

サービス付き高齢者向け住宅、いわゆる「サ高住」の供給が活発です。同住宅は、従来の各種高齢者向け住宅群を整理統合したもので、2011年10月の施行以来、国土交通省の整備目標60万戸に対し、約1年半で11万戸がすでに整備されています（2013年4月末）。

社会保障の大きな目的でもある「生活の維持の保障」のためには、住居の保障が必要十分条件であり、日本だけでなく各国においても、高齢者問題として捉えられています。介護保険施行後、施設収容によるケアの提供が主流となっていますが、本来、住み慣れた場所で必要になればケアの提供を受けて亡くなっていく、というのが望ましい姿だと、多くの国民が感じていると思います。

現在では、多くの高齢者が終末期を病院、あるいは特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設で過ごし、最終的には8割近い国民が病院で亡くなっています。いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題は、わが国の超高齢社会を象徴する課題ですが、その時には、病床および施設数が不足するといった事態に直面するのではないかと危惧されています。

一方、国民の意識調査によれば、6割程度の国民が住みなれた自宅で亡くなっていきたくないと回答しています。もし、この回答どおりに自宅で多くの方々が亡くなっていくとすれば、病床が不足するといった事態は回避することができます。

医療を核とした在宅ケアの普及へ向けて

その思いを現実のものとするためには、在宅ケアの充実だけでなく、在宅医療の存在が不可欠になります。しかし、残念ながら在宅での看取りの数は、十分な実績を上げているとはいえない状況です。

在宅医療の普及を阻んでいる理由はいくつか考えられますが、その大きな理由は、日本の開業医が専門医であることと24時間への対応でしょう。前者は、個人的にはへき地医療の問題ともリンクしてくると思っていますが、総合的な医療提供に対する不安です。一般的に、医師は開業するまでの長い期間に専門医としての教育・訓練を受け、その技量をいかに発揮するかに心血を注ぎます。一方、高齢者の医療ニーズは多岐にわたることから、在宅医療では自分の専門外の医療ニーズへの対応に不安を

「在宅ケア普及のために医療・看護・介護のさらなる連携を」

FOCUS



前厚生労働省 老健局長
宮島 俊彦

抱える医師も少なからず存在すると思われます。

さらに、24時間対応への不安もあると考えます。365日24時間対応しなければならないと考えた途端、物理的に対応不能という判断をされる方も少なくないと思われます。しかし今回の診療報酬改定で、医師3人の協働によって強化型在宅療養支援診療所の届出が可能となりました。これは、時間と同時に機能（専門性）の役割分担を可能にするためと理解しています。

長期にわたる、あるいは終末期の在宅療養は、介護だけで支えられるものではなく、医療がなければ療養の継続は困難です。さらに在宅医療を継続的に提供していくには、訪問看護が欠かせません。在宅での療養を支えていくには、医療、看護、そして介護の3つがセットである必要があります。

医療・看護・介護が協働する在宅医療の未来形

しかし、肝心の訪問看護については、事業所数こそ約7,700ヵ所にまで増えてきましたが、1事業所の常勤換算従事者数は5人程度と、小規模な事業者が多数を占めています。訪問看護が安定的に成長し、在宅医療を支えていくためには、より規模の大きい事業所が必要になると考えます。そして、将来的には、訪問看護、訪問リハ、訪問介護、入浴、そして栄養管理、口腔ケアといった複数のサービスを一体的に提供できる大規模ユニットのサービス事業者が医師と協働するスタイルが、高齢者の在宅療養を支え、主流を占めていくことを期待しています。そうすれば超高齢時代においても在宅で主体性を持った療養生活が提供できるはずで（文責：編集部）

リスクマネジメントと 保険商品



どのような事業においても、事業を継続するうえで様々なリスクを抱えている。医療や介護も例外ではない。特に医療や介護は、サービス提供の過程において多くのリスクが存在する。ヒトがヒトに直接サービス提供する現場では、日常的にリスクが存在し、それを回避するためのマニュアルも数多く存在する。また、制度に大きく依存した業界であるがため、制度改革の影響、診療報酬、介護報酬等の改定の影響は他の業界とは比較にならないほど大きい。本号では、これら様々なリスクのうち、経営に大きく影響するものを取り上げ、保険商品の活用でどのようなヘッジができるのか紹介していく。

■ 病院や介護施設におけるリスク

病院や介護施設を取り巻く環境は、年々厳しさを増してきています。病院は医療計画以降、特別な病床を除いて高い参入規制が設けられていますが、病院の数に着目すると平成2年の1万96施設をピークに、年々減少し、平成25年3月末には8,558施設と1,500施設以上なくなっています。

医療には、営利目的の開設を禁止するという医療法の規定がありますが、介護保険は「保険あってサービスなし」といった状況を回避するため、平成12年の制度スタート以来、民間の参入を積極的に受け入れてきており、居宅系のサービスを中心に、民間企業の参入が続いてきました。施設については、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床が介護3施設として、主力を担っていますが、要介護者の増加とともに、その数をじわじわと増やしてきています。今後、高齢化の更なる進展にともない、サービス付き高齢者住宅など、新たな施設＝住宅といったものは更に増加してくると見込まれています。

病院が減少していった理由には様々なものがあると思われます。後継者問題、戦略のミスあるいは、大きな医療事故が原因のひとつとなったものもあるでしょう。未だ記憶に生々しい東日本大震災のような天災による閉鎖もあるかもしれません。これらは、すべて病院経営上のリスクであり、100%防ぐことができないにしても、何らかの対策が求められます。

病院を取り巻くリスクには、どのようなものがあるのでしょうか。「医療経営人材育成テキスト Ver.1」(経済産業省サービス産業人材育成事業)では、①医療サービス提供上のリスク、②経営に関するリスク、③環境リスク、④外的リスク

一の4つに分類しています(図表1参照)。

医療においては、医療安全、医療事故対策に注目が集まっています。医療あるいは介護にしても人が提供するサービスにおいて、いわゆるヒューマンエラーは避けられないものといわれています。そこで、厚生労働省では、平成13年から「ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業」を開始し、(財)日本医療機能評価機構においても、平成16年より「医療事故情報収集等事業」を開始し、これらは、それぞれ事業を継続させつつ、「医療安全支援センター総合支援事業」として結実しています。現在では、ほとんどの病院で医療事故防止対策委員会等が設置され、院内感染対策と同様、病院における基本的な取り組みの一つとなっています。

医療事故や介護事故は起こさないことが最も大切ですが、万が一、ヒヤリ・ハットが医療事故(介護事故)につながった場合、再発防止のための取り組みと同時に、賠償や訴訟などに対応した保険商品(後ほど紹介します)の存在も重要になってきます。

病院におけるリスクには実に様々なものがあります。病院と同様、介護施設(事業者)においてもリスクは存在します。図表1を参照すると、経営に関するリスクはほぼ同様なものとなりますし、施設においてはサービス提供上のリスクもほぼ同じようなものが想定されます。訪問系のサービスにおいては、利用者と訪問介護の担当者が1対1になるケースなどでは、安全上のリスクには大きいものがあるといえます。

図表1は、事業運営上の様々なリスクを列挙したものです。民間病院の場合、これらに加え「経営者の健康にかかわるリスク」を追加する必要があります。民間病院の場合、その多くがオーナー経営者であり、組織のガ



■ 図表1 病院におけるリスク

医療サービス提供上のリスク	●医療安全リスク ・医療行為上の過誤（患者取り違え、投薬ミス等） ・医療事故 ・針刺し事故等の労働災害 ・医療安全管理システムの不適応又は不在 ・患者管理の失敗 ・食中毒
経営に関するリスク	●経営戦略的リスク ・経営戦略の失敗 ・事業計画の破綻 ・イメージ戦略の失敗 ・マスコミ対応の失敗 ●経営管理的リスク ・財務破綻 ・各種業務管理体制の未整備（医事、購買、在庫等） ・組織の硬直化 ・業務効率性の低下 ●資産リスク ・設備の故障、事故、老朽化 ●要員リスク ・コンプライアンスの意識の欠如 ・人材登用の失敗 ・不正経理 ・労働災害 ・職員のモラル低下 ・従来からの慣行の問題化 ●情報リスク ・診療記録等の重要書類の紛失 ・患者の個人情報の漏洩等
環境リスク	●環境リスク ・医療廃棄物による水質汚染、土壌汚染等
外的リスク	●外的リスク ・天災による建物の損失 ・電気、水道、ガス等のライフラインの遮断 ・通信システム障害 ●技術革新的リスク ・薬剤による副作用の発現 ・最新医療技術による副作用の発現 ●制度・政策的リスク ・医療制度改革への対応の遅れ ・診療報酬改定

「医療経営人材育成テキスト Ver1」（経済産業省サービス産業人材育成事業）より

■ 図表2 リスクの種類と保険

	補償の項目	考えられる主なリスク	対応する保険の種類
資産関連	施設等	火災・浸水・損壊	火災保険
	什器備品・機械設備	火災・浸水・盗難	火災保険
	屋外看板	風災・衝突・落下	動産総合保険
	医療機器	故障・破損	電氣的・機械的事故担保特約
利益・所得関連	事業の粗利益	事故災害等による施設の閉鎖	店舗休業保険
	経営者の所得	ケガ・病気等による就業不能	所得補償保険
賠償責任関連	医療行為に関する賠償責任	医療事故全般	医師賠償責任保険
	施設内における賠償責任	食中毒・水漏れ・火災	施設賠償責任保険
	介護保険事業における賠償責任	ケガ・預かり物破損・ケアプラン作成ミス	介護事業者向け賠償責任保険
人材関連	経営者に万一の場合	事故・病気による死亡	グループ保険・収入保障保険・通減定期保険
	入院時の費用	病気・事故による入院	医療保険
	従業員の補償	退職・業務中の事故	傷害保険・養老保険

（株）日本経営リスクマネジメント資料より

バランスを当該経営者に依っているケースが少なくありません。これは企業経営においても同様ですが、比較的組織規模が小さい事業でのオーナー経営者の健康問題は、事業（組織）存続のリスクと直結しています。

リスクヘッジには貯蓄よりも保険で

そもそもリスクとは、「組織にとって不利な影響を与えてる事象」（米国トレッドウェイ委員会組織委員会（COSO）エンタープライズ・リスクマネジメントのフレームワーク）とされています。

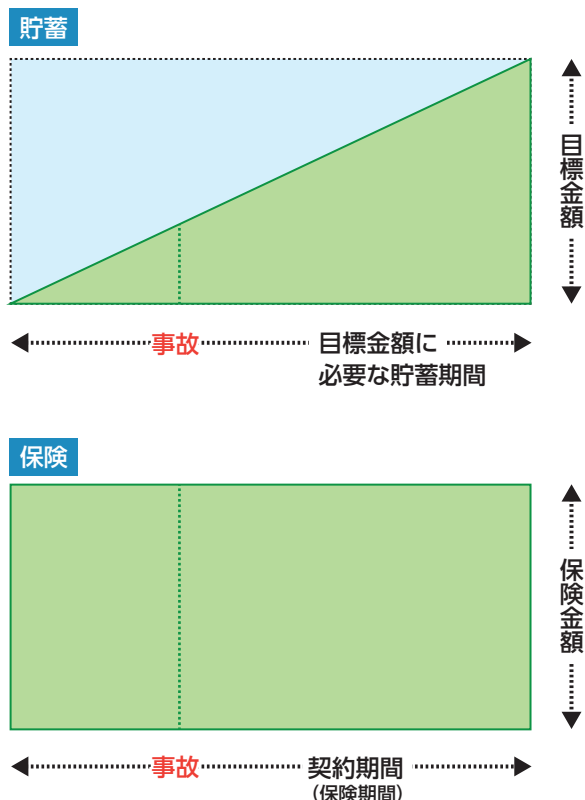
このリスクへの対応としては、①リスクコントロール、②リスクファイナンスの2つのアプローチがあります。①のリスクコントロールは、リスクを回避する、あるいは除去・

軽減するという考え方になります。例えば、医療事故を例にとると、医療事故が起こらないような手立て、仕組みを構築する、あるいは万が一事故が発生した場合には、最小限の状況に押し止めるための取り組みということになります。一方、②のリスクファイナンスは、万が一事故が発生した時のために、それに対する金銭的準備＝保険をかけるということになります。

事業継続上のリスクとしては、先の図表1に挙げられているようなことですが、これらのリスクを保険でヘッジする場合、様々な保険を組み合わせることになります。図表2は、医療機関等における主なリスクとそれに対応する保険の種類を紹介したものです。

保険の種類には、生命保険（第1分野）、損害保険（第2分野）、そして第3の分野として医療保険、がん保険などの特

■ 図表3 貯蓄と保険の違い



定疾病保険、介護保険（民間）といったものがあります。図表2も、これらの組み合わせとなっていますが、これらの多くは損害保険に分類されるものです。これは、損害保険が偶発的な災害や事故といったリスクに対応した商品という性格を持つためです。それに対し生命保険は、将来必ず訪れるが、時期についての予測が困難、あるいは役員の退職など、ある程度予測できるような場合に適した商品構成となっています。

将来発生するであろうリスクに対し、貯蓄として積み立てていくという考えもあるかもしれませんが、保険と比較すると非効率になってしまいます。よく使われる表現として「保険は四角、貯蓄は三角」という言葉があります。これは、両者の機能を端的に表したもので、リスクへの対応としての保険の優位性を紹介したものです（図表3参照）。

目標とする積み立て金額は同じですが、途中で事故が発生した場合、目標金額が担保されるのは保険です。貯蓄は単純に決まった金額を積み立てていくだけになるので、中途の事故に十分に対応することができません。特に、事業開始直後で、十分な内部留保がないような場合には、リスクヘッジとしての保険の価値は高くなるといえるでしょう。

■ 経営陣に対するリスクをヘッジする

事故や災害などに対するリスクヘッジは、主として損害保険で対応することになりますが、民間病院等の場合、これらに加え、役員の死亡や退職等に備える必要が出てきます。以上のようなリスクには、生命保険が適しています。

生命保険は、保険期間や保障内容等で、基本的に以下の3つに分類されます。

■ 定期保険

保険期間の定めがあり、保険期間が終了した時点で保障が消滅する保険です。この定期保険は、保険期間に経過にともなう保険金額の推移で以下の3つに分けられます。

- ①定期保険…死亡保険金が保険期間を通して一定
- ②逓増定期保険…死亡保険金が保険期間の経過にともなって増加
- ③逓減定期保険…死亡保険金が保険期間の経過にともなって低下

この定期保険はいわゆる掛け捨ての保険となります。したがって終身保険と比較すると保険料は割安になりますが、満期になった場合、返戻金はありません。

■ 終身保険

終身保険は文字通り被保険者の終身にわたって死亡保険金を保障する保険です。したがって保険期間の定めがありません。また、被保険者の死亡事故の場合は、年齢に関係なく死亡保険金が支払われます。先の定期保険に比べると、保険料は高くなりますが、死亡時には保険金が支払われること、また中途の解約返戻金もあり、資産価値もある保険といえます。

■ 養老保険

養老保険は、定期保険や終身保険と違い、仮に被保険者に死亡事故が起きた場合、支払われるのはその時点まで払い込んだ保険料とその運用益のみという保険です。保険期間が終了した場合にも、それまでに払い込んだ保険料と運用益が支払われます。定期保険のような掛け捨ての保険とは違い、どちらかといえば貯金に近いイメージかもしれません。

これらのうち、経営陣の死亡リスクへの対応や退職金等の準備としては、以下の逓増定期保険、長期平準定期保険が優れていると思われます。

● 逓増定期保険

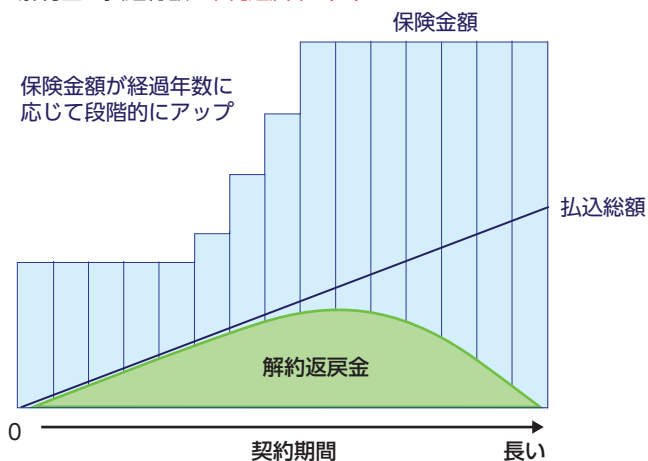
逓増定期保険は、保険料が経過年数に応じて段階的に上昇します。また、解約返戻率のカーブは急上昇したあと急降下し、保険契約時からピークまでの期間が短いため、短期や中期の積立に適しています（図表4参照）。保険料は年払いにした場合には平準化されますが、これは前期に支払う保険料に、後期に支払う保険料を前払いとして含んでいるためです。

この逓増定期保険は、例えば経営者が若い、あるいは開業から間もないなど、事業や経営者が比較的若く、短期のリスクに備えが必要な場合に適した保険といえます。



■ 図表 4 通増定期保険のイメージ図

解約金÷払込総額＝単純返戻率（％）



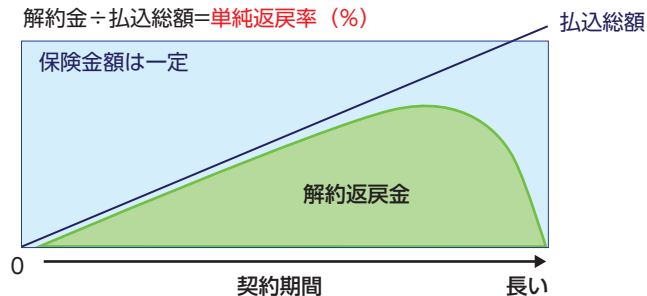
● 長期平準定期保険

長期平準定期保険は、保険金額が保険期間を通して定額であること、また保障期間が長く解約返戻率のカーブも緩やかです（図表5参照）。

この長期平準定期保険は、経営陣の死亡リスクと同時に、長期にわたって高い解約返戻率が保たれるということで、経営陣の退職金の手当てとしても活用できる、比較的使い勝手の良い商品といえます。

■ 図表 5 長期平準定期保険のイメージ図

解約金÷払込総額＝単純返戻率（％）



以上に紹介したリスクヘッジのための保険は、事業（病院や介護施設）の内容や状況、立地、あるいは経営陣の年齢等によって優先順位や組み合わせも変化してきます。事業自体のリスクを再検討すると同時に、専門家への相談が大切になります。

Ⅱ 職員の就業不能を補償する — GLTD

以上については、いわば事業そのものや経営陣のリスクを直接ヘッジするものでしたが、年々厳しさを増す病院間競争を考えると、組織の運営に関するリスクマネジメントも大切になってきます。例えば、従業員やスタッフが安心して働けるインフラを、保険を活用した福利厚生制度として整備することにより、職員の離職リスクを緩和し、経

保険の歴史

保険の起源は、海上保険に始まるということは通説となっています。海上保険の起源については諸説ありますが、冒険貸借にその起源を見ることができます。冒険貸借とは、船舶と積荷を担保にして、金銭を貸借するもので、担保物が海難事故などで全損となったときには、債務を免除され、航海が成功したときには元金と20～30%もの利子を支払うというものでした。

紀元前300年ごろ古代ギリシア・ローマに始まった冒険貸借は、十字軍遠征などによって、地中海沿岸で海上貿易が盛んになると、12～13世紀にはイタリア、フランス、スペインなどにまで広がりました。ところが1230年にローマ教皇・グレゴリオ9世が、利子を取って儲けることがキリスト教の精神に反するとして、「利息禁止令」を發布したことに端を発し、「冒険貸借」が禁止されます。それを契機として、仮装売買契約として姿を変えながらも、危険負担機能は必要であったため、これまでの融資とリスク補償の一体型から、補償のみを受け、その代償として保険料を事前に支払うという、現代の保険の形に近づいていきました。このようにして海上保険の原型が誕生しました。

北部イタリア諸都市を起点とする航路のうち、最も繁栄していたバルセロナには早々に伝わり、1432年には

世界最古の海上保険法典といわれるバルセロナ法が制定され、海上保険の確立に寄与しました。

17世紀には貿易の中心はイギリス・オランダに移り、海運業者、貿易商、海上保険業者らの社交場であったロンドンの「ロイズ・コーヒー・ハウス」では、1696年、店主のエドワード・ロイドが今日まで続く海運専門紙「ロイズ・リスト」を創刊したことから、海上保険の拠点としての地位を固めていくことになりました。

一方、火災保険は1666年のロンドン大火の翌年イギリスの「ファイアー・オフィス」が、生命保険は1762年のイギリスの「エクイタブル・ソサエティ」がそれぞれ起源であるとされています。

日本では、朱印船貿易時代に「抛銀（なげがね）」という冒険貸借と同様の仕組みが存在し、その後17世紀末には「海上請負」、19世紀末には「海上受合」として、次第に発展していきました。それに対し、生命保険は福澤諭吉が19世紀半ばに著書で「海上請合」「火災請合」とともに、「生涯請合」として紹介し、啓蒙に努めたことが、人の生死に関わる制度であったことから、なかなか理解が浸透せず、1881年に日本初の生命保険会社が設立されてもおお、普及には時間を要したようです。

営を安定・補完する商品もあります。

GLTDという保険をご存知でしょうか。これは、アメリカで開発された、約1世紀の歴史がある保険商品です。このGLTDは、20世紀初頭、業務外の事故によって就業不能となる社員をカバーする共済制度からスタートし、1929年の大恐慌の際、大量に失業した労働者の所得補償制度として飛躍的に普及しました。現在、アメリカでは従業員100人以上の企業で加入率約80%、501～2,000人規模の企業では加入率が約95%にも達しているとされています。

日本では1994年に当時の大蔵省の認可を得て、企業への導入が始まりました。近年、「働けなくなるリスク」をカバーできるユニークで新しい保険制度として注目を集め始めています。

GLTD (Group Long Term Disability：団体長期障害所得補償保険) は、従業員やスタッフがケガや病気によって、就業が困難になったときに、所得の一部を最長で定年年齢まで長期にわたり補償する保険です（一部の傷病には免責があります）。この保険の特徴は団体保険であり、職員全員が加入すると保険料も安く抑えることができるうえ、所得補償という性格から、福利厚生制度として活用できるということです。

この保険に病院や介護施設が加入するメリットとしては、以下のようなものが挙げられます。

- ①安心して働ける環境をスタッフ全員に公平に提供することになり、モチベーションを向上させることが期待できます。その結果として、サービスの質向上につながる可能性が高まります。
- ②人材の流動化が激しい医療・介護業界にあって、優秀なスタッフを確保し、その雇用を維持することにつながります。

優秀なスタッフの確保は、病院や介護施設にとって最重要課題のひとつとなっています。GLTDによってスタッフの就業不能リスクをカバーし、安心して働くことのできる職場環境を提供することで、優秀なスタッフを確保し、長期にわたって離職せずに、就業してもらうことにつながります。

- ③休業による収入減への不安が小さくなります。スタッフが万が一病気やケガをしたとき、速やかに休業を決断しやすくなり、早期のうちに治療に専念することも可能に

なります。その結果として、早期回復につながり、早期の職場復帰も可能となります。

以上のように、傷病等による退職を回避し、雇用を維持することで、新たなスタッフの雇用・教育などのコストの削減も期待できます。

この保険にはこれ以外に、施設とスタッフの双方に、就労をトータルで支援するサービスが付帯されています。医療機関等の人事労務担当者向けのものとしては、メンタルケアや休職・復職に関する様々なアドバイスをを行い、心身を害したスタッフを職場復帰させる際の注意点などを啓蒙するサービスなどがあります。一方、スタッフ向けとしては、日常生活や心身に関する悩みに対して、専門スタッフによる適切なアドバイスや有益な情報提供などのサービスがあります。

これらのサービスは、一般的には保険会社から第三者にアウトソースされています。したがって、施設側としては、煩雑で専門性の高い業務を内部に抱え込むことがなくなる一方、スタッフ側にとっては、相談相手が第三者であることから、安心して相談できる環境を手に入れることができます。

*

*

このように保険は保障だけが目的ではなく、様々な機能を併せ持っています。保障内容と機能を理解し、自らの目的に合った設計をすることで、様々なメリットを享受することができます。ぜひ一度、リスクの棚卸しをして、現在加入している保険の保障内容や目的などを再確認し、万全の態勢への準備をなさってください。

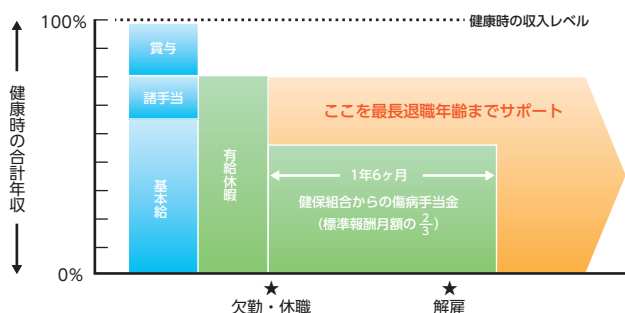
(文責：編集部)

保険等のご相談につきましては、下記までご連絡ください。

■リスクマネジメント部門

大阪【担当】海部、楠 TEL：06-6868-1173
東京【担当】山田 TEL：03-5259-7171

■ 図表6 GLTDのイメージ



参考文献等

- ・「医療・介護を取り巻く現状」（厚生労働省社会保障審議会資料）
- ・「医療経営人材育成テキスト Ver1」（経済産業省サービス産業人材育成事業）
- ・「保険総論」亀井利明 同文館出版
- ・「生命保険とタックスプランニング」中野孝昭 ぎょうせい
- ・「図説 損害保険ビジネス」鈴木治・岩本堯 （社）金融財政事情研究会
- ・「1432年バルセロナ最古の海上保険条例」近見正彦 一橋論叢
- ・大同生命保険株式会社HP
- ・第一生命保険株式会社HP
- ・日本生命保険相互会社HP
- ・東京海上日動火災保険株式会社HP
- ・あいおいニッセイ同和損害保険株式会社HP
- ・一般社団法人日本船主協会HP 等

日本病院会様ご後援のもと

「JCI・医療の質 基礎セミナー」を開催！

猪瀬東京都知事の国家戦略特区（仮称）構想で、一躍、脚光を浴びたJCI（Joint Commission International）。当社は、日本におけるアライアンスパートナーとして、去る5月29～31日の3日間、「JCI・医療の質 基礎セミナー」と題したセミナーを開催いたしました（後援：一般社団法人日本病院会様、協賛：鹿島建設株式会社様）。また、NTT東日本関東病院様、聖路加国際メディカルセンター様には、トレーサーシミュレーションにご協力頂きました。改めて厚く御礼申し上げます。

講師：JCI アジア太平洋 統括責任者 Dr. Paul Chang, Ms. Joyce Chang
JCI コンサルタント M.H.A. John Wocher, Dr. Tony Zreik, Dr. Abha Shroff

セミナーは、座学による講義と、既に認証を受けている2病院を訪問してのトレーサーシミュレーションで構成しました。トレーサーシミュレーションとは、コンサルタントが患者さんのいらっしゃる現場を周って、スタッフや患者さんに質問・確認するトレーサー法による本審査が、実際に、どのように実施されるかを体験・見学するものです。

外来、病棟、ICU、薬局等のスタッフに、その場で「今、ここで地震が起きた場合、患者さんをどうやって誘導するか？」「この治療室の入室基準、退室基準は？ 判断する医師の要件は？」「このナースステーションに保管されている薬剤の使用期限はどのように確認しているか？」「この機器の保守点検はいつ行ったか？ その時の指摘事項と、対応結果は？」等、矢継ぎ早に質問が行われました。

もっとも重要なポイントは、部門の責任者ではなく一般のスタッフに確認していくことで、文書化されたルールが周知

されているか、それに基づいて実際の医療（業務）が患者さんに提供されているかを確認されていました。認証のためのルールではなく、現に患者さんに提供されている医療の質、現場の実力が審査される点に、参加者も驚きをもって見学されていたようです。

また、座学においては、アジア太平洋統括責任者のポール・チャン氏を中心に、審査項目の説明、評価方法、審査実施後の戦略的改善計画の提出と認証等についての説明が行われました。審査されるスタンダードは、大項目でも320項目、中項目では1,218項目あり、大学病院では、更に「教育」と「治験」が追加されます。このため、的を絞った解説が行われました。また、ケーススタディやグループワークを通じて、スタンダードをクリアするためのポイントについても数多くのアドバイスがありました。

さらに、既に認証を受けている2病院から、NTT東日本関東病院の秋山剛JCIア

ドヒアランス委員長、聖路加国際メディカルセンターの小松康宏副院長（QIセンター長）にご登壇頂きました。小松先生からは「医療行為を含むすべての業務について、方針とその実施手順について文書化するとともに、それらが医療安全や質の観点から問題ないかについて再検討する地道な取り組みが必要」とアドバイスを頂きました。また、秋山先生からは、来年3月に控えた更新に向けた取組み（JCIアドヒアランス委員会）や、医療統計の分析機能の強化などの院内体制の整備についてもご紹介頂くなど、極めて実践的な情報を提供頂いています。



Joint Commission International とは

1. Joint Commission (JC)

■ 1951年に設立されたJCAHO（医療施設評価合同委員会）がJoint Commissionと名称変更し活動／全米で17,000以上の医療機関及びヘルスケアプログラムを認定及び認証／一定の医療の質の水準を満たす組織の品質保証として米国内で認証

2. Joint Commission International (JCI)

■ 1997年にJoint Commission Resources (JCR) の一事業部として設立／JCRは民間かつ非営利のJoint Commission (JC) 関連組織／医療の質と患者安全の改善を目的として、過去15年間、90ヶ国以上における医療機関及び政府機構を支援

JCIに関する日本経営のサービス概要

- JCIに関するセミナー及び教育・研修プログラムの開催…JCI認定に関するセミナー及び教育・研修プログラムを提供します。
- 初期評価／模擬審査…JCI認証の登録審査に近い形式で、初期評価、模擬審査を実施。JCIへの取組み初期段階では、初期評価として実施し、登録審査前の段階では、模擬審査として実施します。
- JCI認証支援コンサルティング…キックオフ・システム構築準備、JCI勉強会、現状分析、システム構築計画（改善計画）、システム構築、システム運用チェック、模擬審査、登録審査、審査是正とJCI認証までの各フェーズに必要なご支援を行います。

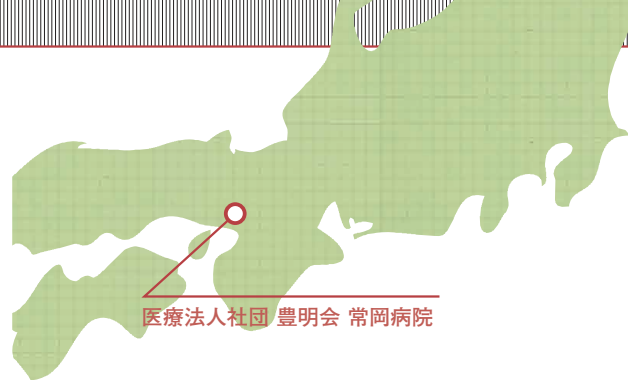
JCIに関する詳しい資料のご請求やお問合せ先は

○大阪本社：06-6868-1161 担当：三本（みもと）・田野（たの）・坂本（さかもと）



医療法人社団 豊明会 常岡病院（兵庫県伊丹市）

理事長 常岡 豊氏



医療法人社団 豊明会 常岡病院

介護付有料老人ホームで 「住まいの安心」を提供

— 来年（平成26年）、駅前の好立地に、72床の介護付有料老人ホームを建設予定だとうかがいました。療養病床103床を考えると、大きな事業展開だと思いますが、この時期に意思決定された背景をお聞かせください。

理事長 当院は、私の祖父である常岡詮二と父の巽が昭和27年に個人病院として常岡病院を開設して以来、昨年（平成24年）で創立60年目を迎えました。平成7年には阪神淡路大震災の被害で、病院の建て替えを余儀なくされたのですが、建て替えに合わせて医療法人化を進めたという経緯があります。病院の建て替えと法人成りは、私たちにとって重要な岐路でした。そこで、承継の際に面識のあった日本経営にお世話になることにしたのです。

現在、当院は医療療養病床103床で、循環器疾患をはじめとして地域医療・高齢者ケアに注力しています。私たちにとって、高齢者の方の医療・介護は、まさしく毎日の生活そのものです。

病院は生活する場所でも一生いる場所でもありませんから、いかに寝たきりを予防し自宅への復帰を支えることができるか。高齢者の方々は、3日間ベッド上で動かない生活をするだけで寝たきり状態になるものです。だから、退院後の生活まで見据えて、病院のスタッフが一丸となって支えていかなければなりません。「あらゆる面からのケア」が必要になります。

しかし自宅に帰るとはいつても、実は老々介護など在宅復帰を難しくする現実もあります。自宅に帰ることが難しいときにも、安心して生活できる「住まい」を提供したい。これは、長年の願いだったのです。

— そこに、介護付有料老人ホームの公募があった。

理事長 すでに土地は確保していたのです。タイミングよく72床の認可を受けることができました。なぜこのような駅前なのと言われることもありますが、病院の近くでなければ、急変の場合の対応が難しい。それに、住みなれた自宅を離れて集住されたとしても、利用者の方にとっては大切な「住まい」なのです。一歩外に出れば買い物もできる

し、ご家族も訪れやすい。駅前の立地は、住まいを提供したいと考えていた私たちにとっても重要なことだったのです。

— 深い思い入れがあることがよく分かりました。「これだけは実現したい」という特長や工夫は、何か考えられていますか？

理事長 基準を満たせばよいということではないと思います。実際に入居者の方の生活・介護を考えたとき、「医療の安心」は不可欠です。いろいろな施設を見学した結果、24時間、看護師の常駐が必要だという結論に至りました。痰の吸引器を全室に設置し、在宅酸素療法やインスリン投与が必要な方なども、受け入れていきたいと考えています。医療機関だからこそできる、「安心」を提供していきたいと思うのです。

現場を重視し、顔の見える連携を構築する

— スタッフ教育や院内・地域連携など、医療・介護の提供体制について、教えてください。

理事長 看護師など職員採用については、苦勞がないと言ったら嘘になります。しんどい仕事ですから長続きしない方もいらっしゃると思いますので、常に募集を続けている状態です。しかし、長期になると20年30年と勤めてくれている看護師もいます。医療に力を入れ、看護必要度が高い方も増えている中で、「やりがいがある」という声も、聞くようになってきました。

ベッドから起き上がれなかった患者さんが座れるようになり、歩けるようになり、ご自宅に戻れるようになるためには、まず病状を改善しつつ早期のリハビリを実施し、体力の回復をはかることが重要になります。個々の職員の能力を向上させることももちろん大切ですが、より重要なことは、多数の職種が緊密に連携し合って、一人ひとりの患者さんの生活の質をいかに高めることができるかということです。それを実現するために、まず病院全体で仕事の内容を文書化し、それを誰もが理解し、実行できる様にする必要がある。院内の努力だけでは限界がありますので、第3者による評価として、ISO9001と日本医療機能評価機構の認定を受けました。もちろん、文書化はスタートラインに過ぎません。スタッフそれぞれが互いの専門領域を理解しあい、

医療法人社団 豊明会 常岡病院 概要

〒664-0857 兵庫県伊丹市行基町2丁目5番地

■103床（医療療養病床）

診療科目：内科、循環器科、消化器科、外科、整形外科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、看護・介護配置 20：1

■医療設備

内視鏡、CT、MRI、骨塩定量、デジタルラジオグラフィ、温熱療法

■その他

日本医療機能評価機構認定、ISO9001

■沿革

昭和27年1月 常岡病院 伊丹市行基町で開設
平成8年2月 医療法人社団 豊明会 設立
平成9年5月 103床療養型病床群取得
平成12年4月 介護保険制度 施行
平成17年5月 ISO9001 認定取得
平成20年9月 日本医療機能評価機構 認定
平成21年4月 医療療養病床103床
平成26年3月 介護付有料老人ホーム（72室 全室個室）を開設予定



高い専門性とモチベーションを維持できるように管理者をはじめ、皆で日々のコミュニケーション・工夫改善に取り組んでくれています。

—— 地域連携は、いかがですか。

理事長 平成22年度の診療報酬改定では、「救急搬送患者地域連携受入加算」の新設など、基幹病院との早期



連携が評価され、従来以上に緊密な地域連携が求められています。当院でも基幹病院と連携して患者受入を行うようにしていますし、連携・感染防止の共同勉強会などは、大いに役立っています。それぞれの病院の先進的な取り組みを共有できたり、標準化できたりするということもありますが、担当者同士がお互いに顔を知っている間柄になることができる。現場レベルの交流が前向きに進んでいることは、頼もしく思っています。

地域連携室は、医師・看護師・社会福祉士・事務スタッフなどで構成しています。地域連携が機能するためには、病床を持つ当院としては院内の空床予定をスピーディーに把握する必要があります。ご紹介を頂いたときに、いかにお待たせせずに受け入れができるか。患者さん一人ひとりへの手作りの対応だからこそその難しさだと思いますが、ベッドコントロールなどの情報共有は、まだ改善の余地があると思います。

やりがいと使命感を持って研鑽を続けること

—— 最後に、いわゆる団塊の世代が後期高齢者になる「2025年問題」（平成37年）を踏まえ、地域医療への貢献について、どのような視点で取り組まれるお考えですか。

理事長 冒頭ご紹介しましたとおり、平成7年の被災直後、

自宅は足の踏み場もない状態で、病院の外観は変わりありませんでしたが、旧館の柱の多くにせん断破壊が発見されました。建物は使用困難と判定され、当時の入院患者さん90人超に、およそ1日以内に退院や転院、新館への移動など避難をしていただきました。そのときの入院患者さんのご協力、職員全員の努力、受け入れていただいた近隣病院のご理解には、今でも深く感謝しています。そのときの経験で、病院は単に治療をする場ではなく、多くの職種が集い、互いに連携し合い、生きがいを持って患者さんや利用者さんを支えている場だと気づきました。そのようなことを考えると「人生をかける価値ある使命とは何なのか」、「医療とは何なのか」を自問せずにはいられません。超高齢社会を迎える私たちが直面するテーマは、決して医療だけで完結するものではありません。大切なのは、「安心できる生活」「安心できる住まい」をいかに提供できるか、そして実感してもらうかだと思うのです。そのためには二つの重要なものがあると思います。

まず一つは、このことに、やりがいと使命感を持って、思いを共有できる仲間です。この仲間と共に、挑戦と努力を積み重ねていきたいと思っています。もう一つは、それを支える経営・財務です。診療報酬改定を現場の実務に落とし込み、適切なコミュニケーションを取るとともに、財務戦略・内部留保などの舵取りも考えなければなりません。日本経営グループに支えられてきたことも事実ですし、今後も現場に入った支援をしてくれることを、期待しています。

—— 貴重なお話を聞かせていただきました。まことに、ありがとうございました。

（文責：編集部）



階層別役割責任の整理方法①

業務の隙間をなくし、より良いサービスを提供できる組織体制へ

今回は、前回説明した組織図内容を踏まえて、階層別の役割責任の整理方法をお伝えします。

1. 階層別役割責任の整理

(1) 各階層の役割の明確化

①各階層の役割とは何か

組織とは「一定の目的（価値）を達成するために統合された複数の人間の集まり」と定義づけられます。それらの人の集まりにおいて、階層別に求められる役割を分担し、この目的（価値）を組織内に浸透させ、実現するように職員を統率する必要があります。ちなみに、ここでいう各階層の役割とは、果たすべき目標基準に対して習得すべき知識・技術等を明らかにすることで、各職員が能力開発に向けて取り組むべきことを明確にするためのものと定義づけています。

なぜそのようなものが必要なのかを改めて整理しておきます。一般的に、職員に対する経営者の不満（期待の裏返し）の表し方として、以下のようなコメントが挙げられます。

- 職員が育っていない
- 職員が期待通りの働きをしない
- 役職者も一般職と同じように働いていて、役職者としての管理業務を実行していない

②役割の明確化

その一方で、「職員が育った状態」「期待通りの働きぶり」「管理業務」を、具体的に示している法人は少ないのではないでしょうか。法人は、職員に対して、何事かを成し遂げることを期待します。職員にその期待に込めてもらうためには、何をどれくらいのレベルで実行すべきか、その役割を示す必要があります。

もし、各階層の役割が明確になっていなければ日々の業務が忙しいあまり、「いつまでも拾われないゴミ」、「現場を全く手伝わない相談員」というように、チームワークという意識が薄れ、「私の仕事はここまで」と自身の業務を担当職務の範囲でしか捉えずに、チーム内の業務に隙間が生じることがあります。

利用者へより良いサービスを提供するためには、業務に隙間があってはなりません。「私の仕事はここまで」という担当職務の範囲だけで仕事を捉えるのではなく、役割で捉えることが、利用者へより良いサービスを提供するためには必要になります。

各法人では、各職員が担っている役割を基準にした教育体系を構築することで、業務の隙間をなくし、より良いサービスを利用者へ提供できる組織体制を構築していただきたいものです。

(2) 階層別役割の整理方法

さて、話を本題に戻しますが、組織の規模や施設数にもよるため一般化できるものではありませんが、各施設における階層別の役割の整理方法は以下のとおりです。

まずは、前回整理した組織図をもとに、階層および役割に応じた役割イメージを整理します。

①一般職の再分類

階層を検討する際、よく議論になるのが、一般職の階層区分です。同じ一般職の中でも、担っている役割の差が大きく、法人に対する貢献度が異なるといったケースが多いのではないのでしょうか。そのため、1階層にせず、以下のように3階層程度に区分するケースが多くなっています。「一般職Ⅰ」は、主に新人が対象で基本的な実務の習得を目指す段階です。「一般職Ⅱ」は、滞留する人数が一番多い階層ですが、中堅職員として日常業務を単独で遂行することが求められる段階です。「一般職Ⅲ」は、実質的には一般職層ではなく、リーダー層の位置づけとなります。そのため下位層の指導を求められる段階です。以上のとおり、一般職の中にもキャリアステップの道を示すことでモチベーション向上に繋げ



ていきます。また、従来から一般職のベテランが、主任のサブとしてリーダー業務を担っているケースは少なくありません。しかし、リーダーの役割が明確に定まっていないため、チームがうまく機能していないというケースもあります。したがって、リーダーの役割を明確にし、内容の把握及び実行を促していきます。

また監督職層については、一般職の代表という意識で物事を判断し、役職者としての本来の役割である部署のマネジメントができていないというケースも見聞きます。ただし、これは本人の問題ではなく、前述したとおり、役職者として

法人が期待している役割を明確にしていることが原因となっていることが少なからずあるようです。役職者として物事を判断できる環境を整備していくことが重要といえます。

②領域と方向性の明確化

次に整理した役割イメージをもとに、その職位は何を成果としてあげ必要があるのかの役割責任を明確にしていきます。表現方法は、領域と方向性を明確にするため「〇〇（領域）を△△する（方向性）」とすると、分かりやすくなります。個数とし

ては、「顧客の視点」「職員の変革と成長の視点」「業務プロセスの視点」「財務の視点」等から、バランスよく2～3項目くらいにまとめるのが一般的です。

次回以降は、役割責任の区分に関して、マネジメントコースだけではなく、専門職としてのキャリアコースについても解説します。また、果たすべき責任の明確化だけではなく、階層別の責任を果たすために行使し得る職務権限の整理方法をお伝えします。

階層	役職	階層イメージ	役割責任
経営層	施設長	【法人運営管理】 - 法人全体に法人理念を浸透させる。 - 法人の経営資源に関する意思決定を行う。 - 法人の認知度を高める。	- 法人および施設の方針を踏まえた上で統括事業の方針およびビジョンを設定し、その実現に向けて人物・金・情報等、あらゆる経営資源を有効に活用しながら事業運営を行う。 - 施設の最高責任者として必要な情報収集や将来予測、現状分析等を行い、短期・中期・長期の視点を勘案しながら必要な意思決定をタイムリーに行い、統括事業の発展に取り組む。 - 最終意思決定者のサポートとしての役割を有し、その意思決定に有益な情報提供ならびに進言を行う。
管理職層	課長	【法人運営管理補佐】 ※下記内容を施設長と相談の上実行する。 - 法人全体に法人理念を浸透させる。 - 法人の経営資源に関する意思決定を行う。 - 法人の認知度を高める。	- 施設長の補佐として管轄事業の方針およびビジョンの設定・実現に向けて経営資源を有効に活用しながら、施設長の指示のもと事業運営を行う。 - 自他部署にかかわらず、法人・施設の経営に参画し得るような広い視野に基づく複雑かつ困難な業務を成し遂げる。 - 上司不在時には、上司代行の役割を優先的に行う。
監督職層	主任	【統括部署運営】 - 統括部署に法人理念を浸透させる。 - 統括部署の人材育成を行う。 - 統括部署の事業計画を推進する。	- 上司との綿密な報・連・相をもとに、日常業務の正常な運営を保つとともに、法人の方針や部署方針の実現に取り組む。 - 上司に対して、綿密な情報交換を行い、部署内の日常業務における課題やその改善提案等を見申すること、部署の意思決定に貢献する。 - 上司からの指示や方針を部下に伝え、浸透させて、部下を指揮・監督しながらその実現に向けての取り組みを実践する。
リーダー層	一般職Ⅲ（リーダー）	【後輩指導（ユニット運営）】 - 担当部署に法人理念を浸透させる。 - 担当部署の人材育成を行う。 - 担当部署の事業計画を推進する。	- 日常業務の中で通常の業務範囲を越えた業務や急を要する事態が生じた際には、素早く適切に上司に報告・相談するとともに、上司と協力して事態の早期解決に取り組む。 - 日常一般業務ならびに職場の基本行動については、後輩等の下級者に対して見習うべき基本的な態度と行動を示し、具体的な指導も行う。
一般職層	一般職Ⅱ	【業務遂行】 - 日常業務を単独で遂行する。 - 必要な業務改善を提案する。 - 担当部署の円滑な業務遂行を実現する。	- 日常業務については求められる職務遂行能力を有し、上司の包括的監督の下で単独で遂行する。 - 複雑業務ならびに発生件数の希少な業務、高度な技術を必要とする業務についても上司の具体的指示の下に単独もしくは上司のサポートを受けながら遂行する。
一般職層	一般職Ⅰ	【基本業務】 - 社会人としての基礎を身につけ業務に活かす。 - 指導を受けながら担当職務を遂行する。 - 担当職務を通じて利用者満足度を高める。	- 日常の定型業務について、上司の具体的指示に従い、指示通りに業務を遂行する。 - 日常業務の中で複雑業務や突発的な業務が発生したり、業務に変化が起こる等、上司から指示を受けていない事態が発生した際には、速やかに上司に報告し、指示を仰ぐ。



阪神淡路大震災——赤字転落覚悟で顧問料を無料に

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



今回は、少し時計の針を戻して、話を進めていきます。

診療所向けのセミナー漬けの毎日を送った結果、昭和から平成にかけて、診療所の会計顧問のお客様の数が、年間数十件ペースで増えていきました。会社にとっては実に優良な顧客が、順調に増えていったのです。確定申告の時期は、それこそ全社員が徹夜の連続でしたが、会社としては順調に業容を拡大していました。それが、今の日本経営の基礎になったと思います。

順調に業績を拡大していた平成7年、あの1月17日がやってきました。阪神淡路大震災です。私の自宅は新大阪近くの江坂、震源地である淡路島北部からは40km以上離れているにもかかわらず、立ってられないほど大きく揺れました。出勤支度をしていた私は、すぐにテレビの電源を入れましたが、どこも何も報道していません。しばらくして、NHKが臨時ニュースを流し始めましたが、要領を得ません。その後の状況は、皆さんご承知のとおりです。

大震災当時、日本経営のお客様のかなりの数が阪神地域にあり、実に240件もお客様が被災されました。その日、出社した私は直に出社できていた幹部社員を集め、水や食料、そして燃料などの調達を指示し、集まり次第、被災されたお客様に向けて社員を送り出しました。鉄道も道路も寸断された状況下で、当時、150人近くいた全社員が、二本の足かせいぜい自転車で飛び出していきました。しかし、南の海側から被災地に向かうルートは隙間がないほど渋滞しています。そこで、元気な一部の社員は、北側から山越えをしてお客様のところへ

向かっていきました。本誌の6号に掲載されているように、当時、常務だった藤澤社長も水や食料を携えて、お客様のところに向かって来ています。本来は、司令塔として社内にとどまっていなければならなかった私も、お客様を目指して行きました。何かしなければという、焦りとも苛立ちともつかない気持ちに動かされていたのです。そして、私はある決断をしました。

震災後、最初の取締役会で、私は被災された240件のお客様の顧問料を、再建できるまで無料にしたいと提案しました。その総額は年間3億円を上回る額になります。これまで、黒字経営を続けてきた会社を、一気に大きく赤字へと転落させるほどの額です。それにもかかわらず、NOという言葉は誰からも出ませんでした。思わず、頭が下がりました。

全社員が、被災されたお客様への支援に取り組んでいる一方、私は新規顧客開拓の号令を出しました。座して赤字への転落を待つ気持ちはまったくありませんでした。そして全社員が、それこそ死に物狂いで新規開拓に取り組んでくれました。

結果は、当時、過去最高となる120件の新規開拓となりました。そして、有難いことに、新規のお客様の多くが既存のお客様からのご紹介だったのです。

私はお客様のご紹介に感謝の気持ちを深めると共に、困難なことに遭遇しても全社員が心をついて立ち向かえば、また、一人ひとりが能動的に、主体的に取り組めば、どんな困難なことも乗り越えていくことができると、大きな学びを得たのです。

(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：加速する病院のM&A

アベノミクスにおける第3の矢・成長戦略の対象分野の一つとして期待される医療分野。しかし、現状では法的な規制、様々な許認可等が絡み、農業と同様、集約化の重要性も指摘されている一方で、新規参入や合併に対するハードルは高い。後継者問題や経営難に直面する病院と事業意欲が高いものとのマッチングとしてのM&Aの現状と課題を探る。

その他

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

定価 500円(税、送料込)
発行人 藤澤功明
編集者 本 日本経営グループ
東京支社 大阪府豊中市寺内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