

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2025年8月発行

57

CONTENTS

| | |
|--------------|-------|
| 巻頭言 | 2 |
| 特別寄稿 | 3~11 |
| 講演報告 | 12~13 |
| 法律のお話 法医学と裁判 | 14 |
| 看護学校だより | 15 |
| 編集後記 | 16 |

医療崩壊前夜のリピーター医師問題

会長
小田原 良治



2006年（平成18年）、産婦人科医逮捕の映像がテレビで大々的に放映された。福島県立大野病院事件である。当時はマスコミ等による医療バッシングが激しかった時であり、医師がリスク医療を回避する「立ち去り型サボタージュ」が多発し「医療崩壊」寸前に至った。小松秀樹著「医療崩壊」がベストセラーとなったのはこの年である。

2024年（令和6年）の診療報酬改訂により、病院は大幅赤字を計上することとなり、中小医療機関は退出するところが増加している。地方に行けば行くほど「医療崩壊」は深刻な問題となりつつある。また、このような時期に、「脳外科医竹田くん」という4コマ漫画が、ネット上を駆け巡った。これは、実話とされており、作者は関係者であることが明らかとなった。情報漏洩問題はさて置くとして、「脳外科医竹田くん」という漫画が、あらためて「リピーター医師」の問題を突きつけたことも事実であろう。

「リピーター医師」問題は、旧第三次試案・大綱案当時から、一つの大きなテーマであった。ここで、また、「リピーター医師」を根拠に、「医療事故調査制度」を旧第三次試案・大綱案に引き戻そうとするかのごとき議論があるようである。このような発言では重大な点が見落とされている。事故再発防止の仕組みは「医療事故調査制度」に既に組み込まれており、「リピーター医師」問題は、ある面対応済みなのである。

「医療事故調査制度」は、2016年（平成28年）6月24日に見直しが行われた。この時、医療法施行規則が一部改正され、「病院等の管理者は、…当該病院等における死亡および死産の確実な把握のための体制を確保するものとする」と謳われた。また、同日付け厚労省医政局総務課長通知では、「当該病院等における死亡および死産の確実な把握のための体制とは、当該病院等における死亡および死産事例が発生したことが病院等の管理者に遺漏なく速やかに報告される体制をいう」と明記されている。これを受けて、日本医療法人協会は、「死亡全例チェックシート」の作成を提案し、その記載例まで提示している。

要するに、管理者により死亡事例が確実に把握されていれば、再発は防止されていた可能性が高い。「死亡および死産の確実な把握のための体制確保」は、病院等の管理者に課された義務である。このことを管理者が認識しているか否かも問題だが、「死亡全例チェックシート」等を整備したにもかかわらず管理者への報告がなされていない状況があるとすれば、病院等の職員に対しても、管理者への報告義務があることを周知する必要があるのかもしれない。

特別寄稿1

医師法21条「外表異状説」普及活動と 「医療の内と外の分離論」

いつき会ハートクリニック
佐藤 一樹



1. はじめに 私と医療事故調査制度

医療事故調査制度（2015年10月施行）の開始から10年となる。「改正医療法（2014年6月）」に新設されたこの制度の運用にかかる医療法施行規則（「省令」）、および、医政局局長通知（「通知」）の「たたき台」として作成され、実質上の原案となった「日本医療法人協会医療事故調ガイドライン」（現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会 2014年10月1日公開）を基に、2015年3月の「医療事故調査制度の施行に係る検討部会とりまとめ」の公表を受け『医療事故調運用ガイドライン』（編集：日本医療法人協会医療事故調運用ガイドライン作成委員会 へるす出版）が2015年9月に出版された。その根源の支柱は以下の5本である。

【原則1】遺族対応を最優先とする 【原則2】法律に則った判断を行う 【原則3】制度は医療安全の確保を目的とし、紛争解決を目的としない 【原則4】非懲罰性・秘匿性を守る 【原則5】院内調査を中心とし、地域・施設特性に応じた運用を行う

一連のガイドラインの作成・編集には、「現場の医療を守る会」（厚労省の「第三次試案」「大綱案」に危機感を強めた医師・法律家の有志により結成された会）の9人の世話人に、医療法制に詳しい弁護士が複数参加した。このメンバーによるガイドライン作成委員会では、愛着を込めて通称「元帥」と呼ばれていた鹿児島県医療法人協会の小田原良治会長の人権重視・遵法精神に根ざした正義感とリーダーシップが、本制度を適正かつ穏健な形に導いたと私は断言したい。特に今となっては当たり前と思われる【原則3】は、小田原先生と医療法人協会顧問弁護士の井上清成先生の「医療の内と外の分離論」がパラダイムシフトとなり、「医療安全・再発防止」と「紛争解決・責任追及」を明瞭に線引きした。

一方、医療事故調査制度の成り立ちに私の活動が多少なりとも反映されたとすれば以下の二つである。

- ① 医師法21条の正しい解釈「外表異状説」を厚生労働省に認めさせたこと
- ② 通知に「当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること」を入れたこと

小田原先生は、医療事故調査制度成立の経緯について書籍『未来の医師を救う医療事故調査制度とは何か』（2018年・改訂版2025年 幻冬舎）において詳細に言及されている。これに加え『死体検案と届出義務 医師法第21条問題のすべて』（2020年 幻冬舎）の中でも、医師法21条「外表異状説」普及に関する元厚生省課長補佐で医師・弁護士・MBAの田邊昇先生と追隨した私の活動について評価をいただいている。

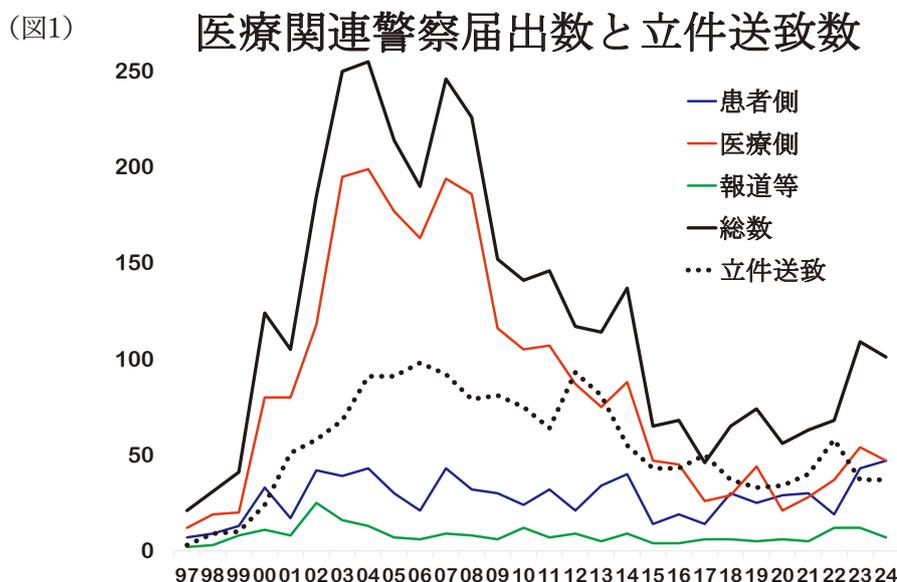
最終的に「省令」と「通知」を決定する「医療事故調査制度の施行にかかる検討会」（2014年11月～15年3月）では、「医療の内と外の分離論」の小田原・井上タッグチーム、「医師法21条外表異状説」の田邊・佐藤タッグチームは、構成員・随行員として会議に参加した。今回、小田原先生から本誌執筆の機会をたまり、上記①について振り返ることとした。

2. 11.1.11の1ヶ月後の医師法21条解釈の混乱

「1」が5つ並ぶ平成11年1月11日（1999年）に横浜市立大学病院事件（患者取り違え）、その1ヶ月後の2月11日都立広尾病院事件（薬剤取り違え）という明らかな医療過誤からはじまる一連の医療事故・過誤報道を受け、医療界へは厳しい批判が巻き起こった。その世論に対し、当時の厚生省は医師法21条¹を拡大解釈し、診療関連死・外因

死を警察に届出するよう誘導した（「国立病院リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成指針」2000年8月）²。

さらに、後に最高裁で誤判が決定した都立広尾病院届出事件の東京地裁一審判決（2001年5月）を受け、日本外科学会も医師・弁護士の古川俊治現参議院議員を委員としてガイドラインを作成して行政に歩調をあわせた³（2002年7月）。当時の論議の中で、元々は脳死臓器移植の推進目的で作成した日本法医学会の「異状死ガイドライン」（1994年5月）⁴が掘り起こされ、1995年版の死亡診断書記入マニュアルからは、この「異状死ガイドライン」を参考にしよう指導していた⁵ことも相まって、医療現場からの警察届出が急激に増加した（図1）。



3. 2004年最高裁判決「外表異状説」広まらず：医療界自ら中立的専門機関の創設を求める

都立広尾病院届出事件 最高裁判決（2004年4月）は「医師法21条にいう死体の『検案』とは、医師が死者の外表検査により、死因や死因の種類を判定する業務」と判示された。医師法21条の届出対象は「異状死 (death)」ではなく「異状死体 (dead body)」である。戦前の旧法では「屍体 (corpse)」であった。異状死、異常死、医療事故死、診療関連死、医療過誤死、不審死など「死」＝「死亡」は検討しなくてよいという結論になる。

一審東京地裁判決では、届出義務が生じたのは患者が医療過誤（看護師がヒビテンを誤注射）で「死亡」した時刻であるとした。しかし、2003年5月の控訴審東京高裁判決はこの時刻の「認定には、誤りがあり、この事実誤認は、判決に影響をおよぼすことは明らかである。」として破棄自判し、届出義務が生じた時刻は、病理解剖の外表検査で「死体」をじっくり見て異状（ヒビテン静注による右腕の色素沈着）を確認したときであるとした。最高裁判決はこの高裁判決を支持した。

しかし、メディアは、外表異状については無視し「本件届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めたときは、そのことを警察署に届け出るものであって、これにより、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない」と判示したことについて「診療行為に関わった医師も警察届出義務がある」旨の報道に終始した。医師も一般人も最高裁の判決文を直接読む人は極めて少なく、その意義を理解できる人もいなかったため、「検案」や「異状」については曖昧のまま「医療過誤死・診療関連死は届出義務がある」という誤った認識が広まった。

また、最高裁判決に対する法律学者の論議・論評の対象は「外表異状説」ではなく、「憲法38条1項の自己負罪拒否特権に抵触するか否か」であった。つまり「行政手続上の義務を根拠に、自己が業務上過失致死等に関われる恐れがある場合でも警察届出義務があるのか否か」が考察されただけであった。

「異状死」と「異状死体」の区別もつかず、外表異状説にも気付くことのなかった医療界では、「医師法21条で診療関連死が警察沙汰になり、医師が犯罪者扱いされるなら警察の代わりに第三者機関に届出する方がましだ」という発想から「届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成

される中立的専門機関が相応しい」ととの結論に達し、日本医学会基本領域19学会が「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」を共同声明として発表し、医師法21条は誤解されたまま医療事故調査制度待望論とその創設に向かった。

4. 医師法21条正しい解釈伝道の元祖：故米田泰邦先生と田邊昇先生

最高裁判決の2004年当時、私は東京女子医大人工心肺事件における業務上過失致死罪で起訴された（2002年）刑事事件の被告人として一審の係争中であり、心臓外科診療と自分の裁判で精一杯であった。このため、都立広尾病院届出事件の存在は認識していたが、判決文はおろか、論議されている事柄についても、医療事故調査制度の創設についても傍観者であった。その後、2005年11月の一審無罪判決を契機に、検察に控訴はされていたものの、私をスケープゴードにして特定機能病院の剥奪を逃れようとした東京女子医大や、私を能力が劣る医師や犯罪者として扱ったメディア14社を相手に名誉毀損の損害賠償を求める民事訴訟を提訴し、リベンジを開始していた。

同時に、ブログ「紫色の顔の友達を助きたい」の執筆を開始し、刑事事件・民事事件周辺の事柄を投稿していた。そこで「本人訴訟」（原告自身が代理人弁護士を雇わずに訴状や準備書面を書くなどの実務を行う）でフジテレビに勝訴したことを投稿したところ、それまで全く面識のなかった田邊先生から、その勝訴の内容について連載中の医学商業誌で紹介したいとのアプローチがあった。この連載を単行本としてまとめた『弁護士®による医療訴訟とリスクマネジメント』（2008年医療文化社）を贈っていただき、興味深く読んでいたところ「外表異状説」の章が掲載されていた。

それまで、医師法21条の存在が問題になっていることは認識していても、ネット上の論議や医師、法律家による解説も読み流す程度であったためか、外表異状説は私の頭には自然に入ってきた。

田邊先生によると外表異状説の元祖は、元裁判官で法学博士の米田泰邦弁護士であり、大阪刑事弁護研究会で発言されたのが最初であるらしい。米田先生は、『医療行為と刑法』（1985年）『医療紛争と医療裁判』（1986年）『医療紛争と医療裁判第2版』（1993年）『医療者の刑事処罰』（2012年）等の書籍があり、半生を医療紛争の解決に捧げてきた法律家だった。

5. 「外表異状説」普及活動開始の端緒：日本医師会総合研究所シンポジウム（2011.7.24）

2009年4月に私の刑事事件での無罪が確定した。そのころから、「被告人の視点からみた医療司法問題」や「冤罪被害の経験からみた院内事故調査委員会と報告書の問題点」といったテーマで、学会講演や各地の医師会や保険医協会、医療コンサルタント主催のセミナーでの講演や執筆を繰り返していた。その中でも、3つの無罪事件（①東京女子医大事件②県立大野病院事件③杏林大割り箸事件）の当事者と弁護人をシンポジストとした日本医師会総合研究所（水谷渉弁護士担当）主催の「更なる医療の信頼に向けて－無罪事件から学ぶ－」と題したシンポジウムは、全国の医師会にリアル配信され、日本医師会の歴史に残る大きな会だった。

この会の冒頭に樋口範雄氏（当時東京大学法学部教授）による「医師法21条を考える」と題した基調講演があった。樋口氏は東大教授といっても元々英米法が専門で、生命工学・生命倫理と法政策など医事法については21世紀になってから研究活動を開始しているようだ。その基調講演では、明らかに異状死と異状死体を混同し、都立広尾届出事件の最高裁判決を理解しておらず、午後には登場した多くのディスカッサーと同様、「医師法21条を改正すべき」との発言があった。

私はシンポジウムの中で、日本医師会の21条改正案を暗に揶揄し、「異状死ガイドライン」や「外科学会ガイドライン」を批判し「医師法21条は解釈が変わってきた」「解釈が変わってきたことに対して、医師が自律的に正すべき」と発言した。しかし、シンポジストや満員の会場の聴衆の誰にも刺さらず、賛同は得られなかった。この時点では私も勉強不足で、警察届出を抑制するためには、医師法21条を改正すべきか、誤った解釈を正すべきか混乱していた。

6. 東京大学 医療法学夏季セミナーと「医師法第21条再論考」執筆の影響（2011.8～2012.10.6）

日本医師会のシンポジウムの直後の8月下旬、現浜松医科大学医療法学教授で医師・弁護士の大磯義一郎先生

が、法律に興味がある医師や学生向けの「医療法学夏季セミナー」を東京大学本郷キャンパス内で主催し、私はこの講師を担当することになっていた。これに向け、夏休み期間は連日国会図書館に通い詰め、図書館とネット上にある医師法21条に関する判例や文献を悉皆的に渉猟して研究した。80近くの文献を読み込んだ結果、米田－田邊「外表異状説」普及活動に追従する自信をつかみ、最初の「医師法第21条再論考」の講演を行った。

しかし、大磯先生はその場では首肯しかねる態度を示した。これには落胆したが、一人だけ強力な賛同者がいた。東京保険医協会広報部で協会機関新聞を担当する於曾能正博先生であった。於曾能先生は、「500回以上、医師法21条の話をした」という田邊先生の講演を聞いていた。「田邊先生と同じことをお話されている。是非、東京保険医新聞に投稿してください。」という流れで『「医師法第21条」再論考－無用な警察届出回避のために－』（2011.10.25）⁶『「異状死」の定義はいらない』（2011.11.15）⁷と題した「外表異状説」を解説する2編の論考を執筆した。

この論考を最も高く評価して下さったのは、田邊先生と医療ガバナンス研究会を主催している上 昌広先生であった。これにより医療ガバナンス学会のMRICへの転載が実現した（10月31日・11月17日）。

さらにMRICの読者から週刊『医事新報（2012.10.6）』のQ&Aの欄で私を指名して「医師法21条の法解釈の現状」について質問があり、これに応じた⁸。①「異状死の届出義務」の法律は存在しない、「異状死」の概念規定や定義もない、「異状死体等の届出義務」が正しい②「検案」とは医師が死因等を判定するために死体の外表検査をすること（最高裁判決）③最高裁判決が出て「国立病院スタンダードマニュアル指針」は誤っていることが確定したのに放置している厚労省の不作為は怠慢だ④日本法医学会「異状死ガイドライン」（1994年）「診療関連過程異状届出説」（2002年）も取り下げるべき⑤日本医学会基本領域19学会も「異状死」と「異状死体」相違を混同して21条を理解していない等、厚労省、特に法令に疎い医系技官や医学会を徹底的に批判した。

それでも、井上先生や大磯先生らの医事法のオピニオンリーダーからの賛同は得られず、ムーブメントにはならなかった。

7. 厚生労働省「あり方検討部会」関係者への働きかけ（2012.10.20）

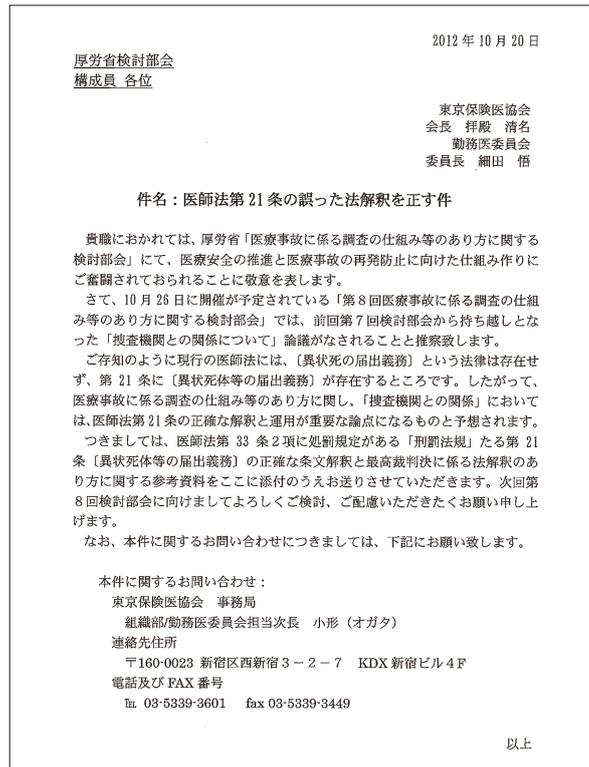
医療事故調査制度に警察届出機能を持つ「第三次試案」「大綱案」と制度策定への道は進み、法制化の寸前で、医療界の猛反発や舛添要一厚労大臣の英断、自民党から民主党への政権交代によって頓挫していた厚労省の事故調創設の動きは、2012年2月に「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」（あり方検討部会）として再開した。

第7回（2012.9.28）、予定に「捜査機関との関係について」とあり、医師法21条について論議されることになった。会議の参考資料には21条の条文の直下に「死体又は死産死については、殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎等の犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を期待したものである。したがって、「異状」とは病理学的の異状ではなくて法医学的のそれを意味するものと解される。（下線は筆者による）」と記載されていた。この文言は当時の「死亡診断書記入マニュアル」では「『法医学的異状』については、日本法医学会が定めている『異状死ガイドライン』等も参考にしてください。外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります。」とつながる。

「このままでは、『異状死ガイドライン』が採用されてしまう。」戦々恐々として傍聴席に座った。しかし、前項の論議が長引き、医師法21条についての論議は第8回（2012.10.26）に延期された。ホッとすると同時に「ここが勝負どころだ！」と動きだした。

まず『医師法第21条再論考』『異状死の定義はいらない』『医事新報Q&A』の3編を同封し2012年10月20日必着で、厚労大臣、事務次官、政務官、医政局長、大臣官房審議官、医政局総務課長、同局医事課長、同課医療安全推進室長、あり方検討部会の構成員14人全員に、「医師法21条の誤った法解釈を正す件」（図2）と題した文章を郵送した。これらについては、検討部会の構成員のうち現場の医療者を代弁できる3人、日本医師会常任理事の高杉敬久先生、秋田労災病院第二内科部長で特定非営利活動法人医療制度研究会会長の中澤堅次先生、全国医学部長病院長会議会長で昭和大学病院病院長の有賀徹先生には、従前から対面で説明させていただいていた。

(図2)



8. 「医師法第21条再論考」を手元に田原克志医事課長が発言 (2012.10.26)⁹

第8回の最初に有賀構成員が『医師法第21条再論考』で批判した国立病院スタンダードマニュアル指針と医師法21条の関係を質問した。厚労省のメンバーの後ろに座っていた東京保険医協会の小形歩事務局長は答弁する田原課長の手元に『再論考』が置かれているのが見えたという。答弁の要旨は以下の3つ。

- ・厚生労働省が診療関連死について届け出るべきだということを言ったことはない。
- ・医師法21条の解釈で診療関連死を明示的に届出せよと言ったことはない。
- ・法医学会の異状死ガイドラインも参考にと書いたのは事実だが、最終的には検案した医師が、異状の有無を判断する。次に中澤構成員が「検案」について質問し、田原課長は答えた。
- ・あくまで、検案をして、死体の外表を見て、異状があるという場合に警察署に届け出る。診療関連死であるか否かにかかわらない。
- ・検案ということ自体が外表を検査するという。外表で判断できないということであれば届出の必要はない。
- ・平成16年最高裁で「医師法21条にいう死体の検案とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査すること」といっている。

これで、米田－田邊－佐藤の普及活動が実り、厚労省が「外表異状説」を認めたことが公となり、医療系メディアは大事件として報道した。翌月、大磯先生に直接会った時、彼は遠くから走ってきて私に飛びつくように握手を求めた。井上先生からは、田邊－井上－佐藤の鼎談の席を設けるように要望された。

9. 国会でも「外表異状説」を確認：死亡診断書記入マニュアル改訂 (2014年)で最終決着

行政で医師法21条の司法判断が確認されたのに加え、国会においても「外表異状説」が正しいことを確認させた。2014年5月、私は、2001年4月3日の厚生労働委員会で医政局長から「医師法21条の規定は医療事故そのものを想定した規定ではない」との言質を得ていた医師で、東京保険医協会の会員でもある小池晃議員と話し合う機会を得た。そこで、次の国会質問で「改めて、医師法21条についての厚労省の解釈」を確認するよう依頼した。

これは、2014年6月10日 参議院厚生労働委員会で実現する¹⁰。田村憲久厚労大臣は、以下の2点を答弁した。

- ・医師法第21条は、医療事故等々を想定しているわけではない。これは法律制定時より変わっていない。
- ・都立広尾病院事件最高裁判決で医師法21条の検案とは医師が死因等を判定するために外表を検査することである。

一方、「死亡診断書記入マニュアル」は2013年度も2014年度も「外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届出が必要となります」「『異状』とは『病理学的異状』ではなく『法医学的異状』を指します。『法医学的異状』については、日本法医学会が定めている『異状死ガイドライン』なども参考にしてください。」の文言が残っていた。これを変更させる戦略は、現諫早市医師会長の満岡渉先生と小田原先生、井上先生と協力して、当時の橋本岳厚生労働政務官に働きかけた。

2014年6月17日午前8時、筑波大学の元外科医で民主党の足立信也議員（現大分市長）から私の携帯に電話がかかってきた。「今日の参議院厚生労働委員会で安倍晋三総理大臣に『死亡診断書記入マニュアル』の記述を変更する件について質問する。医師法21条の解釈について、今一度、佐藤先生に確認させていただきたい。」とのことだった。その数時間後、安倍総理は「『マニュアル』の記述変更を前提としており、見直しに向けて厚労省で適切に検討を進める」と改訂の約束をした。

これにより2015年の死亡診断書記入マニュアルから「外因による死亡・・・」「『異状』とは・・・「法医学的異状」を指します。・・・『異状死ガイドライン』・・・」の文言は削除された。

10. おわりに

「外表異状説」が確立して、診療関連死の警察届出は不要となり、医療刑事事件も抑制され、警察の代わりとなるはずだった第三者機関の存在意義や権限も薄らいだ。医療事故調査制度は「医療の内」のものとして院内事故調査による「医療安全・再発防止」に特化し、「紛争解決・責任追究」を「医療の外」に押し出した。こうして「外表異状説」に「医療の内と外の分離論」が連動し、本制度をほぼ適正な形に導いた。

しかし、第三者機関である医療事故調査・支援センターの報告書を遺族に交付することは阻止できない。この報告書がメディアに公表されたり、紛争に利用されたりすることも実際に起きている。

一方、1997年21件にすぎなかった医療関連警察届出総数は、都立広尾届出事件最高裁判決の2004年には255件と10倍以上に増加したが、医療事故調査制度開始2年後の2017年には46件に減少していた。ところが、直近の2023年、2024年は2年連続で100件を超えている（図1）。

この流れのままであれば、医師法21条「外表異状説」普及活動の再開が必要になるであろう。（了）

脚注

- 1 医師法21条〔異状死体等の届出義務〕医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。
- 2 「医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う。」国立病院リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成指針（「国立病院スタンダードマニュアル指針」）
- 3 「以下に該当する患者の死亡または重大な傷害が発生した場合には、診療に従事した医師は、速やかに所轄警察署への報告を行うことが望ましい。・何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ、または何らかの医療過誤の存在が明らかであり、それらが患者の死亡や重大な傷害の原因となったと考えられる場合。」日本外科学会 診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告についてのガイドライン（「外科学会ガイドライン」）
- 4 確実に診断した内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外の全ての死体
- 5 「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている『異状死ガイドライン』等も参考にしてください。外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります。
- 6 東京保険医新聞 2011年10月25日号「視点」<http://medg.jp/mt/?p=1509>
- 7 東京保険医新聞 2011年11月15日号「視点」<http://medg.jp/mt/?p=1520>
- 8 日本医事新報No4615 2012.10.6 62-63頁
- 9 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002pfog.html>
- 10 <https://www.m3.com/news/open/iryoishin/223482>

特別寄稿2

「エンゲージメント」について

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 鹿児島県支部 副支部長
 鹿児島県医療勤務環境改善支援センター スーパーバイザー
 国立人事 代表 新屋 尋崇



1. はじめに

前々号の鹿児島県医療法人協会報第54・55号合併号においては、「勤務環境改善は経営上の喫緊の課題」と題して、主に医療勤務環境改善マネジメントシステム等について、寄稿させていただきました。

また、前号第56号においては、それを受けて、医療勤務環境改善に関する最近のトピック等の中から、いくつか抜粋してご紹介させていただきました。

今号においては、前々号の第54・55号合併号でも少し触れ、鹿児島県医師会報令和7年4月号の特集記事にも寄稿させていただいた「エンゲージメント」について少しだけ深掘りしてみたいと思います。

2. 医師会報令和7年4月号特集記事

鹿児島県医師会報令和7年4月号の特集記事においては、働きやすく、働きがいのある職場をつくるためのヒントとして、エンゲージメントを紹介いたしました。

エンゲージメントとは、簡単に申し上げるなら、仕事への熱意度のことで、それを左右する9つのキードライバーとして、「職務」、「自己成長」、「健康」、「支援」、「人間関係」、「承認」、「理念戦略」、「組織風土」、「環境」があるとされ、それぞれのポイントは以下となっていたところでした。

- ・「職務」 …… やりがいや裁量（職務を通して、「やりがい」を感じられているか。職務を遂行する上で、必要な「裁量」が与えられているか。）
- ・「自己成長」 …… 達成感や成長機会（仕事を通して、「達成感」を得られているか。仕事を通して、能力やスキルを高められているか。）
- ・「健康」 …… 仕事量やストレス反応（任されている「仕事量」は適切か。頭が重い、イライラする等の「ストレス反応」が出ていないか。）
- ・「支援」 …… 職務上の支援、自己成長への支援、使命や目標の明示、同僚からの困難時の支援（職務を遂行する上で、必要なサポートがあるか。自身の成長の手助けをしてくれているか。部署や個人のミッションや目標を、わかりやすく伝えているか。自分が困っているときに、同僚は助けてくれるか。）
- ・「人間関係」 …… 上司との関係、仕事仲間との関係（上司とは良好な関係が築けているか。仕事仲間とは良好な関係が築けているか。）
- ・「承認」 …… 成果に対する承認、発言・意見に対する承認、評価への納得感（成果を認められたり褒められたりしているか。自分の意見や発言を周囲が聞いてくれているか。成果や貢献に見合った評価がされているか。）
- ・「理念戦略」 …… 経営理念への共感、方針・事業戦略への納得感、経営陣に対する信頼、事業やサービスへの誇り（経営理念に共感しているか。方針や戦略に納得できているか。経営陣を信頼しているか。自院で展開する事業やサービスに誇りを感じているか。）
- ・「組織風土」 …… キャリア機会の提供、挑戦する風土、部署間での協力、称賛への妥当性（意欲的であれば、チャンスが与えられるか。失敗したこと以上に、挑戦したことを讃えられるか。目標を達成する上で、他部署は協力的か。誰かが称賛されたとき、適切であると感じているか。）

・「環境」…………… 職場環境への満足度、ワーク・ライフ・バランス、給与への納得感（働きやすい職場環境か。必要に応じてライフスタイルに合った働き方ができるか。働きに見合った給与・ボーナスが支払われていると感じているか。）



図1 働きがいのある職場づくりのために（令和5年度）より

3. 働き方・休み方改善ポータルサイト

厚生労働省の「働き方・休み方改善ポータルサイト」においては、ワークエンゲージメントの向上に取り組む意義や効果的な取り組み等が紹介されています（図1、図2）。

「エンゲージメント」には、代表的なものとして「ワークエンゲージメント」と「従業員エンゲージメント」の2種類があり、「ワークエンゲージメント」は、仕事にやりがい（誇り）を感じ、熱心に取り組む、仕事から活力を得ている状態を指し、個人と仕事との関係に着目している一方で、「従業員エンゲージメント」は企業などの所属組織への貢献意欲を指し、個人と組織との関係に着目しています。組織が目指す方向性を理解し、それが自身の目指す方向性と重なることで組織に貢献しようと思えることは、仕事そのものへの誇りと同様に大切であるとされています。

また、エンゲージメントの向上によって、主に以下3つの効果が期待できるとされています。

- ☑ 組織に対する従業員からの信頼が高まる
- ☑ 従業員の能力が最大限に発揮される
- ☑ 従業員が健康に・活き活きと働き続けられる

これにより、従業員の定着、生産性の向上、職場の活性化などが期待できます。なお、エンゲージメント向上は、企業規模の大小を問わず重要な取組となっています。



図2 働きがいのある職場づくりのための支援ハンドブック（令和6年度）より

4. エンゲージメント活用の先進企業による事例

前出の「働き方・休み方改善ポータルサイト」では、「働きがいのある職場づくりのために～エンゲージメント向上に向けた効果的な実践方法の検討～」セミナーのリーフレットやアーカイブ動画等を閲覧できます。

1例をご紹介しますと、例えばKDDI株式会社では、企業理念の冒頭に「全従業員の物心両面の幸福を追求」を掲げ、従業員の経済的安定と心の豊かさが、会社の成長と社会の発展への貢献に不可欠だと考えて、中期経営戦略では、「人財ファースト企業への変革」を重要課題の1つに位置付けて取組を進めてきました。

一方で、若手を中心とした従業員の挑戦意欲の向上が課題となっており、また、「従業員エンゲージメント」は高いものの、「ワークエンゲージメント」が比較的低く、従業員が主体的に仕事に取り組む環境の整備が必要でした。

そこで、同社では、「ワークエンゲージメント」と「従業員エンゲージメント」を合わせて「社員エンゲージメント」と呼んで取組を進め、社員エンゲージメント総合スコア向上を全社重点KPIに設定し、人事主導の全社施策に加えて、各職場主体の取組を支援するようにしました。

「ワークエンゲージメント」は、個人が主体的に仕事に取り組んでいる状態を指し（職場・仕事が好き・楽しい）、身

近な上司・同僚の影響が大きいと、前出の9つのキードライバーのうち、「職務」、「自己成長」、「健康」、「支援」、「人間関係」、「承認」の6つについて、主に各職場による取組として整理。一方「従業員エンゲージメント」は、個人の組織（会社・職場）に対する自発的な貢献意欲を指し（会社が好き）、会社方針・施策が影響するため、前出の9つのキードライバーのうち、「理念戦略」、「組織風土」、「環境」の3つについて、主に全社施策による取組と整理されています。

働きがいの計測には、外部アンケートシステムを使用し、約70問のアンケート調査を年に3回実施します。外部アンケートシステムを導入したことで迅速な集計が可能となり、実施後すぐの経営層と現場のリーダー（課長職相当）への結果提示が実現し、これにより、現場で前回スコアからの変動を把握して施策を改善するサイクルを迅速かつ、こまめに回すことが可能になったとのことです。

エンゲージメント向上に向けた取組として、総合スコアに影響の大きい「やりがい」を注力項目としてデータドリブン（＝データを基にした意思決定や戦略策定）で施策を実行しました。

なお、同社においては、「自分の成長を感じることに」、「興味のある仕事をする」、「仕事の成果を認められること」等が仕事のやりがいに影響を与える要因として把握されており、また、退職者及び異動希望者のエンゲージメント分析では、退職者については、退職に向けて「やりがい」、「成長機会」、「達成感」のスコアが大きく低下する傾向、希望部署への移動ができない社員（異動希望者）については、「やりがい」のスコアが低い状況にあり、主体的なキャリア実現機会の拡大により、退職抑止にも一定の効果が期待できるとされています。

働きがい向上のために、同社が特に力を入れてきた取組が「1on1」です。毎月1回は、リーダーとその配下のメンバー間で1on1（＝上司と部下が1対1で対話すること）を実施することが義務づけられ、信頼関係を築き、社員一人一人の成長と自律的なキャリア形成を支援しています。

それは、データ分析の結果、上司・部下間での1on1の実施頻度が高い組織ほどエンゲージメントが高く（特に「2、3か月に1回以下」と「1か月に1回」との差が大きい）、また、短期的な業務内容に留まらず中長期的なテーマ（能力開発やキャリア）まで話している組織ほどさらにエンゲージメントが向上する（業務アサイン（＝業務の割り当て）時の説明が「成長機会」スコアに大きく影響し、特に能力向上やキャリア形成に繋がる説明を受けた人のスコアが高い）ことが明らかになったからです。職務への納得感が働きがいの向上において重要であることもわかり（認知クラフティング（＝仕事の意義理解）が「やりがい」に大きく影響、自組織のミッションに関する組織トップからの発信や上司との対話が求められる）、1on1を通じて従業員に配置理由や職務の目的・意義を企業の目指す方向とあわせて説明することで、納得を得られるよう心がけているようです。

取組開始後、4年間で全社のエンゲージメント総合スコアが5ポイント向上し、働きがい、自己成長やキャリア機会に関するエンゲージメント項目が向上して、特に課題だった「挑戦する風土」も大きく伸長したようです。仕事に対する社員の主体性を育て、多様な人材によるイノベーション創出を目指すのが今後の展望とのことです。

5. おわりに

今号では、「エンゲージメント」について、エンゲージメント活用の先進企業による事例等を参考に、少しでも深掘りしてみました。医療機関におけるマネジメントにおいても、ご参考にしていただけますと幸いです。

6. 引用・参考

▶ 組織の未来はエンゲージメントで決まる（英治出版2018）

▶ 鹿児島県医師会報令和7年4月号特集医師の働き方改革



▶ 働き方・休み方改善ポータルサイト（ワークエンゲージメントとは）



新しい地域医療構想と 看護職員の確保について

前・厚生労働省医政局総務課総括調整官・看護課看護職員確保対策官
櫻井 公彦



(はじめに)

鹿児島県医療法人協会の皆様におかれましては、国民の皆様にも、良質かつ適切な医療を提供するために日々ご尽力いただき、感謝申し上げます。

今回は、新しい地域医療構想と、2040年に向けた看護職員の確保について、現在の状況をご報告します。

(我が国の現状と医療全体の状況)

我が国の総人口は2100年には、現在の半分になる見込みです。また、2040年にGDPは約1.4倍になる見通しですが、医療費はそれを上回る約1.7倍、介護費は約2.4倍になる見込みです。

現在は、高齢者が急増している局面にありますが、今後は現役世代の急減に局面が遷っていくことが見込まれており、2040年には、就業者数全体が大きく減少する中で、医療・福祉関連の人材が、現在よりさらに多く必要となることです。

そして、医療提供体制における課題は、都市部と過疎地域とで異なってくる見込みであり、大都市では医療需要が増加し、過疎地域では減少する見込みです。外来患者はすでに減少局面にある医療圏が多いです。入院患者は全体的には増加傾向にありますが、地域によりばらつきがみられます。在宅患者数は、多くの地域で今後増加する見込みです。

また、今後、85歳以上人口が急増することから、医療と介護の複合ニーズも高まってきますので、地域包括ケアシステムの構築・維持が非常に重要です。また、85歳以上の高齢者の救急搬送や在宅医療需要が増加する見込みです。

(新しい地域医療構想)

現行の地域医療構想は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定されていたことを踏まえ、約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための構想を策定したものです(都道府県の医療計画の一部分)。

今後、急速に人口減少が進む中、高齢者数がピークとなる2040年を見据え、質の高い保健医療サービスが効率的に提供される医療現場を実現していく必要があることから、昨年度、厚生労働省において、新しい地域医療構想の検討会を開催し、関係の皆様に参加いただき、2040年に向けた改革として、新たな地域医療構想に関するとりまとめ(新たな地域医療構想の策定、医療機関機能の報告制度の創設等)を行ったところです。

新たな地域医療構想は、2040年に向けて、病床の機能分化・連携といった入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る構想であり(都道府県の医療計画の上位の構想)、地域の実情に応じて、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要です。また、ICT機器の活用による効率化の観点や地域医療連携推進法人制度の活用等も重要です。

そして、2040年に向けた医療提供体制の総合的な改革(新たな地域医療構想の実現、医師偏在対策、医療DXの推進、オンライン診療の推進、美容医療への対応等)を進めるべく、先の通常国会に医療法等の改正法案を提出したところです。残念ながら先の通常国会では成立しませんでした。が、継続審議となっており、秋の臨時国会での成立を期待しています。

今後のスケジュールとしては、今年度、厚生労働省において、新たな地域医療構想に関するガイドラインを作成し、来年度に、都道府県において、新たな地域医療構想を策定いただき、再来年度から、都道府県において、新たな地域医療構想の取組を順次実施していただく予定であり、今年7月に社会保障審議会医療部会を開催し、今後、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の下にワーキンググループを設置し、ガイドラインの検討を進めていくことを確認しました。

(人材確保:看護職員の確保)

人材確保については、医師の確保のほか、医療従事者の中で最も人数が多い看護職員の確保も重要です。看護職員の有

効求人倍率は、全職種計の倍率よりも高くなっており、引き続き、看護職員の確保が必要です。また、訪問看護に従事する看護職員は増加していますが、ニーズの増大を踏まえ、訪問看護に従事する看護職員の更なる確保を推進していくことが必要です。

看護職員の就業者数は、平成2年には約83.4万人でしたが、令和2年には約173.4万人に増えました。都道府県別の人口10万人当たりの看護職員の就業者数は、都市部において、全国平均よりも少ない傾向にあり、看護職員については配置基準があるため、人口10万人当たりの病床数と同じ傾向にあるところです。今は、都市部は、地方よりも高齢化率が低いので、その状態で対応できていますが、今後は都市部の高齢化が進みますので、ICT機器の活用などによるより一層の効率化や生産性向上を進める必要があります。そのため、今年度、医療機関等におけるICT機器を活用した看護業務の効率化を支援する事業（看護DX推進事業）を実施しているところです（昨年度の補正予算）。

看護職員の確保については、新規養成、復職支援及び定着促進の3つを柱に対策を講じていくとともに、生涯にわたって看護職員の業務を継続できるよう、個人の資質の向上を図っていくことが必要です。

新規養成については、地域医療介護総合確保基金（国が財源の3分の2、都道府県が3分の1を拠出して都道府県に設置）により、看護師等養成所の整備や運営などに対する財政支援を実施しています。

看護師等学校養成所施設数は、3年課程のところ約半数で、近年、大学が増え、300を超えたところです。看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査の結果によると、定員充足率は年々減少しており、これまで、定員充足率が100%を超えていた大学においても、令和6年度に初めて定員割れし97.6%となりました。

18歳人口は減少していくことから、社会人経験者も含めた意欲ある看護師等志望者を確保することが必要であり、専門職としての看護の魅力を広く国民に発信していくことが必要です。また、ニーズを把握し、それに応じたカリキュラムや支援制度等の検討を進める必要があるほか、地域でご議論いただいた結果、養成所の統廃合やサテライト化を進めたいという場合の具体的な支援策を検討していきたいと考えています。

看護師の新カリキュラムについては、令和4年度から適用されており、その履修生について、今後その評価や実態調査等を進めていくこととしています。具体的には、今年度、カリキュラムの調査研究事業を行っており（昨年度の補正予算）、その結果を踏まえ、来年度から検討会を開催し、次の新たなカリキュラムの作成に取り組んでいく予定です。

また、定着促進についても、地域医療介護総合確保基金により、病院内保育所の整備・運営や仮眠室・休憩スペース等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援を実施しています。

また、復職支援については、中央ナースセンター（日本看護協会）の下で、都道府県ナースセンター（都道府県看護協会）が、無料職業紹介や情報提供・相談対応等を通じて、復職支援等を実施しています。コロナ下の臨時雇用の紹介で得たノウハウも活かして、医療機関等にフルタイム勤務だけでなく多様な求人を出していただけるよう働きかけ、ナースセンターの紹介による就業者数を増やしていきたいと思っています。

また、ナースセンターの機能強化については、今年度、へき地をはじめとした看護職員確保が困難な地域において、中央ナースセンターが都道府県ナースセンターと連携して、全国から看護職員を募集する事業や、ナースセンター及びハローワークへのICT機器整備によるオンライン面談の実施のモデル事業（岐阜県と愛媛県で実施）を実施しています（昨年度の補正予算）。

また、質の高い看護職員の確保のためには、処遇改善を推進していくことが不可欠です。そのため、令和6年度診療報酬改定において、医療従事者の人材確保のためのベースアップ評価料を新たに導入し、看護職員をはじめとした医療従事者の処遇改善を行ったところです。また、昨年度補正予算にも、医療従事者の質上げに向けた生産性向上・職場環境改善等を支援する補助金を盛り込み、今年度実施しています。

（新たな地域医療構想と新たな看護職員の需給推計）

現在の看護職員の需給推計は2025年までのものとなっていますので、今年の秋から、厚生労働省において、看護の需給等についての検討会を開催し、今後、2040年を見据えた新たな看護職員の需給推計を策定する予定です。また、今年度、地域医療構想策定のためのガイドラインを検討する際に、看護の供給が、各都道府県において、今後、概ねどれぐらいになっていくかなども示していき、それも踏まえ、都道府県に新たな地域医療構想を策定いただきたいと思っています。

新たな地域医療構想の策定に当たっては、人口の減少等に伴い、これまでのように看護職員数が右肩上がりで増えていく時代では無くなっていくことを踏まえ、限られたマンパワーを、ICT機器を活用して効率化した上で、どう活用していくか、例えば、将来看護職員数は我が県では〇万人になる見込みだから、看護職員の配置基準を踏まえると、病床数をどれぐらいにしなければならない、など、皆様に、医療機関の機能の観点からだけでなく、人材確保の観点からも、ご検討いただきたいと思っています。

引き続き、関係の皆様と連携しながら、施策を進めてまいります。

法律のお話 法医学と裁判



弁護士 染川 周郎

法医学という学問分野があることはご承知のことと思います。

具体例で申しますと、殺人事件で被告人は、真犯人は自分ではないと無罪を主張している。証拠として採用された凶器に被告人の指紋と血液が付着しているという事案で、その血液が被害者のものであるかどうかについて科学的な判断が必要な場合、裁判所は法医学者に鑑定を依頼し、その鑑定結果に基づいて判決を下すのが通例です。

そこで思い出されますのは、この分野で昭和20年代から昭和60年代にかけて、ABO式血液型の研究者で法医学の神様とまで言われ、その鑑定意見は、地裁から最高裁まで殆ど絶対的とまで言っている権威を誇った古畑種基東大教授、文化勲章受章者の存在です。

ところが、その後のDNA鑑定等の進歩とともに古畑教授が行った鑑定は、次々と間違いであったことが次世代の法医学者によって証明され、死刑等の有罪判決が確定した者が起こした再審事件で昭和50年～昭和60年にかけて再審無罪事件が続くという異常事態に至ったという経過があります。

四大死刑冤罪事件といわれる免田事件、財田川事件、松山事件、島田事件のうち、免田事件以外の3事件は、古畑鑑定を盲目的に信用・採用した裁判所の誤判による死刑判決の確定という「恐ろしい科学」によって多数の犠牲者を生んだもので、我が国における刑事裁判の歴史における大汚点と言わなければならないものです。

財田川事件

財田川事件の概要は、被害者男性が全身30カ所を刃物でめった刺しにされて殺害され、現金を奪われたというものです。被告人は、アリバイ成立と自白は拷問によるものであるとして無罪を主張し、これに対し検察側は、被告人が犯行時に着用していたとするズボンに微量ではあるが、古畑鑑定によると被害者と同じO型の血痕であると断定できる物的証拠があり有罪であると主張しました。一旦は最高裁まで死刑判決を出しましたが、再審で古畑鑑定は信用できない、当該ズボンを事件当日着用していた証拠もない等他の証拠も総合して被告人は無罪となりました。1950年の逮捕から34年後のことでした。

松山事件

松山事件の概要は、家屋の全焼と就寝中の家族4人の死亡事故が発生し、遺体解剖の結果、長男以外の頭部に刀傷らしきものが認められるとして、放火殺人事件として、立件されたものです。1955年に逮捕された被告人の自宅から押収された掛け布団の襟当に付着していた血痕は被害者のものと同じだという古畑鑑定が決め手になって一旦は死刑判決が確定しましたが、再審において同鑑定の証拠としての価値は乏しく、自白も強制されたもので、前後矛盾した内容で信用できないとして、1984年に無罪判決を受けたものです。

島田事件

島田事件の概要は、1954年に発生した幼女誘拐殺人、死体遺棄事件で、一旦は死刑判決が確定しましたが、1989年に再審で無罪になった冤罪事件です。

この事件における古畑鑑定は血液型に関するものではなく、被害幼児の外傷に関するものですが、遺体解剖を行った医師は外傷には生活反応がないとの鑑定を出しましたが、これが被告人の自白と矛盾するということで、裁判所が古畑教授に鑑定を依頼し、自白とおりの経過で外傷が生じたという鑑定を得て死刑判決を下したものでした。

古畑鑑定の犠牲者は他にも弘前大教授夫人殺人事件の被告人（被告人の着衣に付着した血液が被害者のものと完全に一致すると鑑定した）等あります。

以上のような誤った裁判の歴史は、医学鑑定は、裁判における事実の認定に科学的根拠を付与するものではありませんが、絶対的なものではない。裁判においては、法律家が鑑定の内容のみならず鑑定結果に至る判断過程の検証、吟味を十分にしないと本来中立公正なものである筈の科学（法医学）が冤罪を生んでしまうということを思い知らされるものです。

看護学校だより

看護学校の学生募集について

当校の設置主体は鹿児島県医療法人協会でありますことから、保健・医療・福祉を総合的に理解し、社会資源の活用、関係機関との連携や調整の役割が取れる基礎的能力を養い、地域に根差した看護を提供できる看護師の育成に努めてきております。ただ、近年の超高齢社会と少子化という大きな変化の中で、学生の確保が喫緊の課題となっており、令和7年度入試からは実施回数を増やすとともに、様々な広報により当校の認知度の向上を図り、学生募集に努めております。是非、会員の皆様方からも、周りの方々へのご紹介をお願いいたします。

会員病院との連携を強化いたしました!

1. 入学試験前に会員病院で奨学生の決定を受けた場合、受験料(15,000円)全額免除
2. オープンキャンパス、学校見学に参加された方、推薦入試受験の方は受験料が全額免除
(オープンキャンパスは7月12日、8月8日の2回 学校見学は随時実施)
3. 入学試験受験前から会員病院の奨学金情報が得られます

令和8年度 入学試験案内

- 1、募集定員 40名
- 2、修業年限 3年
- 3、受験料 15,000円 (※入学金 180,000円・年間授業料等 960,000円)
- 4、入試日程等 下表のとおり

| 区分 | 出願期間 | 試験期日 | 合格発表 |
|-------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| 推薦 社会人入試 | 令和7年 9月16日(火)～10月2日(木) | 令和7年 10月5日(日) | 令和7年 10月9日(木) |
| 一般Ⅰ期 | 令和7年 10月20日(月)～11月6日(木) | 令和7年 11月9日(日) | 令和7年 11月13日(木) |
| 一般Ⅱ期 | 令和7年 11月17日(月)～12月4日(木) | 令和7年 12月7日(日) | 令和7年 12月11日(木) |
| 一般Ⅲ期 | 令和8年 1月5日(月)～1月22日(木) | 令和8年 1月25日(日) | 令和8年 1月29日(木) |
| 一般Ⅳ期 | 令和8年 1月26日(月)～2月12日(木) | 令和8年 2月15日(日) | 令和8年 2月19日(木) |
| 一般Ⅴ期 | 令和8年 2月16日(月)～3月5日(木) | 令和8年 3月8日(日) | 令和8年 3月12日(木) |

※その他詳細は下記にお問い合わせ下さい。

〒891-0105 鹿児島市中山町878-1 鹿児島県医療法人協会立看護専門学校
TEL 099-268-4796 FAX 099-268-4972
 e-mail k.ihokan@ml.j-bee.com HP <https://ka-ihokan.com>

これからの医業経営へ、「信頼」で結びたい。



医療・保健・介護・福祉施設が抱えるあらゆる課題を、資格認定されたコンサルタントが解決します。

『認定登録 医業経営コンサルタント』は、医業経営に関わる方々が直面する課題に的確・迅速に対応するため、所定の継続研修を履修し、常に質向上を図っています。

公益社団法人

日本医業経営コンサルタント協会

鹿児島県支部

支店 千892-0803 鹿児島県鹿児島市紙屋之洲町5(株)吉田経営学院 TEL:099-247-6625
本部 千102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスビタルプラザビル5階 TEL:03-5275-8996 FAX:03-5275-8991 <http://www.jahmc.or.jp>



編集後記

- ・巻頭言にもありますように、医療を取り巻く環境は依然厳しく、解決すべき課題が絶えず起こっている状況にあるように感じます。そのような中、今号も、医療事故調査制度をはじめ、医療勤務環境改善、地域医療構想、法医学等と様々な課題に即した内容の寄稿ができませんでした。執筆者の皆様方に感謝申し上げます。
- ・看護師人材の確保・育成に向けて、当協会立看護専門学校の受験生募集の一環として、今夏も県内の高校を訪問し、来春卒業生の進路動向の把握と、当校のPRを実施しました。県内の地方の高校を訪問すると、校舎内には使用されていない空き教室が目立ち、少子化と同時に人口減少の現実を目の当たりにします。新たな人材確保の困難さとともに、育った人材の地方への還元に危機感を感じます。個人の指向や志に頼らずに、大都市への人口集中の流れを止めて、地方での暮らしが各人に積極的に選択されるように、経済や生活、文化など様々な領域で、地方と大都市との格差が縮小されないものかと思えます。現状は格差が拡大、固定化してきているように感じますが、これまで実施されてきた施策以上に本当に有効な対策はないものかと考えさせられます。
- ・今年は、戦後80年、昭和100年で、この夏は、各人が色々な感慨、思いに至る節目の年の夏となりました。一方で、相変わずの猛暑と天候不順で、健康や災害に気を付けながら過ごす厳しい夏ともなりました。暦上は、既に秋は立っております。あとは涼しい、爽り多き季節の秋到来を願うばかりです。

期間
限定

鹿児島県医師信用組合

定期預金預け替え

特別キャンペーン!

金利:

1年
0.45%

2年
0.55%

実施期間：令和7年7月1日(火)～令和7年9月30日(火)まで

キャンペーン対象

組合員である個人・法人

お一人(1先)あたり

50万円以上1億円以内

キャンペーン対象預金

他行の現預金の預け替えによる定期預金作成
※当組合に新たにお預入れいただく資金に限ります

※満期経過後は、店頭表示金利になります。

※本キャンペーンは、お申込み金額が20億円に達した時点で終了いたします。※新規加入の組合員も対象です。

鹿児島県医師信用組合

〒890-0053 鹿児島市中央町8-1
県医師会館1階

お問い合わせ先

☎ 099-251-3821

受付時間 / 月～金 9:00～17:00 (土日祝は休み)

鹿児島県医師信用組合

ホームページ二次元コード



発行所：一般社団法人 鹿児島県医療法人協会
鹿児島市中山町878番1 電話 (099)268-4896