

平成25年度
第19回 和歌山県有床診療所協議会
総会 ならびに 講演会

平成25年8月31日(土曜日)
ホテルグランヴィア和歌山

平成25年度 第19回和歌山県有床診療所協議会総会ならびに講演会
(敬称略)

I. 総会(総合司会 辻 興)「6Fアクア・グラン」

1. 挨拶、紹介など(司会 事務局 岡田)	
①会長挨拶	2
②来賓挨拶	3
③来賓紹介	6
④祝電披露	7
2. 報告事項(司会 辻 興)	
①新役員紹介	9
②平成24年度事業報告(奥 篤)	10
③第26回全国有床診療所連絡協議会の報告	
第1日 辻 興	12
第2日 奥 篤	17
(コメント 青木 敏)	
3. 協議事項(司会 辻 興)	
①平成24年度 収支決算報告(奥 篤).....	30
②平成24年度 監査結果報告(武用 瀧彦)	
②平成25年度 事業計画(奥 篤)	31

II. 講演会「6Fアクア・グラン」

武田薬品工業株式会社より挨拶	32
座長:辻 興、辻 寛	
1. 和歌山医大 紀北分院 脳神経外科 助教 大饗 義仁	33
「認知症治療薬レミニールの使用経験～自験例をもとに～」	
2. 和歌山医大 整形外科 准教授 山田 宏	35
「新しい腰椎椎間孔狭窄の診断と治療」	

III. 情報交換会(司会 粉川 信義)「6Fメゾン・グラン」

1. 挨拶 武用 瀧彦	38
2. 乾杯 辻村 武文	
3. 演奏 古家 学	
4. 閉会の挨拶 青木 敏	39

I.総 会

■ 挨拶

和歌山県有床診療所協議会 会長 奥 篤

皆さんこんにちは。本日は第19回和歌山県有床診療所総会及び講演会に、お忙しいところ、ご出席頂きありがとうございます。今日は岸本衆議院議員、門衆議院議員を初めとする来賓の方々がお見えです。ご来賓の方々がこの会に参加していただき、われわれの苦しい有床診療所にとって、大変な励みであります。また、ご来賓の皆様方からいただく御挨拶で我々勇気付けられております。

さて、和歌山有床診療所協議会総会も19回目を迎えました。さらに全国有床診療所連絡協議会は設立して26年経ちました。先輩の先生方の働き、さらには、有床診療所に対してご理解いただく議員の方々のおかげで、わずかではありますが、我々の待遇が改善してまいりました。実際は意味がなかった48時間規制の撤廃。療養型病床、ショートステイが有床診療所で出来ることになり、わずかに入院基本料も上がりました。看取り加算も付きました。しかし、入院して30日以内に患者さんが亡くなったときだけであり、早く死なせると報奨金が付くというようないやな加算です。また、48時間規制の撤廃とともに、その医療圏でベッド数にカウントされ新しい有床診療所を開設するのが難しくなりました。最近では一日辺り11点、110円の入院基本料の増加となりましたが、それと一緒に管理栄養士が必要となりました。もちろん管理栄養士がいなければ入院基本料を取れない、入院させられないという事です。有床診療所に栄養士がいても、8割が管理栄養士を雇っていません。これを作った人は我々の実情を理解していないのか、このことを知っていれば、確信犯であれば有床診療所潰しといえるでしょう。

あまりにも低く抑えられた入院基本料の為に、病床を支えきれないでベッドを閉めざるを得ない診療所がたくさん出来てきました。我々は地域で小回りのきく、親しいベッドを持った医療機関として、住民の医療を支える為に、身を粉にして働いております。これからの在宅医療の拠点としても頑張りたいところです。そして、お産の約半数が我々有床診療所で行なわれております。有床診療所の消失は地域医療の崩壊にも繋がるといわれております。入院基本料の上昇が急がれます。

本日の講演会ならびに情報交換会は、昨年と同じく武田薬品との共催となっております。また講演に脳神経外科の先生、整形外科の先生にお願いしております。我々の専門外であっても、今どのように進歩しているか興味のあるところです。

その後の情報交換会にはシンガーソングライターの古家学さんをお招きしております。彼は一番脂の乗ったときであると思います。今日一日をゆっくりと楽しまれて、お互いの交流を高めてください。

■ 衆議院議員 岸本 周平 様

皆さん今日は、ただいまご紹介いただきました衆議院議員の岸本周平でございます。本日は19回目の総会、そして講演会を盛大に開催されることをお喜び申し上げます。青木名誉会長、奥会長のリーダーシップで、地域医療を担っている有床診療所の皆さん方が毎年毎年切磋琢磨されながら、こういう総会、研究会などで勉強され、一つの団体として団結され活動されております姿を拝見させていただいております。この会には毎年出席させていただいておりますが、情報交換会には欠席させていただき非礼をお詫びいたします。

奥会長がいつもおっしゃるように有床診療所を巡る環境は非常に厳しいものがございます。私自身も厚生省の予算をやってきた人間ですけれど、厚生省陰謀論のようなものがあるのですけれど、必ずしもそうではないのですが、厚生省の役人など現場が分かっていない。そんなに忙しいこともないのですけれど、現場が分かっていない。忙しいことをいいわけに、気持ちはいい方向にとおもってらっしゃるのですが、現場を分かっていないだけにちぐはぐ、現場が分かっていない彼らに対して我々は皆さんと接しております。パイプ役をさせていただくというのが仕事ですから、党派関係なく和歌山選出の我々議員が二階先生を筆頭に力を合わせてやっていくことをお約束いたします。

去年は税制の勉強会をしました。消費税8パーセントはきつと来ると思います。その時に診療報酬をどうするのか、そして8から10パーセントになるときどうするのだ。私日本医師会の研究会と一緒に研究させていただき、なんとか8パーセントになるとき、10パーセントになるときも有床診療所の先生方に医療経営上少しでもプラスになるような協力が出来ますように、いま野党ですが、ぎりぎり自公民三党の枠組みが残っておりますので、皆さんがたのためにやって行きたいと思います。皆さんがたありがとうございました。

御盛会おめでとうございます。

■ 衆議院議員 門 博文 様

我々田舎で生活するものにとって、どこで生活してもそうですが、いざとなったときの病院というのが、心の支えであります。近くにそういう医療機関があるということで安心して毎日生活をしてまいりました。小さい頃祖父母がいましたので、病気になるとお医者さんに行かせてもらいました。悪いと言うことになる、そこのベッドに2、3日から1週間入院させていただき帰ってきたことが今思い出しております。ところがご承知のように地域が形を変え、その中でそういう病院の、そして有床診療所の経営の状態が厳しい。

いつも夏になったら言うのですが、小さい頃弟と自転車に乗って、近くの駄菓子屋にアイスクリームを買いに行きました。それが夏の頃の思い出なのですが、その駄菓子屋は既にありません。近くの自転車で行った散髪屋さんもなくなって、地域がだんだん僕らの育ってきた頃と姿を変えて、普段の生活の中に、病院診療所も姿を変えてきたのも事実であると思います。しかし、近くに有床診療所があつてこそ、そこで人生を全うできる。私は23年間民間企業で働き、商売の現場でいましたので、医療のこと分からないことがいっぱいありますが皆様方の経営について一緒に相談させていただいて、ご意見を新たに聞かせていただきたいと思っております。

私は霞ヶ関や永田町に行って未だ半年ですが、あそこだけ日本の我々の地方とは違います。役所の人たちの考え方と言うのは、東京のど真ん中で考えている人たちと、われわれ日本の片隅の和歌山で生活しているものとは違います。私は自分で出来るものは何かと、自分の足で役所に伺って、自分で疑問に思ったことを伺っております。残念ながらこの半年の間に厚生労働省に伺ったことはありません。

この秋から臨時国会が始まりますが、今度は厚生労働省のほうにも皆さん方のいろんなご意見、ご要望を聞かせていただいて、解決すべきものがあれば、私も与党の一員として、解決の現場に立ちたいものだと思う。会長さんが言われた様に、来年こそはボヤかなくて済むように、そんな活動を私も1年間することをお約束して挨拶とさせていただきます。

■ 和歌山県医師会 理事 横手 秀義 様

第19回和歌山県有床診療所協議会総会の開催、誠におめでとうございます。私は奥会長と同級生で、奥会長が開業される前の1990年に九度山で有床診療所を開業しておりました。奥会長が有床診療所を開業するに当たって私どもの有床診療所を見学に来られました。開業した1990年当時伊都医師会では13箇所の有床診療所がありました。しかし、今は4施設しか残っていません。

僕も止めた一人なのですが、奥会長が言っておられた48時間規制、この様な中で違法状態を続けるのがイヤになりました。住民の健康を守ると言うことも大事ですが、違法と言うことが僕には納得できませんでした。2003年に有床診療所をやめました。2007年に48時間規制がやっと撤廃され、有床診療所が法的に認められた。24時間365日、入院患者のため、地域住民のために頑張ってきたが、「もう閉じよう」と言う院長さんが多数います。新しくやろうと言う人がほとんどない。全国に2万軒以上の有床診療所がありました。もう今は半分以下の9千5百くらいの有床診療所しか残っていません。和歌山県の人口10万人に対する有床診療所の数は13軒。他府県では京都、大阪、滋賀、奈良はもう人口10万に対して5件しかない。

これから進む高齢化社会の中で、受け皿にするには在宅医療しかないというのが国の考え方である。この在宅医療の中で脚光を浴びてくるのは有床診療所。有床診療所が在宅医療の拠点となって、病院と在宅との橋渡し、緊急時の対応、終末期医療が有床診療所に求められております。これから有床診療所に頑張ってくださいたいし、その先生方に活躍をしてもらいたい。県医師会も有床診療所の経営に全面的に支援をしていきたい。皆様のご活躍を祈念いたしましてご挨拶いたします。

平成25年度 第19回 和歌山県有床診療所協議会 出席者

○来賓者および講演者

- ・衆議院議員・・・岸本 周平 殿
- ・衆議院議員・・・門 博文 殿
- ・参議院議員・・・鶴保 庸介 殿 (代理 小林 秀徳 殿)
- ・参議院議員・・・世耕 弘成 殿 (代理 緒方 紀和 殿)
- ・衆議院議員・・・二階 俊博 殿 (代理 井本 庄一 殿)
- ・衆議院議員・・・石田 真敏 殿 (代理 北出 純造 殿)
- ・衆議院議員・・・阪口 直人 殿 (代理 山野 麻衣子 殿)
- ・和歌山県医師会理事 (県医師会会長代理)・・・横手 英義 殿

- ・和歌山県立医科大学附属病院紀北分院 脳神経外科・・・大饗 義仁 先生
- ・和歌山県立医科大学附属病院 整形外科・・・山田 宏 先生

- ・シンガーソングライター・・・古家 学 殿

小計 11名

○会 員

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. 粉川レディースクリニック
 6. やよいメディカルクリニック
 7. 西本内科外科医院
 8. 辻整形外科
 9. 青木整形外科
 10. 梅本診療所
 11. 奥クリニック
 12. 星野胃腸クリニック
 13. 辻村外科
- その他

小計 36名

○武田薬品株式会社 (石川 吉男リーダー 他3名)

小計 4名

総数 51名

祝電披露

衆議院議員 岸本 周平 様

「第19回和歌山県有床診療所協議会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 法務委員長 衆議院議員 石田 真敏 様

本日ここに和歌山県有床診療所の総会が開催されますこと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、ならびに良き地域治療に向けた不断の取り組みに深く敬意を表します。

私も政治の立場から微力ながら尽くしてまいる所存でございます。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。

衆議院議員 自由民主党和歌山県連会長 二階 俊博 様

第19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會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 衆議院議員 門 博文 様

本日「第19回和歌山県有床診療所協議会の総会及び情報交換会」が盛大に開催されますことを、心よりお喜び申し上げます。

和歌山県有床診療所協議会様の益々のご発展とご参集の皆様のご健勝ご多幸を祈念致します。

日本維新の会 衆議院議員 政調副会長 阪口 直人 様

第19回和歌山県有床診療所協議会の総会が盛大にご開催されますことに、心からお慶び申し上げます。

街に生きる市民の命と安心を守り、地域医療の中心においてご活躍されております皆様のご活躍に敬意を表し、和歌山県有床診療所協議会の今後益々のご発展と、皆様のご健勝、ご多幸をご祈念申し上げます。

内閣官房副長官 参議院議員 世耕 弘成 様

「第十九回和歌山県有床診療所協議会総会及び情報交換会」のご盛會を心よりお慶び申し上げます。和歌山県有床診療所協議会の益々のご発展と、本日ご参會の皆様方のご健勝ご多幸を祈念いたします。

国土交通副大臣 参議院議員 鶴保 庸介 様

第十九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會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貴会のますます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。

平成25年度 新規役員

- 名誉会長 青 木 敏

- 会 長 奥 篤

- 副 会 長 辻 興
 橋 本 忠 明

- 理 事 榎 本 修
 要 下 明 雄
 木 川 欣 也
 粉 辻 信 義
 辻 村 武 寛
 長 雄 好 文
 武 用 瀧 昭
 丸 笹 雄 彦
 一 郎

- 監 事 宮 本 克 之

平成24年度 和歌山県有床診療所協議会 事業報告

(平成24年4月 ～ 平成25年3月)

○平成24年4月26日(木)

全国有床診療所連絡協議会より平成24年度診療報酬改定における「栄養管理実施加算」に係る届出の経過措置に関する資料送付

○平成24年6月24日(日)

平成24年度 第1回全国有床診療所連絡協議会 役員会

場 所：東京国際フォーラム

出席者：奥 篤 先生

○平成24年7月14日(土)

平成24年度 第1回和歌山県有床診療所協議会 役員会

場 所：ホテルアバローム紀の国

出席者：青木 敏 先生、奥 篤 先生、粉川 信義 先生、辻 興 先生、辻村 武文 先生

○平成24年7月28日(土)、29日(日)

平成24年度 全国有床診療所連絡協議会総会および第2回役員会、シンポジウム

場 所：宮崎県シーガイア・コンベンションセンター

出席者：青木 敏 先生、辻 興 先生、辻村 武文 先生、奥 篤 先生

28日(土) 第1日目・・・総会、役員会、懇親会等

29日(日) 第2日目・・・特別講演、シンポジウム等

○平成24年7月20日(金)

西牟婁郡(医)善明会 オキ外科 隠岐 和彦 先生が24年8月より本会退会

○平成24年8月9日(木)

平成24年度 第2回和歌山県有床診療所協議会 役員会

場 所：ホテルアバローム紀の国

出席者：奥 篤 先生、粉川 信義 先生、辻 興 先生、辻 寛 先生、宮本 克之 先生

○平成24年8月25日(土)

平成24年度 第18回和歌山県有床診療所協議会 総会および講演会

場 所：ホテルアバローム紀の国 3階 「孔雀の間」

来賓者数・・・12名

医療機関数・・・21施設

総 数・・・53名

○平成24年10月12日（金）

参議院議員 世耕 弘成 殿 開催「政経セミナー」参加

場 所：大阪市ウエスティン都ホテル

出席者：奥 篤 先生、奥 眞弓 婦人

○平成24年10月2日（火）

伊都郡（医）英裕会 横手クリニック 横手 英義 先生が24年10月より本会退会

○平成24年10月27日（土）

衆議院議員 岸本 周平 殿 開催「医療における消費税について」参加

場 所：和歌山市ホテル東急イン3階「万葉」

出席者：奥 篤 先生、奥 眞弓 婦人

○平成24年11月2日（金）

全国有床診療所連絡協議会より

⇒「新人看護職員採用の実態に関する調査」アンケート実施

○平成24年12月9日（日）

平成24年度 第3回全国有床診療所連絡協議会 役員会

場 所：日本医師会館（東京）

出席者：奥 篤 先生

○平成25年1月17日（木）

「第18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

○平成25年3月12日（火）

全国有床診療所連絡協議会より

⇒「次期（平成26年度）診療報酬改定に対する要望書」提出の報告

■ 報告:

第26回全国有床診療所連絡協議会総会 兵庫大会

出席者：青木 敏、佳子夫妻 辻村 武文、美穂子夫妻 奥 篤、眞弓夫妻 辻 興先生

■ 1日目 平成25年8月3日(土曜日)

第26回全国有床診療所連絡協議会総会、兵庫大会が神戸ポートピアホテルで開催された。

8月3日、第1日目、日本医師会から横倉会長が出席。平成24年3月31日現在の会員数3324名。昨年は3596名、一年間で272名が退会された。

■ 事業計画:

地域医療崩壊を阻止し、医療を再生する為に最後の砦として有床診療所を活性化する。

- 1、入院基本料引き上げと算定条件緩和を実現すべく、関係各方面に協力を働きかける。
- 2、超高齢化社会を迎え有床診療所が地域に医療を中心とした包括ケアの役割を果たすべく、基本計画と介護計画の実施に参画する。
- 3、今第6次医療法改正で、有床診療所の役割を明確にする。
- 4、有床診療所の理解を深める為に、広報活動を行う。12月4日の有床診療所の日、記念行事を今年は各地で行う。
- 5、国会議員の支援を得て、有床診療所の活性化をめざす議員連盟の輪を広げる。
- 6、日本医師会の綱領を守り、地域医療を実践する。今後さらに日本医師会および各都道府県医師会との連携を行う。

■ 日本医師会綱領:

日本医師会は、医師として高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。以下4つを正確に履行することをお約束する。

- 1、日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
- 2、日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療体制を築きます。
- 3、日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
- 4、日本医師会は、国民の連携と支え、愛に基づく国民皆保険制度を守ります。

■ 協議事項:

日本医師会会長への要望書を葉梨会長より提出しました。

要望書：全国有床診療所はこの20年間、毎年平均650施設が閉鎖に追い込まれており、現在では9400施設になっています。1990年には23600施設あった。60パーセントの減少である。非常事態といわざるを得ない。この様な状況に陥った原因はあまりにも低い入院基本料であることは明らか、経営努力で収支を改善できるような状況ではない。日本の地域医療は地域包括ケアシステムへ舵を切りましたが、その中に有床診療所には地域の診療所、介護施設と病院をつなぐ中心的役割を果たすことが期待されております。このシステムの拠点の役割を担う有床診療所の減少を少しでも食い止めるために、その経営困難の元凶となっている、極端に低い入院基本料の大幅な引き上げに御尽力いただけますように、ご要望いたします。

来年度は全国有床診療所総会が岐阜で行なわれる。「有床診療所と地域包括ケア体勢、在宅医療に貢献する有床診療所」というタイトルで開催されます。

■ 有床診療所現地視察:

平成25年4月 鹿児島県、兵庫県で行なわれた。厚生労働省には今回の視察や、本総会の現場の先生方の意見を踏まえた対応をお願いしたい。

■ 日本医師会有床診療所に関する検討委員会:

会長諮問「有床診療所を巡る諸問題と具体的方策—地域医療再興の為の連携強化」について検討を進めている。

■ 講演1:

横倉日本医師会会長「地域医療の課題と有床診療所の活性化について」

診療所に入院施設があることは安心感や医療水準の向上につながる。日頃から地域のかかりつけ医として医療提供しており、人口構成が急速に変化する中で、有床診は非常に期待されている。高齢化社会の中、かかりつけ医がいることは患者と患者家族にとって大きなメリットとなる。また入院の際に主治医が変わらないことは、医療の継続性を担保し、患者の安心感と医療の水準充進につながる。夜間看護職員の確保の問題、医師の過重労働が根づよく、有床診療所の病床を地域と共有できなくなってきた。政治家や行政に有床診療所役割を十分に理解してもらえてきましたが、いまだ国民のニーズとの間にギャップがあり、環境改善における早急な対応が必要である。

有床診の環境改善に向け26年度の予算要望で、日医は有床診に対する理解がかけっていると紹介し、各地の有床診療所を把握し、国会議員らと意見交換を進めながら具体的な支援策に繋げてゆきたい。

■ 26年度の日本医師会の予算要望書:

有床診療所に対する支援。地域で発生する初期、救急入院医療と夜間対応、専門医療、病院退院患者の受け皿、在宅患者急性増悪対応、終末期医療、緩和ケアなどの重要な役割を支援する。

- 1、非常勤医師を含む職員の人件費、24時間対応医師の疲弊に対して。
 - 2、夜勤看護職員の人件費
- その他7番まで出されている。

地域医療の中の有床診に求められること。

- 1、住民に安心感を与える「かかりつけ医」機能の強化。
- 2、地域で医療システムの強化。
- 3、地域包括ケアシステムの拠点、地域での介護サービスの補完。
- 4、医療水準の更なる向上と医療安全の強化。

■ 講演2:

「地域包括ケアと有床診療所」

厚生労働省保険局 医療課長 宇都宮 修

来年度の診療報酬改正は、地域包括ケアシステム構築に向けた2歩目であり、我々はどこを向けて改定をしようとしているのか、ある程度理解できるはず。

地域包括ケアシステム：医療介護など、生活支援やサービス支援を具体的に提供するシステム。高齢者が重度の要介護者になっても、住み慣れた地域で最期まで暮らせるようにするのが狙い。政府は社会保障税一体改革の中、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向けて、このシステムを構築する方向性を掲げている。2025年に実現を目指す、地域包括ケアシステムとしては、地域住民は住居の種類に係らず、30分以内に生活上の安全安心の健康を確保する為の、多様なサービスの24時間365日を通じて、病院などに依存せずに、住み慣れた土地で生活を継続することが課題になっている。

地域包括ケアの5つの視点に於ける取り組み。

- 1、医療との連携の強化。24時間の在宅対応やリハビリテーションの充実強化。
- 2、介護サービスの充実強化。特別介護老人ホームなどの介護施設の緊急整備、24時間対応、定期巡回
- 3、予防の推進。
- 4、見守りや介食、介護など多様な介護サービスの対応。
- 5、高齢になっても住み続けることができる高齢者住まいの整備。

地域包括ケアは国策である。この基本の方針は決して変わらない。この方針を踏まえた今後の流れを読み取る必要がある。介護老人保健施設や、特別養護老人ホームなど施設のみで考えるのは、介護報酬の在宅介護引き上げが0.1パーセントで頑張るのはきつい。施設の介護報酬の引き上げが0.2パーセントである。経営を安定させる為には通所リハ、訪問介護、訪問リハなどのサービスを上手く組み合わせる必要がある。医療の分野でもこうした流れを読む必要がある。

■「最近の日本医師会の有床診療所についての活動について」 日本医師会担当 藤川常任理事

25年2月に日本医師会から厚生労働省宛に、有床診療所についての3点の要望書が送られた。

- 1、医療法における有床診療所の地位の見直し。
- 2、有床診療所における新規開設の適切な運用。
- 3、診療報酬の見直し。

1、19床までの入院施設を持つと言う診療所という現行の内容に、有床診療所の理念を加え、将来についても必要な医療施設であることを明確に位置づけて頂きたい。

2、有床診療所の新規開設に係る適切な運用。

地域医療ニーズに対応する有床診療所を開設しようとしても新規開設が認められないことがしばしば報告されている。在宅医療、僻地、小児医療、周産期医療のために特に必要であり、医療計画に記載され、記載されることが見込まれる診療所は病床過剰地域に係らず、届けにより出来るとされており、適切な解釈の徹底をお願いする。

3、診療報酬の見直し。

有床診療所の閉鎖に追い込まれる最大の要因は、あまりにも低い診療報酬上の評価である。患者のニーズにこたえる良質な医療を提供する為に十分な診療報酬体系が必要。小規模入院施設は病院と違うものであり、十分経営が成り立つための診療報酬体系が必要。中医協などの場において特に入院基本料の十分な検討が行なわれるように。

医療法人の承継税制、中小企業に認められている税制が、有床診療所、医療法人には認められていない。18年の医療法改正によって、中小企業にはある税法から外された。21年非上場株式について、贈与税の特例が創設、しかし対象から除外された。後継者が先代経営者から引き継ぐ上場株式を取得した場合に80パーセントの納税を猶予される。5年後以降も株式を持続し事業を継続すれば、後継者死亡または会社倒産時点で納税は免除される。今はこの制度は医療法人にはない。

日本医師会の答申として、持分ありの医療法人の課税の有り方として、持分有りの医療法人が永続性をするために、医療継承対策として、他の中小企業並の課税に、相続税、贈与税について特例を認める必要がある。

- 1.持分有りの医療法人の相続継承のとき、中小企業と同じく相続税猶予制度の導入を設けること。
- 2.持分無しの医療法人に移行するとき、持分を放棄することによって医療法人に課税を行なわないこと。

■ 2日目 平成25年8月4日（日曜日）

特別講演「今後の社会保障制度について」

厚生労働大臣・衆議院議員 田村 憲久

シンポジウム

「都市型有床診療所のあり方 ～大都市における有床診療所の役割～」

基調講演・座長：

「大都市における有床診療所の役割」

日本医師会総合政策研究機構主席研究員 江口 成美

「都市型有床診療所のあり方について」

兵庫県有床診療所協議会会長 水守 彰一

1. 都市における有床診療

(1) 「当院（大都市近郊型有床診療所）の課題と展望

～あらゆる局面を乗り越えて～」

安藤外科整形外科医院 安藤 元博

(2) 小規模多機能在宅支援としての都市型有床診療所は次世代につなげるか

市橋クリニック 市橋 研一

(3) 都市型内科有床診療所の1年間の動向

石橋内科 石橋 悦次

2. ガン末期に対応している有床診療

大都市における有床診療所ベースの緩和ケア病棟について

林山クリニック 梁 勝則（りやん すんち）

3. 乳腺科に特化している有床診療

神戸アーバン乳腺クリニック 小西 豊

■ 特別講演 「今後の社会保障制度について」
厚生労働大臣・衆議院議員
田村 憲久

御紹介いただきました厚生労働大臣の田村憲久です。全国有床診療所連絡協議会にお招き頂きありがとうございます。日頃からお世話になりありがとうございます。私は神戸一区から選出されています、盛山正仁衆議院議員の親戚です。神戸には、頻回に来ております。この有床診出の議員連盟、幹事長をおおせつかっております。有床診療所を、この重要性というものを厚生労働省、中でも特に保険局に説明をしています。来年の診療報酬改定に向って、体制の見直しがされている。先生方のこれからのご活躍が出来るような、そんな体系にしなければならない。

厚生労働大臣になってから半年以上が経ちました。色んなことが起こりまして、厚生労働省って幅広いのですね。ゆりかごから墓場までと言いますが、ゆりかごの前の母体からお墓に入られた後の遺族年金までが、人の人生以上に幅広い仕事をさせていただいて居る。就任してそうそう生活保護基準の適正化で各方面から、だいぶご意見をいただきました。それから子宮頸がん、ヒブワクチン、小児用の肺炎球菌ワクチン、この様な適接種を法律で通したのですが、いろいろなことが起こってまいるので、子宮頸癌ワクチンに關しましてはその後、受診勧奨は今中断をいたしております。副反応の話が出てまいりまして、これは防げる唯一の癌であるということで、子宮頸がんワクチンの導入を、市民団体の方やいろいろな方々から、要望され、導入したのですが、体の機能が変わる女性、丁度敏感な時期に針を刺すということはあるのかも分かりませんが、疼痛がいろんなところに出てくる。我々も十分に把握していない。世界上100カ国以上でサーバリックスが使われているのですが、そういうところで予防接種をやめたという話を聞いていないが、しかし当分の間副反応状況を調べた上で結論を出したい。

風疹のほうは男性が風疹ワクチンを打っていなかった時期があったものですから、爆発的にこれが広がりまして、先天性の風疹症候群。妊婦さんが初期に罹りまして、逆にもっとワクチンを打つように勧奨しているが、言葉を選んで記者会見などに、副反応が出る恐れがありますから、良く考えてワクチン接種をしてくださいと言っている。日本はワクチンギャップがあるといわれますが、ワクチン制度の難しさを改めて思い知らされたような半年でした。

他には鳥インフルエンザ。今のところ来ておりませんので、ほっとしておりますけれど、そのような問題。マダニの問題。いろいろな問題のあった半年です。

社会保障制度の改革国民会議、その最終ラウンドに入りかかっております。先生方が注目を大受されている問題であります。それにしても年間一兆円規模で増えていく、社会保障、かなりの割合で増えていっております。これをどうするかと考えたときにアベノミクスという話になった。アベノミクスというのはそれまでの自民党の考えの中になかった。

それまでは財政再建を中心にやろうとしていた。大胆な金融緩和をやって、デフレを止めて、三本の矢で経済成長を果たす。こんな考えがなかったのですが、それをやらないと医療が持たない、役所が持たない。一番の理由が標準報酬月額、これがずっと止まっている。増えない、いやむしろ下がっている。そういう状況ですと保険料収入が上がらないのです。保険料を上げられない、これが協会健保の問題であり、国保の問題である。ところが所得が増えていないのに、保険料を上げますと、当然また景気が悪くなって、ぐるぐる回って、給料下がる。こんな悪循環をしてはしようもないということで、デフレであると給料が上がらない、物が売れないのですから、売れないと働いている人の給料が上がらない。金融緩和のやる中でデフレを止めて、アベノミクスを作った。その議員連盟の幹事長を私がしていた。

24年度税収の見込みが43.9兆円くらいであった。リーマンショック以来落ちていたわけですが民主党政権のとき44兆円くらいに戻りつつあった。23年度は42.8兆円です。去年の経済成長率0.3パーセントです。0.3パーセントで1.1兆円の税収が増えるというのは、1パーセント経済成長したときに税収がどれほど増えるかということと大体8ぐらいです、8というのは大変な数字でして、今年は名目で2.567ぐらい成長するのではないかと、そうなるといくら税収が増えるのかという話になる。0.3パーセントの成長で1.1兆円が増えるというのは大変大きなことです。いかに税収が増えることが経済成長にとって、社会保障にとって大事なことか。重要であるかということ。

医療、社会保障については高齢化社会ですから、消費税ということになってきます。消費税が上がったときに医療はどうかというと、これは来年4月から、このままいくと消費税が上がる。官邸は決めてない、法律の中で規則条項というのがあって、著しく景気が悪化したときは増税が停止できるとの項目がある。官邸は最終判断を9月から10月にかけてするのだが、順当でいけば、消費税は上がる。上がれば、損税という話が今までございますが、どうするのだという問題がある。これはこれから最終判断をやります。8パーセントのときは診療報酬に乗せる可能性が高い。高額な医療機器に対しては他にいい制度がないか、あったのですが、今関係団体で議論がされています。一番シンプルなのは診療報酬を上げること。10%に上げるときに、このときには根本的なことを考えなければなりませんから、医療関係者の方から言われるように0パーセントを課税するとか、それとも、経年税率の様な形にするのか分かりません。これからも議論をさせていただく。仮に0%という話になりますと今までの診療報酬5パーセントをどうするのだという話になりますし、財務省がいろんなことを言うてくる可能性がありますので、そこを関係団体、日本医師会を含めて議論をさせて頂きながら、最終的には10パーセントを医療機関にご迷惑がかからないように、消費税を上げる方法を作っていきたい。これからの大きな仕事であろうと思っています。

国民会議の最終報告が出てまいります。8月21日には出てまいります。これに沿って我々は法的な対応をしなければならない。秋に臨時国会の可能性もある。そのときの法改正を国会で議論されることがあると思いますが、医療費を考えると、2012年医療費はGDP

比で7.3パーセントある、2025年になると8.8パーセント。7.3パーセントのときは世界的に見てもコストパフォーマンスが凄い。OECD諸国で見ても、真ん中より下である、非常に高い高齢化率の中で、GDP比7.3パーセント。それでも医療、質、これは世界のなかでもずばぬけて良く、しかもフリーアクセスである。これはWHOが評価する通り。WHO評価でもずば抜けてすばらしい。医療に従事する皆様方はかなり無理をしていただいで居ると私は思っております。なかなか私は医療のことを理解していると思われませんが、国民会議の中に非常に日本の医療はすばらしいと書いてある。7.3から2025年に8.8、1.5増える。年金が逆に下がる。年金のGDPに対する負担率が下がる。12パーセントから9.9くらいに下がる。年金はそんなに心配をしていない。なぜかという和一応政府として、完結しており、年金制度が破綻することはない。問題は国民年金の方々は、給付が目減りしてきて、それを約束していない。厚生年金というのは現役の平均賃金の50パーセントを保障するから、このように歯止めがある。国民年金には歯止めがない。マクロ経済スライド、下がってくるものですから、それを将来どうするのかということは残っている。本来は国民年金でないのに、国民年金の非正規のこの方々をどうするか。パートの方々を厚生年金にどう導入していくか。この様な課題があります。こんな課題をクリアすれば、年金は完結しているから、税制的には問題がない。年金の支給開始年齢の引き上げとか新聞に載るが、65歳がさらに引き上げられる、ということであるが、開始年齢が引きあがれば貰う金額が多くなる。平均寿命まで生きると考えて、もらえる金額が決まっている。貰う期間が短ければもらえる金額が厚くなる。65から70いつで貰えると言うことですから、自分が貰う年齢を決め、早く貰うと薄くなるということ。働ける機関を整えるまでは開始年齢を引き上げません。

しかし、医療は違います。介護はもうちょっときついかもしれない。今までのように何でも切れればいいというものではない。もっと効率的に質を落とさずに国民の皆さんに医療を提供しながら、何とか医療費の抑制もかけられないか。これが今回の大きなテーマである。医療提供体制の見直し。平均寿命が60歳ころのとき、病院だけで完結するような、いわゆる病院完結型。しかし、80、90歳になってくると、病院に急性期に入って治ってくると、如何に病と付き合いながら、重症化したら、急性期に入ってまた出てきて。地域完結型の医療、QOLなど言われます。どうやって病と闘いながら生活の質を上げて全うするか、そうすると病院だけというわけにはいかない。急性期、亜急性期、回復期、さらに長期療養、そして大きな核として多機能というような枠組みを作る中で、それぞれの医療機関を上手く配置していく。こんな形にしていかなければならなくなってくる。日本の医療は1985年第1次医療計画、病床というものに上限を設けた。ところが、このとき駆け込みで病床が出来た。世界各国見ると公の病院が中心、日本は民間が多い。公の病院は14パーセントあるかぐらい。病床数を見ても20パーセント強ぐらい。これからはうまく流用しただい。それぞれの医療機関にご理解頂き、それじゃうちはこの役割をしていくという話になる、大改革をしなければいけない。

診療報酬で対応するにしても、診療報酬の中で機能が上手く働かないとダメであるから、これら病院を上手くはめ込んでいく。

在宅が大きな役割を担っていただく。地域では多機能であり、在宅の対応が出来るとなると、まさに有床診、非常に大きな力を発揮いただける。そういう時代になってくるのではないか。議員連盟、勉強して、いいアイデア話をお聞かせ頂き。「今までたくさんあった有床診今では9500くらいになったよ。病床数でも20数万あったのが10万強。このままいったら毎年毎年500, 600が減っていき、あつという間に有床診が崩壊します。」有床診があつて地域の医療が今も成り立っている。これが本当に崩壊したときにこれから高齢化社会となって、有床診の役割りとして、早期退院の在宅や介護施設等々の手渡し、専門性の医療を提供して、病院を緩和していただく役割、さらには緊急時の対応を有床診が果してきた。そして在宅医療の拠点。在宅医療をやるということになったら、何かあったときにいろんな形態で対応してもらえる。そういう医療機関が必要。看取りを含めたターミナル。

2030年にいよいよ160万人が亡くなる時代がやってくる。今よりも40万人くらい増える。今でもいっぱいだが、40万人がどこで人生を全うされるのか。昔は在宅で医者が行った。今は少なくなり、医療機関が非常に多い。在宅が増えてくると思うがそのときには診療所の役割が大変重くなってくる。今有床診のなかで2000くらいあります、在宅療養支援診療所を増やしていかなければならない。それも含めて24年診療報酬で看取り加算、緩和ケアの療養加算、これからもしっかり見ていこうという方向性がある。

問題は入院基本料が低すぎて、病院並にしてもらわないとやっていけないという声でございいます。これに私は盛んにチャレンジしていますが、なかなか看護師の数とかいろいろ人的な問題がありまして、そこを崩すと診療報酬体系全体に影響が出る。大臣がいつでもその問題でそこがなかなかクリアできない。そういう大きな課題をかかえております。しかし、有床診が運営出来ないとなればどうしようもない話です。

東北震災のときあるお医者さんから、「この有床診が大きな役割を果たして来ました。崩壊した医療の中で、非常に小回りが利き、使い勝手がいい、私たち有床診が便利に使っていただいた。いよいよベッドを閉めた。閉めれば、無床診になれば黒字になったと、なんかおかしいと思いませんか大臣」といわれました。私も頭をガンと殴られた気になりました。被災地の医療というのは、これからの日本の医療、介護も含めて、地方医療の先をいつているのだなと思います。若い人が出て行き高齢者が残っている、そんな中に地域をどうやって支えていくんだ。地域を支えるのは医療である、医療、介護をどうやって整備するのか。その時に有床診というのが非常に大きな役割を果たすのに、それなのにやっていけない。これからは在宅医療、いろんなことをこの被災地から学ばなくてはいけない。被災地の医療をどのようにしていくかが日本の医療に高齢化に直面する中での、医療や介護の手本になる。自民党、公明党もそうであるが、いろんなところで議論してもらっている。そんな中で我々厚生労働省も介護、医療の中、貴重な医療資源でありますこの有床診。この医療機関がしっかりと運営できるような制度にしなければならない。地域多機能という話が出ましたが、そう

いう位置づけをしなければならない。これから検討会が立ち上がって、いろんな議論をしながら、来年の通常国会に向かって医療法改正につながる。また、先生方からいろんなご意見をいただければありがたいとおもいます。

医師の確保、看護師の確保という問題が、大きな課題として我々がかかえております。医師の確保では、医学部の定員枠を増やしてまいった。9041人の中1460くらい増えている。地域枠を作った。地域枠を作ったらそこが定員割れ、地域枠を出し、奨学金を出しても都会の病院などに行き、返さなければならない奨学金をその病院が払う。こういう問題はある。

日本の医師の不足というのは数、OECD諸国と比べても少ない。上手く配置されていない、という状況がある。そこで専門医制度の見直しに着手して、お上から言うのではなく、それぞれの職能集団でご議論をされ、必要数を自ら確認をして頂き、それを挙げる。国民会議の中にあり、総合診療専門医というのが入ってくる、かかりつけ医とどこが違うのかといわれると、私は明確に言うと思うが。かかりつけ医であっても、総合診療専門医であっても役割が大変大きい。窓口であってもいい、ヨーロッパのGP制度ではないが、これはフリーアクセス。一方で高度な医療を提供していただく医療機関に、こういうところに初診外来に行かれると、そこで高度な医療、緊急医療を受ける、これが阻害されてはいけないが、そこはフリーアクセスではありますが、何でも受けようという話ではない。こういう方向性は作っていかなければと思う。診療報酬改訂がありますが、紹介がないのに、このような高度な病院にいくと負担が増える。適切な配置を医師の方々にしてもらおう。

そして、医療臨床研修について医道審での議論をしているが、臨床研修の枠を整備していく。県での研修を整備していく。医師の適正配置、医師不足に対して対応。

一方で潜在看護師が70万人おり、55万人と思っていたが、登録制を導入すべきかなと思って居る。把握をして、潜在看護師の方の掘り起こし、能力を発揮してもらおう場を提供。国民会議の中でいろんな議論が出てきましたが、負担の問題、応能負担。高額療養費は低額所得者には負担軽減、中間が今のところザクッと広すぎる、もう少し段階を入れ、その中で負担というのを応能で出す。収入の多い方は、今よりももうちょっと増やすということを含めて、これは議論の必要がある。保険料の方も応能性を考える。

負担限度額を引き上げる。70から74歳、2割と法律でなっているが、今1割は特例、補正予算で、毎年2、000億弱。これを考えたときに対応しなければならないから、近いうちに2割負担、新しく70になる方からである。今の方はこのままで、新規の方から1割が2割になることを近いうちに実行していかなければと思う。

保険者的に言うと健保連で今2300億が浮いてくる。それをどこに使うかという、国保財政に使うべき、まずは被保険者で出てくるから、協会健保、ここも財政的に不安で、ここは27年が限界です。ここに入れるべきでしょう。国民会議のほうも微妙な書き方になっている。

国保の財政運営は、責任を持って県がやる。保険事業は基礎的自治体が大きな役割、なぜ

県かという、今自治体の財政は自治体によっては不安定である。小さい自治体は持たない。保険料もばらつきがある。地域医療計画の中で、医療体制の見直しが大きな役割を担う。病床機能が5つのカテゴリの中で自分の病院がどこに入るか、はいつていくべきかをかんがえるなかで、地域医療ビジョンを作って、それを地域医療計画に考える。

次の改定は30年、30年に向かって、医療計画は県であり、その中で国保が大きなかわりを持つ。そこで特性ということがある程度意味がある。そのような意味でも県と、市町村が話し合っていく。

大きな医療の変わり目が来ている、財政的に厳しい、苦しいけどやらなければいけないことをやらなければならない。厚生労働省として健康作りをやらなければいけない。特定健診、特定健康指導をこれからどんどん進めていこうと。それには国保の財源である協会健保が、会社は安全衛生法にのっとって各企業がしている。会社の健診が個人情報で出せないという、本当は出せるから我々は情報を把握して、そのデータを使って、それぞれ病院の受診レセプトを使って、受診勧奨をしなければいけないと思っている。厚生労働省内に大臣直轄で健康作り推進室をつくった。今糖尿病1.4兆円医療費を使っている。メタボ対策で0.3兆円医療費から取っている。それじゃ足りないのでは、ということで2025年を目指して予算のつみあげをしている。軽症のときに受診を勧奨して、重症化を防ぐ。軽症のときに医療にかかり、本人はハッピー。医療機関は受診がどんどん来るからハッピー、皆がハッピー。厚生労働省も財務省もハッピーになればありがたいなあ。健康作りをする大々的にやっっていく中で医療の適正化を進めていく。重症化する人を減らしていく。

有床診の皆様方がご活躍頂き、日本の地域医療を大きく担っていただくことを心からお願い申し上げます、私のお話を終了させていただきます。

■ 江口 成美 シンポジウム 「大都市における有床診療所の役割」

本総会のメインテーマ「都市型有床診療所のあり方」は今後の有床診療所を考える上できわめて重要なテーマである。地方のみならず都市部での急激な人口変動が予想されています。したがって都市部においても病院と在宅医療の間をつなぐ役割や、在宅医療の後方支援、身近な専門医療など、今まで以上に有床診療所の病床機能が必要になると予想されます。

■ 水守 彰一 シンポジウム 「都市型有床診療のあり方について」

「国民が有床診療所の必要性がないならば消滅もやむなし」といえる。この20数年前、厚生労働省が有床診療の役割が終わった、消滅してもやむなしとした。国民に必要なければ我々も止むなし、しかし国民的議論なしではと、全国有床診療所連絡協議会が設立された。その頃の総会は壇上に日医の副会長、担当役員が並び、フロアーから強い質問があった。この数年は日医も有床診療所を十分に理解されるようになり、議論検討することは医療の本質の一面を議論していることになる。

10年医療法13条の撤廃、48時間規制が取れ、ベッド規制が加わった。新しい有床診療が作られず、院長の高齢化、継承する人がいないと、減る一方である。全国的には病床数が減っていないが、小病院も我々のように切羽詰った状態になるであろうと思う。有床診療の悩みは小規模病院も同様である。一緒に議論につければいいと思う。

私は開業して30年余りになるが、最初は地元の大学を出ている為に、協力を受けた。急性虫垂炎100例の経験を学会に発表したりして頑張っていたが、手術リスクに堪えかねて、全身麻酔、また腰椎麻酔の必要な手術はせず、現在小手術のみである。

先ほど、ご発表の3人の先生方、すばらしく頑張っておられるが、全ての先生が有床診療所のみでは経営が困難だと結論を出した。有床診療所は介護保険に大きく関与すべきであると。

地域包括ケアの中核に有床診療所が担い、体制、連携を強化するがよい。

有床診療所の維持できる入院料アップが必要である。

■「当院(大都市近郊型有床診療所)の課題と展望
～あらゆる局面を乗り越えて～」
安藤 元博

昭和52年先代が、日本一小さい町、大阪府泉北郡忠岡町に外科整形外科を標榜して開業。平成4年有床診療所を開設した。平成15年より現院長が継承。介護老人保健施設、通所リハ、訪問看護、訪問リハ、訪問介護、居宅支援事業所、臨床歩行医学研究所そしてサービス付き高齢者専用住宅を併設。

内科や皮膚科などもし、コンビニ状態。当直は院長が毎日する。

人員不足で苦勞。介護職員の増加で事故も増加した。利用者のニーズの多様化。介護保険の制限や、負担金の増加、1割が2割負担に。

医療あり、入院できるのが特徴。行政と協力。

在宅医療にも、訪問リハにも力を入れたい。

健診、予防接種、学校健診、産業医を積極的にする。経費節減。

有床診療所をやめたら楽だと言われるが後戻りできない。

人員不足の為に広告媒体を使う。人員の紹介業者には要注意。

眠るときに「明日目が開かず死んでいたらどうしよう」と思うことがある。後継者の問題。

防災、防犯対策。火事で入院患者を移動させて助けたことがある。

よりいっそう患者の視点に立つ地域に密着した医療介護を提供し、更なる経営の効率を目指すとともに、有床診療所のよさを国民にアピールしなければならない。

■ 市橋研一

「小規模多機能在宅支援としての 都市型有床診療所は次世代につなげるか」

神戸市東灘区で2代目として継承。平成7年の阪神大震災では倒れた阪神高速の100M北にあったが、損害は少なく、9床であるが32人の入院をさせた。直後より災害時の避難、救助活動、ライフラインの止まった中に食料の調達など困難があった。同地区の死亡者の23パーセントを看取った。震災前の人口は神戸市152万、東灘区15万人あったのが平成16年神戸市152万、東灘区20万にまで増加した。

最盛期に年230件有った手術が平成21年より月3~4件の小手術になった。介護老人施設での孤独死3人を体験したこと、仮設住宅の孤独死233人、高齢者住宅の孤独死760人あり、介護の方向に行くべきと思った。

当診療所が有床であり続ける価値は、緊急ショートベッドとして、一人暮らしの老人や高齢夫婦世帯の医療需要に応えることである。平成10年老人介護福祉施設、訪問介護、通所リハなどを併設した。

9割が外来収入、1割が入院収入。法人全体で62パーセントが介護収入、38パーセントが医療収入。有床診療所だけではトントンか、むしろ赤字。

午前9時から午後9時まで外来、入院、老健施設へと24時間365日働いている。内科医師を確保したいが、経済的に困難。夜間は準看護師のパートで対応している。

後継者は子供が5人いて、長女は整形外科の医師になっているが産休中、長男は医学部の2年生であり、はっきりしない。

「医療と介護の連携」介護について知ってなかった医師は介護を理解すること。地域包括ケアが国策である。

■ 石橋悦次 「都市型内科有床診療所の1年間の動向」

石橋内科は昭和41年に有床診療所として開設、昭和54年19床の有床診療所。さらに訪問看護、通所リハ、居宅支援事業所など、石橋内科広畑センチュリー病院（60床、うち回復期29、医療療養31床）さらにショートステイ、通所リハを併設した。

姫路市は人口53万人DPC採用した急性期の特化した6つの中核病院がある。

建物の新築、整形外科医が週に3回来ていることより、患者の数が増加した。レセプト上2週間で退院を勧める、月30人前後が入退院する。5月の連休、正月の連休の為に5月、12月の在院日数が多くなる。

死亡は31名。看取りが近くなると入院を勧めている。70歳以上8割、80以上5割、90以上13パーセント。

入院元、7割が自宅、1.5割が当法人から、1割が急性期病院から。

退院先、2割がセンチュリー病院、5割が自宅、1割が死亡退院、1割が介護施設、1割が急性期病院。

救急車の受け入れは年間20件。

昼間看護師3名、介護士2名、管理栄養士1名、理学療法士0.5名。シーツ交換掃除担当1名、事務員1名。夜間看護師1名、介護士1名。

経営的には外来病棟だけではなく、デイサービス、ショートステイを作り何とか建物の返済をしている。

入院患者の高齢化と介護度の高い方が入院される為、介護士の必要性を強く感じる。

■ 梁 勝則(りゃんすんち)

シンポジウム 2.ガン末期に対応している有床診

「大都市における有床診療所ベースの緩和ケア病棟について」

平成4年無床診療所を開き、内科外来、在宅医療を行なってきた。末期がんを受け入れる緩和ケア病棟が神戸市西部になく、平成16年に大都会では初の有床診療所(19床)ベースの緩和ケア病棟として林山クリニック(希望の家)をオープンした。目的は緩和ケアにおける在宅から入院のシームレスな継続ケアである。デイケア、グループホーム、デイサービスなど併設。有床診療所が赤字であり、全体で支えられないか、事業展開した。

2ヶ月以上の長期入院を抑制、急ぎの患者に対応できるように空床確保に努力。平成24年の病棟看取りは年間209名(神戸市癌死亡の5パーセント)、在宅看取りは57名、計266名。

シームレスな在宅入院の選択が連続的に可能である。住み慣れた地域の近隣者が多く、入院しても患者の隔絶感少ない、家族もお見舞いに来やすい。

法人は今までグループホーム、デイサービスなど複合経営により何とかしのいできたが、介護報酬も抑制傾向にあり、限界が近い。

有床診療所は、診療報酬の底上げがない限り、後期高齢者数のピークを迎える前に、加速的に減少するであろう。既にハード面で存在している有床診療所が看取りの場所として社会的整合性が高い。以下を提案したい。

1. 入院療養費の底上げ(少なくとも特養や老健並みに)
2. 逓減制の緩和(一般病院並みに)
3. 病院に準じた看護基準の創設

■ 小西 豊

シンポジウム 3. 乳腺科に特化している有床診

平成17年に34年努めた公立病院を退職。乳腺疾患に特化し岡本クリニックで外来診療、神鋼病院で外来と入院手術をしていた。19年に神戸アーバン乳腺クリニックを開院。外来診察と入院外来部門の施設が異なるという珍しい形態を取っている。岡本クリニックは三宮のど真ん中にあり、交通路線の駅が6つあり、雨の日でもぬれなく受診できる。500Mはなれたところに乳腺クリニックがある、賃貸の6階で手術をしている。待ち時間を短く、診察回数を少なく、クリニックであるが高い診断力と治療をモットーにしている。家族を犠牲にして働いた30数年であった。

初年度は140例、4年目に160例、医師を一名増やして3人になってからは200例を越している。全国では40番、兵庫県では2番の手術数。4年は赤字、200例を超えて黒字になった。11床、医師3人、看護師28人。

皮膚切開、乳輪切開で小さくし、陥没部に脂肪を入れて、左右差をなくす。

ただ健全財政を得る為には、年間の原発性乳がん手術数は200以上が必要である。

会 計 報 告

会計期間平成24年4月1日～平成25年3月31日

収入の部

平成24年4月1日	前期繰越	紀陽銀行	¥847,296
	利 息		¥104
平成24年4月1日	前期繰越	医師信用組合	¥2,328,306
	利 息		¥1,024
平成24年6月21日	会費収入	¥15,000×51名分	¥765,000
合 計			¥3,941,730

支出の部

会 議 費(総会・役員会、前年度会議費精算分含む)	¥437,107	
事 務 消 耗 品(小冊子など)	¥190,301	
通 信 費	¥17,160	
会 費(全国有床診療所連絡協議会50名)	¥500,000	
雑 費(振込手数料)	¥1,970	
合 計		¥1,146,538

残 高

平成25年3月31日	紀陽銀行	¥201,362
平成25年3月31日	和歌山県医師信用組合	¥2,593,830
合 計		¥2,795,192
平成25年3月31日	未払金(アバローム紀の国 第1回役員会費用)	¥30,000
平成25年3月31日	未払金(アバローム紀の国 第2回役員会費用)	¥35,400
繰越残高		¥2,729,792

会計監査

平成24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 25 年 8 月 23 日

和歌山県有床診療所協議会 監事

武 用 隆 彦 

和歌山県有床診療所協議会 平成25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. 地震や洪水などの有事に備え、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

■ 武田薬品株式会社のご挨拶
武田薬品株式会社大阪支店
和歌山営業所 石川 吉男 様

武田薬品の石川です。会に先立ち一言ご挨拶させていただきます。

本日は気候の悪い中、大勢の先生方にお越し頂き本当にありがとうございます。また本日も講演いただきます紀北分院の大饗先生、和歌山医大の山田先生には大変お忙しい中お越しいただきました。この後ご講演をお願いいたします。武田薬品といたしましても今日大饗先生のご講演いただきます認知症治療薬、レミニールを初め、生活習慣病薬剤を多くラインアップさせていただいておりますので、先生方のご治療にお役立て頂き、ご使用いただければ幸いです。

最後になりましたが、本日もお越し頂きました先生方のご健勝と有床診療所協議会様のますますの発展を祈念しまして、挨拶とさせていただきます。

■ 講演1

「認知症治療薬レミールの使用経験～自験例をもとに～」

和歌山医大 紀北分院 脳神経外科

助教 大饗(おあい) 義仁 先生

和歌山の人口が100万くらい、高齢者人口が27万人。高齢化率は29.2パーセント。全国で5位。近畿で1位。高齢化問題が和歌山県では進んでおり、高齢化問題は社会問題になってきている。老々介護、介護負担、虐待、後見人制度利用、孤独死など。このような社会問題はかなり認知症が関わっている。虐待に関しては2010年の和歌山では9割が認知症の人。全国の統計では、認知症の高齢者の数は400万人に上る。和歌山県では65歳以上の高齢者の10パーセントが認知症である。

発症から介護保険の利用までが時間が掛かる。認知症になっても、直ぐに医療機関に行かない。本人が気付きにくい、家族も気付きにくい。やっと気付いても医療機関にかからず、年のせいとし、診断が遅れる。また認知症があると医療機関で断られる。デイサービスに行かそうとしてもなかなか行ってくれない。

私の物忘れ外来では、特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、このような患者さんが増えてきた。受診患者全体が増えてきまして、週一回の外来で一日に50～60人来ます。多い症状は同じことを聞くなど。物忘れがひどい。

物忘れ外来で100人の統計を取ってみました。アルツハイマー病が半分、脳血管性認知症と合併、4分の1はMCIと言う認知症手前の型。軽度認知症の方がだんだん多くなってきている。手術をする正常圧水頭症も5パーセント5人あった。10パーセントは年齢による物忘れ。うつ病、精神ストレスの方が自分で自信が認知症でないか心配で来られた。その他、レビー小体型、前頭側頭型。

レミニールは平成23年3月から使用可能、今まではアリセプトのみであったのが、新しい治療薬が3種類増えた。24年4月から長期投与も可能になった。

レミニールを使った56例をまとめた。63から93歳。平均79,3歳。疾患の内訳、本来はアルツハイマー型であるが、軽度認知障害9パーセントなど。併用薬はメモリー併用が9例、向精神薬、漢方薬、抗不安薬など認知症の症状に合わせて処方している。レミニール投与前のMMSE、30点満点で「今日は何月何日ですか」とか「100引く7は」とかのテストをして、2点から30点平均20点。レミニール開始の理由。アリセプトで怒りっぽい、動作が鈍くなりアリセプトから変更、アリセプトを飲んでいても半年で進行してきたため、アリセプトでいららする為など最初はアリセプトから切り替えが多かった。アリセプトよりもイライラや怒りっぽいのがましになった症例がある。怒りっぽい方、幻覚や幻聴のある方、せん妄のある方、レミニールで開始することにしました。アリセプトからの変更が29例。初めからレミニールは27例、貼り薬、パッチから変えた人は0例、レミニールの効果を介護している人に聞くと、レミニールに変えて悪くなったと言う人3例。変わらないが26人、良くなったというのが23人、44パーセントであった。

副作用のなかった人が71.2パーセント。下痢が6人、胃痛、胸やけ、吐き気5人、BPSDが悪くなったのが3人、「しんどいしんどい」と本人が言うので中止が1人。副作用を全部合わせれば3割、その内胃腸障害が8割、ただ徐々にその副作用がなくなったり、ゆっくり増量していくことで、レミニールの副作用がなくなったりした。副作用で中止したのが、6人であった。

効果では返事が増え、外出したくなる、怒るのが少なくなった、家事をしていろいろ触る、久しぶりに笑顔、小言をよく言うようになった。落ち着いた。向精神薬の飲む量が減った。

レミニールとプラセボを比較。「認知症って薬が効くのかなあ」と言われるが、プラセボとの差が有り、早く始めれば始めるほどこの差が開いている。さらに、レミニールはBPSDの発現も抑制効果がある。レミニールを服用していると介護施設に入るまでが延長される。

薬を出すことだけでなく家族の対応、介護のサポート、介護保険を含めて、デイサービスや、地域包括支援センターなどと連結を深めることが必要。患者の残っている能力があり、その活性化が重要。家族が付きっ切りでいることが出来ないので、デイサービスを利用してもらおう。家族には叱らないように、ケアマネにはもっと活動性をあげていくようなプランを立てくれとかいう。家族の対応、ケアとの連携。本人が楽しんで出来るものを勧める。

自尊心を傷つけない、無理にはしない。Parson center careに努める。

認知症治療の体勢作り。初期診断が大切。BPSDになったの入所に困る。精神科に入院すること少なく、介護と連携しながら外来通院で出来る。地域で認知症の方を支えていく体勢作り。医療と介護の垣根を越えた連携が必要。行政や地域の力全体で支える。

- ・ * 1、BPSD (Behavioral and psychological symptoms of dementia) ; 認知症に伴う行動心理症状、易刺激性、焦燥興奮、異常行動、妄想など
- ・ * 2、MIC ; 軽度機能認知障害、アルツハイマー型認知症の、初期で物忘れだけが目立ち、そこそこの生活が出来る時期

■ 講演2 「新しい腰椎椎間孔狭窄の診断と治療」 和歌山医大 整形外科 準教授 山田 宏 先生

腰椎椎間孔狭窄症は、いまだに日本でも諸外国でも教科書に載っていない。しかし、臨床上非常に大事な疾患概念である。脊柱管狭窄症は良く知られており、世界的に見ても一番整形外科的に手術を受けているのがこの脊柱管狭窄症である。腰部脊柱管狭窄症の一亜系として存在しているのが椎間孔狭窄である。1976年腰部脊柱管狭窄症がはじめて世に出た。これ以前に、卒業した人はこの病気を習わなかった。脊柱管狭窄というのは硬膜管といって神経の集合体が背骨の中を走っているが、その狭窄である。硬膜管は、椎骨一つずつに左右2つずつ神経根を分岐する。神経根が通るところは神経根管という。脊柱管とは区別されている。椎間孔とは神経根管を側方から眺めるとこういう穴が開いている、この穴を椎間孔という。(手術のときは後ろからで、横からではないが、)椎間孔とは、神経根管の一番狭いところが最初の定義であったが、今では椎弓根、前方の背骨の成分と後方の成分の連携する橋の様なところの内縁と外縁の間を椎間孔と言うように定義が様変わりしている。どうして定義が様変わりしたのか後で説明します。

みのもんたが脊柱管の手術をして、世間にこの病気が知れ渡った。またテレビで「名医はいます」と言った。この手術は怖い手術で、失敗したら半身不随になる。その様なイメージから「切れば治るんだ」と言ういいイメージを持っていただいて、みのもんたの手術以来、当科でも手術の患者さんが増えた。私から言うと脊柱狭窄の手術は研修医辺りでも出来る、そんなに難しい手術ではない。みのもんたは幸いにもよかったのは、脊柱管狭窄であったからである。この人がもし腰椎椎間孔狭窄を持っていたら、手術は失敗に終わっていたでしょう。「腰は切っても治らん」と一般の患者さんから言われるが、アメリカではFBSS (フェールド バック サージェリー シンドローム) *と呼ばれている。手術失敗症候群です。満足できる結果に繋がらない。アメリカでは何回も何回も腰の手術をして、それが国家予算を揺るがしていると議会で問題になった。この原因は椎間孔狭窄の見逃しである。なぜ見逃しが多かったかと言うと、さっきにお話した椎弓根の内縁から外縁の画像診断が非常に難しかった。MacNab医師 (アメリカの有名な脊椎外科医) が「隠された領域」といわれた。古い先生方はご存知ですが、いまの若い先生方はミエログラフしたこともない、見たこともないと言う方が多い。昔は造影剤を使って神経の異常を検索していた。しかし造影剤の入っていくところだけしか検索は出来なかった。造影剤は神経根から後根神経節という知覚神経の中核のところまでしか、くも膜下腔がないので、それから先は造影されなかった。画像に描出されなかったので、椎間孔部は放置されていた。昔は切って止めて、何度手術しても治らない人がいっぱいいた。画像を見せられて神経は何にも悪くないといわれ、治らないのはあなた自身が悪い。心の問題とか無理やり押し付けられて、頭がおかしくなる人がいっぱいいた。それがどこに原因があるかと言うと、脊柱管ではなくて、椎間孔の異常を放置されていた。何回削っても何回止めても同じで、治らないことは本当に悪いところはここにあった。

7、8年前から、当教室で椎間孔狭窄の診断に取り組んでいる。ミエログラムからMRIと画像の進歩があった。神経の周りに脂肪があつて、その脂肪がMRIでは白く映る。この白がないところに椎間孔狭窄があるだろうとして、当初「脂肪消失サイン」として用いられた。しかし、完全に脂肪が無くなっていればだれでも診断がつくが、完全に脂肪が消失している例は少ない。一部消失しているのが多く、これを有効と取るかどうかは非常に難しい。読影者によっても違ってくる。MRIにおける診断も信用が置けないと言うことで、あまり手術適応に用いられてなかった。近年、3次元MRI、神経を360度眺められる画像方式が出てきて、これを椎間孔狭窄に、他の医療機関に先駆けて取り入れた。脂肪があるかないかではなく、3次元的に神経を綺麗に描出し、病変が簡単に診断できる。

椎管孔狭窄は画像異常を4つに分け、診断基準を作った。正常、硬膜管から神経根が分岐して後根神経節があつて、これから向こうは脊髄神経がでる。神経根から椎間孔に分岐して神経節上がつて、後根神経節から後ろは神経が出る。S状に出るのが正常で、これと違えば全て異常である。後根神経節が認められないというは異常。その先、後根神経節は分かるのだけれどというのは、椎間孔外狭窄。これは今までは分からなかったが、3次元MRIで分かるようになり、手術は盛んになった。普通のMRIよりも明らかに3次元MRIが勝っている。これで椎間孔狭窄を見落とすことがなくなった。

次の問題が出てきた。今まで診断しなかったのに診断し始めると、たくさんの椎間孔狭窄が出てきた。しかし、画像の異常が全て有症状かと言うとそうは言えず、画像異常があつても全て発症するとは限らない。この会場でヘルニアを持っている人は3~4人、狭窄症は2人くらい持っている画像異常である。学会でのトピックスはこのダブルリージョンという問題である。坐骨神経を例にとると、通常4,5番の脊柱管内でつぶされることが多い、ここばかり整形で手術をしている。今椎間孔狭窄の存在が分かって、画像を調べたらここにも有る、この2箇所の問題があると、どちらを手術するか。両方か、どちらか片一方か学会でも議論のところである。同じ神経であるから症状は同じである。椎間孔狭窄の症状と脊柱管狭窄の症状は、ほとんど同じである。鑑別が付きにくい。医者として完璧を目指して、最初から両方手術する。昔からの中だけの手術で8割は満足してくれるから中だけして、だめなときに外をするという2つの意見に集約されてきた。有名な中井先生は片っ端から手術することはよいことではない。教室では低浸襲がもつとう。確実に悪いところを手術しようという事で、脊柱管狭窄症は診断基準のガイドラインができてきた。

脊柱管狭窄症は安静時無症状が原則である。立って歩いたときだけ症状が出る。多くの椎間孔狭窄はそうでない、安静時痛を持っているのは6割。上向いて寝られない。悪いほうを下にして寝られない。座ってられない。脊柱管狭窄症は立って歩いたりすると足がしびれてきたり、痛んできたりするが、SLRテストはよく整形外科でされるテストであるが、ご存知のように足を持ち上げる。ヘルニアでは痛くて上げられない。脊柱管狭窄では痛くない。椎間孔狭窄はSLRでは痛みが出ないが、SLRをした後に内転すると痛みが出る。股関節の内転、外転、屈曲するとき、これで痛みを言う人は椎間孔狭窄で非常に多い。これが出たら

椎間孔狭窄だという理学所見がなく、スコアでみる。今述べた4つと、問診、理学所見を組み合わせると8割以上の診断が分かる。今までに3次元MRIとサポートツールで容易になった。3次元MRI下画像を検索して、サポートツールで診断を行う。

治療は非常に難しい。神経の徐圧に椎間関節とか背骨の安定形成に寄与する骨を削らなければならなかった。神経の痛みを取る為に骨を削ると、背骨がガタガタになる。神経痛が治っても腰痛が残ってしまう。成績不良が多かった。神経を優先すると背骨がたがたで腰痛が残り、骨を残そうとすると神経痛が残るというジレンマが存在。神経痛が有るから徹底的に徐圧する、そして金属などを使って治療するのが現在の主流。しかし、いずれもお年寄りの病気である。当然メタルサージェリーは合併症や致死率を高める。高齢になればなるほど高くなる。これで、当教室で内視鏡を椎間孔狭窄の治療に取り入れた。従来は後ろからの手術であり、骨をとらなければ神経が見られない。関節破壊とか骨を破壊しなければ神経を助けられなかったのが、内視鏡は自由度があり側方、斜めからも入れられ、神経の徐圧も出来、関節も残せるようになった。非常に画期的である。ほとんど骨を削らずに神経徐圧ができる。

椎間孔狭窄の原因の多くは変形側湾・症である。内視鏡で神経痛が取れても、腰痛が残る。これへの取り組みを紹介。下肢痛だけの人は内視鏡だけでよい。腰曲がり治せないで、どうするか。腰曲がりというのはどんどん悪くなってくる。「脊柱側湾症は思春期の病気である。成長が終了すると進行しないとの説明する」が、決してそうでなく、腰に関しては30度を越えると年とともに進んでくる。胸だけ測定して50度を越えてなければ一生大丈夫と言うが、それは正しい。しかし腰では違う。胸は肺、心臓に関係するので、命に直結する為に、手術を積極的にやってきたが、腰なら腰痛ですむだろうと30度超えても手術はしなかった。いま年をとって困っている。手術時間7,8時間出血量2000,3000ml若い人は絶えられるが、年寄りには耐えられない。

エクスリーフ (XLIF) ** という方法が登場した。前後からしかなかったのが側方からのアプローチが開発された。後方では大血管損傷がある。前からでは神経が見えず神経損傷。横からではいずれもない。以前はこの発想がなかった。近年ブラジル人の医者が始めた。(75歳、糖尿病のエクスリーフの例を提示。もう一例腰痛や逆流性食道が治った例を提示) 血管や神経を傷つけないから大きな器具も入れられる。大きな手術は70歳までと決めていた。今は高齢でもエクスリーフの手術ができるようになった。逆流性食道炎や便秘が治ったりした。エクスリーフは出血量も100ml足らずである。神経を見ずに徐圧できる。神経損傷がない。エクスリーフこの2月から解禁された。輸血しないで脊椎固定できる。痛みがあるのにMRIなどでは異常がないとなると椎間孔狭窄であるので、私どもに送って欲しい。腰曲がりがありましたら、エクスリーフの適応があるかご紹介してください。

*FBSS;failed back surgery syndrome **XLIF;extreme lateral interbody fusion

Ⅲ.情報交換会

■ 情報交換会挨拶 武用 瀧彦 先生

国保診療報酬関係の審査員の会議がありました。少しの紹介だけさせていただきます。

国保中央会の理事長の挨拶が最初であり、社会保障制度改革、国民会議の中で、いろいろ検討されている。一つは70～74歳の自己負担が1割から2割に変わる。高額医療制度の見直し、紹介状無しでの病院の、受診時の定額負担の話などが29年度を目途に検討中。理事長の話として必ず出てくる話としては、レセプトに不備があれば査定される、この査定率が社保と国保で、国保が悪い、頑張ってもっと査定せよと言われる。査定率を上げよといわれる。むしろ国保のほうが厳しいと言うことをよく聞くのであるが。返戻したり、注文書を出したり、査定しても、なかなか直してくれない悪質の医療機関がある。「国保の中央会としてはどうこうしろとはいえないけれど、個々に面談し指導してください。またそういう医療機関は名前を公表しなさい」という意見がある。審査にお金が掛かるのでコストを下げなければと思い、今は社保と国保に分かれています、一つに統合しようという意見あり、ゆくゆくはそうなるだろう。

厚労省の保険局の課長補佐の講演があり、来年度の診療報酬の改定についての話、決定ではないが、診療報酬は来年0.004パーセントのアップ。ほとんど変わらない。診療報酬本体とすれば1.38パーセントアップ。薬価とかが下げられるので、差し引き0.004パーセントのアップを見込んでいるとのこと。

入院のことでは。ほとんど病院関係のことであった。7：1あるいは10：1病棟、15：1病棟といろいろ細かい分析をしている、どう変えていくかとの話があった。有床診療所に関連しては、病院を退院した後にその患者さんはどこに行くかの統計では、80パーセントは自宅に帰るとのことであった。それらの人は皆満足しているかと言うと、必ずしもそうではなく、行き先がないから、兎に角は家に帰っていると私は思っている。しかし、そういう話はなくて大半の人が自宅に帰っているということであった。

有床診療所の管理栄養士に付き、他の医療機関、栄養士会の協力を得て、一つの機関でできなくても、地域でそれをカバーしようと考えが出てきている。多少の緩和がある感じ。有床診療所からの要望は良く心得ているが、入院基本料を何とかしようとする話がなかった。根幹は触っていない。奥会長の愚痴のない話を聞かせて欲しかったが、そういうわけに行かんようである。

何とか有床診療所がよい方向に向いていくように。国会議員の先生方も有床診療所の苦勞は分かっているようですから諦めずに、頑張ってください。

■ 閉会の挨拶

和歌山県有床診療所協議会 名誉会長 青木 敏

皆さんお忙しい土曜日の午後ありがとうございました。総会に引き続き講演会を大饗先生、山田先生どうもありがとうございました。特に、山田先生には私と同じ整形外科ですから、困ったときには全て山田先生にお願いします。患者さんは必ずいい先生に見てもらいましたとお礼に来てくれます。この前なんか和泉なすび3個持って来てくれました。本当にありがとうございました。

それで今回は、学問的なことたくさんご指導いただきました。肝心の有床診療所のことですけれども、この間の総会でも、先ほど申しましたように、有床診療所では自分とこのことだけやっていたのではダメだ。今後は高齢化社会に向けて、地域包括システムのほうにシフトしていく、それに頑張っていけば何とか頑張っていく道があるでしょう。日本医師会の綱領の二番目か三番目に、安心して安全な医療を提供していく。そういうことが有床診療所にぴったりである、厚生省の先生も地域包括を担うのは有床診療所が中心になると言っております。その希望を持ちまして頑張っていきたいと思えます。本日はどうも長い間ありがとうございました。

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26年1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 節生
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 真人
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 興
TEL 0739-22-0534
FAX 0739-22-0538

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 聡
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 073-492-4605

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

辻 興
TEL 0739-22-0534
FAX 0739-22-0538

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

星野 英明
TEL 073-422-0007
FAX 073-422-2288

山野 雅弘
TEL 073-461-7161
FAX 073-461-7112

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

星野 英明
TEL 073-422-0007
FAX 073-422-2288

山野 雅弘
TEL 073-461-7161
FAX 073-461-7112

山野 雅弘
TEL 073-461-7161
FAX 073-461-7112

和歌山県有床診療所協議会会員名簿

和歌山市

平成26年1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 登	(医)登友会 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)粉川レディースクリニック	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	073-492-4605

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 興	(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

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	F A X
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	F A X
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	F A X
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

持続性AT₁レセプターブロッカー
処方せん医薬品^注

薬価基準収載

アジルバ錠[®] 20mg 40mg

(アジサルタン錠)

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
- (3) アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病患者(ただし、他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く)

効能・効果

高血圧症

用法・用量

通常、成人にはアジサルタンとして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) 重篤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過圧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) アリスキレンフマル酸塩を併用する場合、腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧を起こすおそれがあるため、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。なお、eGFRが60mL/min/1.73m²未満の腎機能障害のある患者へのアリスキレンフマル酸塩との併用については、治療上やむを得ないと判断される場合を除き避けること。
- (4) 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. 軽重な減塩療法中の患者 ウ. 利尿降圧剤投与中の患者
- (5) 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。
- (6) 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受容体拮抗剤投与中の患者は、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、トリアムテレン、エプレレノン等
カリウム補給剤
塩化カリウム等
利尿降圧剤

フロセミド、トリクロルメチアジド等
アリスキレンフマル酸塩
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、軽重な減塩療法中あるいは利尿降圧剤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: 重篤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。

●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

2013年12月作成

[資料請求先]

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部 東京都中央区日本橋二丁目12番10号 〒103-8668