

平成 27 年度  
第 21 回 和歌山県有床診療所協議会  
総会 並びに 講演会・情報交換会

日時) 平成 27 年 8 月 29 日 (土)  
於) ホテルグランヴィア和歌山

平成27年度  
第21回 和歌山県有床診療所協議会総会ならびに講演会 次第

I. 総会「6F アクア・グラン」【PM 4:00~5:00】

1. 挨拶、紹介など；（司会 岡田 孝之 事務長）

①会長挨拶（奥 篤 会長）

②来賓御挨拶

内閣官房副長官 世耕弘成 様

衆議院議員 門 博文 様

③来賓御紹介（岡田 孝之 事務長）

④祝電御披露（岡田 孝之 事務長）

2. 報告事項；（司会 粉川 信義 副会長）

①役員紹介

②平成26年度事業報告（奥 篤 会長）

③第28回全国有床診療所連絡協議会 茨城大会報告

    第1日（辻 興 副会長）

    第2日（奥 篤 会長）

3.協議事項；（辻 寛 副会長）

①平成26年度 収支決算報告（奥 篤 会長）

②平成26年度 監査結果報告（宮本 克之 監事）

③平成27年度 事業計画（奥 篤 会長）

II. 講演会「6F アクア・グラン」【PM 5:00~6:00】

武田薬品工業株式会社より挨拶（石川 良男 様）

座長：辻 興 副会長

演者：和歌山県立医科大学付属病院紀北分院 内科

教授 佐々木 秀行 先生

「糖尿病最近の話題について」

III. 情報交換会「6F メゾン・グラン」【PM 6:00~7:30】

（司会 山本 順二 事務長）

1. 来賓御挨拶

衆議院議員 岸本周平 様

2. 乾杯 武用 瀧彦 理事

3. 古屋 学コンサート

4. 閉会の挨拶 青木 敏 名誉会長

## I. 総会

挨拶  
和歌山県有床診療所協議会 会長  
奥 篤

皆さん今日は。本日は和歌山県有床診療所協議会総会にお忙しいところ参加頂きまして有難う御座います。また本日は世耕先生、門先生、後ほど岸本先生がみえられます。また、他の国會議員秘書の方々、馴染みある顔ぶれです。こういう風に皆様に来ていただくことが、我々にとっての励みで御座います。

有床診療所というのは、ちょうど20年前、私が開業してから数年たったころには2万件以上全国で御座いました。それが10年たつと1万件になり、今は8千ちょっと位しか御座いません。和歌山でも昨年1年間で、この会を退会したいという人が6名出ました。また入ってくる人もありましたので、6名いってしまった訳ではないのですけれども、段々減ってきてまいります。全国的に見ましても600件が病床を閉めております。丁度国策としてといいますか、國の方針としての地域包括ケア、それの、我々中核にならなければダメなのに、病床という資源がありながら、それを使わずついで、閉鎖していくなくてはならないという、悲しい出来事になって参りました。なんとかこの辺で、ネットワークをもう少し皆で考えて、お互いに情報交換しながら、もう少し組み立てていきたいと思うわけです。そしてまた、国の医療費というのは40数兆円ある訳ですけれども、その内、有床診療所に入るのは、大体この1%であります。平成26年度の診療報酬改正で有床診療所の入院基本料は大分上がりました。それで大変、私共は楽になった訳で御座いますけれども、それでもどんどん潰れていっておりました。それが大体、統計でいうと、1ベッドにつき、1日になると1500円の赤字であると。もう少し、なんらかの形で、入院基本料にしろ、加算とか、そういうような状態で、もう少し何か考えて頂けたらと思うわけで御座います。

さて、2点お知らせが御座います。今までこの有床診療所というのは、和歌山県では私共が事務局をしていたのが、これからは、ある程度、県医師会が入ってくれるようになりました。少しほっとしております。これが1点で御座います。何処までしてくれるかという細かい申し合わせは、まだはっきりはしていないのですけれども、まあ、大部分がやつてくれそうです。そしてもう1点が、私がこの会長になりましたけれども、今月、8月一杯で会長を辞することになっております。今までどうも有難う御座いました。

**来賓挨拶**  
**内閣官房副長官 世耕 弘成 様**

皆さんこんにちは。只今ご紹介頂きました、参議院議員で、現在、官房副長官を務めております世耕弘成で御座います。本日は、有床診療所の先生方の総会がこういう形で多数お集まりの下、盛大に開催されましたことを、まずは心からお祝いを申し上げます。また。奥先生、長年に渡って会長をお勤め頂きまして、本当に御苦労さまで御座いました。今、国ほうでも医療制度改革というのが、大きなテーマになっております。医療法の抜本改正も昨年行われました。また今年の年末に、また診療報酬改定ということで、大きな議論がこれから行っていくことになる訳で御座いますけれども、その中で、やはりキーワードは地域包括ケア、そして一人ひとりの国民がかかりつけ医を持つという中で、当に、有床診療所の皆さんのがんの役割が、これから大きくなってくる訳で御座います。平成20年と26年の診療報酬改定では、かなり、有床診療所に対しては前向きな改定をさせて頂いた訳であります。今一度我々は、改正医療法の下で、もう一度入院医療とは何なのか、一つ一つのベッドがどういう機能を果たしていくべきなのかということを、今中医協を中心に徹底的に議論をさせて頂いております。この地域包括ケア、かかりつけ医という、この概念の下で、有床診療所の皆さんのがんがしっかりと経営をして、地域で、ちょっとした病気から、やや重めの病気から、ちょっと急性的な病気から、2、3日入院していれば何とかなる病気から、そういうふうに思っておりまして、私の官房副長官として、一人の国会議員として、先生方が伸び伸びと活躍して頂けるように、頑張って参りたいと思います。その決意を申し上げまして、本日のお祝いの御挨拶とさせて頂きます。これからもどうぞ宜しくお願ひ申し上げます。

## 来賓挨拶

### 衆議院議員 門 博文 様

皆様こんにちは。今年もこの総会にお招きを頂きまして、誠に有難う御座います。最近私も色々な活動をしているのですけれども、特には、もう一度この選挙区を自分の足で歩いてみようということで、時間が出来ましたら、色々な集落に出向いて行きますと、一軒一軒訪ねて、御挨拶をさせて頂いております。その時気が付きますことなのですけれども、特に和歌山市も中心部というよりも、この郊外というか、旧郡部の方を歩いていますと、私の感覚ですけれども、10件お尋ねすると、その内3、4件は空き家になっております。そしてまた、その内3、4件ご在宅の御家に訪ねましても、テレビの音はするけれども、なかなか人が出てくれないと思ったら、お年寄りの一人暮らし、もしくは、老夫婦だけでお暮しになっている、そして、差し引き都合、10件の内、2、3件か、3、4件が、家族で住まわれている家。そういう状況が、この私達の足元の和歌山市の中でも、こういう事が起こっているということを感じながら、今活動をさせて頂いております。そんな時に、今日、有床診療所の皆様の、この会合に参加させて頂いて、やっぱり、この、老齢化てきて、人口が減っていく今の時代だからこそ、逆に歩いて行けるとか、近所にある、この診療所の役割というのが一段と実はクロースアップされないといけない。但し、残念ながら逆に、需要と供給の関係から言いますと、人口がどんどん減って行くので、経営がなかなか上手くいかない、これもまた事実かと思います。しかしながら、私達政治をして仕事をしている人間は特にですけれども、皆が幸せに安心に暮らすなくてはいけないということが大切なことだとすれば、やっぱり病気とか怪我、このものに即座に対応できる皆様方の存在が、地域の核として、これから残っていけるように、また、改めての取り組みをしなければいけないな、というふうに思っております。今日のお集まりは、同業の皆様方のお集まりで御座いますけれども、今、和歌山市も、和歌山県も、これから街の在り方ということを考え始めています。コンパクトな街にしようとか、駅の近くにもっと住居とか色々な利便施設を集めようというようなことをしておりますので、是非とも皆様方も、それぞれの地域で、行政の皆さんとも、新しい街づくりの中で、有床診療所がどういう役割を果たすか、有床診療所がこれからどういう役割を、新しく担っていくか、そういう観点で、これからも、色々な、地域との御交流をして頂けたらな、というふうに思っております。いずれにしましても、皆様方の存在が、我々和歌山県、和歌山市で暮らす人間にとっていつも安心をさせて頂ける存在であり続けるようにお祈りを致しまして、私の挨拶とさせて頂きます。本日はどうも御苦労様で御座います。

## 祝電披露

### 衆議院議員 岸本周平 様

「第21回和歌山県有床診療所協議会の総会及び情報交換会」が開催されますこと心よりお慶び申し上げます。

医療を取り巻く情勢が刻々と変化するなか、皆様と力をあわせてより良き方向へ共に邁進いたしたいと存じます。

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様の今後益々のご発展と、本日ご参会の皆様方のご多幸を祈念申し上げ、メッセージといたします。

### 衆議院議員 門 博文 様

「第21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。

貴会の益々のご発展を祈念申し上げますとともに、本日のご参会の皆様のご健勝とご多幸をお祈り申し上げます。

### 衆議院議員 二階俊博 様

第21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。

### 衆議院議員 石田真敏 様

「第21回和歌山県有床診療所協議会総会」の開催を心よりお慶び申し上げます。本会開催にご尽力いただきました関係各位に敬意を表しますとともに、ご参集の皆様のご健勝ご多幸を祈念致します。

### 参議院議員 鶴保庸介 様

第21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、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。

### 和歌山県医師会長 寺下浩彰 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。貴会の益々のご発展と皆様方のご健勝を祈念いたします。

## 平成27年度 新規役員 (順不同 敬称略)

名 誉 会 長 :	青 木 敏
会 長 :	辻 騰
副 会 長 :	粉 川 信 義
	辻 寛
	勝 田 仁 康
理 事 :	奥 篤
	児 玉 敏 宏
	榎 本 修
	木 下 欣 也
	辻 村 武 文
	長 雄 好 昭
	宮 本 克 之
監 顧 事 問 :	瀧 彦
	武 用 雄 一 郎
	丸 笹 忠 明
	橋 本

## 平成26年度 和歌山県有床診療所協議会 事業報告 (平成26年4月～平成27年3月)

○平成26年4月9日（水）

平成25年度第4回全国有床診療所連絡協議会役員会における資料（主にスプリンクラー設置事業の補助金についての説明）を各会員へ郵送にて配布。

○平成26年4月30日（水）

和歌山市（医）斎友会中井クリニック 中井 斎先生が平成26年4月で本会退会  
⇒現時点会員数 合計47名

○平成26年7月3日（木）

平成26年度第1回和歌山県有床診療所協議会役員会

場所：ホテルグランヴィア和歌山

出席者：奥 篤先生、粉川信義先生、辻 興先生、辻村武文先生、宮本克之先生

○平成26年7月19日（土）、20日（日）

第27回全国有床診療所連絡協議会総会岐阜大会及び26年度第1回役員会開催

場所：岐阜グランドホテル西館階「ロイヤルホール雪の間」

参加者：青木 敏先生、奥 篤先生、辻 興先生、辻村武文先生

7月19日（土）第1日目・・・役員会、総会、特別講演、パネルディスカッション、懇親会

7月20日（日）第2日目・・・基調講演、シンポジウム

○平成26年7月25日（金）

有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業補助金についての詳細文書⇒各会員へFAX送信

○平成26年7月29日（火）

有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業補助金についての詳細文書N0.2⇒各会員へFAX送信

○平成26年8月21日（木）

平成26年度 第2回和歌山県有床診療所協議会 役員会

場所：ホテルグランヴィア和歌山

出席者：青木 敏先生、奥 篤先生、粉川信義先生、辻 興先生、武用瀧彦先生、宮本克之先生

○平成26年8月25日（月）

平成26年度診療報酬改定についてのアンケート提出

（和歌山県医師会上林先生より8月18日に依頼あり）

○平成26年8月29日（金）

本会会員 星野胃腸クリニック 星野英明 先生 御逝去

(同月 30 日 奥 篤 会長が告別式参列)

○平成 26 年 8 月 30 日 (土)

平成 26 年度第 20 回和歌山県有床診療所協議会総会及び情報交換会

場所：ホテルグランヴィア和歌山 6 階『ル・グランおよびアクア・グラン』

来賓者数 · · · · 13 名

会員等出席者数 · · 56 名

○平成 26 年 9 月 22 日 (月)

和歌山県下における有床診療所調査実施

有床診療所数の把握は各保健所管轄によるため、県庁及び和歌山市役所にて情報開示請求

－管内保健所登録の有床診療所数＜当会員含む＞－

和歌山市保健所管内（36 施設）、海南保健所管内（7 施設）、橋本保健所管内（5 施設）、

岩出保健所管内（12 施設）、田辺保健所管内（13 施設）、湯浅保健所管内（6 施設）、坊

御坊保健所管内（9 施設）、新宮保健所管内（15 施設）

合計 103 施設

○平成 26 年 9 月 25 日 (木)

全国有床診療所連絡協議会年会費の引き上げについての本会会員先生への調査 (FAX にて)

A 会員 2 万 5 千円（病床稼働中の診療所医師）：34 名

B 会員 1 万 5 千円（病床稼働中でない診療所、または本会に賛同する賛助医師）：12 名

○平成 26 年 9 月 26 日 (金)

和歌山県下における有床診療所調査および本会入会への案内状郵送

和歌山市保健所管内（18 施設）、海南保健所管内（1 施設）、橋本保健所管内（2 施設）、岩出保健所管内（1 施設）、田辺保健所管内（2 施設）、湯浅保健所管内（2 施設）、御坊保健所管内（5 施設）、新宮保健所管内（8 施設）

合計 39 施設

○平成 26 年 10 月 3 日 (金)

東牟婁郡 中根医院 中根康智先生が平成 26 年 10 月で本会退会

⇒現時点会員数 合計 46 名

○平成 26 年 10 月 6 日 (月)

県医師会より連絡事項「病床機能報告について」の案内文を各会員に郵送

○平成 26 年 10 月 6 日 (月)

和歌山市 はまだ産婦人科 演田寛子先生が平成 26 年 10 月より本会入会

⇒現時点会員数 合計47名

○平成26年10月7日(火)

和歌山市 きのしたクリニック 木下泰伸先生が平成26年10月より本会入会

⇒現時点会員数 合計48名

○平成26年10月10日(金)

紀の川市 北山産婦人科クリニック北山俊也先生が平成26年10月より本会入会

⇒現時点会員数 合計49名

○平成26年10月28日(火)

有田郡 そのべクリニック 平松正大先生が平成26年10月で本会退会

⇒現時点会員数 合計48名

○平成26年10月28日(火)

田辺市 成和脳神経内科医院 田草川良彦先生が平成26年10月で本会退会

⇒現時点会員数 合計47名

○平成26年11月15日(土)

和歌山市 酒井内科 酒井英夫先生が平成26年11月で本会退会

⇒現時点会員数 合計46名

○平成26年12月7日(日)

平成26年度第2回全国有床診療所連絡協議会役員会開催

場所: 東京国際フォーラムガラス棟4階「G402号室」

参加者: 奥 篤先生、奥婦人

○平成26年12月13日(土)

和歌山県有床診療所協議会における連絡事項を各会員にFAX

(プリンクラー設置事業についての情報等)

○平成27年1月30日(金)

「有床診療所プリンクラー等整備事業について」の資料各会員へ郵送

○平成27年2月6日(金)

全国有床診療所連絡協議会より「平成26年度補正予算成立によるプリンクラー等施設整備事業補助金」についての連絡事項を各会員へFAX

○平成27年2月16日(月)

自宅併設型診療所に対するプリンクラー設置義務についての説明文を各会員へFAX

○平成27年2月19日(木)

和歌山県医務課より「平成27年度有床診療所等プリンクラー等施設整備事業の実施について」の通知及び全国有床診療所連絡協議会より「消防法施行令の一部を改正する政令等について」の通知文を各会員へFAX

○平成27年3月11日(水)

全国有床診療所連絡協議会より「次期(平成28年度)診療報酬改定に対する要望」に

についてのアンケート調査依頼あり⇒各会員へ F A X

○平成27年3月19日（木）

平成27年度よりの年会費変更に伴う会費引落しの件で和歌山県医師信用組合を訪問し、奥会長と医師信用組合担当者で今後のシステムについて会合

○平成27年3月23日（月）

紀の川市 坂中内科 坂中昭典先生が平成27年3月で本会退会

⇒現時点会員数 合計45名

第28回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会茨城大会  
第1日目報告  
辻 興 副会長

○挨拶

**全国有床診療所連絡協議会会长 葉梨之紀**

有床診療所は病院と違い、色々な規制が無い。診療報酬は本当に低く、有床診療所の費用は年間4,000億前後で総医療費の1.1%しか使っていない。昨年、診療報酬改定で有床診入院基本料が上がったが、約600の有床診療所が閉鎖した。一方で、新規開設も85カ所ある。地域にはまだまだ有床診療所をやりたい若手医師がいる。新規開業の条件をもっと緩和し、撤廃するよう日医会長への要望書に盛り込んだ。

○祝辞

**日本医師会会長 横倉義武**

地域医療構想は、有床診療所や病院の自主的取り組みにより、地域でどのような機能を持っているか。その機能の分化、連携を進めて地域医療構想の必要量に向けて、病床数を徐々に収斂するのが目的。

医療介護総合確保推進法では、有床診療所の病床が医療法に明確に位置づけられ、今後の地域包括ケアシステムにおける役割についても、非常な期待を持って述べられている。有床診療所が今後とも地域住民の健康を守り、かかりつけ医機能を十分に発揮できるよう、日本医師会も対応したい。

●講演 I

「日本医師会の医療政策」

**講師：日本医師会会長 横倉義武**

1. 地域包括ケアの推進

– 2025年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」 –  
かかりつけ医を中心に地域で切れ目のない医療、介護の提供を行なう。医師会はかかりつけ医をしっかりサポートする。

地域医療構想で医療機能を分化し、人材確保するため、昨年からつくられた地域医療介護総合確保基金で機能分化や人材養成確保を支援し、地域支援事業で医療と介護の連携を支援する。在宅医療も、医療基金や介護基金を使って整備する。

地域医療介護総合確保基金は、当初から3つの使い道を計画していた。1つは、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設整備。2つ目が、居宅等における医療の推進に関するもの。3つ目が、医療従事者の確保に関するもの。

昨年10月に1回目の病床機能報告が行われた。急性期を希望する方が非常に多かった。

医療需要は、データに基づいて出てくる。一昨年から日本医師会も、今後2025年に向けての二次医療圏ごとの人口の変動と、主要疾病がどれだけ発生するかの予測をたて、その情報を全ての県に送っている。それをもとに、医療需要が将来どう変わっていくかを検討し、自分の診療所、有床診療所の役割をどこに置くかを考えてほしい。

昨年の日本の医療に関する国民の意識調査で、国民がどんな機能をかかりつけ医に望んでいるかの回答で、必要なときすぐ専門医や専門施設に紹介してくれる機能、患者情報を紹介先に適時適切に照会してくれる機能。どんな病気でもまずは診てくれる機能。つまり、まず診療して、そして専門医が必要なら専門医を紹介してということ。

## 2.持続可能な社会保障へ向けて

－国民にとって必要とする医療が過不足なく受けられる社会－

人口問題で言うと、2060年に8,674万人と推定されている。これから人口が減少し、患者も徐々に減る。それを支える社会保障の財政問題も非常に厳しくなる。

社会保障の発展が生産誘発効果や雇用誘発効果を通じて日本経済が発展している。そして、医療の拡充による国民の健康水準の向上が経済成長と社会の発展に寄与してきた。

老後が不安という多くの国民に安心を示すことが経済成長を取り戻すための出発点。老後の医療、介護の不安を感じさせない政策を願いたい。

保健医療2035で、塩崎厚生労働大臣の懇談会が20年後の2035年を見据えたビジョンを提案した。量の拡大から質の向上へ。インプット（投資）よりもアウトカム（成果）評価に切りかえるべきということや、規制から自己規律へ変えるべきと提言している。2035年に向けてリーン・ヘルスケア（リーン：無駄のない）や、主体的選択を社会で支えるライフデザインや、日本が世界の保健医療を牽引するグローバル・ヘルスリーダーとなるべきという3つのビジョンを掲げて、目標は、人々が世界最高水準の健康医療を享受（きょうじゅ）でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築して、我が国及び世界の繁栄に貢献する。

## 3.骨太の方針2015等、政府への対応

骨太方針2015の主な提案は5つ。

① 受診時定額負担の導入。

受診時に毎回一定額を支払うこと。受診を差し控えれば、重症化してから受診となり、逆に医療費の高騰を招く。

社会保障負担は、患者からさらなる一定の負担を求めるよりも、所得や資産の多寡に応じ、応能負担をしっかりやるべき。

② 参照価格制度。

ジェネリックの値段までしか保険償還しないということ。

後発医薬品が流通していない地域では自己負担が大幅に増加する。まず、流通を改善し、

後発医薬品普及促進のため、患者や医師の不安を解消する環境整備が重要。

③ 医療費の地域格差解消。

それぞれの地域のあり方を検討して、かかりつけ医機能を推進。そして住民への情報提供や適切な医療行動の啓発を推進し、地域格差を解消すべき。

④ 負担能力に応じた公平な負担。

受診時の定額負担を導入するより、被用者保険の保険料率を公平化することで、医療財源をしっかりと確保すべき。被用者保険の保険料率は、協会けんぽに合わせて全て10%になると、現在の保険料収入と比べ、約1兆3,000億円の增收効果がある。

⑤ 産業政策としての医療の国際展開。

組織的に外国人患者を招致し、営利的な医療を行う提案があるが、解決すべき問題がたくさんあり反対。

#### 4.有床診療所の活用

有床診療所の機能は地域に必要で、しっかり有床診療所の役割があることを今後も主張していく。

有床診療所入院患者の入院前の場所と退院後の場所を見ると、本当に地域に密着している事がわかる。自宅から62%、そして88%が自宅に戻っている。

有床診療所にとって、看護職員の人事費や医師の勤務負担、施設設備の老朽化が大きな課題。今後の機能強化のために人員強化や継承を推進するための方策が必要。人口減少、超高齢社会の中で使い勝手のよい施設として、国も有効に活用すべきと主張していく。

#### ●講演II

##### 「今後の社会保障について～地域医療構想を中心として～有床診療所への期待～」

講師：厚生労働省医政局長 二川一男

現在高齢化率25%、2060年39.9%。4割が65歳以上。社会保障の維持、継続に問題が生じる。

厚生労働省予算、毎年最近30兆を少し超え、一般歳出のうちの55%が社会保障費。2000年の段階では、まだ35%だった。社会保障の割合が毎年上がっている。

政府全体では、公共事業が一番下がって、半分以下まで下がった。ほかも大体主な分野は、若干少し下がっている。

一方、社会保障は、平成12年から比べると、2倍に近い。

厚労省の予算、全部義務的経費となっている。

社会保障は国の税金以外に地方の税金も入り、大きいのは保険料があり、給付費全体で見ると115兆。115兆のうち年金が一番大きく、約5割弱、医療が3割と3分の1、介護その他で残り。将来の見通しは、年金は今後10年で1.1倍、医療は1.4倍、介護も1.9倍、医療、介護の比率が高まる。要するに、年金の比重は社会保障の中で少し下が

る。財務省が年金を言わずに、医療、介護を言ってくるのはこうした理由。

年金はマクロ経済スライドを導入している。保険料率はもう固定。それで入ってくる保険料の中で貰える範囲の年金しか払わない。仮に物価が2%上がっても、年金は1%しか引き上げない。1%分目減りする。そういう形で年金全体の伸びを抑えている。ある意味、年金は持続可能だと言われている。

医療の場合には、もうこれだけとはいかない。何とか必要な医療を切れ目なく提供しなくてはならない。しかし、無駄を一つつきめ細かく見ていかないと、うまくいかない、一つの実現する道として、地域医療構想がある。

骨太方針、伸びを少し抑えていくことが書いている。医療は大きく、医療で何にもしないと、数値は達成できない。

医療の中には、医薬品があり、ジェネリックの推進は、財務省も厚生労働省も、これはそうという前提。これまで60%という目標を立てており、これをできるだけ早い時期に80%にすることを目標に立てている。品質とか、供給とか、不安のないようにする。

地域医療構想は、既に各県ごとに取り組みが始まっている。お互いに同じことを2つやって、みんなで競争し合ってお互いが疲弊する、これではかえって医療費が高くなるし、医療人材も集まらない。

この地域の医療ニーズはこうというデータをきっちり出して、データも見ながら、話し合いもしながら、役割をお互い認識し合って、自然に協調し合って過不足ない体制を組んでいく。

病床の基本機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分けて、自分はどの機能を担うのか考えて頂く。必要な分量は、いろんなデータが出せ、全国でも出せ、各地域の分も出せ、各県へフィードバックしている。

現在どうなっているか、高度急性期と申告された人が全体の15%。急性期と言われた人が47%、回復期だと言われた人は8.8%、慢性期だという人が28.6%。直感的に見て、回復期が足りない。

実は、回復期をきっちり定義していなかった。普通、リハビリ病院が回復期と考える。ちょっとした肺炎、ちょっとした骨折、ちょっとした入院的なものは、回復期でなくて、急性期と思われる可能性は十分あり、うちは急性期と報告したところがあると思っている。そこについて、今後議論をちゃんとした上で、ちょっとした入院は、おそらく回復期。

有床診療所は1割弱が報告をしていない。有床で届け出しているけれども、今、入院部門を閉鎖している場合は、この届け出は必要ない。病床閉鎖していると言っても何の不利もないでの、正確なところを言ってほしい。

高度急性期とは、1日3,000点以上の医療行為をする患者。急性期は600から3,000の間、回復期は225から600の間、こういうふうに、医療需要を計算できるようにした。2025年に必要になるのは高度急性期13万ベッド、急性期40万ベッド、回復期37万ベッド、慢性期も現在より少し減った数になると推計された。

回復期のベッドが足りないと思われ、病床の機能分化連携で、病床の転換をお願いしたい。今回904億円の基金を活用して、施設設備につき補助するので、転換をお願いしたい。

施設設備だけでそんな変われない、機能ごとに看護師等の人数が異なってくるので、転換に当たって妨げとならないような診療報酬の設定が必要になる。来年末の診療報酬改定に当たって、これも一つ大きなテーマ。

医療従事者の需給見通し、養成数の検討も、今後始めたい。

今の医学部定員のままであれば現在132人に一人、今後は90人に一人になってくる。どのくらい必要かは議論が必要。

有床診療所が非常に重要な役割を担っている地域がある。有床診療所はちょっとした入院をやっている。大きな病院から一遍に在宅は無理で、ちょっと地域の近いところで入院をして、在宅復帰を目指すパターン。それから、在宅でいるけれども、時々ちょっと悪くなるから入院する。あるいは特に悪くないかもしれないけれども、ショートステイ、要するに、家族の負担軽減のためにちょっと入院したい。こういったニーズがある。それに応えられるのは大病院ではない。

入院の部分に関しては、病院も、有床診療所も、高度急性、急性、回復、どこをやるのかという機能ごとで考えるべきであって、診療所だからだめというわけではないと認識しており、今後、実態を十分に把握した上で評価が必要。

### ●講演Ⅲ

#### 「診療報酬・介護報酬改定と有床診療所の役割について」

講師：日本医師会常任理事 鈴木邦彦

中央社会保険医療協議会（中医協）の委員として、前回の改定について説明。

有床診療所は、地域包括ケアシステムの構築を目指していく中の評価として、病院からの早期退院患者の受け入れ、在宅患者の急変時の受け入れ、在宅医療の拠点、終末期医療、専門医療等を担っていただく。有床診療所の評価としては、栄養管理実施加算を加算に戻し、地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所の評価を引き上げ、入院基本料の評価は、有床診療所だけ平均1.2倍、一番低いところは1.4倍、前回の改定の中では破格の引き上げとなった。

これで有床診は歴史的使命を終えたというようなことはもう言われない。ぜひ後継の予定の方にもしっかりとその意義をお話しいただきたい。

日医の社会保険診療報酬検討委員会で重点要望事項3ついただいたおり、特に入院中の患者の他医療機関受診の問題につき、今回その議論は既にしている。急性期7対3入院基本料の施設基準の中に、「自宅等への退院患者割合75%以上」という要件があり、「自宅等」に有床診療所は入ってないというお話をあったが、今回調査の結果、ほとんどが在宅に戻っていることがわかったので、その次に向けてはいい方向にいくのではないか。

有床診の数はいぜん右肩下がりに減っている。小児科、外科の減りぐあいが多い。

有床診療所の病床数は減少しているが、残っているところは病床数が多く、やや増加傾向にある。

有床診療所における、入院費の点数は、一見うなぎ登りに見えて問題だが、元がとても低い為、少し上げただけで増加したかに見える。でも、引き続き増額はなかなか難しいかもしない。

入院基本料の算定回数のうち8割弱は入院基本料1から3。入院期間は過半数が30日以内。眼科、産婦人科、耳鼻咽喉科では14日以内が8割超。内科、外科では3割前後。

入院基本料1から3を届け出る際に満たした要件は、夜間看護配置加算、時間外対応加算、在宅療養支援診療所が多かった。

入院の前後の居場所は、入院前は自宅が多い。入院のニーズは、ほぼ同じか、減少傾向が多かった。減少と答えたのは、外科が多く、産婦人科、眼科では少なかった。退院先は、在宅が8割～9割で、在宅にほとんどの方が戻っている。

有床診療所の地域との連携関係は良好な関係を築いている。

今後5年から10年後を見据えての運営の方向性は、現状維持が一番多い。

専門特化か、あるいは在宅支援という方向になっていくのではないか。

中小病院も同じだが、有床診療所は、大病院に比べても非常に安く、低コストで外来もできるので、通常の方はなるべく中小病院、有床診療所へ通うようになれば、効率的になる。この辺、中医協で議論になっていると思われる。

前回の改定では、今までの急性期の大病院を頂点とした、垂直中心の連携から、地域包括ケアの我々を中心とした横の連携が中心になった。急性期の大病院は外側にいて、たまに一生のうち何回かお世話になる。非常に節目の大きな転換点の改定であった。

# 第28回全国有床診療所連絡協議会総会・講演会茨城大会

## 第2日目報告

### 奥 篤 会長

#### ●特別講演

「包括ケアシステムにおける診療所の役割」

慶應義塾大学名誉教授 田中 滋

地域包括ケアシステムは、日本の国策の中核です。地域包括ケアシステムは日本だけではない。世界中の問題です。今どうゆう状態であるのかを理解しなければなりません。人類の外交、軍事に今画期的な変化がある。何百万年前、お猿さんから分かれ、いろんな人類が発生し、10万年前にホモサピエンスが発生した。およそ7万年はネアンデルタル人と共存していた。今は我々しかいません。ホモサピエンスだけである。ホモサピエンスは自分で介護していた。生まれてから自助のみである。30人ぐらいの一族を置いて食糧を確保した。

飢餓もあり天災もあり、疫病もありました。リスクに対しては対応なしです。何もできなかった。仲間内の集団の間では助け合いはあります。ケアはあります。看取りもあります。何もしないけど年寄りが死ぬと、赤ん坊も死ぬときには、それなりの看病をして、埋葬する。

1万年前に大きな変化があった。自分たちが食べる以上に作れるようになった。お米とか麦とかは1年間保存ができた。穀類は1年間持つことができる。さらにカロリーが大変高いです。これができると30人が30人の食べ物を作るのではなくて、30人が60人分の食べ物を作る。そうすると食糧生産に携わらずに戦う人、治める人などができるてくる。戦う、治める、さらに祈る人。疫病があった時に手段がないですから、薬草、ハーバーメディスン以外ないから、お祈りをする。お産をする時にお祈りしかしない。お祈りする人の一部がお医者さんの始まりになる。お医者は治める人よりも、お祈りをする人であった。食糧がたまる以上、そこを抑えることが必要になり、最初がメソポタミアである。永久農耕民族が出ると、遊牧民が襲い食糧を奪う。治める人がたくさん持つと、必ず反乱がおこる。自助でなくて互助。自助ではなくて公助。治める側が何らかの形で、人々が持ったほうが反乱が起きにくくなるし、結束しやすくなる。これを公助という。

19世紀後半に公衆衛生が理解されるようになる。病気には原因があるということがわかってきた。社会が進化してくると、王様のお情けとしての、公助であって、制度。イギリスのようなミニマムな生活であるが一応守ろう。同じころ重工業が、それまでは工業といつても軽工業であった。それが鉄を中心として重工業、機関車、レール、船を作ったり重工業が発展した。重工業が発展するとこれまでなかった労働者は身分的に従属する。地縁血縁から離され初めてできた大きな集団は賃金労働者、近代産業の中心になる。地縁血縁から切れると共産主義におかされるのではないかと。

地縁血縁が切れると、いつ彼らが社会主義に走るかもしれない。新たなリスクが発生する。1848年ヨーロッパでは、ウイーン体制下のドイツで革命がおこる。フランスは1789年にフランス革命が起きると、ナポレオン以降、ブルボン家が返ってくる。一番活躍したのがビスマルクです。それまでの革命、1642年清教徒革命ではイギリスの地主層、地主貴族が王様を倒した。18世紀末フランス革命はブルジョアジー、上級豊かな市民たちが中心になる。ところが1848年の革命では農民でもない労働者がいて、労働者が固まると結構強い。労働者を大切にしなければならない。自助でもない公助でもない共助、これが我が国の社会保障制度国民皆保険の元である。

2000年からは介護保険、介護保険ではないけれど、40歳以上、65歳以上は皆保険。自助でもない公助でもない、自分たち全体で保険制度を作った。社会保障制度では医療はお金のない人が使えない、しかし、日本では使える。

虚弱高齢者は20世紀までいない。長ければ2～3か月、短ければ1か月でなくなる。だから虚弱高齢者はいなかった。虚弱高齢者が出来るのは初めてである。人類史上初めての局面の中で、皆さん仕事をしている。こんなことは初めてである。最初は虚弱高齢者に医療保護。結核患者は安静に、また脳卒中は安静にという治療であった。すべての虚弱高齢者はこういうことであった。今はこんなことはない。安静にして、周りのことをしてあげるとは高齢者を弱くすることである、全然自立に向かわない。昔から家族が面倒を見てきたという誤解です。家族は全然面倒を見なかった。昔は3世代家族であったけれど、3世代で一番上は50歳くらい、高齢者でないのです。嫁が家事をするということと、嫁が介護をするとは全く違う話。40年前本国では高齢者は500万人、寝たきり高齢者は40万人。寝かしきりにしましたので、高齢者は500万人しかいなかった。同居率は8割であった。同居者は大変であったかということはない。年寄りが500万。400万人は年寄りと同居している。今、高齢者は2000万人、同居は4割、寝たきり老人が発生してしまった。寝たきり老人は歴史に存在しなかった。昔も高齢者がいましたが、元気であり、25年前の広辞苑には介護という言葉が載っていなかった。事象があれば言葉があります。平安時代から介護はありました。明治に哲学という言葉を作った。明治大正は介護という漢字がなかった。25年前看取りという字ができた。

共助の保険制度で、要介護の費用をあてる。一見簡単そうで、算数のできる人は保険制度ができる。要介護者の発生率を推定し、年間の想定費用が、要介護発生率の逆数をかける。介護人材、介護施設も必要になり作ってきた。老健、訪問看護ステーションも作らねばならない。グループホームなども、介護保険は年金保険に入るか、医療保険に入るか。民間が提供するか、政府が提供するか。検討しました。1997年に、介護保険は2年を基本にした保険である。高齢者自立を社会が支持する。資金は2号保険料。一つの都道府県でも保険料が5倍の差があった。一つの県で70パーセント。今介護を受けている人は600万人である。グループに住み、家庭も崩壊しない。マーケットは10兆円、180万人が働いている。

朝、幼稚園児たちが出かけるころ、お年寄りたちがデイサービス、デイケアに行く。

女性の団塊の世代はもう65歳まで生きている人は90歳まで生きる。高校の同級生だと、半分が90歳である。90歳まで生きる。高校の同級生だと半分が90歳です。彼女たちは先人たちを見て、60歳で死ぬかと思っていた。今、団塊の世代は85、90歳まで生きる。5割が生きる。ということは要介護者にならないようにする。

介護を受けたり、リハビリテーションしたり。できる限り自分の力を使う。トイレに行っては自分の体を自分で世話する、風呂では自分で洗えるところは洗うし。最近のデイケアはすごいなあと思う。このような制度を作っても、財政的にはよくできているし、理念も素晴らしいし。日本の介護政策は素晴らしい、先生方が介入している。世界中医師が介入している制度はない。医学的な補償もある。もし日本の人口構成がフランスのようにほぼ寸胴であったら、アメリカのようにピラミッドだったら、これでよかった。しかし、日本はそうじゃない。

年寄りの貧困は医師や看護師が対応できない、介護福祉士の問題でもない。これは社会福祉士の問題です。私たちは2025年をにらんで新しい検討が必要。2025年問題はと言われているがそんな問題がない。2025年問題とは、2025年に突如来て、2026年に消えてしまう、そんなことはない。2025年団塊の世代が、我々団塊の世代は2040年には死んでしまう。2003年の地域包括ケア研究会を、2008年の報告書では、介護、医療、生活支援、予防、住まいの5つです。2013年には貧困問題、生活支援、住まい。どういう風に死ぬか、どういう風に生きるか、配偶者が死んだ後に。医療と介護の総合的な、それまでは介護と医療が一緒でない。医療、予防、住まい、介護、地域包括ケアシステムは、医療と介護が一体となるもの。厚労省、2025年75歳は元気になっている。昔より10歳ずつ若くなって来ている。今65歳の要介護発生率は1パーセントである。筑波山などに行くと、元気なのは65歳の人である。65歳の人口は2040年には4000万人。中国では65歳以上は1億人である。イタリア、イギリス、フランスは全人口が6000万人、日本は65歳以上が4000万人。

介護問題は団塊の世代は問題がない。2025年まで75歳以上の人口が増え続ける、2100万人が増える、2025年までに、こういう勢いで高齢化し増え続けると、2030年2280万人が75歳以上となる。2040年に増加があって団塊ジュニアである。私たちが800万人、私たちの子供も800万人。私たちが80になった時、私たちの子供は50です。税金を払ってくれる。問題は団塊ジュニアの世代に子供がいない。2060年以降本当の少子高齢が問題となる。その時どうするかは、私は責任持ちません。絶対死んでいます。私は2040年くらいまで生きている。そこまでは政策の責任は持つつもりですが。一次ベーブームまでは責任を持とうとします。これから先は次の世代で。2055年は最大、この辺はちょっとしかいませんですから。80歳以上が2500万人。2050年には1757万。90歳以上2050年に70万人、最少人口。2030年から2050年で毎年死にます。と今日では、2030年には50～60万人。2040年に初めて女性の死亡が男性を上回る。男は

死んでいるから。東京での85歳以上の人ロ2035年では50万～60万人。2040年を考えると、介護保険の財政は厳しい、今は手厚くできているが。市町村、地方によって経済力の格差が出る。イタリアと日本の一人当たりのGDPが変わらない、ワインやなんかの単価が高いから、イタリアのファッショソ、食器も高いでしょう。生産性とは良いものを高く売れる。日本人の安いものをせっせと作るのと違う。先生たちのように地域と関連を持つ職業は大丈夫、しかし地域との関係を持たない学者やサラリーマンは大変である。サラリーマンは近所のことも知らない、社会性がない。仕事関係の人間関係があるうちはいいが、人間関係社会が切れるとき、要介護者にまっしぐら。

地域包括ケアシステム。今ある、ネットワークなどを通じて、既存の地域資源は使おうとするシステム。地域生活をベースに、専門家の生活の生活支援では、買い物ができなくなったお年寄りのためヘルパーが買い物に連れていくほかない。これはヘルパーがするのにはもったいない。これは商店街の仕事である。地元の集会所に地元の暇な人たちを呼び込んで、居場所を作る。川崎市の実験では何をやつたらいいかというと、麻雀であった。そういう集会場は市役所などが設ければいい。

介護人材は足りないといわれているが、それらはプロフェッショナル。市役所への連絡などは、団塊の世代がすればいい。市役所の交渉はこれらに任せること。せっかくの看護師や介護士は身体介護をすればいい。

#### 地域のネットワークに医療の統合

重度要介護者。看取りも含めて。ここは先生方がまさにかかわるところ。医療と介護はデータを共有し、水分を多くとるとか指導する。看取りの近いことを伝えたりもする。

また、軽度介護者。生活を確保しなければならない。買い物、美容院、犬の散歩。これは医療介護者の仕事ではないので、地域資源を利用。町づくりに参画する。

施設と在宅。一連の流れである、在宅においてときどきは病院です。在宅者が時々入院する。

有床診療所を利用する。最後が施設もある。施設に伴うものは安心感です。地域について、有床診療所の大きな役割がある。

#### ●基調講演

##### 「複数医師による有床診療所のメリット」

厚生労働省医療課課長補佐 井口 豪

厚生労働省医療課で診療報酬の担当をしています。平成23年の数字ですが、全国で有床診療所が1万ぐらいであったときに、それぞれの科目について調べたものです。複数診療科を持っている有床診療所は、全体の7割程度。複数診療科が3つ以上のところもありますが、内科外科の2つを含んでいるところは全体の18パーセント、一人の人が2つ以上の科目をすることも多い。これをもって複数医師がいる有床診療所とは言えない。

平成26年度に厚生労働省の調べたアンケート調査によって調べた結果であるが、有床

診療所の科目 1 名以上勤務されているのは内科で三分の一程度、外科、整形外科では半分程度。平成 26 年度の診療報酬改定において、有床診療所の入院基本科の改定が行われた時のスライドである。 1.2 倍の引き上げです。

これまで有床診療所の入院基本料は 1、2、3 の 3 つであり、これらは看護職員の配置で決まっていた。この 1、2、3 を 4、5、6 として、新しい有床少診療所の入院基本料が決まった。どういった場合に算定できるかというと、11 項目を置いて説明している。11 項目のうち 2 項目があり、看護職員の配置によって 1、2、3 が、新しい区分が算定できる。

平成 25 年度 6 月の審査では、請求の内容に応じて、どれほど改善されたか結果がつい最近出ました。新しい入院基本科を算定されたところが、全国で約 8 割。月に 100 回入院基本料が算定されたときに、そのうち 80 件は新しい入院基本科である。赤いのが入院基本料の 1、2、3、青いのは 4、5、6 である。科によって差があるが、総数で見ると約 8 割程度は入院基本料の 1、2、3 を算定している。先ほどの 11 の項目のうちどれを満たしたかというと、夜間看護婦の配置で 1、2 を届け出ている。新しい入院基本科の 1、2 をとっている。2 番目に多いのは時間外対応加算 1 です。1 の約 7 割がとっている。主に 2 つの組み合わせで、入院基本科の 1、2、3 を算定しているという印象が強い。

有床診療所はさらに地域配置によって加算がある。緊急入院をとっていて、15 点加算。看護職員の配置に、看護配置加算 1 などがある。25 点、10 点としているが、26 年の改定では 1 が 40 点、加算 2 は 20 点と増点になる。夜間の看護師配置についても、一日につき加算がある。有床診療所は看護助手の配置加算がないとされていたけれど、26 年改訂の前にそのことが議論になった。看護助手の加算も必要になった。26 年の改定に看護補助者加算がつくようになった。医師一人以上は 5 点。看護補助加算 1、2 というものがついた。有床診療所における医師配置加算。複数の医師がいてさらに在総診、急性医療を担うと 88 点。それ以外の複数医師の場合には 60 点。26 年度の改定で、どれだけ算定されたのかをお示します。有床診療所入院基本料 45・7 パーセントが配置加算 1、主治医機能評価。慢性疾患の持っている患者さんに全人的な医療をしている先生方の貢献に対する評価として地域包括診療料、加算を設けています。その上で算定要件を書いております。5 番目の下記すべてを満たすこと、対応加算 1 を算定していること、常勤医師が 3 人以上在籍、在宅療養支援の状態であるということ。医師が 3 人以上いると、地域包括診療所ということも視野に入ってくる。

この辺が 3 人以上の医師がいる利点である。地域包括加算では、先ほどはすべてを満たすこととなっていましたが、こちらではいずれか一つを満たすこと、常勤医師 3 人以上で、時間外対応加算 1、2、地域包括支援加算では、複数医師で 2 人であっても、この加算は可能です。今後現状維持したい人は半分以上。5 年 10 年を見据えたもので、有床診療所の先生方の希望では、今後現状維持したい先生は半分、特定の専門的なところに力を入れたい。特に産婦人科がより多かった。内科では訪問診療、訪問看護などしたい、在宅医療

をしたい、終末期をしたい、病院から在宅に引き渡すことをしたい先生方も相当数いた。多角経営をしている者は3割いる。複数医師いるメリットなどを示した。

## ○シンポジウム

### 「複数医師による有床診療所のメリット」

#### 1. 単科で複数医師による有床診療所

##### (1) 在宅医療を主とする複数医師による有床診療所

山手医院理事長 三輪谷 博史

土浦市にあり、東京から60km圏にあり、人口14万人。若者の急速な東京への流出、高齢化や老人世帯の急増が所得格差とともに大きな問題となってきている。

2000年4月開業して以来、在宅医療・医療介護接点を目指して、動けるときは外来で、要介護状態になればリハビリ・栄養で、いよいよ動けなくなれば訪問診療で看取りをするという地域密着医療介護複合施設を目指してきた。

医療介護連携において最も大きかった課題は知識量の差をどう埋めるか、例えば余命3か月と言われれば3か月後に死ぬというとらえ方をしている現実、現場の知識格差問題をどう解決していくかに悩まされた。誰もが納得し、医療介護の双方が共通の目的に至るためににはどうするかが大きな課題でした。

医療において病因論、病態論がある。病因論で議論するには多くの医療的知識が必要。そのために介復職や家族に理解是不可能である。そこで医療介護連携は病態論でケア会議を行い、医療関連職種との間では病因論でカンファレンスを行うこととした。連携の接点は看護師で、医師は看護師がまとめた問題点に基づき、介護チームの医療相談は看護師が行う医師とケアマネに指示を与える。このことにより医師は地域差に悩まなくなった。

病態としては1.サルコペニア、2.カヘキシア、3.認知症。身長、体重、下腿周囲径、握力、食事量、MMSEによる認知症評価を行っている。

サルコペニアは筋肉が減少する変化で、要介護状態に移行するといわれる。そのためには積極的なパワーリハビリとたんぱく質の摂取強化を図っている。

カヘキシアは不可逆な栄養障害。安楽な死を迎えるための、メカニズムだと考える。逆らわずゆっくりとその流れに乗せれば、もっと長生きできる仕組みであり、安らかな最期を迎えられる医療だと確信する。「死は医療の敗北」ではなく、個人のライフスタイルの完成である。

認知症は環境を早期に整え、介護する側や家族も病気をよく理解して対応することがその後のQOLに大きく影響する。本人の認知症受け入れがQOLを高めるには重要である。

複数医師のメリットは常勤2名のために双方で学会や旅行も取りやすく、専門性も違うため協力も可能。近隣の診療所とも連携をとり、多様化するニーズに対応していくことも

可能。医療介護の連携を考えるとき、多機能医療介護連携拠点としての有床診療所の在り方が重要になってくる。

## (2)整形外科を主とする複数医師による有床診療所

一当院における大腿骨頸部骨折地域連携パスの運用とOLSについて一

石島整形外科医院副院長 石島 隆弘

常勤医2名、非常勤医1名勤務。

要支援、要介護になった原因として運動器の障害が25パーセントである。骨粗鬆症やサルコペニアなどに起因する骨脆弱性骨折（大腿骨骨折、椎体圧迫骨折など）は増加、予防治療は重要な役割となる。

当院では有床診療所の特性を生かし平成18年に茨城県で初めて導入された大腿骨頸部骨折地域連携パス（大腿骨頸部骨折県央ネットワーク）に開始時より参加し、手術後のリハビリテーション入院を積極的に受け入れ、在宅復帰を目標として取り込んできた。平成18年9月から27年5月までに239例（男48、女191例）を受け入れ全体の在宅復帰率が75.1パーセントであった。

連携パス受け入れ時、リハビリテーションと並行し積極的に検査を施行、骨粗鬆症の薬剤治療の導入を行ってきた。

英国や米国では1990年後半、FLS（Fracture Liaison Service）骨折リエゾンサービスと呼ばれる医療システムによって、骨粗鬆症性骨折の予防活動が行われてきた。2012年骨粗鬆症リエゾンサービス（Osteoporosis liaison service）OLSと称してあらたな試みが開始され、骨粗鬆症マネージャー・レクチャーコースが開催。2014年骨粗鬆症マネージャー認定試験が実施された。当院でも4名が資格を取得し、運用を開始した。

整形外科を主とする有床診療所において地域連携パスへの参加、OLSの導入などは急性期病院からの転院の増加、退院後自院での外来治療につながり、経営面から見ても有益である。今後増加する医療介護における新システムなどで、医師への負担は更に増し、医師一人が外来診療と並行してこれらを行うには限界がきている。この状況に対応するために複数医師による診療体制をとり、業務を分担し、また専門資格を有したるコメディカルを配置し、その能力を十二分に発揮し、より充実した医療介護サービスを効率よく展開。何よりも各々の医師は安心して診療に従事できる。

## 2. 複数科による有床診療所

### (1) 産婦人科と内科をコラボレーションする複数医師による診療所

青木医院院長 青木 雅弘

本県でお産施設が30施設あり、50パーセント以上が有床診療所である。産婦人科は平成20年には61施設あったのが、昨年52施設になった。県央地域に多く、他の地域に少ない。水戸は27万の人口であるが9施設である。有床診療所の医師が50代、後継

者が決まっていない、この状態で10年後高齢医になつてもまだ働いていなければならぬ。

私は下町で開業している産婦人科、内科である。たまたまパートナーが糖尿病センター所長であったから、内科と併設。分娩数は260。

父が大病気で倒れた時に開業するかを考えた。お互いに有効なものをとのことで全面改裝した。スタッフは自分たちで育てていこうと考えた。同世代の医師が地元に帰り、開業する時期であり、その先生方と密に連絡を取ろう、総合病院の先生とも密にしようとした。

父のときの待合は1か所であった。大きく産婦人科と内科の患者の出入り口で分けている。産婦人科のほうは助産婦ルーム、分娩室。内科は検査室を設け、真ん中で診察をした。血糖値が高いかなと思うと「おーい血糖値が高いが」と壁1枚で知らせられる。分娩室の真上に住まい、24時間365日病院に張り付いている。

病診、診診連携の評価。同じ世代の先生が近所にいる。やばいというと5分で来てくれる。出血量が多いと飛んでいくなど。病診では月1度の産婦人科の集まりに、医師が集まり病院の先生方とコミュニケーションをとる。スタッフの資格を取らせる。勤務時間として取り扱っている。糖尿病は紹介されると、近医にお願いし、お産は入院。近くの産婦人科で糖尿患者があると、そこでお産をしてもらう。

妊娠糖尿病は将来糖尿になることが多い、分娩後の経過観察をしている。産婦人科と内科を併設しているために、喘息、高血圧、インフルエンザなどがあつても診ていられる。お産の回数が少ないが、その家族まで知っているのがメリットである。デメリットは夜間の勤務や助産師の確保が難しい。家族経営でなければ成り立たない。後継者の問題、産婦人科の医師が一人前になるには10年かかる。

## （2）救急医療、施設、在宅に取り組む複数医師による診療所

### 恵愛小林クリニック 小林 学

1974年茨城県ひだんなか市で開業。39床の病院として、その後109床に増床したが、現在は19床の有床診療所とした。

診療所では外来診療、一次救急の受け入れ、近隣の基幹病院や救急病院と連携して二次医療機関への転送、紹介を行うとともに、急性期治療終了後の慢性期リハビリテーション自宅退院困難な状態の患者の入院受入れ、訪問看護ステーションを併設し、在宅診療も行う。常勤医は3名、看護師23名など。2014年の救急収容件数183件。

軽症患者や超高齢者の受け入れは大病院では困難なことも多く、有床診療所が重要な役割を果たしているはずである。しかし有床診療所の年次推移は明らかに減少傾向にある。無床化が増加している。原因は看護師の確保困難、医師の勤務負担と高齢化、人件費、設備投資の負担が報告されている。

在宅診療部門では非常勤医2名など。

平成26年の登録件数は自宅介護34名、施設入所者76名と自宅介護の件数は減少し、

施設入所は増加の傾向である。高齢者の人口割合が多く、老老介護が増加しているため、在宅介護は困難な傾向にある。超高齢化社会を迎え、国の推奨する在宅医療と現実とは、かなり乖離していると感じる。

介護施設では51床の併設型老健、100床の独立型老健、80床の特別養護老人ホーム、などを運営。介護施設の運営、通所介護を行い、地域包括ケアを志しています。

有床診療所を中心に、在宅診療、通所介護、介護施設が連携して、患者の病態に応じたベッド管理ができることが当法人のメリットである。

しかし、部署の増加に伴い人員も増加し、スタッフの管理、慢性の人員不足に頭を抱える。さらに施設の老朽化による、修繕費、維持費の確保のために心労は日々絶えない。

唯一自分自身の支えになるのが、地域医療に貢献したいという情熱と医療介護という形で社会貢献の一端を担うことができているという自負である。

## 会 計 報 告

会計期間平成26年4月1日～平成27年3月31日

## 収入の部

平成26年4月1日	前期繰越 紀陽銀行	¥5, 545
	利息 (平成26年8月、平成27年2月)	¥71
平成26年4月1日	前期繰越 医師信用組合	¥2, 304, 150
	利息 (平成26年8月、平成27年2月)	¥851
平成26年6月20日	会費収入 ¥15, 000×47名分	¥705, 000
	合 計	¥3, 015, 617

## 支出の部

会議費 (総会・役員会)	¥617, 784
事務消耗品費 (コピー代)	¥13, 760
通信費 (切手代)	¥19, 256
会費 (全国有床診療所連絡協議会～47名分)	¥470, 000
交際費 (星野先生弔電)	¥2, 181
雑費 (振込手数料)	¥2, 670
合 計	¥1, 125, 651

## 残 高

平成27年3月31日現在 紀陽銀行	¥1, 409, 583
平成27年3月31日現在 和歌山県医師信用組合	¥480, 383
合 計	¥1, 889, 966
平成27年3月31日 未払金 (小冊子他)	¥165, 934
平成27年3月31日 未収金 (広告料)	¥30, 000
繰越残高	¥1, 754, 032

会計監査

平成26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 27 年 8 月 21 日

和歌山県有床診療所協議会 監事

宮子克之



## 平成 27 年度 和歌山県有床診療所協議会 事業計画

和歌山の有床診療所を活性化し、小子高齢社会における地域医療を守るべく、在宅医療や地域包括ケア体制の実現に努力し、国民の健康と生命を守る中核として活動する。

日本医師会・都道府県医師会と連携して組合の強化を図る。

その為に以下の事業を行う。

1. 地域住民のニーズに応えるべく、医学・医療の研鑽に努めると同時に、「かかりつけ医」として総合的な医療を実践し、医療の質の向上と内容の充実を図る。
2. 経営基盤の強化のため、入院基本料のさらなる上昇、機能に応じた加算の評価と算定要件の緩和を求める。また、新たな財政支援制度(基金)を活用し看護要員等の確保に努める。
3. 有床診療所の防火・防災対策等ハード面での充実に努め、安心の医療が提供される環境を作る。
4. 地震や洪水などの有事に備え、会員同士の更なる親睦、協力体制の促進を行う。
5. 地域住民への理解を深めるため、「有床診療所の日」記念行事を継続し、積極的な広報活動を行う。

## **II. 講演会**

講演会  
演題：「糖尿病最近の話題について」  
講師：和歌山県立医科大学付属病院紀北分院  
内科教授 佐々木 秀行 先生  
(座長：辻 興 副会長)

先生方、本日はお招きいただきまして、本当に有難うございます。それから、ほんとうに過分なご紹介をいただきました、座長の辻先生、本当に有難うございます。

今日は、糖尿病の最近のいろいろな薬と、話題が出てきましたので、ざっと紹介だけさせていただきたいと思います。それでは、時間も押していますので早速始めさせていただきます。

まず、内容ですけれども、今、どんな糖尿病が増えているのか、減っているのか。どんな患者さんが増えているのかという話。それから、合併症もさま変わりしてまいりましたので、認知症とか、悪性腫瘍も糖尿病の合併症に含まれてきたということと、最後に、いろいろなお薬が出てきましたけれども、それについてお話しさせてもらいます。

これは、厚労省が5年ごとに糖尿病患者を詳しく調べていますけれども、最新の2012年の統計で初めて、糖尿病の可能性を否定できない人というのは、HbA1cが大体6から5%の人ですね、いわゆる予備軍と言われていた人が少し減ったと、少し明るい兆しが見えております。しかし、A1cが6.5を超えます、糖尿病が強く疑われる人は増え続けているというのが現状でございます。

また、平成17年にこういう統計をとると思いますけど、これが待たれる。少し兆しが見えたということでございますが、しかしながら、糖尿病患者の経年変化を見てみると、これはBMIですけれども、平均してずっとやっぱり、これは1型とトータルですけれども、かなり増えてきております。最新のデータでは、BMI25と平均値でほぼ肥満の基準に達しているということで、やっぱり肥満化しているなということが一つ問題になっていると思います。

もう一つは、これは各年齢別にそれぞれの経年変化を見ていますけれども、高齢者において、60、70代がやはりこういうふうに右肩上がりで増えてきている。人口の高齢化と並行して、糖尿病患者も非常に高齢、あるいは高齢になって発症する人も増えていくだろうということがわかると思います。だから、高齢化ということが、2つのポイントがあると思います。

これは、日本人のBMIの変化を見ていますが、残念ながら男性はだらしない方がどんどん増えていっているという状態でございます。女性は逆に、BMIがもう下がってきていると。高齢者におきましても下がってきているということで、肥満に関しては、女性は優等生ということになっています。実際に肥満の割合を、これは日本人全体で見ているん

ですけれども、男性ではいよいよ3割が肥満、女性では2割ということで、やっぱり男性の肥満を何とか是正するような方法が必要だろうということが言われているわけです。

では、高齢化についてですけれども、これは今年と、それから昨年に、和歌山高齢者糖尿病研究会という、県医師会の内科医の先生方とともにやっている研究会ですが、これで統計をとってみると、今年、高齢者が大体7割近くになってきたということです。前期高齢者は37%、後期は27%でございます。昨年も同じような統計をとりましたけれども、昨年は6割で、特にこの前期が急に1年で増えているということです。ちょうど団塊の世代が、65を超えるとここにカウントされるということで、今後ともやっぱり高齢者の、どこで切るかによりますけれども、高齢化が進むだろうということが言われているわけです。

では、高齢になる、いわゆる加齢になると何で糖尿病が増えるんだろうかという問題になるんですけども、まず加齢によって私たちの体のスタイルも大分変わってくるわけで、背も縮んできますし、おなかも出てきますし、ということになってきます。下腹が出るというのは、これは内臓脂肪がたまるということですし、筋肉がなくなってきたと、背中が曲がってきますし、膝も曲がってくる。これは、筋肉量の減少、サルコペニアということも言われています。これも、いろいろな病気の原因になんだろうと言われています。それから、身体活動量の低下、これは当然サルコペニアが起こってきますから、筋肉が減つて相対的に脂肪が増すということも言われているわけですね。

こういった加齢変化が起こってまいりますと、脂肪がたまる、これは肝臓にたまりますと脂肪肝になりますし、筋肉が減るサルコペニア、で、身体活動も下がってくる。これは全てインスリンの効きを悪くする因子となってまいりますし、加齢に伴ってミトコンドリアからの活性酸素の放出が高まるので、インスリンの初期分泌がやはり低下してくるということも起こります。ですから、こういう抵抗性の増大とインスリン低下に加わって、日本人ではやっぱり加齢という現象だけで糖尿病の発症をしやすいんだということが言われているわけです。

特に、実際、こういったサルコペニア肥満というんですけれども、筋肉がびっしりあつた足がこういうふうに筋肉が減って、しかも脂肪が入っているということになると、やはり糖尿病に加えて、転倒であるとか、いろいろな疾病的リスクが高まってくることになります。

次は、合併症の話題です。糖尿病の合併症というのは、細小血管症、これは先生もご存じの通り年間3,000人の失明、それから1万7,000人に近い糖尿病性腎症による透析導入、それから3,000人ぐらいの下肢の壊疽による切断、こういったものが細小血管症であるんですけども、動脈硬化症、心筋梗塞、脳梗塞も非糖尿病者の3倍の頻度で見つかる、発症するということも言われています。これは大血管症。こっちは細小血管症と言われたんですけども、最近は、がん、あるいは歯周病を中心とする感染症、それから認知症、こういったものも注目されてきているわけです。これらはともに、加齢と関連す

るような疾患になるわけですけれども、例えばがんの、これは10万人のデータを解析した結果では、いろいろながんが、糖尿病のある人との人の発症頻度を比べると、高いわけですが、トータルとしてはやっぱり男子で、でも女性でも約1.2倍の頻度でがんのリスクが高いということになってまいります。

これは、2013年に糖尿病学会がまとめたデータで、有意に高い、糖尿病患者で多いがんは大腸がんと肝臓がんですね。これが大体1.5倍。これは約2倍、膵臓がん。これは有意に高いということがわかります。これは結局、糖尿病というよりも糖尿病のリスクファクターである肥満が、それぞれのがんでリスクファクターになっているということで、糖尿病が直接がんのリスクになるのか、あるいは共通的な危険因子の結果なのかわかりませんけれども、いずれにしても糖尿病を予防することはがんを予防する。だから、肥満を是正する、喫煙、こういったものを是正することは、糖尿病及びがんのリスクの軽減にも有用だということが言われているわけです。

認知症ですけれども、実は認知症は糖尿病、あるいはIGTの段階から高まってまいります。これは、例えば40歳代、50歳代の耐糖能で、その後の15年後の認知症がどうなったかということを見ているわけで、10年前ぐらいの糖尿病だった人がその後、認知症を発症している。糖尿病でも、アルツハイマーでは2倍ですし、全体で大体2倍近いでしすし、IGTの段階とのごくリスクが高まっていくと言われています。ですから、いわゆる老年になる前、熟年期のこういう軽い耐糖能異常もアルツハイマー、認知症のリスクになっていくことが注目されているわけです。

では、実際に認知症がそろそろ始まってるころの、高齢になってからの血糖はどうかといいますと、これは高齢者の観察研究、JEDITという研究があるんですけども、これは日本人の研究ですが、これによりまして、6年間にMMSE、認知症のスコアが5点以上低下する。だから、認知症が進行する、その危険因子をいろいろな、こういった代謝のパラメーターで検討しますと、有意差が出るのは、HDLが低いこと、それから拡張期血圧が高いことということで、HbA1cは直接きてこなかったということです。高齢になってからの血糖が、それは高いのはよくないでしょうけれども、それが即認知症につながるのではないということで、より早い段階、中高年の、中年時期の耐糖能異常というのは関連するということは言われているわけです。

これは「かつらぎ健診」という、紀北分院が中心となっている、かつらぎ町と京都市でやっている健診のデータですけれども、大体100、200名程度の健診受診者で、このMMSEを見ますと、MCIですね、こういう軽度の認知機能の低下が大体3割も見られますし、MMSE 21以降の認知症のレベルに達するのは2例で、それらはともに高血圧とか糖尿病を持っていたということです。やはり地域においても認知症というのを、これらのMCIの人たちのフォローアップが必要だろうということも言われています。

ですから、今、糖尿病の治療の目標、これは2014年のときですけれども、血糖、体重、血圧、血清脂質をコントロールして、細小血管症と動脈硬化症の発症、進展を抑制す

る。それによって、生活のQOLを維持して寿命を維持するということなのですが、やはりこれに加えてがん、歯周病、認知症、これを予防する。それによって、健康寿命ですね、インターネットを見ていますと、日本人の健康寿命が世界一だというようなことも出ていましたけれども、この健康寿命を延ばす。こういうことが大事だろうということが今は言われていることになります。

これは、糖尿病学会としてもこういう方針を打ち出しています、新しい5ヵ年計画におきましては、超高齢社会、既に日本はそうなんですかけれども、この糖尿病の発症予防と重症化予防として、重点的に介入すべきところはやっぱり肥満、特に男性の肥満を介入して、糖尿病にならないようにする。それから、もう一つは、高齢者における身体活動の低下、筋肉量の低下、これによって虚弱な状態、フレイルという状態に陥るんですけれども、こういったものを抑制していく。この二つの両面から、糖尿病の対策を立てていかなければならぬということで、こういったさし絵を書いて、啓発活動を始めたところでございます。

最後には、薬の話を少しさせてもらいますが、これが今、すごく進歩している状態です。従来、糖尿病の経口薬につきましては、スルホニル尿素薬、インスリン分泌を促進する薬ですけれども、これはビグアナイド薬と、これは主に肝での糖新生を抑制する薬ですが、この二つでずっと使われてきました。1990年代に入ってくると、 $\alpha$ -G Iとかチアゾリジン、それから速効性のインスリン分泌促進薬というのが出てきたんですけれども、あまりインパクトのある薬ではございませんでした。この2009年の末ですね、2010年のちょうど直前に、DPP-4阻害薬というのが出来まして、これによって治療は大分変わったまいりました。昨年には、このSGLT2阻害薬が出て、これはまだ2014年に出てますけれども、少し治療が変わってくる可能性があると言われています。

どういうふうに変わったかということですけれども、これは前回の治療ガイドからとったのですが、インスリンの抵抗性を改善するビグアナイド薬と、アクトスなどのチアゾリジン薬、それから、インスリン分泌を促進するスルホニル尿素薬と、DPP-4阻害薬。それから、速効性インスリン分泌促進薬、これは食後血糖改善薬というふうに言われていたんですけども、SGLT2阻害薬が出たということで、これは糖の吸収、あるいは排泄を調整する薬として、吸収を調整する $\alpha$ -G I、それから、糖の再吸収を抑制するSGLT2阻害薬というふうな組みになりました。DPP-4はインスリン分泌促進薬の中に入るということで、こういうふうな分類も少し変わったということもありますし、何よりもこれは作用する臓器ですね。今まで、糖尿病は主に末梢の筋肉とか、脂肪細胞の抵抗性と、 $\beta$ 細胞のインスリン分泌、この二つと言っていたんですけど、実はもっと多様な臓器がかかわって、消化管からのGIP、GLP-1など、インクレチンというのも関与しますし、腎臓での糖の再吸収も関与するし、それから肝臓での糖新生。 $\alpha$ 細胞グルカゴン分泌の不適切な増加というのも関与するということが言われてきました。これに対する治療が全部そろってきたということが、この新しいところ、というか、注目すべきところです。

ですから、病態に合わせてこういう治療を使い分けることができるということになってまいります。例えば、抵抗性の薬ではチアゾリジン、ビグアナイドですし、腎臓に対する再吸収を抑えるということでSGLT2阻害薬。それから、インクレチンを増やすということでDPP-4阻害薬、あるいはGLP-1作動薬というのが出てきているわけです。

また、今まで腎不全がありますと、もう経口薬はダメですよと。透析一步前だったらもう薬をやめてインスリンにしますよと言われていたのが、こういったDPP-4阻害薬によって、透析患者であっても使えるようになってきました。現在では、このDPP-4阻害薬全て、透析でも使えるようになってまいります。ですから、このDPP-4阻害薬というのは非常に治療の幅を広げたということになっているわけで、大体、日本の糖尿病患者の6割から7割にDPP-4阻害薬が既に使われているという現状でございます。

もう一つの新しい動きとしましては、もっと簡便に治療できないかと。簡便にといいますか、例えば認知症を持っている人なんかにインスリンをやると、量を間違えたりとか、だからインスリンは使いにくいということもございます。あるいは、飲み薬にしても、SU薬でも2回飲んだりとか、飲まなんだりとかあって、結局、服薬管理が非常に難しいということで、訪問看護などが入ってその患者さんのケアをすることが多くなってきたんですけども、そういったことで、数年前では、このGLP-1受容体作動薬という、これは1週間に1回でいい、この薬が出まして、これは昨年、こういうペン型に改良されたんです。これによって、結構、1週間に1回注射だったら訪看さんに行ってもらってやってもらうということで、治療が一つしやすくなったということがございます。

もう一つ、9月から新しく出る薬としてトレラグリプチン、これはDPP-4阻害薬ですけれども、これは週1回でいいということでございます。ザファテックという薬ですね。これ、武田さんの薬なんですけれども。こういった、特に服薬管理が難しい人には週1回、これを家人の人、あるいはほかの人に管理してもらうということも可能かなということになります。ザファテックにつきましては、武田さんはもともとネシーナという薬を売っていたのですが、このトレラグリプチン、ザファテックと、これがザファテック、こっちがネシーナですけど、ほぼ同じように6ヶ月間、HbA1cを下げる作用がありますので、週1回でいいということで、これは少なくとも、そういう服薬管理が難しい人には非常にいいですし、あるいは薬を最初に使う人に、週1回だけ飲むかという使い方も可能になってくるかなということも言われているようです。

それから、最近、いろいろな話題として出てくるのは、SGLT2阻害薬でございます。これは、もともと糖は腎臓を全部スルーしますので、ほとんど尿細管に糖が出ていきますけれども、90%がこのSGLT2というもので再吸収されるわけですね。で、糖尿病の患者は尿糖が既に出ていますので、このSGLT2がちょっと増えていまして、少々の高血糖でも吸収できるようになっていると。SGLT2活性が上がっているという状況があります。また、腎性糖尿の人はこのレベルがもともと再吸収能が低いので、常に少し血糖が上がるだけで尿糖が出るという特性がございまして、このSGLT2は尿細管、尿から

尿細管細胞、それから血液にブドウ糖と、それからナトリウムを輸送させる、この輸送体ですね、ここをブロックすることによって糖を全部尿中に出してしまうような薬になります。この薬が開発されて、大体、1日80グラムぐらい尿糖が出るわけですね。だから、普通の血糖値が通常の糖尿病患者です。高血糖がひどい人はもっと大量に出ますし、高血糖でない人でも、ある程度糖は出るということですけれども、これが1年前から市販されてきたわけです。

糖新生ということをどう制止するのかということですけれども、一つは、SGLT2が糖尿病患者ではもともと増えているということと、腎性糖尿の人がその天寿を全うするということからつくられるのではないかということで始まっています。欧米ではかなり使われている薬です。

これは当初からいろいろな副作用が懸念されていました、尿糖を出すわけですから当然脱水になっていくこともありますし、もし糖質制限で今はやりの低糖質ダイエットなんかをすると、これ、エネルギー不足になると筋肉が減ってしまうことも考えられますが、さらに血糖・エネルギー不足になると、今度は脂肪酸が燃えてケトン体が出ると。このSGLT2阻害薬を経口投与するとグルカゴンが増えるということが知られていますから、こういうことが起こってくるということも言えます。それから、尿糖が出るので感染症、それから、ナトリウム、カルシウムも出てきますから骨代謝の異常。こんなものが出てくるということが言われて、未知の有害事象として実際に起こってきたのが、高度の皮膚病変というのも出てまいりました。

だから、いろいろな副作用があるんだなということを考えながら使っていかなければいけませんけれども、このSGLT2阻害薬が発売当初の3ヶ月間に起こった重篤な副作用の発現例数を、DPP-4阻害薬が発売されて3ヶ月間と比較した成績がございます。重篤な副作用というのは、DPP-4阻害薬が発売されたときにかなり低血糖起こったんですけども、それに比べてもSGLT2のほうが多いということが言われています。脱水、尿路感染、ケトアシドーシス、低血糖。DPP-4は主に低血糖だったんですけども、これはいろいろな脱水絡みの脳梗塞、皮膚病変、こういったものが起こってくるので、やはりちょっと注視しなければならないということになっています。

糖尿病学会のほうでは、昨年の8月ですね、ちょうど1年前に最初のリコメンデーションを出しまして、特にインスリンを分泌させるSU薬とか、そういった要するに分泌薬と併用する場合には低血糖に十分注意するということで、SU薬は、アマリールは2mg、オイグルコン、ダオニールは1.25mg、それからグリミクリンは40mg以下に減じて使うということと、高齢者には慎重に投与して、発売から3ヶ月、まだ発売していない薬もありますので、そういった薬は65歳以上の患者には登録するということも義務づけていますし、それから脱水については、十分な説明をして、1日にペットボトル1本、あるいは2本を飲むようにしてくださいよということと、DPP-4薬と併用は通常されないと、あと、シックでというか、体調不良なときには休薬しなさいよとか、あるいは、皮膚

症状が出た場合には皮膚科にコンサルトしましょうよとか、あるいは、尿路感染ですね。こういったことを外来で問診票で聞きなさいよということも書いています。それから、これとほかの薬との併用についてはまだはっきりしていないので、二剤程度までとの併用が推奨されています。こういったリコメンデーションが出ていました。

だから、あまり使われていないのが現状だと思うんですけれども、今年の1月には厚労省のほうもDPP-4阻害薬、こういった全てのSGLT2阻害薬の中に、新たな慎重投与として、血糖コントロールが極めて不良な人には慎重投与ですよ、高齢者にも慎重投与ですよということも書かれています。そういうことが追加されました。それから、脱水にも注意するということで、やはりこれはちょっと注意しながら使っていく。特に高齢者はあまり使わないほうがいいだろうと。比較的若くて、太っていて、しっかりした人に、十分なインスリン投与の指導をした上で使うという薬、今のところはそんな使い方かなというふうに考えられると思います。

高齢者が増えていると言ったんですけど、じゃあ、どこまでコントロールしたらいいのかというところも今検討されていまして、これは日本のJEDITの研究で、HbA1cをこれ、8%以上、かなり悪い群。それから、7%以下の群、かなりいい群。それから、7.9から8、中ぐらいの群ということで、糖尿病の合併症とか脳卒中を見ていると、むしろ一番よく下げた人というのは、逆に脳卒中のレベルとしては、こういう8.8以上、かなり悪いと当然思われるんですけど、その次にちょっと下げ過ぎかなということがございます。ですから、あまり高齢者は下げないほうがいいんじゃないか、正常値までもっていかないほうがいいんじゃないかということが言われている。この辺のところは、老年医学会とも、糖尿病学会との合同、いろいろなカンファレンス、やっているんですけど、まだ日本で正確な基準は出でていないんですけども、これはアメリカ糖尿病学会のほうでは、健康な、全然問題のない高齢者の場合は、A1c 7.5ぐらいでいいんだろう。高齢でない場合は7%を目指すけれども、ちょっと7.5ぐらい。それから、中等度の健康に問題があるという人の場合には、8。それから、もう認知症もあって、いろいろな身体慢性疾患とか、要介護状態とか、そういった非常に社会的なサポートが少ない人は8.5ということで、あと、下げ過ぎないようにということで空腹時のレベルも9.0からという下限も設けて、8.0とか7.0が出るような血糖であれば、それはもっと緩めなければならない。そういうことも書かれている。これは、アメリカではこんな基準が出ていて、一つの目安にはなるかなということでございます。

簡単にお話しさせていただきましたけれども、現在の糖尿病患者の問題は、やはり男性に肥満が進んでいるという問題と、それから高齢化の問題で、高齢者ではこれからいろいろサルコペニアというのも問題になってきますし、あと、認知症の対策だろうと。食事療法に関しても、従来からの食事を減らすというのではなくて、筋肉をつけるような療法がまた見直されているということもあります。それから、いろいろな薬剤が使用可能となりましたけれども、低血糖が少ない治療が大事ということはもちろんですが、個々の患者さ

んに合わせた目標設定で慎重に治療することが必要だと言われております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

### **III. 情報交換会**

**情報交換会  
来賓御挨拶  
衆議院議員 岸本周平 様**

皆さん今晚は。只今ご紹介頂きました衆議院議員の岸本周平で御座います。今日は総会、無事に終わられましたそうで、おめでとう御座います。毎年お呼びを頂きまして、今年はどうしても総会の日程が、私の方の事前の日程とかち合いまして、情報交換会の方への出席ということで、ご容赦頂きたいと思います。国の財政も大変厳しい状況の中で、これから医療というのは、福祉、介護の分野ですね、出来るだけ、やはり患者さん、利用者さんが、安心して、医療や介護を受けられる、そういう事にはしていきたいということで、微力ながら私自身も財務省、大蔵省おりました時に社会福祉の担当をしておりましたものですから、その事だけはしっかりやって行きたいと思っております。そんな中で、皆様のような、地域の中で本当に地域医療の裾野を担われる有床診療所の先生方、経営本当に大変であろうと、私も統計数字等見せてもらいながら思っておりますけれども、本当に地域医療を支える皆さん、胸を張って経営が出来ますように、そしてそこで働く皆さん、夢を持って働けますように頑張りたいと思います。本日は本当におめでとう御座いました。有難う御座いました。

**情報交換会  
開会の挨拶・乾杯  
武用瀧彦 理事**

情報交換会の挨拶係の武用と申します。毎年この役を仰せ付かっております。  
情報交換会と申しましても、懇親会で御座いますので、まあ皆様御気楽にお聞きください。  
いろいろ挨拶の内容を考えてきましたけれども、お料理の方も揃っておりますし、やめます。

今日の話もありますけれども、相変わらず、有床診療所をお辞めになる方が多いと、昨年全国で**600**施設位、有床を辞められたということ、ご報告がありました。すこし新しく有床で開業される先生もあったということで、少し明るい材料かなと思います。なかなかこの会ではいつも我々にとって喜べるような話が出てこないのがちょっと残念だなと思うんですけれども。一昨年の暮位に、厚労省のお役人の講演を聞く機会がありました。その時に、有床診療所の皆さんのお声はちゃんと届いていますよ、と言われていましたけれども、その会では、翌年の診療報酬の改定に関する講演だったんですけども、具体的には何もなかったですけれども、実際、翌年蓋を開けてみると、やっと入院基本料が上がったと。これ非常に嬉しいニュースだったんですけども、でも、それで十分という訳には、まだいかないですね。これから先、有床で開業したいという若い先生方が増えることを是非、期待したいと思っています。

今日は乾杯の音頭も仰せ付かっております。早速そちらに移らせて頂きます。  
本日ご参列の皆様方のご健勝ならびに、将来、この有床診療所が非常に明るい未来を迎えるように、是非祈念したいと思います。ご唱和下さい。

乾杯。

有難う御座います。

## 閉会の挨拶

### 青木 敏 名誉会長

私事で申し訳ないのですけれども、本当を言うと私、閉会の挨拶をする資格無いんです。というのは、もう、数年前から医者を辞めています（笑）。で、何をしているかと言うと、もうちょっと、お迎えが来るまで、終活（しゅうかつ）って言うのですか、あれを楽しんでいます。あれ、終活（しゅうかつ）でいいのですか？終活（ついかつ）ですか？最後の棲家のこと、終（つい）の棲家って言いますから終活（ついかつ）って言うのか終活（しゅうかつ）っていうのか・・・。そんなこと考えていたら、実は婚活もまだ知らない（笑）。婚活というのは、籍が入っているのか入っていないのか？婚活してますと言った時には結婚しているという意味か？一緒に住んでいるという意味か？ひょっとしたら婚活って言ったら七五三？（笑）。そんなこと考えているのですけれども、今日は資格がないので、総会に参加させて頂いて感想だけ述べさせて頂きます。今日は3つほど言いましたけれども、私がやっていた頃とは、有床診療所の機能、役割が大分変ってきているようです。そして、変わって来るのは、大体、厚生労働省の指導によります。そしてそれに乗って、だんだんと（我々が）反対しても何しても（厚労省は）それでやっていくような感じがします。そして、それに乗って行った人が、上手く行っているように感じます。だから前みたいに自分の所に来た人診て、来た人必要だったら入院させて、というだけではもう駄目な時代に成って来ているような感じがします。そして講演会ではちょっとビックリしたのですけれども、僕、糖尿病の末期症状で、そしたらもうちょっとしたら糖尿病は認知症に成るという話で（笑）、そしたら最後の（コンサートの）認知症の歌、肺炎で死んだ、と（笑）。もうじき認知症になって肺炎で死ぬのか？と（笑）。まあ、そんなことを考えて。いらん事言って、一顧も挨拶になっていないのですけれども（笑）。これが、まあ、認知症の始まりだと（笑）。

奥先生には長い間お世話になりました。それから、来月からは辻先生にお世話になります。そして、どちらに致しましても、厚労省も、医師会も、有床診療所のこれから役割としては地域包括ケアシステムの拠点としての価値が物凄くあると言うことで御座います。そして2年前からちょっとずつ（入院基本料が）上がっていますけれども、これは、今年でうちだけ（和歌山県有床診療所協議会）で21年ですけれども、（全国有床診療所連絡協議会でも）20数年前からコツコツと努力をして、団結と、継続と、数でちょっとずつ改善してきているのではないかと思いますので、来期からは、辻先生のもとにまた団結して、力をあわせて、継続して頂きたいと思います。それには、日本の医療システムの状況を早く把握するのとが大切で、その方針に乗って上手く利用して行くためには、一番良いのは（全国有床診療所連絡協議会）総会に行くことだと思います。この2年程は会長と、副会長だけが参加しておりますけれども、皆様も是非全国総会にご参加頂きたいと思います。これは年寄りの小言、愚痴になりましたけれども、とにかく有床診療所は日本医師会

も絶対に必要であると述べているし、今後益々必要になる地域医療包括ケアシステムの拠点でありますので、また頑張って頂きたいと思います。今日は長い間有難う御座いました。

# 出席者名簿

## 出席者

### ○来賓者および講演者

- ・衆議院議員・・・岸本 周平 殿
- ・参議院議員・・・世耕 弘成 殿
- ・衆議院議員・・・門 博文 殿
- ・参議院議員・・・鶴保 康介 殿 (秘書 堤 正憲 殿 代理出席)
- ・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・・・石田 真敏 殿 (秘書 北出 純造 殿 代理出席)
- ・和歌山県立医科大学 教授・・・岸岡 史郎 殿
- ・和歌山県立医科大学附属病院紀北分院 内科教授・・・佐々木 秀行 先生
- ・ミュージシャン・・・吉屋 学 殿及び婦人 (2名)

小計 10名

### ○参加医療機関 (順不同)

- ①. 奥クリニック
- ②. 辻整形外科
- ③. 粉川レディスクリニック
- ④. 宮本医院
- ⑤. やよいメディカルクリニック
- ⑥. はまだ産婦人科
- ⑦. 星野胃腸クリニック
- ⑧. 岩橋医院
- ⑨. 紀伊クリニック
- ⑩. 西本内科外科
- ⑪. 北山産婦人科クリニック
- ⑫. 嶋本脳神経外科内科
- ⑬. 梅本診療所
- ⑭. 久保外科
- ⑮. 青木整形外科
- ⑯. 武用整形外科
- ⑰. 外科内科辻医院

小計 55名

### ○武田薬品株式会社

小計 4名

総数 69名

**和歌山県有床診療所協議会**  
**会員名簿**  
**会員連絡網**  
**会則**

**和歌山県有床診療所協議会会員名簿  
(平成27年10月現在 会員43名)**

●和歌山市(和歌山市医師会)

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
青木 敏	(医) 青木整形外科	641-0015	和歌山市布引 763-8	073-446-2110	073-446-2135
岩橋五郎	(医) 新生会岩橋医 院	641-0035	和歌山市関戸 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	和歌山市樋原 204-8	073-455-6699	073-452-6540
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	073-446-3637
武用瀧彦	(医) 一穂会 武用 整形外科	640-8303	和歌山市鳴神 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	和歌山市友田町 5-32	073-422-0007	073-422-2288
山口節生	(医) 慈生会 山口 整形外科	640-8472	和歌山市大谷 405-1	073-452-3121	073-453-0554
上野雅弘	(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	073-461-7112
宮本克之	(医) 潤生会 宮本 医院	641-0051	和歌山市西高松 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	和歌山市六十谷 366-4	073-461-0349	073-461-9000
濱田寛子	はまだ産婦人科	649-6314	和歌山市島 230- 2	073-462-0341	073-462-1006
木下泰伸	きのしたクリニック	649-6324	和歌山市禰宜 970-1	073-465-3777	073-477-5500

●海南市(海南医師会)

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
辻 寛	(医) 同仁会 辻整 形外科	642-0031	海南省築地 1-50	073-483-1234	073-483-0221
辻 秀輝	(医) 辻秀輝整形外 科	642-0032	海南省名高 178- 1	073-483-3131	073-482-6090
安村知加	西本内科外科医院	649-	海南省下津町黒	073-492-	073-492-4605

		0122	田 84-1	2241	
--	--	------	--------	------	--

●岩出・紀の川市（那賀医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
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
久保光伸	久保外科	640-0413	紀の川市貴志川町神戸212-2	0736-64-5788	0736-64-7907
奥篤	(医)篤眞会 奥クリニック	649-6412	紀の川市黒土263-1	0736-77-7800	0736-77-7811
長雄好昭	(医)英正会 長雄整形外科	649-6426	紀の川市下井阪4477-1	0736-77-5700	0736-77-5702
勝田仁康	(医)慈愛会 勝田胃腸内科医院	649-6531	紀の川市粉川1916	0736-73-2101	0736-73-7188
近藤和	近藤医院	649-6531	紀の川市粉川1731	0736-73-2059	0736-73-2059
北山俊也	北山産婦人科クリニック	640-0401	紀の川市貴志川町丸栖662-1	0736-64-3048	0736-64-7748

●伊都・橋本市（伊都医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
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439-92	0736-22-5862	0736-22-7485
梅本博昭	(医)博周会 梅本診療所	648-0015	橋本市隅田町河瀬352	0736-33-0477	0736-33-0873
岡田正道	(医)岡田整形外科	648-0073	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080	0736-32-8082

●有田市（有田市医師会）：会員無し

●有田郡（有田郡医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
島 和生	しまクリニック	643-0025	有田郡有田川町 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	有田郡湯浅町湯 浅 1749-3	0737-62-2226	0737-64-0020
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	0737-64-0093

●御坊市・日高郡（日高医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
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	0738-24-1735
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	0738-23-1882
辻村武文	辻村外科	645-0001	日高郡みなべ町 東吉田 282	0739-72-2522	0739-72-3751
寺田泰治	(医) 寺田医院	649-1111	日高郡由良町里 57-2	0738-65-0027	0738-65-0536

●田辺市（田辺市医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
榎本 修	(医) 榎本産婦人科	646-0031	田辺市湊 1174-1	0739-22-0019	0739-22-0519
辻 興	(医) 外科内科 辻 医院	646-0036	田辺市上屋敷 3-11-14	0739-22-2534	0739-22-0538

●西牟婁郡（西牟婁郡医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
丸笛雄一郎	丸笛外科内科	649-	西牟婁郡白浜町	0739-52-	0739-52-6970

		2511	日置 981	3636	
--	--	------	--------	------	--

●東牟婁郡（東牟婁郡医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
木下欣也	(医) 木下医院	649-5332	東牟婁郡那智勝浦町朝日 1-60	0735-52-2035	0735-52-6522
覚前 哲	(医) 覚前医院	649-3523	東牟婁郡串本町和深 838	0735-67-0077	0735-67-0365

□

●新宮市（新宮市医師会）

氏名	診療所名	〒	住所	電話番号	FAX
要 明雄	(医) 要外科内科医院	647-0045	新宮市井の沢 9-10	0735-22-5191	0735-22-3459
木下真人	木下外科医院	647-0052	新宮市橋本 1-3-5	0735-23-1122	0735-23-1445
玉置公一	玉置整形外科医院	647-0043	新宮市緑ヶ丘 2-3-11	0735-22-6172	0735-22-6173
中瀬吉晶一	中瀬吉整形外科	647-0004	新宮市大橋通 4-1-9	0735-22-7828	0735-22-3003



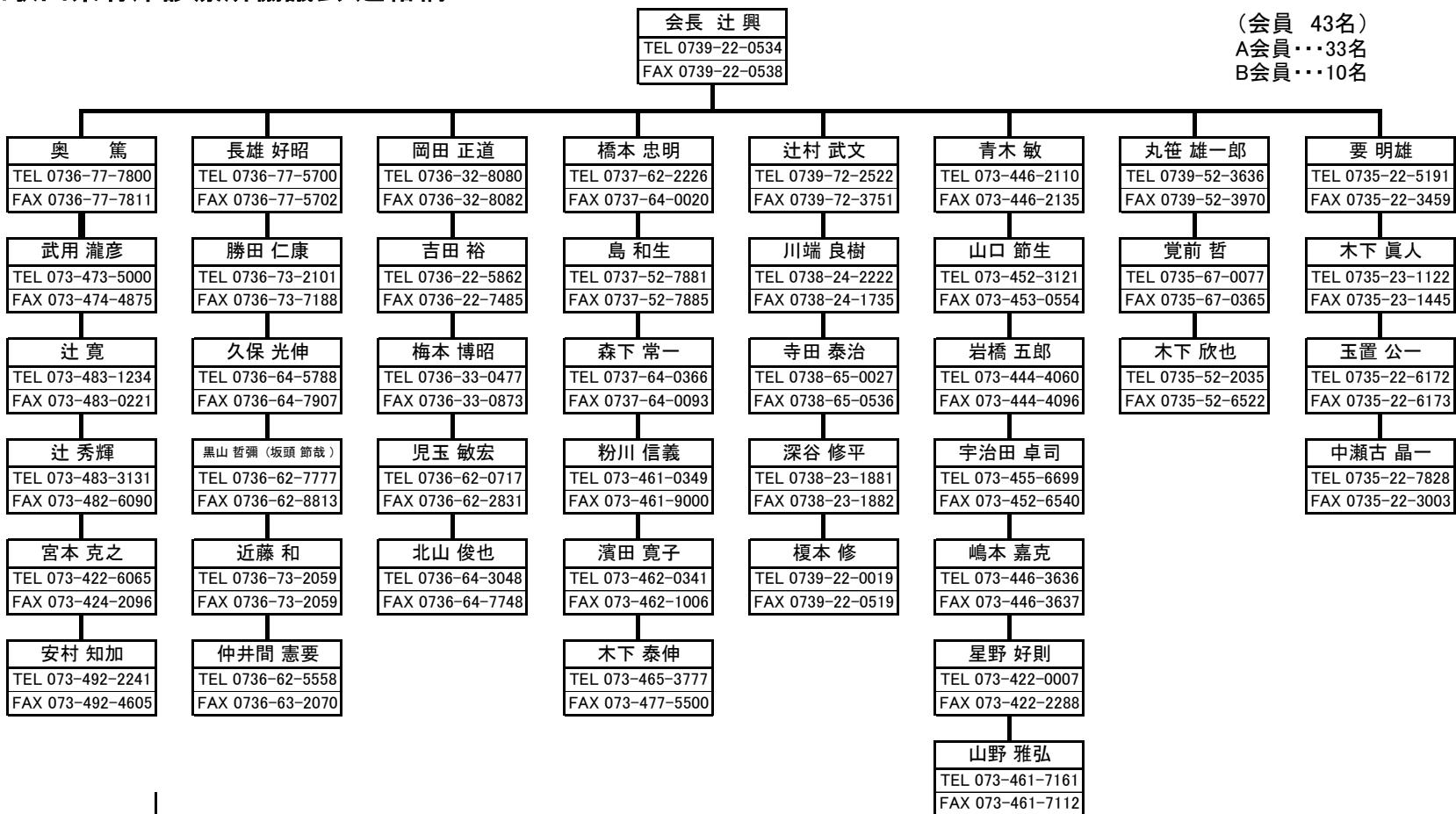
## 和歌山県有床診療所協議会 連絡網

平成27年10月現在

(会員 43名)

A会員…33名

B会員…10名



# 和歌山県有床診療所協議会会則

## 第一章 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、事務所を県医師会内に置く。

## 第二章 目的および事業

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。  
③本会会員は病床稼働中の有床診療所医師のA会員と病床稼働中でない有床診療所医師、または本会に賛同する賛助医師のB会員からなるものとする。

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 若干名
- 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。

## 第四章 会議

第9条 会議は総会および役員会とし、会長が召集する。

第10条 総会は定期総会および臨時総会とする。

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5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月末日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 A会員 40,000円

B会員 15,000円

(全国有床診療所連絡協議会年会費 A会員 20,000円)

B会員 10,000円)

(和歌山県有床診療所協議会年会費 A会員 20,000円)

B会員 5,000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月に基金引きとする。

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。

⑥本会則は平成26年10月1日から施行す。

⑦本会則は平成27年8月29日から施行す。

⑧本会則は平成27年10月24日から施行す。