

特集●地域医療最前線

新病院の脳卒中センター構想で変わる福岡市南部近郊の地域医療

～8名の常勤専門医を擁し最高の医療を目指す!～

医療法人光竹会 ごう脳神経外科クリニック(福岡県筑紫郡那珂川町)

特集●学会プレビュー

第9回 日本下肢救済・足病学会学術集会

クローズアップ新薬

国内初「便秘型IBS」の効能・効果で承認取得

グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト「リンゼス錠」

誌上マネジメント講座(第3回)

組織が最も生産性を上げる
ベストな状態

ここで一服、労務管理のお話

長時間労働(時間外労働)は
社会問題になっています



Poeti

つぶらな瞳術
ですワン!



〈メッセージ〉

いたずら大好き! 甘いもの大好き!
人間大好き! 病院大好き!

注射をされてもしっぽを振って喜ぶ、
つよ〜い男の子なのですが…、隙あれば
テーブルの上の食べ物を盗んだり、
シャツのボタンを取ったりと、毎日毎日
モップを持って「こらー!」と大声で追
いかけてまわしている状況です。

しかし、つぶらな瞳で見つめられると
ぎゅっと抱きしめてしまう愛おしい愛お
しいオスカル君です。

お馬鹿犬でも健康で元気にいてくれ
ることだけを願っています。

投稿者:杉 宣江 様

おがわせせらぎ診療所(福岡県福津市)

<ワンちゃんのプロフィール>

お名前(年齢・性別):杉 オスカル(1歳男の子)、

2015.3.27生まれ

犬種:ビションフリーゼ



contents

- 02 ● **〈地域医療最前線〉** 医療法人光竹会 ごう脳神経外科クリニック(福岡県筑紫郡那珂川町)
新病院の脳卒中センター構想で変わる福岡市南部近郊の地域医療 ~8名の常勤専門医を擁し最高の医療を目指す!~
- 06 ● **〈学会プレビュー〉**
第9回 日本下肢救済・足病学会学術集会
- 08 ● **〈医療機器情報〉** 一押しIME機器
タブレット型超音波画像診断装置 SonoSite iViz 富士フィルムメディカル株式会社
- 11 ● **〈医薬品情報〉**
医薬品新規収載関連ニュース
- 14 ● **〈クローズアップ新薬〉** グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト「リンゼス錠」
国内初「便秘型IBS」の効能・効果で承認取得
- 18 ● **〈誌上マネジメント講座〉** 病院組織再生プロデューサーが語る「チームの成長法則とチームビルディングのメソッド」〈第3回〉
組織が最も生産性を上げるベストな状態
- 22 ● **ほっとたいむ** (ココラでちょっと一息ついてみませんか?)
- 23 ● **〈ここで一服、労務管理のお話〉**
長時間労働(時間外労働)は社会問題になっています
- 26 ● **〈税務の部屋〉** ~知っておきたい税務の話(第22回)
中小企業の「攻めの投資」を支援する平成29年度税制改正について
- 28 ● **〈ランチェスター法則で業績を良くする方法〉**(第28話)
顧客を出発点にして発想するとモノは売れる
- 30 ● **〈病院の「組織活性化策」を考える〉**(第5回)
組織を強くする人の組み合わせ方 ~評価・育成・活用・処遇~
- 32 ● **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

新病院の脳卒中センター構想で

～8名の常勤専門医

Medical Report

地域医療最前線



医療法人 光竹会 **ごう** 脳神経外科 クリニック
Go Neurosurgical Clinic

福岡県筑紫郡那珂川町
山田1150-1

医療法人光竹会
呉 義憲(ごう よしのり) 理事長

福岡市の西南部に隣接し佐賀県との県境に横たわる背振山の裾野に広がる那珂川町。近年人口は5万人を超え、福岡市に近い平地部はベッドタウンとして発展する一方で、全体の大きな面積を占める農地・山地では、過疎化・高齢化が著しいという課題もある町です。こうした地域性を考え、郊外の交通の要所といえる山田地区に1000坪の土地を確保し2004年に開業した「ごう脳神経外科クリニック(一般19床)」は、脳卒中患者の入院・治療ができる医療機関として那珂川町全体とその周辺エリアをカバーできる貴重な存在となり、長年地域の救急医療を支えてきました。

そのごう脳神経外科クリニックを母体にこれまで複数のクリニックや介護事業を展開してきた医療法人光竹会グループは、本年(2017年)4月に福岡市南区において新病院を開設するに至り、地域住民や医療関係者のみならず、広く関心を集めています。新病院の名前は「福岡脳神経外科病院(福岡市南区日佐)」。医療法人光竹会・呉(ごう)理事長はこの病院を核にこれまで思い描いてきた理想の脳卒中ネットワーク体制が実現できると意気込みます。さて、どんな病院が建設され、福岡市南部近郊の地域医療連携がどう変わるのか、呉理事長に直接お話を聞いてみましょう。

《インタビュー》

医療法人光竹会 呉 義憲(ごう よしのり) 理事長

（開業時に誓った病院開設の 長期ビジョンがいよいよ現実に）

——2004年6月に「ごう脳神経外科クリニック」を開業し、その後次々と事業展開されていますが、まず、今回の新病院建設に至るまでの経緯をお聞かせください。

「福岡大学病院の脳神経外科に在籍していた頃は、脳腫瘍の研究や手術に明け暮れ、多忙を極めた生活を送っていましたが、とても刺激的で充実した毎日でした。若い頃はずっとこのままの生活を続けたいと思っていましたが、やがて時が経ち開業のことを考えなければいけない時期になり、それなら自分の理想とする医療が実現できるような病院を作り上げたいと思うようになりま

した。そこで忙しいながらも、これならできると確信するまで頭の中で何度も何度もシミュレーションを行い、10年スパンの長期にわたる実行計画を立てました。もちろんいきなり病院経営ができるわけではありませんので、まず有床診療所(ごう脳神経外科クリニック)を開業し、そこを基盤に次の展開へつなげていくことを考えました。開業した翌年の2005年12月に医療法人光竹会を設立し、福岡市南区大橋と中央区平尾にサテライトクリニックを開業するなどグループ展開してきたのはそういう理由からです。開業して12年ですが、今回、縁あって福岡市中央区薬院にあった病院の経営に参画することになり、これを機に同医療圏内である南区日佐に移転し、新病院として開設する運びとなりました。」

——呉先生の長期計画がほぼその通りに進んでいることに

変わる福岡市南部近郊の地域医療! を擁し最高の医療を目指す!~

敬服しますが、先生のその事業を発展させていく原動力はどこから来るものでしょうか?

「先ほども言いましたが、開業すると大学病院時代のような24時間365日手術に没頭していた日々が無くなり、ポツカリと胸に穴が開いてしまうような気がしました。そのやり場のない情熱をどこに向ければいいのかを考えた時に、そもそも医療機関の使命は社会貢献にあるはずですので、誰かのために何かのお役に立っているということがモチベーションとなっていると思いました。まずは家族や職員の生活のため、そして患者様、地域住民の方々のために自分に何ができるかを考え、これまで大学病院で培った知識と経験・人脈を最大限活かし、日本一の医療機関づくりに熱中しようと決意しました。」

（脳卒中患者の増加を視野に 医療連携の体制づくりにまい進）

——新病院のお話の前に、まずは光竹会グループの本院である「ごう脳神経外科クリニック」についてお尋ねします。那珂川町郊外の広大な土地にクリニックとは思えないほど大きな建物が出現した時は驚きましたが、この地を選んだきっかけは何だったのでしょうか。

「確かに開設当時、周りは農地ばかりだったことから、心配してくれる友人もいました(笑)。開業に当たって那珂川町の街中ではなく郊外のこの地を選んだのは2つの理由があります。1つは連携病院として考える福岡大学筑紫病院とのアクセスが良いということ。もう1つは駐車場を広く確保したかったということです。私は一時期、民間病院にも在籍していたことがありますが、その病院は街中にあるにも関わらず、患者様の8割は車で来院されてい

ましたので、駐車台数50台分は確保したいと思い、敷地面積が1000坪あるこの土地に決めました。」

——ごう脳神経外科クリニックは、那珂川町唯一の脳卒中の入院治療ができる医療機関として、地域住民にとって貴重な存在ではないかと思いますが、新病院との連携も含め、今後の医療提供体制をどのようにお考えでしょうか?

「那珂川町の皆様には喜んでいただいているようで、この地で開業して良かったと思っています。那珂川町の人口は約5万人ですが、そのうちのおおよそ3分の1の方が当院に受診されていますので、家族も含めると人口の半数くらいの方々と何らかの形で顔を合わせている計算になります。これまでいかにして患者様やご家族の方に満足のいく医療が提供できるかを考えながら進めてきましたので、このような実績が得られてとても有難く思っています。そういう意味では確かに地域に密着した医療機関として認めて頂いていると言えるかもしれません。」

ただし病床数が19床の有床診療所ではやはり限界があります。当院の患者様の住所分布では、50%が那珂川町、次いで多いのが福岡市南区で20%、残りは他の福岡市や近隣の太宰府市・春日市等となっていますが、当院のある山田地区は近年都市計画が進められ、人口増が見込まれています。今後の脳卒中の有病者数増加もあわせて考えると、この地域の急性期病床の不足は否めません。新病院を建設中の南区日佐5丁目という場所は、当院から6kmほどしか離れていませんし、都市高速インターにも近く、光竹会グループの連携病院である福岡大学筑紫病院にも30分かつらぎに行くことができる絶妙な位置関係にあります。ここに24時間365日救急対応ができる脳卒中センターの機能を持つ新病院ができる意義は大きいかと思います。」



—完成予想パース図—
福岡脳神経外科病院(2017年4月開院予定)
▽住所:福岡市南区日佐5丁目332-1



2階外来待合室



3階SCU室

▽理念:大学病院レベルの脳卒中医療を最高のホスピタリティで24時間365日提供する/▽許可病床数:一般60床/▽看護体系:7対1/▽診療科目:脳神経外科、脳卒中内科、神経内科、(急性期)リハビリテーション科/▽設備:3.0T MRI、1.5T MRI、CT(64ch)、血管造影装置、血管内手術適応手術室

（新病院では、総勢14名の専門医が参加し24時間365日の脳卒中医療を提供）

——脳卒中センターということは、新病院が今後はこれまでカバーしてきた那珂川町とその近郊エリアだけでなく、福岡市の中央区から南方面に向けて広くカバーしていくこととなりますね。新病院の構想についてもう少し詳しくお聞かせください。

「名称は『福岡脳神経外科病院』です。900坪を超える敷地に建物は6階建て（延べ床面積約2200坪）で、1階には60台収容可能な駐車場を用意しました。病院の特性としては、24時間365日脳卒中の救急対応ができる病院で、t-PA治療後に再開通が見られない時には血栓除去のために脳血管内手術まで可能です。脳外科もしくは神経内科の専門医が2人体制で当直を行い、たとえ夜間であっても脳卒中が疑われる患者様を決して断らない治療を行います。現在、準夜帯・深夜帯において十分な脳卒中救急医療が提供できていないのが現状だと思いますが、その主な原因はマンパワー不足によるものです。当病院ではこの現状を改善し大学病院レベルの医療を提供したいと考えています。」

——確かにマンパワー不足の解消はどの医療機関にとっても重要な課題だと思いますが、具体的にはどのような体制をお考えでしょうか。

「福岡大学筑紫病院・風川清教授の指導のもと、その脳神経外科グループの全面的なバックアップを受け、常勤専門医8名に、私共光竹会グループの医師4名と福岡大学筑紫病院から非常勤医師2名が加わり、夜間の2名の当直体制を確立しました。この14名のうち12名が脳神経外科専門医で1名が神経内科専門医です。これは全国でもあまり例のないことだと思いますので、今からとても楽しみです。看護師やその他の職種も同様とは思いますが、救急医療というのは、特に私たち脳神経外科医にとって非常にやり甲斐のある仕事なのですが、マンパワー不足のため疲弊してしまうのはとても残念なことです。きちんと休みがとれて初めてやる気に満ちた対応ができるものです。」

——ハード面は、どのような体制になりますか？

「入院については許可病床数60床の急性期病棟にSCU（脳卒中集中治療室）を9床を始め、いずれ12床まで増やす予定ですが、必要があれば18床までは拡張可能なような設計にしています。医療機器は、3.0テスラと1.5テスラのMRIを2台に64列のCT、血管撮影装置等を導入しました。手術室は3室です。うち2室は血管造影室と手術室を併用できるハイブリッド手術室です。」

このように設備面でも全国有数のレベルを確保しましたが、病床数は60床しかありませんので、周辺のリハビリテーション病院にご協力を頂き、密に連絡を取りながら患者様の受け入れをお願いしたいと考えています。また、外来についても、救急外来に特化

していますので、脳疾患が少しでも疑われる時は、曜日や時間に関係なくいつでもお気軽にご紹介頂ければと思っています。」

（新病院を核にかかりつけ医・リハビリテーション病院等との連携強化を！）

——なるほどこれほどの医療機能を持つ病院が稼働することになれば、住民だけでなく連携する他の医療機関にとっても頼もしい存在になれるのではないのでしょうか。

「これまで、那珂川町の有床診療所というマイクロな視点での展開でしたが、今度はマクロな視点で福岡市南部近郊の広い範囲における脳卒中の救急医療に貢献していきたいと考えています。これは私一人の思いではなく、今回参加してくれる医師ら診療チームのメンバー共通の思いでもあります。」

民間病院が地域連携の核として他の医療機関の先生方に信頼頂けるためには、この病院の治療成績がどういうレベルにあるのか早く知っていただくことが大切だと思っています。そのためにはなんといっても実績づくりが必要です。私自身も患者様を他の疾患治療のため専門の先生に紹介した後で、その患者様からとても感謝された経験が何度もありますが、このように紹介頂いた患者様の治療に全力を尽くし、本当に満足してかかりつけの先生のもとに帰っていただけるようにしたいと思っています。」

——最後に「福岡脳神経外科病院」のスタートに向けて意気込みをお聞かせください。

「今まで作ってきたよりも規模の大きいものに挑戦するわけですので、当然不安はありますが、今まで培ってきた経験がありますし、福岡大学筑紫病院と光竹会グループという盤石なバックアップ体制のもとで能力の高い職員たちが思う存分に働いてくれると思っていますので、必ず成功できると信じています。大学にいる頃から自分の理想の医療のあり方をずっと考えていました。今回新病院に携わる職員についても、いったい何のために、誰のために医療を提供しているのかをもう一度よく考えてもらいながら取り組んでほしいと思っています。私たちが今日指すのは、患者満足度日本一の医療です。技量だけでなく本当に地域の皆様から評価して頂ける医療が実現できるように頑張っていきたいと思っています。」

【概要】

医療法人光竹会 ごう脳神経外科クリニック〈 <http://www.kouchikukai.or.jp/clinic/> 〉

【所在地】福岡県筑紫郡那珂川町山田1150-1

【理事長・院長】呉 義憲(ごう よしのり)先生

▽略歴:1989年福岡大学医学部卒。同大学病院脳神経外科、米国テキサス大学MDアンダーソンがんセンター、福岡大学筑紫病院等を経て、2004年「ごう脳神経外科クリニック」開設(院長)。翌2005年には「医療法人光竹会」を設立、理事長就任。2008年 福岡大学筑紫病院脳神経外科客員講師、2013年 福岡大学筑紫病院脳神経外科臨床教授。

▽資格:医学博士。日本脳神経外科学会脳神経外科専門医。日本脳卒中学会認定専門医。

【副院長・管理者】草野 卓雄 先生

【診療科目・指定施設】脳神経外科・呼吸器科・リハビリテーション科、救急指定医療機関

【病床数】19床(有床診療所入院基本料1)

【医療設備】1.5T(テスラ)超伝導MRI装置、マルチスライスCT(16ch)装置、一般撮影装置、頸動脈エコー検査装置、リハビリテーション室(100㎡)、言語聴覚室、救急車両一等

【併設施設】▽通所リハビリテーション「デイケアセンター錬」、▽居宅介護支援事業所「ケアプランセンター錬」

【関連施設】▽大橋ごう脳神経外科・神経内科クリニック(泉 浩太郎 院長)福岡市南区大橋1丁目9-16、▽平尾ごう脳神経外科クリニック(前田 仁史 院長)福岡市南区大楠2丁目8-29、▽住宅型有料老人ホーム「グランドG-1」筑紫郡那珂川町道善1-121、▽通所介護「デイサービスセンター和(なごみ)」筑紫郡那珂川町西隈1丁目19-10

★ Photo Gallery ★……………〈医療法人光竹会グループ 施設一覧〉

〈医療事業〉



■大橋ごう脳神経外科・神経内科クリニック
(福岡市南区大橋1丁目9-16)



■平尾ごう脳神経外科クリニック
(福岡市南区大楠2丁目8-29)



〈介護事業〉



■住宅型有料老人ホーム
「グランドG-1」
筑紫郡那珂川町道善1-121



■通所介護「デイサービスセンター和(なごみ)」
筑紫郡那珂川町西隈1丁目19-10



■「デイケアセンター錬」、「ケアプランセンター錬」
筑紫郡那珂川町山田1150-1

第9回 The 9th annual meeting of Japanese Society of Limb Salvage & Podiatric Medicine

日本下肢救済・ 足病学会学術集会

足救済のために団結せよ

Unite for Limb salvage

事前参加登録

4月14日(金)迄

開催概要

会期：2017年5月26日(金)、27日(土)
 会場：福岡国際会議場 〒812-0032 福岡県福岡市博多区石城町2-1
 テーマ：足救済のために団結せよ(Unite for Limb salvage)
 会長：横井 宏佳(福岡山王病院 循環器センター／国際医療福祉大学)

学術集会公式

HP：<http://jlspm9.com/>

詳細はこちらよりご確認ください



看護師・メディカルスタッフの皆様へのおすすめプログラム

■理事会企画シンポジウム「(新)足病分野の法制化に向けて」

日程：5月26日(金)
 司会：大浦 武彦(日本下肢救済・足病学会 理事長)
 横井 宏佳(第9回日本下肢救済・足病学会学術集会会長)
 1. 基調講演 秋野 公造(参議院議員)
 2. 足病のガイドブックの作成に向けて
 演者：大浦 紀彦(杏林大学医学部形成外科学)
 中村 正人(東邦大学医療センター大橋病院)
 東 信良(旭川医科大学)

■教育講演

◎「特定行為に係る看護師の研修制度は創傷医療をどう変えるか?」
 日程：5月26日(金)
 演者：溝上 祐子(日本看護協会 看護研修学校)

◎「慢性疾患看護とフットケア」
 日程：5月26日(金)
 演者：瀬戸 奈津子(関西医科大学)

■在宅介護フットケアセミナー

◎「在宅・介護に大きく関与するフットケア
 ～足病変を知っている、知らないでは大きく違います～」
 日程：5月26日(金)

※2月10日現在
 プログラムは変更となる場合がございます。
 詳細は、公式HPよりご確認ください。



■シンポジウム

◎「フットケアと創傷管理の融合を目指して
 一下肢救済のために結集する看護のカー」
 日程：5月27日(土)
 司会：大浦 紀彦(杏林大学医学部形成外科学)
 溝上 祐子(日本看護協会 看護研修学校)
 演者：松岡 美木(埼玉医科大学病院)
 間宮 直子(大阪府済生会吹田病院)
 藤井 純子(佐賀大学医学部附属病院)
 原田 和子(平和台病院)

◎「透析患者の下肢末梢動脈指導管理」
 日程：5月27日(土)
 座長：小林 修三(湘南鎌倉総合病院)
 菰田 哲夫(こもたクリニック)
 演者：菊地 勲(下落合クリニック)
 内田 裕士(福岡赤十字病院)
 古川 雅英(大分岡病院)
 北 和子(成田記念病院)
 安藤 弘(春日部中央総合病院)

◎「下肢末梢動脈疾患指導管理加算への
 コメディカルからのアプローチ方法を透析室で考える」
 日程：5月27日(土)
 座長：池田 潔(池田バスキュラーアクセス・透析・内科)
 山本 光孝(原三信病院)

◎「救肢の地域包括ケア～医療の『外』を理解する～」
 日程：5月27日(土)
 コーディネーター：石井 義輝(小倉第一病院)
 キーノートレクチャー：石井 義輝(小倉第一病院)
 演者：高水 勝(スリーエムジャパン株式会社)
 大場マッキー広美(株式会社マザーライクフットケアセンター山形)
 古野 佐由里(スマート株式会社)

市民公開講座

足についてのミニレクチャー & 医師・看護師などによる足のトラブル無料相談

参加無料
申込不要

日程 ▶ 5月27日(土) 13:30 ~ 16:30 会場 ▶ 2階多目的ホール

企画 ▶ NPO 法人足もと健康サポートねっと / Act Against Amputation (AAA)

市民公開講座窓口 NPO 法人足もと健康サポートねっと TEL:092-401-5755 E-mail : info@ashimotokenko.com

ピックアッププログラム

日程 5月26日(金)

下肢静脈の世界 - このシンポを聞けばすべて分かります -

企画	星野 祐二	福岡山王病院	血管外科
座長	星野 俊一	日本静脈学会 名誉会長 / 福島県立医科大学 心臓血管外科学講座 名誉教授	社会医療法人福島厚生会 福島第一病院
演者	孟 真	横浜南共済病院	心臓血管外科
	小川 智弘	社会医療法人福島厚生会 福島第一病院	心臓血管外科
	春田 直樹	たかの橋中央病院	血管外科
	星野 祐二	福岡山王病院	血管外科

Message 星野祐二先生より参加者の皆様へ

下肢静脈の世界



「下肢静脈瘤」や「エコノミークラス症候群」など、下肢の静脈にまつわる疾患・トラブルは、実は非常に多いにも関わらず、正しく「静脈」について学ぶ機会はなかなか少ないのが現状です。

今回、第9回日本下肢救済・足病学会学術集会では、静脈系疾患のセッションとして『下肢静脈の世界。このシンポを聞けば、すべて分かります』というシンポジウムを企画させていただきました。その趣旨は下肢の静脈を、①表在静脈②穿通枝静脈③深部静脈の大きく三つに分類し、一から分かりやすく説明させていただくといったものです。タイトル通り、このシンポジウムを聞けば、今まで曖昧な認識であった「下肢静脈の世界」がすべて理解できる様に企画しておりますので、大勢の方にお越しいただき、是非この機会に「下肢静脈の世界」を正しく知っていただければ、と思います。

各先生方にお話しいただく内容

今回、第9回日本下肢救済・足病学会学術集会では、現在日本の静脈学を牽引するトップランナーたる先生方をお呼びしました。

まず、日本静脈学会理事、弾性ストッキング・コンダクター養成委員会委員長である横浜南共済病院の孟 真先生より、静脈学の歴史・総論をお話しいただきます。次に「表在静脈」について、日本静脈学会副理事長、静脈瘤レーザー・高周波治療実施委員長である福島第一病院の小川智弘先生に、表在静脈のストリッピング手術やレーザー・高周波治療などについてご講義いただき、その後、「穿通枝静脈」について日本静脈学会評議員で、穿通枝静脈に対する内視鏡手術の第一人者である、たかの橋中央病院 春田直樹先生にお話しいただきます。最後に私、福岡山王病院 血管外科部長 星野祐二が、「深部静脈」について話させていただくといった流

れで企画させていただきました。

座長は、日本静脈学会名誉会長、福島県立医科大学心臓血管外科学講座 名誉教授、福島第一病院理事長である星野俊一先生にお願いしております。

いずれの先生方も、長年下肢静脈疾患の治療に携わり、現在もその第一線で活躍されている方々であり、その豊富な知識と経験により学会でも要職に就かれ指導的立場にある方々です。今回奇跡的に、先生方のスケジュールが合い、この著名な4名の先生方をお呼びすることができました。皆様、是非これを機に、これまでなかなか聞けなかった静脈にまつわる質問、疑問をぶつけていただき、今まではっきりと分かりかねていた「下肢静脈の世界」の理解をクリアにしていいただければ、と思います。

運営事務局

第9回日本下肢救済・足病学会学術集会 運営事務局 ((株)日本ジーニス内)

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴3丁目1-27第2理研ビル2階 TEL : 092-406-2646 E-mail : info@jlspm9.com

FUJIFILM
Value from Innovation

タブレット型 超音波画像診断装置

SonoSite iVIZ

モバイルソリューションの進化を、その手に。

Touch to
next image



(富士フイルムメディカル株式会社)

はじめに

わが国は世界でも類を見ない速さで高齢化が進行中、国民の60%以上が終末期を自宅で療養したいという『終末期医療に関する調査結果』を基に、国は政策として在宅医療・介護の普及を推進しています。厚生労働省は「平成24年度在宅医療推進のための医療機器等の承認の促進事業」の一環として、全国の在宅療養支援医療機関、介護事業所を対象に「在宅医療における医療機器等ニーズ調査」を実施しました。

その結果、医師が使用する医療機器で『改良のニーズ有り』とされたものは「診断用X線装置」35.5%が最も多く、次いで「超音波画像診断装置」22.3%、「生体現象監視用機器」11.6%などとなりました。

「超音波画像診断装置」の改良点については、「小型化・軽量化／ポータブル化」を求める意見が多く出されており、医師から上がってきた要望意見が、報告書に記載されています。

- ・在宅で診療を行っている患者が、急に腹痛などを訴えてきた場合に、ポータブルのエコーなどを使用したいが、まだ機器自体大きく、持ち運びに不便であるので、簡単で小型なものが欲しい。
- ・胸水貯留や、腹部膨満のある患者、また、腹痛を訴えている患者に、簡単で軽量のエコーの機械があればよい。既存のものは重いので、なかなかすぐ持ち運びができない。
- ・エコー（超音波断層）など在宅でも行えるような簡易型ポータブル検査機器が欲しい。
- ・超音波診断はほとんど院内で行い、機器は持ち運びも可能なタイプを使用している。しかし、在宅療養中の患者の訪問診療で使用する場合、かなり大きく持ち運びに不安がある。

在宅医療に役立つ小型音波画像診断装置

富士フイルムメディカル株式会社では、軽量・コンパクトで携帯性に優れ、かつ診断しやすい7インチ画面を装備したタブレット型超音波画像診断装置「SonoSite iViz(ソノサイト アイビズ)」を販売しています。

近年、超音波検査は、患者の身体的負担が少ない低侵襲の検査として、病院の検査室に加え、救急・集中治療室(ICU、NICU)などでの重症患者の検査、さらにクリニックや在宅医療などでも実施されています。特に、救急現場や在宅医療には機器の持ち運びが伴うため、優れた携帯性と鮮明かつ高精細な画質を両立させ、診断に必要な豊富な機能を搭載した装置が求められています。

SonoSite iVizは、本体の重さが約585g(バッテリー含む)の小型・軽量のタブレットタイプの超音波画像診断装置です。病院内では医療従事者が病棟および外来診察室などに手軽に持ち運ぶことができる他、在宅医療、救命救急、僻地・災害医療においても優れた携帯性を発揮する一方で、診断しやすい7インチの画面サイズを両立させています。

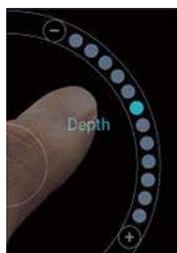
検査時には、本体を片手で保持しながら親指だけで画像の調整ができ、ピンチやスワイプなど直感的な操作で検査を進めることもできます。画質も追求し、FUJIFILM SonoSite, Inc.の小型化技術により新開発した画像処理回路を搭載しました。

超音波検査で最も汎用されるBモードに加えて、心臓の弁や壁など動きのある部位を時系列で観察できるMモード、血流の異常の有無と程度を観察できるカラードプラモードに対応しています。

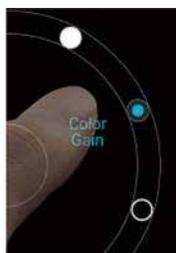
対象物の距離や容積の計測機能など、豊富な機能を備えており、幅広い診療科で活用いただけます。

また、SonoSite iVizには、カメラ機能が標準搭載されており、救急や在宅診療の現場で患者の意識状態や外傷の状況、病状などを静止画や動画で撮影することができ、超音波画像を用いた診断だけでなく、医療の現場で求められるニーズに広く応えることができます。

さらにWi-Fi接続機能を搭載しており、セキュアなネットワーク環境下で検査画像を送信する機能を有しています。



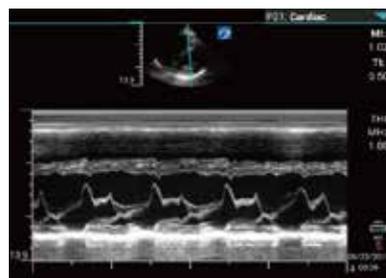
デプス



ゲイン



Bモード(THI)



Mモード



カラードプラ



計測

おわりに

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進しています。疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要とされています。そのようなニーズにより、医師が超音波画像診断装置を在宅医療の現場に持ち込んで活用する機会は、今後益々増えていくと予想されます。

さらに、超音波装置は、診断を目的とした用途以外にも、看護師が訪問看護する際のフィジカルアセスメント、あるいは、理学療法士によるリハビリテーションの補助として応用され始めています。

軽量・コンパクトで携帯性に優れ、操作が簡単で、診断しやすい高画質を提供し、カメラ機能やWi-Fi接続機能まで搭載したタブレット型超音波画像診断装置「SonoSite iViz」は、地域包括ケアシステムの中での在宅医療に求められるニーズに合致した製品であると、我々は考えています。



画像サイズ：7inch 重量：約520g

■ SonoSite iViz

認証番号	227ADBZ100208000
外形寸法・重量	183mm x 117mm x 27mm / 585g (バッテリー含む)
モニター	7インチ / 178mm 1920 x 1200 ピクセル タッチスクリーン
アーキテクチャ	Android OS
走査方式	電子セクター走査、電子リニア走査
表示モード	Bモード、Mモード、カラードプラモード
電源	充電式交換可能リチウムイオンバッテリー
バッテリー駆動時間	スタンバイ状態:約8時間 / 連続使用時:約1時間



■ SonoSite iViz P21vプローブ

周波数帯域	1~5MHz
用途	腹部、心臓、肺、産科



■ SonoSite iViz L38vプローブ

周波数帯域	5~10MHz
用途	筋骨格、神経、表在、血管、乳腺

平成28年度に新規収載された医薬品一覧

平成28年4月～現在までに収載された新医薬品の一覧表を掲載します。

●平成28年4月20日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
タルグレチンカプセル75mg	75mg1カプセル	2,797.90	ミノファージェン	ベキサロテン	皮膚T細胞性リンパ腫治療薬 (合成レチノイド製剤)
ボンビバ錠100mg	100mg1錠	2,790.00	中外 =大正富山	イバンドロン酸ナトリウム水和物	骨粗鬆症治療薬 (ビスホスホネート製剤)
注射薬					
リクスビス静注用500	500国際単位1瓶 (溶解液付)	57,744	バクسالタ	ノナコグ ガンマ (遺伝子組換え)	血友病B治療薬 (血液凝固第IX因子製剤)
リクスビス静注用1000	1,000国際単位1瓶 (溶解液付)	114,279			
リクスビス静注用2000	2,000国際単位1瓶 (溶解液付)	226,162			
リクスビス静注用3000	3,000国際単位1瓶 (溶解液付)	337,159			
レパーサ皮下注140mgシリンジ レパーサ皮下注140mgペン	140mg1mL1筒 140mg1mL1キット	22,948 22,948	アステラス	エボロクマブ (遺伝子組換え)	高コレステロール血症治療薬 (PCSK9阻害薬)
外用薬					
ケンプラン吸入粉末溶解用100mg	100mg1瓶	7,378.30	参天	メタコリン塩化物	気道過敏性検査用製剤 (コリン作動薬)
プロボコリン吸入粉末溶解用100mg	100mg1瓶	7,378.30	三和化学		
ベンテイビス吸入液10μg	10μg1mL1管	2,386.50	バイエル	イロプロスト	肺動脈性肺高血圧症治療薬 (吸入用PGI ₂ 誘導体制剤)
ルコナック爪外用液5%	5%1g	997.80	佐藤製薬 =ポーラファルマ	ルリコナゾール	爪白癬治療薬 (イミダゾール系真菌薬)

●平成28年5月25日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
イムブルピカカプセル140mg	140mg1カプセル	9,367.00	ヤンセン	イブルチニブ	慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫治療薬 (ブルトン型チロシンキナーゼ阻害薬)
サブリンル散分包500mg	500mg1包	1,487.00	アルフレッサファーマ	ビガバトリン	抗てんかん薬 (γ-アミノ酪酸(GABA)分解酵素阻害薬)
ジカディアカプセル150mg	150mg1カプセル	6,297.00	ノバルティス	セリチニブ	肺がん治療薬(ALK阻害薬)
シクレスト舌下錠5mg	5mg1錠	274.00	MeijiSeika	アセナピンマレイン酸塩	統合失調症治療薬 (非定型抗精神病薬:多受容体作用型抗精神病薬(MARTA))
シクレスト舌下錠10mg	10mg1錠	411.00			
タグリッソ錠40mg	40mg1錠	12,482.50	アストラゼネカ	オシメルチニブメシル酸塩	肺がん治療薬 (EGFRチロシンキナーゼ阻害薬)
タグリッソ錠80mg	80mg1錠	23,932.60			
タフィンラーカプセル50mg	50mg1カプセル	4,860.60	ノバルティス	ダブラフェニブメシル酸塩	悪性黒色腫治療薬 (BRAF阻害薬)
タフィンラーカプセル75mg	75mg1カプセル	7,156.50			
フィコソバ錠2mg	2mg1錠	189.70	エーザイ	ペランパネル水和物	抗てんかん薬 (AMPA型グルタミン酸受容体拮抗薬)
フィコソバ錠4mg	4mg1錠	310.20			
プリマキン錠15mg[サノフィ]	15mg1錠	2,211.80	サノフィ	プリマキンリン酸塩	三日熱マラリア及び卵形マラリア治療薬
マラロン小児用配合錠	1錠	161.50	GSK	アトバコン/プログアニル塩酸塩	マラリア治療薬
メキニスト錠0.5mg	0.5mg1錠	7,731.70	ノバルティス	トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物	悪性黒色腫治療薬 (MEK阻害薬)
メキニスト錠2mg	2mg1錠	29,021.00			
注射薬					
☆アディノベイト静注用500	500国際単位1瓶 (溶解液付)	59,372	バクسالタ	ルリオクトコグ アルファベゴル (遺伝子組換え)	血友病A治療薬 (長時間作用型遺伝子組換え血液凝固第VIII因子製剤)
☆アディノベイト静注用1000	1,000国際単位1瓶 (溶解液付)	110,104			
☆アディノベイト静注用2000	2,000国際単位1瓶 (溶解液付)	204,184			
カヌマ点滴静注液20mg	20mg10mL1瓶	1,277,853	アレクシオン	セベリパーゼ アルファ (遺伝子組換え)	ライソゾーム酸性リパーゼ(LAL)欠損症治療薬
☆コバルトトリ静注用250	250国際単位1瓶 (溶解液付)	26,680	バイエル	オクトコグ ベータ (遺伝子組換え)	血友病A治療薬 (遺伝子組換え血液凝固第VIII因子製剤)
☆コバルトトリ静注用500	500国際単位1瓶 (溶解液付)	49,477			
☆コバルトトリ静注用1000	1,000国際単位1瓶 (溶解液付)	91,753			
☆コバルトトリ静注用2000	2,000国際単位1瓶 (溶解液付)	170,154			
☆コバルトトリ静注用3000	3,000国際単位1瓶 (溶解液付)	244,197			
ゾーフィゴ静注	1回分	684,930			
ヌーカラ皮下注用100mg	100mg1瓶	175,684	GSK	メポリズマブ (遺伝子組換え)	重症気管支喘息治療薬 (ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体製剤)

☆:在宅自己注射指導管理料の対象薬剤

外用薬					
マーデュオックス軟膏	1g	231.00	マルホ	マキサカルシトール・ベタメ タゾン酪酸エステルプロピオン 酸エステル	尋常性乾癬治療薬 (活性型ビタミンD ₃ /ステロイド配合剤)

●平成28年6月29日記載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
★ゲンボイヤ配合錠	1錠	6,942.10	鳥居	エルビテグラビル/コピス タット/エムトリシタピン/ テノホビルアラフェナミドフ マル酸塩	HIV-1感染症治療薬

●平成28年8月31日記載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
デュオドーパ配合経腸用液	100mL1カセット	15,004.30	アヅヴィ	レボドパ/カルビドパ水和物	抗パーキンソン薬 (空腸投与用レボドパ・カルビドパ水和物配合剤)
ピコプレップ配合内用剤	1包	1,032.70	フェリング	ピコスルファートナトリウム 水和物/酸化マグネシウム/ 無水クエン酸	経口腸管洗浄剤
ビムパット錠50mg	50mg1錠	215.60	UCB=第一三共	ラコサミド	抗てんかん薬
ビムパット錠100mg	100mg1錠	352.00			
ヘマンジオルシロップ小児用0.375%	0.375%1mL	260.70	マルホ	プロプラノロール塩酸塩	乳児血管腫治療薬
注射薬					
カイプロリス点滴静注用10mg	10mg1瓶	23,982	小野	カルフィルゾミブ	多発性骨髄腫治療薬 (分子標的治療薬:プロテアソーム阻害薬)
カイプロリス点滴静注用40mg	40mg1瓶	86,255			
ブラレント皮下注75mgシリンジ	75mg1mL1筒	22,948	サノフィ	アリロクマブ (遺伝子組換え)	高コレステロール血症治療薬 (完全ヒト型抗PCSK9モノクローナル抗体製剤)
ブラレント皮下注150mgシリンジ	150mg1mL1筒	44,481			
ブラレント皮下注75mgペン	75mg1mL1キット	22,948			
ブラレント皮下注150mgペン	150mg1mL1キット	44,481			
☆ルミセフ皮下注210mgシリンジ	210mg1.5mL1筒	73,158	協和発酵キリン	プロダルマブ (遺伝子組換え)	乾癬治療薬 (抗インターロイキン(IL)-17受容体A抗体製剤)
外用薬					
エビデュオゲル	1g	159.60	マルホ	アダパレン/過酸化ベンゾイル	尋常性ざ瘡治療薬

●平成28年11月18日記載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
アイクルシグ錠15mg	15mg1錠	6,318.30	大塚製薬	ボナチニブ塩酸塩	慢性骨髄性白血病・フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ 性白血病治療薬 (BCR-ABLチロシンキナーゼ阻害薬)
イニシク配合錠	1錠	174.20	武田	アログリプチン安息香酸塩/ メトホルミン塩酸塩	2型糖尿病治療薬 (選択的DPP-4阻害薬/ビッグアナイド系薬配合剤)
ウブトラビ錠0.2mg	0.2mg1錠	1,407.90	日本新薬	セレキシパグ	肺動脈性肺高血圧症(PAH)治療薬 (選択的プロスタサイクリン(PGI ₂)受容体作動薬)
ウブトラビ錠0.4mg	0.4mg1錠	2,815.80			
エビリファイ錠1mg	1mg1錠	31.30	大塚製薬	アリピプラゾール	小児期の自閉スペクトラム症に伴う易刺激性用薬 (非定型抗精神病薬:ドパミン・システムスタビライザー(DSS))
エレルサ錠50mg	50mg1錠	26,900.50	MSD	エルバスビル	C型慢性肝炎・肝硬変治療薬 (NS5A阻害薬)
カーバグル分散錠200mg	200mg1錠	16,295.10	ポーラファルマ	カルグルミン酸	先天性アミノ酸代謝異常症・有機酸代謝異常症に伴う高アン モニア血症治療薬
グラジナ錠50mg	50mg1錠	9,607.30	MSD	グラソプレビル水和物	C型慢性肝炎・肝硬変治療薬 (NS3/4Aプロテアーゼ阻害薬)
ジャクスタビッドカプセル5mg	5mg1カプセル	79,684.80	エーゼリオン	ロミタピドメシル酸塩	ホモ接合体家族性高コレステロール血症治療薬 (MTP阻害薬)
ジャクスタビッドカプセル10mg	10mg1カプセル	91,128.00			
ジャクスタビッドカプセル20mg	20mg1カプセル	103,739.80			
ゼンタコートカプセル3mg	3mg1カプセル	256.90	ゼリア	ブデソニド	クローン病治療薬 (経口ステロイド腸溶性徐放製剤)
デザレックス錠5mg	5mg1錠	69.40	杏林	デスロラタジン	アレルギー性疾患治療薬 (H1受容体選択性抗ヒスタミン薬)
ピラノア錠20mg	20mg1錠	79.70	大鵬薬品 =MeijiSeika	ピラスチン	アレルギー性疾患治療薬 (H1受容体選択性抗ヒスタミン薬)
プリリント錠60mg	60mg1錠	100.70	アストラゼネカ	チカグレロル	抗血小板薬
プリリント錠90mg	90mg1錠	141.40			
★ミカトリオ配合錠	1錠	174.80	アステラス	テルミサルタン/アムロジピン ベシル酸塩/ヒドロクロロチア ジド	高血圧治療薬 (ARB/Ca拮抗薬/利尿薬配合剤)
リアルダ錠1200mg	1,200mg1錠	212.00	持田	メサラジン	潰瘍性大腸炎治療薬 (5-アミノサリチル酸(5-ASA)製剤)
リフキシマ錠200mg	200mg1錠	201.90	あすか製薬	リファキシミン	肝性脳症治療薬 (難吸収性リファマイシン系抗菌薬)

注射薬					
☆イデルピオン静注用250	250国際単位1瓶 (溶解液付)	87,532	CSLベアリング	アルブトレペノナコグ アルファ (遺伝子組換え)	血友病B治療薬 (長時間作用型遺伝子組換え血液凝固第Ⅸ因子製剤 (アルブミン融合蛋白質製剤))
☆イデルピオン静注用500	500国際単位1瓶 (溶解液付)	173,231			
☆イデルピオン静注用1000	1,000国際単位1瓶 (溶解液付)	342,833			
☆イデルピオン静注用2000	2,000国際単位1瓶 (溶解液付)	678,486			
エムプリシチ点滴静注用300mg	300mg1瓶	160,696	プリストル・マイ ヤーズ	エロツズマブ (遺伝子組換え)	多発性骨髄腫治療薬 (抗SLAMF7抗体製剤)
エムプリシチ点滴静注用400mg	400mg1瓶	209,587			
☆シグニフォーLAR筋注用キット20mg	20mg1キット (溶解液付)	184,876	ノバルティス	パシレオチドパモ酸塩	先端巨大症・下垂体性巨人症治療薬 (持続性ソマトスタチンアナログ製剤)
☆シグニフォーLAR筋注用キット40mg	40mg1キット (溶解液付)	331,728			
☆シグニフォーLAR筋注用キット60mg	60mg1キット (溶解液付)	466,987			
☆トルツ皮下注80mgオートイン ジェクター	80mg1mL1キット	146,244	リリー	イクセキズマブ (遺伝子組換え)	乾癬治療薬 (抗IL-17抗体製剤)
☆トルツ皮下注80mgシリンジ	80mg1mL1筒	146,244			
プリズバインド静注液2.5g	2.5g50mL1瓶	199,924	日本ベリンガー	イダルシズマブ (遺伝子組換え)	ダビガトラン特異的中和剤
リクラスト点滴静注液5mg	5mg100mL1瓶	39,485	旭化成ファーマ	ゾレドロン酸水和物	骨粗鬆症治療薬 (ビスホスホネート製剤)
外用薬					
★ミケルナ配合点眼液	1mL	729.20	大塚製薬	カルテオロール塩酸塩/ラタノ プロスト	緑内障・高眼圧症治療薬 (プロスタグランジンF _{2α} 誘導体/β遮断薬配合剤)
歯科用薬					
リグロス歯科用液キット600μg	600μg1キット	20,670.90	科研	トラフェルミン (遺伝子組換え)	歯周組織再生剤
リグロス歯科用液キット1200μg	1,200μg1キット	27,802.90			

●平成28年12月7日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
★プレジコピックス配合錠	1錠	2,002.80	ヤンセン	ダルナビル エタノール付加 物・コピシスタット	HIV-1感染症治療薬

●平成28年12月21日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
★デシコピ配合錠HT	1錠	3,934.30	鳥居	エムトリシタピン/テノホビル アラフェナミドフマル酸塩	HIV-1感染症治療薬
★デシコピ配合錠LT	1錠	2,748.20			

●平成29年2月15日収載

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
オテズラ錠10mg	10mg1錠	324.20	セルジーン	アプレミラスト	乾癬治療薬 (ホスホジエステラーゼ4(PDE4)阻害剤)
オテズラ錠20mg	20mg1錠	648.40			
オテズラ錠30mg	30mg1錠	972.60			
ジメンシー配合錠	1錠	11,528.80	プリストル・マイ ヤーズ	ダクラタスビル塩酸塩/アス ナプレビル/ベクラブビル塩 酸塩	C型慢性肝炎・肝硬変治療薬 (NS5A阻害薬+NS3/4Aプロテアーゼ阻害薬+NS5Bポリ メラゼ阻害薬配合剤)
テクフィデラカプセル120mg	120mg1カプセル	2,037.20	バイオジェン	フマル酸ジメチル	多発性硬化症(MS)治療薬
テクフィデラカプセル240mg	240mg1カプセル	4,074.40			
ベムリディ錠25mg	25mg1錠	996.50	ギリアド	テノホビル アラフェナミドフ マル酸塩	B型慢性肝炎患治療薬 (核酸アナログ製剤)
★ヤーズフレックス配合錠	1錠	275.00	バイエル	ドロスピレノン/エチニルエ ストラジオール ベータデクス	子宮内膜症に伴う疼痛・月経困難症治療薬 (経口卵胞ホルモン・黄体ホルモン配合剤)
リアメット配合錠	1錠	242.30	ノバルティス	アルテメテル/ルメファントリン	マラリア治療薬
リンゼス錠0.25mg	0.25mg1錠	92.40	アステラス	リナクロチド	便秘型過敏性腸症候群治療薬 (Gアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト)
注射薬					
オビドレル皮下注シリンジ250μg	250μg0.5mL1筒	2,910	メルクセローノ	コリオゴナドロピン アルファ (遺伝子組換え)	遺伝子組換え絨毛性腺刺激ホルモン(rhCG)製剤
キイトルーダ点滴静注20mg	20mg0.8mL1瓶	84,488	MSD	ペムプロリズマブ (遺伝子組換え)	悪性黒色腫・進行・再発非小細胞肺がん治療薬 (免疫チェックポイント阻害薬・抗PD-1抗体製剤)
キイトルーダ点滴静注100mg	100mg4mL1瓶	410,541			
パーサビブ静注透析用2.5mg	2.5mg2mL1瓶	873	小野	エテルカルセチド塩酸塩	二次性副甲状腺機能亢進症治療薬 (カルシウム受容体作動薬)
パーサビブ静注透析用5mg	5mg2mL1瓶	1,283			
パーサビブ静注透析用10mg	10mg2mL1瓶	1,885			
モンビル皮下注24mg	24mg1.2mL1瓶	581,972	サノフィ	プレリキサホル	自家末梢血幹細胞動員薬 (CXCR4ケモカイン受容体拮抗薬)

★:新薬の処方日数制限(薬価収載の翌月の初日から起算して1年を経過するまでは1回14日分を限度とすること)の適用外。14日分を超えた処方が可能

☆:在宅自己注射指導管理料の対象薬剤



国内初「便秘型IBS」の効能・効果で承認取得 グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト「リンゼス錠」

腸粘膜上皮細胞に存在するグアニル酸シクラーゼC受容体の活性化という新規作用機序を有するリンゼス(一般名:リナクロチド)は、成人の便秘型過敏性腸症候群(IBS-C:irritable bowel syndrome with constipation)と慢性特発性便秘(CIC:chronic idiopathic constipation)の適応症で世界30カ国以上において既に承認されています。日本では成人の2.9%が便秘型IBSであると言われていたのですが、便秘型IBSの効能・効果で承認されている薬剤はありませんでした。国内で初めて便秘型IBSの適応症が認められたリンゼスは、新たな治療選択肢として期待されています。

今回は、IBSの診断・治療も含めて解説します。

過敏性腸症候群(IBS)とは

IBSは、腸炎やポリープ、腫瘍といった器質的疾患がないのに慢性の腹痛あるいは腹部不快感、それに関連する便通異常(下痢・便秘)をきたす疾患で、代表的な大腸の機能性消化管疾患(FGID:functional gastrointestinal disorders)です。国内の有病率は10~15%と高く、40歳未満に多いと言われています。生命に影響のない良性疾患ですが、生活の質(QOL:quality of life)は大幅に低下するため、適切な治療を必要とします。腹痛や便通異常の発生機序には①腸

管の運動異常、②腸管の知覚過敏、③心理的異常(うつ・不安などの中枢神経系の異常)があり、特に脳と消化管の機能的な関連「脳腸相関」の結果として症状が惹起されることが知られています。満員電車や人前での発表、試験などのストレスでIBSの消化器症状が発症するといった脳から腸への作用がある一方、腸管の運動異常や内圧変化を腹痛・腹部不快感として感じやすい知覚過敏は腸から脳への作用であると考えられています。

IBSの診断・分類

診断にはFGIDの国際的な診断基準であるRome IV(表1)を用います。ただし、この基準にはIBSの消化器症状が器質的疾患によるものでないという前提があります。したがって、警告症状・徴候(発熱、関節痛、血便、6ヵ月以内の予期せぬ3kg以上の体重減少、腹部腫瘍などの異常な身体所見)がある場合や50歳以上での発症では、大腸検査(内視鏡検査、X線検査)を行い、器質的疾患を除外します。

さらに、IBSは便形状により、男性に多い下痢型(IBS-D:IBS with diarrhea)、女性に多くリンゼスの適応である便秘型、下痢と便秘を併せ持つ混合型(IBS-M:mixed IBS)、分類不能型(IBS-U:

unsubtyped IBS)の4型に分類されます。(表2)

一方、慢性便秘症というくくりでみると、原因がはっきりしている器質性便秘、症候性便秘(パーキンソン病や甲状腺機能低下症などの全身疾患に伴う)及び薬剤性便秘と、原因がはっきりしていない機能性便秘及び便秘型IBSに分けられます。便秘型IBSは腹痛・腹部不快感が特徴的であり、慢性的に便秘を訴える患者さんで腹部症状を有する場合は便秘型IBSの可能性があります。機能性便秘とIBSは、同一患者での相互の移行などで両者の鑑別は難しいケースがあり、また、実臨床では両者を厳密に区別する必要性は低いとの見解もあります。(図1)

【表1：IBSのRomeⅣ診断基準】

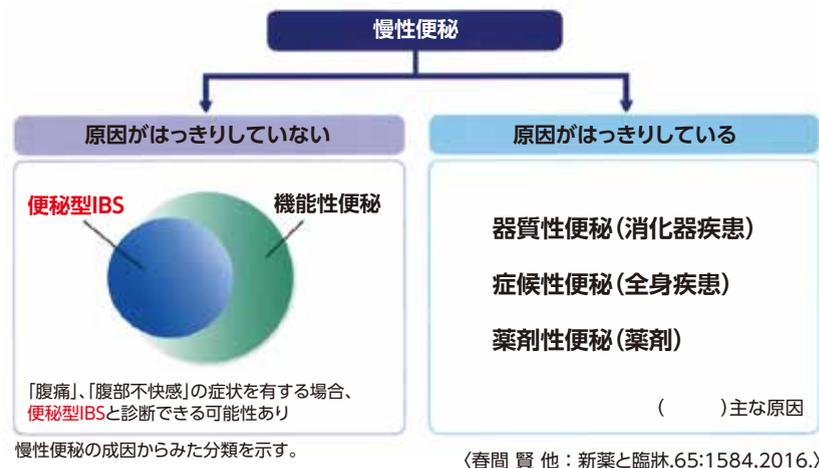
<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返す腹痛が ・最近3ヵ月の中で、平均して1週間につき少なくとも1日以上占め、 ・下記の2項目以上の特徴を示す <ol style="list-style-type: none"> 1) 排便に関連する 2) 排便頻度の変化に関連する 3) 便形状(外観)の変化に関連する <p>※少なくとも診断の6ヵ月以上前に症状が出現し、最近3ヵ月間は基準を満たす必要がある</p>

※2016年、RomeⅢがRomeⅣに改訂された。

【表2：IBSの型分類】

<ul style="list-style-type: none"> ・下痢型 (IBS-D) ：下痢の頻度が高い ・便秘型 (IBS-C) ：便秘の頻度が高い ・混合型 (IBS-M) ：下痢と便秘の特徴を併せ持つ ・分類不能型 (IBS-U) ：便形状の異常が有意に認められない

【図1：便秘症における機能性便秘と便秘型IBSの位置づけ】



IBSの治療

IBSの治療目標は患者自身の評価による症状の改善であり、治療には病態の説明、食事指導・生活習慣改善、薬物療法、心理療法があります。治療を進めるにあたっては良好な患者-医師関係の構築が重要であり、IBSの病態生理を患者が理解できる言葉で十分に説明し、納得を得ます。また、IBSにおいてプラセボ効果は高く、治療薬の選択肢を豊富に揃えることでドロップアウトを防ぎ患者満足度が上がることも報告されています。

「機能性消化管疾患診療ガイドライン2014-IBS [日本消化器病学会]」ではプライマリケアレベルの第1段階から、消化器専門医・心療内科での第2段階、心理療法主体のより専門性の高い第3段階に分けて治療することが推奨されています。ここでは治療初期の第1段階(図2)について解説します。

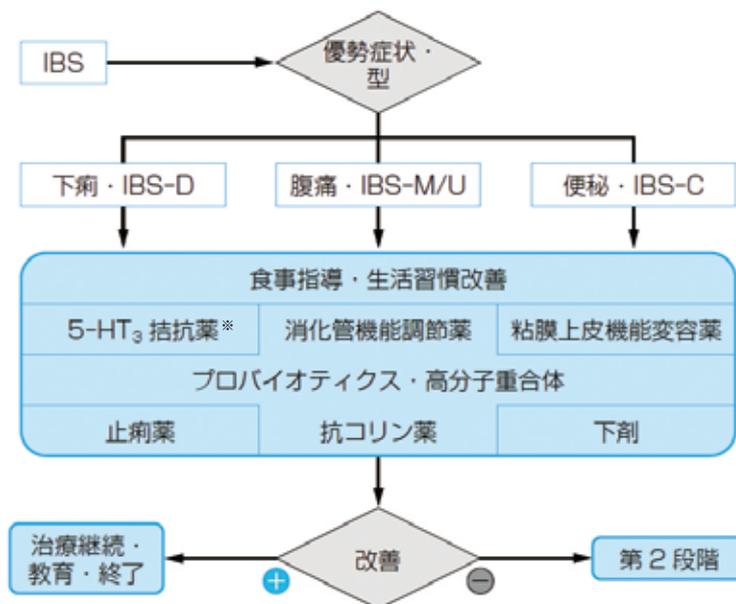
第1段階では、まず、食事と生活習慣改善を指導した上で、4つの型分類あるいは下痢、腹痛、便秘の優勢

症状に基づいて治療します。

消化管機能調節薬あるいはプロバイオティクス(ビフィズス菌や乳酸菌などの有用菌)、高分子重合体を用います。また、下痢型には5-HT₃拮抗薬、便秘型に対しては粘膜上皮機能変容薬が、優れた有効性により強く推奨されています。粘膜上皮機能変容薬にはクロライドチャンネルアクチベーターであるルビプロストン(商品名:アミティーザ)とグアニル酸シクラーゼC受容体アゴニストのリナクロチド(商品名:リンゼス)が分類されます。ただし、ルビプロストンの適応症は慢性便秘症(器質的疾患による便秘を除く)です。

これらは単剤が基本ですが、図中1段階目の治療薬と2段階目のプロバイオティクス・高分子重合体を併用してもよいとされています。それで改善がなければ、症状に応じて下痢には止痢薬を、腹痛には抗コリン薬を、便秘には下剤を追加投与します。

【図2：IBSの治療フローチャート：第1段階】



※5-HT₃拮抗薬は、ガイドライン発刊時は男性のみの適応だったが、2015年に女性に適応拡大された点を改変

〈機能的消化管疾患診療ガイドライン2014-IBSより一部改変〉

【表3：IBSに用いられる主な治療薬】

分類	代表的薬剤		
	一般名	商品名(会社名)	IBSに関連する効能・効果
プロバイオティクス	ビフィズス菌	ビオフェルミン(武田)	腸内菌叢の異常による諸症状の改善
5-HT ₃ 拮抗薬	ラモセトロン塩酸塩	イリボー(アステラス)	下痢型過敏性腸症候群
粘膜上皮機能変容薬	ルビプロストン	アミティーザ(マイランEPD)	慢性便秘症(器質的疾患による便秘を除く)
	リナクロチド	リンゼス(アステラス)	便秘型過敏性腸症候群
高分子重合体	ポリカルボフィルカルシウム	コロネル(アステラス) =ポリフル(マイランEPD)	過敏性腸症候群における便通異常(下痢、便秘)及び消化器症状
消化管機能調節薬	トリメプチンマレイン酸塩	セレキノン(田辺三菱)	過敏性腸症候群
抗コリン薬	チキジウム臭化物	チアトン(マイランEPD)	過敏性大腸症候群における痙攣並びに運動機能亢進
	メベンゾラート臭化物	トランコロム(アステラス)	過敏大腸症(イリタブルコロム)
止痢薬	ロペラミド	ロペミン(ヤンセン)	下痢症
下剤	酸化マグネシウム	酸化マグネシウム(各社)	便秘症

新たな便秘型IBS治療薬リンゼスの作用機序

リンゼスはグアニル酸シクラーゼC(GC-C)受容体アゴニストです。作用機序は異なりますが、クロライドチャンネルアクチベーターと同じ粘膜上皮機能変容薬であり、腸管内への水分分泌を促し、便の水分含有量を増やして柔軟化することで便通を改善します。

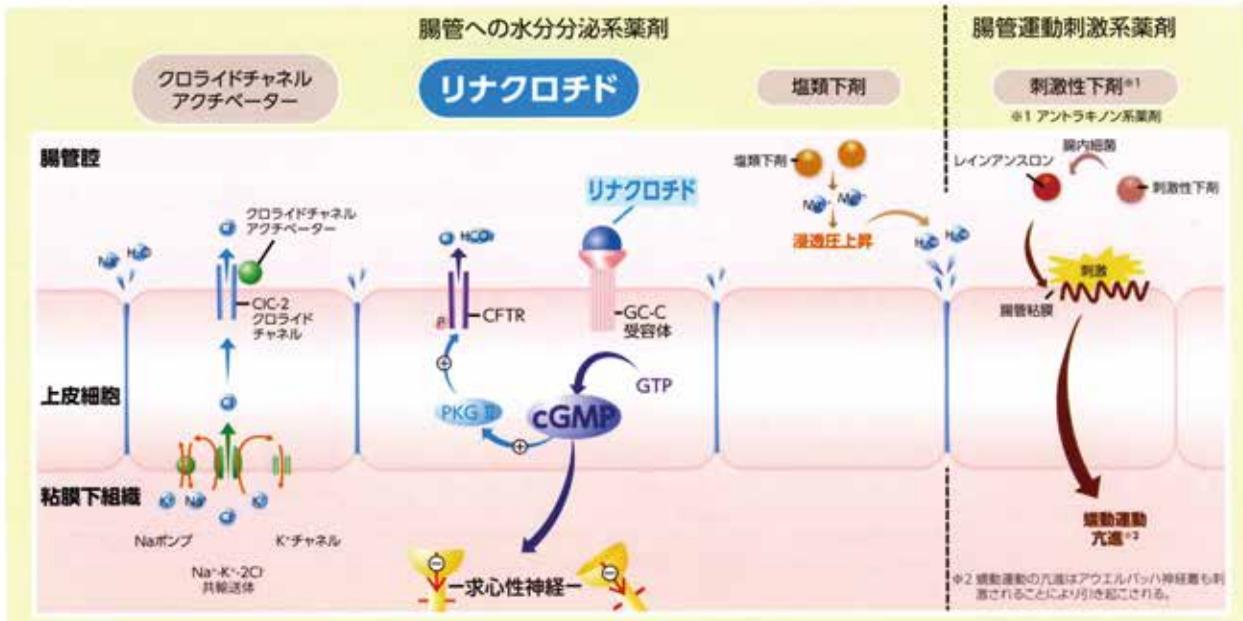
便秘症治療薬として日常診療やOTC薬として汎用されている塩類下剤の酸化マグネシウムは、長期連用や高用量投与で高マグネシウム血症を起こすことがあるため、注意が必要です。また、センノシドなどの刺激性

下剤では電解質異常・脱水や腹痛が起こりやすく、長期連用による習慣性・耐性のリスクが問題となるため、使用は頓用など最小限にとどめます。一方、粘膜上皮機能変容薬ではこのようなリスクは低いです。

さらに、リンゼスは腸管水分分泌作用に加え、求心性神経への作用も有し、痛覚過敏を改善することにより、便秘型IBSに特徴的な腹痛・腹部不快感を改善します。

【図3：リナクロチド(リンゼス)と便秘治療薬の作用機序】

リナクロチドは、腸管上皮細胞表面に存在するGC-C受容体に作用し、腸管内への水分分泌を促進することにより、便通を改善。また、求心性神経の痛覚過敏を改善することにより、腹痛・腹部不快感を改善する。



CFTR:囊胞性線維症膜貫通調節因子、cGMP:サイクリックGMP、Cl⁻:塩化物イオン、GC-C:グアニル酸シクラーゼC(受容体)、HCO₃⁻:重炭酸イオン、H₂O:水、Na⁺:ナトリウムイオン、PKGII:プロテインキナーゼGII、P:リン酸、+ :活性化、- :求心性神経の抑制

監修：川崎医科大学 検査診断学 准教授 眞部 紀明 先生
(リンゼス製品パンフレット)

リンゼスの有効性・特徴

便秘治療にあたっては、排便回数の正常化のみならず、便秘症状や便形状の改善が重要と考えられており、排便回数「週3回」といった数字にとらわれず、腹痛・腹部不快感などの腹部症状の軽減、便形状の正常化による心地よい排便、患者さんのQOL改善を目指します。リンゼスは、便秘型IBSにおいて、1日1回0.5mgを食前投与することにより、早期から優れた症状改善効果を示します。7割を超える症例で投与開始24時間以内に排便が認められ、排便回数の増加に加え、腹痛・腹部不快感や便形状の有意な改善が認められています。耐性などの報告はなく、長期(52週間)にわたる有効性が示されています。

また、リンゼスは体内にほとんど吸収されず、腸管局所で作用するため、全身性の副作用や薬物相互作用のリスクが低く、安全性が高いことも特徴です。主な副作用は下痢で、クロライドチャンネルアクチベーターで報告の多い悪心は比較的少ないです。食後投与した場合、食前投与に比べて下痢の発現率が高いことが示されており、食前投与となっています。

現在、便秘型IBSは慢性便秘症の1つとして治療が行われるケースが多いですが、腹痛・腹部不快感などの便秘症状は患者さんのQOLに大きな影響を与えることから、便秘型IBSの適応を有する新規治療薬が待

ち望まれていました。便秘型IBSに対する優れた有効性と安全性をもつリンゼスは、便秘型IBSに苦しむ患者さんの新たな治療選択肢となります。

加えて、慢性便秘症(器質的疾患による便秘を除く)患者を対象とした第Ⅲ相試験において良好な結果が得られており、承認申請を経て、慢性便秘症の適応追加が承認されれば、より多くの患者さんの便秘治療に貢献することが期待されます。

【表4：リンゼス錠0.25mg(アステラス)の製品概要】

成分・含量	リナクロチド 0.25mg (1錠中)	アルミ包装写真
剤形	フィルムコーティング錠	
形状(大きさ)	表 裏 側面 (直径:約9.6mm/厚さ:約4.5mm)	
効能・効果	便秘型過敏性腸症候群 《効能・効果に関連する使用上の注意》 便秘型過敏性腸症候群治療の基本である食事指導及び生活指導を行った上で、症状の改善が得られない患者に対して、本剤の適用を考慮すること	
用法・用量	通常、成人には0.5mgを1日1回、食前経口投与 症状により0.25mgに減量 《用法・用量に関連する使用上の注意》 重度の下痢があらわれるおそれがあるので、症状の経過を十分に観察し、本剤を漫然と投与しないよう、定期的に本剤の投与継続の必要性を検討すること	
安全性(承認時)	副作用発現率:21.5%(184/855例) 主な副作用:下痢13.0%	

参考文献
 ・機能性消化管疾患診療ガイドライン2014-過敏性腸症候群(IBS)[日本消化器病学会]
 ・今日の治療指針2017[医学書院]
 ・リンゼス添付文書、製品パンフレット[アステラス]

病院組織再生プロデューサーが語る

「チームの成長法則と チームビルディングのメソッド」

メディテイメント株式会社 代表取締役
セコム医療システム株式会社 顧問
看護師



杉浦 鉄平

組織が最も生産性を上げるベストな状態

厳しい経営環境の中で病院が医療を永続していくためには、ビジョンや行動指針に照らし職員の意欲と生産性を高めることが重要なカギになってきます。では、そのために有効な手段は何か。人の問題は通常のマネジメント手法だけではなかなか解決できません。どんなにすばらしい戦略を立てPDCAを回していても、人が働ける状態になっていない、大きな意思決定ができる状態になっていなければ、いずれその計画は上滑りしプロジェクトが空中分解します。

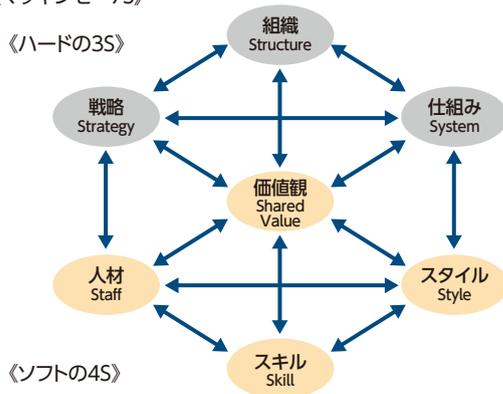
今回は職場の生産性を高める最も有効な方法である「安心・安全・ポジティブな場」のセットアップについて解説します。

ソフトとハードの融合と整合

社員の生産性を高めたい、どの企業においても共通の課題ではないでしょうか？病院のように労働集約型組織であればなおさらでしょう。では組織が生産性を高めるために最も大切なものは何か？セミナーでこのような質問をすると、戦略、PDCA、組織力、システムなどといった回答が多くあげられます。

例えば世界有数の戦略系コンサルティングファームであるマッキンゼー・アンド・カンパニーが提唱した7Sは7つの経営資源で生産性を上げるフレームですが、図1のようにハード3、ソフト4に別れています。

図1 ●《マッキンゼー7S》



一般的に手をつけやすいという理由からハードの3つの設計を優先する傾向があり、上記の回答もハードの経営資源に集中しています。特に企業改革を行う場合はハードのみに手を入れられる傾向が強いように感じます。

病院でも同様に、病床や診療再編による医療の高度化、医療制度や疾病構造の変化など医療を取り巻く環境の変化により、診療や病床再編に取り組む医療機関が近年増えてきました。

しかし、実行するためには人材力やスキルなどソフトが連動していないためなかなか成果ができません。重要なのはハードとソフトが融合し、なおかつ整合していることです。

たとえ戦略を変更しても、職員を入れ替えるわけにもいかず、必要な能力スキルが身につくまでにも時間がかかります。そのことを考慮してどのように戦略を実行していくかがポイントです。

筆者が提案するチームビルディングはソフトにフォーカスして、人材力、組織力、関係力を高め、同時に業績を向上させることを目的としています。しかしその過程で、多くの組織がその組織が持つ特有の構造的問題に直面し、前稿「組織の進化プロセス」(U理論)で解説したように、いったん不安の谷に転落する時期を迎えます。

そしてこのような状況で最も大切なのが「場のセットアップ」です。人材力、組織力、関係力を高めるためには、まずその前提として、どのような場が整えば良いかを考えていきたいと思います。

「安心・安全・ポジティブな場」が もたらすもの

これまで筆者はコンサルタントとしていかに成果に関わるかということを考えた時、最初大切なのは専門的

知識やノウハウを磨くことだと考えていました。しかし、最近気がついたことは、場の持つ力が最も大きな影響を与えているということです。

ここでご紹介するのは、私のメンターであるワニマネジメントコンサルティング和仁達也氏が提唱し、コンサルティングパートで私が最も大切にしている「安心・安全・ポジティブな場」のセットアップです。

これがクリアできるとコンサルテーションそのものが双方にとって心地よく、インスピレーションが降ってきやすくなります。

また、このような場がセットアップされると次の4つの不安が取り除かれるため、相手がコミュニケーションで最も重要なある姿勢を作ってくれます。それは何かというと相手の「聞く姿勢」です。

コンサルやセミナー、ファシリテーションがうまくいっていない人を良く見てみると、まず相手の聞く姿勢を作るのが下手です。したがって無理やり力技でなんとかしようとして、かえって関係を悪化させてしまいます。逆に聞く姿勢をつくるのがうまい人は、多少コミュニケーションがたどたどしくても、関係がよくなっていきます。結局いきつくところはここだと最近とても実感していることです。

そのためには、まずある4つの不安を取り除く必要があります。これはワークショップや会議などでファシリテートしているときに良く見られることですが、参加者はある不安を感じています。さて、それはどんな不安でしょうか。

1つめは「恥をかく」不安です。こんなこと言ったらばかにされるのではないかと、まずこの不安を取り除く必要があります。2つめは「批判される」不安です。何か発言したら怒られるのではないかと不安もこれに含まれます。3つめは「仲間外れにされる」不安です。人は他の人と違うことを言うと浮いてしまい、自分の居場所がなくなるのではないかと不安を抱きます。そして最後4つめはやや究極的なのですが、「辞めさせられる」不安、もしくは今のポジションを奪われるのではないかと不安です。

これらの不安を感じると「安心・安全・ポジティブな場」になりにくくなります。

これは反対にするとわかりやすいかもしれません。「安心・安全・ポジティブな場」の反対はなんでしょう。そ

う「危険・不安・ネガティブ」な場です。みなさんの周りでそんな会議が行われていないでしょうか？何か意見をすると否定されたり「それ前にもやったけどぜんぜんうまくいかなかったよ」とネガティブな意見が多い会議。

そういう会議で活発な意見やユニークなアイデアがでてくる気になりますか？やはり窮屈な感じがして発想が開かないと思います。実は真面目な組織ほどこのような傾向があります。「～しなければならない」とか「～すべきである」という言葉も実は要注意です。制約を感じさせるからです。

では、どうしたら「安心・安全・ポジティブな場」が作れるでしょうか。セミナーでもコンサルでも最初のアプローチで筆者が一番心がけていることは、まず「相手に恥をかかせない」ということです。例えば相手が質問に答えてくれたことに対して、それが的外れであっても、プラスの側面を探しフォローします。最初に「自由に話してもいいんだ」という空気をつくることその後の成果に大きく関わってきます。

職場での実践法

院内のミーティングでも同じです。司会役の人がメンバーに振っても誰も発言しないというシーンがよくあります。なぜそういった場で職員が沈黙してしまうかという「間違った答えを言うてしまうのではないか」「余計なことは言わない方がいい」と必要以上に空気を読み、口が重くなってしまふからです。つまりその場が「安心・安全・ポジティブ」ではないので「こんなことを言ったら恥をかくのではないかと不安になります。参考までに、そういう時に使える、和仁氏から学んだミーティング進行法(3ステップ発言法)をご紹介します。(図2)

図2●「3ステップ発言法」

階段	第1ステップ	第2ステップ	第3ステップ
	シンキングタイム	ディスカッション	アウトプット
内容	「今から3分間で思いついたアイデアを3つ以上書いてください」と紙に書き出させます。 ⇒人に見せないで恥をかくこともなく安心安全	「隣同士2人1組になって1分間シェアしましょう」と紙に書き出させます。 ⇒相手が頷いてくれたりすると「これは恥ずかしい答えじゃないんだ」とわかる	「では、紙に書いた意見を聞かせてもらいたいと思います」 ⇒良い意見を引き出すことができる

このようにステップ・バイ・ステップで丁寧に階段をのぼらせると30分もしないうちに良いアイデアがぼんぼん出てくるようになります。

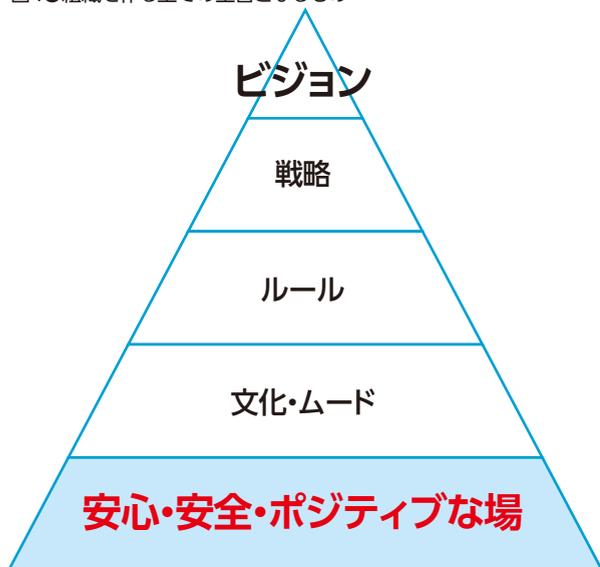
4つの不安が解消し、マイナスがゼロに向かえば、人は自然にプラスへと向かいます。サイドブレーキをはずせば、アクセルは元々踏んでいるので、自然に前に進むと言う訳です。(図3)

図3●安心・安全・ポジティブな場がもたらすもの



安心・安全・ポジティブな場というベースがあり、その上に文化やムードがあり、さらにどうするかというルールや戦略があります。やるべきことという行動指針の下にこのベースがあるかどうかで大きく影響を与えると感じています。(図4)

図4●組織を作る上での土台となるもの



グーグルが突き止めた社員の「生産性」高める唯一の方法とは？

米グーグル社内にあるピープルアナリティクス(人材分析)チームが「チームの生産性向上・チームが成

功する共通点に関する研究」を行いました。それが『プロジェクト・アリストテレス』です。組織心理学や社会学の専門家などの専門家も交えて、生産性の高い働き方を提案することを目的としています。

プロジェクトが最初の仮説として掲げた生産性の高いチームとは

- ✓カリスマリーダーがいる
- ✓フラットなチーム編成になっている。
- ✓チームの行動基準がはっきりしている。
- ✓優秀なメンバーが集まっている。

というもので、まず注目したのはチームワークでした。そこで着目したのが以下の7項目です。

- ・社外でも付き合っているか？
- ・一緒に食事している頻度はどのくらいか？
- ・学歴の共通点は？
- ・外交的な社員と内向的な社員どっちが良いのか？比率は？
- ・同じ趣味を持っているのか？
- ・暗黙のルールや行動規準、チームカルチャーはどうなっているのか？
- ・優秀なメンバーだから成果が出ているのか？

しかし、これら7項目に明確な差は見いだせませんでした。次に、チームの中にある「規範」に着目しましたが、仕事に雑談するようなチームでも、私語は厳禁というチームでも、生産性に関して目立ったパターンは見つかりません。

このプロジェクトが暗礁に乗り上げた時、あるチームの生産性が突如向上しました。理由を調べてみるとそのチームでは、インフォーマルなミーティングを開いて、リーダー自ら自分がスピードは遅いが転移性のガンであることを告白したというのです。そして、自分ひとりの力では成し遂げられないので協力してほしいと告げました。するとミーティングが終わった時には、チーム内のモラルが高まり、生産性を向上するための発展的な議論が出来るようになったのです。

成功するチームの秘訣「心理的安全性」

この『プロジェクト・アリストテレス』で明らかにしたのは、生産性を上げるチームには「心理的安全性」があるということでした。言い換えれば「自分をさらけ出せる安心感があるかどうか」です。自分をさらけ出し、周りが高心遣いや理解、共感を示すことができれば、チームの

生産性は向上するという事です。

これは弱みをさらけ出したから良いと言うのではなく、弱みをさらけ出したとき、前述した、恥をかかない、否定されない、仲間外れにされない、辞めさせられないという4つの不安を取り除いて、「安心・安全・ポジティブな場」になることが大切だと理解してください。

チーム内に暗黙のルールとして、「心理的安全性」が自然に醸成されることが、安心・安全・ポジティブな場のベースとなり、生産性の向上へと繋がります。これが『プロジェクト・アリストテレス』で導き出された結論です。

組織が生産性を上げるベストな状態は、責任と心理的安全性が高いこと

自分を無知で無能な人に見せないための解決策は非常に簡単です。つまり、無知だと思われたいためには「質問をしない」、無能だと思われたいためには「間違いや弱点を認めない」、押しつけがましいと思われたいためには「アイデアを出さない」、ネガティブだと思われたいためには「現状を批判しない」というような行動を取ればよいのです。しかし、そのような組織に成長はなく、いずれ衰退していくでしょう。

当直のナースが患者の心電図モニターのわずかな変化に気づき当直医に電話をしようとしたが、以前ひどく批判されたことを思い出し電話をするのをやめました。また上司の誤りに気付きましたが、結局何も言えなくて後悔したなど、心理的安全性がない中では、常に責任感との葛藤が起こります。

図5●心理的安全性と責任



基本的に、そのチームが最もベストな状態になるのは、責任が大きくて心理的安全性が大きい状態ということになります。

みなさんご経験があると思いますが、責任だけが大きくてチームの状況が最悪だと非常にストレスフルで

不安になります。図5はあくまでひとつの例ですが、一般的に看護部門は責任が大きい反面、心理的安全性が低いポジションにいます。高圧的でワンマンな医師と患者との板挟みになることもあるでしょう。

一方チームの状態は良いのに責任が発生しない状態は快適となっていますが、これは良い意味ではなく、ぬるま湯という意味です。責任も低くて心理的安全性も低い状態だと、閑職に追い込まれた挙句パワハラを受けているような状態なので、当然仕事には関心が持てず、やがて人は辞めていきます。

ところが、きちんと責任と心理的安全性が高くなると、人は学習をしながらチームできちんと問題を解決していく状態になります。

チームマネージャーが最も危惧すべきなのは、「よい仕事をするための責任」ばかりを重視して、互いに話し合うことを怠り、その結果、人々が不安ゾーンに入ってしまうことです。つまり、モチベーションや責任感とは心理的安全性とは別もので、両者が高まった時に人は学習し、イノベーションを起こせるようなチームになります。

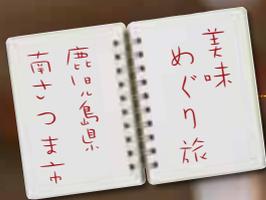
現実の職場は複雑で相互依存的なものであり、簡単に状況を改善できるものではありませんが、人々が一丸となって挑戦しがいのある仕事にうちこむことで、学びがあり、やりがいのある仕事場を作れるようになって考えています。そのベースとなるものが「安心・安全・ポジティブな場」なのです。

杉浦 鉄平氏
 メディテイメント株式会社代表取締役
 セコム医療システム株式会社顧問
 看護師 病院組織再生プロデューサー

看護師として入職後、30年にわたる病院勤務を通じ、臨床15年(現場)、看護部長10年(管理)、事務局長を5年(経営)経験。2012年、セコム医療システム株式会社に転職し、病院組織や経営改善のコンサルティング業務に従事。

2016年6月メディテイメント株式会社代表取締役、セコム医療システム顧問、「病院組織再生プロデューサー」として公立病院改革、医療関連企業営業マネージャー研修や医療経営参謀養成塾などで人材と業績を同時に向上させるメソッドを体系化。

メディテイメント株式会社
 〒108-0074
 東京都港区高輪3-25-22 カネオビル8階
 TEL.03-5422-8334
 E-mail : teppei@meditainment.co.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？

鹿児島限定!? 本土最南端 ジャパニーズウイスキー

●ジャパニーズウイスキー

世界5大ウイスキーの一つにまで地位を確立してきたジャパニーズウイスキー。2016年11月、そこに新しい風が吹き込まれました。鹿児島県南さつま市。本土最南西端であるこの地に鹿児島地域限定のウイスキーがあるのをご存知ですか？ウイスキーの産地といえは冷涼な気候というイメージですが、温暖な気候から生まれる新しいタイプに期待を寄せウイスキー造りに取り組んでいます。

今はまだ、南さつま完全オリジナルのウイスキーは誕生していませんが、ブレンドが南から吹く風をイメージした、南国らしいややピチーな香味が楽しめるライトテイストなブレンドウイスキー「HHAE(ハエ)」や、熟成を南さつまで行った南さつまエイジングのウイスキー「駒ヶ岳津貫エイジング」などが人気で、地域限定であることからふるさと納税の返礼品としても大変人気となっております。

実は、温暖な気候と良質な水資源に恵まれる南さつま市は、「黒瀬杜氏」や「阿多杜氏」といった焼酎杜氏発祥の地であり、現在の本格焼酎の源流とも言える土地です。酒造りの伝統を今に伝えるこの地から新しいタイプのウイスキーに、ぜひご期待ください。

お問い合わせ
●南さつま市産業おこし部商工水産課
TEL:0993-53-2111



2017吹上浜砂の祭典 SAND&FLOWERフェスタ in南さつま

日時:平成29年5月3日(水)~
31日(水)
※5月8日(月)休園日
会場:南さつま市砂丘の杜きんぼう
内特設会場

今年で30回を迎える国内最大級の砂のイベント。「童話世界」をテーマに大小様々な砂像が100基以上展示されます。3日~7日までは夜9時まで開園し、音楽と光、花火によるライティングショーを開催。ライトアップされた会場は、まるで童話の世界に迷い込んだような幻想的な雰囲気を作り出します。砂でつくる夢と感動!白砂青松の美しい会場で砂のアートをご堪能ください。

お問い合わせ
●吹上浜砂の祭典実行委員会
南さつま市加世田川畑2648
TEL:0993-53-2111



長時間労働(時間外労働)は 社会問題になっています



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。長時間労働(時間外労働)についてのお話です。

◆時間外労働とは

労働基準法は、使用者(会社等)から、働く人々の労働条件を保護する目的から昭和22年に施行されました。労働時間は、労働基準法(以下「労基法」といいます。)の第32条で定められており、次のとおりになっています。

1. 使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間(特例措置対象事業所※1は44時間)を超えて、労働させてはならない。
2. 使用者は、1週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き1日について8時間を超えて、労働させてはならない。

そして労働者に時間外労働をさせるには、労基法第36条で「時間外・休日労働に関する協定」を締結し、所轄の労働基準監督署へ届け出ること、法定労働時間を超える時間外労働及び法定休日における休日労働を認めています。

※1:特例措置対象事業所:次の事業を営む労働者が10人未満の事業場のことをいいます。①商業、②映画・演劇業(映画製作の事業を除く)、③保健衛生業、④接客娯楽業

るとき。

2. 「法定休日」に労働をさせようとするとき。

◆1. 「法定労働時間」を超えた時間外労働について

「法定労働時間」とは労働基準法で定められた労働時間の限度です。法定労働時間は、原則、1日8時間、1週40時間と規定されています。

他方、会社ごとに法定労働時間内で定められている就業時間を「所定労働時間」といいます。

この「法定労働時間」を超えた時間外労働がある場合には、36協定を締結し、36協定届を届け出なければなりません。他方、「所定労働時間」が6時間で残業は1日2時間までの場合には「法定労働時間」の1日8時間を超えないので、36協定の締結と届け出は不要となります。

◆36協定(時間外・休日労働に関する協定)について

36協定とは、正式には「時間外・休日労働に関する協定」といいます。労働基準法第36条で「労働者は法定労働時間を超えて労働させる場合や休日労働をさせる場合には、あらかじめ労働組合等(労働組合がない場合は、事業所で労働者の過半数を代表する者)と使用者の間で書面による協定を締結しなければならない」と定められているので、一般的に「36協定」という名称で呼ばれています。また、36協定を締結した場合、「時間外労働に関する協定届※2」を労働基準監督署に届け出なければなりません。

36協定の締結が必要な場合は、以下のようになります。

1. 「法定労働時間」を超えた時間外労働をさせようとする

■「時間外労働に関する協定届(様式第9号(第17条関係))

様式第9号(第17条関係) 時間外労働 に関する協定届 休日労働

事業の種類	事業の名称	事業の所在地(複数箇所)		協定の有効性(複数箇所)			
		時間外労働をさせる必要のある具保の事由	業務の種類	労働者数(職種以上の数)	所定労働時間	協定の有効期間	
1 平日に1日以上の労働者					1日	延長することができる期間(1日を超えない範囲)(回数)	期 間
2 1年間の定例労働時間制により労働する労働者							期 間
休日労働をさせる必要のある具保の事由		業務の種類	労働者数(職種以上の数)	所定休日	労働させることができる休日及び延長の時間	期 間	

協定の成立年月日 年 月 日 協定の当事者である労働組合の名称又は労働者の過半数を代表する者の氏名 職名 協定の当事者(労働者の過半数を代表する者の場合)の選出方法 () 協定の当事者(労働者の過半数を代表する者の場合)の選出方法 () 職名 氏名 労働基準監督署長 氏名

記載心構

1 「業務の種類」の欄には、時間外労働又は休日労働をさせる必要のある業務を具保的に記入し、労働基準法第36条第1項ただし書の趣旨に即して協定をした場合には、当該業務を他の業務と区別して記入すること。

2 「延長することができる期間」の欄の記入に当たっては、次のとおりとする。

(1) 「1日」の欄には、労働基準法第32条第4項第2号の定めによる法定労働時間を超えて延長することができる最長の労働時間を超えて延長することができる期間を記入すること。

(2) 「1日を超えて一定の期間延長日数」の欄には、労働基準法第32条第4項第3号の定めによる法定労働時間を超えて延長することができる最長の労働時間を超えて延長することができる期間を記入すること。

(3) 協定の当事者は、労働基準法第32条第4項第3号の規定による労働時間により労働する労働者(対象期間が当該協定の有効期間を超えて延長する者に限る)について記入すること。

4 「労働させることができる休日及び延長の時間」の欄には、労働基準法第36条第2項の規定による休日において労働させることができる日及び当該休日の労働の延長及び延長の時間を記入すること。

5 「期間」の欄には、時間外労働又は休日労働をさせることができる日の属する期間を記入すること。

◆2. 「法定休日」に労働させる場合

労働基準法では、使用者は毎週少なくとも1回の休日、または、4週間を通じて4日の休日を与えなければならないと規定されています。

一方、1日7時間や8時間働くことになっている会社の場合、1週間に1度の休日では、週の労働時間が40時間を超えてしまいます。

したがって、休日をもう1日設けなければいけないことになります(変形労働時間制等を採用していない場合)。2日ある休日のうち1日が「法定休日」、もう1日は会社が自由に決められる「所定休日(法定外休日)」となります。

1週40時間という法定労働時間内での労働であり、週に1回の休日がある場合には、36協定および36協定届は必要ありません。

◆延長の限度

36協定では、「1日」、「1日を超えて3か月以内の期間」、「1年」について延長することができる時間を定めることができますが、延長可能な時間には次のとおり限度があります。

期 間	限度時間	対象期間が3か月を超える場合、1年単位の変形労働制
1週間	15時間	14時間
2週間	27時間	25時間
3週間	43時間	40時間
1か月	45時間	42時間
2か月	81時間	75時間
3か月	120時間	110時間
1年間	360時間	320時間

◆時間外労働の賃金について

延長の上限を超えて時間外労働を行える場合は、特別条項付き協定を労使が締結することが必要です。

例をあげると、「一定期間における延長時間は、1か月45時間とする。ただし、通常の生産量を大幅に越える受注が集中し、特に納期がひっ迫した時は、労使の協議を経て、6回を限度として、1か月60時間までこれを延長することができる。なお、延長時間が1か月45時間を超えた場合の割増賃金は30%とする。」といった条項を設けるもので、これによって限度時間を超えることができます。

しかし、この条項は例外的措置であり、臨時的な場合に認められるものであって、限度時間を超える時間外労働の抑制を目的として平成22年4月に改正されており、延長す

ることができる時間数を短くするよう努めることなどの要件が追加されています。

◆時間外労働の賃金について

36協定を締結しても、時間外労働に対する賃金いわゆる残業代は支払わなくてはなりません。

1. 残業代の計算方法

○法定労働時間を超えない残業(所定労働時間外労働)
=残業時間×1時間当たりの賃金

○法定労働時間を超える残業(法労働時間外労働)

1か月の時間外労働が60時間まで

=時間外労働の時間×時間当たりの賃金×1.25以上

○1か月の時間外労働が60時間を超える場合

=時間×時間当たりの賃金×1.5以上

(60時間を超えた場合、1.5になるのは限定されています。中小企業は、当分の間は、60時間超えても1.25での経過措置が図られています。)

2. 法定休日労働時の賃金の計算方法

○法定休日労働の時間×1時間当たりの賃金×1.35以上

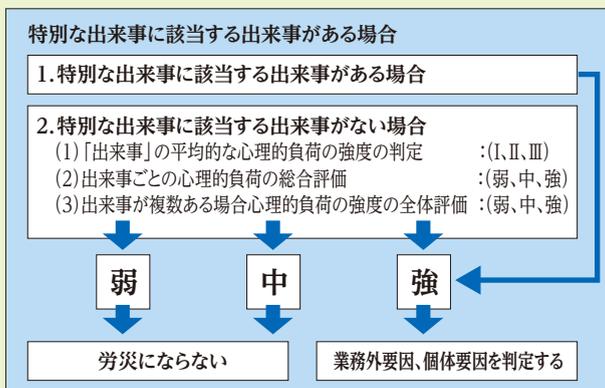
◆長時間労働による精神疾患の労災認定

時間外労働の長時間化により精神疾患にかかる人が、多くなっている現状があります。ここでは、労災の認定基準について説明します。

精神障害の労災認定のための要件は次の通りです。

- ①認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- ②認定基準の対象となる精神障害の発病前おおむね6か月の間に業務による強い心理的負荷が認められること
- ③業務以外の心理的負荷や個体要因により発病したとは認められないこと

業務による心理的負荷の評価は、具体的には以下のように行われます。



また、長時間労働は次の3つの視点から評価します。

①特別な出来事としての極度の長時間労働…発病直前の極めて長い労働時間

【「強」になる例】

- ・発病直前1か月間におおむね160時間以上の時間外労働を行った場合
- ・発病直前3週間前におおむね120時間以上の時間外労働を行った場合

②出来事としての長時間労働…発病の1か月から3か月の長時間労働

【「強」になる例】

- ・発病直前2か月、1月当たりおおむね120時間以上の時間外労働を行った場合
- ・発病直前3か月、1月当たりおおむね100時間以上の時間外労働を行った場合

③他の出来事と関連した長時間労働…

出来事が発生した前や後に恒常的な長時間労働(月100時間程度の時間外労働)があった場合、心理的負荷の強度を修正する要素として評価します。

【「強」になる例】

- ・転動して新たな業務に従事し、その後月100時間程度の時間外労働を行った場合

なお、上記の時間外労働時間数は目安であり、この基準に至らない場合でも心理的負担を「強」と判断することがあります。

◆脳・心臓疾患の労災認定

精神疾患と共に長時間労働により、脳・心臓疾患になる人も多くなっています。

労災認定されるには、

- ①異常な出来事(発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事に遭遇したこと)
- ②短期間の過重業務(発症に近接した時期において特に過重な業務に就労したこと)
- ③長期間の過重業務(発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす、特に過重な業務に就労したこと)

上記の3つの要件が必要です。この中で、長時間労働と関わるのは、②と③です。

「②短期間の加重業務」については、(1)発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められること、(2)発症前おおむね1週間以内に継続した長時間労働が認められること、(3)休日が確保されていないこと等の判断により、短期間の過重業務と認定されます。

「③長期間の加重業務」については、発症前1-6か月間平均で月45時間以内は発症との関連性は弱いですが、月45時間を超えるほど関連性が強まると判断され、また発症前1か月間に100時間または2-6か月間平均で月80時間を超えると、発症との関連性が強いと判断されます。

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

長時間労働は、以前から問題視されていましたが、特に昨年の秋以降大きく取り上げられるようになりました。

長時間労働が続いてしまうと、疲労が蓄積される日突然心身に支障をきたしてしまうことを、働く方も雇用する方もしっかりと認識しておくべきですね。

働き方の改革について、国全体で取り組んで行

くと政府も推進しています。

私の顧問先においても、問題意識を持った事業主さんからの長時間労働の見直しのご相談が増えています。ある顧問先の社長さんからは「今後は労基法や他の法律に違反がないよう労務管理体制を取っていきたい」と明言され、真剣に労働時間の見直し、残業時間の抑制、休日の増加、年次有給休暇の計画付与等に取り組まれるようになりました。

●社会保険労務士 福田久徳氏プロフィール

福田社労士事務所 代表

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、貸金部会所属 厚生労働省委託事業・派遣元責任者講習会講師

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

中小企業の「攻めの投資」を支援する 平成29年度税制改正について

春畑税理士事務所
所長:春畑匠美

平成29年4月1日以降の設備投資に係る主な支援税制が見直されます。

中小企業投資促進税制の上乗せ措置としてスタートした生産性向上設備投資促進税制が平成29年3月31日で終了し、中小企業経営強化税制へと改組されます。

主な設備投資税制

税制名	期間	優遇措置	対象資産
①生産性向上設備投資促進税制		廃止	
②中小企業経営強化税制	創設 平成31年3月31日まで	即時償却 又は 税額控除(7%or10%)	建物付属設備 工具、器具備品 機械装置 ソフトウェア
③中小企業投資促進税制	平成31年3月31日迄延長 (器具備品が除外)	特別償却(30%) 又は 税額控除(7%)	機器装置 工具、ソフトウェア 車両運搬具
④商業・サービス業・農林水産業活性化税制	平成31年3月31日迄延長		建物付属設備 器具備品

今回は平成29年度税制改正大綱により新たに創設された②「中小企業経営強化税制」と、平成31年3月31日まで延長となった③「中小企業投資促進税制」についてお話をしていきます。

1. 中小企業経営強化税制について(創設)

◆制度の概要

中小企業が平成29年4月1日から平成31年3月31日までの間に対象設備を取得した場合、取得価格までの特別償却(即時償却)と取得価格の7%の税額控除(特定中小企業者は10%)の税制措置を選択できる制度です。この措置を受けるには経営力向上計画を作成して経済産業局等に申請し、認定を受けなければなりません。

類型	生産性向上設備(A類型)	収益力強化設備(B類型)
対象者	青色申告書を提出する中小企業等	
要件	①経営強化法の認定 ②生産性が日モデル比年平均1%以上改善する設備	①経営強化法の認定 ②投資収益率が年平均5%以上の投資計画に係る設備
対象設備	◆機械・装置(160万円以上) ◆測定工具及び検査工具(30万円以上) ◆器具・備品(一台または一基の取得価格30万円以上/追加) (試験・測定機器、冷凍陳列棚など) ◆建物付属設備(取得価格が60万円以上/追加) (ボイラー、LED照明、空調など) ◆ソフトウェア(取得価格が70万円以上) (情報を収集・分析・指示する機能)	◆機械・装置(160万円以上) ◆工具(30万円以上) ◆器具・備品(一台または一基の取得価格30万円以上/追加) ◆建物付属設備(取得価格が60万円以上/追加) ◆ソフトウェア(取得価格が70万円以上)
確認者	工業会等	経済産業局
その他の要件	※生産等設備を構成するものであること ※事業用に直接供される設備(生産等設備)が対象 ※国内への投資であること ※中古資産・貸付資産でない事、等	
税制措置	即時償却 又は 7%税額控除(資本金3千万以下もしくは個人事業主は10%)	

◎事務用器具備品、本店、寄宿舎等に係る建物付属設備等は対象外。

◆追加する対象設備

- ・中小企業者が**認定計画**に基づき、平成30年度末までに取得する**一定の器具備金・建物附属設備等**
- ・**生産性を高める設備**が対象(平成29年・30年に**新規取得**)(旧モデル比で生産性が年平均1%以上向上(工業会等による確認)等)

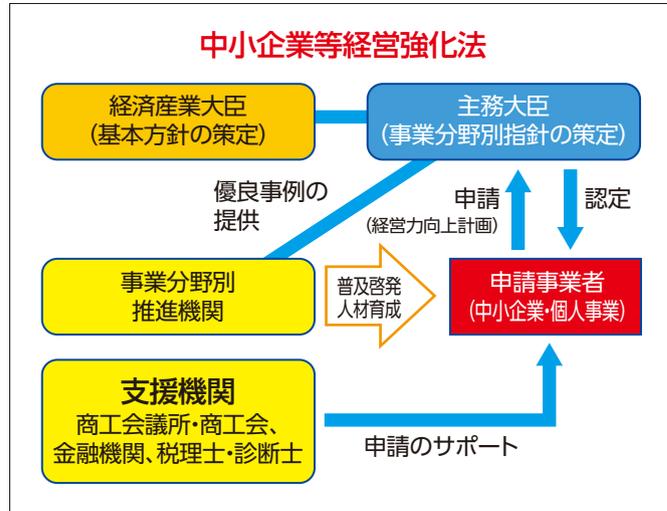
◆特例措置

- ・固定資産税の課税標準を、**3年間1/2に軽減**。

◆対象地域・業種

- ・最低賃金が全国平均未満の地域 → **全ての業種**
- ・最低賃金が全国平均以上の地域 → **労働生産性が全国平均未満の業種**
(機械装置については、引き続き**全国・全業種対象**。)

◆経営強化法の認定を受ける流れ



2. 中小企業投資促進税制について(2年間延長)

生産性向上を図るため一定の設備投資をおこなった場合に税額控除(7%)又は特別償却(30%)が認められるこの制度は、その対象設備から器具備品が除外され、適用期限が平成31年3月末まで2年間延長されました。

3. 補足

高額な医療用機器に係る特別償却制度の適用期限の延長

器具備品は創設の中小企業経営強化税制では対象ですが、医療機器は対象外となる方向で対応を検討しているようです。しかし、高額な医療機器の特別償却制度については、対象機器の見直しを行った上で適用期限が2年間延長されます。

【対象設備】 医療用の機械及び装置並びに器具及び備品で1台又は1基の取得価額が500万円以上で

1. 高度な医療の提供に資するものとして厚生労働大臣が指定するもの
2. 薬事法の①高度医療機器②管理医療機器③一般医療機器のうち厚生労働大臣が指定した日から2年以内のもの

【償却限度額】 取得価額×12%

4. まとめ

生産性向上設備投資促進税制の終了が近づき、即時償却、税額控除の優遇税制が断たれるところでしたが、中小企業経営強化税制の創設により即時償却等の手段が継続される事となりました。

今回の設備投資減税は、法人税や所得税の優遇だけではなく固定資産税、補助金、融資においても有利になるものとされております。経営力向上計画作成等については、認定支援機関である税理士等によく相談されると良いかと思えます。

●執筆:春畑税理士事務所(監査部 監査一課 主査 金光 政人)

▽所長 春畑匠美、平成元年九州北部税理士会登録/TKC全国会・医業会計システム研究会・社会福祉法人研究会・公益法人研究会所属/

MMPG・日本医業経営コンサルタント協会会員/関連会社:TACコンサルタンツ株式会社・福岡給与計算センター有限公司・一般社団法人福岡経営労務センター

▽医療福祉経営における「税務会計労務」の分野についてトータルで支援する総合事務所 〒811-1311 福岡市南区横手1丁目13-2 TEL 092-585-6865 FAX 092-585-6805

[第28話]

顧客を出発点にして 発想するとモノは売れる

経済団体の集まりで岩手県の盛岡市にある「株式会社あさ開」の村岡社長の話を聞いたことがあります。

この会社は、明治初期に創業した清酒メーカーですが、先代の社長が会社を引き継ぎ、30年間で売上げを8倍に伸ばし年商は20億になりました。しかし売上はやがて頭打ちになり、村岡さんにバトンタッチされます。

村岡さんは業績の良い会社と思って引き継ぎますが、実際には隠れ負債が年商の1.5倍近くあり、それから経営改善がスタートします。

- 市場の変化を客観的に分析する。
- 社会の変化を健全かつ当然のことと見ること。
経営者の責務は創造的破壊。
- 顧客を決める。地域を決めて客層を決めて商品を決める。
- しないことを決めて、集中して、最大化する。
- 市場では強みを発揮できるものか1位のものしか価値がない。

レポート

村岡さんによると、日本全体で清酒の出荷量は、昭和48年がピークで、ここを100とすると平成18年にはその40%まで落ちていて、国内のアルコールにおける日本酒のシェアは7.8%まで落ちているそうです。

現状分析の仕方

村岡さんは、清酒の消費低迷の原因を次のように分析しました。

- 1.成人のアルコール摂取量の減少。
- 2.他の酒類(ビールや焼酎など)との競合の激化。
- 3.消費者の変化。飲み物も個別化になってきた。外でお酒を飲む場合、以前は和食か洋食か中華で選んでいた。いまは居酒屋が支持されるようになり、和洋中の分類はせず、各人が好きなものを食べて、好きなものを飲むというスタイルに変わったこともお酒が飲まれなくなった要因。
- 4.飲酒運転の問題。住宅が都市近郊にドーナツ化して、飲んで帰ることが難しくなった。
- 5.官官接待、国民接待の減少。これはお座敷の減少に。
- 6.流通が変化し、コンビニやディスカウントストアが市場を押さえ、以前は酒屋でお酒を買うのが8割だったのが7%に下がり、こだわりの酒が、以前より消費者の目に触れ



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)

なくなりました。

- 7.日本酒は時代の変化に沿いきれず、現在の生活者の意識やライフスタイルとの間にズレが生じてしまっている。その結果、日本酒が根付いていた時代を知らない若い世代にとって、日本酒は存在感が薄く、飲むことを思いつかないものとなっている。日本酒を自分の生活の中で、どんな風を楽しめばいいか、よくわからない。たくさんのアルコールの中から日本酒を選ぶ理由がわからない。日本酒の商品知識が少なく、どう選んだら良いかわからなくなっている。
- 8.このような中で、清酒メーカーは昔と同じことを繰り返し、昔と同じ結果を期待していたのではないかと。

閉塞を打破する方法

そして閉塞状況を打破するには、

- 1.社会の変化を健全かつ当然のことと見ること
- 2.変化しない自社の現状を否定すること
- 3.経営者の責務は、創造的破壊であること、と考えます。
つまりお客さんが買わなくなった理由、そのポイントに着目しました。村岡さんは経営戦略の勉強に取り組む中で、以下のことが重要ということに行き当たります。
それは、
- 1.顧客は誰で、何を求めているか理解する事と対応
=顧客本位
- 2.顧客の要求に応えるための得意技が必要=独自能力
- 3.顧客本位を実践し、独自能力を発揮するのは社員
=社員重視
- 4.社会から歓迎され、尊敬される存在であること
=社会との調和、が重要ということに行き当たります。

そして、

1. 会社はお客にとって必要でなかったらなくなる
2. 自社のお客を決めること
3. そのお客にとって、必要でなくては困ると言われるものを作る、ことが必要なことを学びます。

そのためには、しないことを決めなければなりません。

村岡さんはこれを、

1. 断念して
2. 集中して
3. 最大化する、という言い方をしました。

これは自社が作る「商品」、販売する「業界や客層」について、選択して集中する戦略になります。

1位づくりの商品と客層を決める

このようなことから村岡さんは、「あさ開」のお客様を、「食の場において、『よろこび』『楽しみ』『くつろぎ』を求める人たち」と定義します。こうすることで、自社が販売する「商品」や「客層」が次のように変わってきます。

それは、

- ①「食の場において『よろこび』『楽しみ』『くつろぎ』を求める人たち」というテーマと相反する、売上額だけを求めるために作っていた商品は作らない。販売しない。カットする。
- ② 価格だけを要求して、「『あさ開』のお酒が必要、なくては困る」ということが通らない、お酒の間屋や飲食店には販売しない。
- ③「食の場において『よろこび』『楽しみ』『くつろぎ』を求める人たち」に、それに合ったナンバーワンのお酒を造り提供する。ということにします。

これは言い方を変えると、「市場では強みを発揮できるも

のか1位のものしか価値がない」ということになります。

こうすることで、「あさ開」は、年商は20億円から15億円に下がったものの、強いものに集中し、単に売上高だけを求めた商品や販売先をカットしたことで、粗利益率は32%から46%に上がり、売上高経常利益率は13%に上がったそうです。すごい利益率の上昇です。まさしく1位作りに絞った成果です。

ドラッカー経営の活用

村岡さんの言葉には、アメリカのコンサルタントP.ドラッカーの影響が強くあります。ドラッカーは顧客起点に立ち、顧客を絞り込むメリットについて、例えば次のように言っています。

「顧客を絞り込むことで、対象顧客だけが満足する、より差別化された商品を提供できる。」

「顧客にとって望ましい品揃えを考える。顧客にとって望ましい品揃えの基準は何か。全てを揃える必要はない。顧客にとって魅力的であなたの会社に利益をもたらしてくれる商品だけを提供すればいい。」

「顧客が感じている不便を顧客のわがままと見るかクレームと見るか、改善のチャンスと見るかの違い。チャンスとみて改善した商品だけが顧客の支持を得られる。」

「他社で買っている人達は、なぜあなたの会社ではなく他社から買っているのかを知る。すると思ってもみなかった理由がわかる。」

「あさ開」の経営再構築のプロセスは、急速な経営環境の変化に見舞われている医療機関や薬局経営にも置き換えられる普遍性を持っています。あなたはどのように置き換えますか？

弱者の戦略と応用のポイント

- 1 社会の変化を健全かつ当然のことと見る。変化しない自社の現状を否定する。
- 2 会社はお客にとって必要でなかったらなくなる。
- 3 あなたの顧客は誰で、何を求めている人か？
- 4 その顧客の要求に応える得意技は何か？
- 5 その顧客にとって、必要でなくては困ると言われるものを販売する。

※羽山プロジェクトオフィスでは、「ランチェスター戦略」の勉強会を開催しています。詳細はお問合せ下さい。(hayama@hayama-pro.com)

●羽山直臣(はやまなおみ)プロフィール

ランチェスター戦略実践コンサルタント、羽山プロジェクトオフィス代表取締役。

『お客づくり実践ニュースレター 羽山レポート』無料進呈します。小さな会社やクリニック、調剤薬局などの経営戦略勉強会実施中。著書『小さな会社のすごい社長!』『小さな会社のできる社長!』(フォレスト出版)。訪問実践勉強会実施中。熊本大学卒。福岡市在住

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

住所が変わりました。

〒815-0033 福岡市南区大橋1丁目2-8レーベント大橋307 TEL092-408-3964 FAX092-408-3984

…あなたはこれをどう応用しますか？





病院の「組織活性化策」を考える

[第5回] 組織を強くする人の組み合わせ方

～評価・育成・活用・処遇～

株式会社 人事賃金管理センター
代表取締役
日本病院人事開発研究所代表幹事
博士(経済学)
齋藤 清一



組織は人の組み合わせ方で力を発揮する。一人ひとりの力は弱くても志を同じくする人達が集まれば、一人より二人と強い力になる。ただ、難しいのは志を同じくする人達が、ただ集まれば良いのではない。能力、実力に見合った適材適所に配置する必要がある。

適材適所とは、その仕事の資格要件を持つ適格者を選抜し配置することである。これが人材配置の基本だが、病院では資格免許で職種が規定されるため、本人の得手不得手など、適性への配慮はあまり考える余地がなかったのではないと思う。すなわち、病院・施設は職種限定採用が前提であるからである。

例えば看護職群の職種は外来、ICU、オペ室、療養病棟勤務などのように多職種がある。職種とは仕事の性質や種類、知識、技能に共通性や類似性がある仕事のグルーピングである。職種を明確にしておく、組織の拡大、統廃合時に都合が良い。職種と職種の組み合わせで課や部が出来るからである。また業績拡大時には一つの職種単独でも課や部を形成する事もあり得る。すなわち、看護師であっても専門病棟、外来一般病棟、療養病棟では知識、技能などの資格要件や適性要件が異なるからである。このことは、事務職も同様である。

しかし、コメディカル職群(PT、OT、ST)等の技術者の職種は知識、技術などの幅が狭く一職種で構成されているため数年で習熟し一人前になってしまう。従ってこれら職種の活性化対策を講じる必要がある。その一方法が資格免許に関係のない事務職への適性配置である。コメディカル職群の専門性をマスターした後、優秀者を事務職で多くの職種経験を積ませ、将来経営幹部として育てようとする試みが多くの病院施設で行われている。しっかりと専門性を1本持ち、その上で更に事務職でキャリア形成を行い経営幹部候補生として養成する。

筆者のコンサル先ではこれらの成功事例が多い。看護師やコメディカル職が事務長や企画部長、人事、総務課長に登用されている。また、薬剤師を薬剤部長、総務課長兼務に登用する発令もある。午前中は薬剤業務、午後には総務業務に従事している。免許に関係ない仕事であれば何でもできる筈だ。こうすることにより、経営幹部は

全職種から優秀人材を抜擢配置する事が出来る。

極端な例だが、事務員でも意図的に看護部門に配置し、キャリア形成を行っている病院もあるくらいである。

施設においても同様だ。事務員兼相談員である。将来、経営者に育てるためには、今から一つでも多くの職種を経験させ、キャリアを形成しておく必要がある。

1. 組織づくりと定員管理

病院・施設の組織の特徴を上げれば医師、看護師、コメディカル職群などの専門職や技術者を指揮管理するのは同職群の有資格者でなければ組織は動かない。仕事に分らない者が指揮命令をしても部下は言うことを聞かないからだ。しかし、一般的に専門職や技術者は自分の専門業務には関心が強いが、専門外のマネジメントを苦手にする人が多い。病院組織の弱さがここにある。

また、資格免許の違いの確執もある。例えば一部類似業務を遂行する看護師と介護士の確執もある。看護師と介護士を同一の係、課に配属をすると上手く行かない。従って看護課と介護課の2つの課を設置し、看護師と介護士を別々の組織に配属し、それぞれ同一資格者が係長、課長の職責を担っている例が多い。

また、病院の組織は医療安全、高度医療、病診連携、病院機能の向上など医師を管理者として、組織編成がされているが、横との連携マネジメントが弱くヒエラルキーの縦割り組織が多いのが特徴だ。これらの問題解決に複線型人事制度の導入は組織の一体感作りにも有効と筆者は考えている。

病院の一般的な組織図を見ると院長の下に診療部、看護部、医療技術部、事務部などがある。組織の秩序は院長の下に資格序列のヒエラルキー社会が築かれているが、ここにも徐々に規制緩和のメスが入りつつある。

従来は経営者である理事長は医師でなければならないとされていたが、現在はこの要件も緩和されているが、実態はあまり変わっていない。

また医師以外の職種から副院長職への登用事例も多く見られるようになったが、その数もまだまだ少ない。病院

・施設管理職のマネジメント業務を観察していつも感じることは、副院長、局長、部長と立派な名前の管理者が大勢いるが、その仕事内容は一般職員とあまり変わらない仕事に従事している人達が多い。

管理職のあるべき仕事内容を指摘すると、彼等は決まって人がいないのでやむを得ないのだと反発をする。

トップリーダーの意識改革や業務改善はトップの強いリーダーシップがなければなかなか進まない。しかし、業務改善のベースになるメイン課業(仕事)の洗い出しと、課業の難易度調査(質と量)は改革推進の必修科目だ。この仕事は一般職員の仕事、これは管理監督者レベル、これは管理者、上級管理者の役割業務であるなどを明確にしておかないとこれからの病院経営は成り立たない筈である。名前だけの部課長が実に多いのである。各管理者業務の見直しと改善が急務である。

しかし、働き方改革、業務改善の担い手は管理者であるが管理者が弱い。病院では今まで管理者教育を行ってこなかった。また、管理者登用のキャリアパスもなかった。これらの付けが多くて多くの病院で今ここに一挙に噴出している。さて、これらの問題解決策は、本人の意思と適性による人材の活用を進める複線型人事制度の構築と導入である。「適性による人材選抜と早期人材の育成と活用」がこれからの人事の基礎ベースになると筆者は考えている。

2. 病院の組織と地域包括ケア推進による役割の変化

今や優秀人材の定義も変化してきている。10年前の組織で優秀と評価された現在の管理者が、今も、明日も優秀と言えるかどうかは分からない。現場のたたき上げでなければ専門性が信頼されないといった状況も変わってきているからである。

すなわち、病院には組織の特質を示す数多くの委員会が設置されている。例えば、医療事故防止委員会、院内感染防止委員会、個人情報保護対策委員会、倫理委員会、治療審査委員会などがあるが、医療行政に対応する形だけの組織もあり、本来のチーム医療としての機能を果していないケースも少なくない。委員会の性格からして医師でなくても良い組織もある。

問題は形だけの組織を作り委員長は医師を任命して実際の委員会活動が止っているケースも多々ある。

各医療職は医師の処方箋の指示に従って、自分の専門領域の仕事をやれば良いと考えている職員もいる。これは医師の処方箋による指揮命令系統が形成されたものと考えられるが、従って医療職から医師の処方箋の不適合をアドバイスする事例は例外である。このことは、病院は医師を組織の長にして職種別ヒエラルキーの文化

や価値観に縛られてきたと言える。

良かれ悪しかれ医師が全ての組織の要に座っている。しかし政府が進める在宅医療の推進は地域包括ケアシステムの領域が地理的にも機能的にも極めて多義にわたるため、医師が包括システムの統括者になることは難しい状況になっている。既に生活を支援するために看護師やソーシャルワーカー、ケアマネジャーが部分的な役割を担っており各医療職もこれまで以上に変わらなければならない。

3. 病院・施設組織における人材配置の留意点

実力のある人材でも配置に問題があれば成果を出す事ができない。また、実力に見合った目標が適切に与えられているかも問題である。どんなに優れた人材でも専門外の職務で直ぐに成果を求めることは酷な話である。

また、上司と部下の相性の問題もある。この相性を軽視してはいけぬ。仕事に好き嫌いの感情を持ち込むことは許されないことと誰でも理解しているが、生理的な理屈では割り切れない問題もある。

この辺の人間の感情を無視した机上論の人事異動はないか一度検証をしてみよう。上司と部下のキャリア、性格、学歴、年齢の違いはどうなっているのか、この上司と、この部下との組み合わせで指揮命令はスムーズに流れるか、良い人間関係で協働体制はつくられるだろうか、この人事異動は本当に有効か、など、人材活用にあたって、女性の多い職場ならではの細心の注意と経営責任が求められるのである。

筆者:齋藤清一氏

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

●専門分野:人事労務管理、賃金統計学、組織計画、目標管理、利益計画、予算統制、評価システム、労働法関連等

●所属学会:日本経営倫理学会、日本労務学会

●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.jinjitginginkanri.sakura.ne.jp/

Petit Poti Message board

プチ・ホチ・メッセージボード

フォレストグループ4社合同で 「看護の質向上セミナーin福岡」を開催しました!



左から、宮下 恵里氏、高水 勝氏、楠本 茂雅氏

テーマ「医療制度の動向と急性期病院への影響」

- 第1部「患者安全に向けたケアの質改善活動の取り組み～JCI受審を通して～」講師：宮下恵里氏(済生会熊本病院 看護部長)
- 第2部「2018年の5重改定に向けて、院内体制・地域連携をどう構築する?～チーム医療の視点で整理する～」講師：高水勝氏(スリーエムジャパン株式会社医療用製品事業部マネジャー)

- 第3部「医療安全活動を通じた組織的マネジメント」講師：楠本茂雅氏(ベルランド総合病院クオリティ管理センター部長)

- 日時：2017年2月18日(土)13:00-17:30
- 会場：ANAクラウンプラザ福岡(福岡市博多区博多駅前3-3-3)
- 主催：株式会社アステム、株式会社ダイコー沖縄、藤村薬品株式会社、株式会社セーフマスター
- 協力：スリーエムジャパン株式会社

弊社フォレストグループ4社は2017年2月18日、福岡市にて「看護の質向上セミナーin福岡」を開催しました。初めて開催するこのセミナーは、九州・沖縄、中国地域の急性期病院において看護部長・副部長等を務める皆様の何かお役に立ちたいとの思いから始まった企画です。

今回のテーマは「医療制度の動向と急性期病院への影響」。まず、済生会熊本病院・看護部長の宮下様からJCI受審を通しての質改善活動について詳しく紹介頂きました。JCI (Joint Commission International) とは、1994年に設立された米国医療機関対象の第三者評価機構の国際部門の略称で、現在、世界70カ国以上約900の医療施設がJCI認証を取得(国内は19施設)しています。世界で最も審査が厳しく世界水準の安全基準を評価するものとして、日本でも今大いに注目されている話題です。続いてスリーエムジャパンの高水様から、医療制度改革への対応をチーム医療の視点から話して頂き、最後はベルランド総合病院・クオリティ管理センター部長の楠本様から、医療安全活動を通してリーダーシップを発揮するための組織的マネジメントの方法等について具体的に教えて頂きました。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、病院を取り巻く環境は大きく変化しています。それに伴い看護部門の役割がますます重要になっていることから、看護部長の方々が抱える経営課題もまた複雑かつ多岐に亘ると認識しています。本セミナーは単発で終わることなく継続的定期的開催し、新しい情報と看護部長の方々の情報交換の機会をご提供する場となるように育てていきたいと考えています。今後ともよろしくお願いたします。(アステム営業企画部セミナー担当)

編集部 から

2016年の「エンゲル係数」が1987年以来29年ぶりに高水準(25.8%)になったというニュース記事を目にしました。エンゲル係数が高いと聞けば、反射的に「確かに景気は良くならないし日本は貧しくなってきた?」と感じてしまいますが、どうやらそうでもなさそうです。その要因についていろいろと書いてありましたが、グルメ志向にSNSの発展が拍車をかけライフスタイルの変化が大きいという意見にはドキリとしました。そういえば今の我が家のブームはお酒やグルメのお取り寄せ。冷蔵庫がいっぱいで、今年はずいぶん10本入るワインセラーまで購入。この分では、我が家のエンゲル係数も下がりそうもありません。やがて訪れる老後が不安になりました。(K.K.)



レナプロ® L-FABPテスト POC

糖尿病・高血圧・脂質異常などの
生活習慣病 患者様に

保険点数
210点

尿検査により、15分で 腎障害の進行・悪化リスクを 早期判別します。



主な対象

- ① eGFR \geq 60 の継続的に治療を受けている糖尿病患者様、
糸球体腎炎などの慢性腎臓病が疑われる患者様
- ② 急性腎障害が確立されていない、薬剤性腎障害、
敗血症または多臓器不全の患者様

「L-FABP ウェブサイト」をご参照ください。

L-FABP の魅力と学術情報をたっぷり掲載！！
学会講演の動画もご覧いただくことができます。



f a b p w e b

検索

<http://www.fabp.jp>

統一商品コード	製品名	包装単位	希望小売価格(税抜)
835000060	レナプロ® L-FABP テスト POC	1 テスト用 ×10	21,000 円
JAN コード : 4987-835000060 貯蔵方法 : 1~30°C 保存		体外診断用医薬品認証番号 : 228ADEZX00067000 有効期限 : 12 ヶ月	
実施料	D001 尿中特殊物質定性定量検査 D016 L 型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP)		210 点
判断料	D026 1 尿・糞便等検査		34 点

【製造販売元】

シミックホールディングス株式会社

L-FABP 事業部 :

〒113-0034 東京都港区芝浦 1-1-1 浜松町ビルディング

TEL : 03-6779-8017 / FAX : 03-3830-5455

URL : <http://www.fabp.jp/>



