

平成24年度

第18回 和歌山県有床診療所協議会
総会 ならびに 講演会

平成24年8月25日(土曜日)
ホテルアバローム紀の国

平成24年度

第18回和歌山県有床診療所協議会ならびに講演会 次第

総合司会 辻 興 副会長 先生

黙祷、為 岡田 正 先生

隠岐 和彦 先生

I. 総 会

1. 司会 事務局 岡田

①会長挨拶2

②来賓挨拶

衆議院議員 岸本 周平 様5

衆議院議員 玉置 公良 様6

参議院議員 世耕 弘成 様7

和歌山県医師会 理事 横手 秀義 様8

③来賓紹介

④祝電披露9

2. 報告事項 司会 辻 興 副会長

①新役員の紹介11

②平成23年度事業報告12

③第25回全国有床診療所連絡協議会総会の報告14

第1日目(辻 興 副会長)、第2日目(奥 篤 会長)

3. 協議事項 司会 辻 興 副会長

①平成23年度収支決算30

②平成24年度事業計画31

II. 講演会

座長 丸笹 雄一郎 理事、青木 敏 名誉会長

1. 和歌山ろうさい病院 循環器内科 九鬼 新太郎 先生32

「新規ARBアジルバの短期間での降圧効果の検討」

2. 日医総研 江口 成美 先生34

「有床診療所の課題と将来—平成24年度診療報酬改定を踏まえて」

III. 情報交換会 司会 長雄 好昭 理事

1. 来賓挨拶 和歌山県立医科大学 教授 岸岡 史郎 様52

2. 乾杯(辻村 武文 理事)

3. 真田太鼓

4. 閉会の挨拶(青木 敏 名誉会長)53

I. 総 会

■ 挨拶

和歌山県有床診療所協議会 会長 奥 篤

皆様こんにちは。第18回和歌山県有床診療所協議会にお忙しいところ御参加くださいます。誠に有難うございます。また、本日代議士の先生方を初め御来賓の先生方もお越しでございます。誠に有難うございます。

全国の有床診療所の数は激減し、昨年でも年間500施設が潰れております。これには、院長の高齢化、施設の老朽化、継承問題など、いろいろな原因が考えられますが、とりわけあまりにも低く設定された入院基本料が原因であります。4年前と比べれば、上がっているといっても、ショートステイでも一日につき1万円あるところ、有床診療所では5000円程度。今まで入院の赤字を外来収入で補ってきました施設がほとんどでしょうが、外来収入の減った今、これで補うことは難しくなってきました。今年の改定で入院基本料に11点、110円が付きましたが、管理栄養士が必要となりました。例えば入院患者が10人としますと、一日に千円、一ヶ月ではほぼ3万円の入院収入の増加となります。20人の入院であっても6万円しかなく、こんなコストでは管理栄養士の給料をカバーできません。我々の実態が分かっていない。

以前、PTのときもそうでした、少ないPTを雇う為に、経営者は苦勞したようで、これだけの人数をこなしているからこれだけ出せというように、PT自身が給料を決めてきた施設もあったようです。

薬剤師の就職がないために、診療報酬の高いところは叩かれて、院外薬局、いわゆる門前薬局を持ちました。今回の管理栄養士の問題も、「質を高める」という御旗のもと、実際は学校を出ても就職先の見つからない栄養士の為に作った制度ではないかと思われてなりません。入院患者が数人でしかないところ、外注しているところに管理栄養士が有っても、診療所に雇えといっています。本当に必要ないと思います。また種々の委員会を作り、会議などの事項を記録に残せといっています。次には病院並の要件を求めてきそうです。

いわゆる団塊の世代の高齢化が進んでいきます。新しい老人施設の建設も結構ですが、身近にある有床診療所は、安価な医療資源として生かし、守るべきであります。婦人科ではお産の約半数が我々有床診療所で行われています。とにかく、無くしてはならない施設と思います。我々は、地元の人を助けたいと願い、自分の満足できる医療を完結できるという喜びの為に頑張っております。

さて、話は変わりますが、私はこの会に参加するときに、職員らに「朱鷺の会」に行ってくると言います。あの絶滅危惧種の朱鷺です。我々の有床診療所とともに、何か手を打たねばならない、お互いに由々しき状態だからです。昨年の野に放たれた朱鷺は3個卵を産んでも、カラスに突かれ、孵化することはなかったが、今年は違いました。テレビの放映では、ひよこを狙ってカラスが来るのですが、親鳥はそのとがった嘴をフェンシングの剣のようにして戦うのかと思っていまして、親鳥は身を呈してひな鳥を守っていました。この親鳥のように、われわれの会の守ってくれるのはと考えますと、今日お見えの国会議員の方々を初めとする諸先生方でないかと思えます。是非先生方よろしく願いいたします。我々も一致団結することが大切ですし、世論を味方に付けることが大事でありましょう。

最後になりましたが、本日の講演会と情報交換会は武田薬品の南林様のご助力と、和歌山営業所所長大道様のご尽力によるものでございます。何とぞ武田薬品に対するご最厚をお願いいたします。

余談ですが、今年、新潟の大学に講義に行った私の友人が、ついでに佐渡島に行き、朱鷺のセンターに行ったそうですが、たくさんの朱鷺がケージに止まっていたそうです。この話を聞きまして何かほっとするものがございました。

来年こそは泣き言、愚痴を言わなくても済むように、我々の環境が改善されることを願いながらご挨拶とさせていただきます。これからも皆様、ご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

平成24年度 第18回 和歌山県有床診療所協議会 出席者

○来賓者

- ・衆議院議員・・・岸本 周平 殿
- ・衆議院議員・・・玉置 公良 殿
- ・参議院議員・・・世耕 弘成 殿
- ・衆議院議員・・・二階 俊博 殿 (秘書 井本 庄一 殿 代理出席)
- ・衆議院議員・・・阪口 直人 殿 (秘書 谷口 和彦 殿 代理出席)
- ・衆議院議員・・・石田 正敏 殿 (秘書 北出 純造 殿 代理出席)
- ・参議院議員・・・鶴保 庸介 殿 (秘書 小林 秀徳 殿 代理出席)
- ・和歌山県立医科大学教授・・・・岸岡 史郎 殿
- ・和歌山県医師会理事・・・・横手 英義 殿
- ・有田市医師会会長・・・・應地 正章 殿

- ・和歌山ろうさい病院 循環器内科・・・・九鬼 新太郎 先生
- ・日本医師会総合政策研究機構 主席研究員・・・・江口 成美 先生

- ・紀州真田太鼓・・・・大高 範昭 様 他11名様

小 計 24名

○参加医療機関

1. 外科内科辻医院
2. 嶋本脳神経外科内科
3. 武用整形外科
4. 宮本医院
5. 丸笹外科
6. 長雄整形外科
7. 梅本診療所
8. 辻村外科
9. 辻整形外科
10. 粉川レディースクリニック
11. 紀の川クリニック
12. 青木整形外科
13. やよいメディカルクリニック
14. 西本内科外科医院
15. 星野胃腸クリニック
16. 辻秀樹整形外科
17. 宇治田循環器内科
18. 貴志川紀和病院
19. 奥クリニック
- その他

小 計 42名

○武田薬品工業株式会社

小 計 3名

合 計 69名

■ 衆議院財務議院運営会理事 衆議院議員 岸本 周平

皆さんこんにちは、今日18回目の有床診療所協議会総会にお招きいただき、本当に有難うございました。

今、奥会長さんからいろいろとお話を頂きました、「社会保障と税の一体改革」を自民党公明党の皆さんとともに何とか安定的な財源として医療や介護の税金に対する備えは兎に角出来ました。特に有床診療所の皆さんがお抱えになっている問題をいつもこちらで聞かせていただいておりますし、私も勉強を始めております。次の診療報酬改定、2年後ですけれど、これに目を光らしていきたい。本当に診療報酬改定の細かいところは、厚生省の役人さんが見えないところでちゃちゃとやるものですから、正直に申し上げて、私は今回ミスをしたと思っております。

今回は会長が愚痴を言わなくて済むように、超党派で、皆で目配せをしていきたいと思えます。そして、なんと言っても今、我々に対するご期待を頂きました。何とか頑張って親鳥になりますように行きます。

本日は本当におめでとうございます。ありがとうございます。

■ 衆議院議員 玉置 公良

皆さん今日は、和歌山県有床診療所総会にお招きいただきまして有難うございます。私は白浜温泉出身で衆議院議員をさせていただいております、玉置公良でございます。

先ほどからも奥先生のお話がありました。担当として大変ご尽力いただきました。また、今までのご尽力とご実績に心からお礼申し上げます。

実はこの9月2日には台風12号で大変被害をこうむりました選挙区ではございますけれども、勝浦や日高川町で1年目の慰霊祭が行なわれます。その中でも医療の関係でいろんな形で助けてもらったということを知っております。まだまだ復興はこれからであります。一緒になって取り組んでいきたいと思っております。

今、会長さんのほうからお話があったのですが、私も当選させていただいてからの3年間、この有床診療所の問題、実は大阪の参議院議員をされております梅村先生、さらには桜井充先生から、「このままだったら、すばらしい地域の医療資源がなくなってしまう、何とかしなければいかん」というお話を頂きまして、8月8日、本当に遅かったわけですが、この有床診療所の応援する議員連盟、桜井先生が会長、梅村先生が事務局長になっていただき結成することが出来ました。

3点ほど若干改善はされたということはあるんですけど、先ほどの話のように、入院基本料が誠に低い。この問題についても私どもに医者出身の議員さんが多いので、この前の総会でもそういう話がされておりました。さらには介護施設と比べれば、診療報酬が低い。こういったことも含めて、もっともっと皆様方のご意見を聞きながら努力して行きたい。

私も白浜で16年前に、微力ですが、白浜はまゆう病院と一緒に作り上げました。当時、長野県の中央諏訪病院からお医者さんに来てもらっていました。亀井先生というのですけど、3人来ていただいた。こんな田舎に医者なんか来てくれる筈がないと、当時はずいぶんと言われましたが、現在、はまゆう病院は単年度黒字で頑張っていると思います。黒字がいいかどうかは別にしまして、医者の確保とか、地域医療の大切さを、院長先生から学ばさせていただきました。その原点はこの有床診療所と思っております。口先だけではなくて、皆様方の思いを受けて、頑張っていきたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。ありがとうございました。

■ 自由民主党国会対策委員長代理 参議院議員 世耕 弘成

皆さんこんにちは。ただいまご紹介を頂きました、参議院議員の世耕弘成でございます。本日は和歌山県有床診療所協議会の皆さんの総会に、このようにたくさんのお客様の皆様お集まりのもと、開催されましたこと、心からお祝い申し上げます。

今もテーブルで話をしていたんですが、医療費の伸びが非常に大きくなってきております。今年は何とか消費税を上げるという決断を政治がさせていただきました。私は内心忸怩（じくじ）たる思いはありますが決断をさせていただきました。しかし、消費税を上げただけではとても追いつかない年間1兆3千億円の社会保障費が膨らんでいく、その中でも医療費による伸びがほとんどを占めています。本当にこの国のあり方、社会保障のあり方を、どうして行くのかということをもまさに医療現場の皆様方に、先生方としっかりと話し合い、作っておかねばならない。

その一つのキーは、きち[※]とした医療クラスターを作っていくということだろうと思います。まず、大学病院を中心とした高次機能病院があつて、各地域には、クリニックがある。その中間に中堅どころの病院があつたり、まさに有床診療所というベッドのある診療所があつたりして、それぞれがそれぞれの役割をきっちり分担していく、という医療体制を作っていかなければならない。今はどちらかという、誰も彼もが大病院へ押しかけて、そして、そこのお医者さんが過労状態になって、一方では地域の病院が非常に寂しい状態になる。そのところを何とか、虫垂炎とか地域で処置をしてもら、あるいは、終末期医療といったところ、あるいは手術が終わった後の、ちょっと心配だけれど療養したい場合は、地域の有床診療所でうけいれただけ。そういう分担関係をきちんと作り上げていくことが、持続可能な医療を、作り上げていくことになるのではないだろうか。それが持続可能である診療報酬の枠組み、今会長からいろいろお聞かせいただきました、そういう問題点を直しながらやっていかなければならないのではと思う。

もう一つ、この増え続ける医療費を、何とか抑えながらも、一方では国民が安心して暮らせるキーワードは家族であり地域である、という風に思っております。その中で地域の役割を担ってくれている皆様方が、それぞれの地域における、コミュニティーが有床診療所であると思っております。この役割を存分にさせていただく。今私は近大の理事長をやっております、はっきりと申して大学病院は結構経営は楽です。凄く点数がよくなってきて、放っておいても毎年収入は増えていく。一方で地域の医療を担っていただいております、有床診療所の皆さんが、今悲鳴が上がるような状況になってきている。この辺の少しバランスを取って行かなければならないと思います。

地域での役割りをきっちり果たしていけるよう、またそこで働いている関係者の皆さん方、思う存分地域で貢献できるように医療制度を築き上げる。私も国会議員として頑張っていくと、お誓い申し上げて、私のご挨拶とさせていただきます。

※医療クラスター：2008年度から厚生省が先端技術創業の実用化研究を推し進めるための見体策として「医療クラスター」構想に取り組む。

■和歌山県医師会 理事 横手 秀義

本日の第18回和歌山県有床診療所総会、おめでとうございます。

私も有床診療所を開業しておりました。もう8年前位に止めたのでありますが、今の会長先生が開業なさるときに、見学に来られたことを今でも思い出します。会長の話がありましたように、私は伊都郡の田舎ですが、MRIを導入して有床診療所を始めたのですが、点数が高額になりますとやはり、呼び出されました。最初はもったきつくて、厚労省からは担当者が来てかなり厳しく指摘をされました。家内と24時間一生懸命にやってきたのですけれど、そうした評価がこんな風にしっぺ返しになったのかと。

48時間規制が取れない。診療所でのお産これは47パーセント行われていますが、これも48時間規制が取れない中でしたので、規制にひっかかっていたのですが、第4次医療改正で48時間規制が取れました。これは私が有床診療所をやめてからのことですが、これも早く取れてほしかったと思っております。

宮崎県の全国大会でも日本医師会長の横倉先生が在宅医療中心になるときに、世耕先生がおっしゃいましたように大病院と在宅医療、この間の架け橋、これが有床診療所のあるべき姿かなと思います。そこでその地域医療で有床診療所が本当に求められます。「先生どうしてベッド閉じたの」といわれます。田舎でいるとお見舞いに行くにも便利なのですけれど、遠くまで行ってしまいますので、お爺ちゃんやお婆ちゃんが近大病院まで行く必要が出てきました。

伊都で医師会長をやって4月から県の理事をさせていただいております。県の医師会長の寺下先生から当会への参加を勧められ、来ました。日本医師会長も有床診療所のことについて言い出したのもほんの最近です。県の医師会にしても有床診療所というのは減ってきており、伊都橋本の有床診療所は10軒あったのが今は3軒しかありません。私は本当に必要と思います。患者さんたちは大病院志向なのです。「ここはこんな機械もないのかい、あんな機械もないのかい。それじゃこっちへ行くわ」、と言われたこともある。一生懸命治療して治してあげても、お年寄りだと家の人「もう退院させないで」といわれる。一生懸命して治ってもなぜ帰ってくれないのかな、それが嫌になって病床を閉じたのです。

在宅医療をする中で、有床診療所は必要とされています。辞めた僕が言うのはおかしいですが、今病床をお持ちの先生方、地域の為と思って、経済的な問題もあるのでしょうか、やりがいのある仕事と思って、今後是非続けて欲しいと思います。

皆様方のますますのご活躍をご期待申し上げます。

祝 電 披 露

衆議院議員 岸本 周平 様

「総会及び情報交換会」が開催されます事、心よりお慶び申し上げます。

日頃より、医療の現場でご尽力頂いておられますことに、深く敬意を表しますと共に、和歌山県有床診療所協議会様のご発展、本日ご参集の皆様のご健勝並びに今後ますますのご活躍を祈念申し上げメッセージと致します。

衆議院議員 自由民主党和歌山県連会長 二階 俊博 様

和歌山県有床診療所協議会総会及び情報交換会のご盛会を祝し貴協議会の益々のご発展をお祈り申し上げますと共に、本日ご参集の皆様のご健勝ご活躍をお祈り申し上げます。

自由民主党副幹事長 衆議院議員 石田 真敏 様

本日はここに和歌山県有床診療所協議会の総会が開催されますことを心よりお祝い申し上げます。

都市と地方の格差が大きな社会問題となっておりますが、とくに国民の安心・安全を支える医療格差は喫緊の課題です。そうした中、地域医療に現場で取り組まれている皆様のご尽力、ならびに良き地域医療に向けた不断の取り組みに深く敬意を表します。

私も政治の場から微力ながら尽くしてまいり所存でございます。ご関係する皆様に深く感謝いたしますとともに、皆様のご健勝とご活躍を心より、祈念申し上げます。

公明党政調会長代理 衆議院議員 西 博義 様

和歌山県有床診療所協議会の開催にあたりまして、ご関係各位のご尽力に心から敬意を表しますとともに、貴会の益々のご発展と皆様のご健勝をお祈り申し上げます。

衆議院議員 玉置 公良 様

総会の開催をお祝い申し上げます。

皆様には、平素から地域医療の要としてご尽力いただいていることに、心から敬意と感謝を申し上げます。

これからも、住民の健康と命を守るため、ご健勝にて、ご活躍いただきますよう心からお祈り申し上げます。

参議院議員運営委員長 参議院議員 鶴保 庸介 様

平成二十四年度、第十八回和歌山県有床診療所協議会総会及び情報交換会のご盛会を心よりお慶び申し上げます。

関係各位のご尽力に深く敬意を表しますとともに和歌山県有床診療所協議会のより一層のご発展とご参集の皆様のご健勝とご多幸を祈念いたします。

九度山町長 岡本 章 様

和歌山県有床診療所協議会総会のご盛会を心からお祝い申し上げます。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いたします。

平成24年度 新規役員

- | | | |
|---------|--|---|
| ■ 名誉会長 | 青 木 | 敏 |
| ■ 会 長 | 奥 | 篤 |
| ■ 副 会 長 | 辻 本 | 興 明
忠 |
| ■ 理 事 | 榎 本
要 木
下 川
粉 辻
辻 村
長 雄
丸 笹
宮 本 | 修 雄
明 欣
信 義
武 文
好 昭
雄 一 郎
克 之 |
| ■ 監 事 | 武 用 | 瀧 彦 |

平成23年度 和歌山県有床診療所協議会 事業報告

(平成23年4月 ～ 平成24年3月)

平成23年4月6日

全国有床診療所連絡協議会事務局より、東日本大震災により被災された慢性期患者の受け入れ調査および義援金のお願い

平成23年5月8日

全国有床診療所連絡協議会 平成23年度第1回役員会

場所：学士会館 日医会館（東京） 奥 篤 先生 出席

平成23年7月7日

和歌山県有床診療所協議会 理事会

場所：ホテルグランヴィア和歌山

平成23年7月12日

吉岡レディースクリニック 吉岡 潤 先生 脱会

平成23年8月6日,7日

全国有床診療所連絡協議会 平成23年度総会および第2回役員会、シンポジウム

場所：埼玉ソニックシティ 青木 敏 先生、辻 興 先生、奥 篤 先生 出席

平成23年8月20日

平成23年度第17回和歌山県有床診療所協議会 総会および研修会

場所：ホテルグランヴィア和歌山 6F「アクア・グラン」

平成23年8月24日

粉川レディースクリニック 粉川 信義 先生 入会

(平成23年9月3日 台風12号による河川の氾濫)

平成23年9月7日

被災地への電話による被害状況調査実施 事務局

平成23年9月10日

飲料水（2リットル×150個）新宮の会員宅へ搬送 事務局

平成23年10月1日

平成23年9月「紀伊半島上陸台風12号」被害状況の確認アンケート

平成23年10月11日

受診時定額負担に反対する署名運動へのご協力をお願い

平成23年10月20日

岡田整形外科 岡田 正 先生 ご逝去

平成23年10月26日

「紀伊半島上陸台風12号」和歌山県有床診療所協議会被害状況を全国有床診療所連絡協議会事務局へ報告

平成23年10月26日

全国有床事務局より依頼の和歌山県有床診療所協議会会員名簿の訂正・追加・削除内容提出
(現在の会員数 51名)

平成23年10月26日

坂野医院 坂野 智洋 先生 脱会

平成23年10月28日

山東整形外科肛門科医院 山東 秀樹 先生 脱会

平成23年12月4日

全国有床診療所連絡協議会 平成23年度第3回役員会「有床診療所の日」記念式典及び講演会

場所：学士会館 日医会館（東京）等 奥 篤 先生 出席

平成24年1月31日

オキ外科 隠岐 和彦 先生 ご逝去

平成24年3月22日

平成24年度診療報酬改定にともなう留意点および民主党有床診療所議員連盟会設立総会への出席要請の案内配布

平成24年3月30日

「平成23年度第17回和歌山県有床診療所協議会総会ならびに講演会」小冊子の配布

■ 報告：
第25回全国有床診療所連絡協議会総会
メインテーマ

新しい有床診療所のあり方～無床化した診療所からの提言～

平成24年7月28日、29日

宮崎県シーガイア・コンベンションセンター

参加者：青木 敏 夫妻、辻村 武文 夫妻、奥 篤 夫妻、辻 興 先生

■ 第1日目：

総会議事資料（平成23年度庶務事業報告、収支決算書、など）

中央情勢報告「社会保険ニューデール政策」

参議院議員 桜井 充

講演Ⅰ「有床診療所経営における税制と課題」

日本医師会副会長 今村 聡

Ⅱ「今後の医療提供体制における有床診療所について」

厚生労働省医政局総務課 佐々木 孝治

Ⅲ「有床診療所に係る平成24年診療報酬改定と、次期改定に向けての検討について」

厚生労働省保険局医療課課長補佐 前田 彰久

懇親会

■ 第2日目：

シンポジウム「新しい有床診の有り方」

基調講演「有床診療所を巡る問題と今後の対応について」

日本医師会常任理事 藤川謙二

(1) 「有床診療所の存続を考える」

日本医師会総合政策研究機構主席研究員 江口 成美

(2) 「絶滅危惧種としての有床診療所の再興を願って～無床化への道程～」

(医) ケーンズ会 山村内科院長 山村善教

(3) 「無償化した診療所からの提言（消化器外科として）」

ひだか胃腸科医院院長 日高健太郎

(4) 「有床診療所と医政活動」

宮崎県議会議員 医師 清山知憲

追加発言 宮崎市健康管理部部長 伊藤芳郎

特別講演「日本医師会が考える有床診療所の今後」

日本医師会会長 横倉義武

周りは樹海
(広大なゴルフ場)



手前が会場の「シーガイア・コンベンションセンター」
奥のシェラトンホテルと直結し、とても便利

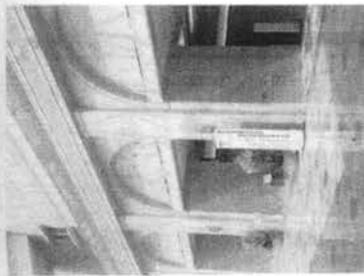


第25回全国有床診療所連絡協議会総会 第1日目報告

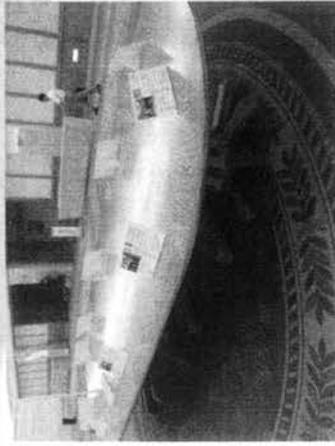
担当:法 興
(注:このスライドは右方向に見て下さい)



会場玄関



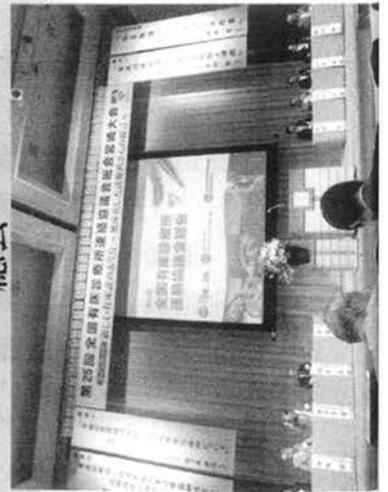
「九州・沖縄サミット」(2000年開催)はここで開催
(これは各国の参加外相のサイン入りテニール)



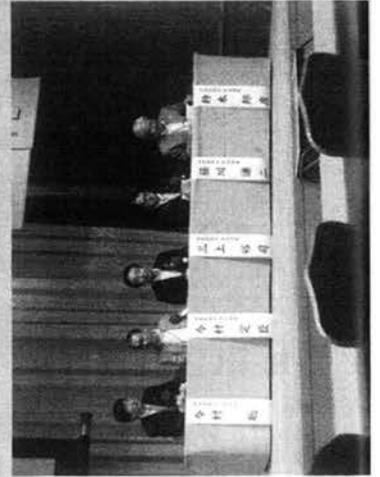
会場受付



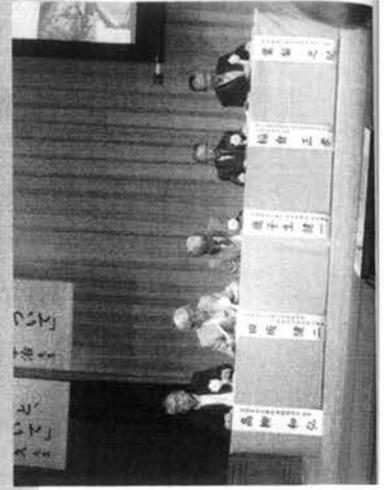
総会



日本医師会代表



全国有床診療所連絡協議会代表



- (1) 議事録著名人指名
- (2) 報告 ①平成23年度庶務事業報告
- ②その他(管理栄養士問題アンケート結果)
- (3) 協議 ①平成23年度収支決算に承認を求めめる件
- ②幹事の選出および新役員について承認を求めめる件
- ③平成24年度事業計画(案)に関し承認を求めめる件
- ④平成24年度収支予算(案)に関し承認を求めめる件
- ⑤その他(被災者会費減免の為の会費追加)

医療機関における消費税負担の解消について

- 診療報酬の引き上げによる対応は
- 「結果的に消費税増税分が患者さんに付け替えられる」と問題視。
- 「一番良いのは医療機関への還付。診療報酬の改定で財務省にごまかさねないためにも還付が良い」との見解。

①消費税

- 社会保険診療は消費税が非課税になっていたに伴い、医療機関は納入業者等に支払った消費税を、納税のときに控除できず、実質的な負担を負っている。
- これらの消費税の一部は、過去において診療報酬に転嫁された経緯があるが、不透明かつ不十分な対応であった。
- 消費税増税を前に、現状の不透明な対応を改善し、適切な対応が検討されるよう、強く働きかけを行っている。

- 平成24年度診療報酬改定により、入院基本料に於いて栄養管理体制度の基準を満たすことが新たに追加された。
- しかし、有床診療所においては、栄養管理体制度の基準に係る届出がない場合であっても、平成26年3月31日までは栄養管理体制度の基準を満たすもののみならず旨の通知が出され、現実には管理栄養士(非常勤でも可)の雇用は平成26年3月までは必須ではなくなつた。
- 当面は現状のまま、推移することになったが、平成26年度以降の対策を考慮する資料として、会員の皆様にアンケート調査を実施。

有床診療所の役割は大きい

- 「日ごろから診療をお願いし、関係の出来ている医師に自分の終末期を託す方が患者には良い」と指摘。
- 「これまでは設備やスタッフが多くなければよい医療はできないとされてきた。しかし、終末期をどう迎えるか考えると、設備がある所が必ずしもよいとはならない」との見解を示す。
- 「有床診療の役割は大きい」と強調。

①消費税

- 「非課税」でありながら国民・患者が理解しないままに消費税を負担していることに問題があると指摘。
- 消費税分科会では、支払い側と診療報酬で診療報酬による補填は限界との認識で一致できていると思われ、医療の消費税問題は課税の仕組みの中で考えていく方向にある。

平成24年度事業計画

- 地域医療崩壊を阻止し、地域医療を再生するため、最後の砦である有床診療所を活性化し、会員の大同団結と増強を図るべく、以下の事業を行う。
- ①有床診療所入院基本料の引き上げと算定条件緩和を実現すべく関係各方面に強力に働きかける。
- ②有床診療所が、地域において医療を中心とした包括的ケアの拠点として役割を果たすべく、医療計画と介護計画の中で、有床診療所を位置づけ、制度化を行うよう活動する。
- ③有床診療所への理解を深めるために、積極的な広報活動を行う。

税制は、診療報酬と並んで、経営環境を左右する大きな政策要因

- 有床診療所経営に関連の深い税制上の諸問題と、
- 日本医師会の取り組みについて
- ①消費税
- ②事業税
- ③医療法人の税制
- に分けて説明。

①消費税

- 日医としては社会保険診療報酬の消費税について非課税から課税への変更は譲れない。
- 患者負担を増やさないようにすることや、設備投資に関わる部分は非常に大きな消費税が発生する為、その部分については税制で何らかの手当てをしてほしいと要望してきた。結果、中医師・消費税分科会の設置につながった。
- 更に、「課税の在り方の議論の場」を設けてもらいたい」と要望中である。

①消費税

- * 社会保険診療報酬の消費税について非課税から課税に変えていくには法改正が必要。
- * 各地域で政治家に理解を得ていく動きに加え、国民・患者に納得してもらう努力を進めることが重要。
- * 日医は、消費税問題の理解を進める為、消費税に関する分かりやすいコンテンツを作成している。

②事業税

- * 日医は、公的医療機関は法人税も事業税も課税されないこと等を鑑み、これらの税制を存続させるため、関係者の理解を得るべく、要望活動を行っている。

③医療法人の税制

- * これらの税制に関する改正要望は、法律や条例の改正を伴うものであり、日本医師会をはじめ、各地の医師会や医療団体、医療機関経営者各位による、厚みのある要望活動が大切。

平成24年診療報酬改定

- * 「社会保障・税一体改革案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定として、2回連続のアラス改定を行った。
- * 医科には平成22年診療報酬改定と同規模の財源(4700億円)を投入し、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分した。
- * 有床診療所についても緩和ケアの評価や看取りの評価の新設など、一定の評価を行った。

次期改定に向けて

- * 「有床診療所の外来・入院・在宅医療をどう評価するか」が課題と指摘。
- * 「支払い側に投資効果があることを説明するにはデータが必要」として、協議会にデータ提供の協力を求めた。

■ 日本医師会常任理事 藤川 謙二

『有床診療所を巡る問題と今後の対応について』

1990年に約2万4千施設有った有床診療所が、2012年2月には1万施設を割った。地域に密着し、様々の機能で地域医療を支えている有床診療所の無床化を食い止めなければ、地域医療の崩壊がさらに進むことは明らかである。状況が非常に厳しいことには変わりないが、明るい兆しとして、平成19年1月以降23年5月までに、全国で259診療所が新規に開設された。都市部を中心として新規開設が増えている傾向にある。

今期より有床診療所の担当になりました。

整形外科は有床診療所が圧倒的に多い。国が48時間規制を長い間続けて、応急処置しか出来ないような法的な位置付けをしたのです。全国有床診の皆様方のご努力によって48時間の撤廃にたどり着きました。今度はベッドの規制になり、非常に厳しい状況になっているのが現状です。全国有床診療所の皆様が安心して地域医療で仕事出来る有床診療所の環境づくりに、この2年間全力を挙げていこうと思っています。

有床診療所における問題と今後の対応

無床化の現状ということは、非常に切実に身近に感じられることである。私の佐賀県でも、循環器の有床診療所はほとんど無床化した。全国的に治療レベルが上がってきている、その分救急車のほとんどが大病院に行ってしまう、急患を扱う有床診療所が成り立たなくなった。もう一つは、外来はそこそこ黒字だが、入院のほうは赤字だ。このまま赤字が続くと、どうしても経済的な理由で閉じる。

夜勤の看護師さんがいないということで閉じられているところもある。

いわゆる有床診療所の存在意義と地域医療における立ち位置、そしてその地域で求められる医療機関である、しっかり機能面でも位置づけしなければいけないということで、診療報酬改定で、7項目要望したのですが。その中で終末期看取り加算が少し付いただけで、ほとんど点数がつかなかった。加算については、厚生労働省に完敗だ。今度私の担当になるからには、有床診療所が成り立つように、こういう問題をしっかり具体的に、政治的にも、厚労省ともしっかり話をして、精一杯頑張っていきたいと思います。

入院基本料の管理加算のことですが、有床診療所で常勤の管理栄養士を雇うことはまず不可能です。非常勤でも、津々浦々の有床診療所にまで、週に一回管理栄養士をどこかの病院からまわすことも不可能、現実的でない。やっているところにはプラス加算で、入院基本料にそれがないとベッドを認めないというのは、度が過ぎていると思う。

中小病院も一緒ですが、単科でしているとき、合併症のあるときにどうしても、他病院に紹介する。その時に入院費を30パーセント減算、透析など特別なものだけは許されているが、経営上苦しくなっているのに、全く論外である。

看護助手の問題。夜間ヘルパーさんを雇っている手薄な有床診療所に加算をつけないとは論外である。

看取り加算が取りやすくなったことは、少し評価している。

脳卒中とか整形も含めて、急性期に大きな病院で治療し、サブアキュートのリハビリテーションをするときに、加算をつけることは認められておりません。

自宅の近くにある有床診療所で、本人も家族もコンタクトが切れないということで終末期の痛とか終末期管理加算を取れることは評価される。

認知症の患者が増えてきている、看護師や医師たちも難渋している、認知症加算は必要である。

私は神奈川県黒岩知事と全面戦争をしている。準看護師の養成を打ち切ろうとしているため、準看護師は今も必要であり、差別するような発言、行動については日本医師会は厳然と戦い守っていく。

医療法人の問題。平成18年から20年の社会医療法人の問題が出てきた。9割以上は持分ありの医療法人で残っている。医療法人は中小企業に当たらないとの一文があり、中小企業が受けている優遇税制、8割までは免除するという、贈与税の猶予制度を持分ありで出来ることを要求している。

日本医師会としては十分有床診療所の先生方の気持ちを認識して、今後の厚生労働省としっかり交渉していきたい。

■『有床診療所の存続を考える』 日本医師会総合政策研究機構主席研究員 江口 成美

先ほどの藤川謙二先生のお話も踏まえて、今までの経緯、無床化された診療所の現状、今後の三点についてお話します。

平成18年マイナス改定、その時に長期入院評価が下がっている。その後第4次医療法改定で48時間規制撤廃、基準病床の対象となった。24年には勤務医の負担軽減ということで、有床診療所に後方支援病床の評価がされた、24年在宅を含めて、見取りや終末期などの改定が行われた。

GOOD NEWSとして

サービス全体が多岐に多様になってきて、病床活用をするに当たって、在宅医療で使う、介護サービスに組み込む、健診などのサービスを行うなどのことが近年の傾向。

今回の改定で、一般病床と介護病床の間で、患者さんの病態に応じた介護が可能になってきた。患者さんが自分が住んでいる地域で医療、看取りまでも希望する、いわゆる、地域ケア包括システムを国のほうも進めているので、病床を活用できる。

国の審議会の中で少しずつ理解が高まってきた。有床診療所の機能、受け皿、終末期に対しても評価していく、少しずつではあるが。支払い側も安上がりである有床診療所を活用していこうとする考えが出来ていると考える。

BAD NEWSとして

管理加算の要件というのは、これは社会的に要求されている機能と私は思っているが、ただいきなり現状とは違うものを出されるというのは、現場にとって不安を扇ぐものであるし、機能強化型在宅診に関して、3人以上の先生、いきなりこんなことを言っても、現場を理解していない。

親子継承、第三者継承が必ずしもなくて、継続はやめたい継承はしたくないという先生が非常に多いという現状がある。

社会保障税一体化改革「医療の将来像2025年」の中で有床診療所というのが出てこない。国民の間で認知度が低い。

栄養管理加算では、全体の1割しか算定してない。一方病院では88パーセントが算定している。この違いが分からず、いきなりこのようになったのは非常識である。

有床診療所の6割の先生は60歳以上、50歳以下は10パーセント。高齢化が進んでいます。

国民の意識調査では有床診療所を知っているのが2割、中小病院も一緒に考えられ、このような認知度の低さが課題になると思われる。

有床診療所、有床診療所でありながら入院収入がない施設、無床診療所の三者で損益差額率を見ると、それぞれ5.8パーセント、7.8パーセント、5.8パーセントと、ベッドを閉鎖した有床診療所が一番高くなっている。これは閉鎖したベッドのスペースを使って、いろいろと多岐に亘ってサービスをすることで、従来以上に利益率も上がっているのではと思う。

無床化して再び復活したいですかと聞くと、人件費を償える報酬、看護職員の問題、後継者の問題、の3点。これが解決されれば復活したいとの希望もある。有床診療所の3割が休床施設、これらの資源を有効に使う為には、これらの条件をどのように調節するかが大事。

緩和ケア、終末期をすればするほど利益率が低くなる。

有床診療所の利益率の減少は3割。1割だが、科によっては非常にいいところもある。今後について。

休床施設を除くと内科、外科が高い率で使われている。産婦人科や眼科は入院期間が短いということで、あまり高くない。医療病床では8割の利用率がある。

地域差がある。地域で機能役割が異なり、農村地帯では高い利用率で病院と同じ機能をしている。都市部では低い。救急病院から早期受け入れ施設として、かなり利用。

準看護師の占める割合では。平均で6割。有床診療所の看護師さんをどのように確保するかが問題になってきている。看護師さんのニーズを把握し応えていくことが必要。

平成12年から22年までの10年間、男性医師数がどんどん減っていき、一方女性医師が増えている。今後の有床診療所の先生方を支援する女医の方にもサポートしてもらうのも方法です。

7パーセントの先生は経営も上手く、連帯も十分してられる。これからは外来在宅医療で、介護を絡めていく、入院を維持していくということは入院数と単価が増えなければ。政治的にも大事。患者さんを増やす為、専門医療、医療介護との連携、ショートステイなどをやっていく。今までどうりではなく、もっと踏み込んだもっと違う形があるのでは。単独ではなく、運営連携というのものもある。地区、地区で機能が違うためにこの辺りを一緒に考えさせて欲しい。

従来はゆるい規制で活用するのが有床診療所のメリットとされていた、これからは本当にそれだけでいいのかなと思います。もっと規制を課してして、中小病院と一緒に何をすべきか、全体としてすべきか、それとも手挙げ方式ですべきか。地域、地域で別々にやるべきか何か新しい検討していくことが大事と思う。ひとり医師で医療安全を確保することは決して容易でない。複数の医師で何か出来るシステム、ネットワークのようなものがあればと思います。

■『絶滅危惧種としての有床診療所の再興を願って～無床化への道程～』
(医) ケーンズ会 山村内科院長
山村 善教

平成4年に19床の有床診療所として佐土原町で開業した。16年に無床化、18年に届出を出した。シンポジストとしての要請があり、「いっぺん死滅したところが、有床診療所の先生の前で泣いて見せよ」ということかなと思った、しかし私はどうに涙を捨てておりません。平成16年3月16日を持って涙を出さないことにしました。

(佐土原町の地図を示す) ここが私の診療所ですが、でかすぎる建物を作ったのですね。リースが5千万、建物とか設備とか3億4千万、ざっと3億9千万円でスタートした。

宮崎県の診療所では無床診療所も最近頭打ち、有床診療所は確実に減って来ている。無床化に至った理由は入院患者の減少です。肺炎、脳梗塞も外来で済ませることがあり、入院の必要が少なくなった。

支払い報酬の矛盾。

入院収入が低い、2000円という馬鹿にした値段ではやっていけない。

外来収入と入院患者の著しい減少がある。

長期処方解禁。

新規開業ラッシュ。

委員会を作れといわれる、開催してそれを記録しろという、梅創対策、感染症対策、そういうのが煩わしくてたまらない。

無床化にしての問題。

時間外対応が出来ない。

外出中、入院があれば看護師さんが受けていたのが、全て自分が受けなければならない。

外来患者数の推移。平成6年がピーク、それから下がって、ずっと下がってきて横ばい状態、収入はピーク時の40パーセントを切っている。

有床診療所って日本の文化である、ニチイニュースに「入院診療を残念」と載せています。

収入が医療基盤を揺るがすほどの医療政策に全く信頼感がない。医療経営を如何に軌道に乗せていくか、今ほど医師会員の英知の結集と意見の集約などの協力体制の必要なときはない。経営が危うい状態では、患者さんに満足してもらえらる良質の医療の提供がなされがたいと危惧します。

後は「待てば 海路の 日和あり」

「絶滅の 危機に瀕する 有床の 未来を語り 時ぞ過ぎ行く」

■『無床化した診療所からの提言（消化器外科として）』

ひだか胃腸科医院

日高 健太郎

父が昭和45年に開業、平成6年にここに19床の有床診療所を開いた。8年にデイケア20人を併設したが、介護保険も始まりごたごたしてきたので平成18年に閉鎖した。

14年に療養型病床を申請、指導で療養型6床と一般病床9床の15床に減らされた。20年に療養病床が廃止になるということで、18年に全て一般病床に戻したが19床に戻せない、15床でやれということになる。その都度、厚生労働省に従ってきたつもりだが・・・。

7：1が始まってからは病院が看護師を大量に雇う為、有床診療所である当院では当直の出来る看護師の補充が困難となった。

12年から22年までの入院の変遷。最初の頃大体平均9.4人位。16年にピークがあるが18年からは平均8人、そのまま徐々に減少して、22年は7、8人台。入院診療は当然ずっと赤字。

手術をやりたくて開業したが、手術が少なくなった。

有床をやめた理由。看護師の補充が大変。手術症例の減少。

無床にして困ったこと。看護師がいなくて夜間、休日が困る。一人でこなさなければならなくなる。土曜日が特に困る。

在宅医療を厚生労働省は進めているが、それにはバックアップのベッドが確保されていない。何でもかんでも在宅でとはいけない。入院させたいのだから高齢者が多く、救急病院が高齢者を喜ばない、それで急変したときに紹介するのを躊躇する。病院に入院するほどでないが、在宅では不安ということがある。有床であれば、入院させて治療することが出来、完結型の医療が出来るのにとよく思う。

提言。一般国民は無床、有床を問わず、病院の関係までほとんど知らない。有床診療所への理解を深める為に積極的な広報活動。もっと国民に医療経済のことを宣伝して、如何に有床診療所が低く虐げられているかを報告しなければならない。そのためにはマスコミも見方に付けなければと思っています。

外科医は減ってきて、数年後にはどんなことになるかと思う。経験を積み手術の適応などのよく分かっている外科系診療所をもっと大事にして欲しい。

高齢化は進み、それに伴う医療費の増大があります。しかし、国は国民にとって一番いい医療のあり方は後回しにして、財政優先の取り組みをしている。その結果地域医療は疲弊して、地域間格差も出来た。国の為にも、逆説的であるが、病院より、医療費の低い有床診療所の利用がされるべきである。

■『国民に必要な有床診療所』

宮崎県議会議員

清山 知憲

私は内科の医師として7年目です。医師でありながら地方議員もさせていただき、何か新しい意見が出るのではないかと、シンポジストを引き受けた。国民の意識や世論が存在していて、当事者の利益だけではなく、国民の利益であるという活動をすればいい。入院基本料や看護師確保問題、制度上の問題は大いに討論して、有床診療所の重要性は十分認識できているが、会場の外にいる国民の皆さんに、認識をしてもらう事が大事。

メディアから、「結局診療報酬を上げてほしいのですか」と質問があった。「これは違うな、こういう受け止め方はちょっとまずいな」と思い、地域に有床診療所がどうして必要なのか、産婦人科の説明などに移ったときに納得してもらえ、その後すばらしい記事となった。

江口先生から、国民の80%が知らない。これは大きな問題ですが、逆に一般の国民の20パーセントもが知っているとは実感としてはない。政治家の認識も国民の認識のように低いと感じている。全国の政治家37,700名もいらっしゃるが、国会議員は720人います。首長や都道府県の議員ではそれ以上の数が各地に常駐していて、国会議員より時間にゆとりがある。地元の国会議員もそうですが、県議会にいる立場としては、もっと都道府県、市議会議員でも結構ですが、情報提供、先生方とのコミュニケーションが大事。

政治家は国民の意識に関心がある、選挙をするので。国民がどう感じ、どう意識しているかということに敏感であります。日医総研が出した国民の意識調査では、夜間休日の診療や、救急の医療体制の整備、次は高齢者が長期に入院する為の施設や、老人保健施設の整備が上位の2つに上がってくる。不安に思うことでは町村部の人ほど、夜間休日の医療や、介護や医療、高水準の医療を受けることを言っている。ここは政治家の皆さんに訴えかけるについても重要なエビデンスです。

有床診療所の55パーセントが夜間の救急対応がある。在宅支援診療所の無床を含めた全国平均は12.4パーセント、バックアップベッドを有する診療所は35.8パーセントも在宅の担い手として活躍している。

メディアとの懇談で、お産の47パーセントが有床診療所で行われている。こんなに大事な役割を地域でもらっていたのかと、インパクトがあった。是非そうした切り口でも広報も、また地方の政治家ともお話をもらい、国民の皆様のよりよい医療が出来るのではと考えております。国民の視点にたった有床診療所を地方議員を含めて、先生方からの情報提供をお願いします。

■ 追加発言
宮崎市健康管理部長
伊東 芳郎

平成20年厚生労働省にいたときに、有床診療所を担当しました。そのときも、議員会館に呼ばれては、葉梨会長と、いろんな交渉があった。

有床診療所は今年は1万軒を割った。稼動病床は70パーセントといったお話があったと思います。法律の中で48時間以内の入院となっていれば、そういう状況は評価する側に、根拠を与えたという感じがします。48時間規制に診療報酬も引っ張られていたのではないかと。第4次改定で、48時間規制は撤廃されましたが、一方で病床規制の対象になった。

江口さんがおっしゃっていられたが、日医総研では5つの機能がある。大体網羅されていると思います。

私は21年に宮崎に帰ってきました。調べましたら、宮崎市人口は40万人ですが、76施設で、稼動しているのは65施設、75パーセントであり、全国平均であった。

宮崎市で有床診療所を持っている。そこは16床で12床を運営している。医師が3名大学から来ており、看護師が15名。1億8千万円の収入に対して費用が2億8千万円、年間1億円の赤字です。

診療所の開業医の高齢化の問題も起きて、宮崎の場合は喫緊の課題は産婦人科である。それでも何も手が打てないという状況です。

第三者継承は難しく、親子間の継承が多いが、そのまま有床診療所を継ぐとは限らない。医療法改定で、院内に委員会を作らねばならなくなった。管理栄養士の問題など基準が実態にあっていない。質を求めるのは当然にしても、実態に合わないのに、向かっていくのは現実的ではない。

この県庁所在地でさえ、開業医を目指す方が少ない。今、有床診療所は地域医療規制のため開業できない。開業医をどうして作るのかは、行政の問題であり、政治的な課題でもある。地域の初期救急だけでなく、予防接種、乳幼児健診とかに貢献、その他もろもろの貢献がある。厚生労働省は勤務医の言うことのみで主眼を置きすぎており、地域の医療を担う先生も必要であるが、どうも偏り過ぎる。勤務医が増えれば医療崩壊がなくなるのではないかと、あの当時は病院の先生の声が大きかったので、市町村や県の行政は短絡的になりがちであった。地域住民の安心する医療がなくなる中で、有床無床に関わらず、開業医をどのようにして作るかが求められている。

(税と社会保障の一体改革で、台形の図を示し) 急性期一般、亜急性期、縦に地域密着型の病床がある。ここに有床診療所、中小病院がイメージされていると思う。診療所を急性、亜急性期などと分けなくて、パッケージとして地域に密着した、地域に必要な病床としていかないかという話があった。

診療報酬となる前提の為に、制度的な問題をクリアしたほうがいい。

病床規制の問題。病床自体が医療費を引き上げるという発想が成り立たない。規制したフランスでさえ20年間で病床規制がなくなっている。産婦人科だけは病床を増やしていいが、他の科はダメ。それでは救急が成り立たない。

有床診療所は日本独自のものだと思います。地域で絆を守ってきたと思う。位置づけでは救急とか、一般とかあるなか、地域に密着した病床という考えがあろう。地域に密着した病床とはいつから始まるのか分かりませんが、悠長に待っているときではない。

こういった病床規制、病床数、位置づけを明確にさせたうえで、増収も望んでいかなければと思う。

■ 『日本医師会が考える有床診療所の今後』

日本医師会会長

横倉 義武

日本医師会会長として本年4月より新執行部を発足しました。その目標として、地域にとって自由度の高い制度の設計、都道府県医師会の位置づけの強化、国民の医師会に対する理解の深化、の3つを挙げている。いろいろ問題は山積みされているが、地域医療の充実は今後の大きな任務です。

日本医師会の方針として2つの大きなテーマを掲げました。

継続から改革：継続して国民医療を守ること。皆保険制度を堅持していく。

地域から国へ：医療の現場から様々な声を集約して、国に突きつけていく。

日本医師会は医療活動をしているが、様々な課題がある。ここに11項目挙げているが、この中で特に地域医療の充実、もう一つは高齢化が一気に進む団塊の世代の問題が大事である。

医師会とは国民の生命を守る専門家集団である。その中の活動形態として、有床診療所は医療の歴史の中で必然であり、地域にあっては医療が維持されているということを主張すべきである。

もう一つは団結をいかにすべきか、医師会皆で意見をまとめて、団結をしっかり固めていくことが大事になる。

善意の医療行為は刑事罰にならない仕組み作りが必要。今、外科系に進む医師が減少し、今後の地域医療を考えたとき、地域で手術が出来ない、大変な事態になる。

地域での看護師養成を諦めたら、その地域では都会で教育を受けた看護師は帰ってこない。

国民皆保険の堅持。TTPへの参加で、国民皆保険の体勢が崩される。今のTTPにおいて、透明性を求められ、アメリカが薬価決定のプロセスへの参加を求めるなど。ニュージーランド、FTAを結んだ韓国での問題がある。

地域医療もう一度作り直す必要があり、世代交代を地域医療の中でしていかなければ、医師会の活動でも世代交代が必要。

医療の3要素。質、コスト、アクセス。

コストでは、医療費抑制制度が長い間続けられ、一人当たりの国民医療費はOECD諸国の中で平均を下回っている。財政配分を見直して、適正な財政配分をすることが必要であろう。

アクセスでは、国民皆保険で、国民の医療への公正なアクセスを確保してきた。近年地方では様々な医療格差が生まれてきた。この地域格差が有床診療所の機能を落とし込む様な政策が取ってこられた。そのために地域で身近にある入院施設としての、有床診療所の機能が発揮できない環境を作ってきたという問題がある。

医療の質の向上に努力しなければならない。今まで医療者の自助努力によって行ってきた、最良の医療提供の行えるインフラ整備。

コストでみると、一人当たりの医療費でみると、OECD平均に日本は到達していない。比較的安価な医療費で、最高な医療を提供してきた。

負担の公平化では、社会保険の中でも協会健保と組合健保、共済組合などで差が大変ある。

これをある程度水準化することで、医療費の確保が出来る。

医学生は2010年には低いが千三百数人の定員を増加しており、この方が卒業して出てくる頃には現在のOECDまであがってくる。

人口当たりの病院を見ると、地域偏在はぬぐえない。診療科別医師数の推移では、外科系医師の激減。

世界の医療中でわが国の医療は、カナダの出した評価では、ほぼ全ての分野においてA評価。呼吸器疾患による死亡率だけ悪く、日本は禁煙対策に不十分である。健康状態の自己評価がDである、健康状態が悪いと思っているのが、日本人の特性か。

ローコストでいいパフォーマンスをしているのが日本の特徴。

医師の研修への意欲が高いが、情報収集に当たり、情報が多すぎる、忙しくて情報を見る時間がない。という問題がある。

地域医療、地域連携は医師会の大きな役割。

国民の意識調査では、まず診察して欲しい。必要なときには専門医や施設を紹介して欲しい。生活習慣病予防の為の助言や健康相談をして欲しい。

国民の半数がかかりつけ医を持っている、「診かかりつけ医宣言」研修もしっかりやっぺいこう、かかりつけ医は患者さんに対して責任を主張する。

25年の医療計画。5疾病5事業、在宅中心に計画が立てられ、診療所の機能強化、それぞれの地域でしっかりとやって欲しい。2025年から2035年の高齢者の増えるとき、どう対処していくかが非常に大事、有床診療所の位置づけが地域で大変大事になってくる。有床診療所は西高東低である、有床診療所の役割。大都市では専門性の高い手術など、中小都市では専門性と、患者の受け皿として、小都市や農村部では受け皿機能として重要になる。地域特性によって有床診療所の機能がある。地域性を、地方性を考慮しなかったのが今回の診療報酬改定の問題である。これらの地域でどういう風になってくるかが問題。

有床診療所の5つの機能。

早期退院患者の在宅看護の手渡し機能、DPC病院から早期退院を義務付けられているが。

専門機能を担って病院機能の補完。

緊急時に対応する機能。

在宅医療の拠点としての機能。

終末期を担う機能。

課題として職員確保の問題、医師の勤務負担の重さ、施設の老朽化。

今後に向けて。病床が様々な機能を発揮できるのが有床診療所である。それぞれの地域に応じた病床を使うことが、それぞれ地域住民の幸福に繋がるという主張を続ける必要がある。

今後の期待。団塊の世代の高齢化とともに、入院施設を整備するだけの余裕がもう政府にはない。機能分担での受け皿や、病院でなく身近な診療所で出来る安心なベッドの提供、地域包括ケアシステムでの拠点介護と医療の連携といった、それぞれの地域で重要になってくる。私たち日本医師会としては、いろいろな審議会でも有床診療所の機能、これら地域でこれは重要だと主張していきたいと思っておりますし、行政担当者の現場理解を求めていく。それと同時に有床診療所検討委員会を初めとして、有床診療所協議会のいろいろなご意見を聞いて、意見の集約化を計っていく必要がある。それが入院基本料のあり方につながっていく。

国民の身近で、わが国の医療文化とも言える有床診療所が、よりよい提供を行い、医療をするのが国民の願いである。今後とも様々な側面から支援をいたしますので、是非先生方一緒に頑張ってください。

会 計 報 告

会計期間平成23年4月1日～平成24年3月31日

収入の部

平成23年4月1日	前期繰越	紀陽銀行	¥1,148,975
	利 息		¥166
平成23年4月1日	前期繰越	医師信用組合	¥2,247,894
	利 息		¥1,530
平成23年6月21日	会費収入	¥15,000×49名分	¥735,000
合 計			¥4,133,565

支出の部

会 議 費 (総会役員会)	¥260,305	
事 務 消 耗 品 (小冊子など)	¥152,958	
通 信 費	¥13,360	
慶 弔 費	¥10,000	
会 費 (全国有床診療所52名)	¥520,000	
雑 費 (振込手数料)	¥1,340	
合 計		¥957,963

残 高

平成24年3月31日	紀陽銀行	¥847,296
平成24年3月31日	和歌山県医師信用組合	¥2,328,306
合 計		¥3,175,602

平成24年3月31日	未収金 (会費1名)	¥15,000
平成24年3月31日	未払い金 (振込手数料 岡田先生献花料 振込代)	¥210
	未払い金 (講師 佐々木健先生 交通費)	¥30,000

繰越残高 ¥3,160,392

会計監査

平成23年度の会計監査の結果、適正に処理されていたことを認めます。

平成 24 年 8 月 13 日

和歌山県有床診療所協議会 監事

武用 瀧 彦 

和歌山県有床診療所協議会 平成24年度 事業計画

地域医療崩壊を阻止し、地域医療を再生する為、最後の砦である有床診療所を活性化し、会員の大同団結と増強を図るべく、以下の事業を行う。

1. 滅私奉公からの脱却、次世代につながる診療所であるために、次期診療報酬改定における有床診療所に関係した点数引き上げや条件緩和の為の努力。
2. ベッド閉鎖進行について、会員相互の情報の共有化、経営危機意識の認識の推進。
3. 有床診療所が地域において医療を中心とした包括的ケア拠点として役割をはたすべく、医療計画と介護計画の中で有床診療所を位置付けし、制度化を行うよう活動。
4. 東南海、南海地震に備え、会員同士の更なる親睦、協力体制の促進。
5. 幅広く国民への有床診療所の認識を高める為に広報活動の充実。

Ⅱ. 講演会

■ 武田薬品工業株式会社からのご挨拶

私、武田薬品工業の三藤でございます。第18回和歌山県有床診療所協議会には、多くの先生方に御出席いただき、会長先生を始め、関係する諸先生方のご尽力の賜物です。講演会の開催誠に有難うございます。今回の会は共催の会として、武田薬品がお手伝いさせていただくことができました。誠に有難うございました。

武田薬品の経営理念は「優れた医薬品の創出を通じて、人々の健康と医療の未来に貢献する」こととでございます。人々の健康と未来に貢献できる薬品として、新規ARBとしてアジルバを発売いたしました。武田薬品としてアジルバの有効性と安全性の情報を先生方に御報告し、実証することにより、多くの患者様が救われることを目的に活動しております。

今後も引き続きよろしくお願いたします。

■ 講演 1

丸笹先生からの御紹介：

九鬼新太郎先生の略歴をご紹介します。

平成11年和歌山医科大学を卒業、

13年和歌山医科大学循環器内科に入局、

18年和歌山ろうさい病院循環器内科就職。

和歌山ろうさい病院 循環器内科

九鬼 新太郎 先生

「新規ARBアジルバの短期間での降圧効果の検討」

降圧剤で選択するときには何を重要視しているかということ、「降圧効果」を最も重要視する。しかし、循環器内科はその他の効果全部も欲しいと思っている。今最強のARBアジルバの検討と、最強ということだけではなく、血圧の日内変動についての効果も示します。

短期間なのですが5月の末に発売して、3ヶ月が経ちました。2ヶ月位処方していただのでどれほど下がるのか。和歌山県下データを示させていただきます。第3相の2重盲検試験のときに患者さんから頂いたデータです。従来ではプロプレス8ミリ、12ミリまで、新しいアジルバは通用量20ミリ、それを、最大量40ミリまで増量して。一日血圧計、ABPMで2回、血圧を計っている。

結果では、何も飲んでなかった本態性高血圧症の人で最大血圧160位の人が、両群ともにスーッと下がってくる。1ヶ月目に下がって、2ヶ月目に下がり、さらに増量する、プロプレスのほうは8ミリから12ミリ、アジルバは20ミリから40ミリまで上げる。プロプレスは8ミリから、なぜ16ミリに上げないかということ、用量依存的にこの辺でフラットになっているので、プロプレスのほうは最大容量12ミリになっています。140位に下がっていますのは悪くはない効果ですが、新しいアジルバはさらに下げることが出来る。8週目に通常用量で降圧目標130/80を達成する率を見ます。単剤で16週で、アジルバ40

ミリだけで5割近くを下げる。これは驚くべきデータです。アムロジピン10ミリまでですと、6~4割下がる。カルシウム拮抗剤のマックスドーズに匹敵するくらいの降圧効果が得られる。

日内変動については、夜は寝ていると普通は血圧が下がっていく。Dipper型が普通なのですが、さらに下がるExtreme-dipper。これは夜下がるが、昼間は高くなっているタイプ。全く下がらないタイプのNon-dipper。逆に、昼は下がっているが、夜には上がるタイプ、夜中に上がる、Riser型に分けることが出来る。

どうしてこんなことが起こるのかというと、日本人に多い食塩感受性です。年をとったりしてくると、食塩感受性の低下、昼間に食塩を出すことが出来ないので、夜中に出そうとする、夜中に下がらないNon-dipperタイプなどといわれている、夜中も血圧が下がっていない、Non-dipperの患者さん、ナトリウムの排泄がこのような感じですけど、オルメテックを飲まして、オルメテックでもDipperになるのですね。夜中のナトリウムが出ていたのですが、昼間排泄することによって、夜中のナトリウム排泄量が減る、ARB自体がナトリウムを排泄することによって日内変動を戻す力がある。

もう一つ考えられていることは、交感神経です。交感神経のパスウェイがあつて、交感神経を押さえ込む必要がある。脳幹でアンジオテンシンとかナトリウム濃度を感知するところがあつて、先ほどのパスウェイを介してさらに腎臓の交感神経を介してさらに血圧が上がってくる、脳幹から遠心性にこういうことが起こって、さらに腎臓を刺激することによってレニンが上がり、血圧が上がって高血圧になってくる。なぜかという、先ほどの遠心性の交感神経が賦活かされることによって、レニンアンジオテンシン、傍系球体装置のベータ受容体からレニンが上がってくる。

最近トピックスになっているのは交感神経の^{※※}アブレーションです。腎の交感神経を高周波で焼ききる。欧米では、6000例やっているが、日本ではやっと4、5例であるが、84パーセントの血圧が下がる。これで難治性の高血圧が治せるのではないか。器具が来年頃に認可されるだろう。血圧をただ下げるだけでなく、治療前に夜間の血圧が下がらなかった人が、腎臓の交感神経を焼くことによって血圧が下がる。腎臓の交感神経が日内変動に関係しているのではないか。レニンアンジオテンシン系のシステムが、腎臓の交感神経を賦活化する。賦活化されるとまた傍系球体からレニンが出る。

現時点ではまだ焼いておらず、アブレーションができておらず、それではその間どうするのか。アジルバで抑えてあげ、クロストークが起こらなく出来るのではないかと考えております。血圧はかなり強力に下がる。そして、日内変動もコントロールしなければいけないのはなぜかという、400例ほどのデータ、CKD、心不全を合併した高血圧患者さん、診察室では、既に130/80に血圧が落とされている患者さんですが、夜中の血圧を測って、Dipper型をそれぞれ4年間日内変動を観察してリスクを見たのがあります。いくら血圧を下げていても、夜中の血圧が下がらないと、2倍近くイベントがおこる。血圧を下げていても、夜中の血圧にも目を向けていかねばいけない。

アジルバはどうなっているかという、Dipper、Extreme-dipper、Non-dipper、Riser型の4タイプにわけて、Dipperであればそのまま形よく下がる。Non-dipperタイプは、夜中血圧を下げる必要がある。夜中に下がらないタイプも夜中にしっかりと下げること

が出来た。従来、夜中に上がるタイプはアジルバで昼間はあまり下がらなくても夜に十分下げることが出来る。しっかりと日常生活を見極めることが大切。従来飲んでいた薬では昼間は十分下げることが出来ても、夜中には下げることが出来なかった。

5月末に発売されたアジルバの降圧効果を検討しました。和歌山県下でデータを82人集めました。その内訳では、新規の方、他剤からの切り替えでもしっかりと下げることが出来ている。ろうさい病院では各社のARBからアジルバの最高用量に切り替えてどうなるか。40例あまり集まった。一ヶ月でしっかりと下がっている。プロプレスとの比較でももっと下がっている。各社、デイオパン最高用量の人であっても20下がっている、オルメテックを飲んでいる人にも効果あった。

循環器疾患で「2次予防にどうしたらいいのか」という先生もいるが、まずはしっかりと血圧を下げることをしっかりしなければ何も始まらない。今度、アジルバが出てきたばかりで、何もエビデンスがないのですが、血圧はしっかりと下げる。レニンアンジオテンシン系のシステムと、交感神経のクロストークにしっかりと働くことによって、夜間の血圧異常を治すことが出来る。新しいARBでこういった、血圧をしっかりと下げる、交感神経まで押さえることが出来る。今後5年、10年お世話になる薬ではないかと思う。

※アブレーション：腎動脈周囲に存在する腎交感神経を焼灼により遮断し血圧を下げる手技。

■ 講演2

青木先生からのご紹介：

江口成美先生は昭和57年京都大学文学部卒業、その後ワシントン大学で経営学修士、医療管理学修士を、取得。

職歴：日本IBMのシステムエンジニア、平成12年日医総研に就職。

著書も沢山ございます。

平成18年から24年まで、私と一緒に日本医師会の有床診療所の検討委員会に出席いただきまして、いろいろアドバイスをさせていただきました。先ほどの会長の最後の報告で有床診療所の5つの機能を報告されておりましたが、あの内容は全部江口先生がまとめられたものです。有床診療所にとっては本当に大切な人です。

和歌山県有床診療所協議会 総会

有床診療所の課題と将来

-平成24年度診療報酬改定をふまえて-

平成24年8月25日

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)
主席研究員 江口成美

内容

- 有床診療所を取りまく現状
- 経営・地域性
- 課題
- 今後について

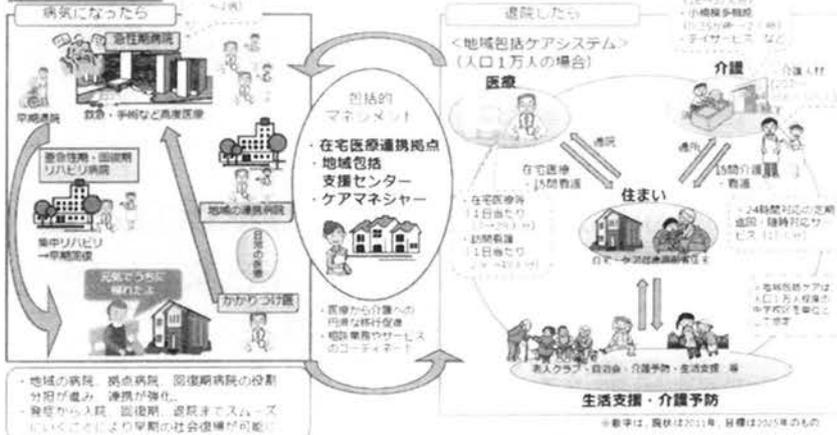
社会保障税一体改革

改革の方向性 ② 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



社会保障・税一体改革案(内閣府)

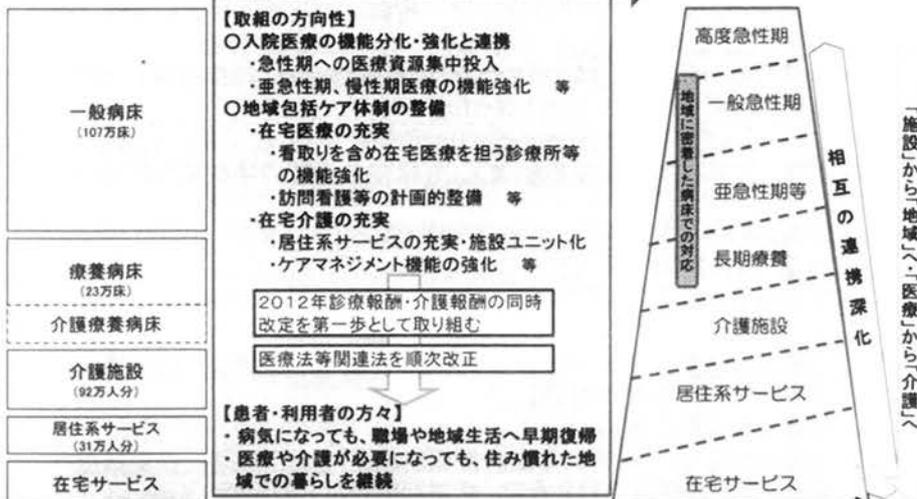
3

医療・介護機能の再編 (将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



医療・介護の高度整備・再編のための集中的・計画的な投資 「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(厚生労働省)

有床診療所と社会・地域のニーズ

1. 社会全体の流れに乗る
 1. 在宅医療（ニーズは15年後に1.7倍に増加）
 2. 患者のQOL（有床診療所はアクセス、コストの面で優れている）
2. 地域でのニーズに応える
 1. 政府が推進する機能分化のなかでの受け皿
 2. 病院でなく身近な診療所でこそ出来るかかりつけ医による医療と安心感の提供
 3. 地域包括ケアシステムの中の拠点

5

近年の有床診療所をめぐる動き

平成18年マイナス改定。有床診療所は一般病床の長期入院の評価低下。
平成19年 第5次医療法改正 医療機能の分化・連携の推進。
有床診療所の一般病床については48時間制限の撤廃（13条撤廃）。有床診療所の病床は基準病床の対象となった。

平成20年 平成20年度診療報酬改定：有床診の夜間の体制に加算の追加・変更

厚生労働省の中でも有床診療所への理解が少しずつ進む

平成21年 有床診の一般病床でショートステイが可能となる。

<厚生労働省と日医で全国5地域（17施設以上）の有床診視察>

平成22年（2010年） 平成22年度診療報酬改定：病院勤務医の負担軽減、有床診の後方病床機能の評価。

医療部会で有床診の議論

平成24年（2012年） 平成24年度診療報酬改定：急性期医療、在宅医療へ重点配分。有床診療所の緩和ケア、終末期医療などの評価。

6

有床診療所施設数と病床数の推移(2012年2月)

▶1990年には23,589施設(27.2万床)あったが、2012年1月には1万施設を下回り、2月時点で9,961施設(13万床)となっている。

《有床診療所の施設数・病床数 2011年3月～2012年2月の推移》

	2011年3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2012年1月	2月	年間減少数	2012年2月現在
施設数	-42	-34	-41	-34	-33	-38	-37	-75	-44	-38	-31	-25	-472施設	9,961施設
病床数	-529	-454	-533	-429	-328	-468	-329	-840	-393	-408	-333	-221	-5,265床	129,597床
うち療養病床数	-102	-110	-108	-69	-49	-78	-65	-29	-39	-41	-85	-41	-816床	うち療養13,926床

<参考 無床診療所 施設数>

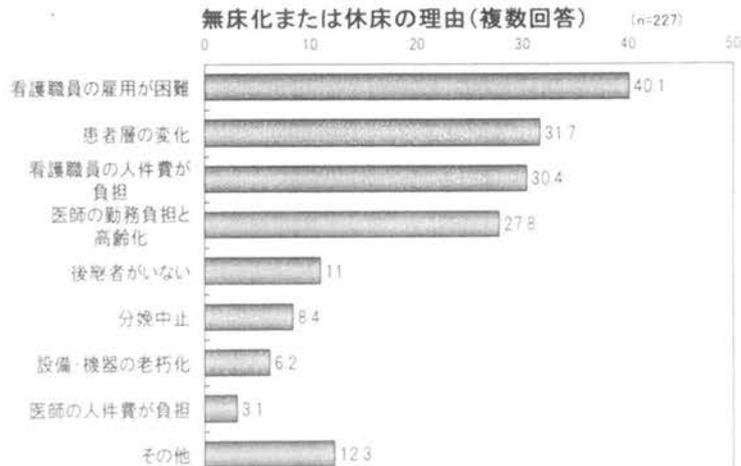
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2012年1月	2月	年間増加数	2012年2月現在
無床診療所	97	125	106	22	57	60	32	121	10	-1	-1	5	+633施設	89,946施設

厚生労働省 医療施設動態調査より

7

無床化の理由

病床の廃止や休床の最も大きな理由は看護職員の雇用であった。患者層の変化、看護職員の人件費、さらには医師の勤務負担がそれに続く。



日医総研 ワーキングペーパー No.242 平成23年有床診療所の現状調査

8

平成24年度診療報酬改定 有床診療所関連の主な改定項目

1. 有床診療所の機能に着目した評価
 - (1) 有床診療所緩和ケア診療加算
 - (2) 看取り加算
 - (3) 入院基本料の要件緩和
2. 入院基本料等加算の簡素化
栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の包括化
3. 効果的な退院調整の評価

9

有床診療所の機能に着目した評価

- 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある
- (1) 夜間に看護師が配置されている有床診療所について、質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する

《改定内容》

有床診療所緩和ケア診療加算: 150点(1日につき)(新設)

[算定要件]

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置

10

有床診療所の機能に着目した評価

- 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある
- (2) 有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する

《改定内容》

看取り加算(新設)

在宅療養支援診療所の場合:2,000点

その他の場合:1,000点

[算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から30日以内に看取った場合

[施設基準]

夜間に看護職員を1名以上配置

11

有床診療所の機能に着目した評価

- (3) 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う

《改定内容》

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする

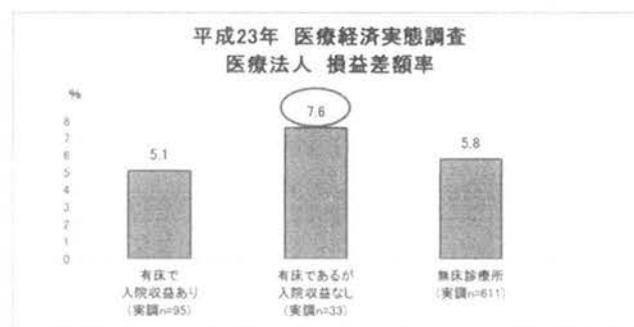
12

経営・地域性

13

有床診療所の経営

有床診、入院収入なしの有床診、無床診の比較



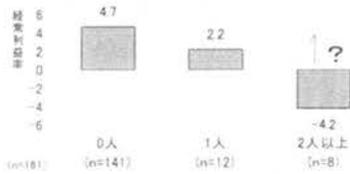
出典：平成23年度
医療経済実態調査

14

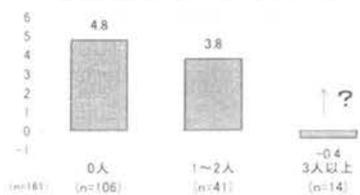
有床診療所の経営

有床診療所の現状(日医総研)

緩和ケアの患者数と経常利益率(法人)

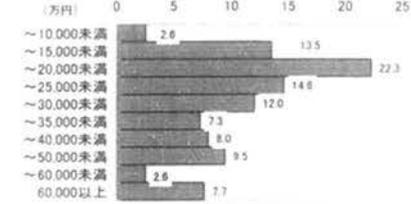


終末期の患者数と経常利益率(法人)

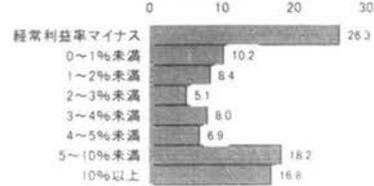


2010年の診療所での入院看取り数
28,869件 (全体の2.4%) (人口動態調査)

医業収益(法人) (n=274)



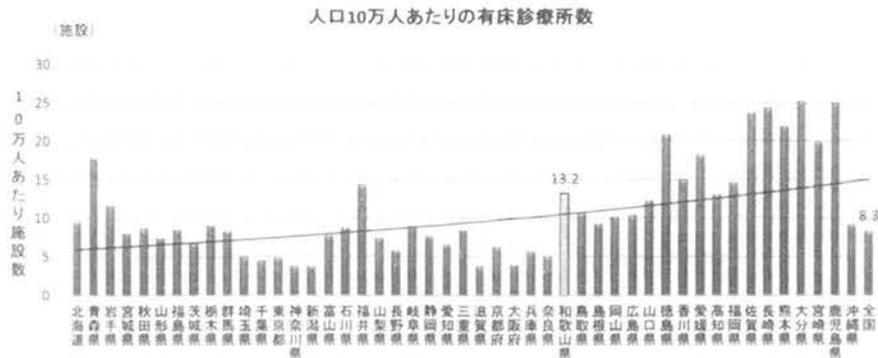
経常利益率(法人) (n=274)



15

県別にみた有床診療所数

人口あたりの有床診療所数を県別で見ると、西高東低の傾向が顕著にみられる。



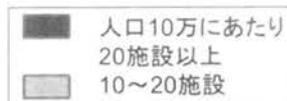
厚生労働省
平成22年度療養施設調査

16

有床診療所数が多い地域－二次医療圏別

人口10万人あたり有床診療所数が多い二次医療圏は九州、四国、中国、青森、北海道の一部に集中している。

和歌山県では橋本二次医療圏以外は10施設以上。新宮二次医療圏は最多の27施設。

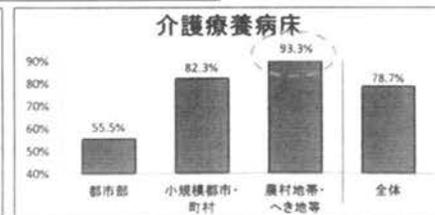
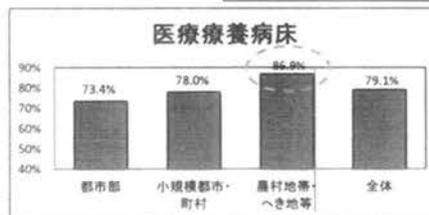
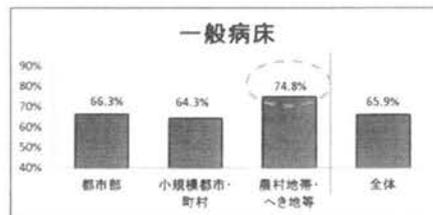


Copyright©WELLNESS All rights reserved
二次医療圏データベースシステムと
平成22年医療施設調査の有床診療所数を使用

17

病床の利用率

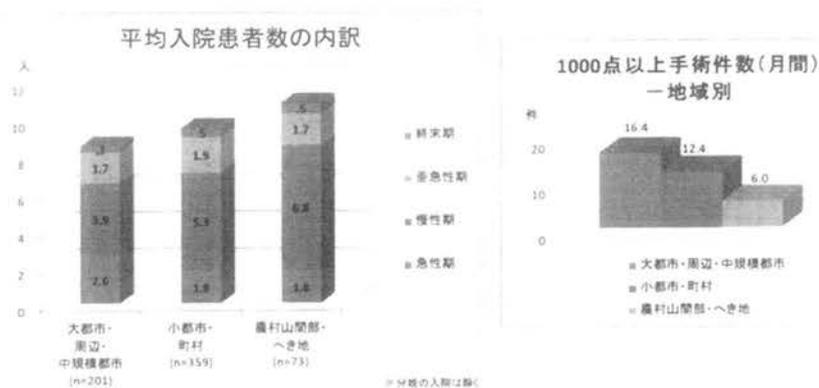
有床診療所の病床（一般、医療療養、介護療養）の利用率は農村地帯・へき地などの地域で高い傾向がみられる。都市部においても一般と医療療養では約7割の利用率となっている。



日医総研WP No 242「平成22年
有床診療所の現状調査」

地域別にみた入院患者、手術

行なわれている医療を地域別にみると、入院患者の病態に違いがみられ、また、手術件数にも差がみられた。診療科とも関連するが、地域のニーズに応じた医療提供が行なわれている。



社会科学研究(14) 1年刊(2019)
有床診療所の現状調査

19

有床診療所の機能

有床診療所の5つの機能

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療の拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

平成23年 日本医師会
有床診療所に関する検討委員会 答申書



それぞれの地域で必要とされる機能を提供していくことが重要

20

平成25年度医療計画一都道府県

- 5疾病及び5事業並びに在宅医療について、地域の医療ニーズに基づいて切れ目なく医療を提供する体制を構築することが目標。
- 医療の機能分化や連携は、地域の関係者が参画して作成することが必要。

25年度地域医療計画の策定に
地域医師会が深く係るべき

21

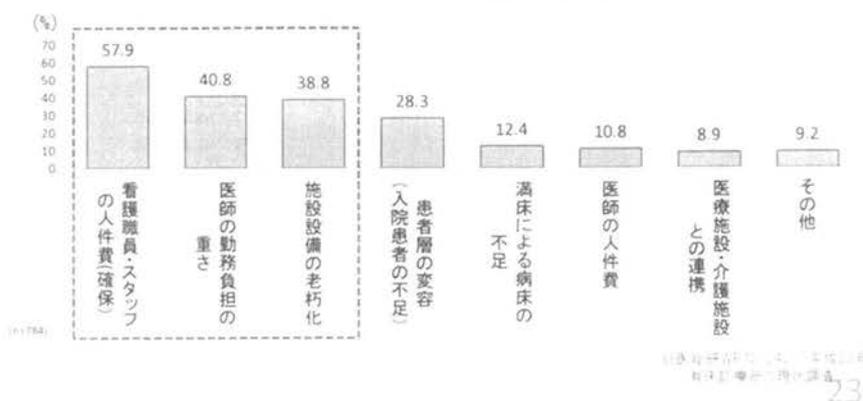
課題

22

有床診療所が抱える課題

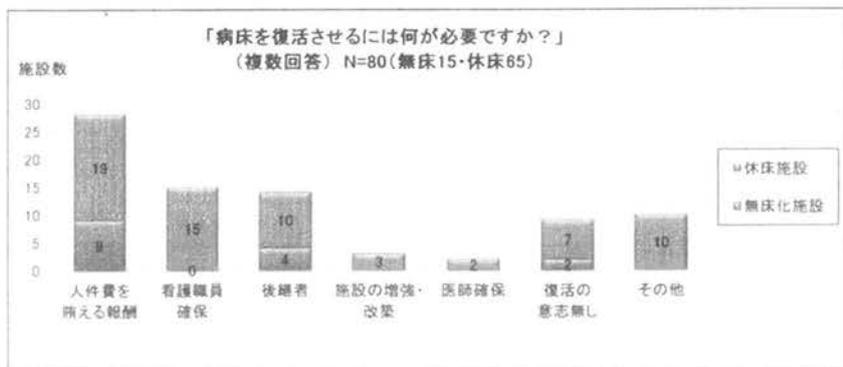
看護職員の人件費、医師の勤務負担、施設の老朽化が最大の3つの課題となっている。活性化に向けた対応が必要と考えられる。

病床に関して抱える課題(複数回答)

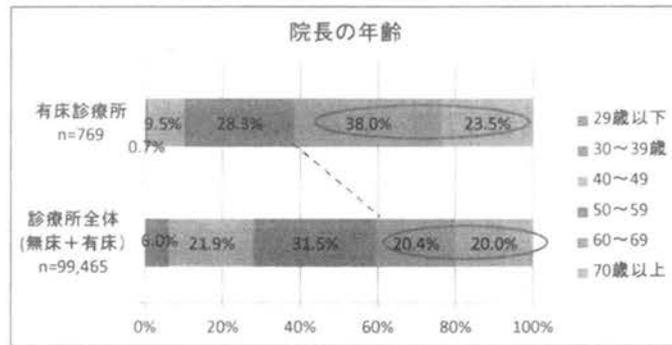


病床復活のために必要なこと

一度無床化すると戻らない。休床は条件が整えば再開の可能性がある。



継承 — 院長年齢の上昇

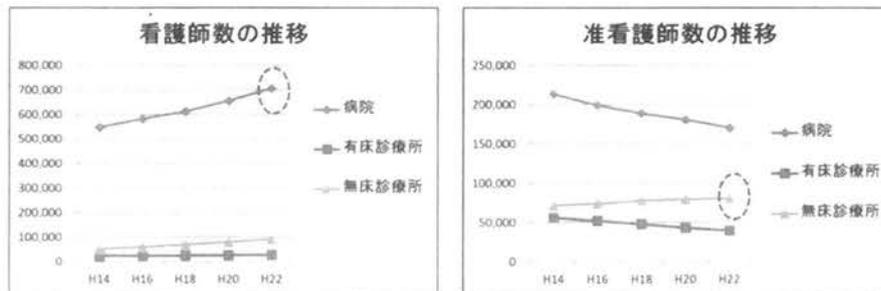


待ったなしの状況

有床診療所は平成23年有床診療所の現状調査 日医総研ワーキングペーパーNo. 242 診療所全体は厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

25

看護職員の確保



有床診療所で勤務する看護職員のニーズの把握必要

厚生労働省 衛生行政報告例より

26

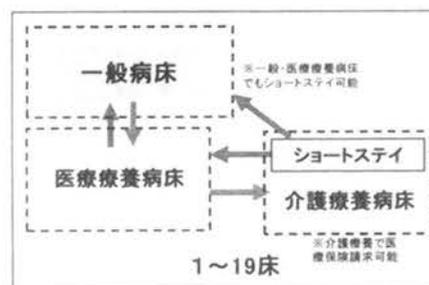
今後について

27

病床の運用

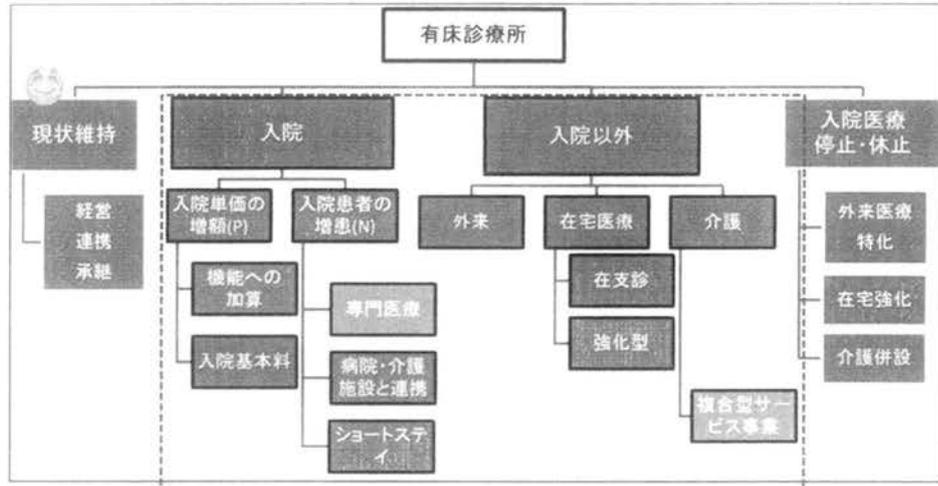
有床診療所では一般病床と療養病床の柔軟な運用や、一般病床でのショートステイの実施など、地域の患者のニーズに応じた入院医療を提供することができる。この利点を生かして、それぞれの地域での病床の活用が望まれる。

有床診療所の病床



28

有床診療所の選択肢

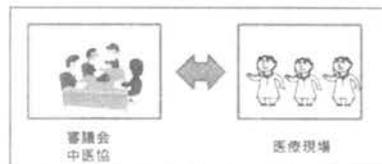


▶ 将来的には、単独でなく新たな運営形態・新たな事業展開？

29

今後について

- 患者の身近にある診療所への手当て
- 開設と継承
 - 病床過剰地域での新設、休床再開
 - 病床のある診療所で実践する動機づけ（勤務医）
- 現場の声の行政への反映（膨大な項目、短期間）



30

今後について

- 看護職員・医師対策
 - よりよい勤務環境の提供
 - 女性医師の活用(病院と異なる勤務環境)
- 新たな活路
 - ゆるい規制で病床を柔軟に活用していくか、それともある程度の規制を課していくか。
 - 複数医師による提供システム構築。そろそろ1人医師の限界か??

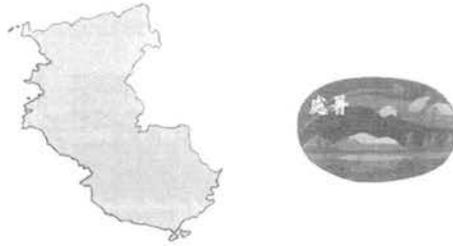
31

今後について

- 審議会(医療部会、医療保険部会、中医協)での議論の促進
- 行政担当者の現場理解を要望
- 有床診療所にかかわるデータの要望・蓄積
- 診療所における入院基本料のあり方の議論(中医協)
- 財源確保
- 有床診療所の将来像の明示化

32

ご清聴ありがとうございました。



33

(参考)有床診療所入院基本料

有床診療所 一般病床 入院基本料

(参考)介護施設サービス費(多床室)

入院日数	入院基本料1 入院基本料2 入院基本料3			単位			
	看護職員数 7人以上	4人以上 6人以下	1人以上 3人以下	看護	介護	(要介護1)	(要介護2)
14日以内	771	691	511	6:1	6:1	760	862
15～30日	601	521	381	6:1	4:1	779	1,120
31日以降	511	471	351	6:1	6:1	810	912
				6:1	6:1	814	1,012
				3:1		786	897

(参考)病院 一般病棟 入院基本料

入院日数	看護師配置					特別
	7:1	50:1	13:1	15:1	40:1以上	
14日以内	2,016	1,761	1,553	1,407	1,395	875
15～30日以内	1,758	1,503	1,295	1,149	1,137	730
30日超	1,586	1,311	1,103	957	945	575

入院期間に応じて加算される450点(14日以内)と192点(15～30日以内)を含む。
15:1は、看護師比率7割以上であれば、「看護配置加算(12点)」が加算可能。

34

Ⅲ. 情報交換会

■和歌山県立医科大学教授 薬理学 岸岡 史郎

ご紹介頂きました和歌山県立医科大学の岸岡史郎でございます。本日は、第18回和歌山県有床診療所協議会総会にお招き、また、有床診療所の抱える問題点等を学ばせて頂きまして、ありがとうございました。

有床診療所の先生方が第一線でご活躍されている地域医療に対する大学の取り組みについて、少しお話しさせていただきます。言い古された言葉ですが、和歌山県民の健康を守っているのが地域医療です。和歌山県立医科大学では、数年前より和歌山県の委託を受け、地域医療支援センターを設け、地域の公的病院の緊急的医師不足を補う役割を果たしてきました。一方、平成21年度入学生よりそれまで60名だった学生入学定員が徐々に増加し、現在では100名となっています。現在の入学定員の内訳は、一般枠70名、県民医療枠20名、地域医療枠10名となっています。2年後には県民医療枠および地域医療枠の第1期生が卒業しますので、その受け皿として専任教授を置いた地域医療学講座を開設する準備が進められています。これらの学生は、卒後9年間は大学附属病院で研修しながら、県民医療枠の卒業生は地域中核病院に、地域医療枠の卒業生は僻地中核病院に配置されることになっています。しかしながら、その地域医療を守るため、第一線でご活躍頂いているのが無床または有床診療所の先生方だと考えています。地域中核病院や僻地中核病院は開業されている先生方をサポートする使命があると考えられますが、それよりも地域と密着して入院が必要な患者のケアとキューアーを引き受けて頂いている有床診療所の開業医の先生方の役割は大きいと考えています。

私は昭和60年から平成元年まで産婦人科医として働いていた経験があります。当時は、有床診療所として分娩を取り扱っておられた産婦人科医の先生方がかなりいらっしゃいましたが、最近では分娩を取りやめられた先生が多くなり、さらに、その先生方が引退された後にその有床診療所を引き継いで産婦人科医院を運営される先生も少なくなりました。分娩は正常な結果をたどっていても、いつ胎児仮死を引き起こし、異常分娩の経過を辿るか解りません。異常分娩を示す帝王切開率は現在では全分娩の7%から10%であると考えられています。そのため、有床診療所で分娩できない妊婦さんの病院での分娩希望が増えてきましたが、それまで有床診療所の産婦人科医院で行われて来た分娩をすべてこれら医療機関で引き受けることは困難です。その結果、「お産難民」なる言葉が生まれてきました。産科だけでなくすべての診療科もこのような事態に直面していると考えられ、これを打破しなければ、地域医療の崩壊に繋がると危惧しています。

そのような中で、有床診療所を運営されている先生方の存在が、今後さらに重要になってくると考えられます。会員の先生方のこれからの益々のご活躍とご発展を祈念申し上げ、簡単ではございますがご挨拶に代えさせていただきます。

■ 閉会の挨拶
名誉会長 青木 敏 先生

お疲れさまでございました。

国会議員の先生方、県医師会横手先生のほか多数のご来賓をお迎えしての総会、続いての講演会・研修会、そして親睦を兼ねての情報交換会にご参加頂きありがとうございました。

高齢社会の今、地域住民にとって、身近で健康を守ってくれる有床診療所は、必要欠くべからずの存在になっています。それにもかかわらず、有床診療所の数は、減少し続けて絶滅危惧種と会長がたとえられるように、今、存亡の危機に立たされています。

この様な中、江口先生には、アンケート調査より分析した有床診療所の実状とこれからの役割、それに沿った経営戦略等をご講演いただきました。有難うございました。

尚、ご来賓の先生からは「有床診療所議員連盟で有床診療所がかかえている諸問題を一緒に検討している」「前回までの診療報酬改定で大病院の経営は楽になったので、今度は、中小の医療機関の診療報酬点数にも配慮する」というような少し希望を持たすようなお話もありました。

本日は、多数の御参加いただき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

第一章 名称及び事業所

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。

第二章 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持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に次の事業を行う。

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. 有床診療所運営に圃する事項。
4. 地域医療、保健医療、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。

第三章 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。

第四章 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事ができる。
3. 役員会は会務の計画、運営にあたる。

第五章 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日の始まり翌年の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 10,000円）

（和歌山県有床診療所協議会年会費 5,000円）

平成11年度より会費は基金引きとする。

②本会側は平成7年7月22日から施行する。

（参会費は毎年6月に基金引きとする。）

③本会側は平成10年8月21日から施行す。

④本会側は平成16年8月21日から施行す。

和歌山県有床診療所協議会 連絡網

会長 興 篤
TEL 0736-77-7800
FAX 0736-77-7811

平成24年10月
(会員49名)

武用 瀧 彦
TEL 073-473-5000
FAX 073-474-4875

長雄 好 昭
TEL 0736-77-5700
FAX 0736-77-5702

岡田 正 道
TEL 0736-32-8080
FAX 0736-32-8082

橋本 忠 明
TEL 0737-62-2226
FAX 0737-64-0020

辻村 武 文
TEL 0739-72-2522
FAX 0739-72-3751

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

丸笹 雄 一郎
TEL 0739-52-3636
FAX 0739-52-3970

要 明 雄
TEL 0735-22-5191
FAX 0735-22-3459

辻 寛
TEL 073-483-1234
FAX 073-483-0221

勝田 仁 康
TEL 0736-73-2101
FAX 0736-73-7188

吉田 裕
TEL 0736-22-5862
FAX 0736-22-7485

島 和 生
TEL 0737-52-7881
FAX 0737-52-7885

川端 良 樹
TEL 0738-24-2222
FAX 0738-24-1735

山口 筋 生
TEL 073-452-3121
FAX 073-453-0554

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

生駒 静 正
TEL 0735-21-5955
FAX 0735-21-5906

味八木 保 雄
TEL 0735-21-5610
FAX 0735-23-1151

久保 光 伸
TEL 0736-64-5788
FAX 0736-64-7907

梅本 博 昭
TEL 0736-33-0477
FAX 0736-33-0873

森下 常 一
TEL 0737-64-0366
FAX 0737-64-0093

寺田 泰 治
TEL 0738-65-0027
FAX 0738-65-0536

岩橋 五 郎
TEL 073-444-4060
FAX 073-444-4096

木下 欣 也
TEL 0735-52-2035
FAX 0735-52-6522

木下 眞 人
TEL 0735-23-1122
FAX 0735-23-1445

辻 秀 輝
TEL 073-483-3131
FAX 073-482-6090

黒山 哲彌(仮名)
TEL 0736-62-7777
FAX 0736-62-8813

児玉 敏 宏
TEL 0736-62-0717
FAX 0736-62-2831

粉川 信 義
TEL 073-461-0349
FAX 073-461-9000

深谷 修 平
TEL 0738-23-1881
FAX 0738-23-1882

宇治田 卓 司
TEL 073-455-6699
FAX 073-452-6540

中根 康 智
TEL 0735-72-2822
FAX 0735-72-2818

玉置 公 一
TEL 0735-22-6172
FAX 0735-22-6173

宮本 克 之
TEL 073-422-6065
FAX 073-424-2096

近藤 和
TEL 0736-73-2059
FAX 0736-73-2059

平松 正 大
TEL 0737-52-5411
FAX 0737-52-6853

辻 薫
TEL 0739-25-3377
FAX 0739-25-3399

酒井 英 夫
TEL 073-459-2277
FAX 073-459-2861

嶋本 嘉 克
TEL 073-446-3636
FAX 073-446-3637

中井 整
TEL 073-471-0204
FAX 073-471-1303

中瀬古 晶 一
TEL 0735-22-7828
FAX 0735-21-3003

安村 知 加
TEL 073-492-2241
FAX 073-492-2241

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

檀本 修
TEL 0739-22-0019
FAX 0739-22-0519

辻 啓 次 郎
TEL 0739-22-0534
FAX 0739-22-0538

星野 英 明
TEL 073-422-0007
FAX 073-422-2288

山野 雅 弘
TEL 073-461-7161
FAX 073-461-7112

田草川 良 彦
TEL 0739-26-5366
FAX 0739-26-5377

和歌山県有床診療所協議会会員名簿

和歌山市

平成24年10月現在

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
青木 敏	(医)青木整形外科	641-0015	布引763-8	073-446-2110	073-446-2135
岩橋 五郎	(医)新生会 岩橋医院	641-0035	関戸1丁目6-44	073-444-4060	073-444-4096
宇治田 卓司	(医)卓麻会 宇治田循環器科内科	640-8434	榎原204-8	073-455-6699	073-452-6540
酒井 英夫	酒井内科	640-0103	加太939-10	073-459-2277	073-459-2861
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外科・内科	641-0036	西浜921-4	073-446-3636	073-446-3637
中井 整	(医)整友会 中井クリニック	640-8322	秋月570	073-471-0204	073-471-1303
武用 瀧彦	(医)一穂会 武用整形外科	640-8303	鳴神1005	073-473-5000	073-474-4875
星野 英明	(医)明星会 星野胃腸クリニック	640-8342	友田町5-32	073-422-0007	073-422-2288
山口 節生	(医)慈生会 山口整形外科	640-8472	大谷405-1	073-452-3121	073-453-0554
山野 雅弘	(医)明成会 紀伊クリニック	649-6332	宇田森275-10	073-461-7161	073-461-7112
宮本 克之	(医)潤生会 宮本医院	641-0051	西高松1-5-36	073-422-6065	073-424-2096
粉川 信義	(医)粉川レディスクリニック	640-8482	六十谷366-4	073-461-0349	073-461-9000

海南市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
辻 寛	(医)同仁会 辻整形外科	642-0031	築地1-50	073-483-1234	073-483-0221
辻 秀輝	(医)辻秀輝整形外科	642-0032	名高178-1	073-483-3131	073-482-6090
安村 知加	西本内科外科医院	649-0122	下津町黒田84-1	073-492-2241	073-492-2241

有田郡

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	有田川町土生371-26	0737-52-7881	0737-52-7885
橋本 忠明	(医)明誠会 橋本胃腸肛門外科	643-0004	湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226	0737-64-0020
平松 正大	そのべクリニック	643-0021	有田川町下津野550	0737-52-5411	0737-52-6853
森下 常一	森下整形外科	643-0065	広川町東中64-1	0737-64-0366	0737-64-0093

日高・御坊市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
川端 良樹	紀伊クリニック	644-0012	湯川町小松原615-1	0738-24-2222	0738-24-1735
深谷 修平	深谷外科医院	644-0011	湯川町財部670-1	0738-23-1881	0738-23-1882
辻村 武文	辻村外科	645-0001	みなべ町東吉田282	0739-72-2522	0739-72-3751
寺田 泰治	(医)寺田医院	649-1111	由良町里57-2	0738-65-0027	0738-65-0536

田辺市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
榎本 修	(医)榎本産婦人科	646-0031	湊1174-1	0739-22-0019	0739-22-0519
辻 董	(医)仁成会 辻内科医院	646-0003	中万呂133-11	0739-25-3377	0739-25-3399
辻 啓次郎	(医)外科内科 辻医院	646-0036	上屋敷町3-11-14	0739-22-0534	0739-22-0538
田草川 良彦	成和脳神経内科医院	646-0036	芳養松原2丁目15-17	0739-26-5366	0739-26-5377

岩出・紀の川市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
久保 光伸	久保外科	640-0413	貴志川町神戸212-2	0736-64-5788	0736-64-7907
黒山 哲彌 (坂頭 節哉)	(医) 彌栄会 やよいメディカルクリニック	649-6215	岩出市中迫13	0736-62-7777	0736-62-8813
児玉 敏宏	(医) 博文会 紀の川クリニック	649-6213	岩出市西国分501	0736-62-0717	0736-62-2831
仲井間 憲要	仲井間医院	649-6256	岩出市金池389-1	0736-62-5558	0736-63-2070
坂中 昭典	坂中内科	649-6422	花野91-4	0736-77-5733	0736-77-7844
奥 篤	(医) 篤真会 奥クリニック	649-6412	黒土263-1	0736-77-7800	0736-77-7811
長雄 好昭	(医) 英正会 長雄整形外科	649-6426	下井阪4477-1	0736-77-5700	0736-77-5702
勝田 仁康	(医) 慈愛会 勝田胃腸内科外科医院	649-6531	粉河1916	0736-73-2101	0736-73-7188
近藤 和	近藤医院	649-6531	粉河1731	0736-73-2059	0736-73-2059

77-

伊都・橋本市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	F A X
吉田 裕	(医) 恒裕会 吉田クリニック	649-7113	かつらぎ町妙寺439-92	0736-22-5862	0736-22-7485
梅本 博昭	(医) 博周会 梅本診療所	648-0015	隅田町河瀬352	0736-33-0477	0736-33-0873
岡田 正道	(医) 岡田整形外科	648-0073	市脇1-45-2	0736-32-8080	0736-32-8082

西牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
覚前 哲	(医)覚前医院	649-3523	串本町和深838	0735-67-0077	0735-67-0365
丸笹 雄一郎	丸笹外科内科	649-2511	白浜町日置981	0739-52-3636	0739-52-3970

東牟婁郡

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
木下 欣也	(医)木下医院	649-5332	那智勝浦町朝日1-60	0735-52-2035	0735-52-6522
中根 康智	中根医院	649-4104	古座川町高地10-3	0735-72-2822	0735-72-2818

新宮市

氏名	病院名	〒	住所	電話番号	FAX
生駒 静正	生駒呼吸循環器	647-0015	千穂3-5-8	0735-21-5955	0735-21-5906
要 明雄	(医)要外科内科医院	647-0045	井の沢9-10	0735-22-5191	0735-22-3459
木下 真人	木下外科医院	647-0052	橋本1-3-5	0735-23-1122	0735-23-1445
玉置 公一	玉置整形外科医院	647-0043	緑ヶ丘2-3-11	0735-22-6172	0735-22-6173
中瀬古 晶一	中瀬古整形外科	647-0004	大橋通4-1-9	0735-22-7828	0735-22-3003
味八木 保雄	味八木胃腸科外科	647-0044	神倉4-6-40	0735-21-5610	0735-23-1151

その強さ、 アジルバ。

POWER
with
Quality

新発売
薬価基準取裁

持続性AT₁レセプターブロッカー
処方せん医薬品[※]

アジルバ[®]錠 20mg 40mg

(アジルサルタン錠)

注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

効能・効果

高血圧症

用法・用量

通常、成人にはアジルサルタンとして20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最大投与量は40mgとする。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

本剤の降圧効果を考慮し、本剤適用の可否を慎重に判断するとともに、20mgより低用量からの開始も考慮すること。

使用上の注意

- 1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者(「重要な基本的注意」の項参照)
 - (2)高カリウム血症の患者(「重要な基本的注意」の項参照)
 - (3)重度な腎機能障害のある患者[腎機能を悪化させるおそれがある。eGFR 15mL/min/1.73m²未満の患者での使用経験は少ないので、このような患者に対しては、低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に投与を行うなど慎重に投与すること。]
 - (4)肝機能障害のある患者[外国において、中等度の肝機能障害患者でアジルサルタンの血中濃度(AUC)は、健康成人と比較して64%上昇することが報告されている。高度な肝機能障害患者での使用経験はない。]

(5)脳血管障害のある患者[過度の降圧が脳血流不全を引き起こし、病態を悪化させるおそれがある。]

- (6)薬剤過敏症の既往歴のある患者
- (7)高齢者

2.重要な基本的注意

- (1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体濾過量の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。
- (2)高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるので、血清カリウム値に注意すること。
- (3)本剤の投与により、急激な血圧の低下を起こすおそれがあるので、特に次の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
ア.血液透析中の患者 イ.重度な減塩療法中の患者 ウ.利尿剤併投与中の患者
- (4)降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。
- (5)手術前24時間は投与しないことが望ましい(アンジオテンシンII拮抗剤併投与中の患者は、麻酔及び手術中にレニン-アンジオテンシン系の抑制作用による高度な血圧低下を起こす可能性がある)。

3.相互作用

併用注意(併用に注意すること)
アルドステロン拮抗剤・カリウム保持性利尿剤
スピロラクトン、トリウムテレン、エプレレノン等
カリウム補給剤
塩化カリウム等
利尿剤併投与
フロセミド、トリクロルメチアジド等
リチウム

非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)・COX-2選択的阻害剤
インドメタシン等

4.副作用

承認時までの国内の臨床試験では、930例中の97例(10.4%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められた。

(1)重大な副作用(いずれも頻度不明)

以下の副作用があらわれることがあるので注意すること。

- 1)血管浮腫:顔面、口唇、舌、咽、喉頭等の腫脹を症状とする血管浮腫があらわれることがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2)ショック、失神、意識消失:ショック、血圧低下に伴う失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷感、嘔吐、意識消失等があらわれた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、重度な減塩療法中あるいは利尿剤併投与中の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
- 3)急性腎不全:急性腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 4)高カリウム血症:重度な高カリウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。

本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第97号(平成20年3月19日付)に基づき、2013年4月末日までは、1回14日分を限度とした投薬しか認められない。

●注意:使用上の注意などの詳細については、添付文書をご参照ください

2012年5月作成



(資料請求先)

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部

〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号