

連携調整役としての医療介護連携政策課

昨年(平成26年)6月に、いわゆる地域医療介護総合確保推進法が成立し、医療法関連では病床機能報告制度や地域医療構想の策定等が新たに導入され、そして介護保険法関連では在宅医療介護連携推進が、地域支援事業として位置付けられました。平成37年(2025年)に向け、医療と介護の基盤整備を一体的に進め、更なる連携強化に取り組むこととなりました。

私が所属する医療介護連携政策課も、このような動きのなか、昨年7月に新設されています。本課は保険局に置かれてはいますが、私自身は、それ以外に医政局、老健局の併任でもあり、それが象徴するように本課もこれら3局の連絡、調整役として、これらの連携の事務局的な役割も担っています。

先の総合確保法が成立した時点では、第6期の介護事業計画は半年後に実施を控え、また、地域医療構想についてはガイドラインを策定するという段階でした。医療と介護の基盤整備計画の足並みが本格的に揃うのは、第7次医療計画と第7期介護事業計画がスタートする平成30年となります。

同年は診療報酬と介護報酬の同時改定も予定されており、これからの3年間で正念場です。医療と介護の連携についての基盤整備を確実に前進させるべく取り組んでいきます。

報酬体系の在り方

これまでも厚生労働省としては、「医療と介護の切れ目のない連携」という表現を使い、診療報酬改定や介護報酬改定の度ごとに、支援・促進させるべく項目を設定しています。

今後、さらに高齢化が進む中で慢性期の患者が増大してきますが、平成26年度の診療報酬改定でも胃ろうの問題に着目し、今年の介護報酬改定でも経口摂取の重視といったように、高齢者の療養生活のあり方へのメッセージが強く打ち出されています。

慢性期の医療は、ある意味、完全に治しきることができないということもあり、できるだけこれまでと同様な生

「医療と介護の連携を踏まえ療養病床のあり方を再考」

FOCUS



厚生労働省保険局
医療介護連携政策課 課長
渡辺 由美子

活を維持し、そして最期は尊厳をもって看取る、支えていくといった視点が重要になると考えています。「治す医療」から「治し、支える医療・介護へ」という、慢性期の医療と介護の報酬体系は、ひとつの思想をもって再考すべき段階にきているのではないかと考えます

療養病床の今後

本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、高度急性期、急性期、回復期については、医療資源の投下量に基づいた医療需要とこれに基づく病床数の推計方法が示されています。慢性期については、病床機能と在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計することとなり、今後の高齢化の進展に伴い増加する慢性期の需要をどのように受け止めていくかは、在宅医療だけでなく、介護サービス提供体制の在り方を含めて考えていく必要があります。

一方、介護保険における介護療養病床は、平成29年度末で制度としては廃止されますが、医療ニーズの高い入者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくかが課題となっています。

このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢を整理するため、有識者からなる検討会を本年7月に立ち上げました。

今後、年内を目途に報告をとりまとめ、来年以降は、関係審議会での議論、平成30年度を睨んだ制度改正や報酬改定につないでいきたいと考えています。

(文責：編集部)



平成28年度 診療報酬改定を展望する

平成37年以降の本格的な超高齢社会の到来を見据えて、医療・介護提供体制の構造改革はソフトランディングを目指しつつも、大きく変貌を遂げようとしている。

あらゆる改革の柱は、地域包括ケアシステムであり、その推進こそが現在議論されている政策の中心になっていると考えてもいいだろう。そのことを念頭に、前回（平成26年度）改定を踏まえながら、次回改定を展望する。

骨太の方針2015から考察する 診療報酬改定率の展望

診療報酬改定率については、既に財務省での議論から厳しい見解が飛び交っている。特に、本年（平成27年）6月30日に閣議決定された「骨太の方針2015（経済財政運営と改革の基本方針2015）」は、財政健全化に向けた改革として社会保障費の適正化が重点的に取り上げられている。骨太の方針では、平成28年～30年を財政健全化のための集中改革期間と位置付け、平成30年度のプライマリーバランス赤字対GDP比マイナス1%程度を目指すとしてされている。財政健全化集中改革期間中の関連イベントとしては、平成28年度に診療報酬改定、29年度に消費増税（8%→10%へ）、30年度に診療報酬・介護報酬同時改定がある。

平成29年度は消費税増税を踏まえた臨時改定が予定されており、26年度増税時と同等と仮定すると、+0.9%程度が診療報酬で手当てされる見込みである（診療報酬で対応された場合）。集中改革期間と位置付けているにも関わらず、29年度に臨時のプラス改定をせざるを得ないことを踏まえれば、平成28年度は非常に厳しい改定率となると想定される。

平成28年度診療報酬改定の位置付けと論点

平成37年（2025年）度までに診療報酬・介護報酬の同時改定は、平成30年度および36年度の2回。平成30年度にいたっては同時改定に加えて、第7次医療計画（第7次計画より6年ごとの改訂に変更）、第7期介護保険事業計画（3年ごとに改訂）が同時にスタートする。したがって、平成30年度の同時改定が37年度までの当面のビッグイベントになりそうだ。

現時点で考えられる次期改定の論点は、次の3点である。

- ・平成26年度改定で取り組んだ項目の検証と見直し検討
- ・平成27年度介護報酬改定を受けて対応すべき事項の検討
- ・同時改定を見据えて取り組むべき事項の検討

現在議論が進んでいる内容、前回回答中の付帯意見などから次期改定のポイントを考察していきたい。

1. 高度急性期・一般急性期機能

28年度改定に向けた26年度改定の付帯意見は、次の点であった。

「入院医療の機能分化・連携の推進について、一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、『重症度、医療・看護必要度』、短期滞在手術等基本料等）の見直しの影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること」

付帯意見および現時点で議論されている内容を踏まえ、次期改定の論点は次の2点になりそうだ。

- (1) 7対1入院基本料の要件厳格化の方向性
- (2) 短期滞在手術等基本料3の対象手術・検査の拡大

(1) 7対1入院基本料の要件厳格化の方向性

7対1入院基本料の施設基準要件で、ポイントになるのは「平均在院日数要件（18日以内）」および「重症度、医療・看護必要度要件（対象患者が15%以上）」である。平成26年度改定では、これに加えて新たに「在宅復帰率要件（75%以上）」が導入され、平均在院日数および重症度、医療・看護必要度要件ともに実質的な厳格化が図られている。次期改定で更なる要件の厳格化が見込まれる。

この厳格化については、①重症度、医療・看護必要度評価項目の見直しによる必要度要件、②短期滞在手術等基本料3の対象手術・検査の拡大による平均在院日数要件、③在宅復帰率の引き上げによる在宅復帰要件—の3点と考えられる。

この中でも、重症度、医療・看護必要度要件と平均在院日数要件の厳格化は、医療機関にとって深刻な影響を及ぼす。現在18日以内となっている平均在院日数要件の短縮化に対する懸念も聞こえてくるが、その可能性は低いだろう。理由としては、地域性を考慮できないためである。地域完結型の機能分化と連携といっても、都市部と地方部では実情は大きく異なる。平均在院日数要件を大きく短縮化させるのは、日本病院団体協議会が求める「病棟群単位の入院基本料」が認められる時ではないか。このため次期改定の平均在院日数要件に係る見直しは、短期滞在手術等基本料3の拡大によって影響を受ける程度ではないかと推察される。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しについてのポイントは、①A項目評価における手術患者や救急搬送患者が適切に評価に表れていない、②A項目評価における心電図モニター評価項目の必要性、③B項目における認知症患者



関連項目の追加—の3点だろう。特に、26年度改定で「血圧測定」や「時間尿測定」が除外されたように、「単に実施すればいい項目」については注意が必要であり、心電図モニターも見直しの対象になり得るものである。

(2) 短期滞在手術等基本料3の対象手術・検査の拡大

平成26年度改定において短期滞在手術等基本料3が創設された。本点数は、米国のDRG/PPSに類似した一入院包括の評価である。包括化の流れの中で、データをもとに、ある程度定型化された一連の医療行為であると検証された手術・検査項目については、今後も短期滞在手術等基本料として適用範囲が拡大されていくことが予測できる。すでに、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」、「体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」、「ガンマナイフによる定位放射線治療」が検討項目として挙げられている。

これは、7対1入院基本料等の平均在院日数要件をぎりぎりクリアしている医療機関にとってはリスクになりうる。それは、短期滞在手術等基本料3を算定する患者は、平均在院日数の計算から除外されるためだ。26年改定では、対象患者を平均在院日数の計算から除外すると約5%在院日数が増加すると試算されていた。今後も対象疾患は増加していく可能性が高い。

2. 回復期機能

回復期機能は、地域包括ケアシステムにおけるハブとしての役割が期待されている。その中心的な役割を担うために平成26年度改定で創設されたのが、地域包括ケア病棟（病床）である。急性期の平均在院日数が短縮化の流れにある中で、受け皿としての役割への期待は高い。しかしながら、病床数としてはまだまだ不足しており、急性期の機能分化とともに今後拡充していくことが予想される領域である。

28年度改定に向けた26年度改定の附帯意見は、次の点であった。

「入院医療の機能分化・連携の推進について、地域包括ケア病棟入院料の創設の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること」

附帯意見および現時点で議論されている内容を踏まえ、次期改定の論点は次の3点になりそうだ。

- (1) 地域包括ケア病棟において、より多様性のある状態の患者を受け入れるための評価のあり方
- (2) 回復期病棟との機能としての棲み分けと回復期病棟におけるリハビリテーション高単位提供患者像の評価のあり方
- (3) 地域包括ケア病棟、回復期病棟に入院する高齢者の嚥下障害への対応

(1) 地域包括ケア病棟において、より多様性のある状態の患者を受け入れるための評価のあり方

地域包括ケア病棟に期待されている役割は、急性期からの受入、緊急時の受入および在宅生活復帰支援等であり、厚生労働省調査によると概ねその役割は果たされているようだ。しかしながら、現在の地域包括ケア病棟に入院している患者は「退院先が予め決まっている」患者が最も多く、在宅復帰機能を担う地域包括ケア病棟としては更に病態の複雑な患者

や在宅復帰困難患者の受け入れ推進を図っていくべきとの声がある。

在宅復帰の鍵を握るのは、早期の退院支援の介入である。調査結果では、多くの医療機関で入院時の早期退院に向けた多職種カンファレンスの実施が認められた一方で、実施されていない医療機関もある。現在、地域包括ケア病棟の施設基準では、退院支援機能について「専任の在宅復帰支援担当者の1名以上の配置」が定められているが、「専従要件への変更」や「多職種カンファレンスの義務化」等の要件が考えられる。

また、退院困難な理由として、介護施設側との連携が課題として挙げられている。介護施設との連携については、地域包括ケアシステムにおける医療・介護の一体的な運用を目指して、また平成30年度同時改定を前に新たな評価が検討される可能性があるだろう。

(2) 回復期病棟との機能としての棲み分けと回復期病棟に

おけるリハビリテーション高単位提供患者への評価のあり方

地域包括ケア病棟の入院患者層は、高齢者で骨折・外傷のリハビリテーション目的で入院している患者が多い。また、個別リハビリテーションの実施状況では、運動器リハビリテーションが最も多く、次いで廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションとなっている。

地域包括ケア病棟と回復期病棟の1日あたり平均単価は、回復期病棟が約300点高い。ここで議論のポイントになりそうなのは、回復期病棟に入院している高齢者に対する高単位リハビリテーション提供の再評価である。厚生労働省の調査では、地域包括ケア病棟と回復期病棟には患者層が重複する部分があるという結果が出された。それによると、地域包括ケア病棟に入院している患者へのリハビリテーション提供単位数は、1人1日平均2単位をやや超える程度である一方、回復期病棟に入院する患者へのリハビリテーション提供単位数は、1人1日あたり6.8単位（平成25年）となっており、5年前と比較すると約2倍と急激に増加している。まだ詳細な調査結果は出ていないものの、重複している患者層でありながらリハビリ提供単位数に大きな差異が認められるとなると、平均単価の高い回復期病棟が見直しされる可能性がある点には留意が必要だろう。

(3) 地域包括ケア病棟、回復期病棟に入院する高齢者の嚥下障害への対応

地域包括ケア病棟および回復期病棟については、高齢者への対応がポイントとなりそうだ。その中で注目されるのは、高齢者の嚥下障害への対応である。平成27年度介護報酬改定では、「口から食べる楽しみの支援」が重点施策として盛り込まれたように、摂食・嚥下機能の維持・向上は評価される傾向にある。地域包括ケア病棟、回復期病棟ともに高齢者が多い病棟であり、かつ在宅復帰を担う役割でもあるため、介護報酬と連動して嚥下障害への対応は重視されてくるだろう。特に、地域包括ケア病棟では、包括となっているリハビリテーションの中で、唯一、摂食機能療法は出来高で算定できる。

3. 慢性期機能

慢性期機能は、小泉政権当時、療養病床における社会的入院が課題として取り上げられ、入院患者の状態に応じた評価

体系に変わってきた経緯がある。それに合わせるようにして、療養病床に入院している患者の医療区分は、年々高まってきている。また、昨今では機能分化の推進に合わせて、急性期からの受け皿としての役割が求められてきている。そのような中で、平成26年度改定では、療養病床入院基本料1に在宅復帰機能強化加算が新設された。慢性期機能を担う医療機関にとっては、急性期から重い状態の患者を受け入れる一方、退院支援機能の強化によって在宅復帰に取り組んでいくことが重要となる。28年度改定に向けた26年度改定の附帯意見は、次の点であった。

「療養病床、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること」

附帯意見を受けて、現時点で考えられる次期改定の論点は次の2点になりそうだ。

- (1) 療養病床における患者の状態評価の見直し(医療区分評価の見直し)
- (2) 障害者病棟、特殊疾患病棟における脳卒中患者の評価のあり方の見直し

(1) 療養病床における患者の状態評価の見直し (医療区分評価の見直し)

療養病床における患者の状態評価見直しは、改定の度に議論に挙がっているといっても過言ではない。平成18年度改定でできた評価区分だけに、まだそのあり方を模索しているというのが実態だ。しかしながら、患者状態の評価における議論の新たな着眼点は、「医師の関与度(=医師の指示見直しの頻度)」である。

18年度改定の際、社会的入院として指摘されたのは「医療的な状態は安定しており、医師の指示見直しはほとんど必要としない(以下、医師による指示見直し)」患者層であった。この基本的な考え方は踏襲されており、次期改定においても見直し議論の土台となるだろう。

想定されるのは、医療区分2および3の一部評価項目の見直しである。厚生労働省の調査結果によると、医療区分3、医療区分2でありながら医師による指示見直しがほとんど必要ないと判断される患者が存在し、医療区分2では約50%、医療区分3でも約30%にのぼる。評価項目別にみると、医療区分2では「喀痰吸引(1日8回以上)」、「頻回の血糖検査」、「うつ状態」、「褥瘡」あたりが見直しの対象になる可能性がある。これらの評価項目の患者像は、介護療養病床を中心とした介護施設でも受け入れがされているようであり、医療区分上の高い評価が妥当かどうかという論点のようだ。特に、「頻回の血糖検査」、「うつ状態」、「褥瘡」については、医師の指示見直しの頻度が低だけでなく、看護師による観察および管理の頻度も低く、注意が必要だ。同様に、医療区分3では「酸素療法」が挙げられる。

(2) 障害者病棟、特殊疾患病棟における 脳卒中患者の評価のあり方の見直し

障害者病棟、特殊疾患病棟については、20年度改定において「脳卒中の後遺症の患者および認知症の患者が対象疾患から除外」された経緯がある。しかしながら、対象患者像の中で「重度の意識障害者」の中に「脳卒中後の患者」も対象と

して含まれている。

厚生労働省の調査によると、障害者病棟、特殊疾患病棟における脳卒中患者の患者像は、療養病床に入院している患者像と概ね重複しているという結果だった。つまり、脳卒中患者の評価は、療養病床と同等の評価体系でしかるべきなのではないか、と捉えられる。

障害者病棟は「患者個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」とされていることから「投薬・注射・処置等が出来高払い」となっている。一方、特殊疾患病棟は「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い」という評価である。今回の論点は、療養病床と同じ状態の入院患者像でありながら違った評価となっていることをどう考えるのか。それぞれの対象患者像から脳卒中患者が除外されることになるのか、それとも包括評価範囲の変更や療養病床と同様の患者状態別の評価体系が導入されることになるのか、注目である。

慢性期医療については、平成27年7月10日に「第1回療養病床のあり方等に関する検討会」が厚生労働省で開催された。ここでは、大きく次の2点が論点として挙げられている。

- (1) 慢性期医療のあり方について
- (2) 慢性期医療の提供体制等のあり方について

慢性期医療における医療提供側に求められる役割や療養病床における患者像の考え方等が議論される見通しである。特に、療養病床については、29年度末で廃止が決定している介護療養病床について、医療療養病床と27年度介護報酬改定で新設された機能強化型介護療養病床との関係性についての議論も注目される。

4. 外来機能

外来における平成26年度改定の附帯意見は、次の点であった。

「初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること」

「残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること」

附帯意見と現時点の議論を受けて、次期改定の論点は次の2点になりそうだ。

- (1) 外来機能分化の推進とかかりつけ医機能の再評価
- (2) 重複投与および残薬対策に向けた長期処方制限の検討

(1) 外来機能分化の推進とかかりつけ医機能の再評価

外来については、外来医療の機能分化と連携が主要テーマである。200床以上の病院に求められる外来機能は、専門外来機能であり、200床未満の病院には、かかりつけ医機能が求められている。

本年5月27日に医療保険制度改革法が参議院本会議において可決成立された。改革法の中には、特定機能病院および500床以上の大病院における外来抑制のため、紹介状を持たない患者への定額負担の義務化が含まれており、紹介状を持



たない外来患者は5,000円から1万円の自己負担が求められることになる。今後、大病院の範囲や定額負担金額については、中央社会保険医療協議会にて議論され、28年度からスタートする予定となっている。

外来における機能分化は今後も推進されていくだろうが、重要な役割を担うのが200床未満の病院および診療所である。これらの医療機関に求められるのは、地域住民のかかりつけ医としての機能である。その評価として、平成26年度改定で「地域包括診療料（および同加算）」が創設されたが、その取得状況は芳しくない。特に、地域包括診療料にいたっては、平成26年7月時点で112施設しか取得されておらず都道府県によっては一施設も取得されていない所（18府県）もある。特に、112施設のうち病院の取得は13施設に留まっており、施設基準の要件の高さを指摘する声もあるが、その普及に向けた議論が行われていくだろう。

本年6月より「外来医療の機能分化・連携の実施調査」がスタートしている。秋頃に調査結果が出される予定であるため、外来に関する議論の深耕は年末になるだろう。

(2) 重複投与および残薬対策に向けた

「かかりつけ医」の役割と長期処方制限の検討

残薬は、後期高齢者分のみでも年間475億円程度あると推計されている。その主要因として挙げられているのが、重複投与と長期処方である。

処方日数の制限が撤廃されたのは、平成14年。それまでの処方日数制限（14日まで）は、慢性疾患の増加や勤務医の負担等の社会的背景もあり撤廃されたという経緯がある。これにより、2ヵ月、3ヵ月分をまとめて処方するという流れに大きく転換された。

残薬問題の解決については、かかりつけ医の管理を主体としつつ、調剤薬局等と連携していくという方向で議論が進められると予測される。上述した「地域包括診療料（および同加算）」は、かかりつけ医としての服薬管理も施設基準要件として含まれている。次期改定では、かかりつけ医として、患者の服薬管理を適切に行うということが評価されるだろう。

5. 在宅機能

在宅における平成26年度改定の附帯意見は、次の点であった。

「在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること」

附帯意見と現時点の議論を受けて、次期改定の論点は次の2点になりそうだ。

- (1) 在宅医療における患者の状態に応じた評価への移行
- (2) 在宅専門医療機関の承認

(1) 在宅医療における患者の状態に応じた評価への移行

現在の在宅医療は、主に訪問頻度と訪問時間の評価体系が軸となっている。

その内容としては、①訪問して診療を行ったこと、②総合的な医学管理、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等—の大きく3つの組み合わせで行われている。中でも、②の総合的な医学管理に対する評価の割合が大きく、患者の疾患や状

態に関わらず概ね一律の評価体系となっているのが実態だ。患者の状態としては、健康相談等から人工呼吸器の管理まで必要とするなど、非常に多様な患者像が明らかとなっている。また、訪問頻度については、在宅時医学総合管理料等が算定可能な月2回程度の訪問頻度が多くなっているものの、月1回訪問の患者との重症度や患者満足度の違いに大きな変化は見られなかったようだ。

これらの議論から推測すると、今後の在宅医療の評価のあり方は、患者の状態に応じた評価とともに、訪問頻度においても患者の状態によって規程されるという方向が考えられる。

在宅医療の需要は、今後さらに増加していくと見込まれているが、これまでの量的拡大を中心としていた評価体系から、次期改定を起点として質的向上を中心とした評価体系に移っていく転換期となりそうだ。

(2) 在宅専門医療機関の承認

平成28年4月からスタートするか注目されるのが、在宅専門医療機関の承認である。話の発端は、平成26年6月に閣議決定された「規制改革実施計画」。ここで、「在宅診療を主として行う診療所の開設要件の明確化について検討し、26年度中に結論を出す」よう求められていたのだ。26年度中の結論は持ち越しされたものの、本年7月10日の塩崎厚生労働大臣の記者会見において、基本的に28年度からスタートする方向である旨の見解が明らかになった。

ただし、在宅専門医療機関には、条件も付きそうだ。現在議論されている条件は、次の2点である。

- ・ 保険医療機関は、被保険者が相談等に容易に訪れることができ、相談があった際に対応する体制を確保する。また、緊急時を含め、保険医療機関に容易に連絡をとれる体制を確保する。
- ・ 往診および訪問診療を、地理的に区分された提供地域内で行うとともに、当該地域をあらかじめ明示し、その範囲内の被保険者について、求めに応じて、医学的に必要な往診や、訪問診療に関する相談を行い、正当な理由なく診療を拒否しない（例えば、特定の施設の居住者のみを診療の対象とはできない）。

2点の条件のうち、今後の議論を注視しておく必要があるのは、2点目である。まず、「地理的に区分された提供地域内」とは、どのように設定するのか、自主申告制で認められるものなのか等である。次に、「特定の施設の居住者のみを診療の対象とはできない」とあるが、複数の施設の経営主体が同一であり、その関連施設のみに訪問診療を行った場合は認められないのか等である。この2点目の条件については、内容次第で経営に大きな影響を与えるだけに、在宅専門医療機関を病院の関連施設として立ち上げようと検討している医療機関にとっても今後の議論の行方は注視しておきたい。

WIC REPORT（厚生政策資料速報サービス）

平成28年度診療報酬改定の「すべて」が分かる改定情報提供サービスを開始しました。

8月31日（月）までにお申し込み頂いた方限定の特典あり！

お問い合わせはコチラ（厚生政策情報センター）

TEL：03（5259）7173 担当 伊藤、費田、永田

E-mail：info@wic-net.com

サイト：http://www.wic-net.com/

facebook 検索 平成28年度診療報酬改定速報



恩 師 訪 問

第1回

日本経営グループに入社して、必要な知識やスキルを身につけ、お客様に貢献していく社員。彼ら、彼女らを育て感化し、その人生にわたって長く影響を与え続け、また時には叱咤激励をして下さる恩師。本企画では、恩師を訪問して、教え子に対する思い、現在の研究内容やお取り組みについて伺います。

訪問者：長谷川 智也（平成25年入社）

16歳で公認会計士合格者を生み出す秘訣

— やる気を育てる、やる気を見守る人づくり

長谷川 ご無沙汰しております。今日も学生さんはやる気みなぎってましたね。

森 そうやろ。もうすぐ、税理士試験があるで、みんな結果を出そうと集中しとるでな。せっかく長谷川君が来てくれたもんで、試験を乗り越えた後の経験、厳しくもやりがいのある実務、仕事について話してもらいたかったんや。

長谷川 入社して必死に実務を覚えて、少しずつ働く実感が出てきたところですよ。試験は試験の大変さがありますが、やはり実務は別格です。僕はうまく話せてましたか？

森 優しい笑顔と厳しい顔の両方ができるようになってきたな。来てくれる度に、人間的にも一つずつステップアップしてくれとるようで、こんなに嬉しいことはないわ。

編集部 長谷川さんはどんな学生だったのですか。

森 長谷川君が最初にここに来たのは、中学校3年生の冬、高校受験を間近に控えた頃やったな。今やから言えるけど、公認会計士という難関に立ち向かえるか、ちょっと不安を感じたわ。しかし、やると決めてからは、脇目も振らずに1日10時間ぐらいはここで勉強しとったな。

編集部 手のかからない生徒だったということですね。

森 平成22年は長谷川君を含めて3人が公認会計士に合格してくれたんやが、この中部学院大学の各務原をスタートして初めての国家試験合格者やった。それも、長谷川君は史上最年少（当時16歳）で。それは学長も市長も大喜びや。必ず結果は出せるやろうと思ってやってきたが、私自身も正直なところホッとした気持ちもあったわな。

編集部 長谷川君はどんなことを教わったのですか。

長谷川 朝礼と日記ですかね。後は…。

編集部 勉強は？ もう少し、詳しく教えてもらえますか。

長谷川 毎朝、必ず朝礼があります。体操をして、先生のお話を聞いて、それから学生もスピーチするんです。

森 そうや。益田高校でも、大学でも、朝礼でやる気を出させる、目標を立てさせるのが一番大切。あとは本人のやる気次第や。ただ、試験に合格するまで集中力を長い期間にわたって持続していくためには、毎日のリズムも大事で、それは見守ってやらなあかん。

長谷川 日記はその日の勉強の



中部学院大学
会計プロフェッショナルコース
特任教授 **森 均** 先生

プロフィール

昭和20年生まれ。昭和44年岐阜県立益田高校（現：岐阜県立益田清風高校）に赴任。教師を引退後、平成4年より社会人・親子向けの「益田の森塾」を主宰。平成18年から現職。

進捗や感じた課題を中心に提出します。それを毎日、先生がコメントをつけて返して下さっていました。当時は面倒だなあと思うこともありましたが、振り返ってみると、見守って頂いてたんだと分かります。

森 不思議なもんで、そうやって毎日振り返る、報告する習慣がついた生徒は、今でも折に触れて、携帯にメールで状況を知らせてくれよる。今、順調に成長しとる、あるいは壁にぶつかるととか、よう分かる。

編集部 森先生、ところで肝心の勉強は？

森 私が教えられるのは簿記だけや。あとは、自習。そういやあ、平井君（現社長、昭和59年入社）は今でも「簿記も教わった記憶がない」と言っとるわな。ただ、あいつは昔から頑固やけど、本当に律儀者や。披露宴の招待状を頂いたときに先約があって欠席の返事を出したら、「先生に出席して頂けない披露宴は考えられない」と。そして次に電話をくれた時には「先生に出席してもらえる日から選ぶから、空いている日を教えて欲しい」と。そんなやつ、後にも先にも初めてや。そんな平井君が同級生の丹羽（現副社長、昭和62年入社）を誘い、その二人が、日本経営の屋台骨を支える存在になってくれとることは、教師として何より嬉しい。

長谷川 どうして日本経営に教え子を預けられるようになったのですか。昔からご存知だったのですか。

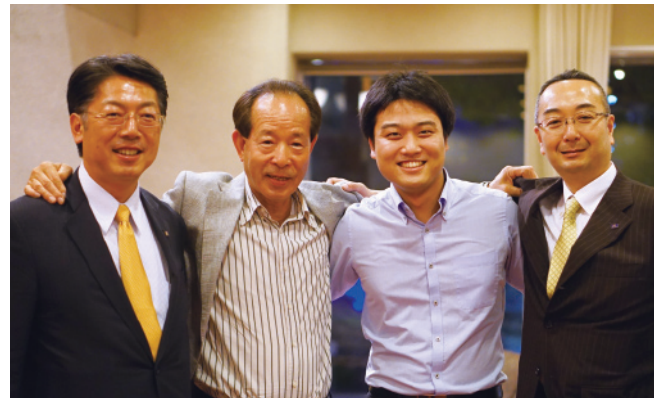
森 いや、ぜんぜん知らなかった（笑い）。最初は菱村さん（創業者）が岐阜県の高山出身ということで、伝手を頼って訪ねてこられた。まだ、4~5人の会計事務所で、大阪では採用もままならなかったんやろうね。でも、大阪なんて恐ろしいところに誰も行かないと、ほぼ門前払いしたわけや。菱村さんも必死だったんやろうけど、立派なのは何度も何度も、岐阜まで足を運んで来られた。これと決めたら、辛抱強いというか…。そのうち、人の育て方等を語り合う中で、考え方が良く似とることが分かってきて、教え子にも声を掛けてみたんや。小池さん（現名誉会長）も来てくれたし。その最初が青木君や（現取締役。昭和56年入社）。

編集部 そこから、何人もの卒業生をご推薦頂き、日本経営の拡大期を支えて頂きました。最後に、日本経営に入社してからの教育に期待されることや、今後の教育者としての活動について教えて下さい。

森 教育は人づくりや。その中でも、人のやる気づくり。かつて荒廃していた高校を、11年連続で全国最年少税理士を輩出するような高校にできたのは、私が上手に簿記を教えたからやない。やったのは、朝礼、りんご園での農作業…を通じて、高い目標を設定し、それに向かってチャレンジし続ける環境づくりや。仕事も勉強も、自分の頭で考え

てやってみて初めて身につく。だから、日本経営も若い社員に「やろう」、「できる」という気持ちが湧くような、夢やロマンを自ら語る社員がたくさんいる会社であり続けて欲しいと思うわな。私の次の目標は、長谷川君の16歳を抜いて、15歳の公認会計士を世の中に送り出すと決めとる。そのために、大学は地元の小学生にも門戸を開いとる。そうして、地域に根ざした教育をやって、この各務原市を『簿記の町』として有名にするのが次の夢や。

長谷川 尽きることのない情熱、夢を聞かせて頂き、ありがとうございました。日本経営は厳しいですが、プロの会計人として、私を育ててくれる会社です。先生からやる気を頂きましたので、また、明日から仕事を頑張ります。



左から、平井社長、森先生、長谷川君、丹羽副社長
(平成27年度研究テーマ発表大会 C²INKにて)

岐阜県立益田高校を、全国簿記大会で35回優勝、税理士試験11年連続最年少合格記録等、奇跡の大逆転教育を成し遂げた後、その経験をもとに、「世の中のどの研修にも負けない社会人教育」を目指してスタートした『益田の森塾』。23年間にわたって、多くの社会人（過去には、親子コースも）を受け入れ、本来人間が持っている『感動とロマンとリズム』を呼び覚まし、リフレッシュして日常生活に戻す活動は非常に人気が高い。

また、同時に、飛騨の大自然を利用した研修事業は、地元の方のお手伝い（ボランティア）も活用しており、その「町おこし」「夢おこし」は、今注目されている「地域創生事業」の先取りともいえます。

今回は、ニュースレター編集部が取材参加するとともに、ある病院の理事長にもご参加頂きました。

研修終了後、『自然の雄叫びに大感動。ロマンを求め、やり遂げた後の感動。やり遂げるには意思と行動のリズムが必要なことを納得。ロマン、感動、リズムといった体得、体験からのリフレッシュ。この企画、仕掛けによる体得こそが、真の教育、人づくりに繋がるのであろう。72歳の挑戦“リフレッシュ研修”でした』といったコメントをいただきました。

森塾は、季節の良い時期に不定期に開催されています。
詳しいスケジュールや費用等についてお知りになりたい方は、
NKニュースレター編集部 (TEL:03-5259-7171 担当大池) までお問い合わせ下さい。

森塾の標準プログラム (季節によって異なります)

初日 (12時 JR飛騨小坂駅集合)

- サイクリング
(自然観察を楽しみながら約6km)
- 昼食 (清流の河原で手作りランチ)
- 開塾・やる気講座Part.1 (自己紹介)
- 渓流釣りや散策
(翌日のウォーミングアップ?)
- 温泉浴と自己管理・健康講座
- 郷土料理・郷土芸能の巖立太鼓

2日目

- 早朝体操・ウォーキング
- 朝食
- やる気講座Part.2
- 滝めぐりと森林浴 (結構ハード)
- 温泉浴と自己管理・健康講座
- 夕食会 (懐石料理を堪能)

最終日

- 早朝体操・ウォーキング
- 朝食
- 山菜採りや清流めぐり
- 昼食会 (パンガローで最後の交流)
- 閉塾・解散 (14時、各自帰路へ)



初日は、参加者同士の交流、翌日の大イベントに向けた仲間づくりです。古民家で食事、郷土芸能を拝見。太鼓も叩けます。



2日目はメインイベント「根尾の滝」を目指します。すべる足元に気をつけながら、川を渡りながら登っていきます。



水量がかなり多い難所も。



地元のボランティアの方、そして中部学院大学の学生さん、そして参加者同士で助け合いながら、ひたすら根尾の滝を目指します。

歩くこと2時間半。その先に、落差63メートルの「根尾の滝」が現れます。達成感と安堵、そして大自然の荘厳さに、思わず頭を垂れる参加者も。



滝から戻った夜は、「茶懐石やました」さんでの夕食。「子持ち鮎の山椒煮」は伊勢神宮にも奉納されたもので、隠れた有名店。



3日目は散策。かつてのスキー場です。クールダウンとして見て終わり…ではなくて、ひたすら登って、たくさんのわらびを採って持ち帰ります。

医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム設立記念シンポジウム 「地域で考える 2025年 —地域医療構想と地域包括ケアシステムで支える超高齢社会—」

一般社団法人医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム（東京：藤澤功明代表理事）は、7月11日、東京大手町サンケイプラザにおいて、設立記念シンポジウムを開催いたしました（共催：（株）日本経営）。当日は、医療・介護事業者、医療介護関連企業、金融機関、自治体、研究者など幅広い分野から400名を超す参加者がありました。

シンポジウムの冒頭、発起人である古川貞二郎氏（社会福祉法人恩賜財団母子愛育会会長、元内閣官房副長官）から、法人設立の趣旨を含めた挨拶がありました。古川氏は、日本創生会議の2つの報告書を例に取り、2025年に向け医療介護の提供体制の再構築に取り組むが、重要な視点は地域の活性化であり、それなくしてはわが国の創生はありえないこと、そのために関係者が建設的な議論を行うべきであり、本法人はその環境整備に寄与していくと力強く述べられています。その後、基調講演3題、パネルディスカッションが行われました。概要は以下の通りです。



古川 貞二郎氏

基調講演3題

基調講演の1題目の講師は、（株）地域経済活性化支援機構、ヘルスケアチームリーダー、マネージングディレクターの羽田雅史氏。「地域経済活性化に向けた医療介護、金融機関の役割」と題した同氏の講演は、「地場産業」としての医療介護事業者と地域金融機関の特性を踏まえ、それぞれの今後の方向性を示唆したうえで、地域経済活性化支援機構による医療介護分野の再生事業の詳細について紹介しています。



羽田 雅史氏

基調講演2題目は、松戸市福祉長寿部審議監（前内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局参事官補佐）の草野哲也氏による「地方創生と医療介護」。草野氏は、安倍政権の政策の柱でもある地方創生の基本的考え方を紹介し、本年2月に設置された日本版CCRCの有識者会議（増田寛也座長）の議論の経過と日本版CCRCについて解説しました。その中で高齢者の地方への移住における、介護保険・医療保険（国保、後期高齢者医療）の住所地特例について触れ、自治体財政への影響はないことを述べています。



草野 哲也氏

基調講演の3題目は、「地域医療構想と医療介護の提供体制」で、講師は、厚生労働省医政局地域医療計画課長の北波孝氏。北波氏は、地域医療構想の趣旨を、今後、医療提供量としての病床の総量は伸びない一方、必要となる医療内容に大きな変化が起こるためとし、地域における医療提供体制については、データに基づきアクセスなど総合的な視点で検討が必要なることを強調しました。地域医療構想の今後の方向性については、地域ニーズに合わせた医療内容の調整、地域ニーズと整合をとりつつ特色ある医療提供、地域の合意を基本とした医療機能の分化と連携の必要性を指摘しました。



北波 孝氏

パネルディスカッション

医療介護の安定と地域経済活性化

パネルディスカッションは、座長に東京大学政策ビジョン研究センター特任教授の尾形裕也氏、パネリストは、岡山大学客員教授（元厚生労働省老健局長）の宮島俊彦氏、医療法人鉄蕉会理事長（東京医科歯科大学客員教授）の亀田隆明氏、上智大学総合人間科学部准教授の藤井賢一郎氏、医療法人和香会・博愛会理事長の江澤和彦氏。



尾形 裕也氏

宮島氏は、社会保障制度改革推進会議の議論を元に、地域医療構想の病床機能とその必要量の算定の背景などを紹介。亀田氏は、亀田メディカルセンターの経常費用が所在地である千葉県鴨川市の予算の1.6倍ほどになっていることや、産業別雇用者数を紹介し、他産業の雇用が縮小していく中であっても、医療福祉（介護）が突出した雇用創出力を持っていることなどを指摘し、将来に向けて成長産業であるとししました。



宮島 俊彦氏（左）、亀田 隆明氏（右）

藤井氏は、地域包括ケアに欠かせないものとして、新型小規模多機能、定期巡回随時対応型サービスなど地域包括型サービス、EBM、看看連携、専門サービスを補完するソーシャルキャピタルを指摘し、江澤氏は、自身が経営するサ高住におけるサービス提供のあり方、経営の要諦などについて持論を展開されました。



藤井 賢一郎氏（左）、江澤 和彦氏（右）

* *

■シンポジウム抄録集について

法人事務局では、当日の抄録集（10月5日出来予定）を作成します。ご希望の方は、下記のURLよりお申し込みください。

<http://nkgr.co.jp/forum2025>



ES Navigator表彰病院紹介

弊社では病院及び介護・福祉施設専用の職員意識調査ES Navigator (ESナビゲーター)をご提供しており、すでに550以上の病院・施設にご利用いただいています。

この職員意識調査は、いわゆる職員満足度調査に近いものです。全職員にアンケート用紙を配布し、無記名で回答してもらい弊社で集計と分析を行い、報告書をご提供しています。

職員満足度調査ではなく、あえて「職員意識調査」としているのは、ES Navigatorでは職員の満足度とともに意欲も重要な指標として取り上げているからです。職員満足は重要ですが、満足していても職員の意欲が高くなければ、組織としてのダイナミズムは失われるでしょう。現実には赤字なのに職員満足が非常に高いという病院もあります。組織マネジメントとしては、職員の満足と意欲のそれぞれが高まるようにしていく必要があります。そこで、弊社では満足、意欲ともに高い組織を活性型組織と定義付けており、活性型組織に向けて具体的な取り組みができるようにご支援しています。

ES Navigatorの最大の特徴は、自分の組織において職員の満足や意欲を高めるためには、どの設問項目を改善すると効果が期待できるのかが分かるということにあります。例えば、勤務体系と給与水準のどちらもアンケートの点数が低かったとします。この場合、どちらの改善も重要ですが、すぐにどうにかできることでもありません。職員の不満が大きければ、経営者としては大変な悩みになります。しかし、こうした一つひとつの事項についての不満の大きさは、必ずしも問題の重要性と合致するとは限りません。ある組織においては、勤務体系の柔軟性を高めることが給与水準の改善よりもはるかに職員の満足度に好影響を与えるということもあります。このように、どの項目から改善すべきか、その優先順位付けができるということがES Navigatorの最大の特徴です。これにより、各組織は的を絞った上で、具体的な改善の取り組みにつなげることができます。

ES Navigatorは、一般的で網羅的な職員満足度調査とは違い、各組織の特性に応じて具体的な改善活動につなげることができる問題解決型の職員意識調査です。大切なことは職員意識調査を実施したら、やりっぱなしにせず、継続的に改善に取り組んでいくことです。職員の満足や意欲はそう簡単に上がるものではありません。毎年テーマを決めて取り組み、その効果を検証しながら更なる改善につなげていく必要があります。ES Navigatorは、こうした取り組みを支援するシステムでもあるのです。

こうした改善に取り組まれる組織の多くは、毎年1回、まさに人間ドックのように組織の健康診断としてES Navigatorを利用

していただき、結果の検証と更なる改善につなげられています。

平成26年度にES Navigatorをご利用された180件以上の病院・施設のうち、一定の条件をクリアした133病院を対象に、職員の意欲と満足の数値が高い病院を表彰させていただきました(受賞病院は別表の通り)。

この表彰は今回が初めてで、対象も病院に絞らせていただいておりますが、今後、毎年実施させていただき、改善に取り組む病院・施設の皆様の励みになるようにご支援させていただければと考えています。また、受賞病院はそれぞれ、組織活性度の向上のために様々な工夫や努力を重ねられています。こうした取り組みをご紹介します、多くの病院・施設の参考にしていただきたいということも表彰の大きな目的です。

今回の受賞病院は別表の通りですが、やはり上位に入賞される病院は病院経営における職員の活性度を重視して取り組んでいます。様々な工夫がありますが、各病院のお話を伺うと、特に共通するのは以下の2点のようです。

1. 職種間連携を高めるための取り組みに力を入れている
(特に医師と他の職種の垣根を取るなど、連携を高めることに力を入れている)
2. 職員満足度や職場の向上に病院としてかなり力を入れている
(特別チームを作ったり、毎年改善テーマを決めて取り組むなど)

特に、1番目の連携向上については、食事会や懇親会などの職員間の交流を大切にしている病院が多いことも特徴的でした。

各病院がどのように取り組んでいるかについては大変興味深いところです。そこで、次回からは受賞病院のインタビュー内容を継続して発信していく予定です。皆様の病院・施設でも活かしていただけることが必ずあると思います。ぜひ、次号からのインタビューにご期待ください。

なお、まだ弊社のES Navigatorをご利用されていない、あるいは他社や独自の職員満足度調査を実施されているものの効果がいまひとつと感じていらっしゃる場合は、ぜひ、弊社のES Navigatorのご利用をご検討ください。毎年継続して実施することが重要ですので、初回は無料、2回目以降もお手ごろな価格でご提供しています。詳しいお問い合わせは、弊社のES Navigator事業局までどうぞ。

ES Navigator事業局 フリーダイヤル 0120-200-488
 TEL 092-481-4465 FAX 092-409-4588
 詳細については、<https://kassei-navigator.jp/> を参照下さい。

「200床以上・急性期」の部

順位	法人名	病院名	地域
1位	国家公務員共済組合連合会	枚方公済病院	大阪府
2位	社会医療法人財団 池友会	福岡和白病院	福岡県
3位	国家公務員共済組合連合会	新別府病院	大分県
4位	国家公務員共済組合連合会	札幌医療センター 斗南病院	北海道
5位	社会福祉法人恩賜財団済生会	山形済生病院	山形県

「200床未満・急性期」の部

順位	法人名	病院名	地域
1位	医療法人 健成会	小林脳神経外科病院	長野県
2位	大網白里市立	国保大網病院	千葉県
3位	匿名	A病院	
4位	医療法人社団 東山会	調布東山病院	東京都
5位	一般社団法人 巨樹の会	所沢明生病院	埼玉県

「200床以上・急性期以外」の部

順位	法人名	病院名	地域
1位	医療法人社団 輝生会	船橋市立リハビリテーション病院	千葉県
2位	特定医療法人 葦の会	オリブ山病院	沖縄県
3位	国家公務員共済組合連合会	吉島病院	広島県
4位	医療法人 みどり会	中村病院	大阪府
5位	医療法人 へいあん	平安病院	沖縄県

「200床未満・急性期以外」の部

順位	法人名	病院名	地域
1位	医療法人 雄人会	三川内病院	長崎県
2位	医療法人社団 輝生会	初台リハビリテーション病院	東京都
3位	医療法人 富田浜病院	富田浜病院	三重県
4位	匿名	B病院	
5位	社会医療法人財団 池友会	香椎丘リハビリテーション病院	福岡県



階層別役割責任に基づくキャリアパスの活用④

キャリアパスと教育体系の連動

今回は、教育体系をはじめとするマネジメントツールの運用ポイントを解説します。

1. 教育体系運用のポイント ～ PDCAサイクルの実践～

前号で以下のとおり運用ポイントを記載しました。

教育体系も制度として整理するだけでは意味がありません。教育体系を機能化させることで、職員一人ひとりのキャリアアップへ繋げることが重要です。教育体系も組織体制・キャリアパスと同様に、研修会・説明会等を通じて、職員一人ひとりに各ツールの存在を知ってもらい、内容を理解してもらうことが重要です。

知識や方法論の習得に留まるだけの教育体系では、本質的な効果は期待できません。下図のようにPDCAサイクルを実践しなければなりません。



2. PDCAサイクルの実行文化を根付かせる

教育体系をはじめ各種ツールが存在すれば問題ないということではありません。実際の現場では、上司・部下との関係、職員同士の関係、利用者・家族との関係など緊張感が希薄になり、仕事に対して非常に高い誇りと使命感を持っているが、法人・施設に対する帰属意識が弱い、アイデアや意見は多く出るが、決まったことが徹底されない等々、職場の運営上の課題は次から次へと表面化してくるケースが多く見られます。結局は、教育体系をはじめとする各種ツールを活かせるような、実行文化が形成されているかがポイントとなります。

実行文化こそが、法人・施設の組織風土なのです。組織風土とは明文化された規定やルール以外で職員の思考(ものの考え方や見方)・行動を決定しているものです。リーダーの性格や価値観、組織体制の運用が組織風土をつくり、つくられた組織風土が職員の行動や価値観に影響を及ぼしていきます。

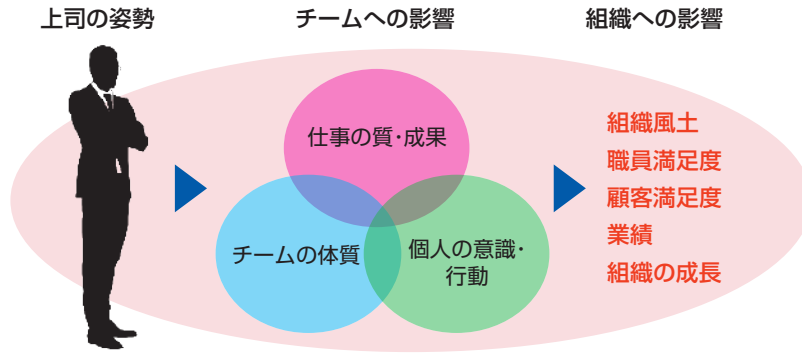
例えば、前の職場で「挨拶」の重要性を厳しく指導されてきて、実践していた職員がいたとします。しかし、新しい職場では「挨拶」が徹底されない、または大切にされていない組織風土であれば、その職員はしばらくすると挨拶を徹底し

なくなってしまうでしょう。また、会議や研修用に机等の配置を移動し、会議等が終了してそれを元に戻す職員と、そのままその場から去っていく職員がいたとします。これも次にその部屋を使う者にとって使いやすい環境を整えておくということが当たり前の風土になっているのか、指示されて嫌々やっているのか、誰もそのことに関心がない状態なのか、組織風土は全く異なってきます。組織風土は、法人・施設のレベルを表しています。

3. 組織風土変革に向けて

組織風土を変えるには、何か目新しいことに取り組むのではなく、基本的なことから、変えやすいところから着手することが大切です。実行文化が生まれない職場は、職場内の基本行動が徹底されていないことに課題の要因があるといえます。例えば、挨拶・出勤時間・整理整頓・朝礼・身だしなみ・敬語・情報の共有(報告・連絡・相談)等です。これらは、頭では理解できていても実行に移すことが大変難しい領域でもあります。

実際に、教育体系の運用で、職員から多く聞かれる不満は「挨拶や報告・連絡・相談が大切なことは理解できるけど、上司が実践していないじゃないか」というものです。これらの不満は、上司に挨拶、整理整頓、出勤時間、部下の意見に耳を傾ける等の基本的な姿勢が徹底さ



れていないところにあります。部下の根本となる行動を上司がとっていないため、不信感を持たれているのです。

したがって、教育体系などの各種ツールの活用は、その制度の目的やルール等を理解する前提として、日常の中で上司・部下間の信頼関係の(再)構築が必要となります。上司が部下に尊敬・信頼される存在になることが重要なのです。そのためには、上司が部下に関心を持ち、育成を図ろうという意識・行動を持つこと、職場の基本行動を徹底し部下の根本となる行動をとることが必要です。そして、何より重要なことは継続です。実行文化を継続させることで習慣化され、組織風土を確実につくり上げていくことになります。

上司の姿勢は、部下やチームに大きな影響を与えます。そのため習慣化された組織風土づくりは、上司次第であるともいえます。

4. 組織風土改善のポイント

組織風土改善とは、個のやる気、個の力を最大限に発揮させることで、生産性を高めることをいいます。さらに、組織風土改善は、組織の目標と個人の目標を一致させることで、個人の意欲を高め、個の力を最大限に活かした経営を行う手法でもあります。これを実現するには、職員が働きやすく、働きがいを持てる風

土が組織に備わっていることが不可欠となります。働きやすさ、働きがいの持てる風土とは、風通しがよく(コミュニケーションが円滑で、お互いが認め合っている風土)、法人・施設の価値観・ルールが職場に浸透している(規律ある風土)組織をいいます。

介護施設によく見られる特徴としては、職員や部署の統制が取れておらず、個々の職員がばらばらな行動をとっていることです。法人・施設が目標を設定してもそれに沿った行動を起こそうとしないケースもあり、現状に満足してしまっている風土である可能性が高いのです。

5. 組織風土改善に向けた第1歩は上司の姿勢改善

前述したとおり、組織風土改善の第1歩には上司の姿勢改善が欠かせません。上司の姿勢に関して、下記のチェックリストに基づいて、自己チェック若しくは他者チェックを実施してみましょう。

職場内の組織風土改善に向けては、PDCAサイクルを実践することが効果的です。計画(P)を明確にし、実行(D)してみ、実行した内容を確認(C)し、必要な点を改善(A)していくというマネジメントサイクルを実践・継続できるかが、法人・施設としての底力といえます。

【チェックリスト内容】

- 他人には厳しく、自分に甘い
- 何事も否定的・消極的なものの見方をする
- 発想がいつも後ろ向きで、やる気が見られない
- いざというときに前面に出て行動しない
- 意見を述べても真剣に聞こうとしない
- 優柔不断でなかなか判断を下さない
- 他人の成果を自分の功績に、自分のミスは部下・後輩のせいにする
- 有言不実行、かつ言行不一致
- 部下・後輩の前で平気で組織の批判をする
- 部下・後輩の好き嫌いを露骨に表面に出す
- やたらにどなるだけで具体的な指示がない
- 部下・後輩がよい働きをしてもほめようとしない
- 部下・後輩の仕事に関心を持たない
- 人の心がわからず、思いやりがない
- 視野が狭く、自部署のこと以外は全く知らない
- 決定事項を押し付けるだけで理由の説明がない
- 指示・命令だけで自らが行動していない
- 好き・嫌いで接し方を変えている



「できない」ことへの取り組みが新たな価値を創造する

株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤 功明



いま医療界では地域医療構想が話題の中心となっていますが、この地域医療構想も最終的にはいかに地域包括ケアシステムへ連動させていくかが大きな目標となります。ただ、あえて「システム」としなければならなかったのは、それだけ家庭や地域社会の力が低下しているからということでしょう。社会的な仕組みとして構築しなければ、高齢者等のお世話ができないほどの状況になっていることを意味しています。

そもそも介護保険自体が、核家族化や少子化、都市部への人口集中など、わが国の発展の一面の代償として現れた家族介護力の低下を補うため、介護を社会化したものです。そして、いつしか親や祖父母の介護する義務ではなく、「介護をする権利」さえ放棄するようになったということを指摘する声も出てきています。もちろん、問題は単純ではありませんが、「できない」ことを放置しておくことは、成長の機会を放棄しているように思えてなりません。これは私が日常的に考えていることでもあり、そういった考えを背景にした手紙がありました。

社員の皆様へ

現在、グループの中には在宅業務の機能があり、70名のスタッフが登録し、家庭で家事をしながら業務を進めてくれています。実務能力のある方が子育て等の事情で勤務できない時期に、家庭にいて都合の良い時間帯を利用して仕事ができるということで、スタッフの皆様からも喜んでいただいています。

日本ではこれからどんどん少子化が進む中で大きな問題が想定されます。それは、家族的なかかわりが

薄れ、個人化がさらに進み、高齢者の在宅でのフォローが出来ず、施設に頼らざるを得ない状態になっていくことです。

日本人は農耕民族であり、家庭という最小単位の集団が大きくなって、自治会など地域社会、市町村、都道府県そして国という構成をとってきました。そして、家庭では子どもの教育としてお年寄りにやさしく接するという基本がありました。子どもが親の面倒を見ることが孫への教育でもあり、孫は祖父母から躰の領域で大きなプレゼントを貰っていました。真に必要な心は家庭という単位の中で培われてきたのです。

また、子どもが母親を必要とする時期に、毎日繰り返しわが子の成長を願って体全体で抱きしめ、限りない愛情を注ぐことこそが日本の豊かな発展につながる根幹ではないでしょうか。

私たちは創業者の菱村議長から毎月一日の議長昼食会で、父母の恩について教わり、その中で「山よりも高い父の恩、海よりも深い母の恩」であり、母親の愛情は無限に子どもに注がれるもので、感謝してもしすぎることはないと思われお聞きしています。

よって、我々のグループの中に在宅業務機能をさらに拡大していくことは、雇用創出だけでなくご両親や子どもとのかかわりを少しでも深めていただくことにつながり、大変意義あることだと確信しています。

これからも私たちの業務が社会にどのように貢献できるかということを常に考えながら取り組みたいものです。

平成19年10月

（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」

「仕事に対して明るく前向きな姿勢で取り組む心」

「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：マイナンバー制度と医療（仮題）

この10月から通知が開始されるマイナンバー制度。個人カードの発行による実際の運用は2016年1月からとなるが、早くも各所で混乱が生じている。各種の給付など社会保障と税における活用が当面の対象となるが、医療の世界では、レセプトでの活用が大きな話題となったものの、個人情報保護や電子カルテの連動では普及状況などの課題もあり、議論は止まったまま。同制度は、今後どう動いていくのか

その他
FOCUS
介護・福祉施設経営

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
編集者 東京支社 大阪府豊中市河町2-11-1
平井昌俊 TEL 03-5255-9171
500円（税、送料込） FAX 03-5255-9171