

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2025年2月発行

56

CONTENTS

巻頭言	2
特別寄稿	3～15
講演報告	16～20
会計のお話 IFRS16号とIFRS18号について	21～22
看護学校だより	23
編集後記	24

医療事故にどう対応するか

会長
小田原 良治



2015年3月20日、医療事故調査制度の施行に係る検討会とりまとめが出され、5月8日には省令・通知が出された。同年10月1日には医療事故調査制度が施行された。今年で丁度10年になる。時々「医療事故にどう対応するか」という内容の講演会の案内が届くが、講演概要を見ると医療事故調査制度を理解していないのではないと思われるものがある。医療事故調査制度を紛争解決の制度と誤解しているらしい。『医療事故』と『医療過誤』を混同しているであろう。

『医療事故』と『医療過誤』は別物である。『医療事故』という言葉は、2014年6月25日の医療法改正時に、「医療事故調査制度」として、はじめて法的に定義された。

『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又は死産を『予期しなかった』もの」として定義されたのである。判断に際し、「過誤の有無」は問わないのである。すなわち、『医療に起因する死亡』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、この二つの要件が重なり合った部分が『医療事故』ということである。もっぱら医療安全の制度としての定義であり、責任追及・説明責任につながる『医療過誤』とは別物である。

したがって、『医療事故』に該当するが、『医療過誤』ではない事例が存在するとともに、『医療事故』には該当しないが、『医療過誤』という事例も存在し得るのである。医療事故調査制度の『医療事故』に該当しなかったので責任なしというわけではない。別途、『医療過誤』か否かを判断する必要がある。

この説明責任の部分は、厚労省が提示した「医療事故に係る調査の流れ」図のなかにも「遺族等への説明(制度の外で一般的に行う説明)」として明示してある。この説明責任に該当する部分は顧問弁護士等と協議して対応すべき部分であり、医療事故調査制度でいう遺族への説明と混同してはならない。

『医療事故』と『医療過誤』の違いを認識すれば、センターへの『医療事故』発生報告に際し、裁判官の心証であるとか、遺族の感情とかの斟酌は不要であろう。『医療に起因する死亡』要件と、『予期しなかった死亡』要件のいずれにも該当する「制度の対象事案」すなわち『医療事故』は報告し、『医療事故』に該当しないものは報告の必要はないということである。ただし、『過誤』の有無は別途検討する必要がある、『過誤』の可能性のある場合は弁護士等と協議して対応すべきことは言うまでもない。

特別寄稿1

医療事故調査制度について

日本医療法人協会常務理事、東京都支部長
社会医療法人慈生会等潤病院理事長 伊藤 雅史



私が鹿児島県医療法人協会小田原良治会長に初めてお会いしたのは、平成25年4月7日、東京青年医会の早朝勉強会でした。小田原会長は覚えておられないかもしれません。その際に、医療事故調査制度創設に向けての歴史的な背景と、現在の医療事故調査制度のひな型とも言える日本医療法人協会（以下、医法協）案を説明され、大きな驚きと共感をもって拝聴しました。

この小田原会長が中心となって作成した医療事故調査制度創設案は、平成24年10月19日に、医法協理事会・支部長会において了承され、その骨子や哲学は日本医療法人協会ニュース平成24年11月1日号において、小田原会長と井上清成弁護士が中心となって語られていました。平成25年1月には「四病協合意」、翌2月には「日病協合意」まで取りまとめられ、現在の医療事故調査制度そのものと言っても良いものであったと思います。

I. 日本医療法人協会役員就任と医療事故調査制度への関わり

私は小田原会長の話を初めて聞いた平成25年の6月に、医法協常務理事・東京都支部長と東京都医師会理事を拝命しました。その後、様々な会議において小田原会長からの話を聞き、その情熱と正義感に感銘を受けて、微力ながらも協力できればと思い立ったのです。

そして、平成26年6月に「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」、いわゆる医療介護総合確保推進法が公布されたなかで医療法が改正され（改正医療法）、医療事故調査制度が創設されました。その内容を一言でいえば、「紛争解決・責任追及」から「医療安全・再発防止」へのパラダイムシフトであり、医療安全を目的とした院内調査を主体とするものとして法制化されました。これは画期的な事であったと思います。

この間、私は医法協においては医療安全調査部に参画し、「医療事故調査制度の施行に係る検討会」に小田原会長の代理として出席したこともありましたが、医法協「医療事故調運用ガイドライン」作成委員会や鹿児島県医療法人協会創立55周年記念事業「院内医療事故調査マニュアル」作成にも参画させていただきました。当時の小田原会長を中心とした一連の動きは、日本における事故調の新しい夜明けの原動力であったと思います。

II. 医療事故調査制度施行後にも蔓延る誤解と法律無視の姿勢

東京都医師会においても医療安全の副担当として、医法協案の実現に微力ではありましたが努力しました。東京都は広尾病院事件が最高裁まで争われた余波が色濃く残り、東京都では監察医務院制度が他県より充実しているため日本法医学会の影響が大きく、医療法改正前の流れともいえる「紛争解決・責任追及」型の考えが根強く残り、医療法改正の正しい理解がなかなか得られないことを肌で感じていました。

改正医療法成立に続き省令（医療法施行規則）、平成27年5月には医政局長通知が出され、同年10月より長年にわたる議論と多くの困難を乗り越えて、医療事故調査制度が施行されました。この制度が正しく広がり機能することを期待して迎えた時ではありましたが、その翌月には私の想像を超える事件が起こりました。

小田原先生との初めての出会いとなった東京青年医会11月20日開催の早朝勉強会での出来事です。講師はある団体の顧問である弁護士であり、題名は「医療事故調査制度の解説～分かりやすい「三大目的論」～」でした。その中で、医療事故は医療が関係したと推測あるいは否定できない死亡や、患者の死亡が予測できなかったか死

因がはっきりしないのは全て報告すること、院内事故調査委員会には必ず外部の第三者委員を入れる事、報告書は保険会社や裁判の参考資料ともなること、などを滔々と説明し始めました。

三大目的は、①再発防止の目的、②遺族への説明目的（紛争解決の目的）、③刑事介入防止の目的、というものです。長年の議論で問題となってきた「紛争解決・責任追及」と「医療安全・再発防止」の矛盾する考えを、一つの制度の中で実施するという、今回の医療法改正で完全に否定された主張そのものであったのです。

通常は講演後の質疑応答まで待つべきところですが、講演の途中で思わず、法律や省令、通知と異なる誤った解説は看過しがたいと意見申し上げたところ、「そりゃそうなんだけど・・・」と絶句してしまったのです。法に則り解説すべきところ、持論や信念を優先する姿勢に、法律家にもそのような方がいるのかと、当時は驚愕したものです。厚労省「第3次試案」や「大綱案」の亡霊かという底知れない不気味な印象でした。

このようなことがその後も度重なったため、その理由を私なりに考察したものを『日本医療法人協会ニュース』平成27年10月号「医法協アカデミー」に掲載してもらいました。前半は医師法21条に関する事、後半は法律や制度の本来の目的を捻じ曲げて、自分の主義主張を変えないことへの言及です。原文を以下に記載します。

Ⅲ．二つの人生論から見た医療事故調査制度

改正医療法による医療事故調査制度の創設には、日本医療法人協会の果たした役割が極めて大であったことは、衆目の一致するところである。特に、小田原良治常務理事は、その最大の功績者であり、医法協ニュースにおいて継続的に正しい情報を明快に解説してこられたことに、深甚なる敬意を表するものである。

私は医法協ガイドライン作成委員会に副委員長として途中から参画したが、医療事故調を巡っては、若い頃に読んだ二つの人生論が常に頭を離れない。本稿では、それらを引用しながら、若干の考察を試みたい。

・三木清「人生論ノート」より

「死は観念である。・・・これに対して生は何であるか。生とは想像である、・・・死は一般的なものである。対して、生は特殊なものである。・・・死そのものにはタイプがない。死のタイプを考えるのはなほ生から考へるからである。」

死が一般的あるいは具体的なものであるとするのは「無」であるからであり、その意味で死そのものにはタイプがない。死は一般化などできないという声があるのは、実は生の立場から死を考えるからである。診療関連死、医療過誤死、外因死、安楽死、尊厳死、幸福な死、無念の死、非業の死、大往生、等々、一見、様々な死があるやに語られるが、それは想像であり特殊である「生」からの発想であると、明快である。いずれにしても、観念も想像も当然のことながら法的判断には馴染まない。

観念の対義語は実在或いは実体、想像のそれは実際に相当する。それから敷衍すると、「死」のもう一つの対義語は「死体」と言える。観念は実体がなくとも主観的に創られるが、実体は人の意識を超えて客観的に存在する。故に、死体は客観的・科学的かつ法的判断の対象となり得るのである。

医師法21条は「医師は、死体又は妊娠4カ月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」であり、正に異状たる死体が対象であり、異状たる死ではないことは明らかである。その意味では、日本法医学会「異状死ガイドライン」も字句を素直に読めば「異状死体」に言及したものではない。然るに、異状死と異状死体は同義であると言う誤謬と、それを積極的に採用し続けた厚生労働省の意図は何であったのか。

診療関連死、医療過誤死自体は、その事由のみでは元々、届出対象ではなかったが、届出の要件は外表異状の有無に依ることが、2004年の広尾病院事件最高裁判決で確定した。しかし、10年以上経過して初めて、厚労大臣国会答弁と平成27年度死亡診断書記入マニュアルから日本法医学会異状死ガイドラインの記載が削除され、医師法21条問題解決を厚労省が追認した。この遅延・不作為が医療界に与えた影響は甚大である。

・トルストイ「人生論」(米川和夫訳)より

「いまここに、水車を生活のたったひとつのたつきとするひとりの男がいるとしよう。この男は、祖父の代からの粉ひきで、・・・機械の知識はいっこうないのだけれども、いい粉を割りよくひくために、水車の部分部分の調整をするのは手慣れたもの・・・たまたまふっと水車の構造を考えてみようという気をおこして・・・受け口からひき臼へ、ひき臼から心

棒に、心棒から車に、車からせきに、堤に、水系観察をすすめていくうちに、とうとう、すべての原因は堤と川にあると、さったのである。・・川の研究をはじめ・・かれの水車はまったく調子がくるってしまった。・・そんなことはよしたほうがいいと・・忠告した人たちといい争ったあげく、・・川が水車だと信じこんでしまった・・論理のうえで、粉ひきの考えに反対するのはむずかしい。・・こうした迷いをさましてやるには、・・だいいじなのは、考えることそのことではなくて、考える順序だということ・・合理的な活動と非合理的な活動とが区別されるのは・・考える目的がこの順序を定めるのであって・・目的をわすれた考えは、たとえ、どんなに論理にかなっていようと、どこか分別に欠けたところがあるものだ。」

粉屋は上質な麦粉を作ることを目的として、水車の研究を始めた。研究は水車から堤、川へと広がり、結果として麦粉の質は落ちた。しかし、手段である研究が目的となったがために、本来の目的が忘れ去られた誤謬を受入れられない。他者から指摘されればされるほど、その傾向は更に増大し研究こそ人生と曲解した。

手段・方法は目的を達成するためにあるが、往々にして手段・方法が目的化してしまい、本来の目的を毀損することは日常的に起こり得る。これを「唯心論的物神化」と呼ぶが、その修正は極めて困難である。

医療事故調査制度の議論は10年以上もの長きに及ぶが、多くの試案が俎上にのぼっては消えて行ったことは周知の事実である。この最大の原因は、「医療安全の向上・再発防止」を目的としたWHOドラフトガイドライン推奨の「学習モデル」と、「責任追及」という当該医療者の処分・非難を目的とした「懲罰モデル」を、1つの制度で実現しようとしたところにあった。

今回の医療事故調査制度では、「医療安全の向上・再発防止を目的とした学習モデルに特化」というパラダイムシフトが起こった。これは諸外国では既に常識の事であり、わが国では長期間の議論を要したが、大いなる前進と評価できる。一部の関係者が未だ推奨する「大綱案」で懸念された、「学習モデル」を願う純粋な医療人の良心が「懲罰モデル」の紛争の場で蹂躪される危険性と、第三者機関への届出と医療専門家による調査によって警察・検察からの追及や法的責任を免れることができるという医療者の幻想に、完全に終止符が打たれたと言える。

しかし、懲罰モデルという目的は削除されたが、それに基づく医療事故調査の方法論は残念ながら完全には消えておらず、21条問題と同様の混乱を来す可能性が危惧される。共に、方法・手段が目的化した唯心論的物神化に帰結するからである。

日本医療法人協会の存在意義は創設から運用に移るが、これからが正に正念場であると言えよう。

IV. 制度の誤運用がもたらす悲劇

現在の医療事故調査制度が始まって約10年を経過しました。全体的には落ち着いた運用ができているものと思いますが、「紛争解決・責任追及」を信条として自らの立場の絶対性を変えないことの問題が続いていることも確かです。

最近では、愛知県愛西市で新型コロナワクチン集団接種後に死亡した方に対し、医療事故調査委員会を組織しその調査結果を記者会見して公表し、報告書の全文を公開した事例があげられます。これを受けて遺族は市に損害賠償を提訴すると共に、関係者を刑事告訴すると報じられています。

そもそも医学的評価の判断を含めた医療事故報告書の公開は、医療事故調査制度に求められる非懲罰性、秘匿性、独立性を逸脱していること、匿名以上に厳格な「非識別性（他の情報と照合しても個人が識別されない）」が守られていないこと、結果として責任追及の根拠とされてしまったことなど、医療事故調査制度の想定外の事態になってしまいました。誠に残念な事態です。

VI. 終わりに

今後もこのような悲劇を生まないように、正しい医療事故調査制度の理解を改めて周知すること、また、法律に則り「医療安全・再発防止」という根本的な目的を達成するための適切な運用の啓発活動は必須と言えます。医療事故調査・支援センターは、本来、その目的を担うべく創設されたものですが、期待された役割を果たしていないのは大きな問題です。従って、小田原会長を中心とした活動を今後も継続して、正しい制度運用を広める必要があると痛感しています。

ISO 5665で医療事故調査制度を深化させる

～医療事故調査委員の資質に依存しない
事故調査の標準化を目指して～

一般社団法人 全国医師連盟
理事 中島 恒夫



【自己紹介】

私は一介の臨床医にすぎません。不適切な表現で恐縮ですが、自称『診療バカ』『場末の胃腸屋』です。人口10万人当たりの医師数が「151人」という医療過疎地で働いています。出水医療圏に近い数字の医療圏です。大病院に勤めているわけではありません。2023年の上部消化管内視鏡検査8,546件、大腸内視鏡検査1,299件、内視鏡処置・治療675件を5人の消化器内科医でこなしています。

医師になり立ての頃、私は単に技量を上げたい一心でした。一朝一夕で実力はつかず、急性虫垂炎の確定診断の「お墨付き」をもらえるまでに1年。急性虫垂炎の手術適応の「お墨付き」をもらえるまでにさらに1年。不器用な私の成長曲線は、同僚たちから大きく離れていました。

しかし、指導して下さった先生方からのアドバイスに、何度も助けられました。

「何か1つのことを成就するには、1万時間かかる。3年かかる。1年や2年で諦めるな。」

「誰でも失敗はする。ただ、繰り返すな!」

「学会に行ったら、『合併症・偶発症』のセッションやブースには必ず行け。」

「真似したくてもできないトラブル・シューティングを、聞いて、質問して、頭に叩き込んでこい!」

「手術の上手い外科医が名医ではない。トラブル・シューティングをたくさん身につけている医師が、名医だ。」

その頃の学会での見聞は、本当に勉強になりました。

いつの頃からか、学会で「合併症・偶発症」のセッションが激減しました。あるいは、消えました。

「訴訟絡みになるから、応募演題数自体が減った。」

「学会自体が、訴訟に巻き込まれることに尻込みしたからだ。」

このような話がまことしやかに聞かれました。確かに、日本法医学会から1994年に発表された『異状死ガイドライン』を契機に、「合併症・偶発症」の学会発表数、発表機会が減りました。

【全国医師連盟への参加：私と医療事故調査制度の関わり】

過酷な診療・労働環境、メディアによる誤った医療情報の発信、正当な診療ですら提訴されうる瑕疵だらけの法整備、といった理不尽な辛酸を舐めさせられていた最前線の実臨床医が集い、医療崩壊からの再生を目指し、2008年6月9日に全国医師連盟（以下、全医連）を設立しました。その根底に流れる願いは非常に純で、「真っ当な診療に専念したい」です。私は前の前の職場で時間外給与を全てカットされたことを機に、全医連に参加しました。

その頃は医療事故調査制度（以下、医療事故調）の「第三次試案」「大綱案」が示された時期で、この制度への問題提起も全医連が発足した契機でした。そのため、全医連会員は医療事故調について理解が深く、様々な医療訴訟の理不尽さを私も知りました。勤務医が医療事故に巻き込まれると、味方はおらず、周りは全て敵となることを知らされました（図1）。

これまでの、
医療事故が一旦起きると……

裁判官	メディア	事故調査委員
警察・検察		院内・外部：医師会、学会
患者・家族	弁護士（患者側・病院側）	
同僚	医療従事者	病院管理者
院内他職種		損害保険会社
自治体病院であれば議員や事務職公務員		
数多くの敵が、同時、異時、多発的に発生!		

Japan Doctors League

【誤用され続ける医療事故調】

現在の医療事故調の目的が「医療安全」であることは、2014年6月18日に成立した改正医療法で定められました。2015年10月1日の制度施行から9年が経過しました。医療安全や医療安全文化を、WHOが表1のように定義しています (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>)。改めて説明する必要ありませんが、現在の医療事故調はWHOドラフトガイドラインに則って運用しなければなりません (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061209.html>)。

(表1)

医療安全とは？	リスクを一貫して持続的に提言し、回避可能な危害の発生を減らし、エラーの可能性を減らし、発生した場合の影響を減らすために、医療における文化、工程、手順、行動、技術、および環境を作り出す組織行動の枠組み。
医療安全文化とは？	医療者が強固な安全管理システムの実装を通じて努力、運用するもの。 その下位の概念に「安全上の問題の特定、コミュニケーション、および解決を奨励し、報酬を与える文化」「組織が事故から学ぶ文化」等を含んでいる。

しかし、制度施行から9年経過しているにもかかわらず、医療事故の原因を個人に帰する前近代的な非難の文化が、医療界では未だに残っています。そして、残念ながら、現在の医療法から完全に逸脱した手法でしか調査できない不適切医療事故調査委員による医療事故調が、昨今、報道され続けました (https://www.pref.aichi.jp/addc/eachfacility/tyuuou/department/pdf/casestudy_report230620.pdf、<https://www.kobetokushukai.org/dl/safety/report/report01.pdf>)。正しい事故調査手法を学ぼうとしない事故調査委員は、歪んだ期待にまみれ、邪な利益のために制度の趣旨を無視し続けています。

間接的ではあっても、事故に関わった医療者に対する処罰感情を患者家族が抱くことは、私でも理解できます。しかし、「報告すると責められる」という恐怖をすべての医療従事者から拭い去ることが事故調査手法の鍵です。これを成し得ない限りは、真の医療安全を達成することは未来永劫叶いません。厚生労働省も「医療機関が行う医療事故調査制度の方法等」の通知(2015年5月8日医政発0508第1号:<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000890263.pdf>)で、「本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないこと」と明記し、個人の責任を問うことを禁じています。

事故調査の当事者へのインタビューは、当事者から主体的に情報を提供してもらうための『相互信頼』が必須です。すなわち、医療事故調は警察の事情聴取とは全く異なります。刑事訴訟法に基づく捜査権が警察にはありますが、院内医療事故調査委員にはそのような権力は当然ありません。もちろん、警察は犯罪捜査をする機関であって、医療安全には全く寄与しません。

2024年5月11日に東京保険医協会から発表された声明(http://expres.umin.jp/mric/mric_24092-24095%20new.pdf)は、これに関しての非常に重要な警鐘であり、賛同します。

【医療事故調を歪める背景要因】

これらの誤用事故調に共通している背景要因は、以下の5点です。

(1) 病院管理者の不勉強

医療事故に関する記者会見に積極的な病院管理者は、自らの不勉強を羞恥心のかけらもなく晒し、医療安全を毀損していると公言しています。

(2) 事故調査委員の不勉強

医療法では、『医療事故』の定義を『予期せぬ死亡症例』に規定しているにもかかわらず、歪んだ期待にまみれた事故調査委員は、自身に都合のよい医療事故の定義を規定します。このことは、群馬大学医療事故調に関する警鐘を我々が9年前、8年前にすでに指摘しています (<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/opinion/orgnl/201505/542025.html>、<http://medg.jp/mt/?p=7465>)。

第6次改正医療法によって、医療事故調の目的が正式に決まりました。これまでの「責任追及」「処分」「処罰」「報復」「救済補償」が目的ではなく、「医療安全」が目的であると、パラダイム・シフトしました。この変化は非常に重要で、医療安全に理解の無い者にとって、最初につつかる大変難しい問題です。なぜなら、医療安全に理解の無い者にとっての拠り所は、「注意喚起」「確認励行」「周知徹底」といった「精神論」や「根性論」であり、そして、すでに失効している「厚生労働省リスクマネー

ジメントスタンダードマニュアル]だからです。「確認」「根性」「気合い」で防げる医療事故はありません。

医療法から逸脱した事故調査では、表2に記す内容を掲載する瑕疵があります。

(表2)

・個人を特定できる内容の報告書を作成。
・「診療レベルが低い!」という上から目線のマウント文章(権威勾配)。
・客観的事実での時系列とすべきにも関わらず、「不安」や患者家族の「憶測」を記載するお粗末さ。
・「適切な初期対応をしていれば、死亡しなかったはず」という結論ありきの最悪な後出しじゃんけん総括。
・「確認と周知徹底で事故は防げたはず」という根性論丸出しの提言。
・調査報告書を「和解」の材料にする。

このような事故調査手法はすべて、医療安全を阻害します。

(3) 遵法講習をしていない日本医師会、都道府県医師会、都市医師会

「医療安全等にかかる講習会」を開催している医師会が多いですが、その演題が「医療トラブルの防止と対処法」といった患者側からのクレームへの対処法を取り上げる事例が多いです。クレームへの対処法は、「医療の外」の議論です。医療安全は、再発予防を目的とした純然たる科学という「医療の内」の学問です。この点に関しては、現行の医療事故調に関する厚労省内での検討会で、さんざん議論し、法律として結論づけられた基本事項です。

医療事故調の対象症例を『予期せぬエラー』に恣意的に改変し、当該医療施設の規模や医療水準を全く考慮せず、『望ましい改善策が最も標準である』と吹聴している自称医療安全専門家がいます。中には、「診療行為が標準から逸脱しているか否かを評価すること」が重要であると流布する医療事故調査・支援センター常務理事もいて、呆れます。また、インシデント・レポートの提出を病院管理者が強制すべきであるという無知なパワハラ講演者も多いです。

(4) 権威勾配というパワー・ハラスメント

医療事故の再発防止に向けた提言は、医療事故対策の英知を集結した素晴らしい内容のはずです。しかし、その内容のすべての『好ましい条件』をすべての医療機関に当てはめることは不可能です。なぜなら、日本には、地域に密着した中小病院が多いからです。地域環境、施設規模、医療資源の点から、救急や介護を含めた様々な規模の医療機関のすべてで同様に提供できません。これらの中小病院を無視して現実の医療は成り立ちません。大規模病院目線で語られる医療安全対策におけるすべての好ましい条件を『標準的プロセス』と勝手に決めつけ、模倣すら成し得ない中小病院に対して「逸脱している」と断罪することは、権威勾配というパワー・ハラスメントでしかありません。多様な医療施設の存在を想定し、問題の解決に導くために許容できる「最大公約数」的発想での医療安全方法論を提示することが、医療事故調査委員会のミッションです。

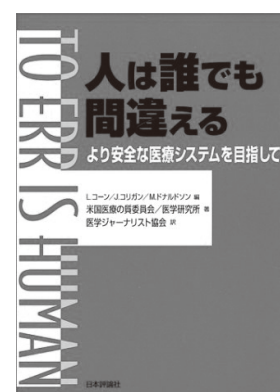
(5) 成功報酬を得たい弁護士

そして、成功報酬で利潤をむさぼる弁護士が、「〇〇が望ましい」を「〇〇すべきである」と曲解し、医療事故調査報告書を訴訟に悪用しています。

繰り返しますが、現在の医療事故調の趣旨は「医療安全」一択です。

【不適切医療事故調査もヒューマン・エラー?】

人が介在すると、そこにエラーがいつでも発生しえます。再発防止を目的とした事故調では、人に責任をなすり付ける発想を棄捨しなければなりません。不適切な事故調は、事故の引き金となったヒューマン・エラーを特定しただけで調査を終了しています。ヒューマン・エラーが起こる複合的な要因を特定しないままでは、再発防止に資する十分な提言を作ることとは叶わず、消費者の被るリスクを低減できず、リスクが放置されるだけです。事故から得られる情報や資料は、事故によって失われた、あるいは損なわれた身体や尊い生命の犠牲の上にあります。人が陥りやすいシステム・エラーの掘り起こしが、事故調のミッションです。



医療事故調によって利益や報酬といった恩恵を受けられる様々な者が、我田引水のような制度利用を自己主張し続けてきた結果が、医療事故調が今以て迷走した理由です。であるなら、トップに就く者の姿勢、調査委員の人選、調査手法、報告書の取り扱いなど、不適切事故調査委員が関われないようにする「システム」の再構築が必要です。

【だからISO！】

不適切事故調査委員が関われないシステムを構築する目的で、私たち全医連は日本から提案された世界初の【消費者事故調査～要求事項とガイダンス】(ISO 5665)(<https://www.meti.go.jp/policy/economy/hyojun-kijun/is/20240510.html>)の創設に、微力ながら貢献しました。2024年4月に発行されましたので御紹介申し上げます。

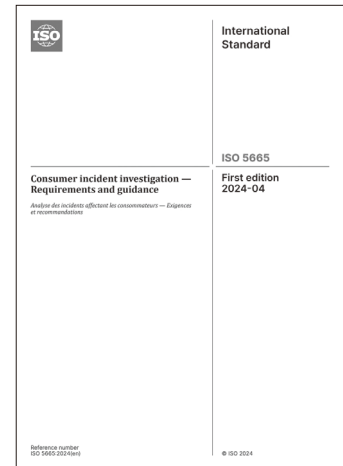
「事故調査の目的が『再発防止』なら、どんな事故でも調査手法の標準化は可能である」と私たち全医連は考えました。そして、すでに事故調査制度として運用されていた運輸安全委員会や消費者事故調と交流し、あるべき医療事故調を思案しました。航空機事故や労働事故の分野には事故調査の規格やガイダンスが従来からありましたが、消費者事故調の分野には共通のガイダンスがありませんでした。そのため、同種事故の再発防止を目的とした調査が十分に行われず、事故の引き金となったヒューマン・エラーを特定しただけで調査を終了していました。このような不適切事故調査では、ヒューマン・エラーが起こる複合的な要因を特定しないため、再発防止に資する十分な提言を作れず(作らず)、消費者の被るリスクが放置されるだけでした。

ISO 5665は、責任追及や補償の視点を分離し、再発防止を唯一の目的とする消費者事故調査の理念や手法を確立するための国際標準の開発を、主婦連合会を中心に日本乗員組合連絡会議、全医連、消費者事故に関わった様々な有志で練り上げました。そして、日本が提案した消費者事故調査に関するガイダンス「ISO5665:消費者事故調査～要求事項とガイダンス」が2024年4月19日に発行されました(<https://www.iso.org/standard/81377.html>)。経済産業省からは、同5月10日に公表されました(<https://www.meti.go.jp/policy/economy/hyojun-kijun/is/20240510.html>)。

このISO 5665では、事故から得られた教訓を基とし、「事故調査の唯一の目的は、さらなる事故の発生を防止することである。この活動の目的は、非難や責任の所在を明らかにすることではない。」と記し、そのための「要求事項」及び「推奨事項」を規定しました。

そして、目次で以下の調査手法を明記しました。

①適用範囲	
②引用規格	
③用語と定義	
④消費者事故調査の原則	調査を通じた責任追及や補償の視点と分離
⑤調査対象となる事故	製品、サービス、施設の利用等に関連する消費者事故
⑥事故調査の実施	調査において被害者及び被害者の家族を尊重すること。 独立性・公平性・専門性を確保した事故調査チームの編成、事故現場の管理、データ収集、要因分析、再発防止策、報告書作成までの流れを規定。 「事故調査チームのミッションは、隠れた危険要因を特定し、関係組織の安全性を向上させ、広く事故の再発を防止し、最終的には社会の安全性の向上に寄与することである。」を文頭で明示した。
⑦提言のフォローアップ	
附属書	A 要因分析手法 B 根本原因分析手法 C 現場におけるリスクアセスメントの例



ISO 5665は、消費者事故が起きた際に、再発防止に資するしっかりとした事故調査を各国で実施できることを願って作った国際標準です。日本でも、民間企業、行政機関、地方自治体、またはそれらが設置する第三者委員会など、消費者事故調査を行う主体が共通して利用できる初めての規格です。この規格を利用することで、再発防止のための事故調査が、これまでよりも迅速かつ効果的な内容で実施され得ることが見込まれ、事故防止に大きく寄与することが期待できます。そして、私たち消費者に提供される製品やサービスへの信頼を高めることができ、事故対応のために企業が被る経済的・社会的損失のリスクを低減することができます。今後、ISO 5665に基づいた事故調査を実施することによって、より安全な製品・サービス・施設を提供でき、同時に、消費者の安全、ひいては社会の安全の向上に寄与できます。

当然ですが、このISO 5665は運輸事故調査にも、医療事故調にも転用が可能です。再発防止を目的とした事故調査手法はどの分野でも共通で、その標準化は世界的に必要なため、ISO 5665として創設しました。医療事故調は特殊でISO 5665に馴染まない」と強調するのであれば、それは再発防止を目的としない邪な理由を目論んでいること以外の何ものでもありません。

なお、ISOは著作権管理が非常に厳しいため、ISO 5665の詳細を本稿で解説することを割愛します。ISO 5665は、オンラインで購入できます（税込み29,067円、151スイスフラン）。紙版は送料が必要です。電子版がおすすめです。「成文」の閲覧は東京都田町駅近くの日本規格協会 (<https://webdesk.jsa.or.jp/>) 1階のストアでは可能かもしれません。ISOは高額で、恐縮です。

不適切な事故調査 ヒューマン・エラーを特定 ↓ 個人に責任を転嫁して調査を終了 ↓ 民事・刑事責任、行政罰	ISO 5665を導入した事故調査 ヒューマン・エラーを特定 ↓ 複合的な要因を調査 ↓ 個人の責任を問わず、システムを修正
--	---

【まとめ】

現在の医療事故調の目的はただ1つだけである。「医療安全」だけである。「責任追及」「処分・処罰」「報復」「救済補償」などは目的ではない。非難と恥に依存するアプローチを医療事故調に持ち込むことを避けるべきである。表出している医療事故調の問題は、歪んだ期待にまみれた事故調査委員に端を発している。

すべての医療従事者は、自身の技能向上に真摯に向き合っている。あらゆる領域の医療指導者は、学習医療システムの理念と文化を習得・採用し、継続的な学習を目指している。幸い、医療事故調に真摯に向き合っている有能な人材も少しずつ増えている (<https://www.jpscs.org/>)。「責任追及」「処分・処罰」「報復」「救済補償」に関わる者を排除した「正しい制度利用」が今後は浸透することを、患者になりうる一国民として、切に願う。

であるならば、歪んだ期待にまみれた事故調査委員を退場させることが、医療安全上最初に講ずべき措置である。この度創設したISO 5665もその一助になると自負している。

【謝辞】

ISO 5665には、「被害者と被害者家族への敬意」についての規定を盛り込みました。ともすれば処罰感情に引きずられてしまう被害者およびその家族への敬意を払うことで、調査プロセスにおける疎外感を感じさせないために、情報と説明が提供されるべきと考えました。日本の医療事故調でも、患者および家族への説明は、事故調査と並行して重要なプロセスであることを謳っています。消費者事故に関わった様々な有志者と共に活動し、また航空業界の先進的な事故調査の考え方を学んだことがここに反映できました。関係各位に厚く御礼申し上げます。

特別寄稿3

医療事故調査制度に
「標準化」の文字はない

鹿児島県医療法人協会
会長 小田原 良治



厚労省ホームページに「医療安全施策の動向について」という資料が掲載されている。その36枚目に「支援団体が行う支援」との項目があり、その下段に以下の記載がある。

なお、医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見を交換する場として、支援団体等連絡協議会を制度的に位置付け、中央レベルと地方レベルで連携を図ることとしています。「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行に伴う留意事項等について（医政総発0624第1号）」より

これは、医政総発0624第1号通知を正確に反映していない。むしろ、バイアスのかかった恣意的解釈を記載していると言いきかもしれない。資料とは言え、行政文書であることに変わりはない。行政文書は、法令を忠実に記載する必要があるであろう。

では、実際の医政総発0624第1号、平成28年6月24日厚生労働省医政局総務課長通知はどのように記載されているのだろうか。同通知の該当部分は、極めて完結、明瞭に記載されており、わざわざ解説する必要などないような通知文である。同通知第一の4本文は、「各支援団体等連絡協議会は、法第6条の10第1項に規定する病院等（以下「病院等」という。）の管理者が、同項に規定する医療事故（以下「医療事故」という。）に該当するか否かの判断や医療事故調査等を行う場合に参考とすることができる標準的な取扱いについて意見の交換を行うこと。」と記載されており、「標準化」を進めるとの記載はない。実際、この条文は、制度見直し当時、私たちが、医療事故調査制度の趣旨との整合性を厚労省と密に協議した結果として合意に達した文言である。この条文の意味するところは、「医療事故該当性の判断や医療事故調査を行う際に参考となるような標準的な取扱いがあれば意見の交換を行う」ということであり、医療事故該当性等の「標準化・画一化」を行うということではない。制度の趣旨と歴史的経緯を尊重し、条文に忠実に解釈を行うべきであろう。

加うるに、この条文には、「なお書き」がある。なお書きは、「なお、こうした取組は、病院等の管理者が、医療事故に該当するか否かの判断や医療事故調査等を行うものとする従来の取扱いを変更するものではないこと。」と記載されており、各病院等の管理者が医療事故該当性を判断することが当然の前提であることが明記されている。

医療事故調査制度の本来の趣旨を考えれば、「標準化・画一化」が不適切であることは明白である。本制度は、第3次試案・大綱案からパラダイムシフトして、医療現場中心の制度としてでき上った。本制度において、医療事故該当性は、病院等の管理者が判断を行うこととされており、各病院等の特性、個性が考慮されている。医療事故の定義の「医療起因性」について、厚労省は、医政局長通知（平成27年5月8日医政発0508第1号）で、『「医療に起因する（疑いを含む）死亡又は死産」の考え方』の表を示しているが、この欄外に※2として、「①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。」と記載しており、個々の医療機関、疾患による個性を明記している。大学病院等の大病院と中小病院の状況は異なる。大病院から助産所に至るまでを制度の対象とする医療事故調査制度は、それぞれの現場の特殊性を考慮して構築されたものであり、それだけの配慮があったればこそ、永年の混乱にもかかわらず、創設に至ったものである。創設の歴史的経緯を無視した恣意的解釈を行うことは医療事故調査制度崩壊に至るものであろう。

さらに、平成28年6月24日厚生労働省医政局総務課長通知「第二の2なお書き」は、「なお、情報の提供及び優良事例の共有を行うに当たっては、報告された事例の匿名化を行うなど、事例が特定されないようにすることに十分留意すること。」としており、非識別化の必要性を述べている。個々の事例を持ち寄って「標準化・画一化」しようとする取り組みは制度の趣旨に反すると言いきべきであろう。

あくまでも、平成28年6月24日厚生労働省医政局総務課長通知第一の4の条文は、医療事故該当性の判断や医療事故調査を行う際に参考となるような標準的な取扱いがあれば意見の交換を行って参考としようという意味であり、その際は当然、同通知第二の2の条文にあるように、「非識別化」に細心の注意を払うべきものである。

医療勤務環境改善に関する取組について

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 鹿児島県支部 副支部長
鹿児島県医療勤務環境改善支援センター スーパーバイザー
国立人事 代表 新屋 尋崇



1. はじめに

前号の鹿児島県医療法人協会報第54・55号合併号においては、「勤務環境改善は経営上の喫緊の課題」と題して、主に医療勤務環境改善マネジメントシステム等について、寄稿させていただいたところです。

今号第56号においては、それを受けて、医療勤務環境改善に関する最近のトピック等の中から、いくつか抜粋してご紹介いたします。

2. 医療勤務環境改善等に関する令和6年度補正予算等

人口減少や医療機関の経営状況の急変に対応する緊急的な支援パッケージとして、生産性向上・職場環境整備等事業（設備導入や生産性向上の取組を進める医療機関等《ベースアップ評価料算定機関》を支援し、生産性向上・賃上げを図るもの）が予定されています（交付額は、病院・有床診：4万円／病床数、診療所《医科・歯科》・訪問看護ステーション：18万円／施設）。

生産性向上に資する取組のイメージとしては、以下の2種類の効率化が挙げられています。

- (1) ICT機器の導入による業務の効率化(①職員間の情報伝達の効率化《チーム医療の推進》のための、タブレット端末、離床センサー、インカム、WEB会議設備等の導入、及び、②清掃業務や院内監視業務等の効率化のための、床ふきロボット、監視カメラ等の導入)
- (2) タスクシフト／シェアによる業務の効率化（医師・看護師の業務効率化《診断書作成、病室内の環境整備や看護用品の整理等》のための、医師事務作業補助者・看護補助者の配置）。

なお、新たに配置する際に必要な経費の他、既に雇用している職員の人件費に充てることも可能なのが同事業の特徴となっています。

また、生産性向上・職場環境整備等事業の他には、患者減少等により経営状況の急変に直面している医療機関への支援として、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化を進める医療機関を対象とした経費相当分の給付金の支給（交付額は、病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円／床）や、現下の物価高騰を含む経済状況の変化により施設整備等が困難な病院等への支援も予定されています。

これらの他、同パッケージにおいては、地域でこどもを安心して生み育てることのできる周産期医療体制及び地域の小児医療体制の確保（55億円）や、医師の働き方改革普及啓発事業（1.5億円）等が計上されています。

3. 医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度（所得税、法人税）

* 令和7年2月1日時点

医師・医療従事者の労働時間短縮に資する一定の設備について、所得税・法人税の特別償却を行うことが可能です。本制度を活用するためには、対象設備取得の前に医師等勤務時間短縮計画（短縮計画）を策定し、各都道府県の医療勤務環境改善課室長による確認を受ける必要があります。

なお、対象設備は、医療機関が、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師等勤務時間短縮計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のもので、特別償却割合は取得価格の15%です。

以下に、医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の例を記載いたします。

【類型1】労働時間管理の省力化・充実に資する勤務時間短縮用設備等

○勤怠管理を行うための設備等

ICカード、タイムカード、勤怠管理ソフトウェア等、客観的に医師の在院時間等の管理が行えるもの

○勤務シフト作成を行うための設備等

勤務シフト作成支援ソフト等、医療従事者の効率的な配置管理が行えるもの

【類型2】医師の行う作業の省力化に資する勤務時間短縮用設備等

○書類作成時間の削減のための設備等

AIによる音声認識ソフトウェア、それら周辺機器など、医師が記載（入力）する内容のテキスト文書入力が行えるもの

○救急医療に対応する設備等

画像診断装置（CT）など、救命救急センター等救急医療現場において短時間で正確な診断を行うためのもの

○バイタルデータの把握のための設備等

ベッドサイドモニター、患者モニターなど、呼吸回数や血圧値、心電図等の病態の変化を数日間のトレンドで把握するもの

【類型3】医師の診療行為を補助又は代行する勤務時間短縮用設備等

○医師の診療を補助する設備等

手術支援ロボット手術ユニット、コンピュータ診断支援装置、画像診断装置等、在宅診療用小型診断装置など、医師の診療行為の一部を補助又は代行するもの

【類型4】遠隔医療を可能とする勤務時間短縮用設備等

○医師が遠隔で診断するために必要な設備等

遠隔診療システム、遠隔画像診断迅速病理検査システム、医療画像情報システム、見守り支援システムなど、医師が遠隔で診断することに資するもの

【類型5】チーム医療の推進等に資する勤務時間短縮用設備等

○医師以外の医療従事者の業務量の削減に資する設備等

院内搬送用ロボット、患者の離床センサーなど、医師以外の医療従事者の業務を補助するもの

○予診のための設備等

通信機能付きバイタルサイン測定機器やタブレット等を活用したシステムなどにより予診を行うもの

○医師の検査や処方指示を電子的に管理するための設備等

電子カルテ、カルテ自動入力ソフトウェア、レセプトコンピューター、医療画像情報システム、画像診断部門情報システム、医療情報統合管理システム等診断情報と医師の指示を管理できるもの

○医療機器等の管理効率化のための機器・ソフト等

医療機器トレーサビリティ推進のためのUDIプログラム、画像診断装置等のリモートメンテナンス、電子カルテ、レセプトコンピューターのリモートメンテナンスなど

4. タスクシフト／シェアの取組例等

医師労働時間短縮計画作成ガイドラインが令和6年11月に改正となり、同ガイドラインの参考資料（別添2－1）にタスクシフト／シェアの取組メニュー一覧ともいえるものが存在します（引用・参考を参照）。この資料は、タスクシフト／シェアを検討するうえでも、大変参考になると思われます。

また、厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））令和5年度分担研究報告書「タスクシフトに伴う医師及び他職種の業務時間変化の把握と費用（経営負荷）対効果（労働時間短縮）に関する研究」において、19種類のタスクシフトとその効果について報告されています（引用・参考を参照）。

なお、この報告は「タスクシフトにより短縮する医師の労働時間と増加する他職種の労働時間、両職種の時給、技術対応に必要な初期費用を把握し、初期投資が何年間で回収できるかを明確にすることで、経営層に経営上より有利なタスクシフトから積極的に取り組んでもらうことができ、医師の労働時間の短縮につながる」ことを目的としたものです。

同報告からは、特に臨床工学技士、看護師、薬剤師の業務で、時短効果が大幅に現れていることを読み取ることができます。

5. 医療専門職支援人材（医師事務作業補助者・看護補助者）の確保・定着等

医療専門職支援人材の確保・定着のための手引書好事例集や、医療専門職支援人材確保・定着支援事業確保・定着支援ツールが「いきサポ」からダウンロードできます（引用・参考を参照）。

特に、「医療専門職支援人材の定着のための手引書」には、支援人材の採用、および採用後の労働条件、評価・報酬、育成のポイントについてまとめられており、各パートに関連した好事例も併せて記載されているため、参考になります。

確保・定着支援ツール一覧 1/2

職種	ツール名称	主な対象者	概要	リンク	
				資料	動画 (YouTube)
医師事務 作業補助者	リーフレット 「『医師事務作業補助者』募集」	求職者	医師事務作業補助者の職種を広く知ってもらうため、本職種が求められている背景や仕事内容、やりがい等を資料にまとめました。 また動画では、実際に働いている方にインタビュー形式でコメントをいただいていますので、採用活動の際にご活用ください。	リーフレット	動画リンク
	e-learning教材 【管理者層向け（医師事務作業補助者）】	人事管理 担当者等	医師事務作業補助者の採用、および採用後の労働条件、評価・報酬、育成のポイントについて講義形式でご紹介しています。 医師事務作業補助者の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	テキスト	講義①
					講義② 実践好事例
看護補助者	リーフレット 「全国の医療機関で看護補助者を募集しています」	求職者	看護補助者の職種を広く知ってもらうため、本職種が求められている背景や仕事内容、やりがい等を資料にまとめました。 また動画では、実際に働いている方にインタビュー形式でコメントをいただいていますので、採用活動の際にご活用ください。	リーフレット	動画リンク
	e-learning教材 【管理者層向け（看護補助者）】	人事管理 担当者等	看護補助者の採用、および採用後の労働条件、評価・報酬、育成のポイントについて講義形式でご紹介しています。 医師事務作業補助者の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	テキスト	講義①
					講義② 実践好事例

（図1 いきサポ 医師の働き方改革制度解説 令和4年度厚生労働省委託事業 より）

確保・定着支援ツール一覧 2/2

職種	ツール名称	主な対象者	概要	リンク	
				資料	動画 (YouTube)
共通	医療専門職支援人材の定着のための手引書	人事管理 担当者等	支援人材の採用、および採用後の労働条件、評価・報酬、育成のポイントについて、まとめました。 各パートに関連した好事例も併せて記載していますので、支援人材の採用、定着の取り組みを進める際にご活用ください。	手引書	※動画はありません
	e-learning教材 【支援人材本人向け】	支援人材 本人	看護補助者、医師事務作業補助者として、医療機関に初めて入職される方向けに、病院事業の概要や病院で働くうえで必要な知識を講義形式でまとめました。 入職直後のオリエンテーションや院内研修等にご活用ください。	テキスト	講義①
					講義② 実践好事例

（図2 いきサポ 医師の働き方改革制度解説 令和4年度厚生労働省委託事業 より）

6. ICT導入に関する取組例等

医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（令和6年11月改正）の参考資料（別添2－2）に、医師の業務の見直し、その他勤務環境改善の取組のメニュー一覧ともいえるものが存在します（引用・参考を参照）。

その中でもICTについて、以下に、ICTを活用した業務削減・業務効率化のメニュー等を記載いたします。

- (1)長時間労働や過重労働の防止の取り組みに繋げるための「勤怠管理システム」
- (2)電子カルテへの入力の手間削減のための「音声入力システム」
- (3)業務効率化に繋げるための「電子カルテ閲覧モバイル端末」
- (4)連絡手段、及び円滑なコミュニケーションによって業務効率化に繋げるための「ビジネスチャット等医療関係者間コミュニケーションアプリ」
- (5)電子カルテ等の情報を一括管理（手術室管理、救急センター管理、病床管理、患者容態管理等）することにより、情報の確認・共有がスムーズになり、業務効率化に繋げるための「電子カルテ等情報の視覚化・構造化による管理システム」
- (6)予約電話対応の負荷の軽減や、システム化による事務負担軽減のための「外来診療WEB予約システム」
- (7)検査や手術、入院に関する説明動画（入院前、検査、術前等）により、説明業務に係る業務負担を軽減するための「患者向け説明動画」
- (8)紙媒体のスキャンや保管、電子カルテへの転記の作業負担を削減するための「電子問診・AI問診」
- (9)紙媒体のスキャンや保管の作業負担を削減するための「電子同意書」
- (10)生成AIによる文書作成補助により、医師の文書作成に係る業務負担を軽減するための「AI文書作成」

7. おわりに

今号では、医療勤務環境改善に関する最近のトピック等の中から、いくつか抜粋してご紹介いたしました。少しでもご参考になれば幸いです。

8. 引用・参考

- ▶厚生労働省 令和6年度 厚生労働省補正予算案の概要



- ▶厚生労働省 令和7年度 厚生労働省関係税制改正について



- ▶医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（令和6年11月改正）



- ▶タスクシフトに伴う医師及び他職種の業務時間変化の把握と費用（経営負荷）対効果（労働時間短縮）に関する研究



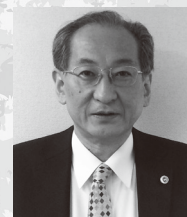
- ▶いきサポ 医師の働き方改革制度解説 令和4年度厚生労働省委託事業



カスハラ対応について

－クレーム対応やパワハラ対応と比較しつつ－

井上法律事務所
弁護士 井上 清成



1 カスハラ対策に関する法規制

カスタマー・ハラスメント（略称・カスハラ）は、医療機関においてはカスタマーは主に患者・家族であることから、ペイシェント・ハラスメント（略称・ペイハラ）とも呼ばれる。そうすると、カスハラ対策とは、すなわち患者家族クレーム対策と同一のようにも思えよう。しかしながら、それら2つには違いがあるので、カスハラ対策を立法化以前の現時点で自主的に導入すべきかどうかは、各医療機関ごとに熟慮してもらいたい。

まずは、カスハラ対策に関する法規制を見てみよう。

ご存知のとおり、カスハラ対策を定める法律はない。パワハラ防止法とも言われる労働施策総合推進法は、未だカスハラの規制にまでは至っていないのである。近く労働施策総合推進法などの改正によってカスハラ規制も網羅されるかも知れないが、少なくとも今はまだ立法化されていない。つまり、各医療機関としては、カスハラ規制を行うか行わないか、その自主的な判断に任されているのである。熟慮してから、決断したいところであろう。

法律はないが、地方自治体ではつい先頃、東京都が全国で初めての条例を制定した。2024年10月4日に制定された東京都カスタマー・ハラスメント防止条例である（条例の施行は、2025年4月1日から）。ここでは、主な条文を2ヶ条ほど挙げておく。

「（事業者の責務）

第9条第2項

事業者は、その事業に関して就業者がカスタマー・ハラスメントを受けた場合には、速やかに就業者の安全を確保するとともに、当該行為を行った顧客等に対し、その中止の申入れその他の必要かつ適切な措置を講ずるよう努めなければならない。」

「（事業者による措置等）

第14条

事業者は、顧客等からのカスタマー・ハラスメントを防止するための措置として、指針に基づき、必要な体制の整備、カスタマー・ハラスメントを受けた就業者への配慮、カスタマー・ハラスメント防止のための手引の作成その他の措置を講ずるよう努めなければならない。」

もう1つだけ挙げると、厚生労働省がいわば標準的なマニュアルを作成して、それを普及させようとしている。ここでは、厚生労働省カスタマー・ハラスメント対策リーフレットから抜粋して引用したい。

注目すべきところは、次のとおりである。

「◎カスタマー・ハラスメント対策の基本的な枠組み

従業員・顧客への周知と、事実・証拠にもとづいた対応がカギ！」

「◎カスタマー・ハラスメントを想定した事前の準備

事業主の基本方針・基本姿勢の明確化、従業員への周知・啓発・トップが基本方針・基本姿勢を明確に示す。

- ・基本方針・基本姿勢、従業員の対応の在り方を従業員に周知・啓発し、教育する。
→基本方針を店内にポスターとして貼り出し、顧客へ周知することも有効!」

「◎カスタマーハラスメントが実際に起こった際の対応

○事実関係の正確な認識と事案への対応

- ・顧客、従業員等からの情報を基に、その行為が事実であるかを確かな証拠・証言に基づいて確認する。
- ・過失がある場合は謝罪し、交換・返金に応じる。ない場合は要求等に応じない。

○従業員（被害者）への配慮の措置

- ・被害を受けた従業員に対する配慮の措置（組織的な対応やメンタル不調への対応等）を適正に行う。

○再発防止のための取組

- ・定期的な取組の見直しや改善を行い、継続的に取組を行う。」

2 カスハラとクレームはほぼ共通

カスハラの定義は、通常、「患者・家族等からのクレーム・言動のうち、当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性に照らして、当該要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当なものであって、当該手段・態様により、医療機関職員の就業環境が害されるもの」とされている（具体例などについては、後述。）。

定義等から明らかなとおり、つまり、カスハラと逸脱した患者家族クレームとは、ほぼ同様と言ってよい。ところで、カスタマーハラスメントは、以前からパワハラ・セクハラ・マタハラと言った「ハラスメント」と同様には位置付けられて来ず、そのため立法化は見送られて来た。なぜなら、かつては、患者・家族のクレームは医療機関の内からではなく外からなので、ハラスメントとしては分類されていなかったからである。しかし、被害者重視で被害者目線のハラスメントにおいては、セクハラやパワハラと異なるところはない。そこで、徐々に、ハラスメントとしても分類可能（カスタマーハラスメント）であると考えられるようになって来ている。

そこで、立法化されれば、より強力にクレーム対応が可能となるであろう。

3 カスハラ対策とクレーム対策の違い

もともとクレーム対策の基本は、「目標は医療機関自体を守ること」であった。これに対して、カスハラ対策の基本は、「（「医療機関自体を守ること」に加えて、）「目標は、医療機関職員を守ること」にある。ここが大きな違いだと言ってよい。

昔から言われていることであるが、クレーム対策の基本は、「まず最初に、患者・家族のクレームの対象が『患者・家族への実損があったか?』『医療機関側に過失（過誤）・非違行為があったか?』どうかを、想定すること（推認すること）が肝要である。最初から、『成り行きを注視』は不適切な対応であるし、また、『とりあえず謝る』は最悪な対応であろう。」というものである。このように先読みして対策を立てることが、ポイントなのだと言ってよい。

ところが、カスハラ対策の基本は、「パワハラ（疑いも含む）対策と同様に、『プロセスを踏む』ことである。結果を先取りして、仲直り・和解・処分・解雇など、『中抜き』での『決着』を性急に求めがちであるが、被害者側が開き直ったら『パワハラ隠し』として医療機関自体も責任者とされてしまい沈没または炎上しかねない。（カスハラとして立法化された後は、この点に十分な配慮が必要となろう。）」というものである。よく「パワハラ隠し」などの用語でマスコミに取り上げられることもあるが、それらは法技術的には「プロセスを踏んでいないこと」「中抜きでの決着をしようとしていたこと」が暴かれていることがほとんどと言えるように思う。

4 カスハラ対策導入の法的な意味付け

酷いカスハラ状態に職員をさらすこと、または、一旦酷いカスハラ状態にさらされたにもかかわらずその職員へのその後の保護措置（たとえば、職場配置の転換）を何ら取らなかった場合、事業主は「安全配慮義務違反」と訴えられることも多い。

法律上は、労働契約法第5条（安全配慮義務）では、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」と定められているし、労働安全衛生法第3条第1項（事業者等の責務）では、「事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。また、事業者は、国が実施する労働災害の防止に関する施策に協力するようにしなければならない。」と定められている。とは言え、「安全配慮義務違反」で裁判に訴えるのは、現実的にはハードルが高いし、そもそも判決で勝訴にこぎ着けるまで大変である。

このようなところに、カスハラ対策が導入されたとしたならば、安全配慮のため、事業主に措置義務が課せられるものだと言えよう。つまり、実体法的な安全配慮義務を前提として、その実現のために、可及的な手続的規制を導入するものだと言ってもよいのである。

したがって、各医療機関としては、そのような手続的な内部調査・カスハラ（不）認定とそれを踏まえた措置義務を、自主的に自らに課した方がよいと決断すべきかどうか、適切に熟慮しなければならないことと思う。

5 カスハラ・クレームの定義・具体例など

（以降、本稿は、2022年2月のカスタマーハラスメント対策企業マニュアル作成事業検討委員会、令和3年度厚生労働省委託事業、東京海上ディール株式会社受託、厚生労働省作成の「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」より抜粋し、医療機関用にアレンジしたものである。）

（1）カスタマーハラスメントの定義

医療機関のカスタマーハラスメントを定義したとすると、次のようになるであろう。

「患者・家族等からのクレーム・言動のうち、当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性に照らして、当該要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当なものであって、当該手段・態様により、医療機関職員の就業環境が害されるもの」

- ・「患者・家族等」には、実際に医療を受けた者だけでなく、今後受ける可能性がある潜在的な患者・家族等も含む。
- ・「当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性に照らして・・・社会通念上不相当なもの」とは、患者・家族等の要求の内容が妥当かどうか、当該クレーム・言動の手段・態様が「社会通念上不相当」であるかどうかを総合的に勘案して判断すべきという趣旨である。
- ・患者・家族等の要求の内容が著しく妥当性を欠く場合には、その実現のための手段・態様がどのようなものであっても、社会通念上不相当とされる可能性が高くなると考えられよう。他方、患者・家族等の要求の内容に妥当性がある場合であっても、その実現のための手段・態様の悪質性が高い場合は、社会通念上不相当とされることがあると考えられる。
- ・「医療機関職員の就業環境が害される」とは、医療機関職員が、人格や尊厳を侵害する言動により身体的・精神的に苦痛を与えられ、就業環境が不快なものとなったために能力の発揮に重大な悪影響が生じる等の当該職員が就業する上で看過できない程度の支障が生じることを指す。

(2)「患者・家族等の要求の内容が妥当性を欠く場合」や、「要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当なもの」の例としては、以下のようなものが想定される。

①「患者・家族等の要求の内容が妥当性を欠く場合」の例

- ・医療機関の提供する医療に瑕疵・過失が認められない場合
- ・要求の内容が、医療機関の提供する医療の内容とは関係がない場合

②「要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当な言動」の例

(i)(要求内容の妥当性にかかわらず不相当とされる可能性が高いもの)

- ・身体的な攻撃(暴行、傷害)
- ・精神的な攻撃(脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言)
- ・威圧的な言動
- ・土下座の要求
- ・継続的な(繰り返される)、執拗な(しつこい)言動
- ・拘束的な行動(不退去、居座り、監禁)
- ・差別的な言動
- ・性的な言動
- ・医療機関職員個人への攻撃、要求

(ii)(要求内容の妥当性に照らして不相当とされる場合があるもの)

- ・入院・治療の継続の要求
- ・金銭補償の要求
- ・謝罪の要求(土下座を除く)

(3) 患者・家族等からの行為の具体例

(時間拘束)	(正当な理由のない過度な要求)
・一時間を超える長時間の拘束、居座り ・長時間の電話 ・時間の拘束、業務に支障を及ぼす行為	・言いがかりによる金銭要求 ・難癖をつけた医療費の返金要求 ・備品を過度に要求する(歯ブラシ10本要望する等) ・制度上対応できないことへの要求 ・契約内容を超えた過剰な要求
(リピート型)	
・頻繁に来院し、その度にクレームを行う ・度重なる電話 ・複数部署にまたがる複数回のクレーム	
(暴言)	
・大声、暴言で執拗にオペレーターを責める ・院内で大きな声をあげて秩序を乱す ・大声での恫喝、罵声、暴言の繰り返し	

(対応者の揚げ足とり)	(コロナ禍に関連するもの)
・電話対応での揚げ足取り ・自らの要求を繰り返す、通らない場合は言葉尻を捉える ・同じ質問を繰り返す、対応のミスが出たところを責める ・一方的にこちらの落ち度に対してのクレーム ・当初の話からのすり替え、揚げ足取り、執拗な攻め立て	・マスク着用、消毒、窓開けに関する強い要望 ・マスクをしていない人への過度な注意の要望 ・顧客のマスクの着用拒否
(脅迫)	(セクハラ)
・脅迫的な言動、反社会的な言動 ・物を壊す、殺すといった発言による脅し ・SNSやマスコミへの暴露をほのめかした脅し	・特定の職員へのつきまとい ・職員へのわいせつ行為や盗撮
(権威型)	(その他)
・優位な立場にいることを利用した暴言、特別扱いの要求	・医療機関（敷地内）への不法侵入 ・正当な理由のない医療業務スペースへの立ち入り
(SNSへの投稿)	
・インターネット上の投稿（職員の氏名公開） ・医療機関・職員の信用を棄損させる行為	

実際の一般企業への調査によると、正当な理由がなく過度に要求する事案や対応者の揚げ足を取って困らせる事案が多く見られたらしい。また、コロナ禍でのマスク着用、消毒、窓開けに関する強い要望に関連するトラブル事案も見られている。なお、直接的な暴力行為は多くはなかったが、一部で不法侵入や脅迫、わいせつ等刑法犯の可能性のある行為も見受けられた。

6 法律事務所での弁護士対応例

カスタマーハラスメントの悪質なものについては、刑事罰を求めることも含めて、弁護士に依頼する方が適切なことも多い。

①一応の説明文書の作成・交付

ひと通りの説明をしさえすれば、あとは無理せずにTPOによりけり。

通常は、一応の説明文書を作成して交付して、誠実な対応は終了。

②暴行脅迫風又は威力・虚偽風説流布業務妨害風の場合は110番通報

粗暴なものは、すぐに110番通報、又は、警察署の生活安全課に相談して、急場をしのぐ（弁護士に相談しながら）。被害届や刑事告訴も適宜に行う。

③弁護士名義の内容証明郵便による警告又は説明

内容やニュアンスは、警告だったり丁寧な説明だったり、ケースバイケースで。悪質な者には、訴訟や仮処分も。

④診療関係調整調停申立てによる鎮静化

「診療関係調整調停」という類型（筆者の発案による造語）の民事調停を、地元の簡易裁判所に申し立てて、あとは弁護士が対処してしまう。

会計のお話

IFRS16号とIFRS18号について

医療法人協会 監事
公認会計士 重久 善一



1. IFRS16号新リース会計基準の適用開始

① 2027/4/1より強制適用開始

日本国内において、リース会計基準が国際会計基準と歩調を合わせ適用が強制されることになりました。欧米では2020年ごろから強制されていた制度を日本に合わせて調整し、各種業界との調整をして適用となるものです。特に小売業界の反発が強く1年遅れの適用となりました。適用に際して膨大な事務量が必要になるため、特に全国（世界）展開している小売業は影響をまろに受けるためです。

② リース資産から使用権資産へ変更

リース資産については旧基準が、リース契約に光を当ててファイナンシャルリース契約（金銭借入れと同じ性格のもの）について資産計上を強制していたものを、新基準においては使用する権利に光を当ててすべてのものに適用するとされました。

③ リースの範囲の拡大

そのため、家賃とかクラウドサービスの利用料等まで含むことになり、今まで家賃や地代もしくはサービス使用料として経費処理したものが、いったん使用期間に応じて総額を資産計上して、それを減価償却するという処理に統一することになりました。

その影響は、(1)総資産が増えるため総資産利益率が低下することになります。(2)減価償却費として費用化されるのでキャッシュフロー計算書では経費として認識されませんので営業キャッシュフローの増大としてあらわれることになります。

④ 少額リースについて

少額なものについては資産計上を省略するというので、国際基準はUS\$5,000（1ドル150円で換算すると日本円で75万円）と日本基準は300万円のどちらか選択ということになりましたが、旧基準との整合性を考えると日本においては資産計上の基準としては300万円以上を多くの企業等が採用することとなると思われます。

⑤ 使用期間1年未満は対象外

使用期間が1年を超えるものが対象とされますので、対象の範囲については検討が必要です。

⑥ 導入期首においては過年度の処理に注意が必要

導入期首においては、完全遡及方式と期首における使用権資産の残高を計上して減価償却を始める折衷方式に大きく分かれるものと思われます。上場企業においては有価証券報告書で前期と当期の比較の形式で計算書類を表示し、注記でその内容を記載するため、そのような方式がとられるものです。

会社法単体では、前期の計算書類との比較の形式で計算書類を表示しないため、注記でその内容を記載するにとどまるため折衷方式になるものと思われます。

⑦ 全ての会計に適用されるのか

この基準は、上場企業だけに適用されるのではなく、すべての会計に適用されます。日本国内の企業会計の基準が変更されますので、法人税の基本通達改正等が適用に先立ち実施されるものと思います。

2. IFRS18号財務諸表における表示および開示

① 2027/1/1より適用

適用については、全世界同時になると思われます。国際的には12月を決算日としている企業が多いのでスタートが1月1日からとなりますが、日本では3月を決算日としている企業が多いので4月1日からの適用となります。

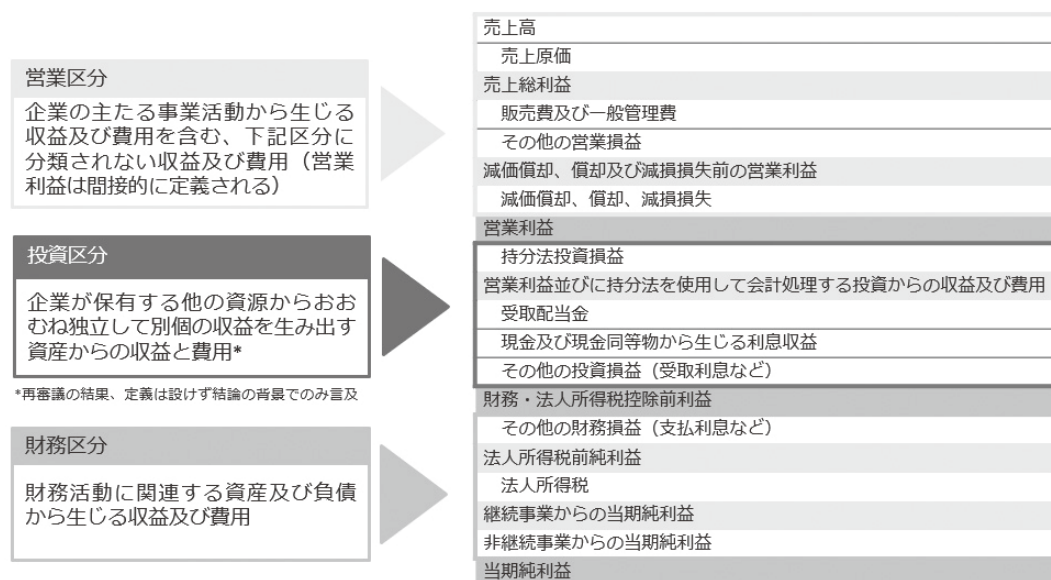
② 損益計算書の表示がキャッシュフロー計算書と一緒に表示になる。経常損益、特別損益の概念はなくなる。

損益計算書の表示が、営業損益、経常損益、特別損益と旧損益計算書は臨時か経常的に発生するものか
に光が当たっていたものが、営業損益でどれだけ稼いでいるのか、投資損益（関係会社投融資における受取配当金）でどれだけ稼いでいるのか、財務損益（金融機関等からの借入関係）でどれだけ稼いでいるのかという企業活動の源泉に光を当てた損益計算書の区分にしてその中身を浮き彫りにしようという方向に表示を変えるということになりました。

③ たぶん日本においても歩調を合わせ有価証券報告書等から変更される。

今回のIFRS18号の適用はすぐに日本の関係法規も対応して変更が遅滞なくなされ、2027/4/1より適用されると思われます。会社法の中に同様に上場企業も入っているので、上場企業に適用されるものについても会社法にも取り込まれますので適用は瞬時に行われていくものと思われます。

④ 例示



3. IFRS17号は保険資産の内容であるため、内容が保険会社に影響がある他の会計には影響がないため内容を記載しませんでした。追記

看護学校だより

実習指導者会議を終えて

本年度は2022年に新カリキュラムがスタートし、初めて全学年が新カリキュラムを履修した年となりました。当校では毎年1月に実習施設の指導者の方々に参加いただき、実習指導者会議を開催しています。ここ数年、新型コロナウイルスリスクを踏まえ開催を見合わせてきましたが、今年は対面で会議を持つことができました。病院をはじめ訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、老健施設等多くの方々に参加いただき、実習における「臨床判断の基礎となる能力の育成」について多くの意見交換をすることができました。

看護教育では従来「看護過程展開の技術」を用いて臨地実習で看護の思考と実践のプロセスを学んできましたが、在院日数の短縮化により学生が看護計画を立てたら対象者が退院していたということも増えてきました。看護過程の思考を土台としながら、対象に必要な看護をタイムリーに実践する能力育成（臨床判断の基礎的能力の育成）の教育が求められているのです。

看護師は日常的に臨床判断を行っています。患者さんを見た瞬間から、今異常があるのか無いのか、何が起きているのか、これからの予定を実行してよいのかどうかを判断しながら看護を行っており、新人看護師の教育にもそれを育てるための「発問・思考発話」が重要と言われています。

臨床判断は「予期」「気づき」から始まりますが、初学者である学生は知識や経験が乏しいため、臨地実習でも気づく力が弱いのです。当校では成人・老年実習に臨床判断につながるように状況をとらえ振り返る記録用紙を導入しました。実習の初期は、学生の気づきが少ない、気づきの内容が実習目標の求めるレベルに届かないということもありましたが、3年生になりその質、内容も向上してきました。ただ指導する側としてはこれでいいのか、効果的な指導は何か検討を継続しており、事前学習の活用から「予期（予測）」をもつことが重要ではないかと考えました。

今回のグループワークでは「現場での気づきをもとに、その都度その都度、その思考にフォーカスすることが臨床判断能力育成につながる」「思考発話が重要」「実習で気付くためには事前学習が重要。予期できるようイメージを持たせ実習に向かわせたい」等、多くの意見交換と共有ができました。また日頃実習指導で感じる悩みや疑問、実習施設同士での情報交換もでき非常に有意義な時間となりました。

これからも学生が実習での体験を貴重な学びとしてとらえ、自身の看護を深めていけるよう、臨地実習施設及び奨学先病院の方々と連携を図り質の向上に努めてまいります。

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 鹿児島県鹿児島市紙園之洲町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

・今号は、医療事故調査制度創設についての寄稿が掲載の運びとなった。巻頭言にもあるように、当制度が施行されて10年となるものの、未だ医療事故については正しい理解がなされていない状況があるとのことである。医療事故調査等支援団体でもある当協会は、協会主催の講演会や協会報等による情報の発信を通して、制度の正しい理解とその周知を図ってきているところであり、引き続き尽力していく所存である。

・少子化、人手不足の中、地域医療の担い手である看護師も確保が困難な状況となっている。様々な職種の中で、看護師を将来の目指す職として選択する生徒や社会人が相対的に減少傾向にあるとすれば、県の看護人材確保計画をはじめ各種の公的施策の充実をさらに図る必要がある。このような中、当校では、次代を担う貴重な人材に対し、まずは当校への入学を希望していただけるよう、これまで以上に広報PRに力を注ぎ、認知度の向上と魅力の発信に努めていく必要がある。

・2024年「今年の漢字」はオリ・パラリンピックの金メダルと政界の裏金問題で「金」だったが、能登半島をはじめ災害の多い年だったため、2位に「災」、4位に「震」の漢字も入っていた。現在でも、日本や世界の国々で、災害や戦争で多くの人々が犠牲となり苦しんでいる状況がある。2025年早くも1月13日夜、日向灘を震源とする地震が発生し鹿児島でも大きな揺れがあって怖かった。今年の1月17日は、阪神淡路大震災から30年の日でもあった。災禍の少ない年であってほしいというのが誰しもの願いであろうと思う。



医業経営プライム

プライムⅠ

限度額	期間	金利(変動)
3,000万円	最長7年	1.45% (▲0.05%～▲0.20% 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えない場合があります。

※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
二次元コード



発行所：一般社団法人 鹿児島県医療法人協会
鹿児島市中山町878番1 電話 (099)268-4896