

第30回全国医師会共同利用施設総会

記 録 集

メインテーマ

「次世代に託す医師会共同利用施設の使命

～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

期 日：令和5年9月9日（土）、10日（日）

会 場：岡山コンベンションセンター（岡山県）

施設見学：令和5年9月10日（日）

・赤磐医師会病院

・岡山市医師会総合メディカルセンター

主 催：日 本 医 師 会

担 当：岡 山 県 医 師 会

目 次

1. 開催要領	ii
2. プログラム	iv
3. 開 会	1
4. 第30回全国医師会共同利用施設総会実行委員長 挨拶	2
5. 日本医師会長 挨拶	3
6. 岡山県医師会長 挨拶	4
7. 岡山県知事 来賓挨拶	5
8. 岡山市長 来賓挨拶	6
9. 特別講演	7
10. 令和4・5年度全国医師会共同利用施設施設長検査健診管理者連絡協議会報告	14
11. 分科会	16
第1分科会（医師会病院関係）	
シンポジウム	16
質疑応答	33
第2分科会（検査・健診センター関係）	
シンポジウム	39
質疑応答	54
第3分科会（介護保険関連施設関係）	
シンポジウム	60
質疑応答	79
12. 岡山県内共同利用施設紹介	84
13. 分科会報告	86
14. 全体討議	92
15. 総 括	97
16. 次期（令和7年度）担当（群馬県）医師会長挨拶	98
17. 閉 会	99

第30回全国医師会共同利用施設総会 開 催 要 領

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

そこで、今回の総会では「次世代に託す医師会共同利用施設の使命～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」をメインテーマに掲げ、現場での取り組みについてご報告いただくとともに、今後の医師会共同利用施設の役割・方向性等多面的に討議を行い、併せて現地施設の見学を行う。

名 称：第30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 - 2 8 - 1 6

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

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

担 当：岡山県医師会（担当：総務課）

〒700-0024 岡山市北区駅元町 1 9 - 2

TEL 086-250-5111(代) FAX 086-251-6622(代)

期 日：令和5年9月9日(土)、10日(日)の2日間

開催方法：現地開催

※ご参加が難しい方は後日、日本医師会ホームページにて動画配信を予定しておりますので、そちらをご視聴ください（日本医師会生涯教育制度の単位にはなりません）。

プログラム：別紙参照

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

会 場：＜総会・分科会＞
岡山コンベンションセンター
〒700-0024 岡山市北区駅元町1-4-1 TEL 086-214-1000(代)

＜懇親会＞
ホテルグランヴィア岡山
〒700-8515 岡山市北区駅元町1-5 TEL 086-234-7000(代)

見学施設：(1) 赤磐医師会病院
(2) 岡山市医師会総合メディカルセンター

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

参加登録費：無料（従来通り交通費・宿泊費等は自己負担）

申込方法：「総会参加・宿泊の申込等のご案内」をご参照の上、下記申込み専用WEBサイトから令和5年7月31日（月）までにお申込みください。WEBサイトからのお申込みができない場合は、同案内に添付しております申込書にご記入のうえ、FAXまたはメールにてお申込みください。

申 込 先：「第30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/kyodosoukai30/>
株式会社JTBビジネストラנסフォーム西日本営業部
九州ビジネスサポートチーム 九州中国四国MICEセンター
TEL 092-751-2102 FAX 092-751-4098
E-mail okayama_event4@jtb.com
営業時間 10：00～17：00（土・日・祝日は休業）

留意事項：新型コロナウイルス感染症陽性者や発熱・咳・咽頭痛などの症状がある方は、参加をご遠慮ください。
また、マスクの着用は個人の判断に委ねますが、会場内での大声での会話はご遠慮ください。

第30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「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

日 時：令和5年9月9日(土)、10日(日)
場 所：岡山コンベンションセンター（総会、分科会）
ホテルグランヴィア岡山（懇親会）

第1日 令和5年9月9日(土) 於：3F「コンベンションホール」

[総会]

- 13:00～ 受付
総合司会：岡山県医師会
- 14:00～14:20 開 会 岡山県医師会副会長 大原利憲
挨拶 第30回全国医師会共同利用施設総会実行委員長/
岡山県医師会常任理事 合地 明
来賓挨拶 日本医師会長 松本吉郎
岡山県医師会長 松山正春
岡山県知事 伊原木隆太
岡山市長 大森雅夫
- 14:20～15:20 特別講演
座長：岡山県医師会長 松山正春
演者：日本医師会長 松本吉郎
「中央情勢報告」
- 15:20～15:30 令和4・5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
同連絡協議会長/函館市医師会長 大原正範
- 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：3F「コンベンションホール」

- 司会：岡山県医師会会計担当理事 佐藤正浩
- 座長：鹿児島県医師会長/日医医師会共同利用施設検討委員会委員長 池田琢哉
- シンポジウム
1. 能代山本医師会病院（秋田県）
能代山本医師会病院長 加藤裕治郎
 2. 赤磐医師会病院（岡山県）
赤磐医師会理事/赤磐医師会病院長 佐藤敦彦
 3. 熊本市医師会熊本地域医療センター（熊本県）
熊本市医師会熊本地域医療センター院長 杉田裕樹
 4. 川内市医師会立市民病院（鹿児島県）
川内市医師会立市民病院長 田實謙一郎

質疑・応答

第2分科会(検査・健診センター関係) 於：1F「イベントホール」

- 司会：岡山県医師会専務理事 内田耕三郎
- 座長：日本医師会常任理事 黒瀬 巖
- シンポジウム
1. 大宮医師会メディカルセンター（埼玉県）
大宮医師会メディカルセンター長 萩原弘一

2. 富山市医師会健康管理センター（富山県）
富山市医師会副会長 土田敏博
3. 名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター（愛知県）
名古屋臨床検査センター理事長 北川裕章
4. 都城健康サービスセンター（宮崎県）
都城市北諸県郡医師会長 田口利文

質疑・応答

第3分科会(介護保険関連施設関係) 於：2F「レセプションホール」

司会：岡山県医師会理事 平木章夫

座長：岩手県医師会長/日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長 本間 博
シンポジウム

1. 岩手県医師会
岩手県医師会常任理事 久保田公宜
2. 新潟県医師会
新潟県医師会理事/
新潟県医師会在宅医療推進センター長 小柳 亮
3. 奈良市医師会（奈良県）
奈良市医師会副会長/
奈良市在宅医療・介護連携支援センター長 山崎政直
4. 新見医師会（岡山県）
岡山県医師会理事/新見医師会長 太田隆正

質疑・応答

18:30～20:00 <懇親会> 於：ホテルグランヴィア岡山 4F「フェニックス」

※新型コロナウイルス感染症の感染状況等によっては中止または変更の場合あり

第2日 令和5年9月10日(日) 於：1F「イベントホール」

- | | | |
|-------------|------------------------------------|-------------|
| 9:00～ | 受付（1日目に受付をしていない方のみ） | 総合司会：岡山県医師会 |
| 9:30～10:00 | 岡山県内共同利用施設紹介
岡山県医師会専務理事 内田耕三郎 | |
| 10:00～10:20 | 分科会報告 各分科会座長 | |
| 10:20～11:00 | 全体討議
座長：日本医師会常任理事 黒瀬 巖 | |
| 11:00～11:05 | 総括 日本医師会副会長 角田 徹 | |
| 11:05～11:10 | 次期（令和7年度）担当県医師会長挨拶
群馬県医師会長 須藤英仁 | |
| 11:10 | 閉会 岡山県医師会副会長 神崎寛子 | |

[施設見学に参加されない方]

11:10～12:10 昼食 於：2F「レセプションホール」

[施設見学に参加される方]

11:10～12:00 昼食 於：1F「イベントホール」

12:00 施設見学出発（※解散時刻はコースによって異なります。）

- 1コース 赤磐医師会病院→ぶどう狩り→岡山駅15:50着・解散予定
- 2コース 岡山市医師会総合メディカルセンター→岡山駅13:40着・解散予定
- 3コース 岡山市医師会総合メディカルセンター→美観地区散策→倉敷駅16:00着・解散予定

第30回全国医師会共同利用施設総会

開

会

岡山県医師会副会長

大 原 利 憲

第30回全国医師会共同利用施設総会をこれから開会させていただきます。岡山県でも毎年11月に「おかやまマラソン」が開催されていますが、開会の挨拶というのは号砲を鳴らすという意味があるの

ではないかと思しますので、ここでスタートさせていただきます。皆さん、2日間よろしく願い申し上げます。

挨

拶

第30回全国医師会共同利用施設総会実行委員長 岡山県医師会常任理事
合 地 明

ご紹介いただきました岡山県医師会常任理事の合地です。今回、実行委員長を仰せつかっております。昨今の台風の影響で皆様方のご参集が懸念されておりましたが、「晴れの国おかやま」へ大勢の方がお集まりいただきましてありがとうございます。

今回、メインテーマを「次世代に託す医師会共同

利用施設の使命」とし、ご討議いただくことになりました。コロナ対策や諸般の事情で会場を分散することになり、ご迷惑をおかけしますが、ご容赦いただきまして、皆様方の熱い討議をすることによって、実りある会にさせていただければと思います。よろしくお祈りいたします。

挨

拶

日本医師会長

松本吉郎

本日、ここに第30回全国医師会共同利用施設総会が開催されますことを大変嬉しく思っております。主催者を代表して一言ご挨拶をさせていただきます。

本日は、岡山県知事の伊原木隆太様、岡山市長の大森雅夫様にご臨席賜り、また日ごろから我々医師会あるいは医療機関に対して、ご指導やご協力をいただき、感謝申し上げます。

プログラムを今、手に持っておりますが、会が始まる前に、本会の江澤常任理事といろいろ話をしておりました。岡山の名物は「ばら寿司」だとお聞きし、「備前ばら寿司」、「かくし寿司」、「祭り寿司」、「岡山ばら寿司」などと言うらしいですが、まさに本日のこのプログラムを見ますと、「かくし寿司」の豪華な具のようにたくさんの施設名と先生方のお名前が入っていて、これを食べるのが大変楽しみだなどという、そういうようなプログラムになっていると感じております。

さて、日本医師会共同利用施設検討委員会委員長の池田琢哉先生、副委員長の本間博先生、他多くの委員の先生方がご検討されて、このプログラムができて上がっているものと存じます。また、担当県の岡

山県医師会長の松山正春先生、そして大原利憲副会長、神崎寛子副会長、それから内田耕三郎専務理事、先ほどご挨拶いただきました合地明実行委員長、本当にご苦労さまでございます。

私も会長になって1年3か月になりますが、その前の6年間はこの共同利用施設を担当しておりました。今般、黒瀬常任理事に代わりましたが、私としても非常に思い入れのある分野です。医師会病院関係、検査・健診センター関係、介護保険関係と、我々医師会にとって、会員医療機関、また都道府県民・市民を守るための本当の砦だと思っています。医師会にとっては生命線ですから、何としてもこれを守り、充実させることが我々には求められています。ここを失うことがあってはなりませんし、後退はなきものと思っています。コロナ禍もありましたが、今後ともみんなでこの分野をしっかりと乗り切っていくことを強く願っております。

そういった意味で、今日は、いろいろなご提言、アイデアをたくさんいただきながら、各地で好事例として活かしてほしいと思います。今後とも皆様方のご健勝とご活躍をご祈念申し上げ、私からの挨拶とさせていただきます。

挨

拶

岡山県医師会長
松山正春

皆さん、こんにちは、岡山県医師会の松山です。今日は台風が来るということで心配していたのですが、皆さん無事に来ていただきまして本当にありがとうございます。岡山県は「晴れの国」と言われていますが、晴れたのでほっとしております。第30回全国医師会共同利用施設総会は、岡山県の主催でやらせていただいております。

今日は、松本吉郎日本医師会長、医師会共同利用施設検討委員会の池田琢哉委員長にも来ていただいております。そのほか日本医師会角田副会長、江澤・今村・黒瀬常任理事にも来ていただきまして本当にありがとうございます。岡山県知事の伊原木隆様、岡山市長の大森雅夫様にもご臨席いただいております、大変感謝しております。

共同利用施設につきましては、岡山県においては24の郡市等医師会があり、その内の8医師会で18施設あります。今回は、その内の3施設についてご説明させていただきます。

新型コロナウイルス感染症の関係で、2年前の前回総会は北海道で開催される予定でしたが、WEB開催になってしまいました。北海道へ行けるなと思って切符を買って準備していたのですが、泣く泣くキャンセルしました。久しぶりにこの会がリアルで開かれるということで、たくさんの方に来ていただき、本当に安堵しております。岡山でもまだ毎日1,000人ぐらいのコロナの新規感染者が出ている状況ですから、完全に安心ということではないのですが、この会は初めからリアルでやろうということに決めて、準備を進めてまいりました。

岡山県における共同利用施設は、正確には共同利用施設と言えるかどうかわかりませんが、昭和22

年に岡山医薬品株式会社というのを設立しております。これは会員が出資して、当時は医薬品の流通などがまだ不安定だった時だと思えます。他の医師会でもこのようなことはされていると思うのですが、岡山県医師会の場合、これが非常にトピックスになりました。医薬品ということで我々も十分利用していたのですが、それが合併を重ねまして、最終的に東邦薬品の傘下に入ったということです。岡山県医師会に福祉部というのがあり、そこが15%ぐらいの投資をしていました。それが何と莫大なお金になりました。旧岡山県医師会館を建てる時の原資になったということです。ですから、今の共同利用施設にも頑張っていただきたいと思えます。

コロナ後の医療・介護がどうなるか、皆さん考えていらっしゃるのではないかと思います。やはり入院や外来は減ってくるのではないかと。コロナ後は在宅に移行する可能性が大きい。介護にしても、介護報酬はそれほど上がりませんから、施設介護はもう限界に来ている。居宅や訪問が増えてくるという中で、医療・介護・保健・福祉についても、この共同利用施設が非常に大切になってくると思っております。

我々は努力して資質の向上を目指すと同時に、利用者、先生方、それから施設の方々が利用しやすい共同利用施設をつくるのが、これからの課題ではないかと思っております。

結びになりますが、この会にご出席の皆様方に共同利用施設について深い議論を行っていただき、共同利用施設の存在感をますます高めていただきたいと思います。今日、明日、よろしくお願ひいたします。

来賓挨拶

岡山県知事
伊原木 隆 太

皆さん、こんにちは、ご紹介いただきました岡山県知事の伊原木でございます。本日は第30回全国医師会共同利用施設総会が盛大に開催されますことを心よりお慶び申し上げます。また、準備にご尽力をされました岡山県医師会の松山会長に感謝を申し上げますとともに、日本医師会の松本会長をはじめ、全国からここ「晴れの国おかやま」にお越しいただいた皆様方を歓迎申し上げます。

また、この3年半にわたり、まだ収束をしていない新型コロナ対応において、医師会の役員の先生方をはじめ、皆様方に大変なご尽力をいただいたところでございます。県民・国民の命を守るため、波の度にかなり無理なお願いをせざるを得なかったわけですが、皆様方が命がけで、夜間・休日も含めて対応していただいたおかげで、それぞれ大変な時期はありましたけれども、世界的に見れば国民に対する感染者の割合、また感染者に対する死亡者の割合はかなり低く抑えることができていると考えています。この場をお借りして、岡山県民を代表して感謝を申し上げたいと思います。まだ終わったわけではないので油断はできませんけれども、これまで蓄積してきたノウハウを使い、何とかコロナ対応しつつも普段の生活を取り戻していきたいと考えているところでございます。

先ほど、松本会長からご紹介をしていただきました「ばら寿司」は、岡山独特のちらし寿司で、江戸時代に岡山藩の財政が厳しくなった時に、藩の財政は厳しいけれども商人や庶民はそこまで厳しくな

かった。これは、今、岡山県財政は厳しいけれども企業業績は悪くないというのと少し似ていると思っております。自分たちが厳しいのだからみんな儉約しろということで、一汁一菜しか許さないという厳しいお触れを岡山藩は出しました。それは困るということで、全部おかずをご飯の中に放り込みまして、ちらし寿司にした。また文句をつけられたら困るため、ひっくり返して、上から見ると真っ白なご飯しか見えないようにした。これが岡山の「ばら寿司」でございます。豊かな土地だけれども少し地味にやろうかということですので、もしよろしければ、今日か明日、食べてみていただければと思います。

でも、実際、「ばら寿司」の中に特別なものが入っているわけでもないのです。例えばサワラ、サワラはほかのところでは大体西京漬けとかになるのですが、岡山だと刺身で食べられ、非常においしい。そういうものが入っていたり、サヤエンドウやシイタケなど、単独ではおかずになりにくいものが、集まることですごくおいしいご飯になります。これは、共同利用と少し似たところがあると思いながらお話を聞いておりました。一緒に頑張ることで、個々でできないことができます。新型コロナ対応も、それぞれがばらばらにやっていたら今よりもっとひどいことになっていたと思っております。みんなで一緒に頑張れば少しでも事態を改善できます。

結びに、皆様方の努力に敬意を表し、皆様方の今後のご活躍を祈念いたしまして、私の挨拶といたします。

来賓挨拶

岡山市長

大森雅夫

第30回全国医師会共同利用施設総会が盛大に開催されますこと、心よりお慶び申し上げます。また、全国からようこそ岡山にいらっしゃいました。心から歓迎いたします。

本日、ご参加の皆様におかれましては、3年以上にも及んだ新型コロナウイルス感染症への対応において、大変なご苦勞があったこと、お察しいたします。

感染者が急増し、幾度となく感染の波が繰り返す中、最前線で患者に向き合い、昼夜を問わず診察やPCR検査などにご尽力いただいたことに深く敬意を表しますとともに、患者だけでなく、感染への不安を抱えていた人々にとっても、皆様方は心強い存在であり、多くの方々が感謝していることと思えます。

また、岡山市にある医師会共同利用施設である岡山市医師会総合メディカルセンターでは、新型コロナウイルス流行の初期からPCR検査を実施していただいております。同様の施設が全国に多数存在していると思われ、本市のみならず、各地において新型コロナウイルス感染症対策に多大なるご尽力を賜りましたこと、改めまして厚く御礼申し上げます。

引き続き、感染症対策へのご協力をお願い申し上げますとともに、コロナ後遺症による心身の不調に悩んでおられる方々のケアにつきましても、よろしく願いいたします。

さて、全国からお越しいただいた皆様に岡山市の紹介をさせていただきます。

本日、9月9日の日経新聞土曜版「日経プラスワン」に掲載されていた「秋の夜空、輝く月にいやされる日本庭園10選」をご覧になりましたでしょうか。岡山の後樂園が、ランキング第2位でありました。

そして、その後樂園に隣接しているのが岡山のシンボルである岡山城です。岡山市出身の歴史学者である磯田道史氏監修のもと、昨年11月にリニューアルオープンいたしました。人物に着目した展示や体験型の展示が大変人気を博しており、リニューアルから本年8月末までの天守閣の入場者数は40万人近くに上り、過去最高の年間入場者数であった約44万人を超える勢いとなっています。

城内の展示では、岡山建国の父と言われる戦国時代の武将、宇喜多直家を紹介しています。五大老の一人として豊臣秀吉に仕えた息子、秀家が関ヶ原の戦いで敗れたことで宇喜多家にまつわる多くの資料が廃棄され、勝者である徳川側からの評価で策略家の梟雄とされてきましたが、戦国時代を駆け抜けた英傑であり、現在、その功績を再評価しています。ぜひ岡山城も訪れていただければ幸いです。

最後になりましたが、本総会が実り多きものになりますことをご期待申し上げますとともに、ご参加の皆様方のご健勝とご多幸を心から祈念いたしまして、私からのご挨拶とさせていただきます。

特別講演

座長 松山 正春（岡山県医師会長）

「中央情勢報告」

日本医師会長

松本吉郎

I. はじめに

まず、コロナについてだが、現在、定点における全国平均は約20人である。第8波のピーク時には、定点の参考値が30人であった。したがって、今、本当は第9波だろうと思うが、政府は9波という言葉は使っていない。1週間前に比べて、1.07倍くらいになっているかと思う。沖縄から感染が始まったため、西日本では先に定点が10を切ったり、15くらいになったりしているが、近畿地方では15くらいのところが多く、東北地方は30を超えているところもある。全国的に西から東へ波が来ているということだと思う。

定点は全国で5,000医療機関あるから、単純に20掛けて1週間で10万人、1日平均3万人罹患しているという計算になるが、専門家によって意見が異なり、現実的にはもっと多く、定点掛ける1万人とか、医療機関に行っていない人もいるから定点掛ける1万5,000人くらいでないと本当の数ではないなど、実際は相当な数がまだ感染されていると思う。

今、オミクロン株のXBB.が一番多いと思う。1.16, 1.5, 191や192などいろいろな亜型があるが、東京ではXBB.のEG.5というのが約20%を占めている。アメリカではBA系統のBA.2.86というのが出てきて、これが関東でも出現しているので、もしかしたら今後置き換わっていくのかもしれないが、今のオミクロン株のXBB.と比べてものすごく違うというような状態では出ていない。ただ、アメリカではまだかなり死者数が伸びている。コロナで亡くなった方は公式な記録としては世界で約700万人だが、現実にはそれよりも多くの方が亡くなっていると思われる。日本はおかげさまで、何とか7万人台の半ばくらいでとどまった。本当に医療従事者の方々のご

尽力の賜物であり、改めて感謝申し上げる。

日本ではコロナが5月8日に5類に移行して以来、非常にバッシングを受けた。新聞報道は日本の医療の悪い点ばかり喧伝し、我々がやってきた良いところが全然報じられず、本当に残念で悔しいと思った。私のところにも新聞社が取材に来たが、今言った諸外国との違いは片隅に小さい記事しか出してもらえなかった。

イギリスは、人口が6,000万人で日本の半分くらいだが、22万人を超える死者が出ている。アメリカは、人口は日本の3倍弱かと思うが、120万人くらいの死者が出ているので、人口比で言うと日本よりはるかに多い方が亡くなっている状況を何も伝えない。そしてまた、収まってくると、日本は亡くなった方が7万5,000人くらいで済んだのに、当初は40万人くらい死ぬと脅かされたなどと言う人がいる。アメリカで120万人亡くなっているわけだから、日本の人口比で見れば40万人くらい亡くなくてもおかしくはないし、イギリスの人口の倍とすると、やはり40万人以上の方が亡くなっていたかもしれない。決して予測が違っていたのではないと思っている。それだけの数で済んだのは、人種間の違いもあるかもしれないが、やはり懸命な医療従事者の努力、そして国民がしっかりと公衆衛生の向上及び増進に努め、節度をもってコロナと闘ってきた証ではないかと思う。我々も声を大にして言っていかなければいけないと思った次第である。

II. 物価高騰への対応

物価高騰は、我々医療界だけではなく国民全員が影響を受けている。原油価格が上がる、ガス料金が上がるということは、すべてのことに影響してくるので、非常に苦しい思いをしている。物価高騰への

支援は、厚生労働省の後藤大臣、それから加藤大臣（いずれも当時）にもお願いし、地方創生臨時交付金が6,000億円、7,000億円と2回にわたって出たが、すべてが医療界に回るわけではなく、地域でばらつきがあったほか、十分な額でなかったこともある。政府にはそれなりに頑張ってくれていたと感謝しているが、おそらく、必要な額の10分の1程度であったのではないかと思う。岸田総理大臣にも直接、物価高騰への支援と、特に医療従事者の賃金引き上げを強く要望した。

診療報酬については、公定価格の中で価格転嫁ができないので苦しんでいる。政府が3%の賃金アップを全業界に要請しているので、我々もそれに応えるためには、診療報酬をそれに見合った金額に上げていただかなければ、医療従事者の方々にきちんと賃金を支払うことができない。また、インフレ率も3%超となっているので、これを合わせればそれなりの診療報酬改定をしていただかないと難しい、ということも岸田総理大臣に要望した。特に、日本の労働力人口約6,900万人のうちの800万人から1,000万人ぐらいが医療・介護就業者なので、きちんとした賃上げをすることが、経済を回していくことにつながるということもお伝えしてきた。

さらに、来年4月から医師の働き方改革で時間外労働の上限規制の罰則が科されるが、大学等からの派遣医師の引き揚げなどにつながらないように、周産期救急、それから二次救急等に影響を及ぼすことがないように、岸田総理大臣に直接2回お話をした結果、「しっかりと対応したい」とお返事をいただいた。ただ、これから本当に危うい状況がまた出てくると思うので、我々は知恵を絞ってしっかりやらなければいけない。労働環境をしっかりと整備することが非常に大事で、全力を挙げて取り組み、前途ある若い先生方の不幸な事例が出ないようにしなければならない。

電気代、ガス代が非常に高騰していて、大学病院では1病院10.5億円の増だということである。茂木幹事長、それから萩生田政調会長（当時）にもこのことについては強くお願いをし、三師会などいろいろな団体と共に共同声明も出させていただいている。

骨太の方針2023だが、原案では「患者・利用者負担・保険料負担の抑制の必要性を踏まえ」という文言だったのを、いろいろな先生方をお願いをして、

「患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ」という文章に変えていただいたほか、「患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う」という文言を入れていただいた。ただ、財務省は、いわゆる高齢化による社会保障関係費の実質的な伸びの分のシーリングという考え方は続けているので、まだこれから3か月厳しい闘いが続く。医療現場の実情を、いわゆる厚労畑をよく知っている国会議員の先生だけではなく、いろいろな国会議員の先生方にもご理解いただくことが大事なことでないかと思うので、よろしく願います。

令和6年度予算要求要望書を厚生労働大臣に手渡してきた。事項要求としては、社会保障関係について、次期診療報酬改定でしっかりと上げていただきたいということを強く求めてきた。

Ⅲ. 豪雨災害への対応

秋田市の豪雨災害では、令和5年7月に細川常任理事と一緒にすぐに現地入りした。特に共同利用施設の場合には、水害をハザードマップ等で確認して、どのような危険が自分たちの施設に起こり得るのか、改めて見ておく必要がある。70cm浸水したために配線などすべて使用不能になった病院や医院がある。特に1階床に配線をしているところは全滅で、2階以上のところは無事であった。ワークステーションなどいろいろな機器も、できる限りある程度予想される水位を超えたところに本体を置いたり、配線したりするなど考えておかなければならないと強く感じた。

また、エレベーターも、1階に本体を置いておくとその本体も当分使えなくなるので、災害が来そうな予報が出たら一番上の階に上げておくだけでも助かった医院や病院がある。普段からそういった知恵を出し合って、災害が近づいた時に、でき得ることは共同利用施設の中で検討しておくべきではないかと思う。CTやMRIも、普段は患者の動線を考えて1階に置くところが多いと思うが、すべて使えなくなるので、考えものである。ただ、2階以上につくるとなると、費用やつくりの面で難しいこともあると思うが、高額な機器が壊れてしまうと、入れ替えるにしても半年から1年稼働できなくなるので、損失もかなり大きい。

加藤厚生労働大臣のところに、復旧支援等に関する要望に行った。救急医療等の政策医療をやっている

るといろいろな補助が出るが、やっていない民間医療機関は対象にならないため、いろいろなお願いをしてきた。

IV. 外来機能報告

これまでは、病院と有床診療所のみ病床機能報告をしていろいろな施策につなげていくということであったが、今回2つの報告がなされることになった。1つは外来機能報告ですでに始まっており、もう1つはかかりつけ医機能報告である。

この外来機能報告の外来は、主に病院が対象である。入院を中心とする大規模の病院の患者は、ある程度落ち着けばなるべくかかりつけ医に戻そうというのが元々の考え方である。今までも、特定機能病院や地域医療支援病院は紹介状を持たない患者が行くと定額負担が徴収されているが、それを広げるのが外来機能報告の考え方の基になっている。現在、定額負担制度の徴収義務対象になっている200床以上の病院が700ぐらいあるが、この対象を広げたいというのが財務省、厚生労働省の考えであり、最初は全病床で200床以上の病院全部が対象だったが、当時担当だった私が全部はやり過ぎだとして、何とか一般病床で200床以上にとどめることができた。

一般病床200床以上は、いわゆる紹介状を持って行くような病院にしたいということである。そうすると外来は減るが、その代わりに地域医療支援病院のように、入院時にプラスアルファの手当を出そうというのが元々の考え方である。つまり、大病院の外来を減らし、かかりつけ医にその患者を戻すという考え方で、それ自体は決して悪いことではないが、いろいろなハレーションを来していることは確かである。1つは定額負担の額で、今まで医科の初診で5,000円だったのを7,000円にした。病院には2,000円入るが、医療保険から2,000円差し引くので、病院の収入は変わらない。結局、患者に定額負担を多く求めて、医療保険の財政をその分楽にさせようという考え方なので、大病院の外来を減らすと同時に医療保険の財政負担を少し減らそうというのが、財務省的な考え方である。一般病床200床以上の病院は、手挙げでマッチングしなければ済むわけだが、こういった病院を紹介受診重点医療機関という名前にし、該当すると現行の5,000円プラス2,000円の定額負担を求められる。

患者が紹介状を持って来ない病院は結構多い。地

域医療支援病院でも5割ぐらいで、病院全体では6割から7割が患者が紹介状を持って来ない。特定機能病院はさすがに持って来ない方は3割ぐらいだが、まだ非常に多いので、これを進めて保険財政を少しでも楽にさせようというのがねらいである。ただし、紹介と逆紹介はしっかりと進めていただくので、かかりつけ医機能を担う医療機関にとっては良いことだと思う。

外来機能報告の報告事項はたくさんあるので大変だが、こういうデータは厚生労働省も財務省もすぐ欲しがっている材料だと思う。ただ、NDBで相当部分は捕捉できているので、それ以外の情報を手に入れたいのと思う。

データを集めるのは、我々にとっても良いこともあるが、非常に悪いこともある。結局、病院の中のことが丸裸になる。在宅医療でも今回点数を付けて、データを出せば加算が付くが、在宅医療の内容も、恐らくデータがしっかり取られることになると思う。紹介受診重点医療機関は外来が減るので、その分800点を入院初日に付けたということである。元々、地域医療支援病院には1,000点が付いているが、地域医療支援病院が紹介受診重点医療機関になったとしても、800点がさらにプラスでもらえるわけではない。元々1,000点もらっているところはそのまま、新しく広げたところの紹介受診重点医療機関に800点が付いたということである。だから、特定機能病院も地域医療支援病院も範疇としては紹介受診重点医療機関に入るが、元々は定額負担制度の徴収義務対象となる一般病床200床以上の病院の範囲を広げたいという考えがある。有床診も入るし、無床診も考え方としては入るが、今のところこれになったからといって特別な点数は付いていない。外来にいろいろな点数をさらに付けると非常にいろいろな点でハレーションを来すので、日本医師会としては、まずは病院の入院の加算で評価する形にしたいと考えている。外来で点数が付き始めると収拾がつかなくなり、いろいろところで考え方が違ってくるので、好ましくないと思っている。

外来機能報告は、地域医療構想調整会議のようところで協議をしていただき、手挙げをして、内容が整ったところから公表していくことになる。強制ではないので、協議を行って、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限って、紹介受診重点医療機関として公表を行うことになって

いる。協議の進め方については、日本医師会で説明会を開催しているので省略する。

V. 地域における面としてのかかりつけ医機能

先ほどの外来機能報告は、病院とかかりつけ医の横の連携の流れであるが、かかりつけ医機能報告は、診療所や中小病院を中心としたかかりつけ医機能の話で、ある意味縦方向に伸ばす考え方なので、連携とそれぞれの機能を高めることによって、まさに面として地域医療を支えるという考え方である。つまり、外来機能報告とかかりつけ医機能報告は全然違うものである。

まさに地域に根差した医師の活動は、共同利用施設と非常に密接なかかわり合いを持っている。特に地域保健や公衆衛生活動、それから休日夜間急患センターは、医師会がコントロールタワーとなって地域を支える役目をしている。これはある意味、医師会の存在理念であり、自分たちの医療機関だけではなく、10人、50人、100人、200人がこういった仕事を手分けして、医師会でコントロールしてやっているということをもっと広く言っていかなければならない。今回、日本医師会では、我々の活動を国民の方々にも広く知っていただけるように「地域に根ざした医師会活動プロジェクト」を立ち上げ、年2回シンポジウムを開催することにした。在宅医療やいろいろな取り組みについて、渡辺常任理事と黒瀬常任理事の2人が中心になって考えていただき、この秋にも1回目を開催する予定である。

かかりつけ医機能に関する議論の流れだが、これは法案が閣議決定されて、その後、衆・参での審議を経て可決・成立したので、今後はかかりつけ医機能はどのようなものかということのを省令で考えていかなければならない。この秋からは本会役員が厚生労働省の会議に参画し、かかりつけ医機能について検討することになっている。

よく我々がかかりつけ医機能の話をする時、先生方からは、例えば警察医の仕事や学校保健、産業保健の仕事は全部かかりつけ医の仕事ではないと言われる。その通りだが、実際にやっている仕事とそれを法の中に入れ込むのとは次元が違う。つまり、我々は一生懸命それらに取り組んでいるが、全部を法に入れられて義務化されてしまったら、大変なことになってしまう。最初は、特に慢性疾患を有する高齢者等に対するかかりつけ医機能を中心に検討を

進めていくが、決して小児や他科を軽んじているわけではない。実際にやっていることと法的な縛りをつける話は違うということをご理解いただきたい。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶもので、かかりつけ医を持つことを国民に義務付けない、どの診療科でもよい、複数でもよいものであり、それに対し、1人の医師だけを登録するという登録制には反対などと主張し、「かかりつけ医制度」をつくりたいという財務省の考え方は阻止することができた。この財務省のいう「かかりつけ医制度」は、患者に1人の医師をかかりつけ医として登録させて、ほとんどの疾患はそこで診るというもので、いろいろな管理料もそこだけしか取れないようにして、患者がかかりつけ医以外、例えば眼科、耳鼻科、整形外科、皮膚科に行きたい時には、そのかかりつけ医を通さないと行けなくしてしまうという制度化である。つまり、かかりつけ医と非かかりつけ医を分けて、制限をかけてフリーアクセスではないようにするのが彼らの言う制度化なので、我々は反対してきた。現在の良い制度を守りつつ、我々医師も患者からかかりつけ医と呼ばれるよう自ら積極的に研鑽を積んで機能を高め、できることを増やしていくことが必要だということは言い続けている。だから、「日医かかりつけ医機能研修制度」をしっかりと受講していただきたい。先日も応用研修があったが、都道府県医師会長名に日本医師会長名もプラスして、両方の名前で作成証を発行するというのを進めていきたい。

かかりつけ医機能報告制度の開始は2025年4月であり、そこまでにいろいろな協議がまたなされていく。かかりつけ医についての歴史的な経緯では、村瀬会長の時代から唐澤会長、原中会長、横倉会長、中川会長、そして私と、連綿とした歴史がある。ここまで38年かかっている。さらに、またこれを少しずつハレーションを来さないように支えていく。

VI. 改正感染症法等による協定等

新興感染症については、改正感染症法等のことで非常にご心配をおかけした。わかりづらい面があることと、未知の感染症が来た時に1類や2類感染症だったらどうするのかとか、協定締結医療機関になってもそんなことできるわけがないとおっしゃっている方がいるが、そうではなくて、協定を締結した場合に、病床確保は「第一種協定指定医療機関」と

なり、発熱外来、自宅療養・宿泊療養等は「第二種協定指定医療機関」になる。これと、元々の「第一種感染症指定医療機関」と「第二種感染症指定医療機関」があるのでわかりづらいが、こちらは元々は感染症指定医療機関であり、また「特定感染症指定医療機関」は成田赤十字病院など全国で4病院ある。ここは、新感染症から一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症まで全部担当する。56ある第一種感染症指定医療機関は、例えば岡山県では岡山大学、広島県では広島大学が入っている。また、第二種感染症指定医療機関は348あり、岡山県では倉敷中央病院、岡山市立市民病院、南岡山医療センター、平病院、津山中央病院、岡山県健康づくり財団附属病院の6病院になっている。

今回増やしたものは、これも感染症指定医療機関とはなるが、従前の一種、二種とはまた違う枠組みのものになる。恐らく、新型コロナウイルス感染症や新型インフルエンザ等感染症を対象とする形の枠組みが新しくできるだろう。だから、一類感染症や二類感染症を扱うわけではなく、感染症の特性に合わせて協定を見直すほか、医療機関の規模や人員等確かめた上で結ぶことになるので、医療機関の能力を超えたものを求められているわけではない。罰則規定などを前面に議論されたところもあるが、強制される仕組みではないので、実情をきちんと見て判断していただきたい。例えば、自院で発熱外来を行えない場合であっても、地域医師会によるセンター方式への参加という選択肢もあるので、じっくりと構えていただきたい。

Ⅶ. 医師の働き方改革

「医師の健康確保」と「地域医療の継続性」も大事だが、「医療・医学の質の維持・向上」も絶対的な課題であり、ここを落として前出の2つができて意味がないと思っている。

今、日本医師会の医療機関勤務環境評価センターに出されている数では、宿日直許可が、令和2年が144件、令和3年が233件、令和4年は1,369件と、ずいぶん許可件数が増えた。産科の有床診でも許可が出ているところがあるので、そういった有効事例をしっかりと示しながら、さらに取るところは支援していきたい。

月別の受付状況では、現在450件受け付けており、中国・四国地区は31件申請している。大学病院は

全国で121件なので、大学病院はほとんど受審されている。

申請全体としてはB水準が一番多いが、大学病院では連携B水準が一番多い。これはそれぞれ重なって申請できるので、トータルは100%にはならない。いろいろなサポートをこれからもしていくので、ぜひよろしくお願ひしたい。

Ⅷ. 医療界におけるDX

医療DXは、先生方がご苦労されていて、不具合もたくさん出てきた中で、拙速に進めることに対する懸念はこれまでも伺っている。ご心配の通りとも思うが、ただ医療DXは政府の方針として、我々もしっかりと協力していかなければいけない。医療機関や国民の不安をきちんと払拭してもらいたいということ、昨日も厚生労働大臣とお会いする会議があり、しっかりと述べさせていただいた。

マイナンバーカードと健康保険証を一体化する話だが、健康保険証自体が来年の秋に廃止されることは法的に決まっているのでなかなか難しいが、資格確認書を5年間延長した形で、健康保険証廃止以降もこの資格確認書で実質的に保険証がそのまま使える形にはなったので、私は前進していると受け止めている。ただ、現場ではいろいろな問題が出てくると思うし、不具合も考えられるので、それを一つ一つ解決するのは大変である。

Ⅸ. 医師会の組織力強化

日本医師会の会員数は、現時点で17万5,000人を超えた。普通は春から夏にかけて17万1,000人ぐらいに減るが、今年はあまり減らないで少しずつ増えてきた。これは入会促進について各医師会で先生方が取り組んでいただいたおかげであり、感謝する。本会では4人の常任理事を増員し、それぞれ力を発揮していただいております。さらに増やしていきたいと思っている。

日本の医師の総数は33万9,600人であるが、これは令和3年12月1日現在の数である。大体1年に9,000人医師になり、3,500人ぐらい死亡を含めてリタイアしていくので、1年に大体5,500人ぐらい、2年で1万1,000人ぐらい医師が増える。今年12月1日の三師調査では、日本の医師の総数が35万人前後になるのではないかと思うので、17万5,000人では5割ぎりぎりである。だから、もう少し上積み

をしないと、12月1日の時点で組織率が50%を切ってしまう可能性がある。

ここで改めてお願いをしたいのは、何とか年末まで頑張って2,000人増やしていただきたい。17万7,000人ぐらいに増やすと、50%を切るという最悪の事態は防げるのではないかと思うので、特段のご協力をお願いしたい。

また、卒後5年目までの会費減免・無料化を実施した。都道府県医師会ではほとんどご協力いただいていると思うが、郡市区等医師会においてもぜひ追隨していただきたいと思う。入会金についても特段のご配慮をいただきたい。

X. 消費税インボイス制度への対応

10月1日から消費税インボイス制度が始まる。医師会の視点と、もう1つは医療機関の視点がある。自治体や保険者からの委託事業の費用の決済の流れだが、医師会で事業収入として上げてそれを医療機関に払うという流れと、医師会は全然関係なしに流れる場合がある。

医師会を通す場合でも、実態としては「預り金」のような形で、いわゆる「取次ぎ」と言っているが、ほとんど医師会の身にはなっていない。素通しのような形で医療機関に流れているだけということもあるほか、1回医師会の収入に上げてそれから医療機関に払うという流れがある。

医師会にとっては、「取次ぎ」の場合はあまり問題ない。医師会が「直接受託」して経理上「課税売上」にしている場合で、医療機関が課税事業者の場合、例えば1,000万円以上の自由診療の売上がある場合である。社会保険診療報酬は控除対象外消費税で税がかからない。税がかかるのは自由診療分だけだから、多くの小児科の先生は予防接種をしており、また産婦人科の先生は自由診療が多いので、課税事業者になっている方が非常に多いと思うが、それ以外の診療科の先生方は予防接種をたくさんやらなければ免税事業者になっていると思う。課税事業者の場合には元々インボイスを発行しなければならなくなるので、それほど大きな問題は起きない。医療機関から医師会にインボイスを発行すれば済むわけである。

問題なのは、医師会が「直接受託」していて経理上「課税売上」をしている場合で、医療機関が免税事業者になっている場合である。免税事業者であ

れば、自治体や保険者からインボイス登録や見直しの要請があるかもしれないが、現時点ではそういう事例報告はない。つまり、価格を下げろとか見直してほしいとかといった話は聞こえて来ないが、これまで通り、例えば1万円のを1万1,000円にして行政から医師会に入って、それを免税事業者に1万1,000円のまま出してしまうと、医師会としては1万1,000円の1,000円分だけいわゆる損税になってしまう。だから、免税事業者も課税事業者に転じてもらうのか、工夫して医師会に損がないような形にしてもらうのかということになる。そこを強制的に要請してしまうと、非常にハレーションを来すということである。

ただ、課税になった場合でも、簡易課税制度やいわゆる2割特例もあり、免税の場合でも3年間は80%、次の3年は50%という暫定的な控除もある。1万1,000円入って1,000円を医師会で差し引いて免税事業者に1万円しか払わないと一方的に通告することは、独禁法違反になる恐れがあるので注意しなければならない。大きな医師会で3億円とか受託していて、そのうち仮に1億円でも、その10%をかぶってしまえば1,000万円ほど医師会としてはある意味損税になってしまうので、会員の先生方に納得していただきながら進めなければならない。

しかし、無床診療所の先生方は、なるべく課税事業者になりたくないと思っていると思う。だから、今の診療報酬でも無床診療所は控除対象外消費税で乗り切ろうということになっているが、それと同じで、免税事業者のままでインボイスを発行せず、その代わりに価格交渉として一定額を値引きする、というのが恐らく現実的な対応ではないかと思う。免税事業者のまま、インボイスを発行せず、値引きにも応じないということになると、面倒くさい話になるが、行政からの委託事業では想定しにくい。医師会相手だとそういった形で応じない人もいるかもしれないが、企業健診はもう取引しないとされる可能性もある。ここのところは注意が必要である。

税制改正要望で、控除対象外消費税は、診療所においては非課税のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改めることということで、要望は出している。これは診療所の多くが免税事業者にとどまることが可能な要望となっている。インボイス制度は消費税の課税取引を対象とするものであることから、本要望が診

療所におけるインボイス制度の適用に特段の影響を及ぼすものではない。

XII. 医療をとりまく最近の課題

ナースプラクティショナー（以下、NP）を求める動きがあるが、これに対し、日本医師会としては、病院の中で特定行為研修を修了した看護師によってタスク・シェアをやっていただく分にはよいと思う。しかし、日看協や規制改革推進会議が言っているのは、NP制度をつくり、独立開業させて、軽症者はこういった方々に診させようという考え方である。

フランスでは、NPダイレクト・アクセス法が成立して、まさに患者が望めば医師を受診せずに、NPや薬剤師、理学療法士にダイレクトに受診できるようになってしまった。多少の制限はあるが、初回処方も可能である。つまり、ある意味医療の安全性を無視した、まさに医療費を下げることを考えた法である。日本でも少しずつこういった考え方が出ている。絶対反対しなければならない。

医薬品の安定供給確保については要望しているが、少し時間がかかるだろう。ぜひ今後もみんなで一体となって、特に年末のトリプル改定に向けては力を尽くしていきたい。これで私の話を終わらせていただく。ご清聴賜り感謝する。

○松山座長（岡山県医師会長）

本日は、物価高騰、外来機能報告、かかりつけ医療機能、感染症法等の改正、医療DX、マイナンバー、最終的にはNPやフランスの医療制度近代化法など、かなり厳しいお話もたくさんしていただいた。

せっかくなので、少しご質問を受けたいと思う。

<質疑応答>

○キタノ（不明）

インボイスのことでお伺いしたい。特定健診や特定保健指導の場合は、通常の一般会計ではなく特別会計と言われている。特別会計である場合には、普通はそういうことはないと思うが、行政がインボイスを要請する可能性がある。インボイスを採用している医療機関や医師会があると、インボイスを発行しなければならない可能性が出てくる。そうした場合は大変煩雑になるので、国保連合会などが行政と対峙して、代理交付という形で何とか処理していただければ助かる。

もう1つは、「取次ぎ」になった場合、インボイスを取らなくてもよいということだが、その受託者はどういう形になるのか。今まで医師会とされているところがあるが、医師会でよいのか、医師会と実施医療機関を併記して書くのか、それとも医師会が実施医療機関の代表という形で書くのか。「取次ぎ」という定義にどういう要件がかかっていくのかが問題になる可能性がある。

○松本吉郎（日本医師会長）

特別会計なら問題が起きるとするのは、先生のおっしゃる通りで、今のところ実際の例はないが、可能性はあり得ると思う。その時には我々も知恵を絞って、行政とも相談しなければならない。

○西野繁樹（広島県医常任理事）

感染症法が変わって協定の話が出た時に、厚生労働省が管轄する範囲内のことでしか話が出ないが、やはりコロナで問題になったのは医薬品の供給のことで、それに対して我々も国や製薬業者に対してはお願いしかできなかった。非常事態になった時に、例えば特定の医薬品の製造に関してそちらにシフトするような指導は、残念ながら今の薬機法に関して薬剤の安全使用にしかついておらず、供給安定のことに限っては法的な根拠がない。政府と話をする時に、厚生労働省管轄以外のことにしても要望を上げていただき、国がそういった指導ができる、強制力が持てるような法の建て付けにしていきたい。

○松本吉郎（日本医師会長）

おっしゃる通りだが、薬事に関しては難しい問題が山積している。今回も零売や敷地内薬局の問題が出てきている。零売のほうは、処方箋なしで医療機関にかからず保険医薬品を売ることができるという形になっているのは本当におかしな話だが、これについては国の検討会で実質的にできなくなるような形で進んでいる。一つ一つ時間をかけてやっていきたいと思う。ここは宮川常任理事が担当で頑張っているが、恐らく、現在の不安定供給に関しては数年かけないと難しいだろうという話にもなっているので、先生のご意見を踏まえながら、しっかり取り組んでいきたい。

○松山正春（岡山県医師会長）

本日は詳しいお話をたくさんしていただき感謝する。今後ますますご活躍のうへ、今回のトリプル改定に向けて、会員のためにぜひ頑張ってください。

令和4・5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

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長 函館市医師会長
大原正範

I. はじめに

この協議会は、地域住民の健康保持、増進に努める、医師会共同利用施設の病院、検査センター・健診センターに携わる施設長や管理者で構成されており今回は、令和4年度、令和5年度の活動報告である。

II. ホームページを活用した施設紹介

- 一般社団法人松本市医師会検査健診センター
- 公益社団法人宮崎市郡医師会病院
- 一般社団法人佐野市医師会附属佐野医師会病院
- 一般社団法人半田市医師会健康管理センター

III. インボイス制度と電子帳簿保存法のアンケート調査について（抜粋）

- ・インボイス制度について
「対応をしている」もしくは「対応を予定している」
…………… 72%
- ・電子請求書の発行割合
「3割以下」…………… 77%
- ・電子帳簿保存法について
「認識している」…………… 63%
「既に対策を取っている」…………… 8%

IV. 令和4年度年次大会

会期：7月15・16日
担当：東北・北海道地区
会場：ホテル函館ロイヤル

〈分科会〉

- 1 健診関連：健診施設の健全経営について
- 2 人事管理関連：働き方改革～採用、職場環境、ハラスメントについて

3 検査関連：検査施設における民間会社との提 (連)携

〈講演会〉

①医療関係職種の仕事シフト・シェアについて

—医師の働き方改革の推進の観点から—
厚生労働省医政局医事課長 山本英紀先生

医師労働時間の短縮計画の作成や、高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設、当該医療機関における健康確保措置の実施など。

各医療関係職種の専門性の活用については、業務範囲の見直しを行い、タスク・シフト/シェアを推進し、専門性を活かすために業務拡大等を行うと指示された。

②健康保険・厚生年金保険の適用拡大～2022年10月1日

社労士事務所みなとコンサルティング所長

池内美佐子先生

パート職員などが、社会保険適用拡大において、勤務時間数など事業所への影響を解説。

③やさしい税金教室

菊地喜久税理士事務所所長 菊地喜久先生

個人に関する税金について

〈特別講演〉

「これからの医療と医師会共同利用施設」

日本医師会長 松本吉郎先生

新型コロナウイルス感染症の対応について、地域外来検査センターや発熱外来診療体制において医師会検査センターが重要な役割を果たした。また、新型コロナウイルス感染症対応下での医師会検査・健診センターの経営調査を実施し、医師会共同利用施設が、かかりつけ医を支え、地域住民の健康を守り、地域包括ケアシステムの充実に寄

与する重要なインフラであると述べられた。

V. 令和5年度年次大会

会期：7月21・22日

担当：九州地区

場所：ホテルクラウンパレス小倉

〈分科会〉

- 1 検査関連：会員施設，各医師会との連携，民間検査センターとの競合，下がる保険点数への対応について
- 2 健診関連：フォローアップ体制，当日面接の運用，PHRの取り組み，感染症引き下げに伴う感染対策について
- 3 人事・管理関連：傷病手当，面接ポイント，ハラスメント対策，職員のスキルアップのための教育制度について

〈講演会〉

①「医療DXの取り組みについて」

厚生労働省医政局参事官 田中彰子先生

全国医療情報プラットフォームの創設，電子カルテ情報の標準化等及び診療報酬改定DXの取り組みが示された。病院の電子カルテへの移行とそれに伴うセキュリティの問題，電子認証やマイナンバーの問題など，積極的に取り組みたいと述べられた。

②「タスク・シフト／シェアの現状」について

日本臨床衛生検査技師会副会長 丸田秀夫先生

臨床検査技師会の指定講習会に，会員の半数が講習を受講し，さらに受講者増加を目指し臨床検査技師の活躍の場の拡大と信頼度の向上につなげ

たいと述べられた。

③「組織を成長させる人材育成について」

広島大学病院診療支援部長 山崎真一先生

社会全体の働き方が変化し，勝手に育つ時代から育てる時代へ時代が変化したことにより，広島大学診療支援部の多職種が所属している部署で，組織を成長させる人材育成について，具体的に職種の連携や研修会などの取り組みについて紹介された。

〈特別講演〉

「これからの医療と医師会共同利用施設」

日本医師会長 松本吉郎先生

令和6年4月は，診療，介護，障害福祉サービス等報酬のトリプル改定，医療，介護保険事業，健康増進計画等が開始され，さらには，医師の働き方改革がスタートする年である。本連絡協議会の会員施設にも大きくかわる事象であると述べられた。

また，地域の医療機関がランサムウェアの攻撃にさらされ，診療や経営に大きな影響を受けた事例が発生している中で医療DXを進めるにはどのような対策を講じるべきか，考慮していく必要があると述べられた。

VI. おわりに

医師会共同利用施設は，地域住民の健康を守る重要な拠点として邁進していくことを再認識した。

結びに，当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る。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

第1分科会（医師会病院関係）

司会 佐藤 正浩（岡山県医師会会計担当理事）

座長 池田 琢哉（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

1. 能代山本医師会病院（秋田県）

「病院経営危機を乗り越える～かかりつけ医機能を支援しながら～」

能代山本医師会病院長

加藤 裕治郎

I. はじめに

当院は秋田県能代市に、能代市山本郡医師会が昭和59年に設立した病床200床（一般病床165床、療養病床35床）の病院である。能代市と山本郡3町を合わせた現在約7万人の二次医療圏で、医師会立病院としてかかりつけ医機能を支援してきたが、その経営は順風満帆とは言えず、如何にして経営危機を乗り越えてきたかを以下に示す。

II. 地域医療支援病院としてかかりつけ医機能を支援

当院は開業後すぐ平成に入ると、累積損益が赤字で推移し、平成4年には3億5千万円の累積赤字となった。以後、外科を中心に診療報酬を得て徐々に赤字を減らし、平成12年に全国で12番目の地域医療支援病院として承認されてからは、地域医療支援病院入院診療加算年間1,500万円程度を得て累積損益は黒字化し、呼吸器外科などの診療科を増やしながら、累積損益は平成23年には2億7千万円まで増加した。平成26年の新棟増築時には一時損益が赤字となったが、以降は黒字で推移していた（図1）。地域医療支援病院としては紹介患者の入院を受け入れ共同診療を行い、CT、MRI等の医療機器の共同利用、検体検査センターとしての役割、かかりつけ医の参加する勉強会の開催、救急医療の受け入れなどを行い、かかりつけ医機能を支援してきた。

その他、かかりつけ医機能を支援するシステムと

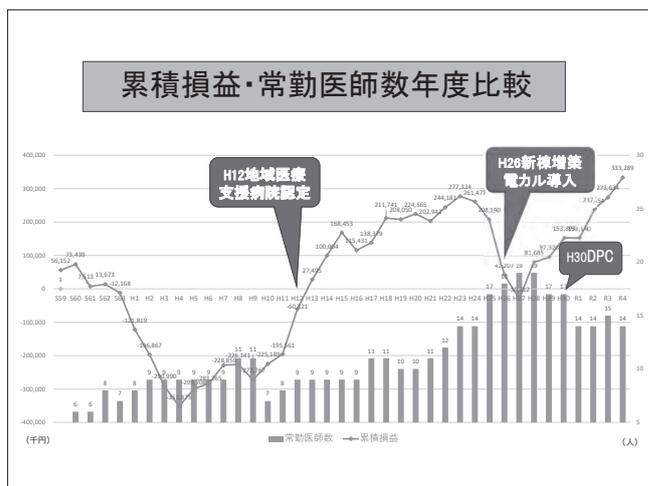


図1

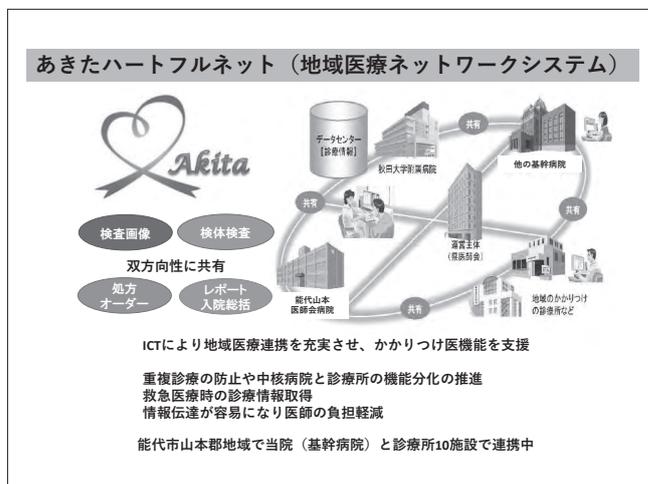


図2

して、「あきたハートフルネット」という地域医療ネットワークシステムを導入している(図2)。これはICTにより地域医療連携を密にするもので、検査の画像、検体検査、処方やオーダー、検査のレポートや入院総括を、当院とクリニックの間で双方向性に共有できるものである。これにより、重複診療が避けられ、中核病院と診療所の機能分化が得られるようになった。そして、情報伝達が容易になり、「詳しくはハートフルネットをご覧ください」で済むため、特に病院医師の診療情報提供の負担が軽減されている。

Ⅲ. 診療科撤退の経営危機

平成30年3月、秋田大学から派遣されていた呼吸器外科が、市内の他病院に移動するという事態に見舞われた。移動の理由は、呼吸器内科がある病院での呼吸器外科診療が望ましいということであった。これは、地域医療構想の中で肺がん手術を行っている市内の総合病院にがん治療を集約していきたい県の思惑と一致したものであった。秋田県北の肺がん手術を担い、年間4億円あまりの診療報酬を得ていた科の撤退は、危機的状況を来す可能性があった。呼吸器外科が撤退した前後の手術件数と手術・麻酔料を比較すると、撤退前の平成30年度の全身麻酔件数は528件だったのが、撤退後の令和元年度以降では400台前半となり、年間90～120件減少した。手術・麻酔料も平成30年には3億6,800万円だったものが、2億6,000万円程度と、年間1億円前後減少している(図3)。当院でこの経営危機に対して取った対策は、以下の通りである。

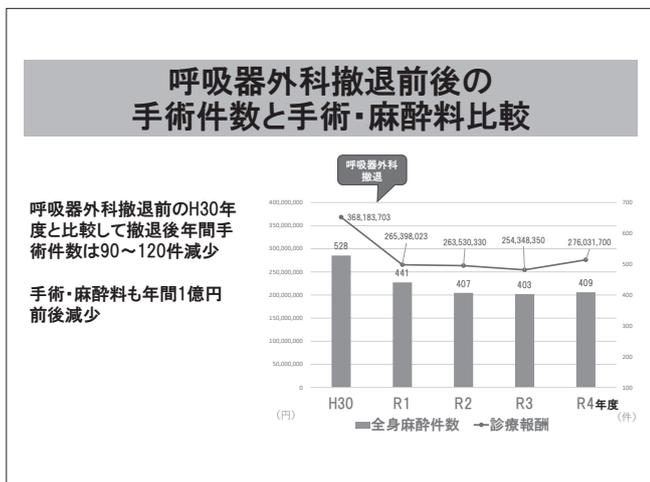


図3

1) 非常勤医師の増強

非常勤医師の外来診療と検査の派遣を大学病院等に依頼して増強し、かかりつけ医からの紹介受け入れ体制を強化した。常勤のいない整形外科の外来を週2回から4回に増やし、循環器内科外来を新たに非常勤医師で開設、消化器内科非常勤医による内視鏡検査を週2回から5回に増やした。その結果、令和元年度以降は非常勤医師を延べ人数で年間100人増やし、かかりつけ医からの紹介に対応した。令和4年度は新型コロナクラスターにより、3週間非常勤医師の応援を受けられず減少した(図4)。

2) 在宅療養支援病院となる

ベッド数を200床から197床に減らし、200床未満の在宅療養支援病院としての要件を満たして、令和元年9月より訪問診療を開始した。地域医療支援病院は原則200床以上であることが条件である一方、在宅療養支援病院となるには200床未満である必要があった。そこで県と交渉し、197床に減らしても地域医療支援病院として認めてもらうこととなった。

当院の在宅療養支援病院としての役割は、クリニックの訪問診療と競合するものではなく、訪問看護ステーションと連携してがんの終末期を自宅で過ごしたい人にほぼ特化している。特に、クリニックでは管理しにくい医療用麻薬を使用している患者はよい対象である。訪問診療の延べ人数は徐々に増えているが、まだ年間26人程度と多くはなく、得られる診療報酬も年間130万円程度であるが、終末期を自宅で過ごしたい患者や家族に喜んでいただいております。少数でも在宅療養に対応できる体制を作った意

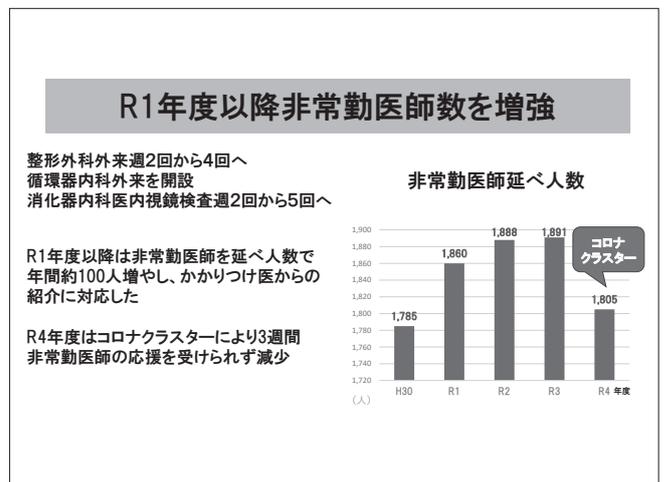


図4

義は大きいと考えている（図5）。訪問看護ステーションと連携して訪問診療を2週に1回程度行い、24時間体制で往診にも応じる体制をとっているが、休日夜間の看取りは訪問看護が対応した後、翌朝医師が往診して確認する取り決めとしているため、病院医師への負担も大きくはない。訪問診療を施行した患者21人の転帰を示す。男性8人、女性13人、平均年齢75歳で在宅日数は1日から4か月、継続中の方が1人である。疾患はがん17人、がん以外4人である。在宅で実際に看取った人は14人(70%)、病院に再入院した後看取った方は4人(20%)、救急搬送されてその日に亡くなった方が2人(10%)であった（図6）。

また、在宅療養支援病院となることで外来初診時の機能強化加算（80点）を算定でき、200床未満となることで外来の特定疾患療養管理料（87点）を算定できるようにもなり、合わせて年間900万円程

度の診療報酬を得られるようになった（図7）。

3) 地域包括ケア病床16床の運用開始

令和元年11月より、急性期病床のうち16床を地域包括ケア病床へ転換し、院内外のポストアキュート患者の退院までの受け皿を作り、高齢者のサブアキュート入院やかかりつけ医が訪問診療している患者のレスパイト入院にも対応した。地域包括ケア病床のDPC/出来高と比較した診療報酬の増額は年間1,300万円まで達したが、令和4年度は入退院支援1を取れていないことから、入院管理料が90/100に減額されたため700万円にとどまっております。令和5年度には入退院支援1を取得した（図8）。

4) 土曜がんどックを開始

休止状態だった人間ドックを、令和元年11月より土曜日限定のがんに特化した「土曜がんどック」

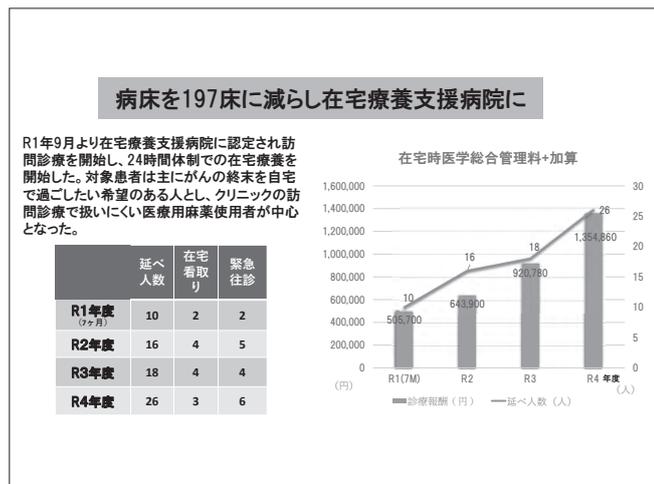


図5

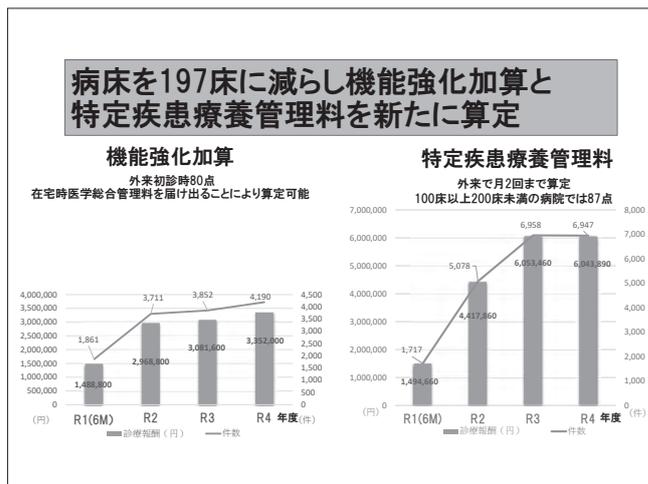


図7

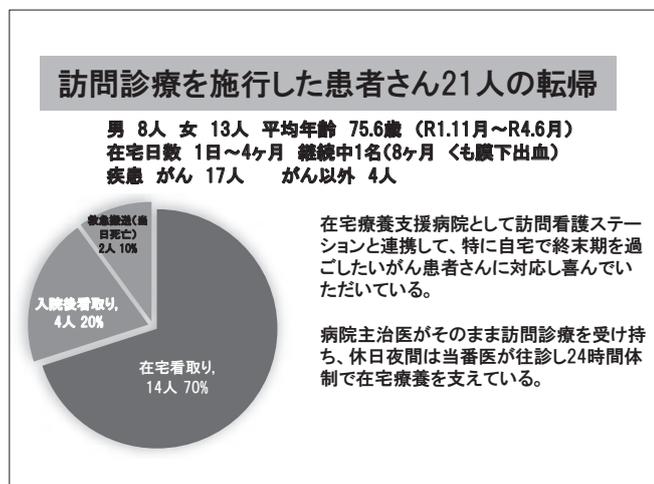


図6

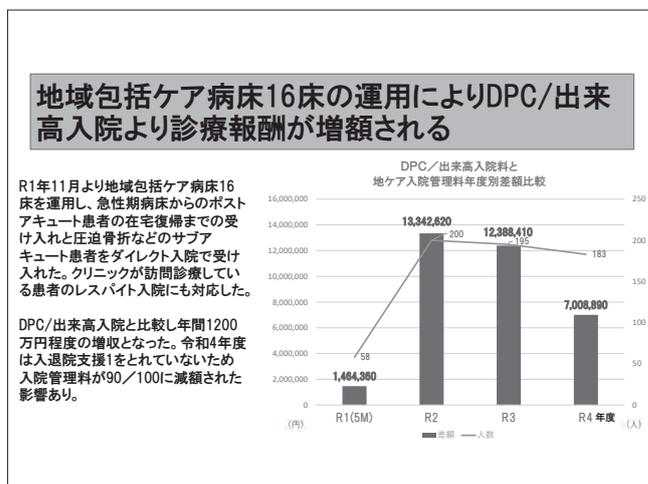


図8

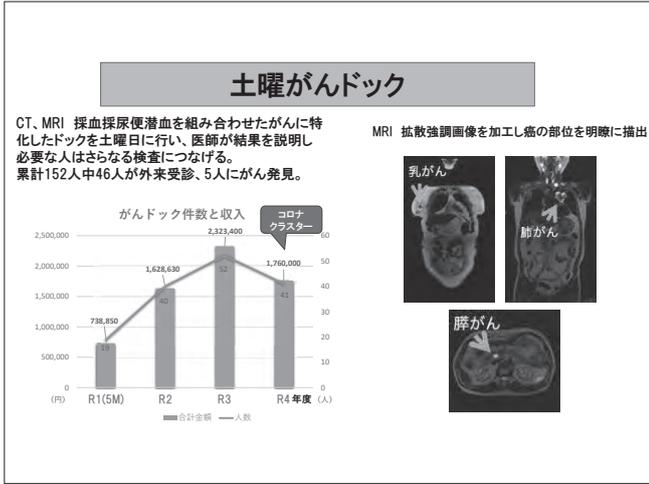


図 9

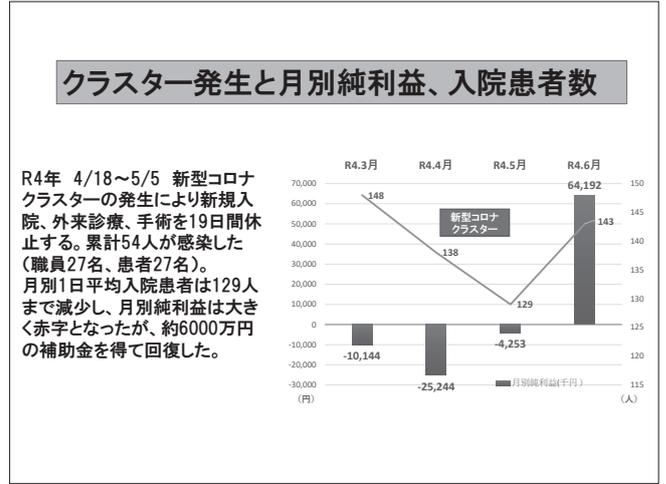


図 11

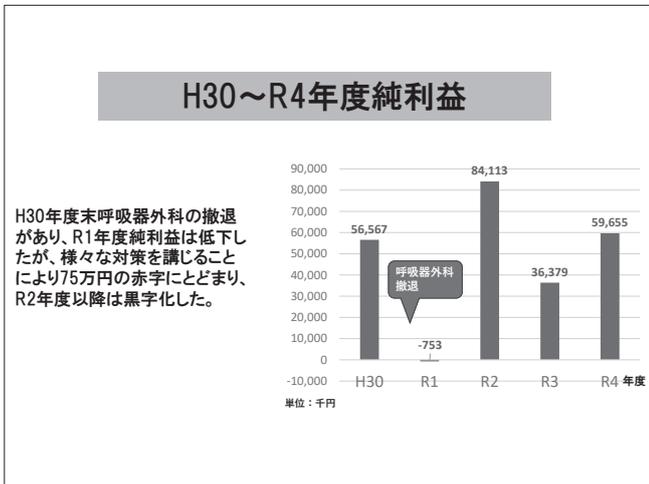


図 10

IV. 新型コロナクラスターによる危機

令和4年4月18日から5月5日、新型コロナクラスターの発生により、新規入院、外来診療、手術を19日間休止した。累計54人(職員27人、患者27人)が感染して、これはその当時の秋田県の病院クラスターの最大のものであった。月別1日平均入院患者数は129人まで減少して、純利益も4月には2,500万円マイナスとなったが、当院は新型コロナ患者の入院受け入れはしていなかったが、最大20人の新型コロナ患者の入院診療を行ったことで重点医療機関同様と見なされ、6月に6,000万円の補助金を県から得て、令和4年度も黒字決済となった(図11)。

V. まとめ

当院は地域医療支援病院に承認されることにより、かかりつけ医機能を支援しながら経営基盤を安定させてきた。最近では呼吸器外科撤退による経営危機に直面し、危機感を持ってさまざまな対策を講じた結果、撤退後年度は赤字となったが、数十万円規模にとどまり、翌年からは黒字化した。

新型コロナクラスター発生による減収も大きかったが、コロナ患者を入院で診たことに対する補助金を得て、黒字収支となった。

職員がモチベーションを持ち一丸となって危機的状況に対応したことで、経営危機を乗り越えることができたと考えられる。

として復活させた。CTとMRI、採血等を組み合わせたもので、MRIでは拡散強調画像をT2画像とfusionしてPET-CTのような画像を構築し、がんの診断の一助としている。ドックは働き世代も受診しやすい土曜日に行い、医師が結果を説明し、追加の検査が必要な人はその場で外来予約を取っている。累計152人中46人が外来診療を受け、5人ががんを発見した。ドックでの収益は年間200万円前後である(図9)。

これらの対策を講じたことで、呼吸器外科の撤退した令和元年度は赤字となったが75万円にとどまり、翌年度からは黒字化している(図10)。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第1分科会（医師会病院関係）

司会 佐藤 正浩（岡山県医師会会計担当理事）

座長 池田 琢哉（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

2. 赤磐医師会病院（岡山県）

「当院におけるかかりつけ医機能支援に対するこれまでの取り組みと今後の課題について」

赤磐医師会理事 赤磐医師会病院長

佐藤 敦彦

I. はじめに

岡山県は5つの二次医療圏からなり、このうち赤磐医師会は県下最大の1,900km²の面積と県都岡山市を含む圏域人口約90万人の県南東部医療圏に属している。赤磐医師会は赤磐市全域と岡山市東区の一部を管轄しているが、南部の岡山市に隣接する地域に人口や医療機関が集中しており、北部の山間地域は高齢化率も40%超と非常に高く、医療過疎地域と言える（図1）。

岡山県全体でみると、県内に2つの医科大学があることが幸いし、県の人口10万人当たりの医師数は、2020年3月時点で336人と全国平均（247人）を大きく上回っているが、医師の多くは医科大学が

立地している岡山市と倉敷市に集中しており、その他の地域は圧倒的に医師不足となっている。

また、赤磐市の医療介護需要予測では、2023年現在、医療需要はほぼピークに達しており、介護需要も今後10年以内に減少局面に入ると予想されている（図2）。こうした医療環境の中、赤磐医師会病院は赤磐市内唯一の病院として、地域医療を一手に支えている地域基幹病院であり、昭和57年の開院当初よりこれまでに取り組んできたかかりつけ医との連携の実際や、当院独自の取り組みについて述べる。

II. 赤磐医師会病院の概要

赤磐医師会病院は岡山市のベッドタウンと言える

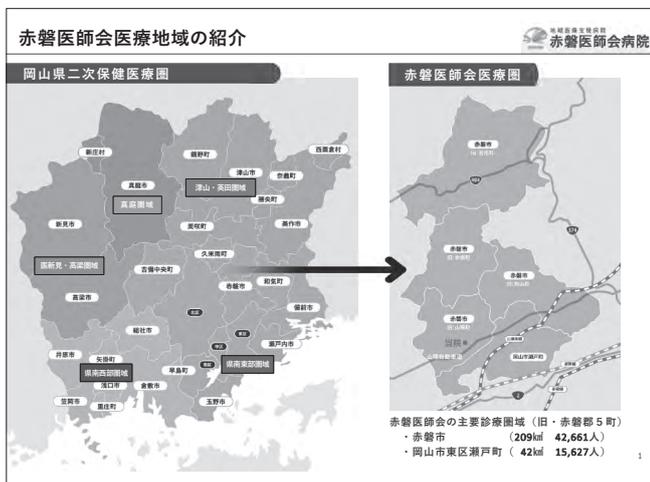


図1

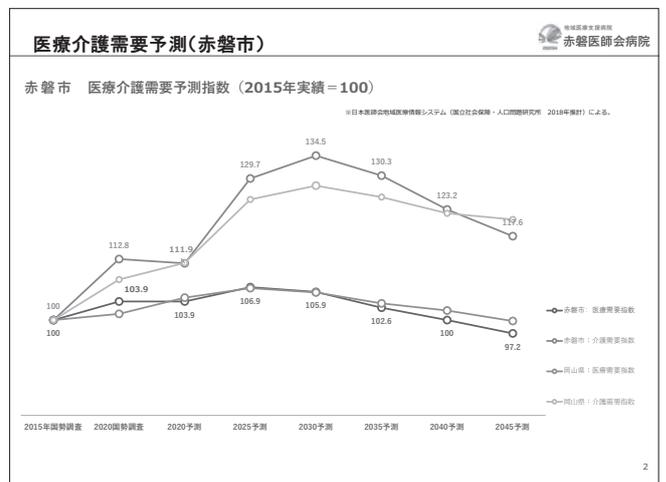


図2

赤磐市最南部，かつ高速道路のICや県内各方面に連なる県道の交差する交通の要衝に立地しており，開院以来，増床を繰り返し，現在は一般病棟103床，回復期リハビリテーション病棟50床，地域包括ケア病棟48床，医療型療養病棟44床の計245床を有するケアミックス型病院で，岡山市以东（東備地域）では最大規模の病床を有している（図3）。

当院の標榜科は，内科，外科，整形外科，リハビリテーション科，泌尿器科，脳神経内科，腎臓内科，循環器内科，呼吸器内科，糖尿病内科，消化器内科，放射線科の12科であるが，このうち常勤医師が存在する診療科は，内科，外科，整形外科の3科のみである。

Ⅲ. 赤磐医師会病院の特長について

1) 地域医療支援病院としての取り組み

当院は，開院当初より岡山県下で初めてオープンシステムを採用し，医師会員に病床を開放し，かかりつけ医と病院担当医による共同主治医制を取っている。また，地域の救急患者を積極的に受け入れ，平成16年より地域医療支援病院に承認されている。

入院患者延べ数は，平成27年度に赤磐市内にもう1つあった赤磐市民病院（50床）を吸収合併後より増加傾向であったが，令和年度に入ってコロナ禍となってからは，新型コロナの即応病床を確保するなどの理由で，入院患者は減少傾向にある（図4）。

当院の救急車受け入れ件数を示す（図5）。岡山市内には500床程度を有する大規模基幹病院が5～6施設もあり，平成年代には病院間競争による救急患者の奪い合いが常態化していたため，赤磐市の救急患者も岡山市内へ圏域外搬送されるケースが多

く，当院はいかに救急応需率を上げるかというのが大きな課題であった。しかし，令和年代に入り，コロナ禍の影響で状況が一変した。岡山市内での救急搬送困難事例が多発した影響で，当院への救急搬送依頼が増加するようになり，令和4年度は年間1,000件を超えて受け入れた半面，当院での受け入れ不能事例も増加することになった。

一方，当院は新型コロナウイルス感染症の重点医療機関には指定されていないが，まだコロナワクチンが登場してなかった令和2年11月に，中等症までの新型コロナ患者の受け入れを開始した。その後も，保健所等からの要請に応じて患者を継続的に受け入れてきた。令和5年5月の新型コロナウイルス感染症の5類相当への移行までに，東備地域最大の9床の即応病床が割り当てられ，第7波と第8波のピーク時には，院内感染を経験したこともあり，100%を超える病床稼働率となった（図6）。

病床数		
名称	赤磐医師会病院	
開設者	公益社団法人 赤磐医師会	
開設年月日	昭和57年3月1日	
所在地	岡山県赤磐市下市187番地1	
病床数	一般病床	103床
	回復期リハビリテーション病床	50床
	地域包括ケア病床	48床
	療養病床	44床
	計	245床

図3

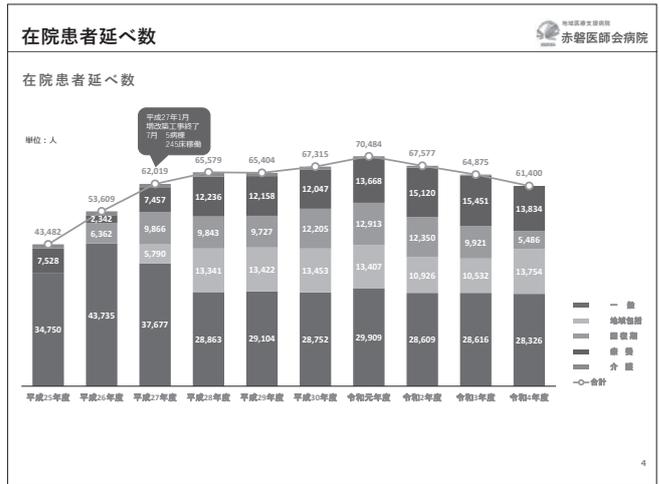


図4

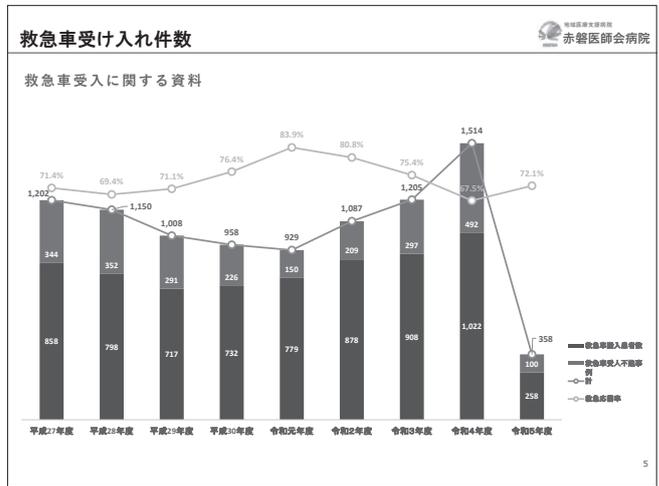


図5

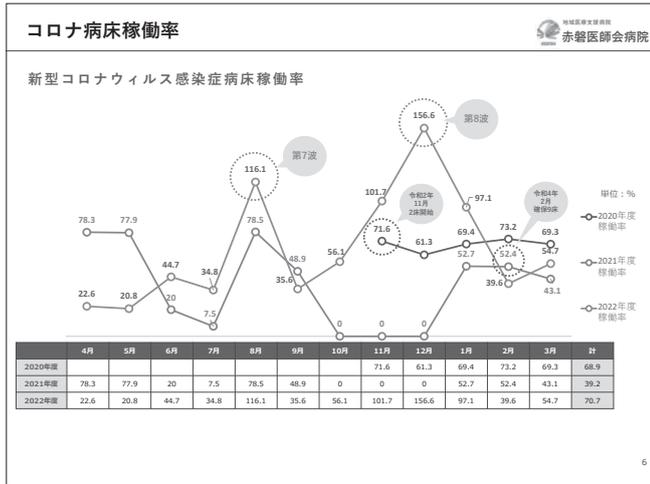


図6

また、当院は紹介受診重点医療機関にも指定されており、概ね80%台後半という高い紹介率と、100%を超える高い逆紹介率を常に維持している。

2) へき地医療拠点病院としての取り組み

当院は岡山県の指定するへき地医療拠点病院にも指定されており、病床規模の割に常勤医師数が17名と少ない中で、赤磐市北部や隣接する和気町の医療過疎地域の国保診療所などの4か所の医療施設に医師を派遣し、これらの地域における地域医療を長年にわたり支えている。

3) 在宅療養後方支援病院としての取り組み

医師会病院であるという特徴を活かして、地域医療連携室を中心に、かかりつけ医との間で患者の個人情報、病状などを当院と共有する目的で事前に登録しておき、当院への入院が必要となった際には常時速やかに入院させるというシステムである(図7)。当院の許可病床数が200床を超えた平成26年度より、在宅療養後方支援病院の届け出を行った。

このシステムは、患者側には在宅療養中の急変時に入院先が確約されているという安心感が得られるとともに、病院側にも入院初日に2,500点加算という大きなインセンティブが得られるので、病院経営上もメリットが大きい。コロナ禍を通じて、年間概ね100件弱の算定実績を得ている。

IV. 当院独自の取り組みについて

1) 地域高齢患者搬送業務

開院当初より、これまでも医師会員の要請に応

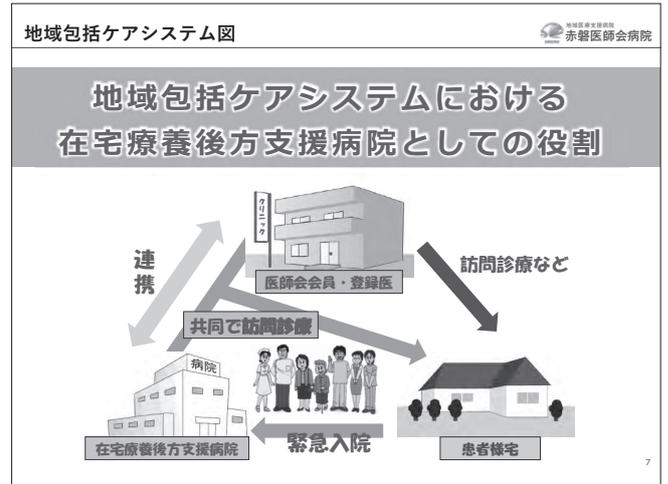


図7

じて、かかりつけ医療機関を受診した入院の必要な患者を、赤磐医師会病院まで搬送するという単発的な事例はあったが、医師会員の利便性を高め、病診間の共同施設利用をより推進する目的にて、平成30年度より制度化したのが、地域高齢患者搬送業務である。

医師会員から当院の地域医療連携室への要請により、診療所だけでなく、患者の自宅や会員が嘱託医をしている介護施設へも、当院から緊急自動車を出動させることができるようになった。これにより、かかりつけ医による電話1本で、患者家族や介護施設の職員が直接当院に患者搬送する必要がなくなるというメリットが生じた。当院からは、看護師1名、運転手1名、ストレッチャー移動が必要な場合はさらに補助者1名で、緊急自動車を使用して目的地までお迎えに上がっている。

対象となる患者は、直ちに救急搬送が必要とまでは言えないが、入院が必要と予想される高齢者とし、搬送に関わる利用者の負担金は発生しない。透析患者や介護施設の送迎とは異なり、退院時の送迎はしないなど、あくまでも準緊急的な対応に限定することで、医師会はもちろん、地元タクシー業界などからのクレームも一切なかった。

利用実績であるが、平成30年当初は週4件程度の利用があり、概ね好評であったが、コロナ禍以降、保健所による行政搬送が開始されて以降は利用が半減していた。しかし、新型コロナ5類相当に移行後には、少しずつ利用者数が回復してきている(図8)。

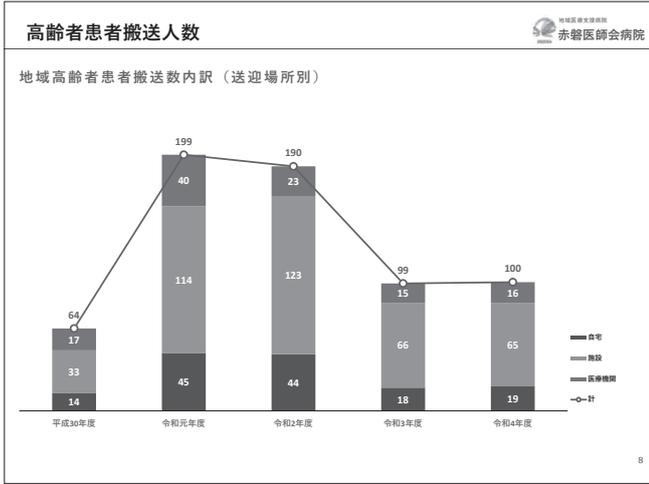


図 8

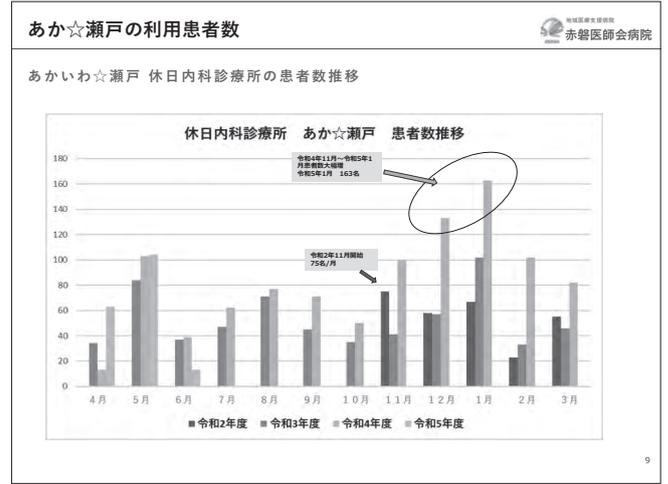


図 9

2) 「あか☆瀬戸休日内科診療所」の開設

昭和 57 年の赤磐医師会病院の開院に際して、病院内に休日診療所を設置して医師会員が休日当番医の責務を果たすという構想が既にあったが、この案には会員間での賛否両論があり、長らくペンディングとなっていた。しかし、新型コロナウイルス感染症の発生を契機として、職員に対する感染リスクの懸念から休日当番医を辞退したいという動きが見られたため、病院内に休日診療所を開設しようという機運が一気に高まることとなった。約半年間という短い準備期間を経て、令和 2 年 11 月に当院の感染外来の一部スペースを共同利用するという形式で、「あか☆瀬戸休日内科診療所」の運用が開始された。

さらに、この診療所の開設にはもう 1 つの目的があった。平成 30 年の西日本豪雨の経験を経て、水害や地震などの大規模災害時における常設訓練所としての意義であり、災害医療に対する取り組みともなっている。出務するスタッフは、医師会員の他に、当院または会員の医療機関に勤務する看護師、事務員の計 3 名とし、「あか☆瀬戸休日内科診療所」を利用するか、それとも会員自身の医療機関で診療を行うかは、当番医の任意とした。

開設日数は、月 3 ～ 4 日程度が多く、休日当番医の 2/3 程度が利用している計算となる。令和 4 年末～5 年初めには、新型コロナウイルス感染症第 8 波の影響により、100 人を超える多くの患者が受診している (図 9)。これらの取り組みに対して、令和 4 年度に岡山県医師会より、当番医の使命ならびに地域医療体制の堅持に貢献したとして、会長表彰を

受賞した。

V. 今後の課題

地域医療を担う病院の多くが悩んでいるように、当院も常勤医師の確保に苦労している。当院は、新専門医制度の発足を契機に、各科専攻医や岡山県の地域枠医師の確保に努めてきた。現在、岡山市内の大規模基幹病院の地域連携医療機関として、内科 5 施設、総合診療 2 施設、外科と整形外科は岡山大学病院との間で共同プログラムを提出しており、このうち内科専攻医のみ複数名の基幹施設からの派遣に成功している。また、整形外科医師は岡山県地域枠から前期研修医師を確保している。しかし、いずれも派遣期間は短期間であることが多く、安定した確保策というには程遠い。

また、医療資源のみならず、介護資源の偏在も大きな課題である。赤磐市北部には、在宅療養支援診療所は 1 か所しかなく、訪問看護ステーションすら 1 つもないのが実情である。高速道路が一部開通し、南部への移動は多少便利にはなったが、この地域での在宅医療は事実上崩壊している。当院がこうした医療介護の空白地帯をどう支援していくかというのも、今後の大きな課題と言える。

VI. おわりに

以上、当院でこれまでに取り組んできたかかりつけ医機能に対する支援の実際と、今後の課題について簡単に述べた。全国の医師会病院の置かれた医療環境はそれぞれ異なると思うが、今回の報告が各々の病院運営の一助になれば幸いである。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第1分科会（医師会病院関係）

司会 佐藤 正浩（岡山県医師会会計担当理事）

座長 池田 琢哉（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

3. 熊本市医師会熊本地域医療センター（熊本県）
「当院の今後のあるべき姿を考える～地域社会における役割を考えて～」

熊本市医師会熊本地域医療センター院長

杉 田 裕 樹

I. はじめに

少子化，超高齢化社会を迎える今後，共同利用施設である当院がどうあるべきかを，地域における医療需要の観点から検討した。

II. 当センターについて

当センターは，1981（昭和56）年に熊本市中心部に165床で開院した。開院時より休日夜間急患センター及び医師会員のバックアップを行う病院として急性期医療を開始した。1987年に227床に増床し，地域の中核病院として現在に至っている。現在の病院の理念は，「かかってよかった。紹介してよかった。働いてよかった。そんな病院をめざし，地域社会に貢献します。」である。診療科は14科で，地域医療支援病院，熊本県がん拠点病院，小児救急拠点病院等の指定等を受けている。

当院の入院病床の構成は，急性期病棟185床，地域包括ケア病棟28床，緩和ケア病棟14床である。令和4年度の緊急入院率は54%と高い。全職員数は425名で，そのうち医師は42名（常勤医師は31名），看護師は216名，コメディカルは93名，事務員は74名である。当院が存在する熊本市は，熊本・上益城二次医療圏に所属する。熊本・上益城二次医療圏は九州のほぼ中央に位置し，人口はおよそ82万人であり，そのうち熊本市は74万人である。熊本市のほぼ中心部にあり，基幹病院が近隣に存在す

る（徒歩5分程度の距離に熊本大学病院，10分程度の距離に国立病院あり）（図1）。



図1

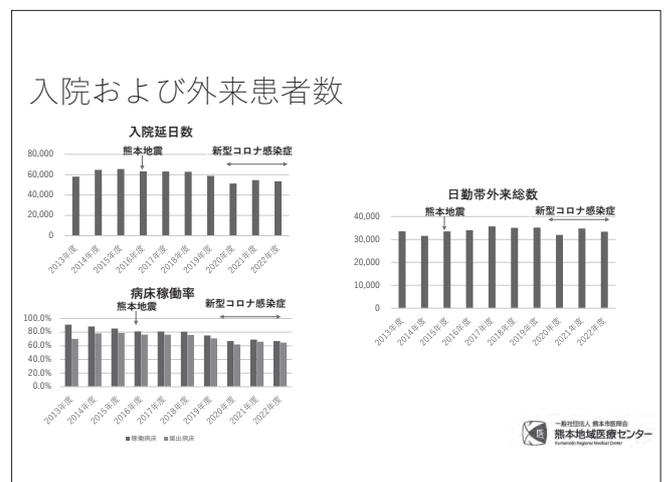


図2

Ⅲ. 当センターの診療実績

入院患者数と入院稼働率は、熊本地震によって全く影響は受けなかったが、新型コロナウイルス感染症で大きな影響を受け、2022年の時点で入院患者数稼働率はコロナ禍前の10%程度減少している。一方、外来患者数にはほぼ影響は認められない(図2)。

共同利用施設として、地域の病院や診療所から依頼検査を受けているが、その件数については右肩上がりであり、特にMRI、RIの件数が急増してきている。当院ではMRIは1.5テスラと3テスラの2台体制で、CTは320列CTが2台体制である。MRI、CT、RI検査装置は、この2～3年以内に更新購入したものである。紹介患者数が増えているのは、MRI検査及びRI検査件数が増えているためである。新型コロナウイルス感染症の影響を全く受けていない(図3)。

一方、開放型病院として行っている、会員執刀手

術症例数については、熊本地震で一時的に増加している。これは地震被害を受けた病院からの依頼を受けたことによる。その後、コロナ禍で減少し、徐々に回復傾向を示している。共同指導件数は新型コロナウイルスの影響をまともに受け、激減という状況であり、回復する兆しは見えない(図3、4)。

開設当初からの休日夜間急患センターは、「熊本方式」という独特なやり方で行っている。熊本市からの委託を受け、常勤医師と熊本大学病院の医師、開業医が、三位一体で協力して行うものである。24時間体制で行っており、熊本市のみならず近隣の市町からも救急患者が受診している。常勤医師と開業医、熊本大学医師が一次救急を行い、一次で対応できない二次救急は、その後常勤医師に引き継いで入院させるというようなシステムを、病院内で行っている(図5)。休日夜間急患センターの受診患者数の推移を図6に示した。熊本地震による影響は全く

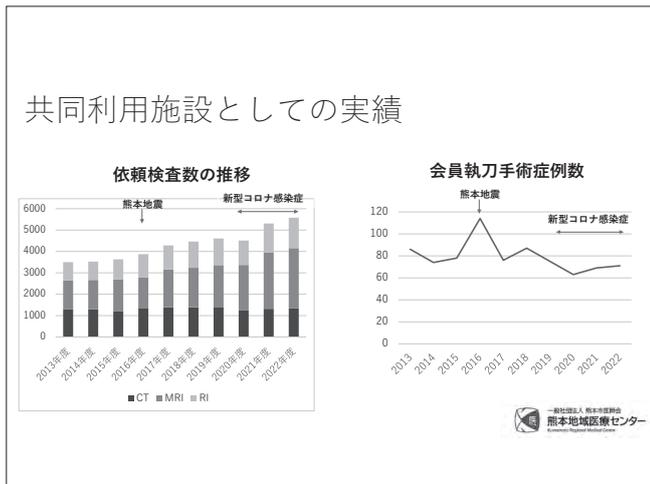


図3

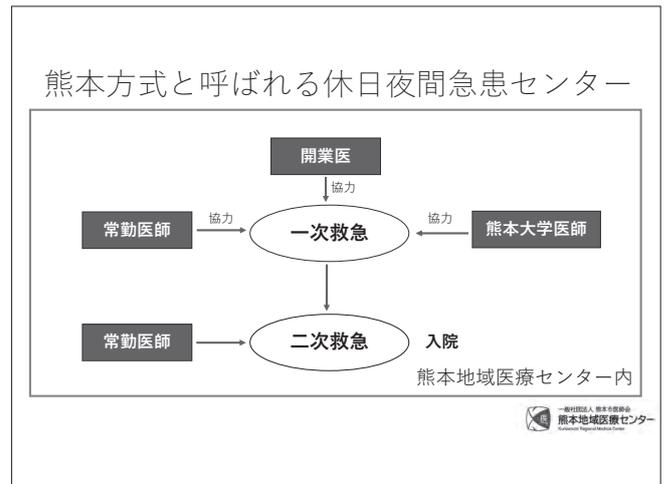


図5

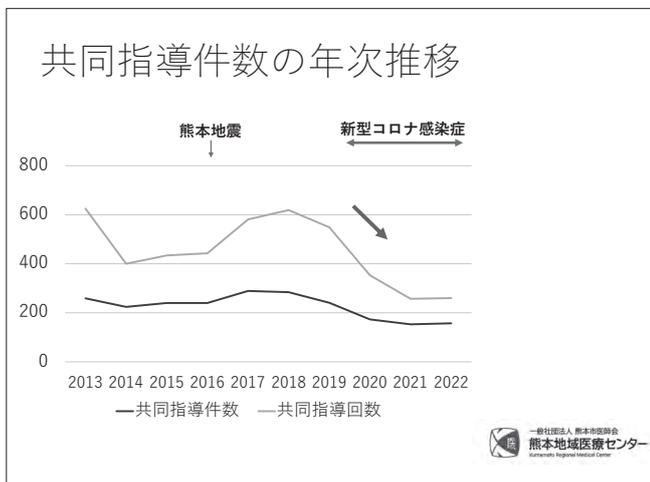


図4

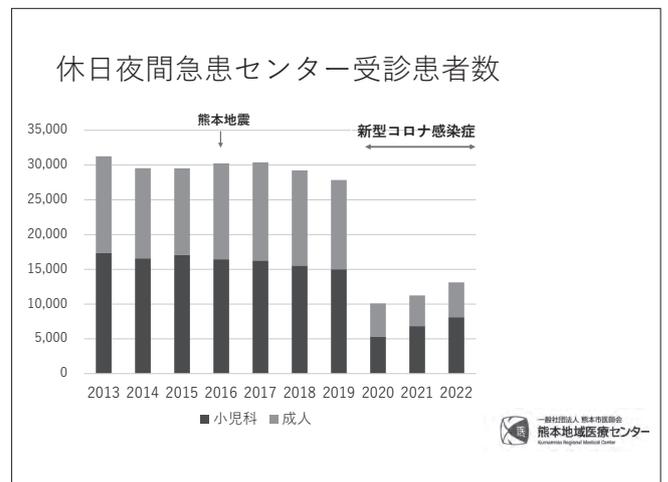


図6

なかったが、新型コロナウイルス感染症大流行により2020年から激減している。コロナ禍前の受診者数は年間約3万人であったが、コロナ禍は年間約1万人となり、約3分の1に減少した。その後徐々に増加傾向であるが、2022年ではまだコロナ禍前の2分の1にも満たないような状況である。

2020年4月、休日夜間急患センターを受診した患者から新型コロナウイルス感染症が院内に広がった。いわゆる院内感染であり、職員計4名のみの感染で、クラスターとはならなかったが、当時は新型コロナウイルス感染症流行の初期であり、熊本県内の発生患者数は1日に1-2人程度と少なかった。基幹病院での発生は県内で初めてであったこともあり、新聞やテレビ等のマスコミで大きく取り上げられた。その結果、病院に対して、あるいは多くの職員に対しての風評被害があった。また、休日夜間急患センターは通常診療を1か月以上停止せざるを得なかったことにより、地域医療に大きな影響を与えると同時に、病院経営的にも大きな打撃となった。地域からの厳しい声や励ましの声、早期再開の要望も寄せられた。このような経験から、公益性が高い医療を積極的に行い、地域に貢献して行くことが当センターの役割であることを再認識させられた。その後は職員一丸となって休日夜間急患センターの継続や、積極的な救急車、新型コロナウイルス感染症患者受け入れを継続的に行っている。2023年4月、当センターの理念において、これまでのものに「地域社会に貢献します」を付け加えて、職員の自覚や地域社会への理解を促している。

休日夜間急患センターは開院以来42年間継続して地域社会に貢献しているが、問題点も多い。コロナ禍になり患者数が激減し、また協力医の確保が困難になっている。働き方改革も協力医の確保に影響を及ぼしていると思われる。このような状況の中、2020年10月からは成人の内科・外科の深夜帯はついに休止せざるを得なくなり、現在も休止している。小児科のみ24時間体制で現在も継続しており、労働基準監督署から深夜帯の宿直許可は下りたが、今後の継続については、医師の高齢化、働き方改革等によって医師の確保が問題となっている。熊本市においては、小児一次救急を24時間体制で行っているのは当センターのみであるため、少子化が一層進むことが予想されてはいるが、存続してほしいとの地域の要望が強く、このニーズに応える必要がある。

二次救急の救急車受け入れについても、積極的にやっている。コロナ禍前は年間1,500件ほどであったが、2022年は2,800件であった（図7）。原則、救急車を断らないようにし、常勤医師当直医は当直明けを振替休日とするなどの対策を打っている。

当センターは、医師会員のバックアップ病院として、高水準の医療を提供している。医師会員からの紹介数は、年々増加傾向である。手術件数に関しては年間840～850件で、そのほとんどが消化器外科である。コロナ禍で一旦減少したが、2022年には完全に回復している。

2020年7月から新型コロナウイルス感染症患者の入院受け入れを開始し、現在（2023年8月）まで計794人である。現在も病床数は若干減らしながら受け入れを行っている。

IV. 熊本地域における医療需要～とくに将来の年齢構成などから～

地域における医療需要の観点から、今後の当院で行うべき医療を考えていくことが重要である。人口は減少傾向であるが、高齢者の人口は増加している。熊本市は、65歳以上が最大となるのは2040年以降と、周りの地域より比較的遅くなると予測されている。当院が存在する二次医療圏における医療介護需要は今後もまだしばらく伸び続け、2040年を過ぎた頃から徐々に低下してくると予測されている。新生物についてもほぼ同様なことが言われている。

高齢化社会になり、がん患者も益々増えると予測されている。当院で治療を行った胃がん、大腸がん、膵がん患者数の推移においても、75歳以上の割合が徐々に増加し、2022年は50%を上回っていた。



図7

がん登録の年代別件数で、70歳代がピークで、80歳が2番目であり、高齢者のがん患者が増加傾向である。これからは高齢者を対象とする医療を多くやっっていかなければいけないことがわかる。比較的元気な高齢者が増加し、手術に耐えられる患者も多い。ただし、治療した場合の合併症のリスクが高いなどの問題点があり、介護度が高い患者の治療では、看護面、リハビリ面において多くの労力を要する。

V. 当院における取り組み

「紹介してよかった」と当センターの理念にあるが、紹介患者を維持するため、また高齢社会においては、地域医療連携の強化がさらに重要になってくる。当センターが2020年に行ったA会員を対象にしたアンケート結果を図8に示すが、地域医療連携室の存在感が足りないと考えられた。これに対して、2023年4月地域医療連携室をこれまでのような事務員のみから、多職種で構成する体制へと変更した。看護師長を窓口として配置し、患者支援を行う看護

師やMSW、事務員、公認心理士など多職種で構成するチームとした。

働き方改革や少子化に伴い、今後は労働力確保、人材育成が重要となってくると思われる。労働力としては、働き方改革で難しくなっている医師の確保対策、女性の働きやすい職場環境の整備、定年年齢の引き上げ、あるいは高齢者、外国人採用などを検討する必要がある。またAIやICT、ロボット活用なども必要になってくると考える。

人材確保につながる事例として、当センターが始めた看護師のユニフォーム2色制がある。これにより残業が激減し、離職者も減っている。この取り組みについては、2019年日本看護学会優秀賞を受賞し、各種マスコミで取り上げられ、その後全国の多くの病院にて導入されている。

新病院建築が今後の大きな課題になっている。当センターは開院から42年経過しているが、本館は開院当初の建物であり、現代のニーズにそぐわなくなってきた。また、熊本地震の時、震度7弱の地震が直撃し大きなダメージを受けてもいるため、建て替えが急務であり、現在計画を進めている。

VI. 最後に

当センターは、中核病院としての高水準医療の継続、地域の要望に応えた公益性が高い医療、すなわち休日夜間急患センター、二次救急、小児救急、高齢者の医療を行わなくてはならない。そのためには、連携室の強化、労働力の確保、人材育成、病院建築が必要である。

地域に求められる医療を提供し地域に貢献するという、当センターの役割を果たして行かなければならない。

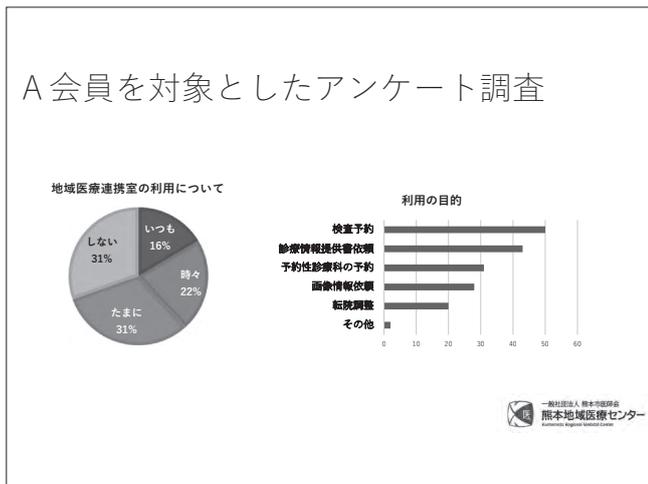


図8

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第1分科会（医師会病院関係）

司会 佐藤 正浩（岡山県医師会会計担当理事）

座長 池田 琢哉（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

シンポジウム

4. 川内市医師会立市民病院（鹿児島県）

「地方における急性期中核病院の今後の在り方・連携について」

川内市医師会立市民病院長

田 實 謙 一 郎

I. はじめに

COVID-19後の当院の方向性を協議する中でさまざまな問題点が明らかになった。一地方の急性期病院の今後の在り方について検討した内容が、今回のテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命」の参考になればと思い報告する。

II. 当院の立地

当院は、鹿児島県の北西部にある薩摩川内市に位置する。基本的な医療圏は薩摩川内市、さつま町（併せて川薩地域と呼ばれる）であるが、本来鹿児島市の医療圏であるいちき串木野市の一部からも患者が運ばれてくる。背景人口は11～12万人程である。典型的な地方の過疎地域であるとともに、鹿児島県の医療資源が集中する鹿児島市から45kmほどと、近からず遠からずの距離にあることが特徴である。そのため、高速道路、新幹線の整備に伴い、当院医療圏から鹿児島市への流出も増加傾向にある。

川薩地域の中核病院は、当院と済生会川内病院が担っており、当院は主に脳神経疾患、整形外科、呼吸器、循環器疾患を、地域唯一の二次医療機関として対応している（図1）。

また、薩摩川内市は全国でも珍しい完全輪番制を敷いており、輪番病院は原則すべての救急患者を受け入れる仕組みとなっている。このように、もともと地域連携の意識が強いのが当地域の特徴である。

III. 当院の歴史・概要

当院は、当時不十分であった24時間救急、対応できなかった脳神経疾患を地域で完結させようという目的で1993年に開設された。それは設立理念にも明示されている（図2）。開業時より一貫して紹介型病院として地域の救急医療、急性期医療を担い、2000年に地域医療支援病院として鹿児島県で2番目に承認された。これまで紹介率は90%前後を維持してきている。2003年に回復期リハビリテーション病棟を新設。2005年に感染症病棟を増築し、さらに2014年に地域包括ケア病棟（おもにpost acute）が開設された。許可病床数224床であるが、後述するように地域包括ケア病床は看護師不足と施

2つの中核病院（薩摩川内市・さつま町・串木野市北部）



図1

設基準要件の変更に伴い、2023年5月より休床となっている。

なお、当院は第2種感染症指定医療機関のため、COVID-19流行下では積極的な対応が求められた。感染症病床は4床しかないため、HCUや回復期病棟を感染症病棟として代用した時期もあった。その後2021年10月からは地域包括ケア病棟を感染症病棟とし、2023年5月まで持続的に運用してきた。COVID-19が5類に移るまで延べ335人の患者が入院となり、現在も個室対応（増加したときは病棟対応）でCOVID-19に対応している。

IV. 当院の現状・問題点の分析

COVID-19が5類に移ることに伴い、今後の当院の在り方について協議を行った。具体的には①川薩地域での当院の存在意義（mission）の再考、②COVID-19流行以前の病棟体制の再開についての検

討、である。

急性期病院としての実績であるが、救急車搬送件数は1,500件前後を維持し、それはコロナ禍以前と変わらず推移していた(図3)。一方、新入院患者数、外来患者数、紹介患者数は大きく落ち込んだ(図4)。そのような中でも医業収入は増加してきたのだが、医業費用がそれを上回る速度で増えたため、収支としては厳しい状況が続いていた。

もともと当院のmissionは、川薩地域の急性期医療を支えることにある。しかし、このような状況の中で、どのような形として今後当院が地域に貢献できるかを検討した場合、いくつかの問題点が浮かび上がってきた(図5)。

1つ目は川薩地域の将来（人口動態・医療ニーズ）である。薩摩川内市の推定人口は右肩下がりであるが、高齢者の低下傾向は緩徐である。それでも65-75歳については2020年をピークに減少、75歳

設立理念

- 24時間高次救急医療体制の確立
- 脳神経領域およびリハビリテーションの確立
- 開放型病院(共同利用施設)
- 高度医療機器の設置

図2

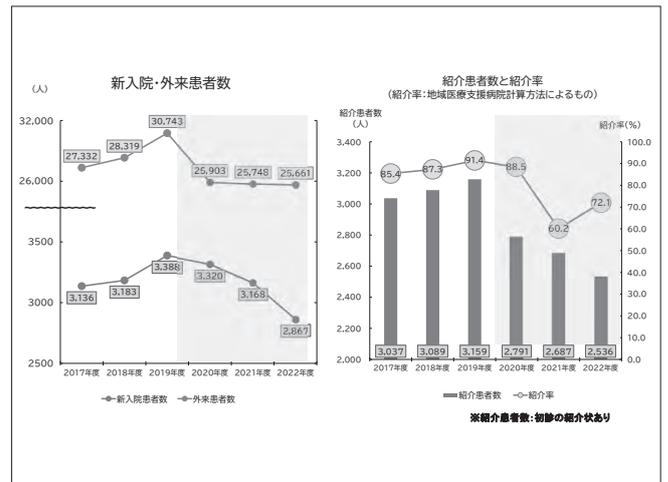


図4



図3

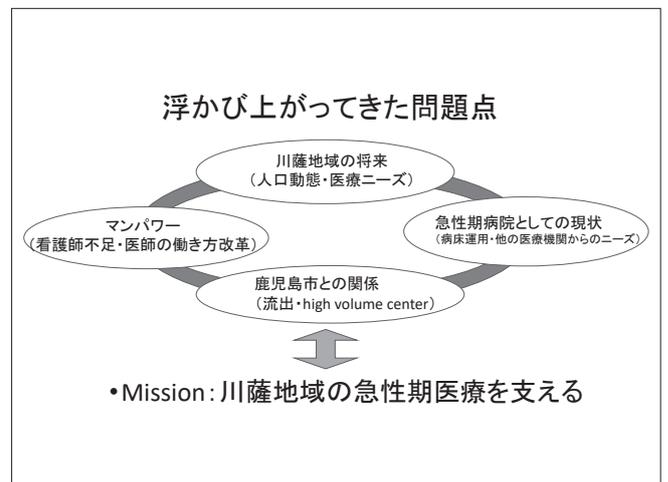


図5

に関しては2035年をピークに減少する。疾患に関しては悪性腫瘍，急性心筋梗塞，未破裂脳動脈瘤などは減少を続ける反面，骨折，心不全，脳梗塞，肺炎などが横ばい，もしくは増加する（図6）。また要介護認定者数，介助需要は右肩上がりである（図7）。すなわち専門的な疾患というより，介護が必要な多病を持つ高齢者が急性期疾患を発症して運ばれてくる，というケースが増えると予想される。このようにマクロの視点から見ると，在宅を後方支援する医療機関が今後確実に必要となる。急性期病院である当院がその役目を兼ねるか，もしくはその役目は周囲の医療機関に任せて当院は急性期を中心とするか，の選択が必要と考えられた（図8）。

では実際，当院が急性期病院として実績・ニーズがあるのか，というのが2つ目の問題である。急性期病院として貢献してきた自負はあるが，日当点は6,500点前後と地域医療支援病院としては低いこと

が分かった。また，DPCⅢ期越えが40%近くを占めていた（図9）。急性期病院に特化し採算性を持たせるためには，地域と連携して短期間の入院で患者を回転させていく必要があり，その運用が十分でないことが明らかになった。一方，地域の関連病院にヒアリングを行うと，バックアップするので当院には一般病院で対応できない専門性の高い疾患・救急を対応してほしいという意見が多数見られた。

まとめると，専門性の高い急性期病院としてのニーズはあるが，それを継続するには病床運用の見直しと，周辺医療連携の推進が必須であると思われた。

3つ目は鹿児島市との関係である。鹿児島県は医療資源が鹿児島市に一極集中している傾向にある。そして，薩摩川内市までの距離は45kmほどで，新幹線や高速道路が整備されており，近からず遠からずの距離にあるのは先に述べた通りである。（図10）。実際，当地域からのドクターヘリや救急車搬

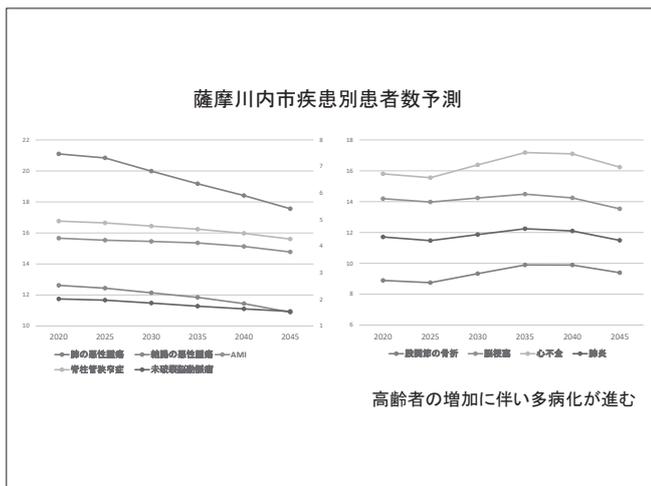


図6

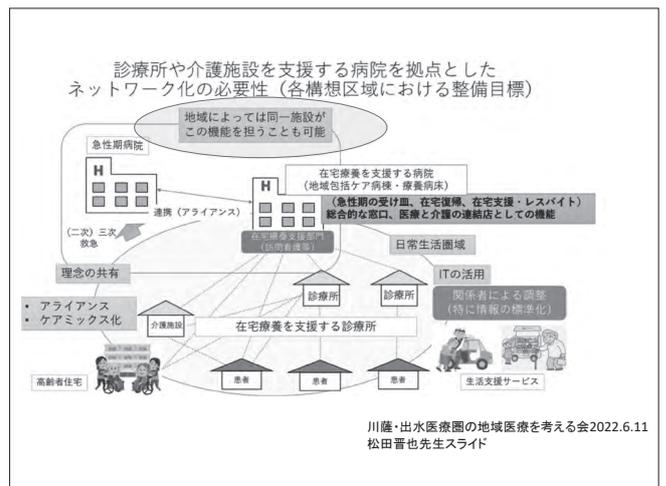


図8

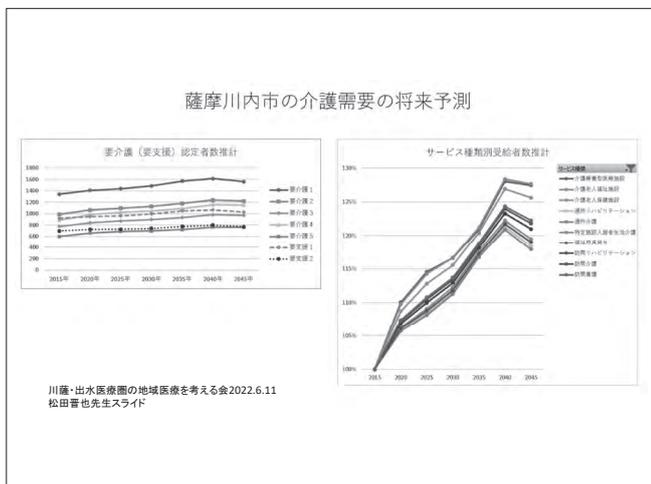


図7

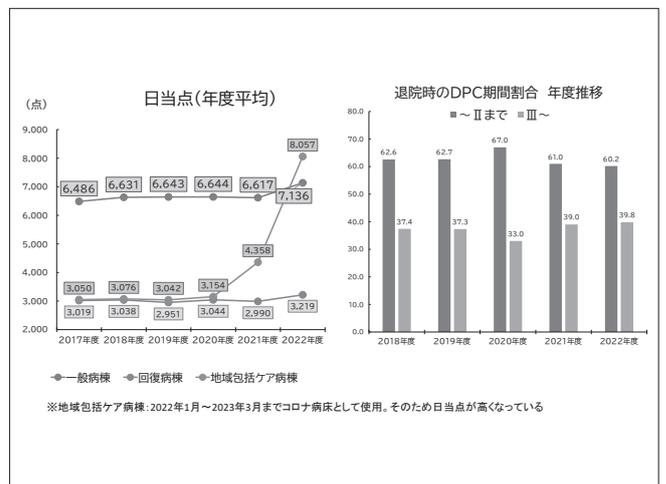


図9

送件数の運用件数も増加傾向にあった(図11)。さらに鹿児島市の中核病院と薩摩川内市の輪番をホットラインで結ぶ鹿児島救急(QQ)ネットワークも始まり(図12)、今後鹿児島市との連携はさらに進むと予想される。これまで当院は「地元の患者は地元で診よう」を合言葉に急性期医療を続けてきた。しかし、今後それを持続して行うためにも、鹿児島市とどのような形で連携していくか再考する必要があると思われた。

最後にマンパワーの問題である。看護師数はこの5年間で明らかに減少しており、病床をフルに再開できなくなっている。また、働き方改革や医師不足に伴い、鹿児島大学からの派遣医師の引き上げも現実的となってきている。これは直接的で深刻な問題であるものの、当院のみで対応できる範囲を超えつつあり、済生会川内病院を巻き込んで地域での人員の確保・流動的な運用の検討が必要と考えられる。

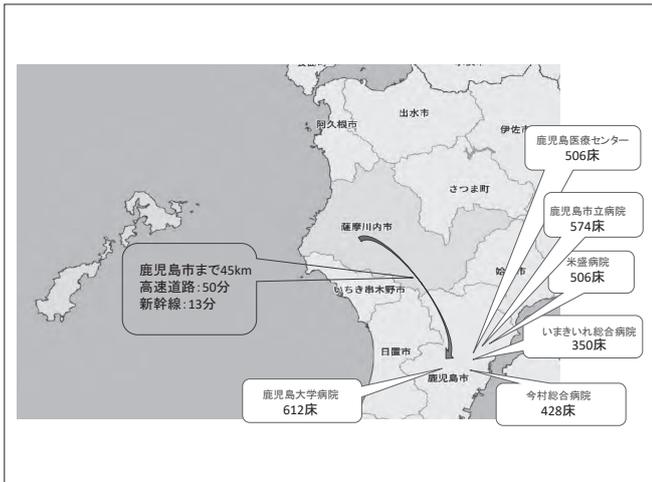


図 10

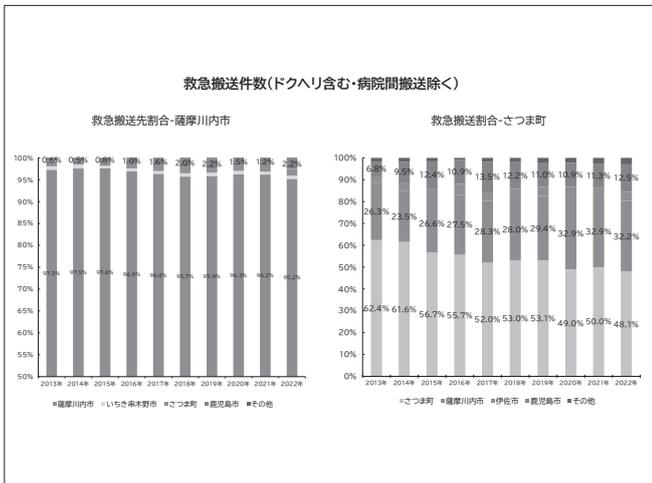


図 11

V. 今後の方針・取り組み

これらについて病院内で話し合いを行った結果、原点に戻り設立当初の急性期病院としての姿を改めて目指すという方針となった。その理由として、薩摩川内市の地域医療の現状は、回復期・地域包括ケア・療養病床は全国平均を上回っているのに対し、急性期は全国平均と言われており決して過剰ではないこと(図13)、また専門性の高い急性期医療の地域ニーズもあること、地域包括ケア病棟は診療報酬改定でpost acuteとしての運用は制限されてきている上にマンパワー不足もあり再開が困難なこと、急な方向転換は地域を守る急性期病院として自負していた職員の士気にも影響すること、が挙げられた。

しかし、これを中長期的に持続させるのは容易ではない。病床運用の見直しのみならず、ダウンサイジングも必要かもしれない。さらに、もう1つの中

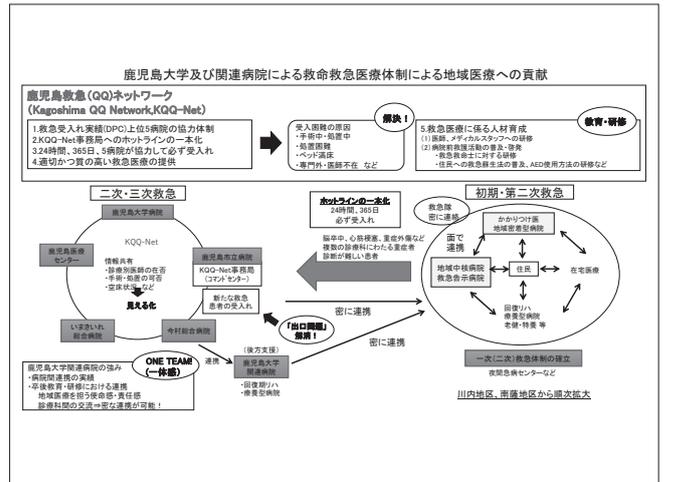


図 12

鹿児島県の医療圏別SCR(令和元(2019)年度診療分)

二次医療圏	4601鹿児島	4603南薩	4605川薩	4606出水	4607松島・伊佐	4609奄美	4610肝煎	4611黒毛	4612奄美
初診診療_2	115.1	104.4	109.6	91.2	107.8	74.9	100.5	50.2	74.0
一般病棟入院基本料等_1	157.6	94.1	91.2	77.3	85.6	47.3	120.5	103.7	120.6
療養病棟入院基本料_1	175.3	208.5	157.8	130.3	218.6	175.5	91.1		167.7
有床診療所入院基本料_1	318.8	511.1	342.9	267.2	422.2	229.0	316.3	111.5	271.1
有床診療所療養病棟入院基本料_1	654.2	174.6	408.7	1732.0	1015.0	439.9			
回復期リハビリテーション病棟入院料_1	238.9	174.2	157.3	235.6	177.8		144.7		
地域包括ケア入院医療管理料_1	164.8	163.3	230.8		230.2		94.3		127.1
退院時リハビリテーション指導料_1	117.0	75.1	58.0	76.1	63.6	66.6	140.0	85.3	77.2
退院前訪問指導料_1	175.2	240.0	63.6	172.3	125.9	214.6	248.4	319.9	352.0
退院後訪問指導料_2	206.3	224.9			103.0			91.0	
往診等_2	158.4	52.7	61.1	58.2	78.4	45.4	90.3	40.3	33.8
在宅患者訪問診療料等_2	117.1	48.7	61.5	78.2	84.6	41.8	89.6	47.0	89.0
在宅タミナルケア加算_2	457.6		140.2	335.1	124.5				
在宅医療等_2	128.4	51.2	53.5	76.4	70.9	38.9	84.4	43.9	66.7
施設総管_2	124.6	48.0	48.3	75.3	86.2	39.5	80.0	20.3	30.1
在宅医療_2	50.0		31.0	77.9					163.9
訪問看護指示料_2	124.3	34.1	41.4	56.8	69.1	47.5	62.4	71.4	46.2

全国平均 100

川薩・出水医療圏の地域医療を考える会2022.6.11
松田晋也先生スライド

図 13

核病院である済生会川内病院との強固な連携は必須であろう。実のところ、2023年より川内市医師会と済生会川内病院との間で地域医療連携推進法人に関する話し合いが始まった。

今回、当院は急性期病院としての役割を推進するという選択をしたが、将来的に在宅を後方支援する役割を当院が担うべきか否かは、地域全体で話し合うべき課題である（図14）。いずれにしろ、施設単

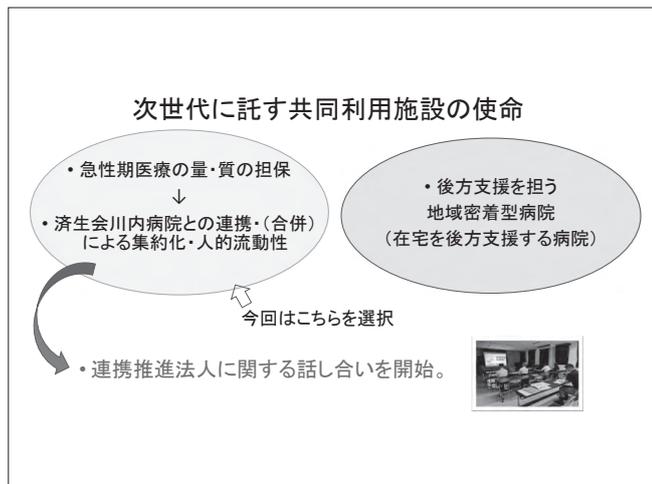


図 14

位の改革・挑戦ではなく、地域ベースで変えていく必要性を強く感じた。

なお、副産物として、今回このような話し合いを持てたことで職員のベクトルをそろえるきっかけになったと思う。

VI. まとめ

COVID-19が5類に変更となるのをきっかけに、当院の今後の方針を検討した。在宅などの後方支援は地域の関連病院にお願いして、当院は地域の急性期・救急医療を守る中核病院を今後も目指す方針とした。しかし、その持続的な実現のためには、もう1つの急性期病院である済生会川内病院との強固な連携が必須であると考えた。

もし「次世代に託す医師会共同利用施設の使命」の問いに答えるとするならば、地域医療体制を守るための地域を巻き込んだ話し合いの中心的役割に立つことを目標とすべきかと思う。

※スライドの一部は産業医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋也先生から拝借したものです。

第1分科会（医師会病院関係） 質疑応答

司会 佐藤 正浩
 （岡山県医師会会計担当理事）
 座長 池田 琢 哉

（鹿児島県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長）

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

これから質疑応答に入りたいと思います。ご質問される方は手を挙げてマイクの前までお越しください。所属・氏名を述べたうえでご発言ください。

それでは、4つの演題がございましたので、まず、能代山本医師会病院の加藤先生に対するご質問・ご意見等がございましたら、手を挙げていただければと思います。よろしく願いいたします。

○大迫政彦（鹿児島市医師会病院長）

先生のご発表を聞いておりましたら、まるで私がそこに立って発表しているかのような錯覚を覚えました。当院との違いは、周辺人口が加藤先生のところは7万人であるのに対し、鹿児島市は60万人ぐらいあるところ。川内市の田實先生のご発表にありましたように、周りを急性期病院で囲まれていますので、医師会病院という性格上、創立時は救急を受けていましたが、現在は全く違う立場になっており、呼吸器外科の引きはがしなどは全く同じ状況で、大きな病院に医師が移ってしまいました。その中で違うところは、加藤先生のところはコロナ禍でも黒字を出しているところで、病床数もほぼ私のところと一緒に129床ぐらいで、我々は90床を切るぐらいまで減ってしまいましたが、黒字を出されている工夫などありましたら、ご教示いただければ幸いです。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

先程の発表にもありましたように、4つの対策を立てて、それぞれ多少なりとも加算を取れたところは良かったと思っています。それ以外にも4億円のマイナスになる予定が、実際のところは人件費が下がって1億円ぐらいのマイナスで済んだので、何とか黒字を出せたというところです。

○大迫政彦（鹿児島市医師会病院長）

ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

その他ございませんか。どうぞ。

○鈴木康弘（函館市医師会病院長）

4病院とも同じような悩みを抱えておられながらも、それぞれがすごく工夫されている点についてご報告されていまして、大変勉強になりました。

加藤先生の病院の黒字の要因として、若い先生が少し多いのではないかという点が気になったのと、休日夜間在宅診療をやっていて、呼ばれた時にどなたが担当するのか。当番医となっていました。労基法上、宿日直許可が出ないのではないかと思います。いかがでしょうか。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

実際、数は少なくても年間で26人、夜中に呼ばれるケースは年間1、2例ぐらいです。患者さんの家族と約束しているのは、もし亡くなったら訪問看護ステーションは行きますが、医師が行くのは翌朝8時半というふうにしています。それによって夜間の負担は減らせています。あらかじめそういう約束をして、在宅を維持していくという方針でやっています。

○鈴木康弘（函館市医師会病院長）

ありがとうございます。それから、医師の年齢層はいかがですか。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

医師は平均年齢60歳です。

○鈴木康弘（函館市医師会病院長）

失礼いたしました。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

65歳で引退した人を引っ張ってきたりしていますので、60歳という年齢ですが、当直は全部大病院に頼んでいます。そのため当直がありません。当院は、医師の定年は70歳です。そうしないと医師がなかなか確保できないので、負担を減らすようにしながら工夫してやっています。

○鈴木康弘（函館市医師会病院長）

そうしますと、再雇用ということですね。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

そういうことです。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にどうぞ。

○大西浩之（鹿児島県医師会副会長）

まず、2つの加算、地域医療支援病院と在宅ですが、非常に会員や行政の理解があるなと感じました。それから、ハートフルネットも非常に有効に活用さ

れていて、連携にとっても有効だっただろうと思います。検診も共同利用施設が行うと、会員等の調整が難しかったりしますが、MRIのディフュージョンを使った検診という形で非常にうまく工夫されていると思いました。最後のディフュージョンに関しての検診の案内と工夫についてお願いします。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

ポスターには実際の画像を出して、このPETのような画像が撮れますというような宣伝をして、能代市から補助金を2万5,000円くらい出してもらっていますので、結構受けたいという人が多かったです。

○大西浩之（鹿児島県医師会副会長）

会員等との検診でバッティングしないので、医師会報などを利用して案内してもいいのかなと思いました。すごくおもしろい方法だと思います。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

それでは、時間の関係上、次に進めさせていただきます。

次は、赤磐医師会病院長の佐藤先生に対するご質問はございますか。どうぞ。

○中西敏夫（広島県医師会常任理事）

医師会病院は、いわゆる公的病院には入れてもらっていないわけですが、大学の地域枠など医師派遣について、広島県は公的病院以外は、地方にあっても医師会病院等に医師を派遣しないという取り決めをしています。岡山県は地域枠の卒業生に対して、どのように医師会病院も派遣の要綱に決めておられるのか、教えていただけたらと思います。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

地域枠の医師は、もちろん県が取り決めをしていますが、主に岡山県は医療の充実している南部と充実していない北部とに分かれており、北部へは優先的に派遣するというので、公立と民営の区別はあまりしていないと聞いております。特に本当の医療過疎である北部は、公的施設よりも民間病院が地域医療を支えているところが多く、個人開業の病院が実質的に地域医療を支えている状態です。

それから、我々の病院は、分類上は県南東部ということで医療の充実している南部に属しますが、医療圏は岡山市を含んでおり、岡山市以外の部分は医

療過疎と言える地域です。それに対して、当院はへき地医療拠点病院という位置付けがあり、県の中での役割という部分も評価していただき、南部ではあるが派遣をしていただいているのが実態ではないかと考えます。

○中西敏夫（広島県医師会常任理事）

佐藤先生のところは地域医療支援病院ですので、派遣があるだろうと思いますが、本当に過疎地域については、民間ということは関係なく派遣をするという県の考え、大学の考えということによろしいですか。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

その通りです。実際、北部には公立の大病院は少なく、民間・公設の区別なくやっているということです。

○中西敏夫（広島県医師会常任理事）

広島県は、かたくなに医師会病院や県北の医療機関に派遣をしてくれません。ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

他にございますか。どうぞ。

○西野繁樹（広島県医師会常任理事）

1つお聞きしたいのは、在宅療養後方支援病院としての働きについて、地域の医療機関と患者情報を共有していて、何か事があったときにはスムーズに受け入れという、非常に理想的な、ある意味地域カルテルの話のように聞こえてきたのですが、具体的に患者情報をどのような形で共有されているのか、教えていただきたいと思います。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

最初、患者登録をしていただいた時に、当然かかりつけ医の先生から紹介状をいただきます。その中に患者情報等を書いていただいているのは当然のことですが、3か月に一度、かかりつけの先生から追加で報告していただくケースもあります。先生方も忙しいので、そのまま放ったらかしになるケースもあります。その場合は、地域連携室が出向いて患者情報の収集に当たっております。

○西野繁樹（広島県医師会常任理事）

ありがとうございます。結構アナログという感じでしょうか。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

はい。最初は紹介していただけますが、その後は

我々がしっかりと情報収集しないと、なかなか情報をいただけるケースは少ないです。

○西野繁樹（広島県医師会常任理事）

今日も、人口が比較的多い、医療リソースも多い地域と、そうでない僻地のところとの話がずいぶん出てきたと思います。例えば私は今、人口100万人都市の広島市にいて、在宅の患者さんが何かあった時にスムーズに急性期病院に入れるかと言いますと、なかなか入れません。在宅後方支援的な働きができていくと言われますと、疑問なところもあつたりして、逆に急性期病院は本当に急性期の、例えば外科であれば外科、もっと言えば心臓外科や呼吸器外科、臓器に特化したような治療をして、それ以降のことはかかりつけ医に戻してしまうことが多く、超急性期の病院からの情報も、例えば先生のところのような病院が持つておられて、かかりつけ医の塊のような病院が存在するのは患者さんにとっても、会員にとってもありがたい話だと思いました。広島県でも「HMネット」という仕組みをつくって患者情報の共有をしたいということで進めていますが、なかなかうまくいきません。佐藤先生のところの取り組みのようなことができたらいいなとお聞きしました。ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

ありがとうございました。他にございますか。どうぞ。

○鶴谷英樹（群馬県医師会理事）

お話の中で、赤磐市民病院が途中で合併されたとおっしゃっていましたが、合併についてのいきさつや、大変だったとか、どのような状況でしたか。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

おっしゃる通り、住民感情的にはいろいろ大きな問題がありました。合併は、地方の市立病院の経営悪化に対する政治的判断が根拠です。市民病院を廃止し、その病床を我々医師会病院が吸収するので、市民の方々にはご理解をいただいたというような経緯です。

○鶴谷英樹（群馬県医師会理事）

逆に言うと、市民病院からのお願いという形だったわけですか。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

市民病院がつぶれるからその病床を我々医師会病院がいただくというような、単純な話です。ただ、

住民感情としてはやはり大きな問題があつて、当初は我々の病院へ来られないとか、いろいろありましたが、年が経過するにつれて、次第にそういう問題感情は薄れていきます。

○鶴谷英樹（群馬県医師会理事）

ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

今、公設民営にはなっていないのですね。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

なっていません。完全に医師会立です。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

自治体から支援はあまりないですか。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

全くございません。

○池田座長（鹿児島県医師会会長／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。

それでは、時間の関係上、次に進めさせていただきます。次に、熊本地域医療センター院長の杉田先生にご質問の方どうぞ。

○田山正伸（徳島県医師会常任理事）

小児救急の急患センターについて2点ほどお伺いしたいと思います。徳島県では医師不足、特に小児の救急担当医が不足しております。「熊本方式」のご説明がありましたが、今後もそれが進んでいって医師が潤沢に確保できるかどうかということが1つ。もう1つは、急患センターは徳島市の委託事業のため大きく黒字でしたが、コロナ禍でやはり赤字が3年間続いており、徳島市の補填だけでは十分ではなく借り入れもして行っています。医師不足についてと赤字補てんの2点について、お願いいたします。

○杉田敦彦（熊本市医師会熊本地域医療センター院長）

まず、医師確保問題ですが、当センターでも一番問題になっております。1つは、大学からの派遣が危ぶまれていましたが、宿日直許可を労働基準監督署からいただいたということで、継続的に派遣していただけることになっています。

また、開業医の協力医がいますが、高齢化でだんだんきつくなって辞めたいということが出てきています。そのため、内科と外科は3年前まで24時間

体制でやっていましたが、深夜帯はいよいよ継続できなくなりました。やめる直前までは派遣会社にお願ひし、県外から医師が来ていたこともあります。コロナ禍で、県をまたいで診療に来るのはいかがかということで、一旦やめていますが、確保が難しくなれば派遣会社に頼らざるを得ないということもあります。報酬は、膨大な報酬を出さないとなかなか集まらないということで、経営自体はかなりの赤字になりやすいですが、幸い、熊本市はこの事業に前向きで、赤字部分は補助金で出していただけという契約になっております。何とか維持はできていますが、10年も20年も続くかと聞かれますと、何も言えないというところです。

○田山正伸（徳島県医師会常任理事）

ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

その他、どうぞ。

○松本万夫（比企医師会・東松山医師会病院長）

杉田先生のところでは、会員の先生が執刀されているというお話がありました。当院でも、常勤医との葛藤や、医療安全的な問題等いろいろあってどうしようかと考えていますが、先生のところは全然問題なく続けていけそうですか。

○杉田裕樹（熊本市医師会熊本地域医療センター院長）

開業医の執刀についての問題点は、ご指摘のように、技術的なところを含めて医療レベルの問題が1つあります。さらに、同門ではない先生が来られたらやり方が全然違って、助手でも難しいといったこともあるかと思いますが、何とか今はうまくいっており、4、5人ぐらいの先生に定期的に執刀していただいている状況です。お互いコミュニケーションを取り合うことも重要で、コロナ禍でコミュニケーションをなかなか取りにくくはなりましたが、そういったことでカバーしているところはあります。ただ、大きな手術は減っており、乳腺や小児のヘルニアなどが主になっております。今のところは協力体制でやってきておりますので、トラブルは起きておりません。

○松本万夫（比企医師会・東松山医師会病院長）

診療報酬はどうなっていますか。定額でやっていただいているのですか。

○杉田裕樹（熊本市医師会熊本地域医療センター院長）

執刀の場合、保険点数の3割などになっております。

○松本万夫（比企医師会・東松山医師会病院長）

ありがとうございました。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

それでは、時間の都合上、次に進めさせていただきます。最後の川内市医師会立市民病院長の田實先生にご質問の方はいらっしゃいますか。

私からよろしいですか。鹿児島県の場合、医療圏が9つあり、そのうちの薩摩川内地区ということで頑張っていると思いますが、2次から2.5次医療までは一生懸命頑張ると、それ以上できないところについては鹿児島医療圏の方をお願いするというご説明がありましたが、このシステムを今から取り入れてやっていくにあたり、将来性や期待など何かありますか。

○田實謙一郎（川内市医師会立市民病院長）

最初はホットラインができることで、鹿児島市の方に患者が流出するのではないかと懸念したのですが、実際には、受ける鹿児島市としても、何でもかんでも患者が来られると、恐らくドクターから不満が出てくると思いますので、川内地域の救急医療体制をしっかりとつくって、地元で診られるところはしっかりと対応して、診られない部分は速やかに送るというふうにししないと、このシステムはうまくいかないと思います。今回、川内地域でうまくいけば、鹿児島県の他の地域にも広げていきたいということです。むしろ我々としてはこの仕組みができたことによって、川内地域の救急医療体制を自分たちで診られるようにしていきたいと考えています。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

このシステムはまだ始まったばかりですが、鹿児島市の医療圏の大学、市立病院、それから民間病院、合計5つの病院がその支援体制について話し合い、薩摩川内市の医師会とも十分に話し合いながらやっていこうということです。これがうまくいけば、この方式を鹿児島県全体の医療圏に広げていくということで、今回の場合は鹿児島市立病院に窓口を一本化して、24時間365日体制で受け入れるように進めているところです。

それからもう1つ質問ですが、川内市医師会は会

員のコミュニケーションが非常にうまくいっていると思います。さらに今回医療DXということで、いろいろな患者さんの情報共有を面として広げていこうとされていますが、その辺について詳しくお話ししていただければと思います。

○田實謙一郎（川内市医師会立市民病院長）

今、薩摩川内市も入り、川内市民病院と済生会病院、さらにできれば周りの他の病院も入ってもらいながらカルテの共有化を進めています。うまくいけば、救急外来の時に、紹介状が来る前にその患者さんの情報が入ることになり、画像なども見れる可能性があると思っています。

一方、一人一人の患者さんに対してすべて承認と同意が必要ですので、その作業をするマンパワーが必要であることと、もう1つは、中核病院という急性期病院同士であれば電子カルテも発達していますが、これから増えるのは恐らく老健やあまりデジタル化が進んでいないところとの連携になってくるので、なかなか難しいと思っています。まずは急性期とそれに近い病院からやっっていこうと思っています。

○池田座長（鹿児島県医師会長／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。それでは、全体を通して何かご質問ございますか。

○中西敏夫（広島県医師会常任理事）

救急について、自治体病院は行政がいろいろな支援の補助金を出していますが、市立病院等がない場合、行政は医師会病院に対してどのような支援をしているか、今、実際にお金が出ている病院があれば教えていただきたいと思っています。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

何かありますか。どうぞ。

○加藤裕治郎（能代山本医師会病院長）

能代市は急性期病院が3つありますが、その3つの病院で救急の輪番制を敷いています。当院は週2回で、その輪番をやることで年間わずか400万円ほどですが、能代市から補助金が出ています。

○杉田裕樹（熊本市医師会熊本地域医療センター院長）

休日夜間急患センターには、かなりの補助金を出していただいております。以前から出していただいておりますが、コロナが流行して患者数が激減し、

費用はほぼ同じ額がかかりますので、かなりの赤字を生んでいる状況です。ただ、元々市からの委託でやっているため、市の事業とも言えるわけです。市のホームページには、休日夜間の一次救急は熊本地域医療センターと書いてあります。熊本市には市民病院もありますが、休日夜間救急はやっていません。実は、その案も出たようですが、結局つぶれてしまい、当院がやっている状況です。

この事業もいろいろ難しいところもありながら何とかやっているところで、補助が出るうちは継続が可能だと考えております。患者数は徐々に増えてきてはいますが、前のようには戻らない可能性があると思っています。

○池田座長（鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

ありがとうございました。他にどうぞ。

○田實謙一郎（川内市医師会立市民病院長）

川内の場合には、一次輪番と言って、当番になった病院がすべての患者を診るという、当たってしまった時には非常にきつい思いをするのですが、それに対する補助金は市から出ていると思います。

また、カルテの共有化に対しては、市の方が積極的に話を持ってきましたので、補助金が入ってくると思っています。

もう1つは、救急体制というのはいちの地域も厳しくなってきました。一次救急だけを診る救急センターをつくらうという話があり、今ペンディングにしているのですが、そちらに関しても市から補助金が出るということになっていると聞いております。

○池田座長鹿児島県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会委員長）

最後に、どうぞ。

○今村 博（出水郡医師会広域医療センター院長）

今、公的な援助という話が出ましたが、我々の病院もやはり公的援助がないということで、非常に苦労しています。繰入金と言って、公立病院には無条件で大きな額が入っています。我々の病院は、平成元年に日本で初めて国立病院が民間移譲されてできた病院で、病院の機能は飛躍的に上がりました。JRも一緒ですが、やはり民営化することによって効率的な医療、医療費をかけずに良い医療がされているにもかかわらず、国は一銭も繰入金を入れようとしていない。医師会病院は公的医療をやっていますので、ぜひ日本医師会に動いてもらって、国レベルで保障しても

らうようにしていただければと思っています。

○池田座長（鹿児島県医師会長／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。医師会立病院は、地域住民の健康と命を守る、そして会員支援を役割として今まで頑張ってきました。しかしながら、財政的に非常に厳しい状況になってきています。そういう中で、例えば県立病院であれば1病院当たり年間4～5億円の補助金をいただいています。やはり地方の自治体、県等々協力体制でやっていかなければ地域医療を守れないと思うわけです。そのあたりをぜひ今後日本医師会とも協力しながら、地域医療を守るためにコロナでも相当頑張ってきたと思います。この絶好のチャンスを活かして、我々のやっていることを支援してもらうことを強く要請して、頑張っ

てもらいたいと思います。

本日は、非常に有意義なご意見、発表等々ございました。お互いに役立つ情報ではなかったかと思っております。これからも地域住民を守るために、かかりつけ医を守るために頑張っていただきたいと思いますので、どうかよろしくごお願い申し上げます。ありがとうございました。

○佐藤正浩（岡山県医師会会計担当理事）

座長の池田先生、シンポジストの加藤先生、佐藤先生、杉田先生、田實先生、どうもありがとうございました。

以上をもちまして、第1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池田座長からお願いいたします。本日は長時間ありがとうございました。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命 ～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 内田 耕三郎（岡山県医師会専務理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

1. 大宮医師会メディカルセンター（埼玉県） 「大宮医師会メディカルセンターの沿革と次世代への使命」

大宮医師会メディカルセンター長
萩原 弘一

I. 大宮医師会

大宮医師会は、東京から新幹線で20分、在来線で30分のさいたま市にある。さいたま市の人口は140万人、政令指定都市の中で9番目、京都市と広島市の間に位置する。大宮医師会は、うち53万人をカバーする地域で活動している。

大宮の名前の由来は、「大いなる宮居」。武蔵一宮である氷川神社が「宮居」である。広大な境内の一部は大宮公園として市民の憩いの場になっている。そして、現在の大宮駅の北側に大宮総合車両センターが作られた結果、大宮は鉄道の街となった。JR東日本の新幹線はすべて大宮に停車し、分岐して行く。緑、青、赤などの彩色を施された東日本の新幹線が発着するのは、鉄道ファンでなくても心が躍る。

大宮医師会は、4医師会からなるさいたま市医師会の1つである。医師会設立は1947年。1965年に共同利用施設であるメディカルセンターが開設され、2009年に大宮医師会メディカルセンターとなった。医師会と大宮医師会メディカルセンターは同じ建物に入っている。全国的に有名な鉄道博物館が大宮駅から1kmのところにあるが、我々施設はそこから歩いて数分のところにある。鉄道博物館来訪時には、ぜひ我々のことも思い出していただきたい。

II. 大宮医師会メディカルセンター

大宮医師会メディカルセンターの機構を示す（図

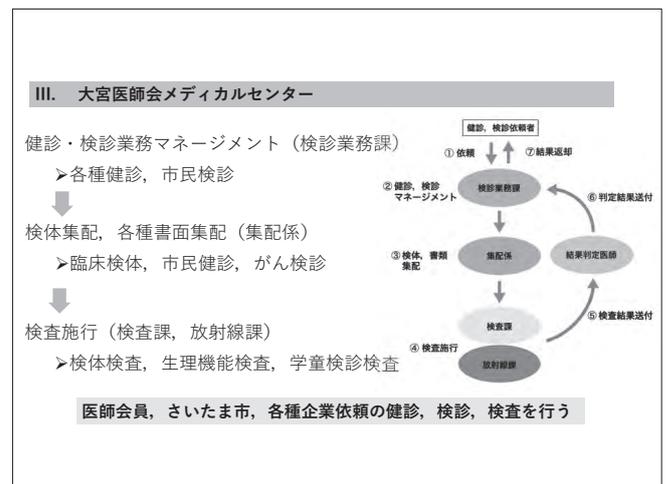


図1

1). 検診業務課がマネジメント、集配係が検体を収集、検査課が検査を施行、医師が結果を確認して返すフローで稼働している。検診業務課は各種健診、住民検診のマネジメント、集配係は医師会員からの臨床検体を含めた集配、各種書面集配、市民健診・がん検診関連の集配も行っている。検査課は、検体検査、生理機能検査、学童検診関連検体検査も施行している。医師会員、さいたま市、各種企業依頼の健診、検診、検査が我々施設の主たる役割である。

III. 検査・検診業務

検査・検診業務の年次推移を示す（図2）。住民健診はほぼ同数で推移。事業所健診数は伸びている。

直近の受託検査数では、検査数減少と、受託率上昇が見られるが、この上下動はコロナの影響と考えられる。公的な施設として、会員施設職員のコロナ抗体受託検査を受託し、さいたま市の医療システム維持に貢献した結果が、具体的な数字として現れている。このような変動は、共同利用施設として望ましい事項と考える。

臓器別依頼検査件数を示す(図3)。主としてがん検診関連だが、多い順に、肺、大腸、胃、乳腺、子宮、前立腺であった。日本人の2人に1人ががんにかかり、3人に1人ががんで亡くなると言われている。日本の臓器別がん罹患数の順位とほぼ同じで、日本全体の縮図になっている。肺、大腸は、死亡数でも1位、2位であり、非常に重要である。胃がん検診手法は、X線透視が減少し、内視鏡に置き換わっている。全経鼻内視鏡のように、簡便で苦痛の少ない内視鏡手法が全国的に主流になっている。



図2

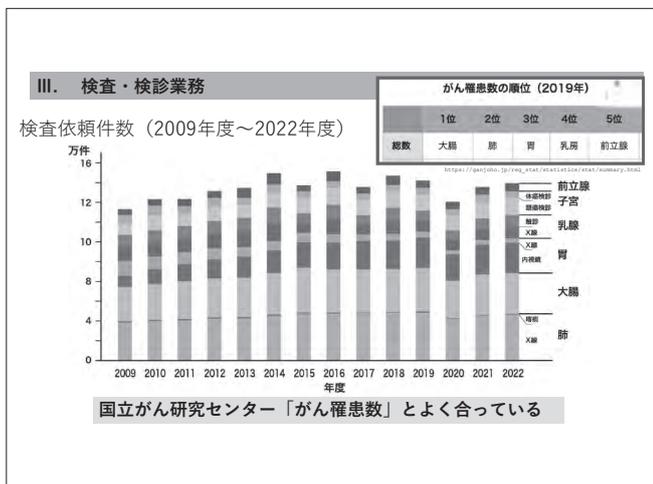


図3

医師会共同利用施設としての取り組みを示す。画像読影では、二重読影の徹底、それによる会員読影技術向上の取り組みを行っている。会員による二重読影チームが結成されており、胃が44名、肺が44名、乳房4名と、多数の会員が携わっている。一次読影は各医療機関が行い、二次読影をさらに2名でダブルチェックする。この手法を用いると、読影精度が上がるだけでなく、会員相互の読影技術が上がる。2人で読むと互いに勉強になる。「門前の小僧」式生涯教育システムである。二重読影の基盤として、時系列画像の相互紐付けデータベースを導入している。過去のデータを瞬時に参照できるため、読影担当医の負担が軽減し、事務処理が大幅に軽減する。

胃の内視鏡検査では、画像採取手順を標準化している(図4)。胃内に31定点を設定して、定点を同一順番で撮影する。複数年で比較する場合、同じ順番で同じ場所の画像が出てくるため、効率的な比較読影が可能になる。31コマ標準撮影法+2名による二次読影によって高精度の検査を実現している。

蓄積された過去データを用いた加工データ提供データベースとして、eGFR年次推移を提供している。eGFRは、現在では採血すると自動的に算出される数値だが、それをどのように健診に活かすか、NHKで詳しく説明していたので、それで説明する。「熊本市は2009年からいち早く慢性腎臓病対策を実施。健康診断などで腎機能を調べるときeGFRを出すようにしています。eGFRや尿検査の結果が悪ければ、かかりつけ医が腎臓の専門医へ紹介する仕組みをつくったことで」、「新規透析患者増加を抑える傾向が見られる」とのこと。健診センターとして非常に良いことと思う。我々も、熊本市から遅れる

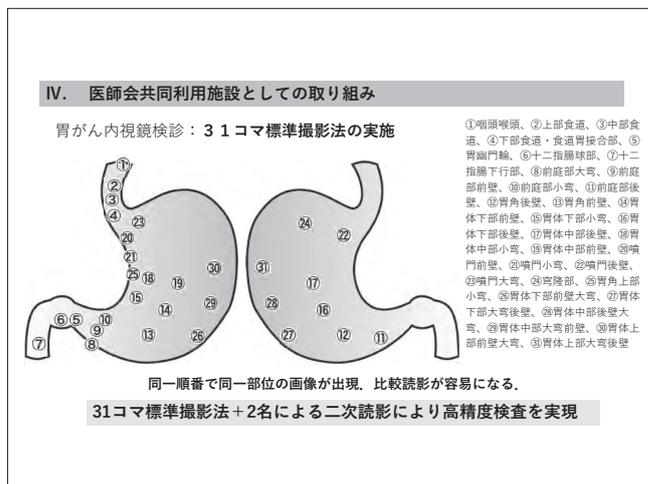


図4

こと2年、2011年からeGFR年次推移を報告している。健診センターには経年のデータ蓄積があり、その強みを活かす良い利用方法と思う。

共同利用施設は、DX、すなわちデジタルトランスフォーメーションにも関与しなければならない。診療情報デジタル化の推進、例えば、会員施設から相談を受けて助言を行うことは、共同利用施設の役割の1つであり、イニシアチブを取って行うべき分野と思う。

その他、会員への情報提供、サポートも共同利用施設の重要な作業である。住民健診補助や特定健診、がん検診、OCR取り込みや結果報告、登録眼科医による眼底検査への橋渡し、検査セミナーの開催や各種学会報告、「検査課だより」の発行、「検査結果に与える要因」小冊子発行を行っている。公的役割を期待される医師会共同利用施設として機能するため、公的価値の高い項目を重点的に提供、サポートすることが重要である。

IV. 次世代へ託すために

「次世代へ託す」ことが本総会のテーマだが、そのためにはどうしたら良いか考える。医師会共同利用施設は医師会員の情報交差点である。また、会員の情報交差点となる施設は、医師会共同利用施設以外にはないだろう。この、情報交差点としての機能強化が、収益向上や次世代へつなぐために重要である。会員相互の情報発信、情報受信の補助、会員施設訪問による各施設ニーズの把握、会員施設の情報を活かした健診・検診機能強化が、受診者増加へつながると思う。それを視野に入れ、インフラストラクチャーを整備する。例えばWEB予約システム。健診が混み合って動かなくなることがないように、しっかりとした予約システムが必要である。さらに、医療法改正に伴う標準作業書の作成補助や、ディスカッションルームなどの新設なども考えている。高度化するインターネット機能への迅速な対応が目標である。

生成AIが最近話題なので、我々がどのような利用を始めているかを示す(図5)。

さいたま市は東京に非常に近いため、多種多様な出身国、生活背景を有する外国人が多く働いている。健診では、日本語が分からない方が多数受診する。まず、問診票がわからない。問診票を英語に、中国語に、その他の言語に訳す必要が生じる。まず、

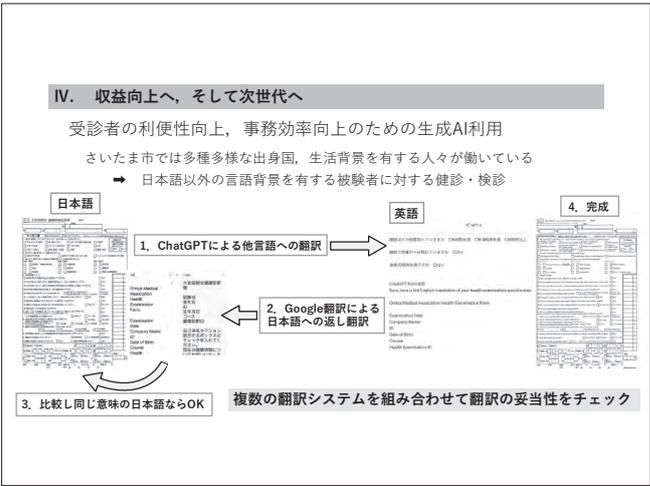


図5

ChatGPTで例えば英語へ翻訳する。次に、返ってきた英語を、今度はGoogle翻訳に入力する。そうすると日本語に翻訳されて返ってくる。もともとの日本語と、Google翻訳で返ってきた日本語を照らし合わせ、同じ意味だったら英訳は十分な品質と推定する。これは英語に限らず、ChatGPTとGoogle翻訳が共にサポートしている、中国語、スワヒリ語、タイ語でもできる。この手法で作成した英語文を用いて実際に健診をやっている。今まで不足があった部分を、このようにカバーしていこうと思う。別の応用分野は、医療安全管理指針である。医療安全管理指針素案に、不十分な点はないかを確認する。ChatGPTに「健診センターの医療安全指針に必要な項目は何ですか」と入力すると、必要項目が出力される。これと自分たちの管理指針を比較し、不十分な点を検討する。個人情報、機密情報に留意しながら、事務効率の向上、受診者の満足度を高めるように生成AIを利用していく方法を考えている。

V. まとめ

まとめと今後の方向性を述べる。医師会共同利用施設には公的役割が期待されるため、行政との連携は重要である。さまざまな公的住民サービス機能の向上を継続していきたいと思う。また、医師会共同利用施設は、医師会の情報交差点なので、会員ニーズの収集、会員共同利用、会員個々の診療を手助けする機能を充実させていきたいと思う。インターネットサービスについても、最新技術を使用して経験を積み、業務を改善していきたいと考えている。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命 ～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 内田 耕三郎（岡山県医師会専務理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

2. 富山市医師会健康管理センター（富山県）

「富山市医師会健康管理センターにおけるかかりつけ医との連携強化の取り組み」

富山市医師会副会長
土田 敏博

I. はじめに

富山市は富山県の県庁所在地で、人口約40万人の中核市である。富山市医師会は約800人の会員を有し、事務局、看護専門学校、健康管理センター、急患センターで構成されている。健康管理センターは、健診部、臨床検査部、業務部の3部門に分かれており（図1）、常勤医師が8名在籍し、常勤職員、臨時職員を合わせて約200名が働いている。

健康管理センターにおいては、図2に示す業務を行っているが、今回は、①「医療機関連携室」の立ち上げと、かかりつけ医との連携強化、②精密検査を受けられる医療機関を検索するホームページの作成、③富山市医師会が開発した診療支援ソフトウェア「診療工房」を用いて、かかりつけ医と健康診断のデータを共有する試みについて説明する。

II. 医療機関連携室の立ち上げ

富山市医師会健康管理センターでは、年間約4万人が人間ドックや健康診断等を受診している。その受診者の中でも、特に重篤と思われる疾患が想定される場合や、速やかに精密検査を受けていただくことが必要と考えられた場合には、その受診者に「医療機関連携室」を利用していただくことを勧めている。「医療機関連携室」においては、保健師等のスタッフが受診者に現在の病状と早期の精密検査の必要性を説明し、その場で精密検査可能な医療機関を

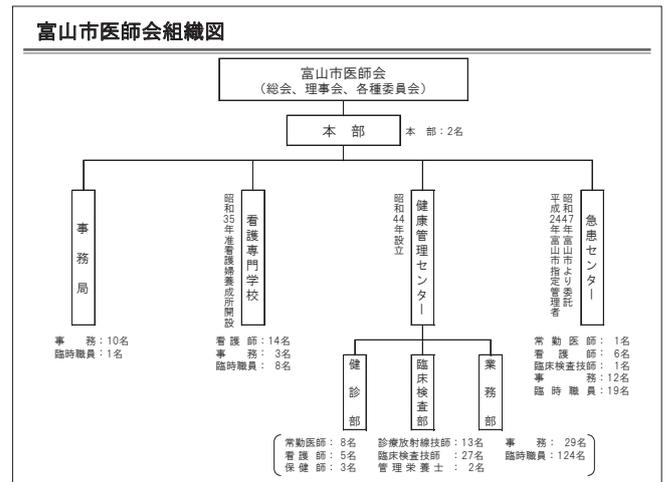


図1

共同利用施設としての取り組み

臨床検査事業

- 医療機関からの受託検査（血液、尿、細菌、病理等）
- PCR検査の受託開始（医療機関、個人・企業、富山県・富山市保健所からの委託事業）
- 住民検診、職域健診、学童検診からの受託
- 特定健診・特定保健指導・・・請求代行
- ホルター心電図（機器の貸出、解析、判読）
- 診療工房
 - ・検査データ閲覧機能
 - ・公的病院と医療機関、健診機関と医療機関の間で検査データや検査画像の診療情報の共有化
 - ・医療連携ネットワーク「たてやまネット」において、医療と介護の連携
 - ・診診連携、施設検診の画像ファイリング

健診事業

- 医師専用日を設けドックを実施（診療前の早期、日曜日に実施）
- 精密検査が必要となった受診者への説明、受診調整（医療機関連携室の運用）
- 精密検査受託医療機関マップの作成（ホームページ内でGoogleマップと連動させると同時に部位別検索が出来る）
- 健診データを希望する医療機関へオンラインにて配信（診療工房を用いた情報共有）
- 診療支援（医療機器等の共同利用として依頼検査を受託）
 - CT、MRI、マンモグラフィ、乳房エコー、在宅ポータブル胸部X線、ホルター心電図、肺機能、視力、聴力、骨密度、出張栄養食事指導 等
- 医療従事者セミナーの開催（医療従事者への情報提供）
- 医療従事者対象に専用日を設け健診を実施（特別健診あり）
- 産業医紹介
- ストレスチェックの実施（産業医と事業所をサポート）
- 地域産業保健センター事業（産業医と50人未満の事業所をサポート）

図2

紹介し、予約を行っている（図3）。受診者がかかりつけ医を持っている場合で、総合病院などへ紹介する場合には、受診者本人の承諾を得たうえで、かかりつけ医へ受診者の病態と病院に紹介した旨を連絡し、かかりつけ医との連携も重視している。

「医療機関連携室」は2018年の後半からその業務を開始したが、実際に紹介した件数と、対応した受診者の精密検査実施医療機関への受診率を図4に示した。2018年度までは受診当日に紹介状を作成した場合であっても受診率は83%程度であったが、「医療機関連携室」を利用した受診者においては、2019年度以降の受診率は90%台となり、2020年、2021年では97%以上の受診率を達成した。一方、2022年には受診率はわずかに低下し92%となった。

2022年度における受診率の低下についてさらに検討した。図5に2022年度に対応した受診者402人の内訳を示した。医師による診察と結果説明の後、

「医療機関連携室」を通して精密検査を行う医療機関との受診調整を行い、その場で紹介状を渡す当日の対面での対応は153人であったが、その場合の受診率は92.8%であった。一方、健康診断の終了した後日に電話などで「医療機関連携室」スタッフが説明を行い、その後紹介状を郵送するという後日の非対面の対応では、受診率は90.8%とやや低下した。受診率の向上には、健康診断の当日の対面での対応が重要と考えられた。

また、2022年度において「医療機関連携室」が対応した402人について、かかりつけ医の有無と紹介先の状況についても検討した（図6）。「かかりつけ医あり」が151人（37.6%）、「かかりつけ医なし」が249人（61.9%）、不明2人（0.5%）であり、かかりつけ医を持たない人の割合が半数以上を占めた。さらに、「かかりつけ医あり」の151人について、「かかりつけ医あり」で紹介先が「かかりつけ医だ

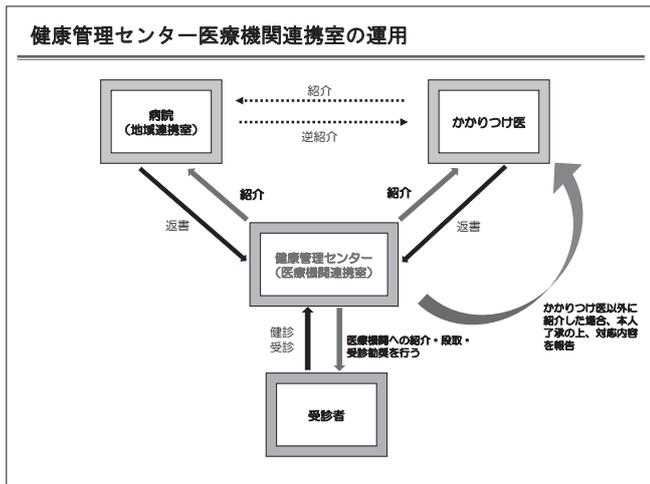


図3

2022年度 対応別医療機関受診率

【当日(対面)】
内科診察または結果説明時に医師より医療機関連携室を案内し、受診調整のうえ紹介状を渡す

【後日(非対面)】
健診後日に電話等で連携室スタッフが説明の上相談し、紹介状を郵送する

	紹介状 対応数(件)	医療機関 受診数(件)	医療機関 受診率(%)
全体	402	373	92.8
当日 (対面)	153	147	96.1
後日 (非対面)	249	226	90.8

図5

紹介状対応件数と医療機関受診率

	2018年度 (連携室運用なし)	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
紹介状 対応数 (件)	297	214	142	232	402
医療機関 受診数 (件)	248	202	138	225	373
医療機関 受診率 (%)	83.5	94.4	97.2	97.0	92.8

図4

2022年度 かかりつけ医の有無と紹介先の状況

かかりつけ医の有無	件数	割合(%)
かかりつけ医 あり	151	37.6
かかりつけ医 なし	249	61.9
不明	2	0.5

紹介先及び かかりつけ医への報告状況	件数	割合(%)
紹介先がかかりつけ医	75	49.7
かかりつけ医はあるが、 紹介先がかかりつけ医ではない	67	44.4
かかりつけ医に対応報告あり	(32)	-
かかりつけ医に未報告	(35)	-
不明	9	5.9

図6

った」受診者は75人(49.7%),「かかりつけ医あり」で紹介先が「かかりつけ医でなかった」受診者は67人(44.4%)であった。「かかりつけ医あり」で紹介先が「かかりつけ医でなかった」67人について、さらに健診で異常があり他の医療機関に紹介したことをかかりつけ医に報告することを希望するか否かについて聞いたところ、かかりつけ医に連絡を希望された人が32人(47.8%),連絡を特に希望されなかった人が35人(52.2%)であった。

Ⅲ. 精密検査を実施している医療機関を検索するホームページの作成

以前から、健診受診者が精密検査を受ける際の参考としてもらうために、精密検査に対応可能な医療機関の一覧表を、受診者への結果通知の封筒に同封していた。今回、受診者の利便性をさらに向上させるために、富山市医師会健康管理センターのホームページに、精密検査実施医療機関検索のページを作成した(図7)。このページでは、精密検査を希望する部位にチェックすると、精密検査を実施している医療機関が、Googleマップと一覧表で表示される。また、一覧表に示された医療機関名をクリックすると、その医療機関のホームページへリンクするようにした。各医療機関のホームページを確認することで、受診者がどの医療機関を受診するかを判断する支援になると考えている。

Ⅳ. 健康診断のデータをかかりつけ医と共有する試み

約20年前より富山市医師会健康管理センター臨床検査部では、検査結果のデータを各医療機関のパソコン上で閲覧できるようにするために、「診療工

房」という診療支援ソフトウェアを開発し、富山市医師会に配布してきた。富山市内の医療機関だけがアクセスできる「たてやまネット」という比較的安全性の高い情報ネットワークを利用して、富山市医師会健康管理センターはその臨床検査データを各医療機関に送信し、医療機関は「診療工房」を用いて受信・閲覧が可能となる(図8)。この「たてやまネット」と「診療工房」を利用して、富山市医師会健康管理センターの健診部で行われた健康診断や、人間ドックのデータをかかりつけ医に提供する事業を開始した。健診部で健康診断を受けて精密検査が必要となった患者がかかりつけ医を受診した場合、かかりつけ医がその患者に健診データの共有の有用性を説明し、承諾を得たうえで健康管理センターに健康診断などのデータの送信を依頼すると、後日の対応ではあるが健診部が必要なデータをかかりつけ医に送信し、「診療工房」の画面で閲覧することができる。このデータはかかりつけ医からオーダーした臨床検査データと同一の一覧表に表示され、時系列でも見ることが可能となっている。

また、「診療工房」は富山市医師会健康管理センター臨床検査部のデータだけでなく、SRLやBMLなど他の臨床検査機関のデータも取り込むことが可能となっている(図9)。2023年6月には、「診療工房」が取り込める検査結果のフォーマットを、SS-MIXに対応可能な仕様に変更した。これにより富山市医師会健康管理センター以外の健診機関のデータでも、健診システムからSS-MIXで健診結果を出力できる施設は、「診療工房」を介してかかりつけ医への情報提供が可能となり、「健診連携」・「健病連携」に一層の貢献ができるものと考えている。



図7

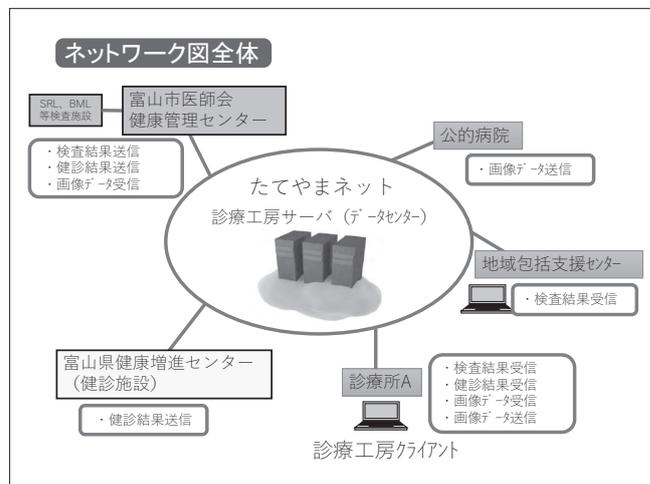


図8

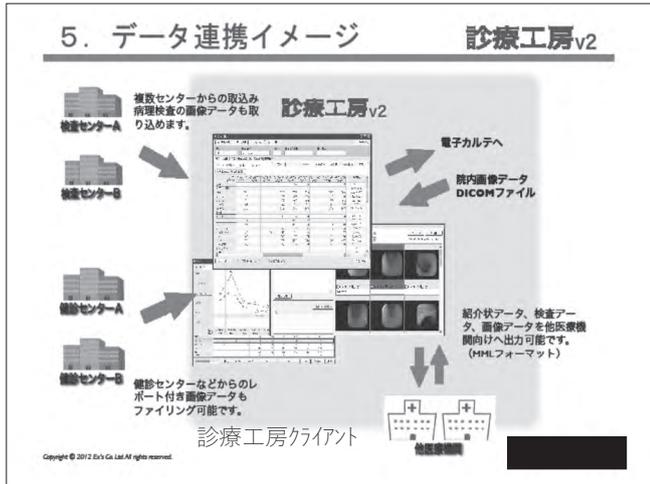


図9

V. おわりに

富山市医師会健康管理センター健診部で実施した健康診断や、人間ドックの受診者とかかりつけ医との連携強化の試みを紹介した。

健康診断や人間ドックなどは、地域保健や産業保

健と関わりながら、疾病やその疑いのある受診者を医療につなげる役割を担っている。同時に、かかりつけ医にとっても、かかりつけ患者の診療に有用な情報となりうると考えられる。セキュリティー対策に十分配慮しつつ、今後さらに医療情報の共有化などを通じて、受診者と医師会会員医療機関の双方にとってメリットのある、また現場の診療に貢献できる事業を展開していきたいと考えている。

この稿を終えるにあたり、日々の健診業務・臨床検査業務に従事し、常により良い事業への改善に努力している中西博子副所長、中嶋郁栄保健師、岩城哲也さん、小松広人さんをはじめとする富山市医師会健康管理センターならびに富山市医師会の職員、いつもの的確なご助言や激励をくださる富山市医師会の役員ならびに会員の先生方、常に身体的・精神的に支えてくれている家族に深く感謝したい。また、このような発表の機会を与えていただいた関係各位に深く感謝する。2024年3月16日には北陸新幹線も敦賀まで延伸するが、今後も日本医師会の先生方のご指導を切に希望している。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 内田 耕三郎（岡山県医師会専務理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

3. 名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター（愛知県）

「検査センターとして地域医療に貢献できること—PHR（Personal Health Record）の活用—」

名古屋臨床検査センター理事長

北川 裕章

I. はじめに

1) 背景

名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センターの主な業務内容は血液、尿などの検体検査であるが、附属診療所も併設しており、MRIやCTなどの共同利用や内視鏡などの依頼検査、その他一般市民や組合員のための健康診断、各種がん検診、人間ドックなどにも幅広く対応している。対象となる地域は名古屋市周辺、西は三重県桑名市から尾張全体、東は西三河の一部、豊田市あたりまでと広範囲にわたるため、情報伝達の効率化が必要であると考えていた。

2) PHR（Personal Health Record）の導入まで

愛知県の一般的な診療所の診療時間は、午前診と、16時から19時あたりまでの午後診の二部制が多い。そして、午前診の検査結果は同日16時から21時ごろ、午後診の結果は21時から日付が変わった未明ごろまでに多くが判明する。判明と同時にWEBで公開し検査結果の確認は可能だが、一般的なオンライン報告は医療機関側がパソコンを起動した際に検査結果を取得することとなり、最短翌日の午前診で患者への説明となる。一方、過半数の施設では報告書発行による紙ベースでの報告のため翌日のお届けとなり、患者への検査結果の説明は、翌日午後診あるいはそれ以降に行うことになる。対象地域が広大で1日1回の集配の施設もあり、その場合はより時

間がかかることにもなってしまう。いずれの場合も患者に再受診していただき、対面で説明をすることが必要である。また、コロナ禍で30日どころか60日以上長期処方傾向となっており、採血を行っても30日あるいは60日後以降の処方薬がなくなつてからの再受診が多く、検査結果の説明までに大きなタイムラグが発生してしまう症例が多い。

そこで、迅速に検査結果を、できればリアルタイムかつ直接患者にお知らせすることができないか、これこそが地域医療への貢献であると考え、PHRの活用注目してみた。

3) PHRとは

患者本人が自身の健康に関する情報を一元的に生涯にわたって保持・管理する電子カルテのことで、日常生活の改善などのセルフケアを実現し、健康寿命の延伸を目指すものとされている。簡単に言えば、患者本人のスマホに健康・医療・介護の情報をまとめて入れるアプリである。近年では、医療や健康領域における情報通信技術（ICT：Information and Communication Technology）の導入が進み、PHRへの注目も高まってきている。

一般的に、PHRで記録や管理をする対象となる事柄（図1）は、自身の既往歴やアレルギー歴、妊娠・出産に関する情報や医療機関での診察・検査結果、定期健康診断の結果や処方箋の情報に加え、家庭での体温・血圧・脈拍などのデータが代表的なも

のである。この医療機関の検査結果を迅速、確実かつ安全に直接お届けできないかと考えたところから、PHRの模索が始まった。

PHRで管理したい情報と実際に管理している情報(図2)は、服用薬情報ならびに実際に服用した記録、血圧などの家庭での検査値などで、多くの患者がPHRでの管理を希望され、その7割から9割の方が既に取り込んでいる。一方、医療機関での検査値については、同じく多くの患者が管理を希望しているが、実際に管理している患者はその4分の1、全体の10%余りととどまっており、ここに大きなギャップが存在する。このギャップを埋めるべく、検査結果を迅速に患者に直接お届けできるPHRを検討したところ、メディカルデータカード社の「MeDaCa」というシステムに行き着き、導入に向け共同で最終調整し、2017年に全国でいち早く取り入れたので、その特徴につき述べることにする。

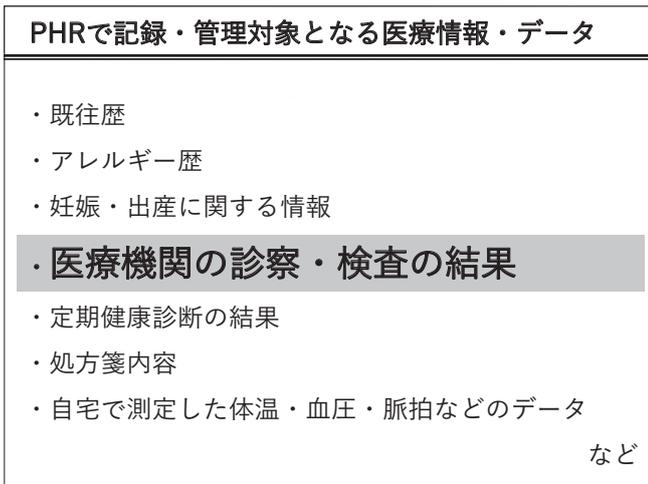


図1

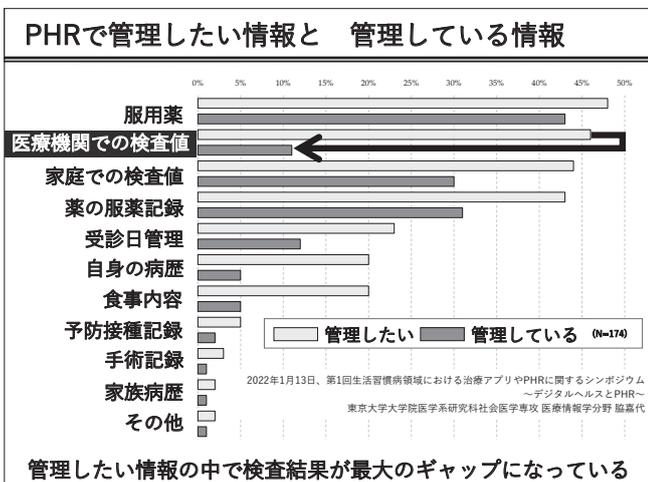


図2

II. MeDaCa について

1) 安全性

MeDaCaのシステムは、医療機関側のソフトの「MeDaCa PRO」と、患者側が取り込むアプリの「MeDaCa」の間で検査データを含む情報を伝達することができるものであるが、重要な個人情報のやり取りに関わるため確実、安全の担保が必要である。「MeDaCa」は、国立研究開発法人科学技術振興機構の革新的イノベーション創出プログラムにおいて、慶應義塾大学が中心となり築き上げられた研究結果を事業化したものであり、信頼できるものと判断しており、セキュリティについても、Amazon Web Servicesをインフラとして採用し、厚生労働省、総務省、経済産業省の3省が定めた2つのガイドライン、いわゆる最も厳しいと言われる3省2ガイドラインを参照した運用を行っており、万全の体制であると判断した。

2) MeDaCa 利用のための準備

利用にあたっては、検査センターとメディカルデータカード社が契約し、システムの構築が必要である。各医療機関も個別の登録が必要であるが、医療機関の情報を「MeDaCa PRO」から送信すると簡単な審査の後に登録される。これで医療機関と情報のやり取りができる環境が整ったことになる。臨床の現場で主治医が患者に説明し、了解が得られれば患者からスマホやパソコンで「MeDaCa」にアクセスしていただく。と同時に、「MeDaCa」から医療機関(主治医)の「MeDaCa PRO」に患者の情報が届くので、生年月日、診察券番号などを照会、確認し、認証すれば手続きは完了である。主治医が認証しなければ登録されず、情報の漏洩などもない。

3) 検査情報の流れ(図3)

患者の検査検体は当センターで測定し、検査結果は翌朝、医療機関に存在する「MeDaCa PRO」に送られる。主治医はそれを確認し、送信することがふさわしい場合は「送信」をクリックすると、その瞬間に患者のスマホにデータが送られる。すなわち、一度患者との契約関係が構築されると、主治医は送信する症例をクリックをする、これだけの作業となる。また、その際にコメントを添付することも可能であるので、早めの受診を勧めたり、生活のアドバ

イスなどを付け加えることも可能である。

このPHRにはデータを時系列に保存することが可能であり、その他検査結果の表示、基準値などの説明のほか、希望項目のグラフ表示も簡単に行うことができる。検査結果のほかにも、病理検査結果、大腸CTなどの画像や各種読影結果、特定健診、健康診断結果なども送信が可能である（図4、5）。

このPHRの機能を使って、医療機関同士での情報のやり取りや、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカーなどの医療・看護職間の医療連携、いわゆるハブ機能も併せ持っているのも、今後の発展にも期待している。

Ⅲ. 結果

1) 利用者状況

ここ4年間、毎年2,000人以上の新規患者の利用があり、累積ではすでに1万1,000人ほどになった。

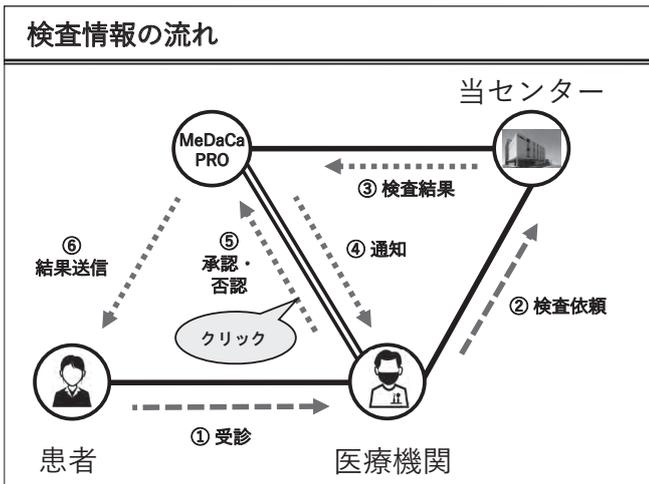


図3

また、附属診療所での健診・ドックの結果を年間300人以上の受診者にもすでに発信している。男女比は、ほぼ同数。年代別PHR利用状況は、やはり30代から50代で全体の63%と、ITに対応できる若年世代の利用が多くなってきており、60代、70代以上の利用は18%にとどまっている（図6）。参考までに下段に当センターの一般検体検査の年代別割合を帯グラフで示したが、想像通り60～80代以上の患者の検体が61%を占めていた。検体の多くを占める高齢患者のPHR利用が、当然のことながら多くはないという現れである。

2) アンケート結果

「MeDaCa」と「MeDaCa PRO」を利用すれば、アンケートなどの情報のやり取りは容易で、アンケート調査を試みた。50代までの方の回答が約3分の2を占めており、若年者の回答が多くはなってい

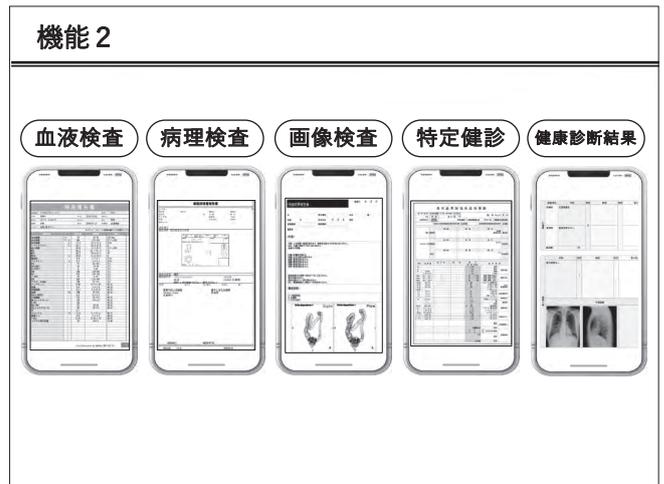


図5



図4

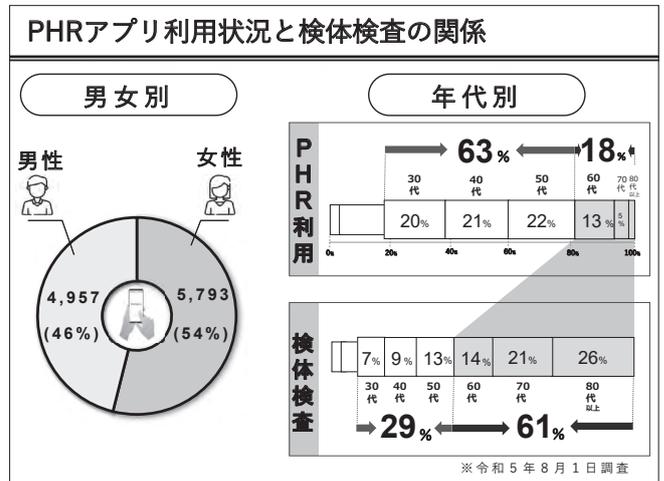


図6

る。「検査結果がお手元のスマートフォンに早く届く事でより先生が身近に感じるようになったか」の問いに、328人(80%)の患者がとても身近に感じると回答(図7)。「検査結果を紙よりデジタルでもらった方が便利であるか」の問いに、383人93%が便利であると回答。「早く検査結果が届くことで検査結果への関心が高まったか」の問いに、350人(84%)の方が高まったと回答いただいた(図8)。このPHRのおかげで「治療に前向きになったか」との問いには、385人(92%)が前向きになった、「アプリで検査結果を見る操作は簡単であるか」の問いに、351人(84%)がほぼ簡単である(図9)と、概ね好評であった。

IV. 考察

1) 高齢者対策

2022年一般向けモバイル動向調査(図10)で、

高齢の方々の可能な行為の割合を見てみると、スマホを使い電話をかけることは60代・70代ではほぼ100%の方が可能であり、メール・メッセージを送ることも60代では90%以上、70代でも90%近くの方が可能である。一方、電話帳の設定やインターネット使用による情報検索になると、70代では75%台から50%台と、使いこなしが困難になってきていることがわかる。これから読み取ると、「MeDaCa」のようなPHRの設定に必要なアプリのダウンロードが可能な年代は、60代で6~7割、70代では4割以下になってしまう。しかし、一度PHRのアプリをダウンロードすればデータの確認をする動作は、図10の上から2段目の「メールやメッセージを送ることができる」に相当し、9割以上が可能というデータである。すなわち、アプリのダウンロードをお手伝いできれば、高齢であっても9割以上が情報を得ること

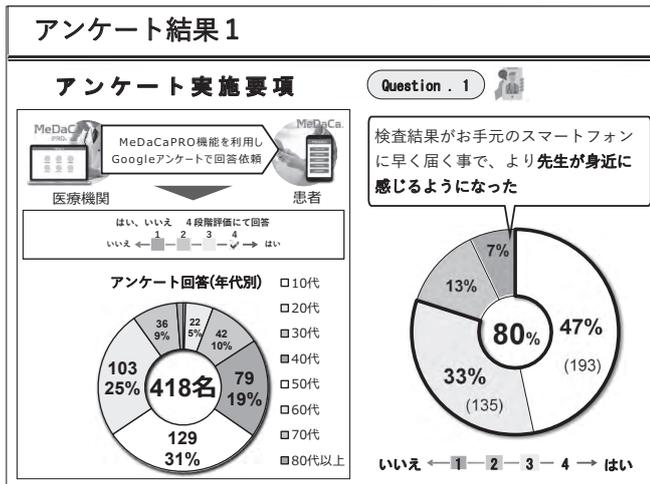


図7

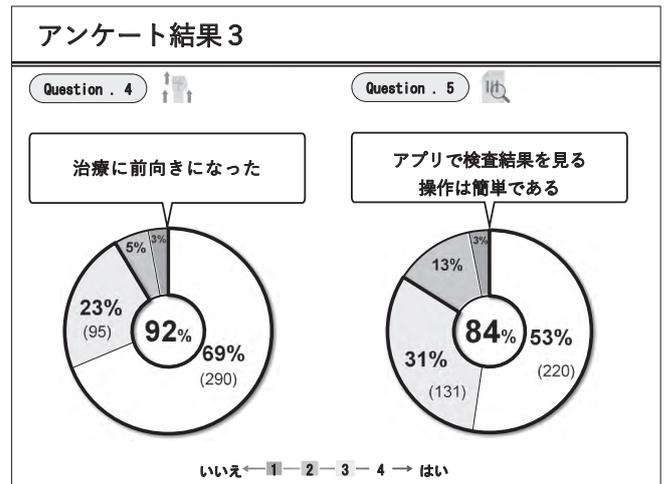


図9

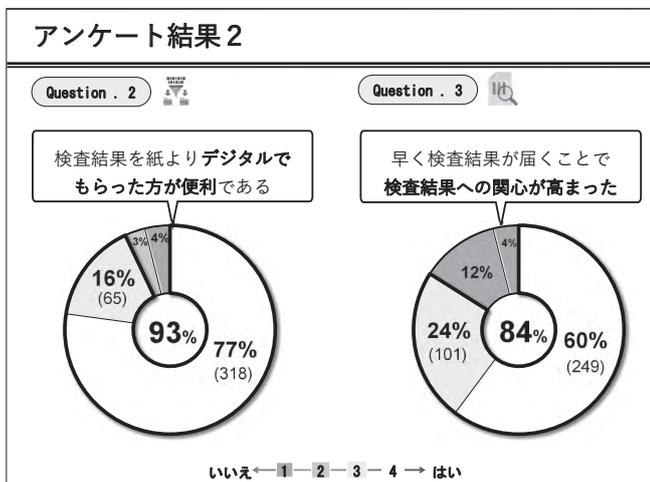


図8

スマホの利活用状況(スマホ所有者限定)

	60代前半	60代後半	70代前半	70代後半
電話をかけることができる	98	99	99	100
メールやメッセージを送ることができる	97	93	88	87
カメラを使って写真や動画を撮影する事が出来る	93	94	83	87
電話帳の設定ができる	88	83	74	73
インターネットを使って情報を検索できる	92	84	73	57
アプリのダウンロードや削除ができる	72	61	43	39
Wi-Fiに接続することができる	68	56	40	34
メールやメッセージを受信拒否設定ができる	61	42	30	29
位置情報のON/OFF設定ができる	56	42	25	28
写真を編集・加工することができる	48	26	17	16

出所:2022年一般向けモバイル動向調査(訪問留意)

シニア層へのスマホ所有者率は上がってきているが、利活用が出来ていないのが現状

図10

ができ有用だということになる。筆者の診療所でも職員がダウンロードのお手伝いをすることで、高齢者の利用率も徐々に向上してきている。

2) 発生し得る問題

PHRの導入検討時には、患者が検査結果を直接手に入れてしまうと再受診が減少するのではないかと懸念もあった。患者が手に入れた検査結果を理解していただけるのであれば再受診が不要で結構、これこそが地域医療に貢献、目的達成、と導入に踏み切った。実際には、検査結果に異常値があると心配になり受診されるケースが意外と多い。また、慢性疾患の定期的な採血の場合は、導入前も30～60日後の再受診された時に説明を受けていた症例がほとんどであったが、異常値があると早々に受診されることも多くあることから、PHR導入による再受診回数の減少には必ずしもつながっていないと判断している。また、対面会話形式での説明がないため検査結果を誤解してしまうケースが発生することは危惧される。この点に関しては発信時に主治医の個別のメッセージを添える機能を駆使し、数値だけではなく言葉のデータも併せて発信することで回避できると判断すると同時に、データを発信するか否かは主治医のクリックで決まるため、誤解を生ずる可能性が高い場合はお知らせしない選択もあり、問題視していない。

3) 今後の展望

アンケート調査の結果は概ね好評であり、実際の使用感からも問題となる点は感じず、今後追加される機能として、検査結果の推移をアプリが判断して、予後についてお知らせする機能が備わる予定もあり、展望は明るい。例えば、eGFRの経過から透析に至るまでの期間を予測したり、肝機能・脂質のデータから脂肪肝に至る経過の推測、骨密度のデータから骨折の予測を立てるなど、患者の意識の向上に役立つような機能が追加となる予定で期待している。

V. まとめ

検査結果をリアルタイムに本人に直接発信し伝えることが地域医療に貢献することにつながると考え、「MeDaCa」というPHRの活用を始めた。これは患者にとって有意義なことであり、医療機関、主治医からも概ね好評をいただいた。操作は、医療機関、患者側とも煩雑とは言えず、問題は多くはない。高齢の方のスマホ所持率、アプリの利用率は高くはなく、操作困難な例も散見されたが、アプリ導入のお手伝いをするにより、ほぼ使いこなすことができるツールと言える。未だ利用医療機関数、利用患者数は多いとは言えないが、今後の展開は明るいものと思う。ICTの導入、各社の競争は激化しており、更なるサービスの向上も期待される。いずれにせよ、医療においてもICTの導入は避けては通れず、当センターもいろいろと模索しながら今後も積極的に進めていく方針である。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 内田 耕三郎（岡山県医師会専務理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

4. 都城健康サービスセンター（宮崎県）

「次世代へ繋ぐ設立時の思い。温故知新」

都城市北諸県郡医師会長

田 口 利 文

都城市北諸県郡医師会は、2020年第51回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会の担当医師会として準備を進めていたが、新型コロナウイルス感染症の拡大があり、残念ながら開催することができなかった。その時紹介できなかった当地のことを少し紹介する。

都城市の人口は16万人で、A会員数134名の小さな医師会である。都城市から西を望むと荘厳な高千穂の峰がそびえている。この霧島連山は山の字をそのまま写したような雄大な姿をしており、その一つの高千穂は天孫降臨の霊峰として伝えられている。国譲りをする大国主命のいる出雲ではなくこの地に降り立ったということは、高天原とを結ぶ唯一の道といえる。山頂には天の逆鋒が立てられており、坂本龍馬もお龍との新婚旅行で山頂を訪れ、その存在を高知の乙女姉さんに宛てた手紙に残している。天照大御神の孫である邇邇芸命は霧の中で鳥のように見えた高千穂に降り立ち、笠沙の岬で木花佐久夜姫と出会う。その時、大山の神が、永久の命を持つ磐長姫も后とするよう申し出るもあまり美しくないと断り、永久の命を失うことになる。その後海幸彦と山幸彦が生まれ、山幸彦と豊玉姫との間に鷓鴣草葺不合尊が生まれる。瓊瓊杵尊を祭る霧島神宮は国宝に指定され、鷓鴣草葺不合尊を祭った鵜戸神宮も素晴らしい景観である。近くには、鷓鴣草葺不合尊の子である神武天皇が幼少期をすごした皇子原、さ

らに神武天皇の幼少期の名を冠した狭野神社や御池があり、古の人々の心に触れることができる。また、都城は日向の豪族の娘で後の仁徳天皇の後となった髪長姫の生地と伝えられている。髪長姫は絶世の美女で、この地の湧き水を使って美しくなれたと言われ、昭和天皇の香淳皇后は、お輿入れの際にこの地に立ち寄り水を汲んでいかれたとのことである。この都城盆地の伏流水（霧島裂罅水）を使用したのが霧島焼酎である。

都城市北諸県郡医師会の会誌「医苑」に、都城健康サービスセンターの設立の経緯が残されている。昭和45年12月6日、当時の医師会役員の懇請に応える形で日本医師会の武見太郎会長が都城へ来られた。その記録から当時の先生方が緊張と喜びの中で武見会長をお迎えした様子がうかがえる。講演の中で地域における医師会の位置づけについて、その地域にあった健康（医療）問題を計画し、実施し、評価し、批判して次の計画をなすことが重要であり、これは医師の地方医師会の任務であり、学術団体として医師会だけがなしうるものであると話されている（図1）。今回の新型コロナウイルス感染症との戦いでも医療資源の乏しい地方で、2類相当とされた感染症とはいえ、多くの軽症感染患者を入院隔離することにより職員へも感染が広がり力が削がれ、重症患者も受け入れられなくなった。85%前後を占めた軽症の感染者は入院隔離ではなく、外来で管理する道筋

が立てられなかったものか地方医師会として考えるところである。地域住民の健康を擁護するには地方自治体との密接な連携が必要で、これにより医師の地域社会における立場が確立されると強調されている。日曜当番医は、休日は当番医の利用を願ひし、救急医療の問題も夜間は医師会の運営による急病センターの受診が地域の住民に受け入れられ、ひいては医師会員の健康・福祉に連なるものであると話されている。医師会の役割である医療の公共性については、医師と患者の対一の関係でなく、医師対地域住民との関係が重要で、各種健診、学校保健、予防接種などの活動を積極的に行う必要を説かれている。さらに診療においては、技術革新と情報化による医学の進歩を地域医療とつなぎ合わせる必要があり、地域に検査センターを作り、それを核として情報を受けて患者を診察することを提案されている(図2)。以上のような薫陶を受け、何もないところから地域住民の健康増進と医師会員の診断技術の向上のため、昭和47年都城地区総合保健センターが設立された。準備委員の先生方は毎日のように手弁当で会合を重ね、医療機器については私財を投じて

も現代医学の進歩に応じた設備を購入したいという熱意を感じられた。都城市北諸県郡医師会は、昭和58年都城市郡医師会病院(224床)も行政との協力で開院し、年間3,400件の救急搬送を受け入れる施設に成長した。地域の人々が安心して暮らせるよう、断らない医療を実践している。センターの検査検体数は、平成27年の404,000件をピークに次第に減少している(図3)。新型コロナウイルス感染症の影響や民間検査機関との価格競争により、検体数の減少が考えられる。民間検査会社はすべて都城圏域外にあり、①緊急検査への対応、②災害時の検査機能の維持(移転時に検査センターも免震構造を選択)、③緊急時の輸血用血液の融通と交差試験の実施(当医師会独自の機能)など、民間では担えない機能を持っており、今後も維持していく必要がある。会員医療機関には地域に貢献する機能を理解してもらい、理解をお願いしたい。健診者数は増加しており、生活習慣病・人間ドック及び事業所健診合わせて45,000件施行している(図4)。健診の収益で検査部門の赤字を埋めている状況である。令和2年度より、検査部門の赤字を縮小すべくFMS委託を開



図1

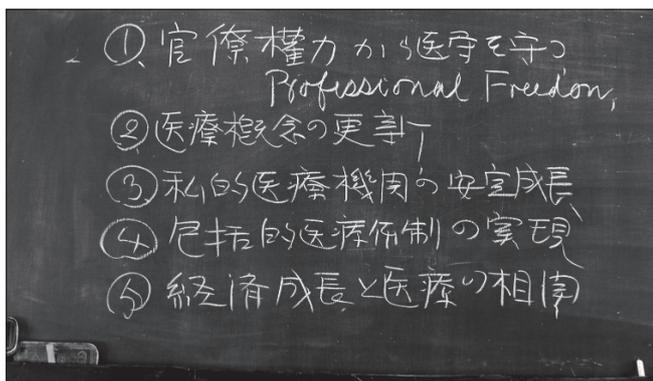


図2

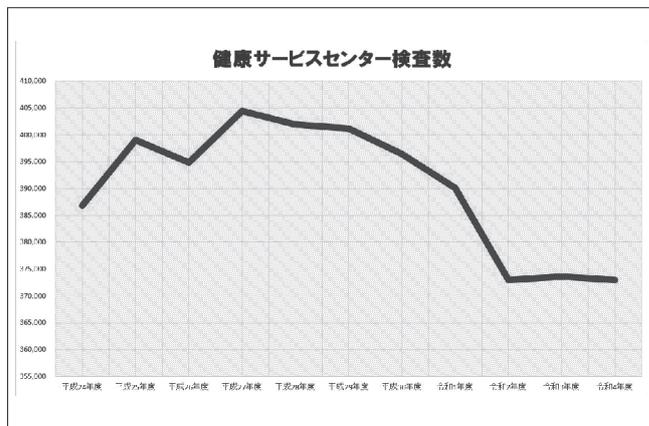


図3

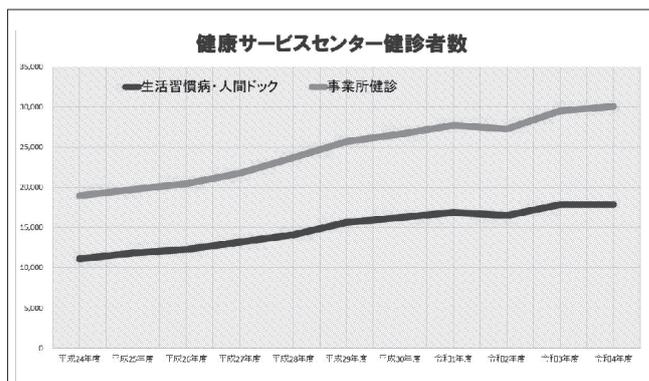


図4

始したが、赤字幅の縮小は実現できておらず、今後再検討の予定である(図5)。今回、設立時の先輩の思いにふれ、今後も多くの会員に理解と惜しみない協力を願っている。

あとがき：武見先生は医師会の黒板に『professional freedom』という言葉を残されている。これはもちろんエゴイズムの自由ではなく、日本医師会のいう自らの良心と理性に基づいて意思決定する自由をもって診療に従事することであることは明らかである。医師の働き方改革は、professional 集団として若い医師の健康と福祉を守り、地域医療を守ることができるよう頑張りたい。

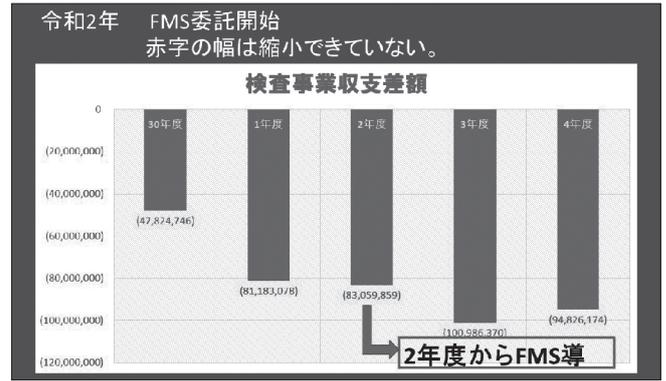


図5

第2分科会（検査・健診センター関係）質疑応答

司会 内田 耕三郎
 （岡山県医師会専務理事）
 座長 黒瀬 巖
 （日本医師会常任理事）

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ただいまより、各先生方へのご質問をお受けしたと思います。その前に、演者の先生方の中で、話し忘れたみたいなきことはございませんか。ないようであれば、ご質問のある方は、大変ご面倒ですが、手を挙げてマイクのところまでお越しいただき、ご所属とお名前を伝えてからご質問ください。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

宮城県でも同じようなシステムでMMWINというのがありますが、非常に多くの問題があり、結局うまくいっていません。土田先生のところの「診療工房」は、ソフトをつくったのはどこで、サーバーはどこが運営しているのですか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

うまくいかないのは、検査ビューアという点でしょうか。それとも診診連携とか病診連携の通信ですか。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

そもそも検査ビューアとしてもうまくいっていません。もちろん、DICOMの画像の閲覧もできるはずですが、なかなかうまくいきません。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

ご質問につきまして、まず、ベンダーは富山市の地場のベンダーです。実は前の富山市医師会会長が大変パソコンに詳しく、その先生が理事だった頃にベンダーの人たちとやり取りをしてつくり上げたと聞いております。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

サーバーはいかがですか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

サーバーは富山市医師会健康管理センターに置いています。データはクラウドに上げています。詳しくは、健康管理センター職員の岩城さんをお願いしたいと思います。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

データはデータセンターに持っていて、検査結果

あるいはDICOMの画像等はデータセンターに送信されています。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

データセンターというのは、富山市医師会のサーバーですか。それともどこか他のところですか。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

国内のレンタルサーバーです。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

運用経費や参加しているところの経費はどうなっていますか。各医療機関はそれを利用するためにお金を払っていますか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

各医療機関は払っておりません。一応、地場のベンダーが立ち上げているため、それほど高い料金は取っていないと理解しています。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

データセンターの主管・管理は富山市医師会健康管理センターがすべて費用を持ち、医療機関へは検査を出していただいているサービスの一環の1つとして、費用としてはもらっておりません。検査料金に含まれるという形を取っています。

○橋本省（宮城県医師会副会長）

それで経費を賄えますか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

「診療工房」については、それほど高い経費はかかっていないと理解しています。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

アマゾンなどのデータセンターであれば相当かかりますが、今のデータセンターは賄えるレベルです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

どうしてもイニシャルコストだけではなくて、ランニングコストが気になる場所だと思います。通常では、例えば利用する医師会員もいれば利用しない医師会員もいるので、利用する方々から一定のシステム管理料みたいなものをいただくのか、あるいは医師会費として全体で持つのか、あるいは検査費に上乗せすることによってある意味の受益者負担にするのか、というご質問だと思います。今のお答えですと、トータルコストはあまりかからないので、検査費用に少し上乗せする程度で何とか管理できているということによろしいですか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

実は、検査費用に上乗せしているというよりは、健康管理センター全体の予算の中で「診療工房」の予算を取っているという理解の方がよいかと思いません。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

健康管理センターの方で費用を持っているということですが。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

医師会本体から何か補助が入っているということではないということですか。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

そうです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

もし本当にそうだとすれば、全国から殺到するのではないですか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

検査ビューア以外に施設検診のデータを送るフォーマットをそれで作らなければいけないので、肺がん検診、胃がん検診に参加している施設は必ずこれを導入せざるを得ないというふうにして、統一フォーマットで読影することになっているため、多くの医療機関が、ビューアとして使わなくても「診療工房」は導入しているのは事実だと思います。

○岩城哲也（富山市医師会健康管理センター臨床検査部検査事務主任）

特定健診、胸の写真など、今時二次読影をフィルムで出すことはないと思います。各クリニックで撮ったDICOMのファイル画像をシステムで送るというような機能も持っていますので、その費用も含めて健康管理センター全体で持っているということですが。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。他にありましたらどうぞ。

○赤石 隆（宮城県医師会常任理事）

演者の先生方でご事情が少しずつ違っておられるかとは思いますが、医師会立の検査センターと一般の、例えばBMLとか民間検査センターとの競合はどのようになっているのか、お聞かせいただきたいと思っています。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

全員にお聞きしてよろしいでしょうか。萩原先生

からお願いいたします。

○萩原弘一（大宮医師会メディカルセンター長）

副センター長、わかりますか。

○菊池幸一（大宮医師会メディカルセンター副センター長）

大宮医師会の周辺は、たくさんの民間検査センターが乱立しています。大手のSRL、BMLはもちろんのこと、地域に根差した各検査センターがたくさんありますので、大宮医師会の業務としては非常に肩身の狭い思いでここ数十年やってきております。先輩方もそれをどうにか打破しようとしてはいますが、なかなかうまくいってないのが現状です。ただ、大宮医師会の理事の先生方も、特にその辺は気合を入れてやっていただいていますので、値段を下げるというようなことはせず、大宮は医師会が引っ張っていくんだという心情だけで頑張っております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

価格競争はしないという強い信念のもとに、会員サービスの向上で応えるということですね。

○菊池幸一（大宮医師会メディカルセンター副センター長）

はい、そうです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

続きまして、土田先生、お願いします。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

全国どこの医師会立臨床検査センターも同じ状況だと思います。富山市もどんどん検体数が減っております。先ほどの田口先生のお話のように、最初に臨床検査センターを立ち上げた昔の先生方は、富山市医師会の検査センターをずっと使っていたのですが、その先生方が次々廃業され、新規開業はいろいろな経緯があって、ほとんど民間に流れているのが実情です。ただ、いろいろなサービスをやってみようということで、「診療工房」や集配の数を増やしたり、できるだけ早くデータを戻したりといった対応をしています。それで、価格競争はやっても不毛なだけという結論に達して、会員の先生のご理解を得ながら、検体数が減るのを少しでも減らしたいというのが現状です。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

当センターも全く同じですが、私の印象では、設立が古く伝統が少しあるという利点はあると思います。昭和33年からやっており、地域に根付いているというところはあります。しかし、ご多分

に漏れず、民間の違法ともいえるダンピングで、口に出して言えないほどの価格を提示して、代替わり時に民間に変わってしまったたり、開業時に話も聞いてくれないことも続き、確実に右肩下がりでしたが、ここ数年価格競争にも少し力を入れています。特に、今までのお得意様でも代が替わると、コンサルタント会社みたいなものが入ってくるので、そこに手をつけないと無理だと思っています。PHRにしても1つのサービスだと思うようにやっています。それから、コンサルティング会社の発言力が強い場合は、その会社とパイプがある役員や会員の先生を通じて話をするなど、方向転換して頑張っています。

○田口利文（都城市北諸県郡医師会長）

うちも大体同じで、新規開業の時には、初期投資ですから安い方に行くのは仕方がないと理解しています。しかし、我々の検査センターの臨床検査技師は、急病センターや夜間のバックアップをしていますので、そういうところを説明して、開業が軌道に乗った時期にぜひ我々の検査センターにとお願いするしかないと考えております。

○赤石 隆（宮城県医師会常任理事）

コンサルティング会社が開業の時にくっついていて、すべてバックでやっちゃってしまっているというお話でしたので、なかなか県医師会の検査センターは入り込めない状況かと思ってお伺いしました。ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

枝國先生、この件に関して何か一言ありますか。いつも日本医師会の医師会共同利用施設検討委員会でご発言してくださっている先生です。

○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副理事長）

我々もずっと右肩下がり苦勞しており、先生方がおっしゃったようなことをいつも発言しています。若い先生方の意識改革がなかなか難しく、恐らく、この辺が松本会長がおっしゃった、いわゆる組織強化にもつながると思います。田口先生の先ほどのすばらしいお話、何か若い先生方にうまく伝えるような工夫などされているのか、お聞きしたいと思います。

いずれにしろ、価格ではどうしようもないので、今回、逆にコロナのPCR検査で、今まで利用していない会員が利用されたことから、何か付加価値を見つけて1回入っていただくようなきっかけがない

とやっていけないと思います。医師会共同利用施設の共助の気持ちを何とか持っていただきたいのですが、田口先生、その辺何か工夫があれば、若い先生へのアピールの仕方など教えていただければと思います。

○田口利文（都城市北諸県郡医師会長）

私は医学教育から間違っていると思っています。地域医療と言えば、田舎に行くと、おじいちゃん、おばあちゃんを診ることだと思っています。その中で、先ほど松本会長もおっしゃったように、学校健診もあれば予防接種もある、全部含めた健康時のそういうのをやることも医師会の活動だということ、武見先生が言われた地域における医師会・医師の立場を確立する、そういうところを若い先生方に訴えて、何とか我々の核となる事業に協力してほしいというところを、50周年でいろいろな資料を集めて「医苑」という雑誌に掲載しておりますので、若い先生方にぜひ読んでいただきたいと思っている次第です。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。若い先生方はなかなか紙で読んでくれません。私、広報も担当しておりますので、よろしければ、日本医師会の広報を通してデジタル化した情報もお伝えできればと思います。

第2分科会の本日の一番の隠れたメインテーマは、やはり民間検査センターとの競争と言いますか、いかにそこに打ち勝っていくかというためにICTを用いたり、会員のサービス向上を通して価格競争にあまり巻き込まれないように努力されているところと感じます。

他にご質問等ございますか。どうぞ。

○墳本敏彦（奈良市医師会監事）

土田先生にお伺いいたします。先生のところでは検診の結果で大きな病院などに紹介する時、かかりつけ医にするか医療機関に直接するかというお話だったと思いますが、かかりつけ医支援という意味では、できるだけ一旦かかりつけ医に相談していただきたいと思うのですが、その辺の何か基準、どう返すかという基準がおありかということが1つと、かなり大きな病院に紹介状を出すと、その後のやり取りはセンターですることになると思いますが、その辺の人的な手間はいかがでしょうか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

まず、選ぶ基準ですが、どこの医療機関を選ぶか

については、ご本人の意向みたいなものを一応お聞きして、かかりつけ医もいろいろな先生がおられますので、あとは、保健師が判断して、ここの医療機関ではちょっと難しいという場合は大きな病院に行くというふうにしています。

先生がおっしゃるように、一度かかりつけ医に返し、そこから紹介状を出すというのは、受診者の利便性やご希望などいろいろ配慮して、かなり大きな医療機関に直接紹介するというのも現実的には半分ぐらいありました。また、返書のことはご指摘の通りで、今現実的にどうなっているか確認します。紹介された医療機関はやはり紹介元に返してしまいますので、もしかすると返書が健康管理センターに返ってきているかもしれません。もし紹介元の医療機関が、ご本人の意向を聞いて、かかりつけ医はこっちだからこっちに紹介状を書いておくねというぐらいに配慮してくれれば、かかりつけ医に返るということはあるとは思いますが、そこら辺はまだ詰められていないところだと思います。うちのスタッフの中嶋さんより説明してもらいます。

○中嶋郁栄（富山市医師会健康管理センター健診部 健診課係長）

紹介先を決めるに当たって、基本的にはかかりつけ医を紹介するようにご案内はしますが、緊急度が高く、かかりつけ医に行かれた後、すぐに総合病院に行かなくてはいけないような方も結構おられますので、そういった場合は、かかりつけ医よりも先に大きな病院に紹介させていただき、その旨をかかりつけ医にお伝えできるようにご本人様に説明して、紹介内容をかかりつけ医に返すというような形を取るようになっています。

○墳本敏彦（奈良市医師会監事）

そうであれば、かかりつけ医も、突然自分のところにいた患者さんが病院に行って手術を受けたとびっくりするようなことは少ないということですね。

○中嶋郁栄（富山市医師会健康管理センター健診部 健診課係長）

そうだと思います。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

返書の扱いはどうなっていますか。返書はセンターに来ていますか。

○中嶋郁栄（富山市医師会健康管理センター健診部 健診課係長）

返書は健康管理センターの方に来ております。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

わかりました。先生のおっしゃる通りに、健康管理センターから、もしかかりつけ医がわかるようであればそのコピーをかかりつけ医に送るとか、そういう工夫は今後必要かもしれません。ご指摘ありがとうございます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

他にご質問ございますか。どうぞ。

○桃木 茂（埼玉県医師会常任理事）

北川先生にお伺いいたします。先生のご発表のPHRに関してですが、このPHRで患者さんに健診結果等のデータを送る場合、例えばその患者さんが特定保健指導あるいは動機づけ支援というような立ち位置になった時、どのように医療機関を受診させて、指導を受けさせるように勧めていらっしゃいますか。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

健診に関するケースはあまり多くありませんので、お答えになるかわかりませんが、説明は主治医に聞いていただかないといけないと思っていますし、健診結果をお送りするのも主治医の判断です。例えば、「メタボリックシンドロームでリスクも高いのでお話しします。速やかにご来院ください」などのコメントを付けます。そうすれば、来院されて、主治医が説明して指導する、あるいは指導するところを紹介してもらわないといけませんので、第一報として送るというふうに考えていただければと思います。

○桃木 茂（埼玉県医師会常任理事）

送る方と送らない方は、主治医の判断ということですか。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

はい。病理の結果などはわからないかもしれませんが、誤解されるかもしれませんので送っていません。

○桃木 茂（埼玉県医師会常任理事）

ありがとうございます。もう1点、費用的には幾らぐらいかかりますか。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

今回、PHRを紹介するという目的であえて説明しませんでした。やはり民間企業とタイアップしているものですので、幾ばくかのお支払いは生じてきます。その業者もオープンにしており、ホームページにも載っています。支払いは、一般的には月々

幾らという形になりますが、これを地域の医療に貢献するために導入したという点もあり、我々センターが全額負担しております。患者さんや医療機関は無料になっております。

○**桃木 茂**（埼玉県医師会常任理事）

ありがとうございます。非常に素晴らしい取り組みだと思っています。例えば、検診の結果を受けて、患者さんに塩分の摂取量を減らすようにとか、食事制限の内容とか、そういったことが通知できることで健康管理増進につながっていくということであれば、非常にありがたいと思っています。ぜひ参考にさせていただきます。

○**北川裕章**（名古屋臨床検査センター理事長）

目的は本当にそういうことであります。採血して2日目、3日目にデータが手に入ると、2か月後になるのではかなりインパクトが違いますので、患者さんにもよりますが、異常があると早めに来られる人は思いのほか多いと思います。

○**桃木 茂**（埼玉県医師会常任理事）

ありがとうございました。

○**黒瀬座長**（日本医師会常任理事）

桃木先生もおっしゃった通り、かかりつけ医がここに参与しているというところがみそですね。かかりつけ医が判断して、その結果を「MeDaCa」を通して患者さんに送るのか、送らないのか。送る場合には、かかりつけ医のコメントが付いているところが非常に重要だと思います。

他にご質問ございますか。時間も押してまいりましたが、もう少しだけお時間をいただいて、せっかくだから、日医を代表して角田先生、いかがですか。

○**角田 徹**（日本医師会副会長）

4名の先生方には大変貴重なお話をいただきまして、本当にありがとうございました。検査施設を持っているところの共通の悩みと思って聞いておりました。

やはり、「MeDaCa」も含めてすごくよい運営をされていると思います。全国どこの医師会に聞いてもそういったもののコストが非常にかかりますので、例えば地域医療情報連携ネットワークにしても、行政から補助金をいただいたりしていないと、とてももたないと思います。今、明言は避けられましたが、医師会の予算内で十分扱える程度のコストでしょうか。それだけ教えていただけたらと思います。

○**北川裕章**（名古屋臨床検査センター理事長）

コストはやはりかかりますが、実際に、例えば「MeDaCa」のシステムで新規組合員になっていた方はいらっしゃいます。それから、「MeDaCa」を説明できるチャンスがあればですが、一般の民間会社から替わった施設もあります。収支を考えれば難しいとは思いますが、こういうことをやっていかないと民間会社には太刀打ちできないと思います。これも実は民間会社も組めばできるのですが、小回りが利くのは我々医師協同組合のようなところだと思っています。

また、あまり大きなメリットではないかもしれませんが、「MeDaCa」システムでデータを飛ばすということで、一医療機関とすればメリットではありませんが、検査センターとしては、例えば自院でできる検査結果も検査センターに出してくるということはあるかと思っています。末梢血だけ測ってということ、待ってもらわないといけないわけです。明日には結果がいくからということ、そういうものも検査センターにご依頼いただくということはあるかと思っています。

○**黒瀬座長**（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。他にご質問ございますか。多分、医師会共同利用施設の全国的な共通の問題点は、大きく3つあると思います。1つは、ICT等を用いた会員の利便性向上による会員へのアピール。それから2つ目は、健全な経営のために収益力を向上させる、あるいは収益力を落とさないための努力。そして、最後の1つは、働き方改革にも関係してくるのですが、これからの医療人材確保は非常に難しくなってきております。その点に関して、先生方の健診センターあるいは検査センターでご苦労されている点、また、こうやって乗り越えたよみみたいなことがありましたら、フロアの先生方に一言ずついただければと思います。

○**桃木 茂**（埼玉県医師会常任理事）

大宮医師会の健診担当の副会長をしております。医師の働き方改革という面で、今、常勤の医師は、メディカルセンター長の萩原先生だけです。他の医師はパートで来ていただいています。その先生方も、会員の先生の奥様やご子息というような、ご家族の方が来てくださっている状況です。

また、がん検診の一次読影は、医師会員がすべて行っております。先ほどの発表の中の44名の胃が

ん検診，44名の肺がん検診，4名の乳がん検診は，すべて会員の先生が読影をしております。中には数名，大学病院の先生方もいらっしゃり，また自治医科大学が埼玉医療センターのすぐ近くにありまので，そちらから二次読影の先生を外向させていただいて，検診を成り立たせている状況です。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

まず，収益力につきましては，臨床検査部はだんだん悪くなっているため，実は検診部が頑張っているという状況です。人材確保については大変な問題で，特に放射線技師，臨床検査技師の確保が非常に難しく，保健師も含めて募集してもなかなか来ていただけないため，知恵を絞っているところです。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

全く同感です。ICTなどできることから取り入れて，収益の向上も努力すればそれなりの感触はありますが，人材確保だけはなかなか思うようにいかず，難しい問題だと思っております。お知恵を拝借したいと思っているぐらいです。特に診療所のドクターと技術者の確保，すべてです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

田口先生，いかがでしょうか。

○田口利文（都城市北諸県郡医師会長）

私どもは夜間急病センターや検査のバックアップのため，検査技師は当直がありますので，若い人たちはそういう当直業務があると敬遠します。我々のような地方の小さい都市では，もともと技師を確保することが非常に難しくなっています。かといって，夜間急病センターは市と一緒にやっているわけですが，収支もあまりよくないという状況もあり，情に訴えるしかないというような感じです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。そろそろ時間となりましたので，最後に，本当にすばらしいご発表をいただきました4名の演者の先生方，萩原先生，土田先生，北川先生，田口先生にもう一度盛大な拍手をいただきまして，このセッションを終了したいと思います。皆さんご協力ありがとうございました。それでは，マイクを岡山県医師会の内田先生にお返ししたいと思います。

○内田耕三郎（岡山県医師会専務理事）

先生方，誠にありがとうございました。本当にすばらしいご発表をちょうだいしまして，時間ぴったりに終わっていただき，黒瀬先生にも感謝申し上げます。

それでは，以上をもちまして，第2分科会終了でございます。本日はありがとうございました。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命 ～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 平木 章夫（岡山県医師会理事）

座長 本間 博（岩手県医師会長／日医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. 岩手県医師会

「岩手県医師会在宅医療支援センターにおける

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の取り組み」

岩手県医師会常任理事

久保田 公 宜

I. はじめに

岩手県医師会は、純粋な意味での共同利用施設というものを持っていないため、本日は、県医師会の在宅医療支援センターについて、その次に日本におけるACPの経緯について、そして岩手県医師会のACPの取り組みについて、独自の啓発方式「いわて方式」についてご紹介し、最後に『わたしの「生きる」ノート』の紹介をさせていただきたいと思う。

II. 岩手県医師会在宅医療支援センターについて

岩手県医師会在宅医療支援センターは、平成29年に岩手県と岩手県医師会が共同で、在宅医療を行う医療施設への支援を目的として設立されている。

図1は元会長の石川育成先生と、当時の保健福祉部長で、現副知事の八重樫さんである。

支援センターの事業内容（図2）は、在宅医への支援事業として、在宅患者への代診医派遣等のモデル事業をやっており、現在、奥州市と北上市を中心として派遣事業を行っている。

また、県委託事業として、例えば在宅医療人材育成研修、小児在宅医療研修などをやっており、もう1つがこれから紹介するACPの啓発についてである。

III. 日本におけるACPの経緯

まず、アドバンス・ケア・プランニング、日本で

は人生会議とも言うが、将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養のみならず、人生の目標や生きがいなども含めて気がかりや価値観を患

岩手県医師会在宅医療支援センターの開設



岩手県医師会在宅医療支援センターは、平成29年に岩手県と岩手県医師会が共同で、在宅医療を行う医療機関への支援を目的として設立された。

岩手県医師会 1

図1

岩手県医師会在宅医療支援センターの事業

- 在宅医の支援事業
内 容：在宅患者への代診医派遣等のモデル事業
実施地域：①胆江圏域（奥州市、金ケ崎町）平成30年度～現在
②北上圏域（北上市、西和賀町）令和3年度～現在
- 県委託事業の実施
・在宅医療人材育成研修
・市町村職員等在宅医療・介護連携研修
・小児在宅医療研修
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の啓発
人生の最終段階においても、県民一人一人が最後まで自分の意思が尊重された医療、介護を受けられるような仕組みを検討し、そのためのツールやシステムを作成、啓発を目的に、「人生最終段階の医療をかかりつけ医とともに考える委員会」を設置。

岩手県医師会 2

図2

者、家族らと、医療者、介護者らが共有し合う包括的なプロセスで、話し合うプロセスが重要である(図3)。

最終的には、事前指示を含むプロセスであり、患者・家族等信頼できる人たち、また、医療、介護従事者など多職種での話し合いを重視して患者の意思を共有し合うことである。

富山県射水市民病院の事例があり、2000年初期にかけて、ベンチレーターを末期の患者が外されて、内部告発によって公表されたという内容である(図4)。

ただ、患者の家族は「外科部長は親身になって尽くしてくれた」などと話し、市民は「家族が取り外しに同意しているならば問題ないのではないかと話していたそうであるが、問題点としては、7人中1人は本人の同意を得たというようなことを言っていたそうであるが、実際、カルテの記載には患者の同意などを了承を得たという記載がなかったこと、また、事前指示書は全くなかったということである(図5)。

その事件を発端として、翌日、国が、『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007年)』を発表した。その肝は、①医師一人の判断でなく、医療ケアチームで判断すること、②本人の意思が大切で、それが不明ならば家族に、本当にわからない場合は本人の最善の利益を考えようということ、③緩和ケアの充実が国の責務とうたっている(図6)ことである。

その11年後、『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2018年)』と、ガイドラインの改訂があった。その肝は、まず①医療・ケアチームの中に介護従事者が含まれることを明記している、②ACPの取り組みの重要性を強調している、③本人の意思を推定する信頼できる者を事前に決定する重要性を記載している。いわゆる事前指示者である、④信頼できる者の対象を家族等に拡大して、血がなくなっていなくてもいいとしている、⑤繰り返し話し合った内容をその都度文章にまとめ、本人、家族等と医療・ケアチームが共有するという重要性をうたっている(図7)。

**アドバンス・ケア・プランニング
ACP(Advance Care Planning): 人生会議**

将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養のみならず、人生の目標、生きがいなども含めての気付きや価値観を患者・家族らと医療者が共有しあう**包括的なプロセス**。

最終的には事前指示を含むプロセスであり、**患者、家族等信頼できる人、医療、介護従事者など多職種との話し合いを重視**する。

富山県医師会 3

図3

富山県射水市民病院事件 2

患者の家族は「外科部長は親身になって尽くしてくれた」と話し、市民は「家族が取り外しに同意したならば、問題はないのではないかと」「延命治療など受けたくない」と話した。

問題点

7人中1人は本人の同意を得た、と言っているが、患者のカルテには家族の同意や了承を得た、という趣旨の記載しかない。また事前指示書：ADの文書は無かった。

富山県医師会 5

図5

富山県射水市民病院事件 1

2000～'05年、射水市の射水市民病院に入院していた50～90代の患者7人が、外科部長ら**医師2人に人工呼吸器を外され死亡した**。呼吸器を外すよう指示された**看護師が病院幹部に相談して発覚し**、06年3月に病院が公表した。死亡した7人には、末期の胃がんや膵臓がんのほか、肺炎が悪化して心肺停止となった患者や認知症に加えて急性腎不全になった患者もいた。

富山県医師会 4

図4

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007年)

- ① 医師一人の判断でなく、医療ケアチームで判断する
- ② 本人の意思が大事でそれが不明ならば家族に、本当にわからない場合は本人の最善の利益を考える
- ③ 緩和ケアの充実が国の責務

富山県医師会 6

図6

Ⅲ. 岩手県医師会の ACP の取り組みについて

このガイドラインの改訂が発表されて、在宅医療においても ACP の重要性がうたわれている。そこで我々は岩手県医師会会長を委員長とする、「人生最終段階の医療をかかりつけ医とともに考える委員会」を岩手県医師会在宅医療支援センター内に設置し、活動を開始した(図 8)。

本委員会は 2018 年 7 月 14 日に発足したが、その下には 3 つの小委員会がある。「県民に対する啓発活動小委員会」は、まさに県民に対する啓発。「在宅医療・救急医療・介護連携小委員会」は、いわゆる望まぬ心肺蘇生問題で、望んでいないのに、急変の場合には救急救命士は必ず心肺蘇生をやらなければならないという問題の整理と対策の検討を行う。また、「医療従事者研修小委員会」は、医療従事者向け啓発研修の実施をする。

この別枠に、岩手県が独自に岩手県民の ACP について考える県民会議を立ち上げ、県内 31 団体からの有識者を会議に迎えて我々の活動に対しての意

見をいただき、広く県民の意見を吸い上げたものになっている。

また、もう 1 つ別枠として、カリキュラム・テキスト作成 WG 委員会というものを立ち上げた。これは ACP についての啓発資料や、研修カリキュラムを作成する委員会で、委員長には岩手医科大学緩和医療学科の木村教授に就任いただき、これらのテキスト・カリキュラムを作成している。まさに我々は、岩手県と岩手医科大学と県医師会が三位一体となって、共に手を携えて ACP を啓発してきた(図 9)。

これまでの活動については、まず本委員会は、各年度それぞれ活発に活動してきた(図 10, 11)。小委員会については図 12 のような会を開催しており、県民会議は今まで 2 回開催し、我々の活動に対して意見を言っていたり、広く県民の声を吸い上げたものになっている。

また、ACP ツールを作成している。まず、実際に使う『わたしの「生きる」ノート』というものを開発して、これは平成 30 年に作成して令和 2 年に改

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2018年)

- ① 医療・ケアチームの中に、介護従事者が含まれることを明記
- ② ACPの取り組みの重要性を強調
- ③ 本人の意思を推定する信頼できる者を事前に決定する重要性を記載
- ④ 信頼できる者の対象を家族等に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文章にまとめ、本人、家族等と医療・ケアチームが共有する重要性

岩手県医師会 7

図 7

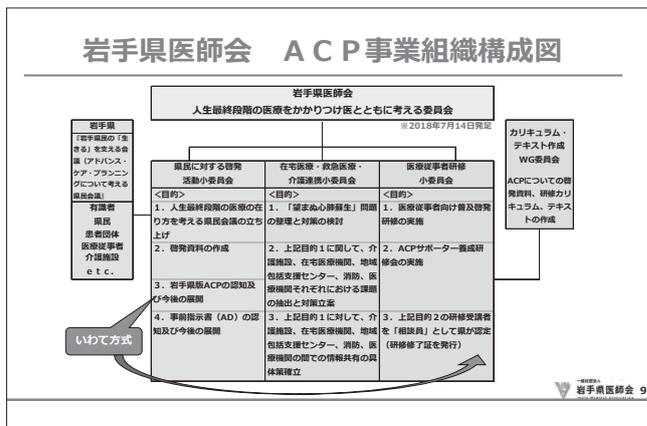


図 9

経 緯

2018年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が11年振りに改訂され、在宅医療にてもACPの重要性が謳われた。

そこで我々は岩手県医師会会長を委員長とする、『人生最終段階の医療をかかりつけ医とともに考える委員会』を岩手県医師会在宅医療支援センター内に設置し、活動を開始した。

岩手県医師会 8

図 8

これまでの活動①

1 人生最終段階の医療をかかりつけ医とともに考える委員会の開催

年度	回数	主な議題
平成30年度	4回	・今後の事業の進め方について (ACP作成小委員会の設置、岩手県版ACPの作成、その他の小委員会の設置) ・ACPサポート『わたしの生きるノート』の特徴、記載説明書について ・わたしの「生きる」ノートの完成報告、令和元年度の事業計画、予定について ・県医師会ホームページへの掲載について
令和元年度	2回	・第1回県民に対する啓発活動小委員会の開催結果について ・第1回在宅医療・救急医療・介護連携小委員会の開催結果について ・令和元年度ACP普及啓発事業について ・アドバンス・ケア・プランニングに関する「県民会議」の設置について ・県民公開講座の開催案について
令和2年度	3回	・改訂版わたしの「生きる」ノート・サポートブックについて ・ACPサポート一書成研修の実施等について ・在宅医療・救急医療連携に係る調査・セミナー事業への参画について ・岩手県救急業務高度化推進協議会における「専門部会」への参画について ・令和2年度のACP活動に係る取組状況について ・令和3年度ACP普及啓発事業の概要等について ・わたしの「生きる」ノート及びサポートブックの増刷について

10

図 10

訂しているが、もう1つ、この「生きる」ノートに記載者が対話する際に参考にする記載説明書、『わたしの「生きる」ノート』“サポートブック”も同時に開発している。

これまでの活動は、講演会、いわゆる ACP 出前講座と言っているが、これはいろいろな協議会から講演してほしいということで、令和2年度に関してはコロナ禍であまりできなかったが、各年活動して

きている (図 13)。

また、県民公開講座、広く県民に公開講座をするわけであるが、令和2年度、3年度は同じようにコロナ禍でできなかったが、今年度も開催予定であり、毎回定員が300名であるが、それをはるかに上回る方々から参加を希望されている。

また、サポーター養成研修会は医師・看護師だけでなく、医療関係者・介護施設従事者や行政職員等に対して研修会を開き、研修した者をサポーターとして岩手県が認定して、その地域でACPのことに付いて広く啓発していただくというものである。やはり令和3年はコロナ禍で開催できず、令和2年から5年までの間はZoomでの開催しかできなかったが、去る7月30日にやっと現地開催で対面で開催できた (図 14)。

図 15 が県民公開講座の写真である。2,000人入る会場に参加者300人のため、ガラガラになっていると思う。また、下段が7月30日に開かれた初めて対面で実施したサポーター養成研修会で、各グループ活発に意見集約などをやっていただき、大変感激した。

これまでの活動②

1 人生最終段階の医療をかりつけ医とともに考える委員会の開催

年度	回数	主な議題
令和3年度	1回	・令和3年度のACP活動に係る取組状況について ・令和3年度ACPサポーター養成研修について ・わたしの「生きる」ノート及びサポートブックの増刷について ・令和4年度ACP普及啓発事業の概要等について
令和4年度	2回	・令和4年度ACPサポーター養成研修について ・令和4年度県民公開講座について ・わたしの「生きる」ノート及びサポートブックの増刷について
令和5年度	1回	・令和5年度ACPサポーター養成研修について ・令和5年度県民公開講座について

岩手県医師会 11

図 11

これまでの活動③

2 小委員会の開催 (令和元年度～)

- 県民に対する啓発活動小委員会 1回開催
- 在宅医療・救急医療・介護連携小委員会 1回開催
- 医療従事者研修小委員会 1回開催
- カリキュラム・テキスト作成WG委員会 5回開催

3 県民会議の開催

岩手県が『岩手県民の「生きる」を支える会議 (アドバンス・ケア・プランニングについて考える県民会議)]を設置し、会議を2回開催。

4 ACPツールの作成

- わたしの「生きる」ノート (平成30年12月作成、令和2年3月改定)
- 記載者が対話する際、参考にする記載説明書
わたしの「生きる」ノート“サポートブック”を作成 (令和2年3月)

岩手県医師会 12

図 12

これまでの活動⑤

(2) 県民公開講座

年度	月日	場所	講演名	参加人数
令和元年度	9月8日	岩手県医師会館 ホール	最期まで私らしく「生きる」ために	約300名
令和4年度	2月12日	岩手県民会館 大ホール	最期まで私らしく「生きる」ために	約300名
令和5年度	11月23日	岩手県医師会館 ホール	最期まで私らしく「生きる」ために	定員300名

6 岩手県ACPサポーター養成研修会

対象者：医師・看護師・医療関係者・介護施設従事者・行政職員等

第1回：令和2年10月4日 (日) ZoomによるWeb形式で開催 13名の参加
 第2回：令和4年12月11日 (日) ZoomによるWeb形式で開催 15名の参加
 第3回：令和5年2月19日 (日) ZoomによるWeb形式で開催 15名の参加
 第4回：令和5年7月30日 (日) 現地開催 (岩手県医師会館) 37名の参加

岩手県医師会 14

図 14

これまでの活動④

5 講演会

(1) ACP出前講座

年度	月日	主催	派遣講師
令和元年度	6月6日	中津川サロン会 (盛岡市)	宮田 剛 常任理事
	9月18日	紫波郡医師会	久保田公宣 常任理事
	10月19日	奥州医師会	久保田公宣 常任理事
令和2年度	9月8日	紫波郡医師会	木村 祐輔 WG委員長
	6月18日	盛岡地区地域包括・在宅介護支援センター協議会	久保田公宣 常任理事
令和3年度	9月29日	滝沢市在宅医療・介護連携推進会議	久保田公宣 常任理事
	11月15日	岩手県介護老人保健施設協会	木村 祐輔 WG委員長
	11月20日	読売新聞盛岡支局	久保田公宣 常任理事
令和4年度	2月18日	花巻市	木村 祐輔 WG委員長
	3月7日	岩手県高齢者福祉協議会中央ブロック高齢者福祉協議会	木村 祐輔 WG委員長
	6月24日	岩手県地域医療研究会・岩手県国民健康保険団体連合会	木村 祐輔 WG委員長
令和5年度	10月19日	滝沢市地域包括支援センター	久保田公宣 常任理事

岩手県医師会 13

図 13



図 15

Ⅳ. 岩手県独自の啓発方式「いわて方式」

多職種による医療ケアチームを組む方法論を確立し、ACPの啓発を目指すということである。決して普及ではないということを強調したい。これは診療の忙しいかかりつけ医の先生でも、多職種のチームを組める工夫を編み出した。その核は、ケアマネジャーあるいは地域包括支援センターに担ってもらうということ、各協議会とは認識を共有している。

もう1つは、岩手県ACPサポーター養成研修会受講者を「相談員」として県が認定し、修了認定証を発行して、各地域でACPのことについて携わってもらうということである（図16）。

具体的には、介護認定を受けている場合には、サービス担当者会議で実施してもらう。その場合、キーマンはケアマネジャーで、受けていない場合は、患者が希望すれば、その地域の地域包括支援センターに依頼して開いていただく。その場合のキーマンはソーシャルワーカーになると思う（図17）。

より具体的には、まず、かかりつけ医が判断して、

患者、家族などに「ACP会議をしましょう」と、きっかけをつくる。それで、ケアマネジャーやケースワーカーが、患者と意思決定代理人と話し合い、『わたしの「生きる」ノート』を書いていく。これは本当にお互いに何度も意思を確かめ合いながらやってもらう。ここから我々かかりつけ医は関わる事ができないため、この2人の方々をお願いしているところである。最終的にかかりつけ医が入り、ケアマネジャーやケースワーカーが、患者と意思決定代理人の方々でACP会議を開き、『わたしの「生きる」ノート』のそれぞれの価値観を共有させるということである（図18）。

V. 『わたしの「生きる」ノート』について

最後に、『わたしの「生きる」ノート』をご紹介させていただく。多くの地域でこういうノートをつくっていると思うが、我々は、特に内容及び表現は簡単でわかりやすいことに心がけている。先ほどのWGで練り上げた原案を「岩手県民の「生きる」を支える会議（県民会議）」に諮問して、県民の意見

いわて方式について①

他職種による医療ケアチームを組む方法論を確立し、ACPの啓発を目指す（決して普及ではない）。
*診療の忙しい、かかりつけ医の先生でも多職種のチームを組める工夫。



- ケアマネジャー、地域包括支援センターに核を担う。（岩手県介護支援専門員協会、岩手県地域包括・在宅介護支援センター協会との認識共有済み）
- 岩手県ACPサポーター養成研修会受講者を『相談員』として県が認定し、修了認定証を発行。

岩手県医師会 16

図 16

いわて方式について③

- かかりつけ医が判断して、患者さん、ご家族に「ACP（人生会議）をしましょう」、ときっかけ作る。
- ケアマネジャーやケースワーカーが、患者さんと意思決定代理人と話し合い、わたしの「生きる」ノートを書いていきます。何度もお互いに確かめ合いながら。
- 最終的にかかりつけ医とケアマネジャーやケースワーカーが、患者さんと意思決定代理人の方々でACP（人生会議）を開き、わたしの「生きる」ノートを完成させます。

岩手県医師会 18

図 18

いわて方式について②

1 介護認定を受けている場合
介護保険の『サービス担当者会議』で実施。
キーマンはケアマネジャー。

2 介護認定を受けていない場合
通院患者、あるいは希望者が、その意思があればACP（人生会議）を開催する。その人員は、その地域の『地域包括支援センター』に依頼。
キーマンはソーシャルワーカー。

岩手県医師会 17

図 17

岩手版ACP“わたしの「生きる」ノート”の特徴

- 内容及び表現は平易で分かり易いことに心掛けた。
- WGで練り上げた原案を、『岩手県民の「生きる」を支える会議（アドバンス・ケア・プランニングについて考える県民会議）』に諮問して県民の意見を広く拾い上げた。
- 記載者が対話する際の参考にする記載説明書として、わたしの「生きる」ノート“サポートブック”を作成した。

岩手県医師会 19

図 19

を広く吸い上げている。また、記者が対話する際に参考にする記載説明書として、『わたしの「生きる」ノート』“サポートブック”も作成している(図19)。

図20は、『わたしの「生きる」ノート』Ver.1で、非常に手作り感が満載で、ほとんど私がつくったものであるが、今となっては懐かしいものである。

図21がVer.2で、大変すばらしくできたと自負しているが、このように内容を話しましょうというところから始めて、次の使い方、ここが我々の肝であるが(図22)、例えば、ノートの記入を強制するものではない。「今は考えたくない」という意見も尊重されるし、あなたの気持ちや考え方を整理したり、大切な人と共有するきっかけとなるかもしれない。想いが変わることもあるでしょう。繰り返し話し合うことが重要ですか、記入することが大変な時には、信頼できる人に代筆してもらいましょうとか、書いた内容は大切な人たちと共有しましょう等々、ここが我々の最も強調するところである。

実際の記入については、一番最初は生きがいに付

いてや大切にしている人たちなどで、だんだん病気が出てきて、老いが進んで、最終的には終末期医療、判断できなくなった時、一番最後に、記者者に関しては本人、家族、それぞれ立ち会った方々がこれを見て(図23~25)、なるべく簡便にして皆さんとディスカッションするような場面を多くしようこのようにしている。一番最後に、「お問い合わせ先」を岩手県庁保健福祉部と岩手県医師会と記載し、

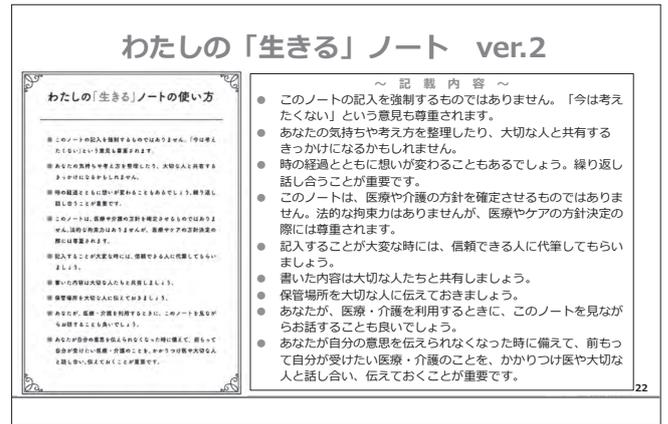


図 22

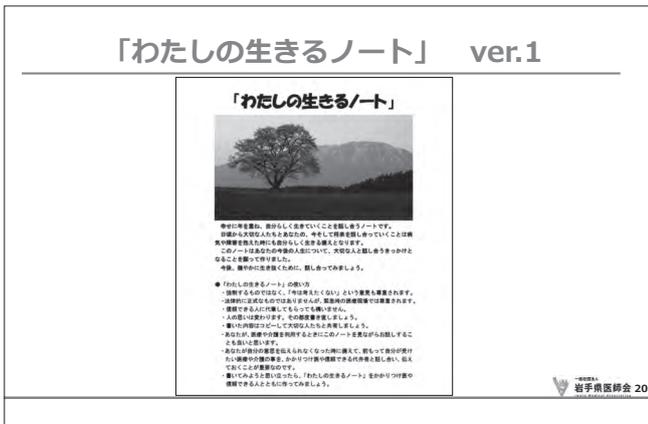


図 20

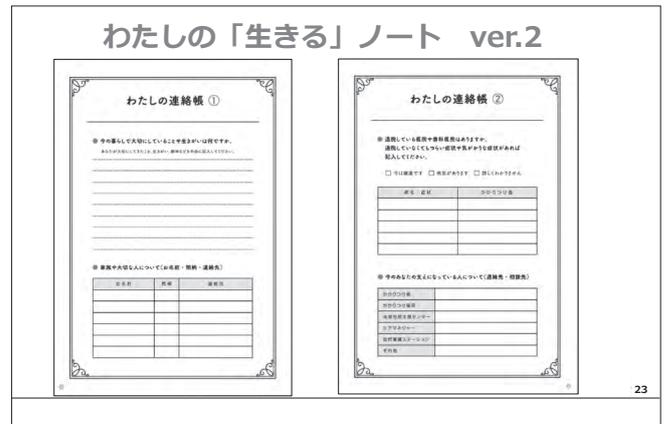


図 23

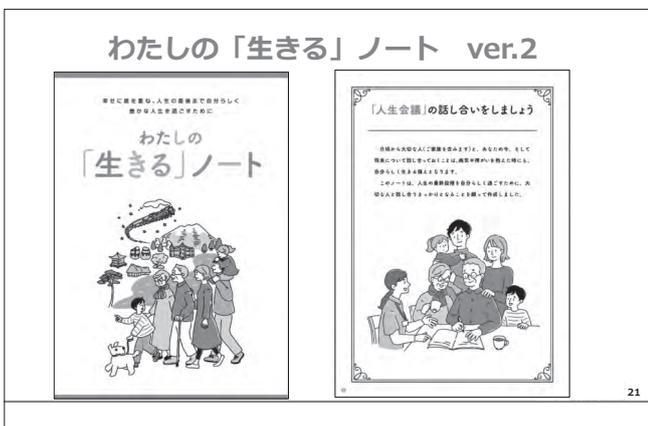


図 21

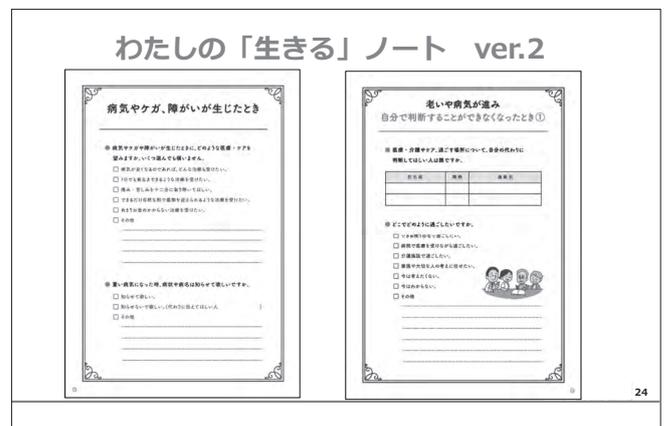


図 24

我々の共同のものとしている（図 26）。

図 27, 28 が『わたしの「生きる」ノート』の“サポートブック”である。右側に「生きる」ノートの本文があり、サポートする内容について書いてある。例えば、「人生会議について、説明を始めたときに、相手が話し合う姿勢や理解があるのか、相手の反応をみながら話し合いを進めましょう」。「相手が、話をしたくない、興味がない様子がみられたら、『わ



図 25



図 26

たしの「生きる」ノート』というものがあることを紹介して終了することもできます」というように、それぞれの内容について、こういうことを考えてやってくださいということをサポートブックとしてつづっている。

VI. まとめ

2018年に本委員会を設置して、啓発活動小委員会、連携小委員会、医療従事者研修小委員会の3つの小委員会を同時に設置して、現在まで積極的に活動してきた。

また、ACP実践ツール、『わたしの「生きる」ノート』とマニュアルを作成して、ACPサポーター養成研修会では実際に使用しており、県民公開講座や講演会でもその存在を広く紹介し、普及に努めてきた。

また、ACPの開催については、1人医師診療所でも多職種による医療ケアチームを組める方法の「いわて方式」を開発している。その核は、地域のケアマネジャーや地域包括支援センターのソーシャ

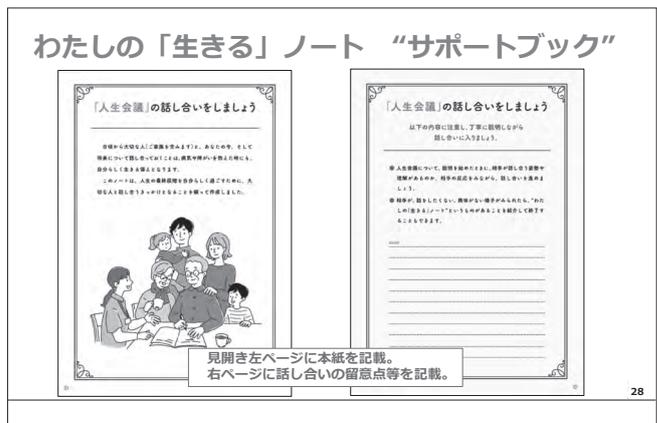


図 28

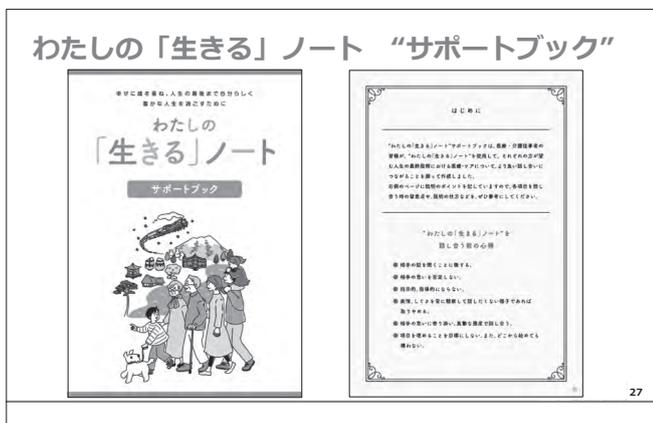


図 27

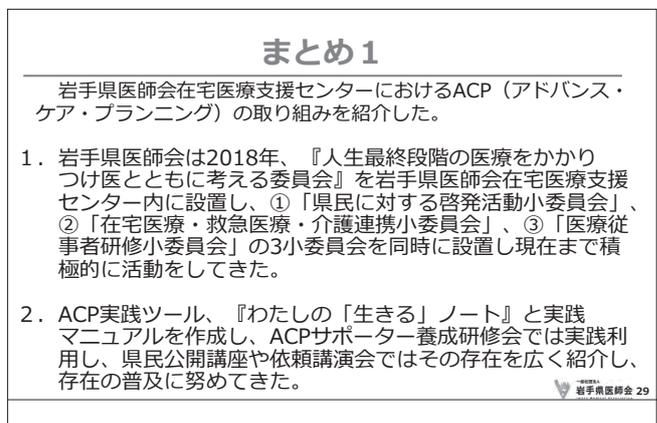


図 29

まとめ2

3. ACPの開催には、1人医師診療所でも多職種による医療ケアチームを組める方法論「いわて方式」を確立した。

その核は、

- ①地域のケアマネジャーと地域包括支援センターのメディカルソーシャルワーカーが中心に担っていくこと
- ②我々が主催するACPサポーター養成研修会を受講した者を『サポーター』として県が認定し、地域でその啓発、ACPの開催に携わってもらう

ことである。

岩手県医師会 30

図 30

ルワーカーに担っていただくということをやっている。もう1つは、主催するACPサポーター養成研修会を受講した者を「サポーター」として県が認定し、その地域で啓発、ACPの開催に携わってもらっている（図 29, 30）。

結論としては、今後も岩手県、岩手医科大学と連携のもと、ACPサポーター養成研修会や県民公開講座、ACP出前講座などを通してACPの啓発に取り組んでまいりたいと思う。

ただし、ACPは決して強制するものではなく、

結論

今後も岩手県、岩手医科大学との確固たる連携の基、ACPサポーター養成研修会、県民公開講座やACP出前講座などを通して岩手県民にACPの啓発に取り組んでいきたい。

ただし、ACPは決して強要するものではなく、自分にとって大切な人たちと多職種の医療・介護者と本人の思いや価値観を共有しあうことであることを忘れてはいけない。

岩手県医師会 31

図 31

自分たちにとって大切な人たちと多職種の医療・介護者と本人の思いや価値観を共有し合うことであることを決して忘れてはいけないと思う。ともすれば、最近、ACPを2040年代問題にかこつけて、そのツールとして安易に広めようとする国の行動もあり、あるいは各団体からもそういう行動もあるが、決して強要するものではなく、自発的にするものであることを我々は気をつけて今後も活動していきたいと思う（図 31）。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命 ～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 平木 章夫（岡山県医師会理事）

座長 本間 博（岩手県医師会長／日医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. 新潟県医師会

「医師会共同利用施設主体による在宅医療の推進について

～新潟県医師会在宅医療推進センターの取り組み～」

新潟県医師会理事 新潟県医師会在宅医療推進センター長

小柳 亮

I. はじめに

地域包括ケアシステムの構築を背景に、第8次医療計画に紐づく疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針においては、疾病構造の変化や地域医療の確保等の課題に対応するため、効率的で質の高い医療体制の構築を求めている。具体的には、在宅医療の4分野である退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りが可能な体制構築の実現、そして新たに「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を計画に位置付けることとなった。この拠点設置の趣旨は、現場での困難事例である医療・介護・福祉トリプルニーズへの対応と解釈している。

II. 新潟県の現状

新潟県では、地域医療構想グランドデザイン Part1、地域包括ケアに対応するグランドデザイン Part2（図1）を掲げ、病院再編を進めている。医師会共同利用施設である在宅医療推進センターの体制は、その方向性に合致するものである。新潟県の推計人口は227万人、市区町村数30市町村である。政令指定都市は人口80万人の新潟市があり、二次医療圏は7、郡市医師会は16、医師偏在指標は全国最低である（図2）。新潟県内の二次医療圏の入院患者数推計では、すでに佐渡・新潟医療圏が2015年にピークアウトしており、2020年に魚沼医療圏、2025年に下越・県央・上越医療圏、2035年に中越

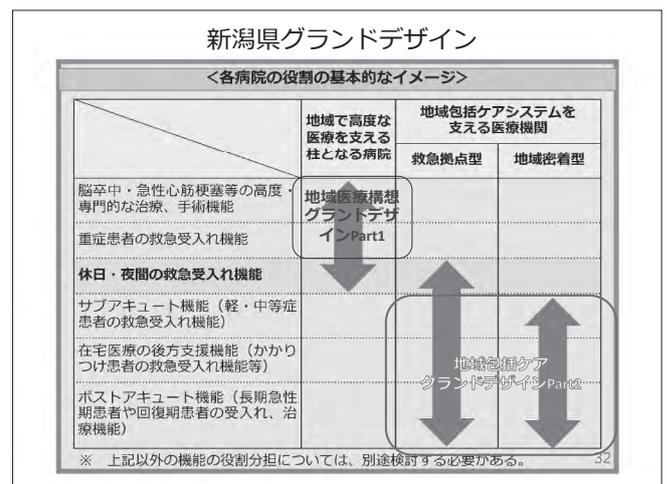


図1

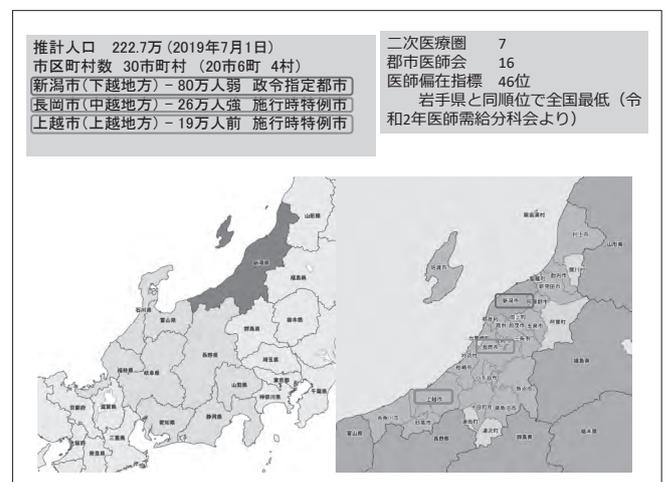


図2

医療圏がピークアウトするため、地域医療構想は待ったなしというのが新潟県の現状である(図3)。

在宅医療については、厚生労働省令に基づく推計で、2014年に日に1万7,313人であった病院需要が1万5,620人に減り、在宅医療ニーズは日に2万2,133人から2万8,000人前後に急拡大するとされている。厚生労働省のデータから日本全体を見ても、外来患者数は既に減少局面にある医療圏が多く、在宅患者数は新潟県の動向と同じく、全国的に多くの地域で増加していく。そして、医療・介護の複合ニーズが要介護者の増加とともに増えてくるのは、全国どこでも変わらない風景であろう。

Ⅲ. 新潟県在宅医療推進センターの組織体制

新潟県医師会では平成27年から新潟県在宅医療推進センター(以下、推進センターと略す)のネットワークを構築している。新潟県医師会内に基幹センターを構え、16郡市医師会すべてに地域センターを置く組織を構築した。例えば、新潟市には新潟市医師会在宅医療推進センター、魚沼市に魚沼市在宅医療推進センターがあり、それら地域センターを統括しているのが、新潟県医師会の在宅医療推進センターである(図4)。

推進センターの全体目標は、新潟県グランドデザインを踏まえ、地域特性に応じた持続可能な在宅医療の体制整備を進めることである。16都市医師会計17センターのセンター長は地元の郡市医師会長が兼ねることが多く、看護師や医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、ケアマネジャーといった医療・介護・福祉までウイングの広い職種がコーディネーターとして在籍している。その体制をもって、入退

院支援の促進や医療連携の強化、看取り体制の確保、各職種の協働、研修事業も含め、在宅医療提供体制のコーディネートを行っている(図5)。

1例として、新潟市医師会地域医療推進室の体制を紹介する。平成27年に設置、新潟市は政令市であるため、新潟市医療計画に沿った在宅医療の推進を行っている。新潟市医師会在宅医療推進センターは、新潟市在宅医療・介護連携センターとのダブルネームになっており、これは新潟市地域医療介護総合確保基金による補助事業等の中に介護保険法の地域支援事業を委託させ、重なっている事業を効率的に実施、推進しているものである(図6)。

推進センターの財源については、最初から地域医療介護総合確保基金で成り立っていたわけではない。平成25年に地域医療再生基金を使った在宅医療連携モデル事業を実施、その後いわゆる新基金である新しい財政支援制度の中で新潟県医師会が在宅

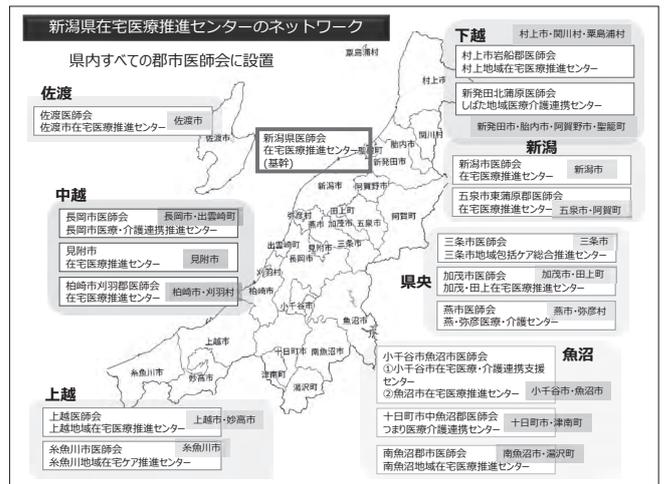


図4

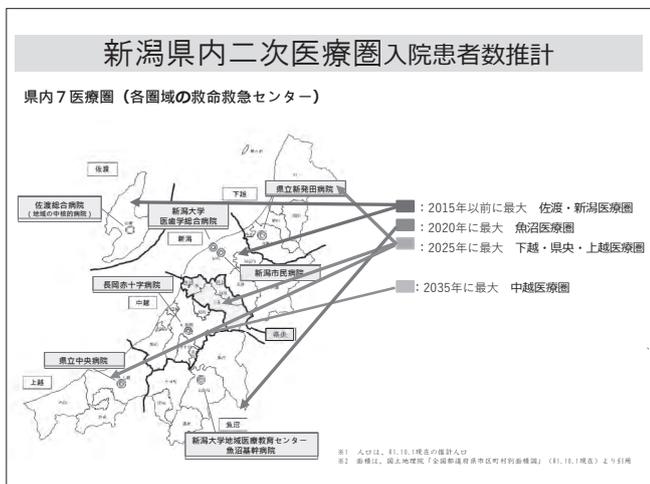


図3

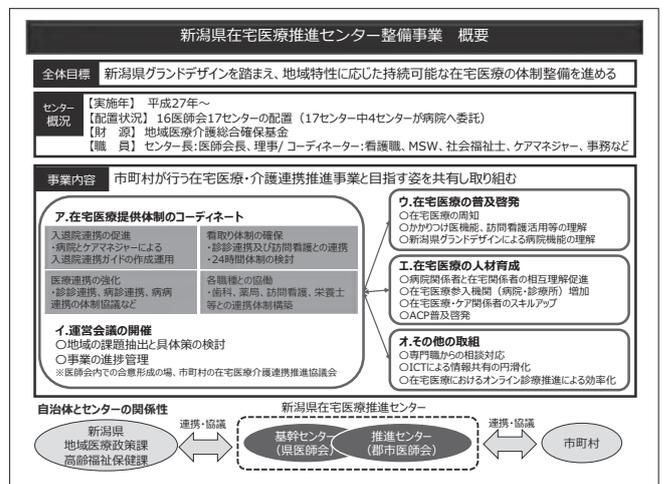


図5



図6

医療推進センター設置検討事業を受託し、平成27年に現在の形となった。これは、新潟県知事が地域における在宅医療の提供体制の整備及び推進を図るために、新潟県医師会及び新潟県内の郡市医師会を対象に行う補助金事業である。補助金額は、地域医療介護総合確保基金医療分から計上され、県医師会基幹センター、郡市医師会の地域センターには人口規模等を勘案し補助基準額を設けている。先ほど、新潟市医師会を例に、この在宅医療推進センター運営事業等の中に在宅医療・介護連携推進事業を委託する話をしたが、事業内容を横並びにすると、非常に似通ったことを医療主管部局と介護主管部局がやっている自治体が多くある。よって、医師会に補助金でその受け皿をつくり、介護保険事業の委託を受ける、そういったスキームをつくったのが新潟県の手法である(図7)。現在はこの財源は地域医療介護総合確保基金の医療分となっているが、今後、医

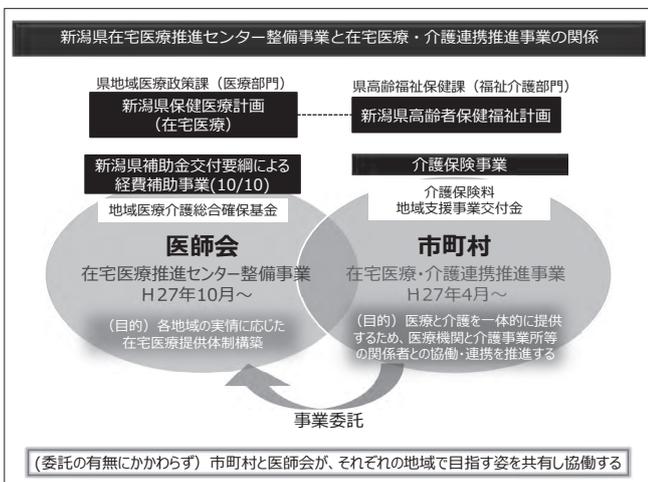


図7

療介護複合ニーズに対応するためには、基金の介護部分も幾つかこの事業に読める部分があるのではないかと考えており、県の介護主管部局担当者に要望をしている。

IV. 新潟県医師会在宅医療推進センター(基幹センター)の取り組み

実際には、県内約半数の市町村が介護保険事業の在宅医療・介護連携推進事業を郡市医師会の推進センターへ委託している。市町村、マンパワーが少ないところ、もしくは対象人口が少なく医師会に委託した方が効率的なところも多く、そういった意味からも推進センターの存在意義があると考えている。

これらを踏まえ、我々基幹センターのミッションは、推進センターのネットワークにより、県内の在宅医療提供体制を拡充することである。そのために様々な活動を行っているが、ここでは、地域で活動するコーディネーターの育成支援、地域医療提供体制ならびに医療・介護連携に関する実態意識調査研究の2点について紹介する。

推進センター補助金要綱では、推進センターで勤務する者の職種の定めはなく、実際に様々な背景を持つコーディネーターが勤務している。そこで、推進センターの活動の質の担保を目的に、コーディネーター活動指針を作成した。令和元年、コーディネーター全員の総意により、実践知をもとに果たすべき役割を書面にまとめたものである。基幹センターではこの指針に基づき、地域の実情を踏まえて、各地域でコーディネーターが活躍できるよう、スキルアップのための研修会企画や個別伴走支援等、育成支援に力を注いでいる。

郡市医師会のコーディネーターは、市町村とのパートナーシップにより、PDCAサイクルを意識し、在宅医療・介護連携推進事業と推進センター事業の連携、効率的な事業展開を目指し尽力している。

「地域医療提供体制ならびに医療・介護連携に関する実態意識調査」は、在宅医療の実施可能な機能の現状や在宅医療に対する意向、医療・介護連携に対する現状などを把握し、在宅医療提供体制および医療・介護の連携強化に向けた施策を検討する基礎資料、及び事業の経年指標とすることを目的に、新潟県、新潟市、新潟県医師会在宅医療推進センター、新潟市医師会地域医療推進室共同で行っている悉皆調査である。調査対象は、新潟県内の診療所、歯科

診療所，病院連携室，訪問看護ステーション，薬局，居宅介護支援事業所で，約 4,600 施設へ配布し，回答率は 51.2%であった。

診療所の回答結果を一部紹介すると，訪問診療・往診を行っている医師の年齢層は 60 歳以上の割合が 71.4%と高齢化が進んでいる。一方，時間外のファーストコールに対応している職種は，令和 2 年度調査では 87.3%，令和 4 年度調査では 90.6%が医師であった。訪問診療を行う医師は，高齢化が進み，ファーストコールまで受け取らなければいけないという非常に厳しい状況に陥っていることがわかる。それが関係しているかどうか明確ではないが，現在と 5 年後それぞれについて，「訪問診療や往診を行っているか」の回答を求めたところ，5 年後「訪問診療や往診を行っていない」との回答割合が 4%上昇した。また，「訪問診療と往診の提供件数を増やすために必要なこと」の回答では，「訪問看護ステーションとの連携」を挙げた医療機関が多かった。これらの状況から，特に時間外のファーストコール対応への負担軽減に向け，訪問看護ステーションとの連携促進や，緊急入院の受入体制構築等の検討が必要と考えられた。

一方，新潟県グランドデザインに基づく病院機能再編がこれから加速されていく中で，特に入院が長

期化しやすい要介護者の情報連携は非常に重要となる。新潟県内のいくつかの市町村で，入退院時の情報連携のルールが平成 29 年ころより運用されており，さらに推進センターのネットワークを活かして未導入地域でのルール新規導入や広域化を図ってきた。先程の調査を解析したところ，ルール運用地域とそうでない地域で，入院時情報提供加算の算定割合に差が見られるなど，入退院ルールの運用が地域医療体制の構築に役立っている可能性が示唆された。この結果を受け，基幹センターでは，標準的なルールとその運用手順を作成し，推進センターを通じて更なる入退院支援の取り組みを強化していくこととしている。

V. まとめ

今後の事業の方向性と更なる充実策として，①第 8 次医療計画での拠点の確実な位置付けと機能拡充，②実態調査の更なる充実，③コーディネーター教育の更なる充実，④後方支援病床の検討会開始，⑤ ACP の普及，⑥入退院支援における県内統一ルールの策定を挙げる。これらを進め，医師会共同利用施設としての連携拠点のモデルケースを目指したいと考えている。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 平木 章夫（岡山県医師会理事）

座長 本間 博（岩手県医師会長／日医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. 奈良市医師会（奈良県）

「奈良市在宅医療介護連携支援センターの歩みとこれから」

奈良市医師会副会長 奈良市在宅医療・介護連携支援センター長

山崎 政直

I はじめに

人口の高齢化や高齢者の独居世帯の増加など、医療、介護を取り巻く環境は日々変化している。それは奈良市においても同じかそれ以上で、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、地域における保健、医療、介護及び福祉に関する関係者の資質向上や相互間理解を深めるとともに、地域に住む人々への支援を行う上での課題を解決するため、奈良市医師会は2018年より奈良市からの委託を受け、奈良市在宅医療・介護連携支援センターを開設した。

今年で6年目を迎える当センターのこれまでの取り組みや、これからの課題について報告する。

II 奈良県、奈良市の現状

奈良県の人口動態予想から、高齢者人口は年々増加し、2040年にピークを迎えると言われている。また、県民に対するその割合は65歳以上、75歳以上においても共に全国平均よりも5%高く、約10年早く高齢化を迎えていることになる（図1）。高齢者の世帯構成も変化しており、2030年を境に独居高齢者が夫婦世帯高齢者を上回ることが予想されている（図2）。独居高齢者の増加に伴い、診療所や在宅医療においても医師や自院スタッフだけでは対応できないことが増え、多職種との連携や、行政

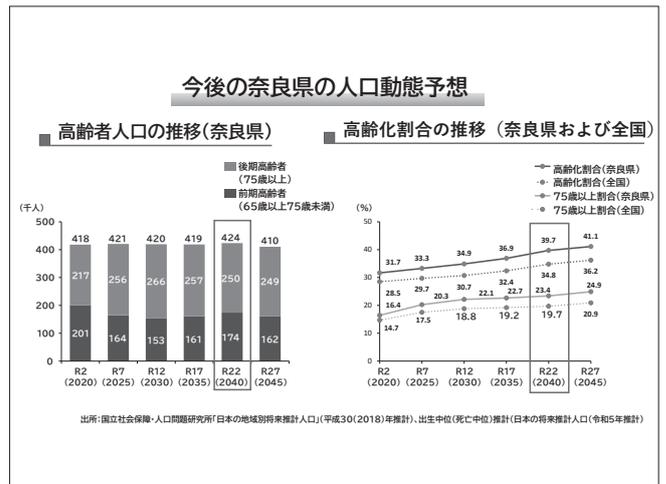


図1

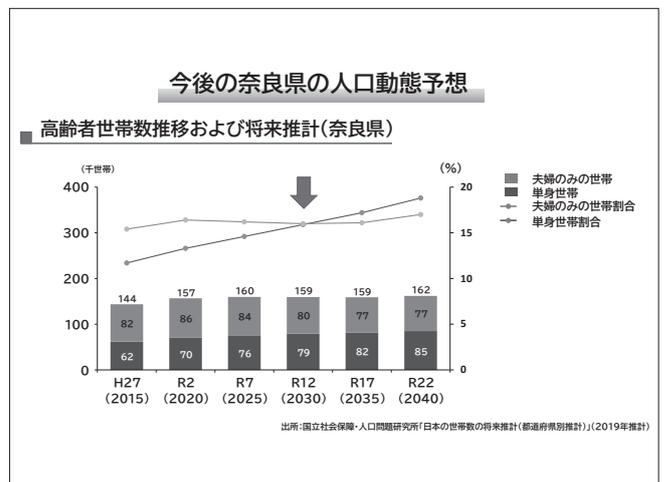


図2

と協力した取り組みが必要不可欠となるであろう。

2019年に65歳以上の奈良市民を対象に、「最期をどこで迎えたいか」と問うアンケートを行った結果、約50%の方が自宅と答えた。しかし、奈良市の死亡診断書のうち死亡場所を自宅とした割合は、2021年では19.6%であった。本人が在宅死を望み家で最期を迎えられた数はこのうちの半数強と言われており、希望と現実には非常に大きな開きがある。その理由として、在宅で看取るには介護する家族の負担が非常に大きいこと、また奈良市には在宅で看取りに対応できる医師が少ないことなどが挙げられる。

Ⅲ 奈良市在宅医療・介護連携支援センターの取り組み（在宅医療介護連携推進事業4項目）

奈良県や奈良市の現状や人口動態予測を受け、2018年より稼働している当センターは、保健師1名、社会福祉士1名、主任介護支援専門員1名、事務1名の計4名で運営しており、事務局は奈良市医師会館の1室を利用している。

業務内容は在宅医療介護連携推進事業、1. 医療・介護連携に関する情報収集、課題把握、施策の企画立案及び周知、2. 在宅医療・介護連携に関する相談支援、情報提供、3. 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発、4. 医療・介護関係者への情報共有の支援や研修会の開催の4項目のうち、我々が今、そしてこれからの奈良市に必要と考えることに取り組んでいる。

(1) 医療・介護連携に関する情報収集、課題把握、施策の企画立案及び周知

医師会員、病院、訪問看護ステーション、介護事業所などへ医療・介護連携に関する情報収集、課題把握を目的に、2年に1回アンケート調査を行っている。質問内容は在宅医療を行う上での悩みや問題点、各職種が連携をとる上での課題などを中心に調査、その結果から問題点を抽出し、企画の立案に役立てている。また、奈良市では第一層連携会議として、当センターの職員と福祉政策課、基幹型包括、地区社会福祉協議会などの代表者が集まり月1回会議を行い、各部署が取り組んでいる問題や課題を共有している。在宅医療の普及、支援の検討に対しては、以前のアンケート結果をもとに、今年度から看取りの支援体制の構築と在

宅栄養指導の検討を行っている。

(2) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、情報提供

当センターでは、多職種に対し在宅医療や介護連携に関する相談窓口を開いている。2022年度の電話相談件数は281件で、年々増加傾向にある。相談内容としては医療に関することが83%で、その中でも在宅医の紹介依頼が最も多い。

(3) 在宅医療・介護に関する地域住民への普及啓発

新型コロナウイルス感染症の流行前より、我々はACPと在宅医療の普及啓発に取り組んできた。ACPの普及に関しては、2021年に奈良市が発行した奈良市版のエンディングノートである「わたしの未来ノート」の作成に、編集委員として参加した。この冊子を市民に広く普及させるためのリーフレットを当センターで作成し、病院や介護事業所、地域包括支援センター（以下包括）などに配布した（図3）。また市民向けとして、地区社会協議会開催の地域の支え合いフォーラムや、奈良市総合医療検査センターの健康講座などに出向き、講演を行った。

(4) 医療・介護関係者への情報共有の支援や研修会の開催

医療・介護関係者への情報共有の支援などを目的に、当センター主催で年約20回の会議や交流会を行っている。要支援、要介護者の入退院をスムーズにし、退院後も安心して家庭で生活できるよう、入退院連携支援合同会議を年2回開催し、退院時情報共有シートや入退院連携マニュアルの作成に努めている。また、病院と診療所医師、在宅医療医師、訪



図3

問看護師らの連携を深めることを目的に、病院地域連携室連絡協議会や医師訪問看護師交流会を開催している。これらの当センターの取り組みを周知するため、連携ニュースレターを発行し、病院、診療所、薬局、歯科をはじめ、包括や介護事業所など合計約1,000か所以上の機関へ配布している。多職種連携強化に関しては、奈良市に13か所ある各包括が、地域の課題から独自にテーマを決めて、各々年1～2回多職種連携研修会を開催している。当センター職員もコアメンバーの一員として参加し、テーマ決定や運営に協力している。また、奈良市全体での多職種連携合同研修会を、当センター主催で年1回開催している。毎年テーマを決め講師を招き見分を深めながら顔の見える関係づくりに寄与できればと考えており、昨年は認知症、今年は在宅栄養指導をテーマとした。

IV 奈良市在宅医療・介護連携支援センターの取り組み（その他の取り組み）

当センターは、在宅医療介護連携推進事業の4項目以外の下記の事業にも取り組んでいる。

(1) 在宅医療スタートブック

在宅医療スタートブック導入編は、2019年に在宅医療の底上げを図るために、在宅医療をされていない診療所の医師の背中を押すきっかけになればという思いで当センターで発行した。今年度は第2弾として、在宅医療スタートブック実践編の発行を予定している。

(2) 小児在宅推進事業

当センターが奈良県から委託を受け取り組んでいる。近年増加している医療的ケア児を持つ家族の負担を軽減すること、また医療的ケア児の成人への移行に対応するために、小児在宅医照会制度を当センターで構築した。医療的ケア児の病院主治医の依頼により、往診可能な小児科医や内科医を、対応可能疾患や年齢、住所などを考慮しマッチングする事業で、2022年3月より開始し、現在までに6名のマッチングを行い、また並行して在宅小児かかりつけ医の育成やネットワーク構築目的に、年2回研修会を開催している。

(3) 奈良市自宅待機者フォローアップセンター

2021年8月、全国的に新型コロナウイルス感染症の第5波を受け、陽性者は原則入院か宿泊療養施設へ入所としてきた奈良県においても自宅待機者が増え、中には自宅で症状が重症化し命を落とす症例もでてきた。コロナ禍、研修会などが制限され当センターも取り組むべき事業が非常に少なかったこともあり、在宅医療や多職種連携に強みのある我々が何か取り組めないかと考えた。奈良市には新型コロナウイルス感染症陽性自宅待機者に対応できる医療機関がほとんどなかったため、電話診察、必要であればさらに往診までできる医師を輪番制に配置し、当センターが事務局として運営することを奈良市に提案し、2021年9月に契約、第6波が始まる2022年1月より運用を開始した。2023年5月の5類移行までの実績は、電話対応総数が2,497件、往診数が57件、そのうち在宅酸素導入に至ったのが6件、入院調整が41件という結果であった（図4）。

(4) 看取りの支援体制（在宅サポートセンター）

在宅医療の底上げに何が一番のハードルになっているかアンケートを行った結果、24時間365日対応に対する体力的な不安を挙げる医師が多かった、その負担を軽減し在宅医療に取り組む医師を増やす目的で、先に述べたフォローアップセンターの手順を応用し、学会や旅行などの主治医不在時に当番医が代わって看取る取り組みを、今年度より検討している。しかし、急変時の対応もフォローできなければ本当の負担軽減にならず、それには細かい病状把握や主治医の方針把握などが必要であり、まだまだ課題が多い。

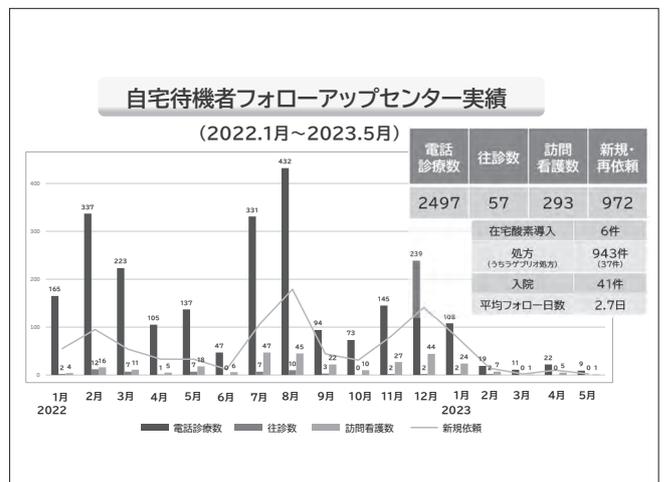


図4

V まとめ

この6年間の奈良市在宅医療・介護連携支援センターの取り組みについて報告させていただいた。その間には新型コロナウイルス感染症の流行があり、我々の活動にも大きく影響した。医師をはじめとする多職種の間にある溝を埋めるには、顔の見える関係構築が必須であるが、長らく皆で集まることができなかった。DXを活用した会議なども急速に発展し、それはそれで便利になったが、やはり対面で会って話した方がコミュニケーションも取りやすい。これは多職種連携だけでなく、これから我々が取り

組みたい ACP の市民啓発活動にも同じことが言える。ACP の市民啓発には、多くの人を持つ、死を考えることがネガティブであるという発想をどう転換できるかも大きな課題であり、また説明の場にどうやって多くの市民に足を運んでもらえるかが鍵となるであろう。かかりつけ医制度に必要な病診連携においては、顔の見える関係だけでなく、お互いが簡単に情報交換できるようなツールも必要ではないかと考える。今後もそれらの課題を抽出し、解決法を模索しながら、多職種連携に、市民の健康寿命延伸に少しでも貢献できるよう取り組んでいきたい。

メインテーマ「次世代に託す医師会共同利用施設の使命
～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」
第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 平木 章夫（岡山県医師会理事）

座長 本間 博（岩手県医師会長／日医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. 新見医師会（岡山県）

「医師会立老人保健施設『くろかみ』と新見医師会の地域包括ケアシステムの取り組み」

岡山県医師会理事 新見医師会長

太田 隆正

I. 新見医師会及び新見市の概要

新見医師会は、会員数33名の中山間地の小さな医師会である。共同利用施設として、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、企業主導型保育事業を運営している。

新見市は、岡山県の北西部に位置しており、典型的な中山間地である。面積が岡山県内で2番目の広さ、86%が森林になっており、人口は昭和30年をピークに、現在2万7,000人を切り高齢化率43.2%である。石灰産業が主で、特産品にはピオーネ、千屋牛、生キャビアなどがある。また、新見市のキャラクターは、ピオーネをイメージされている。

II. 新見市の医療機関及び介護施設

医療機関は、病院が4か所、診療所は20か所。訪問看護ステーションが3か所、介護老人福祉施設が5か所、介護老人保健施設が2か所、新見市が運営している地域包括支援センターが1か所である。立地は、4病院が新見市内中心部に集中しており、診療所と介護施設が点在している地域である。

III. 新見地域の医療・介護問題点

新見市は東西が50km、南北は50kmの距離があり、移動が非常に難しい中山間地である。人口減少、少子高齢化、老老介護、独居老人、限界集落が進むなか、医師、看護師、医療従事者、介護職員の高齢化、

人材不足となっているのが現状である。

IV. 新見医師会立老人保健施設「くろかみ」の設立

平成7年11月に新見医師会理事会にて、新見医師会立の老人保健施設「くろかみ」の設立が決定。同年12月に建設準備委員会を設置。平成8年に建設準備委員会にて約10億円の資金調達を計画した。これは新見医師会の理事が保証人となり銀行からの借り入れと、旧新見市と阿哲郡4町にも支援のお願いをしたという経緯がある。平成10年4月に開設となった。

老人保健施設「くろかみ」として、平成10年、まだ介護保険が制度化していない時期に入所100名、通所30名定員にて開設。訪問看護ステーションと在宅介護支援センターを併設。また、新見医師会事務局、新見市から委託されている休日診療所など医師会の機能を集約した施設となっている。

平成12年に介護保険法が施行され、名称を介護老人保健施設「くろかみ」に変更した。平成28年には通所定員を30名から40名に増員、平成28年10月に訪問リハビリも開始した。医師会立ということもあり、地域の医療機関からの紹介所も円滑であり、入所者の体調が悪化した場合も市内4病院がスムーズに受け入れを行う体制ができている。新見市とも良好な関係を築けており、経営も順調で、負債もすべて返還した。今後も地域の重要施設として運営していきたい。

しかし他施設と同じく、職員の確保が非常に難しくなっている。設立より24年の年月が経過し、施設の維持・管理、ベッドの更新、エレベーターの耐震化対応。また、今後の介護報酬改定や、新型コロナウイルス感染症等の感染防止対策などが問題点となっている。

V. 新見地区で行った国・県のモデル事業

国が提示した地域包括ケアシステムを、中山間地でどのように対応ができるかを新見市と協議。国・県のモデル事業を、平成20年から平成26年にかけて行った。平成20年から23年にかけては、総務省の地域ICT利活用モデル事業、在宅患者のテレビ電話の実証実験を行い、地域ICTの可能性を検討した。平成24年には厚生労働省のモデル事業、在宅医療連携拠点事業（全国で105か所、岡山県では1か所）を受託、国の方針通り、新見医師会内に在宅連携拠点「まんさく」を開設。職員を配置し、医療機関、介護施設及び新見市と調整を行う。「新見地域医療介護施設一覧」の作成、病院やケアマネジャー、訪問看護ステーションなどを対象とした、在宅医療介護多職種連携ツール「新見版情報共有書」の作成。各種団体の研修会、地域住民対象の研修会も開催した。平成25年から平成26年にかけては、岡山県の委託事業で継続。また、「認知症初期集中支援チーム」、これは平成25年の厚生労働省老人保健局からのモデル事業（全国で14か所、岡山県では1か所）で、現在も継続している。

VI. 新見市の地域包括ケアシステムの現状

1. 新見市在宅医療・介護連携支援センター「まんさく」

厚生労働省のモデル事業が終了した平成26年3月には、新見医師会から新見市に事業主体が変更となり、新見医師会は新見市から委託され、新見市在宅医療・介護連携支援センター「まんさく」として活動を行うこととなった。平成28年8月には第1回新見市在宅医療・介護連携推進協議会が再編され、新見医師会、新見市、備北保健所、新見市在宅医療・介護連携支援センター「まんさく」、新見地域医療ネットワークが参加し、活動を行っている。

新見市在宅医療・介護連携支援センター「まんさく」は、今まで通り「在宅医療連携ガイド」の作成、さらにWEB版も作成し閲覧できるようにした。「新

見地域事業所料金・加算一覧」,「新見地域年間会議等一覧」の作成及び管理,地域の医療・介護連携の多職種連携,人材育成研修会などを開催し,医療・介護の連携拠点として役割を担っている。

2. 新見地域医療ネットワーク

新見地域医療ネットワークは、病院職員、各種団体、行政、消防職員をメンバーとして、2007年に活動を開始した組織で、新見市在宅医療・介護連携協議会に参加し、介護職への出前講座を行うなど、新見市内の4病院との入退院支援ルールを作成している。それから、医療介護連絡帳の活用促進、新見版情報提供書の作成及び変更なども独自に取り組まれている。

3. 地域包括支援センター

地域包括ケアシステムというのは、中核機関はやはり地域包括支援センターになる。中山間地の市町村では、ほとんどの自治体が直接運営されている。多くの職種が配置されて、業務内容も多岐にわたっているため、住民のニーズへ対応するには質・量ともに不十分であり、地域のネットワークのサポートが必要になると思われる。

4. 認知症初期集中支援推進事業

認知症初期集中支援推進事業についても、地域包括支援センターの事業として継続しており、認知症サポート医2名、介護福祉士3名、看護師1名、保健師3名のチームで構成され、令和4年度には新規事業数6例の対応が行われた。

5. 新見公立大学との連携

新見公立大学が、全国で初の看護学科に訪問看護コースを設立された。そしてまた、この地域でも弱点となっている小児医療、精神科の医療、高齢化の医療について、専門職の指導に貢献していただき、地域包括ケアシステムに参加して下さっている。

また、平成26年から新見医師会に新規参入された溝尾妙子先生により、新見公立大学と連携した「PIONEプロジェクト」では、地域の問題点をテーマに講演会を開催。また看護職、介護職対象に研修会も開催されている。

Ⅶ. 岡山県医師会との連携

岡山県医師会松山会長は就任時より、「移動会長室事業」を展開しておられ、県医師会長みずから県下に出向き、地域住民に対して「ACP」「運動」「栄養」について研修会を開催されており、新見でも3年前に4回研修会を開催。本年度、久しぶりに6月に「ACP」をテーマに開催、そして9月には「栄養」をテーマに開催予定となっている。

Ⅷ. 新見医師会の地域包括ケアシステムのかかわり

新見医師会としてどのようにかかわっていくか。やはり多職種や住民研修会、これに積極的に参加することの必要性。また、地域のケア会議などへ積極的に適切な助言を行うことも重要であることを感じている。

Ⅸ. 新見医師会と行政連携

新見医師会では毎月行っている在宅医療システム研究会があり、多職種と新見市の市民課・介護保険課・健康づくり課の3部門が参加し、様々な話し合いを行っている。毎年開催されている地域包括支援センター運営協議会にも出向き、助言を行っている。また、福祉計画策定会議、介護計画策定会議など長期にわたる会議でも、やはり適切な助言を行っているのが医師会の使命だと考えている。

Ⅹ. まとめ

介護老人保健施設「くろかみ」は、今後も引き続き住民のニーズに対応した良質なサービスを提供していきたい。

新見地区の地域包括ケアシステムはまだ決して充分ではないが、新見医師会が中心となり地域全体で取り組んでいく。

今後の課題は、住民参加である。新見市と連携して方策を検討していく。

第3分科会（介護保険関連施設関係） 質疑応答

司会 平木章夫

（岡山県医師会理事）

座長 本間博

（岩手県医師会長／日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

お待たせいたしました。それでは、ただいまより、各先生方へのご質問をお受けいたします。先ほど司会の平木先生よりお話がございましたが、ご質問される先生は、ご面倒でもお近くのマイクまでご移動いただき、ご所属とお名前をおっしゃってからご発言をお願いいたします。

なお、終了を18時と考えておりますので、ご協力のほどよろしくをお願いいたします。それでは、どうぞ。

○鈴木紳一郎（神奈川県医師会副会長）

2つお伺いしたいことがあります。1つは、奈良市の山崎先生をお願いいたします。神奈川県は郡市には結構在宅医療介護連携支援センターがありますが、県はトレーニングセンターぐらいしかやっております。第1題の岩手県と第2題の新潟県は県にも郡市にも連携支援センターがあつて、うまく連携を取っている形ですが、奈良県にも連携支援センターはありますか。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

奈良県には明確な在宅医療介護連携支援センターはなく、奈良市医師会は奈良市からの委託で独自に動いている形になっています。

○鈴木紳一郎（神奈川県医師会副会長）

ありがとうございます。2つ目は、逆に、久保田先生と小柳先生にお伺いいたします。救急の時に他の家族が救命センターに連れて行くよう指示したり、本来は地域包括ケア病棟で診ると思いますが、エンディングノートの作成により、そういう齟齬は減ってきたのかお聞きしたいと思います。

○久保田公宜（岩手県医師会常任理事）

岩手県内では、『わたしの「生きる」ノート』を作成していて、それを救急隊が確認して主治医に連絡すれば病院に連れて行かない、ということはありません。ただ、まだ多くの市町村はできません。

○鈴木紳一郎（神奈川県医師会副会長）

小柳先生はいかがですか。

○小柳 亮（新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長）

新潟県は確実に齟齬が少なくなっているという臨床での実感があります。さらに、ACPを遂行するためのバックアップ手段も在宅医療推進センターで構築しており、新潟市の一部の地域では、自宅での看取りを在宅医療推進センターが調整して当番制にしております。そのため、主治医が不在の時に自宅での看取りを希望された方が急変した場合は、代診医が看取りをするという覚書も交わしておりますので、かなり良いシステムだと思います。

○鈴木紳一郎（神奈川県医師会副会長）

ありがとうございます。すばらしいことだと思います。またよろしくお祈りします。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

その他ございませんか。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

医療連携について、小柳先生と山崎先生にお聞きいたします。松本会長のご講演にあったように、紹介受診重点医療機関ができて病院の外来の集中を防いで在宅に返すためには、逆紹介が非常に大事だという話になってきました。その時に、逆紹介を受ける医療連携の窓口が課題になっています。ご存じのように、在宅医療介護連携推進事業で各地に在宅療養の相談窓口ができて、そこが在宅療養では受け皿になっていますが、医療連携の窓口にはなっていないところがあります。新潟県の在宅医療介護連携推進事業と医療介護連携推進事業の2つをコンバインさせた取り組みをお聞きし、非常にユニークだと思いました。先ほど、連携拠点として今後考えていきたいというお話がありましたが、在宅療養の連携拠点だけではなく、医療連携の拠点として今後それを発展させていくことがあるか、またその場合の資金の出所についてお聞きしたいと思います。

○小柳 亮（新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長）

今、我々がまさしく力を入れているところで、入退院支援ルールづくりが、恐らく診療機関間の連携の根源的なルールになっていくと考えています。それから、在宅医療に限らず、いろいろな医療機関への紹介システムは、各地域の在宅医療推進センター

が調整機能を持っておりまして、その部分をさらに発展させていく、さらに今、第8次医療計画のロジックモデルにその位置付けを記載してもらうことで、文言的な裏付けをきちんとつけるといったことをしております。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

ありがとうございました。同様に、山崎先生にお伺いいたします。先ほど、病院・クリニック・在宅医の連携推進というお話をされていましたが、在宅医療の連携だけではなく、医療連携そのものについてはいかがでしょうか。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

本当にこれからは病診連携がもっと密になっていかないと、松本会長のご講演にあったようなことがなかなか進みにくいのではないかと、現場としては感じています。何かツールを使うとなれば財源がかかってきますので、財源がかからない方法として今、在宅訪問看護師と在宅を担っている医師等は、MCSなど秘匿性の高い無料のSNSを使っています。そういうものの応用で、もっと開業医と病院主治医、在宅医の距離が近づかないかと検討していますが、今のところ明確な答えはありません。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

介護のところとは離れてしまいましたが、医療連携の部分は、会員も住民も共同して使うという意味では、医師会共同利用施設というか事業としてこれからはますます大事になってくる分野だと思いますので、皆様の取り組みを参考にやっていきたいと思っております。ありがとうございました。

○本間座長（岩手県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

先生、どうぞ。

○高橋祥一（広島県安佐医師会理事）

山崎先生に、在宅医療・介護連携支援センターに関して2つお伺いいたします。1つは、かなり医療寄りの事業はたくさんされていて、職員の方が主任ケアマネジャーとMSWと保健師というのは、地域包括支援センターと同じで多職種連携の仕事はしやすくよいと思いますが、一方で、在宅医療スタートブックや主治医不在時の看取りを他の先生が行うことは、在宅医療・介護連携支援センターの職員がどのように関わっているのが1つ。もう1つは、市の委託事業は、医師会内で行うのとは違い、予算

や発案などいろいろと市から注文がありそうですが、先生のところはうまく話し合いをされて自由度の高い事業をされています。どうやってされているのか、教えていただければと思います。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

こうしたらどうかというような発案を、つい私が口を出してしまうところがあるため、医療的な取り組みが目につくのかと思います。実際はそれだけではなく、多職種連携やいわゆる包括支援などにも取り組んでいます。もう1つの奈良市との関係ですが、最初は細かく事業が限定されましたが、介護の項目が4項目に凝縮された時に、市からもっといろいろなことをやってほしいという意見が出て、それならば全部同じ値段で担うからある程度自由度を持たせてほしいと交渉した結果、割と自由にさせていただいています。

○高橋祥一（広島県安佐医師会理事）

ありがとうございました。

○本間座長（岩手県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

どうぞ。

○鈴木邦彦（茨城県医師会会長）

太田先生に質問させていただきます。私どもも医師会の事業として介護老人保健施設をやっております。先生のスライドでは、新見市に病院が4つあり、介護老人保健施設も載っていたと思いますが、私どもも看取りが大きな課題になっています。病院と老健で看取りに関して調整やすみ分け、位置付けはどのようにされていますか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会会長）

最近、施設内での看取りも希望があればやっていただいております。病院でも希望があればというように、かなり緩やかにやっています。

○鈴木邦彦（茨城県医師会会長）

ケース・バイ・ケースでしょうか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会会長）

はい。ケース・バイ・ケースです。

○鈴木邦彦（茨城県医師会会長）

ありがとうございました。

○本間座長（岩手県医師会会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

その他ございませんか。太田先生、私から質問してよろしいでしょうか。医師会立の老人保健施設を

つくれ、10億円の資金が必要であったということですが、市町村からと一部会員の先生方からの資金ですか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

保証人になって、恐らく5億円程度銀行から借りました。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

岩手県医師会でも、私が所属する盛岡市医師会でも、資金的なことを考えるとなかなか大変だと思います。よくなさっているなど感心いたします。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

医師会内でそれだけやる要素があるということで、意見の対立がないことが一番ではないかと思えます。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

いわゆる市町村から提供していただく分は、ざっくり言いまして10億円のうちの何割ぐらいですか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

医師会は大体5割程度かと思えます。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

医師会が半分で、残りは市町村と会員の先生方ですか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

市町村だけです。

○本間座長（岩手県医師会長／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。その他ございませんか。どうぞ。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

たびたびすみません。山崎先生にお伺いいたします。看取りの支援体制について、東京都でも今、在宅医療推進強化事業として、24時間の在宅医療支援体制の事業計画が進められています。先ほど、看取りから始めるというお話でしたが、東京都ではそれも含めて、できれば急変時もやっていこうということを、各地区医師会で計画しているところです。その中で問題となっているのが、患者登録と情報共有のツールです。お話では秘匿性の高いSNSを利用ということですが、私の所属する医師会でもMCSを使おうと思っており、実際今、MCSを医療介護連携に使っていますが、この事業に落とし込む

場合に、区のほうからMCSではだめだと言われていいます。と言いますのは、他の地域でも行政や地域包括支援センターがMCSに入っていないところがほとんどだと思いますが、先生の考えている秘匿性の高いSNSはどういうことを想定しているのか、できれば医師会が共同利用するシステムとしてそういう秘匿性の高いSNSを開発していければ理想的ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

もともとはコロナ患者さんの自宅待機者のフォローアップセンターで、スプレッドシートを使うことになった時に、登録した人しか見られないようにはなっているのですが、普通のスプレッドシートはあまり秘匿性がなく、情報漏えいの問題がありました。そのため、患者さんを全部番号化して、番号と患者さんの紐づけをその日の当番医にMCSを使って送り、当番医はスプレッドシートでその番号の患者さんを認識して診察するという形で行いました。それで2,000例ほどの電話診察や往診を行いました。特に大きな問題も起こらなかったため、そのスキームをそのまま看取りに使えないかと考えております。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

奈良県では、MCSに行政が入れるのですか。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

最初はMCSは嫌がられましたが、最終的には入っておられるという感じです。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

番号化して個人情報消すということですね。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

そうです。だから、スプレッドシートが他人に漏れても、患者情報としてはどこの誰かはわからないという状況になっていますので、大丈夫ではないかと感じております。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

ありがとうございました。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

その他ございませんか。もう1回、私から小柳先生にお伺いいたします。先生のスライドの「訪問診療／往診実施状況と今後の意向」という中で、現在

「行っていない」が51%、5年後「行っていない」が55%とありました。実は岩手県医師会、それから私の地元の盛岡市医師会でも、経時的にこのようなアンケートは取っていて、大体同じような感じです。医師会としてはいろいろ工夫して時間外の対応や連携などやっていますが、なかなか変化しません。何か増やす方策があれば教えていただければと思います。

○小柳 亮（新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長）

どの地域も、開業医の高齢化とそれに伴う往診応需の減少は、悩ましい問題だと考えております。在宅医療の再興のためには、3つ必要な要素があると思います。1つは、ファーストコールを受け取るのが医師ではなくて訪問看護師であればかなり楽になるため、訪問看護ステーションのやや大型化を考えております。新潟県では、訪問看護ステーションは大体5名程度の小規模なところが多く、取れんさせて、少し大規模化していく必要があるというのが1つ。さらに、仕事をきちんと振って、現場で思い切り活躍してもらおうのが私の意図です。大規模化して財政的に豊かになるということではなく、しっかり働いてもらうために大規模化するということです。2つ目は、病院の訪問診療への参入です。新潟県は実はあまりやっているところがなく、幾つかの病院にやっていただきたいと思っていて、第8次の在宅のワーキンググループにも、病院の代表の方を入れる予定にしております。

3つ目は、なかなか難しい問題ですが、今、新潟県では往診の応需数は中央値で17ぐらいで、これを訪問看護と病院のバックアップのもとに、高齢化したドクターでももう少し人数が伸ばせないかと考えています。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

私も70歳を超えており高齢のほうだと思っておりますが、今も訪問診療をして可能な限り24時間対応しています。しかしファーストコールはほとんど訪問看護ステーションにしています。そういったことの積み重ねでこういったことができるということ、会員の先生方にお話してはいますが、なかなか浸透しないのも現実です。強制的に在宅医療をしてくださいというのは言いづらいところもありますが、診察してもらった先生に最期を診てもらいたい

という患者さんは少なからずいますので、できれば希望をかなえてあげたいというのが私の考えです。

○小柳 亮（新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長）

先生のおっしゃる通りだと思います。看取りと急変時の対応についてのハードルが下がれば、もう少し応需数を増やすことは可能だと思っております。それから、日本医師会はタスク・シフト／シェアに関する広義のメディカルコントロールという概念を出しておりますが、訪問看護の活用に関して、保助看法上医師の指示の下にできること以外にも、もちろん、医師の指示の下にですが、幾つかできるのではないかと、広い意味でのメディカルコントロールをきちんとするためにも、私どものような拠点を整備して、診療所と訪問看護を結びつける調整役もできるのではないかと可能性を見出しております。

○本間座長（岩手県医師会長／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す。岩手県医師会在宅医療支援センターでも参考にしながら工夫していきたいと思っております。その他ございませんか、どうぞ。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

兵庫県は都市部もあればかなり郡部のところもあり、日本の縮図と言われている県です。それぞれの先生方の取り組みは非常に感銘を受けましたが、日ごろ県医師会の立場からいろいろなお話をさせてもらっていると、共同利用施設の利用に関して、都市部と小さい郡市では共同利用施設をつくる、あるいは利用するに当たって意見が食い違うと言いますか、なかなかスムーズにいかないことが多々あります。それぞれの先生の医師会のお立場から、例えば郡市の先生は県にどういうふうなアプローチをすればよいか、逆に県の先生は郡市にどういうふうな話を持っていけばスムーズになるか、ぜひ教えていただければと思います。特に多職種連携や医療・介護・福祉、行政とのつながりなど、それぞれのお立場からご意見があればお聞かせください。

○本間座長（岩手県医師会長／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

4人の先生方からお願いいたします。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

都市部と小さい郡市では全く違いますので、県の方にいろいろ言ってもなかなか難しいです。新見市は予算も全部承知していますし、在宅研究会なども

あるので、システムがいろいろ進んでいきますが、他のところでは進んでいかないと思います。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

岡山県あるいは岡山市の中心に連絡協議会みたいな、県内で同じような他施設の利用について協議する場などありますか。

○太田隆正（岡山県医師会理事／新見医師会長）

ありません。提言はいろいろしますが、システム的にまだ難しいです。我々の小さい郡市だからできる面もあるというふうにお考えください。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

ありがとうございます。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

奈良県には在宅医療連携センターがないため、地域包括医療連絡協議会という協議会に意見を上げますが、その会も少し議論は違って、こちらから県に意見を上げることは少ないです。ただ、太田先生がおっしゃったように、奈良市でやっている小児在宅を県内に広げようとした時に、人口分布や医師数により、奈良市ではできてもっと田舎ではできないというような意見が出たりするので、なかなか難しいと感じているところです。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

先生のところは多分中核市やそのレベルだと思いますが、例えば行政との間で密に会議を行っているとか、何かそういうこともされていますか。

○山崎政直（奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長）

奈良市とは割と密に連携を取っていろいろと話し合いはしていますが、県とはあまりありません。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

ありがとうございました。

○小柳 亮（新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長）

行政官とのお付き合いの仕方ということだと思いますが、実は私、平成10年に厚生労働省に入省した元医系技官で、どういったことを考えながら臨床をやっているかと言いますと、行政官の士気と生理を知ることです。予算年度があり、上意下達の組織

でもあり、当時はまだ無謬性と言われていたもので、国会議員との付き合い方は地方行政にいても恐らく変わらないと思います。私がさらに気をつけているのは、よいタイミングで話を持っていくこととおもねらないことです。医師は現場の人間なので、絶対に現場の意見は通すということです。現場の意見の言葉の迫力をなくさない努力をしています。私は24時間365日診療所の2階に住んでいますが、この生活は恐らく行政官を説得するためにも変えてはいけないことだと考えています。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

ありがとうございました。

○久保田公宜（岩手県医師会常任理事）

岩手県医師会と岩手県庁は昔から非常に関係性がよく、我々の提案をかなり聞いてくれるところがあります。逆に、座長の本間会長も私もそうですが、県庁所在地の盛岡市はほとんど動きません。そういうところの解決策の1つとして、今度、第8次医療計画で在宅医療のことがあります。岩手県ではかなり色の濃淡があり、盛岡市のようにある程度資源がある地域もあれば、県北のように資源がほとんどない地域もあります。ほとんど資源のない地域は、我々から岩手県内27の県立病院を使って在宅医療をやるしかないという提案をして、あとは年に1回の飲み会で親睦を深めるということです。

○久保清景（兵庫県医師会理事）

ありがとうございました。

○本間座長（岩手県医師会長／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。ちょうど18時でございますので、他になければ、これで本日の分科会を終わらせていただきます。

○平木章夫（岡山県医師会理事）

座長の本間先生、シンポジストの久保田先生、小柳先生、山崎先生、太田先生ありがとうございました。

以上をもちまして、第3分科会を終了いたします。なお、明日の分科会報告は、座長の本間先生よりお願いしたいと存じます。今日は長時間ありがとうございました。

岡山県内共同利用施設紹介

岡山県医師会専務理事

内 田 耕 三 郎

岡山県内 24 郡市等医師会で、共同利用施設を有するのは 8 医師会、18 施設で、今回は、赤磐医師会・岡山市医師会・新見医師会の 3 施設を紹介する。

赤磐医師会病院は、昭和 57 年の開設、全国で 47 番目、岡山県下では唯一の医師会病院として消化器系中心の 121 床でスタートした。平成 27 年の増改築では、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟を増設し、5 病棟 245 床となり現在に至る。令和 2 年 11 月には、初期救急医療としての在宅医療診療所も併設している。

岡山市医師会総合メディカルセンターは、昭和 39 年に検査センターとしてスタートした。平成 3 年には、岡山県医師会の健診部の運営を引き継ぎ健診も行っていった。MRI や CT、エコー、内視鏡等の検査を行っていたが、健診部は、平成 27 年に廃止した。検査部では、平成 18 年から改革を行い、SRL と FMS (Facility Management System) を導入、平成 22 年からは全分野を FMS にした。検体の集荷業務も外部委託し、渉外の職員が営業に専念できる体制作り等を行う。ICT 部門には専門の派遣社員を配置している。

新見医師会では、平成 10 年に新見市民の高齢化の進行等から社会的入院等が増加しており、医療と生活を結び支援する仕組みが必要との結論に至った。市内の医療機関が単独で施設をつくるのは困難であり、平成 7 年から医師会共同で老健施設をつくった。平成 10 年からは「老人保健施設くろかみ」を開設し、「介護支援センター」「訪問看護ステーションくろかみ」も開設した。

3 施設をプロモーションビデオにて紹介する。

(ビデオ放映)

○滝澤 貴昭 (赤磐医師会長)

赤磐医師会は 2013 年に公益社団法人となり、会員総数は 80 名、A 会員は約半数の小規模な医師会である。市の北部では過疎化の影響もあり、開業医

数が大幅に減り、地域偏在が問題となっている。

開設された頃の当地域は、救急医療や入院については全面的に岡山市中心部の総合病院に依存していた。医師会員から地域住民の医療と安心は地域で守ろうとの機運が高まり、へき地中核病院として開設された。その後、地域医療支援病院にも承認されている。

医師会病院の一部を改装して、会員出務による休日内科診療所を開設した。医師会病院内に休日診療所を開設することは、各種の事情で長年実現できていなかった。しかし、新型コロナウイルス感染症が拡大し始めたころから、当番医に不安を感じず医師会員が増加し、準備期間わずか半年で診療を開始することができた。最近では 8 割近くの会員が出務しており、住民にも周知され、概ね好評である。

○平田 洋 (岡山市医師会長)

岡山市医師会は約 1,000 名の会員を有する岡山県内最大の医師会で、開業会員 450 名、勤務会員約 500 名である。

岡山市医師会総合メディカルセンターは、1964 年に設立の検査センターである。職員数は 26 名、岡山市医師会の会員を中心に検査業務を行っている。2006 年より SRL と FMS 契約を結び、SRL の関連会社の集配会社と提携し、集配業務はアウトソーシングにて行っている。コロナ禍では PCR 検査をいち早く導入した。

アフターコロナで、臨床検査業務がコロナの検査以外減少してきているのが課題だと思っている。岡山市総合メディカルセンターは最新の機械を導入し、検査を行っている。営利を追求するだけでなく、会員の診療に貢献するため、頑張っていきたいと思っている。

また、周辺の地域にも検査業務を少しずつ拡大していきたいと考えている。これからも職員一同、先生方の診療に少しでもお役に立てるよう頑張ってい

きたいと考えている。

○上江洲 元治（新見医師会理事／介護老人保健施設くろかみ施設長）

新見市は典型的な中山間地域の町で、医師会員は33名である。平成7年、整備計画に着手した。病院単独で立ち上げられる状況ではなかった。何度も協議し、「新見医師会立」として立ち上げようと決まった。事業費は、地域住民のためということで自治体の好意的な協力を得ることができた。総事業費約9億円で設立した。

「介護老人保健施設くろかみ」は、入所定員100名、通所定員40名、鉄筋造3階建て、延べ床面積3,830㎡。敷地は、新見市の公有財産から借り入れた。

○ナレーター

平成10年の開設時には、入所者3人、短期入所1人で事業を開始。翌年の平成11年後半には入所者数90人を超えた。大きな赤字を計上することもなく安定的な経営を続けることができ、繰上償還に早い段階から努めることができたことから、平成21年度には債務を完済した。

新見医師会が雇用する職員は、センター長などを含め合計91人となっている。事業開始後25年が経過して、事業開始時の職員が多く働き続けており、定着率は高い状態である。しかし、人材確保には苦慮しており、事業継続には職員確保が最大の課題である。

○上江洲 元治（新見医師会理事／介護老人保健施設くろかみ施設長）

医師会立の共同利用施設であるため包括的ケアサービス施設として、各医療機関地域連携室を活用し、特定の医療機関に偏ることなく診療情報提供書などを提供し合い、会員同士の信頼関係を築き、関係を継続して保持するということが非常に大切だと思っている。

新見市にも入っていただき、管理運営委員会を設置・運営している。実際の運営に当たり、施設運営の中心となるべき、核となるべき管理者がいることが非常に大事なことだと思っている。現在は在宅生活支援施設、地域に根差した施設はもちろんのこと、医療と介護の連携をより一層強め、地域の方々に安心してご利用いただく施設を目標としている。

分科会報告

第1分科会

鹿児島県医師会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長

池田 琢 哉

(1) 能代山本医師会病院 (秋田県)

(発表者：加藤裕治郎 能代山本医師会病院長)

「病院経営危機を乗り越える～かかりつけ医機能を支援しながら～」と題して発表いただいた。当院は、昭和59年に能代市山本郡医師会が設立した紹介型・開放型病院で、地域医療支援病院として承認され、病床200床（一般165床、療養35床）、常勤医師は医師16名、歯科医師1名で運営されている。地域医療ネットワークシステム（あきたハートフルネット）を構築し、重複診療の防止や中核病院と診療所との機能分化の推進、救急医療時の診療情報取得等、かかりつけ医機能を支援されている。平成30年9月に医師派遣先であった秋田大学より、医療機能の集約化を理由に呼吸器外科医2名の派遣が中止されたことで経営危機に陥り、それに対応するために、非常勤医師の派遣を大学病院等へ依頼し、外来・検査の強化を図り、病床を197床に減床し、在宅療養支援病院の指定を受け、外来機能強化加算の算定を可能とした。また終末期のがん患者に対する訪問診療の実施、地域包括ケア病床を16床とすることでDPC／出来高入院で診療報酬の増収や、土曜日がんドックの実施などの取組みを行い、医師の派遣が中止された令和元年度は赤字となったものの、令和2年度以降は黒字に転じたとの発表であった。

(2) 赤磐医師会病院 (岡山県)

(発表者：佐藤敦彦 赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長)

「当院におけるかかりつけ医機能支援に対するこれまでの取り組みと今後の課題について」と題して発表いただいた。当院は、昭和57年に赤磐医師会が設立した県下で初めての紹介型病院で、地域医療支援病院、県へき地医療拠点病院に指定されている。

245床（一般103床、回復期リハ病棟50床、地域包括ケア病床48床、療養44床）。地域包括ケアシステムを実現するため、平成26年9月より在宅療養後方支援病院の指定を受けられ、かかりつけ医との連携の下、あらかじめ登録された患者を24時間365日、常時入院受入れ可能とする病院を運営されている。独自の取り組みとして、入院加療が必要な在宅患者や介護施設の入所者を病院まで搬送する業務や、病院に休日内科診療所（あかいわ☆瀬戸休日内科診療所）を開設し、当番医を医師会の看護師や事務職員がサポートするなど、会員を支援されている。今後の課題は、常勤医師の確保、過疎化が進む県北の在宅医療支援態勢の確保が挙げられるとの発表であった。

(3) 熊本市医師会熊本地域医療センター (熊本県)

(発表者：杉田裕樹 熊本市医師会熊本地域医療センター長)

「当院の今後のあるべき姿を考える～地域社会における役割を考えて～」と題して発表いただいた。当院は、昭和56年に熊本市医師会が設立し、休日夜間急患センターと、会員のバックアップとしての急性期医療を開始。病床227床（HCU4床、急性期一般152床、小児入院医療管理29床、地域包括ケア28床、緩和ケア病棟14床）。休日夜間急患センターは、熊本市の委託を受け、熊本大学、開業医、当センター医師が三位一体で内科、外科、小児科の救急患者を24時間対応され、「熊本方式」と呼ばれている。新型コロナウイルス感染症による患者数の減少、協力医の確保難で、2020年10月から成人の深夜帯は休止、一方、小児科は継続されている。今後、地域社会に期待される医療を担うため、紹介し易い病院を目指した地域医療連携室の充実、高水準の医療提供、高齢者に対する健康寿命延伸のための

フレイル防止と積極的治療，外国人や AI，ICT ロボットを活用した労働力の確保等に取り組むとの発表があった。

(4) 川内市医師会立市民病院（鹿児島県）

（発表者：田實謙一郎 川内市医師会立市民病院 院長）

「地方における急性期中核病院の今後の在り方・連携について」と題して発表いただいた。当院は、平成5年に川内市医師会が設立し、24時間高次救急医療、脳神経領域及びリハビリテーションの確立、高度医療機器の設置を理念とする開放型病院で、地域医療支援病院である。224床（HCU6床、一般

128床、地域包括ケア42床、回復期リハ44床、感染症4床）で、新型コロナウイルス感染症患者の受入病床として、休棟としていた地域包括ケア病棟の再開にあたり、分析により、当該地域は人口減少、急性期疾患の減少が予測されたことから、サブアキュートとしての在宅療養後方支援病院も検討されたが、看護師不足による病棟維持への懸念や会員医療機関への聞き取り結果、さらには、当院が地域の急性期医療を担ってきたという職員の士気に与える影響、病院収益の再評価など、総合的に判断された結果、急性期に集中することで地域に貢献することを選択するに至ったとの発表があった。

分科会報告

第2分科会

日本医師会常任理事

黒瀬 巖

(1) 大宮医師会メディカルセンター（埼玉県）

(発表者：萩原弘一 大宮医師会メディカルセンター長)

「大宮医師会メディカルセンターの沿革と次世代への使命」と題して発表いただいた。コロナ禍の影響で会員からの受託検査件数はやや減少したものの、会員医療機関職員のコロナ抗体検査を受託することで、むしろ受託率は増加したことが示された。また、検査の依頼件数は、国立がん研究センターが発表するがん罹患率の順位とよく相関することも示され、中でも胃がん検診は圧倒的に内視鏡による検査が主流となっているという状況報告があった。

さらに、医師会共同利用施設としての取り組みとして、比較読影、二重読影の徹底、デジタル化による時系列画像の相互紐付けデータベース化を行い、読影医や事務の負担軽減につなげていること、また、需要の高い胃がん内視鏡検査では標準撮影法と二重読影を徹底することによって、より高い精度の検査を提供していること、また、蓄積された過去データを加工し、例えばeGFRの推移をグラフで報告したり、電子カルテ連携システムを構築して検査結果報告に活用していることなど、会員サービスの更なる充実を目指していることなどを紹介された。

今後はさらにICT技術を応用し、また、生成AIなども利活用しながら更なる受診者の利便性向上と会員の業務改善に貢献する方向性を示された。

(2) 富山市医師会健康管理センター（富山県）

(発表者：土田敏博 富山市医師会副会長)

「富山市医師会健康管理センターにおける、かかりつけ医との連携強化の取り組み」と題して発表いただいた。同センターでも様々な検査・健診事業を行っているが、その中から特に、一次検査で精密検査が必要と判断された受診者への医療機関連携室に

よる説明や、受診の調整、精密検査受託医療機関マップの作成について報告された。Googleマップと連動させて、ホームページ上のマップ上の医療機関名をクリックすることで必要な検査内容別に医療機関が検索できるという、極めて利便性の高いものである。また、「診療工房」という検査データ閲覧機能を用いて、医療機関間の検査データや検査画像データなどの診療情報の共有についても詳細に説明された。

連携室の設置により二次精密検査の受診率が著増したということであるが、さらに検査当日のうちに医師が連携室を案内し、受診調整を行った上で紹介状を渡すことによって、受診率がより向上するという事実も示された。

「診療工房」を介して同センターの検診受診者の検査結果や画像を閲覧することを可能とした結果として、受診者の健康管理に大いに寄与しているという報告であった。また、今後は同システムをSS-MIXに対応可能な仕様に変更したことでかかりつけ医への情報提供をさらに充実させ、連携に貢献することを目指しているとのことである。

(3) 名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター（愛知県）

(発表者：北川裕章 名古屋臨床検査センター理事長)

「検査センターとして地域医療に貢献できること—PHR (Personal Health Record) の活用—」と題して、同センターの取り組みについて発表いただいた。

PHRを用いて管理したい情報と、PHRを用いて管理できている情報との間のギャップが最も大きい項目として、医療機関での検査結果であることをデータ上で明示したうえで、このギャップを改善する

ために「MeDaCa」というパソコンのみならずスマホでも検査結果の閲覧が可能なシステムを導入された。同システムの運用では、むやみに検査結果をPHRに反映させて受診者に報告するのではなく、受診者への通知の可否をまずかかりつけ医に確認してもらい、かかりつけ医が承認した場合にのみ、かかりつけ医のコメントを添えて受診者に結果を送信するという方式である。

本来、次回通院時にかかりつけ医から検査結果を説明するわけであるが、そうすると受診までに1、2か月期間があいてしまい、結果報告が遅れてしまう可能性がある。一方で、PHRで結果を知らせることで、かかりつけ医に検査結果を聞きに来るための受診がなくなるのではないかと危惧する声もあったそうだが、詳細なアンケートを行った結果、むしろ患者の利便性のみならず、検査結果への関心が高まり、さらに治療に前向きになるというプラス効果が認められたという調査結果が示された。

今後は、スマホを十分に利用できないシニア層へのサービス向上を目指すほか、検査値のデータ化により各種の疾患リスクの予測を自動計算し、情報提供するサービスを開始するという発表であった。

(4) 都城健康サービスセンター（宮崎県）

（発表者：田口利文 都城市北諸県郡医師会長）

「次世代へ繋ぐ設立時の思い。温故知新」と題して発表いただいた。本総会のメインテーマの「次世代に託す」にまさにぴったりと合致する内容で、前半は天孫降臨から始まる我が国創生時代の神話関連についての話がなされ、後半は武見太郎元日本医師

会長の医師会共同利用施設に関する講演内容を中心に、共同利用施設の地域医療において期待される役割や理念を示された。

当時、武見太郎先生は、「健康問題を計画し、実施し、評価し、それを批判して次の計画をなす。これは地方医師会の任務であり、学術団体として医師会だけがなしうるものである」と述べられ、さらに「地域住民や自治体との密接な連携が必要で、これにより医師の地域社会における立場が確立されると強調されている。日曜当番医の問題、救急医療の問題なども地域住民に受け入れられ、ひいては医師会員の福祉に連なるものである」と示されている。

なお、医療の公共性についても、「医師と患者との一対一の関係でなく、医師対地域住民との関係により各種健診、学校保健、予防接種などの積極的活動により公共性が裏付けられる」と説明されている。

これは、松本吉郎日本医師会長の特別講演で示された内容と合致している。加えて、技術革新と情報化については、「技術革新には個人の医師だけでは対応できない。地域に検査センターを作りそれを核として情報を受けて患者を診察する」ことが重要であるとし、「将来コンピュータが使用されるようになれば、ある種の疾患の診断も可能となる。地域医療と新情報科学並びに技術革新との段階を結びつけることが今の医療の革新的な問題である」と、地域医療の未来を的確に予測されていた。武見先生の先見性の高さに改めて驚かされるとともに、このような先達の熱い思いを次世代につないでいきたいと心から感じさせられた発表であった。

分科会報告

第3分科会

岩手県医師会長 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長

本 間 博

(1) 岩手県医師会 (岩手県)

(発表者：久保田公宜 岩手県医師会常任理事)

岩手県医師会では、平成29(2017)年に岩手県と岩手県医師会の共同により岩手県医師会在宅医療支援センターを設置した。そして、各種事業を展開している。今回は、ACPに関する事業の発表であった。患者本人が人生の最終段階を自分らしく過ごすために『わたしの「生きる」ノート』を作成し、さらに医療・介護従事者が患者の記入したノートを使ってよりよい話し合いが行えるよう、サポートブックも作成している。

さらに、そのノートを使った研修会を開催し、研修受講者は「相談員」として、岩手県が認定する仕組みを構築している。

同センターが多職種を対象に研修を実施することで、医療・介護・福祉の協働・連携につながり、そして、次世代の人材育成に大きく貢献されていることがわかる発表であった。

(2) 新潟県医師会 (新潟県)

(発表者：小柳亮 新潟県医師会理事／新潟県医師会在宅医療推進センター長)

新潟県は、医師偏在指標が岩手県と同順位、全国最下位である。県土も広く、それぞれの地域特性に応じて、行政と協働で在宅医療を推進していく必要があることから、県内すべての郡市医師会に在宅医療推進センターを設置し、併せてコーディネーターも配置している。

そして、新潟県医師会内には基幹センターの役割とし、新潟県医師会在宅医療推進センターを設置して地域のセンターの活動をサポートするほか、コーディネーターの育成にも力を入れている。医師不足の中でも医師会がリーダーシップを発揮し、ネットワークの強化を図っている。

また、新潟市医師会では、地域医療介護総合確保基金を活用して新潟市医師会在宅医療推進センターを設置し、介護保険法の地域支援事業を活用した新潟市在宅医療・介護連携センターを新潟市から委託を受け、その両センター機能を同医師会地域医療推進室が一体的に運営しているという特色ある取り組みも紹介された。

(3) 奈良市医師会 (奈良県)

(発表者：山崎政直 奈良市医師会副会長／奈良市在宅医療・介護連携支援センター長)

奈良市医師会では、平成30(2018)年より奈良市の委託を受け、奈良市在宅医療・介護連携支援センターを開設した。そして、保健師、社会福祉士、介護支援専門員が勤務し、それぞれの専門性を活かした在宅医療・介護連携に関する各種事業を展開している。

また、COVID-19に対する取り組みとして、電話担当医師と往診担当医師を輪番で配置して、自宅待機者に対するフォローアップを行う事業を同センターが運営した。さらに、この体制を応用した看取りの支援体制も検討しており、今後の在宅医療の更なる拡充が期待される。

その他、医療的ケア児への往診可能な医師をマッチングする「小児在宅医照会制度」も紹介された。高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築、そして深化が求められている中、医療的ケア児者及びその家族も同様に地域において、療養・療育できる体制を構築する必要があることから、その重要性を感じた発表であった。

(4) 新見医師会（岡山県）

（発表者：太田隆正 岡山県医師会理事／新見
医師会長）

新見医師会立老人保健施設「くろかみ」は平成10（1998）年4月に開設され、新見市委託在宅介護支援センター、訪問看護ステーションを併設している。また、新見医師会事務局、休日診療所など、医師会機能も集約されている。

全国的に経営が厳しい中、「くろかみ」は市からの補助もあり、安定した経営が行われ、今後も地域

医療における介護の重要施設として期待されている。

また、在宅医療・介護連携支援センター「まんさく」を開設し、様々な会議や研修を通じて多職種連携に積極的に取り組んでいる。その他、新見公立大学と連携した取り組みとして、医療者、地域住民とのグループワークが紹介された。

岡山県医師会松山会長がみずから地域に出向いて「ACP」、「運動」、「栄養」などをテーマに研修会を開催している。示唆に富む貴重な報告であった。

全体討議

座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

それでは全体討議に移らせていただきます。2日目で少々お疲れかと思いますが、ここは頑張って、ぜひ活発なご討議をお願いしたいと思います。

まず、最初に、日本医師会の役員の方から一言ずついただきたいと思います。松本会長からよろしいでしょうか。

○松本吉郎（日本医師会長）

先生方、大変お疲れ様でございます。プログラムはまだ少し残っておりますが、ここまで非常にすばらしい会を運営していただいた担当の岡山県医師会松山会長を始め役職員の皆様方、大変感謝申し上げます。

何と申しましても、医師会活動は地域医療を担っておられる会員の支援ということになりますが、共同利用施設は、やはり長い年月の中で医師会活動の原点だと思っております。本当にいろいろなご苦労が、特に経営や人員などの面であると思っておりますが、いろいろな工夫をされて、しっかりと医師会としての役割を果たされていることに感謝申し上げたいと思います。また、会員の先生方も、医師会共同利用施設を助けていくという気持ちをしっかりと持っていただくことが重要だと思います。

改めまして、医師会には地域医療を面として支えていく、そういった強い気持ちを今後とも持続して持っていくことが必要かと思っておりますので、先生方と一緒に、また日本医師会もできる限り共同利用施設を支援して歩んでまいりたいと思います。本日はありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

松本会長、ありがとうございました。続きまして、角田副会長、よろしくお願ひいたします。

○角田 徹（日本医師会副会長）

先生方、おはようございます。私は、昨日第2分科会の検査・健診センター関係を聞いていたもので、第1と第3は聞けませんでした。全体として、

やはり少子高齢化に伴う働き手不足、人材の確保が非常に難しいと感じております。来年4月から医師の働き方改革が始まりますが、その時に地域医療のレベルが下がらないようにということは極めて大きなポイントでございますので、しっかりそこを意識しながら進めたいと思います。その中で、先ほど赤磐医師会は会員数が80名余りで、うちA会員が40名余り、245床の病院を運営されていて、しかもOT・PTが16人・18人とこのことで、非常にしっかりと人材確保をされているというお話を、驚きながら聞いておりました。多分、どちらかの大学等と提携されているのだと思いますが、そういった人材確保の方法につきまして、よろしければ一言ご追加いただければと思います。

○黒瀬座長（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、江澤常任理事から一言お願いします。

○江澤和彦（日本医師会常任理事）

私は第3分科会に参加させていただきました。第1席は、ACPという、これからの大変重要なテーマについてのご発表で、本人の思いや価値観を本人にとって大切な人たちや医療・介護者と共有し合うプロセスで、決してACPを強要することがあってはならないということをおっしゃっていました。まさにその通りであり、自発的なプロセスがACPの基本的なスタンスですので、非常に共感いたしました。

第2席は、在宅医療の話で、今、診療報酬、介護報酬の議論が進んでおりますが、24時間365日1人で支えることはシステムとして成り立ちません。先ほど松本会長が地域を面で支えるとおっしゃいましたが、地域でうまく連携して、どういうふうチームを組んで支えていくのか。前回の日医の代議員会で、働き方改革が進む中でなぜ在宅医だけが24時間365日なのかというご意見も出ましたが、率直なお気持ちだと思います。在宅の先生も診療所の先

生も、当然休日も取るべきですから、そういった体制をどう考えていくのが重要かと思っています。

それから、今回、新潟県あるいは奈良市からのご発表だったと思いますが、在宅医療の伸びを考える時に、地方は介護施設でかなり吸収する部分がありますから、介護施設の社会資源の提供にプラスして在宅医療と一緒に考えていくことが、地域医療構想の追加的議論でも重要ではないかと思っています。

あと1点、訪問の栄養指導やリハビリテーションの話がありました。なかなか人材がないということで、次回の診療報酬、介護報酬の1つの共通のテーマは、リハビリテーションと栄養と口腔を一体的に取り組むことを推進するという事です。人材がないので、特に在宅で、場合によっては余力のある医療機関や老健からも応援を願うとか、いろいろなことが議論されておりますが、今後非常に重要な視点だと思います。

最後は、先ほどの県内紹介にもありました新見医師会の介護老人保健施設「くろかみ」ですが、実は今、全国の老健の4割が赤字というデータがあり、昭和63年の老健創設以来、経営的には最大の危機にあるかと思っています。本当に経営マネジメント、人材確保があつてのことですので、先生方のご意見・ご要望をいろいろ賜りながら、しっかりと日本医師会として協議してまいりますので、よろしくお願ひします。本日はありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、今村常任理事、お願いします。

○今村英仁（日本医師会常任理事）

私は第1分科会に参加させていただきましたが、医師会病院は本当に大変で、身につまされるというご感想もありました。ただ、そういう中で、その地域に住んでいらっしゃる方のニーズを考えた時に、医師会病院ができた当初の医療ニーズは、どちらかという急性期医療中心で、今は医療に加えて介護や福祉もとされる住民が増えてきています。そういった地域のニーズにうまく合わせて変わっていかれる医師会病院は、それなりにやっていけるというのも1つの結論ではないかと思っています。

まさしく、今回のメインテーマが「次世代に託す医師会共同利用施設の使命」ということと、「かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実」ということで、今までであれば医療が中心だと思ひ

ますが、介護・福祉の連携、さらにそれに加えて「保健」というキーワードを入れており、いかに共同利用施設が将来にわたってしっかり地域住民のニーズに応えられるか、そして必要不可欠なものになるか、そしてまた、それらを地域行政と結果的にしっかり話ができるのはやはり医師会しかない、というのが1つの結論ではないかと考えます。そうすれば、むしろ今後の共同利用施設についても、医師会が中心となって地域行政ともタッグを組んでやっていく必要があります。確かに、少子高齢化の中でのスタッフの確保は、頭をひねらないといけないと思います。さらに、そういう中で、私も今、医師会の会員増の強化ということで、若い先生方に医師会の役割、そして共同利用施設が夢のあるものに見えるようなアピールの仕方をできるかというのが、今回、日本医師会に与えられた一番の課題と感じたところです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。私からですが、2年前にこの総会の担当をご快諾いただき、大変ご苦労いただきました松山会長を始め、岡山県医師会の皆様にもまず感謝申し上げたいと思います。また、2年後のご担当をご快諾いただきました須藤会長を始め、群馬県医師会の皆様にも感謝申し上げたいと思います。そして、座長をお引き受けいただきました池田先生、本間先生、さらに演者の皆様、委員会の皆様、本日お集まりの皆様にご感謝申し上げます。私のご挨拶とさせていただきます。

それでは、全体討議に入りたいと思います。昨日は、第1・第2・第3分科会に分かれて大変貴重なお発表と、フロアからの活発なご討論をいただいたと伺っております。その中で、第1分科会に出たから第2分科会のことを聞きそびれた、第3分科会のことを聞きそびれた、あるいは、昨日聞いたけれどももう少し詳しく聞きたい、そういったご質問あるいはご意見を賜りたいと思います。

まずは、第1分科会に関しまして、何かご質問あるいはご意見のある先生はいらっしゃいますか。

それでは、私から1点、教えていただきたいと思ひます。かかりつけ医機能を強力に支援していくためには、共同利用施設の人員確保は欠かせない問題だと思います。角田副会長からもありましたが、今どういったことが課題であり、どう解決していこうとお考えになられているかについて、赤磐医師会の

佐藤先生から順番にお願いしたいと思います。

○佐藤敦彦（赤磐医師会理事／赤磐医師会病院長）

当院の人員確保は、1つの要因で維持しているわけではありません。1つは地理的な要素で、努力では解決できない部分があります。赤磐市は岡山市の郊外に位置していて、岡山市中心部から15km程度です。そのため、職員の約半数は岡山市民で、岡山市から通勤されており、残り半数が赤磐市から通勤している状況です。渋滞ラッシュと逆方向になるため通勤が比較的楽で、子育て世代の職員も通いやすいという、こういう距離感も人員確保にプラスに作用することではないかと考えます。

2つ目は岡山大学との人脈形成で、緊密な連携でさまざまな分野のいろいろな職種の方々の確保する努力も行ってきました。

3つ目はドクターの確保で、当院は新専門医制度が発足して早期から専攻医に取り組み、岡山市内の大規模基幹病院と連携して、他の病院に先駆けてプログラムをつくりました。平成30年から実際、内科は専攻医の派遣が始まりましたが、専攻医が基幹病院に帰られて当院の様子を話しますので、専攻医の待遇をよくするという努力もあると思います。

最後の1点は、当院は10年前に赤磐市民病院を吸収合併し、市内に競合する病院がなくなったという点もあります。当院しか働き場の選択肢がなくなったというのも理由の1つではないかと考えます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

詳細にありがとうございました。熊本の杉田先生、何かございますか。

○杉田裕樹（熊本市医師会熊本地域医療センター院長）

当院は比較的人材確保については恵まれている方だと思います。医師に関しては熊本大学からの派遣が主ですが、最近大学の研修医が減って当院に回ってこなくなりました。そのため、独自に基幹型臨床研修病院としてやっていけないか計画し始めたところですが、将来的に研修医が医師会に入会し易くなり、いろいろな病院を巡った後に当院医師会病院に来てくれるのではないかと考えております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。それでは田實先生いかがでしょうか。

○田實謙一郎（川内市医師会立市民病院長）

昨日の分科会で、特にナースの確保が非常に厳し

いというお話をしたのですが、1つ、当院の成功例をご報告させていただきます。

当院は薬剤師がもともと十数名いましたが、1人辞めたら次々辞めていき、5名にまで減ってしまいました。そこで、まず薬剤部を改装しました。病院自体非常に古いですが、薬剤部のスペースだけすべて作り直して、都市部の病院にも負けないような仕事場をつくり、県外から来ている薬学部の学生に見てもらおうようにしました。また、給与面も都会並みに引き上げて、差がないようにしました。さらに、現在の薬剤部長がいろいろな資格を取れるようなカリキュラムをつくり、当院で薬剤師として業務経験をつめば、数年以内にいろいろな資格が取れることをアピールしたところ、どんどん増えて現在13名にまで回復しました。

今村先生がおっしゃいましたが、特に地方はハンディがあるので、看護部も同じですが、若い人たちが来たいと思うような環境をつくるのがすごく大事だと思っております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。ぜひ、好事例を全国に横展開していきたいと思いますので、またいろいろと教えていただければと思います。他に第1分科会に関して、ご質問はございませんか。

それでは、第2分科会に移りたいと思います。第2分科会について、何かご意見あるいはご質問のある先生はいらっしゃいますか。挙手をお願いします。

○石田亘宏（三重県医師会理事）

三重県松阪地区医師会で検査・健診センターをやっています。検査に関しては赤字が問題になっていますが、実は、松阪市民病院の検査を全面的に受託しています。地域医療構想などの問題で急性期から回復期に転換という話になってきて、検査も減ってくるのが予測されます。ただ、医師会員に関しては、検査センターとしてかなりサービスも充実しており、今後も続けていきたいと思っておりますが、検査依頼が減ってきたことに関して、松阪市内の医師会員だけではなく、近隣の医師会員にもサービスを提供してよいのではないかと考えております。そういうことをされているところがありましたら、教えていただきたいと思っております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

いかがでしょうか。お答えになられる先生がいらっしゃいましたら、お願いします。

○土田敏博（富山市医師会副会長）

富山市医師会ですが、やはり一部近隣からの検体もいただいております。それから、なかなか近くで学校健診をやってくれるところがないので、結構遠くまで出向いて行って検体をいただいたりしております。

○北川裕章（名古屋臨床検査センター理事長）

検体を増やす努力は、今考えてみてもあまりしていないので、今後の課題だと思いますが、現在所属している医師会員（組合員）を維持するための1つのサービスとしてPHRがあるので、大手民間会社との価格競争には加わらない方でしたが、ここ数年は考えを変えて、少なくとも今ご契約いただいている組合の先生方は、そういう競争にも加わって維持しないとイケない、と努力しているつもりです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○石田亘宏（三重県医師会理事）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

他に第2分科会に関して、ご質問・ご意見ございませんか。どうぞ。

○鳴海善文（大阪府医師会保健医療センター所長）

少し話がずれるかと思いますが、当センターは近くにある大阪国際がんセンターからCTの依頼を受け、検診と同額あるいはそれより高い収益を上げています。さらに、国際共同治験などの依頼もあり、受ける準備をしているところですが、それもかなりの収入になってくるということで、少し違う角度からの収入もあるのではないかと考えます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。検査の高度化により、医師会員以外からも需要を喚起していくということで、先生のご発表は以前、近畿地区医師会共同利用施設連絡協議会の方でも聞かせていただきました。そういった事例もあるということでございます。

他になければ、時間の関係で第3分科会の方に移らせていただきたいと思います。介護関係について何かご質問ございますか。鈴木先生、どうぞ。

○鈴木邦彦（茨城県医師会長）

第8次医療計画では、在宅医療において、積極的な役割を担う医療機関と連携を担う拠点を少なくとも1つは設定することになっています。在宅医療において積極的な役割を担う医療機関というのは、在

支診・在支病等と例示されており、そういったところになるべきと思いますが、連携を担う拠点は、もともと在宅医療・介護連携推進事業は平成23年度に厚生労働省医政局モデル事業として始まり、途中、民主党の事業仕分けにより財源が確保できなくなり、地域医療再生基金でつないで、平成27年度から安定財源を確保するために介護保険の地域支援事業に位置付けられました。今、介護保険の事業として在宅医療介護連携支援に関する相談窓口という形で継続していますが、厚生労働省の通知では、新たに医療計画で位置付けられる拠点は連携の強化が求められています。もともと医政局の事業のため、今機能しているところは拠点として指定してもらうように、日本医師会から都道府県に働きかけるべきだと思います。安定財源が確保できず、毎年基金を使ってやることになると、そのうち財源が確保できず不安定になってしまいます。地域包括支援センターは機能していないと思われまので、県と市町村が協議して、同じ在宅医療圏内の医師会や医療機関に付け替えてもらうようにすべきだと思います。その辺について日本医師会から方針を示していただかないと、これから議論が本格化していく時に混乱して同じようなものが2つできてしまう可能性があります。日本医師会のお考えを示していただきたいと思っています。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。ご質問と言うよりはご要望だと思いますが、介護保険担当の江澤先生、お願いします。

○江澤常任理事（日本医師会常任理事）

鈴木先生、いつもいろいろ的確なご意見ありがとうございます。まず、医療計画上、在宅医療の圏域はこれまでも今後も、独自に設定してよいことになっております。第8次医療計画等に関する検討会においても、多くの構成員から、介護保険と非常にリンクするので市町村単位にしない方が望ましいというご意見がありました。茨城県の方でご検討いただければと思います。

もう1つ、在宅医療・介護連携推進事業は先生のご指摘の通り、地域支援事業の中で実施しており、市町村が初めて医療行政に着手する登竜門と位置付けて考えています。したがって、地域医師会と市町村の円滑かつ良好な関係が不可欠であり、その関係性がない限りはうまく推進できない事業になってい

ます。一応、財源的には介護保険財源を一部使っているというスキームになります。

また、今回、新たに第8次医療計画において、積極的に在宅医療を担う拠点として在支診・在支病が挙げられていて、都道府県が在宅医療の拠点をベンチマークというか、マッピングという視点から、地域で拠点を位置付けることになりました。在支診・在支病は必ずしも多くないため、無い地域においては、在宅医療により取り組んでいる医療機関を拠点にしていこうということになっています。もともと在宅医療の連携拠点がありますが、特に今回同時改定もありますので、都道府県の医療計画を立てる時に、必ず介護保険部局ともフェイス・ツー・フェイスで連携をすること、縦割りを解消するというところで、厚生労働省の通知に私の意見が入っております。

一方で、介護保険事業計画の方にも、医療計画の担当部局と連携することという文言が入っております。その舵を取るのは都道府県医師会であり、先生は会長でございますので、先生の差配で茨城県はいろいろ取り組めると思っております。よろしくお願

いします。

○鈴木邦彦（茨城県医師会長）

ありがとうございました。在宅医療圏というのは、日常生活圏域以上二次医療圏以下で、都道府県ごとに設定するという回答は以前得ています。私の県では、医療と介護が縦割にならないように、在宅医療も含めて地域包括ケアに関する部分、福祉の部分から医療の部分に担当を移して地域包括ケア推進室をつくり、そこで一括してやってもらうようにしています。

○江澤常任理事（日本医師会常任理事）

ぜひ先生、好事例をどんどん発信していただければと思います。ありがとうございます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

いつも貴重なご意見をありがとうございます。皆さんも参考にいただければと思います。

それでは、時間が過ぎてしまいましたので、本日の全体討議はここで終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。

総 括

日本医師会副会長

角 田 徹

昨日に続きまして本日もたくさんの先生方、また関係者の方々にご出席いただき、誠にありがとうございます。この2日間、大変熱心な討議が開催されましたことについても感謝申し上げます。

今回の第30回全国医師会共同利用施設総会がかくも成功裏に運営されましたのは、ご担当の岡山県医師会松山会長を筆頭に、医師会共同利用施設検討委員会委員でもあり本総会の実行委員長を務められた合地明先生、そして大原利憲副会長、神崎寛子副会長、また内田耕三郎専務理事など、岡山県医師会の先生方のご努力の賜物と思っております。

また、鹿児島県医師会会長で日本医師会医師会共同利用施設検討委員会委員長の池田琢哉先生、岩手県医師会会長で同委員会副委員長の本間博先生にも大変ご尽力いただきました。さらに、同委員会委員の先生方にも心より御礼申し上げます。

さて、本総会のメインテーマは、「次世代に託す医師会共同利用施設の使命～かかりつけ医機能支援と医療・保健・介護・福祉の充実～」でありました。各分科会において、それぞれの施設から会員のため、地域住民のため、さまざまな取り組みをご発表いただきました。

昨日、松本会長も申しあげましたように、医師会共同利用施設というのは医師会の核となるものであります。医師会共同利用施設の存在意義、役割の重要性、これはしっかりと次世代へつながっていくものと確信しております。

また、ご参加の皆様も地域で抱えておられるいろいろな課題、また、その解決に結びつく糸口が見出されたのではないかと存じます。本総会で共有された情報・成果をぜひ地域にお持ち帰りいただき、医師会共同利用施設の今後の発展に向けて役立てていただければと思っております。

また、2年後の令和7年、第31回総会は群馬県医師会にお引き受けいただきました。昭和50年に第2回総会をご担当いただいておりますので、今回が2回目となるかと思えます。須藤会長を始め、群馬県医師会役職員の皆様方にはご迷惑をおかけしますが、何卒よろしく願いいたします。

結びといたしまして、全国の医師会共同利用施設の更なる充実、また、本日までご参集いただきました先生方の更なるご健勝を祈念いたしまして、私からの言葉とさせていただきますと思います。本日は誠にありがとうございました。

次期（令和7年度）担当（群馬県）医師会長挨拶

群馬県医師会長
須藤英仁

まずは、ファジアーノ岡山、勝利おめでとうございます。昨日は何か落ち着かなかった先生方もいらっしゃるみたいで、勝利を喜んでおります。

さて、本当に岡山県医師会のご努力によりまして、第30回全国医師会共同利用施設総会がこのように盛大に開かれましたことを心より感謝いたします。それとともに、恒例になっております岡山県からの群馬県医師会への引き継ぎということでございまして、私ども本当に緊張しているところであります。今回のこの3つの分科会の演題をしっかりと参考にさせていただきながら、2年後にどのような会にするかということを討議していきたいと思っております。

日程は、令和7年8月30日（土）・31日（日）でございます。2年後でございますので、準備の期間もありますのでしっかり開催させていただければと思っております。

それはさておき、東海道新幹線に乗りますと『Wedge』という雑誌がございます。それを昨日来る時に見たのですが、「きしむ建設業界」という演題でございまして、やはり人手不足ですとか、料金体系ですとか、そういうのが非常に問題があるということでもあります。

きしんでいるのは建設業界だけではなく、医療界も本当に人手不足で大変と思っております。

しかしながら、松本会長がいろいろなところでおっしゃっております。「この医師会共同利用施設は生命線である。一步の後退も許さずに頑張ろう」。この心意気が本当に大事だと思っております。2年後、皆さんとともに、また一步でも進歩した形でお会いできることを楽しみにしております。本日はどうもありがとうございました。

閉 会

岡山県医師会副会長

神 崎 寛 子

昨日、今日と、412名という多くの先生方にご参加いただき、熱心なご討議、有意義なご意見をいただきました。医師会共同利用施設は運営が困難な状況にはありますが、それぞれの施設のご努力が、地域の医療や介護、福祉を支えていることを実感させていただきました。

今回、担当させていただきました岡山県医師会と

いたしまして、ご参加いただきました皆様に厚くお礼を申し上げます。そして、皆様のこれからのご活躍を祈念させていただきます。

これをもちまして、第30回全国医師会共同利用施設総会を閉会いたします。まことにありがとうございました。