

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2023年2月発行

52

CONTENTS

巻頭言	2
医法協ガイドラインの作成に携わって	3～6
2023年の気になる動き	7～8
医療事故調査制度について「報告件数 本当に少ないのか？」	9～14
医師法21条（異状死体等の届出義務）解決への軌跡	15～17
新リース基準（IFRS16号）におけるリースの対象範囲	18～20
看護学校だより	21～23
編集後記	24

働き方改革について

鹿児島県医療法人協会
常務理事 田中 大三



2018年6月に働き方改革関連法が成立し、多くの職種について、罰則付きの時間外労働の上限規制が設けられました。

医師に関しては、医師法が診療を原則として拒めない「応召義務」を定めていることなどの理由で、適用を5年間猶予し、規制の適用は2024年4月からとされ、医師の時間外労働は原則年間960時間までとなりました。

しかしながら、すべての勤務医にこの上限規制を適用すると、地域医療の担い手の確保や、医師個人の希望による集中的な修練等が困難になってしまいます。

そこで、厚生労働省が、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を設置し、医療機関が「A水準」「B水準、連携B水準」「C水準」とわけられ、最終的には、2035年度末を目標に、A水準の年960時間を理想形にすることとなりました。

こうした改革が医療機関の経営や診療、地域医療に及ぼす影響としては、どのようなものがあるのでしょうか？

2021年3月に公表された厚生労働省の委託調査（現在、医師がどの水準に該当するか？）で、A水準以外の医師は半数以上に上っているという結果がでています。

こうした医師が勤務する医療機関では、勤務時間の制限とか、シフトの変更などの対応が必要になり、診療体制の見直しや超過勤務手当の支払いなどが必要となってくることが想定されますが、働き方改革に用意された財源は公費ベースで126億円程度と財源不足が予想されます。

また、大学病院などが労働時間の短縮に対応するため、医師の引き揚げをすることも想定され、診療、ならびに、当直業務も立ち行かなくなる危険性がでてくることも想定され、最終的には、地域医療の崩壊、並びに、患者様の利便性の低下につながる事となります。

もちろん、医師の勤務環境を改善する上で欠かせない内容を含んでいますが、一方、他の病院で副業・兼業している医師の収入にも影響し、病院を辞めたりする医師が続出し、残された病院勤務医の負担が増す悪循環を来す結果になりかねないことも考えられます。

病院を辞めたりする医師が続出すれば、医師を確保できない医療機関は再編・統合、あるいは病床の転換を求められる可能性があり、結果的に地域医療構想に弾みが付くことも考えられます。

医師の働き方改革、医師偏在是正、地域医療構想が、三位一体で行われることが、必要であると考えられます。

今、病院としてできることは、鹿児島県医療勤務環境改善支援センター等を活用し、宿日直許可を早くとることが必要と考えられます。

今後も様々な課題に役員、職員一同協力して、真摯に取り組み、より充実した協会運営を目指していく所存ですので、会員皆様方のご指導、ご協力の程よろしくお願い致します。

特別寄稿1

医法協ガイドラインの作成に携わって

弁護士法人御堂筋法律事務所
パートナー弁護士 山崎 祥光



1. はじめに

2014年6月18日に医療事故調査制度の新設を含む改正医療法が成立し、同法は2015年10月1日に施行され、医療法上の医療事故調査制度がスタートしました。

その背景で、一般社団法人日本医療法人協会の依頼を受け、現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会・日本医療法人協会医療事故調運用ガイドライン作成委員会は、改正医療法の成立から施行までの非常に限られた期間で、「日本医療法人協会医療事故調ガイドライン」と、これを受けた「医療事故調運用ガイドライン」(以下「医療事故調運用ガイドライン」といいます。)を作成しました。ガイドライン作成委員会委員長の小田原良治先生と、当時勤務していた井上法律事務所の井上清成先生との御縁から、当職も若輩ながらこれらの委員会に名を連ね、事務局的にガイドライン策定に関わらせていただきました。

当時当職は、委員の一人として、医療側弁護士として、新しく始まる医療事故調査制度をいかに法律(改正医療法)に従った内容とするか、医療安全の確保を目的とする制度であるとの趣旨を踏まえた形での運用を確保し、医療現場に過度の負担をかからないようにするかという2点が重要だと考えておりました。

医療事故調査制度施行から7年以上が経過した現在においても、この2点に注意が必要な状況に変わりはありません。医療事故調運用ガイドライン策定に携わった立場から、当時を振り返るとともに、改めて注意が必要な点をお伝えしたいと思います。

表1 改正医療法成立から施行、医療事故調運用ガイドライン作成の経緯

2014年6月18日	改正医療法成立
2014年6月	一般社団法人日本医療法人協会の委託を受け、現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会において検討開始
2014年8月26日	日本医療法人協会医療事故調ガイドライン(現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会中間報告)公表
2014年10月1日	日本医療法人協会医療事故調ガイドライン(現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会最終報告)公表
2014年11月14日	医療事故調査制度の施行に係る検討会第1回
2015年3月20日	医療事故調査制度の施行に係る検討会取りまとめ公表
2015年4月25日	日本医療法人協会 医療事故調運用ガイドライン 省令・通知反映版中間報告書案
2015年5月8日	平成27年5月8日付医政発0508第1号「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の一部の施行(医療事故調査制度)について」(厚生労働省医政局長)発出
2015年9月25日	医療事故調運用ガイドライン(へるす出版)刊行
2015年10月1日	改正医療法施行

2. 医療事故調運用ガイドラインの策定開始と留意した事項

(1) 医療事故調運用ガイドラインの策定開始

医療事故調査制度の設計については紆余曲折がありましたが、様々な議論を経て、ついに2014年6月18日に改正医療法が成立しました。国会で法律が定められた以上、法律に従って制度を運用開始する必要がありますが、制度の施行に当たり、以下のようにいくつかの懸念事項がありました。

また、この制度では、全ての死亡につき、報告対象に当たるか否かの判断が必要になることから、多忙な医療現場で適切に判断ができるように、該当性判断の流れと、考え方につき指針を示す必要がありました。このため、日本医療法人協会と現場の医療を守る会で、事故調査制度の運用をどのようにすべきか、提言を検討することとなったという経緯でした。当職も事務局的な立場で末席に加わることとなりました。

(2) 法律に則った運用を提言する必要性

法律に基づく制度は、法律に従って運用する必要があります。

例えば、医療法で報告対象となる「医療事故」の要件は、①当該病院等に勤務する医療従事者の提供した医療に起因し、又は医療に起因すると疑われる死亡又は死産であって、②管理者が予期しなかった死亡又は死産とされています（医療法第6条の10第1項。医療法を受けた医療法施行規則で、事前説明等があった場合や死亡が予期されていた場合には、予期しなかった死亡に該当しない旨定められています。）。

このため、医療法を踏まえると、「医療事故」の判断において、当該患者に対する医療における過失の有無は無関係ですが、これまでの医療事故調査制度に関する議論、他の制度（例えば医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号に基づく公益財団法人日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業）での報告要件等との混同などから、報告要件に混乱が生じるのではないかと懸念がありました（なお、その後検討会の取りまとめにおいても、医療事故調査制度の報告対象か否かの判断において「過誤の有無は問わない」ことが明記されました。）。

(3) 不明確な条文の解釈の指針の提示の必要性

また、改正医療法の条文は、必ずしも明確なものとは言えませんでした。

例えば、「予期しなかった死亡」における「予期」の程度とはどのレベルを指すのか、医療法施行規則も含め明確な定めはありません。

しかし、具体的な死亡の経過、死亡の理由を含め、詳細かつ具体的に、死亡する可能性が高いと予測していた場合にしか「予期」に当たらないと解釈してしまえば、ほとんどすべての死亡が「予期しなかった死亡」に該当することとなり、不合理であることは明らかです。

多忙な医療現場において、報告対象を適切に判断できるように、また、臨床現場に過度の負担がかかることのないように、条文の文言が不明確な部分については、解釈の指針を提示する必要がありました。

(4) 背景としての課題の存在（制度設計が不徹底・不完全であったこと）

医療法上の医療事故調査制度は、学習のための制度、医療安全の確保のための制度として設計・導入されたのですが、その設計は不徹底・不完全な部分があり、いくつかの問題が残されていました。

そもそも、医療従事者、特に医師の過重労働が問題となっている状況で、医療事故調査制度の導入により、医療従事者が新たな業務を負担することになるにも関わらず、医療事故該当性の判断や、医療事故調査に関する業務については、医療機関に対する人的経済的なサポートは何ら用意されませんでした。これまでから医療従事者は患者さんに対する診療の提供、家族への対応のために非常に多くの業務を行っており、疲弊していることから、これ以上医療現場に過度の負担をかけることは避ける必要がありました。

また、医療安全の確保のための制度であれば、その調査の結果を、医療機関及び医療従事者の民事・刑事・行政上の責任追及に用いないという制度設計とすべきです。しかし、医療法上の医療事故調査制度は、報告の際に、「医療事故」に関わった医療従事者が識別できないようにすることを求め（医療法施行規則第1条の10の4第2項、第3項）、一応の秘匿性を定めたものの、調査の結果を医療機関及び医療従事者の責任追及に用いないという点までは定められませんでした。このため、現実問題として、医療法に基づく医療事故調査の結果が、医療機関及び医療従事者の責任追及の資料として用いられるリスクが存在しており、このリスクを前提に運用を検討する必要がありました。

なお、これらの問題点は、現在も課題として残存しています。

3. 委員による議論とガイドラインの策定

一般論として、ガイドライン策定と言うと、事務局がたたき台を作成し、たたき台をベースに委員が意見を述べ、微修正を加えるというイメージを持たれるかもしれませんが（そうでないガイドラインも多数あると思われませんが）。

しかし、事故調運用ガイドライン策定においては、短期間の検討であるにも関わらず、多数の委員の先生方が、法律の定めと医療現場の現状を踏まえて深く検討し、それぞれの明確な意見を出され、白熱した議論を交わし、結実した内容をまとめてガイドラインが策定されました。

対面での会議も何度も開催されたのですが、それだけでは到底時間が足りず、また、茨城県や鹿児島県と、全国から委員が参加していたことから、残された議論の大部分はメールでの意見交換・議論によりました（当時はオンライン会議がまだ普及していませんでした）。

振り返ると、改正医療法が2014年6月18日に成立したわずか2カ月後の2014年8月26日には、ガイドラインの中間報告を公表し、10月1日には、「日本医療法人協会医療事故調ガイドライン（現場からの医療事故調ガイドライン検討委員会最終報告）」を公表しました。

この間、当職は事務局として、委員の先生方の議論や意見を文章に落とし込んでガイドライン案を作成して確認をお願いし、これに対する委員の先生方からの修正のご意見を検討の上修正案を作成する作業をしていました。後で委員の一人だった満岡先生が確認されたところによると、昼夜を問わず、数千通のメールのやり取りがされていたそうです。立場上、当職はそれらのメールを確認し、議論が白熱している状況ではしばらく見守りつつ、必要な修正を加えて再提示していました。当初の4カ月弱は、かなりの業務量ではありましたが、熱い議論に触れ、それをガイドラインにまとめるという作業は、本当に得難い経験であり、またとない勉強をさせていただきました。

委員の先生方はそれぞれに信念もあり、個性も強かったのですが、全員「医療現場を守る」という目的が一致していましたので、短期間で、あれだけの議論を重ね、医療事故調運用ガイドラインを策定することができたのだと思います。

なお、実際の制度運用の方向性を定めるに当たっては、日本医療法人協会と現場の医療を守る会からも小田原先生と田邊昇先生が参加された厚生労働省の検討会（医療事故調査制度の施行に係る検討会）での議論がもっとも重要であったことは言うまでもありません。この検討会においては、医療事故調ガイドラインも検討のベースとして取り扱われたとかがっておりますが、医療現場を守るという意味で、委員会での議論と、医療事故調運用ガイドラインが役立ったのであれば、委員会事務局的立場にあった当職にとっても望外です。

4. 残された課題・医療安全の文化の社会的な理解が必要であること

以上のように、小田原先生をはじめとする先生方のご活躍で、医療事故調査制度は、法律に則った内容で施行され、かつ、医療現場への過度な負担もある程度までは回避できたのではないかと考えております。

ただ、現在もいくつかの問題が残されています。前述しましたように、医療事故調査に関する医療機関の負担について、制度上の人的・経済的なサポートはありません。そして、医療安全目的での調査結果が法的責任追及から切り離されることなく、残念ながら医療安全目的での調査の結果が未だに民事訴訟等の法的責任追及の場で証拠として用いられています。

また、過去の制度や他の制度との混同も継続しており、医療法上の医療事故該当性の判断をする際に、「予期しなかった死亡」かつ「医療に起因し、又は医療に起因すると疑われる死亡」という要件以外の要素（過誤・過失の有無や程度、遺族の要望等）を考慮してしまったり、院内調査において外部委員の依頼が必須であるかのような、法律（医療法）に根拠のない要請を厚生労働省が行っていたりという状況があるようです。

大野病院事件をはじめ、事故調査に関して、制度趣旨を外れた考慮を持込んでしまったことから、事故調査の内容と結果が歪み、悲惨な結果となったのではないかとと思われる事例は多数存在するように思われます。法律の条文と趣旨に反した運用は、結果として歪みをもたらし、悪影響しか生じません。

医療法上の医療事故に該当せず、医療事故調査制度の対象とならない場合でも、医療安全の目的で必要があれば、医療機関として任意に医療安全目的での調査・検討をすることは可能ですので、医療事故に該当しないが調査検討が必要という場合には、この任意の調査を行うべきです。判断に迷った場合には原理原則に立ち返った判断をするべきだと考えております。

残念ではありますが、医療安全目的での調査と原因分析、再発防止は、責任追及とは切り離すべきである、医療安全の目的は医療機関や医療従事者の処罰によっては達成できない、という医療安全文化の核心部分は、いまだに日本で社会的な理解が十分得られているとは言えない状況にあります。今後も、医療現場を守るためには、継続して声を出していくことが必要だと思われます。当職も、医療側弁護士として、紛争・訴訟の対応、医療機関内での体制構築などを通じて、微力ながら皆様のサポートを継続していきたいと考えております。

特別寄稿2

2023年の気になる動き

(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



はじめに

今回は、2023年及び2023年度で新たに始まるもの、変更となるものなどがあります。留意したほうがよい事項についていくつかご紹介いたしますので、該当する医療機関では参考にしていただければ幸いです。

1. 2023年度税制改正について

2022年12月23日に、2023年度税制改正が閣議決定されました。厚生労働省関係の「健康・医療」分野の概要は、次の通りです。

①いわゆる認定医療法人制度が、3年3ヶ月延長となりました。

「医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の延長など（相続税・贈与税）」として、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の改正を前提に、持分なし医療法人への移行計画の認定制度に基づく特例措置について、その適用期限を2023年9月30日までだったものが、2026年12月末まで延長となりました。併せて、移行期限についても、移行計画の認定の日から起算して5年（現行：3年）を超えない範囲となりました。持分なし医療法人を検討されている医療法人には朗報と言えます。

②特別償却制度が2年延長となりました。

「医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度の延長（所得税、法人税）」として、医療用機器などの特別償却制度について、医療用機器に係る措置の対象機器の見直しを行った上で、制度の適用期限を2年延長されました。取得価格の15%が損金になります。節税をお考えの医療機関では検討されてはいかがでしょうか。

③登録免許税の軽減措置が3年延長されました。

「地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の延長（登録免許税）」として、医療機関の開設者が再編計画に基づき不動産を取得した場合の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率の軽減措置の適用期限が3年延長されました。

④出産一時金など、引き続き非課税措置

「医療保険制度改革に伴う税制上の所要の措置（所得税、個人住民税など）」として、健康保険法の出産一時金などについて、所要の法令改正を前提に、引き続き非課税措置などを講ずることになりました。

2. 新たに開始されるもの

- ①2023年10月から、消費税のインボイス制度が開始されます。医療機関においては、産業医予防接種等の契約をしている企業との取引において対応が必要となる可能性があります。
- ②改正電子帳簿保存法については2年間の宥恕措置が設けられましたが、その措置が終了する2024年1月からは、保存要件に従った電子データの保存が求められますので、こちらも準備対応が必要となります。

3. 2023年度に変更されるものについて

①時間外労働の割増賃金率50%へ引き上げ

大企業では既に導入されていますが、1か月60時間を超える時間外労働の割増賃金率を50%以上へ引き上げに係る中小企業への適用猶予措置が3月31日で廃止されるため、4月1日から中小企業においても月60時間を超える時間外労働の割増賃金率を引き上げる必要があります。

そのため、1か月60時間を超える時間外労働が見込まれており、常時10人以上の労働者を使用している事業場では、就業規則を変更して、所轄労働基準監督署長に届け出る必要があります。

4. 2023年度中にやっておくべき項目

①宿日直許可の取得

大学病院等から派遣医師を受けている医療機関は、早めの許可申請を行ってください。

多くの医療機関が、大学病院等からの医師派遣を通じて地域の医療提供体制を確保している状況にあります。宿日直許可を取っていないと、通算の上限時間超過を懸念する大学病院等から医師を引き上げられ、医療提供体制を縮小せざるを得ないことが考えられます。地域医療確保のためには、医療機関が適切に宿日直許可を取得することが重要です。許可申請に関するご相談がございましたら勤改センターをご利用ください。

②B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の特例水準を目指す医療機関は正念場

医療機関評価センターの審査に4か月ほどかかります。その後、県へ特例水準の指定申請を行い、2月の医療審議会に間に合わせるためには、評価センターへの申請は遅くとも7月～8月ごろには行った方がよいと思います。

③36協定の変更

2024年度からの様式が変更となっています。特に特例水準の医療機関では2024年3月に変更手続きになるかと思しますので、早めの準備をお願いします。

研修報告1

医療事故調査制度について

「報告件数 本当に少ないのか？」

中村・平井・田邊法律事務所

弁護士・医学博士・内科学会専門医・MBA 田邊 昇

医療法の改正を伴う医療事故調査制度が発足して7年になる。成立時には3年後の見直しが法律の付則としてつけられていたが、特段の変更はなく現在に至っている。しかし、医療事故調査支援センターを担当している医療安全調査機構が一昨年5年間の統計数値などを発表して、報告数を増やそうというキャンペーンを展開している。それに加えて、厚労省は研究班を設置して医療機関の事故判断手順や第三者機関への事故報告体制などについて実態調査をし、調査を踏まえ、より事故情報が集まりやすい体制に向け指針を作成し、再発防止策などの実効性向上を図るという（共同通信2022.10.3）。研究班の設置理由として、事故調査制度創設当初は年間報告件数を千件以上と見込んだが、毎年300件台にとどまる。事故と判断するかどうかは医療機関側に委ねられていることなどが背景にあり「実際より少ない」との指摘もあることをあげている。

その研究班の班長は医療安全調査機構の木村壮介氏であるという。確かに医療事故調査制度は、事故の判断分析、再発防止を医療機関自らに委ねている。調査機構の現状は「予期せぬ事故」ということだろうか。

医療安全調査機構は一般社団法人であって、独立行政法人国立病院機構などと異なり、特別の準拠法を持たない団体で、医療法人協会と全く同様の民間組織である。従って、医療法人協会が厚生省令によって医療事故調査・支援センターとして位置づけられても何の問題はない（定款変更は必要であろう）。なお、医療安全調査機構は定款第6条に「この法人は、この法人の目的に賛同する医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療関係者を中心として組織された学会及びその他関係団体を社員とする。」とあり、特別の中立性があるわけではなく社員となるハードルも低い。このような一般民間団体が厚労省から指名されて事故調査業務を行っているが、合同調査件数が少ないというので、その調査を厚労省の金すなわち税金で行うというのである。ふつうは仕事を請け負って、働きが悪いという声があれば、自分で調べて報告するのが筋であろう。依頼主の金を使って調査をする（その依頼主の金は勿論税金である）のは筋が違うように思えるし、報告数が少ないのはキャンペーンが足りないからだと言えば、キャンペーン費用が増額できるのだから、お手盛りの危険も高いし、いかがなものだろうか。

医療事故調査支援センターに対する医療事故報告が予想より少ないというキャンペーンは発足後すぐから展開されている。いったい何をもって「数が少ない」というのであろうか。著者は、本制度の施行に係わる厚労省の委員会の構成員であったが、その席上で、厚労省の大坪医療安全室長に、年間1300～2000件という医療事故の件数予測の根拠について問うたことがあるが、これは本制度の発足前から走っていた特定機能病院などを対象とした医療事故等の収集事業の件数から算出したものである。

医療法施行規則第9条の23は、医療法第16条の3第1項第七号に規定する厚生労働省令で定める事項、すなわち特定機能病院の事故報告について、以下のように記載している。

- 二 次に掲げる医療機関内における事故その他の報告を求める事案（以下「事故等事案」という。）が発生した場合には、当該事案が発生した日から二週間以内に、次に掲げる事項を記載した当該事案に関する報告書（以下「事故等報告書」という。）を作成すること。

イ 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案

ロ 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案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る。）

ハ イ及びロ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案

何やらややこしい記載であるが、その一方医療法第6の10による、医療事故調査制度による法律（特定機能病院は省令であり法律に根拠を持たない）による医療事故の定義は

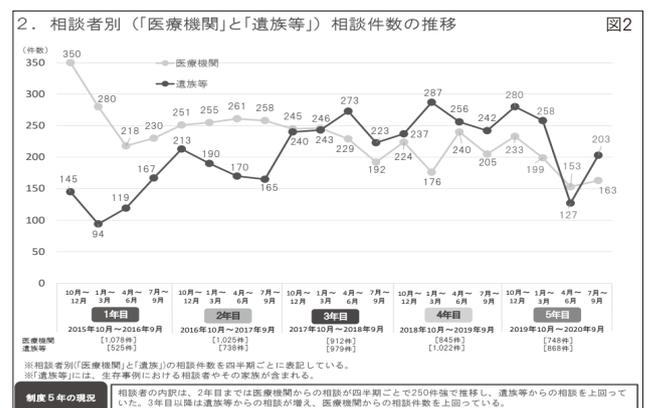
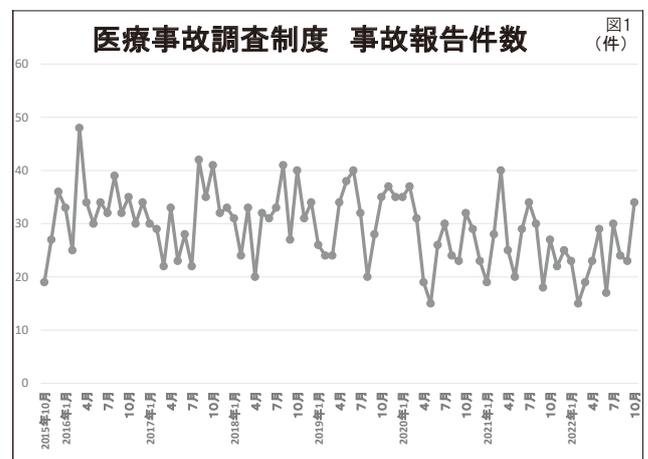
病院、診療所又は助産所（中略）の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものをいう。中略）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。

というものであるから、両者は明らかに異なる要件である。

この点について、2016年4月12日に当時の塩崎厚労大臣が「かつては、医療に起因する事故ということと、予期しなかったということのどちらかに引っかかったら、カウントしました。しかし、今度の制度は、両方を満たす場合のケースということになりますので、オアとアンドで、かなり狭くなっているということが言えるということが一つ、今申し上げたように、全ての病院ではなくて、ハイリスクな病院を対象としていたということがございました。」と明確に違いを述べていることは医療法人協会鹿児島支部小田原会長の著書などでも紹介されているのでご存じの方がいらっしゃるであろう。

すなわち、本制度の下での「医療事故」の件数については、現在の統計数値が唯一正確なものであり、これを実数と異なり過少であるから増やす方策をとるなどとはおかしな話である。

何より、医療安全調査機構の報告件数を増加させようというキャンペーンにもかかわらず、発足以来、報告件数はほとんど変動していない（図1）。制度への理解が不十分であれば、キャンペーンによって認知度が高まれば報告件数が次第に増加してしかるべきであるが、実際にはそのようになっていない。ただ、センターへの相談件数については医療機関については漸減しており（図2）、知見の普及についてはそれなりに貢献しているようである。

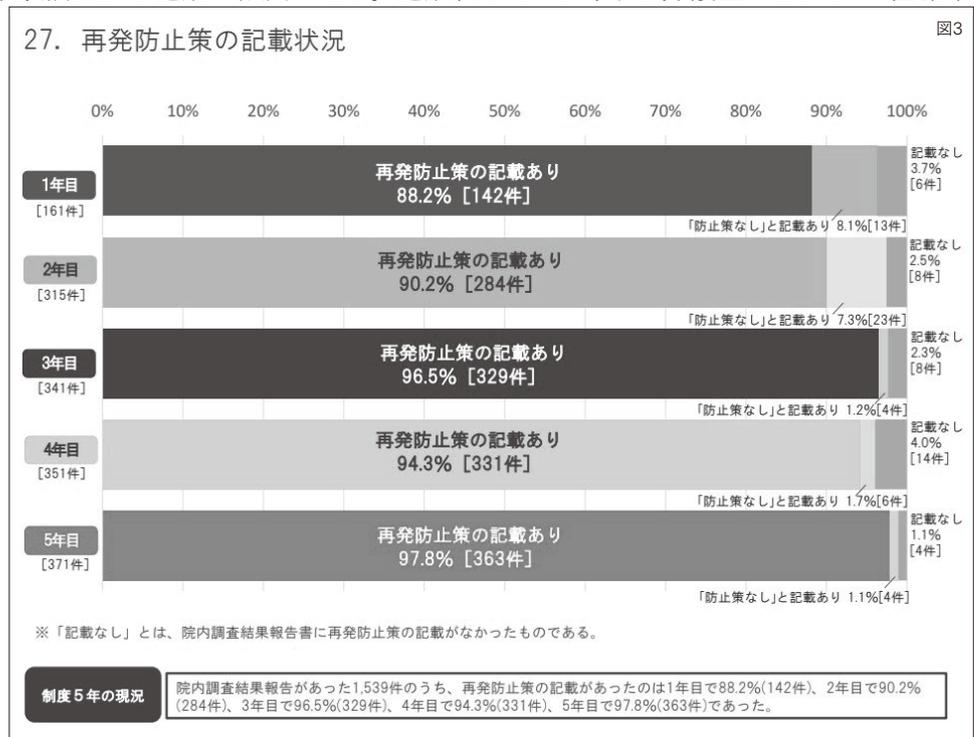


それにもかかわらず、報告件数が増加していないのは、実数が報告されていると理解するしかなかろう。

すなわち、ほぼ悉皆的に、報告が当初からなされていると理解するのが科学的な分析態度というものであろう。むしろある病院団体の事故調報告に関するガイドラインで、左肩に放散する疼痛を整形外科医が筋骨格系の疼痛と考えたが急性心筋梗塞であったという死亡事例を報告対象としていたが、明らかに厚労省の通達が明示している「原病の進行」による報告除外例であり、むしろ過剰に報告されていたと思われる。

医療事故調査制度について、医療情報の公開・開示を求める市民の会（代表 勝村久司）なる、医療事故の被害者を称する者らによる団体が2020年9月11日に「医療事故調査制度の運用改善及び制度改革についての要望書」なる文書を厚労大臣に提出し、①法令の厳密な解釈の下に、実行してほしい、②医療事故調査・支援センターの権限強化をもとめることを要望している。①については既に法令に従った報告が適切になされているところであり、②については医療安全調査機構の木村荘介氏が、医療の質と安全学会（2022年）において、「センターの権限を強化し、それに従うことを求める方式になると、それだけでこの制度がガタガタと崩れてしまう気がする」と述べ、強制的な外部からの規制ではなく、医療機関への自主的な対応を期待したい」と述べているように、WHOドラフトガイドラインの言う「学習のためのシステム」であることを忘れた、明らかに間違った提言である。

そもそも医療安全のための事故調査には遺族は無用である。遺族及びこれに与する弁護士にとっては「医療事故調査」で損害賠償請求の理由となるような事項を見付けたいのであろう。「医療に起因した死亡」で「再発防止策」となれば法律上の要件につなげやすい。特に「再発防止策」はセンターの要請が強いのか、年々記載割合が増加しており、現在ではほぼすべての報告書に再発防止策すなわち裁判所で黄金が飛び出る打出の小づちが記載されている現状である（図3）。



例えば東京地方裁判所令和3年8月27日判決（判例秘書搭載）は、80歳代患者に対して内視鏡的粘膜下層剝離術（ESD）を実施後出血性ショックにより死亡した事案で、医療機関側は無責を主張したが、医療事故調査委員会報告書は本件はESDの適応ではなく、本件ESD中に医師の判断の誤りがあったことを要因として、出血性ショックにより死亡したとの見解を示していることを証拠として有責認定している。

その一方で、PNHに対するエクリスラブ投与中細菌性髄膜炎を発症した事案で、院内調査報告書及びセンター調査報告書では、すぐに抗菌薬を投与するか経過観察をするかは、いずれもあり得る選択であり、いずれかが正しいというものではないとの見解で、およそ過失とは認め難い内容だったにも関わらず京都地方裁判所令和3年2月17日判決は、CRP及び白血球の数値が低いからといって細菌感染の可能性が低いとは直ちに判断できな

いのであって、添付文書に列記された高熱、頭痛、嘔吐等の初期症状が認められる以上は、なお細菌感染の可能性が相応に疑われると認識する必要がある。したがって、薬剤反応の可能性やウイルス感染の可能性の方が相対的に高いと考えられる場合であっても、なお細菌感染の可能性も相応に疑われる以上は、急速に進行して死亡するという患者にとっての重大なリスクを回避すべく、速やかに抗菌薬を投与するとの選択をするのが、前記添付文書の文言及び趣旨に適うものといえるとして1億200万円余の判決を下している。すなわち、医療事故調査報告書は、不利な内容だと遺族側弁護士の強力な最終兵器となり、有利な内容でも医療機関の盾にはならないのである。

すなわち病院や医師に敵対するmajorityの弁護士にとって医療事故調査報告書は、非常に魅力的なものであるが、これを反映しているのが2022年5月10日付けの日本弁護士連合会「医療事故調査制度の改善を求める意見書」である。言うまでもなく、弁護士会のメンバーのほとんどすべては医療機関や損保会社の顧問をしておらず（寡占的な実態がある）弁護士会は反医療サイドの弁護士で構成される団体である。この団体の声明によると

- 1 医療事故調査制度を十分に周知して、国民や医療者の同制度についての理解を深めること。
- 2 医療機関あるいは遺族から相談を受けた医療事故調査・支援センターが、調査が必要であると判断した場合には、当該医療機関に調査の実施を促すことができ、当該医療機関が一定期間内になお調査を開始しないときは、同センターが調査を実施できる制度を創設すること。
- 3 遺族及び医療事故調査を実施する医療機関に対して、速やかに司法解剖の結果報告書を開示すべきことを通達などで定めて明確にすること。
- 4 医療事故調査・支援センターが実施した調査の結果報告書を公表する制度を創設すること。
- 5 医療事故調査を実施する医療機関を財政的に支援する制度を創設すること。
- 6 医療事故調査制度の対象となった事故を対象とする無過失補償制度を創設すること。

ということである。5項などは医療安全調査機構などの結託が疑われる内容であり、3項は刑事訴訟法に関する事項で、法律専門家が作成したとは思えない提言である。全く評価に値しない。2項などは、「学習のためのシステム」という制度趣旨自体を完全に没却させるもので、弁護士会は制度趣旨が全く分かっていないことが明白になっている。

6項は産科医療補償制度などを念頭に置いた制度設計を考えているものと思われる。「脳性麻痺児の実態把握に関する疫学調査」(平成30年10月公益財団法人日本医療機能評価機構)にもとづき推計した場合の補償対象者数は年間455人であるといい(同機構調べ)現在の医療事故調査制度への報告件数からするとフィジビリティはあると思われるが、脳性麻痺児に対して3000万円という一律金額は、金額への批判などもあるが、医療事故による死亡例となると、後期高齢者から死産まで広範に対象者が分かれるし、基礎疾患や逸失利益の計算などが必要でそうしないと不公正感が生ずると思われる。また、産科医療補償制度の原因分析報告書を利用して訴訟提起に用いるという制度趣旨に反する実態も見られており、厳格に訴訟禁止、刑事免責の規定を同時に置くことが不可欠と思われる。

このように弁護士会が、「事故調査」によって訴訟上の手がかりを得ようとしていることは明らかであるが、そこで、医療事故調査制度への報告をしないこと自体が賠償対象になるといった訴訟提起をする遺族も現れている。幸いなことに東京地方裁判所令和3年9月9日判決（判例秘書搭載）は、54歳の精神疾患患者に対する医療保護入院での拘束中、肺梗塞で死亡したという事案で、遺族が医療過誤の賠償請求に加えて医療事故調査制度への報告義務違反で提訴したが裁判所は「医療介護総合確保推進法の趣旨及び医療事故調査制度の趣旨に照らせば、医療機関は、医療法上の医療事故が発生した場合に、患者（及びその遺族）に対して、医療事故の原因について調査するために医療事故調査を実施すべき義務を負うものではなく、同義務が診療契約上の債務となる余地はないから、患者（及びその遺族）に対して不履行の責任を負うものではないと解するのが相当である。」として排斥している。

また、大阪地方裁判所令和4年4月15日判決（判例秘書搭載）は、67歳の人工股関節置換（THA）術後脳梗塞を生じ、これに出血リスクの説明と同意の上tPAを投与したが、創部出血で血圧低下～死亡した事案で、遺族が医療過誤による死亡（4500万円）、医師法21条届出懈怠（30万円）、医療事故調査制度の報告義務違反（15万円）で賠償請求している。

このケースでは、死亡診断書の死因は医療に起因しない「脳梗塞」としており、医師法21条の届出はなく、医療事故調査制度の報告もないという事案であった。病院側は、ある程度納得はあったとはいえ、tPA投与は禁忌で誤りであり、これによる死亡だとして争っていない。この事案で裁判所は死亡についての損害賠償を2400万円に減額し、死亡診断書の記載について「脳梗塞の治療に関連して生じた事態であり、本件投与後の状態の悪化に脳梗塞が影響していないとは言い難いことなどを踏まえれば、死亡診断書に脳梗塞と記載をしてはならないとまでは認め難い。」医師法21条については「死亡後の本件患者の外表を検査したといえるかについても検討の余地がある。死因等についての説明を求められたにもかかわらず、これを拒んだり、あえて誤った説明をしたなどの事実は見当たらないことなどを踏まえれば、本件患者の状態につき、異状があると認めなければならない、異状死として届け出なければならない法的義務を負うとまでは直ちには認め難い。」といわゆる異状死体の外表面説を念頭に置いた判決であり、「医療事故調査等は、患者の遺族の権利利益の保護を目的とするものとはいえ、仮に、病院等の管理者による適切な医療事故の報告がされなかったとしても、これをもって、患者の遺族の権利利益を違法に侵害するものとはいえないというべきである。」と東京地裁と同様の理由で排斥している。

制度発足後、5年を経過したことで医療事故調査機構は報告レポートを刊行している。その中で、都道府県別の報告件数の数値が出されており、全国平均2.9件／年で、最高が宮崎県の5.6件／年で最低が山梨県の1.2件／年である。なお、鹿児島県は1.7件／年で少ない方である。

これをもって、特定都道府県でのバイアスを指摘する向きもあるが、失当であろう。報告件数が多いと言うことは、事前の死亡リスクについての説明がなされていないか、死因についてAiや解剖など原病死あるいは偶発症による死亡が発見できていないものと考えられるが、そのような分析の当否についての調査はされていないようである。都道府県によって死亡原因は大きく異なり、例えば老衰による天寿まっとうは山形県の人口10万比155.8に対して福岡県57.9などがあり（全国人口度対調査2021）、事故調報告についての消極積極といったバイアスで厚労省研究班が調査するようなことがないことを望みたい。

また、同レポートの統計の中では、医療機関に対してセンターが報告対象とするべきかどうか助言した場合、医療機関が、これに従わない率が1年目(91.2%)3年目(75.6%)5年目(73.7%)と減少していつているようである。ノルマがあるのか、毎年ほぼ同じような数をセンターは報告すべきと助言しているようであるが、医療機関は医療事故調査制度の報告要件を正しく知るようになり、従わなくなっているものと思われる。

以上述べたように、医療事故の報告件数は、予算要求の際の前提数値が明らかに誤導的であり、現在の報告は十分で、現行定義の真の数値を示していると言える。これを所与のものとして科学的な方法での再発防止案を検討しないと意味がないと思われる。

科学的という点であるが、医療安全調査機構にも、特定機能病院の医療事故調査を担っている機能評価機構(日本医療機能評価機構)にも、認知心理学の専門家も、医薬品メーカーの代表も、医療機器のメーカーの代表も入っていない。現在では、自動車工学などヒューマンエラー防止の人間工学的視点は不可欠であるが、医療界は工業界に比してあまりに後れている。医師や官僚は受験秀才は多いが、本当に頭の良い人材が少ないとの批判は的を得ているのかもしれない。

なお、特定機能病院等の医療事故報告制度は、みなさんご存じの通り、多くの事故防止の提言を出している。過度なものの中には含まれ、エビデンスレベルでは「専門家意見」のレベルで低いものばかりであるが、医療安全調査機構のレポートも、これに屋上屋根を重ねる程度のものばかりである。

また、前述したようにセンター調査も悪用されている。具体的事案をあれこれ分析してレポートを作成するのは、医療機関に対してのアドバイスとしては有用であろうが、遺族側にわたるとたちまち医療訴訟等で悪用されることになる。病院によっては、院内レベルの医療事故調査報告書も遺族にそのまま渡しているようであるが、そもそも医療法に基づく医療事故調査報告制度は、WHOの2005年draft guidelineにも記載されていた、「成功する学習のための報告システムの特性」からは遺族への秘匿が肝要である。同ガイドラインは7つの要件をあげ、学習のためのシステムと説明責任のためのシステムは両立しないとし厚労省は医療事故調査制度は前者であると明確に述べている。

- (1) Non-punitive (非懲罰性)
- (2) Confidential (秘匿性)
- (3) Independent (独立性)
- (4) Expert analysis (専門家の分析)
- (5) Timely (迅速性)
- (6) Systems-oriented (システム志向性)
- (7) Responsive (応答性)

これらの事実を鑑みると、医療安全調査機構は廃止し医療機能評価機構との一体化が望ましいのではないだろうか。事故については匿名報告を原則として裁判資料に用いることを排斥することが必要である。学習・医療安全のための制度に被害感情・処罰感情を持つ遺族は有害無益としか思えない。警察の捜査でも、捜査機関で被害者親族等は排除される。

WHOドラフトガイドラインの言う「学習のためのシステム」をきちんと構築して、認知心理学・人間工学的視点から、科学的に事故防止を図るべきである。最高裁の判決でがんが治るわけではないように、医療事故は司法や遺族には防止できないのである。

研修報告2

医師法21条（異状死体等の届出義務） 解決への軌跡

—東京都立広尾病院事件最高裁判決をどう解釈すべきか—

小田原 良治



医師法21条（異状死体等の届出義務）違反での医師逮捕は、医療界に計り知れない激震をもたらした。医療事故調査制度創設への動きも医師法21条に怯えて行政・政治の場に駆け込んだのが発端となった。言い換えれば、医師法21条の解決が医療事故調査制度を含め、すべての根幹にあったということができよう。

医師法21条条文の推移と解釈

医師法21条に規定する内容の条文をたどれば、明治39年の旧医師法施行規則第9条にたどり着く。ここには、「醫師死體又は4箇月以上の死産児を検案し『異常』ありと認むるときは24時間以内に所轄警察官署に届出ずべし」と記載されている。昭和17年10月、国民医療法施行規則第31条では、『異常』の文字が『異状』に変わっているが、条文の内容は略同じである。昭和23年7月には、現在の医師法第21条の条文となっている。医師法21条は、当初から警察活動に貢献した規定であったと思われ、戦後も同様の趣旨で継承されて来たものである。

警察への協力規定を当然のこととして、医師等に何の関心も持たれて来なかった医師法21条が急に牙をむいたのは、東京都立広尾病院事件である。医師法21条に関する主な判決としては、東京地裁八王子支部判決、東京都立広尾病院事件東京地裁判決、同東京高裁判決、同最高裁判決、福島県立大野病院事件判決等があるが、医師法21条の法的解釈は東京都立広尾病院事件判決の解釈に尽きると言っていいていいであろう。

東京都立広尾病院事件判決の解釈については、従来、臨床医を置き去りにした解釈論が流布されて医療崩壊の原因となった。医療現場無視の法解釈を臨床目線に引き戻したのは、われわれの運動の成果である。詳細は、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)及び、「死体検案と届出義務—医師法第21条問題のすべて—」(幻冬舎)を参考とされたい。

近年、医師法21条に関する「外表異状」の考えが広く理解されるようになり、行政も認めるところとなったが、今般、「医事法判例百選第3版」の「異状死体の届出義務」の解説に、我々の解釈が取り入れられた。医師法21条に関する「外表異状」はこれで確立したと言えるであろう。

医師法21条の条文は、「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」となっている。この医師法21条についての東京都立広尾病院事件最高裁判決要旨は以下の通りである。

【判決要旨】

- 1 医師法21条にいう死体の「検案」とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該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。
- 2 死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、医師法21条の届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に違反しない。

医師法21条については、この最高裁判決を如何に解釈するかにかかっている。従来、この最高裁判決のみを取り上げて【判決要旨2】を重視する解釈が流布されて来たが、この最高裁判決の解釈にあたっては、最高裁判決のみではなく、原審の東京高裁判決に注目すべきであり、東京地裁判決をも念頭において解釈すべきである。これらの判決を一体として解釈すれば、最高裁判決の重要部分は【判決要旨1】にあることがわかるであろう。その解釈については次項に記述したい。

東京都立広尾病院事件最高裁判決の解釈

最高裁の【判決要旨1】は、「医師法21条にいう死体の『検案』とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査すること」という『検案』の定義の文と、「当該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」という医師法21条の対象となる死体についての文との二つの文で構成されている。医師法21条にいう『検案』の定義については、「外表の検査」であると東京高裁が自ら判断を示している。最高裁は、この東京高裁判断を容認する形で、【判決要旨1】の第1文（前半部分）に「死体の『検案』とは、医師が死因等を判定するために死体の外表を検査すること」と明示した。さらに、【判決要旨1】の第2文（後半部分）で、第1文の『検案』の対象を、「自己の診療していた患者であるか否かを問わず全ての死体である」と判示しており、この2つを前提に【判決要旨2】部分へと繋がっている。

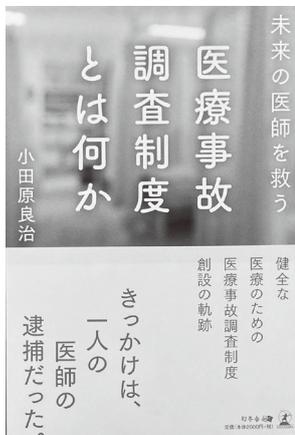
最高裁は、【判決要旨1】の2つの部分を前提に、【判決要旨2】部分で、「死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、本件届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に違反するものではない」と述べている。最高裁は医師法21条を合憲限定解釈することによって上告を棄却した。

自己負罪拒否特権との関係という点から、最高裁判決の意味を要約すると、「医師法21条の届出義務は、憲法38条1項に違反しない。その理由は、医師法21条に言う異状死体の届出義務は診療の有無にかかわらず『検案』して『異状』を認めた全ての死体に当てはまるものであるが、『検案』とは死体の『外表の検査』であるので、客観的に外表に異状のある死体の存在のみを届け出れば足りるのであって、これは医師のみでなく全ての人に可能な行為である。故に、『異状死体』の存在を届け出るに際し、何ら診療行為との関係について供述する必要はない。従って、外表に異状がある死体の存在のみの届出義務は、自己に不利益になる供述を強制されるものではなく、自己負罪拒否特権に抵触することにはならない」というものである。判旨の最重要部分は、【判決要旨1】第1文の『検案』の定義であり、『検案』とは死体の『外表を検査』することである。その結果、死体の外表に明らかな『異状』が認められた場合には届出義務が発生するのである。

おわりに

医師法21条にいう『異状死体』の判断は「外表異状」によることが明瞭となった。東京都立広尾病院事件最高裁判決が合憲限定解釈であることを最初に明らかにしたのは米田泰邦弁護士であるという。「外表面説」としてこの考えを広報したのは田邊昇医師・弁護士と佐藤一樹医師である。医療事故調査制度創設にあたって我々は、「医療の内」と「医療の外」を切り分けて、「医療の外」の問題である医師法21条は「外表異状」で解決することを前提として、「医療の内」の制度として医療事故調査制度を構築することにした。今、ここで医師法21条の「外表異状」は確定したといえるが、初動時における医療機関あるいは医師個人の対応の重要さは今後とも変わらない。告訴・告発があれば、警察は動く。動かざるをえないのである。警察からの医師法21条該当性の問い合わせ時に「該当しない」旨を明瞭に説明することが重要である。そのためには説明用の小道具も必要となろう。この重要な小道具が、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)及び、「死体検案と届出義務—医師法第21条問題のすべて—」(幻冬舎)であるが、今回「医事法判例百選第3版」(有斐閣)が加わった。必須の小道具として、この3冊を書棚に揃えておくことをお勧めする。医師法21条については、今後とも揺り戻しを警戒する必要がある。医師法21条の理解不足による安易な対応が大問題となることを肝に銘じておかなければならない。

合わせてお読みいただきたい関連書籍2冊



未来の医師を救う

医療事故調査制度とは何か

著:小田原良治 刊:幻冬舎 本体2,000円(+税)

健全な医療のための医療事故調査制度創設の軌跡
未来の医師を救うための医療事故調査制度のあるべき姿が今、明らかになる。



死体検案と届出義務

著:小田原良治 刊:幻冬舎 本体2,000円(+税)

罰則付きの届出義務に、もうこれで怯えない。
法律の解釈をめぐる医療界を走った衝撃。その収束までの道程を徹底解説。
医療現場を守るため、押さえておきたい重要事例
[東京都立広尾病院事件]も詳述。

新リース基準 (IFRS16号)における リースの対象範囲



鹿児島県医療法人協会
監事 重久 善一

IFRSを既に適用している企業では、2020年3月期から強制適用となった新リース基準 (IFRS第16号)ですが、オペレーティングリース・ファイナンスリースといった従来のリース基準とは内容が大きく変わり、非常に大きな影響を及ぼしました。日本基準を適用されている企業は、IFRSの新リース基準について『対岸の火事』と考えがちですが、そうも言っていないのが現状です。十数年前から、日本の会計基準は世界基準に合わせようと、繰り返し見直されてきました。2021年3月から適用される新しい収益認識基準ですが、この基準は『IFRS』をベースに作られています。そして、リース基準も収益認識基準と同じように、IFRSに合わせて見直されることが検討されているのです。今回は、新リース基準を適用するにあたり、最も重要なポイントである『借手』における『リースの対象範囲』に限定し、現在の基準からどのように変わるのかを解説します。

新リース基準の適用時期

新しいリース基準のお話をする前に、この基準がいつから導入されるのかといった適用時期が最も気になるところではないでしょうか。2019年には、「2023年～2024年頃に新基準が適用されるのでは？」という記事が掲載されました。これは、会計基準を作成している企業会計基準委員会 (ASBJ)が、新しいリース基準の開発に着手するという決定を2019年3月に公表したことが発端になっています。そして、「草案作りや意見募集などで2～3年かかる可能性がある」という意見を踏まえて推測されたもので、実際の基準の開発目標時期などは何も決まっていないのが現状です。

しかし、2021年3月から適用される収益認識基準の開発から適用までのスケジュールが参考になると思いますので、参考までにご紹介します。

2017年07月20日 公開草案の公表

2018年03月30日 新基準の公表

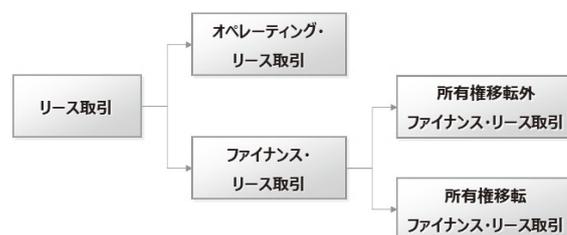
2021年04月01日 新基準の適用

こちらを踏まえると、もし2020年内に新リース基準の公開草案が公表された場合、2021年に新基準が公表され、2024年4月1日から強制適用というスケジュールも考えられます。

いずれにせよ、新しいリース基準の公開草案の公表時期が1つの節目になりますので、目が離せない状態にあることは間違いありません。

新リース基準の概要

新リース基準の概要ですが、収益認識基準と同様にIFRSをベースに作られることが検討されていますので、ここではIFRS第16号「リース」を解説していきます。従来のリース基準では、オペレーティングリース、ファイナンスリースと分類し、ファイナンスリースであれば更に所有権移転、所有権移転外に分かれ、それぞれ会計処理が定められています。



一方で、新リース基準では、このような分類はありません。リースに該当する取引は、原則として全てオンバランス処理（現在でいうところのファイナンス・リースの会計処理）することになるのです。

更に、リース期間の考え方も従来と異なります。現在は、リース期間＝リース契約期間として会計処理を行いますが、新基準では契約更新や契約解除などの可能性を考慮してリース期間を決定することになります。例えば、複合機のリース契約期間が3年であったとしても、延長して6年使用することがその企業の通例であった場合、リース期間は6年となり、6年分のコストがオンバランス（＝資産として計上）されることになるのです。

他にも現在の基準との差異はありますが、リースに該当する取引は原則としてオンバランスする点と、リース期間は契約期間とは異なり、実際に使用する期間を見積もって計算しなければならないという点の2つが最も大きな違いとなります。

新リース基準の定義と適用範囲

新リース基準では、リースの定義を以下のように定めています。

【リースの定義】

資産（原資産）を使用する権利を一定期間にわたり対価と交換に移転する契約又は契約の一部

ポイントは、「使用する権利を一定期間にわたり対価（金銭等）と交換に移転する契約」という部分です。要するに、新基準では、お金を払って使用する権利を得ている取引は、全て『リース』ということになります。

では、お金を払って使用する権利を得ている取引は、どのようなものが該当するのでしょうか。表現は違っていても、以下の取引は全てこの定義に当てはまります。

【新リース基準の対象範囲】

- ・リース契約（オペレーティング・リース、ファイナンス・リース）

- ・レンタル契約（IT機器、オフィス什器等）
- ・不動産賃貸契約（オフィス、店舗・事務所、工場、倉庫、社宅等）

特に、不動産賃貸は注意が必要です。オフィスの家賃となるとそれなりに大きな金額になります。これを使用する期間（＝リース期間）で処理するとすると、相応の金額がオンバランスされることになります。単純計算になりますが、月100万円の家賃で、2年間の賃貸契約であったとしても、契約期間＝リース期間とはなりませんので、少なくとも5年くらいはリース期間として見積る必要があります。そうなりますと、約6,000万円の資産と負債が計上されることになります。（本来は割引計算が必要ですが、ここでは省略しています。）

このように、新基準ではリースの範囲が広がりますので、対象となった分だけ資産と負債が増えることになります。特に経営指標としてROA（総資産利益率）を使用している場合は、新基準の適用で低下が想定されますので、注意が必要です。

新リース基準の例外処理～短期リースと少額リース～

新リース基準の適用によってリースの対象範囲が広がり、原則として全てオンバランス処理が求められるというお話をしましたが、全てをオンバランス処理するとすると、業務負荷が膨大になってしまいます。そこで、短期リース、少額リースに該当する取引については、費用処理（＝オフバランス処理）することが認められています。それでは、それぞれどのようなものか、定義をご紹介します。

【短期リース】

開始日において、リース期間が12ヶ月以内であるリース。短期リースとして11ヶ月使用した後に、1年延長することが決定した場合、新たなリース期間は13ヶ月となり、短期リースが適用できなくなるので注意が必要。

【少額リース】

原資産が少額のリース。金額については基準に明記されていないが、結論の根拠には「新品購入時において、5,000米ドル以下」とされている。したがって、車両などは少額リースの対象外となる。少額リースの例としては、タブレット、パーソナルコンピューター、小型の事務所用備品、電話等が挙げられている。

短期リースについては比較的に分かり易いと思いますが、先述しましたとおりリース期間＝契約期間ではありませんので、この点については注意が必要です。一方で、少額リースですが、『新品購入時で5,000米ドル以下』という点がポイントです。日本円に換算すると60万円程度となりますので、自動車などは該当しません。新しい日本のリース基準が、この点をどのように解釈し、基準化するのか注目したいところです。IFRSに合わせるのであれば、「新品購入時の金額が約60万円以下」となりますが、現在の300万円基準もありますので、日本向けの基準として「リース料総額が300万円以下を少額リースとする」とすることも、全くもってあり得ないわけではありません。

いずれにせよ、リースに該当する取引はオンバランス処理が原則ですが、リース期間や金額に応じて簡便処理（オフバランス処理＝費用処理）も認められているのです。

新基準に向けて何をすべきか？

新しいリース基準ですが、リースの対象範囲が広がりますので、現状把握、管理方法、会計処理方法など、色々に対応しなければならない事があります。基本的にはIFRSを基礎として開発されますので、IFRSを適用している同業他社の事例を参考に進めることが効率的です。

2020年7月時点では、まだ公開草案も出ていませんので、具体的な管理方法や会計処理方法まで考えるのは時期尚早かもしれません。しかし、世界的に会計基準を見る限り、『リースの対象範囲』はIFRSの考え方に統一されていますので、日本独自に基準が変わることは考えにくいです。現時点では、どのような契約があるのか、現状把握を進めておくとよいと思います。

まとめ

■新リース基準の適用時期

- ・新リース基準の具体的な開発目標時期、適用時期は決まっていない。
- ・新収益認識基準のスケジュールを鑑みると、公開草案の公表から3～4年で強制適用となる。

■新リース基準の概要

- ・リースに該当する取引は原則として全てオンバランス処理（資産計上）する。
- ・リース期間は、契約期間と同じにはならず、利用想定期間を鑑みて決定する。

■新リース基準の定義と適用範囲

- ・お金を払って使用する権利を得ている取引は、全てリースに該当する。
- ・リースの適用範囲が広がることにより、資産計上される金額が増えるため、ROAに影響する。

■新リース基準の例外処理～短期リースと少額リース～

- ・短期リース、少額リースに該当する取引は、オフバランス処理（費用計上）が認められる。
- ・少額リースの要件は、「新品購入時において5,000米ドル以下」となる。

■新基準に向けて何をすべきか？

- ・IFRSを適用している同業他社の事例を収集し、対応方法を確認する。
- ・自社においてリースに該当する取引がどの程度あるのか現状把握を行う。

看護学校だより



初めての対面でのIPE

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校
専任教員 川田 正輝

IPEとは、Interprofessional Educationの略で、訳すると「専門職連携教育」(本校では、IPE, 多職種連携学習)です。専門職連携教育とは、「2つあるいはそれぞれの専門職が協働とケアの質を改善するために、共に学び、お互いから学び合い、お互いのことを学ぶこと」(千葉大教授酒井邦子氏の引用)です。看護基礎教育を取り巻く環境は大きく変化しており、これからは地域包括ケアシステムを基軸として、活動を進めていく必要があります。そのため、これからの看護教育に求められる能力育成方法の一つがIPEといわれています。

本校では、新カリキュラム移行に先駆けて、多職種の学科を有する鹿児島第一医療リハビリ専門学校と連携し、グループカンファレンス・全体会による協同学習に取り組んでいます。参加メンバーは、鹿児島第一医療リハビリ専門学校の理学療法科・作業療法学科・言語聴覚学科・本校看護専門学校の学生、教職員です。

今年が3年目になりますが、昨年度までも対面によるカンファレンスを試みましたが、コロナ禍であるため、リモート開催でした。実施した学生や両校教職員からは、是非とも対面でのカンファレンスを実現したいと熱い思いがありました。そこで、今年は、コロナ禍でも感染者数が落ち着いている時期でかつ両校の感染対策を入念に行なえたため、念願叶って対面でのカンファレンス開催にこぎつけました。

今年度は、話し合いの内容に幅を持たせようと考え、症例を脳卒中1事例からパーキンソン病事例、肺炎事例を加え3事例に増やしました。総勢約140名のため、1グループ学生14～15人の9グループ編成で行いました。1つの症例を多職種でグループカンファレンスを行った後、各グループの意見を各5分間で全体発表、そして、質疑応答を行うのがIPE当日の大きな流れです。

私は、昨年度に引き続きこの科目を担当させていただき、まずは、事前準備として学生のレディネスやゴールを確認した上で、昨年度の学生自身が確かな学びを得た取組内容や体験する意義・改善点等を授業案に反映させました。その後、両校教職員による授業案等の事前打ち合わせを行い、メール等でのやりとりや鹿児島第一医療リハビリ専門学校での現地事前会議で入念に確認することができました。その甲斐あって、各職種学生内での事前学習は、効果的に進め当日を迎えることができました。

IPE実施後の看護学生感想には、「今回初めて会ったため、顔を見合いながらお互い探り合いだったり、声の大きさが小さくグループメンバー全員に聞こえてなかったりしました。これまでの実習で見学した現場のカンファレンスは活発な意見交換がなされていました。看護師になったカンファレンスの進め方を確認し、自分から積極的に意見発表を行いたいです」や「全体発表では、周囲の反応を見ながら発表することができませんでした。そのため、表情を見ながら周囲の理解度を確認したり、問いかけをしたりすることで他者に思いや考えを確実に伝えられるのではないかと思います」という【対面カンファレンス・対面全体発表会ならではの学び】がありました。



始めの挨拶:副校長



看護職の役割・責務についての代表者発表の様子



4職種でのカンファレンスの様子



同グループ看護師間で意見確認する様子



多職種説明に後方立って真剣に聴き込む看護学生の様子



あるグループの全体発表の様子



他グループの全体発表に質問する看護学生の様子



全職種集合写真

「多職種で意見や考えをわかりやすく伝えるにあたって、専門用語を別の言葉で説明したり実際に体験させてもらったりすることで理解が深まりやすいでした。患者や家族に必要な援助を提供していくためにも、チームで目標を一つにするためにも、わからないことや不明な点は積極的に質問し共有していくことが必要なことだと学びました」や、「話しやすいカンファレンスの雰囲気作りはホントに大事です」という【カンファレンスを通しての学び】がありました。

また、「実習では、リハビリ見学をする機会やカルテからリハビリの様子を見ることはありましたが、アセスメントし計画を立てる場面を見る機会がなかったため、それぞれの職種目線でどのような視点をおき考えていくかを学ぶことができ、各職種の専門性を再認識することができました」や「看護は、対象そのものを観察し情報をとらえ対象が安全で安楽に療養生活が送れるようにケアすることが中心となりますが、他職種は対象の機能を改善させることが中心となることから専門性の違いを学びました」という【多職種の専門性への理解】がありました。

さらに、「看護師は、まずその疾患の再発や2次の合併症を早期に気づく観察力、多職種のアプローチをさらに日常生活に継続的に活かせるような手立ての支援が重要です」という【看護師としての新たな気づき】がありました。

私自身、学生に基本的なコミュニケーション能力、専門性や個性が異なる相手に有効にアプローチする能力、葛藤を解決する能力、さらにカンファレンス等をファシリテートする能力や連携のリーダーシップをとる能力が少しずつ芽生えつつあると感じました。

また、今回対面でIPEを間近に参観・指導し合うことで、他職種の教職員間も関係性がさらに深まり、IPE以外の他カリキュラム・講義・演習での乗り入れも今後検討していく機運が高まっています。

今後も、各職種の学習過程の位置づけのもと質の高いIPEを目指し、継続し、この経験を新人看護師になったときになにかしら活かせるようにさらなる授業案の精選等を行っていきたいと考えます。

最後に、ある学生の感想「リモートではなく、実際に顔を見て、意見や考えを聴き、そして伝えることができたのは本当に有意義な時間でした。IPEを看護師国家試験前・看護学校卒業前に体験できて感謝の思いでいっぱいでした」とあるように、来年も、ぜひとも対面でIPEができることを願い結びと致します。

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

以前、量子コンピュータが実用化に入ったとの報道を耳にし、時代に遅れまいと量子力学に関する書籍を見繕って読んでことがあります。昨年末、新刊書籍『死は存在しない』の新聞広告を目にしました。副題に「最先端量子科学が示す新たな仮説」とあるこの本の著者である田坂広志氏は、『複雑系の経営』、『暗黙知の経営』などその説に惹かれていたこともあり早速入手するとともに、あらためて量子に関する書籍を読み返してみました。

ニュートン力学に染まったアナログ人間の私には、目に見える世界とその周辺しか理解が追いつかず、ついていけないところが多々ありますが、『死は存在しない』の帯に“人生が変わる一冊”とあるように、どこかワクワクさせる世界が広がっていくような気分になっている今日この頃です。

さて、今号は田中大三先生の巻頭言に始まり、山崎祥光先生による医療事故調査制度創設秘話のリレー寄稿、渡辺一郎先生による2023年動向紹介、田邊昇先生・小田原会長の研修会誌上報告、そして、重久善一先生の会計のお話、専任教員川田正輝先生の看護学校便りまで、大変力のこもったご寄稿を賜りました。この場を借りてご執筆の労に厚く御礼申し上げます。

量子力学の周辺をなぞった身として、ご執筆いただいた先生方の熱き想い(言霊)が強大な波動エネルギーとなって読者に届き、医療界を、そして社会を動かす大きなうねりとなることを信じております。そしてまた、今号の表紙、仙巖園の梅の香りが皆様の心を和ませる波動をお届けすることを心から願っております。

E.Y記

事業性ローン「医業経営 プライム」

医療機関の設備資金・長期運転資金にご利用いただけます

貸出要件緩和型

プライムⅠ

限度額	3,000万円
期間	最長7年
金利	5年以内 0.5%
変動金利	7年以内 0.7%

原則、担保不要

プライムⅡ

限度額	2,000万円
期間	最長7年
金利	5年以内 0.7%
変動金利	7年以内 0.85%

団信付き 上記金利+0.8%

原則、担保不要

鹿児島県医師信用組合

〒890-0053 鹿児島市中央町8-1 県医師会館1階

お問い合わせ先

☎ 099-251-3821

受付時間/月～金 9:00～17:00 (土日祝は休み)

鹿児島県医師信用組合

検索

ホームページ

QRコード

