



購読料 年8,000円
送料共 但し、会員は会費に含まれる

発行所
京都府保険医協会
〒604-8162
京都市中京区烏丸通蛸薬師上ル七観音町637
インターワンプレイス烏丸6階
電話 (075) 212-8877
FAX (075) 212-0707
編集発行人 久保 佐世

主な内容

地区医師会との懇談(右京) (2面)
代議員・予備代議員決まる (2面)
特定疾患療養管理料の調査結果 (3面)

ご用命はアミスまで

- ◆医師賠償責任保険
- ◆休業補償制度(所得補償、傷害疾病保険)
- ◆針刺し事故等補償プラン
- ◆自動車保険・火災保険

☎075-212-0303

不合理点数是正に向け協力して運動を

専門医会長との懇談会を開催

協会は専門医会長との懇談会を2月28日に開催。専門医から10人、協会から10人が出席した。理事および保険審査通信検討委員の改選、2014年度審査に関するアンケート調査結果、新専門医制度と総合診療専門医等について担当理事が説明を行い、各専門医からは各科の昨年改定の不合理部分、次回改定への要求、協会活動への要望などについて意見を聞いた。

各科で広がる矛盾した点数

小児科：今期は不在であったが、次期は協会に推薦できる理事者が内定している。一方で、診療内容向上会の開催継続が困難となってきた。保険点数を扱う際には協賛できないと言われており、今のメーカーも今年度限りとなる。

胸部：協会への理事・役員への推薦はできるだけ協力したい。審査アンケートにあったが、審査支払機関より以前のレポートがまとまって減点されることがある。できるだけ当月分などで早く間違いを指摘してもらいたい。

外科：新専門医制度で気になるのは、資格の更新と医師の偏在が解消されるのかどうかの2点。点数改善の要望は、①鏡視下手術の材料評価の改善②短期滞在手術等基本料3を平均在院日数の計算対象とすること③手術・処置の休日・時間外・深夜加算1の算定要件の緩和などである。



産婦人科：前回改定で大幅に引き下げられた帝王切開術の点数引き上げに協力してもらいたい。医療事故調査制度については、産婦人科は必ず死産を扱うが、小さな医療機関では院内事故調査委員会の設置等の対応が困難。協会でもサポートしてほしい。

泌尿器科：現場の医師にも保険のことを伝えようと学会でも努力をしている。京都の会員にも、保険診療とは何かということ、特に若い医師に分かってもらえようという取り組みを考えたい。

消化器：ピロリ除菌、PPIの取り扱い等審査上難しい点があるが、基金・国保の審査委員間で調整等を行い、必要に応じて会員への周知もしている。診療内容向上会では、協会でもスポンサー探しに協力してほしい。

形成外科：形成外科では、保険診療と自費診療の二本立てという会員が多く、その線引は各会員の判断となっている。全体としてのルールづくりを行いたいと思っているが、また実現していない。

循環器：協会に実現してほしいことを要望して、それが叶えられるのか。改定で混乱したASV(Adaptive Servo Ventilation)の取り扱いについては、次回改定に向けて学会が厚労省との調整に動いており、学会ルートの影響力はやはり大きい。協会は今も積極的に対応し、必要に応じて会員への周知もしていきたい。

主張

保険医協会の会員数は1996年の2718人をピークに、現在は2428人で2900人の減少となっている。その原因は、勤務医会員の減少、医師の高齢化で廃院、死亡。そして問題なのは、地区医師会未入会会員の増加である。保険医協会の入会は地区医師会入会が前提である。地域医療を支える観点からも地区医師会の活

開業医支える身近な存在に

入会したい保険医協会目指して

動は大変重要で、協会としても地区医師会未入会の医師には、引き続き地区への入会をお勧めしつつ協会入会をお願いしていきたい。今、協会は会員増強に努めている。その一環として「入会してよかった、楽しい保険医協会」を目指して

士、協会理事者らによる相談がある。1968年には、全国初となる「医師賠償責任保険」を導入した。協会に持ち込まれた相談は

員への啓発活動を行ってきた。昨年は医療安全対策開始から55周年を記念して、『医事紛争事例集―医師が選んだ55事例』を発刊した

ところ、好評を得、400冊以上の注文をいただいた。また、書籍の『事例で見る医療安全対策の心得』や「医療安全を身につけるために―医療安全研修でDVD」の普及にも努めた。

楽しい企画がある。これは、年1回の開催で、ライブハウスでプロのミュージシャンの音楽を聴く会である。プロの演奏の後は、各自楽器を持ち寄り、セッションが始まる。日頃の練習の成果が発揮できる楽しい場となる。その他、「ワイン講座」「日本酒講座」「文化ハイキング」「京響サロンコンサート」等の企画がある。「ワイン講座」も今年で第4回目となり、参加者も年々増えている。この会の主旨はワインの勉強だけでなく、美味しいワインと美味しい料理のマリアージュを楽しみながら、会員相互の親睦が持てることにある。興味のある方にはぜひご参加いただきたい。

皆保険を守るため引き続き連携を

協会の取組みの実効性について、協会は、改定毎の改善要望を保団連とともに地域の会員の意見も取り入れた独自の要求で行っており、在宅医療点数の不合理

7割が含まれている。耳鼻咽喉科専門医でない医師によるそのような行為は危険です。耳鼻咽喉科専門医には容易に受診できない、米国・英国のような制度には強く反対する。診療報酬改定の要望は①耳鼻咽喉科処置に対する乳幼児加算の新設②中等度難聴管理加算の新設③皮下および舌下免疫療法における指導管理料の新設などである。

内科：様々な矛盾がある。この各医会のご意見はまとめてほしい。混合診療や患者申出療養を含めて我々医師がどう考えていくのかを問われている。

として名乗りを上げることと検討したいと答えた。最後に、各専門医会と審査委員会があるからこそ国民皆保険が守られていることに敬意を表し、今後も協会の運動へ協力・助言をいただくとお願いして懇談会を終了した。

医療事故調査制度については、実際に動き出すとなれば院内調査を支援する「支援法人・組織」に協会

として名乗りを上げることと検討したいと答えた。最後に、各専門医会と審査委員会があるからこそ国民皆保険が守られていることに敬意を表し、今後も協会の運動へ協力・助言をいただくとお願いして懇談会を終了した。

医療では、川上の入院から通院・在宅へと流されたが、介護が必要になると地域包括ケアでは、自宅からサ高住へ流されていく。流されたらなければ自己責任での対応になる。流れに乗れないと、遊水地に取り残され干上がってしまう。山間僻地の住民や貧乏人は、住み替えのための資産もなく、流れに乗れないので孤立するしかない▼地域包括ケアの機能する地区に住むか否か、選択する時代になってきた。自由に居住地を選ぶ上級国民、ホールディングカンパニーの地域包括ケア提供地区に住む普通国民、住みたたくても住めない下級国民の住む日本。地方創生もこのような日本を創るのだろうか？ (恭)

先日、元厚労官僚の講演を聞く機会があった。立场上、厚労省と距離を置いているが、大学教授として企業や自治体と積極的に連携活動されている。講演では、地方圏での地域包括ケアは、互いの顔が見える関係もあり、有効に機能している事例も多いが、地代・人件費の高い大都市圏での対策が今課題になっていると話された▼大都市圏では、地域包括ケアが機能するエリアへの集住、つまり不動産売却による住み替えや、サ高住への転居が推進されていく。地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域での生活を援助するシステムではなく、地域包括ケア提供地域への移住が前提になるシステムになる▼医療では、川上の入院から通院・在宅へと流されたが、介護が必要になると地域包括ケアでは、自宅からサ高住へ流されていく。流されたらなければ自己責任での対応になる。流れに乗れないと、遊水地に取り残され干上がってしまう。山間僻地の住民や貧乏人は、住み替えのための資産もなく、流れに乗れないので孤立するしかない▼地域包括ケアの機能する地区に住むか否か、選択する時代になってきた。自由に居住地を選ぶ上級国民、ホールディングカンパニーの地域包括ケア提供地区に住む普通国民、住みたたくても住めない下級国民の住む日本。地方創生もこのような日本を創るのだろうか？ (恭)

日本医学会総会2015関西 並行企画

歴史を踏まえた日本の医の倫理の

認定に達しましたので

参加申込を締め切らせていただきました

日時：4月12日(日)
9時30分～16時30分

場所：知恩院和順会館
(京都市東山区知恩院山門前)

主催：「医の倫理」―過去・現在・未来―企画実行委員会

寸評

厚労官僚の講演を聞く機会があった

先日、元厚労官僚の講演を聞く機会があった。立场上、厚労省と距離を置いているが、大学教授として企業や自治体と積極的に連携活動されている。講演では、地方圏での地域包括ケアは、互いの顔が見える関係もあり、有効に機能している事例も多いが、地代・人件費の高い大都市圏での対策が今課題になっていると話された▼大都市圏では、地域包括ケアが機能するエリアへの集住、つまり不動産売却による住み替えや、サ高住への転居が推進されていく。地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域での生活を援助するシステムではなく、地域包括ケア提供地域への移住が前提になるシステムになる▼医療では、川上の入院から通院・在宅へと流されたが、介護が必要になると地域包括ケアでは、自宅からサ高住へ流されていく。流されたらなければ自己責任での対応になる。流れに乗れないと、遊水地に取り残され干上がってしまう。山間僻地の住民や貧乏人は、住み替えのための資産もなく、流れに乗れないので孤立するしかない▼地域包括ケアの機能する地区に住むか否か、選択する時代になってきた。自由に居住地を選ぶ上級国民、ホールディングカンパニーの地域包括ケア提供地区に住む普通国民、住みたたくても住めない下級国民の住む日本。地方創生もこのような日本を創るのだろうか？ (恭)

右京医師会と懇談

2月9日 右京医師会館

医療産業化の大きな流れに懸念続出

協会は2月9日、右京医師会との懇談会を開催した。地区から10人、協会から7人が出席し、右京医師会理事の松木正人氏の司会で開会。冒頭、同会会長の齊藤憲治氏は「混合診療解禁の動きが10%への消費税増税問題など、全て少子高齢化に根本的な問題があることが実に悩ましいところ。医療体制は大きく変わる」としているが、その大きな問題点について、会員からも忌憚のない意見をいただきました。

「協会事業への謝意も述べた。続いて協会より、垣田理事長のあいさつ、各部署からの情報提供の後、「医療・介護提供体制と二体改革について」「総合診療専門医をどう見るか」の二つのテーマで問題提起し、活発な意見交換を行った。

意見交換では地区より、非営利ホールディングカンパニー型法人制度に関する質問が出され、協会は「医師は医療だけ、経営は新型法人サイドがやることなれば楽ではあるが、医師自身が経営に携わらないと、それが正しく地域に貢献するのを医療職の目から判断できなくなる。ともすれば経営が営利に走る心配もある。新型法人への加入が強制されることにはならないが、傘下に入らなければやっていけないように追い込まれないか危惧する」と回答した。また、地域医療構想については「医療的な知識もない都道府県に、医療費抑制が担わされる。レセプトデータを集約して構想を立てるとなれば、ますます流れとしては怖い」との意見に対し、協会も同意した上で、病棟機能報告の集約をみずほ総研が担っていることに触れ、企業参入が進み、医療・介護に関する大きなデータが一企業に集約されつつあることにも懸念を示した。

さらに、地域包括ケアシステムに関しては、医師の参加体制への質問や、「行政がどれだけ関わってくれらるかで推進力が全然違ってくる。一緒にやっていかないと、なかなか進んで行かない」との意見が出された。協会は「京都市では当局に対し、地域包括ケアシステムの制度設計等に関する医療者の意見を表明し、相談する手法が難しい。地区医師会単位で意見を集約する必要はある」と述べ、協会が企画する京都市との懇談会等への参加を呼びかけた。



出席者17人で開催された右京医師会との懇談

その発生メカニズムは多様ですが、解明されているわけではない。ただし悪性になるまでは通常数年から数十年はかかる、その過程で検診を行って発見し、早期に適切に処置すれば治癒の見込みが大きい。がんには「予防に勝る治療はない」と、検診の積極的な活用を強く勧めた。

まず、肺がんは日本人の死因でトップを占めている。初期は症状が出ないが、日本には対10万人の保

健康講座 がん検診の大切さ学ぶ

今期最終講座は山本理事が担当

京都高齢者大学健康講座の最終回、第9講は3月5日、協会理事の山本博氏が「がんとはなにか?」をテーマに講演し、がんの発見の歴史に始まり、現在、日本人の死因で第一を占めるようになった経緯、がんはなぜ発生するのか、各種がんの症状と病因、検査方法と予防検診の意義などを、明快に解説した。

山本氏は、すべての悪性腫瘍(がん)は細胞のDNAの特定部位に、細胞分化の過程で幾重もの突然変異が積み重なって発生するが



山本博氏「がん検診の重要性を訴える」

まず、肺がんは日本人の死因でトップを占めている。初期は症状が出ないが、日本には対10万人の保

胃がん・大腸がん・乳がんなどの発生率や成因にも言及し、どのがんにおいても「早期の発見・治療」が鉄則とした。

参加者からは、現在、乳がん検診の件数が極めて低いことが、検査担当者に女性が少ないことも一因ではないかと指摘し、将来女性職員の養成が必要であるとの強い意見が出された。

2014年度 地区医師会との懇談会

舞鶴医師会

4月18日(土)

午後2時30分~

舞鶴メディカルセンター

15-16年度 代議員・予備代議員決まる

京都府保険医協会の代議員・予備代議員の任期満了に伴う選挙を行いましたところ全地区とも立候補者は定数以内でしたので、京都府保険医協会選挙規定第2章第31条により、無投票当選と決定しました。任期は2015年5月1日より17年4月30日までの2年間。

| 地区 | 議席 | 代議員 | 予備代議員 | 地区 | 議席 | 代議員 | 予備代議員 |
|----|----|-------|-------|----|----|-------|-------|
| 北 | 1 | 角田裕明 | 陶山芳一 | 左京 | 29 | 佐藤文彦 | 石川光紀 |
| | 2 | 鍵本伸二 | 足田宇 | | 30 | 吉川順介 | 中上美樹夫 |
| | 3 | 小仲良平 | 田中嘉人 | | 31 | 原山憲治 | 米田武史 |
| | 4 | 田村耕一 | 浅野武志 | | 32 | 山際哲夫 | 十倉孝臣 |
| 京東 | 5 | 太田義治 | 小林雅夫 | 右京 | 33 | 赤木太郎 | 柴田修宏 |
| | 6 | 大友啓達 | 任書熹 | | 34 | 小林充 | 塩見史宏 |
| | 7 | 菅野達也 | 飯田明男 | | 35 | 岩田征良 | 内田實次 |
| 西陣 | 8 | 林鐘声 | 杉山イタル | 西京 | 36 | 田代博 | 小松建次 |
| | 9 | 長谷川功 | 竹中健 | | 37 | 齊藤憲治 | 福州修 |
| | 10 | 水谷正太郎 | 蘆原久美子 | | 38 | 國枝恒治 | 柏木智博 |
| 京東 | 11 | 大野邦彦 | 須藤良和 | 西京 | 39 | 高島啓文 | 矢間博善 |
| | 12 | 岩野正宏 | 水野正允 | | 40 | 松木正人 | 古谷昌則 |
| | 13 | 林治材 | 竹之内剛 | | 41 | 福本和生 | 吉賀正博 |
| | 14 | 安野哲也 | 梶田洋一郎 | | 42 | 土井たかし | 岩瀬知行 |
| 京西 | 15 | 島津恒敏 | 坂中俊男 | 東山 | 43 | 内田亮 | 笹部恒敏 |
| | 16 | 岡田楯彦 | 宮崎忠芳 | | 44 | 西大佐 | 神谷博子 |
| | 17 | 松野博行 | 尾崎信之 | | 45 | 今井史朗 | 安本信幸 |
| | 18 | 尹野彦 | 白川喜一 | | 46 | 岡田温 | 橋平誠 |
| | 19 | 谷口浩也 | 松尾敏 | | 47 | 小林和夫 | 後藤武久 |
| 京東 | 20 | 木谷輝夫 | 普天間健 | 山科 | 48 | 中嶋毅 | 手越久敬 |
| | 21 | 井上喜美子 | 佐々木敏一 | | 49 | 佐々木輝雄 | 坂部秀文 |
| | 22 | 前田真里 | 深江英一 | | 50 | 松井隆史 | 安井英仁 |
| 京西 | 23 | 山本昭郎 | 森居秀純 | 伏見 | 51 | 杉本庸正 | 今井英也 |
| | 24 | 渡辺寛 | 岡林秀興 | | 52 | 戎井浩二 | 水野朝之 |
| | 25 | 横江信義 | 青木信彦 | | 53 | 大橋一 | 松本恒司 |
| | 26 | 関沢敏弘 | 和歌信彦 | | 54 | 藤森千尋 | 中山治樹 |
| | 27 | 山下琢 | 兵佐和子 | | 55 | 佐々木善二 | 石川理一 |
| 京左 | 28 | 旗持崇 | 坂口佳司 | | | | |

| 地区 | 議席 | 代議員 | 予備代議員 |
|-----|----|-------|-------|
| 伏見 | 57 | 吉田昭和 | 高謙一郎 |
| | 58 | 黒田紀 | 西村康孝 |
| | 59 | 伊藤あゆ子 | 谷口洋子 |
| | 60 | 木村文昭 | 藤田明子 |
| 乙訓 | 61 | 橋本京三 | 下尾和敏 |
| | 62 | 馬本郁男 | 海老澤哲也 |
| | 63 | 窪田小弓 | 高畑龍一 |
| | 64 | 平井幹二 | 岩見達也 |
| 宇治世 | 65 | 梅山信 | 森田聖 |
| | 66 | 中村清 | 土井邦紘 |
| | 67 | 完岡市雄 | 伊勢村卓司 |
| | 68 | 二宮宏 | 大石嘉啓 |
| | 69 | 小山正彦 | 門阪庄三 |
| | 70 | 村田豊隆 | 大村誠也 |
| | 71 | 中島浩樹 | 宮本達也 |
| | 72 | 松田かみ | 大石明人之 |
| 綴喜 | 73 | 池崎稔 | 岡本祐子 |
| | 74 | 茨木和博 | 玉垣綾直 |
| | 75 | 高橋隆宏 | 市岡直也 |
| 相楽 | 76 | 若菜和雄 | 天野基弥 |
| | 77 | 平田真人 | 松森篤史 |
| | 78 | 下里豪俊 | 岡田有史 |
| 亀岡 | 79 | 小柴壽彌 | 阿部登博 |
| | 80 | 佐藤英夫 | 瀬尾博 |
| 船井 | 81 | 佐藤史昭 | 廣野良定 |
| | 82 | 吉田昭 | 玄野昌実 |
| 綾部 | 83 | 門祐輔 | 野間俊二 |
| | 84 | 大八木康夫 | 足立一彦 |
| | 85 | 牧野吉秀 | 前田憲男 |
| | 86 | 足立勝也 | 古村俊人 |
| 舞鶴 | 87 | 隅山充樹 | 堀澤昌弘 |
| | 88 | 曾我哲司 | 飯田仁 |
| | 89 | 岡所明良 | 佐藤昌平 |
| 与謝 | 90 | 伊藤邦彦 | 日置潤也 |
| | 91 | 瀬古敬 | 上田誠 |

会員調査

他院退院後1カ月以内の特定疾患療養管理料の減点などで

実施期間 2014年12月15日～2015年1月9日

対象 京都府保険医協会の会員であって内科系の標榜科目がある診療所の管理者1,230人

回答 369人(回収率30.0%)

方法 質問表によるアンケート調査

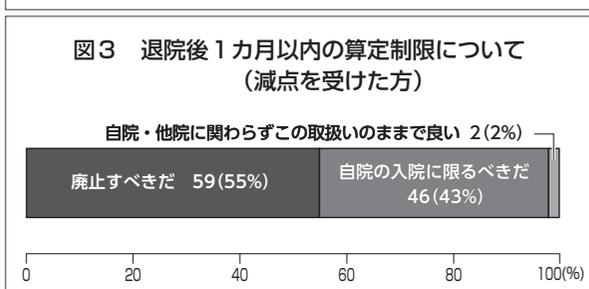
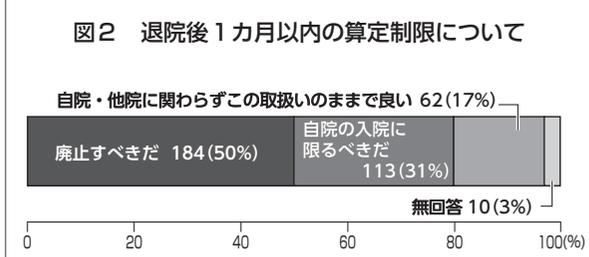
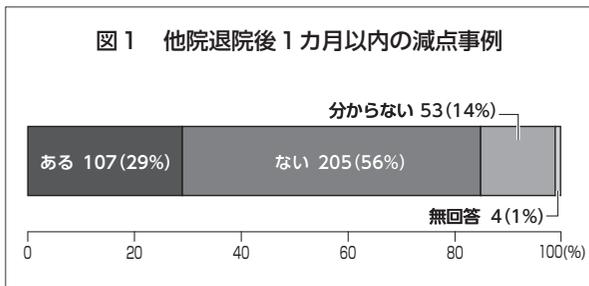
協会は、内科系の会員を対象に、「特定疾患療養管理料に関する実態調査」を実施した。本調査において内科系の標榜科目とは、内科、神経内科、心療内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、小児科、精神・神経科を指している。回答者の主たる標榜科目は、80%が「内科」であった(複数回答者含む)。また、「特定疾患療養管理料を算定している患者は、継続して受診している患者の何%位か」を質問したところ、「50%以上75%未満」が31%、「75%以上」が30%、「25%以上50%未満」が21%であった。5割以上の患者に特定疾患療養管理料を算定しているという回答者が8割を超えている。

管理料の退院後1カ月以内の算定制限について 8割超が改善求める

「他院を退院後、1カ月を経過していないことを理由に、特定疾患療養管理料を減点された事例があるか(それ以外に理由が考えられない事例を含む)」を質問したところ、「ある」が29%、「ない」が56%であった(図1)。

他院退院後1カ月以内の減点事例が「ある」と回答した方に、その患者は国保審査分か、基金審査分かを質問したところ、「国保分」が63%、「基金分」が3%、「両方」が33%であった。

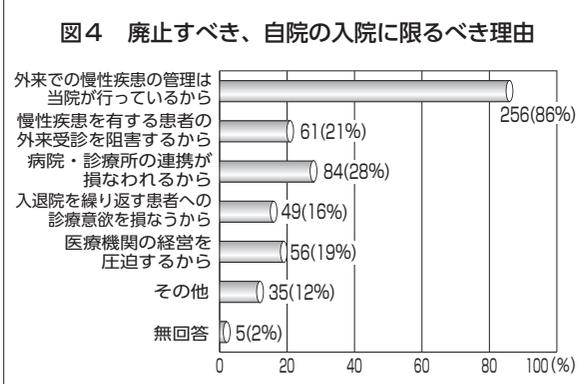
全ての対象者に、「特定疾患療養管理料の『退院の日から起算して1カ月を経過した日以降に算定する』取扱いについて、どう思うか」を質問したところ、「廃止すべきだ」が50%、「自院の入院に限るべきだ」が31%で(図2)、8割超が改善を求めていることが分かった。他院退院後1カ月以内の減点事例が「ある」と回答した方に限ると、「廃止すべきだ」が55%、「自院の入院に限るべきだ」が43%となり、98%の方が改善を求めている(図3)。



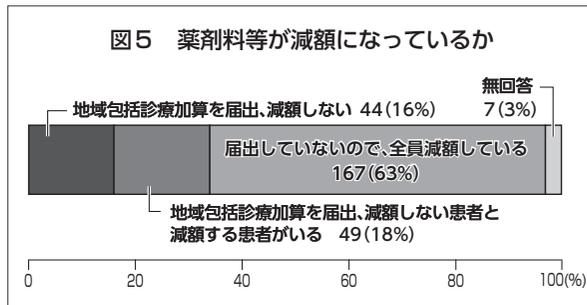
特定疾患療養管理料の「退院後1カ月以内の算定制限」を「廃止すべきだ」「自院の入院に限るべきだ」と回答した方に、その理由を質問したところ、「外来での慢性疾患の管理は当院が行っている」が86%、「病院・診療所の連携が損なわれる」が28%、「慢性疾患を有する患者の外来受診を阻害する」が21%であった(図4)。その他、「退院後1カ月以上でないで算定できないことの根拠が分からない」「退院後の方がより注意深い管理が必要だ」「特定疾患以外の入院、また検査入院でも算定できないのはおかしい」等の意見があった。

7種類以上の内服薬を投薬した場合の算定制限 8割以上が廃止を求める

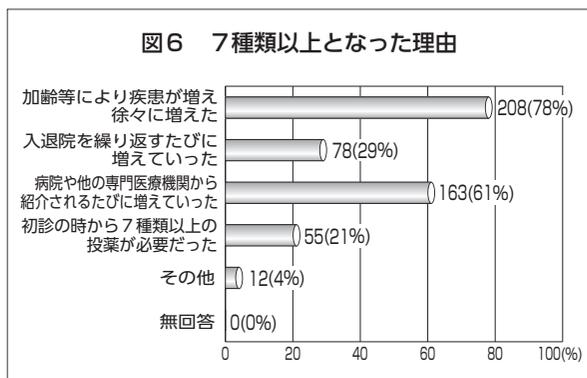
次に、「特定疾患療養管理料を算定する患者について、7種類以上の内服薬を投薬している患者がいるか」を質問したところ、「いる」が72%、「いない」が25%であった。



このうち、「いる」と回答した方に、「その患者は薬剤料、処方料、処方せん料が減額になっているか」と質問したところ、「地域包括診療加算を届出していないので、全員減額している」が63%、「同加算を届け出ているが、減額しない患者と減額する患者がいる」が18%、「同加算を届け出ているため減額しない」が16%であった(図5)。

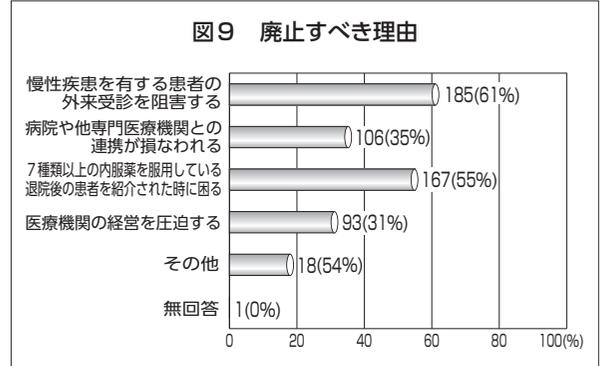
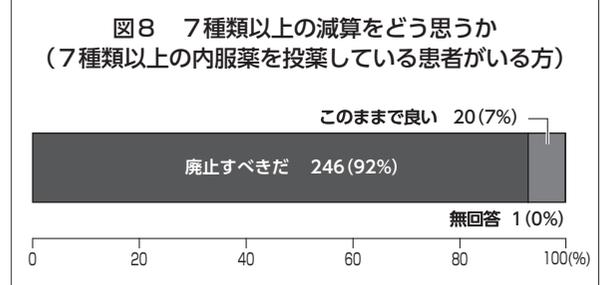
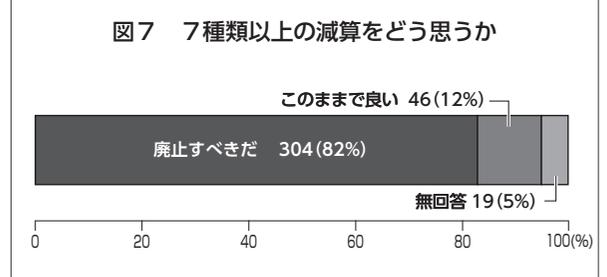


7種類以上の内服薬を投薬している患者が「いる」と回答した方に、「7種類以上となった理由」を質問したところ、「加齢等により疾患が増え徐々に増えた」が78%、「病院や他の専門医療機関から紹介されるたびに増えていった」が61%、「入院を繰り返すたびに増えていった」が29%であった(図6)。その他、「当初は内科疾患のみだったが、他医への通院が困難になり他科疾患の薬の処方が必要となった」「周辺に他科が少なく、内科を標榜する当院に集中した」「他科の処方を当院で一緒に頼まれた」との意見があった。



全ての対象者に、「7種類以上の内服薬を投薬した場合の減算についてどう思うか」を質問したところ、「廃止すべきだ」が82%、「このままで良い」が12%であった(図7)。このうち、7種類以上の内服薬を投薬している患者が「いる」と回答した方に限ると、「廃止すべきだ」が9割超に達する(図8)。

「7種類以上の内服薬を投薬した場合の減算」を「廃止すべきだ」と回答した方に、その理由を質問したところ、「慢性疾患を有する患者の外来受診を阻害する」が61%、「7種類以上の内服薬を服用している退院後の患者を紹介された時に困る」が55%、「病院や他専門医療機関との連携が損なわれる」が35%であった(図9)。その他、「7種類に制限する医学的、科学的根拠がない」「複雑な疾患、大病



院で多くの科に通院されていたのをまとめた場合等、逆に時間がかかる場合が多いのに減額は全く逆だと思う」「本人が幾つもの科を回らないでいいよう、良心的に複数の病態を診療しており、医師としても重労働となりながら、何故、逆に診療費を減額せねばならないのか。その人全体の診療費も安くなっているのに、不満だ」との意見があった。

開業医による外来での慢性疾患管理 病診連携を阻害する算定制限は廃止すべき

特定疾患療養管理料を算定する診療所の内科系医師は、かかりつけ医として、慢性疾患の管理、検査・投薬、生活指導を担っている。退院後1カ月以内に外来受診した患者であるからといって、慢性疾患の療養を管理していないはずがない。

また、2025年を目途に、構築することが構想されている「地域包括ケアシステム」の中でも、日常の医療を受け持つ「かかりつけ医」の役割は明記されている。特定疾患療養管理料の「退院後1カ月以内の算定制限」は、かかりつけ医の機能、病院・診療所の連携を阻害し、地域医療の確保に支障をきたす。

さらに、7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限は、ガイドライン等に基づく医療から患者を遠ざけ、生命と健康を阻害する要因となり、逆に医療費の増加を招く。

7種類以上の内服薬投薬を行った場合の算定制限は、患者の複合的な疾病の悪化を防ぎ、入院させずに外来で治療・治療することを目指して薬剤の管理を行っている「かかりつけ医」の技術を評価しないばかりか、逆に当然支払われるべき薬価や技術料から報酬を減額するという、時代の要請に逆行した取扱いである。

協会は、調査結果に基づき「特定疾患療養管理料は退院の日から起算して1カ月を経過した日以降に算定する」という告示・通知の廃止と、「7種類以上の内服薬を投薬した場合の算定制限」の廃止を求めて、要求運動を続ける。

医療・介護分野を「数少ない成長分野」とみる財界 専門性にもとづく営利化批判を

「医療・介護サービスの生産性改革」とは

公益社団法人経済同友会が公表した提言書「医療・介護サービスの生産性改革を」(2014年6月24日)は、題名をみるだけで、私たちと彼らの間にある埋めがたい溝を感じずにいられない。同提言はその題名どおり、「病院や介護施設を中心とする医療・介護サービスの生産性向上」をテーマにしている。しかし「生産性」とは何のことか。提言はそれを「主に病気の治癒、利用者のQOL等の受益者のメリットに対する必要な費用」と一応定義しているが、腑に落ちる説明とはいえない。読み進めると彼らのいう生産性は「効率性」に置き換えることができそうで、そうかと思えば「利潤を上げること」ともとれなくない。恐らくそのあたりが「生産性」という言葉にこめられたメッセージであろう。具体的な記述をみると、それがわかってくる。

生産性向上のインセンティブとは

提言は、医療・介護サービスの市場規模は国内約38兆円、グローバル市場で約430兆円(医療のみ)という「数少ない」成長分野である。にもかかわらず「公定価格*1、供給調整*2」によって、自由な競争が保障されておらず、「計画経済的な規制環境」で、「生産性向上のインセンティブ」が働かず、「小規模のプレイヤーが多数併存する分散市場」だと批判。「市場の成長が見込めるとともに、産業化を通じた生産性向上の余地が大きく残された分野」であり、「生産性改革」と「社会保障費増加抑制」を進めることは不可避と述べる。

その改革に向け提言が示す「突破すべき四つの構造的課題」は次のようなものである。

- ①特定法人(公的・公設病院、社会福祉法人)に対する補助金・優遇税制がある。
- ②国際的に進展するサービス事業者の規模拡大の動きに取り残されている。その原因は、「法人間の再編・統合を可能とする経営形態が存在していない」こと、「規模拡大を後押しするインセンティブの仕組みがない」こと、「経営効率化を推進する保険者ガバナンスの活用の仕組みが希薄」だからである。
- ③「生産性の低い事業者の退出・集約化が進みにくく、生産性の低い小規模事業者が乱立した状況が温存されやすい」「公定価格が護送船団方式」の役割を果たしている。
- ④利用者事業者間の情報の非対称性(利用者側が適正なサービスを十分に判断しがたいという市場構造)である。

以上の構造問題を突破すべく、提言は「経営と医療情報の徹底開示」「民間営利法人ではサービス提供できない地域等を除いて、社会福祉法人への優遇制度を縮小/廃止し、民間営利法人とのイコールフットリング*3を実現」せよと述べる。さらに、民間営利法人も連携・統合できる大規模事業体の実現や、その大規模事業体が「保険者ガバナンスを活用できる仕組み」の構築さえ要求する。加えて、「生産性の低い事業者の退出(廃業)と集約化」、

*1 例えば診療報酬を指すものと考えられる

*2 例えば都道府県医療計画における基準病床数管理を指すものと考えられる

*3 双方が対等の立場で競争が行えるように、基盤・条件を同一にする

「質の担保策」を導入し、「医療・介護サービス品質の見える化」で、とりわけ介護サービスについては「品質評価指標」を確立し、介護報酬の支払いにも活用せよという。

鮮明に顕れた彼らの思考形態

何とも乱暴な主張だが、逆に財界の本意がよく顕れた提言ではある。

従来、社会保障制度や労働法制、あるいは農業政策は、数々の「規制」が存在してきた。市場競争が人々の生命や暮らしを脅かさないための保護的規制である。国家にとって保護的規制とは、国民の生活改善要求を抑え、国民を国家に糾合していくための「社会統合装置」でもある。ある意味では、これが機能してきたからこそ、日本は経済大国になることができた。しかし、いわゆる経済のグローバル化は、財界がその機能を「弊害」と見做す状況を生み出した。企業は国際的な競争力強化を求められ、一方で従来のような形では国内での労働力確保を必要としなくなってきた。国民を保護する規制はすべからず自由競争の敵であり、その解除が求められるようになってきたのである。

その要求に沿って進められているのが「新自由主義改革=構造改革」なのである。

構造改革路線の貫徹を求める立場からみれば、医療・介護分野を市場として開放しないこと自体が不自然であり、理解不能なのかもしれない。

つまりこの提言書は、人々の生命や健康を支える国家の役割を際限なく市場に委ねさせる(=産業化する)ことに、一片の迷いも生じない彼らの思考形態が鮮明に表れたものといえるだろう。

非営利ホールディングカンパニー型法人構想を通じてねらわれる市場拡大

恐ろしいことは、提言にある「大規模法人」設立要求が、「地域医療連携推進法人」(非営利ホールディングカンパニー型法人構想)の名で、今国会で法制化されようとしていることである。もちろん、彼らの求めるとおりにすべての事態が進んでいるわけではない。厚労省の「医療法人の事業展開等に関する検討会(座長・田中滋慶應義塾大学名誉教授)」がまとめた報告は、非営利性の担保が強調されており、財界の要求と一致してはいない。ただし、傘下法人への営利法人参加は許されないが、関連事業を行う株式会社への出資は、例えば株式保有割合100%の場合には認める方向が打ち出されている。さらにこの「出資」は、地域包括ケア推進を条件としている。これは、非営利ホールディングカンパニー型法人制度創設を通じて、地域包括ケアシステム構築に対して財界が抱いている思惑に、一定の「了解」を与え得るものと言えそうである。

経済産業省・次世代ヘルスケア産業協議会の企み

経済産業省は2013年、「次世代ヘルスケア産業協議会」を立ち上げた。

これは、アベノミクスに基づく「成長戦略(日本再興戦略)」や「健康・医療戦略」で規定されたもので、「健康寿命延伸分野の市場創出および産業育成」のため、「官民一体となって具体的な対応策の検討を行う場として」設置されたものである。

委員は座長・永井良三氏(自治医科大学学長)

ら、数人の医師が参加する一方、経団連や株式会社テルモ、オムロンヘルスケア株式会社等、いわゆるヘルスケア産業の担い手たちが名を連ねている。

同協議会は14年6月に「中間とりまとめ」を行い、そこで「慢性期医療にかかる費用を、公的保険外サービスを活用した予防・管理に大胆にシフトし、「国民の健康増進・医療費削減・新産業創出の一石三鳥の実現を図る」と打ち出した。

同時に、地域経済・コミュニティの活性化のために、地域包括ケアシステム構築の一方で「公的保険外サービスに対するニーズ」を拡大し、「地域の経済活性化と医療費削減」を両立させると述べている。

「公的保険外」の範囲は拡大し得る

周知のとおり改正介護保険法は、要介護認定で要支援と判定された被保険者に対する介護予防訪問・通所介護を保険給付から除外し、保険者の実施する「地域支援事業」に新設する「新しい総合事業」へ移行する。新しい総合事業では、従来サービスより緩和された基準、必ずしも専門性の問われないサービス提供主体による「多様なサービス」が提供されるという。これ一つとっても、ビジネスチャンスの拡大といえる。

特に介護保険制度は保険で給付するのか、それとも「公的保険外」なのかの範囲を、要介護認定等を使って国がコントロールしやすい制度である。「生産性の向上」を求める勢力は、無制限に公的保険範囲の縮小を求めるだろう。それが介護のみならず医療における公的保険外拡大が目指されない保証はない。

今、同協議会は「地域でのヘルスケアビジネス創出」の具体化方策を、6月にも策定される予定の新成長戦略へ盛り込むべく、「新事業創出WG」を設置して協議中である。標的は「地域」であり、地域の医療・介護関係者を「糾合」した「地域版協議会」を創設し、「地域の実情に応じた」ビジネス展開推進を狙っている。

以上のように、大規模法人構想には地域包括ケアを利用した営利事業展開も盛り込まれているのである。

専門職の専門性から営利化・産業化批判を

今日、地域での医療・介護連携の確立や、住民が主体的に地域福祉を構築することは重要課題であることに異論はない。時には、いわゆるヘルスケア産業の力も借りることはあるかもしれない。

しかしどのような場合でも、地域住民を支える中軸のサービスは「公的な給付」であるべきだ。ヘルスケア産業や「住民の助け合い」を中軸とした医療・介護サービスなど、社会保障制度とは呼べない。ましてや、市場拡大のために公の担う範囲の縮小を国自らが進めることなど、決して許されてはならない。

地方自治体には、戦後70年間に培われた公衆衛生施策の伝統があり、専門職としての蓄積のある医師がいて、保健師らもいる。福祉分野にも、介護保険制度創設前から地域福祉を担ってきた人々がいる。

専門職者が専門性に基づき、営利化・産業化批判を行うことが求められている。

専門職者は、なぜ医療や介護を市場の食べ物にしてはならないのかを、患者・住民の現実から知っているほとんど唯一の存在だからである。

保険診療

老人医療助成事業について

Q、京都府独自の福祉医療制度である老人医療助成事業(④老人)の証をお持ちの患者について、一部負担割合は4月1日以降も1割負担で変更ありませんか。

A、④老人対象者の一部負担割合については、2015年4月1日より、1割から2割へ見直されています。また、臨時特例として70歳であっても、④老人対象者として一部負担割合が2割から1割に軽減されていた措置も終了しました。

15年4月1日以降も対象となる方については、3月中に新証が配布されています。旧証の有効期限は15年3月31日までとなっております。4月1日以降は使用できません。未回収の場合があるため、医療機関におかれましては、新しい受給者証の有効期限および一部負担割合が2割へ変更されていることをご確認下さい。



九条の会アピールを支持する京都医療人の会

第7回定期総会

要申込
定員60人

講演 「憲法9条を立体的にとらえる
—平和主義の再生のために—」

講師 君島 東彦氏 (立命館大学教授)

日時 5月16日(土)午後2時~4時

場所 京都府保険医協会・会議室

会員でない方の参加も歓迎します

記者の視点

47

十数年来の課題だった医療員に多数任命される一方、以事故の調査制度が今年10月から施行される。本来なら素直に喜ぶところだが、院内調査方式のうえ、具体的な進め方が医療機関の判断にゆだねられる点が多い。医療機関の対応によっては、遺族の不信を招き、紛争・訴訟・刑事告訴が増えるだろう。

厚労省が昨秋から開いた制度の施行に向けた検討会では意見の対立が大きく、とりまとめが難航した。日本医療法人協会の医療事故調ガイドライン(以下、医法協GLという)の作成にかかわった医師・弁護士やその支持者が委

員に多数任命される一方、以前の検討会や研究班で中心的な存在だった人たちが委員から外されるという不可解なきさつが紛糾の背景にあった。筆者から見ると、医法協GLは徹頭徹尾、医療側の都合を優先させ、遺族をないがしろにする内容である。

責任追及につながる可能性があると関係者が本音のことを言わない、すると真相がわからず、医療安全に役立たないというのが医法協GLの論法だが、中身を読むと、あらゆる責任を免れたいという思惑、事故調査なんか面倒だという意識がにじみ出ている。

読売新聞大阪本社編集委員 原 昌平

事後対応の誠実さが明暗を分ける

京都府保険医協会が、その偏りを見抜かず、GLに賛同したことはがっかりした。新制度による報告・調査の対象は「医療に起因するか、起因すると疑われる死亡・死産で、医療機関の管理者が予期しなかったもの」である。

医法協GLは「誤薬などの単純エラーはよくあることだから、予期できたものにあたり、報告・調査しなくてよい」と主張したが、さすがにそんな暴論は通らなかった。再発防止策について医法協GLは「責任追及に使われるおそれがあるから、報告書に書くべきでない」と主張。検

は記載する」となった。最後までもめたのは遺族への説明だ。医法協GLは「刑事、民事、行政責任の追及に使われるとよくないので、調査報告書は遺族に渡さない」と主張。とりまめは「遺族への説明は、口頭又は書面若しくはその双方の適切な方法により行う」「遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならない」となった。

いずれもあいまいな規定である。遺族からヒアリングをすることがどうかや、調査への第三者委員の参加についても明確な定めは行われない。医療機関は「責任追及に使われるおそれがあるから、報告書に書くべきでない」と主張。検

群馬大病院のような「暴走」を別にすると、遺族が何か、よく考えてほしい。

よりも怒るのは、事後対応の不誠実である。ミスがあった場合でも、誠実な調査、誠実な説明、誠実な改善策の提示がなされれば、強い怒りには発展しないものだ。

逆に、遺族の話聞かずに内部の人間だけで調査が進められ、報告書はもらえない、改善の方策も示されない、不信と怒りが燃えさかる。他の業界で「責任を問われるなら最低限のことしか説明しません」という態度が通用するだろうか。患者・遺族に對して隠す自由、ウソをつく権利はない。医療機関は一部のグループに惑わされず、プ

医師が選んだ 医事紛争事例

15

(50歳代後半女性)
〈事故の概要と経過〉

診療に非協力的だった 患者が実は膵臓がん!

このころ、膵臓がんが疑われ、他の医療機関でも末期の膵臓がんが診断された。その後、B医療機関に入院となった。

患者側は、弁護士を介して証拠保全を申し立て、患者の延命機会を失わせたこと、不信感を抱いたので、再度エコー、腹部CT等を勧めたが拒否し、他府県の親戚が開業しているA医療機関を受診した。そこで触診を受けず、診療にも非協力的で、次に受けるべき検査へのアプローチも困難であった。

〈問題点〉

患者が診療に対して非協力的であったことはカルテ記載からも推測された。医療機関は、初診で腹部を触診できただけで、それ以後患者が拒否、また重篤な様子も見られなかったことから、患者の意向を無視して

〈顛末〉

患者側のクレームが途絶えて久しくなつたため、立ち消え解決とみなされた。

保険医協会の **医師賠償責任保険**
個人情報漏えい保険
介護福祉事業者等賠償責任保険

15年度加入者証は6月上旬お届け

2015年度(15年4月1日~16年4月1日)の保険の自動継続手続きが完了しました。ご加入いただきありがとうございました。加入者カード(加入者証)は現在保険会社で作成中です。6月上旬に加入者のみなさまにお届けしますのでごまじらばらくお待ちください。

いつでも加入、型変更ができます

医師・医療機関にとって賠償責任への備えは必須です。保険医協会の保険は会員のみなさまからのニーズにお応えして、多様な補償をご用意しています。お問い合わせは京都府保険医協会(☎075-212-8877)まで。

第29回 環境ハイキング 沖島探訪と湖国の小京都・近江八幡を巡る

日時 4月19日(日)

※前日夜の天気予報で京都府南部の降水確率が60%以上の場合は中止

集合 午前8時37分

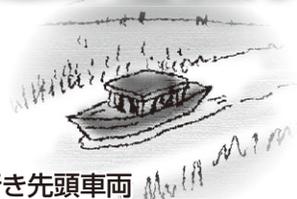
JR京都駅 琵琶湖線・快速長浜行き先頭車両

※途中乗車の場合はお申込み時にその旨をお知らせ下さい

参加費 無料(交通費自弁)

昼食・飲物・雨具などは各自ご用意下さい

共催 京都府保険医協会・京都府歯科保険医協会



医療事故調 検討会とりまとめ公表される

厚生労働省より医療事故調査制度の施行に係る検討会のとりのまとめとなる「医療事故調査制度の施行に係る検討会」のとりまとめが、3月20日付で公表された。非常に激しい議論となった「遺族への説明方法」についての通知案では、①口頭(説明内容をカルテに記載)または書面(報告書又は説明用の資料)もしくはその双方の適切な方法により行う②調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するよう努めなければならぬ③遺族が希望する方法としながらも、努力義務規定となった。

また、公表に引き続き、省令案に対するパブリック

コメントも募集されている。省令案では、医療事故調査・支援センターに関する部分が多くを占めている。名称は「医療法施行規則の一部を改正する省令案に関する意見の募集について」で、締切は4月21日(火)。

協会は、「WHOガイドライン草案」に準拠しているとして、日本医療法人協会のガイドラインに賛同を表明している(第2922号既報)。厚生労働省には、医療事故の原因究明、再発防止という法の目的に徹することを求めている。

募集要項等は、ホームページ「電子政府の総合窓口e-GOV」の意見募集

レーヨン工場における二硫化炭素中毒は国会で2回取り上げられた。

第102国会の参議院社会労働委員会(1979年2月13日)で「二硫化炭素中毒に伴う労働災害認定に関する件として橋本敦議員(当時・日本共産党)が質問したのが第1回目である。福島県郡山市の日東紡績久山工場、熊本県八代市の興国人絹ハルプで起きた本中毒症をふまえて当時の労働行政のあり方をたざしている。その中でいくつかの驚くべき実態が明らかにされた。

労働省はこの時点で八代では30人の労働者が中毒症と認定され、うち11人が死亡、その中の9人は業務上

死と把握していた。ところが、橋本議員の「危険物質である二硫化炭素の職場での許容濃度は一体どのような規制されているのか」という質問に対して、労働省は「現在の段階におきましては濃度規制は二硫化炭素Hの許容濃度である10ppm

中案件にて掲載。担当は厚生労働省医政局総務課となる。

訂正 本紙第2923号2面に誤りがありましたので、訂正します。「意義あり!」「戦争する国」づくり意見広告運動にご参加を!の傍線部分、および本文1行目の「意義あり!」は「異議」の誤りです。

浅野登氏(享年73、宇治久世)3月19日逝去。
重住和彦氏(享年79、下京東部)3月21日逝去。
謹んで哀悼の意を表します。

Work Health 12

吉中 丈志 (中京西部)

国の責任

を基準に採っており(日本産業衛生学会も同様の見解であったが、何故かACGIHが根拠だと繰り返し答弁している)、会社が自主測定値を「最高が6ppm、最低が1ppm」と労働基準監督署に報告していたので

第4回「専門家の方で紹介した。これに対して同議員は、1981年に労災申請をした時点で認められなかった微小動脈瘤が3年後に新たに出現したケースを紹介して、微小血管腫偏重ではなく、職場環境全体を

問題はないとしていた。多くの中毒症認定者が出てくるにもかかわらず労働行政は対策を講じなかったということになる。

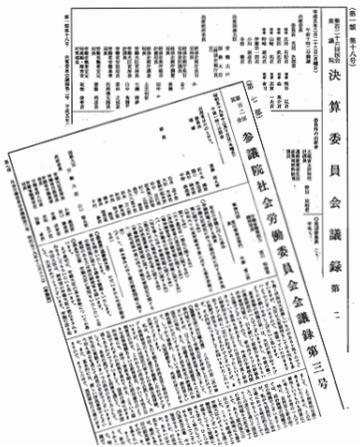
更に、興人慢性二硫化炭素中毒被災者の会が行った300人の労働者の追跡調査を取り上げて、全国にある12社15工場(当時)で実態的な調査を求めている。

山口敏夫大臣(当時)は「実情を把握して、労働者の健康の問題、命の問題でございませうから、十分その事態の即応しやすい形で対処したい」と答弁した。しかし、その後実施されることとはなく、その延長線上に宇治のユニチカの中毒が起きたのである。

第2回目は1993年2月の第126回国会の衆議院決算委員会のことだ。

寺前議員(当時・日本共産党)が取り上げた。議事録によると、「なぜこういう気になったのか」といいますと、何人かの人に直訴されて、こんなことが近代日本で許されるのだらうかということ、私も改めて見詰め直させられた問題であったから」と率直な問題意識から質問は始

まっています。次いで「八代でのこの問題に関するところのシンポジウムがあったというのを聞きました。その時の記録を読ませたいのだらうか」と述べ、南朝鮮から入中略労働者の代表が問題提起に来ている姿を見ました」と述べ、問題は一挙に韓国へと広がることになる。



参院社会労働委員会(1979年2月13日)・衆院決算委員会(93年2月22日)議事録

他科ドクター必聴!

第656回社会保険研究会

せん妄・BPSD(認知症の精神症状)・うつ 対応と処方のコツ

～よくみられる脳と心の問題について精神科リエゾン専門医からのアドバイス～

講師 公益社団法人京都民医連中央病院 診療部 精神神経科 科長 安東 一郎氏

日時 5月23日(土) 午後2時30分～4時30分

場所 京都府保険医協会・ルームA～C

主催 京都府保険医協会

※参加は無料、事前申込は不要です。
※日医生涯教育講座対象の研究会です。

楽しく・わかりやすく・ためになる!

新しく医療機関に勤められた方のための研修会

<1日目> 4月15日(水) 午後2時～4時
「医院・診療所での接遇マナー研修・初級編」
元日本航空客室乗務員 茂木 治子氏

<2日目> 4月23日(木) 午後2時～4時
「医事紛争から見た医療従事者としての心構え」 林 一資 協会副理事長
「知っておきたい保険基礎知識(請求留意事項)」 種田 征四郎 協会理事

場所 京都府保険医協会・ルームA～C

対象者 新入職員、研修会をはじめの方 定員 40人

協賛 有限会社アミス

4月1日より普及開始! 保険医年金

加入申込受付期間 6月20日(土)まで ※2015年9月1日付加入

45歳から加入 (加入期間25年)
70歳から10年確定で受給の場合

月払 10口加入 利息 約580万円
年金月額 約30万円
受給総額 約3,580万円

【掛金総額 3,000万円】 45歳 70歳 80歳
掛金 3,000万円 受給総額 約3,580万円

※上記の積立額は、現在の予定利率で計算しています。短期のご利用では手数料との関係で積立金が掛金を下回ります。詳しくは、3月末発送の年金パンフレットをご覧ください。

ご注意下さい! 現在ご加入の年金を一部あるいは全部解約し、新たに加入申込みされる場合は6月10日(水)までに解約書類を協会事務局までご提出下さい。保険医年金に関するお問い合わせは、京都府保険医協会 経営部まで。

自在性のポイント

- * コツコツ貯める月払、まとまった余裕資金を一時払で着実に積立て。
- * 必要な時に、いつでも口数単位で解約可能。
- * 掛金払込みの中断・再開ができます。
- * 年金受取開始は、加入5年後から80歳(満期)の間で自由。

受給方法は、定額型確定年金(10・15年)と通増型確定年金(15・20年)の4種類の中から、受給開始時に選択。

* 万一の場合は、ご遺族が遺族一時金または年金として全額受給。

保険医年金は、三井生命(幹事)・明治安田生命・富国生命・日本生命・太陽生命・第一生命の受託生保会社が普及を担当しております。訪問の際は、是非ご面談下さい。電話・訪問等が重なる場合がございますが、ご容赦下さい。