

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2023年8月発行

53

CONTENTS

巻頭言にかえて	2~7
学生・研修医として見た医療事故調査制度の成り立ち	8~11
最近の気になるニュース	12~14
医療提供体制改革と医療法人の経営情報の公表制度について	15~21
第211回通常国会 医療に係る国会での話題	22~24
法律のお話 無罪判決における論理構造	25~26
看護学校だより	27
編集後記	28

当協会講演会で 医療事故調査制度を厚労省と再確認

【医療事故調査制度を再確認する－歴史の証人と行政との対話】

鹿児島県医療法人協会
会長 小田原 良治



本年8月27日、鹿児島県医療法人協会主催の講演会「医療事故調査制度を再確認する－歴史の証人と行政との対話－」を開催した。講演会の目的は、誤った方向に誘導されつつある「医療事故調査制度」の本来の趣旨を明確にすることであった。医療事故調査制度創設に直接携わった者として、厚労省担当官との間で昨年来コンセンサスを得て来た事項を、再確認し、医療関係者に広報すべく企画したものである。内容は、現在「医療事故調査・支援センター」業務を受託している日本医療安全調査機構が法令に抵触するような誤った指導を行っていることの問題点の指摘であるが、巷間、マスコミを中心に言われているような制度改正検討意見は厚労省が主導しているものではないことが明確になった。厚労省は制度創設時の本制度の趣旨を理解していることが確認されたので、対話形式の講演会で医療事故調査制度を再確認するための講演会開催となった。日本医療安全調査機構の在り方や関係者の責任については言及するに至らなかったが、これらは今後、諸兄が真剣に検討されることを願っている。

さて、当日は、坂根みち子氏、佐藤一樹氏の講演に引き続き、梅木和宣前厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長、井上清成弁護士と小田原の3人で、対話形式で医療事故調査制度の本来意味するところを再確認した。内容は、これまで、数度にわたり発表して来たものであるが、今回対話のなかで、医療事故調査制度にいう『医療事故』の「誤った理解」と「正しい理解」を対比させながら、医療事故調査制度の本来の意味を再確認した。

(1)「医療過誤」と「医療事故」とは同じではない

医療事故調査制度は、「医療の内」(医療安全)と「医療の外」(責任追及)を切り分けることによってできあがった。「医療の外」(責任追及)の概念として「医療過誤」があるのに対して、「医療の内」(医療安全)の制度としての用語として『医療事故』という用語が医療法上に規定された。『医療事故』とは、「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、(かつ)当該管理者が当該死亡または死産を予期しなかったもの」である。「責任追及」はあくまでも「医療過誤」に対してなされるべきであって、専ら「医療安全」を追求している『医療事故』として取り扱ってはならないのである。

「医療事故調査制度」の名称変更の意見を声高らかに唱える人々がいるが、これは、「医療過誤」と専ら医療安全の制度としての『医療事故』の相違を理解できていない人々から出てくる意見である。

(2)「医療事故疑い」は報告対象ではない

この制度でセンター報告すべきは『医療事故』であって、『医療事故疑い』は含まれない。医療法第6条の10の条文に明示されているように、「医療に起因する死亡」要件と、「予期しなかった死亡」要件を共に満たすものが『医療事故』と明確に定義されたのである。この『医療事故』が報告対象であり、『医療事故疑い』は含まれない。「医療事故の疑い」すなわち『医療事故』であるということではなく、「医療に起因すると疑われる死亡又は死産」が『医療事故』となりうるということである。何故このような間違いが流布されているのであろうか。最大の理由はセンターが誤った広報をしているからである。

(3)「医療起因性」の有無と「予期」の有無は両者並列に該当性を検討

「医療に起因する死亡」要件と「予期しなかった死亡」要件は、両者並列に該当性を検討しなければならない。並

列に該当性を検討し、この両要件に該当したものが本制度の『医療事故』である。

医療法では、医療起因性の有無と予期の有無という両要件を通じて、4つのバリエーションを想定している。法令上は、『医療事故』は「医療起因性のある死亡」かつ「予期しなかった死亡」であるとしているが、どちらの観点から検討を開始するかについては規定していないため、「予期の有無」について先に検討しても問題ない。一方の観点に該当した場合、もう一方の観点について検討することになるが、この際、先に検討した観点とは独立した検討を行う必要がある。(例えば、「医療起因性がある」と判断された案件については、「医療起因性がある」とされたこととは独立して、「予期の有無」について検討する必要があり、「予期の有無」を最初に判断した場合も同様である)。

(4)『医療事故』の報告件数は決して少なくはない

『医療事故』の報告件数は決して少なくはない。これは、当時の塩崎恭久厚生労働大臣が適切に答弁している。『医療事故』の報告件数が少ないという人々は「医療事故の範囲」を誤解しているのであろう。法律の条文をしっかりと読んでほしいものである。

(5)「※過誤の有無は問わない」の意味

「※過誤の有無は問わない」の本来の意味は、「医療過誤の有無は問わず、『医療事故』の有無は独立に定められている」ということである。「医療過誤」かどうかと『医療事故』かどうかは、全く個々別々に決められることである。『医療事故』か否かは、「医療起因性」要件と「予期しなかった死亡」要件のみによって判断するのであり、過誤の有無は判断項目にないということである。即ち、「医療過誤」であっても『医療事故』ではないという事案も存在しうるし、同様に「医療過誤」ではないが『医療事故』に該当するという事例も存在しうるのである。

(6)「予期」と「予見」を混同してはならない

甚だしい誤りは、「予期」を「予見」と読み変えてしまうことである。「予見」は「医療過誤」すなわち「過失」の局面の用語であり、「責任追及」と直結するものである。他方、「予期」は『医療事故』の局面において出て来た用語であり、専らの「医療安全」と直結したものである。

巷間、誤った情報が流れている主な6つの点について、厚労省担当官との間で本来の医療事故調査制度の意味するところを再確認できた。当協会会員諸氏は、誤った広報に惑わされることなく、医療事故調査制度創設時に立ち戻って制度の再確認をしていただきたい。これで『医療事故』についての理解が正しい方向に戻るものと考えている。

文献

(1)「医療事故調査制度の『医療事故』報告件数は決して少なくはない」

日本医事新報 No.5159, 63-63, 2023年3月11日

(2)「医療者を惑わす事故調・支援センター主催研修」

日本医事新報 No.5163, 58-59, 2023年4月8日

(3)「医療事故調査制度の『予期しなかった死亡』要件の『予期』を『予見』と混同してはならない」

日本医事新報 No.5166, 60-61, 2023年4月29日

(4)「『過誤の有無は問わない』の意味を間違えてはならない」

日本医事新報 No.5175, 58-59, 2023年7月1日

(5)「『医療事故疑い』は、医療事故調査制度のセンター報告対象ではない」

鹿児島市医報62(8)通巻738号, 17-18, 2023

今回の「医療事故調査制度を再確認する－歴史の証人と行政との対話」の全文を次に掲載します。参考にしていただければ幸いです。

「医療事故調査制度を再確認する—歴史の証人と行政との対話」

梅木和宣（前厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長）〔以下、「前室長」〕

井上清成（弁護士）〔以下、「弁護士」〕

小田原良治（鹿児島県医療法人協会会長）〔以下、「会長」〕

1（弁護士）

私は、このセッションの司会を務めさせていただく弁護士の井上清成です。これより、「医療事故調査制度を再確認する—歴史の証人と行政との対話」を始めさせていただきます。

本日の出席者は、前厚生労働省医政局医療安全推進・医務指導室長で医師の梅木和宣先生です。次は、鹿児島県医療法人協会会長で医師の小田原良治先生です。よろしくお願い申し上げます。

2（弁護士）

「医療事故調査制度」は、医療法に定められた法令上の制度です。ところが、医療者の医療的な感覚からすると、その医療法については、必ずしも感覚が素直にフィットしないところがある医療者もいるらしいのです。そのため、平成26年6月の制度成立から9年以上も経過しているにもかかわらず、未だに医療事故調査制度に対して誤解している医療者が残っています。問題なのは、その誤りを他の医療者に植え付けられてしまうことです。

そこで、ここでは、誤った医療者的な理解を払拭させるべく、「医療事故」の「誤った理解」と「正しい理解」とを対比させて参ります。

まずは、小田原先生、この点はいかがでしょう。

3（会長）

はい、まずは一例を申しますと、誤った医療者的な感覚からすると、患者さんやご遺族の素直な責任追及の感情を、短絡的に「医療事故」として反映させて取り扱うべきということになりかねません。しかしながら、「責任追及」はあくまでも「医療過誤」に対してなされるべきであって、それを、専ら「医療安全」のみを追求している「医療事故」として取り扱ってはならないのです。

たとえば、ともしれば、「医療事故調査制度」の名称変更の意見に共感したくなりがちな医療者の感覚も、誤った医療者的感覚の一環なのだと認識しています。

4（弁護士）

小田原先生から、このようなご認識をご披露いただきました。梅木先生は、この点、いかがでしょう。

5（前室長）

医療事故調査制度の目的は、過失に対する責任追及ではなく、原因究明と再発防止を通じた医療安全の向上であるのは同じ認識です。なお、医療事故調査の結果として過失が明らかとなり、制度で規定されているプロセスとは別に、遺族への謝罪・補償、社会への説明等の検討が必要となる場合もあると認識しております。

6（弁護士）

医療者的な感覚の一つの例ですが、私が近時、医療者向けの医療安全管理のセミナーで、次のような課題を出して、回答を求めたことがありました。

それは、下記の設問です。

「〔問〕医療法に定める医療事故調査制度に関する次の記述のうち、正しいものを選んでください。」

- (1)「医療に起因し、又は、起因すると疑われる死亡又は死産」に「該当しない死亡又は死産」については、「管理者が予期」したかどうかを検討する必要がない。
 - (2)制度では「管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」と定義されているが、ここで言う「予期」とは「予見」と同じ意味である。
 - (3)「制度の対象事案」については、「医療事故の疑い」のあるものも含むと定義されている。
 - (4)「医療過誤」に該当する事案であっても「医療事故」に該当しない事案も、制度上は存在するものとされている。
- というのですが、皆さんでしたら、正しいものは複数でもOKですが、どれであると感じるでしょうか。

7 (会長)

「正しいもの」は選択肢の(4)だと思います。

8 (弁護士)

梅木先生はいかがでしょうか。

9 (前室長)

小田原先生と同じく、まず、選択肢の(4)はその通りだと思います。例えば、医療過誤があった事案であってもそれとは関係のない併発症や原病の進行により死亡した場合には医療事故の定義には該当しないと認識しております。なお、選択肢(1)についても、医療事故定義への該当性を判断するに際しては、誤った選択肢とは言えないと認識しています。

10 (弁護士)

ありがとうございました。

ところが、大多数のセミナー受講者、いずれも医療安全担当の方々なのですが、正しいものは選択肢の(3)だと勘違いしていたのです。

「(3)「制度の対象事案」については、「医療事故の疑い」のあるものも含むと定義されている。」が正しいと勘違いしていたのです。

11 (会長)

それは、現に、「制度の対象事案」たる「医療事故」には、「医療事故の疑い」のあるものも含むと説明している医療者もいるらしいので、そのためかとも思います。それは重大な誤りです。

念のために付け加えますと、「医療事故の疑い」のあるものが「医療事故」なのではなく、「医療に起因すると疑われる死亡又は死産」が「医療事故」となりうるものであり、この点を混同してはなりません。

そのような混同や誤解は正さないといけないと思います。本日のセミナーを企画した動機の一つでした。

12 (前室長)

「医療事故の疑い」は、すなわち「医療事故」ではない、という小田原先生のお話は、正しいご認識だと思います。

13 (弁護士)

次の話題に移ります。予期の有無と医療起因性の有無という2つの要件についてです。

この点は、小田原先生、いかがでしょうか。

14 (会長)

医療法では、予期の有無と医療起因性の有無という要件を通じて、4つのバリエーションを想定し、医療事故の該当性という中で検討させようとしているのです。法令上は、①「予期の有無と医療起因性の有無という要件を通じて4つのバリエーションを想定」し、このうち「予期しなかった死亡」かつ「医療起因性のある死亡」であるものを対象としていますが、どちらの観点から検討を開始するかについては規定していないため、「予期の有無」について先に検討しても問題ないこと、②一方の観点について該当した場合、もう一方の観点について検討することになりますが、この際、先に検討した観点とは独立した検討を行う必要があること(例えば、「医療起因性がある」と判断された案件については、「医療起因性がある」とされたことは独立して、「予期の有無」について検討する必要があり、「予期の有無」を最初に判断した場合も同様である)という点は言えます。

15 (弁護士)

梅木先生、今の小田原先生のお話はいかがでしょう。

16 (前室長)

医療事故の判断に際しては、予期の有無と医療起因性のうむという2つの観点があり、「予期しなかった死亡」かつ「医療起因性のある死亡」であるかについて検討を行うというお話は、厚労省が明示しています「医療事故の定義」のとおりです。もしも医療者の方々の中に誤解があったとしましたら、その誤解の解消が必要だと思います。

17 (弁護士)

確かに「医療事故の定義」が、「予期しなかった死亡」かつ「医療起因性のある死亡」であるのと、これは現行法のものですが、これと異なり、もしも「医療事故の定義」が「予期しなかった死亡」または「医療起因性のある死亡」だとしましたら、「医療事故の範囲」が大いに広がりますね。

小田原先生、いかがでしょう。

18 (会長)

おっしゃるとおりです。

2つの要件を「かつ」で結んだのが、現行の法令です。

2つの要件が「または」になっているのは、大違いです。もしも「または」だとしますと、「予期していた死亡」かつ「医療起因性のある死亡」も「制度の対象事案」に含まれてしまいます。さらに、「予期しなかった死亡」かつ「医療起因性のない死亡」も「制度の対象事案」に含まれることになります。

この重要なポイントは、医療事故調査制度の制定当時に、当時の塩崎恭久厚生労働大臣が適切に答弁をなさっておられました。

よく「医療事故」の報告件数が少ないなどという反発の声も聞きますが、その反発は、「医療事故の範囲」の誤解に基づくものかも知れません。

19 (弁護士)

梅木先生、いかがでしょう。

20 (前室長)

確かに当時、塩崎厚労大臣より「医療事故調査制度における医療事故の定義は『医療に起因する死亡』および『予期しなかった死亡』の両者を満たす場合であるため、対象が狭くなっている」という趣旨の発言を記者会見で

していたと認識しています。

21 (弁護士)

梅木先生、ありがとうございます。

さて、「過誤の有無は問わない」という用語についても、誤って使われることがあるようですが、小田原先生、その点はいかがでしょう。

22 (会長)

もともと厚生労働省が「医療事故の定義について、○基本的な考え方」のうちの「医療事故の範囲」を明示した際に、「予期しなかった死亡」と「医療起因性のある死亡」の欄から「制度の対象事案」を示す欄の外側の注書きに「※過誤の有無は問わない」と明記したことに由来する用語です。本来の意味は、「医療過誤の有無は問わず、医療事故の有無は独立に定められている」ということです。「医療過誤」かどうかと「医療事故」かどうかは、全く個々別々に決められることなのです。したがって、医療事故であっても医療過誤ではないケースがあるのと同様、医療過誤であっても医療事故ではないケースもありうるのです。先般の設問の(4)の正しい解答のとおりです。

23 (弁護士)

梅木先生、いかがでしょう。

24 (前室長)

医療事故調査制度の対象となる医療事故の範囲は法令で定義しているところであり、「医療事故の範囲」の表の欄外に「過誤の有無は問わない」とありますので、適切に理解して運用していただきたく思っております。

25 (弁護士)

最後になりますが、「予期」と「予見」とが混同されて使われているケースもあると聞きますが、小田原先生、いかがでしょう。

26 (会長)

先ほど、「予期しなかった死亡」について述べましたが、甚だしい誤りは、「予期」のところを「予見」と読み変えてしまうことでありましょう。

27 (弁護士)

梅木室長、いかがでしょう。

28 (前室長)

医療事故の定義で使用されているのは『予期』であり『予見』とは異なりますので、誤解のないようにしていただきたいと思っております。

29 (弁護士)

皆さま、本日のお話によって、さらに一層、正しい理解を得ていただければ、と希望しております。それでは、「医療事故調査制度を再確認する―歴史の証人と行政との対話」のセッションを終了させていただきます。

小田原先生、梅木先生、ありがとうございました。ご静聴、ありがとうございました。

学生・研修医として見た 医療事故調査制度の成り立ち

京都大学医学部附属病院
血液・腫瘍科 岡崎 幸治



医療事故調査制度が施行されて8年が経とうとしている。実は、私の医師歴もまだ8年と非常に浅い。そして、医師としての研鑽を重ねる程に、現在の形で成立した「医療事故調査制度」の恩恵を痛感せずにはいられない。私は、鹿児島県医療法人協会の小田原良治会長の傍でその成り立ちを学ばせて頂いた。

この度は、若輩者ながら、このような執筆の機会を頂いた。

とはいうものの、ご高覧になる方々には医療事故調査制度の設立経緯に関して、小医よりもはるかに長く見守って来られた方々が多いと思う。

なので、本稿では、2015年医学部卒業という若輩者である私の視点から見た医療事故調査制度の設立過程と、その渦中で中心的役割を果たされた方々の動きをご紹介したいと思う。

初めに自己紹介させて頂く。

私は1989年（平成元年）生まれの熊本育ちである。現在は、京都で血液内科診療の傍ら、大学院博士課程で血液疾患のゲノム領域の研究を行っている。

私にとって、鹿児島とは思えない土地である。指宿の芋焼酎「純黒」は芋の臭みがありながらも仄かに香ばしく、しっかりとした辛口で、一番美味しい焼酎だと思っている。

私が鹿児島に初めて行ったのは、九州新幹線が開業した2004年である。開通したの「さくら」に乗って、鹿児島島の中学校を受験しに行ったが、残念ながら落ちてしまった。私の代わりに中学校の親友が鹿児島の高校に進学した。彼と文通する中で、桜島の火山灰がすごいのだ、夏の暑さは熊本よりカラッとして快適だのと教えてくれ、私は鹿児島での生活を羨ましく思っていた。

医療事故調査制度との接点

結局、紆余曲折の末、私は東京大学医学部に進学した。大学では部活動（全学の運動会応援部）に明け暮れ、授業や実習は二の次とした学生生活であった。

4年生の末に応援部を卒部して、漸く医療に目が向けられるようになり、それまでおざなりになっていた勉強に精を出した。医療の実際に興味を持ち、当時指導を受けていた先輩の案内で2014年2月22日、慶應義塾大学で開かれた「医法学セミナー」に参加した。テーマは、「医療事故調査制度」であった。それは、2012年に厚労省が俎上に上げた「医療事故調査制度」の、いよいよ法制化に向けた議論が大詰めを迎えようとしていた時であり、全国から、小松秀樹先生をはじめ、第一線の論客の錚々たる先生方があつまり、議論する場となっていた。

私はそこで初めて、小田原先生、坂根みち子先生、（東京女子医大事件当事者の）佐藤一樹先生、井上清成弁護士をはじめとした、その後の中核メンバーとなる方々にお会いした。

僭越ながら、自分の中の整理も兼ねて、少々背景をご説明させて頂く。

2007年、厚労省の「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」が開催され、2007年10月、「厚労省第二次試案」が発表され、2008年に「厚労省第三次試案・大綱案」に引き継がれた。

当時は、2004年に東京都立広尾病院事件の最高裁判決で有罪判決が確定したことや、2006年に福島県立大野病院事件が発生し、分娩した患者の死亡に関して医師が逮捕され刑事事件化（後に無罪確定）するなど、「医療事故・医療過誤」が社会問題化していた。その風潮の中で、行政当局にも、医師免許停止などの行政介入を的確に行うべきとの社会的要請が高まってきていた。

ここで、「厚労省第三次試案・大綱案」について概略をお示しする。「厚労省第三次試案・大綱案」が提唱するのは「死因究明制度」である。ただし、その制度では、厚労省の強力な監督権限による診療関連死の届け出の義務化のみならず、民事・刑事・行政処分のためにその過程で作成された調査報告書を用いることが可能となり、医療者の「責任追及」に繋がり患者との紛争が助長されうる。つまり、遺族からの要請があれば、支部の地方委員会が医療事故調査を開始し、立ち入り検査や出頭要請を含めた、医療機関に対する捜査を行うことができるのだ。しかも、届け出を怠った場合、医療機関にはペナルティが課せられる。

一方で、医療に関する有害事象の報告システムについてのWHOのドラフトガイドラインでは、報告システムは、「学習を目的としたシステム」(再発防止)と、「説明責任を目的としたシステム」(責任追及)に大別され、これらの目的は両立し得ないと明示されている。(責任追及を目的としたシステムでは、医療者が萎縮するため医療安全に資する適切な情報収集ができないためである。)

しかし、2008年当時は、前述したような「強制力を有する責任追及型」の制度が考案されていた。「再発防止」を掲げる現在の医療事故調査制度とは全く反対の制度が作られようとしていたのだ。

当然ながら医療崩壊を助長すると懸念されたこの「第三次試案・大綱案」は医療界の猛反発にあった。そして、2009年の自民党→民主党への政権交代や、福島県立大野病院事件、東京女子医大人工心肺事件の無罪判決と重なり、医療事故調査制度は一旦棚晒し状態になった。

ところが、2012年に厚労省が再度「医療事故調査制度」として死因究明制度を俎上に上げてきた。再び、現場の医療を監視する中央集権的な監督府の設立に向けて、歯車が動き出してしまったのである。

当時、医学部5年生であった私は、このような事情に関して全く無知であった。

これぞジェネレーションギャップである。

そもそも、厚生労働省が検討会を立ち上げ、「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案」(第二次試案)を公表したのは2007年10月。当時、私は高校3年生で、医学部に入学できるかも分からなかった。更に、2008年4月に「第三次試案・大綱案」が公表された時、私は大阪で浪人生活の最中であり、外界との通信を自ら遮断していた。これらの事件が将来如何程の影響をもたらさうかは知る由も無かった。

このようにして、私の世代は、医療界で「死因究明制度」に対する危機意識が涵養された時代はまだ高校生や大学生であり、医療が中央集権的に監視される恐怖を感じたこともなければ、ましてや状況を認知すらしていなかった。

「現場の医療を守る会」の発足

今から回顧すれば、2014年、大学5年生で「巷のありふれた市民講演」と勘違いして参加したあの「医法学セミ

ナー」は、全国の「反・死因究明制度」を掲げる医療界きっての論客が小田原先生を中心に収斂した、象徴的な場であった。

当日、私は会場設営を手伝いつつ、会合を聴講した。

本講演の前に、井上清成弁護士の呼びかけで、中心メンバーが集められ話し合いが行われていた。今後医療界がどう動くべきかという議論の中で、佐藤一樹先生が、「医師法21条の変更も併せて行うのは無理です。その方向性で行くなら私は参加しません。」と明言した。当時、状況は全く理解できなかったのだが、一人ひとりの発言からは緊迫感が伝わり、徐々に違和感を覚え始めた。

講演会の後、近くの居酒屋で懇親会が行われた。そこで、集まった先生方が今後の意見交換のために、メーリングリストを作成することが決まった。グループの代表は、坂根みち子先生となった。その場の流れで、坂根先生より「じゃあ、岡崎君、メーリングリスト、作ってくれる？」と声掛け頂いた。

その日から、私宛に、メーリングリストの新規登録者の名前が次々に送られた。全国の著明な弁護士や政治家の連絡先が送ってこられた。良く理解できないまま、凄まじいうねりの渦中に迷入してしまった気がし始めた。

後日、この会は坂根みち子先生を代表とする「現場の医療を守る会」と称されることとなった。後に最大の功労を果たされる小田原先生をはじめ、全国の医療者、法学者、政治家を含めた、総勢50人以上から発足し、医療現場の視点から医療事故調査制度を無害化する急先鋒を担うこととなった。私は、世話人の端くれとして、ホームページの作成、メーリングリストの管理などの、事務的なことをお手伝いさせて頂いた。当時、私は大学6年生であった。

この中心メンバーたる世話人の方々のエネルギーは凄まじかった。毎日メールでのディスカッションが行われた。厚労省官僚の発言内容が事実と異なると判明した時など、何か急な動きが出てきて議論が活発化すると、昼夜問わず四六時中メールの通知が鳴りやまなかった。

やがて、改正医療法の成立により医療事故調査制度が発足することとなり、その実際の運用を定める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）（2014年11月14日第一回開催）が開催されることとなった。実は、この厚労省検討会に構成員として参加した小田原先生がその議論の主導権を握った。「日本医療法人協会医療事故調ガイドライン」が議論のたたき台となったからである。それは、「現場の医療を守る会」の中核メンバーが夜を徹しながら作業し、わずか4カ月という神速で完成させたものだった。



現場の医療を守る会の中心メンバーによる「現場からの医療事故調ガイドライン」検討会議
某日18時 @日本医療法人協会本部



21時_場所を移して続行



24時_場所を移して続行

学生であった私はその熱意に強く感化された。そればかりでない。厚労省検討会が山場を迎えようとした時、その議論と離れて一般向けメディアや政治家などを巻き込んで場外戦に持ち込む動きがあった。その際も、すぐにメールで激烈な議論が巻き起こり、そのわずか4日後に佐藤一樹先生や坂根みち子先生が厚労省政務官に面会しメディアへの記者会見を開くことで、その動きが是正された。「現場の医療を守る」という強い信念による結束の要となったのが、医療法人協会の医療安全調査部会長である小田原先生と弁護士の井上清成先生である。この方々のおかげで、「医療事故調査制度」が現在の落ち着いた形で成立したと言っても過言ではない。

研修医として携わった医療事故調査制度

2015年、私は大学を卒業し、山形県酒田市の3次救急病院、日本海総合病院に研修医として就職した。幸い、当時病院長の栗谷義樹先生、病院長代理（後の病院長、現・病院機構理事長）の島貫隆夫先生が、「現場の医療を守る会」の世話人として勉強することの重要性を理解して下さったため、研修医の立場で会合に出席することができた。

田邊昇弁護士・医師と、島貫院長が意見交換して頂く場を設けることが出来たし、当院の医療安全講習会に、井上清成弁護士、佐藤一樹先生を講師として招くことができた。この講習会には、他院からも多くの医療関係者が参加し、山形県での医療事故調査制度・医師法21条に関する法律に則った正しい運用方法が定着する契機となった。今思えば、非常に恵まれた研修環境だった。

「医療事故調査制度」の議論は、法曹界や患者団体など、様々なステークホルダーの思惑で混沌としていた。ところが、最前線で医療現場を支えている「一般の医療当事者」は、日頃の業務故か、もっとも発信力が弱かったように思われる。このような複雑な重力場の中で「責任追及を目的とした制度」から医療現場を守った、その最大の功労者である小田原先生は、鹿児島島の郷中教育が生み出した明治期の偉人にならぶ、医療界が誇るべき英傑であると思う。

次の世代の医療者に課せられた課題

現状をみると、医療界には、医師法21条の正しい法的解釈や、医療事故調査制度の趣旨への理解が広く浸透しているとは言えない。更に、私などの若手医療者はその設立経緯を知る者がごく少なければ、大学の授業でも取り上げられにくい。（ために、皆様の近くの若手医師に、「大野病院事件って知ってる?」と聞いてみて頂きたい。産婦人科でない限り、殆どの方が知らないはずだ。）

このままでは、将来、責任追及型の公的制度ができてもおかしくない。なぜならば、この「医療事故調査制度」は無害な形とはいえ成立しており、今後も存続するからだ。一方、医療自体が日進月歩で進む中で、残念ながら医療事故がなくなることはない。被害者患者・ご遺族に医療不信を生じる種は根絶やしにはできず、彼らの代理人となる法曹関係者には「医療事故調査制度」を係争に用いるインセンティブがつきまとう。油断すれば、「医療事故調査制度」が「責任追及」の目的に軍事転用されるかもしれないのだ。

実際、医療安全調査機構は届け出件数が足りないという根拠が不明な主張のもと、届け出の範囲を拡大しようとしているという動きがあると聞く。さらに、「医療事故調査支援センター」への届け出を促すための「ご家族、大切な方のためにぜひ知っておいてください」とはじまる、患者向けの広報ポスターも発刊されている。（制度上、届け出の判断を行うのは「病院管理者」であり、「患者」ではないにも関わらずである。）

<https://www.medsafe.or.jp/uploads/uploads/files/2022poster.pdf>

このように、届け出範囲が制度の趣旨に反してまで拡大されようとしている現実がある。

その中で、私のような若手医療者がすべきことは、まず何よりも、患者に寄り添い、信頼構築に一層努めることである。患者の信頼と理解を得ながら共に、不確実性の高い医療に臨む関係を構築しなくてはならない。次に、自らの日常診療において医療事故の防止策を点検し、医療安全に絶えず努めなくてはならない。そして最後に、この「医療事故調査制度」をしっかり理解しなくてはならない。医療者自身が、医療事故調査制度を歪曲しようとする力学に無防備であることが、将来の患者へ奉仕する環境、ひいては患者への不利益に繋がらう。

私は、幸いにして医療事故調査制度の成立過程を間近で見ることができた。この学びを糧に、今後も医療者が患者に献身できる環境を維持できるように、精進を続けたいと思う。

最近の気になるニュース

(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



今回は、最近の気になるニュースから6点述べさせていただきます。

- ①医療法人の経営情報の報告が義務化
- ②医療法人事業報告書等の様式変更
- ③令和5年度立入検査要綱の主な改正内容
- ④令和6年度以降の医療監視について
- ⑤診療報酬改定は6月1日施行、令和6年度から
- ⑥勤務医の労働時間短縮の補助金について

①医療法人の経営情報の報告が義務化

令和5年8月決算の医療法人を皮切りに、経営情報の報告が義務化となります。5月27日開催の総会時に、公認会計士の石井孝宜先生の講演を聞かれた会員の皆様は、すでにご承知のことと思いますので、詳細につきましては省略いたしますが、すべての医科、歯科の医療法人が対象となります。（*ただし、社会保険診療報酬の所得計算の特例を適用して所得の金額を計算した場合には、当該年度に係る報告は対象外となります。）

7月31日に詳細な取扱いが公表されていますので、ご確認ください。

②医療法人の事業報告書等の様式変更

令和5年8月決算法人より、決算終了後に県に提出する医療法人の事業報告書等の様式が変更となります。医療法人が開設する医療施設、介護施設のコード番号を記載することになりますので、鹿児島県庁のホームページで確認ください。

③令和5年度立入検査要綱の主な改正内容（令和5年4月1日施行）

令和5年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査（いわゆる医療監視）要綱の改正項目にサイバーセキュリティ確保のための取組状況が位置づけられました。

医療機関等に対するサイバー攻撃は近年増加傾向にあり、その脅威は日増しに高まっています。医療機関が適切な対策をとることで、こうしたサイバー攻撃等の情報セキュリティインシデントによる患者の医療情報の流出や、不正な利用を事前に防ぐことが重要です。

医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策について、厚生労働省が作成している「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照の上、適切な対応を行うこととしているところですが、このうち、医療機関が優先的に取り組むべき事項をまとめたチェックリストおよびマニュアルが作成されました。医療機関および医療情報システム・サービス事業者は、マニュアルを参照しつつチェックリストを活用して、日ごろから実のあるサイバーセキュリティ対策

を行うこととなっています。なお、立入検査では、病院、診療所および助産所においてサイバーセキュリティ確保のために必要な取組を行っているかを確認することとしています。令和5年度は、「医療機関確認用」、「事業者確認用」のすべての項目について、1回目の確認の日付と回答等が記入されていることを確認します。このうち、連絡体制図は現物を確認されますので、立入検査までに作成しなくてはなりません。

今年度から確認されますので、早めの準備をお勧めいたします。

④令和6年度以降の医療監視について（令和6年4月1日施行）

令和6年4月以降、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査（医療監視）において、全医療機関を対象に医師の時間外・休日労働時間に応じた、適切な追加的健康確保措置の履行について、確認されることになりました。

令和2年12月22日発表の「医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめ」において、医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項として、都道府県が追加的健康確保措置の実施状況を医療監視で確認を行い、必要に応じて指導、改善命令を行うとされています。

○検査項目1:面接指導の実施（全医療機関）

【確認事項】

- ・時間外・休日労働が月100時間超となった医師に対して、面接指導が実施されている。

【確認方法】

- ・直近1年間分の医師に係る月別の時間外・休日労働時間数がわかる資料（例：賃金台帳、勤怠管理表や勤怠システムの記録等）の提出を求め、面接指導対象医師を抽出。

○検査項目2:就業上の措置（全医療機関）

【確認事項】

- ・面接指導対象医師に対する面接指導実施後、必要に応じて、労働時間の短縮、宿直の回数の減少その他の適切な措置（就業上の措置）を講じている。

【確認方法】

- ・検査項目1で抽出された面接指導対象医師について、医療機関が保存する「長時間労働医師面接指導結果及び意見書」の提出を求め、面接指導実施医師の意見内容を確認。
（就業上の措置を求める内容となっているかを確認）
- ・就業上の措置の記録の提出を求め、内容及び実施時期（遅滞なく実施されているか）を確認。

○検査項目3:労働時間短縮の措置（全医療機関）

【確認事項】

- ・時間外・休日労働が月155時間超となった医師について、労働時間の短縮のために必要な措置を講じている。

【確認方法】

- ・検査項目1で抽出された面接指導対象医師において、時間外・休日労働が月155時間超となった医師を抽出。
- ・労働時間短縮のための措置の記録の提出を求め、内容及び実施時期（遅滞なく実施されているか）を確認。

○検査項目4: 休憩時間・代償休息の確保 (特定労務管理対象機関のみ対象)

【確認事項】

- ・特例水準医療機関の医師のうち、時間外・休日労働時間が年960時間超となることが見込まれる医師に対し、休息若しくは代償休息が確保されている。

【確認方法】

- ・特例水準医療機関のうち、時間外・休日労働時間が年960時間超となることが見込まれる医師一覧の提出を求め、確認対象を特定。
- ・直近1年間分の勤務計画(シフト表)、勤怠管理表等の記録の提出を求め、上記医師について事前に予定された勤務開始時から一定の時間を経過するまでの休憩時間の確保状況を確認。

令和6年以降は、直近1年間の医師の勤務状況を求められますので、医療監視に対応できるように医師の勤怠管理の継続をお願いします。

⑤診療報酬改定は6月1日施行、令和6年度から

厚生労働省は8月2日、通常2年に1回行われる診療報酬改定の施行を、これまでの4月1日から6月1日に2カ月後ろ倒しする案を中央社会保険医療審議会に示しました。報酬改定をはさむ2～5月ごろに、バンダーや医療機関に大きな業務負担が生じる「デスマーチ」を解消するのが狙いで、診療報酬改定DXの一環として令和6年度から対応します。一方、薬価改定はこれまでの4月1日施行を維持します。

⑥勤務医の労働時間短縮の補助金について

「地域医療介護総合確保基金 事業区分VI」において、病床数×133,000円を勤務医の労働時間短縮に資する経費補助制度があります。鹿児島県庁のホームページ上で募集しておりますので、ご確認ください。

「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」の活用事例とポイント



補助は **何** に使える?
働き方改革を推進するのにもっと**資金**が必要!
問合せ はどこに行けばいい?



そんなあなたのために
お答えします。

補助対象経費のこれまでの活用事例

以下の活用事例は、医師の労働時間短縮を強力に進めていくために、働きやすく働きがいのある職場づくりに向けに医療機関全体の効率化や勤務環境改善の取組に活用された事例をご紹介します。

人材確保に関する経費	ICT機器、設備費等	勤怠管理関係機器	委託費、その他
<ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフト/シエアに係る新規雇用費 ・複数主治医制の導入経費 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 日直・当直明けの勤務医新規雇用 ✓ 勤務医の新規雇用 ✓ 夜勤勤務医の新規雇用 ・医師事務作業補助者等(診療報酬の加算とならない範囲)の確保経費等 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者説明用のタブレット端末、AI問診システム等の初期購入費 ・画像診断システム、画像ファイリングシステム等の導入に係る費用 ・WEB会議システムの構築費 ・医師当直室及び休憩室の改修整備等 	<ul style="list-style-type: none"> ・勤怠管理システム(タイムカード、ピーコンシステム等)の導入・連携に係る経費 ・勤怠管理システムと連携したスマートフォン等の備品購入費 ・勤怠管理システムと電子カルテとの連携費等 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の意識改革に資する研修事業費、各職能団体実施の研修受講料 ・タスク・シフト達成のため、医療勤務環境改善のためのコンサルタント、人事制度等のアドバイザー(社会保険労務士)の業務委託費等

資産につながる経費は事業者負担を求めます

ポイント

- **補助算定方法について**
病床数 × **133,000円**が補助基準(上限)額 * 病床機能報告における最大使用病床数
(例: 300床の病院の場合、約 3,990万円が補助基準(上限)額)
- **補助の対象となる医療機関について**
年間の救急搬送件数が 2,000件未満であって、時間外・休日労働時間が 年960時間超え(派遣先は通算)又はその予定がある勤務医がいる医療機関のうち、一定の要件を満たす医療機関。(詳細は各都道府県の補助交付要綱をご確認ください)
留意点: 診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。
- **問合せ先** (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/)
補助事業の活用をご検討・ご相談の際は都道府県にお問合せください。

以上は、毎年各都道府県に宛てて送付する「医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特別交付金及び地域介護支援臨時特別交付金の運用について」(一部改正)に記載されている「地域医療介護総合確保基金管理運営要綱」(勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業)の別記3のポイントを簡潔にまとめた内容です。留意点は、都道府県毎に、補助交付要綱が異なるので補助の条件にあたっては、各都道府県で示されており、補助交付要綱をご確認ください。

以上、最近の気になるニュースの概要をお示しましたが、今後出される詳細な情報を確認くださるようお願いいたします。

講演報告1

医療提供体制改革と医療法人の 経営情報の公表制度について

公認会計士

一般社団法人日本病院会・監事 石井 孝宜



本年5月27日、鹿児島県医療法人協会において「医療法人の経営情報の公表制度とかかりつけ医機能報告制度」と題する講義をさせていただきました。

メインテーマは、医療法人の経営情報の公表制度でありましたが、医療提供体制に関する今般の改革を俯瞰し全体像を理解するという意味から本講では5月12日に成立した「全世代社会保障法案の概要」についてもご説明することとしました。

○成立した全世代社会保障法案の概要について

全世代社会保障法案の正式な名称は、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」です。

改正内容の骨格は、1. こども・子育て支援の拡充、2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し、3. 医療保険制度の基盤強化等、4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化とされ、その趣旨は、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる」とされています。

出生から看取りという人の一生について、これから本格的に到来する少子・人口急減・超高齢社会における社会保障制度の見直しの一步と思われる内容となっています。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要	
改正の趣旨	全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。
改正の概要	<p>1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。 ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国、都道府県・市町村で負担することとする。 <p>2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健康法、高齢法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。 ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。健康連で行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が小さくなる場合の財政支援の拡充を行う。 <p>3. 医療保険制度の基盤強化等【健康法、船員保、国民保、高齢法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必須として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び業務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。 ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。 ③ 経路措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。 <p>4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【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、健康法、介護保険法、高齢法等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。 ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。 ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。 ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。 ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。
施行期日	令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4④は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

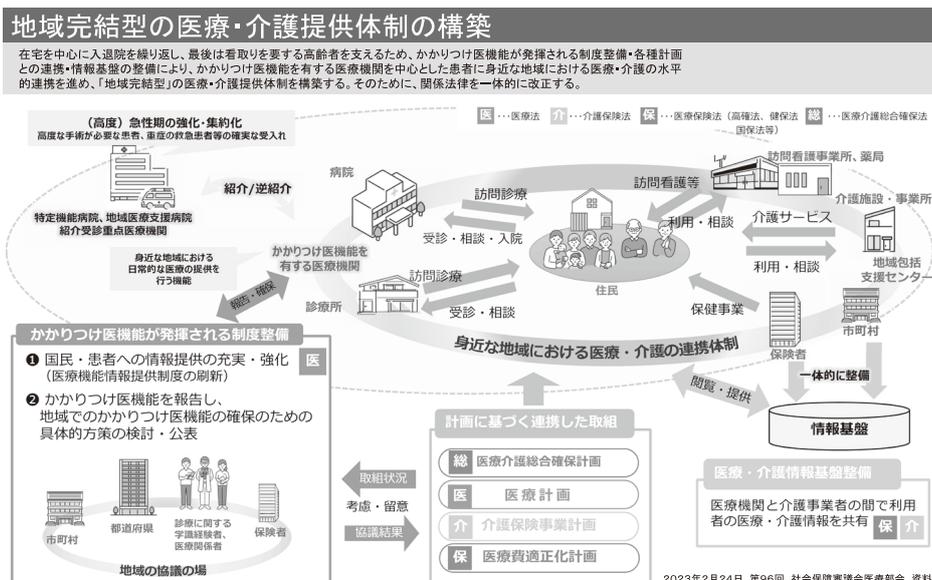
改革の柱の4つ目が、病院経営と深く関わりの生じる医療提供体制関連改革となります。医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化と題された改革の内容は5項目で以下の内容となっています。

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

○最重要改正事項「かかりつけ医機能」関係制度創設について

医療・介護提供体制改革の最初の項目とされた「かかりつけ医機能」に関する制度創設は、過去から様々な視点により議論されてきたものであり、医療提供者、医療の受け手の双方に大きな影響を及ぼす可能性のあるものと考えられます。また、今後の超高齢化により益々必要となる在宅医療との関わり、介護サービスとの関わりも重要なものであると思われまます。

厚生労働省等が最近様々な会議に提出してる地域完結型の医療・介護提供体制のイメージは、2年後に施行されるかかりつけ医機能報告制度を理解する上で必要なものであるため以下に掲載しました。



新たな制度創設に際しては、そのための検討会が開催され、様々な立場の関係者と第三者としての学識経験者等により構成され、議論を尽くし結論を出し、法律創設のベースオピニオンとしますが、「かかりつけ医機能」に関する制度創設は少し趣が異なりました。

そのためでしょうか、法律成立時の参議院において以下の附帯決議がなされました。

「新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。」(参議院・附帯決議)

本制度は、以下の3つの項目、すなわち、(1)医療機能情報提供制度の刷新、(2)かかりつけ医機能報告の創設、(3)患者に対する説明から成り立っていますが、その最大の柱であるかかりつけ医機能報告の施行は、令和7(2025)年4月であり、これから検討の場が設けられることになります。

[かかりつけ医機能が発揮される制度整備]

2023年2月24日 第96回社会保障審議会医療部会資料

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- ・ かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

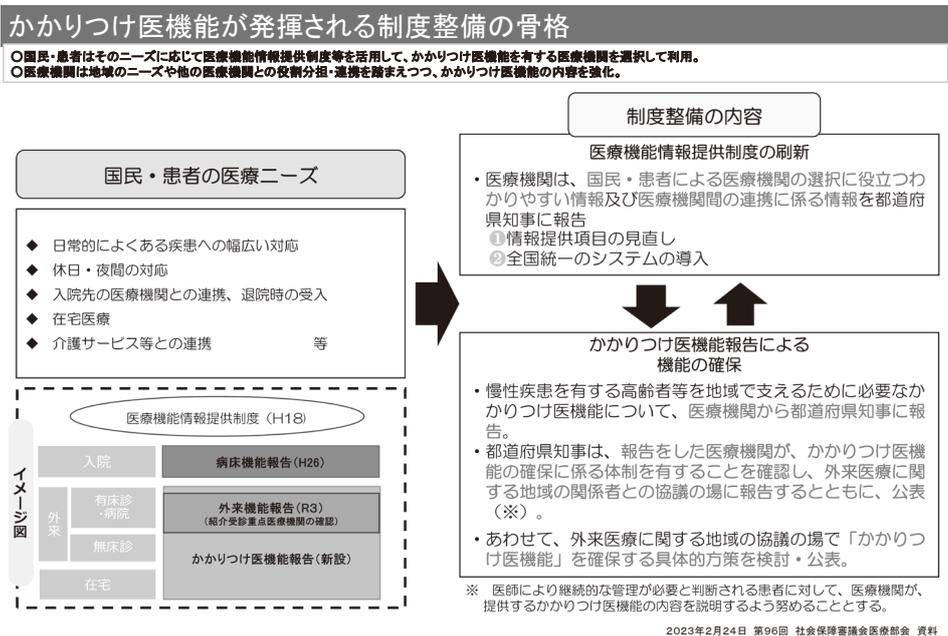
(2) かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

現時点において説明されているかかりつけ医機能が発揮される制度のイメージは以下の通りであり、かかりつけ医機能とは慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要な機能であり、その要件を満たした医療機関は都道府県知事に報告し、知事は要件を満たしているかどうかを確認し、地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する制度とされています。そして、かかりつけ医機能を有して都道府県知事に報告する医療機関は、法律上診療所に限られていません。



○医療法人と大きな関わり「経営情報のデータベース構築」制度創設について

次に、5月27日講義の中心とした医療法人の経営情報のデータベース化といわれてきた制度創設について説明します。

この法律は、法律案の概要では「医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する」と説明され、改正医療法の条文においては「医療法人に関する情報の調査及び分析等に関する事項」とされています。

出てくる言葉は、義務と調査と分析であり、とても硬い雰囲気を感じます。名は体を表すかもしれないと財務の専門家としては感じています。

この件は以下の流れで、主に内閣・官邸において検討が続けられ、厚生労働省において正式な検討会も開催され、法律として成立し、大変早期に本年8月1日からの施行となりました。

○ 改革工程表2020（令和2年12月18日）

- ・ 2023年度までにアップロードによる届出・公表を可能とする仕組みの検討とアップロードするデータベースの整備を行う。

○ 自)財政再建本部報告（令和3年5月25日）

- ・ 2021年度分以降の医療法人の事業報告書等について、社会福祉法人同様、アップロードによる届出・公表を可能とする仕組みの整備とデータベースの構築の前倒し実行
- ・ 損益状況の施設別区分、収益の入院診療・外来診療区分、費用の主要費目区分など事業報告書等の内容の充実や「病床機能報告」等との連動のための医療機関のコード管理など事業報告書等の政策利用効果の向上の検討

○ 経済財政運営と改革の基本方針2021、デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和3年6月18日）

- ・ 医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を整備する。

○ 大臣折衝事項（令和3年12月22日）

- ・ 医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整える。アップロードによる届出は令和4年3月決算法人から開始する。

○ 改革工程表2021（令和3年12月23日）

- ・ 2023年度までに医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整える。

○ 全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理（令和4年5月17日）

- ・ 看護、介護、保育などの現場で働く人の処遇改善を進めるに際して事業報告書等を活用した費用の見え化などの促進策のパッケージも進めるべきである。

○ 経済財政運営と改革の基本方針2022（令和4年6月7日）

- ・ 経営実態の透明化の観点から、医療法人・介護サービス事業者の経営状況に関する全国的な電子開示システム等を整備する

成立した新たな制度は、以下のイメージで説明されています。

【医療法人・介護サービス事業者の経営情報の調査及び分析等】

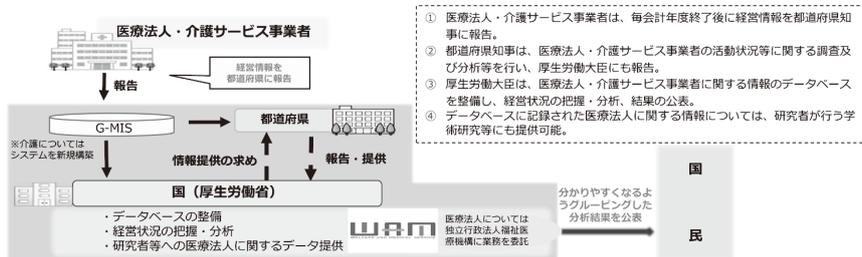
医療・介護の置かれている現状と実態を把握するために必要な情報を収集し、政策の企画・立案に活用するとともに、国民に対して丁寧に説明していくため、①医療法人・介護サービス事業者の経営情報の収集及びデータベースの整備を、②収集した情報を国民に分かりやすくするよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関する情報を研究者等へ提供する制度を創設する。

【施行日：①及び②（医療）令和5年8月1日（介護）令和6年4月1日③は公布日から三年以内に政令で定める日】

【データベースの概要】

- ・ 対象：原則、全ての医療法人・介護サービス事業者
- ・ 収集する情報：病院・診療所及び介護施設・事業所における収益及び費用並びに、任意項目として職種別の給与（給料・賞与）及びその人数
- ・ 公表方法：国民に分かりやすくするよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表

※収集する内容は、病床機能報告・外來機能報告等と連携させるとともに、データの活用にあたっては、公立医療機関の経営情報などの公開情報及び、必要に応じて統計調査も活用した分析等に取り組む。



2023年7月7日 社会保障審議会医療部会 資料(色付強調)

また、施行に関しては以下のイメージで対応が行われています。

医療法人の経営情報に関するデータベース(MCDB)の施行(令和5年8月分)について

改正の概要

- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号。以下「改正法」という。）の一部の施行に伴い、並びに改正法による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「改正後医療法」という。）第69条の2及び医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の14の規定に基づき、都道府県知事が行う医療法人に関する情報の調査及び分析等について、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第4号）において、必要な規定を整備するもの。
- 令和5年8月1日の施行に向けて、同年7月下旬の公布に向けた必要な準備を進める。

改正後医療法（第9）（令和5年8月1日施行）	医療法施行規則（第9）の主な改正の内容（案）
第69条の2 都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項（第9）について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。	① 改正後医療法第69条の2第3項の分析の結果その他地域において必要とされる医療を確保するために都道府県知事が必要と認めるもの（個人の権利利益が害されるおそれがある部分を除く。）とする。
2 医療法人（厚生労働省令で定める者（第9）を除く。）は、厚生労働省令で定めるところ（第9）により、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項（第9）を都道府県知事に報告（第9）しなければならない。	② 租税特別措置法（昭和32年法律第26号）第67条第1項に規定する計算の特例（いわゆる「四段階税制」）を適用して最終会計年度の所得の金額を計算した医療法人とする。
3 厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項（第9）に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。	③ 次に掲げる方法のいずれかにより、毎会計年度終了後3月以内（医療法第51条第2項の医療法人にあっては、4月以内）に行わなければならないものとする。 ・ 電磁的方法を利用して自ら及び当該報告を受けるべき都道府県知事が同一の情報を閲覧することができる状態に置く措置を講ずる方法 ・ 書面の提出
4 厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項（第9）に関する情報の提供を求めることができる。	④ 次に掲げるものとする。 ・ 病院又は診療所（以下「病院等」という。）の名称、所在地その他の病院等の基本情報 ・ 病院等の収益及び費用の内容 ・ 病院等の職員の種類別人員数その他の人員に関する事項 ・ その他必要な事項
5 都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するときには、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法（第9）によるものとする。	⑤ 次に掲げるものとする。 ・ 医療法第52条第1項各号に掲げる書類（事業報告書等、監事の監査報告書及び公認会計士等の監査報告書）に記載された事項 ・ 改正後医療法第69条の2第2項の規定による報告の内容 ・ その他必要な事項
	⑥ 電磁的方法を利用して自ら及び厚生労働大臣が同一の情報を閲覧することができる状態に置く措置を講ずる方法その他の適切な方法とする。

2023年7月7日 社会保障審議会医療部会 資料

上記の新たな法律と今既にある医療法人の事業報告書等の報告について全体を整理すると以下の通りとなります。

- 「医療法人に関する情報の調査及び分析等に関する事項」という項目で、新制度創設の法律成立し、8月1日施行
- 報告内容の詳細は、7月末までには公表される予定であるが、経営内容、即ち毎期の決算に関する情報、具体的には損益計算書と貸借対照表の報告であり、法人全体だけでなく病院・診療所毎のデータを報告
- 病院・診療所のデータは、医療法人会計基準ではなく病院会計準則をベースとする

- 対象となる医療法人は、原則すべての医療法人。小規模な医療法人で特例が認められるのは、四段階税制を適用している約60法人のみを予定。
- 即ち、医科診療所、歯科診療所を開設する一人医師医療法人も対象
- データベースの構築は都道府県ではなく全国レベル、公表も福祉医療機構が一元的に行う
- 但し、公表されるデータは個別情報ではなくグルーピングされた情報
- 職種毎の給与情報の提出は任意
- しかし、全世代型社会保障構築会議・公的価格評価検討委員会は職種別給与の見える化を強く要請しており、予断を許さない(参議院附帯決議にも明記)
- また、医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度も創設される
- 新しい制度創設以外の事業報告書等の届出事務・閲覧事務のデジタル化も行われるので、新たに創設された制度と今までの事業報告書等の報告・閲覧制度の全体像の理解が不可欠

この制度の創設によって、何がかわるのか当事者としてしっかり確認し、認識されることをお勧めします。

○その他の医療提供体制改革について

(1)医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。

目的達成のため、新たに介護基盤情報の基盤整備を行うとしたため、刷新される医療情報提供制度とともに医療と介護の情報提供の両輪となるかもしれません。

[介護情報基盤の整備]

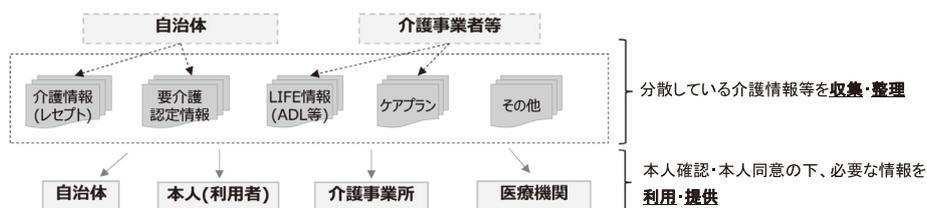
改正の趣旨

- ・現在、利用者に関する介護情報等は、各介護事業所や自治体等に分散している。今般、医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協働して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、**自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備**する。
- ・具体的には、自治体、利用者、介護事業所・医療機関について、以下のような効果が期待される。
 - ✓自治体：利用者が受けている自立支援・重度化防止の取組の状況等を把握し、地域の実情に応じた介護保険事業の運営に活用。
 - ✓利用者：利用者が自身の介護情報を閲覧できることで、自身の自立支援・重度化防止の取組の推進に繋がる。
 - ✓介護事業者・医療機関：本人同意の下、介護情報等を適切に活用することで、利用者に提供する介護・医療サービスの質を向上。
- ※ さらに、紙でのやり取りが減り、事務負担が軽減される効果も期待される。
- ・こうした情報基盤の整備を、**保険者である市町村が実施主体であり、地域での自立した日常生活の支援を目的としている地域支援事業に位置付ける。**

改正の概要・施行期日

- ・被保険者、介護事業者その他の関係者が当該被保険者に係る介護情報等を共有・活用することを促進する事業を**地域支援事業として位置付ける。**
- ・市町村は、当該事業について、**医療保険者等と共同して国保連・支払基金に委託**できることとする。
- ・施行期日：公布後4年以内の政令で定める日(予定)

<事業のイメージ> ※共有する情報の具体的な範囲や共有先については検討中。



2023年2月24日 第96回 社会保障審議会医療部会 資料

(2)地域医療連携推進法人制度の改正

参加者の範囲の拡大を目指し、一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入しました。

第211回通常国会 医療に係る国会での話題

(令和5年3月25日 講演録)

参議院議員
梅村 聡



日本維新の会、参議院議員の梅村聡です。本日はお招きをいただきまして本当にありがとうございます。小田原先生からは10年以上前にも鹿児島県医療法人協会としてお招きいただいたこともあります。またその後も、「医療事故調査制度」をテーマに様々なご指導をいただいております。今日、こうやって小田原先生に再び呼んで頂いたことを本当に嬉しく思っております。

私がなぜ、「医療事故調査制度」の課題に興味を持ったのかといいますと、私が政治家になるきっかけのひとつが「福島県立大野病院事件」だったからです。この事件は、手術を受けた妊婦さんが亡くなられたという大変残念な事案でしたが、その手術を担当した医師が警察に逮捕される、すなわち刑事事件として検挙・立件されるという医療界としては衝撃的な展開となりました。しかも逮捕されたのは、事案が起こってから相当な日時が経ってからであり、色々と疑問が残る案件でもありました。当時は、医療事故に関して、原因究明や再発防止を行える機関が公的にはなかった時代ですので、警察側としては「患者さんご遺族の希望をかなえた」と言いたかったのだと思いますが、そもそも警察は原因究明や再発防止ができる機関ではありません。そこで国としては「医療事故調査制度」を作ろうという話になりました。その制度の当初案にはいろいろな課題が残っていたのですが、その課題のひとつに「医療事故調査制度で医療事故を調査し、悪質事案は医療事故調査制度から警察に届け出る」というものでした。せっかく警察とは異なるアプローチ方法を作ろうとしていたのに、出てきた案は「医療事故調査制度は『警察の出先機関』である」みたいなものだったのです。この頃に、私は小田原先生に出会い、様々な論点を一緒に考える、あるいはご指導いただく間柄となりました。現在も小田原先生は医療界だけではなく患者さんの視点からも、あるべき「医療事故調査制度」を確立するために奔走されています。これからもご指導をお願いしたいと思っております。

2023年1月23日から150日間にわたる通常国会が行われています。今国会で、私が取り組んでいる課題をいくつかご紹介させていただこうと思います。

私は日本維新の会では「新型コロナ対策本部長」を務めています。私は国会議員として、たとえば与野党の実務者の連絡協議会で議論をしたり、また大阪府の吉村洋文知事等とも連携して、厚生労働省との話し合いを行ったりしていました。そのような中で、党としては「いつまで、この新型コロナウイルス感染症を『新型インフルエンザ等感染症(2類相当以上)』として扱い続けるのか?もう速やかに『5類感染症』に移行すべきではないのか?」と問いかけ続けていました。このことは本年5月8日をもって「5類感染症」に位置づけられることで一応の解決をみることになります。しかし、そもそも、なぜ2類だの5類だの騒ぎになったのか?その背景を考えるべきだと思います。まず、そもそも「新型インフルエンザ等感染症(2類相当以上)」に置くメリットは何なのかという点です。これは「公衆衛生の力を

強くして、感染の蔓延を防ぎ、医療に負荷をかけないようにしよう」というものです。一言で言えばそういうことになります。しかし我々が大阪府やその他のデータを分析してみると、公衆衛生の力を強くしすぎて、医療の介入が遅れ、すなわち「早期発見・早期治療」がしにくくなり、高齢者を中心に重症者や死亡者が発生しているということが分かってきました。ですので2類か5類かみたいな話は、病気の怖さを示しているのではなく、地域包括ケアシステムの中でどのように新型コロナを扱うか問われているのだと思います。今回の新型コロナに対する厚生労働省の対応のモデルは、やはり結核対応に近かったのだと思います。例えば「濃厚接触者」や「隔離」といった概念は、結核そのものですが、潜伏期間が半年近くにもおよび、年間発症者が1万8000人程度の結核と、潜伏期間が数日、年間発症者が何百万人にもなる「新型コロナ」の扱いには当然違いがあるはずで、公衆衛生の力を引き下げて、医療の出力を上げるためにも、私はもう1年早く5類への移行をしても良かったと考えています。

そしてその話にも関連するのですが、今国会では、いわゆる「かかりつけ医」についての議論が続けられています。今回のコロナ禍では特別養護老人ホーム等、施設の高齢者がたくさん困難に陥りました。もちろん高齢者が特に重症化しやすいという病気の特徴もあったかと思いますが、少なくとも私が大阪で見ていた限りでは、例えば特養の入所者には「主治医＝かかりつけ医」がないということが被害を拡大したのだと思います。確かに「嘱託医師」はおられます。しかし「嘱託医師」は主治医ではありません。入所者が新型コロナに感染した場合、ボランティアで診療に従事していただける「嘱託医師」の方はおられるとは思いますが、それはむしろ少数派で、大多数は新型コロナ患者さんへの対応は行っておりません。また普段から特養に往診を行っても管理料が算定できません。これはルール上そうなっているのです。管理料が取れない以上、いわゆる「訪問診療」が成立しないのです。これは形は違えど、老健に対しても同じようなことが言えます。つまり、普段から「医療との距離が遠い」ことが、高齢者が特に「コロナ禍」の中で被害を受けやすかったという側面はあるかと思いますが、ですので、単に5類にして終わり、ではなく、介護保険との関係性も勘案したうえで、高齢者と普段の医療との距離をどう縮めるのか？が実はこの「コロナ禍」の中では問われているのだと思います。

さらに今回の法改正の中では「かかりつけ医機能」という論点が出てきました。厚生労働省は「『かかりつけ医機能』を各医療機関から都道府県に報告させ、それぞれの地域でどの程度の『かかりつけ医機能』があるのか？今後、『かかりつけ医機能』をどの程度、整備しないといけないのか？を検討・計画していく。そして『かかりつけ医』と『かかりつけ医機能』は別物である」と繰り返し説明していました。もちろん今は「別物」なのかもしれませんが、いつまでもそんなことを説明し続けられるわけありません。日本でもいよいよ「かかりつけ医」の議論が本格的に始まったと考えて良いかと思います。厚労省は、今回の「かかりつけ医機能」については、「在宅医療を提供しているのか？」「24時間対応が可能なのか？」「健康相談や生活サポート相談等を行っているか？」等、総合的な機能を想定しているようです。しかし法律案の中に「かかりつけ医」を定義することは絶対に認めようとはしませんでした。これまで日本では、「家庭医」「総合医」「総合診療医」「かかりつけ医」・・・と色々な名称が飛び交ってきましたが、超高齢化社会を迎えるにあたって、私は今回の法改正を機に、名称はどうでも良いのですが「かかりつけ医」の定義を法律の中に書きこむ時期にきていると考えていました。「かかりつけ医」の定義化に反対する方々の最大の理由は「『かかりつ

け医』と『かかりつけ医以外の医師』との間に段差ができれば、患者が『かかりつけ医』に囲い込まれるから」というものでした。日本医師会は「診療科目が何であれ、患者⇄医師関係で『かかりつけ医』かどうかが決まる」と主張していますが、そういった考え方にも時代的に限界が来ていると思います。もちろん、患者さんが「自分のかかりつけ医は〇〇先生です」と宣言するのは自由ですが、日本維新の会の厚生労働部会の中でも議論は白熱しました。そして、党内では以下のような論点に集約されました。

①「かかりつけ医」とは医師個人を指す名称ではなく、「かかりつけ医機能」を持つ医療機関に属する医師を指す。

医師個人が例えば「総合診療科」の専門医資格を持っているかどうかは問わない。

②「かかりつけ医機能」を持つ医療機関に求められる機能のイメージとしては、在宅医療を提供していることと、それに伴い24時間対応を行っていること。

③例えば、新型コロナウイルス感染症患者さんへの対応を必ず行うこと。

④「かかりつけ医機能を持つ医療機関」の数は、それほど多くなくても良い。ニーズがあれば自然に増えていくはず。

これら①②③④について様々な関係者のご意見はぜひお聞きしたいと思っています。

あまりマスコミではとりあげられていませんが、いわゆる「海外への渡航移植」と「臓器売買が行われている可能性」について、今国会で、我が党は取り組みを進めました。日本の国内では、臓器移植に関しては「臓器移植法」が適用され、一定のルールのもとで臓器移植が行われています。一方、日本国内の医療機関で臓器移植が受けられない場合、患者さんたちは海外での移植を目指すこととなります。しかし、このことはまずは「国内での自給自足を原則とする」という、いわゆるイスタンブール宣言に違反することとなります。さらには医療水準が非常に低い国での臓器移植を目指した場合、多くの日本人の患者さんが手術中や手術直後に命を落とすことも起こり得ます。さらには明らかな証拠をつかむことは困難なのですが、いわゆる臓器売買に近いケースも指摘されています。そして、そういった闇ルートで臓器提供を受けた日本人が何人いて、日本に帰国後にどのような医療機関でどのようなフォローを受けているのかも全くよく分かっていません。厚生労働省は「臓器移植法が想定している範囲はあくまで日本国内で、海外に自己責任で移植を受けに行く人を法律で制限することはできない」という説明をしていますが、いつまでも野放しにしておくことはできないと考えています。我々としては、臓器移植法を改正して、海外への渡航移植の無許可あっせんの量刑を重くしたり、法律の基本的理念の中に、そういった無秩序な海外への渡航移植には一定の制限をかける旨の法文を書き込んで、日本人を守っていきたいと考えています。

以上のように国会では日々、皆様の日頃の業務に深く関係する内容についての議論が毎日行われています。皆様から様々なご意見をいただきながら、私も参議院議員として活動を続けたいと考えています。また定期的にお呼びいただいて国政報告をさせていただければ幸いです。本日はご清聴ありがとうございました。

法律のお話

無罪判決における論理構造

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



原ロアヤ子さんが無罪を主張して再審請求を繰り返している「大崎事件」第4次再審請求即時抗告審である福岡高裁宮崎支部は本年6月5日、弁護側の即時抗告を却下する決定をしました。私は、同事件については新聞報道による知識しかないので、6月6日の南日本新聞の記事を以下引用します。

再審請求では、1次の鹿児島地裁、3次の地裁と高裁支部が再審開始を決めたが、いずれも上級審が取り消していた。第4次請求で弁護団は、(被害者)男性は絞殺ではなく自転車からの転落による事故死と主張。埼玉医科大学高度救急救命センター長の澤野誠医師が解剖時の写真をもとに分析した医学鑑定などを新証拠として提出していた。即時抗告審では地裁決定が事故死の可能性に迫りながらも『窒息死の認定に合理的疑いが生じるものではない』として退けた医学鑑定の信用性と新証拠が確定判決の証拠に影響を与える『総合評価』が焦点だった。

矢数裁判長は澤野医師の鑑定について『頸髄損傷により、呼吸が停止した可能性は否定できない』との評価にとどめ、『死体を直接検分しておらず、写真から得られる情報は限られる。証明力は高いものとは言えない』との地裁判決に誤りはないとした。(再審請求前の)確定判決が『絞殺による窒息死』と認定した証拠の一つである解剖医鑑定について、『新証拠により、証明力は減殺される』とした地裁判決を支持したが、『有罪認定に証拠として、重要な位置を占めない』と指摘。弁護側が求めた新旧証拠の総合評価の必要性を否定した。即時抗告審では弁護団は、医学鑑定人が専門的見地を追加した補充意見書を提出し、『地裁決定は、論理測、経験則違反で誤りだ』と主張していた。検察側は法医学の観点から所見を示した佐藤寛晃・産業医科大学教授の回答書を提出し、澤野医師の意見書に対して『死因や死亡時期を診断する上では意味をなさない』と棄却を求めている。

この報道をもとに考えますと、誰しものが、過去に3回も再審開始が認められている本件で今回、高裁は、救急救命医の事故転落死の鑑定をもとに「頸髄損傷により、呼吸が停止した可能性は否定できない」との判断に至った以上、論理上「疑わしきは被告人の利益に」の原則に従った認定がなされるべきであるのに、何故そうしないのかという疑問を抱かれるかと思います。

刑事事件における「疑わしきは被告人の利益に」あるいは「推定無罪」の原則は実際の刑事裁判における論理法則ではどのように扱われているのでしょうか。

私が、刑事事件における無罪判決を獲得した経験と申しますと、10年以上前のことではありますが、収賄罪で起

訴された町長について高裁においてアリバイの成立が認められ、一審の地裁判決が破棄され無罪判決が言い渡された事件が思い浮かびます。起訴状には「被告人は**年8月29日ころ、*町役場町長室において土木請負業者A及び同社顧問で町議のBの兩名から、同町が発注する上下水道配水管敷設工事の入札業者の指名選定について、便宜有利な取り計らいを受けることの謝礼として供与されたものであることの情を知りながら現金200万円の供与を受け、以って自己の職務に関して賄賂を収受した」とありました。この事件につきましては、当該町長逮捕直後から私は主任弁護人として関与し、被告人と共に無罪を主張し続け、7年掛かって漸く無罪判決に至りました。

同事件の警察・検察の捜査は、起訴時点では鉄壁のもののように思われました。

A及びBの自白調書は、具体的且つ詳細で如何にも事実を供述しているように思われ、被告人も否認と自白を繰り返しながらも、最終的にはA及びBの供述内容と一致する検察官への自白調書が作成されていました。汚職事件は、物証としては賄賂金の出どころと、費消先に関するもの位しかなく、専ら供述の信用性、任意性が争点となります。しかも当時の刑事裁判では検察官に対する自白調書がほぼ絶対的な証拠価値を持っていました。一審判決は、「犯行日時」は「**年8月29日」と特定した（検察側は、弁護側によるアリバイ反撃を想定してこれを阻止するため、収賄日時を「8月29日ころ」と曖昧にした起訴をしましたが、贈賄業者が、公判で「8月29日に預金を下ろし、その日のうちに贈賄行為に及んだ」と断言する証言をしたため、「8月29日午後」という日時は動かせなくなったという経緯があります）うえ、起訴事実をすべて認めて被告人に懲役2年、執行猶予3年、追徴金200万円の有罪判決を言い渡しました。私ども弁護人は、地裁の審理の過程において本件ではアリバイ成立の可能性があることを認識し、控訴審における立証の最主要点をアリバイの成立に絞りました。A及びBは、8月29日の町役場の退庁時刻である午後5時前に賄賂金を町長に渡したと断言しましたが、町長車の運転記録その他の幾多の記録上町長が出張先から帰庁したのは、同日の午後5時30分以後で間違いないことが証明できアリバイの成立が認められたのです。

この事件では幸いにもアリバイの立証に成功して良かったのですが、同時にA及びBの供述内容に不自然不合理な疑わしい点は多々立証できたにも拘わらず、アリバイの成立という疑わしい点は一点もないことまで立証しないと、無罪判決は獲得出来ないのか慄然とせざるを得なかったこともまた事実です。

看護学校だより

令和6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6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5年 10月2日(月) } 10月19日(木)	令和5年 10月22日(日)	令和5年 10月26日(木)
社会人入学	令和4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5年 10月2日(月) } 10月19日(木)	令和5年 10月22日(日)	令和5年 10月26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6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 11月6日(月) } 11月22日(水)	令和5年 11月26日(日)	令和5年 11月30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6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6年 1月5日(金) } 1月18日(木)	令和6年 1月21日(日)	令和6年 1月25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6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6年 2月13日(火) } 2月29日(木)	令和6年 3月3日(日)	令和6年 3月6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

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.or.jp>



編集後記

例年に増して全国的猛暑の夏でした。9月の声を聞いても暑い日の続く今日此の頃、協会報vol.53をお届けします。

読者諸氏は冒頭の小田原会長寄稿文「巻頭言にかえて」を既にお読みいただけましたでしょうか?今号のお届けは例年通り8月末をめどに準備してまいりましたが、この“会長緊急寄稿”を1日も早くお伝えたく、発行を若干繰り延べさせていただきました。

会長緊急寄稿の内容は去る8月27日開催の協会主催講演会の演題3『医療事故調査制度を再確認する～歴史の証人と行政との対話』のご報告です。

平成27年10月の改正医療法施行以来、8年に及ぶ医療事故調査制度の運用実態を詳らかにし、その問題点を抽出、整理し、解決に導くための処方箋を行政当局(厚労省医政局)担当者と対話形式で逐次確認するという、今後の医療事故調査制度の正しい運用のために大きな節目となるイベントであると思いました。

前説が長くなりましたが、今号は上記の“会長緊急寄稿”に始まり、岡崎幸治先生、渡辺一郎先生の特別寄稿文、石井孝宜先生と梅村聡先生の講演会報告、そして好評連載・染川周郎先生の法律の話まで、執筆者各位のお力添えを得て、手前味噌ながら大変盛り沢山の読み応えのある内容となっております。

そろそろ涼しさの感じられる秋の夜長に、じっくりと味わってお読みいただければ幸いに存じます。

E.Y記

長期運転資金・設備資金に

医業経営プライム

いししんの
のローン

プライムⅠ

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

プライムⅡ

プライムⅠの貸出要件緩和型商品

限度額	期間	金利(変動)	
2,000万円	最長7年	5年以内 0.7%	7年以内 0.85%
団信加入+0.8%(完済時年齢70歳以下)			

対象者 開業医および医療法人

資金使途 設備資金および長期運転資金 ※既存借入の借換、賞与等の短期運転資金は除く

保証人 開業医：配偶者または家族 医療法人：理事長個人のほか配偶者 ※原則担保不要(プライムⅡは団信加入あり)

貸出要件 プライムⅠ→返済財源・債務超過・繰越欠損の有無など、財務内容等での諸条件あります。
プライムⅡ→財務内容等により、総合的に判断させていただきます。(プライムⅠの要件を満たさなかった方を対象)

※融資には審査がございます。審査結果によっては希望に沿いかねる場合がございます。

※詳細につきましては、窓口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8-1

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

