

第28回全国医師会共同利用施設総会

記 録 集

期 日：令和元年9月7日（土）、8日（日）

会 場：Hotel & Resorts ISE-SHIMA（三重県）

ホテル志摩スペイン村

施設見学：令和元年9月8日（日）

- ・松阪市健診センター・松阪地区医師会臨床検査センター
- ・特別養護老人ホーム「神路園」

主 催：日本医師会

担 当：三重県医師会

目 次

1. 開催要領	ii
2. プログラム	iv
3. 日本医師会長 挨拶	1
4. 三重県医師会長 挨拶	2
5. 三重県知事 来賓挨拶	3
6. 志摩市長 来賓挨拶	5
7. 特別講演	6
8. 平成 30・令和元年度全国医師会共同利用施設 施設長検査健診管理者 連絡協議会報告	14
9. 分科会	17
第 1 分科会（医師会病院関係）	
シンポジウム	17
質疑応答	32
第 2 分科会（検査・健診センター関係）	
シンポジウム	36
質疑応答	54
第 3 分科会（介護保険関連施設関係）	
シンポジウム	58
質疑応答	82
10. 三重県内共同利用施設紹介	85
11. 分科会報告	91
12. 全体討議	97
13. 総 括	101
14. 次期（令和 3 年度）担当（北海道）医師会長挨拶	102

第28回全国医師会共同利用施設総会 開 催 要 領

目 的： 医師会共同利用施設は地域医師会活動の拠点として、医療、保健、介護・福祉の重要な役割を担い、かかりつけ医と連携しつつ地域に貢献してきた。しかしながら、超高齢社会における医師会共同利用施設の将来を見据えれば、地域における医療・介護の連携・充実がさらに求められるところである。

そこで、今回の総会では「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」をメインテーマに掲げ、現場での取り組みについてご報告いただくとともに、今後の医師会共同利用施設の役割・方向性等多面的に討議を行い、併せて現地施設の見学を行う。

名 称：第28回全国医師会共同利用施設総会

主 催：日本医師会（担当：地域医療課）

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2－28－16

TEL 03-3946-2121(代) FAX 03-3946-6295(代)

TEL 03-3942-6137(地) FAX 03-3946-2140(地)

担 当：三重県医師会

〒514-8538 三重県津市桜橋 2－191－4

TEL 059-228-3822(代) FAX 059-225-7801(代)

期 日：令和元年9月7日(土)、8日(日)の2日間

プログラム：裏面参照

会 場：＜総会・第1・2分科会＞「Hotel & Resorts ISE-SHIMA」（ホテル&リゾート伊勢志摩）
（旧：伊勢志摩ロイヤルホテル）

〒517-0295 三重県志摩市磯部町の矢字笠取 939－6 TEL 0599-55-2111(代)

＜第3分科会・懇親会＞「ホテル志摩スペイン村」

〒517-0212 三重県志摩市磯部町坂崎 952－22 TEL 0599-57-3511(代)

見学施設：（１）松阪市健診センター・松阪地区医師会臨床検査センター
（２）特別養護老人ホーム「神路園」

参 加 者：（１）日本医師会会員
（２）都道府県医師会、郡市区医師会役職員
（３）医師会共同利用施設関係者
（４）日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員

参加登録費：無料（従来通り交通費・宿泊費等は自己負担）

申込方法：「総会参加・宿泊の申込等のご案内」をご参照の上、医師会や施設ごとにまとめていただき、令和元年7月31日（水）までに下記の申込専用W e b サイトからお申し込みください。（W e b サイトからのお申し込みが出来ない場合には、同案内に添付しております申込書にご記入のうえF A Xにてお申し込みください。）

申 込 先：第28回全国医師会共同利用施設総会申込専用W e b サイト

<https://www.knt-c.co.jp/ec/med28/>

株式会社近畿日本ツーリスト関西 トラベルサービスセンター西日本

〒550-0013 大阪市西区新町 1-16-1 大陽日酸新町ビル 7F

TEL 050-3786-3315 FAX 050-3786-7519

担当者：『第28回全国医師会共同利用施設総会』係（担当者：高橋・中村）

営業時間：10：00～17：00（土・日・祝日休業）

第28回全国医師会共同利用施設総会 プログラム

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

日 時：令和元年9月7日(土)、8日(日)
場 所：Hotel&Resorts ISE-SHIMA (ホテル&リゾート伊勢志摩)
ホテル志摩スペイン村 (第3分科会)

第1日 令和元年9月7日(土) 於：Hotel & Resorts ISE-SHIMA 2F「ロイヤルホール」

[総 会]

13:00～	受 付	
		総合司会：三重県医師会
14:00～14:20	開 会	三重県医師会副会長 二井 栄
	挨 拶	日本医師会長 横倉義武
		三重県医師会長 松本純一
	来賓挨拶	三重県知事 鈴木英敬
		志摩市長 竹内千尋
14:20～15:20	特別講演	
	座長：三重県医師会長 松本純一	
	演者：日本医師会長 横倉義武	
		「日本医師会の医療政策」
15:20～15:30	平成30・令和元年度全国医師会共同利用施設	
		施設長検査健診管理者連絡協議会報告
		同連絡協議会会長/大分市医師会副会長 山本貴弘
15:30～	<休憩・移動> (分科会によって時間が異なります)	
15:45～17:45	第1・第2分科会 (※終了後、懇親会場のホテルへ移動)	

第1分科会(医師会病院関係) 於：Hotel & Resorts ISE-SHIMA 2F「ロイヤルホール」

司会：三重県医師会理事 曾我俊彦

座長：日本医師会常任理事 松本吉郎

シンポジウム 1. 郡山市医療介護病院 (福島県)

福島県医師会常任理事/郡山医師会副会長/郡山市医療介護病院長
原 寿夫

2. 東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」 (東京都)

東京都医師会理事 目々澤 肇

3. 宮崎市郡医師会病院 (宮崎県)

宮崎市郡医師会長/宮崎市郡医師会病院長 川名隆司

4. 鹿児島市医師会病院 (鹿児島県)

鹿児島市医師会長 上ノ町 仁

質疑・応答

第2分科会(検査・健診センター関係) 於：Hotel & Resorts ISE-SHIMA 2F「グランドホール」

司会：三重県医師会理事 坂倉健二

座長：佐賀県医師会長/日医医師会共同利用施設検討委員会委員長 池田秀夫

シンポジウム 1. 山形市医師会健診センター (山形県)

山形市医師会健診センター所長 有川 卓

2. 高岡市医師会臨床検査センター (富山県)

高岡市医師会臨床検査センター担当副会長 白崎文朗

3. 岡山市医師会総合メディカルセンター（岡山県）
岡山市医師会事務局次長/
岡山市医師会総合メディカルセンター管理者 川邊一徳
4. 小倉医師会健診センター（福岡県）
小倉医師会健診センター所長 本多直美

質疑・応答

16:00～18:00 第3分科会

第3分科会(介護保険関連施設関係) 於：ホテル志摩スペイン村 2F「アンダルシア」

司会：三重県医師会理事 小西 博

座長：埼玉県医師会副会長/日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長 利根川洋二

シンポジウム 1. 埼玉県内郡市30医師会在宅医療支援センター（埼玉県）

埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長 小川郁男

2. 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長 平岡直人

3. 東成区医師会（大阪府）

東成区医師会会長 長田栄一

4. 安来市医師会（島根県）

安来市医師会診療所院長/介護医療院みずかぜ施設長 入江秀樹

質疑・応答

18:30～20:00 <懇親会> 於：ホテル志摩スペイン村 2F「エスパーニャ」

第2日 令和元年9月8日(日) 於：Hotel&Resorts ISE-SHIMA 2F「ロイヤルホール」

9:00～ 受付（1日目に受付をしていない方のみ）

総合司会：三重県医師会

9:30～10:00 三重県内共同利用施設紹介 三重県医師会理事 石田亘宏

10:00～10:15 分科会報告 各分科会座長

10:15～11:00 全体討議

座長：日本医師会常任理事 松本吉郎

11:00～11:05 総括 日本医師会副会長 今村 聡

11:05～11:10 次期（令和3年度）担当医師会長挨拶

北海道医師会会長 長瀬 清

11:10 閉会 三重県医師会副会長 馬岡 晋

[施設見学に参加されない方]

11:20～12:20 昼食 於：Hotel&Resorts ISE-SHIMA 2F「グランドホール」

[施設見学に参加される方]

・第1コース（11:20～12:00 昼食 於：Hotel&Resorts ISE-SHIMA 2F「グランドホール」）

12:00発→松阪市健診センター・松阪地区医師会臨床検査センター→松阪駅14:35着予定

（観光付き15:35 〃 ）

・第2コース

11:20発→神路園〔特別養護老人ホーム〕（伊勢市）（昼食）→宇治山田駅13:30着予定

（観光付き16:10 〃 ）

※施設見学は、出発時間が異なります。

※施設見学後、第1コースは「松阪旧跡めぐり」、第2コースは「伊勢神宮内宮正式参拝とおはらい町散策」を予定しております（希望者のみ）。

挨

拶

日本医師会長
横 倉 義 武

本日は、三重県の鈴木知事、およびご当地の竹内市長にご参加いただき、また全国各地から大勢の先生方にお集まりいただき、第 28 回全国医師会共同利用施設総会が開催されますことを心から感謝申し上げます、主催者としてご挨拶申し上げます。

さて、本総会をかくも盛大に開催させていただきましたことには、ご多忙の中ご講演いただきます講師の先生方、そして企画段階からご尽力いただきました池田秀夫委員長、利根川洋二副委員長を初めとする日本医師会医師会共同利用施設検討委員会の先生方、さらに 2 年間に亘り大変なご苦勞のなかご準備いただきました三重県医師会の松本純一会長、二井栄副会長、馬岡晋副会長、委員会の委員でもありますご担当の石田亘宏理事を初めとする三重県医師会の役職員の皆様方、関係郡市医師会の先生方のご尽力によるものと、心から感謝を申し上げる次第であります。

さて、我が国は超高齢社会と少子化による人口減少社会を迎え、また「人生 100 年時代」と言われる中で、持続可能な社会保障の構築が最重要課題となっております。時代に即した改革を進めるなかで、かかりつけ医を中心とした多職種連携による地域包

括ケアシステムの構築・発展、そして健康寿命のさらなる延伸が求められます。地域にとって医師会共同利用施設は欠かすことのできない医療資源であり、行政と医師会が方向性を共有し、地域の特性を踏まえた施策を進めることが重要であります。

本日は、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」をメインテーマに、医師会病院関係、検査・健診センター関係、介護保険関連施設関係に分かれて、それぞれの施設からのご発表を参考に、多角的な議論が行われることと存じます。地域によって求められるそれぞれの施設の役割・機能も様々ありますが、かかりつけ医を支援するための施設であることは、医師会共同利用施設の創設以来変わらない理念であります。本総会が医師会共同利用施設の意義を再認識するきっかけとなり、明日からの活動の一助となることを切に願う次第であります。

末尾になりますが、本日ご参集の皆様方のなご一層のご発展とご健勝・ご活躍を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

今日と明日、よろしくお願い申し上げます。ありがとうございました。

担当県医師会長挨拶

三重県医師会長
松 本 純 一

本日は、第 28 回全国医師会共同利用施設総会、この三重県志摩市で開会いたしましたところ、大変お忙しいなか、きょう、インドから成田に着いてそのままこちらに出向いていただいた日本医師会の横倉会長、そして公務ご多忙のなかご来賓として三重県知事の鈴木英敬様、そして志摩市長の竹内千尋様にもご臨席を賜りました。そして何よりも全国から多くの先生方皆様にご参加をいただきまして、担当医師会といたしましてお礼を申し上げますとともに心より歓迎をいたします。どうもありがとうございました。

本総会は、メインテーマを「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」と題して開催されます。共同利用施設の存在意義というのは時代によって変化をしてくると思っておりますが、地域医療構想、そして地域包括ケアシステムを考えた場合、その役割はますます重要となってくると思われます。本日午後と、そして明日午前中、2 日間とはいえ大変短

い時間のなかで、活発にご討議をいただくわけですが、どうぞご参会の皆様方にとりまして有意義なものとなりますように、そして次回総会につないでいただければ幸いです。

なお、本日の第三分科会と懇親会の会場はこのホテルではなくて、ホテル志摩スペイン村というところで開催されます。田舎町ですとどうしても 1 つの箱の中でいろいろなものができない、コンベンションが少ないということもありますけれども、大規模な大会になかなか備えられなくて会場を分散しなければいけないということでご不便をおかけいたしますが、マイナス要素ととらずに、いろいろなホテルを利用できるというプラス思考でよろしくお願いをいたします。

最後に、皆様方のますますのご健勝と今後のご活躍をご祈念申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

来賓挨拶

三重県知事

鈴木 英 敬

皆さん、こんにちは。ご挨拶させていただきます前に、三重県におきましてこの2日間、大変な大雨が降りまして1名の方が亡くなりました。また、中間被害の床上・床下を含めると60を超える被害になっております。

また、三重県のみならず、その少し前には九州佐賀、長崎などでも大きな被害が出ております。各地において亡くなられた方々に心からお悔やみを申し上げますとともに、被害を受けました皆様に心からお見舞いを申し上げたいと思います。

さて、第28回の全国医師会共同利用施設総会がこのような盛大に開催されますこと、心からお祝いを申し上げたいと思います。

また、横倉会長を初め、全国からお越しいただきました先生方に県民を代表しまして心から歓迎を申し上げます。

開催に当たりまして多大なご尽力をいただきました地元三重県医師会の松本先生を初め、三重県医師会の先生方に心から敬意と感謝を申し上げたいと思います。

さて、三重県ですけれども、現在、健康づくりに力を入れています。昨日、103の団体の皆さんに加盟をいただいて、三重県とこわか県民健康会議という、オール三重で健康づくりを進めていこうという会議を発足いたしました。それは日本健康会議、横倉会長が共同代表をお務めいただいているわけですが、その地域版としてやらせていただきました。

三重県は、女性の健康寿命では全国2位だったり、がんの死亡率が良いほうから5位だったり、そういう健康づくりのポテンシャルがあるのですけれども、一方で、糖尿病の人口10万人当たりの患者数・受療率は全国2位に多かったり、あるいは野菜の摂

取率が男女ともに全国43位だったり、ポテンシャルもあるけれども課題もある。そこで、この健康づくりを全国トップクラスにもっていこうということで、オール三重で取り組もうというふうにしております。

それにおいても大変重要な役割を果たしているのが健診センターなど、医師会の共同利用施設であると思います。そして、共同利用施設においてその健康づくり、いろいろなアドバイス、早期発見、早期治療の道筋をつけていただく。そういう意味で健康づくりにおいても医師会の共同利用施設のことをしっかり勉強していくことが大事だというふうに思っています。

併せて先ほどありましたとおり、人生100年時代を迎えて地域包括ケアシステムを各地域でそれぞれの郡市医師会の先生方と協力をさせていただきながら確立を図っていくわけでありますけれども、そういう場面においても訪問看護ステーションなどのこの医師会共同利用施設の意義というのはこれからますます重要になってくようというふうに思っております。

そういうような地域ごとの、地域の医療計画体制、そして住み慣れた地域でそれぞれの人たちが安心して暮らしていくためにおける医師会共同利用施設の意義は間違いなくこれからますます重要になってくると思いますし、それをどういう方向にもっていくのかということを全国の事例を突き合わせながらも1回ご議論いただくということは大変意義深く思っております。この2日間の総会が意義あるものになりますよう、心から祈念いたします。

横倉会長がインドから来ていただいて、気合を入れて来ていただいたので台風もちょっと東にそれていっております。そういう意味で、ぜひ先生方には

この二日間、この後、志摩市長から志摩の魅力については色々あると思いますので、細かく申し上げませんが、できれば志摩だけでなく三重県全体に、このまま台風もそれて行きそうですから、お金を落としていただければと、ぜひ心からお願いをしたいと

思います。

最後は冗談となりましたが、この総会のご盛会、そして皆さん先生方のますますのご健勝を心から祈念しまして挨拶とします。おめでとうございます。

来賓挨拶

志摩市長

竹 内 千 尋

本日は、第 28 回全国医師会共同利用施設総会が
このように盛大に開催されるということで、心から
お祝い、そして歓迎申し上げます。

日本医師会の横倉会長様はじめ、県医師会松本会
長様には、当市で総会を開催していただき、志摩市
民を代表して感謝を申し上げます。

また、今日は、会場に志摩医師会の先生方のご臨
席をいただいております、改めてこの地域の医療をしっ
かりやっていただけることをこの場をお借りしまし
て厚く御礼を申し上げます。

さて、志摩市であります、先ほど、知事から志
摩市の宣伝をというお話もありましたが、市全域が
国立公園の中にあり、先日、海女文化について日本
遺産の認定をいただいたところです。

古くから食文化の頂点にこの地域の海産物、海女
の方が採ったアワビや伊勢エビ、海草があり、非常
に食文化が豊富で恵まれた土地でもあり、海女さん
は非常に元気で、そういう地域であるということも
含め、これからは健康寿命の延伸ということにしっ
かり取り組んでまいりたいと思っております。

先ほど知事から糖尿病が三重県は多いというお話
がありました。この 9 月議会で、予算をあげており
ますが、日比先生と中村先生のご指導で、志摩医師
会と一緒に糖尿病の重症化を防ぐということで、各

医療機関で糖尿病の方のデータを集めて、保健指導、
そして医療の指導を行っていくということも三重県
で初めて行います。

糖尿病にはかかったけれども、その重症化を防い
でいくということを通じて、人工透析に至る期間を
できるだけ伸ばしていこうと、そういう取り組みを
今度始めようということで、まさしく地域ぐるみで
医師会の先生のご協力を得ながら、住民の皆さんの
健康づくりの具体的な取り組みを始めます。

今日は、アワビが出ると思いますが、10
月になると的矢ガキという、非常においしいカキが
あります。日比先生に言わせると、的矢ガキと伊勢
イモと一緒に食べると滋養強壮にすごくいいという
ことで、ぜひまた今度はプライベートでもお越しを
いただければと思っております。

今月からふるさと納税で志摩の真珠が再開いたし
ます。先生方にはぜひふるさと納税を志摩市にいた
だくとありがたいと思いますので、よろしくお願い
申し上げます。

結びに当たりまして、本大会が成功裏に終わるこ
と、そしてまた先生方のご健闘、さらなるご活躍を
心からご祈念申し上げます、私の歓迎の挨拶とさ
せていただきます。ようこそお越しくださいました。
ありがとうございました。

特 別 講 演

座長 松本 純一（三重県医師会長）

「日本医師会の医療政策」

日本医師会長

横 倉 義 武

今日お話しする内容は、「医師会の歩み」、「医師会の役割と医の倫理」、「明るい健康長寿社会に向けて」、「超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方」の4点である。

I. 医師会の歩み

我が国は江戸時代までは、漢方医療が日本古来の医療であったが、安政4年にポンペ博士が西洋医学をもたらした。ポンペ博士はオランダの医師であるが、日本は鎖国をするまではポルトガルからいろいろな人が来訪していた。有名な人に、日本にキリスト教をもたらしたザビエルがいる。私が先日訪問したインドのゴアは、ポルトガルの植民地の一番要になる町で、ザビエルもそこの教会の中に安置されており、遠目に見ることができた。

その後、長崎の出島にポンペ医師が来訪し、西洋式近代病院「小島養成所」を設立した。跡地には小学校ができていますが、改築の際に養成所の遺跡が出てきたため、長崎県医師会と長崎市医師会とで保存することを提案し、長崎市長の理解のもとで遺跡の保存ができたと聞いている。

安政5年に江戸の蘭方医83名が出資し、いわゆる予防医療である種痘によって疱瘡の伝染を止めようと、「神田お玉ヶ池種痘所」が開設された。それが東京大学医学部の前身であると言われている。万延元年（1860年）に官立の種痘所になり、初代頭取に大槻俊斎が、二代目に緒方洪庵が就任した。種痘所は「西洋医学所」に改称し、組織を種痘・医学教育・解剖の三科に分け、さらに文久3年に「医学所」に改称し、三代目の頭取に松本良順が就任した。

慶応元年に、ポンペのもとで学んだ松本良順が組織の整備拡充ということで、物理・化学・解剖・生理・病理・薬剤学・内科・外科の七科を体系づけた。

昨年、私は浜松市医師会の遠江医学会創立記念大会で伺った際、この七科の教科書が保存されていて、全国に広がっていった感じが感じられた。

ご当地の三重県は、本居宣長の出身地である。彼は非常に有名な古典研究家であり医師であったということで、昔から医師で二足の草鞋、三足の草鞋を履いている方が多かったということであろう。三重県松阪市で開業し、町医者として働いていたが、様々な国学の研究をしたことで知られている。

明治初年の西洋医学の本格的な導入以来、都市部を中心に開業医が少しずつ増え、地域の開業医が互いの医術の向上を目的として、研究親睦団体を結成した。これが医師会の始まりである。最も古いのは、明治5年の長野県小諸医師協議会で、三重県では松阪医学所というのが明治7年に設立されている。この松阪医学所は現在もあるそうで、樹敬寺というお寺で毎月日曜日に集会を開いたということで、医師会の先生方は昔から休日に勉強する習慣があったのかなと思う。この樹敬寺が本居家の菩提寺であることも記録に残っている。医師の自主的な研究・交流会的な性格を持ち、会員数約50名、種痘医の近藤貞助らによって設立された（図1）。

明治20年に飯高・飯野両郡医会が発足し、回帰熱流行について予防上、顕微鏡の必要性を認めて、会員有志で出資して顕微鏡を購入したり、伝染病患者の病室の入り口に貼紙をして近づかないように注意喚起をしたという記録が残っている。

明治39年5月に医師法が成立し、医師は医師会を設立できることとされ、医師会の機能が規定された。そして、同年11月に医師会規則が制定され、医師会は郡市医師会と（このときはまだ東京も東京府であったため都がなく）道府県医師会に分けられた。各地域における医師会の設立は任意で行うが、

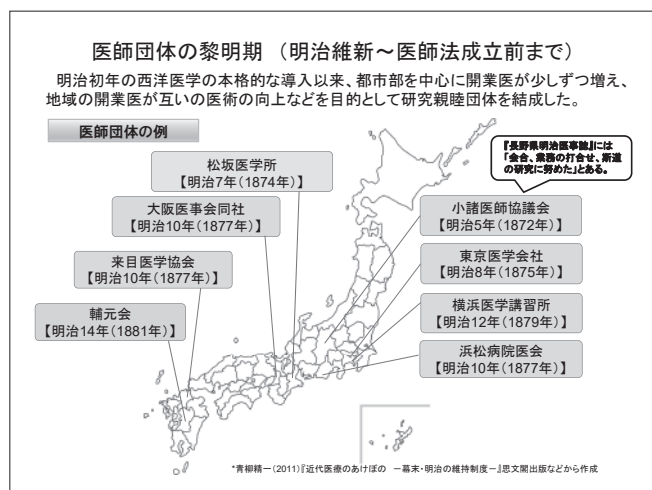


図 1



図 3

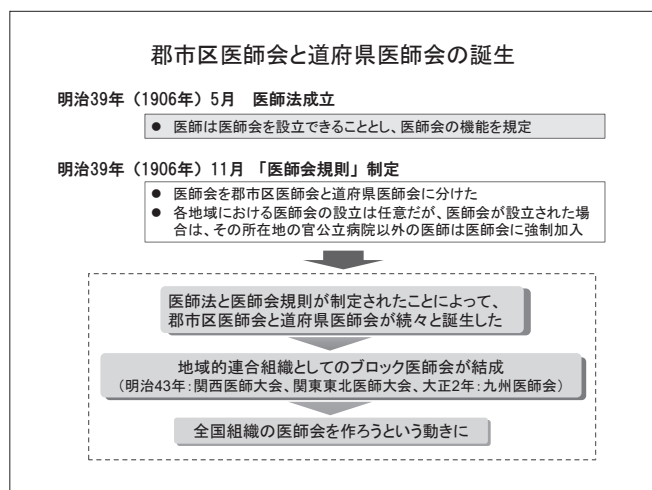


図 2

医師会が設立された場合には、当該所在地の官公立病院以外の医師は医師会に強制加入となることが定められた。医師法と医師会規則が制定されたことにより、各地で郡市区医師会、道府県医師会が次々に誕生していった（図 2）。

地域的な連合組織としてのブロック医師会が必要ではないかということで、明治43年にまず現在の中部ブロックと近畿ブロックが合体した関西医師大会が、次に関東東北医師大会、大正2年には九州医師会がそれぞれ結成された。さらに全国組織の医師会をつくろうという機運が高まり、1914（大正3）年に日本連合医師会が設立された。この年に設立した背景の1つに、日本薬剤師会が全国組織の医師会よりも先にできていたことが挙げられる。医師は江戸時代から薬師と呼ばれ、医師が薬を扱うのが当然であったが、薬剤師という資格ができて薬剤師会が発足したことにより、医薬分業を推進する運動が活

発化した。まだ組織が不完全であった日本連合医師会は会を推進するリーダーも不在だったこともあり、医薬分業を阻止するために全国的な医師組織を新たに結成することになったのである。そして、日本連合医師会を発展的に解消し、1916（大正5）年に大日本医師会が設立された（図 3）。

初代会長は北里柴三郎先生で、2024年度から千円札の肖像になる。現在の千円札は野口英世博士であり、二代続いて医師がお札の肖像になったということは、医療が国民にとって欠くことのできないものであるという思いを、政府ももっているのではないかと思う。

北里柴三郎先生は、ご承知のとおりペスト菌の発見者で、ジフテリアの抗血清療法を開発されるなど感染症の大家である。当時は感染症による死亡が多く、先生は「予防医学を確立することが近代化である」という非常に強い思いを持っておられた。医師会は北里先生の志を受け継ぎ、人生100年時代に向けて治療を中心とした医療のみならず、予防・健康づくりにも力点を置いて、健康長寿社会の実現に奮闘していかなければならない。

Ⅱ. 医師会の役割

このような歴史を持った医師会は何をすべきか。医療の根本は信頼にあり、医療は提供する側と受ける側の信頼の下に行われるものである。医師は専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持し高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行う必要がある。また、医療は日々進歩する医学の社会的な応用でもあ

る。医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的にとりまとめ、社会や政府に対して積極的に提案することで、社会的責任を果たすことが重要である。やはり、医師自らが国民に対して医師と医療の質保証に責任を負う体制を構築する必要がある、これが医師の学術団体、専門職能団体としての医師会の存在意義である。

現在、郡市区医師会 891、都道府県医師会 47 を合わせた総医師会員数は約 20 万 400 人で、日本の医師数約 32 万人弱の約 3 分の 2 が医師会員ということになる。ノーベル医学・生理学賞を受賞された山中伸弥先生や本庶佑先生も会員であり、世界医師会で認められた日本で唯一の医師個人で加入できる団体である。医師以外にも、弁護士や公認会計士等々の専門職の所属団体はたくさんあるが、これらに対する社会の期待としては、一般的に 5 つのことが言われている。第一に、倫理の確立や規律の保持、品性・誠実性の確保、2 番目に専門知識や技術の向上による品質の改善・進歩、3 番目に医業および専門性への多様化・高度化に向けた迅速な対応、4 番目に市民からの信頼確保、5 番目に自主的な課題解決に向けた積極的関与である。

私が 2012（平成 24）年に日本医師会の会長選挙に出馬したときに、日本医師会の役割を明確にしたということで、「日本医師会綱領」の設置を公約に掲げた。先日お亡くなりになった当時の東京都医師会の野中会長と、京都府医師会の森会長に委員長・副委員長をそれぞれお願いし、学識経験者として前官房副長官などにも入っていただいた。その結果、「日本医師会は医師としての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」という前文に続き、「生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えること」、「安全・安心な医療提供体制を築くこと」、「医学・医療の発展と質の向上に寄与すること」、「国民皆保険制度を守ること」の 4 項目を定め、最後に、「以上を誠実に実行することを約束します」とした。これは国民に対する約束であり、昨年から代議員会の冒頭に、全員で日本医師会綱領を唱和して、しっかりと役割を認識するようにしている（図 4）。

また、若い先生方に医師会の将来について議論していただく「医師会将来ビジョン委員会」を設置し、平成 30 年 4 月に答申をいただいた。その中で、郡市区医師会のリーダーに医師会の役割について共通認識を持っていただくことを目的として、年に一堂に会する全国郡市区医師会会長協議会の創設が提案され、昨年 11 月に第 1 回を開催し、約 800 名の会長先生方にお集まりいただいた。今年も 11 月 24 日に 2 回目を行う予定であり、前半は日本医師会の医療政策を勉強するために、私から「日本の医療政策」について講演し、続いて厚生労働省の前医政局長の武田俊彦氏に国の方向性について概説いただく予定である。後半は医師連盟の医政活動研究会に切り替えて、今村日医連副委員長より参議院選挙の結果と医政活動の重要性について説明し、自由民主党総務会長で国民医療を守る議員連盟の会長に就任された加藤勝信氏に、「今後の社会保障」というテーマでご講演いただく計画をしている。是非多くの先生方のご参加をお願いしたいと思う。

Ⅲ. 明るい健康長寿社会に向けて

高齢者の増加により社会保障費が増加するため、財務省や経済界を中心に医療費や介護費は抑制しなければならないという意見が聞かれる。単に抑制するだけでは国民の理解は得られず、また急激な制度変更による抑制政策を取れば、以前、後期高齢者医療制度を導入したときのような国民の反発を招きかねない。国民の生活に直結する医療や社会保障については、よく議論しなければならない。国民が住み慣れた地域で自分らしく生涯を全うしたいという願いをすべての関係者で共有し、その実現のために協力して取り組んでいく必要がある。特に、令和の時代は高齢化がさらに進むため、社会の格差が拡大しないように社会保障を充実させ、経済成長を促すよ

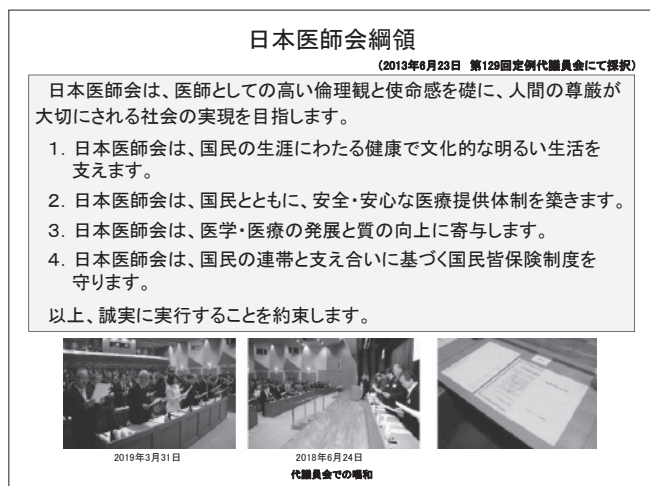


図 4

うな取組みを進めていかなければならない。そのためには、健康寿命の延伸を、国を挙げて取り組む必要がある。

明治維新である1868年の我が国の人口は3,456万人で、2008年にピークを迎え1億2,808万人まで増えている。それから徐々に減り、2115年には約5,000万人まで減少していくと推測されている。年齢別に見ていくと（図5）、以前は子どもが多く、兄弟3、4人が当たり前であったが、現在は少子化で15歳未満の世代が少ない。いわゆる労働者人口と呼ばれる15～64歳のピークは1990年で、7割弱が社会を支えていた。その後、徐々に高齢化が進展し、65歳まで働いて社会参加をしていた人が、65歳でやめてしまうと、それから先の人生がまだ20年、30年あることになる。特に前期高齢者の65～74歳の人に、健康な状況で社会参加を続けていただくようにすれば、2025年から2040年は1990年の労働人口の比率とほとんど変わらない状況になるので、健康寿命を伸ばしていくことがいかに重要かがわかる。74歳までの健康寿命を伸ばしていき、75歳以上の高齢者を支えていく社会に変えていく必要がある。実際に、2009年から2018年の10年間で、生産年齢人口と言われる15～64歳までが660万人減少したが、就業者数は350万人増加している。15～64歳の世代が2018年に660万人減っているが、実際の就業者数が増えているのは、74歳までの相当数が就労の状況にあるためであり、これが可能になったのは、ある意味、高齢者の体力や運動能力が上がってきているからである。スポーツ庁の平成29年度体力・運動調査結果によると、6

分間の歩行テストの結果は、1998年には65～69歳が570mで、75～79歳は510mほどであったが、現在は両方とも伸びていて、2017年の75～79歳は1998年の65～69歳と同じスピードで歩いており、それだけ体力・運動能力が若返っていると言える。その他、運動能力以外にも平衡能力などそれぞれ伸びており、元気な高齢者を増やしていくことが重要と考える（図6）。

人生100年時代に向けて、妊娠・出産、学校教育、勤労、高齢期に至るまで様々な法律が整備された。特に昨年末の成育基本法制定は非常に大きな意義がある。また、働き方改革により産業保健を充実させ、健康寿命の延伸が進み、人生100年時代を明るく100年にしようということになれば、大変幸せなことであり、妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障に近づくことになる（図7）。以前は60歳が定年であったが、65歳まで延長になり、

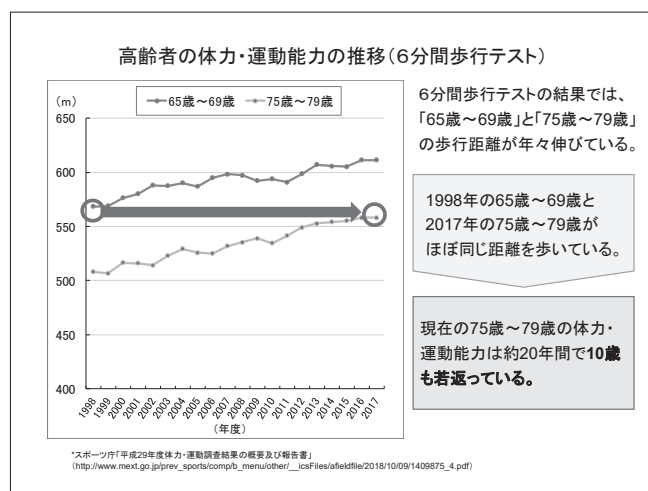


図6

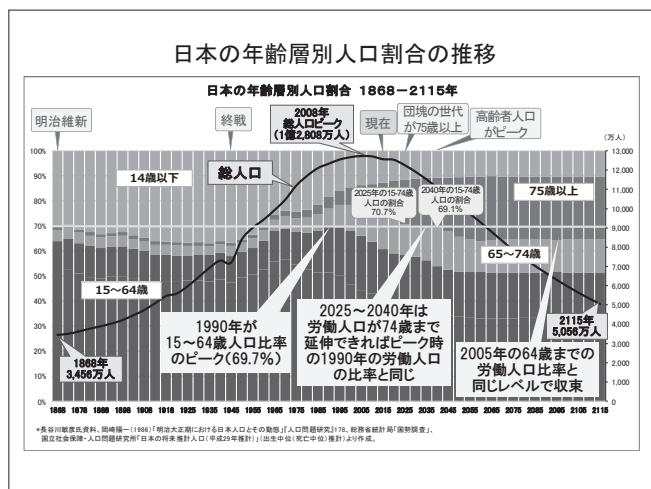


図5



図7

またその後15年間どういう働き方をしてもらうかを考えていかなければいけない。若いときのような1日8時間、週5日働くのが労働かというとはなく、70歳以降も例えば週3日、1日4時間勤務というような働き方も考える必要がある。そのためには健康であることが大切であり、予防・健康づくりに加え、動脈硬化や糖尿病、認知症、フレイル、禁煙などの対策が非常に重要となる。併せて、乳幼児期からの健康づくりをしっかりと習慣づけていく必要がある。健康寿命の延伸のためには生涯を通じての対策が必要である。そのためには、地域のかかりつけ医、学校医、産業医の役割が非常に重要であり、地域の医師会から行政、関係機関に対し、健康寿命延伸のためにどういう予防・健康づくりが必要か提案していくことも大切である。

従来、医療は診断・治療が非常に重要であり、これは現在も変わらないが、これからは「病を防ぐ」という予防・教育が医療の大きな役割であるという認識を持つことが重要である。予防、治療、そして再発重症化予防、見守り、看取り、これらがかかりつけ医の役割であり、同時に学校医や産業医としての役割もあるだろう。すべての地域において、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供体制を構築する必要がある。しかも、地域によって医療や介護資源が異なることから、地域で考え、作りあげていくことが重要である。

日本医師会では、2016年度からかかりつけ医機能研修制度をスタートした。大きく分けて6つの機能があり、患者中心の医療、継続性を重視した医療、チーム医療、多職種連携の医療、社会的な保健・医療・介護・福祉活動の医療、地域の特性に応じた医療の実践、在宅医療の実践

護、福祉活動、地域の特性に応じた医療、在宅医療についてそれぞれの実践のための応用研修を行っている。毎年約1,000人が受講しており、医療側から国民にしっかりと伝えることが重要である（図8）。応用研修の受講者は2019年6月現在3万6,000人で、すべての都道府県で修了者が出ている。さらに、現行のかかりつけ医機能研修制度を推し進め、今後のあるべき姿について、羽鳥常任理事を中心にいろいろな議論をしているところである。

日医総研で2～3年に1度、様々な国民の意識調査を行っている。かかりつけ医がいる人といない人では受けた医療への満足度に違いがあり、かかりつけ医がいる人の方が10ポイント以上高く、がん検診の受診率もかかりつけ医がいる人の方が高い結果となっている。

地域では、医師会共同利用施設が臨床検査の高度化、精度向上等を通じたかかりつけ医の診療機能の支援、各種健診を通じた住民の疾病予防・健康増進に寄与している。会員医療機関との連携のもとで、健診や検査機能のデータ蓄積機能などを活用して、健康寿命の延伸、健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防等を推進すべく中核施設としての活動が望まれる。また、医師会の組織力強化にとっては極めて大事な基盤であり、今後ますますその機能が重要となる（図9）。

今期の日医の医師会共同利用施設検討委員会では、池田委員長初め10名の先生方に、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」についてご議論をお願いしている。

ところで、平成28・29年度は「2025年を見据え

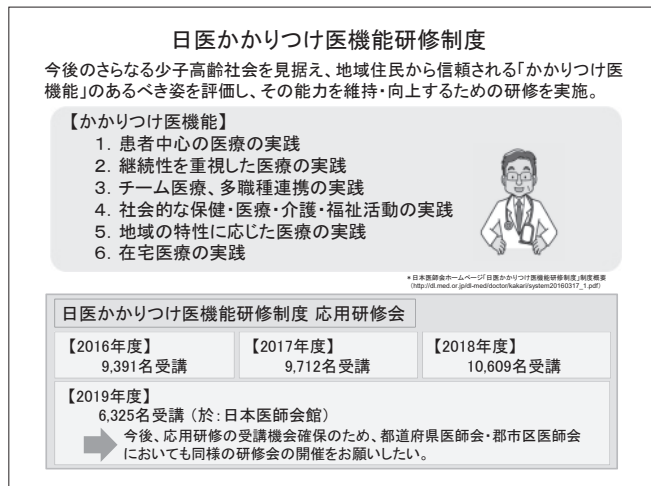


図 8

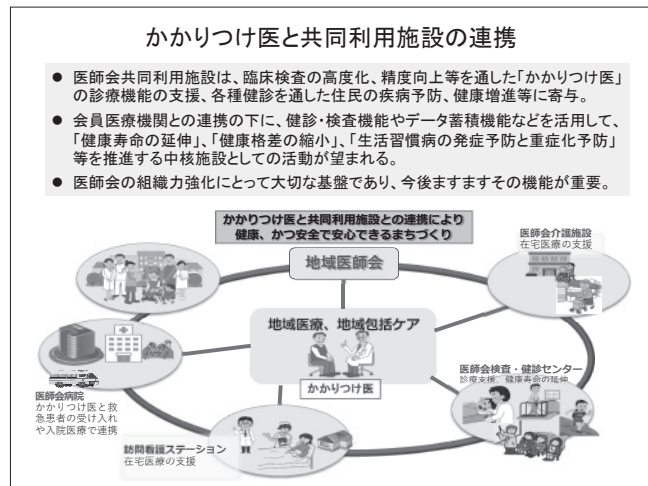


図 9

た医師会共同利用施設の展開」をテーマに、医師会の様々な共同利用施設が健康寿命の延伸にどのような役割を担っているかご議論いただいた。日本経済の発展や健全な関連産業の育成を見据えて、医療の非営利原則や国民皆保険の堅持、医療安全の堅持について、日本健康会議や未来投資会議、次世代ヘルスケア産業協議会を通じて、今村副会長を中心に議論している。直接的な事業としては、産業医や健康スポーツ医など、また国の施策への協力にも取り組んでいく。医師会共同利用施設にはいずれにも大きな役割を果たしていただくことが期待されている。予防・健康づくりの推進に向けて、日本医師会は生涯保健事業の一元化ということで健診データの一元化による生涯を通じた健康管理、さらに民間団体と日本健康会議を立ち上げ、その地域版も徐々に増え、こうした取り組みによって健康寿命を延伸しようと活動している。また、事業者や保険者などによる様々な取り組みも進められている。

日本健康会議は2015年7月に発足し、日本商工会議所の三村会頭と読売新聞の及川顧問、そして私が共同代表を務めさせていただいているが、それぞれの関係会議に出席する中で数値目標をクリアする努力をしている。

地域版日本健康会議は、静岡県と宮城県で最初にスタートした（図10）。そして、三重とこわか県民健康会議が先日発足し、来週には大阪でもスタートする予定である。健康経営優良法人認定制度というのがあり、地域の健康課題に即した取り組みや日本健康会議が進める健康増進の取り組みをもとに、特に優良な健康経営を実践している法人を顕彰するもの

で、医療機関も相当数入っている。医療機関が率先して働きやすい環境をうたっていただくことが重要である。また、医療関係団体として、徳島県医師会、宮城県医師会国保組合、大阪府医師共同組合、愛知県歯科医師会などが表彰を受けているが、徳島県医師会の取り組みについては日医ニュースに掲載されている。医療・福祉分野には全国で800万人以上が従事しており、医療従事者自らが健康に働くことが国民の健康につながっていくとし、他の地域医師会や医療機関も、健康経営に取り組み、健康経営優良法人2020に申請するよう求めている。日本医師会も2018年にチャレンジしたが落選し、2019年に再チャレンジということで、健康経営宣言を定めている（図11）。

IV. 超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方

我が国の高齢化率は今、世界でトップを走っているが、実は2040年には韓国に、2060年には台湾にも追い抜かれると予測されている。出生率が日本はまだ1.5ぐらいあるが、韓国は1を割るような状況になってきており、高齢化率が進んでいる。

今、国で検討されているのは、1つには地域医療の確立で、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護の提供と、地域医療構想の実現である。2つ目には、医師の働き方改革の推進で、医師の健康への配慮と地域医療の継続性という2つの観点が挙げられ、3つ目は医師の偏在対策で、医師の地域偏在と診療科偏在、さらには新たな専門医の仕組みである。基本的にはボトムアップであり、大きな方向性は国が決めても、都道府県において地域の医療

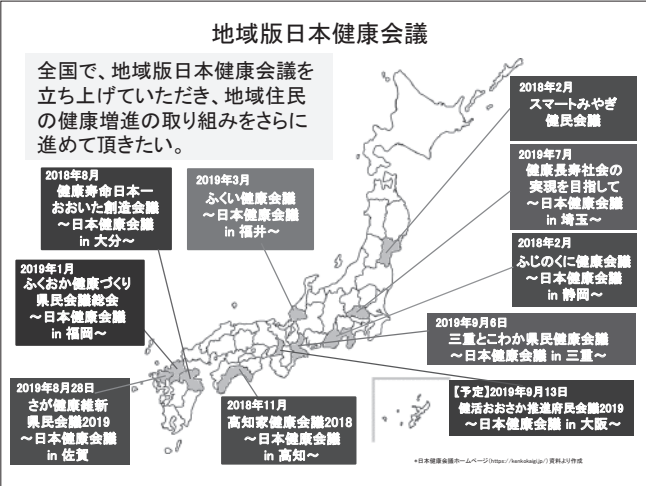


図 10

日本医師会 健康経営宣言

日本医師会の使命は、国民の生命と健康を守ることです。その使命に向けた活動の展開にあたっては、職員が健康で働きやすい環境づくりが基本です。また、職員の健康増進に向けた種々の活動を通じて、国民一人ひとりの健康づくりにも貢献してまいります。国民とともに歩みながら、日本医師会は、以下の取り組みを中心に健康経営を推進します。

1. 職員とその家族の健康増進に向けた活動
2. 相互の健康に心を配る地域づくりに向けた啓発活動
3. 健康長寿社会の実現に向けた社会貢献活動

図 11

提供体制の将来あるべき姿を検討し、地域の実情に応じて医療資源を活用するという方向性をしっかり作りあげていく必要があると考える。

また、外来医療計画については、外来医師偏在指標が出ただけで、地域を支える自由開業医制に制限が加えられるのではないかと心配の声が寄せられている。このままでは間違った議論になる懸念があるため、徐々に制度を変えていく必要がある。都道府県が医療計画の一部として今年度中に策定する医師確保計画と外来医療計画については、厚生労働省が算定式を定める医師偏在指標に基づいて偏在の是正を行うのではなく、まずは大病院や中小病院、診療所の外来機能がどうあるべきかを地域で考えていくことからスタートし、そのうえで地域の外来機能のあり方を医師確保計画の策定に反映すべきである。

地域における病床の収れんについてであるが、今後人口は急速に変化していく。私の住む福岡県南部の農村地域では、今から30年の間に人口が約3分の2になると予測されている。人口構成の変化は病院病床や介護施設のあり方に直結する問題であり、それに応じた形で将来を考えていくことが重要である。山形県酒田市では、県立病院と市立病院の統合について、県立の方を縮小統合する方向で話が進んでいるようであるが、酒田市の人口推移を見ても、今後5年間、10年間で相当人口が減ってくると予測されるなかで、現在の形で病床が維持できないのは当然のことである。高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて病床が減少していくという認識を持つ必要がある。病床の急激な減少は地域医療に混乱をもたらす可能性があるため、ソフトランディングさせていくことが重要になってくる。

専攻医の採用についても、各都道府県の地域医療対策協議会で議論していただいている。国のトップダウンではなく、地域でそれぞれに進めていく必要がある。各診療科別の定数については学会が研修計画を作成しているが、しっかりと都道府県医師会に関与していただくことが、専攻医採用のあり方に重要であると考えます。

地域偏在については、定員を増加した地域枠での入学者が卒業し、臨床研修を修了して地域医療に従事し始めている。平成31年は約3,500人の地域枠で、今後順次増加し、平成36（令和6）年には約1万人

が見込まれている。また、医師需給についても、将来の供給推計と需要推計を考えながらしっかりと対応すべきであり、医師の働き方改革では、地域医療の継続性と健康への配慮のバランスを常に考えていかなければならない。

特に医師会が考えなければならないことは、現行郡市区医師会単位で初期救急や休日・夜間診療体制、在宅当番医制度をカバーできるのか、それとも隣接医師会と協力して少し範囲を広げた方がよいということ、それぞれの医師会で少しずつ取組みを始めていただきたい。

かかりつけ医と病診連携の普及・促進については、勤務医が病院に求められている医療に集中してもらえるよう、住民に対して相談できる身近な医師を持つことをより進めていかなければいけない。さらには予防・健康増進の活動が地域医師会の大きな役割の1つであると考えするため、健康教育を積極的に行ってほしい。

先日、ある病院グループの方が、病院として地域で健康増進の活動をしたいという話で来られたため、地域医師会とよく相談して一緒にやっていくことが重要であるという話をしたところである。

「骨太の方針2019」と「成長戦略フォローアップ」の両方に「タスクシフト」という言葉が出てくるが、「タスクシフト」自体に少し違和感があり、「タスクシェア」の方がよいのではないかなと思う。現在、法的には、医師が直接指示をすれば、看護師も診療の補助行為の範疇で医師とほぼ同様の医療行為ができるため、新たな資格をつくりたいという話をされるが、あくまでも医師によるメディカルコントロールの下で安全な医療を行うことが原則である。新たな職種の創設ではなく、すでに認められている業務の周知の徹底、並びにそれらが実践されていない場合の着実な検証を実行していくべきであり、法令改正や現行法解釈の変更による業務拡大をするのであれば、適切なプロセスを踏んで行うべきであるというのが、タスクシフトに関して日医から要望している事項である。

いよいよ、来年度予算編成の議論がスタートした。「骨太の方針2019」には幾つかの項目があるが、我々として容認できない項目は、地域独自の診療報酬、および地域医療介護総合確保基金の創設前から存在している事業を含めた大幅なメリハリ付けであり、以前から存在している事業の一番大きいものは看護

学校の運営費補助金である。また、慎重に検討すべき項目は、都道府県知事の権限の在り方で、あくまでも地域医療協議会の答申のもとに行うべきであり、国保の法定外繰入れの解消についても慎重に検討すべきと考える。そして、推進すべき項目は、従来から取り組んでいる予防・健康づくり、成育基本法に基づく取組の推進、さらに生活習慣病対策における地域の医師会等との連携、および日本健康会議や全国知事会の取組との連携などを、戦略的に全国展開していくことである。

参議院選挙が終わり、いよいよ社会保障の給付と負担のあり方についての議論がスタートする。現行の社会保障の1つの大きな柱が国民皆保険体制であり、公的医療保険による国民皆保険をどう継続させていくか、そのための負担と給付のあり方について議論をしっかりとしていくべきである（図12）。

最後に、11月1日は日本医師会の創立記念日である。昨年から創立記念日には特別講演を行ってお

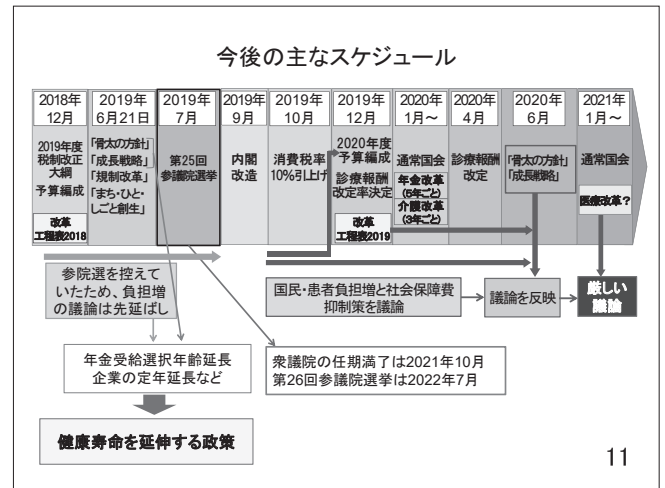


図 12

り、昨年はノーベル賞を受賞された本庶先生で、今年は大村先生をお願いしている。ぜひご参加いただければと思う。

平成 30 年度・令和元年度全国医師会共同利用施設 施設長検査健診管理者会連絡協議会報告

施設長検査健診管理者連絡協議会会長／大分市医師会副会長

山 本 貴 弘

I. はじめに

昭和 62 年 11 月熊本県で開催された日本医師会主催の第 9 回全国医師会病院・臨床検査センター総会時に、同時に開催された「検査技師長研修会」において、「日本医師会後援とすること」および「全国総会時に施設長・技師長連絡協議会を開くこと」が提案採択され、翌年 8 月に第 1 回連絡協議会を開催した。今回は第 31 回、及び第 32 回連絡協議会報告となる。

II. 平成 30 年度連絡協議会会長報告

日時：平成 30 年 7 月 20 日及び 21 日

場所：富山国際会議場

担当：中部地区

参加施設数は 45 施設、参加者数は 106 名

—1 日目—

1. パネルディスカッション

顧客サービスを目指した取組みについて 3 施設から発表があり、活発な質疑応答が行われた。

1) 「富山市医師会健康管理センターが提供する《医師会員事業》・《医科歯科連携》」

【医師会員事業】医師ドック

【医科歯科連携】歯科医師ドック、歯科・口腔（がん）検診

津幡拓 先生（富山市医師会健康管理センター 業務部）

医師ドックは早朝コースや日曜ドックを実施し、歯科医師ドックは歯科医師専用日を日曜日に設定したことにより受診率が向上したこと、また、オプション検査として歯科医師会の協力をえて、「歯科・口腔（がん）検診」が設定されていることなどにつ

いて発表があった。

2) 「岡崎市医師会イントラネットを利用した画像情報閲覧システムのご紹介」

後藤孝之 先生（岡崎市医師会公衆衛生センターはるさき健診センター事業部データ管理課）

画像閲覧システムの紹介と胸部 X 線読影支援システムによって精度の高い胸部読影が可能となったことが発表された。

3) 「地域包括ケアシステムの実現に向けた Dr. Web システム」

八谷全典 先生（半田市医師会健康管理センター事務情報システム開発部主任）

在宅医療介護連携システム「だし丸くんネット」は、医師・薬剤師・看護師・ケアマネジャーなどの在宅介護メンバーが iPad を利用して文字や写真・動画などの情報共有ができ、医療介護に有用であるとの発表があった。

2. 講演 1 厚生労働省講演

「第三期からの特定健診・特定保健指導について」

講師：片山聡子 先生（厚生労働省保健局医療介護連携政策課 データヘルス・医療費適正化対策推進室 保険事業推進専門官）

特定健診の実施率は目標には達していないものの制度は着実に定着してきているといえるが、特定保健指導の実施率は目標には程遠いのが現状である。この状況を改善するための第三期（平成 30 年度以降）からの見直し点などについて詳細に講演された。

3. 講演 2

「メンタルヘルスチェックの現状と今後の展開」

講師：貫井信恵 先生（北陸内観研修所 臨床心理士）

近年注目されているメンタルヘルス不調には、どのような対応をすべきかなどについて話され、管理職の方々には参考になる内容であった。

4. 講演3 [講演およびグループ討議]

「滋賀県における地域医療システムの現状と課題」

講師：永田啓 先生（滋賀医科大学医療情報部教授）

滋賀県における地域医療システムについて紹介された後、グループに分かれ共同利用施設が関わっている連携システムについてお互いに情報を交換し、その結果について討議を行った。

5. 講演4

「在宅医療における検体採取と臨床検査について」

講師：横地常弘 先生（一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 代表理事 副会長）

在宅医療の検査において、看護師だけでなく検査技師もチームとなって在宅医療を支えている事例の紹介があり、今後、増えていく在宅医療のあり方について考える良い機会となった。

—2日目—

「施設長検査健診管理者合同会議」

「理事会」

「総会」

6. 特別講演

「医師会共同利用施設の将来展望」

講師：松本吉郎 先生（公益社団法人 日本医師会 常任理事）

高齢者や死亡者数のピークを迎える2040年に向けて、経済、財政、社会保障を一体的に考えた国づくりの推進が必要であり、その中で医師会共同利用施設は、臨床検査の高度化、精度向上等を通じた「かかりつけ医」の診療機能の支援、そして各種健診を通じた住民の疾病予防、健康増進等に寄与する役割を担っていると述べられた。

Ⅲ. 令和元年度連絡協議会会長報告

日時：令和元年7月19日及び20日

場所：東京グランドホテル

担当：関東甲信越地区

参加施設数は51施設、参加者数は102名

—1日目—

1. 講演1 厚生労働省講演

「検体検査の精度の確保について ～医療法等の一部を改正する法律等の概要～」

講師：藤井哲朗 先生（厚生労働省医政局総務課 医療情報管理専門官）

昨年12月に施行された医療法等の一部を改正する法律等の概要について講演された。今回の改定では、検体検査分類の見直し、検体検査の精度管理に関する基準の明確化、ゲノム医療の実用化に向けた遺伝子関連検査の精度の確保などについて明記された。また、検体検査を行なう場合の精度の確保に係る責任者として医師または臨床検査技師の設置が定められた。

2. 講演2 管理者研修指定演題

「知っていてほしい税金の話」

講師：細谷博光 先生（細谷会計事務所 税理士）

多くの税制、税金の中で、私たちに身近な消費税、法人税、確定申告、節税対策などを中心に大変わかりやすく解説された。

3. 検査健診管理者会特別企画

8班に分かれて、以下の4つのテーマについてテーブルディスカッションを行った。

テーマ1 集荷の諸問題：集荷回数や集荷時間、受領・搬送日誌等の記録、事故等

テーマ2 検診・検査の受託：利用率、受診率、啓発方法、受診率向上のための活動等

テーマ3 人事管理：採用、給与、残業、夜勤、定年、再任用、服務規約等

テーマ4 人材育成：異動、接遇、研究、学会、対外活動等

当初の予定である3時間では足りないほどの有意義で熱心な討議が行われた。

—2日目—

「施設長検査健診管理者合同会議」

「理事会」

「総会」

4. 特別講演

「医師会共同利用施設の今後」

講師：松本吉郎 先生（公益社団法人 日本医師

会 常任理事)

社会保障を維持するには「かかりつけ医」を中心とした「切れ目のない医療・介護」を提供する地域医療の確立が必要であること、そして地域医療において医師会共同利用施設は「かかりつけ医」の診療機能の支援、各種健診を通した住民の疾病予防、健康増進等に寄与していくことが重要であり、「働き方改革」も、この「かかりつけ医」機能の推進によって果たされると述べられた。

Ⅳ. おわりに

昨年より都道府県医師会にも助成の協力をお願いし5つの医師会から助成を受けました。さらに研修会にもご参加いただき共同利用施設とどう向き合うべきか検討いただいていることに感謝の意を表します。

結びに本管理者連絡協議会に多大なるお力添えをいただいた日本医師会をはじめ、各役職員及び会員の皆様方に心より厚く御礼を申し上げます。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第1分科会（医師会病院関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

1. 郡山市医療介護病院（福島県）

「アンケート調査結果の報告」

福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院長

原 寿 夫

I. はじめに

郡山市医療介護病院は医療と介護をつなぐ病院として、郡山医師会が郡山市から管理運営の指定を受け運営している。また、西隣には郡山医師会立の郡山看護専門学校がある。

地域医療を支える医師会病院としての当院の経過、および、先日行わせて頂いた全国に74ある医師会病院のアンケート調査結果も踏まえ、医師会病院のこれからについて検討したので報告する。

当院は、福島県の中央に位置する県中医療圏域である人口約55万人、高齢化率3割弱の医療圏域にある。ただし、生活圏域としてみると、産業保健の労働基準監督署の圏域や国会議員の選挙区は、医療圏域とは異なっている。また、県北医療圏域に含まれる北隣の市の救急搬送件数の約半数は郡山市に入

ってきている。このようなことから、様々な課題が生じている地域でもある。

県中医療圏域の医療の受け皿の多くは、郡山市に集中している。これは、明治期以来の歴史的なこともあり、4つの大きな民間病院が急性期医療や高度医療を担っている。さらに、この4病院の関連福祉法人が福祉・介護関連施設の多くを運営している。

（図1）

このような民間病院を中心とした歴史的経過から、医療と福祉・介護をつなぐ、あるいは医療と生活をつなぐ、このつなぎのところが課題として積み残された。この積み残された課題解決のために、医療介護病院という機能を持った病院が検討された。

（図2）

当院は、名前の通り医療保険と介護保険両方の受け皿がある病院で、図2の上が介護保険で、下が医

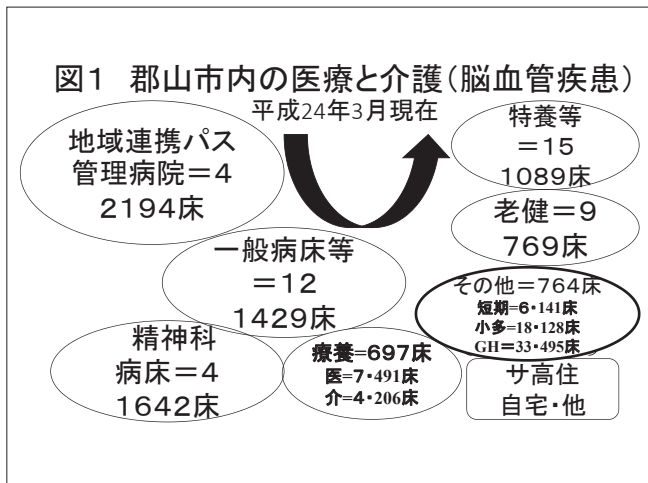


図1

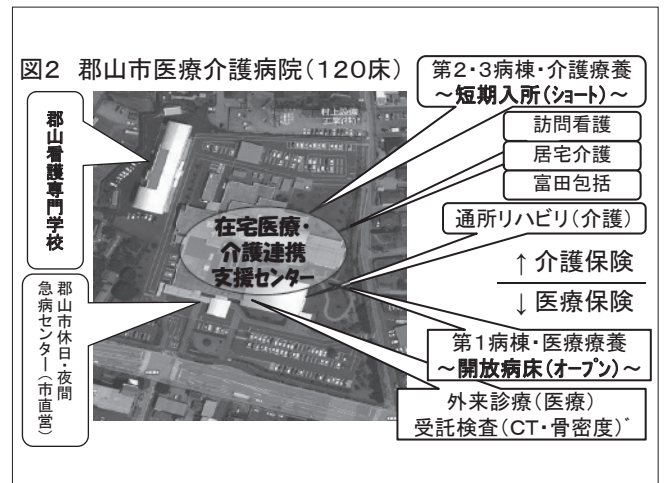


図2

療保険である。介護保険ではショートステイがあり、医療保険ではオープンベッドがある。ただし、どちらも制度によって使いにくい場面があり、介護のショートステイにも課題はあるが、医療のオープンベッドは地域医療支援病院でなければ、特定のこのベッドという決まりがあり、保険診療上は現実離れた縛りがいくつもある。

このような制度の利活用も含め、在宅医療・介護連携支援センターが昨年から業務委託を受け、医師会員の先生方や福祉・介護関連の専門職等に情報提供を行っている。

また、病院の建物の一部に、郡山市直営の休日・夜間急病センターがある。こちらは、郡山医師会・郡山歯科医師会・郡山薬剤師会からの派遣で診療を行っている。

Ⅱ. 高齢社会のさらなる進行に求められる地域医療

日医総研の推計によると、県中医療圏域の人口は55万人から2040年には40万人にまで減少し、医療の需要はこの何年かがピークで、介護は2030年以降にピークが来て、その後減少傾向となる。まさに日本医師会や厚生労働省が進めているACPへの対応等、多死社会に向けたさまざまなことが当地域でも求められてきている。(図3)

ところで、介護の必要となった主な原因疾患を国民生活基礎調査からみると、認知症への対応や骨粗鬆症への対応が必要であることがわかる。(図4)

これらを踏まえ、当院では以前からビックハートカフェという名前で、毎月2回地域の方々あるいは当院を利用されている本人・家族等、さまざまな方々

を対象にカフェ事業を展開してきた。現在は、郡山市の委託業務を受け、月2回のうちの1回は認知症対応のオレンジカフェとして運営し、同時に認知症サポーター養成講座やステップアップ講座、家族介護教室等、当院独自のプログラムを含め地域の方々への事業展開を進めている。これらの事業とともに、当院ではユマニチュードという“やさしさを伝えるケア技術”に取り組み、NHKの厚生文化事業団の長期取材によるDVD作成に協力させて頂いた。

また、県中医療圏域の医療提供体制をみると、図5の横軸が病院の機能で急性期から慢性期へ、縦軸が病床数で、中央が200床のラインである。ここに医療機関を記すと、200床の壁等、さまざまな課題が見えてくる。(図5)

例えば、救急輪番病院は4つあり、そのうちの1つは救命救急センターのある病院で、残り3つは地域医療支援病院の指定を受けている。回復リハビリ

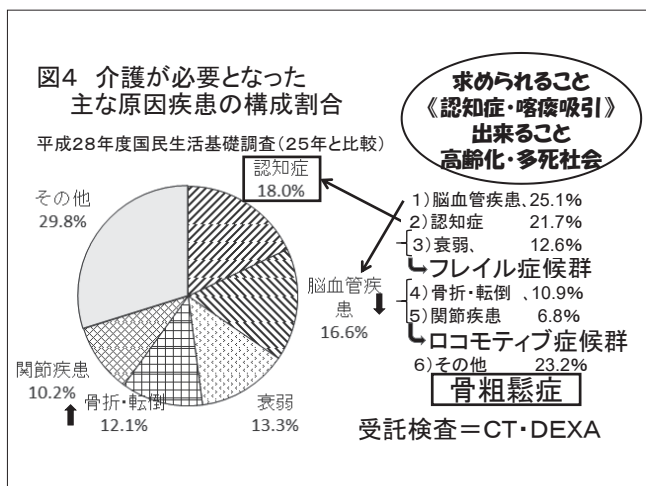


図4

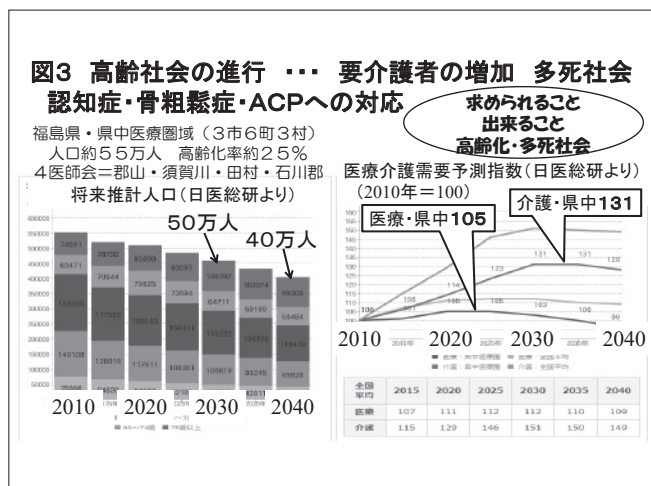


図3

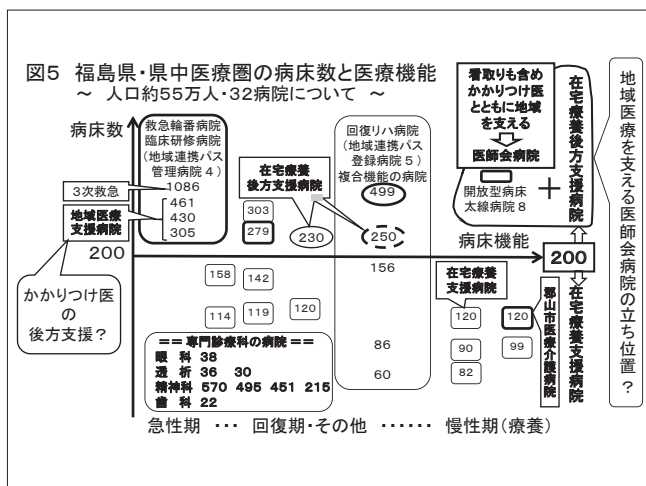


図5

の中には在宅療養後方支援病院の指定を受けているのが2つ含まれるが、200床未満の病院は在宅療養後方支援病院の指定は原則受けられない。また、在宅療養支援病院の指定を受けているのは1つしかない。

Ⅲ. 全国の医師会病院へのアンケート調査結果より

全国に74ある医師会病院を対象にアンケート調査を行い、その回収率は79.7%であった。(図6)

アンケート調査結果から医師会病院と地区医師会の関係をみると、医師会病院の管理面では地区医師会役員が院長等に就いていることが多く、連携が取れているものと思われた。しかし、日々の診療は医師会会員との連携について個々に検討すべき課題があるようであった。

また、医師会病院の在宅療養をサポートするため求められる入院機能としては、多い方から急変時の対応等、レスパイトのような受け入れと続く。その次に多かったのが、補完的な、補完的なというのは在宅療養中に緊急ではないが脱水傾向で点滴を数日するとか、誤嚥性肺炎が疑われて1週間くらい治療をするとか、あるいは何となくの体調不良で確認の検査をするとか、在宅療養の現場ではいろいろ求められることがあるようである。そして看取り、最期まで家でと思ったが、家族が疲れて病院で看取りをという、こういったいわゆる在宅療養後方支援病院(200床以上の病院に認められる)に求められる機能を、実際には200床未満の医師会病院が各地区でそれぞれのサポートをしてきているということが、このデータから見えてきた。また、在宅療養支

援病院は200床未満に認められるが、実際には訪問診療を行っている医師会病院が多く、それぞれの個別の対応が求められていることが多いようである。(図7)

次に、医師会病院の地域連携機能についてみると、各地域で個々に求められる連携を行っているが、今後はボランティア等プラスアルファのことが求められるようである。

さらに、医師会病院と会員医療機関との競合については、幾つかの地域で課題を抱えているが、診療科目や診療時間、あるいは職員募集等、個々に顔の見える関係を育みながら解決策を探っているようであった。

アンケート調査の最後に、医師会病院として行っている研修会について伺ったところ、医療安全と感染、さらには接遇、災害に対する危機管理、あるいは緩和ケア、褥瘡その他、医師会病院の職員だけでなく地区医師会の会員の方々、あるいは会員医療機関の職員も対象として行っている事例が多くあった。

※アンケート調査結果の詳細は、日本医師会の「医師会共同利用施設検討委員会報告書」をご参照頂きたい。

Ⅳ. 医師会病院のこれから

前述のアンケート調査結果からも見えてきたように、高齢社会のさらなる進行に求められる意味での、地域医療を支える病院機能としては、在宅療養後方支援病院と在宅療養支援病院が重要である。在宅療養後方支援病院は200床以上の病院であって、訪問

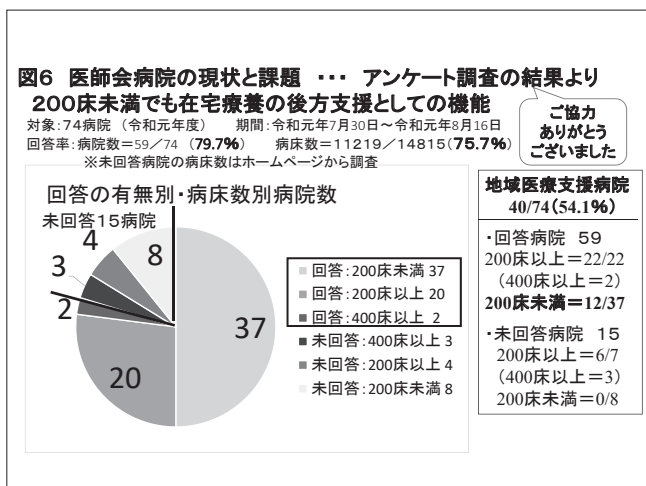


図6

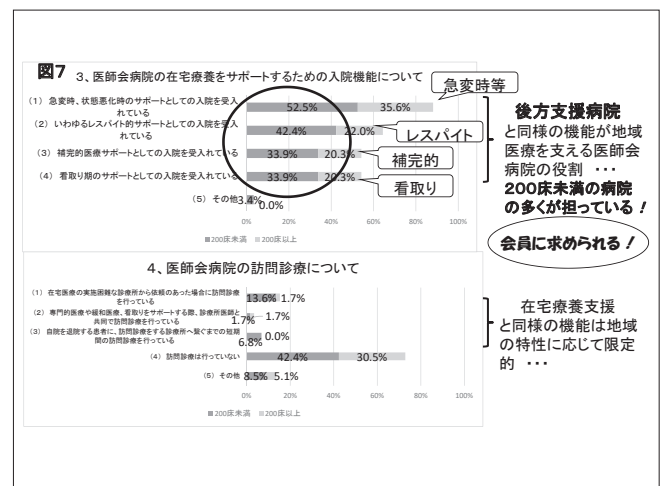


図7

診療を行っている診療所等と連携をとることが求められている。しかし、200床以上の病院の多くは救急医療や高度医療等、地域の中核病院が多く、その中核病院にさらに負担をかけることになっていると思われる。逆に、在宅療養支援病院は200床未満で、往診の担当医を病院の当直医とは別に置くと、緊急のためのベッドを常に確保していなければならないとされている。しかし、200床未満の病院は日常的に医師の確保等人員確保に苦労している病院が少なくない。その他いろいろな運用上縛りが多くあり、在宅療養後方支援病院も在宅療養支援病院も、どちらも地域医療への負担は大きく、ちぐはぐな面があるように思われる。(図8)

さらに開放型病院は、かかりつけ医機能の継続性を考えたとき不可欠な機能であり、地域医療支援病院では利用しやすい。しかし、地域医療支援病院でない病院では、登録された特定のベッドのみが対象となり、加えて様々な要件のなかで5床程度しか認められないのが実際である。せめて、在宅療養後方支援病院と在宅療養支援病院は、地域医療支援病院と同じような開放病床の運用しやすい環境を認めて頂ければと思う。開放病床の利用目的は、高度医療機器の共同利用ということからスタートしたが、今後は、看取りへの対応等かかりつけ医機能の継続性を支援することも多くなってくるのではないだろうか。(図9)

また、診療報酬は2年ごと、介護報酬は3年ごとに変わるが、医師会員の先生方が逐次自分の関係する領域を調べていくのは大変であり、そこに在宅医療・介護連携支援センターが役に立つと思われる。

この連携支援センターは市町村から地区医師会が委託を受ける事業で、郡山医師会では関係者の連携のために「郡山医師会多職種連携ネットワーク」を構築し、メディカルケアステーション(MCS)を用いて情報の共有を図っている。

V. まとめ

医師会病院は、会員のかかりつけ医機能を下支えることが求められている。例えば、日本医師会で行っている研修制度の「日医かかりつけ医機能応用研修」の中の73歳男性の事例では、外来通院されていた患者さんが脳梗塞や認知症で訪問診療を行っていたところ、膵臓がんで自宅で看取ることとなった。この外来通院から自宅での看取りまでの、かかりつけ医へのサポートを考えると、レスパイトへの対応や看取りへの対応等を、「在宅療養後方支援病院+開放型病床」で、会員の先生方と一緒に

図9 開放型病院共同指導料

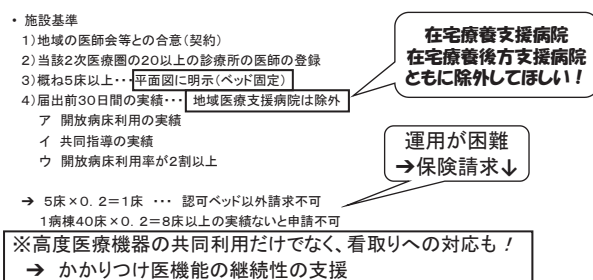


図9

図8 医師会病院のこれから ... 会員のかかりつけ医機能の支援
在宅療養後方支援病院+開放型病床
→ かかりつけ医機能の継続性を支援【日医かかりつけ医機能】

在宅療養後方支援病院

- ・施設基準=許可病床数200床以上
- ・連携医療機関=在宅医療を提供する医療機関と連携
- ・入院希望者登録=連携医と希望者と文書で登録

“開放型病床”で、かかりつけ医の継続性
(共同指導料) 日医総研WP2010. 3. 5

自宅で看取り...でも、最期は...【開放病床】
・後方支援病院(200床以上・救急?・ACP?)

在宅療養支援病院

- ・施設基準=許可病床数200床未満
- ・往診=患者の求めで、24時間対応可、文書で案内しておく
- ・往診担当医=病院の当直医とは別であること
- ・緊急入院=病床を常に確保していること
- ・保健医療福祉サービスとの連携調整
- ・過去1年間の緊急往診10件以上、在宅での看取り4件以上

在宅医療フル装備の200床未満の病院...在宅 & 入院二重の受け皿→負担大きい

図8

図10 医師会共同利用施設として
かかりつけ医機能の継続性を支援

日医かかりつけ医機能応用研修より

- ・73歳 男性 娘さんと2人暮らし
- ・20年来の外来患者
- ・6年前の脳梗塞発症後から易怒性あり
- ・3年前から混合型認知症の診断で服薬開始
- ・1か月前から興奮・暴言→訪問診療・介護サービス
- ・2年後、肺癌発見→在宅緩和ケア・自宅で看取り... (ACP)

かかりつけ医の
24時間365日対応は
医師会病院での
共同診療 ...

ほぼほぼ在宅
ときどき入院・入所

在宅療養
後方支援病院
+開放型病床
医師会病院
200床の壁

診療所のかかりつけ医 ... 診療の継続性
・緊急時の診断治療→急性期病院+開放型病床
・レスパイト対応→慢性期病院+開放型病床
※介護保険・短期入所→対応困難に...
※在宅療養支援病院...主治医交代?
・看取り対応→慢性期病院+開放型病床

図10

24 時間 365 日対応できる体制ができれば、「ほぼ在宅 ときどき入院・入所」というものが A C P (アドバンス・ケア・プランニング, 人生会議) も含めて実現できるのではないかと思われる。(図 10)

よって, 地域医療を支える地区医師会が運営する

医師会病院は, その半数が 200 床未満であるが, 在宅療養後方支援病院と開放型病院を合わせたような機能が求められ, このことによって会員のかかりつけ医機能をサポートでき, 結果として地域包括ケアシステム構築の一助になるものと考えられる.

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第 1 分科会（医師会病院関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

2. 東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」（東京都） 「東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開」

東京都医師会理事

目々澤 肇

日本は医療情報連携の分野において約 15 年前はトップランナーと言える存在であったが、現在は欧米・アジア諸国に完全に周回遅れにされてしまった。これは国家的視野に立つ統合的規格が存在しなかったこと、また地域における細分化されたネットワーク構築を第一義に進めてしまったことにより、相互の互換性を失ったことが主原因であった。今後の医療情報連携の普及を図るには、広域連携が可能な複数社の連携システム同志でも連携が可能な「マルチベンダー」のネットワーク構築が喫緊の課題と考えられる。全国を網羅するマルチベンダーによる広域連携の実現により、患者さんは日本国内のいかなる病院へかかっても、自分の投薬内容や既往歴が医療機関側に速やかにわかってもらうことができ、安全かつ確実な医療を受けることが可能となる。

東京都医師会では、都内の医療機関が電子カルテを利用して診療情報を相互参照することにより、医療の質と安全性の向上、医療資源の効率的な活用を推進し、都民へより良い医療サービスを提供することを目指して都内全域をひとつの医療圏とみなし、単一のネットワークのもとに病院群の電子カルテを接続する構想を立て、2013 年より「地域医療連携システム構築検討委員会」を召集して調査・研究を始めた。当時 500 床以上規模の病院では 45% が HumanBridge（富士通）、25% が ID-Link（NEC・CSI）と呼ばれる医療連携システムを採用しており、まずこの 2 システムを接続できれば 80% のシェアを獲得できると判断された。しかし、両システムはともに厚生労働省規格である「SS-MIX2」を採用していたがそのままでは相互接続が出来ず、

これを接続する方法として相互参照化技術である「IHE 規格」により、「PIX/PDQ を用いたデータセンター間接続」を行えば相互参照が可能であることを実証実験を通して確認し、2015 年 7 月に委員会答申が完成した¹⁾。これを受け、東京都への協力要請を行い、2017 年 9 月に東京総合医療ネットワーク運営協議会を発足させた。運営協議会は東京都の協力のもと、東京都病院協会に運営委託するかたちで運用を開始するための準備を開始し、2018 年 3 月には HumanBridge および ID-Link を装備しているモデル病院間で連携試験を行い、実際の運用開始に向けた課題を確認し、これらの問題を解消したのち、相互契約・取り決め等の実務的準備を調べて、11 月から相互のシステムを超えた本格運用を開始した。また、2019 年には Care Mill（SSI：ソフトウェアサービス）、Prime Arch（SBS 情報システム）を医療連携システムとして新たに招致を行い、4 システムを包含するマルチベンダー体制のもとでの実運用へ向けて開発をすすめている。2020 年 1 月現在、すでに 10 病院が運営協議会の会員となり情報連携を行っている。ただし、現状では病院間の患者移動にともなうデータ共有に留まるものの、今後は中小病院や診療所における情報閲覧などに範囲を拡げたり、診療所向けクラウド型電子カルテシステムにも連携を募り、診療所からの情報開示にも対応する（図 1）。

本ネットワークの特徴は、新しいサーバを設けることなく、既存の連携システムを効率活用し、シンプルな構成で持続性ある広域医療連携システムを構築するという点にある。広域医療連携ネットワーク

【文献】

- 1) 目々澤肇：新たなサーバ設置を行わず広域電子カルテ連携を目指す東京総合医療ネットワークが始動．新医療（517）1: 124-127, 2018

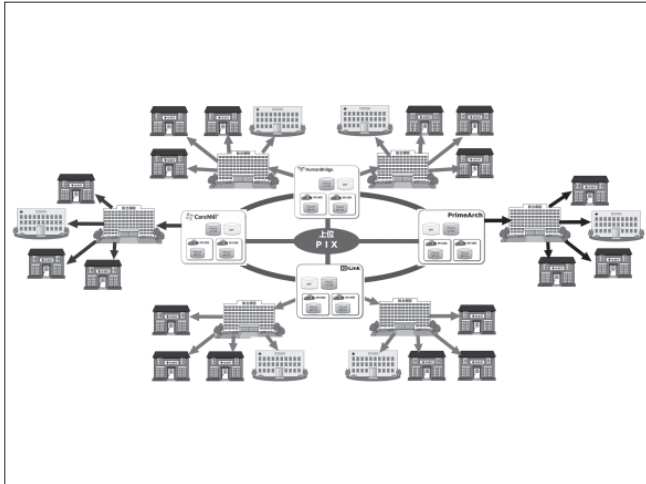


図 1：東京総合医療ネットワークの構成図

は建物ではないが，医療機関が相互に協同利用する施設としての側面もあり，本総会において発表を行った。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第1分科会（医師会病院関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

3. 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

「宮崎市郡医師会病院の意義とこれからの方向性～地域医療構想と新築移転事業～」

宮崎市郡医師会長 宮崎市郡医師会病院長

川 名 隆 司

I. 宮崎市郡医師会及び医師会病院の概要

宮崎市郡医師会は、明治22年（1889年）1月、宮崎北那珂医師会として発足、今年（2020年）で130周年を迎えている。昭和20年代後半から50年代後半にかけ、共同利用施設として看護専門学校（高等課程・専門課程）、検査センター、検診センター、医師会病院を設立した。平成になって、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、小児診療所を開設したが、諸事情によりこれらは閉鎖また閉鎖予定となっている。2012年8月、公益社団法人の認可を受け現在に至っている。

宮崎県には7つの2次医療圏がある。本会は宮崎市と周辺2町（東諸県郡国富町・同綾町）からなる宮崎東諸県医療圏の367医療機関から構成され、会員数は2019年5月末時点で803名（A会員367名、B会員395名、C会員41名）である（図1）。本会は、宮崎市から公益目的事業として、夜間急病センター、休日在宅医当番制、予防接種、学校医等を委託されている。

医師会病院は1984年4月、宮崎市新別府町に開院した（150床）。同年10月、かかりつけ医の紹介患者に対応する、外来を持たない開放型病院として承認された。1997年3月、地域災害拠点病院の指定、1998年12月、地域医療支援病院の承認を受けた。2001年12月、12床の緩和ケア病床を開設。2002年2月、増床が許可され合計248床となった。2005年11月、病院機能評価（Ver.4.0）の認定を受け、以後2回更新している。2008年4月、地域周産期母子医療センターに認定。2009年4月、DPC対象

病院に認定。2016年4月、TAVI（経カテーテル的大動脈弁置換術）開始。以後、クライオバルーンアブレーション、エキシマレーザー、マイトラクリップ（経皮的僧帽弁クリップ術）、補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）、左心耳閉鎖システムWATCHMAN等々の循環器内科疾患の最新医療を充実させている。診療科は、内科（緩和ケアを含む）・循環器内科・外科・心臓血管外科・整形外科・産婦人科・放射線科・麻酔科・感染制御科・救急科。2019年5月末時点で、職員数556名（医師48名・医療技術員83名・看護師／看護助手319名／41名・事務他65名）。病床数は248床（うちICU・CCU12床、NICU3床、緩和ケア12床）。221床で急性期一般入院料1を算定している（図2）。

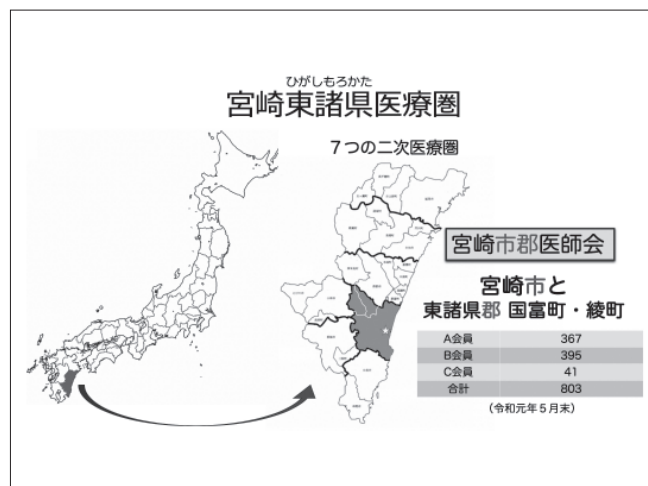


図1

宮崎市郡医師会病院の概要	
施設名	宮崎市郡医師会病院 (Miyazaki Medical Association Hospital)
開設者 / 管理者 (病院長)	公益社団法人宮崎市郡医師会 / 同会長
住所	宮崎市新別府町船戸738-1
開設年	昭和59年4月1日
病床数	248床 (ICU・CCU12床、NICU3床、緩和ケア12床)
入院基本料	急性期一般入院料1
診療科	内科・緩和ケア・循環器内科・外科・心臓血管外科・整形外科・産婦人科・放射線科・麻酔科・救急科
敷地面積・延べ床面積	26,569㎡・16,379㎡ 鉄筋コンクリート造 地上4階
職員数 (令和元年7月末)	559名 (医師50名・薬剤師11名・放射線技師13名・管理栄養士5名・臨床工学技士12名・理学療法士10名・検査技師28名・減菌技士3名・看護師320名・看護助手40名・事務63名・医療安全管理4名)

図 2

Ⅱ. 宮崎東諸県医療圏の現況

本医療圏の2015年の人口は42万8千人で、そのうち65歳以上の高齢者人口は11万1千人(25.9%)であるが、2025年には41万9千人、同13万2千人(31.5%)となり、この総人口減少・高齢者人口増加の傾向は2045年まで続く(図3)。これに関連し、1日あたりの入院患者数も増加が予測され、疾患別では脳卒中、骨折、肺炎、心臓病の増加が予想されている。本医療圏には、3次救急病院の宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院を始め計21の救急告示医療機関がある。人口10万人あたりの医師数は361名で、全国の240名を上回る。しかしながら、北側に隣接する西都児湯医療圏は同135名で医師数の偏在が顕著になっている。

宮崎県の医師数は2002年に2,492名、2016年に2,754名と増加しているが、20歳代から40歳代の医師はそれぞれ1,593名から1,238名に減少しており、今後、若手の医師不足が地域医療の維持に関して不安要因となる。

Ⅲ. 地域医療構想及び地域包括ケアシステムと医師会病院の関わり

各医療機関が自院の将来構想を考える上で、2025年問題は避けて通れない。その超高齢化・多死社会における医療費増に対する戦略が、正に地域医療構想と地域包括ケアシステムであると考えている。

地域医療構想は「2025年までに4つの病床区分の予測患者数に釣り合う病床数にすること」である。本医療圏は2015年7月時点で6,090床の病床があり、

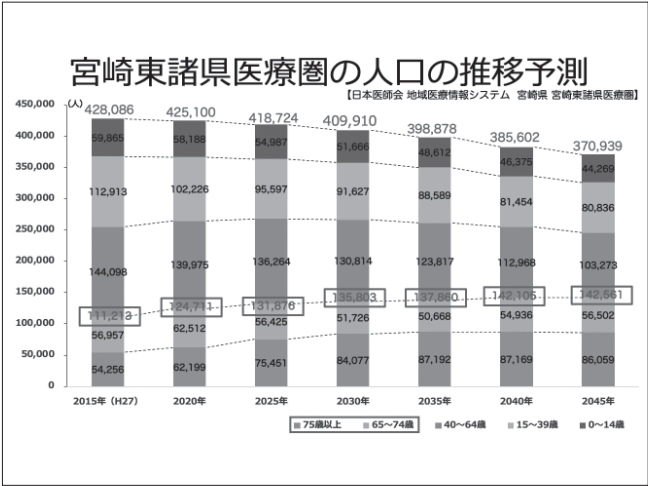


図 3

表 1

本医療圏における2025年の医療需要と必要病床数			
宮崎県地域医療構想 2016年10月			
(*) 医療機関所在地ベース (**) 患者発生所在地ベース	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	2015年の病床機能報告 (床)
高度急性期 (*)	418.2	557.7	707
急性期 (*)	1249.5	1601.9	3021
回復期 (**)	1191.4	1323.8	785
慢性期 (**)	884.5	961.4	1396
計	3743.6	4444.7	6090 (無回答 181を含む)
在宅医療等	4523.8		

一方で2025年の必要病床数は4,444.7床と算出された(表1)。これは目標値ではなくあくまで参考値であることは言うまでもない。宮崎東諸県地域医療構想調整会議は、宮崎市郡医師会会長が議長となり、宮崎県医療計画及び宮崎県地域医療構想(2016年10月策定)に沿い、公立・公的病院を含む各医療機関の具体的な対応方針について協議している。医師会病院は公的医療機関等2025プラン対象病院として、「民間では担うことが困難な役割」が求められており、それは、1) 広域重症型の急性期医療、2) 循環器内科領域の最新医療、3) 医療防災ゾーンとしての機能、である。今後は、調整会議を通じて、非稼動病床や地域で不足している機能を洗い出しながら、4つの病床機能が過不足なく収れんすることを目指すことになる。またこの数年で、急性期病床から回復期病床(地域包括ケア病床)への転換が進んでいる。

2025 年問題のもう一つの戦略が地域包括ケアシステムである。本医療圏では介護療養病床削減等により、2025 年に 1,600 名余りが在宅療養で対応せざるを得なくなると予測されている。これに対し本会は、在宅医の質と量を確保する目的で、平成 29 年 4 月に在宅医会を立ち上げた。約 90 名の開業医が参加し多職種連携の下、ICT（メディカルケアステーション）を活用している。医師会病院の使命の一つに、在宅の患者の急変時に後方病院としてバックアップすることが挙げられる。また、院内の地域医療連携室が PFM（Patient Flow Management）として、入退院調整、会員医療機関との間の前方・後方連携等を行っている。

Ⅳ. 新医師会病院のビジョンと戦略

現在の医師会病院は、海岸から約 600m、標高 3.5m に位置し、南海トラフ地震津波を想定した浸水地域に入っており、広域大規模災害の折は災害拠点病院としての機能が果たせなくなる可能性が高い。一方で県は、宮崎県医療計画 5 疾病 5 事業の整備・充実に、宮崎市は救急医療拠点の地域バランス等に課題を抱えていた（図 4）。そこで本会と行政の構想が一致し、医師会病院の新築移転構想が動き出した。2013 年 6 月の定時総会で、約 180 億円の建替整備事業が承認され、基本計画・基本設計・実施設計が終了、現在建設工事が進行中である。2020 年 6 月竣工、8 月オープン予定である。事業収支計画は、自己資金 50 億円、補助金・寄附金 15 億 5 千万円、VE 提案によるコストカット 20 億円により、銀行からの無担保無保証の借入金 94 億 5 千万円（そ

のうち 30 億円は当座貸越）、返済期間 35 年となっている。

新病院の使命は「会員を支える急性期救急医療を担う入院施設たること」、そのためのビジョン・コンセプトとしては、診療科新設・病床規模拡大・救急強化（ER）を掲げた。実際の経営戦略として BSC（バランストスコアカード）を導入している（図 5）。これは、財務を含む 4 つの視点からバランスよく経営状況を評価する手法で、一番のメリットは「全職員が所属の戦略マップに沿って、それぞれの KPI（主要業績指標）をクリアすることで使命達成に貢献できる点」にある。各診療科、部署部門にデータを開示し、目標値、BSC に基づく戦略マップを作製させ、一人ひとりに「成すべきこと」を意識させた。一方で、院内経営情報課が当院の 2 次医療圏における疾患ごとのシェアを分析し（図 6）、増収のためプランを練り、またベンチマークにより

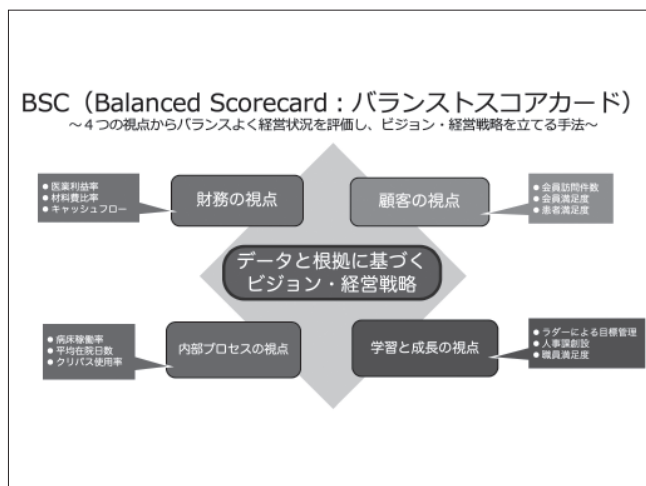


図 5

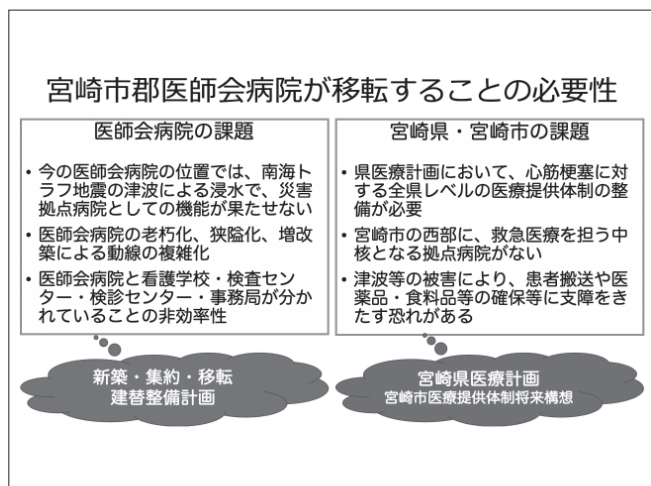


図 4

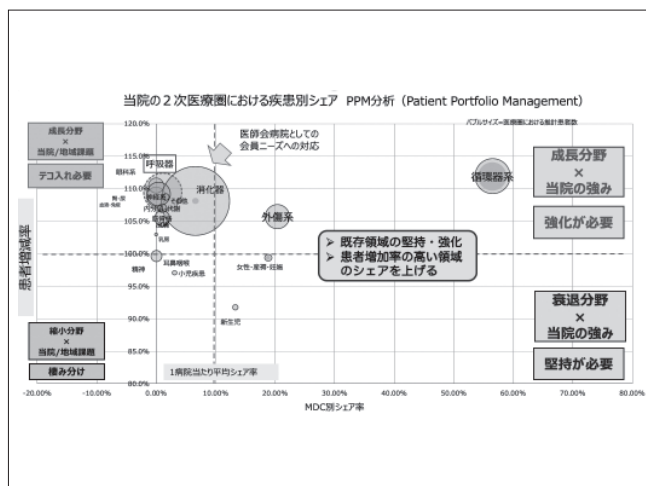


図 6

医療材料の納入価の適正化図った。経常収益、医業収益が落ち込んだ2018年度から活用しているが、今年度上四半期において効果を実感している。

医師の働き方改革については、これを押し進めることで、地域医療の継続性に影響が出る可能性は否定できない。影響を最小限にするには、特に今後暫定的に高い労働時間上限（年1,860時間）が設定される医療機関相互の機能分担と業務連携が肝要と考える。

V. まとめ（意義と方向性）

地域医療は、かかりつけ医を中心とした「切れ目のない医療・介護」の提供によって維持されている。

そのかかりつけ医を支える入院施設であり続けることが、医師会病院の最も重要な意義であると考える。

2025年に向けた医師会病院の目指すべき方向としては、地域医療構想に沿って「民間では担うことが困難な役割」を果たしていくことである。また、今後増加することが予想される在宅患者の急変時には、後方病院としてスムーズに入院できる受皿となることが望まれる。それにより、地域包括ケアシステムはより円滑に機能するだろう。

今後の医師会病院の運営は、BSCに基づき医師を含む職員全員が病院の使命と戦略を理解し、達成度を検証し課題を見出し、次にフィードバックすることが重要である。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第 1 分科会（医師会病院関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

4. 鹿児島市医師会病院（鹿児島県）

「鹿児島市医師会病院の存在意義とこれからの方向性」

鹿児島市医師会長

上ノ町 仁

鹿児島市医師会の概要は、会員数は 1,522 人 534 施設で、鹿児島県医師会員の約 4 割を占める。医師会への入会率は 87.6% で、全国としても高レベルのものであり、共同利用施設は医師会病院と臨床検査センターである。

鹿児島市医師会病院は、急性期を軸に地域包括ケア、緩和ケア、在宅医療支援を行い、会員をシームレスにバックアップすることを目指している。

I. 存在意義のアンケート

今後の方向性を定めるべく医師会病院の存在意義について、A 及び準 A 会員 518 名にアンケート調査を施行した。

〈アンケート内容〉

- I. 貴院にどれほどお役に立っていると思われますか
 - II. 急性期病床のあり方について
 - III. 地域包括ケア病棟（回復期病床）のあり方について
 - IV. 緩和ケア病棟（慢性期病床）のあり方について
 - V. 先生方にさらなるご利用をいただくためには、又は経営改善のためには何が必要とお考えでしょうか？
 - VI. その他のご意見をご自由に記載して下さい
- で、回答は 211 件で回答率は 40.7% であった。医療機関種別の回答率は、無床診療所 60%、病院 23%、有床診療所 17% であった。

〈結果〉

- I. 7 割近くが当院は「役に立っている」
- II. 急性期病床は、51% が「そのままが良い」

- III. 地域包括ケア病棟（回復期病棟）は、44.9% が「そのままが良い」、19.2% が「減床した方が良い」
- IV. 緩和ケア病棟は、49.5% が「そのままが良い」、18.2% が「増床した方が良い」
- V. VI. 回答数は 245 で、呼吸器内科の体制整備、急患受け入れの強化、断らないことへの要望、高齢者、特に誤嚥性肺炎の受け入れ、医師増員・確保、大学病院・市立病院との連携強化などの意見があった。また、運営に関しては、合併・統合・廃止などの検討をした方が良いのではないかとという意見もあった。

II. 医師会病院あり方委員会設置

平成 21 ～ 30 年までの鹿児島市医師会病院の医師や診療科と、それに応じた施策の推移を表す(図 1, 2)。医師や診療科の減少等による経営の悪化に伴い、経

医師会病院医師・診療科推移

平成 21 年 鹿児島大学より消化器内科医師派遣困難連絡あり
 平成 23 年 小児拠点病院返上（市立病院へ）
 平成 25 年 呼吸器内科・小児科廃止
 産婦人科⇒婦人科（腹腔鏡良性腫瘍手術特化）
平成 26 年 9 月あり方委員会設置
 平成 27 年 麻酔科減員
 平成 28 年 泌尿器科廃止 222 床運用から 202 床運用へ
平成 31 年 7 月あり方委員会再設置
 令和 元年 放射線科派遣常勤から非常勤へ

図 1

医師会病院医師・診療科推移

平成21年 後期研修医受け入れをホームページに掲載
 平成23年 鹿児島大学の医局・教授との懇親会検討
 平成24年 後期研修医募集について鹿児島大学と連携を検討
 鹿児島大学の医局・教授との懇親会開催
 循環器内科の救急隊受入をフルタイム化
 紹介状なし患者の受入見直し
 平成25年 9月 緩和ケア病棟開設、リハビリ拡充の方針を決定
平成26年9月 あり方委員会設置
 平成26年11月 地域包括ケア病棟開設
 平成27年 6月 在宅療養後方支援登録開始
 平成29年 4月 消化器内科派遣復活（1名）現在は常勤5名体制
 平成29年11月 ICU 6床運用からHCU 8床運用へ
 総ベッド204床へ
平成30年6月あり方委員会再設置

図 2

営改善を図るべく、平成26年9月に医師会病院あり方委員会を設立した。話し合いを重ね、ダウンサイジングが妥当と判断し、運用ベッド数を222床から202床へ減少した。病棟機能としては、平成26年11月に地域包括ケア病棟を開設。平成27年6月、在宅療養後方支援登録開始。平成29年11月にはICU 6床からHCU 8床に改変し、ベッド数は204床で運用した。

あり方委員会を設置し前述の施策を打って、平成27～30年はキャッシュインで経常損益は赤字の状態であるが、経営は少しずつ改善の方向に向かっていった（図3、4）。

Ⅲ. 医師会病院あり方委員会再設置

ところが、平成30年度キャッシュフローが減少傾向に転じたため、同年7月あり方委員会を再設置した。その目的は、今後の地域医療構想の動向も踏まえ、医師会病院のさらなる綿密な再建計画が求められており、その方針と動向を会員へ逐一周知しながら事業を展開するということであり、毎月の理事会の後に計8回開催した。そして、これからの方向性として、「生き残るためには」キャッシュフローで年間2億円必要で、そのためには病床の稼働率は90%を目指し、病床を適正化するという施策をとった。

主な検討内容として1回目・2回目は、医師会病院の4年間の活動評価及びSWOT分析（図5）。3回目は、病床再編に伴う収支及び職員採用シミュレーション。4回目は、2019年度概算予算及びHCU当直体制の見直し。5回・6回目は、病床体制の調整、

キャッシュフローの推移

【平成25年度～平成30年度】

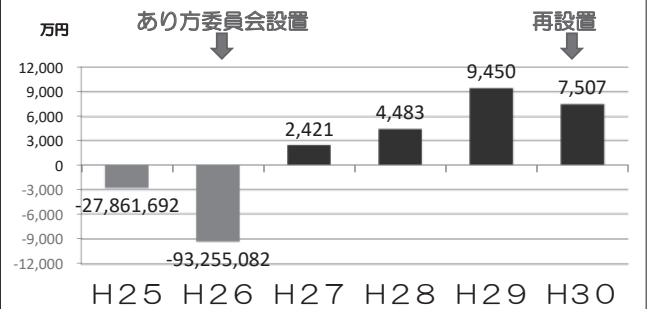


図 3

経常損益の推移（減価償却費含む）

【平成25年度～平成30年度】

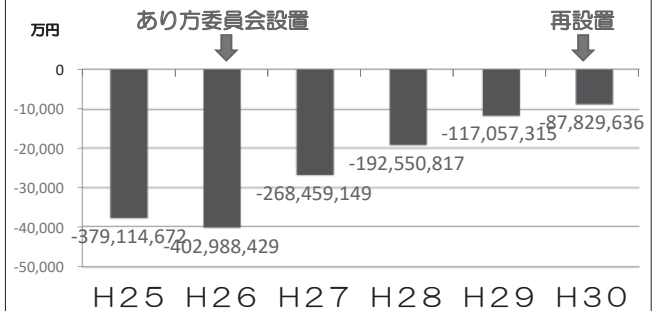


図 4

SWOT分析



図 5

2019年度設備投資予算、代議員懇談会の開催、前述の会員アンケートの実施について。7回・8回目は、2019年度設備投資部門予算、代議員懇談会内容、アンケート集計について検討した。

SWOT 分析集計は、内部環境、外部環境、そしてプラス面、マイナス面に分けて意見を出してまとめた。

強み（内部環境・プラス面）は、医師会病院というブランドが確立されている、市民から高い信頼性・知名度・患者満足度を獲得している、ハイレベルな指定病院の認定を多数取得している、当院で働くことにプライドを持つ職員が多い、良質な医療提供としては、急性期から地域包括ケア・緩和医療までシームレスに対応しており、医療技術・接遇に定評がある。人材としては、高い専門性を有する多職種の職員が在籍している（専門医・がん専門薬剤師・11分野の13名の認定看護師）。何より強いのが無借金である、意思決定から実行までがスムーズである、などであった。

一方、弱み（内部環境・マイナス面）は、運営基盤の脆弱性として、大学からの医師派遣に依存しており慢性的な医師不足である、診療科を縮小、スタッフが高齢化している。経営面として、施設が老朽化している、経常損益の黒字化未達である、最新医療機器の導入が困難であり、手術の件数も伸び悩んでいる。医師会病院であるがゆえ会員からの紹介なくして運営は不可能で、積極的な営業活動ができない、会員と競合してしまう、努力の方向性が不透明である、その他、稼働率の低迷している、駐車場が不便である、などであった。

一方、機会（外部環境・プラス面）は、超高齢社会の到来で医療需要は増加、特に在宅からの入院患者さんが増加している。独自方法での後方支援の事前登録患者が1,000名を超えている。医師会員数の多さ、会報などを通じてアピールが可能である、などであった。

一方、脅威（外部環境・マイナス面）は、競合病院の台頭として、同規模病院のリニューアルや近隣への新築移転、同レベルやそれ以上の医療機関が増加している。会員からの積極的な支援がなくなり紹介患者が減少した、ニーズの減少や存在意義が揺らいでいる、他院との差別化が図れない、医師派遣停止の可能性がある、などであった。

Ⅳ. これからの方向性

医師会病院4年間の活動評価及びSWOT分析で、現体制を継続しているだけでは抜本的な経営改善は困難と判断した。そして「存続」のためにできるこ

とを検討し、病床再編・収支シミュレーションを行った（図6）。また、会員アンケート結果も踏まえた新体制とした。

そこで、さまざまな診療体制や病床編成を想定し試算したところ、実態の弱みを改善して運用するのが最も収益がよいという結果になった。再度のダウンサイジングを行い177床で運営することによって、160人の入院患者で90.3%の稼働率を得、年間のキャッシュフローとしては2億4,000万円ほど生み出せるこの再編計画を選択した。

2019年度の病院の体制のまとめは、使用病床数を204から177へ、1病棟閉鎖、地域包括ケア「病床」と急性期病床の混合病床に変更。また、在宅療養後方支援病院は医師会病院独自の運用として継続し、運営状況によっては運営方針を再考することとした。

そのことを2019年2月12日の代議員懇談会で説明し、総括として

使命

1. 病院の役割として市民の健康を守る
2. 執行部として会員のニーズにお応えする
3. 執行部として付託された会員の財産と職員を守り育てる

そして「生き残るためには」、今までと同じような行動をしてはじり貧のおそれがある。「生き残るためには」、「不断の努力」と「覚悟」をもって運営する、と会員に宣言した。

V. 2019年度鹿児島市医師会病院運用状況

4～6月のキャッシュフローは、医局のローテー

各病床体制の試算

様々な診療体制や病床編成を想定して試算したところ、実態の弱みを改善して運用するのが最も収益が良い結果となった

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
変更点	急性期増地包減	急性期減地包減 緩和増	急性期増地包減 外科減	急性期増地包減 外科減	急性期減地包減	急性期減地包減 外科減	急性期増地包減
HCU	8	8	8	8	8	8	8
急性期一般(1)	127	116	127	135	115	115	123
地域包括ケア	8	22	8	0	8	8	0
緩和ケア	27	31	27	27	27	27	27
計	170	177	170	170	158	158	158
想定1日入院患者数(稼働率)	159 93.5%	160 90.3%	159 93.5%	155 91.2%	149 94.3%	149 94.3%	146 92.4%
年間医療利益	151,138,079	134,516,133	-17,235,559	172,822,068	17,278,327	-103,483,885	36,959,474
年間CF	260,463,671	243,841,725	92,090,033	282,147,660	126,603,919	5,841,707	146,285,066

図6

ションによる医師交代や10連休の影響でもくろみどおりにはいかずかなり厳しく、7月になってやっと回復傾向が見られた。渉外活動も開始し、今まで以上に医師やスタッフが急患の受け入れ体制に重点を置くようになった。

Ⅵ. まとめ

「生き残るために」あり方委員会を再設置した。

S W O T分析，会員へのアンケートを基に2019年度の運営方針を決定した。

運営状況によっては，運営方針を再考することとした。

現在，役職員一丸となって経営改善に向け取り組

んでいるところである。

Ⅶ. Small is big!

鹿児島市内の地域医療支援病院で最も小さな病院である鹿児島市医師会病院。

小さいから，密着できる

小さいから，結束できる

小さいから，集中できる

小さいから，成長できる

小さいから，可能性が大きい

を念頭に，経営の安定化を目指していきたいと考えている。

第1分科会 質疑応答

座長 松本吉郎

(日本医師会常任理事)

○松本座長（日本医師会常任理事）

それでは、ただいまより、各先生方へのご質問をお受けいたします。ご質問される先生は、ご所属とお名前をおっしゃってから、どなたへのご質問かをご指示いただいた後、ご発言をお願いいたします。

それでは、ご質問をお願いします。

○齋藤英治（板橋区医師会長）

上ノ町先生にお伺いします。私どもの医師会病院も経営面で非常に苦慮しています。特に、都会の医師会病院ということで競合する病院がたくさんあり、急性期医療をもっとやろうと思ってもなかなか難しいところもあります。医師も大学からの派遣ということもあり、若い先生方はなかなか慢性期医療に興味を示さず、急性期の方に傾いてしまいます。地域包括ケア病棟をつくろうと考えていますが、地域に地域包括ケア病棟のニーズが少ないのは、どのあたりが問題になっているとお考えでしょうか。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

自院の急性期病床に入ってから地域包括ケア病棟に回ってくるパターンと、他院からの依頼で入ってくるパターンがありますが、地域包括ケア病棟が埋まらないのは、他院からの紹介が少ないからです。会員の医療機関がそういった病床を持っていることが一因と考えます。

○齋藤英治（板橋区医師会長）

大規模な急性期病院からの後方病床という意味での地域包括ケア病棟はどうでしょうか。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

それも想定しています。例えば、鹿児島市立病院や民間の急性期病院、ある一定の大学病院からも来ます。しかし、私どもの病院の規模として、その人数、病床数が今まで多過ぎたという分析結果でありました。

○齋藤英治（板橋区医師会長）

もう1つ、大学からのローテーションの先生方は、地域包括ケア病棟に対しての積極性という点ではいかがですか。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

私どもの病院も急性期を扱っており、大学の先生

方はその流れでしっかりと仕事をしていただき、地域包括ケア病棟も含めて研修していただいていると理解しています。

○齋藤英治（板橋区医師会長）

ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

他にございませんか。

○豊田秀三（広島県医師会副会長）

上ノ町先生にお伺いします。200床を割ると、地域医療支援病院や在宅療養後方支援病院の問題が起こってきます。私は、元呉市医師会長で、呉市医師会病院の経営に当たっていましたが、ベッドの稼働率がかなり下がっていて、県からベッドを減らすように勧告を受けています。200床を割ることで2つの問題があります。1つには、呉市医師会病院では、急患センターを医師会病院の中に置いているが、別組織にしていた。そのため、救急の受け入れが行われていないと判断され、地域医療支援病院の承認を取り消すと県庁から通達されました。県医療審議会でも反対して、一応現在も残っています。もう1つが在宅療養後方支援病院で、これは取り下げました。鹿児島市医師会病院の場合はどうでしょうか。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

地域医療支援病院に関しては、県庁に1回相談に行きましたが、まだペンディングの状態、結果が出ていません。先生がおっしゃるように県医療審議会に諮られるか、諮らずしてそのまま継続できるかはまだわかりませんが、鹿児島県内に160床ぐらいで地域医療支援病院の名称をもらっている医師会病院もありますので、おそらく、このまま平穩にいくのではないかと考えています。そして、在宅療養後方支援病院の問題ですが、それに関しては199床のため、診療報酬とは無関係で医師会病院独自で運営していくこととし、現在在宅医療専門の先生方1,000名ぐらいの登録がありますので、その先生方のニーズにお応えするという形になっています。

○豊田秀三（広島県医師会副会長）

200床の壁は取り払ってほしいというのが我々の願いであります。よろしくお願いします。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。後方支援と在支病は、200床以上か未満かでかなり違ってくるということで、これについては原先生からお話をいただいております。

他にございませんか。松崎先生、どうぞ。

○松崎信夫（茨城県医師会副会長）

上ノ町先生にお伺いします。私も県医師会で共同利用施設の担当として、地元の医師会病院に長年携わってきました。上ノ町先生のところは昭和55年に設立されたということで、当時ご尽力された先生方はすでに第一線から退かれている時期かと思います。そうすると、やはり現在の会員は、役員以外はなかなか医師会病院の経営に関心がありません。そのあたり、どのように具体的に努力されていらっしゃるのかということが1点と、もう1点は、各地域で地域医療構想について、病床削減や統廃合も含めていろいろな検討がされていると思いますが、鹿児島市の中で、先生の病院の立ち位置と申しますか、そのあたり現状でどのようになっているかをお伺いしたいと思います。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

昭和55年設立当時は医師会病院以外に大きな病院はなく、大学からきちんとドクターを派遣してくれるという時代背景がありました。そして、時代が経るとともに民間病院が力をつけてきて、医師会病院へのニーズはかなり減ってきているように感じます。そうしたときに、どうアピールするかということですが、いわゆるかゆいところに手が届く、つまり現在は在宅患者の急変で困っている先生方が多いため、後方支援病院という形で地域包括ケア、緩和ケア、そして在宅診療という形で診療体制を整えて、先生方にアピールしています。病院の診療体系や内容を変えていきながら、先生方のニーズにマッチした病院づくりをしていくことで、立ち位置を保持している状況です。

○松崎信夫（茨城県医師会副会長）

医師会の執行部としては、他の急性期病院と何とか共存していけるという判断をされているということでしょうか。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

はい。共存が大きな目的ですし、先ほど申しましたように、先生方のニーズにお応えする病院というような形を取っています。

○松崎信夫（茨城県医師会副会長）

ありがとうございました。

もう1点、目々澤先生にお伺いします。国の方で全国保健医療情報ネットワークを構築しようという話が何年も前からあり、2020年には稼働したいと

いうことでしたが、間に合いそうもないと感じています。先生のお話を伺っていると、国が考えるのは、おそらく東京都医師会でやっているシステムをそのまま使おうというものではないでしょうか。先生のお立場からはお話ししにくいこともあるかもしれませんが、情報をいただければと思います。

○目々澤肇（東京都医師会理事）

自治体ごとで情報は集めていると伺っていますので、健診情報は都が集めているのではないかと思います。そして、それをどうやって出すかというところだと思いますが、出し方としては、我々がやっているIHEの次の規格のHL7のFHIRだと思います。我々のやっているものはIHEですから、変換はそれほど難しくありません。健診データと臨床データを1つにして、国民へマイナポータルなり何なりかの形で返せるのではないかと思います。

○松崎信夫（茨城県医師会副会長）

是非、国に強く発言していただいて、なるべくその方向で行っていただければと思います。

○目々澤肇（東京都医師会理事）

本日は日本医師会の役員も来ていらっしゃいますので、是非そこら辺をお取り次ぎいただければと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。これまでは健診・検査センターや介護保険関係でネットワーク事業を取り上げてきましたが、今回は病院ということでのお話をいただきました。本当によかったと思います。

その他にご質問どうぞ。

○不明（広島県医師会）

目々澤先生に、ネットワークのことについてもう少し伺います。

まず、どこの県も県全域のネットワークをかなりたくさん構築して利用されていると思いますし、このベンダーもつながるよううまく乗せていると思います。広島県もそのようにしていますが、運営主体について、東京都のこれだけ大きなネットワークは、どこがある程度責任をもって実態として動かしておられるのかというのが1つと、これを動かすための運営資金、それから病院の方もネットワークに入ってくるためにかかる費用の補助金を、広島県の場合は地域医療介護総合確保基金でやっておりませんが、厚生労働省が基金はネットワークに関してはハードだけでソフト運用はだめだと、これから推進

しようというときに言うのはひどいではないかと思いますが、先生のところの運営の仕組みも含めてお話いただければと思います。

○目々澤肇（東京都医師会理事）

我々のネットワークがつながったのは、実は広島県や岡山県周辺でつなげる実験をやっていたいただいた成果なのです。それがあったためにN T Tの専用回線があり、我々もスムーズに合意に至りました。ただ違う点は、他のネットワークではきちんとしたサーバーを、医師会や運営協議会を立ててやっていて、そのための費用が億単位になっているところもあるかと思いますが、我々が東京都から初年度にもらった予算は2,000万円です。それで何ができるのでしょうか。東京都医師会は、私より前の世代でH O Tプロジェクトという形で、画像まできちんと連携できるネットワークを構築しました。ただ、時代が早過ぎたということで、すでにサーバー自体ありません。その教訓として、東京都医師会ではI Tに関して都からお金をたくさんもらってはいけない、最小限でやらなければいけないということで、開発費用を大きく使うことはできないため、ハードウェアを用意するという名目で、東京都から2,000万円いただいたわけですね。これはあくまでも準備のための予算です。今年が2年目で会費収入が入ってくる予定ですが、予定している参加病院20病院のうち、8病院から1,600万円しかもらっていません。それではとても立ち行かないということで、当会の猪口副会長が東京都病院協会の会長になり、次のネットの費用をどういうふうに東京都からいただき、どういうふうに参加病院数を増やすか、また参加病院数を増やすためには広報活動が必要ということで、各地で講演会を開いているところです。つまり、我々のやっていることは、サーバーを立てず、ベンダーさんに自助努力でやってもらうもので、富士通の担当役員のところまでお願いに行ったりしています。さらに今度、新しい病院、ベンダーさんを2つ入れます。そのために、先発の2社からお金を請求されました。このお金に関してはなかなか工面できないため、東京都医師会から調達しなければいけないということで、今週理事会で提案しましたが、ペンディングになり、来週の火曜日にもう1回お願いするという状況です。とにかく、潤沢な費用をもらわなくても大規模なネットワークはできる、自前でサーバーを立てずに今あるものを使ってつなげるというの

がミソです。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。おそらく、東京都医師会のこの事業の資金がどれぐらいかかったか、先生方は非常に興味があるところだったと思いますので、お答えいただきありがとうございます。他にございませんか。

先ほど、松崎先生から上ノ町先生にご質問がありましたが、それと同じ内容で原先生と川名先生にお答えいただければと思います。

○原 寿夫（福島県医師会常任理事／郡山市医師会副会長／郡山市医療介護病院長）

郡山市医療介護病院では、まさしく医師会が管理・運営している医師会病院の機能として、先ほど鹿児島市医師会病院の時お話された救急以外のところでは後方支援、それから地域医療支援をともにやっていきたいという気持ちはありました。ただ、制度上の数字に制約があり、当初、在宅の後方支援、あるいは療養支援ともに保健所、それから厚生局と交渉しましたが、なかなか難しいところがあって今に至っています。やはり、地域医療を支える医師会としては、鹿児島市医師会病院のような機能はすごく大事なところで、本当にうらやましく思います。何とか私どもの病院でも頑張りたいと思っております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

川名先生、お答えになる前に、先ほど地域包括ケア病棟のお話のところ、上ノ町先生から会員との競合が非常にあるというお話がありましたが、先生のところではいかがでしょうか。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

地域包括ケア病棟を持ちたいのはやまやまですが、地域医療構想調整会議で、民間病院の代表の方が公的医療機関は持つべきではないという発言をされたため、我々は控えているところです。急性期医療には、広域の重症型と地域密着型の2つがあると思います。地域密着型の急性期医療の病院はダウンサイジングしてだんだん小さくし、なおかつ地域包括ケア病棟にしておいた方がよいと思いますが、一方で、広域の重症型はこれから高齢者が増えて脳卒中や骨折、心臓病が増えていくため、それをフォローする病院が必要だと思いますので、私どもの病院は地域密着型の急性期医療ではなく、広域の重症型急性期医療の病院を選択したということです。

○松本座長（日本医師会常任理事）

他にフロアの先生方、いかがでしょうか。

○植山茂宏？（大分市医師会副会長）

目々澤先生にお伺いします。ネットワークにお金をかけないというお話ですが、逆に言うと、お金をかけないで成り立つようであれば続かないと考えてよろしいでしょうか。

○目々澤 肇（東京都医師会理事）

おっしゃるとおりです。

○植山茂宏？（大分市医師会副会長）

ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

他にございませんか。先ほど来、200床以上と200床未満で、それぞれ使い勝手が違うというお話がありました。地域医療支援病院や在宅療養後方支援病院は200床以上、地域包括ケア病棟は200床未満の方が多少いいと取れる話もありますし、機能強化加算200床未満というお話がありました。使い勝手という点では、原先生、川名先生、それから上ノ町先生、いかがでしょうか。

○原 寿夫（福島県医師会常任理事／郡山市医師会副会長／郡山市医療介護病院長）

当院の場合、3つ病棟がありますが、そのうちの1つは、ケースワーカーや社会福祉士の配置その他、いろいろな面で、ほとんど地域包括ケア病棟と同じ機能を会員の先生方とともにやっています。ただし、地域包括ケア病棟の申請はしておりません。一番のネックは60日という縛りです。家族や患者さんとの関係性、その他いろいろな在宅支援を考えたときに、60日までという縛りの中で動くのはとても難しいため、地域包括ケア病棟の申請はしないという方向です。ただし、結果として、医療支援のある家族に対しては、地域包括ケアと同じような機能を持っており、診療報酬上のいろいろな条件が本来の働きを阻害しているのではないかと考えます。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

地域包括ケア病棟は民間医療機関でやるべきだと思います。私どもの医師会病院は公的医療機関等2025プランの対象病院で、民間でできない役割を担うのが一番大事だと思っており、地域包括ケア病棟は民間医療機関に任せるというスタンスです。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

鹿児島市医師会病院も、先生方のニーズに応える形での病床再編のため、そこを阻害するからやめようという意見が強ければ検討しなければいけません。今回のシミュレーションの結果としては、減らした形で運用しているという状況です。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。他に何かございませんか。地域包括ケア病棟と回復期リハは、今後中医協でも要件についてどう考えていくか非常に大きな問題点の1つだと思っております。また、先生方の忌憚のないご意見やご要望をお聞かせいただければと思います。

まだご質問はあるかと思いますが、ちょうどよい時間になりましたので、ここで質疑応答を終わらせていただきます。この後、懇親会もございますので、続きはそちらでも結構ですし、また、明日の全体討議の場でもお受けいたしますので、よろしくお願い申し上げます。

○曾我俊彦（司会）（三重県医師会理事）

座長の松本先生、シンポジストの原先生、目々澤先生、川名先生、上ノ町先生、ありがとうございました。以上をもちまして、第1分科会を終了いたします。

なお、明日の分科会報告は座長の松本先生からお願いいたしたいと存じます。本日は長時間ありがとうございました。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」
第 2 分科会（検査・健診センター関係）

座長 池田 秀夫（佐賀県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

1. 山形市医師会健診センター（山形県）
「山形市医師会健診センターの取り組み」

山形市医師会健診センター所長
有 川 卓

I. はじめに

山形県は人口約 108 万人、過去 29 年間に 14.2% も減少を示す過疎県である。当健診センターのある山形市は人口約 25 万人の中核市で、辛うじて人口が維持されている。

山形市には 5 つの健診事業者があり、競合の激しい地域の中で、平成 30 年 5 月に新築移転したので概要を紹介する。

II. 健診センターの沿革

昭和 48 年に医師会館を建設した際に市民保健センターを併設し、この中で休日診療、准看護師養成、成人病健診及び臨床検査業務を開始した。

昭和 62 年に胃・胸部併用検診車を導入し、山形市の住民健診を受託開始したが、老人保健法などの制度の充実に伴い受診者が増加したため、これに対応するべく健診と臨床検査を独立させ、平成 7 年 4 月に市内深町に山形市医師会健診センターを新築した。施設内での受診者数は、移転時に約 40 名であったものが 160 名を超すまでに増加し、各種がん検診も充実したことから施設が狭隘となり、平成 30 年 5 月に、500 メートルほど離れた市内南館に新築移転した。（スライド 1）

III. 業務内容

受託検査は 133 の医療機関の利用があり、会員の 61% が利用している。

健診業務は、職域健診、住民健診、特定健診、各種がん検診、学童健診を行っている。その他、公衆

衛生活動として、特定保健指導、事後指導を行っている。

健診受診者数は、施設内健診が年間約 4 万人（1 日平均 160 人）、施設外健診が約 1 万人で、合わせて約 5 万人である。（スライド 2）

IV. 新センターの概要

新健診センターの敷地面積は 1 万 1,892 平米、構造面積は 6,131 平米であり、旧センターと比較すると敷地面積、構造面積がそれぞれ 1.5 倍、1.8 倍で、駐車可能台数は 180 台から 311 台となった。（スライド 3）

新健診センターは、第 1 に快適な健診環境の提供を目指した。健診フロアを男女別とし、問診室 3 室、診察室 3 室、健康指導用個室 8 室は全てプライバシーを保てるよう遮音性を高めた。更衣室には一部に

沿革

昭和48年4月	山形市医師会館市民保健センター完成 （休日診療、准看護師養成、成人病健診、臨床検査業務）
昭和59年9月	市内深町に土地2400坪を取得
昭和62年11月	胃・胸部併用検診車および循環器検診車を導入、住民健診受託開始
平成2年4月	深町への移転計画を検討開始
平成6年6月	深町の健診センター起工、翌7年3月竣工
平成7年4月	健診業務開始、同年5月検査業務開始
平成23年9月	山形市医師会館竣工、休日夜間診療所を併設
平成25年	→新健診センターの建設機運→
平成27年	南館へ新築移転計画決定
平成28年	新健診センター着工
平成30年	新健診センター完成、5月業務開始

（一） 山形市医師会 8

業務内容

受託検査 利用機関 | 133 施設
利用率 | 61 %

健康診断 健診内容 | 職域健診, 住民健診, 各種がん検診, 学童検診 など
年間利用者数 | 施設内 4 万人 (1日平均 160 人)
施設外 1 万人

公衆衛生 特定保健指導
事後指導

(一社) 山形市医師会 1

スライド 2

新健診センターのコンセプト

プライバシーに配慮した快適な健診環境の提供

- ・男女別の健診フロア
- ・遮音性の高い問診室, 診察室
- ・誘導支援システムの導入による滞在時間の短縮

健診・検査内容の充実

- ・乳房超音波検査の導入
- ・胸部CT検査の導入

保健指導の充実

- ・健診当日の保健指導
- ・指導用個室 (8室), エクササイズルームの設置

駐車スペースの確保

ストレスのない環境

- ・バーコード認証
- ・全自動採血管準備装置
- ・ダムウエーター 導入

(一社) 山形市医師会 3

スライド 4

概要

	旧 深町	新 南館
構造規模	鉄筋コンクリート(RC) 3階建	鉄骨鉄筋コンクリート(SRC) 3階建
敷地面積	7,932 m ²	11,892 m ²
構造面積	3,328 m ²	6,131 m ²
センター棟	2,943 m ²	5,640 m ²
車庫棟	385 m ²	491 m ²
駐車場	180 台	311 台

(一社) 山形市医師会 2

スライド 3

**検査の迅速化により
速報値の提供が可能となりました**

当日報告項目

- ・身体計測
- ・血圧
- ・血中脂質
- ・血糖
- ・肝機能
- ・尿検査

(一社) 山形市医師会 4

スライド 5

隔壁を設け, LGBT に配慮した, 若い母親も受診しやすいよう新たにキッズルームも設けた。

第2には, 登録検査所としての利点を生かし, 健診当日に保健指導を実施できるような検査の更なる迅速化を行い, 栄養指導室やエクササイズルームを設置して, 保健指導の受診率向上と指導効果の向上を目指した。これは他の健診機関との差別化を図るものである。

第3に, 低線量CTによる肺がん検診, 血圧脈波検査を開始するなど, 受診者のニーズに応えられるよう健診内容を充実させた。なお, 平成31年度から乳房超音波検査を開始している。(スライド4)

V. 新センターの効果と課題

新センターは平成30年3月末に完成したが, 設備の移転や調整, システム運用の訓練の必要から, 4月からの3か月間は受診者数を約半分に減らし,

本格稼働は7月とした。

受診者数の増加: 受付をスムーズに行うために発券機を導入した, 誘導支援システムを導入しバーコード認証を行うことで, 誤認防止に要するストレスが軽減され, 健診効率が向上した。採血室 (2階) と検査室 (3階) との間に設置されたダムウエーターや全自動採血管装置の導入により, 検体検査の効率化と迅速化ができた。その結果, 1日当たり200名 (旧センター比125%) を超える健診が可能となり, 最終的には前年度の受診者総数を上回ることができた。

特定保健指導の増加: 旧センターでは健診結果が手元に届くまでに3～4週間を要したことから保健指導はさらに遅れざるを得なかったが, 新センターでは採血後30分で検査結果を出すことで, 健診終了時には結果の速報値 (スライド5) を渡し, 層別化に従って当日保健指導を実施した。その結果, 保

特定保健指導実施状況			
		H29 年度	H30 年度
	実施人数	406 人	2,022 人
	指導収入	4,909,653 円	27,191,519 円
内訳			
		H29 年度	H30 年度
積極的支援	実施人数 (中途脱落者)	146 人 (13 人)	966 人 (409 人)
	指導収入	3,233,898 円	18,401,415 円
動機付け支援	実施人数 (中途脱落者)	260 人 (2 人)	1,056 人 (4 人)
	指導収入	1,675,755 円	8,790,104 円

スライド 6

健指導の実施数は大幅に増加した。(スライド 6)

平成 29 年度は積極的支援 146 名、動機付け支援 260 名、合計 406 名で、指導対象者の 11% にすぎなかったが、当日指導を導入した平成 30 年度は、積極的支援 966 名、動機付け支援 1,056 名の合計 2,022 名で、指導対象者の 47.3% まで増加した。それに伴う指導収入は 490 万円から 2,720 万円に増加した。

健診項目の充実：血圧脈波検査などは計画通り実施された。CT 肺がん検診の受診者は初年度で約 100 名に留まり、CT 検診の意義を周知する努力が必要とされている。また、乳房超音波検査は平成 31 年 4 月の開始以降、計画通り進んでいる。

Ⅵ. 今後の課題

新センターは健診施設としての理想像を目指したが、いくつかの課題を抱えている。

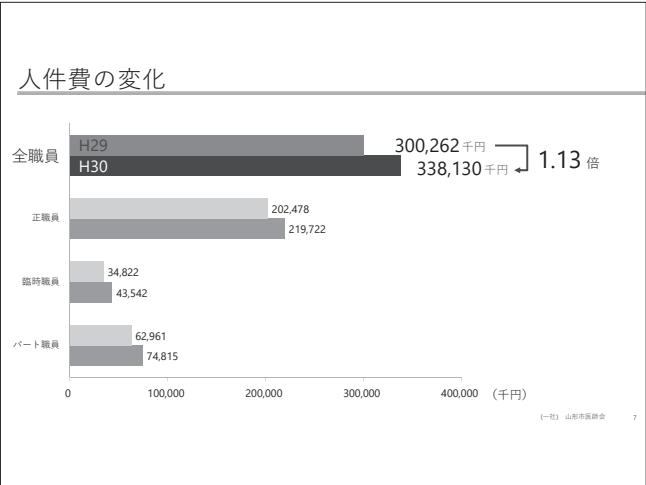
スライド 7 に主な事業収入と事業支出を示した。ここでは給与支出と租税公課支出は除いてある。平成 30 年度は新センターでの事業初年度であり、フル稼働時期のズレや新築移転に伴う経費が含まれるため単純比較はできないが、事業会計の推移を注意深く見守っていく必要がある。

事業収入の伸びを見ると、健診収入は前年度に比して 2,600 万円の増加で、これは当日指導による増収額とほぼ同額となる。それに対して事業支出は、人件費・租税公課支出を除いても 8,500 万円の増加となった。(スライド 8)

職員数は臨時・パートを含め 20 名の増員となり、人件費は 3,800 万円、率にして 13% の増となった。健診フロアを男女別としたことや当日の保健指導に

主な事業収支額			
事業収入		(千円)	
		H29 年度	H30 年度 差
検査収入	147,852	147,342	△ 510
検診収入	915,451	942,893	27,442
		26,932	
事業支出 (給与費、租税公課を除く)			
		H29 年度	H30 年度 差
試薬費材料費	74,084	91,240	17,155
消耗品	17,622	61,518	43,895
印刷製本	5,989	10,160	4,171
水道光熱費	14,604	19,329	4,725
賃料	20,064	35,734	15,509
		85,455	

スライド 7



スライド 8

伴う増員を考慮したとしても、人員増の内容を精査する必要がある。そして、多くの健診事業者との競合の中で差別化を図り、安定した事業収入を確保することが必要とされている。

プライバシーの確保、健診内容の充実、保健指導の強化など、新健診センターの成果を生かし地域住民に還元するためには、これまで地域の公民館等で行われてきた住民健診のやり方を見直すなど、行政とのより一層の連携強化が必要である。

Ⅶ. 医師会健診センターの役割

医師会共同利用施設である健診センターの役割は、第 1 に潜在性疾患の早期発見や生活習慣に介入することで住民の健康を守ることであり、新健診センターでは保健指導をさらに充実させる取り組みを行った。

第 2 の役割は、専門家集団として先駆的に住民の

健康に係わることであり、以下にいくつかの経験を示す。山形市医師会では、医師会消化器検診委員会の下で、健診センターの検査および事務機能を活用し、平成25年より受診者、住民および学童に対して胃がんリスク層別化検査を実施した。その結果をもとに市民の啓蒙と市当局への働きかけを続けた結果、山形市では平成29年度からヘリコバクターピロリの除菌までを考慮した胃がん検診を実施することとなった。また、子宮がん検診は平成27年度より希望者に対してはHPV併用として実施し、会員医療機関にて継続観察するシステムを構築した。現在、そのデータをもとにHPV併用検診の開始を、市当局に対して繰り返し働きかけている。（スライド9）

第3の役割として、会員の必要に応え医業を支えることがある。例えば、PT測定を受託し同日遅くとも翌日には測定結果を報告している（検査業者へ委託した場合には検査報告に数日を要する）。会員の中には検査件数が少ないことを理由に臨床検査の契約を断られるケースもあったが、会員一人ひとりのニーズに応えることも登録臨床検査所としての健診センターの役割であると考えている。

VIII. まとめ

山形市医師会健診センターの新築移転に伴い、健

医師会共同利用施設としての健診センターの役割

住民の健康を守る医師会活動

- がんの早期発見および生活習慣病の予防
- 専門家集団としての啓蒙、先駆的取り組み

ABC胃がんリスク層別化検査

平成25年 検診受診者・学童を対象に開始
（山形市医師会消化器検診委員会）

平成29年 市の制度としてH.pylori除菌までを
考慮した併用検診開始

HPV検査併用子宮がん検診

- ・平成27年～
- ・HPV検査併用子宮がん検診を実施
（山形市医師会子宮がん検診委員会）
- ・要精検者について会員医療機関にて
継続観察するシステムを構築
- ・市の制度としての併用検診開始を検討中

（一財）山形市医師会 8

スライド9

診環境・労働環境の改善が認められ、業績として特に保健指導に成果があったことを報告した。一方で、事業支出が増えており、経営面から見て経費圧縮が一番の課題であるとする。

医師会健診センターは、専門家集団として住民の健康増進および疾病の予防活動に取り組む医師会活動の重要なツールであり、健診事業においては長期にわたり安定した活動ができるよう今後も行政と協力しつつ、経営努力を積み重ねていきたい。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」 第2分科会（検査・健診センター関係）

座長 池田 秀夫（佐賀県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

2. 高岡市医師会臨床検査センター（富山県）

「高岡市医師会が開発した検査オーダーリングシステム」

高岡市医師会臨床検査センター担当副会長

白 崎 文 朗

人口17万人の高岡市にある当医師会はA会員134名で、共同利用施設として臨床検査センター（臨床検査技師9名、事務3名、SE1名、非常勤集配係20名）と訪問看護ステーション（常勤看護師6名、非常勤看護師5名、事務2名）を運営している。

訪問看護ステーションの業務成績は超高齢化社会への突入という背景もあり順調に伸びている。一方、臨床検査センターの平成30年度事業収入2億6千万円のうち、一般検体と健診検体の比率は4:6と大きく健診に依存している。健康診査の柱である特定健診は、人口34万人の高岡医療圏（高岡市、射水市、氷見市、小矢部市）全施設分を扱っているが、人口減少の影響もあり、近年受診者数が減ってきている（図1）。その対策を高岡市と協議した結果、6、7月に行う通常健診の未受診者に手紙を送り、10月に再度健診の機会を設ける変更を、昨年度よ

り行うことになった。その結果、高岡市以外の3市が受診者数を減らす中、高岡市は10月に1,123名（7%分に相当）の受診者を増やすことができた（図2）。

一方、事業を継続するにあたり、特定健診だけに依存できないため、一般検体を増やす方法も模索している。検査料の値下げは1つの方法であるが、値下げだけでは大手検査センターに規模の力で負けてしまうため、主に会員へのサービス向上を主眼に検討している。その一つとして、SEを雇用し、ITに関する無料サポートを開始し、会員とのつながりを強化している。PC不調やPCの更新などの相談をはじめ、PCとプリンターとの接続など簡単な問題も含めて幅広く行っている。さらに、このITサポートの大きな柱とすべく、検査オーダーリングシステム「TAK SYSTEM（タックシステム）」を、地元のシステム開発会社と共同開発した（図3）。

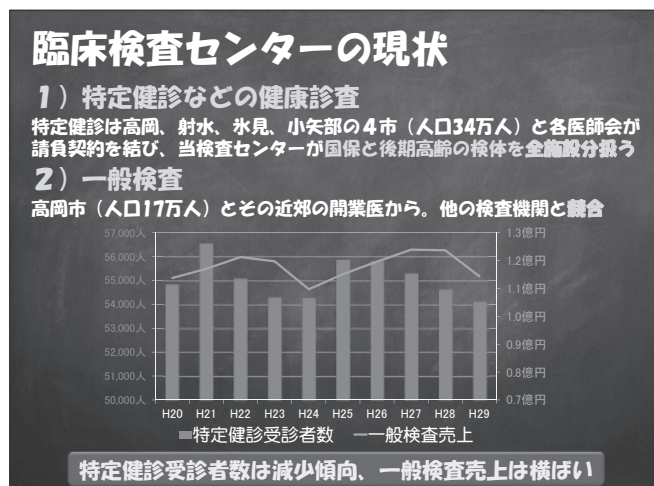


図1

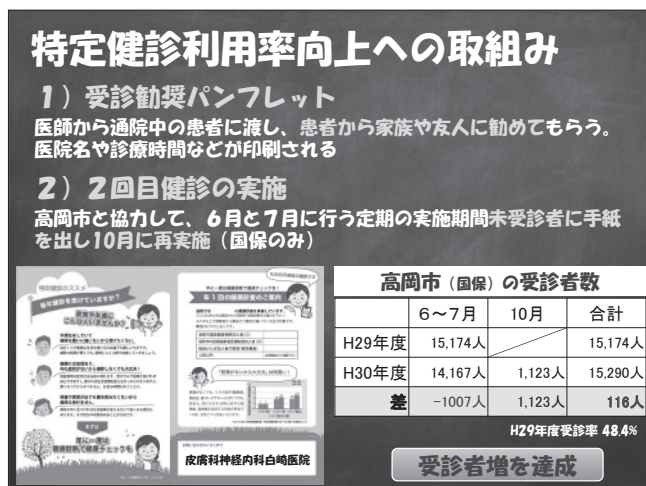


図2

一般検査の利用増を目指す取組み

目標：値下げはせず、会員医療機関の利便性を向上

1) ITサポート部の創設

システムエンジニアを雇用し、医療機関のPCトラブルや更新をサポート
→会員とのつながりを強化



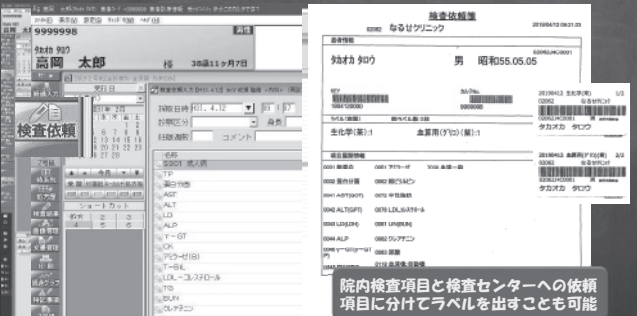
2) 検査オーダーシステムを地元システム会社と共同開発

開発目的：医療機関の検査オーダーの手間やミスを減らす

前提条件：①電子カルテと同じPCでも、別のPCでも連動する
②約7割の医療機関で使用している紙カルテでも導入可能
③システムメンテナンスを自前でを行い開発コストを低減

図 3

開発したシステムの特徴② 電子カルテ



院内検査項目と検査センターへの依頼項目に分けてラベルを出すことも可能

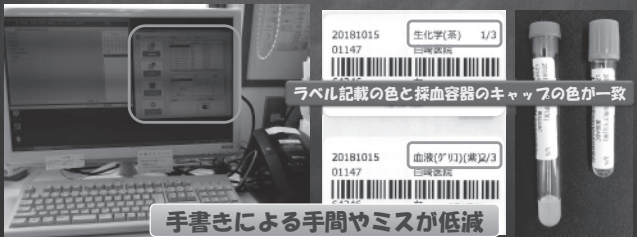
電子カルテ内で検査項目の選択決定で、
①ラベルと依頼箋印刷
②検査オーダーのオンライン送信
が同時に行われる

図 6

開発したシステムの特徴① 電子カルテ

・電子カルテに入力したオーダーが本ソフトに連動し、ラベルプリンターから採血容器ラベルが印刷される

医師が電子カルテに検査を入力 → 採血容器用ラベルが印刷



ラベル記載の色と採血容器のキャップの色が一致

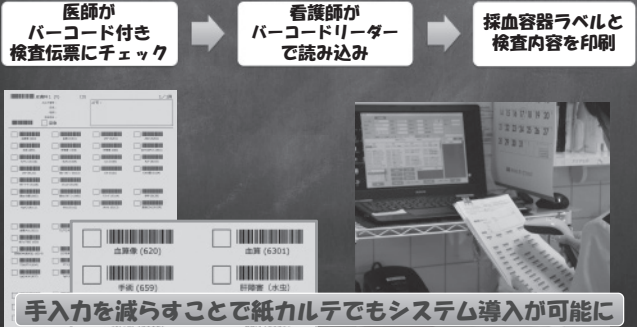
手書きによる手間やミスが低減

図 4

開発したシステムの特徴③ 紙カルテ

紙カルテのオーダー入力はバーコードを利用。手入力不要

医師がバーコード付き検査伝票にチェック → 看護師がバーコードリーダーで読み込み → 採血容器ラベルと検査内容を印刷



手入力を減らすことで紙カルテでもシステム導入が可能に

図 7

開発したシステムの特徴② 電子カルテ

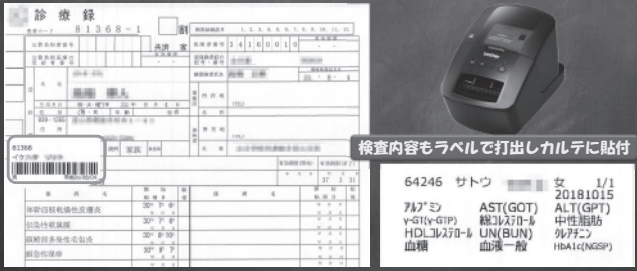


電子カルテ代理店と業務提携し、検査項目のレイアウトを過去の依頼頻度を参照に当センターで作成

図 5

開発したシステムの特徴④ 紙カルテ

・再診時は患者情報もバーコードで読み込み（初診時は当システムに患者情報の入力が必要）



検査内容もラベルで打出しカルテに貼付

ラベル印刷機とバーコードを用いて作業を効率化

図 8

この「TAK SYSTEM」の開発目的は、会員医療機関の検査オーダーの手間やミスを減らし、利便性を向上させることである（図4）。そのため、1) 電子カルテはもちろん、約7割を占める紙カルテユーザ

ーでも使用可能、2) 電子媒体使用で集配時や依頼伝票入力時のミスをなくす、ことを前提とした。開発予算は限られていたが、設計や導入およびメンテナンスを自前でを行い、開発コストの低減を行った（図5～8）。

さらに便利にするために① 紙カルテ

ORCAのみ対応予定だが、

- ・レセコンの患者属性を利用可能に
- ・検査依頼情報をレセコンに送信可能に



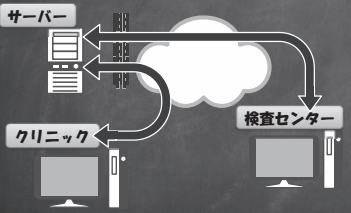
	現 状	今 後
患者属性の参照	初診時は専用PCに 患者情報の手入力が必要	レセコンデータを読み 込みで、手入力不要に
検査依頼情報の送信	会計時は再度検査項目の入力が必要	バーコードで専用PCに 入力した検査項目情報を レセコンでも利用可能に

会計時の入力作業も減りさらに業務が効率化される

図 9

さらに便利にするために② 電子&紙カルテ

- ・本システムのオンライン化 (既存のweb結果参照システムサーバーを利用)



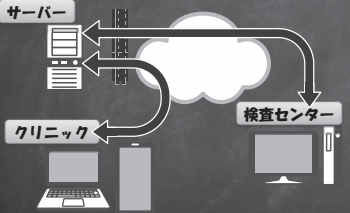
①検査依頼情報のオンライン送信
②検査結果を自動でカルテ内に取込 (電子カルテのみ)

- ・USB受渡などの手間が減る
- ・より早い結果参照が可能

図 11

さらに便利にするために② 電子&紙カルテ

- ・本システムのオンライン化 (既存のweb結果参照システムサーバーを利用)



まず、セキュリティを向上させた
H28年 SSL-VPN (virtual private network)、H29年 IPsec-VPN

スマホを利用し自宅でも検査結果が参照可能に

図 10

本システム開発時の問題点

電子カルテ代理店との業務提携に時間がかかった

当初、協力的な代理店は少なかった
(理由) 他の検査センターとの提携がある等
(対策) 電子カルテの更新につながる可能性を話し 代理店にもメリットがあることを強調

現在は、パナソニック、東芝、富士通と連携

- ①本来代理店が行う設定を検査センターで行い、会員が払う費用負担を最低限に
- ②新しい検査の追加や不要な検査の削除などオーダー画面の変更を迅速に対応
- ③トラブル発生時も電子カルテを含むサポートが可能

緊密なサポートで一般検査依頼が増えることを期待

図 12

これに合わせて、以前からある WEB 検査結果参照システムを活用して十分なセキュリティを確保したうえで、オンラインによる依頼および検査結果の返送ツールも別に用意した (図 9～11)。現在この「TAK SYSTEM」は、7 診療所と 1 病院で順調に稼働中であり、さらに数施設に導入を予定している。

すでに同じような検査オーダーリングシステムは、電子カルテと連動した形で民間の検査センターでも開発され、新規開業時などに通常無償で提供されている。一度検査オーダーリングシステムが導入された施設に、旧来の手書き伝票に変更してもらうのは至難の技である。民間検査センターと同様の検査オーダーリングシステムを用意し同じ土俵に立たないと、一般検査を会員施設から確保することが今後難しくなる可能性がある。このような悩みを持つ医師会立の検査センターには、当医師会が開発したこのシステムを利用して頂けるのではないかと考えている。

有償にはなるが、今から開発するより開発費や開発時間を減らすメリットがある。ただし、当医師会もマンパワーが不足しているため、メンテナンスや導入などは自前で行って頂く必要があるが、ご興味があれば当医師会にまで連絡して頂ければ幸いです (図 12～14)。

本システムのメリット（まとめ）

医療機関

- ①ラベル記入が不要
- ②採血容器の種類を調べる必要がなくなる
- ③患者情報や検査項目の転記や入力が必要に
また、転記ミスがなくなる

検査センター（集配時）

- ①採血管の確認が本数チェックだけに
- ②手書きではなく印字のため読みやすい

検査センター（受付時）

- ①USBやオンライン受付で作業時間短縮と誤入力が減少
- ②将来は自動分析装置でもバーコードを利用して依頼
情報を読み込む予定



図 13

貴医師会でも検査オーダーシステムの 開発をしてみませんか？

導入実績（高岡市）

- ・ 病院 1 件（富士通）
- ・ 診療所 8 件
（紙カルテ 3 件、東芝 3 件、パナソニック 2 件）



問合せ先

高岡市医師会検査センター 検査科長 渡辺堅治
0766-21-0210 kwatanabe.tlab@gmail.com

本システムの提供もできます。ご相談下さい

図 14

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」 第2分科会（検査・健診センター関係）

座長 池田 秀夫（佐賀県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

3. 岡山市医師会総合メディカルセンター（岡山県） 「医師会共同利用施設としての取り組みと今後の機能強化について」

岡山市医師会事務局次長 岡山市医師会総合メディカルセンター管理者
川 邊 一 徳

I. はじめに

医師会共同利用施設は、その規模やその地域性、運営形態の違いにより抱えている課題もさまざまであり、これからの方向性や考え方についても違いがある。これまでの取り組みと今後の機能強化に向けた取り組みについて報告する。

岡山市は岡山県の南部に位置し、2005年に御津町と灘崎町、2007年に建部町と瀬戸町を編入合併し、2009年4月に人口約70万人を擁する政令市に移行した。岡山市医師会は、岡山市中区と北区及び南区の一部がエリアとなり、開業会員数（A会員）は414名で、436の医療機関から構成されている（2019年7月1日現在）。政令市間の比較では、人口10万人当たりの医師数が3位（厚生労働省「2016年 医師・歯科医師・薬剤師調査」）、病院数が4位（厚生労働省「2017年 医療施設調査」）で、国内有数の充実した医療機関が集積している。

II. 総合メディカルセンターの変遷

1964年に臨床検査センターとして開設され、1991年には岡山県医師会から健診部の運営を引き継ぎ、MRIやCTなどの共同利用を目的に名称も総合メディカルセンターと改称した。検査部は、2006年からSRLとの共同事業を始め、そのメリットの検証を行いながら免疫、血液と段階的に規模を拡大し、2010年にはシステムを含め、輸血、病理を除くすべてをFMS（Facility Management Service）方式とした。また、集荷業務を外部委託化し、渉外担当者を専任化することで営業資源を渉

外活動に集中させた。2015年には医師会館の移転に伴い、健診部を閉じて複合体から検査センターへ変える組織改革を実行することで、経営の強化、健全化に取り組んできた（図1）。

III. 健診部を閉じてからの会員・従業員健診

健診部を閉じて検査センターとなったが、会員サービスの維持を考えて、健診事業はJ A岡山厚生連と連携し、岡山県医師会保健診・従業員健診を、医師の診療に支障が出ないように休日健診及び水曜日・木曜日健診を企画し、医師会館で行っている。また、健診の予約や材料の発送も行い、健診結果通知書作成や、疾病管理・統計表作成などのデータ管理代行事業を、特定健診電磁化一括請求代行システムを利用し、継続して行っている。

会員サービスの維持とともに、健診部からあった

総合メディカルセンター

1964年（昭和39）岡山市医師会臨床検査センター

：

1991年（平成3）精検（MRI）・健診業務開始

2006年（平成18）SRL臨床検査共同事業運営（免疫）

2007年（平成19）"（血算・凝固）

2010年（平成22）FMS拡大（輸血、病理を除く）

2012年（平成24）集配業務を外部委託化

渉外担当者の専任化

2015年（平成27）医師会館の移転に伴い健診検査複合体から検査センターへ

健診関連収入の継続はできており、経営的施策でもある（図2）。

Ⅳ. 検査情報システムの機能強化

検査情報システムでは、迅速な検査結果報告と検査受付の精度向上を目的に、2010年にメディカルリンク（クラウド型検査データ連携システム）を独自に構築し、150医療機関に導入している。QRコードによるオーダーリング、検査結果閲覧、インフォメーション機能など一般的な機能は備えており、スマートフォンやタブレットにより、施設外でのデータ参照もできる。その後も機能拡張を進め、電子カルテからカルテナンバーを送ってもらうことで、血液検査だけではなく、細胞診・病理、細菌検査の報告書を表示させることが可能である。また、診療所間の連携を目的に、地域医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）へも接続している。クラウド型は細かな改修が難しいので、関連システム会社の派遣職員を配置することで、ユーザーからの要求にレスポンス良く対応するようにしている。

オーダーリング等により、受付精度の向上と効率化により、固定費の削減も目的の一つであったが、民間センターの検査情報システムの機能アップにより、こちらも機能を強化せざるを得ないというのが正直なところでもある（図3）。

メディカルセンターが保有する診療所の検査データを、地域医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）の小規模医療機関向けの「シェアメド」というシステムに出力することで、地域で連携している診療所間で情報共有をすることが可能である。メディカル

リンクより出力された診療所のすべての患者さんの検査データは、各施設毎に区分けされたサーバー領域に保存される（マルチテナント型サーバー）。この時点でデータは外部保存された状態であり、同意された患者さんのデータのみが公開領域に入り、患者さんの基本情報、処方と注射、検査内容など限られた情報ではあるが、共有できる仕組みである。双方向での情報共有システムにより、地域で連携を密にされている先生方がグループとなった在宅診療の一助となっている。

また、事業継続計画（BCP）の一環として、先生方からも、レセプトデータはクラウドなど外部に保存すべきとの声も多い。シェアメドのようなシステムで診療情報を共有することは、カルテ情報のバックアップの役割も果たしていると考えられ、災害発生時に医療機関のカルテ情報が参照できない場合でも、シェアメドの情報を参照して診療に役立てることも可能ではないかと期待している（図4、5）。

災害発生時の医師会、医療機関でのBCP対策として、会員、職員の安否確認は重要である。図6は、現在構築されている情報通信手段について、災害を経験された医師会へ調査したものである。信頼性の高い衛星電話を備え、また、アプリなど異なった技術で運用できるようにいくつかの手段を用意されていた。

非常用手段とはいえ、費用対効果も検討していく中で、検査情報システムのネットワークを利用し、情報発信や災害時の安否確認ツールの一つとして活用することも検討している。

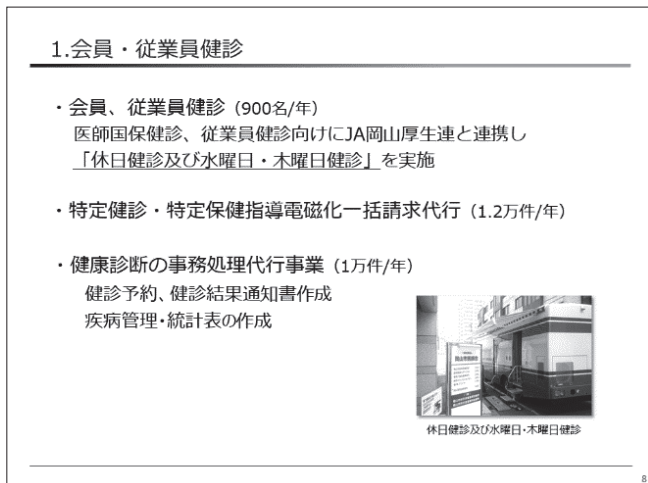


図2



図3

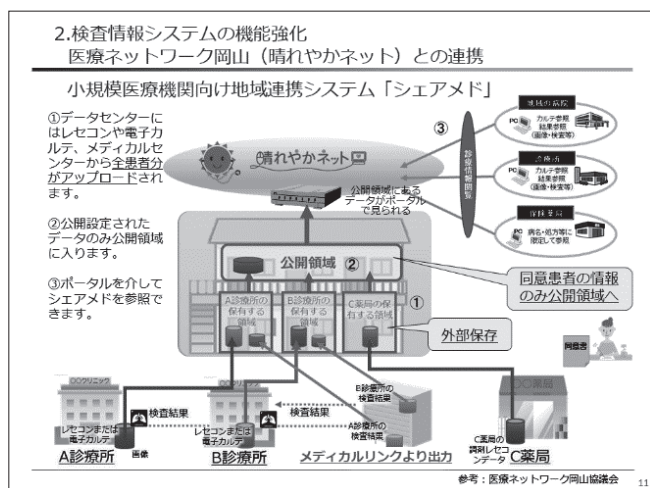


图 4

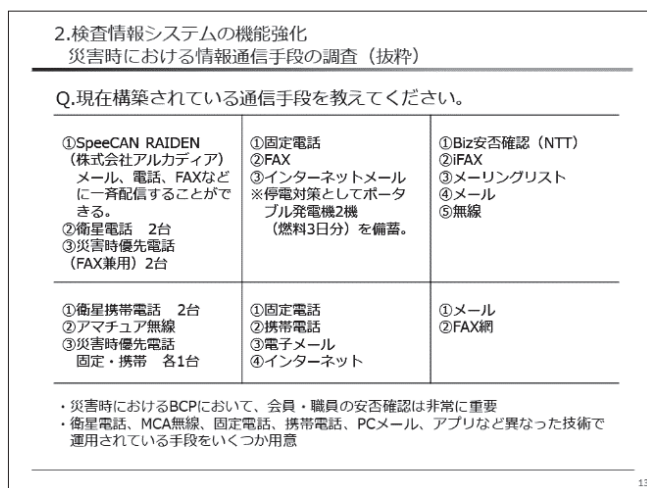


图 6

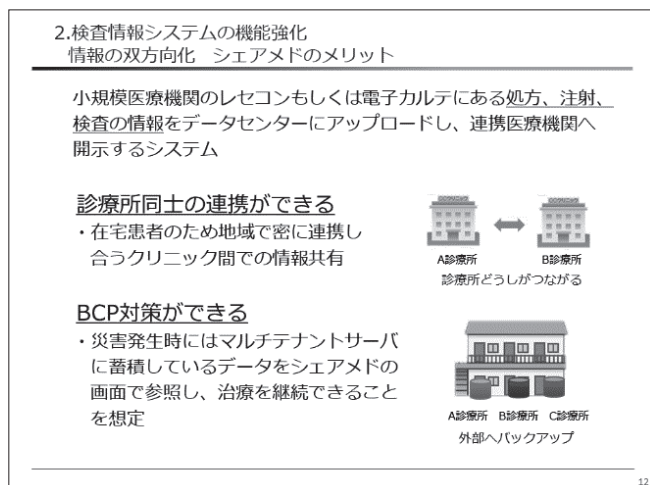


图 5

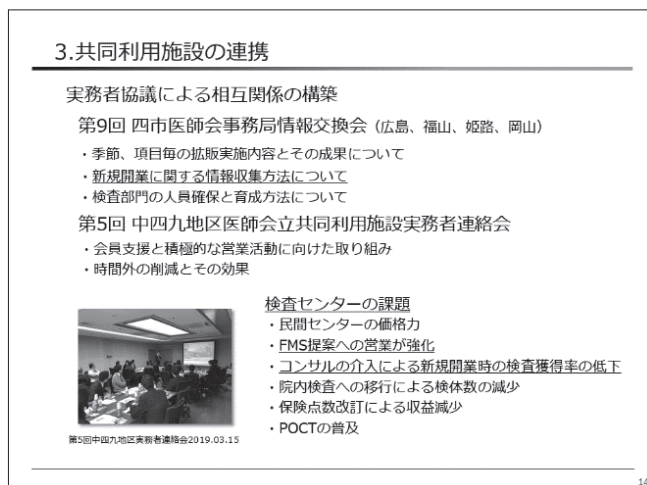


图 7

V. 共同利用施設の連携

四市医師会事務局情報交換会では、広島市、福山市、姫路市、岡山市医師会のすべての部署が幅広く情報交換を行っている。また、中国・四国・九州地区医師会立共同利用施設実務者連絡会では、会員支援や渉外活動がテーマになることが多く、なかでも民間センターが病院へFMSの営業を強化していること、医業コンサルの介入により検査獲得率が低下していることについては、医師会検査センターにとって大きな課題となっており、実務者同士で協議することも増えている。こうした背景を受けて、近隣の福山市医師会とは会員支援について勉強会を行い、より活性化し良好な相互関係が構築できている(図7)。

VI. 岡山市行政健診との関わり

岡山市行政健診では、国の方針に従って2018年に前立腺がん検診が廃止となった。前立腺がん検診に関しては、以前からのその有効性について議論があり、アメリカの大規模臨床試験（PLCO 試験）においてはその有効性が否定された。一方、ヨーロッパで行われた同様の試験（ERSPC 試験）では、前立腺がん検診は有効ではあるがその効果はわずかであるとの結果がでている。これらの報告を受けて、厚生労働省としては対策型検診（住民検診）としては推奨しないとの見解を出しており、岡山市の決定はこれを受けたものである。

しかしながら、日本泌尿器科学会は前立腺がん検診や前立腺がんの特徴についてよく啓発した上で、50歳以上の人は前立腺がん検診を受けた方が良いとの見解を発表しており、厚生労働省の見解とは少

し温度差がある。今回の前立腺がん検診の廃止に関しては、医師会員や一般市民からの疑問の声もあるため、今後も市民、行政、医師会員の様々な意見を集約しながらより良いがん検診のあり方を検討し、関係者の理解を得ていく必要があるだろう（図 8）。

また、今年度岡山市行政が設置した岡山市フレイル対策事業検討会議に、四師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）からメンバーを出して連携協力している。岡山市は四師会との協力のもとに、フレイル対策事業として、薬局や医療機関などで一般市民を対象としたフレイルチェックを開始したところである。フレイル事業を進めるにあたっては、その効果検証の方法や現場の実行可能性などに考慮した事業計画が必要であるが、対策事業はいまだ端緒についたばかりで、十分に練り込まれた計画になっていないのが実状である。今後の事業の進め方については継続的に議論されていくと予想されるの

で、共同利用施設としても、フレイル事業の行く末を注視しながら、どのような協力が可能であるかを検討したい（図 9）。

また、岡山市が成果報酬型の委託により、サービス提供者が企業や市民から資金を調達する手法を用いた健康ポイント事業や、生活習慣の改善メニューをスマホアプリで提示し、生活習慣病のミドルリスク者への改善アドバイスなども行われている。今後は様々な手帳の代わりにアプリが配付され、PHR（Personal Health Record）サービス事業者参入への流れになると思われる。

VII. おわりに

民間センターとの競争から検査情報連携システムを独自に構築してきたが、会員への情報展開など事務局運営支援機能を付加した連携システムが各地の医師会立検査センターに導入されつつあり、各医師会からの要望が集約され、機能の充実が図られている。

また、連携先の地域医療ネットワークでは、糖尿病などの疾患管理システムの構築や、大規模災害に備えた診療情報の保全対策なども考えられている。さらに、患者ニーズによる PHR サービスとの連携も今後必要となってくる。ICT の加速により、医療を取り巻く環境が複雑化している。会員支援を根本に、市民のニーズにも柔軟に対応できるよう ICT サービスも活用し、多方面からの情報収集、検討を進めていくことが必要である（図 10）。

規模のメリットが働きにくい私どものような医師会検査センターにおいては、地域の医療圏で、医師

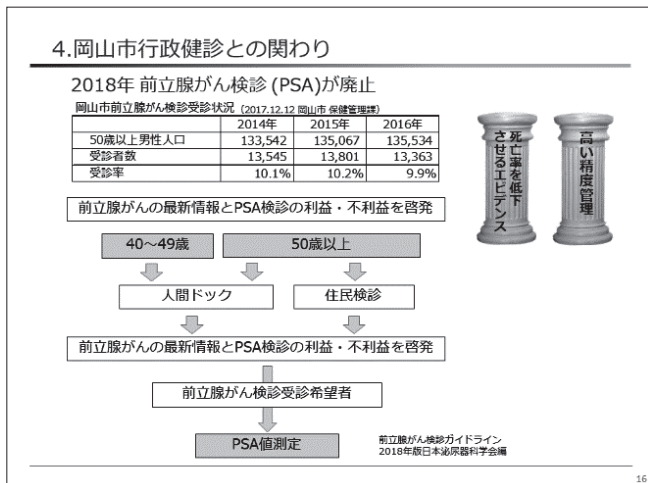


図 8

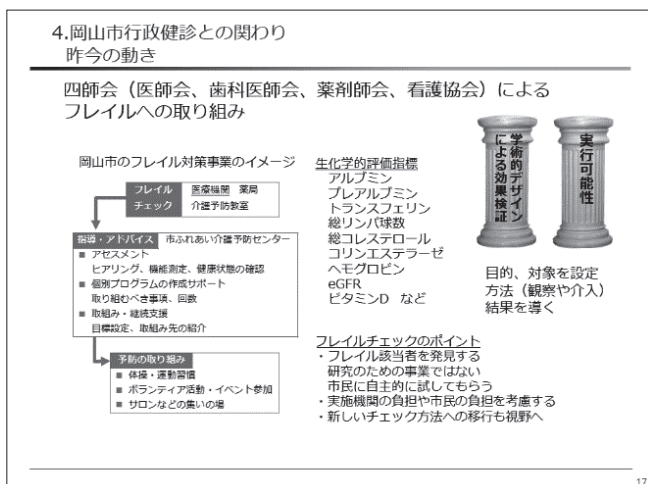


図 9

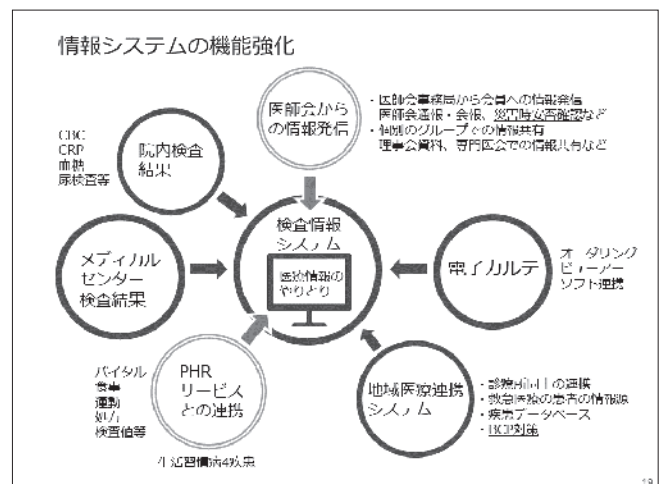


図 10

会と共同事業のSRLのそれぞれが得意な分野に特
化した連携を図る。これにより将来を見据えた運営

基盤の強化を図り、さらなる会員を支援する仕組み
としたい。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

座長 池田 秀夫（佐賀県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

4. 小倉医師会健診センター（福岡県）

「ストレスチェック解析システム導入による会員支援について」

小倉医師会健診センター所長

本 多 直 美

I. はじめに

平成 27 年 12 月 1 日に労働安全衛生法が改正され、従業員数 50 名以上の事業所において、ストレスチェックとハイリスク者への面接指導の実施が事業者

に義務づけられた。
小倉医師会健診センターでは、実施初年度よりストレスチェックの結果解析システムを導入し、回答シートから個人結果票を作成するとともに、職場のストレス判定図と呼ばれる集団分析結果票を作り、会員の施設従業員への検査実施と、産業医活動支援を行っている。

II. 支援を始めるにあたって

業務契約は A、B 2 種類の内容を準備した。A 契約（税別 500 円）の内容は、問診票の準備、回答から個人のストレスプロフィールを作成、集団分析結果である職場のストレス判定図を作成、結果を 5 年間保管、事業所の産業医宛に結果一覧表を作成。B 契約（税別 600 円）には A 契約の内容に、問診票送付の際に結果を事業者に提供するか否かの同意書を同封し、同意を得られた人の結果一覧を作成する業務が加わる。

導入費用は 176 万 9,040 円（PC 端末一式 851,040 円、システムソフト 918,000 円）。作業に必要な人員は通常は 1 名、繁忙期は 2 名である。開始に当たっては、医師会報にチラシを同封し会員に PR した。

III. 初年度（平成 28 年度）実績

初年度は 39 事業所から依頼を受け、受検者数は

4,367 人だった。

事業所からの依頼の理由は、検診を依頼しているからというのが 22 社（56.4%）。このうちセンターの常勤医が嘱託産業医の事業所は 7 社である。会報の案内を見た会員の病院からの依頼が 6 施設（15.4%）。「ストレスチェック開始にあたってどうしたら良いか」という問い合わせに対応して契約に至ったのが 11 社（28.2%）だった。（図 1）依頼を受けた事業所の規模を従業員数 50 人刻みで見ると、51 ～ 100 名の事業所が最も多かった。（図 2）

IV. 初回ストレスチェックの結果

初年度に同センターで解析したストレスチェックの結果についてまとめた。

厚生労働省が発表した研究成果によるマニュアルでは、組織全体の 10% がハイリスク者になるよう

平成28年度ストレスチェック実績
39事業所（受検者数 4367人）

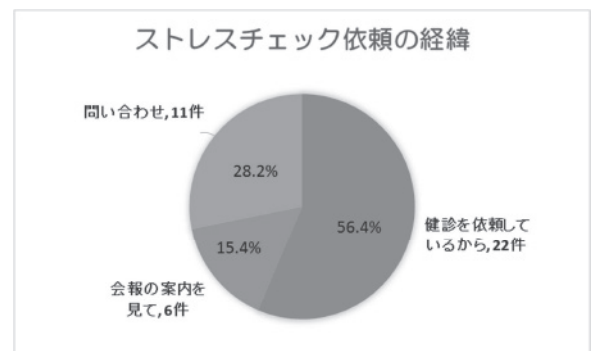


図 1

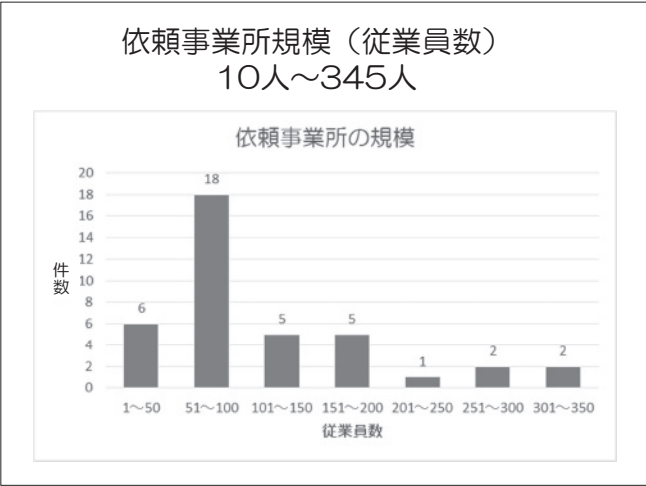


図 2

平成28年度ストレスチェック結果
(39事業所 4367人)

業種・男女別のハイリスク者割合
(素点換算法による)

福祉・男性	17.7%
製造業・男性	12.4%
病院・男性	11.7%
病院・女性	10.8%
小売業・男性	10.4%

図 3

に設定されているが、当センターでの初回の結果を見ると、全受検者の 10.6%がハイリスクとなった。男女別に比較すると、男性は 11.4%，女性が 10.0%で、性別による有意差は見られなかった。ちなみに平成 29 年度は、全体が 9%，男性が 8.4%，女性 9.6%。平成 30 年度は全体が 8.6%，男性 8.5%，女性 8.8%で、いずれも性別による有意差は認められていない。

次に、業種・男女別でハイリスク者の割合を算出した。母数が 100 人以上の職種で比較したが、福祉関係の男性のハイリスク率が 17.7%と突出していた。(図 3) 平成 29 年度・30 年度も福祉系の男性のハイリスク率は 13.7%，14.5%と高めだった。

V. さらなる顧客獲得のために

平成 29 年度に 2 回目のストレスチェック実施となったが、40 事業所からの依頼、受検者数は 4,473

事業所へのアンケート

実施価格をどう思いますか？
(A契約500円 B契約600円 いずれも税別)

回答	他の業者の価格は知らない (16人)	他の業者の価格を知っている (17人)
安い	1	2
まあ安い	1	6
普通	13	7
少し高い	1	1
高い	0	1

図 4

人と伸び悩みの感があった。そこで、よりよいサービス提供と今後の顧客獲得のヒントを得るために、事業所と産業医会に所属する先生方にアンケートを行った。

(ア) 事業所へのアンケート

事業所へのアンケートは平成 30 年度に実施契約を結んだ 41 事業所を対象に行った。1 事業所で複数の拠点がある場合は実施実務担当者も複数名になることがあるため、47 人の担当者に質問票を郵送し、33 人から回答を得た。

① 価格について

他の業者の実施価格を知らない担当者と知っている担当者がほぼ同数だったため、回答内容を比較してみた。他社の価格を知らないグループでは、金額設定はまあ妥当と考えられ、他社と比較した場合高めだという回答が 2 件あったが、普通から安いと受けとめられている。(図 4)

② 結果返却までの日数について

回答を受け取ってから結果を返却するまでの日数を約 2 週間としているが、これはほぼ妥当と考えられている。(図 5)

③ 結果票について

結果票については、厚生労働省のマニュアルにのっとった書式で作成していたが、「少しわかりにくい」、「わかりにくい」という意見が 3 割弱あり (図 6)、具体的には「結果票の見方がわからない」という意見がほとんどであった。

④ 解析サービスのほかにもどのようなことを希望するか

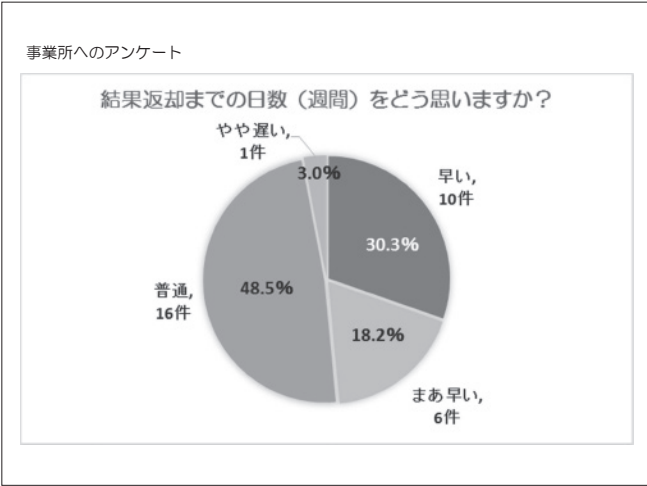


図 5

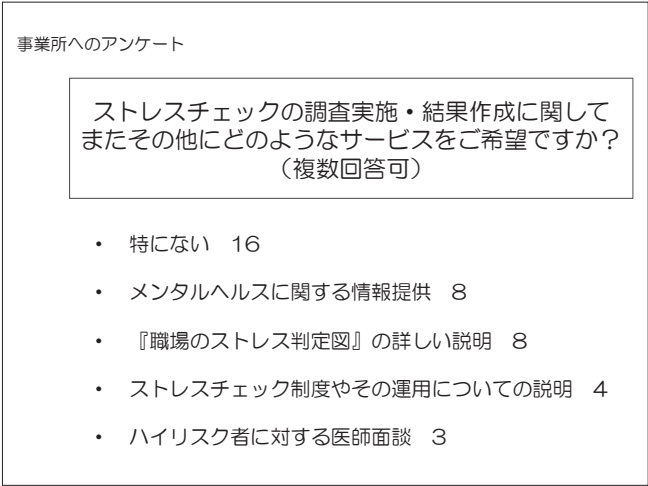


図 7

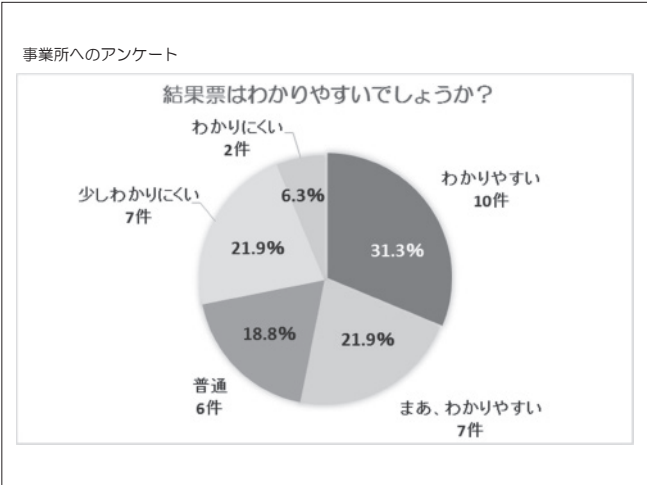


図 6

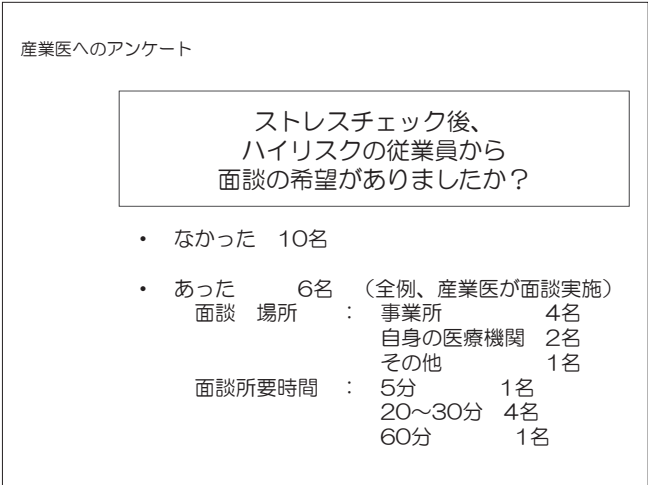


図 8

「メンタルヘルスに関する情報提供」, 「集団分析結果（職場のストレス判定図）の詳しい説明」, 「ストレスチェック制度や運用の詳しい説明」という回答があり, そのほかに「面談も行ってほしい」という意見があった。（図 7）

⑤ 事後措置について

ストレスチェックの結果, ハイリスク者となって産業医面談を勧奨された従業員から産業医面談の希望が出たのは 9 社で, 全例外部機関に委託することなく嘱託産業医が対応していた。集団分析の結果については, 問題点の審議にまで至った会社は 1 社にとどまった。

（イ）医師へのアンケート

次に, 小倉医師会の産業医会に所属する医師 71 名にもアンケートを実施した。回収率は 36.6%（26 名）で, そのうち 4 名は現在産業医業務に従事して

いないためアンケートには無回答だった。ストレスチェックの実施が義務ではない規模の事業所の産業医もおり, 回答者の中でストレスチェックの実施者は 16 名だった。

① 医師会でストレスチェック解析を行っていることを知っているか

開始前に会報で PR したにもかかわらず, 当センターで解析を行っていることを知らない医師が 22 名中 13 名（59.1%）という残念な結果であった。

また, 知ってはいるが事業所が他社と契約したというケースも多く（31.8%）, 新規契約を得るためには事業所へのアプローチが重要だと感じた。

② ハイリスク者への面談状況

ハイリスク者への面談は全例外部委託することなく, 産業医自身が対応していた。（図 8）

③ 解析, 報告以外に望むサービス内容

解析と結果報告以外に求めるサービスについて

は、面談の代行のほか、「集団分析結果の詳しい説明」、「制度そのものの説明」、「メンタルヘルスに関する情報提供」という声があった。（図9）

VI. 顧客満足度を高めるために

事業所担当者と産業医からのアンケート結果を踏まえ、顧客満足度を高めるためにどのような対応をしていくかを考えた。少数意見ではあるが、事業所からは返却までの日数がやや長いという声があったので、記入漏れのチェック等にある程度の日数を要することは理解して頂いたうえで、事業所の希望にできるだけ合わせる方向で返却したいと思う。

多くの事業所から寄せられた、個人結果・集団分析結果ともわかりづらいという意見に対しては、希望される事業所には結果票の見方の資料を提供するようにした。アンケート後に健診システムを一新し、その際にストレスチェックについてはコメントを詳

しくした内容に変更した。レーダーチャートも過去の結果と比較できるようになり、これは利用者に好評である。（図10）

結果の見方以外にも、メンタルヘルスに関する資料がほしいという声があったので、当方の産業医活動で使用した資料を希望される事業所には配布するようにした。その他に、受検者に対するセルフケアをテーマにした読み物や、管理者がストレス判定図を見てワーク形式で読み解ける資料等を作成した。（図11, 12）

また、今後新たな事業所からの依頼を受けるために、館内に『ストレスチェックやっています』というポスターを張って来館者の目につくようにした。今後は健診センターのホームページ上でもPRしていきたいと思う。

産業医会の医師へのアンケート回答から考えた会員支援の方向だが、事業所からは結果票の見方に関

産業医へのアンケート

ストレスチェックに関して解析・報告以外にどのようなサービスを希望されますか？
（複数回答可）

- ・ 特になし 6名
- ・ ハイリスク者に対する面談代行 7名
- ・ 『職場のストレス判定図』の詳しい説明 6名
- ・ ストレスチェック制度やその運用についての説明 5名
- ・ メンタルヘルスに関する情報提供 5名

図9

事業所へのアンケート結果 → 今後の展開

各種資料（結果の見方、メンタルヘルス全般）の提供を望んでいる → 結果の見方の資料、リーフレット等の作成、提供

ストレスチェックの活用

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

図11

事業所へのアンケート結果 → 今後の展開

結果票がわかりづらいという意見が多い → 書式を一新

以前の書式（A4サイズ）

新しい書式（A3サイズ）

図10

事業所へのアンケート結果 → 今後の展開

各種資料（結果の見方、メンタルヘルス全般）の提供を望んでいる → 結果の見方の資料、リーフレット等の作成、提供

ストレスチェックの活用

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

※ 本センターでは、ストレスチェックの結果を、事業者様へ提供いたします。事業者様は、その結果を、従業員の健康管理に活用していただくことが、ストレスチェックの目的です。

図12

する資料が欲しいというのが大部分であるが、産業医は実務にすぐ使えるものを望んでいるように感じたので、面談記録や報告の書式などとともに各種資料を将来的には健診センターのホームページからダウンロードできるようにしたいと考えている。何よりもまず、当センターで解析業務を行っていることの周知徹底を図りたい。

平成 30 年度の依頼数を見ると、前年に比べ 1 事業所（約 100 名）増加しているが、大幅増には至っていない。なかなか依頼数が増えない理由として、事業所の定期健康診断とセットで依頼されることが多いことから、大規模な新規契約は困難であるということが挙げられる。だが、受検者にとってストレスチェックが有意義なものとなるように、丁寧なサポートで実績を積んでいきたい。

第2分科会 質疑応答

座長 池田 秀夫

(佐賀県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長)

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

これから、質疑・応答を始めたいと思います。ご質問をされる方は、ご所属とお名前をおっしゃってください。

それでは、最初にご講演いただきました山形市医師会健診センターの取り組みにつきまして、ご質問のある方はどうぞ。

○北村良夫（大阪府医師会理事）

有川先生にお尋ねします。採算性が非常に困難であるようなスライドを拝見いたしました。訪問看護ステーションなどもやっておられないということになれば、新たに建てられて減価償却も大変でしょうし、山形市から補助金や委託金など何か入ってこなければ運営上困難ではないかと危惧しますが、その辺について教えていただきたいと思います。

○有川 卓（山形市医師会健診センター所長）

事業収入は健診で年間約9億円余り、それに委託検査等の収入が年間1億5,000万円で、合わせて約10億円余りになります。人件費の支出が約2億円で、それが今回3,800万円ほど増えたということで、事務支出の増えている部分に対する危機感が1つあるということが、今回の発表の1つの要点です。

また、事業支出で増えた内訳は、PCの導入や健診用の採尿キットなどの材料費です。医療施設近代化施設整備費を使って積み立てていたため、今回自己資金でかなり大規模なセンターを建築することができましたが、事業支出をチェックして圧縮を図っていかなければ、今後健全な運営はできないだろうと危機感を持っているところです。

○北村良夫（大阪府医師会理事）

山形市から補助金や委託金をもらわなくても、これまではやってこられたという理解でよろしいでしょうか。

○有川 卓（山形市医師会健診センター所長）

そうです。10年ぐらい前に建てたときにはかなりの援助をいただきましたが、今回は資金援助はありません。

○北村良夫（大阪府医師会理事）

すばらしくて、感嘆いたしました。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

ありがとうございました。他にございませんか、どうぞ。

○志田正典（佐賀県健康づくり財団専務理事）

2点、お伺いします。まず、私ども健康づくり財団も昨年1月に新築移転し、男女別のフロアで健診を行っております。おおむね好評を得ておりますが、アンケートを取りますと、女性の受検者の場合に女性医師を望まれる方が多いということがあります。そこで、同じようにアンケート等を取られて対応などされておられるかが1点と、LGBT対策で身障者用の個室の更衣室を設けておりますが、実際そういったものが使われているか、最近増えてきている傾向はあるかなど、教えていただければと思います。

○有川 卓（山形市医師会健診センター所長）

1点目の女性医師については、希望はありますが医師の確保が難しく、現在ご協力いただいている女性医師3名では不足している状態で、カバーできるのが週15単位のうちの3ないし5単位ぐらいのため、もっと増やしたいと考えているところです。

それから、LGBTですが、以前そういう方が受診されたこともあって今回こういう設備にしましたが、具体的にはまだ1名で、今年度も受診されましたが、健診時間を若干ずらして、周囲との関係にあまり軋轢が起きないような形で健診業務をしております。つまり、設備は設けましたが、具体的にはまだ利用されていません。

○志田正典（佐賀県健康づくり財団専務理事）

ありがとうございました。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にございませんか。ちょっと下世話ですが、自己資金は大体幾らぐらいですか。

○有川 卓（山形市医師会健診センター所長）

20億円です。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

自己資金が20億円とは驚きました。他にございませんか。それでは第2席の、高岡市医師会検査オーダーリングシステムの件で、白崎先生にお伺いします。

「TAK SYSTEM」という地元のシステム開発会

社と共同開発されたということですが、現在費用はどのくらいかかりますか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

200万円ぐらいです。

○加藤雅通（愛知県医師会理事）

オーダーリングシステムの件ですが、「TAK SYSTEM」と共同開発され、ご自分のところでメンテナンスをされて、医療機関のパソコンもうまく動くよう見ているとご説明されていたと思いますが、電子カルテのところ、設定などは相当手間がかかると思います。民間のシステム会社でもなかなか難しい仕事ですが、相当長けた方がスタッフにおられるということですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

そういうことだと思います。

○加藤雅通（愛知県医師会理事）

何人もおられるのか、それともお1人飛び抜けた方がおられるのですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

検査技師にたまたま1人飛び抜けた方がいて、その方ともう1人SEの2人で回っています。

○加藤雅通（愛知県医師会理事）

ありがとうございました。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にございませんか。特定健診も2回にしてよかったというお話がありました。1回目を6月から7月、2回目を10月にされているとのことですが、大体毎月実施しているところが多いと思います。他のところはいかがですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

富山市は年中実施しており、近隣の市も半年程度やっているところが多いですが、高岡市は最初から2か月ということで作っております。ただ、富山市と比べて受診率が低いかというところではなく、ある程度の受診率は維持されていると思います。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

年2回に分けて重点的に実施する方が、年中実施するよりもよいということですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

一応そのように理解しております。それがベストかどうかはわかりません。

○合地 明（岡山県医師会常任理事）

紙カルテのときに、打ち出すオペレーターはいまですか。ラベルプリンターで打ち出した際に、患者情報の結びつけをきちんと管理できる人が必要だと思います。また、例えばオートラベラーで出して、それを間違った人に使った場合の修正など、様々な問題点があると思いますが、そのあたりはいかがですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

ご指摘のとおり、当然各診療所にオペレーターなどいませんので、看護師あるいはスタッフが入力及び管理をしています。確かに、男性なのに女性になったり、入力時のミスはレセコンを打っているときにも起こりますので、それに関して修正をかけていくという方法を取っております。

○合地 明（岡山県医師会常任理事）

今後、データを共有していくときに、そういうちょっとしたミスが大きな影響を及ぼしかねないと思います。電子カルテの方には電子媒体で返せば返してもらえますが、紙カルテのときにはどういう形で返していくのですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

現在、紙カルテの場合は紙でお返ししておりますが、将来的にはビューワーを作ろうと思っておりますので、それで見るとような形にしたいと思っております。

○合地 明（岡山県医師会常任理事）

ネットにつながっているパソコンの方に返していくわけではないのですか。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

今のところ、そういうことは考えておりません。

○合地 明（岡山県医師会常任理事）

ありがとうございました。

○白崎文朗（高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

先生のご指摘は非常にためになることで、感謝いたします。ただ、確かにそれはヒューマンエラーに

なと思いますが、例えば手書きで検査オーダーをしても、ある程度の確率で間違いがあるのが現状だと思いますので、それに比べると機械を使っている分だけミスが減るのではないかと考えております。

○合地 明（岡山県医師会常任理事）

ID の1つを打ち間違えただけでも患者間違いにつながってくる可能性もあるため、どのようにそれを克服されているのかと思い、質問させていただきました。ありがとうございました。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にございませんか。それでは、次へ移ります。第3席は、岡山市医師会総合メディカルセンターの川邊先生のご報告でした。こちらクラウド型検査データ連携システムの構築についてですが、どなたかご質問ございませんか。勉強不足ですが、FMS事業とは何ですか。

○川邊一徳（岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者）

FMSとは、CT マネジメントシステム、あるいはサービスと言われる手法で、例えば検査会社からは機器とそれに伴う試薬を、試薬に関しては必要に応じた分により単価も設定されていて、それを検査会社に支払い、機器に関してはリース的な契約で、5年や7年で償却していき、保障も検査会社が行うものです。医師会側は検査会社に場所の提供を行い、人は医師会、人事管理等も医師会が行います。つまり、機器と試薬の使用に応じた包括的な契約で、検査システムについてもその契約をしているということです。そろそろ次の更新時期もまいているところです。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

それは経費節減という意味ですか。

○川邊一徳（岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者）

そうです。ただ、機器リースだけでは試薬のコストは下がりません。機器に附随して、例えば検査会社が推奨する試薬を使うとこのぐらいコストダウンできますというような形です。私どもも最初導入するときに、機器だけで、試薬は試薬メーカーからということでシミュレーションを重ねてまいりましたが、トータルのバランスで見るとFMSをした方がよかったと思います。ただ、欠点といいますか、

会計的には機器を資産として扱えないため、全部経費扱いになります。固定資産にはならないといふところだけ注意した方がよいかと思います。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

薬局はフレイルに対してどのような取り組みをされるのですか。

○川邊一徳（岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者）

岡山市医師会の場合、薬局と医療機関で手挙げ方式みたいな形でフレイルをやっています。ただ、フイービリティということが本当に大丈夫なのか、少し議論もされています。岡山市の場合はフレイルチェックが25項目あり、それから握力を測定することになっていますので、重症な患者さんや困っている患者さんを待たせて、それだけの時間が実際取れるのか、論議しているところです。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

ありがとうございました。他にございませんか。それでは、4席目は小倉医師会健診センター所長の本多先生です。産業医活動の支援としてストレスチェックをされているということですが、面談のご希望があった場合は、小倉医師会健診センターの産業医がされているのか、それとも事業所の産業医がされているのですか。

○本多直美（小倉医師会健診センター所長）

これは、事業所の産業医が行うということが原則になっています。私が嘱託産業医をしているところでは、私がしております。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にも、このように健診センターでストレスチェックをされているところはございますか。ご自分の健診センターのストレスチェックはされても、他の事業所のはしていないところが多いわけで、小倉医師会健診センターは他の事業所のをたくさんやっておられるということです。

○本多直美（小倉医師会健診センター所長）

大規模病院の職員のストレスチェックをすることが最初でした。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

しかし、PR 不足だったということですね。

○本多直美（小倉医師会健診センター所長）

おそらく、会員の先生方はあまり会報を見ておられないのではないかと思います。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

PRとして、健診会場にポスターを貼ることは、本当にメリットがありますか。大規模病院の院長に直接送った方がよいかもしれない。

○本多直美（小倉医師会健診センター所長）

職域健診を行っていますので、事業所のストレスチェック担当の方が来たときは、効果があるかもしれません。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にご質問はございませんか。全体を通じて何かございませんか。

○赤石 隆（宮城県医師会常任理事）

医師会立検査センターであれば、健診業務と会員からの検査業務から始まったものと思いますが、新規開業の先生に利用していただけない状態が続くと、先細ってくるという恐れがあります。何か工夫されているところがあれば教えてください。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

それでは講師の先生、もしくはフロアの先生方で、今のご質問に対してのご回答があればお願いします。

○不明

回答になるかわかりませんが、確かに新規開業の先生方の獲得は難しいのが現状です。ある程度値引きをすることもあります。なかなかできません。

川邊先生からもお話がありましたが、すでに開業するときにコンサルタントが決まっています。そのコンサルタントが知り合いの検査会社に検体を出すことになっていると思います。我々も開業支援をやっていきたいと基本的には思っていて、なるべく早い段階から新規会員の先生と接触を取ってメリットを前面に打ち出して、開業支援をやっていくのがよいと思っていますが、システムも最低限用意しておかないといけないのではないかと考えております。

○赤石 隆（宮城県医師会常任理事）

ありがとうございました。

○池田座長（佐賀県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

どこの検査健診センターにとっても悩みの1つと思いますが、なかなか新規開業の方々に使っていただけないのが現状だと思います。他に、今の問題や全体を通じてのご意見・ご質問等ございませんか。

それではないようですので、この辺で終わりにしたいと思います。ご協力ありがとうございました。

○坂倉健二（司会）

座長の池田先生並びにシンポジストの有川所長、白崎先生、川邊次長、本多所長、誠にありがとうございました。また、質疑・応答でも活発なご討議をいただき、感謝申し上げます。以上をもちまして、第2分科会を終了いたします。

なお、明日の分科会報告は、座長の池田先生からお願いしたいと思います。先生、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、皆様、長時間、誠にありがとうございました。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」 第3分科会（介護保険関連施設関係）

座長 利根川 洋二（埼玉県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

シンポジウム

1. 埼玉県内郡市30医師会在宅医療支援センター（埼玉県）

埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長

小 川 郁 男

I. はじめに

埼玉県は、今後急速に高齢者の人口増加が見込まれており、数年前から県内各地域で在宅医療支援システムをどのように築き上げるかということで検討してきたが、県内各地域には財源・マンパワー等で地域格差があり、地元の力だけでは実行できない地域が出てくる。そこで、県医師会がルールづくりをしようということで取り組み、この度一定の成果をみることができたので報告する。

私ども埼玉県医師会は30郡市医師会で成り立ち、会員数は6,900名。そのうちA①会員が3,500名ほどである。県内医師会の共同利用施設は、老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等、35介護保険関連施設が登録されている（図1）。

埼玉県の人口動態（2018年）は、人口が773万人ほどで、そのうち65歳以上の人口が180万人。

高齢化率は25%と全国平均レベルである。しかし、要介護認定者は2025年には2015年比+49%、2040年には+97%と推計されており、今後はトップスピードで高齢化が進行し、総人口は2035年までに5%減少と予測されているが、2040年頃までは高齢者人口の増加が見込まれている（図2）。特に75歳以上の人口増加が全国一の伸び率となり、そのための医療ニーズの増加と変化に対応する在宅医療の課題と対応が検討され、2025年には現在の4万5,000ベッド数にプラス4,000床、1.8倍の在宅医療の需要増加が窺われる（図3）。

II. 行政と協働 埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業 拠点整備から

そこで、2015年に県医師会は埼玉県と協働のもとに、在宅医療提供体制充実支援事業（金井プラン）を開始した。このための運営費として、地域医療介

埼玉県医師会

郡市医師会数：
30郡市医師会（他 大学医師会2）

▶会員数（令和元年5月1日現在）：合計6,905人

（A1）3,553人 （A2B）996人 B 2,254人

（A2C）7人 C 95人

・県内医師会共同利用施設（介護保険関連施設）の届出状況

老健3、訪問看護ST16、在宅介護支援センター1、地域包括支援センター4、ヘルパーST1、居宅介護支援事業所10

在宅医療支援センター（連携拠点）33（33サイト含む）

図1

2018年 埼玉県の人口動態

（日医総研「キョウノハ」No.427地域の医療介護提供体制の現状市町村別データ集）

▶人口 77,266,534人

▶平均寿命は男性80.8歳、女性86.7歳で全国平均並み。

▶65歳以上人口 1,804,346人 高齢化率25%（全国平均レベル）

▶高齢者世帯数 978,088（うち夫婦世帯35%…やや高く独居世帯は28%と低い）

▶死亡場所 自宅 13%…全国平均レベル、老人ホーム 6%…全国平均レベル

▶要介護認定率 11%…全国平均レベル（うち要介護3以上が要介護者数に占める割合は47%…やや低い。）

▶要介護数（認定者）は全国認定率を用いた推計によると2025年に2015年比+49%、2040年に2015年比+97%と推計されている。

図2

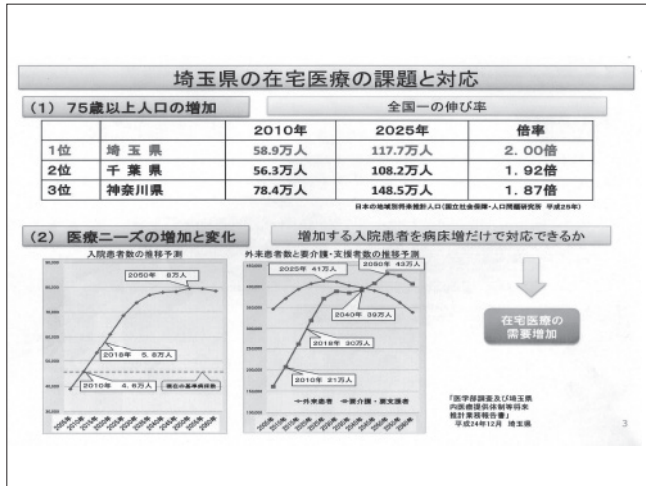


図 3

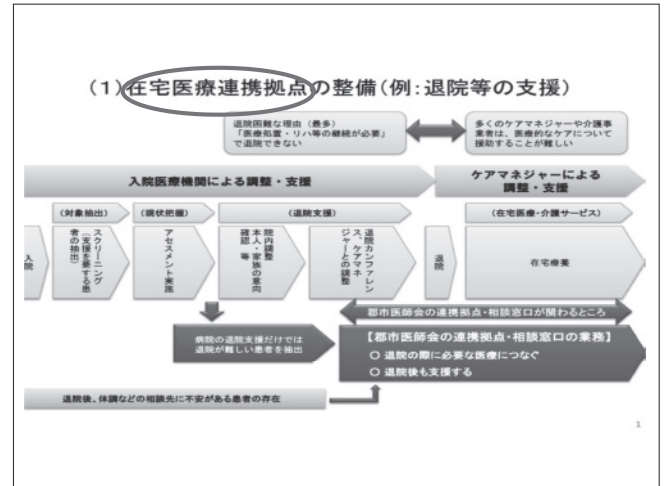


図 5

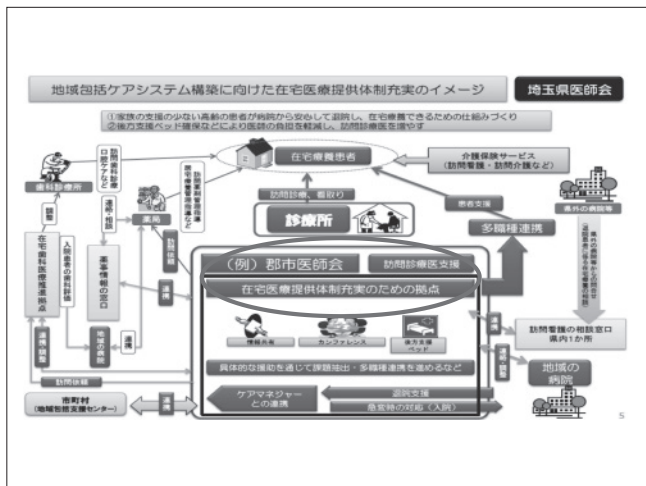


図 4

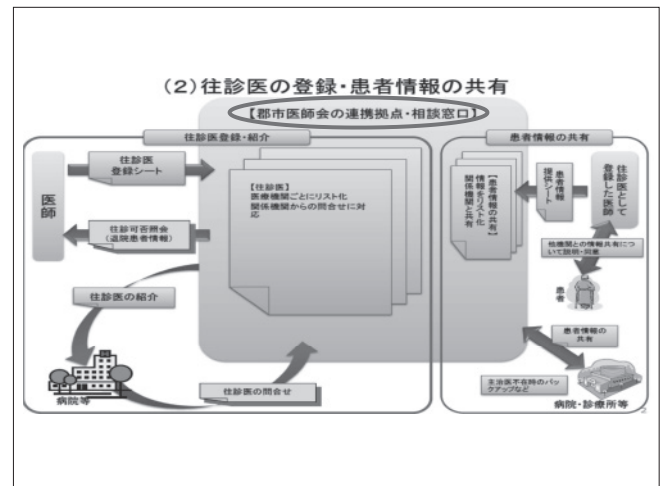


図 6

護総合確保基金の在宅医療推進のための基金を原資とした。まず、在宅医療連携拠点（在宅医療支援センター）を 30 郡市に設置し、その拠点を基に往診・訪問医の登録、そして患者情報の共有、さらに急変時の入院先ベッド（後方支援ベッド）へとつなげた。この他に連携拠点は、各地域における①地域住民への普及啓発、②在宅医療に関する相談、③地域資源把握（地域包括支援センターと連携）、④医療・介護関係者の情報共有支援（MCS）に携わっている。連携拠点の担当職員には、医療や介護保険に精通した（ケアマネジャー）ナースが常勤し、在宅医療の橋渡しとして退院の際には必要な医療・介護につなぎ、在宅医療支援に取り組んでいる（図 4, 5, 6, 7）。

このシステムが構築されたことにより、医療情報に乏しいケアマネジャーや介護保険制度に詳しい方が少ない医療関係者の地域においても、支援が可能となった。拠点での相談件数は年々増加しており、

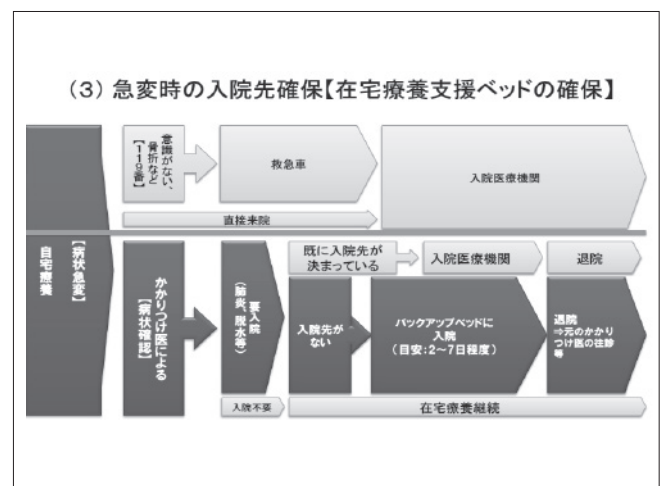


図 7

4 割はケアマネジャー・介護施設等、3 割が病院関係者、2 割ほどが本人・家族からの相談件数である。このように、連携拠点はあくまでも相談窓口として機能して往診医・訪問診療医を支援するためには、

往診医から患者登録シートを入手し、服用薬、キーパーソン等の情報管理をしており、県下30連携拠点がICTを用いて同様に管理している。また郡市医師会では、往診・訪問医が安心して在宅支援に取り組めるように、急変時の入院ベッド（後方支援ベッド）を確保した。2015年度からの3年間で全郡市医師会に拠点が設置完了し、埼玉県は2018年1月号の広報誌で、在宅医療連携拠点（在宅医療支援センター）が医療・介護の両面からサポートする旨を県民に周知し、全県下の在宅医療連携拠点は2018年度より市町村主体の地域支援事業へとスムーズに移行した。在宅医療連携拠点（在宅医療支援センター）の設置状況は、①郡市医師会：8地区、②市町村が場所を提供：7地区、③共同利用施設：8地区、④病院等に委託：7地区、である（図8）。

Ⅲ. 1 郡市医師会（坂戸鶴ヶ島医師会）の取り組み

ここで、1郡市医師会の取り組みとして、坂戸鶴ヶ島医師会の在宅医療支援について報告する。私どもの医師会は県内のほぼ中央部に位置し、都心まで1時間ほどで、坂戸市、鶴ヶ島市両市民17万人（高齢化率27%）の保健・医療・介護に携わっている。会員数は141名。そのうち93名がA①会員であり、病院が7施設である。私どもは2008年度に在宅医療等推進委員会を設置し、医師会が旗振り役となり、行政や多職種とともに顔の見える関係づくりを開始した。市民公開講座、研修会、講演会等、年に10項目ぐらい頻繁に開催してきた。当医師会の共同利用施設である訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所の2018年度実績は、訪問件数8,643件、併

設居宅介護支援事業所は1,389件である。もう1つの共同利用施設である看護専門学校は、1990年に開校し1,000名を超える卒業生を輩出している。特色として、卒業生の8割は地元の医療機関に残り、ともに医療・介護に従事していることである。地域医療における当医師会と行政との関わりは、国の地域医療再生基金を基にした両市からの事業を委託し（2013～2015年）、国の推奨する（ア）～（ク）までの8項目に取り組み、2015年度からは埼玉県在宅医療充実支援事業と相まって進めてきた（図9）。当地区の在宅医療連携拠点（在宅医療支援センター）は、県内でもいち早く2014年10月在宅医療相談室の名称で開設し、当医師会共同利用施設である訪問看護ステーションの看護師が管理職に就き、県下30地区のコーディネーターとも密な連絡を取り合っている（図10）。また、埼玉県医師会では情報共有の連絡ツールとして、完全非公開型の医療介護専

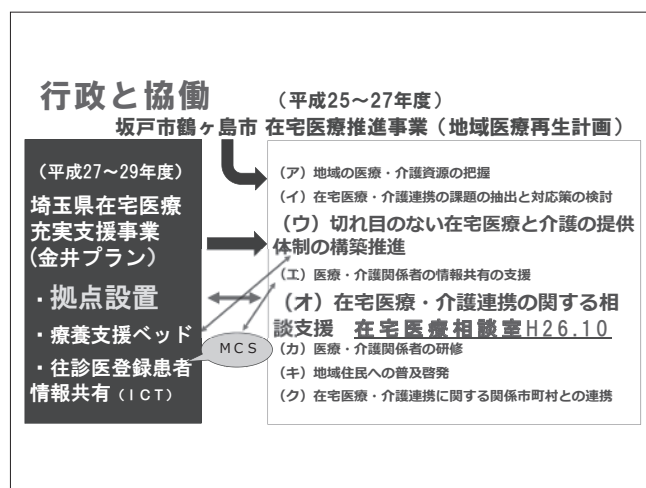


図9

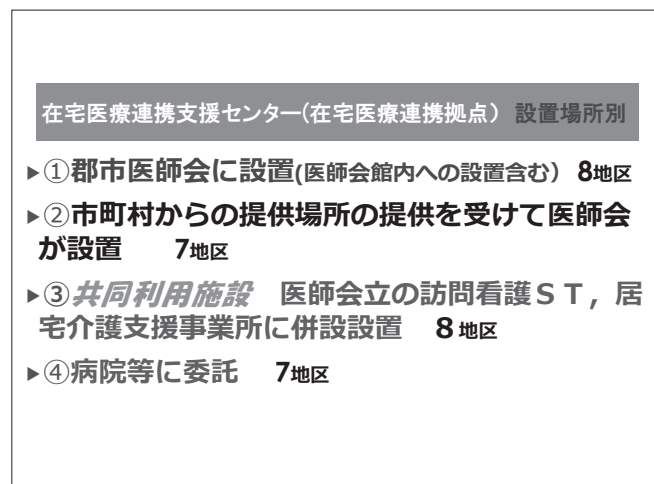


図8

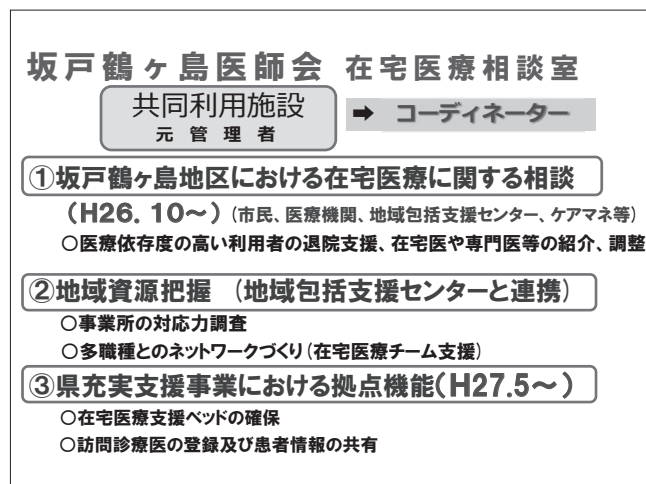


図10

用 SNS, MCS メディカルケアステーションを採用した。多職種連携間での情報漏えいを防ぐために各地区で厳正に規約を整備し、当地区では医師会員が管理者としてしっかり管理運営し、県下 30 地区拠点どうしてもこの MCS で繋がっている (図 11)。2019 年 4 月 1 日現在のさかつる在宅ケアネット登録数は、行政 (高齢者福祉課)、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等 71 件。職業別ではケアマネジャー、医師、薬剤師、栄養士等 178 人である (図 12)。

Ⅳ. 拠点はつながりの始点

連携拠点が活動している事例として、地域包括支援センターとの交換会、病院・診療所に勤務する看護職同士の情報共有としての懇話会、また中核病院の先生方と開業医との、顔の見える情報共有の場の設定。さらにケアマネジャーとの意見交換会等々、

様々な分野で連携づくりをしている。

当医師会は、地域住民との協働活動を進め、「安心・安全な地域づくり」を目指すために、2017 年両市と委託事業を結び、行政と協働で「地域包括ケアシステム推進協議会」を設置した。そこに専門職の他に地域住民、社会福祉協議会、民生委員、保健所の方々も委員として招聘し、定期的な会合を開催している。専門職の委員は、地域住民が開催している勉強会やサロン活動に出向き要望に応じている。各専門委員の一覧表は、公民館、役所などの窓口やホームページに記載している (図 13)。

Ⅴ. 最期に (そして現在進行形)

埼玉県医師会は地域包括ケアシステム推進委員会を中心に、前述の在宅医療提供体制充実支援事業を進めてきたが、他にも県内の療法士、看護師、介護士、老健協会、栄養士、薬剤師、歯科医師等々多く



図 11

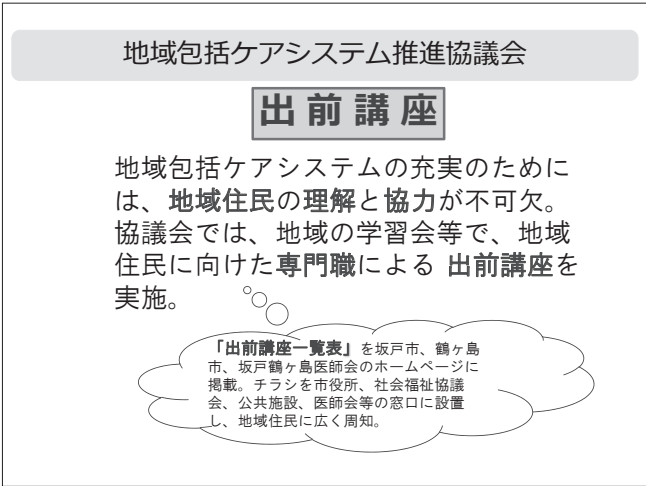


図 13

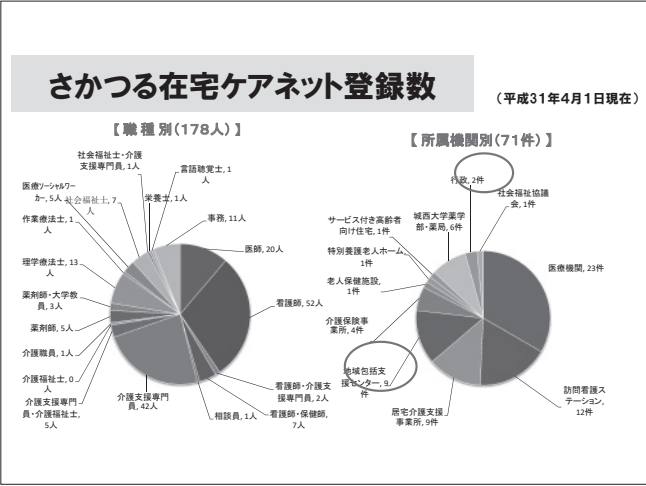


図 12

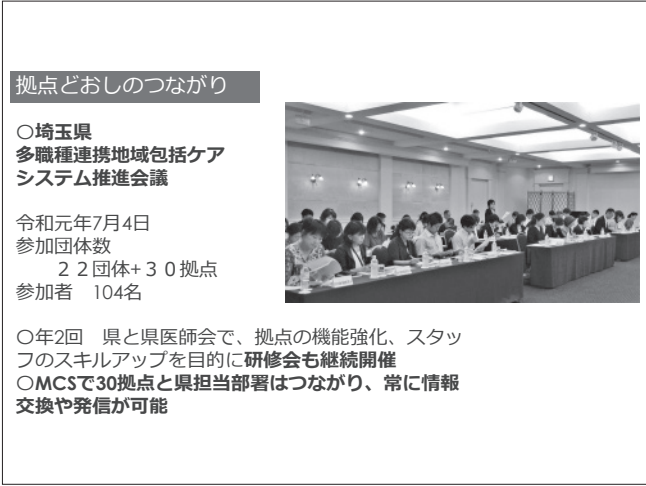


図 14

の団体との推進会議や県と協働の研修会を開催し、全県下で共通する在宅医療・介護の連携システムを構築して、郡市医師会同様に情報の共有化を図っている（図 14）。こうした取り組みのなか、第 1 回日本在宅医療連合学会で県職員が医師会と県との取り

組みについて報告し、この度埼玉県在宅医療連携拠点協議会主催の講演会を開催した。今後の超高齢社会を支えるには、医師会と行政の協働体制で地域づくりに取り組むことが重要である。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

座長 利根川 洋二(埼玉県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長)

シンポジウム

2. 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

「松阪地区医師会居宅介護部門の取り組み～地域包括ケアシステムの構築に向けて～」

松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長

平 岡 直 人

I. はじめに

三重県は紀伊半島の東部に位置し、北部は伊勢湾と、南部はリアス式海岸が特徴的な志摩半島から熊野灘で太平洋に面し、その海岸線長は1,000kmを超え、4か所の国立・国定公園と5か所の県立自然公園を有する豊かな自然に恵まれた県である。松阪市は南北に長い県の中部に位置し、国学者として有名で医師でもあった本居宣長、世界的映画監督の小津安二郎、北海道の名付け親である松浦武四郎らの偉人を輩出し、松阪牛、松阪木綿などの特産品でも知られる。開府の祖は戦国時代の武将、蒲生氏郷侯で、江戸時代には日本三大商人の一つである伊勢商人が多く住まいにした豪商の町であった。三井家創業者の三井高利は松阪市出身の豪商の一人で、宣長の実家小津家もその内の一つである。現在も松阪市は、JR紀勢本線や近鉄大阪線・山田線沿線が乗り入れる三重県における経済拠点の1つである。

II. 松阪地区医師会区域と主な居宅介護サービス提供地域の背景

松阪地区医師会は、松阪市と多気町、明和町、大台町の多気郡3町を区域とし、令和元年9月7日現在、会員数437名、診療所145施設、病院10施設からなる。

各地区の総面積は、松阪市623.6km²、多気町103.1km²、明和町40.9km²、大台町362.9km²で、人口と世帯数は、松阪市163,542人、7,3817世帯（令和元年12月1日現在）、多気町14,526人、5,707世帯（令和元年11月30日現在）、明和町23,133人、49,138世帯（令和

元年12月1日現在）、大台町9,215人、4,195世帯（令和元年10月末日現在）となっている。これらの地域の中で、当地区医師会の居宅介護部門の主なサービス提供地域は、医師会館の地理関係上、市街中心地域となっている。総人口は減少傾向にある一方、65歳以上の人口は増加傾向で、令和元年8月1日時点で47,784人に達し、高齢化率は30.0%と令和元年度版高齢者白書による全国平均の28.1%を上回っている。また、75歳以上の後期高齢者数は25,370人で、その割合は15.9%であった。少子化と高齢化により、人口ピラミッドも壺型に移行している（図1）。

平成17年、松阪市は嬉野町、三雲町、飯南町、飯高町と合併し現在の規模となったが、世帯数、高

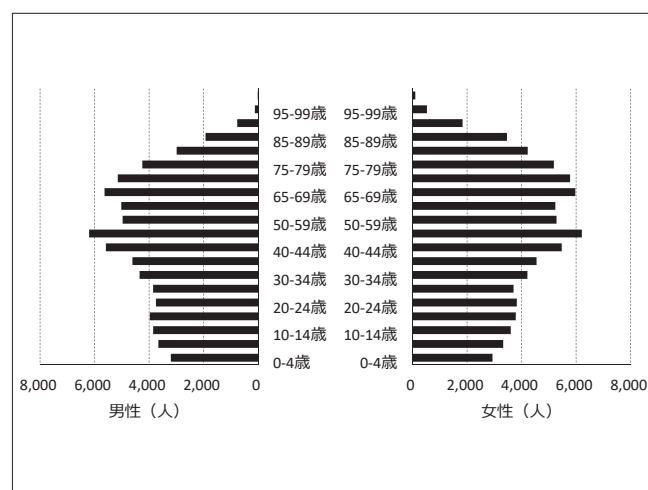


図1 松阪市人口ピラミッド（男女別、5歳年齢階級人口）

（2019年7月時点の松阪市住民基本台帳データより作成。）

高齢者数などの地域特性をみると（図2）、既成市街地の本庁管内人口が121,282人と市全体の73.6%を占め、次いで、交通の要所で市街地でもある嬉野管内が19,833人（12.1%）で、いずれも高齢化率は30%弱となっている。また、三雲管内は隣り合う津市ともつながりが深く新興住宅街も多いため、高齢化率が21.4%と最も低い。一方、山間部である飯南管内および飯高管内では高齢化率が、各々、40.7%、50.6%と著しく高い。

Ⅲ. 介護保険制度と松阪地区医師会の対応

平成12年4月に介護保険制度が発足し、介護保険制度のベースにある介護認定審査会出務は基本的に医師会員の全員が参加するという、独自の“松阪地区医師会方式”でスタートした。これに先立ち、平成10年度より2年の準備期間に種々のモデル事業が行われ、平成11年4月1日、松阪地方介護広域連合が発足し、9月9日に審査委員長、および、審査委員の委嘱があった。厚生省方針では委員数名としていたため行政の抵抗は強かったが、審査員の負担軽減を図るため会員宛に介護認定審査会の出務を募り、医師110名が審査員に委嘱され、同年10月5日に第1回審査会を開催した。これは県下でトップのスタートであった。平成18年度から介護予防給付が追加されて以降も、松阪市、および、多気郡3町からの増加する申請に対する審査会も円滑に

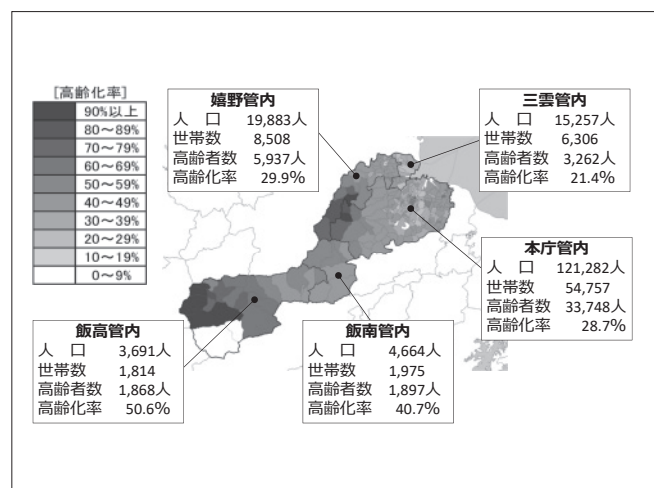


図2 松阪市地域別人口の現状と高齢化

（2018年10月1日時点の住民基本台帳データを基に作成。第二次松阪市健康づくり計画。第2章。松阪市の健康を取り巻く現状。1. 保健統計資料から見た市の現状。2) 地域別の特性。図を改変。）

運営されている。要介護・要支援認定率をみると、松阪市の場合、20.8～22.5%と、全国や三重県の平均より高水準で推移している（図3）。また、多気町の場合は19.9～21.1%（平成24年度～29年度）、大台町は20.9%～23.0%（平成24年度～29年度）と、松阪市と同様認定率が高いが、明和町では13.7～15.0%（平成21年度～28年度）と、低い水準で経過している。

また、介護支援専門員協会に対しても、当地区医師会が設立当初より指導的立場でその発展に協力してきた。平成12年8月に松阪地方介護支援専門員連絡協議会が、平成14年8月に三重県介護支援専門員連絡協議会が設立されているが、いずれも当地区医師会の協力によるところが大きい。その後、平成17年11月に日本介護支援専門員協会が設立されると、平成18年6月には前述の連絡協議会が現在の三重県介護支援専門員協会となったが、その松阪支部は県内で最も大きい組織で、当地区医師会の居宅介護部門総括長が現在の支部長を務めている。

Ⅳ. 松阪地区医師会居宅介護部門の構成と成り立ち

現在の松阪地区医師会の居宅介護部門は、介護保険申請の代行、ケアプラン作成、施設入所手続等を行う居宅介護支援事業所、看護師、理学療法士、作業療法士がサービスを提供する訪問看護ステーション、身体介護、生活介護、介護予防訪問介護などを

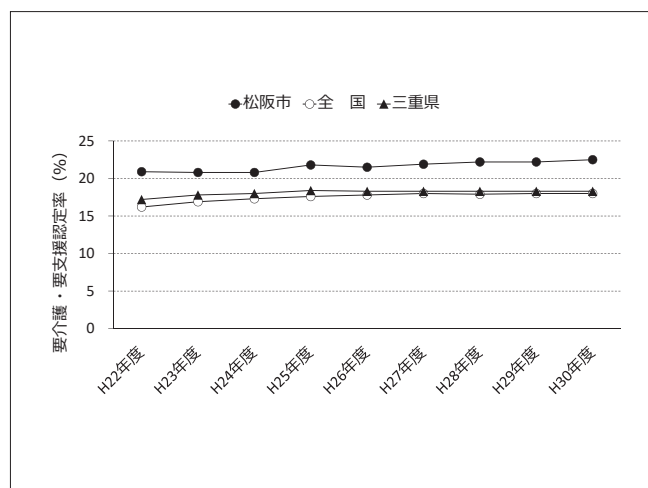


図3 松阪市の要介護・要支援認定率の推移

（注）認定率とは、第1号被保険者（介護保険のうち65歳以上の被保険者）における要介護・要支援と認定された者の割合。）

担当するホームヘルプステーション、さらに、松阪市からの委託事業である松阪第一包括支援センターの4部門より構成され、公益社団法人松阪地区医師会の公益部門として重要な役割を果たしている。

表1は、当地区医師会の居宅介護部門の歩みをまとめたものである。平成3年10月の老人保健法等一部改正に伴って老人訪問看護制度が創設されたことを受け、行政との度重なる折衝の末、平成6年11月、当時、市内で唯一となる老人訪問看護ステーションが設立された。訪問看護の質を高めることを目的とした医師会立ならではのモデル的な訪問看護ステーションであり、介護保険制度発足以降も常に質の維持・向上を念頭に体制を整え、呼吸療法認定士による呼吸リハビリテーション、理学療法士と作業療法士による訪問リハビリテーションにも取り組んでいる。

次いで、数年に渡る理事会での論議を経て、平成12年4月、介護保険制度が発足すると同時に、居宅介護支援事業所とホームヘルプステーションを新たに開設し、介護保険サービス事業への積極的な展開を開始した。さらに、翌年4月には在宅介護支援センター運営を松阪市からの委託事業として受け、担当地域の老人福祉に関する情報提供、相談・指導、実態把握などを行うようになった。

平成18年4月、介護保険法改正に伴い介護予防給付が創設され、地域住民の保健・福祉・医療のネットワークの拠点、高齢者虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に執り行う機関として各市町村に地域包括支援センターを設けることが義務付けられた。松阪市には5つの地域包括支援センターが

表1 介護保険制度および行政施策と松阪地区医師会居宅介護部門の歩み

平成	法令・行政施策関連ほか	松阪地区医師会
3年	老人保健法等一部改正	
6年		老人訪問看護ステーション開設
12年	介護保険制度施行 松阪地方介護支援専門員連絡協議会設立	居宅介護支援事業所、ホームヘルプステーション開設
13年		在宅介護支援センター開設
14年	三重県介護支援専門員連絡協議会設立	
17年	日本介護支援専門員協会設立	
18年	介護保険法改正 三重県介護支援専門員協会設立	松阪市第一包括支援センター受託
20年		“地域けあネット”開催
26年		公益法人松阪地区医師会認可
29年		新医師会館竣工
30年	松阪地域在宅医療・介護連携拠点設置 松阪市認知症初期集中支援チーム設置 奥伊勢在宅医療介護連携拠点支援相談窓口設置	

あるが（図4）、すべて外部委託方式で運営されており、その内の第一地域包括支援センターを当地区医師会が受託・運営している。一方、多気郡3町においてはいずれも直営方式となっているが、実際には各町とも社会福祉協議会職員の出向により運営されている。

平成26年4月1日、松阪地区医師会は公益法人に認可され、新たなスタートを切った。さらに平成27年7月には新医師会館が竣工し、その1階部分の約半分を占める広大な1ルームを居宅介護部門に割りあてて、事業が継続されている。平成30年4月には、松阪市と多気郡3町の一部委託事業として、当地区の広域的な在宅医療と介護の連携を図るための「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」と、松阪市の事業である「松阪市認知症初期集中支援チーム」をも地区医師会館内に設置し、一階フロアのほぼ全体がこの地域の在宅医療と介護を通して、健康増進と公衆衛生の向上に寄与する重要な拠点となっている。

V. 松阪地区医師会居宅介護部門の現況、および、経営状態に関して

松阪地区医師会居宅介護部門には、松阪市在宅医療・介護連携拠点従事者も併せると、平成31年4月時点で合計37名の職員が在籍している。介護支援専門員は、居宅介護支援事業所に9名、包括支援センターに3名が、保健師・看護師は、訪問看護ス

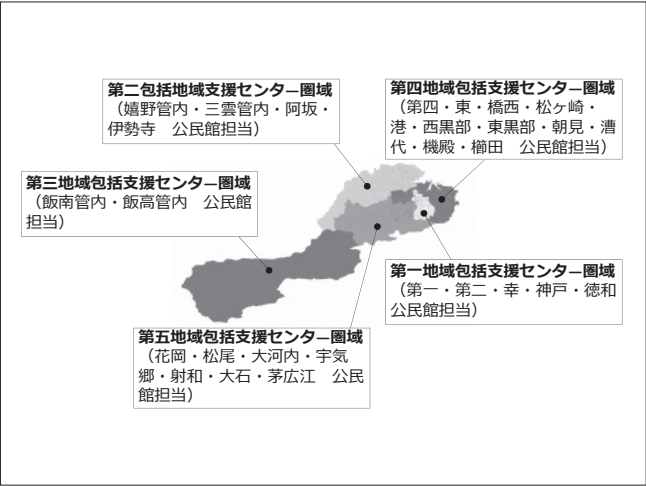


図4 松阪市5つの地域包括支援センターの圏域（松阪市第8次高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画。第2章。高齢者を取り巻く状況。1. 高齢者を取り巻く状況。（4）地域包括支援センター別の状況、図より改変。）

ーションに5名、包括支援センターに3名が所属している。また、理学療法士2名、作業療法士1名が訪問看護ステーションに所属し、理学療法士のうち1名は呼吸療法士の認定資格を持っている。ヘルパーステーションは5名で運営され、必要部門には事務職員も計5名を配置している。

本部門の特色は、訪問入浴を除くすべての訪問系サービスが揃っていることで、利用者に対して多面的なケアを統一された方針の下で提供できる利点がある。また、包括支援センターが存在することにより、支援や介護が必要な対象者に効率よくサービスを提供することも事業継続の上で有利な点である。しかし、当地区医師会居宅介護部門の事業活動収支をみると（図5）、いずれの部門も事業収入が支出を上回ってはいないが、実際には公益法人内の他部門より繰り入れを行っており、特にヘルパーステーションでは、自力のみで収入を増やすには相当の努力が必要な状況になっている。

居宅介護支援事業所の業務の一つであるケアプラン作成の実績を、平成25年度以降の年間件数でみると、その数は順調に増加傾向を示している（図6）。収入の異なる3つのカテゴリー別の件数を平成25年度と30年度とで比較すると、収入の少ない介護予防サービス要支援1・2が391件から706件へと80.1%もの増加が得られたのに対し、支援費（Ⅰ）

要介護1・2は1,398件から1,744件へと24.7%の増加に、最も収入の多い支援費（Ⅰ）要介護3・4・5は785件から1,015件へと29.3%の増加にとどまった。

平成22年以降のホームヘルパーステーションの収入内容と訪問人数・訪問回数をみると、訪問回数と月間収入とは、ある程度、連動していることがわかる（図7）。収入の内訳をみると、平成30年4月1日より介護保険制度改正で新たに「総合事業」が開始され、「介護予防」の収入分がそれに移行していることがみてとれる。単価の安い「生活援助」による収入はさらに減少する一方、単価の高い「身体介護」の割合が減少して、比較的単価の低い「身体・生活」に置き換わっている。総収入は新規加算があることにより維持されているようにみえる。入所施設を持たない当地区医師会のような居宅介護部門では、より介護度の高い利用者を獲得するための営業活動を行うことが今後の課題になると考えられる。三重県内で医師会立のホームヘルパーステーションを維持しているのは、平成31年4月現在、松阪地区医師会のみである。

平成22年度以降の訪問看護ステーションの1か月あたりの利用者数と年間の訪問人数・回数をみると、介護度の高い利用者数が徐々に減少しているのがわかる（図8）。特に、要介護度5の利用者は平

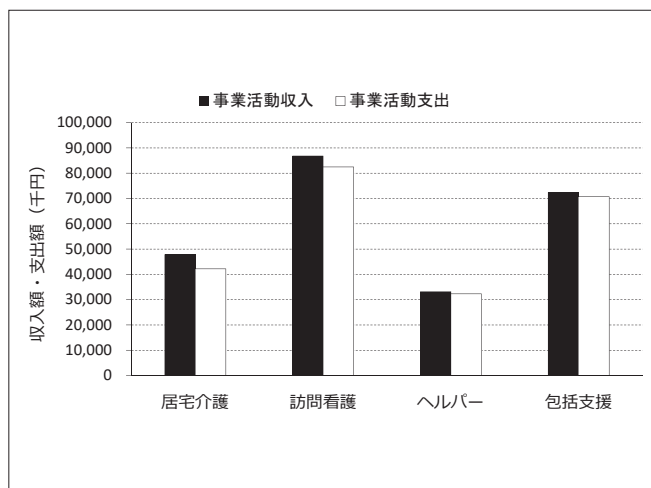


図5 平成30年度の各部門の事業活動収支

（注）居宅介護：居宅介護支援事業所，訪問看護：訪問看護ステーション，ヘルパー：ホームヘルパーステーション，包括支援：第一地域包括支援センター）

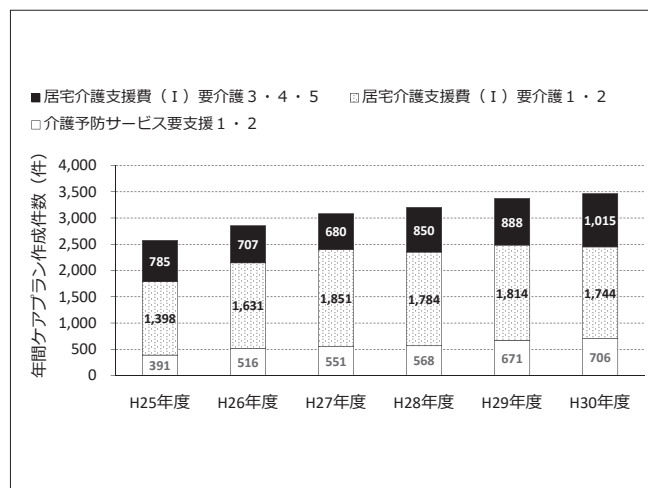


図6 居宅支援事業所におけるケアプランおよび介護予防ケアプランの年間作成件数の推移

（各年度のケアプラン作成件数を、居宅介護支援費（Ⅰ）要介護3・4・5、居宅介護支援費（Ⅰ）要介護1・2、介護予防サービス要支援1・2の、3つのカテゴリー別に分けて集計。作成件数は各年度の延べ件数を使用。）

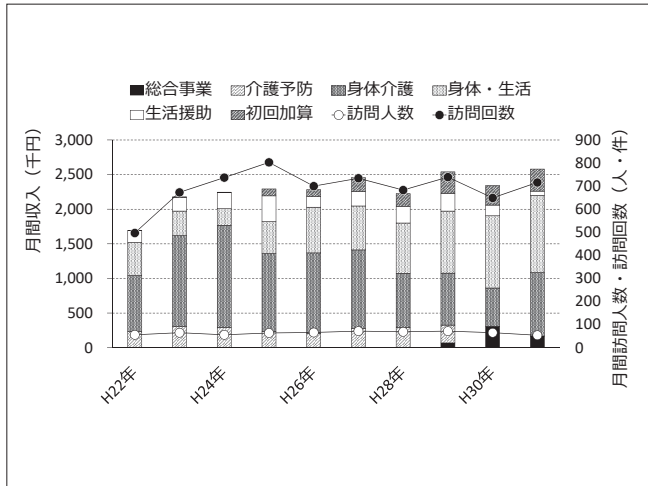


図7 ホームヘルプステーションの月間収入内容と月間訪問人数・訪問回数の年次推移

(収入内容を、介護予防・日常生活支援総合事業：総合事業、介護予防サービス、要介護認定者に対する身体介護、身体・生活、生活援助などの介護給付サービス、初回加算の内容別に集計。月間収入および月間訪問人数・訪問回数は各年の4月分で比較。)

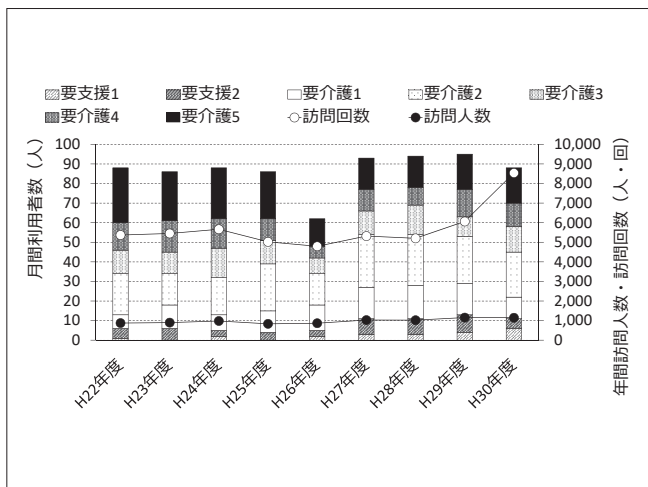


図8 訪問看護ステーションの1か月あたりの利用者数と年間の訪問人数・訪問回数の推移

(対象は介護保険による訪問看護利用者のみ。1か月あたりの利用者数は各年度の4月分の利用者を用い、要介護・要支援の各区分別に集計。)

成22年度28人であったが、平成26年以降は18人以下と少なくなっている。また、平成26年度は人員不足の影響により実績が大きく減少した。訪問看護事業においては、慢性的な人材不足が今後も問題となってくると思われる。なお、平成30年度に訪問回数が増えているが、1回の利用時間によるカウ

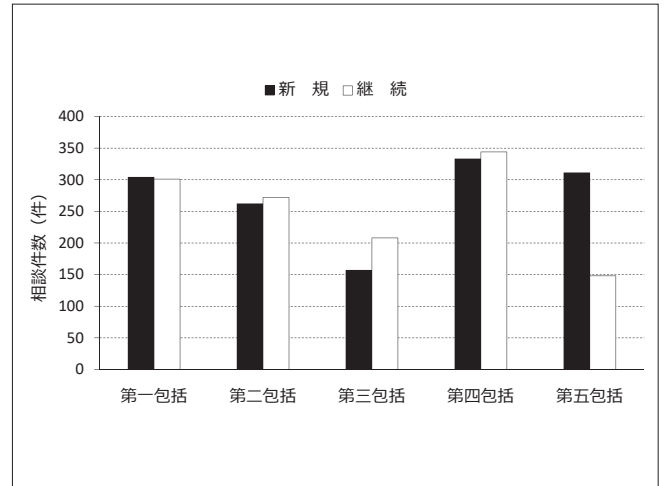


図9 松阪市の5つの地域包括支援センターの1年間の相談件数の比較

(平成30年度に松阪市内5か所の地域包括支援センターが総合相談を受けた件数(実人数)を新規事例と継続事例とに分けて比較。)

ント方法が変更となったためのものである。

地域包括支援センターの業務は、総合相談、事業対象者または要支援1・2認定者のケアマネジメント業務、公民館での教室開催、介護予防サポーター養成、虐待早期発見と防止啓発、各種集いの場立ち上げ支援、ネットワークづくりやケアマネジメント支援、さらには、松阪地域在宅医療・介護連携拠点との協力など多岐にわたる。

前述の通り、松阪市内の地域包括支援センターは5か所に分けられているが(図4)、医師会が委託されている第一包括支援センターは、駅前など人口の多い市街中心域を担当としている。平成30年度の総合相談の件数は605件あり、その内、304件は新規相談で、圏域内の人口の約3%にあたる(図9)。相談内容は介護保険・保健福祉サービスに関することが最も多いが、認知症やこころの健康問題から、独居・高齢者世帯等の生活全般、消費者被害、虐待・権利擁護の問題など幅が広く、高齢者に関するあらゆる相談を対象にワンストップで応じる機関として存在意義が大きい。また、担当地域内の総合相談支援の一環としての訪問や、75歳になった市民で介護認定を受けていない住民への全数訪問などの実態把握活動も行っている。

保険制度の改正による介護予防政策に向けられた地域包括支援センターの多彩な活動の成果が表れるまでには、本来、相当の時間を要すると思われるが、既にその一端と思われる現象が表れ始めている。松

阪市内の要介護・要支援認定者数の年度別推移をみると（図10）、高齢化に伴う認定者数の自然増加がみられる一方で、平成21年度と平成29年度を比較した場合、要支援1・2、要介護1の認定者数増加率が43.3%であったのに対し、要介護2～5のそれは約22.6%に抑えられていた。また、要介護度2～5までの認定者数の各年度の総認定者数に占める割合も、平成21年度が61.6%であったのに対し、平成29年度が57.9%、平成30年度が57.2%と減少傾向がみられる。さらに、平成30年度は総認定者数そのものも減少に転じている。市内の各地域包括支援センターによる介護予防事業が功を奏し、介護度の高い認定者数割合の減少が得られたのみならず、総数の減少に結び付いた可能性があると考えられた。

また、平成20年6月には、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務として、地域包括ケアの推進と専門職の資質向上、各種ネットワーク構築を目的に、県内唯一の医師会立地域包括支援センターならではの医療連携に重点を置いたシステム「地域けあネット」を設立した。地域包括ケアを有効に機能させるための保健・医療・福祉に関連する地域資源マップを作製する他、事例検討、地域ケア会議、各種講話・勉強会などを隔月で開催している。参加者は医師会包括支援センター担当地域に勤務先を有する

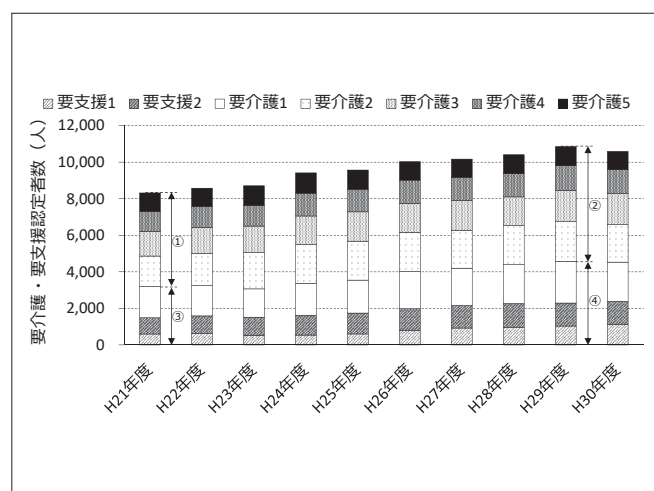


図10 阪市内の要介護・要支援認定者数の年度推移

（要介護2～5までの認定者数は、平成21年度：5,124人（①）、平成29年度：6,281人（②）、要支援1・2、要介護1の認定者数は、平成21年度：3,192人（③）、平成29年度：4,573人（④）。各年度とも3月31日時点で集計。）

ケアマネージャー、および高齢者ケア専門職に加え、当地区医師会、歯科医師会、薬剤師会の会員等となっている。また、地区医師会の公益目的事業として、多気郡を含めた他の圏域にも事業を展開している。

VI. 「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」、 「松阪市認知症初期集中支援チーム」の概要

平成30年4月に、松阪地区における広域的な在宅医療と介護の連携を図るため、1市3町共同で松阪地区医師会への一部委託による「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」を設置した。松阪市第一地域包括支援センターが人件費委託を受ける形で、所属の看護師と事務員を派遣し、松阪市職員とともに業務を行っている。また、年2～3回の頻度で開催されている連携拠点運営委員会にも、医師会居宅介護部門担当理事が全員参加するなど、事業の進捗管理等を行っている。なお、大台町においては、南部の大紀町と共同で、大台厚生病院への委託による「奥伊勢在宅医療介護連携支援相談窓口」も設置している。

同連携拠点における主な取組状況を列挙すると、松阪地区医師会、歯科医師会、薬剤師会の各団体会員に対し、在宅医療に関連する医療資源の把握のためのアンケートを実施、大台厚生病院における緊急時バックベッド5床と地域包括ケア病床16床を確保、ICTを用いた情報共有システムを導入、入退院時間関係者による協議会「顔の見える連携部会」における「在宅医療・介護連携ハンドブック」を作成、多職種連携研修会を実施、その他、認知症当事者講演会や市民公開講座などによる住民啓発活動などとなっている。

同連携拠点の開設と同時に、「松阪市認知症初期集中支援チーム」も医師会館内に設置された。チームは、市職員の保健師1名に、松阪市内に2か所ある精神科病院から専門医2名と精神保健福祉士3名を加えるといった、専門性の高い委員により構成されている。地域包括支援センターや介護支援専門員、かかりつけ医等より寄せられた相談事例を対象に、月に1度開催されているチーム員会議において支援方法を検討している。会議にはチーム員に加えて、医師会担当副会長、担当理事、サポート医、かかりつけ医等も参加するなど、医師との連携がとりやすい環境を維持しつつ、医師会の協力の下に事業が進められている。

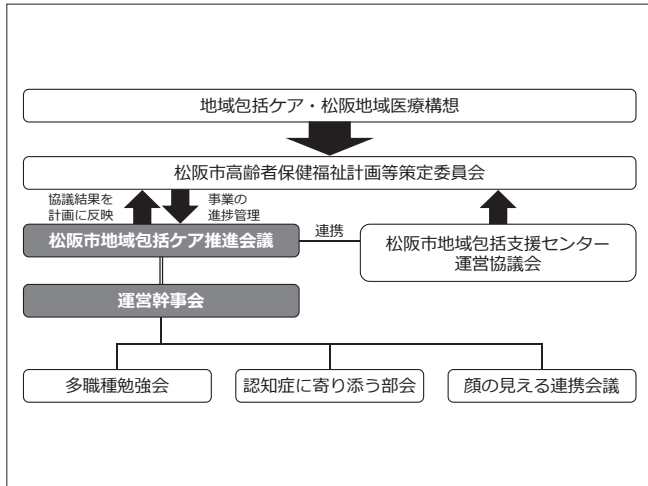


図 11 松阪市の地域包括ケア推進に関する会議等の関連図

(松阪市第8次高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業計画、平成30年4月、第3章 計画の基本理念と基本的な考え、2. 基本的な考え:地域包括ケアシステムの推進、＜松阪地域包括ケア推進会議の運営＞・松阪市地域包括ケア推進会議―各種会議の関連図より改変。)

Ⅶ. 地域包括ケアシステム構築に向けて

当地区医師会は、松阪市においても展開されている地域包括ケアシステムの構築に向け、行政と連携して積極的かつ指導的立場で活動を行っている(図11)。

松阪市高齢者保健福祉計画等策定委員会により策定された「松阪市高齢者保健福祉計画及び介護保険計画」に基づき、平成26年7月より医療、介護、生活支援等に関わる多職種36名の委員で組織された「松阪地域包括ケア推進会議」が開催されているが、同会議の「運営幹事会」も元地区医師会長を長として同時に発足しており、医療と介護に関連する専門職約20名の委員と市職員が医師会館において、毎月、事業全体の進行管理を担うための協議を行って

いる。また、システム構築の中核的拠点として欠かさない地域包括支援センターの活動状況を、評価・点検のため平成18年から開催されている「松阪市地域包括支援センター運営協議会」にも、現地区医師会長がその長を務める等、深く関わっている。

地域包括ケア推進会議で協議された課題を基に、平成26年11月より医療・介護・福祉などの様々な分野の専門職の協働を図るために「多職種勉強会」が、平成28年5月には、認知症支援についての協議を行う「認知症に寄り添う部会」と、地域内総合病院等の入退院時の問題を協議するための「顔の見える連携部会」などの部会が発足し、平成30年4月、「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」と「松阪市認知症初期集中支援チーム」の設置につながった。これらの行政の行っている地域包括ケアシステム構築のための各事業の運営についても、「運営幹事会」にて今後も協議が続けられていく予定である。

Ⅷ. まとめ

平成の時代に当地区医師会の居宅介護部門は、ほぼすべての在宅訪問系サービスを提供できる完成形に近づくことができた。新築された医師会館という同一建物内で、各事業所が統一されたサービスを提供できることは、利用者にとって安心感を提供できる点で望ましい形ではあるが、入所施設を持たないことから、如何に単価の高い業務を獲得するかが今後の経営上の課題である。公益法人の仕組みを上手く活用しながら、事業を継続していく必要がある。

一方、全国で展開されている地域包括ケアシステムの構築に向けては、医師会が指導的立場に立って進めていく必要があると考え、松阪市よりの委託事業である地域包括支援センターの役割を活用しつつ、医療と介護の連携、認知症関連事業、多職種間の協同・協力、入退院時の施設間の連携など、多くの必要とされる課題の解決に積極的に取り組んでいきたいと考えている。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

座長 利根川 洋二（埼玉県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

シンポジウム

3. 東成区医師会（大阪府）

「東成区医師会における在宅拠点事業の取り組み」
～区役所（行政）との連携の変化と取り組み～

東成区医師会長

長 田 栄 一

I. はじめに

東成区は大阪市の東部に位置し、面積が4.54 km²、大阪市24区中23位の小さな区である。工業地帯を形成し、そのほとんどが零細企業であるも、地域の発展に大きく貢献してきた。人口は8万2,000人。1世帯当たりの人数は2人で、高齢者単身世帯は5,518世帯。高齢化率は25.7～25.8%。大阪の平均25.3%より少し上回っている（図1）。平成30年、東成区制90周年を迎え、区民・地域コミュニティ、行政が一体となって、「地域包括ケアシステム」の基本理念である『切れ目のない医療・介護そして住み慣れた地域で天寿を全うする』願いを叶えるための町づくりを目指し、更なる発展に向けた取り組みを進めている。

一方で当区医師会は、医師会員159名、医療機関112、そのうち非会員が8名、在宅支援事業所としては34施設が登録されている。『すべての区民がかかりつけ医を持とう』をスローガンに、平成23年『在宅地域医療連携室』を医師会内に設置し、平成24年厚労省の『在宅医療連携拠点事業』を受託。平成27年8月大阪市より、『高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業』のモデル事業として当区医師会が選出され、実施することとなった。これを皮切りに次々と事業が展開された。それに伴って、行政との関わり方や協議会のあり方も変化を示している。本会において、その成果と今後の方向性について報告する。

II. 東成区医師会の取り組み

世界医師会の前会長であるマイケル・マーモット先生は、次のように述べられた。健康の社会的決定要因は以下の3つのDoである（図2）。

すなわち、「Do something」、「Do more」、「Do better」。この決定要因に沿って、東成区医師会の地域在宅医療連携の取り組みをご紹介します。

キーワードは「かかりつけ医」。

大阪府医師会調査委員会の府民調査結果（図3）であるが、かかりつけ医として選んだ条件は、何と「自宅に近い」、「職場から近い」という、「近い」ということであった。もっと人間的なことが理由であったと思っていたので、この結果には軽いショックを受けた。

そこで、在宅医療に不可欠な信頼関係を重視する

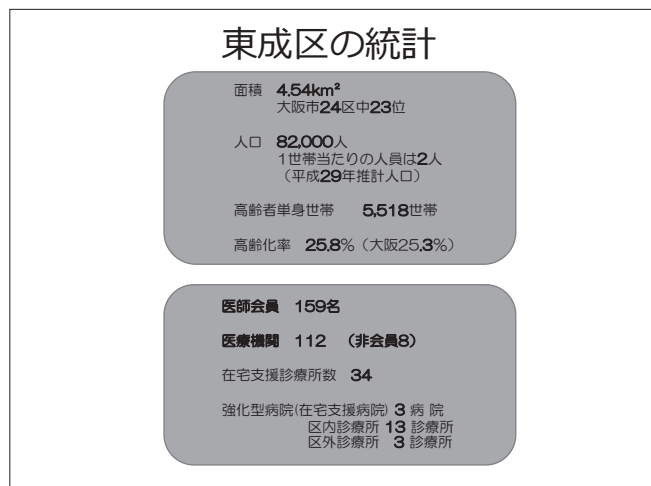


図1

健康の社会的決定要因 3つのDo

Do something

何もやっていないのであれば、少しでもやってもらいたい

Do more

少しでもやっているのであれば、もう少し拡大してやってもらいたい

Do better

うまくやっているのであれば、それを更に進めて欲しい



マイケル・マーモット; 2015年9月16日 世界医師会 (WMA) 会長就任演説より

図 2

在宅医療に不可欠な信頼関係を重視する「かかりつけ医」の概念に、医療者側と府民の間に大きな溝がある

在宅医療の提供、地域医療・介護の推進には、医師・患者関係に「かかりつけ医」「かかりつけ患者」という信頼関係の構築が欠かせない、

と考えた当医師会は、

地域医師会内に「地域医療連携室」を設置して、地域に「かかりつけ医」を持たない区民に対し、病院の外來通院から地域の開業医に通院するためや、在宅医療に移行する区民に地域の開業医を「かかりつけ医」とすべく、逆紹介機能をもたせた。

図 4

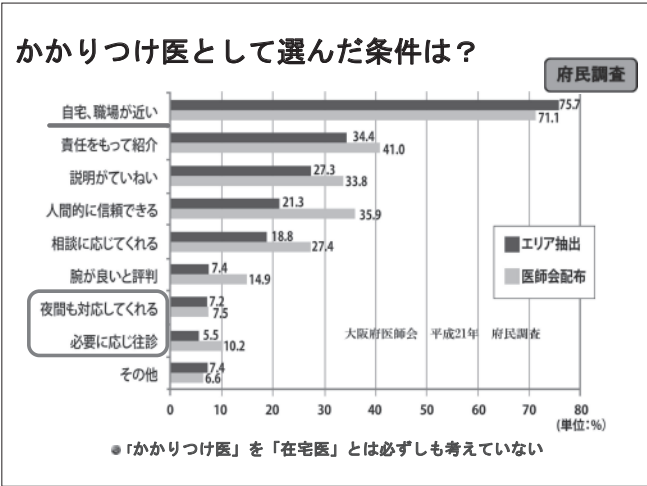


図 3

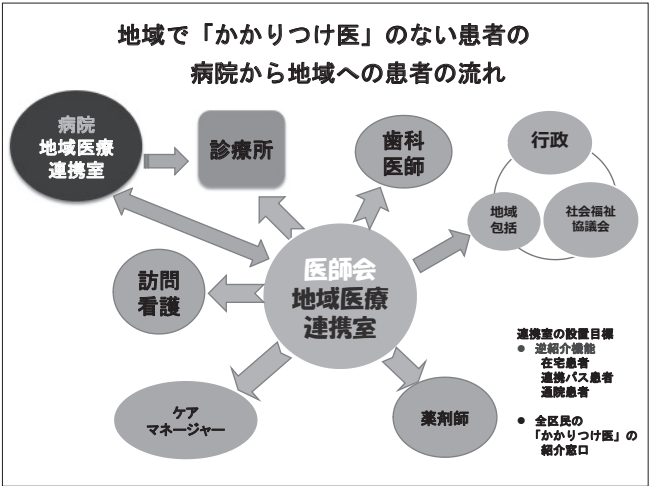


図 5

「かかりつけ医」の概念には、医療者側と府民の間に大きなギャップがあることに目を向け、区内医師会に地域医療連携室を設置した。地域にかかりつけ医を持たない区民に対し、病院の外來通院から地域の開業医に通院する、あるいは在宅医療に移行するため、区民に地域の開業医を「かかりつけ医」とすべく、基幹病院からの逆紹介機能を持たせた（図 4）。

東成区医師会の「Do something」が、平成 23 年に行われた在宅医療連携室の設置である。当時、全国的にも例が少なく、画期的な取り組みであった。

かかりつけ医を持たない患者の流れが、今までの複雑なルートから、医師会地域医療連携室ができることによってこのようにシンプルな形になる。また、他の多職種の方々との連携も直にできて、非常にシンプルな形で連携が取れる。そして、行政や、災害時在宅医療の対策にもスムーズに対応できる（図 5）。

次に、「Do more」、もう少し拡大してやってみよ

うというステップ。幸いにも平成 24 年、厚生労働省事業である在宅医療連携拠点事業を受託する機会を得た。この事業において、当区医師会会員の診療内容および在宅医療に対する取り組みなどをまとめた、約 2 cm の厚いガイドブック（図 6）になったが、今でも介護関係者に利用していただいている。

図 7 が実際の記載内容である。在宅医療の取り組みと医師との面接、面談方法。また、医師の対応可能な時間や担当学会への参加の可否などの項目に対して回答されている。これらの資料が、今から述べる全事業において有効利用された。

決定要因の 3 つ目のステップ、「Do better」。平成 26 年には大阪府在宅推進事業、平成 27 年 8 月に大阪府が高齢者等在宅医療介護連携に関しての相談支援事業を始めるに当たり、そのモデル事業を東成区医師会が担うことになった。平成 28 年度にはこの事業が大阪市内 24 区中 11 区に拡張され、平成



図 6

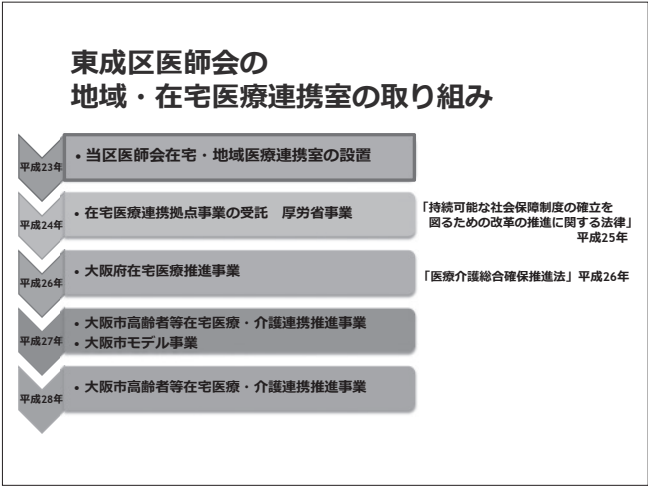


図 8

担当している患者の要件で多職種がかかりつけ医にアポイントをとるための参考情報

医療機関名	(医) 長田医院	C	院長名	長田 栄一
住 所	〒537-0002 深江南1-10-8 ビアメゾン深江1F		窓口担当医 (内科・外科)	外来看護師
診 察 日 ・ 時 間	9:00~12:30 (月~土) 16:30~19:30 (月、水、金)		T E L	06-6973-5500
			F A X	06-6973-5700
			機 器	090-2280-2958
			メー ル	
在宅医療の取り組み	主治医意見書の記載	○対応している	・していない	
	訪問診療	○定期的に訪問している	・していない	
	かかりつけ患者の臨時往診	○対応している	・していない	
	在宅療養支援診療所の届出	○有	・無	
	強化型支援診療所・支援病院の届出	○有	・無	
医師との面談方法 優先順位	直接面談	5	住診同席	3
	外来同席	4	電話連絡	2
	FAX連絡	1	メール連絡	6
	その他			
担当医と患者との 面談の参加	主治医の都合の時間と医療機関で開催の場合	○30分以内なら可能	・15分以内なら可能	・面談
	訪問診療に合わせて開催の場合	○30分以内なら可能	・15分以内なら可能	・面談
主治医が比較的時間等の対応が可能な時間帯	(月) (火) (水) (木) (金) (土)			
多職種の方への要望 (連絡時の注意事項を含む)	直接面談でもかまいませんが、まず電話でアポイントをとってください。			
災害時の医療について	【対応マニュアル】 作成していない 【対応マニュアルの項目】		【人工呼吸器・吸引器・在宅酸素の電源確保】 患者に対応していない 【AEDの設置】 設置している	

図 7

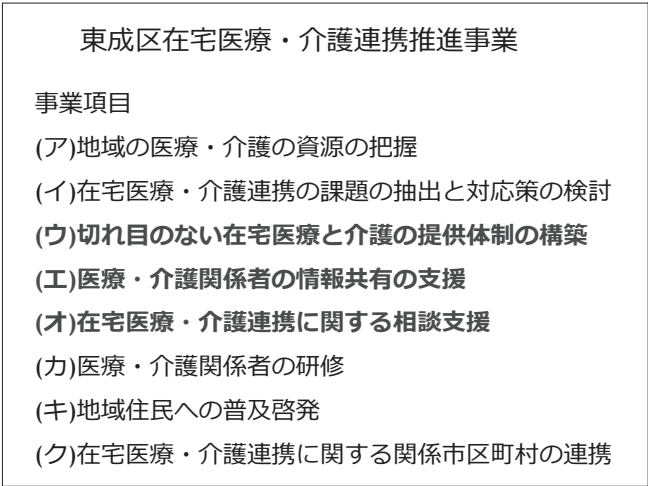


図 9

29 年度には全区が実施する運びとなった。現在も継続して実施されている (図 8)。

Ⅲ．東成区役所（行政）の取り組み

大阪市の取り組みを受けて東成区が行っている事業項目は、図 9 に示す (ア) ～ (ク) の 8 項目。特に医師会が中心となって関与するものは、次の 3 項目。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の実施。

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援。

これらの事業が東成区の地域包括ケアシステムの構築につながっている。

図 10 の植木鉢の構図は、ご承知のごとくだが、ここで大切なのは、本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族などが心構えをいかに持つか



図 10

という、地域生活を継続する基礎を皿にたとえているところである。また、介護予防と生活支援は地域の多様な主体によって支援されているところも特徴である。

次のキーワードは「エイジング・イン・プレイス」。

図 11 もよくご存知の図であるが、地域包括ケアシステムはこの図からイメージされるように、その人が住み慣れた地で人生を終えるそのときまで住み続けることができる、エイジング・イン・プレイスを目視した町づくりである。

町づくりとなれば、単一職種だけではとても無理。そこで行政が深くかかわって多職種の連携が欠かせない。医師会主催で行っていた多職種連携会議を区役所主催に変更。そうすることで区役所が多職種に向けて、この地域包括ケアについて発信できるようになった（図 12）。

(1) 地区の地域資源

地域包括ケアシステムの要となる地域包括支援センターは2か所。総合相談窓口ブランチは2か所で運営しており、地域ケア会議も積極的に取り組んで

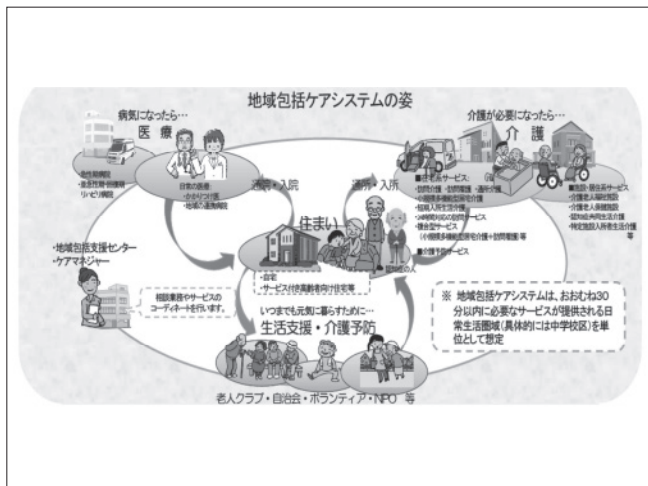


図 11



図 12

いる（図 13）。

(2) 東成区役所の変遷

東成区医師会が取り組んだ前期の事業は一連的に機能し、東成区で目指す方向性や目標が定められた。それに向けた活動を共有、協働すべく、平成 28 年 6 月東成区在宅医療介護連携推進会議、7 月推進実務者会議、11 月には包括的支援事業連絡会が開催された。平成 29 年 5 月からは東成区の問題に積極的に対応するシステム構築に向けて、東成区認知症等支援検討チームが立ち上がり、地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステム構築の取り組みが始まった。

図 14 は、東成区在宅医療・介護連携推進会議の様相であるが、平成 30 年度までの行政の高齢者施策会議は、地域包括支援センター運営協議会、認知症施策推進会議、生活支援体制整備事業協議会など、



図 13

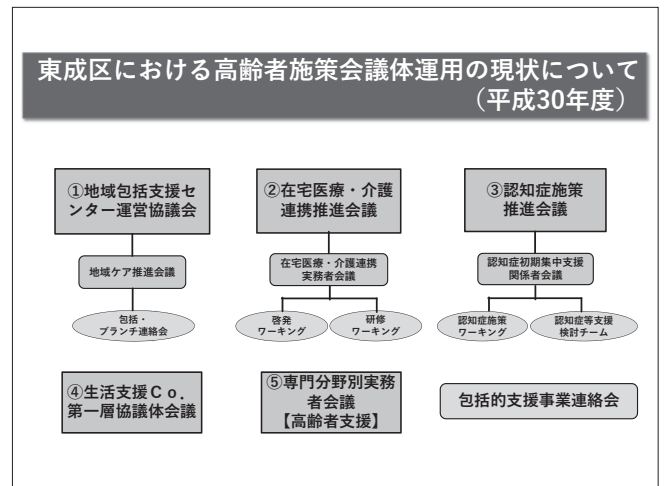


図 14

このように1つ1つが独立して開催されていた。それが令和元年から、これら地域包括ケアシステム推進会議として一体的に開催したいと考えられた。

このように、ケアシステム推進協議会として、先ほど述べた別々に会議が持たれたものを1つにまとめて、代表者レベルの推進会議として始まっている(図15)。

個々の会議で審議される内容は、地域包括ケアシステムにかかわる重要な内容である。したがって、一体的に開催することで構成員が個々の課題を共有認識し、包括的に意見交換や議論を行うことにより、各会議の目的の達成はもとより、地域包括ケアシステムを一層効果的に進めることができる。また、会議回数の削減にもつながり、構成員の負担軽減につながっている(図16)。

先ほど述べた大阪市の8つの事業の取り組みだが、図17の左部分が区役所、右部分が医師会、そ

して下の部分は大阪市健康局が中心となっている。しかし、ここで大切なことは、それぞれの中心は3部署それぞれが担っているが、お互いの協力、連携は不可欠だと思っている。東成区医師会は、これらすべての項目に協力、連携を取っている。このことが事業をうまく運ぶ基本姿勢と考える。

(3) コーディネーター

最後のキーワードは「コーディネーター」。

大阪市の事業8項目にかかわっている以上、ほとんどの会議、協議に参加しなければならない、連携を取ることは並大抵のことではない(図18, 19)。

コーディネーターは医療介護専門職間の相違点の背景を明らかにし、互いのすき間を埋める橋渡し役と考える。東成区の問題に視点を向け、課題や目標を共有し、行政を含む多職種で解決するプロセスが重要であり、それをシステム化することの一翼を担

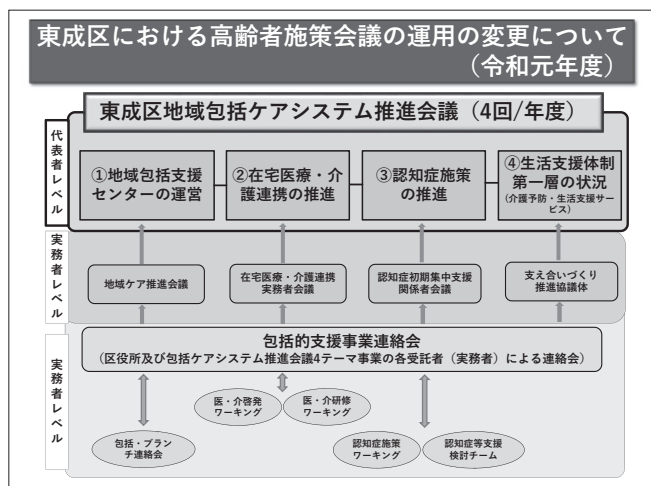


図15

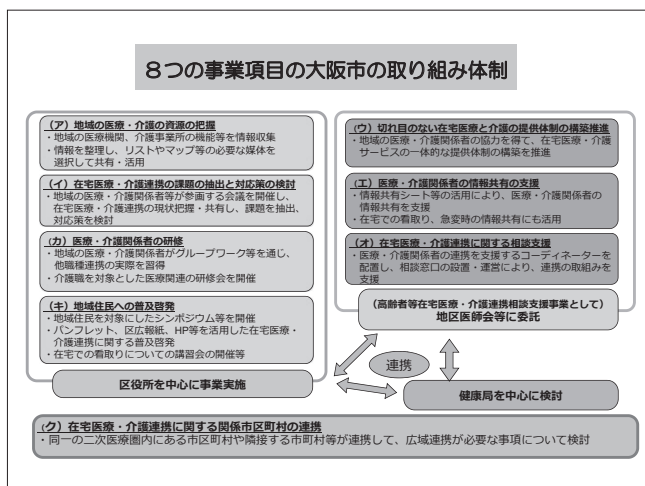


図17



図16

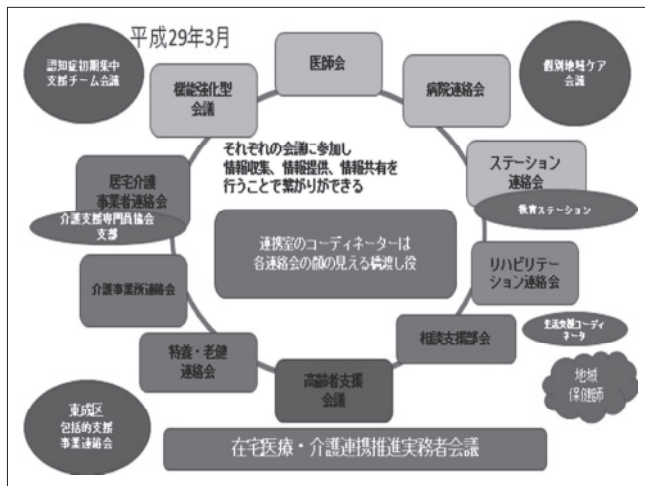


図18

在宅医療・介護連携支援コーディネーターが 繋がるように情報共有支援

平成29年度	会議出席回数	217回	行政の会議・研修	110回		
			関係機関との会議・研修	107回	うち地域ケア会議	26回(月平均2回)
平成30年度	会議出席回数	270回	行政の会議・研修	132回		
			関係機関との会議・研修	138回	うち地域ケア会議	38回(月平均3回)

今後は、コーディネーター不在でも繋がるシステム構築が必要???
繋がっていくように思案中...

図 19

おまもりネット事業

おまもりネット手帳



自分では説明しにくい情報を伝えることができる



本人・手助けしてくれる方の両方に役立つので外出時は携帯

図 21

区民公開講座



2019年3月

図 20

いきいき百歳体操



慶生会リハビリテーション室ホームページより
<http://kyouseikai.org/riha/community/entry-2921/>

図 22

っている。

東成区医師会連携室のコーディネーターは、これらのすべての連絡会、会議に参加している。会議出席回数は何とこのようになった。年間会議出席の総回数が270回。あまりにも多いため、続けていくことは困難ではないかと懸念している。今後は、コーディネーター不在でもつながるシステム構築が必要と思われる。

(4) 東成区の行政との取り組みと動向

平成20年に医師会で立ち上げた東成区民フォーラムは区民公開講座と改名し、区役所、機能強化型、地域包括支援センターと共催で、年1回認知症関連の知識を区民に発信している(図20)。

在宅医療・介護連携推進実務者会議で講演会を実施し、地域での啓発活動にも積極的に行っている。

年1回、医師会が健康展を開催し約700名の区民

が来場、区長が参加し区民に向けて区の取り組みなどを話される。

また、東成区は地域のつながりが深く、様々な地域福祉活動が展開されている。

その1つである「おまもりネット事業」は、見守りや声かけ活動の一環として、手帳やカードといったツールを活用し、地域の福祉活動者とケアマネジャーなどが情報を共有し、介護保険サービスを利用するようになって、地域とのつながりや支え合いが継続していくことを目指す。そういった取り組みである。高齢の方、また障害をお持ちの方に「おまもりネット手帳」と「おまもりネットカード」を無料で発行している(図21)。

各自の健康管理を目的に「いきいき百歳体操」を実施(図22)。ひとり暮らしの高齢者支援の一環として、緊急安否確認、鍵預かり事業も行われている。

図23のように、多くの小冊子を作成している。



図 23

最近、東成区医師会のACP人生会議に関しても、東成区版として小冊子を作成した。

Ⅳ．今後の展望と不安

「在宅医療推進コーディネーター事業」として育成された人材は、地域包括ケアシステムの推進には

不可欠な存在となったが、事業終了後は医師会だけでは予算が組めず、大きな問題と言える。

全国的に行政との連携が取れている地域は地域包括ケアシステムの構築が進んでいる現実を見れば、コーディネーターに対して今後、行政の施策が必要ではないかと考える。

Ⅴ．結語

健康に対する考え方が一元的にとらえられていたが、個人個人の価値観に即して多面的なものへと移り変わってきている。そのために、医療・介護の連携はもちろん、多職種との連携強化が必要で、地域会議によって町づくりを行い、区民の生活機能向上を図っていく。いずれにしても、医師、医師会は積極的なリーダーシップを持って、かかりつけ医として地域包括ケアシステムに関与していくことが求められている。そうすることで、かかりつけ医の更なる普及と健康寿命の延伸につなげていけるものと考ええる。

メインテーマ「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

座長 利根川 洋二(埼玉県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長)

シンポジウム

4. 安来市医師会（島根県）

「医師会病院から介護医療院へ」～転換の経緯と課題

安来市医師会診療所院長 介護医療院みづかぜ施設長

入 江 秀 樹

I. はじめに

少子高齢化の進行による医療・介護の需給見通しの変化などに対応して、医療・介護政策は大きく見直されてきた。その流れの中で、介護療養病床の廃止は既定方針になっている。安来市医師会は、医師会共同利用施設として安来市医師会病院を開設し、30年以上にわたり医師会員と共同して地域の医療・介護を担ってきた。しかし、当院は全床を療養病床としており、この形態での存立は困難と判断した。そのため、共同利用施設のこれからの方向性について検討を重ね、医師会病院を介護施設に変えることとした。この方針のもとに、平成30年3月に医師会病院を有床診療所と介護療養型老人保健施設に転換した。さらに、介護医療院の創設を受けて、同年10月に介護療養型老人保健施設を介護医療院とした

(図1)。この結果、全国の医師会共同利用施設に先駆けて、医師会病院を介護医療院へ転換した事例となった。同様の変更を検討している施設もあると思われるので、この間の経緯と転換後の課題、現在の取り組みなどについて報告する。

II. 安来市および安来市医師会について

安来市は、島根県の最東部に位置している。平成16年に広瀬町、伯太町と合併し、新生安来市となった(図2)。中海に隣接する地域には、日立金属など鉄鋼業関連の事業所が集中し、工業が主要産業になっている。平野部は稲作などの農業が主であるが、多くは兼業農家である。中山間地は過疎化傾向で、一部には無医地区もある。人口は令和元年6月末時点で38,620人。65歳以上の高齢化率は36.1%で、高齢化も進んでいる。

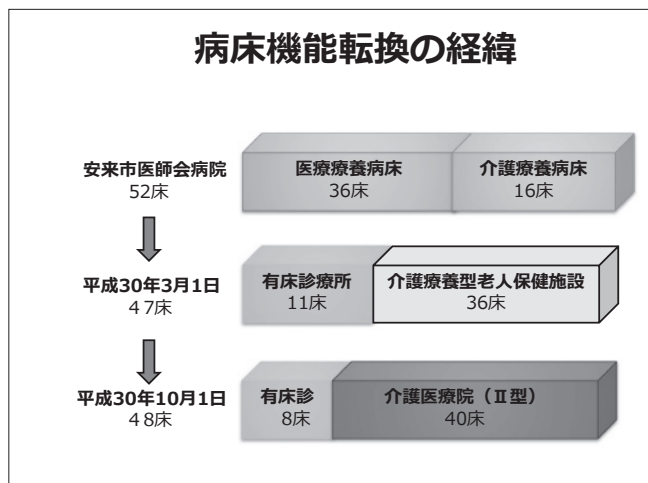


図1

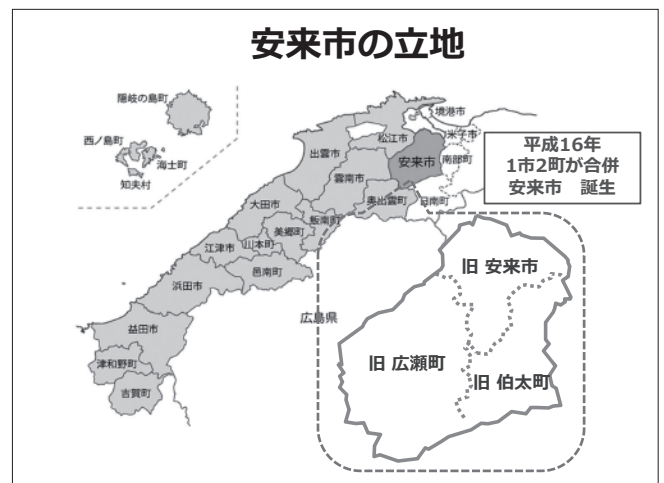


図2

平成の大合併後、安来能義医師会は安来市医師会と改称した。会員数は66名、診療所は24機関である。医師会病院が機能変更した後、市内の病院は安来市立病院、安来第一病院、日立記念病院の3機関となった。それぞれの特性に応じて、2次救急までの急性期医療や慢性期・回復期医療を分担している。しかし、高度医療や3次救急には対応できないため、そのような場合は隣接する米子市、松江市などの大規模病院に依存している。また、市内の病院は旧安来市と旧広瀬町に偏在し、これまで医師会病院があった旧伯太町地域には、病院がない状態となっている（図3）。

Ⅲ. 転換までの安来市医師会共同利用施設の歩み

昭和60年1月に、当時の安来能義医師会は旧伯太町内に医師会病院を開設した。それ以来、開放型病院として、医師会員の協力の元で運営を継続していた。特に、回復期から慢性期の高齢者の医療・介護ニーズに軸足を置いた活動をしてきた。平成10年には全床を療養病床に転換した。平成12年の介護保険開始時に介護療養病床を16床、医療療養病床を36床とした。さらに、近隣に介護保険サービス提供機関が少なかったため、医師会病院を中核として各種の関連事業を展開してきた。医師会関連施設の敷地内に通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業、介護老人保健施設などを順次開設した。さらに、近隣の2つの特別養護老人ホームとも協力医療機関として緊密に連携し、地域の医療・介護を支えてきた。同じエリアには高齢者生活福祉センター

いきいきの郷はくた（安来市社会福祉協議会）、歯科医院なども集まり、「伯太いきいきゾーン」の名称で、地域の医療・介護・福祉を総合した活動を行っている（図4）。

Ⅳ. 療養病床廃止に向けて医師会共同利用施設の方向性を検討

平成23年の介護保険法の改定により、介護療養病床は平成29年度末までの期限で廃止とされていた（平成30年に6年間の再延長が決まった）。医療療養病床も当院は25対1での運営であり、実質上は存続困難との見通しであった。設備面では老朽化により改修が必要な部分が増えてきていた。収支面も療養病棟部分はマイナス傾向が進み、共同利用施設全体として将来の資金枯渇が懸念される状態となっていた。このため、共同利用施設の今後の方向性について、施設内部と医師会代表メンバー等とで協議を重ねてきた。その結果、医師会病院としての継続は断念し、平成20年5月に受け皿として創設されていた介護療養型老人保健施設への転換を模索することとした。その上で、共同利用施設として行っていた各種の事業やサービスは、この地域の医療や介護に必要であり、基本的に継続する方針とした。入院中の患者についても、必要であれば入所などでの受け入れを続けることを決めた。また、資金面を考慮し、既存病棟を改修して活用する方針とした。さらに、平成28年度に地域医療構想ガイドラインが示され、全国的に医療病床の見直しが盛んに議論された。安来市内の当時の医療病床数は473床だったが、2025年には400床にする目標が提案された。

安来市医師会の概要

- ・ 会 員 数 : 66名 (甲:23名, 乙:43名)
- ・ 平均年齢: 62.9歳
- ・ 医療機関数: 病院 3 機関, 診療所 24 機関

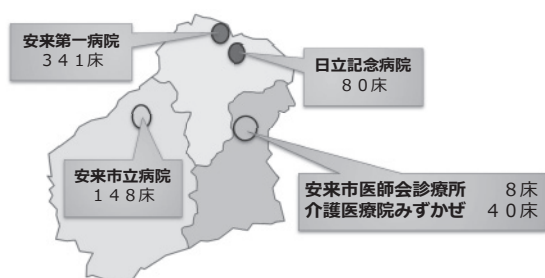


図 3

転換までの医師会共同利用施設の歩み

- ・ 昭和60年1月 医師会病院開設 → 開放型病院
- ・ 平成10年 全床を療養病床とした
 - 介護療養: 16床
 - 医療療養: 36床

・ 病院関連事業:

- 居宅介護支援事業
- 訪問看護ステーション
- 通所リハビリテーション
- 訪問リハビリテーション
- 介護老人保健施設・在宅復帰超強化型 (50床)



- ・ 特別養護老人ホーム、2施設(180床) の協力医療機関

図 4

この方針の中で医療病床からの転換に必要な基金が拠出され、補助金が利用できる見込みとなった。そこで、このタイミングでの医師会病院を機能変更し、医療病床の削減にも協力することとした。この方針は平成 29 年 6 月に安来市医師会で正式に承認された。

V. 医師会病院から介護療養型老人保健施設と有床診療所への転換

島根県や安来市などの担当部署に事業計画を説明し、前向きな協力と適切な助言を得ることができた。医療療養病床からの変更などで介護保険サービス量が増えることになるため、あらかじめ第 7 期介護保険計画にその相当分を組込むことを確認した。各種の補助金の申請を行った。有床診療所への変更については医療提供構築事業費補助金、介護療養型老人保健施設への転換については病床転換助成事業補助金（医療療養病床分）と介護施設等施設開設準備経費等支援事業補助金（介護療養病床分）などの交付を受けた。これらの補助金事業では平成 29 年度内の事業完了が求められていたため、平成 30 年 3 月 1 日を転換期日に設定し、具体的な作業を進めた。

なお、今回の転換にあたっては最小限の医療病床を有床診療所として残した。これは、関連施設や医師会員診療所からの緊急の入院要請に円滑に応えることができること、介護認定を受けていない患者への対応も必要になることが予想されたためである。元々は 52 床であったが、有床診療所のナースステーションのスペースを確保するために病室を減らし、有床診療所を 11 床、介護療養型老人保健施設

を 36 床とした。また、リハビリテーション室、ホール、食堂、診察室、居室、廊下などをそれぞれの施設基準に適合するように計画した。

このような施設の変更について利用者、家族、職員などへ繰り返し丁寧に説明し、理解と協力を得た。地域住民等への説明会も各地で行った（図 5）。

平成 29 年 9 月から 11 月に改修工事を行った。既存施設を運営した状態で入院人数を調整し、病床を順次空けながら進めた。この結果、当初の予定通りに医師会病院からの機能転換を行った。

VI. 介護療養型老人保健施設を介護医療院に転換

平成 30 年 3 月 1 日に、当施設の介護療養型老人保健施設への転換が完了した。その 1 か月後の同年 4 月の介護保険改定で、介護医療院が創設された。今回の介護保険法によると、介護医療院は医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設とされ、医療・看護・介護・機能訓練から看取りまでを包括する施設とされた。これまでの介護療養型老人保健施設よりも、生活施設として個々のプライバシーへの配慮が一層強調されている。この改定で、療養病床からの転換の受け皿としては介護医療院が優先されることが明瞭になった。介護療養型老人保健施設（転換老健）についても、介護医療院への移行が誘導されていることと考えられる。回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟での在宅復帰率算定で介護医療院が居宅扱いとされ、老人保健施設は施設扱いに変更となった。これにより、病院からの退院先として、介護療養型老人保健施設より介護医療院が有利になると想定される。さらに、平成 33 年 3 月までの期限付きで、一年間の移行定着支援加算が設けられるなどの特別な優遇策も設けられた。報酬面でも、同程度の内容の介護療養型老人保健施設よりも有利な設定であった。さらに、施設や人員の基準は介護療養型老人保健施設と大差なく、プライバシーを確保した生活空間としての環境を整備すれば移行可能であると判明した。さらに、当施設は同一敷地内に既に 50 床の介護老人保健施設があり、在宅復帰超強化型として運営してきている。施設の性格は異なるものの、介護老人保健施設が 2 か所あることになり、混乱を生じる面もあった。これらを勘案し、介護療養型老人保健施設を介護医療院に再転換することとした（図 6）。島根県より介護施設等施設開設準備経費等支援事業補助金などの支援を受け

利用者・家族・地域住民への説明



※転換前後におけるサービスの変更内容等を利用者及びその家族、地域住民へ丁寧に説明

図 5

介護医療院とした理由

- 既存の老健施設との機能の重複が避けられる
**介護老人保健施設→在宅復帰超強化型
介護医療院→長期療養，生活，看取り**
- 回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟の在宅復帰率算定で介護医療院が在宅扱いとなり，転院先として老健より有利（※老健は施設の扱いになった）
- より高い介護点数の設定
- 1年間の移行定着支援加算（平成33年3月末まで）

図 6

ることができた。施設基準に従って多床室のパーテーションを設置するなどの手直しを行い，平成30年10月1日に介護医療院を開設した。この際に介護部分を4床増やして40床とし，医療部分を11床から8床に修正した。介護医療院の名称は「みずかぜ」とし，「尊厳ある生活を支える医療と介護を提供する」ことを理念とした。介護医療院の基本報酬および算定要件では，Ⅱ型介護医療院でサービス費（Ⅰ）としてスタートしている。安来市医師会関連施設の各種の事業は，今回の機能転換後も継続することができた（図7）。

Ⅶ. 転換後の現状と課題

療養病棟を運営しながら，利用者数を制限しての改修工事となり，一時的に収支は悪化した。しかし，転換後は入所者数も順調に回復した。介護医療院の開設から10か月間の運営状況では，95%前後のベッド稼働率となり，収支も改善傾向となった。利用者の平均介護度は4.0。介護医療院ではアドバンストケアプランニングなどにも積極的に取り組み，看取りも5例を経験した。最期までその人らしい生活ができるように誠実に取り組むことを目指している。また，介護医療院では気管切開やBIPAPで在宅療養中の利用者のショートステイも随時受け入れ，在宅医療との連携を行っている。施設面では既存の病床を改修したものであるが，生活の場としてよりフレンドリーな環境にしていこうことを目標としている。

有床診療所については平均入院数が7.6（8床）で，当初の予想よりも有効に活用できている。医療部分

安来市医師会関連施設

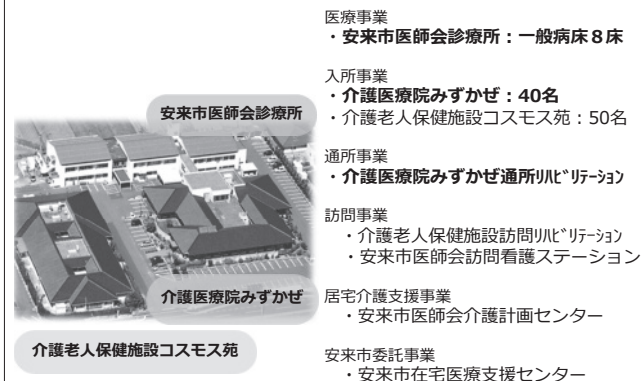


図 7

連携支援相談員を配置

各施設間を横断的に入退院（所）の調整を実施する

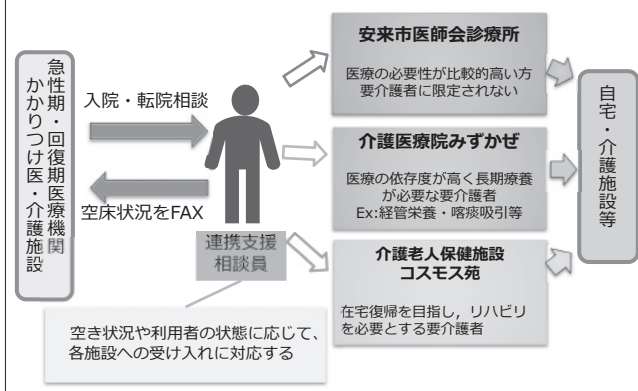


図 8

を残したことは会員診療所，関連施設，他病院などとの連携に柔軟に対応する上で有用であった。

今回の転換によって，安来市医師会共同利用施設は特徴の異なる3つの施設を運営することになった。有床診療所は通常の医療，介護医療院みずかぜは医療依存度が高く長期療養の必要な要介護者が対象，介護老人保健施設コスモス苑は在宅復帰超強化型で在宅復帰をめざす要介護者が中心としている。このような各施設の特性と，それぞれの利用者の状況や希望を適切にマッチングさせるためには，これまで以上に相互の緊密な連携が求められる。このため，当施設では連携支援相談員を置いて，適切な入退院（所）の調整を行うこととした。一人の連携支援相談員がワンストップで利用者，かかりつけ医などの診療所，病院，介護施設などと情報交換し，きめ細かい対応をすることで，円滑で効率のよいベッドコントロールが可能となった（図8）。

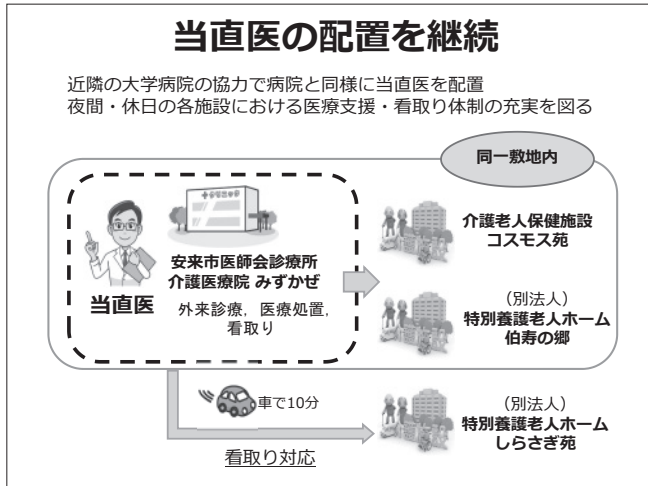


図 9

安来市医師会病院の常勤医数は1～2名で最小であり、近隣の大学病院（鳥取大学，島根大学）の協力で日当直医の派遣を受けていた。介護医療院Ⅱの基準では当直医の配置は必須ではなくなった，しかし，有床診療所は安来市の夜間休日診療の一部を担っており，関連する施設の入所・入院の人数も多く，医療処置や看取りの業務もあるために，当直医の配置は継続することとした。特別養護老人ホーム等の看取りにも対応を行い，地域医療を支える上で有用

と考えている（図9）。

安来市医師会は比較的コンパクトな規模で，これまで互いに顔が見える関係ができていた。開放型病院である医師会病院でも，緊密に連携しながら運営していた。医師会病院での共同指導料算定などの報酬面の裏付けは，今回の転換後にはなくなり，直接的な関係が薄れる懸念があった。しかし，今後も医師会共同利用施設と会員との間の良いコミュニケーションを維持することは重要である。このため，介護医療院みずかぜ，安来市医師会診療所，介護老人保健施設コスモス苑，通所リハビリテーション，訪問リハビリテーションの空床状況や利用状況などについて，医師会員の診療所に頻回にFAXなどを行うこととした。実況中継のように情報を流すことで，医師会員と医師会共同利用施設の緊密な連携を保つように努めている。

医療・介護情報のやりとりは安来市内だけでなく，近隣の米子市や松江市の主な病院，サービス提供施設，訪問看護ステーション，居宅介護支援事業所などとも行っている。医師会共同利用施設として，このようなネットワークをつなげていくことで，地域の医療・介護のハブ的な役割りも果たしていきたいと考えている。

第3分科会 質疑応答

座長 利根川 洋二

(埼玉県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長)

○利根川座長（埼玉県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ただいまからご質問を受けたいと思います。ご面倒でもご所属とお名前をおっしゃってから、ご発言をお願いいたします。それではどうぞ。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

小川先生にお伺いします。ICT利用が情報の調整に役立つとして、メディカルケアステーションを使われているということですが、登録されている先生方の比率と、患者情報の共有はどのぐらいの人が使われて登録されているのかを、教えていただければと思います。

○小川郁男（埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

私どもの医師会はA①会員93名で、そのうち在宅訪問をしている先生方約20～22名で連携を取っており、主にその先生方がMCSを使って状況をナースやステーションに連絡しています。それをそのまま患者さんとの連絡網で使われたり、拠点に戻したり、そういう方法も取っているようです。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

拠点と申しますと、県全体でそれが送られているというわけではなく、先生のところの医師会の中で使われているということですか。

○小川郁男（埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

今のは私どもの地域の話ですが、県全体でも私を含め1,000名ほど登録しています。30拠点のチームたちが連携を取り合っているのは耳にしますが、具体的にどこの地区でという話は聞いていません。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

姫路市は人口60万都市で1,000名ぐらいの先生がおられますが、ICTに対するアレルギーが少しあって、訪問診療されている先生の間で連携を取るのも、在宅療養支援診療所の強化型をされている先生の間ではマニュアルでできてしまうため、なかなかオープンに展開してみんなが上手に使うという形につながっていきません。何か展開するコツがありま

したら、ご教示いただきたいと思います。

○小川郁男（埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

私どもの医師会は若い先生が多く、実際に使っていて、今まではFAXなどで連絡し合っていました。ナースやケアマネジャーなどに急いで連絡する場合にスマホを使って見てもらったり、返事が必要なきもすぐ連絡できるなど、非常に便利でよい感じですよ。県行政も拠点との連絡で使ったりしていますので、これから広めていくことが必要ではないかと思っています。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

ありがとうございます。もう1つ、日本医師会個人の端末について言及していませんが、ハードウェアとしての端末はどのように指導されているのですか。

○小川郁男（埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

日本医師会と連絡を取り合っている理事によれば、MCSを入れることに関して個人情報の漏洩がなければよいということです。そのため、私どもの医師会は各一人決めて、各郡市医師会にそれは任せられています。しかし、何か特別な危険度の高い情報については、別枠で使っているということは耳にしています。非常に武器になるということではよいと思います。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

ありがとうございます。

○利根川座長（埼玉県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

他にご質問はありませんか。

○水野伸二（愛媛県医師会理事）

愛媛県南部で、かなり過疎地ですが、20年ほど前に医師会で老人保健施設を設立し、そこを拠点にして訪問看護、訪問介護及び居宅支援などをやっています。

まずは平岡先生にお伺いします。訪問介護は非常に産業の垣根が低いため、いろいろな事業者と競合して、何とか収支トントンでやっている感じですが、医師会の老人保健施設は、需要が増えると人件費もかさんで、もう5年以上経っていますが、赤字が続いてしまいます。事業としては、持続性などを考えると頭を悩ませているところですよ。

1つの方法としては、たまたま光ファイバーがつ

いているので、それを活かして24時間定期巡回随時対応型の施設をやるかという試みはしていますが、そこら辺をどう考えておられるか。また、松阪地区ではいろいろな事業をされていますが、訪問入浴だけはしていないと敢えておっしゃいました。子どもの利用者は、訪問入浴を一番喜んでおられますが、その辺いかがでしょうか。

それから、長田先生は逆にいろいろなことをされていますが、訪問介護には手を出されていません。そこら辺、何か兼ね合いがあるのでしょうか。

○平岡直人（松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長）

ありがとうございます。最初に訪問入浴に関してですが、公益部門のため、住民のニーズあるいは行政からのニーズに応えてはいきたいですが、その先の経営も大事ですので、今後違う事業を展開していくかについては、慎重に考えたいと思います。

最初のご質問の訪問介護についてですが、やはり先生のところと同じように、経営はなかなか難しい状況です。おそらく、どこの事業所もそうではないかと思います。医師会でやっているのは、県内では私どもだけです。公益法人という大きな仕組みの中で、収益部門という他会計から繰入れをして何とか保っているのが現状です。民間業者が多い中、私どもの医師会は入所系の施設がありませんので、よほど営業をうまくやっていないと、介護度の高い人を担当させてもらえないのではないかと思います。介護度の高い人を担当させてもらえれば、もう少し収益が上がってくると思いますが、そこが一番悩みの種です。他の収益部門で医師会を支えて、公益部門を今後も維持していくという考えでやっています。

○利根川座長（埼玉県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

長田先生、お願いします。

○長田栄一（東成区医師会長）

大阪市内にあり、介護や看護業者が非常に密集している地域です。訪問看護ステーションがまだあまりないときに、東成区医師会で立ち上げました。当時は非常にうまくいっていましたが、あるとき赤字経営になり、一昨年廃止になったところでした。それが医師会にとって収益事業であったため、新規開業者が年に1人か2人あるかないかという状況の中、会費だけでの運営は非常に苦しい状況です。そのた

め、収益部門として訪問看護ステーションを再度立ち上げるか迷っているところです。東成区は非常に小さな地域ですが、民間の訪問看護ステーションだけで13ぐらいあるため、新たにまた作るのは慎重を要しますし、地域住民のための事業として地区医師会立で設立する意味があるのかなど、会議を月1回持って半年ほど経ちますが、今なお審議中です。本日ご講演された他の3名の先生方は医師会立で運営しておられるのを伺い、うらやましい面もありますが、大変だろうなという気もいたします。

介護医療院に関しては、大阪市内はゼロだったと思います。地域性もあると思いますが、東成区医師会は今後どうするかはまだ迷っています。医師会立訪問看護ステーションをつくることについては、もう少し熟慮していきたいと思っております。

○水野伸二（愛媛県医師会理事）

平岡先生、長田先生、ありがとうございます。

○利根川座長（埼玉県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

その他にご質問はありませんか。

○谷掛駿介（奈良市医師会長）

長田先生にお伺いします。東成区医師会は、在宅医療拠点事業についてはかなり以前からやっておられたということですが、奈良市では昨年度から始めて、8項目の事業をやることになっています。補助金の関係で3項目しかできていないため、1,500万円だった予算を1,000万円に削られ、赤字覚悟でやらなければいけないと思っています。その点について先生はどのようなお考えですか。

もう1つは、今後の展望の不安というなかで、コーディネーターのことについてお話されておられましたが、確か医師会が取り組まなくてもよい別事業ではないかと思います。実際、奈良市では社会福祉協議会が委託を受けてやることになっておりますが、そういう方にお任せした方がよいのではないかと思います。いかがですか。

○長田栄一（東成区医師会長）

大阪市内には非常に多くの基幹病院があり、住民の方々はその基幹病院にかかりつけ医というような感覚で通っておられます。自分の地域にはそのようなかかりつけ医はないところに目を向け、病状が安定している方は地域に帰るべきということで、基幹病院からの逆紹介を目指して立ち上げたのが地域連携室です。このときに入っていたいただいた看護師が非

常に優秀で、幸いに次々事業があり、コーディネーター養成が大阪市の中で非常に重要だということになりました。基幹病院の先生方や地域連携室と対等に渡り合えるような知識と度量も必要で、他の人ではコーディネーターは務まらないだろうと思います。彼女は270の会議全部に出席していることを今回知り、私自身驚いているところです。この事業が終了したときに、どのようにすれば彼女を医師会に引き止められるかが今の悩みで、行政が給料面などで負担してもらえないかと思っているところです。

○谷掛駿介（奈良市医師会長）

ありがとうございました。

○利根川座長（埼玉県医師会副会長／日医医師会共

同利用施設検討委員会副委員長）

他にご質問はありませんか。18時までということで、5分超過しましたので、この後の懇親会でもご質問できますし、明日の全体会議でも受け付けますので、終わりにさせていただきます。本日はありがとうございました。

○小西博（司会）

利根川先生、シンポジストの小川先生、平岡先生、長田先生、入江先生、ありがとうございました。以上をもちまして第3分科会を終了いたします。

なお、明日の分科会報告は、座長の利根川先生からお願いしたいと存じます。本日は長時間にわたりご討議いただきまして、ありがとうございました。

三重県内共同利用施設紹介

三重県医師会理事

石 田 亘 宏

I. はじめに

三重県では 15 郡市医師会のうち 7 つの郡市医師会が共同利用施設を有している（図 1）。今回の総会のメインテーマは「医師会共同施設の意義とこれからの方向性」だが、三重県内においては医師会病院を有する医師会はない。それぞれの地域においてその時代のニーズに応えることが医師会共同利用施設の存在意義であると思われる。地理的に日本の真ん中に位置し、様々な県別調査においてもほぼ全国の中間となる三重県は、南北に長く、伊勢湾に面した海と県境にそびえる山々といった豊かな自然、北勢には工業地帯があり、また名古屋に近い地域ではベッタタウンとなっているなど様々な地域の特性がある。そのような三重県において、どのような共同利用施設が地域に根付いているのかを紹介することにより、医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性が見えてくるものと思われる。

それぞれの郡市医師会別に人口動態を考慮した検討を加えてみた。高齢化率から見れば、2040 年問題をすでに迎えてしまっている地域も存在し、地域包括ケアシステムの先進地域とも言える。

II. 郡市医師会別共同利用施設

1. 桑名市医師会（桑名市人口 14 万 3 千人、高齢化率 25.99%）

○桑名医師会健康福祉センターえがお（平成 10 年 4 月開設）

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を併設している（図 2）。訪問看護ステーション事業は、医師会立ということで、末期のがん患者や呼吸器を使っている医療的処置が多い方など多岐にわたっている。1 か月の利用者数も 50 ～ 55 名、300 件以上ということであり、看護学校が併設されているため、学生の在宅看護の実習や看護協会の訪問看護研修の実習なども受け入れている（図 3）。また、医療介護連携ツールとして、「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」を活用している（図 4）。

三重県内 共同利用施設

15 郡市医師会のうち 7 つの郡市医師会が共同利用施設を有している

- 桑名市医師会
- 四日市医師会
- 津地区医師会
- 松阪地区医師会
- 伊勢地区医師会
- 紀北医師会
- 紀南医師会



図 1

桑名市医師会

（桑名市人口 14 万 3 千人）

高齢化率 25.99%、在宅看取り率 20.6%



○訪問看護ステーション事業
（平成 10 年 4 月開設）

○居宅介護支援事業
（平成 12 年 4 月開設）

同じ事務所で仕事をしているため、利用者の情報交換や相談など連携が取りやすく、利用者、家族の気持ちにいち早く対応できている。



図 2

桑名市医師会

(桑名市人口 14万3千人)
高齢化率 25.99%、在宅看取り率 20.6%



○訪問看護ステーション事業

(平成10年4月開設)

- 常勤3名、パート4名で運営。利用者様は30代から90代まで幅広く、一般疾患、認知症、末期の癌や特定疾患、ポート、ストマ、呼吸器など医療処置の多い方など多岐にわたっている。
- 1か月の利用者数は現在50～55名、300件以上。
桑名医師会には看護学校が併設されている事もあり、学生の在宅看護の実習や看護協会の訪問看護研修の実習なども受けている。

図 3

四日市医師会

(四日市市人口 31万1千人)
高齢化率 25.3%、在宅看取り率 27.4%



○医療センター診療所

(昭和42年4月開設)

○訪問看護ステーション

(平成5年4月開設)

図 5

桑名市医師会

(桑名市人口 14万3千人)
高齢化率 25.99%、在宅看取り率 20.6%



○居宅介護支援事業

(平成12年4月開設)

- 常勤4名パート3名で運営。常勤職員はすべて主任ケアマネとして活躍しており、中立・公平なケアマネジメントを24時間体制で行っている。
- 医師や訪問看護師、サービス事業所との連携、地域包括支援センターや行政関係者とも連携を図っており、**連携ツールとして電子連絡帳「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」を活用**

図 4

四日市医師会

(四日市市人口 31万1千人)
高齢化率 25.3%、在宅看取り率 27.4%



○四日市医師会医療センター診療所

(昭和42年4月開設)

- 昭和42年の設立当初、四日市市は、誘致させられた工場群の副産物として市民は甚だしく生命の危機を脅かされる事態が起こりつつあり、それらの予防・治療などの対策について地域社会医療に密着している専門団体である医師会との協力がなくては不可能だと思われた。
- 第三次予防と発病期の治療とが円滑に運ばれ、市民医療上画期的なものになると考えられ設立された。
- 設立当時は、レントゲン検査を主として行い、生化学検査、血液検査、病理組織検査、細菌検査等各種検査を行っていたが、現在は「公害健康被害の保障に関する法律」に基づく検診、医師国保1種・2種組合員の健診、医療機関従業員健診、学校心臓健診、四日市医師会職員健診、四日市医師会看護学校の健診、四日市日本語学校の健診の事業を行っている。

図 6

2. 四日市医師会（四日市市人口 31 万 1 千人、高齢化率 25.3%）（図 5）

○四日市医師会 医療センター診療所（昭和 42 年 4 月開設）

「公害健康被害の補償等に関する法律」に基づく検診、医師国保 1 種・2 種組合員の健診、医療機関従業員健診、学校心臓健診、四日市医師会職員健診、四日市医師会看護学校の健診、四日市日本語学校の健診の事業を行っている（図 6）。

○四日市医師会訪問看護ステーション（平成 5 年 4 月開設）

医療依存度の高い利用者を含む在宅療養者と、その家族への個別性を尊重した療養支援・療養環境の整備・介護者支援を行っている。居宅支援事業所・関係市町・地域の保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるとともに、地域包括ケアシ

四日市医師会

(四日市市人口 31万1千人)
高齢化率 25.3%、在宅看取り率 27.4%



○四日市医師会訪問看護ステーション

(平成5年4月開設)

- 医療依存度の高い利用者を含む在宅療養者とその家族への個別性を尊重した療養支援・療養環境の整備・介護者支援を行っている。
- 居宅支援事業所・関係市町・地域の保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるとともに、**地域包括ケアシステムの向上に努めている。**

図 7

ステムの向上に努めている。（図 7）。

3. 津地区医師会（津地区医師会領域人口 19 万 9 千人，高齢化率 28.4%）（図 8）

○津地区医師会訪問看護ステーション（平成 5 年 1 月開設）

医療依存度の高い方も多く含まれ，およそ 20% が医療保険対象の訪問看護となっている．2 校の看護実習生の受け入れ，他の介護施設等への講師派遣などを行うとともに，職員自身も年間 20 回以上の様々な研修会で資質の研鑽に務めている（図 9）．

○津地区医師会介護支援センター（平成 11 年 7 月開設）

多くの退院調整会議やサービス担当者会議，多職種連携 ICT ツール（バイタルリンク）の利用などで，主治医をはじめ多職種とあらかじめ連携し，重症例，在宅での看取りにも対応している（図 10）．

4. 松阪地区医師会（松阪市人口 16 万 3 千人，高齢化率 28.6%）

三重県内のほぼ真ん中に位置し，県下では一番多くの共同利用施設を有する医師会である（図 11）．

○松阪地区医師会検査センター（昭和 44 年 5 月開設）

○松阪地区医師会保健医療センター（平成 8 年 3 月開設）

○松阪市健診センター（平成 20 年 1 月開設）

平成 20 年に現在の松阪市民病院敷地内に市の指定管理者として健診センターが移転・開設することとなり，同時に検査センターも移転し現在に至っている．会員検査および松阪市民病院の検体検査を中心に学童検尿検査，特定健診の代行請求等を検査センターが一括して行っている．平成 30 年度からは，行政の協力の下，市内居住の中学 3 年生を対象に腎臓病健診の検尿を使用し，ピロリ菌検査を開始，約

津地区医師会



（津地区医師会領域人口 19万9千人）
高齢化率 28.4%、在宅看取り率 20.2%

○訪問看護ステーション

（平成5年1月開設）

○介護支援センター

（平成11年7月開設）

- 両事業所は地区医師会館内にあり、訪問看護師5名、ケアマネージャー2名、事務員1名平成30年度、延べ381症例に対し3614回の訪問看護を施行。
- 予防・介護計画は851回策定。



図 8

津地区医師会



（津地区医師会領域人口 19万9千人）
高齢化率 28.4%、在宅看取り率 20.2%

○津地区医師会介護支援センター

（平成11年7月開設）

- 多くの退院調整会議やサービス担当者会議、多職種連携ICTツール（バイタルリンク）の利用などで主治医をはじめ多職種とあらかじめ連携し、重症例、在宅での看取りにも対応している。

図 10

津地区医師会



（津地区医師会領域人口 19万9千人）
高齢化率 28.4%、在宅看取り率 20.2%

○津地区医師会訪問看護ステーション

（平成5年1月開設）

- 医療依存度の高い方も多く含まれ、およそ20%が医療保険対象の訪問看護となっている。
- 2校の看護実習生の受け入れ、他の介護施設等への講師派遣などを行うとともに職員自身も年間20回以上の様々な研修会で資質の研鑽に務めている。

図 9

松阪地区医師会



（松阪市人口 16万3千人）
高齢化率 28.6%、在宅看取り率 22.2%

○松阪地区医師会検査センター

（昭和44年5月開設）

○松阪地区医師会保健医療センター

（平成8年3月開設）

○松阪市健診センター

（平成20年1月開設）

○松阪市第一地域包括支援センター

（平成18年4月開設）

○松阪地区医師会居宅介護支援事業所

（平成12年4月開設）

○松阪地区医師会訪問看護ステーション

（平成6年11月開設）

○松阪地区医師会ホームヘルプステーション

（平成12年4月開設）



図 11

1,000名を検査し実施率は64.1%、陽性率は、6.3%であった（図12）。地域保健への取り組みとして、へき地における無料健康診断をはじめ各地区への公益事業に積極的に参加し、地域保健の向上並びに市民参加の促進、啓発を図っている。平成28年度より肺がん検診による二重読影を実施。令和元年より市の胃がん検診（集団）における二重読影を7月から開始し、精度を向上させることで、より地域住民の健康管理に大きく貢献している。市民病院との協力体制において、健診にて至急精密検査が必要な受診者には、紹介状を発行し当日受診出来る体制を整えている（図13）。

- 松阪市第一地域包括支援センター（平成18年4月開設）
- 松阪地区医師会居宅介護支援事業所（平成12年4月開設）
- 松阪地区医師会訪問看護ステーション（平成6

年11月開設）

ステーション近辺だけではなく、片道1時間以上かかる過疎地域にも訪問を行っている。

- 松阪地区医師会ホームヘルプステーション（平成12年4月開設）

特定医療行為従事者が属する事業所として、松阪市の訪問介護事業としては希少価値の高い事業所となっている。訪問看護も併設しており、医療依存度の高い方の介護にも対応できている。

同一施設内に、上記4つの居宅介護部門、さらには「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」、「松阪市認知症初期集中支援チーム」もあり、行政を含めたスムーズな連携が行えている（図14）。

松阪地区医師会

（松阪市人口 16万3千人）
高齢化率 28.6%、在宅看取り率 22.2%

- 松阪地区医師会検査センター（昭和44年5月開設）
- 松阪地区医師会保健医療センター（平成8年3月開設）
- 松阪市健診センター（平成20年1月開設）

- ▶ 平成20年に現在の松阪市民病院敷地内に市の指定管理者として健診センターが移転・開設することとなり、同時に検査センターも移転し現在に至っている。
- ▶ 会員検査および松阪市民病院の検体検査を中心に学童検尿検査、特定健診の代行請求等を検査センターが一括して行っている。
- ▶ 平成30年度からは、行政の協力の下、市内居住の中学3年生を対象に腎臓病健診の検尿を使用し、ピロリ菌検査を開始、約1,000名を検査し実施率は64.1%、陽性率は、6.3%であった。



図 12

松阪地区医師会

（松阪市人口 16万3千人）
高齢化率 28.6%、在宅看取り率 22.2%

- 松阪市第一地域包括支援センター（平成18年4月開設）
- 松阪地区医師会居宅介護支援事業所（平成12年4月開設）
- 松阪地区医師会訪問看護ステーション（平成6年11月開設）
- ▶ ステーション近辺だけではなく、片道1時間以上かかる過疎地域にも訪問
- 松阪地区医師会ホームヘルプステーション（平成12年4月開設）
- ▶ 特定医療行為従事者が属する事業所として松阪市の訪問介護事業としては希少価値の高い事業所。
- ▶ 訪問看護も併設しており、医療依存度の高い方の介護にも対応している。
- ▶ 同一施設内に、上記4つの居宅介護部門さらには「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」、「松阪市認知症初期集中支援チーム」もあり、行政を含めたスムーズな連携が行えている。



図 14

松阪地区医師会

（松阪市人口 16万3千人）
高齢化率 28.6%、在宅看取り率 22.2%

- 松阪地区医師会検査センター（昭和44年5月開設）
- 松阪地区医師会保健医療センター（平成8年3月開設）
- 松阪市健診センター（平成20年1月開設）

地域保健への取り組み

- ▶ へき地における無料健康診断をはじめ各地区への公益事業に積極的に参加し、地域保健の向上並びに市民参加の促進、啓発を図っている。
- ▶ 平成28年度より肺がん検診による二重読影を実施。
- ▶ 令和元年より市の胃がん検診（集団）における二重読影を7月から開始し、精度を向上させることで、より地域住民の健康管理に大きく貢献している。
- ▶ 市民病院との協力体制において、健診にて至急精密検査が必要な受診者には、紹介状を発行し当日受診出来る体制を整えている。



図 13

伊勢地区医師会

（伊勢市人口 12万5千人）
高齢化率 29.4%、在宅看取り率 28.0%

- 特別養護老人ホーム「神路園」（平成4年5月開設）
- 訪問看護ステーション（平成5年4月開設）

地域包括支援システムの構築を法人全体としての取り組みとして位置付け、伊勢医心会の機能・人材等を生かした社会貢献を目指している。



図 15

5. 伊勢地区医師会（伊勢市人口 12 万 5 千人，高齢化率 29.4%）（図 15）

○特別養護老人ホーム「神路園」（平成 4 年 5 月開設）

地域包括支援システムの構築を法人全体としての取り組みとして位置付け，社会貢献を目指している（図 16）。

○伊勢地区医師会訪問看護ステーション（平成 5 年 4 月開設）

6. 紀北医師会（尾鷲市人口 1 万 7 千人，高齢化率 41.1%）

○紀北医師会訪問看護ステーション よろこび（平成 7 年 9 月開設）

訪問地域は尾鷲市・紀北町で，地理的に細長く一番遠い利用者まで，片道 45 分を車で走り訪問している（図 17）。平成 9 年 1 月，尾鷲総合病院旧棟 5

階にある医師会事務所の隣室に事務所を移転し，現在に至っている。平成 30 年度の月平均の訪問延べ件数 481 件，利用者の年齢も疾患も多岐にわたっている。終末期の患者で，今なら自宅に帰れると急に退院が決まって自宅に戻られるケースも多くなってきている（図 18）。

7. 紀南医師会（熊野市人口 1 万 7 千人，高齢化率 40%）（図 19）

○紀南医師会応急診療所（平成 23 年 9 月開設）

医師会員の高齢化率は市の高齢化率を上回る 60%に達しており，休日在宅輪番制での診療が限界となったため，医師会立としての応急診療所を開設した。最初の診療となった 9 月 4 日（日）は当地域に甚大な被害をもたらした紀伊半島大水害と重なり，開院日は断水の中，業務を行った（図 20）。

○紀南医師会訪問看護ステーションほほえみ（平

伊勢地区医師会

（伊勢市人口 12万5千人）
高齢化率 29.4%、在宅看取り率 28.0%
○特別養護老人ホーム「神路園」
（平成4年5月開設）



- ①介護老人福祉施設 定員 従来型 58名 ユニット型 20名
3月末入所者数 従来型 57名 ユニット型 20名
- ②短期入所生活介護事業（ショートステイ） 定員 12名
30年度 延べ利用者数 1,786名
- ③通所介護事業（デイサービス） 定員36名
30年度 延べ利用者数 9,082名
- ④訪問介護事業（ホームヘルプサービス）
30年度 利用状況 57,145件
- ⑤在宅介護支援事業（在宅介護支援センター）
- ⑥居宅介護支援事業 ケアプラン作成の状況 1,724件
- ⑦伊勢市養護老人ホーム万寿会館 設置運営 定員 100名
3月末入所者数 93名
- ⑧伊勢市南地域包括支援センター運営
介護予防ケアプランの作成 4,313件



図 16

紀北医師会

（尾鷲市人口 1万7千人）
高齢化率 41.1%、在宅看取り率 8.9%
○訪問看護ステーション よろこび
（平成7年9月開設）

- 平成9年1月、尾鷲総合病院旧棟5階にある医師会事務所の隣室に事務所を移転し，現在に至っている。
- 平成30年度の月平均の訪問延べ件数481件、利用者の年齢も疾患も多岐にわたっている。
- 終末期の患者で今なら自宅に帰れると急に退院が決まって自宅に戻られるケースも多くなってきている。



図 18

紀北医師会

（尾鷲市人口 1万7千人）
高齢化率 41.1%、在宅看取り率 8.9%
○訪問看護ステーション よろこび
（平成7年9月開設）

訪問地域は尾鷲市・紀北町で、地理的に細長く一番遠い利用者まで、片道45分を車で走り訪問している。



図 17

紀南医師会

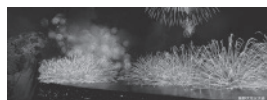
（熊野市人口 1万7千人）
高齢化率 40.0%、在宅看取り率 10.7%
○紀南医師会応急診療所
（平成23年9月開設）
○訪問看護ステーション ほほえみ
（平成8年11月）

医師会員の高齢化率は市の高齢化率を上回る60%に達している。



図 19

紀南医師会



(熊野市人口 1万7千人)
高齢化率 40.0%、在宅看取り率 10.7%

○紀南医師会応急診療所

(平成23年9月開設)

- 休日在宅輪番制での診療が限界となったため、医師会立としての応急診療所を開設。
- 最初の診療となった9月4日(日)は当地域に甚大な被害をもたらした紀伊半島大水害と重なり、開院日は断水の中、業務を行っております。

図 20

医師会立共同利用施設の意義とこれからの方向性

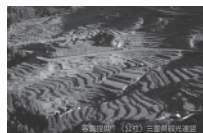


◆共同利用施設を有する7郡市中、すべての医師会に訪問看護ステーションが設置されている。
医療依存度の高い利用者が多いのが特徴

2025年問題を見据えた地域医療構想の構築並びに地域包括ケアシステムの充実、さらには人口が減少し高齢化率が36.8%まで上昇してピークに達する2040年問題を見据えた場合、医師会立訪問看護ステーションの存在意義はどの地域においても今後ますます高まる。

図 22

紀南医師会



(熊野市人口 1万7千人)
高齢化率 40.0%、在宅看取り率 10.7%

○訪問看護ステーション ほほえみ

(平成8年11月)

- 超高齢・過疎地域に位置するステーション
- 主治医や関連職種と密接な連携を取りながら、人工呼吸器等の医療機器を利用する医療依存度の高い利用者を含むすべての在宅療養者とその家族へ個別性を尊重した適切な看護を提供。
- 家族機能の調整などの心理・社会的側面のサポートはもちろん、褥瘡ゼロへの取組や質の高い日常生活援助など身体的側面のケアを確実に実施するように心掛けている。
- 防災・減災に向けた災害時要配慮者や家族介護者への支援・災害対策についても検討し、大学や行政等と共同研究を実施。

図 21

医師会立共同利用施設は、それぞれの地域において足りないニーズを補うだけでなく、医師会と行政との連携をスムーズに行い、医師会員の利便性に繋がることに存在意義がある

2025/11/3 医師会立共同利用施設の意義とこれからの方向性

図 23

成 8 年 11 月開設)

超高齢・過疎地域に位置するステーションであり、主治医や関連職種と密接な連携を取りながら、人工呼吸器等の医療機器を利用する医療依存度の高い利用者を含むすべての在宅療養者と、その家族へ個別性を尊重した適切な看護を提供している。家族機能の調整などの心理・社会的側面のサポートはもちろん、褥瘡ゼロへの取組や質の高い日常生活援助など身体的側面のケアを確実に実施するように心掛けている。防災・減災に向けた災害時要配慮者や家族介護者への支援・災害対策についても検討し、大学や行政等と共同研究を実施している(図 21)。

Ⅲ. まとめ

三重県内共同利用施設を有する 7 郡市中、すべての医師会に訪問看護ステーションが設置されており、医療依存度の高い利用者が多いという特徴がみられる。2025 年問題を見据えた地域医療構想の構築並びに地域包括ケアシステムの充実、さらには人口が減少し高齢化率が 36.8%まで上昇してピークに達する 2040 年問題を見据えた場合、医師会立の訪問看護ステーションの存在意義はどの地域においても今後ますます高まるものと思われる(図 22)。

医師会立共同利用施設は、それぞれの地域において足りないニーズを補うだけでなく、医師会と行政との連携をスムーズに行い、医師会員の利便性に繋がることに存在意義があると思われる(図 23)。

分科会報告

第 1 分科会

日本医師会常任理事

松 本 吉 郎

(1) 郡山市医療介護病院（福島県）

(発表者：原寿夫 福島県医師会常任理事 / 郡山市医師会副会長 / 郡山市医療介護病院長)

郡山市では入院医療と生活をつなぐ間が弱いということで、2006（平成 18）年に「医療と介護をつなぐ郡山市の病院」として同病院を開設された。医療療養病床 40 床、介護療養病床 80 床、計 120 床で、在宅療養の支援も行っており、「ユマニチュード」の普及啓発といった先駆的な取り組みについてご報告いただいた。しかしながら、在宅療養後方支援病院などの診療報酬上の施設基準や介護療養病床の廃止を受け、次年度から介護医療院への移行も検討されるなど、課題もあるとのことである。また、今回のご発表に際し、全国の医師会病院にアンケート調査を実施されたが、調査項目については日医の共同利用施設検討委員会でもご検討いただいている。調査結果からは、これからの医師会病院は在宅療養後方支援プラス開放型病床により、かかりつけ医機能の継続性の支援としての役割を担っているのではないかとのご提言をいただいた。

(2) 東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」（東京都）

(発表者：目々澤肇 東京都医師会理事)

現在、電子カルテは普及が進んでいるが、医療情報の共有は全国的には進んでいない。そこで東京都医師会は、2017（平成 29）年 9 月に東京総合医療ネットワーク運営協議会を発足し、2つのベンダー間を繋ぐ連携実証実験を実施して、本格運用まで開始され、すでに 423 例ものデータ共有が行われている。さらに、市区町村でシステムがバラバラであった医療介護連携を繋ぐものとして、「東京都多職種連携ポータルサイト」を構築することで、利用が増加傾向とのご報告であった。今後は中小病院や診療

所の情報閲覧に範囲を広げたり、クラウドにも連携を募り、診療所からの情報開示にも対応されるとのことである。質疑では、ネットワークの高額な構築費用に対して、自分たちでサーバーを立てずに、今あるところを繋げてもらって利用することの重要性についてお話をいただいた。

(3) 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

(発表者：川名隆司 宮崎市郡医師会長 / 宮崎市郡医師会病院長)

2025（令和 7）年に向けて、地域医療支援病院である医師会病院には、民間病院では担うことが困難な役割が求められるとし、広域重症型の急性期医療、最大の強みである循環器系領域の最新医療、医療防災ゾーンとしての機能を挙げられた。そして、医師会病院の使命の 1 つとして、在宅患者の急変時の後方病院としての機能を挙げられた。さらに、新病院設立の経緯や今後の戦略についての紹介がなされ、「会員を支える急性期医療を担う入院施設たること」を使命とし、バランススコアカードの導入により、すべての職員が病院の使命・ビジョン達成に貢献できることがメリットであるとのことであった。今年度上四半期で効果を実感されているとのことである。最後に、「かかりつけ医を支える入院施設であり続けることが、医師会病院の最も重要な意義である」と結ばれた。新病院は来年 8 月オープン予定とのことであり、その後についてまたご報告いただきたいと思う。

(4) 鹿児島市医師会病院（鹿児島県）

(発表者：上ノ町仁 鹿児島市医師会長)

「生き残るためには」という、大変な「覚悟」のもとで病院運営を見つめておられ、最も共感と質問が多かったご発表であった。鹿児島市医師会病院は

2008（平成 20）年を境に、大学からの医師派遣が困難となり、医師が3分の2まで減少したことから、病院の存続が危機に陥った。そこで、「あり方委員会」を設置して、実態に合わせた病床数へのダウンサイジングなどを行った結果、会員のニーズに幅広く対応できるようになり、翌年には経常損益で赤字から約1億3千万円の改善に繋がったとのことである。ただ、正味財産の減少への対策から、2018（平成 30）年に再度委員会を設置して病院の存在意義につ

いてアンケート調査も行い、2019（令和元）年度の病院運営方針を決定された。今年度から稼働病床数を204床から177床へ削減されるとのことで、最後に「小さいから可能性が大きい」と結ばれたが、同じ規模の医師会病院にとって大変勇気づけられる言葉だったのではないかと思う。なお、鹿児島市医師会会員は、県医師会会員の約4割を占め、入会率が全国でも高位であるとのこと報告には、頭の下がる思いである。

分科会報告

第 2 分科会

佐賀県医師会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長

池 田 秀 夫

(1) 山形市医師会健診センター（山形県）

(発表者：有川 卓 山形市医師会健診センター所長)

2018（平成 30）年 5 月に市内南館に新築移転された山形市医師会健診センターのコンセプトは、①健診フロアを男女別とし、更衣室に一部個室を設けて LGBT に配慮するとともに、問診室や診察室の遮音性を高め、さらには滞在時間の短縮のための診療支援システムを導入した、② CT による肺がん検診、高濃度乳腺に対応できる乳房超音波検査を開始した、③一般検査を迅速化し、健診終了時に結果を出すとともに、健診当日に特定保健指導を行えるよう指導用個室 8 室を設置した、④バーコード認証を導入し、受診者の誤認防止、検体管理の効率化を達成し、又、全自動採血管準備装置を設置した、⑤駐車場を拡張した一等で、健診環境、アメニティ、労働環境を改善し、高評価を得られている。しかし、このことにより事業収入の増加に比し、事業支出の伸びが大きく、経費の圧縮が課題となっていることから、保健行政と連携を深めるなどして、経営努力を行っていくとのご報告であった。

(2) 高岡市医師会臨床検査センター（富山県）

(発表者：白崎文朗 高岡市医師会臨床検査センター担当副会長)

高岡市医師会臨床検査センターの現状としては、特定健診受診者数は減少傾向、一般検査売り上げは横ばいのため、特定健診利用率向上のために、受診勧奨パンフレットを作成したり、これまで健診実施時期として 6・7 月に行ってきた定期健診に加え、10 月にも追加実施して受診者増に繋げられている。一方、一般検査の利用増を目指すべく、検査料の値下げはせずに、会員の利便性を向上させるため IT サポート部を創設し、検査オーダーシステム（タッ

クシステム）を地元システム会社と安価な価格で共同開発された。このシステムの特徴の 1 つとして、電子カルテに入力したオーダーが、本ソフトに連動したラベルプリンターから採血容器ラベルが印刷され、手書きによる手間やミスが少なくなるなど、多くの利点があるシステムとのことであった。

(3) 岡山市医師会総合メディカルセンター（岡山県）

(発表者：川邊一徳 岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者)

岡山市医師会総合メディカルセンターでは臨床検査のほか、特定健診電磁化一括請求代行などを行い、SRL との FMS 事業協力をはじめ、渉外担当者の専任化、ICT 部門に関連システム会社の派遣職員の配置、集荷部門の外部委託化とともに、2015（平成 27）年の新医師会館への移転に伴い、組織を健診部門複合体から臨床検査センターへ経営形態を変えるなどの改革を実行することで、経営の強化、健全化に取り組まれている。また、迅速な検査結果報告と検査受付の精度向上を目的に、2010（平成 22）年にクラウド型検査データ連携システムを構築し、150 医療機関に導入されている。同センターが保有する診療所の検査データを、医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）に出力することで、診療所間で情報を共有することが可能とされている。さらには、岡山市行政、近隣医師会との連携など良好な相互関係を持たれている。今後、会員支援を根本に、SRL との共同運営により地域医療ネットワークや PHR など ICT 技術を活用し、将来を見据えて運営基盤の強化を図っていききたいとのことであった。

(4) 小倉医師会健診センター（福岡県）

（発表者：本多直美 小倉医師会健診センター
所長）

小倉医師会健診センターでは、ストレスチェック解析システムを導入し、回答シートから個人用リポート、グループ集計リポート（職場のストレス判定図）を作成し、会員の施設従業員への検査実施とともに、産業医の活動支援を行っておられる。初年度（平成 28 年度）は 39 事業所、4,367 人の実績で、依頼経緯別にみると、「健診を依頼しているから」が 22 社、「会報の案内を見て」が 6 社、「問い合わせ」が 11 社であった。全受検者の 10.6%がハイリスク、

男女別では男性 11.4%、女性 10.0%と有意差はなく、福祉関係の男性のハイリスク率が 17.7%と高かったとの結果であった。次年度（平成 29 年度）の実績は、40 事業所、4,473 人と伸び悩んだため、事業所と同医師会産業医会所属医師にアンケート調査を実施したところ、結果票が分かりにくい、結果の見方が良くわからないなど、色々な理由があったが、「健診センターが解析システムを導入していることを知らない」という回答が 6 割弱あったことから、PR そのものが十分でなかったことを痛感し、あらゆる手段を通じて認知度を上げるよう努力しているのご報告であった。

分科会報告

第 3 分科会

埼玉県医師会副会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長

利根川 洋二

(1) 埼玉県内郡市 30 医師会在宅医療支援センター
(埼玉県)

(発表者：小川郁男 埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長)

埼玉県では 75 歳以上人口が、2025（令和 7）年には 2010（平成 22）年の 2 倍になり、全国一の伸び率が予想されている。2018（平成 30）年度から、在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業・包括的支援事業に位置付けられ、市町村が主体となり、地区医師会と連携しつつ取り組まねばならないことを踏まえ、早い段階から県と県医師会で強いタッグを組み、スムーズにかつスピード感をもって、2015（平成 27）年度から地域医療介護総合確保基金を用いて、在宅医療提供体制充実支援事業（金井プラン）を展開し、全 30 郡市医師会への基盤整備を図った。在宅医療支援センターの設置場所は、①郡市医師会に設置 8 地区、②市町村から場所の提供を受け医師会が設置 7 地区、③共同利用施設に設置 8 地区、④病院等に委託 7 地区、となっている。30 拠点は、現在それぞれの地域で医師会と行政・地区住民との接点をより強固にし、地域づくりの最前線で活躍しているという素晴らしいお話をいただいた。

(2) 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

(発表者：平岡直人 松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長)

松阪地区医師会は松阪市と多気町（たきちょう）、明和町（めいわちょう）、大台町（おおだいちょう）の 1 市 3 町の会員 437 名で構成されている。松阪地区医師会では、1994（平成 6）年に松阪唯一の老人訪問看護ステーションを開設し、呼吸リハビリや訪問リハビリに取り組んでいる。2000（平成 12）年には居宅介護支援事業所とホームヘルパーステー

ションを開設、翌 2001（平成 13）年には在宅介護支援センター設置を受託している。2006（平成 18）年には松阪市第一地域包括支援センターが設置され、三重県唯一の医師会立地域包括支援センターとして運営が開始された。2008（平成 20）年からはネットワークづくりを目的に、「地域けあネット」を開催している。2017（平成 29）年には新しい医師会館が竣工し、松阪市第一地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションが会館内に事務所を構えることとなった。2018（平成 30）年には「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」及び「松阪市認知症初期集中支援チーム」を医師会館内に設置した。これらにより、医師会館は地域住民の健康増進と公衆衛生の向上に寄与する拠点となっている。連携拠点における取組状況として、①資源の把握、②課題抽出と対応策検討、③切れ目のない体制構築、④情報共有支援、⑤相談支援、⑥研修、⑦住民啓発、⑧市町連携を挙げている。

(3) 東成区医師会（大阪府）

(発表者：長田栄一 東成区医師会長)

東成区医師会では「すべての区民がかかりつけ医を持とう」をスローガンに、2011（平成 23）年に「在宅・地域医療連携室」を医師会内に設置、2012（平成 24）年に厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」を受託、2014（平成 26）年に大阪府在宅医療連携拠点支援事業、2015（平成 27）年に「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」が大阪市のモデル事業として実施され、現在、全区で継続されている。東成区役所では地域包括ケアシステムの要となる地域包括支援センター 2 か所、総合相談窓口ブランチ 2 か所を運営。2016（平成 28）年には東成区在宅医療・介護連携推進会議、推進実務者会

議、包括的支援事業連絡会を開催。2017（平成 29）年には東成区認知症等支援検討チームを立ち上げている。また、医師会主催の健康展に区長が出席され、区の手組みを区民に説明している。その他、障害者や高齢者と地域を繋ぐ「お守りネット事業」、緊急時安否確認「鍵預かり事業」、各自の健康管理を目的に「いきいき百歳体操」などを実施している。東成区医師会では、医療介護専門職間の相違点の背景を明らかにし、互いの隙間を埋める橋渡し役としてコーディネーターを設置している。しかし、事業終了後は医師会だけでは予算が組めず、今後の課題となっている。医師、医師会は積極的なリーダーシップをもって、かかりつけ医として地域包括ケアシステムに関与していくことが求められている。

(4) 安来市医師会（島根県）

**（発表者：入江秀樹 安来市医師会診療所院長／
介護医療院みずかぜ施設長）**

安来市医師会病院は 1985（昭和 60）年 1 月に開設され、全 52 床で介護療養 16 床、医療療養 36 床であった。介護療養病床は 2017（平成 29 年）度末の廃止が決定され、医療療養病床も 25 対 1 では存続困難と判断し、2018（平成 30）年 3 月に有床診療所と介護療養型老人保健施設へ移行した。同年 4 月の介護保険法改正で、生活・介護・医療・看取りを包括する施設として介護医療院が創設された。介護医療院は居宅扱いとされ、老健施設は施設扱いに変更された。これにより、病院からの退院先としては介護療養型老人保健施設より介護医療院が優先されると考え、同年 10 月に介護医療院 40 床、有床診療所 8 床に再編した。介護医療院としたことで、既存の老人保健施設との機能分担が明瞭になり、運営面でも改善傾向となったとのことである。

全 体 討 議

座長 松本吉郎（日本医師会常任理事）

○松本座長（日本医師会常任理事）

これから全体討議に入ります。時間は 11 時までを予定しております。各分科会とも昨日は非常に参考になるご報告をいただき、フロアとの質疑・応答も活発に行われました。

それでは、分科会ごとにご質問をお受けしたいと思います。ご質問される先生は、ご面倒ではございますが、お近くのマイクまでお越しいただき、所属とお名前、ご質問される先生を指名されてからご発言をお願いいたします。まず、第 1 分科会の医師会病院関係についてご質問のある方、挙手をお願いいたします。どなたかいらっしゃいませんか。それでは、原先生から追加のご発言を少しいただければと思います。一言ずつ、お願いいたします。

○原 寿夫（福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院長）

この度、全国 74 ある医師会病院にアンケートをさせていただき、8 割近い回答率でデータの集計をすることができました。この場を借りて御礼申し上げます。

地域ごとに求められる機能は様々あるわけですが、その中で感じましたのは、地域のかかりつけ医の先生方をどのようにサポートしていけるかということが、とても大事なのではないかということです。鹿児島市医師会病院の話がございましたが、いわゆる施設基準としてというよりは、機能として在宅後方支援病院にしているとのことでした。介護病床を利用して会員の先生方のかかりつけ医機能を継続できるような、そういった仕組みが地区ごとにあると、その地域に合わせた様々な機能ができるのではないかと思います。アンケートを含めて後日報告させていただければと思っております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。200 床以上と以下によって後方支援の機能なのか、それとも直接的に在宅支援なのかで分かれるということで、200 床未満であ

っても両方選択できるような形になるとよいのかもしれない。今後の参考にさせていただきたいと思っています。

それでは、川名先生から追加がございましたらお願いいたします。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

医師会病院に求められる役割はそれぞれの地域で異なっており、会員の先生方が求めるような医師会病院たるべきであろうと思います。

私どもの病院の場合は、民間の医療機関ではなし得ない役割が求められていると考え、医療・防災ゾーン、循環器疾患の最新医療、後期の急性期医療、この 3 つをやっていきたいと思っております。経営は非常に大変ですが、新病院で求められる医療を今後も提供していきたいと思っています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。180 億円という建て替えの整備事業は、私どもにとっても非常に参考になる事例ですので、今後とも頑張っていただければと思います。

それでは、上ノ町先生、お願いいたします。

○上ノ町仁（鹿児島市医師会長）

鹿児島市医師会病院は、長年にわたる経営不振、赤字体質で、そこからどう脱却するかというテーマにいろいろ知恵を絞ったわけです。まず、あり方委員会を平成 26 年 9 月に設置し、さらに平成 31 年 7 月に 2 回目を設置して、会員へのアンケート、そしてスポット分析による自院の強みや弱みなどの分析、さらに現状の評価を行いました結果、204 床を 177 床に縮小する、適正化することによって会員の先生方のニーズ、今、医師会病院が一番必要とされているものは何かというものをきちんと把握して、それに合わせた医師会病院づくり、経営ということに携わっていきたいと考えております。

7 月、8 月になり、試算したものと大体一致する

ようになってきましたので、これからまた頑張っていきたいと思っています。すべては会員の先生方のニーズに応えるためにという発想から行っているところです。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。鹿児島市医師会病院では、今後、許可病床を199床にされるということで、ここでも200床を境目としたいろいろなお考えがあるのではないかと感じました。どなたかご質問ありませんか。

それでは、第2分科会に移らせていただきます。ご質問等ございませんか。

○谷掛駿介（奈良市医師会長）

奈良市医師会も、共同利用施設として奈良市総合医療検査センターを持っていますが、経営は難しく、健診部門についても利用者が少ないこともあり、なかなか厳しい状況です。日本では健康寿命の延伸が謳われていますが、成人病の糖尿病重症化予防については奈良市の市郡医師会が取り組んでおり、市との事業を競争入札で私どもが取ったのですが、これまで1,000万円の事業であったのが入札のために500万円ぐらいになり、経営がプラスにならなかったということがありました。

ぜひ日本医師会で、かかりつけ医との連携の問題も含めて、公共事業は随意契約も認めるよう市町村に勧めていただきたいというのが1点です。

それからもう1つは、健康寿命の延伸ということであれば、いわゆるサルコペニア、ロコモ等について、新しい事業に取り組んでいかなければならないと思っているのですが、日本医師会としましても全国の自治体にフレイルのことを広めていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○松本座長（日本医師会常任理事）

日本医師会へのご質問・要望ということですが、本日、日本医師会からは今村副会長、小玉常任理事、羽鳥常任理事が出席しておられます。健康寿命の延伸につきまして羽鳥先生、いかがでしょうか。

○羽鳥 裕（日本医師会常任理事）

健康寿命の延伸をはじめ、様々な事業に取り組んでおります。日本健康会議を含めて都道府県版の地域での健康会議もやっておりますし、糖尿病の重症化予防に関しても言えば、J-DOMEという事業を展開しております。J-DOMEとは、糖尿病専門医の先生方が行っているJ-DREAMSに対して、糖尿病非専

門医の先生方の診療レベルを上げることを1つの目的として、自分たちの診療を見直そうということで、登録症例を1年ごとに記録し、自分たちの診療レベルが上がってきたことを周りの先生、あるいは他の地域の先生と比べていくという事業です。

それから、ハーバード大学のジョスリン糖尿病センターと提携して、各都道府県の先生方に講習を行うなど、全国に広めて行こうと思いますので、ご協力をお願いしたいと思います。かかりつけ医の先生方にわかりやすい仕組みを作っていくことが、日本医師会の大きな責務だと思います。日医かかりつけ医研修会は5月に終わりましたが、来年に向けて、先ほど谷掛先生からご指摘のあったフレイル、サルコペニアに関しても重点的に取り上げていきたいと思っています。ぜひご協力のほどお願いいたします。

○松本座長（日本医師会常任理事）

フレイル、ロコモ、サルコペニアの話もございましたが、小玉先生からもご発言いただければと思います。

○小玉弘之（日本医師会常任理事／秋田県医師会長）

今、羽鳥先生がご説明したとおりですが、昨日の横倉会長の講演の中にありました「一生涯の保健事業にしっかりとつないでいく」ということも、大事な取り組みだと思います。しかしながら、各都道府県内での健診受診率の向上に関しては、各地区で行政と連携しながらお願いしたいと考えているところです。高岡市医師会のご発表にもありましたように、お手紙を出して受診を促すというような、そういった取り組みが各地区で必要だと考えます。

また、国は、地域・職域連携推進協議会をさらに活性化させようと、新たなガイドラインの作成を検討しているところです。日本医師会が中心的な役割を担っている日本健康会議の地方版も、それと連携しながら地域・職域の健康を増進しようということになっていますので、受診勧奨については都道府県単位でしっかりと議論していただきたいと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

今村副会長、一言いただければと思います。

○今村聡（日本医師会副会長）

今、羽鳥先生、小玉先生、そして昨日の横倉会長の講演の中でもありましたが、健康寿命の延伸というのは日本医師会の大きな政策の柱であります。また、医師会だけではなく、日本の国策になっている

と思います。保険者や自治体も全力を挙げて生活習慣病対策に取り組もうとしておりますし、国も国民健康保険に対する支援制度ということで、1,000億円ぐらいの予算を入れるというようなこともあります。常に申し上げていることは、行政なり保険者がいろいろな施策を打ち出してくるときには、必ず最初に医師会に相談してほしいということです。行政が全部仕組みを考えて、こういうことを考えましたからどうぞ協力してくださいというのでは絶対にうまくいきません。まずは、地域のかかりつけ医の声、そして地域の医師会の声、あるいは共同利用施設等の声を聞いてしっかりとした施策をつくって、自治体や保険者とともに相談しながらやるのが、事業をうまく進めることの要です。そして、やりっ放しではなく、結果をきちんと検証しながら次につなげていくことこそが大事であります。

この話は、厚生労働省も非常に重要視していて、保険者や自治体を集める会議の中で、今までなかったことですが、医師会を呼んで、我々の方から地域の自治体の人に話をしてくださいということで、ここ数年続けております。先生方も、ぜひ積極的にそういった自治体なり保険者なりの活動、あるいは民間の様々な団体も含めて、一緒に健康寿命の延伸に取り組んでいただければと思っております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。平岡先生、どうぞ。

○平岡直人（松阪地区医師会副会長）

昨日は、第3分科会で話をさせていただきましたが、私どもの医師会も検査・健診センターを持っておりますので、今日はそのことについてお伺いします。

今、お話が出た生活習慣病も関連があるかと思いますが、主に生化学的検査の基準値の取り扱いを、ここ数年、悩んでおられるのではないかと思います。基準値と臨床判断値の2つの数値をきっちり分けて考えていかないと、大きな問題があるのではないかと思います。基準値は病気や診断のリスクの評価、さらには目標のために作成されたものではないわけで、一方で臨床判断値というのは、予防医学的値ともいい、ふだんの臨床判断の場において、あるいは健診で予防医学を考えるとときには基準値をそのまま鵜呑みにするわけにはいかないということで、私どもの健診センター、検査センターの基準値を、これからどのように一般の会員の先生方に間違

いのないように周知していくかということに、非常に責任を感じております。

いろいろ調べてみますと、新しい基準値を導入しつつ、各専門学会のガイドラインを併記して、誤った臨床判断をしないように現場ではやっている医師会もあるようですが、ご発表いただいた先生方の施設では、そういう基準値と臨床判断値をどのように捉えているかを、教えていただければと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

では、川邊次長、いかがですか。

○川邊一徳（岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者）

共用基準範囲につきましては、当センターでも運営委員会等で4年ぐらい前から検討しております。ただ、なかなか実施できていないというのが現状です。問題なのは、脂質に関してはガイドラインといえますか、臨床判断値を使わないといけなのではないかということがひっかかっているのは現実にあると思います。尿酸もそうです。実際に、会員の先生方で、私はこっちでほしいんだと、また違う先生はこっちでほしいというようなシステムで、その基準範囲を2つ持たせて医院ごとにやらざるを得ないこともあると、お聞きしております。岡山県医師会も共用基準範囲を推奨しておりますが、私どもはまだ臨床判断値の方を使っております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。では、有川先生、何かご追加がございましたら、お願いいたします。

○有川 卓（山形市医師会健診センター所長）

私は、大分市医師会副会長の山本先生の後を引き継ぐ形で2年間、全国医師会共同利用施設施設長検査健診管理者連絡協議会の会長を務めさせていただくことになりました。その間にこの点についても少し議論が進めばと思っております。ありがとうございました。

羽鳥先生、ご意見をお願いできればと思います。

○羽鳥 裕（日本医師会常任理事）

私も2年前まで日本医師会の精度管理の担当だったため、この議論はずっと見ておりました。この議論のそもそもの始まりは、臨床検査所の先生方、特に臨床検査技師も含めて、最近の臨床検査のデータが、各施設でいろいろな検査法もあるけれども、いろいろな変換をすることによって、各衛生検査所を含めたデータがそろってきたため、そろそろ統一の

データを用いたらどうかということで、九州大学の康先生を初めとして、この議論を日本医師会にも持ちかけられました。

そこで、幾つか調べました。国際臨床化学連合IFCCがアジア地域で共用可能な基準範囲を決めて、臨床衛生検査技師会の多施設共同調査、それから福岡県の5病院会で多施設共同調査を行い、この検査の方法、共同基準範囲の検査はとても大事だということご指摘がありました。ただ、臨床現場で患者さんを目の前にして、例えばLDLの値、中性脂肪の値、尿酸の値、血糖の値というのが出てきたときに、この共同検査のJCLSの基準の値を患者さんにそのまま伝えて、私は治療しなくていいと、このまま1年間結果を見ていればいいということになってしまうと、それは明らかに間違いだと思います。場合によっては臨床検査判断値を患者さんには伝えていくべきだろうと思います。日本では多くないかもしれませんが、一定の頻度で病気になってくるということも、日本専門医機構理事長の寺本先生が日本動脈硬化学会の理事長であられたときに、この基準は絶対に守ってほしいということをおっしゃっています。それから、数年前にも人間ドック学会でやはり同じようなデータがあり、患者さんに伝えるべきデータと検査所の精度管理がうまくいっているかどうかの判断は、分けて考える方がよいのではないかと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。時間の関係がございましたので、第3分科会に移らせていただきます。どなたかご質問ございませんか。小川先生、追加がございましたらお願いしたいと思います。

○小川郁男（埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

私ども郡市30医師会すべてに地域医療介護連携拠点が整備できたことは喜ばしいことですが、ただ1点、往診医、訪問医を拠点で指導することになってやっておりますが、ジェネレーションの交代時期といえますか、若い先生方の往診医が全県下少なく、

山間部は特に往診医、訪問医が少ないというのが、これからの課題の1つです。

そしてもう1つが、看護専門学校です。私どもの地区では、卒業生の80%超が地元の医療機関に従事しておりますが、最近大学志向といえますか、応募する生徒が非常に少なくなっており、早急に手を打たないと大きな問題になるということを追加したいと思います。ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、第3分科会につきまして、最後にもう一方、ご質問等ありませんでしょうか。ご発表された先生の中から追加がございましたら、お願いいたします。入江先生、介護医療院についていかがでしょうか。

○入江秀樹（安来市医師会介護医療院）

私どもの病院は元々小さい病院であったのと、医師会もそれほど大きくなかったため、かえって迅速に意思決定といえますか、変更ができたのではないかと思います。行政との連携も緊密だったため、そういう点では迅速に転換できたと思っています。

転換について、職員などは病院でなくなることにについてどう思っているのかと思いましたが、意外と納得してくれましたし、協力してもらえたと思います。これは、医師会員の先生方のご協力が随分あったと思います。ただ、職員もだんだん高齢化しておりますので、介護職員や看護職員の確保が、これからの施設には重要な問題になってくると考えています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

入江先生、ありがとうございました。介護医療院への転換は、第1分科会の原先生の郡山市医療介護病院もご検討されているとのことでした。

ちょうど時間がまいりましたので、これで全体討議を終了させていただきます。ご協力賜りましてありがとうございました。

○小西博（司会）（三重県医師会理事）

松本先生、座長をお務めいただきありがとうございました。

総 括

日本医師会副会長

今 村 聡

昨日に引き続きまして、本日もこのように多くの先生方、また関係者の皆様にご参加をいただきましたこと、心より感謝申し上げます。2 日間にわたり大変ご熱心な討議をいただきまして、誠にありがとうございました。また、お疲れ様でございました。

第 28 回全国医師会共同利用施設総会がかくも成功裏に運営されましたのも、担当していただきました三重県医師会の松本純一会長を初め役職員の皆様方、そして池田秀夫委員長を初めとする医師会共同利用施設検討委員会の先生方のご尽力によるものであり、心より改めて御礼申し上げます。

この度の総会のメインテーマは、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」でありました。各分科会においてそれぞれの施設から様々なご報告がされました。

大変恐縮でございますが、1 例を取り上げさせていただきますと、まず、医師会病院をつくられて、そして診療所、さらには介護医療院へと転換された安来市医師会など、医師会共同利用施設であることの意義を、刻々と変わる地域の事情、あるいは社会

情勢を再認識しながら新たな方向性を見出された事例として、ご報告いただきました。地域で抱えているそれぞれの課題、あるいはその解決、今後の更なる発展に向けての糸口が見出されたのではないかと存じます。

本総会で共有された情報、成果をぜひ地域に持ち帰っていただき、それぞれの医師会共同利用施設の更なる発展、そして地域の医療・介護に寄与されることをご期待申し上げます。

さて、2 年後に開催する第 29 回全国医師会共同利用施設総会は、北海道医師会にお願いしております。昭和 63 年にご担当いただいて 2 回目ということになります。長瀬会長を初め役職員の皆様方には大変なご苦勞をおかけすることになりますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

結びといたしまして、本日ご参集の皆様方のなお一層のご発展とご健勝、ご活躍を祈念いたしまして、総括とさせていただきます。ご参加いただき、誠にありがとうございました。そして、お疲れ様でございました。

次期（令和 3 年度）担当（北海道）医師会長挨拶

北海道医師会長

長 瀬 清

皆様こんにちは。令和 3 年の第 29 回本総会を北海道医師会が担当することになりましたので、一言、ご挨拶を申し上げたいと思います。

今回の会は、場所も景色もよく、食べるものも大変おいしいすばらしい会でありました。何よりもプログラムがすばらしかったと思っております。

松本会長を初め、担当役員や事務局の方々のお骨折り、そして日本医師会役職員の皆さま本当にご苦労さまでした。2 年後に向け後押しをよろしく願いたいいたします。

本日の共同利用施設紹介でもありましたように、北海道はこの三重県と大変縁があります。伊勢街道に生家がある、松阪市の松浦武四郎という少年が、日本中から来る旅人から蝦夷地の話を聞いたことで興味を抱き、16 歳の頃から北海道を 6 回訪れています。北海道全域を歩いて、アイヌ民族からアイヌ語の地名を聞き、地図をこしらえた大変な方でした。

しかも、熊に出くわすことを避けるため大概冬に歩いたと、墨を綿に染み込ませたものをなめて溶かしながら記録した和紙のノートの現物が松阪の記念館にあります。昨日書いたようなすばらしい記録で、昔の人というのはすごいものだと思っております。

それがこの三重県と北海道のつながりです。今度

は、三重に引き続いて北海道が総会を担当させていただきます。

北海道では、令和 3 年 9 月 11 日（土）と 12 日（日）に札幌市内で行う予定としておりますので、ぜひ足をお運びいただきたいと思います。今回は台風が来るのではないかなと大変心配をしましたが、医師会の先生方の非常な“高圧”で台風が来るのを阻止したのでは、と思っています。北海道は、気象状況がこの頃随分変わりました。以前は 8 月のお盆を過ぎるとコートを着るぐらいに寒くなっていましたが、今は季候が変わり、今日も札幌は 33 度となっています。北海道は暑くなくても空気が乾燥していますし、木陰に入って、ちょっと風が吹くと大変過ごしやすいです。

まだ内容は決めていませんが、2 年間でじっくり考えて皆さん方にご協力をいただき、三重県に劣らないような会にしたいと思っております。今日も話題になりましたが、やはり民間とか行政で同じような会があれば、伍してやっていくためにみんなで知恵を絞って、後支えしてもらえような会にしていかなければならないと思っております。2 年後、皆様方にお越しいただけますことを非常に楽しみにしております。是非よろしくお願いいたします。

