

和歌山県有床診療所協議会

第14回総会・研修会

平成19年8月18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	4
第14回和歌山県有床診療所協議会総会・研修会式次第	6
平成18年度和歌山県有床診療所協議会【庶務・事業報告】	7
平成18年度和歌山県有床診療所協議会【会計報告】	7
第20回全国有床診療所連絡協議会総会報告	8
平成18年度全国有床診療所連絡協議会庶務事業報告	9
平成18年度全国有床診療所連絡協議会事業計画	10
要望書	11
平成19年度和歌山県有床診療所協議会【事業計画】	12
出席者名簿	12
有床診療所研修会	13
和歌山県有床診療所協議会会則	25
和歌山県有床診療所協議会役員名簿	27
和歌山県有床診療所協議会名簿	29
FAX連絡網	32

会長挨拶

青木 敏



本日は第14回和歌山県有床診療所協議会総会並びに研修会を開催いたしましたところ、猛暑にもかかわらず多数ご出席いただき有難うございます。

特に、和歌山県医師会副会長の寺下先生 和歌山市医師会長の森先生 伊都医師会長の横手先生には公私ともご多用のところご臨席賜り厚く御礼申し上げます。

お盆が過ぎても35℃以上の猛暑が続いています。と言うよりラニーニャ現象とかで、昨日、一昨日は40℃を超すところもあり、熱中症で多くの人が亡くなっています。今年は、はじめから異常気象が続いています。2月が暖かく、3月4月は寒く、4月花見が済んでから暖房が必要であったり、7月には2度も続いて台風が来ました。エルニーニョ現象のためかオーストラリアが干ばつに襲われ、小麦が採れず讃岐うどんが値上げを余儀なくされるなど、地球環境があかしくなってきています。

このような中で7月29日に参議院議員選挙が行われました。この選挙では天下り、官製談合による政治とカネの問題、年金記録の不備、社会保険庁問題、官僚の相次ぐスキヤンダル、大臣の辞任・自殺、小泉政策時代の負の遺産、格差社会問題等で自民党が歴史的大敗をし、今、安倍首相の続投か辞任かで揺れ動いています。

医療界では、医師の偏在を通り越して医師の絶対数不足が深刻で、小児科、産科はもとより、内科医も不足し、地域医療が崩壊しつつあります。診療報酬を低く抑えすぎたのが原因と分かっているながら、政府は次期診療報酬改定では、2,200億円の削減をしようとしています。

さて、有床診療所はこれまで果してきた役割や、今日提供している医療の状況を踏まえ、今年はじめより医療法13条の48時間規制が撤廃され、新規開業の一般病床が医療計画の基準病床数に組み入れられることになりましたが、医療法上では入院施設として認められました。但し廃止に伴い、一層の医療安全のため、患者の緊急時に対応する体制確保、他の医療機関との連携等が義務付けされました。

地域医療にとって今後とも有床診療所の役割、重要性については日医も厚労省も認知していて、本年4月の「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」の中で、有床診療所の病床は貴重な社会資源として活用するという方向性を示し、地域において果すべき機能・役割については、地域の様々な実情に応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきであるとしています。

しかし医療法上の地位とは関係なく、有床診療所の経営はといいますと益々厳しくなり、平成18年の診療報酬改定で一般病床の長期入院費は引き下げられ(特

に療養病床に勤務する看護師を除く一般病床の看護師が4人以下のところでは、1ヶ月を過ぎると280点とカプセルホテルの半分にも満たない点数になっています。)療養病床の区分1並びに区分2の一部の入院費の引き下げで、区分1の入院患者が6割を占める有床診療所の経営が悪化し、本年6月の有床診の施設数は12,720まで減少しています。

有床診療所の灯を消さないため、日本医師会の「有床診療所に関する検討委員会」では、次期診療報酬改定に向けての緊急提言として、

- (1) 改正医療法と診療報酬との整合性の観点から、入院基本料が適正に評価されること
 - (2) 後期高齢者医療制度に係る診療報酬改定においても、有床診療所の入院医療が適正に評価されること
 - (3) 地域における有床診療所の役割・機能がこれまで以上に大きくなること
- の3点を行っています。

また、全国有床診療所連絡協議会では、「有床診療所の活性化を目指す議員連盟」を発足させ、現在まで約60名の議員の方々(和歌山県からは石田真敏衆議院議員に参加してもらっています。)と5回の会議を持ち、

- (1) 介護保険のショートステイを診療所の一般病床においても可能とする。
 - (2) 医療保険と介護保険の適用の選択が出来るベッドを現行の2室8床から全床にすること
 - (3) 一般病床と療養病床が混在する場合は配置基準を通算できるようにすること
- 等を、議員連盟会長の山崎拓議員と内藤会長の連名で要望を提出しています。

全国有床診療所連絡協議会でも、先日の鹿児島県での20回総会時に、日医唐澤会長に要望書を提出していますが、内容については後ほど辻啓次郎先生が報告してくれます。

なにはともあれ、有床診療所の先生は、臨床経験を積み、腕に自信を持ってから開業し、専門医療、救急医療を行い、地域の医療ニーズを満たす カカリつけ医として、最近では病院からの受け皿、在宅医療の後方支援、終末期医療を行っています。

今後ともこの役割は変わることなく、地域医療を支える入院施設として益々重要なになってくると思いますので、力を合わせて有床診療所を守っていきましょう。

本日は総会に続いての研修会では、日医常任理事で保険・有床診療所担当の 鈴木満先生に「有床診療所の当面の課題」についてご講演いただきます。

最後までご聴講の上、今後の有床診療所運営の方向性・在り方の参考にしていただきたいと思っています。

来賓挨拶

和歌山県医師会副会長 寺下 浩彰 先生



第14回の有床診療所協議会の総会・研修会がこのように盛大に行われましたことにまずお祝い申し上げます。

本日、県医師会長の柏井がご招待いただいたのですが、公用と重なりまして私、副会長の寺下がお邪魔しております。

会長からの祝辞を代読させていただきます。

本日第14回和歌山県有床診療所協議会総会並びに研修会が多数の皆さまのご出席のもとに開催されましたことを心からお喜び申し上げます。

また、平素は医療・保健・福祉の推進のため何かとご尽力を賜っておりますことにつきましてこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

さて、医療は国民と我々医療人が協力して構築すべき社会資本であります。いつでも・どこでも・誰にでも医療を受ける権利と機会は死守されなければなりません。しかし、今断行されようとしている医療制度改革は国民に提供される医療の質の確保をまったく無視し、医療費削減のみを目的とした医療費適正化計画であり、病床数削減による患者の医療機関からの追い出し、地域ケア体制の整備の名の下での医療の制限など、弱者切り捨ての施策がその実態であります。また、前政権下での医療費抑制策は患者自己負担増による医療格差の拡大を生み、医師の過重労働の結果としての深刻な医師不足と偏在という医療提供体制の危機をもたらしております。我々は将来にわたり国民が安全かつ良質な医療を受けることのできる医療制度を確保する責務があります。適正な医療提供のために国民皆保険制度とフリーアクセスが堅持されるよう強く訴えて参らねばならないと思っております。

一方、有床診療所におかれましては高齢者の療養の受け入れから高度な手術を実施するなど、地域のニーズに応じた柔軟な医療を提供していただいております。いずれの診療領域においても自らの専門領域の医療を対応可能な範囲で他施設との連携を密にしながら提供していただいていることで地域住民の信頼を得ておられます。地域によっては病院に代わって医療の確保のために必須の役割を担っていただいております。非常に感謝しております。

今後とも会員の先生方のご協力をいただきながらよりよい医療環境の実現に向け取り組んで参りますので、何とぞよろしくお願ひ申し上げます。

終わりに本総会・研修会が実り多い成果を上げられましたことのお祝いとともに、貴会のますますのご発展と、皆様方のご健勝ご多幸を祈念申し上げてご挨拶いたします。

和歌山市医師会会長 森 喜久夫 先生



第14回和歌山県有床診療所協議会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。

またこの会にご招待をいただきましたことに感謝を申し上げますとともに、日頃から和歌山市医師会のためにいろいろとご支援ご協力をいただいてありますことをこの場を借りまして御礼を申し上げます。

さて、医療界を巡る情勢はもう皆様がご存じの通り年々厳しくなって参ってあります。昨年は4月1日から診療報酬が3.16%引き下げられましたし、それから6月には医療制度改革の関連法案が国会を通り、さっそく10月より現役並みの所得を有するお年寄りの一部負担が2割から3割に引き上げられました。また、来年の4月からは70から74歳のお年寄りの一部負担

金が1割から倍の2割になる予定になってあります。

このように我々医療界を取り巻く情勢、これは非常に厳しいものがございます。このような状況下にありましては今日のこの総会のようにお互いに資料を持ち寄り、その資料を検討し、その資料をうまく利用して苦境を乗り切っていくのが一番いいと思います。

特に、有床診療所は地域に根ざした医療機関として、また地域に密着した医療機関として生き残っていくのが一番いいのではないかと思います。

全国に約4000名の会員を有する全国有床診療所連絡協議会の会員の皆様を軸として、これからも一致団結して頑張っていただきたいと思います。

先日の全国有床診療所連絡協議会の総会におきまして、今日ご講演される予定になっております鈴木先生が「入院機能を持ち、専門的な医療を提供し、かつ在宅療養の支援もできるこの有床診療所の重要性、これが今後ますます高まつてくるであろう」という風に述べておられました。

どうか青木会長のもと、皆さんがあわせて団結して行動し、この有床診療所の重要性をますます高めるとともに、和歌山県有床診療所協議会がますますご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祝辞とさせていただきます。



伊都医師会会長 横手 英義 先生

本日は和歌山県有床診療所協議会総会・研修会の開催、誠におめでとうございます。

ただいまご紹介いただきました伊都医師会の横手でございます。

外は猛暑ですが、医療界は冷え切っていると言っても過言ではないと思います。私も3年前までは有床診療所を開設していましたが、地域の住民の皆様の利便性を考えるよりもあまりにも有床診療所への国の評価が低いことにもう嫌気がさしまして閉じてしましました。有床診療所の先生方の地域住民医療への日々のご努力には計り知れないものがあることを十分理解しております。

日本独自の地域に根ざした有床診療所を高く評価しないことから地方での医療崩壊が顕著になってきているのだと思います。国の第5次医療計画の中でも療養型病床群の介護型がなくなり、医療型も半減するということになっております。かと思うと、特養のような介護施設に医療を重視した施設を新設しようとしたりしております。医療と介護を分けようとしているのか、医療と介護をミックスさせようとしているのか本当にわからない、医療施策に首尾一貫したところが見られません。

昨年の4月の医療報酬の減額改定の中、医療経営は本当に苦しくなっております。特に有床診療所の入院費はショートステイよりも低く抑えられているところもあります。有床診療所の48時間規制は撤廃されましたけれど、更にこれでもか、これでもかと規制をかけ、有床診療所を潰しにきてるようにも思われます。

しかし、この有床診療所の機能は地域住民の方々にとっては非常にありがたい存在であると思います。この町に住んでいてよかったですと思えるのは、やはり充実した医療がその地域にあるからです。その一役を担うのは有床診療所であることは間違いないと思っております。

このあとわざわざ日医よりお越しの鈴木先生が私どもの有床診療所の将来について心強い講演を行ってくださると思います。

暑い日の続く今日、院長先生方にはどうぞご自愛下さり、ますます地域医療に今後ともご努力いただきますようお願いいたしますとともに、今日の会議が実り多い会となりますよう祈念いたしまして私の挨拶とさせていただきます。今日はお招きありがとうございました。

第14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：丸笛 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

和歌山県医師会 副会長 寺下 浩彰 先生

和歌山市医師会会长 森 喜久夫 先生

伊都郡医師会 会長 横手 英義 先生

祝電披露

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20回全国有床診療所連絡協議会総会報告 辻 啓次郎

(3) その他 青木 敏

協議事項

(1) 平成18年度収支決算

青木 敏

(2) 平成19年度事業計画

青木 敏

(3) その他

青木 敏

☆商品案内《久光製薬》

二、有床診療所セミナー

座長：辻内科医院 辻 薫

有床診療所を巡る医療法改正と今後

講師 日医常任理事 鈴木 満 先生

三、情報交換会

度庶務・事業報告

和歌山県有床診療所協議会

会員数 58

第13回総会・研修会

平成18年8月19日

第13回総会・研修会会誌配布

平成18年 9月

有床診療所の開設・病床の転換について情報提供

平成18年11月

平成19年度役員会

平成19年 5月

全国有床診療所連絡協議会

会員数 3,986(-300)

有床診療所協議会 34

定時総会

平成18年8月5・6日

常任理事会

平成18年 6月10日

役員会

平成18年 8月 5日

有床診療所の活性化を目指す議員連盟設立

同 勉強会

平成18年11月26日

日本臨床整形外科学会・有診部会との共催による講演会

平成18年10月11日

平成18年11月29日

平成18年12月13日

平成18年11月19日

日医有床診療所に関する検討委員会

平成18年 8月 3日

平成18年 9月15日

平成18年11月10日

平成18年12月20日

平成19年 1月24日

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	3,430,940	17年度総会冊子作成、送料	
会 費 15,000×2名(H18年度)	30,000	録音反訳	191,530
15,000×59名(H19年度)	885,000	二チイ合館講演料・資料代	129,000
預金利息	1,413	議員連盟	30,000
		会議費	22,700
		振込み料	1,380
計	4,347,353	計	374,610

次回へ繰越金 3,972,743

全国有床診療所連絡協議会総会報告事項

第20回全国有床診療所連絡協議会総会報告

日 時 平成19年7月28日(土)・29日(日) 場 所 城山観光ホテル(鹿児島県鹿児島市)

第1日目 《平成19年7月28日(土)》

1. 開会	司会：鹿児島県有床診療所協議会 理事 鹿児島県有床診療所協議会会长 第20回全国有床診療所連絡協議会総会 会長 全国有床診療所連絡協議会 会長 日本医師会 会長 議長：第20回全国有床診療所連絡協議会総会 会長	田之上修朔 海江田 健 米盛 學 内藤 哲夫 唐澤 祥人 米盛 學
2. 挨拶		
3. 祝辞		
4. 議事	(1) 議事録署名人指名 (2) 報告 ① 平成18年度事業報告 ② その他 (3) 協議 ① 平成18年度収支決算に関し承認を求める件 ② 平成19年度事業計画に関し承認を求める件 ③ 平成19年度収支予算案に関し承認を求める件 ④ 会則改正に関し承認を求める件 ⑤ 役員改選に関し承認を求める件 ⑥ その他	
5. 次期開催県会長挨拶	青森県医師会 会長	佐々木義樓
6. 閉会の辞	鹿児島県有床診療所協議会 副会長 参議院議員	中村 弘 西島 英利
『中央情勢報告』		
特別講演 『少子高齢社会を支える国民医療～地域医療提供体制の将来像～』	講師：日本医師会 会長 座長：第20回全国有床診療所連絡協議会総会 会長	唐澤 祥人 米盛 學

第2日目 《平成18年8月6日(日)》

『過去20年間に亘る全国有床診療所連絡協議会の活動について』

全国有床診療所連絡協議会広報担当理事
座長：鹿児島県有床診療所協議会 理事
大岩 俊夫
濱田 國弘

シンポジウム

『医療制度改革後の有床診療所の抱える問題点とその対応策』

座長：鹿児島県有床診療所協議会 副会長
鹿児島県有床診療所協議会 副会長
相良 有一
中村 弘

シンポジスト

- | | | | |
|---------------|-------|-------------------|-------|
| ① 内科系：林田内科 | 林田 功 | ② 外科系：生駒外科医院 | 生駒 明 |
| ③ 小児科：紫原たはら医院 | 太原 博史 | ④ 産婦人科：石井クリニック | 石井 裕子 |
| ⑤ 整形外科：橋口整形外科 | 橋口 兼久 | ⑥ 在宅療養支援診療：内村川上内科 | 川上 秀一 |
| ⑦ 日医総研：主任研究員 | 江口 成美 | | |

講演 I

『今後の医療提供体制について』

講師：厚生労働省医政局 総務課長
座長：鹿児島県有床診療所協議会 理事
二川 一男
園田 勝男

講演 II

『有床診療所における医療と介護』

講師：日本医師会有床診療所に関する検討委員会担当理事
座長：鹿児島県有床診療所協議会 会長
鈴木 満
海江田 健

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 3,986名(平成19年3月31日現在) 《4,270名(平成18年3月31日現在)》

2. 会議

- (1) 定時総会：平成18年8月5・6日（千葉県）
 1日目 13時30分～常任理事会・役員会／総会・懇親会
 2日目 9時00分～シンポジウム・講演・特別講演
- (2) 常任理事会：平成18年6月10日(東京) 16時00分～ 品川プリンスホテル
 : 平成18年8月 5日(千葉市) 13時30分～ ホテルミラコスタ
 : 平成19年2月18日(東京) 12時00分～ 羽田エクセルホテル東急
- (3) 役員会：平成18年8月 5日(千葉市) 14時30分～ ホテルミラコスタ
 : 平成18年11月26日(東京) 13時00分～ オフィス東京
- (4) 会計監査：平成18年5月20日(福岡) 16時00分～ 福岡県医師会館
- (5) その他
- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 療養病床に関する資料の打合せ | : 平成18年 4月 1日 |
| 竹嶋日医副会長と懇談 | : 平成18年 4月 8日 |
| 衆議院厚生労働委員会地方公聴会傍聴 | : 平成18年 5月 8日 |
| 日医新役員就任披露パーティー | : 平成18年 5月16日 |
| 広島県有床診療所協議会設立総会に於いて実藤常任理事講演 | : 平成18年 5月20日 |
| 厚生労働省医政局と懇談 | : 平成18年 6月20日 |
| 尾身茂氏激励会出席(厚労省依頼により) | : 平成18年 6月20日 |
| 原田議員と明日の日本を語る会出席 | : 平成18年 6月26日 |
| 岡山県有床診療所協議会総会に於いて鹿子生専務理事講演 | : 平成18年 7月 1日 |
| 九州ロック常任理事打合せ会 | : 平成18年 7月 8日 |
| 厚生労働省保険局原徳壽新医療課長へ挨拶 | : 平成18年 7月26日 |
| 厚生労働省と懇談 | : 平成18年 7月26日 |
| 有床診療所の活性化を目指す議員連盟発起人打合せ | : 平成18年 7月27日 |
| 第1回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成18年 8月 3日 |
| 療養病床に関する意見交換会 | : 平成18年 8月 6日 |
| 原田議員と打合せ会 | : 平成18年 8月11日 |
| 有床診療所の活性化を目指す議員連盟発起人打合せ | : 平成18年 9月 6日 |
| 厚生労働省と懇談 | : 平成18年 9月15日 |
| 第2回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成18年 9月15日 |
| 川平真善指導課長補佐と懇談 | : 平成18年10月 1日 |
| 有床診療所の活性化を目指す議員連盟設立総会 | : 平成18年10月11日 |
| 厚生労働省と療養病床について意見交換 | : 平成18年10月21日 |
| 鹿児島県有床診療所協議会総会に於いて鹿子生専務理事講演 | : 平成18年10月21日 |
| 神奈川県医療関係機関地域交流会に於いて内藤会長講演 | : 平成18年11月 4日 |
| 厚生労働省と懇談 | : 平成18年11月10日 |
| 第3回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成18年11月10日 |
| 日本臨床整形外科学会と診部会との共催による講演会 | : 平成18年11月19日 |
| 日本医師会国民医療推進協議会総会 | : 平成18年11月29日 |
| 第1回有床診療所の活性化を目指す議員連盟勉強会 | : 平成18年11月29日 |
| 第2回有床診療所の活性化を目指す議員連盟勉強会 | : 平成18年12月13日 |
| 第4回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成19年12月20日 |
| 厚生労働省と懇談 | : 平成19年 1月11日 |
| 武見敬三先生支援団体総会労省医政局原総務課長と懇談 | : 平成19年 1月23日 |
| 第5回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成19年 1月24日 |
| 広島県有床診療所協議会総会に於いて鹿子生専務理事講演 | : 平成19年 1月27日 |
| 福岡市医師会百周年祈念式典に内藤会長出席 | : 平成19年 2月12日 |
| 徳島県有床診療所協議会総会に於いて鹿子生専務理事講演 | : 平成19年 2月24日 |
| 厚生労働省三局との意見交換会 | : 平成19年 3月 1日 |
| 第4回日医有床診療所に関する検討委員会 | : 平成19年 3月 1日 |
| 内藤哲夫先生旭日双光章受章祝賀会 | : 平成19年 3月 4日 |
| 徳島県有床診療所協議会総会に於いて鹿子生専務理事講演 | : 平成19年 3月25日 |

3. 刊行物

第19回総会報告書／有床協ニュース No.58 No.59 No.60

平成19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「有床診療所に関する検討委員会」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19年7月28日
全国有床診療所連絡協議会
会長 内藤哲夫

要 望 書

本年1月1日より改正医療法は施行され、有床診療所は、医療法上で入院医療の一形態として明確に位置付けられた。

有床診療所が多くの機能を持つことは、最早周知の事実であるが、地域の人びとに最も近い位置にあって、多くの制約を受け乍らも、急性期・亜急性期あるいは分娩に関する医療などを提供し、更には、必要に応じて患者に最も適切な施設を紹介するゲートキーパーの役を果たし、また、慢性期の患者には病院機能を補完する受け皿となり、末期の在宅医療までをも行って、地域の人びとを支えているのが、有床診療所の現状である。

然し、旧医療法上で入院施設ではないとの認識からか、長年に亘って低く設定されて来た入院基本料が主因となって、近年、年間約1,000もの有床診療所が病床閉鎖に追い込まれていることは、地域医療にとって重大な問題である。

その現況を打破し、有床診療所の活性化を図るための、全面的な日医の御支援を御願いするとともに、次の諸項目を要望する。

- ①改正医療法でも認められた、入院医療の一形態としての有床診療所機能を適正に評価し、有床診療所に対する入院基本料の大幅な引き上げを行うこと。
- ②診療所の病床に、複雑な病床区分や制約を設けず、実態に即したものとし、急性期から慢性期・終末期に至る、医療・介護が行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持させ得るものとすること。
- ③新地域医療計画策定に当っては、改正医療法上に於いて確立されている、有床診療所の明確な位置づけを求め、主要事業項目に関しても、有床診療所の特性を活かし、その活性化を図り得る連携体制の構築に努める旨の事項記載を行うことを、各都道府県を通じて、行政に対して強く要望すること。

平成19年度和歌山有床診療所協議会事業計画

有床診療所の活性化のため、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今後の有床診療所のあり方を研究し、更なる活性化に取組む。
- ②日医「有床診療所に関する検討委員会」に、我々の意見・方針を伝達する。
- ③地域医療の基盤である有床診療所継続のため、日医と創設された「有床診療所に関する議員連盟』を通じて、不当に低く設定されている入院基本料の大幅な引き上げを目指す。

II 有床診療所に関する情報提供・研修会を行う。

出席者名簿(順不同・敬称略)

●来賓

和歌山県医師会副会長 寺下 浩彰
和歌山市医師会会长 森 喜久夫
伊都郡医師会会长 横手 英義

●会員

青木 敏	梅本 博昭	嶋本 嘉克	辻 薫
辻 啓次郎	辻 秀輝	辻 寛	辻村 武文
仲井間 憲要	長雄 英正	橋本 忠明	武用 灑彦
丸 笹 雄一郎			

●出席者

岩本 和代	石黒 昌豊	小川 房子	尾崎 匡俊	川端 信子
北野真季子	児玉 浩美	雑賀 克仁	島野 盟子	田端 清志
田村 晃子	辻 昌子	辻村美穂子	野田 昌男	橋本奈加子
東浦しげみ	福田 智子	細野 千草	松田眞矢子	三木 貴史
三田 康裕	松山 哲夫	南村理智子	山本紀代美	吉岡 秋雄

講 演

「有床診療所を巡る医療法改正と今後」

講師 日本医師会 常任理事 鈴木 満



有床診療所の推移

2005年10月厚生労働省統計(医療施設調査)より、有床診療所における施設数・病床数の推移をみると、2005年(平成17年)の有床診療所の施設数は1万3477と1,289の減少。有床診療所の病床数は16万7000床と1万4001床の減少となっています。その内、医療法人立では2,689床、個人立では1万807床減少となっています。この統計は、

2005年10月の厚生労働省医療制度改革試案発表、同年12月の療養病床の再編決定、2006年の診療報酬改定の前に行われたものです。

2005年日本医師会による有床診療所実体調査によると、

①ケアミックス:患者の52.8%が慢性期、22.8%が急性期、13.1%が亜急性期、3.2%が終末期。

②専門性:眼科の7割が1000点以上の手術を年間100件以上実施。分娩は年平均278件実施。

③在宅医療においては内科では、年平均で往診123件、訪問診療216件実施。

④介護では27.7%が併設施設を1以上保有し、15.4%が居宅介護支援事業所を保有。

⑤入院患者満足度は82.2%が満足という回答結果から、多様なサービスを提供していることが明かとなりました。

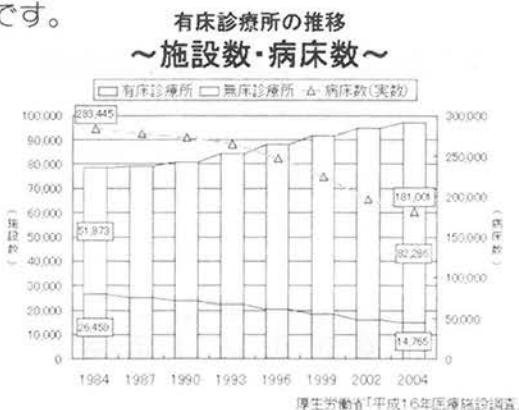
また、補則調査によれば、有床から、無床に転換した施設の現状はいうと、約半数の施設で、無床化後の医業利益が悪化しております。利益率の減少が49%、同じが24%、増加が14%であり、60%の施設で外来患者が減少、65%の施設で外来収入が減少しているとの調査結果がでております。

無床化の主な理由は、人件費、入院患者の減少、精神的・体力的限界、看護スタッフの確保、入院報酬といったものがあげられてあります。

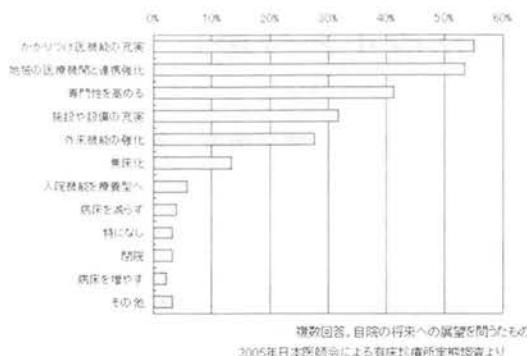
診療所に病床があることが、患者の安心感を高めて外来の受診につながり、さらには経営にも好影響を与えている可能性があり、多様な医療サービスの提供ができ、地域の入院医療ニーズに柔軟に応えられる身近な医療施設を守るために、人員配置に応じた診療報酬の改善が必要となってまいります。

有床診療所の将来への展望、方向性

2005年全国有床診療所実態調査結果より見ますと、現在、ケアミックスを中心とする一方で、多くの手術を実施し、在宅医療や介護事業にも取り組んでいるのが、有



有床診療所の将来への展望、方向性



床診療所の全体像であります。

多くの有診では、一人の医師で運営されて、有診の制度的存続を図るために、医師の配置基準を医療法で規定するべきではない。

有診の多様な医療サービスを支えるはずの経営状況は、近年、厳しくなる傾向にあり、外来収入が、経営に大きく影響していることから、看護要員等の人員配置に応じた入院基本料の保証が必要であります。

外来患者も、病床のある有診に安心感を

抱いているということから、地域住民が安心して医療を受けられる環境を守るため、有診は必要であるということが浮かび上がってきました。

有床診療所の多くが、かかりつけ医機能の充実や医療連携、専門性の向上を将来展望として抱いているということは、地域の医療連携体制の要として、有診の重要性を主張していくべきであります。

医療提供体制と有床診療所の今後

有床診療所は、身近で頼りになるかかりつけ医による施設形態であり、多様な患者を受け入れ、多様なサービスを提供し、かつ患者の満足度も高い。

有床診療所の施設数は減少傾向にあるが、高齢社会の進展など、今後の日本の医療にとって重要な存在である。

以上のことから、有床診療所は、医療連携体制の構築、在宅医療・介護が進められる中、地域の医療提供体制において、重要な役割を担っているといえる。

第5次医療法改正から、19年1月1日より有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日の提供している医療の状況等を踏まえ、48時間の入院期間制限を撤廃されました。また、入院患者の症状急変に備え、他の病院や診療所との緊密な連携の確保を義務付け(具体的な規定はなし)ました。

一般病床の許可制、基準病床への算定については、基準病床への算定に伴い、診療所に一般病床を設置する際、都道府県知事の許可が必要となりました。※従来は届出病床オーバー地域で、新たに診療所に病床を設置するときは、原則として都道府県知事から勧告を受ける。勧告された場合、病床を設置したとしても、保険医療機関の指定がされない。経過措置の特例として、既存の有床診療所は許可を受けたものとみなされ、改めて許可を受ける必要はない(施行期日時点で、施設の使用許可を受けている有診)

次の場合は特例があり、病床設置の許可は不要、届出で設置可能。診療所名を医療計画に記載するため、都道府県医療審議会の議を経る必要がある。

○居宅等における医療提供の推進のために必要な診療所として、医療計画に記載(見込み)。

○へき地に設置される診療所として、医療計画に記載(見込み)。

○たとえば、周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として、医療計画に記載(見込み)。

その他、知事の勧告の対象とならない場合(増床する分を除く)

○病院を廃止して診療所に転換する場合

- 診療所が移転する場合
- 診療所を相続・承継する場合(有診の開設者が変わる場合)
医療計画に関して、国が定める基本方針への位置づけ(医療提供体制の確保を図るための基本的な方針)として、「診療所における医療の提供に関しては、例えば、居宅等における療養を支える入院医療の提供も可能である有床診療所の特性など、各診療所の地域における役割を考慮することが重要である。その上で、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といったかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、診療所相互間又は診療所と病院との業務の連携によって、診療時間外においても患者又はその家族からの連絡に対し、往診等必要な対応を行うことができる体制の構築が求められる。」

4疾病5事業の医療連携体制における役割というと、今回の医療法改正によって、疾患ごと、事業ごとに、医療連携体制を構築することとなった。

- 疾患:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
 - 事業:救急、へき地、災害、周産期、小児
- 4疾病5事業の医療連携体制は、医療計画に記載され、平成20年度以降に順次スタートする。

4疾病5事業ごとの医療連携体制は、地域の実情に応じて作成され、地域にとって、身近な入院施設であり、かつ、専門的な治療機能を持つ有床診療所は、4疾病5事業の医療連携体制の中で重要な役割を担うことが期待される。

脳卒中の医療連携体制の場合(厚生労働省:4疾病5事業の医療連携体制作成指針より)

(1)発症予防の機能【予防】

- 診療ガイドラインに即した診療の実施(基礎疾患・危険因子の管理、初期症状出現時の対応について教育・啓発、急性期医療機関への受診勧奨)

(2)応急手当・病院前救護の機能【救護】

- 急性期医療機関への発症後2時間以内の搬送

(3)救急医療の機能【急性期】

- 救命救急センター、脳卒中専門病棟
- 患者来院後1時間以内の専門的治療の開始
- 廃用症候群、合併症予防、早期自立のためのリハビリテーション実施

(4)身体機能を回復させるリハビリテーション機能【回復期】

リハビリテーション専門病院、回復期リハビリテーション病棟

(5)日常生活復帰、維持へのリハビリテーション機能(維持期)

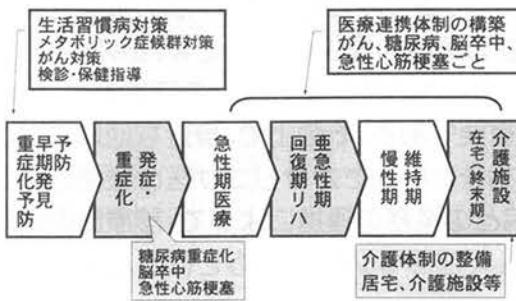
- 診療ガイドラインに即した診療の実施
- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応、訪問・通所リハビリテーション、回復期・急性期の医療機関との連携

○介護老人保健施設、介護保険リハビリテーションを行う病院・診療所

(6)生活の場で療養できるよう支援する機能(維持期)

- 診療ガイドラインに即した診療の実施
- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応、訪問・通所リハビリ、回復期・急性期・維持期医療機関との連携、特養等への在宅医療の実施

～疾病ごとの医療連携体制を中心とする流れ～
予防から在宅医療までの様々な局面において、有床診療所が関わることが期待される



民の入院医療へのアクセスが困難となるおそれがあることから、入院機能を持ち、かつ、かかりつけ医、専門的な医療提供、在宅療養支援を担うことができる有床診療所の重要性は、今後も増加すると予測し、日本医師会として、

- ①有床診療所の重要性の周知活動(国民、患者、関係各界)
- ②疾病ごと、事業ごとの医療連携体制における有床診療所の位置付けの確保。
- ③安定した医業経営の確保。といったことに取り組みをしていくべきである。

医療費適正化について

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)(参酌標準関連)

○住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

①特定健康診査の実施率

平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。

②特定保健指導の実施率

平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定健康指導を受けることとする。

③メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標

平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とする。

※この目標は、長期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえたものである。

○医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標(案)の考え方

(1)療養病床の病床数

平成24年度末時点での療養病床の病床数 = ①と②により設定する

① 各都道府県における a-b+c

a 医療保険適用の療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。)の現状の数(平成18年10月)

b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数(平成18年10月)
(医療区分1)+(医療区分2)×3割

c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数(平成18年10月)
(医療区分3)+(医療区分2)×7割

② 都道府県は上記の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

(注) 全国レベルでの療養病床の目標数は、今秋を目途に各都道府県における設定状況を踏まえて設定する。

○診療所、訪問看護ステーション、療養通所介護事業所、薬局

国の医療費抑制策は、平均在院日数短縮、病床削減、集約化などにより、患者の医療へのアクセスを低下させるものであり、今後の日本の医療は、医療連携の強化や在宅医療の推進などが行われる。

後期高齢者が増加する一方で、医療機能の分化や病床の減少により、患者・住

平均在院日数の状況

我が国の平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方があるが、病院報告においては次の算式により算出することされている。

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) + 2}$$

平成17年度は、全病床では35.7日となっており、病床の種別ごとみると、精神病床で3272日、療養病床で1728日、また一般病床では198日となっている。

都道府県ごとの平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の関係をみると、高い相関関係にある。

図表1:病床の種類別の平均在院日数(単位:日)

年次	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
平成16年(2004)	36.3	338.0	10.5	78.1	172.6	20.2
平成17年(2005)	35.7	327.2	9.8	71.9	172.8	19.8

資料:大臣官房統計情報部「平成17年病院報告」

25%削減の目標を達成するために、

①標準的な健診・保健指導プログラムの作成。

○健診の標準化。

- ・健診項目、判定基準の標準化により保健指導の対象者を客観的に絞り込むことができる。
- ・健診データの電子的提出様式を標準化。

○保健指導の標準化。

- ・階層化基準の標準化により保健指導の対象者に優先順位をつけることができる。
- ・アウトソーシング基準により質の高い実施体制を確保。
- ・保健指導データの電子的提出様式を標準化。

○データ分析・評価の標準化。

- ・保健指導の成果を客観的に評価できる。
(健診データの改善、リスクの減少、該当者・予備群の減少等)
- ・保健師・管理栄養士等の仕事を客観的に評価することができる。

②ポピュレーションアプローチの充実。

○健康づくりのための運動指針。〈エクササイズガイド2006〉

○食事バランスガイド。

○禁煙支援マニュアル。

③国民に分かりやすい学習教材の開発。

等があげられる。

医療保険者に健診・保健指導を義務化するということでは

○40歳～74歳の被保険者・被扶養者を対象とすることで

- ・40歳未満、75歳以上は努力義務(75歳以上は後期高齢者医療制度で対応)
- ・対象者を明確に把握できる。
- ・健診未受診者を把握し、発症予防ができる。

○健診・保健指導のデータ管理の点では

- ・レセプトと突合することにより医療費との関係を分析できる
- ・治療中断者、治療未受診者を把握し、重症化防止ができる。

○特定健康診査等実施計画の策定では

特定健診・特定指導について

医療制度構造改革のポイント

①将来の医療費の伸びを抑えることが重要

②今回の改革のポイントは以下の3つ

- 健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入。
- 糖尿病等の生活習慣病者・予備群25%の削減目標を設定。
- 医療保険者に健診・保健指導を義務化。

- ・健診実施率、保健指導実施率、メタボリック・シンドローム該当者・予備群の減少率を明記。
- ・後期高齢者医療制度への支援金の加算・減算に反映させることができる。

特定健康診査の項目

必須項目

- 質問票(服薬歴、喫煙歴 等)
- 身体計測(身長、体重、BMI、腹団)
- 理学的検査(身体診察)
- 血圧測定
- 血液検査
 - ・脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
 - ・血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c)
 - ・肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)
- 検尿(尿糖、尿蛋白)

詳細な健診の項目

- 心電図検査
- 眼底検査
- 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)

(注)一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施

保健指導対象者の選定と階層化(その1)

ステップ1	○ 内臓脂肪率に着目してリスクを判定
	・腹団 M≥85cm F≥90cm ・腰団 M<85cm F<90cmかつ BMI≥25
	→(1) →(2)

①血圧：空腹時血圧100mmHg以上又はHbA1cの場合 5.2%以上 又はく藥剤治療を受けている場合(質問票より)
②動脈：中性脂肪150mg/dl以上 又はHDLコレステロール40mg/dl未満 又はく薬剤治療を受けている場合(質問票より)
③血圧：空腹時血圧130mmHg以上 又は腰椎大動脈血圧85mmHg以上 又はく薬剤治療を受けている場合(質問票より)
④貧血：嘔吐歴あり(6か月のリストが1つ以上の場合はのみカウント)

ステップ3 ○ ステップ1、2から保健指導対象者をグループ分け

(1)の場合	①～④のリスクうち 1つ以上の対象者は ②以上の対象者は ③以上の対象者は ④の対象者は	種類の支持レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル	とする。
(2)の場合	①～④のリスクうち 1つ以上の対象者は 1又は2の対象者は 0の対象者は	種類の支持レベル 動機づけ支援レベル 情報提供レベル	とする。

保健指導対象者の選定と階層化(その2)

ステップ4

○ 服薬中の者については、特定保健指導の対象としない。

(理由)
○ 健康的・医療的状態を受けることなく、栄養、運動等を含めた必要な保健指導については、医師相談にて対応が適切であるため。
(委考)
○ 特定保健指導とは別に、医療行為が、生活習慣病の有病者・子供群を減少させるために、必要と判断した場合には、主治医の依頼又は、了解の下に、保健指導を行ふことである。
○ 町村における衛生部門においては、主治医の依頼又は、了解の下に、医療保険者と連携し、健診データやセカーデータ等に基づき、必要に応じて、被験中の住民に対する保健指導を行う。

○ 前期高齢者(65歳以上75歳未満)については、積極的支持の対象となった場合でも動機づけ支援とする。

(理由)
○ 予防効果が多く期待できるものまでに、特定保健指導が既に行われていていると考慮されることが、日常生活動作能力、運動機能などを踏まえ、OOLの低下に配慮した生活習慣の改善が重要であること等

後期高齢者(75歳以上)に対する健診・保健指導

基本的な考え方

- 生活習慣による疾病の予防というよりも、OOLの確保・介護予防が重要。

健康診査

- 糖尿病等の生活習慣病の早期発見のための健康診査は重要。
- 高齢者医療法に基づき 幅広連合において実施(努力義務)。
- 健診項目：75歳未満の健診項目のうち、必調項目のみを実施。
※心電図等の医師の判断に基づき実施する項目を除く。
- ※腰団は 医師の判断に基づき実施。

保健指導

- 市町村において、本人の求めに応じて、健康相談等の機会を提供できる体制を確保。

望ましい積極的支持の例

○ 面接による支援

個別支援(30分以上) または グループ支援(60分以上)

・生活習慣と健診結果(問診の理解や生活習慣の振り返り)、行動計画や行動目標の設定等動機づけ支援の内容をともに支援とする。

・食生活については、食生活の中で、エネルギーの過剰摂取につながっている要因を把握し、その是正のための目標や食品の選択などの選択等が自らできるスキルを身につけて、確実に行動変容できるよう支援とする。

・運動については、生活活動、運動の実践化、元の確認や歩行筋肉の把握などを実現し、確実に行動変容できるよう支援とする。

- 2週間後
- 1ヶ月後
- 2ヶ月後

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

○ 3ヶ月後(中間評価による体重・腰回転の測定から必要時間までの評価までの行動目標:行動計画の修正を含む)

個別支援(20分以上) または グループ支援(60分以上)

- 4ヶ月後
- 6ヶ月後

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

電話、またはe-mailによる支援

個別支援(20分以上) または グループ支援(60分以上)

個別支援(20分以上) または グループ支援(6

特定保健指導の費用の考え方

- 必要な資源の提供に係る経費として試算したもの
- 人件費、設備費、通信費、材料費、評価のための血液検査費を含む

標準的支援料金概算(保健師人+常勤事務職員)

支援の種類	回数	時間	支援料金	支援時間(分)	通常料金(円)	標準料金(円)		D
						支援A	支援B	
初期面接	1	0	個別訪問	20	21,540円			
2か月目	2	か月目	電話訪問	15	45	45	45	
3か月目	3	か月目	電話	10	30	20	20	
4か月目	4	か月目	電話	15	45	45	45	
5か月目	5	か月目	個別訪問	20	60	170	170	
計	6	か月後	個別訪問	20	80	170	170	

出所)「開拓・保健指導による健診・保健指導の円滑化(第2回開拓する健診会議)」にて(標準料金)ありながら、
掲示されたもの。但し、開拓会議の参考資料として記載されているものとは一致しない。

特定保健指導の受託パターン例(1)

<地域連携会による受託例>



参加を検討。

④調査、指導権限を持たせる。

地域・職域連携推進協議会の役割として、

①地域・職域を網羅した健康づくり政策の推進。

○都道府県健康増進計画の見直し。

○生活習慣病対策と介護予防対策との連携。

○保健事業の実施体制の整備。

○健診・保健指導事業が適正に実施されているか等の全般の評価。

②今後第3者評価機構や不服申し立て・審査機関等の設置母体とする方向で検討する。

今後の課題。

①保険者と健診、保健指導機関の契約準備(単価の設定、事業実施地域の検討等を前提)

②従来の健診との整合性(項目、費用、体制)を行政と検討。

③健診機関、保健指導機関における体制整備(人材の養成等)

④契約締結。

⑤要治療者の受け皿。

といったことがあげられる。

2. 事業者団体の独自の支援パターンによる試算

支援の種類	回数	時間	支援料額	支援時間(分)	運営ポイント	累計ポイント		D
						支援A ポイント	支援B ポイント	
初期面接	1	0	個別訪問	20	45	45	45	
継続的な支援	2	1ヶ月目	電話A	15	45	45	45	
	3	2ヶ月目	電話B	10	30	30	30	
	4	3ヶ月目	電話A	15	45	45	45	
	5	4ヶ月目	個別訪問A	20	60	60	60	
合計	6	か月後	個別訪問	20	80	170	170	

18,709円

3. 特定健診・特定保健指導の実施に関するアンケート調査からの試算(E)

保健指導	調査結果
健診づけ支援	7,000円～12,000円
接種的支援	30,000円～60,000円

※保健指導は、「標準的健診・保健指導プログラム(暫定版)」に基づく

第3者評価機構について。

- ①保険者、健診・保健指導実施機関に対する第3者評価機構が必要。
- ②医療機能評価機構(ただし評価を受けるものの負担が過大とならないようにする)や、介護保険不服申し立て制度、医療保険審査システム等を参考とし、制度発足後できるだけ早期に設立する。
- ③評価機構には保険者、健診・保健指導担当者、医療担当者、法律家、学識者等の

38

高齢化に伴う医療ニーズの増加

将来推計人口

国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口(平成18年12月推計)」では、今後、わが国の総人口は減少していくが、75歳以上は増加傾向にあります。

主要な疾病別にみた推計入院患者数の推移(75歳以上)

①上述の将来人口推計と、年齢階級別の疾患別入院受療率(将来も一定と仮定)のみから将来予測。

②「脳血管疾患」「認知症(アルツハイマーを含む)」「心疾患」「肺炎」の入院患者数は、今後も増加。

③2040年頃までの人口増を反映し、特に80歳以上の入院患者数のウエイトが高くなることが見込まれる。

後期高齢者の推計入院患者数は

- ・平成17年(2005年) 1,459,308人
- ・平成22年(2010年) 1,631,377人
- ・平成37年(2025年) 2,089,125人
- ・平成47年(2035年) 2,250,415人
- ・平成57年(2045年) 2,231,078人
- ・平成67年(2055年) 2,191,107人

国立社会保障・人口問題研究所(H18.12月)

となり、2025年には 脳血管疾患⇒2.1倍 認知症⇒2.2倍 心疾患⇒2.2倍 肺炎⇒2.2倍 悪性新生物⇒1.9倍となる。

有床診療所と療養病床の再編

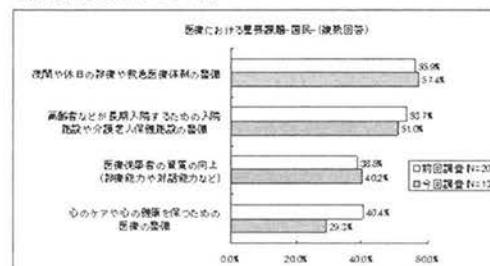
療養病床の転換について

厚生労働省の療養病床再編の問題点への日医の考え方について

- ①療養病床の入院患者の「医学的ニーズ」に基づいて行った推計は、「財源」に基づく医療病床数の推計を大きく上回る。
- ②2012年以降も医療療養病床の必要性は高く、それらを踏まえた議論が必要である。

国民が考える医療における重要課題

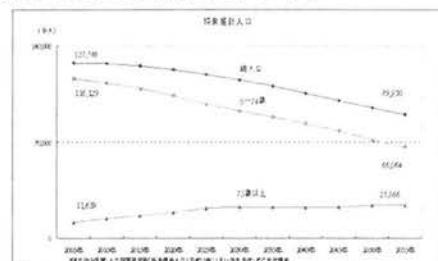
高齢者医療に関しては、国民は入院および入所施設の確保を希望している。



前回: 2002年調査 今回: 2006年調査

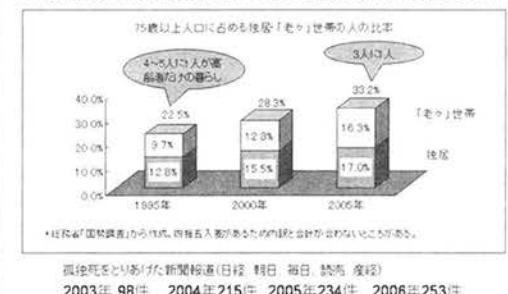
将来推計人口

◆団塊の世代が76歳~78歳となる2025年以降も75歳以上の人口は増加し続けている。



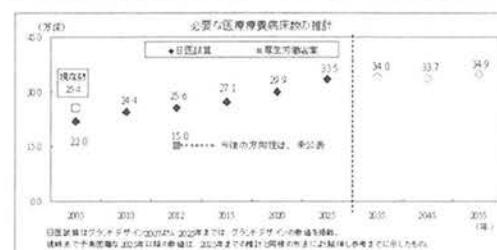
2. 「孤独死」の不安のない社会

厚生労働省は「高齢者は在宅へ」という方針である。しかし、高齢者の世帯実態の変容にも留意しなければならない。

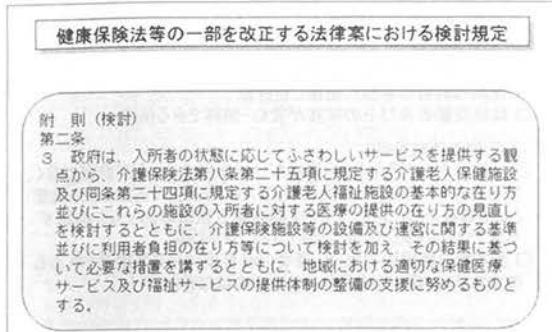


1. 必要な医療療養病床数の推計

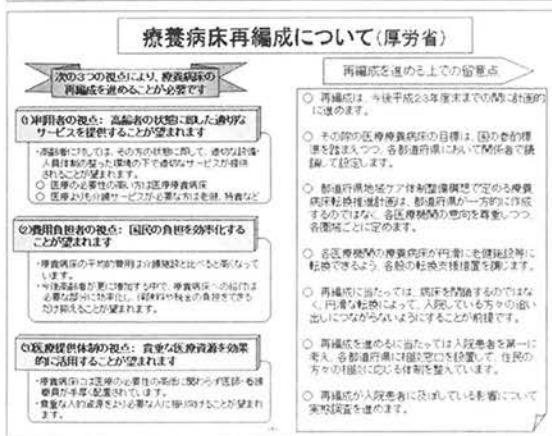
◆日本医師会の推計では、2005年時点での必要な医療療養病床は22.0万床で、2025年には33.5万床に達する。



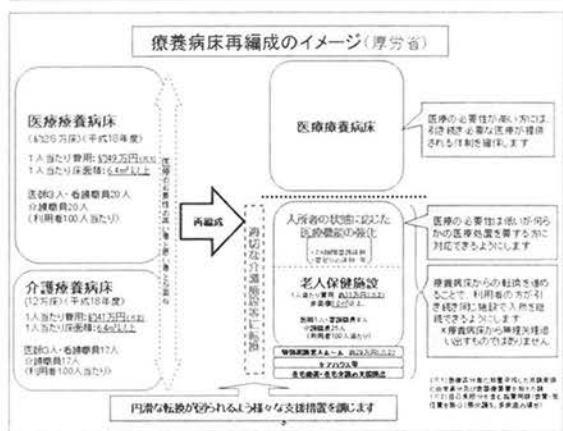
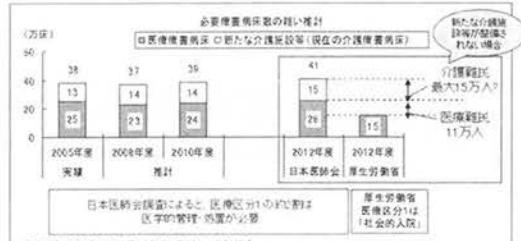
③病床の削減を行い、その後、再度、病床を新設することが起これば、明らかに社会的資源の無駄づかいといえる。



しかし、厚生労働省は医療区分1については、まったく医療が必要ないという整理をし、**2012年度の医療療養病床数は15万床**(回復期リハを除く)で良いとしている。



厚生労働省は、2012年度に医療療養病床を15万床にする方針である。しかし、患者実態を踏まえると、2012年度には医療療養病床は26万床必要である。医療難民、介護難民を出さないためにも、療養病床のあり方の見直しが不可欠である。



後期高齢者医療制度

- ①有床診療所は、後期高齢者医療制度の橋頭堡
- ②診療報酬上の点数設定における課題
 - 慢性期の外来医療に関して
 - 入院医療に関して
 - 在宅医療の推進に関して
 - 終末期医療に関して

2. 外来医療

<「基本的考え方」における記述>

- (2) 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療
- ・訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 通院医療についても、在宅医療と同様に、後期高齢者を総合的に診る医師により提供されることが重要である。

示された論点例

- 複数の疾患や合併症を持つことが多いことから。
・主治医が後期高齢者を総合的に診ることを進めるなどをどう考えるか。
- ・複数の医療機関を受診している可能性があるため、受診時に、充分な病歴や受療歴(投薬、検査等を含む)の確認が行われることをどう考えるか。
- 認知症や心の問題を抱えている場合も多いことから、患者のみならず患者家族等(介護者及び見人)についても、必要に応じた連絡・情報提供がなされることをどう考えるか。
- 患者が地域における医療・介護・福祉サービスを有効に活用することをどう考えるか。

4. 在宅医療

<「基本的考え方」における記述>

- (2) 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療
- ・訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 地域での療養生活を安心して送りうるようになるには、信頼感の確保され、在宅医療が必要であり、そのためには、患者についての情報を共有しつつ、患者を中心とした地域における医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の医療関係者が相互に協力して、チームとして対応する必要がある。
- この場合、中心となって医療関係者の連携を調整する役割を担う医師が置かれる仕組みが重要なとなる、これを実現するためには、後期高齢者を総合的に診る医師が必要である。
- また、在宅医療を後方支援する医療機関との連携を進めいくことが必要である。さらに、全身状態の維持にも重要な口腔管理を促すことや、重複投薬・相互作用の発生防止を目的とした同一の薬局による使用医薬品の管理、在宅での療養を支える訪問看護の取組等を進めていくことが必要である。
- (3) 介護保険等他のサービスと連携の取れた一體的なサービス提供
- 後期高齢者の医療を考える上では、後期高齢者が介護保険のサービスを受けていることも多いことから、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、後期高齢者の状態を十分に踏まえたサービス提供を行はず、医療サービスの枠内に止まらず、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠である。

社会保障審議会 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会
平成19年7月30日

1. 総論

特別部会における主な議論等

1-① 基本的視点

- 後期高齢者の生活を重視した医療
- 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

1-② 医療の連続性等

- 75歳以上かどうかという理由だけで区別することが前提でなく、患者の尊厳の保持や患者の視点に立った「支える医療」の構築という観点を頭に置きつつ、後期高齢者医療のあり方を検討すべきではないか。
- 基本的な医療の内容は、患者の必要度に応じて提供されるものであり、74歳以下と変わらないのではないか。

3. 入院医療

<「基本的考え方」における記述>

(1) 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要

慢性期医療の提供においては、治療が長期にわたるために後期高齢者の生活を見越した医療を提供していくべきことは当然であるが、急性期入院医療においても、後期高齢者の入院時から、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いて、その生活を実現するための総合的な治療計画を立てていく取組を進め、それを元にして入院医療を実施するほか、看護や介護といったサービスとの連携体制を考えていくことが重要である。

示された論点例

- 退院後の生活を見通した総合的な入院診療計画が立てられ、また患者や家族に提供されることをどう考えるか。
- 住み慣れた地域や居住系施設への早期退院に向けた総合的な評価についてどう考えるか。
- 地域における医療・介護・福祉サービスを患者が有効に活用することをどう考えるか。

5. 終末期における医療

<「基本的考え方」における記述>

(4) 安らかな終末期を迎えるための医療

- ・十分に理解した上で患者の自己決定の重視
- ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

終末期医療については、患者及び家族と医療関係者との信頼関係に基づく緊密なコミュニケーションの中で、患者及び家族の希望を尊重しつつ、その尊厳を保つことに配慮した医療を実現していくべきであり、その具体的な在り方については、国民の関心も高く、実践が積み重ねられる中で、今後とも慎重に議論を行っていくべき問題である。

なお、現在、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を早期に作成することとしている。

示された論点例

- 終末期に備えた患者の生前の意思や家族の希望を尊重することをどう考えるか。
- 痛み緩和ケアを進めることをどう考えるか。

要望書(全国有床診療所連絡協議会 平成19年7月28日)

- ①改正医療法でも認められた、入院医療の一形態としての有床診療所機能を適正に評価し、有床診療所に対する入院基本料の大幅な引き上げを行うこと。
- ②診療所の病床に、複雑な病床区分や制約を設げず、実態に即したものとし、急性期から慢性期・終末期に至る、医療・介護が行える自由な病床として、その柔軟な特性を維持させ得るものとすること。
- ③新地域医療計画策定に当っては、改正医療法上に於いて確立されている、有床診療所の明確な位置づけを求め、主要事業項目に関しても、有床診療所の特性を活かし、その活性化を図り得る連携体制の構築に努める旨の事項記載を行うことを、各都道府県を通じて、行政に対して強く要望すること。

医療財源の確保

08予算削減「医療中心」

財政審(財政制度等審議会)が建議

- * 後発医薬品の使用促進⇒1.3兆円の削減⇒参照価格制度に類似
- * 保険免責制度
- * 開業医の役割の再評価(小児科医不足)
- * 医療従事者の役割分担の見直し⇒高コスト構造の改善(H19.6.6)

医師不足問題と開業医

医師不足問題が国民的課題となる中、開業医に、休日夜間診療などの業務転嫁を強いる動きが、国にある。

診療所医師は、通常の診療業務のほか、地域の保健・医療・福祉を支える役割を担っている。診療所医師への業務転嫁は、これまでの勤務医の疲弊に加えて、診療所医師の疲弊も招くこととなり、地域医療に混乱を来たすことにつながりかねない。

勤務医不足の解消と開業医の適正な評価のため、財政中立を脱却した新たな財源が求められる。

- ・ 救急対策(急诊センター出張、休日診療、夜間診療)電話相談
- ・ 学校医、産業医、監査医
- ・ 予防接種(乳幼児検診)から、成人疾患検査、健康相談
- ・ 懸念症対策、安全・災害対策委員
- ・ 保健・福祉計画等の策定委員
- ・ 地域の行事における救護所等への出張
- ・ 介護保険対応(主治医意見書、介護保険認定審査会、ケアマネジメント評議委員会等)
- ・ 公的医療保険維持のための保険診療に関する研修会等

対GDP比総医療費支出(2003年)

日本は8.0%で30か国中18位。OECD加盟国平均の8.8%にするためには、総医療費支出を約10%引き上げる必要がある(GDPが一定の場合)。

総医療費支出=国民医療費+各種サービス費+予防・公衆衛生の費用+管理コスト



対GDP比総医療費支出(2002年)

対GDP比総医療費支出(2001年)

対GDP比総医療費支出(2000年)

対GDP比総医療費支出(1999年)

対GDP比総医療費支出(1998年)

対GDP比総医療費支出(1997年)

対GDP比総医療費支出(1996年)

対GDP比総医療費支出(1995年)

対GDP比総医療費支出(1994年)

対GDP比総医療費支出(1993年)

対GDP比総医療費支出(1992年)

対GDP比総医療費支出(1991年)

対GDP比総医療費支出(1990年)

対GDP比総医療費支出(1989年)

対GDP比総医療費支出(1988年)

対GDP比総医療費支出(1987年)

対GDP比総医療費支出(1986年)

対GDP比総医療費支出(1985年)

対GDP比総医療費支出(1984年)

対GDP比総医療費支出(1983年)

対GDP比総医療費支出(1982年)

対GDP比総医療費支出(1981年)

対GDP比総医療費支出(1980年)

対GDP比総医療費支出(1979年)

対GDP比総医療費支出(1978年)

対GDP比総医療費支出(1977年)

対GDP比総医療費支出(1976年)

対GDP比総医療費支出(1975年)

対GDP比総医療費支出(1974年)

対GDP比総医療費支出(1973年)

対GDP比総医療費支出(1972年)

対GDP比総医療費支出(1971年)

対GDP比総医療費支出(1970年)

対GDP比総医療費支出(1969年)

対GDP比総医療費支出(1968年)

対GDP比総医療費支出(1967年)

対GDP比総医療費支出(1966年)

対GDP比総医療費支出(1965年)

対GDP比総医療費支出(1964年)

対GDP比総医療費支出(1963年)

対GDP比総医療費支出(1962年)

対GDP比総医療費支出(1961年)

対GDP比総医療費支出(1960年)

対GDP比総医療費支出(1959年)

対GDP比総医療費支出(1958年)

対GDP比総医療費支出(1957年)

対GDP比総医療費支出(1956年)

対GDP比総医療費支出(1955年)

対GDP比総医療費支出(1954年)

対GDP比総医療費支出(1953年)

対GDP比総医療費支出(1952年)

対GDP比総医療費支出(1951年)

対GDP比総医療費支出(1950年)

対GDP比総医療費支出(1949年)

対GDP比総医療費支出(1948年)

対GDP比総医療費支出(1947年)

対GDP比総医療費支出(1946年)

対GDP比総医療費支出(1945年)

対GDP比総医療費支出(1944年)

対GDP比総医療費支出(1943年)

対GDP比総医療費支出(1942年)

対GDP比総医療費支出(1941年)

対GDP比総医療費支出(1940年)

対GDP比総医療費支出(1939年)

対GDP比総医療費支出(1938年)

対GDP比総医療費支出(1937年)

対GDP比総医療費支出(1936年)

対GDP比総医療費支出(1935年)

対GDP比総医療費支出(1934年)

対GDP比総医療費支出(1933年)

対GDP比総医療費支出(1932年)

対GDP比総医療費支出(1931年)

対GDP比総医療費支出(1930年)

対GDP比総医療費支出(1929年)

対GDP比総医療費支出(1928年)

対GDP比総医療費支出(1927年)

対GDP比総医療費支出(1926年)

対GDP比総医療費支出(1925年)

対GDP比総医療費支出(1924年)

対GDP比総医療費支出(1923年)

対GDP比総医療費支出(1922年)

対GDP比総医療費支出(1921年)

対GDP比総医療費支出(1920年)

対GDP比総医療費支出(1919年)

対GDP比総医療費支出(1918年)

対GDP比総医療費支出(1917年)

対GDP比総医療費支出(1916年)

対GDP比総医療費支出(1915年)

対GDP比総医療費支出(1914年)

対GDP比総医療費支出(1913年)

対GDP比総医療費支出(1912年)

対GDP比総医療費支出(1911年)

対GDP比総医療費支出(1910年)

対GDP比総医療費支出(1909年)

対GDP比総医療費支出(1908年)

対GDP比総医療費支出(1907年)

対GDP比総医療費支出(1906年)

対GDP比総医療費支出(1905年)

対GDP比総医療費支出(1904年)

対GDP比総医療費支出(1903年)

対GDP比総医療費支出(1902年)

対GDP比総医療費支出(1901年)

対GDP比総医療費支出(1900年)

対GDP比総医療費支出(1899年)

対GDP比総医療費支出(1898年)

対GDP比総医療費支出(1897年)

対GDP比総医療費支出(1896年)

対GDP比総医療費支出(1895年)

対GDP比総医療費支出(1894年)

対GDP比総医療費支出(1893年)

対GDP比総医療費支出(1892年)

対GDP比総医療費支出(1891年)

対GDP比総医療費支出(1890年)

対GDP比総医療費支出(1889年)

対GDP比総医療費支出(1888年)

対GDP比総医療費支出(1887年)

対GDP比総医療費支出(1886年)

対GDP比総医療費支出(1885年)

対GDP比総医療費支出(1884年)

対GDP比総医療費支出(1883年)

対GDP比総医療費支出(1882年)

対GDP比総医療費支出(1881年)

対GDP比総医療費支出(1880年)

対GDP比総医療費支出(1879年)

対GDP比総医療費支出(1878年)

対GDP比総医療費支出(1877年)

対GDP比総医療費支出(1876年)

対GDP比総医療費支出(1875年)

対GDP比総医療費支出(1874年)

対GDP比総医療費支出(1873年)

対GDP比総医療費支出(1872年)

対GDP比総医療費支出(1871年)

対GDP比総医療費支出(1870年)

対GDP比総医療費支出(1869年)

対GDP比総医療費支出(1868年)

対GDP比総医療費支出(1867年)

対GDP比総医療費支出(1866年)

対GDP比総医療費支出(1865年)

対GDP比総医療費支出(1864年)

対GDP比総医療費支出(1863年)

対GDP比総医療費支出(1862年)

対GDP比総医療費支出(1861年)

対GDP比総医療費支出(1860年)

対GDP比総医療費支出(1859年)

対GDP比総医療費支出(1858年)

対GDP比総医療費支出(1857年)

対GDP比総医療費支出(1856年)

対GDP比総医療費支出(1855年)

対GDP比総医療費支出(1854年)

対GDP比総医療費支出(1853年)

対GDP比総医療費支出(1852年)

対GDP比総医療費支出(1851年)

対GDP比総医療費支出(1850年)

対GDP比総医療費支出(1849年)

対GDP比総医療費支出(1848年)

対GDP比総医療費支出(1847年)

対GDP比総医療費支出(1846年)

対GDP比総医療費支出(1845年)

対GDP比総医療費支出(1844年)

対GDP比総医療費支出(1843年)

対GDP比総医療費支出(1842年)

対GDP比総医療費支出(1841年)

対GDP比総医療費支出(1840年)

対GDP比総医療費支出(1839年)

対GDP比総医療費支出(1838年)

対GDP比総医療費支出(1837年)

対GDP比総医療費支出(1836年)

対GDP比総医療費支出(1835年)

対GDP比総医療費支出(1834年)

対GDP比総医療費支出(1833年)

対GDP比総医療費支出(1832年)

対GDP比総医療費支出(1831年)

対GDP比総医療費支出(1830年)

対GDP比総医療費支出(1829年)

対GDP比総医療費支出(1828年)

対GDP比総医療費支出(1827年)

対GDP比総医療費支出(1826年)

不足が深刻になっている実態を発表」(4. 2)

毎日新聞 「全国の500床以上の病院と全国がんセンター協議会に加盟の病院を対象として、患者の手術待ち期間を調査した結果、回答した病院の3割以上が「5年前と比べ待機期間が延びた」と回答した発表」(4. 3)
(二木立氏調べ)

社会保障分野の歳出削減に批判続出

○自民党厚生労働部会⇒骨太の方針2007の素案へ

「地域医療、医師不足など現在の社会保障を巡る情勢の中、歳出削減や財政再建路線を堅持することで、国民の満足や理解を得られるかという根本的な問題」

(石崎部会長)

質の高い医療を提供するためには、医療機関の健全経営は大前提である。しかし、過去3回の診療報酬改定はすべてマイナス改定であった。

特に2002年度と2006年度には技術料である診療報酬本体が大幅に引き下げられた。その結果として、健全な医業経営の維持が困難になり、地域医療の確保を脅かしている。

医療制度改革を通じた国・地方の負担では、すでに決定している医療制度改革だけでも、2011年度単年度で国・地方1.0兆円の削減が見込まれる。今後5年間(2007年度～2011年度)では約4兆円の削減が見込まれる。社会保障、特に医療は行き過ぎた改革から引き返すべきである。

しかも国家財政全体では、多額の剩余金がでている。2003年度から2004年度にかけては歳入も好転している。

医療保険のあり方は、国民の7割強、患者の8割近くが、所得に差があっても、医療には差がないことを望んでいる。医師の回答には、公的保険下で実施できない医療があることへの苦悩も見られる。

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、有床診療所がお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

H19.8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

H19.8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 秀樹	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	海南省大野中454	073-482-2633 483-2103
竹中 庸之	医療法人 竹中整形外科	642-0023	海南省重根11-1	073-487-4171 487-5134
辻 寛	医療法人 同仁会 辻整形外科	642-0031	海南省築地1-50	073-483-1234 483-0221
辻 秀輝	辻秀輝整形外科	642-0032	海南省名高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	御坊市蘭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19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



広い患部に
大判サイズ

●広い患部に適する大判サイズ(14cm×20cm)

●優れた使用性

- ◆大判サイズで初の貼りやすいセンターカットフィルム採用
- ◆優れた伸縮性・粘着性を有し、屈曲伸展部にもピッタリ貼付できる製剤である。

●大判サイズで初の「清涼感があり、臭いが少ない」製剤

●副作用 総症例6,908例中副作用が報告されたのは141例(2.04%)で、すべて接触皮膚炎であった。その症状は、発疹32件、発赤36件、瘙痒感29件、刺激感9件等であった。(モーラス再審査終了時)

ほかに医師などの自発的報告により、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、光線過敏症の発現が報告されている。

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤

モーラス®60 ケトプロフェン0.3%
(※基準収載)

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- 本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者(「重要な基本的注意」の項(1)参照)
- アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発するおそれがある。]
- チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィブラーとオキシベンゾンに対して過敏症の既往歴のある患者[ケトプロフェンと交叉感作性を有することが知られており、本剤の使用によって過敏症を誘発するおそれがある。]

【効能・効果に関する使用上の注意】

本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾患の治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ使用すること。

【用法・用量】

1日2回患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。]

2. 重要な基本的注意

- 本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹、発赤、腫脹、刺激感、瘙痒等を含む)を発現したことのある患者には使用しないこと。
- 接触皮膚炎又は光線過敏症を発現する症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。
 - 紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現する事があるので、発疹・発赤・瘙痒感・刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。
 - 光線過敏症を発現する事があるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過するおそれがあるので、紫外線を透過させにくい色の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数ヶ月を経過して発現する事もあるので、使用後も当分の間、同様に注意すること。
 - 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
 - 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
 - 慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また、患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

●その他の使用上の注意については添付文書をご参照下さい。2007年9月版

製造販売元 久光製薬株式会社 〒841-0017 鹿児島市田代大宮町408

資料請求先: 学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1

【効能・効果】

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎

変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛