

社会医療ニュース

どうすれば有能な人財を集め続け
学習組織化することができるのか

所長 小山 秀夫

半藤一利は『ノモンハンの夏』（文藝春秋98年）の中で「ジュコーフはモスクワに凱旋したとき、スターリンから日本軍の評価をたたえられた。そのとき、日本軍の下士官兵の頑強さと勇気を、この猛将は心から賞讃した。慰めとはならないが、その理由がわかるようである」と書いた。

この文末に注がありジュコーフの見解は「日本軍の下士官兵は頑強で勇猛であり、青年将校は狂信的な頑強さで戦うが、高級将校は無能である」と万感の思いで「あっぱれな正答である」と記されています。ジュコーフとは、ソ連の将軍でノモンハン後、独ソ戦を勝利に導き、スターリンの狂気の肅清をかわしつつソ連邦元帥、そしてフルシチョフ時代の国防大臣まで昇りつめました。

高級将校は無能であるというところが旧日本軍の特徴であり、戦後とその組織体質が引き継がれたか

どうかは別問題です。ただ、高級官僚の度重なる不祥事や大企業トップ層による重大な法令違反などのたびに「魚は頭から腐る」ということわざを、噛み締めています。

有能な人が集められなければ組織の維持も発展も望まれません。企業の取締役や重役、CEOとかCFOとか呼ばれるCクラスの人材はいつも不足しており、単なる学歴主義では成長が停滞するので、社会人の学習歴が評価されます。

デジタル人材の不足のような緊急課題はありますが、何しろトップマネジメント層の能力と姿勢として行動が問われているのです。どうしたら有能な人が集められ、どのような学習が必要なのか、そしてどうすれば持続的成長が可能かという大きな課題があります。

医療は技術人財が全て
福祉は理念追求型集団
どのような組織でも共通なのか

社会医療研究所

〒101-0047
東京都千代田区内神田1-3-9
KTビル4F 日本ヘルスケアテク/株内
電話 (03) 5244-5141 代
FAX (03) 5244-5142
E-mail: syakaiyou-news@nhtjp.com
HP: <https://syakaiyou-news.com/>
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 三菱UFJ銀行
京橋支店 (023)
普通口座 1712595
発行人 小山 秀夫

もしませんが、医療は一定水準以上の技術人財が集められないと事業を進めることができません。福祉の世界では、福祉を追求していくという理念を組織集団のパーパスとして共有できる組織でない

と成長できません。医師をはじめ医療技術者の多くは国家ライセンスが必要で、最近の言葉でいえば国家資格はオープン・バッチの原型でもあります。

日本の経営が昭和の高度経済成長期を支えた経営手法で、その特徴は、企業別労働組合・年功序列・終身雇用といわれてきました。30年前までの日本の国公立病院にそのような傾向があったことは事実です。しかし、独立開業するか病院の事業継承する以外の医師は、職場を異動しながらキャリアアップします。看護師も新卒後同じ病院で働き続ける集団の方が少数傾向です。その他の医療従事者は、自らの技術の習得に関しては熱心ですが、職場へのロイヤリティーは高くならない傾向があります。また「事務職」と呼ばれる医療従事者以外の経営マネジメント職は、職層を登ると流動化する傾向

がありますし、他業種のマネジメント層を病院が積極的に受け入れる傾向が近年顕著です。

社会福祉法人の経営という観点ですと、正直いって、デジタル、財務、戦略、マーケティング、知識創造分野のCクラスに相当する

人財は僅かです。福祉の世界でも他分野からの経営専門職人財の獲得が経営課題になります。理念追求型集団での非営利組織経営では、経営マネジメントに対する業績評価基準が明確化できず、給与面でも福祉職給与体系が組織全体を外部から高給で募集することはできません。そのため組織内でスキルアップするか、外部のコンサルなどを活用する以外ないという状況です。

医療・福祉の世界では
人材は財産で資本です

中小企業基本法では、「資本金の額」と「常時使用する従業員数」を業種ごとに定めています。サービス業では5000万円以下、100人以下が中小企業に該当します。医療法人や社会福祉法人は、法令上の「会社」ではありませんので、100人以下の組織でも非該当になります。一方、大会社とは、資本金が5億円以上ある企業、または負債額が200億円以上である会社のことです、会社法において規定されています。

単一の医療法人や社会福祉法人で年間収益が1000億円を超える法人はいくつか存在しています。が、100億円を超える法人でも全体の1割程度です。

法令上のことは別として、従業員100人以下の病院も福祉施設もありますが、国家資格者が確保できなければ事業を継続することはできません。病院であれば医師、看護師のほか薬剤師、放射線技師、管理栄養士が不可欠で、リハビリテーションを提供するのであれば理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士が必要です。透析や手術を行うには臨床検査技師や臨床工学技士などの専門スタッフが必須です。すべて、ライセンスが必要で、チーム医療が基本なので、医療に対するパーパスの共有やコミュニケーションとともに日進月歩する医療技術の生涯学習が求められます。

このようなことから病院の医療従事者は病院の貴重な財産であり資本なのです。その上で、どうすれば有能な人財を集め続けられ、学習組織化することができるかどうかを経営の最重要課題なのです。

今、上場会社が、人的資本を再認識していますが、病院などは、もともと必要な人財が確保できないければ事業が成り立たないのだと、どうしてもいっておきたいのです。

人的基本経営の実現に向けた検討会 『人材版伊藤レポート2.0』を読む

所長 小山 秀夫

8月25日、経産省と金融庁のHPに「人的経営コンソーシアム設立総会が開催されました」がアップされ「設立総会には入会企業320社のうち47社が対面で参加し、その他の入会企業はオンライン配信を視聴しました」とあり、伊東邦雄会長による開会挨拶、西村経産相の挨拶などが行われました。一橋大学CFO教育センター長の伊藤先生など7人が発起人になり「人的資本経営の実践に関する先進事例の共有、企業間協力に向けた議論、効果的な情報開示を行うこと」と述べました。経産省が推進役で、これだけの上場企業が参加した組織は、日本企業が抱える人的資本への危機感が根底にあり、今後とも発信力を増すでしょう。

伊藤レポートを 勝手に要約する

キャチフリーズは、さしずめ「人材は管理の対象ではなく資本なんだ」ということです。直近の5年間で企業や官庁あるいは医療機関などで働き方を含めた人材戦略の在り方が問われていることは多くの人々が、気づいています。

まず、産業構造の急激な変化、少子高齢化や個人のキャリア観の変化は、企業や個人を取り巻く環境への対応を考慮しなければなりません。変化の中で、企業は様々な経営上の課題に直面しています。これらの課題は、人材面での課題と表裏一体であり、スピーディーな対応が不可欠です。このため、各社がそれぞれ企業理念や存在意義（パーパス）まで立ち戻り、持続的な企業価値の向上に向け、人材戦略を変革させる必要があります。今回のレポートの狙いについては、つぎのようです。

この伊藤レポートを深堀して高

内外の環境整備の動きが進む中

で、「経営戦略と連動した人材戦略をどう実践するか」と、「情報をどう可視化し、投資家に伝えていくか」の両輪での取組が重要となる。後者の「情報をどう可視化し、投資家に伝えていくか」という点については、内閣官房の「非財務情報可視化研究会」、経済産業省の「非財務情報の開示指針研究会」、金融庁の金融審議会「デジタルロジジャーワーキング・グループ」において、開示に当たっての考え方や開示の枠組みが議論されているので、これらを参考にしたい、とあります。

その上で、「人材戦略に求められる3つの視点：5つの共通要素」が図示されています。

人材戦略は、産業や企業より異なるものの、①経営戦略と連動しているか、②目指すべきビジネスモデルや経営戦略と現時点での人材や人材戦略との間のギャップを把握できているか、③人材戦略が実行されるプロセスの中で、組織や個人の行動変容を促し、企業文化として定着しているかという3つの視点です。

共通要素は、①目指すべきビジネスモデルや経営戦略の実現に向けて、多様な個人が活躍する人材ポートフォリオを構築できるか。

②個々人の多様性が、対話やイノベーション・アウトカムにつながる環境にあるのか（知・経験のダイバーシ

ティ&インクルージョン）、③目指すべき将来と現在との間のスキルギャップを埋めていく（リスク・学び直し）、④多様な個人が主体的、意欲的に取り組んでいるか（社員エンゲージメント）といった要素、そして⑤「時間や場所にとらわれない働き方」です。

リスク・学び直しの ための取組に注目する

「経営環境の急速な変化に対応するためには、社員のリスクを促す必要がある。また、社員が将来を見据えて自律的にキャリアを形成できるよう、学び直しを積極的に支援することが重要である」という指摘は重要です。このことを実践するためCEOやCHRO最高人的資源責任者は、つぎのようなことに取り組むことが必要で【実践事例集での取組事例】にも示しています。

（1）組織として不足しているスキル・専門性の特定。経営戦略実現の障害となっているスキル・専門性を特定し、社員のリスク・学び直しを主導する。その際は、そのスキル・専門性の向上が社員にとってどのような意義を持つのか、丁寧にコミュニケーションを行う。

（2）社内外からのキーパーソン（2）の登用、当該キーパーソンによる社内でのスキル伝播。自社に不足するスキル・専門性を有する

キーパーソンを社内外で特定し登用するだけでなく、当該人材にスキルの伝播を任せることで、周囲の人材のリスク・学び直しも誘導することを検討する。

（3）リスクと処遇や報酬の連動。組織に不足するスキル・専門性の獲得を社員に促すに当たって、学ぶことや、失敗に終わったとしても学び挑戦をする姿勢そのものを称える企業文化の醸成の観点からも、その成果に応じ、キャリアプランや報酬等の処遇に反映できるように、制度の見直しも含めて検討する。その際、組織のニーズのみに限定されない社員の自主的な学び直しにも配慮する。

（4）社外での学習機会の戦略的提供（サバティカル休暇、留学等）。社員が社外で学習する機会を戦略的に提供し、リスク・学びを促す。その際、一定期間職場を離れて学習等に活用するための長期休暇（サバティカル休暇）の導入や、国内外の大学・大学院での留学等、様々な方策が考えられるが、既存の学習支援制度を含めて、自社にとっての意味合いを見直す。

（5）社内起業・出向起業等の支援。社員の知識・経験を多様化し、周囲も含めた人材育成効果を高めるため、社内での起業や、出向という形で起業に挑戦する機会を、選択肢として社員に提供する。以上のことです。

有事斬然（ゆうじざんぜん）

第33回 かかりつけ医の制度化③（関連する制度・政策の問題点）

北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者 一戸 和成

今回は、かかりつけ医の制度化に当たり、検討しておかなければいけない関連する制度・政策の現状と課題について述べてみたい。

○機能していない医師の偏在是正

2022（令和4）年6月16日に開催された「地域医療構想及び医師確保計画に関するWG」に示された資料を見ると、医師確保計画においては、医師少数区域（2次医療圏単位）以外でも「医師少数スポット」として医師数を増加させる目標を設定できることになっているなど、医療計画上の病床規制のように、医師多数区域で、それ以上の医師を確保できないような規定や、充足している診療科の開業自体を規制するような、実効性のある制度になっておらず、医師の偏在是正に対する対策は機能していないと言っている。

また、医師確保計画における医師少数区域の設定に関連する形で、2018（平成30）年の第9次医療法改正で導入された医師少数区域等で勤務した医師を認定する、いわゆる「認定医師」制度については、2020（令和2）年度以降に臨床研修を開始する医師

を対象としており、また、管理者要件に「認定医師」であることが必要な病院が、地域医療支援病院の一部に限られるなど、現在進行形の問題である医師不足対策として即効性がないのである。

○地方や中小病院への若手医師の誘導を阻む「専門医制度」

第9次医療法改正の際、認定医師制度が「活きた」制度となるよう、認定医師となる若手医師本人や在籍する医療機関に対しての、キャリア形成支援策や経済的支援が予算事業として示されている。

しかし、その対象となる臨床研修終了後の若手医師のほとんどが登録する「専門医制度」のプログラム整備基準では、「真の」医師少数区域に、志のある若手医師を誘導することはできない。具体的には、日本内科学会が示している「内科」領域のプログラム整備基準では、専門研修基幹施設は、基幹型臨床研修指定病院であり、病床数300床以上、指導医が3名以上在籍し、70疾患群のうち35以上の疾患群について研修できる施設となっている。前回のコラムに記載したが、かかりつけ医機能を担う

ことになる中小病院には、常勤医が10人未満である病院が多く、事実上、こうした若い研修医、専攻医の受け皿となり得ない。

そもそも「新」専門医制度の創設に向け議論していたときの大きな問題意識は、国民からみて、専門医とは相当程度の医療行為の技量がある（専門医にかればよい治療が受けられる）という認識に応えられるだけの、認定基準になっていない学会もあるということから、専門医の「質」を一定にするということであったはずだ。また、専攻医の募集人員を医師の偏在是正（診療科および地域）のために上限を設けるなどの規制をするはずだったのだが、今やその影も形もないのだ。

○診療報酬における評価と似通う「かかりつけ医」のイメージ

2014（平成26）年診療報酬改定の目玉項目のひとつが「地域包括診療料」である。当該点数は、かかりつけ医を評価するために導入されたのだが、検討を行った背景には、社会保障・税一体改革、社会保障制度改革国民会議の報告書に、病床の機能分化や、地域包括ケアの推進を図るなかで、外来においても機能分化を図る必要性が指摘されていたことがある。改定に向け議論している当時も「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」という言葉の定義やイメージに関

して様々な意見があった。関連して、2013（平成25）年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」の中で、かかりつけ医の定義やかかりつけ医の内容が示された時期でもあり、敢えて言葉の定義を巡る「神学論争」の土俵から離れるため「主治医機能」と称して議論を重ねていった経緯がある。

地域包括診療料を点数化する場合に要件として設定したのは、複数の健康問題（multimorbidity）を抱える患者に対して、医学的なケアや健康管理のみならず、その患者の社会的背景も含め、生活を支えるための包括的ケアができ、かつ、介護保険制度等に理解があり、健康診断や予防接種への参加、在宅医療の提供、そして24時間のコラムで記載した、かかりつけ医のイメージとほぼ同じである。中医協の議論では、1号側からは、効果不明の外来機能への評価に対する忌避感、2号側からは、外来の包括点数の設定に対する反対論があり、交渉は難航を極めたが、最終的には点数化された。その後、数回の改定を経て、対象疾患の拡大などがなされ、現在、かかりつけ医機能評価の診療報酬上の軸となっていると言っている。

今年4月20日に日本医師会が単独で「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」を発表しているが、その中で記載されているかかりつけ医のイメージも、2013年の合同提言も、地域包括診療料の要件も、それほど大きな乖離があるとは思えない。つまり、かかりつけ医の制度化の議論を収束させるには、定義の問題とは別の課題を解決する必要があると考えている。このような課題について意見の摺合わせができれば、骨太の方針で示された「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は可能であると思っている。

○検討課題と政策誘導

これまでの議論を踏まえると、かかりつけ医の制度化について、必要な検討課題や政策誘導策は、

- ①かかりつけ医の定義の際、単科ひとり開業の診療所をどうするか
- ②国民・患者の登録制を導入し、フリーアクセスを制限するか
- ③医師の偏在是正と医療機関の機能分化推進のために実効性のある規制を行うか
- ④③と関連して、医師の配置や診療科の選択に影響する専門医制度や保険医登録等に規制的手法を用いた改革を行うか
- ⑤診療報酬や補助金等の財政的な誘導とその財源確保をどうするか

という点に集約されるのではないかと考えている。

次回こそは、かかりつけ医の制度化について議論を終えることにしたい。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(20)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■施設基準に盛り込まれた時短

総合入院体制加算は2016年の診療報酬改定で新設され、当初は加算1が240点、そして加算2が120点の2段階となっていたが、18年の改定で、それまでの加算1と加算2の間に180点の新たな加算2が設定され現在の3段階加算となった。

当院では18年より、総合入院体制加算2を算定していた。診療報酬点数は、1日につき180点を入院から14日以内に算定できる。14日まで算定できたとすると、総点数は2520点となり、重要な収入源だ。これを算定するには、前提となる実績基準をクリアし指定する体制を整備し、改善計画を策定・提出し、目標達成に取り組まなければならない。

総合入院体制加算の施設基準には「病院の医療従事者の負担軽減及びその処遇の改善に資する体制」を整備することが求められている。そして、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成しなければならない。

その計画の中に「外来診療時間の短縮、地域の他の医療機関との連携などの外来縮小の取組み」を盛り込まなければならない。特に、許可病床が400床以上の病院では必ず外来診療時間の短縮をこの計画の中に盛り込まなければならないことになっている。更に、病院の初診に係る選定療養の報告をし、実費を徴収しなければならないこととなっている。当院は、救命救急センターを開設していないから総合入院体制加算1(240点)は算定できない。よって当院は、この加算の算定のために18年4月から外来診療時間の短縮に取り組んできた。

19年度は99日、20年度は101日、21年度は105日、22年度は111日となり、17年度から18日増加となった。

外来診療時間数をみると、1日当たりの外来診療時間は過去も現在も7時間なので、17年度は1904時間、18年度は1876時間、19年度は1869時間、20年度は1848時間、21年度は1820時間、22年度は1778時間となり、22年度は、17年度比で126時間短縮できた。

■外来時短と労働時短の達成

外来診療時間を削減するための外来診療日の削減は以下のポイントに留意した。

まずは土曜日の休診を検討した。17年度までは、4週6休で第2土曜日と第4土曜日が外来休診日としていた。土曜休診について反対する診療科もあったが、第5土曜日は常にあるわけではないので休診とすることにした。第5土曜日を休診にしても影響はあまりなかった。第1土曜日も休診とした。第3土曜日は当院が休診にすると市内全病院が休診となるので稼働することとした。次に、祝日と休日について検討した。収入につながるのが飛び石連休だ。外来稼働は2日連続か3日連続稼働が良いので、飛び石休日を他の休診日の前後に振り替えることとした。これにより入院して手術又は検査に至る流れを確保できた。当日には学童保育を行い出勤しやすくしている。また5月の連休は、連休中間に2日連続で外来体制を確保した。次に年末29日の外来患者も少なかった。休診日とした。次に、年度末3月は医師の交替数が多いので最終週の月曜日を休診とした。8月のお盆の外来患者数も少なかった。山の日と絡めて4日から5日連休とした。このように外来休診日を増やしていった。

さて、年度毎の外来患者数の推移をみると、17年度が425千人、18年度が435千人、19年度が420千人、20年度が368千人、21年度が379千人と減少している。外来患者で診察のみと診察と処方のみとの患者数の推移をみると、17年度が612百人、18年度が601百人、19年度が565百人、20年度が505百人、21年度が490百人と減少している。

紹介と逆紹介の患者数の推移をみてみる。紹介患者数は、17年度が152百人、18年度が150百人、19年度が150百人、20年度が131百人、21年度が138百人で、コロナ感染拡大の影響もあり減少している。一方、逆紹介患者数は17年度が178百人、18年度が177百人、19年度が185百人、20年度が169百人、21年度が185百人で外来診療時間の減少にあわせて増加している。

そして、外来収入の推移をみると、17年度が5753百万円、18年度が5931百万円、19年度が6308百万円、20年度が6041百万円、21年度が6772百万円と増収基調が続いている。外来診療単価の推移をみると、17年度が135百円、18年度が136百円、19年度が150百円、20年度が164百円、21年度が179百円と外来診療単価は増加している。

外来診療時間の短縮にあわせて労働時間の短縮も行った。17年度は1日7時間15分労働で年間の総労働時間は1972時間、18年度は1日7時間15分で年間1943時間、19年度は1日7時間15分で年間1935時間45分、20年度は1日7時間20分で年間1936時間、21年度は1日7時間40分で年間1962時間40分、22年度は1日7時間40分で年間1947時間20分となっている。年間の労働日数は17年度が272日、18年度が254日で18日減、年間休日数が18日増となった。年間総労働時間数は、17年度が1972時間、22年度が1947時間20分で24時間40分減少できた。この取り組みにより、外来診療時間の短縮、労働時間の短縮と休日増、外来収入増の3点が達成できた。

小山所長の

暗中模索



「知略」とは「知的機動力」で賢く戦う哲学であり、過去、現在、未来の時間軸で、共通善のために「何を保守し、何を変革するか」を、動的なバランスを取りつつ、常に組織のなかで本質直截を共創しながら行動し続ける戦い方を指します。知的機動力とは、共通善に向かって実践知を俊敏かつダイナミックに創造、共有、練磨する能力であると、定義します。

以上は、野中郁次郎著、聴き手・前田裕之の『『失敗の本質』を語る』日経プレミアシリーズ476、232頁から勝手に引用させてもらいました。それにしても、何とも適切な定義で脱帽するしかありませんが、今、日本に求められているのが、この「知的機動力」の発揮なのではないでしょうか。この定義にたどり着くまでには半世紀以上の経営組織研究者の長い知的格闘があったことを、平易に淡々と語り、野中原理の全容を余すことなく伝えていきます。

邦文著書の出発点は74年の『組織と市場―組織の環境適合理論』だと思いますが、経営学とはこうだという気概が感じられました。84年に公表された共同研究の成果

としての『失敗の本質―日本軍の組織論的研究』ダイヤモンド社、そして95年の『アメリカ海兵隊―非営利組織の自己革新』中公新書は、感銘し何度も読み返しました。旧日本軍が持っていた組織的特質は戦後も日本の組織全般に引き継がれたという「失敗の本質」の指摘、その日本軍に勝利した海兵隊を分析して「自己革新組織」と表現されたことについては、目から鱗でした。

「われわれは語ること以上に多くのことを知ることができる」というマイケル・ポランニーが提唱した暗黙知に着目した組織研究は、やがて「組織的知識創造理論」に発展します。暗黙知と形式知の4つの組み合わせから共同化・表出化・連結化・内面化の4モードから編み出されたSECIモデルは、その原動力がフロネシス（賢慮・実践知）であると主張します。フロネシスとは、社会における「善いこと（共通善）」の実現に向かって、現実の複雑な関係や文脈を鑑みながら適時かつ適切な判断と行動が取れる能力なのです。このような理論は、20年の『ワイズカンパニー―知識創造から知識実践への新しいモデル』（竹内弘高との共著、東洋経済新報社）や21年の『知徳国家のリーダーシップ』（北岡真一との共著、日経新聞出版）において、遺憾なく展開されていると思います。

僅か279頁、990円の新書版の本ですが、野中郁次郎先生の知的展開、研究過程、理論の骨子そして研究成果のエッセンスが凝縮されたものです。是非、多くの医療や介護そして福祉関係者の皆様に通読いただきたいと思います。この本に興味があれば『失敗の本質』『アメリカ海兵隊』をはじめ巻末に示してある一連の著書を読んでいただけると嬉しいのです。関連文献として挙げられているローレンス・フリードマン『戦略の世界史』や、エドワード・ルトワックの「戦争にチャンスを与えよ」を読んでも興味深いですよ。

◎野中先生は凄過ぎです

4半世紀前のことと記憶していますが、野中郁次郎先生には2度お会いしました。「通勤電車の中で読むような経営学の本ではなく、正座して読んでもらえるような本を書くべきだ」「アメリカの経営学者は、もう少し東洋思想が理解できると幅が広がるんだがな」とおっしゃっていました。わたしは、多数の経営学者とお会いしましたが、今日に到るまでこのようなことは聴いたことがありません。多分偉い学者さんなんだなとは思いましたが、今はよく理解できます。特に、日本人として経営学分野のそれも組織論から知的創造という主張を世界に発信した業績は、国際的に高い評価をえていますし、どちらかというとハ

ウツー本か要約本がひしめき合う書店の経営コーナーに、正座して読みたい本はマレでしかないからです。

アメリカ経営学でK A I Z E NやK A N B A Nは広く知られていますし、孫子の兵法や武士道は認知されていると思います。しかし、孔子の論語、儒教については英訳があっても親和性が今一なのかもしれないかもしれません。洪沢栄一の『論語と算盤』の英訳本はあるのかもしれませんが、声高に『道徳経済合一説』なんていつても、キリスト教国では「道徳」は日常すぎるし、経済が非道徳的だと思ひ込んでいる人が少ないのかもしれない。野中郁次郎先生の著作の多くを拝読し、たくさんの方にも紹介させていただきましたが、研究活動をペアで進めることや、勉強会や研究会を開いてチームで検討を加えること、研究対象の選択や研究目的の明確化など、多くのことを学びました。その結果、野中先生は凄い学者だと思います。

◎簡素で適切は年の功？

偉そうに聞こえるかもしれませんが、年長者は、長年経験を積んでいるだけに、若者より知恵や技能があるのではないかと秘かに思っています。この3か月間に読んだ本は、10冊以外40冊余りはなんと70歳以上の著者です。野中先

生の本はかなり難しいことを書いてありますが、年々簡素で適切な表現になられているように感じます。多分、凄い編集者と能力がずば抜けた校正者がいらっしやるのだと思います。

少し変ですが、若いころ年齢差はとて大きな差だと考えてきたというより、長兄とか親兄の礼だと刷り込まれ、1学年違えば天国と地獄、同級生でも生まれた日が早い順に偉いかのようなばかばかしい世界で青春時代を過ごしました。パリにお住まいの方は「35歳以上はみんな同じ歳なのよ」なんていわれて、そんなもんと感じ心したこともありました。アメリカは、定年もないし高齢者は若いというか自立していることを強制され、家族や地域への貢献を忘れてはなりません。日本では老親の身体的介護を子がするのが当然と考えている人が少なくないのではな

いかと思う時もあります。

長兄の礼のような、先輩を尊重する文化水準が感じられないのは医師の世界です。同門ではかなり順位秩序がありそうですが、医療の技術革新のせいかどうかかわりませんが年齢差というよりパワーがある人が強そうです。大学の医局で教授というのとは絶対支配者で、先輩方が敬語で話していることに違和感さえ感じます。それでも、簡素で適切な学説は、年の功ですかね。

私・愚管抄 第六回 災害は忘れた頃にやってくる 其の一

東京都済生会向島病院 院長 塚田 信廣

全国各地での大雨による災害により、被災された皆様に心よりお見舞い申し上げます。各地で河川の氾濫や土砂災害等による甚大な被害が発生し、多くの県、市町村に災害救助法が適用されています。世界中で猛暑が続いており、各地で水害や旱魃、土砂災害が起きている。甚大な被害の報道に心が痛み、日最高気温の国内最高記録が更新、連続猛暑日や猛暑日の年間歴代最多記録更新など有り難くない報道に余計暑苦しくなる日々を過ごしました。

46億年の長い地球の歴史からみれば、この変化はとるに足らないもののなかもしれません。この異常気象が人間活動によって増加した温室効果ガスなどによる地球温暖化が原因なのか、あるいは数年から数十年の間隔で揺れ動く、いわゆる「自然の揺らぎ」なのか、原因はよく分かりませんが、せいぜい80・90年の儚い一生、常にこの一瞬、一瞬を生きている人類にとっては大問題です。

畑村洋太郎東京大学名誉教授の著書「未曾有と想定外」に記述されています。「人は忘れる」という大原則があります。そして、忘れ

去られたことは、想定から外れてしまいます。3日(個人)飽きる。3月(個人)冷める。3年(個人)忘れる。30年(組織)途絶える。崩れる。60年(地域)地域が忘れる。300年(社会)社会から消える。1200年(文化)起こったことを知らない。

三步で忘れる鳥頭。私は3日どころか、3歩、歩くと大事なことも忘れてしまふのですが、3年前の19年10月12日に日本に上陸、関東を直撃した台風19号(令和元年東日本台風、アジア名「ハギビス」)のことは忘れられません。ちょうどその時期には、日本中が大いに盛り上がったラグビーワールドカップ2019が開催されていました。上陸翌日の13日は決勝トーナメント進出をかけた日本対スコットランド戦、横浜国際総合競技場周辺は試合開始直前まで浸水していました。1都12県309市区町村に大雨特別警報が発表され、荒川水系の越辺川、都幾川も氾濫し、大きな被害が出ました。首都東京でも大規模な水害の危機にさらされ、都内で約19万人が避難し、特に大規模な浸水被害が想定された江東5区(墨田、江

東、江戸川、足立、葛飾)では約10万人に上りました。私が勤務する、墨田区に立地する東京都済生会向島病院でも、洪水に備えて職員が院内に泊まり込み、また職員家族の中にも広域避難した者がありました。幸いにも、ハツ場ダムや荒川中流域にある巨大な貯水池「彩湖」、首都圏外郭放水路などの洪水調整施設が機能して堤防決壊による氾濫は起きなかったものの、江東5区で構成する協議会が18年8月に策定した「広域避難計画」では対応しきれない実態が明らかになりました。雨量が、予め設定していた広域避難基準を超えていたにもかかわらず、避難の時間が足りない、交通機関の計画運休により移動手段が確保できない、避難指示によるパニックの危険、などで避難の呼びかけができなかったようです。この経験をふまえて、21年にこれまでの「避難勧告等に関するガイドライン」を改定し、「避難情報に関するガイドライン」が公表されています。洪水、高潮、雨水出水(内水氾濫)の危険、発生時の避難が、これまでの広域避難、縁故避難から、次善の策の垂直避難にもそれなりに比重が移っています。

日本の全人口の36・9%は浸水想定地域に居住し、この人口は近年増えています。東京都の地勢は、東西に細長く、西部の山地、中央部の丘陵地と台地、東部の低地と

大きく三つに分けることができます。このうち、東部低地帯といわれる江東5区などの地域は、荒川、隅田川、中川、江戸川に囲まれている上に、ほとんどが海拔以下のゼロメートル地帯で、大規模水害によって浸水するリスクが特に高いとされています。都の試算によれば、荒川が決壊すれば江東5区は人口の約9割にあたる250万人に浸水被害が及び、最大で10m以上の浸水や1〜2週間以上の長期化が予想されています。ある区が作成した水害ハザードマップの表紙に「ここについてはダメです」と記され、警鐘を鳴らしたことが話題となりました。「あなたが救助される順番は回ってこない。どこに逃げるのか、自分の避難先を常に考えてほしい」。東部低地域の防災担当者の言葉です。

水害ハザードマップ上、荒川が氾濫した場合の最大規模浸水想定では、向島病院は「3m以上5m未満」とされていて、2階部分が60cm程度浸かる深さです。周辺の避難場所の小・中学校も同様に浸かるので、こと水害時には避難先として機能しません。広域での水攻めの際は、自力で動けない高齢者が多く入院する当院では、籠城戦、すなわち垂直避難が現実策となると思いますが、職員、入院患者の安全確保、長期戦のための兵糧や水、医療資機材の蓄え、通信手段の維持、待機中の職員の動員

など、課題は山積です。

時節柄、災害関連の講演をいくつか聴く機会を得ました。地域や様々な組織間での日頃からのネットワーク、顔の見える関係の構築、そして「BCPは家庭の危機管理から」ということで、後顧の憂いなく、安心して事業所のBCPを遂行するためにもHome Continuity Plan(HCP)を作成することが重要であると学びました。正常性バイアスを働かせないように、一方、非常時ばかりを考えていると気が滅入り疲れますので、日常との垣根を取り払った普段使いできるフェーズフリーの環境構築を心がけていきたいと思っています。

「国を治めることは水を治めること」と帝王禹の治績が讃えられるように、為政者にとって治水は古代から最重要事項の一つでした。しかし治水事業を重ねてきた現代に至っても世界中で毎年、災害は頻発しています。そもそも自然を人間が完全にコントロールできると考えること自体が不遜であり、傲慢です。自然に寄り添い、もがきながら減災をめざすしかありません。自然災害が起こるたび「これは人災だ」と犯人探しが起こります。いつの頃からか自然現象が社会現象になりました。「あなた(私)が救助される順番は回ってこない」。分かっているけれど……。

8月22日、第104回全国高校野球選手権大会決勝、仙台育英が下関国際を8対1でやぶり、東北勢として悲願の全国制覇をなしました。

優勝インタビューで仙台育英の須江航監督39歳は「青春って凄く蜜。そういうものが全てなくなつた。活動していてもどこかでストップがかかる」と選手の苦境を端的に表現し「全国の高校生に拍手してもらえたらと思います」と涙ながらに訴えました。

「今年の3年生は入学した時から、新型コロナウイルスの感染に翻弄されてきました。それを乗り越えての優勝。3年生にどんな言葉をかけたんですか」という

質問に対して、須江監督は次のように答えたのです。

「青春って凄く蜜」と須江監督言う



多くの皆様の努力で開催されたにもかかわらず、何とも後味の悪いニュースにふれると、最初から最後まで「ケチがついてしまったな」と残念な気分になります。正々堂々、切磋琢磨というかフェアプレーの精神がスポーツの醍醐味だと思います。甲子園はその象徴として、いくつになっても憧れであり、大きな希望であり、そして壮大なドラマが繰り広げられる瞬間なのです。

す。自分のことだけではなく、他者を慮ることは大切なことで、人の成長過程で獲得する重要な思考がないし、感情なのではないかと思っています。ただ、だれもが傷ついている状況では、他者への配慮の程度が低くなりすぎてしまうのでしよう。それにしても「青春って凄く蜜」という表現は、胸にササりました。

この決勝戦前日から、深紅の優勝旗の「白河の関越え」が東北勢の悲願だ、みたいな報道が飛びかいました。東北6県以外の人々には実感がありません。ただ、甲子園ファンにとっては、

大ニュースで、筋書きがない勇壮なドラマなのです。過去にブルージェイズの菊地雄星選手も4年後輩のエンゼルスの大谷翔平選手も花巻東で甲子園出場しましたが、優勝は果たせませんでした。何しろ東北勢が100年ぶりの優勝を果たしたことを、わたしは心底喜んでいますが、春夏の甲子園は稀ですが、春夏の甲子園は稀になります。一生に一度の真剣勝負がさやかに感じるのです。辛いことがあるたびに自然や芸術に癒やされてきましたが、スポーツにも大きな力があります。東京オリンピック・パラリンピック

スポーツも、事業も、人生も勝ち負けが伴います。勝利自体が目的化されますが、常勝の世界はありません。「負けるが勝ち」とはいいませんが、勝利至上主義は必ず行き詰まりますね。

小山

医療介護経営研究会

医療界をリードする講師をお招きし、コメンテーターを交えて自由闊達な意見交換ができる **経営者限定の会員制研究会** です。2003年に発足し200回を超えて開催しています。社会医療ニュースの読者限定で3人まで＜**無料での体験参加**＞を受付けます。

九州 10/22『この国の医療のかたち～医療政策の動向と課題』
九州大学 名誉教授 尾形裕也氏

九州 11/5『医療保険者の現状と保険者からみた日本の医療の課題と対応（仮）』
健康保険組合連合会 理事 田河慶太氏

九州 12/10『人口減少下の地域を考える（仮）』
大正大学地域構想研究所 教授 小峰隆夫氏



↓詳しいご案内はこちら↓
http://www.hcsrev-f.or.jp/WS000_list/



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

東京都中央区日本橋本町2-3-11 日本橋ライフサイエンスビルディング408 TEL：03-6262-5774

関連イベント情報 掲示板

武久塾 病院経営の未来

【主催】 日本慢性期医療協会

【日時】 10月22日(土) 13:18時

【会場】 東京研修センター

【対象】 理事長または院長クラス
限定30名

【参加費】 会員:33000円

会員外:55000円

【プログラム】 武久洋三先生ご講演
「新しい時代に生き残る病院に
なるう。」、グループワーク、全体
ディスカッション参加者を病院経営者に限定し、
医療の未来のために何をすべきか
について語り合います。

【申込】 FAXでの申込となります。

詳細はHPよりご確認ください。
(<https://jamcjp.com/symposium.html>)

第8回総合診療医認定講座

【主催】 日本慢性期医療協会

【Part I】 12月17・18日(土・日)

【Part II】 1月28・29日(土・日)

【Part III】 2月25・26日(土・日)

【対象】 医師40名

講義約30時間、症例検討約8時
間、全6日間です。急性期、慢性
期を問わず、これからの日本の医
療を担う医師に是非ご参加いただ
きたい研修です。詳細はHPで(<https://jamcjp.com>)

臥龍の第20回 Think in 開催

【日時】 9月22日(木) 19:21時

【会場】 未来研究所臥龍会議室+

Zoomによるオンライン参加

【テーマ】「恵寿総合病院における
地域医療/介護システムの取り組
み(仮題)」【ゲスト】 神野正博 全日本病院
協会副会長/社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長
前回に引き続き、地域における
医療/介護連携システムの実践に
ついて議論します。社会医療法人財団董仙会は急性
期病院である恵寿総合病院(石川
県七尾市)を核とし、能登地域を
中心に事業展開を行う医療・介護・
福祉の複合体です。ITによる電
子カルテをはじめとして全国に先
駆けて「制度・施設・距離を超え
る情報ネットワーク」を構築し、
地域の他の医療機関との間におい
ても電子カルテ閲覧や画像転送を
中心とする情報連携システムを整
備しています【プログラム】 第一部:ゲストに
よるプレゼン・問題提起、第二
部:ゲストと代表理事による討議
+参加者との意見交換・質疑応答【申込】 事務局アドレス (admin@garyuor.jp) まで。

戦略と情熱の病院づくり 発売!

9月15日(木)に副島秀久先生
の書籍が発売となります。副島先生はこの社会医療ニュー
スで、16年6月から22年3月ま
での約6年間にわたり、6面の「医
療の沸騰点」で執筆いただきました。
全70回分の記事について、病
院組織や医療制度、デジタル化、
教育、ガバナンスなどの9つの
テーマからなる「最高の病院のつ
くり方」の指南書です。「病院づくり」というタイトル
ではありますが、医療を通して現
在の日本の問題について副島先生
のストレートな文章で伝えられた
一冊です。病院経営者はもちろん、
病院をかえたい、そして右肩下
がりで長期低落の日本を変えたいと
いう方は必読です!日本ヘルスケアテクノより発
売、価格2420
円(税込)。ご購入
は会社HPま
たは、Amazonか
ら。 <http://www.nhjp.com/>

建替時の問題を明瞭に解決します

医療機関の建替え・新築移転では人手不足、予算不足、納期不安、移転計画等、課題が山積みです。
私たちメディアックスは、建替えの専門家として貴院のプロジェクト成功に向けて総合的に支援します。購入
支援現有機器調査/価格交渉
入札準備/納品管理
発注管理/リスト整備 など移転
支援移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など建築
支援医療設備調整/図面プロット
定例会サポート
追加工事回避/圧縮案 など

株式会社 メディアックス

〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-5-9五東ビル6階

TEL:03-5614-0961 FAX:03-5614-0962 E:kanri@medi-ax.jp

オフィシャルサイト <http://medi-ax.jp>ポータルサイト ドクナビ <https://dr-navi.info>