

第31回全国医師会共同利用施設総会

記 録 集

メインテーマ

「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方

～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

期 日：令和7年8月30日（土）、31日（日）

会 場：高崎芸術劇場、ホテルメトロポリタン高崎（群馬県）

施設見学：令和7年8月31日（日）

- ・伊勢崎佐波医師会病院
- ・高崎・地域医療センター
- ・群馬リハビリテーション病院（9月1日（月）見学）

主 催：日 本 医 師 会

担 当：群 馬 県 医 師 会

目 次

1. 開催要領	ii
2. プログラム	iv
3. 開 会	1
4. 日本医師会長 挨拶	2
5. 群馬県医師会長 挨拶	3
6. 群馬県知事 来賓挨拶	4
7. 高崎市長 来賓挨拶	5
8. 釜菴敏参議院議員 来賓挨拶	6
9. 特別講演	7
10. 令和6・7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	32
第2分科会（検査・健診センター関係）	
シンポジウム	36
質疑応答	53
第3分科会（介護保険関連施設関係）	
シンポジウム	58
質疑応答	74
11. 群馬県内共同利用施設紹介	80
12. 分科会報告	82
13. 全体討議	88
14. 総 括	94
15. 次期（令和9年度）担当（宮崎県）医師会長挨拶	95
16. 閉 会	96

第31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「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」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31回全国医師会共同利用施設総会

主催：日本医師会（担当：地域医療課）

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

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

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

担当：群馬県医師会（担当：業務一課）

〒371-0022 前橋市千代田町 1-7-4

TEL 027-231-5311(代) FAX 027-231-7667(代)

期日：令和7年8月30日(土)、31日(日)の2日間

開催方法：現地開催

プログラム：裏面参照

会場：【1日目】＜総会＞高崎芸術劇場（※JR高崎駅東口より徒歩5分）

〒370-0841 高崎市栄町9-1 TEL 027-321-7300(代)

＜懇親会＞ホテルメトロポリタン高崎（※JR高崎駅直結）

〒370-0849 高崎市八島町2-2-2 TEL 027-325-3311(代)

【2日目】＜総会＞ホテルメトロポリタン高崎（※JR高崎駅直結）

見学施設：(1) 第1コース「伊勢崎佐波医師会病院」(8/31)
(*訪問看護ステーション、成人病検診センター他の見学も含む)
(2) 第2コース「高崎・地域医療センター」(8/31)
(3) 第3コース「高崎・地域医療センター(観光付)」(8/31)
(4) 第4コース「群馬リハビリテーション病院」(8/31～9/1)
(*8/31移動・宿泊、9/1見学・昼食)

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・施設見学・宿泊の申し込み等のご案内」をご参照の上、下記WEBサイトにてお申し込みください。WEBサイトからのお申し込みができない場合は、同案内に添付しております専用の申込書で下記申込先にFAXにてお申し込みください。
いずれも、お申し込み期間は令和7年6月2日(月)～7月18日(金)17:30です。

申込先：「第31回全国医師会共同利用施設総会申込み専用WEBサイト」

<https://va.apollon.nta.co.jp/kyodosoukai31/>

株式会社日本旅行 高崎支店 担当：布田・柴山

TEL 027-322-3611 FAX 027-323-2316

Eメール hiroyuki_fuda@nta.co.jp

営業時間 9:30～17:30(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。

なお、高崎芸術劇場の会場内は飲食が禁止となっておりますので、ペットボトル等の飲料や食べ物の持ち込みはご遠慮ください。見かけた場合はスタッフがお声がけさせていただく場合がありますので、ご了承ください。

第31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「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方
～2040年問題が及ぼす影響と対策」

日 時：令和7年8月30日(土)、31日(日)
場 所：高崎芸術劇場、ホテルメトロポリタン高崎

第1日 令和7年8月30日(土) 於：高崎芸術劇場 2F「大劇場」

[総 会]

- 13:00～ 受 付
(オープニング演奏 カメラータ慈音) 総合司会：群馬県医師会
- 14:00～14:20 開 会 群馬県医師会副会長 西松輝高
挨 拶 日本医師会長 松本吉郎
群馬県医師会長 須藤英仁
来賓挨拶 群馬県知事 山本一太
高崎市長 富岡賢治
参議院議員 釜 范 敏
- 14:20～15:20 特別講演
座長：群馬県医師会長 須藤英仁
演者：日本医師会長 松本吉郎
「日本医師会の医療政策」
- 15:20～15:30 令和6・7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/赤磐医師会長 滝澤貴昭
- 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：2F「大劇場」

- 司会：群馬県医師会理事 鶴谷英樹
- 座長：鹿児島県医師会常任理事/日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長 黒木康文
- シンポジウム
1. 伊勢崎佐波医師会病院(群馬県)
伊勢崎佐波医師会副会長 都丸浩一
 2. 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院(鳥取県)
鳥取県中部医師会理事/鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長 深田 悟
 3. 大分市医師会立アルメイダ病院(大分県)
大分県医師会副会長/大分市医師会副会長/
大分市医師会立アルメイダ病院副総院長 石和 俊
 4. 霧島市立医師会医療センター(鹿児島県)
霧島市立医師会医療センター病院長 河野嘉文

質疑・応答

第2分科会(検査・健診センター関係) 於：4F「音楽ホール」

- 司会：群馬県医師会理事 佐藤雄一
- 座長：日本医師会常任理事 黒瀬 巖
- シンポジウム
1. 高崎・地域医療センター(群馬県)
高崎市医師会副会長/高崎・地域医療センター業務執行理事 田村 仁
 2. 石川県医師会臨床検査センター(石川県)
石川県医師会理事 齊藤典才
 3. 静岡市静岡医師会健診センターMEDIO(静岡県)
静岡市静岡医師会副会長/静岡市静岡医師会健診センター所長
水谷暢秀

4. 広島市医師会臨床検査センター（広島県）
 広島市医師会長/広島市医師会臨床検査センター所長/
 広島県医師会理事 山本 匡

質疑・応答

第3分科会(介護保険関連施設関係) 於：1F「スタジオシアター」

司会：群馬県医師会理事 小中俊太郎

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委員長 本間 博

- シンポジウム
1. 由利本荘医師会病院介護医療院（秋田県）
 秋田県医師会理事/由利本荘医師会理事/
 由利本荘医師会病院副院長 土田昌一
 2. 水戸市医師会訪問看護ステーションみと（茨城県）
 水戸市医師会長 細田弥太郎
 3. 「東京都在宅医療推進強化事業におけるMCS機能強化の共同開発について」（東京都）
 東京都医師会理事 佐々木 聡
 東京都医師会理事/全国医療介護連携ネットワーク研究会会長
 土屋淳郎
 4. 神戸市医師会（兵庫県）
 神戸市医師会副会長 久次米健市
 神戸市医師会理事/神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議
 委員長 松尾玲子

質疑・応答

18:30～20:00 <懇親会> 於：ホテルメトロポリタン高崎 6F「丹頂」
 (アトラクション:タオ・リアル&タカシテイパント) 司会：群馬県医師会理事 小中俊太郎

第2日 令和7年8月31日(日) 於：ホテルメトロポリタン高崎 6F「丹頂」

- 9:00～ 受付（1日目に受付をしていない方のみ）
 総合司会：群馬県医師会
- 9:30～10:00 群馬県内共同利用施設紹介 紹介者：群馬県医師会理事 鶴谷英樹
 （主に群馬県医師会群馬リハビリテーション病院）
- 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9年度）担当県医師会長挨拶 宮崎県医師会長 河野雅行
- 11:10 閉会 群馬県医師会理事 長坂資夫

[施設見学に参加されない方]

11:10～12:10 昼食 ホテルメトロポリタン高崎 6F「丹頂」

[施設見学に参加される方]

11:10～12:00 昼食 ホテルメトロポリタン高崎 6F「丹頂」

12:15施設見学集合・12:20出発 第1・第4コース（高崎駅東口/ヤマダデンキLABI 1前）

第2・第3コース（高崎駅西口/高崎ワシントンホテルプラザ前）

第1コース「伊勢崎佐波医師会病院」→高崎駅東口15:40着・解散予定

第2コース「高崎・地域医療センター」→高崎駅西口14:10着・解散予定

第3コース「高崎・地域医療センター（観光付）」→高崎駅西口16:15着・解散予定

第4コース「群馬リハビリテーション病院」（2日間コース）

※8月31日（日）草津温泉15:00着予定・宿泊

9月1日（月）見学・昼食→高崎駅東口15:00着・解散予定

第31回全国医師会共同利用施設総会

開 会

群馬県医師会副会長
西 松 輝 高

ただいまより、第31回全国医師会共同利用施設
総会が「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり
方～2040年問題が及ぼす影響と対策」をメインテ

ーマに開会いたします。皆様、2日間、どうぞよろ
しくお願いいたします。

挨

拶

日本医師会長
松本吉郎

本日は大変お暑い中、全国各地から大勢の方々にご参加いただき、まことにありがとうございます。

第31回の日本医師会として非常に力を入れています全国医師会共同利用施設総会を開催するに当たりまして、主催者を代表して一言ご挨拶を申し上げます。

まずは、本総会の開催に向けまして、企画段階からご尽力いただきました日本医師会医師会共同利用施設検討委員会本間博委員長、黒木康文副委員長をはじめとした委員の先生方、並びに2年間にわたりご準備いただきました群馬県医師会須藤英仁会長、西松輝高副会長、川島崇副会長、日本医師会の医師会共同利用施設検討委員会委員でもあられます鶴谷英樹理事をはじめ、群馬県医師会役職員の皆様方、そして関係郡市医師会の皆様方、さらにご多忙の中、ご講演をお引き受けくださいました講師の方々に対しまして、厚く御礼申し上げます。

また、本日は、群馬県の山本一太知事、それから高崎市の曾根光広副市長、新しく参議院議員になりました釜薙敏参議院議員にもご出席いただいております。全国の先生方のご尽力により、日本医師会の釜薙敏副会長を参議院議員に当選させていただいたことに深く感謝申し上げます。特に、ここ群馬県は全国でもトップの得票数で、本当に大きな力になりました。

本日、ご参加の皆様には日ごろから医師会活動を通じて地域の医療・保健・福祉の向上に多大なるご尽力を賜り感謝いたしますとともに、心から敬意を表します。

さて、いわゆる「骨太の方針2025」が6月に閣

議決定いたしました。これが大変大きなハードルでしたが、皆様方のご対応・ご支援のおかげで、医療機関経営、物価高騰、賃金上昇等に対する対応について、「加算する」という、足し算の論理になったことが非常に重要なポイントであります。

また、第2のハードルである参議院議員選挙も、医師会の代表としての席は医療・福祉系でトップということで確保できましたが、3番目のハードルがなかなか厳しい戦いになっています。

ご存じの通り、自民党が非常に逆風の中で、いわゆる自公維の3党協議がまた再開するという話を伺っております。次の補正予算、医療法の改正も迫っており、年末の予算編成における診療報酬改定に向けての議論は、非常に厳しい状況で迎えるかもしれません。したがって、さらに私ども一致団結して事に当たってまいります。

本日から2日間、「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」をメインテーマに、この後、分科会などいろいろな取り組み事例がご報告されると思います。活発な議論が行われて、2040年に向けての建設的な方策が示されることを大いに期待しておりますし、医師会共同利用施設はやはり医師会活動の本当に原点だと思っております。ぜひ患者さんや住民の生命と健康を守るべく、医療から介護まで多方面にわたってご貢献いただく、あるいはご努力を続けていただくことが肝要かと思っております。

結びに当たりまして、本日もご参集の皆様方のなお一層のご健勝、ご活躍を祈念し、挨拶といたします。本日はどうぞよろしく願いいたします。

挨

拶

群馬県医師会長
須藤英仁

本日は、お暑い中、全国から多くの先生方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。ついに群馬県が日本一暑い県になりました。

明日、医療施設見学に行かれる伊勢崎市が41.8℃です。自慢になるかならないかわかりませんが、

群馬県で自慢すべきことが3つあります。

温泉。後ほど山本知事が温泉についてお話しされると思います。

それから、群馬県に移住したいという人が日本一になったということ。これも非常にありがたいことで、こちらも山本知事からお話があると思います。

それから、山本知事のブログに対してのアクセス数が政治家の中で日本一ということ。これも後ほど山本知事の方からお話があると思います。

続きまして、高崎市にまいります。

高崎市で誇れるものも3つございます。この会場の芸術劇場。どうですか、皆さん。すばらしいでしょう。本当に世界中の名演奏家が来てもらえる会場でございます。

それから山手に見える白衣観音。群馬県民のソウルアイテム上毛カルタでは“白衣観音慈悲の御手”です。明日時間があつたら、ぜひご覧になっていたきたいです。

もう1つ、これは最も大事でございまして、釜薙敏でございます。全国の皆様、本当にありがとうございます。

ということで前奏が終わりまして、これから第31回全国医師会共同利用施設総会のことですけれども、先ほど松本会長がおっしゃいましたように、私、共同利用施設という、その活動自体が医師会の一番メインの評価されるべきところだと思っております。医師会館の中に医師がずっと閉じこもっていても、一般の県民、国民の方から、評価なんかされません。私たちは、やはりこの県、またこの地域にどのような施設を運営し、一般県民にとってどのような医療活動が必要であるかを把握し行動する。またしっかり継続する、そのような活動が医師会の評価になるのではないのでしょうか。

現在、医療費の削減が続き、医療そのものにパワーがなくなっておりますけれども、ぜひ皆様の力を結集し、原点と言うべき医師会共同利用施設の活動を継続していきたいと思っております。

今回の群馬大会がその一助となれば、私たちの思いが通じたということになります。

暑い中ではございますけれども、この2日間、どうぞ皆様よろしく願いいたします。どうもありがとうございます。

来賓挨拶

群馬県知事

山本 一 太

本日は、第31回全国医師会共同利用施設総会がこうして盛大に行われますことを心からお喜び申し上げます。

先ほど、ご挨拶をされた日本医師会の松本会長をはじめ、きょう、全国からご参集の各医師会の皆様には、日ごろから地域医療の充実、あるいは国民の健康づくりに大変ご尽力をいただいております。この点、県民を代表して心から感謝と歓迎の意を表したいと思います。

群馬県の宣伝は、もう私の敬愛する須藤会長のほうからございましたので、あまり長い話をしてもいけないので省きたいと思いますが、私の方からも皆さんにお礼を申し上げなければいけません。今回、日本医師連盟推薦の釜菴先生、群馬県高崎市ご出身ですが、皆さんのおかげで、見事、参議院議員に当選していただきました。

きょう、お集まりいただいた医師の皆さん、医療関係者の皆さんの力がなければ、あの未曾有のコロナのパンデミック、みんな忘れかけていますけれど、知事にとっては死に物狂いの毎日だったのです。これは当然、我々克服できなかったわけですが、特に群馬県出身の釜菴先生は専門部会のメンバーとして本当に助けていただいて、知事にとっては群馬県の恩人みたいな方になったのです。きょう、お集まりいただいた松本会長が先頭に立っておられました。皆さんのお力で、釜菴先生を参議院に見事当選させていただいた。これは、医師会の皆さんにおめでとうと申し上げるより、群馬県知事として、心から御礼を申し上げたいと思います。釜菴先生は、もちろん群馬県のこともいろいろ考えていただけていると思いますが、全国の医療・介護・福祉関係のために

大変ご活躍されるということを確認しております。

また、きょう、開催に当たり、準備にご尽力をいただいた群馬県医師会須藤会長、実は安中市の私の後援会長でもあるのですが、関係者の皆様に深く敬意を表したいと思います。

少子高齢化、医療ニーズの多様化への対応、先ほどいろいろ須藤会長の方からありましたが、地域包括ケアシステムの構築といった地域の医療活動において、医師会の共同利用施設は、予防・診療・介護の連携を支える上で極めて重要な役割を担っていると思います。特に、生活習慣病の予防やがん検診の受診率の向上、在宅医療の推進など、これはもう本当に医師会の皆様のご協力なくしては成し得ない課題だというふうに思います。

先ほども申し上げた通り、とにかくコロナ禍で医療関係者の皆さんにご尽力をいただいたということには、知事として、これは全国の知事も同じだと思いますが、本当に感謝していることを改めて皆さんにお伝えしたいと思います。

今回の総会が、全国の先進的な取り組みを共有していただいて、今後の医師会共同利用施設の更なる発展につながるような有意義な場所となりますことを心からご祈念申し上げます。

最後に、皆様の今後の益々のご健勝、そしてご活躍をお祈り申し上げ、群馬県知事としても、地域の医療を考える上で、しっかりとこの地域の、群馬県の医師会と連携していく。その中で、皆さんの活動をしっかりと応援させていただくということをお約束させていただきまして、群馬県知事としてのご挨拶に代えたいと思います。きょうはお招きありがとうございました。

来賓挨拶

高崎市長

富岡賢治

(代読 高崎市副市長 曾根光広)

第31回全国医師会共同利用施設総会が全国各地から多くの皆様をお迎えし、ここ高崎市で盛大に開催されますことをお慶び申し上げますとともに、高崎市民を代表して心から歓迎を申し上げます。

また、地域医療の更なる充実に向け、日ごろより多大なご尽力をいただいております皆様方に心から深く敬意を表し、感謝とお礼を申し上げます次第でございます。

さて、僭越ながら、この機会に高崎市のご紹介をさせていただければと思います。

高崎市は、交通の要衝として栄え、豊かな自然、歴史と文化が息づく魅力ある町です。中でも「音楽のある街」として広く知られており、本日の会場である高崎芸術劇場は、令和元年の開館以来、国内外の一流アーティストによる公演が開催されるなど、本市の音楽と芸術文化の一大拠点として全国的にも注目を集めております。

また、この度、令和9年のNHK大河ドラマにおいて、本市ゆかりの小栗上野介忠順公が主人公として描かれることが決定されました。小栗公終焉の地

であります倉渕地域では盛り上がりを見せており、これを機に地域の歴史や文化の魅力を全国に発信してまいりたいと考えております。

さらに、市の北西に位置する榛名山は、四季折々の自然美が堪能できる観光地として知られております。榛名山ヒルクライムや榛名湖リゾート・トライアスロン、榛名湖マラソンなど、様々なイベントを実施しており、毎年全国各地から多くの方々に参加をいただいております。

また、農産物においては、榛名地域をはじめとする果樹栽培が盛んで、梨、桃、プラムは群馬県内屈指の産地であり、特に梅は東日本一の生産量を誇っております。この他高崎の名産品や農産物は、高崎駅西口に隣接する高崎オーパ1階の「高崎じまん」というお店で各種取りそろえておりますので、ぜひお立ち寄りいただければ幸いと存じます。

結びになりますが、本総会のご成功とご参会の皆様方のご健勝、ご活躍を心からご祈念申し上げます。挨拶とさせていただきます。

来賓挨拶

参議院議員

釜 菴 敏

皆様、こんにちは。皆様のおかげで参議院議員に押し上げていただきました釜菴敏でございます。

今日ご出席の皆様、また全国の皆様の大変なご支援をいただき、厳しい選挙でありましたけれども、何とか押し上げていただくことができましたことに心から御礼を申し上げたいと思います。この上は皆様のために全力で取り組み、我が国の医療・介護・福祉が何とか持続可能になるために力を尽くしたいと思っております。どうぞ引き続きよろしくお願ひ申し上げます。

本日、また明日、第31回全国医師会共同利用施設総会が私の生まれ育った高崎の地で開催され、大変嬉しく存じます。担当である群馬県医師会須藤会長のもとに全国から皆様にお越しいただく準備をしっかりと整えて、皆様にとりましてこの会が実り多い会になりますように願っております。

せっかく機会を頂戴いたしましたので、今年の8月1日に初めて、国会議事堂に登院いたしました。それから1か月のことについて、少しご報告をさせていただきますと思います。

現状の政治の状況は非常に不透明であります。須藤会長、また松本会長からもお話がありました。今後の政治状況がどうなっていくのかというところ

がよくわからないわけですが、昨年の、衆議院選挙、また、その後の東京都議会議員選挙、それから参議院選挙において、非常に厳しい国民の皆様の審判を受けました。その結果をしっかりと踏まえて、けじめをつけて、政治の状況が安定することが今求められていると思います。

特に、医療・介護・福祉の分野では非常に厳しい現状でありまして、時間的な余裕がありません。その中で何とか早く補正予算が成立し、そしてまた診療報酬の改定は来年に向けて粛々と進めていかなければなりませんし、介護の分野では、令和8年度の予算の中で処遇改善加算をしっかりと決めるということが合意されているわけですが、それがしっかりと良い結果につながるかどうかということは非常に大きな問題であります。

骨太に書かれたその方針が、現実にはしっかりと目に見えて良い方向に向かわなければ、医療・介護・福祉の領域の持続可能性が益々厳しくなってしまうので、全力で取り組んでまいりたいと思います。

皆様の更なるご支援・ご指導を賜りますように、この場をお借りしてお願い申し上げます。本日のお祝いとさせていただきます。本日はまことにおめでとうございます。

特別講演

座長 松山 正春（岡山県医師会長）

「日本医師会の医療政策」

日本医師会長

松本吉郎

I. はじめに

本日は、新たな地域医療構想を中心に、「これからの医療の需要と供給はどうなっていくか」、「日本医師会として新たな地域医療構想の議論にどのように臨んでいたか」、「現在新たな地域医療構想と医療計画について検討されていること」、そして「2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的な状況に向けて」という内容で話をさせていただきます。

II. これからの医療の需要と供給

世界的に少子高齢化が進んでいるが、とりわけ日本は世界に先駆けて少子高齢化を経験し、人口ピラミッドは世界のほとんどの国が「ピラミッド型」から「寸胴の釣り鐘型」に変わってきている。もちろん、インドのようなところはまだこれから増えていくだろうが、全く変わってきている。

平均寿命の推計も、男女別に相当伸びてきており、75歳以上・85歳以上人口の伸び率で見ると、日本は世界よりも早く急速に高齢化が進んでいる。日本と韓国はOECD諸国の中でも高齢化が最も進んでおり、その傾向が似ている。

一方、急速に少子高齢化が進む中で、今高い評価を得ている医療提供体制を守り抜くことができるのかということが課題である。世界から見た日本の医療への評価は平均余命、回避可能な死亡率、いずれも高評価を得ており、認知症患者の多さが指摘されているが、WHOは日本の認知症対策を高く評価している。また、糖尿病や脳卒中のアウトカムも高い実績を得ている。ただ、病床数の多さをよく指摘される。しかし、病床というのは国によって定義が異なり、例えば回復期や慢性期の病床をどうするか、特に精神科病床をどうカウントするか、退院した後

の医療提供体制がどうなっているか、ということによっても全く異なってくる。病院病床に長期療養施設のベッド数を加えた場合、日本の病床数はドイツなどと比べても多過ぎるとは言えない。単なる病床数だけで比較することは留意しなければならない。

65歳時点平均余命の国際比較では、日本は最長で、かつ2000年に比べて大きく伸びている。OECD諸国の死亡者数と主な死因では、特に新型コロナウイルス感染症による死亡がOECD諸国全体で7%であった。予防により死亡を回避できた死因の22%を、新型コロナを含む感染症が占めており、日本はコロナに限らず、予防により回避可能だった死亡率が非常に低い。つまり、予防によって死を回避することができていると言える。そういった意味でも、医師会病院を含め、医師会臨床検査センターや健診センターは大いに貢献している。

自分の住む地域で質の高い医療を受けられることに満足している人の数は、日本ではコロナ前よりも高くなっており、医療に対する信用が高まったと言える。日本の医療へのアクセスの良さは、外来受診回数で見てもうまくいっていると思う。某省は逆の意味で、ここの数を非難しているが、国民が受けたいときに受けられる医療をきちんと提供するという意味では、私は素晴らしいことではないかと思っている。糖尿病患者は特にプライマリケアで治療を受けており、諸外国では悪化して入院してしまうケースが多い中で、日本ではうまくコントロールができている。

日本は、保健医療支出の額と比べて比較的平均余命が長く、回避可能な死亡率が低い。本来は救えたはずなのに死亡したケースが比較的少ない。つまり、多くの死を防ぐことができたと言える。一人当たりの医療費はOECD諸国平均よりも少し高いが、高

齢化を鑑みると医療費支出はかなり抑えられており、国民の社会保障の負担に関しても、日本は高いと一方的に言われているが、実はOECD諸国の中では決して高い方には入らない。いわゆる中負担・中福祉と言ってもよいのではないかと思う。

日本の少子高齢化への取り組みは、世界の先駆けとなり得るかということで、新たな地域医療構想が語られている。いつでもどこでも誰でもが最善の医療を受けられる体制の堅持、かかりつけ医機能の推進、地域に根ざした医師の活動、地域連携、医療と介護の連携、地域包括ケアシステムの構築・充実、健康寿命の延伸、健康寿命と平均寿命の差の縮小。この健康寿命が延伸している国というのは、実は非常に少なく、本当に日本ぐらいしかないとっても過言ではない。少子高齢化への取り組みの1つが新たな地域医療構想で、地域の医師会活動とかかりつけ医を支える医師会共同利用施設の役割は非常に大きい。

少子化の急激な進行や受療行動の変化により、入院患者は少しずつ減少している。病床数のダウンサイジングが語られる時代になり、医師や看護職員等の確保も困難で、本当に今、医療機関は苦労している。また、医療機関の建物・設備が老朽化し、建て替えの費用が高騰しており、統合といっても非常に厳しい状況である。兵庫県の某病院では、統合して新しい病院をつくる前に閉院に追い込まれたと聞いている。

これからの医療の課題として、入院・外来・在宅の医療ニーズや85歳以上人口の増大と高齢者救急は非常に大きい。医療と介護の連携、医師・医療従事者の偏在・不足、医療の供給にも地域差がさらに拡大している中で、どうやって乗り切っていくかが課題だろう。地域によって大きく人口変動、医療・介護のニーズが変化しているが、将来的には東京都も減少することもあるだろう。外来患者はピークを既に過ぎて、ほとんどの地域で少しずつ減少している。入院患者も全体的にはまだ微増しているが、入院日数や病床利用率は低下している。この1, 2年、何とか病院の努力によって支えられているが、全体的な数としては非常に厳しい状況である。在宅患者だけは、2040年を過ぎてもおそらく増加していくだろう。「治す医療」から「治し支える医療」を担う医療機関単位の機能分化、地域に密着した医療提供は、在宅医療や医療・介護連携が益々

重要となり、高齢者救急の増大は新たな地域医療構想の重要事項であり、人材の確保はさらに重要である。地方や診療科の医師偏在もこれからどう考えていくかということである。

激変する医療の需要と供給への対応については、日本では医療と福祉の従事者が今922万人と言われ、総雇用数の13～14%を占めており、高齢化の影響が非常に厳しいが、高齢化が進んでいる割には介護従事者の数も少ない。

将来推計人口では、ほとんどの都道府県で75歳以上人口の割合が増加していくと予測されている。

都道府県単位で見た将来の人口変動では、2050年において75歳以上人口割合で秋田県が最も高くなっている。東京都が一番若く、沖縄県も比較的若い。北関東の県は大体中央に位置している。多くの地方で、能登半島北部のような急激な高齢化が進展しており、平時から孤立したアクセスの困難な地域がさらに増大していく。ライフラインの老朽化、公共交通機関の削減、耐震化の整備も遅れており、在留外国人の増加も非常に大きな影響があると思う。

都道府県別人口の増減予測では、群馬県は、65歳以上の場合2020年を1とした数で1.08ぐらい、15～64歳人口では0.8ぐらいということで、日本の平均的な像を示している。

石川県医師会安田会長のインタビュー記事では、地震で急激に医療過疎が悪化し、患者が減ったうえにスタッフも戻らない状況で、診療所が立ち行かなくなっている、20年先の未来にタイムスリップした感じと、厳しい状況を伝えている。もちろん、地元の先生方と当該医療機関の努力によってほとんどの診療所は再開しているが、やはり人口減という中で経営していくには相当厳しいものがあると思う。

入院患者数は全体としては増加傾向であるが、高齢者の割合が増大しており、最大となる年を見ると、すでにピークを迎えている県もある。また、2035年までに236の医療圏がピークを迎えることが予測されており、あと数年で多くの医療圏が減少に向かうことになる。外来患者の数は既にほとんどの県でピークを過ぎ、逆に在宅患者の数は多くの地域で今後も増加していくだろう。

2040年の救急搬送、在宅医療需要では、特に85歳以上の高齢救急搬送の増加と在宅医療の需要増加が推計されている。首都圏などでは高齢者が特に増加していくということで、今回の地域医療構想では

在宅医療も大きなテーマとなっているが、在宅医療を中心に担うような在支病、あるいは在支診も、都道府県によってとても差がある。例えば、兵庫県や福岡県は在支診が非常に多い。それから埼玉県も割と多いが、在支診があまりないところもある。在支病も同じである。強化型を含む在支病も病院としてかなり取り組んでこられたが、北関東ではかなり在支病も増えており、九州でも在支病が増えたが、どこが担っているかは都道府県によって全く異なり、在支病、在支診以外が主役になっているところもかなりある。

群馬県全体の医療・介護ニーズについてであるが、医療ニーズは2035年以降に全国平均を下回り、介護ニーズは全国平均と同程度に推移していく。しかしながら、医療圏によっても大きく異なる。高崎市を含む高崎・安中医療圏と群馬県全体を比べた場合、高崎・安中医療圏は群馬県全体に比べて医療・介護の需要は上回り、これからも推移していく。しかし、高崎市と安中市では将来の医療ニーズも介護ニーズも中身が対照的になっている。

関東各都県の人口変動については、2040年の75歳以上人口の倍率は、栃木県などで非常に高くなっており、また群馬県では高崎市を中心とした県南部で高くなっている。

日本に生活の拠点を置く外国人も非常に増加しており、医療ニーズへの対応として、特に外国人住民のかかりつけ医機能や医療通訳が課題となっている。医療通訳は日本医師会でも非常に力を入れており、A①会員には無料の電話医療通訳サービスが付いている。それから、健康保険の問題も非常に大きく、特に国保の方で保険料の支払いが大きな問題となっている。インバウンドで訪れる方々には民間のいわゆる旅行保険をきちんと付けてもらわないと非常にトラブルが多いということで、この辺も大きな課題だろう。コミュニケーションの支障や低所得者における未収金問題も発生しているが、いずれは高齢化も問題になるだろう。

在留外国人を国別に見ると、中国、ベトナム、韓国、フィリピン、ブラジル、ネパール、インドネシアが多く、都道府県別では群馬県が約2%の7万人、東京都が一番多くて66万人、その他神奈川県、愛知県、大阪府、千葉県、埼玉県が非常に多くなっている。

年齢3区分別人口の推移については、外国人が増

加することを見越して、15～64歳の人口は前回よりも増加している。既に将来推計人口に大きな影響を与えているということだろう。

地域医療への影響例としては、在留外国人の大幅な増加による問題が挙げられるが、実際の程度かということ、もう少し吟味していく必要があるかと思う。

Ⅲ. 日本医師会としてどのように「新たな地域医療構想」の議論に臨んだか

日本の医療の良さは、何といたっても国民皆保険、現物給付、フリーアクセスによっていつでもどこでも誰でもが最善の医療を受けることができることである。日本医師会として、ここところはしっかりと守っていくべきと考える。社会保険料を下げたり、あるいは税金、特に消費税を下げたりすることは、医療の方に直接影響するため、しっかりと社会保障を守るという立場を貫いていきたい。人口当たりの病床数、CT等の多さも言われるが、コロナ禍を考えると、CTの多さが患者の命を救ったということもあると思う。諸外国ではCTをするのに何か月も待たなければいけない状況であり、そういう国に比べればアクセスの良さは明らかで、高度な医療技術と全国各地への普及により多くの国民がしっかりと医療を享受していること、フレイルや認知症対策など各地域の重症化予防、健康増進活動がしっかりとなされているということである。また、介護保険制度の創設・充実によるまちづくりの実現、かかりつけ医機能を推進する各地での医師会活動も挙げられる。さらに進む人口変動と医療の需給変化に対しては、持続可能な公的医療保険と地域における医療機能の分化と連携で対応していくことになるだろう。我が国の良さである国民皆保険をいかに持続可能なものにしていくかということ、本当に大きな課題となるだろうし、釜淵新参議院議員もここをしっかりと守るために一生懸命やりたいと発言されている。

さらに進む人口変動と医療の需要変化に対し、地域における医療機能の分化と連携で対応するとお話ししたが、これは新たな地域医療構想の中でしっかりと検討していく。2011年から始まった地域医療構想に至る経緯では、2012年、2013年に病床機能報告や地域医療構想の基礎となる提案がなされ、2014年に医療法の改正が行われ、病床機能報告と

地域医療構想が導入されている。最近は、外来機能報告とかかりつけ医機能報告と、3つの報告が重なって進行している。

新たな地域医療構想へ向けて、これまでの病棟・病床の機能を「病棟機能」としてはどうか、あるいは医療機関全体としての役割はどうか、というところに議論が移りつつあり、「回復期」を「包括期」に見直すこと、特に構想区域をどうするかということ是非常に大きな課題である。335医療圏区域の中で、20万人未満のところは161である。ただ、2040年には半分以上が20万人未満となってしまう、さらに10万人にも満たない区域が100を超えてくるので、「分割」あるいは「合併」、これからは特に「合併」が非常に大きな要素になってくると思っている。

日本医師会からの提案通り、「回復期」は「包括期」に名称と定義が変更され、特にリハビリテーションの充実と、栄養・口腔管理の一体的取り組みを推進して、早期の在宅復帰を包括的に提供する機能ということになった。

日本医師会では、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」という表現を用いて、医療と介護の連携への取り組み強化を提唱した。実際「介護」という言葉はまだ入っていないが、内容的には「地域医療介護構想」という形で進んでいくことになる。

医師会組織は全国あまねく設立され、地道な医師会活動が日本の医療の成果につながってきている。今後も、平時だけでなく、有事も国民の生命と健康を守る体制を充実させていきたい。

マンパワーの高齢化の進展は、非常に大きな課題である。既に診療所医師の平均年齢は60歳を超え、53%が60歳以上となっている。病院の勤務医も18%が60歳以上ということで、医師の高齢化はこれからも非常に大きな課題である。

また、医師偏在も非常に大きな課題である。市区町村における診療所数は大幅に減少し、2040年には診療所がない市区町村数が170程度増加する見込みで、75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込みである。

関東地方における診療所の医師数は、2022年には3万7,000人余りが、2040年には2万2,000人余りになるだろうと予測されており、いろいろなところで地域医師会の解散、統合が起きてきている。

これまでの国への予算要望活動については、医師偏在対策関係でいろいろな要望をしている。日本医

師会はこれまで長年医師偏在対策に取り組んできたが、昨年8月に「医師偏在に対する日本医師会の考え方」を公表した。例えば、若い医師だけでなく、シニアも含めた医師全体で医師偏在対策は考えるべきとか、医師になって最初の5年間は基幹病院でしっかり研修をするというようなことを主張している。このようなことを医療法に入れてほしいと思っているが、少数与党であり、48ぐらいあった法案のうち医療法関連1本だけが先送りになっているため、何とか再開して医療法の議論もしていただきたいと思っている。また、これから全国レベルのマッチング支援も実施したいということで、日本医師会ドクターバンクを、角田副会長を中心に取り組んでいるところである。これらの施策を推進するためには、例えば医師の少ないへき地で働いている医師、あるいはそこで開業したい、継承したいという人に対してある程度のインセンティブが必要であり、また基幹病院からへき地へ医師を派遣するときには、その医師に対しても、派遣元の病院に対しても、それなりの手当が必要である。5年から10年で1,000億円程度の基金を国において創設することを要望している。

NHKの不適切な番組内容に対する抗議文も送付した。非常に一方的な、あたかも全国各地の医療機関において医師不足のため医療事故、いわゆるヒヤリハット事例を頻回に起こす医師を雇用せざるを得ない状況にあるとの印象を与えかねない内容であり、法的には資質や機能が担保されていない「診療看護師」などの主張ばかり取り上げ、私ども医療現場の声を全然聞いていない中での番組制作であったため、私と黒瀬常任理事と連名で抗議を行った。もう1本不適切な内容があったが、それは私の名前で抗議文を出している。

これからの医療提供体制では、地域に根付いた看護職の確保が大きな課題である。都道府県別の看護職員の従事者数は西高東低で、特に近畿、中部、東北、関東が少なくなっている。看護の人材育成という面では、医師会立の看護師・准看護師の養成は非常に厳しい状況を迎えている。

地方創生2.0基本構想が、骨太の方針2025等とともに閣議決定された。地域におけるエッセンシャルワーカー等の養成や、地域医療体制の維持・確保におけるオンライン診療の適切な使用の推進についても触れている。

今年、中国・四国・九州地方で毎年開催している医師会立看護師等養成所の会議を、日本医師会において全国規模で開催した。会議では厳しい現状が共有される一方、新たな取り組み例も紹介され、今後横展開されることを期待している。

群馬県の准看護師養成所の現況については、現在養成を継続しているのは6校で、この数年で3校減少している。このような学校がなくなれば、地域への30～40%の看護職員の供給がストップされ、特に山間部を中心に医療過疎区域では看護職員がいなくなるという非常に厳しい状況になることから、更なる行政への働きかけが必要である。2040年を前に地域医療介護が崩壊してしまう。

「公益的なオンライン診療」は、郵便局を利用したの事業で、参議院議員の自見はなこ先生が頑張っておられ、情報共有会や協議会なども開催している。岩国市医療センター医師会病院における来院型のオンライン診療体制はD To P with Nの形で、患者は来院して看護師が付き添い、小児科医がオンラインで対応する仕組みである。また、熊本市医師会熊本地域医療センターでは、オープンシステムを用いた小児外科手術と休日夜間救急オープンシステムが好評とのことである。

IV. 現在、新たな地域医療構想と地域医療計画について検討されていること

新たな地域医療構想については、しっかりと4つの病床機能（高度急性期、急性期、包括期、慢性期）を考えていかなければならないが、地域によって考え方や成り立ちが異なるため、本当に難しい課題である。

医療機関機能については、高齢者救急、在宅医療、救急医療等の急性期医療を広く提供する機能ということでイメージはしているが、医療機関単位の報告も行うことになったため、病床から病棟、そして医療機関単位ということで考えていく流れになっている。

医師の派遣機能、医育機能、広域な観点で診療を担う機能の3つを合わせ持つのは、大学病院の本院である。場合によっては、医師だけでなく、他のエッセンシャルワーカーの派遣機能なども考えていかなければいけない。大学病院は、いわゆる急性期の、あるいは基幹病院に医師を派遣するが、その病院はさらに地域の高齢者救急や地域急性期の病院に派遣

する形になっていく。地域の実情に応じた幅を持った報告のあり方を設定するということが書かれており、例えば専門等機能では、特に集中的なりハビリテーションが言われている。全国老人保健施設協会の東憲太郎会長は、老健が急性期病院からのトリアージの役目を果たすともおっしゃっているので、この辺の議論がさらに進んでいくだろう。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会が設置され、日本医師会からは今村常任理事と坂本常任理事が参画しているが、その下に4つのワーキングが設けられ、それぞれに本会担当役員が参画している。医療法の改正を前提としないものと医療法の改正が必要なものということで、特に精神病床の問題が追加されたため、大きな議論になるのではないかなと思う。救急医療等、小児医療及び周産期医療、災害医療・新興感染症、在宅医療及び医療・介護連携についてそれぞれ議論が進んでいる。

同検討会では、日本医師会より、病院経営が非常に厳しい現状を踏まえ、再編ばかり考えても医療機関が経営できなければ意味がないので、医療機関の現状をチェックし、定期的に見直しを図るとともに、健全経営のための財政支援の強化について主張している。

地域医療構想区域の設定については、例えば人口40万人と10万人の地域があった場合、基幹病院や急性期の病院がたくさんあるのではなく、圏域を広域化した50万人規模であれば急性期の病院は拠点病院を1つないし2つにして、少ないところでは高齢者救急や地域急性期機能を持った病院にするというような考え方である。あるいは、圏域を越えての考え方ということで、隣の大きな医療圏と統合したり、人口の少ない医療圏であれば隣県と考え方を共有するというような、一体的に考えることも必要になると思う。

病床数の必要量については、必要病床数と言ってきたが、足下の状況を加味したより精緻な推計が求められると主張している。患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により区分しており、医療機能区分ごとに医療需要を算出していくという考え方である。

急性期拠点機能は、人口の少ない地域では1つというのが厚生労働省の提案である。高齢者救急や地域急性期機能をしっかり役割分担していくという

ことで提案されているが、そう簡単に進むものではない。大都市型は人口100万人ぐらいの規模を目安とし、地方都市型は50万人程度、人口の少ない地域は20万人から30万人ぐらいで、その中でもそれぞれのある方が考えられている。例えば「地方都市型」「人口の少ない地域」では、「手術等が必要な症例については（地域の医療資源に応じて）、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送」と提案されているが、手術等が必要な症例にもいろいろあり、胆嚢摘出術や虫垂切除手術といった手術は、高齢者救急や地域急性期機能を有する医療機関で対応可能であれば、急性期拠点機能への搬送は必ずしも必要ないと、日本医師会では考えている。これも地域の実情によって違うということで、地域ごとに考えていくという基本は変わらないだろう。数値基準のみで判断すると非常にゆがんだことになるため、実態に即して考えていかなければいけないと主張している。

V. 2040年の前にすべきこと～現在の医療機関の危機的状況に向けて

いつでも、どこでも、誰でも最善の医療を受けることができる体制を堅持するためには、1人の医師、1つの医療機関に依存するのではなく、多くの関係者が参画する地域連携により、地域を面として提供していくということである。全国知事会とも1年に2回ぐらい会議を行い、今の経営危機を共有して、国に対応改善を求めていくことを確認している。

高齢者人口、要介護認定者数、推計入院患者数の推移については、2005年から2020年にかけて年間入院患者数が約25万人減少していくとされている。近年の入院需要の推移で、病床利用率も低下しつつあり、医療機関の建て替えも建築費が1.5倍から2倍ぐらいに高騰しており、新しい病院を建てるのは本当に可能なのか、ペイできないのではないかという感じがする。

大規模災害への備えも喫緊の課題である。今回の病床数適正化支援事業では、手挙げした医療機関がかなり多かった。第1次内示の条件は、一般会計の繰り入れ等がない、赤字額の平均の半分を目安とする、50床上限などであったが、第1次だけでは足りなかったため、第2次内示を行った。1病床当たりの配分は同じ金額になっている。約5万3,000床ほど手挙げがあったが、合わせて1万1,000床余りということで、第1次、第2次の内示がほぼ決まっ

ている。

3党合意の話も先ほどしたが、日本維新の会は約11万床削減せよと言っている。一般病床と療養病床の必要病床数を超える約5万6,000床と、精神病床の基準病床数を超える約5万3,000床を合算して10万9,000床のため11万床と言っており、これによって日本維新の会は1兆円の医療費の削減が見込まれるとしているが、そんなに単純なものではない。この後また3党協議が始まるということであり、OTC類似医薬品の取り扱いについてもまた協議が再開されるとのことで、どうなるか予断を許さない。病床削減ありきではなく、地域で必要な医療機能がなくならないよう勘案して進めること、あくまで手挙げによって決まるということで、無理やりに行う話ではないと日本医師会は主張している。

最低賃金が約6%上がり、春闘も5.26%、人事院勧告もプラス3.62%で、片や医療機関の処遇改善は2%からせいぜい3%弱であり、非常に厳しい数値となっている。かなり大きな病院でも3.数%が限度という数字だったので、政府が目指す2.5+2%の4.5はとても高い数字でクリアできていないと思われる。世の中押し並べて5~6%は賃上げがなされており、診療報酬でしっかりと引き上げていただくのが基本だろうと思う。公定価格でしっかりと上げていただく。もちろん補正予算はあるが、それできりあえず来年6月までつなぎ、物価・賃金分の上昇をどのように反映してもらえるのか、このところもしっかりと要求していかなければいけないと思っている。

また、最低賃金、人事院勧告の引き上げ等を受け、改めて期中改定の必要性を主張していく。診療報酬は公定価格であり、賃上げに対応する状況ではなく、ベースアップ評価料も職種が決まっています、事務職は対象になっていないため、ベースアップ評価料の単なる上乘せの評価というのでは対応できないと、記者会見でも明確に述べさせていただいた。これまでのベースアップ評価料で上がった分はきちんと維持させていただき、更なる上乘せは基本診療料である初・再診料や入院基本料で手当てしてもらおうというのが基本だろう。物価や賃金が上がった分を合算し、医療の高度化の部分も合算して、それをどのように数値化していくかは、さらに厚生労働省と協議していかなければいけない。

上半期の倒産した医療機関は35件と過去最大べ

ースで、大きな病院もかなり減ってきており、地方では医療機関の継承もままならない状況である。当然、患者が減り、人口が減っていく中で、そのような地域を引き受けたくないというのはその通りで、さらに倒産が続くだろうと見ている。

入院・外来医療等の調査・評価分科会というのが中医協の下にあり、そこでいろいろな問題が提起されている。検討するというよりは、データを出してそれを基に中医協で議論を行う。現在、同分科会には今村常任理事が、中医協には茂松副会長、江澤常任理事、長島常任理事が参画しているが、来月から長島常任理事に代わって黒瀬常任理事が入ることになっている。

急性期入院医療については、特に救急医療を評価すべきとし、救急搬送件数、手術件数、総合性の観点から検討し、地域で果たす役割をきちんと踏まえていくということになっている。特に高度急性期入院医療については、救急部門の設置や救急患者受入件数、全身麻酔手術の実施件数などの実績がある病院の治療室とそれ以外の病院における重症度の違い、専任医師の違い、特定集中治療室の配置要件の緩和などについて、医師の働き方と関連して分析を進める。人員配置、あるいはその負担を減らせば、点数も減らそうとするため、なかなか厳しい話である。例えば人員配置で、看護配置が1か月でも滞れば点数を減らすみたいなのを言うてくるため、そこを緩和してほしいと考えている。

回復期リハビリテーション病棟入院料についても、非常に大きな課題である。疾患別リハビリテーションの評価のあり方をさらに検討するということであるが、支払い側はメリハリのある改定と言っているが、今の状況である部分を下げるとするのは、医療機関の経営状況から考えれば非現実的な案である。ベースは下げずに、プラス部分だけのメリハリであれば構わないと思う。

療養病床入院基本料や救急医療のところも、いろいろな問題が出てきている。特に救急医療管理加算や救急医療体制の点数は、働き方改革にも関連する部分のため、大きな議論になるだろうし、入退院支援もいろいろなところで加算がついているが、これを取るためには人を配置しなければいけない、人を配

置するためにどれだけお金がかかるのか、そもそも人がいない、そういう中で点数をつけられても、ある意味、絵に描いた餅になるか、人を配置して逆にマイナスになるかもしれないので、非常に厳しいということ声を大にして言っている。

衛生検査所からの集荷料等の請求に係る調査については、明日黒瀬常任理事から報告があるので、本日はご回答いただいた御礼だけ申し上げる。

最後に、職業紹介に対する取り組みについても、先の代議員会で非常に大きな問題になり、喫緊の課題として検討を重ねてきた。四病院団体協議会ともワーキンググループを設けて議論を行っている。今の有料職業紹介所に法的な規制をかけていくだけの観点では難しいため、私どものできる取り組みとして何があるのか、何が有効なのかを、もう少し考えていきたい。10月21日の都道府県医師会長会議でこの問題について提案させていただき、協議することになっている。本当に課題は沢山あるが、先生方とともに諸問題についてこれからはしっかりと対応して頑張ってもらいたい。ご清聴に感謝申し上げます。

<質疑応答>

○須藤座長（群馬県医師会長）

一番の問題は人で、1つにはパラメディカル、それから看護師、もっと深刻なのは受付の事務もないというような診療所が出てきており、今後人の取り合いが熾烈になってくると思う。それから、若手医師は5年か10年間は地域なり基幹病院で修行し、その後配置というようなことを述べてられていたが、人の交流はどうしたらうまくいくか、お考えをお聞きしたい。

○松本吉郎（日本医師会長）

やはり医療や介護の仕事の魅力をどの程度アピールできるかということに尽きると思う。5年間の修行後、どこに配置されてもよいと思うが、まずは保険診療をきちんと学ぶことを基本とし、5年間腕を磨いてもらう。それが、私ども医療者にとっての信頼を担保することになるということは、訴えていくことも大事かと思う。難題ではあるが、共に考えていきたい。

令和 6・7 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 赤磐医師会長
滝澤 貴昭

I. はじめに

この連絡協議会は、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、施設数は会員施設 75 施設と都道府県医師会の賛助会員が 6 施設である。

今回は令和 6・7 年度の、職員研修、各施設の取り組みに関する意見交換（分科会や情報交換会）、アンケート調査の活動を報告する。

II. 令和 6 年度年次大会

テーマ「早期発見は検査から」

会期：7 月 19・20 日

担当：中四国地区（協力：江戸川区医師会）

企画：○地域医療支援病院オープンシステム徳山市医師会病院○岡山市医師会総合メディカルセンター○三次地区医師会臨床検査センター○益田地区地域医療センター医師会病院○福山市医師会健康支援センター

会場：タワーホール船堀（東京都江戸川区）

〈講演〉

①「地域医療構想の取り組みについて」

前厚生労働省医政局地域医療課課長補佐

松本千寿先生

②「軽度認知障害の診断を目的とした質量分析法による血漿蛋白質の同時多項目測定」

地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院長 中村和行先生

〈特別講演〉

「これからの医療と医師会共同利用施設」

日本医師会会長 松本吉郎先生

〈分科会〉

1. 検査関連：臨床へのアプローチ

新規項目の導入、勉強会、追加検査のアプローチ、

2. 健診関連：受診率の向上

Web 予約システム、システム部門、PHR.

3. 人事・管理関連：経営状況と組織管理

経営改善、労務管理、人材育成

〈共同利用施設からの発信〉

1. 「iPad を用いたオーダーリングの紹介」

江戸川区医師会医療センター 山崎貴之先生

2. 「受診率向上に向けた取り組み」

東松山医師会病院健診センター 北堀浩也先生

3. 「医科歯科連携による歯周病検診の試み」

西宮市医師会診療所 横井敏孝先生

III. 令和 7 年度年次大会

テーマ「サステナビリティ持続可能性」

会期：7 月 11・12 日

担当：近畿地区

企画：○奈良市総合医療検査センター○姫路市医師会○西宮市医師会診療所

会場：姫路商工会議所

〈講演〉

①「共同利用施設を含む医療施設の災害医療施策について」

厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室

新興感染症等医療対策室室長 近藤 裕史先生

②「我々が MASLD/MASH の予防・改善のためにできること」

天理よろづ相談所病院・西宮市医師会診療所顧問

松尾収二先生

〈特別講演〉

「地域医療における共同利用施設の役割～災害時

の対応や支援～」

日本医師会会長 松本吉郎先生

〈分科会〉「面白い事への挑戦」

ワールドカフェ方式による意見交換

1. 検査関連：施設間における共有の可能性，新規獲得（アピールの方法），集配体制（正社員の割合，シフト，人件費・ガソリン代高騰への対応），容器の有償化状況や機器の保守費用について
2. 健診関連：行政の委託事業（入札案件，特定保健指導），新規獲得（オプション検査，外国人や富裕層向けの健診），PHR（地域連携，受診者への結果報告）について
3. 人事・管理関連：経営改善に向けたチーム作り（リーダーの選任方法，委員会・会合のあり方），利用促進（ポイント還元や懸賞の紹介），人材確保の工夫（働きやすい職場作り・給料・休み・正社員の割合），人材育成（現場か医師会全体か，講習の方法）について

〈新しい企画の紹介〉

1. 共同利用施設で共有できるシステムの開発について
広島市医師会臨床検査センター 藤本 誠先生
2. 電カル連携におけるPDF連携ソフト(ビューワ)の開発について
姫路市医師会 内川 太郎先生
3. 利用したい・働きたいと思える臨床検査センターを目指して
三次地区医師会臨床検査センター
金本 実先生

〈電子カルテに関する医療情報システムの現状〉

1. 標準型電子カルテ関連の現状について
日本医師会 ORCA 管理機構株式会社
2. 臨床検査基盤を活用した医療 DX への対応
株式会社ケーアイエス

〈共同利用施設における医療情報システムの共同開発の現状〉

「アンケート調査報告」

姫路市医師会 藤田裕介先生

会員施設の事業形態は以下の通りである。(図1)

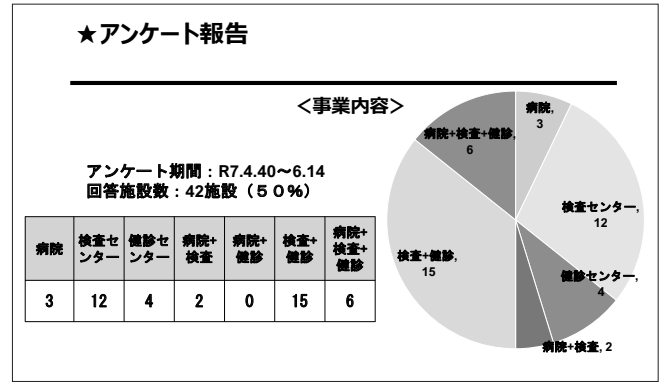


図1 連絡協議会会員施設の事業形態

アンケートの結果，開発については積極的な回答が得られたが，共同購入は，既に課題報告があり，検討が必要との報告であった。

〈情報交換会〉

松本吉郎日本医師会会長にもご臨席賜り，大変有意義な情報交換であった。

IV. 二年間の会長としての考察

設立・経営母体は郡市地区医師会であり，経営環境に恵まれていない中で，多職種の皆さんがそれぞれの立場から知恵を出し合い，大変前向きに取り組まれていることを実感した。

特に，臨床検査センターにおいては，利用していた開業医が高齢化で廃業も増える中，新規獲得では，民間からの強力な勧誘があり苦勞しているようである。さらに民間検査会社の中には，集配手数料の請求や撤退するところが増えている。競合という課題のある中で，合理化や新規システム導入などの表面的なことにとらわれず，医師会立であるという原点から，民間が引き受けたがらない不採算地域の集配などのサービス継続の事例報告があった。このような姿勢は継続してほしい。

また，物価や人件費の高騰などに加え，IT関連のベンダー企業が撤退する事態が全国的に起きており，連絡協議会を核とした各種のシステム開発により，コストを低減し，持続可能性を高める努力が必要であるが，各施設の末端機種への対応困難事例なども予想され，柔軟な対応が期待されている。

本連絡協議会の開催に際し，日本医師会をはじめ各施設の皆様方のご協力に感謝申し上げます。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～2040年問題が及ぼす影響と対策」

第1分科会（医師会病院関係）

司会 鶴谷 英樹（群馬県医師会理事）

座長 黒木 康文（鹿児島県医師会常任理事／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. 伊勢崎佐波医師会病院（群馬県）

「当院の今後のあるべき姿を考える～地域の中で目指すべきもの～」

伊勢崎佐波医師会副会長

都 丸 浩 一

I. はじめに

伊勢崎佐波医師会病院は、群馬県伊勢崎市（人口21万人）と玉村町（人口3万5,000人）を主に診療地域としている（図1）。地域の医療連携の状況として、当院と伊勢崎市民病院、他に9施設の病院、127の診療所があり、304名の医師会員が在籍している。今回、少子化・超高齢化社会、そして今まで経験のない人口減少が起こる2040年を迎えるにあたり、共同利用施設である当院がどうあるべきか、何を目指して行くべきかを検討した。

II. 当院の歴史

1974年5月3日、当院は開設し、医師会員の協力のもと伊勢崎市及び佐波郡の中核病院として、とりわけ救急医療、休日診療、夜間診療に支障を来さ

ぬように開院以来、24時間365日オープンを合言葉に、地域医療を支えてきた（図2）。

開設時は、財団法人伊勢崎総合医療センター附属病院として66床で運営を開始、1984年には255床まで増床した。2008年には療養病棟に50床、その後、地域包括ケア病棟に52床設けた。2020年には入院支援センター、新外来検査センター（新型コロナウイルス感染対応）を開設した。

また、1978年に成人病検診センターを開設し、住民健診、職場健診、市町村健診を通じて生活習慣病の発見・予防の向上を図ってきた。医師会運営による地域医療支援病院ということで、病院運営に医師会員も携わって、各種委員会に属して会議等に参加協力している。また、地域医療支援病院の役割として新外来検査センター運営とワクチン接種、災害訓練、院内医学会（年1回）、臨床症例検討会（年

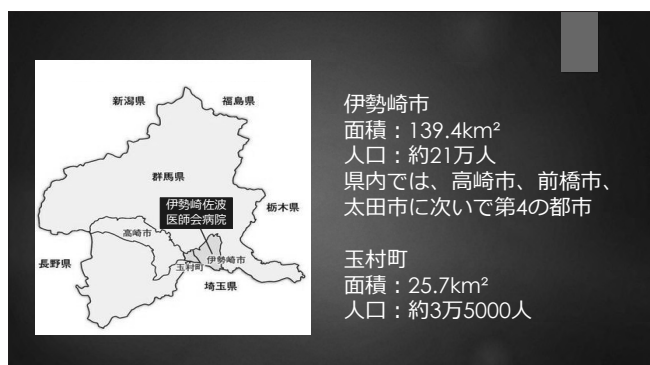


図1

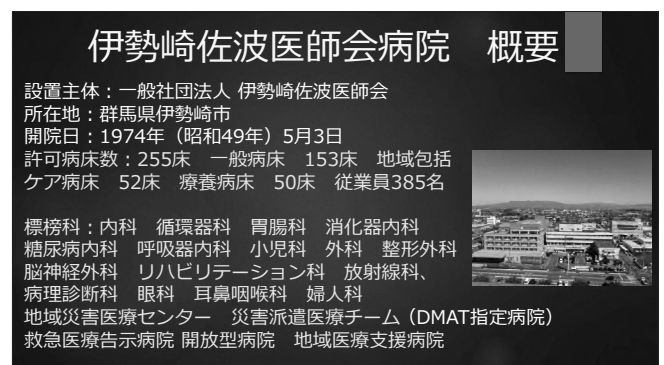


図2

1回), 医療安全委員会等を開催している (図3, 4).

Ⅲ. 当院の現状と課題

当院は、病床 255 床（一般病床 153 床、地域包括ケア病床 52 床、療養病床 50 床）の病院である。その特徴は「地域医療支援病院」としての要素、すなわち紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施といった、“かかりつけ医”を介在した患者様の利便性をまず挙げることができる。近年、医療は専門性を求め、当圏域でも高度先進医療を行う施設が充実してきている。しかし地域の中での役割分担という意味からも、当院はそれにただ追随するのではなく、地域の人達に寄り添い、その利便性を高めることも視野に入れてきた。一方で、常勤医（内科医 5 名、外科医 5 名、脳外科 2 名、小児科 1 名）13 名体制で診療を行っているが、多くの地域医療を担う病院がそうであるように、常勤医師の安定した確保が喫緊の課題であると言える。

地域医療支援病院である当院の未来の姿を、過去 10 年間のデータから以下の 2 点について考察した。

1) 患者紹介に対する医療提供

過去 10 年間の 1 日平均患者数 (図5) は、入院

患者数は変化なく経過しているが、2020 年に新型コロナウイルス感染症の拡大のため、外来患者数は 120 ~ 130 名/日と減少し、現在まで回復していない。しかし、患者紹介件数 (図6) は、2020 年の新型コロナウイルス感染症拡大で減少した外来患者紹介数が、年間 6,000 人以上と回復してきている状況を確認できた。このことは当地域医師会員と病院との連携が密になってきていることを推測させた。救急搬送件数 (図7) については、2018 年救急救命科が撤退した後減少したが、脳神経外科・外科・内科である程度救急対応を行っていた。手術件数 (図8) についても同様で、救急科が撤退した後も約

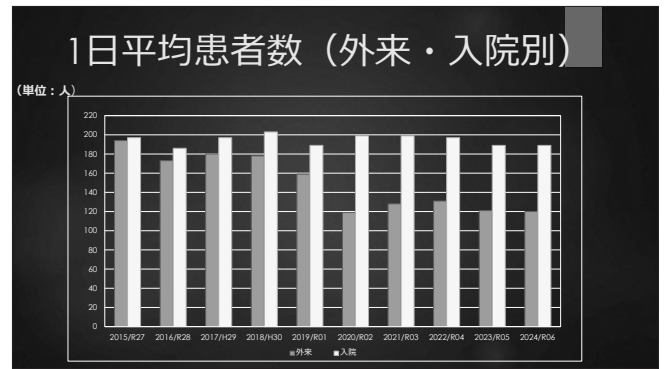


図5



図3

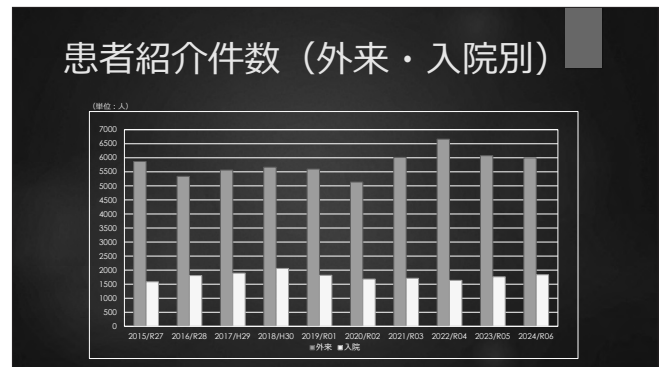


図6



図4

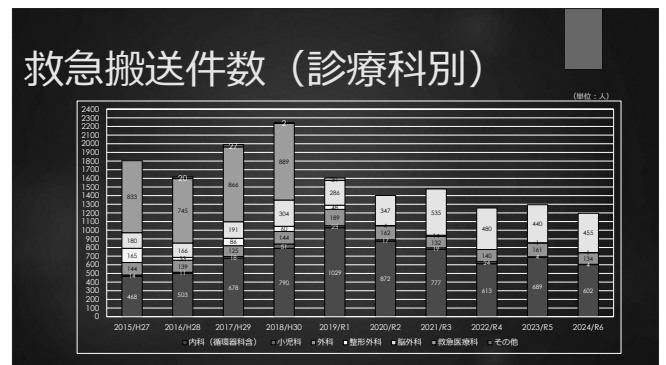


図7

500 件の手術件数を，脳外科，外科，眼科等で対応していた。

2) 受託検査の利用状況

過去 10 年間の経過中，2020 年から受託検査件数は減少傾向である (図 9)。これは血液検査検体数を含んでいるが，新型コロナウイルス感染症の影響以外に，血液検体の集配人員不足を理由に，病院検査室の血液検査の検体数が減少した。

CT 検査はほぼ変化なく，3 年間紹介率は 15 ~ 16%，MRI 検査は 35~37%で推移した。MRI 検査は 4,000 件ほど増加した。CT 検査は自院での導入例もあるため大きな変化なく推移したと考えられた。10 年間の撮影件数では，2020 年に一旦減少した MRI 撮影数が徐々に増加している (図 10)。一方，医療機関での共通課題は，常勤医師の確保であるが，当院においても 2018 年救急医療科が撤退した後，常勤医師数は少なくなっている (図 11)。しかし，救急救命科の常勤医師が減ったことで，薬剤費・材料費・人件費等が減少して，8,000 万円ほど病院収支が好転する現象を経験した。開院以来，当院は“かかりつけ医”と紹介患者の利便性を第一に考えてきたが，近年，医療は専門性や高度先進医療の方向に

どうしても向いてしまうが，将来の病院の方向性では困難な部分となる可能性が高いと考えられた。

紹介患者の生活環境・経過や救急搬送の件数，あるいは手術件数の内容などを見た時に，必ずしも高度救急を目指すのではなく，総合診療的な医療を目指して，利用する医師会員や患者の利便性をさらに高めることが，我々の病院を持続可能なものにするため必要と考えられた。

IV. 成人病検診センターの現状と課題

成人病検診センターは，病院開院と同時に検診業務を開始した。その後，1991 年に現在地に検診センターを開設した (図 12)。

成人病検診センターの業務は，人間ドック，協会けんぽ生活習慣病予防検診，来院健診，特定保健指導等であり，業績は，2020 年に新型コロナウイルス感染症の拡大により，一旦落ち込むが，それ以降，右肩上がり伸びており，売上高にして 14 億円強に達した (図 13)。

部門別では事業所健診が非常に伸びており，10 年前と比較して受診者数が 120.5%，売上で 153.6% 増加，日帰りドックは，受診者数が 105%，売上で 106.9% 増加している。一泊ドックと住民健診は減

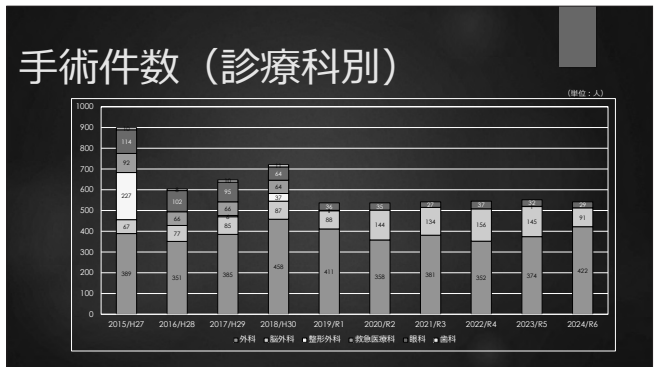


図 8

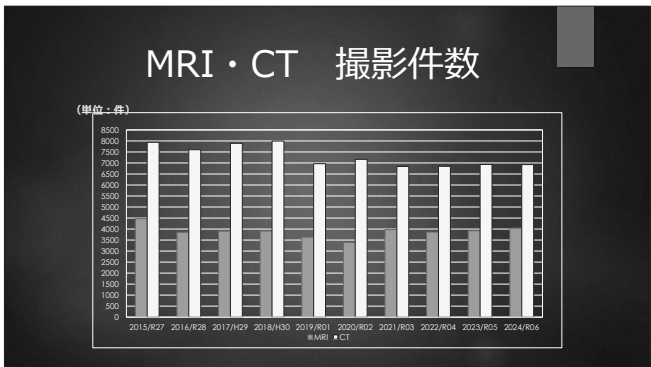


図 10

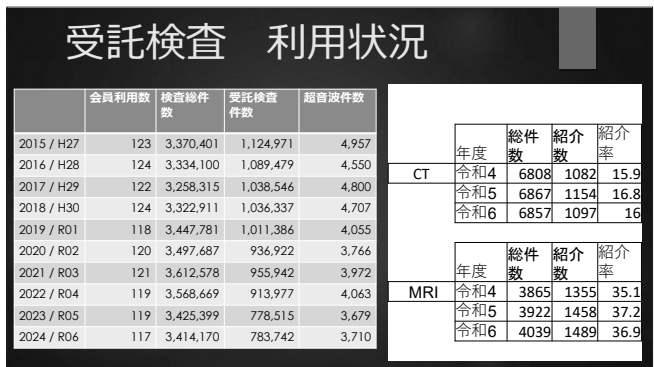


図 9

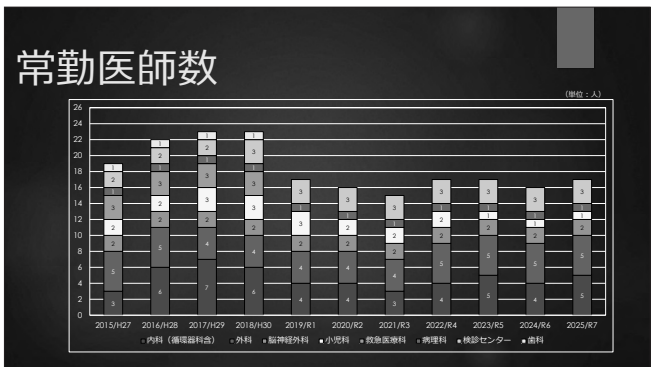


図 11

少している (図 14)。

施設外健診による事業所健診の事業所数は約 600 社、伊勢崎市内から県内全域、一部埼玉・栃木県を含む地域まで出かけている。集団住民健診は、伊勢崎、玉村町ともに各種がん検診を行っている。また特定保健指導は契約企業に出向いて実施している。

1) 施設内での健診 (現状と課題)

2024 年には WEB での事前問診や施設内タブレットを利用した検査誘導システムを導入し、スムーズな健診実施と待ち時間短縮等、受診者の満足度の向上を図っている。

病院併設機関としてのメリットを最大限に活かして、当日直ぐに結果がわかる検査については、人間ドック当日の医師による説明を実施している。増加傾向にある胃内視鏡検査は、2016 年より専門医 2 名による検査体制で対応している。現在、人間ドックの申し込み希望者が多く、その需要を満たさきれていない。建物の増改築や建て替え等による新たな受診者受け入れ体制の検討が必要である。

2) 巡回健診

2024 年から情報収集システムを導入して、センターと巡回先を専用回線で接続し、WEB による事前問診の開始、QR コードを利用した情報把握、オンライン化など、業務の効率化を図っている。検診車は、胃部 X 線検診車 1 台、胃胸部 X 線検診車 3 台、胸部 X 線検診車 4 台、心電図車 6 台、マンモ検診車 1 台の計 15 台を保有し、1 日最大で 6 班 (1 班の構成は、医師、看護師、技師等 9 ~ 13 名程度) で巡回健診を実施している。繁忙期と閑散期の検診車の稼働の差が大きく、繁忙期の 4 月から 12 月は検診件数が多くて、対応できないというような状況が起こっている。今後は事業所のニーズを分析することで、設備 (検診車等) や人員についての検討が必要である。

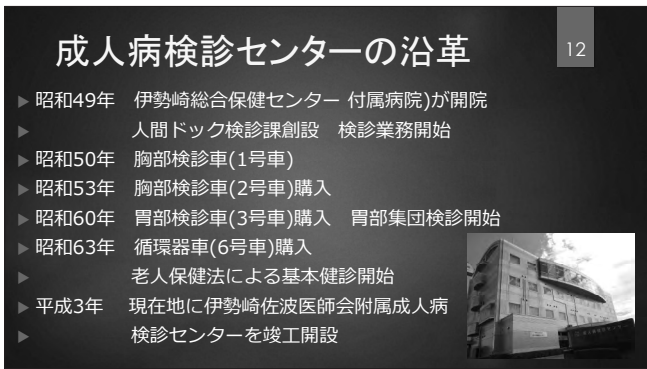


図 12

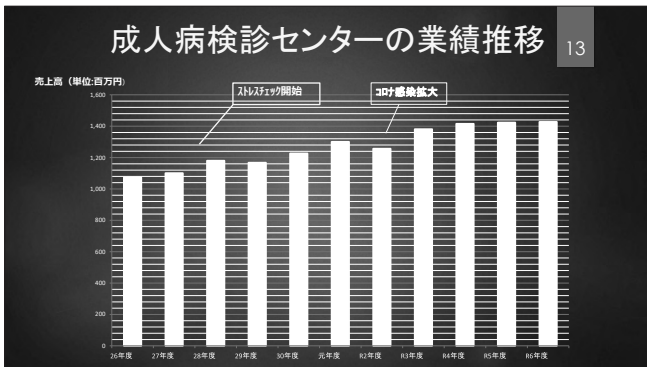


図 13

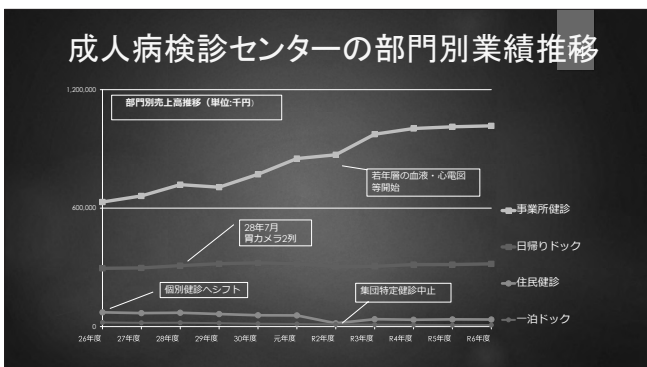


図 14

V. これからの目指すべきこと

1) 労働力の確保

職員が健康で働きやすい職場となること。定年年齢の引き上げ、医師業務負担軽減目的のため、メディカルクラークの積極的な採用、また AI の活用を目指す。

2) 紹介しやすい病院づくり

入退院支援センターを拡充して、顔の見える、困った時に頼りになる病院であること。これまでの看護師・医療事務・社会福祉士等の働きを集約・効率化して地域連携の要とする。患者サービス向上、病床コントロールの調整の役割を強化する必要がある。

3) 切れ目のない医療・介護の提供

高齢化が進む中で、介護と連携した医療の提供については、需要が増すと想定される。2017 年度から伊勢崎市および玉村町の在宅医療連携拠点事業と

して、『在宅医療介護連携センター いせさき・たまむら』を医師会として受託した。これにより医療と介護を必要とする高齢者が、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ることができるよう、病院と在宅をつなぐ切れ目のない医療・介護を目指すことである。

4) 経営安定化

健診部門は、安定した数字を確保できており、病院収益の約25%を占める。病院附属機関のため、高い信頼感、安定した経営の確保等が顧客に対して実現できている。設備面や人員面等で課題もあるが、

柔軟な対応を行うことで、今後も病院全体の全事業経営を安定させていく可能性が高い。

Ⅵ. おわりに

少子高齢化を伴う人口減少の影響は非常に大きなものと予測され、過去と同じような考え方では、その対応は非常に困難であると考えられる。地域社会に貢献するためには、そこで果たすべき役割を認識し、「選ばれる施設作り」を目指して、地域医療構想を踏まえて病院の立ち位置を明確にしていく必要がある。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第1分科会（医師会病院関係）

司会 鶴谷 英樹（群馬県医師会理事）

座長 黒木 康文（鹿児島県医師会常任理事／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. 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院（鳥取県）

「三朝温泉病院のクラウドファンディングの挑戦と成果－温泉施設の改修を目指して－」

鳥取県中部医師会理事 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長

深 田 悟

I. はじめに

鳥取県中部医師会立三朝温泉病院は、鳥取県のほぼ中央に位置する三朝町に立地する。三朝町は人口約5,800人の小規模自治体であり、人口減少と高齢化が進行する地域である。当院は、三朝温泉街にほど近い自然豊かな環境の中で、地域医療を担う中核病院としての役割を果たしてきた。

当院は、昭和14年に軍事保養院傷痍軍人三朝温泉療養所として開設され、その後、国立病院を経て、平成12年に鳥取県中部医師会へ経営移譲された歴史を有する。現在は、整形外科を中心に内科、神経内科、外科、麻酔科、リウマチ科、リハビリテーション科の7診療科を標榜し、一般病床46床、回復期リハビリテーション病床60床、地域包括ケア病床37床、計143床で運営している。

II. 温泉資源を活用した医療の特徴

当院の最大の特徴は、三朝温泉の源泉を活用した医療である。三朝温泉はラドン含有ラジウム塩化物泉であり、いわゆるホルミシス効果により新陳代謝の促進や免疫機能の活性化が期待されている。この特性は、古くから湯治文化として地域に根付いてきたものであり、現在においても医療的観点から注目を集めている。

当院では5本の源泉を保有し、季節や気候によって温度の異なる温泉を適切に組み合わせながら、医

療・療養の両面で活用している。患者用の一般浴室および介助浴室は、入院患者が日常的に利用できる環境を整えており、温泉に浸かること自体が治療の一環として位置付けられている。朝早くから入浴を楽しみにしている患者も多く、温泉が患者の生活リズムや精神的安定に寄与していることを実感している。

特に特徴的なのが、県内唯一の運動浴プールである。温泉を利用した水中運動療法は、浮力を活用することで関節や筋肉への負担を軽減しつつ、効果的なリハビリテーションを可能とする。

当院では、整形外科手術後の患者を中心に、水中での歩行訓練や可動域訓練を実施しており、陸上では困難な動作も安全に行える点が大きな利点である。

また、鉍泥湿布は、温泉と蒸気を利用して高温に温めた鉍泥を患部に当てる療法で、腰痛や関節痛、肩こりなどに対して高い保温効果が得られる。一般的なホットパックに比べて効果の持続時間が長く、患者からの評価も高い。さらに、足湯や飲泉といった取り組みも行っており、温泉成分を多角的に活用することで、身体機能のみならず心身両面への効果を目指している。

このように、当院の医療は三朝温泉という地域資源と密接に結びついており、単なる治療の場にとどまらず、療養環境そのものが医療の質を高める要素となっている。

Ⅲ. 老朽化する温泉施設と課題

一方で、これらの温泉関連施設は長年使用されてきたことにより、老朽化が進行していた。患者浴室では、蛇口やシャワーへの温泉成分の付着や錆、タイルの汚れが目立ち、運動浴室では床面の滑りやすさやマットの劣化が問題となっていた。運動浴プールでは、水圧によるタイルの剥離や壁面のカビ、車いす患者用リフトの老朽化など、安全面でも看過できない状況であった。

これらの修繕については、職員や患者から毎年要望が寄せられていたものの、限られた財政状況の中では優先順位の問題から、抜本的な改修は先送りされてきたのが実情である。

Ⅳ. クラウドファンディング導入の背景

こうした特色ある医療を支えてきた温泉関連施設であるが、長年にわたる使用により老朽化が顕在化していた。患者浴室では、温泉成分の付着による蛇口や配管の劣化、タイルの変色や錆が目立ち、利用環境として十分とは言いがたい状況であった。運動浴室においても、床面の滑りやすさやマットの劣化が安全面での課題となり、職員・患者双方から改善要望が寄せられていた。

運動浴プールでは、水圧の影響によりタイルが剥離し、患者にけがを負わせる危険性が懸念されていた他、湿度の高い環境特有のカビが壁面に発生していた。また、車いす患者用リフトは修理を重ねながら使用していたものの、部品供給の問題から更新が急務となっていた。

これらの修繕は毎年検討課題として挙がっていたが、医療機器更新や人件費確保など、より優先度の高い支出が存在する中で、抜本的な改修には踏み切れず、結果として先送りが続いていた。このような状況は、医療の安全性や患者満足度の観点からも、看過できない問題であった。

そのような中、2021年春にクラウドファンディング運営会社からの提案を受け、新たな資金調達手法としてクラウドファンディングの活用を検討することとなった。当時、医療機関によるクラウドファンディングはまだ一般的ではなく、院内外からは否定的な意見や慎重論も多く聞かれた。しかし検討を重ねる中で、クラウドファンディングは単なる資金集めにとどまらず、病院の取り組みを広く発信し、

社会とのつながりを可視化する手段であるとの認識に至った。

本事業では、目標金額に到達しなかった場合には資金を受け取らない「All or Nothing 型」を採用し、病院側の財政的リスクを最小限に抑えた形での挑戦とした。この仕組みにより、病院としても比較的取り組みやすい形での実施が可能となった。

Ⅴ. 実施内容と成果

クラウドファンディングは、2021年12月6日から2022年1月31日までの56日間実施し、第1目標を500万円と設定した。資金使途は、患者浴室の一部改修、運動浴プール床面の滑り止め改修、車いす患者用リフトの更新である。広報活動として、テレビ・新聞等の報道、ホームページやSNSでの情報発信、チラシ配布を行い、特に職員が主体的に関与する体制づくりに注力した(図1)。

その結果、開始24日目には目標金額を達成し(図2)、患者浴室の追加改修やリハビリ関連備品の整備を目的として、第2目標800万円を設定した。最終的には454人から支援を受け、支援総額は942万8,000円となり、当初目標の188.56%を達成した。

集まった資金は、温泉施設の改修工事、リフト更



図1

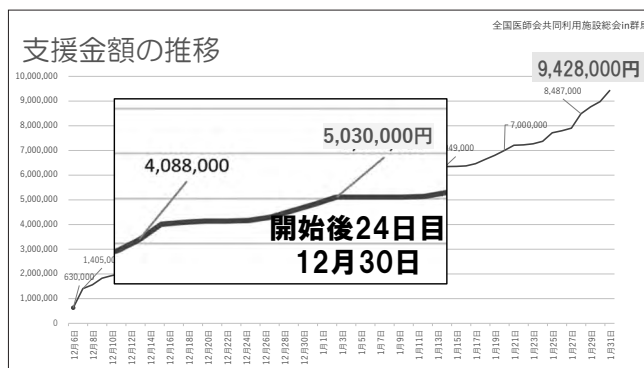


図2

新, リハビリ機器の購入等に充てられ, 老朽化していた施設は安全性と快適性を大きく向上させることができた (図 3, 4, 5, 6, 7).

VI. クラウドファンディングを通じて得られたもの

本事業を通じて得られた最大の成果は, 資金以上に, 地域内外から寄せられた数多くの応援の声である. 支援者からのメッセージは, 職員にとって大きな励みとなり, 地域に支えられている病院であることを改めて実感する機会となった.

人口減少や医療従事者不足, 施設老朽化など, 医療機関を取り巻く環境は今後益々厳しさを増すと予

想される. その中で, クラウドファンディングは, 地域や全国とつながりながら医療を支える新たな選択肢の一つとなり得る.

今回の取り組みは, 地域医療の未来を切り拓くためには, 従来の枠組みにとらわれない工夫と, 多くの人々の共感と協力が不可欠であることを示した. 今後も当院は, 地域と共に歩みながら, 持続可能な医療提供体制の構築に努めていく所存である.

VII. 医療機関を取り巻く環境と今後の展望

我が国の医療機関は, 2040 年を見据えた大きな転換期に直面している. 人口減少と少子高齢化の進行は, 医療需要の質と量の変化をもたらし, 同時に医療従事者不足という深刻な課題を生んでいる. 加えて, 診療報酬改定や物価高騰などによる財政的制約, さらには施設老朽化や新しい医療技術への対応など, 医療機関が抱える課題は多岐にわたる.

とりわけ地方の中小規模病院においては, 限られた経営資源の中で, 安全性と質を確保した医療を継続的に提供していくことが求められている. 当院においても, 温泉を活用した医療という独自性を維持・発展させるためには, 施設整備を含めた不断の投資が不可欠であるが, 従来の公的補助や自己資金のみ

全国医師会共同利用施設総会in群馬

実績報告

- 実施期間：2021年12月6日～
2022年1月31日 (56日間)
- ホームページ訪問者数：6,660件
- 支援者数：454人
- 支援金額：9,428,000円
(目標の188.56%達成)




図 3

令和7年8月30日 全国医師会共同利用施設総会in群馬

● 収入	
クラウドファンディング支援総額	9,428,000円
● 支出 (内 訳)	
・ Readyfor事務局手数料 (17%)	1,763,036円
・ 男女浴室および運動浴プール改修工事	5,268,745円
・ 運動浴室昇降用リフト	1,254,100円
・ 診療備品購入他諸経費	1,142,119円

図 4



図 6



図 5



図 7

では十分な対応が困難になりつつあるのが現状である。

Ⅷ. クラウドファンディングの意義と波及効果

今回実施したクラウドファンディングは、温泉施設改修という具体的な目的を掲げたものであったが、その意義は資金調達にとどまらないものであった。全国から寄せられた支援や応援メッセージは、当院の取り組みや存在意義が地域内外に広く共有されていることを示すものであり、病院職員一人ひとりにとって大きな励みとなった。

また、職員が主体的に関わることで、病院全体として「自分たちの病院を自分たちで支え、発信していく」という意識が醸成された点も重要である。日常業務に追われる中では見えにくい「地域からの期待」や「応援の力」を実感できたことは、職員のモチベーション向上や組織の一体感の醸成につながったと考えている。

さらに、クラウドファンディングを通じて得られた全国規模での反応は、地方に立地する医師会病院であっても、情報発信の工夫次第で広く共感を得ら

れる可能性を示した。これは、今後の地域医療のあり方を考える上で、大きな示唆を与えるものである。

Ⅸ. 地域と共に歩む病院として

医療の現場を支えるのは、医療従事者だけではない。患者やその家族、地域住民、そして全国各地から寄せられる応援の一つひとつが、病院を支える力となっている。今回の取り組みを通じて、「共に病院を支えていく」という意識が形となって表れたことは、当院にとってかけがえのない財産である。

今後も人口減少や財政制約といった厳しい環境は続くと思われるが、地域に根ざした医師会病院として、創意工夫を重ねながら持続可能な医療提供体制を構築していく必要がある。そのためには、従来の枠組みにとらわれず、新しい手法や考え方を柔軟に取り入れていく姿勢が重要である。

今回のクラウドファンディングの経験は、その第一歩であり、地域医療の未来を切り拓くための貴重な実践例となった。今後も当院は、三朝温泉という地域資源を最大限に活かし、地域と共に歩む病院としての役割を果たしていく所存である。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040 年問題が及ぼす影響と対策」 第 1 分科会（医師会病院関係）

司会 鶴谷 英樹（群馬県医師会理事）

座長 黒木 康文（鹿児島県医師会常任理事／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. 大分市医師会立アルメイダ病院（大分県）

「大分市医師会立アルメイダ病院の現況と今後いかに“治し支える医療”を展開するか」

大分県医師会副会長 大分市医師会副会長 大分市医師会立アルメイダ病院副総院長
石 和 俊

大分市医師会立アルメイダ病院のある中部医療圏の今後の人口予想と医療圏内の他の急性期病院との現状を比較検討し、2040 年に向けてアルメイダ病院が地域医療においてどのような役割が求められてくるのか、検討を行った。

I. 大分県の人口減少と高齢化（図 1）

2025 年現在の大分県の人口は 108 万人で、県内には 18 市町村が存在する。県庁所在地の大分市は人口 47 万人の中核市で、県人口の 44% が集中し、人口減少が進む中で大分市への一極集中が徐々に進展している。

1999 年（平成 11 年）から死亡数が出生数を上回る（自然減）状況となり、2023 年（令和 5 年）から自然減が 1 万人を超えるようになり、人口減少が加速している。県人口は 2040 年には 95 万人（大分

市 44 万人）、2050 年には 84 万人（大分市 41.5 万人）と予想され、県内全ての市町村で人口減少が進展する。人口の半減が予想される市町村もある一方、大分市の人口減少は緩徐で、人口減少のスピードの地域差が大きい。

現在の県の高齢化率は 34%（大分市 29%）で、2050 年には 40%（大分市 36%）と増加し、10 市町村は 50% を超える。また、高齢化率は増加するものの、老年人口は多くの市町村で既に減少局面にあり、大分市と日出町は 2050 年まで増加することが予想されている。

大分県の生産年齢人口は、現在の 60 万人から 2050 年には 48 万人へ減少することが予想され、医療分野でも人材確保が今後益々困難となることが懸念される。

II. 大分市の人口増加とアルメイダ病院の歩み（図 2）

1950 年代の大分市人口は 10 万人台で、大きな基幹産業がなかったため、大都市圏への人口流出による社会減が 1 万人から 2 万人近くにのぼっていた。そのため、新産業都市指定の人口要件を満たすべく、1963 年（昭和 38 年）に 6 市町村合併を行い、人口 22 万人の新たな大分市が誕生した。その 6 年後の 1969 年（昭和 44 年）に内科 100 床のアルメイダ病院が開院した。1976 年（昭和 51 年）には一県一医大構想によって大分医科大学の設置が決定され、1981 年（昭和 56 年）に附属病院が開院した。

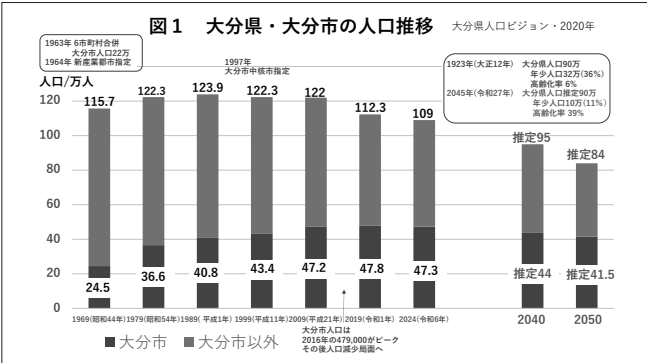


図 1

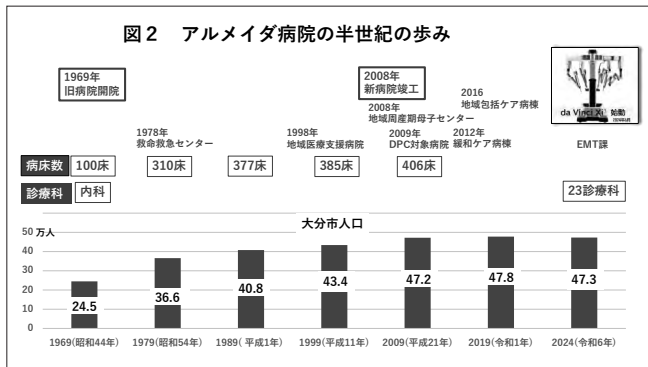


図2

第二次ベビーブームと高度経済成長期を経て人口は増加し、1997年（平成9年）には中核市に指定され、2016年（平成28年）には47万9千人のピークを迎えた。このような人口増加を背景に、アルメイダ病院もベッド数・診療科も増え、地域の急性期医療を担う基幹病院の一つに成長した。

Ⅲ. アルメイダ病院の現況（表1）

現在開院56年目で、開院39年後の2008年（平成20年）に新病院の建て替えを行った。許可病床数406床（ICU6床、一般病棟335床、地域包括ケア病棟44床、緩和ケア病棟21床）、標榜診療科23科で、3次救命救急センター・地域医療支援病院・大分県がん診療連携協力病院・災害拠点病院・臨床研修指定病院等に指定されている。2020年に地域周産期母子医療センターを閉鎖、2024年に新型コロナウイルス感染症重点医療機関指定病床を閉鎖した。看護師不足のため現在は78床を休床し、328床で運用している。

令和6年度の新入院患者数は6,955人、年間延入院患者数は95,521人、年間延外来患者数は48,889人、救急車搬入は2,261件（応需率90%）であった。

<p>標榜診療科23科 病床数406床 (ICU 地域包括ケア病棟 緩和ケア病棟) 3次救命救急センター 地域医療支援病院 大分県がん診療連携協力病院 災害拠点病院 臨床研修指定病院</p> <p>*地域周産期母子医療センター：閉鎖 *新型コロナウイルス感染症重点医療機関：閉鎖</p>	<p>常勤職員数：693名 (嘱託66名、パート21名)</p> <p>常勤医師：67名 (非常勤医師：63名) 看護師：325名 准看護師：20名 救命救急士：7名 介護福祉士：25名 看護助手：3名 薬剤師：30名 臨床検査技師：58名 放射線科技師：18名 理学療法士：23名 管理栄養士：7名 社会福祉士：9名 事務：57名</p> <p>委託・派遣職員：161名</p>
<p>令和6年度 新規入院患者数：6,955人 外来患者数：48,889人 救急車搬入：2,261件 (応需率90%)</p>	<p>(令和6年4月現在)</p>

表1

令和6年4月の常勤職員数は693名で、内訳は①常勤医師67名(非常勤医師63名)、②看護師325名・准看護師20名、③救急救命士7名、④介護福祉士25名、⑤看護助手3名、⑥薬剤師30名、⑦臨床検査技師58名、⑧診療放射線技師18名、⑨理学療法士等23名、⑩管理栄養士7名、⑪社会福祉士9名、⑫事務57名等で、このうち嘱託66名・パート21名。他に委託・派遣職員161名が勤務している。

Ⅳ. 看護師不足

現在の看護師の年齢構成は20代33%、30代26%、40代23%、50代15%、60代2%で、平均勤務年数は11年7か月であった。

この10年間の看護師の退職者数は32～55名(平均42.7人/年)で、年間離職率は8.6～14.3%(平均9.9%)であったが、特に2019(令和元)年度(54名/13.7%)と2023(令和5)年度(55名/14.3%)の退職者が多く、20～30代で勤務年数5年以内が70%を占めていた。一方、この3年間に採用できた看護師数は20名前後と退職者数を補填できない状況が続き、10年間に看護師数は78名(19%)減少し、看護師不足から許可病床数406床のうち78床(19%)を休床せざるを得ない状況となった。

看護師退職者を対象に個別面談を行い、退職理由の把握調査を行ったところ半数は自己都合であったが、次いで看護部を含めた職場環境への不満が多かった。急性期病院として多忙な勤務の中で有給休暇が取れない、上司の看護師に相談しづらい等、若い看護師の離職理由の一部が判明した。今後は魅力ある職場環境づくりを進め、選ばれる病院へ変容することが求められている。

Ⅴ. 大分市の急性期医療の現状（図3）（表2）

県内には6つの医療圏が設定され、大分市は他の3市とともに中部医療圏を構成し、県人口の50%を占める。隣接する南部医療圏・豊肥医療圏から大分市への患者流入も多い。また中部医療圏の大分市周辺には大分大学医学部附属病院、大分県立病院、大分赤十字病院、大分医療センター等の救急医療・急性期医療の中核的な役割を担う公的病院が多く存在し、県内で外来・入院ともに最も充実した医療体制が構築された地域である。大分県地域医療構想会議(2025)では中部医療圏の高度急性期・急性期病床の過剰、回復期・慢性期病床の不足が指摘されてい

図3 大分県二次医療圏と人口(2022年)

二次医療圏名	構成市町村	人口(人)	面積(km ²)
東部医療圏	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町	195,330	803.77
中部医療圏	大分市、臼杵市、津久見市、由布市	556,289	1,192.39
南部医療圏	佐伯市	64,463	903.14
豊肥医療圏	竹田市、豊後大野市	51,947	1,080.67
西部医療圏	日田市、九重町、玖珠町	82,794	1,224.00
北部医療圏	中津市、豊後高田市、宇佐市	155,295	1,136.73
計(6圏域)	14市3町1村	1,106,301	6,340.70

人口は令和4年10月1日現在、面積は令和5年7月1日現在
資料：大分県「毎月変動人口調査」、国土交通省国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調査」



図3

表3 2024年度中部医療圏 基幹病院の体制と実績

	開院	病床数	診療科	医師数	看護師数	1日あたりの入院患者	1日あたりの外来患者数	救急車搬入件数	診療報酬加算
大分大学医学部附属病院	1981年(昭和56年)	618	34	—	736	479	1016	1,847	特定機能病院入院基本料
大分県立病院	1880年(明治13年)	557	34	154	607	421	817	2,639	急性期充実加算1
大分赤十字病院	1952年(昭和27年)	340	28	67	324	251	393	1,397	総合入院体制加算3
アルメイダ病院	1969年(昭和44年)	406	23	67	345	281	135	2,261	総合入院体制加算3 取り下げ

表3

表2 大分県中部医療圏 急性期100床以上の病院

2023年病床機能報告	高度急性期	急性期	回復期	総病床数
1 大分大学医学部附属病院	588			588
2 大分県立病院	117	392		509
3 大分赤十字病院	151	189		340
4 大分医療センター		225	60	285
5 アルメイダ病院	21	364		406
6 大分岡病院	6	197	大分リハビリテーション病院 120	203
7 大分中村病院	8	128	110	260
8 大分三菱メディカルセンター	6	112	72	190
合計	897	1607	362	2781

表2

るが、今後は人口減少が著しい隣接医療圏と連携したより広域的な医療圏域を想定した医療体制を検討する必要がある。

Ⅵ. 今後のアルメイダ病院の課題

逼迫した経営状況を改善するためには経費のマネジメントを徹底し、休床病床を速やかに復活させるべく、看護師はじめ医療スタッフに選ばれる魅力ある職場環境を整えていく必要がある。大分市医師会も准看護学校と看護専門学校の2校を運用し、看護学生のアルメイダ病院での実習も受けながら、両校卒業生のアルメイダ病院への入職者が極めて少ないことも改善すべき点である。

2050年の県内の二次医療圏の人口予想では、6医療圏全てで人口減少が進み、特に南部医療圏・豊肥医療圏は人口半減が予想され、2050年の人口はそれぞれ3万5千人と2万7千人と予想されている。この両医療圏から整備された高速道路を使うと、アルメイダ病院のある中部医療圏まで車で1時間以内の距離で、現在でも地域完結率は南部医療圏が約

70%、豊肥医療圏が約46%で、入院・外来ともに中部医療圏への患者流入は大きく、今後益々中部医療圏への医療依存度は増加するものと予想される。

一方、中部医療圏の大分市周辺には救急医療・急性期医療の中核的な役割を担う公的病院と民間病院が多く存在する(表2)。大分県地域医療構想会議では高度急性期・急性期の必要病床数は過剰、回復期・慢性期は不足と判断されている。表3に4つの基幹病院の2024(令和6)年度の概要をまとめたが、大分大学附属病院は特定機能病院入院基本料・DPC特定病院群、大分県立病院は急性期充実加算・DPC特定病院群を算定している。アルメイダ病院は総合入院体制加算3を算定してきたが、悪性腫瘍の手術件数の減少からコロナ禍後に算定できなくなった。中部医療圏の人口規模は約50万人で地方都市型に該当し、アルメイダ病院は急性期医療の中で3次救急医療を担ってきたが、今後は大分大学附属病院・大分県立病院との病病連携を行う一方、医師会会員医療機関との病診連携をさらに進め、そのハブ病院としての役割が医師会病院に求められてくるものと考ええる。

また、アルメイダ病院には地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟があり、大分市医師会では訪問看護ステーション、介護保険支援センター、地域包括支援センターを運営しており、これらの医療資源をもとに中部医療圏で不足する回復期病床や在宅医療を支援する体制を整備し、地域の医師会会員施設とともに「治し支える医療」を強化することも求められてくるものと考ええる。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第1分科会（医師会病院関係）

司会 鶴谷 英樹（群馬県医師会理事）

座長 黒木 康文（鹿児島県医師会常任理事／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. 霧島市立医師会医療センター（鹿児島県）

「公設民営医師会病院の新築移転 滑り込みセーフ？アウト？」

霧島市立医師会医療センター病院長

河野 嘉文

I. はじめに

当院は鹿児島空港があり県内2番目の人口を擁する霧島市の市立病院である。霧島市と始良地区医師会との間の管理委託契約にしたがって、経営責任者は霧島市長に、運営責任者は医師会長にある公設民営病院である。2025年2月1日に新築移転し、コロナ禍や円安による予想外の建設コストの上昇に、人件費増の影響も加わり、今後の債務返済が非常に苦しい時期になり、当地区の医療需要が減少傾向になる2040年までに返済しないと運営が困難になると予測される。今回は計画・移転と、まだ時間は短いもののその後の運営状況を報告する。

II. 当院の特徴

指定管理者制度を利用した公設民営病院は全国に30以上あるが、鹿児島県には地元医師会と契約している病院が2つある。契約内容はそれぞれであるが、当院は現行の地方公営企業法の一部適用による指定管理者制度を取っている。このように、霧島市と始良地区医師会は非常に緊密な連携をしているが、相互理解は完全ではなく、霧島市の公式文書に「民間の医療法人である始良地区医師会」と書いてあるのを見ると、医師会は医療法人ではないだろうと突っ込んだものである。

当院の資金の流れは次のようになる。毎年病院が次年度はこれだけ必要だという積算額を、事業計画

とともに医師会理事会に起案し、承認後に市の担当課が市議会に諮り、病院事業会計として認められて決定される。運営経費はその会計から支出されるが、病院には病院会計があり、これは毎年プラスマイナスゼロで決算される。赤字になっても黒字になっても霧島市病院事業会計のマイナスあるいはプラスであって、医師会や病院としては運営上非常に都合がよい形式をとっていた。ただ、診療報酬も支払基金から霧島市の病院事業会計に入るため、診療報酬の配分を当てにした計画を年度途中で実行することはできない。国からの各種補助金も病院事業会計に入り、病院会計に直接入るものはない。他の公立医療機関のような事業管理者という役職はないが、医師会長にその義務と責任が付託されている。院長も含めて全ての病院職員は始良地区医師会の職員であり、制度上職員定数はないため、必要だと判断したら定数の増減は医師会理事会の権限で可能である。もっとも、予算権限は市長にあるので、自ずと制限はあることになる。地方公営企業法の一部適用で指定管理者制度を取っていることは、資金の心配をせずに病院運営に関与できるということであり、世俗的な言い方をすれば、医師会のいいとこ取りとも思われる。

III. 新病院の建設

新病院建設過程を図1に示した。2000年7月に当時の国立霧島病院が当時の霧島市隼人町に移譲さ

新病院建設過程

- 2000年7月 国から移譲
- 2012年 基本構想
- 2016年 霧島市立医師会医療センター在り方等検討委員会再開
- 2018年 新基本構想策定(100億円を想定)
- **2021年7月 競争入札** (落札価格 約108億円)
- 2022年9月 起工式延期
- 2022年12月末 契約締結 (契約金額 約121~125億円)
- 2023年1月 起工式
- **2024年10月末 竣工**
- **2025年2月1日オープン** (建築・移転に164億円)

図 1

れ、町立単人医療センターとなり、合併後の霧島市に引き継がれている。国立病院時代はもちろん大赤字で国が手放したが、公設民営化後は医業収支単独で黒字の時代がずっと続いたようである。なぜ黒字だったかというのはいろいろな要因があるが、民営化後に採用した職員が若く、人件費率が一気に低下したことが最も大きかったようだ。職員の頑張りや順調な経営ができ、その中で昭和40年代に建築された病院の新築計画が開始された。2018年に新基本構想を策定して、およそ100億円で建物を建てようという計画になった。2019年に霧島市が設置した新病院施設整備委員会の最終決定を議会が承認し、2021年7月に競争入札で久米設計、大成建設との組み合わせで108億円で落札された。ところが、その後、ロシアのウクライナ侵略や極度の円安の進行で、人件費を含む物価高騰の時代になり、2022年9月の着工時には約145億円必要ということになり、起工式を延期して再交渉があり、2022年12月末に121億円から125億円で契約が締結された。2023年1月に着工し、予定通り1年10か月で竣工でき、3か月後の2025年2月1日に移転オープンした。その後の社会情勢から考えると、表題通りの滑り込みであった。

この途中の2023年頃から、コロナによる患者数の激減などの事情で、霧島市で今後の赤字のことが問題になった。新病院が目に見える頃には医療収益の減少も相まって、深刻な現実問題になりつつあった。移転オープンは2025年1月4日として、年末年始で移転すべきだと提案したが、準備を優先するコンサル会社の言い分で、2025年2月1日になった経緯がある。結局、年末年始だけでなく、1月中

設計コンセプト

(抄録集に掲載)

1. 患者への看護が行き届く全室個室型病院
2. 患者・家族等利用者の視点にたった、快適な療養環境の提供
3. 地域医療支援病院として、診療機能を効率的に発揮できる機能的な病院
4. 地域災害拠点病院として、安心・安全で災害に強い病院
5. 工事中の既存病院の診療継続に配慮した建て替え計画と、将来増築への対応
6. 末永く市民に親しまれ、安心の拠点となる建築デザイン

デザインコンセプト

新病院は先進的な医療施設としての佇まいに「霧島らしさ」を「和える」ことで、先進性と地域性の双方の魅力を引き出し、悠久の歴史を引き継ぎ、次世代へとつなぐ新たなデザインを目指す

延べ面積	27,182 m ²	階数	地上6階、地下なし
病床数	254床	診療科	24科

(霧島市立医師会医療センター施設整備基本計画 2019年3月)

図 2

旬から2月中旬は移転のために診療を抑制せざるを得ず、新病院で本格的に診療ができるようになったのは2025年3月からであった。最終的に建築移転および機器更新などで、合計164億円必要となった。

図2に、2019年3月にでき発表した新病院の設計コンセプト、デザインコンセプトを示した。これが市議会を通った計画だが、その中で最初は「患者への看護が行き届く全室個室型病院」、つまり全室個室で「無料」という表現で記載されていた。その病院の希望も踏まえて議会で承認され、計画にそって建築は開始された。病床数は変わらず254床、急性期が200床である。診療科は計画開始時の2016年は13科であったが、最終的に24科となった。当医療圏には高度急性期病床がないため、10床HCUを計画に組み入れた。全室無料個室は少し改定され、11床の有料個室が設置された。

IV. 地方都市における公立病院運営

当地域の医療ニーズとして、まずは救急医療の充実があった。次に、がん医療、脳血管疾患への対応、循環器疾患(含CCU)への対応があり、加えて政策医療の小児、災害医療、へき地医療等へ対応を担っている。これら多彩な機能を備えるには医療人材の確保が最重要課題になる。県庁所在地でなく、人口減少地を周辺に抱えた状況も踏まえ、継続的な医療者確保の目的もあり、PET-CTとda Vinciを導入した。

当院は鹿児島空港から車で約10分のところであり、鹿児島県の離島地域からの定期便による受診行動もある程度は期待できる。これまでも、羽田発那覇行きの飛行機の中で具合が悪くなって鹿児島空港

に臨時着陸する場合、患者は当院に救急車で搬送されたり、韓国や中国との国際便も発着しており、医療通訳のシステムも確立している。地域に求められる病院機能を強化するべく進めてきたが、いざできあがる段階には膨らんだ工事費、移転費、それから新規購入費、少なく見積もっても44億円は予算オーバーしていた。全室個室に建築コストがかかったのか、十字型の病棟配置で建築費が増したのか、原因はいろいろ考えられた。実際には、ほぼ全ての資材や一部の建設労働力も外国に依存しており、ウクライナ紛争で流通がうまくいけなくなり、円安で資材が高くなったことが大きな要因だと思われた。これまで、黒字で20年過ごしてきた職員は、急に赤字に変わったということで、戸惑っている面もある。

振り返って、2019年に松阪市民病院の総合企画室が、**図3**のような発表をしていた。自治体病院が赤字になる原因を的確に示している。当院も自治体病院だが、公設民営なので全てが当てはまるわけではないが、職員の危機意識の欠如、病院新築の際の高額な建設費、隠れた人件費としての委託費などは全く同じであり、思わず笑ってしまった。特に、病院新築の際の高額な建設費については、自治体病院の場合には最初に「建設ありき」で計画をし、医業収益以上に豪華な病院を建設する傾向にある。2019年の段階で公立病院の平均の1床当たりの単価が3,300万円というデータがあったらしい。民間病院では1,600万円と言われていたのが、当院は最終的に4,921万円となった。しかし、設計・建設会社に言わせると、2025年の状況では5,000万円/床では絶対に建たないと言われていたらしい。この面でも、アウトかセーフかは別にして「滑り込み」であった

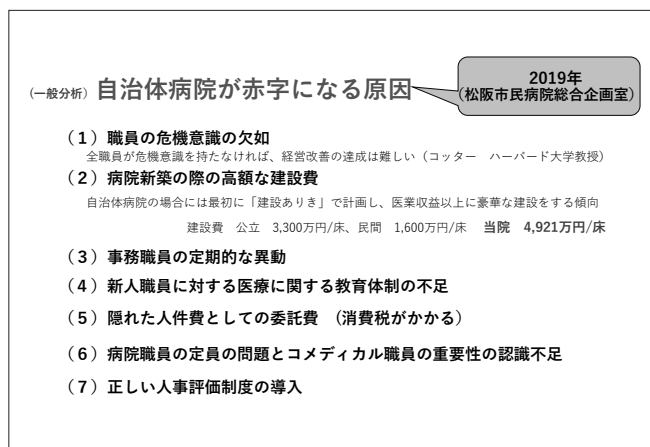


図3

ことは事実のようである。2025年7月21日の『週刊現代』に、全国公立病院「赤字ランキング100」が掲載された。事実かどうかは不明であるが、当県で最大の公立病院が28位の33億円の赤字と指摘されている。あの場所で、あの機能で、県内全域から患者を集める公立病院が赤字なら、いったいどの公立病院が黒字なのかと考えてしまった。また、なぜ当院の財政事情はマスコミ報道されないのか、影響力がない病院だからか、などと僻んだ考えにもなった。

救急をはじめとして、従来この地区で十分ではなかった医療を提供するという趣旨で整備してきたが、今後はどのような方向に進むべきか悩みどころである。新築移転費用の元本返済は2030年からで、自治体病院の病院建設費負担は50%と言われている。25%は国が負担し、25%は自治体が負担することになるらしい。民間病院よりはずっと楽な話だが、不採算部門を担当すべき公立病院であり、収益効率だけを考えた病院運営は難しい。

難しい課題は他にもある。医療者の確保である。当院医療圏の病院はほとんど外科手術を縮小してきた。整形外科と脳外科の単科病院はあるが、腹部や胸部の手術は実施していない。これは鹿児島県全体の麻酔科医不足と、収益効率の悪さが問題だと考えている。当院は、麻酔科医が常勤1名しか確保できていないが、非常勤医師の協力で全麻手術は年間1,500件実施している。しかし、働き方改革の影響で時間外手術はできない。

V. 新病院効果

夢のある新病院計画は、総じて拡大路線であった。この間に、看護師がやっと54名増加、医師は27名増員できた。新病院効果は既に現れており、看護師の募集に対する応募者が多くなり、即戦力である経験者も増えている。何より、職員が楽しく前向きに働いている。全室個室で感染症のアウトブレイクもなく、診療科ごとの病床数は目安であるとし、空いている限り疾患、性別、年齢の区別なく入院してもらうことができるようになった。

VI. 今後の課題

当地区の医療ニーズは2040年まで減少しないことになっているが、このような国の予測は前倒しになると考えるべきである。全国の出生数を見ても、

5～10年は前倒しになっているので、2035年ぐらいには医療ニーズは激減すると予測する。そうであれば、建設移転費用の償還を30年で計画することは不可能である。それから、設置者である霧島市は当病院の収益増が市の国庫財政を圧迫するということを想定しておらず、現在は収益増が最優先事項になっている。当病院が収益増を実現すればするほど、受診の3分の2を占める国保患者の医療費が増加し、結果として市の国保財政を圧迫する状況になる。この2点について、適切な対応策はあるのだろうか。

霧島市と始良地区医師会は既述の如く指定管理者制度で協定書を取り交わしている。これまでは黒字運営で問題になることはなかったが、今後の契約更新時には、誰が借金を払うのかということを正確に決めて契約することが重要である。当然のことであるが、その詳細がわかりにくい表現の契約書で更新されてきたと推測する。公式文書に「経営に関する責任は設置者である霧島市長にあり」と、「運営者である始良地区医師会の責任は、医療センター職員の綱紀粛正に関することと医療事故に関すること」と記載されてきたが、今になって医師会は資金的な

公設民営の欠点

- コンサル会社による甘めの事業シミュレーション
- 市民の要望を入れ膨らむ病院計画
- 誰が払うかの責任の所在のあいまいさ
- 自治体病院経営の問題整理が不十分

公設民営の利点（医師会の立場）

- 管理者として始良地区医師会は土地建物に関する責任はない
- 病院職員は始良地区医師会職員（定員なし）
- 地域医療計画を医師会中心に展開できる

私見

in my opinion
persönliche Meinung
opinion personelle

図 4

責任を果たすべきではないかという雰囲気を感じられる。私見ではあるが、公設民営の利点と欠点を図4に記載した。

いずれにしても、公設民営の契約は仔細にわたって相互理解と合意が必要である。ここには、「民のノウハウを用いて」効率的に運営するという公設民営の本来の趣旨が、医療に関して成立するのかという根本的な議論の必要性を感じる。

第1分科会（医師会病院関係） 質疑応答

司会 鶴谷 英樹

（群馬県医師会理事）

座長 黒木 康文

（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

それでは、ただいまより各先生方へのご質問をお受けしたいと思います。ご質問される先生は、ご面倒で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。それでは、どうぞ。

○増田幹生（東京都医師会理事）

今までのように診療報酬も担保され、医療需要も十分あった時代はよかったです。これから行政とどのように交渉したらよいのか、ビジネススクールの後輩などに聞くと、市場原理という話が必ず出ます。医療業界ほど市場原理が成り立たない世界はないと思います。赤字の病院は潰れてよい、医療需要の少ない地域には病院はなくてよい、ということはありませんが、人材に関しては完全に市場原理で流れていきますので、それが医師偏在に拍車をかけているわけです。各都道府県で非常に状況が違う中、全国一律の診療報酬で対応するのは、もはや無理ではないかと感じております。警察や消防は地域の安全を守るために必要なものであり、赤字でも関係ありません。医療機関も同じ考えだとすれば、医療需要がある東京都で、公立病院の赤字のトップが東京というのは恥ずかしい話ですが、地方はもっと大変で、県や市区町村と交渉して助成金で地域の医療インフラをいかに確保するかが重大な問題だと思っております。現在そういう枠組一つないと思っております。休日診療などは患者さんの少ない時期はやらなくてよいのか尋ねると、市区町村は否定し、赤字でもその分を補てんしてくれますが、これからは医師会病院のそういう目線が大事ではないかと思っております。河野先生のお話を伺い、本当に大変だったと思っております。その辺に関して公的資金、要するに市区町村や県からの資金をある程度担保して、地域の医療インフラを守ることに、どのようなお考えかお聞きしたいと思います。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

河野先生、お願いいたします。

○河野嘉文（霧島市立医師会医療センター病院長）

私どもの病院は、黒字の時代に、国からの補助金を40%しか当院に入れてなかったという特殊な事情があります。100%入れてくれていたら内部留保がかなりできていたということで、今回の赤字に関しては霧島市が全面的に面倒を見てくれると思っております。ただ、鹿児島県内でも霧島市は人口12万人ぐらいと2番目に大きい都市で、空港や京セラ、ソニーという大きな工場もあり、鹿児島市以外の市町村の中では裕福な方だと見られております。大変ではあります。2040年までには何とかしたいと思っております。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

他の先生方で、自治体等の補助金やいわゆる運営費の交渉等などについていかがでしょうか。

○増田幹生（東京都医師会理事）

赤字分を医師会が負担している病院もたくさんあると思います。東京都医師会では、医師会病院が赤字で経営を圧迫していることが問題になっています。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

大分市医師会では1人当たり200万円出資金を募り、それが3億円から4億円くらいになっております。それを医師会から病院に貸し付けていますが、赤字を医師会が補てんすることは今までありませんでした。ただ、経営は非常に逼迫しているため、これからどうなるか心配しております。市からは救急医療や看護教育関係で、年間約1億円の補助が入っている程度です。

○都丸浩一（伊勢崎佐波医師会副会長）

伊勢崎佐波医師会では、入会時に病院運営費という名目で100万円単位のお金を集めますが、それで赤字を補てんするということはありません。市からの補助金約1億5,000万円を補てんしており、現在、幸運にも黒字になっています。

○深田悟（鳥取県中部医師会理事／鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長）

鳥取県中部医師会でも赤字補てんはありません。今のところは内部留保があり、一昨年は赤字でした。

が、昨年は黒字でした。県や町からの補助金は、コロナ禍以降ありますが、赤字を補てんするほどの金額ではないため、何とか自分たちで頑張っているというのが現状です。ただ、今後を考えた場合に、単独での運営はどうか、周りの病院との地域医療構想も兼ねた話し合い等を進めていくことになると思います。

○増田幹生（東京都医師会理事）

ありがとうございます。東京の方が多分、経営が厳しいです。民間病院は公立病院以上に赤字が酷く、かなり厳しい状況です。東京都と折衝して、昨年は補助金が民間病院全体で300億円ありましたが、それでも厳しく、これからは各都道府県で、地方分権でやっていく必然性が出てくるかと感じております。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

医師会病院は、市議会の議決によりますが、各自自治体から準公的な病院として約1億5,000万円から1億6,000万円の補助金は手立てできると思います。地元は鹿児島県の田舎ですが、その医師会病院も年間約1億3,000万円の補助金をもらっております。医師会の設立時に私も連帯保証人としてハンコを押していますので、つぶれないよう頑張りたいと思っております。他にいかがですか。どうぞ。

○田口利文（都城市北諸県郡医師会長）

河野先生のところの医師会病院は、新築したことで医師や看護師がたくさん集まったということは、非常によかったと思います。私のところは隣町で、同じ規模の医師会病院を運営していますが、そういうお金を入れて少しでも魅力ある施設にしたいと頑張っています。先生のところは稼働率が90%ですが、我々が一番苦勞しているのは、県庁所在地ではない地方都市で救急をやめるわけにはいかないということです。年間三千何百台の救急車を受け入れています。後方の受け入れ病院がどんどん少なくなり、苦勞しています。先生のところは出口の方はうまく連携ができていますか。

○河野嘉文（霧島市立医師会医療センター病院長）

医師会による運営のため、とてもうまく連携できていると自負しております。ただ、受け入れてもらう関連病院の理事長や院長は承諾してくれても、実際、循環作動薬がもっと減らないと受け入れないなど、現場との調整は難渋することが多いです。会員

医療機関と当院との関係は大変よく、90%というのは全室個室になってから達成できたことで、4人部屋や6人部屋の時代は難しかったです。救急車は去年3,600台か3,700台ぐらい受け入れていますが、入院率は50%ぐらいで、軽症も救急車で運ばれてくるため、効率的ではないと思います。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

他の先生方のところでは、下り搬送に関する受け入れはどのような状況ですか。石和先生、お願いします。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

幾つかの回復期や慢性期の病院と医療連携室が連携をとって、下り搬送しております。特段、困っているという声は聞いておりません。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

私の地元の医師会病院も、介護施設で下り搬送を受けている状況です。地域に有床診療所が1つしかなく、病院はほぼフル回転で、在宅を行おうかと言っていますが、独居老人が多く、訪問看護師もなかなか24時間受け取れないということで、いわゆる末期の方々をどうするか、地域医師会としても非常に頭が痛いところです。

○市来能成（宮崎県医師会常任理事）

河野先生に1つお伺いいたします。公設民営ということで、給与表は人事院勧告で変わりますが、医師会独自で給与表を決められているのか、地方公務員の立場に準じて給与を上げているのか、いかがでしょうか。

○河野嘉文（霧島市立医師会医療センター病院長）

本院は人事院勧告には従わなくてよいらしく、始良地区医師会で勝手に決めて構わないということなので、職員の不満は当然あるかと思えます。

○市来能成（宮崎県医師会常任理事）

私どもも同じ考えで対応しております。また、全室個室にしてから稼働率がとてもよくなったというお話ですが、うちの病院は背に腹は代えられないため、今年は個室料金を値上げしたいところですが、先生のところは無料でしょうか。

○河野嘉文（霧島市立医師会医療センター病院長）

基本無料ですが、見晴らしのよい桜島が見える部屋11床だけ5,500円の有料個室で、その稼働率

は50%行くか行かないかです。田舎のため、5,500円でも入ってもらえません。職員としてはここも無料にしてほしいと思っていますが、条例で有料個室5,500円と決まっております。何年間かの実績をもって議会にかけ合おうと思っていますが、まだ半年しか経っていないため、何とか頑張してほしいという思いです。

○市来能成（宮崎県医師会常任理事）

ありがとうございます。次に、石和先生にお伺いたします。私どもの医師会では、医師会病院は急性期をやっています。医師会病院が地域包括ケア病床をつくることに対して、会員の先生方から、それは自分たちがやるので医師会病院は急性期だけでやってほしいと言われます。そのため、稼働率があまり上がらず経営が厳しい状況ですが、先生のところは医師会全体で話し合って地域包括ケア病床をつくられたのですか。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

地域包括ケア病床は私の先輩方がつくられ44床ありますが、現在は看護師不足で25床で運用しています。国が悪性腫瘍の手術件数など縛りをつけてきて、梯子を外された感じです。地域包括ケア病床を持っていると総合入院体制加算3は取れないということで、問題になっています。ただ、地域包括ケア病床をつくる時に会員から反対があったという話は、特に聞いていません。

○市来能成（宮崎県医師会常任理事）

ありがとうございました。次に、救急の応需率が86%と言われましたが、私どもの医師会病院は80はなかなか行きません。上げるための工夫などありましたら教えてください。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

最近では90%ぐらいまで上がっています。三次救急をやっているため、夜間など手術対象になる患者さんも来られますが、麻酔科医が少し減ったため夜間は手術ができないなど縛りがあります。また、脳外科医が今1人しかいないため、なかなか対応できないこともあり、ある程度フィルターをかけるような状態になっています。ただ、大分市の中部医療圏では、大分県立病院が年間2,800台ぐらい受け入れ、次がアルメイダ病院ということで、救急部はかなり頑張っています。救急部長が各診療科部長になるべ

く断らないよう指導しており、それで90ぐらいに上がってきたという状況です。

○市来能成（宮崎県医師会常任理事）

ありがとうございました。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

他にどなたかいらっしゃいますか。

○大迫政彦（鹿児島市医師会病院長）

医師会病院に管理者として勤務しておりますが、開設者は鹿児島市医師会長で、多分に漏れず、かなり経営が厳しい状況です。設立時に、先生方がおっしゃったように、会員からある程度の資金を集めて建設し、借金は返し終わっております。その後の余剰金がありましたが、10年ぐらい赤字が続いております。先ほど黒木座長がおっしゃったような連帯保証人はおりませんが、病院の資金が尽きたら閉めるという医師会の方針を会長からも伝え聞いておりますので、できるだけそうならないようにと考えておりますが、今後どこの医師会病院でも似たような状況が起こるのではないかと想像します。壇上の先生方を含め、それぞれの医師会の今後の運営のスタンス、経営が危機に陥った時はどういう対応をするのか、各病院でご相談されていることがあれば、参考に聞かせていただければと思います。

○都丸浩一（伊勢崎佐波医師会副会長）

当院では、今、補助金等を入れて何とか黒字という状況です。内部留保も比較的ありますが、やはり医師、看護師を中心として人材が集まらない点が大い問題であると考えています。今後、当院の地域での立ち位置を模索しながら、高齢者救急あるいは慢性期医療、そして健診の方に力を入れてやっていくことで、何とか今の状況を保っていきたいと考えております。

○深田悟（鳥取県中部医師会理事／鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長）

鳥取県中部医師会はまだ内部留保がありますが、ゼロになった時にどうするかということは、今後医師会の先生方と考えていかなければいけない問題だと思っています。そうならないよう何とか収益を上げられるように頑張るといふところと、周辺の地域の病院と連携を取ってワンチームとなれるように働きかけていきたいと思っています。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

アルメイダ病院は、会員の先生方を集めた運営委員会を毎月1回開催しており、そこで病院の経営状況を必ず報告しています。病院長はじめ幹部はみな出席するため、今の状態がどれほど大変かということは情報共有しようと思います。医師会総会にアルメイダ病院の財務諸表を出すため、キャッシュフローが減っているのではないかと指摘される先生もいらっしゃいますので、大変だと言われると内部も頑張り、会員の先生方の紹介も増えると思っています。

○河野嘉文（霧島市立医師会医療センター病院長）

当院は10年以上前から、当院の主治医と地域の会員による2人主治医制ということを広報してきました。100%うまくいっているわけではありませんが、今のところ地域の会員の先生方が当院を頼りにしているという状況があるため、いろいろな工夫ができるのではないかと考えております。しかし、当院を頼らなくてもよいような状況になった場合は、難しいと思います。鹿児島市医師会病院の周りにはたくさんの大規模な病院があるため、会員の先生方がどれだけ本院を盛り上げる意欲があるかということにかかっているのではないかと思います。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

県都にある病院と地方にある医師会病院とでは、設立趣旨が全く異なると思います。私の地元は小さな地域ですが、会員の基幹病院、いわゆる後方支援病院として医師会病院はしっかり役割を果たしてい

ますが、赤字はどうにもできない状況で、今後の方向性として公設民営化を医師会で話し合っているところです。ただ、設立時の先生方が文句を言わないのであればというのが話を進める前提です。他にご質問はありませんか。先生方のところで、看護補助者について外国人材の雇用、または人材派遣会社から職員を雇用している事例はありますか。

○石和俊（大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長）

アルメイダ病院はそういう事例はありませんが、看護補助者はどこの病院も奪い合いになっているのが実情だと思います。

○黒木座長（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

医師会病院が地域で売り上げを伸ばして黒字になると、周辺の会員の先生方の足を引っ張るということで、会員から在宅を行ったら困るとか、訪問看護ステーションをつくってもらっては困るという意見もありましたが、医師会病院が赤字になると会員もだんだん黙ってきて、在宅にシフトしないと難しいのではないかという感じにはなっているようです。それでは、そろそろ時間になりましたので、司会の鶴谷先生にお返しします。

○鶴谷英樹（群馬県医師会理事）

皆様、お疲れ様でございました。座長の黒木先生、シンポジストの都丸先生、深田先生、石和先生、河野先生、どうもありがとうございました。以上をもちまして第1分科会を終了させていただきます。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 佐藤 雄一（群馬県医師会理事）

座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

1. 高崎・地域医療センター（群馬県）

「検査健診センターにおける地域住民のための、一体感のある連携（自治体・医師会・医療機関）」

高崎市医師会副会長 高崎・地域医療センター業務執行理事

田 村 仁

I. はじめに

鶴舞う形の群馬県の中で、高崎市は南西部に位置して東西に長く、人口は37万人余りで県内最多となっている。南東部は主に平地で市街地の中心があり、北西部は里山と森林が広がっている、ごく普通の地方都市であるが、新幹線をはじめとする鉄道と、高速道路の交通インフラが整っているのが特徴である（図1）。

平成の大合併により、高崎市の行政区域が旧群馬群の群馬町、榛名町、倉渕村、箕郷町、および多野郡であった吉井町、新町に広がった。しかし、市内の医療機関が所属する郡市医師会としては、合併前の旧高崎地域は高崎市医師会、旧群馬群は群馬郡医師会、吉井町、新町は藤岡多野医師会、と3つの組織の併存状態が現在も続いている。自治体の保健医

療・健康増進事業をスムーズに進めるためには、この3医師会間での協力・調整が不可欠となっている。

II. 高崎・地域医療センターについて

高崎・地域医療センターは、高崎市医師会の外郭団体として、4階建ての建物を新築して昭和50年に設立された。その中に事務室、診察室、検査室、会議室、イベントホールなどがあり、3階の部分に高崎市医師会の事務局が入居していた。設立間もない頃の事業として、建物の前にレントゲンバスを停めて行っていた胃の集団検診や、昭和の時代の乳児健診の風景、骨董品のような遠心分離機や検査機器が並んでいた検査室の様子などが、今でもアナログ記録として数多く残っている。

そして、当センターの一大転機が、中核市となった高崎市が新たな健康増進事業として平成23年に設立した高崎市総合保健センターへの移転である。総合保健センターは、旧地域医療センターから道路を一本挟んだ隣の6階建て免震構造で、1階から4階までが保健所機能を持ち、5階と6階が中央図書館という複合施設となっている。この建物の1階から3階までの一部を間借りする形で地域医療センターが全面移転し、各種健診・検診、臨床検査、夜間休日急病診療を中心に事業を行っている。また、3階には医師会の事務局と高崎歯科医師会、薬剤師会の事務局も入居しており、それらと保健医療行政の現場との連絡・相談がスピーディーに行える環境に



図1

ある(図2)。

法人制度の変更を機に、地域医療センターは平成25年からは公益社団法人となり、またつい最近、令和7年5月には設立50周年を迎えた。この間に業務内容には様々な変遷・変容があったが、市民や行政からのニーズに応えるべく工夫をしてきた。その幾つかについて紹介を行いたい。

Ⅲ. 住民健診・検診の概略

20歳以上で住民登録のある全ての市民は、高崎市の健康づくり受診券というものを使って、成人健診を受けることが可能である。その内容としては、肺がん・胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がん・前立腺がん検診、骨量検診、肝炎ウイルス検診、そして特定健診・若年者健診となっている。

受診者はこれらを行政が所有する公共施設において集団で受けるか、各医療機関で個別に受けるかを任意に選択可能である。また、当センターでは数多くの日程で、複数のがん検診を同時に受診できるがんセット検診というものを実施している。そして個別検診とがんセット検診においては、血液検査の解析や画像処理の部分を全て当センターで一元管理するシステムになっており、どこで受診しても精度が均一化された検査を受けることが可能である(図3)。

Ⅳ. 乳がんマンモグラフィー検診

当センターが係わる各種がん検診の中でも最も特徴的なのは、乳がんマンモグラフィー検診において、画像データの一元管理とフィルムレス読影システムを構築したことである。平成23年度に、高崎市の個別検診を委託されているマンモグラフィー撮影認定11施設全てのデジタル化が完了した。これを機会に、検診画像をデジタルデータで当センターに集

積し、複数の医師でのモニター読影が効率よく行えることを目指した。各施設の機器や撮影条件の相違で困難な問題が多々あったが、最終的に画像表示が高度に均質化され、過去画像との比較読影も容易となり、検診精度向上に大いに役立つこととなった。

画像の一元管理において非常に重要な個人識別の工夫として、各施設で付けた受診者のIDと検診情報は、市民健診番号にマッチングさせてPACSサーバーというものに保存する。その具体的な情報は別の場所に移しておくが、画像がどの施設でいつ撮られたものかが即時にわかるように、トレーサビリティが担保されている(図4)。

検診内容のデータは、行政のデータベースとつながらない仕組みになっているので、医療的な個人情報を守られ、また画像管理サーバーについても、冗長性とセキュリティのあるシステムを導入した。

このシステムにより、フィルムの架け替えや検診結果の紙記入もなく、画像をモニターで読影し、必要があれば直ちに過去画像と比較、そしてレポートシステムに結果入力で完結という仕組みになった。

こうした方法で読影の精度向上を図った結果が、乳がん検診精度の統計推移に表れている。モニター診断がスタートした平成23年度は要精検率が目標

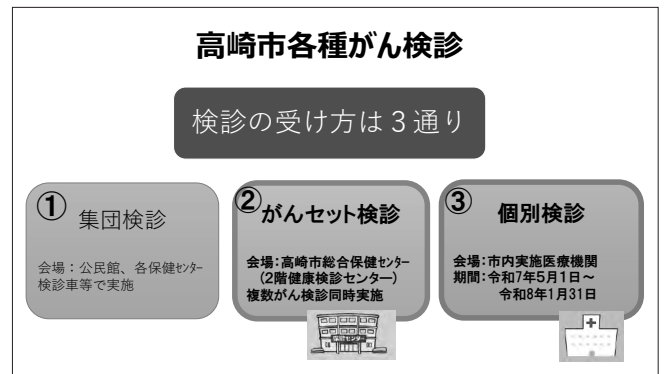


図3



図2

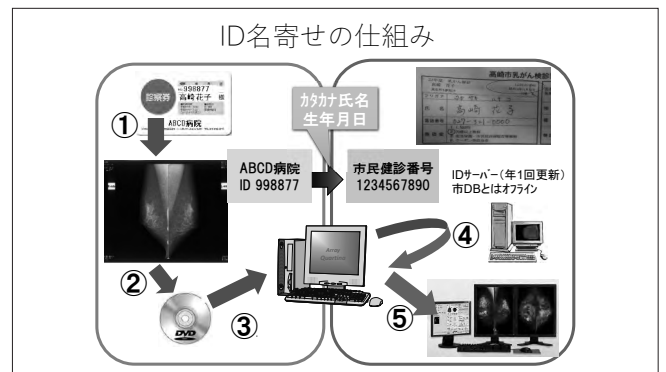


図4

値よりやや高かったが、比較読影を開始した平成25年度以降、明らかに改善された。陽性反応的中度も10%を確実に超えているだけでなく、15%を超える年もみられるようになった(図5)。

V. 病理・細胞診部門

もう1つ、がん検診の中で力を入れている部門に病理・細胞診検査がある。これは主に子宮がん検診で、現在では個別検診の検体全てを当センターで集荷して細胞診断を行っている。

総合保健センターへの移転後ただちに病理診断部門を立ち上げ、検査機器を整備し、技師スタッフも確保して体制を整えた上で、それまではすべて外部委託していた細胞診断を開始した。子宮がん検診ではいち早くLBC(液状検体)法での検査導入を決め、当初は従来法であるスライドガラス法と液状検体両方を作成して比較することから精度を確認する試みを始め、翌年度からは検診や診療における細胞診が全面受託可能となった。さらに、嘱託病理専門医の指導を受け、精密検査検体を中心に病理検査にも注力してきた(図6)。

細胞診断に非常に大切な精度管理について、当センターでは検査開始当初から精度管理委員会を立ち

上げて、毎年数回開催をしている。高崎市医師会員の協力を得て、要精密検査の組織検体ほぼ全ての委託を受けることができ、その結果を基に外部の有識者や行政の担当者も含めた委員会で検討・議論を行い、助言を得ている。

VI. 急病診療所

高崎市より指定管理者として業務委託されている夜間休日急病診療所は、総合保健センターの1階にあり、専用の出入り口を利用している(図7)。内科・小児科は夜間365日、休日は小児科と婦人科・整形外科の一部の診療も行っている。

コロナ禍に際しては、建物の構造上の理由から換気設備を増設することができず、人員配置の問題もあってウイルス関連の検査ができなかったため、受診者が激減した(図8)。

しかし、市民や行政からの要望に何とか応えるため、診療検査が特に手薄になる土曜日の午後と日曜日に発熱外来、PCR検査センターというものを開設することになった。設備の問題は解決困難であったため、診察とウイルス関連検査はすべてテラスとレントゲンバスを利用した屋外での実施、という形でやらざるを得なかった。この事業は行政の要請に

	平成23年度	平成24年度	平成28年度	令和5年度
受診者数	5,879	5,479	6,216	7,448
異常なし	5,219	4,949	5,890	7,088
要精検	415	323	235	278
MMG読影カテゴリⅢ↑	7.1%	5.9%	3.8%	3.7%
発見癌	31	37	39	34
(発見率)	0.53%	0.68%	0.63%	0.46%
(陽性反応的中度)	7.5%	11.5%	16.6%	12.2%

高崎市保健所健康課より資料提供

図5



図7

年度	概要
平成24年9月	特定の医療機関において細胞診検査業務を開始。
平成25年度	高崎市子宮がん検診における細胞診検査の全面受託を開始。細胞診断精度管理委員会を発足。
平成26年度	30歳および35歳を対象とした高崎市子宮がん検診 HPV併用検査を開始。
平成28年度	病理組織検査を開始。あわせて病理細胞診検査システムを導入。
令和2年度	LBC法を「BD シュアパス」へ変更し、関連システムを導入。
令和8年度(予定)	病理細胞診検査システムのリプレイスを予定。

図6

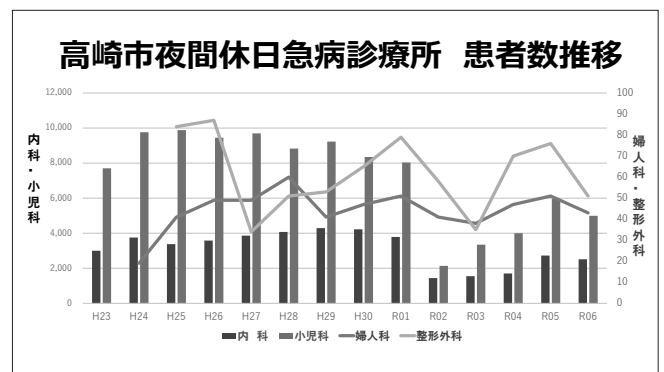


図8

応じて令和5年8月まで継続した。

Ⅶ. 検査検診センターとしての今後の課題

今後働く高齢者が確実に増加していくことは明らかで、労働市場では女性と高齢者がますます重要な戦力になると思われる。そこで、パートタイム労働や非正規雇用の方の健康管理のため、特定健診受診への啓発と、窓口を広げることに力を入れていく必要があると考えられる。また、各施設での特定健診の結果は全て当センターに集積されることになっているが、それをいかに特定保健指導に結びつけるかが課題である。各医療機関での実施も時間や人員の問題で限界があり、指導が充実しているとは言えない現状がある。

また、検査検体の集配ということについて、当センターでは設立当初から平成の大合併後も、高崎の行政区域内医療機関全てに行うということを徹底している。その数は現在202施設になっており、健診・検診・臨床検査の業務を遅滞させないためには、経費上昇と人員確保の難しさという課題が常にある。しかし、検査費用の増額や集荷料を新たに徴収することなく、最大限の組織内努力によって、医師会員の検診検査・検体検査をより一層引き受けられるようにしていきたい。

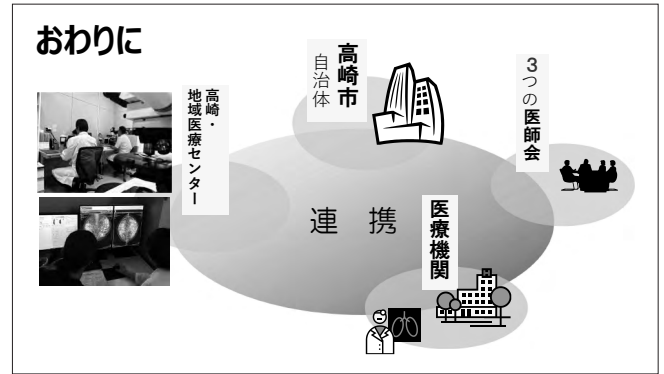


図9

Ⅷ. おわりに

3つの医師会が一つの行政区域に並存しているという特殊な事情の中で、市内どの医療機関で受けても同じ精度の検診ができる状態を維持し、高齢化が急速に進む中で住民の健康寿命の延伸にさらに寄与していくことが、当センターの最も重要な役割と考えられる（図9）。

今後も検診・臨床検査・急病診療所の3本柱の業務を遂行していくためには、同じ建物内に保健所機能が入っているというメリットを活かして、行政との密な連携が欠かせないものとなっている。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 佐藤 雄一（群馬県医師会理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

2. 石川県医師会臨床検査センター（石川県）

「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

石川県医師会理事
齊 藤 典 才

I. はじめに

当センターの収益は、保険診療を中心とした一般検査事業が34.5%、自治体健診のうち医療機関で行う個別健診事業が45.3%、その他健診事業（加賀市の集団健診+学校健診+事業所健診等）が20.2%という構成になっている。また、当センターを利用している医師会会員の割合は、一般診療分で34～35%程度、特定健診で73～75%程度となっている。職員構成は、通年雇用が60名のうちパートスタッフは35名、出向健診は主に非常勤職員に依拠しており約30名で、その職員がローテーションを組んで年140～160回の出向健診を行っている。繁忙期には、短期雇用として10～15名の方が集荷・データ登録・書類仕分けに従事している。

II. 当センターを取り巻く外部環境

石川県の場合、民間に関しては、全国チェーンのBMLやSRL、ファルコに加え、金沢市に本拠を置き長岡、新潟、前橋にもラボを有するアルプがあるなど群雄割拠の状態であり、一方で公的な機関としては予防医学協会や成人病予防センターもある。当センターはこうした競争の激しい地域の中でサービスを提供しているが、コロナ禍以降は受託検体数の伸び悩みに直面している。その上に、試薬費・消耗品費・電気代の上昇や採用難、人手不足が重なっている。

こうした状況下で、これまで以上に各職員のしっかりしたコスト管理意識と時間管理意識が求められているのではないだろうか。そのために組織内で連携を高め、今ある資源、人や設備、情報、これらが無駄なく工夫して活かしていく、つまり、考え方を变える、意識を变えることによって、外部環境の変化に柔軟に対応できるよう内部環境を整えることが大切と考えている。

III. 我々の前に提示された課題に対する対応

この考え方を变えるというのはどういうことか。これまでであれば、例えば、機器の更新であれば、従来業務の再現性を維持するというで従来通りという対応をしてきた。職員の補充に関しては、退職した人数分をそのまま補充する、これは慣例的な考え方。人手不足の集荷については、本当は営業で回ってもらわないといけない人に休みの日に出てきてもらう、つまり、休日出勤で対応する。その上で、応募をかけて直接採用面接を行う。こうした対応をずっと繰り返してきた。これまで行ってきた従来通りというのは、業務改善の観点から言うと、むしろ後退ではないかと考えている。業務に伴う疲弊や過去の仕組みに囚われてしまい、組織としては悪化したとも捉えられる。そうではなくて、継続的に業務を改善していくことが大事なのではないかというふうに考えている（図1）。

例えば、当センターの事務負担軽減の観点から、

特定健診の ICT 化が挙げられる。金沢市では受診者の情報を今年から ICT 化した。これまでは、医療機関のスタッフが手書きで収集した資料を元に医療機関で依頼書を作成し、当センターで OCR で読み取っていた。しかし、OCR の読み取り率が悪く、当センター内で 4 割ほど修正を行っていた。金沢市では今年から、医療機関で Web 入力した情報を QR コード付きの依頼書として印刷する方法が導入された。最初は医療機関側の事務職員が非常に大変になるだろうと予測され、どれくらいの医療機関が協力してくれるか心配ではあった。結果、当センターの事務負担は大いに軽減した。また、医療機関側でも徐々に慣れてきて、翌年以降は入力する手間が省けるので医療機関側でも負担は大いに軽減する。しかし、こうした対応は金沢市だけであり他の市町は ICT 化されておらず、半数以上は依然として手書きの依頼書が継続している (図 2)。

次は、機器操作・管理のシフト体制の見直しについて紹介する。これまでは検査各部門で出勤している職員は必ず担当する機器の前で仕事をするを前提にシフト表が作成されていた。課題であったのは、女性が多い職場であるため、お子さんの発熱とか家庭の急な用事に対応できない、有給休暇が取りづらいという不満の表出が続いていた (図 3-1)。こうした働き方はもう 10 年以上全く見直しをされてこなかったが、組織的には大きな変更であるため、まずは閑散期から開始した。出勤している職員のうち 1 名をこうした業務以外のユーティリティ、遊軍的なシフトに変更した (図 3-2)。こうした変革をする前には、全職員がこれまで担当していなかった検査機器の操作・管理を習得してもらうという対応から始めた。具体的には、これまでのイメージでは、早番が 2 名、中番が 2 名、遅番が 2 名、G がこの日休んでいるという設定で 6 名が働いてい

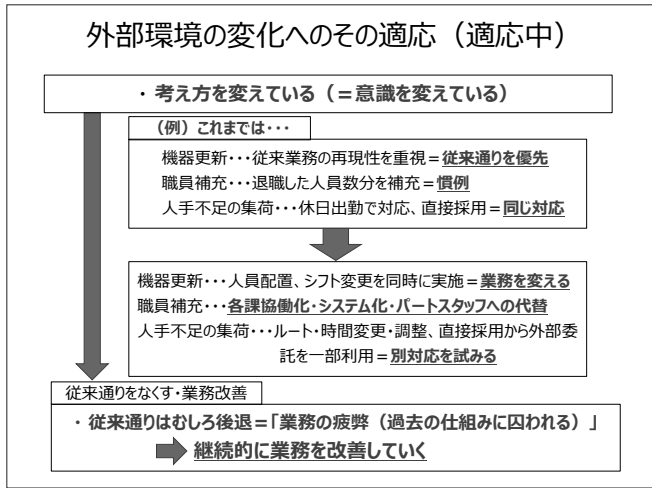


図 1

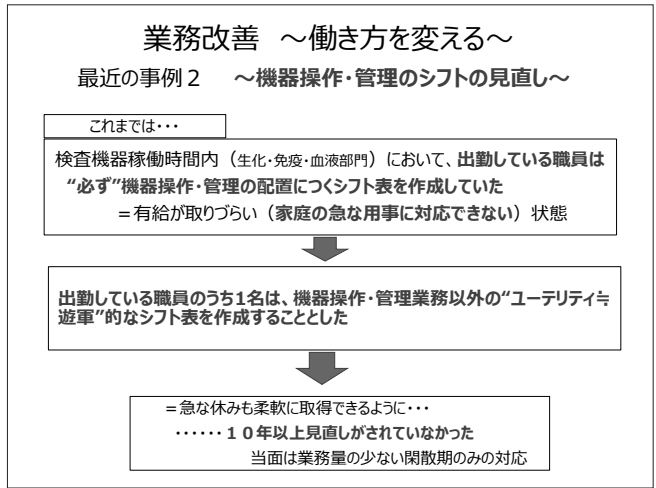


図 3-1

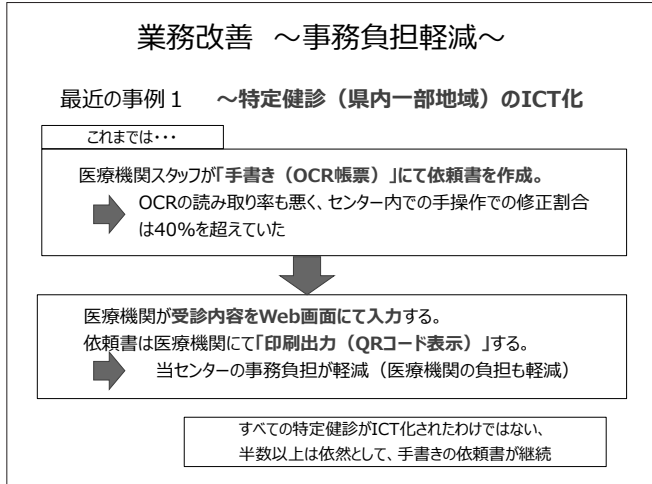


図 2

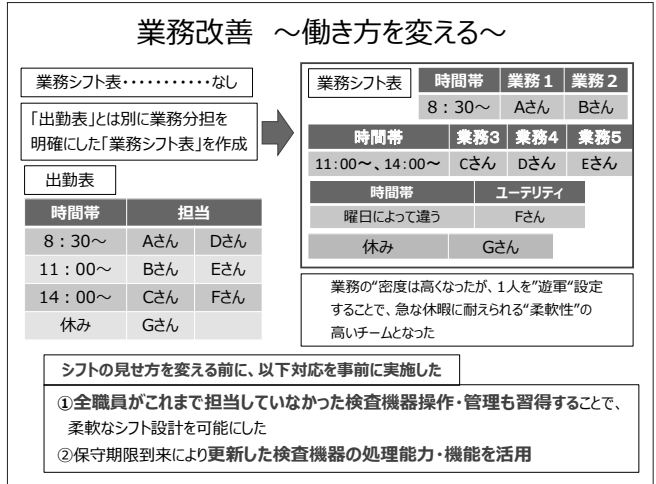


図 3-2

るシフトであった。これをGは休みとしつつ、Fをユーティリティにしておき、6名から5名を各業務に配置する。そうすると、Cに急な休みが生じたらFが当たればいい。Bに急に休まなければいけない事態が発生したらFが当たるというように、これは業務1人当たりの密度は高くなるが、ユーティリティを設定することで急な休暇に耐えられる柔軟性の高いチームに変わったということになる。こうした変更により、ユーティリティに任命された職員は、精度管理調査をまとめたり、切り替え試薬の検討をしたり、シフトづくり、スケジュールづくりが堂々としてできるようになり、予想以上の効果があらわれた(図3-3)。これまでは、それぞれの検査業務の合間に個人が都合をつけながらひっそり行っていた仕事を、周りの職員やスタッフに気兼ねすることなくできるようになったということで、時間の改善にもなり、職員の安心の改善にもつながったと言える。

IV. 提示されない課題への対応とそれをあぶり出す作業

今度は、“提示されない課題”について考察する。例えば、時間はかかるがストレスのない仕事なのでこのままでよいと勘違いしてしまう職員がいる。これは、そもそも課題の対象としては挙がってこない。年間を通せばかなりの時間を消費するが、スキマ時間を使っているのでムダは発生していないと思込んでいるのだが、これは時間管理の面で問題があることに気づかない事例である。また、ミスが怖いので、これからは人を替え、3回、4回と同じチェックをしよう、これはヒヤリハットを見ていると職員

が掲げる対応策は往々にしてこのようになるが、人手を投入する以外の解決法はないと思込んでいる事例である。

時間がかかるがストレスのない仕事なのでこのままでよいという勘違いに対する事例としては、シュレッダーの廃止が挙げられる(図4)。たまたま1台のシュレッダーが故障したことを契機に、紙類の処分を業者へ委託することにした。外へそのまま出してはいけない機密書類もあり、機密書類とリサイクルにまわせる古紙とに分別した上で、処分を依頼することとした。そうすると、職員がシュレッダーを使っていた時間、1箱当たり何分ということが経験的に分かるので、年間にして計算すると、スタッフ1人1か月分の時間が削減となった。費用面で言うと、機密書類処分のコストは発生するが、リサイクルに回す古紙は無料である。一方、シュレッダーにかけた紙類は有料で意外と高く、トータルにすると実は費用の削減にもなっていた。環境にも配慮した改善であり、ストレスなし・スキマ時間の仕事という切り分けで職員・スタッフ間では問題視されず、長い間“提示されなかった課題”であったが、このような改善につながっている。

こうした“提示されない課題”を見つけ出す手法の確立は必要であり、アプローチとしてはある一定時間を費やす仕事・業務を年に一度定期的に棚卸をして見つけていく、仕組み化していく、習慣づけるということである。それは「ある一定時間を費やす業務」、これをマニュアル化して作業書(文書)にしておくことで、それを定期的に見直す仕組みをつくることにより、発見できていくのではないかと考

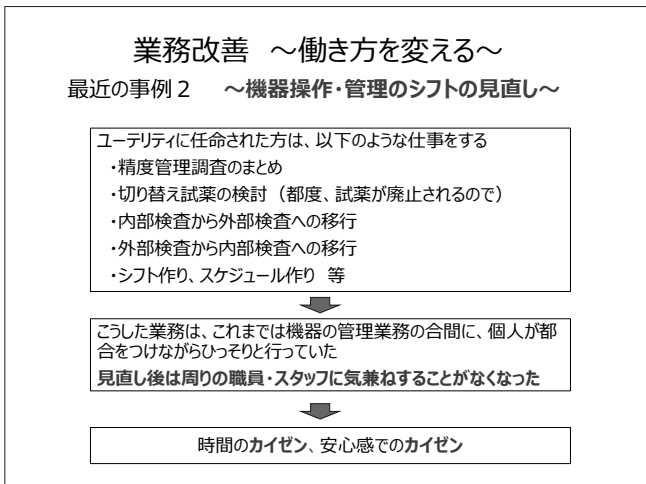


図3-3

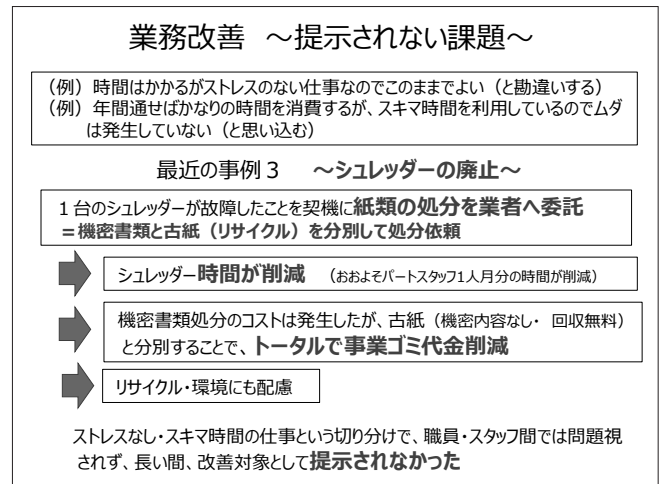


図4

えている。

V. まとめ

これから 2040 年に向けてということで、右肩上がりの時代は終わり、先に述べた様々な外部環境要因が事業継続にとってマイナスに働くことが予想さ

れる。

提示したような継続的に業務を改善していくことで、外部環境の変化にも柔軟に対応できるような組織に変え、会員の先生方へのサービス向上、当センターの職員の満足度向上、ひいては県民の健康増進への寄与につながるのではないかと考えている。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第2分科会（検査・健診センター関係）

司会 佐藤 雄一（群馬県医師会理事）

座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

3. 静岡市静岡医師会健診センター MEDIO（静岡県）

「静岡市静岡医師会健診センターの現状と2040年問題への取り組み」

静岡市静岡医師会副会長 静岡市静岡医師会健診センター所長

水谷 暢 秀

I. 静岡市静岡医師会健診センターの概要

静岡市は静岡県の中央に位置する政令指定都市であるが、人口は年々減少しており、令和7年4月現在約67万人と、政令指定都市の中で最も少ない人口となっている。静岡市静岡医師会は、清水区を除いた旧静岡市民（葵区24万人、駿河区21万人、計45万人）の医療・保健を担う組織であり、320名の開業医と497名の勤務医、計817名（令和7年8月現在）により構成され活動している（図1）。

当健診センターは、昭和38年に検体検査を行う施設「静岡市医師会附属臨床検査センター」として始まり、その後、1年ごとに集配自動車購入、胃集

団検診車購入、胸部X線検診車購入を重ね、平成元年6月に医師会館別館が落成したのを機に、会員からの要望が強かったCT機器を設置した。それにより、会員から依頼された事業所健診の代行を開始した。大きな変化として、平成7年7月に市街地にあった商業ビル「新静岡センタービル」に健診専門施設「医師会健診センターMEDIO」を新設し、人間ドックや職場健診に対応できる体制整備や施設拡充が行われた。同健診センター開設後、毎年健診収入は増加した。一方、当初から行っていた検体検査部門は、民間業者の進出により取扱い検体数が年々激減し採算性が悪化したため、平成10年に廃止し、以降は民間業者に委託している（図2）。

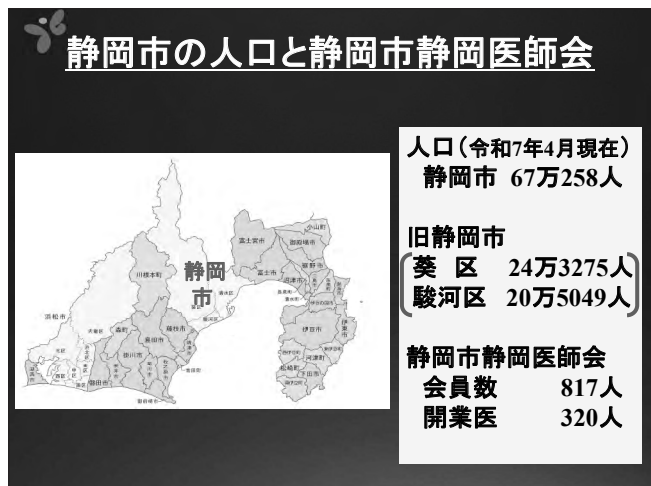


図1



図2

平成12年4月には、CT機器と同様に会員の要望が非常に強かったMRIが医師会館別館に設置された。平成15年4月には旧静岡市と旧清水市が合併し政令指定都市となり、現在の静岡市静岡医師会健診センターに名称変更した。平成21年1月には、間借りしていた「新静岡センタービル」が改築されることとなり、「稲葉ビル」へ移転した。

平成22年10月には静岡市静岡医師会の新医師会館落成に伴い、CT・MRI機器は同館1階へ移転設置された。

平成26年4月、市街地に新たに完成した「呉服町タワー（29階建て）」2階へ移転した。この「呉服町タワー」は静岡駅から静岡市一の商店街である「呉服町通り」を歩いて10分ほどの場所に位置し、徒歩圏内には百貨店、2つの総合病院、市役所、県庁等の商業・行政施設がある一等地である。

さらに令和4年6月には、健康づくりを応援する情報拠点「MEDIO TERRACE」を同タワー1階に開設した（図3）。

II. 当健診センターの現状

当健診センターは、共同利用施設として2つの役割を果たしている。

1つ目は、会員診療所からCT・MRI検査、腹部エコー、マンモグラフィー等の検査依頼を受け、健診センターで各検査を行い、専門医の読影所見を付して画像提供することで、会員医療機関の診療・診断に貢献している。

2つ目は、市民や企業職員の健診（検診含む）である。健診結果が要経過観察、要受診、要精査とな

った場合には、健診結果と紹介状を付して会員診療所への受診勧奨を行い、受検者の疾病予防、早期発見・早期治療に寄与している。

診療所からの依頼検査ではCTとMRIの需要が特に多く、双方とも設置当初から高い稼働率が維持されている。令和6年度はCT3,898件、MRI4,893件、計約8,800件を実施しており、特にMRIに関してはここ数年ほぼ100%の稼働率が維持されている（図4）。

また、「MEDIO TERRACE」では健診に関する相談や予約受付、健診後の保健師や管理栄養士による保健指導、要受診者への診療所紹介も行っている。さらに市民向けに医師等による「健康ミニ講座」を年4回開催している。

健診センター受診者数は、現在の呉服町タワー移転以降、右肩上がりでも推移している。静岡市の商業中心地である呉服町への移転に伴い賃料や光熱費など固定費は大幅に増加したが、それ以上に受診者数が飛躍的に増加し、令和5年度の健診受診者数は過去最高の6万3千人を記録し、経常収益も高水準を維持している（図5）。

事業収益の推移も健診受診者数の増加に伴い右肩上がりであり、令和6年度は健診収入11億円超、保険収入と合わせ12億円を超えている。経常収支はここ数年1億4,000万円前後で維持され、そのうち4,000万円を医師会への拠出金とし、医師会が行う公益事業の財源として地域の保健衛生活動に還元している（図6・7）。

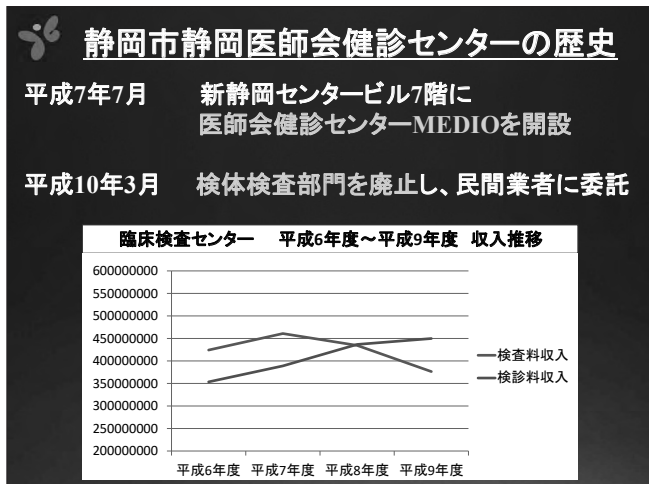


図3

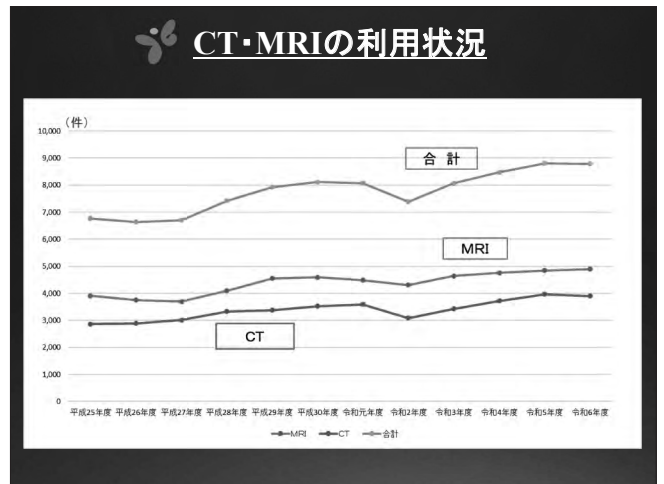


図4

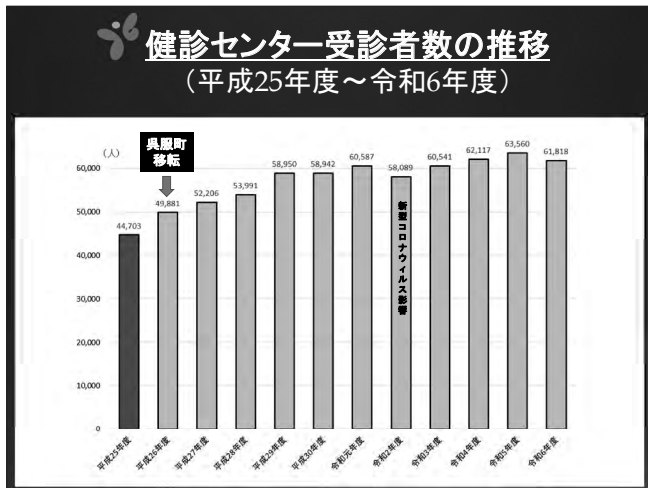


図5

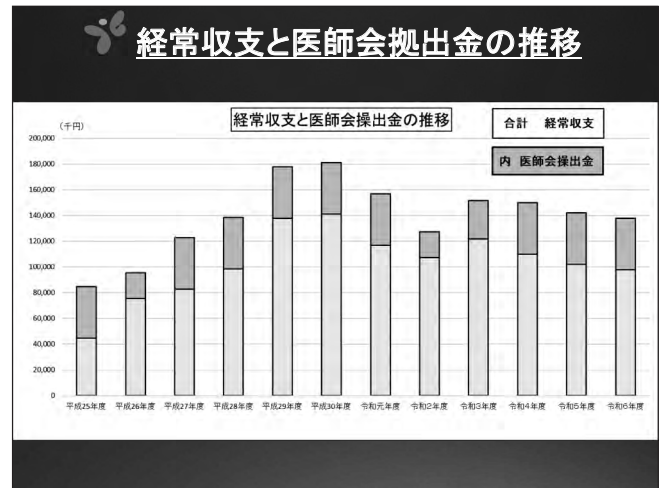


図7

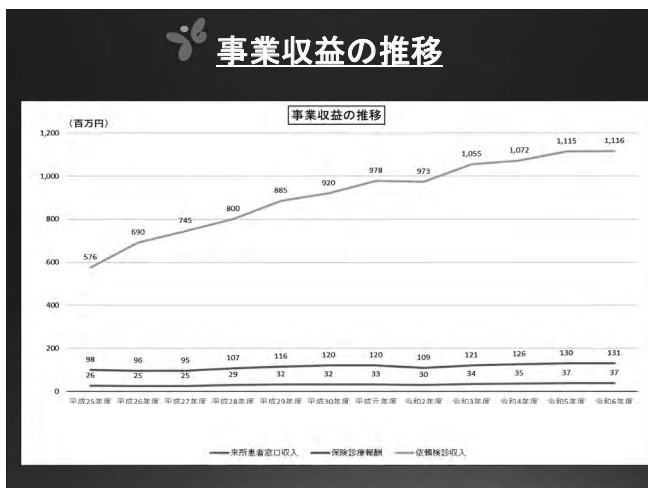


図6

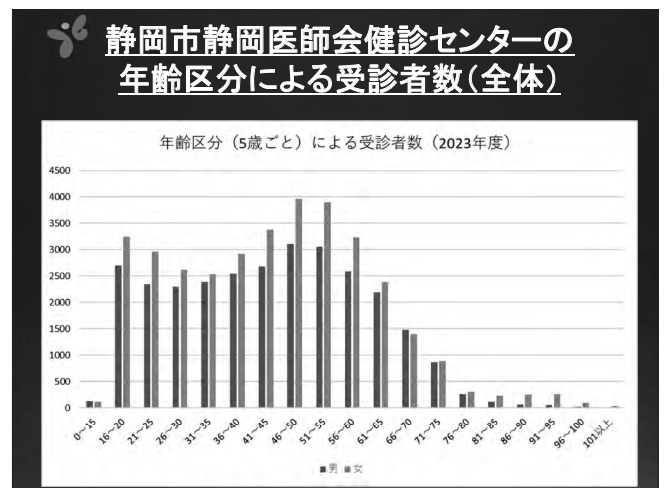


図8

Ⅲ. 当センターの健康診断と市内特定健診の年齢別受診状況

当センターにおける年齢別受診者数は、男女とも60歳以降に大きく減少し、さらに5歳ごとにおおよそ半減している。これは、定年退職により企業での健診が終了し、退職後に個人で健診を受ける人が極めて少ないためと考えられる (図8)。

一方、静岡市の特定健診の受診率は年々右肩上がりではあるものの、全国平均よりもやや低く、令和5年時点で34.7%である。年齢別では60歳以降に上昇するが、それでも男女とも40%程度にとどまっている。特に、定年退職後に国民健康保険へ移行した人の受診率が低いことが課題として指摘されている (図9, 10)。

国民健康保険加入者全体の受診率も低めであり、令和5年度で約57%である。退職後、会社の健診

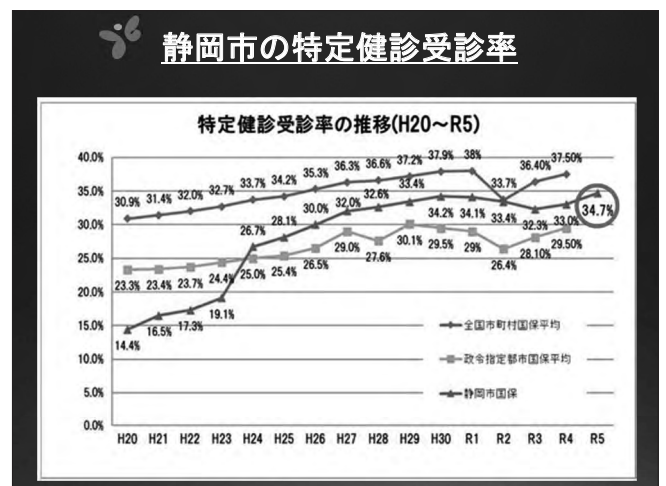


図9

がなくなり国保加入を機に特定健診を受ける人は増えるものの、受診率自体は依然低いままであり、特に定年直後の移行期には受診が途切れやすい。その

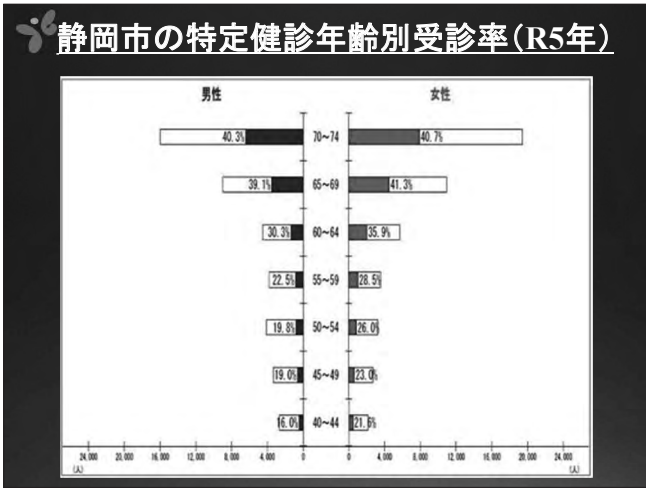


図 10

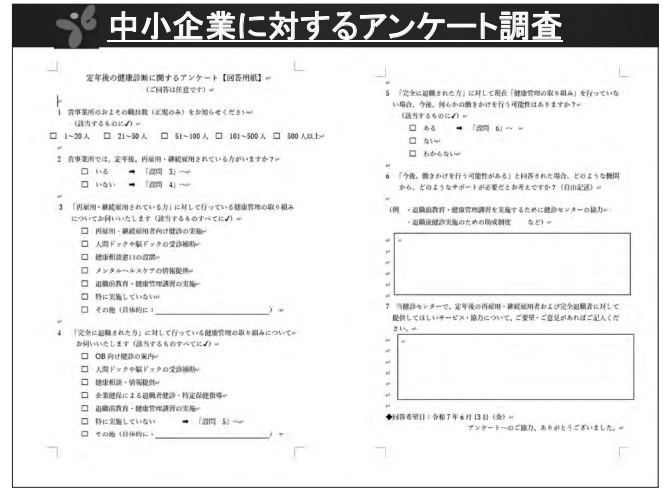


図 11

ため、地域における案内・受診勧奨が極めて重要である。

IV. 2040年問題に向けた課題と当センターの取り組み

2040年には、65歳以上の高齢者が全人口の35%に達し、生産年齢人口が大幅に減少すると予測されている。この「2040年問題」では、医療・介護サービス需要の急増により社会保障制度へ大きな負担が生じるとされている。その対策の一つとして「健康寿命の延伸」が重要課題であり、健診センターに求められる役割は今後さらに大きくなると考えられる。

健康寿命延伸のためには、疾病予防および早期発見・早期治療を目的として、継続的に健康診断を受けることが不可欠である。しかし現状として、前述の通り高齢者の健診受診率は依然として低い。その要因の一つとして、定年退職後も健康診断を受け続けるという意識の低さが挙げられる。

そこで当センターでは、退職後の健康管理に関する現状と課題を把握するため、中小企業を対象としたアンケート調査を実施した。対象は、協会けんぽ加入で50歳以上の従業員が5名以上受診している静岡市内304事業所とし、164事業所(回収率53.9%)から回答を得た(図11)。

質問項目は以下のとおりである。

- ・ 正規職員数 (選択式)
- ・ 再雇用・継続雇用者に対して行っている健康管理の取り組み (選択式)

- ・ 完全退職者に対して行っている健康管理の取り組み (選択式)
- ・ 退職者等が退職後も健診を受けるようにするために当健診センターへ望むこと (自由記載)

回答企業の正規職員数は、20人以下70社、21～50人58社、51～100人22社、101～500人13社、501人以上2社であり、8割が50人以下の企業であった。

その結果、再雇用・継続雇用制度を実施している事業所は128事業所(78%)であり、そのうち114事業所では毎年の健診を継続実施していたが、14事業所では健診を実施していなかった。また一部事業所では、人間ドック受診補助、健康相談窓口設置、メンタルヘルスケア情報提供などの取り組みもみられた。

一方、完全退職者に対しては、全事業所において健康管理に関する取り組みは実施されていないのが実情であった(図12)。

企業からの要望・意見

- ・ 案内はがきが欲しい
- ・ 健診センターからの健診案内を数年間送ってほしい
- ・ 退職者宛てに郵送してほしい
- ・ 自己負担額がどの程度かかるか教えてほしい
- ・ 会社側が指定した対象者のみに案内を送ってほしい
- ・ 各医療機関・診療所でも健診受診を広報してほしい

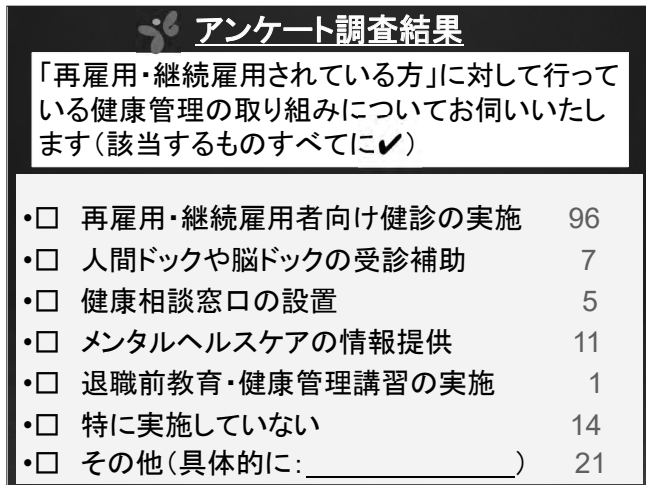


図 12

- ・協会けんぽの受診予定リストへ加えてほしい
- ・退職時に渡せる健診センターパンフレットがあるとよい
- ・必要性が理解できる退職者向けパンフレットが欲しい
- ・案内チラシがあれば利用したい
- ・退職後も協会けんぽ価格で受診できるとよい
- ・助成制度があるとよい
- ・行政による助成や案内が必要

- ・半額免除を検討してほしい
- ・長期受診者への割引が欲しい
- ・特典やクーポン券が欲しい
- ・最終的には自己管理に委ねるしかない

以上の要望を整理すると、最も多かったのは「退職者宛てに健診センターから案内をしてほしい」であり、次いで「健診の重要性を理解できる退職者向けパンフレットがあるとよい」であった。

これらの結果を受け、当センターでは今後、退職者に対する啓発活動の強化が必要と判断した。要望で最も多かった「退職者への健診案内」は効果的と考えられるものの、対象者数の多さ、郵送料高騰、事務職員の業務負担増など多くの課題があり、連絡手段を含め慎重な検討が必要であるため早期実現は困難であり、今後の協議課題とした。

一方、2番目に多かった「退職者向け健診案内・啓発」は比較的取り組みやすく一定の効果も期待できることから、まずは退職時に配布可能な啓発文書や健診パンフレット作成を進める方針とした。

また、再雇用・継続雇用中でありながら健診を実施していない事業所も存在するため、継続受診が可能となる体制整備も今後の重要課題である。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方
～ 2040 年問題が及ぼす影響と対策」
第 2 分科会（検査・健診センター関係）

司会 佐藤 雄一（群馬県医師会理事）
座長 黒瀬 巖（日本医師会常任理事）

シンポジウム

4. 広島市医師会臨床検査センター（広島県）
「臨床検査センターを取り巻く環境変化と今後の取り組み」

広島市医師会長 広島市医師会臨床検査センター所長 広島県医師会理事
山 本 匡

I. はじめに

近年、医師会が運営する共同利用施設、とりわけ臨床検査センターを取り巻く事業環境は、全国的に急速かつ大きく変化している。医師の高齢化による閉院、診療報酬改定による検査実施料の引き下げ、さらには民間検査センターとの競争激化などにより、従来型の運営モデルでは持続が困難な状況となっている。広島市医師会臨床検査センターにおいても、こうした環境変化の影響を強く受けており、これまでの延長線上では安定的な事業継続が見込めない局面にある。加えて、昨今の物価上昇に伴う人件費、光熱費、材料費の高騰は、検査センター経営に更なる負担を与えている。

本稿では、当検査センターを取り巻く環境変化を整理したうえで、持続可能な運営を目指し進めている医師会間の相互協力および民間検査センターとの戦略的連携について報告し、今後の臨床検査センター運営の方向性について考察する。

II. 臨床検査センターを取り巻く環境変化

(1) 医師会立臨床検査センター数の減少

全国の医師会が運営する臨床検査センターおよび検査・健診センター複合体の施設数は、2000年には130施設であったが、2023年には94施設まで減少している。（図1）この約20年間の推移からも、医師会立検査センターの事業環境が極めて厳しい状

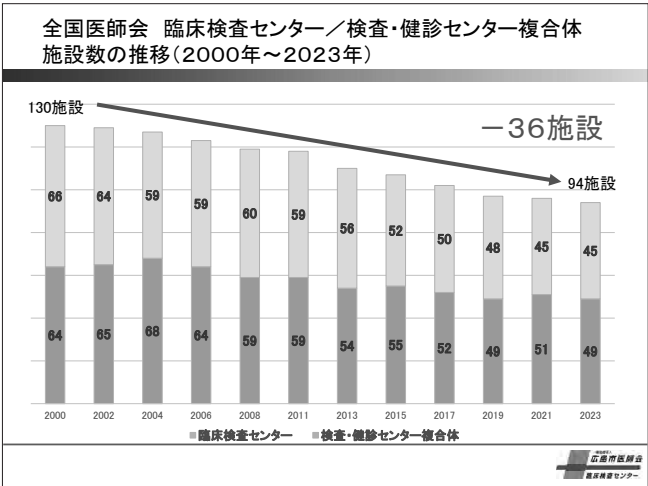


図 1

況にあることがうかがえる。当会周辺においても、安芸地区医師会臨床検査センターが事業継続困難と判断され、2010年に当会臨床検査センターと統合した経緯がある。これは決して例外的な事例ではなく、全国各地で民間検査センターとの統廃合の動きが見られている。

(2) 診療報酬改定による収益構造の変化

医師会立臨床検査センターにとって収益性の高い生化学的検査（I）包括10項目以上の検査点数は、2000年以降、約14年間で72点引き下げられている。これに限らず、多くの検査項目において検査実施料の引き下げが繰り返され、臨床検査全体の収益構

造は年々厳しさを増している。診療報酬改定は全国一律であるため、個々の検査センターの努力だけでは吸収しきれない構造的な課題となっている（図2）。

(3) 当会検査センターの収益動向と効率化の取り組み

当会検査センターの経常収益は、コロナ禍においてPCR検査等により一時的に増加したが、現在はコロナ禍以前の水準に戻っている。さらに、コロナ関連検査および先天性代謝異常検査を除いた臨床検査収益のみで比較すると、2019年比で▲6.5%となっている。全国的にも、開業医市場における臨床検査需要は、コロナ禍前と比較して6～8%程度減少しているとされている。一方で、当会では業務量に見合った検査体制の構築を進めてきた。2012年には職員数178名、人件費率50.1%であったが、2023年には職員数151名、人件費率36.0%まで低下し、事業給与費として約3億円の削減を行った。検査工程の自動化や業務集約も進めており、一定の収益確保を維持している。

Ⅲ. 取引施設の減少と医師の高齢化

当検査センター営業エリアにおける医療機関数は、約10年前と比較して203施設増加している一方、当検査センターの取引施設数は182施設減少している。これは、既存取引施設の閉院が進む一方で、新規開業施設の獲得が十分に進んでいないことを示している。また、当会検査センター売上の約8割を占める医療機関の医師年齢構成を見ると、2023年時

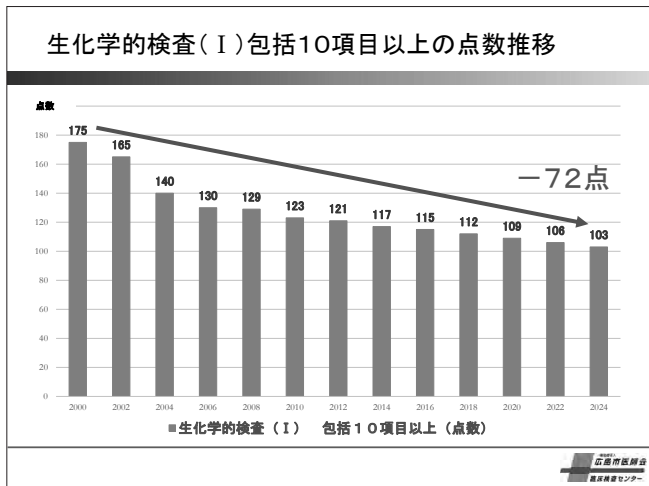


図2

時点で60歳以上が約70%を占めており、5年後には約80%に達する見込みである。親子継承や第三者継承が進まない場合、今後も取引施設数の減少が続くことが強く懸念される。

Ⅳ. 環境変化の整理と対応の基本方針

これまで述べた環境変化を売上減少の要因として整理すると、

- ① コロナ禍以降の市場縮小
- ② 診療報酬改定による検査実施料の下落
- ③ 医師高齢化に伴う閉院増加
- ④ 民間検査センターとの価格競争激化による新規獲得数の減少

の4点に集約される。これらに加え、人件費、光熱費、設備投資費、材料費の増加が、経営をさらに圧迫している。当会では、単独経営に固執するのではなく、外部との連携を前提とした持続可能な事業モデルへの転換が不可欠であると考えている（図3）。

Ⅴ. 医師会間の相互協力とシステム共同利用

当会では、周辺医師会との相互協力による事業運営を重要な方針として位置づけている。とりわけ、システムおよび運用の共通化は、今後の広域連携を推進するための基盤となるものである。

現在使用している基幹システムは、保守会社の事業撤退により継続的な保守・更新が困難な状況にあり、新たなシステムの導入が急務となっている。同様の課題を抱える医師会と連携し、共同利用を前提とした次期システムの導入について検討を進めているところである。

	これまで	これから
事業規模	維持・拡大	縮小・適正化
各種料金	無料提供・値下げ	有料化・値上げ
医師会	単独経営	相互協力
民間検査センター	競合	戦略的連携

図3

共同利用を実現することにより、システム導入および保守コストの削減、業務の標準化による効率化、さらにはBCP対応の強化が期待できる。現在、広島市医師会、福山市医師会、岡山市医師会、姫路市医師会の山陽四市医師会において情報共有を行い、具体的な協議を重ねている。

システム共同利用に関しては、当会理事から「周辺医師会が得られるメリットは何か」との質問があった。これに対し、3つの観点から整理して説明した。

第一は、システム投資費用の削減である。第二は、開発委託先の事業撤退リスクの低減である。特定事業者に依存する体制から脱却し、複数医師会による共同体制を構築することで、持続可能性を高めることができる。第三は、BCP対策の強化、検査機器の効果的配置、検査項目の選択と集中などを通じた経営の効率化である。共通システムを基盤とすることで、医師会間で検査機能を相互に補完し合う体制の構築が可能となる。

次に、費用面における具体的なメリットについて述べる。導入費用については、複数医師会で共同利用することにより、ボリュームディスカウントの適用が可能である。分析機連携費用については、同一種類の検査機器を採用することで、一度の開発で複数医師会が利用でき、個別開発を行う場合と比較して大幅なコスト削減が見込まれる。機能のカスタマイズ費用については、運用を標準化することによりパッケージの標準機能として実装してもらうことが可能となり、追加費用を抑制できる。さらに、パッケージ費用については、各医師会の事業規模に応じ

た価格帯を設定してもらうことで、過度な負担とならない仕組みを構築する予定である（図4）。

以上の通り、システム共同利用は単なるコスト削減策にとどまらず、医師会間の連携強化と持続可能な事業運営を実現するための戦略的取り組みである。

VI. 民間検査センターとの戦略的連携

これまで競合関係にあった地元民間検査センターとも、人員不足や物価高騰といった共通課題を背景に、新たな連携を開始した。連携の柱は、物流の効率化、検査の選択と集中、サービス内容の適正化である。

具体的な取組としては、一部検査項目について報告日数の短縮を目的に地元民間検査センターへ外注している。また、採算性の低い遠隔地域における集荷業務については、双方で統合を進め、効率化とコスト削減を図っている。

なかでも、喫緊の課題が物流体制の再構築である。物流問題は極めて深刻であり、当検査センターおよび民間検査センターの双方において集荷員不足が顕在化している。図5に示すエリアは、走行距離に対して医療機関数が少なく、従来通り個別に集荷を行うには非効率な地域である。これらの地域では、集荷体制を一本化することで運行効率を高めるとともに、将来的には民間検査センターから一部業務の移管を受け、一定の業務量を確保する計画である。これにより、双方の経営基盤の安定化を図り、持続可能な運営体制の構築を目指している。以上の連携は、単なる経営合理化策にとどまらず、地域医療を支える臨床検査体制を維持・強化するための戦略的取組

システム共同利用のメリット	
ソフトウェア費用の内訳	
導入費用	複数医師会でシステム更新を計画的に実施することで、導入費用の値引きが可能
分析機連携費用	同じ検査機器を使用すれば、基幹システムとの連携費用は1回の開発費用と作業費のみ
カスタマイズ費用	運用を共通化すれば、パッケージの標準機能として実装できるため、費用は不要
パッケージ費用	事業規模に応じたパッケージの価格帯

図4



図5

である。

Ⅶ. おわりに

臨床検査センターを取り巻く経営環境は、今後さらに厳しさを増すことが予想される。持続可能な事

業運営のためには、医師会間の相互協力と民間検査センターとの戦略的連携を組み合わせた柔軟な経営戦略が不可欠である。広島市医師会では、今後も環境変化に的確に対応し、地域医療を支える臨床検査体制の維持・強化に取り組んでいく所存である。

第2分科会（検査・健診センター関係）質疑応答

司会 佐藤 雄一
（群馬県医師会理事）

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）

これより各先生方へのご質問をお受けしたいと申します。ご質問のある方は、大変恐縮ですが、マイクのところまでお越しいただき、ご所属とお名前をおっしゃってからご発言をお願いします。いかがでしょうか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

すべて勉強になるご発表で、大変参考になりました。齊藤先生にお尋ねいたします。災害時の検査部門は今までおざなりになっていたと思いますが、今、佐賀県でも臨床検査技師会がJMATとも協力したいということで、県と協定を締結したりしているようですが、今後どのように検査につなげていくか、検査の災害時のあり方についてご指導いただければと思います。もう1つ、医師会共同利用施設以外でも、例えば被災後残った大病院の検査部門をうまく利用するようなシステムを考えなければいけないと思いますが、ご意見がありましたらお願いいたします。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

最初のご質問ですが、実際、まだ石川県行政と当センターとで災害時の協定は結んでおりません。おそらく、県は業務が多く繁忙のため、そこまで至っていないのだと思いますが、佐賀県と同様、災害時の協定は結ぶことになると思います。しかし、いろいろなパターンを考えなければいけません。能登半島地震の時、金沢市はほぼ影響を受けませんでした。金沢市で今後想定される地震は、富樫断層というのが真下にあって、それによる発生確率は12%ぐらいです。ただ、その場合は我々も被災してしまうため、何もできないということになります。そのため、現在進行形で考えているところです。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

被災後残っている医療機関間で検査の部分はどう利用するかという話し合いは、全くされていません

か。例えば、災害があった地区でも一部の医療機関で何とか検査ができたり、かかりつけ医が検査を臨時でお願いする動きは、当時全くなかったでしょうか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

能登半島の先端の地域は、開業医の先生方の機能が少しずつ復活してきて、徐々に検体が出てくるようになりました。残っている機能というのは、例えばどのような機能になりますか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

例えば、能登半島の上の方の地区で、発災後2～3日の間に一部の医療機関の検査部門だけ使えるという場合です。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

例えば、珠洲市総合病院などの話でしょうか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

そういうところに対して、残った一般開業医が金沢市までは検査に行けないという時に、地元で残っている資源を上手に使うようなシステムを今後つくっていく必要があると思いますが、いかがでしょうか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

昨年、実際に奥能登でそのような動きがあったかどうかは把握していません。確かに金沢市まで寸断された場合、珠洲市総合病院や輪島市民病院などで検査をすることは、当然考えられることです。そういう時に備えて協定を結ぶことはあり得ることもかもしれません。BCP策定の1つの選択肢になると思います。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

他にどうぞ。

○楠原隆義（奈良市医師会理事）

1年くらい前から奈良市総合医療検査センターの担当理事をしておりますが、本当に山積みの問題があることがわかり、先生方のご発表を伺い、同じような課題を抱えているということがよくわかりました。まず、齊藤先生にお聞きいたします。収益の中の保険診療分の検体シェアが35%ぐらいということで、一部の検体か、ほとんどの検体かはわかりま

せんが、35%というのはかなり取っていると思います。営業部門は何人体制で、どういう活動をして、こういうことがすごく効果があったということがあれば、ご教示いただきたいと思います。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

医師会臨床検査センターは民間検査会社に劣後しているのです、営業部門の人材はとても重要です。私は検査センターを担当して10年くらい経ちますが、最初の人は営業にあまり向いていなかったため医師会本体に移ってもらい、適任と思われる人を配置したところ、4年くらい経ちますが、そこそこ契約を取ってきてくれるようになりました。また、営業は3人体制で、誰かが病気で休んだ時は派遣会社に集荷を依頼しています。先程の広島市医師会と民間検査会社との共同事業の話は大変参考になりましたが、石川県はコロナの時にアルプと初めて協定を結びました。民間検査会社と協力することは大事ですが、実際問題保険診療分で取り合いになっています。

○楠原隆義（奈良市医師会理事）

営業には、営業の人だけで行くのか、事務長や医師会の理事など上の人と一緒に行く方が効果的だったりしますか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

おそらく、それほど関係ないと思います。話好きや世話好きで、いろいろな利点やベネフィットを話せるなど、その人の個性、能力が重要ではないかと思っています。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。他にご質問はありませんか。

○岡本克実（高崎市医師会長）

本日は皆様ご来場いただき、ありがとうございます。高崎・地域医療センターの代表理事をしております。山本先生にお伺いしたいと思います。当センターもシステムの更新時期が迫っており、先生がご提示された問題は当センターにとっても非常に大きな課題と考えています。臨床検査のみならず健診システムなど、どの辺の範囲の共同利用を考えていらっしゃるか、教えてください。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

臨床検査だけです。移し替えや検体運びなど、人の手でやっていたものを自動化するという取り組みです。

○岡本克実（高崎市医師会長）

複数の医師会で同じシステムを利用するというのは、共通の器械利用を前提にシステム開発をするというイメージでよろしいですか。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

4つの段階に分けて導入し、なるべく人の手が入らないような形で検査が進められるようにやっています。

○岡本克実（高崎市医師会長）

本日のお話の中で、複数の医師会の共同利用というお話がありました。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

これはハードの話で、当会だけでやっています。本日のシステムの共同利用は、ソフトの方になります。当センターも、元々はエスアールエルのシステムを利用していましたが、今度はクラウドでやるから外部組織である当センターはセキュリティの関係で使えないと言われ、しかも保守契約をしていた会社が撤退したため自主開発を余儀なくされました。しかし、自分のところだけでは膨大な費用がかかることから、他の検査センターと共同でやれば少しでもコストを下げられるのではないかとということから始まった話です。

○岡本克実（高崎市医師会長）

同じ状況の医師会が複数あったということでしょうか。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

ちょうどシステムの更新で困っていたため、一緒にやりましようとなった次第です。

○岡本克実（高崎市医師会長）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

他にご質問はありますか。どうぞ。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

4人の先生方にそれぞれ教えていただきたいと思っています。まず、田村先生にお伺いします。集配は医師会の共同利用施設としてずっと無料で行うという話ですが、検査センターは経営的に厳しい状況で、集配も無料化するとより苦しくなると思います。姫路市医師会臨床検査センターもギリギリの状況で、会員のために無料化するとマイナスが増えます。マ

イナスはどのようにカバーされていますか。

○田村仁（高崎市医師会副会長／高崎・地域医療センター業務執行理事）

高崎市の場合、特定健診の検体はすべて当センターで検査するというのを行政と契約しております。そのため、特定健診の検体だけ出すのは面倒ということで、他の検査も一緒に出す動機付けになり、検査料を上げたり集荷料を別に徴収することなくやっております。やはり、集荷は費用がかかるだけでなく、手当が大変ということは共通していると思います。その辺につきましても、今のところは非常勤を使って、休みが出た時にも穴が開かないように何とかやり繰りして、大きなマイナスにならずにやっているのが現状です。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

どちらかという、検査料でカバーされているということですか。

○田村仁（高崎市医師会副会長／高崎・地域医療センター業務執行理事）

検査料といいますか、特定健診を中心に、プラス個別の検体検査を一緒に出してもらえることです。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

ありがとうございます。次に、齊藤先生にお伺いします。10年以上担当されていろいろと改革されているというお話がありました。先生が中心となってされているのですか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

本日は出席しておりませんが、実は前の近藤会長時代に、北國銀行からヘッドハンティングした方が中心となっております。民間から来られた方は気づかないところに気づいてくれて、職員の働き方など改善点が出てきます。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

そういう時には、例えばインセンティブや、逆にペナルティは導入されていますか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

明確なプラスやペナルティはありませんが、職員の人事考課は考えているみたいで、まだ2、3年ですが、少しずつ取り組み始めて、職員にはそういう意識が多分あるのではないかと思います。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

ありがとうございます。それでは、水谷先生にお伺いします。今回のご発表では、2040年を見据えた絵を描かれていましたが、役員の方先生方が今後

の医師会共同利用施設のあり方を考える場所や機会を、設けられていらっしゃると思いますか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

医師会の理事だけでなく、開業医の先生方も含めた健診センターの運営委員会を月1回開催しております。その1週間前に、私や健診センターの職員も含めて運営委員会で協議する内容などを検討しておりますので、将来のことも含めていろいろ検討する場は設けております。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

職員も将来のことを真剣に考えられておられるということですか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

参加されるのは各部署のトップの方ですが、放射線部門や検査部門、看護師など、本当によりよい健診のために、自分たちの職場環境もよくしたいという思いが非常に伝わってくる意見を積極的に出してくれますので、対応できるように考えているところです。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

ありがとうございます。最後に、山本先生にお伺いします。姫路市も民間検査会社が70%ぐらいで、本会の方が完全に劣後しています。検査センターの競合他社との戦略的連携について、どのような機会があって、どういう立ち位置の人たちが話し合っているのですか。

○山本匡（広島市医師会会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

本日この会と一緒に参加している当検査センターの事務部長は、元々エスアールエルから来られた方で、ここ何年かは競合する民間検査会社の部長と個人的に情報交換を続けられ、今回の話が出てきたと聞いています。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

各部門に有能な職員がいる、あるいは有能な職員と入れ替えるみたいなことをしないとイケないということでしょうか。

○山本匡（広島市医師会会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

いわゆる検査技師などは能力があるに越したことはないですが、こと営業に関しては本当に人材が重要です。なお、無理に辞めさせてはおりません。事

務的によい方法で対応しています。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

ありがとうございました。

○田村仁（高崎市医師会副会長／高崎・地域医療センター業務執行理事）

先ほど申し上げるのを忘れましたが、実は、病理診断部門で細胞診検査を立ち上げたのが非常に影響が大きく、高崎市の子宮がん検診の個別検診も全例当センターで請け負っています。それが収益にかなりプラスになっていると思います。

○中西孝幸（姫路市医師会事務局長）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

行政との協力で、検体数をしっかり確保されているというご説明でした。何かご質問はありますか。

○鳴海善文（大阪府医師会保健医療センター所長）

水谷先生にお伺いします。CT・MRIの利用状況が年間で8,800件というすごい数字で、ほぼフル稼働だと思います。私どものセンターも一応フル稼働ですが、多くは近隣の大病院からの委託検査です。水谷先生のところのセンターは、医師会員からの症例だけでそれだけの数をこなされているのですか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

一部脳ドックからの件数も含まれていますが、多くは開業医の先生方からの紹介です。

○鳴海善文（大阪府医師会保健医療センター所長）

それは、例えば宣伝活動などはされているのですか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

特別なことはしておりませんが、幸いなことに集まってまいります。

○鳴海善文（大阪府医師会保健医療センター所長）

私どもは脳ドックや睪ドック、前立腺ドック、肺ドックを実施していて、かなり高収益ですが、実際に睪ドックや前立腺ドックを行っている施設はあまりないと思います。脳ドック、肺ドックだけで大体どれぐらいの割合になりますか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

脳ドックはそれほど多くなく、年間300～400件くらいだと思います。肺ドックは、CTは結構依頼が多いと思いますが、MRIは稼働率ほぼ150%で、CTは短時間で撮れるため5、6割です。

○鳴海善文（大阪府医師会保健医療センター所長）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

その他よろしいですか。

○桃木茂（埼玉県医師会常任理事）

本日4人の先生方、ご講演ありがとうございました。私の方から、まずお2人の先生にお伺いしたいと思います。齊藤先生、ICTを活用した問診票についてお話がありましたが、問診票を導入するに当たりICTを入れるということで、後期高齢者の方は医療機関で入力しないと難しいと思いますが、問題はなかったでしょうか。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

問題点は多々ありました。私はあまり関わっておりませんが、導入した5月は医療機関からいろいろ連絡があったそうです。ただ、1か月経過するごとに安定してきて、今はそれほど大きな問題はないようです。

○桃木茂（埼玉県医師会常任理事）

私はさいたま市ですが、医療機関で事務職員や看護職員がそばについて入力していくという状況で、会員から非常にクレームが出ております。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

全国で開催される様々な集会に参加した感じでは、石川県は遅いと思っていましたが、埼玉県はまだですか。

○桃木茂（埼玉県医師会常任理事）

埼玉県は全然遅いです。ありがとうございました。次に、水谷先生にお伺いします。特定健診を全て先生の健診センターでされているわけではないですね。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

そうではありません。

○桃木茂（埼玉県医師会常任理事）

開業医の先生のところ特定健診を個別で実施されているということですか。

○水谷暢秀（静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

それも入っています。開業医の先生のところはそこで実施しているということです。

○桃木茂（埼玉県医師会常任理事）

それ以外の住民健診を受けているということですか。

○水谷暢秀（静岡県静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

特定健診の方も中にはいらっしゃいますが、企業の健診がメインです。

○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）

まだまだご質問も尽きないかと思いますが、この後懇親会もごございますので、その場でもお話しいただければと思います。最後に、2040年問題ということで、既にあと15年しか残っていませんが、先生方の2040年に向けた抱負を一言ずつお聞かせいただければと思います。

○田村仁（高崎市医師会副会長／高崎・地域医療センター業務執行理事）

やはり、健康リテラシーについての宣伝活動を、医師会中心に行っていくことです。特に退職後、事業者健診から外れてしまった方々をいかに、また短時間労働あるいは非正規労働が多い女性の健康を守るためにどうしたらよいかなどです。

○齊藤典才（石川県医師会理事）

石川県医師会は、石川県の精度管理調査事業を担い続けており、当臨床検査センターは今後も継続して実施していかなければなりません。その中でセールスを頑張るなど、地道な作業で生き残っていくことだと思えます。

○水谷暢秀（静岡県静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長）

これまでは本当に右肩上がり順調でしたが、

2040年で生産年齢人口が減ると、企業健診の数も減ってくるのが予想されます。さらに、現在の物価高騰等の影響もあり、これまで通りというのはかなり厳しいと思います。何とか今の状態を維持できるように工夫してまいりたいと思います。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島市医師会理事）

広島市医師会としては、臨床検査センターについては先ほどお話しした通りです。ただ、それ以外に夜間急病センターや公設民営の市民病院、それから別法人で社会福祉法人を運営しています。今後、おそらく高齢者救急が問題になり、県病院とJRと中電と高精度放射線センターが一緒になって、医療提供体制の再編が行われますので、そういうところとどう連携していくか考えてい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した。本日は本当に示唆に富む素晴らしいご講演をいただきました。改めて皆様方、拍手をお願いしたいと思います。最後に、先ほど松本会長の講演にもありましたが、いわゆる集荷料の問題に関して皆様方からアンケートを頂戴いたしました。改めて御礼を申し上げます。明日、全体討議の中で5分ほど時間をいただき、その結果についてまずは概要をご説明させていただきたいと思っています。ありがとうございました。

○佐藤雄一（群馬県医師会理事）

座長の黒瀬先生、シンポジストの田村先生、齊藤先生、水谷先生、山本先生、ありがとうございました。以上をもちまして第2分科会を終了いたします。

メインテーマ「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方
～2040年問題が及ぼす影響と対策」
第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 小中 俊太郎（群馬県医師会理事）

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委員長）

シンポジウム

1. 由利本荘医師会病院介護医療院（秋田県）

「介護医療院開設二年が経過して～現状と課題，そしてその展望～」

秋田県医師会理事 由利本荘医師会理事 由利本荘医師会病院副院長

土田 昌一

I. はじめに

介護医療院は、2018年に創設され、長期療養を必要とする要介護者に対して施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下に、介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を提供する施設であり、主に医療療養型病床からの転換先として位置づけられている。

2022年度診療報酬改定により地域包括ケア病床3に在宅復帰率の要件が追加されたことで、当院では地域包括ケア病床在宅復帰率を大幅にアップする必要に迫られ、何らかの対応が求められることになった。

病棟再編成による収支の試算により、介護医療院開設が最も収益性が高い結果となり、2023年4月に介護医療院を開設した。

開設から2年が経過したので、介護医療院の現状と課題を評価し、そして、その展望について報告する。

II. 介護医療院開設までの経緯

由利本荘医師会病院は、敷地面積約2万平方メートルの由利本荘市福祉エリアにあり、由利本荘看護学校を併設している。介護医療院を開設するまでの病棟構成は、1階が50床の障害者病棟、2階が15床の地域一般病床と35床の地域包括ケア病床3、3階が50床の療養病棟であった（図1）。

2022年度診療報酬改定により、地域包括ケア病床3に波線の楕円形で示してあるように在宅復帰率70%の要件が追加されたことにより、その時点での当院の地域包括ケア病床在宅復帰率が40%前後であったことから、何らかの対応が求められることになった（図2）。



図1

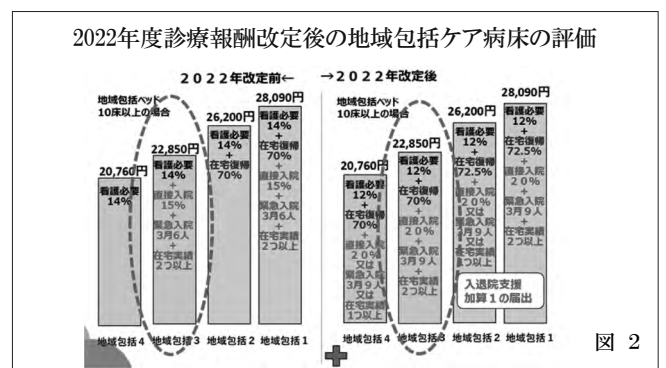


図2

在宅復帰率70%を満たすため、1日単価の高い地域包括が35→13床に減る		病床数が増えることにより、満たせない規準（平均在院日数）があり単価が下がる				基準を満たせない規準（対象疾患）があり単価が下がる			
病棟再編成収支試算									
R3年度在院数より稼働率を算出									
回復期		慢性期		慢性期		慢性期		慢性期	
12,485		4,632		17,399		14,432			
地域包括1	地域包括2	地域一般1	地域一般2	障害児10:1	障害児10:1	療養1	療養2	介護医療院	
1日単価	32,000	28,000	23,000	21,000	20,000	17,000	19,000	17,000	15,000
稼働率	98.0%		84.8%		95.6%		79.3%		
現状		35	15		50		50		
病棟再編成を行わない場合									
		13		37		35	15		50
▲102,289千円									
A	地域包括1-1 医療療養2-1	13		37		35	15		50
▲54,739千円									
B	介護医療院+地域包括3	35		15		35	15		50
+5,439千円									

表 1

病棟を再編するに当たり、幾つかの条件で試算を行った（表1）。

なお、稼働率は前年度の2021年度を用いた。下から3行目、病棟再編成を行わない場合では、40%前後の在宅復帰率から逆算すると地域包括ケア病床は35床から13床へ減らざるを得ない。病床50床のため、残りの37床が地域一般病床となるが、37床では平均在院日数を維持することができず、地域一般病床1から3に引き下げることになり、右端の年間収支がマイナス1億円程度と見込まれた。

下から2行目、Aは医療のみで対応し、地域包括ケア病床1を13床、具体的には難しいのであるが、3階の療養病棟2も何とか1に引き上げられたとしてもマイナス5,000万円程度と見込まれた。

最下段のBは介護医療院に移行した場合となる。介護医療院が在宅扱いになることから、在宅復帰率の増加が見込まれ、地域包括ケア病床は35床のまま地域包括ケア病床3から1の基準に引き上げられる。そうすることで、介護医療院の単価は低いもののマイナスにならない見込みとなった。

以上の結果から、2022年6月療養病床2を介護医療院へ移行する方針となり、翌年の3月20日秋田県知事から開設が認可され、4月1日から開設となった。

Ⅲ. 介護医療院の現状

介護医療院の提供するサービスは、治療から介護、終末期までの対応である。医療サービスとしては、医師や看護師が常駐し、継続的に医療を提供しており、終末期ケアとしては、看取りを含むケアをACPに基づいて支援を行っている。その他、プライバシーや生活の質にも配慮した環境を整えることも求められている（表2）。

施設の類型はI型とII型に分類されるが、当施設の類型はIである（図3）。

右側にI型の要件を満たす重症者と医療療養処置の内容と割合、そして、ターミナルケアの割合を示してある。なお、当施設では、生活機能の維持改善を目的とするリハビリについて、作業療法士が主体に実施している。

折れ線グラフを見ると、重症者割合は60%以上、医療療養処置割合は50%以上、ターミナルケア割合は10%以上であり、全ての要件がクリアされている。

入所者は、全て地域包括ケア病床からの入所であった。2年間の退所内訳を見ると、124例中100例で約80%が死亡退所であった。転院と特養入所が9例と8例で約7%、自宅退所は3例のみであった（図4）。

開設後の実績を示す。

棒グラフは、入所者の要介護度別の月ごとの延べ人数を示してある。要介護4と5の入所者が大多数を占めており、要介護3の入所者がゼロの月もあった。折れ線グラフは月別の稼働率の推移であるが、開設時から約10か月間は70%台であったが、2024年2月から80%近くで推移するようになった（図5）。





介護医療院は治療から介護、終末期まで対応	
 医療サービス	医師や看護師が常駐。24時間体制で点滴治療や胃ろうなど一定の医学的管理が可能
 介護サポート	食事、排泄、入浴の介助。リハビリ、レクリエーション
 生活支援	掃除、洗濯などを支援。プライバシーや尊厳を重視した療養環境
 終末期対応	看取りケアやターミナルケアに対応

表 2

表 2

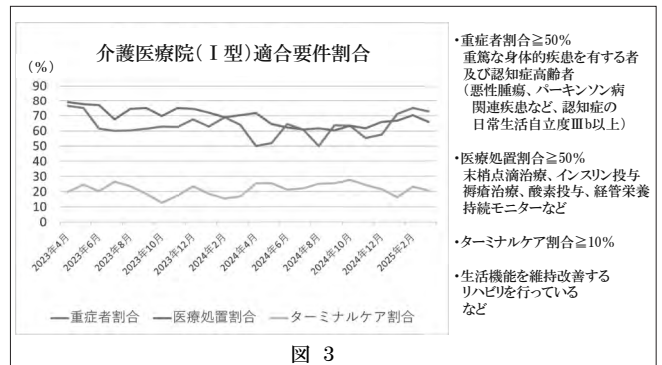


図 3

図 3

折れ線グラフは、前のスライドと同じ稼働率を示す。棒グラフは月別の収入を示してあるが、稼働率が80%を超えるようになった2024年2月から月2,000万円を上回るようになった(図6)。

次に、介護医療院開設前の収支予測と開設後の実績を比較検討した(表3)。介護医療院が在宅として扱われることから、在宅復帰率が80%を超え、現在の病床数のまま、地域包括ケア病床1が算定できる結果となった。2023年度は介護医療院への転換を優先したために単価は低めであったが、2024年度は介護医療院の加算を積極的に取得したこと、地域包括ケア病床を有する病棟でベッドコントロー

ルの見直しを効果的に行った結果、試算以上の1日単価の増加を認めた。稼働率についてはアフターコロナによる医療機関の受診控えや人口減少の進行などにより、2023年度、2024年度ともに予測より低い結果であった。

しかしながら、入院収入について見てみると、2024年度は試算よりも高い単価となり、収入はマイナスであるものの試算額とほぼ一致する結果であった。

介護医療院の医療と介護のDXについて検討した。医療面においては、現在のS社製電子カルテシステムでスムーズな運用になっている。しかし、S社に介護ソフトの現有がなく、介護ソフトと電子カルテシステムの連携がスムーズに進むことを条件に、S社提案のF社製の介護ソフトを導入したが、両者の連携はなされておらず、ケアマネジメント業務をはじめ、ライフ管理や介護会計システムなど、電子カルテ上での情報共有はなされておらず、課題解決の道のりは遠いと言わざるを得ない(図7)。

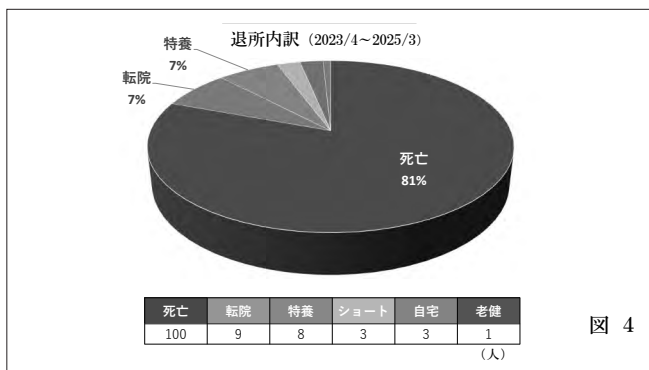


図 4

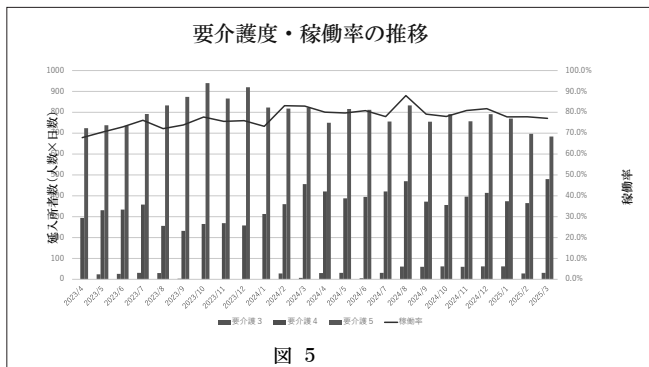


図 5

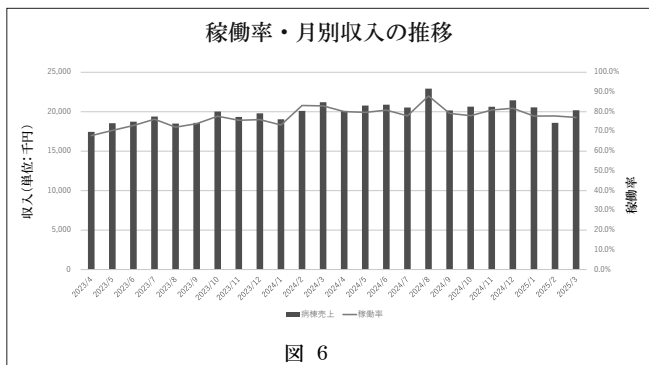


図 6

IV. 現状の課題と取り組み

1) 収益性について(表4①, ②, ③):

収益面からは、現在80%前後の稼働率を90%前

介護医療院転換前の収支予測と転換後の実績比較

収支予測	2病棟		3病棟	収入見込額
	地域包括1	地域一般1	介護医療院	
病床数	35	15	50	
1日単価	32,000	23,000	15,000	
稼働率	98.0%	84.8%	79.3%	
年間収入	400,824千円	106,824千円	217,075千円	724,523千円

転換後実績	2023年度1日単価	22,713	16,133	
2024年度1日単価	32,586	23,397	16,933	
2023年度稼働率	91.79%	76.66%	74.24%	
2024年度稼働率	91.61%	70.12%	79.75%	収入実績
2023年度入院収入	356,200千円	95,327千円	230,867千円	見込額との差
2024年度入院収入	381,851千円	89,820千円	247,617千円	682,894千円 ▲42,129千円

表 3

表 3

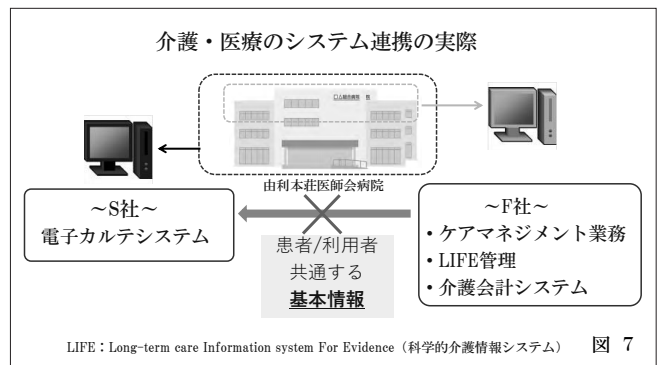


図 7

後までの増加を目指して外部からの入所を受け入れることにして、病院のホームページに介護医療院について掲載し、入所までのフローチャートを作成した。

次に、加算取得や減算回避について、口腔衛生加算を2024年6月から、2025年3月下旬にインカムを導入して4月から生産性向上促進体制加算を開始した。また、経口摂取している入所者で摂食障害があり誤嚥が認められる対象者に、2025年4月から経口維持加算を開始した。この加算には、多職種（医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士を含む理学療法士／作業療法士、介護職員、ケアマネジャー）共

現状・課題とその取り組み

1. 収益性について

1)稼働率の向上

現在80%前後であるが、今後90%前後までの増加を目指す。これまでは、地域包括ケア病床からの退院入所が100%であったが、外部からの入所を受け入れるために、病院のホームページに介護医療院について掲載した。

2)加算取得や減算回避

- ・口腔衛生管理加算(110単位/月):
2024年6月から算定開始した。
- ・生産性向上促進体制加算(10単位/月):
介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進。
2025年3月下旬からインカム導入して、2025年4月から算定開始した。

表 4 ①

表 4 ①

- ・経口維持加算(400単位/月):
2025年4月から算定開始した。
経口摂取している人で、摂食障害を有し、誤嚥が認められる入所者が対象。多職種共同による経口維持計画書の作成を要する。
- ・身体拘束廃止未実施減算の回避:
入所者全員の所定単位から10%/日減算される。
- ・高齢者虐待防止措置未実施減算の回避
など
- * 加算取得の効果
一定の体制やサービスの充実が求められ、個別的ケアの安全性や質の確保に繋がっており、また、介護職員の定着や意欲向上が図られることなどが挙げられる。

表 4 ②

表 4 ②

3)医療内容の見直し

- ・中心栄養静脈から経管栄養への変更
- ・ポリファーマシーの是正
- ・尿路感染や誤嚥性肺炎などの感染症で病態が重症の場合、
由利本荘医師会病院に入院
など

表 4 ③

表 4 ③

同による経口維持計画書の作成が求められる。

さらに、減算回避のため定期的に委員会を開催し、指針を整備し、研修を行うなど、体制を整えている。特に身体拘束廃止未実施減算は、入所者全員の所定単位から1日当たり10%削減されることから絶対に回避しなくてはならない。

加算取得の結果として、一定の体制やサービスの充実が求められ、個別的ケアの安全や質の確保につながっており、また介護職員の定着や意欲向上が図れることなどが挙げられる。

医療内容の見直しについては、医療資源の削減や単価のアップなどを図るために、ご家族の同意を得て中心静脈から経管栄養への変更、ポリファーマシーの是正、尿路感染や誤嚥性肺炎などの感染症で病態が重症な場合、由利本荘医師会病院に入院して治療を行うことなどを考えている。

2) システムについて (表 5 ①, ②) :

業務の効率化・集約化・標準化などの観点から、システム面において幾つかの取り組みを行った。その代表例を示す。

第一に施設の多職種の意見を踏まえて、開設当初

2. システムについて

1) 業務の効率化・集約化・質の向上

- ・開設一年が経過した時点で、それまでは、地域包括ケア病床の主治医が入所後も担当医となっていたが、固定の担当医2人制に変更した。
- ・インカム導入の効果
 - ①施設内のリアルタイムの情報交換が可能で、チーム対応の強化に繋がる。
 - ②移動中のコミュニケーションが可能で、業務効率が向上する。
 - ③緊急時対応に有効である。
 - ④施設内の静寂化。
など

表 5 ①

表 5 ①

2)医療と介護システム(DX)の連携

医師・看護師・介護福祉士・リハ療法士・管理栄養士は電子カルテを施設CMはパソコンにて介護ソフトを使用している。入所者の医療情報は電子カルテシステムの中で他職種間の情報共有は迅速に可能であるが、医療と介護システムの連携はなされていない。これについては、両者の現場ニーズの違いや地域連携の仕組みが未整備でベンダーでの開発も進んでいないのが現状であり、連携については多くの問題を残している。

表 5 ②

表 5 ②

から由利本荘医師会病院常勤医 8 名が入所後も担当医を担っていたが、開設 2 年目に入る 2024 年 4 月から担当医 2 名制に変更した。

また、2025 年 3 月下旬にインカムを導入した。その効果として、以下のことが挙げられる。

- ①施設内でのリアルタイムの情報交換が可能で、チーム対応の強化につながる。
- ②移動中でのコミュニケーションが可能で、業務効率が向上する。
- ③緊急時対応に有効である。
- ④施設内の静寂化につながる。

介護医療システムの連携については、入所者の医療情報は電子カルテシステムで多職種間の情報共有は迅速に可能であるが、医療と介護システムの連携はなされていない。これについては、両者の現場ニーズの違いや地域連携の仕組みが未整備で、ベンダーでの開発も進んでいないこともあり、両者の連携には多くの問題があり、現時点で困難である。

V. 今後の展望

2040 年問題とは、我が国の高齢者人口がピーク（65 歳以上の人口比率約 35%）を迎え、社会保障や労働力の低下により地域社会に深刻な影響を及ぼすとされる課題のことである。

秋田県の高齢化率は既に 35% を超え、高齢者の人口は既に減少が始まった。このような中で、医療・介護施設が生き残るためには、質の向上と経営の工夫が重要であることは言うまでもない。

質の向上として、今まで述べた課題解決の他に嚙下・褥瘡・感染管理などのケア管理の強化や、看護師や介護職員の人員定着や専門性の強化などが必要である。また、経営の工夫として、制度改定に柔軟な経営の効率化や加算の取得の徹底などが挙げられる。

このような取り組みの中で、地域医療機関との連携を取りながら、地域で「選ばれる施設」となることが求められている。

VI. まとめ

当院では、2022 年度診療報酬改定により、地域包括ケア病床 3 に在宅復帰率 70% の要件が追加されたのに伴い、幾つかの条件で試算を行った結果、2023 年 4 月に療養病棟 (50 床) を介護医療院 (50 床) I 型に転換した。

年度別稼働率は、2023 年度 74.2%、2024 年度 79.8% であった。2024 年 2 月から 80% で推移するように増加した。目標は 90% であり、外部からの入所を受け入れるための施設内での体制を整え、病院のホームページに介護医療院について掲載した。

入院収入についてみると、2024 年度は稼働率が試算より 10% ほどマイナスであったが、単価は試算より高くなり、収入試算とほぼ一致する結果となった。

現在、由利本荘市の高齢化率は 36% を超えており、2040 の高齢化率は 41.8% の見込みで、総人口は約 5.6 万人規模まで減少する推計になっており（由利本荘公式サイト）、なお一層の超高齢化・人口減少に向き合うことになる。

生産年齢人口は減少し介護福祉の担い手不足が構造化し、介護需要は重症化かつ長期化することが推測される。このような状況で、医療・介護資源は広域連携と在宅基盤にシフトし、病院依存から在宅・介護施設の分散が進むことになるであろう。

それに対応するために、講演の今後の展望でも述べたように、地域医療機関との連携を取り、地域で「選ばれる施設」となることが肝要である。

メインテーマ「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方
～2040年問題が及ぼす影響と対策」
第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 小中 俊太郎（群馬県医師会理事）

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委員長）

シンポジウム

2. 水戸市医師会訪問看護ステーションみと（茨城県）

「水戸市医師会訪問看護ステーションみとの取り組み～2040年を見据えた医療と介護の在り方～」

水戸市医師会長

細田 弥太郎

I. はじめに

2040年を見据えた医療と介護の在り方として、一般社団法人水戸市医師会の共同利用施設である「訪問看護ステーションみと」の直面している課題と取り組みについて報告する。

II. 水戸市の現状

水戸市は、茨城県の県央地域に位置する県庁所在地で、人口26万7千弱、中核市である。高齢化率は、国、県と同様に推移しており、今後2040年に向け徐々に総人口、生産年齢人口、年少人口は減少、そして高齢者人口が増加してくる（図1）。要支援・要介護認定者数も高齢者人口の増加に伴い、増加の一途をたどっている。2040年の要支援・要介護認定者数は、19,110人と推計されており、高齢者人口

の24.3%、すなわち高齢者4人に一人が要支援・要介護認定者であると予想されている（図2）。

III. 訪問看護ステーションの課題と取り組み

水戸市では訪問看護ステーションの数が年々増加しており、高齢者人口に対する事業所数は、全国平均を上回っている（図3）。但し、その数が充足していれば、地域共生社会が実現するわけではない。新規や閉所事業所の変化が多いこの業界で訪問看護サービスの質は大丈夫なのか、高齢者、市民、社会的ニーズに即しているのか、水戸市に一極集中することによって周辺医療圏とのバランスは取れているのか、さらには、おおむね30分以内に必要サービスを提供される日常生活圏を対象地域とする地域包括ケアシステムに合致するのかなど、大変多くの課題を抱えている。

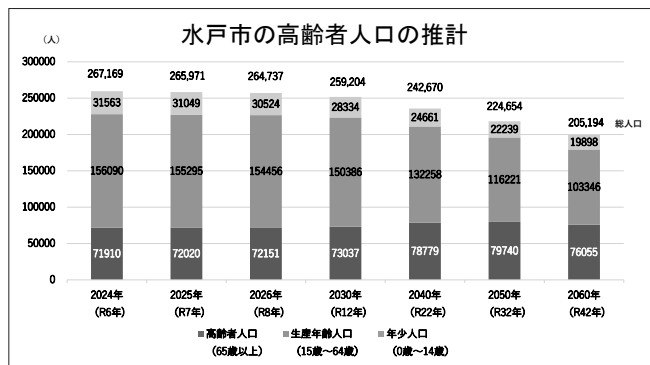


図1

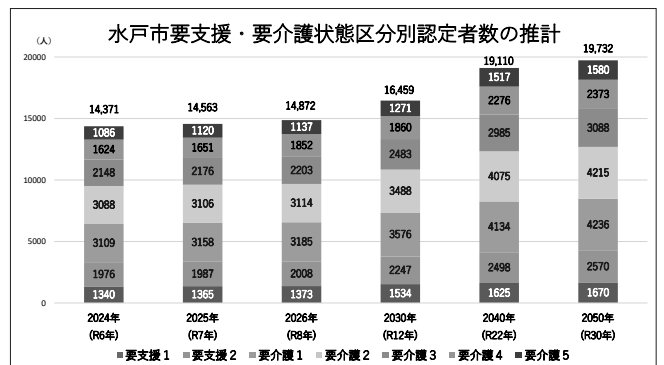


図2

また、職員の確保も重要な課題である。水戸市医師会「訪問看護ステーションみと」は、現在、看護師16名、作業療法士1名を有する茨城県内で最も職員数の多い事業所である(図4)。業務は、24時間対応、小児から高齢者までを対象とし、ほぼ全ての在宅ケアに対応し、訪問看護指示書は市内外合わせて約70医療機関よりいただいている。職員の年齢構成は、60代が2名、50代が8名と、全体の半数を超えており、ここ10年、15年後のステーションの将来を考えていく上では、若手職員の確保はもちろんだが、多様な就労促進というものが重要事項となってきている。

この点は人口構成の推移と関連し、「訪問看護ステーションみと」だけの問題ではない。60歳前後、またそれ以上の看護師は、プラチナナースと呼ばれているが、厚生労働省のデータによると、60歳以上の看護職員の割合は年々増加しており、2022年には12.8%、55歳以上のプラチナナースが約38万、過去20年間で約4倍に増加している(図5)。我々は、看護・介護する側もされる側も高齢化していくという現実直面してきている。

そして、訪問看護師の需要は非常に多く、現在12万人が必要な推計を厚生労働省は出しているが、

今のところ7万6,000人とどまっている。その対策の1つとして、茨城県看護協会による訪問看護支援事業がある。これは病院完結型から地域完結型医療への方針に向かって、医療機関の看護師と訪問看護師間の理解を深め連携を図っていくための研修を実施している。内容は訪問看護入門編から在宅療養支援、専門性の高いケア、小児、重症心身障害児、難病、終末期や精神疾患への対応、そして管理者研修まで多岐にわたる密度の濃い授業となっている。さらに、全国に69万人を超えている潜在看護職員への働きかけも重要である。潜在率の高いプラチナナース世代の活躍の場として、豊富な経験と知識、コミュニケーション能力が求められる在宅医療や介護サービスの分野は大変期待度が高くなる。訪問看護支援事業は、復職支援、就労移行がスムーズに行われるような入口を目指している。

ここで、「訪問看護ステーションみと」の経営面に目を向けてみる。利用者数は、新型コロナウイルス感染症対策の様々な制限による影響と周辺事業者数の増加に伴い、医療保険と介護保険ともに減少傾向にあったが、ややこのところ持ち直してきている(図6)。同様に、訪問回数も減少傾向から横ばいになってきてはいるが、まだ財務状況は好転せず、

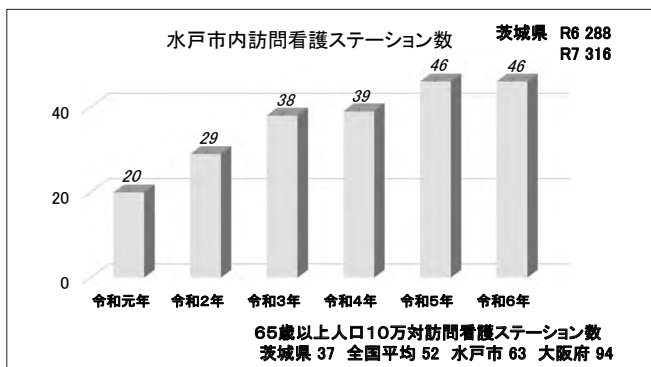


図3

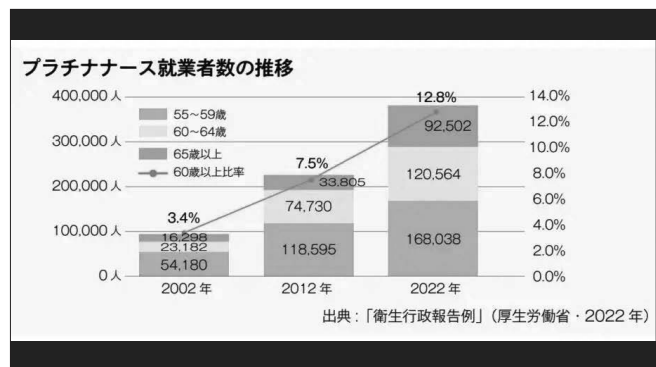


図5

	訪問看護ステーション			介護保険センター	
	看護師	作業療法士	事務	介護支援専門員	在宅医療・介護連携支援専門員
60代	2		1		1
50代	8	1		1	
40代	6		1	2	
計	16	1	2	3	1
合計	19			4	

図4

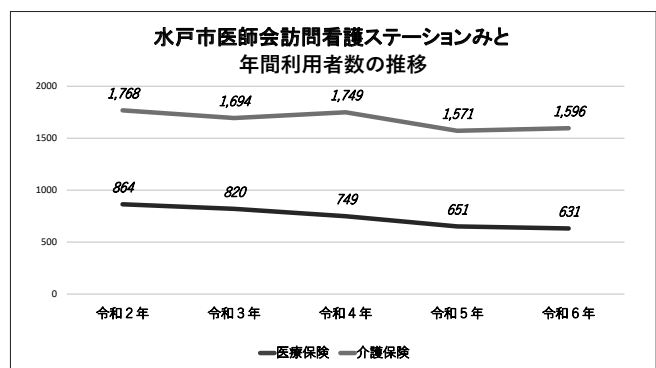


図6

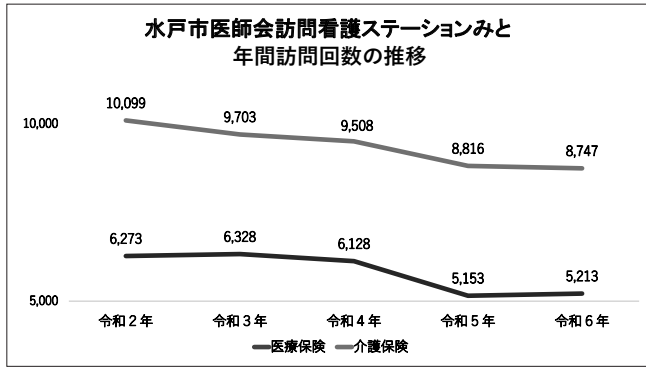


図7

厳しい現状が続いている（図7）。訪問看護ステーションの収入は、99%医療保険と介護保険による訪問看護の報酬になり、訪問看護の利用者数と利用回数に左右される事業である。一方で、支出費用の80%は人件費となるが、医科診療報酬と介護報酬が抑えられ、労働人口減少による人手不足や最低賃金の引き上げなどが関わり、人件費が高騰していけば、おのずとこの事業は立ち行かなくなる。この対応としては、水戸市内外の医療機関、居宅介護支援事業所への営業活動を通じ、より身近に感じていただける、選ばれる訪問看護ステーションになっていく必要がある。

さて、「高齢者の急増」から「現役世代への急減」に局面が変化していく2040年に向かって、医療・介護サービスを確保していくためには、医療従事者の働き方改革もうたわれている中で、様々なテクノロジーの活用による生産性の向上は必須となる。また、必要な人材確保については社会の活力を維持していくために、年齢、性別、人種を問わない多様な就労促進が求められていると考えている。

テクノロジーの活用の一つとして、今年度より「訪問看護ステーションみと」では、訪問看護ステーション管理システムを見直しして、タブレット端末を導入した。今までは目と耳と手と足で行っていた業務をICT化し、機器のできることは機器で、今後はオンラインでの看護、健康相談、食事指導や主治医との診療支援、サービス担当者会議などに活用できるように検討していく予定である。今まで休日夜間当番の看護師は緊急連絡があった際、患者の情報を得るために事務所に戻り確認する必要があったが、タブレット端末の導入により、いつでもどこで

も情報の確認が可能となった。また、書類作成などの記録、申し送りなどの報告に要する時間が短縮し、事務作業は減少している。残業時間の短縮にもつながり、職員行動の把握も容易となり、管理者としてのメリットも大きいと考えられる。一方で、情報漏えいのリスクや機器破損などに対する不安感、VDT作業による眼精疲労などの声がスタッフからは上がっている。これに対しては、情報機器の適切な管理を周知し、さらには労働衛生管理を的確に指導していくことにより対応している。

積極的に人材確保していくためには、看護職自身の訪問看護に対する意欲を高めるため、昭和ではない、令和の時代に即した労働環境の整備が必要となる。また、キャリアアップにつながる適切な評価と地位向上が求められてきている。診療報酬と介護報酬の上昇は大前提ではあるが、本気度を示す待遇改善、柔軟な雇用条件、例えば事務所・事業所を要さない、いわゆる直行直帰を可能とする働き方を検討していきたい。

これからの課題としては、利用者の満足度を向上させるサービスの向上、高齢者・市民・社会的ニーズへの柔軟な対応、周辺医療圏へのバランス、地域包括ケアシステムの中での明確な位置付け、そういったものが十分に必要になる。これには日本医師会の提言にもある医療DXを活用し、適切な情報連携や業務の効率化を進め、コンプライアンスを確保し、安全・安心でより質の高い訪問看護を提供することを目指していかなければならないと考えている。

IV. まとめ

2040年に向かい、高齢化や人口減少が進み社会基盤は弱体化してくる。そこで、孤立せずに生活を送ることができる地域共生社会の実現には、地域での医療・看護・介護福祉等総合的な支援体制が必須となる。特に、看護支援は、健康維持、傷病悪化予防から、最期まで暮らすことができるようにしていく上で、重要な役割を持ち、訪問看護ステーションは地域共生社会の実現に不可欠な社会資源の一つとなっている。水戸市医師会「訪問看護ステーションみと」は、地域の中でリーダーシップを取れるような役割を果たせるよう、行政と連携しながら発展させていきたい。

メインテーマ 「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～ 2040年問題が及ぼす影響と対策」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 小中 俊太郎（群馬県医師会理事）

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委員長）

シンポジウム

3. 「東京都在宅医療推進強化事業における MCS 機能強化の 共同開発について」（東京都）

東京都医師会理事

佐々木 聡

東京都医師会理事 全国医療介護連携ネットワーク研究会会長

土屋 淳 郎

I. はじめに

2040年問題に向けた対応という方向性は他の演題と同様であるが、本講演ではこれまで議論されてきた施設の運営とは少し異なる視点から論じたい。

周知の通り、医師会共同利用施設とは、医師会が主体となり設立・運営し、地域の医師会員が共同利用を図る施設である。しかし、将来的な社会情勢や人口構造の変化を鑑みると、医師会共同利用施設の経営・運営が必ずしも盤石であるとは言えない。したがって、従来のような「施設」に限定せず、医師会が行う「事業」や、医師会員が利用するだけでなく、医師会同士が協働して行う形態も検討すべきではないかと提案するものである。

今回、「東京都在宅医療推進強化事業」の実施にあたり、使用されるICTシステムの機能強化を各地区医師会の「共同開発」という形で進めることができた。これはまさに医師会同士の協働に該当する事例と考えられ、今回報告させていただく。

II. 東京都の現状と課題

特別講演でも触れられていたように、2040年の人口構成を考えると、大都市型では高齢人口の増加が続く一方で、生産年齢人口は減少する。過疎地域

型では生産年齢人口も高齢人口も減少し、いわゆる「人口減少社会」となるなど、地域によって変化の形は様々となる。当然ながら高齢者の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズや在宅医療の需要は増加する。

東京都においては、2040年過ぎまで総人口は変わらない状態が続く一方で、高齢人口は増加していく。高齢化率は約29%の高止まりが2050年過ぎまで続き、医療・介護の複合ニーズが増加する一方で、東京都では高齢者のみの世帯、高齢独居、認認世帯といった家庭介護力の乏しい世帯の増加が課題となる。その対策の一つとして打ち出されたのが、「在宅医療の推進」である。

III. 東京都在宅医療推進強化事業とICTシステム

令和5年度より3か年の東京都補助事業として、「東京都在宅医療推進強化事業」が行われている。本事業は2つの柱で構成されている。1つは地域における「24時間診療体制の構築」であり、もう1つは「デジタル技術を活用した医療DXの推進」を図るというものである（図1）。なお、この事業自体は、令和8年度からは各自治体の補助事業へ移管される予定となっている。

本事業の柱である「24時間診療体制の構築」を

東京都在宅医療推進強化事業

【地域における24時間診療体制の構築】

- ・在宅医療に取り組む地域のかかりつけ医の連携、夜間対応を行う医療機関・往診を支援する事業者との連携等による24時間診療体制の構築
- ・医師、訪問看護師、多職種との連絡調整を担う窓口の設置及び運営

【デジタル技術を活用した医療DXの推進】

- ・デジタル技術を活用した24時間体制構築に資する取組

※令和5年度より3か年は都の補助事業
令和8年度より、各自治体の補助事業

図1

東京都におけるMCS採用状況

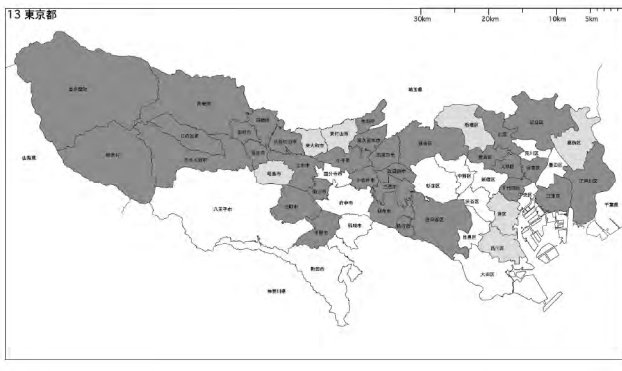


図2

進めるためには情報共有が必要であり、そのためにはICTシステムによる連携が不可欠である。東京都におけるICTシステムの現状を振り返ると、平成28年に「東京都在宅療養推進基盤整備事業（多職種ネットワーク構築事業）」が実施され、各地区医師会にICTシステムの導入が進められた。しかし当時は、Medical Care Station（以下MCS）やカナミックネットワーク、バイタルリンク、その他地域独自のシステムなど、多様なシステムが導入された結果、東京都全体がモザイク状となり、隣接地区ともつながらない状況が発生してしまった。それから7年が経過し、本事業の開始にあたり再調査を行ったところ、結果的にはMCSが多く利用されていることが判明した（図2）。

IV. MCSの機能的限界と共同開発への転換

東京都全体において利用が拡大していたMCSで

あるが、MCSは本来「患者グループを中心としたコミュニケーションツール」である。主に在宅の主治医が中心となり患者グループを作成し、そこへ訪問看護師・ケアマネジャー・介護士等の多職種を招待して情報連携を図る設計となっている。

しかし、今回の在宅医療推進強化事業の場合、定常的な業務ではなく、在宅主治医の不在時や連絡不通時に発生する「突発的な事象」への対応が求められる。既存のMCSの仕様では、こうした緊急時に管理者が不在の場合につなぐことができず、このままでは本事業への活用に問題があると考えられた。

これについて、MCSの運営会社であるエンブレス社とも協議した結果、対応すべき地区医師会が多く、個別の対応では調整や開発の手間がかかり、また費用も増大することから、各地区医師会の意見を集約し、費用を按分することで効率的な機能強化を図る「共同開発」の方向性が定まった（図3）。

まず、各地区医師会に対し、共同開発についての意向調査を実施した。様々な意見はあったが、希望する医師会を集め、機能強化の共同開発に向けての協議を開始した。ただ、調整事項も多岐にわたるため、ここから先の共同開発の実務については、一般社団法人全国医療介護連携ネットワーク研究会（以下、医介連）に委任し、進めることとなった。

V. 共同開発の実践と「チーム機能」の実装

今回の「MCS機能強化の共同開発」を進めるにあたっては、事業自体は東京都と地区医師会との契約であるため、東京都医師会がエンブレス社との間に入って進めることは適切ではないが、一方では、エンブレス社と地区医師会との調整役が不在では意見等をまとめるににくいという課題があり、MCSの運用に精通し、各医師会とのつながりを持つ「医介連」が仲介役を担うこととなった（図4）。

なお、「医介連」とは、10年ほど前に設立し現在は一般社団法人化している団体であり、地域包括ケアネットワーク構築におけるICT活用について検討・推進を行っている。事例集の作成や全国大会の開催なども手掛けている。

医介連が仲介し、共同開発をどのような形で進めるか各地区医師会と協議した結果、今回の共同開発には19地区が参加することとなった。もともとMCSを利用していた医師会だけでなく、中にはまだMCSを利用していない医師会、あるいは補助金

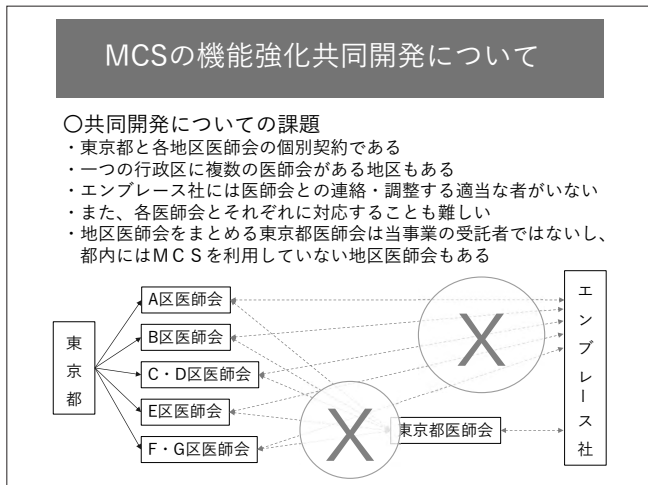


図3

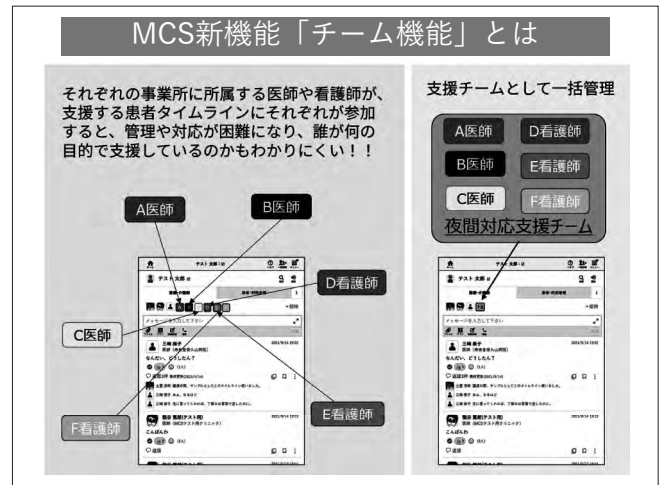


図5

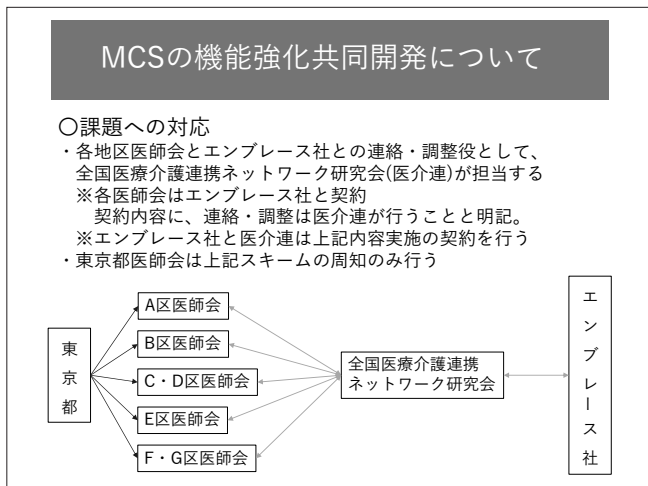


図4



図6

ではなく医師会独自の予算で参加する医師会もあり、関心の高さがうかがえた。

VI. 「チーム機能」の概要と成果

各医師会に対し「どのような仕組みがあればよいか」とヒアリングしたところ、多岐にわたるニーズが寄せられた。これらを整理し、まずは本事業に関連するもの、ニーズが高いもの、本事業だけで終わらせず汎用性が高いもの、そして会社の運営ポリシー等も踏まえて開発実現性の高いものとして「チーム機能」を開発することとした。

「チーム機能」について説明する。従来のMCSでは、タイムライン形式で管理者が招待したメンバーのみが閲覧できる仕様である。例えば、夜間対応などで「医師会で組織した支援チーム」を招待したい場合、チームメンバーである様々な事業所・職種の間が個別にタイムラインに参加することにな

ると、支援者のリストが煩雑に並び、誰がどのように関わっているかが不明瞭になり、患者情報のアクセスコントロールが難しくなる。そこで、システム上に「チーム」という仕組みを新たに構築した。これにより、例えば支援チームメンバーを「夜間対応支援チーム」というような「チーム」にまとめ、タイムラインにはこのアイコンを1つ配置するだけで済むようにした(図5)。

機能としてはシンプルに聞こえるが、システム的には、本来1つの事業所に所属するユーザーが、異なる事業所間で1つのチームを構成するという仕組み自体、データベース構造からの変更を要する大変な作業であった。

実際に完成した機能では、チーム名が表示され、医療・介護側のタイムラインでそのチームの参加が確認できるようになった。チームメンバーの招待や管理を行う機能も実装され、実運用が開始されてい

る(図6)。

豊島区の事例では、「平日夜間休日対応チーム」を作成し、末期がん患者等の緊急時対応に活用している。多数の支援者が個別に表示されるのではなく、チームとしてシンプルに表示されるため、支援状況が一目で把握できるようになった。

VII. 今後の展望

今後は、実際に使用して判明したニーズを反映し、「チーム機能」の更なる強化を図る予定である。加えて、「患者サマリー」の表示機能(支援チームが患者情報を確認する際、タイムラインの冒頭に患者サマリーを表示し、即座に把握できるようにする機能)や、添付ファイルの閲覧性向上(深い階層にある添付ファイルをすぐに閲覧できるようにする機能)の改良など、より実用的なシステムにしていく考えである。

VIII. まとめ

「東京都在宅医療推進強化事業」において、情報共有ツール(ICTシステム)としてMCSの利用を考えている地区医師会が多かったが、本事業に用いるには既存の機能では不十分であり、機能強化が必要と判断された。その際、各地区医師会が個別に実施するのでは手間と費用の面で非効率であるため、地区医師会による共同開発を提案し進めた。

これからは医師会の設立・運用による「施設」の共同利用だけでなく、こうした「事業」を複数の地区医師会で進めていくことも、新たな「医師会共同利用」のあり方として有効ではないか、と提案させていただいた。

最後に、今回実現したMCSの機能強化の内容については、近い将来、日本全国のMCSユーザーに無償で公開される予定である。これは在宅医療に限らず、例えば眼科などの在宅サポートチームが主治医の要請に対応するなど、多様な場面で活用可能な機能であるため、将来の公開に期待していただきたい。

メインテーマ「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方 ～2040年問題が及ぼす影響と対策」

第3分科会（介護保険関連施設関係）

司会 小中 俊太郎（群馬県医師会理事）

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委員長）

シンポジウム

4. 神戸市医師会（兵庫県）

「神戸市医師会在宅医療・介護連携支援センターの紹介」

神戸市医師会副会長

久次米 健 市

神戸市医師会理事 神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長

松 尾 玲 子

I. はじめに

神戸市は兵庫県の県庁所在地で、兵庫県は、南を瀬戸内海、北を日本海に挟まれた南北に長い県であり、その南端に県庁所在地の神戸市がある。神戸市は兵庫県内で最も人口が多く、人口は約150万人で、9つの行政区から構成されている。海と山に囲まれた自然豊かな環境、近畿地方の都市部へのアクセスの良さが特徴で、また、灘五郷といわれる酒どころがあり、伝統的な酒造りは今も盛んに行われている。神戸港は国際貿易港としても重要な役割を果たしており、観光、商業、文化の中心地となっている。神戸市の人口は2012年を境に徐々に減少し、高齢化が進行しており、2025年時点で高齢化率は29.2%となっている（図1）。

日本は超高齢社会で、2025年時点の高齢化率は29.6%、65歳以上を15～64歳で支える割合は2である。今後も生産年齢人口は減少し続け、2040年には高齢化率は35%を超え、65歳以上を15～64歳で支える割合は1.6になると推定される。2040年には85歳以上の高齢者が1,000万人を超え、独居の方も増加し、医療や介護を受けながら地域で生活するにあたり、多くの問題点が出てくる（図2）。

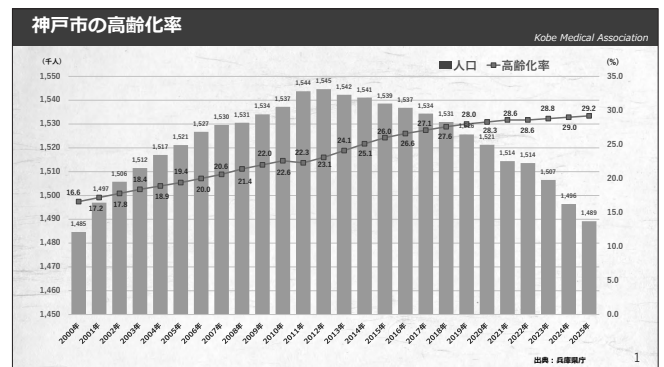


図1

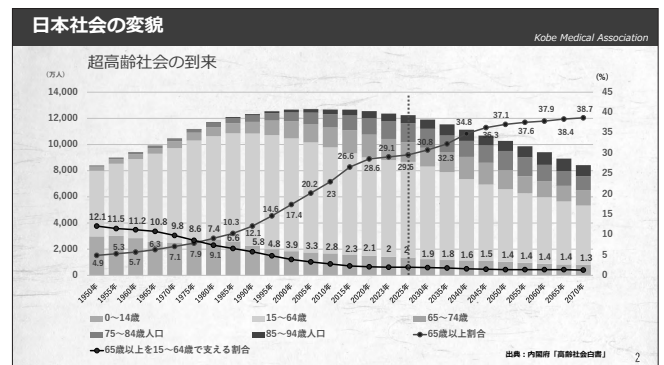


図2

II. 医療介護サポートセンター（総論）

2005年に介護保険法の改正により地域支援事業が創設され、主な内容は介護予防事業と包括的支援事業である。2025年に向けて地域包括ケアシステムが整備されてきている。目標は、住み慣れた地域でできる限り人生の最終段階まで自分らしい生活を継続できること。医療・介護・予防・住まい・生活支援、この5要素を一体的に提供できる体制を整えるということを目指している（図3）。

2014年に消費税が8%になり、増税理由が福祉目的ということで、地域支援事業の大幅な見直しが行われ、包括的支援事業が拡充された。この事業は、①認知症総合支援事業、②生活支援体制整備事業、③介護予防・日常生活支援総合事業、④在宅医療・介護連携推進事業、という4つの構成要素からなり、各事業が拡充された。4つ目の在宅医療・介護連携推進事業に協力するため、神戸市医師会は、2016年4月1日に在宅医療・介護連携支援センターを創設した。神戸市では、通称「医療介護サポートセンター」と呼んでいる（図4）。

医療介護サポートセンターの概要（として）は、

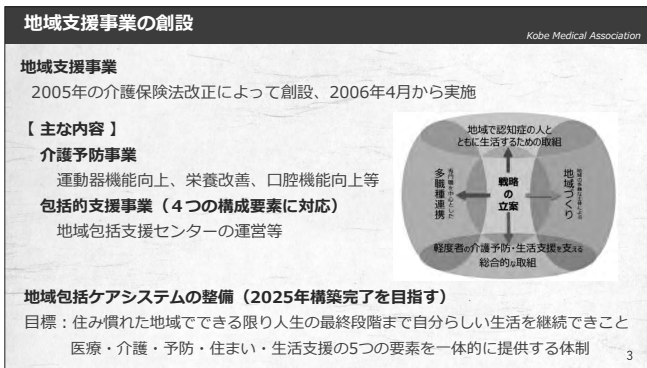


図3

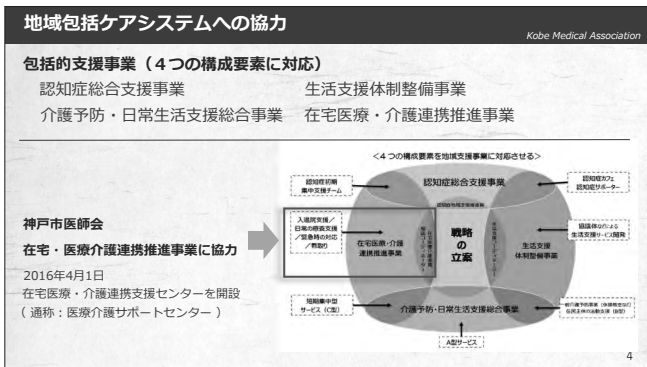


図4

在宅医療と介護サービスの担当者の連携を支援するコーディネーターを配置し、その連携を推進するための事業を実施することで、事業主体の神戸市が、神戸市医師会と神戸在宅医療・介護推進財団に業務委託している。主に医療介護サポートセンターの設置運営は神戸市医師会が担い、コーディネーターの雇用・育成は神戸在宅医療・介護推進財団が担い、三者で協力して医療介護サポートセンターを運営している（図5）。

神戸市は先ほど紹介した通り9つの行政区があり、区ごとに1か所、医療介護サポートセンターを設置している。各区医師会の役員がセンター長を務めるなど、いろいろなサポートセンターの運営に関わり、各区医師会とサポートセンターは緊密に連携を取っている。サポートセンターに配置するコーディネーターは、1か所につき2名で、ケアマネジャーの資格を有する看護師等としている。看護師以外にも社会福祉士やMSWの経験のある方など福祉に携わる方も配置しており、医療と介護の連携に役立っている。

医療介護サポートセンターの業務内容としては、現状分析、課題抽出、施策立案、施策の実行、となる。地域の医療・介護の資源の把握を行い、情報を整理してリストやマップなどを作成する。協議会を開催し、在宅医療の課題抽出と対応策を検討する。また、切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制の構築を推進する。それらを踏まえて対応策の実施として、まず、在宅医療・介護関係者からの相談を受ける。コーディネーターが相談窓口となり、コーディネーターだけで対応できない場合は医師会員の協力を得て対応し、行政や他団体につなぐこともある。次に、地域住民への普及啓発を行う。講演会やシンポジウムの開催、資料の作成と配布やインター

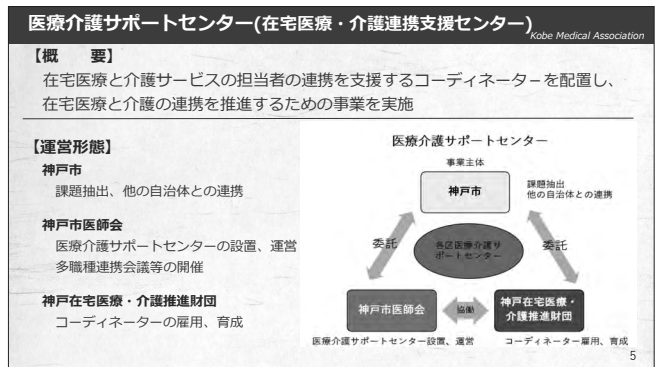


図5

ネットでの広報などを行う。また、医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得のための研修を行う。情報共有の支援では、在宅での看取りや入退院に活用できるような情報共有ツールを作成している。医療・介護関係者向けの研修会は、多種多様なテーマで開催している。

医療介護サポートセンターでは、あんしんすこやかセンターからの相談にも対応している。医療介護サポートセンターは、市民からの直接の相談は受けていないため、市民はまずあんしんすこやかセンターに相談し、そこから必要に応じてサポートセンターに連絡がある。

今後サポートセンターに必要となる機能として、地域リハの推進や、認知症の早期発見などが挙げられる(図6)。

Ⅲ. 医療介護サポートセンター (各論)

1) 現状把握と情報共有

神戸市医師会では、医療介護資源検索システムを作成している。もともとは病院と診療所(医師会員)との逆紹介のためのシステムを構築するために作成したが、登録情報を拡充している。医療機関(約1,200件)だけでなく、訪問看護ステーション、介護施設、訪問薬局、訪問歯科などの情報も掲載し、医療介護資源の検索を関係者ができるようにしている。今のところ、このシステムを利用できるのは医師会員、病院の地域連携室、医療介護サポートセンターに限られる。今後、このシステムを多職種で利用できるようにするにはどうすべきか、という検討を行っていききたい。

2) 相談への対応

医療介護サポートセンターでは、相談件数や内容

を半年から1年ごとに集計して共有している。地域包括支援センター、ケアマネジャー、看護師、MSWからの相談が多く、医師からの相談もある。訪問診療や往診のできる医師、在宅で特定の医療行為のできる医療機関を教えてほしいという相談に対し、上述の医療介護資源検索システムを活用して回答したり、在宅での医療や介護における制度について回答したりしている。

3) 協議会、研修会、フォーラムの開催

医療介護サポートセンターは、いろいろな関係団体と協議会や研修会を開催している。多職種間の情報共有について訪問系サービス事業所が集まり研修を行ったり、退院カンファレンス模擬研修としてロールプレイを含む研修を行ったり、事例検討会やグループワークも行っている。多職種による交流会も企画し、顔の見える関係づくりを進めている。

市民向けフォーラムについては、各区のサポートセンターで様々な企画を考え開催している。神戸市中央区では、落語家を講師に招き、「人生会議って何だろう?」というテーマでの講演の後、寄席を一席していただいた。私は神戸市中央区で開業しているが、当区は、神戸市の中では病院が多く、高齢化率は低いが独居が多い。当区では、医療の情報をつなぐため、「あんしんセット」を作成し、「あんしんノート」を書いて自分の情報を書いてそれをつなぎましょうという活動を説明した。他の区のサポートセンターでは、医療・介護の関係者が出演者となり、ACPをテーマに演劇をしているところもある。

広報活動として、サポートセンター便りを発行している。中央区では年に4回の発行だが、区ごとに特色あるものを作成し、サポートセンターの活動を広報している。

Ⅳ. まとめ

サポートセンターの活動を行う中で、見えてくる課題がある。まず、担い手不足、介護人材の不足である。高齢者の増加、医療・介護の複合ニーズの増加が進んでおり、複雑な状況に対応できる、医療にも介護にも対応できるという人材を探すことは難しい、確保し続けることも難しい。コーディネーターは各区2名としているが、その確保ができないケースも生じている。

次に、地域間格差という課題がある。兵庫県でも、

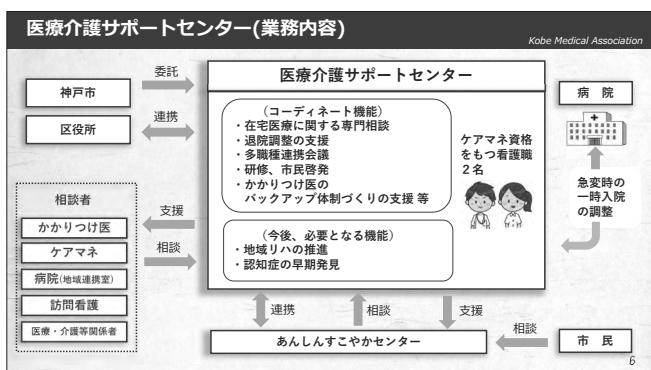


図6

都市部，山間部，郊外というような違いは大きいが，神戸市内だけで見ても同様である。病院数，診療所数，人口密度，独居率，公共交通機関の利便性など，区によって大きなばらつきがある。高齢化率は，神戸市全体では29%で，全国や兵庫県も同じぐらいだが，区によって高齢化率33%のところもあれば，20%程度のところもある。きめ細かい対応が今後より一層必要となる。

また，多職種連携の難しさがある。担当者やスタッフの交代があっても，顔の見える関係を継続していくことが重要である。さらに，課題として市民の参加促進がある。上述のフォーラムのように，落語や劇など，市民の興味を引くような工夫が必要となる。

対策として，ICTの活用，市民の互助を支える地域活動の活性化，包括的支援体制を担う専門職の育成と支援，などが考えられ，こういったことに医師会として積極的に取り組む必要がある。

高齢者の生活を地域全体で支える「地域完結型ケア」の実現を目指し，行政，医療・介護関係者，地域住民，NPO，企業などが連携し，地域の実情に即した包括的な支援体制を構築していくことが大切である。医療介護サポートセンターは，地域に根ざした活動をきめ細やかにしており，こういった活動を2040年に向けて今後も継続しながら，山積する課題にも対応していきたい。

第3分科会（介護保険関連施設関係） 質疑応答

司会 小中 俊太郎

（群馬県医師会理事）

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委員長）

ただいまより各先生方へのご質問をお受けいたします。先ほど司会の小中先生よりお話がございましたが、ご質問される場合は、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。それでは、いかがですか。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

細田先生にお伺いします。姫路市は人口50万都市で、訪問看護ステーションは約100か所、つまり人口10万対20か所ぐらいです。介護保険制度創設以前から訪問看護ステーションを運営しており、かなり歴史があります。最近の医師会立訪問看護ステーションの存在意義をどのように考えておられるか、それから、看護師のスキルアップの話がされていましたが、特定行為研修修了看護師などを積極的に採用した方がよいのかどうか、ご意見をお願いいたします。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

水戸市の場合、行政との連携が非常に強く、高齢福祉課や介護保険課は必ず医師会を通されるので、訪問看護ステーションを運営していくうえで、今のところは存在意義があると考えております。職員の数も多く、現在16名ですが、多い時は20名ぐらいになり、茨城県内で最も人数が多いステーションです。全国平均で二桁を擁するところは多くないと思いますが、いろいろな形で幅広い対応を求められるため、存在意義はあると思います。ただ、先程も申しましたが、経営状態は決してよくありません。また、スキルアップの点につきましては、先生のおっしゃる通り、看護師養成所を卒業してすぐ訪問看護をスタートできるかというところ、なかなか難しいところがありますので、積極的にそういう方々を雇用していくのは必要な部分かと考えます。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

ありがとうございます。私どもも行政との連携

はありますが、いいように使われているように感じています。コロナの時も参加しておりましたが、姫路市内に他にもステーションが幾つかできたため、医師会立というのがどこまでうまく使えるのか、最近不安になってきた次第です。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

おっしゃる通り、これから状況が変わってくる部分はあるかと思えます。本会の訪問看護ステーションが職員の数が一番多いということで、小児から高齢者まで幅広く求められてしまうところがあります。訪問看護ステーションの数がかなり多くなってきておりますので、これからはある程度淘汰されてくる部分があるかと考えます。そういったことも今後は考えていかなければいけないと思っております。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

ありがとうございます。それからもう1点、ACPに関して、誰が主体になってやればよいかというのがあります。訪問看護ステーションやケアマネジャーという話もあり、在宅、病院、またそれ以外のACPは誰がするのかということで、訪問看護のACPも何か考えなければいけないこともあると思われませんか。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

ACPの捉え方はケース・バイ・ケースだと思います。在宅での訪問看護のACPに関しても、訪問看護ステーションが関わっていかなければいけない事例はたくさんあると思います。どこが率先していくのかどうかは、ケース・バイ・ケースと考えます。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

明石市医師会の先生は、ACPの話もMCSを使ってとおっしゃったりしますが、佐々木先生はACPについてもフォーマットに入れたらできるとお考えですか。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

私自身はACPをMCSでと考えたことはありません。ACPは、訪問看護師だけでなく、いろいろな職種の方が長い時間かけて膝突き合わせてやるものではないかと考えます。その結果、現時点の患者さんの考えとして格納しておくのはよいですが、時間や状態によって変わるため、あくまで表示ツールではないかと思えます。土屋先生いかがですか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

豊島区では mcsACP アプリというのをつくりました。多職種で、とにかく ACP に関わる話があれば情報共有しようというものです。本人や家族、主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなど、みんなが同じ情報を持っているということが大事だと思います。ただ、その仕組みに関しては、患者さん側が書き込む場所がなかったため、工夫すればよかったと思っています。

○来栖昌朗（姫路市医師会理事）

ありがとうございました。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

土田先生にお尋ねします。ご発表では、地域において重要な在宅機能としての役割を担う介護医療院ということで、介護医療院の位置付けが在宅になっていて、地域包括ケア病棟からの入所で在宅復帰率が入院料1の算定要件を満たしたというお話がありました。一方で、介護医療院側からすると、稼働率が上がれば上がるほど病院からの受け入れがスムーズにいかないという問題があり、空いている病床が1床か2床という時に、本院からの受け入れが難しくして他の施設に行くことがあり、歯がゆい思いをされているということですが、その辺何か工夫されていますか。

○土田昌一（秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長）

開設してあまり時間が経っていませんが、今のところは、ターミナルケアの方が80%以上を占めるため、ちょうどよいタイミングで退院になりバランスが取れていますが、予想よりも受け入れ数が少ない時があるため、外から受け入れる余地はあると思います。ただ、どのように調整するかは決めていません。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

介護医療院に入所したことで、終のすみかと受け止める利用者家族も多いですが、こちらとしてはある程度落ち着いたら特養などに移ってほしいと思っています。その辺のコントロールが難しいです。どなたか介護医療院の回転がうまくいなくて、受け入れの要請に応えられないという施設がありましたら、ご発言をお願いしたいと思います。

○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委員長）

いかがですか。

○土田昌一（秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長）

外からの依頼があった場合、どのように入所してもらうか、いろいろなフローチャートを考えております。おそらく、病状や状態がわからないことが多々あるのではないかと思います。とりあえず病院に短期間でも入院していただき、そこで振り分けるとすると語弊がありますが、選択させてもらおうかと考えています。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

本会も、当法人以外からの受け入れは一旦病院に入院していただきますが、経営的な面からもそちらの方がかなりよいです。ある程度そこで病状を見極めて、辞めてよい薬などポリファーマシーの是正をしています。

○土田昌一（秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長）

私の施設では死亡退院が多いですが、狩野先生のところはいかがですか。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

44床の介護医療院で、死亡退院は実数として多い月で2、3名、少ない時はゼロです。

○土田昌一（秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長）

私の施設ではターミナルケアの方が結構多く、正直受け入れの調整まで悩んだことはありません。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

私のところも要介護3・4で8割以上を占めています。ターミナルケアの方も受け入れていますが、実数としては先程のような感じです。

○土田昌一（秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長）

私の施設では要介護4・5が97～98%です。対象の違いもあると思います。

○狩野稔久（益田市医師会介護医療院ふたば施設長）

死亡退院で病床が空くから受け入れができるという、変な意味でスムーズな連携になっているのかもしれない。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委員長）

会場の先生方の中で、受け入れが大変といったご

経験があれば、お話しいただければと思います。よろしいですか。その他ございませんか。

○長坂資夫（群馬県医師会理事）

佐々木先生、本日は大変画期的なご発表をありがとうございました。今後の共同利用施設のあり方といますか、方向性を1つ示していただいたような気がいたします。また、群馬県医師会もMCSをコミュニケーションツールとして全県に広げようと、土屋先生には直接お伺いしてお世話になった経験もあり、本日は久しぶりにお会いできて嬉しく思います。箱物を建ててそこを何とかメンテナンスしながら維持していくという共同利用施設が、もしかすると先生がおっしゃったようにシステムであったり機能であったり、こういったものを共同利用しながら展開していく、これが新しい全国レベルの医師会の展開に非常に必要なことになってきた気がしました。私は今、看護学校を主に担当していますが、今後も勉強していきたいと思っています。ありがとうございました。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

ありがとうございました。先ほど、医師会共同利用施設施設長検査健診管理者連絡協議会の活動報告がありましたが、検査健診センターで行ういろいろなアプリなどの共同開発をされているお話を伺い、こういうことがあちらこちらで進められていくのだろうと感じました。また、私が参画している日本医師会の医師会共同利用施設検討委員会でも、広島市で近隣の複数の医師会が協力して健診センターのいろいろな業務を共同で行っているという話を伺い、箱物としての共同利用だけでなく、新しい形での共同利用がこれから進んでいけばよいと考えております。

○山崎政直（奈良市医師会副会長）

佐々木先生、土屋先生に教えていただきたいと思っています。本日は非常に参考になるご講演をありがとうございました。奈良市でも、土日祝日24時間看取りに限ってMCSを行っていますが、患者グループにそのチームを入れるというのは、登録されている患者さん全てにそのチームを入れるということではよろしいですか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

主治医からご登録いただき、その患者さんだけにチームを登録しています。

○山崎政直（奈良市医師会副会長）

ありがとうございます。続いて、奈良市が看取りに限っている理由として、患者情報の共有が非常に難しく、看取りであれば患者情報が多少不十分でも問題がないためです。土屋先生の診療情報提供書は非常に画期的な機能と思いますが、現在ほどのように患者情報などを共有されていますか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

個々のタイムラインでは、診療情報提供書を貼ったりしますが、チーム機能に関しては、主治医のポリシーによって様々です。患者さんの日ごろの情報の変化はMCSで見っていますが、ベースになる情報は、例えば夜私どもが訪問診療に行った時などに算定が取れるよう、休日診療所に電子カルテが置いてあり、その中にある程度ベースの情報は溜め込まれています。それぞれに閲覧できるクラウド型の電子カルテのため、そちらを見に行く感じになっています。

○山崎政直（奈良市医師会副会長）

ありがとうございます。もう1点、私ども奈良市医師会は、奈良県や奈良市に働きかけていますが、土屋先生のところのような費用が出る事業費というのはなく、全て当番医の厚意によって回している状態です。何もなかった時の当番医への待機料は、費用から支払われる形ですか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

東京都の在宅医療推進強化事業は、各地区で決まりをつくっているため、いろいろなところがあると思います。ちなみに、私の所属する地区医師会では、事業費の中から待機費用を出していますが、かなり低額です。来年度以降は予算要望しますが、区から「本当にこれでやっていたんですか？」と言われたぐらいです。手挙げしてくれる協力医は少数ですが、だんだん事業が軌道に乗って区に必要なだと理解してもらって上げていきたいと、個人的には思っています。

○山崎政直（奈良市医師会副会長）

ありがとうございます。また、いろいろと参考にさせていただく機会もあるかと思ひますし、個人的にも連絡を取らせていただきたいと思っています。よろしくお祈いします。

○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委員長）

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）

松尾先生にお伺いします。この事業の費用は地域医療介護総合確保基金から出ているのか、介護保険法の地域支援事業から出ているのか、どちらですか。

○松尾玲子（神戸市医師会理事／神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長）

神戸市が予算立てをしています。おそらく介護保険法の地域支援事業の予算になるのではないかと思います。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

入退院時支援などもされているのですか。

○松尾玲子（神戸市医師会理事／神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長）

入退院時支援は特にしていません。そういうツールを考えたり、連携がスムーズにいくように多職種で、例えば病院側の看護師と在宅側の看護師と一緒に研修会を行ったりして、退院時どのような医療的ケアが必要であるかなど、内容の研修を行ったりしていますが、報酬的な絡みはないと思います。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

ありがとうございます。都市部では、入院した患者さんが戻ってくる時に、主治医のところに戻らないケースが結構あるため、退院支援や研修に役立つのではないかと考えています。神戸市でもそういう事例は問題になっていませんか。

○松尾玲子（神戸市医師会理事／神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長）

それは神戸市でも非常に問題になっております。きめ細かくサポートセンターが関わることにより、退院時に主治医が代わるかもしれないことについて、元の主治医へ連絡をしたり、気をつけてやっという病院側の地域連携室に伝えたりします。入院して、次にリハビリ病院などに行くと、元の在宅の主治医が誰であったか情報が消えてしまうことが多く、何とか入れていこうという取り組みもしております。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

他の地域でも、このような在宅医療介護連携をされているところはあるようですが、神戸市の発表を聞いて、本当にいろいろな事業をワンストップでされていることに感銘を受けました。ありがとうございます。

いました。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

主治医のところには患者さんが戻ってこないという話はまさにその通りです。急性期病棟に入って回復期リハに行き、そして場合によっては介護老人保健施設等へ行き、それで在宅に行く際に、どの主治医が元の主治医だったかわからなくなることがあります。そのため、いわゆる看護サマリーの中に元の主治医が記載できるような様式を考えました。それをできるだけ広めていくようにしていますが、既にそういう様式をつくっている病院も多く、十分には広まっていません。その中で、今、LINE WORKSを使ったシステムを考えております。特に市民病院群で利用されているところがありますが、残念ながら在宅の医師がまだ入っていないこともあり、十分なネットワークがつけられていないため、MCSを使ったシステムをどのように利用したらよいか悩んでいるところです。神戸市でアンケートを取ったところ、MCSを使っているところ、バイタルリンクを使っているところ、LINE WORKSを使っているところと、ほぼ同じような比率になっております。それは、兵庫県医師会並びに神戸市が、バイタルリンクの使用を推奨しているからで、主に区の医師会が管理し、各医療機関が運営していますが、小さい医療機関も多く、うまく参入できないところもあるため、来年度にはうまく運びたいと思っております。先生方のところで、例えば豊島区医師会で何%の会員が使っていて、どのようにすればうまく利用してもらえるのかなど、教えていただけますと幸いです。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

豊島区では、医師だけで80数名使っていて、在宅を行う医療機関は100ぐらいあるため、ほとんどが使っていると思います。実は、MCSの統計機能みたいなものがあり、それを見るとわかりますが、きちんと登録していない医師もいるため、数値が正確に出てこないというのがネックです。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

医師会で利用に関するマニュアルを定め、それに関して説明する機会を設けられていると思いますが、何か特別支援が必要な項目はありますか。皆さん問題なく利用されているということによろしいですか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

基本的な使い方についてはおそらく大きな支援は必要なく、アプリをつくったり、仕組みをつくった時の使い方みたいなものの講習は行っています。MCSは基本使用料は無料のため、一応医師会としてもルールをつくってはいますが、使い始めてしまったり、管理が及ばないところもありますので、そういうところを今後どうやっていくか、区と話し合いながらやっていくという状況です。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

最後にもう1つお尋ねいたします。MCSを使われた理由として、利用している医師会が多いからということですが、私も兵庫県医師会としましても、バイタルリンクを使っている理由はいわゆるセキュリティの高さで、利用されている方が多いという他に、特にMCSを選ばれた大きな理由はありますか。

○土屋淳郎（東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長）

佐々木先生のご発表の中でも話が出ましたが、数年前に24時間多職種連携ネットワーク構築事業というのをやりました。その時は各地区がそれぞれ好きな仕組みを使ってよいということで、バイタルリンクやカナミックのトリトラスなど、いろいろな仕組みがありましたが、徐々にMCSに勝手に集まってきたような状況だと思います。使い勝手なのか、コストなのか、アンケートを取って聞いているわけではないのでわかりませんが、だんだん広まってきている感じです。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

ありがとうございました。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

一番の問題はセキュリティで、特に個人情報の関係で行政が入って来れないという問題があります。東京都全体で調査を行ったところ、行政が入っているところが1か所だけありました。そこは区独自でつくったシステムで、そこにやっと行政が入れるというようなハードルがあります。ただ、厚生労働省のガイドラインに従ってつくられているため、きちんと守れば問題はないだろうと思いますが、個人情報保護条例に引っかかって行政が入れないのが悩ましいところです。

○大石明宣（愛知県医師会副会長）

行政が入れないというのは少し違うのではないかと

と思います。愛知県の場合は、IIJが運営する電子@連絡帳ですが、愛知県では医師会が業者と契約するのではなく、例えば豊川市では費用は医師会ではなく、豊川市が払っています。だから、死亡したことは市役所もわかっているため、数か月経過しても医療機関が削除しない場合は削除してくれたり、行政も個人情報保護法の枠の中で管理してもらっており、医師会の費用負担もなく、なおかつ運業者であるIIJとも連絡を取って、運用上の問題点について話し合い、医師会は開発者である名古屋大学と相談して回しているような状況です。だから、行政が入れないということはないと思います。

○佐々木聡（東京都医師会理事）

IIJが愛知県全体を統一して使われているというお話は、大変素晴らしいと思います。行政が入れないとか、行政が納得したシステムでなければいけないということだと思います。愛知県の取り組みは大いに参考にしたいと思います。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

水戸市は人口26万人ぐらいですが、高齢福祉課がまずカナミックを使い始め、介護保険制度が始まってからは介護保険課が使い、その延長線上で行政が今全部を管理して、介護の方々に使用しているような状況です。

○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委員長）

その他ございませんか。それでは、私から細田先生にお伺いしたいと思います。利用者数が減少し、利用回数も減ってきているということですが、その要因と対策はどのようにお考えですか。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

やはりコロナの影響でマイナスに転じるようになってきました。そのため、利用できる方の幅をアピールするなど、営業活動を積極的に行っております。それから、水戸市医師会は介護保険センターも運営し、在宅医療介護連携支援センターも兼ねておりますので、それが少し強みになっております。そういったところから利用者数を増やしていけるよう、頑張っているところです。

○谷口正和（焼津市医師会副会長）

それは退院支援の形ですか。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

おっしゃる通りです。水戸市ではそのような形でやっております。

○谷口正和（焼津市医師会副会長）

私どもの医師会も訪問看護ステーションがありますが、利用者数も訪問回数も減っています。施設入所はすごく増えていて、サービス付高齢者住宅もどんどん増え、それが影響して在宅がどんどん減っているような気がしています。その辺はいかがですか。

○細田弥太郎（水戸市医師会長）

水戸市は、まだそれほど施設入所が急激に増えてきているという感じではありません。かなり地域によって差が出てしまう部分かと思います。

○谷口正和（焼津市医師会副会長）

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委員長）

よろしいですか。時間になりましたので進行を小中先生にお返しします。

○小中俊太郎（群馬県医師会理事）

座長の本間先生、シンポジストの土田先生、細田先生、佐々木先生、土屋先生、久次米先生、松尾先生、大変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、明日予定されております第3分科会の報告につきましては、本日の座長の労をおとりいただきました本間先生に行っていただきますので、よろしくお願いいたします。

群馬県内共同利用施設紹介

「群馬リハビリテーション病院の現状と今後の課題」

群馬県医師会理事

鶴谷 英樹

群馬県内には、臨床検査センターを含め29か所の共同利用施設が設置されている。その中でも、高崎市医師会が運営する「高崎・地域医療センター」は、医師会と自治体が連携して成功を収めた代表例として広く注目されている。また、伊勢崎佐波医師会病院は地域医療支援病院として長年にわたり地域医療を支え、併設する健診センターは十数億円規模の黒字を安定して維持している。

本日は、これら共同利用施設の中でも、群馬県医師会が自ら運営する「群馬リハビリテーション病院」について紹介する。

【群馬リハビリテーション病院の概要】

群馬リハビリテーション病院は、中之条町・沢渡温泉地に位置し、昭和37年に「沢渡温泉病院」として開設された歴史ある施設である。現在は回復期リハビリテーション専門病院として189床を有し、県内最大級の回復期リハ病棟を運営している。

温泉地という自然豊かな環境は療養に適している一方、交通アクセスの不便さ、地域の過疎化、建物の老朽化といった課題も抱える。また、前回の診療報酬改定では回復期リハ病棟が大幅な減算を受け、同院でも約6,000万円の減収が見込まれた。

しかし同院は、リハビリ専門医5名、100名を超えるリハスタッフを擁し、脳血管疾患・整形外科疾患を中心に高度なリハビリテーションを提供している。県の脳卒中連携パスでは毎年受け入れ数で県内1位を維持しており、質の高いリハビリ医療が高く評価されている。スタッフの研鑽意欲も強く、研修体制の整備や先進機器の導入に積極的に取り組んだ結果、昨年度は減収を補って大幅な黒字を達成した。

〈以下、院内紹介ビデオでのナレーション〉

■ チーム医療と365日リハビリ体制

院内ではチーム医療を中核に据え、医師・看護師・理学療法士・薬剤師・管理栄養士・ソーシャルワーカーなど多職種が密接に連携し、365日途切れることのないリハビリテーションを提供している。

ADL室では家庭環境を再現した空間で生活動作訓練を行い、自立度の向上を図っている。体育館ではリハビリ時間外の活動量を増やすため、自主トレーニングやリハスポーツを実施し、身体機能だけでなく、意欲や社会性の回復にも寄与している。さらにプールでは、水の浮力・抵抗・水圧を活かし、関節負荷を抑えながら重度患者への早期介入を可能としている。

■ 看護部の取り組み

看護部は疾病管理や再発予防を重視し、患者の自己効力感を高める「待つ看護」を実践している。摂食嚥下・認知症・皮膚排泄などの認定看護師育成にも積極的で、専門性の高い教育を通じて回復期病棟に求められる看護の質向上に貢献している。

地域連携室では、入退院支援、在宅復帰支援、経済的課題への相談対応など、患者と家族の生活背景に寄り添った支援を行う。また外来診療や外来リハビリにも幅広く対応し、地域の医療ニーズに応えている。

■ 感染症流行期の対応

新型コロナウイルス感染症の流行時には、多職種によるタスクシフト・スキルミクスを早期に導入し、看護補助業務を他職種が支援する体制を構築した。動線を最小限に抑えた配置や、既存病棟スタッフによる支援体制により、クラスター発生リスクを抑えつつ病棟ケアの継続性を確保した。医療資源が限ら

れる地域における持続可能なチーム医療のモデルケースとして評価できる取り組みである。

■ リハビリ部門の先進的取り組み

リハビリ部門では、HAL、フィジオゲイト、AAD（足関節アシストデバイス）、IVES、ジェントルスティム、コグニバイクなど、先進的ロボティクス機器を積極的に導入している。歩行誘導、電気刺激、随意運動介助型刺激、デュアルタスク訓練など、多様なアプローチを組み合わせることで神経可塑性を最大限に引き出し、個別化されたりハビリプログラムを構築している。

各機器には専門チームを配置し、臨床応用の標準化、データ管理、効果検証を進めることで、質の高いリハビリを均一に提供できる体制を整えている。

■ 多職種連携による包括的ケア

嚥下内視鏡検査による嚥下機能評価、NST ラウンドによる栄養管理、排尿ケアチームによる排尿機能改善、認知症ケアチームによる拘束最小化など、多職種が連携した包括的ケアも充実している。

また、吾妻地域リハビリテーション広域支援センターとして、相談支援、ケア会議参加、介護予防事業、住民向け講演会などを通じて、地域包括ケアの推進にも貢献している。フレイル予防サポーター養成研修では、セラピストが講師となり、住民が主体的に健康づくりに関わる仕組みづくりを支援している。

■ 研修事業と医師教育

研修事業は共同利用施設としての重要な柱である。医師・看護師・リハ職・介護職など多様な職種に対し、座学と実習を組み合わせた実践的なプログラムを提供している。ロボティクス導入研修、管理者向け研修、摂食嚥下・認知症・移乗技術など、現場で即活用できる内容が豊富で、カフェテリア方式により必要なテーマを柔軟に選択できる点も特徴である。併設する介護老人保健施設での実地見学は、生活期リハや介護現場の理解を深める機会となっている。

医師教育では、群馬大学整形外科医局と連携し、若手整形外科医がローテーションで勤務する仕組みを整備している。急性期から回復期・生活期まで一連の流れを学ぶことで、整形外科医としての治療観が広がり、社会復帰を見据えた診療能力の向上につながっている。日本リハビリテーション医学会および日本整形外科学会の研修施設として、専門医育成にも寄与している。

■ 今後の展望

今後は、老朽化した施設の建替え、人材確保、地域包括ケアへの更なる貢献が重要な課題となる。同院は「患者のその人らしさに寄り添うリハビリ医療」を理念に掲げ、地域とともに歩むモデル病院を目指している。県外からの患者受け入れや研修参加も積極的に行い、先進的リハビリを提供する共同利用施設として、更なる発展を期待している。

分科会報告

第1分科会

鹿児島県医師会常任理事 日本医師会医師会共同利用施設検討委員会副委員長

黒木 康文

(1) 伊勢崎佐波医師会病院（群馬県）

発表者：都丸浩一 伊勢崎佐波医師会副会長

演題「当院の今後のあるべき姿を考える～地域の中で目指すもの～」

伊勢崎佐波（いせさき さは）医師会病院は、高崎市の東部に位置する伊勢崎市（人口21万人）と玉村町（3万6千人）を対象にした中核病院で、1974（昭和49）年に開設。病床数は255床。1978（昭和53）年には健診センターの運営を開始され、生活習慣病の予防に力を入れておられる。同センターでは、2024（令和6）年から、WEB問診やタブレット誘導システムを導入し、健診の効率化と受診者満足度の向上を図っている。また、15台の検診車による巡回健診を行い、情報収集システムでデータのオンライン化も進められている。今後は、AI活用や定年延長による「労働力の確保」、入退院支援センターの拡充、自治体の在宅医療連携拠点事業を受託することでの「在宅医療との連携強化」、そして健診部門を軸とした経営安定化を目指し、進展する高齢化社会に向けて、選ばれる施設作りを目指すとの発表があった。

(2) 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院（鳥取県）

発表者：深田 悟 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長

演題「三朝温泉病院のクラウドファンディングの挑戦と成果—温泉施設の改修を目指して—」

三朝（みささ）温泉病院のある三朝（みささ）町は、県中央に位置し、人口約5,700人、高齢化率約40%で高齢化が進む地域である。2000（平成12）年2月に国立病院療養所から鳥取県中部医師会へ経営移譲され、病床数は143床で急性期から慢性期、およびリハビリテーション医療を提供されている。また、日本有数のラドン泉を活用した温泉療法が特

徴。温泉成分の腐食による施設の老朽化への対応として、2021（令和4）年にクラウドファンディングを実施。当初は「病院が資金を募るのはみっともない」といった声もあったが、院内外の関係者への丁寧な説明により理解を得て、同年12～1月の56日間を実施し、結果的に当初の目標額500万円を大きく上回り、全国各地から454名、約943万円の支援が得られた。この取り組みは、資金調達だけでなく、地域との信頼関係の可視化や職員の意識改革にもつながったとの発表であった。

(3) 大分市医師会立アルメイダ病院（大分県）

発表者：石和 俊 大分県医師会副会長／大分市医師会副会長／大分市医師会立アルメイダ病院副総院長

演題「大分市医師会立アルメイダ病院の現況と今後いかに“治し支える医療”を展開するか」

大分県のアルメイダ病院がある大分市は、人口47万人の中核市で、県人口の44%が集中する、高齢化率29%の全国平均の地域である。開業から56年目を迎え、2008（平成20）年には新病院を建て替え、許可病床数は406床。救命救急センターの指定を受けるなど、高度急性期から回復期まで幅広い医療機能を担っている。大分市には大分大学医学部附属病院、県立病院など公的病院が多く、高度急性期・急性期病床が過剰である一方、回復期・慢性期病床が不足しているという課題があるが、隣接医療圏からの患者流入も多く、隣接医療圏と連携した広域な医療連携体制の整備が求められている。今後は、「経営の安定」を図るための休床78床の復帰、特に20代で入職3年以内の離職者が目立っており、看護師の離職対策と確保対策の検討および、当医療圏の回復期・慢性期の機能不足への対応として、大分市医師会が運営する訪問看護事業所、地域包括支援

センターなどを活用した在宅医療の推進体制を目指していくとの発表であった。

(4) 霧島市立医師会医療センター（鹿児島県）

発表者：河野嘉文 霧島市立医師会医療センター病院長

演題「公設民営医師会病院の新築移転 滑り込みセーフ？アウト？」

霧島市立医師会医療センターのある霧島市は、人口約12万人で高齢化率は28%の全国平均の地域で、病院は2000（平成12）年に国立病院療養所から、地元自治体の霧島市へ経営移譲され、地元医師会である始良地区医師会と霧島市との間で、地方公営企業法の一部適用による指定管理者制度で運営。2012（平成24）年から新病院建設の構想が始まり、2021（令和4）年に108億円で落札したが、資材高騰や人件費増などにより、最終的には164億円を要した。2025（令和7）年2月にオープンし、病床は254床、全室個室でロボット支援手術やPET-CT装置を導入し、稼働率は約90%で、手術件数も増加しているとのことだが、医業費用の増加で黒字化は困難な状況にある。また、公立病院という立場から、市民の期待に応える診療科や施設整備の充実も求めら

れ、公的病院特有の経営の難しさもある。河野先生は、地方都市の医療提供体制の維持には自治体との連携による公設民営の制度が有効であるとした上で、地域医療を守るため赤字でも繰り出し資金を確保する自治体の覚悟と、「今までの医療が続くことが当然」とする国民の意識改革が必要であると述べられた。

第1分科会では、4つの医師会病院から発表いただいた。高齢化がこれから進む地方都市型、既に人口減少を迎えている地域、それぞれニーズも変化しており、それに伴う医師会病院の役割も変化している。地方では、人口減で患者も減少し、開業医も徐々に減ってきており、そのような中で、医師会病院を建て替えも含め、継続維持の判断が難しい時代となってきた。鳥取県の三朝（みささ）温泉病院からは、クラウドファンディングを活用した資金調達の例もご紹介いただき、また、霧島市立医療センターの河野先生からは、自治体の覚悟も必要との意見もいただいた。医療は医師会任せではなく、自治体にも医療の厳しい現状を理解していただき、当事者として医師会と一緒にあって関与していただくことが重要であると、改めて感じた次第である。

分科会報告

第2分科会

日本医師会常任理事

黒瀬 巖

(1) 高崎・地域医療センター（群馬県）

発表者：田村 仁 高崎市医師会副会長／高崎・地域医療センター業務執行理事

演題「検査健診センターにおける地域住民のための、一体感のある連携（自治体・医師会・医療機関）」

高崎・地域医療センターが検診、検体検査、そして休日夜間診療を3本の柱として展開されていることに加え、特に乳がん検診ではデジタルデータを一元管理し、読影委員会で集中的に判定することによって診断の精度を向上し、またそれがうまくいっているという事例をご紹介いただいた。

また、健康寿命の延伸に寄与するためには、自治体健診や事業所健診が重要であり、そのために健診の施設間の均てん化と、精度管理の維持が肝要である点を指摘された。

こうした取り組みを介して地域住民の健康維持に貢献するという公益性の高い事業に関して、今後も自治体、医師会、そして医師会員との一体感のある連帯を深め、発展させたいと抱負を語られた。

(2) 石川県医師会臨床検査センター（石川県）

発表者：齊藤典才 石川県医師会理事

演題「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策～」

同検査センターは、一般検査、個別健診、そしてその他の健診の3事業を柱とされているが、民間大手との競合、そして物価・賃金等の高騰と人手不足、震災並びに震災後の復旧が遅れているという足下の逆風にもかかわらず、地域の医療機関との連携を基本として、地域の医療を支え続けておられるとのことである。

そのための取り組みとして、業務のICT化や柔軟なシフト体制など、業務改善の具体的な事例の紹

介とともに、その基本となる考え方で丁寧にご説明された。今後も地域医療を支える使命を果たすために、業務改善のための課題を継続的に見つけ出し、問題が顕在化する前に対処することによって、より質の高いサービスの提供を目指していくと締めくくられた。

(3) 静岡市静岡医師会健診センター MEDIO（静岡県）

発表者：水谷暢秀 静岡市静岡医師会副会長／静岡市静岡医師会健診センター所長

演題「静岡市静岡医師会健診センターの現状と2040年問題への取り組み」

不採算であった検体検査部門を廃止する一方で、静岡市内の中心地に立地しているという地の利を活かした健診センターと、CT・MRIを核とした検査センターにより受診者数が増加し、コスト増を上回る収益を得ることで医師会の財政にも寄与しているということである。健康寿命の延伸の観点から、退職者の健診受診率の改善など、高齢者の健康管理に資する取り組みを種々検討されており、優しさと思いやりを持って、地域住民の健康づくりを応援していくという理念を披露された。

(4) 広島市医師会臨床検査センター（広島県）

発表者：山本 匡 広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島県医師会理事

演題「臨床検査センターを取り巻く環境変化と今後の取り組み」

同検査センターにおける利用医療機関の縮小に伴う検査依頼数の減少、診療報酬の長期的な下落、そして検査センターを利用する医師の高齢化という環境の変化を、詳細にご説明された。さらに、これらの課題への対応策として、県境をまたぐ医師会間の

相互協力によるコストダウンや、一部検査の外注、更には集荷業務などに関しても、地元民間検査会社との戦略的な連携の可能性にも言及され、事業継続への強い決意を示された。

以上の4題はいずれも大変示唆に富む内容であ

り、引き続いて行われた質疑応答では、災害時の相互協力の仕組み、営業人材の重要性、システムの共同化、ICT活用による業務効率の改善、集配の外注など、様々な課題に関して、高崎の暑さに負けず熱い討論が行われた。

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委員長

本 間 博

(1) 由利本荘医師会病院介護医療院

発表者：土田昌一 秋田県医師会理事／由利本荘医師会理事／由利本荘医師会病院副院長
 演題「介護医療院開設2年が経過して～現状と課題、そしてその展望～」

当病院では、2022（令和4）年度の診療報酬改定で地域包括ケア3に対して在宅復帰率70%の要件が追加され、多額の年間収支マイナスが見込まれたため、2023（令和5）年4月に療養病棟を介護医療院I型に転換された。年度別稼働率は徐々に上昇し、2024（令和6）年2月から80%前後で推移して、収支減算を免れた。そして、口腔衛生管理加算、また、生産性向上促進加算等を積極的に取り入れ、課題解決と質の向上に努め、地域でいわゆる「選ばれる施設」を常に目指しているとのことご発表であった。

(2) 水戸市医師会訪問看護ステーションみと

発表者：細田弥太郎 水戸市医師会長
 演題「水戸市医師会訪問看護ステーションみとの取り組み～2040年を見据えた医療と介護の在り方～」

訪問看護ステーションは、2040年に向けた地域共生社会の実現に不可欠な社会資源の1つであり、質の高いサービス提供、高齢者・市民・社会的ニーズへの対応、周辺医療圏とのバランス、明確な地域包括ケアシステムの中での位置付け、法的要件やコンプライアンスの確保、積極的な人材確保対策、また、待遇改善が必要と考えられる。

その中で、プラチナナースなど積極的な人材活用、機器の活用、タブレット端末の積極的導入と活用ということで、労力と時間の合理的な活用を進められておられるとのことご発表であった。

(3) 「東京都在宅医療推進強化事業におけるMCS機能強化の共同開発について」

発表者：佐々木聡 東京都医師会理事、
 土屋淳郎 東京都医師会理事／全国医療介護連携ネットワーク研究会会長

演題「東京都在宅医療推進強化事業におけるMCS機能強化の共同開発について」

東京都在宅医療推進強化事業においては、情報共有ツールICTシステムの活用が求められ、東京都で最も普及しているのはMCS（Medical Care Station）であるが、本事業に用いるにはその機能強化が必要と考えられた。その機能強化における意見集約と開発費用の按分を目的に、地区医師会による共同開発を提案し、進められた。今後、各地区医師会による施設の設立運営に限定せず、事業も含めた医師会同士の協働を行うことも医師会共同利用として有用ではないか、というようなご報告であった。

(4) 神戸市医師会

発表者：久次米健市 神戸市医師会副会長、
 松尾玲子 神戸市医師会理事／神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長

演題「神戸市医師会在宅医療・介護連携支援センターの紹介」

ICTの活用によるサービス効率化と情報共有の強化、住民全体の互助を支える地域活動を活性化、包括的支援体制を担う専門職の育成と支援により地域完結ケアの実現を目指し、行政、医療、介護関係者、地域住民、NPO企業等と連携し、地域の実情に即した包括的な支援体制構築が大事であるというお話であった。

この後、終了時間ぎりぎりまで非常に内容のある質疑応答が行われ、大変勉強になる分科会の報告・

討議であった。

全体討議

日本医師会常任理事

黒瀬 巖

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

昨日の各分科会では大変活発なご議論をいただき、また示唆に富むご発表であったと聞いております。本日は全体討議として、参加者全員による討議を行いたいと思います。まずは第1分科会から順にご質問をお受けいたします。なお、ご質問やご意見を述べられる先生は、ご面倒ですが、お近くのマイクまでお越しいただき、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。

それでは、第1分科会（医師会病院関係）につきまして、ご質問あるいはご意見のある方挙手をお願いいたします。黒木先生どうぞ。

○黒木康文（鹿児島県医師会常任理事／日医医師会共同利用施設検討委員会副委員長）

第1分科会の質疑応答で、医師会病院の運営が立ち行かなくなった時の後処理について質問がありました。東京都は民間病院全体で補助金が300億円くらいあるということです。私の地元の医師会病院は準公的病院として、年間1億3,000万円くらい補助金をもらっています。経営主体は医師会ですが、医師会単独での運営は本当に厳しい状況で、つぶれた時どうするかという話になった時に、近くの公立病院との統合・合併も少し視野に入れているということと、会員の方々の補完先の病院としての役割がありますので、つぶれる前に何とか手を打たないといけないと考えているという話をしました。私どもの医師会は、私と会長と副会長と3人で連帯保証人になっており、まだ20億円くらい借金がありますので、何とか返していきたいと思っているところです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。終活問題ですね。この点に関して、ご意見などございますか。東京都リハビリテーション病院の新井院長、何かご意見があればお願いします。

○新井康久（東京都リハビリテーション病院長）

ご指名いただきありがとうございます。都立病院

は東京都立病院機構という1つの塊になっていて、当院は医師会立ではなく、東京都医師会が指定管理者として、東京都から指定管理料をいただいております。もちろん、経営は赤字ですが、少しでも改善しようといういろいろ取り組みをしているところです。地方と違い、東京は物価も高く、生活するのも厳しく、補助金なしではとてもやっていけない状況で、都立病院機構が運営する赤字病院ワースト5の中の4つを都立病院が占めていると聞いております。やはり、診療報酬以外には収益を上げるのが難しく、国や自治体からの補助金がなければ今後立ち行かなくなり、患者さんが困ることになるため、公助・共助ではないですが、国や自治体で救っていただきたいと考えております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。自助・共助・公助ですね。ただ、東京都は今後人口は減らないが高齢者が増えていくという特殊な、おそらく地方の先生方が抱えているのとはまた違う形の2040年に向けた問題が出てくると思いますが、何かご示唆がありましたら、ぜひ教えていただきたいと思います。他にどなたかいらっしゃいますか。

それでは、第2分科会（検査・健診センター関係）につきまして、何かご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますか。4つの演題のうち3つは、どちらかという健診センターや画像検査等々の演題で、最後に広島市医師会の山本先生から、臨床検査センターについてご発表いただきました。一般的に、検診あるいは人間ドックは割と利益が上がり、医師会の運営にむしろ財政的に支援できる立場にあり、臨床検査センターは赤字を抱えて撤退されるところも多いと聞いておりますが、広島市医師会の山本会長はいろいろ工夫されて、事業を継続されているということです。山本先生、昨日のご発表に関して何か追加がありましたら、お願いいたします。

○山本匡（広島市医師会長／広島市医師会臨床検査センター所長／広島県医師会理事）

民間検査会社との連携がうまくいっているのは、事務部長が民間検査会社の部長と個人的な関係を築かれ、それが功を奏したもので、人が大切であるということです。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。石川県の齊藤先生からも、営業を行う人が大切で、顔の見える関係を構築することが、運営に対しても経営に対してもプラスに働いているというお話をいただきました。有能な人材を見つけるのも大変で、育てていくのも大変かと思いますが、そういった観点で、今後先生方から英知をいただければと思います。他にございますか。どうぞ。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

今、人間ドックや健診に関して黒字化している、むしろ運営を補助しているというお話がありました。残念ながら神戸市医師会は、受診者といいますが、受検者が今一つ伸びてこない状況です。周辺に会員の先生の健診センターが多くあり、バス等で事業所に出向いて健診を行うということで、会員から受検者を取るのもどうかということ、神戸市医師会としても積極的に集めにくいこともあり、悩んでいるところです。加えて、検査機器の老朽化で、マンモグラフィも更新しなければならず、需要はありますが機器を導入しての黒字化は難しいと思います。都会地といいますが、ある程度会員の健診センターがあるような他の地域はどのような感じなのか、お知恵をいただけたらと思います。よろしくお願ひします。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。どなたかいらっしゃいますか。静岡県医師会副会長の福地先生、いかがですか。

○福地康紀（静岡県医師会副会長）

昨年まで静岡市静岡医師会の会長をやっており、健診センターの方は18年ぐらい関与し、所長もやっておりましたので、少しお話させていただきます。静岡市静岡医師会は幸いにして毎年1億円以上の利益を上げていて、そのうち4,000万円ぐらいを医師会に入れている、医師会にとって非常に貴重な財源でございます。実は、平成18年頃は非常に厳しい状況で、健診センターを継続するかどうかという話

もありましたが、平成9年にまず赤字部門の臨床検査部門の廃止を英断し、少し食いつないだわけです。平成18年には2つあった健診センターのうち、効率の悪い方を閉じて1つに統合し効率化を図りました。その後は、民間や会員医療機関ではできない50人、100人といった特に大人数の事業所健診に特化し、金額のよい人間ドックは主に民間が行い、医師会の健診センターは安い、早いを売りにしました。さらに、平成26年に町の中央の交通の便のよい場所に集約できたことが、何とか維持できた理由と考えます。もう1つは、MRI・CTに関して常に機器を更新して会員の先生方のニーズに応えるようにし、読影に関して病院や退職された専門医を入れて、会員のニーズに応えるようにしたことで、非常に稼働率も上がり、住み分けができるような形で現在に至っている状況です。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。久次米先生、よろしいですか。

○久次米健市（神戸市医師会副会長）

ありがとうございました。参考にさせていただきます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

集約化と、そしていわゆる会員医療機関と競合しないようにするという、あるいは経営努力としての新しい機器を積極的に入れることによって差別化を図るといったところかと思いますが、資金がなければ好循環も生まれないので、今後、健診・検査センターが抱えていく大きな課題ではないかと感じています。ありがとうございました。他にご質問はございますか。

続いて、第3分科会（介護保険関連施設関係）について、ご質問のある方は挙手をお願いいたします。今後の地域医療構想にしても、医療と介護の連携は非常に重要なテーマになってくると思いますが、医師会共同利用施設はどういう立ち位置で、どう役割を果たしていくのかというのは、地域の実情に合わせてそれぞれ違うかと思ひます。同じ地域包括ケア、あるいは地域完結型といっても、東京の都心と地方ではかなり状況が違いますし、同じ県内でも県庁所在地とそうでないところでは違うと思ひます。本間先生いかがでしょうか。

○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委員長）

第3分科会の質疑応答では、2点ほどご質問ができました。その内容は、箱物はもちろん大事であるが、東京都医師会のご発表のMCS機能強化の共同開発というような、無形のを共有していくというのは、遠く離れた医師会ともすぐ連絡がつくため、医師会の全国連携、広い地域での連携につながっていくのではないかと、技術的な障害はあるかもしれないが、それをクリアすれば幅広い展開に結び付くのではないかとというようなご意見がありました。もう1つ、私も常日頃、気になっていることですが、例えば私が診ている患者さんが運動血管障害を起こして急性期病院に入院し、経過良好で私のところに戻ってくる場合は主治医の関係は継続しますが、急性期病院からリハビリ病院に移った時点で主治医が誰かわからなくなり、本来ならば私のところに戻って治療を続けていくはずの人が戻ってこないということもあります。MCSに主治医を登録しておくなど、それぞれの医師のちょっとした気遣いで、元の担当医、主治医を登録できると思いますので、大事なこと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した。難しい問題が多々あるかと思いますが、一つ一つ丁寧に解決していきたいと思っておりますので、先生方からのご意見、ご提言等もお待ちしております。第3分科会に関してよろしいでしょうか。佐賀県医師会の志田会長、いかがですか。

○志田正典（佐賀県医師会長／佐賀県健康づくり財団理事長）

ご指名ありがとうございます。第2分科会の高崎・地域医療センターの田村先生にお伺いしたかったのですが、本日はいらっしゃらないようですので、内容としては、平成25年に公益財団法人になったということですが、医師会とは全く別法人として立ち上がったという理解でよいのか、その場合は公益財団法人から医師会に協力金などの支出をされているのか、という点について教えていただければと思います。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

お答えできる範囲で結構ですので、どなたかいらっしゃいますか。

○長坂資夫（群馬県医師会理事）

私の知っている範囲ですが、高崎市医師会は一般社団法人のままですが、高崎・地域医療センターは公益法人化しました。もともと、医師会からセンターに毎年2,000万円くらい持ち出しをしている状況で、公益法人化して行政も大分応援してくれるようになったそうですが、持ち出しは変わっていません。

○志田正典（佐賀県医師会長／佐賀県健康づくり財団理事長）

ありがとうございました。佐賀県の場合は、健康づくり財団から医師会に逆に少し協力金を出しています。もう1点、同じく高崎・地域医療センターについてお伺いいたします。別法人ということですが、私どもの健康づくり財団は、主に検査と施設健診を行っていた医師会成人病予防センターと、佐賀県の外郭団体で巡回健診を主に行っていた総合保健協会とが統合し、1つの公益財団法人をつくりました。職員については、医師会の傘下にあった成人病予防センターの職員は医師会への協力心が強い一方、総合保健協会からの職員は医師会との連携という気持ちが非常に薄い感じですが、公益財団法人化による職員のモチベーションの変化がありましたら、教えてください。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

お分かりになる範囲で、いかがですか。

○長坂資夫（群馬県医師会理事）

もう20年ぐらい経つため詳しくはわかりませんが、確かに職員のモチベーションはいろいろあると思います。ただ、少なからず一生懸命やっていることは間違いなく感じています。

○志田正典（佐賀県医師会長／佐賀県健康づくり財団理事長）

ありがとうございました。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

企業の合併において、企業風土や給与体系のすり合わせは本当に大変だと思います。でも、時間が解決してくれるところもあるかと思っておりますので、何かご示唆がありましたら、よろしくお願ひしたいと思います。

他にご質問がないようでしたら、昨日の松本会長の特別講演でも話がありましたが、いわゆる衛生検査所の集荷料の請求に関するアンケート調査結果を踏まえて、少しお話をさせていただきたいと思ひます。

まず、今回の調査は、都道府県医師会を介して、郡市区医師会所属の医療機関の先生方にアンケートを実施いたしました。ご協力いただきました2,000を超える医療機関の先生方、そして郡市区医師会、都道府県医師会の先生方に御礼を申し上げたいと思います。

調査対象は、医師会臨床検査センター及び健診検査複合体のある都道府県に所在する会員の先生方で、36都道府県に及びます。残りの11府県に関しては任意という形で、同じアンケートをさせていただきました。WEB形式で約1か月間実施し、回答数は2,441、うち有効回答数は2,042でございます。

都道府県ごとの回答状況は、残念ながらかなり温度差があります。逆に、地域に根ざした問題、地域の実情に合った問題ということかと思っておりますので、今後、医療圏の中に衛生検査所があるところとないところと、そういったところも踏まえて整理していきたいと思っています。

ご回答いただいた医療機関のほとんどは無床診療所で、また大半が内科でした。

1回当たりの平均依頼検体数は5名まで、あるいは6名から10名分という回答が多く、検体の容器代は有料として別途支払っている場合と、検体検査委託料に含まれている場合がありますが、約3/4が別途支払われているということです。

また、今年に入ってから検体検査委託料の値上げ、あるいは新たな集荷料の支払い請求に関しては約1/4が「有」で、約半数以上が検体検査委託料の値上げとして、約1/3が別途集荷料として請求されたということです。それに対しての対応については、多くは集荷料等を支払うことにしたということで、残念ながら拒否することはできないという状況があったのかと思います。私どもも人件費の上昇や物価高騰等を考えると、衛生検査所においても集荷のための人件費やガソリン代他の諸経費の値上がりで、厳しい経営状況であると考えられるため、医療機関がそれを全部カバーするのか、何らかの方法がないのかということについて、ぜひご意見を頂戴いたしたいと思っております。

実際の値上げの金額で一番多かったのが5,000円未満で、その次が3万円以上4万円未満、逆に5万円以上とかなり高額を請求されている医療機関もありました。必ずしも人件費上昇や物価高騰だけでなく、便乗値上げに近いような状況ではないかと思わ

れますが、少量の検体数や遠方の医療機関など行きたくないようなところには高めの球を投げて、医療機関の方から辞めるのを待っているのではないかと、ということも気になるところで、衛生検査所と医療機関との所在地についても確認したいと考えています。

今後については、契約を継続する、つまり集荷料の支払いを受け入れたところが多く、検体検査の値上げ等に関して地域医師会に相談したか否かでは、残念ながら94%が「無」と回答され、契約の条件等が医療機関によって違うため表に出せず、地域医師会に相談もできないのではないかと思います。契約条件に関してはなるべく触れない形で相談に乗れるよう、我々も情報提供していきたいと思っておりますし、医師会の方からアプローチしていただくということもあると考えます。

具体的なお意見・ご要望では、値上げに対する不満、診療報酬制度に対する不満、あるいは医師会への期待というよりも不満などが多く寄せられました。整理した上で、何らかの形で改めて情報提供していきたいと考えています。会員の先生方と情報共有しながら、相談に乗っていただけるように医師会がしっかりとサポートし、あるいは医師会立検査センターが会員の皆様方に何ができるかということを考えていただく材料にしていきたいと思っております。

松本会長からも、医師会立臨床検査センターがある地域は、衛生検査所も無謀なことではできないといった意味での存在価値は十分にあるのではないかと発言があり、私も同じように感じているところです。ぜひ多くの医師会臨床検査センターが継続できるよう、ご協力の程よろしくお願いいたします。

本件に関しまして何か、あるいは全体を通してご質問、ご意見等ございますか。

○枝國源一郎（佐賀県医師会専務理事／佐賀県健康づくり財団副理事長）

集配の件ですが、佐賀県においては集荷料の値上げではなく、撤退が起こっています。突然、数十件の医療機関で集配や検査検体を受け付けてもらえないという事態が起こり、私どもの健康づくり財団で請負うこととなりました。私どもは、基本的に集荷料は取りません。それが我々医師会共同利用施設の矜持であるということで、上げないことにしております。ただ、いつまで強気なことを言えるかはわ

かりませんが、とりあえずそういう予定です。あと1つ、私ども財団では毎月各郡市医師会の担当理事を集めて会議をしております。そこで各地区の情報を収集するなど、常にアンテナを張っております。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。やはり透明性をもって県医師会と地区医師会が情報を共有して、さらに会員の先生方にご理解いただく。そして、枝國先生がおっしゃったように、我々としても医師会の矜持を持ってこういった逆境に立ち向かっていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願いいたします。他にご質問どうぞ。

○長谷川徹（富山県医師会常任理事）

松本会長と黒瀬常任理事に質問させていただきます。私は昨日、第2分科会に参加して広島市医師会のシステム共同利用や、静岡市静岡医師会の潜在する顧客の開拓、他の業種のシンクタンクを導入して経営改善を図る石川県のご発表などに感銘を受けて聞いておりました。しかし、2040年問題を考える時に、基本的に人は生活しやすい場所に集まり、そこで人を対象とする事業は営まれるものである、つまり、自然に任せるべきではないかと思えます。ここには医師だけでなく、医師会に非常にシンパシーを感じておられるコメディカルの方がたくさん集まっていると思いますが、医師を含めた医療従事者の待遇改善や職種としての魅力アップを社会に訴えること、高めることに尽力すべきではないかと思えます。医師会の立ち位置について、松本会長のお考えを伺いたいと思えます。もう1つは、医師会共同利用施設の果たすべき役割ということで言えば、他の検査や集配などの業者と比べて、地域の自治体や医師の情報を一番持っているのは共同利用施設ではないかと思えます。開業支援や事業承継支援、あるいは不安の解消、待遇の保障といったことに共同利用施設が、若手医師の意見を聞きながら地域に根ざす手助けをする、これこそ他の業者にはない私どもの強みではないかと思えますが、それについて黒瀬先生からご意見を伺えたらと思えます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

それでは、前者について、松本会長よろしく願います。

○松本吉郎（日本医師会長）

医師会の役割というのは、1つには会員の先生方が医療を行っていくためのいろいろなサポートをす

ること、それから個人の先生方のサポートもしていく。それが引いては国民の健康と命を守ることにつながるわけですが、決して医師会の会員のためだけを考えているわけではありません。医療政策も国民にしっかりと資する形で実現できるような政策を考えていかなければいけません。したがって、私どもの中でいろいろ切磋琢磨して、自分たちの技量も磨きながら、国民の命と健康を守るために立ち向かっていく。ただ、医療政策の実現というのは、やはり国会の場、国政の場、各省庁との連携がなければ、自分たちだけで声を上げてできません。そういった中で医療政策の活動は続けていかなければならず、医師会あるいは医師の代表として今回釜薙先生に出馬していただきましたが、そういった先生方が私どもの意見を汲み取って、代表して発言していただくことは非常に大事であると思えます。もちろん、全員の意見が一致することはないですが、大部分の先生方の意見を汲み取りながら実現していく。地域医療構想や医師の偏在に対する考え方も、どこに力点を置くかで違ってくると思えます。ただ、その中で、三層構造という医師会のあり方の中で、まずは地域医師会からしっかりと意見を都道府県医師会に出していただく、あるいは直接日本医師会に上げていただく、都道府県医師会からさらに日本医師会に伝えていただく。委員会や代議員会など、意見を言ってもらえる場がいろいろありますので、ぜひ若い先生方も意見を上げていただき、医師会も汲み取りながら必要な問題に対処していくということだろうと思えます。ぜひ、また先生方にはいろいろなご意見を出していただければと思えます。

○黒瀬座長（日本医師会常任理事）

ありがとうございました。それでは、私の方から、皆様方ご承知のとおり、医師会共同利用施設という事業活動は、故武見太郎先生が地域の住民に対する我々の最大の貢献であり、医師会が行う最も根源的な活動であるとおっしゃり、またそれに従事されている先生方は、最も医師会のことを大切に、そしてよく理解されている方だと承知しております。そういった先生方が、ぜひ地域の若い先生方、あるいは学生さんと、本当に近い関係でいろいろな情報を共有しながら、またディスカッションしながら、あるいは一緒に活動しながら、共同利用施設を使った一緒の活動などをしていただきながら、医師会活動の重要性、存在意義というのを理解していただく。こ

れによって入会が促進され、組織強化につながっていくというのが、私どもの本来的な活動であろうと思いますし、ぜひそうしたいと願っております。私は広報も担当しておりますが、今進めているのが広報サポーター制度で、意見を一方向で流すのではなく、都道府県医師会あるいは郡市区医師会の先生方と双方向性に意見を交換しながら地域に合わせた広報活動、あるいはその中での地域の先生方、学生さ

んたちとの交流を促進していきたいと考えております。この共同利用施設をお借りしてそういったこともやっていきたいと思っておりますので、ぜひまたご意見をいただければと思います。ありがとうございました。

○長谷川徹（富山県医師会常任理事）

ありがとうございました。

総 括

日本医師会副会長

角 田 徹

昨日に引き続きまして、本日もこのように多くの先生方、また関係者の方々にお集まりいただき、誠にありがとうございます。2日間にわたって大変ご熱心な討議をしていただいたと存じます。

また、第31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、ご担当の群馬県医師会須藤英仁会長、西松輝高副会長、川島崇副会長、そして本会の実行委員長でありました鶴谷英樹先生をはじめとする群馬県医師会の役職員の方々のご尽力の賜物と感謝申し上げます。また、企画段階からご尽力賜りました岩手県医師会長で同委員会委員長の本間博先生、鹿児島県医師会常任理事で副委員長の黒木康文先生、そして委員会委員の先生方のご協力によるものと心より御礼申し上げます。

本総会のメインテーマは「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」でありました。各分科会におけるそれぞれのご発表は、地域に根ざした医師会共同利用施設だからこそできる活動であると、改めて痛感いたしました。

私は主に第1分科会の医師会病院関係に参加させていただきましたが、本当に厳しい経営状況の中で

いろいろな努力をされて、クラウドファンディングであったり、効率化、また公設民営化と、大変勉強になりました。2040年に向けて今後も会員のため、地域住民のため、ご貢献いただきますことを切にお祈り申し上げます。

また、ご参加の皆様方には、本日の総会で共有された情報、成果をぜひ地域に持ち帰りいただき、問題解決の一助となれば幸いです。さらに、いろいろといただきましたご意見は、本会でもしっかりと共有させていただきたいと存じます。

さて、2年後の令和9年度第32回全国医師会共同利用施設総会は、宮崎県医師会がお引き受けくださいました。昭和53年の第4回全国総会依頼のご担当ということで、約50年ぶりということになります。河野雅行会長はじめ、役職員の皆様方には大変なご苦勞をおかけすることとなりますが、何卒よろしくお願いいたします。

結びといたしまして、本日もご参集の皆様方のなお一層のご発展とご健勝、ご活躍を祈念し、また、医師会共同利用施設の益々のご発展を祈念いたしまして、総括とさせていただきます。昨日、本日も、誠にありがとうございました。

次期（令和9年度）担当（宮崎県）医師会長挨拶

宮崎県医師会長
河野雅行

まずは、今回の第31回全国医師会共同利用施設総会を担当されました群馬県医師会の須藤会長をはじめとしまして、役職員の皆様方に心より敬意を表したいと思えます。

今回の第32回総会は、宮崎県医師会が担当させていただくことになりました。昨日よりの2日間、群馬県医師会の皆様のすばらしい運営と温かいおもてなしに触れて深く感銘を受けるとともに、次期担当県としての責任の重さを実感し、身の引き締まる思いがいたします。

2年後の第32回総会は、令和9年9月11日（土）・12日（日）の2日間で予定しております。会場は宮崎市のシーガイアコンベンションセンターを予定しております。

宮崎県の開催は昭和53年以来49年ぶりとなります。歴史ある本総会の趣旨をしっかりと受け継ぎ、皆

様にとりまして、実り多き会となりますよう、日本医師会、群馬県医師会をはじめとしまして、全国の医師会の皆様からご指導・ご協力を賜りつつ、鋭意準備を進めてまいりたいと考えております。

2年後は、ぜひ全国各地から多くの皆様に宮崎県においていただきまして、医師会活動や共同利用施設の発展に向けて活発なご論議を賜りますとともに、県内には豊かな自然や古くからの観光地もございます。さらにおいしい食を召し上がっていただきまして、宮崎県の魅力に触れていただければ幸いです。

結びに当たりまして、本総会の更なる発展にご参加の皆様方のご健勝を心よりお祈り申し上げます。次期担当県としてのご挨拶といたします。それでは2年後にお待ちしております。どうぞよろしくお願いいたします。

閉 会

群馬県医師会理事
長 坂 資 夫

先生方，2日間にわたり参加いただきましてありがとうございました。今回は群馬県にとっては大変特別な会でもありました。7月の参議院選もあった中で，皆様とこうやって直接お会いして御礼ができたことに対して，群馬県医師会としては心から感謝しております。2日間のいろいろな協議を経まして，いよいよ終わりに近づきますけれども，先ほど出ました，医師会を取り巻くというか，医療を取り巻く経営環境は大変厳しい状況が続いています。けれども，医師会の活動を止めてはならないというのが，

今日の最後のメッセージだったような気がしております。各地域で我々本当に一生懸命頑張って，次なるステージに向かって医師会活動を続けていく。こういった形で今回の第31回全国医師会共同利用施設総会が開かれたことを，本当にありがたく思っています。

以上をもちまして閉会といたしますけれども，皆様お気をつけてお帰りください。ありがとうございました。