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

主な内容

2016診療報酬改定こうみる④（2面）
地区医師会との懇談（写真・北丹、中東）（3面）
政策解説・第3期医療費適正化計画基本方針にみる医療改革の今日（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

厚労省検討会

保険医定数制を論点提示

自由開業医制の見直し議論組上へ

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会は、4月20日に「第2回医療従事者の需給に関する検討会・第5回医師需給分科会」を開催。「中間とりまとめ」に向けた議論を行った。

厚生労働省は「ご議論いただきたい事項について（案）」と題して論点提示し、「十分ある診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討」することを提起した。

需要超える開業を制限

医師需給分科会では第3回会合（3月3日）に医師偏在にかかわって委員と厚労省が意見を交わす場面があった。

第4回会合では「地域における診療機能」の「需要を大きく超えるような診療機能への就業・開設について、一定の制限が必要ではないか」との論点も挙げられた。

協会は、今回の医師需要推計が地域医療構想での必要病床数推計同様の手法ではじき出されており、地域医療構想とリンクすれば「自由開業医制と衝突する」と指摘していた（**2962号既報**）。

医師管理本格化か

論点提示では、「新専門医制度」に関連し「専攻医の募集定員については、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠を設定することを検討してはどうか」、医療計画と関わって「都道府県が策定する医療計画において、医師数が不足する特定の診療科・地域等について、確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整を行えるようにしてはどうか」、各都道府県の地域医療支援センターを「所在地の医育機関との連携を講じた上で、医学部入学から生涯にわたって医師のキャリア形成・異動を把握し、医師のキャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化してはどうか」との記述もある。

浮かび上がるのは、地域医療構想も含めた医療計画、「新専門医制度」といった新たな仕組みの、国による医師管理・コントロールへの活用である。

医師や診療科の偏在を解消し、いつでも・どこでも・誰でもが医療にアクセスできる環境を実現し、安心して暮らせる地域づくりをめざすことは当然である。しかし、国の医療費抑制策の延長線上で、医師の開業や医療の在り方への管理手法を導入することは、決して看過できない。

主張

ここが正念場！「新専門医制度」のゆくえ

「新専門医制度」が2017年4月の研修開始まで一年を切った今、各方面から不安や疑問の声が噴出し、情勢は激動している。そもそも「新専門医制度」という新たな仕組みができるきっかけの一つは、日本には医師法などを根拠法にした国としての専門医認定制度がなく、各学会が独自で制度設計して認定してきたことにより、質の保証のない医師の診療行為が許容されているという批判であった。質が担保された専門医を、学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みとして、「新専門医制度」が構想され、第三者機関である一般社団法人日本専門医機構が発足した。

2015年8月には、専門医機構による都道府県対象説明会が開催され、準備は着々と進められてきたが、今年2月厚労省の社会保障審議会医療部会で「新専門医制度」をめぐり多くの懸念が噴出したため、3月には「専門医養成の在り方に関する専門委員会」の第1回会議が開催される運びとなった。

懸念の主なものは、研修システムが大学病院や大病院を中心としていることから、地域医療に悪影響を及ぼす可能性があるということ。これに対しては、医師の偏在を防ぐために地域連絡協議会が設置されたが、多くの都道府県で機能していないこと。各診療科での専門研修プログラムに内容の違いがかなりあり、診療科偏在を助長する恐れがあること等だ。

もともと国にとって「新専門医制度」は、医療・介護サービス提供体制改革の一環であり、その狙いには病床機能分化と医師数コントロールも見え隠れしている。

白紙撤回が叫ばれ、国が調整に乗り出した今こそ、我々当事者が本当に国民のためになる「新専門医制度」とはいかなるものなのか、そもそも何のための専門医資格なのかを真剣に考え議論し、声をあげ真のプロフェッショナルオートノミーを実現する時である。

患者署名にご協力を！

原発・戦争法は一次分を提出

「原発再稼働をやめ、再生可能エネルギー中心の社会への転換を求める署名」（**本紙2949号**同封）、「戦争法の廃止を求める統一署名」（**同2956号**同封）について、4月15日までにそれぞれ179筆と173筆が集まった。協会は、保団連を通じ4月21日に大島理森衆議院議長、山崎正昭参議院議長、安倍晋三内閣総理大臣に署名を提出。

ご協力いただいた会員諸氏には厚く御礼申し上げる。なお、お手許に集約した署名があれば、協会にご送付いただきたい。

また、「さらなる患者負担増計画の中止を求める請願署名」活動にも協会は取り組んでおり、1万筆集約を目標としている。

患者を医療から遠ざける負担増に断固反対し、国に現場の医師の声を届けたいと考えている。ぜひとも患者署名へのご協力をお願いしたい。

なお、署名用紙10枚を**本紙2961号**に同封させていただいたが、さらに枚数が必要な場合は協会事務局へご連絡いただきたい。

被災された皆さまに謹んでお見舞いを申し上げます

4月14日より発生している熊本県を中心とした一連の地震により犠牲となられた方々のご冥福をお祈り申し上げますとともに、衷心より哀悼の意を表します。また被災された皆さま方には、心よりお見舞い申し上げるとともに、一日も早い復興に向け、微力ながら尽力を致す所存です。

2016年4月19日　京都府保険医協会

救援募金にご協力を！

協会は下記の口座を開設して救援募金活動を行います。次号本紙にて振込用紙を同封しますので、ぜひご協力をお願いいたします。

※専用の振込用紙がなくても京都銀行のＡＴＭからの振込みなら、手数料が無料になります。京都銀行以外からの振込の場合は、手数料をご負担いただくことになります。

■振込先口座　京都銀行　本店　普通　5183928
■口座名義　京都府保険医協会　熊本地震救援募金　理事長垣田さち子
（キョウトフホケンイキョウカイ　クマモトジシンキュウエンボキン　リジチョウカキタサチコ）

医界寸評

熊本をはじめとする一連の地震で被災された方々に心よりお見舞い申し上げる。この震災では熊本市民病院をはじめ一般診療所など多くの医療機関に被害が生じ、医療の提供に支障をきたしている。幸い、続々と各地から災害派遣チームが被害地に送り込まれ活動を開始している▼同様のことは5年前の東日本大震災でも見られ、国内外から多数の組織が救援にかけつけてくれた。今回の救援も含め感謝したい。当然、他国で災害があった場合には、日本も同様に救援活動をするだろうし、するべきである▼今回、米軍は救援物資輸送にオスプレイを投入して活動している。しかしながら、日本国内ではまだオスプレイの飛行について不安を持つ人もある。実際、「安全性の宣伝」とか「政治利用」とかいう語が見られる記事もある。この時期に被災者がさらに不安になるようなことは避けたほうが良いのではないか▼災害対策には災害発生後の対応の計画、備えが必要なことはもちろんだが、常から被災者の安心が得られるような準備、対策が求められる。原発の存在などは、被災者には不安なことではないかとご心配申し上げる▼大きな災害に関連して安全性に不安のある航空機や、災害時にどうしても危険が心配される原子力発電施設の存在を含め、改めて災害について考慮してみる機会ではないだろうか。（mykonos）

外保連要求で点数引き上げも 汎用点数は据え置き

外科　副理事長　林　一資

外科系の技術評価については、「外保連の要望」から、今回の新設要望210項目中考慮されたのは54項目、改正要望202項目中考慮されたのは67項目である。また、「外保連試案第8・3版」を踏まえ、それらの手術のうち、300項目が引き上げられている。

処置では、創傷処置が100㎠未満を除いて5点ずつ引き上げられた。また、創傷処置、熱傷処置の乳幼児加算が5点引き上げられた。爪甲除去（麻酔を要しないもの）が15点引き上げられた。

手術では、創傷処理について、「3．筋肉、臓器に達するもの（長径10㎝以上）」が「イ．頭頸部（長径20㎝以上に限る）」と「その他」に区分され、「イ」については点数が引き上げられた。なお、「イ」については、長径20㎝以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

また、創傷処理、小児創傷処理（6歳未満）はステープラーで縫合した場合も算定できることが明記された。

皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）について、「3．長径6㎝以上」が「3．長径6㎝以上12㎝未満」と「4．長径12㎝以上」に区分され、「4」の点数が引き上げられた。

施設基準の届出の簡素化が図られ、これまで届出が必要であった手術点数の告示の通則5、通則6に掲げる手術については、地方厚生局に届け出る必要はなくなった。ただし、年間手術件数の院内掲示や、説明文書の交付等、施設基準は満たす必要があるので注意されたい。

外保連の要求を踏まえ、引き上げられた点数があることは喜ばしいが、開業医にとって汎用の点数が据え置かれている点には不満がある。なお、湿布薬の1処方70枚制限の評価については、整形外科に譲りたい。

2016 診療報酬 改定こうみる ④

湿布薬投与制限は 医師の処方権侵害だ

整形外科　医療安全対策部会理事　宇田　憲司

今年度の改正では、医薬品等の効率化・適正化に関連して、投薬において、入院外の患者に湿布処方をする場合、1回（1処方）原則70枚までとされた。70枚を超えて投薬した場合、処方料・調材料・調剤技術基本料および超過分薬剤料は、算定不可とされる。しかし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず超過する場合は、その理由を処方せんおよび診療報酬明細書（レセプト）に記載すれば可能となる。

また、湿布薬を投与した場合は、枚数にかかわらず、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った。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った。

今回の湿布薬の投与制限は、財務大臣と厚労大臣との間で政策的に決定されたことだが、医師の処方権を侵害するものであり、納得できない。特に傷病部位が多い患者には70枚を超えることが多くある。医学的必要性があるにもかかわらず、一律の算定制限によってコメントをレセプトに注記しなければならないなど、事務的煩雑さも増える。

リハビリテーションでは、運動器リハビリテーション（リハと略す）（Ⅰ）の項目が1単位180点から185点に増点された。廃用症候群リハが独立して（脳血管疾患などリハの施設基準が必要）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）180点、同（Ⅱ）146点、同（Ⅲ）77点が新設された。

要介護被保険者等の維持期リハへの介護保険への移行等に関連して、標準的算定日数を超えた維持期に月13単位に限り算定可能の、脳血管疾患等リハ、廃用症候群リハ、運動器リハについては、対象が要介護被保険者等（入院中の患者を除く）場合、60／100に減額される（これまでは90／100であった）。例えば運動器リハ事例でみると、運動器リハ料（Ⅰ）111点、同（Ⅱ）102点、同（Ⅲ）51点となり、介護保険のリハの実績がない医療機関では、更に80／100で算定して（合計48／100となる）同（Ⅰ）89点、同（Ⅱ）82点、同（Ⅲ）41点となる。標準算定日数の1／3の期間を経過すると（例えば運動器リハでは51日以降）、直近3カ月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合は、上記の各々の点数の90／100の点数で算定する（16年10月1日以降）。

運動器不安定症の定義と診断基準が明確化された。定義は「高齢化にともなって運動機能低下をきたす運動器疾患により、バランス能力および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態」である。診断基準としては、高齢化にともなって運動機能低下状態をきたす下記の11の運動器疾患または状態の既往があるか罹患している者で、日常生活自立度判定基準がランクJまたはAに相当し、運動機能が①開眼片脚起立15秒未満、または、②3mTUGテスト11秒以上のいずれかの機能評価基準にある者を運動器不安定症とする。11の疾患・状態には、脊椎圧迫骨折および各種脊柱変形（亀背、高度腰椎後弯・側弯など）、下肢骨折（大腿骨頸部骨折など）、骨粗鬆症、変形性関節症（股関節、膝関節など）、腰部脊柱管狭窄症、脊髄傷害（頸部脊髄症、脊髄損傷など）、神経・筋疾患、関節リウマチおよび各種関節炎、下肢切断後、長期臥床後の運動器廃用、高頻度転倒者が挙げられる。

手術では、増点、新設項目がみられる。難治性骨折電磁波電気治療法、同超音波療法の対象に、骨折非観血的整復術と骨折経皮的鋼線刺入術が追加された。超音波骨折治療法の対象に、骨切り術と偽関節手術が追加された。

開業前の事業計画と 開業後の雇用管理を中心に

新規開業予定者のための講習会開く

協会は、新規開業を考えている勤務医を対象に「新規開業予定者のための講習会」を3月13日に開催した。共催は有限会社アミス、協賛は株式会社ビー・エム・エル。第1講目の「銀行融資を受ける際の留意点」を株式会社京都銀行の山本雄悟氏、第2講目の「初めが肝心！採用・雇用・広告、失敗しないための基礎知識」を株式会社ひろせ総研の河原義徳氏（特定社会保険労務士）がそれぞれ講師を務めた。

山本氏は、ポイントは事業計画をしっかりと立てることとし、戸建とテナント開業の違い、開業地選定での注意点、診療科別の必要な開業資金の違いを解説。自身でもある程度の調査が可能な診療圏調査の方法を紹介した。事業計画を策定する際、収支見込みを甘く設定する傾向がみられるので、はじめは必要最小限の設備で開業し、徐々に専門性を高めるために大きくしていくイメージを持って計画を立てるようにと説明した。最後に、市場金利よりも低利で魅力的な協会との提携融資を有効に活用していただくよう促した。

河原氏は、採用・雇用を進めるにあたり、開業医は経営者という点で、勤務医とは立場が異なることを自覚することが大事。スタッフに何をしてもらうのかを明確にし、条件面等を伝え、採用後にトラブルにならないように進めることが大切であると強調した。求人広告では、最近の傾向としてネット媒体が増えてきていると紹介。広告宣伝では、宣伝効果が大きい口コミを重視しながら、ホームページやタウンページの他、間接的に来院につながる看板等も工夫すると効果的であると説明した。

丁寧に基礎から説明

その他、株式会社ビー・エム・エルの杉井貴之氏は、電子カルテ導入による情報共有や管理等での利便性を説明し、「開業医向け電子カルテシステム、Qualis（クオリス）」を紹介した。

最後に、北村理事から、自身の開業経験、地区の住環境変化による開業状況の変化、地区医師会の役割や協会事業を説明。開業医は開業医ならではのやりがいを持って診療できるので、ぜひ夢を持って開業するようアドバイスし、講習会を締めくくった。

今後年2回、同様の講習会を開催予定なので、ご興味のある方は奮ってご参加いただきたい。

会員限定！「クリニックナビ京都」始めます!!

医療団体である協会だからこそご案内できる、医療機関検索サイト「クリニックナビ京都」を立ち上げます。患者さんには府内医療機関の診療日や時間など、正確な情報提供を、会員の先生方には集患の一助にと考えています。

つきましては、本紙に院長先生対象のアンケートを同封していますので、ご協力をよろしくお願いします。

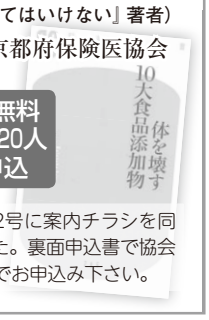
開業医医療復権！ 地域医療を守ろう！
大転換する医療制度2016
―医療者はどう生きるか―

「新専門医制度」、地域医療構想…
川上から川下まで
医師の在り方そのものに大きく網をかけた改革に医師はどう立ち向かうか

日　時　6月25日（土）
午後3時～5時30分
会　場　京都府保険医協会 ルームA～C
入場無料 定員70人 要申込
内　容　①基調発言
②報告「戦後開業医医療・保険医運動史エッセンス」
③問題共有と意見交換

食の安全講演会
体を壊す 10大食品添加物

日　時　6月4日（土）
午後2時～
会　場　登録会館ホール
講　師　渡辺　雄二さん
（『買ってはいけない』著者）
主　催　京都府保険医協会
入場無料 定員120人 要申込



本紙2962号に案内チラシを同封しました。裏面申込書で協会事務局までお申込み下さい。

与謝・北丹医師会と懇談会

3月5日　文殊荘

「新専門医制度」への懸念と不安語られる

協会は与謝・北丹医師会との懇談会を3月5日に開催。出席は地区から与謝8人、北丹3人、事務局2人、協会から理事者5人、事務局3人であった。懇談会は与謝医師会・西原寛常務理事の司会で進行。同会・中川長雄会長は開会にあたり「診療報酬改定はネットでマイナス、わずかながらも本体プラスであったが、2年後の介護報酬との同時改定も睨みながら今後、医師会としてどう対応していけばいいか教えてほしい」とあいさつ。

続いて、垣田理事長のあいさつの後、協会から「『新専門医制度』について」と地区からのテーマ「日医のかかりつけ医機能研修制度について」および「診療報酬改定のポイントについて」を報告した。また協会が要望していた退院から1カ月以内の特定疾患療養管理料取扱いなどが改善されたことも紹介し、意見交換した。

「新専門医制度」について、地区からは、厚生労働省がモデルとする国もないままオリジナルの提案をしているなら、見込みもなく今の体制を壊して誰が責任をとるのかとの質問が出た。協会は厚労省が主導しているかたちにはなっておらず、日本の医師の在り方について議論される中で、プライマリ・ケアを担っている学会を中心に地域で医師を育てるべきだという思いで進められたと聞いている。秋に京都で開催する医療研究フォーラムや厚労省懇談を通じ、協会の問題意識に基づいて質していきたいと回答。

地区からは、「新専門医制度」については2004年に始まった医師臨床研修制度で大学医局への入局者が減り、地域に医師を異動させることが難しくなったことから、医局機能の強化としての側面と、「世界に通用する専門医をつくる」という側面から創られてきたとの認識が示された。協会が厚労省に要請するのであれば、真面目な開業医のことをきちんと話して、変な制度をつくってもうまくいかないと伝えてほしいと要望があった。

また、2025年に向けた在宅医療の先行きについて、医師は訪問指示書を書いて看護師に訪問させるだけというようなあり方でいいのかと地区から質問。協会からは、そのようなあり方は在宅医療の推進にむしろ逆行するものではないかとの懸念とともに、実態は、地域が壊れていて、医師が頑張っていても、看護師も家族もいない中では厳しいとの見方を示した。

閉会あいさつでは北丹医師会・齊藤治人会長が「協会は身近な資料を提供して丁寧に教えてくれる」との謝意で締めくくった。

出席者21人で開催された与謝・北丹医師会との懇談

中京東部医師会と懇談会

3月10日　京都府保険医協会・会議室

「新専門医制度」実現に疑問視の声

協会は、3月10日、中京東部医師会との懇談会を開催した。当日は地区から4人、協会から6人が出席した。司会は中京東部医師会・安野哲也理事。冒頭、同会の岩野正宏会長が「医療制度改革で地域包括ケアなどが次々と打ち出される中、地区医師会も地域医療での対応が迫られ、地区医師会がどれだけそれらを担えるのか不安に思う。協会には、上手くいっている地区の事例紹介をはじめ、患者さんとの接点をどのように持つかなど、地域医療の担い手として必要な情報を教えていただきたい」とあいさつ。垣田理事長のあいさつ、協会から情報提供の後、意見交換を行った。

出席者10人で開催された中京東部医師会との懇談

地区からは、「新専門医制度」について意見が出され、「本当に日本で実施できるのかと疑問に思う。スウェーデンは医療の公営化決定から実現までに100年以上かかっている。それぐらい時間をかけて作っていかないと実現は困難だ。欧州諸国では入院と救急は病院、外来は診療所と完全に役割分担している。日本で、外来をすべて診療所の総合診療専門医が担うとすれば、眼科や耳鼻科専門、内視鏡専門などなくなってしまう。『新専門医制度』には、こうした種々の問題で議論の余地があると思う」との意見があった。

これに対し協会からは「『新専門医制度』の問題は全国に先駆けて議論してきた。地域医療の観点からも問題点が明らかになり、日本病院会等が実施延期の声を上げ始めた。若手医師は、初期臨床研修終了後3年間は基幹研修施設と連携施設しか回れなくなり、中小病院に若手医師が確保できなくなる懸念がでてきたからだ。大学医局再編の問題とも絡んでくる。加えて病床削減を進めていけば地域医療が崩壊してしまう」と警鐘を鳴らした。

また、これに関連して地区より「TPPによってアメリカは高薬価の薬剤を売りつけ、医療機器も然りでTPPによって本当に日本の医療は崩壊する」との意見に対し、協会より、「TPPについてはご指摘の点の他、新しい治療方法や手術などを特許保護の対象にすることが言われており、新たに特許料の支払が必要になり、費用の高止まりによって医療費が上がる懸念がある」と述べた。

また、次世代を担う医師の育成の必要性が出された他、諸外国の医療制度紹介、さらには医師会とは違った保険医協会の存在意義についてなど、活発に意見交換があり閉会した。

広島・長崎、ビキニ、福島から学ぶ

被ばくと平和を考えるフォーラム開く

「被ばくと平和を考えるフォーラム／山下正寿さんと種まきうさぎ」が、ひとまち交流館（京都市下京区）で開催された。参加者は80人。フォーラムは、広島・長崎への原爆投下（1945年）から71年、ビキニ水爆実験（1954年）から62年、福島第一原発事故（2011年）から5年が経過した今日、「被ばく」を共通項と捉え、国が「被ばく」をどのように扱ってきたかを検証し、日本と世界の将来を市民が考える場として企画された。

フォーラムは協会も参加した11団体共同の実行委員会形式で主催。賛同団体には、京都YMCA、京都YWCA、きょうされん京都支部等の8団体が名を連ねた。

当日は3部構成で進行。第1部はドキュメンタリー「種まきうさぎ」（森康行監督）を上映した。映画は11年の東日本大震災・福島第一原子力発電所の状況を知ってもらおうと活動する、福島県の高校生たちの朗読グループ「種まきうさぎ」のメンバーの姿を追う。彼らは広島の高校生、高知県の高校生、汚染水に苦しむ福島の漁師たち、土地を奪われた農業従事者やアメリカの核実験で60年以上も苦しめられているマーシャル諸島の人々らと交流、明日への「平和の種」を撒く。旧ソ連の核実験場だったカザフスタンの高校生も登場する。

山下氏がビキニの実相を告発

第2部は太平洋核被災支援センター事務局長の山下正寿氏が講演。山下氏は、高知県の高校教諭として1985年から、高校生とともにビキニ水爆被災船員の調査を30年以上続けてきた。山下氏は、福島原発事故の政府対応やマスコミ報道を見て、「ビキニ事件に似ている」と直感。「消されようとしたビキニ事件の実相を知らせることが、福島原発事故のこれからに立ち向かう道筋を示す」と語る。山下氏らの活動で厚生労働省はそれまで隠蔽し続けてきた「ビキニ被災船資料」を14年にようやく開示。しかし、国は「今回見つかった船舶（延べ556隻・実数473隻）の放射能の検知結果は、ICRPの放射線量の国際基準を大幅に下回っている」としており、被災者を再び切り捨てることが懸念される。山下氏らは被災船員の労災申請にとどまらず、国家賠償請求も準備中という。山下氏は「ビキニ事件を福島原発事故のこれからに活かすために」として、長期化する「フクシマ」に寄り添い、全国各地との学習・交流ネットワークを築き上げることが、やがて日本を変革する力となると訴えた。

国家賠償請求も視野に入れ活動を行う山下氏

第3部は日本科学者会議京都支部代表幹事であり、京都工芸繊維大学名誉教授の宗川吉汪氏が「福島原発事故と小児甲状腺がん」と題して報告。福島の県民健康調査結果の統計学的分析から、「福島原発事故は小児甲状腺がんの多発とは無関係である」という仮説は有意水準1％で棄却される。今後、小児甲状腺がん発症の解明は「原発事故が原因である」という前提で行わなければならないと報告した。

参加者からは「高校生たちが各地で活動していることに希望」「資料の隠蔽こわい。戦時中と一緒で政府が国民の人権を、どれだけ無視して不利益にしているか」等の声が寄せられた。

税務記帳講習会

―経営内容の把握は正確な記帳から―

どんなに優秀な税理士に依頼していても、自院で適切に記帳できていなければ経営状況を正確に見ることはできません。ぜひ、ご参加を！

日時　5月26日（木）午後2時～4時
場所　京都府保険医協会・ルームA～C
講師　山口　稔 税理士
内容　記帳の基本と意義
金銭出納帳・銀行帳の作成、記帳練習
持ち物　筆記用具、電卓
協賛　有限会社アミス

参加費 無料（※要申込）

政策解説

第３期医療費適正化計画基本方針にみる医療改革の今日

厚生労働省は３月24日、2018年度からの都道府県の策定する「第３期医療費適正化計画基本方針案」を提示した。同方針は現在進行中の第２期計画（～17年度）からの全部改正であり、16年度中に公布される。

ただし、外来・入院医療費にかかる具体的な「医療費目標の算定式」は今夏に追加され、再び改正予定という。

医療費適正化計画の変更点

医療費適正化計画は、高齢者の医療の確保に関する法律を根拠法とする法定計画。かつて小泉内閣が06年に成立させた医療制度構造改革の一環で、都道府県単位の医療費抑制システムの中核的な仕組みである。全都道府県が「国民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」に関する目標を設定し、ＰＤＣＡサイクルで進めるよう求め、「国民皆保険を堅持し続けていくため」「国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しない」[※1]ことを目指す。

同計画は安倍政権期に入った15年の医療保険制度改革関連法（持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案）で次のように改正された。

① 計画期間は６年に

従来は５年を１期とし、都道府県の策定する保健医療計画と計画期間が揃えられていたが、保健医療計画に新たに地域医療構想を盛り込ことが義務づけられ、各市町村の介護保険事業計画と密接に関連した施策展開が求められることとなった。介護保険事業計画並びに都道府県の介護保険事業支援計画は３年を１期としており、整合を図りやすいよう、保健医療計画ともども計画期間を６年に変更した。これで３計画はすべて18年度からスタートする（**図１**）。

②「医療費目標」を定める

第２期までの「医療費の見通し」を「病床機能の分化および連携の推進の成果を踏まえた『医療に要する費用の見込み（医療費目標）』」を定めるよう見直された。目標化については、全国知事会も「緊急要請」（15年１月９日）で批判した経過がある。

③ 要因分析や対策実施を強化

都道府県は「地域医療構想に基づく医療提供体制の整備」「医療保険者の取組の進捗状況管理」を担う。

なお、18年を待たずとも地域医療構想の策定時期によっては先行実施も可能とされ、今回、基本方針が早々に示されることとなった。

入院は地域医療構想
外来は「地域差」を使って「適正化」

新たな基本方針（案）は、「医療費の適正化の取組」について、大きく「外来医療費」と「入院医療費」に分けて示している。

外来医療費は２段階に分けられる。

第１段階は、第３期計画終年度である23年に向け、①特定健診・特定保健指導実施率（健診70％以上、保健指導45％以上）と②後発医薬品の使用割合（80％以上）の全国目標の達成である。この達成による医療費縮減額を反映した外来医療費の目標を設定させる。

第２段階は、その上でもなお残る「１人当たり医療費の地域差」（**図２**）について、様々な取組を通じて縮減させる。取組として掲げられているのは、「民間事業者も活用したデータヘルスの推進」「ヘルスケアポイント（**図３**）[※2]の実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化」「重複投薬の是正」等である。

入院医療費については、「病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる」とあり、医療費目標の算定式は夏をめどに告示する。

第２期までの「取組」は、特定健診等とあわせて「平均在院日数短縮」がその柱だった[※3]が、今回の基本方針にその文言はない。厚生労働省は「医療費の見込みを、病床機能分化・連携、地域包括ケアシステムの構築が推進されることによる医療の提供体制を踏まえた医療費の水準とすることを考えており、現時点では平均在院日数の短縮を取組目標とすることは考えていない」と説明している。これは、都道府県の策定する地域医療構想に基づく病床再編等を進めることでの医療費に対する財政効果を見込むことを意味する。次のような文言もある「入院医療費については、適正化の取組を行う前の医療費に、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる」[※4]。つまり平均在院日数短縮の前提である病床機能の分化および連携は、「目標」に向けた取組みでなく「前提」であり、スタートラインのような扱いと読み取れる。

さらに「地域差」も重要なキーワードとなっている。国は地域差の「見える化」を推進し、「各都道府県の疾病別医療費の地域差」「後発医薬品の使用促進の地域差」「重複・多剤投薬の地域差」等を都道府県に提供するという。

「診療報酬の特例」に注視

都道府県を中心とした医療費抑制の推進は、国にとって小泉構造改革以降の一貫した方針だが、地域医療構想策定や「医師需給推計」（**１面**）の登場によって実効性が高まる形となっている。加えて、実効性の観点から注意が必要なのは「都道府県ごとの特例診療報酬」の存在である。高齢者の医療の確保に関する法律第14条（診療報酬の特例）は、「厚生労働大臣は」医療費適正化計画の目標を達成し、「医療費適正化を推進するために必要があると認めるとき」「他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」と定めている。医療費適正化計画の結果、たとえば推計を著しく上回った場合には、他の都道府県と違う「特例」診療報酬が認められているのだ。

但し、この条項は未だかつて発動されたことはない。だが、気になる動きはある。

塩崎恭久厚生労働大臣はメディファクス誌のインタビューで「（将来的には）そういう時代がくる可能性はあると思う」と述べ、その上で「その前にやるべきこともたくさんある」と語っている（16年１月７日）。これは、15年６月の提言書「保健医療2035」が医療費適正化手段の強化のため、「診療報酬の一部を都道府県が主体的に決定する」ことを提言したことを受けた発言だった。

また、政府の「経済・財政再生計画 改革工程表」にも「高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる」と明記されている。

医療費適正化の目標達成を目指し、そのためなら「一物二価」を戒めた歴史的所産である全国一律の診療報酬制度さえも否定し、自由開業医制否定・医師数コントロールにも踏み切る。いかなる聖域も認めない。医療制度構造改革の本性がいよいよあからさまに見えてきた。

先に述べた３計画のスタートする年、医療保険制度も大きな転機を迎える。国民皆保険制度の基礎をなす市町村国保が都道府県化される。都道府県が提供体制と保険財政を担い、その結び目に医療費適正化計画は位置することになる。

都道府県を軸に進む医療大転換に対して、協会は皆保険の意義を訴え、私たちとその先人が築いてきた医療の在り方を守り、発展させる運動を患者さんとともにすすめていく。

図１

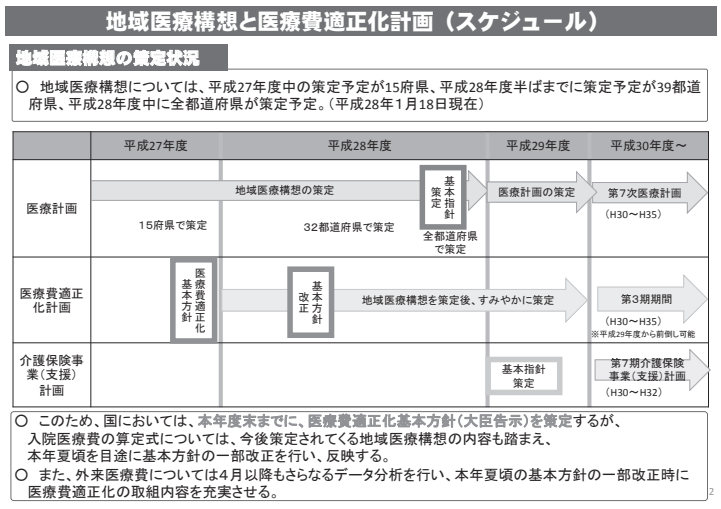


図２

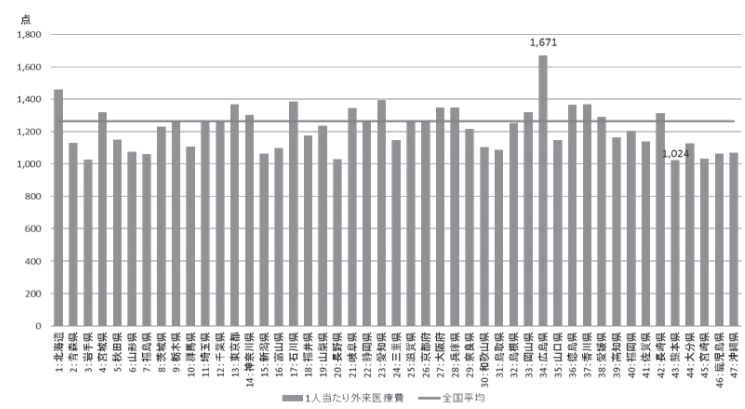
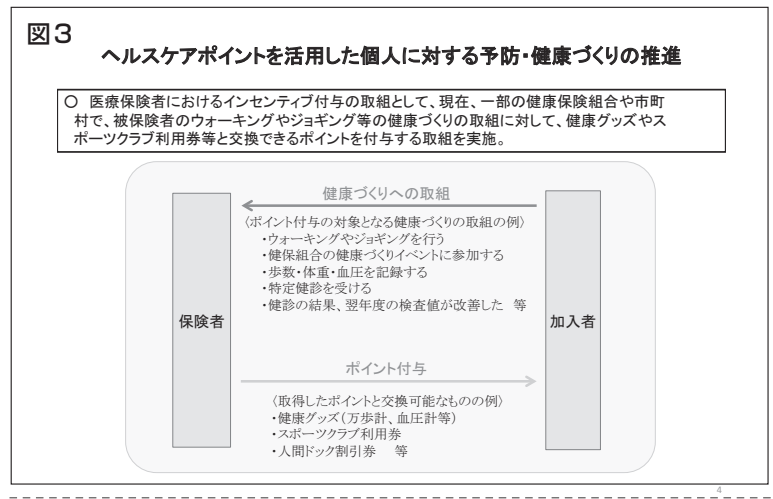


図３



〈出典〉 図１ 第94回社会保障審議会医療保険部会「医療費適正化基本方針案の概要について」（2016.3.24）
図２ 社会保障制度改革推進本部 第６回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会
図３ 保険者及び個人の予防・健康づくり等のインセンティブについて　厚生労働省保険局

〈脚注〉

※１ 『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』（土佐和男編著、法研刊）

※２ 保険者が予防・健康づくりに取り組む加入者に対してヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにする等の取組。既に一部の健保組合や市町村で、保健事業として実施されている。

※３ 小泉医療制度構造改革で医療費適正化計画が導入された際、都道府県医療計画には「四疾病五事業」（後に五疾病五事業及び在宅医療）の医療連携体制を書き込むことが義務化されたが、それも効率的な連携体制を構築させ、その成果を在院日数短縮に反映させ、結果医療費を適正化する方策だった。

※４ 「医療費適正化基本方針案の概要について」（2016年３月24日厚生労働省保険局）

保険診療Q&A

湿布薬院外処方時のレセプト記載と鼻腔・咽頭拭い液採取について

Q、①処方せんで湿布薬を処方した場合の医療機関のレセプト記載について、「摘要」欄に1日用量または投与日数の記載も必要ですか？

②処方せんで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にも記載が必要ですか？

③新設されたD419の「6　鼻腔・咽頭拭い液採取」5点だが、同一日に複数の検査を行うために複数回実施した場合は、それぞれ算定できるのか。

A、①1日用量（1回当たりの使用料および1日当たりの使用回数）または投与日数は、処方せんへの記載のみでよく、レセプトには記載不要です。

②当該湿布薬の投与が必要であると判断した趣旨を処方せん「備考」欄に記載するとともに、レセプト「摘要」欄にも記載が必要です。

③4月25日、厚労省は「1日につき1回の算定となる」との解釈を示しました（「疑義解釈資料その2」平成28年4月25日・厚労省保険局医療課事務連絡）。

金融共済委員会（4／20）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。

①三井生命と日本生命の経営統合について

三井生命の格付け評価が上がったこと、これまで通り契約は維持されることが報告されました。

②休補運営分科会

給付3件、加入7件を審査し全件可決しました。

③融資諮問分科会

融資斡旋1件を決定しました。

医師が選んだ 医事紛争事例 39

血管療法に関する敗訴例

（70歳代前半男性）

〈事故の概要と経過〉

左下肢の痺れで当該医療機関の整形外科より内科へ転科した。MRAの結果、下肢動脈の閉塞（左総腸骨動脈ほぼ100％、左外腸骨動脈90％、左大腿動脈70％）を認め、閉塞性動脈硬化症と診断した。薬物療法を開始したが効果がなく、患者本人から血管内治療を希望したため、経皮的下肢動脈形成術（PTA）施行を予定した。本人・家族への術前説明では、出血、血栓形成、急性動脈閉塞等の合併症の可能性は言及したが、合併症が発症した後の病態については説明しなかった。また、左下肢の所見から左下肢治療を同足から行うのは無理と判断して、右下肢からのアプローチにすることを本人には確認したが、家族への説明は行っていなかった。手術開始してシース挿入したが、右下肢の痛みを訴え拍動も弱くなり色も悪くなったので、結局、右下肢からのアプローチを断念した。更に右下肢からのアプローチ中に、左下肢の動脈閉塞を惹起して虚血に陥ったため、左下肢の治療と左下肢のアプローチに変更した。右下肢の痛みは血栓による虚血であると判断して、ヘパリン、ウロキナーゼとペンタジンを投与した。左下肢の2カ所の動脈形成後、左からのアプローチで右下肢の血流回復に努めたが不能。そこで家族に外科的右下肢動脈血栓除去術の説明後、手術を開始した。塞栓子を血栓と判断し血栓溶解剤を投与していたが、血栓は溶解しており、実際には粥腫が右下肢に飛来したことが判明した。右下肢の血流が再開したが、術後、横紋筋融解による急性腎不全、右下肢の運動・知覚障害、右足先の一部壊死などが発症した。

患者側は急性腎不全、右下肢運動機能全廃、右足趾の一部壊死などの発症は、手術ミスによるものであるとして、治療費、慰謝料を請求した後に、訴訟を申し立てた。

医療機関側は、術前の説明では、合併症発症後の病態を説明していなかったこと、また、左下肢治療の右下肢からのアプローチを家族へ説明していなかったことについて不十分であったと判断した。また、術中の右下肢の痛みについては、血栓によるものと考え血栓溶解剤で対応した判断は甘く、早期に外科手術をしていれば高度障害は回避できたとした。

紛争発生から解決まで約4年8カ月間要した。

〈問題点〉

閉塞性動脈硬化症の治療法では、まず薬物療法を数カ月行い、その治療推移を見て、観血的血管療法を行うのが通常であり、今回は当該患者が希望したとしても薬物療法を開始して3週間余りで血管療法を行っており、治療法の変更に問題がないか疑問であった。更に、それに伴う血管療法の説明も不十分であり、事前検査も心電図では安静時のみ行うなど不十分であると言える。また、手術の開始直後に、右下肢からシースが左の大動脈分岐部を越えることができない時点で、右下肢からのアプローチを中止する等、この時点で検討を行う必要があったと考えられた。また、右下肢の痛みを血栓のみと考えた点についても、粥腫による塞栓も予見すべきであったと考えられた。

なお、患者側は判決額を不服として控訴をしたが結局取り下げた。その間の利息を医療機関側が持つことになり、若干納得のいかない展開であった。

〈結果〉

医療機関側が過誤を認めて第1審を終えたが、判決額を不服として患者側が控訴した。ところが、半年も経たない間に控訴を取り下げたため、第1審の判決通り賠償金を支払い終了した。なお、判決額は患者側の請求額の3分の1にも満たなかったが、利息（単利年5％）だけで数百万円加算される結果となった。

続 記者の視点 59

生き方・死に方は民法の守備範囲ではない

読売新聞大阪本社編集委員　原　昌平

どういう医療を受けるか、あるいは受けないか、決めるのは基本的に患者本人だが、理解力や判断力の弱い人、低下している人も少なくない。

そこで医療機関は、まず家族に頼る。その時の家族の範囲や法的な意味はあいまいだが、家族の同意を得ておけば問題になるまいというのが多くの現場の慣行である。

だが、家族が出て来ないときや身寄りがいないときは困る。緊急避難として許される救命医療は別にして、多少なりともリスクを伴う医療行為を誰の同意も得ないで実行できるか。治療を打ち切るにしても医療者だけで決めるのはまずいのではないか……。

そういう現場の悩みは確かに増えている。医療方針の当否を誰かが判断してくれるしくみがほしいという需要の高まりは、もっともだと思う。

その議論にすぐ持ち出されるのが成年後見制度である。

4月に成立した成年後見制度利用促進法と民法・家事事件手続法の一部改正では、後見人等に郵便開封、死後の事務処理を認めたほか、医療・介護を受けるための支援のあり方の検討が盛り込まれた。

利用促進法には、障害者団体などから「本人の法的能力を認めないのは障害者権利条約に反する」「横領など不祥事の多い制度を拡大するより内容の改革が先だ」といった批判が出た。医療支援の検討にも「生命維持を簡単に打ち切られる方向へ進むのでは」といった懸念が示された。

筆者は、後見人等に医療の代行判断をさせる方向は間違いだと考える。

現行法で、身上監護として医療や介護の手続きをするのは後見人・保佐人・補助人の仕事だが、医療内容の同意権はないとされる。後見人等は法律家、福祉職、親族、市民が中心で、医療倫理は学んでいない。本人から判断代行を頼まれたわけでもない。

成年後見制度は、かつての禁治産・準禁治産制度に代えて、1999年の民法改正で導入された。事理弁識能力の程度に応じて後見・保佐・補助の3タイプの適用を家庭裁判所が決める。悪徳商法対策を含めた弱者の経済的保護に主眼を置いており、主なテーマは契約と財産管理である。

強調したいのは、制限行為能力者という民法の概念に基づく成年後見制度を、本人の生き方など他の領域に用いるのはおかしいという点だ。

民法は、経済的取引を中心に私人間の関係を定める基本法である。ところが行為能力に関する条項は、公的な資格や職種からの排除に使われてきた。被後見人は選挙権も奪われていた（2013年に東京地裁で違憲判決が出たあと公職選挙法改正で回復）。

どこで暮らすか、どんな医療や介護を受けるかといったことは、手段として契約を伴うことはあっても、本質的には、個人の尊厳と幸福追求権（憲法13条）のテーマである。民法の枠組みではなく、憲法に立脚した意思決定支援の法制度を創設すべきだ。

医療方針の当否を第三者が判断する必要があるなら、多様な専門家が加わる公的機関を設け、集団的に検討するしくみを作るのがよいだろう。

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。

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。

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。

第31回 環境ハイキング

梅の香漂う洛北を楽しむ

協会は2月28日、第31回目となる環境ハイキングを開催。参加者は13人となった。当日は久しぶりの晴天。あちこちで咲き誇る梅を楽しむ1日となった。以下、参加記を掲載する。

市内の緑地を巡って

末廣耳鼻咽喉科医院　石田　亜喜（西京）

今回のハイキングは、梅の花咲く京都御苑からスタートです。

御苑内の三つの神社のうち、変わった鳥居のある厳島神社、アオバズクの住む宗像神社を訪れました。

そして、新旧の建物群が煉瓦色で統一された同志社大のキャンパスを通り抜ければ、相国寺です。静かで広い境内には、法堂や方丈、いくつもの塔頭が並んでいます。

相国寺の北の住宅街には、怨霊を鎮めるため創建された上御霊神社があります。応仁の乱の戦端の地として知られています。ここから烏丸通を越え、西陣に入ります。

細い通りを西へ南へ。尾形光琳・乾山ゆかりの妙顕寺を抜ければ寺之内通。小川通を北へ。表千家の不審庵、裏千家の今日庵が並ぶ静かな通りです。そして、本阿弥光悦が造ったと伝えられる庭のある本法寺へ。境内をでると、水火天満宮が見えます。水難火難除け、学問の神様です。境内の桜が咲くと、お社が桜につつまれたようになります。

堀川通を越え、西へ。住宅街の中にポツリとある復縁の神様、櫟谷七野神社を訪ね、細い細い路地をクネクネ。そして船岡山の急な長い階段を登れば、建勲神社です。境内は意外にも大勢の若者が。アニメのイベントの御朱印集めだったようです。

船岡山公園で昼食をとり、左大文字や市街地の眺めを楽しんで、千本通に下りました。

千本閻魔堂では閻魔様にお詫びする人、釘抜地蔵では抜いてほしい苦が多すぎるとぼやく人もおられました。大根炊き、おかめ伝説で有名な千本釈迦堂、京都最古の花街である上七軒を過ぎれば、ゴールの北野天満宮です。梅が満開の境内は、観光客や受験生で大賑わいでした。

今回のコースを別の季節に歩けば、またおもしろい発見があるでしょう。特に桜の季節にはよいと思います。ぜひ来年にどうぞ!

まずは御苑の梅林で記念撮影

文化企画　第3回 日本酒講座

お酒って、本当に美味しいですね!

宇田　憲司（宇治久世）

2015年11月28日妻と連れ立ち、伏見区は月の桂・増田徳兵衛商店に赴き、協会の第3回日本酒講座に出席した。私は、妻と異なり遺伝的にアルコールに弱く、宴会では、ビールコップ2杯、清酒は猪口で10杯までと緊張して参加しており、話だけならばと安心して同伴した。

到着すると、古道を隔てて母屋と酒蔵とに分かれたこじんまりした佇まいで、アレッ月桂冠とは別の店だ、とまずは不見識を露呈した。母屋に入り、「日本酒ができるまで」というビデオをみた後、14代目当主の泉彦改め増田徳兵衛社長から講義を受けた。酒造りは、即物的には、蒸し米に麹を作用させ、コメの澱粉をブドウ糖に分解し、次にイーストでアルコールにまで分解することと知った。よい酒を得るには、温度・湿度条件を含むよりよい行程を演出しよい条件に恵まれる必要があり、何よりもよい米、よい水、よい働き手が必要で、腐敗菌の混入などは破算ものの御法度とのとのことであった。

伏見では、特によい地下水に恵まれ守り続けており、よい米には、丹波地方の酒造好適米「祝」を地元で無農薬栽培して収穫でき、田植え・稲刈りイベントにも繋がっている、とのことであった。

昔見た映画「越後つついし親不知」（今井正監督1964年）では、農作業のない冬場に主人公が季節労働者として伏見の造り酒屋に出稼ぎにくる場面があったが、この日、店の酒蔵に案内されると酒造りがなされており、今や伏見最大手の月桂冠が1961年機械化を伴う四季醸造蔵を建設以降、こちらが基本とのことであった。

なお、「月桂冠」とは勝利と栄光を象徴しての11代大倉恒吉氏1905年の酒銘で、「月の桂」は、姉小路有長卿が八幡宮で詠んだ「かげ清き月の桂の川水を夜々汲みて世々に栄えむ」から、13代目増田徳兵衛氏が1964年に「どぶろく」濁酒を一般消費者向けの「にごり酒」に商品化した酒銘で、文化人が多種多様に集いあう京都地域ならではのパイオニア的ブランドとも評価されている。

京都の造り酒屋の大家族を描いた映画に「小早川家の秋」（小津安二郎監督1961年）がある。早くに妻に死に別れた当主万兵衛（中村雁治郎）がかつての愛人つね（浪花千栄子）やその娘との交流に心の安らぎを感じる映像では、12代目がモデルともあるが、あるいは、年齢を意識しつつあったであろう監督自身の心の揺らぎの表現でもあったろう。利き酒を相伴し、気に入った平安京、柳、にごり酒純米大吟醸を各1本ずつと、味わいも酒銘も興味深い吃驚仰天や抱腹絶倒を数本ずつ注文して、店を後にした。いやあ、伏見の酒がこんなに美味しいとは、こういう機会がなければ、なかなか気付きませんでした。

美味しいお酒に舌鼓

医師の診る風景　和束より⑥

柳澤　衛（相楽）

認知症カフェ

2013年度の京都包括支援推進団体交付金の事業として、相楽医師会主催で和束町でも認知症カフェを開催しました。「茶源郷カフェ　その物忘れが病気になる前に」、として園地区の公民館で地区住民30人の参加を得て行いました。

多職種連携で顔の見える関係を構築することが包括支援で大切と考え、試行錯誤をしながらの開催でした。医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士が15分ずつ認知予防などの話をした後、8人ぐらいの小グループでのおしゃべりタイムとしました。4人のほかに、ケアマネ、福祉課職員、保健師などがそのグループに参加して大声で談笑しました。普段は広い公民館の広間に5つの話の輪ができ、大声はグループが隣りあわせなことと、少し耳の遠い方がおられるせいでした。

歯科医の先生から噛むことの重要性を解説していただいたのですが、参加者が高齢の方で義歯の方が多く、中には総入れ歯の方がおられ、話がかみ合わないなど、楽しい会になりました。医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士が一度に揃うことなど和束町ではないことです。認知症から話が広がり、孫の虫歯のことや、薬の飲み忘れ対策、ボケ防止の献立などあっという間の2時間でした。医師以外は和束町外の方でした。

多くの人でにぎわうカフェ

医師、歯科医師、薬剤師はこのような住民相手のお話会の経験が少なく、なかなか話の調子が乗らなかったのですが、管理栄養士は女性であったことも幸いしたのか、高齢者への受けが一番良かったようです。聞けば、食事の話は対話相手にその食事を作っていただかないといけないので、双方向の話をしているとか。医師も歯科医師も薬剤師も、気をつけてはいるけれども情報は一方向のようだと反省会で意見を言い合いました。また行政の方からもこのような会を住民にしていきたいが、地区に偏りがあっては開催が困難であるとか、普段では聞けない問題点が明らかになりました。

2014年度診療報酬改定から、地域での完結型の包括ケアシステムが求められ、16年改定ではよりその流れが強化されています。

過疎の地域では、社会資源の不足から地域完結型はできません。「茶源郷　その物忘れが病気になる前に」で示されたように、他地区からコレクティブな協力で実施していくことが大切と思います。それにつけても沢山の方とお話するのは愉快です。

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

16年度加入者証は６月上旬お届け

2016年度（16年４月１日～17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いましばらくお待ちください。

第69回 定期総会

日　時　7月31日（日）午後１時～７時
場　所　ホテルオークラ・4F「暁雲」
（京都市中京区河原町御池）
内　容
①第69回定期総会（第191回定時代議員会合併）
午後１時～３時
②講演会　午後３時10分～４時50分
演題：「与謝蕪村・伊藤若冲生誕300年を迎えて」
講師：京都嵯峨芸術大学 教授　佐々木 正子氏
③懇親会　午後５時 ～ 午後７時
ジャズ演奏　ジャズシンガー　伊藤 君子氏
福引き など
※（株）アミスセレクトの即売会も行います