、被災地の現場でこれらの新開発機器が威力を発揮したことがよく分かりました。歯の治療にも十分に使えるとなると、医科の診療にも使えそうですね。その辺りはいかがでしょうか?

「被災地での経験も踏まえ、私たちは『医療・介護のワンストップサービス』を提案したいと考えています。もともと理容の世界は“人が道具に合わせる”。つまり、施術を受ける側は『理髪は短い時間なので、じっと我慢しよう』、施術する側も『少しくらい我慢してください』という発想しかなく、これは医療の世界でも似た状況ではないでしょうか?これから超高齢社会を迎えるに当たって、もうそろそろ“道具が人に合わせる”という感覚になってほしいと思っています。車椅子にしても、人を運ぶもので、多少座りづらくても我慢しようというのが前提です。また、病院の外来を思えば車椅子から

①待合室のソファ→②診察台⇒③検査・処置のベッドというように診療プロセスの度に移乗を繰り返すこととなります。ワンストップサービスとは、来院からお帰りまで全ての診療プロセスを多機能車椅子に乗ったまま行おうとする考え方です。理美容椅子は剃刀を肌に当てるため、重量があり少々のことでは動きません。この理美容椅子と車椅子が合体し、重量感がありながら、介助者が重量を感じなく軽く、楽に操作できるように進化させたのがこの多機能車椅子です。しかも座位の昇降やリクライニングは無段階に調整でき、背もたれを倒してもひっくり返ることはありませんし、起こしたときに腰の位置がほとんどずれない設計を実現しています。これなら腰を浮かせて座り直す必要もありません。さらに体圧分散性にも優れ、座位姿勢を長く保つことができるので診療が終わって帰るまで身体に負荷をかけず楽に過ごせます。

移動シャンプー台についても、院内のあらゆる場所に移動でき、ベッドサイドのような狭い場所やでもベッドや周囲を濡らさずに寝たまま髪を洗うことができます。また、給排水口がなくても附属のキャリーセットがあれば大丈夫です。さらに頭だけでなく、手や足の洗浄器としての使用にも役立てることができますので、特に災害時には大活躍すると思います。これも“道具が人に合わせる”という発想から生まれました。」

.....
——さいごに、読者に向けてメッセージをお願いします。

「弊社ビューティフルライフは、移動理美容車や派遣による訪問理美容サービスの提供と共に、店内全てバリアフリー化した『ママさん福祉美容室』も展開し、地域の高齢者や障害者の皆さまが気兼ねなく、安心してご利用いただけるように考えています。訪問先は150か所を超え、月間約1300人の高齢者等に利用いただいています。これまで、訪問理美容は旧態依然としていて、働く理容師・美容師にとっても、他の介護労働者と同様に身体的負担の大きな業務であったことから、訪問理美容における安全・安心・快適なミニマム・スタンダード(最低基準)を確立し全国に発信したいと考え、準備を進めてまいりました。今回の機器開発は、医療・介護従事者と共通する課題解決にもつながり、各分野で業務の省力化や腰痛防止につながる製品に仕上げることができた*と自負しています。世界に先駆けた日本の超高齢化に対応する、具体的には高齢者等を『おもてなす』ことを可能にする新たなサービス提供方法や技術・製品は、これから高齢化を迎える他の国々の高齢者への貢献にもつながると考え、今後も頑張っていきたいと思っています。」

※注)この多機能車椅子と移動シャンプー台は「介護労働環境向上奨励金」の対象となり、介護サービス提供事業者の場合、介護福祉機器導入費用として2分の1(上限300万円)が補助されます。なお、奨励金を受けるには都道府県労働局の認定が必要です。

《特別レポート》多機能車椅子の共同開発者・松尾准教授を訪ねました。
**背中や腰のズレが少ない新しいリクライニング・ティルティング機構を持った
理美容車椅子は、ここで完成した。**


松尾清美 准教授
佐賀大学 大学院医学系研究科
医学部附属地域医療科学教育
研究センター
福祉健康科学部門(社会生活
行動支援)

大分市で田中社長のインタビューを終えた後、どうしても多機能車椅子の共同開発者である松尾先生にお会いしたくて、佐賀大学を訪ねました。

松尾先生は大学在学中に交通事故で胸髄を損傷し、車椅子生活となられたそうですが、労働福祉事業団総合せき損センターで24年間、高齢者・障害者(児)の生活環境系の設計研究に従事。その後、2003年5月より佐賀大学医学部准教授として、医学生や看護学生に対して「障害者(児)・高齢者の生活と支援技術」や「障害者(児)・高齢者の生活行動支援論」等の教育を担当する傍ら、現在の医学では完治させることのできない高齢者・障害者(児)の実際の生活行動支援と支援技術の研究、福祉機器や住環境の設計研究などに注力。これまでにを行った福祉機器支援は6000名を超え、住宅設計に関しては1600件を超えるとのこと。全国でも有数の専門家として活躍されている方です。田中社長が立ち上げた新連携チームに参画した経緯は、これまで誰も作ったことのない理美容車椅子

子を一生懸命に作ろうと頑張る田中社長の熱意に胸を打たれた経産省の担当者からの紹介だったといいます。

「紹介を受けて、田中さん(社長)に会いにビューティフルライフを訪ねましたが、そのとき店内で散髪を終えたお年寄りの方が田中さんに手を合わせながらお礼を言われる様子を目にして、これは『本物』だと思いました。さらによく話を聞くと、店に来られない障害者等のために、訪問理美容を事業化してがんばっているのを知り、その考え方が私の研究とぴったり合うと思ひ、この人とならきっと良いものができるかと確信しました。」と松尾先生。さっそく松尾先生の研究室に第一号試作品を持ち込んだ田中社長でしたが、松尾先生がこれまで開発してこられた車椅子に乗せてもらいながら、改良すべきポイントを細かく説明を受け、試作機の未熟さを思い知った様子だったそうです。

「特に改良すべき最大の課題はリクライニングを起こすときに体が挟まれ、背や腰を圧迫してしまう点でした。そこで、設計をやり直すために二次元モデルを作り、田中さんに見せたところ、彼の開拓者精神に火がついたようで、独自に三次元モデルを作ってきたのには、とても驚きました。」と当時を振り返り楽しそうに語る松尾先生。お二人が膝を突き合わせて開発に熱中していく様子が手に取るように伝わってきます。お話を聞きしている最中、取材班の私たちも車椅子体験をさせていただき、細かなちよつとした工夫で使用感がこんなにも違うということが分かり、ものづくりの大変さと楽しさを垣間見た気がしました。松尾先生、貴重な経験をさせていただきありがとうございました。



松尾先生の研究室にて
…実際の車椅子に乗せていただきながら、楽しくお話をうかがいました。

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012 (日本動脈硬化学会)

～絶対リスク評価を採用し、患者の層別をより鮮明に～

日本動脈硬化学会は2012年6月、5年ぶりの改訂となる「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」を発刊しました。同ガイドラインは、動脈硬化性疾患の危険因子の中でも特に冠動脈疾患に関連の深い脂質異常症を中心に、治療指針をまとめたものです。今回の改訂では、冠動脈疾患死の絶対リスクによる患者の層別化を図ったことが最大の特徴です。個々の患者のリスク評価がより容易になり、リスクの程度に応じたきめ細やかな治療が可能になることが期待されています。

ここでは、日常診療でより使いやすくなった「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012」の改訂ポイントを中心に解説します。

「ガイドラインの変遷」

動脈硬化性疾患予防ガイドラインの前身である「高脂血症診療ガイドライン」は、1997年に初めて発表されました。当時、日本人のエビデンスは十分ではなかったものの、総コレステロール(TC)値220mg/dLを診断基準値として採用し、それに相当するLDLコレステロール(LDL-C)値として140mg/dLが提示されました。その後、久山町研究やJ-LITの発表によりリスク因子の考え方がわが国でも立証され、リスク因子を考慮したガイドラインとして2002年に「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」が発表になり、わが国のガイドラインの大きな枠組みが形成されました。さらに2007年には、NIPPON DATA80という疫学調査研究や、MEGA study、JELISなどの日本人の治療エビデンスをもとに「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007」が発表されました。2007年版では診断基準の対象を従来の「高脂

血症」から「脂質異常症」へと変更、診断基準値や管理目標値にLDL-C値を採用し、TC値は除外されました。国内のエビデンスを数多く反映した2007年改訂版ガイドラインは日常診療でも広く使用され、LDL-Cによる診断基準・管理目標値や、相対リスクによるリスク層別化の考え方を浸透させました。

今回の2012年改訂版は、日常診療でより使いやすいガイドラインを目指し、2007年以降の新たなエビデンスと国際的なガイドラインの動向を反映して大幅に刷新されました。主な改訂ポイントは、①診断基準に境界域を新設、②患者の層別化に絶対リスク評価を導入、③non HDLコレステロールを管理目標に導入、④高リスク病態の治療方針を明確化、⑤高血圧など動脈硬化に関連した他の慢性疾患との包括的管理を提唱の5つです。

「改訂ポイント①」診断基準に境界域を新設

改訂ガイドラインでは、脂質異常症についての従来からの基準値である「LDL-C値140mg/dL以上」に加え、新たに「境界域高LDL-C血症」の基準値として「LDL-C値120～139mg/dL」が設けられました。LDL-C値が120～139mg/dLでも、例えば糖尿病合併などで冠動脈疾患発症のリスクが高く、積極的な脂質

管理が求められる症例は少なくありません。しかし、従来の診断基準ではこのような症例は脂質異常症に該当せず、日常診療の実態にそぐわないケースもありました。そこで今回、積極的な治療が必要なハイリスク患者の取りこぼしを防ぐべく、リスクの高さに応じて判断できる境界域を設定し、場合によっては治療介入も可能な領

域として提案されました。スクリーニング時に対象者が境界域だった場合、「高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する」とされています。

ただし、診断基準は絶対リスクが高い場合に限って治療を勧めるものであり、診断基準がそのまま全て治療対象となるわけではないことを認識する必要があります。

ます。改訂ガイドラインでは、あくまでスクリーニングのための診断基準であり直ちに薬物療法を開始する基準ではないことを明確化するために、従来の「脂質異常症の診断基準」から、「脂質異常症：スクリーニングのための診断基準」へと変更されました。

●脂質異常症：スクリーニングのための診断基準(空腹時採血※)

LDLコレステロール	140mg/dL以上	高LDLコレステロール血症
	120~139mg/dL	境界域高LDLコレステロール血症**
HDLコレステロール	40mg/dL未満	低HDLコレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL以上	高トリグリセライド血症

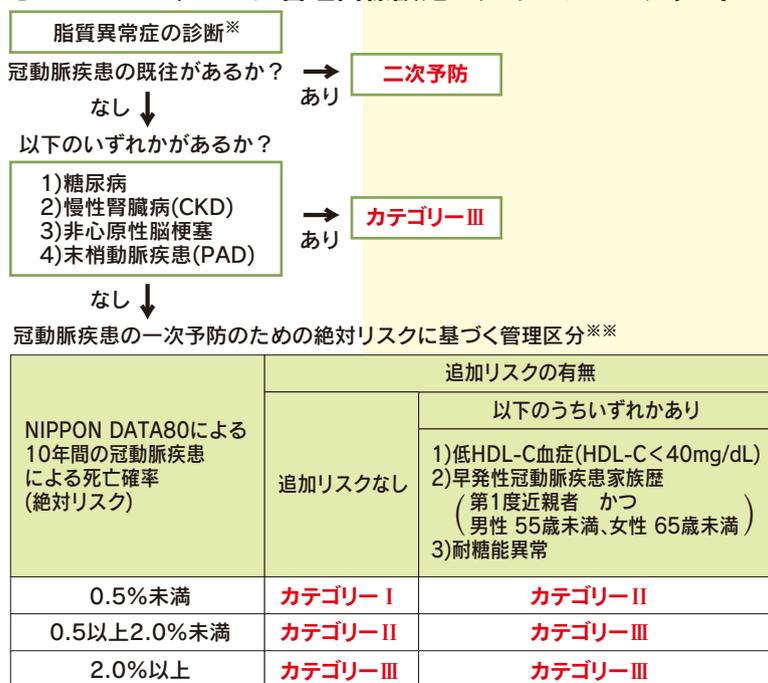
- ・ LDLコレステロールはFriedewald(TC-HDL-C-TG/5)の式で計算する(TGが400mg/dL未満の場合)。
- ・ TGが400mg/dL以上や食後採血の場合にはnon HDL-C(TC-HDL-C)を使用し、その基準はLDL-C+30mg/dLとする。
- ※ 10-12時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし、水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。
- ※※スクリーニングで境界域高LDLコレステロール血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。

〈動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012より〉

【改訂ポイント②】患者の層別化に絶対リスク評価を導入

脂質異常症と診断された後、冠動脈疾患のリスクに応じて患者を層別化しLDL-Cの管理目標を設定する方法は2007年版と同様ですが、今回の改訂ではリスク評価に、従来の「相対リスク」ではなく「絶対リスク」が採用されました。これが、今回の改訂で最も大きく変わったポイントです。従来の相対リスクは、ある危険因子を持つ人では持たない人に比べて何倍のリスクがあるか、という「危険因子の強さ」を示しますが、これでは実際に個々の患者の持つリスクがどの程度であるか判断ができず、患者への説明も十分とはいえませんでした。一方、絶対リスクは、複数の危険因子を評価することで、ある因子の組み合わせを持つ人が一定期間内にイベントを起こす確率を示します。動脈硬化性疾患の多くは多因子疾患であることから、リスクの評価には絶対リスクを用いるのが望ましいとされており、既に欧米のガイドラインでは、治療方針の決定は個々の患者の絶対リスクに基づいて行われています。日本でも2006年にNIPPON DATA80の疫学調査研究をもとにリスク評価チャートが発表され、個々のリスクを絶対評価で表現することが可能となったため、欧米の動向にあわせて新たに絶対リスク評価が導入されることとなりました。これにより、従来指摘されていた女性に対して過剰介入を招きやすいという性差の問題が解消され、リスクに最も影響を及ぼす年齢がより細かく反映されるようになるため、患者に応じた適切な治療が行えるようになると期待されています。

●LDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート



- ※ 家族性高コレステロール血症(FH)については本フローチャートを適用しない。
- ※※絶対リスクはガイドライン第1章図2を参照。

〈動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012より〉

改訂ガイドラインでは、リスク評価に基づいて治療方針を決定するための「LDL-C管理目標設定のためのフローチャート」が用意されました。まず脂質異常症のスクリーニングを行い、冠動脈疾患の既往が判明すれば、二次(再発)予防として管理します。冠動脈疾患の既往がない場合は一次(初発)予防となりますが、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患(PAD)のいずれかを合併していれば、それだけで高リスクとみなし、カテゴリーⅢとなります。これらの高リ

スク病態の合併がない場合には、NIPPON DATA80の絶対リスク評価チャートに基づき、冠動脈疾患による10年間の死亡リスクが0.5%未満を一次予防のリスクカテゴリーⅠ(低リスク)、0.5%以上2%未満をカテゴリーⅡ(中リスク)、2%以上をカテゴリーⅢ(高リスク)に層別化します。その際、NIPPON DATA80に含まれ

ていない家族歴、低HDL-C血症、耐糖能異常を追加リスクとし、そのうちいずれかがある場合はリスクカテゴリーを1段階上げることになりました。なお、改訂版ガイドラインにはCD-ROMが添付されており、それを利用して患者データを入力すれば、絶対リスクを自動的に算出することができます。

【改訂ポイント③】non HDLコレステロールを管理目標に導入

従来の脂質管理目標では、LDL-C、HDL-C、トリグリセリド(TG)が記載されていますが、改訂版ガイドラインにおいてこれらの管理目標値に変更はありません。ただし今回、LDL-Cを一次目標とするとともに、二次目標としてnon HDL-C(TC値からHDL-C値を差し引いたもの)の脂質管理目標値を新たに設け、LDL-Cの管理目標値に30を加えた数値が妥当とされました。メタボ

リックシンドロームなど、低HDL-C血症、高TG血症が前面に出てくる脂質異常症の管理にはnon HDL-C値が指標として有用であること、TCとHDL-Cから簡単に計算でき食後採血でも使用できること、さらにFriedewald式が適用できない高TG血症にも使用できることなどが利点として挙げられています。

●リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値(mg/dL)			
		LDL-C	HDL-C	TG	non HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する	カテゴリーⅠ	< 160	≥ 40	< 150	< 190
	カテゴリーⅡ	< 140			< 170
	カテゴリーⅢ	< 120			< 150
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	< 100			< 130

- ・家族性高コレステロール血症についてはガイドライン9章を参照のこと。
- ・高齢者(75歳以上)についてはガイドライン15章を参照のこと。
- ・若年者などで絶対リスクが低い場合は相対リスクチャート(ガイドラインp113参考資料1)を活用し、生活習慣の改善の動機づけを行うと同時に絶対リスクの推移を注意深く観察する。
- ・これらの値はあくまでも到達努力目標値である。
- ・LDL-Cは20~30%の低下を目標とすることも考慮する。
- ・non HDL-Cの管理目標は、高TG血症の場合にLDL-Cの管理目標を達成したのちの二次目標である。TGが400mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。
- ・いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでも生活習慣の改善である。
- ・カテゴリーⅠにおける薬物療法の適用を考慮するLDL-Cの基準は180mg/dL以上とする。

(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012より)

【改訂ポイント④】高リスク病態の治療方針を明確化

今回の改訂では、動脈硬化性疾患の危険因子の危険度に関して最新のエビデンスに基づく再検討が行われ、二次予防や糖尿病などの高リスク病態の治療方針がより明確にされたことも大きなポイントです。

冠動脈疾患の既往のある二次予防の症例に関しては、(1)急性冠症候群、(2)喫煙、(3)糖尿病、(4)CKD、(5)非心原性脳梗塞・PAD、(6)メタボリックシンドローム、(7)主要危険因子の重複—を有する例は特にリスクが高いとし、二次予防の目標値である「LDL-C値100mg/dL未満」の確実な達成、さらに主治医の判断に基づいてLDL-C値70mg/dL未満を目標とするようなより厳格な治療を行うべきという方針が示されました。ただし、LDL-C値100mg/dL未満の達成率は30~50%と未だ不十分であり、更に厳しい目標値の設定については日本人のエビデンスが少ないことから、継続的な検討課題とされています。

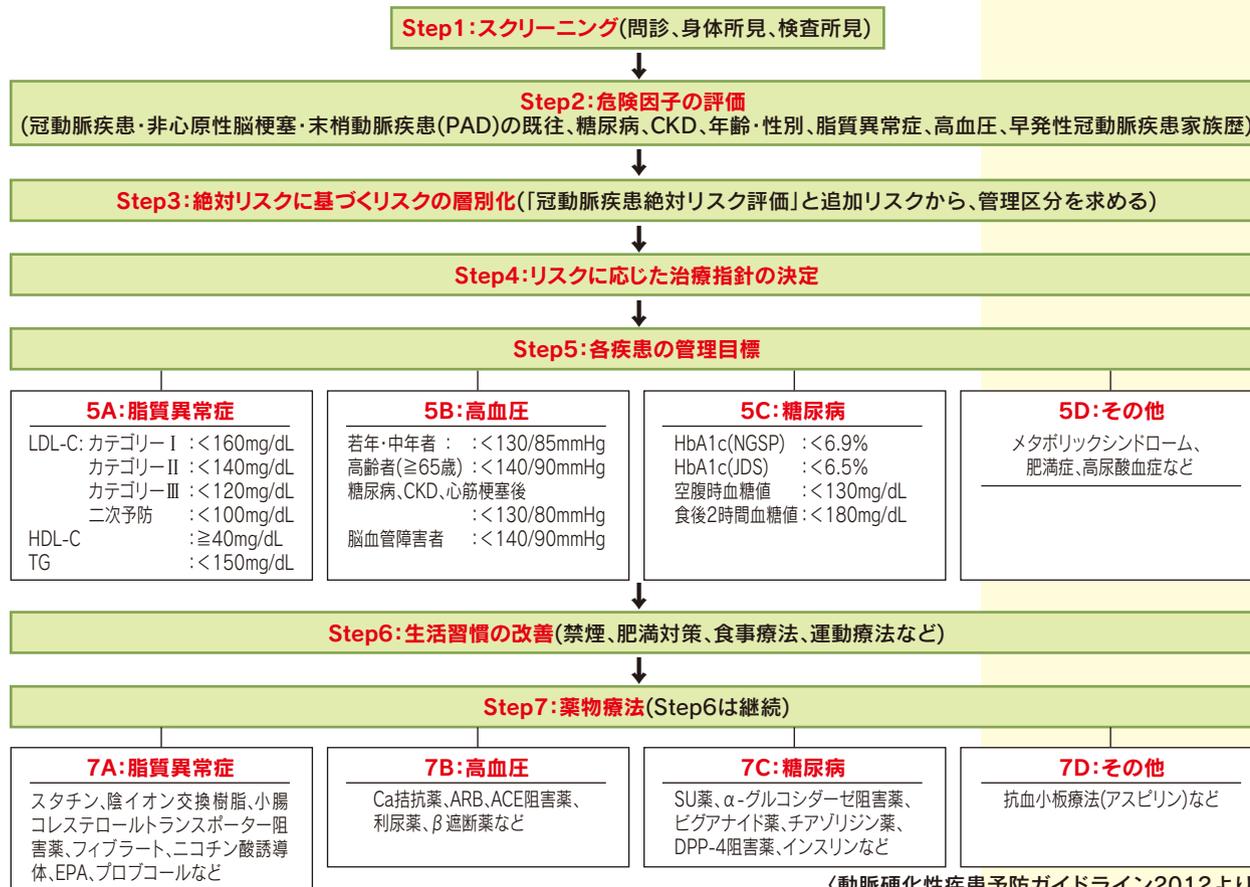
また、糖尿病に関しても一律に扱うのではなく、(1)網膜症・腎症などの細小血管症合併、(2)血糖コントロール不良状態の持続(HbA1c8.4%以上[NGSP値])、(3)喫煙、(4)非心原性脳梗塞・PAD、(5)メタボリックシンドローム、(6)主要危険因子の重複—を有する例は特にリスクが高いため、より厳格な管理が求められるとされました。米国では糖尿病患者を二次予防相当に分類し、LDL-C値100mg/dL未満の目標を定めていますが、日本人においては根拠となるデータがないため、今回、糖尿病合併は一次予防の高リスク群(目標:LDL-C値120mg/dL未満)に分類されています。しかし、これらのリスクが重なる場合には、二次予防と同等の管理目標も考慮するとの記載が盛り込まれました。なお、CKDについては、糖尿病に匹敵するリスクであるとの多くのエビデンスが報告されているため、今回の改訂で初めて高リスク病態に追加されました。

【改訂ポイント⑤】高血圧など動脈硬化に関連した他の慢性疾患との包括的管理を提唱

動脈硬化性疾患の予防のためには、脂質異常症の他にも高血圧、糖尿病、喫煙、肥満などの管理を包括的に行うことが重要となります。実際に日常診療では多くの患者は生活習慣病を併せ持っており、医療者は常に包括的な判断が求められます。今回の改訂では初の試みとして、8つの関連学会の意見をもとにそれぞれのが

イドラインのエッセンスを織り込み、動脈硬化性疾患予防のための各種疾患(脂質異常症、高血圧、糖尿病、その他)を包括的に管理するためのフローチャートが作成されました。学会は日常診療での活用を勧めており、今後も各学会と議論を重ねてブラッシュアップされていく予定です。

●動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート



〈動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012より〉

脂質異常症の薬物療法の項では、一次予防における薬物療法導入の目安が新たに設置されました。あくまでも大前提は生活習慣改善指導であり、特に一次予防に関しては個人のリスクを正しく評価して絶対リスクが高い患者に限り薬物療法を考慮すべきとされていますが、一次予防でもLDL-C値が180mg/dL以上を継続する場合には、家族性高コレステロール血症の可能性も考えて薬物療法を考慮する旨が記載されました(推奨レベルII a、エビデンスレベルA)。また、高LDL-C血症の治療薬としては従来どおりスタチンが推奨(推奨レベルI、エビデンスレベルA)されていますが、高リスクの高LDL-C血症においてはスタチンへの併用薬として、これまで記載のあったEPA製剤(推奨レベルII a、エビデンスレベルA)のほか、エゼチミブ(推奨レベルII a、エビデンスレベルB)の投与についても考慮する旨が加わりました。

従来のガイドラインは標準化した医療提供のための指針でしたが、今回のガイドライン改訂はそれから一歩進んで、個々の患者に適したテーラーメイド医療の提供を目指して作成されました。世界に類をみないスピードで高齢化するわが国において、動脈硬化性疾患、特に心筋梗塞を中心とした虚血性心疾患と、脳梗塞・脳出血を中心とした脳血管障害による死亡はがんと並んで大きな位置を占め、死因の30%に及んでいます。ますますその頻度の増加が予測されるため、動脈硬化性疾患の有効な予防・治療対策の確立は喫緊の課題です。今後、日常診療において本ガイドラインの活用を広く推進し、個々の患者のリスクに応じたきめ細やかな治療を実現することが、その課題を解決する鍵となるはずです。

【参考文献】

- ・動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012(日本動脈硬化学会)
- ・Nikkei Medical 2012年7月号特別編集版(株式会社日経BP)
- ・Japan Medicine MONTHLY 2012年10月号(株式会社じほう)

第5回

リーズンホワイは DPC病院だけのものではありません それは、あなたのものです

「リーズンホワイ」を使った経営戦略立案について第5回目の連載となります。過去4回はDPC病院にスポットを当てていましたが、今回は視点を変えて、診療所や調剤薬局からリーズンホワイをどう捉えるか？についてお伝えします。

1. 診療所／クリニック、そして調剤薬局が抱える問題

空が高くなるほど朝晩の冷え込みが厳しくなったある日の朝、薬局の電話が突然鳴り響きました。「〇×診療所です。院長が今朝、急性心筋梗塞で倒れました。今も意識が戻っていません。本日は休診いたします。」その調剤薬局は、〇×診療所からの処方箋で成り立っていました。院長が亡くなることは、すなわち自身の薬局も共倒れすることを意味するのです。薬局長は、啞然となりました。

団塊の世代が65歳を超え、空前の超高齢化を迎え

る日本社会。この高齢化は、医療ニーズの変化を意味するだけでなく、医療を提供する我々の高齢化にも結びついているのです。そして事業継承がうまく進んでいる診療所であるならば兎も角も、そうではない診療所にとっては、いつ閉院になるのかわからないリスクを日々抱えているのです。そしてそのリスクは診療所のみならず、近隣の調剤薬局も抱えていることは言うまでもありません。

2. 診療所はDPC病院と連携せよ

診療所が後継者を捜すことは、非常に難しい時代です。ご息子が医師として一人前になっても、関東や関西に出ており近くでの地盤を作っていなかったり、そもそも医学部に行っていなかったりと、身近で後継ぎを見つけることが容易ではない事例を幾度と聞きます。

さらに以前より診療所の診療報酬が低くなったため、開業時の先行投資回収に必要な年数は長くなるばかりではなく、そもそも金融機関から開業資金の融資を受けることが難しくなっています。このような中で、勤務医の間では開業することへの閉塞感が漂っています。

診療所の事業を継続するためには、DPC病院との連

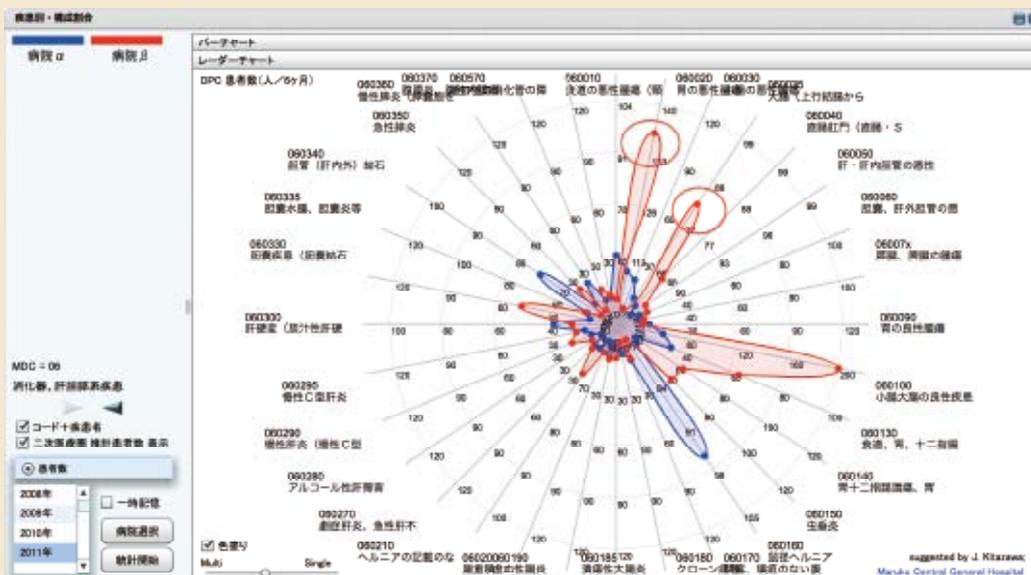
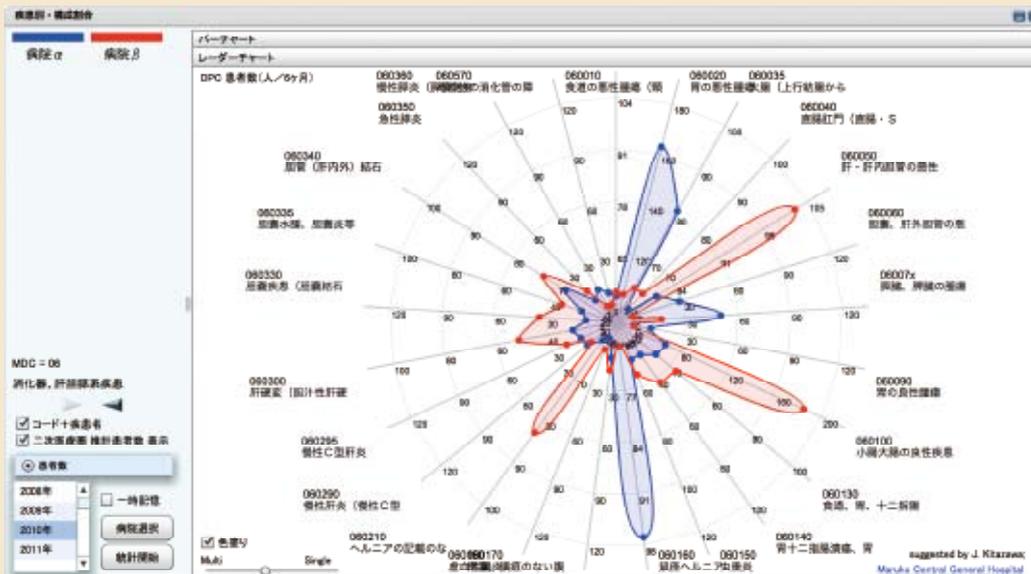
携が最も有効な手段だと私は考えています。なぜならDPC病院は自院への紹介患者数を増やすことを実現するサテライト診療所を欲しがっているからです。さらにサテライトクリニックを持つということは、すなわち将来開業を志す医師を集められる可能性が広がるからです。

DPC病院の傘下に入り、経営統合をすところまでいかないにしても、普段の診療枠の一部をDPC病院の先生に使っていただくことも、十分な連携だと考えています。

3. リーズンホワイを使って、DPC病院の何を見るのか？

1. どのDPC病院と連携すべきかを調べます。
DPC病院の疾病別患者数は、毎年刻々と変化しているため、直感や経験で検討してはいけません。昨年来

で肝・肝内胆管の悪性腫瘍を得意としていたβ病院が、今年は胃や大腸の悪性腫瘍の方をより得意としているということもあり得るのです(図1・図2)。



医師が変わればその病院の得意分野が変わる。そして団塊の世代が65歳前後にあるということは、診療科部長の先生が入り替わる確率が普段より高い。さらにDPC病院は非常に激しい競争の中で運用されている。これらのことから、そのDPC病院が得意としている疾患が変わる可能性が、普段より高くなっているのです。

次に、当診療所が貢献できる分野の中で、2. そのDPC病院が何を求めているのかについて検討しま

す。例えば当診療所(Aクリニックとします)が大腸内視鏡検査を日々10件していたとします。この数字は、福岡市の診療所の中でも5本の指に入る数です。そして連携したいDPC病院(B病院)の消化器分野での患者数は、隣の競合だと考えられるDPC病院(C病院)よりも数の面では多いものの、悪性腫瘍の患者数は少なかったとします(図3)。B病院と連携できるかいないかの鍵は、この大腸の悪性腫瘍をB病院が強化したいのかどうかにかかっています。



まずは手始めに、ある曜日の大腸検査の枠に、アルバイトで先生に来ていただけないかご相談します。来ていただくアルバイトの先生の大腸検査の経験を積んでいただくことや、その先生が検査をし、入院が必要になった患者さんをB病院へ紹介することなどを、交渉の材料とします。もちろんB病院にとっては、そのアルバイトの先生へA診療所から日当を支払っていただくことで、アルバイトに行っていた先生への報酬を実質的に上げられることによるメリットがあ

ることは言うまでもありません。

ただし、ここでB病院から医師を送っていただくように連携体制が整ったとしても、診療所の先生は、まだ心を割ってはいけません。本当に質の高い医師をB病院が派遣してくれているのかを吟味する必要があります。内視鏡検査の全くの初心者の医師を送っているのか、人間関係が難しい医師を送っているのか、B病院のA診療所に対する本気度を、その行動で判断する必要がありますのです。

4. 調剤薬局は何をすべきか？

ぜひ積極的に、診療所の院長先生へ、DPC病院との連携についてお話をしてみましょう。いま航海している場所は、平穏な洋上ではありません。船長任せで受け身の航海に乗っかっていくのか、それとも気象を解析し、積極的に自分なりの意見を船長へ伝えていくのかの如何によって、この5年後の方向性ももしかすると変わるかもしれません。

ただしその前提には、信頼関係が大切です。信頼関係を築くために、日頃からの丁寧なご挨拶、そして丁寧な処方監査と敬意を込めた問い合わせが必要です。

リーズンホワイを自分の手のように動かし、ぜひこの難局を乗り越えていきましょう。自分のことを助けてくれる人は、最後は自分しかいません。

●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年よりペイシェント・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/>





ほっとたいむ

ココラでちょっと一息ついてみませんか？

商店街グルメNO.1決定戦「Show-1グルメグランプリ」本大会開催！



鹿児島県は、第3回鹿児島県商店街グルメNo.1決定戦「Show-1グルメグランプリ」本大会を2月23日(土)・24日(日)にかこしま県民交流センターにおいて開催します。

黒豚や黒牛などの鹿児島県内の豊富な食材と県内商店街の創意工夫により作り上げた料理を来場者の皆様にご覧いただき、グランプリを決定するイベントです。

来場者の一票が本県の商店街グルメNO.1を決定します。自慢の逸品をどうぞ御賞味ください。



お問い合わせ
●鹿児島県かこしまPR課 099-286-3050

シンプルでナチュラル感あふれる海外の雑貨のようなボトル。これって何だと思いませんか？そう、実は焼酎なんです。焼酎っていうと女子会でのドリンクや女性への贈り物にはちょっと…と思いがちですが、その常識が大きく変わります！

2012年8月に誕生したこの鹿児島発の女性向け焼酎は、「女性が思わず手に取りたくなるようなボトル」をテーマに開発された新商品。かわいいハートがモチーフのアラベスク柄やスタイリッシュなストラップ柄、「クピクピ」や香水瓶を思わせる「Rin(リン)」など、これまでの焼酎にはないネーミングも、オンナゴコロをそそります。さらには、華やかな香り、フルーティで爽やかな味わい、口あたりの良さなどを追求した、ロックやストレートでも飲みやすい焼酎に仕上がりました。

本格焼酎は糖分ゼロなので、健康志向の女性にこそ飲んでほしいお酒です。こんなにかわいいから、パーティーやバレンタインやホワイトデー用のギフトにもぴったり。これからの女子会の主役は、見た目も飲んでも「かわいい焼酎」で決まりです。

これからの焼酎は、かわいくなつくちや



[第4話]

目標を絞り込んで、
強い客層、強い地域をつくる方法

今回は、税理士事務所の経営の進め方を例に、ランチェスター戦略の使い方をお伝えしたいと思います。と言いますのも、よく「我々の業界は特殊だから」と言われる方がおられます。

しかし、一見特殊と思われる業種や業界でも、経営のルールは7割共通です。税理士事務所の事例を下敷きに、あなたの会社に応用して下さい。

ちなみに今回の弱者の戦略のキーワードは、次のようになります。

- 革新を加える＝差別化する
- 顧客対策に、より力を入れる
- 近距離戦を実行する。近場に絞る
- 業種や客層を絞る。
強い競争相手とは戦わない

レポート

客層と地域を絞って業績を良くする方法。
経営のルールは共通

小野孝義さんは、将来は税理士試験に合格して30才で税理士事務所を出すと心に誓い、様々なアルバイトや税理士事務所に勤務しながら、29才で税理士試験に合格した。

勤めていた会計事務所から5件のお客さんをもらい、32才で独立した。

しかしその後、どうやってお客を作っていけば良いかわからなかった。知人に誘われ、セミナーや勉強会に参加した。その中のひとつにランチェスター戦略の勉強会があった。経営には競争条件が有利な会社を使う強者の戦略と、不利な会社を使う弱者の戦略の2種類があり、弱者は弱者の戦略をしっかりと研究して自社に落とし込まなければ失敗することを学んだ。強い部分をより強くする接近戦、一騎打戦、挟域戦、差別化、部分1位など学んだ…。

顧客対策を差別化する

ほとんどの税理士事務所は、税理士と税理士の資格を目指すスタッフ、さらに簿記のスタッフを配置する。小野孝義税理士事務所は5名の税理士事務所だが、そのうちの1名に簿記の経験もないスタッフを置いた。このスタッフは、顧問先の社長とコミュニケーションを行い、次の目標を聞いたり、一緒に会社の物語を作っていく営業職で、社長の打つ手が当り、うまくいったとき、要因を一緒に分析することで、うまくいかない時、どのよう



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)

な手を打ったら良いかわかるようにするためと言われた。これは他の税理士事務所のマネではない。顧問先のためになることを一生懸命考えぬいていった結果、生まれたものだ。これは小野孝義税理士事務所の革新であると共に、先行投資だ。

早朝勉強会を400回以上実施

また小野さんは、毎週木曜日の午前7時から早朝経営勉強会を開催している。これはランチェスター戦略のビデオを見ていただきながら、それぞれの会社の計画書を作成していく勉強会で、これは顧問先への顧客維持対策であると共に、新しいお客をつくる営業対策でもある。訪問による営業がプッシュ型の営業とすれば、勉強会やセミナーは、プル型の営業で、これは接近戦・一騎打戦の営業対策でもある。

小野さんは早朝勉強会をするメリットを、勉強会で良くなれること、顧問先と用語を共通化できること、ランチェスター戦略に従ってスムーズに質問ができることと言われる。

さらにもう一つ、「店舗開業まるわかり講座」を行なっている。月4回コースで、将来独立したい方や独立間もない方に初めの一歩から、数字計画まで、開業前に知っておいた方が良い情報を提供する講座で、これは、新しい見込客を発見する営業対策だ。

小野孝義税理士事務所の商品(サービス)の中心は、「これからの利益や余剰資金を経営計画に沿って描く未来会計」で、「資金の調達」と「現在持っている資金の配分」、それに対する財務データの決定で、うちは入口の部分に関わっていくと言われた。

自転車で15分以内に絞る。客層も絞る

営業地域を聞いて驚いた。自転車で15分以内の地域と言われた。事務所は福岡市の中心部、中央区薬院にあり、周りには会社が集積しているとはいえ、ここまで

地域を絞っている税理士事務所を聞いたことがない。小野さんは、これはお客様に不便をかけないためと、自社の規模に合わせて営業地域を絞っている結果と言われた。

客層も絞った。顧問契約は従業員30人以内の会社で、業種は建築や病院関係を除く、サービス業の関係の会社で、また確定申告の客層は、小売業や飲食業や美容室などの店舗ビジネスに絞っていると言われた。これは大手の税理士事務所と差別化し、得意な客層に集中して、その中で1位の税理士事務所になるための戦略だ。

接触する回数＝量に目標を定める顧客対策

小野さんは、決算書だけのお客様や確定申告だけのお客様には、1年に1回～2回の接触だけでは顧客流出につながりやすく、1年間に12回接触していると言われた。これは流出を防ぐためだけでなく、年間の顧問契約客になって頂くための対策だ。

これは、3年で勝つには競争相手の1.7倍、5年では1.3倍の量が必要という、ランチェスターの必勝の数値の活用だ。

小野さんは12回接触する方法として、『axe』というニュースレターを年に6回、決算料入金時に、お礼のハガキを出し、11月と6月にはドラッガーの言葉を使ったハガキを送り、その会社の設立記念日にお祝いのハガキ、これに暑中見舞いと年始のハガキを加えて、年間13～14回にしている。小野さんは、接触回数に目標を定めていると言われた。

夢はどこにもない税理士事務所

小野さんは、飲食業や美容室などの店舗ビジネスでは、1日1組、お客さんを増やすだけで、年間の粗利益

が200万円増えると言われる。しかし、たかが1組、されど1組で、1組増やすのは実力がなければできないと言われる。

小野さんは、自立型の経営とは、財務的には銀行に頼らない経営であり、自己資本をどれだけ持っているかであるが、そのためには、自社の市場を築いていること」が必要で、業績の良い会社の共通点は、本業を中心に持っている経営資源を集中して投入している会社と言われた。

そして、自社の市場とは、「この手に集まってください」と言って、集まるイメージであり、そこにスタッフがいて、お客様がいてという、それが1位のイメージです」と言われた。

いま小野孝義税理士事務所は、地域を絞り、客層を絞り、小さく絞ったその中で1位の税理士事務所を目指している。

「私のこれからの目標は、中小零細企業が陥ってしまいうやすい財務構造から、いかに脱却するか、又は陥らないようにするかについて、うちの事務所が絞った、うちの事務所が対象とする業種や客層の中で、さらに細かく業種、業態、規模別にデータをとりまとめ、顧問先に提供できるようにすることです。」これはまさしく部分1位の戦略だ。

どこにもない税理士事務所を作り上げるのが夢、と言われた…。

税理士といえば特殊のように見える。しかし、見てきたように、ルールの世界は全く共通だ。あなたはこれをどう応用しますか？

弱者の戦略と応用のポイント

1. 経営条件が不利な会社は、まず顧客維持対策に力を入れる。これは税理士事務所でも同じである。
2. 客層を絞れ。自社の規模でも1位になれるもの、強い競争相手がいない客層に的を絞れ。小野税理士事務所は、従業員30人以下のサービス業及び店舗ビジネスに絞った。
3. 営業力＝訪問回数 \times 質。訪問回数には2乗パワーが付いている。小さな会社はまず訪問回数＝量の投入に目標を定めよ。早く成果が出る。

4. 必勝の数値を応用する。1.3倍や1.7倍や3倍の数値。小野さんもこの数値を使って、接触回数に目標を定めた。
5. 営業地域を絞り、その中で1位になることを目指す。小野さんは自転車で15分以内のエリアに絞った。
6. 業績の良い会社の共通点。持っている経営資源を集中して投入している会社。

…あなたはこれをどう応用しますか？

…あなたはこれをどう応用しますか？

●羽山直臣(はやまなおみ)プロフィール

ランチェスター戦略実践コンサルタント、羽山プロジェクトオフィス代表取締役。

『お客づくり実践ニュースレター 羽山レポート』『深堀レポート』毎月発行。小さな会社やクリニック、デイサービス、調剤薬局へ出張勉強会実施中。著書『小さな会社のすごい社長!』『小さな会社のできる社長!』(フォレスト出版)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』受講者受付中。熊本大学卒。福岡市在住

<http://www.hayama-pro.com>





はじめての人事・賃金基礎講座

〈第4回〉 21世紀の労使の人事賃金の 課題とは

～ワークライフバランス、 ワークシェアリング～



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. ワークライフバランスそして ワークシェアリングとは

「如何に働き、如何にわが人生を生きるか」を各サラリーマンは真剣に考える時代になった。

ワークライフバランスとは「仕事と生活の調和」を意味するが、働きながら私生活を充実させるように職場や社会環境を整えることが留意点となる。仕事は暮らしを支え私達に生きがいや喜びをもたらす。私たちは働きの充実があってこそ家庭生活の円満、喜びは倍増する。

しかしながら現実の社会には安定した仕事に着けず経済的に自立ができず、心身の疲労から健康を害する生活困難者も多い。

また、正職についていても、仕事に追われ、また仕事と子育てや老親の介護に悩むなど、仕事と生活に問題を抱える社員も多い。

これらが現代人と言われる働く人々の将来の不安や豊かさを実感できない大きな要因となっており、社会の活力の低下や少子化・人口減少という現象にまで繋がっていると言える。

これらの問題を解決する取り組みが仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)の実現である。ワークライフバランスとは1990年代に欧米で使われた概念であるが、仕事と生活を上手く両立することができれば、社員の能力を引き出すことができ、社員や企業にとって有益であるとの発想が根底にある。

日本では少子化やフリーターの増加に伴い、2003年(平成15年)に政府が次世代育成支援対策推進法を制定し、大企業に対して育児・介護休業法の規程を上回るように、短時間勤務・フレックス勤務・育児休暇制度などを拡充するように促した。2007年には、内閣府が「仕事と生活の調和(ワークライフバランス)憲章」と行動指針を定め2017年までに有給休暇消化率を100%にして、男性の育児休業消化率を10%に引き上げるなどの目標を掲げた。

ただ、日本では依然として女性の7割が第一子出産

後離職するなど、ワークライフバランスのための環境は作られていない。育児休暇明けにキャリア・ダウンしない仕組み、復職する仕組み、配偶者の転勤や子育てに配慮した柔軟な勤務時間、出産・育児を支援する多様な施設の整備など、数多くの課題が山積している。

さて一方のワークシェアリングだが、一般的には不況期における仕事の分かち合いと訳されている。雇用の減少に伴って仕事が少なくなった時、一人の仕事を複数の人で分割して仕事をする事で、典型的な方法としては労働時間を短縮することによって、全体の仕事量を変化させずに雇用を維持するなどが考えられる。最近の不況時における雇用維持の一つの方法として有効と言われている。社員一人ひとりの労働時間を減少することによって、雇用水準を維持する人事政策と言えよう。

厚生労働省の分類では(1)多様就業対応型、(2)雇用創出型、(3)雇用維持型、(中高年対策)、(4)雇用維持型(緊急対応)の4タイプに分類している。2002年に日本の労使間で検討されたのは、(1)と(4)の2タイプである。(1)の多様就業対応型は、勤務時間を弾力化し、潜在的な労働者との間で仕事の分かち合いを行い、社会全体の雇用機会を創出することが目的である。(4)の雇用維持型(緊急対応)は、一時的な景気悪化を乗り切るために緊急避難措置として社員一人当たりの所定内労働時間を短縮し、多くの雇用を維持する。雇用をされている社員間で仕事を分かち合う形になる。一人当たりの賃金を下げても雇用を確保し、失業者を減らすのが目的である。

既にドイツ、フランス、オランダなどEU圏の一部で実験的に導入をされ、実績を上げている国もあるが、日本では雇用保険、労働者災害補償保険など、雇用時にかかる経費などが高く、導入の進まない原因の一つと言われている。

2. 若者の失業者の増大

失業期間が1年以上に及ぶ、長期失業者の低年齢化が進んでいると日本経済新聞夕刊(11月26日)は

トップ記事で報じている。25歳から34歳の長期失業者数は2011年時点で28万人となり、20年前の7倍、2011年に比べても3割も増えた。学卒時に就職氷河期を迎えた人が定職につけない傾向が目立つと報じている。

働く意欲を失った若者の広がりが一因としているが、正規・非正規を問わず、1年以上職業についていない長期失業者は、10年で100万人を超え、11年には117万人に増えた。

かつては55歳から64歳の長期失業者の割合は、1991年の27%から11年に21%まで低下。代わって25歳から34歳の割合が最大となった。35歳から54歳までの長期失業者を加えると全体の6割を占める。

このことは何を意味しているのか…。採用は即戦力化を期待する時代になっていることを意味している。

企業の中で育てる経済的な余裕がなくなっている。巷では確実に能力ではなく、実力成果主義時代。結果が全ての価値観が定着しつつある。

直ぐに結果を出さなければ、グローバルな競争社会に勝利することはできないし、また、多様な価値観の要求に対応するためにも、今問題解決ができる人材が必要なのである。

人材育成とは、将来必要となる人材を今から育て将来発生するであろう問題解決の担い手を育てておくことを意味している。

しかし、余程の大手の企業でない限り、経済的な余裕はないのが実態である。その場限りの一過性の人材で対応してきたところが大半ではなかろうか…。果たして、このような付け焼刃的な対応で良いのか…。一般の並みの企業は、営業売上高不振、利益不振になると定期採用を控え、営業マンなど内勤間接人員の削減に走るのがごく普通の企業の経営スタイルである。

このような究極の場面を迎えた時に、わが社の人事戦略は、政策はどのような手を打つのだろうか…。人材の年代別の断層を作らないために、人数は減らしても定期採用を続ける企業も多い。人材が将来の企業戦略を描きこの不況期こそ人材確保の絶好のチャンスと考えているのだ。

ややもすると経営者の多くは、わが社には人がいないと言うが、人は沢山いる。今この不景気な時ほどチャンス。「企業は人なり」と言われるように、人材育成の必要性については誰も異論はない。

人命を預かる医療機関は他のどのような産業よりも人を育て、人を活用しなければならない職場である。また、一番勉強をしなければならない産業である。

しかし、法人全体の「管理教育」や「人材育成教育プログラム」を有する機関は極めて少ない。各専門部署による職能研修は何処の機関でも熱心である。人材を育てるとは、マネジメント研修体系を明確にして、職員としてのマインド研修、職能研修、役職階別研修など年代別に意図的、計画的に人材育成を推進することである。

人材育成とは単なるスローガンではない。一般産業に比べて医療機関の研修は一步も二歩も遅れていると思われるが、それらの機関が企業に学ぶ点は多数ある。

一例をあげれば、カメラのキヤノンはエクセレントカンパニーであるための必要要件として、「人格」と「能力」のある社員を育てることが大切と言っている。「人格」を育てるとはさすがキヤノンと言いたい。また、上司は部下を育てるためにはまず部下を理解すること、そして常に部下と目線を合わせて良く話をする、部下の強み弱み、今後のキャリア開発の希望、また悩みや不安を良く知ること。これが人材育成へのスタート地点だと言っている。これが出来たら次に能力を発揮させる「場」を与える。そして自立的な成長を支援すること、成長させ続けることが大切で、そのためには部下一人ひとりの適性を良くみて、課題を与え、どんどんプレッシャーをかけることが人材育成の極意とも言っている。

どんなプレッシャーにも負けない忍耐力、使命感を持ち、最後まで頑張ることが人間としてのやさしさや人の痛みを知り、人間的な深みを養うのかもしれない。

筆者：齋藤清一氏

立命館大学客員教授、医療経営研究センター副センター長、日本病院人事開発研究所 代表幹事

- 専門分野：人事労務管理、賃金統計学、組織計画、目標管理、利益計画、予算統制、評価システム、労働法関連等
- 所属学会：日本経営倫理学会、日本労務学会
- 主な著書：「エクセレントホスピタル」(日総研)、「病院・施設の人事賃金制度の作り方」(日本能率協会)「人事考課実践テキスト」「病院人材育成とコンピテンシー活用の仕方」「医師の賃金はこう決める」「職能給の決め方が分る本」〔経営書院〕他多数。

人事賃金の設計、改善改革コンサルのご相談を受け賜っております。

人事考課、面接訓練、目標設定訓練、コンピテンシー評価者訓練、管理監督者訓練、モチベーションアップ研修など、人事賃金のあらゆる改革をサポートしています。

ご相談はこちらに

職員の幸せと経営の発展をサポートする
「日本病院人事開発研究所」
〒248-0001 鎌倉市十二所224
TEL 0467-25-4627 FAX 0467-25-5355
e-mail:seiichi3@bronze.ocn.ne.jp
http://www.jinjitinginkanri.sakura.ne.jp/

Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

アステム筑後営業部では、 毎年マラソン大会を開催しています。

読者の皆さまこんにちは!アステム筑後営業部から投稿いたします。
今年の冬は一段と寒いですが、この季節の風物詩は、何と言っても全国各地で行われるマラソン大会ではないでしょうか?皆さまの職場でも、きっと毎年著名なマラソン大会に参戦しているような猛者(?)が何人かはいるのではないかと思います。

さて、アステム筑後営業部では、昭和36年に第1回マラソン大会が行われて以来、今日までずっと継続して開催しています。社内イベントがこれほど長い期間受け継がれていくことは希なようで、よその人に言うときずき感してもらえ、そんなときは何だかちょっと誇らしい気分がします。弊社の沿革を紐解くと、1879年(明治12年)久留米にて「大石薬舗」を創業したのが始まりです。したがって雄大な筑後川をアステムの源流に見立て、ここ最近では「アステム源流マラソン大会」と呼んでいます。

内容はというと、2キロ、5キロ、10キロの3コースにキッズコースもあり、老若男女和気藹々と楽しく走っています。おなかを突き出して汗だくで走る中年社員や、頬をリンゴ色にした可愛らしい子供たちも一緒に走ります。中には走りよりも目立つことを優先し、奇抜なコスプレで登場する人もあり、側からみるとマラソンなのか、仮装行列なのか分からない瞬間もありますが、それもご愛嬌です。走り終えた後は、入賞者の表彰とトン汁などの炊き出しを皆で食べ終るとなります。久留米市百年公園リサーチパーク内にある催し物広場を起点に筑後川サイクリングロードを走ります。毎年2月の第一土曜日を開催日に設定していますので、今年(2013年)は2月2日を予定しています。

皆さんの職場でも、独自のマラソン大会を企画してみたいかがですか?

※写真は、第52回 アステム源流マラソン大会(2012年2月4日)

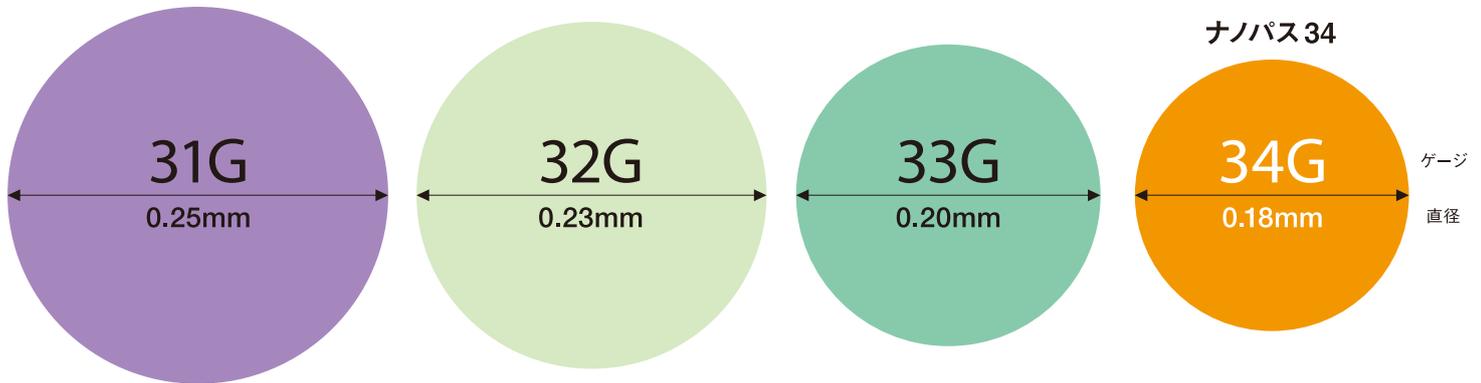


編集部 から

皆さま明けましておめでとうございます。今年もよろしくお願い申し上げます。

新年早々、秋の話題で恐縮ですが、しばしお付き合いください。さて、去る11月24日、秋の連休真っ只中、ふらっと清水寺に紅葉を見に行きました。…といっても、京都ではなく、瀬高町の清水山にあるお寺のことです。「JR九州ウォーキング」11月のコース一覧をみて、行ってみるとびっくり。何と清水山の紅葉のきれいなことか、山の中にひっそりと佇む古寺を隠すようにモミジやカエデが生い茂り、今まで見た紅葉の中で一番感動しました。さらに、行きがけに町民が運営する仮設休憩所で焼き芋とミカンをご馳走になったうえに、帰りには農家の人たちが畑から次々に大根やカブを掘り出し、通りがかったウォーキングの参加者に何とタダで振舞っていました。私もちゃっかり沢山もらって帰り大満足。この殺伐としたニュースが多い中、久しぶりにリフレッシュした気分を味わいました。(K.K.)

毎日をもっと前向きにしたい。



インスリン治療をはじめるとき、
多くの糖尿病患者さんは、
針の痛さや怖さに抵抗感を持ちます。
少しでも前向きにインスリン治療に取り組めるように
ナノパス34は「痛みの軽減」を多角的に追求しました。

- 世界最細*「34G」
- 切れ味鋭い独自の非対称刃面構造
「アシンメトリーエッジ」
- 根元も細い「スリムテーパー」



めざしたのは、世界で一番やさしい針。



ナノパスニードルⅡ
NANOPASS®

34G 4mm

ペン型注入器用ディスプレイザブル注射針



