possibilities are infinite

Poti [ポチ]

2017.7 vol.43 JULY

特集●地域医療最前線

福岡市南区に新病院。24時間365日体制で脳卒中の救急医療に挑戦！

～経験豊富な専門医とやる気に満ちたスタッフが集結～

医療法人光川会福岡脳神経外科病院（福岡市南区日佐）

特集●地域医療連携最前線

福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」4年目に突入！

～地域包括ケアシステム構築に向けて県民の登録拡大を～

ガイドライン ダイジェスト

男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン2017（日本泌尿器科学会編）

TOPIC

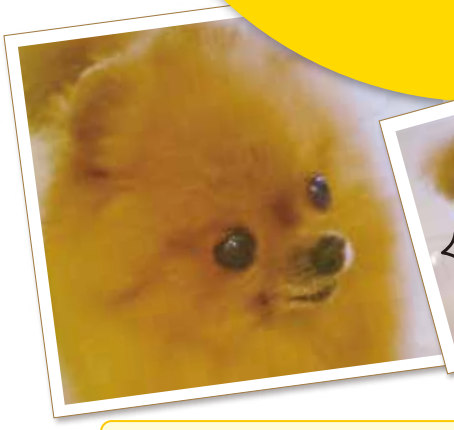
地域医療分析ツール「WhytPlot（ホワイトプロット）」リリース！

Poti

キラキラお目目が
すてきでしょ！

〈メッセージ〉

あだ名は“わがままテンコ”別名“いとしのテンコ”
この子の愛くるしい目で見つめられるとなんでも許してしまう。ミニポメで1.6キロしかなく4人(?)の兄妹達の中では一番小さいのに自己主張がとても強く、わがまま放題に生きている。特に私が帰宅し抱っこすると、突然“虎の威を借る狐”に豹変し無敵になる。「お父さんは私だけのものよ!!」と言わんばかりに他の兄妹達を寄せつけまいと威嚇しはじめる。これがまた、なんとも可愛い・・・(笑)
持病があり抗てんかん薬を1日3回10年以上飲んでいるが、15歳の今もとても元気。17歳4か月のお兄ちゃん・小太郎くん、16歳のお姉ちゃん・ナナ子ちゃん、10歳の妹・ミミ子ちゃんと共に私たち夫婦を元気づけている。



投稿者:呉 義憲 先生
医療法人光竹会・光川会グループ会長
(福岡県)
<ワンちゃんのプロフィール>
お名前(年齢・性別):呉 点子(テンコ)
15歳(2002年7月4日生まれ)女の子
犬種:ポメラニアン

contents

02 〈地域医療最前線〉医療法人光川会福岡脳神経外科病院（福岡市南区日佐）
福岡市南区に新病院。24時間365日体制で脳卒中の救急医療に挑戦! ～経験豊富な専門医とやる気に満ちたスタッフが集結～

06 〈地域医療連携最前線〉～地域包括ケアシステム構築に向けて県民の登録拡大を～
福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」4年目に突入!

10 〈ガイドライン ダイジェスト〉
男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン2017（日本泌尿器科学会編）

14 〈医療機器情報〉一押し!ME機器
コアグチェック®XS

16 〈TOPIC〉
地域医療分析ツール「WhytPlot（ホワイトプロット）」リリース!

18 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

19 〈ここらで一服、労務管理のお話し〉
「働き方改革」なんだろう??

22 〈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5回〉
あなたの価値を10倍に引き上げるセルフイメージの再構築

26 〈税務の部屋〉～知っておきたい税務の話〈第24回〉
セルフメディケーション税制

28 〈ランチェスター法則で業績を良くする方法〉〈第30話〉
地域戦略とマーケティング。小さなお店の繁盛店を作る方式

30 〈病院の「組織活性化策」を考える〉〈第7回〉
ゆとりのある働き方を応援する人事制度 ～評価・育成・活用・処遇～

32 **ほっとたいむ/編集部から**

Medical Report
地域医療最前線

福岡市南区に新病院。24時間36
～経験豊富な専

医療法人光竹会・光川会グループ
呉 義憲 会長

24時間365日体制で脳卒中の救急医療に対応できる病院として、建設前から注目されていた「医療法人光川会福岡脳神経外科病院（福岡市南区日佐5丁目3番15号）」がついに完成し、2017年4月11日に診療を開始しました。

この新病院で注目したいのは、許可病床数60床の民間病院でありながら、大学病院レベルの高度な脳卒中医療が提供できる機能を有している点です。具体的には、血管造影室と併用できるハイブリッド手術室の導入や60床のうち18床をSCU（脳卒中集中治療室）に充てるなど、大胆な設備投資を行い、そこに経験豊富な脳神経外科専門医7名（うち4名は血管内治療専門医）の常勤医が在籍、さらには医療法人光竹会の医師4名に福岡大学筑紫病院等からの派遣を含め総勢13名もの医師が参加することで当直医2名体制を実現しており、夜間においても複数の救急患者の手術や処置が可能な体制を作り上げています。

診療開始から早2か月。本誌では、福岡脳神経外科病院の今を知るため、真新しい院内の隅々まで見学させて頂くと共に、医療法人光竹会・光川会グループ会長であり、当病院の開設に尽力された呉義憲先生のもとを訪ね、お話をうかがいました。

《 インタビュー 》

医療法人光竹会・光川会グループ会長　呉 義憲（ごう よしのり）先生

開業から2か月、予想を上回るペースで推移。スタッフ増員も視野に

――2004年6月に那珂川町で「ごう脳神経外科クリニック（19床）」を開設以来、10年来温めてこられた脳卒中医療構想がいよいよ具体的に動き出したわけですが、開業からおおよそ2か月経ちました。最初から数字の話で恐縮ですが、これまでの患者動向など具体的にお聞かせください。

呉義憲先生　「立ち上がりは順調に推移しています。初月4月（実働20日）の実績では入院患者総数は71名でした。終えたばかりの5月の実績では103名になりました。平均在院日数は今のところ12日ですので、病床数を考えると150名くらいは受け入れ可能ですが、130名になるまでにはそう時間はかからないと思っています。手術件数についても4月ですでに10数件ありましたので、5月には20件に達しました。救急車搬入台数をみると、今は1日平均2.5台で推移していますが、いずれ5~6台になる見込みです。そうなると早くも目標に掲げる年間2,000台という数字が見えてきます。これは想定以上の立ち上がりですので、職員の増員を前倒しで考える必要が出てきました。医師は3名、看護師は17~18名は確保したいところです。」

――すごい数字ですね。立ち上がりがこれだけ良いと

5日体制で脳卒中の救急医療に挑戦!
門医とやる気に満ちたスタッフが集結~

いうことは、地域からの期待の表れだと思いますが、その手術の状況についてもう少し詳しく教えてください。

「手術に関しては、今年3月末まで福岡大学筑紫病院の脳神経外科教授を務め、4月から院長に就任頂いた風川清先生の血管内手術の予定がコンスタントに入っていますし、『ごう脳神経外科クリニック』など光竹会グループ各施設を受診された方がこちらに手術を受けに来られるケースも多くあります。救急車で搬送されてくる患者様の状態については、大学病院等と比べると重症度がやや低めです。これは救急隊員の方々の認知度がまだ十分ではないということが理由の一つとして考えられます。当院では救急医療の最新情報の提供や病院と救急隊との連携を強めるために医師、医療スタッフ、救急隊員の方々を対象に定期的に勉強会を院内で開催しています。これまで4、5回実施しましたが、救急隊員の方も多数参加していますので、今後も継続していきたいと思っています。

血管造影装置を備えたハイブリッド手術室では、4月の時点ですでにt-PA療法2例に血栓回収療法も1例行っており、さらに脳内出血の開頭手術やくも膜下出血のコイル塞栓術も行いました。救急隊員の方々にこのような実績を知って頂ければ、ご理解頂けると思っています。」

専門医2名を含む多職種チームで臨む救急現場の心強さを実感

――スタッフの皆さんの士気はいかがですか?

「救急の現場を希望しての入職者が多いと思いますので、それぞれに士気の高さは感じますが、やはり新しい病院の立ち上げは大変です。電子カルテ等院内システムの操作確認もありますし、院内の業務フローを一から構築しなければなりません。初めてのことだらけで戸惑いも多かったと思いますが、ようやく落ち着いてきたように感じます。それに当院は多職種チームで1人の患者様に対応しますので、心細さがなく安心して自分の役割に集中できるという声も多く聞こえます。私自身も当院の救急外来で診療する際には、私のほかにもう1人医師がいて、それに看護師2名に臨床検査技師、事務など含めて6、7名のチームで行いますので、2、3人で救急対応していたこれまでとの違いを実感しています。しかも医師は経験豊富な専門医ばかりですので、治療方針等をお互いに相談しながら進められる点も大きいです。これだけのスタッフに囲まれて診療できるわけですので、心強さが全然違います。救急車が何台来ても、いつでも『よし!やるぞ』という心境です(笑)。」

――夜間の当直医2名体制という発想はどこから生まれたのでしょうか?

「ご存知のように脳卒中は発症直後の治療の如何によって、患者の予後が変わってくるため、いかに迅速に適切な治療をなされたかが最も重要とされる疾患です。脳出血、くも膜下出血、脳梗塞すべての病気が突然発症し、一刻の猶予もない治療を必要としますが、日勤帯といわれる我々医療スタッフが昼間勤務している時間に発症する救急患者は全体の3分の1です。残りの3分の2は準夜帯、深夜帯といわれる医療スタッフが手薄になる時間帯に発症しています。夜間帯の当直医を2名体制にしたのは、時間帯による手薄な医療を改善できると考えたからです。ただし、脳梗塞の時、血栓溶解療法と、血栓が解けなかったときに行う血栓回収療法を同時に施行するためには、常時2人の脳神経外科専門医が必要であり、そのうちの1名は脳血管内治療専門医である必要があります。このように夜間帯においても専門医2名で対応できる体制を確立させることは、脳卒中の救急医療の質を担保するうえで、とても重要なポイントの一つであると言えます。」

手術件数1000件達成で、脳卒中医療の臨床研究の発信基地を目指す

――開業直後の状況を詳しくお話頂き、とても参考になりました。最後に今後に向けた抱負をお聞かせください。

「手術件数500件を超えたら第2ハイブリッド手術室を稼働させる予定です。7年後をめどに1000件を目指しています。現段階でも脳腫瘍手術などで困難なケースに出会った場合には、著名な専門医を北海道や本州の大学から招聘し手術を行っていますが、7年後の姿としては、脳卒中の臨床研究の発信基地として全国から注目され、良い人材が集まってくれる存在になれるのではないかと期待しています。また、今年9月からは、機能脳神経外科の専門医が加わってくれます。今後はパーキンソン病等のDBS(大脳深部・電気刺激療法)や脊髄等の手術にも力を入れていきます。従来の開頭手術や脳血管内治療等を行う脳神経外科で750件、機能脳神経外科と脊髄

外科で250件の割合で、合わせて1,000件を達成したいと考えています。この4本柱をしっかり固めて脳血管・脳神経を総合的に診ることができる病院にしていきたいと思います。

ただ、これだけ多くの手術を行っていくためには、手術後のリハビリテーションや療養を担って頂ける病医院や施設等との連携強化は欠かせません。救急を受け入れる際も、かかりつけ医の先生方の診療情報があるととても助かります。たとえ脳卒中を発症しても、地域住民の皆様が住み慣れた地域の中で最期まで安心して暮らし続けられるように、地域の先生方と一緒に脳卒中の地域医療連携体制を作り上げていきたいと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。」

《 レポート:病院探訪 》

呉先生のインタビューを終えて、新病院を隅々まで見学させて頂きました。まず、表の道路から病院を眺めてみました。地上6階建ての大きな建物ではありますが、道路に面した側の幅はそれほど広くなく、奥行きのある造りになっている上に、随所に木の温もりを感じさせるお洒落な外観をしているために、病院らしさは感じられず、まるで洗練されたホテルかマンションのような佇まいです。

1階はエントランスと50台収容の駐車場で、各部屋は2階から始まります。2階は外来機能が集中しています。エレベーターを降りると受付・待合ロビーが見えますが、高級ホテル並みのアメニティを実現しています。受付まで行き後ろを振り返ると建物の端まで長く真っ直ぐ伸びた廊下に沿って診察室、薬局、検査室、処置室、地域連携室が配置され、無駄のない動線を確保した造りになっています。しかしながら、この快適空間とは真逆に、一般処置室のバックヤードには救急処置室が広く確保されていて救急外来チームが待機しています。救急車は、敷地入口に建つ一際目立つERの文字に導かれ、左側に設けられた専用道路から救急処置室のある2階に一気に上り、待ち受ける救急外来チームと迅速な連携がとれるようになっています。見学中に、救急外来担当の看護師さんをはじめ、臨床検査技師、放射線技師、医療ソーシャルワーカー、医事スタッフ等いろいろな職種の方に出会いました。皆様からお話をお聞きするうちに、ついガッツポーズした写真を撮らせて欲しいとお願いしてしまいましたが、おかげで皆さんの素敵な笑顔が撮れました。

3階は手術室とSCUです。ハイブリッドと通常の手術室の2室が現在稼働中ですが、執刀する先生方が混乱しないように、ハイブリッド手術室は青、通常の手術室は緑というように壁の色で区別するといった工夫が施されています。なかなか思いつかない着眼点が素晴らしいアイデアです。

次は入院病棟のある4階です。病棟に行くと、ちょうど病棟回診に遭遇しました。呉先生をはじめ、高橋理事長、風川院長の3名の専門医が意見を交わしながら病室を回るわけで、何とも贅沢な布陣です。途中スタッフ(ナース)ステーションにお邪魔し、ここでもガッツポーズで記念写真をパチリ。お仕事中にも関わらず皆さん笑顔で応じてくれました。また、病室の窓から見る景色は抜群です。東側の窓からは新幹線や着陸態勢に入る直前の飛行機を眺めることができます。一方、西側からは、眼下に流れる那珂川や隣接した公園の緑も美しく、また一方で、住宅やビルが建てこむ街の中を走る都市高速道路等も見え、人々の活気あふれる生活振りを感じることができます。社会復帰に向けてこれだけでも十分リハビリ効果が見込める気がしました。そして5階はリハビリテーション室です。4名のリハビリスタッフが出迎えてくれました。普段笑わないと言われる方の笑顔を4回の撮り直しでゲットできたのが何よりの収穫でした。さて、最後は6階です。部屋はラウンジのみでほとんどが屋上スペースです。それだけに眺めは抜群です。

以上、簡単なレポートではありましたが、光竹会・光川会グループの「大学病院レベルの高度な医療を一流ホテル並みのホスピタリティーとともに提供する」というモットーを実感した1日でした。(K.K.)

■1階:ERの案内板と救急車専用通路

■2階:救急車搬送入口

■2階:救急処置室・・・同時に複数の救急患者に対応できる十分な広さを確保。看護師さんの笑顔も素晴らしい。

■2階:生理検査室・・・臨床検査技師さんにピース!

■2階:CT室・・・放射線技師3名で急患待機中でした

■2階:地域医療連携室・・・MSWの方が笑顔でお出迎え

■2階:外来待合室・・・外観との統一感が心地よい

■2階:外来受付・・・お仕事中に失礼してパチリ

■2階:医事課・・・レセプトデータ処理お疲れ様でした!

■2階:受付前から見た各部屋・・・まっすぐ伸びた廊下の両側に各部屋が機能的に配置されている

■3階:ハイブリッド手術室・・・イメージカラーはブルー。

■3階:通常の手術室・・・イメージカラーはグリーン。

■4階:病棟回診の様子

■4階:スタッフステーション・・・看護師さんたちのやる気に満ちた笑顔が頼もしい

■5階:リハビリテーション室・・・リハビリスタッフの皆さん

■4階:東側病室・・・ちょうど新幹線通過の様子をゲット

■4階:病棟デイコーナー

■4階:西側病室・・・眼下に公園、遠くに都市高速が見える

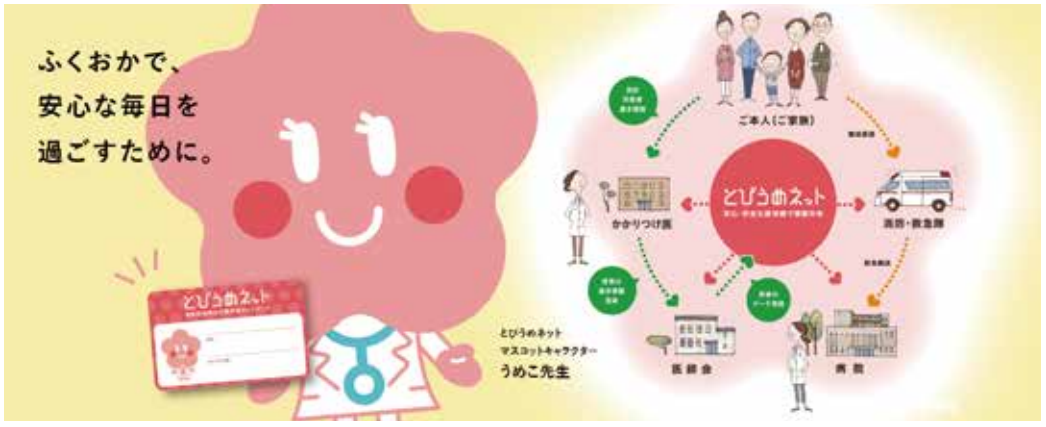
■6階:ラウンジ・・・景観抜群の憩いの場

【病院概要】

医療法人光川会福岡脳神経外科病院
〒811-1313　福岡市南区日佐5丁目3番15号
TEL:092-558-0081　FAX:092-558-0018
▽**診療科目**:脳神経外科、神経内科、(急性期)リハビリテーション科
▽**外来休診日**:日曜・祝日(救急受入可)　▽**病床数**:60床(一般病床60床)
▽**医療機器**:ハイブリッド手術室対応血管撮影装置(シーメンス社製)、3T MRI(フィリップス社製)、1.5T MRI(フィリップス社製)、64列マルチスライスCT(シーメンス社製)、X線一般撮影装置、マイクロサージャリー用顕微鏡、定位脳手術装置、カラー超音波画像診断装置、外科用X線Cアーム装置、回診用X線撮影装置、人工呼吸器、臨床化学自動分析装置、血液ガス電解質分析装置、全自動免疫測定装置、全自動血液凝固測定装置、多項目自動血球分析装置、血圧脈波検査装置、肺機能検査装置、脳波計、電子カルテシステム、PACS(医用画像情報システム)
▽**施設基準**:一般病棟入院基本料10対1、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、療養環境加算、重症者等療養環境加算、退院支援加算2、入院時食事療養(I)、地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、検体検査管理加算(II)、脳波検査判断料2、神経学的検査、CT撮影及びMRI撮影、脳血管疾患等リハビリテーション料III、運動器リハビリテーション料I、呼吸器リハビリテーション料I
▽**提携医療機関**:福岡大学筑紫病院(〒818-0067 福岡県筑紫野市俗明院1-1-1)

Network Report 地域医療連携最前線

福岡県医師会診療情報ネットワ～地域包括



原 祐一 先生
福岡県医師会常任理事／在宅療養診療所ホームケアクリニック院長／原土井病院副理事長

2000年頃からいくつかの先進地で取り組まれていたICT活用の地域医療連携ネットワークは、地域医療再生基金（2009年～2014年）や地域医療介護総合確保基金等の創設を機に全国各地に拡大し、今や全国253か所（日医総研2015年度調査）に上るネットワークが形成されています。ただしこれらのネットワークが運営主体や参加構成の違い、規模の大小なども含め様々な形態で存在していることを考えると、まだまだ全国的に普及しているとは言い難い状況ではないかと推察されます。

2025年の地域包括ケアシステム構築を目指す中、地域の医療提供体制を整備するうえで、ICTを利用した地域連携ネットワークはどうあるべきか、また、どのように活用していくかは、とても重要な課題となっています。

このような状況を踏まえ、福岡県では、福岡県医師会が主導し県下全域を対象とする「とびうめネット」を構築し、全ての県民の登録を目指すという大きな目標を掲げて2014年4月から登録を開始しています。

今回、4年目を迎えたこの「とびうめネット」の立ち上げからこれまでの全てを知る福岡県医師会常任理事の原祐一先生のもとを訪ね、その発足の経緯も含め、詳しく話をうかがいました。

《 インタビュー 》

原 祐一 先生（福岡県医師会常任理事）

とびうめネットは、救急医療支援、多職種連携、災害時バックアップの3システムで構成

――まず、とびうめネットとはどういう仕組みなのかその全体像を簡単にご紹介ください。

原 祐一 先生　「とびうめネットは、救急医療支援システム、多職種連携システム、災害時バックアップシステムの3つで構成しています。まず、かかりつけ医がとびうめネットへの参加を希望する患者さんの病歴や服薬情報などを登録し、それを消防・救急隊と救急病院で共有しようというのが救急医療支援システムです。この仕組みが基本になりますが、その情報の活用の幅を広げて、看護師や薬剤師など、患者さんを取り巻く関係者で共有しようというのが多職種連携システムです。ただし地域によってかなり事情が違いますので、どういう情報をどこまでの範囲で共有するかは、柔軟に設定できるようになっています。そして3つ目の災害時バックアップシステムは、その名の通り災害時に備えて病院の電子カルテやレセプトのデータをとびうめネット構築の際に設置した医師会メディカルセンター内のサーバーに預かるという仕組みです。」

電子カルテがなくても参加できるシステムで、県全域への普及を目指す

――救急医療支援システムを基本に今の形に発

ーク「とびうめネット」4年目に突入!
ケアシステム構築に向けて県民の登録拡大を~

展してきたということですね。とびうめネット発足の経緯についてもう少し詳しく教えてください。

「日頃外来や在宅で診ている患者さんが入院する場合は、かかりつけ医が紹介状(診療情報提供書)を書いて渡すのが通常の流れですが、急な発熱や激痛で倒れたりして大変な状況の時に、かかりつけ医に連絡が取れないというケースは多いものです。そうなると救急車が呼ばれ病院に搬送されることになりますが、搬送先の病院の医師は、その方の病歴や服用薬、アレルギーの有無等の情報がない中で治療しなければなりません。これではリスクも大きく、医師にとってかなりのストレスがかかります。このような環境を改善するために、かかりつけ医が普段診ている患者さんの診療情報をあらかじめネットに登録しておいて、患者さんの希望する『緊急時紹介先医療機関』と共有しようというのが始まりです。医師会で検討する中、先行事例としてすでに稼働している粕屋北部在宅医療ネットワーク(粕屋医師会)をモデルに福岡県全域で展開していこうということになりました。ただし、このネットワークでは、福岡東医療センター等の救急病院とかかりつけ医、消防・救急隊の3者が連携する形はすでに完成されていたものの、情報のやり取りは紙ベースで行われていました。そこで(福岡県)医師会で独自のシステムを開発し2014年4月より運用を開始したのがとびうめネットです。

また、全国で広まっているICTを利用した医療連携といえば、病院の電子カルテの内容が院外で参照できるという仕組みが主流だと思います。この場合、病院に電子カルテが導入されていなければ参加できないという難点があります。しかも一度病院に入院しないと始まりません。電子カルテ導入の割合は公的病院で全体の40%、民間病院では20%と言われています。電子カルテがなくても広く参加できるのは、とびうめネットの最大の特長です。」

かかりつけ医が登録窓口に。登録カード・シールで迅速対応が可能に

――とびうめネットでは患者さんの基本情報をどのように収集するのでしょうか。患者登録の流れも含めてお聞かせください。

「まず、医療機関がとびうめネットへの参加手続きを済ませた後、パソコンの環境設定が完了すれば、すぐにでも患者さんの登録が可能な状態になります。次に、かかりつけ医が患者さんにとびうめネットのことを紹介し、参加希望の意志と情報共有への同意が確認できたら、患者さんの緊急連絡先・病歴・服用薬・アレルギーなどの情報に、緊急時の紹介先医療機関を加えた基本情報をパソコンの入力画面上で登録します。登録が完了すると、患者さん宅に登録カードとシールが配布されます。患者さんには登録カードは保険証と一緒に保管し、シールは玄関扉の内側等にお貼り頂くようにお願いします。こうすれば緊急時にかけつけた救急隊がこのシールやカードを見て、すばやく登録されている医療機関に搬送することが可能になります。一方の搬送先の医療機関では、救急車の到着までに、医師がとびうめネットからその患者さんの情報を確認した上で受け入れることができます。また、退院の際も病院の医師がとびうめネットに新たな情報を書き込み、かかりつけ医と共有することで、その後の適切な療養につなげることができます。」

かかりつけ医の入力負担軽減策として患者基本情報の作成支援システムを付加

――かかりつけ医の情報提供から始まるということですが、どのような患者さんを想定され、また、どのくらいの登録者数を目標にされていますか。

「県民500万人の登録を目指していますが、特に65歳以上の高齢者の方には登録して頂きたいと思っています。高血圧症や糖尿病など慢性疾患のある方だけでなく、基礎疾患がなく風邪などで受診するような健康な方にも万一に備えて登録頂きたいと思っています。今のところ(6月28日現在)510の医療機関に約6,000人の患者さんが登録していますが、ほとんど動きがない地区もあり、万遍なく広がっているとは言い難い状況です。もっと広がっていくためには、最初に患者さんの基本情報を作成する、かかりつけ医の入力負担の軽減策を考えていくことが大切です。そこで、レセプトから病名や処方薬といった情報をCSV形式で取り込める支援システムを昨年から

今年にかけて、とびうめネットに付加しているところです。ただし病歴はレセプトにはありませんので、これだけは入力しなくてはなりませんが、これでかなりの負担軽減になるのではないかと思っています。

また、この基本情報の内容は、前もって書く紹介状（診療情報提供書）のようなイメージですが、この基本情報を利用して診療報酬点数上の「診療情報提供料」を作成する支援ツールを開発しました。さらには作成した診療情報提供書には医師会資格証を用いた電子署名も付与でき、とびうめネットの電子メールを介して送付することが可能になります。もちろん、そのまま診療情報提供書として印刷して使用することもできます。」

介護施設や居住系施設での登録が増加中。入所者・入居者全員の登録を推進したい

――この基本情報の作成が診療情報提供書の前段階として何か診療報酬上の評価ができればいいですね。

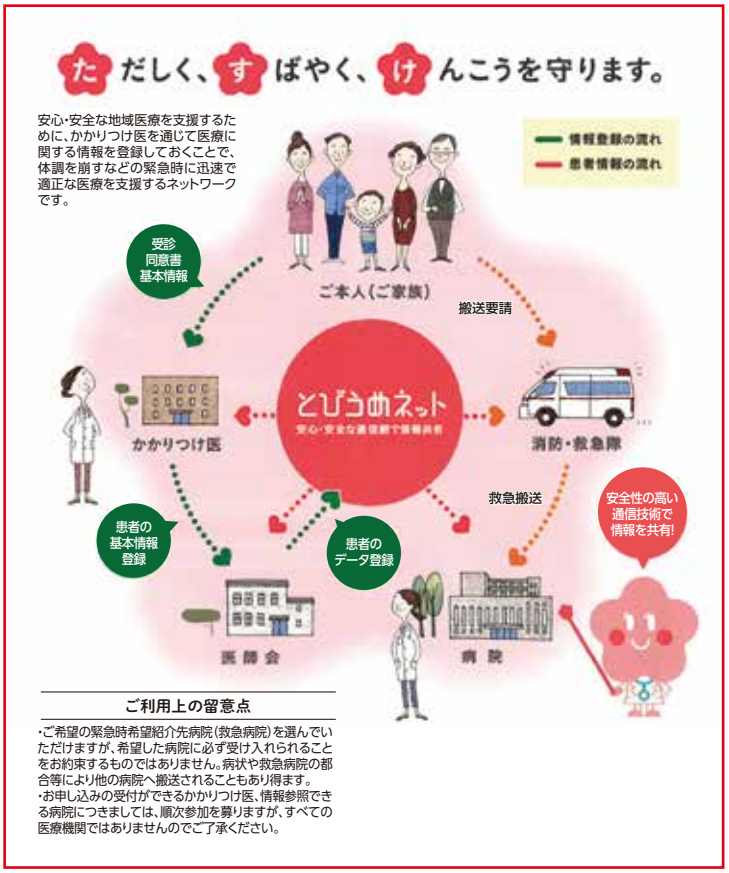
「できれば基本情報を作成し情報共有した段階で点数化され、実際に連携する病院に入院した時点でさらに加算されるというような仕組みがあるとかなり状況は変わってくるかもしれません。医師会としても今後何らかの形で要望していきたいとは考えていますが、とびうめネットには、元々いろいろなメリットが考えられます。

たとえば、特別養護老人ホーム（特養）等の介護施設の入所者や有料老人ホーム・高齢者住宅等の居住系施設の入居者の方に登録頂くと、本人はもとより、かかりつけ医、救急病院、救急隊に加え、施設職員にとっても、それぞれに大きなメリットになります。実際、全登録者の約1割がこのような施設の入所者・入居者の方で占められていて最近とみに増えています。

とびうめネットがない状態を考えると、たとえば、施設の患者さんが熱発したり、転倒で頭を打ったりすると、職員は嘱託医（配置医師）などかかりつけ医に連絡を取ろうとしますが、電話してもつながらないとか、連絡がついても外来診療中で対応できないという場合が多いものです。それで救急車を呼ぶわけですが、到着した救急隊は搬送先の病院を探すものの、近隣の病院では紹介状がないとなかなか受け入れてもらえず、その結果、高機能な救急病院に搬送してしまうことになってしまいます。また、搬送先の病院の医師は、その患者さんが元々寝たきりや認知症がひどく意思確認できない状態であっても、基本情報がない中で診なければなりません。そうなると、かなりの時間とエネルギーがそこで費やされ、本来診るべき重症患者への対応に支障をきたすことにもなりかねません。

施設の嘱託医（配置医師）や施設在宅等を行っている医師の立場から考えてみても、施設入居者全員がとびうめネットに登録して頂ければ、確実にその後の負担

とびうめネットの概念図



申し込みの流れ

1 かかりつけ医にて申し込み
患者さんが承諾した医療施設、消防・救急隊において、情報共有することに同意していただきます。

2 仮登録証を受け取る
かかりつけ医より患者基本情報を登録・作成していただき、仮登録証をお受け取りください。

3 登録カード・シールが自宅に届く
とびうめネット事務局である福岡メディカルセンターより登録カード等が届きますので、記載内容をご確認ください。

4 登録カードは常に携行し、シールは見えるところに貼る
登録カードは医療機関に受診される際に出せるよう健康保険証と一緒にお持ち歩きください。また、シールは玄関のドア内側等、救急隊が見やすいところへ貼ってください。

県民向けリーフレット
「とびうめネット登録のススメ（福岡県医師会）」より抜粋

軽減につながっていくと思います。確かに全員を新規登録するのは少し大変ですが、一旦情報を入れてしまうと、急変時の対応がとてもスムーズになります。自分が知らないうちにどこか遠くの病院に入院してしまうということも無くなります。このような施設に関わっている（医師会）会員の先生方には、ぜひとびうめネット登録の推進をお願いしたいと思っています。

また、地域医療構想による病院の病床機能の再構築が進んでいく中で、今課題として浮かび上がっているのは、療養病床と介護施設の間に位置する、医療ニーズと生活支援ニーズの割合が2対8くらいの層の患者さんへの対応です。今後こういう層の人たちは、療養病床からは退院せざるを得なくなり、状態が不安定なまま介護施設や自宅で過ごすことになります。そうすると夜中に急変する頻度は高く、結果、先ほどの例と同じように高機能な救急病院に救急搬送されてしまい、これを振り子のように繰り返すことになるのは目に見えています。このような状態に陥らないためにも、とびうめネットの果たす役割はとても重要だと思っています。」

多職種連携システムは、地域の事情を考慮し、統一しない方針で

――先生のお話を聞いて、「時々入院、ほぼ在宅」の道筋を患者さんごとにはっきりさせておくことは、地域包括ケアを進める上でとても大切なことだと改めて感じました。そのためのツールとして県全域で展開するとびうめネットの存在は大きいと思います。地域包括ケアと言えば、多職種連携システムについてはどのような状況でしょうか。

「先にお話したように救急医療支援システムで上がってきた基本情報を参照できる人を緩和し、薬剤師など多職種の人まで広げていこうというものです。ラインなどのようなSNS機能を持つシステムに患者の日々の状態を多職種で書き込んでいくイメージです。電話などでは伝わりにくい情報は写真を添付したり、あるいは、リハビリスタッフには、患者さんの歩く姿などを動画で添付できます。病院の医師から送り出す情報としては、薬剤師には処方を変更した時の理由を書いたりします。これについては浮羽、粕屋、糸島の3か所で実証実験を展開しています。もっとも、このような多職種連携はすでに行っている地区もありますので、このシステムで統一しようとは考えていません。このようなシステムがない地区で、新たに取り組みたいという場合に使って頂ければと思っています。また、多職種をどこまで広げるかという問題があります。医師、看護師、薬剤師、リハビリ、介護職、あと本人、家族もいらっしゃいます。どこまでネットワークに参加してもらうかは、各地区で話し合ってルールを決めて頂ければと思います。地方の小さな町などでは、住民全てが知り合いだという所もありますが、それなら本人家族全員ネットワークに入ってもらって良いのかもしれません。このようにその地域の事情で自由に選んでもらうように考えています。」

災害時バックアップシステムの2次利用で地域医療連携の情報共有につなげたい

――災害時バックアップシステムについてはいかがでしょうか。

「これは東日本大震災の時の教訓を生かした仕組みです。病院の電子カルテにある情報やレセプトデータを医師会メディカルセンターに設置したサーバーに預かるというものです。大規模災害時や火災等によるデータ消失といった医療機関内の不慮の事故の際に、保全した診療情報を電子データや紙等で提供することができます。SS-MIX2形式でバックアップしますので、画像を除き、薬歴・病名、検査結果等の閲覧がどこからでも可能になります。また、電子カルテがない場合は、電子レセプトデータの利用も可能なように設計しています。災害時には自医療機関だけでなく、他の医療機関や避難所等においても診療情報が閲覧できますので、震災で家屋が倒壊してお薬手帳が取り出せないといった場合に効果を発揮できると期待しています。

また、この災害時バックアップデータの2次利用として病院の電子カルテ開示にも使えると考えています。たとえば、地域医療支援病院等が登録医と連携する際に、とびうめネットの患者基本情報と病院の電子カルテ情報を相互に参照することによってスムーズな病診連携が可能になります。また、急性期の病院だけでなく、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を持つ病院などでもこの災害時バックアップを行えば、電子カルテ開示が可能となります。それぞれの病院がカルテ開示を行えば、かかりつけ医→急性期→回復期→療養→在宅→かかりつけ医といった患者の流れに連動した情報共有もできるようになります。各地区でこれが実現できるようにとびうめネットを広めていきたいと思っています。」

とびうめネット事務局
公益財団法人 福岡県メディカルセンター
☎092-476-3809（平日9時～17時）
〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2-9-30
https://tobiumenet.com/

男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン2017（日本泌尿器科学会編）

排尿障害に対するガイドラインとして、すでに2008年に男性下部尿路症状診療ガイドライン（日本排尿機能学会）、2011年に前立腺肥大症診療ガイドライン（日本泌尿器科学会）が発行されています。これらを基に日本泌尿器科学会がガイドラインを改訂・一本化し、2017年4月に「男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン」を発刊しました。

当ガイドラインは、対象患者の診療に関与する医師（専門医・一般医）、薬剤師、看護師の利用を想定して作成されており、疫学、病態、診断・治療法などについて最新のデータに基づきわかりやすく解説されています。この領域では内科的治療として様々な薬剤が次々と開発されており、これらの新選択肢に関しても新たに盛り込まれました。今回は当ガイドラインの要点をまとめます。

定義

下部尿路症状（lower urinary tract symptom:LUTS）とは蓄尿と排尿（尿排出）に関連する症状を網羅する用語で、国際禁制学会（ICS）用語基準によれば、蓄尿症状（昼間頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁、膀胱知覚など）、排尿症状（尿勢低下、尿線分割・散乱、尿線途絶、排尿遅延、腹圧排尿、終末滴下など）、排尿後症状（残尿感、排尿後尿滴下など）に分類されます。

LUTSの原因としては下部尿路機能障害が示唆されますが、器質的疾患（膀胱炎、前立腺炎、尿道炎、膀胱癌、膀胱結石など）でも起こりえます。なお、夜間頻尿はLUTSの中で最も頻度が高い症状ですが、下部尿路機能障害以外の原因（夜間多尿や睡眠障害）が関与します。

LUTSにおける性差の主な原因は前立腺の存在です。そのため、男性下部尿路症状（male lower urinary tract symptom:MLUTS）は、蓄尿症状に加えて、前立腺肥大症（benign prostatic hyperplasia:BPH）に伴う膀胱出口部閉塞による排尿症状、排尿後症状が多いのが特徴です。一方女性では、骨盤底機能障害による腹圧性尿失禁が多く、蓄尿症状が主体であることが多いとされます。

また当ガイドラインでは、前立腺肥大症（BPH）を「前立腺の良性過形成による下部尿路機能障害を呈する疾患で、通常は前立腺腫大と膀胱出口部閉塞を示唆する下部尿路症状（LUTS）を伴う」と定義しています。

疫学・病態

すでに65歳以上の人口が全人口の25%という時代において、BPHを含むMLUTSを主徴とする疾患はますます増加し、泌尿器科診療においてはさらに重要な分野となりつつあります。

日本全国の40歳以上の男女（解析対象者4,480人）を対象に2002~2003年に日本排尿機能学会によって行われたLUTSの疫学調査では、男性では夜間頻尿（71.7%）、昼間頻尿（51.7%）、尿勢低下（37.0%）、残尿感（26.3%）、尿意切迫感（15.8%）、切迫性尿失禁（7.3%）の順で頻度が高い結果が示されました。このように中高年男性がLUTSを有する頻度は高く、LUTSは自覚的な煩わしさやQOLの低下と密接に関係しています。

BPHに伴うLUTSの病態には、膀胱出口部閉塞が関与しています。膀胱出口部閉塞は、尿道抵抗を増大させ排尿症状を生じるのと同時に、膀胱の伸展・虚血・炎症・酸化ストレスをもたらし、蓄尿症状を生じます。

またMLUTSの病態には、BPH以外の機能性・器質性疾患（膀胱の炎症・虚血・加齢に伴う収縮障害や知覚障害、自律神経系の活動亢進、中枢・末梢神経障害、薬剤や生活習慣など）や、BPHによる合併症（尿閉、肉眼的血尿、膀胱結石、尿路感染症、腎後性腎不全）もあります。このようにMLUTSをきたす疾患は多彩であり、前立腺・下部尿路の疾患のみならず神経系の疾患、薬剤、飲水量などにも影響されます。

診断

診断に当たっては全症例に基本評価を行い、症例を選択して選択評価を行います。[図表1]

■[図表1]基本評価と選択評価

	基本評価（全症例対象）	選択評価（症例を選択して実施）
一般医	●症状と病歴の聴取 ●身体所見 ●尿検査 ●血清PSA測定	●質問票による症状・QOL評価 ●排尿記録　●残尿測定 ●尿培養　●尿細胞診 ●血清クレアチニン測定 ●前立腺超音波検査
専門医	●症状と病歴の聴取 ●質問票による症状・QOL評価 ●身体所見　●尿検査 ●血清PSA測定　●尿流測定 ●残尿測定 ●前立腺超音波検査	●排尿記録　●尿培養 ●尿細胞診　●尿流動態検査 ●内視鏡検査　●放射線検査 ●血清クレアチニン測定 ●上部尿路検査

■[図表2]主要下部尿路症状スコア（CLSS）質問票

●この1週間の状態にあてはまる回答を1つだけ選んで、数字に○をつけてください。

	何回くらい、尿をしましたか				
1	朝起きてから寝るまで	0 7回以下	1 8~9回	2 10~14回	3 15回以上
2	夜寝ている間	0 0回	1 1回	2 2~3回	3 4回以上
	以下の症状が、どれくらいの頻度でありましたか	なし	たまに	時々	いつも
3	我慢できないくらい、尿がしたくなる	0	1	2	3
4	我慢できずに、尿がもれる	0	1	2	3
5	セキ・クシャミ・運動の時に、尿がもれる	0	1	2	3
6	尿の勢いが弱い	0	1	2	3
7	尿をするときに、お腹に力を入れる	0	1	2	3
8	尿をした後に、まだ残っている感じがする	0	1	2	3
9	膀胱（下腹部）に痛みがある	0	1	2	3
10	尿道に痛みがある	0	1	2	3

●1から10の症状のうち、困る症状を3つ以内で選んで番号に○をつけてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0該当なし

●上で選んだ症状のうち、もっとも困る症状の番号に○をつけてください（1つだけ）。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0該当なし

●現在の排尿の状態がこのまま変わらずに続くとしたら、どう思いますか？

0	1	2	3	4	5	6
とても満足	満足	やや満足	どちらでもない	気が重い	いやだ	とてもいやだ

質問票を用いた症状・QOL評価は、診断のみならず重症度評価や治療効果判定の評価指標として有用です。LUTSのスクリーニングとしては、日本で開発されたCLSS（主要下部尿路症状スコア）質問票の有用性が報告されています。初診時に重要な症状を聞き落とさないための10項目からなり、性別や疾患を問わずに使用できる包括的な質問票です。[図表2]

なお、BPHや過活動膀胱（overactive bladder:OAB）についてはIPSS（国際前立腺症状スコア）質問票やOABSS（過活動膀胱症状スコア）質問票を使用します。

治療

MLUTSの治療法は、経過観察（無治療）、行動療法、薬物療法、手術療法、その他に分けられ、治療法の特性と患者の病態を考慮して適用されます。

MLUTSは増悪と寛解を繰り返すので、経過観察（無治療）でも軽減することがあります。また、重大な疾患を危惧して受診したものの否定され、LUTS自体は治療を必要としない患者などには経過観察が適応となります。

行動療法とは、飲水・食事・運動などの生活指導、骨盤底筋訓練、膀胱訓練、体表からの電気・磁気刺激などの理学療法を含みます。生活習慣病とMLUTSとの関連は深く、生活習慣を改善する患者自身の行動そのものが治療となりえます。各種の方法を統合的に実施することが望ましいとされ、MLUTSに対しまずはじめに取り組むべき療法で、しばしば薬物療法とも併用されます。

薬物療法は、BPH治療薬もしくはOAB治療薬が主体です。BPHに対し有効性と安全性に関する高いエビデンスが示された薬剤には、α1アドレナリン受容体遮断薬（α1遮断薬）、5α還元酵素阻害薬、ホスホジエステラーゼ（PDE）5阻害薬などがあり、これらは排尿症状だけでなくBPHに伴うOAB症状も改善します。OABに対しては、多数の抗コリン薬やβ3アドレナリン受容体作動薬（β3作動薬）が開発され、男性OAB患者に対しては単独あるいはBPH治療薬と併用投与されます。[図表3]

なお、一般医ではBPHに対する薬剤の単独療法が基本で、併用療法は専門医が行うことが望ましいとされています。BPHとOABが共存する場合の併用療法は、α1遮断薬と抗コリン薬、α1遮断薬とβ3作動薬の組合せが推奨されています。

以上の治療法で十分な改善が得られないBPHに対しては、専門医による手術療法が適応となります。その他には尿道留置カテーテルを用いる管理方法があります。

■[図表3]MLUTSに用いられる薬剤と推奨グレード

疾患	薬剤の系統	薬剤名		推奨グレード
		一般名、成分名	代表的商品名	
前立腺肥大症（BPH）	α1アドレナリン受容体遮断薬（α1遮断薬）	タムスロシン	ハルナールD錠	A
		ナフトピジル	フリバス錠・OD錠	A
		シロドシン	ユリーフ錠・OD錠	A
		テラゾシン	ハイトラシン錠/バソメット錠	A
		ウラピジル	エブランチルカプセル	A
		プラゾシン	ミニプレス錠	C1
	ホスホジエステラーゼ（PDE）5阻害薬	タダラフィル	ザルティア錠	A
		シルデナフィル	（バイアグラ錠/レバチオ錠）	保留（保険適用外）
		バルデナフィル	（レビトラ錠）	保留（保険適用外）
	5α還元酵素阻害薬	デュタステリド	アボルブカプセル	A
		フィナステリド	（プロペシア錠）	保留（保険適用外）
	抗アンドロゲン薬	クロルマジノン	プロスタール錠・L錠	C1
		アリルエストレノール	パーセリン錠	C1
	その他の薬剤	植物性エキスなど	エビプロスタット配合錠DB	C1
		セルニチンポーレンエキス	セルニルトン錠	C1
		グルタミン酸、アラニン、グリシン	パラプロスト配合カプセル	C1
		漢方薬	八味地黄丸、牛車腎気丸	C1
過活動膀胱（OAB）・その他	抗コリン薬	オキシブチニン	ポラキス錠	BPHを伴わないOAB：B BPHを伴うOAB：C1
		オキシブチニン経皮吸収型製剤	ネオキシテープ	
		プロピベリン	バップフォー錠・細粒	
		トルテロジン	デトルシトールカプセル	
		ソリフェナシン	ベシケア錠・OD錠	
		イミダフェナシン	ウリトス錠・OD錠	
		フェソテロジン	トビエース錠	
	β3アドレナリン受容体作動薬	ミラベグロン	ベタニス錠	C1
	その他の薬剤	フラボキサート	ブラダロン錠・顆粒	C1
		三環系抗うつ薬（イミプラミン、クロミプラミン、アミトリプチリン）	トフラニール錠、アナフラニール錠、トリプタノール錠	C1
		コリン作動薬（ベタネコール、ジスチグミン）	ベサコリン散、ウブレチド錠	C1（専門医）/C2（一般医）

【推奨グレード】 A：行うよう強く勧められる　B：行うよう勧められる　C：行うよう勧めるだけの根拠が明確でない（C1:行ってもよい、C2:行うよう勧められない）
D：行わないよう勧められる　保留：推奨のグレードを決められない

MLUTS:前立腺肥大症(BPH)の薬物療法各論

①α1アドレナリン受容体遮断薬(α1遮断薬)

【推奨グレード】・タムスロシン、ナフトピジル、シロドシン: BPHに対する有効性を支持する根拠は十分ある。(グレードA)

α1遮断薬は、前立腺と膀胱頸部の平滑筋緊張に関係するα1アドレナリン受容体を阻害して前立腺による閉塞の機能的要素を減少させ、BPHによるLUTSを軽減させます。症状の改善は比較的早期からみられます。主な副作用としては、起立性低血圧、易疲労性、射精障害、鼻づまり、頭痛、眠気などがあります。眼科手術時には術中虹彩緊張低下症候群に注意が必要です。効果および副作用は、1年までは、短期でみられたような効果が継続します。3年以上の有効性の根拠は十分ではありませんが、有効性が維持される症例も存在し、安全性は長期間継続します。

②ホスホジエステラーゼ(PDE)5阻害薬

【推奨グレード】・タダラフィル: BPHに対する有効性を支持する根拠は十分ある。(グレードA)

一酸化窒素(NO)は、細胞内のcGMP産生を促進して前立腺や尿道の平滑筋弛緩を促します。PDE5阻害薬はcGMPの分解を阻害してNOの作用を増強し、BPHに伴うLUTSを改善させます。一部の心血管系疾患合併例には投与禁忌です。

③5α還元酵素阻害薬

【推奨グレード】・デュタステリド
: 前立腺腫大の明確な(30mL以上)BPHに対する有効性を支持する根拠は十分ある。
PSA値に影響を及ぼし約半分に低下させるため、前立腺癌の検索には注意が必要。(グレードA)

テストステロンは前立腺細胞に取り込まれ、細胞質の5α還元酵素によって活性型テストステロンである5αジヒドロテストステロン(DHT)に変換されます。DHTはBPHの進行に関連しており、5α還元酵素阻害薬によるDHTの低下は前立腺を縮小させ、BPHに伴う症状を改善します。

④抗アンドロゲン薬

【推奨グレード】・クロルマジノン : 前立腺を縮小させ、BPHによる症状およびQOL障害を改善するが、血中テストステロンの低下に伴い性機能障害の発現頻度が高い。また、長期間投与の効果および安全性を支持する根拠は十分でない。(グレードC1)
・アリルエストレノール : BPHに対する効果はクロルマジノンと同等とされるが、単独で有効性を支持する根拠は十分でない。性機能障害が起こりうる。(グレードC1)

抗アンドロゲン薬の主な作用機序は、前立腺細胞へのテストステロンの取り込み阻害、アンドロゲン受容体とジヒドロテストステロンの結合阻害、および視床下部-下垂体-性腺系の抑制による血中テストステロンの低下などです。これらの作用により前立腺が縮小し、BPHの症状が軽減されます。性機能障害が高頻度でみられます。

MLUTS:過活動膀胱(OAB)の薬物療法各論

①抗コリン薬

【推奨グレード】・オキシブチニン/オキシブチニン経皮吸収型製剤、プロピベリン、トルテロジン、ソリフェナシン、イミダフェナシン、フェソテロジン
: BPHを伴わないOABに単独投与は有効であり、初期治療として推奨される。(グレードB)
BPHを伴うOABには、単独投与は有効であるが十分とはいえない。(グレードC1)

抗コリン薬は、膀胱平滑筋のムスカリン受容体を遮断することにより、排尿筋過活動を抑制して臨床効果を発現します。なお最近は知覚神経系への作用機序も示唆されています。OABの治療によく用いられており、その有効性と安全性が確立されていますが、BPH/MLUTSによるOABに対するエビデンスは必ずしも十分とはいえません。男性への使用にあたっては、全身のムスカリン受容体の遮断作用による副作用に注意が必要です。尿閉や排尿困難の発生は稀であるものの、投与初期には注意し、排尿困難のある症例、高齢者に対しては、低用量の投与が望ましいとされています。なお、抗コリン薬はBPHに対しての保険適用はなく、尿閉の危惧から慎重投与とされています。

②β3アドレナリン受容体作動薬(β3作動薬)

【推奨グレード】・ミラベグロン : BPHを有するまたは有さないOABの男性患者に対して、単独療法の有効性と安全性はあると推察されるが、根拠は十分といえない。(グレードC1)

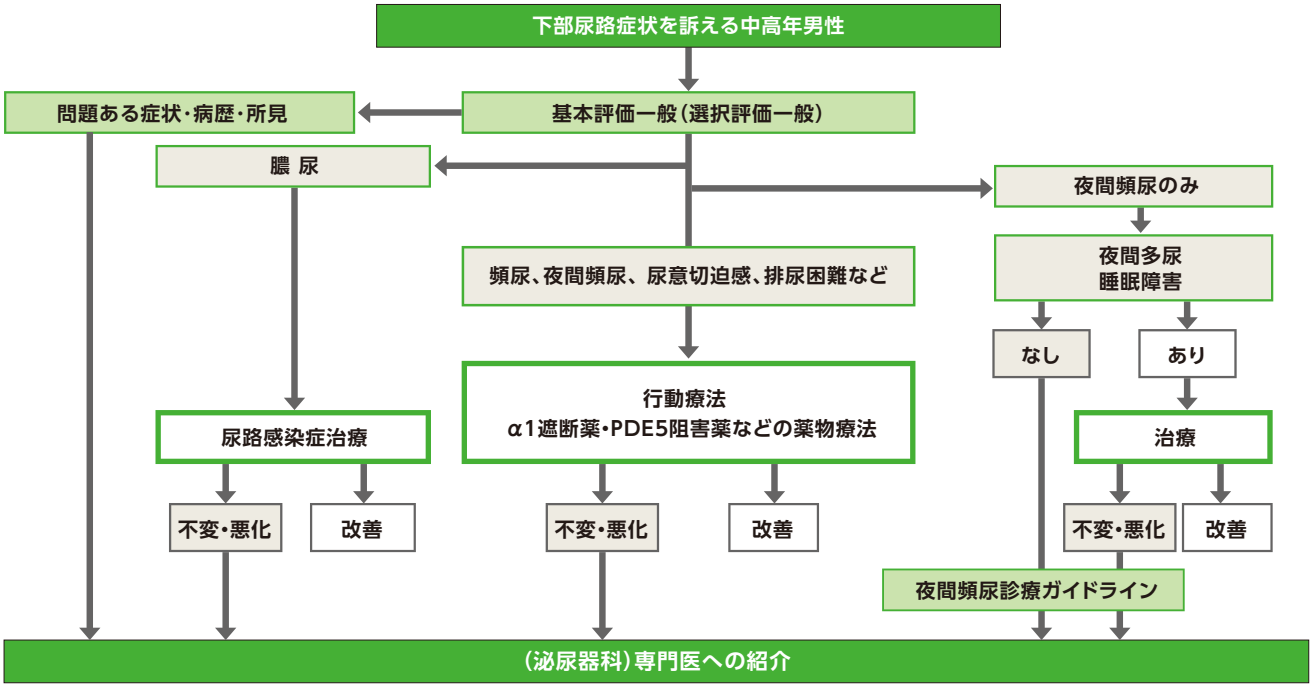
β3作動薬は、β3アドレナリン受容体に選択的に作用することにより、膀胱の蓄尿機能を高め、OABの諸症状を改善します。症状改善効果に加えて、抗コリン薬と異なりムスカリン受容体の遮断作用に起因する副作用(口内乾燥や便秘など)がほとんどみとめられません。頻度は少ないものの、本邦の使用成績調査で排尿困難や尿閉をきたしたとの報告があります。生殖可能な年齢の患者への投与はできる限り避けるとされています。高血圧にも注意すべきとされており、作用機序から心血管系への影響も懸念されています。

診療アルゴリズム

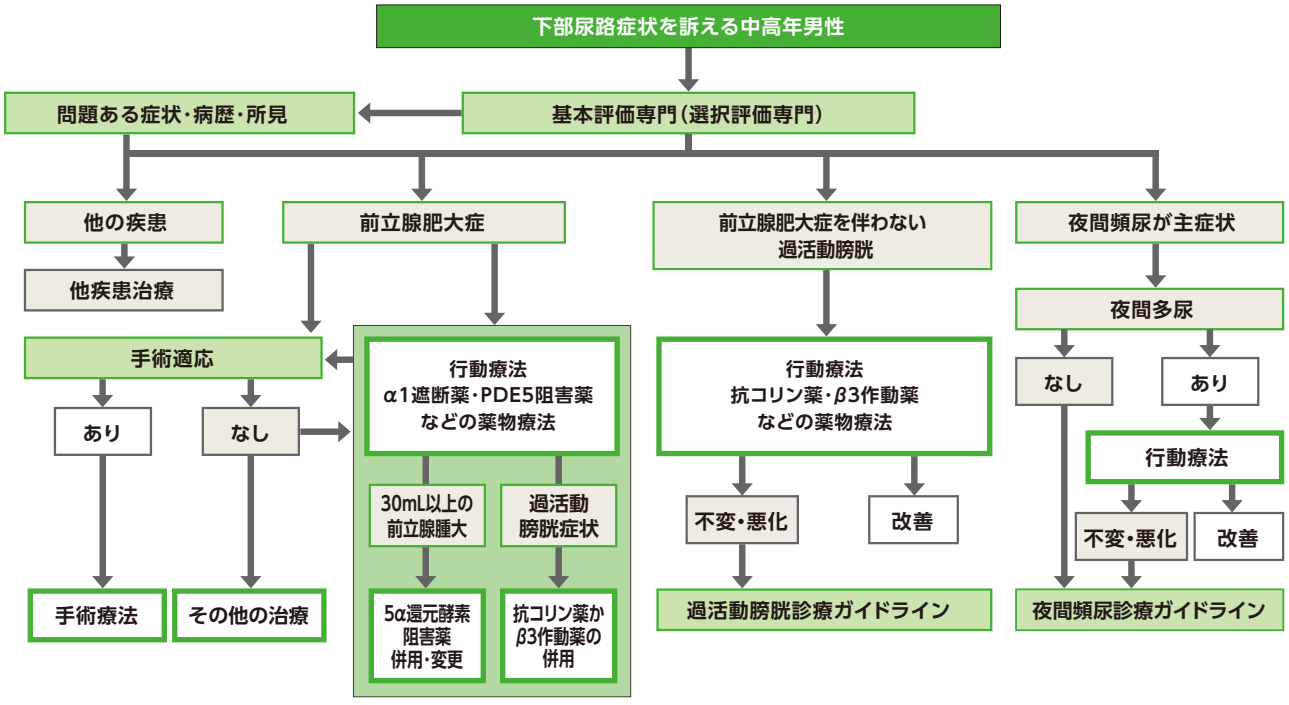
ガイドラインには、何らかのLUTSを訴える中高年男性(50歳以上)を対象とした診療アルゴリズム(一般医向け/泌尿器科専門医向け)が掲載されています。[図表4・5]

一般医と泌尿器科専門医の連携の上、ガイドラインが推奨するMLUTS・BPH診療が広く浸透することで、診療の質が向上し、患者さんの更なるQOL向上に繋がることが望まれます。

■[図表4]一般医向け診療アルゴリズム



■[図表5]泌尿器科専門医向け診療アルゴリズム(一般医向けも参照のこと)



【参考文献】 男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン(2017年、日本泌尿器科学会編)、各添付文書

一押しME機器 Medical equipment information

コアグチェック® XS

毛細管血・静脈血を用いて、約1分でPT-INRが測定でき、ワルファリンカリウム製剤の投薬量を判断できます。

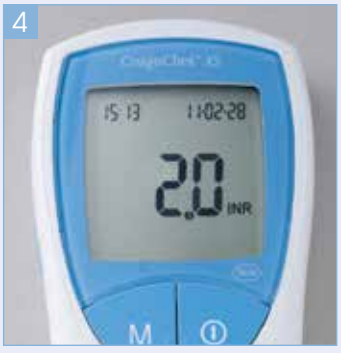
コアグチェック® XSは、簡単な操作で精確な測定データを得ることが可能です。さらに、コンパクトなため保管しやすく、往診など持ち運びにも便利です。

[測定手順]

1 電源を入れ、試験紙容器から試験紙を取り出し挿入します。
(注)試験紙を取り出した後は、すぐに容器の栓を閉じてください。

2 指先を穿刺し、試験紙の滴下部に直接指先から血液を滴下します。(10μL以上)
(注)180秒のカウントダウン中に、試験紙に血液を滴下する必要があります。

3 十分な血液が滴下されると血液マークが消え測定が開始されます。自動精度管理チェックを正常にパスした後、実際の測定が開始されます。



4 測定終了後、結果が表示されます。
(INR、%、秒を表示可能)

⚠ この測定手順は、取扱説明書の代わりになるものではありません。測定を実施する前には、必ず、セットアップ方法及び使用方法に関して取扱説明書を参照してください。

⚠ 検体の採取時には、必ず血液サンプリングに関する一般的注意及びガイドラインに従ってください。

⚠ 患者測定に使用したすべての試験紙は、検査室または医療行為における廃棄方針に従って処分してください。

⚠ 個人使用の穿刺器具は使用しないでください。

CoaguChek® XSは、すべてのセルフチェックをパスしないかぎり測定結果を報告しない厳密なシステムを採用しています。

On-Board Integrated System

OBIS精度管理システム

セルフチェック機能

- 電源を立ち上げると、製品のハード、ソフト機能が正常に稼動するかインターナルチェックが入ります。
- 気温(15～32℃)などの環境チェック、充電状況など、すべての条件が満たされないとエラー表示が示されます。

OS2Cシステム

- OS2C(on-board Single-channel Strip Control)システムにより、テストストリップが高温、高湿度、光にさらされていた場合、測定結果は報告されません。
- 測定手順に誤りがある場合や検体量が少ないといったエラーコードが組み込まれています。これらの指示によりつねに正しい測定結果が得られます。
- コアグチェック® XS PTコントロール(管理血漿)により、さらに厳密な精度管理を実施、高い品質担保が可能となります。

製品仕様	
一般医療機器、血液凝固分析装置、特定保守管理医療機器 **コアグチェック® XS**	
温度範囲	15℃～32℃
相対湿度	10～85%（結露しないこと）
測定ポジション	平らで振動のない面に置くか、ほぼ水平になるように保つ
測定範囲	INR：0.8～8.0
メモリー	日付・時刻付データ：300件
測定時間	約1分
電源	単4形アルカリ乾電池4本
外形寸法	78mm(幅)×138mm(奥行き)×28mm(高さ)
質量	127g(電池を除く)
製造販売届出番号	13B1X00201000038

検　体	
検体種別	毛細管血又は抗凝固剤未使用の静脈全血
検体量	10μL以上
ロシュ PT テストストリップ(体外診断用医薬品)	
ISI	約1.0
ヘパリン感受性	未分画ヘパリン：0.8U/mL、低分子ヘパリン：aXa2IU/mLまで影響なし
精度管理	それぞれの試験上で検体測定と同時に実施(OS2C)
製造販売承認番号	21900AMX00266000

●詳細は添付文書をご参照ください。また、添付文書の改訂にご留意ください。

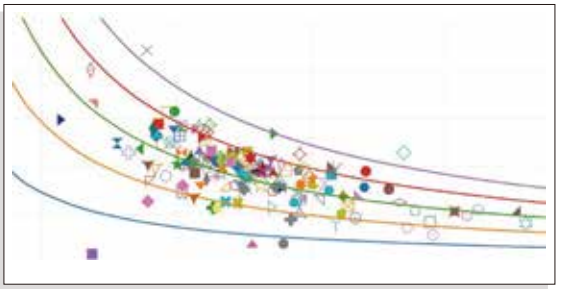
製造販売元
ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

販売元
積水メディカル株式会社
東京都中央区日本橋二丁目1番3号

〈お問い合わせ先〉積水メディカル株式会社　コールセンター
TEL：0120-921-207(平日9：00～17：30)

TOPIC 地域医療分析ツール「WhytPlot（ホワイトプロット）」リリース!

データを見える化した先に マーケティングの未来が広がる



最適な医療現場の実現をITで支援するリーズンホワイは、既存のサービス「ストラテジー」を2017年3月にリニューアルし、「WhytPlot（ホワイトプロット）」として新たにリリース。豊富にある分析メニューが、より直感的に操作しやすくなり、視覚的にもさらに理解しやすいシステムへと進化を遂げています。以下、「WhytPlot」について解説いたします。（リーズンホワイ株式会社 代表取締役 塩飽哲生）

「WhytPlot」が役立つ理由

2017年4月、厚生労働省において地域医療連携推進法人制度が施行され、それに伴い、地域医療構想や地域包括ケアシステムなど、個々の病院単位ではなく、エリア全体の医療を考える動きが急速に進んでいます。そういった状況のなか、医療機関だけでなく、製薬メーカーや医薬品卸など、医療関連のステークホルダーについても、エリア全体を考慮する必要性が生じてきています。

「WhytPlot」とは、全国約3,000の病院の実績値と市区町村別人口などのパブリックデータを統合した上で、様々な切り口によって病院データの分析が可能となる（*）ツールです。

*厚生労働省の中央社会保健医療協議会〈中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（DPC評価分科会）〉が毎年公開しているDPCデータを、弊社独自の解析メニューにより、どなたでも簡単に医療データの分析を行うことができるようになっています。

「WhytPlot」中身公開!

DPCデータを中心とする大量のパブリックデータを取り込み、組み合わせ、解析し、必要とされるであろう様々なチャートを簡単な操作で出力できるシステムが「WhytPlot」です。ビジュアライズされたデータ結果を多角的に見ることにより、それぞれに相応しいマーケティングツールとしての力を発揮します。

▶ 分析メニュー（チャート）の選択

基準となる分析メニューは以下の3つ。

市場分析 **エリアの動向を把握するメニュー**
競合分析 **近隣病院との比較を行うメニュー**
自院分析 **ひとつの病院を深掘りするメニュー**

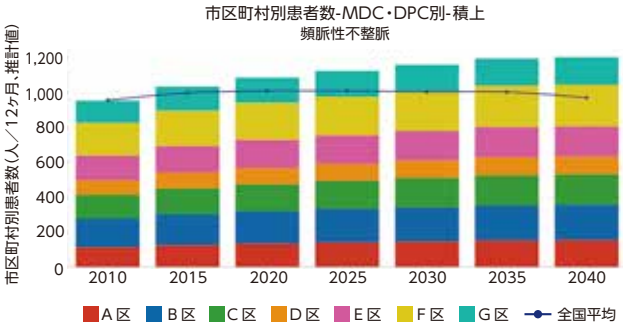
それぞれのメニューから更に細分化したメニューが用意されており、総メニュー数は100を超えます。

市場分析 市区町村別の頻脈性不整脈の患者数予測

2010年を起点として2040年までの頻脈性不整脈の患者数予測を表したチャートです。色別の棒グラフは選択した市区町村の情報を示しており、折れ線グラフは全国傾向を示しています。

選択した地域における、今後の患者数増減について、ひと目でわかるようになっていることがご理解いただけるかと思います。

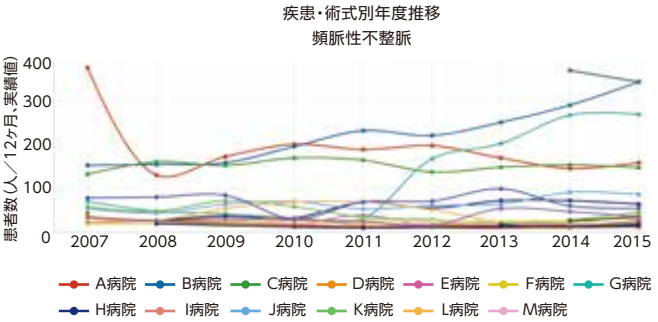
このチャートから導き出されるひとつの答えとしては、患者数のピークとして全国傾向が2025年を示しているのに対し、このエリアでは2040年まで患者数が増加し続けると予想できる、ということになります。



競合分析 疾患・術式（頻脈性不整脈）別の年度推移

2007年から2015年にかけての頻脈性不整脈の患者数の推移を表したチャートです。色別の折れ線グラフは選択した病院を示しており、推移で見ることにより患者数の増減について、ひと目で把握することが可能となります。

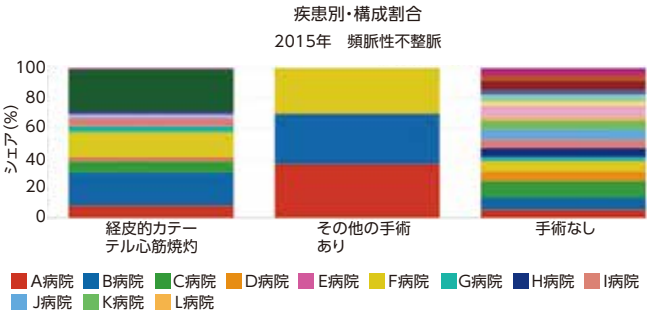
このチャートから導き出せるマーケティングのヒントとしては、2007年に一強だったA病院が急激に患者数を減らした理由、G病院の急激な患者増加の理由、B病院の順調な患者数増加の理由、などについて検討を深めることにより、自らの病院への集患に結び付けることができると考えます。



自院分析 疾患別（頻脈性不整脈）・構成割合（術式別）

2015年の頻脈性不整脈に対する術式別割合を表したチャートです。色別の棒グラフは選択した病院を示しており、病院ごとに強みとなる術式について可視化することができます。

疾患別・構成割合チャートでは、術式別以外にもMDC別、DPC別の構成割合を表示させることができるため、各病院の得意分野について分析することが可能となります。



リーズンホワイが提供する新たなサービス「WhytPlot（ホワイトプロット）」について、ほんの少しでもご理解いただけたでしょうか？多くの皆さまにご興味をもっていただければ幸いです。次回（9月号）は、「WhytPlot」の具体的な活用事例についてご説明させていただく予定です。

お問い合わせ先

リーズンホワイ株式会社

〒105-0001　東京都港区虎ノ門5丁目11-1
オランダヒルズRoP 1201
☎ 03-5530-8297
https://www.reasonwhy.jp
info@reasonwhy.jp

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

平成29年8月収載予定の新医薬品

商　品　名	会社名	一般名	備考
【内 用 薬】			
アメナリーフ錠200mg	マルホ	アメナメビル	帯状疱疹治療薬 (抗ヘルペスウイルス薬:ヘリカーゼ・プライマーゼ阻害薬)
オルミエント錠2mg、4mg	リリー	バリシチニブ	関節リウマチ治療薬 (JAK阻害薬)
カナリア配合錠	第一三共	テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物 /カナグリフロジン水和物	2型糖尿病治療薬 (DPP-4阻害薬/SGLT-2阻害薬配合剤)
ジャドニュ顆粒分包90mg、360mg	ノバルティス	デフェラシロクス	鉄過剰症治療薬
パルモディア錠0.1mg	興和	ペマフィブラート	高脂血症治療薬 (フィブラート製剤:選択的PPARαモジュレーター)
ビプレッソ錠50mg、150mg	共和薬品	クエチアピンフマル酸塩	双極性障害治療薬 (非定型抗精神病薬)
【注 射 薬】			
イストダックス点滴静注用10mg	セルジーン	ロミデプシン	末梢性T細胞リンパ腫治療薬 (分子標的治療薬:ヒストン脱アセチル化酵素阻害薬)
ジフォルタ注射液20mg	ムンディファーマ	プララトレキサート	末梢性T細胞リンパ腫治療薬 (細胞障害性抗がん剤:葉酸拮抗薬)
スピンラザ髄注12mg	バイオジェン	ヌシネルセンナトリウム	脊髄性筋萎縮症(SMA)治療薬

※詳細については添付文書、もしくは薬価収載日の官報等でご確認下さい

平成29年5月31日に新規収載された医薬品〈報告品目・新キット製品〉

商　品　名	規格・単位	薬価(円)	会社名	一般名	備考
【内 用 薬】					
サムスカ顆粒1%	1%1g	1,901.50	大塚製薬	トルバプタン	心不全治療薬 *剤形追加
ジャカビ錠10mg	10mg1錠	7,413.60	ノバルティス	ルキソリチニブリン酸塩	骨髄線維症、真性多血症治療薬 *規格追加
リリカOD錠25mg	25mg1錠	67.80	ファイザー	プレガバリン	疼痛治療薬 (神経障害性疼痛・線維筋痛症) *剤形追加
リリカOD錠75mg	75mg1錠	112.90			
リリカOD錠150mg	150mg1錠	155.00			
レミッチOD錠2.5μg	2.5μg1錠	1,346.30	東レ=鳥居	ナルフラフィン塩酸塩	血液透析患者、慢性肝疾患患者におけるそう痒症改善薬　*剤形追加
【注 射 薬】					
オプチレイ350注シリンジ135mL	74.1%135mL1筒	10,192	富士製薬	イオベルソール	非イオン性造影剤 *新効能・新用量・剤形追加
Dドライ透析液2.75S	2瓶1組	1,215	日機装	人工透析用剤	人工透析用灌流液 *類似処方医療用配合剤
マキュエイド眼注用40mg	40mg1瓶	8,296	わかもと	トリアムシノロンアセトニド	眼科手術補助剤、眼科用副腎皮質ホルモン剤　*商品名変更
【外 用 薬】					
アニュイティ100μgエリプタ30吸入用	30吸入1キット	1,979.80	GSK	フルチカゾンフランカルボン酸エステル	吸入気管支喘息治療薬 (吸入ステロイド薬) *新用量医薬品
アニュイティ200μgエリプタ30吸入用	30吸入1キット	2,554.80			

ここらで一服、労務管理のお話。

Vol.30　2017.7. JULY

「働き方改革」なんだろう??

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ティベーションを高めて、事業の生産性、効率がアップしています。今回は、テレビ等でよく耳にするようなった「働き方改革」のお話です。

◆1. 働く人の視点に立った働き方改革の意義

Ⅰ　働き方改革実現会議は、内閣総理大臣が議長となって、労働界と産業界のトップと有識者が集り、働き方について、これまでよりレベルを上げて議論する場として設置されました。

意義としては、日本経済再生に向けて、最大のチャレンジは働き方改革を実行しなければならないということです。「働き方」は「暮らし方」そのものであり、働き方改革は、日本の企業文化、日本人のライフスタイル、日本の働くということに対する考え方そのものに手を付けて改革していくということです。

多くの人が、働き方改革を進めていくことは、人々のワーク・ライフ・バランスにとっても、生産性にとっても好ましいと認識しながら、これまではトータルな形で本格的な改革に着手することができていませんでした。その変革には、社会を変えるエネルギーが必要だと確認されました。

改革の目指すところは、働く方一人ひとりが、より良い将来の展望を持ち得るようにすることです。多様な働き方が可能な中において、自分の未来を自ら創っていくことができる社会を創ります。また、意欲ある方々に多様なチャンスを生み出します。

Ⅱ-1　日本の労働制度と働き方には、労働参加、子育てや介護等との両立、転職・再就職、副業・兼業など様々な課題があることに加え、労働生産性の向上を阻む諸問題があります。

また、「正規」、「非正規」という2つの働き方の不合理な処遇の差は、正当な処遇がなされていないという気持ちを「非正規」労働者に起こさせ、頑張ろうという意欲をなくさせている現状があります。

これに対し、正規と非正規の理由なき格差を埋めていけば、自分の能力を評価されていると納得感が生じます。この納得感は労働者が働くモチベーションを誘引するインセンティブとして重要であり、それによって労働生産性が向上していきます。

Ⅱ-2　長時間労働は、健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因になっています。

これに対し、長時間労働を是正すれば、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり、労働参加率の向上に結びつきます。

経営者は、どのように働いてもらうかに関心を高めることで、単位時間（マンアワー）当たりの労働生産性向上につながります。

Ⅱ-3　単線型の日本のキャリアパスでは、ライフステージに合った仕事の仕方を選択しにくい現状があります。

これに対し、転職が不利にならない柔軟な労働市場や企業慣行を確立すれば、労働者が自分に合った働き方を選択して自らキャリアを設計できるようになり、付加価値の高い産業への転職・再就職を通じて国全体の生産性の向上にもつながります。

以上のことから、働き方改革こそが、労働生産性を改善するための最良の手段であります。

Ⅲ　生産性向上の成果を働く人に分配することで、賃金の上昇、需要の拡大を通じた成長を図る「成長と分配の好循環」が構築されます。個人の所得拡大、企業の生産性と収益力の向上、国の経済成長が同時に達成されます。

多様かつ柔軟な働き方が選択可能となるよう、社会の発想や制度を大きく転換しなければならなく、世の中から「非正規」という言葉を一掃していきます。

そして、長時間労働を自慢するかのような風潮が蔓延・常識化している現状を変えていきます。さらに、単線型の日本のキャリアパスを変えていきます。

人々が人生を豊かに生きていく。中間層が厚みを増し、消費を押し上げ、より多くの方が心豊かな家庭を持てるようになれば、日本の出生率は改善していきます。

働く人々の視点に立った働き方改革を、着実に進めていきます。

◆2. 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善

同一労働同一賃金の導入は、仕事ぶりや能力が適正に評価され、意欲をもって働けるよう、同一企業・団体におけるいわゆる正規雇用労働者と非正規雇用労働者（有期雇用労働者、パートタイム労働者、派遣労働者）間の基本給、昇給、ボーナス、各種手当といった賃金ばかりではなく、教育訓練、福利厚生の不合理な待遇差の解消を目指します。

◆3. 賃金引上げと労働生産性向上

最低賃金については、年率3%程度を目途として、名目GDP成長率にも配慮しつつ引き上げていきます。そして全国加重平均が1000円になることを目指します。最低賃金の引き上げに向けて、中小企業、小規模事業者の生産性向上等のための支援や取引条件の改善を図ります。

賃上げに積極的な企業等を後押しするため、税制、予算措置など賃上げの環境整備に取り組みます。

○賃上げに積極的な事業者を、税額控除の拡充により後押し。

○生産性向上に資する人事評価制度や賃金制度を整備し、生産性向上と賃上げを実現した企業への助成制度を創設。

◆4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正

欧州諸国と比較して労働時間が長く、この20年間フルタイム労働者の労働時間はほぼ横ばいの状態が続いています。仕事と子育てや介護を無理なく両立させるためには、長時間労働の是正が必要です。このためには、いわゆる36協定でも超えることができない、罰則付きの時間外労働の限度を具体的に定める法改正が不可欠です。

Ⅰ　時間外労働の上限規制

週40時間を超えて労働可能となる時間外労働の限度を、原則として、月45時間、かつ、年360時間とします。特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても、上回ることができない時間外労働時間を年720時間とします。

Ⅱ　パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策

労働者が健康に働くための職場環境の整備に必要なことは、労働時間管理の厳格化だけではない。上司や同僚との良好な人間関係づくりを併せて推進します。

Ⅲ　勤務間インターバル制度

事業者は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならない旨の努力義務を課します。

◆5. 柔軟な働き方がしやすい環境整備

テレワークは、時間や空間の制約にとらわれることなく働くことができるため、子育て、介護と仕事の両立の手段となり、多様な人材の能力発揮が可能となります。副業や兼業は、新たな技術の開発、オープンイノベーションや起業の手段、第2の人生の準備として有効です。

◆6. 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備

大学等における職務遂行能力向上に資するリカレント教育を受け、その後再就職支援を受けることで、一人ひとりのライフステージに合った仕事を選択しやすくします。また、人工知能（AI）などによる第4次産業革命が働く人に求められるスキルを急速に変化させているため、技術革新と産業界のニーズに合った能力開発を推進します。

就業を希望しつつも家庭との両立が困難で働けない方や、就業調整を意識して働いている方などのため、今後、更に女性の活躍を推進するとともに、就職氷河期世代や若者の活躍に向けた支援・環境整備を図ります。

◆7. 病気の治療と仕事の両立

病気を治療しながら仕事をしている方は、労働人口の3人に1人と多数を占めています。自分の仕事に期待してくれる人々がいることは、職場に自分の存在意義を確認できる、いわば居場所があると感じさせ、病と闘う励みにもなり、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指します。

治療と仕事の両立に向けて、会社の意識改革と受入れ体制の整備を図るとともに、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築します。

◆8. 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就労

「待機児童解消加速化プラン」に基づく取組を進めるとともに、2018年度以降についても、本年4月以降の各自治体における今後の改善状況等も踏まえ、新たなプランを策定する。受け皿の拡大にあわせて、処遇改善など総合的な人材確保対策を講じます。また、子供を産んでも仕事を続けられるための支援を強化していく観点から、子育てを理由に仕事を辞めずに済むよう、保育園が見つからない場合などは、育休給付の支給期間を最大2歳まで延長します。

介護についても、総合的に取組を進めていきます。介護の受け皿については、2020年代初頭までに、50万人分以上の整備を確実に推進します。また、介護人材を確保するため、処遇改善を行います。

男性の育児・介護等への参加を徹底的に促進するためあらゆる政策を動員します。

障害者等の希望や能力を活かした就労支援を推進し、障害の特性等に応じて活躍できることが普通の社会、障害者と共に働くことが当たり前の社会を目指していきます。

あわせて、労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化を図ります。

◆9. 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転職・再就職支援

単線型の日本のキャリアパスを変え、再チャレンジが可能な社会としていくためには、転職・再就職など新卒以外の多様な採用機会の拡大が課題です。

官民一体となって、転職・再就職者の採用機会を広げる方策に取り組んでいきます。

◆10. 誰にでもチャンスのある教育環境の整備

子供たちの誰もが、家庭の経済事情に関わらず、未来に希望を持ち、それぞれの夢に向かって頑張ることができる社会を創ります。そのためには、公教育の質の向上とともに、誰もが希望すれば、高校にも、専修学校、大学にも進学できる環境を整える必要があります。

我が国は高等教育の漸進的な無償化を規定した国際人権規約を批准しており、財源を確保しつつ、確実に子供たちの進学を後押しできるような高等教育の経済的負担軽減策を推進します。また、義務教育段階から学力保障のための教育環境の充実を進めます。

◆11. 高齢者の就業促進

65歳以降の継続雇用延長や65歳までの定年延長を行う企業への支援を充実させ、将来的に継続雇用年齢等の引上げを進めていくための環境整備を行っていきます。

高齢者就労促進のもう一つの中核は、多様な技術・経験を有するシニア層が、一つの企業に留まらず、幅広く社会に貢献できる仕組み。年齢に関わりなくエイジレスに働けるよう、高齢期に限らず、希望する方のキャリアチェンジを促進します。

◆12. 外国人材の受入れ

グローバル競争においては、高度IT人材のように、高度な技術、知識等を持った外国人材のより積極的な受入れを図り、イノベーションの創出等を通じて我が国経済全体の生産性を向上させることが重要です。

◎ 社労士・福田のよもやま話 ◎

私は、大学を卒業後8年ほど従業員約3,000人の製造業の会社に勤めていました。今でも、元同僚たちとは交流があります。元同僚のうち一人が、東京から福岡へ来ているので飲む約束をしました。

元同僚が仕事で福岡に来た目的は、4月から会社のダイバーシティ(多様な働き方)推進メンバーになり、福岡支店へその説明に来たそうです。「いやぁ～、立派な会社になったもんだね、時代の先端の会社だね」と言ったのですが、ご当人は、なんで自分が推進メンバーに選ばれたのかが理解できないと言っていました。ご当人は、仕事が好きなら、時間に縛られず会社で存分に仕事をしたいタイプの人でしたので、長時間労働も気にしていないようでした。

会社としては、社会の状況変化、経済の状況変化を見越してダイバーシティを実践していかなければ生き残っていけないと考えているのでしょうが、まだまだ、仕事大好きの社員さんたちには伝わっていないようでした。行政や大企業は、働き方改革に取り組もうとしていますが、働く方の意識改革がまだまだ足りないよな～と感じさせられました。

●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　社会保険労務士　福田久徳
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、賃金部会所属　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、高年齢雇用、就業規則作成に至るまで、労働法、社会保険法を熟知しながらも、企業の組織風土に合わせた労務管理コンサルタントを中心に活動、他にセミナー講師等

〒810-0041 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

誌上マネジメント講座 vol.05

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
「病院組織再生プロデューサー」
看護師
杉浦 鉄平

あなたの価値を10倍に引き上げるセルフイメージの再構築

組織やチームを預かる立場にある人が「この人の話だったら聞く」と言われるポジションに身を置くことができたらとても有利ですが、相手の聞く姿勢は「何を言うか」ではなく「誰が言うか」が優先されます。セルフイメージがそのままあなたのステート（状態）として相手に伝わり、そこであなたとの関係が決まってしまうのです。

今回は関係構築の土台となるセルフイメージの再構築についてお話します。

初期段階で構築する相手の聞く姿勢

もし、あなたが組織のリーダーとして人を導く立場であるとしたら、どんな能力や資質を求めるでしょうか?理想のリーダーとは「決断力」「強さ」「寛容さ」を備えた人というイメージをお持ちの方も多いかもしれません。

しかし、これらはリーダーの行動の結果として他人がそう感じていることなのです。その前に考えなくてはいけないのは「どんな人のどんな欲求に応え」「なぜその人はあなたが望む導きたいゴールにたどり着くのか」をはっきりさせることです。

なぜなら、相手の考え方や行動に影響を与えようとした場合「何を言うか」ではなく「誰が言うか」が優先されるからです。「あの人の言っていることは正しい。しかし、あの人が言うから私はやりたくない。」といった感情を抱いた経験はないでしょうか。例えば私は子供のころ嫌いな先生の教科はあまり勉強しない生徒でしたが、好きな先生の授業は一生懸命勉強し、しっかり宿題もやりました。

教師はいずれも正しいことを伝えているはずなのに、関係性が不十分だと相手は聞く姿勢をつくってくれません。特にそれが正論であればあるほどその傾向は強くなります。関係性不十分な状況で正論は危険なのです。

では相手の聞く姿勢をつくるにはどうしたらよいでしょうか?前稿では場のセットアップ（安全・安心・ポジティブな場）が重要だと解説しました。本稿では「誰が言うか」の部分に着目し、伝え手のステート（状態）が受け手に影響を及ぼすということについて解説します。

医療経営人材に求められる「あり方」とは

誰しも一人か二人くらい「この人の話だったら聞く」という人がいるでしょう。なぜ、その人の話だったら素直に聞けるのでしょうか?私が考える理由のひとつに、言っていることと、やっていることがブレない、「言行一致」しているということが挙げられます。つまり言っていることに「正当性」があるので人は素直に耳を傾けることができるのです。特にあなたが管理職やチームのリーダーであれば「あの人は、いつも言っていることをやっているから私は納得します」と言われるポジションに身を置いた方がだんぜん有利です。

ではどうしたら言行一致を示すことができるでしょうか。これは心がけていても、いざ実行するとなると結構難しいことです。むしろ無意識にやっているという状態を作ることが必要です。

相手の聞く姿勢をつくる前提として、まず「何をするか」より「どうあるか」というスタンスが重要です。その土台となるものが自身の「あり方」というものです。

あり方とは、「すべての言動の起点となるスタンス」と定義しています。つまりここからすべての行動や言葉が発せられます。あり方が明確になると自身のミッションやセルフイメージに照らし行動することになるので、結果的に言行一致するということです。

また、あり方が定まることの最大のメリットは行動面だ

けではなく経済面や仕事の成果にも深くかかわってくることです。なぜあり方が変わると成果が変わるのか。そのメカニズムについて少し解説しましょう。

まず、「あり方」が変わると「発想」が変わり「思考」が変わります。そして「思考」が変わると「行動」が変わるので「結果」が変わります。このあり方の変化が具体的にどのように成果につながったのかについて1つ事例をご紹介します。(図1)

図1　**「新規顧客獲得」の5ステップチャート**

	①起点	②発想	③思考	④行動	⑤結果
Before	自分が**やること(DO)**にフォーカス	自分は何をできるかをアピールする	いかに多くの見込み客に会うか	飛び込み営業で商品サービスのスペックを説明	疲弊「今日も失注するかもしれない」
After	自分の**あり方(BE)**にフォーカス	相手にどんな成果をもたらすか	その成果をもたらすにはどうするのか	**相手の最上位のお困りごとを言語化し、十分な準備**	**契約時にお願いしますと言われ値引き交渉に当たり負けしない**

これは筆者が前職(上場企業)でコンサルティング営業を始めたころの事例です。当時筆者はどんなあり方だったかというと「自分が見込み客に何ができるかが重要」というあり方、つまり「自分がやること」にフォーカスしていました。

例えば、病院時代の実務経験を活かし診療データの分析を行うとか、医療制度政策に関する勉強会をやる、看護部門の労務管理のサポートをするなど、自分が何をやるかでした。すると発想としては自分の商品サービスの特徴を伝えるために、「多くの見込み客と接触するためたくさん営業訪問する」と思考するようになります。そこで筆者のセミナーにお越し頂いた方や、紹介でご縁を頂いた医療機関にテレアポを取っては次々に訪問します。セミナー講師がわざわざ訪問するので歓迎され話は盛り上がりますが、契約交渉になると、気まずい空気が流れ「考えておきます」と断りの常套句を言われます。失注を繰り返す結果「また今日もダメか」と心が折れ、疲弊し営業が本当に嫌になりました。

では、このような状況であり方を再構築したことで、どんな変化が起こったでしょうか。

「あり方」が変わると成果が変わる

まずは自分のミッション、セルフイメージ、カンパニースピリッツを紙に書き出しビジョナリープランの全体図を作成しました。(図2)さらに、これを私のメンターに見てもらい何度も練り直しました。

図2　**ビジョナリープランの全体図**

そのプロセスを通じて「自分が何をするか」という視点を180度転換して「相手にどんな成果をもたらすか」にフォーカスしました。

ミッションは「病院の経営変革の実現をサポートする」というもので、その方法は、病院時代実務者だった経験と強みを活かし、現場力を高めるチームビルディングコンサルティング、診療とお金の流れの全体像を見える化するキャッシュフローコーチング、納得のビジョンを言語化し行動を加速させるビジョナリーコーチングをコンテンツとして体系化し、実現しようと考えました。

そして、その延長線上で思考すると、経営の意図を理解して自ら動き、組織内に強い影響力をもつ「医療経営参謀」を育成することで実現化を後押しし、自走する組織を創ることを目指しました。

自分がやることにフォーカスすると、自分のスキルは上がりますが、組織にノウハウが蓄積されません。しかし、経営参謀を育成し、スクリプトや成果を出すための再現性のある「型」を手渡せば、組織内にノウハウ、スキルが蓄積され、将来的に自走する組織へと成長できると確信できたのです。

このように、自分の強みを活かし貢献価値を高めたことで、「これだけの価値を受け取れるなら、もし自分が院長だったら、これだけの金額を払っても惜しくないな」と腹落ちして、お願い営業から脱却、逆にクライアントからお願いしますと言われ契約を受注できるようになりました。これが「あり方が変わると成果が変わる」メカニズムです。

セルフイメージの再構築

筆者は現在「医療経営参謀養成塾」を運営しています。そこには医療機関の経営人材以外にも、医療系マーケットをターゲットにしている士業、コンサル、ライフプランナー、製薬卸の営業など様々な属性を持った人たちが参加しています。

このプログラムは一方的にレクチャーするいわゆる講義ではなく、すでに現場で活躍している受講者がシートを使った演習や受講生同士の対話を通じて、理想のポジショニングを明らかにして、継続的に成果をあげる働き方やビジネスモデルを見出す双方向型カリキュラムです。

そして、この講座で筆者が最も重視しているのが「セルフイメージの再構築」です。それは事例のように、自分をどう定義づけるかで自分の行動が決まるからです。人はどのような定義づけをしたかに合わせた行動をとるので、それを今までなんとなく定義づけしたままで行くよりは、納得の定義づけをすることで行動がより目的にあったものになると考えました。

最初にあり方を整えると、やっていることが本当にやりたいことと一致しているのか、自分の物差しになります。だからこそ練り上げていく必要があります。ただし、セルフイメージを再構築する過程で8割以上の方が陥るある問題があります。それは「混乱する」ということです。

医療経営参謀として人を動かす影響力を身に着けようとしたら、ただ知識やノウハウをトッピングして成果を出そうという簡単なものではありません。医療従事者は真面目な方が多いので、よく勉強もするし、医療に関連した様々な資格を取得することにも大変熱心です。しかし、これらは実践が伴っていないので、職場の中でどのように活用してよいのかわかりません。資格ホルダー、ノウハウコレクターと言われ頭でっかちになってしまう人も少なくありません。

しかし、セルフイメージを再構築するということは、自分が何者であるのか、自分は何をして、何をやらないのかを明確にすることです。今まで「こうだ」と思っていたことをいったん捨てる覚悟が求められるのです。

この時に人は混乱します。重要なことなのでもう少しわかりやすく解説しましょう。例えば築50年の古いビルを改修しようと思ったらどうするでしょう。恐らく上からペンキを塗って、修繕をするような化粧直しはしません。やはり一度取り壊し更地にしてから、今の耐震構造にあった新しいデザインのビルを建てるでしょう。

混乱するのはこの更地になった時です。ひとつは今まであったものが無くなるという不安。もうひとつは、新しいものが建つとわかっていても、それがいつ建つのか、本当に思い通りのものが建つのかわからないという不安です。

そのため養成塾ではこのように伝えています。「この養成塾でやることは、もともと建物はあったけれど、それでは満足できない、だからこっちに行きたいと思って参加している人たちとって、そこに行くためのプロセスです」「さらに、そこにたどり着く方法論もあるし、励まし合う仲間と相談に乗れる講師がいるので安心してください」と。

具体的には下記の5ステップで3ヶ月のカリキュラムが終了するまでにセルフイメージの再構築に取り組んでもらいます。

step1 市場
どんな土俵で仕事するのか。
誰を顧客とするか?(院長、上司、クライアントなど)

step2 顧客
その顧客が感じている既存の業務やサービスに対する違和感やストレスは?

step3 着眼点
どこにフォーカスするか?

step4 投資対効果
顧客はどうメリットを受け取り、モトが取れるのか?
(投資効果がイメージしにくい場合は存在対効果=こういう存在がいることでどのくらいの効果をもたらすか)

step5 コンセプト
誰に?何を?どのようなスタイルで提供するのか?

最後に「私のセルフイメージは○○です」という形で具体的に表現します。

筆者の例だと『私のセルフイメージは、医療専門職コンサルタントとしてビジョン・ヒト・カネの3点強化で人材と業績を同時に成長させ、クライアントの経営変革をサポートする病院組織再生プロデューサーです』としています。

上記は5つのstepを練り上げた結果たどり着いたセルフイメージです。

BE・DO・HAVEの順番

人も組織も大切なのは、その「あり方」。「何をするか」以上に「どうあるか」というスタンスが重要です。つまり、人や組織が「在り方」(Be)にフォーカスし、それを起点に「行動」(Do)すると、ブランド、収益、人脈など価値が得られる(Have)というプロセスです。しかし、前述の事例のようにこの順番が逆になり、望む結果にたどり着けないケースが多く見られます。

今、行っている仕事をもっと軌道に乗せたいということであれば、自分の仕事に対する「価値を見える化」することが先決です。

一方、さらに上のステージで仕事がしたいと願うならセルフイメージの再構築が必要です。ただし先述のように「混乱」という葛藤が起こります。そんな時はこう考えてみてください。「混乱は変容進化の前触れである」と。自分が混乱していると感じたら、これは変容進化の前触れなのだと考え、むしろ楽しむくらいがちょうど良いかもしれません。

杉浦　鉄平 氏
メディテイメント株式会社代表取締役
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

税務の部屋 ～知っておきたい税務の話 第24回

セルフメディケーション税制

春畑税理士事務所
所長:春畑匠美

セルフメディケーションとは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されており、平成29年1月1日以後の一定の医薬品の購入については、確定申告において「セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)」という制度を適用できるようになります。今回はこの新しい制度についてお話させていただきます。

1.概要

健康の維持増進および疾病の予防への取組として一定の取組を行う個人が、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチOTC医薬品を購入した場合に、その合計額が1万2千円を超えるときは、その超える部分の金額(上限は8万8千円)をその年分の総所得金額等から控除する制度です。

※医療費控除との併用はできず、選択適用となります。

2.一定の取組

一定の取組とは具体的には下記のものを言い、いずれか一つを受けていればよいこととなっています。また、確定申告の際に証明書類の添付が必要となります。

①特定健康診査(いわゆるメタボ健診)
②予防接種(定期予防接種又はインフルエンザワクチンの予防接種)
③勤務先で実施する定期健康診断
④保険者(健康保険組合、市町村国保等)が実施する健康診査(人間ドッグ、各種健(検)診等)
⑤市町村が実施するがん検診

※任意(全額自己負担)で受けた健康診査は一定の取組には含まれません。

■一定の取組と証明書類

	証明書類
①特定健康診査	領収書又は結果通知表
②予防接種	領収書
③定期健康診断	結果通知表
④健康診査	結果通知表
⑤がん検診	領収書又は結果通知表

領収書は原本提出が必要となり、結果通知表はコピー提出可ですが健診結果部分を黒塗り又は切り取って提出する必要があります。

また同一世帯の支出をまとめて適用する場合においても、その全員が「一定の取組」を行う必要はなく、確定申告にてこの税制を適用する方が「一定の取組」を実施していることが必要となります。

3.スイッチOTC医薬品

スイッチOTC医薬品とは、医師によって処方される医療用医薬品から、ドラッグストアで購入できるOTC医薬品に転用された医薬品を指します。対象となるOTC医薬品(約1,600品目)は厚生労働省のHPで掲載しているほか、一部の製品についてはパッケージにこの税制の対象である旨を示す識別マークが掲載されています。ただし掲載が義務化されているわけではないため、マークがついていなくても店頭で確認されると良いでしょう。

■セルフメディケーション税制対象商品識別マーク

セルフメディケーション 税 控除対象

※本マークは、一般社団法人 日本OTC医薬品情報研究会 の登録商標です。

4.領収書・レシート

確定申告に必要となる領収書・レシートには以下の5項目の明記が必須となっています。

①商品名　②金額

③当該商品がセルフメディケーション税制対象商品である旨

④販売店名　⑤購入日

■領収書（レシート）記載例

なお手書きの領収書の場合は但し書きですべての商品名が記載されている必要があります。

また通信販売等で医薬品を購入した場合は、自宅のプリンタ等で出力した領収書等は証明書類の原本として認められないため、通信販売等の会社に対し、改めて証明書類の発行を依頼して下さい。

5.医療費控除との比較

医療費控除は10万円（所得金額が200万円未満の場合は所得金額の5%）を超えなければ適用できませんが、セルフメディケーション税制は1万2千円を超えれば良いため、適用できる金額のハードルはかなり下がります。しかし医療費控除は最大控除額が200万円と多いため、医療費が多額の場合は医療費控除が有利となります。

■セルフメディケーション税制と医療費控除の比較

	セルフメディケーション税制	医療費控除
対象者	自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族。（一定の取組を行っている証明が必要）	自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族。
適用時期	平成29年1月1日から平成33年12月31日までの各年	期間制限なし
控除対象	スイッチOTC医薬品の購入対価（交通費は対象外）	医療費等
控除額の計算	控除対象医薬品の合計額−①−②	医療費の合計額−①−②
	①保険金などで補填される金額	①保険金などで補填される金額
	②12,000円	②100,000円
控除限度額	最高で88,000円	最高で200万円

例① 年間の医療費が6万円+セルフメディケーション税制対象となる市販薬の購入が8万円の場合

【医療費控除】

140,000円−100,000円=40,000円

【セルフメディケーション税制】

80,000円−12,000円=68,000円

68,000円>40,000円となり、セルフメディケーション税制の方が有利となります。

例② 年間の医療費が10万円+セルフメディケーション税制対象となる市販薬の購入が4万円の場合

【医療費控除】

140,000円−100,000円=40,000円

【セルフメディケーション税制】

40,000円−12,000円=28,000円

40,000円>28,000円となり、医療費控除の方が有利となります。

※例①②の市販薬は、セルフメディケーション税制と医療費控除どちらにも適用される薬と仮定しております。

医療費控除が適用できる場合でもセルフメディケーション税制を適用した方が有利になる場合もあるため、状況に応じて賢く活用することができます。

どちらが有利か判断に困った場合は税理士等にご相談されると良いでしょう。

●執筆:春畑税理士事務所　（ 監査部　監査2課　白濱　恭平 ）
▽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会社・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

ランチェスター法則で業績を良くする方法「小さな会社のすごい社長」「小さな会社のできる社長」

[第30話]

地域戦略とマーケティング。小さなお店の繁盛店を作る方式

(株)スキルパスの谷口竜司さんが構築した、小さなガソリンスタンドの繁盛店を作る方式は、調剤薬局をはじめとして、現在急速に変化対応を迫られている会社にヒントとなる部分があると思います。また地域戦略もそのひとつです。ご一読ください。

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)

○重点地域を決めてそこから出ないようにして占有率を上げ、1位の地域を作る。
○販売の段階を細分化し、普通の能力の人を使って売上を上げる仕組みを作る。
○販売は心理学。お客の心理に合せ、販売のステップを設計する。
○大きな会社は商品や売り場の力で勝負する。小さな会社は人の力や接近戦で勝負する。
○販売のプロセスを数値化して見る。

レポート

求人広告営業で1位になる

谷口竜司さんは求人広告の会社に入社し、以前求人広告を出した300~400件の顧客リストを渡され、3つの地区の担当になった。リストの一番上から順番に回り、訪問する際はそこだけでなく、その会社が入っているビル全部に飛び込むようにし、エリアから絶対外に出ないようにした。入社した月から目標を達成した。コツは1日100件飛び込むと1~2件必ず取れることだった。その日に電話がかからなくても必ずレスポンスがある。さらにアルバイトスタッフを自分に貸してもらって、自分と同じ事をさせた。こうすることでプラス2人分の実績が出た。更にただ求人広告を掲載するのではなく集まる広告に変えた。2~3年目には全国1,500名中1番になった。同僚は同じようにテリトリーを決められ顧客リストを渡されても喫茶店などでさぼっていた。基本的にはルール通りにやる熱意の違いだった。谷口さんは後でこれが地域戦略であることを知った。

売上げ目標を達成する方程式

SS(ガソリンスタンド)専門のコンサルタント会社の社長と出会った。SS専門で珍しいと思った。ひとつの業界のプロになるという自分の考えとマッチした。転職することにした。

入社してすぐSSの研修に派遣された。最初の一週間の研修が終わると社長から、「来週は洗車の売上げを上げてこい」と言われた。SSの店長に「どうやって売っているんですか?」と聞いた。「それは声かけだ」と言われた。10人のお客さんに声をかけてみた。1人反応があった。100人に声をかけてみた。10人でやはり10%だった。そのSSのヒット率と近かった。しかしそれだけだと面白くない、声かけの言葉を変えようと思った。普通は『お客さん洗車いかがですか?』と言っていた。これを『お客さん洗車いかがですか?500円からできます、今だったら5分でできます』と時間と金額を言った。3倍に上がった。社長にこの話を報告すると、社長もメモしていた。

当時SSの一番の要求は、ガソリンを売ることだった。月間に売りたい量のお客を集めるノウハウは、成功事例の分析から社長が知っていた。売りたい数量の半分をオープンの1週間で売ると、月間の販売量を達成することができるようになっていて、そのためのキャンペーンを行うことだった。

1回あたりの給油の平均は25lで、150klだと1週間で6千人集めれば良い。1週間で6千人集めるために基本的に2つのことを行う。ひとつはDMで、この反応率は15%ある。もうひとつは新聞折り込みチラシだ。これは2%ヒットする。但しこれにはある事をするという条件があった。それは給油してくれた人に、誰にでも受ける生活必需品『BOXティッシュプレゼント』だった。オープニングでお客さんが来店したからといっても固定客になるよう手を打っていかなければならない。3回来店してもらうための仕掛けを作る。1回目はBOXティッシュプレゼントだが、再来店、再々来店プレゼントもその

とき案内する。こうしてお客さんが残っていく確率は再来店50%、再々来店50%で、初回来店客の25%の人が定着するようになる。このように反応率を元にDMやチラシの枚数を逆算しイベントを展開していくと、ほぼ売上げ目標を達成した…。

小さなSSがお金をかけずに洗車や車検を売る方法

しかしこのやり方はとてもコストがかかった。日本にある多くは小さなSSだ。そんなにお金をかけずにSSが儲ける方法があると思った。谷口さんは小さいSS専門のコンサルタント会社（株）スキルパスを立ち上げ、中小のSSにお金をかけずに売上げを上げる方法を紹介し、90%以上の確率で結果を出していった。

あるSSでは次のようなステップを実行してもらった。

①まず洗車体験客を増やす。そのために一番人気の1,500円の撥水洗車を500円で提供する。

②撥水洗車を体験したお客に、仕上がりはいかがでしょうかと聞く。洗車の訓練を行い1,500円のコースを500円で提供しているので、お客は「満足だ」と答える。

③「お客様はいつもどこで洗車はなさいますか?」と話し、その後洗車回数券の紹介トークに入る。この時、「○○円お得です」とか「本日分から使えます」「有効期限はありません」などシートを見せながら会話する。最後に「本日はいかがなさいますか?」と聞き、今だけのキャンペーンですと伝える。洗車売上げが月間25万円から75万円に増えた。

また車検予約を取る方法について、次のように言われた。

①給油に来られた方に、『お客様、ただいま店内で大抽選会をやっています。是非ご参加ください』と言ってドアを開ける。90%の人がセールスルームに入られる。

②抽選会が終了したら『カンタンなアンケートにご協力お願いします』とアンケートの依頼をする。アンケートは、お客の頭を車検一色にするのが目的。お客は抽選会に参加させてもらったという借りができているのでほぼ100%の人が協力してくれる。

③アンケート記入を終えたお客様には、『どうぞこちらにお掛けください』と椅子に座ってもらう。人は椅子に座ると急にリラックスする。そして『アンケートご協力ありがとうございます。少しだけ当店の車検についてご説明させてください』と言う。アンケートで頭の中が車検一色になっているお客はスムーズに説明を聞いてくれる。

④しかしこの段階でもお客は悩んでいる。そこで背中を押してあげるために『本日車検をご予約頂きますと車検3,000円割引券を差し上げています』と特典を付け、予約しないと3,000円損をするという状況を作る。

⑤それでもまだ悩んでいる人には『仮予約でもいいです。いざとなればキャンセルもできます。本日限りの特典です』ともう一押しする。ここまでの予約率は20～60%のどこかに落ち着く。

大きなSSと小さなSSでは戦略が正反対

谷口さんは、大手と数店舗しか持っていないSSでは改善の戦略が全く異なると言われる。「値段が全てではありません。別の方向が必ずあります。小さな店には小さな店の競争の仕方があります。」谷口さんがガソリンスタンド専門で実践したマーケティングノウハウは、調剤薬局やクリニックでも応用できる普遍性を持っている。

弱者の戦略と応用のポイント

1. 地域戦略の実行。重点地域を決めて移動時間を少なくし接触回数を高める。次に打率（質）を上げる。
2. 販売のステップを細分化し、一つ一つの階段を丁寧に実行し次のステップに移行してもらうようにする。
3. 実行の結果を数値化し、販売活動の効果性をチェックする。
4. 販売は心理学。お客の心理を理解して販売の仕組みを作る。

…あなたはこれをどう応用しますか?

※羽山プロジェクトオフィスでは、ランチェスター戦略勉強会を実施しています。
お気軽にお問合せ下さい。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

〒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

誌上セミナー

病院の「組織活性化策」を考える

［第7回］
ゆとりのある働き方を応援する人事制度
～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

人手不足を反映してか、人材確保のために、各企業は、あの手、この手で人事処遇政策を考えている。病院・施設も例外ではない。その中身を見てみると在籍職員とのバランスを欠いた初任給の引き上げであったり、女性活躍推進をPRする保育所の新設や結婚、出産、育児、介護などキャリア女子の退職再復帰を後押しする人事賃金処遇制度の新設、充実などである。病院・施設に限って労働力の需給状況を見てみると、医師、看護師不足の緊迫状況に続き、特に薬剤師、PT、OT、ST技術者の採用が逼迫しており、エージェントに支払う紹介料も半端ではない。また、人材が集まらない病院・施設では法定必要人員の確保のために、節操を欠いた意味不明な便宜供与制度を設けているところも多数ある。

これらの制度が全職員を対象にしたものであれば、組織として社会へのPR材料になり、企業のイメージアップにも繋がる。また、全職員が利用できる制度であってこそ、公平、公正な福利厚生の施策にもなり職員満足、経営満足にも繋がるのである。

さて、福利厚生施策にもいろいろあるが、筆者がサラリーマン時代を振り返って、今でも幸福感を感じ忘れられない諸施策がいくつかあった。

それは、いまの時代感覚で考えてみると、カフェテリアプラン制度である。係長以上の役職者に2年に1回、洋服屋が会社に来て背広を仕立ててくれる制度があった。

今でも若いあの時のことを思い出すと幸せな気持になるのである。いつまでも心に残り、感謝されるお金の使い方がある。それが次に示すカフェテリアプラン制度である。

1.カフェテリアプラン制度の導入

カフェテリアプラン（選択式福利厚生制度）の導入を検討する企業が増えている。特に女性が多く働く職場では多様な福利厚生制度の導入を検討するところが多い。福利厚生のメニューは画一的なものではなく、社員の多様なニーズに対応することと、社員の公平な福利厚生を実現することを目的にしている。

各社員は企業が設定した福利厚生のメニューの中から自分が利用したいものを自由に選択できる。

例えば、社員は毎年4月1日現在で、勤続年数に応じてポイント点数を獲得（勤続1年～5年未満は5点、5年～10年で10点など）できる。なおポイントの有効期限は翌年の3月期末までの1年間に1回限り使用でき、未使用ポイントは如何なる理由でも繰り越すことはできない。ポイントの利用についてはメニューの申請書に必要事項を記入し申請するとそのポイントに相当する金額を給与振込口座に給与支払日に振り込む仕組である。

1ポイント点数の単価をいくらにするかは企業の政策によって異なるが、平均的には1ポイント5,000円～10,000円が多く、その他、補助率を決めてキャッシュバックする方式もある。

問題はカフェテリアプランの原資で、従来の福利厚生費を当てることと、これにプラスして成果配分賃金の原資を当てる企業もある。すべてを賃金で還元するのがベターではなく、印象に残るように間接的な賃金で支払うのも時代感覚といえよう。

予算は成果配分賃金の超過成果の一部をカフェテリアプラン予算として確保する。

＊達成成果－目標成果＝超過成果
超過成果×一定割合＝成果配分賃金

●(例1)カフェテリアプランメニュー

分　類	メニュー内容
住宅・資産形成	賃貸住宅家賃補助、住宅ローン利子補給、 住宅財形貯蓄補助、個人年金補助
健康・医療	人間ドック利用費用補助(本人・家族)、 スポーツクラブ利用費用補助、 健康講座受講料補助、入院差額ベッド代補助
育児・教育	育児施設利用料補助、 ベビーシッター利用料補助
介護	介護施設利用料補助、介護サービス利用料補助、ホームヘルパー利用料補助、介護用品購入費用補助
自己啓発	各種スクール費用補助、資格取得費用補助、 通信教育費用補助、図書購入費用補助、 PC購入費用補助、資格試験受験日休暇
レクリエーション	レジャー施設利用料補助、テーマパーク施設利用料補助、旅行費用補助
ボランティア	ボランティア活動費用補助、ボランティア休暇

※カフェテリアプランのメニューには、法律で実施することが規定されている法定福利費(厚生年金健康保険、労災保険、雇用保険)は入れることはできない。

●(例2)カフェテリアプランメニュー

カテゴリ	メニュー例	補助率	主な支給方法
自己成長	資格取得・受験等 (4メニュー)	50～75%	キャッシュバック/ 随時
健康	人間ドック・ 健康増進ケア等 (6メニュー)	75%	キャッシュバック/ 随時
育児・子供教育	育児サポート等 (4メニュー)	50～75%	キャッシュバック/ 随時
介護	介護サービス等 (2メニュー)	50～75%	キャッシュバック/ 随時
ライフプラン サポート	ライフプラン 相談等 (3メニュー)	50～100%	キャッシュバック/ 随時 差額決済/随時
財産形成	財形年金・ 旅行積立等 (7メニュー)	50%	キャッシュバック/ 随時 差額決済/随時
住宅	住宅ローン返済・ 家屋リフォーム等 (6メニュー)	50%	キャッシュバック/ 随時 定額
万が一の備え	各種保険等 (3メニュー)	50%	キャッシュバック/ 随時
サブメニュー	旅行等 (3メニュー)	25%	キャッシュバック/ 随時

2. 量から質への仕事の人事の生産性

ゆとりのある働き方の実現は人事の生産性の裏づけがあってこそのことである。生産性は、一般的に「アウトプット÷インプット=生産性」の算定公式で求められる。インプットを労働力投入量(労働時間または労働者数)としたとするとインプットの労働時間や労働者数が少ない程、生産性は大となる。

働き方改革は『量から質への移行』でありインプット論重視の見直しを意味する。わが国の雇用慣行は長時間労働や結果を出すために全員が一丸となって一生懸命働くことが求められてきた。残業も厭わず頑張り努力することが美徳として評価されてきた。成果よりも勤年や忠誠心の働く態度を企業への貢献として評価してきたのである。インプット重視の職場環境をかえる試みのメッセージが働き方改革であり、**カフェテリアプランメニューも人事の生産性があってのことであることを忘れてはならない。**

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を経て現在㈱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.jinjitinginkanri.sakura.ne.jp/

美味めぐり旅 熊本県 熊本市

熊本をギュッと! 旨味広がるせいろ蒸し

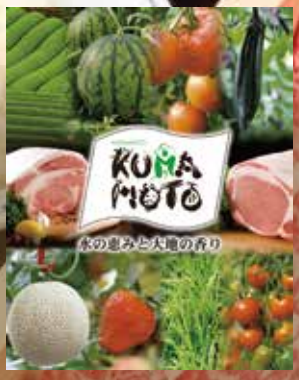
●せいろ蒸し

熊本県は、肉用牛の農業産出額が全国4位。県内で生産されるお肉の中でも、特におすすめなのが「くまもと黒毛和牛プレミアム和王」と「くまもとのりんどうポーク」です。

「和王」は、A5等級、A4等級上位、BMS6以上などの厳しい基準をクリアした黒毛和牛だけに与えられる称号です。艶やかな光沢、きめ細かなサシ、さらっと上品な脂、そして豊かな風味で高い評価を得ています。

「りんどうポーク」は、餌に小麦や海藻粉末が与えられ、厳しい基準を満たした農家で育てられたブランド豚です。グルタミン酸が豊富で、肉質はしっかりしていて、きめ細やかな甘みがあるのが特長です。

そんな「和王」「りんどうポーク」を使ったおすすめのメニューが、「せいろ蒸し」です。お肉と熊本の野菜の旨味がせいろの中で凝縮されて、食べると美味しさが口いっぱいに広がります。是非一度ご賞味ください。



熊本県の生産量全国ランキング

すいか	全国1位
トマト・ミニトマト	全国1位
なす	全国2位
メロン	全国3位
いちご	全国4位
お米(くまさんの力)	特A獲得

熊本県は全国でも有数の農業県。豊かな自然と豊富な地下水などの恵まれた環境の中で、野菜、お米、花卉など全国的にも上位を占める品目が多数生産されています。熊本から全国へ熊本の美味しい農畜産物を年間通じて出荷しておりますので、是非ご賞味ください。

お問い合わせ
●JA熊本経済連グループ
(株)エーコープ熊本
TEL:096-341-7070

編集部から

いつも表紙のワンちゃんたちに癒されながら編集に勤しんでいます。投稿くださる読者の皆様、本当にありがとうございます。さて、今回もミニポメちゃんの可愛いお写真を拝見しながら何を書こうか考えていたら、「走れ、ちっちゃな警察犬!」という記事が目に留まりました。そうです、最近の警察犬はシャパードばかりではないんですね。災害救助や認知症の行方不明者の探索などで小型犬が活躍しているそうです。記事では殺処分寸前で救われ、警察犬となったトイプードル「アンズ」の話も紹介されていました。道端で困り果て佇むお年寄りを見つけ、しっぽを元気よく振り大喜びで駆け寄るこのワンちゃんを想像すると、何とも言えない温かな気持ちになりませんか?<K.K.>

RapidPIA
Rapidpia®

SEKISUI

蛋白質分析装置

ラピッドピア®*1

ラピッドピア® 専用試薬　プロカルシトニンキット

ラピッドチップ® PCT*2

NEW

敗血症（細菌性）の鑑別診断及び重症度判定の補助に

簡単に、その場で測定できます。

検体：（EDTA-2Na、EDTA-2K、ヘパリンによる）血漿又は全血（120μL）

操作の概略

装置にテストデバイスを
セットし、試料（120μL）を滴下。

ENTERキーを押す。

プロカルシトニン
（反応時間 約10分）

検査結果報告。
※サーマルプリンタ（内蔵）から印刷出力

ラピッドチップ® BNP *3	ラピッドピア® 専用試薬 ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチドキット
ラピッドチップ® Dダイマー *4	ラピッドピア® 専用試薬 フィブリン分解産物キット
ラピッドチップ® H-FABP *5	ラピッドピア® 専用試薬 ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白キット
ラピッドチップ® fFN *6	ラピッドピア® 専用試薬 フィブロネクチンキット

*1 医療機器（一般／特管）　届出番号：13B2X00163224001　*2 体外診断用医薬品　承認番号：22900EZX00003000　*3 体外診断用医薬品　認証番号：221ADAMX00004000
*4 体外診断用医薬品　認証番号：225ADAMX00125000　*5 体外診断用医薬品　認証番号：226ADAMX00211000　*6 体外診断用医薬品　認証番号：228ADEZX00006000

※ご使用に際しては添付文書及び取扱説明書をよくお読みください。

製造販売元
積水メディカル株式会社
本社：〒103-0027 東京都中央区日本橋二丁目1番3号
TEL：03（3272）0681（代表）
WEB http://www.sekisuimedical.jp

*1 製造元　浜松ホトニクス株式会社
静岡県磐田市下神増314番地5

*3 提携先　塩野義製薬株式会社
大阪市中央区道修町三丁目1番8号

株式会社アステム

藤村薬品株式会社

株式会社 ダイコー沖縄

possibilities are infinite Poti
Vol.43 2017年7月14日発行
作成 発行/株式会社アステムPoti編集部 〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-1-2東比恵ビジネスセンター10F Tel.092-477-5775 印刷/トッパン・フォームズ㈱