

新規開業予定者のための講習会

日時 11月19日(日) 午前10時~12時30分

場所 京都府保険医協会・会議室

内容 ①開業準備の勘所
~各ステージにおけるポイント~
日本光電工業株式会社
コンサルタント 米澤 正範氏

②新規開業時における院内システムの選定の注意点
株式会社メディカルJSP
営業部 部長 森金 暁氏

③先輩開業医からのアドバイス
医療法人仙翁会 太秦天神川駅前
いまい皮膚科クリニック 院長 今井 慎氏

④地区医師会への入会・保険医協会の共済制度について

参加費 会員および当日ご入会の方: 無料 要申込
非会員: 5,500円

※参加者には、開業に役立つ『新規開業医の手引き』(保団連発行)を進呈。当日の入会も可。

勤務医のための講習会

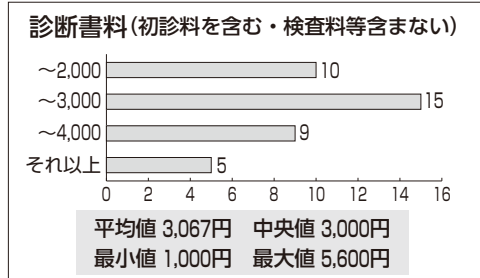
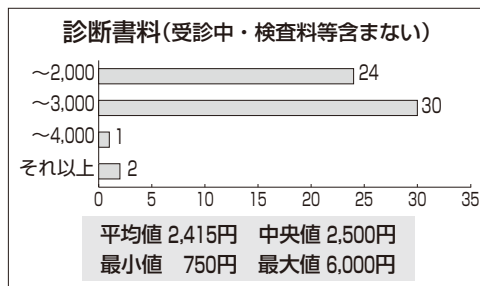
日時 11月19日(日) 午後2時~3時30分

場所 京都府保険医協会・会議室

内容 勤務医のための医療安全対策
~傾向と対策~

講師 京都府保険医協会
医療事故案件調査委員
整形外科医 名倉 良一

参加費 会員および当日ご入会の方: 無料 要申込
非会員: 3,500円



棒グラフ右の数字は回答数。縦軸の単位は円。金額に幅がある回答については、便宜的にその中央値を代表値として集計している(例: 2,000円~3,000円→2,500円として集計)。

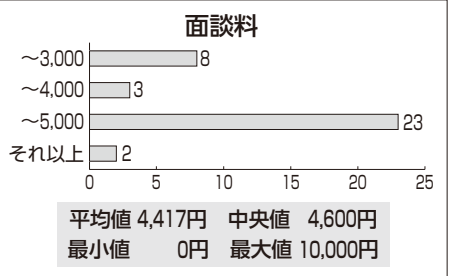
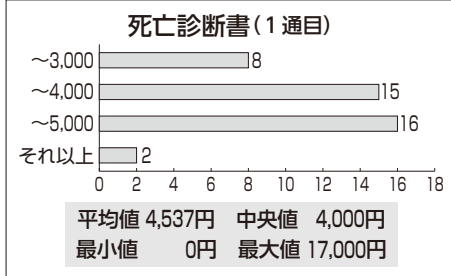
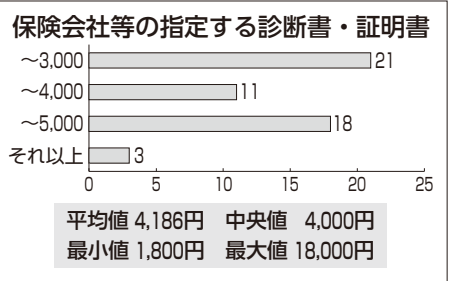
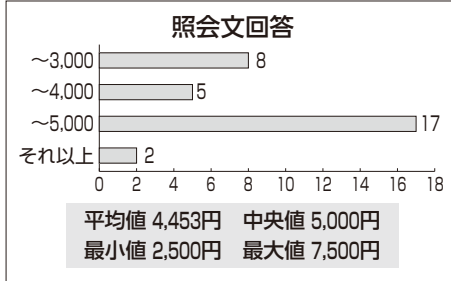
なお、療養担当規則において、保険外負担を徴収する場合は受付窓口、待合室等にサービスの内容および料金を分かりやすく掲示している。

保険診療とは別に、実費徴収が認められているもの(シ・はり・きゅうの施術同)を除外して、実費徴収が認められている。その一方で金額については特に定めがなく、金額設定は各医療機関に任されている。そこで本アンケートでは、各医療機関における各種文書料の料金(消費税別)を尋ね、その実態を調査した。2012年に一度同趣旨のアンケートを実施しているが、5年を経過したことであらためて実施している。

代議員・予備代議員アンケート

「各種文書料について」(概要)

回答数 63 (内訳 無床診療所 55、有床診療所 10、病院 6、不明 2)
 回答率 35.4% 調査実施 2017年6月22日



るよう定められている。各種文書料についても院内掲示がなされているか、ご確認いただきたい。

本紙においては、回答者9月号に掲載しているののうち半数以上から回答があった項目のみを概要として掲載している。それ以外の項目を含んだ全体版は本紙付録のグリーンペーパー9月号に掲載している。

専門科	診療担当者代表	保険者代表	学識経験者
内科	安達 秀樹	江村 正仁	井本 雅美
	稲掛 英男	小林 正夫	大藪 博
	馬本 郁男	佐藤 克明	長村 吉朗
	沖 映希	田上 哲也	◎垣内 孟
	角水 正道	長谷川 剛二	久米 典昭
	北川 靖	林 英夫	佐々木 義行
	林 理之	廣瀬 亮平	田代 博
	吉政 孝明	三尾 直士	谷村 伸一
	若林 正之	山下 浩平	古川 啓三
	出木 寛	吉田 章	山内 知
☆杉山 博	吉田 憲	余みんてつ	
	吉波 尚美	横江 信義	
		☆辻 光	
		☆藤田 祝子	
精神科	東前 隆司		
	☆三木 秀樹		
小児科	安野 哲也	木崎 善郎	天満 真二
		吉裕	
外科	濱島 高志	天谷 文昌	竹中 温
	古家 敬三	池田 義	能見伸八郎
	峯松 壮平	糸井 啓純	野見山世司
	水谷 均	神田 圭一	野見山世司
	山木 垂水	南都 昌孝	福州 修
	曾我部 俊大	矢部 正治	
	☆嶋田 裕	大和 俊夫	
整形外科	小室 元	日下部 虎夫	岩田 啓史
	鈴木 雅清	高田 秀彰	中嶋 毅
	吉岡 慎二		菱本 修
皮膚科	谷岡 未樹		松木 正人
泌尿器科		野々村 光生	
		☆今田 直樹	
産婦人科	井田 憲司	堀江 克行	山下 元
	井上 卓也		
	大坪 一夫		
眼科	久山 元		岩見 達也
			原山 憲治
			松本 康宏
耳鼻咽喉科	牛嶋 千久	出島 健司	児嶋 久剛
			☆西村 秀夫

専門科	保険医代表	保険者代表	公益代表
内科	鈴鹿 隆之	馬場 満男	◎中島 悦郎
	小野 晋司	中嶋 俊彰	小川 直
	神田 益太郎	島崎 千尋	小西 正昭
	長坂 行雄	河野 義雄	小畑 雅之
	松原 欣也	安田 健治朗	藤村 雅之
	澤 美彦	北村 誠	○山下 直己
	山本 康正	勝島 慎二	松本 恒司
	川上 明	原 洋	西村 俊一郎
	☆三木 真司	小林 裕	牧山 武透
	☆南 祐仁	正木 元子	関 麻衣
	☆中村 直登	浅野 洋子	
	☆赤尾 昌治	谷口 智彦	
	☆小暮 彰典	滝 孝臣	
		☆白山 武司	
		☆増井 明	
精神科		中嶋 章作	南部 知幸
小児科			川勝 秀一
			栗山 憲人
外科	武内 俊史	柴垣 一夫	垣田 清人
	北浦 一弘	齋藤 信雄	○坂部 秀文
	土屋 宣之	高橋 章之	角山 正博
	薄井 裕治	山本 栄司	
	野原 丈裕	中原 功策	
	田村 耕一	前田 武昌	
整形外科	藤田 隆生	田中 千晶	内田 寛治
	岩下 靖史	奥田 良樹	
	☆廣嶋 芳城	玉井 和夫	
皮膚科	小西 啓介		
	松井 美萌		
泌尿器科	飛田 収一	北村 浩二	
	☆橋本 哲也	☆家原 典之	
産婦人科			岩破 一博
			濱西 潤三
眼科	西嶋 一晃	溝部 恵子	佐々本 研二
	☆山崎 俊秀		
耳鼻咽喉科	村上 匡孝	高木 伸夫	

審査委員が改選

基金審査委員長に垣内 孟氏 国保審査会長は中島悦郎氏

任期満了に伴う支基金一会の審査委員の委嘱が、6月1日付でそれぞれ行われ、国保連合会両審査委員が選出された。

国保の審査委員会会長は中島悦郎氏(新・内科)が、副会長には坂部秀文氏(再・外科)、山下直己氏(新・内科)が選出された。両審査委員の任期は、いずれも19年5月31日までの2年間。

◎基金委員長、国保会長 ○基金副委員長、国保副会長 ☆新任審査委員(順不同・敬称略、基金・国保とも歯科・調剤審査委員を除く、2017年6月1日現在。基金・国保からの情報提供および京都医報2017年7月1日号を元に作成)

在宅医療点数に関する実態調査結果

対象期間 17年4月20日～5月8日

対象 京都府内の在宅療養支援診療所を届け出ている

対 象 337診療所(会員、非会員問わず)

回収数 1107通(回収率 31.7%)

※調査中の数値は全て17年3月時点のもの。詳細は協会のホームページ(https://healthnet.jp/)に掲載している。

点数格差は明らかな不合理

主たる標榜科目は「内科」が61.7%、「外科系」が68.2%、「内科系」が14.0%、「山城北」が13.1%、「山城南」が89.7%、患者数は24科系ともが18.7%。所が5.6%、「南丹」が2.04人(図1)。

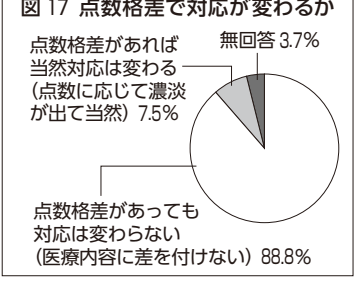
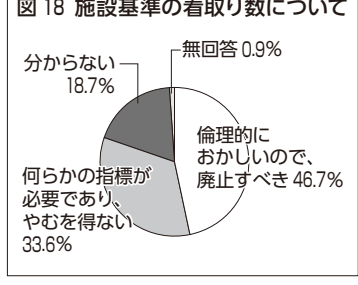
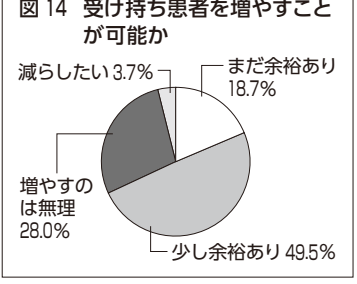
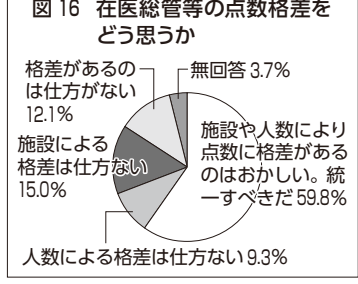
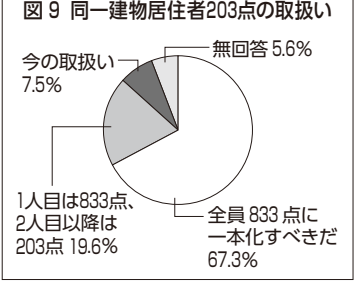
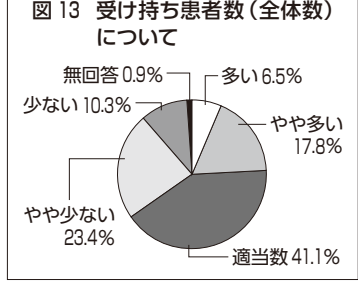
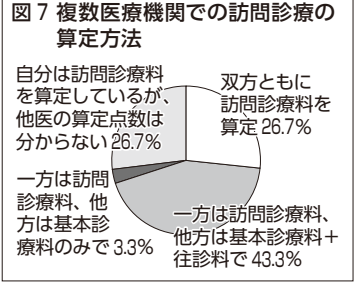
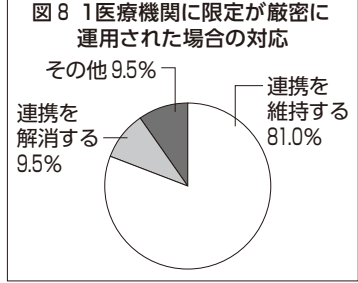
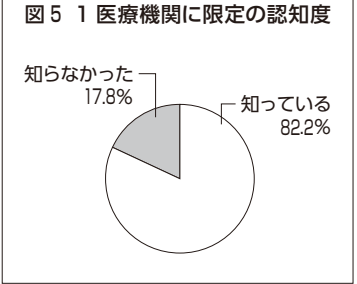
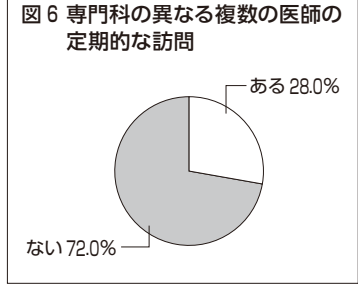
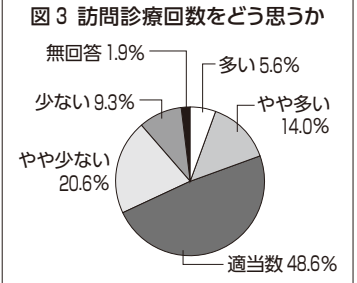
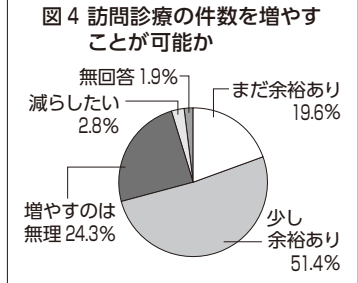
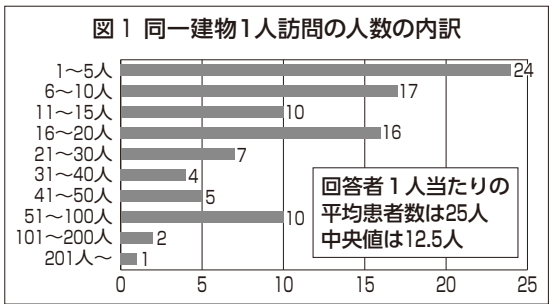
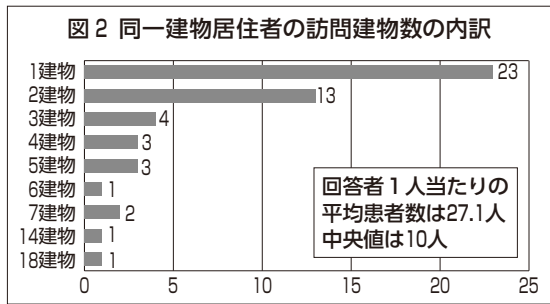
① 17年3月に訪問診療料を算定したのは98医療機関(91.6%)、算定患者総数は3787。平均患者数は38.6人、中央値は20.5人。

② 同一建物で1人に算定していたのは51医療機関(47.7%)、患者数1383人(図2)。算定患者数に占める同一建物複数人の算定割合は36.5%。

③ 同一建物で複数人に算定していたのは96医療機関(89.7%)、患者数は2404人(図1)。

④ 訪問診療料を算定し、他医の算定点数はわからない26.7%、一方は訪問診療料、他方は基本診療料のみで3.3%、双方とも訪問診療料を算定しているが、他医の算定点数はわからない26.7%、一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料で43.3%。

⑤ 今後、1日当たりの訪問診療料を算定し、一方



問診療の件数を増やすことが可能かについては、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が71% (図4)。

⑥ 訪問診療料の算定が1医療機関に制限される取扱いについて「知っている」が82.2% (図5)。

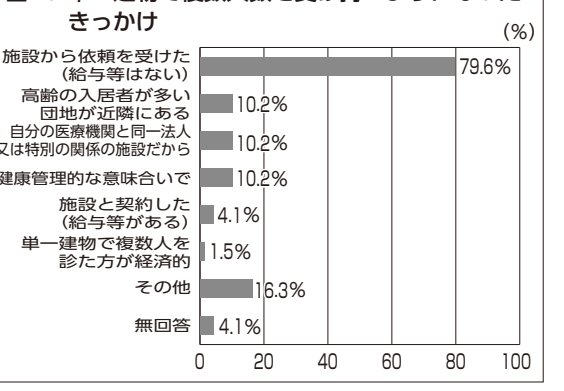
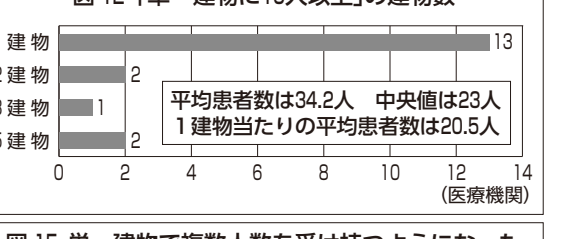
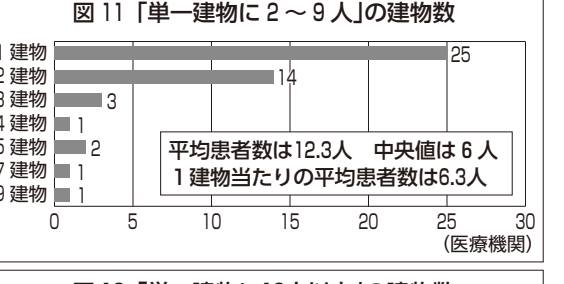
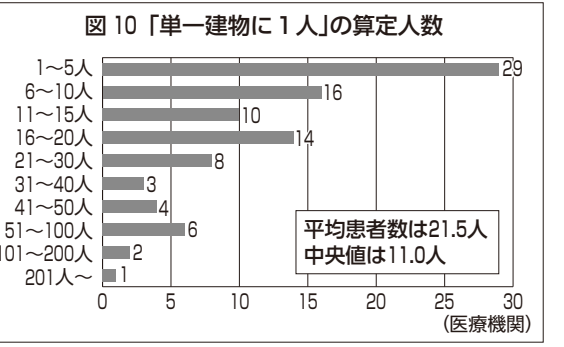
⑦ 専門科の異なる複数の医師の定期的な訪問で在宅医療を支えている例があるかどうかについては、「ある」が28.0%、「ない」が72.0% (図6)。

⑧ 上記⑦で「ある」を選んだ30人に、現在どのよう算定しているか質問したところ、「一方は訪問診療料、他方は基本診療料+往診料を算定」が43.3%、「双方とも訪問診療料を算定」が26.7%、「自分は訪問診療料を算定し、他医の算定点数はわからない」が26.7%、「一方は訪問診療料のみ」が3.3% (図7)。

⑨ 上記⑧で「双方ともに訪問診療料を算定し、一方は基本診療料のみ」が3.3% (図7)。

⑩ 全員に「同一日に同一建物居住者を複数人診療する場合、203点に低減されるか」という質問をしたところ、「全員833点に一本化するべきだ」が67.3% (図9)。

⑪ 1人の患者を専門科の異なる複数の医師が管理する場合、双方で訪問診療料の算定を認めるべきである。また、機能強化型在宅支援診療の連携型の場合は、



主治医の管理の元に複数の医師が協力して訪問診療にあたるグループ診療も評価すべきである。さらに、同一日に同一建物居住者を複数人診療した場合に、在宅患者訪問診療料を引き下げる取扱いは廃止すべきである。

⑫ 機能強化型在宅支援診療・支援病棟の施設基準である看取り数の実績要件について、「倫理的におかしいので、廃止すべき」が46.7% (図18)。

⑬ 在宅・施設で療養する患者の総合的な「医学管理」を行うことに違いがないにもかかわらず、点数に格差があるのは明らかな不合理だ。同一月に単一建物居住者を複数診療した場合に引き下げる取扱いは廃止すべきである。また、施設総管は、在医総管の点数に引き上げて一本化するべきである。

⑭ 2017年3月に在医総管、施設総管を算定したのは96医療機関、算定患者数は3192人。平均患者数は33.3人、中央値は19人。

⑮ 当該医療機関における受け持ち患者数(全体数)の印象は、「適当数」が41.1%、「少ない」「やや少ない」が33.7% (図13)。

⑯ 今後受け持ち患者数(全体数)を増やすことが可能かについては、「少し余裕あり」「まだ余裕あり」が68.2% (図14)。

⑰ 上記⑯で「まだ余裕あり」「少し余裕あり」を選択した73人に、何人くらい増やすことが可能か質問した結果、(a)重症患者について47医療機関が回答。平均3.9人、中央値は2.0人。(b)重症患者以外について69医療機関が回答。平均9.6人、中央値は5.0人。

⑱ 上記⑯で「減らしたい」理由を質問した結果、全員の「点数が低く意欲が低下」「16年度改定で点数が低くなったため」を選択。

⑲ 単一建物で複数人(2~9人、10人以上)の患者を在医総管、施設総管を受け持っていると同答した49

政策解説

地域医療構想実現を視野に 第7次医療計画策定協議進む

2018年度からの新たな医療計画策定に向け、京都府医療審議会・計画部会での議論が進んでいる。第2・3回は、「保健医療計画の各項目に係る取組の方向性について」が議論された。「各論」にあたる部分だ。

さらに各2次医療圏では昨年設置された地域医療構想調整会議と地域保健医療協議会の合同会議が開催され、地域ごとの現状と課題整理に向けた議論も同時に進む。12月中旬案とりまとめ、医療審議会の答申案まとめを経て、18年3月の計画決定が目指されている。

国の政策反映する医療計画改正の変遷

医療計画の根拠法である医療法は1948年に制定された。終戦後、医療機関の量的整備が急務とされ、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準や人員基準を規律することを目的としていた。50年に医療法人制度創設、62年の議員立法による公的医療機関の病床規制導入があったものの、全体としては40年近く医療法の性格が大きく変わることはなかった。

転機は、1985年の法改正による医療計画導入だ。厚労省資料は、その意図を次のように簡潔に書いている。「医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進」。量的整備から偏在是正と医療機関連携へ。今日にまでつながる国の政策がすでに示され、そのツールとして医療計画は導入された。病床過剰地域における開設・増床の中止を勧告する権限を都道府県知事に与えたのもこの時である。以来医療法は、2014年の第6次改正に至るまで、めまぐるしく改正され、より具体的に都道府県内の医療提供体制の枠組みを規定するものへとバージョンアップされ続けてきた。

2006年の第5次医療法改正では4疾病(がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)・5事業(救急医療・災害医療・へき地医療・小児医療・周産期医療)の医療連携が、医療機関名も入れる形で盛り込まれることとなった。以降、公のみでなく民間医療機関の役割も実名で計画に書き込まれるようになる。

その後、社会保障・税一体改革の時期である11年の医療法改正^{注)}では、急性期をはじめ医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の強化が講じられた。この際、精神疾患が加えられ5疾病になり、「指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う」=疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進が強化されることになる。

そして、現在策定作業中の医療計画には14年の第6次改正が反映される。

一足先に実施された病床機能報告制度・地域医療構想・地域医療介護総合確保基金・地域医療構想調整会議といった新たな仕組みも、医療計画の実効性強化につながるものである。

第7次医療計画策定に向けた 京都府の見直しポイント

第7次医療計画の特質は大きく分けて二つ指摘できる。一つは地域医療構想・地域包括ケア実現ツールとしての意義が加わること。もう一つは、新たな医師偏在解消策の記述である。

京都府の第1回部会で配布された「京都府保健医療計画の見直し事項」に、ポイントが挙げられている。

第1部総論では、第2章「計画の性格と期間」に

「平成30年度から35年度までの6か年計画」とある。第7次医療計画の期間は従来の5年から6年に変更され、介護保険事業計画(3年1期)、医療費適正化計画(18年度から6年1期)、診療報酬・介護報酬同時改定と期間が同じになり、相互に整合性が図られる。

第3章「計画の基本方向」は、①急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築②疾病・事業横断的な医療提供体制の構築③5疾病・5事業(および在宅医療)に係る指標の見直し等による政策循環の見込みの評価④介護保険事業(支援)計画等の他計画との整合性確保一が挙げられた。

第5章「基準病床数」は、地域包括ケア構想における需要数と基準病床数との考え方の整理。17年3月31日の厚労省医政局長通知「医療計画について」は構想区域と2次医療圏が異なっている場合には構想区域に2次医療圏を合わせることも、今後高齢者人口の増加が近づく地域では医療需要の増加を毎年検討し、基準病床数見直しを毎年検討するよう求めている。

第2部各論では、第1章「地域の保健医療を支える人材の育成・基盤の整備」「1保健医療従事者の確保・養成」につき、地域医療対策協議会で協議することに加え、医師需給分科会等の議論を踏まえた見直し、都道府県における主体的な医師偏在是正の取り組みの促進(新専門医制度を活用した医師確保対策、地域医療支援センター機能強化=キャリア形成プログラム、へき地における医師確保、若手医師のアプローチ)、働き方改革(長時間労働等)が挙げられた。この項については、医師需給分科会を受けた国の「医療計画の見直し等に関する検討会」が、法改正を要しない新たな偏在是正策は第7次計画からの導入を目指す方針を示しており、今後の議論に注視が必要である。

第2章「患者本位の安心・安全な医療体制の確立」、第3章「健康づくりから医療 介護まで切れ目のない保健医療サービスの提供」は、5疾病・5事業についての検討である。このうち、がん・歯科・肝炎・認知症・精神・医療的ケアが必要な児童については「対策協議会」で協議するとされる。

府・計画部会の議論状況

第2回部会(8月10日)では、医療従事者の確保、小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療、医療・医薬品の安全確保、脳卒中・心血管疾患について議論された。京都府は、各項目について「調査」を示している。調査は、「取組状況」「課題」「対策の方向性」を整理しており、医療従事者の確保の項では課題に①地域偏在の解消②地域医療に従事する医師のキャリア形成支援③医師にとって働きやすい職場環境の整理一を挙げている。出席者からは、「医療勤務環境の改善に関して、医師が多い地域や医療機関は、当直業務や長時間労働等の改善に取り組めるが、医師が少ないところは改善できないので、さらに医師偏在が進む懸念がある」「今後のへき地医療を担う、総合診療医の育成についても記載を」との意見が出された。

また、脳卒中・心血管疾患については「死亡率の改善は、診療体制によるところが大きい。一人の医師ではなく、しっかりした体制をつくるのが重要。人材が集まった施設をつくと、若手医師もその施設に従事しやすくなると思うので、新しい保健医療計画に盛り込んではどうか」等の指摘があった。

今次計画の基準病床数設定の状況

		基準病床数 A	既存病床数 (H24.12現在) B	差引 B-A
①療養・一般 病床	丹後	1,257	1,180	△77
	中丹	2,143	2,119	△24
	南丹	1,392	1,370	△22
	京都・乙訓	15,370	19,694	4,324
	山城北	3,836	3,766	△70
	山城南	788	667	△121
府合計		24,786	28,796	4,010
②精神病床		5,728	6,376	648
③結核病床		300	300	0
④感染症病床		38	38	0

※療養・一般病床は2次医療圏ごと、精神病床、結核病床及び感染症病床は府全域で設定
出典：京都府保健医療計画の概要(京都府)

第3回部会も各論を議論。在宅医療、健康づくりの推進、がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病、精神疾患・認知症、発達障害・高次脳機能障害・難病等、肝炎・感染症・健康危機管理と多岐にわたるテーマで議論された。また前述した関連する「対策協議会」の状況も報告された。

何れにせよ、内容の膨大さに対し、時間不足の印象は拭えない。

地域における議論状況と 京都府に求められる姿勢

医療圏ごとの地域医療構想調整会議と地域保健医療協議会の合同会議での議論も並行して進む。すでに、丹後・中丹・南丹・京都市・山城北・山城南で開催され(乙訓は全体を集めた会合は開催していない)、5疾病・5事業の医療連携を中心に議論がなされた。今回は10月開催が予定されている。

従来から保健所が事務局となり、各圏域の地域保健医療協議会が設置され、府の医療計画策定にあわせて、「地域における主な課題と対策」がまとめられてきた。地域医療構想策定を前に、調整会議が設立されたことで、協議会の多くが調整会議と合同で開催されることとなった。

従来京都市・乙訓圏域では、京都市が協議会に参加しない形で進められており、そのことが京都市の医療問題を見えにくくしていたと言わざるを得ない。その意味で府主導で京都市域の調整会議が開催されることは意味深い。2018年度を前に全市町村は否応なく医療政策を担う立場になっている。行政と地域の医療者が率直に意見を話し合える場は重要な意義を持つ。

だが、地域の医療者や関係者が一堂に会しても、あくまで医療計画策定や地域医療構想実現という一定の枠組みの中での議論となってしまうことに伴う限界が生じる。

ある医療圏の会議では医療者から、なぜ今日の課題に専門医制度の問題が出ていないのか、この地域では医師・医療従事者の確保が何よりも求められるのに議論されないのはなぜなのか、と発言があった。

京都府の医療計画のプランが、国の指示に基づくばかりでなく、地域の医療問題の解決に役立つものであること、そのために地域の声を徹底して聞くこと。府当局(地域では保健所)がそうした前提に立った提案をしてこそ、計画策定部会も地域での協議も意義あるものとなるはずである。

注) 厚労省はこの改正を第〜次とは呼んでいない

福祉国家構想研究会講演会

安倍政権に代わる選択肢を探る

安倍政治に代わる政治の選択肢・対抗軸が求められている。7月の都議選はその切実さを示したが、安倍政治に代わる選択肢を示すことはできなかった。「選択肢」には二つの条件が必要である。一つは、「対抗する政治を実現する担い手の存在」、もう一つは「対抗する政治の構想(中身)」である。協会と福祉国家構想研究会は、09年以来、新自由主義政治と軍事大国化に代わる対抗構想づくりで協働し、社会保障憲章・基本法、医療、財政、教育、雇用、安保のない日本といった分野での成果をまとめ

安倍改憲を阻む共同から 戦争法廃止の連合政権へ

いま、安倍政治に対する 選択肢が求められている

16年参院選において、32の1人区のうち11の1人区で野党統一候補が勝利。得票率などからみて敗北した選挙区でも前進しており、安倍政治に代わる選択肢への国民の期待が顕在化したと言える。

これに対し、東京都は、新自由主義の受益者層が増大・住民の2極分断で自民党票増大、自民・民主の逆転がおこった地域である。この東京での参院選自民党大敗の要因は、共謀罪強行採決、加計学園、森友問題にみられる行政私物化への怒りの爆発である。確かに背後には、安倍政治の2本

公表してきた。しかし現実には全く逆の方向に動き、日米共同作戦、安倍九条改憲、アベノミクスといった事態が現実である。今は、その現実から出発して終着点に接近する道を探らねば、会員や国民の切実な期待に応えることにはならない。「対抗する政治の実現の担い手」「対抗する政治の構想」、この二つの課題にどう立ち向かうか。その問題意識のもと7月29日に開催された講演会から、渡辺治一橋大学名誉教授による講演の概要を紹介する。

柱は新自由主義と安保法・改憲問題への怒りと不満が鬱積しているが、その爆発にまでは至っていない。その証拠に、自民党は、地域特性に関係なく都内全選挙区で満遍なく票を落とし、高所得層居住地域でも低所得層居住地域でも減少に差がない。

一方、野党共闘派は全都レベルでの共闘ができず伸

市民と野党の共闘はどこまで来たかー 選択肢・対抗軸の現在

安保法(戦争法)反対の共同は、その特徴から、安倍政治に代わる選択肢に担



講師の渡辺氏

し、市民連合など市民と野党の共闘組織が組織されている。

では、この戦争法反対・廃止の共同は、なぜ16年参

安倍改憲阻止の共同から、安倍政治に代わる野党連合政権へ

なぜいま 野党連合政権か？

安倍政治の「悪政阻止」には一点共同で闘えるが、「安倍政治に代わる政治を実現する」には、国民の多くが支持する新しい選択肢

この連合政権論には、民進党内からの反対が根強い。全く性格の異なる政党が連合政権を組むことはありえないという。反対論者は、党のアイデンティティ

院選で安倍政治を倒すことができなかったか？それは、「連合」や民進党の一部が言うような「共同のせい」ではなく、「共同の弱さのせい」である。

「受け皿」組織は作れたが、その受け皿は複数区を抱える大都市圏ではできず、欠けていた。そしてもう一つの要因と

野党連合政権構想の二つの柱

野党連合政権構想の柱は、以下の二つだろう。第一の柱は、平和と憲法。改憲に反対し、自衛隊の海外での武力行使はやめる、沖縄辺野古の米軍基地建設はやめさせる、普天間返還などがその内容。二つ目の柱は、福祉と憲法。アベノミクス・新自由主義政治を止め福祉国家をつくる、福祉国家型財政への転換、福祉国家型民主的行政機構・裁判所、福祉国家型地方自治体への改革、秘密保護法・共謀罪など市民的自由の侵害法制の廃止、知る権利の拡充などだろう。

これらを実現するために、強い「国民の意思」が必要である。その点で民進党は決定的な誤りを犯した。民主党政権の「料理」は福祉国家的運動を一定反映したものであったが、基本的な国民に依拠しない非民主的なあり方を超えられず、担い手は自分たちだけ

この連合政権論には、民進党内からの反対が根強い。全く性格の異なる政党が連合政権を組むことはありえないという。反対論者は、党のアイデンティティ

について、軍事力で解決すべき問題なのかという疑問を持ち、むしろ九条の平和主義の立場での平和の実現を願ひ、社会保障について、構造改革、新自由主義改革によって弱体化した制度の再建、強く、充実した社会保障を望んでいる。争点は明確だ。戦争か平和か。社会保障の見せかけの充実か真の充実かだ。



「国民の意思」を示す時と訴える渡辺氏

これらの支持層を投票に結びつけるには、戦争法反対の地域での共闘が力になっている。東北6県市町村長九条の会が統一候補に精力的な調整を行っていた

この講演録の編集作業中に、安倍首相による衆議院解散報道が出された。安倍首相は、①消費税増税の税収使途変更による「全世代型社会保障の実現(幼児教育・保育無償化等)②北朝鮮への圧力強化路線の継続③憲法への自衛隊の根拠規定の明記」の三つを争点にするつもりと報道されている。

これに対する野党のスタンスは、今一つはつきりしない。民進党の前原代表は、社会保障については氏

保険診療



70歳以上の高額療養費制度について

Q、8月診療分から70歳の区分での支給であった以上、高額療養費制度が変更も、回数にカウントできる更になり、所得区分が一般の方が外來十入院(世帯)の上限が引き上げられることも、多数回該当が設定されましたが、多数回該当するかどうかは、8月診療分からカウントを始めるのでしょうか。

A、多数回該当のカウントについては、2017年7月までに高額療養費に該当している場合のカウントを引き継ぐことがQ&Aで示されました。また、所得区分については現役並み・一般・低所得のいずれ

11月10日 発行予定

Now Printing

会員価格 3,200円

発行元 京都府保険医協会

医師が選んだ 医事紛争事例

69

(70歳代前半女性)
 〈事故の概要と経過〉
 患者はびまん性リンパ腫の治療を目的に入院中で、脳梗塞により右片麻痺であった。勤務して数日の新人看護師が患者の排泄を介助した後、ベッドへ誘導して座らせた。その際に患者はすり落ちるようになり、右側から右側に転倒して右大腿骨頭部内側骨折となった。その後、腰椎麻酔下で人工骨頭置換術を施行。術後はリハビリを開始して、内科に転

患者転倒、新人看護師に現場教育と注意喚起を！

科した。患者側は、当初は強く医師をベッドに座らせる際に、臀部全体がベッドにかかっていたが、今後は看護士に起った詳細にわたる報告を行うように注意した。紛争発生から解決まで約1カ月間要した。

〔問題点〕
 以下の点から若干の過誤

始め、クレームを言うに及ばず、患者の状態を考慮して、ベッドに座らせる場合もより慎重に行い、今回のような事故は発生しなかつたと考えた。

今後、新人看護師に対しては、予定外の看護をする場合は、先輩看護師を呼ぶ等、注意喚起を徹底することになった。また、新人看護師は患者が転倒したことを患者の骨折が確認されるまで報告しなければならないが、今後は看護士に起った詳細にわたる報告を行うように注意した。

沖縄・辺野古 視察ツアーのご案内

2018年 2月11日(日)～12日(月・祝)

行程

初日 伊丹発→ホテル着後は自由時間→夜は学習・懇親会
 2日目 平和ガイドとともに辺野古→嘉手納基地等を視察→夜・伊丹解散
 ※旅費および宿泊費は自己負担していただきます。費用はわかりしいお知らせします。

申込みが12人になり次第、締め切らせていただきます。お早めにご連絡下さい。

〔目的〕 安倍首相による改憲の動きが急となり、「戦争できる国」づくりも着々と進められるなか、沖縄県の民意と向き合わず辺野古の埋め立てが強行されています。患者・国民の命と健康を守る医療者として、現地視察を行うとともに地元住民と連帯し平和への思いを共有します。

憲法を考えるために

56



「われらは、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有することを確認する」(日本国憲法前文)。

核の傘とは、核保有国(米国など)が同盟国(日本など)に核兵器の抑止力を提供すること、またそれを自国の安全保障とすること。

2017年7月7日、国連は「核兵器の禁止に関する条約」を採択した。被爆国でありながら、反対・不参加を表明し退席した日本の席には、「wish you were here」と書かれた折り鶴が置かれていた。

核廃絶の潮流は、その非人道的性と核抑止論批判にある。前者は「過去の核兵器使用や実験の経験は、その巨大で制御不可能な破壊力や無差別性がもたらす受け入れられない人道的結果を示している」(国連総会・核兵器の人道上の攻撃に対し、その国に圧倒的、壊滅的な報復攻撃をする軍事力を保持し、それを実行すると脅迫し、「恐怖」を与え、攻撃を思いとどまらせることであり、それは現実的には核兵器による以外にはあり得ない。では抑止力の何が問題か。相手国よりも強大な核攻撃能力を保持する必要がある、(政策部会・飯田哲夫)

憲法と核の傘

「核兵器の禁止に関する条約」を採択した。被爆国でありながら、反対・不参加を表明し退席した日本の席には、「wish you were here」と書かれた折り鶴が置かれていた。

核廃絶の潮流は、その非人道的性と核抑止論批判にある。前者は「過去の核兵器使用や実験の経験は、その巨大で制御不可能な破壊力や無差別性がもたらす受け入れられない人道的結果を示している」(国連総会・核兵器の人道上の攻撃に対し、その国に圧倒的、壊滅的な報復攻撃をする軍事力を保持し、それを実行すると脅迫し、「恐怖」を与え、攻撃を思いとどまらせることであり、それは現実的には核兵器による以外にはあり得ない。では抑止力の何が問題か。相手国よりも強大な核攻撃能力を保持する必要がある、(政策部会・飯田哲夫)

DCゴールドカードのご案内

……年会費 永久無料……

京都クレジットサービス㈱と提携しているゴールドカードは、京都府保険医協会の会員は個人・家族・法人カードとも年会費は永久無料です。有利な特典も備えています。ぜひご利用下さい。

※詳細は本紙に同封している案内チラシをご参照下さい。

文化ハイキング — 東福寺界隈の史跡を巡る

今回の文化ハイキングは、東山区・東福寺界隈の史跡を訪ねて、案内人とともに、秋の一日を、のんびりと過ごします。東福寺「通天橋」を渡り「普門院」、「龍吟庵」、「方丈」、「光明院」、「勝林寺」などをめぐります。昼食は「栗棘庵」にて松花堂弁当を賞味。

ご家族・スタッフの方お誘いあわせの上、ぜひご参加下さい。雨具のご用意とともに軽装で歩きやすい靴でご参加下さい。



日時 11月5日(日) 午前10時～午後3時頃(雨天決行)
 参加費 会員5,000円、家族・従業員6,000円(拝観料、昼食代含む)
 集合 午前10時 JR・京阪「東福寺」駅改札口前
 主催 (有) アミス
 協賛 京都府保険医協会

先着定員20人・要申込

お申込み・お問い合わせは協会まで

