

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)



夜須高原「写真提供：福岡県観光連盟」

第 68 号
2023.02

協会だより

第 68 号

2023年2月

目次

役員、会員より

1 見たい景色、見たくない景色	会 長 佐田 正之
2 コロナ禍についての私感	副会長 牟田 和男
3 地域医療支援病院の考え方 色々	副会長・会計理事 下河邊正行
4 人生100年時代?	専務理事 木村 寛
5 承継可能な医療法人制度のために	理 事 陣内 重三
6 頭に刻まれ昼夜離れぬコロナ事情	理 事 三野原義光
7 病院における食事	理 事 中尾 一久
8 COVID-19、SARS-CoV-2	理 事 横倉 義典
9 我々の経験を無駄にしないためのアフターコロナを考える	理 事 原 速
10 人生(の終い方を考える)会議	理 事 津留 英智
11 かかりつけ医機能報告制度(中小民間病院の役目)	理 事 鬼塚 一郎
12 雑感	監 事 島田昇二郎
13 令和5年度税制改正について ～令和5年度税制改正大綱をもとに～	監 事 篠原 俊
14 当世雑感	会 員 江頭 啓介
15 新年を迎えて(抱負)	会 員 林田 隆晴

見たい景色、 見たくない景色

◆会長

佐田正之



2022年のシーズンにおいて、MLB史上初めてエンゼルスの大谷翔平選手が規定打球回数と規定打席の両方をクリアした。投げ

ては15勝9敗、防御率2.33、奪三振219、打っては打率0.273、HR34本、打点95と打撃の方が昨年より若干成績ダウンしたものの投打ともにハイレベルな数字を記録した。

これは当然2年連続MVPだろうと思っていたが、62本のHRを打ちロジャー・マリスのア・リーグ記録61本を更新したヤンキースのアーロン・ジャッジ選手がMVPとなった。

なぜMLB119年の歴史の中で誰も成しえたことのない記録を達成した大谷選手ではないのか、62本のHRもいつかは誰かに抜かれるんじゃないかと疑問に感じたが、近年のMLBでは単に15勝とか62本とかの数字で評価するのではなく、様々な数値を使って算出する各指標で評価するようで、そういう各指標ではジャッジ選手の方が上ということらしい。

大谷選手の成績は確かに一つひとつの数値では抜きん出たものではなく、総合的に凄いいうことであり、評価する物差しがないとい

うことなのだろう。

イチロー氏も大谷選手を、彼を計る物差しがない、比較対象がなく、誰も経験したことのない境地に挑んでいると評価している。野球の本場米国で今まで見たことがない景色を見せてくれたことに日本人として誇らしい思いである。

昨年はサッカーのW杯も開催され日本代表はまたもやベスト16の壁に跳ね返されベスト8という今まで見たことのない景色を見ることは叶わなかった。しかし死の組と評されたグループEで優勝経験国であるドイツ、スペインを撃破し、しかもその勝ち方が前半のビハインドを後半ひっくり返すという、今までの日本人のメンタリティーでは到底できなかつたものであり、そういう意味では今まで見たことのないものを見せてくれたと言えるのではないだろうか。

さて、では医療はどうか。コロナ禍で見たことのない(悲惨な)景色をさんざん見せられてきた訳だが、昨年開催された第37回全国医療法人経営セミナーにおいて公認会計士の

石井孝宜先生は「改革のターゲットは病院、そして再編」というテーマで、民間病院が置かれている状況が厳しいことに加えてアフターコロナへの対応と医療制度改革への対応を同時に行わなければならない、これから病院経営はより一層厳しさを増すと話された。「気がつく、いるはずのない場所で見たいことのない景色を目の当たりにしている」という変化に直面する可能性が出てきた」とまでおっしゃられている。

地域医療圏の状況、病院機能の状況、病院財務状況を踏まえて事業継続の可能性・確実性をしっかりと自己評価し、対策を立案・実行して、「見たいことのない景色」を見なくて済むようにしたいものだが、行き詰ることもある。三人寄れば文殊の知恵ということわざがあるように、皆で知恵を出し合い相互補完していこうではありませんか。

コロナ禍についての私感

◆副会長

牟田和男



Covid-19によって、社会の環境は激変した。

まず、このパンデミックの初期、国連などの国際機関は機能を発揮できず、その權威を失落した。特に、WHOは「渡航制限は不必要」といった勧告など、その初動対策を誤り、一地域の感染症を全世界に拡散させてしまった。その後も、治療法の開発やワクチンの分配に主導的な役割を果たせなかった。

そのため、各国は、自国民優先かつ自国独自の施策を実施したため、その対策は硬軟様々、千差万別である。なかには、国民統制の手段として感染症対策を利用する国家まで存在する。

また、国力と科学技術力の国家間格差も歴然となったと考える。

ワクチンや治療薬の開発に関して、平時の技術力の集積と緊急時の開発費の集中によってその効能とスピードを争う国

家間競争が起こった。そして、その成果を獲得した国家がその後の国際政治と経済の両面で影響力を確立したのは周知のことである。

本邦も、その体制の整備は喫緊の課題であろう。漸く年末、本邦において創薬に成功し、さらにはワクチン開発も進行しているのは朗報である。

そして、一般社会も大きく変化した。まず、遠隔通信システムの存在性が大きく変わった。Zoomのようなシステムの普及で、対面的な行動が著減したため会合や出張が激減した。直接会うことなしに意思疎通が可能であり、確かに、慣れれば楽である。さらには遠隔勤務も可能になった。

また、このようなシステムや配達を介して、自宅で物品購入や食事が容易にできるようになった。医療現場でも、遠隔診療が行えるようになり、診断、処方か

ら投薬の配達まで行う状況に急変しつつある。

即ち、社会的に、対面や集合という行動が、必ずしも作業や仕事の常識ではなくなかった。

これらの心理的な変化は、医療現場のような対面かつ集合を重視する労働環境に大変な影響ができるのではないだろうか。とくに、外来診療にも大きい影響が及ぶ可能性が強い。

ポストコロナに社会で起こるのであろう「心理と行動」の変化に、医療機関も注視せざるをえない時代に変容したと考える。

地域医療支援病院の 考え方 色々

◆副会長・会計理事

下河邊 正行



地域医療支援病院の問題点は色々指摘されている。本来の許認可は県レベルの認定だと思われるが、国の認定基準があり、診療報酬にリンクされており法律的に対応が難しい。地域レベルではなく、国レベルでの見直しが必要と言われているが、この問題点を修正しようともせず、国は地域医療構想・公的病院の改革を議論している。こんな状態で、調整会議等で将来の医療体制を考えても意味がなさそうなので、議論する気力も失われている。

会の民間中小病院を見る目は厳しかった。胃がんや胆石の患者でさえ、手術になると自院から、公立・公的病院に転院していった。一般社会は、公的病院は良心的で良い医療をする病院、民間病院は利益優先で質の悪い病院と思われることを痛感した。

地域医療支援病院構想は1997年・第三次医療法改正で創設された。知る限りでは2001年（4年後）に第1号病院が承認された。使命は地域医療機関からの検査依頼や患者紹介で、公的な雰囲気を感じた。ICUの基準をとり、申請して認めていただいた。しかし、国の想定通りには申請病院数は増えず、2006年以降に国は申請基準を緩め、数を増やすために低かった診療報酬もどんどん上げる政策になった。収益性が増加するのを見て、公立・公的病院が地域医療支援病院を取り始めた。制度を創設した官

僚の思いや、地域貢献を正しく認められたい我々民間病院の思いとは、かけ離れたものに変わっていった。

公立・公的病院には税金等からの繰り入れがある。それ以外にも地域医療支援病院で収入が増えた。民間病院では赤字では経営出来ないが、公立病院は赤字を減らすことで、地域での対面を保てる様になった。

国立・公立・公的病院、特定機能病院、一般病院と色々ある。一般病院群には色々な機能の民間病院が混在している。近年、紹介受診重点医療機関など機能別に加算が付き、収益増も考えられる。民間病院もやりがいと誇りをもち、地域貢献したいと思っているが、地域医療支援病院の基準の見直しがないうまま、民間病院は何を御旗に戦えばいいのだろう。

人生100年時代？

◆専務理事

木村

寛



ロンドンビジネススクール教授のリンダ・グラットンとアンドリュー・スコットによって記された『LIFE SHIFTS 100年時代の人生戦略』の中で、世界で長寿化が急激に進み、先進国では2007年生まれの2人に1人が100歳まで生きる「人生100年時代」の到来が予想され、これまでとは違う人生設計の必要性が説かれた。100年の根拠に乏しいという批判も多かったが、日本では本の発売と同時期に、小泉進次郎がその言葉を使用したことで広く知られることとなった。

2017年9月には首相官邸に故安倍晋三首相を議長とする「人生100年構想会議」が設置され、2018年6月には「人づくり革命 基本構想」が発表されるなど政策への反映が進められていたが、2021年11月の第2次岸田内閣では両方共廃止されてしまった。本当にこの予想が的中すると、これまでの80年程度の寿命を目安として人生設計をしてきた我々にとって、非常に大きな問題であると考えられるが、こうも簡単に政策から外

されてしまった事を考えると、年金受給開始時期の延長とセットで、受給開始を遅らせる方に向かわせるためのマインドコントロール的な意味合いだったのか、もしくは生命保険会社の販促の片棒を担いだものに過ぎなかったのかと邪推してしまう。

しかしながら、これまでの人生設計は「20年学び、40年働き、20年休む」という「教育・仕事・老後」の3段階が一般的であったのが、「100年時代」とは言わないまでも、現在の時点でも、再雇用・転職、学び直し、ボランティア活動による社会貢献、長期休暇の取得、はたまた熟年離婚等の選択肢の多様化が進んで来ているのは否めない。

我が国において少子・高齢化が進み若年の労働人口が減少し続けることに加えて、医療の世界では働き方改革が進められて行くことも相俟って、高齢医療従事者の雇用・働き方に関しての再考が必須のこととなるであろう。2019年の6月21日の閣議決定の「成長戦略実行計画」の中の資料によると、高齢者の体力・運動能力は2001年と2015

年を比較すると、5歳の若返りが認められているとのことである。認知力の比較はなされていないが、医療機関での70歳定年が普通となるのが現実味をおびてきていると考えざるを得ない。

医療法人理事長の立場から見ると、多くの諸先輩方が70歳を超えても、豊饒たるなどと言う言葉も適さないほどアクティブに経営者および現役の医師として活躍されており、監督を譲るまたは隠居などという言葉とは程遠いと感じている。わが身を振り返ってみると、100歳まであと38年も生きているなんてあり得ないと思うが、現在の状況を考えると、あと最低でも15年は現在の仕事を続けなければならぬそうであり、その後こそ長くはなすが穏やかな隠居生活がおくれればと願う。しばらくは諸先輩方を範として心と体の健康に留意して、ウサギの様に跳ねたり動き回ったりしながら過ごして行きたいものである。

承継可能な医療法人 制度のために

◆理事

陣内重三



2017年10月1日からスタートした、いわゆる認定医療法人制度は、2020年9月30日で一旦法律の期限を迎えましたが、未だ持ち分有りの医療法人が7割以上あるとのことです。

この問題については2005年以来この「協会だより」に投稿してきました。

1. 平成17年（2005年）福岡県医療法人協会の「協会だより」

医療法人制度ができて半世紀以上が経過した。この間に殆どの医療法人で当然のことながら資産が増加したため、承継や、退社時の払い戻しなどの問題が現実化しその対策に頭を痛めているところも多い。

また総合規制改革・民間開放推進会議一派の意図する医療分野への株式会社参入を阻止する運動を行った結果、公益性とは何かが問題とされ、医療法人のあり様自体が問われてきている。今年中に（注17年）医療法人協会や厚生労働省から新しい医療法人制度の見直し案も出るようである。しかし医療法人と一体何であろうか、当事者である我々もよ

く解らないのであります。

昭和25年に医療事業の非営利性を損なうことなく、法人格を取得することにより、医療機関の経営に継続性を付与し、私人による医療機関の経営困難を緩和するための**特別の法人制度**という謳い文句で医療法を改正し、医療法人制度は設けられた。

当時、公的医療機関は少なく、民間病院を以て、不足していた病床の供給に充てるために県衛生部が医療法人となるように勧めて廻ったようである。

医療は公立であれ、私立であれ経営主体の如何に関わらず公的なものである。営利目的にしてはならないことは医療法で規定されている。しかし医療法人は出資持ち分のある社員によって所有されている。

所有とは何か。川島武宣は「日本人の法意識」（岩波新書）において、近代法の「私的所有権」の特質として財産制度の基礎ないし中核が「私的所有権」であること、「私的所有権」は客体に対する全包括的・絶対的な支配権であり、有るか無いかのどちらかである

こと、「私的所有権」の存在は観念的・論理的に決定されることをあげている。資本主義においては、現にそのものを占有していても所有権は発生しない。また占有していなくても所有権を失うことはない。つまり現にそのものを占有しているということと、所有権とは関係ないのである。

明治以後の法律上の財産制度は、「近代的所有権」を基礎とする「私有財産制度」である。しかし日本人の意識においては違っている。昔から伝来した財産制度の意識が続いていて、法律上の制度と意識との間にずれがある。（本を貸したらまず返ってこない）

資本主義では所有が絶対とされているのに、日本人には所有の概念が曖昧である。山本七平は、「貞永式目」の「悔い還し権」に日本的所有権の特徴をみている。親が「所領（領地）を子息に譲り」そして幕府も承認し、親から息子へ所有権は移動したことになる。親も息子の所有権は絶対ではない。親も幕府も満足するように運営しなければ、親はこれを後悔し、所領を取り返すことが出来る。これ

が「悔い還し」の権利である。資本主義的所
有権における自由度は無限大であるが、「悔
い還し権」のある所有権は、資本主義的所
有権の対極にあるものである。

一般に株式の本質として①利潤証券と②支
配証券の2つの性格があるとされている。①
は配当請求権としての側面であり、②は会社
支配を目的とするものである。このほかに③
残余財産分配請求権としての性格があり、こ
れが物的証券とされる。しかし会社の解散を
目的として株式を保有するというのは例外的
であり一般的ではない。

医療法人では配当が禁止されているため①
の配当請求権はない（しかし③の残余財産分
配請求権があるため財務省は医療法人発足以
来、税制上終始一貫して一般営利企業と同列
にしかみていなかった。これは社員が出資持
ち分を有し、医療法人を所有する以上資本主
義社会では当然のことといえる）。

医療法人における持ち分は、医療経営をす
る権利の根拠である（②会社の支配）。持ち
分を放棄すれば、同時に承継の問題も医療経
営をする権利（②）も無くなる。それまでは
占有状態にあったから一時的に理事長に留ま
れるかもしれないが保証はない。

農家では農業相続人がいる場合には、相続
税は一旦課税されるが、納税猶予制度が適用
される。20年農業を続ければ、納税が免除さ
れる。実質的に相続税はほとんど課税されな
い。

医療法人も農家のような制度となるか、あ

るいは株式会社での医療経営への参入は反対だ
が、既存の医療法人を株式会社化するべきで
ある。

2. 平成20年（2008年）福岡県医療法人
協会「協会だより」

「民間医療機関の安定的・永続的な運営シ
ステムを構築することにより、我が国の保健
医療体制を整備拡充する」ために医療法人制
度が創設されたのは昭和25年のことです。日
本医療法人協会や福岡県医療法人協会の第一
義的存在理由はこの点にある。しかしながら
創設後60年を経過した今なお相続税の問題は
解決されず、この60年間に資産を増やした多
くの民間病院の経営者は医業の継続性に悩ま
されてきた。

出資持ち分を放棄している特定医療法人、
特別医療法人や平成18年に創設された社会医
療法人は別として、解散時の残余財産分配請
求権と退社時の持ち分払い戻し請求権との2
つの権利があるため実質的な剰余金の配当に
あたるとされ、課税当局からは営利産業と見
なされている。

平成19年4月1日以降は持ち分ありの医療
法人の設立は認められなくなり、既存の持ち
分あり医療法人はいわゆる経過措置型医療法
人として「当分の間」存続するものとして位
置付けられた。しかし経過措置型医療法人か
ら新医療法人（基金拠出型医療法人や出資額
限度法人）への移行はほとんど行われていな
い。何故か、理由は出資持ち分に対する財産

権の放棄、加えて移行時に法人に発生する贈
与税の問題や同族出資比率要件などが厳しく
理不尽なためである。

本来、医療法人団体がこの問題の解決に奔
走すべきである筈だが、既に所有権のない人
たちの動きに期待するのは無理なのかもしれ
ない。その結果として多くの医療法人は円滑
に相続継承することも出来ず、また財産を円
滑に放棄することすら出来ないという抜き差
しならない不条理な状態にまだに放置され
たままである。

一方で平成20年4月1日に、公益法人制度
改革により、営利（剰余金の配当）を目的と
しない団体の一般社団法人及び一般財団法人
は登記のみで設立できるように簡便化された
（主務官庁による許可制ではなく、行政官庁
による一律の監督は行われない）。

医師会病院をもつ医師会は公益法人になり
にくいので、一般社団法人として医師会病院
を経営していくことになる。一般社団法人が
病院を経営する。このことは株式会社等が一
般社団法人等を設立して病院を経営すること
に対しての批判を削ぐことにつながると懸念
される。また医療経営の主体が反社会的組織
や金融資本という実態もあるなかで、民間医
療機関が安定的に存続できるように、医療法
人の医業継続に係る相続税や贈与税の納税解
決を強く望みたい。

以上、嘗て本協会だよりに掲載した原稿を
再掲させていただきます。

頭に刻まれ昼夜離れぬ コロナ事情

◆理事

三野原 義光



昨今、文章を書くとしてもSARS-COVID19の話題に偏ってしまうのが医療従事者の常ですが、この原稿を書いている令和4年12月2日現在、感染の第8波がそろそろ本格化して来ています。政府が行動制限をせず経済優先を謳う以上、ある程度感染が増加するのは当然でしょう。また、政府は感染症第2類から5類への移行のための情報収集に入りました。この第8波の収束後の本年度内に何らかの結論が出るかもしれません。しかし、安易に5類にすれば、感染対策が物理的に出来ない、あるいは疾病により感染対策を意識できない人等を収容している医療機関や施設は、慢性的なクラスター発生に悩まされる危険性があります。

とは言え、ある程度の効果を発揮する薬剤も出てきましたし、今後はワクチンと併用しながら、感染予防を常に怠らない生活が待っているでしょう。まあ愚痴っても仕方ないのですが、我々は目の前の患者さんを守るために努力するしかありません。

さて、最近病床逼迫の問題がマスコミで報

道される度に、「何故日本は病院がこんなに多いのに対応できないのか？」と、実情を知らない方々が憤慨されている姿をよく見かけます。しかし、残念ながらそれに明確に異を唱える人を私は見たことがありません。日本の病院や病床数が諸外国と比較して多いのはからくりがあることは病院経営者であれば周知の事実です。各国で医療病床の対象に相違があり、比較規準が異なるのに関わらず、日本の病院や病床の多さを強調するため恣意的にこのデータが活用されてきたわけです。

我が国は私の専門の精神科について言えば、救急急性期であろうと慢性期であろうと、全て精神科医療病床数としてカウントされていますが、諸外国では治療期間が長く福祉的側面のある精神科の一部は施設に分類され、そもそも医療病床数に含まれておりません。おそらく精神科以外の科でも慢性期やリハビリテーションについても事情は一緒でしょう。

さらに救急急性期病床でも本来潤沢であるべきマンパワーが不足する我が国の状況において、それ以外の病床に配置される医師やス

タッフ数、専門性、物理的な施設構造、検査機器の内容、等々、やりたくてもSARS-COVID19対応医療機関になりようがないのが実情です。諸外国と違い高度急性期からリハビリテーションや慢性期まで、医療病床としてカウントして法的にもシステマ的にも統合されているのが我が国の医療病床です。それ故に国民皆保険制度のもと質の均一性、アクセシビリティ、医療処置が可能となり、世界一低い新生児死亡率、世界一高い平均寿命を達成しているのです。どちらが優れているかは自明の理と言えます。

それを理解せず医療機関がさも怠慢かのように指摘する人を見る度に、患者さんのために、と第一線で日々努力している我々の気持ちに水を差されるような心地が致します。これらの諸事情をもっと国民に分かりやすく開示するタイミングや方策がないものかと常々思っています。

病院における食事

◆理事

中尾 一久



病院において食事は、治療の一環として位置付けされている。

治療食は完食することを前提にして、カロリー、塩分やタンパク量等が計算されている。

しかしながら、治療食を食するのは我々ではなく、患者さんであり、患者さんは満足する内容や味付けでないと完食しない。

私が若い頃の大病院の食事は食べられるものではなかったが、食事は治療の一つであるために患者さんが食事を完食していないと、教授廻診の際に患者さんではなく主治医が叱られていた。患者さんは自分自身のためではなく主治医のために不味い食事を食べていたように思う。本末転倒のように思えるが、それだけ主治医が患者さんに寄り添っていた証拠でもある。

病気から回復するためには十分な栄養

が必要であるが、そのために患者さんが美味しいと感じる病院食を我々は提供できているであろうか？

病院食の提供は、自前や委託会社と様々であるが、現在入院時食事療養(1)では、普通食1食当たり640円と特別食加算76円がつく程度である。昨今の食材費や光熱費の高騰や人件費の値上げのために食事費に関しては、どの医療機関でも赤字ではないだろうか。赤字を避けようとするならば、不味い食事にならざるを得ない。不味い食事なら、患者さんは食べないだろう。そうなる治療や栄養管理ができなくなるという負の連鎖が起こる。

もう一つの問題点は、特別食の多様化・多種類化である。例えば、嚥下が悪い患者さんに提供する嚥下食は形態により数種類存在し、疾病によって減塩や蛋白、カロリー制限等で合計20種類以上の特別

食が存在する。これほどの特別食を毎食作るには、大変な労力と時間が必要になる。この点も、人手がたくさん必要になる理由でもある。

ひと昔前までは、近所のおばちゃんたちがパートで患者さんの食事作りのお手伝いをしてくれていた。そのため多少塩辛かったりしたが、患者さんには好評で、残食も少なかったように思う。今やそのおばちゃんたちは、高齢になりパート勤めができなくなり、食事提供側から患者さん側になってしまった。これが働き手不足の現状である。

さてこの問題に対してどのように対応して行ったら良いのだろうか？個人的には、食材費、光熱費や人件費等の変動しうる費用に関しては、診療報酬と切り分けて考えていくべきではないかと考える。

COVID-19、 SARS-CoV-2

◆理事

横倉義典



新年明けましておめでとございます。
まだコロナを語るかと言われそうです
が少しお付き合いを。

表題にあります新型コロナウイルス感
染症 COVID-19 は Corona Virus
Disease 2019 の略ですが、世界で最初に
報告されたのが 2019 年です。4 年
が経過しました。正直、「もういいや
ん！」って言いたくありません。

この感染症が広がる前、私たちは新型
インフルエンザの大流行に備えるための
さまざまな方策を地元の保健所と話し
合っていました。国外発生期、国内発生
期、地域発生期、パンデミック期などを
想定し、検査体制から治療、ワクチン接
種までを検討していたのを思い出しま
す。保健所が緊急時に対応するべく仮設
診療所となるエアータントの展示体験も
やりました。しかしながら、現在まで繰
り返し襲ってきた COVID-19 の波に

簡単に飲み込まれ、翻弄されてきました。

ここ 3 年、次の波に備えて対策を講じて
も必ずそれを超える大きな波で打ちのめ
されてきています。検査機器を揃え、外
来体制を組み、入院病床を用意し、ワク
チン接種も進み、薬も開発されて迎えた
2022 年末にも、また大きな波に翻弄
されました。昨年後半から経済の停滞が
深刻化し、国は「もうコロナなんて気に
しない」政策に舵を切りました。医療現
場での意見や評価も分かれています。私
はどっちとも言えません。ただ感染拡大
だけは勘弁して欲しいです。入院患者さ
んがいるところは、常に緊張に晒されま
す。

お隣の大国、この感染症の発生源と言
われています。彼の国は素晴らしい強制
力で拡大を抑えていました。しかし、人々
の自由を抑えすぎた反発で、今遅すぎる
感染大爆発が起こっています。テレビで

見る医療関係者の奮闘には自分達の姿も
重なり、心の中で精一杯のエールを送っ
ています。新年になり、国と国の行き来
が緩和されていきます。ただ感染爆発と
なっている国との緩和は勘弁して欲しい
です。お金が欲しいかもしれませんが、
今までと全く違う型のウイルスが入って
きたらと思うと想像すらしたくありません。
もうしばらく国内旅行だけでいきま
せんかね。日本の行ったことない場所は
たくさんあると思います。

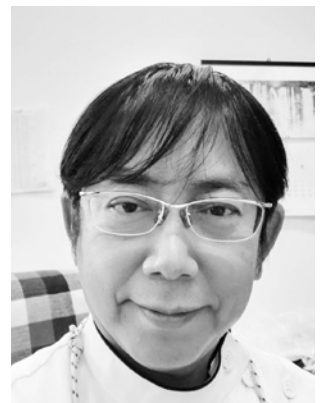
交通手段が発達し、国と国の距離が近
くなった現代、以前のスペイン風邪とは
異なり新たな病気が簡単に世界を席巻し
ます。COVID-23 や FLUVID-
23 なんかが登場しないことを祈念し、今
年こそ気兼ねなく出張、会食、懇親会を
企画したいものです。

我々の経験を無駄に しないためのアフター コロナを考える

◆理事

原

速



新型コロナの第8派で幕を開けた令和5年。もう慣れっこになった感染症対策に緩みが出て社会問題になるとすれば医療介護従事者と高齢者施設や家庭でのクラスターによる医療崩壊ではないだろうか。世間で規制緩和で浮かれる中、医療介護に携わる方々には心から労いの言葉を捧げたい。本当にゆっくり休んでリラックスしていただきたい気持ちだ。

報道や評論家の間では、今回の一連の新型コロナ感染症においてかかりつけ医が全く機能しなかったとの批判が渦巻いている。しかしそれは完全に的外れであると考える。令和3年の感染初期においては状況がわからない状態で医療機関が動けなかったことは当然の結果であり、責められるべくは厚生労働省・政府と日本医師会の連携不足とリードミスである。超早期に各都道府県に専門外来とコールセンターを開設すべきであったし、広く対応方針を日医が広報すべきであった。批判しあう時ではなかったのではないか。

令和4年に入り状況がはっきりと確認されからは福岡県における中小病院や診療所に

において積極的にコロナ診療を日常診療の一部として継続するところが急増し、介護・療養施設におけるコロナ患者の管理・看取りも徐々に推進され、かかりつけ医が機能しないとの評価は誠に心外であった。介護職員まで必死で感染対策に奮闘し、期せずして感染する者もあらわれたが、本当にご苦労様でしたと感謝せずにはおれなかった。各医療機関・施設でも同様の状態であると推察する。小さな医療施設では経営状況の悪化が必然であり、大病院への補助と比較して寂しい対応となつていることに関しては、これからでも再検討いただきたいところである。

コロナはさらに弱毒化しインフルエンザ同様の対応となるようであるが、今回のパンデミックを検討し十分な対策を考慮する必要がある。次にパンデミックを起こす感染症が、非常に死亡率が高いものであれば、我々一般の医療機関はどう対応したらよいのか？誰を守り助けるべきなのか？そのためにこれからやらなくてはいけないことは何なのか？厚生労働省・政府・日医に任せきりではなく、実際に

体感した我々現場の医療関係者から考えていかなければならないのではないだろうか。

できる限り安全に初期対応をする医療機関をどのくらい何処へ設定したらよいのか。国民に移動の制限をする必要はないのか。早期から自国でのワクチン開発をするために何をしなければならぬのか。地域で様々な人を交えて検討していく必要があると思われる。その結果を中央へ上げてさらに検討する必要があるだろう。やらなければならぬことは山積みのようにだ。

第8派の感染者数や死亡者数を見ていると、医療介護関係者はまだまだ休まる暇もないのかと年始早々のボヤキとなつてしまい失礼しました。

人生（の終い方を考える）会議

◆理事

津留英智



2018年厚労省「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」はACPの愛称を公募した結果、「人生会議」と命名した。当時「人生会議」と聞いて自分のイメージとしては、子供の進路を家族で話し合うシーンが頭に浮かび、あえて「人生の終わり」を意味する言葉が外された結果、何かしつくり来ない印象を持った。また当時「人生会議」の普及用PRポスター作製を吉本興業が受託し、ブラックユーモアに満ちたものが発表されたが、早速がん患者団体からは『患者の苦しみ、死をイメージするものをお笑いネタにするとは不適切だ』とネット上で大炎上し、ACPの持つデリケートな問題が再認識された。

の不備が問われるケースが散見された。高齢者施設でクラスターになり、陽性が判明すると直ちに救急車でコロナ重点病院に送り付け、それを受けたコロナ病床では、ACPの検討がはつきりしないまま入院療養を続けざるを得ず、長期間コロナ病床を占拠するケースが多発した。またACPによりご家族・ご本人の意思が確認された終末期であっても、PCR検査が陰転化しない理由で、最期まで家族との面会は叶わず、保健所の指導でそのまま納体袋に入れられ茶毘に付されてしまったケース等、結局コロナ陽性の高齢者を、どこで、誰が、どのように、どこまで看るのか、ACPの検討を踏まえ、きちんと解決しておかないと、これまで新型コロナウイルスで起こった医療・介護の逼迫・崩壊の危機は、次の感染拡大でも必ず繰り返すし、例えばコロナが終息しても2040年の医療・介護の現場でも普通に繰

り返されてしまう可能性が高い。エリザベス女王が2022年9月8日、滞在先のバルモラル城で崩御された。後日死因は「老衰」と公表されたが、その僅か2日前、トラス新首相の任命式での元氣そうな写真が公開されており、国民は深い悲しみに包まれたが、死因の詮索などをする事もなく、静かにその死は受け入れられた。欧米では、経管栄養、IVH、胃瘻造設後での長期寝たきり状態の高齢者をあまり見ることはないと言う。ACPの前に思想・文化の違いはあるものの、2040年を支える我が国の次世代が高齢者をどのように看取っているのか、新型コロナウイルスの経験を踏まえ、ACPについて真剣に考えなければならぬ状況がそこまで来ている。

かかりつけ医機能報告 制度(中小民間病院の役目)

◆理事

鬼塚 一郎



昨今、かかりつけ医についての議論が賑やかである。日本医師会によると、かかりつけ医とは「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とある。果たして、そのような医師が各地域にどのくらい居るだろうか。「健康に関することをなんでも」とか「最新の医療情報を熟知」などと言われると私などは遠く及ばない気がする。

そもそもこの話はイギリスを習って国民にかかりつけ医を持たせ、そのかかりつけ医がゲートキーパーの役割を果たすことで国民を簡単に高度医療機関にアクセスできないようにし、医療費を抑えるという国の考え(策略?)から始まっている。

勿論、多くの国民がかかりつけ医を持ち、普段から病気や健康について相談しやすい仕組みを作ること自体は悪いことではない。中でも高齢者は得てして多数の疾患を抱えており(最近はこのMultimorbidityと言っらしい)かつ介護や福祉に絡む問題も有している事が多いため特に有益だろう。

しかしながら、医師を育成する側の体制が果たして同じ方向を向いているだろうか。確かに昨今の医学教育においては、医学部に入りたてのころから介護の現場で実習をさせるなど総合医を意識した教育がなされてはいるが、一方で医学部を卒業した後は近年の厳格化した専門医制度で束縛し、総合医の育成とは全く逆行している状態である。医師会でも平成28年からかかりつけ医機能研修制度を始めたが、どの程度の医師が十分な知識と技術を習得しえたであろう。

そこで私は、私たち中小の病院(医療法人)こそがこのかかりつけ医の役割を果たすべきと考える。そもそも日本において、多くの医療法人はその始まりが開業医であり、それらが患者のMultimorbidityをはじめとする様々な問題へ対処するために病床を有したり、各種専門医を集約し機能化したりしたものが日本の病院だからである。

複数の疾患や複雑な問題を抱える人々、特に高齢者などを一開業医が点で支える事が困難な場合は病院、医療法人が面で支えることも可能な仕組みづくりが、このかかりつけ医機能制度の今後の発展に繋がると信じている。

雑感

◆ 監事

島田昇二郎



年を重ねるにつれ本当に1年の経つのが早く感じる。振り返ってみれば昨年もコロナに振り回されてしまった1年で

あった気がする。「新型コロナウイルス感染症」なるものが出現し、生活様式がガラリと様変わりをして3年がたつ。最近でこそ人出は増えてきたが、やはりコロナ禍前のような食事を伴った催しは少ない。私達の病院でもこの3年間、忘年会をはじめ職員が一堂にそろう催しはすべて中止となった。この間に新入職したスタッフとは、マスク越しでしか顔を合わせたことがなく、言葉を交わしたことの無い人も多い。コミュニケーションは全くと言っていいほどとれていない。これからこの影響が様々などころで出てくるのではないかと心配している。一方、世界に目を向けると、日本でも沸きに沸いたワールドカップではマスクをしている人は全く見かけなかった。今年は日本

でもそういった光景になることを願うばかりである。

昨年2月にはロシアのウクライナへの侵攻が突如はじまり、戦争状態は今も続いている。戦争のありようは、私たちが予想していたものとは異なり、ミサイルが飛び交い、無人の攻撃機によって無差別に破壊が行われていたが、最近ではインフラ設備を中心に破壊し、国民の生活そのものを立ち行かなくしようとする許しがたい暴挙が行われている。日本政府もその状況に触発されたのか、軍備（防衛力）増強の必要性を唱え、防衛費増額にどう対応するかで議論をよんでいる。

ウクライナ戦争を機におこった世界的なインフレ状態。エネルギー高騰が続き、賃金上昇を伴わない物価上昇。先行きに何の光明も見えない現状。医療界におい

ても同様のようである。コロナ禍の中でも確実に進む高齢化社会に対して、2025年問題として様々な医療提供体制の整備が行われる予定であったが、現実にはコロナ禍の中でなかなか進んでいないような気がする。行政の法的整備の整わぬままでの医療提供体制への介入は民間の立場から言えば的を得ていない感がぬぐえない。一方では医療法人の合併統合も多くみられるようになってきた感がある。新自由主義と言われる中で、限られた医療法人の巨大独占化は今後の医療提供体制に決していい影響を及ぼさない。昨年亡くなられた、平成の名経営者、稲盛和夫氏の起業にあたっての「動機善なるや、私心なかりしか」という言葉を医療経営に携わる者は心に刻むことを望むばかりである。

令和5年度税制改正 について

令和5年度税制改正大綱をもとに

◆ 監事

篠原

俊



令和5年度税制改正大綱が令和4年12月16日に与党から発表、12月23日には閣議決定され、今後この大綱が国会審議を経て令和5年3月には成立の見通しとなっています。

今回の税制改正の基本的考え方としては、長期にわたるデフレや新型コロナウイルス感染症など諸要因により我が国経済が世界経済の中で埋没していく危機感を背景として、その対策となる税制や防衛費の増大を背景とした財源確保を目的とした税制など多くの改正が為されています。

その中で主要な内容の一部を紹介いたします。

1. インボイス制度に関する措置

令和5年10月から導入される適格請求書等保存方式（インボイス制度）への移行に
おいて、課題となっていたこれまでの免税事業者が課税事業者となることでの負担や小規模事業者の事務手続きの負担などについて、経過措置や軽減措置を設定し免税事業者が課税事業者を選択しやすくするなどスムーズな移行ができる措置がとられています。

ます。

2. 電子帳簿保存法に対応する措置

令和6年1月から適用される電子帳簿保存法は次の2項目となっています。

① 国税関係書類（税法上保存が義務付けられている紙の帳簿や書類）について、一定の要件のもと紙ではなく、電子データやスキャンデータにて保管することを認める

② 取引が書面ではなくデータとなっているものは、その取引情報をデータで保存する

国際的な流れや経営効率化のためにはD
Xは避けられない状況です。

その為に必要な取扱い規定が経過措置を含め整備されています。

3. 相続税贈与税における取り扱いの変更

(1) 相続時精算課税制度の利用促進に関する措置

子や孫への財産の移転を促進し経済の活性化を図る目的で導入された「相続時精算課税制度」ですが、これ

を一旦選択すると通常の暦年課税が
使えなくなることから制度利用が少
なかったことに鑑み、令和6年より
暦年課税と同水準の基礎控除を創設
して選択しやすくする措置が図られ
ています。

(2) 生前贈与の死亡前贈与の取り込み期
間の変更

現行では相続開始前3年以内に受
けた贈与については相続財産に計算
することになっていますが、その加
算期間を7年に延長すること（延長
期間4年については一定額控除があ
ります）で資産移転時期の違いによ
る課税の不公平性を軽減する措置が
取られるようになっていきます。

(3) 教育資金の一括贈与、結婚子育て資
金の一括贈与の非課税制度

今回は現行制度を継続適用できる
こととし、次の適用期限到来時には
制度廃止を含め検討することとされ
ました。

当世雑感

◆会員

江頭啓介



2020年1月中旬に新型コロナウイルス国内初感染者が確認されて3年が経過した。この武漢発コロナで世の中は完全な様変わりである。医療を取り巻く環境も医療現場も然りであり、現時点でも引き続き第8波の感染拡大期となっている。不遜な言い方で誠に申し訳ないが、いささかコロナ倦怠期、コロナ疲れともいえる気持ちがある。2022年2月24日にロシアのウクライナ侵攻が始まり穀物不足が予想されたために、スーパーマーケットから穀類関連の食材が一時無くなってしまった。これだと思い出したことがある。少し遡る令和2年度(2020年)に感染拡大対策として、国民に特別定額給付金10万円が支給された。その時に自分は、トイレットペーパー騒動を起こした1973年(昭和48年)の第1次オイルショック時の、祖父の対応をお手本にした。明治31年生まれの祖父は、「日本は石油不

足なのだから、この冬は石油を使わない」と言って、石油ストーブを使わずに一冬を過ごした。さすが明治の公共教育は素晴らしい!と大いに感心したものである。その例に倣い、「特に自分が必要としない特別給付金などは頂くべきではない、お国に負担を掛けてはいけない」と妻に大見えを切ってしまった。勿論妻は大いに不満顔であった。ここまでは格好良かった(と思った)のであるが、通知書が無視したままにしていたら、その後、行政から直接の問い合わせの連絡やら、書類が行政から届いた。要するに、なぜ受給しないのかの再確認と、受給拒否の理由説明を求められたのである。結果として、担当の方に大変お手を掛けてしまふ事になり、誠に申し訳なかった。初めから素直に給付金を頂戴し、それをどこかに寄付すればよかったのだと大いに反省した。

このパンデミックで、10年余にわたり低下傾向であった受療率やベッド利用率は、さらに顕著に低下していく事が予測される。人口減少・少子高齢化による医療財源不足と、疾病構造の変化が相まって、これまでの我が国の医療文化、とりわけ病院医療の姿が猛烈に変わりつつあることを実感するこの頃である。急性期医療はより高度になり、医療機関は集約される。地ケア機能の病院はコミュニティホスピタルとして地域分散となる。慢性期医療はかなりの部分が介護保険対応に移行し、介護施設での医療提供がますます増加しそうだ。病院経営は猛烈な嵐の海で翻弄される小舟のような状態である。自分の病院価値をどう確立するのか厳しく問われている。

新年を迎えて（抱負）

◆会員

林 田 隆 晴



当法人は、昭和31年に父安之輔が立ち上げた組織である。たったの17床ほどからのスタート、旧産炭地のこの地にあつて、時代の波に逆らうかのように拡大して、MAX640名もの入院患者がおられた。今現在の全くの2倍である。

れこそが、医療法人としての社会貢献につながってゆくものと信じてやまない。

その後当院は、平成21年2月に新棟（すずかけ棟）を建ち上げ、これを第二の開院と位置づけて、新しい理念のもとに進化（深化）してきたものと自負している。近年は病床を削減してスリム化を図り、合わせて急性期／亜急性期の比率を高め、そして在宅部門の充実を図ってきた。さらにはサテライトクリニックの開設をめざしているところである。

これからも、時にハラハラ、ドキドキしながらも、ウキウキ、ワクワク、やり甲斐をもつて、皆みんなで一人一人が医療人として成長出来てゆけるよう、頑張つてゆければと願いたい。そしてそ

一般社団法人福岡県医療法人協会役員等名簿

任期：(令和3年度～令和4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	下河邊正行	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	医療法人湊江堂 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	社会医療法人弘恵会 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	社会医療法人水光会 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	島田昇二郎	社会医療法人シマダ 嶋田病院	福岡県小郡市小郡217番地1	838-0141	0942-72-2236 0942-73-3313
//	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

