

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2020年8月発行

47

CONTENTS

巻頭言	2
新役員 就任あいさつ	3~6
民法改正について	7~9
今だからこそ病院広報のIT化	10~13
異状死体の届出義務	14~18
看護学校だより	19

2期目の会長をお引き受けして

会長
小田原 良治



令和2年度総会で再び会長にご指名いただき、第2期目となる重要な役目を仰せつかりました。第1期の2年間、各医療機関にとって対応を誤れば命とりにもなりかねない医療事故調査制度、医師法第21条の広報、支援を最重要課題と位置付け活動してきました。拙著「未来の医師を救う医療事故調査制度とは何か」の会員への配布、さらに「院内医療事故調査マニュアル」を作成し、会員医療機関に配布致しました。医療事故調査等支援団体としての活動も積極的に行い、協会内に委員会を設置し、会員の支援体制を整備しました。令和元年には鹿児島県医療法人協会設立55周年記念事業を充実した形で行うこともできました。現在、協会報の充実を図っており、中央へ向けた発信を行っています。

令和2年度早々には、コロナ対策が問題となっていますが、当協会では、状況を予測し、先手、先手に対応を行ってきたこともあり、感染者を出すこともなく、当協会立看護学校の教育状況も遅れることなく順調に運営できています。現在、学校内の全室をフル稼働し、「密」にならない授業体制を構築中です。

第1期2年間で、やるべき仕事は、ほぼやり終えた感があります。昨年突如、医師法第21条の問題が勃発しましたが、直ちに適切に対処し、大事に至りませんでした。昨年の医師法第21条騒動を踏まえ、もう1期、執行部を担当させていただくこととしました。早速、会員皆さまのお手元に拙著「死体検案と届出義務—医師法第21条問題のすべて—」が届いていることと思います。引き続き、医師法第21条問題、医療事故調査制度問題等の他団体が対応しきれていない医療法務を重点課題として取り組んでいきたいと思っています。刑事事件への対応を見据え、今回、東京で刑事裁判に関して来られた、永里弁護士に協会監事として参加いただくこととなりました。より一層充実した支援体制となったことをご報告申し上げます。

また、今期、少しでも会員皆さま方に貢献できるよう、当協会立看護学校のあり方も再度検討することとしています。

歴史ある鹿児島県医療法人協会をより一層充実させ、地域医療の発展に貢献すべく尽力する決意でおりますので、皆さま方のご指導ご協力よろしくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

医療法人寛容会 森口病院
院長 田中 大三



この度、理事の末席を務めることになりました田中大三と申します。

私は、平成4年に鹿児島大学医学部を卒業いたしました。当時の入局に際し、脳外科、精神科、放射線科の3科のいずれに入局するかを最後まで迷い、最終的には、先輩からの強い勧誘と、画像診断学に興味があり、放射線科に入局いたしました。入局後、最初の2～3年間は、この入局を後悔致しましたが、その後、約18年間にわたり、放射線診断学を学び、数多くの事を学ばせて頂きました。平成22年に放射線科医局を退局し、ご縁あって、精神科領域に足を踏み入れました。放射線科の画像診断学においては、形態学的画像診断、すなわち、目に見えるものが中心の領域であったわけですが、精神科領域、すなわち、目に見えない心の領域への転換であった気がします。近年では、放射線診断学においても、形態診断学に加え、機能診断学も発展してきており、中枢神経系の機能診断学の発展においては、目覚ましいものがあり、精神科領域においても、目に見える（画像として捉えられる）世界がでてきているように感じております。

現在、専ら、依存症の診断、治療に携わっておりますが、画像診断学が、アルコール依存症における肝臓、膵臓、食道等の臓器画像診断において、さらに、近年では、依存症における脳の形態診断、機能診断に役立っていると実感しております。

精神科医、心理学者のアドラーは、依存症は、社会に自分の居場所が無いこと、すなわち、『共同体感覚』の低さがその要因の一つと考えています。そして、『共同体感覚』が発展すると、すべての困難から、開放されると言っています。さらに、『共同体感覚』は、『他者に対する貢献』により形成されると言っています。

言い換えると、『他者に対する貢献』が、依存症治療に有用であるということになるのですが、これは、依存症治療の標準治療の一つである、12step療法と通ずる所があり、依存症治療が、『生き方の治療』と言われる所以でもあると思います。

アドラーは、『幸せになる唯一の方法』は、『他者に対する貢献』と言っておりますが、私自身、少しでも、他者への貢献ができる人間になることができますように、『生き方』を学んで参りたいと思います。

近年の医療をめぐる状況において、看護師の役割は重要度を増してきており、看護師の養成や不足を補うことが重要であると思います。

学校担当と致しまして、微力ながら、貢献できるよう精進してまいりますので、ご指導、ご鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

医療法人健誠会 湯田内科病院
理事長 齊藤 稔



この度、鹿児島県医療法人協会の理事に就任した医療法人健誠会 湯田内科病院の齊藤稔です。

私は1990年に福岡大学を卒業後、鹿児島大学の旧第三内科（現脳神経内科・老年病学）講座に入局、当時の納光弘教授の元、最初の数年間は神経内科学を中心に勉強させて頂き、専門医を取得、それからはいくつかの研修先の病院で消化器内科、特に上下部消化器内視鏡の技術を学ばせて頂きました。その後2007年4月当院を開業した父の後を継ぎ院長に、2012年4月法人の理事長に就任し現在に至ります。

さて今年は新型コロナウイルス感染の蔓延に伴い、日々の生活様式が大きく様変わりしました。外出の際は必ずマスクを着用し、いわゆる3密を避ける行動を余儀なくされ、経済活動にも大きな支障がありました。またPCR検査という、医療業界でしか聞くことのなかった言葉が一般的になり、クラスター、ソーシャルディスタンス、テレワーク等の言葉が日常的に使われています。鹿児島でもこの原稿を書いている7月末の時点で230人以上の感染者が報告され、つい身近にウイルスの脅威を感じつつあります。収束にはやはり有効なワクチンと治療薬の開発が必要であり、当面はウイズコロナの時代をどう過ごしていくかが目下の課題でしょう。

また地域医療構想も鹿児島県の医療機関における大きな問題です。5年前の発表ではありますが、2025年までに医療費削減の名目で鹿児島の病院ベッド数を約1万床削減する方針が明らかになりました。その矛先の一部は慢性期の療養病床に向けられています。私ども地方で開業する病院で療養病床を減らされる事は病院の経営にも大きく影響し、死活問題です。在宅医療や、介護医療院への転換するにしても将来を見据えたトップとしての判断に迫られます。

医療、介護業界での慢性的な人材不足も皆さん苦慮されているかと思います。中でも介護士の獲得が困難であり、また一旦就職されても定着しにくい業種であるという問題もあります。当法人の介護老人保健施設でもベトナム人の介護士を今年採用予定でありましたが、コロナ渦の入国制限のため、まだ見通しが立たない状況が続いています。

その他にも医師の労働時間を中心とした働き方改革の問題、厚労省の人生会議のポスターでも話題となったACP（アドバンス・ケア・プランニング）をいかに浸透させ、診療内容に反映させていくか等、日々の診療においても問題が山積みです。

今考えていることを思いつくままに書かせて頂き、理事就任の挨拶としてはいささか取り留めのない文章になってしまいました。まだまだ若輩者ではありますが、協会の運営に微力ながら尽力できればと思いますので、今後ともよろしくお願い致します。

理事就任のご挨拶

医療法人厚生会 小原病院
理事長 小原 壮一



この度、鹿児島県医療法人協会の理事を拝命いたしました、医療法人厚生会 小原病院の小原壮一と申します。会員の皆様におかれましては、今後ともなお一層のご指導をいただければ幸いです。

小原病院は、地域の皆様に支えていただきながら100年以上の長きにわたり、枕崎の地で医療に携わってきました。しかしながら、少子高齢化、激変する社会情勢の変化の波が、当院を含む地域社会を飲み込もうとしております。ピークには3万5千人を超えた枕崎市の人口も、現在では2万人を割り込もうとしており、地域の商店や学校が次々となくなっております。さらには、未曾有の感染症と不景気が世界全体を覆い尽くそうとしているおり、これまで通りの、足下だけを見ての病院経営、法人運営では近い将来、成り立たなく成っていくのは明らかです。もっと、地域とともに一緒に繁栄し、未来に向かって歩みを進めるべく、医療、福祉を通じて、積極的に地域社会を支え、盛り上げていこうと考えております。

そのためには、私自身、もっともっと勉強し、精進して行かねばなりません。協会のお手伝いをさせていただきながら、会員の皆様にご指導、ご鞭撻を賜りたく思っております。何卒よろしくお願い申し上げます。

鹿児島県医療法人協会役員名簿(令和2年5月30日～令和4年5月)

役職名		氏名	
会長		小田原 良治	医療法人尚愛会 理事長
副会長		池田 徹	医療法人青仁会 理事長
業務執行理事	総務担当	三宅 智	医療法人一誠会 理事長
		萩原 隆二	医療法人玉昌会 病院長
		米盛 公治	社会医療法人緑泉会 理事長
	学校担当	丸田 修士	医療法人杏林会 理事長
		岩城 政秋	医療法人松城会 理事長
		田中 大三	医療法人寛容会 病院長
理事	総務担当	齊藤 稔	医療法人健誠会 理事長
		小原 壮一	医療法人厚生会 理事長
	学校担当	長柄 英男	社会医療法人愛仁会 理事
		田上 寛容	社会医療法人義順顕彰会 理事長
監事		重久 善一	重久公認会計士事務所 所長
		永里 桂太郎	ながさと総合法律事務所 弁護士

監事就任のご挨拶

ながさと総合法律事務所
弁護士 永里 桂太郎



本年より、鹿児島県医療法人協会の監事を拝命いたしました弁護士の永里桂太郎と申します。理事の職務執行の監査等を通じ、協会の適切な運営に資することができるよう、主に法的な面から監査を行わせていただきたいと思います。若輩者で頼りのないところもあるかと思いますが、精一杯業務を遂行してまいりますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

お初にお目にかかる方も多いかと思っておりますので、簡単に自己紹介をさせていただきます。私は鹿児島市出身で、ラ・サール高等学校・早稲田大学法学部・一橋大学法科大学院を卒業した後、弁護士となり、昨年3月まで東京都内にある法律事務所にて勤務をしておりました。弁護士になった時より、いずれは地元鹿児島で開業をしたいと考えていたことから、昨年4月に同じく弁護士である妻と2人で「ながさと総合法律事務所」を設立いたしました。弁護士2名の小さな事務所ですが、離婚・相続などの個人のお客様の案件から企業案件など幅広く扱わせていただいております。

東京での勤務時及び鹿児島での開業後も幅広い案件を扱わせていただいておりますが、私の一番の強みは、刑事事件への対応であると思っております。刑事事件については、司法試験合格前から興味を持っていたことから、弁護士になってからも多くの刑事事件を取り扱ってまいりました。特に、起訴内容を争う否認事件や、一般市民が参加する裁判員裁判事件、控訴・上告事件等については、鹿児島県の弁護士の中でも多く扱ってきた方であると思っております。

刑事裁判は2009年の裁判員裁判導入を機に大きな変化を遂げており、近年でも司法取引の開始など、新たな刑事手続きのルールが定められています。この刑事裁判をめぐる新たな動きには、必ずしも全ての弁護士が対応できているわけではありません。私は、東京での弁護士生活の中で、幸いにもそのような新たな刑事手続きに関連する裁判を数多く経験することができましたので、その経験を鹿児島でも生かすことができるよう尽力していきたいと考えております。

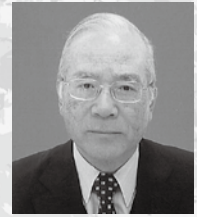
医療と刑事事件をめぐる動きとしても、小田原理事長等のご活躍もあり、医療事故調査制度の適切な運用が広まってきてはいるものの、柳原病院事件にも見られるようにまだまだ予断は許せない状況です。適切な医療を守るためにも、我々弁護士がお力になれる場面があるかと思っておりますので、もしお力になれそうな案件が発生した場合には、ぜひお気軽にご相談ください。

今後とも監事としては適切な団体運営に資する監査を、個人としては様々なトラブルの解決やトラブルに至る前の予防など、多様なリーガルサービスを提供できるよう精進していく所存ですので、ご指導ご鞭撻のほど、何卒宜しくお願ひ致します。

特別寄稿1

民法改正について

弁護士
染川 周郎



1 2020年4月1日施行の民法改正

世の中は新型コロナウイルス対策一色といったところですが、私共法律の世界では本年4月1日施行の民法及び関連法律の改正に対する対処に追われているといったところです。

改正前の民法は、1898年に施行されたもので、既に今の社会情勢に対応できないものとなっており、2009年から法制審で改正論議が始まり、この度の改正法施行に至ったものです。

民法1106条中257箇条が改正され（条文番号のみ改正、全部削除を含む）、枝番号を付して新設されたのが85箇条で、合計342条が改正され、改正箇所は民法全体に及んでいます。関連して商法倒産三法等も改正されました。

2 これだけは常識として是非知っていただきたい改正事項をご説明します。

まずは分かり易いところで相続法についてです。

① 配偶者居住権の新設=遺産分割協議、遺贈、死因贈与、遺産分割審判で取得する。対抗要件は登記

例えば、遺産 住居2000万、預貯金3000万、妻と子1人の場合

旧法では、配偶者は住居2000万、預貯金500万

子は預貯金2500万

新法では、配偶者は配偶者居住権1000万、預貯金1500万 財産評価は困難

子は、負担付所有権1000万、預貯金1500万

② 婚姻期間が20年以上の夫婦間における居住用不動産の贈与に関する優遇措置=配偶者短期居住権 ⇒法律上当然に発生する。被相続人と配偶者の同居は要件ではない、最低6か月。遺産分割がなされる場合それ以外

旧法では、贈与を行ったとしても、原則として遺産の先渡しを受けたものとして取り扱うため、配偶者が最終的に取得する財産額は、結果的に贈与等がなかった場合と同じになる。⇔被相続人が贈与を行った趣旨が遺産分割の結果に反映されない。

新法では、被相続人の意思の推定規定を設けることにより、原則として遺産の先渡しを受けたものと取り扱う必要がなくなり、配偶者は、より多くの財産を取得することができる。⇔贈与等の趣旨に沿った遺産の分割が可能になる。

③ 預貯金の払戻し制度の創設

旧法では、遺産分割が終了するまでの間は、相続人単独では預貯金の払戻しができない。

新法では、イ 家庭裁判所の判断を経ずに払戻しが受けられる制度の新設

(相続開始時の預貯金債権の額×1/3 (当該払い戻しを受ける共同相続人の法定相続分)

=単独で払戻し可能

*1つの金融機関からは150万円が限度

ロ 保全処分の要件緩和

仮払いの必要性が認められる場合は、他の共同相続人の利益を害しない限り、家庭裁判所の判断で仮払いが認められる。

④ 自筆証書遺言の方式緩和

自書に寄らない財産目録を添付することができる。

⇒パソコンで目録を作成

通帳のコピーを添付

財産目録には署名押印をしなければならない。

⑤ 法務局における自筆証書遺言の保管制度の新設

遺言者の死亡後に、相続人や受遺者は、全国にある遺言書保管所において、遺言書が保管されているかどうかを調べること(「遺言書保管事実証明書」の交付請求)、遺言書の写しの交付を請求すること(「遺言書情報証明書」の交付請求)ができ、また遺言書保管所において閲覧ができます。

*上記遺言書には検認は不要

閲覧や情報証明書の交付がなされると、遺言書保管官は他の相続人に対し、保管の事実を通知します。

⑥ 遺留分制度の見直し

旧法では、イ 遺留分減殺請求権の行使によって共有状態が生じる。

⇒事業承継の支障になることがある。

ロ 遺留分減殺請求権の行使によって生じる共有割合は、目的財産の評価額等を基準に決まるため、通常は、分子・分母とも極めて大きな数字となる。

⇒持分権の処分に支障が出る恐れ

新法では、遺留分減殺請求によって生じる権利は金銭債権となる。金銭を直ちに準備することができない場合は、裁判所に対し、支払期限の猶予を求めることができる。

⇒共有関係が当然に生じることを回避できる。

遺贈や贈与の目的財産を受遺者に与えたいという遺言者の意思を尊重することができる。

遺留分の算定方法の改正=遺留分算定の基礎財産に算入される生前贈与額が、相続開始前10年間になされた特別受益に限定された。

⑦ 特別の寄与の制度の新設=相続開始及び相続人を知った時から6か月、相続開始時から1年

旧法では、相続人以外の者は、被相続人の介護に尽くしても、相続財産を取得することができない。

新法では、相続人以外の被相続人の親族が無償で被相続人の療養看護等を行った場合には、相続人に対して金銭の請求をすることができる。

3 次に、損害賠償請求権の時効、中間利息及び遅延損害金の改正も重要です。

① 旧法では、不法行為に基づく損害賠償請求権

損害および加害者を知った時から3年以内であり、かつ、不法行為の時から20年以内
債務不履行に基づく損害賠償請求権
権利を行使できる時から10年以内

新法では、人の生命又は身体の侵害による損害賠償請求権については、不法行為と債務不履行のいずれの責任を追及する場合でも、人の生命または身体の侵害による損害賠償請求権の消滅時効期間は、損害および加害者を知った時（権利を行使することができることを知った時）から5年、不法行為の時から20年

② 中間利息及び遅延損害金の見直し

法定利率が、5%から3%に引き下げられ、さらに市中金利の動向に合わせて3年ごとに自動的に変動
例えば、交通事故事案

慰謝料等⇒改正の前後で変わらない。

逸失利益⇒法定利率の引き下げにより、金額が増加する。

遅延損害金⇒金額減少

4 賃貸借契約に関する民法のルールの変更も身近なところで知っておく必要があると思います。

① 賃貸借継続中のルール

・賃借物の修繕に関する要件の見直し

⇒賃借人が賃貸人に修繕が必要であることを通知したか、又は賃貸人がその旨を知ったのに相当期間内に修繕をしないときOR
急迫の事情があるときには賃借人が目的物を修繕することができる

・賃貸物件が譲渡された場合のルールの明確化

不動産の譲受け人が、賃借人に賃料を請求するには不動産の所有権移転登記が必要

② 賃貸借終了時のルール

・賃借人の原状回復義務及ぶ除去義務等の明確化

賃借物を受け取った後に生じた損傷については原状回復義務を負う。しかし、通常損耗や経年劣化について原状回復義務を負わない

・敷金に関するルールの明確化⇒判例通り

③ 賃貸借から生じる債務の保証に関するルール

⇒根保証契約は無効、元本確定事由発生後、発生する主債務は保証の対象外

重要な改正点は未々多数ありますが、紙数が尽きましたので、今回はここ迄とさせていただきます。

今だからこそ病院広報のIT化

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 認定登録
医業経営コンサルタント
(株)イーデザイン 代表取締役 早川孝一
<https://e-design.jp/>



本稿のポイント

- ・「with-corona」、「post-corona」時代での病院広報の在り方
- ・病院広報の新しい様式とIT化のための第一歩

本年2020年の新型コロナウイルス感染症の蔓延は、国内はもとより、世界中でさまざまな業種業態の企業等に多大なる影響を与えています。本稿執筆7月末時点では、鹿児島県内の感染者も急激に増加しており、累計230例を超えてきているところですが。このような中、医療機関においては、患者の受診控えなども重なり、非常に大きな影響を受けているのではないのでしょうか。

本稿では、「with-corona」、「post-corona」時代での病院広報の在り方を考察します。また、2020年度の診療報酬改定の中で示唆された新しい広報様式とIT化の第一歩を提案します。

§ 1 患者の受診行動の変容

「with-corona」時代において、患者との接触機会を減らす事が一番のポイントですが、ご一考いただきたい事は、患者に対する情報提供（以下、「患者インフォメーション」といいます）は、どのようになっているのかという事です。一部の方は、院内の掲示物等以外に患者インフォメーションを行ってきていないので、大した影響はないとお考えになるかもしれません。確かに、コロナ前（before-corona）は、外来を開けておくことで、また院内にポスターなどを掲示することで一定の来院数を見込めたものが、「with-corona」時代には、他の感染症蔓延低下やコロナ感染への恐れなどによる外出自粛等により、来院動機が下がってきていることは事実です。

そのため、電話等再診、情報通信機器を用いた場合の慢性疾患を有する定期受診患者へのオンライン診療料算定、初診からのオンライン診療対応可などの臨時対応の措置がありましたが、下表に示すような低調な数字が報告されています。

現下においては、このような状況がいつ改善するかは予測がつかないため、医療機関としては「何らかの手を打つ」必要があると考えられます。

そのため、「病院広報」という患者とのコミュニケーションを高め、必要な人に受診勧奨を行っていくための患者インフォメーションを行い続けていくよう、医療機関自身も変容することが求められます。

算定回数		医療機関数	平成31年3月	令和2年3月	増減(%)
初診料	病院	118	97,981	78,083	-20.3
	診療所	384	91,444	64,945	-29.0
	(再掲)内科	236	40,019	27,437	-31.4
	計	502	189,425	143,028	-24.5
再診料または 外来診療料	病院	118	874,409	826,576	-5.5
	診療所	377	412,809	375,226	-9.1
	(再掲)内科	230	228,878	211,735	-7.5
	計	495	1,287,218	1,201,802	-6.6
(再掲) 電話等再診	病院	118	140	3,925	2,703.6
	診療所	377	881	3,351	280.4
	(再掲)内科	230	559	2,603	365.7
	計	495	1,021	7,276	612.6

再診料または外来診療料を100としたときの電話等再診の算定回数		医療機関数	平成31年3月	令和2年3月
電話等再診 (再診料=100)	病院	118	0.02	0.47
	診療所	377	0.21	0.89
	(再掲)内科	230	0.24	1.23
	計	495	0.08	0.61

病院・診療所不詳を除く

出典:新型コロナウイルス感染症対応での医業経営状況等アンケート(日医定例記者会見 5月13・20日)

<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/009356.html>

§ 2 院内スタッフへの配慮

前節で述べたような患者インフォメーションについて、「with-corona」時代においては、「自院は、どのようなコロナ対策をしており、医療を提供し続けているか」を発信し続ける必要があります。例えば、弊社の顧問先の中には、院内の業務だけでも精一杯の中、これまでは特に頻繁に外部発信を行ってきていないため、どのような広報を行って良いのか分からず、スタッフの手が止まってしまう状況が散見されました。しかしながら、このような時だからこそ、患者インフォメーションを続けていかなければなりません。一方で、スタッフの協働意識を高め、なおかつ、事務量低減・ストレス低減も真剣に考える必要があります。

§ 3 2020年度診療報酬改定から読み取れること

ここで、今年度の診療報酬改定内容から、次代の患者インフォメーションに関することを一部掲載します。患者インフォメーションを意識して今回の改定を見渡してみると、「機能強化加算」に目が留まります。

令和2年度診療報酬改定 II-2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 ①

かかりつけ医機能の普及の推進

➤ かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の揭示等の情報提供に係る要件について、以下のとおり見直す。

- 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
 - 必要に応じて、専門医、専門医療機関を紹介すること。
 - 医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を含む地域の医療機関が検索できること。
- 院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
 - 当該揭示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。
 - 当該揭示内容について、患者の求めがあった場合には、当該揭示内容を書面にしたものを交付すること。

現行

〔施設基準〕
 (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

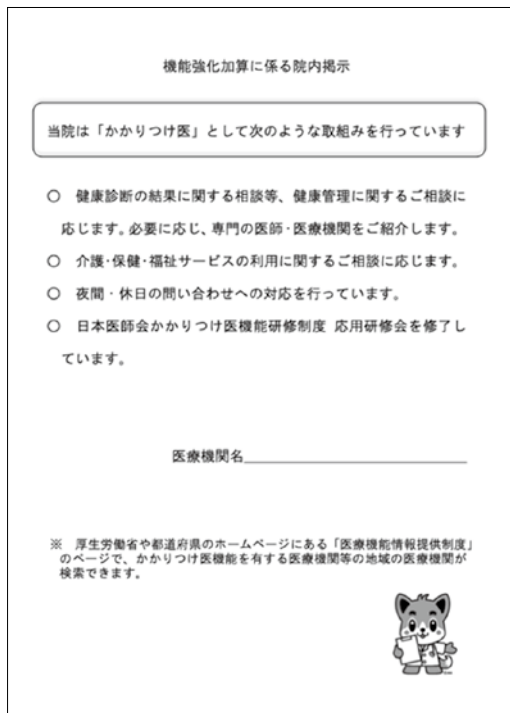
➡

改定後

〔施設基準〕
 (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した書面を、医療機関内の見えやすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。

出典:令和2年度診療報酬改定説明資料等について(厚生労働省 令和2年3月5日開催)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000605491.pdf>



機能強化加算を取り入れている場合、左に示すような院内掲示(例:日医作成)を行っているかと思いますが、それ以外に、「必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること」とあります。患者側からすれば、これまでの院内での受動的な掲示物から、自身が行動して情報を得る、能動的な患者インフォメーションへと情報の動線が変わっていくことを示唆していると考えられます。

2020年度改定は、本来、医療従事者の「働き方改革」推進を促す事を目途とした診療報酬改定でした。特に「II 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」の具体的方向性の例として、「かかりつけ医機能」の関する部分が「量より質」を求めようとしたことは周知のことかと思いますが。

§ 4 今こそITを活用した患者インフォメーション提供を

改めて上述してきたことを問題点としてまとめます。

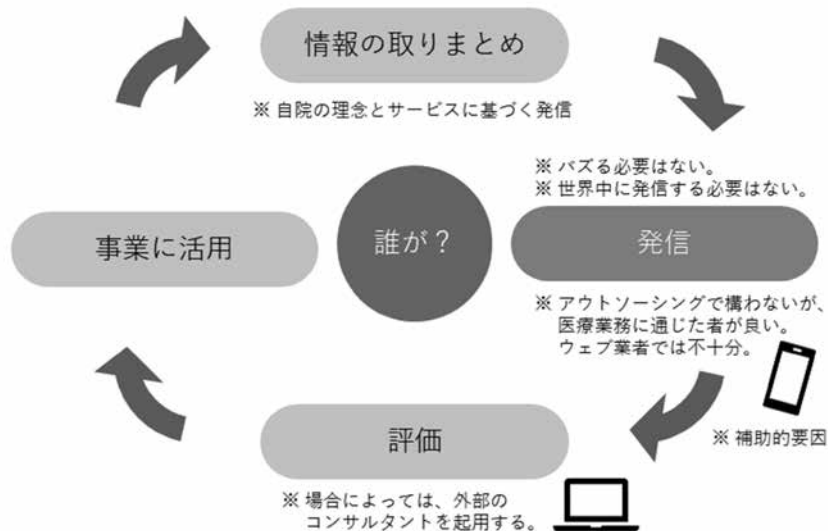
「with-corona」時代では

<ul style="list-style-type: none"> ・受診控えなどにより、初診数・再診数が減少してきており、現在のコロナウィルス感染拡大の状況を鑑みると回復時期を見込めない。
<ul style="list-style-type: none"> ・これまでやってきていない手法の患者インフォメーションを院内スタッフで行うことは現下においては負荷が大きい。
<ul style="list-style-type: none"> ・これからの患者への情報動線は、受動的な情報取得から能動的な取得に切り替わっていく。

前節で厚労省が示唆している「必要に応じて持ち帰らせる」手法について、情報機器を存分に使える世代に適用すれば対応方法はいくらでも出てきますが、高齢者や障がい者に対しては簡単にはいきません。だからと言って、紙で提供とすると、紙からの感染への懸念が出てきてしまいます。ここで活用するのがIT(情報技術)になってくるのですが、よく勘違いされることが「IT」というと、コンピュータやスマートフォンなどを駆使して云々といった手法が出てきがちです。しかしながら、IT=Information Technologyという言葉の中には「機器」という単語は出てきません。もちろん「機器」は活用すべきですが、誰に機器リテラシーがあるのかを考えます。

ITを活用するということは、役割分担を決め、「情報の取りまとめ」→「発信」→「評価」→「事業に活用」の循環を回すということに尽きます。この中で、「発信」「評価」は必ずしも内部の人間が行う必要はありません。また、「機器」はこの循環の補助の役割を担うと考えた方が良いでしょう。

逆にその部分のスタッフへの負担を減らした上で、患者への共感を生むような内容を、高齢者や障がい者にも分かりやすい情報の取りまとめを行い、発信は外部へアウトソーシングというような広報体制を築くことが、「with-corona」「post-corona」時代では必要なことになってきます。



また、JIS規格の中には、「JISX8341 高齢者・障害者等配慮設計指針—情報通信における機器、ソフトウェア及びサービス」という規格が存在します。これもまた、今後は考慮すべき規格になります。

繰り返しますが、広報においてITの活用には「機器」は必須ではありません。必要なのは「体制」です。

§ 5 まとめ

本稿では紙幅の関係で詳細に病院広報の具体的なIT活用方法を述べることはできませんでしたが、時代は確実にIT化の方向に進んでいます。

電子カルテやオンライン診療等の医療行為に関するIT、レセプトや資格確認のオンライン化等の事務方のITなどは進んできていますが、病院広報のITは非常に遅れています。他業界では、コロナ禍を機に「DX (Digital transformation)」というデジタルシフトが話題に上がっています。病院広報でも、IT化の先に、DXさらには、非接触型の広報を考える時期が来ると考えられます。非接触型広報につきましては、時期を改めてご紹介したいと思います。

ITの延長には、リスク・コミュニケーションも含まれます。緊急事態宣言下のような有事であってもリカバリまで方針を立てた上で、自院の理念や安全対策を言外におおすのではなく、患者に対してきちんと伝えることが「広報」となります。

また、院内に対して、スタッフ協働のためストレスケア等に向き合っていくこともまた、広報と言えます。

医療機関は一般企業とは違い、特段の理由や目的がない限り、ブログやSNSで発信する必要はありません。日々のつぶやきなどを広報担当に任せるよりも、下記のような事項を、分かりやすく掲示したり、ウェブサイトに掲載したりすることから始め、ITを駆使するための体制の基盤づくりを行い、次なる時代 (post-corona) に備えることをお勧めします。

「with-corona」時代の病院広報における患者インフォメーションの第一歩 (例)

- ・情報発信の体制づくり (役割分担) を行う
- ・自院のコロナ (他の感染症も含む) 対策について発信
- ・受診控えをしている患者に寄り添った情報提供
- ・定期受診・処方 の必要性や健康に関する啓発・啓蒙
- ・非接触型の広報設計を考える

異状死体の届出義務

小田原 良治



当協会事務局長から2020年6月7日配信のm3オピニオンの記事を添付したメールが届いた。医師法21条の解釈に違和感を覚えたということのようである。「医療現場に下駄を預けて、責任回避の印象を受けた」という。その通り、医療現場に下駄を預けられているからこそ把握しておく必要がある。この記事を拝借して、簡単に解説したいと思う。詳細は、会員諸氏にお配りした拙著「死体検案と届出義務—医師法第21条問題のすべて—（幻冬舎）」をご覧いただきたい。

異状死体の判断は医療現場に下駄を預けられている。2019年3月13日衆議院厚生労働委員会での橋本岳議員の質問に、厚労省の吉田学医政局長は次のような答弁をしている。「厚生労働省としましては、21条に基づく届出の基準については、全ての場合に適用し得る一律の基準を示すことが難しいということであり、個々の状況に応じて死体を検案した医師が届出の可否を個別に判断するものという解釈に立って、私ども行政運営をさせていただいているところでございます」と。厚労省が一律の基準を示すのは難しいから現場でしっかり判断して下さいと言っている。厚労省は現場に下駄を預けているのである。怒ってはいけない。現時点ではこれでいいのである。「しっかり基準を示せ」など余計な話と思った方がいい。やぶ蛇になりかねない。立場を代えて考えてみよう。担当者であれば、最悪のケース、悪質なケース、それこそありもしないようなことまで想定して厳しい基準を作るであろう。犯罪見逃し法令と批判されては困るからである。中途半端に余計な要求などしない方がいい。何らかの立法的措置が必要というのは評論家の発言である。この記事の、Q&Aを2-3抜き出して考えてみたいと思う。オリジナルの記事と拙著を参照してご覧いただくと解りやすいと思う。

Q:医師法21条は、憲法38条1項の保証する自己不在拒否特権（黙秘権）を侵害しないか？

記事は、東京都立広尾病院事件最高裁判決の【要旨2】を根拠に、「医療過誤の可能性があり、検案を担当した医師自身が業務上過失致死罪等を問われるおそれのある場合でも、医師法21条の届出義務が課される」と述べている。このように考えると医師法21条は憲法38条1項と正面衝突する。憲法違反規定ということになる。最高裁は医師法21条が憲法違反規定にならないように「合憲限定解釈」という手法を用いたのである。すなわち、【要旨1】部分で、①「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であると、「検案」の定義を行った。さらに②これは死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと述べ、「検案」の定義が全ての死体に適用されることを示した。この【要旨1】を前提に【要旨2】となるのである。『検案』とは、死体の外表を検査することであり、外表検査で異状があった場合は警察に届け出る義務があるが、異状死体があったということのみの届出義務であり、自己との関連性の届出義務はないので自己不在拒否特

権に違反したいとの判決である。

まとめると、『検案』とは、医師が死因を判定するために死体の外表を検査することである（外表異状）」と定義、一方、医師法21条は「異状死体があったということのみの届け出」であり、自己との関連等の届出義務はないと限定的に解釈することにより、憲法違反ではないとしたのである。

Q:医師法21条の「異状」とはどういう場合を言うのか？

私は、「異状」とは、「死因を判定するために死体の外表を検査すること」と言っている。最高裁判決にそのように書かれている。この記事は外表異状を不当とし、その例として、「路上で一切外傷のない死体が発見された場合でも、『異状』性がないと判断されてしまう」と述べている。一見もっともらしいが、ちょっと考えていただきたい。みなさん、路上に死体があった場合どうするであろうか。「警察に通報」するのではないか。「検視」案件である。刑事訴訟法案件ということだ。「医師が路上で死体を全裸にして外表を検査して、異状がないから葬儀社を呼んで火葬した」などはミステリー小説である。しかし、下手に統一基準を示そうとすると、このようなケースも想定して基準を作ることになってしまう。また、その基準が院内に適用されかねない。前文で「いまのところ現場判断でいい」と述べたのはこのようなことである。しかし、他所から医師法21条改正、業務上過失致死傷罪改正等の議論が出た場合には真っ向からこの問題の解決を図らなければならない。

この記事は経過の異状説を採っているらしいが、「経過異状説」は東京高裁で破棄されている。また『異状』性という記載も誤解を生む。『異状』とは状態のことであり、『異状』性との用法はおかしい。判決には明確に『異状』と記載されている。

評価すべき部分として、福島県立大野病院事件判決（福島地裁）を挙げているが、残念ながら、ただ「参考になります」と述べているだけなので、以下、補足しておきたい。

福島県立大野病院事件はショッキングなニュースだったが、結果的には医師側が勝訴した。基本的には業務上過失致死事件でこれについては井上清成弁護士の解説（医事法例百選【第2版】）があるので参照してほしい。医師法21条違反部分のみを考えてみる。

福島地裁判決は、「医師法21条にいう「異状」とは、…法医学的に見て、普通と異なる状態で死亡していると認められる状態であることを意味すると解されるから、診療中の患者が診療を受けている当該疾病によって死亡したような場合はそもそも同条にいう異状の要件を欠くというべきである」と述べ、「異状の要件を欠く」としただけでなく、さらに踏み込んで、「本件患者の死亡という結果は、癒着胎盤という疾病を原因とする、過失なき診療行為をもってしても避けられなかった結果と言わざるを得ないから、本件が医師法21条にいう異状がある場合に該当するということとはできない」と判示している。死因が明確な診療関連死で合併症によるものは医師法21条の対象ではないということであろう。

Q:医師法21条に関する厚労省の解釈通知について

平成31年4月24日付け厚生労働省医政局医事課長事務連絡、『『医師による異状死体の届出の徹底について』（平成31年

2月8日付け医政医発0208台3号厚生労働省医政局医事課長通知)に関する質疑応答集(Q&A)について」がある。拙著および当協会HPを参照いただきたい。厚労省見解は我々の考えと同一である。

この記事記載事項の評価すべき点は、死体の外表に異状がないと認めた場合には、カルテ等に「外表に異状なし」との記載を勧めていることである。

Q:診療中の患者に予期せぬ死亡が発生した場合、どのように対応すればいいのか？

前回の協会報に記載したので省略するが、まずは「遺族対応」であり、次に医師法21条の届出に該当するか否かの判断である。医師法21条の届出は24時間以内という時間制限があるので要注意である。常々医師法21条について理解しておく必要がある。その後、医療事故調査制度の報告対象か否かを検討することとなる。

この記事が結論付けているように、医療関係に精通した弁護士と十分相談し、病院全体で判断する必要がある。

おわりに

かつて、裁判は3回勝負であると習った。確かに我が国の裁判は三審制をとっているが、刑事事件に、この考えは捨てるべきだと気づいた。証拠調べ、事実関係の調べは一審のみと考えた方がいい。高裁での証拠調べは裁判官次第のようである。最高裁は書類審査である。一審敗訴の場合に逆転勝訴は難しい。一審が勝負と考えた方がよさそうである。やはり「初動が大事」の一言に尽きよう。捜査の端緒となる医師法21条の理解が重要ということになってくる。

お知らせ

鹿児島県医療法人協会では医療事故調査制度における支援団体としての活動の一環で、専用電話(24時間メッセージ対応)を設置しております。また、協会ホームページ専用サイトでは、医療事故調査制度に関する各種資料、支援申込書等を掲載しておりますのでご活用下さい。

専用電話・FAX併用:099-268-5293(24時間メッセージ対応)

令和2年7月13日の乳腺外科医裁判控訴審判決を受け、鹿児島県医療法人協会は下記抗議文を関係機関に送りました。

乳腺外科医控訴審判決に強く抗議する

本年7月13日、東京高裁第10刑事部（朝山芳史裁判長）は、いわゆる乳腺外科医裁判控訴審判決において、東京地裁の無罪判決を破棄し、懲役2年の実刑を言い渡した。本判決は、刑事裁判で有罪判決を言い渡す基準とされる「合理的疑いを超えた証明」や「疑わしきは被告人の利益に」原則に反し、「医療崩壊」の誘因ともなりかねない独断的判決である。裁判官としては、将に自由心証主義に基づいて、専門家の意見を採用しなかったということであるが、それが結局は裁判不信を増強し、自由心証主義そのものを殺すことになるであろう。我々はこの判決に強く抗議する。

- (1) 本判決は、看護師、同室患者等の証言を信用せず、一方的に被害者とされる女性の証言のみを信用できるとした公平性の原則に反する不当な判決である。
- (2) 控訴審の最大の論点と考えられた「せん妄」について、医学の専門家の意見を無視し、学術的コンセンサスが得られたDSM-5も無視し、将に独断と偏見に満ちた判決と言わざるを得ない。このような裁判官の独善的行為は、裁判官の心証に依存する現行司法制度への不信を増強せざるを得ない。全身麻酔回復期に発生し得る「せん妄」を頭から否定する裁判官の下では、医療行為そのものがリスクであり、医療崩壊を招きかねない。
- (3) 第一審で明確になった科捜研の杜撰と言わざるを得ない検査を検証することもなく頭から肯定する本判決は、我が国の証拠採用の在り方を問うものと考えられる。

今回の判決が確定することは、我々医療界にとって大きな問題であり、我が国の医療の崩壊を招きかねない。我が国の医療を守るために、鹿児島県医療法人協会は、医療関係団体の一員として強く抗議する。

一般社団法人鹿児島県医療法人協会
会長 小田原 良治

協会声明「乳腺外科医控訴審判決に強く抗議する」の解説

会長 小田原良治

いわゆる乳腺外科医事件とは、乳腺外科医が自ら執刀した女性患者の手術直後の胸を舐めるなどのわいせつ行為をしたとして、逮捕、起訴された事件である。乳腺外科医が勤務する病院に強制捜査が入るなど、当初から異常な経過であり注目されていた事件である。第1審の東京地裁は、「事件があったとするには合理的疑いを差し挟む余地がある」として無罪を言い渡した。術後「せん妄」による性的幻覚体験を認定するとともにDNA検出に関する科捜研検査の杜撰さを指摘した判決であった。私も裁判を数度傍聴しており、適切な判決であると納得したものである。ところが、検察側が控訴、控訴審の、東京高裁（朝山芳史裁判長、伊藤敏孝裁判官、高森宣裕裁判官）は、本年7月13日、東京地裁の無罪判決を破棄し、懲役2年の実刑を言い渡した。

控訴審判決は、刑事裁判で有罪判決を言い渡す基準とされる「合理的疑いを超えた証明」や「疑わしきは被告人の利益に」原則に反しており、術後「せん妄」を否定する見解は、医療関係者に「明日は我が身」と思わせる内容である。

我が国の裁判は自由心証主義がとられており、何を採用するかは、裁判官の心証によるとされている。今回のように、「せん妄」の専門家の意見を採用せず、自ら「専門家ではない」と表明した検察側証人の意見のみを採用するという裁判官の独断と偏見に満ちた判決は、裁判官の心証に依存する我が国の司法制度への不信を招くものであろう。

抗議文に述べた如く、本控訴審判決の問題点は大きく次の3点にある。①本判決は、看護師、同室患者等による患者の言動に関する証言を信用せず、一方的に被害者とされる女性の証言を過度に信用し、患者に「不安言動はみられた」等の記載があるにもかかわらず、「せん妄」との記載がないなどとし、診療録に記載のないものは全てなかったものとする独断的判決である。②控訴審の最大の論点と考えられた「せん妄」について、3名の専門家の意見を排除し、学術的コンセンサスが得られたDSM-5も無視し、自ら専門家ではないと表明した検察側証人の意見のみを採用した独断と偏見に満ちた判決である。全身麻酔回復期に発生し得る「せん妄」や「幻覚」を頭から否定する司法の下では、医療行為そのものがハイリスクとなる。③控訴審の論点が「せん妄」の有無とされていたにも係わらず、第一審で明確になった科捜研のおよそ科学と程遠い杜撰なDNA検査をそのものを鵜呑みにし、何ら検証することもなく是認した「不意打ち」判決である。

今回の控訴審判決は、もはや、冤罪か否かの問題を通り越してしまった。我々医療関係者にとって、控訴審判決の最大の問題は、術後「せん妄」を否定する今回の判決がこのまま確定することである。控訴審判決は、「診療録に記載のないものはなかったこと」としているのである。日々の、一言一句を全て診療録に記載するなど不可能な話と言わざるを得ない。乳腺外科医事件の逆転有罪判決は、医療そのものを脅かすものであり、このまま確定させてはならない。現在上告中であるが、最高裁の壁は厚い。医師、看護師、すべての医療者に係る問題であり、医療者が傍観を続ければ、将来に大きな禍根を残すこととなろう。我が国の医療、ひいては医療関係者を守るためには、我々医療者が大きな声を上げて偏向司法への抗議を行うべきであろう。

看護学校だより

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校
教務主任 小牧 和代



鹿児島県医療法人協会立看護専門学校は令和2年度の新入生44名を新型コロナウイルスの感染リスクにより、新入生と教職員のみでの入学式という今までにない形で迎えスタートいたしました。その後も緊急事態宣言を受けて在宅授業へと切り替え、その準備や臨地実習中止への対応、毎日の学生の体調確認とまさしく災害が起こったかのような日々が過ぎていきました。学生が安心して在宅授業や学内実習に取り組めるよう教職員一丸となって知恵を絞り、細やかな説明や指導を行ってまいりました。在宅授業や学内実習は教員側だけの努力では成り立ちません。学生もまた真摯に学習に取り組み、まだ見ぬ患者様をイメージしながら学びを追求する姿勢で取り組んでくれました。その結果、物理的限界はあるものの「こんなに深く看護を考えたことはなかった」との反応が多く、効果的な学習になったと自負しております。また外来講師の先生方も急な取り組みにご協力いただいたことを感謝しております。

6月中旬から順次臨地実習もスタートでき、学生からは患者様やスタッフの方々とのかわりから「本当の患者様にかかわれてうれしい」等、多くの喜びの声がきかれていました。この実体験からの学びもまた非常に貴重なものでした。

2022年から運用される新カリキュラムでは地域包括ケアに合わせて『対象や療養の場の多様化に対応できるよう「在宅看護論」を「地域・在宅看護論」に名称変更』や『臨床判断能力等に必要な基礎的能力の強化』が求められており、「地域」「暮らし」「臨床判断」が重要になってきます。これまで以上に「生活する人を看護する看護師」を育てるカリキュラムを編成していかなければなりません。アフターコロナの時代に考えるべき課題は山積していますが、困難を乗り越えようとする学生に、時代を切り開く看護師像を重ねつつ、希望をもって看護教育に取り組んでいきたいと思っております。



医療機関様に朗報! 医療経営コンサルタントが《非接触広報》を監修して《院内制作ゼロ》の広報支援サービスをサブスク化

お待たせいたしました。 いよいよ広報とITのオンライン支援がスタートします。

ONLINE SUPPORT START!!



glance vision™ online

※ 日本商工会議所 令和2年度補正予算 小規模事業者持続化補助金《コロナ特別対応型》採択事業

患者満足度向上

- 院内・院外広報
- HPリニューアル
- スマホ活用

職員満足度向上

- サイネージ運用
- データ駆動型ポジショニング分析 etc..

すべてコミコミ
月々 **22,000円** 固定

e-Design
株式会社イーデザイン
www.e-design.jp

〒890-0082
鹿児島市業原3-34-23
TEL: 099-251-9821
FAX: 099-251-0616

© glance vision™ は、株式会社イーデザインの登録商標（出願中）です。

編集後記

令和2年は武漢における新型コロナウイルス感染症（COVID-19）発生の報とともに明け、8月に至る現在まで日々の報道はコロナ一色の様相が続いています。鹿児島でも6月末以来数件のクラスター発生が報告されており、会員各位におかれましても感染症対策と対応に追われる、ご苦勞の多い日々と拝察いたします。さて、コロナ禍報道に隠れてしまいがちですが、7月は2つの対照的な判決がでています。一つ目は乳腺外科医の2審有罪判決（7月13日東京高裁）、二つ目は特養准看護師の2審無罪判決（7月28日東京高裁）です。どちらも1審判決を覆す“逆転判決”となっていますが、裁判経過を調べるにつけ、「非常識な理屈と判断がまかり通る日本の司法現場」に言葉を失います。医療事故が裁判にかけられた場合は、民事であれ、刑事であれ、“日本の司法界の常識”という、我々には理解しがたい世界に巻き込まれる現実を直視すれば、医療事故調が間違った方向に進まぬよう願わずにいられません。

最近の目立たないニュースでもう一つ。子宮頸がん予防のHPV9価ワクチンが7月21日付けで薬事承認されています。発生原因の約9割をカバーできるという新ワクチンですが、そもそも2013年6月以降、7年以上にわたって積極的接種勧奨が見送られており、専門学会等による度重なる接種勧奨再開の要望に対しても行政は重い腰を上げません。HPVワクチン問題と先に挙げた医療裁判に通底するのは、原因究明の名を借りた責任追及～“人知の及ばない不幸な結果に対する犯人探し”に血道をあげ、一方的に不安・不信を煽る日本のマスメディアの体質にあると思うのは私だけでしょうか・・・

E.Y記

簡単・迅速なご融資!

設備・運転・育英・住宅および自動車購入資金など、
その他ご遠慮なくご相談ください。

ご利用いただける方 鹿児島県医師会員で本組合へ出資（10口=10,000円）をしていただき組合員となられた方。

ご融資金額

- A会員（開業医師）および法人 …………… 最高 1 億円（最長20年）
- B会員（勤務医師） …………… 最高1,000万円（最長20年）
- 住宅特別融資（A・B会員） …………… 最高 1 億円（最長35年）
- 独立行政法人福祉医療機構（代理店） …………… 新規開業等お気軽にご相談下さい。

一般融資

設備・運転・育英・住宅および自動車購入資金など、その他ご遠慮なくご相談下さい。

住宅特別融資

先生方にご利用しやすく設計いたしました。新築計画はもちろん以前の借換資金等お気軽にご相談ください。

フリーローン

いろんな資金に利用できる自由なローンです。簡単な手続きでご利用いただいておりますので、お気軽にお申し込みください。

保証融資

ご開業の先生の保証がなくても、わずかな保証料をご負担頂くことにより【保証融資制度】をご利用できます。

利率保証人 ご希望金額により異なりますので、お電話等でお問い合わせください。

鹿児島県医師信用組合 TEL(代) (099) 251-3821 FAX (099) 252-6184

〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1 県医師会館1階 <http://www.kagoshima.med.or.jp/member/sinyou/ippan.htm> E-mail sinyou@kagoshima.med.or.jp