

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2024年8月発行

54・55

合併号

CONTENTS

巻頭言	2
就任の挨拶、役員一覧	3～4
特別寄稿・講演報告	5～19
法律のお話 高裁における審理の実情	20～21
看護学校だより	22～23
編集後記	24

4期目をお引き受けして ～専ら医療安全の制度である 医療事故調査制度の趣旨の再確認を～

会長
小田原 良治



2008年厚労省第3次試案・大綱案がだされた年に、私は、日本医療法人協会「死因究明制度等検討委員会」委員に就任した。2012年、日本医療法人協会医療安全調査部会長に就任したことから、医療事故調査制度創設に深く関わることとなった。2014年11月、厚労省「医療事故調査制度の施行に係る検討会」構成員に就任、2015年3月20日に「医療事故調査制度の施行に係る検討会」とりまとめが行われ、厚労省令第100号、医政局長通知がだされて、医療事故調査制度が創設された。医療事故調査制度は、同年10月1日に施行、2016年6月24日には制度見直しが行われた。

医療事故調査制度は、複雑な歴史的経緯を経ていることから、理解が難しいと考えられている。確かに、旧来の考えに固執している人ほど理解が難しいようである。しかし、先入観なしに素直に考えると、非常にわかりやすく良い制度である。永年にわたり国中央で制度創設に関わって来た関係上、地元鹿児島での制度定着が重要と考えたことから、当協会会長をお引き受けした。

このように、就任の最大目標は、医療事故調査制度、併せて医師法第21条「異状死体等の届出義務」の理解の普及であった。当初、2期4年を目標に、積極的に活動を行ってきた。ところが、既に、出来上がって確立したはずの医療事故調査制度そのものが、運営主体の日本医療安全調査機構の不適切な対応のために、なかなか定着しない。加えて、解決したはずの医師法第21条について、2019年2月8日、「医師による異状死体の届出の徹底について」という不用意な通知がだされたことにより、混乱が生じることとなった。対応に追われたが、2019年4月24日、厚労省医政局医事課事務連絡までたどり着き、「平成31年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル追補」がだされたことによって、異状死体の判断は外表異状によることが再確認された。何とか、解決までこぎ着けることができたのである。「雨降って地固まる」。運動の成果で、医師法第21条の解釈はより強固なものとなった。

これら、中央部の激変に対応せざるを得なかったことに加え、新型コロナ流行もあり、未だに医療事故調査制度への対応に追われているのが現状である。しかし、この間、医療事故調査等支援団体である当協会に相談があり受理された件数は、令和2年度2件、令和3年度2件、令和4年度2件、令和5年度3件と鹿児島県の医療事故調査制度案件の大半を占めている。会員医療機関に確実に貢献できていると自負している。講演会等も医療事故調査制度関連を中心に有力な講師を招聘しており、他団体では行えない活動を行ってきた。

医療事故調査制度創設10年になろうとする今、国立国際医療研究センター病院の医療事故報道、愛知県愛西市の新型コロナワクチン接種事故報道、北海道岩見沢市立総合病院医療事故報道等、医療事故調査制度をめぐる問題が相次ぎ、医療事故調査制度が本来の趣旨と異なる方向へ引きずられる危険が高まってきた。

鹿児島県医療法人協会は、これらの不適切な動きを修正し、専ら医療安全の制度である医療事故調査制度の本来の趣旨を再確認するために、厚労省担当者との鼎談、制度創設当時の担当政務官であった橋本岳衆議院議員の講演等を通じて、創設当初の医療事故調査制度の趣旨の確認を行ってきた。

このような経緯で、はからずも、今般、引き続き、第4期目を担当させていただくことになった。医療事故調査制度が一刻も早く安定・定着し、結果的に、当協会の果たす役割が減少することを祈っているが、それまでの間、今期も医療提供者の立場に立って、他団体が行えない役割を果たしていければと考えている。限られた予算で厳しい運営を迫られているなか、役職員一同、会員病院のお役に立てるよう努めていきたいと思っている。引き続き当会の運営にご協力をお願いし、第4期目会長就任のごあいさつと巻頭言に代えさせていただきたい。

校長就任のご挨拶

鹿児島県医療法人協会立看護専門学校
校長 田中 大三



この度、鹿児島県医療法人協会立看護専門学校の校長に就任いたしました、田中大三と申します。私をこのような重要な役職に選んでいただいたことに深く感謝申し上げますと同時に、日頃から当校を支えてくださる教職員、学生、そして地域の皆さまにも心より感謝いたします。

昨今の日本社会において、少子化は避けて通れない重要な課題となっております。少子化は医療現場においても多大な影響を及ぼしており、看護師不足の問題はますます深刻化しています。これに対して、私たち看護教育機関はどのように対応すべきか、今一度考え直す必要があると感じております。

まず、少子化の影響を受けながらも、質の高い看護師を育成するために、教育の質を一層高めていくことが求められます。最新の医療技術や知識を取り入れたカリキュラムを整え、学生一人ひとりの成長を支援していくことが重要と考えます。また、地域社会と密接に連携し、実践的な教育を提供することで、即戦力となる看護師を育てていくことも大切です。地域の医療機関との連携を強化し、学生たちが現場での経験を積む機会を増やすことで、より実践的なスキルを身につけることができます。さらに、少子化に伴う人材不足に対応するため、柔軟な学びの場を提供することも考えております。例えば、社会人やリターン学生に対しても学びやすい環境を整えることで、多様な背景を持つ人々が看護師としてのキャリアを築けるよう支援していこうと思っております。

私たちの使命は、患者さん一人ひとりに寄り添い、安心と信頼を提供する看護師を育てることです。そのために、教職員一同、一丸となって努力してまいります。最後に、皆さまのご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

鹿児島県医療法人協会役員名簿(令和6年5月25日～令和8年5月)

役職名		氏名	
会長(代表理事)		小田原 良治	医療法人尚愛会 理事長
副会長(業務執行理事)		三宅 智	医療法人一誠会 理事長
専務理事(業務執行理事)		田中 大三	医療法人寛容会 病院長
業務執行理事	総務担当	三宅 智	(筆頭理事)
		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	(筆頭理事・看護専門学校校長委嘱)
		田島 紘己	医療法人玉昌会 理事
		赤崎 安隆	医療法人赤崎会 理事長
理事	総務担当	齊藤 稔	医療法人健誠会 理事長
		小原 壮一	医療法人厚生会 理事長
		松下 兼一	医療法人クオラ 理事長
	学校担当	池田 徹	医療法人青仁会 会長
		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 弁護士	

理事就任のご挨拶

医療法人赤崎会 赤崎病院
理事長 赤崎 安隆



この度、鹿児島県医療法人協会の理事を拝命致しました、医療法人赤崎会 赤崎安隆と申します。会員の皆様におかれましては、今後ともご指導よろしくお願い致します。当院は、昭和40年10月に父である赤崎安満前理事長が開設し、今年で59年目になります。前理事長は、福山病院 松下兼知先生のもとで精神医学を学び、昭和38年からは松下病院院長として勤務した後に、実家である指宿の地に、精神科病院を開業致しました。平成11年に医療法人 赤崎会として再スタートし、平成15年に近代化施設整備事業で、病棟を改築、病床数を200床から150床としました。平成19年に、私が2代目理事長・院長に就任し、現在に至ります。病院は、観光地指宿市開聞にあり、薩摩富士とよばれる開聞岳の麓に位置します。周りは湖と山とに囲まれ、病院の周辺は広大な田園風景が広がっています。すぐ近くには「そうめん流し」で有名な唐船峡や池田湖があり、自然に囲まれ、療養環境には恵まれています。当院の東側には当院が所有する直径600mほどの鏡池という湖があり、その周囲は遊歩道として整備し、散策コースになっています。

現在当院は、精神科、心療内科、一般内科を標榜し、精神科救急を含め、あらゆる機関と連携を密にし、地域医療に貢献できるよう努めているところです。外来診療ほか、精神保健福祉士を中心とした訪問指導や精神科デイケア、デイケア・ショートケアを行い、地域の方々には、認知症カフェ、健康教室などを開催し、地域の方々にも気軽に来ていただける環境作りをしています。病棟は患者様にゆったりとした気分で治療を受けてもらう療養環境作りや、一日でも早い社会復帰を目指してもらうように、活動性が低下しないための工夫をしながら、積極的な誘導を基本として、スタッフ一同日々努力しているところです。

精神科とはいえ、入院患者の高齢化、認知症の方々の入院増加により、介護を要する方や身体合併症のある方が多いため、身体的な治療の増加で精神科治療以外の対応に苦慮しているところです。地域の介護サービスや医療、福祉などの機関とこれまで以上に連携をとっていく必要性を感じています。また、現在の医師不足、看護人材の不足も大きな不安の一つです。当院でもこの6月から、特定技能1号外国人の採用を行い、インドネシアから4名の方々が来てくれましたが、人材確保は、今後も大きな課題の一つです。当協会も看護学校を併設し、人材育成に頑張っておられますが、看護職を選択する方も減少傾向にあり、心配されるところであります。少しでもお手伝いが出ればと思っております。医療界においても様々な問題が山積しております。医療法人協会の会員の皆様と解決策などを考えていけたらと思っております。ご指導ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

特別寄稿

勤務環境改善は 経営上の喫緊の課題

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 鹿児島県支部 副支部長
国立人事 代表 新屋 尋崇



1. はじめに

現在、大きな時代の転換点を迎えています。経済財政運営と改革の基本方針2024（以下「骨太の方針2024」という）においては、「豊かさを実感できる所得増加を実現し、来年以降に物価上昇を上回る賃上げを定着させる。このため、賃上げ支援を強力に推進するとともに、医療・福祉分野等における賃上げを着実に実施する。」とあり、最低賃金については、「2030年代半ばまでに全国加重平均を1,500円となることを目指すとした目標について、より早く達成ができるよう、労働生産性の引上げに向けて、自動化・省力化投資の支援、事業承継やM&Aの環境整備に取り組む。」とあります。そこで、この時代の転換点のひとつの乗り越え方について、考察したいと思います。

2. 三位一体の労働市場改革

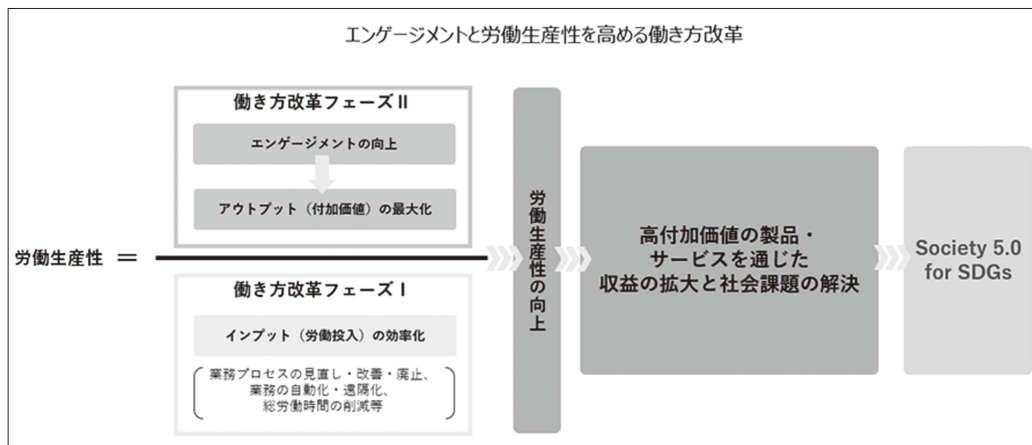
骨太の方針2024には、「賃上げを持続的・構造的なものとするため、三位一体の労働市場改革を推進する。」として、「リ・スキリングによる能力向上支援」、「個々の企業の実態に応じたジョブ型人事（職務給）の導入」、「成長分野への労働移動の円滑化」などへの言及があります。つまり、医療・福祉分野が成長分野でない（又は魅力的な働き口でない）のなら、労働移動等により、恒常的労働力不足に陥る恐れがあると考えられます。

3. 茹でガエル

現状維持バイアスや課題の後回し、緩い変化には対応しづらいことなどにより、ゆっくりと進行していく危機については管理が後手後手となり、気がつけば手遅れとなる恐れがあります。募集しても人が集まらない、優秀な人材がそとで退職していく。そんな事態に陥ってはいないでしょうか。

4. エンゲージメント…仕事への熱意度

一般社団法人日本経済団体連合会の週刊経団連タイムス2023年2月23日 No.3580の、「エンゲージメントと労働生産性を高める働き方改革」の図（図1）の分子には、エンゲージメントの向上への言及があり、その指標についてはeNPS（従業員ネット・プロモーター・スコア）が有名です（eNPSとは、現在の職場を、家族や親しい友人にどの程度おすすめしたいか、お勧めする可能性を10点満点で答えてもらい、9点と10点の割合から、0点から6点の割合を引いた数値のことです）。また、新居佳英氏（㈱アトラエ代表取締役）及び松林博文氏（グロービス経営大学院講師）は、共著「組織の未来はエンゲージメントで決まる」（英治出版2018）において、エンゲージメントを左右する9つのキードライバーとして、「職務」、「自己成長」、「健康」、



（図1 エンゲージメントと労働生産性を高める働き方改革）

「支援」、「人間関係」、「承認」、「理念戦略」、「組織風土」、「環境」を挙げられており、これは、医療勤務環境改善マネジメントシステム（以下「MS」という）における4つの領域（働き方・休み方改善、職員の健康支援、働きやすさ確保のための環境整備、働きがいの向上）に通じるものがあります。なお、図の分子（エンゲージメントの向上）をハーズバーグの二要因理論における動機付け要因、分母（インプット（労働投入）の効率化）を同理論の衛生要因とみる見方もあります。

5. 医療勤務環境改善マネジメントシステム（MS）…魅力的な職場をつくる処方箋

MSの詳細な説明は、以前寄稿いたしました県医師会報（令和3年7月号）をご覧ください（なお、いきいき働く医療機関サポートWeb（以下「いきサポ」という）からは、MS導入の手引き、支援ツール等がダウンロードできます）。いくつかポイントがありますが、私がポイントであると考えるところについて、以下言及いたします。

(1) トップによる方針表明

貴法人は、組織として構造的に「茹でガエル」の状態になっていませんか。ゆっくりと進行していく危機については、トップが「やる」と決断し、周知徹底する必要があります。

(2) 体制整備

働き方改革推進チームを多職種で構成し、定期的開催を機械的にスケジュールリングする必要があります。そうしなければ、絵に描いた餅になりかねません。

(3) ミッション／ビジョンの確認

実のところ、これが最重要ポイントであると考えます。なぜなら、急激に変化し、いままでの経験が通用しない、解釈が多義的になるような環境で求められるのは、「現状はどうなっているのか（いま何が起きているのか）」「我々は何をすべきか」についておおまかな方向性を示し、それに意味を与え、納得してもらい、足並みを揃えることだからです。したがって、まずは「あるべき姿」、一歩進んで「ありたい姿」、これをしっかり踏まえます（その後、次のステップとして、バックキャストによりフェーズ1（目標）をつくります）。なお、業績を上げるチームの5つの因子（Google社のプロジェクト・アリストテレス）は、①心理的安全性、②頼れる仲間、③明確な目標、④個人的に意味のある仕事、⑤その仕事に影響力があるという信念、の5つですが、③④⑤を充実させるうえでもミッション／ビジョンの確認は欠かせません。

(4) 現状分析

現状分析では、院内業務の見える化等を行います。その際、プロセスマッピング（業務フローを図により可視化。マニュアルにもなる）、ヒアリング（どの業務の、どのような点が、うまくいっていないのか。方策案は）、アンケート（傾向をつかむ。選択式→定量的。自由記述欄→定性的）、タイムスタディ（どの時間帯に、どのくらい時間をかけ、どのような業務を行っているか）などで、主観的な意見と、客観的なデータとを組み合わせ、現状を把握します。課題の抽出については、最終的に成し遂げたいこと（理想）は何か、現状できていないこと、不足していること、阻害要因は何か、課題（問題）真因の言語化をします。その際、ムリ・ムラ・ムダ等にも着目し、「なぜ？」を繰り返してみます（「新QC 7つ道具」等も役立ちます）。

(5) 目標設定・計画策定

（ミッション／ビジョンからバックキャストされた）目標は、例えば「〇〇（方策）によって、●●（課題）に要する時間を削減することで、■■（時期）までに、△△（指標）が、▲▲以上減少する。」等のように具体的に設定します。なお、取組の方向性・方策の検討においては、例えば業務改善であれば、非効率な方法・手順や他職種等実施可能なこと、業務負担の偏り等をターゲットに、排除（廃止・削減）、交換（再配置・標準化）、結合・分離（一元化・分業化）、簡素化（機械化・IT化）、時間・空間の工夫（なくす・ずらす・長（短）く・広（狭）くする）などを駆使します（但し、ケアの質の担保（専門性・倫理・医療安全・法律・制度・働きがい等）は大前提です）。取組手順（誰が、いつまでに、何を）としては、①スケジュール（時期・期間）、②体制・連携・協働（コラボ）、③道のり（試験的・アジャイル・ウーダーループ）、④合意形成・経費、⑤目標（値）設定、⑥PDCA、を意識します。

(6) 取組の実施・評価・改善

随時記録、進捗の共有、意見交換（振り返り）、目標（値）達成の可否・程度、達成要因、障害となった要因、取組

全体の評価、ケアの質向上、モチベーションの維持・向上、WLBの取れた働き方の実現、時期の変更・改善・工夫、等がポイントになります。改善を続けるにあたっては、知識創造理論 (SECI)を意識しながら、声掛け、フィードバック (目的・意義の共有)、個人の目標を設定する、反復 (して適応)する、パフォーマンス (成果)を振り返る、新しいテクニック・組み合わせを探索する、こと等を心がけます。

6. 医療勤務環境改善支援センター

医療用DXや、タスク・シフト/シェアの推進の重要性はご承知の通りと思います。加えて、人材確保として高齢者の短時間での雇用が重要となっております。この点、株式会社日本能率協会総合研究所が、55歳以上の保健師、助産師、看護師、准看護師 (以下、「高齢看護師等」という)の資格を持つ職員の就業継続や再就業支援を効果的に推進するため、就業場所等の働き方、職場の支援の実態を明らかにするとともに、高齢看護師等の就業継続及び再就職支援に関する好事例を収集し、今後の確保対策検討のための資料とすることを目的として実施。

・施設担当者への調査：有効回答数75施設 (内訳：医療機関10.9%、介護サービス施設事業所64.6%、学校・養成所24.2%)
 ・看護師等 (55歳以上) への調査：有効回答数2210件 (内訳：医療機関30.3%、介護サービス施設事業所35.3%、学校・養成所33.8%、その他0.5%)

令和5年度 看護職員確保対策特別事業 55歳以上の看護師等の就業促進に係る好事例収集事業																
概要	55歳以上の保健師、助産師、看護師、准看護師 (以下、「高齢看護師等」という)の資格を持つ職員の就業継続や再就業支援を効果的に推進するため、就業場所等の働き方、職場の支援の実態を明らかにするとともに、高齢看護師等の就業継続及び再就職支援に関する好事例を収集し、今後の確保対策検討のための資料とすることを目的として実施。															
制度	働く意欲がある誰もが年齢にかかわらずその能力を十分に発揮できるよ、高齢者が活躍できる環境整備を図る高齢者雇用安定法が改正 (令和3年4月1日施行)															
	<table border="1"> <tr> <th>節目①：55歳</th> <th>節目②：60歳</th> <th>節目③：65歳</th> <th>70歳以降</th> </tr> <tr> <td></td> <td> 65歳までの雇用確保措置 ①65歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③65歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ※事業主は①～③のいずれかの措置を講じなければならぬ。 </td> <td> 70歳までの就業機会の確保 (努力義務) ①70歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③70歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ④70歳まで継続的に業務委託契約を締結する制度の導入 ⑤70歳まで継続的に、事業主が自ら実施、または、事業主が委託・出賃 (賃金提供) 等する団体が行う社会貢献事業に従事できる制度の導入 ※事業主は①～⑤のいずれかの措置を講ずるよう努めなければならぬ。 </td> <td></td> </tr> </table>	節目①：55歳	節目②：60歳	節目③：65歳	70歳以降		65歳までの雇用確保措置 ①65歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③65歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ※事業主は①～③のいずれかの措置を講じなければならぬ。	70歳までの就業機会の確保 (努力義務) ①70歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③70歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ④70歳まで継続的に業務委託契約を締結する制度の導入 ⑤70歳まで継続的に、事業主が自ら実施、または、事業主が委託・出賃 (賃金提供) 等する団体が行う社会貢献事業に従事できる制度の導入 ※事業主は①～⑤のいずれかの措置を講ずるよう努めなければならぬ。								
節目①：55歳	節目②：60歳	節目③：65歳	70歳以降													
	65歳までの雇用確保措置 ①65歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③65歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ※事業主は①～③のいずれかの措置を講じなければならぬ。	70歳までの就業機会の確保 (努力義務) ①70歳までの定年引上げ ②定年制の廃止 ③70歳までの継続雇用制度 (再雇用制度・勤務延長制度)の導入 ④70歳まで継続的に業務委託契約を締結する制度の導入 ⑤70歳まで継続的に、事業主が自ら実施、または、事業主が委託・出賃 (賃金提供) 等する団体が行う社会貢献事業に従事できる制度の導入 ※事業主は①～⑤のいずれかの措置を講ずるよう努めなければならぬ。														
高齢になっても看護関係資格を活かして働き続けられる環境の整備を事業主に働きかける																
	<table border="1"> <tr> <th>節目①への支援目標</th> <th>節目②への支援目標</th> <th>節目③への支援目標</th> </tr> <tr> <td> ・高齢になっても働き続けられるよう 早い段階から支援を始める </td> <td> ・労働条件や働き方が変わるタイミングで離職させない ・モチベーションが下がらないよう支援する </td> <td> ・努力義務の推進で、65歳以上でも安心して 働き続けられる職場を増やす </td> </tr> <tr> <td> 実態と課題 ●施設調査では、7割弱が看護師等が不足していると回答。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。 </td> <td> ●施設調査では、9割弱が定年制を採用。うち、半数が60歳定年制である。看護師等調査では、現在の職場における就業年齢意向は平均65.3歳。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。 </td> <td> ●看護師等調査では、看護師等が最終的に引退するだろうと考える年齢は、「70歳以上」が約4割、「65歳以上70歳未満」が約4割で、平均67歳。 ●看護師等調査では、職場の「介護など家庭の事情や本人の健康上の問題を考慮した働き方を認めている」「希望する働き方ができるよ配慮している」「慣れている仕事に継続して配置される」等の取組が評価されている。 ●施設調査では、「65歳以降も希望者全員が働くことができる」と回答した施設は約3割。「65歳以降は希望者のうち基準に該当した者のみ働くことができ」と回答した施設は約6割。65歳以降の就業機会を確保するための課題として多かった回答は、「管理職であった者の扱いが難しい」、「モチベーションが低い高齢看護師等がいた場合、若年層・壮年層への悪影響の懸念」等。 ⇨ 法の後押しもあり、定年で仕事を辞めるという意識は変化したが、65歳以降も働き続けられる職場は不足している。また、高齢看護師等の意識改革や、モチベーションを保つための取組が必要。 </td> </tr> <tr> <td> 現場の声 ●57歳で、大学院修士課程を修了。また、認定看護管理者資格を取得。医療安全、マネジメントの仕事にやりがいを感じ、全力で業務に取り組んでいる。(看護職 57歳) ●50代で大卒資格を取得。62歳で大学院へ。現在、大学准教員と看護師パート職員のダブルワーク。70歳まで働きたい。(看護職 65歳) </td> <td> ●年に一度、看護部で働き方の希望を把握。ライフイベントが転職や離職の機会になりやすい。当法人では様々な職場があり、希望に合わせ働き続けられることができると提案している。(施設担当者) ●60歳を超えてから認知症ケア専門士や終末期ケア専門士の資格にチャレンジして取得。(看護職 66歳) ●個人的には、年齢を働かない理由とすることに疑問を感じている。歳だから楽をしたいだけではなく、むしろ責任感を持って、仕事にしっかりと取り組んでいきたい。(看護職 64歳) </td> <td> ●年2回の施設長との面談を通じて、希望する部署や処遇改善などに関する意見を聴くことで、改善できるところは改善し、お互いに働きやすい職場を目指している。(施設担当者) ●65歳を越えてなお仕事には新しい発見があり楽しい。高齢でも働き続けるには、職場を変えずに、慣れ親しんだ環境で働くことが一番。70歳まで働きたい。(看護職 65歳) </td> </tr> <tr> <td> 必要な取組 ●高齢になってもやりがいをもって働き続けられるよう、55歳よりも前から、一人一人に合ったキャリア支援が必要。 ●高齢になっても看護師等としてのスキルを発揮できるよう、早い段階から生涯学習の意識づけや、ICT等のスキル習得のための研修支援を行うことが必要。 </td> <td> ●継続雇用制度について、早めに対象者に周知を行うとともに、定年後のキャリアについて考えられるよう、説明会や個別相談などを行うことが必要。 ●継続雇用制度下における処遇について、組織としての考えを丁寧に説明するとともに、実際に果たしている責任や役割に応じた処遇や評価制度について検討することも必要。 </td> <td> ●今後、一層の人材不足が見込まれることから、65歳以上の希望者が皆、就業できるよ、職場において、70歳までの就業確保措置を講じる等、環境整備等に積極的に取り組むことが必要。 ●管理職であった者が、チーム医療のスタッフの一員であるという意識を持てるよ、啓発活動を実施することや、高齢看護師等のモチベーションを保つための定期的な面談の実施等が必要。 </td> </tr> </table>	節目①への支援目標	節目②への支援目標	節目③への支援目標	・高齢になっても働き続けられるよう 早い段階から支援を始める	・労働条件や働き方が変わるタイミングで離職させない ・モチベーションが下がらないよう支援する	・努力義務の推進で、65歳以上でも安心して 働き続けられる職場を増やす	実態と課題 ●施設調査では、7割弱が看護師等が不足していると回答。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。	●施設調査では、9割弱が定年制を採用。うち、半数が60歳定年制である。看護師等調査では、現在の職場における就業年齢意向は平均65.3歳。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。	●看護師等調査では、看護師等が最終的に引退するだろうと考える年齢は、「70歳以上」が約4割、「65歳以上70歳未満」が約4割で、平均67歳。 ●看護師等調査では、職場の「介護など家庭の事情や本人の健康上の問題を考慮した働き方を認めている」「希望する働き方ができるよ配慮している」「慣れている仕事に継続して配置される」等の取組が評価されている。 ●施設調査では、「65歳以降も希望者全員が働くことができる」と回答した施設は約3割。「65歳以降は希望者のうち基準に該当した者のみ働くことができ」と回答した施設は約6割。65歳以降の就業機会を確保するための課題として多かった回答は、「管理職であった者の扱いが難しい」、「モチベーションが低い高齢看護師等がいた場合、若年層・壮年層への悪影響の懸念」等。 ⇨ 法の後押しもあり、定年で仕事を辞めるという意識は変化したが、65歳以降も働き続けられる職場は不足している。また、高齢看護師等の意識改革や、モチベーションを保つための取組が必要。	現場の声 ●57歳で、大学院修士課程を修了。また、認定看護管理者資格を取得。医療安全、マネジメントの仕事にやりがいを感じ、全力で業務に取り組んでいる。(看護職 57歳) ●50代で大卒資格を取得。62歳で大学院へ。現在、大学准教員と看護師パート職員のダブルワーク。70歳まで働きたい。(看護職 65歳)	●年に一度、看護部で働き方の希望を把握。ライフイベントが転職や離職の機会になりやすい。当法人では様々な職場があり、希望に合わせ働き続けられることができると提案している。(施設担当者) ●60歳を超えてから認知症ケア専門士や終末期ケア専門士の資格にチャレンジして取得。(看護職 66歳) ●個人的には、年齢を働かない理由とすることに疑問を感じている。歳だから楽をしたいだけではなく、むしろ責任感を持って、仕事にしっかりと取り組んでいきたい。(看護職 64歳)	●年2回の施設長との面談を通じて、希望する部署や処遇改善などに関する意見を聴くことで、改善できるところは改善し、お互いに働きやすい職場を目指している。(施設担当者) ●65歳を越えてなお仕事には新しい発見があり楽しい。高齢でも働き続けるには、職場を変えずに、慣れ親しんだ環境で働くことが一番。70歳まで働きたい。(看護職 65歳)	必要な取組 ●高齢になってもやりがいをもって働き続けられるよう、55歳よりも前から、一人一人に合ったキャリア支援が必要。 ●高齢になっても看護師等としてのスキルを発揮できるよう、早い段階から生涯学習の意識づけや、ICT等のスキル習得のための研修支援を行うことが必要。	●継続雇用制度について、早めに対象者に周知を行うとともに、定年後のキャリアについて考えられるよう、説明会や個別相談などを行うことが必要。 ●継続雇用制度下における処遇について、組織としての考えを丁寧に説明するとともに、実際に果たしている責任や役割に応じた処遇や評価制度について検討することも必要。	●今後、一層の人材不足が見込まれることから、65歳以上の希望者が皆、就業できるよ、職場において、70歳までの就業確保措置を講じる等、環境整備等に積極的に取り組むことが必要。 ●管理職であった者が、チーム医療のスタッフの一員であるという意識を持てるよ、啓発活動を実施することや、高齢看護師等のモチベーションを保つための定期的な面談の実施等が必要。
節目①への支援目標	節目②への支援目標	節目③への支援目標														
・高齢になっても働き続けられるよう 早い段階から支援を始める	・労働条件や働き方が変わるタイミングで離職させない ・モチベーションが下がらないよう支援する	・努力義務の推進で、65歳以上でも安心して 働き続けられる職場を増やす														
実態と課題 ●施設調査では、7割弱が看護師等が不足していると回答。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。	●施設調査では、9割弱が定年制を採用。うち、半数が60歳定年制である。看護師等調査では、現在の職場における就業年齢意向は平均65.3歳。 ●看護師等調査では、定年前 (n=1520) の継続雇用制度希望者は4割にとどまり、「希望しない」2割、「わからない」4割と、6割は定年後をイメージできない。なお、継続雇用制度に関して6割以上が説明を受けていない。 ●看護師等調査では、継続雇用制度下で継続就業者 (n=390) の7割が定年前と同じ仕事、6割が責任は同じと回答。また、7割が月額賃金が減少と回答。 ⇨ 定年後のキャリアをイメージできていない者が多いことから、定年前の早い時期に対象者にアプローチする必要がある。	●看護師等調査では、看護師等が最終的に引退するだろうと考える年齢は、「70歳以上」が約4割、「65歳以上70歳未満」が約4割で、平均67歳。 ●看護師等調査では、職場の「介護など家庭の事情や本人の健康上の問題を考慮した働き方を認めている」「希望する働き方ができるよ配慮している」「慣れている仕事に継続して配置される」等の取組が評価されている。 ●施設調査では、「65歳以降も希望者全員が働くことができる」と回答した施設は約3割。「65歳以降は希望者のうち基準に該当した者のみ働くことができ」と回答した施設は約6割。65歳以降の就業機会を確保するための課題として多かった回答は、「管理職であった者の扱いが難しい」、「モチベーションが低い高齢看護師等がいた場合、若年層・壮年層への悪影響の懸念」等。 ⇨ 法の後押しもあり、定年で仕事を辞めるという意識は変化したが、65歳以降も働き続けられる職場は不足している。また、高齢看護師等の意識改革や、モチベーションを保つための取組が必要。														
現場の声 ●57歳で、大学院修士課程を修了。また、認定看護管理者資格を取得。医療安全、マネジメントの仕事にやりがいを感じ、全力で業務に取り組んでいる。(看護職 57歳) ●50代で大卒資格を取得。62歳で大学院へ。現在、大学准教員と看護師パート職員のダブルワーク。70歳まで働きたい。(看護職 65歳)	●年に一度、看護部で働き方の希望を把握。ライフイベントが転職や離職の機会になりやすい。当法人では様々な職場があり、希望に合わせ働き続けられることができると提案している。(施設担当者) ●60歳を超えてから認知症ケア専門士や終末期ケア専門士の資格にチャレンジして取得。(看護職 66歳) ●個人的には、年齢を働かない理由とすることに疑問を感じている。歳だから楽をしたいだけではなく、むしろ責任感を持って、仕事にしっかりと取り組んでいきたい。(看護職 64歳)	●年2回の施設長との面談を通じて、希望する部署や処遇改善などに関する意見を聴くことで、改善できるところは改善し、お互いに働きやすい職場を目指している。(施設担当者) ●65歳を越えてなお仕事には新しい発見があり楽しい。高齢でも働き続けるには、職場を変えずに、慣れ親しんだ環境で働くことが一番。70歳まで働きたい。(看護職 65歳)														
必要な取組 ●高齢になってもやりがいをもって働き続けられるよう、55歳よりも前から、一人一人に合ったキャリア支援が必要。 ●高齢になっても看護師等としてのスキルを発揮できるよう、早い段階から生涯学習の意識づけや、ICT等のスキル習得のための研修支援を行うことが必要。	●継続雇用制度について、早めに対象者に周知を行うとともに、定年後のキャリアについて考えられるよう、説明会や個別相談などを行うことが必要。 ●継続雇用制度下における処遇について、組織としての考えを丁寧に説明するとともに、実際に果たしている責任や役割に応じた処遇や評価制度について検討することも必要。	●今後、一層の人材不足が見込まれることから、65歳以上の希望者が皆、就業できるよ、職場において、70歳までの就業確保措置を講じる等、環境整備等に積極的に取り組むことが必要。 ●管理職であった者が、チーム医療のスタッフの一員であるという意識を持てるよ、啓発活動を実施することや、高齢看護師等のモチベーションを保つための定期的な面談の実施等が必要。														

(図2 55歳以上の看護師等の就業促進に係る好事例収集事業)

7. トップマネジメント研修

2024年4月より医師の働き方改革関連制度が始まり、医師の時間外・休日労働の削減に向けた取組、働きやすい職場環境の整備、現場の理解構成など、勤務環境改善に向けたさらなる取組を進めていくことが求められています。また、医療法に基づく面接指導は、長時間労働の医師がいる全ての医療機関で実施することが義務付けられました。有限責任監査法人トーマツが事務局を務めているトップマネジメント研修では、医師の働き方改革に関する最新情報を提供するとともに、他の医療機関の事例発表や参加者同士の意見交換を通じて、具体的な取組を推進するためのヒントが提供されます。2024年11月20日

(水)(勤務環境改善の取組がメインテーマ)のセミナーでは、僭越ながら私が有識者の講演を務め、MS導入に役立つ内容の講演を行いますのでご参加いただければと思います。

8. おわりに

今後は医療機関として「選択」と「集中」が必要になると言われます。地域での自院の機能・役割(立場)を理解し、何を残すか、何を選択するか(何をしないと決めるか)、これらを考え、地域で必要なものに資源等を投資することが必要です(それが最終的に医療機関として生き残る道と思われます)。さらに、地域での人口構成の変化により、5年後・10年度の医療を考える必要があり、同時にその方針に沿った設備投資・人材確保なども考慮する必要があります。一方で、もしいい働き口の判断要素が「お金」のみであれば、賃上げできない医療機関は選ばれない医療機関となり、結果として賃上げ合戦に身を投じざるを得なくなると思われます。今後、毎年40円～50円最低賃金は上がり続けることが予測できます。魅力的な働き口とは何なのか(お金だけなのか)、ミッション/ビジョンから再確認(再構築)し、本質的な議論を行うフェーズに入ったと言えるのではないのでしょうか。

9. 引用・参考

▶ 経済財政運営と改革の基本方針2024



▶ 週刊 経団連タイムス 2023年2月23日 No.3580

▶ 組織の未来はエンゲージメントで決まる(英治出版2018)

▶ 共に育つ4(中小企業家同友会全国協議会2022)



▶ 鹿児島県医師会報令和3年7月号働き方改革コーナー



▶ いきサポ 医療勤務環境改善マネジメントシステム関係

▶ 世界標準の経営理論(ダイヤモンド社2019)

▶ 恐れのない組織(英治出版2021)



▶ 看護業務効率化取り組みガイド(公益社団法人日本看護協会2024)

▶ ものづくりの基本(日本能率協会マネジメントセンター 2023)

▶ ワイズカンパニー(東洋経済新報社2020)



▶ 55歳以上の看護師等就業促進



▶ 鹿児島県医療勤務環境改善支援センター



▶ 医師の働き方改革 トップマネジメント研修



▶ RESAS地域経済分析システム



講演報告1

医療事故と刑事裁判

弁護士 弘中 惇一郎



1. はじめに

血液製剤を投与された血友病患者がエイズに罹患して死亡したことで刑事責任を問われた安部英医師の事件がある。私はこの刑事裁判の弁護士として捜査段階から終了まで関与した。この事件の判決は、その後の医師の過失の判断基準に大きな影響を与えることとなった、と思う。

安部医師は、患者を死亡させないような治療方針を樹立すべきであったとして業務上過失致死罪で起訴されたのだが、医師が刑事事件に巻き込まれることは珍しいことではない。治療行為により、死亡や重大な後遺症が生じた場合が最も典型的であるが、それ以外にも、私の経験の範囲でも、研究費の申請に問題があったとか、不必要な保険請求をしたとして詐欺罪に問われた事件、あるいは診断書の記載に問題があるとして虚偽診断書作成罪に問われた事件などがある。

そこで、まず、刑事裁判の構造について若干触れておきたい。

2. 刑事事件と捜査

刑事事件の多くは、まず警察が手がける。しかし、特捜部事案など一部の事件は、いきなり検察が主導で捜査が始まる。捜査の方法としては、自宅や事務所に乗り込んできて、関係のありそうなものを根こそぎ持って行く捜索・押収から始まることが多い。次いで、関係者を片端から呼び出して聴取し、それを供述調書の形でまとめていく。警察・検察は、捜索押収以外にも、任意提出などの形でさまざまな資料を集めていく。その上で、ターゲットの人物を逮捕し勾留して自白を迫るのである。勾留期間は最長20日間と決められているので、自白を取るにはこの20日間勝負の時となる。

ところで、関係者あるいは被疑者として取り調べを受けるときには、思っていることをありのままに話せばいいのかとか、正直に話せば分かってもらって放免されるのか、という質問を受けることがある。簡単な問題ではない。警察・検察は、一定の予断すなわち事件についてのストーリーを描いた上で、それに沿う証拠作りをしようとすることが多い。従って、それに沿う話は聞き入れてくれるが、異なる話をすれば、嘘をついているだろうとして、厳しく追及されることになる。供述調書は、警察官・検察官の作文なので、曖昧なことを断定的な言い方にされたり、言いたいことを取り入れてくれなかったりして、実際の自分の供述とかなり異なるものになる結果が多い。それでも、調書とはそういうものだと強引にサインを迫られることが多い。

被疑者の場合には、内容が不利益な供述調書にサインしてしまうと、自白調書として、裁判で致命的な証拠になる危険がある。憲法では黙秘権が保障されているが、そのことの重要性を再認識する必要がある。なお、現在は取り調べ状況の録音録画が行われるようになったが、これはほんの一部の事件に限られており、またその一部の事件でも一部の局面でしかない。ともかく、被疑者としての取り調べを受けるようになった場合には絶対に、また、関係者として取り調べを受ける場合でもできれば、信頼できる弁護士に相談するべきである。

3. 刑事事件と裁判

検察官に起訴されると刑事裁判となる。公開の法廷で検察官と弁護士・被告人とが左右に向かい合って対峙し、中央の一段と高いところに法服をまとった裁判官が座る。検察官が起訴状を朗読し、被告人及び弁護士が認める・認めない、あるいはどの点を争うのかなどの意見陳述を行い、その後、証拠調べに移る。最初に冒頭陳述として、

検察官、弁護人がそれぞれの主張を行い、その上で、書証の取り調べ、証人尋問などが行われていく。争いのある事件では、この証人尋問が刑事裁判の最も重要な部分であり、公開の法廷で、証人に対して、長時間の尋問が行われる。その内容は調書として記録される。そして、すべての証拠調べが終了すると、総括として、検察官の論告、弁護人の弁論、被告人の最終意見陳述が行われて、審理は終結する。その上で、裁判所が判決を宣告する。民事裁判では結論のみが法廷で読み上げられて、理由部分は紙(判決書)で示されるが、刑事裁判の場合は、理由を含めて全文が裁判長から口頭で告げられる。

4. エイズの歴史

エイズは、当初、奇妙な病気の流行として認識された。1982年9月に米国において「著明な免疫不全症候群であり、ほかの原因が見当たらない日和見感染またはカポジ肉腫」として定義された。その9か月後の1983年6月に日本の厚生省はエイズ研究班を発足させて、安部英医師がその班長となった。安部医師の血友病患者の中に著明な免疫不全を発症した者がいたので、安部医師はこれをエイズの可能性があるかと主張したが、翌7月の第2回研究班の議論の中で他のメンバーの反対により否定された。その他の疑われた患者もすべて否定されたので、研究班の検討結果では、日本にはエイズ患者は存在しないこととなった。その後、血友病治療の変更の必要があるか否かの検討(必要なしとの結論となった)を経て、1984年3月の第5回の会議で最終報告書が採択されて研究班は解散となった。その直後の同年4月に、米国のギャロとフランスのモンタニエとが、別々に、しかし同時に、エイズウィルスの同定を発表した。ギャロは、その論文の中でエイズウィルスの抗体検査が可能と記していたので、安部医師は、直後の6月に、帝京医大に保管されていた血友病患者48名の血液サンプルをギャロのもとに送付した。3か月後の9月にギャロから検査結果が送られてきたが、それによると、48名中23名が抗体陽性であった。翌1985年7月に、厚生省が加熱血液製剤を承認して、その後は血友病治療にこれが使えるようになったが、それまでは、従来の非加熱血液製剤が広く使われていた。他方で、1985年5月から6月の時期に帝京大病院で非加熱血液製剤を投与された患者が、エイズウィルスに感染し、その後エイズを発症して1991年に死亡した。このことで安部医師は1994年4月に殺人罪で告訴されることとなった。

5. 安部医師の刑事裁判

検察は、当初この告訴事件の立件に消極的であったが、細川内閣が発足して菅直人が厚生大臣になって厚生省の方針を一変させたことから、急に積極的になった。

その結果、安部医師は1996年8月に逮捕された。当時80才であった。安部医師は56日間勾留された上、業務上過失致死罪で起訴された。起訴状の骨子は、安部医師は、自身が科長を務めていた帝京大学付属病院内科の血友病患者のうち半数が抗体陽性であることを認識していたのだから、そのまま血液製剤の投与を継続すれば、高い確率で未感染の患者にHIV感染をさせ、その多くにエイズを発症して死亡することを予見できたはずである、というものであった。

この事件では、東京地方裁判所で、1997年3月から2001年3月まで4年間にわたり、53回の公判が開かれた。うち、23回までは検察側立証、その後47回までは弁護側立証が行われた。検察側証人は16名、うち10名が医師。弁護側証人は16名、うち14名が医師であった。そのほか多数の医学文献が書証として取り調べられた。2001年3月、東京地方裁判所は第53回公判で安部医師に無罪の判決を下した。

裁判所は、判決の中で、本件のような事件で事実を認定する場合には、当時の論文などの客観的資料が重要であり、検察官への供述や法廷証言などの事後的な供述については、その信用性を慎重に検討すべきとした。そして無罪判決の理由を以下のように述べた。

(1)刑法上の過失は、一般通常人の注意能力を基準とする。本件では、通常の血友病専門医の注意能力が基準となる。本件のような医薬品の投与については、通常の血友病専門医の知識が基準となる。ところで、医薬品については、治療上の効能・効果の反面として有害な副作用が生じることは避けがたい。従って、通常の血友病専門医の知識を基準にして、その医薬品のベネフィットとリスクとを比較して、なお有用性が認められるとされていたときには、その医薬品の使用は許されるのであり、それにより悪い結果が生じたとしても過失責任はない。

現に、血友病患者に既存の血液製剤を使用することは、当時の国内外の血友病治療医が一般的に行っていたこ

とである。従って、安部医師が血友病治療の権威者であったとしても、血液製剤投与継続を方針としていたことを過失とすることはできない。

(2)また、過失責任を問うためには、その悪い結果をどの程度予測できたかが問題となる。安部医師が自身の病院の血友病患者の多くが抗体陽性になっていたことを認識していたことは争いが無い。しかし、抗体陽性については①抗体陽性者はウィルスの現保有者であるか②ウィルスの現保有者は将来にわたってウィルスを保有し続けるのか③抗体陽性者の有する抗体はウィルスに対して防御的作用を有するのか④抗体陽性者はエイズを発症するのか。発症するとしてその発症率、コウファクターはいかなるものか、の4点からの分析が必要である。しかし、当時のエイズについての最先端の研究者でさえも、①②③についての明確な認識はなく、まして④については本格的な議論さえ始まっていなかったと認められる。従って、安部医師が「HIV感染者の多くがエイズを発症する」ことを予見できたなどとは言えない。すなわち、安部医師に予見可能性はなかった、としたものである。

この無罪判決に対して検察は控訴したが、東京高裁の判決直前に、安部医師は訴訟能力を喪失して公判停止となり、その後安部医師の死亡により終了した。しかし、同じ裁判所が、全く同じ事件について、厚生省元課長に対して無罪判決を下していたので、東京高裁が安部医師に無罪判決を下したであろうことは明らかであった。

6. 刑事裁判のその他の問題

(1)人質司法

警察・検察は、逮捕すると自白を迫る。勾留という極限状態で毎日追及されると、苦し紛れに自白してしまうことは珍しくない。そして、自白を渋る被告人については、起訴後も保釈が認められず長期間の勾留が続くことを突きつけるので、ますます自白するようになる。これを人質司法と呼ぶ。

安部医師の場合にも、80才という高齢にもかかわらず、起訴後56日間勾留された。

検察は、車いすで取調室に連れてこさせた安部医師に、「過失を認めろ」と自白を迫った。安部医師は「私は勉強不足でした」との調書にサインさせられた。もともと、本件のような事例は、過失の有無はその当時の医学水準により決まることだから、意味のない調書ではあった。

(2)メディアリーク

検察は、司法担当の記者に手持ちの材料の一部を示して、検察ストーリーが喧伝されるように仕向ける。村木厚子さんの場合ですら、検察は、連日のように共犯者の自白として、村木さんが真犯人であるとの報道を続けさせた。

安部医師の場合にも、血友病エイズの元凶は安部医師であるとの報道が連日紙面を賑わせ、テレビ放映されたので、血友病患者の中には安部医師は有罪であると思い込んだ者も多数いた。判決当時の新聞紙面では、大きな活字で「まさか 天仰ぐ母」「なぜだ 無念の傍聴席」「被害者置き去りか」という仰々しい見出しが躍っていた。安部医師の公判中には、証人尋問の最中に傍聴席からバーを乗り越えて来た男が、安部医師を手拳で殴りつけるという事件まで発生した。これも、メディアが誤った方向に人心を誘導した結果であった。

昔から、検察とメディアと被害者とは同じ方向を向くと人権にとってきわめて危険な状態が生じる、と言われるとおりである。

(3)検察の証拠隠し

検察は、安部医師の裁判が始まった直後に、フランス及び米国を訪れて、シヌシ(モンタニエの共同研究者)及びギャロについて、司法共助により証人尋問を行っていた。しかし、その内容は著しく検察に不利で、安部医師の無罪を裏付けるものであったために、その存在を隠し続けていた。たまたま、これに気づいた弁護人がそれを開示させて、弁護側証拠として、法廷に出す結果となった。有罪とするためには手段を選ばずとの検察の体質は昔から変わっていない。

7. むすび

安部医師の刑事裁判で、裁判所が示した先述の医療行為における過失の基準は、きわめて重要であり、何かの時には想起していただきたい。それと共に、刑事裁判における人質司法及びメディアリークの問題にも注意していただきたい。

病院の医療事故公表による事件の激甚化

～医療事故調査制度の最近の不当な認識・運用に関する政策批判～

井上法律事務所

所長・弁護士 井上 清成



1. 医療事故等の激甚化

近時、今までならばそれほど派手に扱われていなかった医療事故等について、マスコミで派手に扱われるようになった。また、一つひとつは報道されなかったような医療事故等についても、一応の報道がなされるようになったように感じる。

ここで言う「医療事故等」とは、「医療過誤」の事例やその疑いの事例、さらには、医療事故調査制度に言う「過誤の有無を問わない」医療事故死など全般を広く指す。

つまり、医療事故等に激甚化が生じているという印象である。

2. 愛西市医療事故調査委員長による積極的公表

たとえば、愛知県の愛西市が新型コロナワクチン接種で生じた医療事故を、その医学的評価も含めて記者会見したり、ホームページに事故報告書をそのまま掲載したりした。そのため、一般のマスコミも含めて、メディア・スクラムが生じ、一般国民皆が知るところとなっている。さらに、立て続けに、民事の損害賠償請求訴訟が名古屋地方裁判所に提起された。遺族の感情も逆撫でされて、特定の医師への刑事告訴の意向も示されたい。記者会見や事故報告書公表（それも、医療行為の医学的評価も含めて公表）が、「医療事故」の激甚化を招いた一例と評しえよう。

3. 岩見沢市立病院のマスコミ公表事例

また、近時、北海道の岩見沢市立総合病院では、「医療事故調査制度」に言う「医療事故」を医療事故調査・支援センターに報告したことをわざわざ公表し、しかも警察にも届け出て今は警察の捜査中ということである。派手にマスコミに出たので、ご存知の方も少なくないかと思う。警察の捜査の対象は、いつも個々の医師個人である。常に、その捜査対象となった医師の不安・恐れはいかばかりかと思う。

4. 国立国際医療研究センター病院のマスコミ報道

似たような公表・報道ケースでは、やはり近時、国立国際医療研究センター病院でも、医療事故の報道がなされた。一旦は「医療事故調査制度」の「医療事故」ではないという判断が病院管理者によってなされたにもかかわらず、外部の専門家からの意見によって、その判断が覆されて「医療事故」と変わり、センター報告がなされたい。遺族は、民事訴訟で病院と並んで医師個人も被告とし、医師個人への刑事告訴も行ったということである。

5. 医師への個人攻撃への帰結

最近は、これらのように激甚化した事例が目につく。いずれにおいても共通する原因は、「医療事故等の公表」にある。そして、医療事故等の激甚化は、医師個々人の心情を直撃してしまう。

特に、医療事故調査制度について見れば、最近のマスコミ公表の各事例は、不当な認識・運用をしていると批判せざるを得ない。

講演報告3

日本の医療安全政策の全体像および 医療事故調査制度について

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
室長 松本 晴樹



1. 日本の医療安全施策の全体像

日本の医療安全政策の全体像として、主に行政が行っている対策の面から本稿で説明していく。各医療機関、各医療従事者が個々の持ち場・役割に沿って、入院や外来といった医療機関内を中心に、時に在宅医療等の場面で医療安全に取り組んでいただいているが、本稿では、政策面でどのような取り組みを行っているかを説明していく。

日本では、医療機関は医療法の枠組みに沿って医療を提供することとなっている。医療法の中で、医療機関がすべからず遵守すべきルールを定めることで、医療機関としての最低基準を担保している。医療安全についてもいくつかの義務があり、医療安全に関する指針を定め、PDCAサイクルを回しながら改善をしていくこと、医療安全管理委員会を運用すること、職員向けの研修を行うこと、医療事故が起きた際は、院内調査を行い、医療事故調査・支援センターに報告することなどをすべての病院・診療所等が行うこととなっている。

また、医療安全の取り組みへのインセンティブとしては、診療報酬の中で加算が設けられており、医療法による仕組みへの上乗せを評価して、取り組みを推進している。

2. 医療安全の取り組み推進の重要性

2016年の米国の研究では、年間25万人あまりが医療的なエラーにより死亡していると推計している（Shojaniaら）。医療はそもそも状態が悪い患者に対して侵襲的な介入を行うものであり、リスクを伴うことがその存在意義からも避けられない。しかし、これらのエラーなどは、取り組みによって減らすことができることが明らかになっている。オランダでも国を挙げての取り組みが行われており、45%の予防可能な医療的エラーが減少したとされている（Bainesら2015年）。日本でも2002年に医療安全対策検討会議において、「医療安全推進総合対策」報告書が取りまとめられ、日本の医療安全対策の基本的な考えが示されたことに基づき、上記の様々な対策に取り組んできている。

3. 医療事故調査制度の取り組み

2015年からは、医療事故が発生した医療機関で院内調査を行い、その調査結果を第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保することを目的として、医療事故調査制度が全ての病院・診療所等に義務化された。この制度における医療事故とは、医療機関（病院、診療所、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って、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものである。

調査結果は、医療事故調査・支援センターへ報告され、センターは、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。これまで、19の再発防止の提言が出版されている。第15号（薬剤誤投与）以降には、動画資料も提言に付随しており、各医療機関が院内研修等で利用しやすいものとなっている。第1号（中心静脈穿刺）、第4号（気管チューブ関連）など、一般的な状況に関するものも多数出版されているため、ぜひ一度、医療事故調査・支援センター（一般社団法人 日本医療安全調査機構）のWebサイトをご覧ください、各医療機関の医療安全の向上に活用いただきたい。

医療機関に院内医療事故調査報告書を 公表する義務はない

会長
小田原 良治



近年、国立国際医療研究センター病院での医療事故報告、愛知県愛西市の新型コロナワクチン接種事故報告書公表・記者会見問題、北海道岩見沢市立総合病院の医療事故公表・警察届出問題等、医療事故調査制度の不適切な対応が相次いでいる。

これらの誤った対応の原因に医療安全調査機構の不適切な研修・発言等があると思われることから、これらの誤解を払拭すべきであると考えた。したがって、医療事故調査制度創設時に立ち返って、再度、医療事故調査制度の意図するところを確認するために、今回の企画を行ったものである。鼎談の演者は、厚生労働省医政局医療安全推進・医務指導室室長の松本晴樹氏、日本医療法人協会顧問で弁護士の井上清成氏と日本医療法人協会医療安全部会長で当協会会長の小田原の3名である。

私は、本制度創設時、省令・通知を作成するために設置された「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の構成員をつとめており、井上清成弁護士は、私と二人三脚で制度を適切なものにするために奔走していた当事者である。医療事故調査制度の歴史的経緯を知る二人と、現在の厚労省担当室長との意見交換を行うことにより、近年みられている医療事故調査制度への不適切な対応に対して警鐘を鳴らすことを目的とした。

演者3人、お互い事前に、発言についてのすり合わせを行った上で、鼎談という形で、医療事故調査制度の現在起こっている問題点の回答を提示する形をとったものである。鼎談の内容を理解いただき、くれぐれも医療事故調査制度が、そもそも想定していないような、不適切な対応を取られないことを期待している。

鼎談の全文は以下の通りであり、講演当時使用したスライドも参考のために掲載することとした。

※ ※ 鼎談「創設時に立ち返って医療事故調査制度を考える」

松本晴樹（厚生労働省医政局医療安全推進・医務指導室室長）〔以下、「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き弁護士の井上清成です。これより、「創設時に立ち返って医療事故調査制度を考える」を始めさせていただきます。

本日の出席者は、厚生労働省医政局医療安全推進・医務指導室室長で医師の松本晴樹先生です。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（2014年）6月の制度成立から10年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、創設時に立ち返って医療事故調査制度を考えて参ります。

まずは、「医療事故」と「医療過誤」について、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、ともすれば、「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、誤った医療者の感覚の一環なのだ認識しています。

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。松本室長は、この点、いかがでしょうか。

5 (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と同じ認識です。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)

遺族への謝罪・補償、社会への説明等が必要となっても、それはあくまでも、医療事故調査制度で規定されているプロセスとは別個であると言うことですね。

7 (室長)

はい、そのとおりです。

8 (弁護士)

医療者の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、次の類した課題を出して、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)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。
 - (2)「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。
 - (3)「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、どれであると感じるでしょうか。

9 (会長)

「正しいもの」は選択肢の(3)だと思います。

10 (弁護士)

松本室長はいかがでしょう。

11 (室長)

小田原先生と同じく、選択肢の(3)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、提供した医療に起因し、または起因すると疑われる死亡又は死産には当たらないため、医療事故の定義には該当しないと認識しております。

12 (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(2)だと勘違いしていたのです。

「(2)「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。

13 (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たらしいので、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。

14 (室長)

「疑われる」という文言がどこにかかっているかについて述べておられるということでしょうか。「医療事故の疑い」が、すなわち「医療事故」となるのではなく、提供した医療に起因すると疑われる死亡又は死産であって、管理者が予期しなかつ

たものであった場合に、その事例が医療法第6条の10で定義される「医療事故」に該当するという小田原先生のお話は、正しいご認識だと思います。

15 (弁護士)

ありがとうございました。それでは、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。

図1

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

16 (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「予期しなかつた死亡」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。

17 (弁護士)

松本室長、今の小田原先生のお話はいかがでしょう。

18 (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有無という2つの観点があり、「予期しなかつた死亡」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に誤解があったら、その誤解の解消が必要だと思います。

19 (弁護士)

確かに「医療事故の定義」が、「予期しなかつた死亡」かつ「医療起因性のある死亡」であると、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「予期しなかつた死亡」または「医療起因性のある死亡」だとしたら、「医療事故の範囲」が大いに広がりますね。

小田原先生、いかがでしょうか。

20 (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」になっているのとは、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。

21 (弁護士)

松本室長、いかがでしょうか。

22 (室長)

確かに平成28年当時、塩崎厚労大臣が「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、(当初件数を予想したときよりも)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。

23 (弁護士)

松本室長、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。

24 (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(3)の正しい解答のとおりです。

25 (弁護士)

松本室長、いかがでしょうか。

26 (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、当省ホームページにあります「医療事故調査制度に関するQ&A」のQ 2の回答にもお示ししているとおり、「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。

27 (弁護士)

さらに、「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、いかがでしょうか。

図2

「医療の内」と「医療の外」の切り分けによる整理		
「医療の内」の制度と「医療の外」の制度		
	「医療の内」の制度	「医療の外」の制度
目的	(専ら) 医療安全	責任追及
WHOガイドライン	学習を目的とした制度	説明責任を目的とした制度
本邦の制度	医療事故調査制度	刑事・民事・メディア・医師法21条等
有害事象の名称	「医療事故」	「医療過誤」
予期と予見	「予期」	「予見」

28 (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。

29 (弁護士)

松本室長、いかがでしょうか。

30 (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。

31 (弁護士)

2024年6月8日、日本医療メディエーター協会・日本ピアサポート協会Heals・日本医療安全学会などの共催で、国際シンポジウム「有害事象後の世界の取組み」が早稲田大学にて開催され、和田仁孝氏（早稲田大学法学学術院教授）の司会・座長の下で、アメリカ・台湾・ニュージーランド（オーストラリア）の各演者がシンポジウムを行っていました。たとえば、Jo Shapiroハーバード大学医学部耳鼻咽喉科准教授は、ピアサポートの提唱の第一人者として、「事故後の対応：医療者の癒しと医療安全のためのピアサポート」というテーマでの講演を行っていましたが、「医療事故等の激甚化の兆し」のある昨今、特に時宜を得たものであったと思っています。

同氏は、「被害後の対応：患者の安全と関与した医療従事者の回復にピアサポートが重要な理由」を説明していましたが、特に、「長年にわたり、私たちのシステムは、私たちを無尽蔵の資源として扱い、私たちの身体的、精神的、感情的な健康を無視してきました。私たちはこれを内面化している」とこと、及び、「臨床医の過失、感情的な影響」として「悲しみ、恥、自己不信、恐れ、孤立・孤独」を強調していました。そして、その「医療過誤の回復力に関連する要因」として、ピアサポート（同僚と話し合う、など）の重要性を熱心に説いていたのです。

松本室長、いかがでしょうか。

32 (室長)

医療事故の当事者となった医療従事者に対する精神的な支援は重要と認識しているところであり、医療従事者へのピアサポートを充実させていくことは、よいことだと思います。

33 (弁護士)

最近、ウェルビーイングという言葉が流行っています。

世界保健機関（WHO）は、WHO憲章を公布しています。前文の一部において、「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」であると明示されました。定訳によれば、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」という意味です。ただ、それを平易化した公益社団法人日本WHO協会の仮訳によれば、「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。」とされています。

小田原先生、医療従事者のウェルビーイングというのはいかがでしょう？

34 (会長)

医療従事者のウェルビーイングは大切だと思います。今後、このウェルビーイングという観点から充実させていくことがよいと考えています。

35 (弁護士)

ところが、最近、医療従事者個々人のウェルビーイングが低下している事例が出ているように感じています。

たとえば、愛知県の愛西市が新型コロナワクチン接種で生じた医療事故を、その医学的評価も含めて記者会見したり、ホームページに事故報告書をそのまま掲載したりしました。2022年11月の事例発生直後から、一般のマスコミも含めて、メディア・スクラムが生じ、一般国民皆知るところとなってしまいました。2023年9月の報告書についても報道がありました。さらに、立て続けに、民事の損害賠償請求訴訟が名古屋地方裁判所に提起され、遺族の感情も逆撫でされて、特定の医師への刑事告訴の意向も示されたいのです。記者会見や事故報告書公表（それも、医療行為の医学的評価も含めて公表）が、「医療事故」の激甚化を招いた一例とも思うのですが、どうでしょうか。

また、近時、北海道の岩見沢市立総合病院では、「医療事故調査制度」に言う「医療事故」を医療事故調査・支援センターに報告したことをわざわざ公表し、しかも警察にも届け出て今は警察の捜査中ということです。派手にマスコミに出たので、ご存知の方も少なくないかと思います。警察の捜査の対象は、いつも個々の医療従事者個人です。常に、その捜査対象となった医師や看護師の不安・恐れはいかばかりかと思えます。

小田原先生、これらについていかがでしょうか。

36 (会長)

勤務している医療従事者が個人攻撃されてしまっていて、大変に憂慮しています。

37 (弁護士)

「医療事故調査制度」における「医療事故」の公表について、かつてその正に担当の厚生労働大臣政務官だった橋本岳衆議院議員が日本医療法人協会主催セミナーの場でコメントしておられますね。

小田原先生、ご披露をお願いいたします。

38 (会長)

橋本岳議員は、日本医療法人協会主催の講演において、「医療事故調査制度においては秘匿性を重視した仕組みを作ったので、医療事故調査制度における医療事故の発生や院内医療事故調査の結果報告の公表は、当時、想定していなかった」と述べておられます。

当時、厚労省の「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の構成員だった私も、橋本岳議員と同じ認識です。

39 (弁護士)

松本室長のご認識はいかがでしょうか。

40 (室長)

医療事故調査制度が秘匿性を重視した仕組みとなっていることは橋本岳議員と同じ認識です。現在の医療事故調査制度においては、医療機関が自主的に院内事故調査の結果を公表することについて、法令上の制限はないのですが、公表する義務は全くありません。公表を義務だと捉える方がいれば、それは誤解だと申し上げることができます。院内事故調査の報告書については、医療機関が医療事故調査・支援センターに報告する義務はありますが、医療事故調査・支援センターも、報告書を勝手に公表することはありません。

41 (弁護士)

ご認識をご披露いただき、ありがとうございます。

似たような公表・報道ケースでは、やはり近時、国立国際医療研究センター病院でも、医療事故の報道がなされました。一旦は「医療事故調査制度」の「医療事故」ではないという判断が病院管理者によってなされたにもかかわらず、外部の専門家からの意見によって、その判断が覆されて「医療事故」と変わり、センター報告がなされたらしいのです。遺族は、民事訴訟で病院と並んで医師個人も被告とし、医師個人への刑事告訴も行ったということです。

最近は、これらのように激甚化した事例が目につきます。いずれにおいても共通する原因は、「医療事故等の公表」にあると思われます。そして、医療事故等の激甚化は、医師個人への心情を直撃してしまうので、対策を考えないといけないとも思っております。

最後に、小田原先生、一言いかがでしょうか。

42 (会長)

今後、鹿児島県医療法人協会としても、日本医療法人協会としても、これらの問題に適切に提言していきたいと思えます。

43 (弁護士)

松本室長、最後に一言いかがでしょうか。

44 (室長)

本日は貴重な機会をいただき、まことにありがとうございました。今後も各方面の皆様方と意見を交換しながら、制度の適切な運用に努めてまいります。

45 (弁護士)

皆さま、本日のお話によって、さらに一層、医療事故調査制度に対して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、「創設時に立ち返って医療事故調査制度を考える」のセッションを終了させていただきます。

小田原先生、松本室長、ありがとうございました。皆様、ご静聴、ありがとうございました。

高裁における審理の実情

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



第一審の地方裁判所で真剣に戦い、主張・立証を尽くしたのに、想定外の敗訴判決を言い渡されることがあります。この時は、控訴して高等裁判所で逆転勝訴判決を獲得すべく頑張ることになります。

比較的最近の私の経験事例から何件かをご紹介します。

先ず、争点が簡単な事例です。私の依頼者が知人に貸した500万円を返して貰えないということで貸金返還請求訴訟を提起しました。地方裁判所の審理では、被告（借用主）は、借りたことは認めるが、弁済済みだとして500万円の貸主の記名押印のある領収証を証拠として提出しました。貸主は、そんな領収証は書いていない、印鑑も自分のものではなく市販の認印であり、当該領収証は偽造だと主張して争ったという簡明な事案です。地方裁判所の判決は、領収証に貸主の押印があるから真正に成立したと推定される、領収証作成日に、貸主は借主宅を訪問している（貸主は返済の催促に行ったのだと主張しています）、借主は、領収証作成日の前日に定期預金500万円を解約しているといったことを根拠に、借主の弁済済みの抗弁を認めて、貸主敗訴の判決を言い渡しました。貸主として口惜しさと怒りで高裁で再度戦う決意をしたのですが、依頼していた弁護士は（実は私以外の弁護士でした）控訴しても勝ち目はないと引き受けてくれませんでした。そこで、貸主は、知人を介して私のところに控訴の相談に見えました。控訴期限は2週間ですから、私は、取りあえず控訴手続きだけはして、証拠や証言の検討をすることにしました。私は、領収証に貼付してある印紙に着目しました。その当時、印紙のデザインが変更されたことを思い出しました。調べてみますと、印紙のデザインが変更された前の年に当該領収証は作成されていたのですが、貼付してある印紙は変更後の新しい印紙であることが判明しました。そうしますと、借主提出の領収証は、偽造の疑いが濃厚になります。この事実を高裁で主張しましたところ、相手方は、弁済をした日に一旦は領収証を作成したが、紛失したので、返済した事実は変わらないから自ら作り直したのだと苦しい弁解の主張をしてきました。前日解約した定期預金の使途も法廷で種々論争をしていくうちに怪しくなってきましたこともあって、高裁判決は逆転で原告の全面勝訴に変更されました。

Jeffrey Archerの小説に「A Prisoner of Birth」がありますのが、その中で遺言書の真贋が争われている法廷のシーンがあります。遺言書に貼られている切手の発行日は遺言者の死亡後3カ月後に図柄が変更されて発行されたもので、切手に重ねて書かれた遺言者の署名は偽造ということが判明するというもので、同じようなことはどこにでもあるのだなど可笑しくなりました。

次は、法律の解釈適用が問題になった事案です。父親は戦後土木建設業を立ち上げそれなりの会社に成長させました。二人の息子がいましたが、事業の後継者としては能力の高い二男を選び、会社の株式は全部、事業承継制度を使って二男に譲っていました。父親は自己所有地上に会社の社屋ビルを建設していました。長男の生活費のことも考えて、遺言書では社屋の敷地は長男に相続させるということにしていました。

父親が亡くなって数年後、長男は次男が社長をしている会社に対し、社屋敷地の土地を所有者である自分に返還して明け渡せという訴訟を提起してきました。そんな馬鹿なということで社長が私のところに駆け込んできました。と

ころが、この明渡請求は法的には充分根拠のあるものです。土地の貸借には地代を支払う場合と無償で借りる場合がありますが、地代を支払う場合は建物所有者は借地権を取得し、借地借家法で30年、さらには期間更新ということで強固な権利が認められています。無償で借りている場合は、使用貸借権といういわば弱い占有権限しか認められないのです。長男は、父親が死亡した時点で、父親が会社に好意で無償で貸していた使用貸借権は消滅したという理屈で土地の明け渡しを求めてきたのです。確かに、民法には「貸主は、貸した目的に従い借主が使用及び収益をするのに足りる期間を経過したときには、契約を加除できる。当事者が使用貸借の期間及び収益の目的を定めなかったときは、貸主は、何時でも契約の解除をすることができる」と定めてあります。社屋ビルを建築した当時社長だった父親は自分の土地の上に自分の会社のビルを作るのだから何の問題はないという認識で、契約書などは作成していません。この民法の規定を当てはめると、借主側に不利な状況です。私は、未だ、借主が使用及び収益をするのに足りる期間は経過していない、という主張をしましたが、地裁判決は、建物が建設されてから30年以上経過しているから期間は経過したという判断で、土地明け渡しを命じる判決を言い渡しました。高裁では、地裁判決に従えば、会社が倒産する、多くの社員が路頭に迷うといったいわば泣き落とし戦術しか思いつきませんでしたので、高裁判決が出るまでは本当に心配しました。結果は、会社は盛業中であり、使用貸借権は未だ継続しているから、明渡請求は棄却するという逆転勝訴判決でした。社長も私も心底ほっとした次第でした。私が思いますに、地裁の判事は任官10年くらいの若い方で、法律を厳格に解釈すべきだという立場に立ち、高裁の裁判長は、60歳を過ぎた方で、法律論の前に常識論、この結果のバランスといったことを重視したのかという感想を持ちました。

最後にご紹介しますのは、地裁判事のなかには独善的で困った方もいるという話です。ある企業が子会社の一つをM&Aで他社へ、従業員雇用は保証するという条件で売却しまして、親会社の社長が100%持っていた株式の売却代金を数千万円取得しました。ところが、譲渡先の経営者と子会社の従前からの社員との仲が険悪となり、半年もしないうちにこのM&Aは、合意解約して子会社は元の会社の傘下に戻ることにになりました。譲渡先の経営者は譲渡元の社長に対し、株式売却代金の全額返還を請求してきました。譲渡元の社長は、株式の売却によって得た利益について支払った消費税、所得税・住民税を差し引いたうえで残金を返すと主張しました。私は、譲渡元社長の代理人でしたが、私からすれば、支払いを受けた譲渡代金は不当利得になりますから返還するとしても、不当利得法で「受益者は、その利益の存する限度においてこれを返還する義務を負う」と定めているのですから、支払い済みの税金等を差し引いた現存利益を返還するのが法律で定めているところでしょうということ、判例や学説・文献を多数引用して主張しました。私の方の主張が認められるのは当然だと思っていましたところ、地裁判決は「裁判所の判断と課税当局の判断に相違が生じることはあり得る」という訳の分からない理由で、売買代金全額の返還を命じる判決を言い渡しました。私の依頼者である譲渡元の社長からすれば、二重払いということになり納得できないものでした。高裁の審理は比較的スムーズに当方への課税分等は差し引いて返還すべきだという主張を認めてくれました。今でも、この地裁判事の判断にはそもそも能力的に問題があったのではないかと言いたくなる気持ちが無いわけではありません。

このように高裁で、地裁判決が逆転した経験はまだまだ多数ありますが、紙数の関係で今回はここまでとします。硬いイメージのある高裁の審理が意外と柔軟なところがあることがお分かりいただけたかと思います。それにしましても、何年経験しても裁判は難しい、法律は分からないなという私の実感は深まるばかりです。

看護学校だより

病院説明会について（学校と会員病院との連携に向けて）

当校では、卒業生が会員の皆様方の病院に就職して地域医療に貢献できることを願うとともに、在校生が会員病院の皆様方から直接お話を伺うことにより、地域医療の現状について学ぶ機会を提供することを目的として、例年、病院説明会を開催しています。

令和6年度におきましては、昨年の12月に会員の皆様に開催のご案内をさせていただき、43会員の皆様方に参加をいただいて、今年4月に当校にて開催したところです。

会員によりましては、オンラインによる参加でプレゼンを実施したところもありました。開催の概要は次のとおりです。

日 時：令和6年4月16日（火）10:00～ 15:50

会 場：校内11か所（教室、会議室、ホールなど）

学生参加：103名（21期生36名、22期生41名、23期生26名）

実施方法：1会員が1セットにプレゼンを2回実施（1回当たり20分の計40分）

時間配分：Ⅰ 10:00～ 11:00 11会員、Ⅱ 11:20～ 12:20 11会員

Ⅲ 13:30～ 14:30 11会員、Ⅳ 14:50～ 15:50 10会員

（1セットの途中に、学生の入替時間10分、2回目の終わりには学生からの質問時間10分）

開催後に、参加病院からのご意見を伺いましたところ、学生に真剣に聞いてもらえた、学生からの質問歓迎といった声や、学生との距離が近くて良かった、時間についてはもう少し欲しい、30分は欲しいといった声、逆に時間は短くても3回のプレゼンにして欲しいといった声、事前に生徒の学年別人数や関心事項などの情報をいただきたいといった声などをいただき、次期説明会については、全病院の皆様方から参加したいとのご意見をいただきました。

次期開催に向けて、いただいたご意見も反映しながら、より実りある説明会にするよう今後とも工夫してまいります。

本校の教育理念にもありますように、本校の設置主体は鹿児島県医療法人協会でありますことから、卒業した学生は、県内各地域の保健・医療・福祉の担い手として重要な役割を期待されております。

卒業生が看護師として地域に根ざした看護を提供できるよう、会員病院の皆様方のもとへ就職したいと希望する学生がひとりでも多く出ることを願って、今後とも皆様方と連携を深めながら説明会を開催してまいりたいと考えております。引き続きご指導ご協力のほどよろしくお願いいたします。

看護学校の学生募集について

当校は設置主体の鹿児島県医療法人協会が目的とする「地域の保健・医療・福祉にかかる看護師の人材育成」を行っております。超高齢社会と少子化という大きな変化の中で学生確保も喫緊の課題となっております。そこで令和7年度入試では入試回数を増やすなど様々な工夫で学生募集に力を入れております。

是非、皆様から周りの方々にご紹介いただきたいと思います。

会員病院との連携を強化いたしました!

1. 入学試験前に会員病院で奨学生の決定を受けた場合、受験料(15,000円)全額免除
2. オープンキャンパス、学校見学に参加された方、推薦入試受験の方は受験料が全額免除
(オープンキャンパスは7月6日、8月9日の2回 学校見学は随時実施)
3. 入学試験受験前から会員病院の奨学金情報が得られます

令和7年度 入学試験案内

- 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	出願期間	試験日	合格発表
推薦 社会人入試	令和6年 9月17日(火)～10月3日(木)	令和6年 10月6日(日)	令和6年 10月10日(木)
一般Ⅰ期	令和6年10月21日(月)～11月7日(木)	令和6年 11月10日(日)	令和6年 11月14日(木)
一般Ⅱ期	令和6年11月18日(月)～12月5日(木)	令和6年 12月8日(日)	令和6年 12月12日(木)
一般Ⅲ期	令和7年 1月6日(月)～1月23日(木)	令和7年 1月26日(日)	令和7年 1月30日(木)
一般Ⅳ期	令和7年 1月27日(月)～2月13日(木)	令和7年 2月16日(日)	令和7年 2月20日(木)
一般Ⅴ期	令和7年 2月17日(月)～3月6日(木)	令和7年 3月9日(日)	令和7年 3月13日(木)

※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 千892-0803 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 千102-0075 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

- ・今年の夏は鹿児島も猛暑続きで、22日連続で猛暑日となり、地球沸騰化を体感した。暑さの影響は人間に熱中症をもたらすだけでなく、農作物や家畜など農業、畜産にも影響し、結果、食糧の供給、食料品の価格に影響が出るほどである。学生たちの授業にも支障が出ないよう冷房空調は必須だが、下火にはなつたもののコロナ感染症対策のために教室の換気も必要である。猛暑の中、いかにして冷房と換気を組み合わせて健康を保つか、頭が痛い。
- ・日向灘地震が発生し、津波とともに、志布志、大崎では崖崩落や家屋倒壊の被害が発生した。南海トラフ地震の前兆とされたことで、名前は聞いていたが、改めて巨大地震がいずれおこることを認識した。風雨災害と違って地震の予知は困難であると肝に銘じ、本校においても、普段から、地震に備えた準備、地震時の災害予防対策を講じておくことの重要性を感じた。
- ・今回の協会報は、今年の冬に協会創立60周年記念誌を発刊したことで、冬・夏の合併号となり、いつもの号より掲載内容、ページ数が若干増えることとなった。合併号を契機としてという訳ではないが、今回の協会報から、協会ホームページに掲載することとした。これまでも、協会の活動の周知広報に努めてきているが、これにより、さらに広く協会の活動が認知され、活動に賛同する法人の皆様方が当協会に加入されることとなれば幸いである。

長期運転資金・設備資金に

医業経営プライム



プライムⅠ

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)	限度額	期間	金利(変動)
3,000万円	最長7年	1.30% (▲0.05%~▲0.20% 優遇有)	2,000万円	最長7年	1.45% (▲0.05%~▲0.15% 優遇有)

対象者 開業医および医療法人

資金用途 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）
→団信加入の場合は、0.2%~0.5%金利上乘せ（完済時年齢70歳以下）

※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

