

NK Newsletter



専門医機構の使命と課題

2018(平成30) 年4月から新しい専門医制度のもと、8,410人の専攻医が学びをスタートさせた。日本の専門医の歴史は、1962(昭和37) 年に日本麻酔科学会が指導医制度を発足させたことに始まる。専門医が少ない時代は、誰から見ても「〇〇の分野で高い専門性がある」と理解できるものであったが、医学が進歩し専門分野が細分化することに伴って学会と専門医が乱立するようになり、医師の間ですら理解が難しい状況が生まれてきた。

そういう中で、専門医を患者・国民にも分かり易く整理する目的で、各学会から切り離した第三者機関として設立されたのが日本専門医機構である。新しい専門医制度はいくつもの課題を抱える中でスタートした訳だが、今回、初期臨床研修を終えた医師の90%以上が専攻医として応募をしてくれた。専門性を身につけようとする若い医師たちの志は高く、尊い。それに応えられるだけの養成プログラムの質を担保すること、それが何よりも専門医機構に与えられた使命である。

一方、人口や経済と同様に、医療や医師にも"地域格差"や"東京一極集中"があり、それが引き起こす問題は大きい。専門医機構にこれを是正するだけの力は与えられていないが、まずは新しい専門医制度がこの偏在を今以上には拡大させない、地域医療を疲弊させないということが本機構に課せられた課題である。

課題解決を目指して

各方面から厳しい指摘も頂いている新制度であるが、私自身の経験則でいうと、新しい仕組みや取り組みを軌道に乗せるには3年はかかる。2回目の募集年度から運営を託された身としては、既にスタートした制度について、関係各者から寄せられる御指摘に耳を傾けているところである。一つずつ課題をクリアしていくことで、3回目には盤石の仕組みにすることは若い人たちのためにも必ず成し遂げたいと考えている。

中でも最も重要な取り組みはデータベース事業の整備だ。地域偏在の問題も本来はデータがある中で各方面から検討や議論がなされるべきものであるが、初めての制度であるため、ほとんどデータがない中で関係者と協議しながら決断が行われてきたのが実情だ。5都市圏、特に東京を対象にシーリングを実施することになっている



一般社団法人 日本専門医機構 理事長 **寺本民生**

が、東京のプログラムには3年目に約40%が医師が少ない地域で研修をしているようなケースもある。このような事例の他、厳格な意味で議論に耐えうるデータ作りを行うことが、本機構に求められている役割であると考えている。そして、他の医療の課題(年齢階層別の患者数と医師数、夜間人口と医師数等)を解決する際に、国や都道府県、各医療関係者が独自に別のデータ収集をされる

際に参考にしてもらえるレベルに達すれば望外である。

もう一つ、ゼロから創りあげる仕組みとして求められているものに、総合診療専門医の養成プログラムがある。初期救急への対応、加齢に伴う複数の疾患への対応、あるいは行き過ぎた専門性による弊害や医療システムの全体最適化等、色々な側面から"総合診療"に関する要請や社会的意義は大きい。この分野に限っては統一的な学会がなかったために、本機構が取りまとめに当たり、初年度には184人の採用数であった。高齢化のピークを迎え、医師の多くが複数の疾患を抱える患者に対応していく時代に確実になる。地域における外来診療はもちろんのこと、入院して高度医療を提供する際にも、その医療の専門性が増せば増すほど、その傍らで同時に他の疾患への影響を診る医師も必ず必要となってくる。総合的に一人の患者を診ることができる専門医を育てたい、いや育てていかなければならないと考えている。

私自身は医師という職業には公共性があると考えている。医学部を出た若者には"医者"として地域と人を肌で感じる体験の中で、医学の専門性を高めていくことを期待するとともに、受け入れる各地域の関係者にも十分な配慮をお願いするところである。関係者のご協力も得て専門医制度を創りあげることで、地域医療や医療提供の最適化に貢献し、ひいては国民の利益に寄与できるのではないだろうか。

(文責 編集部)

NK Newsletter Vol.42

新専門医制度、

これまでとこれからを読む



新たな専門医制度がスタートして2回目の専攻医が募集されている。従来の専門医・認定医制度から紆余曲折を経て、日本 専門医機構が2014年に設立され、各学会等での認定が一本化された。ただし、まだ医師の間には混乱も見られるようだ。 さらに、新たな専門医制度には、医師の専門性の確保だけでなく、地域や診療科の偏在の対策も込められており、今後、そ の運用に注目が集まる。

1. 専門医制度の歴史

2017年10月から新制度下での募集が行われ、実際に2018年4月から最初の専攻医の研修が始まった新たな専門医制度は、スタートさせるまでに非常に長い期間にわたり検討が行われてきた。この間、各ステークホルダーの利害関係者以外に、国民の医療に対する理解や要望、関連する医療政策が変化してきていることもあり全体像の理解が非常に難しくなっているが、論点は以下の3点に大別できる。

- ①標榜や広告との関連をどうするか
- ②かかりつけ医や総合診療の定義や教育体制をどうするか
- ③現在の医療提供体制 (地域医療) への影響はないか

専門医の歴史は古く、1962年にスタートした日本麻酔指導 医制度が、わが国の専門医制度の始まりとされている。これ は1960年に麻酔科の標榜が新たに認められ、厚生省医務局長 通知で「標榜を許可すべき医師の資格の基準」が規定された ことに日本麻酔科学会が対応したものだ。

その後、各学会が独自にそれぞれ認定医(専門医)の認定を開始したが、認定基準が統一されていない状況では社会の容認を得ることが困難であるとの考えから1981年、内科、外科、小児科等の基本的な22の学会によって「学会認定医制協議会」が発足する。更なる発展には"学会間の協議"だけではなく日本医師会、日本医学会との連携が欠かせないとの視点から、1986年に第1回の「三者懇談会」を開催することになるが、三者の基本的合意は1993年(第15回)を待つことになる。その合意の概略は、13学会の認定医(専門医)について、日本医師会長・日本医学会長・学会認定医制協議会議長の三者による承認を与えるが、認定医の表示は施設内に止める、診療報酬とは関連しないものとする、医師及び医療施設に能力格差とならないように配慮する、等の事項であった。

これに対して、国の関わりとしては、1987年の「診療科名等の表示に関する検討会」を経て、1997年にはいわゆる医療保険の抜本改革の議論の中で、「21世紀の医療保険制度(厚生省案)」を発表する。専門医に関わる記述は、「かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及」「医療における情報提供の充実」の2カ所に存在した。この厚生省案は、今日では当たり前となっている「医療機関の機能分担」を初めて明確に打ち出し

たものであり、「かかりつけ医、かかりつけ歯科医が専門医としても地域住民から信頼を得ることができ、地域住民も医療機関の適切な選択が可能となるよう、専門分野などについて情報公開を推進する」とされており、各医療(技術)分野の学会や専門性とは別に、「かかりつけ医の機能」についての議論が続くことになる。

これを受けて、学会側の学会認定医制協議会は、2001年に専門医認定制協議会に改称、翌2002年には中間法人日本専門医認定制機構を設立して組織変更を行い、2007年には17学会(精神科除く)の専門医制度を認定し、認定証の発行を行った。2008年には、日本専門医認定制機構は、社団法人日本専門医制評価・認定機構として公益法人となる。しかしながら、学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念が多いこと等から、2011年には厚生労働省が「専門医の在り方に関する検討会」を設置して直接的に関わるようになる。そして、2013年にまとめた報告書が、現行の専門医制度の骨格となる。基本的な考え方として、プロフェッショナルオートノミー(専門家による自律性)を基盤として設計する点を明記したうえで、以下のような点を考慮することとなった。

- ・中立的な第三者機関を設置して評価・認定を行う
- ・総合診療専門医の基準は、関連学会や医師会等が協力し て作成する
- ・認定された専門医は更新制とし、広告可能とする
- ・少なくとも現在以上に医師が偏在することがないよう配 慮する 等

この時点で、専門医の制度設計に、医師の偏在問題がセットされることになる。時代背景を補足すると、この検討会が始まる前年、2010年は臨床研修制度の見直しにおいて、研修プログラムにおける地域医療の必修化とともに、都道府県別に募集定員の上限を設定した年である。2008年の銚子市立病院診療休止等を引き金に、医療崩壊が社会問題化し、2004年にスタートした医師臨床研修制度がその遠因とされたことに対する是正策であった。また、第三者機関としての中立性を求められた社団法人日本専門医制評価・認定機構は最終的に解散し、2014年に設立された現在の一般社団法人日本専門医機構につながっていくこととなる。



2. 新たな専門医制度の概要

新たな専門医制度を簡単に紹介すると、基本領域(19領域)とサブスペシャルティ(Subspecialty)領域の2層構造となっている(図1参照)。なお、サブスペシャルティ領域は、今後も追加されていく可能性がある。

- 医師は基本領域のいずれか1つの専門医を取得することが基本。※自助努力により複数領域の認定・更新基準を満たすのであれば、複数領域の取得を許容。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって 標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実 績を要件とする。
- <u>広告制度</u> (医師の専門性に関する資格名等の広告) を見直し、基本的に、第三 者機関が認定する専門医を広告可能とする。

第2回専門医の在り方検討会 池田委員提出資料

新たな専門医制度の基本設計

Subspecialty 専門医 消化器・呼吸器・内分泌代謝・腎臓・アレルギー・老年病・ 循環器・血波・腹原病・肝臓・感染症・神経内科・消化器外科・ 呼吸器外科・心臓血管外科・小児外科 等

基本領域専門医
内皮外産耳脳麻小精整眼泌放射リル形病理床 科育科婦園解外構整眼泌放射シハ成理保 科科 人咽喉外科科 外 器線科 ピ外 査 科 科 科 科 科 科 ラテーショ

図1 専門医の養成・認定・更新

出所:新専門医制度説明会 2015年8月7日 医政局

医学部を卒業し医師国家試験に合格した医師は、初期臨床 研修を修了後に、専門医を取得するためには基本領域の研修 (専攻)に入る。初期研修と異なり、義務ではない。研修に ついては、日本専門医機構が認定した施設で行うことになる が、基幹施設と連携施設そして関連施設といった種類があり、 それらをローテイトして研修を進めていくことになる。

専攻医を受け入れる施設側は、基幹病院、連携病院等でそれぞれの領域ごとに承認されたプログラムに沿って研修を進めていき、最短3年で専門医の試験を受験する資格を得ることができる。希望すれば、その後はサブスペシャルティの研修に入っていくことになる。

基幹病院は、概ね大学病院となるが、専攻医の採用実績が年間350名以上の領域(当面、内科、外科、小児科、整形外科、麻酔科、精神科、産婦人科、救急科)については、大学病院以外でも基幹病院になることができ、原則として都道府県ごとに複数の基幹病院を置くことになっている。

また、研修施設には施設ごとに定員があり、さらに、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県では、専攻医の数に上限を設け集中を避けるような仕組みがとられている。ただ、この5都府県に対しての上限は過去5年間の平均値を超えないこととしていたが(シーリング)、初年度からこれを超えていたことが判明している。これを受けて、2019年度研修開始分の東京都のシーリングは約5%削減されることになっている。

3. 総合診療専門医

今回の新たな専門医制度で注目されているのが、総合診療 専門医である。歴史的経緯で触れたように、専門医について、 機能分担やかかりつけ医機能の政策と、医師個人に付随する 情報公開(広告)とがセットで語られたことで、生涯教育制度を実施してきた日本医師会、古くからプライマリケア(家庭医)を志向してきたグループ、病院における総合的な診療(総合内科等)を志向してきたグループ等が、専門医の認定方法や専攻医を研修するためのプログラムの認定について、議論を深めてきた。一方で、東日本大震災では、最小限の医療装備だけで被災地で活動する医師の姿が取り上げられる等、社会的にも"総合診療"が脚光を浴びることもあった。ただ、大学の医学教育の中に共通のバックボーンがなく、臨床の知見を集積しつつある比較的新しい分野であるために、基礎領域の中で唯一、専門医機構が取りまとめることとなった。

今回の総合診療専門医は、その使命として「日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看取りなど、保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら、地域で生活する人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する」とされ、まさしく地域包括ケアシステムの担い手としての総合診療医ということができそうだ。

4. 偏在対策と法改正

次に2011年の「専門医の在り方に関する検討会」で加わった、偏在対策についてである。専攻医募集に関しては現状に大きな影響を与えないという目的で、過去の実績に基づく

1. 医師少数区域等で勤務した医師の評価制度創設

- 医師少数区域等での勤務経験を厚生労働大臣が評価する認定制度を創設
- 一 認定医師のみを地域医療支援病院等の一定の医療機関の管理者とする

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制整備

- 一 <u>都道府県事務</u>に、キャリア形成プログラム策定、医師少数 区域への医師派遣等を追加
- 「医師確保計画」の策定や、大学・医師会・主要医療機関等を構成員とする地域医療対策協議会での具体的医師確保対策の協議を追加

3. 医師養成課程を通じた医師確保対策の実施

医学部 …都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身者 枠の創設・増加の要請

<u>臨床研修</u>…厚生労働大臣から<mark>都道府県知事</mark>に<u>臨床研修病院の指</u> 定・定員設定権限を委譲

専門研修・・・ <u>日本専門医機構等に対する、</u>専門研修実施に必要な 措置処置実施に関する<u>厚生労働大臣の要請</u>規定、<u>意</u> **見聴取**規定等を追加

4. 地域での外来医療機能の不足・偏在等への対応

一 地域ごとに**外来医療提供体制の情報を可視化**し、不足・偏在等への対応を**協議する場の設置**、協議結果の公表を追加

5. 地域医療構想推進のための都道府県知事権限追加

図2 法案の概要 [医師偏在対策]

出所:医療計画策定研修会 2018年2月9日 [医師偏在対策について] 医政局

シーリング(上限)を設けてスタートした訳だが、偏在対策 となると専門医制度だけで対応できるものでもない。人口減 少を見据えた地域医療構想、医療従事者の需給、医師の働き 方改革等とも関連するため、『医師偏在対策』(図2)として、 2018年の通常国会で、医療法及び医師法の一部を改正する 法律が成立している。

5. 医師偏在指標の導入と都道府県の権限強化

これまで医師数は人口10万人対比で表していたが、実態 を反映できないとして、国が新たに「医師偏在指標」を導入 することになった。この指標は、「現在及び将来人口を踏ま えた医療ニーズに基づいて、地域ごと、診療科ごとの医師の 多寡を統一的、客観的に把握できる医師偏在の度合いを示す」 ものだ。算式は下の図3の通りだが、年齢ごとの医師の平均 労働時間や地域の期待受療率、さらにその前段として患者の 流入出(昼夜間の人口差)など様々な要素で構成されている。

この指標に基づいて、都道府県が「医師少数区域」と「医師 多数区域」を指定できる環境を作るということである。

同時に国は、実際に医師少数地域で勤務することのバック アップ体制整備とインセンティブを検討しており、認定制度 を創設するとともに、一定期間の勤務経験を地域医療支援病 院の管理者要件の1つにすること等が考えられている。

さらに、地域における外来医療機能の不足・偏在等への対 応として、二次医療圏を基本単位として地域ごとに指標を導 入して、偏在度合いを可視化して協議する場を設置すること としている。無床診療所の新規開設が都市部に偏っている現 状への対応策として、開業規制を行う場合の課題を整理して いくことになりそうだ(図4)。

次に、都道府県の権限強化についてだが、実は従来から医 療計画において医療従事者の確保(地域医療対策)を記載す ることは法律や策定指針で定められていた。しかし、17県 で未策定であったことから、3年単位の「医師確保計画」を

> 策定することを法律で明確化した。同様 に、主要な医療機関等で構成される地域 医療対策協議会も7県で未開催となって おり、これを再構成し、具体的な医師確 保対策を協議・調整する場として明確化 した。

> また、地域枠の医師派遣等については、 地域医療対策協議会の協議を踏まえ、地 域医療支援センター (都道府県)が大学 医学部・大学病院との連携の下に行うこ とになった。同時に、キャリア形成プロ グラム策定の徹底も追加されている。

> 医師のキャリア形成プログラムは、地 域医療介護総合確保基金を活用した医師 修学資金貸与者等に臨床研修終了後も、 医師少数区域などで診療に従事しながら も専門医研修に取り組める環境を整備し ようというものだ。キャリア形成プログ ラムに位置づけられる(記載される)こ とが、医師派遣を受ける必須要件となる ので、十分な確認が必要だ(図5)。

6. 医師養成課程を通じた 医師確保対策

医学部定員枠、初期臨床研修、専門医 研修のそれぞれの段階で、都道府県の関 与を強めることになった。

まず医学部定員枠については、都道府県 知事が地域枠または地元出身者枠の創設や 増加を要請することができるようになる。

次に、初期臨床研修である。これまで は、国が、都道府県の人口、または医学 部の定員数をベースに研修医の定員を算 定していた。したがって、人口や医学部 定員数が多い東京都など都市部の定員が 多くなっていた。また、研修病院ごとの

- 医師偏在指標について 医師数は、40歳未満、40~64歳、65~74歳、75歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

標準化医師数 医師偏在指標 地域の標準化受療率比(※1) 地域の人口 ÷ 10万 ×

標準化医師数 = ∑性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間(※2)

地域の標準化受療率比(※1) = 地域の期待受療率 ÷ 全国の期待受療率(※4)

= Σ (全国の性年齢階級別受療率×地域の性年齢階級別人口) 地域の期待受療率(※4)

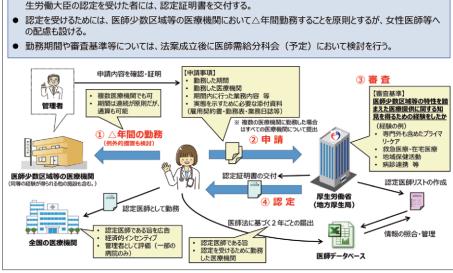
地域の人口

	※2 性·年齢階級別の週当たり平均勤務時間(単位:時間)	
	男性	女性
20歳代	64:03	59:23
30歳代	62:40	49:04
40歳代	58:43	43:14
50歳代	52:59	45:05
60歳代	44:33	39:43
70歳代以上	34:23	32:24

※3 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

図3 医師偏在指標について

出所: 医療従事者の需給に関する検討会 (第24回)



医師少数区域等で勤務した医師の認定については、認定を受けようとする医師本人の申請により行うものとし、厚

図4 認定手続きの具体的なイメージ

出所: 医療従事者の需給に関する検討会 (第24回)



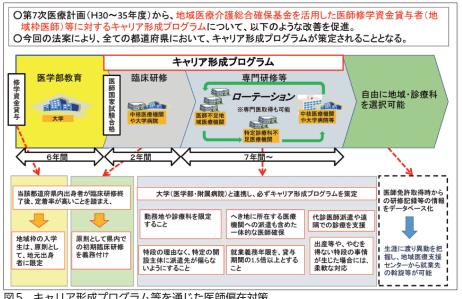
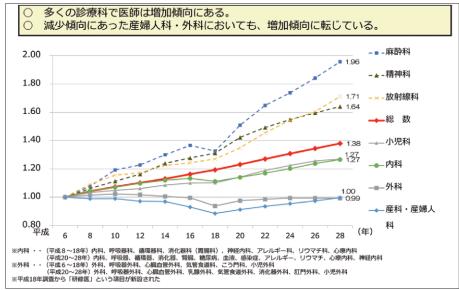


図5 キャリア形成プログラム等を通じた医師偏在対策

出所:社会保障審議会医療部会(第55回)



診療科別医師数の推移(平成6年を1.00とした場合)

出所:新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会

定員についても過去の実績が基準となっており、固定的な側 面がある。

この権限を都道府県に移し、医学部定員数をベースとした 定員を圧縮し、その分を地域加算として地方に分散させると ともに、定員を定める際には、「医師少数区域の医師数の状 況に配慮しなければならない」と定められた。都道府県内の 病院間の定員を調整させることで、研修先定員のバランスを とらせるようにもなった。加えて、前述の地域医療対策協議 会の意見を聞くことが法律で定められた。

最後に専門医についてである。ここまで記載してきた偏在 対策は医師「数」に関してだが、診療科ごとの偏在について も対策を講じようとしている。

2016年で251.7人だった人口10万人対医師数は、継続した 医学部定員増により、2026年には人口10万人対295.3と予測 され、OECDの平均を超えると推計されている。その一方で、 診療科ごとの状況を見ると、図6のように、かなりのばらつ きが出てきている。

麻酔科、精神科、放射線科などが大きく伸びており、母数

の大きい内科もそれなりに増加している が、同様に母数が大きい外科は変化はな い。また、少子化を反映していることか もしれないが、産科・産婦人科では若干 ではあるが、減少しているような状況だ。

そこで、新たに、将来の診療科ごと に必要な医師数を都道府県ごとに明確化 し、国が情報提供することになった。臨 床研修修了後の適切な診療科選択に寄与 し、診療科偏在の是正につながることが 期待されている。また、国は都道府県の 意見を聞いたうえで、日本専門医機構に 対して、意見を述べることができると法 律に定め、各学会が策定する専門医のプ ログラムの認定などに影響力を持つこと ができるようになっている。

7.おわりに

今回の特集では、冒頭に整理した3 点、標榜や広告との関連のあり方、総合 診療専門医のあり方、地域医療への影響 のそれぞれについて、時代に応じて解決 する課題自体が変化するとともに、関係 者の立場や役割も変化していることを振 り返ってみた。

全体的には「プロフェッショナルオー トノミーを基盤とする」としたことによ り、本来、当事者であるべき国が、外部 から意見をする立場になってしまった印 象もぬぐえない。

具体的には、国民・患者の接点となる かかりつけ医の"機能面"を含めて専門 医機構がまとめることが本当に適切なの か。また、医師偏在問題を専門医機構だ

けで対応できると考えていたのか、あるいは偏在指標を整備 しただけで、都道府県が本当に運用していけるかについては、 大いに疑問が残る。

本来は、国民皆保険と医療提供体制の最適化に向けて、か かりつけ医や総合診療はどのような機能や役割であるべき か、医師がどの地域でどの分野でどれぐらい不足し、そこに どのような医師を新たに育てて供給していくのかについて、 国が中心になって、関係者から意見を聞き、「グランドデザ イン」を描いてこそ、国民にとって望ましい制度にできたの ではないだろうか。

一方で、病院経営、運営に携わる皆様にとっては、医師の 確保はもっとも重要な経営課題の1つであり、新しい医師養 成の仕組みや医師確保計画が始まる事実を受け止めることが 重要となる。まずは、各都道府県の「キャリア形成プログラ ム」に組み込まれるか否か、そのために何を準備できるかが、 生き残りに関わると認識することが重要である。

(文責 編集部)



【 急性期型以外の病院 (200 床以上) の部 第1位 】

医療法人社団 親和会 衛藤病院

医療法人社団 親和会 衛藤病院は、大分県大分市にある病床数 232 床の病院 である。関連施設として、えとう内科病院、親和園(介護老人保健施設)を有し ている。50周年を迎え昨年、二代目理事長に就任した衛藤龍理事長・院長は、 さらに永続的な発展のために組織・人材を創ることに熱を注ぐ。その組織創り・ 人材創りのありようについて、衛藤理事長・院長、山﨑悦子看護部長に話を伺った。



左から高橋本部長代理、衛藤理事長・院長、山﨑看護部長、 松本課長

意欲向上、満足向上に向けて意識して取り組んでいること

普段から衛藤理事長は職員に考えや思いを話すようにして いるとのこと。とはいえ、一人ひとりと十分にコミュニケー ションがとれるような時間はない。そこで、100名以上の職員 が参加する毎日の朝礼の場を利用して、5分ほど話をしている とのことだ。その話の中で衛藤理事長は、職員にわかりやす く、自分の考えや大切に思うこと、色々なエピソード、逸話を、 また明るくなれるような話、頑張ろうと思えるような話もし ている。気分が優れない人、仕事に悩んでいる人もいるだろ うが、そういう人も、頑張ろうと思える場にするように意識 しているそうだ。そうしたことを続けていると、普段とは違っ て顔がうつむいているとか、職員の変化に気付くことができ るし、その人の意欲度や状態等がわかってくるという。

また、経営上の数字の話は絶対にしないようにしていると のことだ。これは「絶対に」、だ。数字は経営者として当然気 になるところだが、稼働率等が低い時などは、職員達もわかっ ているはず。その話をしたからといって数字が上がるわけで はないし、かえってモチベーションを下げるだけ。「私は今日 一日を大事に仕事に取り組めば、自ずと数字はついてくると 思っています。患者さんにとっていいことをしようというこ とを職員に伝えれば、患者さんにも職員にもいい結果につな がると思っています。数字は結果なんだけど、何が何でも数 字を上げるのではなく、その仕事のプロセスを大事にしなけ ればならないんですね(衛藤理事長)」

人材育成への取り組み

今年50周年を迎え、その記念誌に衛藤理事長は職員に向 けて人材のことを書いている。その内容とは、今からの時代、 医療介護の人材確保は消耗戦になること。人材を消耗するよ うな組織は長続きしない。職員を使い捨てする発想でいれば、 職員も組織を使い捨てにする、といったものだ。職員にそう 思われたら経営者としては負けだと衛藤理事長はいう。そこ で、知識や技術の教育以上に理念や考え方の教育に力を注い でいるという。

「ルールでは人は縛れません。ある程度は縛れても、人は好 きな方向に関心が行くものだし、上司がその人の行動をルー ルで統制することはできないと考えています。心の底では納 得していないことをやっていては、長続きしません。ですので、 一人ひとりが私の部署、私の病院、私の理念と思えるほどに なっているかが重要です。職員がそういうふうに何事も『私の』 と思ってくれるようにするために、時間も費用も投資してい ます(衛藤理事長) |

「私の最大の役割は、理事長の思いを実務に置き換えて、師 長や現場のスタッフに伝えていくことだと考えています。私 は毎日昼食を師長達と食べるようにしているんですけど、理 事長の考えや今病院が取り組んでいること、自分の思いを、 雑談を交えながら伝えるようにしています。そうすると先日、 ある主任から『○○の件、私達は師長からまだ詳しくは聞かさ れていませんが、何か思いがあってやっているのでしょうか ら……わかっています。』と言ってくれたんですね。その時に、 組織の思いを理解してくれているという現場との一体感を実 感し、嬉しく思ったことがありました(山﨑看護部長)|

山﨑看護部長は看護部長就任2年目、看護師長の頃は経営 というものが十分にわからなかったという。「昨年(2017年) 日本経営の研修に参加して、経営とは何かがよくわかったん ですね。経営がよくないと職員の生活も守れないし、やりた い看護もやれないんですよね。そういうことにも気付けた今、 師長達にも『数字を意識するように』と、話をしています(山崎 看護部長)」

「人と人との関係はその人の魂で動くものだと思います」と 衛藤理事長はいう。「一人ひとりと気持ちを通わせることが大 切です。私達が率先して関係を作っていくことで職員の意欲 が高まり、仕事をしてくれることが一番望ましいと思ってい ます(衛藤理事長) |

トップが職員を大切にする意識をもち、自ら率先して取り 組んでいることが職場活性化の最大の要因。衛藤理事長は自 ら外来、入院患者の診療を行う他、院外活動もあり多忙を極 めるものの、日々の業務の中で工夫をして一人ひとりへの語 りかけを怠らない。そういう職員を大切に思う真摯さに職員 も呼応して今の活性化した組織になっているのであろう。

【病院概要】

病床数:232床(精神一般病棟:120床 精神療養病棟:60床

認知症治療病棟:52床)

住 所: 〒870-1111 大分県大分市大字上判田3433番地

TEL: 097-597-0093 HP: http://etou-hosp.com/

急性期型以外の病院(200床以上)の部 第2位

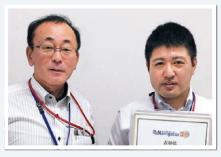
医療法人 相生会 福岡みらい病院

医療法人 相生会 福岡みらい病院は、福岡市東区にある病床数418床の病院で、2015年に現在のアイランドシティに新築移転をした病院である。「心を尽くした最善の医療を」という理念のもとに、各専門職が「患者さんの未来」への貢献を願い、質の高い医療の提供のために、地域連携とチーム医療を積極的に進めている。

2015年に移転したが、場所が福岡市の中心から少し離れるため、当初は職員の定着が少し心配だったとのこと。しかし、結果はほとんど退職がなかった。それでも新卒採用は厳しく、福岡県だけではなく九州全域において、採用活動を展開している。

病院が立地している地域は新興住宅地であり、他の地域からの転勤者が多く、職員も様々な地域から引っ越してきた者が多い(新卒者も含め)。さらに新築移転したこともあり、組織としての悪い意味でのしがらみや決まりがなく、新しく入職した職員が、新しい取り組みや、前職でよかったと思うような方法を積極的に発言することができ、組織としても受け入れる土壌があるとのことであった。そのため、全職種共通して、"人に業務が偏ることが少なくて、標準化が進んでいる"といった特徴もあり、それも職員の働きやすさに繋がっているのではないかとのことであった。

入職3ヵ月後には全員面談がある。職場に慣れているかどうかも含めて意見交換を行う機会があり、仕事を継続する上での不安の払拭にも繋がっており、職員からも高い評価を得ている。



左から立山事務次長、 入真地総務課長

福利厚生では、職員用レストランを外部の人にも開放しているが、非常に綺麗で安価であるため評判がいいとのことであった。立地的に近隣に飲食店がないため、職員にとって不便が大きかったことも、レストランを充実させることに繋がった。

労働環境としては、月平均1時間ほどと、残業が少なく、 夏2日、冬5日休める特別有給休暇もあり、十分な休暇がと れるため、子育て世代の職員から好評である。また、イン フルエンザなどの休みの時でも有給休暇で休むことができ るなど、手厚い対応をしている。

職場移転によって得られた様々な好材料を上手に活用して、職場環境の改善に役立てていることが感じられる病院である。

【病院概要】

病床数:418床(一般病棟:40床 回復期リハビリテーション 病棟:146床 医療保険適用療養病棟:46床 障害者 施設等一般病棟:99床 地域包括ケア病棟:87床)

住 所: 〒813-0017 福岡県福岡市東区香椎照葉 3-5-1

TEL: 092-662-3001

HP: http://www.fukuoka-mirai.jp

(急性期型の病院 (200 床以上) の部 第3位

パナソニック健康保険組合 松下記念病院

パナソニック健康保険組合 松下記念病院は、パナソニック株式会社 (旧・松下電器産業株式会社)の創業者である松下幸之助氏の発意により、1940年に病床数13床の病院として開業した。徐々に規模を拡大し、現在では323床の総合病院として大阪府守口市の中心地で、地域に根ざした医療を展開する。今回は山根哲郎院長に話を伺った。

院長就任を契機に病院理念および基本方針を策定

病院に入るといたるところで「理念」および「基本方針」が掲げられた額縁を目にする。しかし、14年前に山根院長が院長職に就任した当時は、理念や基本方針といったものは存在せず、あるのは松下記念病院の職員とはなんたるか、どうあるべきか、を箇条書きにした文書のみであったという。このような状態に危機感を抱いた山根院長は、当院における医療サービスの目指す姿を院内外に示すため、印象的なブルーのマークと共に3つの端的なキーワードを掲げた。

特に『Hospitality』には並々ならぬ思いが込められている。 今では業種問わず日本中に浸透している『Hospitality (おも てなし)』の精神だが、当時はそのような言葉自体知らない 人も珍しくはない時代であった。理念として受け入れられに



左から山根院長、 出井看護部長

くいのではないかとも懸念されたが、院長の類まれな先見性 と患者様第一の強い思いからキーワードの最上位に掲げら れ、現在の松下記念病院の風土形成の一助となった。

まずは周囲からの協力を獲得する

「理念」や「基本方針」は掲げるだけでは意味がない。かといって新しい考え方を浸透させることはどの組織においても悩みの種であるように一朝一夕には達成することはできない。そこで山根院長はまず病院の中でも特に大きな権力を持っていた職種である医師から、変革を促し始めた。病院変革に懸けた院長の苦労は計り知れない。院長自ら幾つもの外部の接遇研修へ足を運び、そうして選定した外部研修講師に職員育成のための研修を依頼した。医師を皮切りに今で

は松下記念病院の全職員が入職後に研修を受講し接遇の重要さを学んでいる。こうして今の松下記念病院のHospitality精神を作るサイクルが確立されてきたのである。

松下精神を持った人材を社会に輩出する

医師の中でも、特に若手医師に関しては異動がつきものだが、このような当院を数年で去ってしまうかもしれない医師に対しても前述した接遇研修などのHospitality精神を抜かりなく叩き込むのが松下記念病院の方針である。山根院長は様々な勤務先で経験を積むことは医師としてのキャリアを形成す



る上で非常に重要なことであると考えており、たとえ他の医療機関に移ったとしても、松下記念病院で学んだ考え方を広めていってほしいという思いを持っている。

技術レベル向上のための十分な育成支援体制

当院では技術力向上のための職員教育にも非常に力を入れている。認定資格の取得支援や学会への参加などは業務の一環と認めていることは勿論、学会に関しては参加者の発表の有無にかかわらず旅費交通費全額支給という徹底ぶりだ。ここまで教育に費用を掛けている医療機関はなかなかない。どこにコストを掛けるかが重要であると山根院長はいう。ES(従業員満足)とCS(顧客満足)の動きは連動していると言われるように、一例として職員教育にコストを惜しまないことが、結果として患者さんへの高品質な医療サービスの提供に繋がり、CSも高まるのである。

【病院概要】

病床数:323床(一般病棟:242床 地域包括ケア病棟:57床

緩和ケア病棟:16床 HCU:4床 ICU:4床 住所: 〒570-8540 大阪府守口市外島町5番55号

TEL: 06-6992-1231

HP: https://phio.panasonic.co.jp/kinen/

【 急性期型以外の病院 (200床未満) の部 第2位 】

医療法人 真鶴会 小倉第一病院

医療法人 真鶴会 小倉第一病院は、北九州市小倉北区にある病床数80床の病院で、「透析患者の完全社会復帰」という設立理念を基本精神としている専門病院だ。そして、北九州ワークライフバランス表彰や、福岡県循環型社会形成推進功労者知事表彰など、質の高い医療提供だけでなく、職場や職員に対するアプローチも積極的に行っている。今回は、中村秀敏理事長に話を伺った。

当院の特徴的な取り組みとして、勤務環境改善の継続的な取り組みが挙げられる。

まず、職員の休暇の取得についてだが、有給休暇はほぼ完全消化されており、メモリアル休暇として有休3日と週休2日をあわせて5、6日連続した休暇を取得できるようにしている。メモリアル休暇を利用して、海外旅行に行きリフレッシュする職員もいるそうだ。

当然、勤務シフトも工夫しており、現在、20パターンの 勤務形態が存在する。これは20年ほど前から継続して、職 員の希望にあわせて勤務形態を改善し続けた結果である。そ のため、残業時間も少なく、病棟で平均月5時間であり、そ の他の部署はほぼ残業なしを継続できている。子育て支援に ついても、希望者には夜勤免除、保育料一部負担、病棟フリー 業務やサポート業務への従事などを推奨しており、職員のラ イフサイクルにあわせた勤務ができる体制だ。

採用活動も特徴的である。各部署から入職5年目以内の職員を中心とした採用プロジェクトチームを結成して取り組んでいる。看護師の採用フェアなども、若い職員が積極的にブースに着いて、話を聞くようにしている。その甲斐もあって、求人の倍近い申込を受けることもある。採用に限らず、複数部門から横断的に人を選抜し、多職種によるプロジェクトを数多く進めていることも特徴である。その活動も就業時間内に実施しているからか、職員の"やらされ感"が非常に小さく、積極的にプロジェクト運営に関わるようになり病院



中村理事長 (右)

運営の活性化に繋がるという好循環を生み出している。

面白い取り組みとして、病院のキャラクターとグッズの制作がある。患者さんだけでなく職員にも組織に愛着を持ってもらうための工夫だ。職員のユニフォームも"かりゆし"を採用しており、病院特有の固い雰囲気をなくし、柔和な組織風土になるようにしている。これは沖縄サミットの時の映像をヒントに導入されたとのことで、腎疾患の患者さんは寒がりの人が多く夏でもあまりエアコンを低く設定できないこともあり、涼しい着衣である"かりゆし"を採用した職員からも好評という。

また、理事長は夜勤者と一緒に食事を摂る"夜勤飯"や、寮生・出身学校別の"食事会"、男性職員限定食事会"男祭り"など、ユニークな食事会を開催。その内容を理事長自らfacebookにアップするなど、院内厚生行事を積極的に開催するだけでなく、職員が職場を身近に感じられるような取り組みを推進している。

職員の就労環境に対して、多様で工夫された取り組みを 積極的に実施しており、その結果を職員も十分感じられてい る印象を強く受けた病院であった。

【病院概要】

病床数:80床(一般病床:32床 医療療養病床:48床) 住所: 〒803-0844 福岡県北九州市小倉北区真鶴2丁目

5番12号

TEL: 093-582-7730 HP: http://www.kdh.gr.jp/

OPICS NEWDA

医療介護経営研究会(日本橋) 第1回研究会を開催

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9月29日、東京における第1回医療介護経営研究会を開催した。医療介護経営研究会は、2003年から福岡において先行開催している。当時、九州大学の教員であった高木安雄氏(慶応義塾大学名誉教授)、尾形裕也氏(九州大学名誉教授)などが立ち上げ、2016年にフォーラムが引き継ぎ現在に至っている。本会は、会員制、クローズドの環境のもと、講師、コメンテーターと会員が濃厚な意見交換をし、レアな情報収集に基づいて、経営上の気づきや戦略の確認などに役立てていくことを趣旨としている。

この日の講師は神田裕二氏(県立広島大学大学院特任教授、元厚労省医政局長)、テーマは、医師の働き方改革と偏在対策。 コメンテーターは宮島俊彦氏(兵庫県立大学大学院経営研究科客員教授)で、3時間半に及ぶ研究会がスタートした。

医師の働き方改革

神田氏は、まず医師の働き方について行った大規模調査に基づき、週60時間以上勤務している医師は全体の約40%で、そのほとんどが病院の常勤医であること、男女別では20歳代、60歳代、70歳代ではほとんど差が見られない一方、30歳代、40歳代では男女差が大きくなっていることなどを紹介。

これらを踏まえ、医師の働き方改革への取り組みの経緯などを紹介した。2018年3月に「医師の働き方改革に関する検討会」で中間論点整理が出された一方、日本医師会や病院団体などで構成された「医師の働き方検討会議」の提言を紹介、両者の比較の中で後者からは自己研鑽の評価など、かなり踏み込んだものが提示されたことに触れた。

さらに、今後の医師の働き方を改革していくため、新たな医療のあり方として高生産性・高付加価値な医療へと転換していく必要があり、医師は医師しかできない仕事に集中すること、そのため医師の仕事のタスク・シフティングが不可欠という検討会等の意見を紹介した。

今後の検討の方向として、医師の時間外労働の改善について長時間労働が顕著な診療科に着目して進められるのか、さらにその上で個別事情による例外を認めていくのか、また、それらが改正法の範囲の中で行われるのか、あるいは新たな法改正を行うのかといった論点に触れた上で、後者の場合さらに改革が遅れていくことを指摘した。そして、改革の手順として、まず医療機関個々ができることから着手し、勤務環境改善支援センターなどの徹底した支援を優先すべきとした。

医師の偏在解消

医師の偏在については、医師需給の将来推計を紹介した上で、 地方で勤務を希望する医師も少なくないこと、自己研鑽の場など それを阻害する要因をいかに支援していくかが重要と指摘した。

今後の取り組みについて、4つの柱を挙げた。まず医師の偏在 指標を設定し、その上で、医師少数区域で働く医師を評価する仕 

左から 講師の神田氏、コメンテーターの宮島氏、する。3番目として、 ゲストコメンテーターの高木氏、島崎氏

元出身者枠の創設など医師の養成過程を通した医師確保対策の強化。4番目として、都市部に集中している無床診療所等の診療科別の数など可視化した情報を提示するとともに、二次医療圏ごとに診療科や夜間休日等の態勢について協議するといった外来機能の調整などを紹介した。

研究会の後半は、コメンテーターの宮島氏との質疑、その後、参加者と講師、コメンテーターとの質疑が行われた。参加者からは実際の労基署とのやりとりや裁量労働制導入への疑義などが出され、それに対し、ゲストコメンテーターの高木氏、島崎氏なども交えた活発なディスカッションが行われた。

■今後の予定

第2回 日 時:2018年11月24日(土) (開催済み)

講 師:林修一郎氏(奈良県福祉医療部長)

テーマ:地域医療構想の実現に向けて~病床機能の分化・

連携に向けた奈良県の取り組み~

第3回 日 時:2019年1月26日(土)13時~16時30分

講 師:西嶋康浩氏(厚労省厚生科学課主任科学技術調整官)

テーマ:介護報酬改定に込めた思い

~介護医病院の創設~ (仮題)

第4回 日 時:2019年3月16日(土)13時~16時30分

講 師:権丈善一氏(慶應義塾大学教授)

テーマ:消費税増税と社会保障制度の行方(仮題)

医療介護経営研究会(日本橋)は、会員を随時募集しています。ただし、30名の定員に達し次第、締め切らせていただきます。 本会の世話人(コメンテーター)は、以下の通りです。

宮島俊彦氏(代表世話人 前出)、尾形裕也氏(前出)、神田裕二氏(前出)、島崎謙治氏(政策研究大学院大学教授)、高木安雄氏(前出)、浜田淳氏(岡山大学医歯薬学部教授)(尾形氏以下50音順)。

本会のお問い合わせは、フォーラム事務局まで。

〒103-0023 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 *平日10時~16時まで FAX 03-6368-3154

E-mail: jimukyoku@hcsrev-f.or.jp

担当:尾上(おのうえ)

病院における

|務|管|理|の|勘|所



社会保険労務士法人 日本経営 社会保険労務士 岩田 健

最終回 雇用契約・異動

常勤雇用している看護職の能力が低いため、別の施設に異動 させたいと考えています。しかし、雇用契約書の業務内容欄に は「看護業務」としか記載していないため、異動すれば看護業 務以外の仕事もしなくてはいけないので本人は拒否しています。 このような場合、この看護職に異動を命じることはできるのでしょ うか。

ある目のできごと。

A主任

当病院の看護部に勤めるBさんですが、点滴や採血など基本 的な看護業務を日常行うことに苦労しています。これまでも気付 いたことは周りの上司、先輩がその都度教えたり、注意をした りしているのですが、安心して患者さんを任せることができない のが現状です。

普段Bさんの指導をしているA主任が、C看護師長から呼ばれ、 ミーティングルームで話し合いをしました。

C看護師長 「Bさんのことなんだけど、最近の仕事ぶりはどう? |

「実は、これまでも指導に苦労しているのですけど、 なかなか仕事が覚えられずミスもまだ多いですね」

C看護師長 「さっきも患者さんの点滴をうまく入れることがで

きなくて、困った顔をしていたわ。何とかフォロー

できたけど

A主任 「すみません。できるだけ見ているつもりなのです

> が。他の看護師からBさんと一緒にシフトに入る と仕事が増えて困る、という声もあってなかなか

苦労しています|

C看護師長 「そうねえ……。実は、入職して期間も経つし、

病棟勤務はこれからも難しいのではないかと思っ ていて、病院からグループ内の老健施設へ異動

させることを考えているの」

「そうですか……。私もこれまで一緒に仕事をして A主任

きましたが、本人のためにも異動させて仕事を変

えた方が良いのかもしれませんね」

C看護師長 「近いうちに本人とその話をしたいと思って。その

ときはあなたも同席をお願いするわし

A主任 「はい、わかりました」

数日後、C看護師長、A主任、Bさんで面談が行われました。 **C看護師長** 「実は、病棟から老健施設に異動してもらって、

新しい仕事を担当してほしいの」

Bさん 「それは困ります。私は、看護師の仕事をするた

めにこの病院に入りましたから、異動は受け入れ

られません」

「今の病棟で仕事をするよりも、あなたに向いて A主任

いるのじゃないかしら。前向きな異動と考えても

らえるといいのだけれど……」

Bさん 「私の雇用契約書を見て下さい。勤務場所はここ

> の病院だけで、業務内容欄には看護業務としか 書かれていません。これ以外の仕事を担当するの

は雇用契約違反になるのではないですか……」

A主任 [·····|

これまで行ってきた教育や指導にもかかわらず、今後も求め られる業務水準に到達するのは難しいと判断したC看護師長は、 他施設への異動をBさんに打診しました。しかし、最初に取り 交わした雇用契約書に「看護業務」としか書かれていないこと を理由に、Bさんは異動を拒否しています。

このようなケースでは、どのように対応すれば良いのでしょうか?

(1)法的な視点

病院の職員は、使用者からの業務の指示、命令に従う義務 があります。異動についても業務指示の範囲に含まれると考え られます。正職員の場合は、職務内容や勤務地を限定せずに 採用され長期雇用を前提としているという考えから、「企業組織 内での労働者の職業能力・地位の向上や労働力の補充・調整 のために系統的で広範囲な配転が広く行われている」(雇用指針 (抄)) とされ、人事異動は一般的に使用者側に広く認められて いると考えられています。また、就業規則にも業務命令により人 事異動を行うことができ、原則として拒否できないことが規定さ れていることが一般的です。

人事異動が病院側に広く認められていることから、異動を拒 否する場合、それが懲戒事由として就業規則に記載されていれ ば、懲戒解雇が有効となる可能性も考えられます。下記のように、 転勤(配転命令権)に関する裁判例がいくつか見られます。

■東亜ペイント事件(昭和61年7月14日最高裁判決)

会社の転勤命令を拒否したことにより懲戒解雇された従業員が、 転勤命令と懲戒解雇の無効を主張して争われる。判決では、転 勤命令は権利濫用には当たらないとされた。

この判決では、「使用者の転勤命令権は無制約に行使できる ものではなく、これを濫用することは許されない」としながらも、 「労働協約及び就業規則に転勤を命ずることができる旨の定め があり、実際の転勤が頻繁に行われ、さらに入社時に勤務地を 限定する旨の合意がなかったという事情の下では、使用者は個 別的同意なしに労働者の勤務場所を決定することができる」とし ています。

転勤命令が何らかの不当な動機・目的をもってなされたもの であるときや、労働者に対し通常甘受すべき程度を著しく超え る不利益を負わせるものであるときなど、特段の事情がある場 合を除いては、転勤命令は権利の濫用には当たらないとしてい ます。

ただし、雇用契約書にてあらかじめ、勤務地や職種を限定し ている場合は、本人の同意が必要となります。

雇用契約に関しては、そもそも労働基準法第15条において 締結時での労働条件の明示義務が規定されており、明示すべき 事項の一つに、「就業の場所及び従事すべき業務に関する事項 | があります(労働基準法施行規則第5条第1項)。

厚生労働省ホームページ掲載のモデル労働条件通知書におい ては、就業の場所、業務内容について「記載要領」で以下のよ うに記されています。

「就業の場所」及び「従事すべき業務の内容」の欄については、 雇入れ直後のものを記載することで足りるが、将来の就業場所 や従事させる業務を併せ網羅的に明示することは差し支えない こと。

今回のケースにおいて、就業場所が現在勤務している病院の みの記載であれば、雇用契約の変更になりますので、職員の同 意が必要となります。従事させる業務についても、看護業務の 記載のみであれば、それ以外の業務を上司から指示があっても それを理由に拒否することも可能となります。

(2)マネジメントの視点

極めて当然と言われればそれまでですが、一般的な企業と異 なり、看護職は病院で看護業務をするために雇用されています。 通常、一度入職すれば職種を変えて看護職以外の仕事をしても らうことは想定されていません。

しかし、今回のケースのように、教育や指導をしても仕事が思 うようにできない、それで本人が仕事での適性に現場で思い悩 むといったことも少なくありません。「適材適所」という言葉があ るように、場合によっては勤務場所を移し、今までにない他の 仕事を担ってもらう方が、本人、病院双方にとって良いことも十 分に考えられます。

法的な視点でも記載しているように、職種や勤務地を変更す る場合は、雇用契約の変更になり本人の同意が必要となります。 看護師の場合は、働く場所や仕事が変わっても看護師の仕事に 全く携わることがなくなる、というケースはあまり考えられない と思われます。

重要なのは、今回の異動の趣旨、仕事を通じて本人にこうなっ てほしいという願いを伝え、それを本人に理解してもらうことです。

本人がそれを理解すれば、心機一転、新たな職場で仕事を 始めることを受け入れてもらえるものと思います。また、今の職 場に戻る可能性を示唆してあげることも重要です。

なお、勤務地の変更について、本人の転居が伴う場合には、 家庭環境も考慮し、慎重に行う必要があります。

(3) まとめ

雇用契約書には、勤務場所が異動により変更になる可能性が あること、職務内容についても「看護業務その他これに関連す る業務一切」などと、包括的に記載しておくことがお勧めです。

病院、介護施設などに勤務する看護師には、日常の看護業 務だけでなく、重要な業務が数多くあります。例えば、病院に は症例検討ミーティングの参加や各種研修会の企画・実施など、 介護施設には利用者に楽しんでもらうためのイベント開催なども 多くあります。

そういったことの企画、準備も重要な仕事です。一般的には、 専らこういった仕事だけに従事する職種があるわけではないので、 他の職種と協力して行う必要があります。通常業務だけでなく、 施設を円滑に運営していくために必要なことは、やはり各職員 が携わっていく必要があります。

今回は看護業務についての能力不足を理由とした異動命令で したが、その命令を発する前段階には、日頃からの教育や指導、 具体的に「これができれば、病院が求める期待水準に達する」 ということを日常のコミュニケーションで伝えていくことが重要です。 このような積み重ねがあり、成長への願いを理解してもらうこ とができれば、今回の異動についても本人が受け入れる可能性



社長から社員へ送られた感謝の手紙(20)



苦しいことは引き受け、未来の果実は将来世代に委ねる

株式会社日本経営ホールディングス 代表取締役会長 藤澤 功明



2010年に創刊号が発刊されて以来、42回の発刊を重 ねてきたNKニュースレターも、本号が最終号となりまし た。改めて読み返してみますと、創刊号にてそうそうたる 方々からの激励のメッセージをいただき、それになんとか お応えしたいと、全国のお客様、有識者の方々、大学の 恩師の皆様など、本当に数え切れない良縁に支えていた だきながら、今日までを積み重ねてきた8年間でした。

その間、私たちを取り巻く環境は激変し、社会情勢も 経済環境も、世界のあり方も価値観も、情報量もイノベー ションの速度も全く違ったものに変わってしまいました。 経営の意思決定や環境変化への対応はより複雑なものに なり、今後もますます加速していくことでしょう。

そのような中で前号でご案内しましたとおり、お客様か らの熱烈な声に背中を押されて、30年前に開講した「病 院後継者塾」を再開しました。第一回を10月27日に開 催、全国の病院の次世代を担う方々がご多忙な中ご参加 くださり、皆様の志の高さやお人柄にふれさせていただき、 さらに、そのような方々と経営課題に取り組んでいけるこ とに、私も参加した社員も大変感銘を受けたものです(第 二期後継者育成塾は2019年9月にスタートします)。

継ぐということと、継がせるということ。私はその両方を 日本経営で身を持って体験しました。そのような中で実感 した事業承継の本質は、「同族経営のよさ」ということで す。ご両親がご子息、ご息女に承継するような経営では、 ご両親は次のように考えます。苦しいことは自分の代です べて引き受けて解決しよう。未来の果実は将来世代に委 ねて享受させてあげたい。……そのような願いを脈々と受

け継いで、同族での事業承継は繋がれていくものです。 私たち日本経営グループも、「血は繋がっていないが、同 族を越える志を同じくする同志である」。これが、創業者 が掲げたメッセージです。これは決して、イエスマンを後 継者にするということではありません。自分の代で掲げた ビジョンは、自分の代ではなく、次の代、その次の代で 果実を実らせるものです。自分ではできないことを自分よ り有能だと認める次世代に委ねていく。私は49歳で株式 会社日本経営ホールディングスの社長を拝命しましたが、 その数ヵ月後には、同じように次の社長にも49歳までに はバトンタッチをしなければならないと決意しました。自 ずから、私があと何年旗振り役をさせていただけるのか、 そのときにもう腹は決まっていたのです。ご紹介してきた、 給料袋に同封してきた社員への手紙は、そのような思い で毎月書き綴ってきたものです。

ですので、このNKニュースレターを編集・発刊し続 けてくれた社員の気持ちも、よく分かっているつもりです。 社員の情熱や使命感と、快くインタビューや寄稿に応じ てくださった皆様方の愛情が、NKニュースレターのすべ てだったのだと思うのです。今後は「医療介護の安定と地 域経済活性化フォーラム」の福岡や東京での研究会など、 多くの方々がお互いに知見を持ち寄られる場に参加させて いただき、医療・介護・福祉の未来に貢献していきたい と決意しております。これまでのご愛読に感謝しますとと もに、皆様や皆様の大切な方々のますますのご発展・ご 健勝・ご多幸を心よりお祈り申し上げます。まことにあり がとうございました。



定 発 価人 5 0 0 円 (税