

平成24年度は6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定の年にあたりますが、わが国の医療保険制度は、報酬の引き上げ、あるいは引き下げに一喜一憂しているような環境にはないと考えています。

例えば、医療費全体における公費の割合は36%を超え、そのうち国庫から支出されているのはおよそ25%。残りが自治体ということですが、現在の自治体の経営状況は承知されているように、相当な部分は交付税等で支えられており、そもその蛇口については、大部分が赤字国債に行き着くということになってしまいます。実際は今でも消費税の一部は目的的に使用されており、これが社会保障財源の一部として充当されています。以上は相当乱暴な展開ではありますが、大きな流れとして承知しておいてください。

さて、日本の高齢化率は既に22%を超えており、5人に1人以上が高齢者という状況です。さらに今後、いわゆる団塊の世代が高齢者世代に突入してきますので、医療、介護、そして年金の高齢者を対象とした社会保障の財源は、極めて厳しい状況になっています。そこで、国は社会保障と税の一体改革として、社会保障制度の効率化を図るとともに、消費税の引き上げ分の一部を、社会保障の財源として確保しようとしているわけです。

患者調査などを見ていただければ分かるように、高齢者の受療率は現役世代の数倍に上り、一人当たり医療費も4-5倍になっています。もし、このまま何の手立ても講じなければ、高齢者世代が一気に増加する影響についてはお分かりになると思います。

わが国では、一部の病院を除くと保険証さえあれば、保険ごとに設定された一部負担金で、医療へ簡単にアクセスできます。恐らく、世界でこれほど医療へのアクセスが保証されている国はないでしょう。しかし、一方で、こういったフリーアクセスが医療提供の財政的効率性を阻害しているという指摘もあります。抑制的とは言いませんが、医療提供側および国民も、より自律的な医療提供および医療消費行動が求められると考えます。

一方、こういった医療を支える保険者については、国や自治体の支援を織り込んだ運営から、もう少し経営という意識を持って維持にあたるべきではないでしょ

「いま議論すべき、将来に亘る安定的な保険者の在り方」

FOCUS



健康保険組合連合会
しもとり かずひこ
理事 霜鳥 一彦

うか。これは財政的なことだけを言っているのではなく、被保険者への啓蒙、教育的な視点も含みます。例えば、健保連では総合診療科医を推奨し、被保険者がより適切な医療（医療機関）を受けることができるような取り組みも行なっています。地道な取り組みではありますが、大事なのはこういった積み重ねを習慣化することだろうとも考えます。

ただし、それだけでは多くの時間を費やしてしまいかねませんので、より安定的な保険者のあり方を模索することも重要になってきます。先に紹介した医療保険の財源を国保に限ってみると、全体の5割が公費で構成されています。また、世代別に見れば、後期高齢者の医療を支えているのは現役世代であり、健康保険組合で言えば、既に保険料の46%が拠出されており、近い将来には50%を超える状況も視野に入ってきています。保険料率をさらに上げるのも、そろそろ限界に近いのではないのでしょうか。

慎重な議論が必要ではありますが、こういった環境下でより安定的な保険者の在り方として、一部の保険者を統合し、いわゆる疾病金庫的なものの検討も良いかもしれません。現在の国保のような市町村単位では小さすぎるかもしれませんし、後期高齢者のような県一本の広域連合では、被保険者の顔も見えなくなりますので、二次医療圏程度の規模で財政を安定させる一方で、受益と負担の関係を再度、加入者全員で考え直す必要があるのではないのでしょうか。（文責：編集部）

社会の成長・発展に寄与する 企業を目指して

(株)日本経営 代表取締役社長 藤澤 功明

2011年はわが国にとって心に止め置くべき年となりました。3月11日の東日本大震災は、大きな揺れと同時に、数百年に一度という大津波を引き起こしました。さらに福島第一原子力発電所で起こった事故は、広大な範囲で地域住民の避難を強いており、最終的な収束までには数十年の年月を要するという指摘もあります。

17年前には、阪神淡路大震災を私たちも経験しています。まさに私たちの地で発生した大規模災害に、呆然とする思いでしたが、それでも何かをしなければならないという切迫した思いに駆られ、日本経営の社員たちは動きはじめました。約240件の被災されたお客様のもとへ、水や食料、燃料などをバイクや自転車、あるいは徒歩で運ぶという作業を繰り返しましたが、途中、想像を絶するような惨状を目の当たりにし、涙を拭いながら早朝、帰途に着いたことも思い起こされます。

今回の東日本大震災に、阪神淡路大震災の教訓が活かされたのかどうかという検証とは別に、改めて心に刻まれたのは、日常のありがたさです。水や電気、ガスというライフラインは、ほとんど制限なく使えて当たり前という状況が、いかに恵まれているのかと思わざるを得ません。私たちは、大災害を経験し、「日常（普通であること）」であることに感謝の気持ちを持つことができました。日々の生活に感謝する気持ちを持つ大切さに、気づかされたのです。

お客様の信頼を得た無私の対応

阪神淡路大震災で被災されたお客様240件に対する当時の私たちの決断は、顧問料を無料として支援を継続することでした。様々なサービスを提供し、その対価として顧問料を頂戴する。単純化すれば、お客様と私たちの関係は、このようなものです。しかし、もちろんそれだけではありません。日本経営の社訓は、以下のとおりです。

「顧客の健全な発展を通じて正しく社会に貢献する」

「社員の真摯な成長を通じて正しく社会に貢献する」

この社訓が意味するものは、会社は会社のために存在するのではなく、社員、顧客、そして社会のために存在するというのがひとつ。さらに、会社、社員、顧客はそれぞれのかかわりの中で成長することで、社会にとって有意義



な存在となっていくことを目指すということです。また、社員や顧客という言葉の背後には、それぞれの家族が含まれます。

お客様は単にサービスと対価のやり取りをする相手ではなく、会社・社員と共に成長していくパートナーでもあるのです。そのお客様が被災され、しかも事業の再建を目指されているとすれば、ビジネスという関係を一旦、中断してでも、まずパートナーとしてご支援する必要があると考えました。無論、お客様には喜んでいただきました。そして、そのお客様の感謝は無形のものとどまらず、数多くの新たなお客様の紹介という予想もしなかった事態に発展していきました。そのことを通して私たちは家族、仲間、同志の絆の深さを教えて頂きました。

また、このときほど、「信頼」という言葉を実感したことはありませんでした。その一方で、新たな、そして重い責任も感じました。なぜなら紹介を頂くということは、紹介元のお客様に対する「責任」と「信頼」も同時に抱えることになるからです。現在の日本経営グループにおける顧客の

10年後の日本経営グループの姿

- ① 日本が世界が抱える問題に果敢にチャレンジする企業
- ② 三方良しの実践で、正しく地域・社会に貢献する企業
- ③ 誰にも負けない努力で、ピカイチの技術力と商品力にこだわり続ける企業
- ④ 現業を併せ持つコンサルティング会社で現場実践力のある企業
- ⑤ ご両親が子供を入社させたい、大切にしたいナンバーワン企業

相当な部分が、この時に形成されています。後述しますが、このときの行動は「自利利他（じりりた）」の精神を具現化したものと理解しています。

日本経営グループは、創業者である菱村（現取締役会議長）から小池（現会長）へと引き継がれました。二人は同郷ですが、何の姻戚関係ありません。本誌の最終ページに連載している小池の「履歴書」を読まれている方はお分かりだと思います。小池は個人の夢を捨てて会社経営に取り組みました。私も及ばずながら二人の思いを継いで行くことを決心し、今に至っています。これは上場こそしていませんが、会社は「公器」とあるという意識があること、同時により多様な人材に経営に関わっていただきたいという思いがあるためです。

当然のことですが、経営者は会社の永続的な存続と発展を目指します。では、そのために何が必要なのか。このテーマは経営者すべての関心事であり、そして永遠のものでもあります。実は正しい「解」は既に提示されています。それは「人」なのです。問題は、どのような「人財」をどのようにして「育成」すればよいのかということです。これは会社（あるいは経営者）のミッションによって違ってくるでしょう。だからこそ永遠のテーマとしてあり続けていると考えます。

人財育成の基本となる「担雪埋井」

日本経営グループでは、この人財育成について基本的な理念とも呼べる言葉があります。「担雪埋井（たんせつまいせい）」がそれです。これは臨済宗の中興の祖、あの白隠禪師（白隠 慧鶴）の言葉として有名ですが、意味するところは以下のようなものです。

「雪をもって井戸を埋めようとするが、すぐに溶けてしまい決して井戸は埋まることはない。しかし、止めることはできない。なぜならそれは私の強い願いだからである」

これは、菱村が創業間もなく入会したTKCの故飯塚毅会長から教えられた言葉でした。これ以外にも数多くの教えを頂いていますが、「担雪埋井」が日本経営グループにおける人財育成の基本理念となっています。決して諦めること

なく、只管（ひたすら）、関わり続ける。これが会社としての姿勢です。

では、どんな人財を求めているのか。ここでもいくつかのキーワードがあります。そのひとつが「自利利他」です。先の阪神淡路大震災のときの行動基準となった理念でもあります。天台宗の開祖、最澄の言葉とされているこの言葉には幾つかの解釈があると思いますが、私たちは「自利とは利他をいう」と解釈しています。

つまり、自利と利他は同じものであり、世のため、人のため、社会のために精進努力の生活に徹すること、それがそのまま自利、すなわち本当の自分の喜びであるはずということです。「情けは人の為ならず」という諺もありますが、それとは違います。他人への情けが回りまわって自分のものとなるというこの諺は、どこかで即物的な利益を期待するニュアンスが感じられます。

人財像を語る上でのもうひとつのキーワードは、「親孝行」です。親孝行と企業経営、企業の人財像とどんな関係があるのかと不思議に思われることでしょう。これまで紹介した「担雪埋井」「自利利他」そして「親孝行」はすべてがつながっているのです。親は子に対し、無償の愛を注いでくれます。決して見捨てることはありません。愛情を注ぐからこそ、子供が誤った道を歩もうとすると本気で叱るのです。

子としては素直に「感謝」することが親の愛に報いることにもなります。素直に感謝できる人であること。それが、日本経営グループにおける人財としての条件のひとつであると考えています。しかし、親が注いでくれる愛情は、大震災前のライフラインと同じように、ごく当たり前の日常であるがため、そのありがたさに気づくことはまれです。親孝行は本能ではなかなか実践できないため、感謝の気持ちの大切さと親孝行を身につけていただく必要があると考えているのです。

これまで述べてきたように日本経営グループは、多くの有用な人財を育成し、10年後には別掲（本ページ上段）のような企業として、日本の社会の成長発展に貢献していくことをお約束いたします。

平成24年度 診療報酬／ 介護報酬 同時改定



平成24年度は、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定の年に当たる。前回、平成22年改定は政権交代後初の改定で、民主党政権の公約通り10年ぶりのプラス改定となり、急性期病院を中心に収益が伸びている。今回の診療報酬改定率は+0.004%（本体は+1.379%）で決定されたが、医療機能ごとに受ける影響が異なってくる。各分野の有識者にポイントを聞いた。

Part 1 急性期病院／DPC

済生会横浜市東部病院 院長補佐 正木 義博 氏

前回改定で急性期病院の一定の底上げは 終了、個別に評価する段階へ

平成22年度の改定で、勤務医負担軽減や外科・産科の評価等が行われた結果、急性期病院への財源投入が行われた。緊急的な底上げは済んでおり、今回改定は大きなプラスがあると期待してはいけないと考えている。

医療経済実態調査からも、収益が増え、損益も改善しているという結果が出ている。

今回、急性期病院にとって注目すべき内容はやはりDPCの調整係数の廃止とその補正であろう。分かりやすいいえば、データ提出やプロセス管理といった一定の質が担保されたDPC病院を大きく3つに分けようとする動きだ。大学病院本院に準ずる高診療密度群に、どのような病院が入ってくるかが注目される。

現時点の議論では、そのグループは100病院ぐらいを想定しているようだが、当院は複雑性が高くないため入れないと考えている。DPCに関してはデータに基づいた議論が行われているが、1,400を超えるDPC病院に対して、100にも満たない数の病院だけをグルーピングするのは、バランスを欠く印象だ。

また、大学には、研究、教育、臨床の3つの機能や使命があり、非常に重要な存在ではあるが、大学附属病院と“病院”の看板を掲げる以上は、最初から特別扱いせず臨床部分については他

の急性期病院とフラットに競争した方が、結果的には大学病院にとっても質の向上に繋がると考えている。

ほかでは、機能評価係数Ⅰ、Ⅱや複雑性・効率性についても、適宜、修正・改善が行われているが、現場ではまだアジャストできていないと感じる部分も多い。たとえば、救急医療指数であるが評価対象となっているのは救急車による搬送と緊急初診入院であり、小児科などに多い入院に至らない救急外来患者に対応することは、評価の対象外となっている。

また、当院でいえば、25診療科の総合型病院なので、検査入院や教育入院の機能も担っているため複雑性はどうしても高くならない。ただ、病院全体で複雑性が低いといっても、循環器系をはじめとしていくつもの診療科で全国でもトップクラスの実績があり、そのレベルに合わせて病院全体のスタッフや医療提供環境も整備している。このあたりの現場感も踏まえて評価して欲しいものである。

急性期病院を起点とした連携ネットワーク構築

短期の政策である診療報酬改定とは別に、長期的には「社会保障と税の一体改革」の議論について、しっかりと見据える必要があると考えている。医療提供体制としては、『将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ』に示されている。ここで鍵になるのは、高度急性期、一般急性期、亜急性期の機能分担だ。アメリカのように、外科手術を急性期病院で1週間、そこから糸が入った状態で転院して亜急性期病院で2週間、というイメージだろう。現在の一般病床は、急性期を担う努力をするだろうが、それが適わなかった場合に亜急性期を担っていくという意思決定がなかなか難しい。

機能分担で重要なのは、シームレスなコミュニケーションだ。熊本地域では昭和30年代から培った医師間、医療者間の交流があって、今の連携体制が構築されている。当院では、神奈川県にある済生会神奈川県病院と連携を深める努力をスタートした。転院した患者さんにも安心してもらえるように、主治医の方が移動して回診する等、医局を含めた一体的運営にチャレンジしている。やはり、患者さんの“やりとり”ではなく、よい医療を提供するための周辺技術の移転を含めた交流、双方のレベルアッ

■ 1病院あたり損益（介護保険収益2%未満、国公立を除く）（単位：千円、%）

	前々年（度）		前年（度）		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医療収益	2,654,909	99.8%	2,787,138	99.8%	5.0%
II 介護収益	5,109	0.2%	4,192	0.2%	▲17.9%
III 医療・介護費用	2,620,142	98.5%	2,696,289	96.6%	2.9%
IV 損益差額 （I＋II－III）	39,877	1.5%	95,040	3.4%	—
施設数	646	—	646	—	—
平均病床数	171	—	171	—	—

（注）「国公立を除く」とは、医療法人のほか、公的、社会保険関係法人、個人病院などである。

（医療経済実態調査・直近の2事業年度分の集計結果より）



ブでないと、関係が長続きしない。

■ 求められる事務職のレベルアップ

また、医療者だけでなく、事務職のレベルアップも長期的には大きな課題だ。病院は医療があって経営が成り立っており、経営するために医療をやっているのではない。ここで勘違いしてはいけないのは、皆保険が守っているのは医療であって、個別の病院の経営が守られている訳ではないということだ。病院事業は全産業で見れば零細企業にあたる規模だが、こんなに社会貢献をしている事業はないと思う。もっと自信と誇りを持って

経営にあたるべきだ。

当院は横浜市から土地の提供を受けていることへの恩返しの意味もあって、横浜市内の中核病院を集めて、事務職向けの勉強会の事務局を行っている。かつては、医師と事務職と一緒に経営を語ることが難しい時代があったが、今はDPCの普及によって医療が可視化され、事務職の活躍するステージが格段に大きくなっている。自治体病院や公的病院の事務レベルがパワーアップすれば、もっと医療を向上させたり、総医療費を1兆円程度削減することだって夢ではないはずだ。奮起と飛躍を期待したい。

(文責：編集部)

Part 2 一般病床／療養病床

慶應義塾大学大学院教授 **高木 安雄 氏**

収入は伸び悩むが、コスト管理と質の担保に努める療養病床

療養病床については、平成18年度に医療区分とADL区分による報酬区分という画期的な包括評価の体系が導入された。その後、平成20年度の改定を経て、前回の平成22年度の改定では、マトリックスによる9区分としたうえで人員配置を評価した療養病棟入院基本料1（看護配置20：1）と、同2（看護配置25：1）という体系に分けられ、合計18区分の報酬となった。これによって療養病床は、患者の状態と評価の観点から療養病棟入院基本料1⇒同2⇒介護療養病棟、そして老人保健施設という流れが出来上がったことになる。

これは、9月7日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会に提出された「慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」で確認することができる。たとえば、平成17年度は医療区分1の患者は医療療養病床全体で53%いたが、18年度は32.2%、20年度は31.9%と漸減しており、基本料が二つに分かれた22年度には、入院基本料1で医療区分1の患者は12.9%、入院基本料2で36.8%となっている。一方、介護療養病床では、平成17年度で57.9%、18年度は55.8%と若干減少したが、22年度には72.7%と激増している。

このように新しい包括評価の体系により病棟機能が明確になり、患者の受け入れ状況に顕著な変化が表れている。

医療療養病床にはこうして医療必要度が比較的高い患者の層が増えており、スタッフ、特に看護職の過重労働を指摘する声がある一方で、経営的には安定している事実もある。医療療養病床の患者1人1日当たり金額（レセプト調査）は、平成20年度は1万6,200円であったのに対し、平成22年度は基本料1（20：1）が1万7,616円と約1割伸びる一方、基本料2（25：1）は1万4,476円に下がっている。

しかし、医療経済実態調査の結果では、表1のように収支が改善している様子が見

■ 表1 療養病棟の収支状況（1施設当たり）（一部）

（単位：千円）

	20対1		25対1	
	H21年6月	H22年6月	H21年6月	H22年6月
医療収入	72,185	72,269	48,313	49,916
医療費用	65,783	65,679	44,802	45,743
（給与費）	34,784	35,710	27,189	27,743
収支差額	6,402	6,590	3,511	4,173
1病床当たり収支差額	66.7	68.6	42.6	50.6

（平成23年医療経済実態調査）

て取れる。人件費はいずれも低下することなく、それ以外のコスト調整の成果であることがうかがえる。

平成22年度のプラス改定の恩恵に浴することがなかった療養病床だが、経営努力がそれを補っている。しかも表2に見るように、クオリティ・インディケーター（QI：臨床の質）でみた療養病床の取り組み、医療の質は決して低下していないことが分かる。たとえば、身体抑制は平成18年度では最大値が82%強だったが、平成22年度には最大値で38%と劇的な改善が行われ、平均値でも18%から12%と確実に改善されている。

療養病床における包括評価の診療報酬が、その政策意図を見事に反映した結果であり、経営サイドの改善努力を踏まえると、次回、の改定は医療と介護の連携の観点から包括評価の範囲がさらに拡大すると考えてよい。

求められる利用者の生命・生活を支える包括評価の再構築

今後、医療提供と診療報酬の課題となるのは、急性期・亜急性期・回復期・慢性期という中で、13対1、15対1看護の病床の機能と評価のあり方だろう。これらの中には、亜急性期入院

■ 表2 QI（Quality Indicator）の算出（慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書より）

QI項目	平成18年度調査			平成20年度調査			平成22年度調査		
	患者数	平均値	最大値	患者数	平均値	最大値	患者数	平均値	最大値
身体抑制	1,693人	17.6%	82.4%	1,387人	17.3%	80.0%	610人	12.3%	38.0%
留置カテーテル	2,057人	12.0%	27.4%	1,832人	14.7%	35.3%	771人	13.4%	37.1%
尿路感染症	2,057人	7.8%	20.8%	1,832人	13.4%	60.3%	771人	6.0%	40.0%
褥瘡	2,057人	10.8%	20.8%	1,832人	9.8%	22.4%	771人	5.2%	20.0%

医療管理料（13対1以上）、回復期リハビリテーション病棟入院料（一部は療養病床での届出）を選択している病床もあり、特に回復期リハの病床数の伸びは著しく、新設された当初（平成12年）から実に6万床近く増加している。

これら特定入院料は、提供するサービスの内容・機能が明確に出来るという特色があり、今後も入院医療の包括評価の見直しや新設が繰り返され、まさに診療報酬による経済的誘導である。

しかし、ここで少し立ち止まって考えなければならないのは、これまで余りにも医療提供者側の考え方で、医療提供体制や報酬を議論してきてはいないかという反省である。超高齢社会の下で、患者は生活習慣病や合併症を抱えながら、急性期、亜急性期、回復期など明確に区分することは難しくなっており、地域の医療資源も様々である。

先の社会保障国民会議での報告では、「高度急性期」という概念が語られていたが、急性期病床について、高度急性期、そ

して一般急性期とさらに細かく区分し、果たして患者は迷わずに選択、受診できるのだろうか。こうした専門分化を強化するのであれば、患者の受診の振り分け、トリアージを行う家庭医や総合医の構築が必要だろう。また、地域のニーズを柔軟に受け止めることができる「コミュニティホスピタル」といった姿も一つの考えだ。

介護保険では、「地域包括ケアシステム」というグランド・デザインが提唱されているが、残念ながら医療分野では専門分化に阻まれて、包括的なビジョンを見ることは少ない。病院から介護を経由して在宅までの広範な医療と生活支援のニーズに的確に応えるためには、診療報酬の議論も大切だが、再度、医療・介護の連携強化のためのインフラ再構築に取り組むべきではないか。良質で効率的なケア提供のための診療報酬は、利用者と社会が納得・満足できる視点からその方向を探るべきであろう。（文責：編集部）

Part 3 在宅医療

おおさか往診クリニック 院長 田村 学 氏

私が大学病院の職を辞して在宅医療専門の開業医としてスタートしたのは、およそ3年前である。本稿の趣旨からは少々脱線するが、在宅医療を志すに至ったのは、大げさに言えば現在の医療提供体制への疑問、もう少し直截的に言えば、病院（私が所属していた大学病院＝特定機能病院）で、人の死を経験することがなくなったということである。

人は必ず老い、そして死んでいくものであるし、医師としての役割の大きな部分として、終末期に本人や家族をどう支援するかということがあると考えたからである。

Ⅰ 病院で死ぬということ

昭和50年代以降、病院で亡くなる人が増えてきて、現在は死亡者の8割近くが病院で亡くなっている。この現象の要因は、医療保険制度の整備、充実と無関係ではないと考える。昭和36年の国民皆保険体制以降、高度成長と共に、わが国の医療保険制度は急速に整備された。誰もが気軽に医療を受けることができるようになったのである。

医療保険制度は、当然のことだが国民のために存在する。しかし、「いつでも、どこでも」という皆保険の理想のため、医療の量的な確保は国の大きなテーマとなった。そして診療所だけでなく病院が病床と共にその数を大きく増やしてきた。結果としては、医療保険は医療提供者のためのものでもあったということだ。病床における医療という安心を患者や家族も求め、特に終末期に顕著だったと考えられる。「病院で死ぬ」人の急速な増加は、患者、家族と医療提供者の双方が希望した結果といえるのかもしれない。

Ⅰ 在宅で死ぬということ

この十数年間、医療費は年金と同様、常に国の大きな関心事となってきた。しかし、高齢化が進むということは、これまでの流れから言っても医療費が増大していくことに他ならない。

介護保険創設以降、特に顕著だが、国は平均在院日数の短縮、社会的入院の是正、医療機能の明確化と分担という施策を推し進めてきている。その結果のひとつとして、在宅医療を促進させる方向にある。診療報酬点数上でも、在宅医療拡大のための点数設定が行われてきている。ごく最近では、在宅療養支援診療所（病院）の創設などがあるが、このような経済的誘導策も大切だろうが、長年に亘って形成されてきた施設での処遇という「常識」を変えるには、診療報酬だけでは心もとない気がする。

では、なぜ、私が在宅医療、それもあえて終末期を選択したのか。それは、在宅での死には喜びがあると感じたからだ。これが在宅推進のキーワードのひとつになると考えている。生き抜いた時間の長短に関係なく、人生の最期を家族と共に迎え、そして家族も本人の死を受け入れ、共に時間を過ごす。人の死は特別なものではなく、生まれ落ちたら必ず人は死を迎える。これを本当に受け入れることが出来るかどうかで、違う世界が見えてくるはずだ。

Ⅰ 医療の限界と医師の役割

現在の日本国民は、医療に対して過大な期待をもっているように思われる。もちろん、その背景には、先に述べた医療保険制度の整備と簡単に医療を受けることができるといった環境がある。更に言えば、私たち医師をはじめとする医療関係者が、その後押しをしてきた側面も否定できない。いわば、国民と医師は医療（医学）に対する幻想を今日まで共有してきたわけだ。在宅医療に取り組むようになって、その構図をより意識するようになった。しかし、いずれ修正がかかる日が来ると思う。

さて、医療制度上、あるいは平成24年の診療報酬、介護報



酬の改定についても、在宅医療あるいは介護保険における医療の乗り入れについては、拡充されると考える。ごく単純に考えても、今後爆発的に増える高齢者のすべてを施設で処遇することは出来ないし、国民の意識が少しでも変化すれば、在宅のニーズは飛躍的に拡大していくはずである。

しかし、高齢化がピークを迎え、人口の減少に伴って高齢者の数も減少していく時代（30年程先のことだが）には、当然の

ことながら在宅医療のニーズも大きく変化しているに違いない。個人的には、在宅医療が成熟していく過程のどこかで、医師の役割は大きく減るか、あるいはなくなっている可能性が高いと考える。市場の成熟とはそういうものであるし、本来的な在宅における終末期というものの国民の理解が進めば、違ったサービスへの要求が出てくるからだ。それは決して避けることの出来ない時代の要求だと考える。（文責：編集部）

Part 4 介護保険

日本社会事業大学准教授 **藤井 賢一郎 氏**

平成24年度の介護報酬の改定率は1.2%で決着をみた。当初、23年度で終了する介護職員処遇改善交付金を介護報酬で飲み込むとなると2%の改定が必要とされていたが、物価の下落率0.8%を差し引いて、前述の数字に落ち着いた。今回の、診療報酬との同時改定を政府与党は「社会保障と税の一体改革への第一歩」と位置づけているが、高齢化が更に進む中で介護サービスの課題について少し考えてみたい。

Ⅰ 施設から在宅へ

医療の世界では在宅医療が改めて注目を集めているようだが、在宅が機能する、つまり患者や家族が安心、納得して在宅医療を選択できる理由のひとつとして、病院の存在があると考えられる。いざというときには入院が約束されているという状況は、医師をはじめとする在宅医療を支える関係者はもちろんのこと、家族の安心に大きく関わっている。病院病床の稼働率が80%を前後している現状では、地域的な問題は多少あるかもしれないが、高度な急性期の病床以外、入院が確保できない不安は小さい。

一方、介護サービスではどうだろう。介護サービスにおいて最も大きな課題のひとつは24時間対応になる。その対応に苦慮する利用者（家族）は、施設への入所を望むケースが多いが、特に都市部においては施設入所に関しては相当な待機を余儀なくされる。それでも、家族は安心を求め施設入所への圧力を高めている。

夜間における対応の不安に対して、ある自治体では実験的に特定の事業者を指定し、他の事業者の参入を制限することで事業の収益性を確保し、サービス提供の結果を見たところ、利用者の状況も一部では改善しているという評価を得ている。いつでも24時間対応してくれるという安心感が、過剰なコールを回避させ、要介護者の自立にも寄与しているということだ。今後、同様のサービスモデルが、特に都市部において普及していくことが、在宅における高齢者の処遇の切り札となっていく可能性も感じられる。

Ⅱ 新たな人材の確保へ

冒頭に紹介したように、平成23年度で介護職員処遇改善交付金が終了する。この給付金の趣旨は、文字通り介護職の処遇

を改善（賃金等の引き上げ）し、介護サービスを支える人材を確保しようとするものである。20%を超える高齢化率は、今後、団塊の世代の高齢化によって爆発的に高まっていく。医療も、もちろんだが、介護サービスを支える人材の確保は社会的にも極めて急務であることは間違いない。

政府与党民主党は、21世紀における成長産業分野のひとつとして、医療・介護を挙げているが、その後押しが処遇改善交付金だけだとしたら、基本的な取り組みとしてはいかにも場当たりの思いを拭えない。

魅力ある職場の要件のひとつである給与に関して、厚労省が行った調査、「平成23年度 介護経営実態調査」によると、訪問介護サービス全地域では常勤の介護福祉士が約25万9000円、介護職員（ホームヘルパー等）が約22万3000円となっている。特別区では約27万6500円、甲地では同じく約23万5000円である。平成17年調査からすると多少増加しているが、処遇改善交付金の効果がどの程度でいるかという点、少々心もとない数字になっている。

高齢化の進展は、医療ニーズも増大させるが、それ以上に介護ニーズの方が大きなものとなっていくことが予想される。社会保障国民会議で提示された案では、高度急性期病院という枠組みが提案され、そこを頂点として医療機能を再度、整理していこうといった考えが読み取れる。将来的には、高度な医療、そして急性期医療、リハビリテーションといった機能は存続していくと考えられるが、それ以外の機能、特に慢性期の医療機能については、介護へシフトさせるような誘導策が行われるといった声もある。

また、介護保険施行前後から、療養病床はすべて介護保険でカバーすることが適当であるといった意見も根強い。さらに、住み慣れた自宅で人生の最終章を迎えるべき、もしくはそうありたいという意見も徐々になくなってきていることを踏まえると、介護サービスを支える人材をどう確保、育成していくのかは、国家的な課題となっていく。

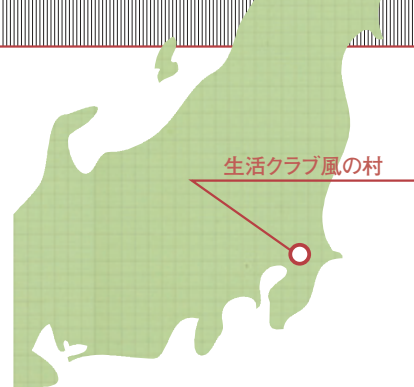
もし、介護サービスが、相当な部分を従事者の犠牲の上に成り立たせているとしたら、将来、安定的にサービス提供することは困難になっていく。そういった状況を回避するためにも、利用者の負担も含め、改めて制度のあり方について、国民的な議論が求められると考える。

（文責：編集部）



生活クラブ風の村
(社会福祉法人 生活クラブ)

理事長 池田 徹氏



自らの経験が生んだユニット型特養

— 法人設立の母体は生活協同組合（生協）ということですが、全国の生協に先駆けて介護事業を始めたきっかけを教えてください。

池田 事業開始は日本が高齢社会を迎えた1994年です。生協が最も拡大・成長を遂げたのが1970～80年代であり、その成長を支えたのが団塊世代の主婦の方々でした。組合員の多くは食の安全を求め生協に加入されたわけですが、年が経つにつれ食の安全から両親の介護、そして自分の老後へと問題意識の変化が見られました。生協の使命として今後は「老いの安全」も求められていると感じ、ニーズに対応した事業として介護事業を始めました。

介護は本業とは大きく異なる事業ですが、生協にノウハウがなかったわけではありません。以前から地域における助け合い活動として、家事援助等のサービスを行っていました。その活動を事業化し、高齢者向けへとシフトしたわけです。そのため、介護保険制度開始までは訪問介護事業のみでした。

1995年に施設の開設準備に取り掛かりました。実は、構想段階では特養とケアハウスを併設する予定でした。個人的にはケアハウスのほうを建設したかったのですが、資金の関係上建設を断念せざるを得なかったのです。

— なぜ特養よりもケアハウスだったのですか。

池田 私は施設開設にあたり、全室個室、そして早い段階で前向きに移り住めること、この2点に強いこだわりがありました。そのため、要介護状態になりやむを得ず入所する特養よりも、その前段階で、前向きな気持ちと自分の意思で移り住むケアハウスのほうが自分の理想に近かったのです。

全室個室化は私自身の経験によるところが大きいです。私は体が弱く、入退院を繰り返していました。最長で8ヶ月ほど病院のベッドで過ごしたこともあります。若い頃はプライバシーをあまり気にしませんでした。それでも4人部屋での生活には抵抗がありました。入院には終わりがありますが、特養は平均4年程度入所されます。私はそのような環境には到底耐えられないので、施設を作るのであれば全室個室にすると決めていました。

全室個室へのこだわりがユニット型の特養設立に、前向きに住める住居へのこだわりが高専賃等の高齢者住宅事業

の展開につながっていると思います。

— ユニット型の特養は開設時世間から注目を集めたと思いますが。

池田 本当に素人だからできた。介護業界にある固定観念を持っていなかったことが大きかったと思います。開設当初は全国的にも注目され、見学も相次ぎました。職員も今まではないケアをしているという自負があり、意欲も高かったと思います。

一方で、実際に運営してみると、入居者の方の重度化への対応やスタッフの専門性などいくつかの問題が出てきました。利用者主体のケアといいながら、結果的に職員にとって都合のいいケアをしているのではないかという事例も散見されるようになってきました。

管理者に期待することは 部下の主体性を尊重する「覚悟」

— 状況を変えるきっかけとなった出来事は何でしょうか。

池田 「特養ホームを良くする市民の会」の本間郁子さんの講演ででしょうか。本間さんは市民の立場から特養に関する情報を発信されていたのですが、特養の内情をよく理解されており、この人となら職員の意識改革ができると考え、彼女をスーパーバイザーとして招きました。それと並行して介護総合研究所「元気の素」の上野文規さんを迎え、介護技術の向上に取り組みました。本間さんにケアというソフトの部分、上野さんにそのソフトを支える介護技術を教えていただき、改善できたことが大きかったですね。

— 日本経営も部分的にご支援させていただきました。

池田 日本経営さんには人事制度構築と本部体制整備でお手伝いいただきました。私個人としては、今でもそれぞれの職員が自分で考え、業務に取り組む自主管理が理想だと思っています。ただ、当法人は事業所数が多く、人のマネジメントが難しいことから人事制度という仕組みも必要だと感じます。運用面では管理者育成が特に重要で、どこまで覚悟を持って、部下の主体性を尊重した人事管理をできるかだと考えています。制度は非常に有用なものであり、それを活かすも殺すも我々次第です。管理者育成は今後も強化していきたいと考えています。

また、本部体制の整備を行ってみて、なるほどと思った

生活クラブ風の村 概要

<http://www.kazenomura.jp/>

〒285-0011 千葉県佐倉市山崎529-1 他

■ 居宅サービス

ショートステイ1ヶ所、デイサービスセンター6ヶ所、訪問介護11ヶ所、訪問看護1ヶ所、居宅介護支援事業所10ヶ所、小規模多機能型居宅介護1ヶ所

■ 施設サービス

生活クラブ風の村特養ホーム八街（定員80人 併設ショートステイ 定員17人）
生活クラブ風の村いなげ（サービス付高齢者向け住宅（予定）：20室、ショートステイ：定員20人、デイサービス：定員30人、居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問看護、児童デイサービス：定員10人、診療所、鍼灸院）
有料老人ホーム ライフ&シニアハウス市川（介護付居室45室 住居型居室35室）
高齢者専用賃貸住宅 2ヶ所

■ その他福祉サービス

保育園2ヶ所、障がい児・者日中活動支援事業4ヶ所



のは「文書になっていなければ、職員には案外理解されていない」ということです。課題に対応するために、その都度、オープンに議論しながら新たな仕組みやルールを作っていくのですが、出来上がった後に入職したり、仕事を担当する職員のためには、その意味や目的をきちんと伝えていく努力が必要だと思います。ただ、文書化の作業は非常に手間がかかる作業です。現場のスタッフも日常業務がありますので休日返上でよく頑張ってくれましたが、日本経営さんのお手伝いがなければ出来上がらなかったと思います。

行政や社協、地域の隙間を埋める取り組み

—— 地域福祉への貢献として「生活クラブ版地域福祉活動計画」を法人独自で立案され、推進されていますが。

池田 2000年の社会福祉法改正（旧社会福祉事業法）により、市町村単位での地域福祉計画作成が義務付けられました。その実施は地域住民が主体となり、自治体や社会福祉協議会（社協）が推進していくことが基本です。しかし、どうしても隙間に落ちてしまう人がいらっしゃいます。その隙間を埋めるのがまさに地域福祉の考え方であり、その担い手と期待されているのが社会福祉法人であると考えています。私どもでは「生活クラブ版地域福祉活動計画」を作成するとともに、2009年からその活動資金を別に積み立てる仕組みを作りました。介護保険事業など、実施すれば課税される事業収益に対する納税額相当分について地域福祉支援積立金として積み立てることにしています。

—— 高齢者住宅事業も地域福祉とつながるのでしょうか。

池田 きっかけは市川市で有料老人ホーム（有老）の開設を考えている方と出会ったことです。市川駅前に大きな施設を作る計画だったのですが、入居によりその町の人口が2割も増加する状況となりました。その有老が地域と隔絶しては地元の方との関係も上手くいきません。そのため、

建物を地域住民の生活にも活用していただくことを考えました。そこで地域の自治会長を交えて検討したところ、地域が抱えていた課題として防災が挙がり、「市川南防災と福祉の街づくり研究会」を立ち上げて、どんな地域貢献ができるか検討してきました。

地域における、働く場の提供

—— 地域との取り組みで得たものは何でしょうか。

池田 福祉の街づくりの視点で、施設で発生する業務を、働くことが難しい方の就労の場として活用し始めたことでしょう。働くことが難しい方とは、障がい者の方や、いわゆる障がい者雇用の法定雇用率の対象とはなりません、引きこもり等で普通に働くことができない方のことです。仕組みとしては、例えば介護、掃除や洗濯などの仕事をいくつかの業務単位に分解し、できる業務を選択していただき、取り組んでいただいています。

この取り組みを「ユニバーサル就労」と呼んでいます。ユニバーサル就労で働く人は、40人程度に広がっています。「生活クラブ風の村」全ての事業所でユニバーサル就労が進むことをめざしています。また、法人本部にユニバーサル就労を支援する専門部署を立ち上げ、各事業所の所長と就労者を支援する体制を作りました。ユニバーサル就労の確立は研究会の最大の成果であり、今後は取り組みを全国に広めていくことを考えています。

また、近々、君津に児童養護施設を開設する予定ですが、元々、採算性が見込みにくい事業です。しかし、市川で地元の方々と一から関係を構築し、地域と共に施設を運営していくという実体験ができました。この経験を活かして、新たなチャレンジをしていきたいと考えています。

—— ありがとうございます。



人材育成④

求められるスキルの体系化

前回は、教育体制づくりの全体像について説明しました。その中で教育方針が法人全体、部門全体、部署全体の教育の判断軸がブレないようにするためにも必要であることをお伝えしました。

今回からは、そこから更に踏み込んで読者の皆さまが職場で実践していただけるようなことについて、ご紹介していきます。

1. 教育方針に基づく、階層別に求められるスキルを体系化する

教育方針は、職員一人ひとりを課題がある現状から「期待人材像」へと育成するための教育投資を、どのような仕組みやルールで実施していくかを考える際に非常に重要となります。OJTを中心とするのか、研修を中心とするのか…。教育方針を明確にすることで法人内の教育に対する仕組みやルールの軸ができることとなります。

教育体系を整理していく際には、教育方針に基づき、職員一人ひとりをキャリアアップさせていくために求められる「スキル」を明確にしておく必要があります。介護・福祉施設において一般的に求められる「スキル」は次のとおりです。

2. 求められる代表的なスキルとは

<代表的なスキル(例)>

①テクニカルスキル

専門スキルの領域であり、介護・福祉に従事する専門職として「テクニカルスキル」の習得は必須条件です。安全で質の高いサービスを提供していくうえでは最も欠くことのできない領域といえます。

例) 介護職、支援員、ケアマネ、看護職、事務職それぞれの専門的なスキルを指します。ここでは、各階層に求められるレベルを記載するとよいでしょう。例えば、勤続1年未満の職員には、「職務の目的や手順を理解しており、一人に対応できるレベル」等です。

②ヒューマンスキル

接遇態度や組織人としての立ち振る舞い、また、一社会人としてのものの見方や考え方などは、実務において強く求められる領域です。

例) 利用者志向、チームワーク、コミュニケーション力等の特に組織で仕事をしていくうえで必要なスキルを指します。勤続1年未満の職員に求められるチームワークとしては「他者から依頼されたときは快く協力して仕事を進めることができるレベル」として表記するとよいでしょう。

③マネジメントスキル

理念の実現と期待人材像へのステッ

プアップに向けて具体的な行動を一人ひとりが実践することができるよう、階層別のマネジメント能力の向上が強く求められる領域です。

例) 目標管理、行動管理、リーダーシップといった組織運営上、必要なスキルを指します。勤続1年未満の職員に求められる目標管理としては「自己の目標や計画を上司のアドバイスを受けながら達成することができるレベル」と表記するとよいでしょう。

④ヘルスケアスキル

理念や期待人材像の実現に向けて、職員一人ひとりにとって健全な肉体と精神を備えることが強く求められる領域です。

例) フィジカルマネジメントやメンタルマネジメントといった心身の健康管理を実践するスキルを指します。勤続1年未満の職員に求められるフィジカルマネジメントとしては「健康管理が重要な能力開発であることを理解し、日々穏やかに業務にあたることができるレベル」と表記するとよいでしょう。

以上のように階層ごとにどのようなスキルが求められているのかを整理し、明文化させていくことが必要となります。今回は各法人の各階層における求められるスキルを整理するための現状課題の把握方法についてお伝えしたいと考えます。

日 本経営グループは創成期から、リスクマネジメントに力を入れて取り組んでいます。

リスクマネジメント・コンサルティング部の概要は以下のとおりです。

【事業の意義・目的】

「安心の創造」

—安心して事業・家計を継続していける環境づくりをサポートする—

—リスクマネジメント・企業防衛・生活防衛の考え方を広く社会に啓蒙する—

【具体的な業務】

・企業防衛・生活防衛をはじめとするリスクマネジメントサー

ビスの提案・提供

・リスクマネジメント体制の構築支援

【サービスおよび商品】

◎ 加入済み保険診断・分析サービス

◎ ライフプランニング支援サービス

◎ 医療安全・福祉安全研修

◎ リスクマネジメントに関するコンサルティング

◎ 生命保険・損害保険の取扱い

◎ 所得補償共済制度の運営

◎ 退職金準備サポート

◎ 上記に関するセミナーおよび情報提供

部 門 紹 介

リスクマネジメント・コンサルティング部



リスクマネジメント・コンサルティング部 Q&A

Q どのような点に特色があるのでしょうか？

A 財務的な視点で、根拠のあるご提案を常に心がけています。例えば、法人の貸借対照表や損益計算書など、財務諸表を精査したうえで、商品のわけ隔てなく、ベストなプランをご提示しています。また、事後の対策だけではなく、必要に応じて、事故の未然防止・損害軽減対策もご提案できるよう、体制を整えています。

Q 「所得補償共済」とは何でしょうか？

A 当部門のお客様からご要望の多かった「医師・歯科医師のための休業補償プラン」を開発し、当部門において、協同組合形態で運営しています。万一、ケガや病気で休業を余儀なくされた場合、所得を補償し、医療経営者の生活を守ります。



医療の世界へ ②

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



菱村所長の自宅での合宿会議の成果は、私たちに医療という新しい世界を広げてくれたことでした。参加メンバーは新しい市場の出現に胸を躍らせました。

しかし、具体的にどんな取り組みをすればよいのか、良い知恵が浮かびません。医療あるいは診療所、お医者さんの世界といっても、これまでは病気やケガをした時に行くだけでしかなかったわけですから、無理もないところでは。考え込むことよりも身体を動かす方が得意だった私は、ひとつの提案をしました。

「少しお医者さんのことを勉強しよう。まず、お医者さんと話が出来るようになろう。話はそれからだ」

「でも、勉強するって、どうやるんでしょう」

「何かあるんじゃないか。病院や診療所でも、お医者さんや看護婦さんだけが働いているわけじゃないだろう」

数日後、医療事務の学校を探してきた私は、合宿に参加した主要なメンバーと共に、受講の申し込みをしました。医療事務の6ヵ月コースです。通信教育でテキストが送られ、課題(試験問題)を送り返し、月に1度、スクーリングで集合研修を受講するというものです。

とはいえ、私たちの目的は医療事務の資格を取って、病院や診療所で働くことではありません。専門用語のいくつかを理解することで医師あるいは医療関係者との共通言語を習得し、医療の世界を垣間見ることが出来れば良かったわけです。極めて不真面目な受講生だったかも知れません。それでも、6ヵ月後には全員、修了証を頂く

ことができました。

この当時、昭和53年(1978年)から54年(1979年)という時代は、安定期からバブルに至る大きな動きが始まった時代でもありました。昭和53年は6月の宮城沖地震、野球好きの方にとっては、江川卓選手の「空白の一日事件」、そして政治の世界では自民党総裁現職の福田首相が大平氏に敗北するという自民党結党以来の出来事もありました。翌54年はアメリカのスリーマイル島での原発事故に始まり、初の英国女性首相のサッチャー首相が誕生し、10月には、お隣の韓国で朴大統領が暗殺されるという、ショッキングなニュースが報じられました。

こういった騒がしい世相の中で、私たちは医療への参入を開始したのです。

医療事務講座で、多少なりとも「医療言語」に馴染んできた私たちが取り組んだのはツール探しでした。会計事務所としての業務に関しての自信は十分にありましたが、医療界に参入するのに手ぶらでは心もとないと考えたのです。営業も制約されていましたが、ただ座っているだけではお客さんとの接点もできません。

ところがある日、「これは」と思うツールに出会いました。「経営計画の策定」がそれです。他の会計事務所でも医療機関向けに販売していたもので、当時の私たちにとっては、とても新鮮な響きがありました。ようやく医療界で勝負できる武器が手に入った、と思ったのです。(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：人財開発 — 経営の要諦は人財開発にあり

診療報酬・介護報酬の改定後、病院・介護施設において取り組むべきは「人財開発」である。高齢化がさらに進む中で、新たな戦略策定などビジョンを実現するには、どのような人財が求められるのか。豊富な事例など交え、最新の人財開発事情を紹介する。

その他

クライアントインタビュー
データの読み方(財務分析編)
トピックス
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2-13-3
編集部 東京都千代田区神田司町2-11-1
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)