

## 会社へ移行してきた地域社会の役割

私たちは、戦後の復興から高度経済成長を経て、豊かで多様な生活を手に入れてきました。しかし、一方で、引き換えに手放してきたものもあります。その一つが、地域社会とってよいかもかもしれません。

戦後の経済成長を支えたのは、東京圏をはじめとする都市部に集中した地方の若い労働力でした。現在、わが国の社会保障において最大の課題となっている2025年問題の中心に位置する団塊の世代も、高度経済成長の後半の主役を担っていました。豊かな生活を支えた高度経済成長の担い手たちは、仕事を中心とした生活を過ごす過程で、それまでの地域社会から会社組織のなかでの活動に軸足を移していきました。例えば、冠婚葬祭なども地域社会のなかで互助的に支えあってきたものが、会社のなかでの支援に移行していったのです。その変化を体現していたのが団塊の世代だといえるでしょう。

退職した彼らには戻るべき地域社会がないと指摘する向きもありますが、私はそうは考えません。確かに、地域における人間関係は希薄になっていますが、地域社会への大量の回帰者(団塊の世代)は、かつては自分たちが古い仕組みを壊し、新しいスタンダードを作り続けてきた経験があります。恐らく、今後、新しい地域社会の在り様を彼らが作り上げてくれると期待していますし、そうでなければ2025年以降のわが国は悲惨な状況になると思います。

## 自己有用感が人間を変える

私は、役所での仕事の少ない時間を福祉分野で過ごしてきました。現在も生活困窮者への支援というテーマを追いかけていますが、そのなかで「ふるさとの会」(東京都台東区)という極めて興味深い活動を展開しているNPO法人を知ることになりました。彼らは活動の一部として、生活保護受給者やそれ以前のいわゆる路上生活者など、多様な問題を抱える人々を簡易宿泊所等を活用した施設に収容し、社会復帰などの支援を行っています。しかし、支援といっても容易ではありません。そもそも社会との断絶を望んで路上で生活し

# 「生活困窮者支援に学ぶ互助の視点」

FOCUS



兵庫県立大学客員教授  
元厚生労働省社会援護局長  
岡田 太造

てきたわけですから、社会から冷たくされ、敵対的な考えは根深く、いわゆる問題行動も少なくありません。

そういった人々に対する、ふるさとの会のアプローチは、問題行動を抑制しない、問題行動がいつか日常の風景になるくらいまで要支援者に寄り添い、理解し共感することを忍耐強く継続します。そこで、要支援者と担当者の1対1の信頼関係を構築した後、第三者を巻き込んだ互助の関係を構築していくというものです。

その際、有効なのがトラブルミーティングという手法です。色んな背景を持った人たちが集まって暮らしていますから様々なトラブルが発生します。そのときに、トラブルの当事者、同じ施設に暮らす仲間と支援者が集まって、話し合いを持つのです。トラブルの原因、理由、そこに至ったこれまでの経験など、さまざまなことを話し合ううちに相互に他者への理解が出てきて、共感できるようにもなります。やがて、トラブルの当事者同士の相互の助け合いにまで発展します。

こういった関係ができてくると、施設は、自分が生活することが認められる「居場所」となります。自分の存在が他者から必要とされているという自己有用感が生まれると、大きく変化していきます。それが、施設という小さな地域社会における互助の関係を構築していくのです。

こういう姿は、実は、このふるさとの会のみには留まるものではありません。地域の人間関係が希薄になっているなかでの高齢化において、公助に頼るにも限界があります。先に述べた団塊の世代の人たちこそ、進んでこの互助の関係を構築していくべきでしょう。それがたとえ施設の中であっても、生活の場では互いが支援しあう互助の精神こそが、生きがいと生活の安定につながり、豊かな人生を作り上げてくれると考えているからです。

(文責:編集部)



# 2016 年度診療報酬改定を踏まえた今後の病院経営

2018年には診療報酬、介護報酬の同時改定と同時に、医療計画及び介護保険事業計画もスタートすることになっている。今回の診療報酬改定を踏まえ、今後、病院経営にはどのような視点が求められるのか。診療報酬改定に関して全国で講演するメディキャスト株式会社、濱中洋平氏がポイントをまとめた。

## 病期別診療報酬改定を踏まえた今後の病院経営戦略の考え方

### 1. 経営層として捉える診療報酬の考え方

近年の診療報酬改定は、現場レベルでの対応（当然、重要ではあるが）以上に、改定に込められたメッセージを理解して病院のあり方（ビジョン、方針）をどう考えていくかが求められている。

経営層として診療報酬をどう捉え、病院経営に反映させていくのか。それにはまず、自院の現状を正しく理解することが重要である。そのポイントは、「国の方向性・方針（考え方）」と「病院の方向性（方針）」、「院内の実態（患者構成）」にギャップがあるか否かである。

経営的に厳しくなるのは、図2の通り、国の想定する“患者像”と入院している患者者にミスマッチが生じている

図1 病期別診療報酬改定の影響

病期	主な対象	影響	要点
急性期 高度	ICUを有する病院	厳格化	ICU患者状態の評価厳格化によりICUの維持が厳しくなる
	その他	+評価	ICU以外は、基本的にプラスの評価
急性期	7対1で重症患者割合25%を満たさない病院	厳格化	病棟構成の再編等、戦略的な検討が必須となる
	7対1で重症患者割合25%を十分満たす病院	維持	現状維持で変わらず
	10対1病院	+評価	看護必要度加算の大幅なプラス等により基本的にプラスの評価
回復期	回復期病棟を有する病院	厳格化	リハビリのアウトカム実績指数の設定により満たさない病院はマイナス評価
	地域包括ケア病棟を有する病院	維持	手術・麻酔区分が出来高になるも、改定では大きな影響を受けず
慢性期	療養病棟を有する病院	厳格化	医療区分の厳格化により減収となる病院が多数となる見込み
	療養病棟入院基本料2を有する病院	厳格化	医療区分2・3患者割合の設定により評価は厳格化へ
	障害者・特殊疾患病棟を有する病院	厳格化	脳卒中後遺症患者の医療区分評価により対象患者は減収となる見込み
精神科	急性期系疾患が多い精神科病院	+評価	急性期系に係る領域は基本的にプラスの評価
	慢性期系疾患が多い精神科病院	厳格化	長期患者（1年以上）等、慢性期系領域は基本的にマイナスの評価

出典：メディキャスト株式会社作成

と、診療報酬が生産性（単価）が低下するように設計されているためである。そうすると、保有している医療機能（コスト）に対して得られる収益性が低下し、経営が悪化していくというサイクルが出来上がってしまう。

ギャップが発生している場合の選択肢は、図3の通りである。それは、①現状を維持しつつコスト削減で対応する、②国の考える方向性に自院の実態を適合させていく（患者構成をあるべき患者像に変えていく）、③現状の患者実態に合わせて医療資源（人的資源や設備等）の適正化を図る—の3つだろう。

病院は、まず、院内の患者像（患者構成）を正しく把握し、それを基に病棟構成の見直し等を検討していく必要がある。

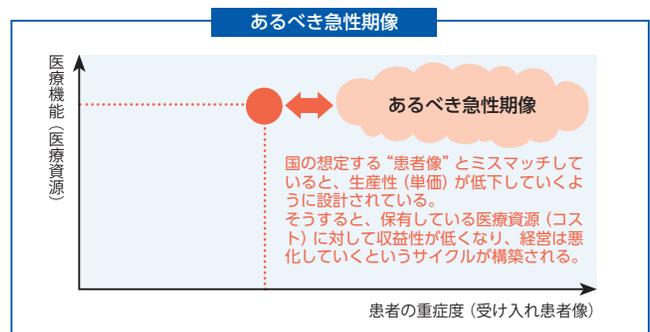


図2 ギャップによる経営悪化

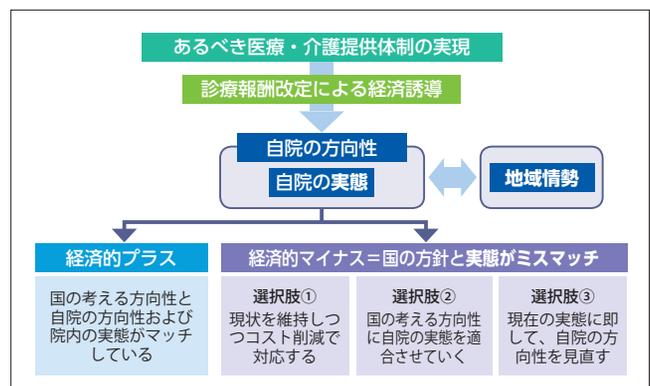


図2、3ともに 出典：メディキャスト株式会社

図3 ギャップが発生している場合の選択肢の考え方



## 2. 急性期 — メインテーマは7対1病床の適正化

### ■ 重症度、医療・看護必要度の評価項目新設と厳格化

7対1病床の適正化が求められる中で、今回の改定では主な施設基準3要件、①平均在院日数18日以内、②重症度、医療・看護必要度15%以上、③自宅等退院患者割合75%以上—のうち、大きなインパクトがあったのは「②重症度、医療・看護必要度要件の見直し」だった。

見直しの背景としては、急性期病床では改定前の評価基準で重症と判断された患者以外にも、実際には医療必要度が高い患者が多くみられるとの指摘があったことにある。そのため、救急搬送後の患者や手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等をはじめ、医療密度が高い状態の患者を適切に評価されるよう見直すことが求められていた。

特に7対1病床にとって大きなインパクトがあったのが、重症度、医療・看護必要度が15%から25%へ引き上げられたこと。今回の改定を踏まえ7対1病床を有する病院で、重症度、医療・看護必要度25%要件を満たさない病院は、病棟転換が必要となってくる。7対1病棟を保有している59病院への調査によると、36病院(約60%)が25%要件を満たさない可能性があるとの結果となった。これらの病院は、地域情勢を踏まえた病棟再編が求められる。重症度、医療・看護必要度25%要件を満たさない病院は、大きく次の2つのケースに集約される。

○ケース1：重症患者が少ない

○ケース2：高度急性期機能の病床を多く保有している

ケース1は、そもそも重症患者が少なく、重症患者割合25%を満たさないケースである。ケース2は、高度急性期機能の特定入院料(救命救急やICU、HCU等)を多く保有している病院である。このケースは、特定入院料に入院している患者が一般病棟の重症度、医療・看護必要度評価から除外されてしまうため、一般病棟の重症患者割合25%を満たさないというケースである。今後、高度急性期機能を有している病院であっても、7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換するといったケースが出てくるだろう。

### ■ 3つのステップで病院の方向性再確認を

自院の実態を把握し、また地域における医療需要も急性期患者の増加見込みが低く、急性期病床の存続が困難な場合はどう考えるべきなのか。

考えるステップは、大きく3点だ。

#### ① 制度の厳格化に対応していけるかどうか

7対1病床については、今後も施設基準要件の厳格化が見込まれる中で、制度改正に対応し続けることができるのかどうかである。7対1病床の適正化が図られた後は、10対1病床についても徐々に要件が引き上げられていくだろう。

#### ② 急性期として存続が難しい場合、病棟構成をどうするか

次に、一部病棟も含めて急性期病床の維持が困難な場合に、病棟構成をどのように再編成するかである。これは、院内の患者層に加えて、地域における人口動態や他病院の動向も注視しておかなければならない。“院内の患者層”と“地域のマーケティング”の2つの視点より今後の病棟構成の選択肢を検討しておく必要がある。

#### ③ 急性期として存続が難しい場合、人員をどうするか

最後に、病棟機能の転換を検討した場合、看護人員の余力が発生する可能性が高く、その人員にどう生産性のある業務に携わってもらうかである。この場合の選択肢は、“高度急性期機能を導入する(HCU等)”、“看護師で収益性が確保できる事業を展開する(訪問看護ステーション等)”、“病棟転換の想定時期を見越して採用数の適正化を図る”の3つが考えられる。

## 3. 回復期 — 回復期リハビリテーション病棟のアウトカム実績指数がポイント

回復期領域は、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)に分類される。今回の改定で回復期リハ病棟には、リハビリテーションのアウトカム実績指数が導入されることとなり、マイナスの影響を受けている病院もある。アウトカム実績指数を満たさない回復期リハ病棟の場合は、6単位超のリハビリ単位数が入院料に包括されることとなった。また、「入院料に包括されたリハビリテーション実施単位数は、疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない」こととされた。よって、患者あたり1日平均6単位以上のリハビリテーションの実施で算定できるリハビリテーション充実加算(1日40点)の施設基準を満たすことも同時に難しくなることとなった。

### 効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

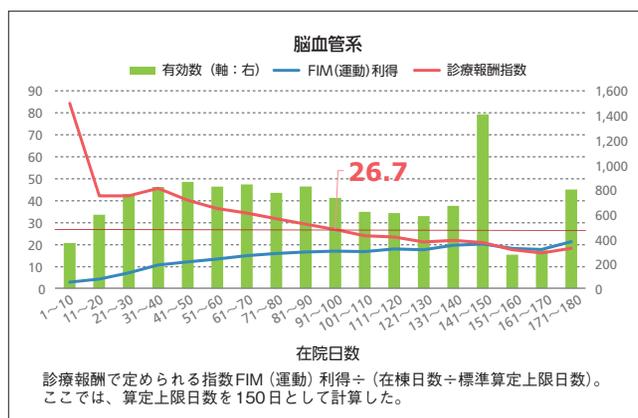
$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の(FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差)の総和}}{\text{各患者の} \left( \frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

出典：厚生労働省診療報酬改定説明資料(2016/3/4)より

図4 回復期リハビリテーション病棟の実績指数算出方法

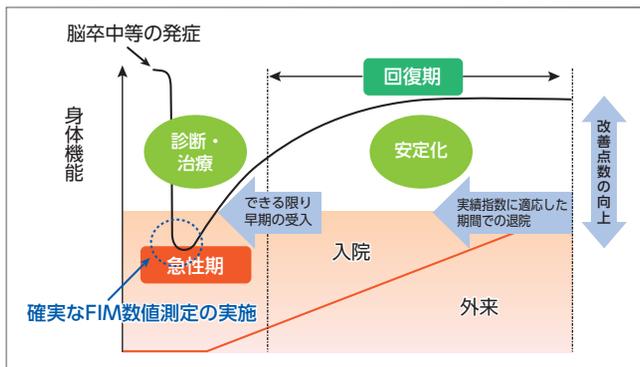
厚生労働省から示された実績指数の算出方法によると、分母は在院日数、分子はFIM得点(運動項目)の改善点数となっている。これが27以上を満たしていなければ、6単位超のリハビリテーションの単位が入院料に包括されることとなる。では、この実績指数27以上という数字がどのような意味を持っているのかを確認してみよう。

図5は、回復期リハビリテーション病棟協会発行の「回復



出典：回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2015年版)」を基に(株)日本経営で作成

図5 脳血管系疾患患者の診療報酬指数の推移



出典：2015年12月2日 中医協資料を基に機メディキャストで作成

図6 回復期リハビリテーション病棟の動向

期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(2015年版)における調査データを基に、今回の改定における影響を日本経営で分析したものである。

分析結果によると、現在、回復期リハ病棟に入院している脳血管系疾患患者の在院日数は、141～150日が最も多くなっている。それに対して在院日数に応じた診療報酬指数を見ても、在院日数が長くなるにつれて診療報酬指数は低下していく。改定で設定された実績指数27ラインは、現在の回復期リハ病棟に入院している患者で計算すると91～100日程度の在院日数で下回ることになる予想される。即ち、患者状態が変わらない(FIM得点の改善点数)とすると在院日数を3分の2程度に短縮しなければ実績指数を満たさない。この傾向は、整形系疾患患者においても同様であった。整形系疾患患者では、90日程度の入院患者が最も多くなっているものの、実績指数は51～60日の在院日数で27ラインを下回っていた。脳血管系疾患患者と同様に、やはり患者状態が変わらなるとすると在院日数を3分の2程度に短縮しなければ実績指数を満たさないという結果となった。

今回新たに設定された実績指数を満たしていくためには、分母(在院日数)を小さくするか、分子(FIM得点)を大きくするかである。よって、在院日数を短縮し、FIM得点の改善点数を引き上げていくこととなる。在院日数の短縮は自助努力によって対応可能である。一方で、FIM得点の改善点数を引き上げるには、急性期の病院からできる限り早期に患者を受け入れることが必要となり、急性期病院の協力が必要となるため簡単には対応できないだろう。もっとも、急性期病院側の視点に立つと、早期に回復期リハ病棟に患者を紹介するという事は急性期側の平均在院日数の短縮を意味する。そのため、新入院患者が非常に多く、患者の回転率が高い急性期病院でなければ、病床稼働率の低下を招くことになる。

回復期リハ病棟を有する病院では、今回の実績指数の設定を受けて、急性期病院からできる限り早期に患者を受け入れることができる体制作りおよび連携関係の構築、更には急性期病院からの早期の紹介が難しい場合に備えて、紹介ルートの多様化を図っていく必要があるだろう。

回復期リハ病棟は、回復期リハビリテーション病棟協会の整備目標数によると人口10万人あたり50床と設定されている。同協会によると2016年3月1日時点で人口10万人あたり約60床となっており、回復期リハ病棟は全国的にはある程

度充足している状況となっていることから、今後も序々に質的な評価が強化されていくだろう。

他方、地域包括ケア病棟は手術・麻酔区分が出来高評価となった以外に大きな影響を受ける要素は少なかった。地域包括ケア病棟は全国的には大幅な不足状況となっており、しばらくは経済的な評価も維持される状態が続くと想定されるが、ある程度の病床数が確保されてくると、徐々に施設基準や実績要件が見直されてくる可能性は高い。

#### 4. 慢性期 — ポイントは、2018年度同時改定に向けた取り組み方

医療療養病棟は、医療区分の患者状態の見直しが最も経営的には影響を受けている。療養病棟入院基本料2の病棟については、医療区分2、3の患者を5割以上受け入れることが要件として組み込まれた。また、障害者・特殊疾患病棟においては、重度の意識障害(脳卒中後遺症の患者)であって、療養病棟入院基本料の医療区分1、2に相当する患者の評価体系が変更されたことにより、マイナスの影響を受けている。

医療区分見直しの一例を挙げると、医療区分3で規定されていた「酸素療法を実施している状態」は、「常時流量3L/分以上を必要とする状態」等の条件が新たに設定された。このように、医療区分3の1項目、医療区分2の2項目が見直されたことにより、療養病棟を有する病院は少なからずマイナスの影響を受けているものと推察される。

療養病棟入院基本料は、医療区分3区分×ADL3区分の9区分で評価されている。中でも、医療区分の違いによって、格差が大きく設定されている。今回の改定における中医協の議論の中では、改定で見直しされた3項目以外に、医療区分3のうち「中心静脈栄養」、医療区分2のうち「喀痰吸引」、「入院後に発症した褥瘡」も患者評価見直しの組上に上がっていた。特に、医療区分2の「入院後に発症した褥瘡」については、比較的時間をかけて議論されたものの、今回の見直しからは除外されている。しかし、一度議論の組上に上がったものについては、再度検討される可能性もあるため、注意が必要だ。療養病棟入院基本料2の病棟では、医療区分2、3患者割合5割以上という要件が設定されたが、その背景は大きく2つ考えられる。一つは、2015年度介護報酬改定において、介護療養型医療施設に療養機能強化型施設(A、B)の新設で3区分に細分化され、一定の重症患者の受入れが評価されたことである。

- ①入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する患者などが50%以上、経管栄養や喀痰吸引を実施する患者などが50%以上、などの要件を満たす「療養機能強化型A」
- ②入院患者のうち、重篤な身体疾患を有する患者などが50%以上、経管栄養や喀痰吸引を実施する患者などが30%以上、などの要件を満たす「療養機能強化型B」
- ③通常型

今回の療養病棟入院基本料2における医療区分2、3患者割合5割以上の規定は、介護療養病床との役割の違いを改めて明確にする意図があったといえるだろう。背景の二つ目は、2018年度同時改定における慢性期病床の再編を見越したものでないかと考えられる。

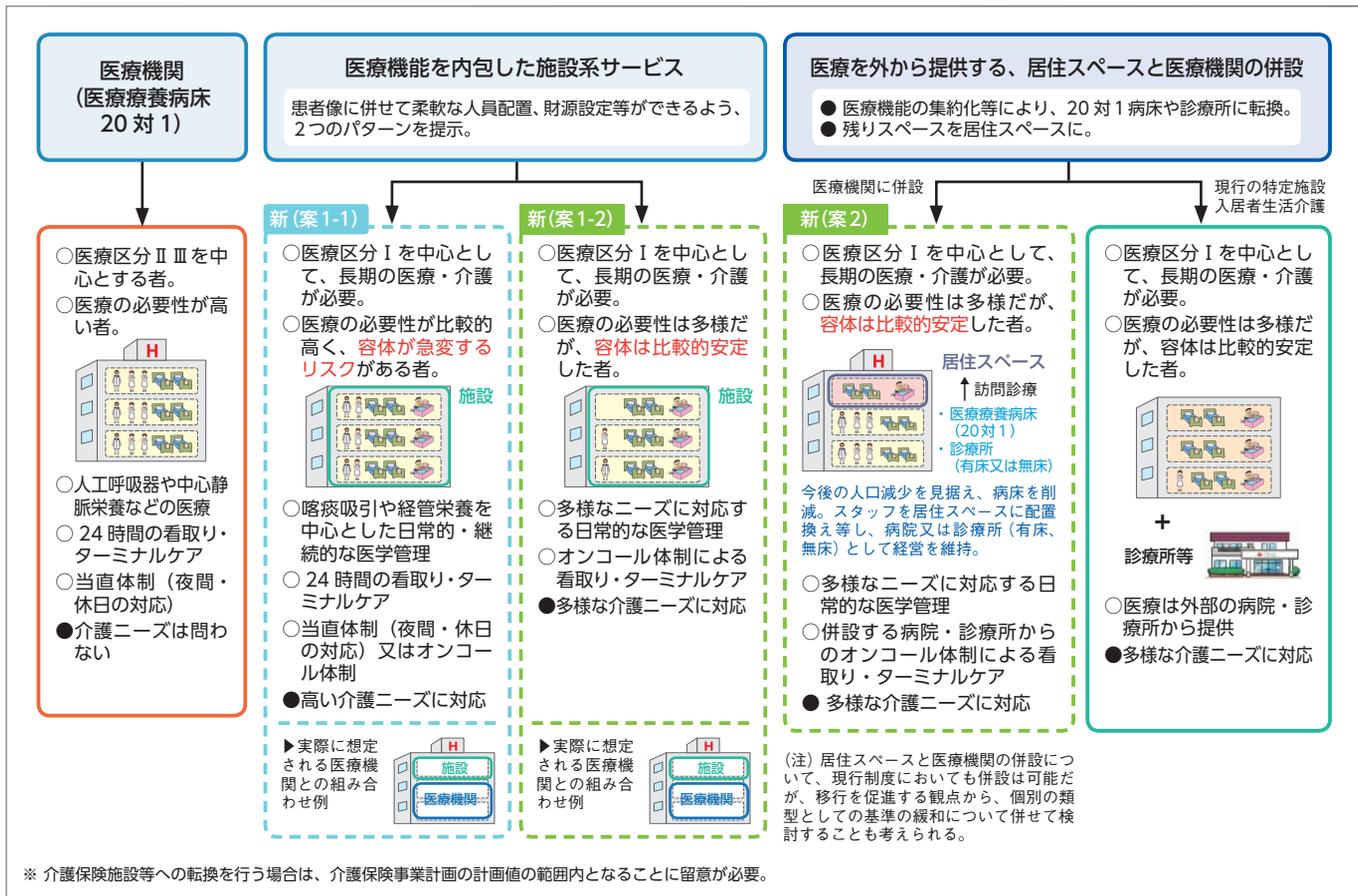


図7 療養病床の新たな施設類型案

出典：療養病床の在り方等に関する検討会 (2016/1/28)

■ 2018年度同時改定を見据えた療養病床のあり方検討

2015年7月から2016年1月にかけて、中医協の診療報酬改定の議論と並行して、計7回にわたり「療養病床の在り方等に関する検討会」が開催された。この検討会では、2018年度診療報酬・介護報酬の同時改定を見据えて、療養病床の再編のあり方が検討されていた。介護療養病床は、2018年3月31日をもって廃止が決定している。

検討会の提言では、療養病床 (医療療養病床、介護療養病床) は大きく3つに分類 (図7参照) することとされている。

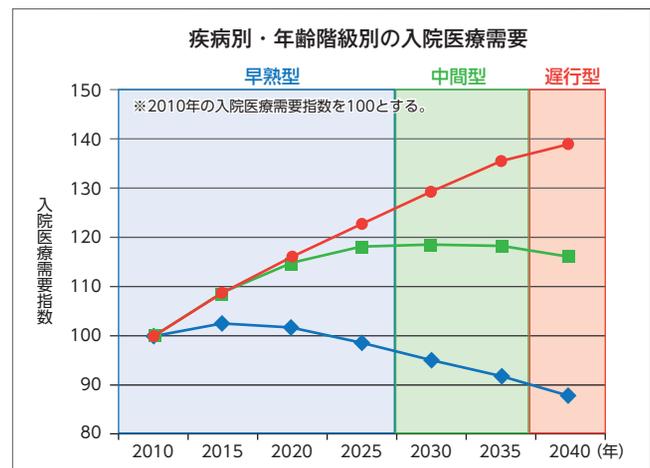
ここで注意が必要なのは、医療機関として明示されているのは現行の医療・療養病棟入院基本料1 (20対1) のみとされている点である。もともと、25対1は医療法を下回る状態であったわけで、現行の医療療養病棟入院基本料2を届出している病床は介護保険施設もしくは居住スペースへの転換が迫られることとなる。

総人口減少時代を迎えている中においては、病院が所在する地域のマーケット状況 (医療需要) を理解した上で今後の方針を決定していく必要がある。

2015年3月に経済産業省から公表された「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」報告書では、都道府県によって入院医療需要のピークが大きく異なる。報告書では、入院医療需要のピークによって次の3つに分類されている (図8参照)。

- 早熟型：2030年以前に入院医療需要のピークを迎える地域
- 中間型：入院医療需要のピークを2030年代に迎える地域
- 遅行型：2040年まで入院医療需要が伸び続ける地域

病院事業は、基本的に地域密着型の事業であり、それゆえ地域の医療需要の把握は非常に重要である。2018年度の同時改定に向けて、今一度、病院を取り巻く医療環境を俯瞰的に把握し、継続した医療提供体制のあり方を考え行動していく必要がある。医療療養病棟が入院基本料1のみとすると、約14万床が機能転換を迫られることとなる。療養病棟を有する病院にとっては、この2年間で非常に重要な意味を持つことに注意したい。



出典：経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」より編集

図8 入院医療需要のピーク予想

(メディキャスト株式会社 企画営業部 総括マネージャー 濱中 洋平)



# 恩 師 訪 問

## 第6回

訪問者：川端 康正（2012年入社）



日本大学 商学部  
教授 高橋 淑郎 先生

プロフィール

昭和29年東京都生まれ。日本大学大学院商学研究科 経営学専攻博士課程修了後、杏林大学医学部、トロント大学医学部ヘルス・アドミニストレーション教室を経て、平成15年より日本大学商学部教授。主な著書・共著は『病院経営のイノベーション』建帛社、『医療バランスト・スコアカード研究 経営編』生産性出版、『医療バランスト・スコアカード研究 実務編』生産性出版、『成功病院の戦略に学ぶ新発想の医業経営』TKC出版、『変革期の病院経営』中央経済社など多数。日本医療バランスト・スコアカード研究会会長。

### 経営改革は推進者と 継続する仕組みの2つが必要

**高橋** 今はどんな仕事をしていますか？

**川端** 主に病院の経営改善の仕事をしています。特に公立病院の改革プランについては、構想するだけでは不十分で、構想の実現に向けて組織全体で取り組んでいく時に、バランスト・スコアカード（以下BSC）が効果的だと実感しています。大学の頃に先生から教えて頂いたBSCについて、先日お客様に説明する機会がありました。

**高橋** 結果はどうでしたか？

**川端** トップと職員とが一緒に取り組んでいく共通経験が基になるので、実際にBSCを活用したことのある人や興味を持っている人でないとなかなか伝わらず、本気で活用しようと考えている人でないと、伝えられないと実感しました。

**高橋** 危機感を持って本気で推進していく人が組織内部にいないと、組織は変わらないですね。

**川端** 改革プランは合意形成と、実行管理の2つの段階がありますが、改革プランは上（経営層）から一方的に降ろされるだけなので、合意形成がなされず、まさに構想だけで終わってしまうことが課題だと思っています。戦略を立てて、合意形成を図りながら進捗管理を同時に進めていくことをいつも考えながら仕事をしています。BSCは現場が、トップの意向を受けて戦略を形成していくことができるので、現場とトップとの合意形成をさらに推進していくためにも、BSCを理解しているコンサルタントがもっと増えれば良いと思っています。

**高橋** そうですね。コンサルタントは椅子に座って支援先の職員に作業させるのではなく、自分も職員と一緒に取り組んでいくという姿勢や素直さが必要だと思いますよ。そういう点で、川端君は向いていますね。

**川端** 頑固だといわれますけど（笑）。

**高橋** 本当に昔から頑固だよ。大学の頃、ゼミを受けるのにふさわしい洋服にしろさいと言っても、冬に、ファッション性があるからと言い、穴が空いたジーパンでゼミに出席するし、別の日には、朝風呂に入ってから悠々としているかと思うと、風呂場の鍵が開かなかったからと言ってゼミ長が遅刻し、その時は開口一番「遅刻して済みません」でしたね（笑）。



**川端** 私は平成24年に卒業しましたが、先日、先生にお越し頂いた私の結婚披露宴のスピーチの中で、その話がでてくるとは思いませんでした。実際にコンサルタントとして働いてみて思うことは、医療機関だからこそBSCが効果的だという点です。専門職の有資格者が

多いからこそ、合意形成や“見える化”がより大切だと実感するようになりました。

**高橋** 成長したね（笑）。やはり現場に行ってみないと分からないですね。

**川端** 自治体病院は特にBSCが大切だと思います。院内だけでなく、地域住民、関係機関の方と合意形成をしなければなりません。

**高橋** また、医師が経営に関与している病院は、健全な経営をしているケースが多いと思います。そういう意味で、医師を経営に巻き込んでいく自治体が増えてこないといけませんね。戦略マップはトップと職員との会話のようなもので、戦略マップによって考え方のベクトルも揃い、職員間の共通言語も出来てきますから。

**川端** お客様先で、私も経営改善ツールの一つとしてBSCを活用してみましたが、院長や経営層の方々と毎月5~6時間、対話の時間をもつようにしたところ、トップダウンの経営から、全職員が一体となった組織に変わった実感があります。このような風土を職員が欲したという要素も大きいと思います。医師にもプロジェクトメンバーに入ってもらい、職員全員でBSCを作り上げました。

**高橋** 「当院は零細病院だからBSCはできない」と言われる経営者の方を時たま見受けますが、まさに小規模の組織だからこそ効果的な面があると思います。また、院長がBSCを活用して組織を引っ張っており、経営も良好な状態になる事例を幾つも見ていると、結局、院長がBSCに惚れ込んで、抵抗勢力があってもぶれない意思決定ができていのかどうか重要だと実感しています。BSCを作成するのに、勤務中ですと、中々メンバーが集まれませんし、プロジェクトの中心人物が異動してしまうと、BSCの取り組みが終了してしまう例も珍しくありません。しかし、こうした障害があってもトップがBSCを好きであれば、BSCを病院内に浸透させるために院長や理事長の細やかな配慮や仕組みづくりが行われることになります。そして改革が成し遂げられることにつながります。

**川端** 担当者が変わっても生き続ける仕組みが大切ですね。

**高橋** ある県では、担当者が次の担当者に申し送りをし





# Navigator 表彰インタビュー

200床未満・急性期の部 第2位

## 大網白里市立国保大網病院

大網白里市立国保大網病院は、千葉県にある99床（10対1病床79床、地域包括ケア病床20床）の自治体立病院である。99床と小規模ながら、救急医療、がん治療の急性期からプライマリ・ケアまで地域において幅広い医療を担っている。疾患領域の特色としては、消化器疾患の内視鏡的治療や外科手術、がん化学療法に加えて、小規模病院では全国的にも珍しく血液疾患に特長を持ち、診療圏外からも多数の患者が来院する病院だ。

### 「全員参加型病院経営」が組織力向上へ

今回のNavigatorで活性型組織として位置づけられた同院であるが、その要因を事務長の加藤計廣氏、管理班長の松本剣児氏の両氏にうかがうと、ポイントが見えてきた。両氏が口を揃えて言われるのは、「現在の組織風土・文化は、医療の質を向上させるという目的に対して、病院創設時から職員一人ひとりがブレずに真摯に取り組んできた結果が積み上げられてできたもの」ということであった。

「小規模だからこそ、職員一人ひとりが自分のこととして患者への医療はもちろんのこと、病院経営にも向き合っている」と両氏。この言葉からもわかるように、同院のマネジメントの特長を一言で表現するとすれば、「全員参加型の病院経営」である。これこそが、職員満足やモチベーションの向上に欠かせないという。

具体的な取り組みとしては、毎年、同院で策定される病院方針に顕著に現れている。その策定方法は、まず全職員から方針案を募り、その職員からの方針案を基に、最後は志村賢範病院長が病院経営方針を決定する、というプロセスを踏んでいる。決定した経営方針は、院内の各所に貼り出されるとともに、あらゆる場面で病院長から職員へ伝えられる。これにより、全職員が「自分たちで決めた方針だ」という意識を持ちながら、日々業務に取り組むのである。

### “ワークライフバランス”を実現する助け合いの精神

医局会や各種委員会活動が非常に活発なもの、当院の特徴である。病院機能評価の取得も全職員が一丸となって積極的に取り組んでいるようだ。病院目標だけではなく、医



加藤計廣事務長

局や各委員会も毎年目標を設定しており、職員一人ひとりがそれらに積極的に参画していることから、医療の質向上に主人公意識を持って真摯に向き合っていることがよくわかる。ともすれば、形式的に流れることもある委員会活動であるが、活性型組織の特長はこういう所にも現れている。

また、医療職の負担軽減等で昨今注目されている“ワークライフバランス”であるが、当院ではアンケート項目にある「終業時間・休暇取得」の点数が高いことも特徴的だ。特別な取り組みをされているのかと問いかけると、「お子さんを持っている職員が多く、そういう意味では昔から助け合いの精神が根付いている」という両氏。この助け合いの精神がキーワードになっているようだ。それに加えて、病院としても休暇取得の奨励や休暇を取りやすい雰囲気を醸成しているとのことであった。

今回、Navigatorを実施してみて、漠然と感じていた組織の評価が定量的に示されたことで、現状の立ち位置を再確認することができたことは非常によかったと加藤事務長。また、今回の受賞について「名誉なことでは自信につながる」と締めくくった。

#### 【病院概要】

病床数：99床（一般病床、うち地域包括ケア病床20床）  
〒299-3221 千葉県大網白里市富田884-1  
TEL：0475-72-1121（代表）  
HP <http://city-oamihp.com/>

200床以上・急性期の部 第3位

## 国家公務員共済組合連合会 新別府病院

国家公務員共済組合連合会 新別府病院は、大分県別府市にある病床数269床の病院でScience & Humanityの理念のもと、急性期対応病院として地域医療に貢献している病院だ。救急医療にも力を入れており、「救急医療は住民のライフライン」との認識で病院を挙げて取り組んでおり、平成21年3月1日には、大分県で4番目の「救命救急センター」の認可を受けて、重症患者の救命を第一義として診療に当たっている。



左から安山千代子看護部長、中村夏樹院長、吉野博事務部長

## 職員との距離を縮める病院長の取り組み

Navigatorの結果では、“他部門との連携”に関する点数が高いことが特徴だ。これは、院内での様々な活動が大きく影響しているようだ。その一つに自発的な勉強会が多いことが挙げられる。新別府病院では、看護職、医療技術職などの垣根を越えて、様々な職種が自発的に勉強会を行っている。また、平成23年度からTQM (Total Quality Management) を取り入れ、色々な職種を巻き込みながら、現在も進化させ続けている。

こうした勉強会等には、中村夏樹院長が顔を出し、コメントをしている。仮に休日などの自主勉強会であったとしても、中村院長は顔を出して声をかけており、安山千代子看護部長曰く、「それが職員を大事にしているというメッセージになっている」とのこと。また、院長室のドアを開けっ放しにして、誰でも来てくれていいというスタンスを取り続けていたり、月に一回、全職員に向けて講話を行ったりと、職員に対して距離を縮める活動を積極的に行っている。こうしたことは「当院の院長は良きリーダーである」との設問の回答が他病院と比較して高くなっていることにも現れている。

さらに「教育研修の機会」が他病院と比較して高くなっていることも特長的である。国家公務員共済組合という設立主体もあって予算管理は厳しいが、できる限りの研修費を助成して、たとえ他県の研修であっても必要があれば積極的に参加を促している。安山看護部長は「地域柄、優しくて温和な風土であることはとてもよいことだが、組織としては適度な刺激が必要です。そのバランスを取りながら

組織を発展させることが大切で、そういう意味では他県での研修に参加させてくれているのはありがたい」と語る。

## 改善への愚直な取組が活性化組織を創る

このように活性化型病院として様々な特徴を持っているが、実は去年は違う結果だった。去年のNavigatorの結果は活性化型ではなく、“職員奮闘型組織”だったのである。安山看護部長は「やらされ感の強い風土ではいけない」と強く感じ、課題となった項目を改善するためのプロジェクトを発足させたそうだ。そのメンバーを公募で募ったところ、45名の応募があり、厳選した20名弱で改善活動を始め、現在も継続しているとのこと。その結果が、今回の結果に繋がったとのことであった。やはり、実際に取り組んでいるからこそ結果が出る。なにもアクションを起こさずに職員の意欲や満足度が上がるはずがなく、職員の活性化の要因は、現実を直視して改善に取り組むという愚直な活動にあるのだろう。

今後は、地域に密着した医療を提供していくことは当然として、職員が楽しく仕事ができる環境を作り続けるため、現在行っている改善活動を継続することが目標とのことだ。

### 【病院概要】

病床数：269床（一般）  
〒874-0833 大分県別府市大字鶴見3898番地  
TEL：0977-22-0391（代表）  
HP <http://www.shinbeppu-hosp.jp/>

## 福岡での研究会事業をスタート 医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム

## TOPICS

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（藤澤功明代表理事）は、この度、（株）ヘルスケア・アソシエイツ（高木安雄社長、略称HCA、福岡市）からセミナー事業を譲受し、平成28年度より福岡における研究会事業をスタートさせました。

第1回研究会（通算145回）は、平成28年4月16日（土）開催予定でしたが、熊本地震の影響で延期とし、5月21日（土）が事業譲受後、第1回目の開催となりました。当日の講師は、厚生労働省医政局局長の神田裕二氏、コメンテーターはHCAの主要メンバーでフォーラムの委員でもある東京大学特任教授の尾形裕也氏。「医療制度改革について」と題した約90分の神田局長の基調講演終了後、休憩を挟んで約100分に及ぶディスカッション、質疑応答が行われました。研究会の冒頭、藤澤代表理事より、熊本・大分の会員及び被災された方々へのお見舞いと、歴史あるHCAの研究会事業を、今後、さらに発展させるべく取り組む趣旨の挨拶がありました。

神田局長の基調講演は、①地域医療構想、②医師の需給見通しと偏在対策、③専門医制度について一の3つのテーマで構成され、地域医療構想については、新公立病院改革ガイド

ラインとの関連、既に策定されている12府県のガイドラインの状況、懸案の療養病床の今後の方向性等について言及しています。策定された地域医療構想については、青森県ではかなり具体的な書き込みがあることを紹介しています。

医師需給と偏在については、平成18年時の需給見通しと今回との違いを指摘した上で、今後、特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者・開設者要件とすることを検討しているなど、かなり踏み込んだ議論が行われていることを紹介しています。

研究会後半では、コメンテーターの尾形氏との質疑、その後、参加会員との活発な議論が展開されています。その中で、地域医療構想のベースとなる病床機能報告については、平成28年3月31日時点でクリーニングが完了したデータを紹介し、当初、定量指標についての明確化の議論もあったが、その必要性が軽減しているとの見解も示しています。

福岡における研究会は、原則、毎月開催されますが、詳細については以下のアドレスにお問い合わせください。

▶ [jimukyoku@hcsrev-f.or.jp](mailto:jimukyoku@hcsrev-f.or.jp)



階層別役割責任に基づくキャリアパスの活用⑨

# リーダーのマネジメント力向上 4

今回は、介護事業所のリーダーに期待される以下の代表的な役割責任のうち、「能力開発責任」について解説していきます。

## 1. 能力開発責任

### (1) リーダーの能力開発責任 ～他責のリーダーが職場を崩壊させる～

前号でご紹介した「自責」とは真逆の考え方もあります。「自分以外の存在のせいにする」ことを「他責」といいます。組織には、①成長タイプ、②改革失敗タイプ、③手遅れタイプがあり、その違いは図1のとおりです。

①の成長タイプになるためには自責のリーダーを増やすことであり、②改革失敗タイプ、③手遅れタイプになってしまうのはリーダーの思考が他責になっているからです。他責のリーダーがいる職場は

- ①業務（業績）遂行責任  
統括チームの業務を円滑に進め、問題があれば解決する責任
- ②部下育成・指導責任  
部下を指導し、育てる責任
- ③報告・連絡・相談責任  
上司・部下・関係者に対して先手で報・連・相を行い、情報共有する責任
- ④業務改善責任  
統括業務を改善し、レベルアップ、効率化を図る責任
- ⑤経営価値共有責任  
組織の理念や価値観、方針等を自分自身が共有し、部下に浸透させる責任
- ⑥能力開発責任  
専門領域以外に経営幹部として幅広く能力開発を行う責任

いつの時代も職場を崩壊させていきます。組織の中でリーダーに求められる役割は外部環境によって変わります。その外部環境の変化を正しく把握していることが大切です。外部環境の変化によって施設の方向性や方針が変わることは十分に想定しなければなりません。外部環境にどれだけ注意を払っているかが問

われていきます。そのため、リーダーは絶えず新しい能力を開発しなければなりません。そしてリーダーには、能力を開発しながら経営をより良い方向へ導く責任があります。これがリーダーに求められる「能力開発責任」です。

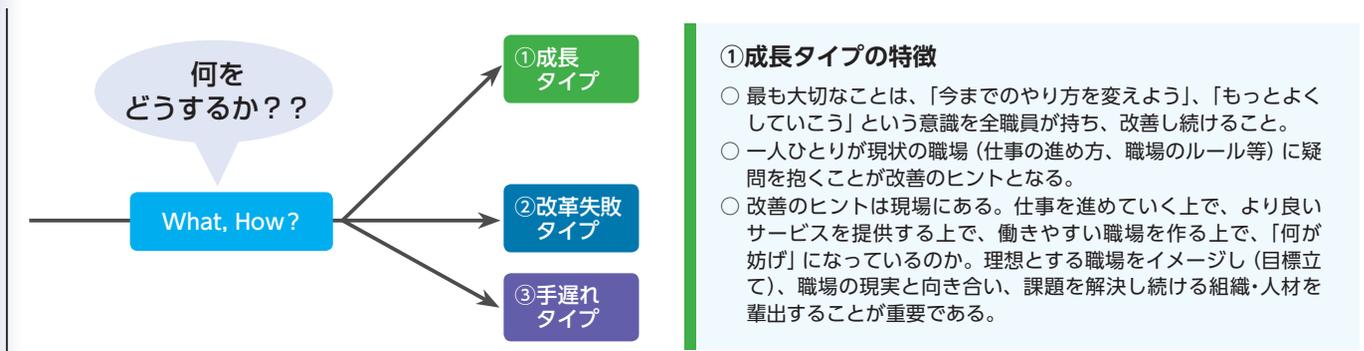


図1

### ②改革失敗タイプ、③手遅れタイプの特徴

- 職員への無知・無視・無関心状態で自分さえよければ良いとする自己中心的な考え。
- 「このままでいい」とする現状満足に陥った組織。
- ルールや約束事がない組織。
- 陰口の多い組織。
- あきらめる組織、飽きやすい組織。
- 目標が設定されていない組織。



## (2) リーダーと一般職の 決定的な違い

停滞する組織の特徴として、以下のよ  
うな発言が職場で見聞きされます。

### 停滞する組織でよく耳にする 職員の発言 TOP 5

第1位	「問題だとは思っているの ですが…」 思っだけ型
第2位	「無理ですよ!」 全否定型
第3位	「それは〇〇さんの役割です から」 他責型
第4位	「前からそうしていたもので すから」 思考不全型
第5位	「教えてもらっていません」 「聞いていません」 防衛本能型

今、組織として停滞していなくても、こ  
ういう発言が聞かれるようになってき  
たら、数年後は危ういと気づくべきです。  
リーダーとは一般職の代表者ではありま  
せん。上記のような発言が現場でみられ  
た時に決して同調したり、リーダー自身が  
同じような発言をしてはいけません。

リーダーと一般職との最大の違いは、  
リーダーは経営側の人間であるというこ  
とです。そのことに自覚を持ってもらい  
たいのです。「経営側に立つ」とは、「経  
営を考える」ことです。「経営」というと  
「金儲け」を連想する人もいるかもしれ  
ませんが、それは正しい認識ではありま  
せん。経営とはその組織を健全に運営

していくためにあらゆる工夫や改善をし  
ていくことであり、組織の根本でもあり  
ます。その組織がどのように運営され  
ばより効果的、効率的な状態になるのか、  
またその中で働く人々が高い成果を上げ、  
金銭的報酬や働きがい、やりがいといっ  
た非金銭的報酬を高めるためにはどう  
すればよいのか、さらにそうした活動  
を通じて社会にとって有益な存在になるた  
めにはどうすればよいのかを究明し、具  
体化していく営みが経営です。「経営=  
お金儲け」だけではないことが理解でき  
るはずで、よい経営をしていくことが  
重要であり、その推進者がリーダーなの  
です。

## (3) リーダーはマネジメントを通じて、 組織の成果を実現する

「経営者」の代理者としてリーダー  
が存在しており、代理観をもったリー

ダーが果たすべき目標（業務）を遂行  
していくことが期待されています。た  
だ、リーダーが単独で目標（業務）を  
成し遂げるのではなく、部下を通じて  
目標（業務）を成し遂げることが必要  
です。そのためにリーダーにはマネジ  
メントが求められます（図2参照）。

マネジメントとは、人・物・金・時間・  
情報・技術・システム・市場・顧客・組織  
間関係・信用・業績・文化・組織風土等、  
組織内外のあらゆる「経営資源」を経  
済的、効率的、効果的に活用し、組織の目  
的・目標を達成することです。そのため  
に、限られた経営資源をどのように配分  
するか、何を捨て、何を優先するか優先  
順位を決めることが求められます。そし  
て、さらにチームとして何を目指すのか、  
どこをゴールに置くのかを明らかにして  
いくことも忘れてはなりません。

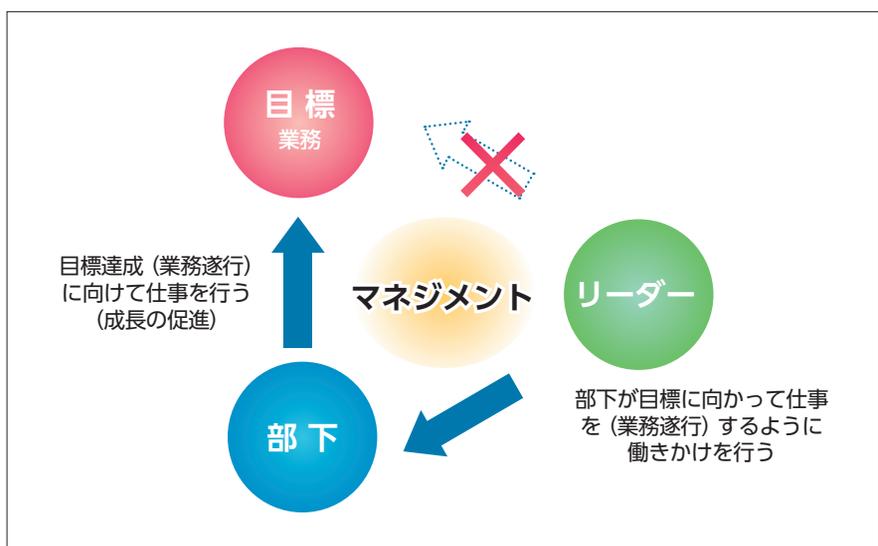


図2



## 「熱い餅をちぎって投げる」ことの意味とは…

株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤 功明



松下電気器具製作所が創立されたのは、大正7(1918)年、その14年後の昭和7(1932)年に、松下幸之助氏は事業の真使命に思い至り、第1回創業記念式を挙ります。168人の従業員を前に、かの「水道哲学」を発表、250年先を見据えた創業者の発表に全員が驚き感動し、自らも決意を発表しようと次々と壇上に上がったと言います。会場は興奮のつぼと化し、午前10時に開会した式典は午後6時ようやく閉会しました。

自分が創業したものが、仲間が集い、毎日の感動を共有し、やがて自分一人の手には負えないほど成長していく。仕事を任せ、部門を任せ、事業を任せる。最初は仕事の一部を任せていたものが、やがて、ただ任せるのではなく、自分の全てを注ぎ込んできた、一番手放したくないものを任せていくわけです。

一番手放したくないものだからこそ、自分が抱え込んで手放さないのではなく、仲間と共有し、やがて譲っていくわけです。有能だから任せるということではなく、そこには「真の使命は何なのか」という気づきと、「自分のよいところも格好悪いところもすべてさらけ出して、全身全霊をかけて育ててきた」という思いがあるからこそ、道を譲ることができるのではないのでしょうか。

松下幸之助氏の第1回創業記念式のようなことは、誰でもできるようなことではありません。しかし、毎日毎週毎月毎年、仕事を任せ育てる積み重ねの先に、使命を共有した、思いを同じくする組織を創りたいという思いは、誰もが同じなのではないのでしょうか。

私たち日本経営グループでは、これを「熱い餅をちぎって投げる」と言います。約8年前の社員向けの手紙をご紹介します。

社員の皆様へ

NK手帳の「意思決定と信頼の根源に関する基本理念」の第2条に、「社長・会長及び議長の職は、これを世襲制としない」と明記され、そして第3項には、「会社は社員一人ひとりのものであり、日々の活動は社員一人ひとりの責任に委ねられる」とあります。中小企業の組織力を強化する上で真に重要なことであり、お客様のあらゆるニーズに応えることが私たち自身の組織強化につながったのです。

私たちの組織は、社員一人ひとりが認知され、個性あふれるタレント性を持ち、その個性が融合して専門部門を構成し、連帯心を育みながらお客様のニーズに真剣に向き合えるフィールドがあります。

私も忙しくしているときに、菱村議長(創業者)からアドバイスとして「面白い仕事ほど、部下に投げつけて与えることが必要である」と教わり、小池会長(現名誉会長)からは「自分自身が創りあげたものは手放したくないものだ。しかし、潰れても仕方ないくらいの気持ちで部下に委譲することが大切で、潰さないための仕組みを構築することが事業の仕組みになっていく」と教えて頂きました。

社員を深く知り、社員の力を引き出すために「熱い餅をちぎって投げる」社風は、創業者からの大きなプレゼントです。

最近では『人材育成・担雪埋井こそが人材育成の王道』や『緑風』、外部の雑誌などにおいても、活躍している社員が、役職や経験年数に関係なく、写真入りで紹介されています。世の中では出る杭は打たれますが、日本経営グループは出る杭はどんどん伸ばそう。そして、お父様、お母様はじめ、ご家族の皆様にも紹介された出版物をお送りし、共に喜びを分かち合い、大きな幸せを実現していきたいと願うのです。

平成20年9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：医療事故調査制度 -スタートから1年を検証する

昨年10月にスタートした医療事故調査制度。これは、診療行為に関連した患者の予期せぬ死亡事例や死産があった場合、医療機関は「医療事故調査・支援センター(日本医療安全調査機構)」に報告をして、院内で事故調査を実施し、遺族に調査結果を説明するというもの。本制度の施行直前には、大学病院をはじめとして複数の大きな医療事故が報告された。医療における安全性は医療技術の進歩と表裏の関係にもあるが、本制度の周知、定着は、今後大きな課題でもある。

その他 FOCUS 介護・福祉施設経営

発行所 日本経営グループ  
大阪府豊中市寺内2-13-3  
東京支社 東京都品川区東品川2-1-20  
編集室 東京都品川区東品川2-1-20  
TEL 03-5781-1060  
FAX 03-5781-0599  
定価 500円(税、送料込)