

福島県病院協会会報

(No.110)

2020.3



シリーズ④⑩病院の絵画

「希望」 再興第103回院展 入選作品

作者 齋藤勝正氏

1944年福島市生まれ。1996年、第51回春の院展初出品入選から33回の入選と、3度の奨励賞を受賞。2016年、福島県文化功労賞受賞。

日本美術院友・県美術家連盟会長・県総合美術展覧会（県展）運営委員長。

公益財団法人 星総合病院 所蔵

— も く じ —

巻頭	言 「事業継続計画 BCP の策定について」 一般社団法人福島県病院協会 常任理事 佐藤 勝彦 ……	1
報	告 「令和元年度一般社団法人福島県病院協会定期総会を開催」 ……	3
特 別 講 演	「地域包括ケアと地域医療構想」 日本福祉大学 名誉教授 二木 立 ……	6
寄	稿 「映画「サウンドオブミュージック」ゆかりの地を訪ねて —ザルツブルク紀行—」 星総合病院 病院長 野水 整 ……	17
渡辺さんの法律相談室	…………… 弁護士 渡辺 健寿 ……	20
広報委員会より	作品募集のお願い……………	23
編集後記	……………	24

巻頭言

事業継続計画 BCP の策定について

一般社団法人福島県病院協会

常任理事 佐藤 勝彦



令和元年度台風19号が日本列島を縦断し甚大な被害をもたらしていった。大雨による土砂崩れや河川の氾濫により甲信から関東、東北南部などで深刻な被害が発生した。福島県内の死者と行方不明者が30名、家屋の全壊と半壊あわせて597棟（10月24日現在）と、人的物的被害の多さが今回の台風災害の甚大さを物語っている。亡くなられた方々には謹んで哀悼の誠を捧げます。一般道の通行止め区間が多数発生し、JR 在来線は各地で運転見合わせ区間が未だにあるなかで、台風19号が去って2週もたたないうちに再び台風21号が来襲した。再び大雨がふって、決壊河川の土嚢が流されてさらに傷口が広がった地域もでてしまった。

被害の状況は医療機関にも及びました。中通りや浜通りの多数の病院や診療所が大雨により浸水して診療機能が麻痺し、他院へ患者移送を余儀なくされた病院、外来診療を停止せざるを得ない病院、あるいは復旧困難で休診に追い込まれた診療所も発生した。これらの医療機関では職員総出で復旧作業に追われました。また、病院に直接の被害は無くとも保育園が被害にあったために子供を預けられない職員が続出して業務が滞ってしまった病院もありました。被災された医療機関の皆様には1日も早い復旧をお祈り申し上げます。

我が国の災害対策法制は、災害の予防から発災後の対応および災害からの復旧・復興の各ステージを網羅的にカバーする災害対策基本法が定められており、これに基づいて各ステージにおいてさらに個別法によって対応する仕組みになっている。発災後の応急救助に対しては災害救助法が制定され、県や市町村に災害対策本部が設置されて必要な援助が行われる。一方、災害医療については災害対策基本法により防災基本計画が作成されており、災害の状況に応じて地方公共団体が災害派遣医療チーム DMAT 等を編成し、さらに必要に応じて公的医療機関や民間医療機関からの DMAT 等を派遣することになる。

今回の災害では Local DMAT チームを有している当院にも出動要請がきた。また、県から福島県看護協会をとおして災害支援ナースの派遣要請もきた。今回初めてだったが大規模災害リハビリテーション支援チーム JRAT からの派遣要請もきた。それぞれに当院

職員を派遣し任務を果たしてくれました。しかし、当院ではそれらへの対応で多少の混乱が生じました。というのも台風19号が来襲したときに管理者である私が福島を離れて不在であったことや防災対策マニュアルは整備されていたものの災害医療対策としての事業継続計画 BCP が整備されていなかったことが要因と考えられました。勿論電話での指示は可能でしたが、非常時対応は現場での強力なリーダーシップが必要です。災害マニュアルと BCP の違いは、マニュアルは「被災時にどのように動くのかといった動的対応のための取り決め」ですが、BCP のカバーする範囲は広く「災害で起こりうるあらゆる事象に対して発災後の動的対応のみならず事前の点検や準備をも含めたもの」です。例えば BCP を立てる際のチェックリストをみると、1) 病院の位置付け (立地条件含む)、2) 平常時の防災対応組織、3) 災害対策本部、4) 診療継続・避難の判断、5) 患者と職員の安全と免震などの減災措置、6) 被災状況の報告体制、7) ライフラインの確保、8) 緊急地震速報への対応、9) 人員確保、10) 被災患者の受入、11) カルテ使用不可時の対応、12) 被災情報の開示、13) DMAT などの受援計画、14) 災害訓練、15) 実効性のある災害対応マニュアルの整備と適宜見直しなど、これら大項目にそれぞれ小項目が加わるので数は膨大になります。地震や台風などによる大災害では、診療を継続できなくなった病院では勿論のこと災害医療支援に回った病院でも混乱するのが常です。発災前から被災時そして復旧・復興時の各ステージで事業を継続させるための計画を綿密に立てる必要があります。東日本大震災を経験し、さらに台風での災害を経験した今、BCP の作成や見直しをすべき時です。

(一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院 理事長・院長)

令和元年度一般社団法人福島県病院協会定期総会を開催

令和元年度の定期総会は、令和元年5月29日(水)14時30分から、福島市「ホテル福島グリーンパレス」を会場に開催されました。

総会への出席状況は、構成会員121会員病院のうち、出席会員34病院、委任状提出会員76病院、欠席会員11病院でした。

前原和平副会長の開会宣言に始まり、井上 仁会長から次のような挨拶がありました。

【井上 仁会長あいさつ】

皆さんこんにちは、会長の井上 仁です。開会にあたりまして一言ご挨拶を申し上げます。

本日はお忙しい中お集まりいただきまして誠に有難うございます。元号も平成から令和に改まりまして、気分的にはリフレッシュした感じが致しますが、医療界を取り巻く環境は依然として厳しいものがあります。2025年問題2040年問題が種々検討されており、さらに今年の秋には消費税アップが予定されております。病院経営にとりましてはいずれも頭の痛いところがあります。そこで今日の特別講演は、日本福祉大学元学長で名誉教授の二木 立先生にお願い致しました。二木先生は医療経済、医療政策を専門とし、この分野の日本のリーダーであります。本日は二木先生の有意義な話が聞けると思います。

定期総会のスムーズな運営にご協力いただくことをお願いしまして私の挨拶と致します。



井上会長あいさつ

【来賓祝辞】

続きまして、ご来賓の福島県保健福祉部長の戸田光昭様より、次のようなご祝辞をいただきました。

「本日はお招きいただきまして誠に有難うございます。私は保健福祉部次長の高野と申します。本来ですと部長の戸田が参りましてご挨拶申し上げる所ですが、公務が重なってしまいまして出席できず申し訳ございません。部長から祝辞を預かって参りましたので代読させていただきたいと思っております。」とのお言葉があり、福島県保健福祉部次長である高野武彦様より部長からの祝辞を賜りました。

令和元年度一般社団法人福島県病院協会定期総会部長祝辞

令和元年度一般社団法人福島県病院協会定期総会の開催にあたりお祝いを申し上げます。

会員の皆様には日頃より県民の健康の保持増進、医療の充実など保健医療行政の進展に格別のご支援ご協力をいただいておりますことに心から御礼を申し上げます。さて、震災から8年余りが経過いたしました。医療や環境をはじめとする福島の未来を拓く様々な拠点施設の開所、ふたば医療センター附属病院への多目的医療用ヘリの導入、今年4月の大熊町の避難指示区域の一部解除など、本県は着実に復興の歩みを進めております。こうした中、皆様方には昼夜を問わない献身的なご尽力により本県の地域医療と県民の健康が守られてまいりました。この場をお借りいたしまして改めて感謝申し上げます。一方、今もなお多くの県民の皆様が避難生活をされている他、今後さらに進む高齢化と人口減少問題、とりわけ本県におきましては震災後の避難生活や生活環境の変化等に伴う健康指標の悪化など残された課題も少なくありません。県といたしましては避難地域の医療機関の再開や新たな事業展開に必要な施設、施設整備の支援、震災等で流出した医師、看護師の確保等に取り組むと共に、県内各地域で実施する地域医療構想調整会議等を通して皆様としっかりと連携しながら地域医療の更なる充実強化に取り組んでまいります。また復興を更に前に進め、魅力ある福島を作り上げていくためには県民の皆様が健康で元気に暮らしていただくことが必要でありますので、今年3月に設立いたしました健康長寿福島会議によりオール福島の体制で全国に誇れる健康長寿県の実現に向けて全力で取り組んでまいります。更に今年度は新たに医師確保計画、外来医療計画を策定することが国から義務付けられております。地域の実情を踏まえた実効性のある計画としていくためには皆様と共に考え共に作る必要がありますので、今後ともなお一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。結びに、福島県病院協会の益々のご発展とご参会の皆様のご健勝をお祈り申し上げましてお祝いの言葉といたします。皆様、今後とも宜しく願いいたします。



来賓祝辞

【議長及び議事録署名人の選出】

次に議長選出では、議場に選出方法を諮ったところ事務局一任となり、一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院の寺西 寧院長が指名されました。

議長就任のあいさつ後、議事録署名人の選出について議場より議長一任を取り付け、一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院の本田雅人院長、公益財団法人星総合病院の野水 整院長が指名されました。



寺西 寧議長

【議案】

- 第1号議案 平成30年度事業報告について（佐久間 啓副会長より説明）
- 第2号議案 平成30年度収支決算報告について（事務局より説明）
監査報告（六角裕一監事より報告）
- 第3号議案 令和元年度事業計画（案）について（佐久間 啓副会長より説明）
- 第4号議案 令和元年度収支予算書（案）について（事務局より説明）
- 第5号議案 顧問の推戴について（井上 仁会長より説明）



役員

寺西議長は、第1号議案～第5号議案の各議案について議場に質疑を求めたが、発言がなく満場異議なく原案のとおり承認されました。

【特別講演】

続いて、「地域包括ケアと地域医療構想」を演題に、日本福祉大学名誉教授の二木 立氏による特別講演が行われた。

特別講演終了後、同会場において懇親会が開催され、会員の親睦を深め散会しました。



会場



「地域包括ケアと地域医療構想」

日本福祉大学

名誉教授 二 木 立

座 長：一般社団法人 福島県病院協会 会 長 井 上 仁
(済生会福島総合病院 院長)

(井 上)

皆さんこんにちは、福島県病院協会会長の井上 仁です。只今から二木 立先生の特別講演をお聞きすることにいたします。講師の二木 立先生は医療経済及び医療政策について日本のトップリーダーでありまして、皆さん多分ご存知だと思いますが、ご紹介させていただきます。

二木 立先生は1947年生まれで、正に団塊の世代の先生でございます。東京医科歯科大学を1972年にご卒業されまして、それから脳卒中の早期リハビリの方で研究、臨床研究をされております。1985年に日本福祉大学社会福祉学部の教授に就任、その後同大学の学長に就任され、相談役をされた後現在は名誉教授でいらっしゃいます。紹介できないくらい著書が多くあり、大体1年から2年に一冊は本を出版されております。

それと受賞歴ですが、元厚生事務次官をされ医療保険制度を改革させた有名な吉村 仁氏の功績を称え創設された「吉村賞」を二木 立先生は受賞されております。また、2013年には「日本医師会有功賞」も受賞されております。他にもたくさんご紹介したいことがありますが肝心な話が聞けなくなりますので、これから二木先生のご講演を拝聴したいと思います。先生、宜しくお願いいたします。

(二 木)

皆さんこんにちは、二木です。私の自己紹介は今ほど紹介していただきましたので、早速、講演に入らせていただきます。

【特別講演】

講演の内容は以下のとおりです。

【地域包括ケアと地域医療構想についての事実と論点】

はじめに

日本における現在の保健医療提供体制改革の柱は地域包括ケアシステムと地域医療構想です。従来、これらの改革の公式の目標年は、団塊の世代（1947～49年生まれ）全員が後期高齢者になる2025年とされていましたが、厚生労働省は目標年を死亡者数が最大になる2040年に徐々に変えつつあります。この2つの改革については厚生労働省と日本医師会を中心とする医療界との間で大枠の合意がありますが、細かな点では論争が続いています。

ここで注意していただきたいのは、日本では過去10年間に2回政権交代があったが、医療提供体制改革の大枠は変わらず、その継続性が保たれていることです。他面、2012年以降6年間続いている安倍晋三内閣は、それ以前の内閣に比べて遙かに厳しい医療費・社会保障費抑制政策を行っています。

本節では、医療経済・政策学の視点から、地域包括ケアシステムと地域医療構想についての事実と論点を述べます。その後、地域包括ケアシステムによる医療費削減の可能性についての論争を紹介します。

1 「地域包括ケアシステム」についての事実と論点

まず、地域包括ケアシステムについての3つの事実と4つの論点を述べます。

(1) 3つの事実

第1：地域包括ケアシステムの法的定義は、2013年の社会保障改革プログラム法と2014年の医療介護総合確保推進法で、以下のようになされました。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」。

このように地域包括ケアシステムは法的には5つの構成要素－①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤自立した日常生活の支援－からなるとされています。

この法的定義には書かれていませんが、地域包括ケアシステムで想定されている「地域」は、後述する地域医療構想の「地域」よりはるかに狭いことも見落とせません。具体的にはそれは「日常生活圏域」で、これは全国に約1万ある中学校区とほぼ同じで、人口約1万人とされています。

第2：地域包括ケアシステムは2003年に初めて公式に提起された時は介護中心で、病院は含まれていませんでした。当時は、地域包括ケアシステムに含まれる医療は診療所医療・在宅医療に限定されていました。しかし、地域包括ケアシステムの定義と範囲はその後少しずつ拡大され、[2012～] 2013年以降は医療に病院も含むようになっていきます。地域包括ケアシステムに参加する病院の範囲は法的には定められていませんが、通常は200床未満の中小病院が想定されています。ただし、一部の地域では、巨大病院や大学病院も積極的に参加しており、大学病院のトップランナーは愛知県にある藤田保健衛生大学 [2010年10月から藤田医科大学に改名] です。

第3：安倍内閣は2017年以降、従来の高齢者中心の社会保障制度を「全世代型」に改革する

と表明しています。しかし介護保険法の場合と同じく、地域包括ケアシステムの法律上の対象は原則として65歳以上の高齢者に限定されています。

(2) 4つの論点

第1：地域包括ケアシステムの実態は全国一律に実施される「システム」ではなく、それぞれの地域で自主的に推進される「ネットワーク」です。そのために、各地域の実情と歴史的経緯により、地域包括ケアシステムの具体的姿は異なります。厚生労働省も最近はこのことを公式に認めるようになってきました。例えば『平成28年版厚生労働白書』は、そのものズバリ「地域包括ケアシステムとは『地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり』に他ならない」(201頁)と書いています。そのため本節では、以下、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」と呼称します。

地域包括ケアがネットワークであるということによって重要なことが2つあります。1つは、地域包括ケアの**全国共通・一律の中心はない**ことです。この点をもっとも明快に述べたのは原勝則老健局長(当時)です。『「地域包括ケアはこうすればよい』というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる』(『週刊社会保障』2717号：22頁, 2013)。

もう1つ重要なことは、地域包括ケアを推進する上では、医療・福祉の垣根を越えて様々な職種が連携する「**多職種連携**」が不可欠であることです。この点で注目すべきことは、2018年6月の閣議決定「未来投資戦略2018」の「次世代ヘルスケア・システムの構築」の項のキーワードが「保険外サービス」の拡大と「多職種(の)連携」であることです。このことは、産業振興という視点からヘルスケア・システムを考える上でも、多職種連携が必要になっていることを示唆しており、多職種連携の新しい視角と注目すべきと思います。

第2：地域包括ケアは、建前としては全国のすべての地域を対象としていますが、**主たる対象地域は今後高齢人口が急増する都市部、特に東京都を中心とする首都圏**です。ただし、これは決して「地方切り捨て」ではありません。都市部は現在でも人口当たりの病院数や高齢者の入所施設数が不足していますが、今後の高齢人口の急増に対応して病院・施設を大幅に増やすことは困難であるため、在宅中心の地域包括ケアで対応する必要があるのです。それに対して、地方の多くは、今後の人口高齢化は緩やかであり(一部では高齢人口が減少します)、しかも人口当たりの病院数や高齢者の入所施設数は都市部に比べて多いのです。

第3：上述したように、地域包括ケアは法的には、65歳以上の高齢者を対象にしていますが、厚生労働省の社会・援護局(福祉部局)や老健局関係の検討会(「地域包括ケア研究会」[田中滋座長]等)は、対象を「全世代・全対象型」に拡大することを提唱しています[→本章第4・5節参照]。最近では2018年6月27日に開催された社会保障審議会障害者部会も「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について議論しました。実は、これは2018年度から始まる第5期障害者福祉計画・第1期障害児福祉計画の「基本方針」及び「第7次医療計画」の「精神

疾患の医療体制」にも盛り込まれています。

つまり、地域包括ケアの対象・範囲については、厚生労働省内にも微妙な意見の違いがあります。私は地域包括ケアの対象拡大は妥当であると判断しています。現実にも、一部の先進的な自治体や地域では、対象を高齢者に限定しない独自の取り組みが行われています。例えば、日本福祉大学が存在する愛知県知多半島では有力なNPO法人が「0歳から100歳までの地域包括ケアシステム」を実践しています。

第4：厚生労働省は地域包括ケアの拡大で、患者の病院から「在宅医療等」への移行を目指していますが、狭い意味での「自宅」(my home)での死亡割合が増えるとか、それにより費用が抑制できるとは見込んでいません。厚生労働省は2012年以降、公式に、従来の「自宅死亡割合の引き上げ」に代えて、「居宅生活の臨界点を高める」ことを目指すようになっていきます(この初出は、民主党政権時代の2012年2月の閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」)。

ここで注意すべきことは、厚生労働省が用いている「在宅医療等」には、①狭い意味での自宅(my home)だけでなく、②公式の高齢者施設(介護保険法に規定された特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養病床の3施設)、さらには③非公式の高齢者施設(法的には「住宅」とされているが、実態的には施設と言える有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等)も含まれていることです。それに対して、日本語の日常用語では、「在宅」と「自宅」とは同じ意味で用いられているので、厚生労働省のこの独特な用語法は、さまざまな混乱を招いています。そのために、厚生労働省は、2017年4月に当時の塩崎泰久大臣の指示で、「在宅医療等」を「介護施設・在宅医療等」という用語に変更しました。ただし、厚生労働省はこの変更をきちんと広報しておらず、一般にはほとんど知られていません。しかも、残念なことに、[2017年8月の]塩崎大臣退任後はこの新しい用語はほとんど用いられなくなったようです。

2 「地域医療構想」をめぐる事実と論点

次に地域医療構想の5つの事実と6つの論点を述べます。

(1) 5つの事実

第1：地域医療構想の法的定義は、2014年の医療介護総合確保推進法と改正医療法により、以下のようになされています。「都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする(以下、略)」。そして、「地域医療構想」はこの「医療計画」の一部です。

第2：地域医療構想の公式目標は、第二次医療圏(「地域医療構想区域」)ごとに4種類の病床(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)別の2025年の「必要病床数」と「介護施設や在宅を含めた在宅医療等」を決定し確保することです。第二次医療圏は全国に約300存在し、平均人口は約40万人です。つまり、地域医療構想の「地域」は、先述した地域包括ケアの「地域」よりはるかに広がっています。

ここで注意すべきことは、地域医療構想は、全国の47都道府県が、客観的データと行政・医師会・病院団体等の合意により作成し、実現を目指すことになっており、厚生労働省や都道府県が

一方的に作成・実施するわけではないことです。各都道府県の地域医療構想は2017年3月にすべて作成されましたが、その中には医師会・病院団体主導で作成されたものも少なくありません。他面、ごく一部の県では県主導で作成されたようです。

第3：地域医療構想は「病院完結型の医療から地域完結型の医療への転換」と「競争から協調への転換」という2種類の転換を目指しています。これは2013年にとりまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」で初めて提起されました。日本は韓国と同じく私的病院中心なので、病院間で激しい競争が行われています。そのため、この2つの転換が行われれば、画期的と言えます。

第4：厚生労働省は、全国では、2025年の「必要病床数」は115～119万床となり、2013年の病床数135万床に比べ、16～20万床減少すると見込んでいます。先述したように全都道府県の「地域医療構想」は2017年3月までに作成されましたが、「必要病床数」減少には大きな幅があり、今後高齢者が急増する首都圏では逆に増加すると見込まれています。例えば、東京都では2025年には、今の病床数のままでは8,000床不足する、つまり8,000床の病床数の増加が必要とされています。

第5：地域医療構想推進の1つの手段として、2017年4月に「地域医療連携推進法人」制度が発足しました。この制度の検討は、安倍首相の2014年1月のダボス会議での、「日本にも、[アメリカの] メイヨー・クリニックのような、ホールディング・カンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべき」との発言がきっかけになって始められたとされています。しかし正確に言えば、「ホールディングカンパニー型法人」の出発点は、2013年8月にとりまとめられた「社会保障制度改革国民会議報告書」が、「地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図る」一つの手段として非営利「ホールディングカンパニー」を提起したことです。この場合は、当然、大規模なものは想定されていませんでした。しかし、それとは別に、官邸直轄の産業競争力会議は、2013年12月に、「アメリカにおける IHN (integrated healthcare network) のような規模を持ち、医療イノベーションや国際展開を担う施設や研究機関」を含む「大規模ホールディングカンパニー」(メガ事業体)の創設を提案しました。安倍首相の発言は、この提案に沿ったものです。

しかし、厚生労働省や日本医師会はそのような「メガ医療事業体」の制度化に強く抵抗し、最終的には、地域包括ケアと地域医療構想を進めることを目的とし、事業範囲を原則として「地域医療構想区域」に限定した地域医療連携推進法人が制度化されました。

(2) 6つの論点

第1：私は、地域医療構想は地域包括ケアと一体的に検討する必要があると考えています。その理由は以下の3つです。①地域医療構想と地域包括ケアは、社会保障改革プログラム法等の法律で、同格・一体と位置付けられています。②地域医療構想での「必要病床数」の減少は、今後、地域包括ケアを構築し、現在の入院患者のうち約30万人を「在宅医療等」(正確には、「介護施設・在宅医療等」)に移行させることが大前提になっています。③大学病院や巨大病院等を除く大半の病院は、地域のニーズに応えるためにも、経営を維持・発展させるためにも、地域医療構想だけでなく、地域包括ケアにも積極的に関与する必要があります。

第2：地域医療構想の実施をめぐることは、都道府県レベルで、自治体と医療界の間で激しい駆け引きが生じています。しかし、私は、全国的にみれば都道府県知事による強制的病床削減は、以下の2つの理由から困難と判断しています。①都道府県は歴史的に、都道府県立病院以外の医療施設の運営能力を十分に有していない。②多くの都道府県では、医療提供体制の改革に関しては、医師会の政治力のほうが強い。ただし、ごく一部の県では、県主導によりかなり強引な病床削減計画が立てられています。

第3：私は、地域医療構想を推進しても必要病床数の大幅削減は困難であり、2025年の病床数は現状程度になると予測しています。ただし、この予測は「現状追認」ではありません。実は、2025年の病床数が現状程度ということは、実質17万床の削減を意味するのです。なぜか？日本では、今後、高齢人口が急増し、それに伴い、入院ニーズも急増します。厚生労働省も、「機能分化をしないまま高齢化を織り込んだ」場合、つまり「現状投影シナリオ」では、2025年の必要病床数は152万床となり、現在の135万床より17万床多くなると公式に推計しています。つまり、2025年にも現状程度の病床数ということは、実質17万床の削減になるのです。

第4：私はこのような17万床の実質削減は十分に可能だと判断しています。それには以下の4つの理由があります。

①全国的にも、全都道府県でも、2025年までに高齢人口は増えますが、すでに人口減少が始まっている一部の地域では2025年までに高齢人口も減少し、それに伴い高齢者の入院ニーズも減少するため、必要病床数も減少します。

②2017年の介護保険法改正により、2018年度から「介護療養病床」と看護・介護体制が手薄な「医療療養病床」（法的には両者とも病院。合計約13万床）の多くが「介護医療院」（法律上は病院ではなく、「医療提供施設」）に移行します。介護医療院で提供されるサービスの中身は、現在の介護療養病床とほぼ同じですが、この移行（実態的には病院の定義の変更）により、最大10万床の病床が減ると見込まれています。[これに加え、老人保健施設から介護医療院への転換もかなり進むと思いますが、老人保健施設は「医療施設」ではないため、これにより病院病床は減少しません。]

③2014年の医療介護総合確保推進法で、公立病院を中心とした「休眠病床」（病床許可は受けているが長期間稼働していない病床）の返上が義務づけられました。休眠病床は現在約9万床もあると推計されています。

④日本では1990年代以降入院率の減少と在院日数の減少が続いており、この趨勢は今後も、減少スピードが多少低下する可能性はあるが、継続すると予想されます。

そのために、私は、厚生労働省は病床を無理に削減する施策を実施すべきではないと主張しています。

第5：私は、「高度急性期病床」の減少は不可避かつ必要と判断しますが、「急性期」の必要病床数は、今後の高齢人口増加に伴い急性期医療ニーズが増加するため減少しないし、地域医療構想を推進しても医療費削減は困難であると判断しています。

私は決して「守旧派」・現状追認派ではなく、病床の緩やかな機能分化と「在宅ケア」の推進は必要だし、「高度急性期病床」の集約化・削減も必要だと判断しています。特に、大学病院の

全病床を一律「高度急性期病床」と見なすのは非現実的ですが、しかし、地域医療構想を推進することによる医療費・介護費の抑制は困難であるとも考えています。その最大の理由は、日本の高齢者の健康水準は世界でもトップクラスであるため、今後の高齢者の急増に伴い、急性期医療ニーズも増えるからです。

一部の医療・福祉関係者は、今後の高齢者医療、特に75歳以上の後期高齢者を対象にした医療では、「キュアからケアへの転換」が必要だと主張しています。しかし、もともと健康だった高齢者が脳卒中や心筋梗塞等の急性疾患を発症して病院に入院した場合、まず必要なのは「キュア」・急性期治療であり、それを行わずに最初から「ケア」のみを提供することは高齢者や家族の希望に反するだけでなく、社会的にもとうてい許されません。先述した2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」も「治す医療」から「治し・支える医療」(not「支える(だけの)医療」)への転換を提唱しています。この新しい概念は、厚生労働省の医療提供体制改革文書で公式に採用されています。

第6：私は、地域医療連携推進法人は一部の地域を除いてほとんど普及しないと予測しています。地域医療連携推進法人は、一部では、今後の地域医療再編の「切り札」・「主役」と喧伝されましたが、2017年4月に発足したのは4法人のみでした。その時点では、これは都道府県レベルの事務処理が滞ったためと言われましたが、2018年4月でも6法人にとどまっています。

地域医療連携推進法人で特に強調したいことは、厚生労働省がその普及に対して極めて慎重であることです。従来は、医療法や介護保険法等の改正で、新しい施設が創設された場合、厚生労働省は、少なくとも当初は、その普及を奨励し、診療報酬・介護報酬でも優遇してきました。例えば、老人保健施設、療養病床、地域医療支援病院等です。それに対して、地域医療連携推進法人については、厚生労働省は、一貫して、「地域医療連携推進法人は地域医療構想推進の選択肢の1つ」と説明しています。2017年11月に開かれた第16回日本医療経営学会学術集会のシンポジウムでも、厚生労働省の担当者は、「行政が地域医療連携推進法人を強力に進めることはない」、「行政は中立的」、「(診療報酬で誘導するなどの)あめ玉は一切ない」と明言しました。その結果、2018年度の診療報酬改定でも、地域医療連携推進法人を優遇する点数はまったく設定されませんでした。私は、厚生労働省のこの判断は妥当だと判断しています。

私は、日本でも、地域医療構想の実施過程で、病床区分の明確化・棲み分けが10年単位で徐々に進み、それに対応して病院の再編が進むと予測しています。ただし、その主役は地域医療連携推進法人ではなく、大規模病院グループ・複合体主導の病院M&Aであるとも判断しています。

ここで誤解のないように。これは私の「客観的」将来予測であり、私の価値判断ではありません。私自身は、厚生労働省や医師会が強調しているように、今後の病院の機能分化と連携は、各都道府県の「地域医療構想調整会議」で自主的に議論・調整されるべきと考えています。この点とも関連し、私は、先述した2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」が、「医療問題の日本の特徴」として、欧州に比べた日本の病院制度の特徴（私的病院主体の「規制緩和された市場依存型」）を指摘し、今後の改革は「市場の力」でもなく、「政府の力」でもない「データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムの確立」を提唱すると共に、「医療専門職集団の自己規律」を強調していることを強く支持します。これは、アメリカの高名

な医療経済学者フックス教授が提唱している、医療制度改革の「第三の道」です。

3 地域包括ケアによる医療費削減の可能性についての論争

最後に、地域・在宅ケア（現在の地域包括ケアの先駆）による医療費削減の可能性についての論争について簡単に述べます。

まず指摘したいことは、厚生労働省は公式文書でも、高官の発言でも、常に、地域包括ケアの目的は効果的・効率的な医療・ケアの提供により医療・ケアの質を高めることだと述べ、それにより費用が削減されると主張したことはないことです。医療経済・政策学の立場からは厚生労働省は正しいと言えます。しかし、経済産業省や内閣府の高官、一部の新古典派経済学者やジャーナリストは、地域包括ケアにより医療・介護費が削減できるとの期待を持っています。彼らは社会的影響力が強いが、医療の実態を知りません。そこで、この点についての「論争史」を簡単に振り返るとともに、3人の厚生（労働）省高官の見識ある発言を紹介します。

(1) 1970年代以降の論争の回顧と私の研究

1970年代から1980年代前半までは、日本だけでなく、アメリカ、ヨーロッパ諸国でも、地域・在宅ケアによりケアの質の向上と費用の削減の両方が達成できると広く信じられていました。当時は、それを実証したと称する粗雑な実証研究も発表されました。しかし、1980年代後半以降、ランダム化比較試験に基づく多くの厳密な実証研究により、地域・在宅ケアは施設ケアに比べて安価ではないこと、特に重度の障害高齢者では在宅ケアの費用のほうが高いことが示されるようになりました。

その理由は2つあります。1つは、過去の研究は費用に公的費用のみを含み、家族や企業等が提供する私的費用を除外していたこと。もう1つの理由は、過去の研究が地域・在宅ケアを受けている高齢者と施設入居高齢者の障害の重症度や社会経済的条件の違いを調整していなかったことです。一般的に言えば、地域・在宅ケアを受けている高齢者は、施設入居高齢者に比べて、障害の程度が軽く、社会経済的条件も恵まれています。そのためにある著名なアメリカの研究者は、過去の粗雑な研究の比較を「リンゴとオレンジの比較」と呼びました [Hughes SL: Apples and oranges? A review of evaluation of community-based long-term care. Health Services Research 20(4): 461-488, 1985]。

その結果、現在では、在宅ケアが安上がりではないことは、国際的にも「確固たる事実」と認められるようになってきました。例えば、2017年発表されたOECD報告書「医療の無駄と闘う」はOECD加盟15か国のデータに基づいて、重度の障害高齢者の在宅フォーマルケアの1週当たり費用は12,000米ドルであり、施設ケアの費用9,000ドルを大幅に上回っていると報告しています（“Tackling Wasteful Spending on Health” 2017, pp.208-209）。しかも、この在宅ケアの費用には、施設ケアの費用には含まれる食費や居住費（ホテルコスト）を含んでいないのです。

手前味噌ですが、私は『病院』1983年1月号に掲載した論文「施設間連携の経済的効果－脳卒中医療・リハビリテーションを例として」で、当時勤務していた代々木病院リハビリテーション科の実績に基づいたシミュレーションにより、「在宅療養の“寝たきり患者”の生活費・家族介

護費相当分をも含んだ広義の医療・福祉費用（real cost）は、施設収容患者の費用とほとんど差がないこと」を日本で最初に示しました。この論文は『医療経済学』（医学書院、1985）に収録し、2018年2月に出版した『医療経済・政策学の探究』（勁草書房、2018）にも再録しました。この本には、このテーマについての決定的論文と自負している「医療効率と費用効果分析－地域在宅ケアを中心として」（1995）も再録したので、お読みください。

（2）厚生（労働）省高官の見識ある発言

厚生（労働）省高官で、「在宅ケアは施設ケアに比べて…費用がかかる」と最初に発言したのは伊藤雅治老健局医療課長です（1989年）。〔訂正：私は『地域包括ケアと福祉改革』（勁草書房、2017、38頁）で、在宅ケアが安上がりではないことを最初に認めた厚生労働省の高官は佐藤敏信保険局医療課長（2008年）と書きましたが、それよりも20年前の伊藤課長のこの発言を失念していました。〕ただし、これは国保医学会シンポジウムの討論時の「チラリ発言」で、特に根拠は示しませんでした。しかもこの発言は『週刊社会保障』1553号（45頁）が報じただけで、学会誌にも掲載されていません。

その後、2008年に佐藤敏信保険局医療課長が以下の発言をするまで、19年間、同様の発言をする厚生労働省高官はいませんでした。「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言いつけてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」（2008年11月14日全国公私病院連盟「国民の健康会議」）。

直近では、鈴木康裕保険局長（当時。現・医務技監）が次のように述べました。「大事なのは、在宅が安いと思われがちですが、サービスを“移動”して提供しなければいけないので、明らかに機会費用が生じます。特に医師は人件費が高く、移動が高額になります。その意味では、本当に孤立した自宅が効率的なのか、それともサ高住のように集まって居住し、下の階や近隣に診療所や訪問看護ステーションがある方がよいのか、在宅のサービス提供のあり方を考えなくてはなりません」（『病院』2016年12月号：930頁）。

以上3人はいずれも医系技官です。このような見識ある発言の積み重ねがあるため、厚生労働省は地域包括ケアにより費用が削減されるとは主張しないのだと思います。

参考文献

- 二木 立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房、2014。
- 二木 立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房、2015。
- 二木 立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、2017。

【補足1】地域共生社会と地域包括ケアの関係（2018年3月）

本節では「地域共生社会」にはまったく触れませんでした。特に福祉関係者の間では、「地域包括ケアシステム」と並んで「地域共生社会」が重視され、一部では「地域包括ケアシステムから地域共生社会への転換」が主張されています。私も「地域共生社会」の理念には大いに共感

していますが、それは法・行政的には具体性に欠けるため、医療に直接結びつけるのは困難だとも感じています。以下、地域共生社会の法・行政的位置づけ、それと地域包括ケアとの関係について簡単に述べます。

地域共生社会の法的定義はなく、行政的扱いも軽い

地域共生社会について、まず強調したいことはその法的定義はないことです。「地域共生社会」あるいは「共生社会」という用語は、福祉関係者にはなじみのある言葉だと思えます。しかし意外なことに、この用語の法的定義は現在もありません。行政文書でも、初めて用いたのは、安倍内閣が2016年6月に閣議決定した「ニッポン一億総活躍プラン」においてであり、まだ2年の「歴史」しかありません。

この閣議決定では、「地域共生社会の実現」について、以下のように書かれました。「子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る」(16頁)。

この「地域共生社会」の理念は崇高ですが、それを実現するために「福祉」と共に不可欠である「医療」についてはまったく触れていません。他面、「地域共生社会」の対象は「子供・高齢者・障害者など全ての人々」とされている点が、地域包括ケアシステムとは異なります。

厚生労働省はこの閣議決定を受けて、2016年7月に『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部』を立ち上げました。なお、この「我が事・丸ごと」といういわば枕詞は、塩崎恭久厚生労働大臣(当時)の命名またはお気に入りですが、2017年8月に同大臣から加藤勝信現大臣に交代して以降、厚生労働省内でもほとんど使われていません。上記「本部」も現在は開店休業のようで、本補足執筆時点(2018年2月)でもそのウェブサイトには2016年7月の第1回本部(会議)の資料しかアップされていませんでした。[加藤大臣は2018年10月、根本匠大臣に交代しました。]

このような「地域共生社会」の行政的扱いの軽さは、2018年2月16日に閣議決定された「高齢社会対策大綱」でも同じで、次の理念的一文が書かれているだけです[→「高齢社会対策大綱」については第5章第4節参照]。「制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係、また、社会保障の枠を超えて、地域の住民や多様な主体が支え合い、住民一人一人の暮らしと生きがい、そして、地域を共に創っていく『地域共生社会』の実現を目指し、地域住民や福祉事業者、行政などが協働し、公的な体制による支援とあいまって、個人や世帯が抱える地域生活課題を解決していく包括的な支援体制の構築等を進める」(17頁)。

それに対して、「高齢社会対策大綱」は「地域包括ケアシステム」には6回も言及しています。

地域共生社会と地域包括ケアとの関係は曖昧

地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係は曖昧です。この点は2017年の介護保険法等改正案の国会審議でも議論されましたが、塩崎大臣は、地域共生社会は「地域包括ケアシステムのいわば上位概念」と抽象的に答えただけでした(2017年4月5日衆議院厚生労働委員会)。この論法では、地域包括ケアシステムは地域共生社会の「下位概念」ということになります。

上述した2016年7月15日の「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」の資料2「地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現」は、冒頭に「2035年の保健医療システムの構築に向けて」を掲げ、以下の4つの改革を推進するとしました。①地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革、②データヘルズ時代の保険者機能強化、③ヘルスケア産業等の推進、④グローバル視点の保健医療政策の推進。しかし、地域共生社会と地域包括ケアシステムの関連は書かれていません。

厚生労働省の「『地域共生社会』の実現に向けて」のウェブサイトには「地域包括ケアシステムなどとの関係」という見出しもありますが、「地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制」と「地域包括ケアシステムの構築について」の2つのポンチ絵が示されているだけです。前者には、「高齢者」、「障害者」、「生活困窮者支援」「子ども・子育て家庭」の4つの楕円が示され、高齢者の楕円の中に「地域包括ケアシステム」が含まれていますが、やはり地域共生社会と地域包括ケアの関係についての具体的説明はありません。

まとめ：地域共生社会は法的規定がなく、抽象的理念にとどまっているため、現実の施策は地域包括ケアシステムの実現を目指して行われています。

【補足2】地域医療構想には私の実践・提唱の具体化という面もある（2017年10月）

地域医療構想・地域医療連携には、私がかつてリハビリテーション専門医として実践・提唱したことがようやく具体化されたという面があると思っています。

私は、1970年代後半～1980年代前半に東京・代々木病院にリハビリテーション医として勤務していました。今でこそ回復期リハビリテーション病棟が増えて、患者の取り合いという様相ですが、当時は一般病院（急性期病院）内にリハビリテーション専門病棟を持っている病院は全国的にも少なく、都内では代々木病院だけでした。そのため、たくさんの患者を受け入れるには在院日数を短縮するしかなかったです。

しかしリハビリは一病院だけでは完結しません。急性期病院は在院日数も限られ、より長期間のリハビリを必要とする患者さんはリハビリ専門病院にお願いせざるを得ない。早期からリハビリをしても障害が重い人は自宅に帰れないこともあります。当時は特別養護老人ホームにはまず入れなかったので、老人病院などをお願いするしかありませんでした。自宅に帰れる人も、往診や訪問看護と連携を取っていました。このように必要に迫られて連携をし、全国各地で同じようなことが行われていました。

私はリハビリの診療・臨床研究とともに、川上武先生（医師、医事評論家）の指導を受けながら医療問題の研究を二刀流で行っていました。病院の最年少理事として病院経営の近代化に取り組んだ経験もあり、連携の在り方について早くから論文化し、1985年には最初の単著『医療経済学－臨床医の視角から』（医学書院）を出版しました。この本では、当時の厚生省が1987年に発表した「国民医療総合対策本部中間報告」に先駆けて、病院の機能分化と施設間連携（今流に言えば「ネットワーク」形成）、平均在院日数の短縮と病院の一定部分の「中間施設」への転換等を主張しました。

～二木 立先生著書『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』から抜粋



映画「サウンドオブミュージック」 ゆかりの地を訪ねてーザルツブルク紀行ー

星総合病院

病院長 野 水 整

少し遅めの夏季休暇として年休4日と連休を利用して9月11日出発でオーストリアに旅行した。フランクフルト乗り継ぎでインスブルックに入り、ザルツブルク・ザルツカンマーグート、ウィーンを巡る旅である。そのなかの1日半のザルツブルク滞在をご紹介します。

ザルツブルクはモーツァルトやザルツブルク音楽祭など音楽で有名な観光都市であり、有名な指揮者であるカラヤンの生家は市内にお墓は郊外にある。今回紹介するのは、これまた音楽に関係の深い映画「サウンドオブミュージック」のロケ地である。「サウンドオブミュージック」を初めて見たのは高校1年生の時で音楽のすばらしさはもとより、風光明媚な景色にも魅了された。

インスブルックからオーストリア国鉄自慢の高速列車で夕刻ザルツブルクに到着したが、面白いことにオーストリア国鉄の幹線路線が途中ドイツ国内を走るのである。もちろん乗客にはドイツを走っていることなど全くわからないしドイツ国内の停車駅もなかったが。ホテルからザルツァッファ川越しにホーエンザルツブルク城が見え、早速旧市街をぶらぶらした。夕食はヨーロッパで最も歴史のあるレストラン、ザンクトペーターシュティフツケラーでオーストリア産白ワインとともにいただいた。

翌日は、郊外のザルツカンマーグートを巡った。ザンクトキルゲンからハルシュタットへ、ザンクトヴォルフガングで湖のマス料理の昼食。モントゼーでは映画の主人公の結婚式が撮影された教会を訪ね、教会を眺めながらアプフェルシュトードル（オーストリア風アップルパイ）でコーヒブレイク。ザルツブルクへ戻り映画のロケ地をいくつか訪ねた。映画「サウンドオブミュージック」はジュリー・アンドリュースが主人公マリアを演じ、1965年のアカデミー賞を受賞したミュージカルで話の内容はここに記す必要のないく



ホテルから見るホーエンザルツブルク城

らい有名である。旧市街の中の馬の洗い場、祝祭劇場（最後の音楽祭の場面の野外ステージはガイドツアーでないと入れない）、トラップ一家の屋敷として撮影されたレオポルドシュクロン宮殿などなど、最後にドレミの歌でも出てくるミラベル庭園を散歩してホテルへ戻った。



ザルツカンマーグート ヴォルフガングゼー（ゼー＝湖）
映画の冒頭でこの景色が出てくる。



主人公マリアが結婚式を挙げた
モントゼー教区教会



ハルシュタット

世界一美しい村として数年前に日本の旅行社が売り出したことがきっかけで大ブレイクしたと聞いています。



トラップ一家の屋敷として撮影されたレオポルドシュクロン宮殿（現在はホテルになっている）。屋敷の裏庭として撮影された。



映画で屋敷に続く並木道、子供たちが木登りをしたシーンで登場。この並木道の奥にあるフローンブルク宮殿はトラップ一家の屋敷の正面として撮影された（現在はモーツァルテウム音楽大学の学生寮として使われているようだ）。



祝祭劇場

クライマックスの音楽祭のシーンはこの中の舞台上で撮られた。



ミラベル宮殿と庭園



サウンドオブミュージック巻頭のシーン
(筆者 高校1年の時の作品(木版))

ザルツブルク最終日は、朝ホテルを出てすぐ隣のカラヤンの生家から、マカルト小橋でザルツァッファ川を渡って旧市街へ。モーツァルトの生家を見学し、看板で有名なゲトライデガッセ（ガッセ＝小径）から馬の洗い場、祝祭劇場の前を通り、ザンクトペーター教会の墓地（ここも映画のロケ地、実際は墓地をモデルにセットを組んだ）、大聖堂、モーツァルト広場と旧市街を一周した。ホテルでスーツケースをピックアップしザルツブルク中央駅から正午発のオーストリア国鉄特急レイルジェットでウィーンに向かった。有名なスイーツ、ザルツブルガーノッケルは食べることができなかった（今回は一人旅で、このお菓子は2人以上あるらしい）。



弁護士 渡辺 健 寿
(渡辺健寿法律事務所)
住 所 福島市宮下町7番16号
T E L (024) 533-6145
F A X (024) 533-6146

虚偽診断書作成罪の成否

【質 問】

捜査機関からの照会に対し回答書を作成し提出した医師が刑事責任を問われた近時の事件があると聞きました。医師はなぜそのようなことになったのでしょうか。刑事責任を問われないためにどのようなことに注意すべきでしょうか。

【回 答】

1 虚偽診断書作成罪、同行使罪とは

お尋ねの件は、刑事施設へ収容することの可否に関する検察官からの照会に対し回答書を作成、交付した医師が虚偽診断書作成罪および同行使罪に問われた事件（京都地裁平成31年3月22日判決）のことかと思われます。

刑法は、医師が公務所に提出すべき診断書、検案書または死亡証書に虚偽の記載をしたときは、3年以下の禁錮または30万円以下の罰金に処するとし、虚偽の記載をした診断書等を行使した者は、虚偽の記載をした者との同一の刑に処するとしています（刑法160条、161条1項）。

診断書は私人が作成した文書であっても、患者やその関係者の権利や義務の発生、消滅、変更に重大な影響を与えること、証拠としての価値が高いこと、専門家の判断が示されたものとして社会的信用性が高いことなどから、公務所に提出すべき診断書について内容虚偽のものを作成した者を処罰するというものです。医師が公立病院に勤務しているなど公務員たる地位に基づき診断書を作成したような場合は虚偽公文書作成罪（刑法156条）の成否が問題となります。

虚偽診断書作成罪は、医師が客観的事実と反すると認識しながらあえて客観的事実と異なる内容を記載した故意犯を処罰するものであり、誤って客観的事実と異なる内容を記載した場合には成立しません。虚偽診断書作成罪に問われた場合、医師の主観が大きな争点になると解されます。虚偽診断書行使罪は、作成した虚偽の診断書を行使することにより成立し、行使とは虚偽診断書を他人に交付、提示などして、その閲覧に供し、その内容を認識させまたはこれを認識しうる状態におくことをいいます。

2 裁判例の紹介

虚偽診断書作成罪に関する裁判例をいくつか紹介します。

(1) 大阪地裁昭和48年3月23日判決

患者が病院に無断で外出、外泊し病院にほとんどいない状況で、診療も治療も受けていないのに「入院加療中」とし、入院手続きから1週間後に入院したのに、診断書に入院手続きをとった日を入院日とした診断書を作成した医師が虚偽診断書作成罪に問われた事案において、裁判所は、現実には診療行為をしていない時期であっても、それが外出外泊等による一時的なものと考えられ、患者が病院へ戻る意思がないことが明らかになっていない状況であれば、診断書に「入院加療中」という記載をしても虚偽の事実を記載したということは相当でないとし、また、程度問題ではあるが、形式的に入院手続きをとり、ひと月もふた月も入院時期を遅らせた場合と異なり、本件のように入院手続き当日に病室へ荷物を持ち込んで病室の利用を開始し、その1週間後に患者本人が現実に入院したというような場合には、入院手続きをとった日を入院日とする記載をしたからといって虚偽を記載したとまでいうことはできないとして無罪を言い渡しました。

(2) 東京地裁平成13年10月9日判決

A病院の医師が入院患者Bの治療に当たっていたところ、同人が死亡し、死亡届等に添付してC市役所に提出すべき同人の死亡診断書を作成するに当たり、同人の負傷の部位・程度等から、同人の死因を意図的に強度かつ多数回にわたる殴打等の暴行を受けて負傷したことによるものと認識しながら、「飲酒后、全身打撲の痛みで気付いた、階段からの転落か」などと記載したことが、虚偽診断書作成罪および同行使罪に問われた事案において、裁判所は、Bの真の負傷原因を知らされていたことを示す証拠や医師がこれを確定的に認識していたことを示す直接証拠がなく、被告人以外の医師や看護師の供述調書には「Bのけがは階段から落ちただけではできないものだった」との記載はあるものの、主たる死因を暴行によるものと認識したと供述した者もないことから、医師の故意を認めるに足りる証拠がないとして無罪を言い渡しました。

(3) 京都地裁平成31年3月22日判決

指定暴力団総長が慢性腎臓病によりX病院において透析治療を受けたところ、心室期外収縮の出現が確認され、医師は総長を入院させましたが、その後総長に心室期外収縮の出現が認められなくなり、総長はZ病院で腎臓移植手術を受け以降は透析治療を受けることがなくなりました。検察官は「裁判執行関係事項照会書」により、X病院に対して、総長の病状などに関する照会を行い、これをうけて医師は総長を診察しましたが心電図上は心室期外収縮の出現は認められませんでした。カルテには「重症不整脈の発作が出ている可能性がある」との記載があり、医師は上記照会に対して「当院での現在の病状については、継続して起こる心室性の不整脈であり、その出現頻度は日によって異なるが概ね7,000回から10,000回は出現していると思われる。時間帯によって多く出現する時間帯が認められ、時には2連発までの出現が確認されている。」「心室性不整脈は…かなり重篤な状況であるといえる。」「特に最近については強い自覚症状を訴えて時間外に受診されることもあり」「現在の症状から、今後、心室性不整脈が頻発し、症状が重篤化することが容易に予測で

きる」などと記載した回答書を作成し提出したところ、検察官は、医師が刑事施設への収容を免れたい総長の意図を理解し、実際に総長から金品を受け取っていたという事実や、医師が他の医師に捜査機関に対する反感を述べていたことなどから、医師が総長に肩入れしようとして虚偽回答をしたものだと、医師が虚偽診断書作成罪および同行使罪に問われたという事案です。

裁判所は、検察官の照会は今後の加療予定等の仮定的な判断も求めている以上、予測的な判断とならざるを得ないことからすれば、本件回答書は総長が刑事施設に収容され、過度のストレスがかかった場合には、様態がさらに悪化する可能性があるという予測的判断を示したにとどまることを前提に虚偽性を判断することとしました。そして、過去の心電図検査の結果などからすれば、本件回答書作成当時の心室期外収縮の出現を推察することがおよそ不合理とは認められず、検察官が意見を求めた医師の見解と被告医師の見解が一致しないことをもって虚偽であると言えるわけではないし、検察官が主張するような動機が存在があるとしても、虚偽の回答をしたことを推認させる力は極めて弱いというほかなく、医師が他の医師に対して「こんな悪い状態に入ったらかわいそうだ」という趣旨の発言をしていたことは医師が総長の重症心室性不整脈がなお回復していないと判断したことと整合的であるなどとして、回答書の内容が医師の真の見立てに反し医学的、客観的に虚偽であると認定するには疑いが残るとして無罪を言い渡しました。

3 診断書作成時に医師が注意すべき点

上記3つの裁判例を比べると、大阪地裁昭和48年3月23日判決は医師の診断に関わらない部分の記載につき虚偽記載といえるか争われた事案で、東京地裁平成13年10月9日判決と京都地裁平成31年3月22日判決は医師の診断内容の記載そのものが虚偽記載といえるか争われた事案です。医師は診断内容以外の記載にも気をつけなければならないことがわかります。

京都地裁平成31年3月22日判決で参考とすべきは、裁判所が医師作成の回答書につき予測的判断と確定的判断のいずれを示したのかを区別したうえで、本件回答書は予測的判断を示したにとどまることを前提に虚偽性を判断することとし、本件回答書を作成する時点までに存在した検査結果等を判断の基礎とするとしたことです。

これは、診断書作成時の判断とその後得られた情報に基づく判断が異なったとしてもそのことのみでは虚偽性を根拠づけることにはならないことを意味します。

以上からすると、医師は、診断書に確定的判断を記載するのか、予測的判断を記載するのかを意識して記載することが必要といえます。公務所から提出を求められている文書の趣旨が確定的判断を求めるものか、予測的判断を求めるものか不明な場合は、公務所に対し何を求めているのか確認するべきでしょう。

また、文書作成時の診断とその後得られた情報を基礎に診断とが異なる場合、いつ時点の資料を基礎に診断したのかを明らかにすることにより、なぜ異なる診断に至ったのかを明確にしておくことも必要です。

作品募集のお願い

～『受け身の姿勢からは停滞しか生まれません』～

広報委員会

一般社団法人福島県病院協会会報の発行につきましては、会員より有形無形にご支援とご協力を賜りまして感謝申し上げます。

おかげさまを持ちまして、1973年に『医療体制の確立に邁進するため、会員（当時は78会員）の意見や随筆等を掲載して相互の緊密を図る』目的で創刊号が刊行されて以来、先哲の伝統を継承し「No.110」を数えることとなりました。

広報委員会では、更なる新たな歴史の創造を期し、より多くの皆様に興味・関心を頂戴できる親しまれる会報づくりを目指しております。そのためには皆様方からの積極的なご投稿が欠かせません。広報委員会では、下記の枠にあるような企画で編集を行っております。

つきましては、各病院の先生方、事務長さん、看護師長さんをはじめとした関係各位の玉稿及び作品の応募が不可欠です。また、会報編集上の新しい企画へのアイデアも募集しております。ふるってご応募、またはご意見を賜りますようお願いいたします。

表紙：病院所蔵の絵画（絵画解説の文言）

評論：医療政策、医療保険、介護保険、救急医療、病診連携、初期研修、機能評価、広告規制、診療情報開示などの医療に関するご意見や提言。

学術：原著、症例報告、研究紹介、学会印象記、講演記録など。

随想：心に思い浮かぶことを書き綴った作品。

旅行記：国内・外旅行、個人・団体旅行の記録や感想。

文芸：俳句、短歌、川柳、詩、小説、童話など。

芸術：絵画、書道、写真、イラスト、図表など。

現在、会報は年2回発行する編集計画です。多くの皆様からの原稿は事務局におきまして、常時受付けております。

投稿に際しましては、原稿用紙、パソコンでの原稿のいずれでも結構です。

『受け身の姿勢からは停滞しか生まれません』、作品を自分自身のみで温めて置かずに、是非とも積極的にご投稿いただきたく、編集子一同心待ちにしております。

なお、お問い合わせ及び原稿送付先は「一般社団法人福島県病院協会事務局」です。

編集後記

今回、2度目の編集後記を担当しました。台風19号や新型コロナウイルスが畳みかけるように福島県に大きな被害をもたらしていますが、そんな中でも帰宅困難地域の一部解除や常磐線の全線開通など私たちは粘り強く復興を続けています。巻頭言は、福島県病院協会の佐藤常任理事より大きな災害が続いているこの時代には、各病院が防災対策マニュアルにとどまらず、被災時、復旧、復興時に事業を継続させるための計画立案を説くタイムリーな内容です。続いて大成功に終わった令和元年度の病院総会の報告があります。特別講演では日本福祉大学の二木先生より「地域包括ケアと地域医療構想」と題する講演があり、地域包括ケアでは国から押し付けられたシステムではなく、介護や医療、多職種が連携して地域に合った仕組みを作ることが大事であり、また、地域医療構想を推進しても、高度急性期病床の減少は不可避だが、急性期病床は高齢人口の増加に伴い減少は難しく、医療費削減は困難とのお話がありました。寄稿は、野森先生より「サウンドオブミュージック」の撮影が行われたザルツブルグの旅のお話です。そのドイツも日本以上に新型コロナに侵されている報道を聞きすぐには行けない現実に驚かされます。最後は渡辺弁護士より刑事責任を問われないための診断書作成のためになるお話です。7都府県で非常事態宣言が発令される中編集後記を書きました。福島にも新型コロナウイルスが迫ってきています。病院協会の皆様と手を取り合っこの未曾有の困難を乗り越えましょう。

(文責：原口秀司)

2020年3月

発行人 福島市新町4-22

(福島県医師会館内)

一般社団法人 福島県病院協会

TEL (024) 521-1752

会長 井上 仁

FAX (024) 521-2986

印刷所 福島市庄野字柿場1-11

TEL (024) 593-5111

株式会社 阿部紙工