京都保険医新聞

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

厚労省懇談

噴出する不安や疑問の声

「新専門医制度」で意見交換行う

2017年4月の「新専門医制度」による研修開始まで約1年。ここへきて日本病院会や日本医師会から実施延期が叫ばれる事態となり、厚生労働省の社会保障審議会・医療部会に設置された「専門委員会」での議論も始まった。

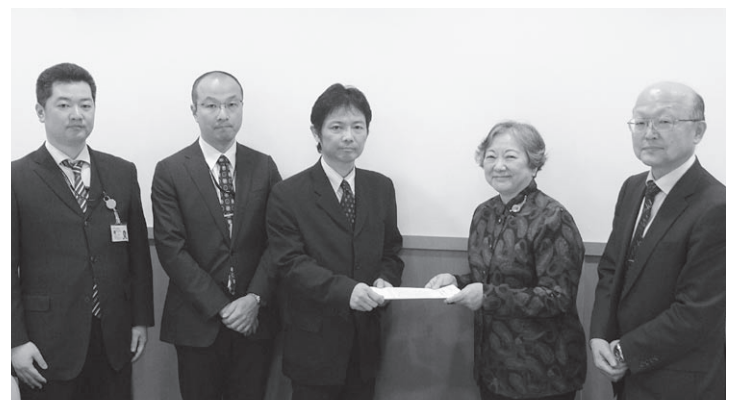
協会はこれまで主に「新専門医制度」について総合診療専門医を検証してきたが、昨年末から同制度が地域医療へもたらす影響への懸念が広がってきた。「第5回開業医フォーラム」（既報・2月7日開催）でも、特に初期臨床研修必修化以降、積極的に後期研修施設として若い医師を育成・医師確保を進めてきた中小病院の危機が濃厚となった（**4面にアンケート結果**）。

協会は3月18日、地域医療構想への懸念も含めた『新専門医制度』ならびに医療・介護サービス提供体制改革について」の塩崎恭久厚労大臣宛要望書を取りまとめ、垣田さち子理事長と吉中丈志理事が上京し、厚労省との懇談を実施した。

厚労省からは医政局医事課医師臨床研修推進室・田村卓也室長、同・小野田充彦臨床研修係長、医政局地域医療計画課・細川康二課長補佐が対応した。

懇談では要請内容に対する厚労省のコメントを受け、意見交換した。

厚労省は「新専門医制度」への懸念・指摘の拡大に関し、一般社団法人日本専門医機構（以下「機構」）は意見を真摯に受け止め、柔軟に対応するスタンスだ。社保審・医療部会の下に設置された専門委員会（「専門医養成の在り方に関する専門委員会」第1回会合・3月25日）でも、機構は地域偏在を助長しない努力や取り組みについて報告する。それに対し寄せられた意見を受け、さらに修正・検討するとした。



要望書を手渡す垣田理事長と吉中理事

その上で協会の要請にある「大病院・大学病院でしか研修できなくなるのではないか」「中小病院から医師・指導医が引きあげられるのではないか」「新たな規制や義務化が課せられるのではないか」等の指摘について、ごもっともな点もあるだろうが、実は機構の説明不足が原因で誤解を招いている面もある。確かに領域によってハードルが高いものもあるが、19基本領域の基準は様々で、例えば必要な指導医数も違いがあり、プログラム整備基準ごとに地域医療への配慮に係る項目がある。それを機構が説明すべきだとした。（**関連3面**）

また同日、垣田理事長らは国会議員会館を訪れ、懇談の実現に協力いただいた福山哲郎参院議員（民主・秘書）、医系議員である倉林明子・小池晃議員（いずれも共産）と懇談し、地元での不安の声を届けた。

代議員・予備代議員 補選の公示

東山

東山医師会選出の代議員および中京東部医師会選出の予備代議員に欠員が生じました。それにともない京都府保険医協会選挙規定第32条1項により、代議員・予備代議員の補欠選挙の公示を次の通り行います。

▽**公示日**＝2016年4月5日（火）

▽**締切日時**＝4月12日（火）午後4時

〈東山〉

▽**定員**＝代議員1人

〈中京東部〉

▽**定員**＝予備代議員1人

▽**任期**＝2017年4月30日まで

▽**立候補届出方法**＝立候補される方は所定の「立候補届出書」に必要事項を記入・押印のうえ、締切期日までに当該医師会長または本協会事務局気付、京都府保険医協会代議員会議長までご提出下さい。

立候補届出書は本協会事務局に用意しています。また当該医師会長宛にも送付しています。

ストップ！患者負担増

患者署名にご協力を！

本紙に署名用紙を同封しています。ぜひとも窓口での患者署名活動にご協力をお願いします。（関連3面）

主張

診療報酬改定論議に割り込んできた『保健医療2035』とは？

2035年を見据えた保健医療政策のビジョンと銘打たれた『保健医療2035』は、策定懇談会により昨年まとめられたものである。策定委員には若い世代の厚生労働省官僚や大学教授などが中心となり、自分らなりに20年後を見据えた保健医療のパラダイムシフトを提言したという。しかし、その内容のほとんどはこれまで政府系会議で方針化・決定された医療政策の焼き写しである。これらの認識・思想の呪縛の中でしか発想できなくなっているようだ。そもそも策定会議の性質は「非公開の自由闊達な議論」の〝懇談会〟であり、個人的認識や発想を披瀝した提言に過ぎない。しかし、問題はこの提言に塩崎厚労大臣がまる乗りして推進本部を設置したうえ、今次診療報酬改定内容にも言及するなど看過できない存在になってきていることである。

中身だが、まず主タイトルが「2035年、日本は健康先進国へ」。となると現在は健康後進国という認識かと思いきや「我が国は…高い平等性・手厚いセーフティネット・フリーアクセス・世界一の良好な保健アウトカムを、比較的低い医療費で達成してきた。これは、先達の叡智と国民の努力の賜物である」と高く評価している。ところがここで「少子高齢化の急速な進展、疾病構造の大幅な変化」を対置し、「これまでの保健医療制度を規定してきた根底の価値規範、原理、思想を…根本的に転換すべきである」と過去の全否定を行う。そうではなく、過去の医療政策やその思想の何が間違っていたのか、その中で世界一を実現させてきた叡智や努力とは何であったのかを冷静に分析・評価・批判し、良いところを社会情勢の変化に対応させて修正・補強していく作業こそ責任ある官僚の政策立案力であろう。

ビジョン第1の柱が「リーン・ヘルスケア」で、意味は「価値の高いサービスをより低コストで提供すること」とある。内容的に政府・財界がかねがね主張してきて、今次診療報酬改定で導入された「アウトカム評価」と「費用対効果」とを合体させたものに類似し、さらに「ビジョン達成に最も重要なものは、透明かつ説明責任の確保」とあり、これは既出の「見える化」に過ぎない。いずれも目新しいものではない。また第3の柱がグローバル化であるが、これは医療を目玉にした「新成長戦略」そのもので、すでに経産省は医療システムの海外輸出を強力に後押ししている。これも新鮮味はないし、そもそも他国の医療制度中に新システムを闖入させる儲けビジョンとは如何なものか。我が国はOECD諸国中、国民人口比で医師数下位・看護師数中位と後塵を拝し、医療費のGDP比でも下位の劣後国である。パラダイムシフトを言うのであれば、まずは劣った医療諸策を転換し、人的・金銭的資源を日本国内の医療（更には介護・保育）充実に投入すべきである。

医界寸評

J・S・バッハはライプツィヒの聖トーマス教会で、自作を奏でていた。ステンドグラスで飾られた教会内で、聴衆はチェンバロのまわりに陣取って演奏を聴いていたが、それは同時に祈りを捧げることでもあった。バッハは曲を通して神を伝え、聴衆は曲の背後に神を感じた▼今の我々はどうであろうか。バッハを聴くために、コンクリート造りの無機質な音楽会場へ足を運んでも、そこに神を感じることは難しい▼ところで、いい音楽を聴くと、なぜいい気持ちになるのであろうか。物理学的に考えると、お互い作用を及ぼすには、それぞれが同じ性質である必要がある。つまり同一次元（ディメンション）ということである。音楽は空気の振動であるから波であり、それが心に影響するのであるから心も波である。心は身体やまわりの環境から影響を受けるので、身体やまわりの世界も波ということになる。この中で自分の自由になるのは心だけであり、心の持ち方一つですべてが変わるということである▼長い間、人々にとって、「強いこと」が最も大切な事柄であった。その後、時代が進むと、「正しいか正しくないか」がそれにとって代わり、さらに時代が進んで21世紀になると、「楽しいかどうか」に変わった。医療制度でも政治でも、心に楽しさ、夢がなければ何も動かないということである。（Clear）

主な内容
診療報酬改定こうみる②　入院（2面）
地区医師会との懇談（西京・綾部・福知山）（2面）
雇用問題でアンケート（4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

西京医師会と懇談会

日本の開業医の素晴らしさ広く訴えを

2月10日　洛西エミナース

協会は2月10日、西京医師会との懇談会を開催。地区から8人、協会から5人が出席した。

出席者13人で開催された西京医師会との懇談

懇談会は西京医師会の内田亮理事の司会で進行。冒頭、地区の北村裕展会長があいさつ。「洛西地域は医療的には恵まれているが、人口減少も進んでいる。協会は会員の経営をしっかりサポートしてくれることを訴え、若いドクターにも入会を勧めたい」と述べた。これを受け、協会の垣田理事長があいさつ。続いて協会各部会の報告と情報提供を行い、意見交換した。

意見交換では、「新専門医制度」と消費税増税が話題となった。地区から、「新専門医制度」でこれまでの学会認定の専門医はどうなるか。従来は専門医資格を取得してもメリットはなかったが、機構認定医が公的な資格なら、診療報酬上の評価はしてほしい。また、新たな仕組みにより、新臨床研修制度以来大学から離れていった医師が戻ってくるなら良い面もあるのではないか、との意見が出された。これに対し協会は、国の進める医療・介護サービス提供体制改革は、2025年の機能別の必要病床数を決めておき、そこからはみ出た病床を削減する。「新専門医制度」は専攻医・指導医を中小病院から引き上げ、大学へ集中させる。こうして病床機能分化・グルーピングが進み、廃業に追い込まれる病院も発生しかねない。地域の病院は地域の人々にとって必要なもので、いったん失われると元に戻せない。病院団体からもぜひ声をあげてほしい、と述べた。

また、地区からは10月開催予定の保団連医療研フォーラムのテーマに掲げた「開業医医療の復権」について、医師にはわかるのだが、市民には権益を主張していると受け取られないか、との懸念も出された。これに対して協会は、これまでも同様の意見はあったが、最終的にこれしかないと決めた。日本の他国に例をみない開業医の大切さを訴えたいと理解を求めた。これを受け、地区からは日本の開業医のすばらしさは他国と比較するとよくわかる。一般の方にもわかってもらうためのマスコミへの対策が弱いのではないかとの意見が出された。

消費税増税をめぐっては、地区から現状では税率10％への引き上げで倒産しかねない病院もあるのではとの危惧が示された。一方で、北欧には税率20％だが医療は無料という国もあり、元々の仕組みが変わらなければ、解決しない問題なのではないかとの意見も出された。

綾部・福知山医師会と懇談会

中小病院厳しくなれば地域医療も崩壊と懸念の声

2月13日　ハピネスふくちやま会議室

協会は、綾部医師会と福知山医師会との懇談会を2月13日に開催した。参加者は、両地区から8人、協会から5人であった。懇談会は、福知山医師会の横山尚樹理事の司会で開会し、冒頭福知山医師会の井上昇会長は「難局を乗り越える有意義な懇談会にしたい」とあいさつ。垣田理事長は「2025年の『川上』『川下』一体改革に向けて国は着々と動いている。2年後には医療と介護の同時改定が控えている。厳しい状況だが、日本の医療制度をどうするか、発言していきたい。『新専門医制度』と京都府の地域医療構想について、意見交換したい」とあいさつした。

協会からは各部会の情報提供に続いて「新専門医制度」「地域医療構想」について情報提供し、地域医療連携推進法人創設と「新専門医制度」の問題点を中心に、個別指導や新規開業等についても幅広く意見交換が行われた。

地区からは、2017年4月に始まろうとしている岡山大学メディカルセンター構想に代表されるような地域医療連携推進法人の具体化へ向かう地域もあるが、京都の場合はどうなのかとの質問があった。これに対し協会は、大学を中心とした「新専門医制度」により連携病院作りが課題になる。そこに開業医がどのように組み込まれることになるのか、注目している。さらに、医師派遣や確保の問題、また医師の立場からは、様々な病院をローテーションするため、その身分や給与体系も懸念される。医師確保は中小の病院経営に直結する。開業医は後送病院があるから安心して診療できる。それがなくなれば大変なことになるが、マスコミは一切取り上げてくれない。着実に病床数は減っている。地域のことを考えているのか、机上の理論だとの憤りを覚えると回答した。

出席者13人で開催された綾部・福知山医師会との懇談

さらに地区から、「新専門医制度」による研修は17年4月から始まり、20年までに現在の学会認定専門医も機構基準専門医へ段階的に移行するが、総合診療専門医と一般の開業医の棲み分けはあるのか。まず総合診療専門医を受診し、直接専門医の受診ができないとなると患者は二度手間になるとの意見か出された。これに対し協会は、日本の開業医は、開業した地域で住民と生活基盤を共にし、医療を提供する。これを基本に皆保険制度が成り立ってきた。病院の総合内科医と総合診療専門医は、異質のものとなるだろう。ゲートキーパーとして、スクリーニング的なことしかできないように枠をはめられたら、それまでの経験や知識を活かした治療ができずにモチベーションも下がるだろう。在宅にも力を入れて経験を積むことで地域の医師は育つ。学校医、乳幼児健診、発達障害など、総合診療専門医も同じようにできるのか、3年で本当にできるのか疑問だと述べた。

最後に綾部医師会の米谷博夫会長から「本日のご意見を活用して、今後の地区医師会活動に役立てていきたい」との閉会のあいさつの後、会場を移して懇親を深めた。

医療結果で格差生み出す 新アウトカム評価に危機感

2016 診療報酬 改定こうみる ❷

入院　副理事長　渡邉　賢治

今回の改定では、入院の再編と機能分化を目指し、特に急性期病床の削減を推し進めようとする内容である。7対1病床の削減のため、「重症度、医療・看護必要度」に新設の「C項目」を追加した上で、基準を満たす患者割合を15％から25％に引き上げた。在宅復帰率も計算対象に含まれる退院先に在宅復帰機能強化加算の届出をした有床診療所を追加したが、その割合を75％から80％に引き上げた。

この結果、7対1を算定する中小病院ではその維持が難しくなる可能性が高い。また、7対1と10対1を病棟群単位で届出ができるようになったが、これも10対1への移行を目的とした経過措置の意味合いが強い。退院を促進し、在宅への流れを進めるために、「退院支援加算1、3」「地域連携診療計画加算」「退院訪問指導料」に高い点数がつけられた。

地域包括ケア病棟では点数は据え置かれたが、手術料が出来高で算定できるようになった。

回復期リハ病棟には新しいアウトカム評価が設けられた。このことは医療の結果に点数として格差をつけることになり、大きな問題を含むと考える。このアウトカム評価が広がる可能性もあり、注視が必要である。

療養病棟では、「療養病棟入院基本料2」にも医療の必要度が高い医療区分2、3の患者割合が50％以上であることが要件となった。「療養病棟入院基本料2」算定病床は2017年度末に廃止する方針であり、医療必要度が低い患者の受け皿がないままに進められると、これら患者が在宅へと投げ出されることになる。受け皿が整備されていない以上、療養病床の存続は必要と考える。

有床診療所では「在宅復帰機能強化加算」が新設され、7対1病床や地域包括ケア病棟等から退院患者を受け入れた場合、病院側は在宅復帰率にカウントでき、有床診療所は病院からの患者受け入れとしての役割を担うことになる。しかし、まだまだ有床診療所の評価は低く、入院基本料の底上げなど改善を求めていきたい。

2016年度 新点数説明会

『新点数運用Q＆A・レセプトの記載』説明会

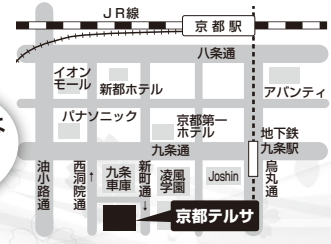
日　時　4月28日(木)
午後2時～4時30分

場　所　テルサホール（京都テルサ内）

資　料　『新点数運用Q＆A・レセプトの記載』

※説明会に参加の会員には事前に送付する引換券と交換に1冊無料でお渡しします。説明会に参加されない会員には5月6日頃の送付となります。

お申込みは協会まで



『グリーンペーパーNo.235』（3月25日発行）の参加申込書をご活用下さい。

「新専門医制度」めぐる厚労省との懇談 ―― 1面つづき

協会は「新専門医制度」を巡る会員の不安や疑念の声を、要望書『「新専門医制度」ならびに医療・介護サービス提供体制改革について』としてまとめ、厚労省と懇談を実施（1面）。要望項目にしたがって意見交換を行った。

まず、実質的に大学病院・大病院が基幹研修施設となることで医師の一極集中が起こるのではという懸念については、機構は大学病院のみのプログラムは認めないなど、地域医療に配慮している。今、機構はプログラムを審査し、例えば従来研修医を受け入れてきた施設が漏れている場合、実績がある施設が連携施設になっていない場合をチェックし、基幹病院と連絡・調整している。施設だけでなく、二次医療圏単位の漏れにも留意している。国としても去る1月15日に都道府県に通知（専門研修プログラムの認定に向けた各都道府県の役割について）を発出。「地域の関係者による協議の場の設置」等をお願いした。基幹施設と連携施設でのローテーションの在り方は「協議の場」で議論することになるだろうと述べた。

また（専門医取得の）義務化や、機構による「must」との表現は、機構はそうしたいと思っているかもしれないが、「専門医制度」は法令に基づくものでなく、取得しなければ仕事ができないわけではない。「専門医の在り方に関する検討会報告書」（13年4月22日）には「医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とすることが適当」とあるが、新卒医師が念頭で、今35％いる専門医資格のない医師が全員専門医にならねばならないわけではない。

更新について外科系専門医が高齢になると症例数を満たせなくなり、事実上定年になるとの懸念については、今後のサブスペシャルティの議論とも関連するのではないかとの認識を示した。

専門医資格と診療報酬・広告制度のリンクについて、診療報酬の議論は現状では出ておらず、広告制度の議論も始まっていない。それらによる事実上の義務化を懸念しているようだが、現時点では既定路線ではない。広告制度については在り方報告書に明記されており、今後検討することになる。

一方、診療報酬については、個人的見解だが、「専門医制度」が現時点では法令等に基づいた国の制度でなく、結びつけて議論するのは難しいのではないかとの考えを示した。

総合診療専門医創設に関連し、開業医の役割をどう考えているかについて厚労省は、開業医は地域に根差し、非常に重要だ。総合診療専門医と開業医との違いについて、開業医はいずれの標榜科にせよ、地域の方々に密着した役割を持つ。総合診療専門医は一つの領域に止まらず、幅広い疾患を診ることをプログラムで身につけて他の診療科とも連携・協力していく役割を負う、とした。

一方、都道府県の策定する地域医療構想については、「偏在」がある現状に基づいたレセプトを根拠に推計すれば、「偏在」が固定化するとの指摘の趣旨はよく理解する。2025年の推計値を現状と見比べて調整会議で議論することこそ重要である。推計値は病床削減目標ではないとコメントした。

協会は、今の後期研修の下では、医師は3年といった単位で研修しており、「新専門医制度」の研修プログラムの短期ローテートとは違う。連携施設になると医師の在籍期間が短縮する恐れがある。患者さんの認知度やチーム医療の意味でも、違う。そこにリアリティを持ってほしいと求めるなど、厚労省が地域に広がる不安との認識の距離を埋めるように求めた。

懇談後の3月25日、社会保障審議会・医療部会の専門委員会の第1回会合が開催された。報道によると、厚労省が専門医の養成開始に向け、都道府県による研修プログラムの調整支援などに関与していく考えを示す一方、全日本病院協会会長から「医療部会での議論も踏まえ、制度を白紙に戻して基本的なことから議論すると思っていた」「もう一度根本に戻って基本的な議論をすべきではないか」との指摘もあったという。

協会は、引き続き「新専門医制度」の地域医療への影響を危惧する現場の声を国へ届けるとともに、医師の在り方の根本転換につながる動きに対し、必要な批判提言を進めていく。

ストップ！患者負担増

署名活動に取り組みを

副理事長　渡邉　賢治

この4月から患者申出療養の創設とともに、患者負担増となる紹介状なし大病院受診時の定額負担、入院時の食事負担引き上げが実施されました。政府はこれに加え、高齢者の窓口負担の引き上げなど、さらなる患者負担増を計画しており、今夏の参院選挙後に具体化されます。これに対して、京都府保険医協会は「さらなる患者負担増計画の中止を求める請願」署名活動に取り組みます。本紙に署名用紙10枚と返信封筒を同封しているので、各医療機関においてぜひ取り組んでいただくようお願いします。

経済的理由による受診困難となるケースがあり、協会が実施した調査では、3割の医療機関で、この半年で治療中断を経験しているとの結果です。治療中断となった事例の多くは、糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病があげられますが、中には悪性腫瘍なども含まれています。

さて、今回の診療報酬改定では、退院後1カ月以内の特定疾患療養管理料の算定制限が入院していた医療機関に限られる扱いが明記され、また、複数の医療機関で異なった疾患に対して在宅自己注射指導管理を行っている場合にいずれの医療機関でも、在宅自己注射指導管理料を算定できるようになりました。このことは、会員の先生方の要求、現場での意見をアンケート結果と会員署名という形で厚労省に提出し、直接懇談して説明し、改善要請をするといった取り組みの成果だと思います。このように、会員の先生方や患者さんの声を署名という形に変え、直接顔をあわせて、面と向かって、生の声で要請を伝える。このことはとても大事な取り組みだと感じます。

今回皆さんにお願いする「ストップ！患者負担増」の署名も数多く集め、国会に届けたいと思います。目標は1万筆としています。決して難しい目標ではないと思います。京都協会会員数は約2400人。会員各位お一人に5筆ずつ署名を集めていただければ達成します。スタッフや家族の方にも署名いただき、ぜひとも「ストップ！患者負担増」の署名活動に多くの会員先生方が参加していただければと思います。よろしくお願いいたします。

高浜停止を迫い風に

〈今こそ原発ない国へ〉

バイバイ原発きょうとで2200人結集

今年で5回目の開催となる「バイバイ原発3・12きょうと」を3月12日に円山野外音楽堂で開催。参加者は2200人となった。主催はバイバイ原発きょうと実行委員会。

円山野外音楽堂を埋め尽くした参加者

秋山氏

当日は、主催者あいさつで大津地裁の高浜原発運転差し止め仮処分決定について、「再稼働した原発が止まりました」と言及。大きな歓声が上がった。

集会では、南相馬市から避難している福島敦子氏がスピーチ。福島氏は事故発生をニュース等で見て死を覚悟したと、当時の心境を吐露。「原発があるということは、その危険性が常にあるということだ」と述べた。また、福島の現状についても言及し、現地で放射能汚染の話はタブー視されていると報告。「世界最大の公害に立ち向かい、原発が稼働しない未来を」と訴えた。

「原発なくてもいいじゃないか」歌いながら

続いて元宇宙飛行士で、福島で農家を営んでいた秋山豊寛氏が原発事故という「人災」に対し、みんなで力をあわせて闘おう。我々が先頭に立ち、若い人たちに闘いとはこういうものだと示そうじゃないかと脱原発・再稼働反対を訴え、関西学院大学総合政策学部教授の朴勝俊氏が電力自由化で自らエネルギーを選択しようと訴えた。

その後、SOUL FLOWER UNIONのリクオ&中川敬がライブパフォーマンスを行い、集会決議を採択。参加者全員で「福島を忘れるな」「京都を守ろう」と声をあげ京都市役所前までデモ行進を行った。

ただいま加入受付中！

保険医年金　老後保障にこの制度

加入申込受付期間
6月20日（月）まで
※2016年9月1日付加入

予定利率（最低保証利率）
1.259％（2015年9月1日現在）
※昨年度実績：1.603％
（予定利率1.259％＋配当0.344％）

加入資格　満74歳までの協会会員
※月払増口・一時払申込みは満79歳まで

加入口数
月　払　1口1万円　30口限度（月30万円）
一時払　1口50万円　毎回40口（2,000万円）

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・第一生命が引受保険会社となっています。

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（金）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・経営部会まで。

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）と逓増型確定年金（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。

代議員月例アンケート㊷

従業員の雇用状況、人件費に対する負担感について

対象者＝代議員91人、回答数42（回答率46％）
調査期間＝2月19日～3月5日

診療報酬で人件費は賄えない 医療技術への適切な評価を！

今アンケートでは、経営が厳しい中での人材確保に伴う人件費の負担感や、それに必要な診療報酬の引き上げ要求についてたずねたところ、回答率が46％に達し、保険医の医療技術への適切な評価を診療報酬の引き上げに求める意見が寄せられた。

「常勤」少なく「非常勤」多め

開設者・専従者を除く従業員数をたずねたところ、常勤では「1～2人」が一番多く31％、次いで常勤がいない「0人」が21％、「3～5人」が19％、「6～10人」が10％、「11～15人」が7％であった。一方、非常勤は「3～5人」「6～10人」がそれぞれ21％と一番多く、次いで「1～2人」が19％、非常勤がいない「0人」が14％、「11～15人」が12％であった。雇用している常勤・非常勤の合計数では、「6～10人」が一番多く38％、次いで「3～5人」が24％、「11～15人」「16人以上」がそれぞれ10％、「1～2人」が7％であった。1日平均従業員数は「3～5人」が43％と4割以上を占め、次いで「6～10人」が24％、「1～2人」が17％であった。（図1）

7割以上が現従業員数に満足

現在の従業員数が適当な人数かたずねたところ、「ちょうど良い」が74％で7割以上が満足しているとの回答であった。しかし、「不足している」は17％、「多すぎる」は7％あった。

賃金は十分に支払い

労働に見合った賃金を支払えているかたずねたところ、常勤では「支払えている」が67％、「支払えていない」が7％であった。一方、非常勤では「支払えている」が83％と8割以上、「支払えていない」が2％であった。

人件費の負担感大 約4割

人件費の負担感についてたずねたところ、「負担に感じている」が36％と4割近くあり、「負担に感じていない（適度）」が33％、「どちらともいえない」が29％であった。（図2）

雇用の問題点 浮き彫りに

雇用に関する問題点をたずねたところ、「シフト組みや有給休暇を消化してもらうため、人員確保が必要」が17人と一番多く、次いで「診療報酬が低く、十分な雇用が賄えない」が15人、「求人を出しているが、なかなか人材が見つからない」が13人、「時間給が高くなっていて負担」が12人であった。また、問題点なしを含む「無回答」は9人であった。さらに、「医業収入が減り、従業員整理もやむを得ない」は9人、「人間関係がうまくいかない」は8人、「施設基準取得のため、人員確保が必要」は3人であった。（図3）

診療報酬引き上げ 求める声続々

自由意見欄では、「診療報酬のみでは従業員の人件費を賄いきれない状態が続いている」「診療報酬が下がっても、従業員の給与を下げることはできない。このアンバランスを企業努力でカバーせよと行政は言うつもりかもしれないが、限度がある」「院内処方から院外処方に変更した分、仕事量は減り、収入も予想以上に減少した。本体部分の技術料の加点がほしい」「介護保険のように人材充当名目の報酬のアップを希望する」「再診料の引き上げ。技術料、特に調剤料、処置料が低すぎる」など、診療報酬の引き上げを求める意見の他、「特に看護師は求人を出しても人材が見つからず、採用にあたって大きな費用がかかる」といった雇用・人件費の問題点に関する意見もあった。

協会では、今アンケートの結果も含め、今後も保険医の医療技術に対し適切な評価がされるよう、診療報酬の改善要求を実現させていきたい。

図1　従業員（開設者・専従者除く）の人数

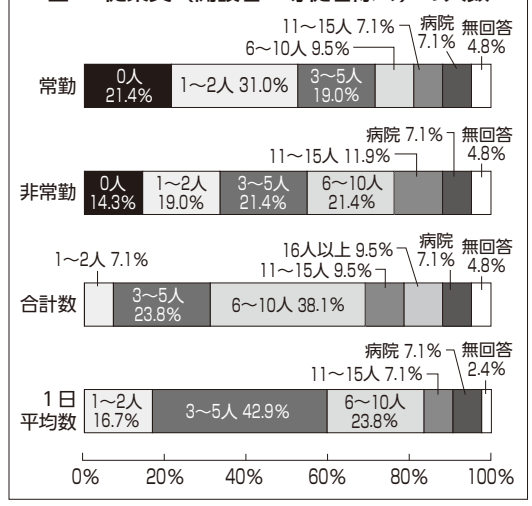


図2　人件費の負担感について

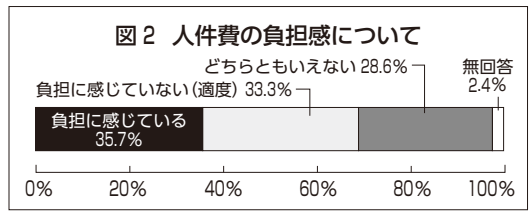
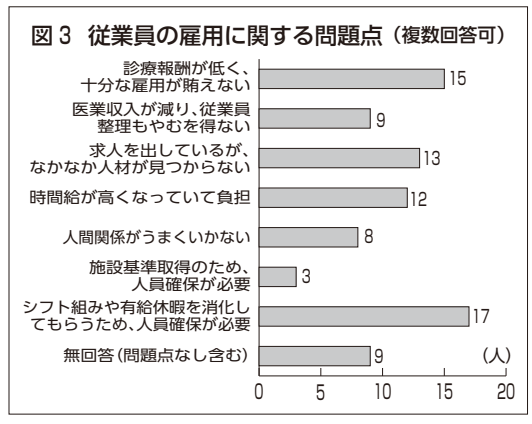


図3　従業員の雇用に関する問題点（複数回答可）



厚労省懇談にあたり 中小病院に意見聴取

73％が「新専門医制度」に問題あり

協会は厚労省との懇談を行うにあたり、「新専門医制度」と地域医療構想について中小病院を対象に緊急アンケートを実施。期間内に11病院から回答を得た。

「新専門医制度」の評価について、「問題あり」と答えたのは8病院（73％）、「問題なし」は2病院、「わからない」が1病院であった。

問題と感じるところや負の影響については、「医療崩壊につながる」「中小病院の医師確保が難しくなる」「大学の利権だけを考えた制度」など。その解決法や国への要望については「専門医制度は必要ない」「研修医制度を含め根本的に見直す必要あり」「規模とは関係なく質の高い研修施設を認定すべき」といった意見が見られた（下表）。

地域医療構想に問題ありは45％

「地域医療構想」について、「問題あり」は5病院（45％）、「問題なし」は2病院、「わからない」は3病院、無回答1病院であった。

問題と感じるところや負の影響については、「在院日数の抑制が全く合理的であればよいがそうは思わない」「患者追い出し強化」「在宅、施設での収容に限界があり、抜本的な改革が必要」「病院単位で検討すべき問題をとやかくいわれるのは好まない」など。その解決法や国への要望については「在院日数の幅をもっと大きくする」「在宅強化（Dr、Np、介護職員の処遇改善）」「療養型病床、施設の充実をさらに図り、すぐに入れるような拡充をしてほしい」「地域性を充分考慮してほしい」などであった。

京都府への要望では、「地域包括支援センターの実質的な活動強化」「機能役割を明確にしていくはずが、地域包括ケア病棟を導入することで、大病院から地域への連携パスがなくなってきた。これでは機能役割になっているのか甚だ疑問である」「二次医療圏における急性期の内容充実が最も大切で数を減らすことばかりが課題になっている」「医療圏単位での検討で充分かどうかが疑問あり」など。

新専門医制度に「問題あり」とした病院の意見

❶問題と感じるところと負の影響	❷その解決法又は国への要望
医療崩壊につながる	専門医制度は必要ない
専門に偏りすぎると、一般的によい意味での広くみることができる医師がいなくなる	両者がうまく共存できる場をつくるべし
地域の医師不足（医師の偏在）、大学の医局支配	基幹施設の責任で医師不足地域へ指導医をつけた医師配置
医師確保が難しくなる。このままの制度ではまた医療崩壊が起こる	新内科の専門医制度を立ち上げてそれに問題があれば改善していき、他科の専門医に広げていくのはどうか？
大学は研究の場であり、臨床的専門医制度とは必ずしもあわない。当院としてはプラスになる	ピラミッド型は必ずしも若年医師教育にプラスにならず、また中小病院との交流が自由にできるようにしてほしい
医師の安定確保が保たれるのか。中小病院にとって医師の不足、派遣医師の引き上げは経営面において大きな影響となる	医師の人事権がどうなるのか、公平な配置が行われるような制度をお願いしたい
現在の研修医制度と同様、仕事をしない、できない医師を増やす。そのため労働力としての医師数が減少、高度医療に対する負担がくる	研修医制度を含め根本的に考え直す必要あり。役に立たない専門医を増やしても意味がないと思う（専門医になることしか考えない医師が多くなる）

❶新専門医制度は大学病院（あるいは一部の大病院）以外で後期研修をするならば専門医資格を与えないと脅す方法であり、若手医師の力で成り立ってきた市中の中小病院を潰すための方策としか思えない▼内科専門医にしても、内科全般の診療にあたる医師の育成を目標として作る制度ならば内科全般の診療にあたる医師の育成に、全くといってよいほど今迄貢献して来なかった大学に後期研修医を集めることがおかしい▼大学がそのような役割を本当に担いたいのであれば、市中病院よりも様々な疾患を管理することができるような医師育成ができるとの実績を先に示すべきである▼また、どのような後期研修が最も勉強になるかは研修を受ける当人がもっともよく分かっており、自由に後期研修先が選べるようになった近年、大学病院から若手医師が遠ざかった理由を考えるべきである（マッチング結果が市中病院のほうが高いことがすべてを物語っている）▼大学でしか学べぬ先進的医療や研究を若いうちから学ぶべき人は大学病院を選ぶだろうが、総合診療・地域医療に興味があれば大学から遠ざかるのは理解に容易い▼それは、地域医療をローテーションで数カ月研修したところで、患者さんの家庭にまで入り込んだ介入はできず、形式上研修したに過ぎないことを知っているからである▼また、様々な科を短期間でローテーションして、ポリクリのように様々な疾患を形式上だけ診させてもらっても専門医制度の基準はクリアする（それはたとえ治療方針がすでに決まっている患者の定期入院を担当しただけであってもである）。しかし、一例ずつ症例を大事にし、真摯に向き合い、入院から退院まで責任をもって診療すれば、診ることのできる疾患数は少なくなり、専門医制度の基準はクリアできないかも知れない。しかし患者さんの全身を診ることができる医師はどちらと考えられるかは想像に容易い▼人間中心の医療・ケア、包括的統合アプローチ、地域志向アプローチは大学中心のローテーションでは築くことは困難なのである▼このように全人的医療を行おうとする総合診療や地域医療の立場から考えれば、大学病院に後期研修医をかき集めることに利点は見いだせない▼内科専門医の経験すべき疾患リストをみても大学病院を中心とした疾患想定がされており、日本全体の疫学が反映されていない▼ばらばらの臓器別専門医が意見を述べたものを寄せ集めた基準ということが容易に推定できる薄い内容であることは様々な疾患を診療している“本当の内科医”であればすぐにわかるだろう▼このような大学の利権だけを考えて作られた制度で、研修医のそして地域住人にとって望ましくない制度は容認できません。

❷大病院で研修することが優れる、という間違った認識をまずは取り払い、過去に質の高い臨床研修を行った病院を病院の規模とは関係なく単独の研修施設として認定すべきである▼小さな病院でしかできない研修スタイルもあり、それは大病院の研修スタイルとは大きく異なっても、劣ることはない可能性がある▼大規模施設ではなく、発言力の弱い小さな施設からの意見も事前にヒアリング・調査するという当たり前のことをしてから制度を作り直してほしい。

医師が選んだ 医事紛争事例 37

（50歳代後半女性）

〈事故の概要と経過〉

生牡蠣を摂取して翌日就寝後の夜中より嘔気が出現した。1時間以上経過しても症状が続くため救急受診した。当直の外科医師は生牡蠣による急性胃腸炎を疑い、制吐剤・点滴治療を開始した。

数十分後に患者に付き添っていた家族から、患者がいびきをかいて呼びかけても応答がないとの連絡を受けた。直ちに診察したところ、いびき様の呼吸で意識・対光反射もなく、脈拍も触知せず血圧測定も不能であった。直ちに心臓マッサージを施行し、アンビューバッグにて呼吸を補助しながら心電図モニターを装着したところ、心室細動が確認された。前胸部殴打を数回繰り返したが、心室細動は改善されず、電気的除細動を施行したところ、心停止に移行した。

その後、強心剤の静脈内投与により、再度心室細動が出現し自発呼吸も完全に停止した。気管内挿管による人工呼吸下に心臓マッサージを行いながら、電気的除細動・強心剤投与を施行した。一時的に心拍が再開したが、すぐに心室細動へと移行することが繰り返され、点滴内に抗不整脈剤を混入し、静脈内持続投与を行った。

十数回の電気的除細動と強心剤投与を繰り返し、心室細動より回復し、心拍再開・頸動脈の微弱な拍動を確認した。しかし血圧は測定不能の状態が続き、その後血圧が100㎜Hg台まで回復したが、自発呼吸および意識の回復はみられず、対光反射も認められなかった。

心疾患を疑えない患者が心停止して植物状態に

その後血液検査、胸部レントゲン、頭部CT、心電図検査を行い病棟で人工呼吸器に装着した。継続的に頭部CT検査を実施したが、脳の萎縮を認め、脳波の波形はフラットの状況であり、時折開眼はするがほぼ植物状態となった。

患者側としては、次の2点について患者の夫が作成した照会書を当該医療機関に提出した。

①患者は腹痛・下痢の症状はなく高血圧であり、脇が詰まった感覚と背中の痛みを訴えたが見過ごされた。当直医師の診察は適切であったのか。

②点滴治療中に病状が急変したとき、付き添いの家族からの訴えがなければ心肺停止にも気付かなかった医療機関の態勢は適切であったのか。

医療機関側としては、①心疾患あるいは急性腸炎であったのかは分からない。例え検査をしていても異常所見が出ていない可能性が十分考えられ、腸炎を否定する所見がなければ同様の結果であった。また血液検査・心電図は通常この場合は行っていなかったが、今後の救急外来においては最低限、血圧脈拍測定はリスクマネジメントの観点から行うよう改善した。②患者を放置してはおらず、付き添いの家族が離れたときは看護師が付き添っていた。以上の点から状況を回避できた可能性は極めて低く、正当な医療行為であったと判断した。

紛争発生から解決まで約7年3カ月間要した。

〈問題点〉

受診直後の問診表から心疾患を疑うような訴えはなく、患者本人は吐き気を訴えていた。このような状況から急性胃腸炎を第一に疑うことは当然であり、受診直後に心電図を装着する必要は考えられない。点滴中も患者をひとりにした事実もない。容体急変後の処置も適切に行われ、心臓の動きも回復している点から問題はない。ただし、受診直後に血圧脈拍測定を行っておらず、仮にこの時点で最低限脈拍を測定して、何らかの異変に気づいて対処すれば、電気的除細動が早く施行できた可能性はある。それにより予後の状態が変わった可能性も否めない。

〈結果〉

医療機関側が患者側に医学的説明を試みるとともに医療過誤を否定したところ、患者側からのクレームが途絶えて久しくなったため、立ち消え解決とみなされた。

保険診療 Q&A

2016年度改定・湿布薬の投与について

Q、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投与する場合は、当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を、レセプトや処方せんに記載することになった。それ以外にも、湿布薬の投薬にあたり、レセプトの記載要領や処方せんの記載要領が変更されたのか。

A、湿布薬を投与した場合は、枚数に関わらず、レセプト「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量を記載した上で、「1日用量」または「投与日数」を記載することになりました。また、処方せんで投薬する場合は、処方せんに「1回当たりの使用量および1日当たりの使用回数」または「投与日数」を記載することになりました。

金融共済委員会（3／23）の開催状況

各地区から選出の委員により、共済制度の健全・安定運営を行っています。

①休補運営分科会

弔慰金改定（案）について検討・決定しました。

給付3件、加入1件を審査し全件可決しました。

②融資諮問分科会

融資斡旋3件を決定しました。

ハーブ教室

5月の風に誘われて、香りと癒しのハーブを楽しみませんか。

フレッシュハーブティーや手作りのハーブスイーツを召し上がっていただき、楽しい講師と一緒にハーブグッズを手作りします。

ご家族、従業員のみなさんもお誘い合わせの上、ぜひご参加下さい。

日時　5月21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
講師　榊田 千佳子氏
参加費　会員：1,000円、非会員：1,500円

定員20人 先着順・要申込

定員が一杯となりました。たくさんのご応募ありがとうございました。

イタリアンランチ付
陶芸教室
日時　4月17日（日）

京都府保険医協会主催
2016年度 新点数説明会　現在配信中!
『点数表改定のポイント』説明会
URL http://www.hokeni.jp/
（協会HP保険医専用サイト）

続 記者の視点 58

権力をふるいたがる人たち

読売新聞大阪本社編集委員　原　昌平

たとえば、薬を指示通りに服用しない患者を叱りつける。公務員の給料を半分にしろとネットに書き込む。それらは権力の行使だろうか？

筆者はイエスだと思う。

狭い意味での権力は政治、行政、司法などが持っているが、人と人の間の力関係という広い意味でとらえた権力は、人間社会のそこらじゅうに日常的に存在する。

職場、学校をはじめとする各種の組織はもちろん、家庭にも、地域にも、社会運動にも、様々な力関係がある。

何らかの決定権限や指揮命令がないと世の中が回らないのはその通りだが、問題は、必要以上の権力を積極的にふるいたがる人たちが、少なからず存在することだ。

ここで言う権力の行使は、他者の意思や行動を左右することだけではない。力関係の確認（誇示）も含まれる。

職場の力関係を背景にした言動で、相手が不快感を抱けばパワハラになる。教師の多くは制裁や評価の権限を背景に、子どもに言うことをきかせている。いじめも力関係である。家庭内で力関係を誇示すると、DVや児童虐待が起きる。買い物や飲食のとき、店員にえらそうにすれば、買い手（消費者）という立場が持つ権力の誇示だろう。

医療現場で患者や他職種に対して最も権力を持っているのは医師である。医学部や医療界には封建的な風土が残っており、医師の方々は権力のいやな部分を十分に実感してきたはずだが、そういう風土の中で権力的ふるまいを身につけてしまった医師もいる。

逆に、むちゃな要求をする患者は、医療機関の顧客という立場をよりどころに、権力を誇示したいのである。

なぜ、一部の人たちは権力をふるいたがるのだろうか。筆者は「優越感の確認」だと思う。対等の関係では気が済まない。自分が相手より力を持つこと、強い立場にあること、あるいは優れていることを確認することによって、気分をよくしたいのである。

これは多くの場合、不安や劣等感の裏返しである。自分に自信を持っていれば、わざわざ力関係を確認する必要はない。能力・見識・人格が本当に優れていれば、人は自然についてくる。

困ったことに、権力をふるいたがるタイプの人が組織の上に立つと、自分にしっぽを振る人間を好むので、さして能力の高くない茶坊主が昇進する。ゴマスリで出世した人は自分に不安があるから、権力をふるいたがる。かくして組織は劣化する。

社会的な現象も、一種の権力行使として解釈できる。

過ちをした著名人への過剰な非難、価値観や道徳の押しつけ、生活保護利用者へのバッシング、外国人への差別や憎悪をまきちらすヘイトスピーチもそうだろう。主観的には正義感や被害意識があるのだろうが、反撃しにくい人々をたたくことによって、優越感を得ているのである。

他者との対等な接し方を養うには、どうすればよいのか。根本的には教育の課題だが、やっかいなことに学校は相当な権力行使の場である。

国保への国庫負担減額「見直すべき」

厚労省の子ども医療検討会が報告書

厚労省の「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大教授）が3月22日、議論の取りまとめを行い、子どもの医療費を助成している地方自治体に、国が国民健康保険の国庫負担を減額する措置について、見直すよう求める報告書を了承した。

国保の減額措置は、自治体独自の制度による波及増分は公平の観点から当該自治体が負担すべきとの考え方に基づくものとされる。地方自治体からはこのようなペナルティの廃止を求める声が強く、報告書には「早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた」と明記された。

その検討にあたっては、▽医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響▽負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制▽小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項▽必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性等の観点を踏まえつつ、行うべきとされた。

なお、減額調整の廃止による国費の増加については、未就学児で79・2億円、小学生までだとさらに35・7億円が必要とされる。このため、具体的な見直し案は、5月に策定する「1億総活躍プラン」に方向性を盛り込み、今夏の来年度予算概算要求に向けて政府内で検討される。

報告書は小児医療の提供体制についても、▽小児医療へのアクセスに留意しつつ、特に高度先進医療を含めて更なる集約化を推進▽地域包括ケアシステムのコンセプトを子どもの医療にも広げ、中核医療機関と地域の小児科のかかりつけ医等の連携をはじめ、医療・福祉・保健・教育等の多職種が連携しチームで対応▽医療的ケアが必要な子どもを地域で支援する体制を構築▽妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して切れ目のない支援を行う子育て世代包括支援センター（日本版ネウボラ）の整備―を提言している。

戦争法廃止の署名に協力を

全国で2000万を目標に取り組まれています。本紙2月20日号に同封しています。ご協力下さい。

4月末に第1次集約

医師の診る風景

和束より❹

デイサービスの人気者

柳澤 衛（相楽）

2000年に介護保険制度が制定されました。早速、介護認定審査会の委員を任命されました。医師以外と審査をともにすることが初めてだったこともあり、真面目に調査員と医師意見書の誤差について検討しました。翌年にはケアマネジャーの資格も取得すべく、久しぶりの受験生気分を味わいました。そのころから、訪問診療患者が減りだしたように思います。

景気の後退などもあり、過疎化も進行して開業時より1000人ぐらい人口減になりました。05年には町内に特養ができました。ここにデイサービスセンターがあります。開業時に「開業医は宣伝とか、患者のお迎えなどはするな。迎えが必要なら患者宅に行け」と言われていたので、実行していました。ところが、介護事業はお迎えがいいのです。寝たきり予防や認知予防にデイサービスを利用する方が増えました。施設の介護職からは、利用者の発熱などの報告があります。

デイサービスに訪問診療には行けませんが、ボランティアで午後の時間に顔を出します。デイサービスの広間の入口に近いテーブルには開業時からの患者Hさんがいます。禿げた頭を撫でてから通過するのですが、大きな声で（高度の難聴です）「やぶ医者が来た」とアナウンスされます。すると左片麻痺のSさんが右手を振ってくれます。隣のMさんが「先生、明日受診します」と声をかけてくれます。来院はないのですが。次のテーブルではYさんから「かゆみ止めください」と要求されます。女性ばかりのテーブルで、一人Fさん（米寿を過ぎています）が心不全にもかかわらず、女の中に男が一人と悦に浸っています。普段診察していない方も何かと話しかけてこられます。「分かりました、今度受診してくださいね」といつも診察している振りをして離れます。

やっとその奥の畳に発熱のKさんがおられ、少し風邪気味と言っておられました。夜診の前に家族に来院するよう伝えてほしいとスタッフにお願いします。ここで訪問診療になったら、時間も節約できるし、楽だろうなと思いながら、人気者のデイサービス慰問がおわり皆さんに手を振って退場します。少しの認知など、ものともしない強者ばかりです。

和束町　要支援・要介護認定者数の推計　（単位：人）

	実績 第5期			推計 第6期		
	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
認定者数	291	303	299	306	309	314
要支援1	23	20	22	20	20	20
要支援2	44	43	48	42	42	43
要介護1	34	31	33	31	30	31
要介護2	52	67	65	68	69	70
要介護3	41	45	54	45	45	46
要介護4	49	50	40	52	54	54
要介護5	48	47	37	48	49	50
認定者率	18.95%	19.27%	18.45%	18.53%	18.50%	18.64%

和束町第7次高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画より引用

文化企画

心地よい演奏にいざなわれて

―サロンコンサート開く

協会は、京響メンバーによるサロンコンサートを2月28日に開催。参加者は28人となった。以下、参加記を掲載する。

一度きりの芳潤な刻を共有して

あべじゅん婦人科　阿部　純（宇治久世）

今回は、わたしが青春の頃、LPで愛聴していた〝ブラームスのクラリネット五重奏曲〟との情報を得て早速、申し込んだ。春一番がすでに吹いたとはいえ、暖かい日でこれは少しブラームスにはふさわしくないかなと思いながら6階に昇った。

弦楽器のメンバーは第2バイオリンを除き前回と同じで、ビオラの金本洋子さんからブラームスはその作品をシューマンの妻クララに献呈していたことを知る。次に、本日の主役のクラリネット奏者の鈴木祐子さんが、2本の長短のクラリネットを携えて現れ、今回は曲想に合ったA（アイ）管を吹かれるらしい。以下、ブラームスの心情に思いを馳せつつメモを取りながら聴き進んでいった。

1楽章はクララへの果てることのない思慕の念が炸裂していて、晩年の作品とは思えないほど若々しい。2楽章はおそらく転調していて作曲者の〝独白〟ではないか。後悔や自己反省を読み取ることができる。クラリネットのソロがゆっくりと階段を昇るように駆け上がり最高音に達するところはいつも痺れてしまう。3楽章はすこしふっ切れた感情が読み取れる一方、傷ついたブラームスが仲間や隣人から励まされて元気を取り戻していくようだ。最終楽章はおそらくキリスト教徒であった彼が神との対話を通じて治癒していくプロセスを描いているのではないか？　以上、全体的にはブラームスらしいブルーな色調で覆われているものの、時に跳躍するような活動性や遊び心もあり、クララへの激しい思いがうまく昇華されている作品だろう。

終楽章を終え、5人の演奏者がすっくと息をそろえて立ち上がられた際は、この難曲を弾き切った充実感であふれ、顔もかなり紅潮されていたようだ。このような小さな空間で室内楽を楽しむほうが演者との距離も近く、音の粒や息使いもヴィヴィッドに感じられて宝石のような思い出として残る。京響のメンバーの鮮度のよい演奏に感謝しつつ、是非、来年度も素敵な演目をお願い申し上げます。

クラリネットの特徴を紹介

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研修会

1日目

日　時　4月13日（水）午後2時～4時

内　容　「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

日　時　4月14日（木）午後2時～4時

内　容　「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、研修会はじめての方　　定　員　両日 40人（要申込）

協　賛　有限会社アミス

核廃絶を巡る現情勢 ―核抑止力論を乗り越えるために

反核京都医師の会　第36回定期総会

日　時　4月16日（土）午後2時～（4時から総会議事）

場　所　京都府保険医協会・会議室

内　容　第1部＝市民公開講演会　講師 冨田 宏治氏（関西学院大学教授）

第2部＝総会議事（4時～）

※会員でない方の参加も歓迎します。申込不要（定員50人）、参加無料。