

2025年への危機意識

地域包括ケア研究会は、2008年からスタートしていますが、そのルーツは、2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会としてスタートした高齢者介護研究会（堀田力座長）、およびそこでまとめられた「2015年の高齢者介護」に求められます。そこでの議論を踏まえ、2025年以降の本格的な超高齢社会を見据えて、どのような地域社会の在り様が望ましいのか、さまざまな取り組みを確認し、意見を交換してきました。

そもそも地域包括ケアシステムへの取り組みは、2025年に65歳以上人口が3,600万人を、さらに75歳以上の後期高齢者が全国で2,100万人を大きく超えてくる現実が下地となっています。

資本主義の活用によって私たちの生活は豊かになり、医療も高度化し、人は長生きになり、なかなか死ななくなりました。かつては、老人といわれる世代は、大雑把に見れば元気な老人ともう少して亡くなる老人に大別されていました。しかし、人が長生きになってきた結果、その二つの区分の間に、虚弱な老人が出現し、増えてきたのです。これは、20世紀後半になって人類が初めて迎えた状況です。そして、現在のところ、虚弱老人の対人口比率が世界で最も高い国の一つが日本なのです。だからこそ、地域社会のあり方を変えていかない限り、この危機を乗り越えることが出来ないという切迫した思いが共有されるようになりました。

変貌を遂げる地域包括ケアの概念

地域包括ケアシステムの概念については、議論を重ねる過程で徐々に変貌を遂げてきました。最初、医療、介護、予防、生活支援、住まいのそれぞれが等しく重なり合う5輪の花のイメージだったのが、住まいと住まい方が基本でその上に医療や介護が行われる考え方になり、最も新しい植木鉢図では、一番下の皿として「本人・家族の選択と心構え」を置き、その上に植木鉢にあたる「住まいと住まい方」、さらに土に相当する「生活支援・福祉サービス」が整備され、初めて「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の3枚の葉、専門職の仕事が存在する形に進化してきました。

地域包括ケアシステムは、2025年以降の世界を想定して検討されていますが、必ずしも重度の要介護、ある

「地域での自立した生活を支える地域包括ケアシステム」

FOCUS



慶應義塾大学
名誉教授 田中 滋

いは在宅医療を必要とする高齢者だけのプランではありません。むしろそのような高齢者は、3,600万人を超える数の中の一部にしか過ぎません。この考えの中心は、「何らかの支援があれば地域で自立して生活していける」方々のためのシステムであるとの理解です。さらにいえば、地域包括ケアシステムは、高齢者にかぎらず、障害を持つ人や子ども、あるいはその親など、何らかの支援を必要とするすべての人たちの仕組みでもあります。表現を変えれば、「住みやすい街づくり」と言ってよいでしょう。

集約し言語化する取り組み

冒頭紹介したように、地域包括ケアシステムへの取り組みは12年に及んでいます。しかし、御調町（現尾道市）に代表されるように、各地域ではそれ以前から地域の実情に応じたさまざまな実践が行われていました。私たちの仕事は、こういった各地の実践を丹念に収集し、共通する要素を探したうえで集約し、分かりやすく言語化することです。決して私たちが新規に開発したわけではありません。

地域包括ケアシステムが機能すれば、世界の先進国の中でもトップクラスの仕組みが出来上がると考えています。ただし、北欧など他国も進化していきます。遅れないよう、政府・自治体はもちろん、医療・介護界、そして住民の覚悟と努力が求められます。この仕組みの下でも、住宅や生活人によって違いがあるのは当然です。ただし医療・介護にかかわる保険給付サービスに違いがあってはなりません。それが私の基本的な信念です。

（文責：編集部）

平成26年度診療報酬改定

～そのポイントと狙いを探る～



当初、消費税引き上げに伴う対応に注目が集まった平成26年度診療報酬改定だが、ふたを開けてみると、医療機能の分化・連携、そして平成37年(2025年)を見据えた地域包括ケアを念頭に置いた大胆な改定となった。社会保障制度改革国民会議報告書に盛り込まれた病床機能報告制度との関連も、医療提供者としては気になるところである。今回は、厚労省：神田審議官に宮島元老健局長が改定の意図などを聞いた特別対談、平成12年度改定の担当者である北川氏の寄稿など、多面的な検証を試みた。

Part 1 特別対談 平成26年度診療報酬改定を検証する

内閣官房社会保障改革担当室
室長
元厚生労働省老健局長
宮島 俊彦 氏

厚生労働省大臣官房審議官
神田 裕二 氏



(左：神田氏、右：宮島氏)

改定の内容、必要性と 必要な財源の議論を尽くす

宮島氏 今回の診療報酬改定は、社会保障と税の一体改革そして平成25年8月に提出された社会保障制度改革国民会議の報告書を踏まえた最初の改定になりました。一方、これと並行して医療介護総合確保推進法案が国会に提出されて議論されています。さらに、来年に予定されている国保改革、そして介護報酬改定と、これら4つのパートのうち、今は、前半の2つのパートの分が出ているというのが、全体の改革を俯瞰した場合の位置づけだと考えます。

そこで、今回の改定についてですが、2つの視点があり、1つは改定率をどう考えるか。もう1つは、改定の中身自体についてです。まず、改定率についてですが、全体でプラス0.1%となっていますが、内訳を見ると、薬価(材料費含む)が1.26%の引き下げ、そして消費税対応分として1.36%となっており、医療提供者側は実質1.26%の引き下げとなっています。今回、焦点の一つとなったのは薬価の引き下げ分を診療報酬改定とは切り離し、改定財源としないということでした。支払側としては当然ということですが、診療側は総収入を押し下げられるわけですから戻してくれという議論。最終的には政治判断となっています。4月から消費税が引き上げられ、患者負担や保険料が上がるのはどうかという声も大きかった環境下での改定で、相当窮屈な改定幅だったわけです。しかし改定の中身を見ると、7対1の見直し、地

域包括ケア病棟の新設、外来の主治医機能、在宅の見直し適正化など、かなりメリハリの効いた改定となったというのが全体の印象です。

神田氏 いま宮島さんが言われたように、交渉の当初から消費税引き上げに合わせ、保険料や患者負担が上がるのを極力抑えるべきということでした。田村大臣も言われているように、最終的には今回の医療介護総合確保推進法案の中に900億円規模の新たな基金制度を設け、本来、診療報酬改定で行いたかったものの一部を、その基金を使ってやるということになりました。薬価改定分の取扱いについては、ご承知のように相当な議論があったわけですが、これまでも薬価改定分が自動的に診療報酬本体の改定財源に振り向けられてきたわけではありません。これまでの改定で見れば、民主党政権時代の2回の改定こそ、わずかにプラス改定でしたが、それ以前の4回の改定は実質マイナス改定が続いたわけですから、それを見ても自動的に振り向けられるわけではないということです。

今回の改定の議論を通して感じられたことは、診療報酬改定の内容、その必要性、そしてそのための財源がどれくらい必要かということまで、キチンと訴求できるような議論が必要だということです。補助金ではなく、診療報酬でこそやるべきだという議論、説明が必要だと思っています。

宮島氏 これまでも、薬価が引き下げられた時でも診療報酬改定ネットの引き下げはありました。ただし、医薬分業が進む前は、院内処方をしてきた医療機関としては薬価が下がれば総収入が下がるわけですから、戻してくれという議論はしやすかった。しかし、分業が6割を超えるまで進んだ今となっては、以前のような説得力はなくなってきているのかなと感じますね。

神田氏 以前の議論、たとえば入院中の薬剤、院内処方している外来の薬剤がどの程度の割合だったとか、薬価差が経営原資になっているという話をしても、今は、それらを自動的にお返ししましょうということにはなりません。くどいですが、改定の中身、その必要性が大事なのであって、



細かい技術論的なものではない。それでは財源は確保できないだろうと思います。

■ 初再診料への上乗せは、分かりやすさを考慮

宮島氏 消費税対応で言えば、今回は1.36%のほとんどが、初再診料や入院基本料に上乗せされました。支払側としては、もう少し個別の経費に着目して配分すべきではなかったかという意見もあり、不満が残っている。消費税対応、課税対象外消費税の問題は、10%への引き上げの際には、さすがに決着させなければという気もします。ただし、支払側も初再診料や入院基本料に上乗せしたという公益裁定については、中医協で席も立たなかったわけですから、納得はできなかったものの大人の対応だったのかと思います。

神田氏 消費税問題については、診療側、支払側とも一致しているのは、診療報酬での対応には限界があるということです。そして、今回の対応ですが、極めて透明性高く、かつ1.36%と満額がつけられたということです。過去を振り返ると、消費税導入時には1.2%、3%から5%への引き上げの際には1.5%といずれも消費者物価の上昇率で対応しています。ところが、今回は課税比率、非課税比率をかなり正確に把握できたので消費税のアップ率をそのまま乗せることができています。

次は、それをどう上乗せするかということですが、過去は食事代や入院環境料、委託費やある種の検査など、細かくつけていったわけです。しかし、改定が繰り返されるごとに、その点数が統合されたり、なくなっていったりして、結局、どこに行ったのか分からなくなって、検証もできなくなってしまった。そこで、今回、10%時までの暫定的な対応ということで、分かりやすく配分したということです。支払側は、中医協の消費税分科会の中間整理で、個別項目の組み合わせを検討すべきとされていると主張しているのですが、よく読むと、高額な投資に配慮するため、個別項目の組み合わせを検討すべきということです。しかし、MRIやCTといった高額な投資に配慮するといっても、本来は4月以降購入したものへの配慮でしょう。今回、医療経済実態調査でも減価償却で課税、非課税について詳細な調査はしましたが、個別項目へつけるための詳細なデータが取れたわけではありません。そういった制約の中で、できるだけ分かりやすくということで現実的な対応として初再診料、入院基本料に上乗せというのが公益側の裁定だったのではないかと思います。

■ 総合確保推進法案と診療報酬改定は車の両輪

宮島氏 診療側が主張している10%時での軽減税率、ゼロ税率いずれにしても、その際は消費税対応分としてつけたプラス改定分は戻さなければならないということですね。

次に病床機能について少し話をしたいのですが、今回の改正医療法で病床機能報告制度がスタートすることになります。機能については、高度急性期、一般急性期、回復期、

慢性期の4類型で各医療機関が都道府県に報告する。さらに、それぞれの医療行為の内容をレセプトデータに基づいて分析し、確認、把握することになります。これは、医療機関が自主的に報告する建前になっていますが、一方で、医療機関と保険者の協議の場を設け、都道府県知事には過剰な医療機能の抑制、たとえば勧告に従わないところは公表する、融資除外とする、あるいは特定機能病院については指定の取り消しなど、ペナルティも設けるようになっています。この話と、今回の改定で行った高度急性期への評価や7対1の要件強化、地域包括ケア病棟の新設や慢性期への評価など、これらのことの平仄が合ってくるのか。外から見てみると、どう動いていくのかは分かりにくいのです。

神田氏 医療介護総合確保推進法案と今回の診療報酬改定は、まさに車の両輪ということです。奇しくも、前者は2月12日に閣議決定され、後者は同じ日に答申が出ています。象徴的な出来事だと感じています。それで、病床機能報告制度ですが、当面、定性的な基準で、あくまで医療機関から自主的に報告していただく。定量基準はまだありません。では、いつできるのかですが、法律が成立して平成26年の10月頃から報告制度がスタートするかもしれませんが、医療内容の報告には間に合わない。レセプトオンライン請求の中に病棟コードを入れて、病棟別の医療内容を取っていても、早くとも平成27年10月以降になってしまうでしょう。それを眺めながら定量基準の内容に取り組むとしても、平成28年の10月以降になってしまうのではないかと。そうすると、それを診療報酬改定に反映させられるのは、平成30年度改定となってしまいます。これでは、肝心の平成37年（2025年）まで6~7年しか猶予がなくなり、さすがにそれまで手をこまねいているわけにもいきません。そういう意味で、今回の改定は、報告制度を睨んだ改定となっているということです。

今回の改定の特徴的なところは、まず急性期機能の明確化にあります。7対1については、看護必要度を見直して慢性期の患者さんのような場合は看護必要度にはカウントしない、特定除外制度も見直して、7対1の適正化を図りながら急性期機能を明確にしています。地域包括ケア病棟は、主として回復期の機能を担うわけですが、在宅や施設入所の方の急性増悪への対応、急性期の一部を担うことになる。しかし、総体としては、急性期後の回復期機能というものを明確化し、回復期のひとつの方向性を明らかにしたという点で、急性期機能の明確化と表裏一体の関係にあります。今回の改定を踏まえ、定量的な基準作りに向かうわけですが、さらに次の改定にどう生かしていくかです。高度急性期については、必ずしも明確になったというわけではありませんが、総合入院体制加算の1を新設したことで、高度急性期の目だしをしたかと考えています。

宮島氏 病床機能報告制度と診療報酬改定を同時に進めて



いくということ念頭において今回の改定を見ると、高度急性期は今回できた総合入院体制加算1の病棟、7対1はちょっと悩まして、一般急性期が基本的には7対1の病棟となるのでしょうか。回復期は、今回の地域包括ケア病棟と従来の回復期リハ病棟、慢性期は療養病棟と、大まかな理解はできる。しかし、7対1の病棟の中のある部分は、いったいどこに行くのだろうと。財務省は、現在36万床ある7対1病床は9万床減ると言っている。行き先としては、10対1と地域包括ケア病棟の2つかなと思いますが、そのあたりの議論はどうだったのか。

神田氏 患者1人当たりの入院収入で言えば、7対1病棟は月額約120万円になります。地域包括ケア病棟の1は、1日約2万6,000円なので月額約80万円になりますが、50対1の看護配置加算まで含めると10対1まで評価でき、さらに看護補助体制加算まで加えると、人員的には7対1まで評価されるようになっていきます。一方、従前の亜急性期は13対1がベースですが、加算を入れると10対1、当面は看護師も看護補助者としてカウントしていけるので、そう大きく体制を変えなくとも移行していけるのではないかと。そうすれば患者1人当たり月額90万円から100万円程度になるでしょうから、7対1あるいは10対1病棟の移行先としては選択肢として十分検討できるのではないかと。ただし、軽度の急性期、在宅や施設の方の急性増悪の受け入れがありますので、二次救急、救急告示あるいは在宅療養支援病院であることなどの要件はあります。移行に際して余った看護師さんで、訪問看護などに取り組んでいただければと医療課長は言っていますが、そのあたりも十分検討していただければと考えています。

宮島氏 地域包括ケア病棟の平均在院日数はどの程度と考えているのでしょうか。

神田氏 60日が算定の限度となっています。

宮島氏 私の印象としては、60日も必要なかということです。本当に在宅に帰す機能を持っているのであれば、60日も必要ないのではないかと。私が知っている病院では、既に今回の地域包括ケア病棟のような機能で動かしていますが、平均在院日数は2週間程度。そこを出て老健に行き3カ月で在宅等に戻る。いろんなパターンが考えられますが、受け皿があれば60日も必要ないのではないかと。

神田氏 今回の改定で強調していることですが、社会保障と税の一体改革でもあったように、できるだけ自宅、住み慣れた環境に戻れるようにしたいということです。従前から亜急性期や回復期に在宅復帰率を入れていましたが、今回、7対1にも、療養病床にも在宅復帰率の評価を入れています。さらに、患者さんの行き先としては、自宅や高齢者住宅だけでなく、特別養護老人ホームでも地域包括ケア病棟でも、一定の在宅復帰機能を持つ療養病床や老健施設でも良いとしています。大きく目指しているところは、できるだけ家に帰れる流れを作ろうということです。たとえば、従前では



医療保険のルールとしては、3カ月未満の退院は入院期間が合算されますが、今回、在宅生活が1カ月であれば在宅復帰とカウントする、療養病棟では、医療区分3の患者さんであれば14日以上在宅にいれば在宅復帰とカウントするなど、短期間でも、少しでも家に帰れる人は帰っていただくという政策的なメッセージは盛り込んだと考えています。

介護との関連を強化した在宅医療

宮島氏 今回、病院機能の分化、強化を行い、その受け皿として主治医機能と在宅医療の整備、強化を行ったということですが、まず、主治医機能。地域包括診療料という名称で、何となく分かりづらい。むしろ、主治医診療料としても良かったのではないかと。この点数は約1,500点で、以前の外総診や後期高齢者の診療料などと比べると高い。3割負担だと4,500円の自己負担となります。さらに、算定要件、施設基準として一元的な服薬管理や健康管理、介護保険の相談、24時間対応、4疾病のうち2つがあること、そして勤務医が3人以上となると、診療所ではなかなか届出、算定できないんじゃないですか。

神田氏 そうかもしれません。地域包括診療料ですが、ご指摘のように診療所では24時間対応で時間外対応加算の1、常勤医師3名、在宅療養支援診療所とトリプルで厳しい要件がかかっています。さらに慢性疾患に限定されているということで、かつての外総診に比べると厳しく、今回は主治医機能としてひとつのモデルを示したということです。今後、対象の患者や要件について検証を進めていくことになります。一方、地域包括診療加算は、時間外対応加算1、常勤医師3名、在宅療養支援診療所のいずれかで良いとしているので、比較的算定しやすいと思います。本来は包括なのかもしれませんが、今回は財源もなかったので要件も厳しくなっているということでしょう。また、出来高については、今回のモデルを推進するための環境を整備したということでしょうか。

宮島氏 包括点数の方は、どれくらいの数を見込んでいるのですか。

神田氏 関係する医師に聞くと、数千単位ではないかと言っています。

宮島氏 在宅医療については、今回、訪問看護の機能強化型の新設や、在宅の歯科診療の評価、薬剤師の評価など、トータルで見るとこれまで医科診療所先行型だったのが、バランスが良くなったという印象です。しかし、新聞でも報道された同一建物における複数回訪問はどう考えてもおかしいし、諸外国を見ても在宅医療は訪問看護が主体となって、看護師からの要請で医師は出かけていくスタイル。医師が自らぐるぐる回るのは、在宅医療整備の初期的な現象と理解すれば良いのですか。

神田氏 今回の在宅医療分野で特徴的なことは、介護との関係を強化したということです。たとえば、主治医機能、地域包括診療料の中には、介護保険の相談を受けている、主治医の意見書を書いているというのは必須で、プラスアルファとして介護保険サービスの提供、地域ケア会議への出席、ケアマネと一緒に介護サービス情報の提供をしてい



るなど、介護の位置づけを色濃くしています。また、機能強化型の訪問看護ステーションも、ケアマネの事業所が同一敷地内にあることを要件とし、かかりつけ薬局の基準調剤加算で24時間調剤のところも、在宅療養支援診療所や支援病院のほか、訪問看護ステーションやケアマネとの連携体制も求めています。ネットワークの構築を意識しての主治医とケアマネとの連携と位置づけられると思います。余談ですが、宇都宮医療課長は、かつて老健課長の経験もあるので、介護保険の知識も思い入れも相当あったと思いますし、それがこのような改定につながっていったと言えるかもしれません。

次に、訪問診療の適正化ですが、まず基本は、外から集合住宅等に人が入ること自体を否定する考えはまったくないということです。ただし、ご指摘のように新聞報道等のように、かなり不適切な事例があったことは残念なことです。調べてみると、そもそも入居の条件として、当該診療所の訪問診療を受けることを条件としていたり問題でした。また、他にも歯科診療所の訪問診療で70%を紹介料として施設側が取っているという事例もありました。これらもあって、本来あるべき在宅医療のあり方を考えて、今回適正化したということです。ただし、現場の意見も丁寧に聞いて、緩和策も講じています。だから、普通に外来診療もやり、訪問診療もやっているような在宅療養支援診療所であれば、極端な影響は出ないと思います。これについては、特定施設や有料老人ホームなどの団体と話をして、既に関係団体でアンケート調査を実施しており、緩和策を出す前の段階でも、訪問診療を止めるというところは1割程度にとどまっています。それでも特定施設や有料老人ホーム、サ高住などで訪問診療に来てくれるところがなくなったということについては、施設団体にも相談窓口を設けていただきますし、こちらからも地区の医師会などと相談して紹介することにしています。

■ 訪問業務の普及が面分業につながる

宮島氏 複数回訪問を最低4分の1の点数にしたのは、政策的には当然だと考えます。そもそも、在宅医、家庭医の訪問診療というのは、当該患者がもともとかかりつけ医として外来に通っていたのを、要介護になったあるいは入院し退院してきて外来に通って来られないので、医師が訪問するというものですから、医師がぐるぐる回るというのはおかしい。本来は、郡市区医師会が市町村と連携して、在宅医療の体制をリードしていただきたい。これは、医薬分業を面分業で推進するということがあったが、気がついてみると門前薬局チェーンだけが伸びていって、分業は進んだけれど、面分業は一体どこに行ったのかという話とよく似通っていると感じますね。

ところで、今回の改定で薬局については、門前薬局の適正化も入り、訪問業務（訪問診療、訪問看護、訪問リハがあるので、訪問薬剤指導と言わず、簡略して訪問業務と称することを勧めている）も評価された。これが普及すれば、面分業ができてくるのだと考えています。そして、地域の

在宅医や訪問看護との連携もできてくる。

神田氏 今回、基準調剤加算2を引き上げましたが、それは夜間に診療所が開いていて、処方箋を出されても薬を処方してもらえない。分業は進んで、かかりつけ薬局といっても夜間の対応ができていない。そこで、24時間調剤する体制、訪問業務をしているところは評価したいという問題意識でした。本来のかかりつけ薬局を評価したいということです。

宮島氏 そこは良い方向がでてきたという感じです。今回は、歯科も在宅をやっているところは評価されている。歯科診療はここ10年、医療費のシェアも増えていないし、歯科診療所1件当たりの診療報酬収入も増えていない。その一方、8020運動や小児・児童への予防もしっかりしている。健康づくりの分野では歯科はある意味、成功したと思っています。だから少し気の毒だなと。

神田氏 歯科こそ、かかりつけ歯科医機能が重要だと考えています。今回の主治医機能、地域包括診療料で介護の相談や健康管理、服薬管理をするのと同じで、歯周病やむし歯になる前から、定期的に歯科検診や口腔管理の指導を行うなど、歯科治療や歯周疾患を総合的に評価することを考えるべきではないかと思います。患者本人だけでなく、家族も含めて、単なるむし歯治療ではなく、歯周疾患、噛み合わせや栄養障害など、いろんなことを総合的に診ていく歯科診療所を評価する方向で考えていくべきではないか。

■ 診療報酬が主で補助金は従の位置づけ

宮島氏 それと医薬品の購入に関連して、今回、未妥結減算が導入されたが。

神田氏 今回調べたら、大規模な病院やチェーン薬局の妥結率が非常に低かったということが分かりました。そういうところは、一般的に交渉力が強いところ。これらが薬価調査に取り入れられていれば、薬価はもう少し適正化されたのではないかと。これは、支払側だけでなく診療側からも指摘があったことです。

宮島氏 これは、ペナルティの考えですね。後出しのじゃんけんみたいなものでフェアじゃない。

神田氏 交渉力があるところは、後出しじゃんけんのように有利になります。交渉力のないところの取引で薬価が決まってしまうわけですから、自分の交渉力を生かせば生かすほど、薬価差が大きくなるということでしょう。しかし、このままでは価格交渉の片方の当事者だけに加担することになるのではという指摘もあり、卸業者に対する指導の指針も作りました。これは、価格提示の遅延、交渉の遅延、減算を明示した価格交渉をする、また、今回、妥結率の証拠書類を出してもらうことになっているのですが、その書類の提示の遅延などといった問題行動があった場合、設けた窓口で苦情として出してください。そうすれば、こちらでも事実確認をし、改善指導をする。それでも直らなかつたら、顛末書を取って、それでもだめだったら、名前の公表もしています。

宮島氏 冒頭でもあったけど、基金創設と関連して、診療報酬限界説のような話はあったのでしょうか。

神田氏 社会保障制度改革国民会議の報告書でも書かれていましたが、基金と診療報酬はそれぞれ一長一短あると思います。たとえば、地域に応じた用途を特定したもの、ある地域に急性期の機能を作りたい、あるいは急性期から回復期に移行していただくため部屋を広げる、またリハビリテーションの部屋を充実させるといったように、個別の誘導、地域に応じた機能分化連携を誘導するような場合は補助金が適しているでしょう。しかし、全国の多くの医療機関を誘導するといったときに、補助金ではまったく対応困難で、やはり診療報酬が適しています。そう考えると、やはり診療報酬が主で補助金は従という位置づけではないかと考えます。それと、全国一律についてどうかという話もありま

すが、支払側も診療側も議論をすると、結局、全国一律が良いということになります。

宮島氏 それは診療報酬の決定権自体の話になってしまう。たとえば都道府県に決定権を全面的に渡すのかとなると、話が違ってくる。

神田氏 現実には後期高齢者医療制度で一部は都道府県にお渡ししているのですが、なかなか実行できませんね。

宮島氏 そこはまだ難しいのでしょうか。いずれにしても、診療報酬と補助金については、何を目的にしてどう組み合わせるかが大事になってきますね。

——本日はありがとうございました。

(文責：編集部)

■ 特別寄稿

「平成26年度診療報酬改定は10年後を目指した新しい一歩」

ヒューマンケア・システム研究所代表
元厚生労働省大臣官房企画官

北川 博一氏

平成26年度診療報酬改定が現実に動き出しました。

改定内容は多岐にわたりますが、ここでは2点に絞って解説します。

まず、1点目は在宅医療です。

健康保険法に療養の給付の範囲として在宅医療が明示されたのは平成6年であり、それを受けた診療報酬改定（10月実施分）以降、毎回、在宅医療の充実が図られてきました。しかし、今回は特別の意味があると思います。それは、医療法に基づく医療計画に「居宅等における医療の確保」に関する事項を定めることを含む、いわゆる総合確保法案が審議されているからです。健康保険法改正から20年後に在宅医療が医療計画に定められる…遅い感じもしますが、医療提供体制の中心に在宅医療が位置づけられるということです。

これを先取りする平成26年度改定における在宅医療の内容も多岐にわたりますが、注目されるのは、3人以上の常勤医の配置等を要件とする「地域包括診療料」の新設です。主治医機能の評価とされていますが、実際には、現在、専門医として新たに検討されている「総合診療専門医」の働く場所の事前整備と位置づけられるでしょう。この総合診療専門医は、数年後の認定制度開始を目指し、プライマリ・ケア連合学会、内科学会、小児科学会が合同で養成プログラムを作成しているところですが、今回の改定で、それを「陰ながら」後押しすることになるでしょう。

もちろん、これらの在宅医療の整備が報酬改定だけで広がることは、過去の実例からも厳しいでしょうが、今回の法改正で新設される基金が有効に使われれば（例えば、既存事業者の統合によるカバーエリア拡大等）、診療報酬改定の意味も高まるというものです。こうした連動する展開が、もし地域で生まれれば、地域の在宅医療の充実は加速するでしょう。

2点目は病床の再編です。

これは平成12年度診療報酬改定で整備された入院基本料・特定入院料の体系を基盤に、医療法で新たな枠組みを設ける一方で、それと連動して、病床機能を再区分しようとするものです。今回、大きな見直しの対象となった7対1一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料は、平成12年度改定後に体系に追加され、算定基準の甘さ等から急速に該当病床が増えたという共通点があるのは不思議なものです。

7対1病床については、一定の経過規定を設けつつも、次の3つの措置を講じています。

- ア. より重度の者を対象とする
(医療・看護必要度への見直し)
- イ. 治療効果の高い病院とする
(自宅等の復帰率を基準として新設)
- ウ. 診療内容を透明化する
(診療内容がわかるデータの提出を要件化)

これで過剰な状態が解消するか…経過措置期間を過ぎないとわかりませんが、中には数億円減収の見込みの病院もあるようですので、実際に、その時が来ると、社会的な問題になるかもしれません。平成12年度改定は将来への道筋をつけただけですが、今回は、過剰なものの整理という難しい問題を処理しようとしていますので、その成否が注目されるものの、本当の勝負は医療法の地域医療構想が動き出す平成28年度改定かもしれません。

また、過剰な7対1病床の受け皿としての地域包括ケア病床は、現時点では位置づけが曖昧で、移行の受け皿のせいか相対的に高い報酬水準です。いずれ基準の見直し、報酬の引き下げ等は避けられないのですが、いつ、それが起きるのか注目されます。その見直しが、あまりに早くても遅くても、混乱要素になることは間違いなく、政策的には難しい判断です。

今回の改定は、総合確保法案に基づき、今後10年で、医療及び介護の面整備を地域単位で進めるという方針に沿った最初の改定となります。新たな第一歩は踏み出したのですが、時間が限られている中、次の二歩目、三歩目が、右往左往することなく、迅速かつ着実に進められることを期待するものです。



Part 2 平成26年度改定への対応のポイント

今回改定は、『2025年度（平成37年度）を1つのゴールと定めた社会保障・税一体改革を実現するにあたっての礎』と位置づけられ、随所に経過措置が設けられている。ここでは改革に伴って、経過措置期間中に検討していくポイントを整理したい。

今回の診療報酬改定のポイント

実は、診療報酬点数表に目を向けると、「基本診療料」で新しく設定されたものは「地域包括」「在宅」を冠した点数だけである。その点では、従来からある各医療機能そのものを純化、それも一気に純化を求めたうえで、入院医療は、急性期医療の再定義により7対1病棟を地域包括ケア病棟（病室）へ誘導、中小病院の外来医療は、地域包括診療（主治医機能）への転換を促した、ものと理解できる。

「平均在院日数（入院期間）」については、在宅復帰型の療養病床を除いて手を加えておらず、次回改定以降に、その短縮に踏み込む余地を残したものといえる。

1. 急性期機能のポイント

① 総合入院体制加算1

“2025年（平成37年）の姿”における「高度急性期」機能の1形態として、位置づけたものである。対象の病院は、「地域包括ケアや療養病床を有さない」としたことは非常に意味が大きい。このような機能を核（中心）とするのか、これから他の形態も示していくのかは分からないが、従来の総合入院体制加算の要件（枠組み）では、「高度急性期」を定義づけるに足らないと考えた可能性が高い。

② ICU・ハイケアユニットの新基準

それぞれの重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）において、「A項目〇点以上、または、B項目〇点以上である患者が何割」と定義していたものを、「A項目〇点以上、かつ、B項目〇点以上である患者が何割」と再定義し、患者割合に応じて、2対1から5対1の看護配置までを、連続的に評価する体系となった。医師等が充実した新型ICUを評価するとともに、新基準における患者割合を満たせない場合には、7対1一般病棟への筋道を示しており、術後回復室的な活用をされているユニットについては、評価の対象外とされた。

③ 7対1病棟（重症度、医療・看護必要度）

中医協において、その役割を「長期療養を提供するのではなく、複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すべき」と定義づけた点が非常に重要である。

これに基づいて、それぞれ、「特定除外制度の廃止」、「重症度、医療・看護必要度の見直し」、「短期滞在手術等基本料の見直し」が行われた。これに加えて、「在宅復帰率の導入」、「データ提出加算届出の義務化」の計5点がポイントとなる。

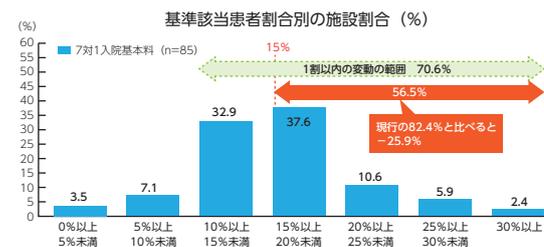
「在宅復帰率の導入」については、7対1病院もできるだけ直接在宅へ、それが適わない場合は在宅復帰機能がある病

院（病床）、施設への転院を促すよう方向付けたものであり、地域の患者の流れを一変させる可能性がある。

なお、必要度の見直しに関して、以下のデータが示され、改定後も定常的に満たせる病院は55%強、一割以内の変動で満たせる病院は約70%と、7対1一般病床を減らすことを念頭に設計されている。

パターン2：入院医療等分科会とりまとめを踏まえた見直しの方向性に対応した場合

<必要度基準該当患者の割合の施設分布>



見直し後の必要度基準該当患者の割合が1割5分以上の医療機関は56.5%であった。

出典：H25年度 一般病棟等の重症度・看護必要度等に関する調査（速報）

④ その他の一般病床

今回改定では10対1はほぼ議論の対象となっていない。一方、DPCにおいては、看護師確保が難しく7対1に満たない病院であっても非常に高い評価を受けている病院もあり、将来的に急性期を志向する病院は、データ提出加算、必要度の測定・把握（急性期看護補助体制加算）は最低限の準備といえ、これらにも対応できない病院は、次回以降は「評価のしようがない」と扱われる可能性が高い。

2. 回復期機能のポイント

① 回復期リハビリテーション病棟入院料1

休日のリハ提供体制が必須化（施設基準化）され、専従医等を配置した場合の【体制強化加算】も新設された。後者は、1日入院患者数が50人の病棟の場合、月間約300万、年間約3,600万円の増収が見込まれ、非常に高い評価を受けることとなる。

② 地域包括ケア病棟入院料

従来の亜急性期を改変したものとされているが、「医療・看護必要度」「病院機能」「専任のリハビリスタッフの配置」「データ提出加算」を要件としたことがポイントである。

このうち、病院機能については、二次救急、救急告示、在支病、在宅療養後方支援病院（新設）、のいずれかを満たすものとされており、患者の送り出し機能としての在宅復帰だけでなく、一定の急性期患者の受け入れ機能も必要とされたことで、地域包括ケアの中核として位置づけられたといえる。

もう1点重要なことは、従来の亜急性期と同水準の点数となった入院料2と比較して、明らかに高い入院料1を設定したことである。看護職員や看護補助者を手厚く配置し、急性期患者を受け入れた場合、14日までは入院料だけで3万円を超える。包括範囲が異なるため単純比較はできないが、

DPCにも2,500点を下回るコードや対象入院期間は数多くあり、明らかに、新7対1基準を満たせなかった病院の「セーフティネット」として設定されていると考えられる。

ただし、データ提出加算を要件としていることから、DPC同様、診療実態（行為）を確認しながら、次回以降、漸進的に「適正化」されると考えられる。

3. 外来・在宅機能のポイント

① 大病院における外来機能（紹介率・逆紹介率）

前回改定に引き続き、「紹介率」「逆紹介率」をキーとして、大病院の外来機能の専門化を促した。従来からの「特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院」は率の引き上げを行い、新たに「500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く）」を加えた。

また、この議論の過程で、急性期病院の経営者にとって着目すべきデータが示された。病床機能・規模別の紹介率、逆紹介率の相関である。「500床以上の地域医療支援病院」においては相関関係が低いものの、「500床未満の病院」においては非常に高い。これは、大規模・基幹病院を除いては、逆紹介を推進している病院ほど、近隣医療機関から紹介を受けているという実態を表しており、病院経営者は肝に銘じておいて損はない。

② 地域包括診療料

一方、200床未満の病院には、地域包括診療料が新設された。「主治医機能」と表現されているが、社会保障・税一体改革における「ゆるやかなゲートキーパー」や従来から議論のある「総合診療医」「かかりつけ医」を含めた機能と考えられる。

ポイントとしては、これを算定するためには、「病院（病床）機能」「主治医を指定」「院内処方原則（または、24時間開局薬局に対して院外処方）」を要件としたことである。患者から「（他の医療機関で診療を受けた時も）私の主治医は他にいます」と信頼してもらえるような医師が何人いるかが運用上の一番の課題といえる。

なお、同様の枠組みについては、今までも外総診、後期高齢者診療料等で、厚労省は何度もチャレンジしてきた。今回は手帳によるマーキング等の仕組みもなく、本当に機能していくかは今後の動向を待つしかないが、同診療料より要件が緩やかな診療所の「地域包括診療加算」とも、患者がバッティングする設計となっており、「中小病院」と位置づけられた外来収入のウエイトも高い200床未満の病院にとっては、重要な点数といえる。

経過措置期間中に、意思決定するためのポイント

中期的なスパンで病床機能を選択するうえで、検討する視点は大きく3つあると考えられる。

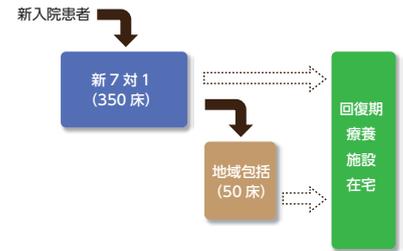
- ①各病棟機能で求められる患者像（必要度等）を満たすか
- ②必要な医療資源（人・設備等）と体制（データ提出、在宅復帰等）を整備できるか
- ③病床利用率を確保できるか

このうちもっとも重要なのは③であり、「入院期間を短縮しながら、病床利用率を保てるだけの新入院患者数を確保できるか」に置き換えることができる。①、②は厚労省が決めることであるが、③は地域の患者から、あるいは地域の医療機関から頼られるか（選ばれるか）の問題である。

ここでは、7対1病床から地域包括への転換を想定し、「400床・全床7対1の一般病棟であるが、新しい必要度を満たせないケース」について、以下2つのモデルを示す。

●Aタイプ

新入院患者と新しい必要度の患者数を考慮して、7対1病床を350床にダウンサイズし、50床を地域包括ケア病棟に転換する。

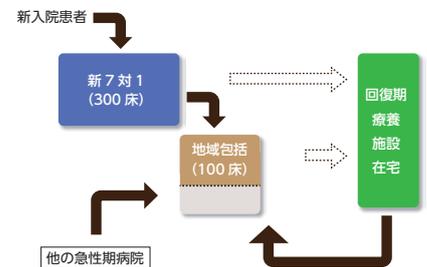


このように病床配

分したうえで、それぞれ在宅復帰率等を満たせるなら、今までどおり急性期の新入院患者数の確保努力を継続しつつ、地域包括ケア病棟のスタッフを徐々に看護師から看護助手へ転換する等しながら、それぞれの機能を高めていくことになる。基本的な機能に変更はなく、将来的にはリハビリ機能を高めて回復期に転換していくこと等も考えられる。

●Bタイプ

これに対して、Bタイプは、Aと同様に検討した場合、7対1病床が350床では多すぎる場合である。この場合、地域包括ケアに転換する病



床（病棟）が多くなるが、今度は転換する病棟の利用率が低くなることが考えられる。

このような場合は、新入院患者を「急性期一辺倒」ではなく、他の急性期病院や地域の在宅患者の受け入れといった、今までと違うルートに求める必要が出てくる。そのためには、今までとは別の、新しい医療サービスを創っていく考え方が必要となる。

A、Bの2つのタイプの選択において、重要なことは、自院と同時に、近隣にどのような医療・介護機能が存在し、志向しているかを見極めることにある。Aタイプを志向したものの、結果的に7対1病棟、地域包括ケア病棟ともに病床利用率が維持できなくなった時点で、次の対策を考えても、地域では既に、他の病院が実績を積み重ねており、「時、既に遅し」となることも十分にあり得る。

（本原稿については、正確を期する努力をしておりますが、読者様の判断と責任でご利用下さい）

病院の会計・財務・税務



[基礎編③] 設備投資と返済のバランス

税理士法人日本経営 病院事業部
税理士 課長 矢野 弘樹

設備投資のバロメーター

財務の重要な役割として、「中長期の事業計画を具体化するための財務戦略の明確化」があると、前回取り上げました。この中長期の事業計画において事業の明暗を分ける論点の1つが、「設備投資と返済」の問題です。事業規模に見合った適切な投資をして、その投資に見合った生産性を確保し、適切なプランで返済をしていく必要があります。今回は、適切な事業規模・返済計画について、考えてみたいと思います。

継続して医療を提供していくためには、一定の設備投資が必要です。場合によっては、過去の投資の返済がまだ残っている中で、新規の設備資金を借り入れて設備投資をしていくことになるでしょう。

しかし、規模に見合わない設備投資を続ければ資金繰りに窮しますし、逆に設備投資を抑え続ければ、問題の先送りとなってしまう、結果として、老朽化した設備を一度にリニューアルすることとなり、経営上の相当の決意を迫られる事態を招いてしまいます。したがって、どの時期にどの程度の設備投資が最適で、どのラインを超えると危険水域に入るのかということについて、明確な基準を持っておく必要があります。それが、財務の重要な役割です。

基準の第一は、投資予算枠です。毎年、どの程度の投資であれば許容範囲であるのかを設定し、その予算枠の中でやりくりをするという指標です。安全性と言い換えてもよいかもしれませんが、財務指標としては、「償還期間」や「一床あたりの固定資産額」などが該当するでしょう。

「償還期間」とは、「税引後の利益+減価償却費」によって、長期借入金を何年で返済できるかというものです。

厚生労働省が発表している「平成23年度 病院経営管理指標」によると、医療法人の一般病院全体の償還期間は6.2年（平均164.1床）。うち200床～299床規模で5.8年、400床以上で3.1年。黒字と赤字に分けたときには、黒字病院については5.3年（平均173.4床）などの数字が公表されています。

「一床あたりの固定資産額」については、医療法人の一般病院全体では13,298千円（平均164.1床）。うち200床～299床規模で12,730千円、400床以上で12,429千円。黒字病院については13,028千円（平均173.4床）となっています。

次の基準となるのは、事業規模・収益規模です。

例えば、固定資産回転率（医業収益が、固定資産の何倍

に相当するか）などが1つの指標になるでしょう。同じく厚生労働省が発表している「平成23年度 病院経営管理指標」によると、医療法人の一般病院全体の固定資産回転率は203.9%（平均164.1床）。うち200床～299床規模で196.4%、400床以上で237.1%。黒字病院については207.3%（平均173.4床）などとなっています。

このように総額としてのバランスを保ちつつ、それぞれの設備投資については「生産性」について十分検討する必要があります。単に設備投資の金額が回収できればよいというわけにはいきません。設備投資に伴い、保守費用や人件費などが大きく変わる場合があります。

また、生産性の向上は、時間と空間の問題でもあります。設備投資の効果を最大限にするためには、稼働時間やスペース・動線の問題が医療機関では極めて重要なファクターとなるからです。つまり、設備投資と返済という財務の問題だけではなく、現場の運用面という視点から投資対効果を考えなければならぬということです。中長期の事業計画が重要とされるのは、このように全体最適を考えなければならぬからでもあります。

医療法人 一般病院の指標

	全体	200～299床	400床～	黒字病院
病院数	190	20	13	141
平均病床数	164.1床	249.0床	523.8床	173.4床
償還期間	6.2年	5.8年	3.1年	5.3年
一床あたりの固定資産額	13,298千円	12,730千円	12,429千円	13,028千円
固定資産回転率	203.9%	196.4%	237.1%	207.3%

〔平成23年度 病院経営管理指標〕（厚生労働省）より抜粋

今回は、厚生労働省の「平成23年度 病院経営管理指標」を一つのベンチマークとして、設備投資のバランスについて述べさせていただきます。

多くの場合、投資規模や返済能力の問題に目が行きがちですが、本質的には、借入をして設備投資をするのではなく、償却前の利益の中で設備投資をし得る体質にいかんしていくかということです。つまり、「利益」についての考え方です。

次回は、最低ラインの利益をどう設定するのかについて、考えてみたいと思います。



階層別役割責任に基づく職務権限の整理方法④

効果的な会議・委員会体制づくりに向けて

前回は、介護福祉施設でよく見聞きする会議・委員会の課題について解説しました。

また、効果的な会議・委員会の運用方法として、①目的を明確にすること、②参加者の役割を明確にすることの2点を紹介しました。

今回は、実際の会議の運営上の留意点を中心に解説します。

1. 参加者の心構え

(1) 司会者の心構え

司会者が会議の成否を決めるといっても過言ではありません。司会者の心構えは以下のとおりです。

- ① 会議の目的を明確にし、議事がスムーズに進むように気を配る。
- ② 出席者の発言を促し、会議の活性化を図る。
- ③ 時に発言者を指名し、参加者に緊張感を持たせる。
- ④ 出席者が発言しやすいように中立的に話を聞く。
- ⑤ 司会進行役は、面倒な役割ではなく、大切な役割なのだと自覚する。

(2) 出席者の心構え

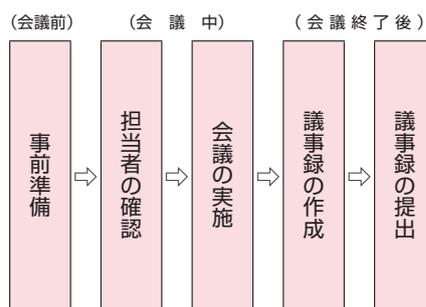
出席者も司会者だけに会議の進行を任せるのではなく、会議を実りあるものとするために主体的に参画しなければな

りません。ただ単に会議に参加して座っているだけでは人件費の無駄ともいえません。また、参加者としての基本的な態度にも注意が必要です。例えば、ひじを突かない、腕組みをしない、ふんぞり返らない等です。出席者の心構えをまとめると以下のとおりです。

- ① 発表する内容は、シンプルにわかりやすくまとめる。
- ② 他者の意見に反対する場合は、代替案を含め建設的な発言をする。
- ③ 発言を求められたときには、必ず何らかの意見を出す。
- ④ 議題となっているテーマに関する「自分の意見」をまとめる癖をつける。
- ⑤ 役職や年齢などを気にして、発言を控えるようなことはしない。
- ⑥ 話を聞く姿勢に注意し、発言がしやすいようにする。

2. 会議の進め方

(1) 事前準備



責任者が開催日時と場所を決定して連絡をします。具体的には、参加者への周知が徹底されるように書面にして、複数回発信するなどの工夫をします。

出席者は議題がある場合、他の出席者に事前に周知しておきます。

- (ア) 議題、目的(提案、意見収集、伝達等)、時間配分を明確にする。
- (イ) 事前に準備してもらいたいものがある場合は、各担当者に連絡をする。

会議開始時に突然、議題を出されても、しっかりとした意見を述べることは難しいものです。また、ダラダラ会議を是正するためにも、あらかじめ各議題の目的と時間配分を明確にしておくことを徹底します。多くのメンバーが参加する会議では、「何のために、どれぐらいの時間をかけて議論するのか」を明らかにすることで、参加者が持っているアイデアや情報を、限られた時間の中で引き出すことが可能となります。

会議で使いたい道具(ホワイトボードやプロジェクター)がある場合、その旨を責任者に連絡します。また事前に案内された議題について、出席者は自分の考えをまとめておきます。

前回の会議で未決事項があった担当者は、その進捗と結果を報告できるよう



にまとめておきます。そして最後に、司会者は前回までの会議の議事録に目を通して、事前に未決事項を確認しておきます。

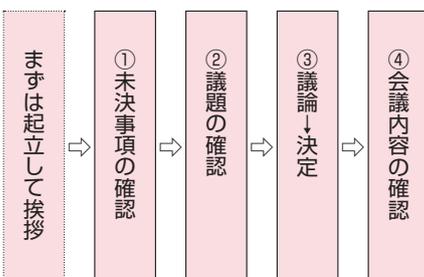
(2) 担当者の確認

会議の責任者が、議事録担当者や各議題の担当者を確認します。司会者や議事録担当者も、勉強の意味で持ち回りにすると効果があります。司会進行役を担当すれば、発言者がいない会議、各自が勝手な主張をする会議などが、いかに不毛なものであるかが実感できるはずです。

また、司会者は必ずしも年長者やリーダーが担当する必要はありません。むしろ、最も経験の浅い職員や若手の職員が担当したほうがうまくいく場合もあります。各担当者の役割は前号の内容を参照してください。

(3) 会議の実施

～具体的な進行方法～



続いて会議の具体的な進行方法ですが、まずはメリハリをつけるためにも参加者全員が起立して、「よろしくお願

います」と挨拶してから始めましょう。ちなみに終了時も同様に起立して、「ありがとうございました」と挨拶をして終わらしましょう。一つひとつの区切りを明確にすることも大切です。

①未決事項の確認

会議の冒頭で、司会者が未決事項の確認を行い、担当者はその進捗と結果について報告します。

②議題の確認

次に、司会者が今回の議題を確認し、もし追加の議題があればその場で提出させます。あわせて各議題の時間配分についても、参加者間で確認します。

③議論→決定

具体的な議論を行い、結論を出していきます。結論は、次の3つです。

- 1) 決定事項
- 2) 継続検討事項
- 3) 伝達事項 (この場合でも、質疑応答は議事録に記録しておく)

伝達事項以外の議題は、5W1H (いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのように) を明確にしていきます。

④会議内容の確認

会議を終了する前に、司会 (または議事録担当者) が会議内容の確認を行います。(前回の未決事項も含めて) どのような議題があり、どうすることに決定

したのか、どのような伝達事項、確認事項があったのかを振り返り、再確認して、参加者に異論がないか確認します。

(4) 議事録の作成

必要事項を漏れなく記載します。検討議題ごとに、担当者、検討結果、期限、今後の担当者などをまとめます。留意すべき点は、発言録のように議事録をまとめないことです。どのような議題について議論され、どのように結論づけられたのかを記録に残すのが議事録です。議論の経過が必要な議題も中にはありますが、それほど多くはありません。発言録のように議事録をまとめる場合は、司会者または責任者が議事録担当に、その旨を事前に伝えておきます。

(5) 議事録の提出

作成期限を定め、遵守してもらいます。作成期限の理想は当日ですが、遅くとも2営業日以内には完成させることを徹底させます。そして議事録は所定のファイルに挟むなどして、いつでも確認が可能な形で保存しておきます。また、欠席者は、必ず議事録に目を通すようルール化させます。

次回以降も、引き続き会議の効果的な運営方法について解説します。



経営者としての覚悟を迫られた20億円の裁判

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



企業人としての私に大きな影響を与えていただいたN社長は亡くなりましたが、彼のおかげで経営者として押しつぶされそうになっていた私は救われました。「私が」会社を支えるのではなく、「社員全員が」会社を支えることに気づいたからです。そもそも私の大きな目標は、会社を日本一の会計事務所にすることでした。

しかし、この連載でも紹介したように、医業経営に取り組むようになって、会計の分野にとどまっていられなくなり、コンサルテーションというサービスに踏み込むことになりました。それでも、会社を「日本一」といわれるようなものにしたという考えは変わりませんでした。その目標に対して私がやったことは、より多くの、そしてより多様な人財を仲間として迎え入れることでした。

N社長が亡くなったあと、私は京セラの稲盛会長と出会うことになります。そして、最初はお付き合いのつもりで参加した盛和塾で多くのことを学びました。そのひとつが、より多くの雇用の場を作ること、そしてその雇用の場を進化させていくということでした。ストレートな表現をすれば、社員に支払った給与の総額が、どれくらい増えていくのが大事だということです。本当に良い社会というのは、皆に仕事があり、皆にお金が行き渡る社会だということです。

そのためには、社会が、価値があると認めてくれる雇用の場を作り、成長させていくことにはかならないということでした。

稲盛さんは、京セラ、そして第二電電(KDDI)を立ち

上げ、巨大企業に育てています。そして、記憶に新しいことですが、平成22年には、経営破綻したJALの再生に、80歳を超える年齢で挑戦しています。その後、わずか2年で再上場という離れ業のようなことも実現しています。

そういった行動を支えているのは、「社会にとって必要な事業(企業)」であるという信念です。そして、そこに集う多くの仲間(社員)の物心両面の面倒を見るという、経営者としての覚悟があったのです。

亡くなったN社長も同じことを私に教えてくれました。今でも、私は決裁などの際に、印鑑は使いません。自分でサインをし、日付を記入します。極端なことを言えば、印鑑は誰が使っても同じです。しかし、自筆のサインは私にしか書けません。これは、ささやかではありますが、経営者としての私の覚悟であり、決意でもあるのです。

平成8年に社長に就任した私でしたが、それから程なくして大きな局面に立たされることになりました。ある裁判に遭遇することになったのです。当時の日本経営グループの総売上は20億円に届かない規模でした。しかし、その裁判に負ければ、私たちが背負うかもしれない金額は、総額20億円に上っていました。

その額を知らされた私は、あることを決意しました。自分の全存在を懸けて、取り組むということです。そして、30億円の生命保険を自分に掛けました。一切のちゅうちょもありませんでした。

(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：病院医療法人の事業承継とその選択肢

持分有りの法人を新たに設立ができなくなった医療法人。社会保障と税の一体改革の議論においては、医療法人間での非営利ホールディングカンパニー制度が議論され、第6次医療法改正では認定医療法人(仮称)が新設されることになった。民間医療法人が、財産と事業を次の世代に引き継いでいくための、事業承継について特集する。

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

発行所 日本経営グループ
 編集部 本社 東京都千代田区神田河町2-13-13
 編集部 東京支社 東京都千代田区神田河町2-13-13
 TEL 03-5255-9711
 FAX 03-5255-9717
 定価 500円(税、送料込)