

高齢社会の進展は、医療界に革命的なパラダイムの転換を求めている。昭和の時代から高齢化への警鐘と医療機能の分担と連携の必要性が求められているが、当時とは違って、待ったなしの状況にある。千葉大学の高林教授は、「高齢化が津波のように押し寄せている」と表現したが、とりわけ都市部における高齢化は急速に進み、例えば、千葉県をはじめ首都圏の後期高齢者数は、2030年頃にはピークに達し、地域によっては現在の3-4倍の数になることが予測されている。現在は家族が高齢者をかろうじて支えているが、今後は独居割合も高くなり、地域において医療と看護・介護がセットで24時間対応するシステムが必要となるだろう。これへの対応が、医療界に問われている課題であり、急性期病院が急性期治療に特化、純化するための必須要件でもある。第二次ベビーブーマーが高齢化を迎えるまでに15年足らずであり時間は限られている。

その解決のひとつとなるのが在宅医療だと考えている。在宅医療は高齢者（国民）の視点で表現すると、いかに生活者としてQOLが担保され、最期まで過ごすことができるかに尽きると思う。病院での入院医療はあくまで非日常であり、その期間をどれだけ短くし、在宅医療へ看護・介護を支えにして生活者としても全うできるかが課題である。

私が考える在宅医療の仕組みは、診療所のかかりつけの医師が対応するものだ。課題は2つある。1つは在宅医療に必要な医学教育や研修であり、もう1つは午前の診療中や休日・夜間に患者が急変した場合に診療所では対応が難しいことである。後者については、地域の拠点診療所が一般のかかりつけ医とWin-Win関係のグループとして対応する方式を想定している。また、その際、地域によっては、在宅のバックアップ病床を持った病院が、拠点診療所も持つことが想定される。我が国の医療、とりわけ診療所と中小規模の病院は圧倒的に民間で占められており、今後いま述べたような機能を促進するシステムと経済合理性を担保する医療政策が期待されるところである。

なぜ在宅医療が必要なのかという点については、こ

「在宅医療の将来像」

FOCUS



東京大学高齢社会総合研究機構 教授
元厚生労働省事務次官
辻 哲夫

れまで述べた通りであり、医療費適正化が目的ではない。このため必要に応じ新たな公的負担も含め資源を投下すべきである。

私は、千葉県柏市でこれらの課題を解決するための実証研究を行っている。1つは診療所の医師をOJTで在宅の専門性を持たせるようなプログラムの提供である。詳細は別の機会にするが、簡単に言えば診療所の医師が在宅医療を学ぶために、4ヶ月間、月に3-4回程度、在宅に取組んでいる指導医師と同行の上、患家を訪問し、多職種との連携の実務を含めて一通りの在宅医療を現場で経験し、習熟できる内容を目指している。また、2つめは、先ほど述べたような地域のかかりつけ医のグループ化のモデル的な取り組みである。

最後に、患者を含めた住民教育の重要性を訴えておきたい。住民も権利としてただ医療を消費するのではなく、医療にどのようなアクセスをするべきか、あるいはどんな利用の仕方が自分にとって最も望ましいのかを考える必要がある。この「医療のかかり方を学ぶ」住民啓発プログラムも開発中である。

これらの取り組みを通じて、医療提供者、政策立案者、そして生活者である国民に有効な手段を提供し、高齢者に笑顔がある社会、ひいてはあたたかい国づくりに貢献できれば、望外の幸せである。（文責：編集部）

地域医療再生計画



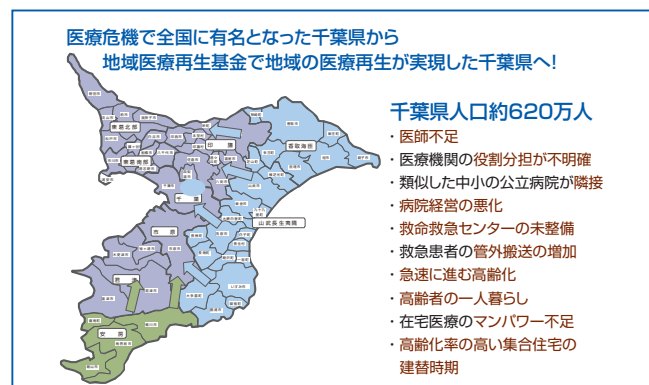
昨年8月、総選挙における与党自民党の歴史的な大敗で、いわゆる55年体制が崩壊、民主党を中心とする新たな政権が誕生した。その直前に自公政権が残した置き土産である地域医療再生基金。2009年度補正予算で手当てされた、当初計画に盛り込まれていた100億円プランは事業仕分けで消えたが、各県2医療圏にそれぞれ25億円の基金が設けられ、既にスタートしている。今回は、銚子市立病院の閉鎖で「医療崩壊」を全国に印象付けた千葉県の医療再生への取り組みと、有識者会議のメンバーである正木義博氏（済生会横浜市東部病院 院長補佐）のコメントを紹介する。

Part 1 千葉県地域医療再生計画

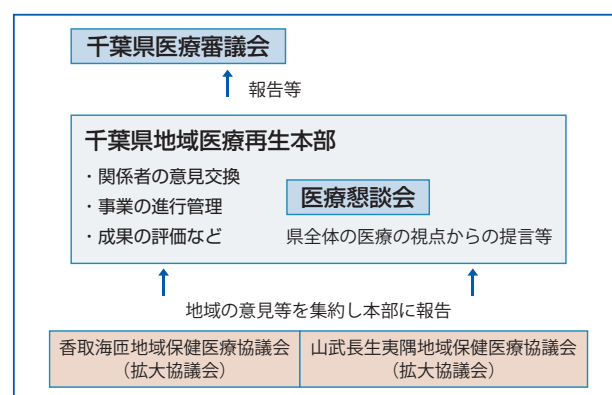
医療再生が実現した千葉県へ

千葉県は厚労省に提出した再生計画書の冒頭で「全国の縮図」として同県を位置づけている。東京に隣接する市や県庁所在地の千葉市といった都心部と、館山、鴨川、銚子といった郡部の性格を色濃く有する地域まで、医療提供体制という視点からは日本が抱える課題を網羅的に備えているというものだ。

確かに、銚子市立病院の閉鎖や関連する市長選挙では「医療崩壊」を全国に印象付けた。「千葉県の取り組みが成功すれば単なる1県における成功事例に留まらない」という意識や、とにかく今回の基金を有効に活用し“地域医療再生基金で地域の医療再生が実現”としたいという、計画書のフレーズからは、県の強い意気込みが伝わってくる。



千葉県の再生計画には、選択された2医療圏の計画だけでなく、全県的な取り組みについても触れられている。この全県的な取り組みは千葉県だけのものではないが、全国で2位の早さで進展する高齢化を念頭に置いたときに、先の第5次医療法改正に基づいた医療計画との連携、あるいは公立病院改革プランとの整合性に対する強い意識を伺うことができる。また、“断片的、思いつきの、バラマキ的な事業の単なる組み合わせ”の計画とせず、着実かつ効果的に実行するために、本部長を副知事とし、県医師会長、大学病院長、自治体首長、国立・公的・民間の病院長等31名の構成員からなる「千葉県地域医療再生本部」を設置している。さらに、県内の医療関係者が一丸となって地域医療を再生しようという機運の醸成を目指し、地域医療再生



本部の中に「千葉県医療懇談会」を設置するとともに、対象となっている2医療圏の「地域保健医療協議会」を拡大し、地域の意見の集約を図る等、重層的な体制を構築している。

表は、同県の地域医療再生計画の進捗状況を予算（案）ベースで示したものだ。今回、対象となった香取海匝保健医療圏、山武長生夷隅保健医療圏の各医療圏の事業項目を見ると、共通する事業としては、①千葉県共用地域医療連携パスの普及推進、②医療機関ITネット整備、③地域住民と医療関係者・行政の協同推進の3つがある。これらは医療計画との連動と捉えることができる。

それぞれの医療圏で基金全体事業費における上位3項目は、以下のようにになっている。

●香取海匝保健医療圏

①地域医療支援センター整備（9億円）、②地域連携病院の施設整備等（6億円）、③在宅医療従事者確保・研修のシステム化（2.9億円）

●山武長生夷隅保健医療圏

①初期・2次救急体制整備（5億円）、②3次救急拠点整備（4.65億円）、③地域救急医療構築を目的とした寄附講座設置（3.2億円）

これらの上位の事業項目でそれぞれの課題が明らかになっているが、全県的な事業としても、千葉県医師キャリアアップ・就職支援センターの設置・運営に5億円を充てるなど、各医療圏個別の課題と、全県的に取り組むべき課題の切り分けが明瞭で、予算配分もメリハリの利いたものになっている。以下、各保健医療圏における計画を見てみる。



■ 地域医療再生計画の進捗状況（平成 23 年度は要求案）

（単位：千円）

	全体事業費	23 年度（案）		22 年度
		23 年度（案）	22 年度	
1. 香取海匠保健医療圏				
1 地域医療支援センター整備	900,000	580,000		
2 地域連携病院の施設整備費等	600,000	518,192		
3 医師派遣・かかりつけ医連携費	105,000	7,920		
4 千葉県共用地域医療連携バスの普及促進	10,000	1,250	1,250	
5 医療機関 IT ネット整備	115,000	51,194	23,572	
6 地域住民と医療関係者・行政の協同推進	50,000	13,750	11,173	
7 在宅医療従事者確保・研修のシステム化	290,000	87,720	47,610	
圏域計	2,070,000	1,260,026	83,605	
2. 山武長生夷隅保健医療圏				
1 初期・2 次救急体制整備	500,000	127,850	27,975	
2 3 次救急拠点整備	465,000			
3 回復期リハビリテーション病棟整備	200,000	147,600		
4 救急コーディネートシステム構築	310,000	2,000		
5 千葉県共用地域医療連携バスの普及促進	10,000	1,250	1,250	
6 医療機関 IT ネット整備	115,000	51,194	23,571	
7 地域住民と医療関係者・行政の協同推進	50,000	13,750	8,922	
8 救急医療従事者の確保・研修	100,000	32,200		
9 地域救急医療構築を目的とした寄附講座設置	320,000	100,000		
圏域計	2,070,000	475,844	61,718	
3. 全県の事業				
1 千葉県医師キャリアアップ・就業支援センターの設置・運営	500,000	257,117	7,000	
2 医師奨学金制度の拡充	260,000	55,500	36,000	
3 看護師の修学資金制度の拡充	100,000	15,000	15,000	
小計	860,000	327,617	58,000	

合計	5,000,000	2,063,487	203,323
----	-----------	-----------	---------

香取海匠保健医療圏

極端な旭中央病院への一極集中

香取海匠保健医療圏は、千葉県の北東部、あの銚子市を含んだ医療圏である。7市町で構成され人口約31.5万人、北部は茨城県と隣接する。再生計画では同医療圏の課題として、①地域の医療機関相互の役割分担が不明確、②地域の医療機関相互の連携・ネットワーク化ができていない、③地域医療を担う医療従事者（特に医師）が集まらない、④医療機関の役割分担・機能再編後の受け皿となる在宅医療のシステム化ができていないが挙げられている。

同医療圏では6市町が自治体病院を持つほか、県立佐原病院もあり、これら自治体病院が地域における基幹的な病院として

地域医療を支えている。その中でも国保旭中央病院（956床）に患者が集中し、全国の自治体病院の中で1日当たり入院患者数が2位、同じく外来患者数は1位と、ほとんどバンク寸前の状況にあると指摘している。この内訳は、同病院が立地する旭市外の市町の患者割合が、入院・外来ともに全体の70%を超えており、旭中央病院への一極集中と他の自治体病院をはじめとする医療機関相互の役割分担不全の状況を見て取ることができる。

旭中央病院と他の自治体病院の機能整理

これらの状況を受け、再生計画では旭中央病院を基幹病院とし、同病院内に地域医療支援センターを置くとしている。その機能として以下を挙げている。

●旭中央病院（地域医療支援センター）

1) 医療スタッフの確保による医療提供体制の強化

①千葉大学から医師を派遣、旭中央病院の診療体制を強化した上で、各地域連携病院に医師を派遣、②医師・看護師のスキル向上のトレーニングセンターを設置。

2) 地域医療の研究

大学等と連携、臨床研究の支援体制整備。

3) 地域医療連携の強化

圏域内医療機関等と連携機能強化、IT 基盤整備を図る。

4) 地域医療支援病床の確保

受け入れ機能強化のため、救急・がん患者等を対象とし33床増床。

予算内訳として、①医師派遣機能等…1.5億円（23年度～25年度、以下同）、②トレーニングセンター機器購入等…2.2億円、③IT 基盤整備・支援病床備品購入等…1.2億円、④センター備品、人件費等…4.1億円となる。

基幹病院としての旭中央病院の機能強化を図ると同時に、他の自治体病院については、以下のような位置づけ及び関連事業を行う。

●匝瑳市民病院…2次救急、手術対応（救急処置室・MRI室の改修）。

●多古中央病院…リハビリテーション機能の強化、人間ドック、2次検診等の強化（マンモグラフィ装置、X線撮影装置の購入）。

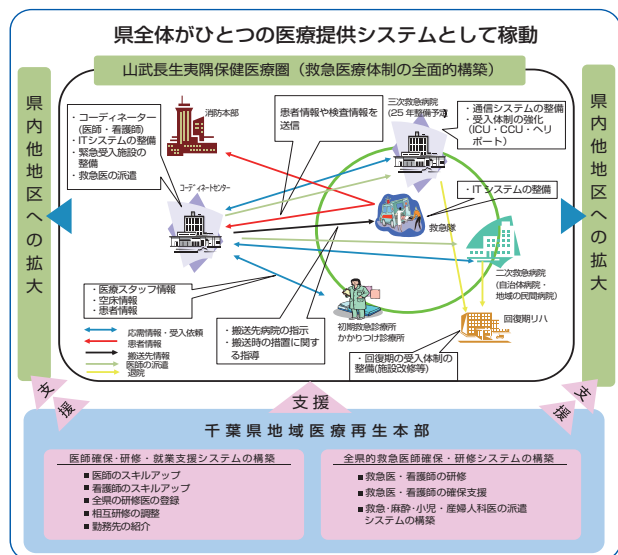
●東庄病院…旭中央病院の後方支援機能・連携研修機能強化、リハビリテーション（療養）等の機能強化（リハビリ施設の増改築、リハビリ機器の整備、検査機器の整備、通所リハ送迎車両の購入）。

●銚子市立病院…2次救急機能の再開を目指した第一段階としての基幹外来機能強化、人間ドック・2次検診機能強化（オーダーリングシステムの導入、リハビリ機器の整備、医療機器の整備、検診システムの導入）。

●小見川総合病院…県立佐原病院との一体化による機能強化、脊椎整形外科等の強化、2次救急・手術対応の強化（リハビリ施設の増築、リハビリ機器の整備、佐原病院との連携等を踏まえ病院のあり方検証のための調査委託、民間コンサルを活用した医師確保、看護師奨学金制度の拡充、医療機器の整備）。

これら各病院の位置づけはもっともだが、一見すると事業内

■ 香取海匠医療圏・地域医療再生計画



容は自治体病院とそのハード面の整備に偏っているように思える。しかし、その前提として旭中央病院に置かれる地域医療支援センターで、機能分担・連携の核となる医師等の派遣があることを念頭に置いて評価すべきだろう。

また、同医療圏における起筆すべき取り組みの一つが、在宅医療従事者確保・研修のシステム化だろう。

この在宅関連事業は、東京大学・高齢社会総合研究機構に寄附講座を設置し、辻哲夫教授を中心に、急速な高齢化が進む柏市豊四季台団地をフィールドとした実証研究を行う。現在は、その前段階として様々な調査・研究、プログラム開発事業に取り組んでいる。ここで開発された人材育成プログラムや在宅医療等のモデルシステムは、全県に普及を図るとしているが、特に都市部における高齢化と医療機能の連携を考えた場合、千葉県のみには留まることなく、全国的に参考となる事例として期待が高まる。

山武長生夷隅保健医療圏

県内でワースト1の圏外への救急搬送率

山武長生夷隅保健医療圏は、千葉県の東南部に位置し、5市11町1村、人口約47万人を抱える。同医療圏の課題として、①救命救急センターがない、②救急患者の搬送先が決まらず圏外搬送率が高い、③救急患者の退院先の医療機関（回復期リハビリテーション等）がない、④救急医療を担う医療従事者（特に医師）が集まらない一を挙げている。南北に長いこと、そして東が太平洋に面するという同医療圏の地勢的特色から、医師不足（不在）を問題の根底に抱え、結果として3次救急の基幹施設の不在と、他圏への救急患者の流出（他圏への搬送率34%、千葉県内でワースト1）が現象として出ているということである。

同医療圏の第一の課題である救急医療については、圏内3つの地域ごとに1次救急、2次救急それぞれの取り組みを行う。予算規模は山武地域が3.2億円、長生地域が1.8億円、夷隅地域が2.7億円。

同医療圏の「悲願」とも言える3次救急については、東金市と九十九里町の間で新設する（独）東金九十九里医療センターに救命救急センター機能を付加すると、総額123.1億円（再

生基金負担分4.65億円、県負担分85.6億円、事業者負担分32.85億円）を積み上げる。事業内容は、①救命救急センター機能を担うために必要な救急外来、救急病床の整備、②救命医療従事者（医師、看護師）の確保とネットワーク化、③ドクターヘリを積極的に受け入れるためのヘリポート整備—となっている。

繰り返しになるが、課題は救急医療を担う医師等の確保と育成である。救命救急センターではむろんだが、2次救急においてもそれを担う人材がすべてともいえる。そこで、平成23～25年度の3年間で以下の三つの取り組みを行う。一つめは、千葉大学に「救急医療、産婦人科及び外科など救急医療との関連性が強い診療科に関する寄附講座を設置」し、山武長生夷隅医療圏の病院に医師の派遣と研究で3.2億円、次いで「救急医療に携わる担当医師・看護師の確保・研修事業」として、千葉県救命救急センター内に高機能のシミュレーション機器を有する研修施設を整備、従事者及び指導者を育成すると1億円を投下。さらに、その基盤整備の一環ともいえるだろうが、総合医・家庭医育成のため、これら育成プログラム作成支援等に1,350万円を投じる。

救急医療を支える回復期医療の整備

同医療圏のもう一つの課題は、回復期リハビリテーション病床が極めて少ないことである。急性期医療の受け皿として、回復期リハビリテーション病床は重要な役割を果たす。圏域内で救急（3次を含む）医療を十全なものにするためには、急性期を脱した患者を、いち早く万全の体制を持って受け入れるリハ病床の存在は不可欠とさえいえる。

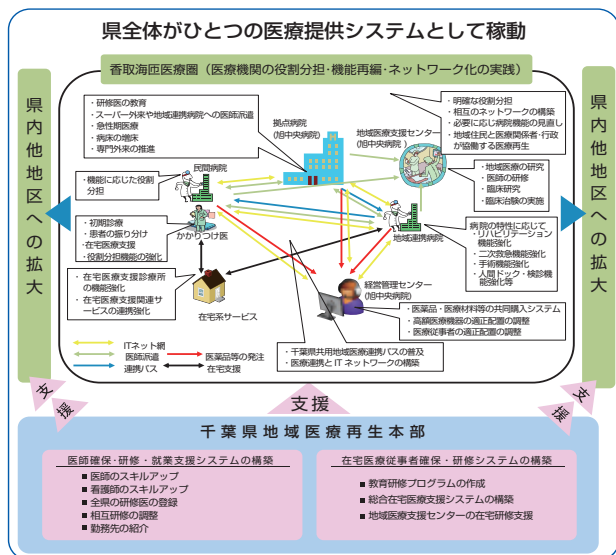
そのため圏域内の病院の回復期リハ病床の整備事業を、23年度から25年度まで、総額2億円を支援することとしている。補助率は1/2、上限は整備病床数×120万円。既存の50床に加え、178床の整備を目標とする。

* *

今回、対象となっている医療圏は、元々医療計画（平成20年4月）、及び、千葉県立病院将来構想検討会（平成20年11月・報告書）で、『二次保健医療圏で完結する一般的な地域医療については、全県的な対応ではなく、地域の実情を踏まえた医療提供体制を整備していく必要があることから、地域の民間病院や市町村等が担うことが重要』で、『これまで県立病院が担ってきた地域完結型の一般医療については、県民の皆さんの理解を求めながら、地域の実情に応じて小回りのきいた医療サービスの提供ができるよう、地域の自治体等が中心となり、新たな医療提供体制の枠組みへの再構築を進めること』とされた地域であり、とりわけ県全体の取り組みが重要となる。さらに、千葉大学との連携は、両医療圏とも医師の確保や育成については絶対要件といってよい。

再生本部会議では委員から、「千葉大学だけでなく他の私大にも協力を広げられないか」、「民間、いわゆる開業医、診療所の力を活用すべき」、「旭中央病院だけで他の自治体病院を支え続けられるのか」等活発な意見が出ている。こういった意見やアイデアを活かしながら、本計画が結実し、「全国どこでも地域医療再生が成功する」プログラムと評価されることを期待したい。

山武長生夷隅保健医療圏・地域医療再生計画





Part 2 有識者からのメッセージ

済生会横浜市東部病院 院長補佐 **正木 義博氏**

強いリーダーシップを発揮し、地域の民間病院を巻き込んだ計画作りを

客観的な評価と成果測定が重要

地域医療再生計画に基づく基金は、都道府県単位で用途は自由裁量という、医療界では極めて珍しい交付金であり、だからこそ、その使い方が問われることになる。できるだけ、それぞれの地域の特性に合った使い方をしていただきたい。

各都道府県の計画を見ると、残念ながら抜本的な再生や未来への投資として使うのではなく、例えば建物の増改築や医療機器の購入に充てるケースも散見される。また、大学での寄附講座も結実するまで数年はかかるようにも思う。

現在の穴を必死に埋め、補強することも重要であるが、先を見越した使い方を考える必要がある。国民の血税を無駄にしないよう、成果測定が可能な指標を設定し、取り組みの成果を数字で検証する必要がある。数字で成功事例を示すことで、国も継続して予算措置ができるはずだ。

地域の資源をフルに活用する

基金は都道府県に交付されているのであり、自治体病院のみを支援することが地域医療の再生のゴールではない。対象はあくまでも地域であり、地域全体の民間病院や診療所を巻き込む工夫が必要だろう。地域によって多少の違いはあるかもしれないが、民間との協力なくして地域医療の再生は出来ないと思う。そして地域の民間病院も積極的に関わって、まず救急医療を地域で担保することを考えていただきたい。

一方、既に地域における機能分化や連携、他地域とのネットワークが整っている地域は、あえてその状況を変える必要もなく、むしろ新たに資金投下する必要もないだろう。

個人的な感想だが、新医師臨床研修やDPC等の導入に伴って、

「医師不足、医療崩壊」の解決を大学だけでは頼れない状況になってきている気がしている。単純な労働力という視点ではなく、医師の使命感に直接的に働きかけるような取り組みが必要なのではないか。例えば、地元・地域出身で、60歳を超えた団塊の世代の医師が帰郷して地域医療の再構築に取り組んでいただけることもあるかもしれない。報酬やそれ以外の評価も含め、再度、国や地域社会全体で、そのあり方を見直すことが、医師不足等に対する一つの回答になるのではないかと考えている。

本来的な連携の基本は何か

今回の再生計画で、IT化や連携パス等、様々なシステムの導入を検討している地域も少なくない。これらは、潤沢に資金がある間はメンテナンスが出来るが、資金がなくなるとシステムを維持できなくなり、結果として無駄な投資となりがねない。

システムはあくまでも道具であり、もっとも大切なことは患者と医療人、医療人と医療人のつながりを強化することである。距離の問題はあるにせよ、Face to Faceのやりとりが重要であり、基本だろう。コミュニケーションが円滑でないところに本来的な連携は生まれてこない。

さらに、多くの地域では患者の「紹介」ができることが地域連携やパスの完成と考えているようだが、それは決して正しくない。連携パスは、医療界と患者さんとの約束・契約であり、それを必死に守ろう、もっと良くしていこうという取り組みの中で、自分はこの部分は責任を持って受け持つというパートが決まり、パートナーシップが形成される。したがって、それぞれの機能やコミュニケーション能力等々、地域のレベルが上がっていく中で、初めて患者さんが安心して地域の中を移動できるようになる。それが地域における本来的な連携だと考える。それらの構築のためには強いリーダーシップも求められるだろうが、まだまだ個の良心や信念に支えられている部分が大きいのも医療界の現実である。

耳障りなことばかりを述べてきたかもしれないが、どうかこの地域医療再生計画を成功させることで、一連の活動を継続していただきたい。(文責：編集部)

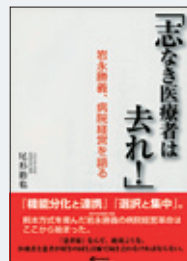


戦略的 病院人事制度改革

(株)日本経営編著
B6判 190P 1600円(税込)

人事担当者必読!
戦略的かつ強い病院組織に
変貌させる1冊!

- 第1章 人事制度の基本的考え方
- 第2章 病院人事制度の設計図
- 第3章 等級制度設計
- 第4章 人事考課制度設計
- 第5章 医師の人事考課
- 第6章 報酬制度設計
- 第7章 人事制度運用



志なき医療者は去れ! 岩永勝義 病院経営を語る

尾形裕也著(九州大学大学院教授)
A5判 180P 2800円(税込)

お申し込みは下記まで

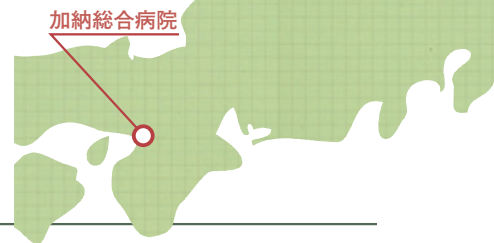
TEL03-5259-7171 FAX03-5259-7172

(株)MASブレーン出版事業部



社会医療法人協和会 加納総合病院

理事長 加納 繁照氏



大阪のオフィス街である梅田からほど近い天神橋筋六丁目、通称「天六」。この古き良き大阪の風情を残す天六商店街の脇に立ち、地域住民の保健、医療、福祉と眠らない街の救急医療を支え続けてきたのが、加納総合病院である。



地域を支える～救急から介護まで

— 救急搬送件数が年間5,000件を超え、大阪市内、特に梅田を含む北大阪地域になくてはならない存在ですね。

加納 当院は二次救急医療機関であり、24時間・365日体制で内科、外科、脳神経外科、整形外科等に対応しています。「地域を支える」ということは、地域が高齢化していくことに応じて私たちも変化し、責任を持って対応していくことと考えています。たとえ規模が小さくても、寝たきりのお年寄りはもちろん、そのご家族への支援も行い、そして万が一救急医療が必要になった場合には24時間・365日対応するというのが地域医療の姿であると思います。この加納総合病院は病床数こそ300床の中規模ですが、ICU10床、一般病床（7対1）141床、回復期リハビリテーション病床96床、療養病床53床を備え、あらゆるニーズに応えられるように努力しています。

— こだわりを持って救急医療に取り組むきっかけはどこにあったのでしょうか。

加納 当院は昭和28年に先代の加納繁美が創業し、今では旧館となっている東病棟を新築して救急告示病院の指定を受けたのが昭和44年です。その翌年、昭和45年に歴史に残る都市災害である「天六ガス爆発事故」がありました。死亡者79人、重軽傷者420人を数える大惨事の最前線で診療にあたった経験により、改めて救急医療の重要性を痛感し、経営理念として積極的に取り組んできました。結果的に社会医療法人認定要件である救急医療の実績として結実し、「理念を貫いてきてよかった」という想いで一杯です。

— ハートフルグループの由来を教えてください。

加納 今では加納総合病院といえば、救急・脳卒中センターというイメージなのかもしれませんが、グループとしては脳神経外科対応等ができる北大阪病院、透析専門クリニック、老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等を運営しています。これらは先ほどお話したように、「地域を支える」視点に立って高齢化に対応していく中で、地域住民の方や診療所の先生方から要

請や支援を受けて整備してきたものです。これらの中には距離的に離れている施設もあるため、今から15年ほど前になりますが、施設間とスタッフの結びつきをより強いものにしていくためにハートフルグループという総称を付けました。ハートフルは一般的にはHeartfulという綴りですが、人と人のハートを大切にし、一人ひとりが温かい心で患者さんを満たす存在になりたいという願いを込めて、HEART“FULL”グループとしています。ハートフルコミュニケーションを謳った理念は、私はもちろん、副院長や医局員も参加する朝礼で唱和することで更なる浸透を図っています。

社会医療法人への取り組み ～民間が日本の医療を支えている

— 大阪府下で第1号の社会医療法人として認定を受けられた他、制度創設に関しても精力的な活動をされていますね。

加納 取消時の課税問題や寄付金税制等、まだまだ継続して取り組みが必要な課題はありますが、認定法人数はこの平成22年10月で111法人を数えるまでになり、一息ついたところですよ。思えば平成17年の年初から社会医療法人協議会の事務局を引き受けてから、足掛け5年以上になりますが、地域の、そして日本の医療を支えたいという思いで突っ走って来たというのが正直な感想です。私の気概だけでやってきたことなのですが、事務局活動等も郵送料等のみで引き受けていますので、職員の頑張りにはただただ頭の下がる思いです。

— その気概を支える思い、原動力はどこにあるのでしょうか？

加納 社会医療法人誕生の原点は、小泉政権下において医療への株式会社参入等を主張した「規制改革委員会」に対するアンチテーゼとして生まれた「非営利性」の追求にあります。私個人としては既に特定・特別医療法人として持分も放棄していましたので、株式会社参入に対する危機感というよりも、民間病院が自ら襟を正すことで今まで以上に自分たちの公益性を高めるよい機会と捉えました。元々、地域医療は民間病院が支えているという自負心と問題意識も

ハートフルグループの概要：病院のみ

<http://www.heartfull.or.jp/>

社会医療法人協和会・社会福祉法人大協会

■ 加納総合病院

大阪市北区天神橋7-5-15

許可病床数：300床

(ICU10床、一般病床141床、回復期リハビリ

テーション病床96床、療養病床53床)

■ 北大阪病院

大阪市淀川区西宮原2-7-17

許可病床数：77床

(一般病床39床、回復期リハビリテーション病床

38床)

(その他の事業については、上記URLでご確認ください)



ありましたので。

— もう少し詳しく教えてください。

加納 現代の病院医療が直面している問題は、社会・人口構造と同じです。地域性で考えると人口密度が二極化し、人口密度の低い地域は既に高齢化が進んでいて、人口密度の高い地域はこれから一気に高齢化が進みます。これに医療・病院が対応していくためには、地方ではセンター化した公立病院による「点での展開」、都市部では民間病院中心に「面での展開」が必要で、それぞれの課題に合致した体制作りが必要です。大阪府でいえば三次対応が必要な重症患者は1%程度で、中等症以下の患者への対応、すなわち二次救急が救急のメインです。あまり言いたくはないですが、大阪府内の15の救命救急センターでの搬送受入れは6,425台(平成21年)ですが、この運営のために府立系統の施設だけでも40億円を超える補助金(税金)が投入されています。また、大阪市立の4病院のうち2病院は救急指定も受けていないにもかかわらず、100億以上の繰入金(税金)を投入した上で、表面上はようやく黒字を保っている状態です。一方、民間病院は、法人税だけでなく設備投資に対する固定資産税まで負担をしながら医療を続けてきました。これではあまりにも不公平です。事業そのものを継続していくためにも、運営や財産の帰属先を透明化・公共化する等自ら襟を正した上で、救急医療等の公益性が高い医療の実績がある民間病院に対しては、税負担を免除して欲しいというのが私の願いです。

— そういえば、せっかく新病院を建てられたのに、理事長室は隣の雑居ビルから旧館に移っただけですね。

加納 それは当たり前のことです。この新病院は地域の患者さんとそれに応えるための医療設備、そして働くスタッフのために建てたものです。理事長室は患者さんや医療とは直接関係ないので、旧館に移れただけで十分です。それ

が民間の知恵であり、経営努力です。日本経営の山本さん(現在：取締役)には、この病院を建てるにあたって色々な相談に乗ってもらい本当にお世話になりました。他にも人事制度構築や、保険料の見直しによる財務体質の強化等を支援してもらいましたが、本当に困ったときに“電話一本”で何でも相談できる安心感にいつも助けられています。

— ありがとうございました。(文責：編集部)

大阪でNo.1の脳卒中センターを目指して

脳卒中センター長・副院長

安田 守孝氏



当院の脳卒中センターは、平成19年(2007)5月1日に新病院とともにオープンしました。脳神経外科と脳血管内治療科の専門医がチームを組み、24時間・365日手術対応ができる体制で地域の救急対応を行っています。脳卒中をはじめとする脳血管疾患は死因の第三位であるとともに、最大の介護要因です。したがって、高齢化する地域を守っていく中で、脳卒中に対応するのは当然の流れと言えます。急性期治療についてはICU・SCUを完備し専門医6名で治療に当たっています。これは大阪市内でもトップクラスですが、さらに回復期リハビリテーションから療養病床、デイケアまでトータルに急性期医療から介護まで提供できる点が誇りです。

t-PA治療は2007年10月に開始し、その実績は120件を超えています。現在は本年10月から保険適用となった「Merciリトリバー」システムの導入を検討しています。これはt-PA治療の適用外患者に対して、血管内から血栓塊を回収するという新たな治療法です。十分な経験・知識のある脳血管内治療専門医だけに認められる治療法でハードルも高いですが、最高水準の医療が提供できるようにチャレンジして行きたいと思っています。



人財育成①

コストではなく投資としての育成を

前号では介護・福祉施設における健全経営に向けた利益の考え方を紹介させていただきました。

繰り返しになりますが、介護・福祉施設においても健全経営に向けてあらゆる経営資源を活用して工夫・改善していくことが求められます。しかし、介護・福祉施設で勤務している職員の多くが利益に対して関心が薄く、他人事のように捉えているのが実態でしょう。今後は、職員の経営に対する意識を高めていくことが必要不可欠といえます。今回からは、最大の経営資源の一つである「人材」の育成について紹介していきます。

1. 10年先を見据えた

「人材」の見方・考え方

アメリカ発の世界的な金融危機、100年に1度の大不況は、残念ながら日本においてはまだ回復に向かっていいるとは言えません。製造業をはじめとする世界的に有名な大手企業でも、派遣切り等の人事・労務問題は改善されたとは言いがたい状況です。これらを念頭に置き、10年先を見据えた時、私たちは「人材」に対する見方を変えていかなければなりません。

本来、「人材」は「人財」であり、消費するものではなく、投資をしていくべきものなのです。つまり、「消費財」ではなく「投資財」として蓄え、育んでいくべき対象です。そして、それは企業の社会的責任でもあります。

100年に一度のピンチでもありますが、チャンスも同じようにあるはずです。法人としての社会的責任を果たし、チャンスを活かしていくためにも「人財」に対する

見方や考え方のヒントを本連載から少しでも掴んでいただければ幸いです。

2. 介護・福祉業界における 処遇改善の必要性

さて、上記のようなマクロ的な視点から介護・福祉業界に目を転じて、職員の定着率の悪化等、取り巻く経営環境も大変厳しい状況にあります。

夢を持って、介護・福祉の現場に就職したにもかかわらず、労働条件、職場環境の問題で、夢を失い、離職してしまった人も少なくありません。厚生労働省の調査では、介護福祉士の資格保持者のうち、労働環境が改善されれば、現場で働き続けたいという回答が8割を占めています。つまり、介護・福祉の仕事に対するやりがいは感じているものの待遇面とのジレンマを抱えているのが現実でしょう。

そのような環境の中、平成21年度介護報酬改定では、3%のプラス改定が行われ、基本的な視点は介護従事者の人材確保・処遇改善となっています。しかし、法人の事業形態にもよりますが、残念ながらプラス改定分をすべて職員の給料へと反映させられる状況ではありません。そのため、平成21年10月から2年6ヵ月間にわたり処遇改善交付金が支給されはじめました。

しかし、介護報酬改定分、処遇改善交付金だけに頼るのではなく、様々な自助努力によって原資を集め、職員の処遇改善に向けた経営改善が求められています。職場の魅力を高めつつ、経営の効率性も同時に追求していくことが重要なのです。そして、職場の魅力を高め、定着率を向上させるため、人材育成の充実

に力を入れ始めた法人が増えてきています。

3. 介護・福祉施設における 人材育成とは

これまで、介護・福祉施設における「人材育成」は、基本的には上司、先輩からのOJTを中心としたものでした。多くの法人で事業計画書に年間研修計画が記載されているのですが、法人の現状課題と期待人材像に基づいた法人全体的な教育計画はもちろんのこと、個別の教育計画についても十分でないことが多いと思われます。

介護・福祉施設における人材育成の実態は、入職後1ヵ月間程度は上司、先輩が直接指導しますが、入職から2～3ヵ月程度経過し、一通り仕事を覚え出してから、1人で仕事を進めるといったパターンでしょう。残念ながら多くの法人で、そのような環境であるため、職員は自分自身の未来像、キャリアを描きできていません。そして、明確な目標が立たないまま仕事をし、結果として勤続3年から5年程度で燃え尽き症候群に陥り、職場を転々とするケースが少なくありません。

また、前述したとおり、年間の研修計画は立案しているものの法人全体の「人材育成」に対する方針、コンセプトが明確ではないため、毎年単発的な研修で終了するケースも見受けられます。体系的、計画的な研修が整備されず、毎年の研修等の機会が職員1人ひとりの「スキルアップ」に繋がらず、十分な人材の育成が図れていないということです。

職員の職場定着、人材育成等を総合的に考えると、「OJTで教えれば人は育



つ」「研修さえすれば人は育つ」という短絡的、単発的な人材投資では、その効果に大きくは期待できません。人材育成の

成否を左右するのは、各法人で「人材開発」を「投資」として捉えるか、「コスト」として捉えるかに尽きます。

次号からは、具体的な「人材育成体制づくり」の考え方について説明していきます。

介護・福祉業界への取り組み ②

日本経営が掲げる介護・福祉事業の意義・目的

日本経営グループの全社的な機能を活用して、日本の介護・福祉経営のスタンダードをつくり、それらのノウハウを全国に提供することで、超高齢化社会での安心・信頼社会の実現に貢献します

基本コンセプト：「業界に対する無限大の貢献とチャレンジを」



戦略人事コンサルティング部長
堀田 慎一

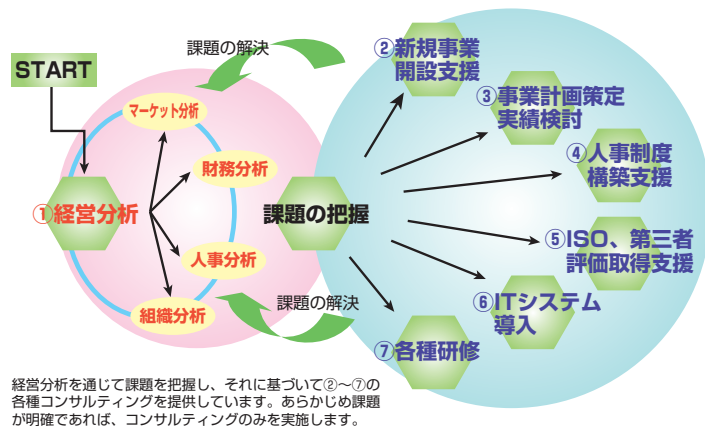
介護・福祉業界に対して、私たちは上記の意義・目的を掲げ、一件一件のお客様からのご要望にお応えしていく中で、多くの事例やノウハウを蓄積させていただきました。

前号で紹介したように介護・福祉施設のお客様との出会いのきっかけは、組織・人事関連のコンサルティングでした。その後、多くのお客様からのご支援をいただきながら、現在では介護・福祉施設のお客様との付き合いは200件を超える規模に広がっています。

私たち日本経営の介護・福祉施設向けのコンサルティングは、経営者、管理職、現場スタッフの方々と共に磨き上げてきたものです。現在では、組織・人事関連以外にも以下

のような幅広い経営ニーズに対応できる体制を整備しています。

近年、介護・福祉経営を取り巻く環境は激変しており、経営課題も複雑化しています。お客様の経営を良くしていきたい、介護・福祉業界に少しでも貢献していきたい、そのような願いと、高い志を持ったメンバーが常にお客様からヒントをいただき多種多様な経営改善メニューを開発しています。詳細内容についてご興味ございましたらお気軽にご連絡ください。



患者調査
②

ポジショニングの確認、戦略立案に活用

前号では患者調査の基本的な性格、疾病構成割合、年齢別受療率の違い等についてご紹介しましたが、今号ではポジショニングの検討等、実務的な利用法をご紹介します。

① 2次医療圏の患者流入を把握する

創刊号でも少し触れましたが、患者調査での住所の集計方法には、施設所在地と患者住所地の2種類があります。分かりやすく言えば、患者が医療を受けた医療機関はどの地域かというデータと、医療を受けた患者の住所はどの地域かというデータです。鹿児島県を例に取ると、1日入院患者数に関して、以下のようなデータがあります。

	45 宮崎県	4502 都城北諸島	46 鹿児島県	4601 鹿児島	4603 南薩	4605 川薩	4606 出水	4607 始良・伊佐	4609 曾於
(患者住所地)全国	17.4	3.2	29.9	12.1	3.5	2.0	1.2	4.7	1.0
45 宮崎県	16.5	2.7	0.2	0	0	—	—	0.1	0.1
4502 都城北諸島	2.7	2.5	0.1	0	0	—	—	0.1	0
46 鹿児島県	0.6	0.5	29.3	11.8	3.4	1.9	1.2	4.5	0.9
4601 鹿児島	0	0	9.9	9.3	0.3	0.1	0	0.2	0
4603 南薩	—	—	3.7	0.6	3.0	0	—	0	—
4605 川薩	0	0	2.4	0.5	0	1.7	0	0.1	—
4606 出水	—	—	1.4	0.1	—	0.1	1.2	0	—
4607 始良・伊佐	0	0	4.5	0.6	0	0	0	3.9	0
4609 曾於	0.5	0.4	1.2	0.1	0	0	—	0.1	0.9

(閲覧・第149表(その2): 病院の推計入院患者数、施設所在地(二次医療圏)×患者住所地(二次医療圏)別(愛知〜沖縄)、単位: 千人)

縦方向に表を見ると、たとえば鹿児島医療圏(4601)には1日に12.1千人の入院患者がいて、11.8千人が鹿児島県内、9.3千人が鹿児島医療圏内に住所を持つ患者であることを示しています。違う言い方をすると、鹿児島医療圏以外の患者を2.8千人受け入れている、流入地域と言えます。これに対して横方向に見ると、たとえば曾於医療圏(4609)に住所を持つ入院患者は、0.9千人が曾於医療圏内で、1.2千人が曾於を含む鹿児島県内で、0.5千人が宮崎県で入院医療を受けていることを示しています。曾於医療圏で医療が行われているのは他の医療圏の患者を含めて1.0千人の入院患者なので、流出地域と言えます。このように、このデータからは、どの医療圏に住む患者が、どの医療圏まで移動して入院医療を受けたか、それがどれぐらいの人数かが分かります。

② シェアを確認し、目標設定する

全県的な役割を担う3次救急病院等を除いて、自院が地域で果たしている役割を数値で確認するためには、2次医療圏に住所を持つ患者数に対して、自院の患者数がどれぐらいの割合を占めるのか(シェア)を計算するのが基本です。前回ご紹介した下巻・第30表の傷病分類別の入院患者数データ(2次医療圏・患者住所地)や、それよりやや細かい疾病大分類別のデータとして閲覧・第154表がありますので活用してください。また、患者調査は過去5回分、平成8年度調査分までは公表されていますので、疾病ごとに(診療科ごとに)シェアがどう推移しているか、時系列で確認することも重要です。

なお、比較的規模の大きい急性期病院であれば、入院患者数のシェアだけでなく、退院患者数のシェアを確認することも重要です。時系列で確認する際も、退院患者数(≒新入院患者数)は在院日数の差の影響を受けませんので、経営面で新入院患者数目標等を設定するのに適しています。

③ ポジショニングを確認する

さらに進んで、今後地域に必要な領域を検討したり、相対的な役割の高さを確認することもできます。

たとえば、①で見た患者の流入について、傷病分類別までのデータはありませんが、施設所在地データと患者住所地データを並べるとネット(差し引き)の流入は分かります。下記は、熊本医療圏を例に作成したのですが、「新生物」については医療圏内に住所のある患者数が700人であるのに対して、医療圏内の病院に入院している患者数は1,400人となっています。もちろん前者のうち、医療圏外で入院している患者もありますが、ネットで700人(100%)の流入となっています。これに対して、「神経系の疾患」は11.1%の流入に留まり、疾病別に流入の状況は異なります。

	4301 熊本			自院		
	施設所在地患者数(A)	患者住所地患者数(B)	流入率(=A-B/B)	自院患者数(C)	院内シェア	地域シェア(=C/A)
総数	12,600	9,800	28.6%	229	100%	1.8%
I 感染症及び寄生虫症	200	100	100.0%	2	1%	1.0%
II 新生物	1,400	700	100.0%	64	28%	4.6%
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	100	0	0.0%	0	0%	0.0%
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	400	300	33.3%	8	3%	2.0%
V 精神及び行動の障害	2,600	2,500	4.0%	0	0%	0.0%
VI 神経系の疾患	1,000	900	11.1%	31	14%	3.1%
VII 眼及び付属器の疾患	100	100	0.0%	4	2%	4.0%
VIII 耳及び乳突突起の疾患	0	0	0.0%	0	0%	0.0%
IX 循環器系の疾患	2,600	2,000	30.0%	66	29%	2.5%
高血圧性疾患	100	100	0.0%	2	1%	2.0%
(心疾患(高血圧性のものを除く)(再掲))	600	400	50.0%	14	6%	2.3%
(脳血管疾患)(再掲)	1,800	1,400	28.6%	48	21%	2.7%
その他の循環器系の疾患	100	100	0.0%	2	1%	2.0%
X 呼吸器系の疾患	700	600	16.7%	8	3%	1.1%
XI 消化器系の疾患	500	300	66.7%	31	14%	6.2%
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	100	100	0.0%	0	0%	0.0%
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	600	400	50.0%	3	1%	0.5%
XIV 腎尿路生殖器系の疾患	400	300	33.3%	3	1%	0.8%
XV 妊娠、分娩及び産後	200	100	100.0%	0	0%	0.0%
XVI 周産期に発生した病態	100	100	0.0%	0	0%	0.0%
XVII 先天奇形、変形及び染色体異常	100	0	0.0%	0	0%	0.0%
XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	200	100	100.0%	0	0%	0.0%
XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1,300	1,000	30.0%	7	3%	0.5%
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保護サービスの利用	100	100	0.0%	2	1%	2.0%

(閲覧・第154表: 病院の推計入院患者数(施設所在地)、二次医療圏×傷病大分類別、閲覧第155表: 病院の推計入院患者数(患者住所地)、二次医療圏×傷病大分類別を参考に作成)

左側の地域データに対して、右側は自院の患者数、院内シェアと地域シェア(対施設所在地患者)を一覧にしたものです。たとえば、「脳血管疾患」の院内シェアは21%と大きなウエイトを占めていますが、地域シェアはそれほど高くはありません。このような場合は、医療圏外の患者も流入率の28%を上回る30%程度でないと、結果として他の病院にシェアを取られていく可能性があることを示しています。これに対して、「消化器系の疾患」は院内シェアこそ高くありませんが、地域シェアは高くなっています。医療圏外の患者割合が50%程度あれば、さらに拡大・特化していける可能性を示しています。

このように一般的に公開されているデータからでも、一定程度の市場状況は把握することができ、経営における目標値の設定等に活用することが可能になります。

戦 略人事コンサルティング部門は日本経営グループのコンサルティング部門として平成元年に創設しました。主に医療・介護・福祉施設に対する組織戦略・人事制度構築支援や教育研修の実施、第三者評価の取得支援、組織活性化診断等の業務を行っています。

私たちは、事業の意義・目的の一つに「顧客の経営理念を実現することによって、顧客の経営価値を高める」という言葉を掲げています。どのようなコンサルティングを行う

際にも、制度設計や研修の実施、第三者評価の取得等を業務のゴールとするのではなく、『人づくり』という概念を大切にし、ご縁のあった経営者の方や、そこで働く従業員の方々に少しでも多くの『働くことの幸せ』を感じていただきたいと考えています。

私たちがドメインとしている医療・介護・福祉施設は、医師や看護師などの国家資格を有する専門職が多く集まる職場です。コンサルティングを行う際には、それぞれの職

部門紹介

戦略人事コンサルティング部門

種に関する深い知識が求められるだけでなく、現場の状況把握やプロジェクトを慎重に行うための洞察力、関係調整力などが求められます。

このような領域で培われた、高度で専門的なノウハウを最大限に活かせる努力を、常に心がけています。また、近年では、出版活動を通じて、社員一人ひとりが集積してきた情報を幅広く発信する事業にも力をいれています。

今後とも、社員一同「人づくり」を通じて、社会の成長発展に貢献できるような価値を提供していきたいと思っています。

【既刊書籍のご紹介】

『戦略的病院人事制度改革』

発行：MASプレーン 2,000円

『マンガでわかる病院人事考課ガイド』

発行：日本経営戦略人事コンサルティング 1,100円

『病院賃金改革Q&A』

発行：産労総合研究所（経営書院） 1,785円

『社会福祉法人給与制度改革マニュアル』

発行：日本経営戦略人事コンサルティング 1,000円

『病医院・社会福祉施設の賃金システム』

発行：中央経済社 2,100円



病院・介護施設経営Q&A ～人事労務編～

Q 人事制度を構築する上でもっとも大切なことはどのようなことですか？

A 最も重要なことは、当初のコンセプト作りだと考えています。人事考課制度、報酬制度、人材登用制度など、すべての制度が一貫したコンセプトのもとで整合性を持っていることが重要です。例えば、報酬制度を構築する過程で、格差の付け方について意見が分かれたときに「もう一度最初のコンセプトに立ち戻ろう」ということができれば、筋の通った人事制度を組み立てることができます。

Q 人事制度の運用時にもっとも留意すべきことはどんなことでしょうか？

A 人事制度はあくまでもツールですから「何のために使うのか」という目的が大切です。したがって、最初に立てた人事制度のコンセプトや目的を、折に触れて確認することが大切となります。他にも、制度を運用する側の幹部に対する教育を行うことや、定期的に制度のメンテナンスを行うことも、運用上は欠かすことのできない要件になってきます。



税理士の道を断念、企業人として生きる決意を

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



「私が税理士を目指さないことですか!？」

どうすれば事務所を大きくできるか、という私の問いかけに対する先生の回答は、その時の私にはまったく理解できないものでした。

「どういうことなのでしょう？」

改めて問い返す他ありません。

「君も税理士を目指しているんだね」

「ええ、そうです。いつかは菱村所長のように自分の事務所を持ちたいと思っています」

「じゃあ、何年たってもムリだ。君は最古参の所員かもしれないが、菱村所長の子供でも親戚でもない。もちろん共同経営者でもない。そしていつかは独立して会計事務所を持ちたいと考えている。いくら有能だとしても辞めていくことが分かっている所員に、所長としては全幅の信頼を置いて事務所の経営を任せることができると思うかい? 少なくとも私には出来ないな」

愕然としました。思いもよりませんでした。私はただ、事務所が大きくなり、大勢のクライアントを相手に仕事が出来ればと、ごく単純に考えていただけでした。事務所の経営というデリケートな視点で、考えていたわけではないことに気付かされたのです。

「ありがとうございます。少し考えてみます」

頭を下げた私は、顔を上げることができないまま、その場を立ち去りました。失礼なことと思いながらも、とにかく一人になって考えてみたかったのです。

ホテルの部屋で一人になって、改めて私は重大なことを告げられたのだ、と気がつきました。税理士試験に合格すること、そしていつかは自分の事務所を持つことが社会人になってからの夢でした。

しかし、菱村所長のもとで仕事を叩き込まれ、その面白さを知り、より多くのクライアントとの出会いを求めるため、事務所をもっと大きくし、大人数の所員と共に仕事をしていくことを、もう一方の夢と考えるようになっていました。私の中では違和感なく同居していたこの二つの夢が、相反するものだと思われたのです。

もう研修旅行どころではありませんでした。その夜からの数日間の行程は、二つの夢を比べ、どうすれば良いのかをひたすら考え続けていました。

そしてようやくたどり着いた結論は、「日本一の会計・コンサルティング企業に」でした。菱村総合税務会計事務所を、サービスも規模も、日本一の会社にする。研修の全行程を終了し、羽田空港に降り立ったときには、もう何の迷いもありませんでした。

この私の決意は、誰にも告げないでおうと思いましたが、あえて宣言する必要もなく、普段の私の行動を見てもらえば分かったと考えたからです。

研修後、出社した私には、世界が違ったように感じられました。新たな希望、夢が一つになったことで、ほんの少しだけ腰が据わったようでした。

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：彷徨える介護療養病床～タイムリミットまで1年、どこへ向かうのか!?

介護療養病床は、平成23年度末で廃止、老健施設等へ転換することとなっている。しかし、昨年の政権交代で与党となった民主党は、これについて凍結の意思を示しているが、必要な法律の整備など、まだ手付かずの状況だ。日本の医療提供体制を考えたとき、あるいは介護保険との関係の中で、療養病床をどう位置づけるのが望ましいのか。その解を大胆に読み解いていく。

FOCUS

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

部門紹介

データの読み方～財務・会計編

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田寺内2-13-1
編集部 東京都千代田区神田司町2-11-1
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9171
定価 500円(税、送料込)

編集部：大池康礼、新宅雅文 編集協力：武田貴志江

日本経営のホームページ <http://www.nkgr.co.jp>