



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
インターワンプライス烏丸6階
電話 (075) 212-8877
FAX (075) 212-0707
編集発行人 花山 弘

主な内容

地区医師会との懇談中東西北上東西陣 (2面)
 難病で制度改善訴え (3面)
 リハビリの実態を調査 (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

リハビリで厚労省要請

要介護維持期リハ算定終了の撤回求める

協会は12月4日、保団連とともに厚労省に対して要支援・要介護者の外来維持期リハビリテーション(以下、維持期リハ)算定終了の撤回を求める要請を行い、(一社)京都府理学療法士会、(一社)京都府作業療法士会、(一社)京都府言語聴覚士会(以下、三士会)との連名による「医療・介護のリハビリテーションに関する要請書」を手渡した。京都協会からは飯田理事と事務局が参加、厚労省は保険局医療課と老健局老人保健課の担当者が対応した。要請書では、①維持期リハ算定終了の撤回②当面、移行困難例等については算定を認めること③維持期リハ終了後の患者の追跡調査を行うこと④通所リハビリの介護報酬を引き上げることの4点を要望した。



要請書を手渡す飯田理事(右)

維持期リハは2019年4月に算定終了となったが、協会と三士会はそれによつて、要介護・要支援の患者さんが必要なりハビリテーションを継続して受けることができているのかを懸念し、算定終了の影響に

ついて調査した(その後、同調査は保団連が全国調査として実施し、京都を含む31の保険医協会・医会でも実施)。また、維持期リハの対象であった患者さんの主な移行先である通所リハビリ

テーションにおいても、現在の報酬体系や施設基準が、要介護・要支援の患者さんが必要なりハビリテーションを継続して受けることができるものとなっているのかどうか調査を行った。その結果(関連3面)からは、リハビリの継続が必要だったにもかかわらず、移行せずに終了した人、介護保険制度上

厚労省、介護移行推進の原則曲げず

要請では、飯田理事と事務局より調査結果を報告。あらためて維持期リハ算定終了の撤回を訴えた。

保険局医療課の担当者は「調査結果について、「是非参考にさせていただきたい」と述べたものの、「維持期リハ算定終了の撤回」については、「中医協で議論しているが明確に終了を撤回すべきとの意見はない」「前回改定の結果検証の特別調査を実施しており

検証を進めているところ」「介護側の施設の整備状況は引き続き見ていく」との回答に留まった。

「当面、移行困難例等については算定を認めること」については「介護との連携について引き続き考えていく」「困難が生じないように丁寧の説明していく」「診療報酬のあり方については次期改定に向けて検討していく」との回答で、具体的な対応については言及がなかった。

老健局老人保健課の担当者は、「まだ、病院でリハビリ施設を開設していないところがある。課題があるのであれば対応し利用者が困らないよう体制の整備を進めていきたい」と述べた。結局のところ厚労省としては、維持期リハは介護保険に移行すべしとの原則

からは外れない範囲で対応するとの回答であった。

それに対して保団連からは、「今回の調査からは、その原則に対応できない患者、利用者が多数存在していることが明らかであり、消炎鎮痛等処置で対応するな」医療機関についても同様だ。今後も体制整備を進めてもらうにしても、整うまでの間は柔軟に対応してもらいたい」と何らかの措置を講じることを求めた。

担当者は、「まさにそれが18年度の同時改定であり、大幅に見直しを行い丁寧に対応してきた」として対応済みかのように回答し、認識は一致しなかった。

そこで重ねて、「調査で明らかとなった事例について、最後に飯田理事より、

の制約によつて移行ができなかった人、移行先で状態の維持に困難が生じた人があることなどが明らかとなっており、その内容に基づいて厚労省に対し、要請した。

関係者への増税分の手当として基本診療料である初診料が6点、再診料が1点引き上げられた。

主張

昨年の5月から元号が令和になり、今年初めての令和での新年を迎えた。昨年は日本に限らず、世界のあちこちで異常気候や、自然災害が多く発生した。地球温暖化がこれらの原因となっているのならば、世界規模での対策を講じる必要があると考える。

昨年10月から消費税が10%に引き上げられた。医療

さらなる窓口負担増の阻止を

その他の消費税増税分に對する補てんは4月の診療報酬改定時に緻密な計算に則り補填することので

心もたないことである。これまで協会が何回も主張してきた薬価・材料価格の引き下げ分の診療報酬上

しい状況である。また厚労省は、医療費抑制策として計算根拠もわからない医師偏在指標や公

立・公的医療機関424病院を再編統合の対象として発表したり、地域実態を無視した政策を発表している。19年12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議が中間報告を取りまとめ公表した。医療については、「後期高齢者(75歳以上)現役並み所得者は除く」であつても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする」との方針が明記

されたほか、紹介状なしの大病院受診時定額負担の対象病院の拡大や負担額の増額、増額分を公的医療保険の負担の軽減に用いることなどが記載された。一方、受診時定額負担やOTC類似薬の保険外しについては触れられていない。協会は、これ以上の患者窓口負担増を避けられるよう引き続き活動していく。会員各位のご支援ご協力をお願いしたい。

再び戦争の惨禍が訪れることのないようにすることを決意しよう。(卯堂)

2019年度 地区医師会との懇談会

下京西部医師会	2月6日(木) 午後3時～ 下京西部医師会事務所
与謝・北丹医師会	2月8日(土) 午後3時30分～ 文珠荘
山科医師会	2月20日(木) 午後2時～ 山科医師会館
左京医師会	2月22日(土) 午後2時30分～ ウェスティン都ホテル
相楽医師会	2月29日(土) 午後4時30分～ ホテル日航奈良



国民の幸
せと世界の
平和を常に
願い...と今

て、何らかの対応が必要とは考えないのか」と問うたが、「個別にお答えするのが難しいが、医師の医学的判断で改善が見込めるケースは医療保険で継続できることは変わらず、移行する場合も医療機関は通所リハとの同時実施も可能なので、必要なりハビリが行えるように説明していく」として、回答の主旨は変わらなかった。

「我々は現場の声を拾い上げて居るので、しっかりと受け止めていただきたい。制度改革でリハビリのレベルが落ちることは誰も望んでおらず、それだけは避けなければいけない。そのためにも、実態を調査し現状を把握して、適切な対応をとり、適切な対応をお願したい。是非、リハビリは良い制度になったと言えぬものにしていただきたい」と訴えて要請を終了した。

公立公的病院 再編統合問題などに焦点あて

病院管理 職員向け「医療政策セミナー」開く

協会は12月11日と24日、医療政策セミナーを開催した。本セミナーは病院管理職員向けに不定期で開催するもので、今回のセミナーでは11日に地域医療構想に關連して「地域医療構想達成のためと名指しされた公的424病院問題と民間病院への波及」、24日に施設基準の届出に關連して「改定で混乱しないための改定前『様式9』総復習」をテーマに開催した。参加は両日合わせて78人だった。

11日のセミナーでは、厚生労働省が昨年9月に「再編・統合が必要な公立・公的病院」名を公表したことを受け、どのような作業によって選択されたか等を解

協会、中京東部・中京西部医師会との懇談会を京都府医師会館にて11月25日に開催。地区から13人、協会から5人が出席した。中京西部・谷口浩也会長の司会で進み、懇談会開催への謝意が述べられるとともに、数年ぶりの開催に際し、実りある有意義なものにしたいとあいさつした。

協会からは鈴木理事長が協会の話題提供を短くし、議論に重点を置いた懇談会としたとあいさつ。各部署からの情報提供に続き、今年度共通テーマの①医師偏在対策とかがかりつけ医登録



協会は、中京東部・中京西部医師会との懇談会を京都府医師会館にて11月25日に開催。地区から13人、協会から5人が出席した。

中東・中西医師会と懇談

19年11月25日 京都府医師会館

数値目標だけの医師確保計画に懸念

国の指示通りに動くことになりそう。医療提供者側の研修の質や教育をどうするか決めず、このまま押

し切られては将来に禍根を残す制度にならないか危惧するとの意見が出された。これに対し協会は、新専門医制度では総合診療専門医を多数育て、将来の開業医、かかりつけ医にしていこうとしたが、現実には専攻医(後期研修医)のなり手が少ない。一方、学会は3年間ぐらいの研修では地域での多岐にわたるニーズにこたえることはできないと断言しているが、国はその辺りのことを曖昧に進めていこうとしている。

医も減り、不足することが考えられ、新専門医制度のシリングには反対をしていると述べた。

また、地区から外来医師偏在指標には、労働時間は加味されているのかとの意見も出され、協会は開業医

の業務量や労働時間を明らかにするため、2019年度の地区懇談会アンケートとして「開業医の労働内容実態について」を実施。当該地区の集計結果を報告したと述べた。

②のテーマについては、

協会の取組みを説明し京都市は聞く耳を持たないのが現状であることを報告した。地区からは、現場の専門職を切ることは、お金で買えない人的資源を失うことであり残念。今後、質的に担保できるのか非常に心

配だ。介護は行政の仕事そのものであり、地域住民の日常そのものであり、情報源である。行政が取り仕切つてやるべきもので、楽にするのは筋違いだ。責任を全部放棄しているなど厳しい意見が多数寄せられた。

最後に中京東部医師会・俵良裕会長が、今回のテーマはいろいろ我々にとつて重要なテーマであり、顔を合わせて直接意見交換ができ、非常に貴重な機会であった。

北・上東・西陣医師会と懇談

19年11月28日 京都府保険医協会会議室

京都市介護認定給付業務の民間委託に疑義

協会は、京都市北・上京東部・京都市西陣医師会との懇談会を開催。地区から10人、協会から6人が出席した。冒頭、京都市西陣医師会・水谷正太会長があいさつ。続いて鈴木理事長のあいさつ、各部署からの情報提供に続き、①医師偏在対

策とかがかりつけ医登録制、②京都市の介護認定給付業務の委託・センター化構想について説明した。また、地区から出された①マイナンバーカードに保険証機能を持たせる政府方針②地区医師会の防災活動について意見交換を行った。

進行は京都市医師会・余みんてつ副会長が務めた。閉会あいさつは上京東部医師会・菅野達也会長。

マイナンバーカードについては、地区から「マイナンバーカードに保険証機能を持たせ、保険証がなくなると窓口対応ができる方向で、検討がなされている。マイナンバーカードがそれほど普及していない現状で、本当にそんなことができるのか。情報を読み取るためのリーダーなどのインフラの問題、個人情報漏洩リスクの問題などがあるの

また地区から「現場の我々医師が目を通す機会を設けてもらう必要があるのではないか」などの意見も出された。

地区医師会の防災活動では、地区からどう備えるかと質問が出された。協会からは理事の所属する地区医師会を例に挙げ「一部の医療機関が診療できない状態になった場合、周りの医療機関で連携をとり支援する、そのための連絡網をつくる、災害時のセンターをどこに置く、などの議論を行っている」と回答した。

京都市の介護認定給付業務の民間委託問題については、地区から「認定審査委員だが、この件についてはまったく知らなかった」「医師にはそういう話は一切なく、京都市はぎりぎりになって施策の変更などを押し付けるといふ印象だ」などと、不満が続出。協会は「京都市はいったん決定してしまつたら、どんな意見を出そうがその方針を撤回しない。この民間委託で財政の効率化を図っているわけでもない」と述べ、「区役所の職員でも、どんな住民から離されて何のための区役所かと言っている人がいる。そういう声も拾いつつ、ぎりぎりまで我々の意見を訴えていきたい」とした。

プレ企画

バイバイ原発きょうと

雨宮処凛さん対談講演会

生きづらい世の中を生きる
～原発、貧困、女子、そして…

日時 2月29日(土)

午後2時～

場所 ころころホール

池坊短期大学 洗心館B1F

先着 200人 (要申込)



バイバイ原発3.7きょうと

日時 3月7日(土) 午後1時30分～(雨天決行)

※集会終了後デモあり

場所 円山公園音楽堂

メインスピーカー 武藤 類子さん
(福島原発告訴団団長)

パフォーマンス 河野 康弘さん
(ジャズピアニスト)



出座者16人で開催された京都市北・上京東部・京都市西陣医師会との懇談

要介護維持期リハ廃止の影響

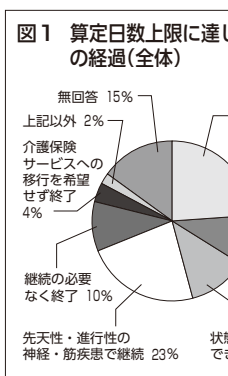
「リハビリ難民」の実態 全国調査で明らかに

京都協会と三士会は、維持期リハ算定終了の影響調査を行った。同調査はその後、保団連が全国調査として、京都を含む31の保険医協会・医会が実施。最終的には1177件の医療機関から回答を得た。以下、結果の概要を報告する。
 (※詳細はグリーンペーパー1月25日号参照)

●要介護被保険者の外来維持期リハビリ算定終了の影響について

- 実施主体：協会と三士会(全国調査は保団連)
- 調査期間：19年8月28日～9月20日
- 調査対象：19年8月1日時点で脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料の施設基準を届け出ている211医療機関
- 回収数：96医療機関
- 回収率：45・5%

2019年4月～7月の間に算定日数上限に達した患者が24%(同32%)いた一方、「維持期リハビリ継続の必要があったが、何らかの理由により介護保険(全国調査では9549人)を希望せず終了」(上記介護保険サービスに移行)し、「外」との回答は計6%(同



「歩行能力が低下しているが活動性の低下顕著」「歩行能力が低下しているが活動性の低下顕著」

「リハビリ難民」等が「希望」等の具体例が約70件寄せられ、必要なりハビリが継続できない、あるいは継続するために苦しい選択を迫られている事態が明らかとなっている。

算定日数上限に達したのうち「介護保険サービスに移行」等した患者について、その後の状況を把握している患者は62%(同47%)、その内何らかの困難が生じている患者は5%(同20%)であった。具体的には、「サービスに移行後ADLが低下」「消炎鎮痛等処置に切り替えたが筋力・歩行能力が低下し入院となった」「整骨院に通っているが活動性の低下顕著」

通所リハの実態を調査

リハビリの必要性と制度の間に矛盾も

京都協会と三士会は、維持期リハ算定終了後の主な受け皿である通所リハビリテーションの現状について調査を行った。以下、結果の概要を報告する。
 (※詳細はグリーンペーパー1月25日号参照)

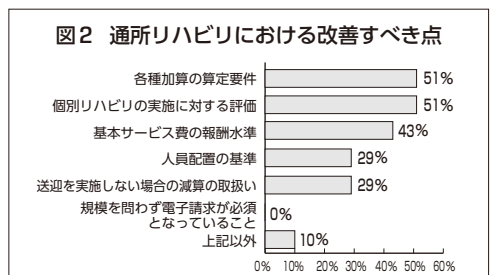
●通所リハビリテーションの現状について

- 実施主体：京都協会と三士会
- 調査期間：19年8月28日～9月20日
- 調査対象：19年8月1日時点で京都府・京都市の指定を受けている指定通所リハビリテーション事業所166カ所
- 回収数：63事業所
- 回収率：38・0%

19年4月～7月の間に疾患別リハビリから移行した利用者1事業所あたり平均2・5人。「疾患別リハ

りに個別リハビリがなく徐々に機能低下。本人が失望し通所をやめた」など、終了あるいは移行後に状態の悪化が顕著な事例が10件寄せられている。

このように、維持期リハ廃止によって、必要なリハビリを受けられない状況となった「リハビリ難民」の実態が明らかになっている。



「通所リハに移行した要介護・要支援者に、必要なリハビリを提供できる体制があるか」については、「体制あり」48%、「どちらとも言えない」43%、「体制なし」8%であり、必要な体制が取れているとした事業所は半分にとどまった。また、「算定している基本サービス費および加算は、移行し

「通所リハにおける改善すべき点」については81%が「ある」とし、「各

種加算の算定要件」「個別リハビリの実施に対する評価」がいずれも51%、「基本サービス費の報酬水準」が43%(それぞれ複数回答)で高い割合であった(図2)。個別意見では、「利用者の能力が改善したことに対する評価(報酬)をもっとしてほしい。改善したことで介護度が下がり使えるサービスが減ることにも、制度に対する矛盾を感じる」との、リハビリを介護保険で扱うことの限界を示唆する意見や、「個別リハビリを行っても評価されないため、人員配置が不足がちになっている。短期集中加算の算定期間である3カ月だけの個別リハビリでは不十分な利用者が多い」との、利用者のリハビリの必要性に制度が対応しきれないことを示す意見も寄せられている。

難病の重症度分類は廃止を

助成制度考えるフォーラム開く



左から福山・倉林議員

協会は、NPO法人京都難病連と共催で「難病医療費助成制度改善を求めるフォーラム」を11月30日に開催した。進行は吉中丈志理事。参加者は39人となった。冒頭、鈴木卓理事長があいさつ。

続いて、京都大学名誉教授の小泉昭夫氏が健康講座「実は難病は身近な病気?子どもの難病を考える」をテーマに講演し、渡邊賢治副理事長が「難病医療費助成制度の課題を報告した。その後、患者が現状を訴

すべての難病患者に医療費助成を

健康講座で小泉氏は、夜泣きがひどいなどの疳の虫が強い子どもたちに着目。一部の子どものためにナトリウムチャンネル1・9に異常があったことを京都大学のチームが解明したとし、「小児四肢疼痛発作症」と命名したことを解説。新疾

え、当日参加いただいた福山哲郎議員(立民・参)、倉林明子議員(共・参)がそれぞれ制度の課題に言及。また、山井和則議員(無・衆)からはメッセージをいただいた。深謝し上げる。

患の概念が確立されたとして。また、内頸動脈の終末部位にやもや血管が出現する病気のやもや病にも言及。遺伝子解析によりいろいろなお話がわかりつつある難病の現状を述べた。

小泉氏は現状の医療費助成制度にも触れ、やもや病は指定難病に含まれるが、この病気の障害は突然に起こる。重症時は即時入



講師の小泉氏

院となるものが多く、軽症者登録制度を創設して、重症時には遡って医療費助成制度を受けられる仕組みが必要だとした。また、小児四肢疼痛発作症は指定難病にはなっていない。指定難病になることで、患者はみ

次は渡邊副理事長が基調報告を行い、京都難病連と協会の要求を引き続き訴えるとともに、現在、難病患者に対する福祉サービスは多くが障害者総合支援法。このことから、より広い視点をもって、患者への支援サービスを構築するよう実態にそぐわない施策には、一つずつ意見していくと述べた。

「受診抑制の実態も明らかに」
 続いて、フロアから難病患者が抱えている困難や改善を求めたい点が次々に訴えられた。特に、「状態もみずけ歩けるからと不認定では納得できない」「軽症時のフォローが大事なのに、それが抜けている」など認定・不認定を振り分ける重症度分類への疑義が多く出された。また、患者団体が14年に行った難病患者へのアンケートでは、窓口負担上限額が1万円以上の患者は25%。難病法施行後の16年の調査では、32%と重症度分類経過措置終了後の18年の調査では、55%と

「受診抑制の実態も明らかに」
 続いて、フロアから難病患者が抱えている困難や改善を求めたい点が次々に訴えられた。特に、「状態もみずけ歩けるからと不認定では納得できない」「軽症時のフォローが大事なのに、それが抜けている」など認定・不認定を振り分ける重症度分類への疑義が多く出された。また、患者団体が14年に行った難病患者へのアンケートでは、窓口負担上限額が1万円以上の患者は25%。難病法施行後の16年の調査では、32%と重症度分類経過措置終了後の18年の調査では、55%と

倉林議員は「患者は指定難病を少しでも広げたいと

協会がこうした患者の声を国会や厚労省に届けるとともに、医療の普遍的な患者負担の軽減を求める運動を継続していく。

424病院公表を受け 自院の立ち位置示すよい機会に

地域の医療現場で抱える課題や実情を聞こうと、開始した「地域医療をきく!」。今回は、2019年9月26日に厚労省が再編統合対象として公表した、京都府内の公立公的病院が果たしている地域での役割の重要性を再確認するべく、まずは市立福知山市民病院の香川恵造院長より、市立福知山市民病院大江分院についてお話を伺った。

——424病院の公表で率直に感じられたことは

掲参照)。これが、私の率直な思いだ。今回の件は、国や自治体からの連絡ではなく、9月26日の一般の報道で知った。翌27日には病院の見解をホームページに掲載(下掲参照)した。これが、私の率直な思いだ。救急の告示はしているが、立脚点は、総合診療医をはじめ、地域で活躍できる医療人材の育成を行う病院、地域包括ケアのつなぎ目となる在宅療養支援病院と確認し、現在まで市民病院大江分院を運営してきた。厚労省が行ったような急性期の一部だけで病院を色分けするようになるとは、地域での矛盾を引き起こす。地域住民には不安を与え、公表された病院は風評被害を被った。今回の公表が賢明だったとは言えない。

——大江分院の地域での役割について

今回の424病院公表は急性期のメーカーを基本的に定量的・網羅的・画一的にされたもの。それが各地域の現状と大きなずれがあるから、これだけ大きな反響を呼ぶことになった。

香川恵造院長



た。口の悪い大宅壮一は「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「なに? わしの診療が審査で減点? 怪しからん、医局長! お前、基金に文句言いに何行ってこい」などとやっていたのが1970年代。医療制度的認識で一番遅れているのが医学部の教授で、次が附属病院の院長、市中病院の院長ともなれば、事務長の慫慂無礼な進言を受けてかなり分かってくる。しかし「協会けんぽ」ってなんや」という質問が飛び出したりする。

「内なる市民革命」である。それは室町時代から22代続いた古典医、故北小路博士先生が名著『開業医ブルース』(1992年・かもがわ出版)を書きこむことによって「内なる市民革命」を遂行したようなものである。阪大・医学概論講義のネタに使わせてもらった謝辞とあわせて申意を表する次第である。

地域医療構想調整会議について

調整会議でも基本的な考え方が必要。病床数だけが提起されているが、その数字がいかに正当であるかという理論武装は義務であり、また修正を行うことも義務だと考える。ところが国は投げかけただけで終わっている。例えば、急性期とは何なのかという機能づけも自治体がばらばらに行っている。各自自治体に任せるといっても、本来はどの地域でも適用できる基準を国が出すべき。そういった立脚点が曖昧なまま、数字だけが出されていることに危うさを感じる。

数値設定自体の是非を問う声もあるが、論理的な深みがあるかどうかという点で、京都市府の中でしっかりと議論を進めていくしかないし、独自の指標を打ち出した京都府の医師確保計画の進め方は地域の現状を吸い上げようとしており、賢明だと個人的には感じている。

公表の問題に戻るが、今回の問題を逆に自院の立ち位置を示すよい機会と捉え、広く住民に報せたいことも地域医療を守るうえで大事ではないか。

あると示した。さらに、「個別事例ごとの整理」として「患者の迷惑行為」や「医療費の不払い」などの具体的な事例も記載された。

通知内容は、1月25日発行のグリーンペーパーと協会ホームページに全文を掲載しているのをご確認ください。

『開業医医療崩壊の危機と展望』 発刊に寄せて

市民の医者、そして「格差なき医療」の追求者

野村 拓 (元大阪大学医学部助教授)



「なに? わしの診療が審査で減点? 怪しからん、医局長! お前、基金に文句言いに何行ってこい」などとやっていたのが1970年代。医療制度的認識で一番遅れているのが医学部の教授で、次が附属病院の院長、市中病院の院長ともなれば、事務長の慫慂無礼な進言を受けてかなり分かってくる。しかし「協会けんぽ」ってなんや」という質問が飛び出したりする。

「内なる市民革命」である。それは室町時代から22代続いた古典医、故北小路博士先生が名著『開業医ブルース』(1992年・かもがわ出版)を書きこむことによって「内なる市民革命」を遂行したようなものである。阪大・医学概論講義のネタに使わせてもらった謝辞とあわせて申意を表する次第である。

地域医療構想調整会議について

調整会議でも基本的な考え方が必要。病床数だけが提起されているが、その数字がいかに正当であるかという理論武装は義務であり、また修正を行うことも義務だと考える。ところが国は投げかけただけで終わっている。例えば、急性期とは何なのかという機能づけも自治体がばらばらに行っている。各自自治体に任せるといっても、本来はどの地域でも適用できる基準を国が出すべき。そういった立脚点が曖昧なまま、数字だけが出されていることに危うさを感じる。

数値設定自体の是非を問う声もあるが、論理的な深みがあるかどうかという点で、京都市府の中でしっかりと議論を進めていくしかないし、独自の指標を打ち出した京都府の医師確保計画の進め方は地域の現状を吸い上げようとしており、賢明だと個人的には感じている。

公表の問題に戻るが、今回の問題を逆に自院の立ち位置を示すよい機会と捉え、広く住民に報せたいことも地域医療を守るうえで大事ではないか。

あると示した。さらに、「個別事例ごとの整理」として「患者の迷惑行為」や「医療費の不払い」などの具体的な事例も記載された。

通知内容は、1月25日発行のグリーンペーパーと協会ホームページに全文を掲載しているのをご確認ください。



京都府保険医協会 創立70周年 記念出版

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

「帯」の推薦文のことを「腰巻き文学」と呼んだが、私は「開業医」とは「市民の医者」であり、「開業保険医」とは「社会保障を推進する市民の医者」である」と書いた。もう一言加えれば「格差なき医療」の追求・実現者である。そして、「格差なき医療」の追求・実現には医療制度的認識が不可欠なのだが、この認識が、「偉い人」ほど欠けているわけである。

地域医療

市立福知山市民病院編 をきく!6



福知山市民病院 大江分院

医師確保計画

府が「京都市」指標を作成 より地域密着の偏在対策に期待

2018年7月成立の改正医療法・医師法により、都道府県は19年度中に医師確保計画と外来医療計画を策定することになった。都道府県は国が示した「医師偏在指標」を用いて、医師多数区域・医師少数区域を設定。二次、三次医療圏ごとに確保すべき医師数の目標を算出し、確保

方針と共に医師確保計画を策定しなければならぬ。京都府は医師確保計画の策定に向け、中間案を公表しパブリックコメントを募集。府の中間案では、「京都市」として独自の医師偏在指標を作成。この指標に基づき、医師確保の重点順位を①丹後②南丹③山城南④中丹⑤山城北⑥京都・乙

訓とした。加えて二次医療圏よりも小さな単位で「医師少数スポット」を定め、中丹、南丹のへき地診療所周辺の地域を指定した。なお、今回の国の指標では、丹後がどちらでもない区域から少数区域に、南丹が多数区域からどちらでもない区域に、山城南が多数区域から少数区域に変動している。

国の医師偏在指標				京都市の医師偏在指標			
医療圏	指標	重点順位		医療圏	指標	重点順位	
		全国比*	区域			全国比*	重点順位
全国	239.8	100		全国	229.8	100	
京都府	314.4	131	多数	京都府	287.0	125	
丹後	134.9	56	少数	丹後	94.1	41	1
中丹	184.0	77		中丹	164.9	72	4
南丹	166.4	69		南丹	141.1	61	2
京都・乙訓	397.3	166	多数	京都・乙訓	363.6	158	6
山城北	178.8	75		山城北	186.8	81	5
山城南	141.5	59	少数	山城南	159.5	69	3

*全国を100とした場合の割合
京都府医師確保計画(中間案)より

前提の問題

私たちは国に対し、今回の都道府県医師確保計画策定の法的根拠である改正医療法・医師法(2018年)により導入された「医師偏在指標」の撤回、それを用いたあらゆる施策の中止を求めている。なぜなら国にとっては、「三位一体」と称して進められる地域医療構想・医師偏在対策・医師の働き方改革のいずれもが、必要な医療提供体制の確保ではなく、「都道府県間の1人あたり医療費の地域差縮減」に向け、病床や医師の数・在り方のコントロールすることこそ、主眼が置かれていると考えられるからである。

容が含まれていると考える。一つは、医師偏在指標について「京都市」を作ったことである。府は医師偏在指標の根本的欠陥である「京都府の受療率が用いられていない」「地理的要因が反映されていない」「この指標が、並に国指標の「標準化医師数」が大学等医療機関の教員・大学院生の臨床

病院については、厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査では明らかにできないリアルタイムに近い二次医療圏別・診療科別医師数を把握しようとした。三つ目には、上記調査や独自指標で使用した医療機関へのアクセス状況を用いて、重点領域の設定とその医療を確保する計画を策定

ことである。改正医師法とそれに基づく国の通知は、外来医師偏在指標によって外来医師多数区域となった場合、「都道府県は、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該外来医師多数区域において不足する医療機能

に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認することとする」とある。私たちはこれらを開業規制の始まりとみて、国に対して撤回を求めてきたが、京都府の中間案はそうした内容を盛り込んでおらず、高い見識を示したものと評価できる。さらに外来医

京都府医師確保計画(中間案)に対する パブリックコメント

【京都府医師確保計画(中間案)に対するパブリックコメント】

これにより、国の画一的で現実の医師不足実態解明に役に立たない指標から、府が医師確保すべき地域を明らかにしようとする指標への改善を図ろうとした。

二つ目には、医師確保計画策定に係る診療科別医師数調査を独自に実施したことである。この調査によって少なくとも回答のあった

ない場合には協議の場合への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする」としており、なおかつ「外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項」には「新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと(地域ごとに具体的に記載)

その上で、今後の京都府における医師確保策の推進にあたり、さらに求めたい視点を述べたい。

第1に、そもそも二次医療圏単位で医療状況を捉え、施策を考えること自体に限界があるのではないか、ということである。私

ちと府内の各地区医師会との懇談会でも、二次医療圏だからと言って複数の自治体をひとまとめにして、多数と区分され、分析されること自体への違和感

は度々表明されている。京都府の中間案は最低でも都乙訓医療圏は最低でも京都市と乙訓地域に分け、データ収集と分析・検討すべきである。さらに外来医

中間案について 評価すべき点

以上の立場からすれば、中間案はいくつかの点で京都府の努力が伝わってくるものであり、評価すべき内容

実の医師不足実態解明に役に立たない指標から、府が医師確保すべき地域を明らかにしようとする指標への改善を図ろうとした。

二つ目には、医師確保計画策定に係る診療科別医師数調査を独自に実施したことである。この調査によって少なくとも回答のあった

ない場合には協議の場合への出席を求めるとともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする」としており、なおかつ「外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項」には「新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと(地域ごとに具体的に記載)

その上で、今後の京都府における医師確保策の推進にあたり、さらに求めたい視点を述べたい。

第1に、そもそも二次医療圏単位で医療状況を捉え、施策を考えること自体に限界があるのではないか、ということである。私

は、それぞれ1人ないしは少数で地域医療を担っている実情がある。だがそのうちのある町の実情を数字に置き換えれば、内科系診療所数の人口10万人あたり全国平均43・85に対して、73・1と高い数値となり、小児系も皮膚科系も同様

に、京都府内では対象となる科のうち脳神経外科を除くすべてにシーリングがかけられた。府におかれてはすでに要望を出されているが、国による新専門医制度を通じた診療科別医師数抑制に対しても引き続き、「医師確保」の観点からも意見を述べていただきたい。京都府が今後一層、地域

グループ保険

生命保険

※毎月10日締切で受付。効力発行は2カ月後の1日から。
※パンフレットは次号(2月10日発行に)同封します。

配当金 **26.34%** (2018年実績)
※数字は年間保険料に対する割合です。

2019年から掛金が安くなりました。

会員の**最高保険金額も6,000万円**に。

- 申し込みは健康状態等の告知のみ。
 - 万が一の場合の死亡・所定の高度障がい保障。
 - 保険金は500~6,000万円から選択できます(年齢により加入できる保険金額は異なります)。
 - 新規加入は保険年齢70歳まで。継続加入は加入資格を満たす限り保険年齢75歳まで。
 - 配偶者は3,000万円まで、お子様(3~22歳)は400万円まで加入できます。
 - 1年ごとに収支計算を行い、剰余金が生じた場合は、配当金を受け取れます。
- ※保険医共済会への入会(入会金1,000円)が必要です。



お申し込み・お問い合わせは
 京都府保険医協会 (☎075-212-8877) まで

白色確定申告説明会

配偶者控除および配偶者特別控除、租税特別措置法26条適用の要件と注意点など、「2019年分の白色確定申告の留意点」について、税理士が詳しく解説します。ぜひ、ご参加下さい。

日時 **2月13日(木)** 午後2時～4時
 場所 京都府保険医協会・ルームA
 内容 2019年分の白色確定申告の留意点
 対象 白色申告者
 講師 鴨井 勝也 税理士
 協賛 有限会社アミス



参加費 無料

※協会主催の「白色確定申告書作成会」は、利用者の減少により開催していません。従来よりご利用の先生方には、直接税理士にご依頼いただくこととなりますので、ご了承下さい。

サロンコンサート

弦楽四重奏を聴き、演奏者とランチしましょう

日時 **2月16日(日)** 午前12時30分～午後3時30分
 ※演奏：午前12時30分～午後1時30分 / 演奏終了後 食事会
 場所 ホテルモントレ京都 2階「エスカーレ」
 中京区烏丸通三条下ル ☎075-251-7111
 演奏 バイオリン：田村 安祐美・中野 志麻
 ピオラ：金本 洋子
 チェロ：福富 祥子
 曲目 ドボルザーク「アメリカ」他
 参加費 会員：5,000円 家族・従業員：6,000円 (フリードリンク)
 ※キャンセルの場合、キャンセル料が発生する場合がありますので、ご了承下さい。

定員30人
 要申込・先着順

ジャズを楽しむ会

ギターレジェンドの演奏を楽しむ

日時 **3月7日(土)** 午後7時～9時30分
 場所 ル・クラブ・ジャズ
 中京区三条御幸町西北角
 ありもとビル2階 ☎075-211-5800
 演奏 寺井 豊 (ギター) トリオ
 参加費 会員：2,000円 家族・従業員：3,000円
 (2ドリンク付 / 追加飲食分は各自負担) (今回は軽食なし)
 ※会員は協会が1,000円負担
 ※キャンセルの場合、キャンセル料が発生する場合がありますので、ご了承下さい。

定員30人
 要申込・先着順

医療安全講習会 どこまで責任を持てますか？ ——医療機関での転倒・転落——

日時 **3月12日(木)**
 午後2時～4時
 場所 京都府保険医協会・ルームA～C
 内容 ①事例から見る医療機関が押さえておきたいポイント
 講師：損害保険ジャパン日本興亜(株)
 ②転倒・転落事故～起きることを想定した取組の必要性～
 講師：SOMPOリスクマネジメント(株)

定員60人
 要申込・先着順

事故調査制度及び提言が 裁判に提出された際の実情

医療事故調査制度は、ごまかした制度であるが、提言の存知の通り15年10月から始まった制度であるが、提言が出され始めたのは、17年

3月からであり、実際、私が担当している裁判においても、患者側から本提言が証拠として出され始めています。

重視される証拠(医学的知見については、基本書、論文、症例報告、ガイドライン、臨床医の鑑定書と

そうだとすれば、本提言を否定できるような根拠、ない)と判断できる根拠に

2019年6月に日本医療安全調査機構から医療事故の再発防止に向けた提言第9号が発表され、同号の提言が発表された。頭部打撲(疑いも含む)の場合、受傷直前の意識状態と比べ、明らかな異常を認めなくても、頭部CT撮影を推奨する旨記載さ

記載された」というお知らせも公表されたが、提言された以上、医療事故の訴訟事例において、同提言が利用される可能性は否定できない。

医療過誤訴訟において、重視される証拠(医学的知見については、基本書、論文、症例報告、ガイドライン、臨床医の鑑定書と

その中で、今後、どのような対応をしておくべきかという観点から、以下述べ

寄稿

入院中に発生した転倒・転落による 頭部外傷に対して (医療事故の再発防止に向けた 提言第9号について)

弁護士 福山 勝紀 (あやめ法律事務所)



今後の予防という位置づけ

そもそも、本提言も含めた医療事故調査制度における提言は、医療事故調査制度によって、報告された結果が深刻だった症例を何例か集めて、その中で何をしておけば、結果が回避できたのかという今後の予防のために出されたものである。なお、本提言で言えば、たった18例である。

「提言が発表された」というお知らせも公表されたが、提言された以上、医療事故の訴訟事例において、同提言が利用される可能性は否定できない。

裁判所が重視していること 考えられる証拠

医療過誤訴訟において、重視される証拠(医学的知見については、基本書、論文、症例報告、ガイドライン、臨床医の鑑定書と

そもそも、結果が悪かった際に、後方視的に見て、こうしておけば結果が防げたというものは、よくあることであって、それだけを

そうだとすれば、本提言を否定できるような根拠、ない)と判断できる根拠に

医事紛争事例集

医師が選んだ60事例

——明日は我が身——

京都府保険医協会の医療安全対策60周年を迎え、『医事紛争事例集—医師が選んだ60事例』を、発刊しました。5年前に発刊した『医事紛争事例集—医師が選んだ55事例』の全面改訂版で掲載事例を一新しています。ぜひご活用下さい。



定価 3,000円
 京都協会会員 1,000円
 他府県協会会員 2,000円
 ※いずれも税込、送料別

保険診療



保険証の移行による適用開始について

Q、これまで社保で受診していた患者から、12月10日の受診時に「退職したばかりで、まだ国保の保険証を持っていない」と言われ、後日新しい国保の保険証を確認したが、認定日12月9日・交付日12月11日と書かれている。12月10日の診療はこの保険証で請求していいのかが。

A、国保の被保険者証は、原則交付年月日以降が有効となりますが、「適用開始日(資格取得日・認定日)と交付年月日の間隔が14日以内の場合は適用開始日より取り扱って差し支えない」となっています。今回の例では認定日の12月9日以降を有効として取り扱うことができます。

本紙通常号でも投稿を募集中

「私のすすめる…」では、映画・音楽等、新旧ジャンルを問わず、心に残った作品紹介の投稿を募集しています。8000字以内。掲載後、図書カード(3000円)を贈呈します。

医師が選んだ 医事紛争事例

110

(50歳代後半男性)
《事故の概要と経過》

最近では減ってきたのですが… 体内ガーゼ残存

胃空腸バイパス術が実施された。創閉鎖時のガーゼカウントでその枚数が合致していた。また、創閉鎖後の腹部レントゲン撮影所見からガーゼ残存は認識されなかった。ところが4日後に

に再開腹してガーゼを摘出したが、患者への後遺障害はなく、今回の事故による入院延長はなかった。

患者側は、再開腹術を含め、医療費や慰謝料等を請求してきている。医師側は、再開腹術を含め、医療費や慰謝料等を請求してきている。

CT検査で腸空内にガーゼの残存が確認された。同日、医療機関側の確認によると、使用したガーゼは全130枚であった。ガーゼカウントは複数のスタッフで行ったが、9時間に及ぶ手術であったために、3回スタンプが交代している間にカウント違いが起ったか、もしくは術前のカウ

あつたとしても1年〜2年。抗がん剤の効果も認められない場合は半年未満とのこと。医療機関側は患者の状態が悪くなる前に示談を終了したいとのことだった。

紛争発生から解決まで約1カ月間要した。

医療機関側の主張通り過誤と判断される。長時間の手術がもたらした事故と言え、言いつけがない。

医療機関側が全面的に過誤を認めて、賠償金を支払う意向を示した。今後はレントゲン像についても複数の医師で確認するように努めるとのことだった。

シリーズ 環境問題を考える

-144-

世界的な水不足問題をどうするか

地球上の水の97%は海水で、淡水はわずか3%である。淡水のうち実際に使える水はわずか0.8%程度である。経済協力開発機構(OECD)によれば、世界の必要水量(2000年時点)で3600km³、3兆6000億トン)は、2050年には世界人口は90億人を超えると言われており、主に製造業の工業用水(プラスチック40%)、発電(プラスチック14%)、生活用水(プラスチック30%)の増加で、全体で55%の増加が見込まれている。世界人口の増加や途上国の都市開発などにより、2050年には深刻な水不足に見舞われる河川

流域の人口は39億人(約40%)と予想されている。食糧を増産するための消費量は50年前に比べて3倍に増加している。水不足を引き起こしている原因の大部分は、米国やEU、日本などの先進国である。輸入に頼っている日本は、その生産に必要な水を間接的に消費している。これを仮想水と呼ぶ。日本の輸入品(農産物や工業製品)のために使われている仮想水は全部で約800億トンになり、日本の水使用量(約830億トン)と同程度である。河が縮小し続けている下流の水資源に影響を及ぼすとともに、海面水位上昇により沿岸地域の浸水、水没、海岸浸食など気候変動が水資源にさまざまな影響を与えることが懸念されている。日本は島国であるため、水紛争になじみが少

ないが、世界各国では水資源の配分、水質汚濁、水の所有権、水源開発と配分の問題などで水紛争が起きている。水源の確保は死活問題である。そのため海水や下水などに手を加え、使えるようにする「海水淡水化」と所やアース・ポリマー研究所を設立し、米国の思想家・環境活動家であるレオ・スター・ブラシ、取り組みを進めなくてはならない。現在、世界各地で進む砂漠化による水不足に、今後どう対処すべきかについて、雑誌「世界」2019年6月号以下に、トウンベリーさんに、どう答えばよいのか。(環境対策委員 山本昭郎)

医療機関のリスクをまるごとサポート

保険医協会は医療機関や会員医師・ご家族・医療従事者を取り巻くリスクに対応できる各種制度をご用意しています。リスク対策は万全か、いま一度ご確認ください。

産業医・学校医等 嘱託医活動賠償責任保険 個人情報漏えい保険/サイバー保険

産業医や学校医等の活動(職務)に係る賠償責任保険は、嘱託医としての行為のうち、医療行為以外の活動において不測の事故が生じて損害賠償請求されたことで嘱託医が被る損害について保険金をお支払いします。

サイバー保険は、医療機関が業務を遂行するために行うネットワークの所有、使用、管理、情報メディアの提供にあたり生じた偶然な事由または情報の漏えいもしくはそのおそれ起因する損害に対して保険金をお支払いします[損害賠償金、事故時・事故後の対策等に必要の費用の補償]。

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らず、非会員にお応えして、多様な補償をご用意しています。



医療行為・医療施設(建物・設備)や給食に基づく賠償責任
医師賠償責任保険

介護サービス等に基づく賠償責任
ウォームハート
(介護福祉事業者等賠償責任保険)

針刺し事故等への備え、従業員の福利厚生に
針刺し事故等補償プラン
針刺し事故感染症見舞金補償プラン

新規開業資金融資 金利・手数料優遇 キャンペーン実施中!

融資のことも 保険医協会にご相談を!

保険医協会は設備・運転資金をはじめ、子弟教育資金、自由ローン(用途自由・1,000万円まで無担保)、住宅ローンなど低利な融資を取り扱っていますので、お気軽にお問い合わせ下さい。

利率 **0.30%**
2020年5月委員会決定分まで
※6月1日付で利率を見直します。

2020年5月委員会決定分まで **無料** 斡旋手数料

新規開業資金融資の下限金利を0.3%まで引き下げ、協会の斡旋手数料無料にて、ご開業を全面的にバックアップします!!
新規開業をご予定の先生は、この機会にぜひお申込み下さい。





医院のための
③

雇用管理

社会保険
労務士 桂 好志郎

曜日によって勤務時間が異なる

パート職員の年休取得した期間の賃金

年次有給休暇を取得した期間に支払うべき賃金は、①平均賃金 ②所定労働時間労働した場合に支払われる通常の賃金 ③健康保険法による標準報酬月額額の30分の1に相当する金額

のいずれかです。このうち③の方式については、労働協定をした場合に限って選択できます。このように

$$\text{平均賃金} = \frac{\text{直前3カ月間の賃金総額(支給総額)}}{\text{3カ月間の総日数(暦日数)}}$$

均賃金を選択する場合の計算について説明します。

◆原則
平均賃金を算定すべき事由の発生した日以前3カ月間に、その職員に対し支払われた賃金の総額を、その期間の総日数で除した金額をいいます(左上参照)。

数および賃金額を除外して計算することになります。

①業務上の負傷・疾病による療養のための休業期間
②産前産後の休業期間
③使用者の責に帰すべき事由による休業期間
④育児・介護休業期間
⑤試用期間

賃金の総額には、原則として、算定期間中に支払われる賃金すべてが含まれますが、次の賃金は除外されます。

①臨時に支払われた賃金(結婚手当、私傷病手当、加療見舞金、退職金等)
②3カ月を超える期間ごとに支払われる賃金(賞与等)
③法令または労働協約の定めに基づいて支払われる以外の実物給与

◆最低保障
賃金の一部または全部が

$$\frac{\text{直前3カ月間の賃金総額(支給総額)}}{\text{3カ月間の労働日数}} \times 0.6$$

日給制、時間給制または出来高給制の場合は、平均賃金を算定すべき事由の発生した日以前3カ月間に、その職員に対し支払われた当該賃金の総額を、その期間の労働日数で除した金額の60%が最低保障となります。

※平均賃金の原則により計算した金額を最低保障が上回る場合は、最低保障金額が平均賃金となります(上参照)。

※ただし、賃金の一部が月給で決められている場合等については計算方法が異なります。

例) 賃金締切日	毎月15日
賃金	時給 1,000円、通勤手当 1日 1,000円
平均賃金算定事由発生日	3月1日
所定労働時間	月・金曜日 8時間、火・木・土曜日 4時間
休日・勤務日	水・日・祝日 休み、勤務日はシフト表による
12月分	11/16~12/15 労働日数15日 総労働時間 84時間 賃金 基本給 84,000円、通勤手当 15,000円
1月分	12/16~1/15 労働日数5日 総労働時間 28時間 賃金 基本給 28,000円、通勤手当 5,000円
2月分	1/16~2/15 労働日数15日 総労働時間 84時間 賃金 基本給 84,000円、通勤手当 15,000円

①原則による計算
 $99,000円 + 33,000円 + 99,000円 = 2,510円86銭$
30日 + 31日 + 31日

②最低保障による計算
 $99,000円 + 33,000円 + 99,000円 \times 0.6 = 3,960円$
15日 + 5日 + 15日

①と②を比較すると②の方が高いので、この場合の平均賃金は3,960円になります。

原則と最低保障額とを比較して高い方が平均賃金です

(2) 所定労働時間労働した場合に支払われる通常の賃金を支払うことを選択する場合
上記の条件で、月曜日、金曜日取得すると1日8000円、火曜日、木曜日、土曜日に取得すると1日4000円を支給することになります。

2月のレセプト受取・締切

基金国保	8日(土)	9日(日)	10日(月)	労災	10日(月)
	○	—	◎ ^(※)		◎ ^(※)

○は受付窓口設置日、◎は締切日
受付時間: 基金・国保・労災 9時~17時
業務時間: 基金 9時~17時30分 国保 8時30分~17時15分
労災 8時30分~17時15分
(※) オンライン請求 5~7日 8時~21時 8~10日 8時~24時

「死んでたまるか」

ただいま、リハビリ奮戦中

垣田 さち子
(西陣)

超急性期リハ

目覚めたと言っても、ヘルメットをかぶせられたような朦朧とした状態で、ドラムの音のような金属的な耳鳴りが響いており、人が話しているともその声が聞こえない。しゃべるのだが、発声が出来ない。猫の鳴き声のような独特の構音

集は「集中治療室から開始する急性期リハビリテーション」である。ICUでの鎮静、安静臥床が引き起こす循環血液量減少、交感神経応答不良、心肺機能低下、筋力低下、関節可動域減少などが問題となり、早期離床、不動予防を積極的

に目指し、従来から指摘されている廃用を予防するためのリハビリという概念を超えて、全身状態を改善し、呼吸・循環状態を良くし、活動性を高め、結果的に生命予後を延ばす。

私も、まずは身体を起すところから。1日3回、全然身体が動かない状態での過酷なリハビリだった。立位の保持などできるわけがない。PTに全身を支えてもらいながら、力が入らず全く動かない身体を支えようと必死だった。スタッフに励ましてもらっていたが、しんどくてしんどくて、もう横になりたいと心底思った。そんな私を見て、夫も息子もここまでリ

ハビリをしながらも、息子は絶対に納得しない。お母さんのことを思うな。今しつかりリハビリをしない」と一喝したら、超急性期リハビリをハを開設した際にもお世話になった。今回PT、OT、STのベテラン達がしっかりとベッドサイドにやってきてリハビリを提供してくれた。皆さん優しく嬉しかった。しかし、この超急性期リハビリで一つだけ気になったことがある。リハ室に医師がいないことだ。リハビリの最中、不整脈が出ているから、今日のリハビリはここまでにしたほうがよいとスタッフに伝えたこともあった。リハ医の不足を実感することになった。

激しい眼振で物が二重三重に。見えている状況とは言い難かった ※イメージ

タッフにも家族にも本当に感謝している。

武田病院は早くからリハビリに取り組んできた実績があり、20年前、私が通所リハを開設した際にもお世話になった。今回PT、OT、STのベテラン達がしっかりとベッドサイドにやってきてリハビリを提供してくれた。皆さん優しく嬉しかった。しかし、この超急性期リハビリで一つだけ気になったことがある。リハ室に医師がいないことだ。リハビリの最中、不整脈が出ているから、今日のリハビリはここまでにしたほうがよいとスタッフに伝えたこともあった。リハ医の不足を実感することになった。

掲示板

第114回 京都実地医家の会

日時 2月29日(土) 午後3時~6時
場所 ホテル日航ブリッセン京都3階「ロースの会」(連絡先: 8075・581・0024 医療法人社団片岡医院)、田辺三菱製薬株式会社

※会終了後に意見交換の場を用意しています。
※日医生涯教育講座? 5単位、カリキュラムコード・15臨床問題解決のプロセス、16ショック、26発疹、37目の充血、39鼻漏・鼻閉

氏(富山大学大学院医学薬学研究部耳鼻咽喉科頭頸部外科准教授) / 講演 3 [DWIBS-MRIPET-CT]にせまるか? / 松本淳也氏(株式会社フィリップス・ジャパン)、森正幸氏(洛和会丸太町病院放射線科部長)

共催 京都実地医家の会(連絡先: 8075・581・0024 医療法人社団片岡医院)、田辺三菱製薬株式会社