

第29回全国医師会共同利用施設総会

記 録 集

期 日：令和3年9月11日（土）、12日（日）
会 場：京王プラザホテル札幌（北海道）
（WEB開催）

主 催：日本医師会
担 当：北海道医師会

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. 北海道医師会長 挨拶	2
5. 北海道知事 来賓挨拶	3
6. 札幌市長 来賓挨拶	4
7. 特別講演	5
8. 令和2・3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	12
9. 分科会	14
第1分科会（医師会病院関係）	
シンポジウム	14
質疑応答	31
第2分科会（検査・健診センター関係）	
シンポジウム	35
質疑応答	50
第3分科会（介護保険関連施設関係）	
シンポジウム	55
質疑応答	71
10. 北海道内共同利用施設紹介	76
11. 分科会報告	79
12. 新型コロナウイルス感染症対応下における医師会臨床検査センター・健診センター の2020年度医業経営実態調査報告	85
13. 全体討議	88
14. 総 括	92
15. 次期（令和5年度）担当（岡山県）医師会長挨拶	94

第29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。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。

しかしながら現在、新型コロナウイルス感染症の拡大により、多くの国民が感染の不安から受診や健診を控えられ、運動不足による健康障害や高齢者の認知症の加速が懸念されるとともに、必要な受診や健診の遅れによる疾病の重症化、介護関係でのケアの遅れが危惧される所である。加えて、医師会共同利用施設における経営面への影響も深刻である。

そこで、今回の総会では「医師会共同利用施設の今後のあり方ー新型コロナウイルス感染症も踏まえてー」をメインテーマに掲げ、コロナ禍における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あり方について多面的に討議を行う。

名 称：第29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：北海道医師会（担当：事業第二課）

〒060-8627 北海道札幌市中央区大通西 6-6

TEL 011-231-1432(代) FAX 011-221-5070(代)

期 日：令和3年9月11日(土)、12日(日)の2日間

開催方法：現地参加とWEB参加のハイブリッド方式（※WEBのみに変更になりました。）

プログラム：別紙参照

※新型コロナウイルス感染症の拡大状況等によっては一部変更する場合もあり

会 場：＜総会・第1・2・3分科会＞

京王プラザホテル札幌

〒060-0005 北海道札幌市中央区北5条西7丁目2-1

TEL 011-271-0111(代)

- 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・宿泊の申込のご案内」をご参照の上、令和3年7月31日（土）までに
下記の申込み専用WEBサイトからお申込みください。（現地参加の方で、WEBサイ
トからのお申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FAXにてお申込みください。）

なお、昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大状況に鑑み、関係者以外は原則WEB
でのご参加をお願いいたします。（※WEBのみに変更になりました。）

申 込 先：第29回全国医師会共同利用施設総会申込み専用WEBサイト

<https://amarys-jtb.jp/kyodosoukai/>

株式会社JTB北海道事業部 MICEセンター

〒060-0001 札幌市中央区北1条西6丁目1-2 アーバンネット札幌ビル8F

TEL 011-221-4800 FAX 011-222-5102 Email:jtb-mice@jtb.com

担当者：『第29回全国医師会共同利用施設総会』係（担当者：田元・森原）

営業時間：9：30～17：00（土・日・祝日休業）

留意事項：新型コロナウイルス感染症防止のため、現地参加予定の皆様には下記事項にご留
意願います。（※WEBのみに変更になりました。）

- ・マスクの着用、こまめな手洗い、アルコール等による手指の消毒、大声での
会話の禁止、他の方との十分な距離の確保等
- ・その他感染防止のために主催者側が決めた措置や指示の遵守等

また、下記に該当する方は参加をご遠慮願います。

- ・当日事前検温を行い、発熱・咳・咽頭痛などの風邪の症状や倦怠感、食欲
不振、味覚障害などの症状がある場合
- ・新型コロナウイルス感染症の陽性と判明した方と14日以内に濃厚接触がある
場合
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合

第 29 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今後のあり方
ー新型コロナウイルス感染症も踏まえてー」

日 時：令和 3 年 9 月 11 日（土）、12 日（日）
場 所：京王プラザホテル札幌（WEB開催）

第 1 日 令和 3 年 9 月 11 日（土） 於：京王プラザホテル札幌 2F「エミネンスホール」

[総 会]

13:00～ 受 付
総合司会：北海道医師会

14:00～14:20 開 会 北海道医師会副会長 藤原秀俊
挨 拶 日本医師会長 中川俊男
北海道医師会長 松家治道
来賓挨拶 北海道知事 鈴木直道
札幌市長 秋元克広

14:20～15:20 特別講演
座長：北海道医師会長 松家治道
演者：日本医師会長 中川俊男
演題：「最近の医療情勢とその課題
ー新型コロナウイルス感染症対策に向けてー」

15:20～15:30 令和 2・3 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/松阪地区医師会副会長 平岡直人

15:30～16:00 <休憩・移動>

16:00～18:00 分科会

第 1 分科会（医師会病院関係） 於：京王プラザホテル札幌 2F「エミネンスホール」

司会：北海道医師会常任理事 青木秀俊

座長：宮崎県医師会副会長/日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長 山村善教

シンポジウム 1. 函館市医師会病院（北海道）

函館市医師会病院医療・介護連携課長 八重樫優

2. とちぎメディカルセンター（栃木県）

栃木県医師会副会長 長島 徹

< 休 憩 >

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. 出水郡医師会広域医療センター（鹿児島県）

出水郡医師会理事/出水郡医師会広域医療センター院長 今村 博

質疑・応答

第 2 分科会（検査・健診センター関係） 於：京王プラザホテル札幌 3F「雅の間」

司会：北海道医師会常任理事 笹本洋一

座長：埼玉県医師会長/日医医師会共同利用施設検討委員会委員長 金井忠男

シンポジウム 1. 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

江戸川区医師会医療検査センター所長 山中昭良

2. 焼津市医師会臨床検査センター・健診センター（静岡県）
焼津市医師会理事 立花恒輔
< 休 憩 >
3. 岩国市医療センター医師会病院（保健健診部）（山口県）
岩国市医療センター医師会病院保健健診部臨床検査技師 中原 捷
4. 佐賀県健康づくり財団佐賀県健診・検査センター（佐賀県）
佐賀県健康づくり財団専務理事/佐賀県医師会常任理事
枝國源一郎

質疑・応答

第3分科会（介護保険関連施設関係） 於：京王プラザホテル札幌 3F「扇の間」

司会：北海道医師会常任理事 伊藤利道

座長：日本医師会常任理事 松本吉郎

シンポジウム 1. 郡山医師会（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. きぬ医師会（茨城県）

茨城県医師会常任理事 安部秀三

（共同講演者）茨城県医師会常任理事/きぬ医師会 伊藤金一

< 休 憩 >

3. 桑名医師会（三重県）

桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長 中道尚美

4. 宇治久世医師会（京都府）

宇治久世医師会会長 堀内房成

質疑・応答

18:30～20:00 <懇親会> 中止

第2日 令和3年9月12日（日） 於：京王プラザホテル札幌 2F「エミネンスホール」

9:00～ 受付（1日目に受付をしていない方のみ）

総合司会：北海道医師会

9:30～10:00 北海道内共同利用施設紹介 北海道医師会副会長 鈴木伸和
[施設ビデオ上映] 函館市医師会病院・函館市医師会健診検査センター等
紹介者：函館市医師会副会長/函館市医師会病院運営委員長 恩村宏樹
函館市医師会理事/函館市医師会健診検査センター運営委員長
後藤 琢

10:00～10:20 分科会報告 各分科会座長

10:20～10:30 新型コロナウイルス感染症対応下における医師会臨床検査センター・
健診センターの2020年度医業経営実態調査報告

日本医師会総合政策研究機構主任研究員 吉田澄人

10:30～11:10 全体討議 座長：日本医師会常任理事 松本吉郎

11:10～11:15 総 括 日本医師会副会長 今村 聡

11:15～11:20 次期（令和5年度）担当県医師会長挨拶

岡山県医師会会長 松山正春

11:20 閉 会 北海道医師会副会長 佐古和廣

※新型コロナウイルス感染症の拡大状況等によっては一部変更する場合があります。

挨

拶

日本医師会長
中 川 俊 男

本日は WEB での開催となりましたが、全国各地から大勢の方々にご参加いただき、誠にありがとうございます。第 29 回全国医師会共同利用施設総会を開催するに当たり、日本医師会を代表して一言ご挨拶を申し上げます。

まずは、本総会の開催に向けて企画段階からご尽力いただきました金井忠男委員長、山村善教副委員長をはじ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、そして 2 年間にわたり準備に当たってこられました日本医師会理事で前北海道医師会会長の長瀬清先生、現会長の松家治道先生、副会長の藤原秀俊先生、佐古和廣先生、鈴木伸和先生、委員会の委員でもあり常任理事の伊藤利道先生をはじめ役職員の皆様方、関係郡市医師会の皆様方、さらにご多忙の中、ご講演をお引き受けくださいました講師の方々に対し、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

2 年前、三重県で第 28 回全国総会を開催した際、2 年後の今日の状況をだれが予測したでありましょうか。新型コロナウイルス感染症の感染拡大は国民の日常生活を一変させ、受診控えを招き、医師会病院をはじめ臨床検査センターや健診センターなども深刻な経営危機に陥るなど、各地域の医療提供体制に多大な影響をもたらしました。

日本医師会では、「新型コロナウイルス感染症等感染防止対策実施医療機関 みんなで安心マーク」の創設をはじめ、国に対し必要な補助金や診療報酬上の対応を要望するとともに、医療計画上の「5 疾病 5 事業」に新興感染症等への対応を追加する政策提言を行い、実現させたほか、各病院団体とともに病床の確保に努め、爆発的感染拡大による医療の逼迫を避けるための緊急声明も公表いたしました。今後も医療界を挙げて全力で対応していく所存であります。

医師会共同利用施設におかれましても、通常の医療に加え、コロナ患者の診察、発熱外来やワクチン接種、PCR 検査等の実施、自宅療養への支援、在宅や高齢者施設等の患者・入所者への対応等、地域医師会を中心に日々ご尽力いただいていることに対し、敬意を表します。今後も地域包括ケアシステムの構築・発展に向け、国民が住み慣れた地域で質の高い医療、介護サービスを受けられるよう、より一層の多職種連携をお願い申し上げます。

結びといたしまして、本日ご参加の皆様方のなお一層のご健勝・ご活躍、そして 1 日も早い新型コロナウイルス感染症の収束を祈念し、挨拶とさせていただきます。

担当医師会長挨拶

北海道医師会長
松 家 治 道

本日は、お忙しい中、第 29 回全国医師会共同利用施設総会にご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

本総会は、都道府県医師会が持ち回りで開催しており、北海道での開催は昭和 63 年の札幌開催から 33 年ぶりでございます。本来であれば、皆様をお迎えし、活発な討議を行いますとともに、北海道の秋の味覚をゆっくりとご堪能いただくところではありますが、この新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から安全を第一に考え、急遽完全オンライン開催とさせていただきました。突然の開催方法変更に伴いご対応いただきました皆様には、担当医師会として厚く御礼申し上げます。

また、本日は、ご多忙中にもかかわらず、日本医師会中川俊男会長、ご来賓の鈴木直道北海道知事、秋元克広札幌市長にはビデオレターでのご対応を賜り、心から御礼申し上げます。

今回のテーマは、「医師会共同利用施設の今後のあり方 - 新型コロナウイルス感染症も踏まえて -」と題しまして、1 日目は日本医師会中川会長の特別講演の後、12 名のシンポジストによる 3 つの分科

会を開催いたします。2 日目は、北海道内の共同利用施設につきまして、ビデオ上映を交えての施設紹介や分科会報告などを行ってまいります。

完全オンライン開催という新しい取り組みとなりましたが、視聴される皆様に少しでも北海道の魅力をお伝えできますよう、精一杯の工夫をいたしましたので、じっくりとご覧いただきたいと思います。

さて、医師会共同利用施設は昭和 28 年に栃木県の下郡賀都市医師会病院が開設されたのが第 1 号で、その後、全国各地に数多くの医療・介護・福祉にかかわる施設が開設され、68 年間の長きにわたり地域医療を支えてまいりました。特にこの約 2 年間は、新型コロナウイルス感染症の拡大により、PCR 検査の実施、自宅療養者への対応、軽症・中等症・重症の患者治療等、さまざまな場面で重要な機能を果たし、この役割は刻々と変化しております。

本日より 2 日間、完全オンライン開催という不慣れな運営でお届けすることになりますが、皆様にとって実り多きものとなりますようご期待申し上げ、担当医師会の挨拶といたします。

来賓挨拶

北海道知事
鈴木直道

第 29 回全国医師会共同利用施設総会が開催されますことを、心からお慶び申し上げます。

日本医師会の中川会長をはじめご参加の皆様におかれましては、日ごろから地域医療の確保に多大なご貢献をいただきますとともに、新型コロナウイルス感染症の流行が長期にわたる中、感染防止対策に配慮しながら国民への医療の提供に並々ならぬご尽力をいただいておりますことに心から感謝申し上げます。また、感染拡大防止の観点からオンラインによる開催に向けてご準備をされてこられた北海道医師会の松家会長をはじめ、関係の皆様に深く敬意を表します。

人口減少と高齢化が急速に進行し、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築が一層求められる中、医師会共同利用施設は医師会病院による検査・

救急・入院機能の提供をはじめ、検査・健診センターの活動を通じた健康づくりの推進や訪問看護ステーションによる介護サービスの提供など、私たちが健康で安全な生活を送る上で不可欠なものとなっております。その役割は、ますます重要になっております。

道といたしましては、今後とも地域医療構想の推進などを通じて、だれもが住み慣れた地域で安心して暮らすことができる社会の実現に向けて取り組んでまいりたいと考えておりますので、医師会並びに関係の皆様には引き続きご理解とご協力を賜りますよう、お願い申し上げます。

結びになりますが、本総会が実り多きものとなりますことをご期待申し上げますとともに、ご参加の皆様のご健勝とご活躍を心からお祈り申し上げます。私からの挨拶とさせていただきます。

来賓挨拶

札幌市長

秋 元 克 広

このたびは第 29 回全国医師会共同利用施設総会が開催されますことを、心よりお慶び申し上げます。

皆様におかれましては、日ごろから通常の診療業務に加え、救急医療体制の確保、各種健康診断や予防接種の実施など、各地の医療の推進に多大なるご尽力をいただいておりますことに、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。また、新型コロナウイルス感染症への対応については、北海道を含め各地で緊急事態宣言が発出されている中、皆様には患者の診療や検査、自宅療養者への往診、ワクチン接種など、多方面において一方ならぬご尽力をいただいておりますことに重ねて感謝を申し上げます。

さて、本総会では、検査・健診センターや医師会病院といった医師会共同利用施設の活動状況や臨床検査の精度・技術などについて研究発表と討議が行われると伺っております。医師会の共同利用施設はかかりつけ医機能の支援や在宅医療、介護事業など、

地域医療を支える上で大変重要な役割を果たしております。札幌市といたしましても、医療需要の増加をはじめとするさまざまな課題に対応するため、「さっぽろ医療計画 2018」を策定し、医療・介護等の連携強化やかかりつけ医の普及促進、各種健診事業の推進などに取り組んでおり、本総会が地域医療のさらなる発展につながることを大いに期待しております。

本来であれば、皆様をお迎えし、実りの秋を迎えた北海道の味覚などを通じて札幌を満喫していただきたいところですが、今年はそれがかなわず大変残念に思っております。札幌には四季を通じてさまざまな魅力があふれていますので、機会を見てお越しいただければ幸いです。

結びになりますが、本総会の成功と本日ご参加の皆様のご健勝とご活躍を心よりお祈り申し上げます。私からのご挨拶とさせていただきます。

特 別 講 演

座長 松家 治道（北海道医師会長）

「最近の医療情勢とその課題
—新型コロナウイルス感染症対策に向けて—」

日本医師会長

中 川 俊 男

（※特別講演の内容は、令和3年8月26日に収録したものである。）

本日は、第29回全国医師会共同利用施設総会に講演の機会を賜り、御礼申し上げます。新型コロナウイルス感染症は非常に厳しい感染爆発の状態になっているが、全国の医師会会員全員で切り抜けていきたい。

I. 日本医師会員の先生方へのお手紙

令和3年8月17日付で、全国の日本医師会会員17万3,328名に直接お手紙をお送りし、患者の受け入れや健康観察等、ご協力をお願いを申し上げた。

令和3年8月17日

日本医師会 会員の先生方へ

公益社団法人 日本医師会

会長

中川俊男

先生方には、地域医療を守る通常の診療に加えて新型コロナの診療、ワクチン接種などに全力を挙げてご対応いただき、本当に頭が下がる思いです。心から感謝申し上げます。

わが国は、世界に誇る公的医療保険制度の下で、国民皆保険による公平、平等な医療が提供されてきました。わたしたちは、必要な時に適切な医療を受けられることは当たり前のことだと思ってきました。

しかし、この素晴らしい医療提供の仕組みが、新型コロナウイルスの爆発的な感染の拡大により壊れようとしています。感染拡大は、すべての都道府県に及んでいます。まさに緊急事態です。

日本医師会は、これまで新型コロナ医療と通常の医療を両立させなければならぬと申し上げてきました。どちらの医療も、命の重さは同じであるべきだからです。しかし今、その両方の医療が崩れ始めています。

新型コロナの医療のために通常の医療が制限されることの重大性は計り知れません。

そのためにも新型コロナウイルスの感染拡大を徹底的に抑え込み、同時に、なんとしても医療提供体制を維持しなくてはなりません。どうか、新型コロナウイルス感染症患者さんの入院が難しい医療機関におかれましても、今一度、受け入れのご検討をお願いします。診療所におかれましては、どうか、できる限り、自宅療養、宿泊療養の患者さんの健康観察、電話等による診療や往診を行っていただきますようお願いします。

すでに先生方には多くの医療従事者の皆さんとともに新型コロナと闘い、激務の最中にあることは十分承知しております。あらためてのお願いは、心苦しい限りです。しかし、今や大災害級の有事です。日本医師会も感染抑制にむけあらゆる努力をいたします。どうか、先生方にも、もうひと踏ん張りのご協力をいただきますよう、心からお願い申し上げます。

Ⅱ. 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の成立について

令和3年5月21日に医療法等改正法が成立した。日本医師会の役員は、社会保障審議会医療部会をはじめ関係審議会の委員として、今回の改正法案に深く関与してきた。また、国会審議においても、衆議院厚生労働委員会に今村副会長が、参議院厚生労働委員会に猪口副会長が参考人として出席し、意見を述べた。

今回の改正法は大きく7点に分けることができる。本日は特に、都道府県医療計画の5疾病5事業への新興感染症等の追加、病床機能再編支援事業、外来医療機能についてお話する。

(1) 新興感染症等の対策の5疾病5事業への追加

日本医師会がかねて、都道府県医療計画に新興感染症等を追加することを主張してきた。令和2年8月に公表した緊急事態提言にも盛り込んでいる。その結果、新興感染症等への対策が、医療計画の5疾病5事業の6番目の事業として追加されたことを高く評価したい。

新興感染症等への対策とは、第一に、マスク、個人防護具、人工呼吸器、ECMO等資材の備蓄が挙げられる。これは備蓄場所と必要量の見込みが課題になる。

第二に、医療従事者、特に専門スタッフの確保と病床の確保が挙げられる。重要なのは、コロナ医療とコロナ以外の通常医療との両立の視点で、新興感染症が発生した時に急いで病床を確保するのではなく、重症者病床はどの病院の何ベッドか、中等症や軽症、後方支援病床はどの医療機関かを、通常医療への対応も踏まえて定め、それを毎年更新する。その際に、地域医療構想の病床数についても、新興感染症への対応によっては見直す必要もあると考えている。厚生労働省が先に発表した436病院の再検証対象医療機関を見直すということもあるかもしれない。

今回の改正法の施行は、次の医療計画の開始時期に合わせるため、2024年4月とされている。しかし、変異株の拡大とワクチンの普及による国際的な人の移動の復活で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大は依然として予断を許さない。新たな感染症の発

生もいつ起こるかわからないという状況である。

都道府県は、3月24日付事務連絡による厚生労働省の要請を受け、改めて病床確保計画を作成し、各フェーズでの実効性のある確保病床数・居室数を設定した。また、感染者急増時の緊急的な患者対応方針に基づく対応段階の病床・居室も確保した。当面は緊急的な対応が主となるが、日本医師会はこれらの計画等も活用して、医療計画における新興感染症対策事業の検討、施策の実施を前倒しで進めることを国に要請する。

(2) 病床機能再編支援事業

いわゆるダウンサイジング補助金は、令和2年度に創設され、今回の法改正では地域医療介護総合確保基金の事業の1つに位置づけられた。この補助金は、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や、病院の統合による病床廃止に取り組む病院等に対して財政支援を行うものである。

ここでも、地域医療構想調整会議が地域医療との調整、合意形成など重要な役割を担っている。しかし、調整会議の議論が停滞しているところがある。また先般、医療機関の再編統合について調整会議の合意を得ないまま行政がゴーサインを出したという事例もあった。さらに、財政当局は、地域医療構想を病床削減のツールとして利用しようとしている。

地域医療構想は、病床削減のためではなく、自主的な収れんを理念としている。だからこそ、調整会議で関係者が地域の実情を踏まえた議論を行うことが重要である。

地域医療構想ガイドラインが策定されてから6年が経過した。改めて地域医療構想の理念を確認し、調整会議の議論を活性化できるよう、日本医師会として支援を続けていく。

(3) 外来医療機能

外来医療機能については、外来機能報告を基に調整会議を活用するなどして、

「医療資源を重点的に活用する外来」を基幹的に担う医療機関について協議を行うことになっている。

「医療資源を重点的に活用する外来」とは、具体的には専門性の高い医療機関の外来を指す。医療機関は、自主的な手挙げが基本となり、その上で、調

整会議等で協議する。ここでも地域医療構想と同様、「自主的」に進めるという点が重要なポイントである。

今後、厚生労働省に設置予定の検討会で様々なデータも示されると思うが、データ至上主義ではなく、地域の実情を踏まえた血の通った議論が必要で、それこそが調整会議の役割だと考える。

Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症患者受け入れのための病床確保

(1) 菅総理との意見交換

令和3年1月14日、総理官邸で行われた「政府と医療関係団体の意見交換」において、菅総理（当時）に対して次のように決意表明を申し上げた。

「東日本大震災のときに、わたしたち医療界は、全身全霊で災害医療に取り組みました。今、ふたたび有事です。病院団体をはじめ、公立病院も公的病院も民間病院もすべて、究極の臨戦態勢をとります。日本医師会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会は、新型コロナウイルス感染症病床を確保するための対策組織をあらたに設置し、できるところはすべて、躊躇なく、新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れるべく有事の医療提供体制の構築に努めます。」

(2) 新型コロナウイルス感染症受入病床確保対策会議

菅総理に対する決意表明の具体化として、日本医師会は、四病院団体協議会並びに全国自治体病院協議会で結成した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」（以下、病床確保対策会議）を設置し、令和3年2月3日には具体的方策を取りまとめた。内容は、「1. 都道府県医師会と都道府県病院団体及び支部による協議会の立ち上げ、2. 協議会による情報共有の仕組みの構築・活用、3. 受入病床の確保策、4. 後方支援病床の確保策、5. 宿泊療養施設や自宅療養の充実、6. 地域の医師・看護師等の派遣等による対策」である。

国においても、2月2日変更分の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」で、「地域の会議体を活用して医療機能に応じた役割分担を明確化した上で、病床の確保を進めること。」とした。

さらに、厚生労働省は、2月16日付で発出した事務連絡「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」にお

いて、重症患者は大学病院や地域の基幹病院等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを中心に整備し、中等症患者は重点医療機関が中心的な役割を担うこととした。そして、「救命救急医療を含め新型コロナウイルス感染症以外の疾患等の患者に対する医療に関する役割分担にも配慮しつつ、地域医療構想調整会議や医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場も活用しながら、医療提供体制の強化に取り組むこと。」とされた。

病床確保対策会議は、2月24日の第3回会議から厚生労働省が加わり、迫井医政局長にもご出席いただいた。

地域の医療提供体制は、コロナの外来、重症患者への対応、中等症患者への対応、コロナから回復した方の後方支援、コロナ病床確保のための転院患者の受け入れ、そしてコロナ以外の日常診療など、すべての医療機関がそれぞれの役割を担うことが重要であるという共通の認識をあらためて確認した。

(3) 医療提供体制の役割分担

病床確保対策会議の一員となった厚生労働省に対しても、退院基準の逐次周知徹底をはじめ後方支援医療体制の確保を強く要請し、同省より関連事務連絡が相次いで発出されるに至った。また、同省からは、患者受入が実際に可能な最大限病床の確保や感染者数の大幅増、例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度を想定した緊急的な患者対応を行う方針を都道府県に求めているが、後方支援医療体制は其中でも重要な位置づけをしている。

Ⅳ. 新型コロナウイルス感染症対策

(1) 緊急事態宣言とまん延防止等重点措置

① 1回目の緊急事態宣言後の状況

感染対策には思い切った流行対策を講じる「ハンマー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー&ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」とは欧米ではロックダウン、日本では第1回目の時のような強い緊急事態宣言を意味する。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまいが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなければならぬことになる。

2020年の主な出来事については、2月の「さっぽろ雪まつり」の時に武漢からの観光客がたくさん来道し、新型コロナウイルス感染症が入ってきた。そして2月3日から横浜沖でダイヤモンドプリンセス号の検疫が開始され、4月には安倍総理が7都府県、最終的には全国の都道府県を対象にした緊急事態宣言を発令した。

第2波が始まりかけの6月27日に日本医師会代議員会および役員改選が行われ、その後の9月、10月に感染者数の下げ止まりがあり、11月11日の日本医師会定例記者会見で、現状は「第3波が始まったと考えてもいいのではないかと」申し上げたところ、翌日の朝日新聞の朝刊一面トップに、「日本医師会が第3波と考えていいと言った」という内容が掲載され、驚いた次第である。そして第3波、第4波よりも大きい、第5波が今来ているというのが現状である。

② 2回目の緊急事態宣言

政府は、2021年1月8日より、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県を対象に、2回目の緊急事態宣言を発令し、3月21日をもって解除した。

2回目の緊急事態宣言を発令するという政府の決断は、医療提供体制の逼迫に瀕している医療にとって非常に大きな意義があるものである。当初は1都3県に限定して発令され、後に順次拡大したが、令和2年4月の1回目の緊急事態宣言のように、国民に未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を取り戻し、ひいては新規感染者の増加を減少に転じさせ、収束への突破口にもなることを期待した。

1回目と2回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。まず、感染者数の規模感が異なる。緊急事態宣言発令開始日の感染者数は、1回目は全国で368人、東京都は87人で、2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人であった。一方、発令解除日の感染者数は、1回目は全国で21人、東京都は8人で、2回目は全国で1,118人、東京都は256人であった。

また、営業制限等については、1回目は飲食店に加え、体育館、スポーツクラブ、映画館等への休業要請がなされたが、2回目は飲食店中心の使用制限がなされた。外出については、1回目は原則として終日自粛を求められたが、2回目は20時以降の自粛が求められた。

③ まん延防止等重点措置

「まん延防止等重点措置」は、感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階、すなわち、感染状況がステージⅢに相当する段階で適用するものである。さらに、ステージⅢの中でも、感染者が増加傾向にある段階で適用するものは「上りのまん延防止等重点措置」、感染者が減少傾向にある段階で適用するものは「下りのまん延防止等重点措置」と呼ばれている。

また、「まん延防止等重点措置」が適用されている都道府県において、爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な状態、すなわち、感染状況がステージⅣ相当にまで悪化した場合、原則として、「まん延防止等重点措置」の適用を解除するとともに、緊急事態宣言が発令される。他方、緊急事態宣言が発令されている都道府県において、感染状況がステージⅢ相当にまで改善された場合、原則として、宣言の発令を解除するとともに、「まん延防止等重点措置」が適用される。

緊急事態宣言と「まん延防止等重点措置」は異なる特徴を持っている。まず、対象地域に違いがある。緊急事態宣言は、政府が都道府県単位で発令する。一方、「まん延防止等重点措置」は、都道府県知事が市区町村等の特定地域に限定して適用する。

また、適用と解除の目安にも違いがある。緊急事態宣言は、感染状況がステージⅣ相当に至った段階で発令し、ステージⅢ相当に至った段階で解除する。他方、「まん延防止等重点措置」は、感染状況がステージⅢ相当であり、都道府県で感染拡大のおそれがある等の状況に至った段階で適用され、都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等の状況に至った段階で解除される。

さらに、施設使用等に係る制限・停止及び罰則に関しては、緊急事態宣言では制限・停止に係る要請・命令が可能であり、当該命令に違反した場合には、三十万円以下の過料が処される。「まん延防止等重点措置」では、制限に係る要請・命令のみ可能であり、当該命令に違反した場合には、二十万円以下の過料が処される。

④ 3回目の緊急事態宣言

政府は、4月25日から、東京都、京都府、大阪府、兵庫県を対象に、3回目の緊急事態宣言を発令した。

その後、対象地域の拡大等を適宜実施し、6月20日をもって、沖縄県を除く都道府県に対する緊急事態宣言は解除された。

また、2回目と3回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。緊急事態宣言の発令開始日における感染者数については、2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人であったが、3回目は全国で4,607人、東京都は635人であった。他方、東京都が対象から解除された日における感染者数について、2回目は全国で1,118人、東京都は256人、3回目は全国で1,308人、東京都は376人であった。東京都の感染者数に着目すると、発令時から解除時にかけて、2回目の時は10分の1にまで抑えられているが、3回目の時には2分の1に抑えたと過ぎなかった。

⑤ 4回目の緊急事態宣言

政府は、7月12日より、東京都を対象に、4回目の緊急事態宣言を発令した。また、沖縄県を対象とした宣言の期限を延長した。

さらに、8月2日より、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府の4府県を、8月20日より、茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県の7府県を、宣言の対象地域に追加し、8月27日から北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県を追加することになる。

緊急事態宣言の発令開始日における感染者数は、3回目は全国で4,607人、東京都は635人で、4回目は全国で1,504人、東京都は502人であった。

(2) ワクチンへの対応

① 日本医師会新型コロナウイルスワクチン速報

日本医師会は、当初混乱したワクチン接種に関連するワクチン自体について、確定した情報をいち早く届けるため、「新型コロナウイルスワクチン速報」を作成し、日本医師会ホームページへの掲載を開始した。

ワクチン速報第1号は、医療機関での接種施設の類型についてで、病院・診療所は連携型及びサテライト型として、個別接種を行うことが可能である。介護施設の従事者のうち、介護医療院、介護老人保健施設の従事者については、医療機関と同一敷地内にある場合は、医療機関の判断により、対象となることが可能である。介護療養型医療施設の従事者は、病院・診療所として医療従事者等の範囲に含まれる。

ワクチン速報第3号は、集合契約の手続きについてで、医療機関がワクチンの連携型・サテライト型になるためには、日本医師会と全国知事会による集合契約に参加することが必要である。契約を医師会に委任するため、それぞれの医療機関においては「ワクチン接種契約受付システム」を用いて委任状を作成し、システム上で委任先の郡市区医師会を選択する。

ワクチン速報第5号は、筋肉注射についてで、図中の「逆流を確認している報道が見受けられますが、皮膚をつままず、逆流を確認しないで、適切な深さで、接種してください」とあるのは、筋肉組織損傷による免疫獲得減弱を回避する意味からである。

ワクチン速報第6号は、副反応疑い報告の状況で、ワクチン速報第7号は、集団接種に出務される医師、個別接種を行う医師も優先接種対象者で、高齢者向け接種に先立って、ワクチン接種を受けることができるというご案内である。

ワクチン速報第8号は、ワクチン接種に従事する方の健康保険の被扶養者認定についてで、健康保険の被扶養者認定は年間収入が130万円未満であることが要件の一つとされている。認定時には想定していなかった事情により、一時的に収入が増加し、直近3か月の収入を年収に換算すると130万円以上となる場合であっても、直ちに被扶養者認定を取消すのではなく、過去の課税証明書、給与明細書、雇用契約書等と照らし、総合的に将来収入の見込みを判断するというものである。

ワクチン速報第10号は、ファイザー社ワクチン「コミナティ筋注」の添付文書改訂についてで、保存方法について、「本剤を冷蔵庫（2～8℃）で解凍する場合は、2～8℃で1か月間保存することができる。なお、再冷凍はせず有効期限内に使用すること」という冷蔵保存が追加になったということで、個別接種をしている先生方にとっては、大変朗報であった。

ワクチン速報第11号からは、全国のワクチン接種体制の好事例についてのご報告である。全国の先生方が地域でワクチン接種を推進する際に参考にしていきたい。

② 新型コロナウイルスワクチンのパンフレット

3月25日には、日本医師会は新型コロナウイルス感染症の予防接種を安心して受けるためのパンフ

レットを作成した。ホームページに掲載しているので、ご覧いただきたい。

(3) 新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明

7月29日に、日本医師会は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大が全国規模で起きていることを踏まえて、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、四病協（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）、東京都医師会の各団体と共に、「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を取りまとめ、公表した。この緊急声明の取りまとめに当たっては、新型コロナウイルス感染症対策分科会の尾身会長、アドバイザーボードの脇田座長と多角的な視点から意見交換を行った。

緊急声明の中で示した緊急要請は以下の3点である。

まず、1点目は、首都圏をはじめ感染者が急増している地域に対し、早急に緊急事態宣言を発令すること。あわせて、緊急事態宣言の対象区域を全国とすることについても検討に入ること。

2点目、感染収束の目途がつくまで、徹底的かつ集中的にテレワークや直行直帰を推奨すること。

3点目は、40歳から64歳までリスクの高い疾患を有する方のワクチン接種を推進し、できるだけ早く完了させること。

(4) 菅総理ら政府との意見交換

日本医師会は8月3日、菅総理（当時）ら政府と医療関係団体の意見交換会に出席した。

政府が、感染が急増している地域での入院を重症者とリスクの高い患者に限定する方針を示したことに関しては、「リスクの高い患者として、中等症2と自宅では悪化の兆候を早期に把握しにくい中等症1の一部が適切に含まれていると理解している」と申し上げた上で、地域の医師会や医療機関では既にこれらの方々の病状変化に即座に対応できるよう、より一層の医療提供体制の強化、特に自宅療養への対応に重点を置いた体制整備を進めていることを説明した。

また、入院に関する政府の方針転換について、「全国の医療現場では、中等症の方が入院できなくなれば、急変の兆しの発見が遅れることが頻発し、死亡

者が急増することを心配している」と現場の懸念を伝えるとともに、リスクの高い患者には中等症も適切に含まれると考えてよいか改めて確認した。その結果、田村厚労大臣（当時）からは「中等症2は当然だが、1に関しても医師が重症化のリスクが高いと判断すれば入院することになる」と明確にお答えをいただいた。

(5) 東京オリンピック・パラリンピック競技大会

東京オリンピック・パラリンピック競技大会の競技会場を有する9都道府県を中心に、多くの医師会が参加した意見交換会の議論をまとめて、橋本聖子組織委員会会長に、できるだけ感染拡大が起こらないような万全の対策を講じてほしい旨文書を提出した。

V. 定例記者会見

日本医師会の定例記者会見は、地上波、ネット等で随時リアルタイムに中継されており、特に定例記者会見は、官邸及び省庁の他、様々な分野の方に見ていただいている。公式発言になるため、しっかりと準備して、日本医師会の考え方をリアルタイムに発信していこうと努めている。

8月25日の定例会見の最後に、政府へのお願いを申し上げた。医療の逼迫、病床の逼迫への対応は強力に行うべきであり、日本医師会としても全面的に協力する。同時に、医療を守るためというよりも、まずは命を守るために感染防止対策を徹底する必要があるということを強く発信していただきたい。新型コロナウイルス感染症になった時に、どんな苦しみがあるか、そしてどれだけの後遺症があるかは計り知れない。政府にはその点で、これまでの踏襲ではない強力な感染防止対応を取っていただきたい。このまま感染者が増加し医療が逼迫することが際限なく続けば、もう誰ももたない。これまでの対策を引き延ばしている猶予はないと考える。日本医師会は、通常医療とコロナ医療を両立させるべきであると繰り返し申し上げてきた。通常の医療もコロナ医療も、命の重さは同じだからである。

しかし、厚労省と東京都の要請の中でも、通常医療の制限も視野に入れてと明記される事態に至った。今回、緊急事態宣言と「まん延防止等重点措置」の対象区域が拡大された。その後の状況を速やかに分析し、必要な英断を下していただきたい。

本日は8月26日だが、本総会が開催される9月11日にどのような状況になっているか、非常に心配である。日本医師会は、最後の最後まであきらめ

ずに新型コロナウイルス感染症の収束に向けて頑張っていく所存であるので、皆様もよろしく願いたい。ご清聴に感謝申し上げる。

令和 2・3 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

施設長検査健診管理者連絡協議会長 松阪地区医師会副会長
平 岡 直 人

I. はじめに

この連絡協議会は、地域住民の健康の保持、増進に努める医師会共同利用施設において病院、検査・健診に携わる施設長や管理者で構成されており、今回は、令和 2 年度、令和 3 年度の活動報告である。

II. 令和 2 年度連絡協議会の開催延期と記念誌の発行

令和 2 年度連絡協議会は同年 7 月 10 日および 11 日に函館ロイヤルホテルにて北海道東北地区の担当で開催の準備を進めていたが、新型コロナウイルス感染症の影響を受け延期することになった。それに代わり、共同利用施設検査健診管理者研修会 45 回、施設長検査健診連絡協議会 30 周年の記念誌を発行することにした。平成 20 年度から平成 31（令和元）年度までの記録をブルーレイに収録し会員施設に 160 件発送した。

III. 新型コロナウイルス感染症の会員施設への影響 に関するアンケート調査について

令和 3 年 2 月 20 日から 3 月 22 日の期間に、会員施設に対しアンケート調査を行った。86 施設中、68 施設より回答があった（回答率 79%）。健診・検査施設に対し、受診者数の増減を調査したところ、「回復してきた」と答えた施設は 61.8%で（図 1）、具体的対策を質問したところ、ソーシャルディスタンス、健診実施人数の制限、手指消毒、体温測定、飛沫防止等の対策がとられていた。減少している要因について質問したところ、75%が感染を警戒した受診控えと回答し、その他には顧客事務所からのキャンセルが 20%であった。次に保険診療関連（検査センターや病院）に検体数の調査を行った（図 2）。「減少したままである」と答えた施設は 45.6%で、原因としては医療機関への受診控えが 86%と健診・検査施設と同様の傾向がみられた。「増加している」、もしくは「回復している」と答えた施設は合計 47.0%で、PCR 検査の実施がその要因であった。オ

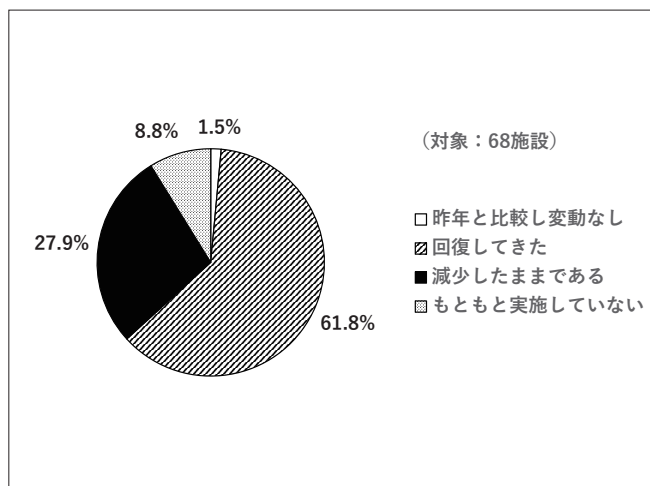


図 1 健診・検査施設における受診者数について

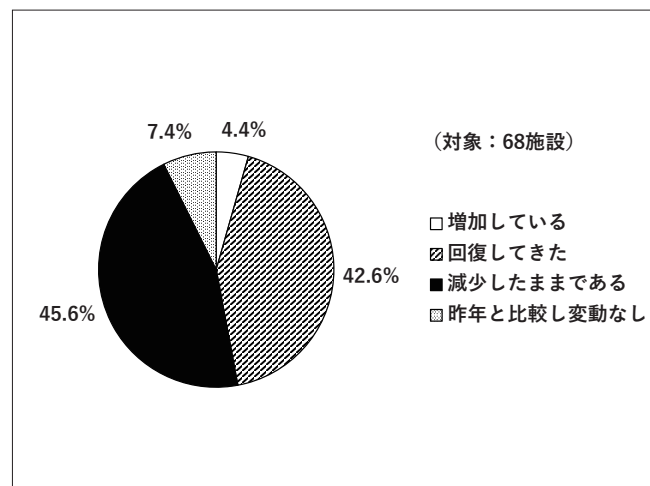


図 2 保険診療関連における検体数について

ンライン診療の実施やPCR検査に絡んで、民間検査センターからの変更利用により検体数が増加したと回答した施設もあった。

Ⅳ. 新型コロナウイルス検査の実施状況について

PCR検査関連については、自施設で実施もしくは外注により受託している施設が大半であったが、抗原定量検査や抗体検査については受託していない施設もみられた。PCR検査を自施設で実施している検査機器及び試薬については、測定時間の短い方法を導入している施設が多くみられた。今後、新規導入予定があったとした施設は11.8%で、令和2年度内に概ね導入されたと推察される。検体の集荷方法については、外注先が直接回収する、自施設の集荷担当や職員が回収する、持ち込み等の方法がとられていた。いずれの場合も3重包装を行い、一般検体とは別に搬送されていた。検体の採取方法については、医療機関での採取以外に、行政や公立病院等との協力下でのPCRセンターでの採取、中にはドライブスルー方式での採取を実施しているところもあった。検査実行は大半が検体採取当日に行われ、結果報告は遅くとも翌日までに何らかの方法でなされていた。感染者数が多い少ないにより対応状況には地域差があり、アンケート実施時には全く関与していない施設もあった。

Ⅴ. 令和3年度連絡協議会、総会、特別講演

前年度同様、令和3年度連絡協議会も新型コロナウイルス感染症の影響で現地大会延期となった。そこで、総会と特別講演を令和3年7月18日に日本医師会の会議室からハイブリッド方式で行った。特別講演では、日本医師会常任理事 松本吉郎先生に「これからの医師会共同利用施設～新型コロナウイルス感染症対応を中心に～」について講演していただいた。

新型コロナウイルス感染症は、わが国や世界中の医療体制に大きな影響をもたらした。国においても医療を特に重視し、手厚い補助や診療報酬加算等の財政措置を講じてきたが、依然として医師会病院、医師会検査センター、健診センター、検査・健診複合体も厳しい環境下におかれている。他方では、医師の働き方改革を主要項目の一つとする「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立した。同法によりタスクシェア／シフトの一環として臨床検査技師の業務範囲の拡大等も実施される。かかりつけ医や地域の医療機能分化・連携にも大きく関わる法改正である。新しい生活様式の定着やオンラインの普及が進む中、コロナ前からの医療・介護需要の変化に応じた医療機能の分化や地域包括システムの構築、健康寿命の延伸を進めて行くと同時に、コロナが収束した場合であっても、元の社会には戻ることはないと捉え、医師会病院、医師会検査センター、健診センター、複合体は、変わりゆく地域医療に対応していくことが求められると述べられた。

Ⅵ. おわりに

協議会の会員施設は、新型コロナ感染症の影響で研修会の開催を延期せざるを得なかったが、一方で、オンラインの活用など新しい仕事の在り方を学んだ。また、ワクチン接種や検体採取などの経験からはタスクシェア／シフトに繋がる、“適材適所”・“適時適在”について考える機会が得られた。コロナが収束した後も、地域住民の健康を守る重要な拠点として柔軟に対応していくことに邁進していきたい。

結びに、本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に心より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今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

第1分科会（医師会病院関係）

座長 山村 善教（宮崎県医師会副会長／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. 函館市医師会病院（北海道）

「地域包括ケア病床における当院の取り組み」

函館市医師会病院医療・介護連携課長

八重 檉 優

I. はじめに

函館市は北海道の南端部に位置し、本州と結ぶ交通の要衝として発展してきた。札幌、旭川に次ぐ中核市で、歴史・ロマン・観光・食文化に富んだ町である。人口は2021年7月末現在で24万9,402人。高齢化率は36.2%となっている。総務省が毎年発表している人口動態調査において、当市の人口減少の大きさは全国でも上位となっている。これは若年層の転出超過に加え、出生数の減少、高齢者の死亡数の増加とさまざまな要因により、社会減と自然減が同時に進行しており、この傾向は今後も続くことが避けられない状況である。

また、医療資源としては、診療所173機関（247病床）、病院27機関（6,139病床）、人口10万人当たりの病床数は、全国、北海道の平均を上回っている。

II. 函館市医師会の概要

函館市医師会が運営している各事業所を紹介する（図1）。函館市医師会健診・検査センターは2019年1月に新築移転を行い、2020年5月にはセンター敷地内に新型コロナウイルスの検査拠点、PCR検査センターを開設した。かかりつけ医からの紹介が必要で、検体採取はウォークスルー方式を採用している。

2020年4月に開設した函館市医師会看護・リハビリテーション学院は、これまでの看護師養成に加え、理学療法士、作業療法士の養成も行う。

函館市夜間急病センターは、2008年12月1日に函館市より指定管理者に指定され、運営を行っている。

III. 函館市医師会病院の概要

函館市医師会病院は老年内科を含めた13の診療科があり、コロナ禍において2020年10月から発熱外来も開設している。2021年7月に病棟・病床再編を行い、240床から199床に変更、地域包括ケア病床は47床から66床へ増床した（図2）。当院の老年内科は、2019年4月に開設した（図3）。高齢者のフレイルの予防など健康増進から、多病で複雑な疾病をあわせ持つ高齢患者のマネジメント、さらには人生の最終段階の医療まで幅広い診療活動を実施している。地域包括ケア病床を中心に60日と定



図1

函館市医師会病院の概要

▶診療科

循環器科 消化器科 糖尿病・代謝内科 整形外科
外科 麻酔科 健診科 呼吸器科 放射線科
リハビリテーション科 泌尿器科 脳神経内科 老年内科

▶病床数:199床

一般病床82床
地域包括ケア病床66床
障害者病床51床

▶開放型病院

▶地域医療支援病院



図 2

地域包括ケア病棟の入院延べ患者数と病床稼働率

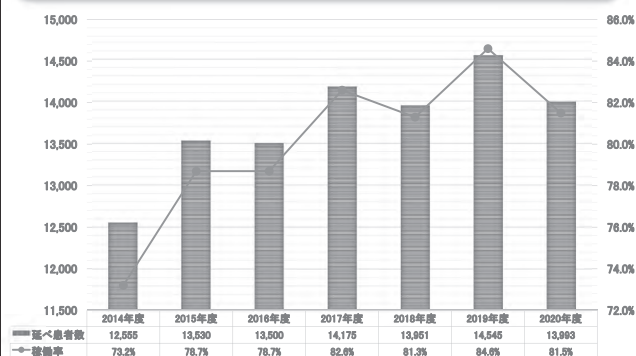


図 4

【当院老年内科の特徴】

- 高齢者の健康増進
- 多病で複雑な高齢患者のマネジメント
- 人生の最終段階の医療(エンドオブライフケア)
- 在宅療養を支える入院の受け入れ(レスパイト入院など)

老年内科科長 榎木 賢三

老年内科医長 川上 信也

老年内科医長 山城 雅明

図 3

地域包括ケア病棟の紹介経路

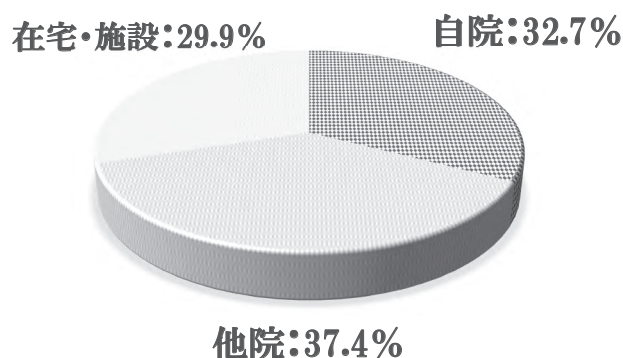


図 5

められた期間を有効に活用して、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、3名の医師が中心となって多職種によるチーム医療を積極的に構築しながら、各職種の専門性を重視した診療を行っている。

当院の地域包括ケア病床の患者数と病床稼働率(図4)、地域包括ケア病棟の紹介経路である(図5)。自院、他院、在宅・施設と大きな偏りなくバランスが保たれている。自院からは急性病床からの転棟になるが、病棟間で情報共有を図りながら実施している。他院は市内の急性期病院からの紹介がほとんどであり、連携室を通じ転院調整を行っている。在宅・施設からは、地域の医師会員やケアマネジャーからの相談による入院調整、もしくは救急指定日に搬送された救急入院となる場合が多い。この在宅からの入院経路は、紹介元のストレスを軽減するために前方連携・後方連携の職員がかかわり調整を行っている。

地域包括ケア病棟の在宅復帰率



図 6

地域包括ケア病棟の在宅復帰率のグラフで、平均80%となっている(図6)。当院では連携室のMSW、専任の看護師による入退院時の状況によって、入院前からの情報収集とアセスメントを行い早期

の入退院支援を実施している成果だと考える。

地域包括ケア病床は、2014年4月より厚生労働省の診療報酬改定で急性期医療と亜急性期医療を充実させる目的で新設され、一般病床での症状が安定すると早期退院という流れが一般的だが、その際、在宅での生活や療養に不安がある、もう少しの入院で社会復帰ができるなどといった患者を対象に、安心して在宅復帰できる準備・支援する病床である。役割としては、急性期を終えた患者の継続治療とリハビリテーション。これがいわゆるポストアキュートと呼ばれるものである。また、患者の緊急増悪を受け入れること、いわゆるサブアキュートとしての役割があり、60日間の期間の中で多職種が連携を密にして在宅復帰を支援している。地域包括ケア病床は比較的基準が緩やかなため、使い勝手のよい病床として活用が期待されており、これからの超高齢化社会において最大で最強の病床になるとも言われている。

Ⅳ. 函館市医療・介護連携支援センターの概要

函館市は在宅医療・介護連携推進事業として全国的にもいち早く着手し、函館市医師会へ事業委託を行い、当支援センターが2017年4月に病院内に開設した。専門職の配置により、市民のほか、函館市内の医療・介護専門職を対象に医療と介護連携にかかわる総合相談窓口としてさまざまなルールや仕組みづくりを担っている。2021年7月からは広域連携として隣接する北斗市、七飯町とも委託契約を結び、「ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター」を開設して広域展開した（図7）。

函館市医療・介護連携支援センターの概要

- ▶ 平成29年4月開設
- ▶ 職員配置
 - ・看護師1名
 - ・医療ソーシャルワーカー2名
 - ・事務員1名
- ▶ 業務内容
 - ・地域の医療・介護の資源の把握、情報提供
 - ・切れ目のない医療・介護の提供体制の構築
 - ・医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・医療・介護連携に関する相談支援
 - ・医療・介護関係者の研修
 - ・地域住民への普及啓発
 - ・在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携



図 7

コロナ禍においては、2020年12月より介護施設等における感染予防の徹底を目的に、函館市と協働してセンター職員と感染の認定看護師が施設等へ訪問する活動を開始して、専門家による感染予防マニュアルの見直しや感染予防対策の指導等を実施することで、クラスター発生などの蔓延を防止する取り組みを行った。

Ⅴ. 函館市医師会訪問看護ステーションの概要

2020年4月に看護師3名体制で開設した。利用者数の増加に伴い、2021年4月に常勤看護師1名を増員し、現在は4名体制で24時間365日対応している（図8）。

コロナ禍での在宅医療においては、患者・家族のほかに介護事業所職員などの出入りが多く、またケアの際の患者との距離も近いとため、感染予防策の徹底が重要視される。

開設初年度に比べ、4名に増員後の2021年は順調に売り上げを伸ばしている。コロナ禍で入院より在宅介護を選択するケースが増えた要因もある。開設当初は院内の医師からの訪問依頼がほとんどであったが、徐々に医師会員から依頼が増え、日々の業務の中で敷居を低くして断らない職員教育と方針、さらに地域の中での口コミや評判による成果だと感じている。院内医師からの依頼は、外来入退院のスムーズな対応が可能となり、患者・家族の満足度の向上につながっていると考える。医師会員には、積極的に利用できる資源の一つとして訪問看護ステーションを利用することで、より安心した在宅療養の継続が可能となり、また当院の地域包括ケア病床（老

函館市医師会訪問看護ステーションの概要

- ▶ 令和2年4月開設
- ▶ 職員配置
 - 看護師4名（常勤）
- ▶ 24時間365日対応
- ▶ 介護保険・医療保険対応



図 8

年内科)への橋渡しにもつながっている。医師会立の訪問看護ステーションの強みは、紹介間口の広さ、病床稼働率向上への貢献、多職種間のサポート強化などが挙げられる。

Ⅵ. 事例紹介

実際に、「医療・介護連携支援センター」と「訪問看護ステーション」と当院老年内科が関わった事例を報告する。A氏、80歳代、男性、妻と二人暮らし。脳血管障害性パーキンソン症候群、誤嚥性肺炎、尿路感染症。Bクリニックより訪問診療を受けている。要介護5、介護サービス利用中。担当ケアマネジャーより、「函館市医療・介護連携支援センター」へ介護者の入院に伴う、本人の預かり先についての相談があった。早速、支援センターからレスパイト入院の提案がなされ、当院連携窓口へ相談ケースが引き継がれ、老年内科医師や関係者との協議を経て入院調整をし、地域包括ケア病床へ入院となった。

近年、レスパイトという言葉は浸透してきたが、いわゆる介護施設でのショートステイのイメージである。一時預かりのようなイメージを持つ患者・家族、在宅支援者が多いと思うが、医療機関でできるレスパイト入院は、安心した環境の中で医師の管理のもと、必要な治療や検査、リハビリテーションなどが受けられ、さらによりよい在宅での生活が継続できるように支援が受けられるというメリットがある。

病院側としても、リピーターが増えることで病床稼働率の安定にもつながるというメリットがある。当院では老年内科の医師が担当し、地域包括ケア病床を利用したレスパイト入院を受け入れ、医師を中心に看護師、リハビリ職、MSW、多職種で退院支援を行い、自宅退院に向けた準備が行える。この事例の場合も、入院後、必要な医療が提供され、多職種の協働により在宅医療の支援が実施された。自宅退院後は、当院の訪問看護の利用を開始して、より安心して生活できるよう環境整備、病院と在宅医との連携を強化していくことになった。

コロナ禍での退院支援の場面では、今までできていたことがスムーズにいかず、連携がうまくいかないこともあった。しかし、大人数で行う退院前カン

ファレンスの最低限の人数で集合開催、書面開催、さらにはICTを活用するなど、地域の専門職の協力のもと、工夫して行うことができた。

その後、病状の進行に伴う誤嚥性肺炎や尿路感染症により入退院を繰り返しながら、最終的に家族の希望もあり、在宅看取りとなった。早くから在宅の訪問看護も介入したことで、在宅と病院の連携が強化され、スムーズな入退院につながった。

緊急時に救急搬送されてくることもあったが、介護側と医療側の情報共有がスムーズとなり、何よりも不必要な救急搬送が減ったことも効果としてあったのではないと思う。最初のかかわりから約4年間、こうした経過をたどり、最終的に在宅で看取りとなった。患者・家族にとって最も大切に貴重な時間を過ごすことができたのではないと思う。

この事例にかかわった地域資源で、当院での入退院を繰り返しながらも病院と在宅支援者が連携しながら、住み慣れた自宅で最後まで過ごすことができた。まさに「時々入院、ほぼ在宅」を実現できたケースだったと振り返る。住み慣れた地域で包括的に高齢者を支えるという国の目指すビジョンを実現するために必要なピースの1つが、地域包括ケア病床なのかもしれない(図9)。

今後においては、当院の地域包括ケア病床を中心に、「函館市医療・介護連携支援センター」、「函館市医師会訪問看護ステーション」、医師会事業が中軸となり連携を図りながら、かかりつけ医や医療・介護専門職の協力のもと、高齢者が住み慣れた地域での人生の最後まで暮らし続けていける環境づくり、真の地域包括ケアシステムの実現を強化していければと考えている(図10)。

Ⅶ. おわりに

函館市医師会としては、函館市内はもちろん、道南圏域の医療・介護の中軸を担っていることから、今後においても住民の方々が住み慣れた地域で安心して暮らし続けていけるよう、当会の各種事業をより充実・発展させることと共に、行政機関などとも連携しながら効率的で質の高い医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に一体的に取り組むなど、当圏域の牽引役として邁進したいと考えている。

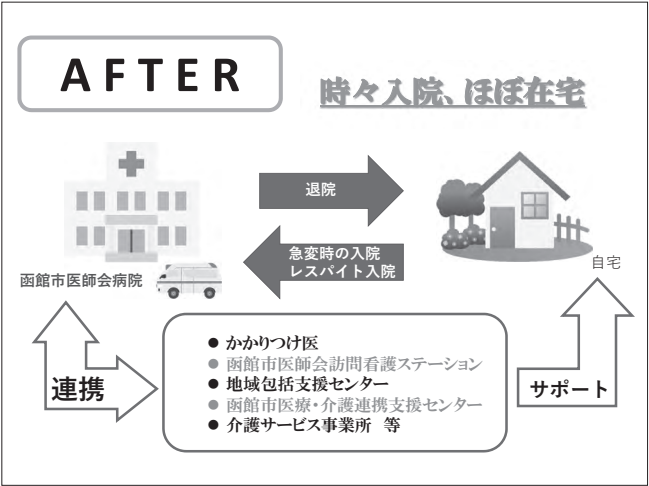


図 9



図 10

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方
—新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」
第 1 分科会（医師会病院関係）

座長 山村 善教（宮崎県医師会副会長／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. とちぎメディカルセンター（栃木県）
「設立母体の異なる病院の統合」

栃木県医師会副会長
長 島 徹

I. はじめに

複数の医療機関が統合することはまれではないが、本日お話しする統合は、医療機能再編型に当てはまり、救済統合型や経営基盤強化型と異なり、全国的に非常に珍しいもので、医療機能再編型というのは、医療機能を再編する際に経営統合を行うものである。

今回統合した3つの医療機関は、JA 厚生連下都賀総合病院、民間の医療法人陽気会とちの木病院、そして医師会立の下都賀郡市医師会病院である。栃木市は人口16万人、平成25年1市5町が合併してできた市で、栃木県の南に位置する。これら3つの医療機関は半径3キロメートル以内にあり、さらに20キロ圏内には自治、獨協といった大学病院があ

る。また、3病院とも地域の急性期を担っていた。

II. 経緯

統合の経緯は、施設の老朽化、医師確保困難による経営難で（図1）、平成21年のころから厚生連、JAを経営母体とする下都賀総合病院を撤退することがささやかれており、地元の行政、医師会を中心として対応に迫られていた。このころの各病院の課題は、ともに病院施設の老朽化、そして医師確保の困難さであった。平成22年に閉院に向けたJA下都賀総合病院対策を協議する場から始まった会議では、その会議の名称を変えて（図2）、平成23年から地域医療再生交付金を活用した3病院の統合が検討され、平成24年には統合に向けたワーキンググループが設置され、平成25年にとちぎメディカル

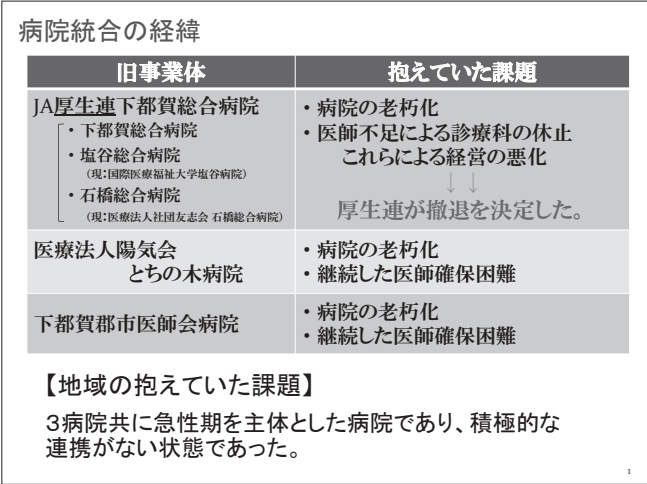


図 1

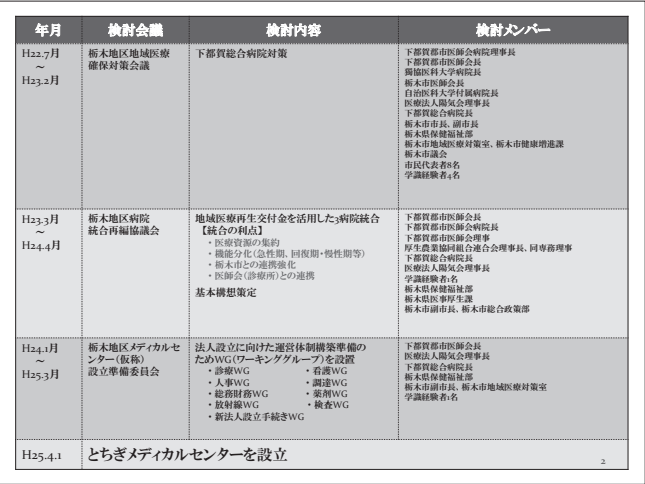


図 2

センター（TMC）が設立された。この過程で議論されたことは、財産の拠出による一般財団法人の設立と急性期・慢性期と病床機能の再編、二次救急、手術機能の一元化、給与制度、退職金の統一、そして農協健保への移行などであった。こうして言葉にすると簡単であるが、大同小異に関しては、各病院の職員は、小異のほうが大切であったり、あるいは賞与等、ご存じのように、公的病院にありがちだが、人事院勧告に従って年間 4.5 か月等の賞与を払うといった難題をクリアしなくてはならなかった。こうした議論の結果、切れ目のない医療提供体制構築、医療スタッフの適正配置、統合による経営の効率化、市民と医療スタッフに魅力ある運営、こういった基本構想を確立していった（図 3）。施設稼働までのタイムスケジュールが作成され、平成 28 年春に全施設のオープンをするに決まった。

Ⅲ. 統合の課題

組織管理、職員の体制、市民への情報公開等、数多くの検討すべきものがあつた。そのうち、組織管理では、このスライドに示しますように、いろいろな会議が開かれており、評議員会、理事会、各会議ごとに議題を検討した。評議員会から栃木県医師会がかかわることになった。重点を置いたのは、規模や成り立ち・歴史の異なる 3 病院の職員の一体感を醸し出すこと、そして市民への周知であった。市民に対しては、公開講座等、シンポジウムを開催した。市民も興味をもっていたようで、シンポジウムには 1,000 人を超える来場者があつた。

統合・再編の課題と対策		
解決しなければならない課題		対 策
課題1	規模・成り立ち・歴史の異なる3病院の統合再編	組織管理体制の強化・見直し 3代表理事から理事長制へ体制を変更 職員の一体感を醸成する 風通しの良い職場環境の構築 等
課題2	医師等の再編と人材確保	病院機能に合わせた診療体制変更と医師等の再編 医師、看護師、コメディカル等の確保と育成環境の整備 医科大学からの経営参画
課題3	連携体制の構築	法人内連携の円滑化 ・院内センターによる連携機能強化と円滑化 外部機関等との連携強化（医師会、大学、行政等） ・定期的な懇談会の実施（医師会・大学病院それぞれ実施） ・各診療科別の説明会実施 ・月1回、市長との定期懇談会を実施 ・行政、医師会、福祉団体等との協議会の実施 地域住民との連携（交流）の場を設ける
課題4	市民の理解	・地域住民に向けた情報公開、「TMCまつり」開催 ・工事進捗状況、病院見学会、シンポジウム開催 ・法人機関紙「TMC通信」の発行 ・市民公開講座、タウンミーティングの実施
課題5	経営の安定化策	経営改善計画の策定 etc.

図 3

Ⅳ. 資金調達

経営面でも借入額や行政との折衝、経営改善計画を折り込んでいった。結果的に総額 153 億円の費用が必要となり、県、国、市から 87 億円の補助金を得ることができ、さらに栃木県からは 15 億円の貸付金を約束してもらった。しかしながら、50 億円を超える金融機関からの借入が発生し、今後の返済に関して危惧する面もある。

Ⅴ. 統合後の問題点

実際、稼働してからもさまざまな問題点があり、「しもつが」というのは急性期病院であるが、この急性期の「しもつが」と慢性期の「とちのき」の医療連携である。これら 2 つの機能分担に対する市民への周知と慢性期の「とちのき」については、医師の確保が困難であった。ご存じのように、大学病院等からの慢性期への医師派遣は非常に困難であった。それから、地域完結型医療の推進を阻む医療法の壁もあった。急性期の「しもつが」と慢性期の「とちのき」は、とちぎメディカルセンターという 1 つの法人組織を構成する病院になったものの、医療法上は別の病院であり、患者コードを個別につくる必要があるため、検査データ等はいったん名寄せしないと一本化できない。また、両病院を同日に受診した場合、初診料が 2 度発生することになる。

統合後は、一昨年までは増加していた入院患者数であるが、昨年度は急性期・慢性期とも減少した。新型コロナウイルス感染症の影響である。現在の病床配置は、急性期の「しもつが」はリハビリ、透析を含めて 307 床、慢性期の「とちのき」は回復期リハ、地域包括ケア、緩和ケアを含めて 250 床、老健は 100 床となっており、老健を除けば統合前より 118 ベッドがスリム化された（図 4）。外来患者数に関しては、昨年度は大幅に減少している。これは急性期、慢性期、共に減少している。「老健ととちぎの郷」も、ここは 100 床であるが、「しもつが」、「とちのき」の患者数減少により、入所者は減少していた。急性期の手術件数も、やはり昨年度は減少している。救急患者、そして救急入院数とも平成 30 年をピークに若干減少傾向にある。

こうした中、新型コロナウイルス感染症に対しては、本年 5 月に 2 類感染症指定医療機関から重点医療機関になり、受入病床数も 20 ベッドに増やし、

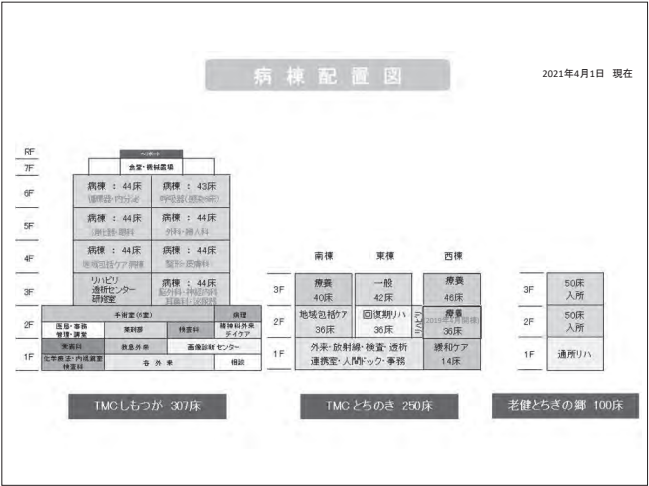


図 4

延べ人数は1か月当たり400名近くを受け入れ、現在も続いている。

Ⅵ. 地域医師会との関係

共同利用施設としては、急性期・慢性期とも年々増加しており、地域の医師会会員に、あるいは周辺の住民に十分に貢献できていると自負している。

Ⅶ. 統合後の経営状況

統合後の収支は、コロナ禍にあって医業収益は伸び悩む中で、コロナ患者を受け入れることによって補助金・交付金を得て、何とか前年度以上の収益を上げている。昨年度の事業実績であるが、経常収益125億4,800万円に対して、経常費用は121億4,700万円で、4億円の黒字になった。しかしながら、入

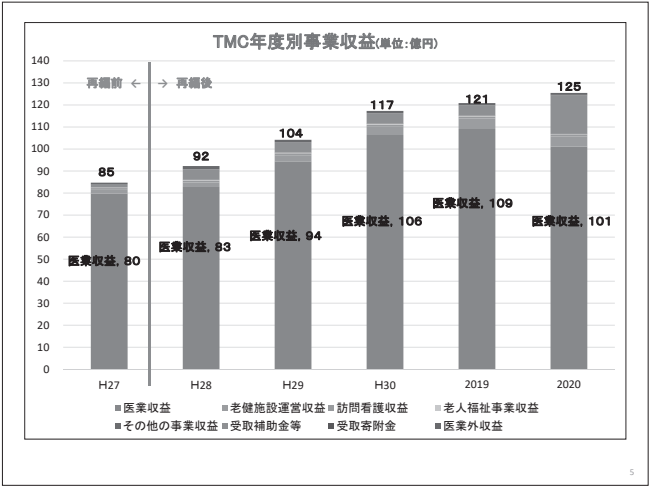


図 5

院診療収益や外来診療収益は前年比較8%の減であり、今後、コロナ禍にあって補助金・交付金に頼らない健全な経営を目指すのが理想であり、なかなか厳しい状況である。借入の返済をしていくためには、今まで以上の経営手腕が問われていると考えている(図5)。

Ⅷ. おわりに

最後に、とちぎメディカルセンター理事長福田健先生、同じく会長麻生利正先生、お二人の先生方が発表なされた2019年8月31日の関東甲信越医師会連合会医師会共同利用施設分科会においてご使用されたスライドをお借りすることを快く許可いただき、感謝を申し上げます。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

第 1 分科会（医師会病院関係）

座長 山村 善教（宮崎県医師会副会長／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. 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

「宮崎市郡医師会病院の今後の在り方—新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

宮崎市郡医師会長 宮崎市郡医師会病院長

川 名 隆 司

令和 2 年 8 月、公益社団法人宮崎市郡医師会の諸施設（病院・看護学校・検査センター・健診センター・地域包括ケア推進センター）は、施設の老朽化、南海トラフ地震・津波の浸水域、ER 型救急施設の宮崎市内の配置などの理由から、宮崎市郡歯科医師会、同薬剤師会の施設と共に、市西部の高台に一体的に移転した。

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）の感染拡大の中、新病院として再スタートした当院がどのようにコロナに対応し、また、どのように病院運営に取り組んできたかを報告する。

I. 宮崎東諸県医療圏と宮崎市郡医師会病院の概要

宮崎県内の 7 医療圏の 1 つ宮崎東諸県医療圏は、宮崎市（令和 3 年 4 月時点の人口：400,816 人）、東諸県郡国富町（同：19,052 人）、東諸県郡綾町（同：7,168 人）からなる。今後、2045 年までは圏域内の総人口は減少するが、高齢者人口と入院患者数は漸増と予測されている。宮崎市郡医師会は、その 1 市 2 町の医療機関で構成され、令和 3 年 4 月時点で 782 人が加入している（A 会員 363 人・B 会員 401 人・C 会員 18 人）。

本医療圏の医師偏在指標は 337.5 で、全国平均の 238.3 を上回り、全国に 335 か所ある 2 次医療圏の中で 24 番目となる医師多数区域である。これは、圏域内に、宮崎大学医学部附属病院や県立宮崎病院など 4 つの基幹型臨床研修病院が集中し、研修医や専攻医等若い医師が多いためと思われる。また、これに関連して周囲の 2 次医療圏から、特に高度急性性

期の患者流入が多いことも特徴の 1 つである。

宮崎市郡医師会病院は、昭和 59 年 4 月に開院し、同年 10 月に開放型病院の承認を受けた。平成 9 年 3 月に地域災害拠点病院、平成 10 年 12 月に地域医療支援病院、平成 20 年 4 月に地域周産期母子医療センターに認定されている。その後、令和 2 年 8 月、新築移転し現在に至る。

新病院を中心とする本会諸施設は、日向灘・大淀川河口から約 9km 西方の標高 25m の高台を造成し建てられ（図 1）、東九州自動車道の宮崎西インターチェンジから 3 分の地点に位置する。新病院は、延床面積 25,209 m²、免震構造、屋上にヘリポートを設置する地上 6 階建てで、総病床数は 267 床（ICU/CCU：14 床・NICU：6 床・緩和ケア病床：12 床・一般病床〔急性期一般入院料 1 算定〕：235 床）で



図 1 医療防災ゾーンの全体像

ある。令和3年4月時点の職員数は、医師54人、看護師337人を含め650人である。当院は、地域医療調整会議において「民間では担うことが困難な役割」を求められ、新病院のコンセプトとして、1) 広域重症型急性期医療の重点化、2) 循環器内科疾患に対する最新医療の提供、3) 医療防災ゾーンとしての機能充実、を掲げた。

Ⅱ. 当院のコロナへの対応

本圏域では、コロナの重症度や合併疾患によって、9医療機関と3施設が役割分担し、コロナ患者を受け入れている。令和3年9月20日時点の確保病床は124床、そのうち受け入れ可能病床は87床、他に無症状～軽症の患者用に宿泊施設に300室を確保した。宮崎大学医学部附属病院と県立宮崎病院が重症患者に対応し、その他、病院の規模とそれぞれの医療機能に応じて受け入れている（表1）。

当院の5階西病棟は、本来は内科と救急科の混合病棟（40床）であるが、そこをコロナ専用病棟とし、その中の10床をコロナ患者用に充てた。病棟内を清潔区域・準清潔区域・汚染区域にゾーニングし、清潔区域と準清潔区域の間は隔離壁（ミンティ）及び隔離カーテンで遮断した。このコロナ専用病棟は、複数の4人部屋や看護師のマンパワーの関係で40床をフルで活用することは困難である。従って、コロナ専用病棟に空き病床があるものの、非コロナの救急疾患の紹介には応えることができない。この点を会員に説明し理解を求めた。また、当院独自の役割として、急性心筋梗塞合併のコロナや妊婦のコロナにも対応した。

表1 本圏域のコロナ医療提供体制と役割分担（令和3年9月20日時点）

重症度分類	医療機関・宿泊施設	受け入れ可能病床数（確保病床数）	医療機能	備考
重症	宮崎大学医学部附属病院	3（12）	ECMO・人工呼吸器	
重症～中等症	県立宮崎病院	24（27）	人工呼吸器・酸素・精神疾患・周産期・小児・透析等	地域医療支援病院
中等症～軽症	国立病院機構宮崎東病院	30（55）	酸素	
	宮崎市医師会病院	10（10）	急性心筋梗塞・周産期・酸素・時間外・宿泊療養施設夜間対応	地域医療支援病院
	J記念病院	8（8）	酸素	
	K総合病院	6（6）	周産期・透析	地域医療支援病院
	JCHO 宮崎江南病院	4（4）	透析・酸素	地域医療支援病院
	H病院	1（1）	透析	
	T病院	1（1）	精神疾患	
軽症～無症状	H荘	50		
	Lホテル	100		
	R・I・M・T	150		

令和2年4月から令和3年6月までに、58人のコロナ患者が入院した。男性34人、女性24人。平均年齢は、男性61.4歳、女性61.7歳であった（図2）。重症度と転帰を図3に示す。重症がゼロなのは、役割分担として人工呼吸管理が必要なケースは、原則、大学病院に搬送されるからである。「転院」とは、受け入れ病院同士の事前の取り決めで、「コロナ宿泊施設における夜間の急変例は一泊だけ当院に緊急入院させ翌朝、転院させる」ことになっており、これを「転院」と扱いカウントした。死亡は2例で、高齢のため積極的な治療を望まなかったケースである。

当院のコロナへの対応をまとめると次のようになる。1) 入院加療（酸素投与、ネーザルハイフロー等）、2) 外来での抗体カクテル療法（ロナプリーブの点滴）、3) コロナ宿泊療養施設における夜間急変患者の

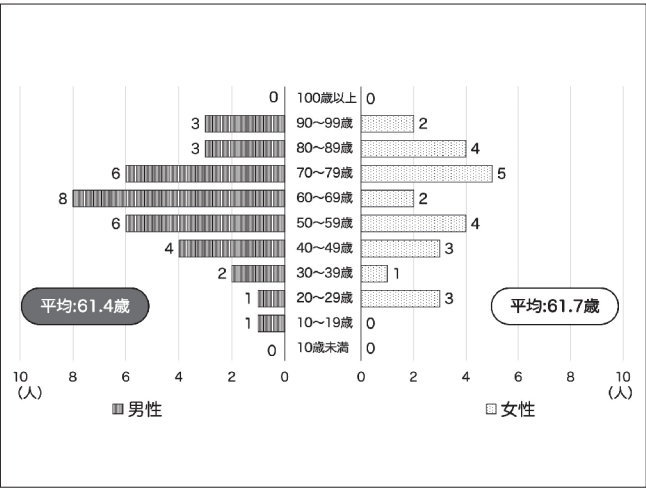


図2 当院入院のコロナ患者58人の年齢構成

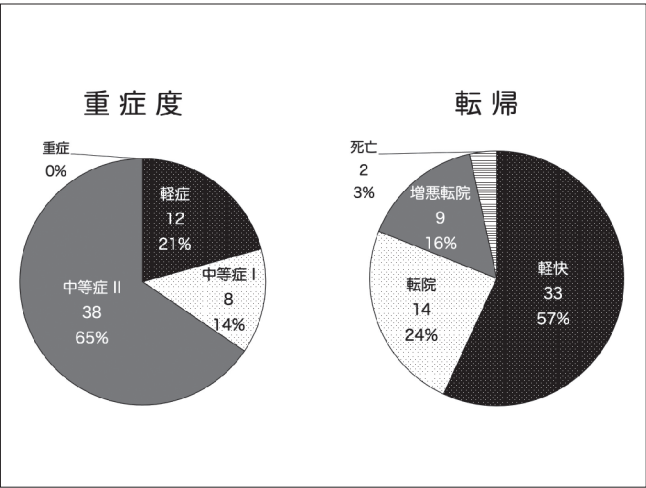


図3 当院入院のコロナ患者の重症度と転帰

受け入れ, 4) 病院併設の夜間急病センターにおけるコロナ肺炎疑い患者の診断・処置, 5) クラスタ発生施設へのDMAT・感染管理認定看護師の派遣, 6) 高齢者施設への感染防御に関する指導・啓発, など。

感染拡大期に医療提供体制を維持し機能させていくために, 以下の4点を強調したい。1つは「行政と受け入れ医療機関同士が情報を共有し, 役割分担と連携を図ること」である。即ち, 重症ならこの病院, 中等症はこの病院, 妊婦のコロナはこの病院など, 事前に取り決めておくことが重要である。2つ目は「医療機能の質・量をアップすること」で, 第5波のような感染爆発の状況になれば, 重点病院が1床でも2床でも受け入れのキャパシティを増やす努力を行うことが望ましい。また, 呼吸不全に陥った患者を人工呼吸管理のために転院させる前に, 自院でネーザルハイフローを実施するなど医療機能の質のアップを図れば, それだけ高次医療機関の負担が減ることになる。3つ目は「院内感染を起こさないこと」である。院内感染を起こせば, 医療提供が停止するばかりでなく, 他の医療機関の負担を増やすことになる。4つ目は「職員に対するメンタル面のケア」である。当院では, 現場のスタッフと病院管理者がface-to-faceで意見交換する場を設け, 「コロナの治療を全診療科・病院全体で支援する」, 「できること・できないことがあり, できないことを請け負わない」, 「手術室の陰圧室化」, 「迅速にPCR検査が実施できる体制」, 「コロナ病棟スタッフへのインセンティブ」などを申し合わせた。一方, 管理者サイドからも「不安やストレスがあれば, いつで

も当院の産業医によるカウンセリングが受けられる」旨伝え, また「コロナの治療と非コロナ疾患の治療を両立させることが当院の使命」と訴えた。

Ⅲ. コロナ禍における経営状況

令和元年度とコロナ禍に見舞われた令和2年度の月別の延入院患者数を比較した(図4)。投影させた本県のコロナ患者数から, 4月から8月までは, コロナ第1波・2波の影響を受け, 延入院患者数は前年をかなり下回っていることが分かる。特に5月は, 前年度より27%減であった。しかしながら, 新病院となってからの9月・10月・11月は前年度を上回る患者数で, 10月は27%増になっている。その後, 第3波の影響を受け, 12月, 令和3年1月・2月は前年を下回ったが, 3月には回復した。令和2年度は月ごとの変動が激しかったが, 延入院患者の総数は75,602人であり, この10年間で最少であった。

粗利とは, 総収益から原価(医業収益ー原価[薬剤・材料・給食等])を引いた所謂「利益」のことである。令和元年度と令和2年度における月別の粗利を比較すると(図5), 令和2年度はコロナ禍の最中にもかかわらず, 新築移転を契機に9月以降毎月, 粗利は前年度を上回った。新築移転しコロナ禍にあった令和2年度が延入院患者数の著減にも拘わらず粗利増となった理由は, 1) 設備投資により, 診療報酬点数の高い循環器領域の新しい手術や手技が増加したこと, 2) ICU・CCUが12床から14床に, NICUが3床から6床に増えたこと, 3) 特定集中治療室管理料1が算定できるようになったこと, 4)

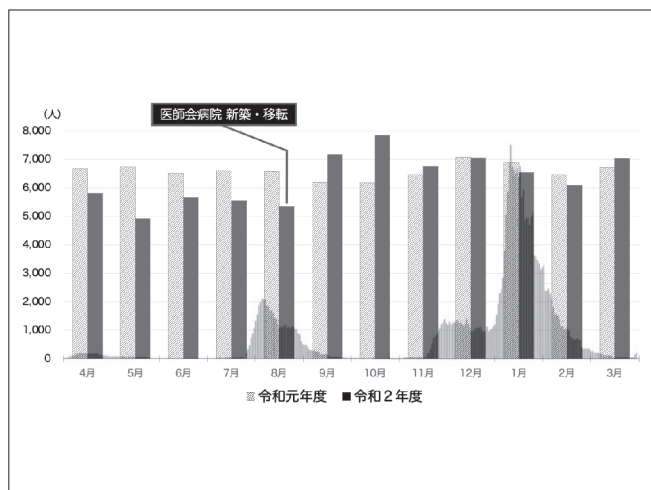


図4 令和元年度と令和2年度における月別の延入院患者数の比較

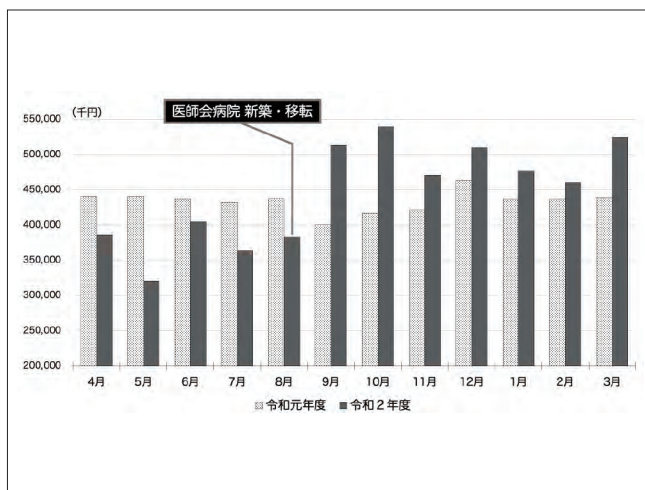


図5 令和元年度と令和2年度における月別の粗利の比較

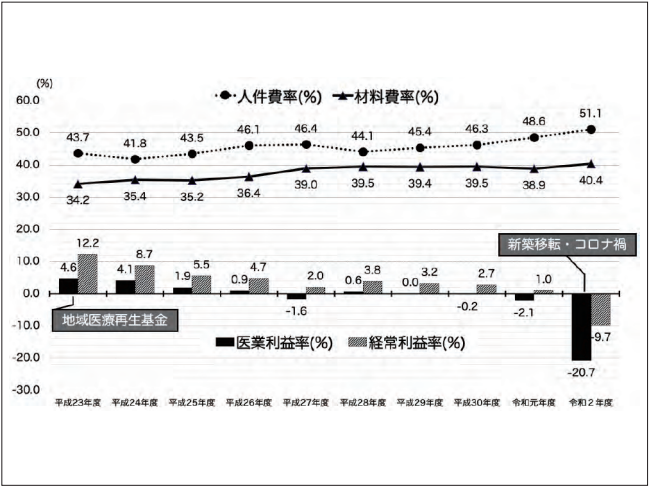


図 6 各種経営指標の推移

非コロナ病棟で、入院患者を通常通り受け入れつつ病床回転率を上げて在院日数を短縮し、病床稼働率を高く維持(94.3%)できたこと、などが挙げられる。

当院の各種経営指標の推移を示す(図6)。人件費率、材料比率はこの10年間で漸増している。令和2年度の医業利益率及び経常利益率は、病院新築に係る減価償却費が計上されているため、計算書類上は大きくマイナスになった。経常利益率は-9.7%だが、コロナ関連の支援金・補助金がなければ-16%になっていた。経常利益率を6.3%も好転させるコロナ関連支援金、特に重点医療機関としての空床確保料は(表2)、病院運営の面で強い追い風となった。

表 2 令和2年度コロナウイルス感染症関連支援金・補助金

No.	補助事業名	事業主体	補助受給額(千円)	主要用途
1	病床・空床確保料	宮崎県	258,303	病床・空床確保
2	救急・周産期・小児医療体制確保【支援金】	宮崎県	50,000	紫外線照射ロボット 安全キャビネット 消毒消耗品等
3	感染症検査実施医療機関等設備整備【PCR機器整備】	宮崎県	10,890	PCR検査機器 ・GeneXpert ・GENECUBE
4	救急・周産期・小児医療体制確保【設備整備補助金】	宮崎県	10,435	個人防護具 簡易臨注装置 搬送用保育器等
5	入院受入医療機関緊急支援	厚労省	46,500	コロナ危険手出 廃棄物委託料等
6	疑い患者を受け入れる 救急・周産期・小児医療機関体制確保	厚労省	22,000	個人用透析装置 人工呼吸器 清掃委託料
7	感染拡大防止・医療提供体制確保支援	厚労省	1,600	コロナ検査装置 (ID NOW) 廃棄物委託料

Ⅳ. まとめ

コロナ禍における宮崎市郡医師会病院の在り方について、以下のように総括する。

1. コロナの感染拡大期には、行政と地域の協力医療機関・重点医療機関が情報や課題を共有し、それぞれの医療機能に見合った受け入れ体制を構築することが肝要である。
2. 当院はコロナと非コロナ疾患の治療の両立を求められており、感染拡大に合わせ、速やかに入退院調整し専用病棟を整備している。
3. コロナ禍における安定的な病院運営には、国からの支援金・補助金は欠かせない。今後も支援の継続が望まれる。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第1分科会（医師会病院関係）

座長 山村 善教（宮崎県医師会副会長／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. 出水郡医師会広域医療センター（鹿児島県）

「医師会病院を中心とした新しい地域医療のあり方を目指して」

～本邦初の国立病院民間移譲病院としての歩み～

出水郡医師会理事 出水郡医師会広域医療センター病院長

今村 博

I. はじめに

当院は平成元年10月1日、国立病院の民間移譲第1号として誕生した。国鉄がJRとなった2年後のことである。それから30余年が経ち、この間公立と民間の狭間で多くのことを学び、そして成長して来た。今回は当院の歩みを振り返り、そこから問題点を提起し、最後に医師会病院を中心とした新しい地域医療のあり方について考えてみたい。

II. 当院の立地

当院のある出水二次医療圏は鹿児島県と熊本県の県境にあり、いずれの県都からも遠く離れた不便な土地にある。当該医療圏は人口約5万2千人の出水市、1万9千人の阿久根市、1万人の長島町の2市1町からなり、人口は合計で約8万2千人である。当院はこの二次医療圏の中では人口の少ない阿久根市に立地しているが、2市1町の全域を医療圏としている。高齢化率は30%以上、独居率は16%以上と、いずれも全国平均を大きく上回り、日本の10年先を具現化している。医師会員は88名、施設数は53である。

III. 当院の歴史

当院は平成元年10月1日、国立病院民間移譲の本邦第1号として歴史的な誕生を果たした。しかし公立への神話は根深く、国立病院からの移譲は並大抵のことではなかった。当時は労働組合や住民から

罵声を浴びせられるなか、「阿久根の医療は医師会が守る」という強い信念のもと、当院の前身である「出水郡医師会立阿久根市民病院」が誕生した。医師会へ移譲後わずか1年で、救急車受入れ件数は国立時代の40件（収容率10%未満）から567件（収容率60%）へ（図1）、手術件数は年間50件から448件へ（図2）と大きく向上し、住民の不安は期待へと変わった。これは国鉄がJRへ民営化された時と同様の現象で、民営化による組織の効率化とアクティビティの向上を如実に表す結果となった。平成19年には現在の8階建ての新病院に立替えられた（図3）。時と共に、立地している阿久根市以外の患者が増加、平成20年代には入院患者の約半数を阿久根市以外の患者が占めるようになった。そこ

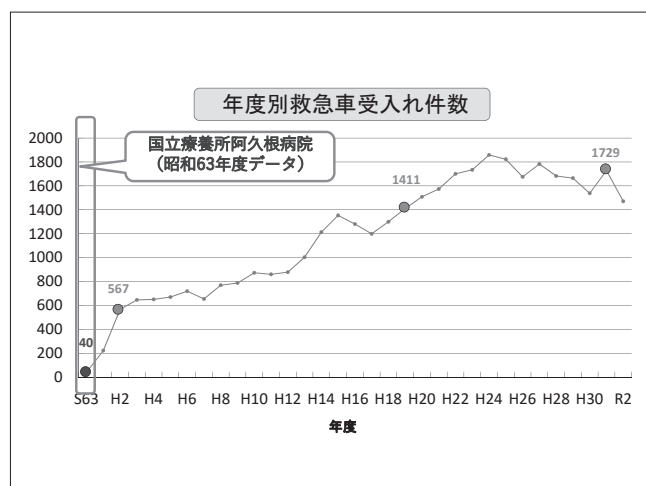


図1

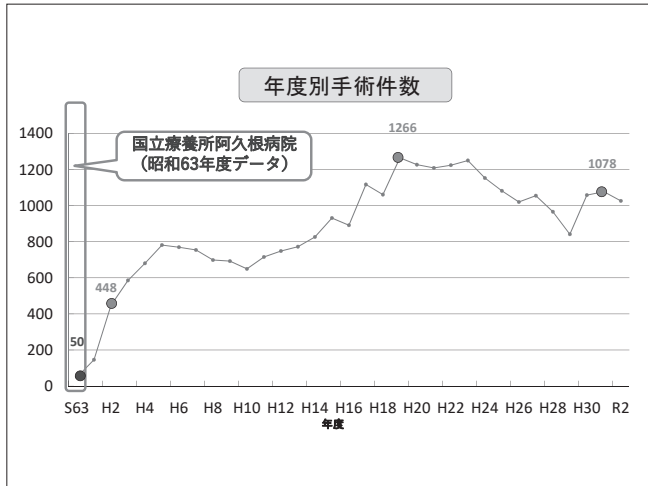


図 2

で、当院は阿久根市のみでなく出水市、長島町を含めた出水二次医療圏全体を医療圏としていることを明確に示すため、平成 25 年に病院名を「出水郡医師会広域医療センター」へと変更した（図 4）。四半世紀続いた病院名を変更することは大きな決断であったが、「名は体を表す」の言葉通り、病院にとっては重要な選択であったと考える。

Ⅳ. 当院の概要

当院は病床数 222 床の急性期を中心とした地域の中核病院である。地方にあるため回復期病棟や地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟など、多彩な病棟を揃えている。常勤医師は 22 名、職員は全体で 460 名ほどと、医療者の数は決して十分とは言えない。主な指定は地域医療支援病院や救急指定病院、また厚生労働省指定の地域がん診療病院などである。コロ



図 3

ナの影響を避けた 2019 年のデータで見ると、病床利用率は 89%、救急車搬入台数は約 1,700 台、救急・時間外患者は約 5,000 人、手術件数は 1,000 件以上となっている。職員へは病院の理念とは別に、「高齢化・核家族化が進む中、出水・阿久根・長島の住民に都市部と変わらない質の高い救急医療と高度医療を提供すること」を使命として伝えている。

当院は民間運営の効果を最大限に発揮するため、民設民営を選択している。そのため、公立病院と同様の医療を行っているにも関わらず、公立病院の繰入金に見られるような公的資金のバックアップは全くない。運営面での自由度は高く効率的な医療が行われている反面、病院運営には厳しいものがある。

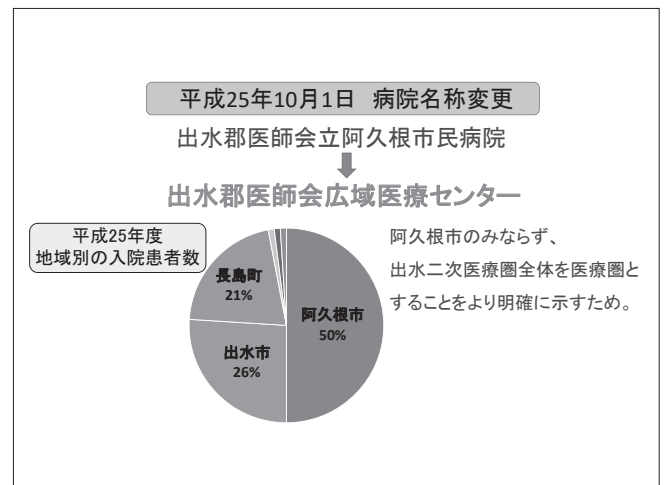


図 4

Ⅴ. 病院の特徴的な取り組み

これまで当院が取り組んで来た特徴的な取り組みを、3つに分けて紹介する。

1) 医療の安全と質への取り組み

医療の安全と質の向上には積極的に取り組んでいる。KAIZEN 活動は PDCA サイクルを回すことで組織の安全と質を高める世界的なシステムである（図 5）。当院では平成 15 年から導入し、20 年近く PDCA を回して来た。これには監査が必要であるが、内部監査の他に外部監査として 5 年毎の日本医療機能評価機構はもちろん、さらには国際標準化機構 ISO9001 を平成 17 年に取得、毎年監査を受けることで持続的改善を目指している（図 6）。平成 22 年にはこれらを総合的に管理する TQM（Total Quality Management）センターを設置した。これ

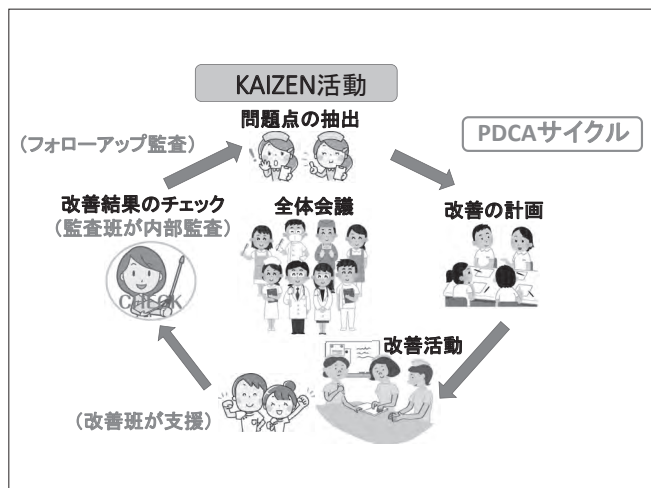


図 5

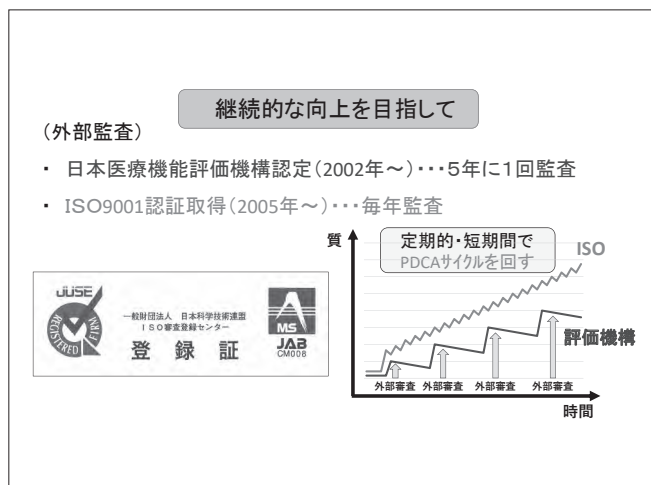


図 6

らにより年度末にマネージメントレビューを行い、それを基に次年度の目標を職員全員で共有するようにしている（図 7）。

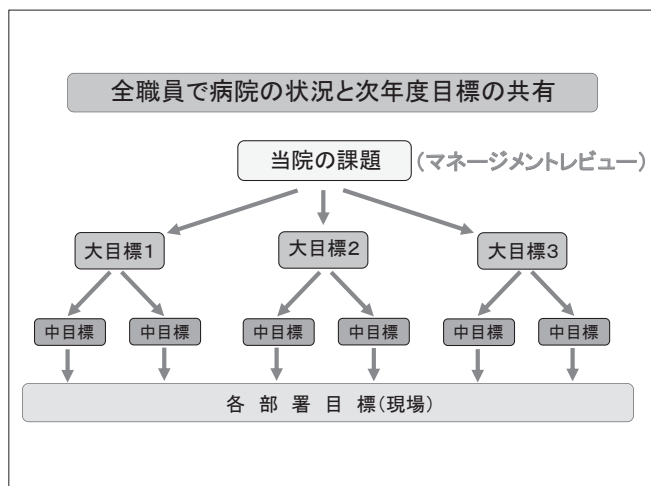


図 7

2) 新しいシステムの積極的導入

電子カルテは県内の先陣を切って、平成 18 年に導入した。平成 21 年には大学病院との間でテレパソロジーを開始、地方でありながら術中迅速病理診断を可能とした。平成 25 年にはインターネット・カルテ開示システムを当院と 2 市 1 町という広域で構築した。これにより当院へ紹介した患者の診療情報を、画像を含めほぼリアルタイムに会員の先生方が自院で確認することができる（図 8）。経営に関しても Medical Code の活用など、地方であるからこそ IT を含めた積極的な新しいシステムの導入が必要な場面がある。

3) ひとを育てる

“ひとを育てる”ということに関しては、教育への取り組み、モチベーションの向上、そしてコミュニケーションと連帯の推進の 3 つに力をいれている。

まず教育への取り組みであるが、全職員対象の院内学会や新人が成果を発表する成長発表会、院内資格の設定と修了書の授与、学位や修士取得の推奨などを行っている。教育体制の充実さは求人にもよい影響があると感じている。

モチベーション向上には、職員の頑張った活動を月 1 回の朝礼で報告したり、「スマイルロード」と名付けた職員廊下に職員の成果を掲示したりするなどの工夫を行っている。個々の努力が評価され、やりがいとプライドを持てる職場を目指している。

コミュニケーションと連帯の推進は、医師におい

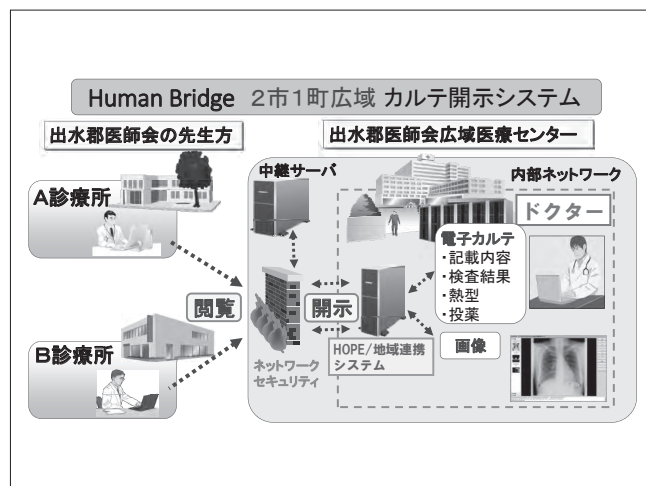


図 8

ては全員参加の毎朝の医局会がある。他職種間の連帯としては、リハビリ科の入浴介助や栄養科の配膳下膳への協力、放射線科による検査患者移動など、最も多忙な看護業務を主体に Work Sharing へ力を入れている。

Ⅵ. 問題点

ここからは、私たちが直面している問題点について考える。1つ目は経営の厳しさ、2つ目は医療従事者の不足、最後に都市部への過度の医療集約の流れである。

1) 病院経営

純粋な医療による収支をみるため、医業利益の推移を見てみる（図 9）。当院は病床利用率も 90% 近くであり、効率的な医療に努力しているつもりであるが、平成 26 年の消費税アップ以降ほとんど赤字で推移していることが分かる。当院は民設民営の医師会病院である。公立病院より効率的な医療を行っても、経営的に厳しいのが現実である。その大きな理由が、公立病院と同様な医療を行っているにも関わらず、公立病院が享受する公的補助、いわゆる繰入金全くないことである。合理的な公的資金の分配、あるいは診療報酬そのものを適切な形に見直す必要がある。これは根本的で難しい問題であるが、とても重要なポイントと考えている。

2) 地方における医療従事者の不足

地方における医療従事者の不足には、都会指向と給与の公立との差、公務員への憧れなどが原因にあ

る。その解決策としては、まずは魅力ある病院を創造し、それをよく知って貰うことが必要である。IT の発達で、地方でも全国的活動ができること、民間であっても地域のために公的役割を果たしていることなどを知ってもらう。公立病院の財務状況の正しい公表や給与の適正化も図って欲しいところである。広報は大切で、当院はホームページに病院紹介の動画を埋め込んでいる。医師については、良質な医療を維持するため大学からの派遣にこだわっている。そのためには大学との相互理解と緊密な関係が重要である。

3) 都市部への過度の医療集約の流れ

最近では都市部での患者獲得競争が激しくなり、過度の都市部への医療集約が懸念される。高齢化や核家族化が進む中、地方における地域完結型医療の重要性はますます増加している。このことを行政や大学によく理解して貰い、地方自体における適切な医療の集約にも真剣に取り組む必要がある。

Ⅶ. 医師会病院を中心とした新しい地域医療のあり方について

医師会病院を中心とした地域医療の構造は、住民の身近なところにかかりつけ医がいて、その先に紹介患者のみ受け入れる中核病院としての医師会病院があるという、まさに国が以前から推奨している医療の役割分担と地域完結型の医療の考え方に合致している（図 10）。さらに医師会病院の優位な点は、医療に精通した医師会が運営することで医療の変化を的確に判断し、迅速に対応出来ることである。ま

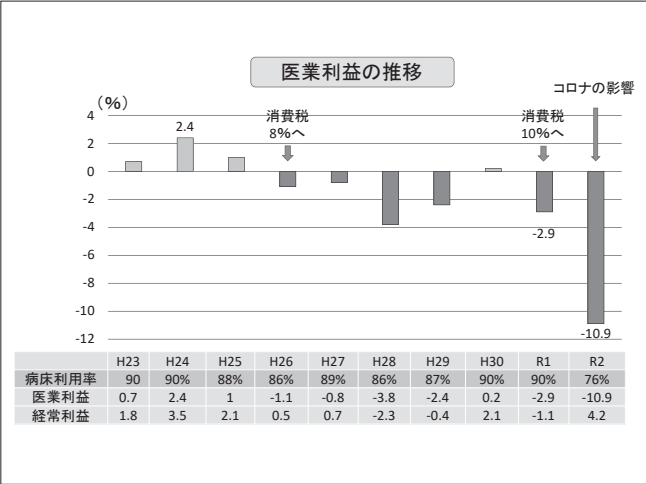


図 9

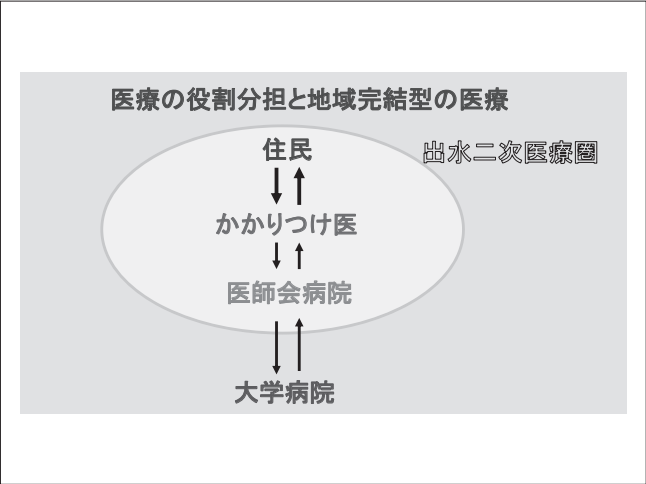


図 10

た事務などのスタッフが、転勤なくプロとして育って行くことも大きな利点である。

もちろん医師会病院が成長するには、中核病院として育て上げるという会員の先生方の熱意と患者紹介など積極的な協力が欠かせないことを忘れてはならない。

VIII. おわりに

これからの地域医療において、『医師会病院を中心とした新しい形の地域医療の構築』が重要な一つの鍵と考えている。このことは、地方における医療の安全と質の向上、そして効率的な医療の実践に繋がり、ひいては国全体の医療経済の改善にも結びつくと考える。

第1分科会（医師会病院関係） 質疑応答

座長 山 村 善 教

（宮崎県医師会副会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

これから、質疑・応答に入ります。チャット欄に投稿いただいたご質問を質問者に代わり、私より各先生方へお伺いさせていただきます。また、講師間でのご質問でも結構です。その場合は、「質問があります」とおっしゃってください。私が指名しましたら、ご発言ください。

それではまず、札幌市医師会の成田先生より、函館市医師会病院の八重樫様へのご質問です。

○成田眞一郎（札幌市医師会理事）（チャット）

コロナ禍に組織の拡大がなされていることに感心しました。コロナの自宅療養者への訪問診療は行っていますか。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

コロナ陽性患者の自宅療養の訪問診療は行っておりません。現在、全体の中で構築している最中であるということを付け加えさせていただきます。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ありがとうございました。今、政府も自宅療養者の健康観察について、訪問看護ステーションの利用を推進しておりますので、今後もよろしく願いします。

○佐古和廣（北海道医師会副会長）

長島先生へ質問いたします。経営形態の異なる3病院の統合をスムーズに行ったことに敬意を表します。講演の中で、慢性期医療を担う医師の確保が難しいとありました。統合再編でいつも課題に挙げられますが、先生のところではどうだったのでしょうか。

○長島徹（栃木県医師会副会長）

平成22年にJAしもつが総合病院が撤退することになった時に、行政、地元医師会が集まって会議を開きましたが、その時、自治医大と獨協医大の両病院長にも加わっていただきました。そういったことが後々、医師等の再編確保、あるいは人材確保という面で、自治医大や獨協医大からも経営参画をしていただくことになりました。両病院からの先生方

を慢性期にということではなく、従来の先生方とミックスして、適材適所という形で異動をお願いしました。両大学の経営参画がなければ難しかったかもしれません。

○佐古和廣（北海道医師会副会長）

よくわかりました。ありがとうございました。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

その他何かございませんか。発表者同士のご質問でも結構です。それでは、コロナ患者の受け入れについて、出水郡医師会広域医療センターの今村先生、いかがでしょうか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

16床でコロナ患者の受け入れをしています。当地域には、中核病院が我々の病院ともう1つ公立病院しかありませんので、その2つで連絡を取り合いながら、責任をもってコロナ患者の受け入れをしているのが現状です。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ありがとうございました。私は宮崎市郡医師会の担当副会長でもあります。宮崎市郡医師会病院では入院患者で困った事例が発生しております。そのため医師も疲弊し、メンタルに支障をきたしているところもあります。宮崎県の他の医師会病院や県立病院でも対応に苦慮する患者が最近増えています。先生方の病院ではいかがでしょうか。例えば、夜中に救急車を呼んで県立病院に転院したいと言ったり、ネーザルハイフローを拒否したり、説得するのに難渋したことがあります。県立病院では、患者が看護師につばを吐きかけて感染させ、パニックになりました。また、ホテル療養の男性が医師会病院に入院している女性のところに転院したいと騒ぎを起こし、警察を呼ぶ事態になりました。先生方のところではそういうご経験はありませんか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

私どもの病院ではトラブルはあまりありませんが、認知も強く精神的に不安定な入院患者が1人で、鹿児島県では精神的に問題のある患者の受け入れ病院は決まっていますので、速やかに相談し、調整会議での調整後、そちらの病院に移動することになっています。もう1つは、子どもと2人でホテル

療養をしていた患者が、部屋が狭くて我慢できない、子どもを窓から落としてもよいのかというような騒ぎを起こした人がいます。最終的には、医師や看護師が駆けつけて安全を確保しましたが、調整会議や保健所、行政等に動いてもらい、別の病院に移ってもらいました。トラブルには行政や調整会議が間に入って対応してもらっています。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ありがとうございました。その他何かございますか。川名先生、お願いします。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

いろいろ貴重なご発表をありがとうございました。それでは、スタッフのメンタルケアについて伺います。コロナ患者を診ることは精神的負担が大きく、落ち込む看護師が増えています。メンタルケアはどのように対応されていらっしゃるでしょうか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

私どもの病院では、それほど重い心的障害を起こした人はいませんが、近くのホテルのフロアを借り上げて、コロナ担当の看護師などで家に帰れない、帰りたい場合はそこに泊まってもらったり、問題がある時には当院の臨床心理士に話を聞いてもらうなどの対応をしています。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

コロナ担当の医師や看護師には危険手当のような、プラスアルファのインセンティブを供与していますか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

コロナ担当の医師並びに看護師、検査に関与する人たちに対して、ある程度のインセンティブを設けています。

○川名隆司（宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長）

ありがとうございました。コロナがいつまでも続くわけではありませんが、モチベーションを維持するためには、やはりインセンティブは大事だと思います。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ありがとうございました。視聴者の皆様、何かご質問はございませんか。私の方から、函館市医師会病院の八重樫様に質問させていただきます。宮崎市郡医師会病院も地域包括ケア病床を検討したことがありますが、公的病院のようなところを取るべき病床ではないと会員からの強い反対があり、断念しました。結果的に経営はうまく回っていますが、会員の反対というようなご経験はございますか。会員からはスムーズに了承されたのですか。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

老年内科と併せて地域包括ケア病棟は、いろいろな事例を用いたPRをしていますと、地域の会員の先生方はとても利用しやすく便利で、すぐ望みをかなえてくれるようなイメージを持たれ、連携室のほうに、できれば入院させてほしいという要望がありますので、そのところは少し工夫が必要かと思いますが、特に函館市医師会病院を開設するにあたって、大きな抵抗はなかったと思います。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

老年内科と障害者病棟ということで、医師会病院として非常に特徴があると思います。私どもの医師会病院は急性期を扱っており、老年内科という発想は全くありませんでしたが、老年内科をつくられたのは、年齢構成から必要に迫られてということだったのでしょうか。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

やはり今、超高齢社会ですので、循環器系であったり消化器系であっても、ある一定の年齢を超えた場合にフォローし続けていけるかどうかという現場の先生の声もあり、高齢者の心不全などは老年内科にお願いしたり、高齢者独特の対象科ができることによって医師の負担が少なくなり、幅広く診ていけるメリットというか、特有性があると思います。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

障害者病棟というのは、どういう患者を入院させて活用しているのでしょうか。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

もともと函館市における脳神経内科を標榜するところが少なく、担当する医師もあまりいませんでした。障害者病棟の主な入院患者は、パーキンソン病や脊髄小脳変性症、ALSの方で、通院患者も多いため、障害者病棟を設けて入院の確保をきちんとし

ていこうということで、現状に至っています。

**○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同
利用施設検討委員会副委員長）**

ありがとうございました。もう1つ、訪問看護ステーションを令和2年4月に開設されたということですが、実は宮崎市郡医師会病院も訪問看護ステーションを持っていましたが、利用者が少なかったり人件費の関係で6年で閉鎖しました。私も以前、有床診療所を運営していた時はあまり訪問看護ステーションの活用を考えていませんでしたが、最近無床化すると、訪問看護ステーションの存在がありがたいと思っています。今まで訪問看護ステーションを開設されなかった理由は何かあるのでしょうか。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

今まで開設しなかったということではなく、地域包括ケアを推進していく今の時期がよいということで開設しました。また、医師会立ということもあり、開設に当たっては周りからいろいろなご意見をいただきました。そこで過去を調べてみると、函館市内の病床を持っている医療機関で、訪問看護ステーションを併設している病院が数軒ありましたが、現在は閉鎖しています。それは、院内への周知がスムーズにいかなかったのが理由の1つかと思います。そのため、私どもは4名いる訪問看護師だけに営業活動を任せず、ソーシャルワーカーや退院支援看護師、外来看護師、医師も含め、病院全体で訪問看護を盛り上げて地域を支えていくという体制でやっています。周りの支えもあって件数が伸びているのだと思います。

**○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同
利用施設検討委員会副委員長）**

コロナの自宅療養者には訪問看護ステーションのバックアップが必要で、タイムリーな開設だったと改めて思っているところです。その他ご質問はございませんか。

次に、とちぎメディカルセンターの長島先生にお伺いします。3つの病院を統合するにはパワーが必要だったと思います。実は私も宮崎市郡医師会病院も新しく病院をつくるに当たり、269床の社会保険病院の宮崎江南病院がちょうどよい合併先と考え、対等合併を目指したのですが、医師会病院が吸収される形であれば合併してもよいというようなことを言われ、断念した経緯があります。うまく合併できたコツは何だったのでしょうか。

○長島徹（栃木県医師会副会長）

合併の話が出るきっかけとなったのがJAの撤退です。一番大きいJAの病院がなくなれば、地元行政あるいは医師会、市民がやらざるを得ない気分になってしまうわけです。それではどうすればよいかといったときに、医師会、それから個人の医療法人がお互い同じところを目指したというタイミングです。もちろん、市民や行政、医師会の後押しはありました。なぜまとまったかは未だに不思議ですが、結果としてこのような形になってほっとしているのが、医師会としての立場です。

**○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同
利用施設検討委員会副委員長）**

非常にタイムリーな合併だったのだらうと思います。87億円の補助はどこからいただいたのですか。

○長島徹（栃木県医師会副会長）

国と栃木県と市から補助をいただき、それとは別に15億円を栃木県から借入できたのが大きかったです。

**○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同
利用施設検討委員会副委員長）**

すごい額を頂戴したということですね。宮崎市郡医師会病院も幸いにして循環器を中心に収益率のよい医療を展開しております。

それでは、出水郡医師会広域医療センターの今村先生にお伺いします。歴史的には大変なご苦労があって、とちぎメディカルセンターとはまた違った形でうまくいっていると思われます。脳外科をつくっておられますが、もともと出水郡周辺では脳外科をやっている医療機関はあまりなかったのですか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

出水二次医療圏では、もう1つ公立の中核病院があり、そちらにも脳外科があります。

**○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同
利用施設検討委員会副委員長）**

宮崎市郡医師会病院は、日本一の医師会病院を目指して血管病センターをつくり、循環器など首から下は頑張っていますが、首から上が少し欠けているということで脳外科をつくりたいと思っていたのですが、会員の先生方からの強い反対に遭い、結局そのままの状況です。医師会病院はあくまでも医師会員あつての病院のため制約が多く、夢を実現しかねているのですが、新しい診療科の開設に対する抵抗

は全くなかったのでしょうか。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

特にありませんでした。医療というのは地域によって事情が異なり，その中でどうやっていくかだと思います。つまり，医師会病院は，地方においてはとても価値があって大切だと思います。都市部では大学病院や大病院がたくさんあって，幅広く専門的な医療をされていますが，地方である程度の高度医療や救急医療ができる病院をつくり上げるのは，まさに医師会病院でなければできないと思っています。そこを国もよく理解して補助をしっかりしてもらえれば，医療も随分よくなるのではないかと思います。

○山村座長（宮崎県医師会副会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

ありがとうございました。本日は，先生方のパッションを感じるご報告を聞かせていただき，誠にありがとうございました。ちょうど時間になりましたので，これで終了としたいと思います。

○青木秀俊（司会）（北海道医師会常任理事）

座長の山村先生，シンポジストの八重樫様，長島先生，川名先生，今村先生，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，座長の山村先生からお願いいたします。本日は長時間にわたり，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今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第 2 分科会（検査・健診センター関係）

座長 金井 忠男（埼玉県医師会長／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. 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

「新型コロナウイルス感染症の影響と対策」

江戸川区医師会医療検査センター所長

山 中 昭 良

I. はじめに

江戸川区は東京 23 区の東部に位置し、人口は約 70 万人。江戸川区医師会医療検査センターは、都営地下鉄新宿線船堀駅前にあるタワーホール船堀の 6 階ワンフロアを江戸川区から間借りする形で運営している。この建物の屋上には高さ 115 メートルの展望台を有するタワーが設置されている。

江戸川区医師会には、549 名（A 会員 344 名、B 会員 205 名）の会員と、345（診療所 324、病院 21）の医療機関が所属している。

医療検査センターは、昭和 45 年に会員の共同利用施設として開設され、翌年から江戸川区健診事業を受託。平成 11 年に現在地の船堀駅前に移転し、平成 20 年に江戸川区国保より特定健診・特定保健指導の受託を開始した。この健診は、採血後 40 分以内に出した結果を医師が説明し、該当者には当日保健指導を実施。また、個別の検査結果やアドバイス等を記載した「情報提供冊子」を、健診終了時に受診者全員に配布している。この画期的な健診スタイルは、『第 3 回健康寿命をのばそうアワード』で厚生労働大臣優秀賞（団体部門）を受賞した。その詳細は、6 年前の「第 26 回全国医師会共同利用施設総会（大阪）」で発表した。

II. 医療検査センターの主な健（検）診事業

がん検診のうち、肺がん検診、胃がん検診は全て医療検査センターで実施。乳がん検診は、マンモグラフィ検診の 95%、乳腺超音波検診は 100%医療検査

センターで実施している。子宮がん検診は、区内指定婦人科医療機関に提出された検体を回収し、医療検査センターで細胞診を実施している。また、江戸川区の公費健（検）診は全て無料である（図 1）。

III. 新型コロナウイルス感染拡大と緊急事態宣言の影響

新型コロナウイルス感染拡大の健（検）診への影響は、令和 2 年 2 月頃から表れ始めた。医療検査センターの健診事業の柱は 40 歳から 64 歳までの江戸川区国保健診（特定健診）だが、例年受診者が最も多くなる年度末の 3 月の受診者は、対前年度比 81%で、約 450 人減少した（図 2）。

医療検査センターで実施している 3 月の各種がん検診受診者数は、全ての検診で減少し、令和 2 年 3

医療検査センター主な健（検）診事業内容

事業内容	健診・検診項目
健康診査事業	特定健診(国保健診)/特定保健指導、福祉健診、長寿健診、区民健診(40歳未満)、勤労者(工業会)健診、熟年結核健診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検査
がん検診事業	肺がん検診、胃がん検診、大腸がん検診 乳がん検診、子宮(頸、体)がん検診、前立腺がん検診
学校保健事業	児童・生徒腎臓検診、児童・生徒心臓検診、 児童・生徒脊柱側湾症検診、 児童・生徒生活習慣病予防検診、 児童・生徒結核健診精密検査、貧血検査

図 1

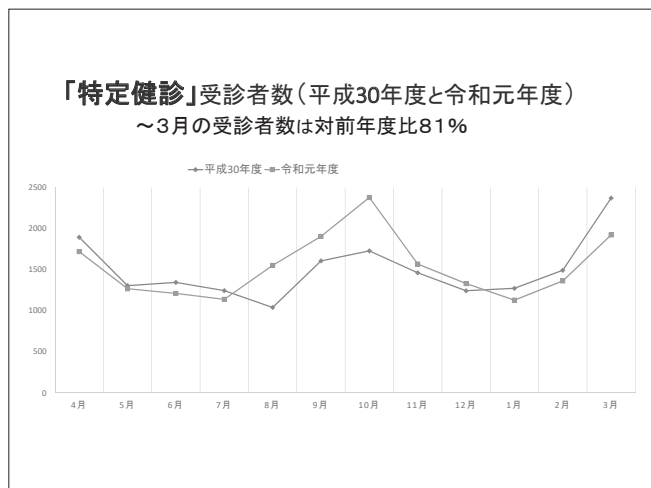


図 2

月のがん検診総受診者数は、対前年度比 72% まで落ち込んだ (図 3)。

令和 2 年 4 月 7 日、1 回目の緊急事態宣言が発出された。4 月 13 日、江戸川区から指示があり、翌日からの全ての健(検)診が中止となった。急な中止のため、職員は既に予約済みの受診者への電話連絡に忙殺された。「特定健診」受診者数は、4 月 423 人(対前年度比 25%)、5 月 0 人だった (図 4)。

「がん検診」受診者数は、4 月は対前年度比胃がん 15%、大腸がん 39%、肺がん 21%、乳がん 18%、前立腺がん 19%だった。5 月のがん検診受診者は基本的に 0 だが、大腸がん検診は便潜血検体の提出があり、対前年度比 9%だった。令和 2 年 4 月、5 月合計の受診者数は、全てのがん検診で大幅に減少した (図 5)。

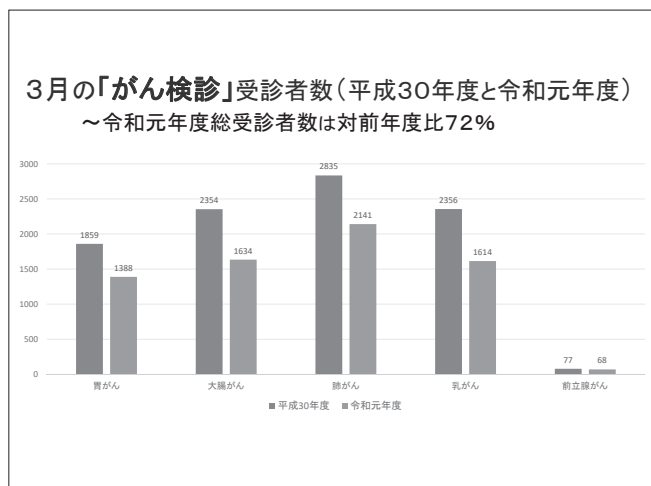


図 3

Ⅳ. 緊急事態宣言解除と健(検)診再開

第 1 回緊急事態宣言は 5 月 25 日で解除され、6 月 1 日から各種健(検)診を再開した。日本総合健診医学会など 8 団体が作成した「健康診断時における新型コロナウイルス感染症対策について」を参考に、医療検査センターでも様々な感染症対策を考え実施した (図 6, 7, 8, 9)。

中止していた学校保健事業も 6 月以降にずれ込んだ影響や、「3 密」回避等の感染症対策を徹底する必要が生じ、健(検)診受入れ人数は削減せざるを得なかった。「特定健診」受診者数は 6 月以降もほとんど前年同月実績を下回った。10 月と 3 月は一時的に受診者数が増加したが、通年では対前年度比 82% の 15,126 人であった (図 10)。

「がん検診」受診者数は、6 月再開後暫く対前年度比マイナスの状況が続いたが、後半は回復し前年度を上回る月も増加した。しかし通年では、全てのがん検診で前年度の実績に及ばなかった (図 11)。

東京都の 2 回目の緊急事態宣言発令時(令和 3 年 1 月 8 日から 3 月 21 日)は、行政から健(検)診中止の指示は無かったが、区民の「受診抑制」の影響が多少あったと考えられる。

4 月、5 月の健(検)診中止に伴う事業収入の落ち込みで、経営面で大きなダメージを受けたが、自粛要請と損失補償はセットとの考えで江戸川区と交渉した結果、補助金の交付を受けることが出来、この年度の赤字転落を免れた。

緊急事態宣言(令和2年4月7日～5月25日)の影響

4月13日に江戸川区から指示があり
翌日から全ての健(検)診を中止

令和2年度
「特定健診」受診者数は
対前年度比
4月 25%
5月 0%

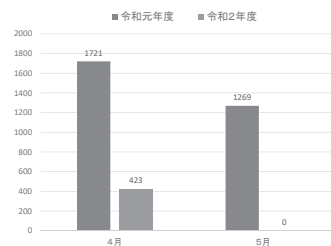


図 4

「がん検診」受診者数(4月-5月)

対前年度比

4月:胃がん15%、大腸がん39%、肺がん21%、乳がん18%、前立腺がん19%
5月:胃がん、肺がん、乳がん、前立腺がん0%、大腸がん9%

4月-5月のがん検診受診者数

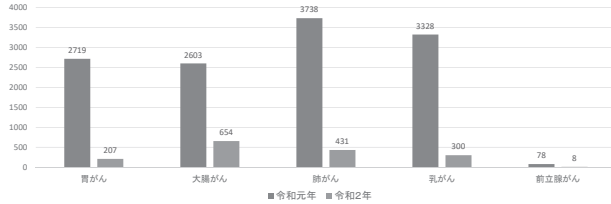


図 5

飛沫防止用透明フィルム

超音波検査室

採血室

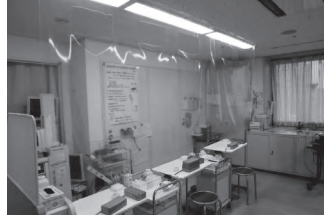


図 8

健(検)診再開時における 新型コロナウイルス感染症対策

エレベーター前スペースで、サーモグラフィによる検温、アルコール消毒液による手指消毒を実施

総合受付前面に大きな飛沫防止透明フィルムを設置



図 6

保健指導室

飛沫防止用パーテーション

ソーシャルディスタンスの注意喚起



図 9

待合の椅子

ソーシャルディスタンスのため、一席おきに使用可とした



図 7

緊急事態宣言解除後の6月から各種健(検)診を再開

「特定健診」受診者数は6月以降も殆ど前年同月実績を下回り
通年では対前年度比82%(15,126人)であった

特定健診受診者数

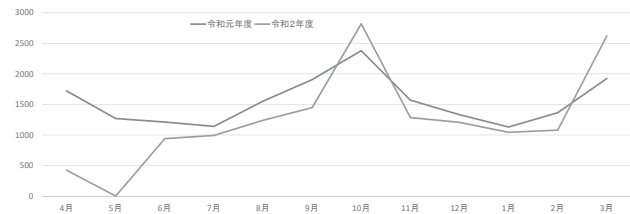


図 10

V. 40歳未満の「区民健診」

40歳未満の区民が対象の「区民健診」は、例年、主に10か所の区民施設で実施する予約不要の「集

団健診」方式と、医療検査センターで実施する「予約制健診」の2本立てで実施していたが、感染リスクを考慮して出張集団健診は中止した。その代替として、医療検査センターで冬期3か月間実施し、受

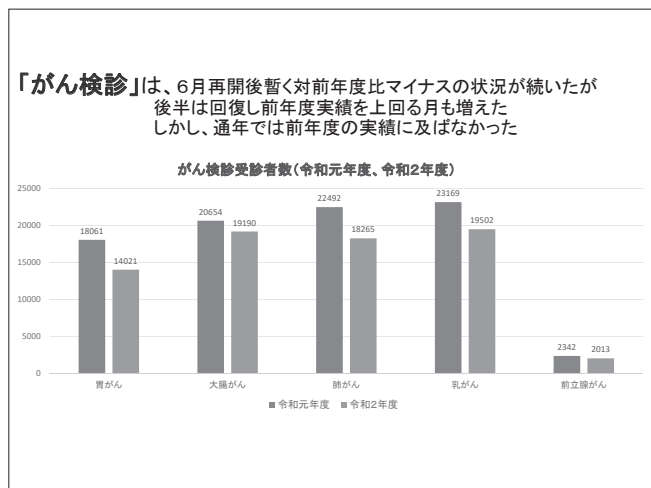


図 11

診枠を増やして対応したが、令和2年度総受診者数は3,652人で、対前年度比54%と大幅に減少した(図12)。

Ⅵ. 新規事業の「胃がん内視鏡検診」

江戸川区がん検診の新規事業である「胃がん内視鏡検診」の立ち上げにあたり、医療検査センターでは、内視鏡室の増改築、機器の新規購入、内視鏡医の確保等の準備を進めてきた。令和2年4月、満を持して内視鏡検診をフルオープンした直後、サージカルマスク、長袖ガウン、フェイスシールド、グローブ、キャップ等の防護具不足が顕在化し、解消の目処が立たないため、止むを得ず急遽中止となった。その後、防護具の供給により改善傾向がみられ、8月から一部再開した。しかし、飛沫やエアロゾルの発生等、他の検診に比べて感染リスクが極めて高

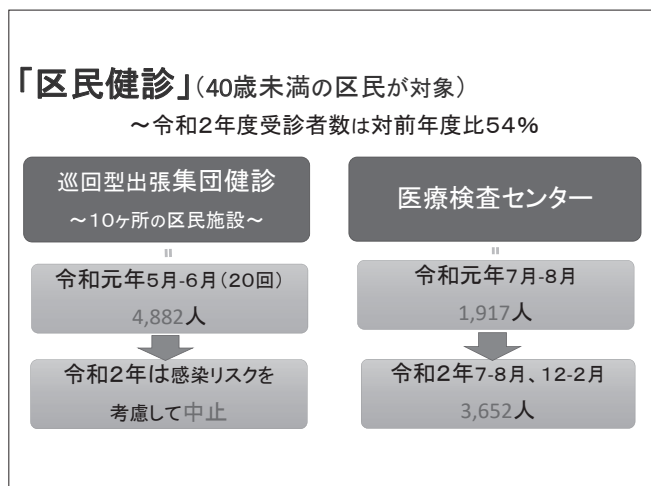


図 12

い検査のため、実施件数を制限し、1つの内視鏡室につき1時間あたり1人とした。現在も、当初予定の約半分のペースで実施している(図13)。

Ⅶ. コロナ禍における健(検)診の役割

コロナ禍における健(検)診控えの傾向、とくに「がん検診控え」は世界でも大きな問題となっている。日本では、少なく見積もっても約1万人以上のがんが未発見となっている可能性が指摘されていて、今後の医療逼迫の一因となる恐れがある。また、肥満、2型糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性腎臓病、慢性閉塞性肺疾患等の生活習慣病や喫煙が、新型コロナウイルス感染症重症化のリスク因子であることから、特定健診・特定保健指導による「生活習慣病の早期発見や予防」の重要性も一層高まっている。医療機関の負担軽減や、医療逼迫、医療崩壊の回避のためにも、健(検)診は決して「不要不急」ではなく、「コロナ禍にこそ必要」と考える(図14)。

Ⅷ. まとめ

東京では現在第5波の中、新型コロナウイルス新規感染者数は減少しているが、医療・公衆衛生体制の厳しい状況が続き、緊急事態宣言の延長も決定した。

今後も早期の収束は期待できず、「ウィズコロナ」の長期化を前提に対策を進める必要がある。

医療検査センターがこれからの「ウィズコロナ」の時代を生き延びるためには、区民に対してコロナ禍における健(検)診や予防医学の重要性を啓蒙して受診率の向上を図ること、と同時に、感染対策を

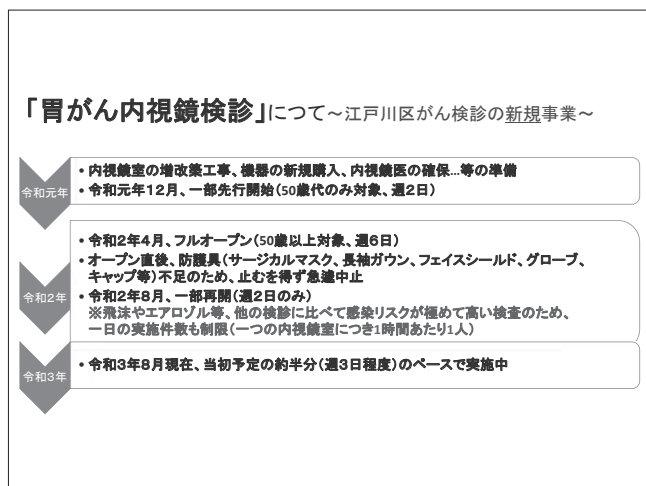


図 13

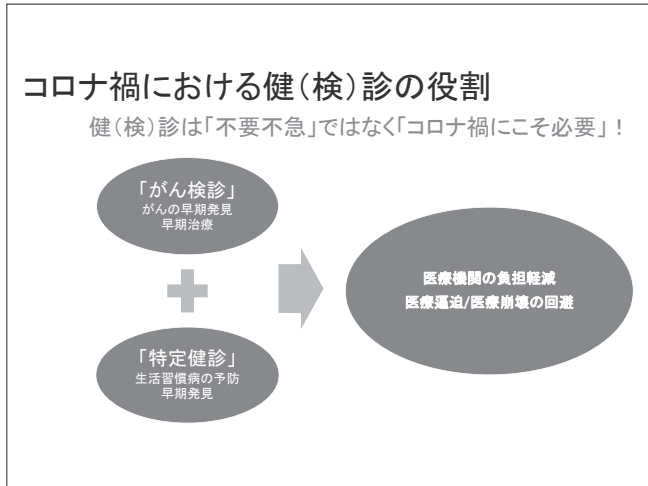


図 14

強化・再徹底して「安心安全」な健(検)診を提供することが必要であり、この2つを両立させること

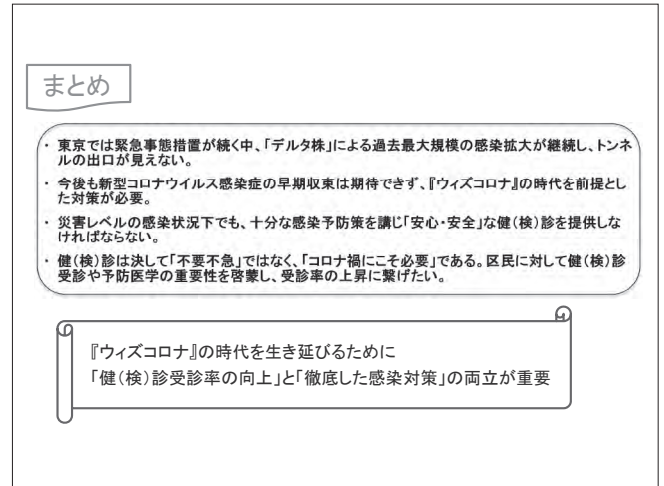


図 15

が求められる (図 15)。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第 2 分科会（検査・健診センター関係）

座長 金井 忠男（埼玉県医師会長／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. 焼津市医師会臨床検査センター・健診センター（静岡県）

「COVID-19 流行下での焼津市医師会共同利用施設の現状と課題，そして対策」

焼津市医師会理事

立 花 恒 輔

I. 焼津市及び焼津市医師会共同利用施設の概要

焼津市は静岡県の中部地方に位置し、人口は約 14 万人、年間の平均気温は 16.5℃と温暖な土地柄である。

焼津市医師会は昭和 30 年に設立され、共同利用施設として昭和 38 年に臨床検査センター、平成 11 年に在宅支援事業部、平成 20 年に健診センターを開設している。現在共同利用施設は臨床検査センター、健診センターを運営する検査・健診事業部と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を運営する在宅支援事業部の 2 部門で成り立っている（図 1）。

II. 焼津市内の COVID-19 の感染状況

COVID-19 の感染状況は 2021 年 8 月 20 日現在、焼津市内で 680 人の罹患者、静岡県全体では 1 万 7,000 人弱の罹患者という状況であり、その後も感染はさらに拡大した。2020 年 11 月の時点では焼津市内の罹患者はわずか 4 人という状況であり、いわゆる「第 5 波」による影響を強く受け、急激に罹患者が増加した。

III. 検査センターにおける COVID-19 の影響

検体検査を行う検査センターにおける COVID-19 の影響は、第 1 回目の緊急事態宣言が発出された令和 2 年 4 月～5 月の期間で、検体の提出は減り検査料は減収した。これは患者の各医療機関への受診控えによる影響があったものと考えられる。但しその後は、例年並みあるいは例年以上の検体数で推移している（図 2）。また、令和 2 年 11 月より SARS-CoV-2 の PCR 検査の受託を開始したところ、結果的に収入増に寄与した（図 3）。提出された PCR 検体数は、令和 3 年 2 月に前月に比べ大きな減少がみられたが、これは病床をもつ市内の病院が自施設で検査可能になり、当医師会への提出がなくなったことに起因する検体数の落ち込みであった。各医療機関からの検体数はむしろ増加傾向にあった。

PCR 検査受託開始当初から、検体の扱いに関しては各種ガイドラインなどを参考に、二次感染がおこらないように十分留意していたが、初期段階では検体を扱うことへの不安の声が現場から聞かれ、他

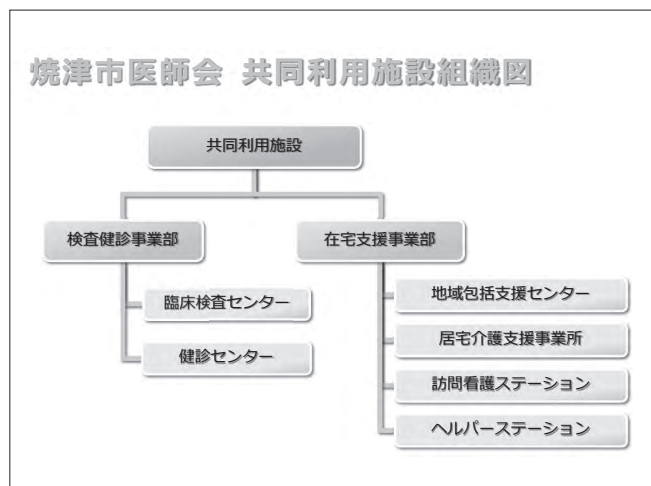


図 1

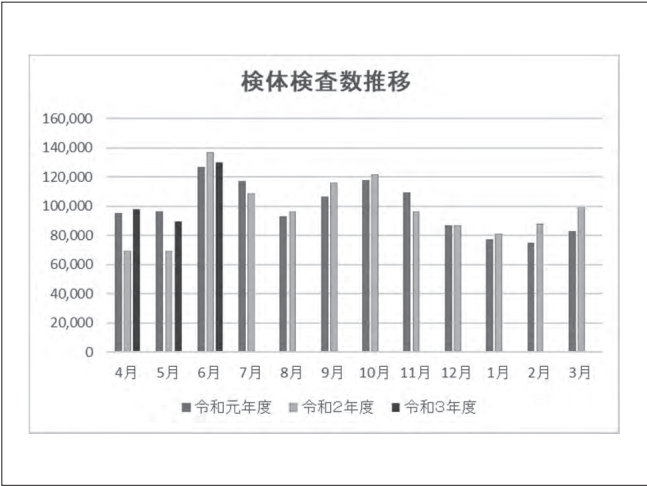


図 2

の検体とは分けて別の職員がPCR 検査の検体のみを回収するなどの配慮が必要な状況であった。なお現在は、知見の蓄積・情報の共有等により、検体の配送に伴う二次感染の危険性は極めて低いことが周知され、この状況は解消されている。

令和 2 年 10 月には行政の要請に応じて、ドライブスルー方式の焼津市 PCR センター設置に協力している。焼津市 PCR センターでの検査数は、最も多かった令和 2 年 11 月で 27 件であり、以後検査数は徐々に減少した。これは各医療機関から当医師会に PCR 検査の検体提出が可能になったことにより、手続きが煩雑な焼津市 PCR センターを利用する医療機関が減少したことによるものと思われる。焼津市 PCR センターは、令和 3 年 4 月をもって終了となった。

ポストコロナ時代を見据えた検査センターの今後の展望としては、現医師会館の老朽化に伴って計画されている医師会館の建て替えにあたり、検査センターの作業スペースを広めにとり、職員同士がソーシャルディスタンスを保ちながら仕事が行えるよう、レイアウトに配慮して設計等を行っている。

Ⅳ. 健診センターにおける COVID-19 の影響

特定健診や事業所の集団健診を行う健診センターにおいては、令和 2 年 4 月、5 月に予定されていた健診日程の変更や延期が重なり、日程の再調整や仕事量の偏りという形で COVID-19 による影響が表出した (図 4)。但し、トータルの健診件数としては例年と同等程度であり、令和 3 年度に関しても計画通りの日程で健診が行われている。

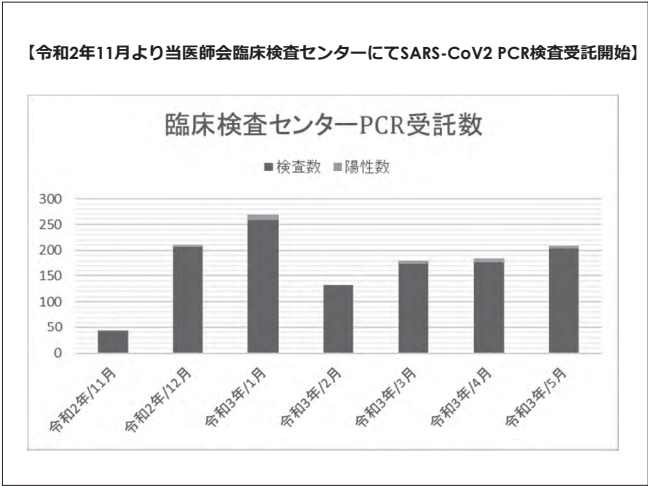


図 3

焼津市の特定健診は個別医療機関での実施が基本となっているが、行政の要請を受けて平成 30 年度から年 1 回、令和元年度は年 2 回、特定健診の集団健診を実施している。令和 2 年度は COVID-19 の影響もあり、個別医療機関での特定健診受診者が減少することが見込まれたため、感染状況の落ち着いた時期に 3 回集団健診を実施した。

また、健診センターで実施している保健指導に関しては、対面での面談が難しい場合には WEB を用いた遠隔面談を導入した。WEB を用いることで移動の時間や手間の削減に繋がることは利点であるが、血圧、体重、腹囲などの測定データは自己申告のみに依存せざるを得ず、精度管理やアセスメントの質の低下につながる懸念された。また、通信機材・通信環境も受講者によりばらつきがあるため、物理的な要因で WEB を用いた面談ができない

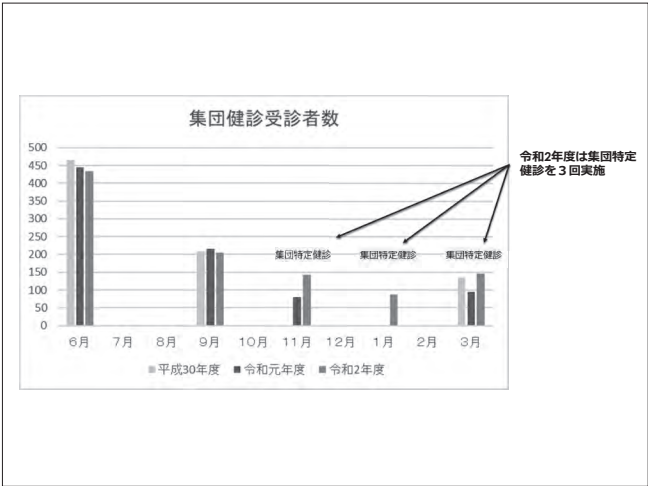


図 4

ケースがあった。

V. 地域包括支援センター・居宅介護事業所における COVID-19 の影響

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所における COVID-19 による影響は、相談業務においてみられた。直接来所して相談されることは減った一方、他県に住む家族から電話にて安否確認などの生活相談が寄せられることが増えた。また、サービス事業所で COVID-19 の感染者や濃厚接触者が出た際に、他の事業者のサービスへ臨時で振り替えることを依頼されるケースがあったが、当該事業所の感染状況の把握や、保健所や行政、その他の事業所との情報共有に苦労することが多く、対応に難渋した。想定外の局面にも柔軟に迅速に対応するためには、平時より各方面との情報の共有、連携方法を検討、確認することが重要と思われた。

サービス利用者側からの視点で言えば、他のデイサービスでのクラスター発生のニュースを受けて、利用者が感染を過度に心配し、必要なサービスを自分で中断してしまうことがあり、今後の ADL への影響が懸念された。

VI. 訪問看護ステーション・ヘルパーステーションにおける COVID-19 の影響

訪問看護ステーション・ヘルパーステーションは共に、利用者宅に直接訪問することが不可欠な部門である。事前に依頼していた利用者側の感染対策、例えばマスクの着用や手指消毒の徹底が遵守されていないことや、事前の通告なしに流行地域の居住者がその場に居合わせるようなことがあり、ヘルパーや看護師が大いに戸惑うようなことがあった。ただし訪問件数に関しては、訪問看護、ヘルパーステーションともに例年に比べ減少はみられず、訪問実績という点においては COVID-19 による影響は限定的であった（図 5）。

静岡県には訪問看護ステーション協議会という組織があり、静岡県全体の訪問看護ステーションに関する情報を集約している。訪問看護ステーション協議会に静岡県の他の訪問看護ステーションへの COVID-19 の影響を尋ねたところ、病院の面会制限などにより自宅療養をする患者が増え、訪問看護への需要が高まり利用者が増えたとの報告があるとのことであった。当医師会の訪問看護ステーションに

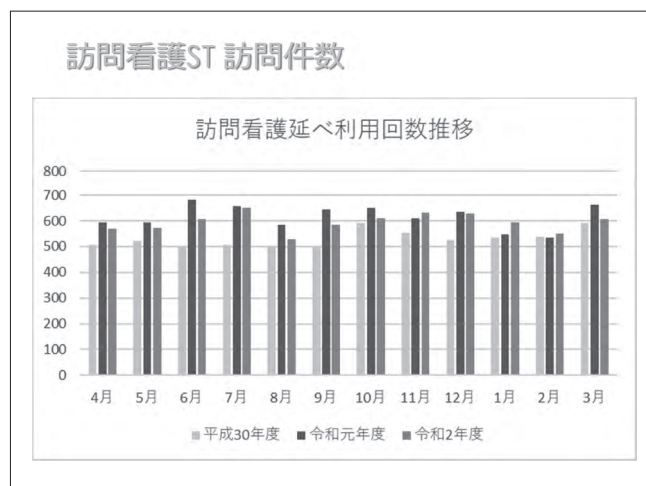


図 5

における新規利用者数に関しては、明らかな増加傾向はみられなかった。

その他、感染対策のための物品の不足や値段の高騰、ワクチンの優先接種の有無、WEB を用いた会合の難しさなどは、他の部門とも共通して挙げられた課題であった。

VII. 共同利用施設各部門の経営面の影響

令和 2 年度の焼津市医師会共同利用施設の各部門の経営状況について述べる。臨床検査センターでは、11 月までの検査数は例年に比べやや少ない傾向にあったが、それ以降は持ち直し PCR 検査の受託・需要の高まりも相まって、最終的には検査料収益は増額となった。健診センターでは、健診の時期的な偏りはあったものの最終的な健診数は例年よりも多く、健診料収益は昨年より増加した。居宅介護支援事業所では、介護予防プラン作成件数は昨年度を上回り、事業収益は増加した。訪問看護ステーションでは、訪問回数、事業収益ともに増加した。ヘルパーステーションでは、下半期を中心に昨年度の業績を上回り、事業収益は最終的には増加した。共同利用施設全体の経常利益率は当初の目標値を上回り、近年では最もよい結果となった。各部門、感染対策等で追加費用が発生したが、自治体や医師会から交付金・補助金をいただき大いに助けられた。

VIII. まとめ

COVID-19 流行下における当医師会共同利用施設各部門への影響を報告した。各職員は自身への感染を懸念しつつ、労力や費用をかけて感染対策をしな

がら日々の業務をこなしている状況である。その中において、情報共有・伝達の方法や新たな様式への適応など、多くの課題も表出した。経営面では一過性の落ち込みは見られたが、全体としては堅調に推移し、COVID-19の流行下という特殊な状況においても、焼津市医師会共同利用施設が我が地域の医療体制維持において重要な役割を担っているということが浮かび上がった。

最後に、今回の発表内容は「第5波」と呼ばれる

急速な感染拡大以前の状況をまとめたものである。当医師会が拠点とする焼津市においては第5波に伴い、以前とは比べものにならない罹患者の増加がみられた状況があった。このことを踏まえれば、COVID-19の本格的な流行時における共同利用施設への真の影響を考察するためには、今回の発表内容以降のデータの推移を解析する必要があ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今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第 2 分科会（検査・健診センター関係）

座長 金井 忠男（埼玉県医師会長／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. 岩国市医療センター医師会病院（保健・健診部）（山口県）

「県内初のクラスター発生病院と認定されて—健診における感染対策の取り組みと受検者の動向—」

岩国市医療センター医師会病院保健・健診部

中 原 捷

I. はじめに

当院のある岩国市は本州最西端の山口県、その最東部に位置し、小瀬川を挟んで広島県と接している、総人口約 13 万人の市である。名勝・錦帯橋や、国の天然記念物である白蛇の生息地で知られている。市内には米軍基地もあり、年に一度市民を招いたフレンドシップデーと称した催しも開催されている（図 1）。当院は平成 5 年に開設し、現在は病床数 181 床の地域医療支援病院である。2021 年 9 月現在、1 病棟を新型コロナウイルス病棟として活用し、軽症までの有症状者を受け入れている。そのなかで健診担当部署は臨床検査技師 4 名、専属事務 2 名の合計 6 名からなり、健診関連の予約・案内発送・実施・結果返却を担っている。2021 年 11 月に山口県内で最初の病院関連クラスター認定を受けた経緯と、

SARS-COV-2（以降新型コロナウイルス）による健診受検者の変動について報告する。

II. クラスター認定を受けるまでの経緯

新型コロナウイルス感染の第 1 波が押し寄せてきた 2020 年 3 月末、感染蔓延初期から当院も「新型コロナウイルス感染症対策本部」を立ち上げ、当院独自の対策として、出入り口の管理や面会制限・職員の移動先制限の呼びかけ、就業前の体調チェックを実施していた。また、新型コロナウイルス感染症入院病床の確保や院内の感染対策の検討をすすめ、可能な対策を実施した。第 1 波、第 2 波と岩国市への影響は比較的少なく、市内にアメリカ軍基地はあるものの、幸いなことに圏域内で主だった感染は見られず、日々の業務を行い、第 3 波に備え設備や備品の準備をしていた。そのような中で GO TO キャンペーンが始まり、人の動きの活発化による感染拡大が懸念されはじめ、第 3 波の到来が囁かれ始めた 11 月 13 日、岩国市内の飲食店を中心としたクラスターが発生した（図 2）。市からも厳重警戒が敷かれる中、病院内でもより一層の対策が必要と話されていた矢先、職員の感染が判明した。初日に 2 名、翌日に 6 名の感染が分かったのち、全職員を対象とした検査が行われ、感染経路不明の複数の陽性が明らかになり、県により病院クラスターと認定された。クラスター認定後は県の新型コロナウイルス対策室メンバーの指示により鎮静化を図り、最終的に職員 22 名、入院患者 1 名が陽性となり、23 名の病院クラスターとなった。

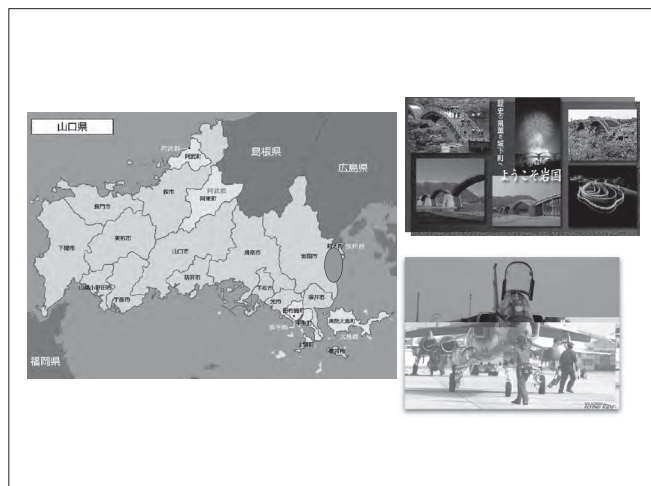


図 1

職員の生活面にもフォーカスをあてた内容で修正が
加えられたのち、再度公表があった。

Ⅲ. 健診としての取り組み

最初に職員に感染が明らかになったのが11月16日19時ごろであった。医事課長より感染の発生と翌日からの外来、入院、退院、健診全てを停止するとの通達を受け、ただちに翌日の健診予定者へ延期の連絡を行った。翌日の予定は日帰り健診のみであったので、その日のキャンセル連絡は比較的すぐ終わったことを覚えている。当時の反省点として、いつ再開されても良いように慎重な延期連絡を行ったことで、より自分たちの業務を圧迫し、受検者からのおしかりを受ける機会を増やしてしまったことが挙げられる。健診部門が再開されたのは、最初の陽性発覚から3週間後の12月8日であった。同時期に外来診療も再開され、救急センター受け入れ再開もあった。解除後、感染を危惧して少し期間を開けたいと受検者や患者が希望し、健診や外来診療が延期となったケースも散見された。業務停止期間が3週間あったことで、年度内の予約調整を行う必要が生じたが、年度内の予約枠はほぼすべて埋まっていたため新たに予約枠を作成するほかに、関連部署へ受検者の増員について了承をもらい、日帰り健診枠を日に10人から15人へと拡大、火曜から木曜の週3日体制であったものを金曜も追加し、週4日体制とした。増えた業務量に対応する為、出勤時間の調整や他部署からの応援を依頼した。

健診実施時の対策として、施設上、外来患者と健診受検者が交差しない状況を作ることが困難であった為、健康チェックや行動歴の聴取は徹底するように求められていた。受検者へ当院で作成した健康チェック用紙を記入してもらい、受付実施前に確認している（図5）。咳・鼻水・咽頭痛等の軽微な症状や2週間以内の感染蔓延地域への外出歴のある方は受検の延期を依頼していた。しかし、岩国市は広島県と接しており、地域による制限を設けることが難しく、受検者の受検可否の判断は苦渋するケースが多くあり、広島県で感染が拡大し、厳しく対応していた時期では広島県に施設を構える事業所の予約はすべて断ることもあった。

受検当日は受検者へマスク持参を呼びかけ着用を依頼し、さらに受検者同士の密を避ける目的で待合室のソファーにステッカーを貼り間隔を確保した。

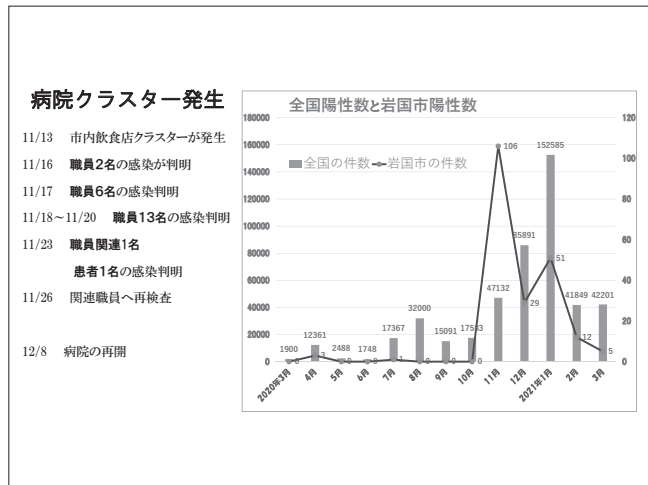


图 2

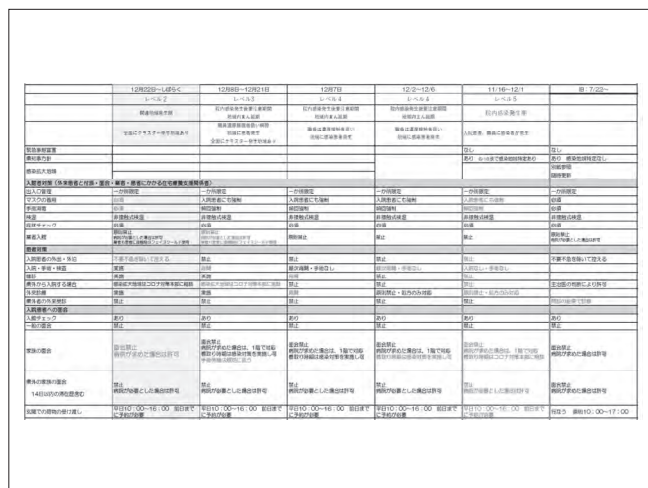


图 3

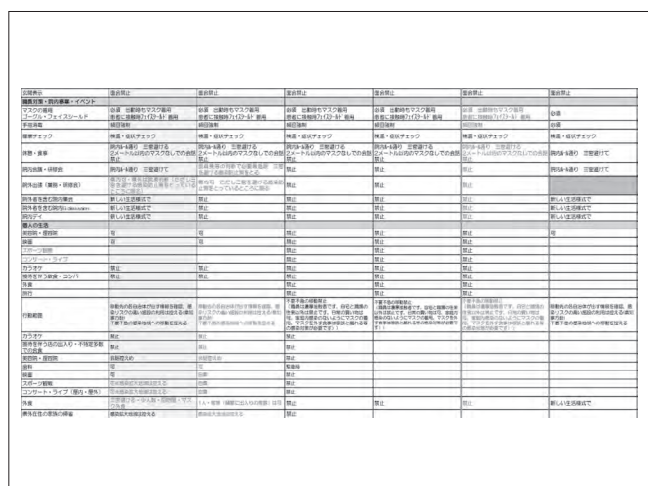


图 4

図3、4は当院独自の感染対策レベルの表である。作成当初は病院内でのルールについてのみ言及しており、業務中の判断の目安として利用していたが、病院クラスター発生後は、個人の裁量に任せていた。

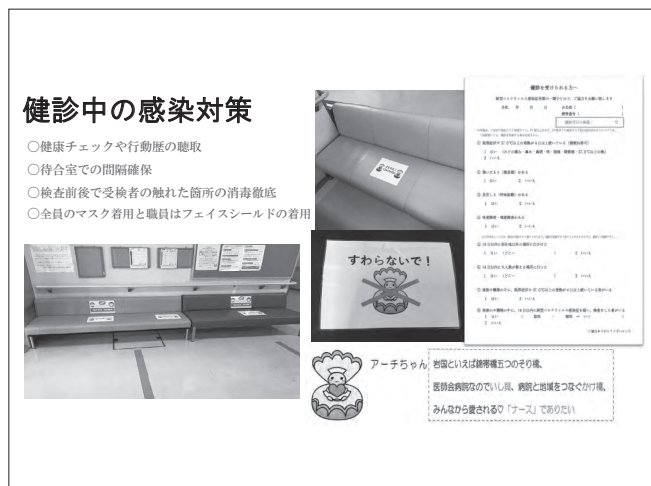


図 5

また、受検者が使用したロッカーは病院として日に3回環境消毒を実施するよう指示が入っていたので、その一環を兼ねて使用前後での消毒を実施した。検査に関しては、肺機能検査は感染流行初期から検査の中止を取り決め、心電図、聴力等の各種検査後は受検者の触れた箇所の消毒を徹底した。また、診察時にも診察台と椅子を受検者ごとに環境クロスにて清拭を実施している。職員においても出勤前に体温を測り、軽微な症状でも出勤について検討するようにしていた。急な休みも考えられ検査担当者の配置を錯誤する日もあった。

次に、新型コロナウイルス蔓延前後での受検者数の動向に注目する(図6)。新型コロナウイルスが流行し始めた2020年の総受検人数は1,974名であった。2019年度と比較して8%の減少となり、収益面では健診人数減少に伴い約300万円の減収となった。減少が目立った項目は、市からの補助で実施している脳ドック健診で27%の減少であった。これは市への応募で希望者を募り、多数のときは抽選で当選を決めていたが、2020年は応募自体が少なかったことからこのような結果となった。そのほかの健診内容は、特定健診が11%、日帰り健診が7%の

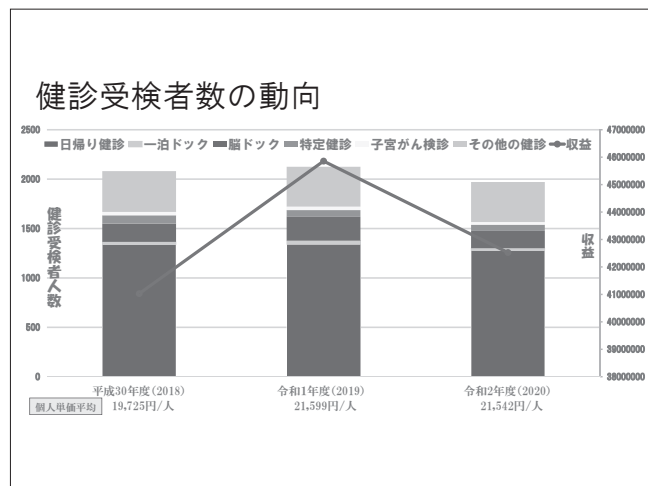


図 6

受検者数減少となった。2018年と比較すると健診全体では6%の受検者数減少となったものの、収益としては150万円ほど増加した結果となった。これは実施した健診内容や、2019年頃から収益アップを目標にオプション検査の充実をはかり、希望されれば日帰り健診でもMRIやCT検査を実施できるようにしたことで、個人単価が上がった影響があるものと考ええる。

Ⅳ. 最後に

クラスター認定を受けてからはキャンセルされる事業所もあったものの、近隣施設でも健診業務の休止や規模縮小があった影響から新規での予約も一定数あり、変動は比較的軽微であったと考える。

また、岩国地区での新型コロナウイルス検査数増加を目的に県の補助により、今年1月に東ソー株式会社のTRC測定器が2台、当院に設置された。手術前・入院前検査を主に実施しており、有症状の新型コロナウイルス疑い症例の検体は当日中に結果を出せるようになった。今後検査機器の活躍の場を拡大していきたいと考える。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第2分科会（検査・健診センター関係）

座長 金井 忠男（埼玉県医師会長／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. 佐賀県健康づくり財団佐賀県健診・検査センター（佐賀県）

「佐賀県健康づくり財団の現状と展望—新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

佐賀県医師会常任理事 佐賀県健康づくり財団専務理事

枝 國 源 一 郎

I. はじめに

佐賀県健康づくり財団（以下、財団）は、佐賀県総合保健協会と佐賀県医師会成人病予防センター部門が平成29年度に統合してスタートした組織であり、健診・検査センターがその中核をなしている。全国的に医師会立共同利用施設の運営状況が悪化する中、当財団も同様の状況にある。今回、当財団の現状と課題を新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナウイルス感染症）の影響を含めて検討した。

II. 臨床検査部門

1) 現状

検体検査の会員利用は、1997（平成9）年以降右肩下がりに減少し、最近では下げ止まりの状態である（図1）。検体検査の収益の一部は、県医師会会計に寄与しており、34年間にわたる医師会会費の据え置きに貢献している。減少理由として、民間検査会

社による1) 安価な検査料金の設定、2) 対象医療機関の選別、3) 開業時からの参入などがあるが、最近では、医業継承時の民間検査会社への移行が認められ、いわゆる「医師会離れ」がその背景にあると危惧される。一方で、今般の新型コロナウイルス感染症関連検査が収益に大きく寄与した（図2）。

2) 対策と課題

新規開業機関への1年間の割引サービス、検査の一部値下げ、新規開業情報の収集、電子カルテのデータ連携と無償対応、特定健診の検査結果・請求の代行等を実施している。しかしながら、民間検査会社との価格競争には太刀打ちできず、利用率向上には至っておらず、大口医療機関の財団離れも散見されるようになってきている。

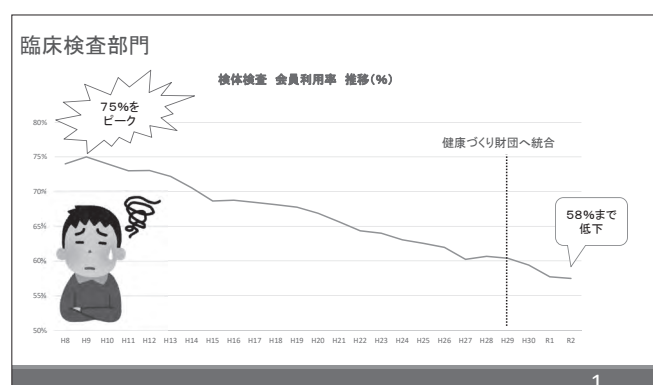


図1

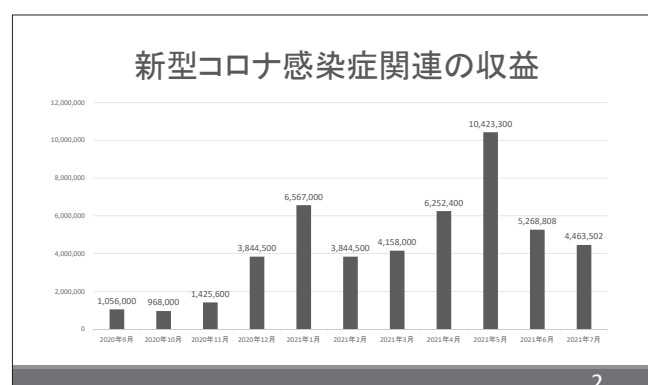


図2

Ⅲ. 健診部門

1) 現状

これまで比較的順調に推移していたが、今般の新型コロナウイルス感染症により、施設健診（人間ドックや事業所健診）・巡回健診は大きく落ち込んだものの、緩やかな回復を見せた（図3、4）。特に学校健診は、希望月のズレが生じたが、例年並みに推移した。その中であって、市町健診（特定健診、がん健診）は、中止が多く、振替も不十分であり、健診再開後も実施人数の制限に住民の感染への警戒心などの心理的要因も重なり、最も大きな影響を受けた。

2) 対策と課題

新型コロナウイルス感染症対策として、一つは、健診会場がクラスターの発生源とならないこと、財団職員がクラスターの発生源とならないことを最重点目標とし、「新型コロナウイルス感染症への対応方針」を策定した。また、職員に感染者が確認された場合に財団の業務をどのように継続していくか、「財団での新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続計画書」を作成した。さらに、業務停止となる対象範囲をできるだけ最小化し、検体検査の受注業務を可能な限り継続できるように、緊急事態宣言下では、食堂・休憩室の分離を実施した。一方で、「新型コロナウイルス感染症への対応方針に基づく出勤等の具体的対処基準（目安）」を策定し、感染リスクの可能性がある職員の出勤可否の判断を厳格化。管理医師の判断でPCR検査実施により最終判断をした。

今回の経験で、健診部門は、新興感染症により大きな影響を受けることが判明した。巡回健診は今後も人数制限が考えられることから、実施回数の工夫等が必要である。また、施設健診は現状維持が可能

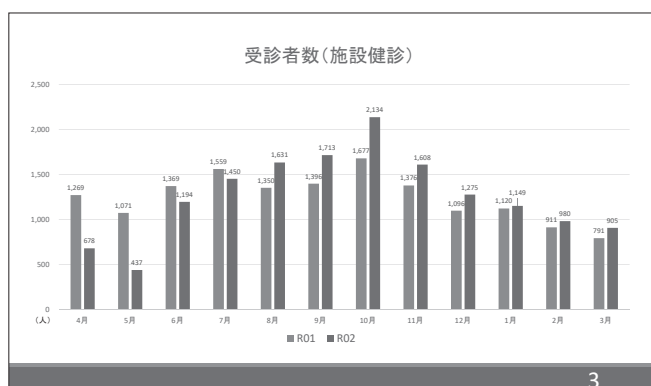


図3

と考えられるが、今後の新興感染症対策を含めた対策を検討することが必要と考えている。特に、影響が大きかった市町の特定健診・がん検診対策は、喫緊の課題である。

Ⅳ. 高額機器の購入などの制度改正への対応

地域医療構想等で、今後、高額医療機器購入等の制限も考えられる。個々の医療機関では対応できない場合、まさに医師会立共同利用施設がその部分を補てん可能であり、再評価される機会ではないかと期待している。

今後、情報収集に留意し、迅速な対応が必要かと思われる。

Ⅴ. 医師確保

1) 現状

臨床現場での医師不足と偏在は、地方で特に目立つ。財団の常勤医師は確保できているが、退職後の補充は今後困難になると考えられ、また、非常勤医師の確保にも非常に苦労しているのが現状である。一方で、現在の勤務医師及び嘱託医師の高齢化も問題となっている。

2) 対策と課題

医師の派遣は大学医局に頼っているところが大きく、良好な関係を維持していくことが必須である。同時に、突然の派遣医師の打ち切りに備え、複数の大学とのコネクションの再構築も必要であると考えられる。

臨床現場と異なる健診業務の内容、拘束時間も非常に融通が利くなどの特徴を生かし、今後、定年となられた医師や産休・育休中の医師の仕事の場、しばらく職場を離れた医師の復帰前のリハビリの場と

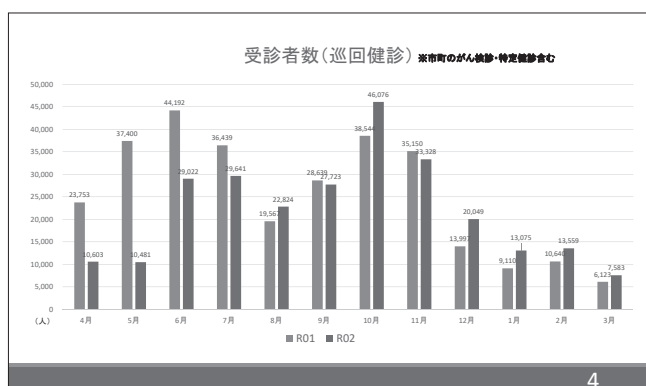


図4

しての活用等も解決策の1つとなりうると思われる。医師会のドクターバンクの発展も大いに期待されるところであるが、平時より情報収集をすることが肝要である。

Ⅵ. まとめ

臨床検査は、利用率低下により減少傾向にある。会員の認識の変化、また、民間会社との競合が根底にあり、さまざまな対策を講じているものの、改善困難な現状である。一方、今回の検討で、新型コロナ関連検査等で一時的収益増加を認めた。新型コロナ感染収束後、これらに変わる検査を探ってみる価値はあると思われる。

健診部門は、新型コロナ感染症により多大な影響を受けていた。特に、市町の特定健診・がん健診で著明であった。新型コロナ感染対策の徹底により、財団内ではこの時点で感染者は認められていない。今後、医師確保の問題が懸念され、平時よりの対策が必要である。

Ⅶ. おわりに

医師会立共同利用施設は、会員のために存在しており、民間会社がやらない部分も実施する必要がある。このことが、一部経営に悪影響を与えている。しかし、「会員のため」という基本理念を曲げることはできず、それらを踏まえた対策が必要であるが、決定打は現時点で見つかっていない。喫緊の課題である。健診部門は、市町健診が大きく影響する。平時よりの、行政との良好な関係づくりが必須である。一方で、医師会員への医師会立共同利用施設の認識を高めるため、内容改善の努力、地道な広報活動を続けていかねばならない。

今回の新型コロナ感染症対策の経験も踏まえ、新型コロナ感染後の経営を検討しつつ、今後起こりうる新興感染症にも備えなければならない。医師会立共同利用施設は存続すべきであり、そのための方策をさらに模索する必要がある。今回の内容は、全国の医師会立共同利用施設共通の課題かと思われる。引き続き皆で検討を続け、相互の発展につながれば幸いである。

第2分科会（検査・健診センター関係） 質疑応答

座長 金井 忠男

（埼玉県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

○金井座長（埼玉県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

それでは、ただいまから質疑・応答に入ります。チャット欄に投稿いただいたご質問を質問者に代わり、私より各先生方へお伺いさせていただきます。

まず、奈良市医師会理事の墳本敏彦先生から立花先生へのご質問です。よろしくお願い申し上げます。

○墳本敏彦（奈良市医師会理事）（チャット）

焼津市医師会訪問看護ステーションの利用者が安定して500～600人程度あるようですが、スタッフの構成はどのように組織されているのでしょうか。

○立花恒輔（焼津市医師会理事）

ご質問ありがとうございます。500～600人で推移しているというのは、利用者数ではなく、延べ利用回数です。利用者数で言えば、月平均90人程度で、大体週1～2回ぐらいの人が多いということです。訪問看護ステーションの構成としては、看護師の正職員が3名、パートが5名、理学療法士の正職員が1名、パートが2名、作業療法士のパートが1名となっております。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。続きまして、東京都医師会の佐々木先生から江戸川区医師会医療検査センター所長の山中先生へのご質問です。お願いいたします。

○佐々木聡（東京都医師会理事）（チャット）

東京都には47の地区医師会がありますが、そのうち検査・健診センターを有するのは9医師会となっています。東京都のように医療資源が豊富な地域において、地区医師会が検査・健診センターを有することのメリット、逆にデメリットやご苦労などがありましたら、教えていただきたいと思います。

○山中昭良（江戸川区医師会医療検査センター所長）

ご質問ありがとうございます。東京都23区では、健診センターを持っているところは大変少なくなっておりますが、やはり存続するためには常に黒字を出さないといけないということが重要だと考えております。私どもも検体検査部門がありますが、民間

検査会社との価格競争は厳しい面があります。新規開業の先生は既に民間検査会社に紐付けされているということがありますので、電子カルテの連携など頑張っておりますが、収益の主なものは公費健診に頼っている状況です。がん検診などの受診者が増えた年度にはものすごく収益が上がりますが、逆に少ないと収益が下がってしまう傾向があります。がん検診に関しては、国からも精度管理が重要と言われておりますので、健診センターがある場合には、精度管理が非常にやりやすいというメリットがあると考えております。また、40～64歳までの特定健診・特定保健指導はすべて医療検査センターで実施しており、当日、保健指導を受けられるというメリットがあります。23区の中で比較すると、特定健診の受診率は、江戸川区はいつも4～5番ぐらいにいますが、特定保健指導の実施率に関しては、江戸川区はトップを続けており、実施率でも2位の数字の2倍以上の高い保健指導実施率を継続しております。そういう健診センターであればこそできるがん検診の精度管理や、保健指導実施率の高水準を維持していくことによって、公費健診が主だというお話をしましたが、以前から江戸川区と良好な関係を築いており、今後もそういう関係を築くことによって、その収益を江戸川区医師会の財政に還元することができましますので、医療検査センターも今後とも存続することが可能と考えております。

○金井座長（埼玉県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

山中先生、ありがとうございます。ただいま、メリット・デメリットのお話をいただきましたが、講師の先生方の中で追加のご発言等ございますか。枝國先生、いかがですか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

佐賀県の場合は医療資源が逆に少ないため、そういう意味ではあまりデメリットはないかと思えます。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。他にございますか。それでは、私の方から少しお伺いしたいと思います。山中先生は東京ですので、コロナ感染症に対して最も影響を受けたと思いますが、先生のお話の中で「検診は不要不急ではない」、「がん検診を行わなかった

がゆえに1万人以上のがんの未発見がある」というようなご発言がありましたが、今後これをどのように伝えていく必要があるか、何かお考えがありましたらお願いいたします。

○山中昭良（江戸川区医師会医療検査センター所長）

やはり、区民に対して広く広報・啓発することが大切だと考えます。以前から江戸川区では、「元気なときこそ がん検診」というスローガンでがん検診を宣伝してきましたが、最近は「コロナ禍こそがん検診」と変えて、区の方でも積極的に広報してくださるため、助かっております。どこも同じだと思いますが、受診率向上というのは難しい問題です。葉書を何回か送ったり、電話をかけたり、そういう地道な方法で、区民のために受診率向上につなげていきたいと努力しております。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。もう1点、行政との連携が強いとお見受けしますが、もともと健診については区からの委託から始まったということも影響しているのでしょうか。

○山中昭良（江戸川区医師会医療検査センター所長）

江戸川区医師会は江戸川区と以前から太いパイプがあり、今回、コロナの時も早くにPCR検査センターを行政と共同で立ち上げ、NHKニュースで全国報道などもされましたが、PCR検査センターに出動する手挙げの会員の先生が多過ぎて、お断わりするような状況でした。常に会員がやる気をもって、確かに当時は怖い感染症でしたが、PPEなど防護をしっかり行えば簡単に感染するわけではなく、たとえ恐怖心があってもやり抜くことが区民のためということをみんな示されたので、そういう点も行政の信頼を得ているところだと感じております。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。行政との連携、そして会員の先生方の協力でうまくいっているというご報告でした。

続きまして、立花先生にお伺いいたします。まず臨床検査センターについて、医療機関への受診控えで一過性に検査数は減少しましたがその後は回復したというお話がありました。また、よい点として、PCR検査が収益の増加に貢献したというお話もありました。それから、健診センターについては、実施件数

は例年に比べてやや増加したというお話がありました。これは時期をずらしたり、特定健診の実施回数を増やすなどのご対応があったかと思いますが、むしろ増えたという部分について、どのようなことが効果があったのか教えていただきたいと思います。

○立花恒輔（焼津市医師会理事）

静岡県で、特に焼津市の感染者数が、他の市町に比べるとかなり少ないという状況があったのは間違いないと思います。去年4月、5月に緊急事態宣言が出された時に、医療機関への受診者がかなり減ったという点は全国と同じだと思いますが、その後に関しては感染者数がそれほど増えていないこともあり、ある程度日常診療が通常どおり進んだのだろうと考えております。また、健診センターに関しては、感染対策など、ソーシャルディスタンスを保つといった工夫をできる範囲で行ったことにより、利用者の不安が払拭できたのではないかと考えています。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。もう1点、保健指導について遠隔面談をされているというお話でしたが、円滑にいったというふうに考えてよろしいでしょうか。

○立花恒輔（焼津市医師会理事）

移動に伴う手間や時間などが省け、作業の効率化ができたことはよかったという話があります。ただ、相手が高齢者の場合など操作に不慣れな場合は、大変な面はあるかと考えます。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。それから、訪問介護関係者についてはワクチンの優先接種がなかったというお話がありました。国は医療従事者を最優先にと言っていましたが、医療従事者という定義もいまいかげんで、出入りの業者ですら良いと言っていたにもかかわらず、訪問介護関係者が接種対象外になったというのはおかしいと思いますが、いかがですか。

○立花恒輔（焼津市医師会理事）

その通りです。特に訪問介護に関しては後回しにされる形で、仕事上基礎疾患のある方と対面で接する機会があるにもかかわらず、ワクチンの優先接種が認められず、しかも高齢者施設に付随する介護ステーションであれば認められるが、医師会立のは認めないなど、同じような仕事をしているにもかかわらず

らず差が出るというような、非常に理不尽な思いもしましたし、現場ではかなり不安の声が大きかったのは事実です。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。これについてはいろいろなところで意見があり、不満もあったかと思いますが、

続きまして、中原様にお伺いいたします。岩国市医療センター医師会病院の保健・健診部ということで、病院としての感染対策には大変ご苦労されたと思われていますが、最も大変であったのはどのようなところでしょうか。

○中原捷（岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

やはりフェイスシールドの着用は、看護師や事務も含めて全員付けるよう指示がありましたので、つけ慣れていない職員等は苦労したと思います。

○金井座長（埼玉県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

立花先生からも個人用防護具の不足や価格の高騰というお話がありましたが、PPEは十分だったのでしょうか。

○中原捷（岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

初期のころは不足していたと聞いていますが、市や国からの援助があり、今現在はそれほど不足しているとは聞いていません。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。最初の頃のご苦労は大変だったかと思いますが、それから、先生のご発表の中でお話がありましたが、オプション健診とはどのようなものでしょうか。

○中原捷（岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

従来、MRIやCT等は1泊ドックのみのオプション検査内容となっていました。日帰り健診の方でも希望者にはできるように対応を変えました。そのため、放射線部との兼ね合いや予約枠の設置を健診専用に使わせてもらっています。

○金井座長（埼玉県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

もう1点、東ソー株式会社のTRC測定器を購入

されたというお話ですが、最大2台使った場合、1日どれくらい検査できるものでしょうか。また、最大のメリットは、やはり結果が早く出ることでしょうか。

○中原捷（岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

1日1台で7件まで回すことができますので、2台で最大14件です。当院にクラスターが起こった時は、検査はすべて外注していたため、結果が出るのが夜中だったり、翌朝ということが多かったのですが、測定器を導入してからは当日中に結果が出るようになりました。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。あともう1点、試薬は注文すれば十分に供給されるものですか。

○中原捷（岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

測定器が入った当初に大量に購入し、それが今なくなりつつある状況です。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。続きまして、枝國先生にお伺いいたします。コロナによる影響は、検査部門ではやはり人数制限等が一番大きかったと思いますが、いかがですか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

検査部門は、患者が減ったことで検体数が減ったことが一番大きいと思います。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。医師会共同利用施設全体について最も大事なことだと思いますが、近年の医師会共同利用施設の経営の悪化というお話がありました。会員の利用率が年々減少しているということで、その理由としては、民間検査会社との競合、価格の問題等々が挙げられましたが、会員のために存在する、民間がやらない部分も共同利用施設としてやるという、この考え方をもち今後とも存続すべきであるというお考えですが、医師会の中で共有された考え方でしょうか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

基本的には、代替わりなどの時に離れていってしまうのが一番の問題で、そのあたりをどうするかということですが、そういう方はいわゆる共同利用施設の共同の“共”が共助の考えという認識が難しいのではないかと考えています。意識改革の問題ですので、どこでも困っていることと思いますが、なかなか解決点が見つからないのが現状です。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。今後、コロナが終わっても元の社会に戻ることはないと考えられますが、それに向けてのお考えはいかがでしょうか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

非常に難しいお話です。実は、各共同利用施設の方がおっしゃっていましたが、コロナの感染対策で、収益的にはどこも少し上がっているのです。そのため、逆にコロナがなくなった後、影響がかなり出ると思いますので、そういうところも考えないといけないと思いますし、逆に、そういう何か特化した検査をすることで収益が上がるというヒントになるのではないかと考えています。ただ、具体的にはまだ思い浮かばないのですが、今後の新興感染症に対する対策には非常によかったと思います。経営などそういう面では非常に厳しくなるので、そこを喫緊に考えていかなければいけないと思っています。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。今、枝國先生にお答えいただきました。立花先生の遠隔による面談などもありましたが、コロナを経験したことによって今後に生かすことが何かあるかということについて、お話ししたいと思っています。いかがですか。

それでは、枝國先生から、共同利用施設は存続すべきということを書いていただいておりますが、他の3人の先生方、共同利用施設は今後ともあるべきとお考えでしょうか。逆に、厳しいので今後検討していかなければならないというようなご意見の先生がおられたら、手挙げをしていただけますか。

それでは、チャットでのご質問です。

○墳本敏彦（奈良市医師会理事）（チャット）

医師会共同利用施設の運営においては、事業所健診やがん検診を重点にする方向性が実利的で、血液検査についても健診に特化するのがよいと考えま

す。民間検査会社と同じ土俵に上がることを回避する観点からも必要なことと考えますが、先生方のご意見をいただければと思います。よろしくお願いします。

○金井座長（埼玉県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

民間検査会社と競合するのではなく特化すべきところは特化して、民間検査会社と同じ土俵に上がることを回避するという考え方はいかがかということです。どなたかございますか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

ご質問ありがとうございます。1つは、確かに何らかの形で特化するというか、ダウンサイジングして今後の手を考えるという方向性は絶対必要かと思っています。ただ、検査で民間と同じ土俵にとありますが、例えば遠隔地や小規模など、民間がやらないところを救うのがいわゆる医師会立共同利用施設の存在意義と思っています。そこは譲れない点ではないかと考えます。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。お話のとおり、やるべきことはやらなければいけないということですが、サイズを小さくできるところは合理化していこうという考え方でよろしいですね。他にございますか。それでは、今後何をしていけばよいかについては、今後とも全国の共同利用施設で検討していくということで、日医の委員会でもしっかりと議論していかなければならないと思います。それから、検査センターはいいが健診は悪いというように、明らかに2つに分かれるところはありますか。検査も健診も同じというふうな考え方でよろしいですか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

はい。現時点では、そのように考えております。

○金井座長（埼玉県医師会長／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す。あと1つ、行政からの補助があるところがありますが、枝國先生のところは逆に売上の中からというお話でした。立花先生のところは補助があるということでもよろしいですか。

○立花恒輔（焼津市医師会理事）

はい。PPE購入資金への補助や、現物支給され

たりということがありました。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。山中先生のところも補助があるとのことでした。

○山中昭良（江戸川区医師会医療検査センター所長）

補助金でPPEなどを購入してほしいというお話がありましたが、現物支給のような補助はありませんでした。

○金井座長（埼玉県医師会長／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。本当にいろいろな問題があると思いますが、一番の問題はコロナ後、今よりもっと先の、全く変わってしまった社会において、

検査・健診センターをどのようにしていくか、共同利用施設全体を含めてどうしていくのかというのは、非常に重要な問題になってくるかと思います。本日は、いろいろなお話を伺えて大変有意義でありました。ありがとうございました。

○笹本洋一（司会）（北海道医師会常任理事）

座長の金井先生、シンポジストとしてお話しただきました山中先生、立花先生、中原様、枝國先生、本当にありがとうございました。

以上をもちまして、第2分科会を終了したいと思います。なお、明日の分科会報告は、座長の金井先生からお願いいたします。本日は長時間にわたり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今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

1. 郡山医師会（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

I. はじめに

福島県は、北海道、岩手県に次いで面積の広い県で、東西 165.4km、南北 131.7km、面積 13,783 km²ある。人口は、国勢調査によると 1995 年の 213 万人をピークに減少に転じ、2020 年国勢調査の速報値では 183 万人となり、2021 年 7 月 1 日現在の県発表の人口は 181 万人で、人口減少が加速している。日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状・都道府県別・二次医療圏別データ集・2020 年 4 月第 8 版」（WP443-07）によると、2015 年を 100 とした医療の需要は 2025 年の 103 をピークに減少に転じ、同じく介護の需要は 2035 年の 127 まで増加傾向にある“医療介護予測指数”が示されている（図 1）。

また、同ワーキングペーパーによると、一人当た

りの医療費（国保）は 339 千円（偏差値 48）、介護給付費は 265 千円（偏差値 54）で、医療費は全国平均レベルであるが、介護給付費はやや高い。医療の現状は、福島県全体では急性期も慢性期も全国平均レベルであるが、療養病床と回復期病床は人口当たりの偏差値はともに 47 とやや少なく、診療所数の偏差値も 45 でやや少ない。また、総高齢者施設・住宅定員数（介護療養病床含む）の合計は、福島県全体で全国平均レベルをやや下回るが、施設別の 75 歳以上 1,000 人当たり定員数の偏差値は、老人保健施設 55、特別養護老人ホーム 53、介護療養型医療施設 46、有料老人ホーム 44、軽費ホーム 47、グループホーム 49、サ高住 44 である。在宅ケアの現状は、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションいずれも偏差値 43 と少ない。

このような医療と介護の状況の中、福島県のほ

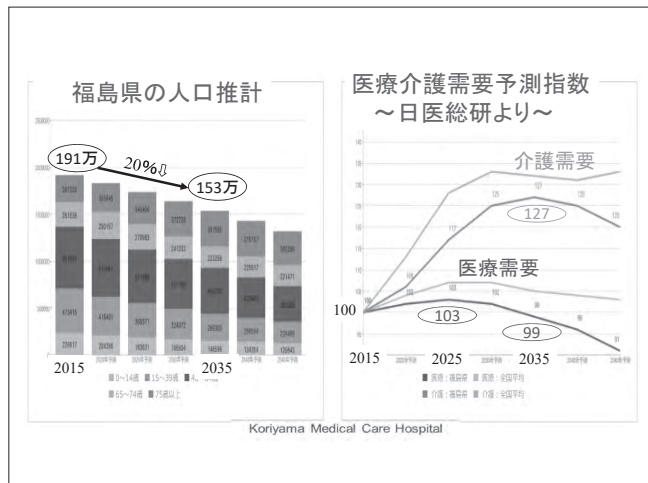


図 1

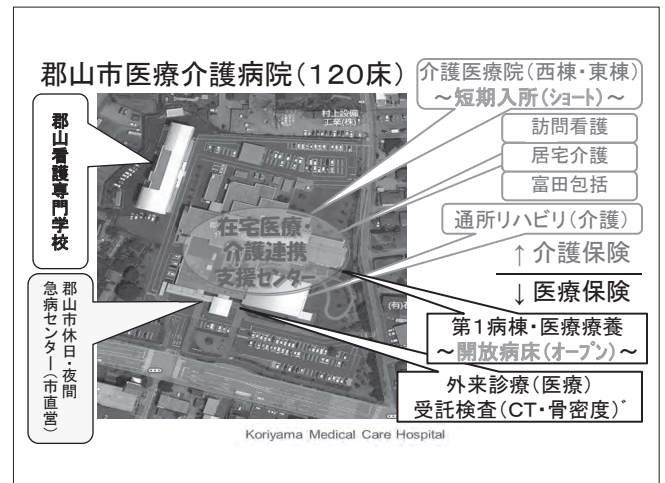


図 2

中央に位置する人口約33万人の郡山市に郡山市医療介護病院はある（図2）。国立郡山病院の後医療として、郡山市が郡山医師会を指定管理者制度によって管理運営を指定し、平成18年から地域医療を支えてきている。

名前の通り、医療と介護、急性期医療と生活をつなぐ病院として、医療の療養病床40床と、介護医療院80床がある。その他、通所リハビリ、訪問看護ステーション、居宅介護保険事業所、地域包括支援センターがある。さらに、昨年から「在宅医療・介護連携支援センター」業務を郡山市から委託され、情報ツールであるMCS（メディカルケアステーション）による「郡山医師会多職種連携ネットワーク」の事務局も担っている。

郡山市医療介護病院の南西の一角に、「郡山市休日・夜間急病センター」がある（図3）。郡山市直営で、郡山医師会の会員が交代で内科と小児科の診療を行い、その他、郡山歯科医師会、郡山薬剤師会の協力によって運営されている。新型コロナウイルス感染症蔓延後は、このセンターの前にプレハブを4つ設置し、発熱外来を行った。結果、月1,000～2,000人あった外来受診者は500人以下に減少し、今も受診者数は戻っていない。

II. 新型コロナウイルス感染症の現状と課題

新型コロナウイルス感染症が蔓延し、福島県内でもクラスターの発生が後を絶たない状況にある。飲食業関連から始まり、学校や病院、介護関連施設等で、次々とクラスターが発生し、シンポジウム前の時点では対応に追われ、終息を願っていた（図4）。

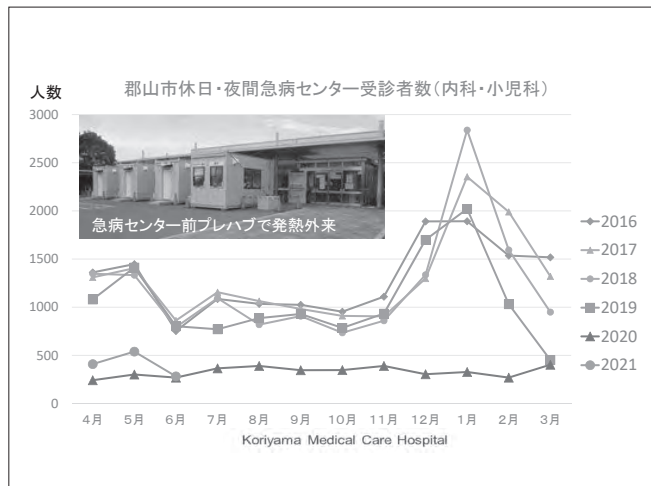


図3

介護関連施設の事例をみると、訪問介護事業所や通所介護事業所など在宅サービスに関する関係者の感染事例や、特別養護老人ホーム（特養）やサービス付き高齢者賃貸住宅（サ高住）等、施設サービスに関する関係者の感染事例が繰り返されている。

在宅サービス（福島民報新聞ネットニュース参照）（図5）に関しては、ケアプランによって感染リスクのある関係者のリストアップが可能であるが、関係事業所は複数となることが多く、感染対策のための情報の共有には個々に工夫が必要となる。また、施設サービス（毎日新聞ネットニュース参照）（図6）に関しては、特養は一人の医師が入所者全員の健康管理や施設内の感染対策に関与することが多いが、サ高住の場合入所者は一人ひとりかかりつけ医の異なることが多く、かかりつけ医相互の情報共有は少なく、施設職員も入所者の健康情報を一元的に管理していることはあまり多くないようで、感染対策が

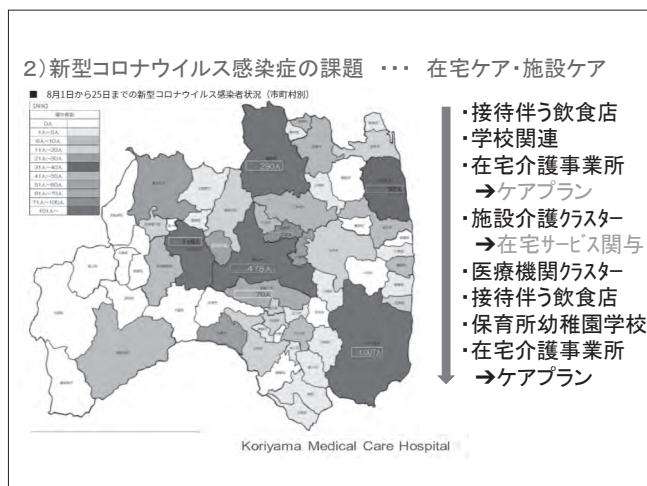


図4

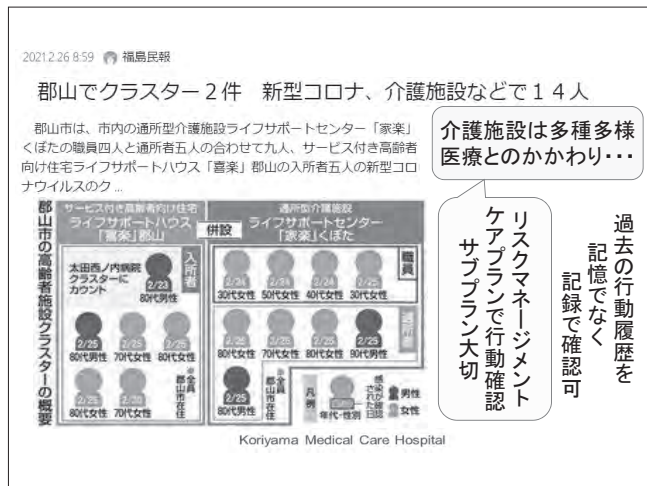


図5

後手に回りやすい。さらに、短期入所施設におけるロングショート、小規模多機能施設やグループホーム、あるいは通所介護施設でのお泊りデイ等、様々な形態での介護サービスが提供されており、感染対策を考えたとき現場の日常業務に精通した職員の協力が不可欠である。

地域医療を支える地区医師会が管理運営している医師会共同利用施設としての医師会病院に求められる機能は、地域の医療や介護の状況により異なり、はじめに紹介した日医総研の報告書から見えてくる福島県状況からは、介護の現場に様々な課題のあることが考えられる。加えて新型コロナウイルス感染症の蔓延下においては、これまでに経験したことのない対応の必要なこともある。新型コロナウイルス感染症の感染が疑われた場合、陰性の確認がとれるまでは感染対応が必要であり、それが1時間程度で済むのか、1～2日かかるのかでは現場の職員のストレスは大きく異なる。短時間で検査結果の出る検査機器の持つ意味は大きい。また、施設におけるクラスター対策では、感染隔離ユニットやガウンテック等の研修も大切である。

Ⅲ. 郡山市第八次介護保険事業計画について

介護保険制度の改正によって、「災害に対する備え」と「感染症に対する備え」を事業計画に加えることが、令和3年度から求められた。このことを受け、郡山市の第八次介護保険事業計画に、この2項目が追加された。

災害に対する備えでは、「非常災害対策計画の作成等」と「避難確保計画の作成、提出及び避難訓練

の実施」が求められた。

感染症に対する備えでは、下記3点が求められた。

ア. 感染症の感染予防、感染拡大防止の対策

本市域には、500か所以上の介護保険施設・サービス事業所が開所していることから、新型インフルエンザ等の感染症対策に対する国・県からの情報提供を速やかに行うことにより、感染予防、感染拡大防止対策の実施に向けた啓発を進めるとともに、郡山医師会と連携し、事業所等からの相談等に対して迅速に対応する（図7）。

… 医師会と連携し、発熱外来（急病センター、星総合病院、南東北第二病院）および同医療機関でワクチン集団接種を実施。

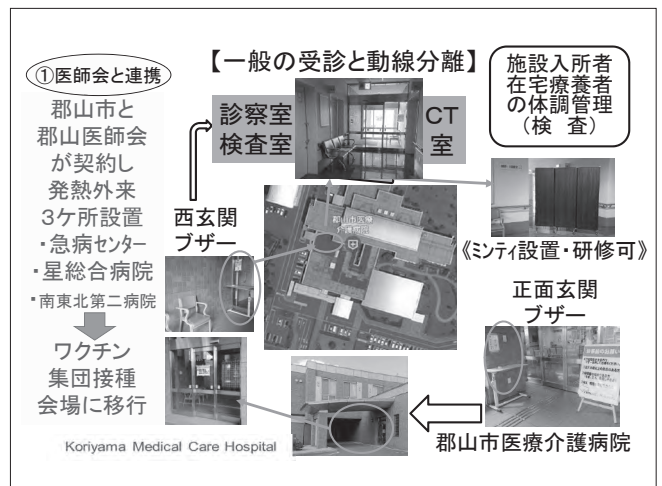


図7

イ. 各種支援策

新型コロナウイルス感染症の影響に伴う代替サービスの提供や濃厚接触者へのサービス提供等の介護サービスの事業を継続するための費用の補助など、事業者等に対する各種支援策の情報提供を行う（図8）。

… 代替サービス・濃厚接触者への対応を迅速に行うためには、小回りの利く検査体制が不可欠であり、検査結果の出るのが翌日なのか1時間後かでは、関係スタッフの感染リスクもストレスも雲泥の違いである。



図6



図 8

ウ. 衛生用品の備蓄及び配布について

新型コロナウイルス感染症が発生した事業所等に対し、緊急に衛生材料を提供できるよう、衛生用品を備蓄し、要請に応じて配布する（図 9）。

また、感染拡大防止のため、衛生用品を使用する必要性が高い事業所等に対し、本市の在庫状況を見ながら、備蓄している衛生用品の配布を行う。

… 介護サービスは、感染リスクの高い手技が多くあり、マスクや手袋、ガウン等の配布も必要だが、その使い方の研修も必要である。

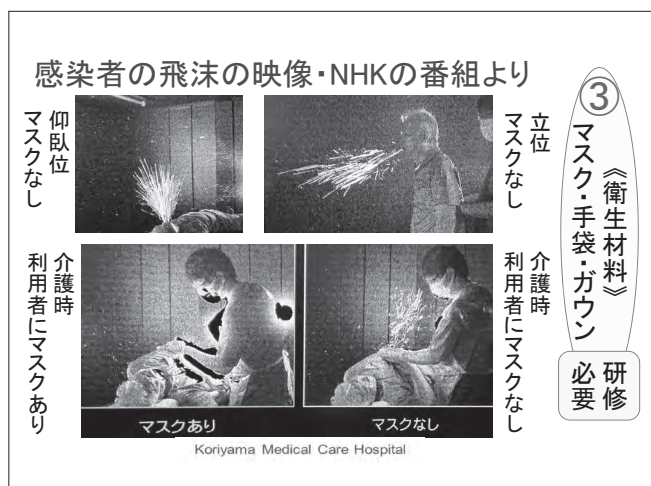


図 9

Ⅳ. 地域医療・介護を支える医師会共同利用施設

第八次介護保険事業計画において2つ目に挙げられている、各種支援策としての代替サービスの提供や濃厚接触者へのサービス提供等、介護サービスの事業を継続するための費用の補助など、事業者等に対する各種支援策において、医療とのかかわりについて医師会共同利用施設の役割は大きい（図 10）。

第八次郡山市高齢者福祉計画・郡山市介護保険事業計画 （地域包括ケア計画） 2021(令和3)年度～2023(令和5)年度	
・養護老人ホーム 1施設 ・経費老人ホームA型 1施設 ・ケアハウス 4施設 ・有料老人ホーム 16施設 625人 ・サービス付き高齢者向け住宅 35施設 976人	介護サービス…生活の場が多様化 ①
・特養: 1395床+190床=1585床 ・老健: 854床+0床=854床 ・地域密着型特定施設入居者生活介護: 58床+0床=58床	施設介護
・介護医療院: 150床+42床=192床 … 在宅生活の場 ・認知症対応型共同生活介護: 639床+81床=720床 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護: 171床+0床=171床 ・小規模多機能型居宅介護: +3か所=40か所 ・認知症対応型通所介護: 8か所+1か所=9か所 ・地域密着型通所介護: 112か所+12か所=124か所 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護: 8か所+3か所=11か所	感染対策も医療の関わりも多様化 お泊りデイ

図 10

介護保険における生活の場は多様化しており、いわゆる施設介護である特別養護老人ホームでは、嘱託医として契約している医師が入所者の健康管理を行い、老人保健施設は医師が管理者である。

しかし今は、介護医療院やサ高住等、郡山市の介護サービス事業所を見ただけでも図のように様々な名称の介護関連施設があり、中には通所介護サービスの“お泊りデイ”と言われる事業所に数か月だけでなく年を超えて入っている利用者もいるようである。さらに、これらの施設の利用者あるいは施設の職員等関係者に新型コロナウイルス感染症が疑われた場合、その対応は簡単ではない。というより、感染症に関する何らかの対応の必要なことのあるということの情報共有が極めて困難であり、介護事業所としてサービスの休止、あるいは代替サービス作成の基準等もあいまいであり、個々の現場の判断に任されている事柄が大きく、苦慮する場面が多々ある。

公立学校の休校等の基準が文科省から示されたが、介護サービスの分野にも何らかの休止基準があってもよいのではないだろうか（図 11, 12）。

文科省が示した休校などの判断基準	
学級閉鎖	①同じクラスで複数の感染が判明した ②1人の感染が判明し、周囲に風邪などの症状がある児童・生徒が複数いる ③1人の感染が判明し、複数の濃厚接触者がいる ④その他、必要と判断した場合（期間は5~7日程度）
学年閉鎖	複数の学級閉鎖が発生
臨時休校	複数の学年閉鎖が発生

Koriyama Medical Care Hospital

図 11

② 代替プラン作成または準備の基準
……あっても良いのでは

介護サービス事業所の利用休止基準
……小規模事業が多くなり対応に苦慮
通所系・訪問系・入所系その他
・職員や利用者が濃厚接触者

NHKの番組より ……
ゴミ袋でガウン作成し、訪問介護事業所等へボランティアで配布。
ガウンテクニックの研修も行っている。





Koriyama Medical Care Hospital

図 12

③ 衛生材料 ……
その使い方の方の研修

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

2. きぬ医師会（茨城県）

「在宅医療・ケアを支える ICT の導入推進—茨城県常総市、きぬ医師会の取り組みから—」

茨城県医師会常任理事

安 部 秀 三

茨城県医師会常任理事 きぬ医師会

伊 藤 金 一

I. はじめに

2020 年春以降、新型コロナウイルス感染症の流行が波状的に継続し、在宅医療・介護連携について従来の方法では地域の方々の支援が難しくなっている。ICT を用いた連携の有用性はコロナ流行前から指摘され、ICT 技術は今後の在宅医療・介護連携を支えるインフラとして、またこのような感染症流行期においても十分活用できるツールとして、必要性は格段に高まっている。2015 年 9 月の鬼怒川の水害をきっかけに、茨城県内の郡市医師会のなかでいち早く ICT ツールを導入した常総市ときぬ医師会は、コロナ禍にあってもスムーズな連携体制を維持できていることから、今回の茨城県の報告として取り上げた。

II. 常総市・きぬ医師会について

常総市は（2020 年現在）茨城県南西部の人口 5 万 9 千人（高齢化率 30.7%）、2015 年 9 月の関東・東北豪雨では鬼怒川が氾濫し、常総市役所本庁舎が浸水したのをはじめ、全半壊家屋 5,000 棟以上という甚大な被害を受けた。きぬ医師会は（常総市、坂東市、つくばみらい市）会員医療機関 70 であり、共同利用施設としては、きぬ医師会病院（124 床）、訪問看護ステーション 1 か所運営している（令和 3 年 7 月現在）。

III. ICT（JOSO システム）について

常総市は水害の経験から、安否確認の迅速化、医療機関との情報共有、介護保険施設との情報共有、介護支援専門員との情報共有などをスムーズに行えるよう、ICT の必要性を考えて、2018 年度導入に株式会社インターネットイニシアティブ（IIJ）の提供する電子@連絡帳「JOSO システム」を導入した。システム利用料は市が負担し、2019 年 1 月より、介護保険の新規申請及び更新時、市が申請者に対して支援対象者としての登録の同意を得た上で、JOSO システムに登録開始した。

2020 年 12 月時点で、医師 26 名、ケアマネ 65 名、看護師 30 名、薬剤師 25 名など専門職種その他、市職員 42 名など合計 302 名（図 1）。医療機関、訪問看護、包括支援センター、歯科、薬局、市役所、介護施設などで 85 施設（図 2）。

導入開始の 2019 年 2 月以降から 2021 年 6 月までの JOSO システムの登録要援護者数・記事投稿数について図 3 に示す。いずれも一貫して増加しているが、とりわけ記事投稿数が増加しており、高頻度に投稿されるケースが増えてきている。また図 4 は、JOSO システムの登録数（専門職種数・施設数）である。新型コロナウイルス感染症の第 1 波の 2020 年の 3 月、さらに地域で感染が本格化した第 3 波 2020 年 12 月以降に専門職数の増加が認められる。

利用者・専門職の内訳		
役 職		人 数
医師		26
歯科医師		4
薬剤師		25
看護師		30
ケアマネージャー		65
理学療法士		8
作業療法士		7
社会福祉士		4
管理者		8
その他の福祉関係者		3
事務		5
常総市職員		42
歯科衛生士		3
管理栄養士		5
精神保健福祉士		1
言語聴覚士		1
メディカルソーシャルワーカー		12
その他の医療従事者		2
保健師		16
介護福祉士		2
ヘルパー		4
介護職員		7
生活相談員		22
		302

(2020年12月時点)

(茨城県常総市保健福祉部幸せ長寿課より)

図 1

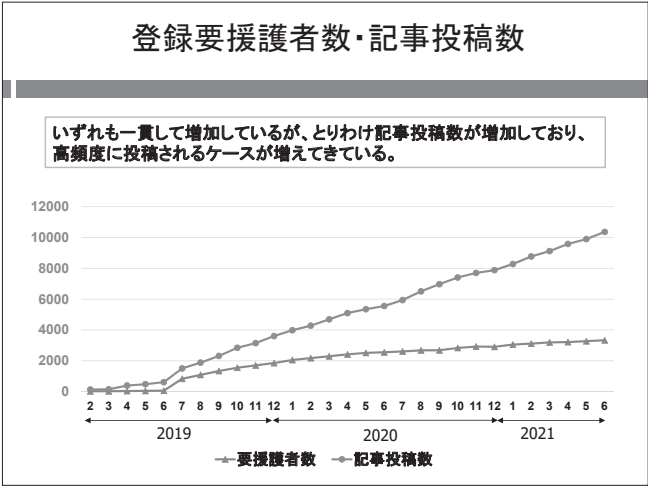


図 3

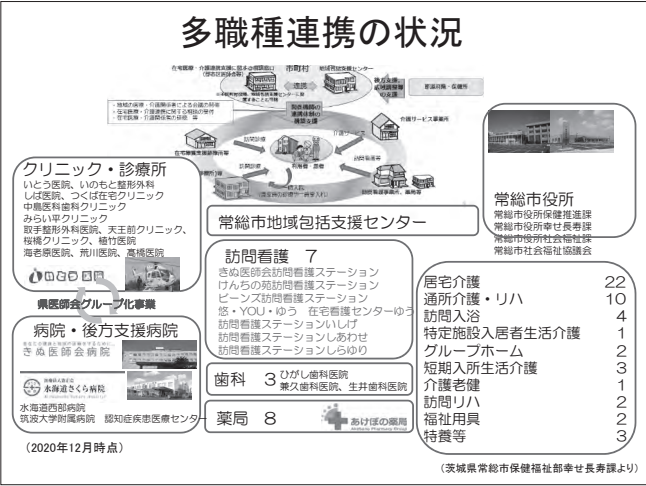


図 2

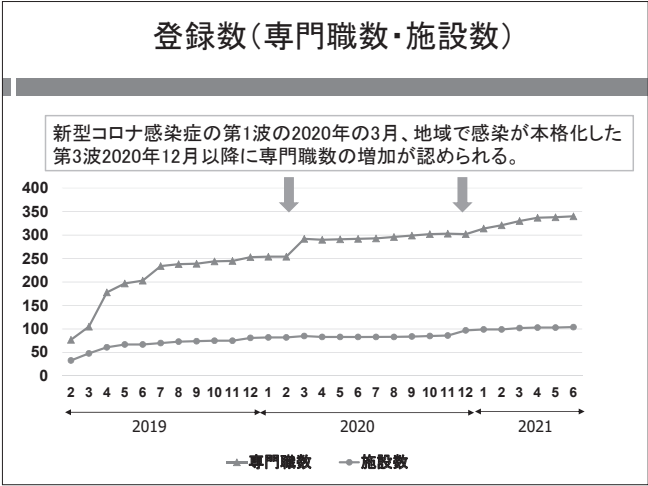


図 4

Ⅳ. JOSO システムの独自の運用法について

電子連絡帳は全国多くの地域で運用されているが、JOSO システムの独自の運用について記載する。

① 市窓口で市職員により同意書の取得（介護保険の申請・更新時に説明）（図 5）

要援護者の登録は、市の窓口において介護保険の申請・更新時に市の職員により説明と同意を得る。ここで市がまとめて同意を取ることで、グループとなった支援者は同意を取る手間が省ける。普段は市内の医療機関や介護施設などで情報共有ツールとして使用するが、災害時などでは、要援護者として市は把握する。実際の説明文書の記載として、「合わせて、災害発生により命にかかわる緊急時と判断される場合において、電子@連絡帳 JOSO システムは要介護認定者等安否確認対象者情報として利用され

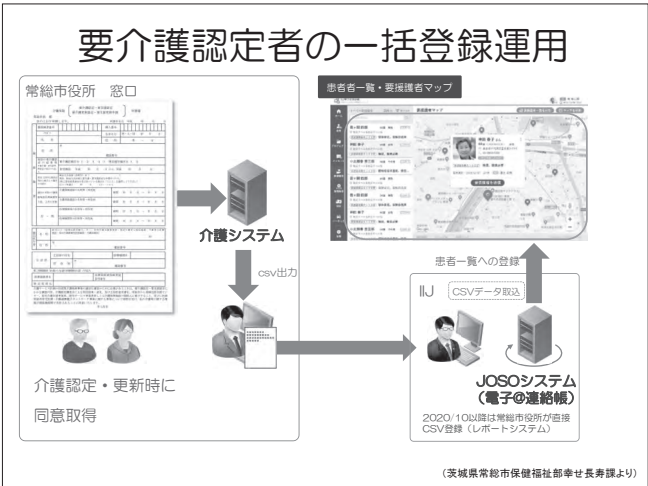


図 5

ます。安否確認を行う検索者に対し、安否確認・検索期間中に限り登録者の住所・氏名・生年月日などの基本情報の開示を行うためのものです。」として説明し同意書を得ている。また、市で同意者を管理

することは、介護システムから CSV 出力したデータを JOSO システムに簡単に取り込むことができ、定期的な登録者の更新もできることを意味する。

② 平時のシステムを災害時にも応用（実際の防災訓練で ICT 活用）（図 6）

災害時にはシステム管理者により、すべての支援者に要援護者台帳とマップが開放される運用をし、支援者は要援護者の安否確認情報を、また個別支援依頼の情報をあげることが可能になり、安否確認・支援依頼情報の一元化管理ができる。また、災害時に施設自体が要援護者の受け入れ可能情報も一元管理できる。これは要介護者の一括登録の運用をしていることから有効である。導入後は実際の防災訓練時にこのシステムを利用して実施している。

③ 市と事業所連絡、市の窓口申請業務で ICT 活用（普段の連絡、申請手続きを簡略化）

従来、窓口だけで申請を受け付けていた書類を ICT でも申請可能として、申請者や対応者も業務効率化になっている。

V. JOSO システムの小括

- ▶ 災害から市内の要援護者を把握することを目的に市が主体となり導入した。
- ▶ 介護保険で要支援・介護の方の同意取得は市で行っている。
- ▶ 市の負担で運営されており、支援者のシステム利用負担は軽微。
- ▶ きぬ医師会と協力して主に地域の在宅医療・

介護連携に利用が進んでいる。

- ▶ コロナ感染が広がるなかで利用は増加しており、重要なツールとなっている。
- ▶ 市の防災訓練で要援護者の把握に利用されている。
- ▶ 介護保険等の窓口申請業務を ICT でも可能とし、業務負担軽減となっている。

VI. 茨城県内の各都市医師会へ ICT の調査

在宅医療連携に用いられる ICT を用いた活動実態について県内の現状把握をするために、令和 3 年 5 月に共同利用施設（訪問看護ステーション）を運営する都市医師会にアンケートを実施した。対象は 11 都市医師会。ICT 導入は約半数の 6 医師会、導入無しは 4 医師会、検討中は 1 医師会であった（図 7）。運営主体は常総のように自治体が 2、医師会自体が 1、その他が 3。連携している事業所・機関・職種については、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、診療所の順であり、職種で多いのは看護師、医師、ケースワーカー、リハビリスタッフであった。

ICT の普及推進のための課題についての回答：

- ・実際の利用のイメージが理解できていないこと
- ・費用負担や利用共有する支援者への端末の提供
- ・使いやすい、操作が簡単なシステムであること
- ・信頼性、秘匿性
- ・行政の協力
- ・導入時の同意書等手続きの簡素化
- ・これまでの仕事の何かが簡便になるということなどがあった。

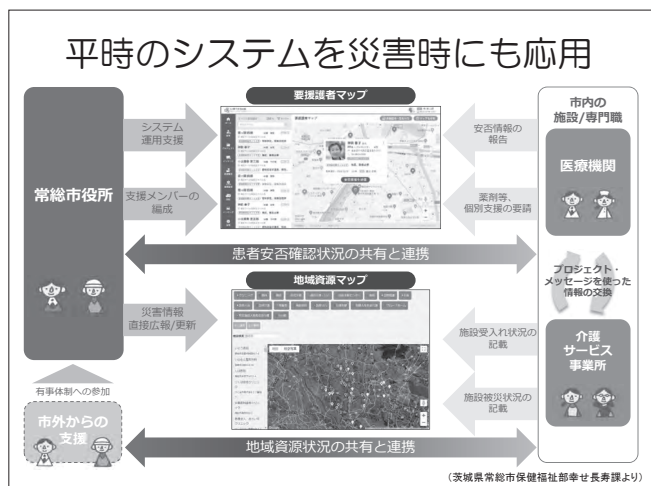


図 6

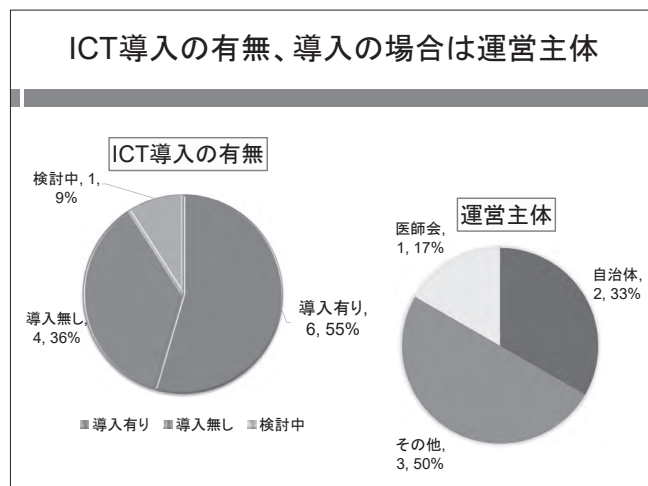


図 7

VII. 茨城県補助事業「茨城県医療提供施設等グループ化推進事業」

2017年度より、茨城県により「茨城県医療提供施設等グループ化推進事業」が開始された。今後の在宅医療ニーズに対応するため、在宅医療を始めようとする、あるいは拡充しようとする複数の医療機関が連携を図り、地域で支え合う体制構築（参入促進・連携（グループ化））に取り組むことを目的としている。2020年度からは医療機関に加え訪問看護事業所をグループ化する制度変更があり、事業は継続している。郡市医師会単位で県に複数申請し、現在までに40グループ運用されている。補助金によりグループで必要な物品、とりわけICT導入がなされた地域では、医療機関や訪問看護事業所などでタブレットの購入費用などにあてられている。茨城県医師会は郡市医師会にこの事業の情報提供、申請等の支援をしている。この中には今回発表したきぬ医師会も複数のグループを申請し、ICTを用いた連携を広げている。

VIII. まとめと今後に向けて

今回発表した常総市ときぬ医師会のICT導入については、発端として水害発災当初に自治体の要援護者への遅滞ない支援が困難であったことから、その後自治体が主体となり、医師会も支援するなかで

導入された。導入にあたっては介護保険の申請時に、緊急時の要援護者の把握を目的として自治体の個人情報利用について申請者から同意を得るようにしている。日々全国で発生している災害を考えると、このような自治体主体でICTを導入し、医師会含め様々な連携機関が利用できるインフラを整えていくべきと考える。そして、住民の医療機関の選択等を考えると、導入は自治体単位であるが、茨城県内では県南部隣接する市が導入しており、情報を共有することでより広域での地域包括ケアが実現可能となると考える。

医療機関からすると、この導入により、費用負担の懸念がなく、個人情報の秘匿性が守られたうえで文字情報だけでなく写真、動画を含め連絡が即自的に簡便であり、事務的な作業が簡略化され、さらにはWeb会議等への拡張性をそなえたシステムであれば、より連携が進展する可能性がある。当県では県が地域で今後増加していく在宅医療への財政的支援（グループ化推進事業）を行うことで、多様な連携ができあがることを支援している。そして、このような連携から地域包括ケア推進につながり、ICTは地域包括ケア構築には必須のインフラになると考えている。コロナで従来の支援が困難な今こそ、ICTを用いた連携をさらに推進していく時期と考える。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」 第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

3. 桑名医師会（三重県）

「COVID19 に対する ICT 活用の取組み」

桑名医師会桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長

中 道 尚 美

I. はじめに

桑名市は三重県の北部、木曾三川が注ぐ伊勢湾最奥部に位置し、水と緑豊かな自然環境のもと、江戸時代から東海道の宿場町として栄え、全国的にも有名なナガシマスパーランドや、なばなの里といったレジャー施設がある。平成 16 年 12 月に桑名市、多度町、長島町が合併し、現在の桑名市が誕生し、名古屋まで近鉄電車で 25 分と近く、名古屋のベッドタウンとして住環境が整った大変住みやすい町である。

人口は、約 14 万 1 千人、高齢者人口は約 3 万 7 千人、高齢化率 26.3%。今後、桑名市の人口はわずかに減少していく見通しで、高齢者の増加が見込まれ急速に高齢化が進んでいる（図 1）。

令和 3 年 7 月時点での市内の診療所は 83 施設、病院は 9 施設（1,223 病床数）。

桑名医師会は、桑名市と桑名郡木曽岬町の会員 287 名で構成され、看護師の養成や訪問看護・居宅介護支援事業など様々な事業を行っている。

桑名市在宅医療・介護連携支援センターは、平成 27 年度、介護保険法に地域支援事業が創設されたことから、平成 27 年 5 月に桑名市の委託により、医師会館内に設置された。それ以来、市と協働して在宅医療・介護連携支援事業を推進している。

設立と同時に、クラウドシステムを活用した iij 電子@連絡帳情報連絡システム「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（ゆめはまネット）」を導入し、多職種間の情報共有と連携推進に広く活用している。特に居宅介護支援事業所においては、市内全ての事業所の参加があり、在宅医療に関わる医療機関や訪問看護テーションなどかなりの割合で利用されている。

II. ICT を活用した取組み

(1) 課題抽出と対応策の検討

令和 2 年 4 月に行政及び訪問通所系サービス事業者の代表と、現状や課題について共有を行うために、「COVID19 在宅サービス事業者の集い」を開催した。事業所で感染者が発生した際、利用者の生活を守りつつ、サービスの提供をどう考えていけばいいのかといった悩みや、他にもコロナに関する特例的な対応や Q & A が日々出ている中で、保険者により判断が異なる部分もあり、そのまま解釈していいもの



図 1

なのか、といった制度に関する話などもあった。その中でも噂やデマに流されないためにもコロナに関するリアルタイムな情報はどこで入手したらよいのかということが、一番の共通課題として提起された。それに対する対応策として、市が新型コロナウイルス関連についての業務連絡をゆめはまネットのポータルサイトに掲載することとなり、解決策につながった。

また、市と協働で、通所事業所を対象に新型コロナウイルス感染症対策事業所アンケートを実施し、その結果をゆめはまネットに掲載し、情報共有を行うことで事業所間の連携の促進を図った（図2）。

令和3年5月に第2回目を開催した際は、どの事業所からも、介護職員のワクチン接種を早くしてほしいという要望が強くあった。また、他には、感染者への自宅訪問が必要になったときに実際に訪問できるのだろうか、PPEは支給されるのか、といった感染症対策に対する不安な声が上がった。早速、感染症認定看護師に講師を依頼し、訪問介護連絡協議会と合同で7月にオンライン研修会を開催し、約60名の参加を得て、各事業所がマニュアルの見直しや感染対策を考える機会となった（図3）。

（2）新型コロナワクチン接種に関する情報共有

新型コロナワクチン接種に関する取組みとして、医療機関でワクチン接種のキャンセルが発生した場合に、介護職を対象にゆめはまネットで接種希望者を募集し、先着順に接種対象者を決定する仕組みを作った。

具体的には、ゆめはまネットの情報共有機能を使って、「コロナワクチン接種情報のお知らせ」のプロジェクトを設置し、医療機関でワクチン接種のキャンセルが発生し、医療機関側で代替りの人を探して見つからない時に、市に連絡をすると、コロナワクチン接種課が、医療機関、日時、人数等の情報を投稿して、介護職の接種希望者の募集を呼びかけ、希望者は、プロジェクト内で希望する旨を投稿し、先着順に接種対象者を決定するという流れである。

ワクチンに時間の制限があるために、投稿してから30分以内に時間を限定して募集をしたところ、ほぼ全て30分以内に接種者が決定した。エッセンシャルワーカーの優先接種開始に伴いプロジェクトは短期間で終了となったが、令和3年5月7日～6月21日までに15か所の医療機関からキャンセル枠の申し出があり、39人の介護職がワクチン接種を受けることができ、介護職の安心と、ワクチン廃棄の防止につながった。また、これを機会にゆめはまネットに登録していない事業者からの新規登録にもつながった（図4）。

（3）Zoomによるオンラインの活用

コロナ禍においてオンライン化が進むことを見越して、多職種に呼びかけZoom練習会を企画し、オンラインでの研修会や多職種交流の機会を確保し、積極的な取り組みを行った。

Ⅲ. 切れ目のない医療提供体制の構築

（1）後方支援ベットの確保の取組み

後方支援ベット20床の活用について、連携協力

ICTを活用した取組み

（1）課題抽出と対応策の検討

「COVID19在宅サービス事業者の集い」を開催

COVID19感染対策に対する現状や課題を共有

参加者：行政、訪問通所系サービス事業者の代表

場 所：桑名医師会館 会議室

・第1回 令和2年4月24日 18:00～19:00

《共通課題》

- ・臨時的弾丸対応が桑名市はそのままOKなのか？
- ・クラスター発生などタイムリーな情報がもらえないと訪問してしまう恐れあり

- 同じような質問はQ&A方式で桑名市として公開
- 「緊急時に備えて!! 新型コロナウイルスに関する桑名市からの事務連絡」をゆめはまネットのポータルサイトに掲載

図2

ICTを活用した取組み

「COVID19在宅サービス事業者の集い」を開催

COVID19感染対策に対する現状や課題を共有

参加者：行政、訪問通所系サービス事業者の代表

場 所：桑名医師会館 会議室

第2回 令和3年5月25日 18:00～19:00

《共通課題》

- ・職員のワクチン接種を早くして欲しい
- ・陽性者へ訪問が必要になったときが心配

- 介護高齢課から現状をワクチン会議で伝達
- 訪問介護連絡協議会と合同研修「コロナ陽性者への対応」

図3

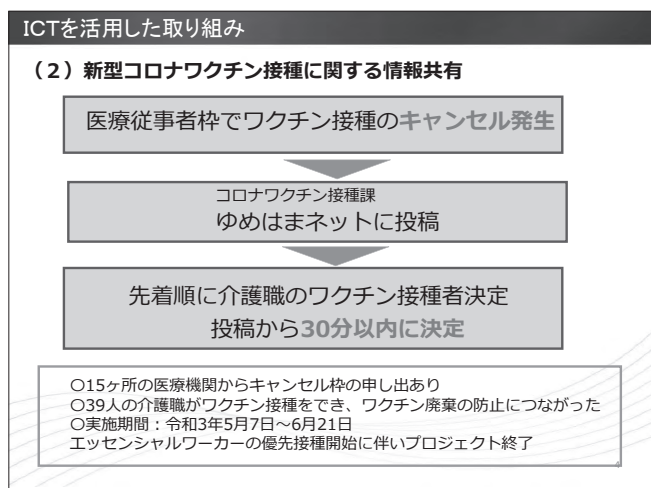


図 4

機関とともに協議を重ね、ゆめはまネットに「後方支援ベット」のプロジェクトを設置し、入院が必要となった患者に対し、かかりつけ医からの要請に基づき、速やかな入院治療が受けられるようなバックアップ体制を整えた。

(2) 新型コロナウイルス感染者用後方支援ベット確保の取組み

令和3年3月中旬より、三重県内の感染者数が増加し、桑名市においても病床が逼迫した。そこで、「新型コロナウイルス感染症用後方支援ベットに関する会議」を開催し、医師会、感染者受入病院、桑名保健所とが、後方支援ベットの連携協力機関と共に、急性期病院を退院後の患者が安心して継続した医療が受けられるよう体制を整えるための協議を行った。

その結果、後方支援ベット連携機関の協力の下、受け入れ条件を各連携医療機関から聞き取り一覧にまとめ、感染者受入病院で、国の示す退院基準に達した者を受け入れる後方支援ベットの確保に至った。

体制が整った4月から8月までの間、急性期医療機関から連携協力機関へ転院した患者数13名。

患者の傾向としては、コロナウイルスの排出はなくなったが、酸素療法の継続が必要な患者や、入院によりADLが低下しリハビリが必要な患者等の転院が多く、中には、コロナ陽性患者の重症者が重なったときに、人工呼吸器装着患者を連携協力機関で受けてもらったケースもあった。

以前から「後方支援ベット」の体制が整備されて

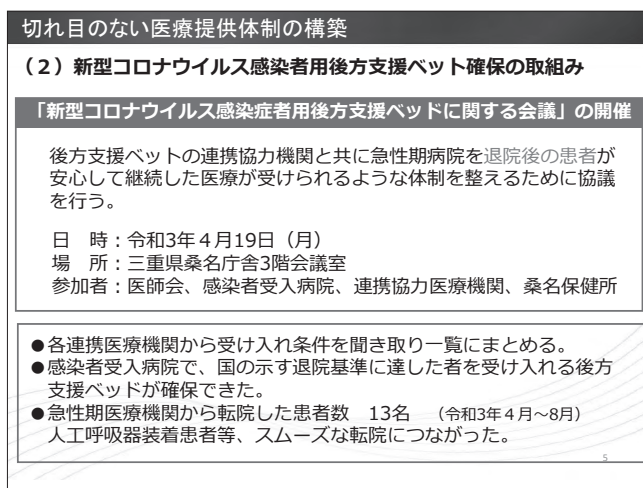


図 5

いたことにより、今回の新型コロナウイルス感染者用後方支援ベット確保の取組みが円滑に進んだものと思われる（図5）。

(3) 医療介護連携拠点として

感染対策をしながら事業をどのように進めていくべきなのか、何をするにしても医療介護の現場の人たちと温度差があるのではないかとということが一番気がかりであった。早い段階からのオンライン導入の成果もあり、コロナに関する取組みと並行しながら、スキルアップ研修など例年通りの事業を推進してきた。令和3年8月から急激に新型コロナウイルス感染症の陽性者が増え、それに伴い自宅療養者が増加した。自宅療養者への訪問医療が喫緊の課題である。医師会から訪問看護ステーションに協力を呼びかけ、桑名保健所と桑名市、近隣市町とともに自宅療養者への医療体制の整備を現在進めている。

IV. 結論

新型コロナウイルス感染者用後方支援ベットの取組みについて、以前より後方支援ベットの体制が構築されていたことから、新型コロナウイルス感染症の受け入れについて速やかに対応することが可能となった。また、介護職を対象にした新型コロナワクチン接種の取組みにおいても、平成28年からICTツールを活用していたことから、ゆめはまネットに投稿後30分以内にワクチン接種の募集人数が集まり、介護職のワクチン接種につながり、ワクチンの廃棄を防ぐことができた。

このことから、多職種間で顔の見える関係づくり

を行うとともに、ゆめはめネットを活用した医療・介護連携に早期から取り組んできたことが、コロナ禍においてのICTを活用した医療介護連携に活かすことができた。また、ゆめはまネットは、医療・福祉に携わる関係機関で迅速に情報共有を行う連携ツールとして、非常に有益であることを確認できた。

ゆめはまネットを活用したネットワークは、専門職だけではなく、消防本部との連携が始まり、最近

では急性期病院の小児科医と桑名市の子ども未来課がプロジェクトを立ち上げ、ICT連携が始まろうとしている。コロナ禍において、今まで以上に行政や保健所、近隣市町との連携が必要とされている現状にあり、これからも医療介護現場のニーズの把握をし、地域共生社会の実現に向けて、ICTを積極的に活用し、医療・介護・福祉連携事業を推進していきたい。

メインテーマ「医師会共同利用施設の今後のあり方 —新型コロナウイルス感染症も踏まえて—」

第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

座長 松本 吉郎（日本医師会常任理事）

シンポジウム

4. 宇治久世医師会（京都府）

「宇治久世医療介護連携センターの取組み 新型コロナウイルス流行期の在宅医療、介護連携」

宇治久世医師会長

堀 内 房 成

I. はじめに

宇治久世医師会は、京都市の南部に位置する、宇治市、城陽市および久御山町（2市1町）にある、16病院、162診療所の600人を超える医師で構成されている。2市1町はそれぞれ特徴があり、世界遺産を有する歴史の街、観光都市宇治市、高速道路網の整備が進む城陽市、中小工場が集まる久御山町、これらの町の共通点は高度経済成長期に京都市、大阪市のベッドタウンとして開発され人口が急増した。数年を経た現在では急激な高齢化と人口減少が問題となっている。現在の人口の合計は約25万人で減少傾向にあり、高齢化率の平均は約30%である。医療介護連携事業の充実が急務であった。

II. 宇治久世医療介護連携センター

宇治久世医療介護連携センター（以下、センター）は、それまで行っていた医療介護連携事業を集約する形で平成30年10月に開所した。センターは2市1町の委託事業として宇治久世医師会が受託し、医師会長がセンター長、医療介護連携センター担当理事、在宅医療担当理事を中心に2名の専属スタッフで運営している。

センターは図1に示すような組織で運営されている。コロナ禍の前まで図2、3に示すような在宅医療、在宅介護職間の連携とスキルアップ、行政との連携、地域住民に対する普及、啓発活動のいわゆる8項目の事業を行っていた。

新型コロナウイルスの流行は、これらの事業の継

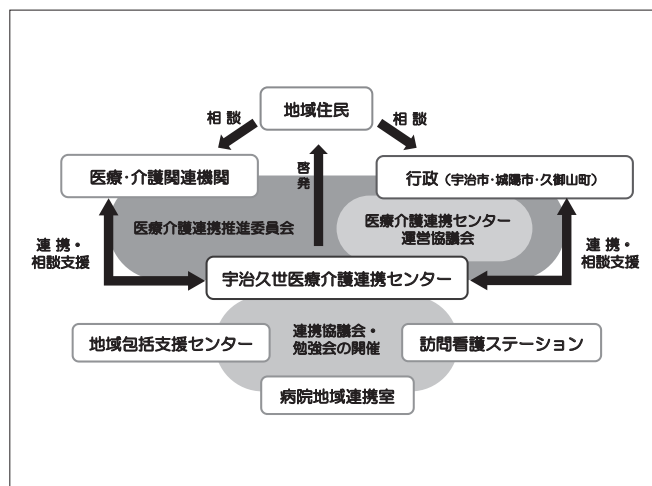


図 1

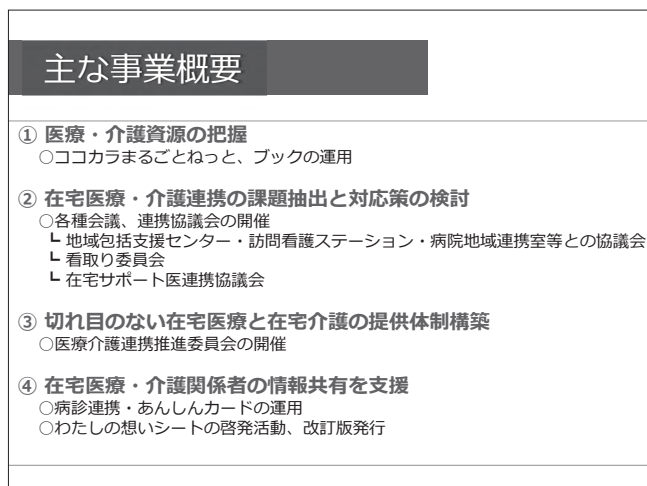


図 2

主な事業概要	
⑤ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援	○在宅サポート医制度 ㍿在宅診療相談…地域包括支援センター、病院地域連携室等の相談受付 ㍿住民啓発活動…住民相談会、出張講座の実施
⑥ 医療・介護関係者の研修	○同行研修制度 ○各種研修会、勉強会の実施 ○講師派遣事業
⑦ 地域住民への普及啓発	○在宅なんでも相談会の実施 ○福祉まつり等への啓発ブース出展 ○事前指示書「わたしの想い」出張講座の実施
⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村連携	○医療介護連携センター運営協議会の開催

図 3

続に大きく影響した。特に、医療介護関係者のみならず、住民が集まる事業は感染状況によっては中止せざるを得なかった。定期的に年数回行っていた住民向けの大規模イベントは、ダイヤモンドプリンセス号が話題になっていた2020年2月に、在宅関連映画上演会と講演会を開催したのを最後に、中止している。

さらに、各方面から要望される、多職種による勉強会や事例検討会のテーマは、ほとんどが新型コロナウイルス関連であった。

Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症による医療介護現場での問題点の把握

2020年の年明けから始まった新型コロナウイルスの流行は、疾患に対する知識だけでなく、感染防御に対する知識も技量も異なる多職種の関係者が関

与する医療介護現場に混乱と不安を与えた。それぞれの職種が別々に不安を抱え、手探りの対応を行っていた。特に介護関係者の不安は大きかった。早急に問題点を明らかにし、関係者で共有し、解決策を実行する必要がある。センターは、2020年3月に図4に示すメンバーで問題点を協議する委員会を立ち上げた。新型コロナウイルスは2類相当の感染症と位置づけられており、保健所との連携は不可欠で、当地区を管轄する山城北保健所から協議会に参加していただいた。そして、各事業所に緊急アンケートを行った。なお、アンケート調査は感染状況、ワクチンの接種状況等必要時に行った。

さらに、協議会は月に一度開催し、感染状況によってはオンラインで開催した。さらに必要に応じ保健所長に出席を求めた。

Ⅳ. 在宅医のバックアップ制度

アンケートの結果、医師会関連としては、コロナ禍で在宅療養希望の患者が急増し、在宅医が新型コロナに感染した場合、在宅診療継続が困難となる可能性があり、早急にバックアップ体制の構築が求められた。センターではコロナ禍前、図5に示すような在宅サポート医制度を運用していた。この制度を利用し、図6に示すようなバックアップ制度を構築した。

バックアップ制度は、事前に感染時にバックアップを希望する医師を登録し、登録した医師はバックアップに協力することを条件とした。

必要とするバックアップ期間が2週以内の場合、バックアップ制度を発動し、在宅医の休業が長期に

問題点の把握	
2020年3月	医療機関、介護事業所に緊急アンケートを行い、問題点協議会を開催し（感染状況によりweb開催）対応を検討した。
協議会メンバー：	医師会：会長、在宅医療担当理事、センター担当理事 歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ連絡会、訪問看護ステーション協議会、訪問介護事業所、病院地域連携室、地域包括ケアセンター、二市一町 京都府（保健所）

図 4

● 在宅サポート医制度とは？	
在宅診療に精通した医師が、地域包括支援センターや各関連機関等からの在宅医療に関する相談を担う制度です。	
○誰が相談できますか？	地域包括支援センター、病院地域連携室、その他医療・介護関連事業所、行政機関等の専門職の方々からの相談を対象にしております。（※患者様や利用者様からの直接の相談には対応していません）
○費用はかかりますか？	基本的には必要ありません。
○相談方法は？	所定の相談申込用紙に必要事項を記入して、医療介護連携センターにお申込みください。 医療介護連携センターよりサポート医に依頼し、相談業務を開始します。

図 5

在宅医バックアップ制度

在宅医がCOVID-19に感染した場合のバックアップ体制
事前に診療所名をセンターに登録

- 軽症で二週間以内の退院が期待され、早期復帰が可能な場合
バックアップ開始
診療報酬は診療所が請求し、バックアップ医に規定の報酬を支払う
- 長期間在宅診療に復帰することが困難な場合（主治医を交代希望）
交代を希望される患者リストをセンターに提出していただき、バックアップ医で割り振りを検討する。

図 6

わたる場合は、交代する在宅医を紹介することとした。バックアップ制度による安心感があったため、図 7 に示すような新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者に対する訪問診療に踏み込むことができたと考えている。なお、現時点で在宅医の感染によるバックアップ制度の発動は行われていない。しかし、今後も感染流行は持続すると考えられており、制度を維持していく予定である。

新型コロナウイルス感染症 患者さんの在宅診療

医師会・保健所共同でオンライン・電話診療、外来診療、在宅診療可能医療機関を募集し保健所と情報を共有した。

在宅診療チーム 6 チーム
訪問看護ステーション 3 事業所
対応薬局

保健所と連携して在宅診療を開始

図 7

V. 介護関係者の勉強会

介護関連事業者は感染防御に関する知識の不足を不安に感じており、医師会による指導を希望された。しかし感染予防の観点から、多くの介護関係者が集まり勉強会を開催することは困難であった。センターは介護事業所の指導的立場にある方のみに参加していただき、感染予防の講習会を開催し防護服の脱着の実習、ゾーニングの考え方等の講習を行った。それらを動画に撮影した。動画のDVDを作成し多方面に貸し出した。さらにそれらをインターネットでの閲覧を可能にした。

現在では、住民啓発活動を含め地域放送局のFMうじと協力し、情報発信を行っている。

VI. まとめ

在宅医療、在宅介護が新型コロナウイルスによる感染症のような急激な変化に対応するために、医療介護関係者および行政が連携し、問題点を抽出し、解決に結びつける必要があった。さらに保健所との連携は必要不可欠で、医師会が運営しているセンターの役割が重要であった。

感染予防と事業の継続を両立するためには、インターネット、コミュニティーラジオ等の情報伝達手段を利用した動画配信等が有効で、新型コロナウイルス感染症収束後も情報伝達手段として活用できると考えられた（図 8）。

医療介護連携センターの今後のあり方 新型コロナウイルス感染症も踏まえて

○種々の情報伝達機器の活用

○変化に対する迅速な情報収集と対処法の発信

- ↳他職種それぞれの問題点を把握し他職種で解決法を検討し発信していく

○行政、医療、介護の連携

図 8

第3分科会（介護保険関連施設関係） 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）

質疑・応答の前に1つ、堀内先生に、ACPについて個人的な思いでも結構ですし、医師会として何か取り組みがありましたら、教えていただければと思います。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

私どもの医師会では、事前指示書を作成しております。それはもちろんコロナ以前に作成されたもので、今までであれば病院や施設で亡くなられたであろう方が、家族が面会できないということで在宅に帰られて、在宅で看取らなければならないということが起こりました。我々の医師会の先生方も在宅看取り数が増えています。つまり、最期は病院や施設で亡くなろうと思っていた人たちが自宅で亡くなっている現状に、本来はどうだったのかなと考えています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。それでは、これから質疑・応答に入ります。1つ質問を頂戴しておりますが、その前に、第3席桑名医師会について、中道様にお話をいただきましたが、桑名医師会会長の青木大五先生も同席されていると伺っております。青木先生、追加発言がございましたらお願いしたいと思います。

○青木大五（桑名医師会長）

私どものところで、主に2点、やってよかったということがあります。1つは「ゆめはまネット」というICTで、もう1つは後方支援ベッドのシステムを前もってつくっていたことです。在宅で診ている患者が、例えば少し熱が出たり、1日食べられなかったり、三次救急に行くほどでもないといった場合に1、2日入院して点滴をできるような、そういう後方支援ベッドという体制をつくりました。桑名市には、コロナ患者を診療する病院として桑名市総合医療センターがありますが、退院できる状態になっても家族や施設が嫌がるため、なかなかベッドが空かないという状況を知り、後方支援ベッドでそういう人たちを受け入れていこうということになりました。それがよかったと感じております。ICTを活

用してまだまだいろいろなことができると思いますので、これからまた考えてやっていきたいと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

青木会長、ありがとうございました。それでは、岡山県医師会の佐藤正浩先生から、第2席の安部先生に対しご質問です。お願いいたします。

○佐藤正浩（岡山県医師会常任理事）（チャット）

JOSOシステムは要介護認定時に同意書を取るという大変すばらしい取り組みですが、将来的には医療的ケアの必要な小児などでもお考えでしょうか。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

私のわかる範囲を超えている部分は伊藤金一先生に追加していただきたいと思います。確か、株式会社インターネットイニシアティブ（以下、IIJ）のシステムの中で医療的ケア児に対応するみたいなこともあったと思いますし、私は精神科医ですが、障害福祉サービスなどを利用されている方で、災害が起きた時に難しい対応になるような方も、市としてはカバーしておくという視点になると思いますので、おそらく含めて考えておられると思います。伊藤金一先生、追加がありましたらお願いします。

○伊藤金一（茨城県医師会常任理事）

共同講演者の伊藤です。ご質問ありがとうございます。お答えする前に、ちょうど昨日9月10日が、常総市の水害から6年目になります。全国の医師会の先生方のご支援により、きぬ医師会も何とか診療できる状態になりました。厚く御礼申し上げます。

さて、ご質問についてですが、電子連絡帳は小児医療に対して使うことは全く問題ございません。ただ1つ、常総市のように、市町村がこのシステムを導入している場合、高齢福祉課など介護保険の方で財源を取りますと、小児の連携というのができなくなってしまいます。一般財源の中で予算を取っていただければ、小児も大人もすべての方の情報を使うことができますので、導入する場合はその辺をお考えいただければと思います。

○松本座長（日本医師会常任理事）

安部先生、それから伊藤先生、ありがとうございました。それでは、他に質問がございませんので、4人の先生方同士でディスカッションをお願いしたいと思います。

まず、第1席の郡山医師会と第4席の宇治久世医師会について、コロナ禍におけるゾーニングなどい

ろいろな取り組みのお話をいただきました。原先生と堀内先生にご質問をお願いしたいと思います。

○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）

郡山医師会にも医療介護連携支援センターがあり、今回のコロナ感染症にも対応しております。先ほど桑名医師会で、いわゆるケアマネジャーが積極的に参加するようなお話があったかと思います。いかに主体的に動いていただけるかといった方法などありましたら、教えていただければと思います。

○中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

私自身がケアマネジャーを13年やってきたということもありますが、いかに巻き込んでいくかということについては、青木先生にお願いします。

○青木大五（桑名医師会長）

桑名医師会では、開業医も現在25～26人くらい往診してくれたり、中には電話対応だけという人もいますが、かなり積極的に動いてくれています。また、以前からICTを使って数多くの人といろいろな話をしておりますので、今回、こういう状況になって声掛けしたときに、医師も訪問看護ステーションも手を挙げ、桑名市もサポートしてくれるということで、全員が1つになってやっていこうという雰囲気があったことが、一番大きいのではないかと思います。

○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）

ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

堀内先生、いかがでしょうか。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

陽性患者で自宅療養の場合、そこに多くの事業所がかかわっていますが、私どもの医師会では、どの事業所がかかわっているかを完全に把握しているのはケアマネジャーだけでした。そのため、高熱の患者の自宅に在宅医がフルPPEで入ったら、ヘルパーが食事介助をしていたという事例が報告されたのを機に、ケアマネジャーを中心として、何かあればすぐにケアマネジャーが情報を全部の事業所に連絡するようになっていきます。ただ、個人情報の取り扱いが問題になりますので、すべての事業所に情報伝達してよいかという同意をケアマネジャーが取りつけ、主治医が受け取るということになっています。

○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）

まさに先生がおっしゃったとおりで、感染症イコール医療であるみたいな感覚があって、ケアマネジャーが積極的に我が事として関係者に連絡を取ったほうがよいという視点になっていただけない部分があり、苦労していますが、もっとアピールしていきたいと思います。ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

チャットからのご質問です。姫路市医師会の来栖昌朗先生から、桑名医師会の中道様、宇治久世医師会長の堀内先生に、訪問看護についてのご質問をいただいております。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）（チャット）

コロナ患者の訪問診療は全例行われているのでしょうか。また、その選別は誰がされていますか。訪問看護について、実務の内容を教えてください。また、介護職員が訪問することがあるということについても教えてください。

○中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

陽性者の重症者で酸素が必要な方などは訪問診療を行っています。また、どうしても食事が取れないとか脱水など点滴が必要な方に関しては、訪問看護で様子観察などを行っています。介護職員の訪問については、食料の配達などを行っていると聞いております。

○青木大五（桑名医師会長）

まず、軽症は保健所がフォローアップし、重症患者は医師会の先生と訪問看護師が訪問します。現段階では往診と入院の両方となっておりますが、人数的にはあまりいません。

○松本座長（日本医師会常任理事）

中道様、青木会長、ありがとうございました。堀内先生からご発言ございますか。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

京都府では、入院、自宅療養、ホテル療養を決めるコントロールセンターがあり、センター経由での在宅診療の依頼と、保健所が依頼してくるケースがあります。それから、私どもの地域では先週から、陽性報告をした施設がその後も引き続きオンライン診療や在宅診療をやっていくという仕組みを運用しております。つまり、コントロールセンターや保健所からの依頼では一度も診療したことのない患者へ

の対応が必要であり、もう一方は陽性報告をした施設が引き続き診療し、必要な場合は在宅も行うということになっています。8月の終わり頃には在宅酸素の器械が逼迫するという事態が起りましたが、最近は割とうまくいっています。すべてに訪問診療に行くわけではありません。訪問看護はかなり脱水がひどくて点滴をする場合などで、ステロイドやレムデシビル抗体などに関しては今のところ在宅でやることになっていません。

○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、私のほうから4人の先生方に質問させていただきたいと思います。

まず、第1席の原先生、医師会関与で郡山市医療介護病院120床を運営していくというのは大変なご苦労があるかと思います。運営上の問題点と行政に対するご要望がありましたら、教えていただければと思います。

○原寿夫（福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院長）

地域性があると思いますが、特に郡山市の場合には公的病院がごく少なく、大きい民間病院が幾つかあって、救急を担い、それぞれに特養やその他介護施設を持っています。いわゆる医療と介護をつなぐところが大変なため、そこを医師会が担う形で郡山市医療介護病院があります。介護保険制度の改正や障害関係の様々な制度改正に合わせていかなければいけないところが出てきますので、行政との話し合いも苦労しています。ただ、民間病院が救急も含めて本来の機能を発揮するためには、その間を取り持つような、医師会として地域を支えることは大事だと思っていますので、何とか頑張っていきたいと思っています。もう1点は、会員の先生方との関係で、開業医の世代交代、あるいは救急病院の先生方も若返ってくる中で、医師会とは何かみたいな話に改めてなることがあります。会員の先生方、病院勤務医の先生方の理解を得ていくことが大事だと思い、いろいろとアピールしております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、第2席の安部先生と第3席の中道様に、ICTの活用に関して、以前から導入費用や維持費、セキュリティの問題があったと思いますが、いかがですか。安部先生からお願いします。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

導入費用ですが、おそらくICTが始まってからだんだん値段は下がってきていると思います。ちなみに、IIJは市が全部出していますが、年間費用230万円程度で運用できており、実際利用する支援者、例えば医療機関や介護士などは基本的に無料で、通信費用だけということですので問題なく入れると思います。実施主体がかなりの金額を継続的に出していくのは、医師会でも難しいと思いますので、市民を守るという非常に大事な使命からも、市が導入すべきと考えます。セキュリティは無料なものもありますが、料金と比例していると思いますので、安いだけが問題ではないと思います。IIJは無料で非常に使いやすく、セキュリティもが高く保たれていると思っています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。中道様、いかがでしょうか。

○中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

常総市と同じIIJシステムを使っていますので、費用の面は同じような形ですが、桑名医師会は市の委託事業としてセンターを運営しておりますので、桑名医師会とIIJが契約をしている形を取っています。いつか市の窓口で患者の同意書を取得することができればと、行政の方に働きかけていますが、災害地にも活用できるように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した。ここで、北海道医師会の藤原秀俊副会長から安部先生へご質問を頂戴しております。

○藤原秀俊（北海道医師会副会長）（チャット）

JOSOシステムに関して、要介護認定者の一括登録をするとのことですが、同意はどのくらいの割合で取れますか。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

常総市に聞いたところ、99.5%同意が取れるということです。やはり、6年前にあれだけの災害がありましたので、いざという時の情報として、同意取得は非常にスムーズに行っているようです。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、第4席の堀内先生にお尋ねいたします。在宅医へのバックアッ

プ制度について、2、3名の先生で個人的に連携している例はあるかと思いますが、医師会でバックアップ制度をつくって在宅診療に取り組んでおられるというのは、なかなかないように思います。何か取り組みに関する考えや問題点がありましたら、お願いします。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

最初は、機能強化型在宅療養支援診療所のグループから始まり、その中でのバックアップする仕組みを医師会全体に広げていこうということで、現時点で10診療所ぐらいが登録されています。おそらく、主な在宅療養支援診療所は登録していただいていると考えています。ただ正直、これを発動したことは一例もありません。要するに、在宅を中心に診療している管内の先生方は、だれ一人罹患していないということで、医師会長としては大変うれしく思っています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。私は診療報酬も担当しておりますが、在宅医同士の連携というのは非常に大きなテーマであり、診療報酬上も在宅医療を行った場合に、連携によってある程度の加算をする要件が満たせるということを、少し考えていくべきだと思っています。そこのところは今後も中医協で組上に上がるところかと思っています。

あともう1点は、今回、コロナ禍の特例ということで、コロナ患者を往診又は訪問診療した場合、950点の救急医療管理加算がつけましたが、さらに上積みができればということで厚労省に働きかけを行っております。初診、往診、トリアージ加算、救急医療管理加算と、もう少し頑張りたいと思っています。本当にすばらしい取り組みをご紹介いただき、ありがとうございました。

さて、先生方の中で追加のご質問がありましたらお願いいたします。では、安部先生、お願いします。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

中道先生にお伺いします。IIJを利用されているということですが、私が知る限りでは、愛知県は割と広域にIIJを利用されていると聞いています。桑名で今、いろいろ利用が始まり、こういったものを周辺に広げていくことについて、近隣の市町村あるいは医師会との協力が非常に大事だと思っています。何か試みられていることはありますか。

○中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

近隣のいなべ市、東員町の方にはぜひ使ってもらいたいという思いがあって、紹介はさせていただいていますが、既に他のものを導入されていることもあり、なかなか難しいと思っています。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

その辺がどこでも課題なのかと思います。ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

青木会長、何か追加発言はございますか。

○青木大五（桑名医師会長）

愛知県ではかなり広がっていますが、残念なことに、三重県津市の三重大学がこのシステムを使っていないため、三重県下の大きな病院では使われていません。私どもは愛知県に非常に近い位置にあり、桑名市総合医療センターができる前は、重症患者はすぐ愛知県の海南病院へ搬送していました。そういう点では、海南病院とのやりとりは非常にスムーズに行っていますが、三重県内でのやりとりは壁があって難しいところです。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。それでは、4人の先生方に、最後にこれだけはもう一言、言っておきたいということがありましたら、お願いいたします。安部先生、いかがでしょうか。

○安部秀三（茨城県医師会常任理事）

最後のまとめでも述べましたが、やはりこれから先を考えると、ICTを用いての連携が避けられないと思います。むしろ、我々の後続く世代というのは、そういうのも自由に使いたいという世代だと思いますので、何かしらの形で広げていきたい、医師会としても進めていくべきではないかと思っています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。原先生、いかがでしょうか。

○原寿夫（福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院院長）

郡山医師会でも医療介護連携支援センターがあり、福島県医師会も県からこの連携支援センターの事業を受けているため、もっと前面に出して介護連携支援センターの事業の幅を広げていきたいと思っています。ありがとうございました。

○松本座長（日本医師会常任理事）

中道様、いかがでしょうか。

○中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

日々感じていることとして、事務所にいても何も情報は入ってこないため、やはり医療介護現場の皆さんの声を拾うために、身近な存在として課題を集めて解決につなげていきたいと思っています。そのためにも、また ICT を広く活用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）

それでは、最後に堀内先生、いかがでしょうか。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

私どもの医師会でも、なかなか ICT デバイスの普及率を上げることができませんが、今後も普及率の向上ということで進めていきたいと考えております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。ほぼ、定刻どおり終わらせることができそうです。4名の先生方、それらご質問を頂戴した先生方に感謝申し上げ、これにて終了とさせていただきます。本日はありがとうございました。

○伊藤利道（司会）（北海道医師会常任理事）

座長の松本先生、シンポジストの原先生、安部先生、中道様、堀内先生、どうも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、座長の松本先生からお願いいたします。本日は長時間にわたり、誠にありがとうございました。明日は9時半より開会いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

北海道内共同利用施設紹介

北海道医師会副会長

鈴木 伸 和

函館市医師会副会長 函館市医師会病院運営委員長

恩 村 宏 樹

函館市医師会理事 函館市医師会健診検査センター運営委員長

後 藤 琢

I. はじめに

北海道内には、44 郡市医師会があり、そのうち 4 医師会（旭川市、釧路市、函館市、室蘭市）が 6 つの共同利用施設を有している。

各施設では、検診車を利用した巡回検診による健康管理等を行っており、他県と比べ広大な地域に対応し、道民が日々安心して生活できるようサポートをしている。

また、医師会以外の共同利用施設（訪問看護ステーション等）も道内に 94 施設あり、在宅医療の取り組み等、多職種連携により北海道の地域医療を支えている。

※室蘭市医師会については、民間検査センターに業務委託している。

II. 郡市医師会立共同利用施設

1. 旭川市医師会健康管理診療所（昭和 59 年開設）

昇降リフト付きの胸部デジタル検診車の導入により、精度向上はもとより車椅子の方々にも対応できるようになった。巡回検診によって、地域住民の健康管理を充実させるとともに、安全で精度の高い健診の提供に努めている（図 1）。

2. 釧路市医師会健診センター（平成 4 年開設）

企業と地域自治体の定期健康診断や人間ドッグのほか、各種オプション検査を行っている。施設内健診のほか、検診車による巡回診断も釧路・根室・網走・十勝と広範囲で行っている（図 2）。

3. 函館市医師会病院（昭和 60 年開設）

函館市医師会病院は、昭和 60 年 11 月、「かかり

旭川市医師会 健康管理診療所

- ・昭和 59 年 3 月に地域社会活動の推進事業の一環として旭川市医師会館に設置。
- ・胸部デジタル検診車（昇降リフト付き）の導入により、精度の向上はもとより車イス使用の方々にも対応できるようになりました。
- ・市内・近郊の住民、学校、事業所、老人保健施設等で実施する巡回検診をさらに充実させ、地域の健康の管理のために、より安全で精度の高い検診を提供していきたいと考えております。



図 1

釧路市医師会 健診センター

- ・平成 4 年に旧釧路市医師会病院健診課として発足し、平成 6 年 11 月に釧路市と市民健康づくりの拠点とするべく、観光拠点である「フィッシャーマンズフーフ M O O」に移転、名称も「釧路市医師会健診センター」と改め現在に至ります。
- ・企業と地域自治体の定期健康診断や人間ドッグの他、各種オプション検査を行っています。
- ・施設内健診の他検診車による巡回健康診断も釧路・根室・網走・十勝管内を中心に行っています。



図 2



図 3

つけ医と連携し、患者さんや地域社会の健康づくりに貢献し、皆様に選ばれる病院でありたい」という基本理念のもと、道内初の医師会立病院として開設した。翌年9月には、開放型病院の承認を受け、高度な医療機器の共同利用をはじめ、かかりつけ医との連携のもと、函館市はもとより道南地区の地域医療に寄与してきた。また、この間、昭和62年に開設時の200床から220床へ、さらに平成8年には240床へと増床してきた。平成11年3月には、北海道で最初の地域医療支援病院としての承認を受け、地域の医療従事者を対象とした研修会や講演会を行う教育施設としての役割も果たしてきた。

開院当初より、内科、外科を中心とした急性期医療を主として診療を行ってきたが、リハビリテーション科や整形外科を新設して以来、一般病棟のほか、回復期、慢性期を対象とした地域包括ケア病棟、障害者病棟を有し、従来の急性期医療を行いながら、ケアミックス病院として地域のニーズに沿った診療を続けてきており、近年は、がん末期患者や他院では受入れが難しい合併症の高齢患者の受入れなども積極的に行っている。

また、地域における本院の今後担うべき役割として、令和2年4月、老年内科と訪問看護ステーションを新たに開設するとともに、地元函館市から受託した「函館市医療・介護連携支援センター」と連携を図りながら、在宅医療にも積極的に取り組み、スムーズで安心な入退院サポートをはじめ、高齢患者の幅広い診療ニーズに応えるなど、医師会立の在宅医療拠点の構築を進めている。今後は、医療資源の少ない地域への在宅医療や訪問リハビリテーション

の提供に加え、これからますます必要とされる在宅看取りなどへの取り組みも必要であると考えている。

さらに、令和3年7月には、新型コロナウイルスなど感染症への対策を図るほか、病床を効率よく稼働させるため病室を個室化する一方で、地域包括ケア病床を増床するなど、病棟・病床の再編を行い、240床から199床へ41床のダウンサイジングを行ったところである。

当院としては、今後においても地域医療のさまざまな状況を見極めながら、医師会立の病院としての役割を果たすべく努力していきたい。

4. 函館市医師会健診検査センター(昭和47年開設)

函館市医師会健診検査センターは、昭和47年に設立された臨床検査部門と地域住民の健康保持増進を図ることを目的とした健康診断部門で構成されている。また、令和2年5月25日より新型コロナウイルスに対応するため、函館市地域外来・検査センターの名称でPCRセンターを開設した。

このPCRセンターの体制は、休日を除く月曜日から土曜日、医師会員の協力医師17名の輪番体制で、自院の昼休みや午後休診時にPCRセンターに出向き検体採取を行い、年末年始やゴールデンウィーク期間中も対応している。

検査の受付は当日の11時に締め切り、12時半頃から検体採取を行い、検査結果は16時頃に報告する体制となっている。

開設から令和3年8月末までの実績は、稼働日が355日、検査数は函館市在住者が2,376人、函館市以外の北海道内在住者352人、北海道外の在住者33人、合計2,761人の検査を行い、陽性者は186人となっている。

そのほかのPCR検査としては、令和2年11月から介護施設に新規入所する方へのPCR検査を行っており、令和3年8月末の集計で1,803件となっている。また、函館市内の介護施設従事者へのPCR検査も定期的に行っており、これまでに3回、延べ1万3,073人の検査を行ったほか、東京オリンピックの事前合宿を函館で行ったカナダのバトミントンチームのPCR検査も実施した。

函館市医師会健診検査センターは、会員の中央検査室として、また道南地域住民の健康増進の拠点であり、北海道内の医師会共同利用施設として唯一、

臨床検査事業と健康診断事業を行う公益性のある医師会立の複合施設として活動している。

分科会報告

第 1 分科会

宮崎県医師会副会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長

山 村 善 教

(1) 函館市医師会病院（北海道）

(発表者：八重樫優 函館市医師会病院医療・介護連携課長)

「地域包括ケア病床における当院の取り組み」と題してご報告いただいた。総病床数は 199 床で、一般病床 82 床、地域包括ケア病床 66 床、障害者病床 51 床というユニークな病床構成で、特に地域包括ケア病床はその役割を「急性期病院からの受け入れ」、「在宅復帰の支援」、「緊急時の受け入れ」と位置づけて運営し、80%を超える病床稼働率である。令和元年に新規開設した老年内科 3 名の医師が、リハ科や整形外科と協働して診療にあたり、入退院支援看護師と MSW が中心となって入退院の調整を行い、在宅復帰率の安定化を図っているとのことである。また、レスパイト入院の提案も行い、地域包括ケア病床への入院受け入れを行っている。令和 2 年 4 月からは「訪問看護ステーション」を開設し、常勤看護師 4 名が 24 時間 365 日対応しており、院外の医師会員からの紹介が多く利用者も徐々に増加し、売り上げも順調に伸びているとのことであった。函館市からの委託で平成 29 年 4 月から開設している「医療・介護連携支援センター」も、院内の医療・介護連携課と協働して相談対応を行い、不必要な救急搬送が減少していることや、令和 2 年 4 月には看護専門学校に理学療法科と作業療法科を増設し、「函館市医師会看護・リハビリテーション学院」として開校され、時代の要請に対応しているとのことご報告であった。

(2) とちぎメディカルセンター（栃木県）

(発表者：長島徹 栃木県医師会副会長)

とちぎメディカルセンター（TMC）は、全国的にも珍しい医療機能再編型として、設立母体の異なる JA 厚生連下都賀総合病院、医療法人陽気会とちの木病院、下都賀郡市医師会病院の 3 病院を統合し

て設立された。統合のきっかけは病院の老朽化と医師不足のために診療科の休止をせざるを得ず、経営が悪化したことにより、厚生連が JA 厚生連下都賀総合病院の経営から撤退を決定したことである。3 病院ともに急性期を主体とした病院であるが、他の 2 病院のいずれも老朽化が課題で、医師確保に難渋していたために、平成 22 年 7 月から地域医療機能再編の協議がなされ、平成 25 年 4 月に TMC が設立された。規模・成り立ち・歴史の異なる 3 病院の統合・再編は問題山積であったが、平成 28 年 4 月に急性期主体のとちぎメディカルセンターしもつが（307 床）、慢性期に特化したとちぎメディカルセンターとちのき（250 床）、介護老人保健施設とちぎの郷（100 床）の 3 施設として新築、増改築して開設されたとのことである。医師確保については大学病院に依存しているが、慢性期に特化した「とちのき」では難渋しているようである。また、統合はしたものの「しもつが」と「とちのき」は医療法上では別の病院のため、患者コードも別個に作成する必要がある、検査データはいったん名寄せ作業をしないと一本化できず、両方の病院に同日中に受診する場合は、初診料も 2 度発生するなど、地域完結型医療の推進を阻む医療法の壁などの課題についてご報告された。

(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)

令和元年 9 月に三重県で開催された第 28 回全国総会では、昭和 59 年 4 月に開院し老朽化が目立つことと、海岸線から近く南海トラフによる大地震と津波の被害が予想されることから、生目の杜運動公園近くの高台に移転を準備していることが報告され、今回は昨年 2 月から席卷した新型コロナウイルス

ス感染症対策に迫られながらも、8月1日に無事開院された経緯が報告された。建設に当たっては、医師会病院から約6km離れていた医師会事務局、看護学校、健診センター、検査センターを同じ敷地内に集約し、健診センターは病院の一部門に組み入れて運営することにしたとのことである。また、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れは、当初内科病棟の2床のみに限っていたが、第3波の発生により県からの要請を受けて、41床を中等症までのコロナ専用病床として転用稼働させたものの、隔離上の理由等から最大10人までの受け入れのため、稼働率が低く非効率であったとの報告がなされた。病院併設の夜間急病センターにおける発熱患者のPCRや救急外来陰圧室での経過観察、コロナ宿泊療養施設における夜間急変時の受け入れ、クラスター発生施設へのDMAT・感染管理認定看護師の派遣や、高齢者施設における感染対策の指導・啓発活動も行ったとのことである。コロナ禍における安定的な病院運営には、国からの支援金・補助金は欠かせないことを強調された。

(4) 出水郡医師会広域医療センター（鹿児島県）

（発表者：今村博 出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

公立への神話が根深く、地域住民の激しい反対運動に遭いながらも、平成元年10月1日に国立病院

民間移譲の本邦第1号として出水郡医師会阿久根市民病院が誕生し、従来の内科、外科に加えて小児科、脳外科、整形外科、放射線科、循環器科の7科を揃え、24時間体制で救急車の受け入れも積極的に行い、手術件数も著増して急速に経営内容は改善し、住民の不安は期待へと変わり、平成19年4月には8階建ての新病院が完成したとの説明がなされた。平成25年10月には出水市、長島町を含めた二次医療圏全体が自院の医療圏であることを明確に示すために、現在の病院名に変更されたとのことである。平成18年からKAIZEN活動を開始してPDCAサイクルを回し、医療の質と安全の向上に積極的に取り組まれ、日本医療機能評価機構のみならず国際標準化機構ISO9001も平成17年に取得、持続的改善を目指しているとのこと。平成22年にはこれらを総合的に管理するTQM（Total Quality Management）センターを設置し、電子カルテ、テレパソロジー、インターネット・カルテ開示システム、Medical Codeによる原価計算や外部SPD導入などの新システムの積極的導入、人材育成の工夫などについてもお話しいただいた。効率的運営をしても民設民営の厳しい現実があり、合理的な公的資金の分配や診療報酬の見直しの必要性についても述べられた。また、医療従事者不足についての問題もお話しいただいた。

分科会報告

第 2 分科会

埼玉県医師会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長

金 井 忠 男

(1) 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

（発表者：山中昭良 江戸川区医師会医療検査センター所長）

「新型コロナウイルス感染症の影響と対応」についてご発表いただいた。令和 2 年 2 月から影響が表れはじめ、3 月の特定健診受診者数は対前年度比 81% で、各種がん検診の 3 月総受診者数は対前年度比 72% であった。令和 2 年 4 月 7 日に 1 回目の緊急事態宣言が発出され、区からの指示で 4 月 14 日からすべての健診・検診が中止になり、対応に迫られたとのことである。その結果、特定健診の受診者数は対前年度比 4 月 25%、5 月 0%、がん検診受診者数は 4 月 10% 台、5 月 0% が多く、大腸がんや乳がん検診がそれをわずかに上回っただけであった。緊急事態宣言解除後の 6 月以降も受診者数が減少し、特定健診は通年で対前年度比 82%、がん検診も多くの検診で 80% 程度であったとのことである。最後に、がん検診や特定健診・特定保健指導は不要不急ではなく、必要不可欠であると結ばれた。

ディスカッションでは、事業収入の減少の中で赤字転落を免れたことに対する質問に対し、健診は区からの委託で始まった経緯から行政との連携が強く、補助金交付があったこと、また会員の協力・やる気がセンターを支えていると回答された。

(2) 焼津市医師会臨床検査センター・健診センター（静岡県）

（発表者：立花恒輔 焼津市医師会理事）

「COVID-19 流行下での焼津市医師会共同利用施設の現状と課題、そして対策」についてご発表いただいた。焼津市医師会は、臨床検査センター、健診センター、地域包括支援センター、居宅介護支援センター、ヘルパーステーション、訪問看護ステーションを運営されている。新型コロナウイルス感染症

拡大時に各部門において、個人用防護具の不足および高騰、訪問介護関係者のワクチン優先接種対象外などが問題となったとのことである。

臨床検査センターは、医療機関への受診控えで一過性に検査数が減少したがその後回復し、また PCR 検査が収益に貢献した。健診センターは、健診の時期をずらして実施したことや、特定健診の実施回数を増やすなどの対応により、事業所や学校の健診実施件数は例年に比べてやや増加したとのことである。保健指導では遠隔面談も導入された。

ディスカッションでは、多くのセンターが苦戦している中、良好な結果であったことへの質問に対し、幾つかの工夫による効果だと思うが、人口が少なく、感染者も少なかったことから対応が可能であったと考えると回答された。

(3) 岩国市医療センター医師会病院保健・健診部（山口県）

（発表者：中原捷 岩国市医療センター医師会病院保健・健診部臨床検査技師）

「県内初のクラスター発生病院と認定されて一健診における感染対策の取り組みと受診者の動向」についてご発表いただいた。

早い時期から「新型コロナウイルス感染症対策本部」を立ち上げ、十分な対策をとられていたにもかかわらずクラスターが発生したのは、休憩中のマスクなし会話や共有物（パソコンのキーボード）などからの感染が原因と考えられ、少しの気の緩みから招いたことであったとのことのお話であった。

また、2020 年度の健診受診者数は対前年度比 8% 減少で、特に脳ドック健診 27%、特定健診 11% の減少であった。健診部門が減収になったことから、入院検診を日帰り健診にしたり、CT や MRI をオプション健診に加えるなどの対応をされた。また、

東ソー株式会社の TRC 測定値 2 台を設置したとのことである。

ディスカッションでは、感染対策については緩みや漏れのないように最新の注意を払い、院内持ち込み対策として手術前・入院前 PCR 検査を行っていると回答された。また、TCR 測定器を入れたことによるメリット及び 1 日の検査可能件数については、結果が当日中に出ることが最大のメリットとし、検査件数は測定器 1 台で 1 日 7 件、2 台で 14 件であると説明された。

(4) 佐賀県健康づくり財団佐賀県健診・検査センター（佐賀県）

（発表者：枝國源一郎 佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）

「佐賀県健康づくり財団の現状と展望～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」についてご発表いただいた。新型コロナウイルス感染症の影響により、検査部門ではコロナ関連の検査で一時的な増加があるものの、健診部門は様々なコロナ感染対策を講じたが大きなダメージを受け、特に市町健診、巡回健診は人数制限等によりかなりの減収となったとの説明がなされた。

臨床検査部門では、会員利用率は平成 9 年では 75%であったが、最近では 58%に低下したとのことである。理由として、民間検査会社への移行、新規開業時から民間検査会社の介入、価格競争などが挙

げられた。対策としては、新規開業医療機関へのサービス、料金の値下げ、特定健診の検査結果・請求の代行、医師会共同利用施設としての位置づけの再検討、新規開業会員対策などを行っているが、今のところ効果がないとのことである。

検査部門では現在新型コロナウイルス感染症対策が最も重要であること、健診部門では新興感染症により大きな影響を受けることが判明したと説明された。共同利用施設は会員のために存在しているため、民間企業がやらない部分も実施する必要がある、経営状況も考えなければならず難しいが、今後も継続するべきであるとのことであった。

シンポジスト全員によるディスカッションでは、コロナを経験して今後活かすところは何かが議論された。行政との連携はさらに強くする必要がある、いろいろな場面で ICT 活用が必要になってくるなどの意見が出された。さらに、今後起こり得る新興感染症への対策を考えつつ、医師会共同利用施設の今後の在り方について模索する必要があるとの意見が出された。

医師会共同利用施設の存続については、存続を否定するシンポジストはおらず、会員の利用率低下や民間検査会社との競合などについては何等かの方策を考えなければならない、日医とともに模索する必要があるとの意見が多く出された。

分科会報告

第 3 分科会

日本医師会常任理事

松 本 吉 郎

(1) 郡山医師会（福島県）

（発表者：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）

郡山市医療介護病院は 120 床で、介護医療院や居宅介護などの介護保険サービスと、療養病床などの医療保険サービスの双方を提供されている非常に特色のある病院である。また、休日・夜間急病センターや看護専門学校を併設、在宅医療・介護連携支援センターの指定も受けており、地域の医療・介護の拠点となっている。コロナ禍においては、郡山市でも介護施設でのクラスターが続き、検査の遅れやゾーニング体制、他施設からの応援のための話し合いの場づくりなどに課題があったとご報告された。

病院では検査体制を整備するに当たり、行政から補助金とセットで 60 ～ 200 人程度同時に検査できる高価な機器を勧められたが、現場での運用を考え、1 時間程度で結果が出る小回りの利く機器を複数揃えたとのことである。

また、介護サービスが多様化している中で、利用者がコロナ陽性者になった場合に、行政からすぐに連絡が来ないこと、事業者からケアマネジャーに介護サービスの利用状況を確認しなければならないこと、行政的な書類提出の手間などの課題があるとのことがあり、ケアマネジャーの積極的な関与やそのための基準、衛生材料の使い方や効果などについても、具体的なノウハウや研修がもっと必要であるとのことご発表であった。

(2) きぬ医師会（茨城県）

（発表者：安部秀三 茨城県医師会常任理事、共同講演者：伊藤金一 茨城県医師会常任理事）

茨城県常総市ときぬ医師会は、2015 年の鬼怒川の洪水で行政や医療機関が平時のような対応ができなかったことをきっかけに、ICT「JOSO システム」

を導入された。「JOSO システム」は安否確認の迅速化や関係者間の情報共有に使われるとともに、介護保険手続きの際に、同意の上で災害時の要支援者登録にも使われており、災害の経験もあって 99.5% と非常に高い同意が取れたそうである。システムは市の負担で運営されていることから、支援者側の医療機関の負担は通信費程度で、継続的な運用を考えると自治体が導入をしっかりとすべきとのことであった。導入のメリットとしては、情報共有や窓口申請業務などの事務負担の軽減、災害時での活用が挙げられた。

一方、課題としては、重要性の低い情報のチェックに時間を取られること、利用していない事業所等もあることから、セキュリティの関係で個人所有の端末では利用できないことや、近隣の地域で既に別のシステムが導入されていて連携が取りにくいなどが挙げられた。

最後に、医師会は自治体に対して ICT の導入を勧め、会員及び共同利用施設間で連携ツールとして率先して利用していくべきとのことご提言をいただいた。

(3) 桑名医師会（三重県）

（発表者：中道尚美 桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）

桑名医師会では、在宅医療・介護連携支援センターのほか、医師会立看護専門学校や訪問看護ステーションなど、さまざまな施設を運営され、また多職種間の情報共有と連携推進のため、「ゆめはまネット」という情報共有ネットワークシステムを構築されている。「ゆめはまネット」の活用例としては、医療機関でキャンセルが出たワクチンについて、介護職員の接種希望者の迅速な募集などが紹介された他、今でこそ当たり前となってきたが、令和 2 年 4

月という早い段階から Zoom による体験会を開催されたことが紹介された。感染対策等のオンライン研修会の参加のハードルを下げ、実地と近い形での研修会を可能にする下地が作られたのではないかと思う。コロナ禍以前に地域の研修会の顔の見える関係構築にも役立っていたが、引き続き Zoom で構築できたことも、現在の自宅療養や後方支援ベッドの確保などの医療体制の構築に、非常に役立っていると思われる。

その他、「夜カフェふらっと」という立ち寄り施設交流会を月 1 回開催され、桑名医師会長の青木先生が「オーナー」で、中道先生が「ママ」となり、行政の方なども参加して悩みや課題を共有されているとのこと、大変素晴らしい取り組みであると言える。ICT を活用する上でも、人とのつながりを前提に考えることの重要性を強く感じたご発表であった。

(4) 宇治久世医師会（京都府）

（発表者：堀内房成 宇治久世医師会長）

宇治久世医師会は、人口約 25 万人で、2 市 1 町の先生方が加入されている。平成 30 年から堀内会長をセンター長として医療介護連携センターが開設され、医療・介護連携推進事業を自治体から受託されている。コロナ禍で医療機関、介護事業所にアンケートを行ったところ、在宅患者の急増と、在宅医が感染したときのバックアップ体制が課題として挙

げられた。そこで、在宅患者の急増には、従来から構築していた在宅サポート医制度という仕組みを活用し、在宅診療に精通した医師が関係機関等からの相談に対応されているとのことである。

また、在宅医のバックアップ体制については、事前にセンターに登録した在宅医が COVID-19 に感染した場合、軽症の場合は他の先生がバックアップして診療し、長期間復帰が困難な場合は、患者リストをセンターに提出してバックアップ医の先生方で割り振るという仕組みを構築されている。幸いなことに現在まで 1 件も起きていないそうだが、今後もこういった仕組みがあると、先生方も患者さんも非常に心強いのではないかとと思われる。

また、当センターでは、管轄の保健所から運営委員として参画いただいております。コロナ禍でも行政との情報共有を含め迅速な対応に役立っているとのことである。

質疑応答では、ICT 導入におけるセキュリティ面でのコストや、会員の世代交代に伴う共同利用施設の存在意義の明確な説明が重要とのご指摘をいただいた。

また、従来なら病院や施設でお亡くなりになる方々が、コロナ禍で在宅での看取りが増えているなど、追加発言もいただいた。

新型コロナウイルス感染症対応下における 医師会臨床検査センター・健診センターの 2020 年度医業経営実態調査報告

日本医師会総合政策研究機構主任研究員

吉 田 澄 人

I. はじめに

新型コロナウイルス感染症対応下における、健診センターおよび臨床検査センターの経営実態調査結果についてご報告する。

調査の回答率は、健診センターでは 68.2%，臨床検査センターでは 58.0%，複合体の施設では 80.0% であった。全体の平均で 68.3% の回答率である。

II. 医師会健診センターについて

健診センターの運営形態では、医師会直営による運営が 65 施設で、静岡県が 8 施設で最も多い回答であった。2020 年度に 3 か月以上緊急事態宣言が発出された都府県からの回答では、埼玉県では 4 施設、東京都では 4 施設、神奈川県では 1 施設、大阪府では 1 施設、兵庫県では 3 施設から回答をいただいた（図 1）。

PCR 検査の採取あるいは測定を実施している施設は 11 施設で、PCR 検査の収益への寄与については、「大きく寄与している」、「まあまあ寄与してい

る」、「全く影響がない」、それぞれ 3 施設ご回答いただき、それぞれ 27.3% であった。

新型コロナウイルス感染症への対応のワクチンの部分であるが、ワクチン接種の実施については、31 施設、38.8% の健診センターから「ワクチン会場として実施している」という回答をいただき、地域におけるコロナ対策に貢献していると考えられる。ワクチン接種実施への協力では、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」施設が半数に近い 41.3% に及んでいた。

健診センターの存続についての考えを聞いたところ、「存続する」と回答した施設が 74 施設、92.5% であったが、「存続するか否かについて検討している（もしくは検討したことがある）」と回答された施設が 5 施設、「存続しないことが決まっている」と回答された施設が 1 施設であった。

健診センターの存続について重要な要素としては、「職員の雇用：医師」の回答が最も多く、46 施設、59.0% であった。次いで多かった回答は「健診の受託：健診単価」についてで、39 施設、50.0% であった。

2020 年度実施件数の対前年比については、実施件数が多い特定健康診査は全体でマイナス 14.4%，健診センター単体でマイナス 22.3%，複合体でマイナス 10.8% という一方で、それぞれ対前年比はかなり下がったことがうかがえる（図 2）。

次に、健診センターにおける収益については、健診センター全体の事業収益では、2019 年度、2020 年度ともに若干の収益を上げており、2020 年度の事業利益は微減ということであった。事業収入のうち、健診部門の収入は、平均で 3 億 8,900 万円の減収で、医師会からの繰入金等の「その他の収入」で補っていることがうかがわれる（図 3）。

健診センターにおける収益の状況は、2020 年度

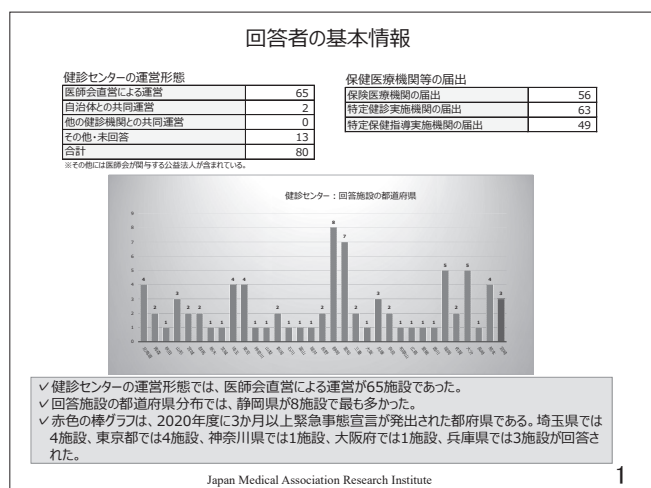


図 1

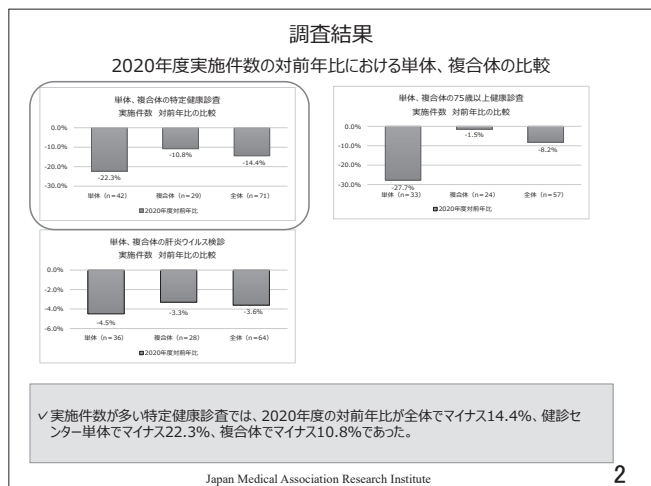


図 2

の健診センター全体の事業利益率は前年度と比較して0.7ポイントほど減少している。一方、緊急事態宣言が発出され、3か月以上にわたった東京、埼玉、神奈川、大阪及び兵庫の13施設で、事業利益率がおおよそ半減してしまっているという状況がうかがえた(図4)。

Ⅲ. 医師会臨床検査センター

臨床検査センターについては、自施設による運営が48施設で、愛知県が7施設で最も回答が多かった。2020年度に3か月以上緊急事態宣言が発出された都府県では、埼玉県では6施設、東京都では2施設、大阪府では1施設、兵庫県では3施設ご回答いただいた(図5)。

新型コロナウイルス感染症への対応について、症状のある者の保険診療としてのPCR検査の実施で

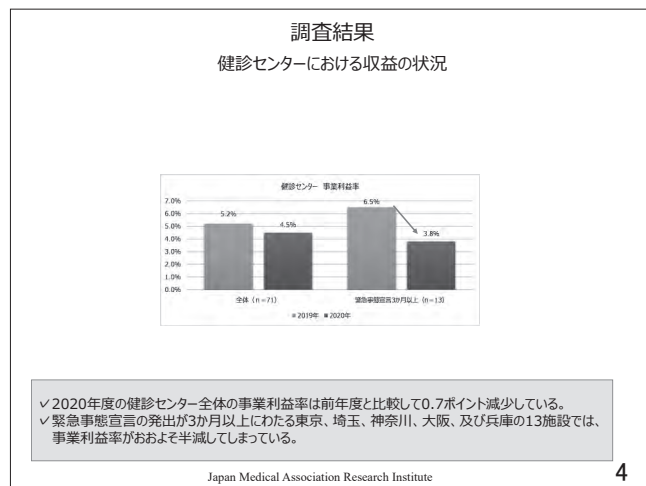


図 4

は、62施設のうち採取や測定を実施している施設が約3分の2にあたる41施設にのぼっている。また、PCR検査の収益への寄与では、「大きく寄与している」が最も多く34.1%、次いで多かったのは「まあまあ寄与している」で31.7%であった。

ワクチン接種については、臨床検査センターはワクチン接種会場になるという場面はあまりないと考え、実施への協力についてうかがった。ワクチン接種実施への協力では、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」センターが半数近い45.2%にのぼり、健診センターとともに地域のコロナ対策に大きく貢献されているということが分かった。

臨床検査センターの存続については、「存続する」と回答された施設が80.6%で、「存続するか否かについて検討している（もしくは検討したことがある）」と回答した施設が9施設、「存続しない方向で

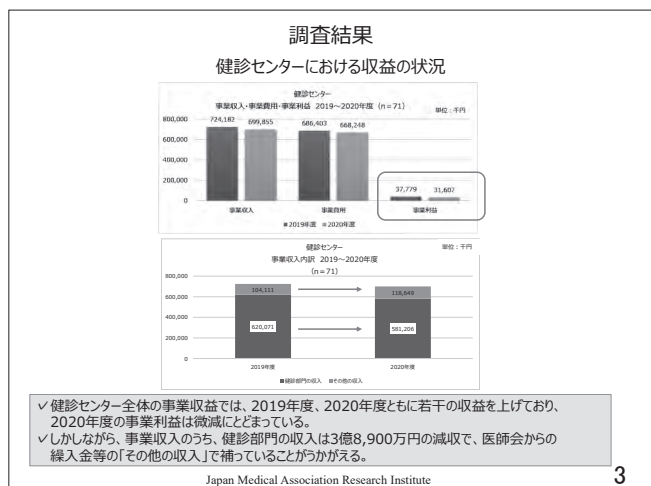


図 3

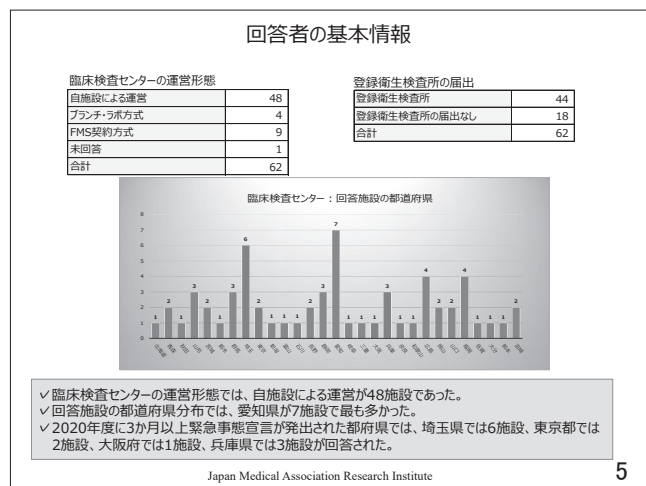


図 5

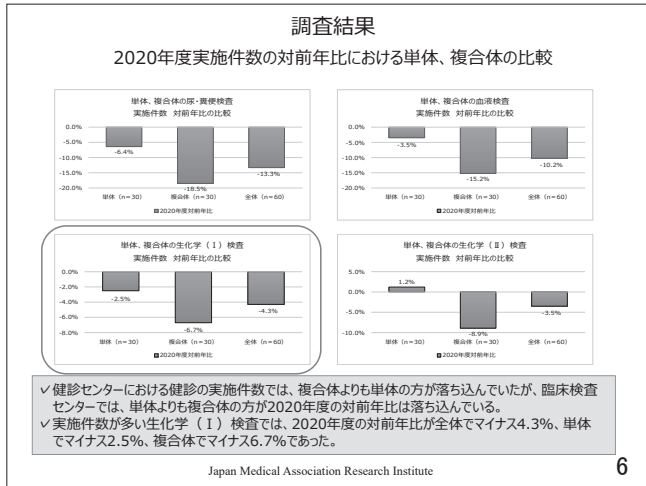


図 6

検討している」と回答された施設が1施設であった。

臨床検査センターの存続について重要な要素としては、「受託検体の量」と回答された施設が最も多く52施設、85.2%で、次いで多かった回答は「臨床検査の単価」で44施設、72.1%であった。

2020年度実施件数の対前年比について、健診センターでは複合体よりも単体の方が落ち込んでいるが、臨床検査センターでは単体よりも複合体の方が2020年度の対前年比は落ち込んでいると考えられる。実施件数が多い生化学(Ⅰ)検査では、2020年度の対前年比が全体でマイナス4.3%、単体ではマイナス2.5%、複合体ではマイナス6.7%であった(図6)。

臨床検査センターにおける収益の状況は、臨床検査センター全体の事業収益率は、2019年度と比較して2020年度は若干の増加がみられた。緊急事態宣言の発出が3か月以上にわたる東京、埼玉、大阪及び兵庫の12施設では、事業収益率が8割以上減少していることがうかがえる。一方で、保険診療(症状あり)のPCR検査が「収益増に大きく寄与して

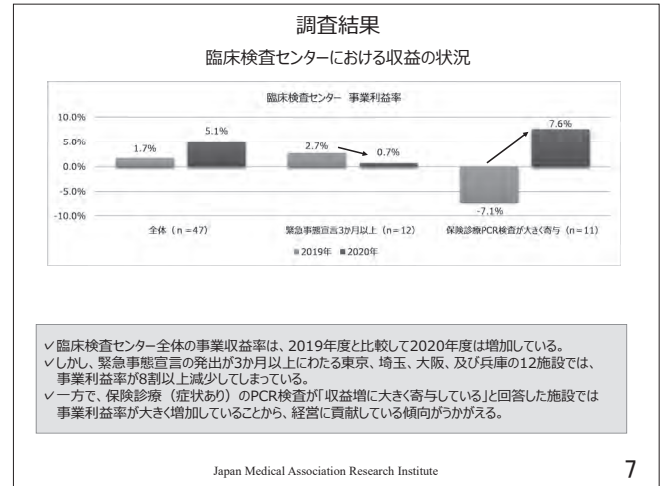


図 7

いる」と回答された施設において、事業収益率が大きく増加しているということから、経営に貢献されているという傾向がうかがえた(図7)。

IV. まとめ

地域医師会が運営する健診センターについては、市町村国保が実施する特定健康診査、自治体を実施するがん検診に大きな影響を受けていることがうかがえる。

また、臨床検査センターでは、民間受託臨床検査センターのように、受託地域の拡大と合わせた受託単価の引き下げが、なかなかやりづらい環境にある。

そのために、長期化するコロナ禍で外出自粛等がまだ続く中ではあるが、地域住民の疾病予防や重症化予防の観点からも、健診や一般診療について受診勧奨をしていくことの強化が望まれると考えられる。

なお、詳細については、8月25日の日本医師会の定例記者会見において松本常任理事の方からご説明いただいたので、ご参照頂きたい。

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らせていただきます。本日は、チャットでのご投稿になりますので、第1、第2、第3分科会にかかわらず、ご質問を受け付けた順に、講師の先生方にお答えいただきたいと思います。ご所属とお名前とご質問内容をお書きになった上で、どの先生へのご質問かを明記していただきますようお願いいたします。また、日医総研の吉田主任研究員へのご質問でも結構です。

まず、第1分科会出水郡医師会広域医療センターの今村先生、全国の医師会病院にとって非常に参考になる事例かと思いますが、改めて先生の病院の取り組みの中で、是非参考にさせていただきたい点がありましたら、お話しいただきたいと思います。

○今村博（出水郡医師会理事／出水郡医師会広域医療センター病院長）

1つは、やはり医療の質と安全への取り組みということで、トヨタ自動車工業から世界に広まった改善活動、PDCA サイクルをきちんと回すことです。これは組織をうまく運営していく上で非常に役立っているのではないかとということ、その改善を維持するために、5年に1度の日本医療機能評価機構の外部監査だけではなく、ISO90001の国際標準化機構の外部監査を1年に1回受けており、常にある意味緊張して、意識して改善を進めていけるということで、その2つは組織にとって大きいことではないかと思っています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、第2分科会の江戸川区医師会医療検査センターの山中先生、ある意味、医師会健診・検査センターにとっては垂涎的というようなところかと思いますが、これだけの検体数・検査数はすばらしいことだと思いますし、会員と競合するような健診をやっていくのはなかなか理解が得られにくいところかと思っています。その辺について、会員との連携はどのような形で行われて

いるのか、教えていただきたいと思います。

○山中昭良（江戸川区医師会医療検査センター所長）

江戸川区からの公費健診は当センターで大部分を受託していますが、何か異常が見つかった場合には、まず、かかりつけ医を受診することを徹底しています。そういった意味で、かかりつけの先生と連携しております。

また、他の健診センターと違い、当センターの収益は江戸川区から受託した公費健診が主なため、受診者が増えると収益が上がり、その黒字を江戸川区医師会の会計に還元することで会費も値下げできるという、そういうメリットも宣伝しております。

しかしながら、コロナ禍で本来黒字を出さなければいけない部分が赤字になってしまったわけですが、普段から医師会執行部と江戸川区行政との関係が非常に良好であったため、現在も区行政と医師会が共同でPCR検査センターの立ち上げやワクチン接種などを行っており、区も医師会が困った時には助けてあげようという姿勢が感じられます。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。全国の医師会健診・検査センターの先頭を切って走っておられると思いますので、今後ともその辺のノウハウを全国に発信していただきたいと思います。

次に、佐賀県健康づくり財団佐賀県健診・検査センターのご発表も、ある意味非常に一般的な医師会健診・検査センターの今後のあるべき姿をお示しいただいた、特色ある取り組みだと思います。やはり、存続ということは非常に大きな課題ですので、それを乗り越えるためにいろいろな努力をされていらっしゃると思います。そういった中で、会員からの検体数の提出が減少してきているということは、どこかの検査センターでも大きな課題になっています。例えば、電子カルテを新規会員の先生が導入すると、そこに紐付いた検査センターを使わざるを得なくなるといった課題がある中で、こういったことをする

と会員の先生方のメリットは持続できるということ、是非ご発言いただきたいと思います。

○**枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）**

会員からの検体数が減少してきたとは言え、6割弱で横ばいの状態です。今後は、少なくともこれらの先生方との関係は維持していくということです。小規模や遠隔地で民間検査会社になかなか対応してもらえないといった医療機関が多く、まさにこのような医療機関を守るのが医師会共同利用施設の本来の立場と思っておりますので、そこは維持したいと考えています。

○**松本座長（日本医師会常任理事）**

たくさんの検体を提出する会員の先生方が、民間検査会社を利用するのは価格の問題があると思います。特に、佐賀県健診・検査センターでは、遠方のいわゆる過疎地にいらっしゃる先生や、検体数があまり多くない先生方の支援をしっかりとやっていらっしゃるということですが、その辺の取り組みについてはいかがでしょうか。

○**枝國源一郎（佐賀県医師会常任理事／佐賀県健康づくり財団専務理事）**

健診部門は比較的行政と関係がうまくいっていますので、黒字をうまく回すといったことになるかと思っています。

もう1つは、現在はコロナ禍でできませんが、県医師会の執行部が郡市医師会を回っていろいろ説明するといった地道な広報活動と、あとは縦だけではなく、横のつながりでうまく販路を見出して、そこから利用者が増えていくということもあります。会員のメリットになるところが多いので、そういうところをうまく活用でき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した。今後もしっかりと取り組んでいただきたいと思いますし、存続できるような発信をまた全国にしていいただければと思います。市民健診やがん検診などを受託しておくことが非常に大事だということは、どこの健診・検査センターも同じだと思います。

続きまして、第3分科会の方で、原先生にお伺いします。郡山市医療介護病院は非常に特色のある病院ですが、今後存続のためにどのようなことが一番課題になると考えていらっしゃいますか。

○**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）

郡山医師会でも、行政から受託している医療介護連携支援センターを核として、IIJではありませんが別なネットを使って、ケアマネジャーやその他さまざまな職種との連携を図っております。また、月に1回、実はネット上で飲み会的なこともやっており、そういった顔の見える関係を含めてネットワークの核になるようなことを考えながら、医師会として地域をサポートすることに向けてやってい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した。続きまして、安部先生と中道様に、ICTの利用についてお話をいただきましたが、今後の展開、さらにこういったことをやってみたいということがありましたら、一言ずつお願いできればと思います。まず、安部先生、いかがでしょうか。

○**安部秀三（茨城県医師会常任理事）**

きぬ医師会の常総市との取り組みについては、災害があったがゆえにかもかもしれませんが、市が非常に協力的に災害時のいろいろな支援、安否確認等含めた連携システム「JOSO システム」をつくり上げ、それを普段の診療やケアに開放しているという形です。これは非常に合理的なやり方だろうということで今回発表させていただきましたが、茨城県の中でより広域的なつながりができるように、他の市町村あるいは医師会の先生方にも相談していけるとよいと思っています。

○**松本座長（日本医師会常任理事）**

ありがとうございました。中道様、いかがでしょうか。

○**中道尚美（桑名市在宅医療・介護連携支援センター副センター長）**

「ゆめはまネット」を活用した取り組みが、5年くらい経過してから徐々に浸透してきて、ようやく消防や救急との連携、小児科医と行政との連携などが始まってきたところです。常総市のように、市の窓口で患者さんの同意をもらったり、災害時の対応など、幅広く使っていただけるように進めていきたいと思っております。

○**松本座長（日本医師会常任理事）**

ありがとうございました。他の地域からでも参加できるICTとなっているように思いました。是非今後もよい取り組みをしていただきたいと思います。

それでは、第3分科会の堀内先生、昨日も少しお伺いしましたが、やはり在宅医の連携、サポート体制をしっかりと構築しているという意味で、私は非常に参考になった事例だと思いました。この辺の取り組みについて、そのきっかけなどを含めてもう一度お話をしていただければと思います。

○堀内房成（宇治久世医師会長）

何年か前から、在宅医がそれぞれサポートし合えるネットワーク作りという構想がありました。この地域はかなり広いため、機能強化型の在宅療養支援診療所チームを中心に、ネットワークを広げていきました。

その中で、訪問看護ステーションと共同の勉強会をコロナ以前は定期的に行っていましたが、今はWEBで広げていこうということで、在宅医がそれぞれネットワークをつくっております。コロナ陽性患者の在宅診療という面でネットワークの構築を行っており、現在6チームぐらいが動いております。特に、京都市内でコロナ患者の在宅診療を積極的に行っている先生がおられますので、その先生方と共同で進めていくということで、ネットワークができています。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。ここで、参加者の長尾先生からご質問をいただきました。

○長尾信（石川県医師会理事）（チャット）

第3分科会の先生に、医療介護連携で介護施設・ショートステイ利用の際に、PCR検査を受けることが求められていますが、その検査価格を含めて地域で何か取り決めをされていますか。

○松本座長（日本医師会常任理事）

原先生、いかがでしょうか。

○原寿夫（福島県医師会常任理事／郡山医師会副会長／郡山市医療介護病院長）

在宅も含めて、感染対策で一番キーになるところがその辺だと思います。通所リハビリや通所介護、ショートステイが一番感染リスクが高いわけですが、郡山市では特に決め事はしていません。ただ、結果として、各事業所で、特にショートステイを利用される場合には、ワクチン2回接種前までは必ず入所前にPCR検査を実施しており、当院も行っていました。ワクチン2回接種後からは、通常どおりの受け付けをしています。

ただ、特養その他の医療機関以外のところでの検

査は難しいため、行われておりません。当院では、PCR検査を約1時間程度でできる検査器械を使っております。

○松本座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。最後に、今回のホスト病院として函館市医師会病院の八重樫様より、非常に参考になる情報をいただきました。地域包括ケア病棟を持たれて、自院や他院からも含めて、あるいは復帰支援なども行われて、非常にバランスのよい病棟と思って拝聴しておりました。これまでの取り組みで、参加者にとって参考になる点や、函館市医師会病院のこれから行っていきたいことを含めて、お話をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○八重樫優（函館市医師会病院医療・介護連携課長）

昨日、座長の山村先生からのご質問がありました部分につきまして、少し補足をさせていただきます。訪問看護ステーションの今後の運営につきましては、私ども連携課も含め、医師や看護師など病院全体で利用者を増やしていくという考え方であり、訪問看護ステーションの4名のみで営業するという形ではなく、我々全員が営業マンであるという形で、当院の訪問看護ステーションの利用について、地域の先生方に広報しております。

もう1つ、障害者病棟につきましては、脳神経内科の医師2名が障害者病棟の担当をしています。他の病院で障害者病棟を持っているところで脳神経内科の医師はいないかと思います。この点が私どもの自慢です。

また、将来的ビジョンに関しては、再来年になりますが、リハビリ系の学科の学生が卒業を迎えるため、訪問看護と訪問リハをミックスして、函館市を含め道南地域に進出していければと思っております。さらに、大きなビジョンとしては、病院の建て替えがあります。

○松本座長（日本医師会常任理事）

本当に全国の方々にとっても非常に参考になるお話であり、また、建て替えも考えていらっしゃるということで、医師会病院あるいは健診・検査センターも含めて、共同利用施設に是非夢と希望を与えるように切り開いていただきたいと思います。期待しております。ありがとうございました。

ちょうど時間となりました。まだご質問はおありかと存じますが、ここで全体討議を終わらせていた

だきます。ご発表いただいた先生方、あるいはご質問
いただいた方々に深く感謝申し上げます。ありが

総 括

日本医師会副会長

今 村 聡

昨日に引き続き、本日も暑い中ご参加いただきまして、誠にありがとうございました。完全オンラインという状況下ではございましたが、2日間にわたって大変充実した討論ができたのではないかと考えております。これもひとえに皆様方のご協力によるものと、心より感謝申し上げます。

また、コロナの第5波が襲来して、開催方式が二転三転する中で本総会がかくも成功裏に運営できましたのも、松家会長をはじめ、ご担当いただきました北海道医師会の役職員の皆様方のご尽力のおかげと、心から御礼申し上げます。

今回の総会は、まさに「新型コロナウイルス感染症を踏まえて」の「医師会共同利用施設の今後のあり方」というテーマでご講演・討議をいただきました。コロナ禍でそれぞれの共同利用施設が経営的にも非常に厳しい運営を強いられ、また、職員に感染者が出たというような問題もありながら、地域住民の健康や医師会員を支えるために大変なご尽力をされてこられたことについて、本当に頭が下がる思いでございます。

医師会病院、検査・健診センター、介護保険関連施設等、それぞれの課題につきましては、先ほどの分科会報告、そして全体討議でご議論されております。同様の課題を抱えておられる施設においては、大いに参考になり、解決に結びつく糸口になったのではないかと思います。

分科会報告、そして全体討議と重複する部分もございますが、私から数点感想、そしてお願いを申し上げます。

まず、それぞれの地域の実情、特性に応じた取り組みというものが非常に重要であるということ。そして、強力なリーダーシップを発揮していただく人材の重要性。これは医師会役員等の役割がとて大きいわけですが、役員には任期というものがございまして、役員の考え方をしっかり継続・実行していただく職員の養成、そして職員のモチベーションを高

めることも大変重要と感じました。まずはしっかり現状分析を行っていただき、課題を抽出し、それに対する解決策を関係者で検討することが重要であると思います。

また、行政との連携は今後ますます重要になると思います。共同利用施設の地域における意義をしっかりと理解してもらい、さまざまな点で支援や協力をいただくことが重要だと思います。

もう1点、今後はICTの活用は避けては通れません。情報の共有やWEB会議、研修会等、今後ますます活用が求められます。既にネットワークを構築されて十分に活用されているというご発表がございましたが、新たにネットワークを構築されるところは、維持・管理コストが以前より大変大きな課題でありました。今後、オンライン資格確認のシステムが広く医療現場で整備されてくることにより、地域によるICTの情報共有が急速に進展することが予想されますので、そのような取り組みも積極的にしていただければと思います。

また、日本医師会は、医療現場におけるAIの活用に変革力を入れております。共同利用施設が利用しやすいAIを念頭に置きながら、現在開発を行っているところですので、興味のある施設は日本医師会のAIホスピタル推進センターまでお問い合わせいただければと思います。

もう1点、国はPHR、いわゆる個人の医療健康情報を、個人自ら活用できる仕組みを急速に進めようとしています。これらの活用は地域住民にとっても重要であり、共同利用施設にも関係してくることが予想されます。その際に、データの標準化が非常に重要になります。この点につきましても、日医総研が取り組んでいる健診標準フォーマットをご活用いただければと思います。

日本医師会は、全国の医師会共同利用施設の活動が円滑かつ安定して運営できるように、引き続き環境整備のために尽力してまいりたいと思います。

結びとなりますが、2年後の令和5年度に開催いたします第30回全国医師会共同利用施設総会は、岡山県医師会にお願いをしております。コロナが収束して現地で皆様と一堂に会して討議・情報交換ができますことを心より楽しみにしております。松山会

長をはじめ役職員の皆様にはご苦勞をおかけいたしますが、何卒よろしくお願い申し上げます。また、ご参会の皆様方のご健勝・ご活躍を祈念いたしまして、総括とさせていただきます。ありがとうございました。

次期（令和 5 年度）担当（岡山県）医師会長挨拶

岡山県医師会長
松 山 正 春

令和 5 年度第 30 回全国医師会共同利用施設総会を担当することになりましたので、一言ご挨拶を申し上げます。

思い起こしてみますと、昨年の 6 月に開催された日本医師会代議員会以来、実に 1 年 3 か月ぶりの県外出張、しかも北海道ということで本当に楽しみにしておりました第 29 回全国医師会共同利用施設総会でしたが、残念ながら完全 WEB になってしまいました。やむなく泣く泣くチケットをキャンセルさせていただきました。開催の準備に当たられた北海道医師会松家会長、そして長瀬前会長をはじめ医師会役職員の皆さんの努力とご苦勞に敬意を表するところであります。

そして、「共同利用施設の今後のあり方－新型コロナウイルス感染症を踏まえて－」をテーマに開催された総会では、地元でいらっしゃる日本医師会中川俊男先生が「最近の医療情勢とその課題－新型コロナウイルス感染症対策に向けて－」の演題で講演をされました。新型コロナウイルス感染症の現状と対策について詳しくお話をいただきました。私たちも気持ちを新たにして新型コロナウイルス感染症と戦っていく決意を固めたところでございます。

その他、3つの分科会での熱心な討議の中で、いろいろな形で共同利用施設が新型コロナウイルス感染症の影響を強く受けたということを再認識させられました。残念ながら完全 WEB となってしまいましたが、本当に素晴らしい総会であったと感じました。

さて、第 30 回という節目の総会は、再来年、令和 5 年 9 月 9 日・10 日の 2 日間、岡山市を中心に開催することが決まっております。2 年後ですので、新型コロナウイルス感染症も終息し、「晴れの国おかやま」にふさわしく明るい躍動的な総会を目指して、岡山県医師会の総力を挙げて準備に当たっているところであります。岡山県における共同利用施設数は減少傾向にあります。民間との競合、そして多忙な医師が共同利用施設の管理をするということは非常に難しいことであり、これらが要因になっていると考えています。

総会についての詳しいメニューはまだ決まっておりません。これから準備をいたします。北海道医師会様が素晴らしい総会を開催されました。ここまでのものができるかどうかわかりませんが、岡山県医師会役職員が力を尽くして努力いたします。どうか期待をしていただきたいと思います。

9 月の岡山は、食で言いますと、ブドウのシャインマスカットが旬でございます。シャインマスカットは糖度も非常に高く、種もなく、皮まで食べられるという逸品でございます。さらに、瀬戸内海の魚たちも食べごろになってきます。タイ、アコウ（キジハタ）、ヒラメなどのお魚も皆さん方のご来岡をお待ちしております。多数の先生方のご来岡を期待しまして、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。

