

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2022年8月発行

51

CONTENTS

巻頭言	2
新任理事就任挨拶、役員一覧	3~5
医療事故調査制度のこれから	6~9
準強制わいせつ乳腺外科医裁判 最高裁判決： 東京高裁差し戻しの評価と展望	10~11
法律のお話 配偶者居住権の創設など相続法の大改正について...	12~13
総会特別講演・特別報告	14~21
看護学校だより	22~23
編集後記	24

三期目の出発にあたって

会長
小田原 良治



このたび、会長3期目をお引き受けすることになりました。2期4年間のつもりでお引き受けした当協会会長ですが、新型コロナ感染拡大による行動制限のために実施できなかったものがあり、敢えて3期目をお引き受けすることとしました。医療事故調査制度の鹿児島県内での理解を主たるテーマとして会長をお引き受けしてから4年、支援団体としての医療事故調査制度対応体制の整備、広報、鹿児島からの見解の発信、協会報の充実、医療事故対応を始めとする法務体制の強化、看護学校教育体制のデジタル化等それなりの実績を残しえたと自負しており、鹿児島県医療法人協会の存在感を高めることが出来たのではないかと考えています。しかし、新型コロナ感染拡大のため、医療事故調査制度創設への経緯を次世代に引き継ぐ機会がなく、重要課題が積み残しとなってしまいました。

第3期の2年間で、講演会、ミニ集会等を通じて医療事故調査制度創設への経緯を次世代に引き継ぎたいと思います。今回、新しい理事の先生方を迎え、執行部も若返って来ました。新執行部として医療事故調査制度への対応を始めとして存在感のある協会運営を目指して行きたいと考えています。

また、鹿児島県医療法人協会、協会立看護学校とも設立60周年の節目を迎えます。節目に当たって当協会及び協会立看護学校の歴史の整理もし、次世代への引き継ぎを行って行きます。新しい2年間、会員のみなさま方のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

さて、今回は乳腺外科医事件最高裁判決について佐藤一樹先生に特別寄稿をお願いしました。医療界にとって重要な課題を含むこの事件について、医療・法律両面から貴重な論考がいただけることと思います。

理事就任のご挨拶

社会医療法人青雲会
理事 川井田 善太郎



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、社会医療法人青雲会青雲会病院の川井田善太郎と申します。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。

青雲会病院は「何か世の為人の為」という理念のもと、救急医療を始め、今年で42周年になりました。当院の特色としては、救急指定病院で24時間、365日救急医療を提供しております。また、僻地医療や訪問診療など、地域医療にも貢献し、始良市にはなくてはならない中核病院へと日々成長しております。ここ最近では一早くCOVID-19にも対応し発熱者外来やCOVID-19ワクチン予防接種、COVID-19入院治療を行っています。COVID-19病床は32床あり、県内でも最大規模に匹敵します。その他として、人間ドックや脳ドックなど地域の予防医学に努め、医療提供は多岐にわたっております。

今年度からはSDGs活動に取り組む予定で、職員が自発的に様々なアイデアを出しています。その取り組みの一つとして夏期には制服にアロハシャツを着用しています。敷地内にはイタリアンレストランや、保育所もあり、幅広い世代に働きやすい環境づくりをすすめています。

しかしながら、我々が苦慮しているのが人材育成です。めげずに100回の気持ちで指導しても、人は2-3年で入れ替わってしまいます。それでも今日まで42年間続いているのは「何か世の為人の為」という理念の下、職員が一致団結してきたからだと思えます。

多くの先生方がそうしてこられたように、私自身も様々なことに挑戦し、勉強し、経験を積ませていただきたいと思います。まだまだ若輩者ではございますが、協会の運営に微力ながら尽力できればと思いますので、ご指導ご鞭撻の程、宜しく願い申し上げます。

理事就任のご挨拶

医療法人クオラ
理事長 松下 兼一



この度、鹿児島県医療法人協会の理事に推薦され就任しました、医療法人クオラの松下兼一です。さつま町においてクオラリハビリテーション病院、および老人保健施設クオリエを、始良市にてクオラリハビリテーション病院あいらを運営しております。

私は、鹿児島大学リハビリテーション科に入局し、専門医として医療に携わっております。入局した平成元年は鹿児島大学に国公立大学として初めてのリハビリテーション科が設置された年で、その当時は第4内科的な取り扱いでしたが、最近ようやく障害学としてリハビリテーション科の存在意義が確立されてきたように思います。

医療法人協会のこれまでの実績と令和4年度からの事業計画を拝見し、理事に就任するに当たり、私なりの考えを述べさせていただきます。

1. 鹿児島県地域医療構想について

私は北薩地域医療構想会議の委員も務めております。当初は首長を含めた各行政も盛んに意見を述べられておりましたが、最近では報告事項ばかりで構想会議の本来の目的が達成されていないように思います。北薩地域はご存知の通り過疎の医療圏であり、超急性期病棟の必要性と慢性期療養病床の削減にばかりに目が向いているように感じています。北薩地域は、在宅医療や介護医療院への転換は積極的に行われているのですが、如何せん医療人材不足のため期待されるような医療サービスの提供が滞っている現状です。現在はコロナ禍のため、審議が前に進まない状況ではありますが、医療法人協会の理事としての活動を通じて適切な地域医療のあり方を模索していければと思っています。

2. 医療事故調査等支援団体としての体制について

初めて総会に出席させていただき、医療事故に対する協会の取り組みと支援の内容をお伺いしました。私どもはリハビリテーション主体の病院です。弁護士から「以前はリハビリ病院はリスクが低いと思っていたが、案外ハイリスクだった」と言われたことがあります。早期の機能回復に向けて積極的にリハビリを行うことで、寝たきり患者が座れるようになり、移乗できなかつた患者が歩行訓練するようになります。その一方で、自分で動けるようになった患者の転倒転落の危険度が高まり、インシデントやアクシデントに繋がるという背景があります。医療事故調査委員会への報告に至らないまでも、年に数回はこのような問題に頭を悩ませています。

この度、理事として医療法人協会に関わらせていただくに当たり、これまでの経験も踏まえながら会員の皆様のお役に少しでも立てるように、自分自身の知識も高めてまいりたいと思います。

3. 今後の医療法人経営に関する諸課題について

宿日直問題をはじめ、医師の働き方改革に関する対応ですが、2024年からの法施行への対応が各病院とも喫緊の課題であると思われます。医学部が一大学しかない鹿児島において、宿日直を担当する医師を確保することは容易ではなく、鹿児島大学との関係づくりも皆さんが考える重要なポイントではないでしょうか。常勤医師の高齢化や、激務を鑑みると避けては通れない問題です。

病院経営は、やはり人件費問題でしょう。病院の介護者は看護補助者という位置づけであり、介護保険事業所のような処遇改善加算がつかないため、特養などと比較して給与差が顕著であります。また、昨今の診療報酬が上がらない状況での最低賃金の上昇は病院経営の大きな逆風になります。今後は、地域医療連携推進法人化がいっそう加速していくのではないのでしょうか。そのためには、医業経営についての情報共有を益々強化していかねばなりません。

最後に協会の理事の末席に参加させていただき、少しでも地域医療の発展に貢献できるよう努力してまいります。今後ともよろしくお願いたします。

理事就任のご挨拶



医療法人玉昌会
理事 田島 紘己

この度、鹿児島県医療法人協会の理事を拝命しました医療法人玉昌会の田島と申します。玉昌会は2021年1月末で創業地である鹿児島市堀江町にあった高田病院を閉院し、同2月1日、旧交通局跡地にある複合施設”キラメキテラス”内に新たにキラメキテラスヘルスケアホスピタルとして再スタートしました。キラメキテラスヘルスケアホスピタルは、透析・リハビリテーション治療を中心に回復期・慢性期から在宅医療を提供しています。高麗町という鹿児島市の中心部に移転し、周辺医療機関とこれまで以上にスムーズな連携をさせていただいております。

私は帝京大学医学部出身で30年以上関東に居り、ご縁があり鹿児島県で地域医療を支えるお手伝いをさせていただいております。学生時代には野球やアメリカンフットボールで汗をながし、2年続けて鎖骨を骨折したことも今は良い思い出です。現在は、キラメキテラスヘルスケアホスピタルで整形外科医とし、脊椎圧迫骨折などの保存的治療や、外傷や慢性疾患の術後リハビリテーションなどの診療を行なっています。鹿児島大学整形外科学教室同門会にも賛助会員として入会させていただき、勉強会・研修会などを通じて諸先輩方から勉強させていただき、日々精進しております。

みなさんご存知の通り、医師の働き方改革や地域医療構想など、私たち医療業界を取り巻く環境も激変・激動の時代を迎えています。医療提供体制という医療者側の環境変化だけでなく、人口減少や受療率減少と外部環境も大きく変化しています。ロシアによるウクライナ侵攻や歴史的な円安など世界情勢も大きく変化し、医療法人の経営も厳しさを増しています。さらに、2022年の骨太方針で『医療DX』が明記されており、将来的なマイナンバーカードの保険証利用など、遅れていると言われる医療業界もDX化に速やかに対応していくことが求められています。2025年に向け不透明な部分も多いですが、激変・激動の時代を医療法人協会会員の医療法人の皆様方と連携しながら、鹿児島県のヘルスケアを推進していきたいと思っております。

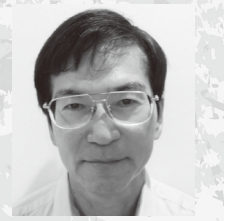
歴史ある鹿児島県医療法人協会の理事として、微力ではありますが協会の運営に尽力できればと考えております。まだまだ若輩者ではありますが、是非今後ともご指導ご鞭撻の程よろしくお願い致します。

鹿児島県医療法人協会役員名簿(令和4年5月28日～令和6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
		米盛 公治	社会医療法人緑泉会 理事長
		岩城 政秋	医療法人松城会 理事長
	学校担当	田中 大三	医療法人寛容会 病院長
		田島 紘己	医療法人玉昌会 理事
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
		松下 兼一	医療法人クオラ 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
		川井田善太郎	社会医療法人青雲会 理事
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 代表弁護士	

医療事故調査制度のこれから

医療法人社団爽風会 おその整形外科
院長 於曾能 正博



*はじめに

私は第二次試案公表時（2007年10月）より医療事故調査制度に関心と危機感を持っていました。「現場の医療を守る会」（2014年春発足）に参加させていただき、私の所属する東京保険医協会を通じて医師法21条の拡大解釈に終止符を打つ作業にささやかながら貢献することができたと自負しております。

医療事故調査制度の創設の経緯は鹿児島県医療法人協会報vol.49、50号に詳記されていますが、現在の比較的穏健な制度に落ち着くまで小田原良治先生をはじめとする多くの関係者のご尽力がありました。

医療事故調査制度は院内調査を主体とし、法律で定義された医療事故のみを非識別化して医療事故調査・支援センターに報告する制度です。

報告書を自由に訴訟に使用できる日本では、現在の制度をこのまま維持すべきと考えます。報告要件を拡大してしまえば、医療現場に大きな負担となり感染症などの危機医療に対応できなくなる上、訴訟の増大に伴う医療者の萎縮により産科と救急医療から消滅していくことでしょう。

*名称変更について

「医療事故の名は医療過誤を連想させるので、医療側も報告しにくく医療を受ける側も報告時の説明を受けると過誤と理解しがちである。従って名称変更が必要である。」という議論です。しかし医療事故の定義は、幅広い分野にわたる多くの関係者による15年以上の長期間の議論の後、医療法第六条の十「当該病院等（病院、診療所又は助産所）」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、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの」として明確に位置づけられ、2015年10月1日より施行されています。この法律用語である医療事故を他の意味で用いることは、過去この問題に携わった多数の関係者の努力を無にするのみでなく、無用の混乱を招く結果となります。参考として文末に「様々な定義の医療事故」を載せます。陰に、医療事故の報告が増えることによって利益を得る人々の存在があるように思います。

医療事故の語を医療法で定義された以外の意味で使用する人たちに対しては無視するか正しい定義を教えてあげましょう。

繰り返しになりますが、医療事故の語は法律で定められた意味以外で使用してはなりません。無用なトラブルに発展する可能性があります。また、医療事故の名称変更には法律の改正が必要となります。

* 報告数は少ないのか

いまだに「報告数が少ない」との声がありますが、これは制度の無理解又は意図的な曲解が原因です。当初予想の「年間1300～2000件」は「医療に起因する死亡。又は予期しなかった死亡」で現在の医療事故の定義（「提供した医療に起因し、かつ管理者が予期しなかった死亡」と異なり、幅広く捉えた数字です。そして現在の医療事故の定義で捉えた予測値は存在しません。そして報告数は、2016年406件・2017年370件・2018年377件・2019年373件・2020年324件・2021年317件と年々減少傾向にあります（但し、2020年及び2021年の報告数の減少は、コロナ感染の影響もあったとも言われています）。

報告数の減少は、管理者がこの制度を理解・勉強することによって予期の範囲を広げていった結果ではないでしょうか。

* 薬剤誤投与による死亡には慎重な院内調査を

「薬剤誤投与による死亡」の場合は、「提供した医療に起因する死亡」かつ「管理者が予期しなかったもの」にあたる可能性があります。もし管理者が予期していたら、当然それを阻止する義務が管理者にはあります。誤投与と死亡の因果関係を院内調査し、センターへの報告案件かどうか慎重に判断する必要があります。特に「誰が誤投与を行ったか」については部外秘の内部文書とし、外部に出さない配慮が必要です。もし、センターへの報告が必要となった際は非識別化にご留意ください。

* 終わりに

どのような技術であってもヒトは失敗をせずに上達することはできません。どの分野における名人でも、大なり小なり必ず失敗を経験しています。失敗をインシデント（ミスはあったが患者に影響は無かった）に留め、アクシデント（ミスが患者に影響を与えた）にならないようにしなければなりません。たとえ、うまく診断・治療できた症例であっても反省点があります。死亡例となれば、必ず「あの時点であの検査・治療をやっておけば良かった」という反省点があります。この反省点は注意義務違反（＝過誤）と取られやすいので、注意が必要です。また、再発防止策は個人の責任追及の道具とならないように留意しなければなりません。既に院内事故調査報告書やセンター調査報告書が民事裁判に提出された事例が10件以上確認されています。

アクシデントをなくすために、管理者は常に研鑽を積み院内死亡例を全例把握し、職員を教育する必要があります。この結果、医療事故は減少していくことでしょう。これこそが院内調査を重視し再発防止に資する現在の医療事故調査制度なのです。

* 参考・現在混乱を招いている医療法に基づかない医療事故の定義の例

I) 日本医療機能評価機構

医療事故情報収集等事業

医療事故情報として報告する事例の範囲 2020年2月

(1) 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。(2) 誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事例の発生を予期しなかったものに限る）。(3) (1) 及び (2) に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例

私見:「医療事故」でなく「医療事故情報」です。非常に紛らわしいのですが、医療法で定義された医療事故とこの機構の医療事故情報は全く別物であり、報告先や遺族への説明要件その他も異なる全く別の制度です。それぞれの制度を理解し、混同はぜひとも避けたいものです。

II) A医科大学病院

医療事故とは、医療者の医療行為や医療施設の設備、システムに原因を発生したすべての人身事故一切を言い、医療者・管理者の過失に基づくものだけでなく、合併症や偶発症、不可抗力による場合も含む。また、患者だけでなく、医療従事者に被害が生じた場合も含まれる。

私見:A医科大学病院のホームページを辿っていくと2022年7月現在でも閲覧できます。院内文書だけならまだしもホームページで謳っている以上、事例によっては本来報告不要であってもセンターに報告せざるを得なくなったり、過誤と混同され不要な対応を迫られることはないのでしょうか。

III) リスクマネジメントマニュアル作成指針

2000年に厚労省から通達が出され2010年4月1日国立病院等が独立法人化した際に失効したのですが、現在でもウィキペディアなどで引用されています。日本で医療事故を最初に公に定義しました。詳細は省略しますが、医療事故・医療過誤・ヒヤリ・ハット事例をそれぞれ定義し、その対応を示しています。

医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。イ 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

私見:この指針で医療事故は厚労省によって日本で初めて定義されましたが、現在の医療法による定義と全く異なります。2010年に失効したのですが、なぜかまだ充分認識されていないようです。失効が周知されてしまうと困る方、あるいは失効を知りつつ敢えて使い続ける方がおられるのでしょうか。ネットで検索するとウィキペディア他、現在でも広く用いられています。

IV)B大学医学部附属病院医療事故調査委員会で使用している「医療事故」の定義について(以下、抜粋)

標記委員会名にも使用している「医療事故」については、平成27年10月1日から施行された改正医療法に基づく医療事故と定義を異にしています。委員会で使用している「医療事故」は、リスクマネジメントマニュアル作成指針などに示されている広義の「医療事故」として使用していることを付記いたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日B大学医学部附属病院医療事故調査委員会

参考:医療法により新たに定義された「医療事故」は、「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って、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」である。通常用語と概念を異にしている。

私見:B大学のホームページを辿っていくと2022年7月現在でも閲覧できます。

改正医療法が施行されたのはこの文書のわずか2カ月前なので、当時としては仕方がない部分もあったかもしれませんが、7年経っても「改正医療法に基づく医療事故」を「通常用語と概念を異にしている」と言い切っているのは、どういうお考えなのでしょう。2015年の改正医療法施行により医療事故の概念は全く変わり(医療事故概念のパラダイムシフト)、通常用語とは改正医療法に基づく医療事故を指すようになったのです。このPDFは現在も閲覧できる状況ですが、法律を守るおつもりがお有りなのか、という疑問を抱いてしまいます。

* 謝辞

この文章作成に当たって、多くの方々からご指導を賜りました。特に裁判提出事例数は、光生病院内科喜田裕也医師より情報提供を受けました。皆様方に厚く御礼申し上げます。

* 参考文献(発刊順)

医療事故調査制度とは何か・小田原良治著・幻冬舎

院内医療事故調査マニュアル・幻冬舎

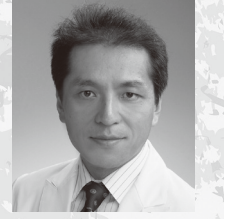
医療事故調査制度運用ガイドライン・幻冬舎

鹿児島県医療法人協会会報vol.48号・49号・50号

トラブルを未然に防ぐカルテの書き方(吉村長久、山崎祥光著)・医学書院

準強制わいせつ乳腺外科医裁判 最高裁判決：東京高裁差し戻しの評価と展望

医療法人社団いつき会 ハートクリニック
理事長 佐藤 一樹



■最高裁判決

2016年5月に被告人が患者Aの乳腺腫瘍摘出術後の診察時に、健側の乳首を舐めるなどわいせつな行為をしたとされる事件で、本年2月18日、最高裁第二小法廷は、控訴審判決を破棄し、東京高裁に差し戻した。

裁判の争点は2点。

争点I.Aの証言の信用性、および、その外在的な補助事実として麻酔覚醒時のせん妄の影響の有無とその程度

争点II.アミラーゼ鑑定及びDNA型鑑定の科学的証拠としての許容性、信用性及び証明力

第1審は、術後回診時に、胸をなめ回し、二度目の回診時に自慰行為をしたという事件があったとするには、合理的な疑いを挟む余地があると判示したが、高裁は破棄自判し、懲役2年の実刑を言い渡していた。

■争点I 覚醒時せん妄：原審検察側証人を完全否定

「Aがせん妄に伴う幻覚を体験した可能性を直ちに否定した原判決の判断は、様々な専門家の証言に基づき、本件手術の内容、麻酔薬の種類及び使用量、Aからの疼痛の訴え及び鎮痛剤の投与の状況、Aの動静等を総合的に評価し、そのような可能性があり得るものとした第1審判決の判断の不合理性を適切に指摘しているものとはいえない。」と井原裕医師に全て乗っかり、せん妄に伴う幻覚は生じていなかったとの判断した原審を批判した。

■争点II 個人識別目的のDNA型鑑定

(1)定量結果が多量ならば、乳首を舐めた、なのか？

せん妄の可能性に決着はついた、とする。しかし、「本件アミラーゼ鑑定及び本件DNA型鑑定殊に本件定量検査の結果により、Aの左乳首付近に被告人のDNAが多量に付着していた事実が認められれば、これによって、被告人が公訴事実のとりのわいせつ行為をしたとするAの証言の信用性が肯定され、原判決の上記判断の誤りが判決に影響しないとみる余地がある。」と判示した。これでは、定量結果が多量だったとの証明があれば、即、乳首を舐めたことになり、Aの信用性が肯定されると読める。

多量とは具体的数量としてどのくらいなのか？そもそも、多量だとなぜ舐めたことになるのだろうか。外科医は、

手術直前に健側の乳首の触診をしているので、手指の皮膚細胞が乳首に付着していた蓋然性が高い。この場合は多量のDNAが付着するであろう。

(2)個人識別目的のDNA型鑑定における準備検査による定量

DNA型鑑定の目的は個人識別であり、量の多少の証明から行動様態が断定された判例はない。型鑑定の準備として行う定量検査は、本来の目的と異なる。科捜研には鑑定で定量検査が重要だという意識はなく、検査方法に不備があり資料や結果の一部を廃棄した。

WEB版判決の一部に下線が引かれている。

「定量検査の結果の信頼性については、これを肯定する方向に働く事情も存在するものの、なお未だ明確でない部分があり、それにもかかわらず、この点について審理を尽くすことなく、(中略)公訴事実の通りわいせつ行為をしたと認められるとした原判決には、審理不尽の違法があり」と指摘した。 検察から証拠がだされたのに、原審高裁は却下して取り調べなかった。よって、よく分からないままになっている、定量検査を信用できそうなのに、証拠が足りないから信用できるとまでは言い切れない、という含みを感じる。

■おわりに

裁判官も検察官も弁護人も、科学者や医師ではない。

原審では、麻酔科・外科臨床領域の「覚醒時せん妄」関連の薬理作用の詳細も検討せずに、精神科領域の「術後せん妄」に話がおきかわって現実に即さない観念的空理空論が闊歩した。

差し戻し控訴審でも、弁護側実験結果や検察の新証拠によってDNAが多量と判断され舐めた様態までも断言されてA証言の信用性が確定されるのであれば、日本の裁判所には医学も科学も存在しないことになる。

法律のお話

配偶者居住権の創設など相続法の大改正について

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



平成31年7月施行の相続法の大改正の概要について、改正の目玉の一つである配偶者居住権制度を中心にご説明します。

1 配偶者居住権の創設

この改正においてマスコミを賑わしたのは、配偶者居住権の創設でした。

配偶者居住権は、被相続人（高齢の夫の場合が多いでしょう）の配偶者が相続開始時に被相続人が所有する建物に居住していた場合において、その建物全部について無償で使用及び収益する権利（無償で住み続けることができる権利）です。建物についての権利であり、敷地についての権利ではありません。存在期間は、原則として配偶者の終身の間です。

この権利の取得原因は、①遺産分割協議（家事調停を含む）、②遺贈、③死因贈与、④遺産分割審判のいずれかによって取得されます。相続させる旨の遺言によることは出来ないとされています。

ここ迄の説明では、夫が死亡した後、残された妻が自宅に住み続けるのは普通のことではないかとお考えになる方が多いと思います。確かに円満な家庭では普通のことです。

ところが、私ども弁護士が相談に与りますのは相続人間の人間関係が円満ではないご家族の場合が大多数です。例えば、被相続人の事業を承継した先妻の子と後妻との関係が険悪というような場合は少なからずあります。このような場合、例えば遺言で夫が自宅は長男に相続させるとしていた場合は、これまでの相続法では後妻は家を出ていかなければならない状況に追い込まれることもありましたが、それを防止することが（不動産の所有権は長男に、妻には配偶者居住権を遺贈するといった方法を採用）可能になりました。また被相続人が贈与等で配偶者居住権を配偶者に与えていない場合或いは遺産分割協議等で取得できない場合の法的手当て如何につきましては、後述の「配偶者短期居住権の創設」の項で述べますとおり最低限の配偶者保護制度が創設されました。

さらに細かく申しますと、自宅を被相続人と配偶者が共有する場合は、配偶者居住権は取得できますが、被相続人と第三者例えば長男と共有であった場合は取得できません。

また、改正法で解決されていない問題として、配偶者居住権の相続財産としての財産評価をどうするかという点があります。この点は諸説ありまして、今後の実務の積み重ねの中で解決されていくことになろうかと思われれます。勿論、共同相続人全員が財産評価額について合意できれば問題ありません。

もう一点、今度の改正で配偶者保護のための方策として「持ち戻し免除の意思表示の推定規定」が設けられました。どうということかと申しますと、皆様ご承知のことと思いますが、共同相続人のうち、被相続人から遺贈を受け、或いはその生前に婚姻等のためにもしくは生計の資本として贈与を受けたものがある場合には、その受益額を遺産分割の際に考慮に入れ、即ち遺産に持ち戻して相続分が算出されます。すなわち、これらの遺贈や生前贈与がある場合は、これを相続開始時の相続財産に加算して相続財産とみなし、法定（もしくは指定）相続分率を乗じて、各共同相続人の取得すべき相続分を算出し、贈与ないし遺贈を受けた相続人については、これらの価格を控除して、その者の具体的相続分とします。但し、被相続人がこれと異なった意思を表示（持ち戻し免除の意思表示を）したときは、その意思に従い、持ち戻して行わないと定められていま

す。これを特別受益制度と呼んでいます。

配偶者居住制度については、婚姻期間が20年以上の夫婦の一方である被相続人が、他の一方に対し、居住用不動産について遺贈又は贈与したときは、当該被相続人は、その遺贈又は贈与について、特別受益の持ち戻しの規定を適用しない旨の意思表示をしたものと推定するとの規定を設けました。これによって、残された配偶者権利は大いに保護されることになったわけです。

具体的事例でご説明します。

【事例】

相続人	配偶者と子2名	
遺産	居住用不動産	評価額2000万円
	その他の遺産	8000万円

被相続人が配偶者に居住用不動産を生前に贈与した場合

1 持戻しがなされる場合

配偶者の相続分

$$= (2000万円 + 8000万円) \times 1/2 - 2000万円 = 3000万円$$

配偶者は居住用不動産2000万円及び他の遺産3000万円、合計5000万円を取得する。

2 持戻しがなされない場合

配偶者の相続分=8000万円×1/2=4000万円

配偶者は居住用不動産2000万円及び他の遺産4000万円、合計6000万円を取得する。

2 配偶者短期居住権の創設

配偶者短期居住権は、遺産分割協議や遺贈等で配偶者居住権が認められない場合でも、被相続人が所有する建物に相続開始時に無償で居住していた配偶者に、一定期間（原則6か月）無償で使用することを認めるものです。

3 その他の改正事項

今回の相続法改正では、①自筆証書遺言の方式の緩和、②遺留分権を遺留分相当額の金銭支払い請求する権利としたこと（例えば遺産である不動産や株式等について遺留分を請求されて共有状態になることで事業承継者が困るといった従来型の紛争は一応なくなりました）、③遺言執行者の権限の強化（これ迄のように、公正証書で遺言執行者の指定がなされていても被相続人名義の預金の払い戻しに相続人全員の実印、印鑑証明が必要といった取扱いは不要になり、遺言執行者単独での払戻しが可能になりました）、④預貯金の仮の払戻し制度の創設、⑤被相続人の親族の特別の寄与制度の創設

その他、細かい点を挙げますとありますが、超高齢化社会における残された高齢配偶者の保護に重点が置かれているとともに、遺言書の意義が高められている法改正かと思います。

予期せぬ死亡事故への対処法

～ 病理解剖、Ai及び医療事故調査制度の利用など ～

鹿児島県医療法人協会 顧問
弁護士法人福元法律事務所 代表弁護士 福元 紳一



1 前提

(1) 議論の対象

本日の議論の対象である「予期せぬ死亡事故」には、センターへの報告の対象とならない医療に起因しない死亡事故も含まれます。

(2) 議論の意義

予期せぬ死亡事故への対処法について予め考えておく意義は主に次の二つであると思います。

- ア 迅速かつ適切な対処による遺族との信頼関係の維持
- イ センターへの報告の対象となる医療事故か否かの判断基準に資する。

2 死因についてのカンファレンスに基づく統一的な説明

(1) 予期せぬ死亡事故への対処法のうち最も重要なことは、死因について事故直後に十分なカンファレンスを行い、その結果に基づいて遺族に統一的な説明を行うことであると考えます。

(2) 特に、チーム医療において予期せぬ死亡事故が起こった場合に、複数の医療従事者がニュアンスの異なる説明を行いますと、そのこと自体が紛争のきっかけになるだけでなく、医療従事者間の対立関係を生じさせかねません。したがって、チーム医療の関係者が適切な意見交換・情報共有を行うためのカンファレンス体制の整備は、術前はもちろんのこと、予期せぬ事故が起こった場合についても非常に重要であると思います。

3 死因が判明しない場合の死亡診断書の記載と遺族への説明方法

(1) 死因について事故直後に十分なカンファレンスを行っても死因が判明しない場合は、死亡診断書の死因欄に「不詳」「不詳(検索中)」と記載し、その理由を率直に遺族に伝えて、その経緯を医療記録に残す方が良いと考えます。

(2) 死因がはっきりしない場合に無理に国際疾病分類(ICD-10)の中から死因を選択して記載しますと、検査結果や画像所見と一致しない場合に、そのこと自体が遺族の不信を招いて紛争のきっかけになりかねません。

(3) ただ、この問題については反対意見も予想され、今後議論を深めていく必要があると思います。

4 遺族への病理解剖の打診

(1) 死因がはっきりしない場合や、死因について遺族が疑問を抱きかねない場合は、死因を特定するため、遺族に対して先ず病理解剖を勧める方が良いと考えます。

(2) 病理解剖では、病気のために亡くなられた患者さんのご遺体を解剖し、臓器、組織、細胞を直接観察して詳しい医学的検討が加えられますので、死因について極めて精度の高い診断が下されて、治療の適切性についても検討することができます。

(3) 病理解剖を勧めることが適切なケースとしては次のような場合を挙げることができます。

- ア 診療中の病気の経過や死因について、臨床的には説明がつかない、あるいは、病理解剖以外の方法では確実な説明がつかない場合
- イ 診療行為中、あるいはその直後に予期されない死亡をされた場合
- ウ 治療中の方で、院内において突然死あるいは予期されない死亡をされ、診療行為と関係がないと考えられる場合
- エ 病理解剖の結果によって、遺族や一般の人の不安や疑念が解消できると考えられる場合

(4) 上記のようなケースにおいて遺族に病理解剖を勧める主なメリットは次のとおりです。

- ア 患者さんが予期せずして突然亡くなられた場合は、脳疾患、心臓疾患、窒息の何れかが関与している可能性が高く、病理解剖によって実際の死因が明確になり、遺族が納得され、医事紛争を回避できる可能性がある。
 - イ 医療過誤による死亡であったことが明らかになれば、病理解剖の報告書を基に保険会社との間で保険金の支払請求手続を進めることが容易になる。
 - ウ 医療機関側から病理解剖を勧められて断った遺族は、死因について医療機関側に疑問やクレームをぶつけ難くなる。
 - エ 医療に起因する死亡なのか否かを明らかにすることにより、医療事故調査制度の対象となる医療事故に該当するか否かの判断が容易になる。
- (5)鹿児島において一般的に病理解剖を引き受けてくれる医療機関は、鹿児島大学病理部病理診断科のみのようです。
- (6)患者が亡くなられた直後の混乱状況において、遺族の方々に病理解剖の意義、目的及び手続などについて正確に理解してもらうことは容易ではないと思います。したがって、インターネットで検索すれば出てきます病理解剖についての説明書を参考にして、病理解剖の意義、目的及び手続等についての説明書を準備しておくことは有意義であると考えます。
- (7)死亡が医療事故調査制度上の報告対象であると判断し、かつ解剖の必要性があると判断する場合は、当該医療機関が自ら又は支援団体に依頼して解剖を実施することもあるでしょう（医療事故調査制度における解剖）。しかし、余程のことがない限り、次の理由から一般の病理解剖を勧めるべきです。
- ア 患者が亡くなってから茶毘に付されるまでの短期間に管理者等が医療事故調査制度上の報告対象であるかどうかを正確に判断することは困難である。
 - イ 医療事故調査制度における解剖が実施されたにもかかわらず、その後報告対象ではなかったという判断になると、遺族の不信を招きかねない。
- (8)病理解剖を行っても死因が判明するとは限りませんが、病理解剖の結果、不明であった死因が判明したり、死亡診断書の記載とは異なる死因であることが判明した場合には、次の対処をすることになります。
- ア 確定又は変更した内容等を記載した死体検案書等の作成
 - イ 厚生労働省宛での死因等確定・変更報告
(平成30年12月5日 厚生労働省医政局長通知)

5 Ai（オートプシーイメージング）の実施

- (1)死因が明確でない場合や、死因について遺族が疑問を抱きかねない場合などにおいて、遺族が病理解剖に同意してくれないときは、次善の策として死因を特定するための死後画像診断（Ai）を勧める方が良いと考えます。
- (2)Aiと病理解剖の主な差異は次のとおりです。
- ア 遺族の心理的抵抗感が低い。
 - イ 病理解剖と比べて医療機関の費用の負担が軽い。
 - ウ ただし、死因の究明という点では一般的に病理解剖の方が精度が高い。
- (3)Aiの運用上の主なネックは次のとおりです。
- ア 専用のCTを設置している医療機関は非常に少ない。
 - イ 外部からの依頼を受け入れてくれる施設も非常に少ない。
- (4)Aiを行う場合も遺族の同意が前提となります。そして、鹿児島の現状では、予期せぬ死亡に直面した医療機関が、必要に応じて自らのCT装置を用いて死後のCT画像を撮影することになるでしょう。その場合、全身を撮影するのが理想ですが、予期せぬ死亡の原因となりやすいのは脳疾患、心臓疾患及び窒息なので、少なくとも頭部及び胸部を撮影すれば死因の究明に資する可能性が高いと考えます。
- (5)Aiに関する提言
- ア Aiに関する大学との包括契約
Ai専用のCT装置を持っていない医療機関はAiに積極的ではないという話を聞いたことがあります。おそらく死体を乗せたCT装置に一般の患者さんに乗せることに抵抗感があるからではないかと推察します。しかし、各医療機関が利用頻度の低いAi専用のCT装置を設置する負担は重いと言わざるを得ません。そこで、医師会や医療法人協会のような組織が大学の放射線科などと包括契約を結んで、会員がAiを利用しやすい環境を作る必要があるのではないかと考えます。
 - イ 死後画像についての遠隔画像診断の体制整備

鹿児島の場合、外部からのAiの依頼を受け入れてくれる可能性があるのは鹿児島大学のみで、かつ、医師の多くが鹿児島大学医学部の出身又は同学部と密接な関係を有していますので、遺族が画像診断の結果に対して疑念を抱きやすいという問題があります。したがって、画像診断について遺族の納得を得られ易いよう、死後画像についても遠隔画像診断の体制を整備して欲しいと思います。

6 原因の究明と再発防止策の策定

- (1)管理者が医療法所定の医療事故（医療に起因し又は起因すると思われる死亡又は死産で、かつ、管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの）に該当すると判断する場合は、医療事故調査委員会を設置しなければならず、調査の進め方などについても法令の制約があります。
- (2)管理者が医療法所定の医療事故には該当しないと判断する場合も原因の究明と再発防止策の策定のために検証組織を設置すべき場合が多いと考えますが、この場合の検証組織の構成及び検証の進め方などについては医療機関が自ら創意工夫することが可能です。

7 議事録・調査報告書の作成方法及び保管方法

- (1)問題の所在
 - ア 憲法は国民に自己負罪拒否権を保障し、刑事訴訟法はさらに広く黙秘権を保障しています。
【自己負罪拒否特権】
自己に不利益な供述を強要されない権利（憲法第38条第1項）
【黙秘権】
取調べや裁判の場などにおいて言いたくないことは言わなくてもいいという権利（刑事訴訟法第198条第2項、第311条第1項）
 - イ しかし、予期せぬ死亡が発生した場合、実効性のある再発防止策を策定するためには、その前提として医療従事者らから事故に関連すると思われる事実を詳細かつ正確に聞き出して記録化する必要があります。
 - ウ したがって、事実関係についての医療従事者の説明を記載した議事録や調査報告書の内容が外部に出ることがないよう、事前に十分な配慮をしておく必要があります。
- (2)作成方法（主に民事訴訟法第220条が定める文書提出義務との関係）
 - ア 最高裁平成11年11月12日決定
「ある文書が、その作成目的、記載内容、これを現在の所持者が所持するに至るまでの経緯、その他の事情から判断して、専ら内部の者の利用に供する目的で作成され、外部の者に開示することが予定されていない文書であって、開示されると個人のプライバシーが侵害されたり個人ないし団体の自由な意思形成が阻害されたりするなど、開示によって所持者の側に看過し難い不利益が生ずるおそれがあると認められる場合には、特段の事情がない限り」、自己利用文書に当たると判示しました。
そして、自己利用文書性の要件として、①内部文書性（内部利用目的・外部非開示性）、②不利益性（看過し難い不利益の存在）、③特段の事情の不存在を挙げました。
 - イ 東京高裁平成15年7月15日決定
上記最高裁判例の判断枠組みに基づいて、報告書を報告提言部分と事情聴取部分に区分し、報告提言部分については純粋に内部における使用のための文書とは異なり一部公表も考えられていたとして自己利用文書には該当しないが、事情聴取部分については自己利用文書に該当すると判示しました。
そのようにしないと自己負罪拒否特権や黙秘権の保障と抵触し、正確な事実関係を聴取できなくなってしまうからです。
 - ウ したがって、予期せぬ死亡事故が発生した場合の原因究明及び再発防止策に関する議事録や調査報告書は、全体が文書提出義務の対象にならないよう、事情聴取部分と報告提言部分を区別して記載しておくべきであると考えます。

8 まとめ

患者が予期せぬ死亡をされた場合には、以上のことを参考にして迅速かつ適切な対処をされることにより、遺族との信頼関係の維持につとめていただきたいと思います。

歴史からひも解く医療事故調査制度と 医師法21条

会長
小田原 良治



はじめに

「栄誉とは実際に闘技場にいた人々のものである」。これはセオドア・ルーズベルトの言葉である。闘いの場は、その場の空気、駆け引き、心理状態、目指す目標と手段などさまざまな因子により、その結果が異なってくる。目に見える状況の変化だけではなく、目に見えない心理状態など複雑に入り組んでいるので、闘技場に居た当事者でなければそのすべてを語りえない。「医療事故調査制度」しかりである。

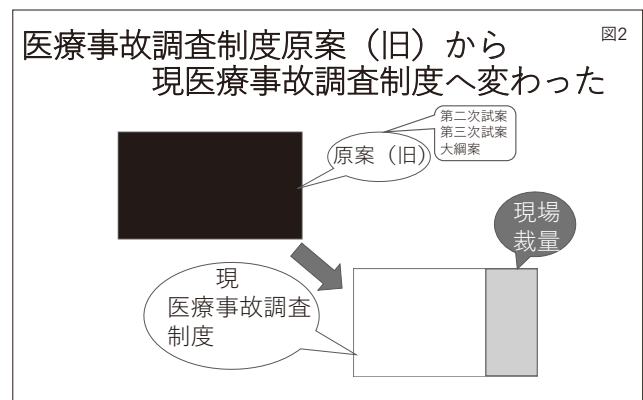
医療事故調査制度は結局は日本医療法人協会の提出したガイドラインがたたき台となって制度が出来上がった。図1は、医法協事故調ガイドライン中間報告および最終報告を厚労省に提出した時の写真である。将に闘技場にいた主要メンバーである。この中でも、医療事故調査制度創設に向けて、あるいは医師法21条の外表面異状説定着に向けて、実際に目に見える部分のみではなく、水面下の部分まで把握しているのが少なくとも二人いる。私と、井上清成弁護士である。

今回、闘技場にいた当事者として、医療事故調査制度と医師法21条問題の経緯をたどってみようと思う。



1. 医療事故調査制度は、旧制度から現行の制度へと大きく変貌した

医療事故調査制度が組上に上がった時の制度案(旧医療事故調査制度案)は、第二次試案・第三次試案・大綱案である。旧医療事故調査制度案は一言で言えば当事者の責任追及というブラックな案であった。これが数度のパラダイムシフトを経て、評価すべき現在の良い医療事故調査制度へと変貌したのである(図2)。旧医療事故調査制度と現行の医療事故調査制度の比較については後述するが、現行の良い医療事故調査制度に至るまでは、日本医療法人協会を始めとする強力かつ熱心な運動があったことを忘れてはならない。



2. 医療事故調査制度創設の概要(図3、4、5、6、7)

医師法21条は医療事故調査制度とは別の問題ではあるが、医療事故調査制度創設の動きにとって、切り離して論じられない重要課題である。両者は並行して走りながら同時に解決に至ったものである。医師法21条と医療事故調査制度創設の歴史をながめれば、このことはよく理解できる。

医師法21条も医療事故調査制度もその直接の発端は、1999年に立て続けに起こった医療過誤事件とマスコミによるバッシング

ングである。ここから振り返って考えると、この問題の源流は1969年(昭和44年)の東京地裁八王子支部判決、1994年(平成6年)法医学会異状死ガイドラインの発表、さらに1995年(平成7年)の死亡診断書記入マニュアル平成7年版への法医学会異状死ガイドライン参照の記載にたどり着く(図3)。

それまで、その存在すら念頭になかった医師法21条および業務上過失致死傷罪の適用という刑事事件化に医療界はパニックに陥った。加えて、厚労省が出した「リスクマネジメントマニュアル作成指針」通達が混乱に輪をかけることとなった。マスコミによる大バッシング、福島県立大野病院事件での医師逮捕劇というショッキングなニュースに煽られ、詳細に内容を検討することもなく政治の場に駆け込んだことがそもそもの初動の失敗である。医療界の苦境を解決するという名目で医療事故調査制度創設の動きとなり、瞬く間に、厚労省第二次試案・第三次試案・大綱案と進み、パブリックコメントに供されるまでになった。法律制定直前まで行ったのである。ここに至って、事の重大性に気づいた人々による医療事故調査制度反対運動が起こる(図3)。日本医療法人協会は、その急先鋒となった。

3. 反対運動からパラダイムシフトへ

第三次試案・大綱案への反対運動は徐々に拡がりをみせて行った。このようななか政権交代が起き、政権が自民党から民主党へと移るのである。自民党政権下で成立直前にまで行っていた医療事故調査制度は民主党政権となり消滅すると思われる。ところが、2012年(平成24年)、厚労省に「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」が設置され、再び議論が急展開するのである。(正確に言うと、厚労省に「医療の質の向上に資する無過失補償制度のあるり方に関する検討部会」が設置され、その下部検討会として「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」が設置されたものである。)

このような中、同年5月、私が日本医療法人協会医療安全調査部会長に就任することとなったが、事態は、我々にとっての全くの逆風となっていたのである。我々は病院団体のなかで喧々譁々の議論を展開する。このようななか、同年10月26日の第8回「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」で田原克志厚労省医政局医事課長発言があり、医療事故調査制度設置に向けて前向きに進みうる条件が整って来た。さらに、同年12月には再び政権交代が起こり、政権が再び自民党に移るのである。田村憲久厚労大臣が就任。平成25年、1月、2月にはそれぞれ四病協合意、日病協合意がなされ、日本医療法人協会案に近い形で「医療の内」と「医療の外」を切り分ける形の病院団体合意がなされたのである(図4)。

ところが、平成25年5月29日、厚労省が「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的あり方」を公表し「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」のなかに一括法として医療事故調査制度を入れ込んできた。これで反対運動は

医師法21条と医療事故調査制度創設の経緯 1 図3
(旧 医療事故調査制度期間・センター中心制度)

1969年(昭和44年)	東京地裁八王子支部判決
1994年(平成6年)	法医学会異状死ガイドライン
1995年(平成7年)	死亡診断書記入マニュアル平成7年版に 法医学会異状死ガイドライン記載
1999年(平成11年)	横浜市立大患者取り違え事件 東京都立広尾病院事件 杏林大割り箸事件
2000年(平成12年)	厚労省「リスクマネジメントマニュアル作成指針」通達
2001年(平成13年)	東京女子医大人工心臓事件 東京都立広尾病院事件東京地裁判決
2003年(平成15年)	東京都立広尾病院事件東京高裁判決
2004年(平成16年)	東京都立広尾病院事件最高裁判決(有罪判決確定)
2006年(平成18年)	福島県立大野病院事件、医師逮捕
2008年(平成20年)	厚労省第3次試案 厚労省大綱案 民主党案 杏林割り箸事件無罪 福島県立大野病院事件無罪
2009年(平成21年)	東京女子医大人工心臓事件無罪
↓ 政権交代(自民党から民主党へ)	

医師法21条と医療事故調査制度創設の経緯 2 図4
(反対運動1期)

2012年(平成24年)	2月15日 厚労省「医療事故調査・あり方検討部会」
	5月 小田原 医療安全調査部会長就任
	6月15日 死因究明関連2法成立
	10月26日 田原克志厚労省医事課長発言(第8回あり方検討部会) (外表異状容認発言)
	12月 政権交代(民主党から自民党へ)
2013年(平成25年)	1月23日 四病協合意(「医療の内」と「医療の外」の切り分け)
	2月22日 日病協合意(「医療の内」と「医療の外」の切り分け)

医師法21条と医療事故調査制度創設の経緯 3 図5
(第1回パラダイムシフト?医療安全の仕組みに変わる)

2013年(平成25年)	5月29日 「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的あり方」公表 (地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律)
	11月6日 保岡議員・厚労省・医法協三者会談 (医療安全の制度とすることを確認)
2014年(平成26年)	3月8日 大坪寛子医療安全推進室長、田原課長発言を「外表異状」と命名(鹿兒島) これにより事故調議論進展 「現場の医療を守る会」(ML)設立決定(鹿兒島)
	3月14日 厚労科研費研究班開始
	4月18日 国立国際医療研究センターウログラフィン誤投与事件
	6月10日 参議院厚労委員会で田村憲久厚労大臣答弁
	6月25日 改正医療法成立 (医療安全の仕組みとしての医療事故調査制度創設)

極期に達したのである。この後、保岡議員・厚労省・医法協三者会談を経て、医療事故調査制度は医療安全の制度として改正医療法に盛り込まれることになる(図5)が、「医療事故調査制度の施行に係る検討会」を経て、さらに良い制度として創設された(図6)。

旧医療事故調査制度案から改正医療法への変化がまさにパラダイムシフトであり、さらに「医療事故調査制度の施行に係る検討会」でさらにパラダイムシフトし現行の良い制度として出来上がったものである。

これらの歴史的経緯は重要な意味を持っている。拙著「未来の医師を救う医療事故調査制度とは何か(幻冬舎)」にて正確な経緯を確認しておくことをお勧めする。

医師法21条と医療事故調査制度創設の経緯 4 図6
医療現場中心の制度へのシフト期(第2回パラダイムシフト?)

2014年(平成26年)	
8月26日	医法協医療事故調ガイドライン中間報告発表
9月2日	田村憲久厚労大臣に医法協ガイドライン中間報告書を提出
10月1日	医法協医療事故調ガイドライン最終報告書発表
10月14日	橋本岳事務官に 医法協医療事故調ガイドライン最終報告書提出 「医療事故調査制度の施行に係る検討会」開始 (小田原：構成員就任)
11月14日	医法協医療事故調ガイドラインがたたき台になる
12月29日	大阪府立急性期・総合医療センター筋弛緩剤誤投与事件
2015年(平成27年)	
3月13日	平成27年度版死亡診断書記入マニュアル (法医学会異状死ガイドライン削除、外因死の届出削除)
3月20日	「医療事故調査制度の施行に係る検討について」 (検討会とりまとめ)

4. 新・医療事故調査制度創設・旧制度案との違い(図7)

現在の医療事故調査制度がいかにより良い制度かを知るためには旧制度案と比較するのが最もわかりやすい。旧制度案の原案となったものは第二次試案である。図7に簡単に現行医療事故調査制度と第二次試案の比較を記しておいた。

旧医療事故調査制度案の原型とも言うべき第二次試案と現行の医療事故調査制度との比較を行えば、現行制度が如何にいい制度に出来上がっているかが理解いただけると思う。内容を知らずに上辺だけで論ずるなかれである。「制度の改正」などという言葉に惑わされずに、現医療事故調査制度上での運用を適切に行っていくことが、長期的視野に立って、一番の医療安全の実践であろう。

現医療事故調査制度と第2次試案の比較 図7

医療事故調査制度	第2次試案
・医療安全の確保	反省・謝罪・責任追及
・院内調査が基本	中央の専門機関
・医療事故は管理者判断	届出義務化・中央で判断、罰則
・報告範囲は狭い(年間300人)	報告範囲広い(年間3000人)
・警察へ通報はしない	警察へ通報
・報告のない事例の調査はできない	センター判断で強制調査
・センター調査報告書は公表しない	報告書公表
・行政処分外で報告書を使用できない	報告書を活用
・行政処分に報告書使用できない	行政処分に報告書活用
・刑事手続に報告書使用できない	刑事手続に報告書活用
・民事訴訟に報告書使用できない	民事訴訟に報告書活用

5. 極めて重要なポンチ絵

2015年(平成27年)3月20日「医療事故調査制度の施行に係る検討会」報告書が出された。これを受けて厚労省は同年5月8日に厚労省令100号及び医政局長通知を出し、医療事故調査制度の骨格が出来上がったのである(図8)。ところで、この厚労省令100号及び医政局長通知は、「医療事故調査制度の施行に係る検討会」報告書をそのまま出すことになっていた。このことは本検討会の主催者である厚労省医政局長から医療安全推進室長に指示が出ていたようである。

ところが、極めて重要な1枚のポンチ絵が省令・通知から抜け落ちていた。事務的な手落ちか、意識的に抜かれたものかは定かではないが、偶然、これを見つけた私は橋本岳厚労政務官(当時)を通じて修正の申し入れを行った。その結果、このポンチ絵は「医療事故調査制度に関するQ&A」に復活することとなった。もっとも両者には微妙な違いがあり、さらに、当時厚労省が各地方厚生局への説明会で使用したスライドはまた異なるものであった。前講義で福元弁護士が示されたスライドは厚労省Q&Aに記載されているものであり、私が使用しているスライドは「医療事故調査制度の施行に係る検討会」のものである(図9)。当時厚労省医政局医療安全推進室が説明会に使用したスライド(図10)を併せて提示しておく。当時厚労省医政局医療安全推進室が使用していた図10のスライドは我々が抗議を行った結果、その後使われなくなった。

医師法21条と医療事故調査制度創設の経緯 5 図8
新 医療事故調査制度創設(医療現場中心の制度)

2015年(平成27年)	
5月8日	厚労省令第100号、医政局長通知
7月3日	リスクマネジメントマニュアル作成指針は失効 (国立病院等独法化に伴い)
9月25日	日本産婦人科協会宛て厚労省医政局医療経営支援課回答 日本医療法人協会 「医療事故調運用ガイドライン(へるす出版)」出版
10月1日	改正医療法(医療事故調査制度)施行
2016年(平成28年)	
6月24日	医療法施行規則改正、医政局総務課長通知(制度見直し)

1. 医療事故の定義について
○ 基本的な考え方

法律	第6条の10 病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(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、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)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第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。	
省令事項		②「予期しなかつたもの」
通知事項	①「医療に起因し又は起因すると疑われる」	②「予期しなかつたもの」

○ 医療事故の範囲

	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つたもの	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 2

この図の最重要ポイントはポンチ絵の右下の「過誤の有無は問わない」の一文である。過誤の有無は問わないというのは、この検討会議論の前提であった。ところがこの原則が明文化されている部分は私が知る範囲では、このポンチ絵の「過誤の有無は問わない」の一文のみである。

「過誤の有無は問わない」の一文を含んだこの1枚のポンチ絵の脱落は大変なことであり、またこのポンチ絵の復活がいかに重要であったかを理解してほしい。今後とも細心の注意をもって医療事故調査制度を見守って行く必要がある。

当時厚労省医政局医療安全推進室が説明会に使用したスライド(図10)が存在したことを念頭に1枚のスライドを巡る攻防を推測していただければ、ことの重大さがご理解いただけると思う。実際、医療事故調査制度に関する種々の検討会、その後の厚労省「医療事故調査制度に関するQ&A」において、度々、WHOドラフトガイドラインがWHOから削除されたとの誤報が厚労省から出されたことを考えると、この1枚の図及びWHOドラフトガイドラインをしっかりと定着させることが必要である。

6. 医師法21条の解釈の決着

医師法21条問題は医療事故調査制度と表裏一体である。そもそも医療事故調査制度は、医師法21条問題に端を発している。10年間にわたり紛糾してきた医療事故調査制度が解決に至ったのは、医師法21条の解釈が「外表異状」でコンセンサスが得られるようになってきたからである。これは、田原克志医事課長発言、大坪寛子医療安全推進室長発言、さらに、田村憲久厚労大臣の国会答弁によるものである。したがって、医療事故調査制度が創設された時点で、その前提として医師法21条の「外表異状」はコンセンサスが得られたものであった。

ところが、この医師法21条についてとんでもないことが発生したのである。2019年(平成31年)2月8日付医事課長通知で

医療法第6条の10

第6条の10
病院、診療所又は助産所(以下この章において「病院等」という。)の管理者は、医療事故(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、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるものをいう。以下この章において同じ。)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第六条の十五第一項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

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つたもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

ある。これは、医師法21条の「外表異状」を揺るがしかねない大問題であった。我々は直ちに対応に奔走した。この問題の解決経緯は極めて重要である。拙著「死体検案と届出義務」(幻冬舎)で、必ず詳細を把握しておいていただきたい。結果としては、医師法21条問題も、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第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」及び平成31年4月24日付け厚生労働省医政局医事課、政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室事務連絡、「平成31年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルの追補について」の発出で完全解決となった。医師法21条の解釈は「外表異状」で確立したと言えよう。しかしながら、「外表異状」という言葉の知識のみでは不十分であり、「外表異状」の内容の理解が必要である。拙著にて、「外表異状」の意味、確立までの経緯を理解しておかれることをお勧めする。

終わりに

医療事故調査制度及び医師法21条の「外表異状」について、歴史的経緯の概略を述べてきた。この問題は、今日に至るまでの経緯が重要である。冒頭に述べた闘技場の雰囲気は少しでも感じる事がこの問題の理解の近道である。この問題はどのような経緯をたどって今日に至ったのか。闘技場での状況を知るために拙著をお読みいただきたい。もしもの時に拙著が歴史的経緯の証拠として役立つことを信じて、諸兄が発生した問題に適切に対処されることを祈念して稿を終えたい。

特別報告

「保険医指導・監査対応認定弁護士 プレ選考会in鹿児島」を主催して

会長 小田原 良治



7月23日、24日の2日間、当協会主催で「保険医指導・監査対応認定弁護士プレ選考会in鹿児島」が開催され、7名の弁護士の方々に認定証が手渡された。23日は講演会形式で行われ、当協会会員の聴講もあり保険医指導・監査に対する認識も新たになったようである。24日は受講弁護士のみ的小グループの口頭試問という形で行われた。23日の講演会は、講習1「保険医指導・監査対応認定弁護士選考制度の概要」について保険医指導・監査対策協会会長で選考委員長の井上清成弁護士、講習2「保険医指導・監査対策としての立会業務について」保険医指導・監査対策協会事務局長で選考委員の竹内俊一弁護士、講習3「監査・取消の前段階・個別指導、弁護士帯同の意義」について選考アドバイザーの暮石智英歯科医師、講習4「指導・監査等に関する法規制」として選考委員の山本哲朗弁護士、講習5「弁護士帯同の実務」について井上清成弁護士の講演と多岐にわたり充実した内容であった。フロアからも現実的な質問があり、質疑応答は実戦に則した感のある熱気あふれるものであった。24日は受講弁護士のみの方々の口頭試問形式であったが実務対応を想定して活発な意見交換がなされた。受講弁護士の方々にも保険医指導・監査等に対する関心を高めたとと思われる。

日弁連が保険医指導・監査等への積極的関与に動き出したこの時期に、認定弁護士選考会を主催した当協会の意図したものは、恣意的保険医指導等から医師・医療機関を守るということであり、「弁護士帯同」について協会会員に認識を促すとともに有効な帯同可能な弁護士グループを鹿児島の地に養成したいということであった。「弁護士帯同」は未だ緒についたばかりであるが、今後「弁護士帯同」への認識が広がるのであれば認定弁護士グループへの紹介窓口等の設置も検討して行きたい。

看護学校だより

新カリキュラムのスタートにあたって

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校 副校長 小牧 和代



社会の変化による大幅な改革のあった新カリキュラムが、いよいよ今年度からスタートすることとなりました。現在の保健・医療・福祉は地域包括ケアシステムの推進や高齢社会の加速、さまざまな場で生活する人々への対応が必要となり、その支援ができる看護職の育成が求められています。新カリキュラムでは必要単位数が98単位から102単位となり、「情報通信技術 (ICT) を活用するための基礎的能力やコミュニケーション能力の強化」「臨床判断能力などに必要な基礎的能力の強化」「対象の療養の場の多様性に対応できるよう地域・在宅看護論の名称変更と基礎の次に置く位置づけの変更」等が求められています。

当校は設置主体が鹿児島県医療法人協会であり、地域における保健・医療・福祉の担い手として地域に根ざした看護を提供できる看護師を育成するという理念をもち、長い歴史の中で多くの卒業生が巣立っていきました。現在、あらゆる現場で地域の方の相談にのり、健康問題に対応し、頼られています。このように当校の歩みと理念が、今社会から必要とされる看護師象としてカリキュラムに求められていることを改めて実感しました。

新カリキュラムでは基礎分野から「人間」「生活」「健康」「地域」を自身で探求していくように科目立てし、フィールドワークや、プロジェクト学習を積極的に取り入れました。また、近年他者とかがかわる機会が減っていることや、生活体験の多様性という背景をふまえ、「自己理解と他者理解」「アカデミックスキル」などの科目を創設しました。

専門基礎分野では各病理学に病態生理の知識をどう看護に活かすのか理解できるよう、臨床判断につながる事例検討を看護教員が1コマ行います。専門分野においては発達段階によらず重要テーマを総合的に学び考えるように横断科目も新設しました。このように知識を活用する力につながるアクティブラーニングを取り入れる工夫をしています。

新1年生は基礎分野におけるプロジェクト学習等で、地域に出て目的のものを調べたり、グループで話し合いを重ねながらまとめたりして「自分たちでまとめるのにも皆で協力することが必要」「自分たちでやるので楽しかった」などの声がかれました。

旧カリの2、3年生もアクティブラーニングや臨床判断能力の育成などできるだけ取り入れつつ教育活動を行っています。

新型コロナウイルスの感染拡大により臨地実習を学内や在宅と急遽変更し、感染疑いの発生状況等の対応に日々追われ、学校行事などの変更も余儀なくされておりますが、教職員知恵を絞り、最大限学生の学びが得られるように学校の運営を行っていきたくと思います。

就任のご挨拶～地域の力となる人材育成を目指して～

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校 教務主任 廣森 五十鈴



日頃より学校運営にご協力とご支援いただきありがとうございます。

今年度より教務主任に就任いたしました廣森と申します。新カリキュラムへの移行期とコロナ禍による実習困難等、煩雑化した中での就任から4カ月、いまだに新型コロナの感染は再拡大し、学校もそれに翻弄され続けています。学生達の日常も分散登校やリモート授業、各学年が交差しないよう時間差で行動させるなど、悩ましい毎日です。

さて新カリキュラムは今年度の1年生より履行され、2年生・3年生は旧カリで卒業まで進んでいきます。外部講師や学内の教員も担当する科目や時間数・進度が変化し、それに伴う多くの調整の中、どうにか歩みだしています。新カリキュラムのポイントは、臨床判断能力、コミュニケーション能力、ICT、地域・暮らし等の対象や療養の場の多様化の理解です。これらを充実する内容で、単位数は98単位から102単位へ増え、病理学や人体の見方・反応の学習強化、横断科目による学習の拡充等で構成しました。

実習においては、実習前後の講義や演習、振り返り等を積極的に活用し、学生が主体的に学ぶことができる教育方法の推進と、療養の場の多様化等を勘案した多様な実習施設における実習の推進を図るための一部要件の緩和がありました。

少子化により実習が困難になりつつあった母性・小児看護の領域が少しでも実習しやすい条件になっています。さらに各養成所の裁量で一定程度自由に設定できるようにもなりました。とはいえ、コロナ禍により臨地実習に行けないことが多く、学内実習が余儀なくされています。学生にとっては臨地での臨場感ある患者体験が減り、コミュニケーション能力をはじめとする看護実践能

力低下が懸念されます。加えて、多くの実習施設で学ばせていただいている当校では臨地実習に行くことが出来る学生と行けない学生間で実習体験の格差が出て、平等性が損なわれる可能性も否めません。長期化するコロナ禍で学ぶ側の学生達は本来経験するはずであった学生同士の交流や学び合いの機会も減少しています。

実習困難に関連して、学校では学生の体調管理に十分な指導と行動履歴の確認をしていますが、学生の家族が濃厚接触者や陽性になる事も増えている現状です。その場合継続した学生指導と実習施設との連携をしながら実習可能の判断をしています。これに多くの時間を要している実情ですが、何より実習施設の実習担当の方々へも多大な時間を割いていただいています。コロナ禍も3年目になり、対応や体制も整いつつありますが、毎日判断や対処に迫られ、不確実な中で最大限の学生の学びを保証していかななくてはなりません。Withコロナにはまだほど遠い現状ですが、このような社会の変遷の中で「変わらなくてはならないもの、変わってはいけないもの」の意識を常に持ち、地域の病院の方々を支えられながら学生の教育に励んでいきたいと思えます。また校長先生をはじめ教職員の方々とも和やかにしてゆるぎない関係をもち、ぶれない力をつけながら頑張っていきたいと思えます。

今後ともお力添えとご指導をどうぞよろしくお願い致します。

令和5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5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4年 10月3日(月)) 10月20日(木)	令和4年 10月23日(日)	令和4年 10月27日(木)
社会人入学	令和3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4年 10月3日(月)) 10月20日(木)	令和4年 10月23日(日)	令和4年 10月27日(木)
一般入学 (Ⅰ期)	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和5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 11月7日(月)) 11月24日(木)	令和4年 11月27日(日)	令和4年 12月1日(木)
一般入学 (Ⅱ期)	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和5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5年 1月6日(金)) 1月19日(木)	令和5年 1月22日(日)	令和5年 1月26日(木)
一般入学 (Ⅲ期)	・高等学校または中等教育学校を卒業または令和5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5年 2月13日(月)) 3月2日(木)	令和5年 3月5日(日)	令和5年 3月8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>

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

支部 〒892-0803 鹿児島県鹿児島市新園之洲町5(株)吉田経営内 TEL:099-241-5655
本部 〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル5階 TEL:03-5275-6996 FAX:03-5275-6991 <http://www.jahmc.jp>



編集後記

協会報の表紙を飾る写真は、印刷会社のご協力により数点の候補案をいただいた中から選定しており、今号は南種子島町の景勝 千座の岩屋(ちくらのいわや)をお届けしています。これまでのどの表紙にも鹿児島島の豊かな自然、歴史ある文化と生活を物語っているようで芯から心が癒されます。

この2月に乳腺外科医裁判最高裁判決の“控訴審判決破棄、高裁差し戻し”を目にしたとき私のような素人は単純に喜んだのですが、佐藤先生のご寄稿を拝読するとまだまだ本件裁判には問題がありそうで、今後の帰趨を注視する必要があります。

今号も多彩な顔ぶれの方々にご寄稿、ご執筆を賜りました。ご執筆の労にこの場を借りて厚く御礼申し上げます。於曾能先生の医療事故調査制度考察、会員総会特別講演誌上報告などなど、多くの会員の皆様にご精読賜れば幸甚に存じます。

さて、2019年末、武漢に端を発した(といわれる)新型コロナウイルス(SARS-COVID-19)は、アルファ株、デルタ株、さらにオミクロン株BA-2系統、BA5と蔓延種が変遷し、直近ではBA2.75が急拡大しているとの報道です。ウイルスの特性で変異を重ねるごとに感染力が強くなる一方で弱毒化するそうで、世の中一般は“5類相当の対応”に変わりつつあるようですが、医療機関や介護施設では引き続き厳しい感染管理と防御体制が求められています。会員各位の長期にわたるご尽力に心からの敬意を表す次第です。

末筆で恐縮ですが、本年1月から隔月でVol.3までお届けいたしました「Ka-ihokyo Digi-Magazine」につきまして、編集内容を更に充実すべく発刊計画の見直しを行っております。読者及び関係者の皆様にはご迷惑をお掛け致しておりますが年内には再開したいと考えておりますのでご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

E.Y記

医療機関の設備資金・長期運転資金をサポートします

医業経営『プライムⅠ』

原則、担保不要

変動金利
5年以内 0.50%
7年以内 0.70%

3,000万円まで

最長 7年

プライムⅠ・Ⅱの諸条件等については下記までお問い合わせください。

医業経営『プライムⅡ』(貸出要件緩和型)

原則、担保不要

変動金利(基準金利)
5年以内 0.70%
7年以内 0.85%

2,000万円まで

最長 7年

変動金利(団信付き)
5年以内 1.50%
7年以内 1.65%

※ 上記ローンは、既存借入の借り換え、賞与等の短期運転資金にはご利用いただけません。

その他、ライフステージに沿った各種ローンも取り揃えております。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

ホームページ用QRコード

