

日本の医療提供体制において、民間医療機関が果たしている役割は非常に大きい。公的医療機関は全国の病院数の2割、病床数の3割、救急搬送受入数の4割を占めるに過ぎない。裏返せば、民間医療機関が病院数の8割、病床数の7割を占めるうえに、救急搬送もその6割を受入れている等、世界でも類を見ない医療提供体制となっており、私はこれを「2・3・4、8・7・6の法則」と称している。この民間医療機関の多くは、戦後、世界で初めて作られた、非営利性を基本とした医療法人制度を活用してきた。配当禁止というルールのもと、資本を医療資源に集中あるいは再投資し、競争原理を働かせながら、相互に発展してきたのである。

この点については、社会保障・税一体改革の取りまとめとも位置づけられる、昨年の社会保障制度改革国民会議報告書にも触れられている。

医療における高齢化問題は都市部の救急医療

なぜ社会保障制度について改革が必要かといえば、少子化と高齢化が急速かつ同時に進んでいるからである。それに対応するために医療・介護分野においては機能分化と連携、地域包括ケアシステムの構築が必要と指摘されている。このうち、高齢化については、実は都市部に集中し、かつ劇的に進むことが予想されており、東京、神奈川、大阪等の7都府県で、増加する高齢者の約6割を占めている。同時に、高齢者数は2040年にはピークを迎えると考えられており、それまでの間、大都市圏における高齢者増加に対応するための方策が、在宅医療であり、地域包括ケアシステムである。

これに対応するように、医師会を中心とした診療所の先生方や介護・福祉関係者が、積極的に在宅医療、在宅介護を提供されており、住まいとしてのサ高住についても整備が進んでいるところであるが、特に後者については医療機能がほとんどなく、これらからの救急搬送依頼も年々増えている。すなわち、医療における高齢化問題とは、「人口密度の高い都市部における高齢者に対する救急医療の問題」ともいえる。

今年からはじまる病床機能報告やそれに基づいた地域医療構想は、これらの課題に対して、地域の医療機関それぞれが共同してどのように対応していくかを確認していく新しい枠組みである。在宅医療・介護の各事業

「地域包括ケア・アライアンスの創設を」

FOCUS



社会医療法人 協和会 理事長
日本病院団体協議会 代表者会議 議長
加納 繁照

者が高齢者の生活を安定して支えるために、24時間の救急対応ができる急性期病院の役割は、非常に大きい。

重要な視点は利用者の利便性や情報共有

地域包括ケアシステムの構築やネットワーク化の方法論として、やや唐突に非営利ホールディングカンパニーなる概念が出され、中央でも議論が行われているところである。これには上から下へと、あるいは公から民を、ホールディングという形で支配(ガバナンス)していこうというニュアンスが感じられる。地域によって差はあるものの、大都市や人口密度の高い地域では、民間医療機関が中心となって、地域医療が成り立っている。それらの医療機関はそれぞれ経営トップが、自立性・独立性を尊重しながら、地元に着目した運営を行っている。これらを今から根本的に形を変えていくのはかなり非効率的であり、既に十分機能を果たしている現状の地域包括ケアシステムを、破壊する可能性も高いと考えられる。

そこで、一つの提案、発想の転換であるが、ホールディングという形式を止め、アライアンス(alliance)という考え方はどうだろうか。直訳すると、「同盟・連合・提携・縁組」という意味であり、航空業界が良い例である。日本航空も全日空も、アライアンス同士でマイルの交換から、路線のコードシェア等々の提携を行っている。

アライアンスの中心をなすのはガバナンス・支配ではなく、利用者の利便性向上やサービス向上のための情報共有である。全国の各地域で、地区医師会、会員の診療所の先生方、さらに福祉の事業者の方々と、地域別に地域包括ケア・アライアンスを設けていくことで、短時間に地域に着目した地域包括ケアの実践ができるようになる。

待ったなし!

「自治体病院の人事評価制度」



平成26年5月に「地方公務員法及び地方独立行政法人法の一部を改正する法律」(平成26年法律第34号)が施行され、地方公務員法が適用される全国の自治体病院は、人事評価制度の導入と処遇への反映を行う必要に迫られている。

平成26年9月時点ではまだ詳細な内容(処遇への反映種類等)は発表されていないが、

今後総務省より詳細な内容が発表されてくるものと思われる。

今回はこの法改正から、今の自治体病院における人事評価制度の現状や評価制度の導入における考え方、導入スケジュール等を紹介していく。

法改正に伴う自治体病院の動き

松阪市民病院経営企画室副室長、世古口務氏が著した『必ず役に立つ 病院人事評価制度導入の手引き』(平成26年：マスブレン刊)によると、医師および医師以外人事評価制度導入比率は、北海道30.6%、東北33.8%、関東63.6%、中部67%、近畿46.7%、中国・四国58.1%、九州・沖縄59.6%と、西高東低になっていることが明らかにされています。また、医師人事評価制度の導入比率は全体で53.1%となっており、全体の約半数の病院しか導入していないことも分かりました。さらに人事評価制度を既に導入している病院に対して、評価対象とする職種を確認したところ、医師職への導入割合は66.7%と、看護職(77.4%)など他職種と比較すると遅れていることが分かりました。

今回の地方公務員法改正に伴い、人事評価制度を実施していない自治体病院(非公務員型の独立行政法人を除く)は、今後、以下3つのいずれかについて検討する必要があります。

- ①国家公務員が使用している人事評価制度をそのまま転用する。
- ②国家公務員が使用している人事評価制度を自院用に改良して使用する。
- ③完全に自院オリジナルの人事評価制度を構築する。

最も望ましいのは③であり、人材育成や業務効率を図るには、病院の理念、方針や業務内容に見合う人事評価制度を設計する必要があります。ただし、人事評価制度の構築・導入には、制度の設計に加えて、関連規程の見直しや職員説明会、評価者研修なども実施する必要があり、抜本的に見直すには一定の期間を要します。特に自治体病院のほとんどには労働組合が存在しているため、職員説明には民間病院以上に時間を要するケースが多くみられます。弊社のこれまでの自治体病院に対する支援実績を踏まえると、一部例外病院を除き、導入までにはおおむね12カ月~24カ月の期間がかかっています。場合によっては組合交渉が進ま

ず3年程度の時間が必要になることもあります。地方公務員法改正に伴う人事評価制度導入の期限は平成28年3月となっているため、残り2年もないことを考えると、迅速な対応が望まれます。

仮に①を選択する場合であっても、国家公務員の制度には、以下の課題があることが総務省調査で指摘されています。そのため、制度導入前後に徹底した評価者研修が必要になると考えられ、やはり導入までに一定の時間が必要となりそうです。

図表1 「人事評価に関する検討会報告書」より一部抜粋

- 職員向けアンケート結果によると、
 - ・評価者の約5割が「A評価とB評価の区別など、評価の境目の見極め・判断に苦慮している」
 - ・評価者の約1割が「A評価とB評価の具体的違いは分からない」
- 人事当局向けアンケート・ヒアリング結果によると、
 - ・「評語のレベル感にばらつきがある」との指摘が絶えず、苦慮している」
- 評語分布調査によると、
 - ・「C評価」と「D評価」の割合が少ない。
 - ・「B評価」と「C評価」との関係がやや明確でない。「D評価」の「ほとんど」能力を発揮できていない・役割を果たしていない、という表現との違いが分かりにくい。

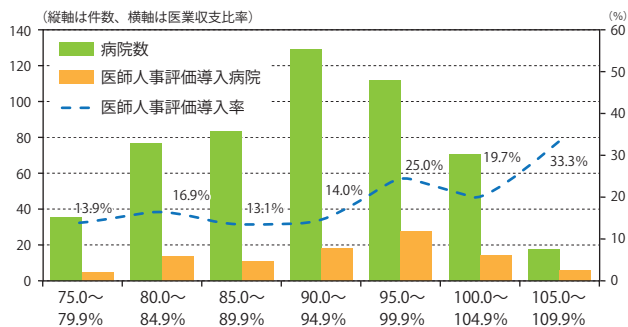
(総務省 平成26年2月)

また、世古口務氏(前出)と弊社で「自治体病院と医師、その他職員の人事評価制度導入数と医業収支比率」(図表2、3)を作成したところ、興味深いことが分かりました。

図表2、3で分かるように、医師・看護師ともに人事評価制度を導入している病院の方が導入していない病院よりも、医業収支比率が高くなっています。この結果で直ちに人事評価制度が医業収益の向上に関係していると言い切れないかもしれませんが、医師人事評価制度導入病院の58.9%が医業収支比率90%以上となっており、同じく看護師を対象にした場合には、人事評価制度導入病院の55.0%が医業収支比



■ 図表2 医師人事評価制度導入病院における医業収支比率



率90%以上となっています。

人事評価制度を、経営が安定した状態で導入するのか、あるいは経営安定を目的として導入するのは病院の考え方によりますが、いずれにせよ人事評価制度の導入が経営や組織にとってメリットのある仕組みとして活用されていることが分かります。

では、自治体病院にとってどのような人事評価制度が必要なのでしょう。

自治体病院における人事評価制度とはどのようなものか

人事評価制度は、多くの場合、「職員の育成」、「病院価値観の浸透」、「公平処遇の実現」の3つを目的としています。国家公務員における人事評価制度は「任用、給与、分限等あらゆる側面で活用する能力・実績主義の人事管理を行う基礎」として位置づけられており、従来の年功的に処遇が上がる制度から、実力・貢献等に応じた「公平主義」に切り替わっています。

自治体病院においても、国家公務員同様の目的であることには変わりはありません。しかし、だからといって国家公務員の制度をそのまま転用してもよいのか、という点には慎重にならざるを得ません。人事評価制度を導入するうえで考えるべき点は、「何をもちて実力・貢献等を測るのか」、「その実力・貢献等の結果をどのように報いていくのか」、「年功的な部分とのバランスはどうするのか」といった点になります。つまり、その病院の経営状況や人材に対する理念を人事評価制度に反映させることが重要であり、さもなくば制度は「絵に描いた餅」となってしまいます。

弊社では、国家公務員の人事評価制度を転用することをお勧めしません。その理由は、以下の2つの問題があるからです。

①実情の反映が難しい

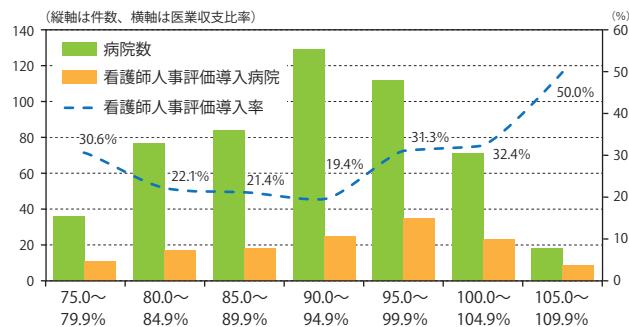
現在、国家公務員で使用されている人事評価表（国家公務員では「標準職務遂行能力例」）では、病院の実情を反映しきれないという問題がある。

②プロセス段階の対話が難しい

プロセス段階で現場職員とコミットしておかなければ、事実上の運用は難しく制度が導入できても、効果的な運用はできないという問題がある。

少々誤解を招く表現かもしれませんが、弊社は決して国家公務員法に基づく人事評価制度を否定しているわけでは

■ 図表3 看護師人事評価制度導入病院における医業収支比率



ありません。当制度は合理的かつ一貫性のある仕組みであり、能力・実績に基づく「適材適所」、「公平処遇」、「教育制度」は評価できるものと考えます。しかし、これらの仕組みがうまく機能しているかといえばそうではありません。総務省の先の調査でも、評価結果にばらつきがあり、現場が不安・不満を抱いている傾向があるとしています。さらに、医療機関は他業種とは異なり、多様な専門職が複数存在しています。つまり、組織全体の合意形成が得られにくく、トップダウンによる制度導入は現場の反発を招きやすい、という点があるのです。私たちは、国家公務員の制度をそのまま転用すると、現場の不安・不満が募る可能性が高まることを懸念しています。

病院が本制度を導入するにあたり、全体像、体系を参考にすることはなんら問題はないと思いますが、国家公務員の人事評価制度等をそのまま転用すると、現場が不安・不満を抱き、制度そのものばかりか帰属意識やモチベーションに悪影響を与えかねない不安があると考えているのです。

「実情の反映が難しい」という問題について

まず、国家公務員が使用している標準職務遂行能力例（図表4）を確認してみましょう。

確かに、標準職務遂行能力例は、診療部長クラスには必要となるスキルだと思われますが、実際の現場で上記内容だけを求めることは、診療部長の納得を得ることは難しいと思われます。国家公務員法に基づいた標準職務遂行能力例をそのまま活用するのではなく、自院に合った人事評価制度を構築していく（もしくはそのように修正を加えていく）必要があります。国家公務員の人事評価制度をそのまま転用した場合、実際に以下のような声が聞かれます。

●現場職員

- ・自分の頑張りはこの評価表では反映されない。
- ・現場に合っていない。何のための評価なのか理解できない。
- ・企業のような数字目標を立てられず、目標評価は適さない。

●医師

- ・自分たちの評価が一律になされることは不愉快だ。
- ・上司が自分たちを見ていない中で評価制度を導入されても、本当に運用できるのかと思う。

●評価者

- ・評価基準が明確でなく、評価が行いづらい。
- ・行動評価内容が抽象的すぎて評価できない。

■ 図表 4 標準職務遂行能力例

医療：行政機関<医師>（矯正収容施設を除く）（部長）

倫理	1	医師としての責任を自覚しつつ、高い倫理感を有し、部の課題に責任を持って取り組むとともに、服務規律を遵守し、国民全体の奉仕者として、公正に職務を遂行する。
	①責任感	医師としての責任を自覚しつつ、高い倫理感を有し、部の課題に責任を持って取り組む。
	②公正性	服務規律を遵守し、国民全体の奉仕者として、公正に職務を遂行する。
構想	2	本省等の方針に基づき、業務に対するニーズを踏まえ、業務運営の方針を示す。
	①行政ニーズの把握	行政ニーズや事案における課題を的確に把握する。
	②基本方針の明示	本省等から示された方針を受け、課題を踏まえ機関としての基本的な方針を示す。
知識・技術・診療	3	高度な医学的知識・技術及び豊富な経験に基づき、困難な症例について、適切な診療を行う。
	①的確な診断	高度な医学的知識・技術及び豊富な経験に基づき、困難な症例についての的確な診断を行う。
	②適切な診療	困難な症例について、診断結果に基づき適切な治療を行う。
判断	4	部の責任者として、適切な判断を行う。
	①最適な選択	採り得る戦略・選択肢の中から、進むべき方向性や現在の状況を踏まえ最適な選択を行う。
	②適時の判断	事案の優先順位や全体に与える影響を考慮し、適切なタイミングで判断を行う。
調整	5	円滑に診療業務を遂行できるよう関係者と調整を行い、合意を形成する。
	①信頼関係の構築	関係する組織の担当者と信頼関係を構築する。
	②調整	円滑な診療が行えるよう関係者と調整を行う。
組織統率	6	医療業務の運営に関し、的確な指示を行い、成果を挙げるとともに、部下の指導・育成を行う。
	①体制整備	部全体の業務が効率的に執行できるよう体制を整える。
	②進捗管理	部の業務の進捗状況の把握を行い、適切に指示を出し完遂に導く。
	③能力開発	適切な指導を行い能力開発を促す。

（前ページより続き）

- ・この基準を実施することが病院にとってどのような成果となるのかが理解できない。
- ・目標設定が難しい。

● 経営層

- ・医師に関して評価内容が限定されており、病院が目指すべき方向性と合っていない。
- ・評価結果を処遇に反映させていきたいが、このような現場に合っていない内容では評価を適切に実施しても処遇には反映できないのではないかと。

弊社独自の職員アンケートシステム“ナビゲーター”を利用している自治体病院19件、7,598人のデータを分析し、自治体病院職員の意欲と満足に対して、62の設問のうち特に影響度の高い項目を洗い出してみました。

その結果、自治体病院において、意欲・満足を高め、組織の活性化を図るためには、以下の内容を踏まえることが

<p>【 労務管理 】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「必要な休暇を取ることができている」 ・「私の部署では、適切な時間に仕事を終えている」 ・「当院の勤務体系は自分の希望に近い」
<p>【 処遇の公平性 】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「当院の給与決定は公正に行われている」 ・「当院の昇進は公正に行われている」 ・「私の給料は、仕事に見合っている」

必要であることが分かりました（共分散構造分析）。

処遇の公平性における項目の自治体病院全体の平均点は以下のとおりで、ネガティブアンサーが多くなっています。

「当院の給与決定は公正に行われている」・・・3.94点
 「当院の昇進は公正に行われている」・・・ 3.88点
 「私の給料は、仕事に見合っている」・・・3.74点
 （「はい」7点～「どちらとも言えない」4点～「全くそう思わない」1点までの平均点）

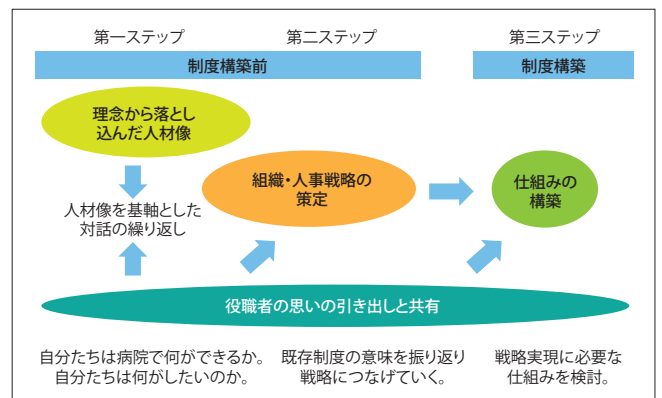
自治体病院以外の病院でもそうですが、上記内容からは、特に自治体病院では、病院の特性に応じた人事評価制度でなければ、職員の意欲や満足を著しく低下させる懸念があることが分かります。つまり、病院に合わない人事評価やそれに基づいた処遇反映を行うと、人事評価制度導入自体が悪影響を及ぼすことが懸念されるのです。したがって、特に自治体病院では、特性を考慮した、職員が納得する独自の人事評価基準が必要であると考えます。

■ プロセス段階の対話が難しいという問題

弊社は、自治体病院を含むさまざまな医療機関で人事評価制度構築のご支援をしていますが、もっとも重要と感じているステップは「制度構築時における職員との対話」です。この対話を通じて、現場と経営層との人事評価制度導入に関する意識格差を埋めるとともに、管理職の経営参画意識を向上させることが可能となります。人事評価制度の成功の可否は制度内容とともに、構築時の現場との対話のレベル（質、量）なのです。

「制度構築時にしっかりと経営層の考えを現場に落とし込み、そのプロセスの中で役職者としてしっかりと対話する」、「役職者は経営層との対話を通じ、一般職層に噛み砕いて日常業務の中で指導する」。これらを制度構築のプロセスを通じて実現することが、人事評価制度をうまく導入するうえで欠かせないものとなります（図表5）。

■ 図表 5 制度構築までのプロセスイメージ図



■ 制度構築までのスケジュール

前記のように、国家公務員法で定められている人事評価



制度をそのまま転用するのではなく、一定の改良もしくはオリジナルで構築することが、結果として効果的な人事評価制度になることを紹介しました。ここでは、他院の事例を通して、どのようなスケジュールで人事評価制度の構築・導入を行っているのかを、ご紹介します。

弊社では、自治体病院の人事評価制度導入の標準的なスケジュールは18カ月間としています（図表6）。もちろんそれよりも短い期間での導入も可能ですが、導入期間が短いほどリスクが伴うことは重ねて強調しておきます。

人事評価制度の検討は、医師評価と医師以外の職員評価とを分け、並行して行うことが望まれます。医師と医師以外とを分けて検討する理由は、専門性が大きく異なること、また設計段階におけるそれぞれの職種との関わり方、評価制度の中身が変わってくるためです。また、制度設計後、すぐに導入するのではなく、トライアル（シミュレーション）期間を設けることが重要です。

それは、トライアルを実施することによって、さまざまな障害や改善点が判明することが多いためです。報酬制度に関しても、医師報酬制度と職員報酬制度は同時並行で行ってもかまいません。報酬制度に関してもトライアルを行う必要があるため、事前の制度設計が必要となります。

まとめ

今回の法改正では、平成28年3月までに地方公務員法が適用される職員に対する人事評価制度の導入が求められています。時間的にもかなりタイトな設定で、今回の法改正をきっかけに、オリジナルの人事評価制度を導入したいと考えている病院にとっては、非常に忙しい期間となります。一方、既存制度を活用しようとする病院にとっては、まだ少し余裕があると思われるかもしれません。

しかし、職員の育成や公平処遇を実現しようとするならば、これまで述べてきたように、やはり一定の時間と労力をかける必要があります。そうでなければ導入自体が職員の不満を招き、モチベーションの低下につながりかねません。

仮に100%オリジナルな制度を構築しなかったとしても、現場職員に対するヒアリングや幹部の意見を反映させるた

■ 図表6 医師、職員人事評価制度導入スケジュールサンプル

スケジュールパターン	3カ月(単位)	6カ月	9カ月	12カ月	15カ月	18カ月
18カ月間スケジュール	職員 評価	職員 報酬	説明		トライアル実施・調整	
	医師 評価	医師 報酬	説明			
12カ月間スケジュール	職員 評価	職員 報酬	説明		トライアル実施・調整	
	医師 評価	医師 報酬	説明			
6カ月間スケジュール	職員 評価	職員 報酬	説明			
	医師 評価	医師 報酬	説明			

■ 図表7 医師、職員人事評価制度導入スケジュール詳細（18カ月 ver.）

	1年目												2年目					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
医師評価	主要医師に対するヒアリング及び報告会	●																
	医師人事評価制度設計		●	●	●													
	人事評価運用ルールの検討					●												
	人事評価制度運用マニュアルの作成					●												
	人事評価制度導入に伴う説明会												●					
医師給与	現報酬制度分析					●												
	諸手当検討						●											
	新報酬制度の設計							●	●									
	人事評価結果を反映させる処遇制度の検討								●	●								
	新報酬制度への移行シミュレーション									●	●							
医師導入準備	賞与制度の設計									●	●							
	規程修正											●						
	評価者研修												●					●
	人事評価トライアル実施													●				
	評価実施後分析、意識調査														●	●		
職員評価	人事評価制度調整															●		
	報酬反映シミュレーション																●	
	報酬制度調整																	●
	新制度導入説明会																	●
	新制度導入説明会																	
職員給与	等級フレーム（階層区分）検討	●																
	人事評価制度設計		●	●	●													
	人事評価運用ルールの検討					●												
	人事評価制度運用マニュアルの作成					●												
	人事評価制度導入に伴う説明会												●					
職員導入準備	現報酬制度分析					●												
	諸手当検討						●											
	新報酬制度の設計							●	●									
	人事評価結果を反映させる処遇制度の検討								●	●								
	新報酬制度への移行シミュレーション									●	●							
職員導入準備	賞与制度の設計									●	●							
	規程修正											●						
	評価者研修												●					●
	人事評価トライアル実施													●				
	評価実施後分析、意識調査														●	●		
人事評価制度調整															●			
報酬反映シミュレーション																●		
報酬制度調整																	●	
新制度導入説明会																		●

めの何らかの場を設け、自院の人事評価制度として活用していただければ、必ず成果が出るはずですよ。

執筆担当
兄井利昌
(戦略人事コンサルティング部門 マネージャー)

人事制度導入に関するお問い合わせは、下記までお願いします。
東京支社：TEL03-5259-7171 担当：兄井（あにい）
大阪本社：TEL06-6868-1161 担当：小畑（おばた）
福岡オフィス：TEL092-409-4466 担当：橋本（はしもと）

地域医療構想と病床機能報告制度

制度の概要と病院の戦略策定に向けて



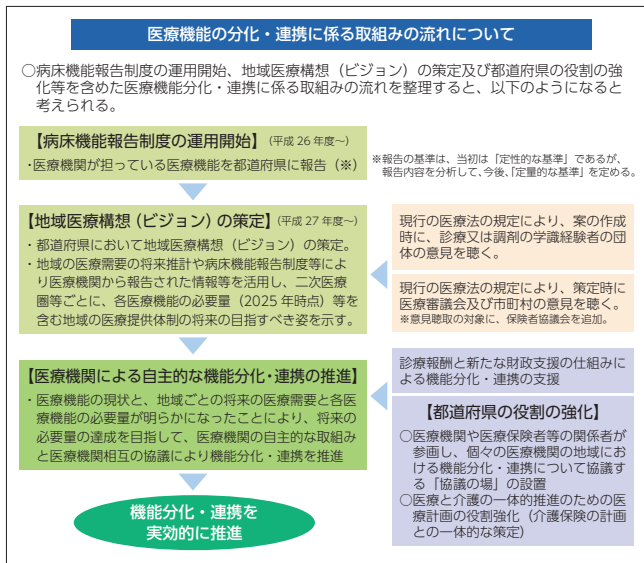
初年度の報告期限が11月14日が締切りとなるなど、細部については流動的な今年度から始まる病床機能報告制度。地域医療構想（ビジョン）策定に関してはようやくそのガイドライン作りがスタートした段階であるが、その全体像を俯瞰してみる。

Part 1 総論

■ 地域医療構想策定・病床機能報告制度の概略

社会保障・税一体改革の中で、「病院・病床の機能を分化し、効率的な医療提供体制を再構築する」方向が示された。これを具体的に実行していくために、現在の医療計画により長期の視座を与えるとともにその役割を補完すべく、以下のような仕組みを整備することとなった。

- ①各病院・有床診療所が、担っている病床機能や医療機能を、毎年、都道府県に報告する。
- ②都道府県が、各医療機関から報告された情報に加え、地域の高齢化の動向などを基礎資料として2025年（平成37年）を含む、将来の目指すべき方向として「地域医療構想（ビジョン）」を策定する。
- ③地域医療構想の実現に向けて、「協議の場」を設定し、医療機関の自主的な機能分化を促す。
- ④診療報酬や新たな財政支援（基金）などを通じて、厚労省や都道府県が、その実現を支援する。
- ⑤協議や財政支援だけでは、地域医療構想が推進できない場合は、都道府県知事が措置を講ずる。



■ 病床機能報告制度

1. 病棟の機能・構造設備・医療内容を毎年報告

一般病床・療養病床を有する全病院・全有床診療所（以下、医療機関）が報告しなければならない内容は、(1) 各病棟の

医療機能、(2) 構造設備・人員配置、(3) 具体的な医療の内容—の3点である。

(1) の「各病棟の医療機能」については、毎年、次の2点を報告することが必要となる。

- ①7月1日時点の医療機能（現時点）
- ②6年後の医療機能の予定（6年後）

なお、「③2025（平成37）年時点の医療機能の予定」については任意となっている。また、9月10日に公開された報告マニュアルには、さらに「来年や2年後といった比較的短期の変更予定がある場合」について報告を求めているが（任意）、サンプル帳票には記載する欄は見当たらない。

2. 選択する病棟機能の種類

医療機関が報告する医療機能は、(i) 高度急性期 (ii) 急性期 (iii) 回復期 (iv) 慢性期—の4つ。病棟ごとに、この4つの中から病院自らが選択し、都道府県に報告する。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

注）一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

なお、4つの機能の内容は平成26年時点では「定性的」に規定されており、非常に選択しにくいものとなっている。

この点に関連し、厚労省は7月24日の検討会で「高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例」として、(i) 特定機能病院において、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟 (ii) 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟—を示したが、委員からは「高度急性期を限定するものと誤解されるのではないか」との指摘が相次ぎ、この提案は撤回されているので留意されたい。



特別寄稿



東京都知事

舩添 要一 氏

地域医療構想における「協議の場」の運営について

都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者や医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置することとなるが、その運営を論ずる前段に、東京が持つ医療の特性を押さえておかなければならない。

まず、東京は人口が集中し、二次保健医療圏ごとの面積が狭く、公共交通機関など交通網が発達しているため、都民は圏域を越えた受療行動をとりやすい。

また、高度医療が集積しており、ナショナルセンター的な機能を担う病院が多数存在している。例えば東京には特定機能病院が16あるが、これらの病院で約1万5,000床を有している。このような病院が多数存在する東京には、全国から患者が流入してきており、国民全体の医療を支えている側面もある。一方で、療養病床は偏在しており、とりわけ区部での確保が困難な状況にある。

さらに、東京の医療機関は、民間医療機関が9割を超えており、中小病院の数自体が多いという特徴を持っている。地域医療構想では、構想区域に「協議の場」を設置することとなり、その単位は二次保健医療圏となることが想定される。東京の場合、各二次保健医療圏の分析を行うことは当然であるが、このような地域特性を踏まえると、東京都全体を構想区域として「協議の場」を置くことが、運営を含めて現実的な対応ではないか。

いずれにせよ、「協議の場」の運営にあたっては、東京の特性を十分に踏まえたうえで、医療関係者等と地域の医療提供体制と将来の姿について共通の認識を持ちながら協力を得ていくことが必要だと考えている。

病院（機能、医療内容等）のデータをどう活用するか

本年10月から始まる病床機能報告制度では、各医療機関が病棟の医療機能をはじめ、人員配置や入院患者の状況、がん・脳卒中、救急医療など具体的な医療の内容に関するデータを東京都に報告することとなる。

これらのデータは、東京の医療の傾向を把握できるとい

う点では貴重なデータになり得る。

一方で、これらのデータだけでは、どの区市町村から患者が受療しているのかを把握することができない。東京は、都民が圏域を越えて受療するだけでなく、急性期は東京へ、慢性期は周辺県へと、また都県境など、都と周辺県の間の患者の流入も多い。このような視点も踏まえると、今後は、患者の住居地のデータも追加していくことが望ましいと考える。

地域医療構想の策定にあたっては、これらのデータ等を活用し、二次保健医療圏ごとに様々な視点からきめ細かく分析を行うとともに、そこから課題をあぶり出し、その課題を解決し、目指すべき医療提供体制を実現するために、様々な施策を構じていく考えである。

オリンピック、パラリンピック開催都市として、どう医療提供体制を整備していくか

2020年オリンピック・パラリンピック競技大会では、国内外から多くの選手、大会関係者、観客が東京を訪れることとなる。

東京には医療機関や医療スタッフ等すべての面において世界最高水準の医療提供体制が整っており、2020年大会では、選手村や競技会場、メディアセンターなどの大会関係施設に総合診療所や医務室を設置し、優秀な医療スタッフを配置するなど、選手や大会関係者、観客に対してレベルの高い医療サービスを提供する。

その他、各競技会場などに常時救急車を配置し、救急搬送体制を確保するなど、安全で安心な大会運営の実現に万全を期して臨んでいく。

一方、東京を世界一の福祉先進都市にすることが、私が担う都政の大眼目である。

今後ますます増えていく高齢者が安心して生活していくためには、高齢者に対する医療提供のあり方を真剣に考えていかななくてはならない。救急医療、リハビリ、介護と連携した在宅医療の提供体制、看取りの問題など対応すべき課題は山積している。

都はこれまで急性期に力点を置いた医療提供体制の整備に取り組んできた。同時にこれからは、高齢者に視点を当てた回復期や慢性期の整備が重要となってくる。

そうした意味で今回の国が示した地域医療構想と方向性は同じであり、都としても高齢者が地域で安心して生活できる社会の実現に向けて全力で取り組んでいきたい。

なお、一度報告した病棟機能区分であってもその後の診療報酬改定の状況等に応じて変更することは可能とされており、現時点では医療法における病床区分ほどには固定的なものではない。

また、「現段階では具体的な数値等を示すことは困難であり、導入当初は上記の各医療機能の定性的な基準を参考に」と注記されていることから、定義を見直すことは規定路線

と考えられる。

3. 医療機関は、病床数や保有機器などの状況も報告

医療機関は「病棟の機能」に加え、構造設備や人員配置、具体的な医療内容も報告することになる。ただ、それらの多くは、報告する医療機関側の負担、報告を受ける都道府県側の負担を考慮し、レセプトの情報やNDB（ナショナルデータベース）の枠組みを活用する。

具体的な報告内容は、構造設備・人員配置等については、許可病床数、MRI等の高額医療機器、看護職員数等、医療の内容については、全身麻酔下手術の実施件数、救急患者への対応状況、リハビリの実施状況等となっている。

なお、報告する内容自体も、「今後、報告制度の施行状況や地域医療構想の検討の進展等を踏まえ、具体的な報告項目について、平成27年度以降、必要に応じ、追加等を行うことができることとする」とされている。

また、制度開始初年度は7月審査分の1カ月分で開始するが、「複数月分のデータを集計することについて改めて検討する」ことになっている。病棟機能区分と同様に、今後の変更が予想される。

特に現在のレセプトデータは、病棟を判別するコードがないために、医療の内容に関しては、当面の間、病院単位でしか集計できない。この問題に関しては、診療報酬改定に合わせて、レセプトに病棟コードを入力する欄が設けられる予定であり、平成28年（7月審査分）からは相当量のデータについて報告するとともに、都道府県が分析、活用することになると考えられる。

地域医療構想（ビジョン）とそれを実現する仕組み

前述してきたように、始動する病床機能報告制度によって集まってきた情報と、地域の医療需要の将来推計等をもとに、各都道府県は、二次医療圏ごとに、2025年（平成37年）時点の各医療機能の必要量等を含む、医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すことになる。この地域医療構想については、平成27年度中に策定されることになるが、ようやく9月18日にその策定ガイドラインについて議論するための、検討会の第1回が開催されたところである。具体的には、構想区域、医療需要の推計方法、各医療機能の必要量の推計方法、実現するための施策、協議の場の設置・運営等が議論内容として挙げられている段階である。

①「協議の場」の設置

都道府県においては、地域医療構想の実現を図るために、医療関係者、医療保険者等の関係者と協議を行う「協議の場」を設置することとなっている。

この場での、医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していく考えであるが、協議がまとまらない場合には、都道府県知事による「措置」を講ずることができることになっている。

②都道府県知事による措置

措置の内容については大きく分けて、1) 病院の新規開設・増床への対応（不足する医療機能の指定）、2) 既存医療機関による医療機能転換への対応、3) 稼動していない病床の削減の3つの要請になっている。このうち、2) については、

報告項目（一部抜粋）

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする
 ●：概ね外科のみ実施されると考えられる項目
 ☆：医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目
 #：構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めもの

担う役割	具体的な項目	病床単位で報告を求める項目		病院単位で報告を求める項目	備考
			レセプトを活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・機器など	# 許可病床数（療養病床の場合そのうち介護療養病床の数）	○			
	# 稼働病床数（療養病床の場合そのうち介護療養病床の数）	○			
#	# 一般病床、療養病床の別	○			
#	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
#	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病床ごとの配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する。
#	# 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士数	○		○	病床単位も記載する。
#	# 主とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける。
	# 算定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	# DPC 群			○	
	# 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	# 上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む。
☆	# 二次救急医療施設、救急告示病院の有無			○	
	# 64列以上のCT			○	
	# 16列以上64列未満のCT			○	
	# 16列未満のCT			○	
	# 3T以上のMRI			○	
	# 1.5T以上3T未満のMRI			○	
	# 1.5T未満のMRI			○	

過剰な医療機能への転換中止の要請と、協議が整わない場合の不足している医療機能の提供の要請が想定されている。なお、公的医療機関等については、「要請」ではなく、「命令、あるいは指示」できていることになっている。

また、要請（命令、指示）に従わない場合は、医療機関名の公表、補助金の交付や福祉医療機構の融資対象からの除外、各種指定の不承認や承認を取り消すことができるとされており、一定程度の強制力を持つ。

病院の戦略策定に向けて

病床機能報告制度は、平成23年12月から平成24年6月にかけて行われた「急性期医療に関する作業グループ」のとりまとめ内容に基づくものである。つまり、医療介護総合確保推進法に先んじて議論されていたものであり、その開催趣旨が、「一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について検討を行うため」とされていたことから、「急性期病床」の機能分化に眼目が置かれていると推察される。

おそらく、2016（平成28）年度の報告以降は、病棟単位の医療機能が明らかになり、医療機関が自主的に行う報告の裏づけ（エビデンス）が求められることになろう。

各医療機関にとっては、この2年間に、2025年（平成37年）に向けた中長期の経営戦略を確認、再構築するとともに、実際の医療機能を向上させる取組みが求められる。

（編集部）

本稿については、平成26年9月19日の時点の情報に基づいて作成しております。9月10日に厚労省が設置した、「病床機能報告制度専用ホームページ」では随時、情報が提供されることになっており、こちらをご確認のうえ、報告内容についてご判断下さい。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>



Part 2 有識者から

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授
社会保障審議会医療部会委員

尾形 裕也 氏

この10月から病床機能報告制度がスタートした。今回の病床機能報告制度は、この特集の冒頭でも紹介されているように、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分となっているが、当初、議論が進められていたときには、この4区分に加え、亜急性期、地域多機能という2つの機能が事務局案として提示されていた。

亜急性期については、いわゆるサブアキュートとポストアキュートの2つの機能、一方、地域多機能については、へき地など医療提供体制が十分でない地域において、1つの病棟で複数の機能を現実に持たざるを得ないような病棟機能を念頭に置いたものだった。亜急性期、地域多機能のいずれも、議論の過程で消えていったが、病床機能は法律事項となっていないことを考えると、地域多機能については、どこかの段階で再考される可能性もあるのではないかと考えている。

2014年度の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟(床)という特定入院料が新設された。これは、先の亜急性期機能が消えていった結果でもありと考えるが、施設基準や算定要件などを見る限りでは、サブアキュート、ポストアキュートの両者の機能を求められている。将来的に、いずれの機能に収斂するのかは分からないが、この特定入院料の存在が、急性期病床機能の純化を阻害する要因とならないか危惧される場所である。

今回の報告制度は、2014年7月1日時点での機能に加え、6年後(2020年)の姿の報告も求められる。それに加え、2025年の姿についても任意記載ではあるが、報告内容の中に入っている。次期医療計画の計画期間である6年後という時間にどれほどの意味があるかは不明だが、そもそも報告制度を含む第7次医療計画、地域医療構想が2025年モデルを念頭においていることを考えれば、2025年の姿を是非とも報告の中に盛り込んで頂きたい。

それは、医療計画や地域医療構想のためだけということではなく、自院が地域の中でどのポジショニングを選択するのかという病院自身にとって極めて重要な経営戦略と位置づけられるからである。マーケットの変化、競合の状況を注視しながら、2025年に向けて、またそれ以降の長期的な戦略を策定する貴重な機会となるはずである。

一方、報告されてきた情報を分析し、医療計画、地域医療構想をまとめ上げる都道府県にとっては、その力量、取り組み姿勢が問われることとなる。10月(報告期限は11月14日)の段階では、病棟(床)機能は定性的な指標によるものだが、来年度以降いずれかの時点で、定量的な指標が導入される。現在のところ、指標の内容については多くの項目が挙げられているが、定量的な基準としては、個人的には平均在院日数や手術件数・種類といった、ごく基本的な指標が望ましいと考えている。

いずれにせよ、定量的指標に基づく病床機能報告に移行すれば、情緒的な報告はできなくなるとともに、都道府県が策定する地域医療構想も具体的な輪郭を持ち始める。

地域医療構想については、ガイドライン策定に向けて9月18日から検討会が動き出した。私もそのメンバーに加わっているが、年内に少なくとも5回程度は検討会を開催し、遅くとも今年度内にはガイドラインを示すことになる。

今後、都道府県は定量的な指標に基づいた病床機能報告を踏まえ、地域医療構想策定のための「協議の場」を動かしていくことになる。ただし、この協議の場は、運営を間違えれば、「談合」と指摘されかねない極めてデリケートな問題を含んでいる。そう指摘されないためには、透明性の確保に最大限の努力を払うことが肝要である。

定量的な指標に基づく病床機能のデータが蓄積されていけば、病院本来の機能が明らかになり、医療圏のあり方についての再検討がなされるかもしれないが、どの医療圏にどの機能が、どれだけの量、不足しているのか、あるいは過剰なのかといった具体的な検討に踏み込んでいく。その調整の場が、協議の場となるわけだが、過剰な機能を調整する場合には、誰もが納得できるような明確な根拠を持って割り振っていかねばならない。その際、「まず隗より始めよ」ではないが、公立病院、特に病床稼働率が低い病床からの調整といった姿勢が求められるのではないかと。

さらに、社会保障制度改革プログラム法に基づく新たな財政支援(新基金)の活用といった経済的なインセンティブなどをもって十分な議論を重ねていき、それでも調整が奏効しないような場合には、福祉医療機構の貸付の制限や各種補助金等の対象除外、最終的には保険医療機関の指定を行わないといった強硬な手段も将来的にはありうる。いささか「乱暴な」との声もあるかもしれないが、社会保障審議会医療部会の意見書に目を通して頂ければ分かるように、保険医療機関の指定も今後の検討事項となっている。

以上のように、今後、都道府県の役割はますます重要性を増してくる。来年の通常国会には市町村から県へ国保を移管する法案も提出され、恐らく国会を通過すると予想される。これからは医療提供体制だけではなく、既に国保給付費の9%も拠出している国保の保険者として医療への総合的な取り組みが求められる。

今後、都道府県に求められるのは、医療に取り組む人材の育成である。今回の地域医療構想や次の医療計画においては、客観的なデータに基づいた策定が不可欠となる。次年度以降実施されるレセプトデータに基づく病床機能報告制度や、健診データ等の分析で行うデータヘルス計画、DPCデータなど、データの活用に関する社会的なインフラは相当程度、整備されつつある。しかし、問題は、その資源を十分に使いこなすスキルを持った人材である。

もちろん、そこには国による積極的な支援も必要だろうが、各自治体の首長は、人事施策など本腰を入れて人材育成に取り組んでいただきたい。厚生労働省も、保健医療科学院などを活用し、本格的な支援体制を整えるべきだろう。2025年までにできることはやりつくす覚悟が、国、自治体に求められている。そのカギを握る人材の育成こそが、焦眉の急であることを指摘し、本稿を終わる。

(文責：編集部)



階層別役割責任に基づく職務権限の整理方法⑦

効果的な会議・委員会体制づくりに向けて

前回まで、効果的な会議・委員会の体系や進め方などについて説明してきましたが、それを実現していくため、まず現状把握に取り組むことをお勧めします。今回は現状把握のためのアンケート調査項目についてご紹介します。

1. 現状把握のためのアンケート

会議責任者と会議参加者との意識の違いを、多くの職場でみる事ができます。会議責任者は、目的意識を持ち会議に参加しているのですが、それを参加者全員が持っていて当然と考えてしまいます。実は、それがしばしば会議を非効率にさせているのです。

重要なのは、会議責任者自身が、運営管理している会議・委員会の現状を正しく認識することです。そのためには、参加者から以下の項目について意見を収集することをお勧めします。

(1) 会議前に準備すべきことについて

成果のある会議とするためには、会議前の準備がとて大切になります。表1のような項目を中心に、会議前の準備や参加者の意識について、把握・確認しましょう。

(2) 会議のルールについて

次に会議のルールが明確になっているか、また決められたルール通りに運用されているかの確認です(表2)。

ルールは決まっているが、参加者の多くがそのことを認識していないこともあ

表1 会議前の準備

- 1) 会議の開催日時・開催場所は事前に告知されていますか。

①毎回1週間前には告知されている	②前日に告知される
③当日会議直前に急に告げられる	④全く告知されない
- 2) 会議に欠席・遅刻する際は事前に会議責任者へ連絡をしていますか。

①欠席・遅刻する際は必ず連絡する	②欠席時は連絡する
③ほとんど欠席連絡をしない	④無断で欠席・遅刻している
- 3) 会議にどのような意識で参加していますか。

①目的を持って参加している	②業務の一環として参加している
③なんとなく参加している	④本音は参加したくない

表2 会議のルール

- 4) 会議はいつも定刻に始まっていますか。

①いつも定刻通り始まる	②時々定刻に遅れる
③ほとんど定刻通り始まらない	④毎回遅れて始まる
- 5) 会議は礼に始まり、礼に終わっていますか。

①きちんと礼をしている	②会議によっては行っている
③開始・終了の言葉を言うのみ	④なし崩し的に始まり、終わる
- 6) 会議で話し合う議題は明確になっていますか。

①事前に議題を記載した資料が配られる	②議題が当日決定する
③会議中に議題を募っている	④議題が明確でないまま会議が終わる
- 7) 会議の終了前に会議中の決定事項を確認していますか。

①毎回決定事項を確認している	②確認していることもある
③ほとんど確認していない	④何が決定したか分からない
- 8) 会議はいつも定刻に終了していますか。

①いつも定刻に終了する	②時々定刻より延びる
③ほとんど定刻通りに終わらない	④終了時刻が決まっていない



表3 会議の進行

ります。ルールが決まっていないのであれば、現場で運用可能なルールを明確にしていくことから始めましょう。そして、既にルールがあるのであれば、その徹底を図ることに力を入れていきましょう。

(3) 会議の進行について

効果的な会議運営の鍵を担う司会者の進行方法など、実際の会議の運用について現状を把握します(表3)。

今回紹介したアンケートを実施することで、その結果を活用して、会議本来の目的を果たすことができる場へと高めていきたいと考えます。会議とは「異なる知識をぶつけ合うことで、新しいアイデアを生み出し、優れた意思決定を行うための場」と位置づけられます。しかし、現実には、かみ合わない議論が続いたり、決定事項が良くわからないまま進んだりする会議もあります。

何のために、誰を集めて、どんな議論をするのかを明確にし、どう進行すれば目的を達成できるかを、再度、洗い出していけば、必ず活性化させていくことができるはずですが、会議・委員会の開催をゼロにはできませんが、開催している会議・委員会の中身を見直すことで、より効率的・効果的な会議・委員会運営を目指していただきたいと考えます。

9) 会議の司会是谁が行いますか。

- | | |
|-------------|-----------------|
| ①毎回同じ人が担当する | ②特定の人が順番で担当している |
| ③全員で順番に担当する | ④決まっていない |

10) 司会者は会議を円滑に進めていますか。

- | | |
|-----------------|----------------|
| ①円滑に進めている | ②ある程度円滑に進めている |
| ③あまり円滑に進められていない | ④全く円滑に進められていない |

11) 議事録は誰が記録していますか。

- | | |
|---------------|-----------------|
| ①毎回同じ人が記録している | ②特定の人が順番で記録している |
| ③全員で順番に担当する | ④決まっていない |

12) 議事録は全員が内容を確認できるようになっていますか。

- | | |
|------------------|------------------|
| ①毎回内容を確認できる | ②会議によっては確認できる |
| ③ほとんど確認することができない | ④議事録がどこにあるか分からない |

13) 会議中は役職・年齢等にかかわらず発言しやすい雰囲気ですか。

- | | |
|---------------|-------------|
| ①発言しやすい | ②若い人は発言しにくい |
| ③役職者以外は発言しにくい | ④発言しにくい |

14) 会議中は役職・年齢等にかかわらず相手の話を聞く雰囲気はありますか。

- | | |
|--------------------|----------------|
| ①役職・年齢等に関わらず聞いてくれる | ②若い人は聞いてもらいにくい |
| ③役職者以外は聞いてもらいにくい | ④人の話を聞いていない |

15) 会議中の討論は相手への反論や否定的意見が多く出ていますか。

- | | |
|-----------|-------------------|
| ①肯定的意見が多い | ②意見は相手を受け入れたものである |
| ③否定的意見が多い | ④相手への攻撃に聞こえる |

16) 会議が形骸化していますか。

- | | |
|--------------------|-------------------|
| ①形骸化する前に見直しがなされている | ②形骸化することなく運営されている |
| ③少し形骸化しているように感じる | ④とても形骸化していると感じる |

17) 会議終了後に会議内容や決定事項について不満を漏らすことはありますか。

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ①会議内容や決定事項に不満はない | ②不満に思うこともあるが、口にしない |
| ③不満に思い、他人に漏らすこともある | ④不満であり、普段から口にしている |

18) 会議の決定事項について行動計画、実施期限は決まっていますか。

- | | |
|-------------------|-------------------|
| ①計画・期限とも決まっている | ②計画は決まるが、期限が決まらない |
| ③期限は決まるが、計画が決まらない | ④何も決まっていない |

19) 会議の未決事項は次回の会議までに解決されていますか。

- | | |
|------------------|--------------------|
| ①解決され、会議で報告がある | ②解決・未解決にかかわらず報告がある |
| ③次回の会議でも未決のままである | ④次回の会議のときには話題にならない |



「生涯現役」の実現が第二の人生の目標

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



経営者としての私の目標は、以前もご紹介したように「全従業員の物心両面の幸福の追求」であり、「生涯現役」で働くことができる職場、仕事の創造です。そして、社員として一度、縁ができた人たちには、ぜひとも幸せになって頂きたいというのが、私の願いでもあります。しかし、人には個性があり、組織には組織の風土や文化があります。すべての社員が、会社組織の中で「生涯現役」人生を全うできるわけではありません。

中国明代の思想家で、吉田松陰などにも影響を与えたとされる李卓吾は、「人はこの世に生を受けたからには、必ず固有の用がある」ということを言っています。どんな人であっても、その人の潜在能力を発揮できる場があるはずだと考えています。このことを念頭に置いた「生涯現役」の場を提供していくことが、私の後半の人生の目標なのです。

わが国は100歳以上人口が5万8,820人(2014年9月)という、世界でも類を見ない長寿社会を実現しています。しかし、その一方で、いわゆる2025年問題に象徴される高齢化への対応は、最大の課題となっています。その中でも深刻な問題が、労働力の減少です。特に介護の世界では、圧倒的なマンパワー不足が指摘されています。

現在、私はあるご縁で、社会福祉法人の理事長を務めています。2つの特別養護老人ホームを拠点として、約300名の職員とともに介護関連サービス事業に取り組んでいます。今後、新たな施設の開設も予定しており、新規に250名程度の職員の募集も企画しているところです。

これら介護施設の職員の最高年齢は76歳、看護師長は73歳になりますが、元気に職務に取り組んで頂いています。まだまだ規模は小さいかもしれませんが、介護事業の中では「生涯現役」の場を実現させたいと願っています。

超高齢化の流れを突き進む日本は、外国人労働者の受け入れ、活用という取り組みも大切かもしれませんが、退職後の人生をより実りあるものにするためにも、違ったステージで、これまでとは違った働き方ができるような環境の創造が重要であり、それこそが日本を救う道であると信じています。

このことは、決して縮み思考の結果ではありません。元気な高齢者が、支援を必要とする高齢者を支える姿こそが、少子超高齢社会を支える基本的な枠組みになっていかなければ、わが国の明るい将来はないと考えます。地域包括ケアシステムでも、自助、互助、共助、公助という概念が強く訴えられています。動ける、働ける間は自立した生活を過ごし、できるだけ互助の精神で地域社会の中で助け合うのが幸せな姿ではないでしょうか。

厚生労働省は、2025年時点で、医師、看護師、介護職員だけでおよそ500万人近いマンパワーの確保が必要としています。この3者だけで総労働人口の1割弱を占めるといふ異常な事態を想定しているのです。医療や介護サービスは、間違いなくわが国における成長産業でしょう。しかし、経済全体のけん引役になれるかどうかは、また別の問題です。私の問題意識もそのあたりにあるのです。(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：地域包括ケアシステム

2025年以降の超高齢社会、そして多死時代における切り札として大きな期待が寄せられる「地域包括ケアシステム」。ともすれば介護の領域と理解されがちだったが、今年の診療報酬改定により、にわかには耳目を集めることとなった。医療そして介護、さらには生活全般にわたるサービスの提供が求められる地域包括ケアシステムを、改めて検証する。

その他

クライアントインタビュー
介護：福祉施設経営

発行所 日本経営グループ
編集者 本 東京支社 大阪府豊中市寺内2-13-13
編集者 東 東京都千代田区神田河町2-11-11
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9171
定価 500円(税、送料込)