possibilities are infinite

Poti [ポチ]

●EARLY SUMMER 07

特集●地域医療最前線

病院薬剤部が係わるチーム医療の現場

日本赤十字社 福岡赤十字病院（福岡県福岡市南区大楠3丁目1-1）

第11回アジアメディカルショー特別講演講師

感染制御と私 ～KRICT活動を通して～

医療安全 次なるステージに進むとき見直して進化させる新しいことにチャレンジする

治療最前線

関節リウマチ 治癒を目指す診断・治療の最前線 ～CareからCureへ～

一押し！ ME機器

超音波踵骨測定装置

「A-1000シリーズ」はここが違う

セミナーレポート

大分県佐伯市で、地域の小児医療・保健のあり方を考える市民公開講座が開催に

広報戦略さしすせそ

第1講・コミュニケーションの基礎と口コミ活用

クラブ活動レポート

設立10年目を迎えた「伊達病院卓球部」は、九州卓球界屈指の強豪チーム！

〈ロングコートチワワ〉

チワワは、世界的に公認された犬の中でも最も小さな種類です。原産地はさまざまな説がありますが、特に2つの説が有力です。そのひとつは、もともとは中国に起源があり新大陸にいた現地の小型犬と交配して現在のチワワに至っているという説、もうひとつはメキシコのチワワ地域が原産地であるという説ですが、いまだに議論は尽きないようです。

19世紀半ばからアメリカで品種改良が進められ、この時期に長毛種ロングコートが生まれました。日本では1970年代より飼育されるようになり、小型犬ゆえの飼育のしやすさから、人気となっています。特にロングコートは若い女性に人気が高いようです。(短毛種はスムースコート)

毛色は多種多様で大きな瞳は毛色と同様黒や茶褐色等様々な色が認められ、体温調節を担う耳は頭部に対して大きく、僅かに外側へ反ったたち耳です。またチワワならではの特徴としてはアップルドームと呼ばれる額が挙げられます。その名の通り、リンゴのような丸みを帯びた形に由来するものです。

性格は、献身的かつ機敏で知性があり自立心旺盛な反面、飼い主に対しては深い愛情をそそいでくれます。体が小さいので豊富な運動量が必要な犬ではないものの毎日のお散歩は必要です。ただ恒温動物なので、寒さに弱く冬のお散歩時は洋服を着せるなどして注意してあげましょう。チワワは日本の小さな家や部屋で飼うには最適のワンちゃんです。

「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〉日本赤十字社　福岡赤十字病院（福岡県福岡市南区大楠3丁目1-1）
病院薬剤部が係わるチーム医療の現場

06 〈第11回 アジアメディカルショー特別講演講師 寄稿〉
感染制御と私 ～KRICT活動を通して～

09 〈第11回 アジアメディカルショー特別講演講師インタビュー〉
医療安全 次なるステージに進むとき見直して進化させる新しいことにチャレンジする

13 〈第11回 アジアメディカルショーLMDP特集〉
医療の未来を拓くメディカルデザイン

14 〈病は「気」から気は「接遇」から〉「また、かかりたい」と思ってもらえる医療機関であるために（第2回）
「笑顔と基本動作」

16 〈セミナーレポート〉
大分県佐伯市で、地域の小児医療・保健のあり方を考える市民公開講座が開催に

18 〈医療機器情報〉一押し！ ME機器
超音波踵骨測定装置「A-1000シリーズ」はここが違う

20 〈治療最前線〉
関節リウマチ 治癒を目指す診断・治療の最前線 ～CareからCureへ～

24 〈医薬品情報〉
医薬品新規収載関連ニュース

25 〈市民公開講座開催のお知らせ〉
最近話題の単孔式内視鏡手術（TANKO）をご存知ですか？

26 〈広報戦略さしすせそ〉第1講
コミュニケーションの基礎と口コミ活用

28 〈誌上セミナー〉人材マネジメント活性化のすすめ（第7回）
加点主義で、チャレンジを引き出す ～チャレンジは人生を変える～

31 〈見える化のススメ〉
診療現場における見える化とは⑥ ～他業種の事例に学ぶ（その1）

34 〈クラブ活動レポート〉
設立10年目を迎えた「伊達病院卓球部」は、九州卓球界屈指の強豪チーム！

36 **プチ・ポチ・メッセージボード/編集部から**

病院薬剤部が係わるチーム医療の

Hospital Report 地域医療最前線

日本赤十字社 福岡赤十字病院（509床〔一般〕）
福岡県福岡市南区大楠3丁目1-1

平成22年度の診療報酬改定では、入院基本料等に多職種によるチーム医療を評価する「栄養サポートチーム加算（200点・週1回）」や「呼吸ケアチーム加算（150点・週1回）」が新設され、様々な職種にも焦点が当てられるようになってきましたが、近年の薬物療法の高度化に伴い、医薬品の安全使用の観点から、各チーム医療の場面においてますます薬剤師の参画が求められています。

ここ福岡赤十字病院薬剤部では早くからこうしたチーム医療の動きに着目し、あらゆる場面に薬剤師を送り込む努力を続けてきたといいます。今回、薬剤部長の大竹弘之先生にお願いして薬剤部を訪問。院内の各チームで活躍中の6名の薬剤師の方々にお集まりいただき、皆さんから話をうかがいました。

薬剤部として、様々なチーム医療に取り組むに至った経緯は？

大竹弘之先生――「今、チーム医療という言葉が盛んに使われるようになってきましたが、関係職種が集まりチームで診療に臨むことは、以前から行われていました。その意味では糖尿病教室が最初ということになります。平成6年のことです。今でいうチーム医療はNST（栄養サポートチーム）が最初です。平成17年に立ち上げました。通常NSTは栄養科が主導で行われるものですが、当病院では薬剤部が事務局を務めることになり、それがとてもうまく機能し、活動が軌道に乗ったことから、他の職種の人たちも薬剤師が様々な部門に介入していくことの効果を感じてくれたようでした。また、話が前後しますが、平成15年の頃、薬剤師を病棟に配置したり、治験管理センターの立ち上げでも薬剤師を1名専任配置したりして、積極的に病院内で業務拡大に努めていましたが、その流れの中で、平成16年には、看護部の方から相談依頼がありTPN（高カロリー輸液）の無菌調製も行うようになりました。やはり病棟などで顔を合わせるようになると良い関係ができてくるものだと実感しました。さらに同時期にICT（感染対策チーム）も発足し、もちろんここでも積極的に参加しています。」

平成15年から院外処方せんの発行を行うことになり、その時17名いた薬剤師が15名に削減されたという大竹先生。この時、近い将来、必ず薬剤師25名体制にしようと固く決意したそうです。ここから行動開始です。それには、まず、院内のどこに薬剤師の活動の場があるか見出していく必要があります。大竹先生は他部門との連携を強化し、院内のあらゆる情報を収集しながら取り組んできたといいます。

現場「薬あるところ、必ず薬剤師あり」を実践！

院内の各チームで活躍する薬剤部の皆さん
■後列左から…川野昭先生、竹野智彦先生、大石泰也先生、藤永理恵子先生
■前列左から…五反田智恵先生、大竹弘之先生、鶴田由貴先生

「薬あるところ、必ず薬剤師あり」の方針のもと、次々とチーム医療に参加

大竹弘之先生――「平成18年には当直が2交代制に変わり、その時に2名増員して17名に戻りました。続けて平成19年には、がん化学療法室に1名配置することになりました。抗がん剤のミキシングやレジメン管理など全て薬剤師が行います。平成21年からは手術室にも薬剤師が常駐することになりました。最初の1年は半日から始め、今は午前と午後1名ずつ配置できるようになりました。また当病院の場合、災害救護は、赤十字事業の中でも重要な活動の一つであり、大規模災害等に対して日本赤十字社福岡県支部と連携を取りながら積極的に取り組んでいます。特に平成17年に起きた福岡西方沖地震の際に、薬剤師の職能が非常に役立つということを実感しました。もちろん今回の東日本大震災でも継続的な派遣活動に積極的に協力しています。このように、『薬あるところ、必ず薬剤師あり』を実践すべく、現在23名の薬剤師は、病院のあらゆる場所に出向き、薬の適正使用のためにがんばっています。」

こうして大竹先生のお話から、チーム医療の現場に幅広く薬剤師が配置された経緯が理解することができました。ここからは、各現場で活躍されている6名の先生方に現在の取り組みについてお聞きしました。

緩和ケアチームについて…

藤永理恵子先生――「緩和ケアチームとしての活動は4年近く経ちます。現在、医師5名、緩和ケアとがん化学療法看護の認定看護師3名、看護師長2名、MSW2名に、薬剤師は私とがん薬物療法認定薬剤師の2名で構成されています。病棟からの依頼を受けてカンファレンスを行い、基本的には週1回の回診を行います。昨年末まで延べ207名の患者さんに介入。950件の症状緩和に係わってきました。この件数は当初の3倍近くになっています。それから、薬剤師としては薬物療法の提案を行ったり、医療者向けのポケットガイドを作成したりしています。また、退院後に訪問看護ステーションや緩和ケア病棟を持つ病院等との連携も必要なことから、年に6回行っている緩和ケアに関する院内研修会には、院内外の医療職種の皆さんにも参加いただけるようにホームページなどで広く告知しています。課題の一

つには、今日集まったような様々なチーム間の連携・情報共有がもっと活発にできるようになりたいと思っています。現在、がん化学療法とは密接に連携していますが、緩和ケアは、NSTやICTとも関連性が強いので、お互いに情報共有して、連携を深めていきたいと思っています。」

がん化学療法について…

川野昭先生――「平成20年2月に薬剤部を事務局として、がん化学療法運営委員会を立ち上げました。構成メンバーは、医師8名、看護師5名、医事課3名、薬剤師4名の計20名です。薬剤部で構築したデータベースをもとに、処方監査や調剤、安全キャビネットでの抗がん剤の無菌調製など薬剤部としての業務は当然のこと、チーム活動としては、院内運用ルールや副作用対策マニュアルの作成。院内レジメンについては、薬剤部で全て管理し、その審査と再評価を定期的に行い、不要なレジメンを整理して標準化・最適化を図っています。さらに職員向けには定期的な勉強会の開催や情報共有のため、がん化学療法運営委員会ホームページを院内のイントラネット上に開設しています。患者さんに対しては、説明用のツールを作成し、化学療法導入時のオリエンテーションと継続した薬剤管理指導を行っています。

現在、外来化学療法加算の件数は月120～130件くらいで推移していますが、6月からは外来化学療法にも本格的に介入し、患者さんが適切で質の高い治療を安心して受けられるよう、医師・看護師をサポートしていきます。また、調剤薬局との連携も必要になってきますので、院外での勉強会開催の検討も視野に今後の課題を整理し、できることから確実にやっていきたいと考えています。」

川野先生は、がん薬物療法認定薬剤師として前出の緩和ケアチームにも所属、両チームの牽引役を担っていらっしゃいます。

ICTの活動について…

大石泰也先生――「ICTは医療安全部の実行部隊として平成16年4月から活動しています。チームの構成は、医師8名、看護師5名（うち感染管理認定看護師1名）、薬剤師3名（感染制御専門薬剤師2名、抗菌化学療法薬剤師1名）、検査技師3名の19名です。病院各部署の感染症に関する情報を収集し、病院全体の状況を把握することとともに、その状況に応じた適切な指導・管理に関与しています。主な活動内容として、院内回診参加による感染対策への助言や、抗MRSA薬を使用している患者さん一人ひとりの血中薬物濃度を測定し、解析することにより患者さん個人に適した投与量を設定(TDM解析)するなどしています。院内感染対策を確実なものにするために、各種感染対策マニュアルを作成し配布すると共に院内感染症講習会を年に2回実施しています。また、感染関連の学会への参加や論文投稿も積極的に行っています。

感染症は地域で伝播拡散する特殊性があることから、地域連携は重要性の高い課題です。福岡県の感染制御専門・認定薬剤師の間では、メーリングリストでの情報交換を行っているほか、九州山口の感染制御専門・認定薬剤師連絡会議のネットワークを軸に他医療機関との交流を深めています。」

糖尿病教室について…

五反田智恵先生――「当院では、入院中の糖尿病患者さんに対して糖尿病という病気をより理解して頂くた

■カンファレンスの様子

めに約1週間の糖尿病教室を開いています。糖尿病教室では、薬剤師の薬についての講義はもちろんのこと、医師、看護師、栄養士や運動療法士など多数のスタッフにより講義が行われています。課題は、やはり外来での血糖コントロールです。病棟では良好にコントロールできていても、退院後自宅療養に切り替えてからうまくいかず、再入院してしまうケースが多々あります。それで平成22年1月から4名体制で外来での指導を開始しました。これまで160件の療養指導を行っていますが、月1回の通院が多く、指導時間が限られるため、なかなか難しさも感じています。今後は調剤薬局への情報提供の仕組みも考えて、良い方向に持っていきたいと思っています。」

治験管理センターについて…

鶴田由貴先生――「私は治験管理センターで治験コーディネーター（日本臨床薬理学会認定CRC）をしています。当院では平成16年4月1日に開設いたしました。センターの人員構成は、医師1名、薬剤師3名、検査技師1名、事務3名、治験コーディネーター（看護師）1名です。治験依頼者との交渉、被験者のリクルート、インフォームドコンセント取得の補助、治験のスケジュール管理、症例報告書への転記、治験審査委員会(IRB)の準備など治験にかかわるすべての段階でのサポートを行っています。最近では、治験環境も厳しくなっていて治験実施率は60%前後を推移しています。広報活動を強化し実施率の増加に取り組んでいます。」

NST（栄養サポートチーム）について…

竹野智彦先生――「現在医師7名、薬剤師2名、管理栄養士3名、看護師4名、臨床検査技師3名、リハビリスタッフ2名で構成しています。入院患者さんの栄養管理を行うために、薬剤部を事務局として平成17年4月より栄養サポートチームを設立しました。薬剤師は事務局として栄養サポートチームを円滑に運営し、回診では静脈栄養・経腸栄養・薬剤に関する提言を医師・看護師等に行っています。栄養状態が悪いと全ての疾患において、患者さんの回復具合が悪く、また、褥瘡発生のリスクも高くなるため、栄養サポートチームと褥瘡チームが協力して活動を行っています。薬剤師が専門性を生かし、栄養サポートチームと褥瘡チームに積極的に参加し、チーム医療に貢献したいと考えています。設立して7年が経ちましたが、ラウンドのノウハウが浸透してくるとNSTへの依頼件数が落ちてくるという現象が生じます。これはある意味、病院全体のスタッフが栄養管理の重要性を理解し、対応できているということで良いことかも知れませんが、まだまだNSTが介入すべき患者さんは多くいると思われますので、今後は受身ではなく、こちらから症例をピックアップしていく方向にシフトしていこうと考えています。」

院内で薬剤師の活躍の場はまだまだある。

大竹弘之先生――「今日、集まったメンバーのほかにも、いろいろな分野で活動をしています。たとえば、呼吸ケアチームや転倒転落のチームなどは病院の中でも重要な分野です。しかもきちんと薬物との関係をみていけば、薬剤師としてなかなか面白い分野なんです。この数年間増員を続けてきましたので、若い薬剤師の数もかなり増えてきました。この2つのチームには若いメンバーに参加してもらっていますが、まだあまり人がやっていないような分野だけにやり甲斐もあるのではないかと期待しています。」

■建築中の新病院のイメージ図（H24年5月完成予定）

感染制御と私

～KRICT活動を通して～

産業医科大学副学長・病院長、
泌尿器科教授
NPO法人
「KRICT
（北九州地域感染制御ティーム）」
理事長
松 本 哲 朗
（まつもと てつろう）

1 感染制御

新聞やテレビなどマスコミの報道に多くの病院感染事例が登場しており、医療関連施設における安全対策の中での感染制御の重要性が益々増大しています。また、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）などの抗菌薬に対する耐性菌は、日増しに増加・蔓延し、新たな脅威となっています。多剤耐性アシネトバクター（MDRAB）やMDRPの病院内集団感染事例の報道も、風評被害を含む多大な損失を出しています。また、新型インフルエンザも猛威を震い、行政や多くの民間企業などに大きな影響をもたらしたのは、つい先日の事です。さらに、東日本大震災においては、被災地や避難所などでの感染症対策が重要になっています。

一方、感染制御は、医師、看護師、検査技師、薬剤師、栄養士、微生物学者、事務部門など幅広い職種が集合し、すべての医療従事者が知恵と労力を出し合って行うものです。この観点から、多くの病院で院内感染対策委員会（ICC）や感染制御ティーム（ICT）が設けられています。しかし、感染制御は、個々の病院や医療関連施設のみでは解決できない部分も多くあり、地域における連携や相互支援が必要です。わが国では、感染症専門医、感染制御医師（ICD）、感染制御看護師（ICN）などが養成されているものの、まだまだ少ない状態です。また、このような資格や技術、知識を有する医療従事者が専任として雇用されている医療施設はさらに少ないことも事実です。このような施設面や人員不足などの感染制御における不備は、中小規模病院、長期療養型施設、老健施設や介護施設、特別養護老人ホームなどでは、さらに深刻です。

一方、感染症は種々の変貌をみせ、従来の体制では対処できない感染症が出現しています。また、以前より存在していた感染症も、従来とは違った観点からの対応を迫られています。さらに、種々の調査から、感染症の原因となる微生物は、患者や医療従事者の往来により、施設の壁を越えて地域に拡散していることも事実です。このようなことから、地域における感染制御の連携を行い、地域全体を視野に入れた感染制御を行う体制の確立が必要であると考えています。

2 感染制御 地域ネットワーク

感染制御活動に対しては、各医療施設は勿論のこと、地方自治体、国、学術団体などの熱心な取り組みが必要ですが、その具体的で、系統的な考え方は定着していません。そこで、厚生労働省は2003年に、感染対策有識者会議を組織し、具体的な方向性を示す提案がなされ、国としても感染制御に関する取り組みを行いました。その中で、感染制御に関する地域支援ネットワークの重要性が取り上げられ、自治体に対しては、ネットワークの整備、国に対しては、ネットワークへの支援、関係団体・学会に対しては、ネットワークへの技術的支援を要請しています。そのような動きの一環として、厚生労働省補助金の研究事業として、院内感染地域支援ネットワークにおける相談窓口を設け、そのデータベースの構築事業が行われました。国内の11地区でモデル事業を行い、一定の成果をあげました。しかし、この事業での国の支援は打ち切られ、地方自治体での継続的な活動を期待されています。このような動きに相前後して、我々は北九州および近隣地区における感染制御地域支援ネットワークとしての、北九州地域感染制御ティーム（KRICT）を立ち上げました。

3 KRICT

KRICTは、平成13年に医師、看護師、臨床検査技師、微生物学者、薬剤師などを含んだボランティア組織として結成し、平成15年12月にNPO法人の認可を福岡県から受けました。NPO法人の認可にあたり、12人の理事・監事を任命し、実働部隊の中心となってもらいました。すべての役員がそれぞれの医療機関や研究組織に所属しているため、KRICTとしての主な活動は、就業時間終了後となります。現在では、理事・監事以外に、幹事を任命し、ボランティアの増員を図っています。会員は個人会員、施設会員、賛助会員の3種類です。個人会員は、講習会・講演会で情報を得るほか、KRICTニュースやホームページまたはメールで情報を得ることもできます。一方、施設会員はニュースやホームページによる情報収集の他、常時感染制御に関する質問をすることができ、回答をKRICTから可及的速やかに受けることができます。また、ボランティアが各施設へ出かけ、技術指導や施設のラウンドなどを行っています。このような活動で最も重要な点は、施設における感染症の集団発生時の緊急対応です。施設からの依頼に応じ、緊急に対応し、問題解決を図っています。さらに、KRICTでは、年１回の総会のほか、定期的なものと不定期のものがありますが、年に5、6回程度の講演会・講習会を行っています。さらに、種々の施設における教育活動にも、講師や助言者として出向いています。KRICTの特徴は、現場へ出かけて、現場の意見を聞くとともに、現場の方々と一緒に、問題を解決する「現場主義」です。この作業には、多くの時間と労力を必要としますが、最も重要なことと感じています。

KRICTの活動内容は、各医療関連施設からの相談への対応、教育・啓発活動としての講演会・講習会の開催、ガイドブックやビデオの作成と販売、薬剤耐性菌のサーベイランス事業、行政主催の病院感染対策講習会への講師派遣、北九州感染症対策支援ネットワークへの協力などの事業を行っています。特に、北九州市との連携による地域感染対策ネットワーク事業は、その中核をKRICTが担い、地域感染制御ネットワークの中心となっています。このように、行政や各組織体と綿密な連携を保ちながら活動しています。一方では、独立性を維持するため、NPO法人となりました。行政やいくつかの組織体から資金的な援助を頂いていますが、そのような組織の完全なコントロール下に入らず、自らの立場を維持しているところが、大きな特徴の一つです。その理由は、種々の施設から安心して相談でき、我々独自の考えで、会員の利益に繋がり、ひいては患者や市民に安心して頂けるような組織にするためです。

地域における感染制御活動の内、最も重要なものは、種々の医療施設における集団感染（アウトブレイク）に対する緊急支援活動です。このような緊急対応は、年間4、5件ですが、1件ごとの対応に数回のフォローアップを要するので、延べの出動回数は、アウトブレイク事例の4.5倍の回数となります。施設内でのアウトブレイクは、耐性菌のアウトブレイクが最も多く、MRSA、VRE、ESBL産生菌関連、ノロウイルス関連、インフルエンザ関連などが多くを占めています。このような緊急支援活動においては、緊急性がもっとも重要ですので、施設よりの要請があれば、その日のうちに行けるボランティアを募り、対応することとしています。ボランティアは、全て昼間の勤務がありますので、勤務終了後の17:00以降に勤務地を出発することになります。どこかの医療施設でアウトブレイクがあり、緊急出動の要請が事務局に きますと、「本日、どこどこの施設でアウトブレイク対策の要請がありますので、何時までに行ける人は返事下さい」とのメールを出し、返事をくれた人の中から2～3人選定し、現地集合とし、車で駆けつけます。着き次第、施設の関係者からの事情聴取やラウンドを行い、対策を立て、実行して頂きます。そして、施設内感染対策を実行すると同時に、施設内講習会を行い、対策のポイントを啓発します。その後、アウトブレイクの収束まで何回かフォローアップを行います。このように、1回のアウトブレイク

について、4～5回の出動となることが常です。何回か、打ち合わせや研修会を行ううちに、施設内での関心が高まると各部署間の意思疎通が良好となり、収束へ向かうこととなります。

一方、平時における、施設内でのラウンドも行っております。外部からのラウンドによる観察とコメントは、各医療施設において、極めて有用性の高い活動です。毎年、4～8件程度行っています。電話やFAXによる質問に対する回答を行うことが、最も機会の多い活動となっています。また、年間に30件程度の質問を頂き、それにお答えする活動も行っています。各質問に対し、ボランティアのメールによる意見の集約を行い、KRICTとしての正式な回答を作成の上、質問者にお返ししています。さらに、病院感染対策に関する啓発資材の開発も主な活動の一つです。ビデオ作製、マンガでわかる院内感染対策をすでに3巻刊行し、感染制御からみたオムツ交換のマニュアル、現場から生まれた感染対策実用ガイドやバンコマイシン耐性腸球菌（VRE）感染対策ハンドブックなども執筆、作成を行いました。いずれも、好評を得て、販売数が伸びており、販売に伴う収益が活動資金の一部になっています。さらに、人材育成として、高齢者施設感染制御リーダー養成講習会を、産業医科大学構内の講義室や実習室を借りて、丸2日間を費やして行っています。毎年、50名程度の参加で、地域における感染制御リーダーの数を増やしています。

このような活動の中から、いろんなことが見えてきます。医療従事者には、まだ沢山の勘違いや思い違いがあること、教育の徹底が難しいこと、個人防護具の使用法がまちまちで間違いが多いこと、非効率的な感染対策などがあります。また、施設内では、感染対策に必要なことが整理されていないこと、経済的でない対策が多いこと、施設の経営者の感染制御に対する理解が十分でない施設があること、人材育成や人材の適正配置がおこなわれていない施設があることなどが見えてきます。

さらに、地域における研究活動、特にサーベイランス活動も重要です。MRSA、VRE、ESBL産生菌、MDRPなどの抗菌薬耐性菌は、一つの施設でアウトブレイクが起こると、そこから地域へ徐々に拡散・増加することが考えられます。また、急性型の病院は周りの病院、長期療養型施設、特別養護老人ホームなどと共通する抗菌薬耐性菌の感染や定着があり、患者の移動により拡散しやすいことが考えられ、お互いに耐性菌のリザーバーとなっていることが伺えます。従って、地域全体で耐性菌対策を行わなければ、効果的な耐性菌抑制効果が生まれないことも事実と思います。地域全体で協力して対応する必要があります。従って、地域レベルでの感染制御に関する共通認識を作り上げることも重要なことと思われます。

～KRICTの出版物～

4 感染制御の今後

各地域において、全ての医療関連施設を取り込んだ地域感染制御ネットワークとしてのKRICT活動は、10年近く経過し、少しずつ成果を上げつつあります。このネットワークを有効に活用し、病院感染や種々の感染症の流行を防止していきたいと思います。今後の課題としては、人的資源の確保、財政基盤の強化、教育活動の充実、サーベイランスの拡充とそれに基づく応用の拡大、アウトブレイクへの即時対応体制の強化などが挙げられます。KRICTが課題とするものは、地域の課題そのものです。KRICTでは、内部に各種委員会を設け、ボランティアの活動を綿密に計画し、推進しています。KRICTの熱心なボランティアの活躍により、より充実した地域感染制御活動が行われるようになっています。また、このような取り組みは医療従事者のみではなく、広く一般市民にも理解を得て、市民運動として育てていきたいと考えています。

医療安全

次なるステージに進むとき見直して進化させる新しいことにチャレンジする

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（あゆざわ じゅんこ）

【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 医療安全の取り組みが最近少々停滞しているような気がします。

A それは「停滞している」のではなくて、「いよいよ定着してきた」からではないでしょうか。

イギリスの心理学者であるジェームズ・リーズンはその著書「組織事故」のなかで、「大きな組織事故は『安全遵守』に向けた劇的な変貌をもたらすが、これらはすべて長続きしない。」「安全文化は、崩壊一歩手前のきわどい経験から突如として生まれるものではなく、むしろ、実用的で地に足のついた対策を一貫して継続することによって、徐々に形作られていくものである。」と書いています。

1999年に患者取り違え事故が起き、日本の医療安全は「劇的な変貌」を遂げました。国としての取り組みの方針が打ち出され、医療安全が医療法に定められるところとなり、現場の医療安全管理体制が形作られました。また、事例の収集が広く行われるようになり、大きな事故だけではなく事故にならずに済んだ事例（ヒヤリハット事例）を収集し再発防止につなげていこうとする取り組みは事故防止の基本的な取り組みとして浸透することとなりました。専従・専任の医療安全管理者の配置も進み、医療安全管理加算なども設定されるようになりました。

新しい取り組みが次々と進み、現場はもとより国をあげての取り組みが「医療安全管理体制」として形作られたのがこの10年です。形が整いつつあるなかで、そうした新しい取り組みが定着し、いよいよ「次なるステージに入った」ということもできるのではないでしょうか。

Q 「次なるステージ」とはどういうことでしょうか？

A 「見直して進化させる」、そして「新しいことにチャレンジする」ことです。

新しい取り組みとしてやってきたことが本当にその目的とする機能を果たしているのか、見直して進化させてみることがひとつ。そしてこれまでやっていなかった新しいことにチャレンジしてみることがひとつ。どちらもこの10年の取り組みがあったからこそできることです。

例えば、医療安全の取り組みのとして現場に浸透した事例の収集と再発防止の取り組みについても、見直して進化させることができることがまだまだあります。

Q 具体的にはどういうことでしょうか？

A 事例の収集方法を見直して進化させてみてはどうでしょう。

事例の収集の取り組みで先行するアメリカでは、自主的な報告制度で収集できる情報には限界があるとして、報告すべき項目を決めて収集していく「Focused Occurrence Reporting System」とい

う方式を併用しながら事例の収集に取り組んでいます。また、「24時間以内の再入院」「予定していなかった再手術」「予定の2倍以上の時間がかかった手術」といった、事故が起きる（起きている）可能性の高い事象をTrigger（ひきがね）として収集し、早い段階から状況を把握していこうとしています。電子カルテと連動させればオンタイムでデータとして収集することができますし、他の診療情報と関連させていろいろな観点から分析していくことも可能になります。そうかと思えば、現場を回って職員に直接医療安全に関する心配ごとを聞いていこうとする取り組みや、患者相談窓口に寄せられる患者さんからの苦情から医療安全に関する情報を収集していこうとする取り組みなど、さまざまな方法で総力をあげて事例の収集に取り組んでいます。

私たちの現場の取り組みのヒントになりそうです。

Q 取り組むべき「新しいチャレンジ」にどのようなものがあるでしょうか？

A 「患者参加の医療安全」も新しいアプローチです。

すでに「患者参加」は世界の医療安全の取り組みにおいて重要なアプローチのひとつとして認識されているといっていいのではないでしょうか。

1999年にアメリカの医学研究所（Institute for Healthcare Organizations）から発表された医療事故の現状と防止策に関する報告書で、いまでは世界の医療安全の取り組みの起爆剤となったといわれる「To Err is Human（邦題：人は誰でも間違える）」においては、「チーム医療を構成するメンバーは医療従事者ばかりではない。そのチーム医療を構成するのは、治療担当者、患者、それに医療技術である。可能な限り、患者を医療提供プロセスの一員として参画させるべきなのである」とし、「多くの病院、診療所、その他の医療の現場でほとんど活用されないままになっている重要な資源は患者である」と言い切り、その必要性を謳っています。謳うだけでなく、安全と質に関する研究機関であるAHRQ[1]は「20 Tips to Help Prevent Medical Errors（医療事故を防ぐ20のヒント）」を発表していますし、医療機関を評価・認定する第三者機関であるJC[2]は「Speak Up（質問があったら、気になることがあったら、おかしいと思ったら、声にだそう）」といったキャンペーンを展開しているなど、具体的な取り組みも進んでいます。

日本でも、誤認防止のために患者さん自らがフルネームで名前を名乗ったり、薬剤事故防止のために薬や点滴の内容を医療従事者と患者さんが一緒に確認したりすることが行われるようになっています。それぞれの現場に応じていろいろな取り組みが実践されていくといいと思います。そういう事例をぜひ皆で共有していきたいと思います。

目指すのは、互いの理解、そして「患者参加の医療」

当然のことながら、「患者参加の医療安全」は医療従事者が本来果たさなければならない役割を患者参加の名のもと、患者さんに転嫁しようとするのもではありません。医療従事者が本来果たさなければならない役割を果たしているかどうか、また果たすためにどうすればいいかについては、引き続き厳しく見直し検討しつつ、さらなる安全に向けて患者さんの役割を活かそうというものです。

患者参加の医療安全の取り組みは、実は事故防止にとどまりません。「ともに」取り組むことを通して、患者さんと医療従事者相互の理解、医療そのものへの理解が進むことも目指したいと思います。患者さんの声が医療従事者に届くだけでなく、医療従事者の声が患者さんに届くことも重要です。そのうえで、いろいろな議論ができるようになることも目指したいと思います。「患者参加の医療安全」は「患者参加の医療」にもつながっていくのではないでしょうか。

Speak up もし質問や気になることがあったら、声に出して尋ねましょう。そしてわからなかったらもう一度尋ねましょう。あなたの身体のことであり、あなたには知る権利があるのですから。

Pay attention あなたが受けている治療に注意しましょう。正しい医療職から正しい治療や薬物療法を受けているかを確認しましょう。なんであれ、大丈夫だろうと仮定してはいけません。

Educate あなたの病気の診断、受けている検査、治療計画についてきちんとした知識を持ちましょう。

Ask 信頼できる家族や友人に、あなたの代理人になってもらうことを頼みましょう。

Know あなたが服用している薬剤の名称、また服用する理由を知っておきましょう。薬剤に関するエラーは事故のなかで最も多いエラーです。

Use JCHAOが行っているようなしっかりとした医療の質と安全の基準に関する厳しい評価認定を受けている病院、診療所、外来手術施設、またその他の医療施設を使いましょう。

Participate あなたの治療に関するすべての決定に参加しましょう。あなたは医療チームの中心なのですから。

Q 医療安全全国共同行動について紹介してください

A 「成果を挙げていこう」というのも新しいアプローチです。

熱心な取り組みを続けてきたわけですが、大事なことがあります。果たして日本の医療は安全になったのでしょうか。

成果を挙げなければならない、そしてその成果が視えるようにしなければならない、とはいえ、何から始めればいいのか、どうすればいいのかわからない。そして、わかってはいるけれど、毎日の業務に追われて始めることができずにいる現場も少なくないはずです。

医療安全全国共同行動[3]は、「医療の質・安全の向上を目指す取り組みの普及」、「医療の質・安全の向上を目指す取り組みの成果の可視化」、「医療に対する患者・市民の信頼の向上」を目的としています。

2008年5月17日に東京でキックオフフォーラムが開催され、参加病院のエントリーが始まり、医療に従事するすべての職種の人々、病院、病院団体、専門職能団体、学会他さまざまな医療団体が、安全な医療を実現するために職種や立場を超え一丸となって医療安全対策の実施と普及に取り組むことになりました。

まずは、入院中の予期せぬ死亡を減らしていくことが急務であるとして、実施をすることで高い確率で防止できる可能性がある事故の発生を防止するべく、①「危険薬の誤投与防止」②「周術期肺塞栓症の防止」③「危険手技の安全な実施」④「医療関連感染症の防止」⑤「医療機器の安全な操作と管理」⑥「急変時の迅速対応と院内救急体制の確立」⑦「事例要因分析から改善へ」⑧「患者・市民の参加」という8つの行動目標に取り組むことになりました。2期目からは、WHOが提唱する「Safe Surgery Saves Lives」を「手術の安全」という特別行動目標として加えて、9つの行動目標になっています。

参加病院は、上記の行動目標のなかからそれぞれの病院の状況を踏まえ優先的に取り組む行動目標を選択してエントリーし、組織のトップのコミットメントのもとに組織全体でその実現に取り組みます。重要なポイントは、参加団体や支援チーム・支援病院によるさまざまなサポートが準備されているということです。9つの行動目標やその取り組み方については、現場ですぐに使えるツールキットや教育用ビデオ、DVD、スライド、そして関連情報がホームページを通して提供されています。

「何から始めればいいのかわからない」「どうすればいいかわからない」のであれば、まず共同行動のホームページにアクセスしてみる、そして、9つの行動目標のなかから選んで始めてみてはいかがでしょう。

Q 最後にメッセージを

A 「人は誰でも間違える、でも人は間違いをふせぐことができる」

「人は誰でも間違える」という文章は、先ほどご紹介した「To Err is Human」の邦題となって、広く知られ、そして盛んに引用されるようになりました。ただこの文章は、決して「間違えるのはしょうがない」と言い訳やあきらめてしまうために使われているのではありません。報告書のなかでは

「人間は誰でも間違える。しかし、間違いを防ぐことはできる(To err is human, but errors can be prevented)」と使われているのです。間違いを防ぐことはできる、だからより安全な医療システムを目指し構築していかなければならないというわけです。あらためて、「人は誰でも間違える」に続く「しかし、間違いを防ぐことができるのである」という文章を次なるステージに向けて心に刻んでおきたいと思います。

1) Agency for Healthcare Research and Quality
Making Health Care Safer
http://www.ahrq.gov

2) JC (The Joint Commission)
http://www.jointcommission.org/

3) 医療安全全国共同行動　http://kyodokodo.jp/

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

第11回 アジアメディカルショー

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　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　産業医科大学病院 院長
産業医科大学泌尿器科 教授
日本化学療法学会 理事長
NPO法人 KRICT 理事長
松本 哲朗

7月23日(土)
会場・・・【第2会場】福岡国際会議場 501
時間・・・13:30〜15:00
定員・・・300名

特別シンポジウム　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)

7月23日(土)
会場・・・【第2会場】福岡国際会議場 501
時間・・・13:15〜16:00
定員・・・400名

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)
■人工呼吸関連　肺炎の予防とケア
聖路加看護大学成人看護学　准教授 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 宇都宮 明美
■ヒューマンエラー事象分析の基本的考え方
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
■医療安全全国共同行動がめざすこと ・・・・・・・・・・・・・・・・ 鮎澤 純子(プランナー)

その他特別講演ご案内(事前申込)

7月22日(金)

◆医療サービスサイエンスに基づいた新しい電子カルテの設計
宮崎大学医学部附属病院
医療情報部 教授 医学博士
宮崎大学医学部 副医学部長　荒木 賢二

◆これからの医療提供体制とDPC
産業医科大学医学部
公衆衛生学教室教授　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

◆“医領”解放構想による ICT医療イノベーション：医療3.0
神戸大学大学院医学研究科　内科学講座消化器内科学
特命講師　杉本 真樹

定員になり次第締切らせていただきます

「医療の未来を拓くメディカルデザイン」

～医療福祉領域のイノベーションデザインを創造する～

LMDP 代表者　八村大輔氏に聞く

プロフィール：広告会社勤務を経て医療機器商社で予防医療と出会った96年「メディテインメント・コンセプト」を着想。01年TBSテレビのショッピングサイト編集長として放送連動型ECの基礎を築き、エスクァイアマガジン社に転身後、グッドデザイン賞とのメディア化連携やデジタル写真コンテストを主催。デザインの価値化やメディア・プラットフォームの事業化を構想し始める。06年、メディテインメントの実現を目指しメディシンクを設立。「ライフ&メディカルデザイン・プラットフォーム（LMDP）」活動を開始。有識者らによる啓発チームを組成し、健康・医療分野の様々な業務やプロデュースを手掛ける。

LMDPとは何ですか？

LMDPの（ライフ&メディカルデザインプラットフォーム：http://lmdp.medithink.co.jp/）とは、「デザインの力で超高齢社会にマッチした市場創出を行い世界に発信する」ために異業種を横断的に繋ぎ、それぞれの経験を社会的に価値のある知識として共有する場を生み出すために、株式会社メディシンクが5年前より推進してきた社会活動です。

医療従事者をはじめ、この分野に関心を持つ企業や個人の方々と共に、セミナーやワークショップなど様々なセッションを行っています。昨年からはより具体的な商品やサービス創出に向けた体験型コンテスト「メディカル・デザイン・アワード2010」も行っています。

なぜ、LMDPをはじめたのですか？

超高齢化社会では、誰もが自分事として健康や医療、そして介護と向き合い、健やかであり続ける社会づくりが求められています。しかしこの分野の商品や施設、サービスには、一般生活者が興味を抱き愛用したくなるようなモノが少ないのが現状です。医療サービスを必要とする方々が爆発的に増え、そして病院から在宅へ現場が広がるにつれ、機能だけではなくデザイン性が強く求められるようになります。この課題解決には多くの方々の知恵が必要で、それらを集め異業種が協力しながら業界をイノベーションしていく基盤としてLMDPを提唱しました。

第11回アジアメディカルショーではどのようなことが行われるのですか？

東日本大震災で石巻赤十字病院に利用されているQS72という仮設空間をベースに展開し、セグウェイの試乗をはじめ緑化医療の提案など、来場者の方々にこれからの医療におけるデザインの働きを実感できる場を提供します。また、佐賀大学救急救命センター長・阪本教授とセグウェイジャパン大塚社長による、「救急医療イノベーション」対談に加え、いくつかのトークショーやセミナーを行い、メディカルデザインが拓く未来を提案していきます。

病は「気」から
気は「接遇」から

～「また、かかりたい」と思ってもらえ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

二回目「笑顔と基本動作」

前回は「身だしなみ」について考えましたが、今回は「笑顔と基本動作」です。

基本動作は、**笑顔＋姿勢＋お辞儀＋歩き方＋物の受渡し＋指し示し** この6つをまず身につけましょう。

●笑顔 「自然治癒力」「治療意欲」を高めるための接遇 には何よりも"笑顔"が必要です！

どんなにいい言葉で話していても怒ったような顔では威圧的ですし、沈んだ表情では相手まで気が滅入ってしまいます。
相手の方に安心して治療を受けていただくためには、まず気持ちをほぐしていただくことが必要です。
その始まりが笑顔！ 笑顔はことばよりも先に始まるコミュニケーションかもしれません。

あなたはどっち派?!

〈笑顔なし子さん〉

13時から検査を致します。
検査は約30分かかります。
検査前は食事を控えて待ってて下さい。
よろしいですね。

【気持ち】・わかっていても忙しい時は接遇は無理、正確ならそれでいい。
【動作】・立ったまま座っている患者さまを見おろして話す。
【話し方】・伝えることだけを一方的に話す。

●目的 言うべきことを正確に言う

〈笑顔あり子さん〉

13時から検査します。この検査には約30分かかりますが、ご都合はよろしいでしょうか？検査前は食事を控えて頂きたいので、少しの間お辛いかもしれませんがよろしくお願いいたします。

【気持ち】・忙しい時ほどお待たせしているからより安心できるようにしたい。
【動作】・患者さまと目線を合わせるため、屈んで話す。
【話し方】・相手の都合などを推し測りながらお願いするように話す。

●目的 わかりやく説明し、気持ち良くお待ち頂く

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？

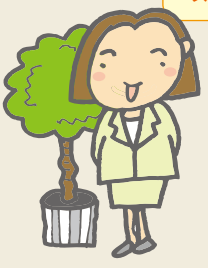
笑顔はあなたの「心の鏡」

ぜひ患者さまのために、笑顔でいられる人でいて下さい！

人は経験の数だけ「笑顔のレパートリー」も増えていく

生理的笑顔……社会的笑顔

気持ちのバロメーター　　相手のために笑顔になれる（人間の総合力につながる）



みんなでトレーニングしましょう！
トレーニングでは「歯」出してしっかり笑うことです。
「うれしい・たのしい・だいすき～」
など大きな声で、
口をしっかり開けて練習しましょう。

来院された患者さまは皆さん笑顔でお帰りになっていますか？笑顔は満足度のバロメーターでもあります。
患者さまもスタッフもみんなが笑顔でいられれば、そこは居心地のいい場所であり、患者さまの自然治癒力も高まるはずです。

lesson!

私が病院勤務をしていたある日のこと、こんなご指摘をいただきました。

「お宅の職員は三割の人しか挨拶しないね。あまり感じよくないよね。それから朝、病院の正面玄関から入ってくる人がいるけど職員は職員通用口を使うべきだよね」…この話から皆さんは何を感じられるでしょうか？

今から思うと手前味噌で恐縮ですが、私の勤めていた病院は、60床以上の眼科単科病院でしたが、その頃外来には毎日500人ほどの患者さまが来院されており、手術も数カ月待ち、診療技術はもちろん、患者さま対応の評価もおおむね合格点を頂いていると思っていました。もちろん接遇に関しても非常に力を入れて教育していました。しかし患者さまの満足度は私たちのレベルをはるかに上回り、「おおむね」ではなく、最低でも100%を求めていらっしゃったのです。うっかり素知らぬ感じで下を向いたまま歩いていたり、無意識に患者さまとすれ違ったりしていませんか？自分はたった一回のことでも、患者さまは何人もの職員と接しています。**スタッフ一人ひとりの何気ない対応で病院の印象が変わってしまう**という事です。常に**「全員が気持ちの良い挨拶ができている」**ということが大切なのです。

みんなで気持ちの良い挨拶を実行しよう！

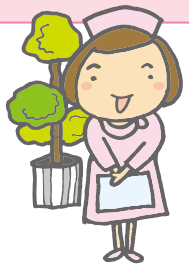
〈態度能力の標準化〉

患者さまは全体を通して医療機関の質を評価される。質の良さは、全員が気持ちの良い挨拶ができて初めて伝わる。

たった一人の心ない対応で全体の評価が下がってしまうということを認識しておきましょう。

笑顔の挨拶で好印象！！

〈挨拶の基本〉
①挨拶はこちらから先手でしましょう。
②笑顔と明るい声で挨拶しましょう。
③ご来院いただいたことに感謝をこめて！
④相手を見てきちんとした会釈を添えましょう。



朝礼でトレーニングしましょう！
○○さま、おはようございます！（分離礼での会釈）
○○さま、こんにちは！（きれいな姿勢で相手を見る）
失礼します。（患者さまの前を通るとき等は一言添えて会釈）
《笑顔＋姿勢＋お辞儀》

もう一つ考えて頂きたいのは、この方がなぜ「職員は通用口を使うべき」と、こんなことまでおっしゃったのかということです。単純には朝出勤してきた職員の態度がよくなかったのかな…と想像できます。もし「おはようございます」「失礼します」と明るく、また少し遠慮がちに通っていれば患者さまにそんなに不快感は与えないはずです。ここでも気持ちの良い先手の挨拶を心がけましょう。

また、患者さまの前を通らずに後ろを通る、または患者さま優先にして道を譲る…などといった配慮が必要です。これは出退時だけでなく院内を移動するときのマナーです。そして**「病院は患者さまのものである」という意識**でいることが大切です。院内のすべてを患者さまの視点で過ごしやすく、利用しやすいように設置、整備するべきです。また私たち自身もそう動くべきです。

大事なことはあくまでも「患者さまが主体である」ということ。接遇はそのために私たちのホスピタリテイマインドを表現するスキルです。あなたの温かな気持ちを、接遇のスキルを使って、ぜひ「見える化」して下さい！

接遇は「心の見える化」ではないでしょうか！

次回は「言葉づかい」について考えてみたいと思います。

大分県佐伯市で、地域の小児医療・保健のあり方を考える市民公開講座が開催に！

◎テーマ：今、もう一度考えよう 佐伯の活性化と未来。
…歴史と自然・海・山・田畑・豊穣の地、子どもは未来、地域社会基盤としての小児医療と小児保健

○日　時：2011年6月4日（土）14:00～16:30
○会　場：三余館（佐伯市大手前1丁目2-12）
○主　催：NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」
○共　催：佐伯市医師会、佐伯市　○後援：佐伯市教育委員会

去る6月4日（土）、佐伯市にてNPO法人「よりよい地域医療を応援する会」が主催する市民公開講座が開催され、当日は100名を超える来場者がつめかけました。まず、西嶋泰義市長より「子育てが楽しくなるまち・子どもが心豊かに育つまちをめざし－いつも子どもがまんなか－」と題し、佐伯市の小児医療・保健に対する考え方や施策について講演が行われた後、健康保険南海病院小児科部長の斉藤潔先生が座長を務められ、大分大学から小児医療に携わる泉達郎教授と是松聖悟教授による特別講演が行われました。特別講演ではワクチン接種に関して正しい知識を得る機会になったばかりか、大分大学小児科が取り組まれている「地域中核病院への継続的な小児科医の派遣による子育て支援」について説明があり、それに関係する研究報告の中で、予防接種拡大に注力した市では、出生数が増加に転じ、少子高齢過疎化に悩む自治体の活性化につながったという事例についても紹介があり、市民にとって大変意義深い内容の公開講座となりました。

佐伯市 西嶋泰義市長

特別講演１

「ご存知ですか？ワクチンで予防できる感染症は？効果と安全性は？地域に何をもたらすのか？」

大分大学地域医療・小児科分野
教授　是松聖悟先生

是松教授は、冒頭に「乳幼児期に多い感染症のなかに、ワクチンで予防できる病気があります」として、Hib感染症、肺炎球菌感染症、麻疹・風疹など14の疾患をリストアップしたスライドを示し、一つずつ丁寧に説明されました。たとえば、細菌性髄膜炎の原因菌の3/4がHibと肺炎球菌で、3か月～5歳が発症のピークとのこと。罹患した場合は1/3の子供が、死亡するか、発達障害、てんかんなどの後遺症を残したりするそうです。ワクチンが普及していない日本では抗菌薬を必要以上に出さざるを得ないため、この両菌の70%は抗菌薬に耐性化し、どんなに早く病院を受診しても限界がある状況に陥っているといい、ワクチンの重要性を説きます。ちなみにアメリカでは2か月児で6種類、15か月で8種類

泉達郎先生
大分大学小児科・神経小児科 教授

是松聖悟先生
大分大学地域医療・小児科分野 教授

のワクチンを接種し、その結果、Hib髄膜炎がなんと99%減少したとの報告があり、子供がワクチンを接種することによって、高齢者の感染症も減少しているという話など、とても新鮮でした。もちろん接種に対する不安払拭にも配慮し、Hibワクチン、肺炎球菌ワクチンによる副反応の話も加え、丁寧に話を進められていました。

このほか、MRワクチンや子宮頸がん予防ワクチンについてもお話いただいた後、最後に乳幼児・小児に対する公的補助による任意予防接種の拡大に注力し、出生数が増加に転じた竹田市の試みについて紹介がありました。13年間小児科医がいなかった竹田市に2002年より大分大学から医師派遣を開始し、2006年には水痘、ムンプスワクチンの公的補助を開始するなど予防接種拡大に努めた結果、感染症が減り、それと共に医療費や看病に伴う親の生産損失も削減され、出生率・出生数の増加につながるということが明らかになったといいます。一方で、医療費無料化などを進めた市もあり、そこでは、軽症の小児患者の時間外受診が増え、地域経済に負担を与えたばかりか、感染症も減らず、小児科医が疲弊してしまい、小児救急体制の縮小をまねいたそうです。まさに社会基盤として小児医療・小児保健があるという認識を新たにした講演でした。

斉藤潔先生
健康保険南海病院・小児科部長

特別講演2

「子どもを産み育てやすい街、健康な子どもの育つ街 ー小児医療の役割と評価」

大分大学 小児科・神経小児科
教授　泉達郎先生

泉教授は、まず、佐伯市に縁のあるオリンピック選手やプロ野球の野村謙二郎選手らの話題を引き合いに、元気な子どもが育つ街・佐伯をアピール。これまでの話を総括して、安心して出産、育児のできる社会を目指していくには、小児医療・保健事業の充実が不可欠だと、軽妙な口調で参加者に語りかけます。

大分大学小児科では、地域における小児医療と少子高齢過疎化が逆相関することから、大分県下の中核病院へ継続的に小児科医を派遣し、地域の小児医療を支援してきたといいます。是松教授の話にも出てきましたが、小児救急や時間外診療、予防接種補助の拡大、発達障害児を対象とした5歳児健診と療育、教育など竹田市における取り組みの成果を受けて、今後もこの医師派遣を継続し、地域の小児医療・保健事業の充実化を目指していくとの力強いことばで決意表明されました。また、将来を担う若い小児科医を育てるためにもこの大分県との協力による「おおいた地域医療支援システム構築事業」制度は良い臨床研修の場になっているとしています。最後に修練を積んだ有能な小児科医がしっかり故郷に根付いてもらえるように、大分県出身の医師をもっと増やしていきたいとも語り、大分県の未来に思いを馳せ、講演を終えました。

●公開講座を終えて…

今回の市民公開講座は、単なる小児の病気や治療の話ではなく、もっと大きな視点で小児医療について考えさせられる内容でした。佐伯市の皆さんにとっても、地域の医療がどのような考え方で整備されようとしているのか知るきっかけとなり、大変意義のある講座だったのではないかと感じました。

一押しME機器 Medical equipment information

超音波踵骨測定装置「A-1000シリーズ」はここが違う

現在日本は世界でも有数の「高齢化社会」と言われ、さらにその高齢化が加速しています。近い将来には65歳以上の人口が全人口の1/3を超えることが予想されており、高齢者への予防医学の重要性は増すばかりです。その社会的背景もあり簡易的な検査ができる超音波タイプの踵骨測定装置が売れています。今回はその中でシェア1位であるGEヘルスケア・ジャパンのA-1000シリーズ(A-1000 InSight, A-1000 EXPRESS)を紹介します。

■A-1000 Express 本体

製造:GEヘルスケア・ジャパン株式会社　販売:オムロンコーリン株式会社

高齢者の寝たきりの原因は？

1位脳卒中、2位老衰、3位骨折。何の順位かお分りだろうか？これは日本の寝たきりになる原因のトップ3である。脳卒中の予防はなかなか容易ではない。老衰は加齢によるもので日本の平均寿命の高さの証とも言える。しかし骨折は仕方のないことなのだろうか？他の疾患を差し置いて3位に入るとはどういうことなのか？

骨折が原因の寝たきりは、骨折さえしなければ寝たきりにならなくて済んだもので、その意味では悔やまれる場合が多いようだ。身近な親類の骨折に「気を付ければ防げたのに」と思われた方もいるだろう。米国では、骨折が原因で寝たきりになった場合、今度は寝たきりが原因で別の疾患を伴い、やがて気力も衰え早期に亡くなるケースが多いと言われている。

しかし実は骨折は気を付ければ防げるというものではない。実際高齢者の骨折は思いもよらぬ場合に生じることが少なくない。転倒や階段の踏み外しなど原因が明らかな場合ばかりでなく、寝起きや椅子からの立ち上がりなど日常のちょっとした動きでも骨折は生じている。特に大腿骨頸部は骨折しやすい上に折れれば寝たきりになる確率が高い部位である。その原因は高齢化に伴う骨の脆弱化であり、代表的疾患として骨粗鬆症が挙げられることは言うまでもない。つまり骨折は一見「病気ではない」と思われがちだが、実際にはすでに病気である骨がきっかけを得て折れたとも言えるのだ。

■踵骨の断面(測定部位)

なぜ超音波タイプの装置が売れているのか

骨粗鬆症は骨密度が減少する疾患であり、それは多くの人が加齢に伴い発症するものと言える。特に女性は閉経後に女性ホルモンであるエストロゲンが急激に減少することでこれまでの骨代謝バランスが崩れ、骨量が減少する傾向がある。かつて骨粗鬆症は加齢に伴う仕方のない疾患であったが、近年はビスフォスフォネート系薬剤など効果的な治療薬が開発されたことで「改善する疾患」へと変わってきた。つまり高齢者の骨折は、正しい骨粗鬆症治療により予防できるようになったのである。

骨粗鬆症は高血圧症や高脂血症などと同様に自覚症状のある疾患ではない。その治療のためにはまず検査を行う必要がある。いわば血圧を測定する、血液検査を行うのと同様に骨の状態を検査する必要がある。その検査方法で最も簡便かつ有効とされているのが超音波による踵骨測定である。

人間の骨というのはどこの部位も同じ構造をしているわけではない。骨は大きく2つに分けられ、外側の固い部分を皮質骨、内側の部分を海綿骨と呼ぶ。皮質骨と海綿骨は代謝のスピードが大きく異なり、海綿骨は皮質骨の7～8倍の代謝速度と言われており、その意味でも骨量の減少は海綿骨の観察が適していると言える。皮質骨と海綿骨の割合は部位によって異なり、例えば肘の下あたりの前腕骨近位部では海綿骨は5%程度しかない。逆に踵骨は90%程度が海綿骨であり、このことからも踵骨がスクリーニングに適していることがお分かりいただけると思う。

A-1000シリーズ独自のスティフネス値

GEヘルスケアはA-1000 InSightとA-1000 EXPRESSという2機種の超音波踵骨測定装置を販売している。InSightは平均12秒の高速測定が可能で、また測定箇所の画像を表示することで確かな確認ができるハイエンドタイプ。EXPRESSはその

弟分という位置づけだが測定方式や精度は同等である。

現在国内では6社から超音波タイプの踵骨測定装置が販売されている。その中でGEヘルスケアのA-1000シリーズがなぜもっとも売れているのか。その理由は2つある。

一つはA-1000シリーズのみが指標として採用している「スティフネス値」だ。国内で販売されている同様の装置の中にはSOS(Speed of Sound) という超音波透過時の伝播速度のみで測定を行っているものもある。しかしA-1000シリーズでは独自のBUA(Broadband Ultrasound Attenuation)という指標も併せて用いている。BUAというのは透過する超音波の減衰率を表しており、スティフネス値はこの2つの指標から求められる総合的評価である。簡単に解説すれば骨密度が正常であれば超音波はスムーズに透過するので伝播速度は早くなるが、多くの骨に音が当たることにより減衰率は高くなる。反対に骨密度が低い場合、超音波は空間を多く透過するため伝播速度は遅くなるが、骨に当たる回数は少ないため減衰率は低い。この説明だけだと伝播速度だけでも十分に評価できると思われるかもしれないが人の骨というのは単純に骨密度が高い低いだけでは実は評価できないのだ。

わかりやすく木造建築で例えてみよう。耐震強度の高い家とはどういう家だろうか？柱や梁が多い家だと答える方がいるだろう。しかしその柱や梁が細くても強度は高いと言えるだろうか？当然否であろう。このように家が丈夫であるか否かは柱や梁の数の多さ(密度)だけでは評価できず、柱や梁の太さ(質)も併せて考慮する必要があると言える。当たり前だがもっとも耐震強度の高い家とは太い柱や梁が数多く使われている家である。つまり骨も同じで、単に骨密度が高ければ骨が丈夫というわけではなく、海綿骨の骨梁が太いか細いかも評価材料として検討すべきなのだ。

A-1000シリーズの採用しているスティフネス値は、FDAも骨評価の指標として認可しているものであり、総合的に骨を評価するこの指標が国内でも支持を得ていると思われる。

簡便に使用できるアルコール噴霧タイプ

もう一つA-1000シリーズが支持されている理由は、測定箇所にゲルを使わずにアルコールをスプレーするだけで測定できる簡便さだろう。現在国内で販売されている6社の装置のうち、アルコール噴霧タイプの装置はA-1000シリーズだけである。この便利さは想像できることでもあるが、実際に測定を行ってみるとその差は歴然である。ゲルは被験者にもやや不快な感じを与え、検査後にそれをふき取らなければならず煩雑な感じは否めない。またゲルは装置にも残るため、オペレーターは測定のたびにふき取らなければならない。回数が少なければまだよいが、集団での検診などの際には大変な手間になると言えよう。それがアルコールであれば、被験者も装置も入念に拭く必要はない。仮にそのままにしておいてもすぐに蒸発してしまう。また装置については常にアルコールで消毒をしている状態でもあり、被験者にとっても清潔であると言える。

A-1000シリーズは差別化しやすいこの2つの点により市場で優位に立っていると言えよう。

もっと多くの方が検査を受けるべき

さらにオプションとしてラップトップPCによるデータ管理、そのPCとの接続による汎用プリンターでの結果レポートのカラー印刷にも対応している。またネットワークへの対応もDICOMネットワークに対応している。自治体主催の公民館などでの検診イベントへの対応も、専用の移動用ハードケースやカートを用意するなど多様な顧客の要望に応じられる仕様になっている。

このように簡便に骨の状態が測定できる踵骨装置だが、現在日本で稼働している台数はおよそ5000台程度と思われる。これは医療機関や検診機関の数に比べると決して多いとは言えない。例えば血圧計のない医療機関は存在しないだろうが、踵骨測定装置は持っていない施設の方が圧倒的に多いのだ。冒頭でも述べたように日本は今後超高齢化社会を迎え、その意味でも元気なお年寄りを増やし、寝たきりを減らさなければならない。そのためには多くの方が早期に骨粗鬆症のスクリーニング検査を実施し、骨量減少の疑いがあれば精検をし、骨粗鬆症と診断されたら投薬治療を行うという、当たり前のワークフローを定着させなければならない。そのためにも骨粗鬆症検査の入り口として踵骨測定装置はもっと普及してしかるべき装置と言えよう。

■A-1000シリーズと専用パソコンの接続イメージ

■専用パソコンを用いた検査結果の表示例

■専用キャリングケース（ソフトタイプ）

GEヘルスケア・ジャパン　www.gehealthcare.co.jp
カスタマー・コールセンター　TEL.0120-202-021
GE imagination at work
製造販売　GEヘルスケア・ジャパン株式会社
販売名称　超音波踵骨測定装置「A-1000シリーズ」(A-1000 InSight, A-1000 EXPRESS)
医療機器承認番号 / 20400BZY01038000

治/療/最/前/線

関節リウマチ

治癒を目指す診断・治療の最前線 ～CareからCureへ～

関節リウマチの治療は昨今著しく進歩しました。20年前の関節リウマチ治療の目標は、まずNSAIDsやステロイドを十分使用し症状を軽減させるという“Care”が中心でした。

1990年代後半からアンカードラッグとしてのメトトレキサートが普及し、2000年代に入り生物学的製剤が登場するとともに、治療戦略は大きく変わりました。薬物療法の進歩により、関節機能障害等により手術に至るケースは減少し、関節破壊の進行を抑制する内科的治療が関節リウマチ治療の中心となりつつあります。「臨床的寛解」が大きな治療目標となり、不治の病、難治性疾患のイメージが強かった関節リウマチは、今や“Cure”を目指せる時代となりました。

今回は、その関節リウマチについて最近の診断・治療の考え方をクローズアップして取り上げます。

関節リウマチの新分類基準

関節リウマチにおける関節破壊は発症早期に急激に進行するため早期治療が非常に重要です。できるだけ早期から経口抗リウマチ薬（DMARDs）を開始して、効果がなければ生物学的製剤も含め積極的に治療調節を行うという治療戦略により、多くの患者さんが寛解を達成できる時代になり、最近では早期診断がよりいっそう重要視されています。

しかし、これまで関節リウマチの診断に使用されてきたACR分類基準（1987年米国リウマチ学会）は20年以上前に作成された診断基準で、早期診断には限界がありました。

■ACR分類基準1987年

判定基準	定　義
①朝のこわばり	関節とその周囲での1時間以上持続する朝のこわばり
②3ヵ所以上の関節腫脹	3ヵ所以上で同時に生じた軟部組織の腫脹あるいは関節液貯留
③手関節腫脹	手首、MCP、PIP関節のうち、1ヵ所以上での軟部組織腫脹
④対称性関節腫脹	同時に両側の同じ部位での関節炎 （PIP、MCP、MTP関節は完全に対称でなくてもよい）
⑤リウマトイド結節	皮下結節の存在
⑥リウマトイド因子（RF）	健常人の陽性率が5%を超えない方法で証明されたもの
⑦手関節X線所見の異常	障害関節あるいはそれに近接して限局する骨びらん、あるいは骨破壊

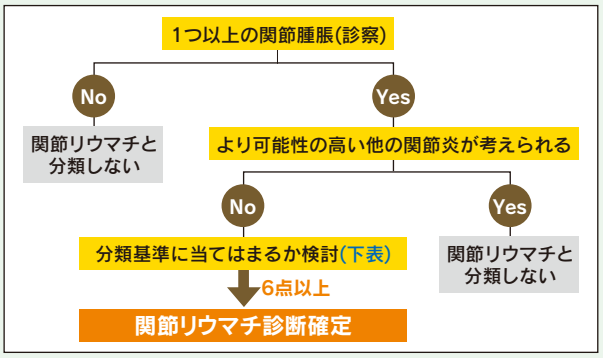
●上記7項目中4項目以上を満たすときに関節リウマチと診断する
※①～④の項目については、少なくとも6週間以上持続していることが条件である

この基準は約8年の長期罹病期間のある患者を基に作成された基準で、臨床症状の6週間以上の持続が条件であったり、早期ではほとんどみられないリウマトイド結節が入っていたりと、関節リウマチの早期診断には適していないと指摘されていました。

新たな診断基準が待ち望まれていた中、2010年6月に開催された欧州リウマチ学会（EULAR）で、米国リウマチ学会（ACR）と欧州リウマチ学会（EULAR）の共同作成による23年ぶりとなる新分類基準が発表されました。この基準は「持続性の関節炎や骨びらんを予防するために早期に抗リウマチ薬による治療開始が必要な患者を同定すること」を目標として作成され早期診断に非常に有用とされています。

新分類基準では、新たな関節リウマチのマーカーとして有望視されている抗CCP抗体が取り入れられた他、基準項目の見直しにより旧基準を満たさなかった、より早期患者の診断が可能です。ただし感度が優れる一方で特異度が劣る、すなわち偽陽性が多く出る可能性も指摘されており、専門医による他の膠原病との鑑別診断が重要となります。

■ACR/EULAR関節リウマチ分類基準2010年



〈分類基準〉

腫脹または圧痛のある関節数(診察,MRI,US)	
大関節の1ヵ所	0
大関節の2～10ヵ所	1
小関節の1～3ヵ所	2
小関節の4～10ヵ所	3
最低1つの小関節を含む11ヵ所以上	5
血清反応	
リウマトイド因子,抗CCP抗体の両方が陰性	0
リウマトイド因子,抗CCP抗体のいずれかが低値陽性	2
リウマトイド因子,抗CCP抗体のいずれかが高値陽性	3
罹患期間	
6週未満	0
6週以上	1
炎症反応	
CRP,ESRの両方が正常	0
CRPもしくはESRのいずれかが異常高値	1

〈Ann Rheum Dis;1580-1588,69,2010〉

抗CCP抗体

抗CCP抗体は2007年4月に保険収載された比較的新しい検査で、従来から関節リウマチの診断に使用されてきたリウマトイド因子よりも特異度に優れるとされ、最近汎用されています。

★抗CCP抗体(抗シトルリン化ペプチド抗体)
cyclic citrullinated peptide antibodies

関節リウマチ患者の血清にはシトルリン(アミノ酸)を含む蛋白に対する自己抗体が高率に発現し、しかも関節リウマチ発症前から検出されることがわかっている。抗CCP抗体は早期診断に有用であると共に、関節リウマチ重症化を予測する予後予測因子としても使用される。
【検査材料】血清　【検査方法】EIA法　【基準値】4.5U/mL未満
【保険点数】210点[区分 D014自己抗体検査](免疫学的検査)
※算定上の留意点などの詳細は診療点数早見表や検査会社にご確認ください。

■早期のリウマチ患者における感度・特異度

	感度(%)	特異度(%)
抗CCP抗体陽性	41～63	91～100
リウマトイド因子陽性	41～66	87～97
抗CCP抗体もしくはリウマトイド因子陽性	52～67	72～82
抗CCP抗体とリウマトイド因子陽性	33～58	98～100

感度:関節リウマチを正しく関節リウマチと診断できる確率
特異度:関節リウマチ以外の疾患を正しく関節リウマチではないと診断できる確率
〈Arthritis&Rheumatism;1472-1483,61,2009〉

リウマトイド因子の感度は80%程度で関節リウマチ患者のうち約20%は陰性を示し、早期のリウマチ患者ではさらに感度は低くなります。また他疾患や健常人でも数～数十%で陽性となり特異度が低いという欠点がありました。抗CCP抗体は、リウマトイド因子と比べ特に特異度が高いことが特徴で、リウマトイド因子と併せて用いることで関節リウマチの早期発見や鑑別診断にきわめて有用とされます。

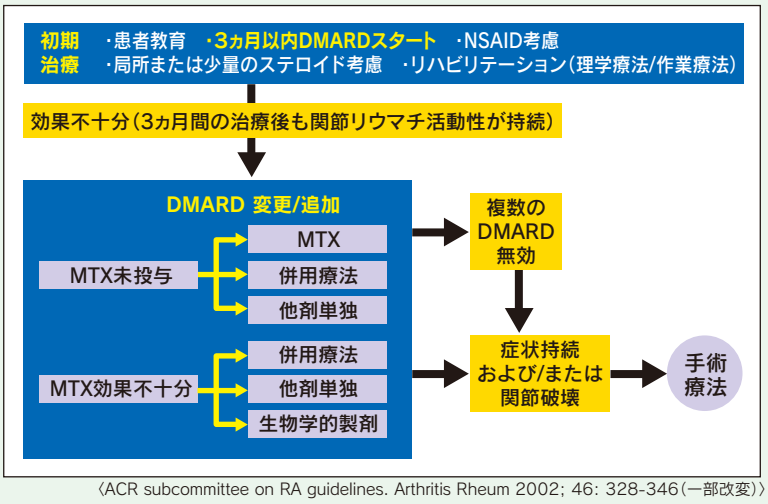
関節リウマチの薬物治療

関節リウマチの診断確定後は、より早期の治療開始が推奨されます。2002年にACRが示したガイドラインでは、診断後3ヵ月以内にDMARDによる治療を開始すると示されています。

国内で使用できるDMARDsは免疫抑制薬と免疫調節薬に分類されますが、現在の治療では抗リウマチ効果の強力な免疫抑制薬、中でもメトトレキサート(MTX)が中心となります。

ACRガイドラインでは、3ヵ月の治療後に効果不十分の場合にはMTX未使用の場合はMTXを使用する、MTXを使用している場合には他のDMARDの併用、さらには生物学的製剤の使用を推奨しています。

■ACRの関節リウマチ管理ガイドライン2002年(一部改変)



〈ACR subcommittee on RA guidelines. Arthritis Rheum 2002; 46: 328-346(一部改変)〉

■経口DMARDsの特徴

分類		抗リウマチ効果	ガイドライン上の推奨度
免疫抑制薬	メトトレキサート(リウマトレックス)	強	A
	レフルノミド(アラバ)	強	A
	タクロリムス(プログラフ)	中	A*
	ミゾリビン(ブレディニン)	弱	B
免疫調節薬	サラゾスルファピリジン(アザルフィジンEN)	中	A
	ブシラミン(リマチル)	中	A
	金チオリンゴ酸ナトリウム(シオゾール)	中	B
	D-ペニシラミン(メタルカプターゼ)	中	B
	オーラノフィン(リドーラ)	弱	B
	アクタリット(オークル=モーバー)	弱	B
	ロベンザリット(カルフェニール)	弱	なし

*GL作成時には未承認であったため推奨度は一般的見解

〈関節リウマチの診療マニュアル—診療のマニュアルとEBMに基づく治療ガイドライン(厚生労働省研究班2004)〉

メトトレキサートはDMARDsの中で最もエビデンスが豊富で、関節リウマチにおける長期の有効性、安全性が確立した現在の関節リウマチ治療には欠かせない標準治療薬です。

アンカードラッグ“メトトレキサート”

葉酸代謝拮抗薬であるメトトレキサート(MTX)が関節リウマチ治療に応用されたのは1960年代で、その後米国を中心とする大規模臨床試験によって、有効性と安全性が示され、1988年米国FDAが関節リウマチ治療薬として承認して以来、欧米を中心に抗リウマチ薬の標準薬/第一選択薬と位置づけられました。その後の生物学的製剤の開発に伴い、MTXと生物学的製剤併用の優れた有効性が報告され、2000年代に入ると欧米ではアンカー※ドラッグとして関節リウマチ治療の中心的薬剤と位置付けられています。

日本でも、1999年に関節リウマチに対する適応が承認され、現在では治療の基本薬として単独治療、併用療法に広く使用されています。

※アンカー
アンカー(錨:いかり)は船をつなぎ止める重要な役割を果たしているものですが、「中心的役割を果たしている」「勝利の行方を左右する」「信頼がかけられている人や物」を指す言葉としても使われます。

メトトレキサート製剤の使用可能範囲の拡大

海外の報告では、MTXが第一選択薬として使用される率は併用療法を含めて90%以上にのぼるとされます。しかしながら日本では従来、添付文書上「他の抗リウマチ薬で十分な効果の得られない場合」に使用が限定されており、MTXを第一選択薬として使用することができませんでした。また、承認用量も海外で使用されている用量よりもはるかに低く設定されていました。

このような中、「発症早期から進行する関節破壊を抑制するためにMTXを早期から積極的に使用すべき」との考え方から、日本リウマチ学会より承認内容見直しの要望がなされ、公知申請により今年2月に効能効果・用法用量の変更が承認されました。

■メトトレキサート製剤の効能・効果、用法・用量の変更(2011年2月)

	改訂前	改訂後
効能・効果	関節リウマチ 過去の治療において非ステロイド性抗炎症薬及び他の抗リウマチ剤により十分な効果の得られない場合に限る	関節リウマチ
用法・用量(抜粋)	増量する場合はメトトレキサートとして1週間単位で8mgまでとし、12時間単位で3回経口投与する	1週間単位の投与量として16mgを超えないようにする

この変更により、MTXの第一選択薬としての使用が可能になり、最高投与量は16mg/週と海外に近い用量まで使用することができるようになりました。アンカードラッグであるMTXの使用の幅が広がることから、今後関節リウマチ治療のさらなる進展が期待できます。

続々と登場する生物学的製剤

関節リウマチ治療にパラダイムシフトがおこり、“Cure”を目指すことができるようになったことには生物学的製剤の登場が大きく寄与しています。日本では、2003年にレミケードが承認されて以来、有用な薬剤が次々と登場し、現在では計5剤が使用可能になりました。それぞれ作用機序や投与法が異なり、患者さんの病態や治療法のニーズに合わせて使い分けされているようです。

生物学的製剤は、関節リウマチの病態に関与しているTNFαやIL-6などの炎症性サイトカインやT細胞を阻害する薬剤で、非常に強力な関節破壊抑制効果を有し、高い寛解率が得られます。基本的に適応は経口DMARDs効果不十分例ですが、早期の導入でより高い寛解率が期待できるため、疾患活動性の高い患者さんなどでは早い段階から使用されるケースもあります。最近では、発症早期からMTXと生物学的製剤による積極的治療を行い寛解導入することにより、薬剤を中止しても寛解状態を維持できる“ドラッグフリー”という、ほぼ治癒に近い状態が得られる症例もあるようです。

非常に高い有効性を有する生物学的製剤ですが、症例により薬剤の反応性が異なり全ての患者さんが寛解導入できるわけではありません。したがって、新たな選択肢のニーズは高く現在も生物学的製剤を中心に多くの薬剤が開発されています。

■生物学的製剤

商品名	レミケード	エンブレル	ヒュミラ	アクテムラ	オレンシア
メーカー	田辺三菱	ファイザー=武田	エーザイ	中外	ブリストル
標的	TNFα			IL-6	T細胞
構造	抗TNFα抗体(キメラ型)	TNF受容体融合蛋白	抗TNFα抗体(ヒト型)	IL-6受容体抗体(ヒト化)	融合蛋白
投与法	点滴静注(2時間以上)	皮下注	皮下注	点滴静注(1時間程度)	点滴静注(30分程度)
自己注射	不可	可	可	不可	不可
投与間隔	8週ごと	週2回又は1回	2週ごと	4週ごと	4週ごと
国内承認	2003年	2005年	2008年	2008年	2010年

■開発中の抗リウマチ薬(Phase3以上)

薬剤	メーカー	特徴 (作用機序など)	開発段階
ゴリムマブ (シンポニー皮下注)	田辺三菱 =ヤンセン	抗TNFα抗体 完全ヒト型抗体、皮下注(月1回)	2011.7月 承認予定
イグラチモド	エーザイ =大正富山	経口DMARD NF-κβ阻害薬	再申請準備中 (Phase3)
セルトリズマブ	UCB =大塚製薬	PEG化抗TNFα抗体 皮下注(月1回)	Phase3
アクテムラ 皮下注用製剤	中外	アクテムラの新投与経路	Phase3
オレンシア 皮下注用製剤	ブリストル	オレンシアの新投与経路	Phase3
フェザキヌマブ (PF-5212367)	ファイザー	抗IL-22抗体	Phase2/3
トファシチニブ (CP-690550)	ファイザー	経口JAK阻害薬	Phase2/3
PF-5230896	ファイザー	TNFα阻害薬	Phase2/3
PF-5230895	ファイザー	抗CD20抗体	Phase2/3

近日登場予定の新規生物学的製剤「シンポニー皮下注」は、7月に正式承認、9～10月薬価基準収載予定です。

■シンポニー皮下注製品概要(薬価基準未収載)

商品名	シンポニー皮下注50mgシリンジ
メーカー	田辺三菱=ヤンセン
一般名	ゴリムマブ(遺伝子組換え)
特徴	●ヒト型抗TNFαモノクローナル抗体 ●月1回(4週に1回)の皮下注製剤で投与頻度が少ない ●MTX効果不十分例や、他のTNF阻害薬効果不十分例に対する有効性が確認されており、有効性や安全性は既存TNF阻害薬とほぼ同程度とされる

新たな治療薬の登場により関節リウマチ治療のさらなる進展が期待できます。

今回ご紹介したように、関節リウマチの診断・治療はめざましく進歩していますが、一方で地域によっては早期診断・早期治療の機会を逃がしている患者さんもまだ多くいらっしゃるようです。

関節リウマチ治療の発展と同時に、最新の診断・治療の普及により、より多くのリウマチ患者さんがその恩恵を受け、快適な生活が送れるようになることを期待します。

【参考文献】
medicina 2011年2月号
最新医学 2009年5月号
関節リウマチは治せる時代に(日本医事新報社)
診療点数早見表 2010年4月版
日本リウマチ学会ホームページ
日本製薬工業協会ホームページ
各製品添付文書

医薬品新規収載関連ニュース 医薬品情報

【1】平成23年7月収載予定の新医薬品

商　品　名	規格	会社名	一般名	備考
内 用 薬				
グルベス配合錠	1錠	キッセイ	ミチグリニドカルシウム水和物/ボグリボース	2型糖尿病治療剤(速効型インスリン分泌促進薬/食後過血糖改善薬配合剤)
トラムセット配合錠	1錠	ヤンセン	トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン	慢性疼痛/抜歯後疼痛治療剤
ミラペックスLA錠0.375mg、1.5mg	0.375、1.5mg	日本ベーリンガー	プラミペキソール塩酸塩水和物	ドパミン作動性パーキンソン病治療徐放性製剤
リクシアナ錠15mg、30mg	15、30mg	第一三共	エドキサバントシル酸塩水和物	抗凝固薬(経口FXa阻害剤)
リパクレオン顆粒300mg分包	300mg分包	エーザイ	パンクレリパーゼ	膵消化酵素補充剤
リパクレオンカプセル150mg	150mg			
レクサプロ錠10mg	10mg	持田	エスシタロプラムシュウ酸塩	うつ病・うつ状態治療剤(選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI))
注 射 薬				
ハラヴェン静注1mg	1mg/1瓶	エーザイ	エリブリンメシル酸塩	抗悪性腫瘍剤
ミルセラ注シリンジ25μg、50μg、75μg、100μg、150μg、200μg、250μg	25、50、75、100、150、200、250μg/1筒	中外	エポエチン ベータ ペゴル(遺伝子組換え)	腎性貧血治療剤(持続型赤血球造血刺激因子製剤)
外 用 薬				
イクセロンパッチ4.5mg、9mg、13.5mg、18mg	4.5、9、13.5、18mg	ノバルティス	リバスチグミン	アルツハイマー型認知症治療剤
リバスタッチパッチ4.5mg、9mg、13.5mg、18mg		小野		
スープレン吸入麻酔液	1mL	バクスター	デスフルラン	全身吸入麻酔剤

※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。

MEMO

〈経口抗凝固比較表〉

7月に薬価収載予定の「リクシアナ」により経口抗凝固薬は3種類になります。
これらの基本情報を下表にまとめました。

商　品　名（メーカー）		ワーファリン（エーザイ）	プラザキサ（日本ベーリンガー）	リクシアナ★（第一三共）
成分名		ワルファリンカリウム	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	エドキサバントシル酸塩水和物
作用機序		ビタミンK依存性凝固因子(第Ⅱ,Ⅶ,Ⅸ,Ⅹ因子)の生成を阻害	トロンビンを直接阻害	第Ⅹa因子を直接阻害
効能・効果	血栓塞栓症の予防	●	●	●
	血栓塞栓症の治療	●		
	対象となる血栓塞栓症	静脈血栓症、心筋梗塞症、肺塞栓症、脳塞栓症、緩徐に進行する脳血栓症等	心房細動患者における虚血性脳卒中、全身性塞栓症	膝関節全置換術、股関節全置換術、股関節骨折手術施行患者における静脈血栓塞栓症
相互作用		主として肝薬物代謝酵素CYP2C9によって代謝される	P-糖蛋白の基質。肝薬物代謝酵素(P-450)による代謝を受けない	
投与回数		1日1回	1日2回	1日1回
術前対応	大手術	5日前から休薬	2日以上前から休薬	―
	小手術	4～5日前から減量	24時間前から休薬	
備考		血液凝固能検査に基づき投与量を決定し、血液凝固能管理を十分に行いつつ使用する	―	原則、術後の入院中に限って使用する

【参考】各添付文書、IF、Warfarin適正使用情報第3弾

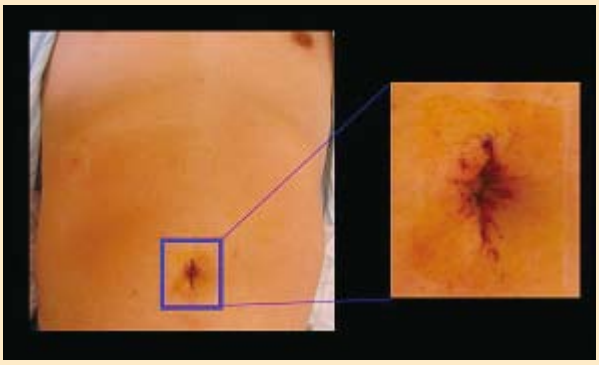
★:薬価基準未収載

※詳細については添付文書などでご確認ください。

最近話題の単孔式内視鏡手術(TANKO)をご存知ですか？

単孔式内視鏡手術は、おへそに1カ所、約2cmのきずで手術を行うため、痕がほとんど残りません。当科では、胆のう結石だけでなく、世界に先駆けて総胆管結石、肝嚢胞、一部の胃癌や大腸癌、虫垂炎、ヘルニアなど230例以上の単孔式内視鏡手術を行い、現在では全国有数の症例数となっています。単孔式内視鏡手術はカメラや鉗子(かんし)などの手術器具を1カ所のきずから挿入して行うため、高度な技術が必要ですが、産業医科大学消化器・内分泌外科では、日本内視鏡外科技術認定医、全国の単孔式内視鏡手術インストラクターが単孔式内視鏡手術を担当しています。このたび「最新の医療」をテーマに単孔式内視鏡手術を含めた市民講座を開催することになりましたのでお知らせ致します。

また、当科では地域社会貢献活動を目的として、「外科手術体験キッズセミナー」を毎年開催しています。北九州市とその近郊の中高生を対象に外科医の指導のもと、実際の手術室で超音波メスによる模擬手術体験や最新の内視鏡下シミュレーター操作、手術用縫合糸による結紮練習などが体験できますのでぜひ、ご参加ください。



産業医科大学第1外科 市民公開講座のお知らせ

開催日時:2011年8月20日(土) 10:30～12:00

場　　所:産業医科大学病院3階大会議室

テーマ「最新医療」

主　　催:産業医科大学第1外科

総合司会:柴尾　和徳　産業医科大学第1外科　学内講師

開会の辞:山口　幸二　産業医科大学第1外科　教授

講演1. 10:30～10:50「肝胆膵領域におけるTANKO」
田村　利尚　産業医科大学第1外科　助教

講演2. 10:50～11:10「胃癌の単孔式内視鏡手術」
柴尾　和徳　産業医科大学第1外科　学内講師

講演3. 11:20～11:40「大腸がん～体にやさしい手術をめざして」
鳥越　貴文　産業医科大学第1外科　助教

講演4. 11:40～12:00「乳がんで命を失わないために 薬物治療の最前線情報」
金光　秀一　産業医科大学第1外科　助教

※申し込みは事務局までご連絡ください。ただし、当日申し込みもお受けします。

「外科手術体験キッズセミナー」のお知らせ

開催日時:2011年8月20日(土) 10:00～13:30
(募集締切7月8日)

場　　所:産業医科大学病院　手術室

受 講 生:周辺地域中学校・高校から応募のあった20名
(多数の場合は厳正なる抽選)

《事務局・問合わせ先》

産業医科大学第1外科　教授　山口幸二

〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

TEL:093-691-7441

共催:産業医科大学第1外科
ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)

広報戦略

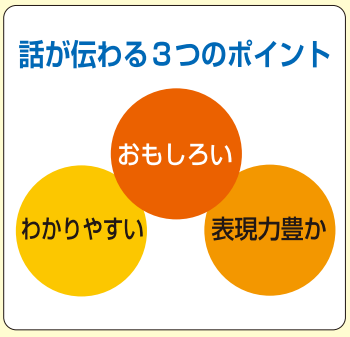
さしすせそ

強固なファンづくり5つの視点

メディカル広報センター代表
四元重美（よつもとしげみ）

1954年鹿児島県生まれ。流通業の宣伝部、広告代理店にて出版物、屋外広告、印刷メディア等の企画に携わったのち独立。現在、メディカル広報センター、わくわくコーポレーション代表取締役。雇用・能力開発機構新規・成長分野企業等支援アドバイザーのほか鹿児島大学の社会人講座講師などを務める。

医療を取り巻く環境は医療機関同士の競合に加え、国民の意識も急速に変化している。そのような中、医療市民との関係をより強固にする手法として「広報」の果たす役割は大きい。そこで今回より『広報戦略さしすせそ』（5つのS…Surprise・驚き，Sympathy・共感，Strategy・戦略的，Segment・細分化，Society・社会）と題して6回シリーズで解説する。



第1講
コミュニケーションの基礎と口コミ活用

知られなければ存在なし

モノづくりや町興しの現場でよく聞かれる言葉に「使ってもらえれば、来てもらえればその良さが分かる…」というものがある。しかし、この言葉には大きな問題がある。それはまず「知ってもらう」という広報の視点が欠けているのだ。そもそも知らないものについてその良さがわかるはずもない。

では、知ってもらうためにただ伝えればいいのか、というとそうではない。ただ声高に叫んでも人の印象には残らないのだ。物事が相手に伝わるか伝わらないかには大きく分けて3つの側面がある。

おもしろい、わかりやすい、表現力豊か、この3つだ。

「おもしろい」とは素材そのものがユニーク、切り口が斬新ということ。

「わかりやすい」とは話の組み立て・構成で、どのような順番で伝えるかということだ。せっかく良い素材、ユニークな話題も順序がおかしいと伝わりにくい。

「表現力豊か」とは、声、表情、姿勢などパフォーマンス的な要素を指す。これに加えて感情を刺激する「コトバ」がポイントだ。

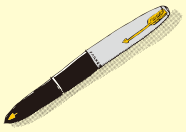
また、広報活動を展開する上で対患者という視点ではなく、家族ややがて患者となりうる人（これを医療市民と位置づける）、企業、行政、団体など幅広く『社会全般（**Society**）』を意識し、『戦略的（**Strategy**）』に『細分化（**Segment**）』した相手にメッセージを発信することが肝要である。

伝わるから共有するへ

皆さんは経験ないだろうか？お店で店員からしつこく付きまとわれたことが…。人間は誰しも自分の買い物を他人に左右されたくはない。私も洋服の専門店で「どんな洋服をお探しですか？」「これなどいかがでしょう。これからのシーズンにピッタリですよ」「これは有名メーカー製で丈夫にできているんですよ」など聞きたくもない話を延々聞かされた経験がある。私自身、興味があるのは“今手持ちのスラックスやシャツとどうコーディネートするか？”なのだ。この店員は自分の都合をお客に押し付けているに過ぎない。

競争激化、価値観多様化の今こそ
広報がブランド化を可能にする。

口コミ最大化のカギは、ギャップ×適切なツール選び。



「お客様は今日どういう目的でお越しになったのですか？」

これだけ聞けばよい。実は伝えようとすればするほどそのギャップが生まれやすくなる。もちろん伝えようとする努力は大事であるが、その努力がどうしても自分の側からの視点になりがちだ。

また、医療の世界においては技術やサービスを提供するだけではなく「想い」を伝えることが重要になってくる。それは、命にかかわるだけに信頼できる人に診てもらいたいからだ。だからこそ、ドクター、スタッフとの相性がポイントになってくる。

「想い」を伝えるとは、「なぜ医師を目指そうと思ったのか」、「日々どんな想いで診療にあたっているのか」などのほか、患者が日々不安に思っていることをクローズアップするのだ。これが『共感（**Sympathy**）』につながる。ホームページにしろ、パンフレットにしろ、販促ツールにおいては「説明」ではなく「感情」に訴える表現を心掛けたい。人間を行動へと駆り立てるスイッチは「コトバ」が司っているのである。

ギャップと感動

次に口コミの発生メカニズムについて考えてみよう。医療界ではキチンと真面目に診療し高い技術を提供しさえすれば口コミが起こると考える向きもある。が、それは医療市民の側から見ると当たり前過ぎて口コミにはなりにくい。口コミに必要な要素は一種の「ギャップ」なのだ。

先般、地域で評判のクリニックを初めて訪問した。受診までに約2時間かかり、診察はホンの3分間。しかもドクターはどこか機械的で態度に温かみが感じられない。しかし、なぜ評判がいいのかその謎が解けた。

ドクターの説明不足を看護師がカバーしているのだ。別室で説明を受けた後、看護師が最後に「不安なこと、疑問に思うこと、何かございませんか？」と言ったのだ。しばし考え込んだ後、何もないことを伝えると「本当によろしいですか？」の更なる確認。この一言で救われる思いがした。

私自身、ここまで丁寧だとは予想していなかった。これが一種の『驚き（**Surprise**）』だ。つまり、事前に抱く期待より実態が悪ければ悪い口コミ、期待通りであれば当たり前、期待を超えたところに口コミは発生する。

ツールの有効活用

また、口コミの媒介に“ツール”を有効活用したい。人は何か感動することがあってもよほどのことがないと他人に伝えないし、また、適切な伝達ができるとは限らない。そこで有効になってくるのがツールである。それは立派なものでなくていいし、名刺カードみたいなものでもよい。そうしたツールがあると他人に紹介しやすいのだ。

さらに工夫を施すなら、単なる医療機関案内にとどまらず、健康教室の案内や特定の疾患に関する資料請求券、あるいは広報誌やホームページ案内など、何らかの行動を相手に起こさせる意図を持ったツールを作りたい。なぜなら、医療機関はほぼ相手が必要とする状況が生まれて初めて接触を図る業種だからだ。それならば、事前に接触を図りやすいツールを作っておきたい。

女心が世の中を作る

口コミを考える上で把握しておきたいのが男と女のちがいだ。一般的に男は理論で動き、女は感情で動くと言われているが、他方、女性が現実的で男性がロマンチストだという見方もある。その定義付けはまたの機会に譲るとして、ある企業の調査によると、男性は口コミを「自分が収集している情報をさらに蓄積し判断するため」と直線的なのに対し、女性は「最後の決断の際のきっかけ・後押し的なもの」と曲線的に考えている傾向が強いのだそうだ。女性は背中を押してもらいたいがためにより多くの人の口コミを集めようとし、そしてそれをまた次の人に伝えようという行動を取る。いわゆる群れの心理だ。

これは、情報伝達に女性が積極的なことと無関係ではない。小売業や飲食業などのサービス業で女性特有のサービスを提供する事例が多いのもそうした観点が働いていると考えてよい。

まさにこれから医療機関が口コミを軸に安定した経営を目指すなら「女性の口コミ」を最大限に生かす方策を考えたい。その具体的な手法については次回より解説する。

人材マネジメント活性化のすすめ

第7回：加点主義で、チャレンジを引き出す
～チャレンジは人生を変える～

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

1.人材を育てるための能力主義人事制度

成果主義人事の急速な進行によって職員の帰属意識が急速に薄れている。終身雇用、年功主義人事の崩壊が進む中、人間関係が希薄になっているが、若い職員は必ずしも昔の家族的な経営を望んでいるわけではない。働き甲斐を見出せない組織には人材は定着しない。

働き甲斐とは何か、それは人により異なる。働き方のスタイルや賃金処遇の選択肢をいくつか用意しておく選択の時代である。どのような組織で働くかは人生の一大事である。どんなに能力があっても、その能力に気がつかなかったり、活かすことができなければ、持てる能力を発揮できない。

能力は人に受け入れられてこそ、発揮することができる。そのためには、自分を支援してくれる人達を多数作っておくことが必要だ。バランス感覚のある立派なリーダーは妥協と譲歩を繰り返しながら、常に自己のビジョンを計画的、意図的に追い求めていく。能力は意識することによって光輝くことが出来る。

能力を育てるためには、まず、職場に能力主義のチャレンジ風土があるか否かが課題だ。チャレンジ風土づくりは人事制度の仕掛け作りをするところから、そのステップは始まる。

能力主義チャレンジ人事制度は評価、育成、活用、賃金処遇のトータルシステムで構成されている。能力主義人事とは、そもそも人材育成論であり、個の意思と適性を尊重しながら、しなやかなに人材を活用する人事管理の仕組みがある。能力主義とは人の成長に期待する能力開発制度なのだ。

組織が若い時には能力主義人事は非常に有効である。一人ひとりが皆、異なる意見や考え方を大切にしながら、その時その所で、その人の能力に見合った絶対基準に基づく個の多元的人事管理を展開する。大切なことは能力主義人事を入れれば、どんな組織でも活性化して、業績向上や生産性向上に結びつく訳ではない。ただ闇雲に、能力主義人事(職能資格制度)のフレームを入れても期待する成果を得ることは出来ない。形だけではなく、中身を職能要件書で充実しなければならない。

この要件書がないと、「一生懸命頑張っている」だけの心情論で人を処遇してしまう恐れがある。その時の気分次第の情実が入ってしまっては、年功主義的な運用に流れてしまう。能力主義の問題点はこれらの情実的な運用である。人を育て活用するためにはしっかりとした能力開発基準が必要なのである。

2.日常定型業務および職務拡大、上位業務へのチャレンジ

やるべきことはきちんと伝える、その上でなにをつけ加えるか、「あなたは、今なにをやりたいのか…」このように、まず部下に問いかけ、確認するのができる管理者の姿だ。出来る管理者は、「あれやれ、これやれ」とは言わない。“自分がやりたいことを他人にも同じ気持ちにさせることが出来る人”である。部下の自主性ややる気を引き出すことが上手な人である。人にはそれぞれの持ち味がある。しかし、それぞれの持ち味も組織に入ると、その個性の輝きが消え、皆同じような行動を取るようになる。いつも頭を空っぽにして、ひたすら受身型になり他律的になるのが一般的なサラリーマンの姿だ。

このような姿を、日本型経営の特徴の一つ“個の組織への埋没”と言う。上で決まったことを、ただ言われるままに、無難に皆と一緒にやっていれば安心でそれで良い、といった発想である。いつも頭の中は、無思考にして自己を否定し、上司の言うことは、みんな正しいのだと納得して動く。

これらのスタイルに馴れてしまうと、何事に対しても問題意識すら持たなくなり、物事は全て他律的に決まるようになる。職員は皆、受動的にしか動けなくなるので、組織としての意思決定力は弱くなり、その結果、組織の活力は

失せ業績も上がらない。

また、他律的な繰り返しの日常業務だけをやっていると緊張感がなくなり、これが大きな事故につながる。これではいけない。各人のチャレンジや自己主張を精一杯引っぱりだして、組織を活力あるものにするには、上司と部下が目標達成や希望に向けて忌憚無く、問題解決策を話し合うのが面接制度である。面接制度を通じて、今後の経営状況の変化や部下の業務遂行上の諸問題を把握できる。したがって、将来の希望達成に柔軟に対処することが出来る。これからの産業経済の環境情勢は刻々と変わる。

厳しい経営環境に即応していくためには、一人ひとりの個性や持ち味を活かす能動的で自立的なマネジメントが大事である。集団の論理より個人の論理を大切にする考え方だ。人と違ったことをやる、異の主張、異の認識を褒め称えるような人事制度が欲しい。

たとえば何も新しいことをやらなかった人より、何かをやって失敗した人を褒め称えようというもので、チャレンジをすることによって経営環境の変化にも柔軟に即応することが出来る。現在は、まさに個別異質異能主義時代、皆違うことを大切にして、社員一人ひとりが顧客満足のために知恵を出し合い、他では出来ないサービスを工夫することが大切だ。

一人ひとりの行動の集約が医療機関全体の経営満足につながり、ひいては、組織の社会的格付け成果（グレード）に結びつくことになる。職員一人ひとりがプロにならなければならない。既成概念にとらわれない考え方が出来る人材を育てなければならない。

ここで大切なのはチャレンジの概念である。何がチャレンジなのか、どこまでがチャレンジでないのか、日常業務としてやらなければならない仕事を明確にしておかなければならない。その仕事基準が「課業一覧表、職能要件書」である。この2つのアウトプットを「職能資格制度」とか「等級基準」または「能力主義人事制度」などと呼んでいる。この2つのアウトプットは「職務調査」という手法によって初めて作成可能となる。

成果主義時代に、こんな能力主義人事は時代遅れという考え方や意見があるとすればそれは間違いと言いたい。成果とか、結果は能力があって、初めて成立する概念であることをしっかりと理解することが大切である。

3.組織をチャレンジ風土に変える面接制度

全法人を上げてせっかく苦労して作り上げた職務調査資料も机の中にしまい込んでおいては、全くの宝の持ち腐れである。課業一覧表、職能要件書は早速、連名課業一覧表や課業チェックリスト表、職能要件チェックリスト表に置き換えて、まず我が組織の能力人材在庫棚卸表に活用することから、能力主義の原点、個の尊重の多元的人事管理が動き出す。

しかし、仕事は定型業務（課業）だけではない。面接によって、その時々の経営状況の変化や問題解決に柔軟に対処することが出来る。その都度、その所で、その時、起きた問題をタイミングよく適宜適切に処理をする。

このような変化対応業務の問題解決業務に忙殺されているのが部課長である。これらの問題解決業務を担当するのは、権限と責任を持つ部課長である。常に変化する問題解決業務を役割業務という。役割業務は、その時の流動的な業務であり、業務マニュアルや手順書はない。その時、その所で的確な判断決断によって処理していく仕事だからである。

さて、定型的な仕事でも、これまでのノウハウや仕事の手順とか、やり方が全く通用しない場面が多々ある。企業競争力の根本的な源泉は、多くの不確実な情報や知識を統合して将来を推測し、早め早めに手を打っておく。先を見て、大きな視野で対策を講じておく先見力と行動力が必要である。いい仕事をやるにはまず、仕事の基本（課業一覧表、職能要件書）をしっかりとマスターして、その上に問題意識を持ち、変化対応の行動を起こさなければならない。

“一流”と言われる選手は技術の8割を占めるという基本行動を完全にマスターしている。組織人としての基本を反復練習し、その上に独自の応用展開を加えて、自分のスタイルを完成させている。

別の言い方をすると、8割の常識と2割の独創性を持った人が一流といわれる人達だ。しかし、若者の意識は熟年サラリーマンとは大分異なる。自分の働きのスタイルを優先するため、組織を意識して働いている人は少ないし、いやだったらいつでもやめる。と考えている人達が多いのが事実である。そのため、組織人としてあるべき理念の徹底や仕事基準の徹底ができていない医療機関が多い。これらの組織体をわれわれは一般的に4流、5流企業、零細企業といっている。

4.勇気付けのメッセージ

目標を持つと勇気が湧いてくる。目標を一つずつ達成していくと自然と力がついてくる。また、物の見方や考え方が違ってくる。

出来る部下を上手く育てることが出来る上司は、部下が目標を達成したときの喜び、進歩した喜び、責任を果たした喜び、認められているといった喜び、また仕事に没頭した喜びを上手につくり出している。部下に次のようなメッセージを常にタイミング良く発信している。

①上から言われたことを、ただ実行するだけでいいのか、
②上司の指示にどう対応すればいいのか、
・上司は何を言おうとしているのか、
・その仕事をこなすことは、あなたにとってどんな意味があるのか、
・いつまでにその仕事をやればいいのか、
＊指示を待たずに、こちらから報告、連絡をしているか
＊状況変化への対応は十分か
③普段やっている慣れっこの仕事にも、何か「新しい知恵」を出しているか。
④分からないこと、知らないことは何時も素直な気持ちで部内外者の知恵を借りよう。
⑤自己中心では他人の協力は得られない。組織とは皆の運命共同体なのだ。皆の力でいい仕事をやっているのだ。他人の知恵や協力で自分の仕事が上手くいくようになったら、その協力者に感謝を忘れないようにしよう。
⑥仕事の先輩、人生の先輩の師(お手本)を探し、少しでも近づけるように努力をしよう。また、人生の生き方も学ぼう。
⑦自分自身のことは見えているようでよく見えないことが多いものだ。他人からの評価も参考にして自分自身を知り「自分の良さ」を最大限に発揮しよう。
⑧いつも、明るく前向きな気持ちで、具体的な目標を持ち常に工夫と努力を惜しまないように前進しよう。
⑨異質の存在を尊重し理解するように努力をしよう。
⑩心穏やかで明るければ健康にも恵まれるから、いつも心にゆとりを持てるよう感性を磨こう。

人が何かを成し遂げるためには他人からの援助や励ましが大きな力となる。また、良い仕事をする人は自分の弱さを知っている人である。だから、他人の力を上手く借りることができるのだ。

勇気づけのメッセージも上手である。相手の貢献に着目した表現を上手く使っている。

「あなたのおかげで上手くいった」

「あなたが楽しそうなので私も楽しい」…と。

今までの仕事のやり方やその過程を重視したアプローチをタイミング良く行っている。

「○○のやり方は良かった」

「△△というやり方には私は問題があったように思うけど、君はどう思う。どうかな？」…

すでに目標が達成出来ている成果のポイントを押さえて上手くフィードバックしている。

「この部分はとてもいいと思う」

「以前よりも○○の部分が大分進歩しているように私は思う」…

いつも肯定的に表現している。私は…と思う。自分の価値観を絶対として押し付けない。相手の主体性に任せて考えてもらう。相手に判断を委ねている。

「あなたはどう思う？」

「一番良いという方法はどんなやり方ですか？」…等々である。

☆　☆

人との出会いは人生を変える。私は私の能力をストレッチしてくれる、そんな魔法をかけてくれる、そんな魅力的な管理者や上司に出会いたい。…といつも願っている。

筆者 ：齋藤清一 氏
立命館大学客員教授、医療経営研究センター副センター長、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/

診療現場における見える化とは⑥
～他業種の事例に学ぶ（その1）

前回（Vol.5・第5回）のこのコーナーでは、「見える化」が持つ本来の意味を改めて考察してみました。これまで数多くの企業・団体がそれぞれ独自に「見える化」に取り組み、その活動を通じて大きな成果を上げています。今号と次号では、「見える化」で成果を上げた先達企業の事例をいくつか紹介してみたいと思います。ご紹介するすべてが医療分野以外の事例ですが、我々医療に携わる者にとっても参考にすべきポイントが多いようです。

事例1
住宅機器メーカーA社の「不良在庫の見える化」

【背景】

○A社は甘い需要予測、工場の稼働率優先の生産至上主義によって、膨大な量の不良在庫を抱えていた。

○トップはそれを十分認識し、発想の転換の必要性も感じていたが、生産部門では、「稼働率優先」「在庫はいつかさばける」といった古い発想に縛られていた。

【何をどう「見える化」したか】

○社長は、工場からすでに出荷され物流センターや営業所に滞留していた不良在庫を工場に戻すよう指示した。

○工場に戻された在庫の山は、工場の正門近くの敷地にうず高く積まれた。

○自分たちのつくりだした不良在庫という異常が、目の前に現れた。

【その結果は？】

○工場に出勤する従業員は毎朝、不良在庫のピラミッドを目の当たりにすることになり、つくりすぎの怖さを肌で自覚した。

○「実需に基づいた柔軟な生産」を合言葉にしたA社の生産革新は、これを機に格段に進展していった。

【ポイント】

「問題の見える化」「異常の見える化」…異常という現物をさらけ出し「見える化」することによって、問題解決に取り組んだ。

事例2
大手化学メーカーE社の「ヒヤリハットの見える化」

【背景】

○工場において事故の芽となりそうなヒヤリハットを自主的に申告し、全員で共有する運動を定着させている。

○これまで多数のヒヤリハットが現場で認識されていたが、組織としてそれを明らかにせず属人的に処理されていた。

○現場経験の長い業務のベテランが数多く退職する時期を迎え、安全管理に対する具体的な取り組みを強化する必要性に迫られていた。

【何をどう「見える化」したか】

○「ヒヤリハット」という言葉は事故を想起させる言葉であり、その報告は後ろ向きなものとして捉えられていたことから、「ヒヤリハット」という言葉を使わないようにした。

○代わりに「安全予防提案」と命名し、事故や災害を未然に発見する・防ぐという前向きなものであるということを強調した。

○報告書は記入項目を最小限に抑え、「内容」よりも「シグナル」を発信させることの重要性を前面に押し出したものにした。

【その結果は？】

○以前には年間数十件だった報告が、500件以上の「安全予防提案」として現場から申告され、組織として共有されるようになった。

○申告された提案をもとに、ベテランと中堅・若手による自主的な勉強会が定期的に行われるようになった。

【ポイント】

「問題の見える化」「シグナルの見える化」…まじめな現場ほど異常事象を告知する前に自分で何とかしようとする。この生真面目さが逆に問題解決を遅らせる事もある。異常が発生しているという「シグナル」を周囲に素早く送る事が極めて重要であった例。

事例3

自動車メーカーTの星取表による「スキルの見える化」

【背景】

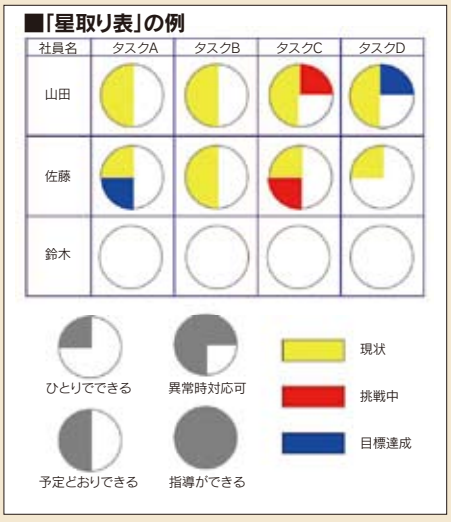
○「モノづくりは人づくり」というモットーのもと、人材を実践訓練できちんと育てる事が責務。

○自分の役割を果たすために必要なスキルや知識を分解したうえで理解し、現状のレベルがどの程度なのかわかる必要がある。

【何をどう「見える化」したか】

○能力の各段階と、それに対して今どのような状況なのかを明示した。(下表)

○それを各人が見てレベルアップを目指してチャレンジし、また周りの人間はその努力をサポートする。



【その結果は？】

○漫然と日々の業務をこなすのではなく、目標と現状を常に意識させながら訓練を行うようになった。

○弱点克服を支援するための勉強会も頻繁に開かれるようになった。

【ポイント】

「真因の見える化」「スキルの見える化」…企業活動のオペレーションを担っている人的資源のスキルや知識が不足し、問題を引き起こしている例が非常に多い。各人のスキルレベルや知識がどの程度なのかを明らかにし、具体的に不足しているのは何かを「見える化」することで、建設的な問題解決を図ろうとするもの。

事例4

中堅電機メーカーG社の5S運動

【背景】

○現場力強化の最初のステップとして5S（整理・整頓・清潔・清掃・しつけ）運動を展開している。

○現場で発生する問題を自律的に解決する組織になるためには、まず自分たちの身の回りの管理を徹底させる事が第一歩であるとの認識。

【何をどう「見える化」したか】

○「基準があってこそ基準外という問題が見えるようになる」という考え方をまず現場リーダーに教育した。

○『要らないものを処分するのが「整理」であり、欲しいものがいつでも取り出せることを「整頓」という。ただきちんと並べるのは「整列」であって、現場の管理は「整理整頓」でなければならない』との考え方を徹底指導した。

○自主的に管理を任された各現場では、基準となる「あるべき状態」の写真を掲示したり、工具類を整頓するオープンスタイルの「工具箱」を設置したりした。

【ポイント】

「状況の見える化」「基準の見える化」…現場の業務には必ず「こうあるべき」といった基本の「型」が必要である。それが、業務標準や業務マニュアル、ルール、ガイドライン、と呼ばれるものであり、こうした基準という“ものさし”があるからこそ、基準どおりに行われていないものが異常や問題として認識されるのである。

《ひとこと》

標準はあくまでも「その時点での標準」であり、標準そのものも進化していかなくてはいけない。T自動車では、現場に備え付けられている標準作業書が色変わりした古いものならば、何年も中身を変えていない（標準が見直されていない）ことを示すものとして、品質に疑問のあるものとして認識されるという。

以上、4つの事例を見て頂きました。共通点を挙げるとするならば、まずはどの例も意外とやっている事はシンプルだという点です。必ずしもITに依存しているわけでもなく、「見える」「目に飛び込んでくる」という状態に重点が置かれものになっています。単に事象や事実を「見える」ようにすることに留まらず、「見える」ことが人間に刺激を与える事で意識が変わり、新たな行動を誘発するような仕掛けになっています。世の中で最も基本的でシンプルな「見える化」の例として、【信号】【スコアボード】【あんどん】が挙げられますが、ご紹介した4つの先例もまさに「見える」ことがきっかけとなり、人間の中に何かを育み、それが見える前とは異なる思考や行動を生み出しているのです。

■最もシンプルかつ基本的な「見える化」の例

※参考文献「見える化」　遠藤 功著　東洋経済新報社　2005年10月

設立10年目を迎えた「伊達病院卓球部」は、九州卓球界屈指の強豪チーム！

医療法人敬安会伊達病院（伊達研造理事長・鹿児島県薩摩川内市神田町4-25）

伊達病院卓球部の皆さん　▼前列左から、児玉徹選手、平山淳二選手、小竹一平選手(新人)
▼後列左から、祝迫洋平選手、伊達研造理事長

九州新幹線の「川内駅」乗り入れで、全国にもその名が知られるようになった鹿児島県薩摩川内市。ここに、伊達病院卓球部という九州の卓球界屈指の強豪チームがあるとの情報が編集部に寄せられました。取材班はさっそく同市の中心街にある医療法人敬安会伊達病院にお邪魔し、現地インタビューを敢行。卓球部の創設者で監督でもある伊達研造理事長と児玉徹選手、祝迫洋平選手、平山淳二選手の3名の選手から話をうかがうことができました。

実力ある選手が次々と病院に入職、九州の卓球界にその存在感を示す

まず、最年長の児玉徹さんに伊達病院卓球部に入るきっかけからうかがいました。児玉徹さんは今年40歳、伊達病院卓球部の創設メンバーで、最年長のベテラン選手です。高校時代は鹿児島県高校卓球界ナンバーワンの「川島学園れいめい高等学校（以下、れいめい高校）」で鳴らした卓球選手でした。

「高校時代、れいめい高校で卓球に熱中していましたが、卒業後県外に就職して8年間、卓球から遠ざかっていました。そんなある日、川内に帰省した際、妻も卓球をやっていたこともあり、地元の卓球クラブに誘われて、一緒に行ったのがきっかけでした。そのクラブで伊達理事長にお会いすることができ、それが縁で伊達病院に転職させていただくことになり、川内に戻って来ることができました。やがて伊達病院に卓球部が発足し、卓球を再びやることになったというわけです。以来、病院で介護福祉士として働きながら、実業団の試合に出場できるようになり、とても充実した毎日を過ごしています。このような機会に恵まれとても感謝しています。後に続く後輩たちのためにも体力の続く限り頑張っていきたいと思っています。」

次に、祝迫洋平さんです。祝迫さんは30歳。児玉さんと同様にれいめい高校出身で、高校ナンバーワンに輝いた実力の持ち主です。彼は卓球部の活動についてこう語ります。

「卓球は仕事に疲れたときなどストレス解消になり、楽しくやっています。また、試合に行くのも楽しいですが、その後の打ち上げが更に楽しくて、明日の活力の源になっています。特に試合に勝って、みんなでおいしいお酒とご馳走をいただきながらワイワイガヤガヤいうときが一番幸せですね。(笑)

練習は基本的には週に3回。デイケアルームの2階で午後7時から9時まで行っています。また、毎週水曜日には、近くの「れいめい高校」に行って、後輩たちと練習試合を行っています。これは後輩たちの指導も兼ねていて、学校側も喜んでくれています。」

仕事を終えると一旦家に帰り、3歳と1歳の息子さんを風呂に入れてから、練習に駆けつけるという祝迫さん。児玉さんも同様で、妻子ある身にとって、できる限り家庭サービスを怠らないことが卓球を続けられる秘訣？のようです。

大会遠征では、ゴルフバックを抱えた地元応援団が帯同？

正式な部員は前出の2名に加え、平山淳二さん(25歳)と豊重裕基さん(26歳)の計4名です。今回は業務の関係上、豊重さんへのインタビューは果たせませんでしたが、平山さんには、その分20代代表として大会遠征などについて大いに語っていただきました。

「私も豊重も、2人の先輩がいたおかげで、伊達病院に入職しました。遠征についての話ですが、毎年、夏に行われる事業団全国選手権大会には必ず出場できていますので、最低1回は4、5泊くらいの長い遠征に出かけます。今年も鹿児島県の予選を勝ち抜くことができ、秋田市で行われる本選に参加する予定です。昨年は地域リーグ・チャンピオン大会にも出場を果たし、横浜にも遠征しました。そのほか団体戦以外でも個人やダブルスとして参加する大会もあり、いろいろなところに遠征します。こうした遠征には、監督の理事長はもちろんですが、病院の顧問で卓球部の部長でもある松永至誠さんを団長に、地元の社長さんたちを主に結成された応援団と一緒に行くことが多く、賑やかな旅になります。ただし、応援団の皆さんは、なぜかゴルフバックを抱えており、応援だけが目的ではないことがミエミエなんです(笑)。第1回戦で係員に注意されるくらい大きな声の応援をいただいたかと思うと、いつの間にか姿が見えなくなり、夜の打ち上げにはきっちりと顔を揃えるというのが、お決まりのパターンです。それでも夜の遊び方も含めて人生の“コーチ陣”が顔をそろえるわけです。これは、ある意味試合よりも緊張します。」

平山さんは伊達病院では医事課に所属。卓球では高校ナンバーワンだけでなく、福岡大学時代には九州ナンバーワンにもなった実力者です。祝迫さんとのダブルスでは目下敵なしと言っても過言ではないようです。

勝ちにこだわる理事長、仕事も遊びも真剣に!

さて、最後に伊達理事長に総括していただきました。

「卓球は、もともとつばさクラブという名前で活動していましたが、児玉くんが病院の職員になってくれたのをきっかけに、これを正式な病院の卓球部としました。それが2000年のことですから、あれから10年経ったことになります。50床規模の病院の場合、受け入れる部署が限られているため、卓球選手を2、3年に1人しか受け入れられませんが、それでも鹿児島県下有数の強い選手が次々と入ってくれて楽しく監督をさせてもらっています。私も学生時代に卓球に熱中した時期はありましたが、とても彼らのレベルではありません。それで試合中に彼らにかけることばは『強気!強気!振れ!』ともっぱらメンタル面の激励のみです(笑)。彼らが思い切りプレーできるような場をつくるのが私の役割です。やはり、やるからには勝ちにこだわるべきですね。真剣にやるからこそ、その後の宴会も一層楽しくなります。このような運動クラブを長く続けるためにはとても大切なことです。」

数年前、全国大会で全国屈指の強豪・トヨタ自動車に勝ったことが一番の思い出という理事長。九州の実業団チームが減っている中、社会人になっても強い選手がスポーツを続けられる受け皿として、とても貴重な存在です。今年1名入る予定があり、その選手もなかなかの実力者とのこと。今後の活躍に期待がかかります。さて、秋田で行われる第61回全日本実業団卓球選手権大会(7/15－18)も近づいて来ました。今度も精一杯戦い、秋田の夜も満喫してください。

Petit Poti Message board

プチ・ポチ・メッセージボード

桜島錦江湾横断遠泳大会を泳ぎきり、肉体改造を！

第23回 桜島錦江湾横断遠泳大会

第23回
桜島錦江湾横断
遠泳大会後の
打ち上げです。

皆さん、いつもお世話になっております！初めてPotiに投稿しました、アステム・メディカル鹿児島支店の椎原と申します！入社して早4年、最近、忙しさにかまけてついつい運動不足の日々を過ごしています。そんな私ではありますが、先輩方に誘われ、桜島・錦江湾横断遠泳大会に過去2回出場を果たしました。会社と家の往復の中、近くのスポーツジムへ通い、いつもの生活に変化をもたらすことができました。本番はプールでの練習以上にきついものがありますが、完泳後の達成感は自分でしか味わえません。

大会は、全国の都道府県より多数の出場者が集います。今年からは九州新幹線も開通し、さらに応募者の殺到が考えられます。毎日、風呂場でご自分の腹回りを見ながら、「どげんかせにゃいかん！！」とお思いの皆様！！是非、桜島をバックに肉体改造を試みてみませんか！

◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇

※参加には事前申込が必要です。今年は3月11日～4月20日で終了しています。興味ある方は今年見学してみて、来年の出場を目指してみてはいかがでしょうか？（編集部）

【第25回 桜島錦江湾横断遠泳大会】　http://www.10bai.com/enei/

◆開催日時：2011年(平成23年)8月7日(日)　9:00から14:00予定（9:30第1ウェーブスタート予定）
◆種目・コース：桜島小池海岸より鹿児島磯海岸までの4.2kmを泳ぐ団体遠泳競技
◆チーム構成：監督1名・選手4名　計5名によるチーム編成
◆定員：150チーム。希望者多数の場合は公正な抽選とさせて頂きます。
◆お問合せ：〒890-0005 鹿児島市下伊敷3-22-30　NPO法人SCC内　桜島・錦江湾横断遠泳大会事務局
TEL.099-229-4222　FAX.099-229-4173　E-mail：enei@10bai.com

編集部から

この原稿、プロ野球交流戦が終った直後に書いています。今年のプロ野球、福岡ソフトバンクホークスの快進撃は凄いですね。その好調ホークスの立役者はというと、横浜からソフトバンクへFA移籍した内川聖一選手で文句なしでしょう。彼は2008年に右打者のシーズン歴代最高打率（3割7分8厘）をマーク、2009年にはワールド・ベースボール・クラシック日本代表として勝利に大いに貢献するなど見事な実績を持つ選手ですが、他リーグ移籍後すぐにこれほど活躍できるのは、ファンの熱烈な応援に支えられてのことではないかと感じます。彼は大分県出身であり、九州出身の選手を大事に思うホークスファンのハートをがっちり掴んでいます。強さだけでなく、観客動員数においても他の追従を許さないホークス。その地域に根ざした球団運営が地域の活性化に貢献していることは間違いないことでしょう。

さて、Potiは創刊して1年が経ちました。これからも九州・沖縄、中国各地で行われている様々な取り組みに焦点を当て掲載していくことで、地域活性化の一助になりたいと願っています。（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

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.07 2011年7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㈱