

協会だより

一般社団法人

福岡県医療法人協会

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県医師会館内
TEL (092) 431-4845 (代表)



能古島(菜の花・クルーズ船)「写真提供:福岡市」

第 66 号
2020

協会だより

第 66 号

2020

目次

役員より

1 会長就任のご挨拶	会 長 佐田 正之
2 民間医療機関の危機は続く	副会長 杉 健三
3 輸入感染症対策について	副会長 牟田 和男
4 2020年の望み	副会長・会計理事 下河辺正行
6 外科医の減少を止めるには	専務理事 木村 寛
8 独占禁止法における観音寺判決と調整会議での「開業・標榜の自由」の制限など	理 事 陣内 重三
10 理事続投のご挨拶	理 事 三野原義光
12 持続可能な医療界を目指して	理 事 中尾 一久
13 ブランドは「職員」から生まれる	理 事 津田 徹
14 世界はひとつ	理 事 横倉 義典
15 医療法人と有床診療所と私	理 事 原 速
16 『役員就任のご挨拶と、地域医療の展望』 ～地域医療連携推進法人はブレイクするのか?～	理 事 津留 英智
17 誰のための〇〇制度か? —近年の様々な制度改革について思うこと—	理 事 鬼塚 一郎
18 新型肺炎への当院の対応	監 事 武田 卓
19 令和2年度税制改正大綱について	監 事 篠原 俊

会長就任のご挨拶

◆会長

佐田正之



一年前の「協会だより」で自身の医師としての引き際について、70歳で引退したいができそうにない旨書かせてもらいました。その70歳を前にして（今年69歳）この度、杉健三先生の後任として福岡県医療法人協会の会長に就任いたしました。これでわずかに可能性のあった70歳引退計画は完全に白紙撤回せざるを得なくなりました。

昨年9月に再編・統合の再検証を求める公立・公的病院リストが示され、その公表の仕方が唐突だとか、民間病院のデータについても公表すべきだという公立・公的病院の声が聞かれました。民間病院では担当することのできない医療を行うことで出ってしまった赤字を補助金や助成金でカバーすることは理解できなくもありませんが、民間病院が担える医療を同じ土俵で行って出た赤字を補助金・助成金で長年補填してもらっているところがほとんどなのです。孤立無援の中小民間病院の立場からすれば「何をおっしゃいます」というのが本音です。

しかし公の再編・統合が進み、民でできる

ことは民に任せましようとなるかといえはそれは問屋が卸さないでしょう。どの程度かはわかりませんが民間病院も再編・統合の波をかぶることになると予想します。そういった状況の中で今後民間病院が生き残っていくためには、

1. 何とか現状を維持する
2. ダウンサイジングで強みを持つ分野に医療資源を集中させる
3. 全国展開している病院グループの傘下に入る
4. 地域医療連携法人に参加する（福岡にはまだありませんが）
5. 病院を売却して悠々自適の人生を送る（まあ、5.は生き残り策ではないですが…）

といった選択肢が頭に浮かびます。

1. が一番困難な道のように思えます。若い頃いくつか道を選べるなら一番困難な道を選べという意見を聞いたことがあります。70を前にしてしかも跡継ぎの事を考えると個人的には2. が現実的な選択のように思えてなりません。

当協会の将来は民間病院の将来によって大きく左右されます。皆さんの叡智を結集してこの難局に立ち向かっていきましょう。ご支援ご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

民間医療機関の 危機は続く

◆副会長

杉

健三



昨年5月に、地域医療構想、医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を「三位一体」で推進していく国の方針が表明されましたが、なかでも「医師の働き方改革」は大学医学部からの医師派遣により時間外も含めた診療体制を運営している民間病院の多くは大きな影響を受けることになることが危惧されます。この4月にはこれらの政策を押し進める方向での診療報酬改定がなされることと相俟って、これらが地域の医療・介護体制の維持充実にどのような影響を及ぼすかを注視していかなくてはなりません。

さらに、平成30年7月に医療法が改正され、都道府県は保健医療計画の一部として令和2年から令和5年までの「外来医療計画」を策定しなくてはならないこととなりました。これは、「個々の医師の自主的な行動変容を促し偏在の是正につなげていくことを目的」として「地域ごとの外来医療機能に関する情報を、新たに開業しようとする医療関係者が、自主的な経営判断に当たり有益な情報として参照できるように可視化して提供すること

や、充実が必要な外来医療機能や充足している外来医療機能に関する外来医療機関間の機能分化・連携等の方針について定める」というものです。新たな開業を規制しようとするものではないとされていますが、近い将来、これまでの自由開業制度を根本から覆しかねないとともに病院の外来機能も含めた施策となりはしないかと危惧されるものです。

年頭の挨拶で、今年こそは医療提供者にとって運命を分けるたいへんな年になると言い続けて数年になりますが、今年もやはり同様の危機感をもって迎えることを避けることは出来ません。

いずれにしても、元号が新たになった今、会員医療機関が地域包括ケアシステムのなかでの必要不可欠な要素となり得ているのかを会員自身で今一度見直すことには大きな意味があることも知れないと考えます。

輸入感染症対策について

◆副会長

牟田和男



昨年末、中国武漢で発生した新型コロナウイルス関連肺炎（以後、新型コロナウイルス）は、中国政府の情報隠蔽を含む初動対応の不備とWHOの緊急事態宣言の遅延によって、中国国内では既にパンデミック状態になり、そして、新型コロナウイルスは本邦を含む世界各地へ急速に拡散した。

本日（令和2年2月4日）、中国での同疾患による感染者は2万438人、死亡者は425人と、その数は20年前に猛威を振るったSARSを軽く凌駕し、その止まるところを知らない。さらに今夕、中国以外で2例目の死亡者の報道があった。

そして、本邦における新型コロナウイルス及び発症者の数は2桁に至り、既に中国に次いで感染者数が多いのは周知の事実である。これは国難である。

新型コロナウイルスは感染力が思いのほか強く、そしてその検査と治療が未だ手探り段階の今、最大にして唯一の合理的対策は感染源との遮断である。

既に、諸外国は中国本土との航空便の停止

だけでなく同国から入国禁止、そして、入国後の対象者の隔離と徹底的な管理等を行い、国内への浸潤の防止に躍起である。

福岡市は中国の7都市と毎日13往復以上の航空便があり、本日の段階でも武漢便を除く全便が運行中である。即ち、1日2〜3千人の往来がある計算になり、感染が広がる危険性が高くなるのは当然であろう。何故、全面的な運航停止をしないのか理解できない。

人権の問題はあると思うが、強力な対策を即刻行う段階であると考ええる。

さらに地域医療計画における基幹病院の役割9項目には「災害」がある。

災害とは風水害等の自然災害だけでなく、また、各医療圏には地域特異性があり、その地域で想定される災害は異なる。福岡・糸島医療圏はその位置から自然災害の危険性は低位だが、人災の原発事故や今回のような輸入感染症によるパンデミックの可能性は排除できない。

以前、福岡市立こども病院や国立南福岡病院（現、福岡病院）にあった感染症病棟はい

まや存在せず、もしパンデミックが発生した場合、対応するに足る施設が充分整備されていないとは思われない。日頃、そのような施設が休眠状態であるというのは社会が保健的に安寧である証左であり、その態勢を保持するのは政策医療の役目の一つではないかと考える。

地域医療構想調整会議における論議において、このような観点からも病床数及び機能の検討が必要ではないかと考える。

追記…今朝（2月5日）の段階で、感染者は2万4536人、死亡者は492人に急増し、現在横浜港に沖留中のクルーズ船乗客から多くの感染者が出たとの報道があった。

2020年の望み

◆副会長・会計理事

下河辺 正行



令和初めの新年を迎え、オリンピックイヤーでもあり、多くの人は自然災害のない、穏やかな年であることを祈ったことだろう。

しかし、我々医療関係者にとっては、診療報酬の改定もあるが、医療提供体制や少子高齢化問題による人口減少や働き方改革などあり、自然災害以上に難問山積の年になるかもしれない。

医療提供体制といえは、数年前より地域医療構想調整会議などで議論されているが、正直言って調整が進んでいるとは思えない。原則として全会一致の方針で決議されていると言われているが、今は建設的な議論ができる場ではなく、厚労省の決めた理屈の合わないガイドラインに沿って、ただ数値目標ばかりをおい、決議を繰り返している。悲しいかな行政の主導する出来レースのように感じている。

数年前より厚労省のあり方に関する検討会で、特定機能病院や地域医療支援病院の問題

点に関して再検討が行われると聞いていたが、結論が出ないまま、立ち消えの議論になっているように感じている。

病院の機能分化を考え、地域医療構想を話し合っているが、特に判らないのが高度急性期と急性期病床の違いである。大学病院は高度医療を行う場であるが、本当に高度急性期の病床なのだろうか？そしてこの1年、機能の明確化ができていない中、調整会議で議題になっているのは地域包括ケア病床の話ばかりであった。

国公立病院など多くの公的病院に我々の税金から8000億円以上の繰り入れが行われているという。その無駄をなくそうと公立病院等の改革プラン2025が検討されている。そのプランの中に公・民のすみわけを検討する項目もあったように思っていた。しかし、ガイドラインによって調整会議でなされたことは、公的な地域医療支援病院の検討だけではなく、税金の繰り入れのない民間の地

域医療支援病院も同時に検討が行われた。官民を一緒くたにして行う、乱暴な議論である。我々医療機関が受け取る医療費には税金などの公的資金が幾分かは入っているが、民間の地域医療支援病院と公的な地域医療支援病院とどこでどう結びつくのか、私にはまったく理解できない。

そのうえで起きた問題が去年末の424病院の再編統合の問題である。我々の仲間の民間の中小病院が、地域医療を守るため、救急車を受け入れて必死に頑張っていた。その仲間の病院が、地域医療支援病院であった故、マスコミに取り上げられ、職員が集まりにくくなり、病院スタッフも疲弊しているとの話を聞いた。国のガイドラインの作成・検討が不十分なため、頑張りが報われない病院があることは悲しい。

今まで多く繰り返し返していた公文書破棄の問題でも感じるように、行政は強いものに忖度ばかりしている。大病院や声の大きなものを

守るのではなく、地域に根差し、小さいながらも地域を支えるために努力し、独自の方向性を出して頑張る民間病院こそ認めてほしい。国の権限が地方の自治体に移譲されるようになった今こそ、その地域の特性を理解し、変革することが望まれる。その変革の中心に、地域の医療事情を一番理解している医師会や医療法人会がある。その行動力に期待したい。

外科医の減少を止めるには

◆専務理事

木村

寛



一般社団法人日本外科学会からアンケート調査の集計結果の概要が送られてきた。このアンケートは平成31年2月1日～3月12日の期間に、外科専門医制度修練施設／関連施設の施設長を対象として行われたもので、回答者（つまりは施設長）は80%が外科系で、回答施設の36%が医療法人であった。アンケート内容は69の質問から成り立っており、施設長の意向調査、外科医に対する特別手当、ドクターフィー、時間外特例医療機関、オンコール手当、時間外手当、外科医の収入等に関するアンケート結果が記されている。目につくところを挙げてみると、70%は外科志望者の減少に大いに危機感を感じており、64%は外科医の給与は業務内容から安いと感じている。80%は外科医に対する特別手当は妥当と感じている。しかしながらドクターフィーの支給は11%に留まっている。時間外特例医療機関は21%で取得されているが、取得しても90%は勤務に変化がなく、残りの10%はむしろ忙しくなったとの結果が出ている。その他興味深い内容が記されているが、これらの結

果を見ると、このアンケートが端緒となって外科医を取り巻く環境が、急速に改善するとはどうも思えないと云うのが正直な感想だ。

また専門医が2階建て3階建て構造となっており、その取得に長期間を要し、その維持も含めて経済的な負担が大きくなっていることも、内科や外科等のメジャー診療科が敬遠される理由になっているとの意見を多く耳にする。また技術系の認定（例えば内視鏡外科学会技術認定医や肝胆膵外科学会高度技能医等）も外科医が修練の末に身に付けた技術を正当に評価すると云う本来の意義とは別の、他者との差別化や訴訟対策と云うような他の側面のメリットとして考えられるようになっており、まわりまわって外科医が外科医の首を絞めることになっているのかも知れない。

もう一つ、世間での認知も進んで来たロボット手術の診療報酬の問題であるが、元来手術の診療報酬上の点数は、手術にかかる人的コストや器具や薬物のコストを踏まえて決められるものであったのが、2018年4月

の診療報酬で新たにロボット手術が保険収載されるにあたり、ロボットのランニングコストを全く勘案しない形での点数となった。これを許してしまったのは如何なものであろうか？ロボット手術を推し進めたい大病院や公的大病院の外科医は、ロボット手術が保険収載されたまっとうに認められた医療の仲間入りをすることを優先したのであろうが、外保連が苦勞して勝ち取ってきた、手術の経済的評価のスタンダードが根底から覆されることの端緒になるのではないかと心配されるどころである。

否定的な事ばかりを書いたが、自分のことを振り返ると、外科医となって30年余で手術が嫌だと思ったことはほとんどなく、手術の無い医師としての生活はあり得ないと感じてきた。たぶん多くの外科医は私のこの考えに同調してくれると思う。飲まず食わずで半日以上も立ち続けるなんて、内科系の医師はクレイジーだと思いかも知れないが、外科医にとって手術を成功させ患者を救う達成感は何物にも代えがたいものだ。だからと言っ

て、外科医も人間であり、睡眠不足、プライベートの時間の少なさ、経済的な不遇さをすべて飲み込んで外科医であり続けると云うのでは、外科を志望する医師は増えては行かないのは明らかだ。すぐに思いつくのは、タスクシェアリングとタスクシフティグであるが、これも現状では道のりは遠いと言わざるを得ない。もう一つは若い医師の外科離れの大きな原因の一つである、訴訟のリスクを軽減していくことが重要と考える。外科医は絶対に必要なだけでかけがいの無い社会の財産であることを国民（マスコミも含めた）が認識して、みんなで外科医を育てていくための意識改革をしていくことが必要と考える。

独占禁止法における観音寺 判決と調整会議での「開業・ 標榜の自由」の制限など

◆理事

陣内重三



平成8年12月26日、香川県観音寺市三豊郡
医師会に対して、公正取引委員会による、開
業相談委員会規程及び施行規則の破棄、地区
内の医師への周知徹底を命じる勧告が出さ
れ、医師会はこのとき初めて独禁法を強く意
識させられた。

観音寺市三豊郡医師会は医療機関新設等相
談委員会規程及び施行規則によって、①病院
又は診療所の開設、②診療科目の追加、③病
床の増床、④増改築、⑤老人保健施設の開設
に際し、予め届出をさせ、一定の審議システ
ムにおいてその可否を審査し、その同意、条
件付き同意、留保及び不同意を通知していた。
それに同意しなければ医師会への入会拒否・
除名としていた。同様なことは当時の地域医
師会の多くで行われていた。

三豊医師会はこの勧告を不応諾とし、裁判
所に上告した。しかし平成13年2月16日東京
高裁判決で棄却され、これに対する公訴を取
り下げたため判決が確定した。いわゆる「観
音寺判決」が医師会の開業制限を排除するも
のとして確立されたのである。

東京高裁判決は医療の提供が価格競争の働
く余地が少ないとはいえず、提供する医療の内
容、質において競争原理の働く局面は多く、
公正かつ自由な競争の必要性がある。都道府
県の医療計画において地域の医師会の協力は
重要であるが、独禁法の例外である以上、医
療法の「将来の患者の取り合い防止」という
目的に沿ったものでなければならぬ。とい
うものであった。

因みに公取委の罰則は医師会に対して与え
られるのではなく、それを構成する事業主た
る会員個人に与えられる。つまり医師会長や
理事としてではなく、医院や病院の事業主た
る院長（又は理事長）が個人として罰せられ
る仕組みになっている。

当時私は、医療は営利目的でははならな
いと医療法に定められているのに、公正取引
委員会が出てくるのはおかしいと思ったが、
そのような主張が医師会でなされることはな
かった。地域医師会の実態には酷いところが
あったのも事実である。

地域医療構想が始まる前に、全日病から各

県支部長にアンケートがあった。前述のよう
な経験があったので「協議の場（調整会議）」
は談合に当たらないかと質問しておいた。

その後厚労省の説明会で調整会議は官製談
合であると述べる官僚が大勢いたことを記憶
している人も多いだろう。日本医療法人協会
の総会でも二川一男厚労省事務次官（当時）
も、「調整会議は官製談合である。独禁法に
触れないのは医療法には各医療機関が協力し
て地域医療を行うと書いてあるからだ」と講
演されている。

小泉内閣時代の官邸の内閣官房で政策調整
に辣腕を振った官僚に竹島一彦という方が
いた。竹島氏は官房副長官補として官邸内で
小泉首相から最も信頼された一人で、経済政
策や重要法案などに深くかかわった。構造改
革を進める小泉首相の信頼をバックにした竹
島氏は、減税案などを提案する自民党の政調
会長（麻生太郎）とどなり合うなど、与党側
とも何度も対立した。「小泉首相を操る人物」
と評され、当時の内閣府は関係者の間では竹
島商店とも云われるほどであった。また、医

師会に対しても厳しく、当時史上初の診療報酬マイナス改定や健康保険の本人負担2割から53割への引き上げを断行した。このときの坪井栄孝日本医師会長は国の財政状況が悪いので、自らマイナス改定を申し入れた。会員からの批判も受けたが、これによってマイナスの幅は減少された。小泉首相の主席秘書官であった飯島勲はこの時の日医の申し入れは大変ありがたかったと後に回想録に記している。(次の植松治男日医会長ときはプラス改定を要求し、さらにひどいマイナス改定を押しつけられた。)

硬骨官僚の竹島氏は内閣官房副長官補の後のポストとして財務事務次官の事も挙がっていたが、東大法学部ではなく経済学部卒であった為か次官にはなれなかった。しかし通常事務次官経験者のポストである公正取引委員会委員長に2002年7月31日より就任することとなった。

家族との想いの時間も惜しんで働いてきた長い役人生活で出来た就任までの束の間の一瞬、結婚30周年も兼ねて妻・悠紀子さん(東京芸大ピアノ科卒)ら家族3人とともに新婚時代の3年間を過ごしたフランスに旅行にいかれたのだが、その帰途の飛行機の中で悲劇が起きた。シベリア上空を通過していた7月13日、悠紀子さんは機内で体調不良を訴えて倒れた。急遽ロシアのハバロフスクに着陸したが、死亡が確認された。

夫人は今際の際にセ・ラヴィ(人生って、こんなものさ)との言葉を残して旅立たれた

という。享年57であった。(月刊中央公論) 同情を禁じえない。

竹島一彦氏は常々「国民の税金から給料をもらっていることを忘れたことはありませんでした。それが役人としての原点です」と語っていた。就任時には「一番大切なのは、消費者利益の保護」で、「競争なくして成長なし」を旗印にすると語り、法を改正してでも、消費者に不必要な負担をさせてまで生き延びようとする企業経営者に厳しく対処する考えを示した。また官製談合に罰則規定を重くする。そのことば通り、官製談合防止法(入札談合等関与行為防止法)をはじめ2度の独占禁止法の改正を成立させている。法改正を控えた2005年には、国や旧日本道路公団発注の橋梁談合事件でメーカー26社などを刑事告発。伏魔殿と言われた旧道路公団に対して官製談合防止法を適用した。

増大する医療費についても危機感を持っていたようで、既得権益集団たる医師会に対しても独占禁止法を駆使して厳しく対応すると述べていたので大いに警戒を要した。

H22年1月改正された医師会の活動に関する独占禁止法上の指針の中、新規開業等の制限に関する行為(1) 考え方で、

新規開業をしようとする医師が、医師会に入会を希望している場合に、医師会が、これを拒否して新規開業を不当に制限したり、会員の分院の設置、増床等についてこれを不当に制限することは、原則として違反となる。しかしながら、他の医療機関の活動状況等に

関する情報を提供したり、合理的な範囲内の助言をすることは、原則として違反とならない。としている。

2019年3月の「医療従事者の需給に関する検討会」で外来医師多数区域の開業制限等も含む「第4次中間とりまとめ案」が了承され、外来医師多数区域への開業届け出様式に、その地域の外来医療機能方針などの情報を提供し、地域で定める不足医療機能を担ってくれるように合意を求めるとしている。また、その合意がない場合には、協議の場を設けるともある。協議の場としては、地域医療構想調整会議を活用することも可能とするが、地区町村単位での協議が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することを可能とするとしている。

現在福岡県の各地の調整会議では、既存の診療所の外来機能だけをもって地域の外来医療機能の過不足を判定し、新規開業を制限したり、あるいは不足すると推定する診療科を誘致させようとする動きがある。しかし病院の外来機能を全く把握しないで、ことを論ずるのは合理性を欠いている。

明治7年の「医制」以来、開業免許が即ち医師免許であった。その後、開業の自由・標榜の自由は医師としての professional freedom に基づく固有の権利として一世紀以上の永きに亘って認められてきた。

我々の世代は今後の医療を担う若い医師(や医学生)の世代へ、権利を確保しておく義務がある。

理事統投のご挨拶

◆理事

三野原 義 光



福岡県医療法人協会理事を統投させていただくこととなりました。今後とも宜しくお願い申し上げます。

理事会の理事の中で精神科病院を経営する立場は私のみですので、今回は少し精神科の話をしてみたいと思います。

すでに一般病棟を有する医療機関は病床機能報告を終え、現在は公的病院再編の議論の真っ只中にあるわけですが、一方、精神科に目を向けますと、精神科病院に対する病床機能報告もまだ明確ではありません。

精神科の場合は、超急性期・急性期・慢性期・リハビリテーション、と一つの医療機関にて完結する医療構造が長い間行われてきた経緯もあり、各病院の将来の機能報告と言われてもそう簡単にお答えできるものでもありません。

しかし、諸外国と比較して明らかに多い我が国の精神科病床（日本の場合は福祉的なものも含んだ病床数であり簡単に比較することは困難ですが）を国策として削減する方針は以前からあり、精神科版の地域医療構想と抱

き合わせて病床削減も今後は一層拍車がかかることが予想されます。

特に精神科の場合は慢性期の方々の社会復帰や地域移行において、精神障害を持つ方々への支援は多岐に渡り、未だにそのシステムは量・質ともに十分とは到底考えられません。次に、精神科の救急性期についてのお話をします。

現在日本の精神科病院数は1100病院あまりで、そのうち精神科救急病棟認可施設（365日24時間応需体制）は百数十病院、精神科急性期治療病棟施設は三百数十病院となっています。

いずれの許認可も患者さんを三カ月以内で退院させる縛りがございますが、特に精神科救急病棟の認可要件は精神科病院にとってかなりハードルが高く、簡単に取得できるものではありません。よって現在精神科救急病棟を認可した施設が、一カ所もない県も日本には点在しております。

そもそも本来なら精神科救急に該当するような患者さんを一般的な精神科病院でも古く

から対応してきた事実があり、精神科救急・急性期病棟を有さない施設でも輪番制で地域精神科医療を支えてまいりました。

特に我々福岡県では、精神科病院が県内に100病院（日本では一番多い）以上存在しており、非常に患者さんのアクセスビリティは高いと思われれます。福岡県は4つのブロックに分けられ、各精神科病院が輪番制で福岡県精神科救急システムを構築し、日々の精神科救急を支えている現状です。精神科救急指定を受けている病院も現在8施設と他の県に比して多く、精神科応急指定も認可要件であり、精神科救急システムを側面からバックアップする体制が整っています。

幸いなことに福岡県はこの潤沢な精神科医療機関の機能をつかって、将来的にもより良いシステムが構築されるものと期待しているところでもあります。

さて、令和2年度の診療報酬改定、項目II-1713の「地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神科医療の評価」の下位項目において、精神科救急病棟を既に認可し運

営している場合につき、後に定められた基準に合致しない場合は削減対象とする方針が打ち出されました。

先ず疑問に思われるのは、精神科の救急性期の必要病床数が明確に議論される前に削減ありきの方針が打ち出されたことです。先にも述べましたが、精神科救急病棟を算定する病院がない県も存在するくらいで、地域による格差が非常に大きく、精神科救急医療を支えている病院が絶対的に少ない都道府県において、行政はこれまで精神科救急病棟を複数単位認可してきた事実があります。そして、その後診療報酬改定により救急病棟の認可基準が改定になり、一定の縛りが発生したわけです。

しかし、これまで許認可を受けている病院は地域では精神科救急の基幹病院となっているケースもあり、それを一律の制限を設けて運営を阻害したり、また経過措置（2年間）を設けたうえで最終的には各病院に1〜2単位しか認めない措置が行われた場合、地域によっては精神科救急医療の崩壊につながりかねません。

基幹病院が救急算定を取り下げ精神科救急のベッドを削減した場合、それを補うため他の精神科病院が救急算定をできるかと言えば、それは非常に困難です。結局は発生した精神科救急患者さんの行き場がなくなり、スムーズな救急医療の動きを阻害するのではないかと危惧しております。

質の高い精神科医療の実現のためには手厚

い人員配置が必要であることは周知の事実です。よって、救急算定を今後削減するとすれば、経過措置を十分な時間確保して地域精神科医療の崩壊を招かぬ対応が求められます。

持続可能な医療界を 目指して

◆理事

中尾 一久



療・介護・福祉の関係者が一丸となって、ご当地版地域包括ケアシステム構築が日本各地で展開され、持続可能な医療界が形成されることを期待したいと思います。

最近新聞紙上等で目にするSGDsという言葉があります。SGDsとはSustainable Development Goals（持続可能な開発目標）の略称で、2015年9月の国連サミットで採択され、国連加盟193か国が2016年から2030年の15年間で達成するために掲げた目標です。SGDsは、17の大きな目標とそれらを達成するための具体的な169のターゲットで構成されています。17の目標の中に医療・介護・福祉に関するものが2つあります。一つ目は、「すべての人に健康と福祉を」…あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し、福祉を推進する。二つ目は、「住み続けられるまちづくりを」…都市と人間の居住地を包括的、安全、強靱かつ持続可能にする。日本においては、この2つの目標は、いわゆる地域包括ケアシステム構築であると考えます。そしてこの目標を受けた形で、2016年に第1回「持続可能な開発目標（SGDs）推進本部会合」が開催されました。日本におけるSGDsアクションプラン2019の骨子は、3つです。1. SGD

sと連携する「Society5.0」の推進 2. SGDsを原動力とした地域創生、強靱かつ環境にやさしい魅力的なまちづくり 3. SGDsの担い手として次世代・女性のエンパワーメントです。特に2番目の「地域創生、強靱かつ環境にやさしい魅力的なまちづくり」においては、全国で31の都市が選ばれ、福岡県では福津市と大牟田市が選ばれました。これらの都市には、政府として予算がつけられ、「経済」「環境」「社会」の3つの観点から持続可能な未来都市づくりをサポートされます。まさに日本版地域包括ケアシステムモデルケースを作ろうということなのです。そして3番目の「次世代・女性のエンパワーメント」に関しては、「働き方改革」、「女性の活躍躍進」、「健康経営の推進」がキーワードになります。昨年厚生労働省から「地域医療構想」「医師・医療従事者の働き方改革」「医師偏在対策」の三位一体改革が出されました。これらは、日本におけるSGDsアクションプラン2019に繋がるものであると思います。

目標の2030年までの間に、すべての医

ブランドは「職員」から生まれる

◆理事

津田

徹



ちょうど、2月に日本呼吸ケアリハビリテーション学会呼吸リハビリテーション研究会@神戸があり、地域包括ケアを支える上での呼吸ケアチームとブランディングについて、スライドを作っておりましたので、一部を転載いたします。

会社のブランディングのチェックリストを病院用に書き換えたものです。ご参考まで

ブランディングによって病院が目指している方向性を職員が共有し同じ方向を向くことができているか？

良い医療をしているのに思ったように患者さんが来ない

最近患者さんが伸び悩んでいる、再来患者さんが減っている

診察・対応する人によって患者さんに説明する内容に大きなばらつきがある

自院、サービスの強みを患者さんにアピールできないスタッフが多い

理念と患者サービスに一貫性がない

患者さんが自院やサービスをどのよう

思っているかわからない

自院ホームページや案内を何年も更新していない

人材を募集しても優秀な人材が採用できていない

離職率が高い

自分の評価に不満を抱いているスタッフが多い

病院の将来性に関心のあるスタッフが少ない

家族や友人に自分の病院を自慢したいと考えるスタッフが少ない

企業理念がスタッフに浸透していない

行動指針が浸透しておらず実践できていない

上司と部下のコミュニケーションが不十分

医療戦略・医療判断がワンマン院長・部長に依存している

CSR活動に対するスタッフの理解度が低い

院内活動へのモチベーションが低い

次世代を担う幹部が育成できていない

世界はひとつ

◆理事

横倉義典



コロナウイルスによる新型肺炎が世界を席卷しています。世界経済を牽引してきたチャイナマネーの停滞がどの位の影響を及ぼすのか専門的知識がない私には予測できません。しかし肺炎については潜伏期や症状、ウイルスの変異など医学的知識から油断はできないと感じます。

近代に入り航空技術が発達したおかげで世界は狭くなりました。平時においてその恩恵は多大なものです。物資も人も思うがまま移動できます。しかしその一方で、感染症も自由を広がるようになりました。記憶に新しいのは数年前に東京の代々木公園で起こったデング熱感染です。人が持ち込んだのか、蚊が移ってきたのかわかりませんが間違いなく航空機で運ばれてきたはずで。

感染症でいうと映画「アウトブレイク」が私の記憶には鮮明に残っています。エボラ出血熱を参考にしたアフリカ大陸発生の感染症がアメリカ本土で広がる恐怖と医療者の戦いを描いた1995年の映画です。エボラ出血熱は現在もコンゴを中心としてアフリカ大陸

で猛威をふるっており、国際的な対策が行われています。

航空機に限らず、船舶も大型化し多くの人や物を運べるようになりました。貨物からはさらに有毒生物が渡ってきます。セアカゴケグモやヒアリなど、皆さんも聞き覚えのある名前です。さらに始末の悪いことに日本に生着した可能性が高くなっています。四季のある日本において南方の熱帯地域の生物が生き残れるのか？これについては気候の温暖化も一因でしょう。特に今年の冬は暖かく、今のところ福岡で雪を見ることもありませんでした。

温暖化の話題では、アメリカのトランプ大統領とスウェーデンのグレタさんのやり取りがマスコミに騒がれました。温暖化の原因について特定は難しいのかもしれませんが、間違いなく地球は暑くなっています。気候変動を題材にした映画「デイ・アフター・トゥモロー」は温暖化が引き起こす地球環境の変化を予測した2004年の映画です。

どちらも娯楽の得意なアメリカ映画です。

「深刻なドキュメンタリーではありませんので、次の休みに気楽にご覧になってはいかがでしょうか。そしてちよつと真剣に考えても良いかもしれません。様々な意味で「世界はひとつ」なのです。」

医療法人と 有床診療所と私

◆理事

原

速



平成29年5月より医療法人協会の理事として参画させていただきました原速と申します。生まれは西の果て、長崎県は軍艦島のやや南の池島という炭鉱島です。5歳の時、父が福岡へ引き上げてきて粕屋の新宮町で小さな外科の有床診療所を開設しました。港町の悪ガキ少年としてスクスクと？成長し、なんとか医師となり家業を継がせていただく運びとなりました。承継し父が他界し26年という月日が流れ、父が原外科で働いた25年をいつに超えてしまいました。

父からは他界する前に「お前は何もわかずとらんから俺が死んでも5年間は動かさずじつとしとけ。特に医療法人にはするなよ。何かあったときに売り払って逃げることができなくなるぞ！ 完全な一文無しになるぞ！！」と脅しつけていただきました。

父の死後はその言いつけを守り、わきめもふらずにただただ診療にいそしんでおりました。当然患者さんの数は回復し、借金を返した。終わった原外科で「ボロいなながらも素敵な我が家」とささやかな幸せを満喫していたと実

感していたのですが実体はそうではありませんでした。父の遺産である能無し税理士さんと、すでに当時から一流の不良採算物件として名を馳せていた有床診療所の入院ベッドが、働けば働くほど赤字を生み出すという恐怖の転落人生への地獄のサイクルを営み続けていたのでした。

「患者が増えて、どんどん新しい機械で検査して、小手術も増えて、入院も満床が続き赤字になるなんて！ 聞いてないよ！！」と父の遺影の前で手を合わせても知らん顔でした。ラクガキして貧乏神にしても知らん顔でしまいました。頭にきて税理士さんにお辞め頂き医院の建て替え計画をねりはじめ「ヨシ、できた！」とばかりにメインバンクに融資の相談に行ったところ「フンッ！」と鼻であしらわれてしまいました。勤務医時代のわずかな貯金も使い果たして妻の貯金にさえ手を出さず始末でしたので当然のことだったかも知れません。自分には信用が全くない！と認めざるを得ませんでした。

一からやり直すしかないと思い、自分の甘

さを反省し計画を練り続けました。その中で思い至ったのが医療法人化です。姑息な節税対策とも言えますが私にとっては信用への第一歩でした。2代目甘ちゃん医師の決死のダイブ（覚悟）ともいえるでしょう。それから悪戦苦闘を繰り返し自院の建て替えをするまで15年近くかかってしまいました。しかし後には引けないという背水の陣（医療法人化）とお世話になった地域を支えるという小さなプライドが私を支えてくれたのだと思います。今では父には感謝しています。頂いた小さな誇りが最高の遺産であったと天国に行った時には礼を言うつもりです。（ラクガキしなくてよかった）

今年はずみ年。私は年男で還暦を迎えます。まだ有床診療所の協会参加は少ないですが医療法人協会がこれからはますますの繁栄を目指せるように微力ながら尽力させていただきます。よろしくお願ひいたします。

『役員就任のご挨拶と、 地域医療の展望』

地域医療連携推進法人は
ブレイクするの？

◆理事

津留英智



令和元年度より、福岡県医療法人協会理事に就任しました津留と申します。どうぞ宜しくお願い申し上げます。当院は福津市に所在し300床の急性期を中心としたケアミックスで、医療・介護・福祉の複合的事業を展開しています。尚4月1日より社会医療法人に移行する予定です。

さて2020年は、団塊世代が後期高齢者になる2025年問題まであと5年、人口減少・少子超高齢社会が更に深刻化する2040年問題まであと20年と言う節目の年になります。また4月には診療報酬改定を迎えて、夏の2020東京オリンピックまでは、何となくお祭りムードで過ぎるかもしれませんが、一方では三位一体改革(①地域医療構想、②医師の働き方改革、③医師偏在対策)に加えて、④診療報酬改定の影響が始めて、医療界に大きな激震をもたらすかもしれません。先ず、①地域医療構想については、公的公立の2025プラン再検証対象424病院リスト以外に、民間病院データも一部公開され、各医療圏で様々な議論が展開している可能性

があります。令和2年度予算として、病院が病床を削減した場合の『ダウンサイジング支援』84億円が計上され、どのような影響を与えるのかにも注目が必要です。②医師の働き方改革は、2024年4月施行まで時間は残されていますが、③医師偏在対策を含め、新専門医制度・専門医シリング等の影響で、主な医師供給元である大学医局からの突然の引き揚げもあり得ますし、医師確保がもしも困難となった時に、地域で必要な医療機能をどう維持するのか、これら②・③の影響で、①の病院再編・統合が一気に加速化する可能性もあります。

そのツールとしての『地域医療連携推進法人』が、三位一体改革に対して活用性が高いことが証明されてくると、今後全国でブレイクすることも考えられます。これまで同一法人内の病床の融通が大きなメリットでしたが、これからは②医師の働き方改革に基づいた、医師、医療スタッフの融通の方がメリットとして再認識されるかもしれません。派遣元の大学医局から、各病院単位ではなく『地

域医療連携推進法人』への派遣として、法人内で医療機能を再構築し、有効な医師配置を行うことで効率化を図ることが出来るとなると、②医師の働き方改革への対応にも可能性が広がります。今年(子年)は、大激震の年になるのか、大山鳴動して鼠(子)一匹で終わるのか、引き続き「チュー」目が必要です。

誰のための〇〇〇〇制度

◆理事

鬼塚 一郎

か？

—近年の様々な制度改革について

思うこと—



紹介状を持たずに受診した患者へ定額の追加負担を求める制度について、厚生労働省は対象の病院の規模を現行の400床以上から200床以上へ拡大する方針を決めました。

「一体、誰のための制度変更なのでしょうか。」患者の大病院志向による勤務医の過労、重症患者の診療密度低下などを避ける目的で定額負担であれば、大病院で働く勤務医のためにも、患者、特に重症の患者のためにもなるでしょう。しかし、その制度対象をより規模の小さい病院に拡大することによって、誰がその制度の恩恵を受けるのでしょうか。

医師の働き方改革によって医師の勤務時間が大幅に制限されることになりました。「一体、誰のための制度設定なのでしょうか。」勿論、医師をはじめ医療従事者の働き方については、長時間、無用に職場に拘束される事例が多々あり、正さなければならぬのは事実です。しかし、仕事を頑張つてより腕を磨きたい、より良い収入を得たいなどの自由を奪われて、戸惑う医療従事者は多いのではな

いでしょうか。また、現時点でも厳しい状況にある医療現場での人手不足に拍車をかけることに繋がりがかねず、救急医療などの提供体制を根本から揺るがす恐れがあると思います。誰がこの制度の恩恵を受けるのでしょうか。

新専門医制度が開始され、内科や外科の専門医は二階建てになり、進路選択の希望者が激減したようです。おまけに福岡県などにおいてはシーリングと言うものまで作られました。「一体、誰のための制度設定なのでしょうか。」専門医取得はそれ程、素晴らしい医師を創出するのでしょうか。女性医師はますます妊娠や出産が困難となることでしょうか。誰がこの制度の恩恵を受けるのでしょうか。

地域医療構想が開始され暫く経ちますが、話が遅々として進まないことに苛立ってか、国は再編を検討すべき424病院を公表するに至りました。そもそも「一体、誰のための制度設定だったのでしょか。」東北地方を

はじめ公的病院が幅を利かせている地域では公的病院が調整会議を利用し、補助金や繰入金を糧に益々、肥大化し民間病院を駆逐していつています。誰がこの制度の恩恵を受けるのでしょうか。

これらの制度は、現実を良く分らないまま制度を設定し、その面子を保つためにさらに制度に手を入れて複雑化している一部の私たちのための制度設定になっているような気がしてなりません。

新型コロナウイルスへの当院の対応

◆監事

武田卓



前回の任期に引き続き、監事を担当致します。2年間、どうぞよろしくお願い申し上げます。

この原稿が出る頃には、新型コロナウイルス感染症の猛威が少しでも治まっていることを祈ります。これを書いている今、注目されているのは、神奈川県に停泊しているクルーズ船内での新型コロナウイルスの流行状況であり、この感染症特有の感染経路を明確にできれば、今後の対策につながると言われています。ここに空気感染を疑うような感染経路が明らかにならないと良いですが、今すでに自院の外来に来ている患者にも発症している可能性がある以上、現場においては一つの答えを出して対応していくしかありません。症状が強い場合には、あるいは発症経緯よりその可能性がぬぐえない場合には、通常は行わないような画像所見まで確認して保健所に相談するなど、オーバートリアージ的な診療になることも考えられます。しかし、グレイゾーンの受け入れを一体どの医療機関がするのか、何を決まっております。自院の問題としては、

とにかく一例たりとも院内に入れたくないと考え、自院駐車場にテントを張ってそこで診療することすら真剣に検討しています。そうこうするうちに、感染防御策で必須となるマスクすら新たに入手できないという現状では、そもそも外来機能も縮小せざるを得ないのかもしれない。病床を有するすべての医療機関や高齢者を多く有する介護施設において、この新型コロナウイルス感染症が施設内に伝播した場合、患者だけでなく職員にも感染が波及することは間違いなく、そうなれば医療機関や介護施設としての機能を完全に喪失し、閉鎖する以外に方策がありません。

それぞれの地域に応じて、感染防護に必要な機能を何とか数カ所の医療機関に集約してでも、外来及び入院も対応すべきではないかとすら考えてしまいます。こんな最中にあつて、厚労省から出された2025年までに着手すべき「三位一体」での改革というのが実現不可能なものとして重く感じられます。それぞれの医療機関が存続をかけていかねばならないこのタイミングで、新型コロナウイルス感

染症の流行が、さらに現場の問題をより解決から遠ざけるものになるような気がしてなりません。この協会としての仕事もまた重く感じているところです。

令和2年度税制改正 大綱について

◆監事

篠原

俊



令和2年度の税制改正大綱が発表になり、この3月の国会審議を経て改正税法が施行される予定です。

今回の改正は現在日本が抱える多くの課題を克服し、豊かな日本を次の世代へ引き渡していくために「Society5.0」の実現を睨み、次のような基本的考えに基づいた改正措置となっています。

1. デフレ脱却と経済再生

- ① イノベーション強化を目標として、オープンイノベーション(※)の取組を進めるため出資の一定額に所得控除を認める措置、大企業における投資や賃上げを促すための特例利用における要件強化措置、エンジェル投資の利便性向上措置、国立大学等に対する個人寄付促進のため税額控除対象事業の拡大措置
※オープンイノベーションとは自社だけではなく社外のあらゆる存在と協働して革新的なイノベーションをもたらす方策
- ② 5Gシステム構築を進めるため設備投資

に対する優遇措置

- ③ 企業の機動的な組織再編を促すため従来の連結納税制度を見直しグループ通算制度への移行

2. 中小企業等の支援、地方創生

- ① 中小企業とベンチャー企業の協働によるイノベーション推進のための出資に対する優遇措置、地域課題の解決に資するローカル5G促進のための設備投資に対する固定資産税の特例措置
- ② 地方創生充実強化のため、企業版ふるさと納税の利用促進策として税額控除割合の引上げなどの措置、所有者不明土地に対する固定資産税課税方法に関する措置、日本酒の輸出拡大に向けた輸出用の製造免許の新設

3. 経済のグローバル化・デジタル化への対応

- ① 従来の課税原則を大きく見直し、国際的な合意のもと経済発展に貢献する健全な企業活動を支援しつつ税源を守る方向で検討
- ② 子会社株式の譲渡損失による租税回避な

どを防止するため、国際的な租税回避・脱税への対応措置

- ③ SDGsを踏まえ脱炭素化など環境と成長の好循環を実現させるための措置

4. 経済社会の構造変化を踏まえた税制の見直し

- ① 働き方の多様化を含む経済社会の構造変化を踏まえ各種所得控除の見直し
- ② 人生100年時代へ対応するため年金制度の見直し、NISA制度の見直しと延長
- ③ 未婚のひとり親に対し寡婦(夫)控除を認める措置

5. 円滑・適正な納税のための環境整備

- ① 税務関連手続きの電子化を推進し、税務執行体制におけるICTの活用等による業務プロセスの合理化、税務執行体制の一層の充実
- ② 適切な情報開示を促すため国外財産調査制度及び更生・決定の除斥期間についての見直し
- ③ 地方税務手続きの電子化の推進

一般社団法人福岡県医療法人協会役員等名簿

任期：(令和元年度～令和2年度に関する総会終結のとき)

役職	氏名	医療施設名	住所	〒	TEL FAX
会 長	佐田 正之	医療法人佐田厚生会 佐田病院	福岡市中央区渡辺通2丁目4-28	810-0004	092-781-6381 092-724-9411
副会長	杉 健三	医療法人シーエムエス 杉循環器科内科病院	大牟田市大字田隈950-1	837-0916	0944-56-1119 0944-56-2077
副会長	牟田 和男	医療法人社団誠和会 牟田病院	福岡市早良区干隈3丁目9-1	814-0163	092-865-2211 092-865-5556
副会長・ 会計理事	下河辺正行	社会医療法人共愛会 戸畑共立病院	北九州市戸畑区沢見2丁目5-1	804-0093	093-871-5421 093-871-5499
専務理事	木村 寛	社会医療法人社団至誠会 木村病院	福岡市博多区千代2丁目13-19	812-0044	092-641-1996 092-651-7210
理 事	陣内 重三	医療法人 井上会篠栗病院	粕屋郡篠栗町尾仲94	811-2413	092-947-0711 092-947-0715
//	三野原義光	医療法人浜江堂 油山病院	福岡市早良区野芥5-6-37	814-0171	092-871-2261 092-863-2641
//	中尾 一久	久英会 高良台リハビリ テーション病院	久留米市藤光町965-2	830-0054	0942-51-3838 0942-51-3535
//	津田 徹	医療法人社団恵友会 霧ヶ丘つだ病院	北九州市小倉北区霧ヶ丘3丁目9-20	802-0052	093-921-0438 093-921-5988
//	横倉 義典	医療法人弘恵会 ヨコクラ病院	みやま市高田町濃施480番地2	839-0295	0944-22-5811 0944-22-2045
//	原 速	医療法人原外科医院	糟屋郡新宮町下府1-3-5	811-0112	092-962-0704 092-962-2899
//	津留 英智	医療法人社団水光会 宗像水光会総合病院	福津市日蔭野5丁目7番地の1	811-3298	0940-34-3111 0940-43-5981
//	鬼塚 一郎	医療法人聖峰会 田主丸中央病院	久留米市田主丸町益生田892	839-1213	0943-72-2460 0943-72-3293
監 事	武田 卓	敬天会 武田病院	福岡市城南区別府4丁目5-8	814-0104	092-822-5711 092-822-5714
//	篠原 俊	篠原公認会計士事務所	福岡市中央区警固2-12-5	810-0023	092-751-1605 092-741-2581

