



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 花山 弘

電子処方箋点検のシステム障害で混乱

前日の通知で準備期間なし

厚労大臣等へ緊急要望

協会は1月15日、「電子

処方箋、医療DX推進体制整備加算に関する緊急改善要望書」を厚生労働大臣はじめ関係部局等に提出した。要望項目は次の2点。

1. 電子処方箋管理サービスへの接続が遮断される等の重大な電子処方箋システムの不具合、メンテナンス等にあたっては、通知・連絡から実施まで少なくとも2週間以上の準備期間を確保すること、医療機関、ベンダーへ周知徹底を

図ること。

2. 24年12月段階の導入率が病院3・0%、医科診療所7・6%、歯科診療所1・0%と低迷している状況を踏まえ、A000初診料の加算である医療DX推進体制整備加算の施設基準告示(4)、通知1の(4)に定められた電子処方箋発行体制に関する経過措置を26年5月31日まで延期すること。

24年12月20日から27日まで、国は電子処方箋システムの一斉点検を実施。通知されたのは前日各医療機関は準備する時間が与えられなかった。全ての医療機関で電子処方箋管理サービスへの接続が遮断され、その結果、①電子処方箋の発行・変更・取消ができなくなる②紙の処方箋(引換番号あり)の発行ができなくなる(引換番号がつかない通常の紙処方箋は発行可能)③重複投薬等チェックができなくなる④薬剤情報閲覧ができなくなる(処方

主な内容

- 政策解説「医師偏在対策」
 - 国保の資格確認などで
 - 府内市町村に要望
 - 地区との懇談(下京西部)
- (2面)
(3面)
(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

TEL 075-212-0303

代議員アンケート

保険証廃止後の資格確認

実施時期 2024年12月2日～12月12日
対象者 代議員83人、回答数 32人(回答率39%)

24年12月2日に保険証廃止(新規発行停止)が実行された。医療機関窓口での資格確認の方法が、今春からのスマホ搭載のマイナ保険証を含め8通りになる。これはマイナ保険証で対応できないケースが次々と浮上り、政府がその対策として新たな確認方法を追加したため。さらに26年中を視野に新マイナカードの導入が検討されている。この状況について代議員に聞いた。

資格確認方法の認知度66%

医療機関窓口での資格確認の方法がこのように多種

となることを知っていたかについては「知っている」が66%だが、「知らなかった」も34%あった(図1)。これまで健康保険証一通

主張

医療事故調査制度は今年で施行から10年を迎える。本制度の目的は医療機関から報告された

医療事故調査制度は今年で施行から10年を迎える。本制度の目的は医療機関から報告された医療事故事案を分析し再発防止につなげることであり、責任追及を目的としていないとされている。しかし、医療機関が医療事故調査・支援センターに報告すると、遺族はセンターに調査を依頼することができ、その調査報告書は遺族にも交付されるため、報告書が民事訴訟で使用されている現

事故から学び二度と起こさぬよう 目的に即した医療事故調査制度を

は制度設計段階の試算(年間1300~2000件)を大きく下回り、年間300件台と低迷していることがその表れだと指摘されている。もし、本来報告すべきは、運輸安全委員会によ

取り内容も含まれ、最終的に調査報告書にまとめられる。しかし、調査報告書は運輸安全委員会と警察との「覚書」によって、警察から学び、同種の事故を二度と起こさないために制度や

められれば応じなければならぬ。つまり、警察が個人の過失を捜査するために事故報告書が利用され、その後刑事裁判でも使われるのである。事故関係者からすると、調査のために行った証言によって自身が罰せられる可能性があり、自分にとって不利な証言をしない。しかし、事故の再発防止を目的とする制度とは明確に切り離すべきであり、センターは設立当初の理念を遂行できるように改善策を見いだすべきだ。

方・調剤情報の閲覧要求を同時に行った場合) 等の障害が生じたことを受けての緊急要望である。また、国は電子処方箋の普及を急ぎ、医療DX推進体制整備加算の施設基準にその体制整備を定め、3月31日までを経過措置期間としているが、現場の対応は進んでいない。そのような中で起こったトラブルであり、国に対しては実情を理解した運営を強く求めたい。

マイナ登録解除 4割が知らない

マイナ保険証の登録解除が24年10月28日以降にできるようになったことについては、「知っている」59%、「知らなかった」41%(図4)。

廃止反対が7割

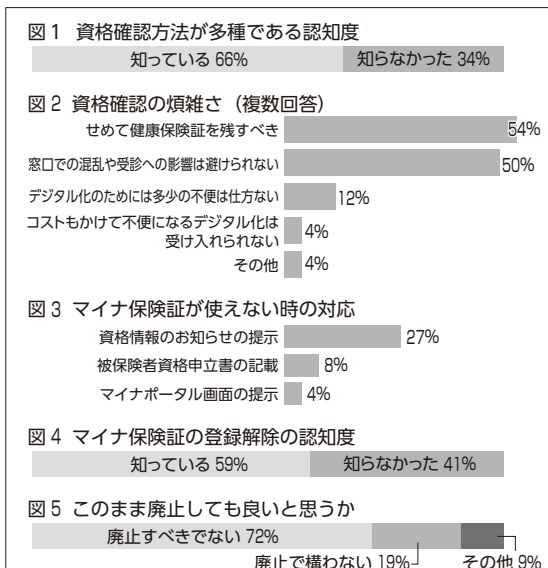
昨秋の総選挙当選者465人のうち、保険証廃止に反対が7割(図5)。

24年12月以降の健康保険の資格確認方法

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| ①健康保険証(有効期限まで) | ⑥マイナ保険証+資格情報のお知らせ |
| ②資格確認書 | ⑦マイナ保険証+マイナポータル画面 |
| ③マイナ保険証 | ⑧マイナ保険証+被保険者資格申立書 |
| ④顔認証マイナカード(暗証番号不要) | |
| ⑤スマホ搭載のマイナ保険証(25年春頃から開始予定) | |

医界

能登半島が地震と豪雨災害に見舞われ1年が経った。10月に珠洲を訪れたが、マスコミの言う「復興」の姿はなく、破壊され瓦礫化した住居と流木・土砂の山、間に更地が点在する風景。人影はな



保障されていない。(恭仁)

政策解説

厚労省「総合改革意見」をどう読むか ②
医師偏在対策について

医療費抑制政策の下での「とりまとめ」「パッケージ」の位置

本稿では新たな地域医療構想等に関する検討会の「医師偏在対策に関するとりまとめ」¹⁾(2024年12月18日)を検討する。内容はほぼそのまま「医師偏在の是正に向けた総合的なパッケージ」²⁾(2024年12月25日)に盛り込まれている。

「もはやコロナ禍ではない」³⁾とのフレーズで始まる「令和7年度予算の編成等に関する建議」(2024年11月29日財政制度等審議会)において、財務省は医師偏在対策について「希少な医療資源を効率的に配分することが重要であり、そうした観点から医療提供体制の在り方を見直す必要がある」として「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けた強力な対策を講じる必要」があると述べている。さらに「自由開業制・自由標榜制が、医師の偏在の拡大につながっている」「保険医療機関の指定を含む公的保険上の指定権限の在り方にまで踏み込んだ実効的な規制を導入することが不可欠」として、従来からの主張である「地域別診療報酬の活用」にとどまらず、特定の診療科の医療サービスを「過剰」と判断した場合の「特定過剰サービス減算」まで提案している。

「とりまとめ」や「パッケージ」はこうした強硬な主張も踏まえた現時点での政策上の「落としどころ」と考えるべきであろう。

総数の確保から適切な配置へ

「とりまとめ」は基本的な考え方として、これまでの「医師少数の地域や診療科における医師の配置」は「基本的に職業選択の自由・営業の自由に基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択できるという考え方の下に」行われてきたが、今後の人口構造の急激な変化の中で「地域・診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない」「医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計」もあり、「総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある」とする。

重点医師偏在対策支援区域と医師偏在是正プラン

具体的な取り組みの一つが「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定と当該区域における都道府県による「医師偏在是正プラン(仮称)」策定である。

区域は厚労省が候補区域を示し(例示として各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏、医師少数県の医師少数区域、医師少数区域かつ可住面積当たりの医師数が少ない二次医療圏※全国下位1/4)、都道府県はそれを参考に選定する。選定された区域ではプランを策定し、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取り組み等を定める。具体的な内容は国が定めるガイドラインを踏まえて緊急的な取り組みを要する事項から先行する予定であり2026年度に全体を策定する。

区域では2026年度から経済的インセンティブが本格実施

今後のスケジュール(予定)

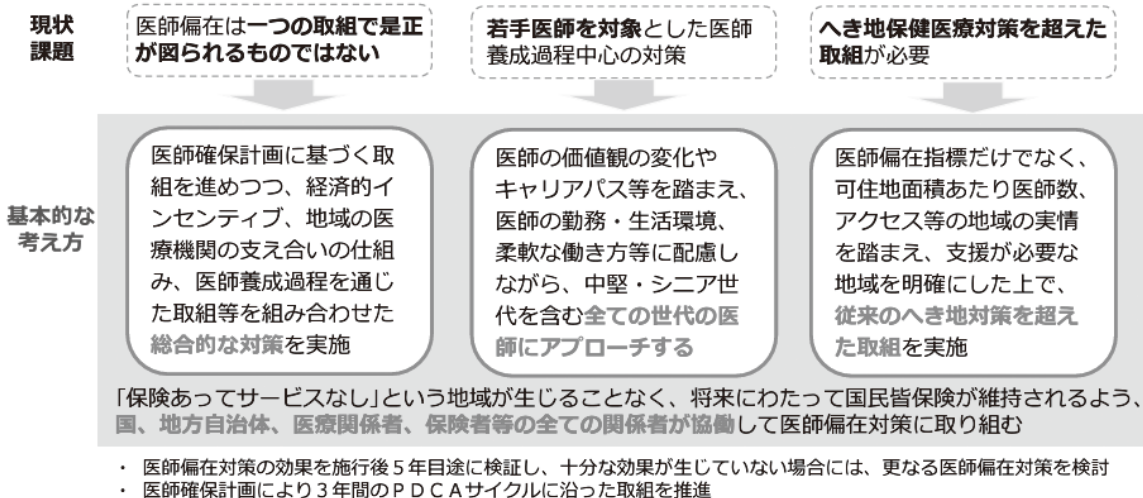
Table with columns for countermeasures (e.g., Medical Security Plan, Incentives, Education) and years (2024, 2025, 2026, 2027). It details the implementation timeline for various policies like the 8th Medical Security Plan and regional support programs.

※ 医師偏在対策の効果を実施後5年目までに検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの基本方針への位置付け

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。
○ 総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。
※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組み。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を実施後5年目までに検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

され、承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に関する支援を先行実施。同区域における一定の医療機関に対して、派遣される医師および従事する医師への手当増額支援を行う。なお手当増額支援の財源は各保険者の保険財源とする。

「医師少数区域経験認定医師制度」⁴⁾も改定する。現在は地域医療支援病院の管理者の要件とされているが、公的医療機関および国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開業する病院を対象に追加。また、その効果を検証した上で留保しつつ「全ての医療機関を対象とすべき」との意見も紹介している。併せて認定医の勤務経験期間を現在の6カ月以上から1年以上に延長する。

強められる開業ハードル

自由開業制に直接切り込む仕組みが「外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保」である。

現在、都道府県が設置する「外来医療機能に関する協議の場」での協議を踏まえ、外来医師多数区域では都道府県が新規開業希望者に対し「地域に必要とされる医療機能を担うよう求める」とこととされている。だが「対応していない新規開業者が一定存在する」ため、要請やフォローアップの仕組みを強化する。具体的には「外来医師偏在指標が一定数値(例えば標準偏差の数倍)を超える地域(「外来医師過多区域」⁵⁾)」での新規開業希望者に対しては「都道府県医療審議会や外来医療の協議の場」へ参加(毎年1回)を求め、「地域で不足している医療機能(夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等)の提供や医師不足地域での医療の提供(土日の代替医師としての従事等)を要請⁶⁾」できるようにする。要請に応えない医療機関に対しては警告、警告に従わない場合は名前を公表する。保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金等の不交付を行うことが「考えられる」と明記。

さらに、「とりまとめ」は「警告にも従わない事業者に対して」「保険医療機関の指定の可否について、開業時だけでなく、更新時にも厳しく判断すべき」「保険医療機関の不指定や取消を規定すべき」との意見も記載している。また要請された医療機関の指定期間を「少なくとも

(現行の)6年でなく3年に短縮する」と言う。

財務省と厚労省の提案は何が違うか ー 一本当に医師偏在是正につながるか ー

以上のように、地域医療構想では病院と病床の数と機能を、医師偏在是正(医師確保計画)では開業ハードルを上げて外来の数と機能に対する国のコントロール強化が目指されることになる。同時に別稿(本紙第3173号)で指摘したように、かかりつけ機能報告制度や外来機能報告制度による「かかりつけ医」と「紹介受診重点医療機関」の機能分化策も進む中、現実の医療提供体制にどのような影響をもたらされてくるのか、引き続き注視・研究が必要である。厚生労働省は「パッケージ」では医師偏在是正策を「地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため」と言う。

同省の言うように「保険あってサービスなし」とならないよう、全国どこでも医療サービスを普遍的に提供できる体制が求められているのであり、医師確保の困難な地域に一定の公費出動も必要と認められた点等、評価すべき内容もある。

何しろ医療費抑制を主目的にさまざまなアイデアを繰り出してくる財務省の「医師偏在是正」とは目的が違うはずである。したがって問われねばならないのは「とりまとめ」や「パッケージ」の示す方向で本当に「医師偏在」が解消に向かうのか。医師がいないことで住み続けることのできない地域が一つもないようにできるのか。つまり医師の多い都市部での開業を抑えることが地域での開業を促すことになるという発想はそもそも正しいのか。あるいは結局のところ、今回の提案も財務省の言う医療費抑制のための医師偏在の枠内の議論に過ぎない話で終わってしまうのではないのか。このような疑念を晴らすだけの材料ははまだ厚労省から示されたとは言えない。

- 1) https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001358749.pdf
2) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_48023.html
3) 1956年7月17日の『経済白書』の序文「もはや戦後ではない」のパロディと思しき表現。多数の人命を奪った感染症をパロディに用いることの妥当性が問われる。
4) 政府統計によると2022年4月1日～24年3月31日に「医師少数区域経験認定医師の認定に必要な業務を行った医師」は総数280人。京都府では1人存在する。https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450127&tstat=000001216300&cycle=0&stat_infid=000040166543&tclasslval=0
5) 唐突に用いられた用語。現行の「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」(2023年3月)にも文言自体存在しておらず公文書で用いる妥当性が疑われる。
6) 法律の言葉で「要請」はあくまで「お願いベース」である。

保険診療Q&A

513

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出

Q、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出に改善等によるさらなる賃上げ等の支援として、診療所年度の賃金を比較した上昇率が要件となっているか。

A、外来・在宅ベースアップ評価料(I)は具体的な賃金上昇率は届出要件と関係ありません。ベースアップ評価料で得た金額を全て賃上げに使用してれば、具体的な賃上げ率とは関係なく算定できます。また、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出の賃金計画書が1月10日に簡素化されています。現在、医療分

野の生産性向上・職場環境改善等によるさらなる賃上げ等の支援として、診療所年度の賃金を比較した上昇率が要件となっているか。されたいです。給付金を受けられるためには、ベースアップ評価料の算定が条件とも示されています。賃金計画書や補助金の詳細は保険医協会や厚生労働省のホームページでご参照下さい。

金融共済委員会

(1/22)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
給付3件、加入1件を審査し可決しました。
②融資諮問分科会
今回は案件なし。



レセプトオンライン請求ダウンロード帳票一覧

社保・国保の2024年9月請求分からオンライン請求実施医療機関への各種帳票の紙媒体での送付が廃止されています。各医療機関でダウンロードが必要ですのでご留意下さい。詳細は保険医協会のホームページでご確認いただけます。会員ログインが必要です。

鈍考急考

59

多すぎる精神科の入院ベッドを減らす。長年の課題が本格的に動き出しそうだ。

精神科病棟は昨年10月時点で31万6087床(医療施設調査)、在院患者は25万8500人(病院報告)。

人口あたりの精神科病床数はOECD(経済協力開発機構)加盟諸国の平均の約4倍と飛び抜けて多い。しかも強制入院が多く、入院期間も長い。

日本の精神科病床と在院患者数は1950年代から80年代まで増え続けた。国が隔離収容政策を取り、助成や低利融資までやって民間精神病院を増やしたからで、そこでは人

権問題・不祥事が多発した。80年代末に地域医療計画で新設・増床が規制され、90年代から病床数、在院患者数とも減ってきたが、ペースはゆっくりだった。

しかし最近、重要な変化が起きている。2020年以降、在院患者数の減少幅が大きくなり、23年3月には病床利用率が全国平均で80%まで低下した。病床を削減した保険届出病床数を分母にしても70%台の県がある。80%を下回ると採算割れが必至だろう。

精神科病院の経営は、ホテルやマンションの経営と似ている。収入の大部分は入院料。

原 昌平 (ジャーナリスト)

空床があると埋めたくなくなる。半分で足りるだろう。

民間病院でつくる日本精神科病院協会は、従来型の経営に固執する印象があったが、ここに来て、方針転換した。

精神科病院の経営は、昔は強制収容型が多く、しだいに長期入院型が増えた。2000年代から機能分化政策で救急・急性期型も増えた。

けれども、統合失調症は入院の必要なケースが減り、認知症も有料老人ホームなどが増えて受け皿になっている。10年以上の超長期入院患者は死亡退院も多く、かなり減った。救急・急性期にも大きなニーズはない。

従来型の経営では、もはや立ち行かない。ベッドは今のままでも足りるだろう。

民間病院でつくる日本精神科病院協会は、従来型の経営に固執する印象があったが、ここに来て、方針転換した。

山崎学会長は9月の常務理事会で「地域医療総合確保基金を使って病床の買い取りができるので、活用してダウンサイジングできる仕組みを検討しなければ」と述べた。

今年1月の新春あいさつでは「精神科病床の削減改革に着手する必要性に迫られています」と踏み込んだ。

厚生省の検討チームは12月、地域医療構想に精神科病床を含めることを了承。国の補正予算では、医療需要の変化に応じた病床削減に1床あたり410万円の補助金を出す。削減した病床のスタッフの半数を残った病床に回せば、配置密度が上がり、高いランクの入院料を得られる。強制や管理ではなく、手厚く快適な医療を提供しよう。

残りのスタッフは外来、訪問診療、訪問看護、障害福祉などにへ移せば、病院の総収入は減らず、職員を解雇する必要もない。地域生活を支える医療・福祉の報酬を高めたい。そういう方向で、国の本気の政策が必要な時が来た。

精神科病院のベッドを減らそう

医師が選んだ

医事紛争事例

194

(70歳代後半女性)

〈事故の概要と経過〉

患者は健診で心電図の異常を指摘され、本件医療機関を受診した。その際、本件医療機関の医師は患者に心臓カテーテル検査を勧めたが、患者は多忙を理由に断った。5年後、再度心電図検査で異常を指摘され、翌年、右冠動脈造影検査の目的で本件医療機関に入院した。

入院翌日、手関節からのカテーテル挿入の際、主治医は上腕動脈の血管が非常

に蛇行しており挿入に難渋し、また右冠動脈のアプローチも困難で、カテーテル

冠動脈造影検査時に解離が生じ死亡

ルの形状をJ R4からAL1・0に変更しようやく造影を開始した。主治医は1回目と2回目の造影を問題なく行ったが、3回目の

造影時に右冠動脈起始部の解離に気付いた。解離はその起始部から大動脈バルサ

からドレナージチューブを留置し、続いて人工心肺装置および大動脈バルーンパ

右冠動脈起始部の解離を確認できたが、術中は心電図に大きな変化がなく解離には気が付かなかったとのことであった。

患者側は検査で入院しただけなのになぜこのような結果になったのか納得でき

問題点

事前に、患者に対して、冠動脈造影のための同意書ではなく経皮的冠動脈形成術(PTCA)の同意書を用いて説明していたため、心臓カテーテル検査で想定される具体的なリスクなどを説明した痕跡はカルテを調べると残っていない。主治医は口頭で説明したと主張するが、患者

がリスクを理解した上で検査を受けたかどうかは疑わしく、不完全なインフォーム

た。

府内市町村に3要望書

- ① 24年12月2日以降の国保の資格確認
- ② 帯状疱疹ワクチン接種費用の助成・拡充
- ③ 成人の補聴器購入の助成・拡充

度)は18歳未満対象は不十分ではあるものの、全ての市町村で実施されている。18歳以上を対象にする自治体はまだ少ないのが現状で、府内では京丹後市、京田辺市、精華町が65歳以上を対象に上限2万円の助成を行っている。

協会は府内全市町村に、①国民健康保険制度における24年12月2日以降の保険医療機関での資格確認等についての要請を24年12月4日に送付した。①②は同様の要請を京都府にも提出した。③は同様の要請を京都府にも提出した。

費用の助成・拡充を求め、軽度・中等度難聴児の補聴器購入費助成制

下京西部医師会と懇談

12月13日 ウェブ会議

医師不足、看護師不足に強い危機感 タスクシフトしようにも困難の訴え

協会では下京西部医師会との懇談会を24年12月13日にウェブで開催。下京西部医師会から8人、協会から6人が出席した。

下京西部医師会・飯塚亮二理事の司会で懇談が進められ、同医師会・中野昌彦会長から「保険医協会の活動は京都府医師会とは異なる観点からの掘り下げがあり、役に立っている。諸問題を解説いただき、日々の活動に生かしていきたい」との発言があった。

「社会保障制度の行方と医療提供体制改革」などを報告し、意見交換を行った。

国の医師偏在対策について、地区から「地域別診療報酬が言われているが、点数での誘導には限界がある」「諸外国に比べて日本の医師数は少ない」との意見があり、見解を問われた。これに対し協会は賛意を示し、全国、同じ点数で必要な医療が与えられる原則を崩すべきではなく、地域によって医療機関が成り立たない問題については診療報酬以外で保障して日本全体の医療を崩さないように訴えていくとした。また、OECDデータから日本の医師数不足は明らかだが、逆に病床数が多いからと地域医療構想を進めて減らそうとしていることなど財務省のご都合主義なデータの使い方の問題を追究していきたいとした。

地区からは、医師不足は言うまでもないが、病院でさらに深刻なのが看護師不足であり、タスクシフトやタスクシェアをしようにも困難との訴えがあった。さらに玉突き式にメディカルアシスタント(MA)の人材確保も厳しいとの認識を示した。協会からは、トータルでの医療従事者の処遇を改善しなければ問題は解決しないが、養成・教育の問題も含めて情報を集めて協会の取り組みを考えていきたいとした。

この他、インターネットで医療機関が誹謗中傷される事例への対策などについても意見交換し、口コミ削除についての併進士からのアドバイス(医療安全講習会24年11月30日)を案内した。動画は協会ホームページに掲載(要会員登録)。最後に下京西部医師会の武田純副会長の閉会あいさつで締めくくった。



出席者14人で開催された下京西部医師会との懇談

立たない問題については診療報酬以外で保障して日本全体の医療を崩さないように訴えていくとした。また、OECDデータから日本の医師数不足は明らかだが、逆に病床数が多いからと地域医療構想を進めて減らそうとしていることなど財務省のご都合主義なデータの使い方の問題を追究していきたいとした。

地区からは、医師不足は言うまでもないが、病院でさらに深刻なのが看護師不足であり、タスクシフトやタスクシェアをしようにも困難との訴えがあった。さらに玉突き式にメディカルアシスタント(MA)の人材確保も厳しいとの認識を示した。協会からは、トータルでの医療従事者の処遇を改善しなければ問題は解決しないが、養成・教育の問題も含めて情報を集めて協会の取り組みを考えていきたいとした。

この他、インターネットで医療機関が誹謗中傷される事例への対策などについても意見交換し、口コミ削除についての併進士からのアドバイス(医療安全講習会24年11月30日)を案内した。動画は協会ホームページに掲載(要会員登録)。最後に下京西部医師会の武田純副会長の閉会あいさつで締めくくった。



自転車散歩とスケッチ

10

山下 元(乙訓)

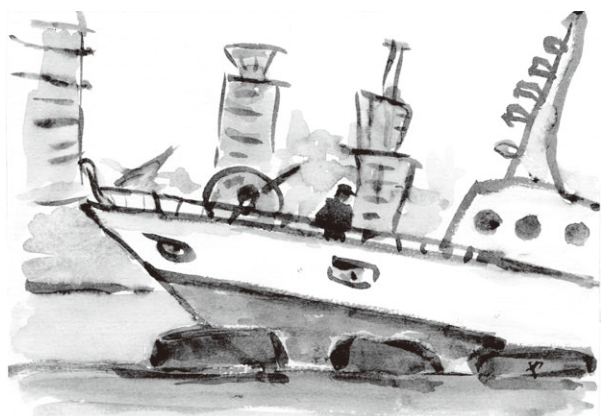
輪行：①サイクリング②公共交通機関を使ってサイクリングを始める所まで自転車を持って移動する事(広辞苑第七版)

スケッチは神戸と姫路で、輪行の途中に描いたものです。兵庫県の5年間ほど単身赴任をしていたのですが、1995年1月17日に阪神・淡路大震災が発生しました。ドドーっと大地が唸り、まるで地震のような揺れに襲われました。社会保険神戸中央病院の機能はかろうじて保たれましたが、産婦人科医の私はしばらく病院から離れられなくなり、住む家や出産場所を失った妊婦が北に殺到して来たのです。ただ3週間ほど経過すると少し落ち着きました。JRが芦屋駅まで通じたので、無沙汰の大阪の自宅に一時帰宅しました。病院から芦屋まで自転車。自転車を畳んで高槻まで電車です。当時の輪行ノートの抜き書きをいたします。

「2月10日(金)15時、鈴蘭台を自転車出発。有馬街道を下り中央区に出ると、見慣れた街が災害の光景。あちこちで家が倒壊。おびただしい駐車と人の動き。自衛隊の装甲車も連なっている。道は所々でひび割れている」

「三宮のビル群は大きく傾いたり崩れたり。すでに巨大な工作機が並んで復旧作中中。東門街は無残。駅前にはバスを待つ果てしなく長い行列。お洒落な神戸の人がくすんで見える。あのJR阪急阪神の頻発電車の代わりがバスだけ」

兵庫県を輪行散歩



神戸港中突堤にて



七五三参りの子に出会う。姫路市松原八幡神社にて

道しようとしても無理。至る所が倒壊で行き止まり。傾いた家が路上にのしかかっている場所もある。高架線を見上げると脱線電車がそのまま。国道だけして前進」

「灘区、東灘区、今回の最激震地区に入る。コンクリートの家屋以外は、ほとんどが潰れて重なり方はどうだ。あの時(この)にいて、生き残る自信は全くありません。尋ね人の張り紙多数」(2月10日の読売新聞による死者数5296人)

「芦屋市に着いた。早い冬の日が暮れてきた。たちまち被災地は町も道も真っ暗。芦屋駅舎に近づき、電車の音にホッとす。駅から洩れる明かりを頼りに自転車を畳み袋に入れる」

「電車内は温かい。淀川鉄橋を渡ると大阪。窓外にネオンが輝き、地震など別世界」

題の絵・挿絵も筆者

雇用管理講習会 日時 **2月26日(水) 14時~16時**

人材確保と定着率アップの心得 形式 **Zoom+会場 (協会・会議室)**

講師 **桂 好志郎** (今年! / 参加費 **無料** (要申込))

「良い職場には良い人材」をモットーに、働きやすい職場環境を整えるための心得を解説します。

承継・閉院のお悩みをワンストップで支援!!

第三者承継・閉院セミナー 3月13日(木) 14時~16時

参加費 **無料** (定員30人)

承継・閉院をお考えの先生に、その方法・スケジュール・注意点などを実例を示しながら解説します。

訃報

中安清氏(享年83、右) 2024年12月7日逝去

八木晴夫氏(享年77、宇治久世) 1月6日逝去

協合理事・1999年、2000年 謹んで哀悼の意を表します。

確定申告の留意点をお届けします (本紙付録)

所得税等の確定申告受付期間は2月17日(月)~3月17日(月)です。留意点は本紙付録をご参照下さい。社会保障・税番号(マイナンバー)制度が導入され、2016年分以降の確定申告書の提出の際に、本人・配偶者・扶養家族のマイナンバーの記載が必要になりましたが、申告書等にマイナンバーの記載がない場合でも税務署は「受理する」としています。

2025年版 **月刊保団連 保険医の経営と税務**

2025年度税制改正大綱のポイント、医療機関の雇用問題と賃上げ・魅力ある医院作り、その他日常業務での税務について丁寧に解説。確定申告や日々の業務にご活用下さい。

1,500円(税・送料込)

2024年度 第2回医療安全講習会

今さら聞けない! 日常診療における患者対応のあれやこれや Part 2

日時 **3月1日(土) 14時~15時30分**

講師 **あやめ法律事務所 福山 勝紀 弁護士**

形式 **Zoomウェビナー+会場 (京都府保険医協会・会議室) ※会場は定員30人**

対象 **会員・会員医療機関の従事者**

参加費 **無料**

〈内容〉 ●手術同意書はどこまで必要ですか ●応招義務 ●未成年者の受診 ●患者による院内の録音・録画 ●スタッフの個人情報の取扱い

※講習会内容について、事前にご質問を受け付けます。申込画面よりご記入下さい。

〈テキスト〉 冊子「日常診療における医療安全お役立ち手帳」

※講習会当日に冊子の内容を含め講演資料を協会ホームページに掲載します。