

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2021年8月発行

49

CONTENTS

巻頭言	2
令和3年度定時会員総会特別講演「医療安全と紛争の予防」	3～9
2012年のパラダイム・シフト	10～13
令和3年改正法の概要について	14～17
法律のお話「カラオケ、歌っているのは誰？」	18～19
看護学校だより	20～21
編集後記	24

二期目を折り返して

会長
小田原 良治



協会の会長をお引き受けして3年が経ちました。二期目を折り返したことになります。今年度、当協会から日本医療法人協会へ3名の理事を出すことができました。会長就任時、医療事故調査制度の定着を掲げてスタートしましたが、当協会は支援団体としての相談体制が整って来たと言ってもいいでしょう。この3年間、中央の動きも大きなものがありましたが、当協会が日本医療法人協会医療安全部会と一体となって問題を解決して来たと言っても過言ではありません。この3年間で構築した医療法務対応体制を今後とも永続的に引き継いで行く仕組みが今後の課題だと考えています。このため、今回、医療事故調査制度創設の経緯を申し次ぐための勉強会を企画することとしました。今後とも医療事故調査制度へは目を離さぬようにして行きたいと思っています。

一方、当協会は伝統的に、税務と法務を2本柱として、さらには会員医療機関の人材育成のための看護学校の運営に力を入れて来ましたが、この3年間法務に軸足を置いて来ましたが、今後少しずつ相互のバランスをとって行きたいと考えています。税務も行政問題という面では法的視点との強いつながりがあります。医療行政とともに税務も行政マターです。税務を法務問題として考える視点も検討課題としてみたいと思っています。

この協会報も巻を重ねるごとに充実してきました。今回は、諫早医師会の満岡渉副会長に寄稿をお願いしました。満岡先生は医師法21条、医療事故調問題を共に闘った同志とも言うべき先生です。みなさまに読み応えのある記事を提供できるものと思っています。今後も、当協会の歴史の重みをつないで行くべく、有為の方々にご寄稿をお願いし、一味違った、当協会ならではの存在価値のある会報を目指して行きたいと考えています。会員のみなさまのご協力をお願い申し上げます。

特集

令和3年度定時会員総会特別講演 「医療安全と紛争の予防」

日時: 令和3年5月29日(土)午後3時30分～午後5時
会場: 城山ホテル鹿児島 コンベンションホール エメラルド

講演1

医療安全のための制度は運用が肝心!

弁護士法人福元法律事務所 代表弁護士 福元 紳一



第1 医療安全の目的

- 1 医療安全の目的は、医療に関連する事故（以下「医事関係事故」という。）の発生を防止することです。
- 2 医事関係事故が発生しても紛争には発展しないことも多く、逆に事故とは言えない事案であるにもかかわらず紛争に発展する事例もありますので、医事関係事故の発生と医事紛争の発生は明確に区別して考える必要があります。

第2 医療安全のための制度は医事紛争の発生を抑制するか

- 1 概説
 - (1) 医療安全のための制度は、医事関係事故の発生を抑制する要因になります。そして、医事関係事故の発生を抑制すれば医事紛争の発生を抑制することも期待できます。
 - (2) しかし、実際には、医療安全のための制度は運用の仕方次第で医事紛争の増加要因にもなり得ます。
- 2 カルテ開示制度
 - (1) 医療記録の開示が法的義務になれば、診療の不備を指摘されないよう診療の経過を詳しく記録しますし、医療関係者が診療情報を詳細に共有することによって投薬ミスなどの医療事故を防止することも期待できます。それゆえ、カルテ開示制度は医療安全のための制度の一つといえます。
 - (2) ただ、カルテ開示制度は医事紛争の増加要因になり得ます。その理由は次のとおりです。
 - ア 患者さん側が診療経過を裏付ける診療記録を入手し易くなった結果、そこに記載されている診療が不適切であれば医療機関側の責任の追及が容易になりました。
 - イ また、適切な診療がなされたとしても、医療記録の記載が不十分又は不正確であれば、そのこと自体が紛争の火種になります。
 - (3) 上記のリスクについての対策は、言うまでもなく、適切な医療行為に努め、かつ、その経過について正確かつ十分な記録を残すことです。

3 診療ガイドライン

- (1) これは、医療水準の向上及び医療事故の発生防止を目的として、各学会が術式毎に作成・改定しているもので、最近十数年ほどの間に急増しました。
- (2) ただ、診療ガイドラインの増加も医事紛争の増加要因になり得ます。その理由は次のとおりです。
 - ア 診療ガイドラインに基づく過失の認定が容易になりつつあります。すなわち、診療ガイドラインに沿う診療がなされずに結果が悪かった場合、診療ガイドラインに沿う診療を行わなかった理由・合理性について医療機関側が主張立証責任を負わされることが多く、そのような立証は困難ゆえ過失が認定されやすくなりつつあるのです。
 - イ また、診療ガイドラインに基づく過失の存否の判断においては、医療機関の性格・規模や医療水準に関する地域的特性が原則として捨象されてしまい、過失の判断基準が上昇して、比較的小規模な医療機関や地方の医療機関が医事紛争・医療訴訟に巻き込まれる危険性が高まっています。
- (3) 上記のリスクについての対策は、項目毎のエビデンスレベル及び推奨グレードにもよりますが、診療ガイドラインに沿う診療を行わずに結果が悪かった場合は診療ガイドラインに沿う診療を行わなかったことの合理性について主張立証責任を負わされる可能性があるということを肝に銘じて、診療ガイドラインを意識した診療を心掛けることです。

4 医療事故調査制度

- (1) この制度の目的は「医療事故の再発防止により医療の安全を確保すること」です。
- (2) ただ、医療事故調査制度も医事紛争の増加要因になり得ます。なぜなら、死亡事故が医療事故調査制度の対象になりますと、再発防止策を策定する前提として診療の問題点及び死亡原因が医療の専門家により特定され、その内容が遺族側にも開示されて、結果的に損害賠償請求や刑事告訴を容易にしてしまう危険を孕んでいるからです。
- (3) 上記のリスクについての対策は、法律が定める医療事故の要件に明らかに該当する事案はセンターへ報告すべきであるのは当然のこととして、医療事故の要件に該当しない可能性が十分にある事案は安易に医療事故調査制度の対象にしないということです。

第3 医療安全のための制度が実際に医事紛争の増加要因になっているか

1 概説

以上のとおり、医療安全のために作られたカルテ開示制度や診療ガイドラインが本来の目的とは異なる利用をされることによって医事紛争の増加要因になっている可能性があります。実際のところどうなのかということを検討するために、医療訴訟の件数の推移、カルテ開示制度の定着時期及び診療ガイドラインの普及時期について概観してみます。

2 医事関係民事訴訟件数の2004年までの推移と原因

- (1) 医事関係の民事訴訟の新受件数は、1970年は年間約100件でしたが、徐々に増加して1995年頃には年間約500件になり、特に1999年以降は急増して、2004年の医事関係訴訟の新受件数は1100件を超えました。

(2) このように医事関係民事訴訟が急増した主な原因は次の二つだと考えています。

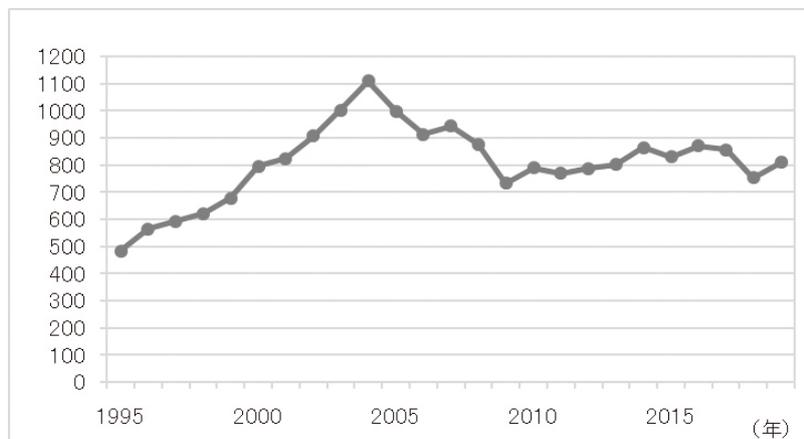
ア 一つ目は法曹人口の急増です。すなわち、司法制度改革による法曹人口の急増に伴い、弁護士が医事関係訴訟のような難しい案件に取り組む余裕が生まれました。

イ 二つ目は、1999年頃に重大な医療過誤事件（横浜市立大学病院における患者取り違え事件、都立広尾病院における注射器取り違え事件など）が重なり、これらの事案が繰り返し報道されたことで医療に対する国民の信頼が大きく損なわれて、それが医事関係訴訟の急増に直結したと言われていています。

3 医事関係民事訴訟の2005年以降の傾向

(1) 医事関係の民事訴訟の新受件数は2005年頃から数年間は減少傾向でしたが、最近再び増加の兆しがあります。

【医療訴訟第1審新受件数（1995年～2019年）】



(2) 医事関係の民事訴訟の新受件数が2005年から減少傾向に転じた主な理由は次の二つだと考えています。

ア 一つ目は、20年余り前からインフォームドコンセントの重要性が強調されて医療関係者が丁寧な説明を心掛けるようになり、侵襲を伴う医療行為については適切な同意書を徴求するようになりました。その結果、医療関係者と患者及び家族との関係がかなり改善されたように思います。

イ 二つ目は、多くの医療関係者がここ20年ほどの間に安全管理の重要性を認識して、そのレベルを上げる努力（インシデント・アクシデント情報の収集分析に基づく安全管理システムの整備など）を重ねてこられました。その成果が医事関係訴訟の減少という形で表れたのではないかと考えています。

(3) ところが、医事関係の民事訴訟の新受件数は2010年から微増傾向に転じました。その主な理由は次の二つだと考えています。

ア 個人情報保護法の制定に伴ってカルテ開示の制度が整備されたのは2005年（平成17年）で、それが定着したのがその数年後でした。それによって患者さん側は医療記録という証拠の入手が容易になりました。

イ 各学会が術式毎に作成する診療ガイドラインが最近十数年の間に急増し、それによって患者さん側は医療機関側の過失の主張立証が容易になりました。

(4) 上記のとおり、カルテ開示制度が定着した時期や診療ガイドラインが拡充した時期は医事関係訴訟が微増傾向に転じた時期と重なりますので、カルテ開示制度や診療ガイドラインが医療安全という本来の目的とは異なる利用をされることによって医事紛争の増加要因になっている可能性は十分にあります。

そして、今後懸念される医事紛争の増加要因としては、再発防止策の策定のための医療事故調査制度に基づく調査結果を遺族が責任追及に流用することです。

第4 センターへの報告の対象となる医療事故

1 病院等の管理者は、医療事故が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を医療事故調査・支援センター（現在センターとして指定を受けているのは一般社団法人日本医療安全調査機構のみ、以下「センター」といいます。）に報告しなければなりません（医療法第6条の10第1項）。

2 そして、報告の対象となるのは次の2つの要件を何れも満たす死亡事故のみで（医療法第6条の10第1項）、対象は法律上かなり絞られています。

(1) 「医療起因性」要件

当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、かつ、

(2) 「予期せぬ死亡」要件

当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの

省令事項	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

※ 過誤の有無は問わない

第5 医療事故に該当しない事案を安易に報告することが孕む問題点

1 医療事故調査の結果の流用に伴う医事紛争増加のリスク

(1) 医療事故調査の結果の本来的な利用法は、同様の事故の再発防止策の策定のために用いることです。

(2) しかし、遺族が本制度に基づく調査の結果（医療事故調査報告書又はその要約書等）を個人・医療機関の責任追及に流用することも可能であり、現在の法律ではかかる流用を防止することはできません。

そして、医療事故調査報告書には医療事故の原因となった事実と改善策が記載されますが、医療事故の原因が医療の専門家によって特定されれば医事紛争に持ち込む場合の争点が明確になります。

また、医療事故調査報告書等を遺族が刑事告訴や民事訴訟で証拠として流用した場合、捜査機関や裁判所は証拠として採用せざるを得ませんし、医療の専門家が作成した調査報告書等の記載内容は証明力の高い重要な証拠として取り扱われる可能性が高いのです。

したがって、医療法が定義する「医療事故」に該当しない事案を安易に報告すると医事紛争の増加要因になる危険があります。

2 調査結果が責任追及のために流用される場合の理論的な問題点

- (1) 民事手続に関して我が国の民事訴訟法は当事者主義を採用していますので、本来なら医療機関側の損害賠償責任を追及する遺族側が診療の問題点や死亡原因（相当因果関係の有無）を特定して立証しなければなりません。然るに、医療事故調査制度の対象になると、診療の経過及び問題点、死亡原因について医療機関が自ら調査して開示しなければならなくなり、民事訴訟の基本原則である当事者主義が有名無実化する危険があります。
- (2) また、刑事手続に関しても、業務上過失致死罪の嫌疑をかけられた医療関係者は本来なら憲法で保障されている自己負罪拒否特権（刑事訴訟法第198条第2項はより広い黙秘権を保障）を行使できるはずであるにもかかわらず、医療事故調査制度の対象になると、診療の経過及び問題点、死亡原因について医療機関が自ら調査して開示しなければならなくなり、医療関係者の自己負罪拒否特権・黙秘権も有名無実化する危険があるのです。

第6 まとめ

- 1 以上に述べたとおり、医療機関の管理者が医療事故調査制度の要件に該当するか否かという点について適切かつ迅速に判断することが非常に重要な課題になっています。
- 2 そして、上記の判断を適切かつ迅速に行うためには次の点が重要であると考えます。
 - (1) 管理者が当該病院等における死亡事例を漏れなく把握していること
 - (2) 管理者はセンターへの報告対象となる医療事故の2要件（医療起因性要件及び予期せぬ死亡要件）について十分に理解しておくこと
 - (3) 管理者が死亡事例を漏れなく把握し、かつ、医療事故の要件を適切に判断するため、「医療事故調査制度対応 死亡（全例）チェックシート」のような記録を継続的に作成すること
 - (4) 判断に迷った場合は早めに適切な支援団体に相談すること
- 3 普段から医療安全に十分配慮して事故の発生の防止に努めるべきであることは言うまでもありません。また、センターに報告すべき医療事故であるか否かにかかわらず、アクシデントが発生した場合は、その原因を究明して再発防止に努める必要があります。さらに、不幸にして死亡等の事故が発生した場合、センターへの報告対象になるか否かにかかわらず遺族に寄り添う対応が不可欠です。

そのような当然のことを前提として、医療安全のための制度にどのように対処すべきかという点について話をさせていただきました。今日お話をさせていただいた点に日頃配慮されれば、自然と医事紛争に巻き込まれるリスクは低下していくのではないかと期待しています。

以上

刑事事件にならないために

ながさと総合法律事務所 所長 永里 桂太郎



第1 はじめに

医療刑事事件は、件数としては多くはありません。しかし、いったん刑事事件となると医療従事者は民事事件よりも大きなダメージを受けることになります。

たとえば、民事事件は、基本的には医療機関として対応できます。仮に、敗訴しても、損害賠償保険で賄えることがほとんどです。一方、刑事事件は、医師や看護師個人が訴追対象となります。取調べでは、個人として直接捜査機関と対峙しなくてはなりません。また、有罪判決を受けた場合、医道審議会の審査対象となり行政処分を受ける可能性があります。さらに、マスメディアで大きく報道をされることも、病院及び医療従事者個人に大きなダメージを与えます。

そこで、今回は、刑事事件とならないために医療従事者としてどのような点に注意すべきかということ、刑事事件の流れに従ってお話したいと思います。

第2 刑事事件の流れと注意点

1 捜査の端緒

捜査機関が刑事事件として捜査を開始するきっかけを、「捜査の端緒」といいます。患者側の被害届の提出や告訴・告発、病院側による届出（特に医師法21条に基づく届け出）が一般的に捜査の端緒となります。どうすれば、捜査の端緒となる出来事を防ぐことができるでしょうか。

まず、患者側による被害届の提出等を防止するためには、患者及びその家族とのコミュニケーションが重要です。事前のインフォームドコンセントをしっかりと行うこと、仮に事故が発生した場合にも患者・遺族へ真摯に対応することが刑事事件を防止する第一歩となります。

次に、病院側の届出については、医師法21条に基づく届け出がどのような場合に要求されているのかということ認識していただくことが重要です。また、医療事故調査制度に基づく不適切な報告も刑事事件につながる可能性があります。この点は、どちらも医療法人協会講演会等で繰り返し取り上げられたテーマであるため詳細はそちらに譲りますが、判断に迷う場合には事前に医療法人協会又は専門家へご相談いただくことをお勧めいたします。

2 捜査の流れ

捜査機関が捜査の端緒を得ると、実際に捜査が始まります。捜査の目的は、検察官が起訴・不起訴を決定するために必要な情報を集めること、起訴後、有罪判決を得るために必要な情報を収集することです。

実際の捜査では、関係者からの事情聴取、司法解剖、法医学者の意見聴取、カルテ等の収集、他の専門医からの意見聴取、被疑者取調べなどが行われることとなります。

捜査への対応を考える際には、強制捜査と任意捜査の区別が重要です。強制捜査とは、逮捕、搜索・差押、検証など、個人の意思に反して、重大な権利侵害を伴うものを指します。捜査機関が強制捜査を行うためには、原則として裁判官が発付する令状が必要です。これに対して、任意捜査とは、強制捜査に当たらない捜査のことで、医療機関の同意を得ての証拠物品の収集や任意の事情聴取などがこれに当たります。

強制捜査が行われると、病院や医療従事者個人に大きな不利益が生じますので、捜査への対応を考える際には、強制捜査を防ぐことが一つの目標となります。カルテの改ざんや関係者の口裏合わせが行われると、捜査機関に証拠隠滅の可能性を疑われ、強制捜査のリスクを増加させますので、厳に慎まなくてはなりません。また、捜査協力をしないことも強制捜査のリスクを増加させますので、一定の捜査協力が必要です。

捜査が進むと、捜査機関による被疑者の取調べが行われることとなります。取調べでは捜査官の見立てを押し付けるような取調べが行われ、見立てに沿った供述調書が作成される危険性があります。そして、捜査段階で作成された供述調書は公判で重要な証拠となり、後からその内容を訂正することが困難です。

したがって、捜査への対応が必要となった場合、被疑者として取調べを受けることとなった場合には、弁護士へ相談の上、適切な対応が取れるようにしてください。

捜査が完了すると、起訴するか、不起訴とするのかを検察官が決定することになります。検察官の起訴・不起訴の決定には、患者側の被害感情も大きく影響します。したがって、起訴を防ぐためには、事故発生後も患者側の感情の慰謝に務め、賠償を含めて示談交渉を行うことが重要です。

第3 まとめ

以上、刑事事件の流れを概観するとともに、刑事事件とならないために、どのような点に注意すべきかを述べてきました。

まとめると、インフォームドコンセントの徹底、事故発生後の患者・遺族への真摯な対応、医師法21条の届出義務・医療事故調査制度等の正しい理解、カルテ改ざん・不当な口裏合わせを行わないことなどが重要です。

捜査への対応については、捜査の流れを熟知した弁護士によるアドバイスが必要不可欠となりますので、刑事事件化しそうな案件が生じた場合には、早期に弁護士にご相談いただくことをご検討ください。

第4 参考文献

- ・後藤貞人「医療における刑事訴追」臨産71巻12号1194頁
- ・同「刑事弁護の実際」日臨麻会誌29巻7号880頁
- ・同「医療事故と刑事事件」日臨麻会誌27巻7号704頁
- ・木内淳子外「医療事故に対する医療刑事裁判の状況」日臨麻会誌39巻7号753
- ・医療行為と刑事責任の研究会「医療行為と刑事責任について（中間報告）」

以上

2012年のパラダイム・シフト

諫早医師会副会長
満岡内科・循環器科院長 満岡 渉



■施行から6年の医療事故調査制度

医療事故調査制度が施行されてもうすぐ6年になる。鹿児島県医療法人協会の小田原良治会長はこの制度の創設に関わった最重要人物のひとりであり、ご本人は言いにくいだろうからあえて私が断言させていただくが、この制度を現在のような穏健・適正な形にした最大の功労者である。わが国のすべての臨床医は小田原先生に足を向けて寝られないと思う。

筆者は2007年秋の厚労省第二次試案から医療事故調査制度に関心を持ち、諫早医師会でささやかな活動をしていた。小田原先生とは、2014年春の「現場の医療を守る会」結成以来ずっと、信頼する仲間たちと共に仕事をさせていただいている。小田原先生は我々のリーダーであり、筆者の師匠であり、あとで分かったことだが高校の先輩でもある。

この度小田原先生から医療事故調査制度について何か書くようにとご指示いただいたが、筆者も書くべきことはほとんどどこかに書いてしまったし、新しいネタもない。医療事故調査制度が成立した経緯は極めて複雑だが、これについては小田原先生の渾身の大作「未来の医師を救う 医療事故調査制度とは何か」(2018年幻冬舎)に勝る記録はない。同じことを簡単に知りたければ筆者の記事(*1)を読んでいただくとい。また制度の実務と運用については、同じく小田原先生らの「新版医療事故調査制度運用ガイドライン」(2021年幻冬舎)で必要十分な情報が得られる。他にも我々のグループの著作がいくつかある。

本稿では、制度施行から6年経った今思いつくこと、思い出しておくべきことを、薄らいだ記憶を辿りながら述べたい。これまで書いてきたこととの重複はお許し願いたい。なお、以下の文章では文脈によって小田原先生を小田原医師と記述させていただきます。

■医療事故調の黒歴史

今となってはもう昔の話に思えるが、本制度は当初(2007～2009年)、医師の責任追及を目的とした事実上の医療裁判所として構想された。診療関連死を第三者機関へ届け出るよう義務付け、診療行為の過失の有無を判定し、必要なら警察に通報し、報告書は民事訴訟・行政処分・刑事手続きに活用するというのがその概要だ。

厚労省「第二次試案」、「第三次試案」、「大綱案」と変遷したこの構想は、日本医師会、主な学会、被害者団体・弁護士グループ、自民党の支持を得て、法制化される寸前のところまで来ていたが、その危険性に気付いた現場の医師らの猛烈な反対運動や、当時の舛添厚労大臣の英断、さらに民主党への政権交代によってそれが回避された。手前味噌だが、この反対運動に筆者が所属する諫早医師会が一定の役割を果たしたことも付け加えておきたい(*2)。もしこのとき制度化されていたら、今ごろ我が国の医療は紛争・訴訟の草刈場となって崩壊の危機に瀕していただろうし、多くの医療従事者が刑事処分を受けていたことだろう。

日医や日本外科学会をはじめとする学会が、何故こんなブラックな制度を支持していたのか理解に苦しむ向きもおられるだろうが、それには、以下の時代背景があった。

○1999年の横浜市大事件（患者取り違え）、広尾病院事件（消毒薬誤注射）といった重大な医療事故に端を発した医療界への厳しい批判。○こうした世論に反応した厚労省が医師法21条を拡大解釈し、診療関連死・外因死を「異状死体」として警察に届け出るよう誘導したこと。○このため医療現場から警察への届出が膨れ上がり、立件送致数も年間90件超に急増したこと。

つまり当時（2000年代）は、医師法21条によって診療関連死が頻繁に警察沙汰になり、医師が犯罪者扱いされていた。この状況を救済すべく、警察の代わりに第三者機関へ届けさせるというのが医療事故調査制度だった。

■正解は事故調ではなく21条解釈の正常化

とはいえこれは、医師法21条という狐を退治するため獐猛な虎を野に放つようなもので、救済どころか大愚策。正しい解決法は狐に化かされた21条の誤解釈を正常化させることだった。

医師法21条の正しい解釈が確定したのは、2004年4月の都立広尾病院事件の最高裁判決である。詳しい説明は他に譲るが、同判決で医師法21条が定めているのは死体の外表の異状であり（外表面説、外表異状説）、死に至る経過の異状（医療過誤など）ではないことが、判示されたのである（*3）。

時系列をみれば、皮肉にもこれは諸学会が中立的専門機関の創設を求め始めた時期だ。事故調待望論が始まったときには、既に21条問題の解決は見えていたことになる。このとき厚労省が、最高裁判決に基づいて、外表異状がなければ警察届出は不要である旨周知していれば、前述の混乱は早晩収束していたはずだ。

しかしながら、最高裁判決の意味を理解できなかったのか、医療バッシングの世相におもねったのか、あるいは事故調を使って行政権限を拡大したかったのか、恐らくはこれらすべての理由から厚労省は不作為を決め込み、医療界に外表異状説が浸透することはなかった。

■責任追及と再発防止のトレードオフ

一旦頓挫した事故調創設運動は、2012年2月厚労省「医療事故に係る調査の仕組み等のある方に関する検討部会」で再び動き始める。事故調創設派の中心にはこれを紛争に利用したい被害者団体・弁護士グループがいて、端的に言ってその目的はこの制度で作成される報告書を証拠・鑑定書として活用することだった。厚労省はその代弁者となっていたが、その周囲には日医をはじめ多くの医療団体がいて、彼らもまた、権威ある第三者機関による事故調査が必要だと信じていた。これについて説明しておこう。

制度の目的として、第二次試案には、「遺族の願いは、反省・謝罪、責任の追及、再発防止であると言われる。これらの全ての基礎になるものが、原因究明であり、遺族にはまず真相を明らかにしてほしいとの願いがある。」と書かれた。この「責任追及」という言葉が正直過ぎて不評だったせいか、第三次試案ではこれを隠して「医療死亡事故の原因究明・再発防止を行い、医療の安全の確保を目的とした国の組織を創設する」と修正された。

ここで「原因究明」という言葉の意味を明らかにしよう。先述のようにこの制度では診療関連死の届出を義務付け、診療内容を評価し、調査報告書を遺族に交付する。重大な過失があれば捜査機関に通知する。つまりは過失を評価して遺族に報告し警察へ通知するのだから、「原因究明」の実態は「責任追及」そのものだった。

当時すでに航空運輸などの分野では、事故の再発防止目的の調査と責任追及目的のそれとを分離することが常識となっていた。免責的な調査でなければ、当事者から自らの不利益情報を含む事故情報を聴取できないからである。医療分野においても、2005年に発表された「WHOドラフトガイドライン」は、学習（＝再発防止）のための報告システムが成功する条件として「非懲罰性」「秘匿性」などを挙げ、責任追及から分離することを明確に提唱していた。こうした観点から見れば、責任追及を主目的とした制度が、医療安全・再発防止のために機能しえないのは明白であって、第三次試案に書き込まれた「医療安全」「再発防止」といった言葉はいわば偽装のようなものであった。

だが、法律家はもちろん、わが国の医療従事者の大半は、「医療安全・再発防止」と「紛争解決・責任追及」とを明確に区別しておらず、まして両者がトレードオフであるという世界の常識を理解できていなかった。そこから、医療安全のためには責任追及もやむを得ない、という大いなる錯誤がまかり通ってしまったのである。

とはいえ、「医療安全・再発防止」と「紛争解決・責任追及」とをどのように分離すればよいのか。医療者は患者・家族に対して説明責任があるが、これを果たすためには自己の不利益情報も「自白」せねばならないのか。再発防止のための情報提供が訴訟に使われるのを止めることはできないのか。両者を切り分ける論理的根拠や具体的な制度設計は未だ分からず、医師法21条は相変わらず牙をむいていた。

■2012年秋、パラダイム・シフト

膠着した21条問題が突如解決に向けて動き出したのは2012年10月である。奇しくもそれは、新しい医療事故調査制度について議論する「あり方検討部会」の場だった。厚労省医事課長の田原克志氏が、21条の解釈について、「医師が死体の外表を見て検案し、異状を認めた場合に警察署に届け出る。これは診療関連死であるか否かにかかわらない。異状があると判断できない場合には届出の必要はない」と述べて、外表異状説を公式に認めたのである。この発言を引き出したのは、医師・弁護士である田邊昇氏の長年の活動であり、東京保険医協会の佐藤一樹医師らの強力な働きかけだった（*3）。

これと時を同じくして、日本医療法人協会の小田原良治医師と井上清成弁護士は「医療の内と外」論を提唱する。医療事故に際して、患者への説明や原因分析は「医療の内」のプロセスとして医療者が主体的に行うべきだが、紛争は「医療の外」のプロセスなので両者を切り離そうというものだ。具体的には、医療安全は「医療の内」、紛争解決は「医療の外」として分離し、医療安全目的で作成された報告書は紛争の証拠として使用できない制度とすればよい。

この「21条解釈の外表異状説」と「医療の内と外の分離論」によって、事故調論争は新しい局面に突入する。紛争で最も怖いのは刑事事件化だが、外表異状説に従えば診療関連死の警察届出はほぼ不要となり、刑事事件化もほとんどなくなる。そうなれば警察の代わりに届出先としての第三者機関の存在意義もなくなるから、事故調査制度は「医療の内」の制度として、第三者機関ではなく院内調査を中心とした「医療安全」に特化したものにすればよい。この理念に基づいて小田原医師は井上弁護士とともに事故調査制度の「医法協案」（2012年10月）、「四病協合意」（2013年1月）、「日病協合意」（2013年2月）をとりまとめた（*4）。

■2014年6月、事故調査制度の法制化

筆者は2013年初めに「医法協案」を知って、こういうやり方があったのかと目からウロコが落ちた。現場の医師の間でも、小田原医師＝医法協の提唱する院内調査中心型案は、旧来の案への有力な対案として支持を集めていった。だがこれで形勢が逆転したわけではない。同年5月厚労省は「あり方検討部会」の「とりまとめ」を発表する。これはいわば第四次試案に相当するが、院内調査を前置し、第三者機関からの警察への通報は削除されたとはいえ、報告書を遺族に交付する仕組みは残された(*5)。

これに対し小田原医師＝医法協は、保岡興治議員を巻き込んで厚労省と徹底抗戦し、最終的に「調査の対象となるのは医療機関の管理者が発生報告をした事例のみ」という極めて重大な譲歩を勝ち取る。こうして2014年6月、改正医療法が成立し、医療事故調査制度は、医療安全を目的とし院内調査を中心としたものとして法制化された。当時は混沌としてよく分かっていなかったが、振り返れば、事故調論争の潮目が変わったのは2012年の秋だったのである。

筆者は先に登場した田邊昇医師・弁護士や佐藤一樹医師、茨城で開業する坂根みち子医師、その他全国の有為なメンバーとともに2014年春に小田原・井上両氏と合流、小田原組の一員となる。攻防の舞台は法律の運用を定めたガイドライン作成へと移り、厚労省・責任追及派とのバトルはさらに激化したが、終わってみれば我々の主張はほとんど2015年5月公布の省令・通知に採用された。間近で見ると小田原・井上両氏の知力・胆力と戦略・勝負勘にはただ舌を巻くばかりだった。その経緯は小田原先生の前掲書に詳しいのでお読みいただきたい。

■終わりに

現行制度に詳しい方であれば、この制度が当初小田原先生らが提唱した「医法協案」に近いとはいえ、第三者機関中心型の性格も持つ折衷型だということにお気づきと思う。第三者機関である医療事故調査・支援センターの作成する報告書は遺族に交付されるし、この報告書が紛争・訴訟に利用されるのを止める方法はない。またセンターの性格も、今のところ責任追及型だといわざるを得ない(*6)。しかし繰り返すが、真っ黒だったものをここまで白に近くした最大の功労者は小田原先生であり、現実的にこれ以上のものは望めない。

この制度の最大のポイントは、報告すべき医療事故を判断するのが管理者だという点にある。もちろん報告すべき医療事故の条件は厚生労働省令に定められていて、これを逸脱することは許されないが、この制度が本当に医療事故の再発防止につながるのであれば、自然と報告件数も増えていくのではないかと思う。

真に医療事故の再発防止に資する調査とは、広尾病院事件のようなエラー事故に対応したものである(*7)。センターには、エラー事故に内在するシステム・エラーを発見し、ヒューマン・ファクター工学に基づいた分析をし、その結果を医療現場に周知し、最終的には薬剤やデバイスの変更というアウトプットを目指していただきたい。そのためには、センターに薬品メーカー、医療機器メーカー、PMDAの人材を参加させることが必須と思う。本制度がより良いものになるよう強く願っている。

参考記事:すべて当院HP (<https://www.mitsuoka-naika.com/hasin>)にあります

- (*1) 2017-04-30 日本透析医会雑誌・異状死体の警察届出 ～医師法21条と医療事故調査制度～
- (*2) 2008-10-20 事故調に関する諫早医師会アンケートの総括
- (*3) 2013-02-15 長崎県医師会報・ついに正常化した医師法21条の解釈
- (*4) 2013-05-15 長崎県医師会報・それでも第三者機関は必要か?
- (*5) 2013-12-14 日本医事新報・医療事故調厚労省案に反対する
- (*6) 2017-09-30 日本医事新報・医療事故調査制度で医療行為の評価をしてはならない
- (*7) 2017-07-15 長崎県医師会報・「エラー」と医療の「質」を混同してはいけない

令和3年改正法の概要について

(公社)日本医業経営コンサルタント協会
鹿児島県支部 理事 渡辺 一郎



「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号。以下「令和3年改正法」という。)が、令和3年5月21日に成立し、5月28日に公布されましたので、概要についてご紹介いたします。

医療提供体制に関わる法律改正ですが、中心となるのは医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始となる令和6年4月1日に向けて、長時間労働となっている勤務医師の労働時間短縮対策が主となっています。その他としては、感染症の拡大時における医療提供体制の確保、地域の病床機能再編支援、認定医療法人制度の申請期限延長となっています。

改正の趣旨、概要については図1に示されていますのでご参照ください。

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要	
改正の趣旨	良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。
改正の概要	<p>< I. 医師の働き方改革 ></p> <p>長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。 ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成 ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設 ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等</p> <p>< II. 各医療関係職種専門性の活用 ></p> <p>1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師法等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】 タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。</p> <p>2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置 ①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。</p> <p>< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 ></p> <p>1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】 医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。</p> <p>2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】 令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。</p> <p>3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】 医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。</p> <p>< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】</p>

図1 (出典:第12回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料)

1. 改正となる医療法等とは

①医療法 ②診療放射線技師法、臨床検査技師法等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法 ③医師法、歯科医師法 ④地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律となっています。

2. 施行日は（図2参照）

施行日の早いものは公布日と同じ5月28日ですが、遅いものは令和6年4月1日となっています。ちなみに、持分の定めのない医療法人への移行計画認定制度（いわゆる認定医療法人制度）は令和5年9月30日まで延長されましたが5月28日施行となっています。

3. 主な検討項目（抜粋）とスケジュールは（図2参照）

この令和3年改正法の成立には、衆議院附帯決議及び参議院附帯決議が示されており、これらも含めて着実な施行に向けた準備をするために、様々な検討会等において具体的な検討を行っていくことになっており、図2のようなスケジュールになっています。

主な改正内容に関する施行スケジュール

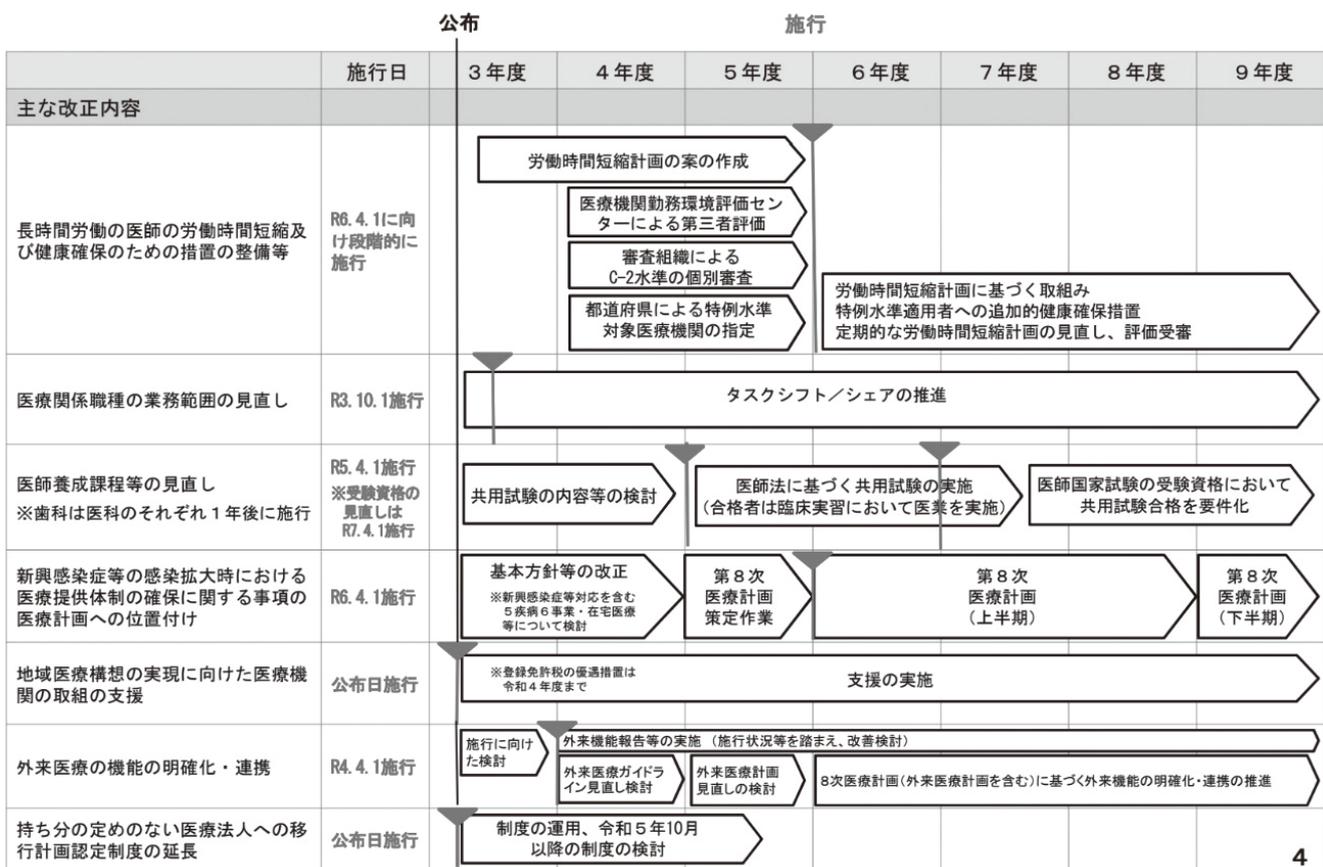


図2（出典：第79回 社会保障審議会医療部会 資料1より）

4. 検討会等とは

①医師の働き方改革関連

労働時間短縮計画に関する事項、特定労務管理対象機関（連携B・B・C水準）の指定に関する事項、追加的健康確保措置（連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息）の詳細や医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項（ガイドラインの修正案等）の、厚生労働省令で規定する内容等について検討を行う。

⇒ 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において検討

②医療関係職種の業務範囲の見直し関連（図3参照）

タスクシフト／シェアを推進するため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救命救急士の業務範囲の拡大見直しを行う。

救急外来で業務を行う救急救命士の院内研修の実施方法等について検討を行う。

⇒ 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において検討

医療関係職種の業務範囲の見直し

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提



※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

図3（出典：第23回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 資料）

③新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置づけ

第8次医療計画に向けた基本方針等の改正に関する検討を進める中で、具体的な記載項目等について検討を行う。

⇒ 第8次医療計画に関する検討の場を設けて検討

④外来医療の機能の明確化・連携

医療資源を重点的に活用する外来、外来機能報告、地域における協議の場、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関等について検討を行う。

⇒ 第8次医療計画に関する検討の場の下に、ワーキンググループを設けて検討

⑤医師養成課程等の見直し（図4参照）

共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、共用試験に合格した医学生が臨床実習として、医師の指導監督の下に医業を行うことができる旨を明確化する改正。

⇒ 「医道審議会」において施行に向けた検討を実施

医師養成課程の見直し

1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。

↓

<改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする。**

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

<背景>

- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。

↓

<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験に合格した医学生について、医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができる**こととする。

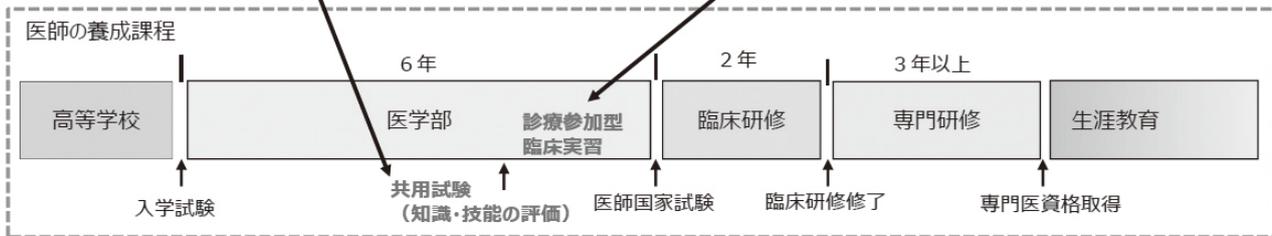


図4 (出典:第23回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 資料)

5. おわりに

紙面の都合で主な項目のみの紹介となりましたが、令和3年改正法では、医師の働き方改革の実現に関連するものが大部分を占めています。ただこれは医師や急性期病院だけの話ではありません。勤務医師を雇っているすべての医療機関に関わってきます。外来機能報告制度では無床診療所も対象となっています。病床再編は地域医療構想調整会議などで議論されます。医師の偏在対策は令和17年度まで続くため、今後も様々な改正が行われると思いますが、開催予定の各検討会の動きを注視していただければと思います。

今回の改正で認定医療法人制度が令和5年9月30日まで延長になりましたが、医療法人協会会員の皆様の中で、制度概要・申請についてご相談をご希望の場合は、ご遠慮なく(公社)日本医業経営コンサルタント協会までご連絡ください。また、医師の働き方改革に関するご相談、医療労務相談等は鹿児島県医療勤務環境改善支援センター(日本医業経営コンサルタント協会の受託事業)までお寄せください。

法律のお話 「カラオケ、歌っているのは誰？」

鹿児島県医療法人協会 顧問
弁護士法人染川法律事務所 弁護士 染川 周郎



たまには、医療とは関係のない全く別の法律の話をしてみたいと思います。

私は、長年、日本音楽著作権協会（通称「JASRAC」といいます）の代理人として音楽著作物の著作権（作詞と作曲等）管理に関する仕事をしてきました。

JASRACは、音楽著作権者である作詞者、作曲家、音楽出版者から著作権について信託を受け管理をする一般社団法人であり、放送事業者、レコード、映画、興行、有線放送等各種の分野における音楽の利用者に対して、音楽著作物の利用を許諾し、その対価として音楽の利用者から使用料を徴収するとともに、これを著作権者に分配することを目的としています。

JASRACが管理する音楽著作物を演奏、歌唱、上映するなどして利用するには当然のことながら著作権者の許諾を得なければなりませんし、著作物使用料を支払うことが許諾の条件になります。

皆様、お店のカラオケを使って歌唱をされると思いますが、歌唱によって音楽著作物を利用しているのは顧客であるのに、法的には音楽著作物利用の主体はお店にあり、使用料の支払義務はお店にあるということで実務は運用されています。大多数のお店は、JASRACとの間において音楽著作物利用許諾契約を締結して毎月使用料を支払って下されています。

実は、カラオケの音楽著作物管理が可能になるにつきまして、JASRACには長い苦難の道がありまして、昭和63年3月15日の最高裁判決でようやく「カラオケにおける音楽利用主体はお客ではなくお店にある。お店から音楽著作物使用料を徴収することは適法である」というお墨付きを貰うことができたという経緯があります。

最高裁は、音楽著作物の利用主体は、法的にはお店にあるという根拠について、要点としては、次のように述べています。

お店は、カラオケ装置一式を常備して顧客に飲食を提供する傍ら、カラオケ装置を操作して、歌詞及び伴奏音楽をモニターテレビに再生し、その伴奏の旋律に合わせて顧客に他の顧客の前で当該楽曲を歌唱させこれを来集した不特定多数の顧客に聞かせ、カラオケを楽しませることによって店の雰囲気作りをし、客の来集を図って利益を上げようとしている。

このように、カラオケにより顧客、従業員等に歌唱させ、不特定多数の客に聞かせることを自己の営業企画に採り入れ、自らの管理のもとにカラオケを自己の営業に利用し、利益を収めているものであることからすれば、管理著作物のカラオケ歌唱による演奏・上映主体はお店である。

この判決文を一読しましても、歌っているのはお客であるのに、管理著作物のカラオケ歌唱による演奏・上映主体はお店であるという判決の理屈はなかなか素直に頭に入っていないかもしれません。

簡単に申しますと、著作権法上の規律の観点から、客による歌唱もお店による歌唱と同視しうるとしたもので、これが法律論なのです。

法律論は、面白いものだと思っていただけましたでしょうか。

それでは、JASRACと許諾契約を締結せずに音楽著作物利用料の支払も拒否するお店のカラオケ利用はどうなるのでしょうか。

ここで、私ども全国のJASRAC弁護士(私は、鹿児島と宮崎担当)が登場します。

JASRACは、当該お店に対して、「カラオケを使うな。カラオケ装置の保管を執行官にさせろ」という内容の仮処分申請をします。

最近では、殆どのお店が裁判所の説得に観念して、過去分にさかのぼって利用料を支払ったうえで、許諾契約の締結をするという内容の和解に応じます。裁判所の和解勧告に応じないお店に対しては、上記のような内容の仮処分決定を取得して強制執行まで進みます。具体的には、執行官と一緒に当該お店に赴き、カラオケ装置一式を発泡スチロールで巻いて、紐で括り、執行官の公示札を貼付します。これを破棄したりしますと犯罪になることを注意しますので、ようやくここで和解に応じてもらうという経過になります。

10年位前までは、「スナックやカラオケボックスに対して仮処分執行!」というニュースが新聞紙上等やテレビニュースを賑わせたことはご記憶ではないでしょうか。

JASRACによるカラオケ管理は、その後だんだんと管理対象範囲を広げ、最初はスナック等だけであったものがカラオケボックス、ダンス教室へと管理可能になり、最近では「音楽教室」との間で熾烈な争いが続いています。

「音楽教室」の件は、最近、知財高裁がJASRAC側が全面勝訴した東京地裁判決を一部JASRAC側に不利に変更したことがニュースで大きく取り上げられましたことをご記憶の方も多いかと思います。

いずれの場合も、著作権法上JASRACが管理する音楽著作物の著作権が上記対象にまで及ぶのかという裁判におきましては、これまで説明してきましたとおりの音楽の演奏主体は誰かという論点だけではなく、法律論としては難しい論点が多岐にわたります。私ども、弁護士は、定期的に弁護士会議を開いて議論を交わしてきました。

一例を申しますと、著作権法では、演奏権を「著作物を公に演奏する権利」と定めています、カラオケボックスでの歌唱は、密室での歌唱だから「公に」の要件を欠いているとの主張が、カラオケボックス側から、相当強力な法的根拠を以ってなされました。結局は、JASRAC側の「店舗に来店する顧客は不特定多数であるから、『公に』の要件は満たしている」との見解を裁判所は認めて、争いは終息しました。

音楽著作権者の権利(作詞者や作曲家の生活権)を守り、違法な著作権侵害行為を排除していく私どもの戦いはまだまだ続いていくことになります。

看護学校だより



令和4年度カリキュラム改正に向けて

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校 副校長 大山 もと子

地域包括ケアシステムにおける看護師の役割の重要性が増し、地域での人々の生活と、その中での健康の維持増進を支える看護を実践できる人材の育成が必要になってまいりました。これからは就職先が病院であろうが施設・訪問看護ステーションであろうが、その人に必要な看護を地域ぐるみで継続して提供する実践力が求められます。

このような社会の変化に対応し令和4年4月から、指定規則改正により新しい看護基礎教育が始まることとなります。新カリキュラムを検討するにあたっては、改めて本校の目指す「対象を生活する人と捉え、地域に根差した看護を提供できる看護師を育成する」という理念を継承していく意義を確認しなおす機会になりました。

教育内容においては、コミュニケーション能力・ICT活用能力・臨床判断能力の基盤をどう強化するか、臨床判断や倫理的判断・行動に必要な基礎的能力を養うための講義・演習の充実化をどうはかるか等盛り込みたいことを全教員で検討してまいりました。「地域・在宅看護論」は、全ての領域の根本であり初期段階から学ぶことが重要であり、療養者を含め地域で暮らす生活者に対する看護として構築しました。総単位数102単位の内容を3年間で履修することになります。そのためには、内容を精選し基礎・専門基礎・専門・統合分野の学習段階で看護実践と結びつけて主体的に学ぶ方法の開発が重要と考えています。

実習においては、現行の単位数となります。しかし、看護を単に計画的に実践することよりも、臨床判断を行う

ための基礎的能力が培われ、多職種連携や多様な場で療養する対象者を踏まえた内容を柔軟に構築していく必要がありました。そのため、学生が看護現場に必要な知識やスキルを活用・応用・統合して使いこなせるよう、臨地実習と学内実習の組み合わせや領域横断実習を組み込みました。これは昨年からの新型コロナウイルスの感染拡大に対応した学内実習と人数や日数を調整していただいた臨地実習で学生が直に看護を実践する体験の双方の効果を同時に捉えられたことにあります。

また、看護師基礎教育における「技術」到達においては、到達度が実習と演習で行うテクニカル・スキルとして指導ガイドラインに示されました。シミュレーション教育の充実化に努めつつ、実習では、受け持ち対象の技術提供のみでなく看護師とともに実践する機会を確保していく必要があります。本校の新カリキュラムにおける実習病院・施設はこれまでと変更なくお願いすることになります。臨地実習での制限は前提としながらも、学生が看護師らしく看護を学ぶ実習にしていけるために、これまで以上に実習病院や奨学病院と連携をはかり質の向上に努めてまいります。

さらに、「絶えず変化に対応する」ことが求められる時代だからこそ、看護として・教育として変わってはいけない本質を見据える大切さも感じています。現行であれ新カリキュラムであれ、今の時代に看護師になることを目指す学生達が、将来を担う看護師に求められる能力を培えるよう取り組んで参りますので、ご指導・ご支援くださいますようお願い申し上げます。

令和4年度看護学生募集

- 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

入試区分	受験資格	出願期間	試験日	合格発表
推薦入学	令和4年3月に高等学校または中等教育学校を卒業見込の者（専願）	令和3年 10月4日（月） ） 10月21日（木）	令和3年 10月24日（日）	令和3年 10月28日（木）
社会人入学	令和2年3月以前に高等学校または中等教育学校を卒業、若しくは高等学校卒業程度認定試験に合格した者	令和3年 10月4日（月） ） 10月21日（木）	令和3年 10月24日（日）	令和3年 10月28日（木）
一般入学 （1期）	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和4年3月卒業見込みの者 ・高等学校卒業程度認定試験合格者	令和3年 11月8日（月） ） 11月25日（木）	令和3年 11月28日（日）	令和3年 12月2日（木）
一般入学 （2期）	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和4年3月卒業見込みの者 ・高等学校卒業程度認定試験合格者	令和4年 1月5日（水） ） 1月20日（木）	令和4年 1月23日（日）	令和4年 1月27日（木）
一般入学 （3期）	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和4年3月卒業見込みの者 ・高等学校卒業程度認定試験合格者	令和4年 2月14日（月） ） 3月3日（木）	令和4年 3月6日（日）	令和4年 3月9日（水）

※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>

医療機関の経営者・管理者の皆様へ

医療勤務環境 改善支援センター をご利用ください

医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）と医業経営アドバイザー（日本医業経営コンサルタント協会認定コンサルタント）が、県内の医療機関からの医療勤務環境の相談内容に応じて、専門的な助言・支援を行います。 訪問相談をご希望の場合は、アドバイザーが訪問いたします。

医療労務管理相談

- スタッフが長く、安心して働ける職場にしたい！
- 育児・介護中の休み方、働き方は？
- 助成金制度を上手に活用したい。

相談
無料



医業経営相談

- 職員満足度調査で現状を把握したい！
- 勤務環境改善の好事例を知りたい！
- 効率よく、経営を安定させたい。

まずは、

お電話ください。

（相談者の秘密は守ります）

鹿児島県医療勤務環境改善支援センター

日本医業経営コンサルタント協会鹿児島県支部内
午前9時から午後5時まで（土日・祝日を除く）

(TEL) 099-813-7731

(FAX) 099-813-7741 (URL) <http://www.kagoshima-medsc.jp/>

鹿児島県医療勤務環境改善支援センター

相談申込FAX用紙

FAX番号 099-813-7741

相談者氏名	フリガナ	役職名	フリガナ
医療機関名	フリガナ		
所在地	〒		
連絡先	TEL	FAX	

相談内容

該当する項目の数字を○で囲んでいただき、相談内容を具体的にご記入ください。

1. 働き方改革の取組みに関すること
2. 勤務環境マネジメントシステムの策定・導入・評価について
3. 働き方・休み方の改善
4. 職員に対する健康支援（健康管理、安全衛生対策等）
5. 働きやすさ確保のための環境整備（ソフト面、ハード面）
6. 働きがいの向上に向けての取組み
7. 勤務環境を現状把握するための職員満足度調査
8. その他

相談内容 ※具体的にご記入ください。

☆☆☆ 訪問相談のご希望 ☆☆☆ （アドバイザーが訪問いたします。）

第1希望日(月 日 時～) 第2希望日(月 日 時～) 第3希望日(月 日 時～)

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、医業経営に携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、常に資質の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

〒892-0803 鹿児島市祇園之洲町5(株)吉田経営内 TEL 099-247-5655



編集後記

毎年7月は看護学校入学生募集のため高校訪問の季節です。今までに卒業生(当校受験生)を送り出して頂いている県下の高校50数校を、本校の副校長・教務主任等と手分けして訪問し、進路指導および学年担任の先生方にお会いして令和3年度卒業生の進路意向状況をお聴きするとともに、本校の特徴をご説明して出願の推奨をお願いしています。

さて、看護学科を志望する高校生の看護学校選択基準は、学費(履修年数)、ロケーション(通学利便性)、母校の先輩がいる、など様々な要素がありますが、数ある看護学校の中から本校を選んでもらうための強み(セールスポイント)は何でしょうか？

私が考える本校の最大の強みは、「鹿児島県の民間病院の団体が設立した看護学校」であることです。県下一円の民間主要病院が加盟する鹿児島県医療法人協会が昭和39年に設立し60年近い歴史を誇る本校は、具体的に、(1)数多く幅広い「病院奨学金制度」による経済的サポートを受けられること、(2)多彩な医療現場で臨地実習を受けられること、(3)資格取得後の就職先として学生個々の志望・適性に沿った幅広い選択が可能であり、更にその先のキャリアプランにも活かせること、などなど、“本校の強み”はいずれも協会会員の皆様によって支えられています。

「地域に根ざした看護を提供できる看護師を育成する」本校の教育理念は、会員病院との信頼の絆によって成り立っているといっても過言ではありません。

ところで、社会人経験者が多いことも本校の特色の一つで、幅広い年代層の学生が国家資格取得という共通目標に向かって修学に励んでいます。社会人として2年以上の雇用保険期間を満たせば「専門実践教育訓練制度」の給付金が受けられ、病院奨学金との併用も可能です。会員法人職員の方の看護師資格取得支援としては是非ともご検討いただければ幸いです。併せて、職員子弟の方々にも広くご案内、ご推奨いただければ大変有難く存じます。

最後になりましたが、このたびリニューアルいたしました、看護専門学校ホームページ(<https://ka-ihokan.com/>)にも是非ご来訪下さい。
E.Y記

鹿児島県医師信用組合 取扱い商品のご紹介

定期預金

6ヶ月 0.04% 1年 0.06%
2年 0.06% 3年 0.06%
5000万円以上は金利上乘せあり
資産運用にお役立てください。

医業経営対策積立金

令和3年7月現在 0.11%

※普通預金で毎月積立し、年1回定期預金に合算する積立金です。1先につき1口座までのお得な商品です。

新型住宅ローン

1億円以内 35年まで

(変動金利・5年固定金利・10年固定金利)
住宅新築・マンション購入・他金融機関住宅ローンのお借換えにご利用いただけます。

新型マイカーローン

1000万円以内 年1.20%~1.40%

キャンペーン期間だけのお得な金利
新車・中古車の購入や他社オートローンのお借換えにご利用いただけます。

いししん学資ローン

5000万円以内 20年まで

年1.65%~2.35%

お子様の教育に関する資金(授業料・入学金・受験費用・生活資金他)にご利用いただけます。

いししんネットフリーローン

1000万円以内 年2.115%~2.540%

パソコン・スマホからお申込み可能なフリーローンです。お急ぎで資金が必要な方向け

その他、設備資金・運転資金などの事業資金についても多数お取扱いがございます。お気軽にお問い合わせください。



鹿児島県医師信用組合

〒890-0053 鹿児島市中央町8番地1
TEL 099-251-3821 FAX 099-252-6184