

## 会内議論を深化させるためのタスクフォースを新設

2018年度の診療報酬改定、第7次医療計画の策定、地域医療構想、医師の働き方改革など、課題が山積みのこの時期に全日本病院協会(全日病)の会長に就任し、まず取り組むべきと考えたのは、全日病の方針や政策提言の決定に際して十分議論を重ね、会員病院はもちろん、行政や医療関係者などに向けて情報発信のできる体制を整えることだった。

そこで会長、副会長、常任理事の総勢11人で構成する「タスクフォース(TF)」を新設。従前の常任理事会、理事会は、審議会の動静報告に多くの時間が割かれていたが、TFで事前に論点を整理し、その結果を報告する仕組みに改めたことで、討議時間の確保が可能になった。

一方、地域医療構想や医療費適正化計画、国民健康保険の財政運営主体の移行などにより、都道府県の権限強化が進められるなか、都道府県ごとに設置された全日病支部の意見を中央に集約し、組上に載せることがこれまで以上に重要になっている。地域医療構想に関する協議の場となる地域医療構想調整会議の運営は、その最たる例だろう。都道府県の対応に差があることが耳に入ってきており、今後、各地の実情を把握したうえで、全支部の担当者を集めての研修会の開催を予定している。

## 地域に根ざした民間中小病院が担うべき機能とは

地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化と連携で特に問題なのが、例えば公立病院同士の合併の際に、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を設置して合併前と同じ病床数を維持しようとするケースだ。これでは病院内で医療が完結してしまい、地域での機能分化・連携など到底成し得ない。

公立・公的病院は今後、病院の現状や課題、将来担うべき役割などを定めた改革プランを策定することになるが、その際に地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬があってはならないとガイドラインなどに明記されている。

つまり、調整会議の決定が最優先されることになるので、前記の公立病院同士の合併で生じうるような事態を回避するためにも、会議の場で、「公立病院と公的病院は高度急性期と急性期を担ってください。回復期リハや地域包括ケアは、地域に根ざした私たち中小病院が担います」という話し合いをしていく必要があると考えている。

## FOCUS

# 「情報発信・収集機能を強化して難局に立ち向かう」



公益社団法人 全日本病院協会  
会長  
猪口 雄二

## 次回改定では地域包括ケア病棟が焦点の1つに

2018年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟の評価が焦点の1つになるとみている。地域包括ケア病棟は現在、在宅復帰支援、急性期医療を終えたポストアキュート患者の受け入れ、在宅などからのサブアキュート患者の受け入れ—の3つの役割を担う病棟と位置づけられているが、サブアキュートには救急に近い状態の患者もいる。そうした人たちと、急性期後のリハビリを中心とした人たちの治療とを分けて評価する考え方には賛同ができる。

また、次回改定での全面見直しは難しいが、財政制度等審議会の建議でも指摘された、入院基本料のあり方も論点になるだろう。全日病が所属する日本病院団体協議会の要望書でも、看護職員配置だけに着目した現在の報酬体系から、患者の状態像や病棟の機能に応じた評価への転換を求めているところだ。

状態像の評価指標としては、「重症度、医療・看護必要度」があるものの、患者の本当の姿を表しているとは言い難い。例えばDPCデータやレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、この手術や治療の対象患者が何パーセントいる病棟は、7対1入院基本料の算定対象にする、といった方法が考えられるだろう。

医療と介護の連携では、特別養護老人ホームにおける看取りが重要テーマになると認識している。こうした場面で、医師が常駐し、24時間対応が可能な中小病院が果たせる役割は大きく、報酬上の評価の有無に関係なく、日頃から地域の特別養護老人ホームと連絡が取れる体制を整えておき、入所者が人生の最終段階を迎えた際には、本人や家族の意向に添って、施設内での看取りや入院治療に臨機応変に対応する。そうした、緩やかな連携体制の構築が、これから到来する超高齢多死社会において、より一層、求められるようになるだろう。

# 2018年度診療報酬改定に向けた最新動向を徹底解説!



中央社会保険医療協議会は8月9日の総会で、2018年度診療報酬改定に向けた1巡目の議論を終えた。そこで入院医療（病床機能別）と外来／在宅医療別で、これまでに示された論点を整理し、今後の議論の行方を予測してみることにする。

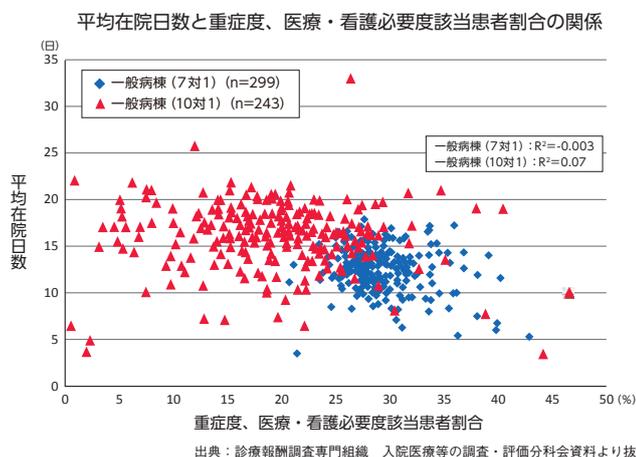
## 1. 入院医療

### (1) 高度急性期／急性期（7対1・10対1病棟、DPC）

2025年度の地域医療構想実現に向け、厚生労働省は、全国的に過剰傾向とされる高度急性期・急性期病床から、不足傾向とされる回復期病床への転換を促進するかのように【7対1一般病棟入院基本料】について、算定要件の厳格化を図るものとみられる。

厚労省は3月の総会において、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合と平均在院日数、看護職員実配置数当たり病床数の分布や、DPCデータの1日当たり包括範囲出来高点数、効率性指数（在院日数短縮化の努力を評価する指数）、複雑性指数（患者構成の差を評価する指数）などで、7対1届出病院と同等の水準の10対1届出病院が存在することを示す資料を提出（図1）。

これを受けた議論では、10対1病棟と同程度の機能の7対1病棟は回復期リハビリテーション病棟や、地域包括ケア病棟への転換を診療報酬で後押しすべきとの考えから、支払側委員が該当患者割合の基準（25%以上）の引き上げを求めたが、診療側は前回改定でも15%以上から25%以上への引き上げが行われたことに触れ、「改定からわずか1年での見直し論議はあまりに拙速」と反対姿勢を示している。



■図1 7対1、10対1病棟の機能が重なっていることを示す図表

### ①重症度、医療・看護必要度（評価項目）

2016年度改定では、「重症度、医療・看護必要度」のA、B項目の一部見直しとC項目の追加が実施された。測定は毎日行わねばならないため、病院関係者はこれらの見直しで、実際に測定を担当する病棟看護師の業務負担が増大したと問題視している。また、そもそも論として、患者の病状や病態像を適正に反映した基準とは言い難いとの意見も根強くある。

7対1入院基本料に限らず、入院基本料全般を、現在の看護職員配置に着目した報酬体系から、患者の状態像に応じて報酬を配分する体系に転換していく方向については、支払側・診療側委員の意見はおおむね一致をみており、その際の基準として活用することも視野に、見直しに向けた議論が今後加速することになるだろう。ただ、時間的制約もあることから、抜本的な見直しが行われるのは、次々回以降の改定になるとみられる。

診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」の8月29日の会合では、将来の置き換えも視野に入れながら、「重症度、医療・看護必要度」の測定項目とDPCデータの相関の検証をすることが、厚労省から提案され、大方の委員の賛同を得た。

厚労省が提案したのは、①重症度、医療・看護必要度のB項目（ADL）とDPC提出データの「様式1」（カルテからの匿名化情報）のADL関連データ②A項目（創傷処置や心電図モニターなどのモニタリングと処置）・C項目（手術など）とEF統合ファイル（医科点数表に基づく出来高点数情報）との相関の検証。

①と②の両データは相関関係にあると言える一方、▽重症度、医療・看護必要度は毎日測定するが、DPCデータは3か月に1度の提出▽薬剤の使用量や処置の使用目的、手術の評価期間などで測定の定義が異なる部分がある一などの相違点がある（図2）。このため厚労省は、両者を必ずしも1対1で対応させるのではなく、DPCのデータ項目を複数組み合わせたり、一定の条件を設定したりすることで、重症度、医療・看護必要度との置き換えが可能か、評価の妥当性や基準値の相関などを検証することを分科会に提案している。



## 重症度、医療・看護必要度と報酬区分との相違

### ■ 定義の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで定義する内容が違う場合がある。

例1)	重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-3	点滴ライン同時3本以上の管理	G004 点滴注射
	持続注入による薬液を3本同時に使用し管理した場合に該当	1日当たりの総量に合わせて算定

→点滴3本を同時に使用したかどうかは、請求システムから把握できない。

例2)	重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
A-7	専門的な治療・処置 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	薬剤の算定(抗血栓塞栓薬(注射剤))
	血栓・塞栓が生じている(疑われる)急性疾患の患者に対し、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的とし、持続的に投与した場合に該当	抗血栓塞栓薬を処方した場合に算定

→急性疾患が使用目的に合致しているか、持続的な投与かどうかは、請求システムから把握できない。

### ■ 該当日の違い

重症度、医療・看護必要度と報酬区分とで該当する日が違う場合がある。

例3)	重症度、医療・看護必要度項目	報酬区分
C-16	開頭手術	K169 頭蓋内腫瘍摘出術
	術当日より7日間該当	手術を実施した日に算定

→請求システムから把握する場合、評価される日が算定日のみになり、評価の該当期間とずれる。

出典：診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会(平成29年度第6回 8/24)《厚生労働省》

## ■ 図2 重症度、医療・看護必要度と報酬区分との相違

### ②重症度、医療・看護必要度(報酬上の活用方法)

重症度、医療・看護必要度は、診療報酬上の活用方法も論点となっている。7対1入院基本料で、重症度、医療・看護必要度は、基準該当患者が25%以上いなければ、7対1の届出そのものがない「カットオフ」の基準値になっている。これに対して10対1入院基本料では、加算の基準に使われ、該当患者割合(12%・18%・24%)に応じて3段階で加算点数(看護必要度加算)が設定されている。同じ基準でありながら、全く違う利用のされ方をしていることから、厚労省は、医療ニーズや診療実績をより反映することができるような活用方法を検討することを論点に位置づけている。

具体的な議論はこれからだが、7対1同様、10対1についても、カットオフとしての基準に改める方向で検討が進んでいく可能性が考えられる。

### ③DPC制度の見直し

DPC制度では2018年度改定に向け、▽医療機関群の名称変更▽機能評価係数の見直し▽調整係数の機能評価係数への置き換えに伴う激変緩和措置一などが論点になっている。

DPC病院には、▽I群(大学病院本院)▽II群(大学病院本院に相当する高機能病院)▽III群(I、II群以外)一の3区分があり、区分は現行のまま維持するが、名称は「病院の格付けのような印象を与える」との意見が多かったことから、変更する方向。現時点では、対象病院が最も多いIII群を標準的なDPC病院という意味の「標準群」とし、I・II群は「特定病院I・II」または、「大学病院本院」、「特定病院群」とする案が浮上している。

DPC包括部分の報酬は、診断群分類ごとに定められた1日当たり点数に入院日数と医療機関別係数(基礎係数+調整係数+機能評価係数I+機能評価係数II)を乗じて算出する。機能評価係数IIは、さらに8つの係数(保険診療、効率性、カバー率、救急医療、地域医療、後発医薬品、複雑性、重症度)に分類される。このうち重症度係数は廃止。後発医薬品係数

は、出来高点数を係数化した「機能評価係数I」に組み換えることが決まっている。

質の高いDPCデータの提出や病院情報の公表などを評価する「保険診療係数」について厚労省は、減点基準を厳格化し、▽部位不明・詳細不明コードの使用割合を10%以上に見直す▽未コード化傷病名の割合を2%以上に見直す▽コーディング不一致を評価項目として活用しない一ことなどを提案。

病院情報については、年齢階級別退院患者数など7項目を公表した場合に係数を加算する現行の枠組みを維持するとともに、個別項目に関しては、▽診断群分類別患者数等、診療科別主要手術別患者数等は上位3項目の記載を必須とし、5項目までの記載を可能とする▽成人市中肺炎の重症度別患者数等は臨床で用いられている分類に沿って見直す一という考えを示している。I群病院の指導医療官の派遣実績に対する加算評価は

廃止、精神科診療に対する評価は保険診療係数ではなく、地域医療係数で評価することになる見通し。

地域医療係数は、医療計画の5疾病5事業関連の診療体制を評価する「体制評価指数」の12の評価項目を地域医療確保のための取り組みが反映されるように、再整理する。

なお、8係数には現在、財源が等分に割り当てられているが、I・II群の病院は、各病院群に求められる機能や評価に応じて各係数への財源配分を変える「重み付け」の導入を検討したが、見送りが決まった。

## (2)回復期

### ①地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料の見直しは、次回診療報酬改定の目玉の1つと言っても過言ではないだろう。地域包括ケア病棟は、▽急性期医療を終えた患者の受け入れ(ポストアキュート機能)▽在宅・生活復帰支援▽在宅などからの緊急時の受け入れ(サブアキュート機能)一の3つの機能を担う病棟と位置づけられている。

これまでの議論では、急性期を終えた患者と在宅などから直接受け入れる急変患者とでは、治療にかかる手間が違うとして、評価を区分する方向で検討が進められている。

入院医療等の調査・評価分科会に提出された、入棟前の居場所別データでは、在宅からのサブアキュート患者は、同じ病院または他病院の7対1、10対1病床からのポストアキュート患者に比べ、状態が安定している患者が少なく、検体検査、生体検査、CT・MRIの実施割合が高いことが明らかになっている。

このため、入院医療等の調査・評価分科会では、より手間がかかるサブアキュート患者を受け入れた場合の評価を手厚くするべきという点で意見の一致をみているものの、評価を区分することについては、「地域包括ケア病棟という基本は一緒であるのに分けるのは好ましくない」などと主張する病院関係者の声もあり、加算での上乗せ評価となる可能性もある。

また、診療所や中小病院関係者と大病院関係者の間で意見の隔たりがあるのが急性期病棟と地域包括ケア病棟を併設する病院の取り扱い。地域包括ケア病棟は7対1、10対1病棟からの転換が多いが、診療所や中小病院関係者は、これらの病棟を持つ比較的規模の大きな急性期病院が、地域包括ケア病棟を持つことを快く思っていない。病院内で急性期から回復期までの医療が完結してしまい、地域における病院間の機能分化が進まないというのが反対の理由だ。これに対して、大病院関係者は、病院数が少ない地方都市では、大病院が急性期から回復期、慢性期までを担わなければ、住民のニーズには応えられないなどとして、500床以上の病院やICUなどを備える病院について、地域包括ケア病棟の設置を1病棟のみに制限する現行基準の緩和を求めている。こうした点に、どのように折り合いをつけていくのか、今後の議論の行方が注目される。

## ②回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折などの患者に対して、寝たきり予防と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うことを評価する報酬だ。前回2016年度改定でアウトカム評価が導入され、リハビリテーションの効果が一定水準に達しない場合は、疾患別リハビリテーションの出来高算定が6単位までに制限されることになった。

1～3までの3つの区分があり、1と2については、自宅退院の割合や退院時のアウトカム評価などの基準が設定されているが、最も報酬が低い3にはこうした基準が設定されていないという課題もある。このため中医協・総会では、3を含む回復期リハ全般について、▽できるだけ早期からの集中的なリハビリテーションの実施を推進するような評価のあり方▽リハビリテーションの提供量だけでなく、アウトカムに着目した評価のあり方の2点が論点として示されている。

## (3) 慢性期

### ①療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料のうち、看護配置25対1の療養病棟入院基本料2は、2018年3月末で医療法の看護配置基準（4対1、診療報酬での基準に換算すると20対1）よりも緩い配置を認める経過措置が終了するため、何らかの対応策を講じなければ、次回2018年度改定をもって廃止となる。

中医協の支払側・診療側双方の委員とも、将来的に廃止していく方向については意見が一致しているが、実施時期については意見が割れている。診療側は改正介護保険法で、6年間の経過措置延長が決まった、介護療養病床と同様の対応を要求。支払側は診療報酬上での評価は次回改定で廃止することとして算定医療機関の意思決定を促し、介護医療院や介護施設への移行する場合は何らかの経過措置を設けることを提案しており、現時点では結論に至っていない。

もう1つの焦点となるのが、医療区分とADL区分の見直しだろう。療養病棟入院基本料は、それぞれ3つある医療区分とADL区分との組み合わせに応じて9段階で報酬が設定されているが、患者の状態像や提供される医療の内容で重複する部分があることがわかっている。

このため厚労省は、入院患者のデータ分析が可能になるような取り組みを進めたい意向を示している。2014年度診療報酬改定では、療養病棟もDPCデータを厚労省に提出した場合に算定する、「データ提出加算」の対象病棟に追加されたが、実際に届出を行っている病床は全体の25%程度に止まっており、今後、こうした取り組みが、さらに加速されることになるだろう。

## ②認知症疾患治療病棟入院料

認知症疾患治療病棟は、その名が示すように認知症の治療に特化された精神科の病床。包括払い方式の報酬が設定され、入院期間が30日、60日を超えた時点でそれぞれ減額される仕組み（通減制）が導入されている。

厚労省は、今後も認知症高齢者の増加が見込まれることを考慮すると、これまで以上に効果的な認知症の入院医療提供体制を整える必要があるとし、認知症疾患治療病棟入院料の見直しの方向として、▽行動・心理症状（BPSD）や身体合併症がある認知症患者への対応のあり方▽入院日数などの実態を踏まえた退院支援のあり方▽介護サービスとの円滑な連携の推進の一の検討を求めている。

## (4) 入退院支援

入院料全般に関わる横断的な課題に位置づけられるのが、入退院支援の評価のあり方で、▽入院前あるいは入院早期からの効果的な支援の取り組み▽入退院加算の見直し▽在宅復帰率の計算方法の整理と名称変更—などについて、議論される見通しだ。

退院支援加算は、患者が退院後の早い時期から住み慣れた地域での療養や生活に入ることができるようにするための退院支援の取り組みや、医療機関同士の連携を評価する報酬。1～3まで3つの算定区分があるが、2016年度改定で地域連携パスの策定・活用を評価する「地域連携診療計画加算」の算定を、退院支援加算1、3を算定している場合に限定する見直しを実施。以降、地域連携診療計画加算の算定件数が減少していることから、要件を見直し、退院支援加算2の場合の算定も認めるよう求める声が強まっている。

一方、在宅復帰率の計算方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象になる退棟先が違うなど、病棟の種類によって異なるほか、退院後の行き先が自宅でない患者も計算上の定義では自宅退院の扱いとなっているなど、様々な問題を内包している（図3）。

また7対1、10対1などの急性期病床に入院する患者の多くは直接在宅復帰するケースよりも、急性期後の治療を終えた後、自院の地域包括ケア病棟や回復期病棟への転棟・転院を経て在宅復帰するケースのほうが多く、在宅復帰率を要件とすること自体に違和感があるとの指摘もある。入院医療等の調査・評価分科会では、患者の流れに合わせ、退棟率を評価することを検討してはどうかとの意見も出ている。

## (5) 外来／在宅

### ①かかりつけ医機能の評価と機能分化の推進

本年6月に公表された骨太の方針において、平成30年度診



### 在宅復帰率の算出方法

- 在宅復帰率の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅 復帰 率	(分子)	<b>7対1病棟</b> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回リ八病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <small>※死亡退院・転棟患者(上記を除く)・再入院患者を除く</small>	<b>地域包括ケア病棟</b> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) <small>(退院・転棟含む)</small> ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <small>※死亡退院・再入院患者を除く</small>	<b>回リ八病棟</b> ・自宅 ・居住系介護施設等 <small>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者を除く</small>
	(分母)	・7対1病棟から退棟した患者 <small>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者を除く</small>	・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <small>※死亡退院・再入院患者を除く</small>	・回リ八病棟から退棟した患者 <small>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者を除く</small>

出典：診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会(平成29年度第6回 8/24)《厚生労働省》

■図3 在宅復帰率計算式の対比

療報酬・介護報酬改定の方向性が示されているが、その中で最初に取り上げられているのが、かかりつけ医機能に関するものであった。かかりつけ医については、明確な定義はないものの、診療報酬上では平成24年度改定からは地域包括診療料・地域包括診療加算として、200床未満の医療機関と診療所で生活習慣病(高血圧、糖尿病、脂質異常症)及び認知症のうち2つ以上の疾病を診ていることなどを要件に評価されている。しかしながら、予防的関わり・専門医療機関との連携・24時間対応など要求水準が高いことから、直近8月の時点の届出状況によると、地域包括診療料で220施設、地域包括診療加算で4,925施設の届出となっている。

目指している地域包括ケアシステムの構築においては、このかかりつけ医機能を持つ医療機関の普及が重要であることから、かかりつけ医機能を改めて見直し、評価の在り方も見直すことが検討されている。具体的には、図4に示すように、従来のかかりつけ医機能を3つに分類し、かかりつけ医の主たる役割を明確にし、既存の地域包括診療料、地域包括診療加算の要件を見直すこととなる。具体的に言えば、生活習慣病患者の重症化予防により注力するための取組みとして、服薬コンプライアンスを高めるための取組みなどが考えられる。その一方で、大きな負担とされてきていたのが、24時間対応である。近隣で救急告示のある医療機関がある場合や複数の医療機関で24時間対応できる体制を整えておくことで要件を満たすような内容となることが考えられる。

診療報酬とは直接関係ないことだが、いわゆるポリファーマシー(多剤服用)や残薬対策について、かかりつけ医に求められる期待は大きい。本年9月より「高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ(WG)」を開き、高齢者の薬物動態などを踏まえた投与量の調整として「やめどき」や「減らしどき」なども検討する。対象となる薬効群としては、経口血糖降下剤、循環器用薬(高血圧治療剤、高脂血症治療剤、経口抗凝固剤・抗血小板剤)、認知症治療剤、睡眠導入剤・抗不安薬等、抗菌剤となる。これは、かかりつけ医のみならず、かかりつけ薬剤師・薬局の機能にも関わる。診療報酬改定の議論と合わせてみておきたい。

### ②外来における定額負担の拡大

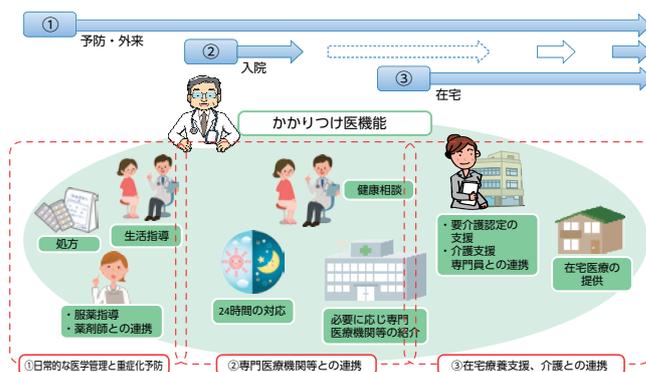
またこのかかりつけ医機能と合わせて注視しておきたいのが、受診時定額負担の導入である。受診時定額負担とは、患者が選んだかかりつけ医以外に受診する場合、かかりつけ医からの紹介状がなければ別途自己負担が発生する、というもの。本来は、今年1月からの通常国会で審議される予定であったが、かかりつけ医の定義自体が不明確であった(例えば、旅行先で具合が悪くなった場合に、わざわざかかりつけ医のところまで戻らねばならないのか、患者の多くは疾病ごとにかかりつけ医を決めているのでかかりつけ医を1人に決められないのではないか、など)ことから先送りされている。

今回の診療報酬改定でかかりつけ医機能が明確になり、定義付けされるのであれば、受診時定額負担についても改めて検討されることも考えられる。

ただし、受診時定額負担は法改正を伴うものであることから、もし導入することとなれば、来年1月からの通常国会で審議を経て、成立することが必要だ。かかりつけ医機能の評価や患者への周知などを考えると、早くとも2019年4月以降の開始となると思われる。

また、2016年4月より開始されている大病院における定額負担についても拡大が検討されている。現在は、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院がその対象となっているが、そもそも特定機能病院は400床以上から、地域医療支援病院は200床以上からという要件となっていること、定額負担が義務化されていない200床以上500床未満病院においても選定療養で定額負担を設けている医療機関が84.0%(400床以上病院では96.0%、N=850施設・第352回 中央社会保険医療協議会 総会 5/31 資料より)存在することから、200床以上病院の中で対象となる医療機関の拡大も十分に考えられる。

専門特化した医療機関を除く200床未満の医療機関では、主にかかりつけ医機能や在宅の機能を、200床以上の医療機関では専門外来や入院に注力をしていくために患者の流れを変えていこうというものだ。合わせて、規模の大きい病院において、外来への依存度が高い場合は、病床の返上や機能転



出典：中央社会保険医療協議会 総会(第346回 2/22)《厚生労働省》

■図4 かかりつけ医機能を整理

### 医師同士の遠隔診療

- 画像診断管理加算（1：70点、2：180点）
- 検査・画像情報提供加算（退院患者の場合：200点、その他の患者の場合：30点）
- 電子的診療情報評価料（30点）

### 对患者に対する遠隔診療

- 電話等による再診：72点
- 心臓ペースメーカー等の遠隔モニタリング：60点

■図5 現状で評価されている遠隔診療

換が求められていくこととなるだろう。さらに、入院ルートについても改めて考えておきたい。近隣の医療機関で在宅療養支援診療所や在宅時医学総合管理料を届出している在宅訪問をしている診療所、介護施設などとの前方連携を推進していくなど、入院ルートの確保について検討が必要となるだろう。地域における医療・介護資源は限られていることから、一日も早く取り掛かることが重要だ。

### ③在支診以外の診療所の評価

在宅医療では、24時間365日体制で患者の療養生活を支援する「在宅療養支援診療所（在支診）」が制度化されているが、届出数は近年頭打ち傾向になっており、在支診の届出を行わずに在宅医療を行っている診療所も多い。この背景には、診療所医師の高齢化の問題があり、在宅医療を行ってはいても、在支診のような24時間365日対応の診療体制を敷くのはあまりに負担が重いからだ。しかしながら、在支診だけに頼っているのは、今後、病床の削減が進む中で、間違いなく増加する高齢者の在宅医療ニーズを受け止めることは困難。

こうしたことから、中医協では▽かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減を目的とした地域の医療機関の連携による緊急応需体制▽かかりつけ医機能を補完するため、複数の診療科の医師が協働で行う訪問診療▽患者の状態や診療内容、居住形態に応じた効率的・効果的なサービス提供—について検討することとなっている。

## (6) そのほかの注目ポイント

### ①本格的な遠隔診療時代の訪れ

今回の診療報酬改定の議論において、注目を集めているものの一つに遠隔診療がある。2015年8月10日の厚生労働省の通知により、それまで離島医療などで対面診療が困難な場合に使われてきていたが、事実上緩和され、民間企業の参入もあり、拡大している。さらに、本年7月にも新たな通知が発出され、SNSなどを利用した遠隔診療も可能となり、今後さらなる拡大が期待される。しかしながら、診療報酬上では図5に示すように、まだ限定的な場面での評価でしかなく、決して高い評価であるとは言いがたい。そこで、今回診療報酬改定において、評価する方針が早々と明らかにされた。具体的な要件はこれからだが、考えられることとしては、初回は必ず対面で診療を行うこと、3ヶ月に一度程度の対面診療を行うことなどが要件として盛り込まれることが考えられる。したがって、再診料に加算するなどの評価体系となる可能性

が高い。それから、処方箋・医薬品の流れが変わることも確認しておきたい。例えば、院内処方している医療機関が行う遠隔診療の場合は、そのまま医療機関から医薬品を郵送などで送り届けることができるが、院外処方の場合は、患者が指定する調剤薬局に処方箋のFAXを送信した後に、処方箋を患者に送付し、その処方箋を持って調剤薬局に足を運び医薬品を受け取る、ということとなる。すなわち、遠隔診療においては、調剤薬局は患者に選ばれるという立場になることを意味する。現在進められている健康サポート薬局の機能を持つことや、認定薬剤師の資格など、調剤薬局においては患者に選ばれる取り組みが求められてくるだろう。

### ②リフィル処方箋の導入で外来医療におきる変化は？

6月の骨太方針では、リフィル処方箋の導入がうたわれている。リフィル処方箋とは、患者が受診をしなくとも医薬品を調剤薬局で受け取れる回数を医師が決めることができる処方箋のことをいう。海外では、慢性疾患に限り6回受け取り可能、といったものなどがある。2016年度診療報酬改定の議論においても導入が検討されていたが、分割調剤の対象拡大ということで見送られた経緯がある。具体的な要件についてはこれからの議論を待たねばならないが、病状が安定している患者や通院に多大な時間と費用を要する患者など対象が限定され、利用回数の制限と共に、調剤薬局の薬剤師による確認と処方元医師との連携・承認が必要となることが考えられるが、分割調剤との明確な違いがまだ分かりにくいところだ。

遠隔診療、リフィル処方箋、そして今回も推進されるであろう在宅医療の拡充。患者にとっては通院を伴わない医療サービスの選択肢が拡大し、利便性が増したといえる一方で、医療機関にとっては、外来診療に関する医業収入への影響が懸念される。指導料や管理料など現在の状況を確認すると共に、患者からの遠隔診療やリフィル処方箋などの求めがあった場合の対応と経営に与える影響など慎重に検討していくことが求められるだろう。

## 2. まとめ

中医協総会では9月中旬以降、2018年度診療報酬改定についての2巡目の議論に入る。例年のスケジュールを参考にとすると、11月上旬に「医療経済実態調査」の速報値が公表され、それを受けていよいよ改定の基本的枠組みについての本格的な検討が始まることになる。

その後、年末の2018年度予算編成過程で診療報酬の改定率が決定。改定内容の全容が固まり、厚生労働大臣からの諮問に対する中医協の答申が行われるのは2月下旬から3月初旬になる見通しだ。

2025年までに診療報酬と介護報酬の同時改定は、今回を含め2回あるが、次は直前の2024年。このため2025年の地域医療構想達成や地域包括ケアシステム構築に向けた大きな舵切りをする意味では、今回の同時改定が“最後のチャンス”になる。

医療機関関係者は、今後の議論の推移を注視するとともに、早急に将来を見据えたビジョンを策定あるいは再検証する必要があるだろう。

# 福岡にて、マネジメントセミナーを開催

## 病院経営を向上させるマネジメントのツボは、どこにあるのか。

7月14日（金）にエルガーホール（福岡市中央区天神）にて、「続・病院トップマネジメントセミナー2017」を開催しました。

第一部は、弊社福岡オフィス長の橋本竜也（部長）が登場。病院経営の「ツボ」をテーマに、「地域包括ケアと戦略策定」、「戦略の策定と可視化」、「営業戦略のプランニング」、「実行に繋げるプロセスマネジメント」、「リーダー育成と組織活性化」などのご紹介をしました。



橋本竜也



坂本 不出夫氏



永吉 幸弘氏



川崎 裕司氏



古瀬 ゑみ氏

第二部は、ES NavigatorⅡの高得点病院による事例発表。坂本不出夫氏（国保水俣市立総合医療センター病院事業管理者）、永吉幸弘氏（医療法人慶明会（けいめい）記念病院事務長）、川崎裕司氏（医療法人社団慶仁会川崎病院理事長）、古瀬ゑみ氏（医療法人有光会サトウ病院理事長）にご登壇いただき、それぞれの組織と文化についてご紹介いただきました。

第三部では、橋本竜也がコーディネーターを務め、さらに踏み込んだ質問で組織作りについて学びを深めました。病院においては、必ずしもボトムアップが「解」ではない。トップダウンかボトムアップという軸ではなく、「お互いに関われた組織」であることが、組織の満足度と活性度を高めているらしいことが、考察できました。

ご参加いただいた皆様からは、以下のコメントをいただきました。

- 病院の戦略の中で、ここまで「営業」にフォーカスしたセミナーは初めてだった。営業は楽しいもの、きっと成果が出せる、と思えてきた。
- 成果は、「意図ある行動」と「質の高い行動」でしか生み出せない。そのための具体的なプロセス・手法が、なるほどと腹落ちした。確かに「ツボ」だった。
- 組織の活性化で高いスコアを上げている法人が、それぞれどのような背景で組織づくりに心血を注いでこられたのか大変参考になった。
- 少し話をすれば、法人の戦略がきれいに描けるかどうか目利きをしてくれると聞いた。一度、当院の戦略について、目利きしてほしい。



## 急性期型病院 (200床未満) の部 第1位

### 医療法人社団愛和会 産科・婦人科 愛和病院

医療法人社団愛和会 産科・婦人科 愛和病院は、福岡県古賀市にある30床の病院だ。昭和61年(1986年)に開院し、昨年で30周年を迎えた。

愛和病院で生まれた子が、大人となり、職員として勤めているなど、地域に愛され歴史を重ねてきた病院である。

昨年までの累計で17,000件弱の分娩数の実績がある。

今回は、急性期型病院(200床未満)の部で第1位受賞に際して、工藤事務長と田中看護部長に話を伺った。



左から、工藤啓士郎事務長、小山祐之介院長、田中啓子看護部長

#### 主体的に職務技術を高めていく風土が根付いている

職務的上司信頼の点数が高い当院では、職員全員が主体的に専門技術を高めていく風土が根付いていた。なぜ、そのような風土が根付いたのか。インタビューでは、そのポイントを探ってみた。

#### 自然なお産が自然な育児につながる

当院では、帝王切開は極力避け、自然な分娩でお産を行うという考えを重視している。それは前院長から受け継がれる「自然なお産は自然な育児につながる」という考え方に基づいている。インタビューを通じて、この考え方が浸透していることが伺えた。平成16年からは、日本全国で73施設しかないWHO・ユニセフの「赤ちゃんにやさしい病院(BFH: Baby・Friendly・Hospital)」の認定を受けている(2017年6月現在)。また、母乳育児成功のための10カ条を設けており、具体的にどんなことをしなければならないのか、またどんなことをしてはいけないのかが明示されている。このような認定を取得することにとどまらず、この考えに基づいて様々な取り組みを行っている。

#### ① 患者向けの教室「マザークラス」を職員自ら企画・運営

「マザークラス」とは産前・産後の患者を対象に、健康で安心・安全な出産・育児を実現するために実施する勉強会。教室は10コース程開催しており、ヨガ教室や骨盤ケアクラス、ベビーケアクラスなど患者の状態に応じて様々な教室を開講している。特に産前の患者教育の中で、妊婦に対して自然なお産が実現できるように指導しているそう。その指導は時に厳しくなることもあるそうだが、産後の患者からの話では、「あの時の指導があったからよかった」と高い満足を得られているとのことだ。

#### ② 月に2~3回実施している早朝勉強会を職員自ら企画・運営

自然なお産を患者に促すためには、それ相応の知識が必要となる。この知識を深めていくために、院内勉強会を早朝に実施している。この院内勉強会では、医師を含む全職員(欠勤予定者は除く)が参加しているという。勉強会の講師は、役職や職種に関係なく全員が持ち回りで担当している。研修

の参加率は評価にも直結しており、制度面からも職務技術向上への取り組みを推進しているとのことであった。

#### 上司部下間の距離が近い風通しのよい職場環境

上司部下間の距離が近く、風通しがよいことも当院の特徴だ。ES Navigator IIの結果で労働環境や現場コミュニケーションの点数が高い。特にポイントとなっているのは、次の二つであろう。

#### ① 看護部長の部屋は設けず、常に現場に出ている。

田中看護部長は看護部長に就任した際、「看護部長室はいらない」と宣言したとのこと。常に現場に出ることで職員からの相談を受けやすい環境を作っている。また、他部署との関係性もよくするために、病棟や外来以外にも出向き、他部署の職員ともコミュニケーションを自ら図るようにしている。このような取り組みを中心に、コミュニケーションの輪が広がっているのだろう。

#### ② 人事考課のフィードバックは時間をかけて実施

毎年人事考課を実施しており、フィードバックには一人ひとりしっかり時間をかけて行っている。また、フィードバックの仕方にも工夫がある。フィードバックを行う際は、最初にほめることを徹底しているそう。頑張ったことを認めていることを伝えたいと、改善点や期待したいことを伝えるようにしている。人事考課のフィードバックを丁寧に行うことで、上司部下間の関係性もよくしているようだ。

今後の取り組みとして、ES Navigator IIの結果を職員に発信していくとともに、病院としての方針や方向性をしっかりと示していき、産婦人科としてますます地域への貢献度を高めていきたいと工藤事務長は語ってくれた。

#### 【病院概要】

病床数：30床  
住所：〒811-3101 福岡県古賀市天神5-9-1  
TEL：092-943-3288  
HP：<http://aiwa-hospital.or.jp/>

## 医療法人 慶明会 けいめい記念病院

急性期型病院 (200床未満) の部 第2位に輝いた、宮崎県東諸県郡国富町にある「医療法人 慶明会 けいめい記念病院」。1病棟41床の病院である。

人口約19,900人、20床以上の病院数2病院 (平成28年度 国富町現況調査より) という環境の中、地域住民が安心して暮らすために大切な役割を担う病院である。今回は、大浦福市長、永吉幸弘事務局長、後藤美紀看護部長に話を伺った。



左から、後藤美紀看護部長、大浦福市長、永吉幸弘事務局長

### 職員の意欲向上につながる取り組み

院長の大浦福氏は今回の受賞について、「いいですね。このような表彰をいただけるのは、職員の励みになります。朝礼で報告しますよ。」と喜びの声を聞かせてくれた。

当院のアンケート結果の特徴は、他病院ではなかなか上がらないカテゴリ“有能感”の3設問①私には、自分の仕事をやりとげる十分な能力がある②私は、仕事を通じて達成感を得ている③私は、仕事を通じて自分の成長を感じる、の点数が高いことである。また、この有能感は、意欲向上につながる要因として挙がることが多い重要なカテゴリでもある。それでは、当院には有能感につながるどのような取り組みがあるのでしょうか。永吉事務局長、後藤看護部長に伺った。「月1回の朝礼で、大浦院長が事例を持ち出して職員を徹底してほめてくれます。良いことに目を向け、とにかくほめる。このことが影響していると感じます。それから、地域連携の取り組みも職員が“やりましょう”と率先して手をあげてくれて、前向きに取り組んでくれました。その結果、稼働率が80%前後だったのが、今では90%を超えるという結果につながったんですよ。病院全体で取り組み、やり遂げて成果を出す。これが有能感につながっているのではないのでしょうか。」(永吉事務局長)。「業務改善の提案にも医師を含め、皆が手をあげてくれます。自分たちで決めた施策だから、達成感が味わえるんでしょうね。それと、うちの病院では、研修や勉強会開催の要望が職員から多数あがってくるんですよ。“こんな勉強がしたい!”と。院長のほめの効果が職員の意欲を高め、患者さんに高い価値の

医療を提供できていると考えています。」(後藤看護部長)。有能感を感じるとやる気があがる。職員の向上心が病院の業績向上を促している顕著な事例ではないだろうか。

### 退職者がいない

当院ではここ数年退職者がほとんど出ていない。「知人から、当院で働きたいのに求人が出ないと相談されることもあります。」と後藤看護部長。理由のひとつとして、休暇がとりやすいことがあがってきた。しかも1週間、10日間と、まとまった休暇をとることができているようだ。子育てや介護等がない人にしわ寄せがいつているという現実もあるが、順番に立場が変わってくることを職員がお互いに理解し、協力し合って、休みやすい雰囲気をつくっているという。“お互い様”と助け合う風土が退職者を減らし、人員を充足させ、休みやすい、働きやすい魅力ある職場になってきたのである。

けいめい記念病院はこれからも、日々の取り組みを通して、職員の意識を高め、地域の医療発展に貢献し、住民に安心な日々を届けていくことであろう。

#### 【病院概要】

病床数：41床

住所：〒880-1111 宮崎県東諸県郡国富町大字岩知野字六江762

TEL：0985-75-7007

HP：<http://www.keimei-kinen.jp/>

7万人のデータを基に徹底分析!

職員意識調査アンケートシステム



ES Navigatorが進化!

#### 組織の一体感

- 経営リーダーシップ
- 理念浸透
- 情緒的上司信頼
- 職務的上司信頼
- 現場コミュニケーション

経営者のみなさん! 職員の意欲と満足は十分ですか?

**組織活性化のポイントは意欲度×満足度!**

「意欲度」と「満足度」をはかる15のカテゴリー

組織の特徴を明らかにし、改善のポイントを探る職員満足度調査です。

- ① 職員の意識を的確に把握!
- ② 自院・自施設独自の改善ポイントがわかる!
- ③ 無理なく実施できるリーズナブルな料金体系!

#### 仕事のやりがい

- 顧客志向
- 自己決定感
- 有能感
- 部署目標と取り組み
- 配分上の公平性

#### 適切な人事マネジメント

- 労務環境
- 手続き上の公平性
- 上司の公平対応
- マニュアルの適切性
- 教育体制の充実度

ES Navigator事務局

フリーダイヤル 0120-200-488

TEL 092-481-4465 FAX 092-409-4588

<https://kasei-navigator.jp/>



## 階層別役割責任に基づくキャリアパスの活用⑮

# リーダーのマネジメント力向上

リーダーのマネジメント力向上に向けて解説を続けてきました。今回は組織のPDCAサイクルが上手く回らない組織の特徴について、6つのポイントをお伝えいたしました。

今回は、上手くPDCAを回すための取組みとそのコツについてお伝えいたしましょう。

### 1. 上手くPDCAサイクルを回すための「計画」づくり

PDCAサイクルを回すことに限ったことではありませんが、何かを始めるにあたって、最も大切なことはPLAN(計画)づくりであるといえます。立てた計画の実行が失敗するケースとしては、以下のような事象が生じることがあります。

- 計画策定後、導入したものの、なかなか成果実感が得られない・・・本当に意味あるの!?
- 計画導入当初は頑張って取り組んだものの、継続できずいつしか、形骸化してしまった・・・

大切なことは、いつ、だれが、どのような役割を担えばよいのか、細分化された先行管理を行い、併せてその進捗管理をリーダーが定期的に行い、都度改善・修正を行うことが必要です。またリーダーが中心となって取り組むことの目的を周知し、率先垂範することが必要です。そのために「イメージを具体化する」こと、行動計画(アクションプラン)の設定が重要です。目標達成のための行動計画(アクションプラン)をたてるには、5W2Hに基づいて作成する必要があります。また、5W2Hを

状況・場面の設定 (いつ、どこで、誰が)		
When	①いつまでに終わらせるのか	→ 期限や時間を定める 例) 本年12月までに決定する
Where	②どこまですればよいのか	→ 仕事の範囲をハッキリさせる 例) 福祉車両メーカーの〇〇課長と車種と価格までを定める
Who	③だれがやるのか	→ 担当者を定める 例) 自施設〇〇部長と福祉車両メーカーの〇〇課長がやる
行動の設定 (なにを、どういう方法で)		
What	④なにをするのか	→ 目的をハッキリさせる 例) 福祉車両の買い替えを決める
How	⑤どういう方法でやるのか	→ 仕事を処理する方法・手段を考える 例) 安全に配慮した機能と燃費の効率性を追求した新しい車両
その理由と条件 (なぜ、どれくらいの分量で)		
Why	⑥なぜその仕事をするのか	→ 仕事をするわけ・仕事の役割を考える 例) 福祉車両が古くなり、安全性や低燃費を意識している
How much	⑦費用はいくらかかるのか	→ 常にコスト意識を持つようにする 例) 予算 300万円

3つのカテゴリに分けて考えるとよりイメージしやすくなります。

### 2. PDCAサイクルを回すための最大のコツ

#### ～四半期単位の行動計画の立案を～

年間を通じた全体の計画概要を立案し、実践しているケースが多いと思います。PDCAサイクルを回す上での最大のポイントは、四半期ごとの行動計画を立案することです。年間の計画概要を参考に、「行動テーマ(何を)」を細分化していきます(図1)。さらに、「担当者(誰が)」「期限(いつまでに)」「目標(どこまで)」「進め方(どういう方法で)」を付記します(図2)。四半期ごと

の行動計画であれば、メンバーもイメージすることが可能となります。

図1と図2を参考に、四半期単位のイメージ可能な行動計画を立案することで、リーダーはもちろんのこと、メンバーそれぞれが何のために、何に、どうやって取り組んでいくのかを明らかにしていくことがPDCAサイクルを回す上での最大のポイントといえます。1年は短いようで長いものです。長い階段には踊り場があるように、1年という時間軸にも踊り場を作り、振り返り、改めべきことは改め、そして前へと向かっていく姿勢をリーダーが率先して示していくことが大事だといえます。その上で、



メンバーが自分で考え改善していく、そのための環境をリーダーが創っていくことが次世代のリーダーを創ることにつながり、永続する組織を創ることとなります。

### 3. ありがちな上手くPDCAサイクルが回らない理由から見直しを

前号では、PDCAサイクルが上手く回らない6つの理由を紹介しました。その6つの理由を参考にして、これから立

案する行動計画を以下の視点でチェックしていきましょう。

- 「目標」と「計画」を混同していませんか？
- 来期も今期と同様な仕事の進め方をしようとしていませんか？
- 達成できる、既に達成の見込みが立っている目標を設定しようとしていませんか？
- リーダー自身が心のどこかで「そこまで計画をつくりこむ必要がない」と考えていませんか？
- 「目標」の意味づけとしての「目的」をしっかりと共有できていますか？
- チェック計画を仕上げる時間をメンバーに十分に与えていますか？

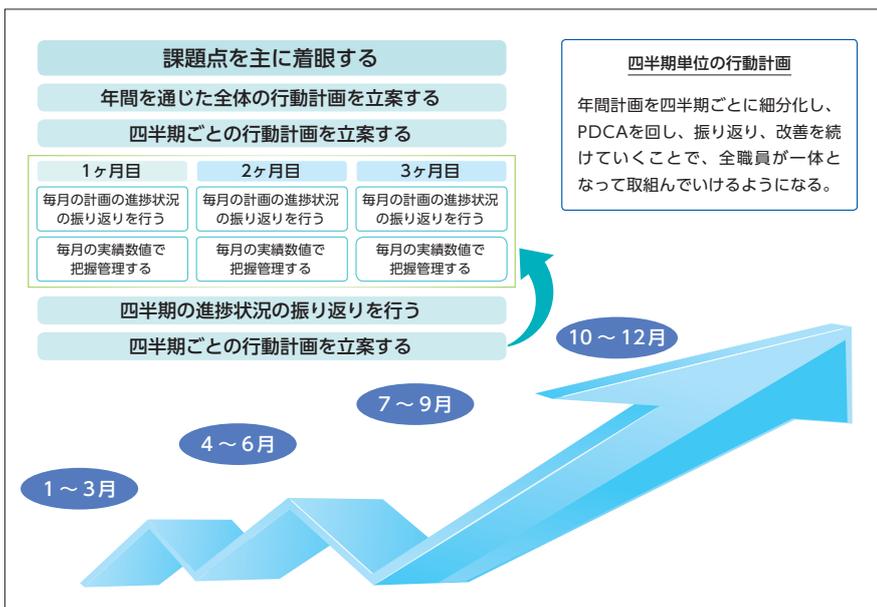


図1 四半期ごとの行動計画

状況・場面	行動
いつまでに？	なにをやる？ どうやって？
どこまで？	理由と条件
だれが？	なぜ？ いくら？、どれくらい？

図2 5W2Hを付記するシート例

該当する項目がなくなるまで、繰り返し、繰り返し改善していきましょう。準備できることがあるのであれば、しっかり準備をしておくことが肝要です。該当する項目がなくなっても、障害は発生するものです。その都度、リーダーはメンバーと話し合い、PDCAを上手く回して、発生する障害を糧にして、前に進んでいきましょう。



## 戦略と組織、変化と永続

株式会社日本経営 代表取締役会長 藤澤 功明



アルフレッド・チャンドラーの名著・名言に、「組織は戦略に従う」という言葉があります。ピーター・ドラッカーもこのテーゼを全面的に支持するのですが、後にイゴール・アンゾフは「戦略は組織に従う」というアンチテーゼを提唱し、世界的な論争が巻き起こりました。

前者は、「競争とそれに対する戦略は外にあり、産業構造や相手によって、戦略も組織も変わってくる」という考え方です。一方後者は、「戦略の源は内にあり、組織や人の特性を生かしてはじめて実現可能な戦略となる」という考え方です。経営の理想は、まず戦略があり、その戦略を実現できる推進責任者を豊富な人材の中から登用し、最適なフォーメーションを設計していくことでしょう。しかし、現実には、人と組織が育っていなければ、推進責任者を登用することも、フォーメーションを設計することもできません。ただ、組織の限界は戦略の限界ではありません。いまはまだできないことでも、「こうありたい」という強い思い・使命感やイメージが戦略となり、組織の未来を切り拓いていくのも事実です。

このことは、「採用」についても大きなヒントを与えてくれます。「採用」はいまや経営の命運を左右する最大の要因の一つになっていますが、自社の戦略を実現できるプロフェッショナルを一本釣りしてくるということも必要ですし、その一方で、情熱のある前向きで素直な人材を採用し、その人の特性を引き出し育て、潜在能力を発揮することのできる事業を実現していく、そのような環境をつくるということも必要です。

戦略に軸足を置くにせよ、組織に軸足を置くにせよ、重

要なことは、常に変化に晒されているということです。平成22年5月、私は社員に、「変化に対する主人公意識」というメッセージを込めて、こんな手紙を送っています。

「日本には世界に誇れる長寿が2つあります。一つは女性の長寿(86.05歳)で世界一。もう一つは世界最古の長寿企業「金剛組」。創業は西暦578年、飛鳥時代です。日本には創業1000年以上続く企業が19社もあり、日本は世界に冠たる長寿企業の国です。

そのような長寿企業の特長は、ほとんどが中小企業であるということです。卓越した戦略は、戦略性の高い「理念」から生まれるものです。しかし組織が大きくなると、トップの思い・理念は、末端まで浸透させるのが難しくなっていく。右から左に舵を切ろうと思っても、そう簡単には動かせません。組織が大きくなり、強くなればなるほど、それが当たり前になり、原点を忘れ、世の中の環境に合わせて変化し続けることが難しくなっていくのです。しかし、変化を生み出し、変化を実行していくのは全て「人」です。優秀な従業員を担雪埋井\*の精神で育成し続けることこそが、長寿企業の秘訣なのです。我が国は、少子化・生産人口の減少、マーケットの縮小、後継者難という厳しい環境に向かっています。私たちの使命と役割はますます大きくなります。一人ひとりが主人公意識をもって超能動的に取り組んでくれることを期待します。」(一部編集・抜粋)

平成22年5月

(続く)

\*担雪埋井(たんせつまいせい)：雪をかたいで井戸を埋めようとしても、瞬時に溶けてしまい決して埋まらない。このように全く報われない努力でも、恐れ入りましたと敬服される段階までやることの例え(白隠禅師の言葉とされています)。

### 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：認定医療法人を知り尽くす

認定医療法人制度は、「持分の定めのある医療法人」が「持分の定めのない医療法人」に移行する際に、移行計画を厚生労働大臣に提出し認定されると、移行時の贈与税免除など優遇措置が受けられる仕組みであった。しかし、想定したほど法人の移行が進まなかったため、2017年6月に成立した改正医療法で要件を見直し、期限を2020年9月末まで延長した。認定医療法人の概要と今後について読み解く。

その他  
FOCUS  
ESNavigatorII 表彰インタビュー

発行所 日本経営グループ  
本社 大阪府豊中市寺内2-13-13  
東京支社 東京都品川区東品川2-1-20 天王洲郵船ビル22F  
編集一部 東京都品川区東品川2-1-20 天王洲郵船ビル22F  
編集二部 東京都品川区東品川2-1-20 天王洲郵船ビル22F  
TEL 03-5781-1100  
FAX 03-5781-1059  
平井昌俊 (税・送料込)