

「保健・医療・福祉の連携」は続いている

今から30年程昔、私が保健所の医師として人工呼吸器を装着したり褥瘡がある地域の高齢者や障害者の家庭を訪問したりしていた当時は、地域に医療や看護、介護といった資源はほとんどなく、あるのは医師による往診のみといった状況でした。したがって、医療や介護のサービスを受けながら自宅で過ごしたいと思っても、多くの方は自分の住み慣れた町、そして自宅に戻ることはできませんでした。こういった現状に対し、当時の医療関係者、そして行政が掲げていたのが「保健・医療・福祉の連携」の推進でした。

時代は移り21世紀、平成の世になった現在、介護保険もスタートし、地域には訪問看護、介護、そして在宅を専門とするような医師まで登場し、かつてとは比較にならないほど厚みのある医療・介護サービスが提供されています。しかし、以前の保健・医療・福祉の連携の推進の必要性が薄れたり失われたかという点、決してそうではありません。むしろ必要性はさらに高まり、まさにいま、「地域包括ケアシステム」という言葉に置き換えられて新たな取り組みが開始されています。

多様な姿と変化する仕組み

地域包括ケアシステムの構築は基本的には市町村を中心として進められ、県、国はそれを直接的、間接的に支援していきます。その取り組みは緒に就いたところ。各市町村は、これから住まい(住まい方)、生活支援、介護予防、介護、そして医療という地域包括ケアシステムの構成要素を、それぞれの地域特性、生活の背景、文化伝統といったものを踏まえ組み上げていくことになります。その際、念頭に置いていただきたいのは、地域包括ケアシステムは固定的、画一的なものではないということです。

「保健・医療・福祉の連携」の推進の時代から、全国に優れた取り組み事例は数多くあります。市町村の方々は、これらの事例を貪欲に学び、積極的に情報を交換、共有し、切磋琢磨しながらそれぞれの地域の固有の状況、環境を生かしたテラーメイドの仕組みとしていくことが大切だと考えます。極論すれば、日本全体で1,700通りの地域包括ケアシステムの姿があるということです。

さらにもうひとつ。地域の資源や環境、住民のニーズは、変化していきます。いったん、創り上げた仕組みは、永久に不変なものではなく、その時代にあったものに変化していくことこそが大切なのです。仕組み、制度は、決して固定的なものではなく、生きているのです。特に、サービス提供の

「地域包括ケアシステムの本質はパラダイムの転換」

FOCUS



厚生労働省 老健局長
三浦 公嗣

現場に近ければ近いほど、その動きは活発であり、最前線で働いている方々は、状況に応じて弾力的に運用し、地域住民のニーズに対応しています。したがって、地域包括ケアシステムも恐らくこれで完成、といったものはないでしょう。10年後、あるいは100年後でも、その時代に合った地域包括ケアシステムが求められ続けると考えます。

地域のマネジメント、まちづくりの視点で

2000年に介護保険が導入されたとき、市町村にとってはかつてないほどの大きな出来事であったし、大変な苦労があったと思います。しかし、そういった中でも、優れた手腕を発揮しリードしていった多くの市町村関係者を知っています。今回もそのときと同様に多くの熱意ある方々が出てくるでしょう。加えて言えば、そういったリーダー役を担われる方々には、地域をマネジメントするという意識で取り組んでいただきたい。それは、地域包括ケアシステムが、まちづくりの側面を持っているからでもあります。

かつては、ハードの整備を中心に進められたまちづくりもありましたが、超少子高齢社会にあっては、その手法だけでは無理があることを国民すべてが身に沁みて感じているはずです。このハードに替わる視点こそが、高齢者であり子育てだと思えます。また、地域包括ケアシステムは、現状では高齢者問題が先行していますが、その対象となるのは地域住民のすべてであり、「包括的」なサービスが求められるのです。そして、これら地域住民のニーズに応じていく中で、結果として新たな町の姿が見えてくることもあるでしょう。

従来の制度の多くは、都市計画も含め、国が大きな枠組み作りをして、順に都道府県、市町村といった流れの中で構築され、運用されてきたように思います。しかし、地域包括ケアシステムでは、地域の住民のニーズに応えようということからすべてが始まるという、まさにパラダイムの転換が求められています。私たちはこのことを改めて共有し、2025年以降の時代にふさわしい仕組みづくりに取り組んでいくべきだと考えています。

(文責:編集部)

地域包括ケアシステムを検証する



病床機能報告制度もスタートし、医療制度改革も新たな局面に入ると思われたが、突然ともいえる総選挙で、しばらくの間、改革の動きも休止することになった。しかし、高齢化の動きに休止はない。2025年以降の医療・介護の提供体制のカギを握る地域包括ケアシステムについて検証してみる。

Part 1 総論 地域包括ケアシステムの基本的な仕組み

ポイント①は地域での生活の継続

本誌18号の「FOCUS」で、田中滋氏（慶應義塾大学名誉教授）が指摘しているように、地域包括ケアシステムはごく最近になって出てきた考えではありません。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（座長：堀田力氏）にその起源を求めることができます。また、地域包括ケアという表現については、1980年代前半、公立みつぎ総合病院の山口昇院長が医療・看護・介護・予防・リハビリテーションといったものを総合的に提供する取り組みとして使われています。

厚生労働省の定義によれば、「医療・介護・予防・住まい（住まい方）・生活支援が一体的に提供される」仕組みということになります。すでに、多くの方が承知されていることではありますが、この地域包括ケアシステムの対象となるものは、高齢者あるいは障害者だけではなく、ポイント①は、「地域での生活の継続」にあります。田中氏も指摘しているように、地域のすべての住民が、この地域包括ケアシステムの対象となるということです。

地域包括ケアシステムの直接的な普及のきっかけとなったのは、2008年からスタートした「地域包括ケア研究会」（座長：田中滋氏）でした。その概念図は、植木鉢の図としてよく知られてもいます（図表1）。

この研究会の報告書では、地域包括ケアシステムを構成する5つの要素として、住まいと住まい方、生活支援、介護、医療、予防を挙げ、さらにそれらを支えるものとして「本人と家族の選択と心構え」を置いています。

田中座長によれば、当初は「覚悟」という表現を使っていたということですが、どういった生き方を選択するのが、一番の基本にあることを強調したかったようです。そして、これらの5つの要素を実際に支える方法として、①自助、②互助（地域のボランティア等）、③共助（公

的保険等）、④公助（税による支援、生活保護等）を挙げ、自助の中には、「自費で一般的な市場サービスを購入することも含まれる」としています。

厚生労働省は、2015年の第6期（以降）の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけており、自治体の取り組みを促しています。地域包括ケアシステムは、市町村が構築し、それを県あるいは国が支援体制を組むということになっています。具体的な構築のプロセスについては、①地域の課題の把握と社会資源の発掘、②地域の関係者による対応策の検討、③対応策の決定・実行、という流れの中でPDCAサイクルを回してくださいということです。

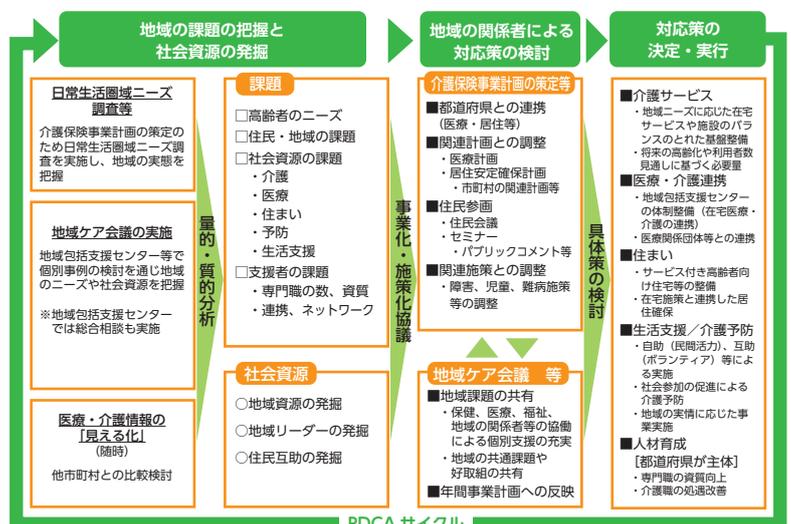
多くの市町村が、多少の時間差はあるでしょうが、地域包括ケアシステムの構築に取り組むこととなります。厚生労働省

■ 図表 1



（地域包括ケア研究会 田中座長の図を基に研究会事務局作成）

■ 図表 2 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



（社会保障審議会介護保険部会資料）



は、全国における先駆的な取り組み事例をホームページ上で紹介し、市町村の取り組み支援を行っています。

【参考】

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/model.pdf

Part 2 和光市の取り組み事例

埼玉県和光市は埼玉県の南東部に位置し、東京都板橋区、練馬区に隣接、人口は80,173人（2014年11月現在）、東京のベッドタウンとして発展してきました。高齢化率は約16%と全国平均に比べてもかなり低くなっています。しかし、この和光市は地域包括ケアシステムの先駆的な取り組み自治体として、注目を集めています。

徹底した住民のニーズ調査

介護保険がスタートした2000年、和光市では第1期介護保険事業計画である「和光市高齢者保健福祉計画書」が策定され、次の第2期には、前の計画を大幅に見直した「和光市長寿あんしんプラン（和光市介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画）」が策定されています。同時に、和光市の取り組みを特徴づける介護予防への本格的な取り組みが開始されています。

和光市における地域包括ケアシステムの概要は、図表3のようなものです。

この図の中で、和光市の取り組みが際立っているのは、一番上に位置するニーズ調査と、下段にあるコミュニティケア会議です。和光市保健福祉部長の東内京一氏によると、「徹底して日常圏域ごとの住民のニーズ調査を行う」ということです。市全体を①北エリア（第1、第2）、②中央エリア、

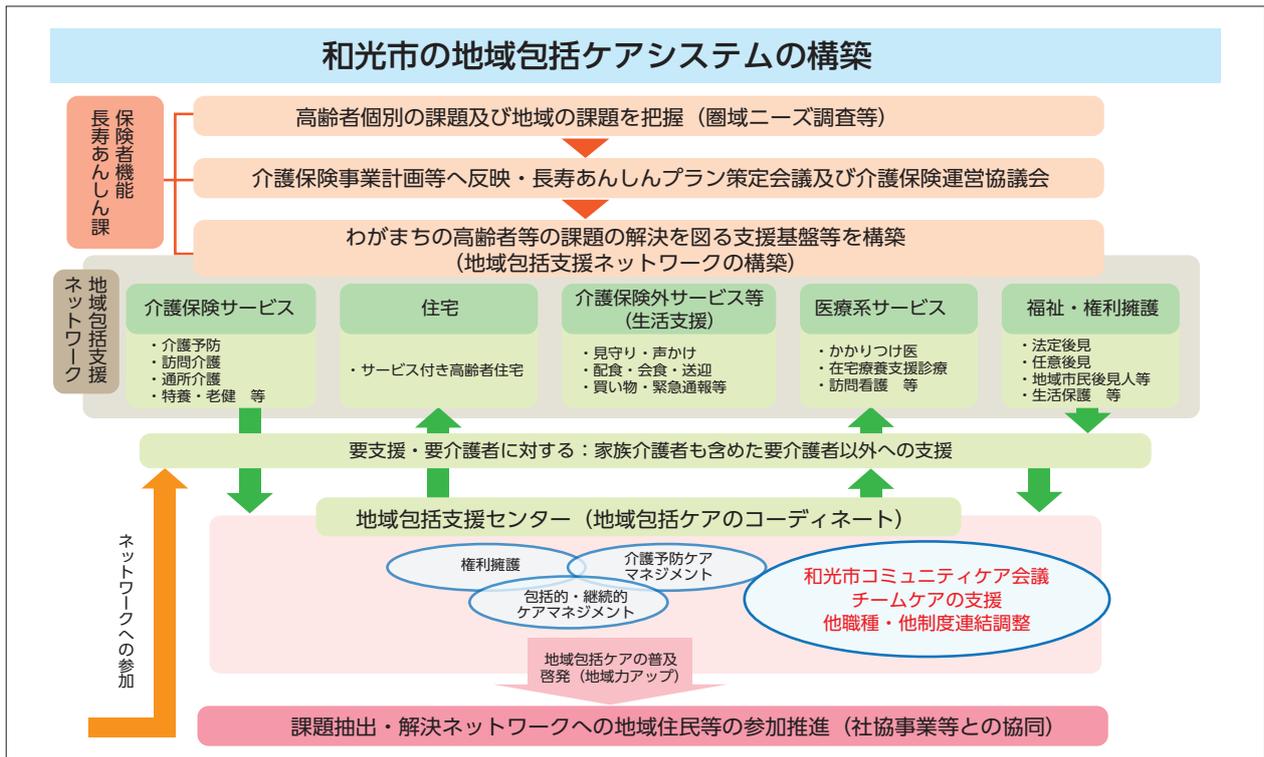
③南エリアに分け、例えば、住民の「身体能力・日常生活機能（ADL、IADL）」、「住まいの状況」、「認知症状」、「疾病状況」などの項目について、郵送および未回収者への訪問調査で確認します。

同市では、とりわけ「未回収」の対象に力を入れています。それは、未回収には何らかの理由があるからだといいます。例えば、独居で寝たきりかそれに近い状況、あるいは認知症が進行しているなど、「返せない」回答者にこそ、大きなリスクが隠れていると考えているからです。

このニーズ調査で、和光市では、「どの圏域に」「どのようなニーズを持った高齢者が」「どの程度生活しているのか」を把握します。これによって、必要なサービスの種類と量、そして提供の仕方が検討できます。図表2の厚生労働省が提示している地域包括ケアシステム概要でも、PDCAサイクルを回すということが指摘されていました。しかし、和光市では、PDCAの前に「S：サーベイ」をつけた、SPDCAサイクルで回しているということです。

なぜ、この調査に力を注いだかという点、多くの住民は自分の日常生活に課題を抱えていたとしても、それを課題として表現するのが難しいという面があるからです。また、必要な介護サービスについても、多様なサービスの種類や内容について、詳細に把握できている人はほとんどいません。そういった環境からは、要介護者あるいは介護予防の対象

■ 図表 3



者に対し、今存在するサービスでさえ本当に適切に提供・活用されているか疑問です。

■ 何を「目標」として設定するのか

一方、コミュニティケア会議は、中央コミュニティケア会議と地域コミュニティケア会議の2層で構成されています。中央コミュニティケア会議は、地域コミュニティケア会議の上位に置かれ、予防事業対象者、要支援、要介護の高齢者への自立支援、あるいは困難ケースや権利擁護等の対象となるようなケースについて、包括的なマネジメントを目的としています。

地域コミュニティケア会議は、個別なケースについての検討が行われます。

ここでは、ケアマネジャーは必ず個別のアセスメントシートを作成し会議に提出します。このアセスメントシートの活用が、和光市の考え方をよく表しています（図表4）。それは、IADL（手段的日常生活動作）により着目した取り組みが行われているからです。

例えば、「買い物に行けない」という高齢者がいたとします。通常、介護サービスを提供する場合、ホームヘルパーによる生活支援サービスで買い物、あるいは車イス等での買物の付添支援となります。しかし、和光市では、「なぜ、本人が買い物に行けないのか」「その原因は何か」について考えます。その対象者が、下肢の何らかの障害で、室内であれば何とかかまりながら歩行、移動が可能でも、屋外への外出には不安があるとします。

その場合は、当面、ホームヘルパーによる買い物という生活支援サービスも提供されますが、同時にリハビリテーション

が組み合わされて提供されることになります。そのリハビリの目標は、3カ月後、あるいは6カ月後には自力で買い物に行ける状態まで改善するというものです。このケースでの介護サービスの目標は「買物の支援」ではなく、「本人が歩いて買い物に行けること」になるのです。「買物の支援」だけを目標としたままでは、対象者はいつまでたってもホームヘルパーの買物のサービスに頼らざるを得ません。そして、時間が経つにつれ、加齢に伴う運動機能の障害が昂進し、さらに自力での外出が困難になってしまうことにもなりかねません。

■ 介護保険からの「卒業」

和光市では、現在、第6期の介護保険事業計画の策定が進んでいるところですが、現在の第5期の介護保険事業計画、「長寿あんしんプラン」の基本目標は、「地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援を目指して」とされており、そのもとに以下の基本方針が掲げられています。

【基本方針】

- ①介護予防及び要介護度の重症化の予防の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携
- ③地域密着型サービスの効果的な整備
- ④自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進
- ⑤認知症を有する高齢者のすべての状態に対応できる体制構築

これらに沿って、特別給付や一般高齢者施策、そして「和光市長寿あんしんランドデザイン」として、地域包括支援センターやサービス拠点としてのサ高住やグループホームなどを基点とした、日常生活圏域におけるサービス基盤整備も行われています。

同市では、介護保険では全国に先駆けて配食サービスなどの特別給付を行っています。基本的な姿勢は、先に紹介したような「地域での継続した生活」や可能な限り自立への支援を行うというのですが、その根本には、介護保険法に忠実に取り組むという理念があります。

介護保険法では、以下のことが書かれています（一部抜粋編集）。

第一条 有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な保健医療・福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設けている。

第二条第2項 要介護状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

第二条第4項 その居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営めるよう配慮されなければならない。

第四条 国民は加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーション、福祉サービスを利用しその有する能力の維持向上に努める（国民の努力義務）。

要介護状態を支援するため、社会保険として国が介護保

■ 図表4 アセスメントシート（例）

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

自立度		自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い	判定
	○1	○2	△1	△2	×	×	
	○1	○2	△1	△2	×	×	

生活機能	事前	事後予測	備考
A D L	室内歩行	○1	
	屋外歩行	○2	限られた場所のみ
	外出頻度	△1 → ○2	
	排泄	○1	
	食事	○1	
	入浴	△1 → ○2	デイサービスの入浴のみ。能力はある
	着脱衣	○1	
I A D L	掃除	△1 → ○2	
	洗濯	○2	大物以外は自立
	買い物	△1 → ○1	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族
	調理	△2 → ○2	レンジアップ程度はできる
	整理	○1	
	ゴミだし	○1	
	通院	△1 → ○2	家族付添い
	服薬	○1	
	金銭管理	△1	銀行に行くのは家族に頼む
	電話	○2	
社会参加	△1 → ○2	言語障害軽度、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ	

*対象者の状況は、図表上段の右が最も重く、左に行くほど自立度が高くなります。



険を創設したわけですが、自治体は住み慣れた地域で高齢者等が生活を継続できるよう支援する一方、国民は自己が有する能力の維持向上に努めなければならないということです。

和光市では、第2期以降、予防にも注力してきましたが、それは介護保険法の精神に則った取り組みの結果ということです。同市では「介護保険からの卒業」という表現がよく用いられます。それは、前述の介護保険法の第四条を強く意識した結果ですが、確かに、要介護状態が軽減し、あるいは自立できて、住み慣れた地域で最後まで生活が継続できることが、市民にとっても自治体にとっても幸せなこ

とに違いありません。同市の要介護認定率は全国や埼玉県と比較しても低位で推移しており、その成果は数字でも確認することができます（<http://www.city.wako.lg.jp/var/rev0/0014/3512/201262213395.pdf> 第5期長寿あんしんプラン）。

同市の介護保険事業、そして地域包括ケアシステムへの取り組みの経過は、東内保健福祉部長の存在が、シンボリックに表現しています。東内氏は、2009年から2011年まで厚労省老健局に出向し、和光市での取り組みのノウハウをいわば国に移植した経験もあります。最後に、東内氏にお話を伺いました。

「和光市だから」ではない、 どこでもできる

和光市保健福祉部長
東内 京一氏

—— 介護保険にかかわられたのはいつからでしょう。

東内氏 2000年の介護保険創設当初からです。2000年に介護保険室に配属となり、その後、機構改革で高齢者福祉所管と介護保険所管を統合した「長寿あんしん課」に移行、その後、ずっとこの仕事に取り組んでいます。

—— 当時から、現在のような問題意識は持たれていたのでしょうか。

東内氏 介護保険室に異動する前に国保の仕事をしていて、医療費が毎年上がる一方、保険料は伸びていかない、このままでは社会保障制度が破たんするのではという思いがありました。そこに介護保険がスタートして、魅力的だと感じました。それは、介護保険においては、和光市の課題を抽出して、仮に当時、存在しないサービスでも新たに作り上げれば、その課題を解決できると考えたからです。大きく言えば地方分権への試金石だと感じていました。

—— どこにポイントを置かれていたのでしょうか。

東内氏 介護予防と在宅の強化です。これしかないと考えていました。それは、介護保険を第2の国保にはいけないという気持ちがあったからです。当時、医療にももちろん介護にも予防という考えはそれほどありませんでした。予防前置主義、これが大事だと関係各所を説得して回りました。その象徴的なことが、全国で最初に特別給付として取り組んだ配食サービスです。当時は、安否確認なども兼ねた週2回程度の配食でしたが、それを昼と夜の1日2回、365日のサービスへと組み替えました。

—— 措置に馴れた時代から大きな変化でしたね。

東内氏 だから徹底的に情報公開し、住民説明会も開催し、同時に色んなデータを数字や図として見せることに取り組みました。徹底した住民のニーズ調査に基づいて、和光市に今、そしてこれから必要となるサービスは何かを分析し、

ないものについては、どうすれば調達できるかを考えました。その結果、公で調達できないものは民にお任せする。その代わりに、市も介護保険の保険者として、責任を持って管理します。地域コミュニティケア会議を開催し、サービスの質や量が適正に提供されているのかもチェックします。

—— 和光市の特色のひとつがケア会議だといわれています。

東内氏 ケア会議のようなものは行政の役割だと思います。専門性の高いサービスを提供している人たちは、他の領域の情報も少ないですし、サービスの組み合わせ、補完といった点においては行政の役割があると思います。だから、ケア会議の席はいわば職員のOJTの場でもあるのです。どうすれば、全体最適を考えながら個々の住民のニーズに応じたサービスが提供できるか考える訓練の場でもあるのです。

—— 一方で、都心に隣接する和光市だから、そういう特別な環境だからという声も耳にしますが。

東内氏 承知しています。しかし、和光市の何倍もの人口を抱える都市でも、日常生活圏、中学校区程度に視点を置けば同じです。小さな単位に区分しそのなかでの仕組みを構築し、それをつなげていけばよいのです。一方、広いエリアに点在する住民を抱える地域は、政治的判断になると思います。新たな都市計画を作るのかどうかといった大きな選択に迫られることもあるでしょう。

—— 今後、地域包括ケアシステムに取り組む関係者にアドバイスをお願いできれば。

東内氏 ひとつは住民の生活の全体を見る、把握するという視点です。私たちは、医療だけで、介護だけで、あるいは食事だけで生活の全体が構成されているわけではありません。その人の日常生活を想像できれば、必要なサービスが見えてきます。それと、市役所で座って待っていて出てきた要望に応えるという受け身の行政では限界にきていると感じています。市民の課題は何か、それを調査し想像力を働かせ、課題を解決するという姿勢が重要だと思います。

—— ありがとうございます。

(文責：編集部)



医療法人社団 神戸国際フロンティアメディカルセンター
理事長 田中 紘一 氏



医療法人社団
神戸国際フロンティアメディカルセンター

2014年11月、神戸医療産業都市構想の一角を担う、肝・胆・膵の消化器専門病院としてスタートした神戸国際フロンティアメディカルセンター(通称、KIFMEC)。

その実現に粘り強く取り組んでこられた田中理事長にお話をうかがった。

さまざまな課題を克服してきた歴史

— 開院おめでとうございます。私も少し関わらせていただきましたが、ようやく診療がスタートできますね。

田中 本当によく開院にこぎつけた、たどり着いたというのが実感よ。この神戸の医療産業都市構想に参加してプランを練ったところから数えると、9年以上かかったからね。この間、いろんなことがあったけど、日本経営さん、特に山本さんにはお世話になったよ。

— そもそも、生体肝移植に取り組まれるきっかけについてお聞かせいただけますか。

田中 そりゃね、医師を志して、自分の道を選ぶとき、道しるべになるのは、患者さんとの出会いだよ。小児外科医として出発して、胆道閉鎖症、これは1万人に1人ぐらいの難病でなかなか治療がうまくいかなかった。当時はオーストラリアや、アメリカ、ドイツまで行って手術をしている状況だった。もし、「日本で移植ができるようになれば…小さいお子さんが小学校に行け、スポーツができ、結婚もできる」と思ったことがきっかけだった。ただ、当時は、日本全体が移植に対して、特に脳死が人の死かという課題があって、ましてや健康な人を傷つけることには反対意見も多かった。その中で私たちは、研究を重ね、この方法で進めようと決意と覚悟を持って1例目を手掛けた。その後は、もう、まっしぐらよ。

— 今までどれぐらいの手術を手がけられたのですか。

田中 ちょっともう数えてないわ。京都大学を出る時が1,054件、それ以降、国内海外を含めると、2,300件ぐらいだと思う。件数のことをよく聞かれるけど、患者さん一人ひとりと向き合って、いろんな手技を開発してきたことの方が誇りです。

血液不適合の手術も大人は最初20%程度の成功率だったが、工夫と開発を重ねて今は問題ないようになっている。4キロ、5キロの患者は負担が大きくなっていったけど、今では生まれたときから肝臓病になっている新生児にも適応可能になっている。ドナーの問題、レシピエントの問題、ご家族を含めた精神的なケアなどいろいろな難題にぶつかっては克服してき

た、これが私の歴史です。

1を得るために9の失敗を重ねる

— どうやったらそのように次々と課題をクリアし続けることができるのでしょうか。

田中 それは4つのCだよ。1つめはchallenge(挑戦)、2つめはcuriosity(好奇心)、そして3つめはcontinuity(継続性)、最後にconsistency(一貫性)です。

10取り組んだら、9は失敗だよ。1を得るには9つの無駄が必要。諦めずにそれでもやり続けるということですよ。あとは、志かな。有馬頼底さんとお話しした時に、「竿の先を見て歩きなさい」と「耕す」の2つを教えてもらった。先を見続けなさいということだと思ふよ。志があれば我慢もできれば努力もできる。

「耕す」の方は、基礎づくり。外科医でいえば糸結び。斜めに角度を変えて結んでみる、皮膚を縫ってみる、いろんなことを練習してきたし、今でも手技を磨いているよ。基礎は本当に重要で、基礎がしっかりすれば技術が高くなると同時に裾野が広がる、そうすると救える患者さんも多くなる。

基礎は知と感性なんだよ。最近の外科医は書物を読まなくなったが、源氏物語を読めば確実に力が上がる。

— 外科医に源氏物語ですか？

田中 そうだよ、だから感性も鍛え上げないといけない。いろんな本を読むとか、道端に咲いている花を綺麗だと思ったり。感性を磨いていけば、無意識のうちに知識がふとした時、お風呂に入っている時とかに、スーッと引き出されてくるんだよ。

ただ、医者がラッキーなのは、患者さんと出会える、鍛えられる機会をもらえる職業なんだよ。患者さんから悩みを打ち明けられ、それを共有する。医学的に治っても、患者さんの悩みは取れていない、こういうこともありうるんだよ。患者に寄り添う、患者さんと一緒に歩ける人が理想的な医者だと思ふよ。難しいけどね。

それと不思議なことね、真摯にやっていたら、必ず患者さんは集まってきてくれる。肝移植の時も、勉強して、勉強して、勉強していれば、ちょうどそのことで困っている患者さんが現れる。若い時に山陰地方に赴任したときもそうだった。

— 確か、島根県立中央病院でしたよね？

田中 そうそう、当時出雲市は7.7万人、医療圏でいっても

■ KIFMECのMission

- ・高度先進医療を安心・安全に提供する
- ・医療実地教育の場を提供し国際的な人材育成をする
- ・病院の国際化を助ける医療情報システムを創出する

医療法人社団

神戸国際フロンティアメディカルセンター

概要

〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町一丁目5番地1

■ 消化器内科、消化器外科、内視鏡外科、移植外科、腫瘍内科、内科、放射線科、病理診断科、臨床検査科、麻酔科

■ 病床数 120床 (うち、ICU6床)



15万人ぐらい。そんなところに、30才の小児外科医が行って、難しい症例を紹介下さいと言ってもちょっと難しいよね。でも、そこでヘルニアを5分でやります、と言ってお願いして、誰よりも綺麗に傷口を縫うことを心掛けた。そうするとやっぱり、たくさん脱腸の患者さんが来てくれて、脱腸以外もお願いするようになって、患者さんが増えていった。何でも、ひとつごとを大事にすることが大切だと思うよ。

目標はメイヨークリニック

— さっそく海外の患者さんも来られているようですが、なぜ海外にも目を向けておられるのでしょうか。

田中 昔は日本では移植ができず、欧米から学びながら、日本人の知恵と努力でようやく追いついてきた。ふと気づくと、同じように中東やアジアが困っている。それらの求めに応じていくのも、やはり医療に携わった者の役割だと思うんです。

— 技術的には比較的スムーズにいくものなのですか。

田中 冗談いっちゃいかんよ。海外はまだ医療に関するインフラが整備されてなくて、ものすごく時間がかかる。ウイルス学、輸血学…ひとつずつ、学んでもらう必要がある。こういうことを継続してやれるところが日本人のいいところだと思う。ひとつずつ積み重ねてきて、エジプトでは、2001年から肝移植を始めて国内で2,600件を超えてきた。KIFMECができたことで、これからは、エジプト、台湾、シンガポール等から医師や看護師を受け入れて育てていくことが決まっています。

— 神戸医療産業都市構想の理念でもありますね。

田中 メディカルクラスターも、移転した神戸中央市民病院を核として、専門性が高い病院が集まってきた。再来年には、県立こども病院が加わって、このクラスターに約1,500床が集まることになる。今後、アジアの医療拠点としてシナジー効果を生み出していくには、それぞれの病院が自立、

成長していくことを前提に、お互いの連携が重要になってきます。国際医療展開をキーワードに、これまでの患者の奪い合いというゼロサムの世界から、ポジティブサムの世界にしていきたい。そして、5年間で結果を出して、次の世代にバトンタッチしていきたい。あのMayo Clinicも幌馬車しか停まらないような町のクリニックとして出発して、今はあれだけの病院になっている。小さなことからコツコツと、というのは、皆同じ気持ちだと思います。

理想の医療を求め続ける

— 最後にこのKIFMECをどんな病院にしていかれたいですか。

田中 やはり、続けること、そして発展させることです。もうひとつあるとすれば、消化器疾患のオールマイティーな専門病院として、1つのモデルを示したい、という思いもあります。そのために、患者さん中心、チーム医療、学びながら成長するの3つを理念に掲げています。肝臓しかできないとか、腹腔鏡しかできないではなくて、ここに来れば消化器分野のオールマイティーな治療が受けられる、そんな病院です。

また、チーム医療をより実践しやすくするために、従来の職種ごとの組織ではなく、外来ケアサイクルユニット、消化器ユニット、肝胆膵ユニット、周術期ユニットの4つのユニット制にしています。そのユニットに医師も看護師もコメディカルも事務も入っています。そんな中で、外来ユニットでは、患者さんが亡くなるまでフォローしようということで、海外も含めて定期で連絡をすることにしています。

このユニット制を含めて、いろいろなアイデアが定着するには少なくとも3年はかかるでしょう。そりゃあ、理想だねとおっしゃる方もいるでしょうけど、私たちの病院はまだオギャーと産声をあげたばかりで、今は楽しみな気持ちでいっぱいです。

— 貴重なお話、ありがとうございました。

(文責：編集部 大池)

インドネシア ジャカルタ 医療戦略ツアー

はじめに

現在、ヘルスケア業界のグローバル化が急速に進んできています。日本も安倍政権のもと日本経済再生に向けて、第三の矢：新たな成長戦略（日本再興戦略）に戦略市場創造プランとして、医療の国際展開を行うことを明記しています。今後、さらに厚生労働省、経済産業省を中心に国際展開に向けた取り組みが加速することが予測されます。

このような背景の中、弊社では2014年9月21日（日）～24日（水）に「インドネシア ジャカルタ 医療戦略ツアー」を開催いたしました。ツアーの内容については、以下の通りです。

ツアー内容

9月22日	レクチャー① 視察① レクチャー②	「偕行会グループの海外戦略 ～インドネシアにおけるクリニック開設～」 「KAIKOUKAI CLINIC SENAYAN」 「インドネシアの基本的事項と経済情勢」（MUリサーチ&コンサルティング インドネシア）
9月23日	レクチャー③ レクチャー④、視察②	「インドネシアの国民健康保険制度について」（シナールマスMSIG生命） 「プレタメディカセンツール病院において」 「プレタメディカセンツール病院の概要について」院長 Mr. Dany Amrul Ichdan 「インドネシアでの取り組みについて」 神戸国際フロンティアメディカルセンター（KIFMEC）理事長 田中紘一先生

引用：グローバルノート・国際統計・国別統計専門サイト 2012年時点の指標

インドネシアと日本の比較

項目	インドネシア	国際順位	日本	国際順位
①名目 GDP	878,043 mil.US \$	16位	5,960,180 mil.US \$	3位
②名目 GDP（1人あたり）	3,557 US \$	137位	46,838 US \$	18位
③総人口	246,864 千人	4位	127,250 千人	10位
④15歳未満人口比率	29.27%	85位	13.11%	193位
⑤15～64歳人口比率	65.60%	94位	62.49%	123位
⑥65歳以上人口比率	5.13%	109位	24.40%	1位
⑦平均寿命	70.61歳	122位	83.1歳	2位
⑧総病床数	203,768床	11位	1,703,853床	2位
⑨医師数	76,523人	17位	292,039人	7位
⑩看護師数	235,496人	15位	1,344,388人	4位
⑪病床数（人口あたり）	0.83床/千人	39位	13.36床/千人	1位
⑫医師数（人口あたり）	0.31人/千人	38位	2.29人/千人	29位
⑬看護師数（人口あたり）	0.83人/千人	37位	10.45人/千人	10位
⑭平均入院日数	4.30日	36位	31.20日	1位

レクチャー①

「偕行会グループの海外戦略 ～インドネシアにおけるクリニック開設～」

日時：2014年9月22日（月） 9:00～11:00
講師：医療法人偕行会 川原 岳志 様

偕行会グループとは

偕行会グループは、愛知県名古屋市中心に4つの病院、16のクリニック、10の介護福祉施設、2つの画像診断クリニックを有しています。放射線治療機器やPET-CTをはじめとした高度機器を有する病院から透析クリニック、介護福祉施設に至るまで予防から治療、社会復帰まで含めた「総合的な医療」を展開しています。慣例にとらわれることなく新しいチャレンジを続けていく中で、今後の日本の医療マーケットの



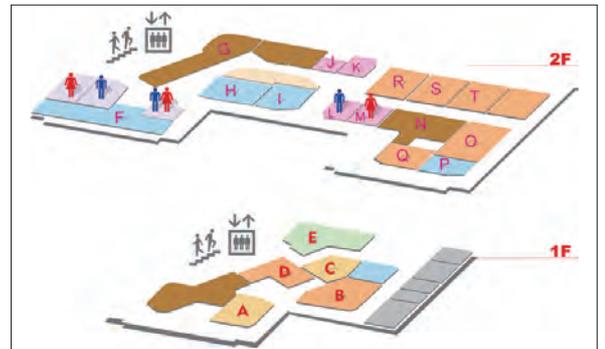
川原 岳志 様

縮小、一方、高い経済成長率を維持しているインドネシアの医療マーケットの拡大を見据えて、日本法人として初めてインドネシアに進出し、「カイクウカイクリニック スナヤン」を開設しました。日本で培ったノウハウをインドネシアの首都ジャカルタで提供し、医療水準の底上げに努めています。



ザ・スルタン・ホテル・ジャカルタ内での講演風景

「カイクウカイ クリニック スナヤン」フロア概要



- (1階) A. VIP待合室 B. VIP診療室 C. 炭酸泉室
D. 受付、会計 E. 薬局
- (2階) F. ラボラトリー G. 外来、健診受付 H. X線透視室
I. レントゲン室 J. 授乳室 K. キッズルーム
L. 男性更衣室 M. 女性更衣室 N. 検査室
O. 点滴・処置室 P. 超音波・心電図室
Q. 健診診察室 R. 診察室1 S. 診察室2 T. 診察室3
(偕行会グループ HP より)



KAIKOUKAI CLINIC SENAYAN 入口での集合写真

レクチャー②

「インドネシアの基本的事項と経済情勢」

日時：2014年9月22日(月) 15:30～17:00
 講師：MU Research and Consulting Indonesia アドバイザー
 玉井 啓介 様

インドネシアは、現在、人口約2.5億人(世界第4位、ASEANトップ)で、今後3.0億人になることが予測(毎年平均300万人程度のペースで人口増)されています。300程度の民族で構成される多民族国家ながらも、争いを好まず、親日的です。消費者信頼感調査では、2年連続世界一(=世界で一番自国の将来成長に期待しているということ)で、借入金をして返済できると確信



MUFGジャカルタ支店内での講演風景

インドネシアの概要

項目	内容
国土	■南北1,888km、東西5,110km(アメリカ本土とほぼ同じ幅)。 陸地面積約189万km ² (日本の約5倍)。 ■大小合わせて約13,500(2011年政府調査)の島からなり、そのうち約6,000の島々に住民が居住。国土の約60%が森林地帯。128の火山(内78が活火山)。
人口	■約2億4,400万人(2012年推定)。中国・インド・米国に次ぐ世界第4位。 世帯数は約5,900万戸。 ■1997～2012年で人口約23%増加。 ■国土面積7%を占めるジャワ島に全人口の6割弱が集中。
民族	■マレー系が大半で、300程度の民族より構成される(ジャワ族約40%、スンダ族約15%、バリ族約13%、マドゥラ族・中華系各3%程度)。 ■一方で経済の70～90%は華人が握っていると言われている。
宗教	■イスラム教徒のシェアは、人口の9割弱と推定されている。 ■信仰の自由が保証されており、キリスト教、ヒンズー教がイスラム教勢力を上回っている地域もある。

引用：MUFGジャカルタ支店 国際業務部アジア業務開発室「インドネシアの投資環境及び日系企業の動向」

しているため、稼いだお金はすべて使うという考えで、消費意欲が高く、内需が成長を牽引しています。リーマンショック時(2009年)での経済成長率4.63%を維持しており、近年では6%前後の成長率で推移している状況です。

レクチャー③

「インドネシアの国民健康保険制度について」

日時：2014年9月23日(火) 9:00～10:00
 講師：Sinarmas MSIG 武田 直樹 様、寺田 健 様

インドネシアの医療保険制度には、おもに民間企業労働者が加入する「労働者社会保障制度」(JAMSOSTEK)、貧困者向けの「社

インドネシアの医療保険制度

	JAMSOSTEK	JAMKESMAS 及び JAMKESDA	ASKES	ASABRI	その他の民間医療保険
対象者	民間企業の労働者	貧困者等	公務員等	軍人及び警察官	任意加入
加入者数	2.1% (483万人)	JAMKESMAS : 32.3% (7,640万人) JAMKESDA : 13.5% (3,190万人)	7.4% (1,740万人)		7.7% (1,820万人)
財源	保険料方式 ^(※1) 雇用主負担：3% 又は6% ^(※2) (政府負担なし)	税方式 1人1月あたり 5,000ルピアを 政府が拠出	保険料方式 ^(※1) 本人負担：2% 政府負担：2%		—
備考	本人、配偶者及び 21歳未満の子供 3人までが対象	JAMKESDAは 地方政府による 貧困者向け 医療保険	本人、配偶者及び 21歳未満の子供 3人までが対象。 自営業者、民間企業 の労働者も 任意加入可。	—	—

※1：保険料は、標準報酬月額を基に計算される。※2：JAMSOSTEKの雇用主負担は、労働者が独身か既婚者であるかにより分類され、独身の場合は標準報酬月額の3%、既婚者は標準報酬月額の6%を負担する。

引用：厚生労働省 2011年～2012年 海外情勢報告

会健康保障制度」(JAMKESMAS)、地方政府による貧困者向けの医療制度(JAMKESDA)、公務員向けの「公務員医療給付制度」(ASKES)、軍人及び警察官向けの「軍人社会保険」(ASABRI)などがあります。現在は、全国民を対象とした国民皆保険となっておらず、保健省の統計によると、2011年現在の国民全体の医療保険加入率は63%、残りの37%が無保険者となっています。

そのため、2014年1月より国民皆保険の前提であるBPJS(Badan Penyelenggara Jaminan Sosial)制度が発足しました。BPJSにより2019年1月までの5年間をかけて国民皆保険制度(JKN:Jaminan Kesehatan Nasional)に移行し、2019年までにインドネシアの全国民をカバーできるように計画しています。しかし、全国民をカバーする制度を構築するには、実態として現在の医療施設の供給量では病院側が患者を受け入れられません。また、政府からの病院への支払いが平均で3カ月後、遅いときは6カ月後にもなることがある中で、医療提供体制の整備と財源確保は大きな課題となりそうです。

レクチャー④

「プレタメディカセツール病院の視察及びレクチャー」

日時：2014年9月23日(火) 13:00～16:00
 テーマ「プレタメディカセツール病院の概要について」
 講師：院長 Mr. Dany Amrul Ichdan
 テーマ：「インドネシアでの取り組みについて」
 講師：神戸国際フロンティアメディカルセンター(KIFMEC)理事長
 田中 紘一 先生

インドネシアでは、近年は中間層(15歳-64歳人口)が増加してきており、疾病構成も糖尿病が増えるなど変化してきています。2020年には、中間・富裕層が2012年の2倍に相当する1億4,100万人に倍増する見込みとなっています。

一方でインフラが整備されていないこと(病床数が少ない、人材不足など)、一部の超富裕層(華人等)が経済を握っていることから、前述したとおり2014年から国民皆保険制度の仕組みをスタートさせていますが、まだまだ時間を要する取り組みになりそうです。し



プレタメディカセツール病院内の講演風景



田中 紘一先生を囲んで

プレタメディカセツール病院の病床

クラス別の病床は以下の通り。※以下の合計病床数：84床。他にICU等。

① President Suite (1床)	2,050,000Rp (約20,500円/日)
② VVIP (3床)	1,550,000Rp (約15,500円/日)
③ VIP (20床)	950,000Rp (約9,500円/日)
④ Kelas I (14床)	600,000Rp (約6,000円/日)
⑤ Kelas II (16床) ※8人部屋×2	400,000Rp (約4,000円/日)
⑥ Kelas III (30床) ※6人部屋×5	175,000Rp (約1,750円/日)

かし、インドネシアは潜在成長力も大きく、将来大きなヘルスケア市場になる可能性の国であることを感じました。

(執筆担当 池田修)



階層別役割責任に基づくキャリアパスの活用① 組織体制の整備を踏まえて

本号からは、これまでの組織体制の整理方法を踏まえて、キャリアパスの活用方法について紹介していきます。

(1) 介護福祉業界における キャリアパスの現状

介護福祉業界におけるキャリアパスの歴史は、平成21年度の介護報酬改定により介護職員の処遇改善が打ち出されたことがその始まりといえるでしょう。同年10月からは、介護職員処遇改善交付金が制度化され、さらに、平成24年度の介護報酬改定においても、介護職員の処遇改善については、「介護職員処遇改善加算」が新設され継続されています。これら介護職員処遇改善交付金、介護職員処遇改善加算ともに、その要件として打ち出されたのがキャリアパスです。

しかし、キャリアパスの導入・運用の目的は、各法人・施設によってさまざまです。残念ながらキャリアパスは、加算を算定するための基準として捉えられているケースが少なくありません。また、実態としては、形式を整えることで対応しているケースが多いのではないのでしょうか。

社会的な課題として指摘されてもいる介護職員の「処遇改善」ですが、法人によっては、「サービス提供の対価として得られる利用料収入が現状維持もしくは減少していくなかで、職員の処遇

改善を継続していくことは難しいのではないか」という疑念をもつところもあるようです。だからこそ、既存事業を中心に、収益の最大化を通じて職員の処遇改善を実現していくという好循環サイクルを仕組み化していくことが求められるのです。

加算の申請のみに目を奪われるのではなく、地域の方々にとって今まで以上になくはならない法人・施設として成長しなければなりません。この連載で解説してきたように、理念・方針・行動指針を元に組織体制のあり方を見直したうえで、職員にとって階層別の役割責任の遂行がイメージしやすいキャリアステージを構築していくことが重要になります。

キャリアパスについては、第99回 介護給付費分科会（H26.3.27）の資料で、「『昇給または昇進・昇格要件の明確化』、『賃金体系等の人事制度の整備』を実施していない割合が高くなっており、キャリアパスの確立に向けた取組みについては依然として改善の余地がある」と指摘されています。さらに、上記を踏まえて、第115回介護給付費分科会（H26.11.19）の資料の中には、平成27年度介護報酬改定に向けた処遇改善の論点として下表のような記載があります。

内容からは、基本的には介護職員の処遇改善を推進していくために、現行加算は継続していく方向性にあると思われれます。ただし、先に指摘したように、

図表 介護職員処遇改善加算の見直し

論点1

介護職員処遇改善加算について、処遇改善が後退しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を対象とし、更なる上乗せ評価を行うための区分を新設してはどうか。

対応策

- 現行の介護職員処遇改善加算（以下「処遇改善加算」という）を維持しつつ、更なる資質向上の取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所を手厚く評価を行うための区分を新設してはどうか。
- 具体的な要件としては、処遇改善加算では、加算取得のキャリアパス要件として、
①職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系を整備すること、
又は
②資質向上のための計画を策定して研修の実施又は研修の機会を確保すること、**のいずれかを満たすこと**を求めるとともに、「定量的要件」として、賃金改善以外の処遇改善への取組の実施を求めているが、**現行のキャリアパス要件①と②の両方の整備を求めることとしてどうか。**
- また、新設区分の定量的要件は、**積極的に賃金改善以外の処遇改善への取組を実施していることを確認するため、近年に新たに実施した取組の記載を求めてはどうか。**
※現行の定量的要件は、平成20年10月から現在までの取組内容を1つ以上記述することとなっている。

対応策のイメージ図

	新設の加算	現行の加算Ⅰ	現行の加算Ⅱ (現行の加算Ⅰ×0.9)	現行の加算Ⅲ (現行の加算Ⅰ×0.8)
策定要件	キャリアパス要件① 及び キャリアパス要件② と新たな定量的要件を満たす	キャリアパス要件① 又は キャリアパス要件② と既存の定量的要件を満たす	キャリアパス要件① キャリアパス要件② 既存の定量的要件 のいずれかを満たす	キャリアパス要件① キャリアパス要件② 既存の定量的要件 のいずれも満たさず

資料出所：介護給付費分科会第115回（H26.11.19）



加算取得を主目的とした形だけのキャリアパスが少なくない実態を踏まえ、更なる資質向上、雇用管理の改善、労働環境の改善に繋がる取組みが、今後より一層求められるはずです。また、各法人・施設もそのように変わっていただきたいと思えます。

(2) キャリアパスの現状課題の要因

キャリアパスの課題は以下の3点の要因に整理できます。

- キャリアパスの本質的定義から見た要因
- キャリアパスの内容から見た要因
- キャリアパスの運用方法から見た要因

1) 本質的定義から見た要因

キャリアパスは、「各職員に対して『今の自分』と『将来の自分』を目に見える状態にすること」と定義づけられます。ここでいう「状態」とは、「何が期待されているのか」、「そのために何をしなければならぬのか」、そして、結果として「どう報われるのか」の3点を指します。その中でも、まず「何が期待されているのか」を示すことが重要です。ここで示すべきは、階層ごとの役割であり、大枠はこれまでに本連載で解説した組織体制の項目で紹介しています。現状は、キャリアパスがどのようなもので、何を明確にしなければならないのが理解されていないことが多いようです。したがって、各法人・施設でキャリアパス作成の目的を明確にしていくことが重要になります。

2) 内容から見た要因

介護給付費分科会では、キャリアパスの要件として、①どのようなポスト・仕

事があるか、②ポスト・仕事と能力・資格・経験等との対応、③ポスト・仕事と給与水準の対応—が示されていますが、具体的な内容までは示されていません。キャリアパスのサンプルとして、各関係機関からさまざまな資料が公開されています。しかし、サンプルに目が奪われ、どのように作りこむべきなのかが理解できていないまま、公開されているサンプル資料をそのまま流用してしまっていることも多いようです。

キャリアパスでは、「どのような人材を育成・定着させていくか」を明確にするとともに、キャリアステップの道筋を具体的に示していくことが重要です。そのためには、組織体制の整備が必要であり、階層別の役割・責任から掘り下げた具体的な業務内容の整理と、キャリアステップ要件を明確にすることで、効果的なキャリアパスが完成します。

3) 運用方法から見た要因

キャリアパスを作成しても、事務室に保管・掲示しているだけでは、まったく意味がありません。キャリアパスの定義として、「各職員に対して『今の自分』と『将来の自分』を目に見える状態にすること」と述べましたが、大切なことは、職員一人ひとりがどのように自分の将来を描くかです。職員に自分の将来を描かせることなく、一方的に職場のキャリアパスだけを提示してもうまくいきません。職員自身が思い描くキャリアステップの内容を実現するために、職場の中でどのようなことを習得していけばよいのかをイメージさせることが重要です。

キャリアパスは文書化して整理するだけでは意味がありません。整理した

一覧を元に、各職員のキャリアステップへ活かすことが重要です。キャリアパスも組織体制と同様に、研修会・説明会等の機会を通じて、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なのです。

内容そのものについては、組織体制の見直し状況に応じて整理していく必要があります。キャリアパスの運用で最も重要なことは、職員自身が自分のキャリアを考える機会をつくることです。法人・施設側から一方的にキャリアパス一覧を提示するだけでは意味がありません。重要なのは、職員に自分自身の1年後、3年後、5年後、10年後の将来像を具体的にイメージさせていくことなのです。

それは、仕事の内容だけに限定するものではありません。家族のこと、自分の趣味のこと、自分自身の人生についての将来展望を考える機会を提供することです。そのうえで、本人のキャリアを法人・施設でどのように実現していくのかを一緒に考える機会（キャリア面談）を設けてください。入職時はもちろん、マンネリ化しやすい入職3年目・5年目・10年目と、節目のタイミングでキャリア展望を見直す機会を設定しましょう。それにより、キャリアアップを職員に促すことができるとともに、職員が所属組織の中での自分自身のキャリアについて考える機会ができます。

ぜひとも形だけではなく、組織体制の整備を踏まえたキャリアパスを構築することで、職員の育成・定着につながる仕組みとして有効活用してください。次回以降も引き続きキャリアパスの整理方法についてご紹介します。



「失敗を恐れず、20年先を見据え挑戦！」

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



前号で、「生涯現役」という私の目標を紹介させていただきました。実現できれば、本当に幸せなことだと思いますし、これからの後半の人生は、この目標の達成に向かって全力で取り組んでいきます。私はこの12月で代表取締役会長職を卒業させていただきましたが、ありがたいことに、この年になっても夢を抱いて前進していく幸せに恵まれました。多くの方々に、この場をお借りして、改めて感謝申し上げたいと思います。

日本経営グループは、ヘルスケアの世界に市場を求め、相応の成果を上げてきました。これもひとえにお客様のご支援と社員の皆様の努力の成果だと思っています。日本経営グループは、これからますます発展を遂げていくものと期待しています。しかしここであえて苦言を述べさせていただくと、グループの将来を担う若い方々に、冒険心が薄らいできているように感じられるのです。

現在の社員数、事業規模は、私が菱村総合税務会計事務所に入社したところと比べれば200倍の規模になっています。当時の事務所は、菱村所長以下、しゃにむに働いていました。とにかく前へ前へだったのです。仕事上の向う傷は問わないといった雰囲気もありました。後ろからバッサリと切られるよりは正面から体当たりして傷でも負ってこい、といった状況でした。

だから社員も決して現状に安住するのではなく、常に冒険を求めて外へ向かっていました。平井副社長は30歳をわずかに超えたところに1年間の海外留学を経験し、

先行した丹羽副社長は20代前半という実社会の経験も乏しいころにBIG4と呼ばれる国際的監査法人に出向しています。いずれも海外留学は不安だらけだったと思いますが、この20年前の経験が今に生きているのです。丹羽副社長が海外出向したころは、社員数もわずか40名程度でした。その程度の規模でありながら、若い社員を海外に送り出すという文化がすでにあったのです。

おそらく他の会計事務所であればそんなことはなかったでしょう。教育者としての一面を、当時から色濃く持っていた菱村所長だったからこそだと思います。私のような者が社長、会長を無事務めてこられたのも、教育に対する惜しげもない投資のおかげだと感じています。そして、そういった文化は、いまま日本経営グループに脈々と息づいているはずです。

人間、誰も失敗はしたくありません。しかし、失敗を恐れるあまり萎縮してしまい、冒険心をなくしてしまっただけではいけません。若い社員諸君には、2～3年、あるいは3～4年といった短期で物事を考えるのではなく、10年先、20年先を見据えた取り組みを行ってほしい。人間の若さというのは単に年齢だけで推し量れるものではありませんが、間違いなく多くの時間を所有しているのが若者なのです。若い時代の失敗は必ず取り返すことができます。

このことを日本経営グループの若い社員の方々に送り、
 欄筆いたします。 (終わり)

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：人材育成

すべての組織、企業にとって永遠の課題である人材育成。新たな市場や商品、サービスを開発し、企業、組織の隆盛をもたらすのも人であり、持続性の最大のキーワードでもある。日本経営では、設立当初から人材育成を最大の経営課題と位置づけ、取り組んできた。自社だけでなく外部の人材も受け入れ、育成に取り組んできた事例の一端をご紹介します。

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
 本社 東京都千代田区神田河町2-11-13
 編集部 東京都千代田区神田河町2-11-13
 編集者 藤澤功明
 TEL 03-5255-9171
 FAX 03-5255-9171
 定価 500円(税、送料込)