

一般社団法人

鹿児島県医療法人協会会報

vol.

2026年2月発行

58

CONTENTS

巻頭言	2
特別寄稿	3~9
研修会講演報告	10~13
会計のお話 新公益法人会計制度適用について.....	14~17
看護学校だより	18
鹿児島県医療法人協会会員一覧	19
編集後記	20

薩摩の地から、次代の地域医療を拓く

鹿児島県医療法人協会
専務理事 田中 大三



会員の皆様におかれましては、南北600キロに及ぶ広大な県土、そして多くの離島・へき地を抱えるこの鹿児島の地で、地域医療の根幹を支え続けておられることに、深く敬意を表します。

さて、私たちを取り巻く環境は、かつてない厳しさに直面しております。先日、私が院長を務める病院で、長年現場を支えてくれたベテランの看護師から、「体力的にもう夜勤を続けるのが難しい」と相談を受けました。彼女のこれまでの貢献を思えば無理は言えません。しかし、代わりの職員を募集しても応募は少なく、人材紹介会社経由の採用コストは跳ね上がるばかりです。現場を預かる身として「医療の質を守りたい」という想いと、経営を圧迫する「コスト」という数字の板挟みになりながら、私もまた、苦渋の判断を迫られる日々が続いております。会員各法人の経営者の皆様におかれましても、さらに重い責任の中で、同様の葛藤を抱えておられることと推察いたします。

物価高騰やこの深刻な人材不足は、もはや一過性の嵐ではありません。私たちはこの厳しい現実を直視し、鹿児島の医療を守り抜くために、現場レベルから変わっていかなければならないと痛感しております。今後の展望として、私は以下の三点を重視したいと考えます。

第一に、「完結型」から「循環型」への意識転換と、地域連携の深化です。人材不足が深刻化する中、一法人ですべてを完結させる体制維持は限界を迎えつつあります。急性期から回復期、慢性期、在宅まで、機能分化をより一層進めると同時に、法人間の垣根を越えた連携が不可欠です。限られた医療人材・資源を地域全体で有効活用し、互いに支え合う「オール鹿児島」の体制構築に向け、私も現場から汗をかいてまいる所存です。

第二に、現場の負担軽減とDXによる生産性の向上です。採用難の時代において、ICTやAIの活用は避けて通れません。これは単なる省力化ではなく、限られた人数でも医療の質を維持し、職員が疲弊せずに患者様に寄り添う時間を創出するための、未来への投資であると捉えています。変化を恐れず、新しい技術や仕組みを柔軟に取り入れ、持続可能な体制を築くことが、職員と地域の安心を守ることにつながると信じております。

第三に、「進取の気風」を持って未来へ挑む姿勢です。鹿児島には古来より、困難な局面でも新しい時代を切り拓いてきた「進取の気風」が息づいています。現在の苦境を、これまでの常識を見直す好機と捉え、地域住民のニーズに即した新たな医療サービスの形を模索していく必要があります。

国や制度への期待もさることながら、まずは足元を見つめ、現場でできる改革を積み重ねていく。それが、この難局を乗り越える確かな一歩になると確信しております。

桜島が泰然と私たちを見守るように、私たちもまた、どんな時も地域住民の健康の砦としてあり続けたいと願います。協会の一員として、また一病院長として、皆様と共に鹿児島の医療の未来のために、微力ながら尽力してまいる所存です。

末筆ながら、会員各法人のご発展と皆様のご健勝を心より祈念申し上げ、巻頭の言葉とさせていただきます。

特別寄稿1

医療事故調査制度・医師法21条 雑感

中村・平井・田邊法律事務所
弁護士・医師 田邊 昇

医療事故調査制度や医師法21条についての原稿依頼を受け、過去のファイルを見ていたら、2023年の協会報にも同様のテーマで執筆しており、なんとなく今回書こうと思っていたことを全部書いていたことに気づき、3年間での進歩がないことに愕然とした。一方、私は「事故調村」と呼んでいるが、厚労省の御用学者や一部医師などが、第3次試案のときと同じように、WHOドラフトガイドラインの提言の趣旨を理解せず、今だに一部の専門家と称する検察官気取りの医師に引きずられていることも感じられた。医療事故調査制度の産物である日本医療安全調査機構は12月23日に「医療安全の更なる向上を目指す検討会」の報告書を公表したが、その総括内容は、病理解剖の推進以外はWHOのドラフトガイドラインに照らして疑問なものがある。特に、医療事故の判断については、「センター合議」における議論を整理し、医療機関の管理者が医療事故を判断する際の参考となるような情報提供を行うなどの方向性を示しており、「学習のためのシステム」として各医療機関の判断を重視する法令の根拠を無視して自らの事業拡大につながるように持っていこうとする利益相反的スタンスを感じる。

また、「提言」や「警鐘レポート」の分析課題の抽出をより多角的に行うために、「すべての院内調査報告書を対象として、傾向や特徴を把握し、類似事例を比較して、分析課題を抽出する体制を構築する。」としているが、「多角的」ではないのか。多くのケースを集め、分析するのは、科学するためである。臨床医学における現在のパラダイムは帰納的方法としての evidence based Medicine である。ガレノスのギリシア医学や陰陽五行説などの哲学的な医学観からはじまり、細菌や悪性腫瘍の研究、遺伝子研究の進展から導かれた演繹的な医学観は基礎医学の分野では重要であるが、臨床医学の実践においては帰納的な疫学的研究が骨子となって、臨床医学・医療の実践規範となっている。

多くの事故ケースを集めて、現代の医療における科学パラダイムによって行うべきは疫学的研究であり、専門家を称する者が、あれこれ「分析」して「提言」するのは疫学的エビデンスとはほど遠い。ましてや今回の報告書が言うように「「提言」の活用状況に関する調査は、現状の把握と改善策を検討するため、継続して実施する。その結果を分析し、提言内容の質向上につなげるとともに、医療機関における提言内容の実践につながる支援策を検討する。」というのは一部のエキスパートオピニオンを医療機関に押し付けていこうとするもので、方向性がおかしいのではないのか。

前回の原稿でも記載したが、医療事故調査制度は医療機能評価機構の医療事故収集事業に吸収させて、科学的・疫学的視点からの事故防止の対策を構築していくべきであろう。

さて、上記の点以外の前回の原稿以降の厚労省などの動きや政治的、医療界での動きは、他の方が執筆されるであろうから、わたしは裁判例を紹介するにとどめたい。

医療安全調査機構は、自らが専門家と称して「提言」なる言わば教義を広めたいらしいが、そのような提言が臨床医学における規範となるかについては、裁判所は消極的である。

東京地方裁判所判決／令和2年(ワ)第16769号、令和3年(ワ)第2261号事件(判決日 令和4年12月26日)は、医師が内視鏡を用いずに患者に鼻腔からの栄養チューブを挿入したこと及びチューブを患者に挿入し続けたことなどを過失として損害賠償請求提起された事案である。

原告側は「日本医療安全調査機構が作成した「医療事故の再発防止に向けた提言 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管チューブ挿入に係る死亡事例の分析」を根拠として主張した。

嚥下障害のある患者は特に誤挿入が発生しやすいこと、誤挿入が生じるリスクのある患者や挿入に難渋する患者へのチューブの挿入は誤挿入の危険性を考えて可能な限り喉頭内視鏡等で観察しながら挿入することが望ましいことが強調されているところ、診療情報提供書の記載内容からすれば、医師は、本件患者が30年来のパーキンソン病罹患患者であることを認識できたから、本件患者に嚥下障害があることを認識できた。また、本件提供書の記載内容からすれば、医師は、本件患者のチューブの交換が困難であることも認識できた。さらに、診療情報提供書には「内視鏡下での交換が安全であると思われます」と記載されていた。

以上によれば、医師は、本件患者にチューブを挿入するに当たって特別の注意を払い、内視鏡を用いて本件患者にチューブを挿入する注意義務があった。しかし、医師は、特別の注意を払わず、普段通り内視鏡を用いずに盲目的にチューブを挿

入したから、医師には注意義務違反（過失）があるというのである。

医師の意見書や関係した医師らの証人尋問なども行われたようであるが、東京地裁医療集中部は、以下のように判示して、医療安全調査機構の提言は規範とならないと切り捨てている。

「医師の注意義務の基準となるべきものは、診療当時の臨床医学の実践における医療水準であるところ、第6号の提言書が公表されたのは本件誤挿入が発生した平成29年9月より後であるから、第6号の提言書の提言が直ちに平成29年9月当時の臨床医学の実践における医療水準であったと認めることはできない。

また、第6号の提言書には、提言による再発防止策は「死亡事例」から得られた提言であり、「死亡に至ることを回避する」という視点から事例を分析したもので、広い知見から検討される学術団体などから発表されるガイドラインとは区別されるものと考えていると記載されており、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）が令和2年11月に公表した「医療事故の再発防止に向けた提言 第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析」にも、「再発防止に向けた提言書」の趣旨として、「本提言書は、医療事故調査・支援センターに様々な医療機関から報告された個々の死亡事例の調査報告書をもとに、類似事例を集積し、その共通点・類似点を調査・分析して、情報提供するものです。本提言書の位置づけは、学会から出される指針と異なり、『死亡に至ることを回避する』という視点で、再発防止の考え方を示したものであり、これにより、医療従事者の裁量を制限したり、あるいは新たな義務や責任を課したりするものではありません。このようなことを踏まえ、提言書は、利用される方が個々の医学的判断、患者の状況、年齢、本人やご家族の希望、さらには、医療機関の診療体制や規模等を総合的に勘案して、ご活用していただきたくお願いします。なお、この提言書は、医療法第6条の16の規定に基づき、同様の死亡事例が発生しないよう、再発防止と医療安全の確保を目的として情報提供するものであり、係争等の解決の手段として利用されることを目的としているものではありません。」と記載されていることからすれば、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）が公表している医療事故の再発防止に向けた提言が臨床医学の実践における医療水準であるとも認められない。」

また、医療事故調査制度が遺族の訴訟ツールに用いられるために、その制度趣旨や説明が歪められていることを示す裁判例も出ている。

大阪地方裁判所判決／令和2年（ワ）第5893号事件 判決日付 令和4年3月25日は、頸椎椎体固定術を受け、その後創内血腫除去手術、さらに脳梗塞を合併し死亡（死亡原因は脳梗塞）した患者の子らが、医師には、適応のない手術の実施を避けるべき注意義務違反があったなどとして提起した事案である。

患者は、62歳と比較的若いにもかかわらず、脳梗塞の既往があり抗血栓療法などを服用していたという既往があり、手術は脳梗塞のリスクが高く避けるべきであったというのである。

客観的には、裁判所は本件の患者の状態は、頸椎の手術によって脳梗塞のリスクを格段に高めるような状況ではなかったとして、このために手術を避ける義務はないとしているが、訴外の段階で医師は、患者に対して「本件患者の本件手術時の脳梗塞再発の可能性につき、極めて高い状態」と記載していたため、患者がこの点を追及していた。しかし、裁判所は「本件回答は、原告らからの医療事故調査の申入れに対して、死亡を予期しなかったものではなく、医療事故調査制度の対象ではないと説明するために作成されたものであるところ、医師は、医療事故調査制度の対象でないことを説明するために、「極めて」と誇張して記載されているなどと証人尋問で述べており、誇張して記載したこと自体は不適切であるとはいえるものの、本件患者の本件手術時の脳梗塞再発の可能性について、具体的な状況や客観的な資料等に基づいて記載されたものとは認められないから、同記載を根拠に、本件患者の本件手術時の脳梗塞再発のリスクが極めて高かったとは認められない。」としている。

医療事故調査制度の現況が却って患者への率直な説明を歪めている側面がうかがわれる。この意味でも、医療事故調査制度は医療にとって有用な制度とは思えない。

2023年の協会報でも、医療事故調査制度は患者に対しての義務ではないことを裁判所（東京地裁令和3年9月9日判決、大阪地方裁判所令和4年4月15日判決）が明示していることを紹介したが、法律上の医療事故調査は、制度趣旨から、説明のための制度ではなく、患者や遺族への開示は必要ない。遺族らへの情報提供調査結果の開示を行わない前提である日本臨牀産婦人科医会が行っている妊産婦死亡事例の報告事業はほぼ網羅的に妊産婦死亡事例が収集できているし、医療機能評価機構の特定機能病院等に対する医療事故情報収集事業（医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号）もほぼもれなく報告が行われ、提言が多く出されているところである。これらはいずれも遺族には「秘匿」しており、WHOドラフトガイドラインのいう秘匿性に適合している。

現在の医療事故調査制度は、医療安全調査機構自体が適切な方向性を有しているとも思えないし、遺族の関与を高めようとしている点で、およそWHOの言う、「事故から学ぶ」という趣旨に反した責任追及のための調査に墮している感が強い。

私としては、直ちにこのような制度を廃止して、遺族などの関与を排した、秘匿性の高い、科学的な事件事案の収集と分析を現在の医療機能評価機構の医療事故情報収集制度などの活用によって行うことを重ねて強く提言したい。

特別寄稿2

「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」議論の問題点を探る

鹿児島県医療法人協会
会長 小田原 良治



厚生労働省の「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」が終了し、2025年（令和7年）12月22日に「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会報告書」が公表された。これを機に、本検討会の問題点と今後の懸念を提示しておきたい。第1回の検討会開催に際し、森光敏子厚労省医政局長は、「本検討会では、医療事故調査制度にとどまらず、医療安全に係る政策全般についてこれまでの取り組みを振り返った上で、現状と課題を整理して今後の対策について議論をお願いしたい」とあいさつしたということである。

「医療事故調査制度にとどまらず、医療安全に係る政策全般について、今後の対策について議論」という点については、私は、危うさを抱いていた。医療事故調査制度に関しては、今回の検討会で、歴史的経緯を踏まえてきちんと検討がなされたとは思えない。今回の検討会の弱点である「医療事故調査制度の歴史」を振り返り、今後の方向性に関する疑念について述べたいと思う。

第三次試案・大綱案の挫折、廃案

医療事故調査制度創設のきっかけとなったのは、1999年（平成11年）の東京都立広尾病院事件や2006年（平成18年）の福島県立大野病院事件である。医療事故調査制度創設の直接のきっかけは医師法第21条問題である。

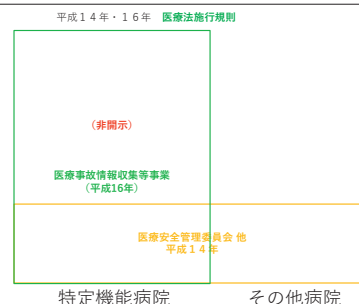
1999年は、横浜市立大学病院患者取り違え事件、東京都立広尾病院事件、杏林大学割り箸事件と大きな医療事故が発生した年である。横浜市立大学病院患者取り違え事件を踏まえて、厚労省は「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」をとりまとめ、翌2000年（平成12年）、「医療施設における医療事故防止対策の強化について」を発出し、特定機能病院の安全管理体制の制度化を行った。実はここで厚労省は大きな失策を犯している。「リスクマネジメントスタンダードマニュアルの作成」を決めたのである。同年に出された「リスクマネジメントマニュアル作成指針」通知は、全医療機関が対象と解釈され、医療崩壊の原因となった。2002年（平成14年）改正では、病院及び有床診療所に医療安全管理指針の整備、医療安全管理委員会の開催、医療安全の職員研修、医療機関内における事故報告等を義務付けるとともに、特定機能病院に専任の安全管理者の配置、安全管理部門の設置、患者からの相談体制の確保を求めている。

2004年（平成16年）改正では、国立高度専門医療センター、特定機能病院等に重大な事故事例の報告が義務付けられ、医療事故情報収集等事業が開始された（図1）。

2007年（平成19年）の第5次医療法改正時には、病院及び有床診療所、無床診療所、助産所にも医療安全管理体制の確保が求められた。

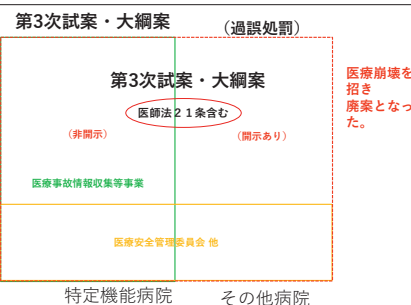
医師法第21条問題は、医療現場に大きな混乱をもたらした。2008年（平成20年）、医療現場の、医療事故調査制度を望む声に答えて、厚労省は、医療事故調査制度構築を目指した。特定機能病院等に課していた報告制度（医療事故情報収集等事業）を一般病院・診療所にも拡げるかたちの医療事故調査制度（図2）を目指した。これが第三次試案・大綱案の骨子である。しかし、この第三次試案・大綱案は、医師法第21条問題を解決するものではなかった。制度内部に医師法第21条を取り込んだままであり、「医療安全」と「説明責任」が渾然一体となっていたのである。医師法第21条の解決どころか、むしろ、医療者の責任追及色の強いものであった。猛烈な反対が起こったのである。政治も巻き込ん

図1



平成14年の医療法施行規則の改正により、病院及び有床診療所に医療安全管理委員会の開催が義務付けられた。また、平成16年改正では、特定機能病院等を対象に医療事故情報収集等事業が開始された。医療事故情報収集等事業が機能したのは、特定機能病院という高機能病院が対象であったこと、個別情報が開示されない仕組みとなっていたからであると考えられる。

図2



第三次試案・大綱案は、特定機能病院等が対象の医療事故情報収集等事業をその他病院にも拡充しようとするような案であった。制度の中に医師法第21条を始め、責任追及を含んでおり、情報は開示され、警察への通報、報告書の行政機関での使用等が含まれていたため大きな問題となり、医療崩壊を招いた。第三次試案・大綱案は、廃案となった。

だ大問題となった。医療崩壊が起こり、この第三次試案・大綱案は、政権交代という副作用を伴って廃案となったのである。

10年間混沌として解決がつかず、政権交代の引き金ともなった第三次試案・大綱案、さらにはそれが廃案となった事実が、第1回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会に提出された厚労省の医療安全の年表には脱落している(図3)。

歴史的経緯を追いかけると、厚労省の施策が、2008年(平成20年)第三次試案・大綱案に結集され、翌年頓挫して廃案となったのが明瞭であろう。

医療事故調査制度は仕切り直しとなったのである。それまでの厚労省施策は特定機能病院等の医療事故情報収集等事業には継続されて来ているが、一般病院、診療所、助産所については、否定されて再構築となったものである。現医療事故調査制度は、パラダイムシフトの結果出来上がったものであり、従来の政策の延長線上にあったわけではない。このパラダイムシフトの基となったのが、われわれが提唱した「医療の内」と「医療の外」を切り分ける考え方であった。今回の議論は、医療事故調査制度が、このパラダイムシフトして出来上がった事実を踏まえていないようである。

医療事故調査制度創設の理論背景としての「医療の内」と「医療の外」の切り分け

パラダイムシフトして、制度創設に至ったのは、「医療の内」と「医療の外」を切り分けて解決するという手法(図4)である。医療事故情報収集等事業に該当する部分から責任追及部分を「医療の外」に切り出したのである(図5)。このようにして医療事故調査制度は創設された。「医療の内」の部分、即ち、専ら医療安全の制度部分に責任追及部分を持ち込んではならないのである。説明責任部分は、医療安全と切り分けるべきである。必要であれば従来通り「医療の外」の問題として裁判等で決着をつけることもやむを得ないかもしれない。もちろんADR等の手法はより好ましいであろう。

「医療の内」の専ら医療安全の制度と、「医療の外」の説明責任の制度に切り分けて医療事故調査制度の創設を目指した(図4)のである。これは、同時に、懸案であった医師法第21条問題の解決の手法でもあった。専ら医療安全の制度として「医療事故調査制度」を創設し、医師法第21条は、「医療の外」の制度の一つとして解決をつけたものである。医師法第21条を「医療の外」に切り出した図(図5)と、基本的な考え方(四病協・日病協合意に基づく概要図)(図4)を重ね合わせると明瞭となろう(図6)。「医療の内」と「医療の外」の制度と言っても、医療事故調査制度と医師法第21条を始めとする説明責任とは、クリアカットに切れるものではない。当然その間に移行帯(境界域)(図4、図6の境界域)があるのである。この移行帯を行きつ戻りつしながらいずれかの側に収斂していくものであろう。その意味でも、医療事故調査制度と医師法第21条問題は、対をなしているのである。

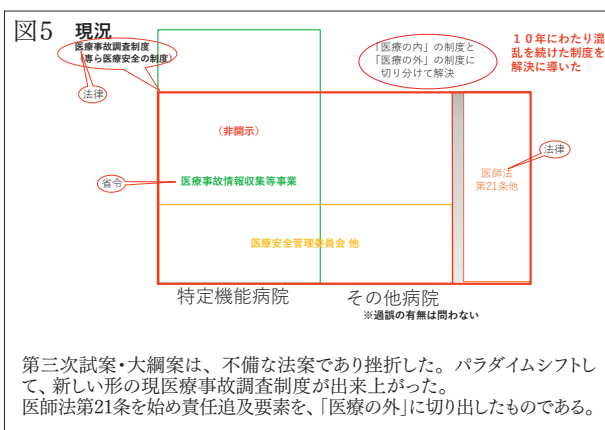
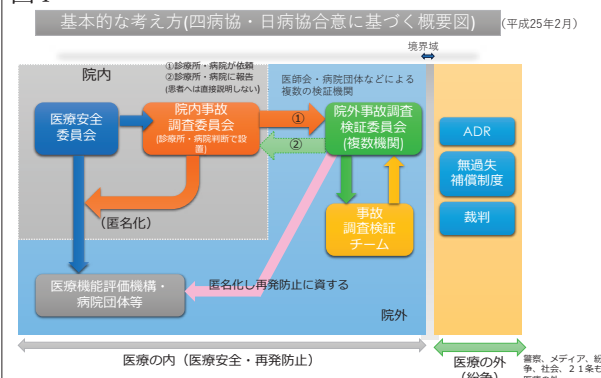


図3

医療安全施策の経緯	
平成11年	大学附属病院で患者取り違え手術発生 → 厚生省検討会において「患者訴訟事故防止対策に関する検討会報告書」とりまとめ
平成12年	特定機能病院に医療安全管理のための体制確保義務(院内事故報告、委員会、指針、職員研修)
平成13年	厚生労働省に医療安全推進室設置、医療安全対策検討会議を開催(患者安全推進年)
平成14年	医療安全対策検討会議にて、「医療安全推進総合対策」策定 病院及び有床診療所に、医療安全管理のための体制確保義務(省令改正)
平成15年	特定機能病院・臨床研修病院に、専任の医療に係る安全管理者・医療に係る安全管理部門・患者相談窓口配置義務(省令改正)
平成16年	医療事故情報収集等事業開始(省令改正)
平成18年	医療安全対策加算設置(医療安全管理者、医療安全管理部門、患者相談窓口) ※平成22年、平成24年、平成30年に改定
平成19年	第5次改正医療法施行[法改正] ※医療安全の規定が整備される ・病院及び有床診療所に、無床診療所、助産所にも、医療安全管理体制確保義務 ・都道府県等に、医療安全支援センター設置努力義務 等
平成24年	患者サポート体制充実加算設置
平成27年	医療事故調査制度開始
平成28年 ～令和3年	複数の大学病院で重大事案発生(禁忌室の継続投与、高難度手術における死亡事例多発) →タスクフォース設置し全国の特定機能病院に集中介入検査、検討会を誘導 →特定機能病院の医療安全管理体制の厳格化
平成30年	医療安全対策地域連携加算設置(相互評価、地域連携加算1では医療安全管理部門に専任医師配置)
平成31年	診療用放射線に係る安全管理体制確保義務の追加(省令改正)
令和4年	報告書管理体制加算設置

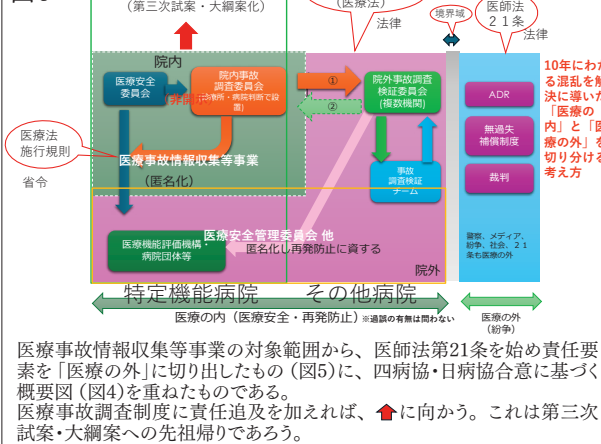
「第1回医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」に提示された厚労省資料には、廃案となった第三次試案・大綱案の記載がない。現在の医療事故調査制度は、厚労省医療安全施策の延長線上に出来上がったものではない。厚労省医療安全施策の着地点は第三次試案・大綱案であった。現在の医療事故調査制度は、パラダイムシフトの結果、「医法協医療事故調ガイドライン」をたたき台として出来上がったものである。

図4



医療事故調査制度が創設に向かうきっかけとなった考え方を図に表したものである。「医療の内」すなわち、専ら医療安全の制度と、「医療の外」すなわち紛争解決、説明責任の制度を切り分けて解決を目指したものである。医療事故調査制度は、「医療の内」の制度、医師法第21条は「医療の外」の問題として、東京都立広尾病院事件の判例解釈で解決するに至った。医師法第21条の「異状」とは「外表異状」であり、一方、医療事故調査制度は、「専ら医療安全の制度」でなければならない。

図6



2019年（平成31年）2月8日付け医事課長通知の愚を繰り返してはならない

医療事故調査制度は、「医療の内」の専ら医療安全の制度として創設された。対となる医師法第21条は、「医療の外」の問題として、東京都立広尾病院事件判決の解釈で「外表異状説」が確定し[※]、永年にわたった複雑な問題が解決した。

ところが、2019年（平成31年）2月8日、医師法第21条に係る医事課長通知が出されて再度大混乱になった。対になっている医療事故調査制度を考慮せずに、医師法第21条の一部のみに目を留めて、厚労省担当者個人の思いを、通知として出したからである。医療事故調査制度の根幹が揺るぎかねない問題を含んでいた。厚労省としては、一旦出した通知を引っ込めるわけにいかず、結局、2019年（平成31年）4月24日付け、厚労省医政局医事課事務連絡を出し、実質上2019年（平成31年）2月8日付け医事課長通知を訂正し、死亡診断書（死体検案書）記入マニュアルの追補を出すことによって、事無きを待たしたのである。両者の関係は極めてデリケートなのである。

今回、これと同じ対応が医療事故調査制度で再発しつつあるのではない。法律である医療事故調査制度を省令の医療事故情報収集等事業と同列に考えて、ヒヤリハットの充実の名目で、誤った方向に向かおうとしてはいないか。これは、大混乱を招いた第三次試案・大綱案への先祖帰りである。医療事故調査制度のみならず医師法第21条にも影響を及ぼしかねない。

医療事故調査制度も医師法第21条問題も軽々にいじってはならないのである。なぜならこの2つは一对の制度だからである。

医療安全を進めたいのであれば、省令・通知レベルでヒヤリハット事業を進めればよい。ましてや、医療関係者が医師法第21条を考慮せず、医療事故調査制度の向きを変えるような愚を犯してはならないであろう。

第1回検討会から毎回提出された厚労省資料に潜む疑問

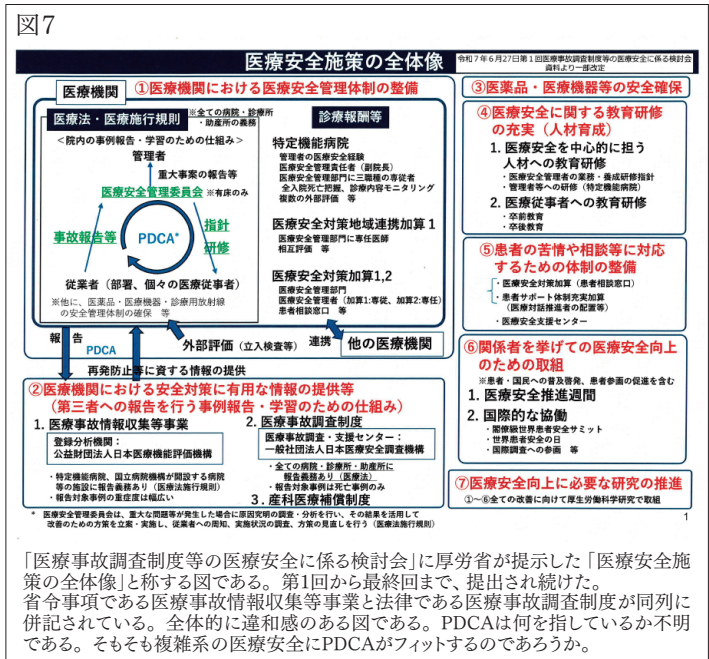
第1回検討会に提出された「医療安全施策の経緯」との年表（図3）には、大炎上した第三次試案・大綱案の記載がない。時系列から考えれば、2002年（平成14年）の「医療安全推進総合対策」の集大成とも言うべきものが第三次試案・大綱案であり、頓挫したのである。リスクマネジメントマニュアル作成指針も失効した。現医療事故調査制度は、パラダイムシフトして出来上がったものである。しかも、2回の政権交代を経ている。第三次試案・大綱案の歴史を消し去り、第三次試案・大綱案の元となった「医療安全推進総合対策」を下敷きにして議論が行われたのではないかと危惧している。

さらに、奇異なのは、第1回検討会資料の「医療安全施策の全体像」とのタイトルの図7である。この図は、全く、論理的でない。省令事項である医療事故情報収集等事業と法律の医療事故調査制度が同列に併記されている。また、矢印は何を意味しているのか。

第1回検討会から最終回まで提出され続けた図7について、厚労省は詳細な説明を行っていない。検討会構成員からも疑問すら提示されていないようである。このような重要な図をチェックもせずに、フィーリングのみで素通りしてはならないで

あろう。そもそも、この図が示しているPDCAとは何なのか。複雑系である医療に、トヨタの看板方式の基となったという業務効率化の手法であるPDCAがフィットするのか議論すべきであろう。省令と通知をごちゃ混ぜにして、どのような形でPDCAが回って行くと考えているのか、PDCAはそれぞれ具体的に何を指しているのか明確に説明すべきである。

医療事故調査制度は医療安全の制度として出来上がったが、2000年（平成12年）の厚労省通知の延長線上で出来上がったわけではない。同通知の延長線上に出来上がった医療事故情報収集等事業とパラダイムシフトの結果出来上がった現医療事故調査制度はルーツが異なるのである。同通知の延長線上にあった制度は、旧第三次試案・大綱案であり、これは廃案となったものである。成立の歴史的経緯からしても、医療事故調査制度は、「医療の内」の制度として、「医療の外」の医師法第21条と対をなしているのである。安易な対応で、医療事故調査制度が変質することがないように、厳重に監視していく必要があるであろう。



※甲斐克則・手嶋豊編 医事法判例百選第3版

事例2 小島崇宏著 異状死体の届出義務 P6-7、2022

チームビルディングと組織開発

～医療DXを加速させるためにも～

(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

今号においては、チームビルディングと組織開発について簡単にご紹介いたします。医療DXを加速させていったり、業務改善活動（ムリ・ムダ・ムラの改善など）を進めていったりするうえにおいても、参考にいただければと思います。

2. チームビルディング

チームビルディングの本質は、いかにメンバーの目線を合わせ（目的やビジョンの共有）、どのように当事者意識を高めるか、ということにあります。

今の時代は、変化が早く、働く方々の価値観も多様になってきています。例えば、自分が何に貢献しているのか実感できずに、ただ指示を待つ仕事のみでは、モチベーションの低下や離職につながるリスクなどもあろうかと思えます。

チームビルディングにおいては、リーダーが一人で意思決定するというよりは、メンバー同士の対話を通じて、ゴールや戦略を共に描くこと（共創）を重視します。

自分の声がチームの進む道をつくっていると感じられれば、内側から意欲が湧き出すようになり、チーム全体の雰囲気も大きく変わったりするものと思われれます。

ここで大切なことは、自分達は何のために集まっているのか、チームの存在目的を話し合い、メンバーそれぞれが持っている情報や強みをどう結び付けるか考えることです。

3. 組織開発

一つのチームが頑張る（やる気が高まる）だけでは、組織全体の風土や意思決定のルールが変わらず大きな変化を生み出すまでには至らないことも多く、小規模プロジェクト等の成功が組織全体にとっての当たり前にならなければ、いずれ行き詰まりがやってきます。

例えば、会議等がどんなに盛り上がっても、動かなければ意味がなく、士気が下がってしまいます。

そこで、組織の仕組みや文化を問い直し、現場を巻き込みながら持続的に変革していくアプローチである組織開発が注目されます。

チームビルディングが人と人との関りを深め、共創を促す方法だとすれば、組織開発はその共創を組織全体の仕組みや文化に落とし込み、変化を起こし続けるためのフレームワークと捉えることができます。

例えば、関係部署の代表者等を積極的に巻き込み、対話の場によって部署を横断した連携意欲を高めていくと同時に、現在の仕事の流れを可視化し、どの段階で誰が意思決定に関わったり、どこで情報（業務）が滞ったりしているのか等、問題の因果関係を共有し、業務の統合・効率化やそのためのデジタルツールの活用等、業務プロセス（フロー）を見直して（もしくは、その検討をして）いきます。

次第にトップ層も積極的に応援しようという姿勢（「今現場で起きている事」を誠実に理解しようとする姿勢）に変わっていき、プロセスの見直しによる業務全体の短縮化や大幅な改善が行われるようになっていく、というようなイメージです。

これは、単なる指示命令というよりは、職員一人一人が当事者意識を持ち、主体的に変化をつくり出せるようにする仕掛けや対話の場ともいえます。

そして、その土台となるのは、チームビルディングが日頃から育んでいる対話の姿勢や主体性です。

4. ファシリテーション

チームビルディングと組織開発の両者を橋渡しして、すべてのメンバーが当事者意識を持てる場をつくるには、ファシリテーターの観点が不可欠です。

ファシリテーターは、場を共創の方向へ導く人であり、ファシリテーションがうまく機能すれば、参加者全員が主体的・能動的に動き始め、チームも組織も、「誰かに与えられる場所」から「みんなで手をかけてつくる空間」になっていきます。

ファシリテーションで大切なことは、「目的と期待する成果（今日の会議や研修等は何のためにあり、終わったときに何をしたいのか）を共有すること」、「心理的に安心して発言できる場を整えること」、「十分な傾聴と対話を促す仕掛け（グループワーク等）を用意すること」、「合意を尊重しながら次のアクションに結びつけるプロセスを設計すること（明日から何をするのかまで落とし込む流れをつくること）」です。

5. 「成功循環モデル」と「関心の輪と影響の輪」

ダニエル・キム氏は、「成功循環モデル」を提唱しました。はじめに、対話や交流を通じて相互信頼を深めて「関係の質」を高めると、思考が前向きになり（「思考の質」）、行動が自発的になり（「行動の質」）、それが成果に結びつく（「結果の質」）というものです。

一方、はじめに、「結果の質」を高めようとすると、成果の達成圧力が強まり、人間関係が悪化し、組織は硬直化していきます（「失敗循環モデル」）。

また、「7つの習慣」で有名なスティーブン・コヴィー氏は、「関心」と「影響力」を基準に、世界を3つに分けて考えました。

まず、自分が関心のある事と無い事に分け、関心がある範囲を「関心の輪」という言葉を使って表しました。そして、「関心の輪」の中で、自分が影響力を及ぼせる範囲を「影響の輪」と表現して「関心の輪」とは区別しました。

「関心の輪」に意識が集中すると、自分の影響力が及ばないために、他者を非難することにエネルギーが注がれてしまい（他責）、建設的な発想ができなくなってしまう。主体的な人は、変えられないことに「関心」は持ちますが、積極的に関与はしません。まずは、自分の限られた時間や心理的エネルギーを「影響の輪」に集中させ（自責）、そのうえで「影響の輪」を少しずつ広げていきます。

6. おわりに

今号においては、チームビルディングと組織開発等について簡単にご紹介いたしました。これらを踏まえて、鹿児島県医療勤務環境改善支援センターで実際に行っている医療機関への支援の事例（鹿児島厚生連病院）をご覧いただくと、理解が進むかと思います（引用・参考を参照）。ご参考にしていただけますと幸いです。

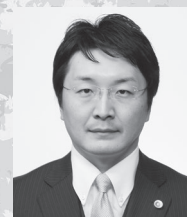
7. 引用・参考

- ▶ チームビルディングと組織開発の話（ナガオ考務店出版2025）
- ▶ だから僕たちは、組織を変えていける（クロスメディア・パブリッシング2021）
- ▶ 鹿児島県医師会ホームページ令和7年度第1回働き方改革に関するセミナー



乳腺外科医事件を振り返る

弁護士 水沼 直樹
(COI開示事項なし。ただし、本件弁護人でした)



1 事件概要

本件は、東京都内の病院において乳腺外科医が術後患者に対して準強制わいせつ行為を行ったとされる事案である。患者A(30歳代女性)の右胸に発生した再発性良性腫瘍の摘出術を執刀したX医師は、術後に病棟で覚醒直後のAが抗拒不能の状態にあったことを利用し、2016年5月10日午後2時55分頃から3時12分頃までの間、健側(左)乳頭を舐めるなどのわいせつ行為に及んだとして逮捕・勾留され、後に起訴された。

Aは短時間の手術中にプロポフォール、セボフルレン、ペンタゾシン等の麻酔薬・鎮痛薬の投与を受けていた。術後、病棟で看護師に被害を申告したのち、上司に対してLINEで「たすけあつ」「て」「いますぐきて」とのメッセージを送信して被害を伝えた。上司の110番通報を受けて臨場した警察官がAの左乳頭付近から採取した付着物について、科捜研はX医師と同型のDNA(定量値1.612 ng/ μ L)を検出し、さらにアミラーゼ検査が陽性であるとの鑑定結果を示した。

2 争点

本件の主要争点は、患者Aの被害申告の信用性をめぐる術後せん妄の有無・性的幻覚体験の有無という医学的論点と、DNA定量検査、アミラーゼ検出という科学鑑定の信頼性と証明力の有無という科学的論点に大別される。

①患者Aの証言の信用性

Aの被害体験が、麻酔からの覚醒に伴う術後せん妄による性的幻覚であったか否か。

②科学鑑定の証明力

検出されたX医師と同型DNAおよびアミラーゼが、X医師による「舐める行為」という犯行態様を強く推認させるか。特に、DNA定量検査の手法がリアルタイムPCR(qPCR)の検査原理に照らして信頼できるか、またDNA付着が触診など犯行以外の機会によるものであった可能性を排除できるか。

3 せん妄について

(1) せん妄とは

せん妄は、急性の脳機能障害であり¹、その診断はDSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)やCAM(Confusion Assessment Method)といった評価スケールを用いて行う。せん妄状態の患者は、意識障害や注意障害、記憶障害、見当識障害を呈することがあり、何らかの精神病症状:42.7%、視覚性幻覚:27%、聴覚性幻覚:12.4%、触覚性幻覚:2.7%、妄想:25.6%があったとする研究もある²。せん妄にはサブタイプ(過活動型:暴言・興奮等、低活動型:活動量が低下し寝ているような状況、混合型:過活動と低活動が日内変動する)があり、いずれのサブタイプでも幻覚体験する³。せん妄に伴う幻覚は非常に鮮明であり、患者がそれを現実の出来事として確信を持つことが多いとされている。手術侵襲や麻酔薬、オピオイド系薬剤の使用は、術後せん妄の危険因子として知られている。

(2) せん妄に関する専門家証言

裁判では、患者Aの麻酔覚醒時におけるせん妄の有無とその影響について、専門的な見解の対立が見られた。

①検察側専門家

第一審では、精神科、麻酔科の医師が証言したが、いずれも、せん妄評価スケールを用いることなく、当時のAがせん妄状態ではないと証言した。控訴審で証言したI医師(精神科医)は、自らせん妄の専門家ではないと認めつつ、Aのせ

ん妄は過活動型から低活動型へと回復していく直線的な過程を辿り、午後3時12分頃の低活動型せん妄の状態では幻覚を見ることはないと言証した。I医師は、LINEメッセージの送信を「判断力のある動かぬ証拠」と評価し、前後不覚ではなかったとして幻覚の可能性を否定した。しかし、I医師が提示した酩酊の分類とせん妄の分類を比較する見解は自身のアイデアであり、一般の学術文献に根拠がないと言証した。

②弁護側専門家

第一審では、精神科、麻酔・集中治療科の医師が証言したが、当時の患者の状態(図1)を前提に、DSM-5やCAMといった評価スケールを用いて、当時の患者が術後せん妄により性的幻覚を体験した可能性を指摘した。とくに、手術の侵襲、多量のプロポフォル投与、術後の疼痛といった複数の危険因子⁴が存在し、諸外国の論文⁵によってもプロポフォルによる性的幻覚事例があることを証言した。控訴審では、精神腫瘍科のH教授はDSM-5とCAMを用いて、Aが公訴事実記載の時間帯にせん妄状態にあった可能性が十分にあり、性的幻覚を体験した可能性があると証言した。とくに、LINEメッセージ送信のような定型的な動作は「手続き記憶」としてせん妄状態でも実行可能であり、メッセージ送信の事実と幻覚の可能性は矛盾しないとした。

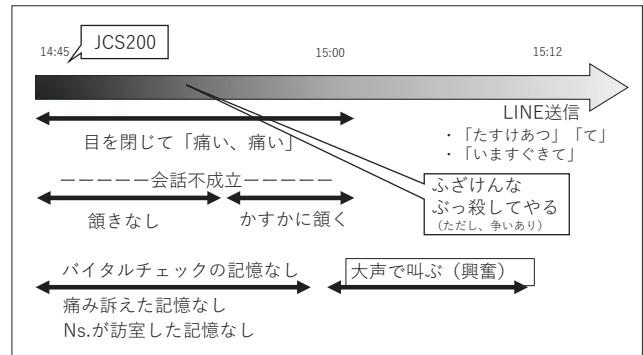


図1 術後約30分間の患者の様子

(3) 裁判所の認定

本件では、審級によりせん妄に関する判断が大きく異なった。

①第一審(東京地裁 H31.2.20)

Aは、犯行時間帯にせん妄状態に陥った可能性が「十分に」あり、性的幻覚を体験していた可能性が相応にあると認定し、A証言の信用性を肯定するには独立した証明力の強い補強証拠が必要であるが、検出されたDNAやアミラーゼは、医師が触診した際に付着したり飛沫唾液が付着した可能性を排斥できないとした。

②控訴審(東京高裁 R2.7.13)

I医師の証言の信用性を高く評価し、Aはせん妄に伴う幻覚は生じていなかったと認定した。他方で控訴審は、H教授が「Aの認識能力が通常よりも劣っていた場面のみを取り上げ、通常と変わらない場面については捨象するという判断方法を採用している」と非難した⁶。

③最高裁(R4.2.18)

控訴審が依拠したI医師の見解は「医学的に一般的なものではないことが相当程度うかがわれる」と指摘し、その見解のみに基づいて幻覚の可能性を否定した控訴審の判断は、第一審の不合理性を適切に指摘していないとした。その上で最高裁は、DNA定量検査の信頼性についても審理不尽の違法があるとして、原判決を破棄し差し戻した。

④差戻後控訴審(東京高裁 R7.3.12)

専門的知見の再検討を踏まえ、第一審の「Aが麻酔覚醒時のせん妄に伴って性的幻覚を体験していた可能性が否定できない」との判断に「不合理な誤りは認められない」などとして第一審の判断を支持した。

4 科学鑑定について

(1)ワークシートの偽造・変造?

科捜研のDNA定量検査およびアミラーゼ鑑定の経過はワークシートの記載が唯一の根拠であったため、その記載の信頼性が争われた。このワークシートは鉛筆で記載されており、少なくとも7箇所が消しゴムで消去され、2箇所上書きされた痕跡が確認されている。

実験データの検証可能性を確保するため、消しゴムで修正が可能な鉛筆で実験経過を記録することは許されないと考えられているところ、検察官や検察側証人は、鉛筆書きも許容されると主張・証言した。通達によると、ワークシートは鑑定の推移に従って記載すべきとされているが、本件では後からまとめて記載された痕跡が窺われると認定されている。弁護側は、ワークシートに記載されたDNA定量値「1.612」自体が書き換えられた可能性を追及したが、差戻後の裁判所はワークシート原本

の検証請求を却下した。

(2)DNA定量検査の原理

本件で検出されたDNAの量 $1.612\text{ ng}/\mu\text{L}$ の正確性が最大の争点であった。DNA定量検査はリアルタイムPCR (qPCR) 法によって行われる。リアルタイムPCR法では、既知のDNA濃度を持つ標準試料と検体試料を同時に増幅し、標準試料のCt値から作成された検量線に検体試料のCt値を当てはめ、DNA濃度を定量する(図2、図3)。これによりPCR増幅効率の均一性を確保し、正確な定量値を得ることができる。

しかし科捜研は、ロット番号ごとに作成した検量線を使い回し、検査時に標準試料の増幅を行っていなかった。さらに、検査の正確性の検証に不可欠な増幅曲線や検量線、抽出液の残余が廃棄されており、定量値の厳密な正確性を客観的に検証することが不可能であった。最高裁は、この検量線使い回しの運用が結果の信頼性にどの程度影響するかを審理し尽くさなかった点を審理不盡と判断した。

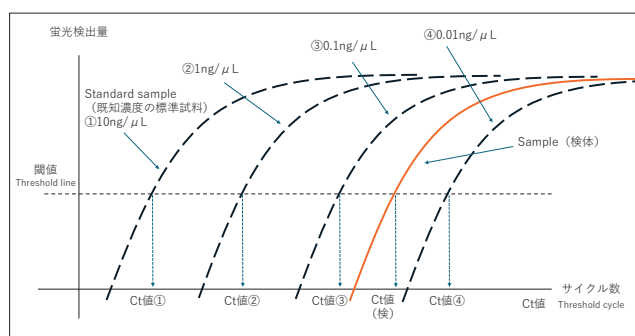


図2 増幅曲線

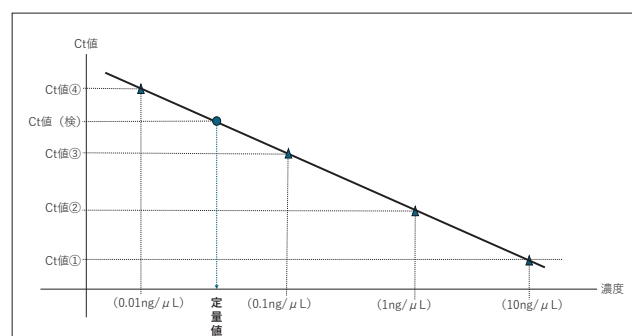


図3 検量線

(3)弁護団再現実験

弁護団は、鑑定の信用性および証明力を弾劾するため、検察側専門家の実験結果の分析に加え、独自の検証実験を行った。

①唾液中のDNA量検証

検察官の検証実験では、口腔内から直接採取した唾液中のDNA量は、科捜研が検出した値の100分の1程度であった。この結果によって、舐める行為によって多量のDNAが付着したという検察側主張が科学的に弱体化した。

②触診によるDNA転移検証

弁護人の検証実験では、X医師の日常行動を前提に、手指が外鼻孔に接触した後、女性モデルの胸部に模擬触診を行った結果、科捜研の検出値に極めて近似したDNA量が検出された。これは、舐める行為でなくとも触診という日常的行為によって多量のDNAが付着し得ることを示した。

(4)Face touch

DNAおよびアミラーゼがX医師の手指に付着し、そこから患者Aの胸部へ転移した経路を解明するため、弁護団は無意識の顔面接触 (face touching)に関する医学文献調査を行った。その結果、ヒトは日常的に頻繁に顔面を触れる行動をとることが複数の研究により示され、とりわけ口・鼻・目といった粘膜部位への接触が多いことが明らかとなった⁷。しかも医療従事者でも顔面接触の完全な回避は困難である⁸。つまり、Face touchによって手指に細胞やアミラーゼが付着し、それが触診を通じてAの胸部に転移した可能性が示された。

(5)取調べ録画

Face touchの習慣がX医師にも存在したかを確認するため、弁護人は取調べ録画を分析した。約53分の動画において、X医師は8回の顔面接触(鼻の下を擦る等)を行っていた。また、舌で唇を舐める行為を1分あたり1回程度(53分で44回)行っていた。この行動様式は、口唇周辺のアミラーゼが手指へ移行し得ることを裏付け、アミラーゼ陽性反応となったことが犯行以外の機会でも説明可能であることを示した。



(6)裁判所の認定

差戻後控訴審は、検量線の使い回しという科捜研の検査は直ちに信頼性を損なわないが、結果には相当な誤差が生じ得るとともに、検出されたDNAは唾液飛沫や触診で付着した可能性も否定できないとして、アミラーゼ鑑定とDNA定量値はいずれもAの被害供述を補強するに足る証明力を欠くと判断し、第一審の無罪判決を維持した。

5 医療機関が留意する点

(1)全患者へのせん妄リスクチェック

入院時に転倒転落と同様、せん妄についても年齢、認知症・せん妄既往、基礎疾患、使用薬剤、脱水等を踏まえたリスク評価を行うことが有用である。非薬物療法の重要性が認識され、2020年4月からはせん妄ハイリスク患者ケア加算が創設された。

(2)せん妄に関する説明・同意

患者本人だけでなく家族にも、せん妄の病態やリスクを事前に説明することが望ましい。あらかじめ説明することで、発症時の家族の精神的負担を軽減し得る。説明動画の活用も有効である。

(3)ラウンド体制の工夫

本件は医師と患者のみの状況で生じた。複数の医療従事者による回診は、誤認や不正の防止に資する。ただし全患者での実施は困難な面があることから、せめて術後間もない時期やせん妄ハイリスク患者を優先すべきである。

(4)十分な記録

医療の質および紛争対応の観点から、患者の状態、主訴、会話内容、注意障害の程度等を詳細に記録する必要がある。過活動型・低活動型を問わず、チェックリストの整備が重要である。

6 小括

本件は、DNA定量検査の結果から犯罪行為を立証しようとした初の事案であるが、科捜研の鑑定が極めて科学的に問題があることが明らかになった。詳細は他書⁹に譲るが、本件が医療の安全に寄与することを願っている。

脚注

- 1 Maldonado JR. Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. *Crit Care Clin.* 2017;33 (3):461-519.
- 2 Gupta N, de Jonghe J, Schieveld JNM, Leonard M, Meagher DJ. Delirium phenomenology: what can we learn from the symptoms of delirium? *J Psychosom Res.* 2008;65 (3):215-222.
- 3 Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, et al. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res.* 2011;71 (6):395-403.
- 4 Jin Z, Hu J, Ma D. Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *Br J Anaesth.* 2020;125 (4):492-504.
- 5 Balasubramaniam B, Park GR. Sexual hallucinations during and after sedation and anaesthesia. *Anaesthesia.* 2003;58 (6):549-553.
- 6 せん妄の評価スケール上、O教授の判断方法は医学的には正しいが、裁判所にはそれが中立性に疑義があるように見えたようである。
- 7 Rahman J, et al. How frequently do we touch facial T-zone? A systematic review. *Ann Glob Health.* 2020;86 (1):75.
- 8 LaBan MM, Meerschaert JR, Taylor RS. Pertinacious habit on a rehabilitation unit: repetitive finger licking while paging through the clinical chart. *Am J Phys Med Rehabil.* 2004;83:75-78.
- 9 拙稿、医療判例解説79号31-64頁（2019年）、同88号30-44頁（2020年）、同97号13-24頁（2022年）、同115号26-29頁（2025年）

会計のお話

新公益法人会計制度適用について

鹿児島県医療法人協会 監事
公認会計士 重久 善一



1. 新公益法人制度適用開始に伴う対応等

・情報公開の原則化

従来の「請求があれば見れる」という制度から、「請求なくても公表できる、公表する」という規定に改められました。令和7年4月1日以降に提出された書類が公表対象となります。個人情報については考慮が必要となります。

・役員報酬

役員報酬が一人当たり2,000万円を超える法人においては、その額と『なんでその額払うのですか?』という説明の開示が追加されます（個人の氏名は不要）。

・海外送金

テロ資金供与対策の一環として、海外送金の有無やリスク軽減のための取り組み状況の開示が求められます。

2. 定款・定期提出書類の変更と会計基準の見直し

・定款変更

制度改正に伴い定款変更が必要となる場合（例：外部理事・監事の設置規定）と、読み替えで対応可能な場合（例：法令条項の移動、会計基準名称の変更）があります。新しいモデル定款もウェブサイト上で提供されています。

・定期提出書類の切り替え

事業年度の開始時期によって、新旧の提出書類の様式が段階的に切り替わります。特に令和7年4月1日以降に提出される書類は、新制度の公表対象となります。

・現行制度下の事業年度に対する事業報告は、従来の様式に追加事項（役員報酬2,000万円超、海外送金等）を記載して提出

・新制度適用後の事業年度に対する事業報告は、新別表を含む新しい様式で提出

・事業計画も新制度適用前の期間は現行様式、適用後は新様式で提出

3. 主要な変更点（貸借対照表、活動計算書、注記、附属明細書）

(1) 財務諸表の名称と表示の変更

・「正味財産増減計算書」から「活動計算書」への名称変更

「フローの計算書と分かりやすいように」名称が変更されました。

・「基本財産」「特定資産」の表示変更

従来の貸借対照表の固定資産の部における目的別（基本財産、特定資産）の表示が廃止され、「流動・固定の区分」に改められました。基本財産や認定法上の控除対象財産（会計基準では「使途拘束資産」と定義）を有する公益社団・財団法人は、注記にて表示することになります。特定資産全体としては表示義務はありませんが、自主的な開示は可能です。

・「正味財産」から「純資産」への名称変更

貸借対照表の「正味財産の部」が「純資産の部」に変わります。これに伴い、「一般正味財産」「指定正味財産」は「一般純資産」「指定純資産」に名称が変更されますが、内容に変更はありません。

・「その他有価証券評価差額金」の表示場所の変更

従来、正味財産増減計算書の「評価損益等」の区分に計上されていたものが、貸借対照表の「純資産の部」に直接計上されるようになります（純資産直入法）。

・活動計算書における財源区分の廃止

活動計算書の「一般正味財産の部」と「指定正味財産の部」といった財源別の区分表示が本表からは廃止され、法人

全体としての費用・収益が表示される形になります。財源別の情報は注記で開示されます。

・費用科目の表示方法の変更

従来の「形態別分類」(給与、助成金など)から、「目的別・機能別」(公益1事業費、管理費など)の表示に原則変更されます。形態別の情報は注記に移動します。

・振替処理の廃止

寄付者から使途が指定された収益(指定正味財産)を受け入れた際、一般正味財産への振替処理が廃止されました。

・配当金・利息の会計処理の統一

金融資産の運用から発生する配当金や利息は、その財源に関わらず全て「一般純資産区分」の収益として会計処理されます。ただし、指定純資産を原資とする資産から発生する売却損益や評価損益(その他有価証券評価差額金以外)、減損損失は、指定純資産の区分に計上されます。

(2) 注記及び附属明細書の変更

財務諸表本表の簡素化・分かりやすさを図るため、詳細情報は注記や附属明細書で開示する方針になりました。

・区分経理情報の原則義務付けと注記への移行

原則として「貸借対照表の区分経理情報」を作成する必要があり、これは注記で開示されます。

・作成方法の柔軟化

「継続記録法」が原則ですが、毎期「棚卸し法的に作成する」ことも容認されています。

・財務規律適合性に関する明細の追加

従来の会計基準にはなかった項目で、今回の改正趣旨に伴い、財務諸表のなかに含まれることになります。公益社団・財団法人のみ対象で、認定法令で定められた財務規律適合性に関する情報が開示されます。会計監査人設置法人では決算早期化が求められます。

・関連当事者の範囲の拡大

従来の役員や評議員、その近親者に加え、従業員とその近親者、法人でない社員及び基金の拠出者(公益社団の場合)、法人でない設立者とその近親者(財団の場合)が追加されました。これにより、調査の範囲が拡大します。

・使途拘束資産の内訳、増減額及び残高の注記

従来の「別表C-2」に相当する情報が財務諸表の注記に盛り込まれます。公益充実資金の取り崩しや中期的な収支均衡における解消策として取得した資産がある場合は、その金額も記載欄が追加されます。

・控除対象財産の定義見直し

控除対象財産は「使途拘束資産」とされ、公益目的保有財産、法人活動保有財産、公益充実資金(資産取得資金、特定費用準備資金)、指定寄付資金に分類されます。特に旧制度の「五号財産」は、内容に応じて「公益目的保有財産」か「法人活動保有財産」に分類されます。

・指定純資産の内訳、増減額及び残高の注記

指定純資産の増減明細(前期末残高、当期増加・減少、当期末残高)が記載されます。当期増加・減少額は活動計算書の財源区分別内訳表と、当期末残高合計は貸借対照表の指定純資産の期末残高と一致します。

・活動計算書の財源区分別内訳の注記

活動計算書の本表から財源区分が削除された代わりに、注記として「一般純資産」「指定純資産」に分けて、収益と費用を縦に表示します。

・配当金など金融資産の運用による果実は、財源指定がある場合でも「一般純資産」に計上されます。

・活動計算書の会計区分及び事業区分別内訳の注記

従来の正味財産増減計算書の内訳表に相当し、一般純資産の部に作成されます。中期的な収支均衡の基礎資料となります。共通の収益・費用がある場合は、その配賦基準も注記で記載します。

・事業費・管理費の形態別区分の注記

従来の正味財産増減計算書本表で表示されていた形態別費用(給与、助成金、減価償却費など)が、活動計算書本表では機能別表示となるため、この情報は注記に移動します。各会計区分の合計額は、活動計算書本表の事業費・管理費及び経常費用と一致します。

・中期的な収支均衡に関する数値及びその計算の明細

従来の「収支相償」から「中期的な収支均衡」への変更に伴い、新たな別表形式で詳細な計算が開示されます。過去4年間の欠損額と通算可能となる点が新制度で拡大されています。

- ・公益目的事業比率に関する数値及びその計算の明細

従来の「別表B」に相当する情報が引き続き開示されます。

- ・使途不特定財産額の保有制限の判定に関する明細

従来の「別表C」に相当する情報が附属明細書に移動します。保有上限額の計算は、公益目的事業費の過去5年間の平均値又は前年度の数値のいずれかを選択可能です。

4. 個別の会計処理の見直し

- ・固定資産の減損会計の導入

固定資産を「資金生成資産」と「非資金生成資産」に区分し、それぞれに減損会計を適用します。公益法人が保有する公益目的事業財産は「非資金生成資産」に該当すると考えられます。

- ・消費税の会計処理

企業会計では「税抜き処理」が原則ですが、公益法人では「税抜き・税込み処理」のどちらも選択可能です。

- ・非交換取引（寄付金・補助金など）の収益認識基準の明確化

寄付金や補助金などについて、いつの時点で収益を計上するかが明確化されました。現物寄付やボランティアに関する認識基準も新たに明示されています。

- ・公益法人会計基準に詳細な規定がない場合の会計処理

新会計基準の冒頭で「財務報告の目的」が明確化されたことを受け、運用指針において、その目的に照らして合理的な会計処理を選択すればよいとされています。新会計基準と他の会計基準の内容が異なる場合は新会計基準に従い、詳細な規定がない場合は他の会計基準を参考にしつつ、公益法人の財務報告目的を考慮して会計処理を行います。

5. 適用対象法人と経過措置

新会計基準の適用対象法人は、従来の公益社団・財団法人、移行法人に加え、公益認定申請を行う一般法人も含まれます。

- ・適用開始時期

令和7年4月1日以降開始事業年度から適用されます。

- ・経過措置

令和10年4月1日開始事業年度までは、現行の会計基準を引き続き適用することができます。この期間中は、公益社団・財団法人のうち収益事業を行っており、かつ貸借対照表内訳表を作成していない法人については、原則として貸借対照表も区分経理が求められますが、3年間の特例区分経理として内訳の表示を省略できる措置もあります。

6. 適用初年度の取り扱いと提出書類の変更

- ・適用初年度の財務諸表

前事業年度の数値の記載は不要です（注記も同様）。

- ・定期提出書類の公開

令和7年4月1日以降開始事業年度から、行政庁に提出された定期提出書類は原則として全て公開されます。個人情報や取引相手に関する情報が含まれる可能性があるため、関係者との情報共有が推奨されます。

7. 新規開示項目

- ・2,000万円を超える役員報酬

- ・海外送金及びテロ資金供与リスク軽減策

- ・法人運営体制の充実に関する取り組み（事業報告に記載）

- ・財務規律の適用

会計基準の移行時期に関わらず、令和7年4月1日以降開始事業年度からは、新たな財務規律（中期的な収支均衡、事業比率、使途不特定財産規制、公益充実資金など）が適用されます。

- ・区分経理の経過措置

3年間の経過措置期間中は、区分経理を「しないこと」も可能ですが、その場合は「特例区分経理」として別途「別表A」の作成が必要になります。

8. 今後の検討事項

新会計基準の適用に向けて以下の点を検討し、準備を進める必要があります。

- ・自法人への影響の分析と整理
- ・利用している会計システムの改修又は新規導入の検討
- ・新会計基準適用初年度における貸借対照表の期首残高の算定及び組み換え方法の検討
- ・より詳細な情報が必要となる注記の作成方法の検討
- ・会計基準の適用時期の決定（最大3年間の経過措置期間を考慮）
- ・会計監査人設置法人は、収益認識及び減損会計の原則的処理導入にあたり、会計監査人との事前相談
- ・収益事業を行う公益社団・財団法人は、貸借対照表の区分経理情報の作成方法（継続記録法または棚卸し法）の検討
- ・5年超の指定寄付資金残高がある法人は、その支出見込みの作成方法と分類
- ・会計監査人設置法人における決算早期化スケジュールの確認
- ・事業報告への新たな項目（法人運営体制の充実に関する取り組みなど）の記載準備

〈追記〉新基準適用に伴い、2025年度から貸借対照表、正味財産増減計算書は次のように様式が変更されます。

(参考) 貸借対照表の変更

現行基準

貸借対照表

X年 3月31日現在

公益財団法人XXXX	科目	当年度	前年度	増減
I 資産の部				
1. 流動資産		32,000	12,000	20,000
現金預金		32,000	12,000	20,000
流動資産合計		32,000	12,000	20,000
2. 固定資産				
(1) 基本財産		14,200,000	14,100,000	100,000
投資有価証券		14,200,000	14,100,000	100,000
基本財産合計		14,200,000	14,100,000	100,000
(2) 特定資産				
公益事業積立資産		160,000	110,000	50,000
〇周年事業積立資産		100,000	0	100,000
什物品		450,000	0	450,000
特定資産合計		710,000	110,000	150,000
(3) その他指定資産				
その他指定資産合計		0	0	450,000
負債合計		14,910,000	14,210,000	700,000
流動負債		14,942,000	14,222,000	720,000
流動負債合計		14,942,000	14,222,000	720,000
2. 固定負債				
固定負債合計		0	0	0
III 正味財産の部				
正味財産合計				
1. 指定正味財産				
受取記念金		160,000	110,000	50,000
国庫補助金		450,000	0	450,000
指定正味財産合計		14,200,000	14,100,000	100,000
2. 一般正味財産				
寄付金		14,810,000	14,210,000	600,000
(うち基本財産への充当額)		(14,200,000)	(14,100,000)	100,000
(うち特定資産への充当額)		(610,000)	(110,000)	500,000
一般正味財産合計		132,000	12,000	120,000
純資産合計		(0)	(0)	0
(うち基本財産への充当額)		(100,000)	(0)	100,000
(うち特定資産への充当額)		14,942,000	14,222,000	720,000
負債及び正味財産合計		14,942,000	14,222,000	720,000

新基準

貸借対照表

X年 3月31日現在

公益財団法人XXXX	科目	当年度	前年度
I 資産の部			
1. 流動資産		292,000	122,000
現金預金		292,000	122,000
流動資産合計		292,000	122,000
2. 固定資産			
(1) 有形固定資産		450,000	0
什物品		450,000	0
有形固定資産合計		450,000	0
(2) 無形固定資産		0	0
無形固定資産合計		0	0
(3) その他指定資産		14,200,000	14,100,000
投資有価証券		14,200,000	14,100,000
その他指定資産合計		14,650,000	14,100,000
固定資産合計		14,942,000	14,222,000
負債合計			
流動負債			
流動負債合計		0	0
2. 固定負債			
固定負債合計		0	0
III 純資産の部			
1. 指定純資産		14,560,000	14,110,000
2. 一般純資産		182,000	12,000
純資産合計		200,000	100,000
(うち、指定純資産に係る評価差額金)		(200,000)	(100,000)
(うち、一般純資産に係る評価差額金)		(0)	(0)
純資産合計		14,942,000	14,222,000
負債及び純資産合計		14,942,000	14,222,000

変わったポイント

- ①基本財産、特定資産の扱い
- ②固定資産の部の表示区分
- ③純資産の部の表示方法、会計処理方法

- 変わったポイント
- ①基本財産、特定資産の扱い
 - ②固定資産の部の表示区分
 - ③純資産の部の表示方法、会計処理方法

(参考) 損益計算書の変更

現行基準

正味財産増減計算書

X-1年 4月 1日から X年 3月31日まで

(単位:円)

公益財団法人XXXX	科目	当年度	前年度	増減
I	一般正味財産増減の部			
1.	経常増減の部			
(1)	経常収益			
	基本財産運用益	650,000	590,000	60,000
	受取記念金等	50,000	0	50,000
	受取補助金等	140,000	30,000	110,000
	受取寄付金等	840,000	620,000	220,000
(2)	経常費用			
	事業費	100,000	90,000	10,000
	支払助成金	550,000	500,000	50,000
	減価償却費	50,000	0	50,000
	経費	20,000	18,000	2,000
	経常費用合計	720,000	608,000	112,000
	評価損益等調整前当期経常増減額	120,000	0	120,000
	当期経常増減額	120,000	0	120,000
2.	経常外増減の部			
(1)	経常外収益	0	0	0
(2)	経常外費用	0	0	0
	当期経常外増減額	0	0	0
	指定正味財産増減の部	120,000	0	120,000
	一般正味財産増減の部	12,000	0	12,000
II	指定正味財産増減の部	120,000	0	120,000
	受取記念金	700,000	700,000	0
	受取補助金等	500,000	0	500,000
	基本財産評価損益等	100,000	100,000	0
	一般正味財産への増減額	1,400,000	800,000	600,000
	指定正味財産増減の部	14,210,000	14,000,000	210,000
	指定正味財産増減の部	14,810,000	14,210,000	600,000
III	純資産増減の部	14,930,000	14,210,000	720,000

新基準

活動計算書

X-1年 4月 1日から X年 3月31日まで

(単位:円)

公益財団法人XXXX	科目	当年度	前年度
I	経常活動区分		
(1)	経常収益		
	受取記念金	700,000	700,000
	受取補助金	500,000	0
	受取寄付金	140,000	30,000
	経常収益合計	1,340,000	730,000
(2)	経常費用		
	21事業費	700,000	590,000
	経費	20,000	18,000
	経常費用合計	720,000	608,000
	当期経常収益費用差額	620,000	122,000
II	その他活動区分		
(1)	その他収益	0	0
(2)	その他費用	0	0
	その他収益費用差額	0	0
	税引前当期収益費用差額	620,000	122,000
	法人税、住民税及び事業税	0	0
	法人税等調整額	0	0
	当期収益費用差額	620,000	122,000
	前期経費差額	14,122,000	14,000,000
	期末経費差額	14,742,000	14,122,000

変わったポイント

- ①名称:「正味財産増減計算書」→「活動計算書」
- ②財源区分(指定純資産、一般純資産)と振替処理の扱い
- ③費用の表示方法
- ④評価損益等の表示方法

看護学校だより

IPE実践で得られた学び

本校では、地域包括ケアに伴う社会変化を見据え多職種連携教育（IPE）を重視した取り組みを行っています。多職種連携教育（IPE）とはInterprofessional Education（IPE）の略で「専門職連携教育」とも訳され、「2つ以上の専門職の学生が、互いに“共に学び、互いから学び、互いについて学ぶ”ことで、協働とケアの質を高める教育」と言われています。この“共に学び、互いから学び、互いについて学ぶ”という言葉は 互いを尊重し、建設的なコミュニケーションを行うという、臨床実践能力の基盤として大きな意味を持つと考えます。

看護学生は臨地実習で一人の患者様を受け持ちますが、リハビリを受けていれば、リハビリ室に同行し、どのような目的・内容で行っているのかを助言を得ながら理解することになります。その上でリハビリが病室での療養生活、もしくは退院後を想定した生活につながるように看護計画を工夫し実践していきます。このような経験から学生も多職種連携についての重要性を実感しています。

今年も実習を終えた12月に当校の3年生が第一医療リハビリ専門学校の3年生（理学療法士・言語聴覚士・作業療法士）とチームを組み、一つの事例についてグループカンファレンスと発表を行いました。

最初に各職種代表の学生が、自分たちの職種の役割や特徴を実習体験のエピソードをふまえて発表し、その後グループに分かれて活動を開始しました。最初は互いに緊張し、会話もぎこちなく、どう話し合いを進めていくか戸惑う場面もありました。しかし、カンファレンスが進むにつれ、学生たちは自然と話し手の周囲に集まり、メモを取りながら積極的に質問を交わすようになりました。時には目標について意見の相違があり、それぞれの立場からの考え方をより詳しく説明することもありました。専門性の異なる学生同士が、相手の視点や考え方に耳を傾けながら議論を深めていく過程は、多職種連携の本質そのものでした。

最終的には、グループとして多職種が共有する目標を設定し、それぞれが専門性をいかした援助計画を発表しました。看護・リハビリ双方の学生が、自らの役割だけでなく多職種の強みを理解し、実際の場面でどのように協働できるかを具体的にイメージできるようになったことは、大きな成果だと思います。

学生からは「職種が違ふととらえ方が違ふが、目指す方向性は一緒であると感じた」「意見の対立がある時も、それぞれの視点を大切にしているからこそ生まれるものだと気づいた」「看護師は、各職種の介入内容を日常生活に落とし込み、継続的な支援へとつなぐ橋渡し役であると実感した」「PT・OT・STが行う検査や評価には、看護学生として初めて知るものも多く、専門性に基づく客観的評価が支援方針の根拠になっていることを学んだ」「多職種連携には、情報共有と継続性が不可欠であると理解した」等の言葉が寄せられました。

これらのことより学生達は【多職種連携における看護職の役割】【多職種連携に必要なこと】【互いの専門性の尊重】などを学び、単なる知識の習得にとどまらず、互いの専門性を尊重しながら協働する姿勢を身につけていくことがうかがえます。多職種連携の理解が学生に浸透してきており、地域包括ケアの推進や在宅を見据えた看護の実践に向けて、重要な学びとなっていると考えます。

今回のIPEは、学生たちが将来、地域や医療現場で多職種と協働しながら利用者の生活を支えるための確かな基盤となるものでした。今後も継続的な取り組みを通して、より質の高い多職種連携教育を推進していきたいと思っています。

小牧 和代

鹿児島県医療法人協会会員一覧

令和7年11月現在

	法人名	病院名		法人名	病院名		法人名	病院名
	鹿児島市		38	猪鹿倉会	パールランド病院		薩摩川内市	
1	愛育会	愛育病院	39	慈圭会	八反丸リハビリテーション病院	70	社会医療法人 卓翔会	卓翔会記念病院
2	慈風会	厚地脳神経外科病院	40	起生会	林内科胃腸科病院	71	恵愛会	上村病院
3	健幸会	天辰病院	41	仁風会	日高病院	72	杏政会	高江記念病院
4	健生会	あんびる病院	42	日章会	南鹿児島さくら病院	73	樟南会	中郷病院
5	社会医療法人 童仁会	池田病院	43	一誠会	三宅病院	74	同潤会	永井病院
6	陽山会	井後眼科	44	明輝会	明輝会クリニック		さつま町	
7	有隣会	伊敷病院	45	寛容会	森口病院	75	クオラ	クオラリハビリテーション病院
8	公益財団法人 慈愛会	今村総合病院	46	明心会	吉野病院	76	博仁会	宮之城病院
9	社会医療法人 愛仁会	植村病院	47	社会医療法人 緑泉会	米盛病院		出水市	
10	康成会	植村病院	48	隆成会	隆成会病院	77	吉祥会	吉井整形外科内科中央病院
11	腎愛会	上山病院		指宿市			阿久根市	
12	孝誠会	うすき整形・外科・内科病院	49	赤崎会	赤崎病院	78	社会医療法人 昂和会	内山病院
13	三州会	大勝病院	50	浩然会	指宿浩然会病院		伊佐市	
14	恵徳会	小田代病院	51	全隆会	指宿竹元病院	79	慈和会	大口病院
15	尚愛会	小田原病院	52	三心会	西田病院	80	栄和会	寺田病院
16	常清会	尾辻病院		枕崎市		81	恵明会	整形外科松元病院
17	聖心会	かごしま高岡病院	53	社会医療法人 慈生会	ウエルフェア九州病院	82	柏葉会	水間病院
18	愛人会	川島病院	54	厚生会	小原病院		霧島市	
19	恵山会	共立病院	55	敬生会	久木田整形外科病院	83	春成会	鶴木医院
20	玉水会	玉水会病院	56	社会医療法人 聖医会	サザン・リージョン病院	84	敬躍会	ハートフル隼人病院
21	玉昌会	キラメキテラスヘルスケアホスピタル	57	明星会	園田病院	85	松城会	隼人温泉病院
22	陽善会	坂之上病院		南九州市		86	仁心会	福山病院
23	社会医療法人 博愛会	相良病院	58	蒼風会	こだま病院		始良市	
24	仁愛会	崎元病院	59	至誠会	中村温泉病院	87	七徳会	大井病院
25	潤愛会	鯨島病院	60	尚和会	南九州さくら病院	88	碩済会	フィオーレ第一病院
26	社会医療法人 三愛会	三愛病院		南さつま市		89	社会医療法人 青雲会	青雲会病院
27	共助会	三州病院	61	尚人会	阿多病院		湧水町	
28	恵和会	白浜病院		いちき串木野市		90	永光会	あいらの森ホスピタル
29	みらい	みらいリハビリテーション病院	62	康陽会	花牟禮病院		鹿屋市	
30	社会医療法人 天陽会	中央病院	63	杏林会	丸田病院	91	青仁会	池田病院
31	松柏会	Tsukasa Health Care Hospital	64	静和会	みなと病院		曾於市	
32	慈恵会	土橋病院		日置市		92	参篤会	高原病院
33	敬親会	豊島病院	65	向陽会	伊集院病院		志布志市	
34	敬愛会	中江病院	66	昭泉会	馬場病院	93	左右会	病院 芳春苑
35	博悠会	中村(哲)産婦人科・内科	67	健生会	本庄病院		西之表市	
36	真栄会	新村病院	68	健誠会	湯田内科病院	94	純青会	せいざん病院
37	光智会	産科婦人科のぼり病院	69	誠心会	前原総合医療病院	95	社会医療法人 義順顕彰会	種子島医療センター



鹿児島県医療法人協会立看護専門学校

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、常に資力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 鹿児島県鹿児島市城南之洲町5(株)吉田経営室内 TEL:099-247-5855
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

- ・今号も、医療事故調査制度をはじめ、医療勤務環境改善、医療刑事訴訟、公益法人会計等と様々な課題に即した内容の寄稿がかないました。執筆者の皆様方に感謝申し上げます。
- ・昨年末は、本州・北海道の都市、町、村に熊が現れて、住民の方々が顔や頭を負傷し死亡するなど、熊出没の報道が連日のようになされました。平成の初めのころ、地価高騰により都市部で住宅の購入が困難となって、サラリーマン川柳に「マイホーム手の出るとこは熊も出る」と、あきらめとも愚痴ともとれる句が出るほどでしたが、その後、地価は下落し、地方の都市、町、村は、少子高齢化と過疎化でさびれ、住宅地に本当に熊が出てくるようになってしまいました。
- ・新年になって、熊の報道からドンロー主義による米国の動きが連日のように報道されています。米国の動きを中・露は表では非難しながらも、これを奇貨とする動きをしないという保証はありません。現状はNHKの朝の連続テレビ小説の主題歌の詞の一節と暗合して、不安、不穏感じがしてなりません。
- ・今年一年、午が駆け抜ける蒼天の大草原のように、澄明で平安な世の中であることを祈ります。

定期預金 預け替えキャンペーン

第2弾

実施期間 令和8年2月2日(月)～4月30日(木)

対象者

組合員である個人・法人

お一人(1先)あたりの預入金額

50万円以上2億円以内

預入期間

1年または2年(原則、自動継続型)

キャンペーン対象預金

他行からの現預金の預け替えによる定期預金作成

※当組合に新たにお預け入れいただく資金に限ります。

1年

店頭表示金利

+0.19%

2年

店頭表示金利

+0.29%

※満期経過後は、店頭表示金利になります。

※店頭表示金利は、変更される場合があります。ホームページでご確認いただくか、窓口までお問合せください。

※本キャンペーンは、預入総額に上限がございます。上限額20億円に達した時点で、終了させていただきます。

※申込方法：窓口もしくは書類の郵送による申込

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