

和歌山県有床診療所協議会

第13回総会・研修会

平成18年8月19日

和歌山ビッグ愛(和歌山市医師会大会議室)

目 次

会長挨拶	2
来賓挨拶	3
第13回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会式次第	4
平成17年度和歌山県有床診療所協議会【事業報告】	5
平成17年度和歌山県有床診療所協議会【会計報告】	5
平成17年度全国有床診療所連絡協議会総会報告	6
平成17年度全国有床診療所連絡協議会庶務事業報告	7
平成18年度全国有床診療所連絡協議会事業計画	8
要望書	9
平成18年度和歌山県有床診療所協議会【事業計画】	10
出席者名簿	10
有床診療所セミナー	11
和歌山県有床診療所協議会会則	27
和歌山県有床診療所協議会役員名簿	29
和歌山県有床診療所協議会名簿	30
FAX連絡網	34

会長挨拶



青木 敏

皆さん今日は、本日は第13回和歌山県有床診療所協議会総会に、残暑厳しい中ご出席いただきありがとうございます。特に和歌山市医師会長 森喜久夫先生には、公私ご多用のところ、ご臨席賜わりありがとうございます。

さて、毎年医療をとりまく環境が厳しくなる中、今年の4月の診療報酬改定で3.16%どころか約6%の収入減になったとのアンケート結果がでています。更に、一般病床では1ヶ月を過ぎると看護師が4人以下のところでは、280点とカプセルホテルよりも安くなり、療養病床は有床診療所の入院患者の7割が医療区分1となり、月数万円の減収になります。

10月からは患者側にとっては、高齢者の食住費が自己負担となり、約52,000円UPします。

政府は38万床の療養病床を15万床に減少さすため、医療機関には入院させてあければ損を、患者側には負担増を強いて自ら退院を促すように仕向けています。しか見えず憤りを感じます。

このような状況下で行った横浜市の有床診療所協議会での緊急アンケート調査では、3割の人が有床診療所を閉じる的回答しています。

今、正に有床診療所の崩壊の危機に立たされている時期だと思っています。

後程会務報告で申し上げますが、医療法13条いわゆる48時間規制は来年1月1日から撤廃されます。「診療所の管理者は、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を越えて入院させることのないように努めなければならない。ただし、療養病床に入院している患者については、この限りではない」から今回の改定で、

「患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院または診療所との緊密な連携を確保しておかなければならぬ」となります。

それに伴い有床診療所の病床が地域の基準病床にカウントされます。したがって療養病床だけでなく、一般病床を設置する場合にも知事の許可に基づくことになります。病床過剰地域で新規にベッドを持っての開業しようとすれば、知事に「特例病床」として認めてもらう他に方法がなくなります。義務付けられた、他の病院又は診療所との医療連携、在宅療養支援診療所の運営の問題、加えて医療法人制度の問題等山積みしています。

幸い日医内に有床診療所に関する検討委員会が常設され、日医・厚労省との交渉の窓口ができましたので、私達の考え方、意見を反映させていきたいと思っています。

日本の医療の特徴として、国民健康保険制度・フリーアクセスばかり報道されていますが、私は、自分の生活圏でかかりつけ医のままの有床診療所への入院フリーアクセスが、地域医療を支えていると思います。

この有床診療所の灯を消さないばかりか、若い医師が積極的に参入できる魅力ある新しい有床診療所像を目指して頑張ろうかと思っていますのでよろしくご協力下さい。

来賓挨拶

和歌山市医師会会長 森 喜久夫



一言、お祝いの言葉を述べさせていただきます。

本日は、第13回和歌山県有床診療所協議会の総会がこのように盛大にご開催されましたことを、まず心よりお喜びを申し上げます。有床診療所協議会の会員の先生方におかれましては、日ごろより和歌山市医師会に対しまして格別のご配慮を賜っておりますことをこの場をかりまして御礼申し上げます。

さて、会長先生の挨拶にもございましたが、医療を取り巻く環境は年々厳しくなってまいりてあります。この4月1日から診療報酬が改定されました。この内容に関しましては、後ほどのセミナーにおきまして詳しく解説があろうとは思います。この前の改定、またその前の改定、それもすべてマイナスの改定でございました。今回も、診療報酬本体は1.36、薬価、医療材料等が1.8、合計3.16%ということではございましたが、ふたをあけてみると、先ほどの会長先生の挨拶にもございましたように6%、すなわちもう3.16%の倍ほどでございますが、6%の引き下げになってあるというのが実情ではないかと思います。

また、これに続きまして6月14日、医療制度改革関連法案が国会を通過いたしました。この中身でございますが、有床診療所の皆様にとりましては、先ほど会長先生の挨拶の中にもございましたが、この48時間規制が廃止されたということはよいことかどうか、さつきの話だったら悪い面もあるのかなと思いますが、法案としてはちょっとはよいのではないかかなと思っております。それ以外の法案は、本当にすべて悪いのではないかと思います。この10月1日からの老人、現役並みの所得を有する老人ですが、それが2割から3割になる。また、平成20年4月からではございますが、70歳から74歳の高齢者の一部負担金が1割から2割になるという、我々医療機関にとりましては非常に厳しい内容ばかりでございます。

これらのすべてが実施されると、我々医療機関がますます厳しくなってくることは間違ひございません。このようなときにこそ、きょうのようなこの会におきまして、お互いに情報を持ち寄り、この情報を交換し、その情報をうまく利用して、この苦境を乗り切っていくのが一番いいのではないかと思います。

皆様、全国に4,000何名ですか、5,000名近くの会員を有するこの全国有床診療所協議会を軸にしてこの有床診療所の皆様が一致団結してこそ、それが可能ではあると思います。どうか、地域に密着した医療機関として、欠くべからざる施設でございますこの有床診療所が、その役割をますます發揮していただきたいと思います。

最後になりましたが、青木会長のもと、皆様が一致団結してこの和歌山県有床診療所協議会がますます発展されますことを祈念いたしまして、簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。

第13回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会

会次第

一、総 会

総合司会：丸 笹 雄一郎

会長挨拶

和歌山県有床診療所協議会会长 青木 敏

来賓祝辞

和歌山市医師会会长 森 喜久夫 先生

祝電披露

和歌山県医師会 会長 柏井 洋臣

田辺市医師会 会長 玉置 信彦

西牟婁郡医師会 会長 西本英一郎

報 告

(1) 事業報告 青木 敏

(2) 第19回全国有床診療所連絡協議会総会報告 青木 敏

(3) その他

協議事項

(1) 平成17年度収支決算 青木 敏

(2) 平成18年度事業計画 青木 敏

(3) その他

☆商品案内《久光製薬》

二、有床診療所セミナー

座長：辻 内科病院 辻 啓次郎

(1) 18年度4月点数改定のポイント

(2) 介護療養病床の改定と今後

(3) 医療制度改革の今後と動向

講師：(株)ニチイ学館 和歌山支店 医療関連課 業務指導員 土井 公江

三、情報交換会

司会：丸 笹 雄一郎

平成17年度事業報告

平成17年7月18日	有床診療所安全推進委員会設立
平成17年7月30日・31日	全国有床診療所連絡協議会総会(広島)
平成17年8月25日	“有床診療所医療安全評価票”を作成し配布する
平成17年8月27日	第12回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会
平成17年9月末	同上 会誌配布
平成17年10月5日	厚生労働省の社会保障審議会医療部会に内藤会長出席
平成17年11月	「有床診療所に関する検討委員会」(日医プロジェクト委員会) の報告書
平成18年2月4日	有床診療所協議会講演会(横浜) 青木出席
平成18年2月7日	同上 講演会報告を全員に配布
平成18年4月1日	医療法等の改定 診療報酬の改定 唐澤日医会長就任
	「有床診療所に関する検討委員会」が常設委員会となる。
平成18年6月3日	和歌山有床診療所協議会理事会
平成18年6月14日	「骨太の方針2006」
平成18年8月3日	第1回有床診療所に関する検討委員会 会長諮問「地域医療における有床診療所の役割」
平成18年8月5日・6日	全国有床診療所連絡協議会総会(千葉)

平成17年度会計報告

《収入の部》		《支出の部》	
項目	金額(円)	項目	金額(円)
前回よりの繰越金	3,464,727	17年度総会冊子作成、送料	
会費 15,000×2名(H17年度)	30,000	録音反訳	190,770
15,000×58名(H18年度)	855,000	講演謝礼 2人分	200,000
預金利息	13	全国有床診協年会費	427,840
寄付 他	23,560	事務費	60,000
		出張手当	35,000
		会議費	43,950
		通信費	14,800
計	4,403,300	計	972,360

今回繰越金 3,430,940

全国有床診療所連絡協議会総会報告事項

第19回全国有床診療所連絡協議会総会報告

日 時 平成18年8月5日(土)・6日(日)
場 所 東京ディズニーシー・ホテルミラコスタ
出席者 会員・家族 469名
来賓 唐澤会長はじめ日医より7名・白井衆議院議員はじめ代議士7名
・佐々木青森県医師会長はじめ都道府県医師会長14名
・千葉県知事、浦安市長他18名

第1日目 《平成18年8月5日(土)》

1. 開会
2. 挨拶 第19回全国有床診療所連絡協議会総会 会長 藤森 宗徳
全国有床診療所連絡協議会 会長 内藤 哲夫
3. 祝辞 日本医師会 会長 唐澤 祥人
4. 議事
 - (1) 報告
 - ① 平成17年度事業報告
 - ② 有床診療所に関する検討委員会報告
 - (2) 協議
 - ① 平成17年度収支決算
 - ② 平成18年度事業計画
 - ③ 平成18年度収支予算案
 - ④ その他 日医に対する要望書を採択し、その場にて日医会長に手渡した。

第2日目 《平成18年8月6日(日)》

I シンポジウム

『有床診輝ける明日のために』 座長：千葉市医師会 会長 伯野 中彦
座長：八日市場市匝瑳医師会 会長 守 正英

シンポジスト

- ① 医療の立場から「有床診療所の存在意義について」 第19回全国有床診療所連絡協議会総会 副会長 吉田賢一郎
- ② 介護の立場から「有床診療所と介護関連施設との連携について」 第19回全国有床診療所連絡協議会総会 監事 武村 和夫
- ③ 国の立場から「医療制度と有床診について」 厚生労働省保険局総務課 課長 染畠 潤
- ④ マスコミの立場から「有床診療所の輝ける明日のために」 日経メディカル開発 顧問 盛 宮喜
- ⑤ 日本医師会の立場から「在宅医療と有床診療所」 日本医師会 常任理事 鈴木 満

II 講演

『これからの診療所における経営戦略と財務管理～その基本戦略と具体的対応～』
講師：ヘルスケアマーケティング研究所 代表取締役 鈴木 喜六

III 特別講演

『日本医師会の現状と課題～地域医療の将来展望をめぐって～』
講師：日本医師会 会長 唐澤 祥人禧

全国有床診療所連絡協議会総会報告事項

平成17年度全国有床診療所連絡協議会庶務事業報告

1. 会員数 4,270名(平成18年3月31日現在) 《4,426名(平成17年3月31日現在)》

2. 会議

(1) 定時総会：平成17年7月30・31日（広島県）

1日目 14時00分～常任理事会・役員会／総会・懇親会

2日目 9時00分～アンケート報告・分科会・講演会

(2) 常任理事会：平成17年5月8日(東京) 12時00分～ 品川プリンスホテル

：平成17年5月29日(横浜市) 12時00分～ あすなろ

：平成17年7月18日(東京) 11時00分～ 東京大丸デパート ルビーホール

：平成17年7月30日(広島市) 14時00分～ リーガロイヤルホテル広島

(3) 役員会：平成17年4月3日(東京) 11時00分～ 東京大丸デパート ルビーホール

：平成17年7月30日(広島市) 15時00分～ リーガロイヤルホテル広島

：平成17年12月11日(東京) 14時00分～ 東京ステーションホテル

(4) 会計監査：平成17年5月20日(福岡) 15時30分～ 福岡県医師会館

(5) その他

第1回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診側) : 平成17年 4月20日

有床診療所検討委員取りまとめについての検討 : 平成17年 4月27日

ケーススタディ検討 : 平成17年 5月21日

原田義昭議員と懇談 : 平成17年 5月29日

第2回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診側) : 平成17年 6月 1日

第13回社会保障審議会医療部会に内藤会長オブザーバーで出席 : 平成17年 6月17日

新潟県有床診療所協議会設立総会(会員数45名)に内藤会長出席 : 平成17年 6月25日

厚労省の麦谷保険局医療課長と原医政局総務課長との懇談 : 平成17年 6月29日

西島英利議員と懇談 : 平成17年 6月30日

厚労省医政局原総務課長と懇談 : 平成17年 7月 6日

第3回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診側) : 平成17年 7月 6日

総会分科会打合会 : 平成17年 7月23日

厚労省の麦谷保険局医療課長と原医政局総務課長との懇談 : 平成17年 8月10日

第4回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診側) : 平成17年 8月24日

第5回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診側) : 平成17年 9月21日

厚労省と参考人出席打合せ及び麦谷保険局医療課長と懇談 : 平成17年 9月28日

社会保障審議会医療部会参考人提出資料の打合せ : 平成17年 9月30日

社会保障審議会医療部会に於いて内藤会長意見陳述 : 平成17年10月 5日

厚労省保険局医療課へ診療報酬改定に対する要望書提出 : 平成17年10月 5日

国民医療推進協議会総会に内藤会長出席 : 平成17年11月 8日

武見敬三議員と懇談 : 平成17年11月12日

三上日医常任理事と懇談 : 平成17年11月13日

医療安全評価についての調査(回答数453) : 平成17年11月16日

太田誠一議員と懇談 : 平成17年11月26日

厚労省医政局の原総務課長と懇談 : 平成17年11月29日

西島英利議員と懇談 : 平成17年12月 2日

「国民階保険制度を守る国民集会」への参加 : 平成17年12月 3日

日経の渡辺俊介氏及び厚労省の麦谷保険局医療課長と懇談 : 平成17年12月17日

厚労省医政局田原医療安全推進官と懇談 : 平成18年 1月 8日

厚労省の麦谷保険局医療課長との意見交換会 : 平成18年 1月22日

厚労省の麦谷保険局医療課長との意見交換会 : 平成18年 1月27日

中医協公聴会に於いて葉梨理事意見陳述 : 平成18年 1月27日

厚労省医政局原総務課長と懇談 : 平成18年 1月28日

有床診療所協議会講演会 : 平成18年 2月 4日

厚労省医政局原総務課長及び老健局三浦老人保険課長と懇談 : 平成18年 3月29日

武見敬三議員と懇談 : 平成18年 3月29日

3. 刊行物

第18回総会報告書／有床協ニュース No.54 No.55 No.56 No.57

全国有床診療所連絡協議会総会報告事項

平成18年度全国有床診療所連絡協議会事業計画

1. 今般、医療法13条が改正されたのに伴い、他医療機関との親密な連携を確保することが求められている。当連絡協議会では、個々の有床診療所が適切な地域連携を構築するように啓発・指導を行う。
2. 全国の都道府県に有床診療所協議会が設置されるよう、未だ設置されていない都道府県医師会に強力に働きかける。
3. 日医有床診療所検討委員会を通じて、我々の方針を日医に伝達し、活動する。
4. 有床診療所の入院基本料及び療養病床入院基本料は、病院と比較してあまりにも低く設定されている。適正な診療報酬にすべく関係各方面に強く働きかける。
5. 新しい有床診療所のあり方を目指し、更なる近代化と活性化とに取組むとともに、会員の積極的参加と有床診の大同団結を図り、組織の一層の拡大・増強に努める。

日本医師会
会長 唐沢 祥人 殿

平成18年8月5日
全国有床診療所連絡協議会
会長 内藤哲夫

要望書

今般の医療法改正により、医療法13条の患者入院時間制限48時間という努力規定が撤廃され、有床診療所の病床も医療計画の基準病床数に算入されることとなった。

これは、永年に亘って有床診療所の医師が、患者の身体的既往歴にとどまらず、社会的・家族的・個人的背景をも熟知した上で、地域に密着して、包括的医療を実践してきた実績が評価され、正式な病床として公に認知されたものである。

有床診療所の新しい出発に際し、以下の項を要望する。

- 1) 有床診療所当事者が、従来通り地域の他の医療施設との連携を密にして、医療安全に力を尽くすことは当然であるが、地域連携の構築についての日医の強力な指導をお願いする。
- 2) 近年、病院の在院日数短縮化が進められる中にあって、有床診療所は急性期医療は勿論大病院の急性期治療の後療法を担う役割も持っている。医療病床の削減はその機能を失わせるものであり、更に介護療養病床の廃止は、医療ニーズを持つ療養者に行き場のない事態をもたらすこととなる。早急に適切な方策を講じていただきたい。
- 3) 永年に亘って有床診療所の入院基本料は低く抑えられたままで、毎年約1000の診療所が閉院或いは病床閉鎖に追い込まれている現状である。
全都道府県医師会に有床診療所に関する協議会又は部会を主導的に設置し、有床診療所が抱える問題について、正確な実態を把握していただきたい。
- 4) 地方の小町村においては、有床診療所が唯一の地域医療の中核的役割を果たしていることにも理解を賜わり、次期診療報酬改定に際しては、有床診療所入院基本料の更なる引き上げに、日医の渾身のご尽力をお願いしたい。また、有床診療所の新設・移譲については、今後の地域医療に不都合が生じないようご配慮をお願いするとともに、療養・一般病床相互の間の転換が可能となるように、今後とも充分なご配慮をお願いしたい。

平成18年度和歌山有床診療所協議会事業計画

医療法13条が撤廃され、有床診療所のベッドが医療法上正式な病床と認められた。

新しい有床診療所の活性化をはかるため、以下の事業を行う。

I 全国有床診療所連絡協議会と協力して

- ①新しい有床診療所のあり方を研究し、更なる近代化と活性化に取組む。
- ②創設された日医有床診療所検討委員会に、我々の意見・方針を伝達する。
- ③地域住民の医療拠点である有床診療所継続のため、病院と比較して不当に低く設定されている入院基本料(一般病床・療養病床)の大幅な引き上げを目指す。

II 医療改革、診療報酬改定等について必要に応じ、研修会・情報提供を行う。

出席者名簿(順不同・敬称略)

●来賓

和歌山市医師会会长 森 喜久夫

●会員

青木 敏	長雄 英正	丸 笹 雄一郎	辻 啓次郎
梅本 博昭	辻村 武文	武用 瀧彦	岡田 正
嶋本 嘉克	坂田 仁彦	辻 薫	玉置 公一
竹中 庸之	辻 寛	辻 秀輝	橋本 忠明

●出席者

吉岡 秋雄	田村 晃子	松本 正美	藤本有希子	貴志 輝彦
野田 昌男	山本紀代美	南村理智子	三栖 千春	中井 博美
尾崎 匡俊	田白しのぶ	三栖 佳子	寺本 果代	出水恵利香
辻村美穂子	辻 昌子	三田 康裕	北野真季子	細野 千草
雜賀 克仁	東浦しげみ	松田眞矢子	児玉 浩美	山中 志珠
東浦 文江	松山 哲夫	奥 直子	尾崎 浩子	藤永 宏美
田端 清志	石黒 昌豊	坂田 優子	福田 智子	

有床診療所セミナー

この有床診療所セミナー講義録は、同封のセミナー冊子をご覧になりながらお読み下さい。



1. 18年度4月点数改定のポイント
2. 介護療養病床の改定と今後
3. 医療制度改革の今後と動向

講師 株ニチイ学館 和歌山支店
医療関連課 業務指導員 土井 公江
座長：辻内科病院 辻 啓次郎

【座長】

平成18年度4月点数改定のポイント、医療療養病床の改定と今後、医療制度改革の動向についてニチイの土井公枝先生からご講演いただきます、青木先生のお話を聞いていまして、今回の有床診療所の協議会の雰囲気は今までとちょっと違うなという感じを受けられた方が多いかと思います。48時間規制がなくなった途端にこういうふうな、何かもう変な雰囲気になりまして、有床診療所自身の名前も「有床」というのがなくなってしまうような、そういうふうな雰囲気を感じるわけであります。

そういう厳しい状況の中で、こういうセミナーをするということは非常に有意義なことであります、皆さん、非常に賢くなつて医療制度の改革を乗り切っていく、こういう勉強の場として土井先生からぜひいろいろ話を聞いていただきたい。

私のところでつい最近問題になりましたのは、在宅で点滴を訪問看護師にしていただいた。ところが、週に2回の点滴では点滴料も薬剤料も取れない。3回以上点滴すると取れるということで、気がつくまではそれをずっとやっていまして、この夏場の脱水症状の多いときに在宅で見ようと思ったら、やはり点滴も必要なんですかけれども、そういうこともありました。

また、医療の療養型から一般へ、病気が悪くなって部屋をかえる、あるいは一般的の病棟であつてよくなつて療養型へかわる、そいつたときに検査の点数が「判断料」が取れない。療養型から医療へ移ったときには判断料がとれない。何ぼ検査しても、検査の点数はもらえるんだけど判断料は取れないとか、あるいは一般から医療の療養型へ移ったときは判断料はもらえるとか、何かわけのわからんようなことがあって、これはよっぽど勉強しなければダメだなと思いました。

もう1つ、私が感じているのは医療区分の問題です。医療区分の1から2に変わることに、療養費は2,000円ぐらい違います。これは大きなことだと思います。1日2,000円。したがって、私たちもこれを何とか医療の1を2に上げたい、いわゆるレベルアップさせたい。ところが、レベルアップするためには何を選べばいいかというと、せん妄があるとかうつ病があるとか、これが一番身近な適応症です。しかし、その適応症も、大体1週間でもう取れない。

そいつたことで、賢く勉強すればするほど矛盾も感じてくる。しかし、それをやつていかないといつていけない。そういう非常に厳しい有床診療所の状況にあると思うんです。青木先生は、今度日医の常設の検討委員会の委員に選ばれてあります。約10人近く、おられます。ぜひ何か気のついたことがありましたら青木先生に言っていただいて、何とか改善する方向

へ持つていってもらいたいと願つてありますので、ぜひ遠慮なく青木先生にいろいろ意見を言つていただきたいと思います。そのためには、我々もぜひ勉強しなければだめだということをございます。

では、土井先生、よろしくお願ひします。

《講師》

皆様、はじめて。私、株式会社ニチイ学館和歌山支店で業務指導員をしております土井と申します。本日は、よろしくお願ひいたします。

私の方は、皆様にお配りいたしましたこの冊子を使いまして、約1時間ほどご説明を差し上げたいと思っております。それで、ペラを2枚別途お配りさせていただいてありますけれども、こちらの方、一部資料が漏れている部分がございました。それで、2番の「療養病棟入院基本料2」に含まれるものと別に算定できる薬剤及び注射薬についてというペラが1枚あるかと思います。こちらの方は、このセミナーの資料の13ページの次のところへ差し込んでおいていただけたらと思います。また、これを資料として活用していただけたら幸いでございます。

もう1つは、アンケートという形で今後のいろいろの研修の参考とぜひさせていただきたいと思いますので、お気づきの点ございましたら、こちらの方に記入していただきたいと思います。それと、ご質問等がございましたら、本日、あるいは後日でも結構ですので、そういうものがございましたら、一番下にファックスナンバー等も記入させていただいてありますので、こちらにまた申し出いただきましたら、わかり次第お答えをお返しさせていただきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、この冊子の一番上の表書きのところを見ていただきたいと思います。1番として「18年4月点数改定のポイント」、2番として、前の方は療養病床の改定という形になってありますけれども、本日の題は医療の方ですので「医療の療養病床の改定と今後」と文言を変えさせていただきたいと思います。3番目として「医療制度の改革の今後の動向」という形で、3つにわたってお話を差し上げたいと思ってあります。

まず、1ページ目をおあけいただきたいと思います。1番目といたしまして、18年4月点数改定のポイントということで、もう既に請求を4回済ませられてある程度の情報が行き渡っているかと思います。それと、今回の4月の改定というのは非常に多岐にわたっておりまして、これだけの点数だけでも1時間以上かかる内容になりますので、今回、こういうことをということでお申し出になった部分だけを抜粋して資料を作させていただいたものを説明させていただきたいと思ってあります。

まず、領収書の交付の義務化というものが4月から出てまいりました。こちらの方は今回の改正で患者から見てわかりやすく患者の生活の質を高める医療を実現する施設という中で、この領収書の交付というものが義務づけられてあります。もう既に領収書を発行されている医療機関様がほとんどだと思いますけれども、それに対応できない場合には半年間の猶予期間がございましたけれども、一応9月30日までをもってということになってありますので、10月からは必ずこの領収書の交付というのをしていただかないと、保険療養担当規則違反にな

るということがうたわれてあります。

それと、領収書の交付の義務は、患者様にわかりやすいということと同時に、やはり窓口の精度ということです。間違いない会計をするということが大きなポイントになっているかと思いますので、そういうものを明記していただくということを書かせていただきました。

それと、Q & Aという形で3つポイントを上げさせていただいてあります。

Q1といいたしまして、この保管期間は約3年間とうたわれてありますので、ぜひ控えはおとりいただきたいと思ってあります。

それと、2番はちょっと飛ばせていただいて、問い合わせの3ですけれども、こちらの方は「領収書の発行は不要」と意思表示した場合は発行しなくてもよいかということです。これは発行は不要なんですかとも、必ず患者様の方から「こういうものは不要です」という文書的なものをいただいておいていただくこと、それをカルテ等に挟んでおいていただくということが望ましいと言われてありますので、この部分についても、そういう不要の方につきましてはそれだけの対応を図っておいていただけたらなと思ってあります。

次、2ページ目です。これは電子化加算という形で、もう既にこれを算定されている医療機関様も多いかと思うんですけれども、4月1日の時点ではやはり1カ月の実績が必要ということで、4月1日の最初からとれていない医療機関様も多いようですので、やはりこの整備をすることによって初診時、所定点数に加算できるという形になってありますので、是非まだの医療機関様があるようでしたらご検討いただきたいと思います。

こちらの方に、算定の要件という形で、必須要件という形で3点上げさせていただいてありますけれども、診療所等については上の2点、要するに電算処理システム導入の有無、それと診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳のわかる領収書の交付をされているかどうか、この2点をまずクリアしていただくことと、それと選択的要件、これはいずれか1つを選択、クリアできていれば、この電子化加算というものが算定できるとなってありますので、まだの医療機関様があるようでしたら是非ご検討いただきたいと思います。これは、レセプトのIT化の促進というのが図られるということが言われてあります。今後、電子レセプトということで、今は紙媒体で連合会や支払に提出しておりますけれども、これが電子媒体での請求になるというのもう先が見えてありますので対応を図っていただけたらなと思ってあります。こちらについても、Q & Aということで2件上げさせていただいてありますので、これをまた見ておいていただけたらなと思います。

次の3ページですが、診療報酬の提供料という形で今回大幅に変わりました。まず、診療情報の1という形で250点、これは従来ございました診療情報のABCDというものが簡素化されて一本化されたものですけれども、こちらの方で参考資料として見ていただきたいのは、医療機関から情報提供できる一相手様が医療機関であるとか、市町村であるとか、そういう部分で上がってありますので、こういうところに情報、紹介状を出された場合には、医療機関の場合はよくあ忘れにならないと思うんですけれども、それ以外のところにつきましては、紹介状を書いた場合もこの250点を算定できますので、是非ご検討いただきたいと思います。

それと、それぞれの医療機関の後にアスタリスク(*)をつけてあります。その*印をついている箇所、「精神障害者社会復帰施設等」であるとか「介護老人保健施設」等につきまして

は、退院時の紹介時に心電図とか、脳波とか、画像診断の所見などの必要ななどを添付し、紹介した場合には200点の加算というのも取れますので、是非ご検討いただきたいと思います。

それと、紹介状の場合ですけれども、保険医療機関以外での紹介を行った場合には、必ず紹介先を明細書に記載するということもうたわれてありますので、この点、ご注意いただきたいと思いますので、レセプトには必ず、医療機関の場合は紹介先は必要ないのですが、それ以外のところに紹介状を提供した場合は必ず提供先も記載しておいていただきたいと思います。

その下の診療情報提供料の2。これが500点、今回新しく出た項目です。これは、いわゆるセカンドオピニオンの促進を図るものとして上げられたものです。1と2の大きな違いというのは、あくまでも1は医療機関の先生から紹介をするということですけれども、2の方は、こちらに書かせていただいたように、主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を得ることを推進するものとして、患者・家族からの申し出に基づき、他の医師が助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した場合に算定できるとありますので、あくまでもこちらは患者あるいは家族からの申し出でもって必要な資料等を紹介した場合ということで、1と2の区分がはつきりしておりますので、お気をつけいただきたいと思います。この算定に当たっては、患者または家族からの希望があった旨を診療録に記載しておいていただきたいと思います。

その次の4ページ目です。こちらはいわゆるセカンドオピニオンという形の新設部分ということで、ちょっとありました資料を書かせておいていただきました。この中で、Q&Aという形で3つ上げさせていただいてあります。

1番目、こちらの診療情報提供1については、必要な診療情報としてレントゲンフィルム等をコピーした場合、その費用は別途請求できるのか。これに対しては、この情報提供料に含まれるということも記載されています。

情報提供料の2につきましては、入院中の患者様に対してでも算定が可能であるという答えも出ております。

それと、3番目の問い合わせに関して、それぞれ情報提供1、情報提供2の注に「患者1人につき月1回限り算定する」という文言がありますけれども、そちらの方でまず例として、「同月で情報の提供先が異なる場合、複数の医療機関に情報提供できるか」という問い合わせに対しては、1はそれぞれ医療機関ごとに算定は可能であるが、情報提供の2については1人につき1回のみの算定と考え方が分かれているようですので、その点をお気をつけいただきたいと思います。

その次の部分です。これが新しく今回、文言として上がって来た新設された項目です。地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料というのが出てまいりました。こちらの方の地域連携診療計画管理料は1,500点という形ですけれども、「地域連携診療計画管理料は、大腿骨頸部骨折の患者の入院時に、施設基準を満たして届け出た病院(「連携している医療機関」という)が患者に対して入院7日以内に「診療計画」を作成・説明し、その計画を文書で提供した場合に算定する」ということで、この病名が今のところ大腿骨の頸部骨折のみという形で規定されてあります。今後、2年後の改正には脳血管疾患等も盛り込まれていくのではないかという情報も今のところあるようですけれども、今回の改正につきましては大腿骨の頸部骨折の患者ということでくくりがあるということになってあります。

その下の地域連携診療計画退院時指導料は、この連携している医療機関の方が患者の退院

時にその計画病院に赴いて一緒に退院後の診療計画、説明をして文書を請求した場合には算定できるというものですので、こちらの方も同じように1,500点の点数が算定できるようになります。

どちらも算定する日というのが定められておりまして、まず地域連携の診療計画管理料の方は転院または退院時というくくりがあります。あと、地域連携診療計画退院時指導料の方は連携している医療機関からの退院時に算定するとなつてあります。それぞれによって、基準を満たさなくてはいけない要件というのがございます。四角括弧のところに書かれているのが要件ですね。そういう形になってあります。

その下のところは、ちょっと四角括弧が漏れてしまっているんですけれども、連携の方の医療機関として社会保険事務局に届けていること等の条件があるとともに、必ずこの地域連携する医療機関と定期的に情報提供をするという機会を設けているという条件があるということを聞いてあります。

その下に、クリティカルパスによる連携のイメージという形で書かせていただいてありますけれども、こちらの方は、まず急性期の病院に入院され、手術して、訓練開始、転院になった場合、その次には回復期のリハビリテーションの病院に移られる。つまり、回復期のリハビリテーション病院、こちらを皆様の診療所が担われるということもございますし、退院された場合は在宅の部分で今後の加療等の診療を担うということで、このクリティカルパスという形で連携していくという表をこちらに上げさせていただいております。今後は、もうすべて地域連携することによって患者様にとってよい環境を起こしていこうということが今回の改正の中で上げられてきた内容となってあります。

次の6ページですけれども、在宅療養支援診療所という形のものを上げさせていただいてあります。今回、在宅の充実ということが大きな目玉として改正に載ってきた中に、この在宅支援診療所というものが設けられてあります。

まず、在宅医療において、居宅で療養する患者からの連絡を24時間受け、往診・訪問看護ができる体制を構築するということで在宅療養支援診療所というものが新設されております。これは、必ず届けが必要ということになってあります。それで、算定の要件、どういう体制を整えればこの在宅支援診療所になれるかということで、四角括弧のところに8項目上げさせていただいてあります。これにつきましては、恐らく皆様の方ももう既にいろいろな情報をつかみかと思うんですけども、必ずこの在宅支援診療所になる場合は、1番目として24時間連絡を受ける医師または看護職員をあらかじめ指定し、当該担当者と連絡が取れるような体制をつくっておくこと、それと別の医療機関の医師との連携で24時間往診が可能な体制を確保するということ、それと別の医療機関もしくは訪問看護ステーションの看護師等との連携によって、やはり24時間訪問看護の提供が可能な体制をとるということですね。それと、更にその下、患者様が緊急で入院が必要になった場合、必ず有床の場合は入院ということもありますし、無床の場合にはほかの病院等に病床を常に確保できて入院体制、受け入れ体制ができているという部分が必要ということになってあります。とともに、必ずこれは患者様ないしは家族に説明して、文書を提供しておかなければいけないということがそれぞれのところに書かれてあります。そういうことによって、初めてこの点数が算定できる

ということになっております。あと、連携の医療機関等の綿密な情報の提供もこちらの方が必要ということもうたわれております。

ですので、こういう体制を整えられることによって、初めてこの在宅支援診療所というものがとれるということになっておりまして、その在宅支援診療所になった場合、どのようなメリットといいますか点数が設けられているかということを次の7ページのところに、在宅療養支援診療所とその他診療所との比較という形で載せさせていただいております。ですので、在宅療養支援診療所とその他の診療所との点数の差が、これを見ていただいたら明らかになっているのではないかなと思われます。

特に、こちらの真ん中から少し下のところに在宅末期医療総合診療料というのがございますが、こちらの方は今回在宅支援診療所しか算定できないということになっておりますし、そのもう1つ下に在宅時医学総合管理料というのがあります。その点数を比較して見ていただければわかるように、在宅支援診療所とその他の診療所とで、院内処方で4,500点と2,500点と2,000点の差がある形も載っているので、こちらの方は、こういう体制を整えることによって増点につながるということであるかと思います。

それと、こちらに質問という形で1つQ&Aを載せさせていただいておりますけれども、在宅支援診療所とその連携医療期間が他の医療機関より高い点数を算定できるものはすべての患者に対して算定できるかということです。これはすべての患者ではなくて、あくまでも24時間連絡受付体制、24時間の往診・訪問看護を提供する体制を確保して、これを示した文書を渡している患者さんに対してのみ高い点数が算定できるということになっておりますので、必ずこれは患者様にこの24時間の体制、往診はだれがどの時間帯にされるとか、そういうものも明示された文書をお渡しいただくことと、必ず診療録の方にそのコピーを添付しておいでいただかなくてはいけませんので、この点をしておいていただきたいと思っております。

次の8ページですけれども、これはリハビリテーション料についてです。これは既に実施されている項目で、あえて細かな説明は必要ないかと思うんですけれども、今回、理学療法が4区分になったのが、リハビリテーション料の1、2という形で2つの点数を算定という形になっております。特に診療所の場合は、脳血管疾患等のリハビリテーションとか運動器のリハビリテーション、こちらの方が主な算定になるかと思いますけれども、それぞれの点数がこちらの表にありますように、リハビリテーションの1の場合と2の場合の点数という形で上げさせていただいておりますし、ADL加算というのが真ん中の方にあるかと思いますが、これが入院のみという形になっております。同時に、このADL加算につきましてはリハビリテーションの1にのみしか加算できませんので、ご注意いただきたいと思います。リハビリテーション2の方に対しては、この30点を加算できませんので、お気をつけいただきたいと思います。それと、算定上限の日数がそれぞれ、脳血管疾患であったら180日、運動器の場合は150日ということがございますので、もう150日といいますと4月1日から起算日として算定された場合はもう既に8月でここを超えるというケースも出てくるかと思われますので、その対応も図っていかなくてはいけないことになるかと思います。

こちらの脳血管疾患等、あるいは運動器のリハにつきましては、発症日であるとか手術日、または急性増悪日からの算定という形になっておりますので、違う疾病が発生したら、また

新たにそこからの算定ということになりますし、急性増悪したらまたそこからの算定という形にもなってあります。

それと、厚生労働大臣の定める疾患という形で、治療を継続することによって症状の改善が期待できると判断できる場合は上限日数を超えて算定も可能ということもうたわれておりますので、これはご検討いただける部分ではないかと思います。

あと、Q & Aという形で2つちょっと上げさせていただいてありますので、またこれは参考として読んでおいていただけたらなと思います。

その次のページですけれども、こちらはまだ申請されていないという場合に、今後リハビリテーションという部分で申請される参考にという形で、施設基準の概要を載せさせていただいてありますので、また参考として見ておいていただけたらなと思います。

その次の10ページです。今回の療養病床の改定と今後という形で、簡単に説明させていただきたいと思います。

今回、7月1日から療養の、従来はその医療機関ごとの施設基準で算定できたものが、患者様の医療区分であるとかADLの区分、自立度の区分によってAからEまでの点数が分かれて算定という形になってあります。既にこの部分は皆さんもご存じなので、あえて説明する必要はないかと思いますけれども、まずこの表の○印、認知機能障害加算5点というのがあると思います。こちらの方は、医療区分の2、ADL区分の1ということになりますと、ここで言いますとCのところ、764点のところです。この部分にしか5点の加算ができないということですので、お気をつけいただきたいと思います。

ですので、従来あった日常生活障害加算とか認知症加算とかはすべて廃止になっていると。今回の認知機能障害加算の5点というのが、この入院基本料のCのところのみにしか算定できないというのが大きな改正になってあります。それと、特に医療区分1とかの点数がものすごく引き下げられているということでございますので、これが療養病床の減収につながっている形になってあります。

それと、看護配置の6対1とか、看護補助配置の6対1という、こういう基準をクリアしなければいけないということもうたわれておりますし、あと医療区分2、3の患者様が8割以上ある療養病床につきましては、看護配置が4対1、看護補助配置が4対1、この基準をクリアしなければ、この点数が算定できることになります。ですので、もしこの医療区分2あるいは3の患者様が8割以上いて、なあかつこの看護配置等がクリアできてない、基準を満たさない場合については、入院基本料のEの点数しか算定できないということになっておりますので、お気をつけいただきたいと思います。

それと、その下、180日超入院の選定療養の対象外という形、今回、7月からの改定により、従来180日を超えた場合の15%の減額、これがなくなっておりますし、なあかつ患者様から特別料金を徴収することもなくなっておりますので、その点、お気をつけいただきたいと思います。その下のところに、有床診療所の療養病床入院基本料の施設基準の一覧としてまとめてありますので、この区分についてまた参考として見ておいていただけたらなと思います。

それと、今回、この11ページから13ページにかけて「施設基準・算定要件のルールQ & A」という形で載せさせていただいてあります。

まず1番目のところ、医療区分2、3の患者8割以上の場合の看護配置4対1、看護補助配置4対1の取り扱いについてということです。こちらの方は、直近3ヶ月の入院患者の日数でもって算定するということになっておりますので、7月1日からの施行ということで、7月1日から9月30日まで、この間の実績の数字でもって10月1日からの届けになるという形になっております。もし、この分が8割以上ある場合には、先ほど申しましたように高い看護配置を設けなければ算定できなくなるということで、この9月30日まではその要件をクリアしていなくても高い医療区分の点数は算定できていきますので、その部分、3ヶ月の間に体制を整えていただくという形になるかと思います。

それと、ちょっと飛ばせていただきますが、算定要件についてという問い合わせの4です。こちらは、患者が急性増悪により一般病床へ転棟または別の医療機関の一般病棟へ転院する場合は、算定はどのようになりますかということで、転棟・転院する日の前日を1日目として、3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定する、その間は包括されるものは出来高による請求が可能ですということもうたわれていますが、それにあわせて問い合わせの5です。急性増悪により、同一の医療機関の一般病棟または他の医療機関の一般病棟へ移る際は、その前日を1日目として3日目までの間、その日ごとに入院基本料Eを算定することができますが、必ず入院基本料Eを算定しなければならないですかという問い合わせに対して、答えが出てあります。算定しなければならないということはありません。3日間の中で患者への治療の状況(検査、投薬、画像診断、処置等)に応じて、日ごとに入院基本料Eを算定するか、患者の状態に応じた入院基本料A・Bなどを算定するか選択することができますということで、いわゆるどちらか出来高にして入院基本料Eと両方合わせた場合と入院基本料AとかBを算定された場合とで比較して高い方で算定していただけるという形になっております。

それと、例えば療養病棟から一般病棟へ転棟という形になりますと、3日間は出来高プラス入院基本料Eですけれども、転棟した日は転棟先の一般病棟なら一般病棟の点数の算定になりますが、他院へ転院されるケースもございますね。他所の医療機関へ転院されるケースもあるかと思います。この転院日につきましては、入院基本料Eと出来高では算定できないというものが出てきてあります。必ずその患者様の疾患状態に応じた入院基本料算定してくださいということも出てありますので、この点ちょっと、転院するか転床するかによってその転院日、転床日の算定方法が違いますのでお気をつけいただきたいと思ってあります。

12ページ目は、時間の関係もございますので省略いたしますが、ぜひ見ておいていただきたいと思います。

問い合わせの11番、レセプトへはどのように記載するかということで、別紙に記載例を上げさせていただいてあります。こちらにつきましては、9月分までは記載の必要がないと聞いてあります。10月以降、こういう形の記載をしていくべきかないといけないのですが、記載が困難の場合は主となる疾患または状態等の記載でも差し支えないし、あるいはレセプトに「評価票」を添付することでもかえることができますということで、評価票については後で少し説明させていただきたいと思ってあります。

そういう形で、13ページにつきましては、こういう形の記載をしていただかなくてはいけなくなるということで見ておいていただきたいと思います。

問の12ですけれども、今回、療養病床の見直しに伴って、居宅に近い介護施設等について往診した場合ということで、その部分についてのQ&Aが出てあります。これは、従来あった同一関係というものの考え方と同じように、例えばグループホームとか有料老人ホームとか、そういうところへ行かれて何名かの患者様を診療された場合は、1人目の方は訪問診療、あるいは往診で算定いたしますけれども、2人目、3人目の方に関しましては初診料とか再診料で算定してくださいと書かれてありますし、費用の観点から偏らない、1人の患者様ばかりがそういうふうに訪問診療とかで算定することのないようにという配慮をいただきたいということも載っております。

問い合わせの13につきましては、今回、在宅時医学総合管理料についての条件の緩和ということで載っております。この在宅、特に支援診療所につきましてはこれが大きな部分になるかと思いますので、ぜひ読んでおいていただきたいと思います。

次の14ページですけれども、今回、療養病床の区分評価の方法、これは既にもう皆さんもご存じの部分があるかと思うんですけれども、この表を見ながら簡単にちょっと説明させていただきたいと思います。

まず、医療区分3につきましては、疾患名がスモンという形で上げられてあります。状態としては2から10番までという形で載っております。例えば、3番だったら中心静脈栄養を実施している状態であるとか、4番目だったら24時間持続して点滴を実施している状態であるとか、そういう諸々の条件に見合う方については医療区分3を算定できるとうたわれてあります。

あと、医療区分2につきましては、疾患に対しては11から18まで、こういう疾患に該当される方は医療区分の2に該当するという形が載っております。

状態につきましては、19番からずっと36番まで、それぞれ該当する状態に応じて医療区分2の算定ができるとなってありますけれども、この中にあって医療区分3の4番、24時間点滴を実施している状態であるとか、あと医療区分2の20番、22番、27番、31番、こちらにつきましては、日数の制限が設けられています。仮に1ヶ月、ずっと24時間点滴をしている状態であつたとしても、実に算定できる日数が7日間という縛りがあつたりしますので、その辺、ぜひ注意していただきたいと思います。これについては、チェックの際に気をつけいただきたいと思います。

次の15ページ、医療区分の3でそれぞれ疾患名が1番スモンという形で載っております。これは、スモンの方であっても、いわゆる特定疾患の医療給付交付を受けていなくても、こちらのスモン病という形の方であれば医療区分3になるということがうたわれてありますので、見てください。

それと、3番目の中心静脈栄養を実施している状態という中にありますて、これは評価の単位は1日ごとという形で、必ず1日ごとにチェックをしていかなくてはいけません。それと、留意点のところで、あくまでも高カロリー剤を点滴しているという条件が必要となってあります。2行目のところにございますように、単に末梢血管確保が困難であるために、いわゆる点滴薬を中心静脈で注入していたとしても、こちらには含まれないということも言われてありますので、IVHいわゆる中心静脈注射をされていたとしても、何を注入されているかによって判断が違ってくるということもございますので、気をつけいただきたいと思います。

それと、あと次のページ、4番目のところです。24時間持続して点滴を実施している状態という形です。これも、やはり評価の単位は1日ごととなっております。特に留意点のところですけれども、この4行目のところ、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目以降は該当しないものとするということで、仮に10日間、24時間点滴を行っていたとしても、この医療区分3の評価としてできるのは7日間までですということもうたわれてあります。また、症状が悪化した場合には、そこからまた再度7日間という形の算定をすると言わわれてあります。

あと、6番目のところにドレーン法というのがあります。こちらの方には、留意点のところをちょっと気をつけていただきたいと思います。胸腔または腹腔のドレーンまたは洗浄を実施しているものに限るということになってありますので、それ以外のドレーン法をしていたとしても算定できませんということがうたわれてあります。

それと、7番目のところの気管切開または気管内挿管が行われ、かつ発熱を伴う状態という形で、必ず投薬、処置、発熱に対する治療が行われている場合ということになってあります。ですので、この発熱を伴わない気管切開・気管内挿管が行われている場合は、医療区分の3ではなくて2の方に該当するという考え方も出てありますので、この辺は気をつけておいていただきたいなと思います。

あと、細かな算定条件というのがそれぞれ出ておりますが、時間の関係もございまして細かく説明してありましたら最後までできないかと思いますので、気をつけておいていただきたいなということでぜひ読んでおいていただけたらなと思ってあります。

ちょっと飛びますけれども、19ページの真ん中の方の25番の褥瘡に対する治療を実施している状態という形です。こちらの場合は、項目の定義のところをちょっと見ていただけますでしょうか。褥瘡に対する治療を実施している状態ということで、まず2度以上に該当する場合もしくは褥瘡が2カ所以上に認められる状態に限ると載っております。2度以上に該当する場合は、1カ所であってもこの区分に該当いたします。褥瘡が1度の方は、2カ所以上あればこの状態に該当するという判断になります。

それと、こちらの区分には関係がないのですが、4月から重度褥瘡処置というのが新しく設けられたのは皆さんもう既にご存じだと思います。重度の褥瘡処置というのは、先ほどちょっとペラに挟み込んでいただきました包括項目にはなくて出来高で取れる項目ということになってありますので、重度の褥瘡処置につきましては、あわせて薬剤料とか、リアクティブ等のいわゆる被覆剤と言われるものも出来高で別途算定できるとなっておりますので、その区分はちょっと補足で説明させていただきます。

次の20ページ、先ほど先生の方からありました、せん妄であるとか、うつとか、そういう状態につきましてもそれぞれの規定というものが載っております。ちょっと時間の関係があつて申しわけないのですが、省略という形にさせていただきます。21ページ、22ページ、それについて区分をするという形になってあります。少し飛ばさせていただきます。

22ページの真ん中のところに、2番、ADL区分についてということで、ADLの評価点数が1から3までに分かれて出ております。それぞれ、どれだけ自立度があるかということで点数によってこれを評価する形になってあります。このADL区分というのは、当日を含む過去3日間を

もとに評価するとなつてありますので、この区分についてもまた見ておいていただきたいと思います。

ちょっと飛ばせていただきます。申しわけございません。24ページのところに認知障害加算についてということで載ってあります。こちらは、先ほども説明させていただいたように、医療区分の2、ADL区分の1という形に該当するということで評価をしなくてはいけないのでですが、この認知症の加算については原則月1回ですね。状態に変化のあった場合はその都度評価となってありますけれども、これはあくまでも、この区分の対象になる患者さんのみの評価でいいということも言われてありますので、入院基本料のC、その3が算定できる患者さんに対してのみ評価をすればいいということになります。この評価の機能票というのもございますので、これに当てはめて評価をしていただくという形になります。

その次の25、26ページにつきましては、医療区分、ADL区分に係る評価票というものです。先程少し説明させていただいた状態にあるかどうか、その日々ごとにチェックすることによって、その患者さんがその月、どういう状態に該当するかをすべて当てはめていかなければいけません。この作業が今回の7月からの改正で非常に時間をとられることになっていくかと思います。ですので、例えばこの表の1の医療区分3のところ、1番のスモンから、星印のところが1カ所ですね。この方は、月1回、この状態であれば1回チェックすることによって済むのですが、それ以外の2から9番とかについては、その日によってこれが該当する、しないというのもすべて判断して当てはめていかなくてはいけない。医療区分2についても同じようにそれぞれ条件に合ってチェックしていただかなくてはいけないという形になってあります。

最終、26ページの下のところにあるように患者の状態評価というのがトータル的に評価していくっていただくということで、なってあります。日々のチェックにつきましては、看護師さんとか事務員さんでも構わないということですけれども、最終的にはこの一番下に主治医の印鑑というのがございますので、確認していただくのは先生にしていただかなければならぬという形になってあります。

次の27ページですけれども、こちらの方に、今後療養病床がどのような形になっていくかということで、図でちょっと示させていただいた方がわかりやすいのかなということでつくらせていただきました。

こちらの方のマル1のところです。療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定して、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、医療系サービス、または老健施設等で受けとめることで対応するという形になってあります。

今現在、療養病床の方がこの枠のところに医療保険適用で25万床、介護保険の方で13万床、合わせて38万床あると言われてあります。それの方を医療頻度の必要度の高いところの15万床のみを医療保険の適用にしていくというのが、今回、厚生労働省が打ち出した方針になってあります。当然、残りの23万床がどうなっていくかというと、一番右端の方にありますように、平成24年度のところ、老健施設であるとか、ケアハウスであるとか、あるいは在宅の方と振り分けていこうという形になります。それで、一応資産としては老健施設が大体15万から17万床になると見込まれているそうです。ケアハウス等については6万から8万床に転換し

ていく予定になっております。その間の経過措置の部分として、真ん中の丸囲いのところを見ていただきましたらわかるように、介護保険移行準備病院であるとか、経過型介護療養型医療施設であるとか、こういう区分で施設基準、いわゆる医師の数とか看護師さん、介護職員の緩やかな配置にすることによって、経過措置を設けて平成24年度にはこちらの方に転床していき、転換させていきたいという形になっております。それにあわせまして、介護療養型医療施設が平成24年3月に廃止される。これが、いわゆる厚生労働省の方の立てた計画に基づいて今回7月の改正もされてしまっている形になります。

それと、この下の部分、療養病床が転換するときには支援措置というものもありますので、この部分はまだ参考としてお読みいただけたらと思います。

次の28ページは、人員基準の緩和、特に移行類型型の緩和の資料と、ファックス等でご要望があつた小規模介護老人保健施設の部分についての簡単な資料ですけれども、ございましたので、添付させていただいてあります。小規模介護保健施設につきましては、今ちょっと私の方で更に詳しい施設基準等のわかる資料を取り寄せてありますので、それが手に入りましたらまた皆様にお知らせさせていただきたいと思いますが、この介護保健施設につきましては、一番最後のアンダーラインのところ、「小規模介護老人保健施設の算定は、入所した日から起算して180日以内の期限に限る」というふうに、こちらの方もうたわれてあります。こちらの方は、富山県保険医協会の資料を転用して使わせていただいてあります。

それでは、次の29ページをあけていただきたいと思います。3番目の医療制度改革の今後の動向という形で、簡単に資料をまとめてお話しさせていただきたいと思います。こちらの方は、皆様の身近な問題として、健康保険法等の一部を改正する法律案の概要という形で載せさせていただいてあります。ただ、ほかにも医療法の改定であるとか医師法の改定であるとか、そういうものも来年度には組み込まれていくということも聞いてありますけれども、今回、時間の関係もございますので、健康保険法等の一部改正の部分に限させていただいて資料をつくってありますので、これをもとに少し説明させていただきたいと思います。

今回のこの改定の目的というのは、医療保険制度について国民皆保険を堅持し、将来にわたって持続可能なものにしていくためとうたわれてあります。そのために、まず医療費適正化の総合的な推進を図っていこうという形になってあります。この「医療費適正化」というのは、言葉はすごくきれいですけれども、いわゆる医療費を削減する方策という形になると思います。まず、(1)中長期的な医療費適正化方策という形として、①生活習慣病予防の徹底を図ろうという形が上げられてあります。2番目としては、②平均在院日数の短縮が上げられてあります。

まず1番目の生活習慣病の予防の徹底ということで、今、生活習慣病、高血圧、高脂血症等の病気等、そういう形の患者あるいは予備軍を減少しようということで、2015年度には25%を減少させていきたいという目標のもとにさまざまな方策がとられていことになります。この生活習慣病という中には、今よく新聞等をにぎわしてありますメタボリック症候群、肝臓脂肪症候群がございます。あの病名に対しても、減少という対策を打ち出していくということもうたわれているようです。

2番目として平均在院日数の短縮ということで、これがその方策として病床の転換の支援、

こちらは先ほどございましたね。療養病床の転換支援もございました。地域連携クリティカルパスの推進、こちらも先ほど載せさせていただいた中に載っていた項目です。それと、在宅等での看取り率のアップ、これは在宅支援病床というものが出てきた背景もここにあるかと思います。それと、あとDPCの支払い対象病院の拡大という形が上げられ、それらのもろもろの対策によって退院日数を全国平均36日だそうですけれども、最短の長野県が27日との差を半分に縮小したいということで、これが2015年度の目標になっていると聞いてあります。

それと、(2)のところです。短期的な医療費適正化方策という形で、まず1点として、①高齢者の患者窓口負担、あるいは高額療養費の自己負担限度額の引き上げ、こういうものが上げられています。これは、70歳以上の現役並み所得に対する所得区分についてということで表をつくさせていただいてあります。

まず7月までは、皆さんもご存知のように、70歳以上の方は1割と2割負担という形に分かれています。それが8月からは、いわゆる1割負担の中の一部の方については2割負担の方が既に発生してきている形になってあります。こちらにつきましては、この国保あるいは老人保健を8月から適用される、社保とか船員共済は9月から適用するという形が出されてあります。それで、2006年10月からは3割負担の形に引き上げられるという表がこの中に示されているものです。

まず、8月から2割負担の方が発生してきたのは、こちらの方に書かせていただいたように、税制改革に伴ってですね。一般から現役並み所得になった方が1割から2割になりました。この方につきましては、給付割合が2割ですね。10月以降から3割に変更になるんですけども、経過措置期間2年間により一部負担金の限度額は一般的の金額が適用されるということになっておりまして、特に窓口の方では1割から2割になられた方についての負担であるとか、レセの請求時には負担割りのチェック、保険証のチェックをしっかりかけておいていただきませんと返戻等が発生する要因にもなりますので、ぜひお気をつけいただきたいと思います。

それと、あわせて高額療養費も引き上げられる形になってあります。従来、高額療養費が、入院の場合は7万2,300円、その1%という形になっていたのが8万100円プラス1%という形に上げられました。それと、一般につきましては、入院の場合4万200円という上限だったのが4万4,400円にアップする形になってきてあります。それと、あと米印の2のところ、医療費の部分から引く金額というのが、従来は36万1,500円だったものが26万7,000円しか控除されない。その1%プラス8万100円の部分が患者様の負担額になるという形で、だんだんと患者様の負担額が大きくなっていることがこの表で見てとれるかと思います。

それと、あと70歳から74歳の患者負担、これが2008年4月に1割から2割になります。当然、この中でも現役並みの所得の方は3割になります。69歳以下の方は現行どおり3割負担である。75歳以上でも、1割負担の方は1割のままで変更はございません。それと、あと70歳未満で人工透析を受けている上位所得の方については、同じく2006年10月から1万円から2万円に負担が上がる。特に、透析等をされている患者様にとって70歳未満の方はかなり負担が大きくなる。70歳以上の方については1万円は据え置きの形になってあります。

更に、2番目の②療養病床に入院する高齢者の方、70歳以上の方の食事、居住費の負担が今後発生していきます。それで、入院時生活療養の基準額についてという形で、黒丸のところ3

つがありますが、この部分はちょっとまた読んでおいていただきまして、次のページのところに表をつくさせていただいてあります。こちらに、案の形と参考という形の表示をさせていただいてあります。

こちらの方は案という形になってありますけれども、8月9日に中医協の総会で諮問・答申がされたということを聞いてありますので、この額がもう案ではなく決定額になったかと思います。この表のそれぞれ比較をちょっと見ていただければわかるように、ゼロ食、要するに食事なしの場合は、従来が当然入院時の食事療養費はゼロ円だったんですけれども、入院時の生活療養費の場合は、IとIIとも398円という形になってあります。この398円がいわゆる居住費と言われるもののがこれに当てはまる。ですので、食事を食べても食べなくても居住費が必要ということで、398円というものが発生してくることになります。それと、1食、2食、3食、この居住費と食事、合わせた負担額が表示されておりまして、その中でそれぞれの収入等によって患者の方が負担すべき金額が設定される形になります。

今のところ、入院時生活療養の1の場合は、ゼロ食で398円の方の負担額は320円と聞いてあります。1食の場合は780円、2食の場合は1,240円、3食の場合は1,700円を患者様が負担しなくてはいけない形になっていると聞いてあります。それらの費用を食事及び居住費の日額標準負担額ということで、ちょっと字が小さくて申しわけないのですが、その下に書かせていただいた表で、それぞれ現役並みの所得があるか低所得であるかによって患者様が負担される額をそれぞれ算定していただかなくてはいけないという形になってあります。特に米印の2のところ、難病等患者の負担は現行の食材料費負担相当額ということで、難病等に該当される方については居住費の負担はなしで、従来どおりの食材料費の負担額になるということもうたわれてあります。

それに伴いまして、その下のところ、療養病床に係る入院料の見直しが図られてあります。この基本的な考え方のところで、入院時生活療養費が支給される場合については、療養病棟に係る入院料について、入院時生活療養の基準額に加えられることとなる光熱水費相当分を減額して設定するとなっておりますので、現行の表と見直し、案ではなくてもう決定額になってしまってありますけれども、これらを見て比較していただきますと、1日に14点低くなつて、これは10月からまた実施されるということで、7月実施して、10月にまた更にということで、もう窓口も大変な思いをされるかなと思います。こういう部分で見直しもかかってありますので、10月からの算定についてはぜひお気をつけいただきたいと思います。

その下の現金給付の見直しについては、こういうものも出てきてありますので、3点、お読みいただけたらと思います。

最後のページですけれども、新高齢者医療制度の創設ということで、いわゆる後期高齢者の医療制度が2008年4月から施行されます。これを簡単に表の形で作させていただいたんです。

こちらは、それぞれ1割の残りの部分を税金は50%、それと74歳未満の方の保険料で40%、75歳以上の保険料が10%、いわゆる75歳以上の方は従来、例えば社保の被扶養者であれば保険料を払わなくてもよかったですけれども、1割程度の保険料を税金から天引きされいく形になるということも、この図式を見ていたらわかるかと思います。

その他のところについて、特にマル2のところ、乳幼児に対する自己負担の軽減が2008年か

らということで2割負担が、今まで3歳未満というものがございましたけれども、これを義務教育就学前まで拡大するという部分も出てきてあります。

そういうことで、時間が短い関係で私自身もすべてのことを説明させていただけなかつたのであわかりになりにくい点もあったかと思います。申しわけございませんでしたが、この資料は、特に療養病床の区分とか、参考になるいい資料だと思いますので、ぜひこの部分で、先ほどお話のあったように区分のできるだけ高く上げられるようにという形でご検討いただけたらなと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

【司会】

どうも先生、ありがとうございました。非常にわかりやすくお話しいただきまして、参考になりました。

この機会ですので質問の時間をとりたいと思います。ぜひいろいろ質問してください。わかれればわかるほど診療報酬の矛盾がわかって腹が立つことばっかりだと思うんですけれども。

この間の有床診療所の全国大会では、我々の県はそれほど進めてないんですけども、24時間の在宅の訪問看護が非常に点数が高いので、これを大いに利用しようというような雰囲気が非常に強かったです。ところが、田辺の移動理事会のところで同じ質問が出ましたときには、会員の方から、往診料は非常に高くて医者にはいいかもしらんけれども、患者にとってみたら非常に高い、したがって高い医者のところよりも安い往診料のところへ往診してもらった方が得やというようなことを言う患者さんもおられると聞いてあります。私も、まだそれは選択していないんですけども、皆さんの感触とか意見とかございましたら、ぜひまたお話ししていただけたらと思います。

【質問】

低所得者、高所得者というのは、どこが判断しているんですか。患者さんの低所得者、高所得者というのは。

【司会】

あれは、課税所得が150何万以下の人はあれなんですよ。あるいは、総合所得が500何十万と。皆、医師国保では全部調べているみたいですね。個人個人から所得を申請していただいて決めているようですよ。

今既に、もう3割負担になるから安いうちに検査してくれという患者さんもあらわれております。大体、もう皆、全部知っています。

【質問】

二チイ学館さんには全然関係ないと思うんですけども、地域連携診療計画管理料、和歌山県でこれやっているところはあるんですか。

【土井】

ただ、これは在院日数が17日とかいう形のくりがありますので、よほどのところじゃないと、これに該当できるところがないかと思うんですけども。熊本とかは、この地域連携というのがすごく盛んなようで、それによって随分在院日数が下がっていると。あくまでも、急性期は急性期の病院で手術とかして、もうリハビリが必要になったらリハビリ系の病院へ転院して、更にその後、まだ委託へ行かれるか、あるいは老人保健施設とかで一時、在宅までに

復帰できる間、そういうところに入るという形によって、1カ所の入院日数がすごく下がってきてるという形なんですね。その数字をもって、それでよしとされるかどうかということもあるかと思うんですけども。

【質問】

といいますのは、疾患が大腿骨頸部骨折だけでしょう。

【土井】

そうです。今回は、それだけだったので。

【質問】

それで17日といいましたらね。私は整形外科なんで、例えば医大とするとすれば、医大の整形外科の単科とでしたらできますけど、医大全体がいわゆる小さい診療所を選んでくれるかどうかわからないということが1つと、それから患者さんは地域連携だけにしておいてもらえばいいのに、单なる7日以内に説明してもらうだけで1万5,000円払い、また帰るときに1万5,000円と、3万円余計払うということで、患者さんは、別に普通にしていればひとつもお金が要らんわけです。これも非常に患者負担になると思うので、余り良い制度じゃないような気がします。

【土井】

お渡しいたしました用紙に質問を書いていただきFAXしていただけましたら、個々の医療機関様に対しての対応を図させていただけるかと思いますので、よろしくお願いします。

【司会】

ほかに質問ございませんか。私もいっぱい不満があるんですけども。

例えば医療区分の3なんていうのは、まずIVHなんか入れて、1日900何十点でやっていけるわけないと思うんですね。いろいろ検査したら。900何十点、まあ1,000点としても月30万ですね。大体、IVHを入れたりそういう形の区分3の患者さんというたら、大体30万は絶対超すと思うんです。だから、とてもじゃないけど、こういうものを利用することができない。もうちょっと現場のことを勉強していただいて決めてもらいたいと、常々思っているんですけども。

青木先生、ぜひもっと現実的な保険制度を実現していただけるように。

【青木】

将来、若い人が有床診療所に魅力を持てるような将来像をまず考えていかなければならぬということが1つ方針でありますので、それをまず考えて、その基盤として経済基盤の安定ということも考えていきたいと思ってあります。

【司会】

もうまとめのような話でございますけれども、これでよろしいでしょうか。

では、今日ははどうもいろいろありがとうございました。

和歌山県有床診療所協議会会則

第1章 名称及び事務所

第1条 本会は和歌山県有床診療所協議会と称し、事務所を会長診療所内に置く。

第2章 目的及び事業

第2条 本会は日本医師会、県医師会のもとに、有床診療所があ互いに強い連携をもって時代に即応した医療機関のあり方を研究するとともに、その発展と健全運営を図り地域に密着した医療制度を目指して地域医療に貢献することを目的とする。

第3条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

1. 総会、研修会等の開催に関する事項。
2. 日本医師会、県医師会への協力要請に関する事項。
3. 有床診療所運営に関する事項。
4. 地域医療、保険医療、救急医療活動の向上に関する事項。
5. その他、目的達成上必要な事項。

第3章 構 成

第4条 ①本会は和歌山県医師会会員で有床診療所の開設者、およびそこに勤務する医師、又は本会の目的に賛同する人をもって構成する。
②本会会員は全国有床診療所連絡協議会員となるものとする。

第5条 本会へ入会する場合はその年度の会費を添えて会長に申し込むものとする。
入会は役員会議で決定する。

退会を希望する場合は、退会届けを会長に提出しなければならない。

第6条 本会は次の役員を置く。

1. 会長 1名
2. 副会長 2名
3. 理事 若干名
4. 監事 2名
5. 役員の推薦により名誉会長及び顧問を置く事ができる。

第7条 役員の任期は2年とし再任を妨げない。

第8条 本会の会長及び副会長は役員会で選出し総会において承認を受けるものとする。
その他の役員は会長が委嘱する。

第4章 会議

第9条 会議は総会及び役員会とし、会長が招集する。

第10条 総会は定期総会及び臨時総会とする。

1. 定期総会は毎年1回開催し会務報告、事業計画、収支決算報告等、運営上重要な事項については総会に図り（欠席者の委任状を含む）過半数の賛同を得て決定する。
2. 臨時総会は会長が必要と認めた時又は、会員の3分の1以上の希望があれば開くことができる。
3. 役員会は会務の計画、運営にあたる。

第4章 経費

第11条 本会の経費は会費、補助金、寄付金、その他の収入をもってこれにあてる。

第12条 本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる。

第13条 会費は毎年度3月末までに納入しなければならない。

付 則 ①本会の会費は次のとおりとする。

年会費15,000円

（全国有床診療所連絡協議会年会費 7,000円）

（和歌山県有床診療所協議会年会費 8,000円）

平成11年度より会費は基金引きとする。

②本会則は平成7年7月22日から施行する。

③会費は毎年6月に基金引きとす。

④本会則は平成10年8月21日から施行す。

⑤本会則は平成16年8月21日から施行す。

和歌山県有床診療所協議会役員名簿

H18.8現在

役名	氏名	〒	住所	電話番号 F A X
会長	青木 敏	641-0015	和歌山市布引763-8	073-446-2110 446-2135
副会長	辻 啓次郎	646-0036	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534 26-2822
理事	隱岐 和彦	646-1111	西牟婁郡上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026 49-0172
"	辻 秀輝	642-0032	海南市名高178-1	073-483-3131 482-6090
"	長雄 英正	649-6426	那賀郡打田町下井阪八王寺447-1	0736-77-5700 77-5702
"	岡田 正	648-0073	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080 32-8082
"	橋本 忠明	643-0004	有田郡湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226 64-0020
"	辻村 武文	645-0001	日高郡南部町東吉田282	0739-72-2522 72-3027
"	坂田 仁彦	646-0053	田辺市元町949-19	0739-24-2223 24-3078
"	丸 笹 雄一郎	649-2511	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636 52-3970
"	坂野 智洋	649-5100	東牟婁郡太地町太地3055	0735-59-2063 59-2175
"	要 明雄	647-0045	新宮市井の沢9-15	0735-22-5191 22-3459
"	木下 欣也	649-5332	東牟婁郡那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035 52-6522

監事	武用瀧彦	640-8303	和歌山市鳴神1005	073-473-5000 474-4875
----	------	----------	------------	--------------------------

和歌山県有床診療所協議会名簿

H18.8現在

和歌山市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
青木 敏	医療法人 青木整形外科	641-0015	和歌山市布引763-8	073-446-2110 446-2135
岩橋 五郎	岩橋医院	641-0035	和歌山市関戸1丁目6-44	073-444-4060 444-4096
宇治田卓司	宇治田循環器内科	640-8435	和歌山市古屋153-9	073-455-6699 452-6540
酒井 英夫	酒井内科	640-0103	和歌山市加太939-41	073-459-2277 459-2861
山東 索樹	山東整形肛門科	641-0004	和歌山市和田1202-5	073-471-5800 471-5071
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外科内科	641-0036	和歌山市西浜921-4	073-446-3636 446-3637
中井 鰐	中井クリニック	640-8322	和歌山市秋月570	073-471-0204 474-3512
武用 瀧彦	武用整形外科	640-8303	和歌山市鳴神1005	073-473-5000 474-4875
星野 英明	(医)明星会 星野胃腸クリニック	640-8342	和歌山市友田町5-32	073-422-0007 422-2288
山口 節生	山口整形外科	640-8472	和歌山市大谷405-1	073-452-3121 453-0554
山野 雅弘	(医)明成会 紀伊クリニック	649-6332	和歌山市宇田森275-10	073-461-7161 461-7112

海草郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
上田 耕臣	医療法人 下津クリニック	649-0100	海草郡小南126-1	073-492-5131 492-0085

海南市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
重根 豊	重根医院	642-0022	海南市大野中454	073-482-2633 483-2103
竹中 庸之	医療法人 竹中整形外科	642-0023	海南市重根11-1	073-487-4171 487-5134
辻 寛	医療法人 同仁会 辻整形外科	642-0031	海南市築地1-50	073-483-1234 483-0221
辻 秀輝	辻秀輝整形外科	642-0032	海南市名高178-1	073-483-3131 482-6090

那賀郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
久保 光伸	久保外科	640-0413	那賀郡貴志川町神戸212-2	0736-64-5788 64-7907
黒山 哲彌	黒山整形外科(医)弥栄会	649-6215	那賀郡岩出町中迫13	0736-62-7777 62-8813
児玉 敏宏	紀の川クリニック	649-6213	那賀郡岩出町西国分501	0736-62-0717 62-2831
仲井間憲要	仲井間医院	649-6256	那賀郡岩出町金池389	0736-62-5558 63-2070
畠 宏和	畠産婦人科	649-6231	那賀郡岩出町川尻240-6	0736-63-0055 63-2736
坂中 昭典	坂中内科	649-6400	那賀郡打田町花野91-4	0736-77-5733 77-7844
奥 篤	奥クリニック	649-6412	那賀郡打田町黒土263-1	0736-77-7800 77-7811
長雄 英正	長雄整形外科	649-6426	那賀郡打田町 下井阪八王寺447-1	0736-77-5700 77-5702
勝田 仁康	勝田胃腸内外医院	649-6500	那賀郡粉河町粉河1916	0736-73-2101 73-7188
近藤 和	近藤医院	649-6531	那賀郡粉河町粉河1731	0736-73-2059 73-2059

伊都・橋本市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
横手 英義	エイユウ会 横手クリニック	648-0101	伊都郡九度山町九度山800	0736-54-3111 54-2111
吉田 裕	(医)恒裕会 吉田クリニック	649-7113	伊都郡かつらぎ町妙寺439	0736-22-5862 22-7485
梅本 博昭	梅本整形外科	648-0015	橋本市隅田町河瀬352	0736-33-0477 33-0873
岡田 正	(医)岡田整形外科	648-0073	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080 32-8087

有田市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
木下敬之助	(医)松尾外科医院	649-0303	有田市新堂97-1	0737-82-3122 83-5755

有田

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
島 和生	しまクリニック	643-0025	有田郡吉備町土生371-26	0737-52-7881 52-7885
坊岡 進	坊岡医院	643-0101	有田郡吉備町徳田387	0737-52-3054 52-6616
吉岡 潤	吉岡レディスクリニック	643-0034	有田郡吉備町小島291	0737-52-7503 52-7633
橋本 忠明	橋本胃腸肛門科	643-0004	有田郡湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226 64-0020
森下 常一	森下整形外科	643-0065	有田郡広川町東中64-1	0737-64-0366 64-0093

日高・御坊市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
岡田 雄一	岡田産婦人科 (日高マタニティー)	644-0002	御坊市園123-18	0738-24-0818 24-0883
川端 良樹	紀伊クリニック	644-0012	御坊市湯川町小松原615-1	0738-24-2222 24-1735
深谷 修平	深谷外科医院	644-0011	御坊市湯川町財部670-1	0738-23-1881 23-1882
辻村 武文	辻村外科	645-0001	日高郡南部町東吉田282	0739-72-2522 72-3027
寺田 泰治	(医)寺田医院	649-1111	日高郡由良町里30	0738-65-0027 65-0536

田辺市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号 F A X
榎本 恒雄	榎本産婦人科	646-0031	田辺市湊1174-1	0739-22-0019 22-0519
坂田 仁彦	坂田整形外科医院	646-0053	田辺市元町949-19	0739-24-2223 24-3078
田草川良彦	成和神経内科医院	646-0053	田辺市元町2327-1	0739-26-5366 26-5377
辻 薫	辻内科医院	646-0003	田辺市中万呂133-11	0739-25-3377 25-3399
辻 啓次郎	辻内科医院	646-0036	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534 26-2822

西牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
隱岐 和彦	ゼンメイ会(医)オキ外科	646-1111	西牟婁郡 上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026 49-0172
覚前 一郎	覚前医院	649-3523	西牟婁郡串本町和深383	0735-67-0077 67-0365
丸笠雄一郎	丸笠外科	649-2511	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636 52-3970

東牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
木下総一郎	(医)木下医院	649-5332	東牟婁郡 那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035 52-6522
坂野 智洋	坂野医院	649-5100	東牟婁郡太地町太地3055	0735-59-2063 59-2175
中根 康智	中根医院	649-4104	東牟婁郡 古座川町高池10-3	0735-72-2822 72-2818

新宮市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号
				F A X
生駒 静正	生駒呼吸器循環器	647-0015	新宮市千穂3-5-8	0735-21-5955 21-5906
要 明雄	(医)要外内科	647-0045	新宮市井の沢9-15	0735-22-5191 22-3459
木下 真人	木下外科	647-0052	新宮市橋本1-3-5	0735-23-1122 23-1445
玉置 時也	玉置整形外科	647-0043	新宮市緑ヶ丘2-3-11	0735-22-6172 55-6173
中瀬古晶一	中瀬古整形外科	647-0004	新宮市大橋通4-1-9	0735-22-7828 21-6060
越村 邦夫	(医)淳風会 熊野路クリニック	647-0042	新宮市下田1-1-24	0735-21-2110 23-0380
味八木保雄	味八木胃腸科外科	647-0044	新宮市神倉4-6-40	0735-21-5610
米良 博光	(医)米良外科整形外科 クリニック	647-0012	新宮市伊佐田町2-1-2	0735-21-7878 21-7546
米良 隆志	(医)米良医院	647-0021	新宮市池田3-2-1	0735-22-2710 22-4423

FAX連絡網

(平成18年8月)

青木 敏

TEL 073-446-2110

FAX 073-446-2135

山東 秀樹

TEL 073-471-5800

FAX 073-471-5071

辻 秀輝

TEL 073-483-3131

FAX 073-482-6090

長雄 英正

TEL 0736-77-5700

FAX 0736-77-5702

岡田 正

TEL 0736-32-8080

FAX 0736-32-8082

宇治田 卓司

TEL 073-455-6699

FAX 073-452-6540

武用 瀧彦

TEL 073-473-5000

FAX 073-474-4875

重根 豊

TEL 073-482-2633

FAX 073-483-2103

奥 篤

TEL 0736-77-7800

FAX 0736-77-7811

吉田 裕

TEL 0736-22-5862

FAX 0736-22-7485

酒井 英夫

TEL 073-459-2277

FAX 073-459-2861

星野 英明

TEL 073-422-0007

FAX 073-422-2288

竹中 庸之

TEL 073-487-4171

FAX 073-487-5134

勝田 仁康

TEL 0736-73-2101

FAX 0736-73-7188

横手 英義

TEL 0736-54-3111

FAX 0736-54-2111

嶋本 嘉克

TEL 073-446-3636

FAX 073-446-3637

山口 節生

TEL 073-452-3121

FAX 073-453-0554

辻 寛

TEL 073-483-1234

FAX 073-483-0221

久保 光伸

TEL 0736-64-5788

FAX 0736-64-7907

梅本 博昭

TEL 0736-33-0477

FAX 0736-33-0873

中井 鑫

TEL 073-471-0204

FAX 073-474-3512

上田 耕臣

TEL 073-492-5131

FAX 073-492-0085

黒山 哲彌

TEL 0736-62-7777

FAX 0736-62-8813

児玉 敏宏

TEL 0736-62-0717

FAX 0736-62-2831

山野 雅弘

TEL 073-461-7161

FAX 073-461-7112

近藤 和

TEL 0736-73-2059

FAX 0736-73-2059

岩橋 五郎

TEL 073-444-4060

FAX 073-444-4096

坂中 昭典

TEL 0736-77-5733

FAX 0736-77-7844

仲井間 憲要

TEL 0736-62-5558

FAX 0736-63-2070

畠 宏和

TEL 0736-63-0055

FAX 0736-63-2736

青木 敏
TEL 073-446-2110
FAX 073-446-2135

橋本 忠明
TEL 0737-62-2226
FAX 0737-64-0020

辻村 武文
TEL 0739-72-2522
FAX 0739-72-3027

坂田 仁彦
TEL 0739-24-2223
FAX 0739-24-3078

丸 笹 雄一郎
TEL 0739-52-3636
FAX 0739-52-3970

要 明雄
TEL 0735-22-5191
FAX 0735-22-3459

島 和生
TEL 0737-52-7881
FAX 0737-52-7885

岡田 雄一
TEL 0738-24-0818
FAX 0738-24-0883

田草川 良彦
TEL 0739-26-5366
FAX 0739-26-5377

隱岐 和彦
TEL 0739-48-0026
FAX 0739-49-0172

生駒 静正
TEL 0735-21-5955
FAX 0735-21-5906

坊岡 進
TEL 0737-52-3054
FAX 0737-52-6616

川端 良樹
TEL 0738-24-2222
FAX 0738-24-1735

辻 薫
TEL 0739-25-3377
FAX 0739-25-3399

覚前 一郎
TEL 0735-67-0077
FAX 0735-67-0365

木下 真人
TEL 0735-23-1122
FAX 0735-23-1445

森下 常一
TEL 0737-64-0366
FAX 0737-64-0093

寺田 泰治
TEL 0738-65-0027
FAX 0738-65-0536

辻 啓次郎
TEL 0739-22-3534
FAX 0739-26-2822

木下 総一郎
TEL 0735-52-2035
FAX 0735-52-6522

玉置 時也
TEL 0735-22-6172
FAX 0735-22-6173

吉岡 潤
TEL 0737-52-7503
FAX 0737-52-7633

深谷 修平
TEL 0738-23-1881
FAX 0738-23-1882

榎本 恒雄
TEL 0739-22-0019
FAX 0739-22-0519

坂野 洋南
TEL 0735-59-2063
FAX 0735-59-2175

中瀬古 晶一
TEL 0735-22-7828
FAX 0735-21-6060

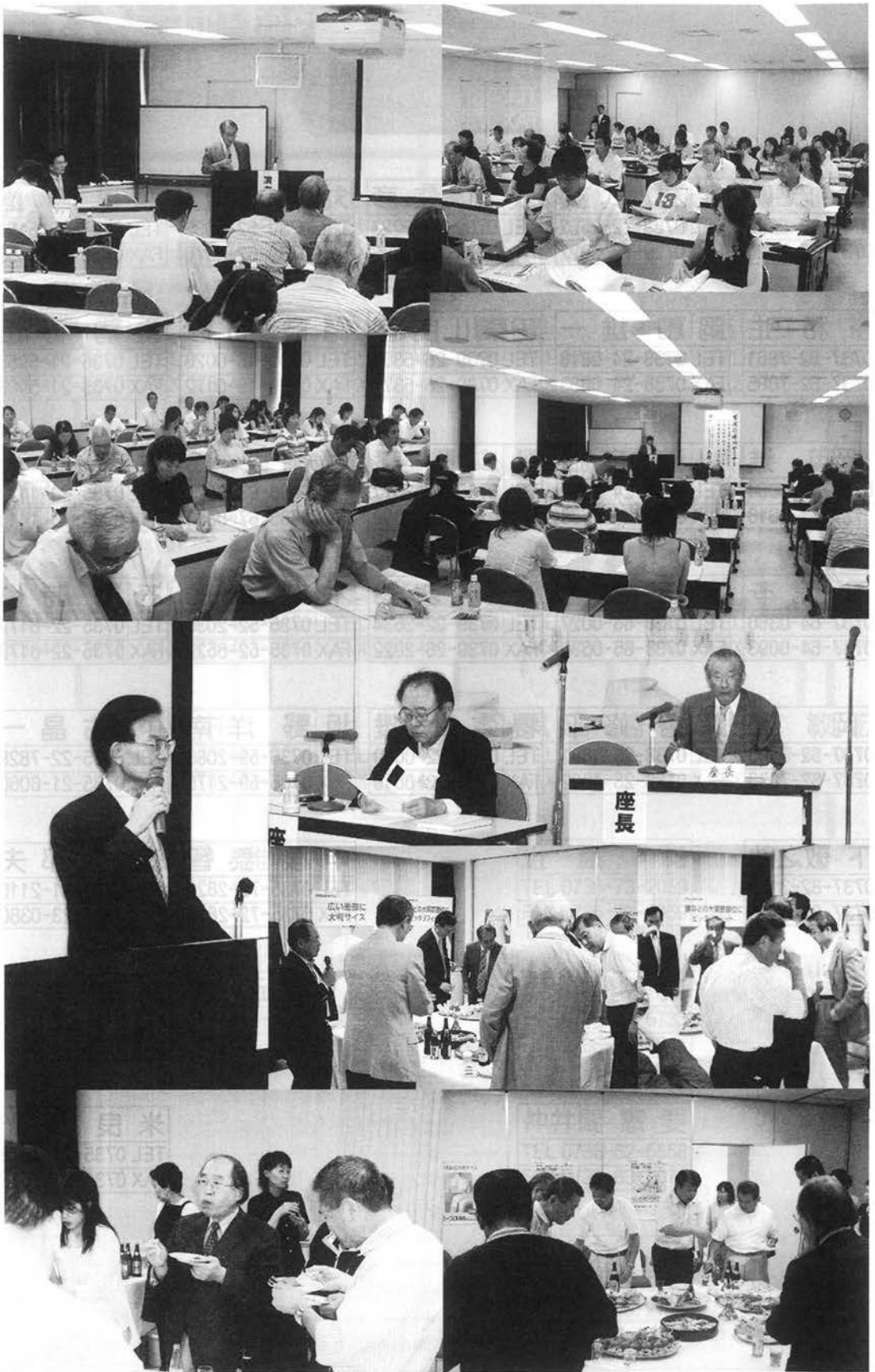
木下 敬之助
TEL 0737-82-3122
FAX 0737-83-5755

中根 泰智
TEL 0735-72-2822
FAX 0735-72-2818

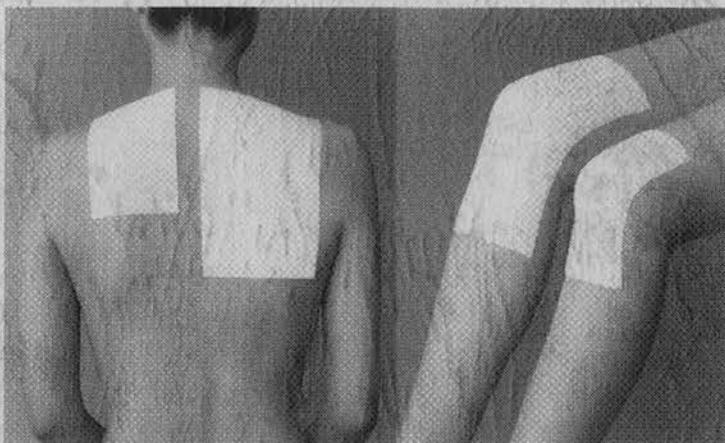
越村 邦夫
TEL 0735-21-2110
FAX 0735-23-0380

米良 孝志
TEL 0735-22-2710
FAX 0735-22-4423

米良 博光
TEL 0735-21-7878
FAX 0735-21-7546



MOHRUS[®] 60



Hisamitsu

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン貼付剤 [薬価基準収載]

モーラス[®] 60

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元



久光製薬株式会社 〒841-0017 鳥栖市田代大宮町408

資料請求先：学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1

2006年9月作成

Hisamitsu



新発売

[薬価基準収載]

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤

ナボール パップ140

ジクロフェナクナトリウムパップ剤

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤

ナボール パップ70

ジクロフェナクナトリウムパップ剤

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元



久光製薬株式会社 〒841-0017 鳥栖市田代大宮町408

資料請求先：学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1

2006年9月作成