Poti［ポチ］

possibilities are infinite

●fresh green leaves 06

特集●地域医療最前線

山間の廃校になった小学校校舎に有料老人ホーム誕生！

医療法人玲心会はるびゅうクリニック（鹿児島県曽於郡大崎町）

シリーズ●一押しME機器

血糖測定器

「メディセーフフィット」はこうして作られた

病は「気」から気は「接遇」から

「またかかりたい」と思われる医療機関であるために

クラブ活動レポート

大賀薬局ランニングクラブを牽引する若きエースランナー

シリーズ●誌上セミナー

人材マネジメント活性化のすすめ

Pharma Future Series

薬薬連携の現場レポート

JA尾道総合病院と尾道薬剤師会の取り組み

第11回アジアメディカルショー開催記念-2

先進技術による医療の可視化で“医領解放”を目指す

〈柴犬（しばいぬ、しばけん）〉

温暖湿潤気候に強く、日本古来の犬種でオスは体高約38～41cm、メスは約35～38cm程度の小型犬種です。国の天然記念物に指定された7つの日本犬種（現存は6犬種）の1つで、現存6犬種中（秋田犬・甲斐犬・紀州犬・柴犬・四国犬・北海道犬）唯一の小型犬種ですが、飼育頭数は最も多く、日本犬の代表格とも言えます。アメリカ合衆国を始め、日本国外でも人気が高いワンちゃんです。

遺伝的には古くからの血を受け継ぐ現存古代犬種の一つです。性格は、古代犬種によく見られるように大胆で独立心が強く、頑固な面を持ち合わせております。一般に日本犬の性格として、主人に対しては非常に忠実で、よそ者に対しては馴れ馴れしくせず、賢く勇敢で警戒心も強いため、番犬にも適しているようです。本来は山地や山あいで小動物の狩猟を手伝ってきた犬ですが、現在は主に家庭犬として愛されています。

柴犬の一般的な特徴は、短毛・立ち耳・巻き尾などが挙げられます。毛色は赤（茶）・胡麻・黒、まれに白などがあり、尾形も左巻き・右巻き・さし尾など、個体によって違います。

豆柴犬（まめしばいぬ）とは、愛玩用として通常の柴犬よりも小型の系統のものを選んで交配し繁殖させたものを言います。あくまでも小柄な柴犬であり独立した犬種ではありません。

「参考：ウィキペディア (Wikipedia)：フリー百科事典」

contents

02 〈地域医療最前線〉医療法人玲心会はるびゅうクリニック(鹿児島県曽於郡大崎町)
山間の廃校になった小学校校舎に有料老人ホーム誕生!

06 〈第11回 アジアメディカルショー開催記念-2〉
先進技術による医療の可視化で“医領解放”を目指す

10 〈Pharma Future Series〉JA尾道総合病院・尾道薬剤師会
薬薬連携の現場レポート(がん診療連携拠点病院と薬剤師会がスクラム! ～がん化学療法中の患者情報を共有)

14 **「経営分析アカデミー」開催レポート**

17 〈医療機器情報〉
一押し! ME機器 血糖測定器「メディセーフフィット」はこうして作られた

20 〈クラブ活動レポート〉
大賀薬局ランニングクラブを牽引する若きエースランナー

22 〈ガイドライン ダイジェスト〉
高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン[第2版]

26 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

28 〈病は「気」から気は「接遇」から〉
「またかかりたい」と思われる医療機関であるために(第1回:「接遇の目的」と「私たちの身だしなみ」)

30 〈誌上セミナー〉
人材マネジメント活性化のすすめ

32 **ほっとたいむ**(ココラでちょっと一息ついてみませんか?)

山間の廃校になった小学校校舎に

Healthcare Report
地域医療（介護）最前線

医療法人玲心会はるびゅうクリニック
鹿児島県曽於郡大崎町野方6045-1

今、廃校となった学校の校舎や跡地を有効活用するため、様々な取り組みが全国で行われています。本誌Vol.4（1月号）でも、島根県浜田市において旧校舎の一部を用い近隣の医療法人が立ち上げたサテライトクリニックの記事を掲載しました。

ここ鹿児島県大隅エリアでは、曽於郡大崎町の山間地にあった立小野（たちおの）小学校の旧校舎を活用して医療法人が有料老人ホームを開設し、話題を呼んでいます。

廃校活用の一般公募で有料老人ホームの提案が採用に

大崎町は大隅半島東側に位置する人口1万5千人弱の小さな町です。その中でも山間にある立小野地区では毎年人口が減り続け、ついに平成21年3月には、この地区のランドマークとして親しまれてきた立小野小学校が隣の野方小学校に併合され、134年の歴史に幕を下ろしました。明治7年創設の同小学校。最盛期には児童数100名を超えた時代もあったといいます。閉校式には、最後の卒業生5名と他校への転入が決まっている在校生2名を囲み、盛大にお別れ会が催されたとのこと。その後の住民の寂しさは想像して余りあります。きっと心にぽっかりと穴が空いたような気持ちになったのではないでしょうか。

そんな住民の声を受けて行政が動きます。廃校活用の検討がなされ、一般公募が行われたとのこと。その結果、医療法人玲心会が応募した高齢者のための入所施設に改装するという案が採用になりました。それがこの介護付き有料老人ホーム「エコルたちお野」です。

入所者を町民に限定した地域密着型特定施設として「エコルたちお野」が誕生

医療法人玲心会は、ここのすぐ隣の野方地区に居を構える有床診療所「はるびゅうクリニック（19床）」を母体に、介護老人保健施設「サンセリテのがた（一般入所50名、認知症専門棟50名）」、通所リハビリテーション（定員50名）、訪問看護ステーション「ふるる」、居宅介護支援事業所を展開。さらには、町の委託事業として地域包括支援センターの運営も手がけるなど、大崎町において高齢者の福祉・介護分野に大きく関わっています。

廃校活用事例で高齢者向けの福祉系施設というのは、よくある話ですが、入所施設というのは全国的にもあまり例がありません。そこで、同法人の母体である「はるびゅうクリニック」の院長で、このエコルたちお野の生みの親でもある春別府（はるびゅう）稔仁院長から、じっくりと話を聞かせていただきました。

「この地区はご覧の通り山に囲まれた小さな集落です。このような所では、学校は唯一の大きな建物で、みんなが集うことができる場所なんです。立小野地区は私が生まれ育った野方の隣の地区ですので、そこの小学校が廃校になると聞いて、そのままにしておけない気持ちになりました。それで最初は、跡地を利用して何か介護・福祉系の施設のようなものができないかと漠然と考えていましたが、やがて大崎町が廃校活用の一般公募を行うことになり、すぐに応募を決めました。」と院長。そのとき「やるなら施設系で応募しよう」と思ったそうです。その理由を院長はこう語ります。

「この地区には当法人のクリニックを受診されたり、通所リハビリ等介護サービスを利用される方々が数多くいらっしゃいますが、居住系の施設がないため、困ることも多くありました。老人保健施設（以下老健）を持っているものの、老健はご存知のように基本的には在宅に帰るためのリハビリを

有料老人ホーム誕生！医療法人が1月に地域密着型特定施設※として開設

※地域密着型特定施設とは、市町村の指定を受け、介護保険が適用される施設。

行う中間施設です。入院後、あるいは老健の退所後に行き場のない方もいらっしゃいます。そんな方々が、かつて子供の頃に通ったあの懐かしい母校が老人ホームになり、そこに住むことができる訳です。ぜったいに実現させる意気込みでプランニングを開始しました。」

小学校がその使命を果たした後、再び高齢者のための施設として、同窓生でもある地域住民の交流の場となる。そんな素敵な夢を熱く語る院長。大崎町にもその思いが通じたようです。自治体として利用者が住民に限定された地域密着型介護サービスの充実を考えていた大崎町の思惑とも一致し、すでに同町内にある認知症対応型グループホームと小規模多機能ホームにつづき、第3の地域密着型介護サービスとして特定施設が誕生の運びとなったわけです。

■旧正門前からみた校庭

■運動場からみた旧校舎
かつての正面玄関にある校章や壁時計なども当時のまま。

旧校舎の1階がまるごと老人ホームに変身

旧校舎本館は鉄筋の頑丈そうな建物です。それもそのはず、1階は職員室や教室などがあり、2階は体育館というユニークな造りになっていて、外見は3階建てのように見えますが、2階建ての建物です。その1階部分を全て改装して老人ホームに仕立てたとのこと。いったいどんな風に改装されたのか。そろそろ「エコルたちお野」の施設内をみて回ることにしましょう。

まず、かつての正門に立ち、敷地内をながめてみると、左側に旧校舎の本館が建てられていて、その奥には木造の別棟が見えます。敷地の中央には運動場が楕円形に広がり、その正面奥には国旗掲揚用の台とポールが設置されています。さらには本校舎の対面には鉄棒などの遊具がそのまま残されていて、とても廃校になっているようにはみえません。頭の中をクエスチョンマークでいっぱいにしながら、導かれたのは校舎の裏側でした。そこには、エコルたちお野としての玄関が新たに設えてありました。木の素材を活かした玄関周りの造りはとてもお洒落です。もうここは教室ではなく、居住のための「ホーム」として再スタートを切ったということを宣言しているかのように感じます。

施設内に足を踏み入れると、ここに教室や職員室があったとは信じられないくらい快適な空間が広がります。特に南側に面した共有のリビング・ダイニングルームは一押しです。部屋はゆったりと広く、気楽に思い思いの時間を過ごすことができそうな素敵なスペースですが、それだけでなく、明るい日の光が差し込む大きなガラス戸を開けると段差なく外のウッドデッキに出ることもできます。デッキのすぐ目の前には大きな池が広がっていて、きらきらと光が反射する水面には、森の木々が投影され、美しい自然の風景を肌で感じることができます。取材の日、ちょうどそのデッキに椅子を持ち出し日向ぼっこをされている居住者の方がいらっしゃいました。その微笑ましい情景に、見ている私の方も胸がぽかぽかと温まりました。

■学校には欠かせない鉄棒などの遊具類も健在
中には撤去の必要があるものもあったが、院長の強い要望で他の場所に移設して守ったという。

■体育館（2階）と玄関正面の階段
旧正面玄関から2階の体育館に上がれる。町民が利用できるようにメンテされている。

介護付き有料老人ホーム「エコルたちお野」

■「エコルたちお野」の施設内の様子
廊下があった場所は、ダイニングルームに、教室があった場所は浴室や個室部屋にみごとに変身。特にデッキからの眺めはすばらしい。

■エコルたちお野のロゴマークが描かれた看板
エコルはフランス語で「学校」の意。ロゴマークも字体も全て院長自らがデザイン。色・大きさが違う四角は、医療法人玲心会の施設群を表現。茶色の四角がエコルたちお野とのこと。木をイメージした茶の色合いにも院長のこだわりがあるという。

■立小野小学校閉校記念誌
第1回から134回までの卒業記念写真も掲載されており、その卒業生の増減から時代の変遷を辿ることができる。

■春別府院長（前列中央）とスタッフの皆さん

「エコル」は学校の意。外見は学校らしさを残したまま、建物内は快適な居住空間に

「外見はそのままですが、一旦施設内に入ると、そのギャップに皆さんびっくりされますよ。」と楽しそうに語る院長。「昔からちょっと変わったことをやってみたがる性格なんです。」と笑います。

冒頭の辺りでも述べましたが、廃校した校舎を利用した入所施設の転用は全国的にも珍しく、鹿児島県下では初めての試みです。他の自治体も興味津々で見学に来られる方も多いようです。大崎町からの委託事業として敷地も含め無償貸与の形にはなっているそうですが、約7千万円かけて改装したといいます。

「ここは生徒数が少ない小規模な学校でしたので、教室から校長室・職員室・保健室等まで、ほとんどの機能がこの約600㎡の床面積の1階部分に収まっていました。見てお分かりのようにこの建物は、鉄筋の総2階建てで、上は体育館なので、建物は頑丈ですし形もきれいな長方形です。面積も丁度よく、18室の個室と共有のリビング・ダイニングルーム、浴室・トイレ、事務室などが適度な広さを確保したうえで無駄なく配置できました。」

今回のこの立ち上げに関して、平面図案から「エコルたちお野」のシンボルマーク・ロゴデザインまで、全て院長自ら手がけられたそうです。「ちょっと変わったこと」どころか、院長の多彩な才能とこの施設にかける熱い思いを強く感じます。

認知症でも安心して暮らせる地域づくりを

最後に、春別府院長がこれまで地域の介護・福祉に関わってきた経緯についてこう語ります。

「私が地域医療や介護・福祉に興味を持ったのは、平成7、8年頃の話ですが、勤務医の頃、父（春別府稔理事長）が体調を崩し、当クリニックの応援でたびたび帰ってくる機会が増えてきたのがきっかけでした。訪問診療や往診にでかけてみると、都会と過疎化が進む地域との格差にカルチャーショックを受けました。生まれ育ったこの町をもう少し充実した老後が過ごせるような住みよい町にしていきたいと思うようになりました。」

そんな院長の思いの実現に向けて、医療法人玲心会では平成10年に老人保健施設を開設。その後、平成12年の介護保険制度の創設が追い風になり、次々と介護事業等の拡大を図ってきたそうです。

「今朝も町の委託事業として請け負っている地域包括支援センターの会議に出てきましたが、今私たちが一番の課題に思っているのは、認知症対策です。当法人の老人保健施設でも認知症専門棟をたびたび増やしてきました。今では100床のうち半分を占めていますが、やはり、施設整備だけではとても追いつきません。認知症になっても安心して過ごせるような地域づくりが大切です。有料老人ホームとはいえ、エコルたちお野でもいずれ認知症は避けて通れない問題になってきます。そのためにも、もっと地域の方々に認知症に関する正しい情報をお伝えし、理解を深めてもらう必要があります。認知症にやさしい社会を目指し、ここが1つのモデル地域になれるようにがんばっていきたいと思っています。」と力強い言葉で最後を締めていただいた院長。エコルたちお野が今後どのような展開をみせるのか、とても楽しみです。

介護付き有料老人ホーム　エコルたちお野

●実施事業者：医療法人玲心会
●介護サービスの種別：地域密着型特定施設入居者生活介護
●開設：2011年1月15日　　※入居相談随時受付中
●問い合わせ先：〒899-8313 鹿児島県曽於郡大崎町野方1915番地　TEL.099-471-0066
●利用定員：18名（全室個室）
●利用できる方：大崎町在住で要介護認定を受けている方（主に要介護1～3）で入院加療を必要としない方、住環境やご家族の状況により自宅での生活が困難な方。
●毎月の利用料金例（30日の場合）
①介護保険の自己負担金（要介護1・17,130円～要介護5・25,530円）
②諸費用（家賃31,500円、管理費9,000円、光熱費5,400円、日用品3,000円、食費45,000円）
合計（①+②）111,030円～119,430円
※居室は、1,000円、1,050円、1,100円、1,350円（トイレ付）のタイプがあります。
※オムツなど、その他の介護用品費は別途実費にてご負担いただきます。

先進技術による医療の可視化で"医領解放"を目指す

神戸大学大学院　医学研究科
内科学講座消化器内科学分野
特命講師
杉本真樹（すぎもと まき）

プロフィール

東京生まれ。1996年に帝京大医学部を卒業。専門は消化器内科・外科。ジュネーブ大が開発した医療用ソフト“OsiriX（オザイリクス）”を04年に知り、開発チームに参加。08年、米国退役軍人病院、客員フェロー。09年に神戸大医学部消化器内科特命講師。「難しい物事をわかりやすく見えやすくして、人々に広めていきたい。そうすれば、さらに多くの人に広がっていく」と言う。「だからいまのプロジェクトは、趣味や仕事を超えた存在です」

【聞き手】第11回アジアメディカルショー開催事務局責任者　白浜隆

Q OsiriXと出合ったきっかけは

A 私は、帝京大卒業後に付属病院外科にすすみ、その後帝京大学ちば医療センターに異動しました。病院には高価な医療機器が完備されていて当然というイメージを、多くの人が持っていると思います。都会の大学病院で手術ばかりしていたときは想像していませんでしたが、画像処理システムなどの地域較差や地域医療の現場を実感しました。何とかレントゲンやCT画像を処理して手術のシュミレーションに利用できないかと探しているなかで出会ったのがOsiriXというオープンソースソフトウエアでした。

OsiriXはCTで撮影した画像を3次元化し、画面上で思い通りの切り口で見られるなど、無償で使えるのにきわめて高性能でした。ジュネーブ大（スイス）の医療チームが製作したソフトで、医師が自分たちに必要なものとして作ったんです。ただ彼らは放射線科医として、診断を主な目的としており、臨床の側から見ると使いにくい点がある。要望を伝えてやりとりするうち、一緒に開発に取り組むことになりました。

そして4年でOsiriXを駆使した、virtual surgeryや画像を実際の手術に重ねあわせる、というような手術と画像のコラボレーションを実践してきました。

その取り組みを米国の学会で発表した際に、米国アップルの医療部門担当が取材に来ました。医療機器を業者任せで導入するのではなく、実際の医療現場にあわせた利活用をしている点が注目されたようです。

それがきっかけで、アップルと交流の深いスタンフォード大に招かれ、同大付属のパロアルト退役軍人局病院のシステム構築にも携わりました。

Q OsiriXの活用方法は

A 最近の医療は外科と内科が協力できる体制が必要とされています。

内視鏡技術が進み胃や大腸といった消化管の早期癌は、内視鏡的粘膜剥離術（ESD）など内科で治療できる機会が増えてきています。ところが消化管の壁を超えた腹腔内は外科の領域になるわけです。

内視鏡は管腔の内側から治療するので、管腔の外が見えません。胃や大腸の外側にどんな臓器があるのか正確な位置と距離を把握するのが困難でした。

そこでOsiriXで画像を加工し、バーチャルリアリティという仮想内視鏡を作成し、カーナビゲーションのように利用します。OsiriXはこれと同時に周囲の臓器の様子も同じ画面に表示できるので、管の外側の情報を同時に確認することで、ここに血管が通っているからあと何ミリで出血のリスクがあるとか、あとどのくらいで全ての腫瘍を摘出できるなどということがわかります。

また、NOTES（経管腔的内視鏡手術）でもOsiriXをナビゲーションとして活用しています。口腔や膣、大腸などから内視鏡を挿入し、胃壁や膣壁、腸管壁を穿孔させ腹腔内へ進み手術を行うのですが、その際に外側の臓器を損傷する危険があります。そこで最初に仮想内視鏡画像を作成し、壁を徐々に透明にして内臓の画像を重ねあわせることで、より立体的に体内が把握できるようにしました。

そうすると、手術を進める安全な方向がわかり、この方向に胆管があるとか、肝臓・血管があるという目的の情報がわかるようになりました。目的の臓器に一番近い距離はどこか、血管を傷つける危険を回避しながら手術が進められるようになりました。

この手法は腹腔鏡手術でも応用できます。腹部を大きく切開しない腹腔鏡手術では、患者さんの腹部表面をスクリーンとして利用し、手術前に撮影した本人のCT画像を立体構成して投影しています。つまり患者さんの体を透かして見ていることになります。腹腔鏡手術器具であるトロッカーを穿刺して腹壁から体内へ挿入するときに、内臓を傷つけてしまうリスクを回避できるナビゲーションの役割を果たしています。

従来の開腹手術では、腹部に大きな傷跡が残ってしまいますが、腔鏡手術では手術器具を入れる小さな傷が数か所残るだけで済みます。この手術の際に内視鏡と臓器との位置関係を明確に掴むために、OsiriXが役に立っているわけです。傷口が小さくなるというのは、患者にとってはとても大きなことです。回復も早くなるし、心理的なショックも小さくてすむでしょう。

OsiriXはさらにステレオ立体視機能を標準装備しており、赤青3Dメガネを装着するだけで患者の病態が立体的に把握できます。また3Dプリンターへ立体画像のDICOMデータを取りこみ、臓器を硬軟多素材にて生体と同等の質感に造形しています（特許出願済）。神戸大学消化器内科では、医学教育にあたり個々の学生が自分でiPad上で直接画像操作したり造形した臓器模型を直接触れながら、自分で診断を下すような模擬診療を取り入れるなど、自主的医療教育を行ってます。

Q その他、研究内容については

A 神戸大が以前より研究しているテーマとして、MR内視鏡があります。磁場耐性の内視鏡をオリジナルで作成して、MRIの中で手術ができるというものです。内視鏡を使って胃壁に検出するコイルを装着し、胃壁の構造を精密に描出します。これは超音波内視鏡よりも細部に至る層構造が評価できました。この画像はもちろん３Dの立体データとして、内視鏡の画面の上に重ね合わせて手術を進めることができます。MRI自体の設備上の問題からどこの病院でも導入できるわけではありませんが、内閣府先端医療開発特区(スーパー特区)として採択された消化器内視鏡先端医療開発プロジェクトとして研究開発を進めています。

また、総務省近畿総合通信局と共同して、「テラヘルツ波帯の情報通信利用に関する調査検討会」に協力し、京都と東京間での遠隔医療ロボット手術(日本で薬事承認されたda Vinciサージカルシステム)、OsiriX双方向医用画像遠隔操作等のデモ実証実験を実施しました。このテラヘルツ波の通信技術が実用化されれば、固定回線の敷設が十分でない過疎地でも高度な医療が受けられるほか、例えば飛行機内で妊婦の容体が急変した際は、テラヘルツ通信で地上の産婦人科医のアドバイスを受けながら、同乗する外科医が処置したり、究極のへき地ともいえる“宇宙ステーションでの遠隔手術”にも応用できるなどの用途も考えられるでしょう。

Q 「医領解放構想」とは

A いま、「医療崩壊」という言葉をよく耳にしますが、医療環境というのは、国はもちろん、土地によっても様々です。私は、人々が理想だと思い描いていた医療の仕組みが壊れてきているのではないか、と考えました。

そこで、この「崩壊」という発想を転換し、よい意味で「解放」してみてはどうでしょうか。領域の“領”の字を使用している理由は、あらゆる隔たりを解放したいという想いからです。医療と産業・医者と一般市民・診療科など、便宜上作られた区分けが、時に弊害となっていることがあります。その弊害となっている無数の見えない壁を医療の質を保ちながらも解放していこう、という考えが「医領解放構想」です。

例えば、iPadなどの携帯情報端末や臓器造形模型などのツールを利用し、医学知識や医療技術を医師が知っていればいいことだと初めから壁をつくるのではなく、人々が多少の医学知識や技術をもち、自分自身の体作りから病気の判断・治療にまでもっと積極的に参加するということもその一つです。患者さん側の体や疾患についての理解が進めば、医療サイドとしてもこれまでよりも高いレベルでの活動が可能となり、双方にとってメリットがあるのではないでしょうか。

もちろん、これを実現するためには、医学的な知識、裏付けも一般の人に広める必要があります。そのためには、一般の人でももっとできることが沢山ありますよ、ということを医療サイドから発信し、教育をしていくことが重要です。人々の興味を刺激し、自分から体についてもっと知りたいという意欲を沸かせることも医療に携わる人のミッションではないでしょうか。

The 11th ASIA MEDICAL SHOW 2011

医療機器の発展と
人に優しい安心・安全の医療を目指して

日時 2011年 7.21(木)−23(土)
開催時間:10:00〜18:00
※但し最終日は17:00まで

会場 【第1会場】福岡国際センター(総合受付)
【第2会場】福岡国際会議場

主催 九州医療機器団体連合会
福岡県医療機器協会

第11回 アジアメディカルショー

第11回アジアメディカルショー開催事務局
〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目14-8
福岡天神センタービル5F 九州医療機器団体連合会内
TEL:092-737-1840 FAX:092-737-1841
E-mail : info@ams.main.jp
http://www.kyuren.jp/ams.html

他にも多数のセミナーがございますので、事前申込み方法を含めてAMSホームページをご覧下さい。

特別講演 神戸大学大学院 医学研究科 内科学講座消化器内科学分野 特命講師 杉本真樹 特別講演開催

7月23日(土)
会場・・・【第2会場】福岡国際会議場 501
時間・・・10:30〜12:00
定員・・・400名

講演内容
◆"医領"解放構想による
ICT医療イノベーション:医療3.0

当日会場で実際に「iPad」で「OsiriX」&「3D画像」体験できる!!

協力: NEWTON GRAPHICS 有限会社ニュートン・グラフィックス Newton Graphics, Inc.
http://www.newton-graphics.co.jp/

Info1 特別講演・シンポジウムのご案内(事前申込)

7月22日(金)
◆これからの医療提供体制とDPC
産業医科大学 公衆衛生教室教授 松田 晋哉

7月23日(土)
◆望ましい医療制度改革
日本医師会副会長
医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長 横倉 義武

◆感染制御〜守るのはあなたの病院(患者)だけでいいの?〜
産業医科大学 副学長・病院長、泌尿器科教授
日本化学療法学会 理事長 松本 哲朗

7月23日(土)
●医療安全全国共同行動支援セミナー
〜安全で質の高い医療をめざして〜
九州大学大学院医学研究院
医療経営・管理学講座 准教授 鮎澤 純子(プランナー)

九州大学大学院医学研究院
麻酔・蘇生学分野教授 外 須美夫(座長)

自治医科大学医学部 メディカルシミュレーションセンター
センター長 医療安全学教授 河野 龍太郎

聖路加看護大学成人看護学 准教授 宇都宮 明美

Info2 会場案内(福岡国際センターロビー)

第11回アジアメディカルショー会場では、
デジタルサイネージ ゆびーデジ UBIquitous Digital signaGE が
ご案内させて頂きます。
出展者情報/催事情報/会場案内サービス etc

協力: Fine 株式会社ファイン http://www.creative-fine.net

「Digital Signage Total System」が会場内で体験できる!!

皆様のご来場を心からお待ちしております。

薬薬連携の現場レポート

がん診療連携拠点病院と薬剤師会がスクラム！ ～がん化学療法中の患者情報を共有

○ JA尾道総合病院と尾道薬剤師会の取り組み ○

2007年にがん対策基本法が施行されて以来、がん患者に対する地域医療ネットワークの構築が求められていますが、そのためには薬剤師の積極的な関与が望まれるところです。

ここ尾道地区では、がん診療連携拠点病院であるJA尾道総合病院と尾道薬剤師会における薬薬連携の取り組みが始まっています。

これは、同意を得たがん化学療法中の外来患者について、がんの疾患名やレジメンなどの情報を病院から調剤薬局に提供し、その薬局はあらかじめ入手した患者情報を元に副作用チェックシートを介して患者と共有しながら、療養を継続していくというもので、病院、薬局、患者の3者で情報を共有化することに成功している点で大いに注目されます。

2009年7月から始まったというこの取り組み。1年半を経過した今、キーパーソンである3名の薬剤師の方々から、その経緯と現状について話をうかがいました。

左から
橋本佳浩先生（JA尾道総合病院・薬剤部長）
田辺ナオ先生（尾道薬剤師会会長・あい薬局田辺健康館）
平井俊明先生（JA尾道総合病院・薬剤部）

日薬のモデル事業をきっかけに尾道薬剤師会が始動！

まず、尾道薬剤師会の会長で「あい薬局田辺健康館」管理薬剤師の田辺ナオ先生からがん領域の薬薬連携のきっかけについてうかがいました。

「今の連携体制ができた背景としては、まず、2008年度の診療報酬改定で薬剤師も含む多職種による退院時カンファレンスに点数が付き、追い風が吹いてきたということが挙げられます。尾道は皆さんご存知のように地域医療ネットワークの先進地として注目されてきましたが、それまで、このいわゆる『尾道方式』のネットワークに薬剤師はあまり積極的に関与していませんでした。そこで薬剤師会の会長として、在宅医療と退院時カンファレンスへの参加を推進していこうと思ったのがきっかけです。

その頃ちょうど、日本薬剤師会より『医薬品の適正使用に向けた薬剤師の役割――薬薬連携の実際・情報共有化の実践』というモデル事業が開始されると聞き、すぐにこれに応募することを決めました。私のほか、副会長・理事等計6名で実行委員会を立ち上げ協議を重ねた結果、地域の基幹病院である尾道市立市民病院とJA尾道総合病院の薬剤部とかかりつけ薬局間での患者情報の共有化に取り組むことになりました。そこで行ったのが『薬剤適正使用のための施設間情報連絡書』というツールを介して患者情報を共有化しようとする試みでした。2009年2～3月の期間、このモデル事業を行ってみて多くのことが分かり、今後につながる良い経験になりました。

この施設間連絡書を運用してみて課題も浮き彫りになりました。この連絡書には患者さんの服用薬・副作用・アレルギー歴・服薬状況などの情報をきちんと整理して記載できるフォーマットになっていて、それなりに良いものでしたが、入退院時に患者さんを介して、病院薬剤師とかかりつけ薬局とが情報を共有しようとした結果、あまりうまくいきませんでした。患者さんに手渡した連絡書が相手先の薬剤師に届く割合は60％程度にすぎず、情報伝達手段としては適切ではないということが分かったからです。

しかしながら、両病院の薬剤部と薬局薬剤師との関係が強化され、合同研修会を継続的に開くことができるようになったことや、両病院の地域連携室とも良い関係が構築でき、退院時カンファレンスへの薬局薬剤師の参加も行い易くなったことは、モデル事業を行った結果として、非常に大きな成果だと思います。

さらに、この事業のおかげで、JA尾道総合病院と薬剤師会の薬局の間での、がん化学療法における連携強化の取り組みを開始することにもつながったと思っています。」

患者の同意をとることで、薬局薬剤師の職能が発揮できる環境を実現

「当病院はがん診療連携拠点病院として、外来がん化学療法に積極的に取り組んできましたが、近年、様々な新薬が出てきており、薬物治療もかなり変わってきました。副作用もそれぞれに特徴があり、複雑化しています。退院時にはよく説明をしていますが、本当に理解してくれたのだろうかと不安になることも多々ありました。薬局の方で服薬コンプライアンスの確認や副作用の早期発見などしっかりとフォローしてもらえると本当に助かります。」と語るのは、JA尾道総合病院薬剤部部長の橋本佳浩先生。尾道薬剤師会との薬薬連携に期待を寄せます。

一方の田辺先生も、同病院から外来化学療法を行っている患者さんの処方せんが市中に出回る中、薬剤師会として、しっかりとした受け皿になりたいということで、両者の思いが一致し、具体的な仕組みづくりが開始されたとのこと。

■あい薬局田辺健康館にて
…連携シートに目を通す、田辺ナオ先生

「外来化学療法中の患者さんで、胃薬だけとか、ステロイド剤だけ処方されるケースも結構あるかと思いますが、処方せんだけでは、その患者さんががんの治療中なのかどうかは分かりません。本人は自分ががんの治療中だとわざわざ言わないし、こちらもどう聞いて良いかわからず、確かめようがありません。

また、明らかにがん治療中だと分かる処方でも果たして本人に聞いて良いかどうかも判断がつかず、お互いが探り合いのような無駄な時間を過ごすこともありました。これまで何人も通常の服薬指導だけで終わっているケースがあるのではないかと思っています。

そこで、今回の薬薬連携の取り組みでは、あらかじめ患者さんの診療情報を病院と薬局の薬剤師が共有することに同意いただくのが重要なポイントになっています。最初から同意があることで、薬局薬剤師の積極的な関与が実現しました。」と田辺先生。

この同意書をめぐって、同病院薬剤部の平井俊明先生はこんなエピソードを披露してくれました。

「この連携を始める前に、まず地区の薬局の皆さんにその仕組みを理解してもらうために当院主催の勉強会の中で説明を行っていましたが、そのときに来られていたある薬局の薬剤師さんが後日、この仕組みのことを患者さんに話したらしく、その薬剤師さん自ら患者さんの同意をとって病院に同意書を送ってこられたのには驚きました。きっとがん患者さんともっとよくコミュニケーションをとってみたいと思っている人にとっては、ぜひ参加してみたいと思ってくれているのだと実感しました。」

連携シートと副作用チェックシートを用い、病院・薬局・患者の3者で情報の共有化を実現

ここで、このがん領域の連携の流れを簡単に紹介します。まず、がんで入院中の患者で、退院後に外来化学療法を受けることが決まると、専用の同意書（図1）を使って院外の調剤薬局と連携することに対して同意を得ます。同意が得られたら、この連携に参加を表明している薬局の中から患者に選んでもらい、退院時には病院からその薬局宛に「入院外来化学療法連携シート（図2）」をFAXします。このシートには薬剤部が

入院中の治療内容を記入するもので、疾患名、化学療法のレジメン、抗がん剤以外の内服薬のほか、アレルギー、副作用歴、肝機能・腎機能の検査値などが示されています。その他の連絡事項には、患者との細かなやり取りの状況や問題点などが書かれてあり、「患者さんが来局される前にしっかりと準備できるので、とても助かる」と田辺先生。「連携シートが役に立った例としては、つい最近の話ですが、もともと高血圧のため血圧降下剤を服用されていた患者さんで、入院中に血圧が低下したため、服用を中止していたそうですが、退院時にその血圧降下剤が再び処方されていることに病院薬剤師が気がついて、連携シートの連絡事項に血圧が上がったかどうか確認できていないと書いてくれていました。それでその患者さんにご自宅で血圧手帳をつけてきてもらったところ、血圧が下がったままだと分かり、病院に連絡して処方を中止してもらったということがありました。」

さらに、この連携シートと共に活用しているのが「副作用チェックシート（図3・4）」です。これは、退院時に病院薬剤部で患者用副作用チェックシートをお薬手帳に貼り、患者自身で記録していけるようになっていて、副作用のグレード評価表をもとに記録していきま

図1：化学療法連携のための同意書
…連携のメリットが分かり易く示されている

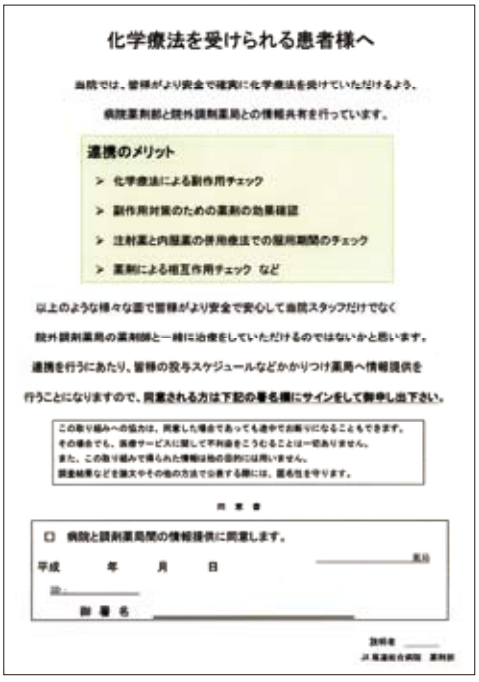


図2：化学療法連携シート（記入例）
…病院から薬局にFAXで送る

図3：副作用チェックシート（調剤薬局用）
…薬局で記入したものを病院に返信する

図4：お薬手帳用の副作用チェックシート

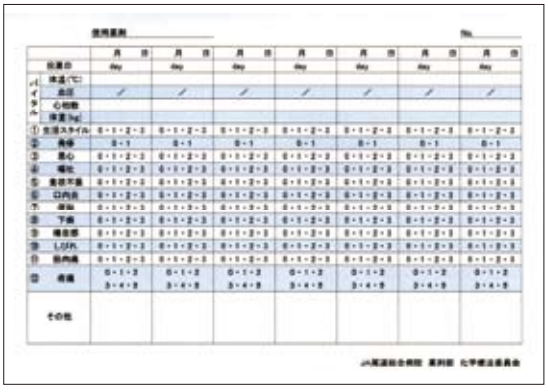


図5：副作用のグレードによる評価表

す。その患者が来局するとこのチェックシートを見せてもらい、調剤薬局用のチェックシートに転記します。薬局用の書式には検査値を記録できる欄もあり、病院で行った検査結果を見せてもらい薬局で記入します。そうすれば時系列で検査値の変化が分かるので、医師や患者自身も気がつかなかった変化が見えてきたりすることもあるといいます。

記入したこの調剤薬局用のチェックシートは病院薬剤部にFAXして、情報を共有します。病院はその記録をもとに病院での早めの対処ができるという仕組みです。

退院時ケアカンファレンスにも参加が始まる

さて、ここで退院時カンファレンスに話を移します。冒頭でも述べましたが、日薬のモデル事業で顔の見える関係となった2つの病院（JA尾道総合病院と尾道市民病院）の地域連携室から、退院時カンファレンスの開催時には尾道薬剤師会の担当者に連絡が行くようになったそうです。そこからかかりつけ薬局に連絡して参加を要請しているとのこと。田辺先生は、もちろんカンファレンスにも積極的に取り組んでいます。カンファレンスは多職種の集まりです。薬剤師が入ることで、薬剤の相互作用や副作用などの相談にも乗ることができ、カンファレンスの質が一気に向上したのではないかと思います。たとえば、「胃ろうの高齢者の方で栄養補給のためエンシュアリキッドの缶が出ていました。介護者のご家族の方も高齢で、缶を開けるのに一苦労されていると分かり、開けやすいバッグタイプの方への変更を提案しました。」と田辺先生。商品を知り尽くした薬局薬剤師の経験が活かされた1例です。

新築移転後のJA尾道総合病院に「化学療法センター」が誕生

さらに、取材も終盤にさしかかったところで、橋本先生からビッグニュースをお聞きしました。

JA尾道総合病院は、ここから車で20分ほど上った高台にできた大型新興団地「ひらはら台」に新築移転が決まっています。5月6日から外来診療が開始される予定です。ここでは、従来の外来化学療法室を発展させた「化学療法センター」が設置されるとのことです。これまで7ベッドで月に延200件近く化学療法を行っていたそうですが、15ベッドに増やして入院も外来も1箇所の化学療法室に集約するそうです。

「この新しい化学療法センターには、専門スタッフを配置して患者さんを受け入れたいと思っています。退院した後、外来に移行しても同じ場所で馴染みのスタッフが応対しますので患者さんには安心して治療を継続して頂けます。さらに、そのセンターの隣に薬剤部の無菌調剤室があり、そこには2台の安全キャビネットを設置し、抗がん剤の混注にフル稼働させる予定です。また、稼働状況をみながら、いずれはここで副作用チェックなども行えるような体制にしたいですね。その際は、薬局薬剤師の方々も一緒に参加してもらえるようにできればとも考えています。」と熱く構想を語る橋本先生。この取り組みは、これまで例がないらしく、全国的にも注目されているようです。

最後に田辺先生から今後の抱負も含め、話を締めていただきました。

「2009年7月からこの薬薬連携の取り組みをスタートしましたが、今では毎月40名くらいの方がこの仕組みを利用されています。この連携に参加いただいている薬局は今のところ10数軒ですが、こちらの薬剤部に協力いただいて開催している定期的ながんの勉強会にも積極的に参加いただき、皆さんとても熱心です。がん治療には広い範囲から患者さんが来られます。病院は高台の方に移転しますが、薬剤師会としては、この薬薬連携の仕組みに1軒でも多くの薬局に参加いただき、全体でカバーできるように努力していきたいと思っています。また、これを足がかりに、今後はがん疾患だけでなく、他の疾患についても拡大していければとも考えています。」

「他の疾患についても連携したい」とは、橋本先生も同じ考えを示されていました。尾道ではこれからも取材の話題を沢山提供していただけそうで、今からとても楽しみです。

■新築中のJA尾道総合病院（今年3月撮影）
…5月6日の診療開始に向けて建設が進む

「経営分析アカデミー」開催レポート

本紙第3号で特集しました経営分析担当者向け人材育成プログラム【経営分析アカデミー】が本年1～2月にかけて行われました。今回は合計10施設25名の方々に参加いただき、盛況のうちに終了しました。今号ではその模様をレポートします。

病院経営分析の実務者育成プログラム

ASTEM

DPC対象病院準備病院

【経営分析アカデミー】

主催：㈱アステム
後援：㈱コア・クリエイトシステム、診療現場で役立つ経営分析研究会

経営分析システム Mercury

参加施設の内訳は、広島、福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、鹿児島と、私共の活動エリア一円からお集まり頂きました。ほとんどがDPC対象病院からの皆様ですが、診療所からもご参加頂きました。参加者の職種は、事務職が24名、診療放射線技師が1名でした。事務の皆様の所属は、医事課が圧倒的に多く18名、診療情報管理部門1名、情報システム部門1名、法人本部および経営企画部門の方が4名でした。

前半は講義を中心に

アカデミーは1月14日（金）、21日（金）、2月10日（木）、18日（金）の計4日間に渡って、弊社福岡営業部（福岡市博多区吉塚）にて行われました。今回すべての構成と講義をお願いした荒木賢二先生（宮崎大学医学部附属病院医療情報部教授）によるカリキュラムの内容は下表のように、前半2回が講義を中心に座学が行われ、後半2回は、参加した皆様の病院の実際のデータを使った演習およびディスカッションで構成しました。

第1日	日程	テーマ
第1日	2011年1月14日(金)	◆イントロダクション ◆医療サービスサイエンスと病院経営フレームワーク ◆ステークホルダと合意形成　◆サイクルを回す力　◆経営戦略設計 ◆仮説検証サイクルと経営分析
第2日	1月21日(金)	◆原価計算と経営分析 ・原価計算、配賦ルール設定 ・原価計算の検証 ◆症例経営分析
自院のデータを用いて、原価計算と収支分析にトライ		
第3日	2月10日(木)	演習では、実際の各病院のデータ(収入と支出)を経営分析システムに入力し、データの検証や、具体的な分析を行います。そのために、事前に収入データ(DPCのEFファイル等)と支出データ(大雑把なものでも可)、およびノートパソコンを準備していただきます。詳しくは、こちらの担当者が事前に説明します。各参加者は、本当に自院のデータを使って経営分析を行いますので、スキルの習熟度は高くなると考えています。
第4日	2月18日(金)	

初日と2日目は殆どの時間が講義に費やされました。はじめのイントロダクションにおいて、なぜ経営分析が進まないのかという問題提起がなされ、その解決策として“手法”と“教育システム”の確立が急務であることが説明されました。この“教育システム”の一環として今回の【経営分析アカデミー】が位置付けられていること、および、【病院経営フレームワーク】という“手法”がこのあとの講義の中心テーマとなりました。特に、荒木先生がご自身の体験から紹介下さった「経営分析の失敗談」は参加の皆様の興味を大いに引いたお話でした。

実習のための環境整備

会場の一角では、「診療現場で役立つ経営分析研究会」のメンバーによる持ち込みパソコンのセットアップ作業が講義と並行して行われました。【経営分析アカデミー】は参加者に自前のパソコンと自院のデータ（DPCデータおよび経費データなど3ヶ月分）を事前に準備してもらい、そのデータを経営分析システムに組み込んでパソコンにセットアップし、後半の演習部では実際の生データを用いて経営分析を実習してもらうというスタイルを取っています。その準備作業を会場後方で行いました。25名の参加者に対して16台のパソコンの持込みがあり、様々なスペックのマシンを相手にした大変な作業となりましたが、3日目までに何とか完了し皆様無事に演習に取り掛かることができました。

経営分析演習の前に荒木先生より、原価計算および症例経営分析についての説明が行われました。委託費や人件費といった代表的な費目に対してどのように配賦ルールを設定していくのか、診療科別収支の検証をどのように行うか、宮崎大学では症例経営分析をどのように行っているか等々があわせて紹介されました。症例経営分析においては診療録（電子カルテ）からの情報収集が欠かせないため、【経営分析アカデミー】では福岡の会場から宮崎大学医学部附属病院の匿名化電子カルテに限定的にアクセスできる環境を整備し、実際にどのような方法で電子カルテの情報を集め、症例経営分析にどのように用いていくのか、という点も皆様に実体験してもらいました。

3日目の最後には宿題が出されました。自院のデータを用いて実際に経営分析を行い最終日に発表するというもので、内容は①診療科別収支の検証と分析②症例経営分析の2題です。

分析結果の発表とディスカッション

その分析結果の発表が最終日に行われました。各施設受け持ち時間15分で分析結果をプレゼンして頂きました。わずか1週間の作業時間にも関わらず非常に内容の濃い発表会となりました。特に脳梗塞のエダラボン投与症例については複数の病院から分析結果がレポートされ、その場で多施設比較しベンチマークできたケースとなりました。

発表会のあとは全員で車座になって荒木先生を囲み全体ディスカッションを行いました。医師や看護師不足について、勘定科目ごとの費用の適正化についてなど、各病院の生の声が次々に披露され皆様の苦労話を聞くことができました。

最後に荒木先生より全員に修了証が交付され、記念撮影のあと散会となりました。荒木先生が代表世話人を務める「診療現場で役立つ経営分析研究会」の設立趣意にある『各医療機関の診療現場に密着した経営分析担当者（診療情報管理士など）の情報交換、教育の場』の実行チャネルのひとつとして開催した今回の【経営分析アカデミー】ですが、今後も年1～2回のペースで開催地を変えながら継続していく予定ですので、興味のある病院様は是非ともご参加をお願い申し上げます。

●荒木先生から一言…

経営分析アカデミーは、病院の経営者から日々の作業に追われる事務の方まで、幅広く役に立つ教育プログラムとなっていますので、是非、皆さんお誘いの上ご参加ください。

参加者の声（ご参加アンケートより）

大分県　Nさん
「なんとなくですが、分析の方向性が見えてきました。」

福岡県　Kさん
「ステークホルダ、サービスサイエンスといった経営の根幹となる考え方を学べました」「経営分析を通じて経営に参加する意識を参加したメンバーは得られたのではと思います。」

熊本県　Mさん
「導入から発表まで各講義に明確な目標設定がしてあり取り組みやすかった内容だと思いました。実践は難しかったですがやることに意義があると思いました。」

長崎県　Yさん
「部門別分析のみしか今まで考えていなかったため役立った。」

福岡県　Iさん
「（宿題について）一週間では短かった。」

福岡県　Mさん
「病院内での各部門との交渉術等が特に役立った。」

広島県　Yさん
「データ整理が大変だった。」

鹿児島県　Uさん
「講師がDrだったため医師などのモチベーション等をふまえた上でのアプローチの仕方など目に見える数字の分析だけでなく現場に生かせる分析を教えていただけたのですごくよかったです。」

佐賀県　Uさん
「診療情報の可視化ができて大変良かったと思う。」

大分県　Oさん
「ソフトの操作スキル習得が十分でなく、診療科別収支をうまく出せなかったのが反省点。」

病院経営分析の実務者育成プログラム

DPC対象病院 準備病院

【経営分析アカデミー】

セカンドシーズン　イン　長崎

開催予定：2011年10月13日（木）・14日（金）・15日（土）　11月11日（金）の全4回
開催場所：藤村薬品㈱本社にて（長崎市田中町2022番地）
講　　師：宮崎大学医学部附属病院　医療情報部　教授　荒木賢二

一押しME機器 Medical equipment information

血糖測定器「メディセーフフィット」はこうして作られた

日本の医療機器業界は、輸入額が輸出額を大きく上回っています。そのため、日本国内で外国産の医療機器が数多く使用されています。そんな状況の中、テルモの簡易血糖測定器「メディセーフフィット」は人間工学に基づき開発された国産品で、日本のメーカーの物作りが優れている事を示しています。

糖尿病の患者にとって、治療や病状の進行を防ぐため日々の血糖チェックと管理がとても重要です。今回、患者の使いやすさを追求し開発された、簡易血糖測定器「メディセーフフィット」について紹介します。

簡易血糖測定器の使いやすさを追求

糖尿病患者にとって、症状を予防するために日々の血糖測定は不可欠だ。それもほとんどの場合、患者自身が自宅で器具を使って測定する。正確な記録が求められる場で、持ちやすさ視認性、数値表示などに徹底したユーザビリティーを貫き、明快な操作性を実現しているのが、2009年に発売されたテルモの簡易血糖測定器「メディセーフフィット」だ。

現在、日本の糖尿病患者は、予備群を含めると約2000万人と言われており、割合で言えば高齢者が多い。彼らにとって指先から採血する細かい作業には、しばしば困難を伴う。年齢的な理由による手の震えだけでなく、合併症によって指先の感覚が鈍くなっていたり、視野が狭まるなど不自由になった身体には、測定器の操作そのものがストレスを与えやすい。操作の煩雑性やストレスを軽減し、安全な測定を継続できるよう、テルモはユーザビリティーテストを繰り返し実施した。

現状の測定方式でのベストバランス

ユーザー調査を経て導き出したデザインは、まず形状に特徴がある。「測定器として十分なスペックを維持し、シンプルに仕上げることができた」とテルモのマーケティング部製品デザインチームに在籍する大橋広孝氏は語る。

血糖値の測定は、専用の別器具を使用して指先か手のひらから2.5ミリほどの球状になるまで血液を出し、そこにメディセーフフィットの先端を触れさせて数値が表示されるのを待つ、という流れで行う。とくに難しいのが、血液を出した手に、測定器を持ったもう一方の手を近付けて血液を点着する瞬間だ。

そこで本体の先端を18度斜め下向きに設計（図1）。全体をシンメトリーなシルエットにし、両側も先端に向けて細くした。左右どちらの利き手でも違和感なくつかめ、両手首が安定する形状だ。指先が視野を遮らないので、血液を点けるチップの先端も見やすい。（図2）

（図1）

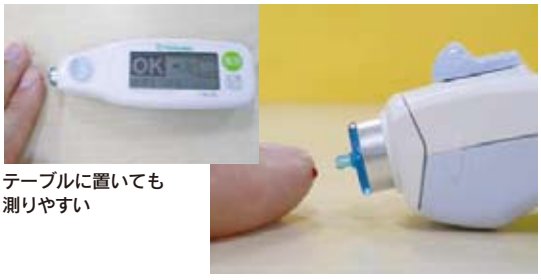
（図2）

上からつかんでも、ペンを持つような格好でも、握力の弱い患者でも握り易いよう底面に空間を作り、本体自体も逆台形を採用し滑り対策を施している。(図3) 指先が震える患者にはテーブルの上に測定器を置いて、そこに指先を近付ける方法もできるので、失敗が少ない。(図4)

また、ユーザーがモデル測定器をどう扱うかを観察し、仕様変更に活かしている。ユーザーが意識していた点として表示画面を気にしていたことに注目。複雑になりそうなガイドやボタンの仕様も見直した。その結果、重要な表示を先端に寄せ、いろいろな持ち方でも表示画面が確認し易いようになった。このように繰り返しデザインを変更することで理想形に近づけたと確信している。

(図3)

(図4)



テーブルに置いても
測りやすい

さらにインターフェースでも高齢者に理解しやすい表示方法を模索した結果、従来型の測定器で用いていたデジタル数字方式ではなく、ドットマトリクス液晶を採用。上下逆さから見てしまっても、6と9、2と5などの数字を読み間違えるエラーをなくした。数字のフォント自体も、上下からの視認性を意識して新たに開発した。(図5)

(図5)

ドット液晶は、不明瞭だったエラー表示の改善にもつながった。たとえば、先端のチップの装着になんらかの不具合があった場合、デジタル数字方式では、表示できる文字やアイコンに限界があるため具体的な情報を示せない。一方、ドット液晶ではエラーの原因と対処法を同時に、「周囲の温度が高い5～40℃の場所で20分待つ」と文章で伝えるようにした。バッテリーが切れかかっていたなら、「電池不足早めに電池を交換(CR2032　2個)」と表示するなど、可能な限り詳しい情報と指示を与えるようにプログラミングしている。

これによって、利用者自身がエラーを回避できるようになっただけでなく、テルモが開設しているコールセンターとのコミュニケーションも円滑になった。テルモにとっても安全性、信頼性を高める効果が生まれたと言える。

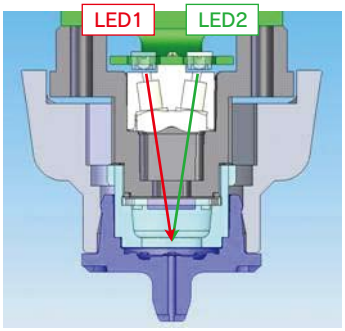
測定精度の向上

簡易血糖測定器に対して、2種類の厚生労働省通知が発令されているが、「マルトース類、PAM」の影響についてメディセーフフィットは影響を受けず、更に血糖値に影響を及ぼしやすい還元物質の「溶存酸素、ヘマトクリット値」の影響も受けない対策が施されている。

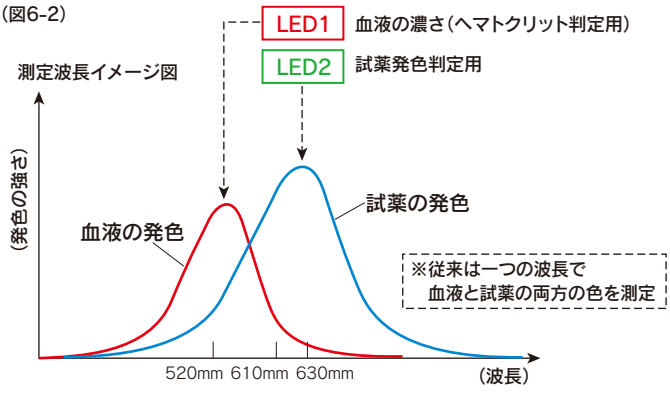
精度に関しても、新開発の測定エンジン「Dual RS」を搭載し、発色剤を新たに開発したことで、更に高い精度を確立し、(図6) 大型分析器との高い相関性と同時再現性CV値1％大を実現した。(詳細は、「右田忍ほか医療と検査機器・試薬2009;32(6):827-833」を参照)

試薬に関しても、開封後の劣化を防ぐため個包装形態にし経時変化を受けにくくしている。

(図6-1)



(図6-2)



医療機器初の通信システム(FeliCa搭載)

血糖測定データの活用方法として、データ解析のソフトが同時発売されているが、メディセーフフィットは、医療機器で初めて通信システムにFeliCa方式を搭載し、非接触でデータ通信を行う。通信処理能力は従来の有線(ステレオジャック)方式より約20倍の通信速度を有し、500検体のデータを約4秒で送信できるようになった。(図7)

グラフ表示に関しても多彩なグラフを用意し、食前・食後は元より、SD値(バラツキ)の数値化も採用した。

糖尿病は、一度診断されると長く付き合わなければならない病気だ。基本的に、測定器の使用は医師と看護師の指導の下で続けられ、数値の傾向で薬の投与が決定する。だからこそ、日々の測定には正確さが求められる。正しい測定が可能になれば、医師や看護師の負担も軽減されるはずだ。高齢者を含めた患者への配慮が医療現場での誤りも防ぐ好例と言えるだろう。

(図7)

血糖測定システム

メディセーフ フィット®

メディセーフフィット

販売名：メディセーフフィット
コード番号：MS-FR201B(ブルー)
MS-FR201P(ピンク)
希望小売価格（税別）：各 10,500 円
医療機器承認番号：22100BZX00858
特定保守管理医療機器

メディセーフフィットチップ

販売名：メディセーフフィットチップ

	コード番号	希望小売価格（税別）
30 個入り	MS-FC030	3,600 円
100 個入り	MS-FC100	12,000 円

体外診断用医薬品

関連製品

メディセーフフィット血糖測定セット

コード番号：MS-FKS01
希望小売価格（税別）：13,000 円

※このセットにはメディセーフフィットチップは入っていません。
同梱されている穿刺ペンはファインタッチです。

メディセーフフィット コントロール液

コード番号：(L) MS-CSL
(M) MS-CSM
(H) MS-CSH
希望小売価格（税別）：各 1,000 円

メディセーフデータビジョン

血糖データマネージメントシステム
メディセーフデータビジョン
コード番号：MS-DV4
希望小売価格（税別）：15,000 円

医療機関向け

メディセーフフィット仕様

●測定範囲：血糖値20～600 mg/dL ●測定必要量：0.8μL ●測定時間：約9秒 ●使用環境：周囲温度：5℃～40℃ 相対湿度：30%～85%(ただし結露なきこと) ●電源：リチウム電池(CR2032)×2 ●定格電圧：6V ●消費電力：電源ON時：約100mW／電源OFF 時：約100μW●電池寿命：約1000回または1年間使用 ●記憶容量：最大500回分(自動記憶) ●時計精度：±5分/月以内 ●外形寸法：(幅)約108mm、(奥行)約38mm、(高さ)約27mm(保護キャップを含まない) ●重量約50g(電池2個含む)

大賀薬局ランニングクラブを牽引する若きエースランナー

青木瑛子さん
（大賀薬局二日市湯町店・福岡県筑紫野市）

今年1月に行われた弊社アステムの源流マラソン（本誌Vol.5「プチポチメッセージボード」既報）では、圧倒的な強さを示し我々に衝撃を与えた大賀薬局のアスリートたち。10kmの部では6位入賞のうち3人までを大賀薬局チームが占めるなど、強烈な存在感を示しました。

ポチ取材班は、その中でも5kmの部で並み居る男性陣を置き去りにして優勝を飾った青木瑛子さんに注目します。彼女の華麗な走りに魅了され、その強さの秘密を探るべく、直撃インタビューを敢行しました。

大賀薬局の熱心なマラソンランナーたちが集結、クラブ活動は今や全盛期に突入！

問：大賀薬局ランニングクラブが発足したきっかけは？

3年くらい前（大賀薬局）野芥調剤店にいた頃、そのときの上司で福岡大学のスポーツ科学部が提唱するニコニコペース運動の教室に通っている人がいました。私は福岡大学の出身で、しかも学生の頃から（同大学の）スポーツ科学部の田中（宏暁）教授と“仲良し”でしたので、薬局内で次第に運動の話で盛り上がるようになったのが最初でした。そのうち、けっこうマラソン大会に出ている人や、一度走ってみたいという人がいることが分かり、それなら皆で一緒に大会に出場しようという話に発展していきました。そうこうしているうちに、メンバーが各地区の店舗に散らばっていき、そのことがかえって各地で仲間を増やすことになりました。今ではおそらく、50名近くまでいると思います。

問：クラブでは、どんな大会に参加されていますか？また、これから走る予定は？

クラブ結成以来、「いぶすき菜の花マラソン」「さが桜マラソン」「福岡シティマラソン」の3大会は、毎年恒例行事となっています。つい先週（4月3日）もさが桜マラソンに参加してきました。このときはクラブのメンバーが29名も出場しました。毎年、さくらマラソンで汗を流した後は、皆でお花見を楽しむというのが恒例になっています。それでこのときは、他の大会よりも集まりがいいんです（笑）。

5月14日は宗像市で行われる（グローバルアリーナ）リレーマラソンに参加します。これは42.195kmを複数のメンバーで分けて、タスキリレーで走るもので、ある程度の人数の縛りはあるものの、走る順番やどのくらいずつ走るかは自由となっていますので、各チームの駆け引きが面白いレースです。

また、6月4日には、阿蘇でウルトラマラソン（阿蘇カルデラ・スーパーマラソン）にも参加します。これは100kmと50kmコースがあります。アップダウンの激しい過酷なコースです。私は50kmを走る予定ですが、他には、安留店長（老司店）と濱地くん（国分店）が100kmに挑戦します。今からとても楽しみにしています。――（お二人とも源流マラソン10kmの部でそれぞれ4位・5位入賞）

アステム源流マラソンの5km出場は、翌日の別府大分毎日マラソンの予行演習だった？

問：アステム源流マラソンはいかがでしたか？5kmの部では、もの足りなかったのでは？

とても楽しかったです。「友達から楽しい」という噂は聞いていましたが、なかなか出る機会がありませんでした。これを機会に新しく知り合いになれた方もいましたし、走れてよかったです。

5kmを選んだのは、実は翌日（2月6日）に別府大分毎日マラソンに出場する予定だったからです。しかし、源流マラソンも一度参加してみたかったので、練習のつもりで走らせてもらいました。

マラソンを通じて、人との出会いが楽しい

問：大賀薬局ランニングクラブの活動で良かったと思うことは？今後の抱負は？

やっぱり仲間がどんどん増えていくのが楽しいですね。マラソンに出るたびに友達の輪が広がっていく感じです。社外の人との出会いもうれしいですが、同じ大賀薬局の社員同士でもドラッグストアー部門の方とは接点があまりなかったので、顔も名前もよく知らなかった人と仲良くなったりできるのも良いですね。それに、このクラブ活動のおかげで10kg体重が減ったという人もいます。社員の健康管理にも貢献できてうれしいです。今後の抱負は、クラブの会員をもっと増やして、大賀薬局ランニングクラブの存在感をもっと社内外に示していきたいと思っています！

■大賀薬局ランニングクラブの皆さん
〈2011年4月3日さが桜マラソンにて〉…さて、青木瑛子さんはどこでしょう？

●取材を終えて…

青木さんは、東京国際女子マラソン（市民の部）や福岡シティマラソンでも優勝経験があり、九州を中心に主な大会にはほとんど参加され、毎回上位に名前が載るので、マラソン・ファンの間ではかなりの有名人です。2008年に東京国際女子マラソンで優勝したときは、新聞にも報道されたことから、薬局で患者さんから声をかけられたりしたそうです。

患者さんから山登りなど運動の話題がでると盛り上がるとのこと。良きアドバイザー振りが目に浮かびます。

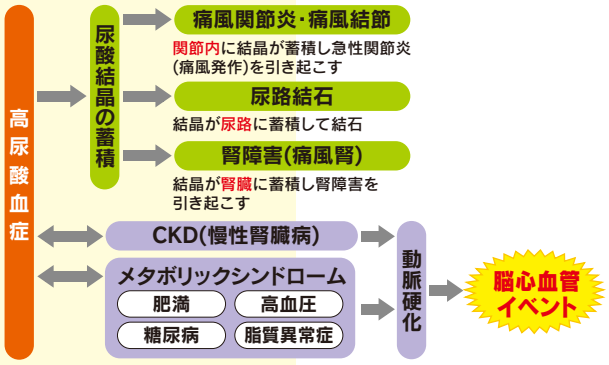
小柄で華奢な青木さんのどこにこんなパワーが蓄えられているのか、ただただ驚くばかりです。マラソンのことになると、いかにも楽しそうに話す青木さん。10kg体重が落ちた人の話も刺激になり、メタボなこの私でも走ってみたくなりました。こんな私に何か良いアドバイスをお願いします！

高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン

2002年の第1版より8年の歳月を経て

高尿酸血症は痛風発作や腎障害の原因となるだけでなく、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病とも密接にかかわることが明らかになりつつあります。こうした中、昨年1月、日本痛風・核酸代謝学会ガイドライン改訂委員会による「高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第2版」が刊行されました。8年ぶりの改訂で、初版に比べ、客観性、透明性がより高まったのが大きな特徴です。ガイドライン改訂のポイントを紹介し、約40年ぶりに新薬が登場する高尿酸血症治療の内容をガイドラインで確認します。

▼高尿酸血症の合併症



エビデンスに基づいたガイドライン

2002年に発行された初版は、高尿酸血症・痛風に関するエビデンスに基づくガイドラインとしては世界初として注目を集めました。特に、高尿酸血症・痛風は、関節炎を生じたときには整形外科、メタボリックシンドロームとの関連で高尿酸血症と診断された場合は内科、尿路結石を起こすと泌尿器科というように、患者が受診する窓口は多岐にわたり、診療科によって治療方針・治療内容が異なることも指摘されていました。したがって、ガイドラインの作成は、現場における治療の標準化、診療の質向上に大きく貢献したと考えられています。

第2版は、初版で示された治療の基本を踏襲しつつ、初版発刊以後の新たなエビデンスが加えられ、また、関連疾患のガイドラインとの整合も図られています。高尿酸血症・痛風の領域は新薬が開発されてこなかったこともあり、レベルの高いエビデンスが少ないのが実状ですが、エビデンスがないからといって経験やコンセンサスに基づいて体系化されてきた治療を否定することは、臨床現場に混乱を起こす可能性があります。そこで、日常診療でどの程度一般化されているか、コンセンサスの程度を定量的に検証するため、デルファイ法(注)を用いてそのレベルを決定しています。コンセンサスレベルの多くはエビデンスレベルと一致していましたが、中にはエビデンスレベルが低くてもコンセンサスレベルの高いケースもあり、エビデンスレベルを基本としながらも、コンセンサスレベルも加味して推奨度が決定されています。

注：専門家集団などがもつ直感的意見や経験的判断を反復型アンケートを使って、組織的・統計的に集約・洗練する意見収束技法

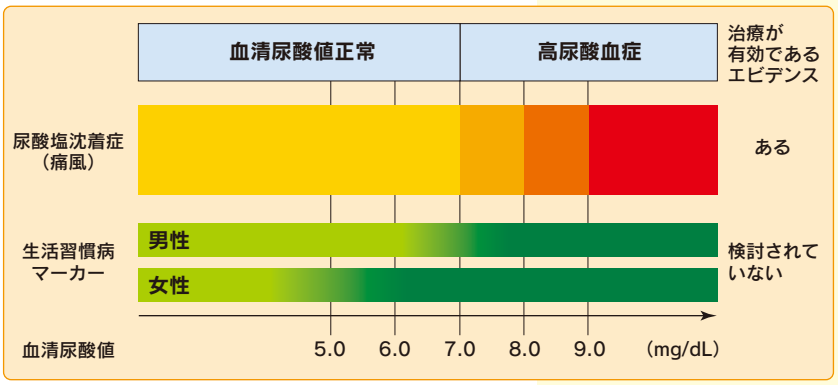
高尿酸血症の定義

第2版の最大の改訂ポイントは、これまで「血清尿酸値7.0mg/dL超」で一本化されていた高尿酸血症の定義が、「尿酸塩沈着症の原因としての高尿酸血症」と「生活習慣病の指標としての血清尿酸値」とに分けて提示されたことです。男女とも血清中の尿酸値が飽和濃度(約7.0mg/dL)以下であれば尿酸塩結晶は形成されないため、痛風などの尿酸塩沈着症を発症するリスクはほとんどないと明言できます。しかし、高血圧や心血管疾患などの生活習慣病の発症には物理化学的なカットオフ値は存在せず、連続的にリスクが上昇するので、新ガイドラインでも明確な基準値は示されていません。ただし、高尿酸血症の定義は7.0mg/dLを超えるものですが、それ以下の段階でも尿酸値の上昇とともに生活習

[第2版] ～2010年改訂～（日本痛風・核酸代謝学会）

慣病のリスクが高まることが記載され、注意喚起されています。もっとも、生活習慣病と尿酸値の関係は十分に検討されておらず、尿酸値を下げる治療が心血管疾患の抑制につながるかどうかは明確ではありません。

▼高尿酸血症の定義



■：正常　■：生活指導　■：高血圧・虚血性心疾患・糖尿病・メタボリックシンドロームなどでは状況に応じて薬物治療を考慮　■：薬物治療

〈高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン[第2版]より〉

高尿酸血症・痛風の最近の動向

高尿酸血症は、女性ホルモンによって尿酸値が上がりにくい女性では頻度が低い疾患です。では、男性における高尿酸血症の頻度はどのくらいでしょうか？一般住民を対象とした人間ドック健診や職場健診の調査結果から、国内の成人男性における高尿酸血症の頻度は、30歳以降では30％に達していると推定され、患者は急速に増加してきました。その背景には関連の強い肥満の増加が考えられます。現在も肥満は増加していますが、最近では男性における1日あたりの摂取カロリーは減少していますので、運動不足が関連している可能性が示唆されます。この傾向から、高尿酸血症も今後さらに増加していくと考えられています。

痛風の有病率については、2003年に和歌山県の一地域において行われた住民調査による検討で、全体の有病率は0.5％、男性における有病率は1.1％と報告されました。これらの痛風患者はすべて30歳以上の男性であり、30歳以上の男性における有病率は1.7％でした。この数値から類推すると、日本人男性の約60人に1人が痛風を発症することになります。

高尿酸血症のリスク

新ガイドラインでは、高尿酸血症について、他の疾患等との関係・及ぼすリスクがまとめられています。項目は、痛風関節炎・痛風結節、腎障害、尿路結石といった尿酸塩沈着症に加え、メタボリックシンドローム関連、高血圧・心血管系疾患、悪性腫瘍、総死亡です。一部を紹介します。

メタボリックシンドロームは、脂質異常、耐糖能異常、高血圧など、複数の動脈硬化症の危険因子が一個人に集積した、動脈硬化性疾患や2型糖尿病を発症しやすい病態を指します。血清尿酸値が上昇するにつれてメタボリックシンドロームの頻度は高くなり、逆に、メタボリックシンドロームの構成要素数が増加するにつれて血清尿酸値は上昇します。痛風患者でメタボリックシンドロームが高頻度にみられることは、痛風患者における動脈硬化性疾患の発症に一部関与していると思われるため、診療にあたっては、メタボリックシンドロームの合併や将来の発症に留意しなければならないことが示されています。

また、血清尿酸値は高血圧発症の独立した予測因子であることが数多く報告されています。

高尿酸血症の治療

まず、治療目標は、初版とほぼ同じ内容で、「高尿酸血症が持続することでもたらされる体組織への尿酸塩沈着を解消し、痛風関節炎や腎障害などの尿酸塩沈着症状を回避することが狭義の高尿酸血症の治療目標となる。また、肥満、高血圧、糖・脂質代謝異常などの合併症についても配慮し、生活習慣を改善して、心血管イベントのリスクが高い高尿酸血症・痛風の生命予後の改善を図ることが最終的な治療目標となる」とされています。

生活習慣病のひとつとして位置づけられる高尿酸血症の治療において、第一に重要なのは不適切な生活習慣を是正することです。過食、高プリン・高脂肪・高蛋白食嗜好、常習飲酒、運動不足などの生活習慣は高尿酸血症の原因であることが明らかにされ、そればかりでなく、肥満、高血圧、糖・脂質代謝異常、ひいてはメタボリックシンドロームなどの合併とも深く関係します。まず、これらの生活習慣の指導が最も大切であるということが、新ガイドランではより強調されています。

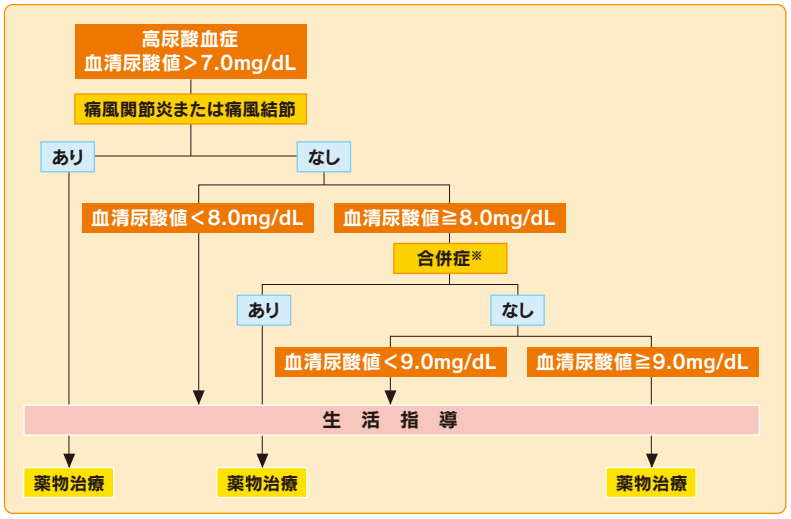
痛風患者において、尿酸塩結晶を溶解除去して痛風関節炎の再発を防止するための治療目標値は血清尿酸値6.0mg/dL以下で、それを維持することが重要です。痛風関節炎を繰り返す症例や痛風結節を認める症例は生活指導だけでは体内の尿酸蓄積を解消することは難しく、薬物治療によって目標値達成・維持を図ることが望ましいとされています。

痛風関節炎や痛風結節は認めないが、持続的に血清尿酸値が7.0mg/dLを超えている無症候性高尿酸血症については、痛風関節炎の発症予防を目的として治療すべきものと考えられます。無症候性高尿酸血症が8.0mg/dL、特に9.0mg/dLを超えた者は、それ以下に比べて将来の痛風関節炎の発症率が有意に高いことが示されています。尿路結石を含む腎障害や心血管障害のリスクと考えられる高血圧、虚血性心疾患、糖尿病、メタボリックシンドロームなどの合併症を有する場合は、腎・心血管イベント抑制のためにも、血清尿酸値8.0mg/dL以上が薬物療法を考慮する基準と考えられます。合併症が無い場合は、血清尿酸値9.0mg/dLが薬物療法を考慮する目安となります。尿路結石については、血清尿酸値の高値よりは高尿酸尿症と酸性尿の関与が大きく、尿中の尿酸排泄の減少と尿のアルカリ化によって尿酸結石のみならずカルシウム結石の再発も防止されます。したがって、尿酸生成抑制薬を使用して尿中の尿酸排泄を抑制する必要があります。

尿酸降下薬の種類と選択

尿酸値のコントロールに用いられる尿酸降下薬は作用機序の違いによって、尿酸排泄促進薬と尿酸生成抑制薬に分類されます。尿酸排泄促進薬は腎臓からの尿酸排泄量を増加させることにより、一方、尿酸生成抑制薬はプリン体を尿酸に変える酵素であるキサンチンオキシダーゼを阻害して尿酸合成量を低下させることにより、血清尿酸値を低下させます。尿酸排泄低下型に対しては尿酸排泄促進薬を、尿酸産生過剰型に対しては尿酸生成抑制薬を適応することが基本原則とされています。ただし、尿酸排泄促進薬は尿中の尿酸排泄が増加して尿路結石を発症させやすいので、尿アルカリ化薬(ウラリット等)を併用して尿路結石の防止に努め、尿路結石を合併している症例は尿酸排泄低下型であっても尿酸生成抑制薬が適応となります。また、効果と安全性の点から腎機能障害を合併している場合も尿酸生成抑制薬を使用します。

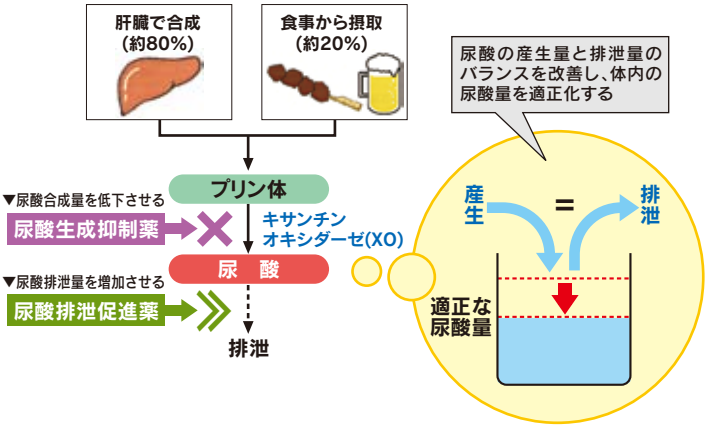
▼高尿酸血症の治療指針



※腎障害、尿路結石、高血圧、虚血性心疾患、糖尿病、メタボリックシンドロームなど
(腎障害と尿路結石以外は血清尿酸値を低下させてイベント減少を検討した介入試験は未施行)

〈高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン[第2版]より〉

▼尿酸降下薬の作用機序



▼尿酸降下薬の種類と選択

分類	一般名	商品名	推奨される1日投与量と投与方法	適応
尿酸排泄促進薬	プロベネシド	ベネシッド	500～2,000mg 2～4回分服	・尿酸排泄低下型 ・副作用でアロプリノールが使用不可 ※尿中尿酸排泄量の増加に伴う尿路結石の発現に注意し、尿アルカリ化薬(ウラリット)を併用
	ブコローム	パラミヂン	300～900mg 1～3回分服	
	ベンズブロマロン	ユリノーム	25～100mg 1～2回分服	
尿酸生成抑制薬	アロプリノール	ザイロリック	200～300mg 2～3回分服	・尿酸産生過剰型 ・尿路結石の既往ないし保有 ・中等度以上(Ccr、推算GFR30mL/分/1.73m^{2}以下または血清クレアチニン値2.0mg/dL以上)の腎機能障害 ・副作用で尿酸排泄促進薬が使用不可

Ccr:クレアチニン・クリアランス、GFR:糸球体濾過量

〈高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン[第2版]より改変〉

従来、尿酸生成抑制薬はアロプリノール(ザイロリック等)のみでしたが、今年1月に新規の尿酸生成抑制薬フェブキソスタット(フェブリク)が約40年ぶりに承認されました。新ガイドラインにはまだ盛り込まれていませんが、フェブキソスタットの特徴について少し触れておきます。フェブキソスタットは優れた有効性を有し、国内臨床試験においてアロプリノールに比べ1日1回投与で同等以上の強力な血清尿酸値低下作用を示しました。また、アロプリノールは活性代謝物に変換されて主に尿中排泄されるため、血中濃度が高まりやすい腎機能障害患者には慎重投与であり、投与量の減量等を考慮する必要がありました。一方、フェブキソスタットはアロプリノールと全く異なる構造をもち、多くが肝臓で不活化されて尿中および胆汁中にバランス良く排泄されるため、腎機能障害患者でも血中濃度の上昇は認められず、減量の必要はありません。既存薬より使いやすいとされ、臨床での高い有用性が期待されています。

▼尿酸生成抑制薬

基本骨格に基づく分類		プリン型	非プリン型
商品名(会社名)		ザイロリック(GSK)	フェブリク(帝人)
一般名		アロプリノール	フェブキソスタット
剤形:規格		錠:50mg、100mg	錠:10mg、20mg、40mg
効能・効果		下記の場合における高尿酸血症の是正 痛風、高尿酸血症を伴う高血圧症	痛風、高尿酸血症
用法・用量		200mg～300mg/日　分2～3　食後	開始量10mg/日　分1 維持量40mg/日　分1(徐々に増量) 最大量60mg/日　分1
体内動態	代謝	主にキサンチンオキシダーゼにより酸化され、オキシプリノール(活性代謝物)となる	主にグルクロン酸抱合
	排泄	主に尿中排泄	尿中及び糞便中に排泄
使用上の注意	腎機能障害患者への注意	【慎重投与】　腎機能障害のある患者 ⇒排泄が遅延し高い血中濃度が持続するので、投与量の減量や投与間隔の延長を考慮すること	【慎重投与】　重度の腎機能障害のある患者 ⇒使用経験が少なく安全性が確立していない
	肝機能障害患者への注意	【慎重投与】　肝疾患患者、肝疾患の既往患者 ⇒肝障害が発現・増悪する恐れがあるので、投与する場合は定期的に肝機能検査を実施すること	【慎重投与】　肝機能障害のある患者 ⇒使用経験が少なく安全性が確立していない
	薬物相互作用	【併用禁忌】　なし 【併用注意】　メルカプトプリン、アザチオプリン、ビダラビン、ジダノシン、他10項目	【併用禁忌】　メルカプトプリン、アザチオプリン 【併用注意】　ビダラビン、ジダノシン

新ガイドラインの合併症・併発症を有する患者の治療の項には、尿酸降下薬とは別に、副次的に尿酸降下作用を有する薬物として、高脂血症治療薬フェノフィブラート(リピディル＝トライコア)と降圧薬ロサルタン(ニューロタン)があげられています。いずれもベンズブロマロンと同様に尿酸排泄促進作用を持ち、高尿酸血症合併例への使用が積極的に勧められます。

新ガイドラインのエビデンスに基づいた標準治療を参考にしていただき、また有用な新薬であるフェブキソスタットが治療に取り入れられることで、増加傾向にある高尿酸血症によって引き起こされる合併症の抑制につながることを期待します。

【参考文献】
・高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン[第2版]
・日本薬剤師会雑誌 第62巻 第7号 平成22年7月1日
・各製品添付文書・パンフレット

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

【1】新規収載された新医薬品(3月11日収載)

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内用薬					
(麻)アクレフ 口腔粘膜吸収剤200μg	200μg1本	951.10	田辺三菱	フェンタニルクエン酸塩	口腔粘膜吸収癌性疼痛治療剤
(麻)アクレフ 口腔粘膜吸収剤400μg	400μg1本	1,729.20			
(麻)アクレフ 口腔粘膜吸収剤600μg	600μg1本	2,179.30			
(麻)アクレフ 口腔粘膜吸収剤800μg	800μg1本	2,502.50			
エディロールカプセル0.5μg	0.5μg1カプセル	68.50	中外=大正富山	エルデカルシトール	骨粗鬆症治療剤(活性型ビタミンD3製剤)
エディロールカプセル0.75μg	0.75μg1カプセル	98.80			
シュアポスト錠0.25mg	0.25mg1錠	32.50	大日本住友	レパグリニド	2型糖尿病治療剤(速効型インスリン分泌促進剤)
シュアポスト錠0.5mg	0.5mg1錠	57.80			
ソニアス配合錠HD	1錠	158.00	武田	ピオグリタゾン塩酸塩/グリメピリド	2型糖尿病治療剤(チアゾリジン系薬/スルホニルウレア系薬配合剤)
ソニアス配合錠LD	1錠	84.60			
フェブリク錠10mg	10mg1錠	31.10	帝人	フェブキソスタット	高尿酸血症治療剤(非プリン型選択的キサンチンオキシダーゼ阻害剤)
フェブリク錠20mg	20mg1錠	56.40			
フェブリク錠40mg	40mg1錠	106.60			
プラザキサカプセル75mg	75mg1カプセル	132.60	日本ベーリンガー	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	抗凝固剤(直接トロンビン阻害剤)
プラザキサカプセル110mg	110mg1カプセル	232.70			
メマリー錠5mg	5mg1錠	133.90	第一三共	メマンチン塩酸塩	アルツハイマー型認知症治療剤(NMDA受容体拮抗剤)
メマリー錠10mg	10mg1錠	239.20			
メマリー錠20mg	20mg1錠	427.50			
レミニール錠4mg	4mg1錠	119.60	ヤンセン=武田	ガランタミン臭化水素酸塩	アルツハイマー型認知症治療剤(アセチルコリンエステラーゼ阻害剤)
レミニール錠8mg	8mg1錠	213.80			
レミニール錠12mg	12mg1錠	271.00			
レミニールOD錠4mg	4mg1錠	119.60			
レミニールOD錠8mg	8mg1錠	213.80			
レミニールOD錠12mg	12mg1錠	271.00			
レミニール内用液4mg/mL	0.4%1mL	107.30			
注射薬					
アリクストラ皮下注5mg	5mg0.4mL1筒	3,380	GSK	フォンダパリヌクスナトリウム	静脈血栓塞栓症治療剤(合成Xa阻害剤)
アリクストラ皮下注7.5mg	7.5mg0.6mL1筒	4,423			
ステラーラ皮下注45mgシリンジ	45mg0.5mL1筒	426,552	ヤンセン	ウステキヌマブ(遺伝子組換え)	尋常性乾癬、関節症性乾癬治療剤(ヒト型抗ヒトIL-12/23p40モノクローナル抗体製剤)
ビダーザ注射用100mg	100mg1瓶	49,993	日本新薬	アザシチジン	骨髄異形成症候群治療剤
ロミプレート皮下注250μg調製用	250μg1瓶	67,972	協和発酵キリン	ロミプロスチム(遺伝子組換え)	血小板造血刺激因子製剤(トロンボポエチン受容体作動薬)
外用薬					
オルベスコ100μgインヘラー56吸入用	5.6mg3.3g1キット	1,835.60	帝人	シクレソニド	吸入ステロイド喘息治療剤

【2】新規収載された新医薬品（3月18日収載）〈規格追加・新剤形・類似処方医療用配合〉

商品名	規格・単位	薬価	会社名	一般名	備考
内服薬					
ウリトスOD錠0.1mg	0.1mg1錠	96.50	杏林	イミダフェナシン	過活動膀胱治療剤 ＊新剤形
サワシリンカプセル125	125mg1カプセル	13.70	アステラス	アモキシシリン	合成ペニシリン製剤 ＊規格追加
ステーブラOD錠0.1mg	0.1mg1錠	96.50	小野	イミダフェナシン	過活動膀胱治療剤 ＊新剤形
タシグナカプセル150mg	150mg1カプセル	3,516.50	ノバルティス	ニロチニブ塩酸塩水和物	抗悪性腫瘍治療剤 （チロシンキナーゼインヒビター） ＊規格追加
ノービア錠100mg	100mg1錠	122.40	アボット	リトナビル	抗ウイルス化学療法剤（抗HIV薬） ＊新剤形
ベシケアOD錠2.5mg	2.5mg1錠	113.00	アステラス	コハク酸ソリフェナシン	過活動膀胱治療剤 ＊新剤形
ベシケアOD錠5mg	5mg1錠	189.80			
注射薬					
キンダリー透析剤AF4P号	10L1瓶 （炭酸水素ナトリウム付）	1,270	扶桑	人工透析液	人工腎臓透析用剤 ＊類似処方医療用配合剤
キンダリー透析剤4E	2袋1組	1,093			
キンダリー透析剤4D	3袋1組	1,119			
セレザイム静注用400単位	400単位1瓶	310,388	ジェンザイム	イミグルセラーゼ （遺伝子組換え）	遺伝子組換えゴーシェ病治療剤 ＊規格追加
プログラフ注射液2mg	2mg0.4mL1管	2,903	アステラス	タクロリムス水和物	免疫抑制剤 ＊規格追加
リン酸Na補正液0.5mmol/mL	0.5モル20mL1管	136	大塚	リン酸水素ナトリウム水和物・ リン酸二水素ナトリウム水和物	血液代用剤 ＊類似処方医療用配合剤
外用薬					
クラビット点眼液1.5%	1.5%1mL	138.10	参天	レボフロキサシン水和物	広範囲抗菌用点眼剤 ＊規格追加

MEMO

〈6月収載予定の後発医薬品〉

6月に薬価基準追補予定の後発医薬品が1月14日に製造承認を受けました。このうち、初成分として以下のものが後発医薬品として収載される予定です。アクトス後発品の承認を取得した27社のうち、11社はOD錠の承認を得ました。アクトネル／ベネット錠は2.5mg（1日1回製剤）のみ承認を取得しています。

	成分名	先発品名	規格
内用薬	ピオグリタゾン	アクトス錠、OD錠	15mg、30mg
	リセドロン酸ナトリウム水和物	アクトネル錠／ベネット錠	2.5mg
	リバビリン	レベトールカプセル	200mg
注射薬	エダラボン	ラジカット注、バッグ注	30mg

【参考資料】日刊薬業（平成23年1月17日）

〈収載予定の新規格・新剤形医薬品〉

今後、収載予定の主な新規格・新剤形です。

成分名	既存品	収載予定品
ドロキシドパ	ドプスカプセル100mg、200mg	ドプスOD錠100mg、200mg　＊新剤形
フェキソフェナジン塩酸塩	アレグラ錠60mg	アレグラOD錠60mg　＊新剤形
アセトアミノフェン	カロナール坐剤100、200	カロナール坐剤400　＊新規格

※正式な内容については添付文書、もしくは薬価収載日の官報等でご確認下さい

病は「気」から 気は「接遇」から

～「またかかりたい」と思われる医療機関であるために～

「あなたがいるから元気になれる！」
そんな病院創りを目指しています。

K's オフィス代表
医療専門接遇講師　佐竹桂子

これまで病院にて秘書・ロビーマネージャー
クレーム対応・職員育成などを担当

一回目 「接遇の目的」と「私たちの身だしなみ」

「なんで忙しい医療の現場に接遇が必要なの？」そういわれる方も多いと思います。「接遇」という言葉はあまり身近なものではないかもしれませんが、現在では医療の世界でも頻繁に接遇教育が行われるようになりました。接遇は「接」…接する、「遇」…出会う、という意味ですが、簡単にいうと「出会った時の接し方」、つまり「おもてなし」ということです。私は「出会った人をつなぐ接着剤」とも思っています。医療は人間同士の中で行われますから、コミュニケーションがなければ成り立ちません。接遇は人と人が接する時に、気持ちに優しくタッチするための、コミュニケーションスキルの一つです。

ここで医療従事者の方には、「医療に求められる接遇は他のサービス業とは違う」ということを心にとめて頂きたいと思います。それは**患者さまやご家族が、「病気を治す」という目的を持って私たちと関わっているということ**です。

さまざまなやりとりの中で患者さまの居心地がきまっていく
この時の対応で、患者さまの治療にとって大切な「自然治癒力」「治療意欲」が左右されている

●医療人の接遇の目的　「自然治癒力」「治療意欲」を高める

あなたはどっち派?!

午前中の診察が混み合っていて皆さん1時間以上お待たせしています。
中には時計を何度も見る人、口をへの字に曲げている人、何か聞きたそうな人、疲れてつらそうな人。
さぁ、あなたならどうしますか？

〈効率優先子さん〉

混んでいてみんな待っているんだから仕方ないわ。いちいち説明してるヒマがあったら、さっさと自分の仕事をした方が、待ち時間も短くできるわ！さあ、仕事、仕事！

〈ひと手間かけ子さん〉

ずいぶんお待たせして申し訳ないな…わかる範囲だけでもご説明して安心してもらおう。それからきつそうな方のご気分も気になるし…お声がけしてみよう…

効率さんとひと手間さん、あなたが患者さまだったら、どっちの人にいてもらいたいですか？

目的はなに？

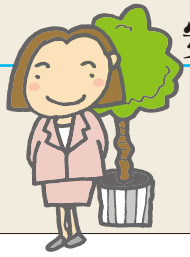
「接遇」を考えるとき大切なことは、「なぜそうするのか」という「目的」を間違えないようにすることです。

「急がなくちゃ！」
午後の準備もあるし
はやく業務をこなして
13時前には
診察を終わらせよう！
⇒目的は「時間を守る」ことのみ

皆さんきつそうだから
できるだけ診察が早く進むようにしよう。
安心していただけるように
待ち時間のご説明をして
ご都合を聞いておこう
⇒目的は「安心して診療していただくこと」「気持ちよく待っていただくこと」

目的を間違えると「建前だけよく見せる」といったその場限りの接遇になり、信頼にはつながりません。
「患者さまに安心していただこう」という素直な気持ちが形（安心できる環境を提供する）になる…ということが基本です。

**病は「気」から、「気」は接遇から…接遇というスキルは気持ちを表すための道具です。
それは医学の技術・知識・設備以外のところで患者さまの心を支えていくものであり、患者さまが医療人に対して
人間同士として真摯に向き合ってほしいと望まれている医術の基本の部分ではないかと思います。**



安心していただくために必要な要素！

人が人に対して好感・安心・信頼を感じる要素とは…

人は第一印象で「感じがいい・悪い」「好き・嫌い」を感じとり、
そのイメージはあとあとの人間関係にも影響を及ぼすといわれます。
病気という極めて個人的なことに関わる医療の世界では、どなたからも好感を
持っていただけるようにしておくことが必要になります。

好感につながる接遇（態度能力）の基本スキル

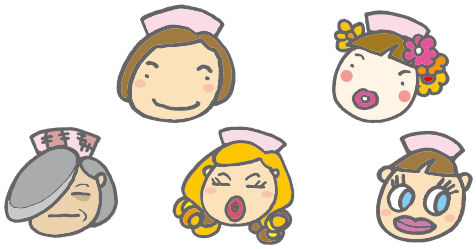
身だしなみ	笑　顔	基本動作	言葉づかい

この4つが接遇の「態度能力の基本」です。常に患者さまの立場にたってどうあるべきか考えましょう。

lesson!

「私たちの身だしなみ」

皆さんの職場にも身だしなみのルールがあると思います。今のあなたの姿は、ルール通りきちんと整っていますか？医療ではなんといってもまず「清潔感」が求められます。「清潔」で「機能的」に整えましょう。また身だしなみはその人の第一印象を決定づける要素の一つといわれ、いわば自院のイメージを決める要素にもつながるものです。自院のイメージをきちんとお伝えするためにも、全員でルールを守ることが大切です。

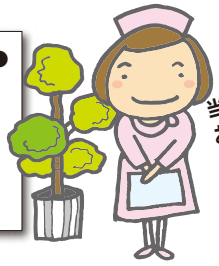


ある先生が
「ほんとうはノーメークが理想なんです」といわれました。
先生の医療人のイメージが、自然で健康的で明るく…と
いうものなのでしょう。先生自身とても自然でいい感じです。
きっとこの診療所のスタッフは“素顔”とはいかなくても、
「ナチュラルメーク」の方が多くなると思います。
イメージは院長の思いの表れ、まずスタッフに伝え。
スタッフは自分の姿にその思いを反映します。
こうしてその組織の風土や文化がつくられ
そこならではの「持ち味」となるのではないでしょうか…

スタッフにもいろんな人がいる！！

個人の好みで変形しやすい身だしなみ…
しかしバラバラでは困ります。なぜなら患者さまと直接接するあなた自身が、「自院の姿勢」を表しているからです。
全員が気持ちのよい身だしなみで患者さまと向き合うことが、信頼・安心につながると認識しましょう。
「接遇マニュアル」の中に、「身だしなみ」の項目を作って、「身だしなみチェックシート」を準備し、定期的にチェックしてはいかがでしょうか

● チェックシート（女性用）●
頭髪……長さ、色
顔……メイク
手元……爪
制服……名札、汚れ
足元……靴、ストッキング



当院らしさ…
おしゃれは自分のために…
身だしなみは人のために…

ここはみんな
きちんとしていて
気持ちがいいなあ…
ここなら安心して
診てもらえそうだ…

私たちの姿から患者さまは こんなことを感じているんです！

来院される患者さまにより信頼されるよう、身だしなみを整え、当院の姿勢を全員でお伝えしましょう！
次回は「笑顔と基本動作」について考えてみたいと思います。

誌上セミナー

人材マネジメント活性化のすすめ

第6回：コンピテンシー評価で業績が上がるか、…職能とコンピテンシー評価の違い。

立命館大学客員教授
医療経営研究センター副センター長
日本病院人事開発研究所代表幹事
齋藤 清一

今、なぜコンピテンシー評価なのか。コンピテンシー評価を導入して、果たして業績を上げることができるのだろうか。コンピテンシー評価の意味は高成果実現行動特性であり、また再現性のある行動と訳すことができる。

また、コンピテンシーは一般的な能力ではない。成果を継続して生み出していくためにはプロセスが大切であり、プロセスとしてのコンピテンシーがしっかりとしていなければならない。コンピテンシー評価における留意点は顕在化した行動のみを対象とするので、どんなに高い価値、知識、技術、スキルを持っていても行動に表れない限り評価の対象とはしないことがあげられる。

1.仕事ができる人の条件

人間はなにかを求め続けていかないと能力は止まってしまう。正にコンピテンシーとは高成果実現行動特性といわれるように、こういう行動を取れば確実に高い成果を獲得できる行動特性を明確化したディクショナリーである。コンピテンシー評価は成果主義におけるプロセス成果であり、その成果に結びつく行動特性の中身を見てみると次のようなことが分かる。

成果を上げ続けている人は変化対応能力を持っている。その変化に柔軟に対応できる人達は、単に仕事ができるだけではなく、環境適応能力やその場を理解する状況判断能力に優れている人が多い。どんなに専門知識や技術が優れていても、必ずしも顧客満足を得られる人達だけではない。コンピテンシーとは今までの、「何々ができる・何々を知っている…」の職能評価から、「何々をしている…」といった実証的行動特性であり、また、コンピテンシーとは優秀者の再現性のある行動特性である。したがって、このような行動をとれば、必ず業績（患者満足）に結びつく行動でなければコンピテンシーとはいえない。経営の発展はいつも「人有りき」である。また、良い仕事をする人は、志とロマンを持って努力しているし、そういう努力ができる人達は執念を持っている。気力、体力も充実している。そして、常に人間性、社会性、使命感などのコンピテンシーを意識して行動している。そのような素敵な人達は、単に仕事ができるだけではなく、人間としても心に磨きをかけている。それでは、もう少しコンピテンシーの中身を検証してみよう。

2.求める人材をコンピテンシーで明示

実力像といわれるコンピテンシーの「能力」と職能資格制度の「能力」とは一線を画している。コンピテンシーは成果行動である。患者満足、医療の質の向上のコンピテンシーは「何々をしている…」である。このような原点に立った行動分析の検討が少なかったのではないだろうか。時代には時代に見合った仕事のやり方があり、患者・家族のニーズがある。これらのニーズを受けとめるコンピテンシーの抽出はいったいどのように行うのだろうか。実際のハイパフォーマー（高成果実現行動特性保有者）にインタビューをして、成功事例を聞き出すことからスタートする。筆者がインタビューに立ち会って強く感じたことがある。それは、彼ら・彼女らは仕事に従事するときに、上司から言われたことを、ただそのままやるのではなく、いつも問題意識を持って、「もっと良いやり方はないか、もっともっと考えてみよう」と自分なりに創意工夫を凝らしている。そして成功すると、さらに新しい

創意工夫を加える。こうした循環を上手く回している。

一方、普通の成果しか上げられない人は、上司から言われたこと、引継ぎを受けたことを、何の疑問を持たずに、決められた手順通りに機械的にやっている。コンピテンシーの抽出はこうした違いを明文化することにある。

3.コンピテンシーの活用と限界

コンピテンシーのメリットをあげると次の通りである。

①行動特性は目で見える形で表現されているため非常に分かりやすい。曖昧さがなく評価者のレベルを合わせやすい。仕事と業績の一体化を図ることができる。

②クラスター（評価項目）別に具体的にフィードバックができるため、能力開発や行動改善に非常に有効である。キャリア開発の有効な手段・方法である。

③経営理念や戦略をコンピテンシーモデルとして明示できるため、何を、いつ、どうすれば良いのか、全員一致の行動をとることができる。

④理想的な職員像を具現化することができる。また、職種別・職階別コンピテンシーに合わせて、管理者の登用（昇進）昇格等、適材適所配置、および能力開発、行動改善の材料として活用することができる。　コンピテンシーを発揮できる仕事を選ぶことができる。

一方、コンピテンシーにも限界がある。気がついた2、3の問題点を上げると次の通りである。

①コンピテンシーはハイパフォーマー（高成果行動特性）をインタビューして作成するため、ハイパフォーマーがいない場合は作文をしなければならない。そのため、せっかく作成したコンピテンシーモデルの行動をとっても、業績に結びつくとは限らない。コンピテンシー評価が作文で作成されているためである。

②仕事はめまぐるしく変わる。それに合わせてコンピテンシー評価モデルも随時変えなければならない。

③コンピテンシーは行動特性の一つひとつについて評価をしなければならない。大変な作業である。

④職種、職階間のレベル合わせが難しい。ある程度の割り切りが必要である。

⑤新しい職種や対象者が少ない職種は精度が低い、等々

以上、大切なことはこのコンピテンシーを活用して業績を上げることが最終のアウトプットである。そして、コンピテンシーモデルを基準にして、自分を変える挑戦をする。まず、管理者が変わる。変わらなければ、部下は決して変わらない。まず、他人を見る前に自分の姿を見てみよう。

4.職能とコンピテンシー評価の違い

職能評価のことを一般的には人事考課といっている。人事考課とコンピテンシー評価の違いを次に図示した。人事考課は能力考課を主体にする考課で、「知っている。…できる」の表現であり、これに対してコンピテンシー評価は「今…している」という、目で見える行動特性で表現する。コンピテンシー評価は別名、実力評価ともいわれており、人事考課では取り上げない、感性、使命感、価値観、意欲、社会性、人間性、忍耐力などの性格、素質まで取り上げ評価する。これらの評価項目をクラスターというが、これらのクラスターは企業(病院)が異なれば優秀職員のキーワードも企業文化の違いによって皆異なる。また、コンピテンシー評価の範囲は広いのが特徴で、職業人として、社会人として、人間として立派であるか否かを評価する物差しである。これに対して、人事考課は企業人として「仕事ができるか否か」の限定した評価である。管理者層ともなれば、当然に人間として、社会人として適否の広い範囲のコンピテンシー評価が必要であり、実施されることとなる。

■職能とコンピテンシー評価の違い

	職　能	コンピテンシー
1. 職務との関係	低い 汎用的な表現	高い 職務に応じた表現
2. 成果との関係	低い 汎用的な能力	高い 成果と連動した行動
3. 表現方法	潜在的 ～できるという表現～	顕在的 ～していると言う表現～
4. あるべき姿	可能性 本来こうあるべき	実際 実際どうやっているか

筆者 ：齋藤清一 氏
立命館大学客員教授、医療経営研究センター副センター長、日本病院人事開発研究所 代表幹事

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

●所属学会：日本経営倫理学会

●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
鹿児島県いちき串木野市

あつい味なり。

この物語、人情鮪拉麺（まぐろラーメン）につき

さてさて、今回ご紹介するのは、江戸時代から「金山とまぐろの町」として知られた土地で誕生した、〔食のまち・いちき串木野市〕の人情グルメです。

いちき串木野市は、マグロ漁船が在籍全国一位で、年間約一〇〇億円の水揚げがあります。特産物である『まぐろラーメン』は、まぐろでとった出汁をスープにしています。本来、ラーメンは豚や牛や鶏などの動物系の素材でスープを作ります。しかし、こだわったのはまぐろそのものの素材を活かすこと、植物性の油のみを使用することです。そして、まぐろの頭とニンニクや生姜やネギなどの野菜類を強火でじっくり煮込んだ醤油味が特徴です。

完成までの道程は、手前どもが一言で語れるほど容易いものではありません。そこには、開発に携わった観光協会や飲食業組合、行政や町おこしを束ねた人たち〔串木野まぐろラーメン共栄会〕の、人と人の深い人情関係があったからこそです。

開発から一〇年、町を想う味は、まごころがあり、深い。そして、あっさりした滑らかな味わいは、まるで日本料亭のような気品さえも感じさせます。

ラーメン界の匠や達人、多くの料理人たちを唸らせたその味は、ストレートなネーミングとは裏腹に、良い意味で期待を裏切るでしょう。そして、食べた人の心に沁みわたるでしょう。

撮影協力／串木野まぐろラーメン共栄会

豊かな自然に歴史と伝統文化のある町。「食のまち」として特産品やイベントなど積極的に開催し、毎年多くの人が町に訪れます。この地で有名な祭りは『さのさ祭り』です。“みなと串木野”の情緒や漁民の心情を唄い継がれてきた「串木野さのさ」の調べにのって踊り連を繰り出す、県下でも有数の夏祭りです。美味しい食べ物、女性に関心の高いパワースポットなどもあります。
(2011年度の開催は7月下旬開催予定)

▲さのさ祭り

いちき串木野市 政策課／鹿児島県いちき串木野市昭和通133-1 TEL.0996-32-3111

編集部から

豊2011年3月11日午後2時46分。このとき、私は新幹線で広島方面に移動中でした。地震が起きたという報道が車内のテロップで流れ、その影響で多少遅れ気味で駅に着きましたが、用件は無事に済み、再び駅に戻ったところ、帰りの新幹線は大幅にダイヤが乱れており、ずっと立ったまま、通常の倍以上の時間をかけ家に帰り着きました。

被災地の状況が次第に分かってくるにつれて、その衝撃で疲れも何も、どこかへ吹っ飛んでしまいました。…あれから長い長い40日が過ぎ、今この原稿を書いています。

この日は私たち日本人にとって、決して忘れることができない日となりました。犠牲となられた方や被災され今も苦しい生活を余儀なくされていらっしゃる方々の心中を思うと、かけるべき言葉も見つかりません。ただ、今回、私たち医薬品・医療機器の供給に携わる者として、流通の大切さを身にしみて感じています。どんなことがあっても供給を止めないという気概を持ち、それぞれが持ち場の責任を果たしていきたいと思うばかりです。(K.K.)

チームをつなぐ。安全をまもる。

Safe Master

平成 23 年 4 月 1 日、株式会社アステム医療安全事業開発部は

新会社　**株式会社セーフマスター**

に生まれ変わりました（分社化されました）

株式会社セーフマスターは、統合チーム医療・安全管理システム Safe Master の 4 システム、「インシデント管理システム」、「感染管理システム」、「褥瘡管理システム」、「NST 管理システム」をご提供することで、チーム医療を支え、医療安全の向上のために貢献してまいります。

1 台のサーバで
4 システム運用可能

私たちは
チーム医療
情報共有・教育
医療安全
を支援します

Safe Master　株式会社 セーフマスター

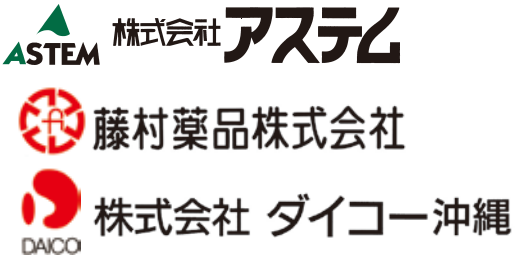
◇ 福岡本社　〒812-0007　福岡市博多区東比恵3-1-2 東比恵ビジネスセンター 11F
TEL 092-477-5753　FAX 092-477-0017

◇ 東京本社　〒101-0047　東京都千代田区内神田 1-5-6 第 2 福利久ビル 6F
TEL 03-6906-8740　FAX 03-3259-1277

http://www.safemaster.jp/

e-mail:safem@astemf.jp

ASTEM



possibilities are infinite Poti
Vol.06 2011年5月1日発行
発行/株式会社アステムPoti編集部 〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-1-2東比恵ビジネスセンター10F Tel.092-477-5754 印刷/トッパン・フォームズ㈱