

平成26・27年度
医師会共同利用施設検討委員会
報告書

平成28年4月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

平成28年4月

日本医師会長

横倉義武殿

医師会共同利用施設検討委員会

委員長 篠原 彰

本委員会は、平成26年10月22日開催の第1回委員会において、貴職より「将来を見据えた医師会共同利用施設の在り方ー医療・介護における地域への貢献、多職種連携の人材養成、ICTの活用も含めてー」について検討するよう諮問を受け、2年間に亘り鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、その審議結果をとりまとめましたので、ご報告申し上げます。

医師会共同利用施設検討委員会

委員長	篠原 彰	静岡県医師会会長
副委員長	池田 秀夫	佐賀県医師会会長
委員	池上 秀明	神奈川県医師会理事
委員	伊藤 利道	北海道医師会常任理事
委員	小山 秀夫	兵庫県立大学大学院教授
委員	田代 幹雄	大分県医師会常任理事
委員	利根川 洋二	埼玉県医師会常任理事
委員	豊田 秀三	広島県医師会副会長
委員	松木 哲文	青森県医師会常任理事
委員	松本 卓	兵庫県医師会常任理事
委員	宮川 松剛	大阪府医師会理事
委員	森久保 雅道	東京都医師会理事

(委員五十音順)

目 次

はじめに	1
I. 最近の医療に関わる情勢	2
I-1 はじめに	2
I-2 地域包括ケアシステム構築への課題	3
I-3 社会福祉法人制度改革議論と介護報酬	7
I-4 介護報酬改定の方向性	8
I-5 地域医療構想策定ガイドラインの現状	11
I-6 医療・介護報酬の同時改定までの道のり	12
II. 地域医療構想と医師会共同利用施設	16
II-1 地域医療構想に対する基本的認識	16
II-2 医師会病院の機能を活かした今後の在り方	16
II-3 介護保険関連施設の役割と今後の方向性	19
II-4 検査・健診センターの役割	21
III. 地域包括ケアシステムの推進と医師会共同利用施設	22
III-1 地域包括ケア推進の問題点と課題	22
III-2 多職種連携の観点から	25
III-3 医師会員の組織率向上と地域医師会、中小病院・有床診療所の発展	34
III-4 地域における医療・介護連携とICTの活用	42
III-5 医療・介護分野のICTを利用した多職種連携に関する追加調査	56
IV. 生涯保健事業の推進と医師会共同利用施設	67
IV-1 生涯保健事業の推進と検査・健診センターの果たす役割	67
IV-2 日医健診標準フォーマットの推進	80
V. 第26回全国医師会共同利用施設総会	91
V-1 第1分科会報告（医師会病院関係）	91
V-2 第2分科会報告（検査・健診センター関係）	93
V-3 第3分科会報告（介護保険関連施設関係）	96
おわりに	99
参考資料 医師会病院の病床機能報告状況調査結果	100

はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025（平成37）年に備え、社会保障の在り方の見直しと財源の確保を目的として、2012（平成24）年に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。それに続き、2014（平成26）年6月には、地域における医療提供体制の再構築と地域包括ケアシステムの構築を図るために、「医療介護総合確保推進法」が制定されている。この法律は、医療と介護・福祉の制度改革を一体的に行い、急性期医療から在宅医療・介護まで、一連のサービスを継続的に提供することで、地域住民に住み慣れた地域で安定した生活を送っていただくことを目的としている。事業遂行のための新たな財源として、消費税増税分を当初予算に組み入れた地域医療介護総合確保基金が充てられることとなった。

また、これまでの医療圏域をベースに定められる地域医療構想においては、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能を再編するとともに、自宅だけでなく、介護保険施設や様々な住居における在宅医療の提供体制を、2013（平成25）年度と2025（平成37）年度を対比させて見直すこととなっている。特に、在宅医療等については、訪問診療分に加え、一般病床や療養病床の一部、介護老人保健施設や特定施設、サービス付き高齢者向け住宅等の入居者等も含まれることより、2025（平成37）年度には大幅な増加が予測されている。

このような状況の中、地域医師会における事業拠点としての医師会共同利用施設としての役割は、地域包括ケアシステムへの対応とともに、地域医療体制の再構築に向けた新たな局面を迎えていることを、関係者は改めて認識しなければならない。とりわけ、医師会病院としての今後の地域医療構想の中での事業展開、介護保険関連施設としての医療との連携強化は、喫緊の課題となることは間違いないであろう。

I. 最近の医療に関わる情勢

I-1 はじめに

2012（平成24）年2月に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では、医療と介護の横断的な改正や仕組み作りの必要性を明らかにし、2013（平成25）年12月、社会保障制度改革国民会議がまとめた施策のスケジュールとして、社会保障制度改革プログラム法（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律）が成立した。社会保障・税一体改革では、医療提供体制と地域包括ケアシステムの整備として、急性期病院の位置付けを明確にして、長期入院の適正化と在宅医療の充実、退院後の受け皿整備のために地域包括ケアシステム（医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援）の構築を挙げている。2014（平成26）年度の診療報酬改定は、この「社会保障制度改革国民会議」の報告を踏まえて、医療機関の機能分化・強化と連携を図り、病床の役割を明確化して、機能に応じた「地域完結型」の医療提供を目指すことが重点課題になった。

医療提供体制を確保するために、2014（平成26）年6月「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下、「医療介護総合確保推進法」）が可決成立した。この法律は持続可能な社会保障制度の確立を図る改革のために、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築をするのに必要な整備を、医療法や介護保険法など19の関係法律（附帯決議22項目）を一括改正したものである。この法律の目的は、都道府県計画（医療介護総合確保促進法）、医療計画（医療法）、都道府県介護保険事業支援計画（介護保険法）の、一体性と整合性の確保である。すなわち、医療と介護・福祉の制度改革を一体的に推進して、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを提供する体制を作り、患者に早期の社会復帰を進めて、住み慣れた地域で継続した生活ができるようにすることである。そのために、消費税増税分を財源に都道府県に基金を設置して、限られた医療・介護資源を地域単位で連携させて、体系的に整備する方針が明示されている。

2015（平成27）年5月には、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（以下、「医療保険制度改革法」）が可決成立し、国民健康保険の財政安定化、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、入院時食事代等の負担の公平化などが決定された。また、2016（平成28）年4月に診療報酬改定が行われ、医療に関わる情勢は急展開しており、今後とも細心の注視が必要である。

政府は2015（平成27）年6月30日、「経済財政運営と改革の基本方針2015」（骨太方針2015）を閣議決定し、「社会保障と地方行財政改革・分野横断的な取組等は、特

に改革の重点分野として取り組む」と明記した上で、社会保障費の今後3年間の伸び率について1.5兆円程度を目安とするとした。具体的な抑制の取組みとしては、「公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する」とし、「次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改正の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う」としている。さらに、医療・介護提供体制の適正化策として、「都市・地方それぞれの特性を踏まえ、在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築する」とした。

我が国の医療及び介護に関与する特徴としては、①超高齢社会による、高齢者単身世帯の増加、社会保障費の増加、複数の慢性疾患・認知症等疾病構造の変化、②医療・看護・介護職を含む生産年齢人口の減少、及び人口減少社会への突入、③終身雇用の廃止や非正規社員化による男性の所得減少がもたらした、女性就労の活発化による家庭内介護力の相対的低下、④多死社会を迎え病院での看取りが限界に達し、病院外での看取り体制の確立、⑤人口の地域偏在化の進行による様々な資源や行政サービスの地域格差、などを挙げるができる。

これらを背景として、医療及び介護の提供体制の課題として、まず、医療と介護との制度的統合の促進、地域包括ケアシステムの構築がある。次に、過剰な病床の整理と在宅医療・在宅介護などの普及促進、及びこれら全ての連携・統合の必要がある。2014(平成26)年6月の、いわゆる「医療介護総合確保推進法」では、①医療提供体制の再編と、医療・介護の連携強化—医療法・地域介護施設整備促進法など、②介護保険制度と地域包括ケアシステムの構築—介護保険法、③その他・医療事故に関する調査を明文化及び介護福祉士の資格取得方法を見直し・施行時期を2016(平成28)年度に延期するなど介護人材確保対策の検討など、である。

つまり、地域を基盤にしたケア(community-based care)を、連続的・効率的に提供できる統合ケア(integrated care)と、地域住民を主体とした地域圏域別の医療・介護資源に基づいた身の丈にあった地域包括ケアシステム(community-based integrated system)を構築することが政策課題となっていると言える。

I-2 地域包括ケアシステム構築への課題

(1) 地域包括ケアシステムを支えるサービス供給体制

地域包括ケア研究会報告書(2010(平成22)年3月)は、「地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方」について、次のように主張した。「地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するた

めの多様なサービス（居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される）を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。」、「2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。」

この地域包括ケア研究会報告書の提案を受けて、政府は「地域包括ケアの5つの視点による取組み」として、地域包括ケアシステムを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須と判断した。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備
- ・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組みや自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）

- ・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備
- ・持ち家のバリアフリー化の推進

このうち①の医療連携は、言い古された言葉ではあるが、介護を視野に入れた連携ということになると、次のような政策課題があった。

- ・医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者への包括的な支援（地域包括医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスがケア）
- ・日常生活圏域ごとにニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定

- ・ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設
- ・ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする
- ・ 介護療養型医療施設の廃止期限(2012(平成24)年3月末)を6年間猶予

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

生活支援サービスを制度体系に組み入れることになると、新しいサブ・システムが必要になる。その結果、介護保険法改正法に新たに創設されたのが「介護予防・日常生活支援総合事業」である(介護保険法第115条45第2項関連)。この仕組みでは、保険者が予防サービス、生活支援サービス、ケアマネジメント機能を効果的に発揮し、①栄養改善を目的とした配食、②定期的な安否確認・緊急時対応、③その他介護予防・日常生活支援に資するサービスを任意で提供できることになった。

地域に居住し体力の衰えや障がいによって、「買い物ができない」、「調理ができない」などの理由で、毎日の食事が確保できなくなれば、他者からの援助に頼らざるを得ない。家族や親族あるいは地域住民が手を差し伸べることによって問題が解決することは多いが、地域で孤立しがちな単身高齢者世帯などでは、何らかの社会的サービスが求められることになる。

2000(平成12)年の介護保険制度創設によって、それまでのホームヘルプは、訪問介護事業として急速に量的拡大し、訪問して調理をヘルパーが担当する件数も飛躍的に伸びた。また、多くの通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所でも食事が提供されたことから、介護保険制度創設以降は、一時的に配食サービスのニーズの伸びが鈍化した。しかし、急激な要支援高齢者の増加や地域社会の崩壊は、地域で孤立する高齢者の食の確保策として、改めて重要視されるようになった。ただし、介護保険制度は、要支援・要介護者の自立支援を目的としたため、配食はあくまでも地域福祉の一環であり、介護保険サービスの給付とは考えられなかった。また、2005(平成17)年10月からは、介護保険施設における給食サービスも全額利用者負担となり、食事の提供は介護保険給付外という基本的な考え方が整理された。しかし、翌年4月から介護予防事業が導入され地域支援事業も開始されたことにより、配食サービスの在り方が再検討されることになった。その結果が、「介護予防・日常生活支援総合事業」であったとも考えられる。

(3) 地域包括ケアシステムの推進

病床機能報告制度と地域医療構想策定による、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保や、地域による介護サービスを確保するために地域包括ケアシステム構築の推進などを重点とする整備が開始された。

筒井(2014:『地域包括ケアシステムのサイエンス (integrated care) 理論と実証』社会保険研究所)は、地域包括ケアシステムの根幹をなす統合ケア (integrated care) という理念を実現する手法が統合 (integration) であると述べ、医療及び社会サービスにおける統合の強度に関して (Leutz, WN [Milbank Quarterly (1999)])による3区分を紹介している。

- ① 連携 (linkage) : 最もつながりの弱いものである。つながりは複数の組織間で発生し、ケアの継続性の向上を図るため、適時に適所へサービス利用者を紹介したり、関係する専門家間のコミュニケーションを簡易化するという目的で行われるものである。
- ② 協調 (coordination) : より構造化されたもので、複数の組織にまたがって運営を行い、様々な保健サービスの協調、臨床的情報の共有、そして異なる組織間で移動するサービス利用者の管理も行うことができるものである。
- ③ 完全な統合 (full integration) : 本格的な資金のプールを行い、特定のサービス利用者集団が抱えるニーズに合致した包括的なサービス開発をできる新たな組織を形成することを可能にするものである。

このうち、当面、我が国では②協調 (coordination) を目標にすべきであると述べられている。

地域包括ケアシステムは、専門家間の単なるコミュニケーションを簡易化するだけでなく、サービス間の協調、臨床的情報の共有、そして異なる組織間で移動するサービス利用者のマネジメントを行うことが求められていると言える。

地域包括ケアシステムにおいて、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」の3つの柱を支える土壌として「生活支援サービス」が、そしてこれら全てを支える器として「住まい」が位置付けられている。しかし、生活支援サービスについては、その行政責任や実施主体に関して必ずしも明らかになっていると言える状態ではない。また、生活支援サービスの内容としても外出支援や家事援助、食材配達、安否確認など様々なサービス内容が考えられるが、それらの事業の実施状況や実施主体(組織及び人的側面において)がどのようになっているかといった状況について、大規模で詳細な調査は行われていない。

地域包括ケアシステムの土壌である生活支援サービスの活性化は、同システムの効果的な運用には不可欠であり、多くの運営主体が積極的に参入していくことが望まれる。

地域包括ケアシステムは、既存の実態ではなく、基本的な供給体制の方向性を示しているもので、それを2025(平成37)年までに全国で普及・定着させるためには、広範な努力と協力が必要である。この意味では、慢性期医療に携わる医師への期待は高い。医療、特に病病間、病診間、診診間の前方・後方連携、及び施設・在宅と医療・介護の協調 (coordination) が不可欠である。

I-3 社会福祉法人制度改革議論と介護報酬

(1) 社会福祉法人の問題点

2011(平成23)年11月22日、行政刷新会議の提言型政策仕分けにおいて、社会福祉法人のいわゆる内部留保に関する懸念が表明され、同年12月5日開催の第87回社会保障審議会介護給付費分科会では、社会福祉法人が運営する特別養護老人ホームの内部留保の額は、1施設当たり平均で約3億782万円であると厚生労働省が報告した。2012(平成24)年7月3日、財務省は「平成24年度予算執行調査」に含まれる「特別養護老人ホームの財務状況等」と「障害福祉サービス事業者の財務状況等」の調査結果を公表した。特養の財務状況等では「社会福祉法人の財務諸表等については、ホームページでの公表を義務付ける等により、透明性・公正性を高めるべき」などと報告した。

2013(平成25)年9月27日、厚生労働省社会・援護局は、第1回「社会福祉法人の在り方等に関する検討会」を開催し、それ以降翌年6月16日まで12回の検討会を開催し、同年7月4日に報告書を取りまとめた。同年8月27日には社会保障審議会福祉部会が「社会福祉法人制度の見直し」を目的として議論を開始し、それ以降2015(平成27)年2月12日まで14回検討を行い、報告書を取りまとめた。その結果を要約すれば、社会福祉法人の①公益性・非営利性の確保、②国民に対する説明責任、③地域社会への貢献などである。役員報酬など重要事項を決議する評議員会の必置化、理事の親族制限厳格化などが盛り込まれた。内部留保の問題は、事業継続に必要な財産を余裕財産との明確な区分とともに、余裕財産を人材投資や地域ニーズを反映した福祉サービスとして、再投下する仕組みが検討された。

社会福祉法人制度は、医療から見れば、関係が薄いと考えられることが少なくないが、我が国には300弱の社会福祉法人立病院があり、また、多くの医療法人が姉妹法人として社会福祉法人を設立している。さらに、若干制度は異なるが、社会医療法人制度は、社会福祉法人制度と同様の租税の免除が受けられている。それゆえ、他山の石ではなく、医療・介護の重要な問題として認識する必要がある。

(2) 介護報酬改定に向けて

前述の「医療介護総合確保推進法」は、その一部が2014(平成26)年6月25日から施行されたものの、大部分は、翌年4月1日以降からの施行となった。医療分野では、都道府県が進める地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化や、連携の推進を目的とした制度などが実施されることになった。

介護保険分野では、居宅サービスや施設サービスの見直し、一定の所得以上の利用者の2割負担化や介護予防サービスのうち、介護予防訪問介護と介護予防通所介護を

介護予防・日常生活支援総合事業に、2017(平成 29)年度までに全ての市区町村に移行することなどの地域支援事業の見直し、及び介護保険事業計画の見直しに関する事項が施行された。

この「医療介護総合確保推進法」の成立以降、医療と介護連携をはじめ、住まいや生活支援サービスまでを総合する根拠としての地域包括ケアシステムの確立に向けての準備が本格化した。厚生労働省の医政局、保険局、老健局、社会・援護局等の各部局が十分連携して政策展開することが求められる。同様に、都道府県でも医療部局と介護部局の十分な連携が必要である。2015(平成 27)年 4 月からの介護保険事業計画は第 6 期となるため、これ以降保険者である市区町村は計画策定に努めた。また、都道府県は、介護保険事業支援計画の策定に向けて作業を行った。

これらと前後して、2014(平成 26)年 4 月 28 日第 100 回社会保障審議会介護保険給付費分科会が開催され、それ以降翌年 2 月 6 日の第 119 回で介護報酬の具体的改定案が示された。介護報酬改定率は、表面上マイナス 2.27%であったが、「収支状況などサービスの適正化」ということで 4.48%引き下げてから、中重度者や認知症高齢者への介護サービスの充実に 0.56%、介護職員処遇改善加算に 1.65%配分したものである。

なお、いわゆる内部留保問題に端を発した社会福祉法人制度改革に関する議論と社会福祉法人の内部留保問題は、介護報酬のマイナス改定に影響を与えたと考えられる。

I-4 介護報酬改定の方向性

(1) 訪問・通所系で厳しい改定内容

介護報酬改定は、今や大きな政治イベントでもあるが、地方行政実務に強い影響を与える。介護保険者である市区町村は、2015(平成 27)年度からの 3 年間の介護保険料の見通しを議会などに示す必要がある。

今回の改定全体の内容を見れば、介護サービス提供サイドに、非常に厳しい改定である。「基本サービス分」は、ほぼ全て減額されている。介護職員処遇改善加算 I (新設)を加えた上で、その他の各種加算を全て算定できれば、プラスとなる場合が稀にあるが、介護職員処遇改善加算への対応だけでも、かなりの事務量になる。人員不足、介護福祉士や看護師の採用困難という状況が改善されない中で、高い質を求められる各種加算はかなりハードルが高く、職員の増員や入れ替えが必要になるものばかりである。

例えば、訪問介護は、3.6%~4.7%基本部分が減額されることになった。通所介護も要介護 2 の (7 ないし 9 時間) で、通常規模で 5.1%、小規模で 9.4%、介護予防では、要支援 1 が 25.5%、要支援 2 が 23.7%の大幅減額となった。小規模多機能型居宅介護の要介護 3 では 5.8%のマイナスである。訪問介護、通所介護など介護福祉

士が主な従事者である事業所は、大幅に引き上げられた介護職員処遇改善加算Ⅰが算定できない場合、どのように対応しても引き下げになる。「介護職員の処遇改善が後退しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる上乘せ評価を行うため区分を創設した」と説明されているこの加算は、そのまま処遇改善費に使われるため介護報酬は引き下げるが、介護職員の処遇を改善してもしなくても事業利益率に影響しないことになる。

通所系のサービス提供体制強化加算では、介護福祉士が5割以上の場合の加算12単位が5割引き上げられ18単位になった。些細なことかもしれないが、介護職員処遇改善加算とサービス提供強化加算は、区分支給限度基準額の算定に含めないことになった。

例えば、通常規模型通所介護の要介護3の利用者が、7時間以上9時間未満サービスの提供を受けた場合の報酬設定は、基本サービス費は4.9%引き下げられ898単位となったが、サービス提供体制強化加算（介護福祉5割以上）が6単位、介護職員処遇改善加算が24単位引き上げられたので、これらを算定できれば総額で1.6%の引き下げとなる。さらに、個別機能訓練加算（Ⅰ）が4単位引き上げられ、新設された中重度者ケア体制加算45単位や認知症加算60単位のいずれかが算定できれば、実質的に報酬が引き上げられる仕組みになっているのである。

（2）人材確保への影響

介護人材の確保と処遇改善は、極めて重要な政策課題である。いくら質の高いと思われる事業所に加算をしたとしても、その事業所の介護の質を利用者側から知ることは難しい。そのため、第119回社会保障審議会介護給付費分科会の参考資料として提出された「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」において、次のような注釈が加えられているのが印象的である。「介護人材確保の観点から、現行の都道府県による従事者等に関する情報公表の仕組みについて、事業者の取組がより促進される仕組みとなるよう、各事業所の基本情報に教育訓練のための制度、各種研修、キャリア段位制度の取組等、従事者の資質向上に向けた取組状況を追加する。また、勤務時間、賃金体系、休暇制度、福利厚生、離職率などの従事者が事業所を選択する際に最低限必要と考えられる項目について、事業所自ら直接公表できる仕組みとする」。

介護報酬自体の引き下げは、事業者の経営の自由度を低下させるが、介護人材の確保のため処遇改善は行わなければならない、介護報酬改定は複雑にならざるを得ない。ただし、一時的な介護報酬の改定のみで、介護人材の確保や処遇改善を進めることに明らかに限界がある。それゆえ、賃金の引き上げのみならず、広範な労働環境の改善、あるいは介護職に対する社会的評価の改善が必要であることは確かであろう。このような意味では、今回の介護報酬改定が、労働条件の改善に伴う介護職員の資質向上を

目的としていることは確かで、次回診療報酬・介護報酬改定での重要な政策課題となっている。

(3) 介護保険施設への影響

介護老人保健施設については、制度発足以来、在宅復帰施設と位置付けているにもかかわらず、自宅に帰すことができない人が入所しているので長期療養を認めるべきだとする関係者の根強い主張があった。見直し後の従来型要介護3の基本サービス費は877単位、在宅復帰率50%以上の強化型のそれは948単位で、差は71単位に広がった。30.4日でなんと21,584円の差が生じる。こうなると介護老人保健施設は、在宅強化型あるいは在宅復帰・在宅療養支援機能加算が算定できなければ、いずれ経営の継続性が確保できなくなってしまうおそれがある。

より深刻なのは、介護老人福祉施設である。利益率が高く、財務省に名指しで6%の減額を迫られてしまったものの、各種加算を懸命に算定しても、結果としてマイナスになり、介護職員処遇改善加算が算定できなければ、職員の大量退職が現実のものとならざるを得ないであろう。ユニット型個室の要介護5は、947単位から894単位に減額されたが、栄養マネジメント、夜間配置、看護体制、個別機能強化の各加算は増減がなかった。しかし、内容を組み替え、介護職員処遇改善加算が26単位から59単位に、日常生活継続支援加算(Ⅱ)が23単位から46単位に増加され、それらを全て合計すれば、1日あたり3単位増加することになっている。日常生活継続支援加算は、新規入所者の70%以上が要介護4ないし5である必要があるため、算定には相当の努力が必要であり、職員の負担も増えることが予想される。後は、看取り介護加算や内容が組み替えられた経口移行加算、経口維持加算の算定次第ということになるが、ほとんどの介護老人福祉施設は報酬総額がダウンするうえ各種体制を組み替え報酬増を目指すためには、少なくとも6か月、専門人材関係に関しては2年以上かかる場合もあろう。

介護療養型医療施設も、従来型は大幅に引き下げられたが、新設された療養機能強化型A及びBは、Aと介護職員処遇改善加算Ⅰが算定できれば、どうにかトントンということになっている。しかし、機能強化型Aの「重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者の割合が50%以上」、「喀痰吸引、経管栄養、インスリン注射が50%以上」、さらに「ターミナルケア患者の割合が10%以上」という規定は、かなりハードルが高い。考えようによっては、よく考えられた報酬改定であるのかもしれないが、とても厳しい内容である。

公務員の地域手当の設定に伴う地域区分の変更については、様々な議論があるが、3年前の改定同様に、最大3%の増減がある。増加した地域は問題ないが、3%減額

された事業者は、直ちに死活問題となっている。この問題は、診療報酬とあわせて再検討が必要であると思う。

I-5 地域医療構想策定ガイドラインの現状

(1) 地域医療構想策定ガイドラインの考え方

いわゆる「医療介護総合確保推進法」に基づく改正医療法により、都道府県ごとに「地域医療構想」が策定されることとなった。

厚生労働省医政局は「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」（遠藤座長）の報告を受け、2015(平成27)年3月31日に都道府県宛に「地域医療構想策定ガイドライン等について」（医政発0331第53号）を通知した。しかし、この「地域医療構想策定ガイドライン」は、関連の法令や通知あるいは行政の資料や官僚の説明を聞いても明らかに説明不足で、地域で医療を担当する医療従事者でも理解することが難しい。かつての医療計画、医療圏、病床削減による医療費抑制などという行政計画は、あまり効果的でなかったというより、駆け込み増床や公立病院の増床に対する配慮などにより、絵に描いた餅になってしまった。また同じミスが発生しないようにする必要があると考えられる。また、この指針は、内閣府社会保障制度改革推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（以下、「専門調査会」）」が作成した、将来推計や病棟区分の考え方を厚生労働省の検討会で再吟味したものである。

「専門調査会」では、厚生労働省がDPC（Diagnosis Procedure Combination）やNDB（National Database）のレセプト情報などのビッグデータを提供し、作業部会で、医療需要の推計を実施した。このワーキンググループでは、レセプトの出来高点数総合額から入院基本料等を除外して医療資源投入量を計算し、急性期と回復期などを区分するという作業や、2025（平成37）年に必要な都道府県別の病床数を計算したと伝えられている。どう考えても厚生労働省のガイドラインは、内閣府の「専門調査会」が作成した急性期と回復期などを区分した参考数値に過ぎないものである。しかし、数字は亡霊のように一人歩きしはじめるということが往々にしてあることに注意が必要である。

「地域医療構想策定ガイドライン」では、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の需要推計について、医療資源投入量を分析して、それぞれ高度急性期3,000点以上、急性期600点以上、回復期225点（175点）以上として推計している。慢性期機能・在宅医療については「療養病床」の「医療区分1の7割は在宅医療等へ。療養病床の入院受療率が低い県のレベルに合わせる」とされている。病床稼働率は高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%ということで構想区域の機能別必

要数を算定」などという表現もあり、統計的判断というより、政策立案者の希望的観測と判断せざるを得ない部分もある。

(2) 地域医療構想策定と医療機能別病床数

「専門調査会」の2015（平成27）年6月15日公表の「第一次報告書：医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」では、回復期と在宅医療などの境界点について、在宅においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量として225点としたうえで、「在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込み175点で区分」という数字を示し、2025（平成37）年における回復期に対応する必要病床は、37.5万床程度（高度急性期13.0万床、急性期40.1万床）などという数字を示している。

その結果、全国で推計すると約16万5千床過剰であるものの、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、沖縄県は不足するという。他の道府県は、病床過剰だが、在宅医療や介護施設で追加的推計患者数は増加するというものである。もっともらしい推計を示しているが、要するに慢性期病床を減少させ、いかに在宅医療や介護施設などで対応するかという古典的議論の蒸し返しにすぎない。甚だ、実効性に疑問が生じるが、今後の都道府県別地域医療構想を注視したい。

地域医療構想では、急性期病床の議論に集中することが少なくないが、実は療養病床や在宅医療の問題が一層重要である。このことについては、2015（平成27）年7月10日に厚生労働省保険局医療介護連携政策課が担当する「療養病床のあり方等に関する検討会」が開催され、検討が重ねられた結果、翌年1月に整理案が取りまとめられた。介護療養型医療施設や看護配置が25対1以下療養病床については、今後、医療を内付けにするか外付けにするなどして、居住施設などに転換することを検討中である。

I-6 医療・介護報酬の同時改定までの道のり

2015（平成27）年5月27日、国会で「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」（医療保険制度関連4法案）が可決成立した。その内容は（図1-6-1）に示す通りである。この法律案のキャッチコピーは「国民の負担を引き上げて制度の維持を目指す」である。入院食事代の値上げ、国民健康保険の運営移管、患者申出療養の導入など、医療費負担増の施策が並んでいる。

医療保険制度改革関連法の内容

国民の負担を引き上げて制度の持続を目指す		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
国民	入院の食事代上げ	1食 260円	→ 360円	→ 460円	→
	紹介状のない大病 院受診に負担		5,000円	→	→
	会社員らの保険料 率の上限上げ		12%→13%に	→	→
	低所得の高齢者の 保険料上げ			軽減を廃止	→
保 険 者	大企業の高齢者 医療の負担	段階的に上げ	→	引き上げ完了	→
	国民健康保険への 財政支援	年1700億円	→	3400億円	→
	国保の運営を 市町村から移す				都道府県に
そ の 他	患者申出療養制度		開始	→	→

資料: 医療制度改革法成立 2015年5月28日日本経済新聞3面を参考に小山秀夫作成

(図1-6-1)

現在、各都道府県別に地域医療構想の審議が進められているが、2016(平成28)年4月の診療報酬改定は、改定率マイナス0.84%(本体プラス0.49%、薬価等マイナス1.33%)であったものの、最重要課題として、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点を示した。このほかに、前回改定の延長戦上に、②患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点、③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点、④効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点、が示されている。ただし、診療報酬政策上の最重要課題が、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携をいかに確保できるかという点にあることは、あまりにも鮮明である。

具体的方向性については、次のように例示されている。

ア 医療機能に応じた入院医療の評価

- ・効果的・効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進。

イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保

- ・地域医療介護総合確保基金を活用した医療従事者の確保・養成等と併せて、多職種の活用によるチーム医療の評価、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を進め、医療従事者の負担を軽減。

ウ 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

- ・複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。
- ・患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を評価。
- ・医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化。
- ・患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組を推進。

エ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効果的・効率的で質の高い在宅医療・訪問看護の提供体制を確保。

オ 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

- ・医療保険制度改革法も踏まえ、大病院と中小病院・診療所の機能分化を進めることについて検討。
- ・外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、診療所等における複数の慢性疾患を有する患者に療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施する機能を評価。

医療制度改革と診療報酬政策は、必ずしも同一の方向性に向かうわけではないが、社会保障給付の伸び率を抑制するためには、いまや同一歩調を取らざるを得ない。言うまでもなく、地域における急性期医療の確保は、住民の健康と福祉の向上のために不可欠であるが、その全てが7対1入院基本料の病床でなくてはならないということにはならない。看護職員の適正配置は、本来は入院患者の「重症度、医療・看護必要度」に応じて進められるべきである。また、地域包括ケアシステムを構築するには、何よりも地域における外来・往診機能と介護サービスの連携が重要であり、地域包括ケア病棟入院料のような、退院が困難となりやすい入院患者の地域への退院促進を目的とした病棟の整備も必要である。急性期病院に限らず、入院は最小限にして、退院支援を進め、地域における医療と介護の連携を強化することが診療報酬に求められて

いる。後期高齢者が今後も増加する現状にあつて、基本は「ときどき入院ほぼ在宅」という方向である。

今後は、2018(平成30)年4月の医療・介護報酬の同時改定までの道のりを注視することになる。

<参考文献>

1. 宮島俊彦(2013), 地域包括ケアの展望, 社会保険研究所
2. 筒井孝子(2014), 『地域包括ケアシステムのサイエンス integrated care 理論と実証』社会保険研究所
3. 特集：地域医療構想策定ガイドラインをどう読み解くか, 病院, 第74巻8号, 医学書院, 2015
4. 首相官邸 社会保障制度改革国民会議報告書 確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋(2013年8月6日)
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
5. 厚生労働省医療介護総合確保推進法等について(2014年7月28日)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000052610_1.pdf
6. 厚生労働省 医療法の一部を改正する法律案の概要(2015年7月1日)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/189-36.pdf>
7. 首相官邸 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって 第1次報告(2015年6月15日)
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>

Ⅱ．地域医療構想と医師会共同利用施設

Ⅱ-1 地域医療構想に対する基本的認識

前に述べたように、2014（平成26）年6月に「医療介護総合確保推進法」が公布され、その中の第6次医療法改正では、病床機能報告や地域医療構想の策定が規定された。この制度により、各都道府県が地域医療構想を策定することとなっている。DPCデータにおける出来高点数を根拠の中心に「高度急性期」から「急性期」、「回復期」、「慢性期」の分類を行い、地域の実情に応じた将来の医療提供体制を構築することとした。

地域医療構想策定支援ツールを用いると、患者の流出入のそれほど大きくない県にとっては、急性期の病床はおおむね過剰であり、回復期の病床が不足している現状を考慮すれば、ほぼ同一の結果になりそうである。ただ、実際に入院している患者像に一定の幅が見込まれる以上、推計される必要病床数に収れんすることはない。診療ごとの特殊性や専門性、また、疾患やがん、救急などの領域ごとの特殊性を踏まえて、慎重に検討が必要である。

在宅医療への移行については、地域性や様々な状況を踏まえ、療養病床や介護施設の活用等を考慮しながら、地域医療構想に盛り込むのか、十分な配慮が必要である。診療報酬改定での病床機能分化の誘導、地域医療介護総合確保基金の配分方針の見直しなどで、国は地域医療構想策定に向けて、色々と変化球を投げかけてくるはずである。医師会共同利用施設としても、その折々の政策に戸惑うことなく、必要な対策を講じることが基本的認識として共有化される必要がある。

さらに、地域医療構想及び地域包括ケアシステムの推進にあたり、かかりつけ医に求められる役割は益々重要度を増すと考えられる。同時に、長年にわたり営利を目的とせず、厳しい経営状況の中で、かかりつけ医の後方支援を行ってきた医師会共同利用施設の更なる充実が必要不可欠である。共同利用施設の安定的な経営、更なる充実を図るための支援策が必要である。また、各医師会病院は地域医療の中心で、医師会会員のボランティア精神で支えられているが、多くは医師確保で苦慮している。日本医師会が中心になり、大学医学部と医師会病院の関係を強化し、医師派遣がスムーズに行われる体制の構築が不可欠である。

Ⅱ-2 医師会病院の機能を活かした今後の在り方

医師会病院は、会員であるかかりつけ医の支援を1つの目的として創設されたものであり、地域医療支援病院や開放型病床を取得しているところが多い。かかりつけ医の多くは無床診療所で、外来患者の急変時の入院先探しに頭を痛めながら、日々診療している。2014（平成26）年度に導入された地域包括ケア病棟入院料は、このような

かかりつけ医のニーズに合致しており、医師会病院は積極的に地域包括ケア病棟を取得すべきである。

在宅医療や地域包括ケアシステムが推進される中で、今後は在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病棟の重要性が増すと考えられる。そこではこれまでの領域別の専門医より、複数の健康問題を抱える患者に対し、診断・治療において幅広い医療・ケアを提供できる医師が求められる。

(1) 函館市医師会病院

函館市医師会病院では、実質 1.26%のマイナス改定となった 2014（平成 26）年度診療報酬改定と、受診抑制に伴う外来患者数の減少により、外来収入の減少が認められた。さらに「特定除外制度の廃止」が行われたが、この制度の対象である神経難病の患者が多数入院していたことから、障害者病棟の届け出を出さざるを得ず、DPC から出来高となったことで大きな減収となった。また「亜急性期病棟の変更」が行われ、亜急性期病棟を地域包括ケア病棟に変更したが、この 2 つの要因から、入院においても減収となり、2014（平成 26）年度は大幅な赤字となった。厳しい経営が続いており、地域医療構想に伴う病床変更も、看護師等の調整に時間がかかるため、急激な変更は大きな負担となることから、猶予期間の設定が望ましい。将来的には公的病院と同様、補助金などの制度も必要となると考えられる。

2015（平成 27）年度は常勤医師 1 名の増員により、前年度より増収となっている。今後は函館地区の地域包括ケアシステムの中心的な役割を担うことで、患者数の維持・経営の安定化も達成できるものと予想できる。

(2) さいたま市民医療センター

340 床の中規模病院として、2009（平成 21）年 3 月に公設民営方式で開設された「さいたま市民医療センター」は、さいたま市の 4 医師会（浦和、大宮、さいたま市与野、岩槻）によって運営されている。開院から 6 年が経過したが、病院の経営状況は、2011（平成 23）年度に経常収支が黒字に転換し、それ以降は順調に推移しており、2014（平成 26）年度においては診療報酬の実質マイナス改定や消費税が 5%から 8%になったにもかかわらず、収支プラスを維持している。これも地域医療支援病院の承認や病院機能評価 Ver. 6 の認定、そして社会医療法人への移行及び浦和・大宮・さいたま市与野・岩槻の 4 医師会の会員との良好な関係などによる医療提供体制の強化が、大きな要因となっている。

診療科は内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及びリハビリテーション科で、原則紹介患者のみの診療である。2014（平成 26）年度においては耳鼻咽喉科を、2015（平成 27）年度には泌尿器科を増設し、さらに医師の定数を増やすなど（常勤医師

51名)、医療体制の充実強化を図っている。また、紹介率 84.7%、逆紹介率 92.7%、新入院患者数は 6,174 人、救急患者の受け入れが 8,504 件で、うち救急車の搬送件数が 4,781 件と、地域医療支援機能や救急医療機能の充実にも努めている。その結果、外来患者数は対前年比 110.5%の 84,484 人、病床利用率も過去最高の 73%となっており、安定的な病院運営がなされている。

今後、益々高齢者人口の増加が予想され、特に埼玉県では 75 歳以上の後期高齢者人口が全国一の増加率で増えると見込まれており、医療の在り方も、「治し、救う」医療から、慢性的疾患を複数抱える高齢者患者を「癒し、支え、看取りも考える」医療へ、「病院完結医療」から「地域完結医療」への転換を目指す必要がある。このように病院運営を取り巻く環境が大きく変化する中、経営面においても診療報酬改定、消費税の増税、高度医療機器の更新や借入金の返済など、楽観できない状況でもある。

経営方針として、地域医療支援病院として更なる病診連携・病病連携の強化に努めていくとともに、急性期病院としての紹介及び救急医療体制の強化・充実を図る必要がある。また、さいたま市が進める地域包括ケアシステムにおいて、介護予防や在宅医療の推進等の領域で、病院としての役割を果たしていく必要もある。

(3) 医師会病院の病床機能選択の現状

医師会共同利用施設検討委員会では、今期委員会報告書の作成にあたり、議論の参考とするため、医師会病院 81 施設(台風 18 号による被災のため、きぬ医師会病院は調査対象から除外)に対し、平成 27 年度病床機能報告制度における報告状況について調査を行った。回答率は 82.3%であった。調査結果については、巻末の参考資料に示した。

医師会病院にとっても病床機能選択は大きな課題であるが、2015(平成 27)年 7 月 1 日現在の状況では、現状を大きく変更するという判断は示されず、明確な選択が行われていないことが把握できた。このことは、各地域での地域医療構想の検討開始以前であることから当然である。各医師会病院は、地域の医療の実情に応じて高度急性期、急性期、回復期、慢性期などの役割を担っているが、医師会病院設立の使命は、かかりつけ医とともに地域医療を支えることであることを忘れてはならない。この意味では、医師会病院の多くで、2014(平成 26)年度に診療報酬で制度化された地域包括ケア病棟への転換を検討することも意義があると考えられる。この病棟は、2016(平成 28)年度診療報酬改定で手術や麻酔も算定可能となり、急性期から急性期後の在宅復帰までの対応、医療と介護の調整や退院支援及び在宅療養者の急変時の対応など、地域医療から見れば使いやすい病棟である。現在、医師会病院の 6 割強の病床が急性期に対応しているが、今後は地域包括ケア病棟へ転換することも含め、かかりつけ医が進める地域包括ケアシステムと連携から統合という方向に進むことが望ましい。

Ⅱ-3 介護保険関連施設の役割と今後の方向性

(1) 医師会による在宅医療の支援体制について

外来診療機能を持たない在宅医療を専門に行う診療所（以下、「在宅医療専門診療所」）はこれまで法的に容認されていなかったが、2016（平成 28）年度診療報酬改定において、「現在の在宅医療提供体制を補完する」という条件付きで、在宅医療専門診療所を認めることになった。

確かに、在宅医療を実施する診療所は未だに 3 割程度で、今後もその急速な増加は望めず、その一方で高齢化は着実に進行し、病床機能の再編を適切に実現するためにも、在宅での看取りを含めて受け皿としての在宅医療のニーズは高まる一方である。診療所が在宅医療に踏み出しやすくするための方策として、在宅医療の診療報酬を引き上げて在宅へ向かうインセンティブを高める必要はあるが、それだけの財源措置を行う余裕はない状況なのであろう。

今後、在宅医療専門診療所が現在の地域医療体制に組み込まれるにあたっての懸念は様々考えられる。前回の診療報酬改定で、同一建物居住者への在宅関連の点数が大幅に引き下げられたが、やはり医師会非会員の動きが問題になろう。例えば、比較的人口密度の低い都市などでは、在来の医療機関の地道な在宅医療を尻目に、その地域の在宅医療を席卷してしまうであろう。当然ながら高齢者の人口密度が高く、地域密着型の在宅医療が十分に定着していない都市部は、そのような者の格好の事業展開の場であり、地域医師会との軋轢が生じやすい。地域における在宅医療では、医療機関間の相互連携が必須であるからなおさらである。

在宅医療専門診療所に対し発想されるのが、医師会による在宅医療を支援する体制である。地域医師会が構築するのであれば、地域連携や非営利性が完全に担保されるという最大のメリットがある。また、在宅医療連携拠点や訪問看護ステーションとの併設、さらに自治体との協力体制を取れば、自治体からの援助も視野に入れてよいのではないかと。医師会員が当番制を組んで 24 時間対応ができれば、地域の医師会員の在宅医療を補完することも可能となる。

(2) 訪問看護

在宅医療の推進を掲げているにもかかわらず、2015（平成 27）年度介護報酬改定の内容は厳しいものとなっている。今回、訪問看護ステーションに看護体制強化加算が新設されたが、その条件の 1 つ「特別管理加算を算定した利用者の占める割合が 30% 以上」は厳しく、基準の緩和を要望する。また、医師会訪問看護ステーションは、機能強化型を取ることを提案する。かかりつけ医や在宅療養支援診療所と連携が可能であり、要件をクリアできるだろう。ただ、かかりつけ医との連携において、時間的に

困難な場合がある。特定行為に係る看護師の研修制度が2015（平成27）年10月に施行されたところであるが、希望する看護師の受講が容易に行えるよう、早急な体制整備が必要である。また、慢性的な看護師不足が続く状況下、訪問看護においても准看護師の積極的な活用を望む。

（3）通所リハビリテーション

今回、通所リハビリテーションにおいても要支援が大幅な減額となった。日常生活支援事業がスタートすると、要支援の者は通所介護が利用できなくなる。今後、介護支援専門員がどう考えていくか、厳しい状況になると思われる。通所リハビリテーション事業者は、要支援の人に対して今後どのように対応すべきか。また、事業所への送迎は、介護職員等の職員（第2種運転免許保有者ではない者）が行っているが、安全面を考えるとリスクが高い。送迎業務の安全性を確保するための対策や支援を要望する。

（4）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムにおける医師会の役割は、在宅医療を含めた医療提供と介護の統合のキーマンとして関わることであり、それらをコーディネートする地域包括支援センターとの関係性が益々重要になる。

中部医師会連合共同利用施設連絡協議会は、2015（平成27）年7月1日現在の中部7県の郡市等医師会のアンケート調査を行った。その結果、124郡市等医師会のうち回答のあった116郡市等医師会には、207か所の地域包括支援センターが展開されており、「連携がスムーズにできている」48%、「できていない」13%、「どちらとも言えない」45%であった。116医師会のうち地域包括支援センターの業務を委託されているのは4医師会のみであったが、その全てがメリットとして「行政を含む、関係機関と連携体制構築」と回答を寄せている。では、その他の医師会は、なぜ「業務を受託していないか」について、「受託を依頼されていない」89医師会、「専門職員を確保できない」31医師会、「受託の必要性を感じない」20医師会、「継続的に運営資金が調達できる見込みがない」15医師会、「医師会と地域包括支援センターの圏域が一致しない」8医師会などという回答があった。各医師会で、在宅医療連携拠点事業への取組みが行われている「事例がある」が56医師会、「事例がない」60医師会であった。「事例がある」56医師会のうち、医師会や共同利用施設が主体となっているのは26医師会、「行政」が27医師会あった。さらに、「医師会と地域包括支援センターとの連携をスムーズに行うためには、何が必要と思われますか」という問いに対して、①「在宅医療連携拠点事業に積極的に医師会として参加していく」63医師会、②「地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に積極的に参加していく」62医師会、

③「基幹型の地域包括支援センターをつくり、そことの連携を強化する」17 医師会という回答であった。

以上のように、郡市等医師会と地域包括支援センターとの連携強化は、今後の大きな課題となっていることがわかる。

II-4 検査・健診センターの役割

医師会臨床検査センターは、検査精度に重点を置いた信頼性の確保と、全ての会員に平等なサービスを提供することを目的として運営されている。しかし、このような支援体制を維持するためには多額な経費を要するため、検査料の安価な設定が困難で、民間検査センターとの競合の結果、厳しい経営を余儀なくされている。新規開業会員に対しても、民間検査センターは電子カルテなどの初年度設備の設置と連動して顧客を獲得するケースが多く、医師会臨床検査センターが新規の受託を獲得することが困難な状況となっている。

医師会臨床検査センターは、検査機器・試薬・消耗品の共同購入や検査システムを共有することで効率化を図り、検査料金を抑え、基準値や I T を利用した結果の参照の統一化を図ることで重複検査等を減らし、患者の負担を軽減していくことで会員の利用促進を図りたい。また、クラウド上で、どの医療機関でも利用可能な電子カルテシステムを構築し、医師会臨床検査センターの検査システムと連動することで、他地域の医師会とも連携し、画像診断においても専門の医師による遠隔診断を望むものである。

そこで前者については、日本医師会または都道府県医師会が中心となって共同購入等の仕組み作りの検討を要望する。後者については、日本医師会においてシステム構築の検討を要望する。

Ⅲ. 地域包括ケアシステムの推進と医師会共同利用施設

Ⅲ-1 地域包括ケア推進の問題点と課題

(1) 団塊の世代は、今何を考え、何をなすべきか

1947～49（昭和 22～24）年生まれは「団塊の世代」と言われ、少子高齢社会の日本にとって疎まれる存在になりつつある。「団塊の世代」の影響がほとんどなかった時点ですら、日本はすでに莫大な債務を抱えていた。その上、2015（平成 27）年には全員が 65 歳以上になり年金を、2025（平成 37）年には 75 歳以上になり医療・介護費用をも使い果たすとみなされている。これを防ぐためか、イギリスの「コミュニティケア」をお手本に、「地域包括ケアシステム」の考え方が 2003（平成 15）年に「2015 年の高齢者介護」という報告書（厚生労働省「高齢者介護研究会」）で示された。当初は、介護サービスを中核とする介護保険制度と位置付けられ、2010（平成 22）年には 24 時間地域巡回型訪問サービスという考え方が、その中核として示された。しかし、その後、概念・範囲が徐々に拡大され、2012（平成 24）年には病院医療をも含むことが明確になった。現在は、この地域包括ケアシステムが国策として推進され、全国どこかの場所で毎日のように「地域包括ケアシステムとは何か」との講演会、講習会が開催され、国単位から都道府県、市区町村、自治会単位まで、いまや医療・介護領域ではその大合唱である。また、行政・政治家・学者たちは今後の医療・福祉政策を語る場合、必ず巻頭言としてこれを用い、地域包括ケアシステムを充実させれば、2025（平成 37）年、2035（平成 47）年を乗り切れるというイメージを国民に与えている。しかし、本当にそうだろうか。現場で働く我々から見ると、未だ誰もが納得する方法なのかと疑問を感じている。

そもそも、地域包括ケアシステムに影響を与えたと思われるイギリスの「コミュニティケア」では、スタッフは公務員のため、身分及び相応の報酬が保障されているが、我が国の場合は民間であり、条件が全く異なる。介護施設は低い介護報酬のため、介護スタッフに全産業平均の 7 割程度の低い報酬しか提供できず、せつかく確保したスタッフの離職を招き、さらに残ったスタッフの疲弊と離職を招くという悪循環の状態が続いている。これが医療分野にまで拡大すると想像すると、暗澹たる気持ちになる。各地でモデル事業が試行錯誤されているが、果たして大部分の医療・介護スタッフが納得して、長期にわたって継続できるよい方法は見つかったのであろうか。

現在の状況を、「団塊の世代」はどう感じているのだろうか。

「団塊の世代」は、小学生の時から「すし詰め教室」のうえ、受験戦争、出世競争でも鍛えられ、高齢になって医療・介護が必要になった時までも、入院・入所先の獲得競争に追われないといけないのかという、ハンディを背負った世代だと思っていた

が、他の世代の見方は全く違うようである。「団塊、嫌われぬ老後を」、「後輩犠牲の高福祉では」、「年金恵まれすぎ」、「いい思いをしてきた戦後のベビーブーム世代が、実に多くの問題を若い世代に押しつけている」、「貧しさに耐え高度成長の礎を築いたのは70代以上が中心。その果実を頂いたのが、団塊の世代だ。」といった活字が最近とみに増えている。しかし本来、子供ができれば成人するまで親が扶養し、親が年老いて自活できなくなればその子供が親の面倒をみる、という流れが繰り返されることによって、家族が形成され、継続されている。ここが他の動物と異なる最重要部分である。親のいない子供は存在しない。子供は年老いた親の面倒をみる義務がある。何らかの事情でそれが不可能であれば、社会すなわち国が面倒をみるべきであろう。これが不可能であれば、人間社会、国という存在は意義がなくなる。現実を見つめていると、徐々にその状況に近づいているのではないかという不安を感じる。

一方、これに対して別の考え方もある。人間社会においては、大昔から上の世代から受けた恩を返すのは必ず下の世代に対してであり、これによって、初めて人間社会は成り立ってきた。これは、家族を考えてみればよく分かる。親は自分が犠牲になっても必ず子を守る。これは生きている限り続くものであって、幾世代にもわたって繰り返されてきた。高齢になり体の衰えから、「面倒をみろ、介護しろ」などとは決して言わなかったのが、人間社会であったはずである。

どちらの考えも一理あるが、その部分を少しでも補うのが地域医療を行っている我々医師の役割であり、務めではないかと考える。他の動物とは異なる人間という存在を維持するためにも、それぞれができる範囲で地域貢献の方法を模索する必要がある。また、高齢になっても働ける限り働き、年金をもらうよりも少しでも多く社会還元をすることを目標に、元気で頑張ることも地域貢献の1つと考える。

「支える世代はずっと減少していく。支える人にいかに負担をかけない老い方・死に方をするかが、重要になってくる。その意識転換をしないと社会がもたない。」ということは事実であり、理想だけでなく現実を見つめる必要もある。

ところが、地域医療を守っている我々の意欲を削ぐような方策が次々に出されている。

社会保障制度改革国民会議が提案した社会保障改革プログラムに沿って出された診療報酬改定の内容がその1つである。

一つは、約36万床に膨れ上がった7対1病床を、2025（平成37）年には半分の18万床に減らすこと、特に今回、要件を厳しくすることによって、2年間でまず約3割の9万床が減ることを想定している。しかし、7対1病床著増の真犯人は誰だったかは明らかだが、全く反省の弁は聞かれない。これが地域医療崩壊促進の大きな一因でもあったはずだが、医療機関に原因があるかのような対処法である。

二つ目は、在宅医療のさらなる強力な推進策である。その手段が「在宅復帰率」というキーワードであり、これによって、全医療機関・介護施設等を結び付け、在宅医療の流れを推進させようとしている。しかし、本物の在宅医療が徹底して行われれば、医療費はそれほど減らず、逆に増えてしまう場合もある。同一日に同一の建物における複数人訪問時の「在院時医学総合管理料」及び「特定施設入居時等医学総合管理料」が改定前の約 1/4 に設定された。これに対しては、「不適切事例に対応するため」と理由付けをしているが、現場からは時間的、経営面等から対応できず、今よりも規模を縮小、撤退等の声が多く出た。そのため、厚生労働省は条件緩和策を出してきているが、アクセルとブレーキを同時に踏んだようなもので、在宅医療が推進されるかどうかは全く不明な状況である。

国立社会保障・人口問題研究所が発表した世帯数の将来推計によれば、今後、65 歳以上の高齢世帯が 2035（平成 37）年に 4 割（40.8%）を超え、高齢世帯に占める独居高齢世帯も、2010（平成 22）年 30.7%から 37.7%（全国の独居高齢者数は 2010（平成 22）年の約 498 万人が 2035（平成 47）年には 53%増の約 762 万人になる見通し）、特に東京都は 44%になるとされている。このようなデータを見れば、現場を担う我々医師も何かしなければならぬことはわかっている。

しかし、もう 1 つ忘れてならないものがある。診療する側の医師の高齢化である。日本の総医師数は、2010（平成 22）年の 27.1 万人から 2035（平成 47）年には 39.7 万人に 46%増加するが、60 歳未満の医師数は 21.6 万人から 25.5 万人の 18%増加（ただし、男性医師数は 17.2 万人から 18.0 万人と 4%しか増加しない）にとどまるのに対し、60 歳以上の医師数は 5.5 万人（医師全体の 20%）から 14.1 万人（同 36%）へと 155%の大幅増となる。結局、医師数は 46%増加するが、高齢医師の増加分が大きく、実働医師数はそれほど増えないことになる。微増しかしない実働医師が、著増する独居高齢者をまともに在宅医療できるのか疑問である。

「団塊の世代」の医師にとって、かかりつけの患者は、通院が不可能な状態になれば在宅医療を行う責務があるが、急性期病院からの新規の紹介患者については、体力的に限界がくれば若い医師に頑張ってもらわなければならない。しかし、現在の診療報酬政策では困難である。

また、2000（平成 12）年に介護保険制度が始まってから契約という名のもと、医療も同様に説明と書類作成に費やす時間が余りに増えた。書類作成のために本来の医師の仕事をする時間がかかり奪われているのが現状である。在宅医療が国民のためになると国が本気で考えているのであれば、書類作成は最小限にし、国民には「とことんの医療」ではなく、「ほどほどの医療」で納得してもらうようにインフォームドコンセントをすべきではないか。

さらに、在宅医療に必要な書類作成ソフト（PC用、タブレット用）を国が作成し、全医療機関に無料で配布すれば、医師も訪問時に説明や記入ができ、帰院してからの書類作成時間が不要となり、在宅医療が少しでも苦にならなくなるのではないか。さらなる希望は、全国共通の使いやすい電子カルテソフトの無料配布である。これをきっかけに、クリニカルパスも普及するかもしれない。また、大部分の医師が一番に求めているものは仕事の充実感と継続であり、診療報酬の加算も無理をしなければ取れないようなものは不要と考える。2025（平成37）年に向けて、医師のやる気を引き出す費用対効果の高い方策を、国民が最期を迎える時に「日本に生まれてよかった」と思える方策を、ぜひ捻り出してほしいものである。

ところが、これに反して現在議論されていることは、医療費・介護費を減らすために、急性期病床と慢性期病床（医療療養病床・介護療養病床）を如何に減らすかという方向性のものがほとんどである。地域医療構想では、「病床数の削減を優先するのではなく、各地域の実情に合わせた医療の持続可能な病床数を自主的に検討すべき」と言いながら、診療報酬では、病棟の要件等を厳しくして継続を困難にし、報酬の低い病棟に誘導または施設に転換させようとしている。

Ⅲ-2 多職種連携の観点から

地域包括ケアシステムにおける医療分野での諸問題の解決を図る「かなめ」は「医師」であり、全体的な統轄を行うことができるのは「医師会」しか考えられないのが現実である。

しかし、医師会担当者の力だけでは、物理的に考えても解決が図れる問題量ではないことが容易に想像できる。医療分野での問題を解決し、さらに介護分野との連携を図らなければ、地域包括ケアシステムは推進できない。医療分野での多職種との連携、さらに介護分野での多職種との連携も当然求められることとなる。その「推進役」の存在が新たに必要となった。

2000（平成12）年に介護保険制度がスタートして以来、介護分野から指摘されることは「医療の壁」である。医療側にも当然言い分はある。介護に関わる情報不足やしばしば法令等が変更になり、十分に理解や対応がついていかない。また、「在宅医療」となると、その責任の重さゆえに、十分な対応ができるのかと自問した際に明快に「YES」とは答えられない現状がある。救急をはじめとする医療提供体制等の問題が横たわっていることも事実である。2014（平成26）年広島市で開催された十四大都市連絡協議会においても、在宅医療を進めていくうえでの問題点として、「緊急時後送病院の確保」、「24時間・365日の対応」等の問題が指摘された。一人の医師の努力では当然解決することのできない多くの問題が大きな障害となっている。これらの諸問題を掘り下げ、解決の糸口を探り、そして、その解決を図るための「推進役」、「フロン

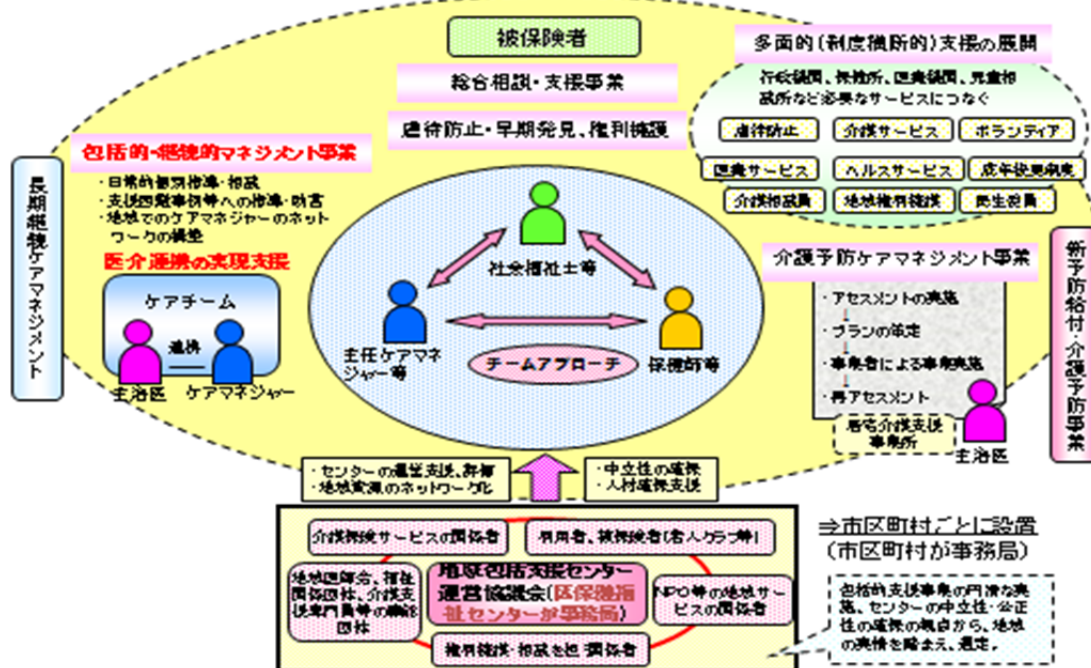
ティア」の存在が必要となる。その「フロンティア」こそが「在宅医療コーディネータ」である。そして「医師会」は、「在宅医療コーディネータ」の強力な「パートナー」として、地域包括ケアシステム構築を推進していくことが求められる。

(1) 在宅医療コーディネータが求められる背景

【地域包括ケアシステムの構築に向けて】

- ・2006（平成18）年度介護保険制度改革＜地域包括ケア体制の整備＞
地域包括ケアシステムの中核機関として「地域包括支援センター」が設置されたが、包括的・継続的マネジメントにおいて、医療と介護の連携強化の充実が不十分（図3-2-1）。
- ・2011～2012（平成23～24）年度、厚生労働省医政局による事業＜在宅医療連携拠点事業＞
医政局は医療と介護の連携強化の充実のため、新たに「在宅医療連携拠点」を設置（図3-2-2）。

地域包括ケアの中核機関である地域包括支援センター



【在宅医療連携拠点事業から見てきた課題】

＜市区町村を巻き込んだ面展開が解決のキーワード＞

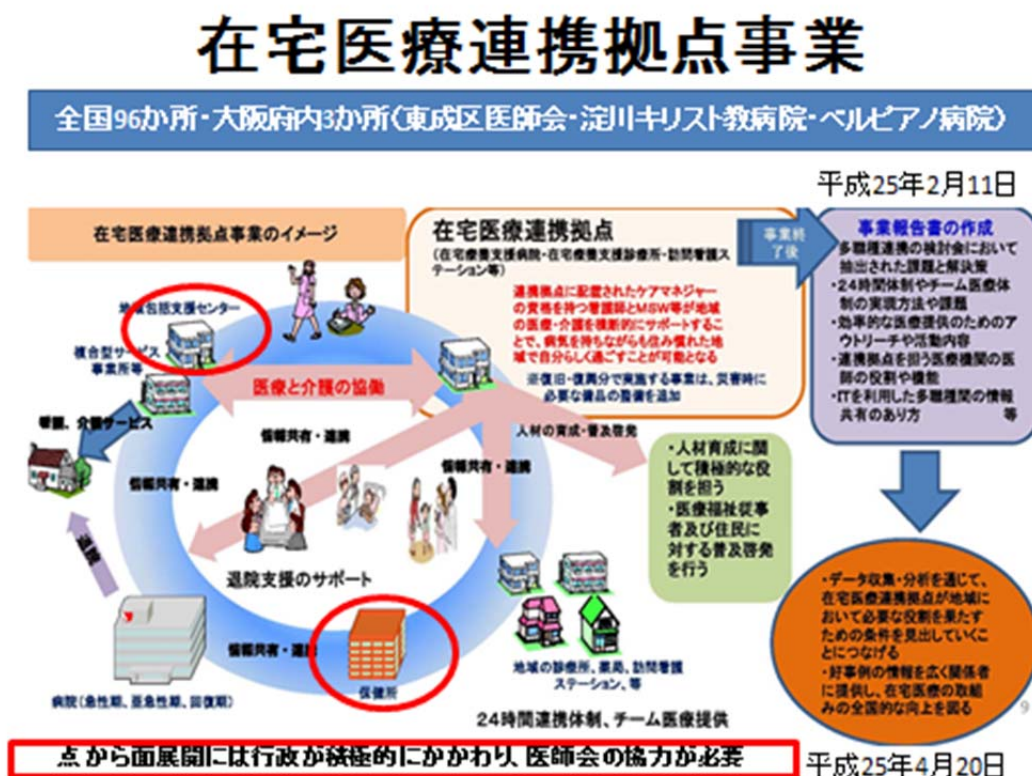
- ①在宅療養を希望する患者にとって、医療はその人の生活を支えるために必要不可欠な存在。

②在宅医療ではその人の生活全体を多職種が協働し、どのように支えるかという視点が特に必要。

③市区町村が運営する「地域包括支援センター」と地域医師会が連携することにより、点から面展開へ発展していく。

⇒地域の介護資源を医療機関に情報提供

⇒在宅療養患者の生活支援が実現可能



(図 3-2-2)

【地域包括ケアシステムの構築のために】

<在宅医療・介護連携を推進>

①疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域医師会が地域における医療資源を把握し、病院団体などと連携することにより、在宅医療の後方支援を確保することが必要。

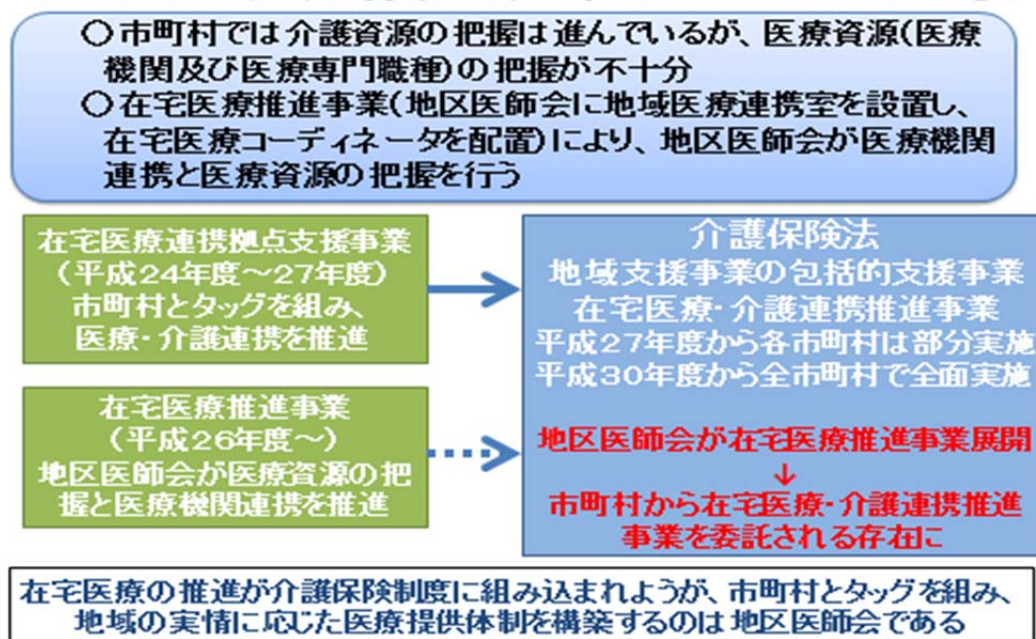
②多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するためには、市区町村が中心となって、地域医師会と緊密に連携しながら地域の医療・介護関係諸機関との連携体制を構築することが必要。

「地域医療構想策定ガイドライン」では、在宅医療に求められている機能として、

①地域側の退院支援、②日常の療養生活の支援、③急変時の対応、④看取りが挙げら

れ、また、在宅医療の提供体制充実のためには、病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護事業所等との連携が不可欠であり、また、都道府県が中心となって、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・介護職員・リハビリ関連職・MSW等に対して、在宅医療への参入の動機づけとなるような研修や参入後の体制の構築に関しても指摘されている。これらを実行していくためには、深く「医師会」が関わらなければならない。しかし、現実的に医師会の役員が直接これらのことを実施することは決して簡単なことではない。まず、情報収集し、分析し、その解決を図っていくためには、フロンティアとして現場に直接飛び込んでいく存在が必要である。「医師会」はフロンティアの最良のパートナーとして、ともにその問題の解決を図る役割を担うものである。具体的には、その地域における最大の問題が後送病院の体制確保であるならば、その地域に応じた体制確保のために、三次救急、二次救急や地域の慢性期病床等の責任者と話し合う機会を持つ。これができるのは、「医師会」を介して他にはない。また、在宅における必要な手技に対する不安や経験不足が問題点であるならば、そのための研修を実施することができるのも「医師会」である。フロンティアである「在宅医療コーディネータ」と、パートナーである「医師会」が車の両輪となり、在宅医療実施のための環境整備を行うことにより、地域包括ケアシステムにおける医療分野において「医師会」がその中心となるものである。また同時にそのことが、介護分野を含めて地域住民の「かかりつけ医」としての存在意義となる（図 3-2-3）。

在宅医療介護連携推進事業の背景



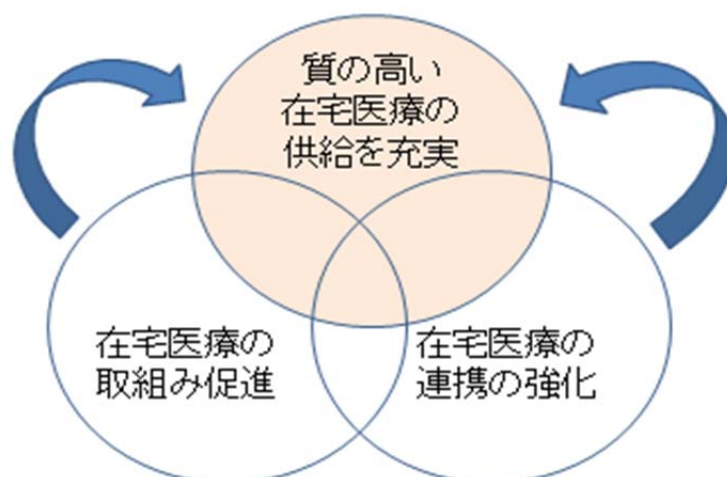
(図 3-2-3)

(2) 在宅医療コーディネータの想定される業務

- ① 地域の医療資源（病院の担当者も変わる）を継続的に把握
- ② 患者の受診動向（年齢構成や疾病構造も変わる）を把握
- ③ 個々の診療所が対応できる（様々な診療科の）在宅医療の内容について必要な情報を継続的に収集し、必要な情報をピックアップして医療関係者へ情報提供
- ④ 地域の医療機関に対して在宅医療の参入を勧誘し、訪問診療に取り組む医療機関に対しては継続して取組めるよう手厚く情報提供
- ⑤ 在宅移行が困難な事例やその解決策を収集し、地域の行政等へ情報提供
- ⑥ 医療分野での多職種連携のキーパーソンとなる
- ⑦ 介護との連携が必要と考えられる問題の発掘と整理
- ⑧ 今後の介護連携のために「医師会」と共同し、問題解決システムの構築を図る
- ⑨ 今後の介護分野との多職種連携に向けてのキーパーソンの一人としての準備

以上はあくまで例であり、地域特性により様々な要求があるものと考えられる（図 3-2-4～3-2-8）。

在宅医療コーディネータによる在宅医療充実のイメージ

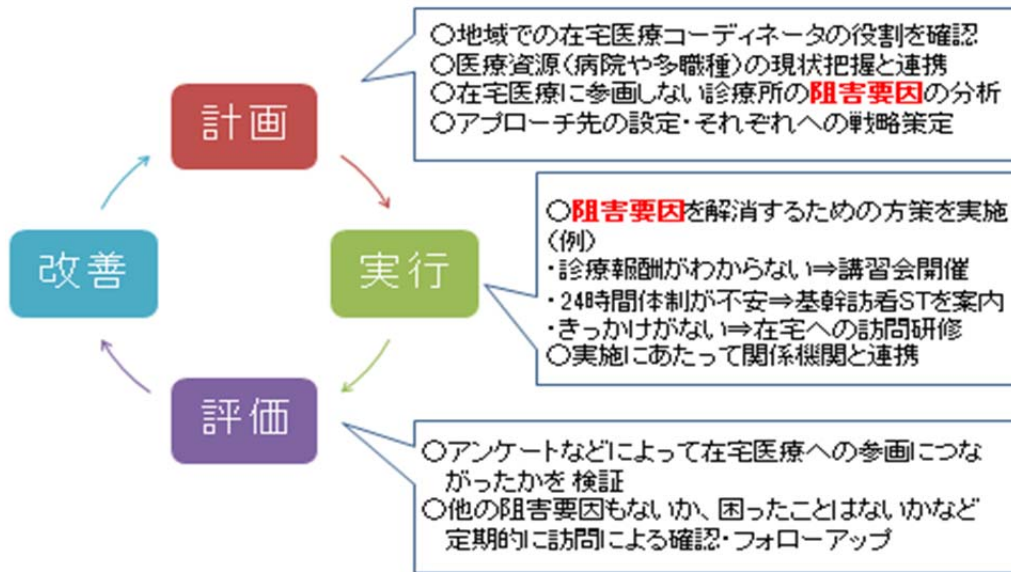


**【目標】かかりつけ医による在宅医療の質と量を増やすことで
患者が安心して在宅療養できる医療体制をつくれます！**

- ・在宅医療（訪問診療・在宅看取り）に取り組みやすい環境整備
- ・在宅医療で診療所が抱える負担感を軽減

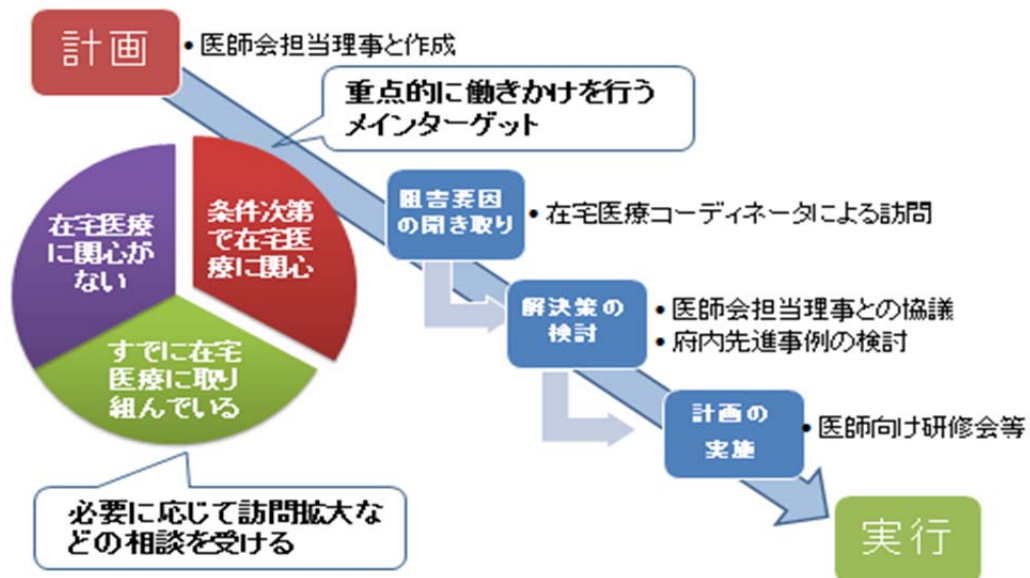
（図 3-2-4）

在宅医療コーディネータの活動指針



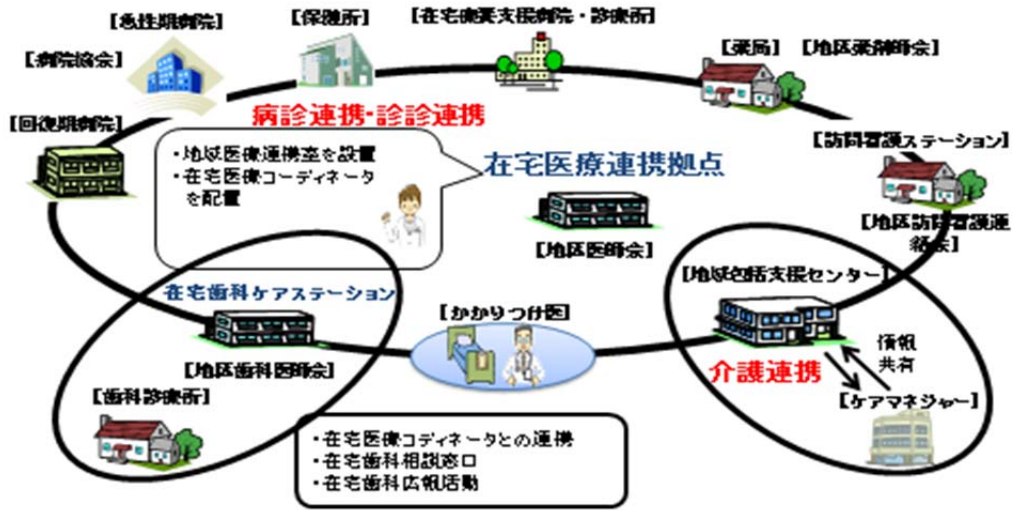
(図 3-2-5)

在宅医療コーディネータの活動指針



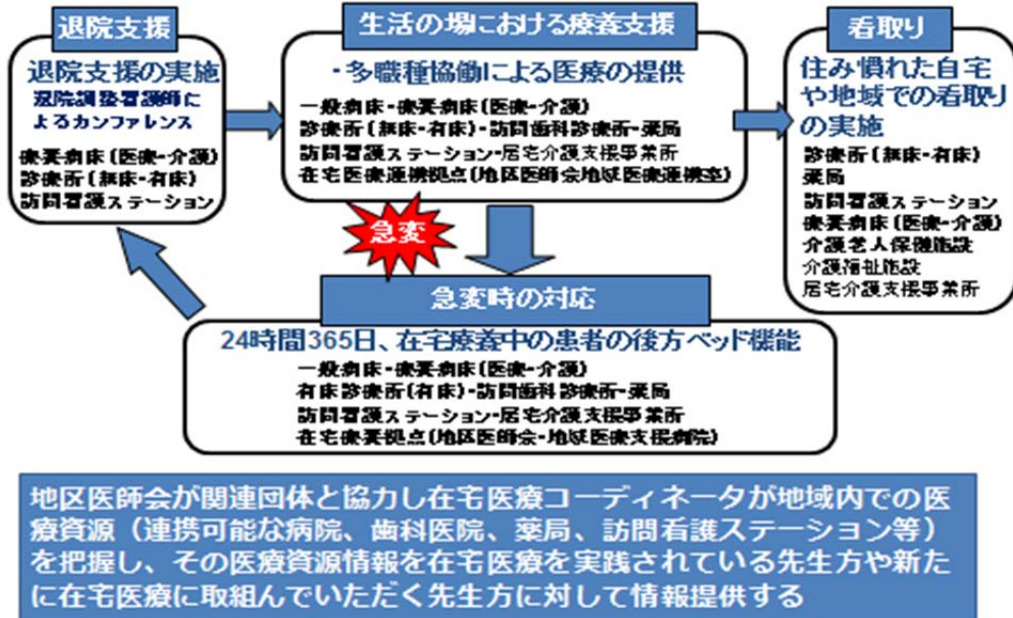
(図 3-2-6)

○医療機関連携と医療関連職種の連携を図り
在宅医療のコーディネート機能を充実



(図 3-2-7)

在宅医療の質の向上と効率化に向けて



(図 3-2-8)

(3) 在宅医療コーディネータの要件

【経験面から】

地域の医療資源等の実情や在宅医療・訪問看護の現場に通じている等。

【知識面から】

ケースごとの在宅医療で必要とされる医療の内容（例えば、がんの緩和ケアをされている方、人工呼吸器を装着されている方に対する医療的ケア）を理解している等。訪問看護の実務経験が5年以上ある者、訪問看護ステーションの管理者に次ぐ職員を想定（ただし、資格や経験年数にこだわらない）。

(4) 在宅医療体制の見直しにおける課題解決

- ① 地域医師会は地域医療連携室を設置し、在宅医療コーディネータを配置することにより病院団体などと連携し、地域医療構想も視野に入れた急性期医療を提供する病院と在宅医療を提供する会員医療機関との医療連携を推進。
- ② 地域医師会は地域にある医療資源を把握し、地域特性を踏まえた医療職間連携の構築に努める。
- ③ 在宅医療コーディネータは病院の地域医療連携室を訪問し、退院調整看護師やMSWと顔の見える関係作りを構築。

(5) 地域包括ケアシステム構築に向けた医師会の方向性（地域づくり）

- ① 地域医師会は在宅療養される患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることが可能な「地域づくり」を目指す。
 - (i) 急性期の入院医療からスムーズに在宅で療養でき、急変時には速やかに入院加療を受けることができる医療提供体制を構築。
 - (ii) 地域医師会は在宅医療コーディネータを支援し、在宅医療連携拠点機能（医療機関連携・医療関連職種との連携強化等）を発揮することが必要。
- ② 地域医師会は多くの要介護者が医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において、地域包括支援センターと連携し、医療・介護を一体的に提供する地域包括ケア体制の整備に努める。

(6) 病院と地域医師会の連携強化

退院について医師から十分な説明を受け、特に医療処置が必要な場合は、病棟看護師から適切な指導を受け、患者、家族が医療処置を実施可能、または在宅で医療者に担ってもらえるという確信があつて初めて退院可能となるべきである。

<連携のために必要な条件とは？>

⇒退院調整システムの構築

前方支援（病棟と院内地域医療連携室との情報共有）

後方支援（病院と地域医師会地域医療連携室及び地域との情報共有）

<自宅に退院される医療処置が必要な患者の現状は>

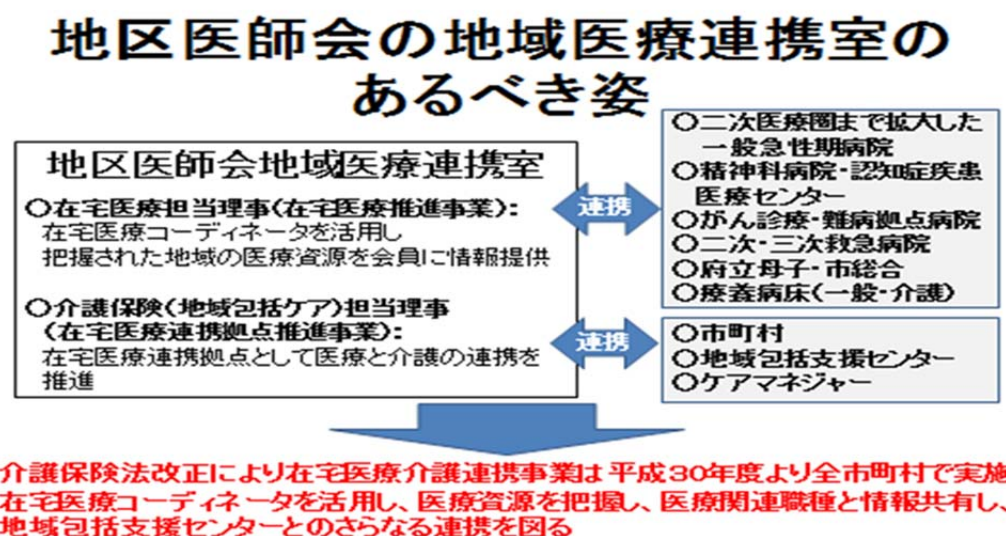
急性期病院が在宅医療専門医療機関に安易に患者を紹介してはいないか。

いかに、病院と在宅医療専門医療機関との連携システムが整備されても、病院と地域医師会や地域包括支援センターとの連携と地域の人々との協働関係がなければ、在宅医療提供システムは決して、有効に機能しない。

地域医師会は「地域医療連携室」を設置し、在宅医療コーディネータを配置し、将来の医療提供体制の構築に向け、病院との連携を強化すべきである。

地域医療連携室（医師会）は地域包括支援センターと連携し、情報共有を図る（図3-2-9）。

2014（平成26）年2月に大阪府で実施された私的病院の運営課題等の調査では、①私的病院は急性期から慢性期まで、対象疾患も幅広い診療を行っており、医療提供体制において、極めて大きな役割を担っている、②私的病院にはより最適な医療・介護連携の推進、さらには、街づくりにおいて中核的な役割を担う機能が期待されている、③特に、小規模病院（100床未満）には地域密着での高齢者医療や、在宅医療における、後方支援機能の強化を期待されている、との概要とポイントが示されている。私的病院と総括的かつ密接的に連携できる機関は、「医師会」において、他には考えられない。



(図 3-2-9)

(7) 大阪府医師会の対応

在宅医療の推進は今後、介護保険制度とさらに深く関わらざるを得ない。それ故に、患者本位の在宅医療を継続するためには、在宅医療における諸問題の把握とその解決に関わることにより、地域医師会が在宅医療全般に対して、掌握していく必要がある。そのためには、「在宅医療コーディネータ」とともに「医師会」、特に「医師会病院・医師会訪問看護ステーション等」の共同利用施設がある医師会では、その人材確保においても、システム構築においても優位な状況があると考えられ、早急に「在宅医療コーディネータ」を養成し、ともに歩み続けることにより、「在宅医療」全体を把握するための情報やノウハウを収集、体得し、医師会組織として在宅医療システムの構築を図ることを望む。在宅医療面での確固たるシステムを構築することが、介護を含め「在宅」全般に対して、「かかりつけ医」としての機能を大いに発揮し得るものとする。

大阪府医師会では、地域医療介護総合確保基金に基づき「在宅医療コーディネータ推進事業」を、2014（平成26）年度より展開している。基金の性質上、上述した「介護分野」への連携に関しては現在活動していないが、当然介護への連携を見据えた、介護分野における様々な問題点への認識は必要であり、今後介護との連携が動き出した際には直ちに行動がとれ得るように「待機」している状態であることが大切だと考えている。

Ⅲ-3 医師会員の組織率向上と地域医師会、中小病院・有床診療所の発展

2025（平成37）年以降の超高齢社会とその後の人口減少は、日本の生活様式・生活基盤の大変革をもたらす。地域包括ケアシステムの構築は、まさしく、21世紀の新しい街づくりであり、そして、その近未来を見据えた処方箋と考えている。

以下に、3つの視点より意見を述べたい。この意見の底流にあるものは、医師会員の組織率向上と地域医師会、中小病院・有床診療所の発展である。

- (1) 地域に根差した在宅専門医の育成
- (2) 医療事故調査制度における遺体搬送、死亡時画像診断（Ai） 検査等
- (3) 医師会で行う開業支援事業

(1) 地域に根差した在宅専門医（仮称：在宅医療のかかりつけ医）の育成

1) 日本医師会ではかかりつけ医の育成と普及に努めているが、外来診療と在宅医療の両立の難しさは存在している。昨今、かかりつけ医の仕事内容は格段に増加している。主である診療活動の他に、学校医活動、特定健診事業、定期予防接種、保健衛生活動等、その内容は年々増えてきているのが現状である。

在宅医療の形態としては、①従来型の開業医（地域で診療所を開業し、通院患者を診て、急変時の往診を行い、看取りをする）、②複数のサテライト診療所を持ち在宅医療を行う。多数の医師を傘下に置き、患者所在地から遠隔地のこともある、③中小病院の1つの診療形態として在宅医療を行う、④大型の医療法人（大病院を持ち周辺施設を併せ持つ法人グループ）のサテライトの在宅診療所、⑤開業の地で在宅医療を中心に行う（在宅医療のかかりつけ医）。地域医師会と密に連絡を取り、地域に根差す（開設者と院長は同一人物が多い）、などの形態が考えられる。

日本医師会が提唱する「かかりつけ医」が、外来診療と在宅医療を担うことが基本であることは間違いないことである。その上で、上記の各形態を広く地域医師会が取り込み、隙間のない在宅医療を展開することを考える時代が来ている。東京都の場合、i) 西多摩地域の人口数千万人から2～3万人の市区町村、ii) 他の多摩地域、人口数万人から30～40万人を抱える地域、iii) 区部を中心の40～90万人の人口地域、に分けて考える必要がある。そこでは在宅医療の在り方も、また、自ずから違ったものが必要となる。今回の提案は、上記⑤の「在宅医療のかかりつけ医」の育成と、それに伴う制度設定である。

在宅医療で現在しばしば問題とされるのは、上記②に相当すると考える。今後在宅医療の需要が高まる中、これらの開業形態を排除するのではなく、地域医師会がうまく取り込むべきである。その上で、今後上記⑤のような形態が広がり、地域に根ざした在宅医療とICTを活用した連携を構築することで、質の悪い在宅診療所の淘汰につながるものとする。確固たる地域包括ケアシステムが構築されるために、何よりも患者の利益を優先して取り組むべきである。

2) 開業の地で「在宅医療のかかりつけ医」を行うために必要なこと

新規に開業することを考えてみる。大掛かりな設備投資をして高い家賃を支払うことは、現在の診療報酬上からは無理が多い。この現状で、これから開業を考える若い世代の医師たちには負担が多すぎる。それに対し、「在宅医療のかかりつけ医」は開業に当たり、設備投資は最小限で済む。在宅専門で展開すれば一人で100～150人は可能である。タッグを組めば、それ以上の人数に対応できる。人口約18万人の東京都日野市では、将来在宅になる人が700～900人と予想されている。「在宅医療のかかりつけ医」は3～5の診療所で可能である。当然医師会に所属し、医師会の規約の中、既存の医療の枠組みを守りながらの開業形態である。

かかりつけ医と「在宅医療のかかりつけ医」は、連携を密接に取りながら在宅患者の診療を行う。在宅医療は主として「在宅医療のかかりつけ医」が行い、かかりつけ医は常に連携して在宅医療の補佐を行う。看取りはともに行ってもよいだろう。終の棲家で安心して最期を迎えられる。長年診てもらっているかかりつけ医が、寄り添う形で最後まで見守るといった体系である。そのためには、診療報酬上の設定が必要で

ある。在宅医療の半分程度の点数設定はどうであろうか。現在、主治医・副主治医制度が提案されているが、これは在宅医療を組む在宅療養支援診療所などで展開される役割分担である。これにも診療報酬上の設定が求められるのは言うまでもない。

今回の提案は、日本医師会が提唱する「かかりつけ医」も含め、日頃、外来で診ている患者が在宅診療に移らざるを得なくなる前後から、かかりつけ医が「在宅医療のかかりつけ医」と連携を取りながら、スムーズに在宅医療に移行させるシステムである。基本の考え方にあるのは、かかりつけ医の役割が増加している現状で、在宅医療を行う環境をより広く、気軽に、無理なく進めるためである。在宅医療への切れ目のない移行に必要な制度と考える。

100歳の人がゆっくり、ゆっくり、しかも一人で歩いている。帰る道は明るく、家には灯かりが燈っている。食卓は賑やかで明るい。そんな未来のために、地域包括ケアシステムを構築する必要がある。医療はその1つの要素にしかすぎない。しかし、なくてはならないものなのである。

(2) 医療事故調査制度における遺体搬送、死亡時画像診断（Ai）検査等

東京都医師会は、院内事故調査制度「よろず相談所」を設けている（図3-3-1）。24時間対応し、医療に関連した予期しない死亡事案に直面した医療機関の、何でも相談所の役割をしている。医療事故調査制度がスタートして3か月が経つが、相談は27件で、うち医療事故調査制度に乗っている件数は6件である（2015（平成27）年12月28日現在）。

医療機関で院内事故調査を実施することを管理者が決定した場合、東京都医師会に助言や技術的支援を求めることができる。東京都医師会内に、「院内事故調査制度対応支援WG委員会」を常設していて、医療機関からの支援要請に対して支援内容や派遣専門家などを決めたり、調査報告書ができ上がった後は、内容や秘匿性などを第三者の目で最終判断するなどの支援ができる。支援の前に、医療機関から第三者機関である支援センターへ事故報告がされていることが前提になる。Aiや病理解剖も視野に入れて支援する制度である。

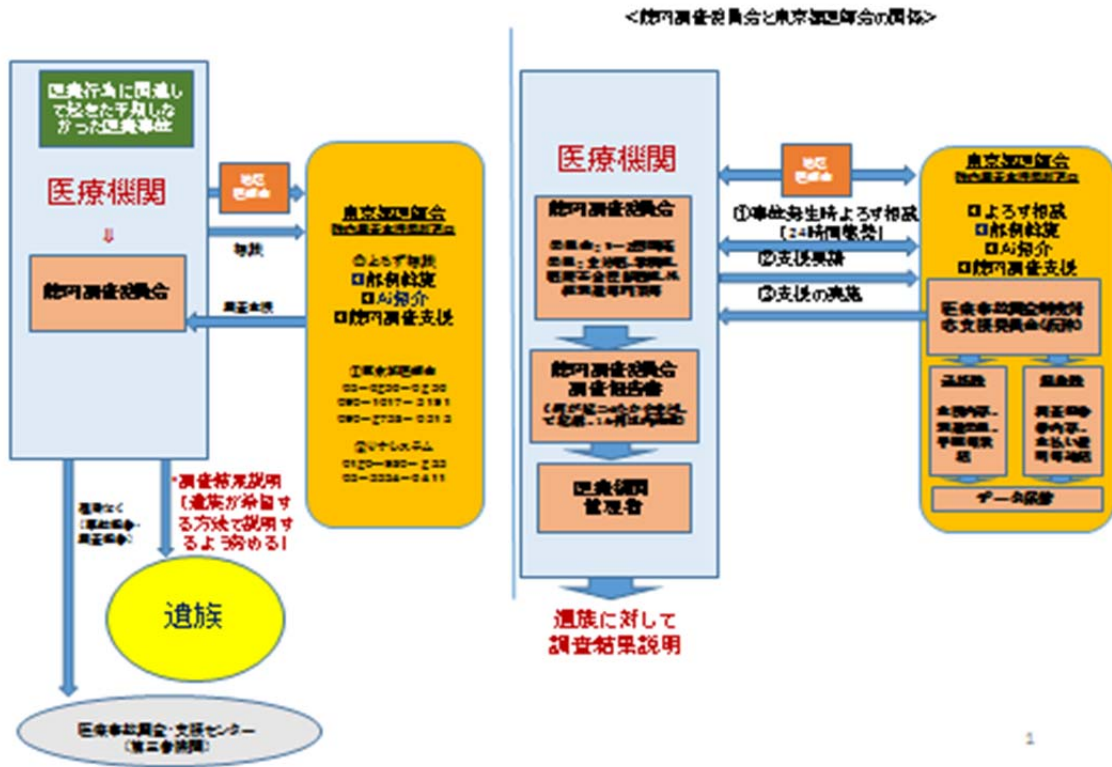
院内事故調査委員会は1～2回開催され、Ai並びに病理解剖などが実施されれば、開催はその結果が出てからとなる。

なお、一連の中で、遺体の搬送や保管、Ai撮影・Ai読影が必要になった場合には、東京都医師会からNPO法人の「りすシステム」に依頼し、24時間365日対応できることになっている（図3-3-2）。

【資料1 医療事故の遺族への説明事項等について】

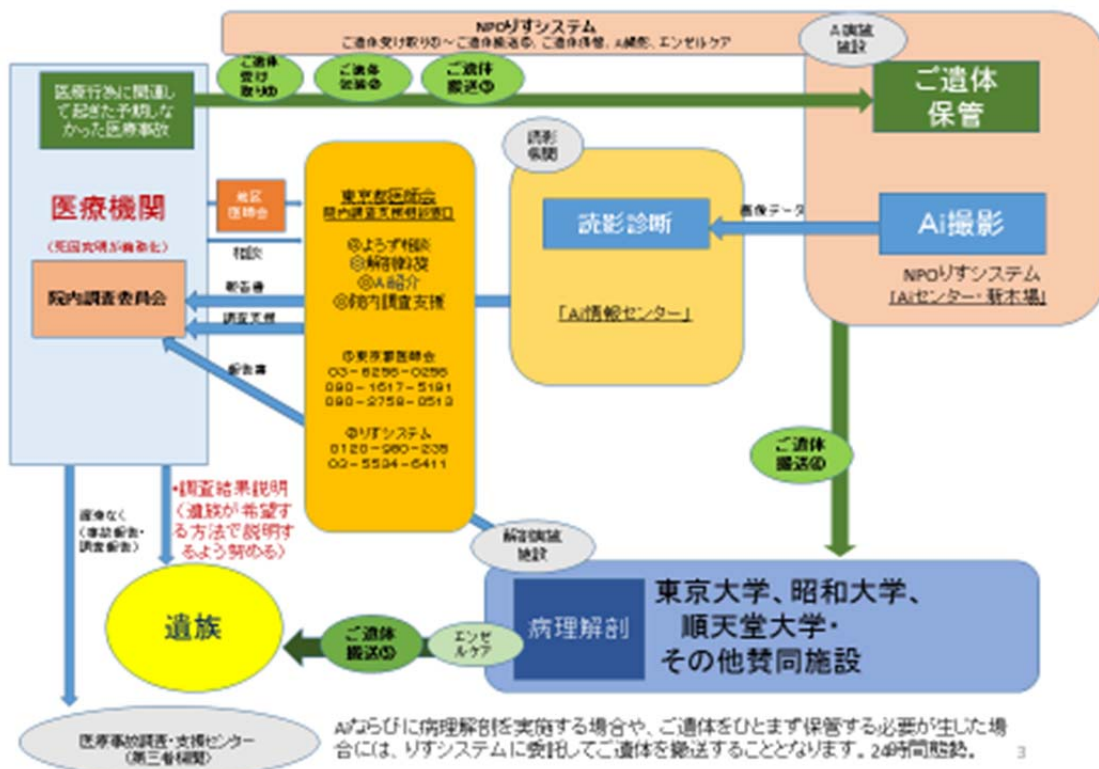
- 遺族へは、「医療事故調査・支援センターへの報告事項」の内容をわかりやすく説明する。
- 遺族へは、以下の事項を説明する。
 - ①医療事故の日時、場所、状況
 - ・日時、場所、診療科
 - ・医療事故の状況
 - …疾患名、臨床経過等
 - …報告時点で把握している範囲
 - …調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する。
 - ②制度の概要
 - ③院内事故調査の実施計画
 - ④解剖またはAiが必要な場合の解剖またはAiの具体的実施内容などの同意取得のための事項
 - ⑤血液等の検体保存が必要な場合の説明

4. 東京都医師会の支援(院内調査について)



(図 3-3-1)

参考1 Ai・解剖まで必要になった場合の東京都医師会の支援(全体図)



(図 3-3-2)

【資料2 医療機関から医療事故調査・支援センターへの事故の報告について】

<医療事故調査・支援センターへの報告方法について>

以下のうち、適切な方法を選択して報告する。

●書面またはWeb上のシステム

<医療事故調査・支援センターへの報告事項について>

以下の事項を報告する。

- ①日時、場所、診療科
- ②医療事故の状況
 - ・疾患名、臨床経過等
 - ・報告時点で把握している範囲
 - ・調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事故については不明と記載する。
- ③連絡先
- ④医療機関名、所在地、管理者の氏名
- ⑤患者情報（性別、年齢等）
- ⑥調査計画と今後の予定
- ⑦その他管理者が必要と認めた情報

<医療事故調査・支援センターへの報告期限>

個別の事案や事情等により、医療事故の判断に要する時間が異なることから具体的な期限は設けず、「遅滞なく」報告とする。

*なお、「遅滞なく」とは、正当な理由なく漫然と遅延することは認められないという趣旨であり、当該事例ごとにできる限りすみやかに報告することが求められる。

【資料3 医療機関が行う医療事故調査について】

○本制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないこと。

○調査の対象者については当該医療従事者を除外しないこと。

○調査項目については、以下の中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする。

*調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること。

①診療録その他の診療に関する記録の確認

(例) カルテ、画像、検査結果等

②当該医療従事者のヒアリング

*ヒアリング結果は、内部資料として取り扱い、開示しないこと（法的強制力がある場合は除く。）とし、その旨をヒアリング対象者に伝える。

③その他の関係者からのヒアリング

*遺族からのヒアリングが必要な場合もあることも考慮する。

④医薬品、医療機器、設備等の確認

⑤解剖またはAiについては解剖またはAiの実施前にどの程度死亡の原因を医学的に判断できているか、遺族の同意の有無、解剖またはAiの実施により得られると見込まれる情報の重要性などを考慮して実施の有無を判断する。

⑥血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮。

○医療事故調査は医療事故の原因を明らかにするために行うものであること。

*原因も結果も明確な、誤薬等の単純な事例であっても、調査項目を省略せずに丁寧な調査を行うことが重要であること。

○調査の結果、必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。

○再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること。

【資料4 医療機関が行った調査結果の遺族への説明について】

<遺族への説明方法について>

○遺族への説明については、口頭（説明内容をカルテに記載）または書面（報告書または説明用の資料）もしくはその双方の適切な方法により行う。

○調査の目的・結果について、遺族が希望する方法で説明するように努めなければならない。

【資料5 医療機関から医療事故調査・支援センターへの調査結果報告について】

<医療事故調査・支援センターへの報告方法について>

医療事故調査・支援センターへの報告は、次のいずれかの方法によって行うものとする。

●書面またはWeb上のシステム

<医療事故調査・支援センターへの報告事項・報告方法について>

○本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書冒頭に記載する。

○報告書は医療事故調査・支援センターへの提出及び遺族への説明を目的としたものであることを記載することは差し支えないが、それ以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ教示することが適当である。

○医療事故調査・支援センターへは以下の事項を報告する。

- ①日時、場所、診療科
- ②医療機関名、所在地、連絡先
- ③医療機関の管理者の氏名
- ④患者情報（性別、年齢等）
- ⑤医療事故調査の項目、手法及び結果
 - ・調査の概要（調査項目、調査の手法）
 - ・臨床経過（客観的事実の経過）
 - ・原因を明らかにするための調査の結果
 - *必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。
 - ・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。
 - ・当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。
- ⑥医療上の有害事象に関する他の報告制度についても留意すること。
- ⑦当該医療従事者等関係者について匿名化する。
- ⑧医療機関が報告する医療事故調査の結果に院内調査の内部資料は含まない。

遺体搬送とAi撮影については、NPO法人「りすシステム」が東京都医師会と契約を結び行っている。Ai読影は専門の読影医療機関が行っている。

東京都医師会は以上に示した通り、死因究明のために全力を挙げて取り組んでいる。会員の理解と一層の信頼関係構築のために、医療事故調査制度がうまく機能することを願っている。

(3) 医師会で行う開業支援事業

中小病院、有床診療所等で問題となるのは、医師や看護師等の人材確保の困難さである。医師を斡旋された場合、成立すれば高額の紹介手数料を斡旋業者に支払うのが相場とされており（看護師も同様）、紹介手数料の高額化が常態化すれば、医療機関の存続そのものが危うくなり、日本の医療制度の崩壊が起きるのは明白である。

地域医師会の開業支援やきめ細かいサポート、例えば後継者のいない医療機関の継承や医師不在地区での開業支援、サポートを行うことができれば、新規開業を希望する医師にとってメリットになり、また所属する医師会の発展にもつながると考える。現在、都道府県医師会で行われているドクターバンク事業を、将来的には日本医師会が頂点となって行うことを要望する。そして、都道府県医師会が中間に位置し、きめ

細やかな内容を知る郡市区医師会が情報を集め、人材不足の医療機関のサポートを行うものである。

医師不足解消、医師偏在の是正、不必要な出費の抑制、医師会の組織率向上に役立つ事業ではないだろうか。

Ⅲ-4 地域における医療・介護連携とICTの活用

国は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年を目途に、重度な要介護状態となっても、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を考えている。各地域で認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者を地域で支える体制を、医師会と市区町村や都道府県が協力して、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要と考える。地域で支えて行くためには、効率的な地域包括ケアシステムを実現していく必要がある。そのためには人と人とのつながりを最重視すべきだが、それに沿った形で業務をサポートできるICTツールを取り入れて行くことも重要である。

（1）別府市医師会における地域包括ケアシステムと地域医療情報連携網「ゆけむり医療ネット」の活用

別府市は人口が約12万人で、個別の医療機関が127施設、基幹病院が5施設、薬局が65施設ある。基幹病院の内訳は、急性期の機能を持つ医療機関が3施設、大学系の医療機関が1施設、結核や重症心身障害児(者)、筋ジストロフィー等に特化した機能を持つ医療機関が1施設と様々な役割で機能し、地域医療に大いに貢献している。2010（平成22）年に「在宅医療連携拠点事業」（図3-4-1）に参加し、多職種会議・拠点事業推進会議（県・別府市医師会、行政）等の会議を密に行い、中立的な立場の別府市医師会が中心となって、地域医療の質の向上を目的としたセキュリティレベルの高い閉鎖的なネットワーク網「ゆけむり医療ネット」を整備し、運用と管理を行っている。


主に、二次医療圏で完結する医療連携を中心に、基幹病院と病院・診療所を閉鎖されたネットワークによって結び、紹介された患者の同意のもとに、リアルタイムに病院・診療所へ診療情報（画像・検査・薬剤情報・入院経過表など）が参照可能である地域医療連携システムを構築している。このことにより、紹介元施設でのより適切な高度医療の理解と詳細な患者説明が可能となり、5年目を迎えている。

また、医師会立の検査・健診センターでも、この地域医療連携システムへデータの提供を行っており、診療所から依頼された検体検査や健診センターで実施した特定健診、事業所検診、人間ドック、各種がん検診（肺がん、胃がん、前立腺がん、大腸がん等）や学童検診（心臓検診、小児生活習慣病健診等）等について、基幹病院と同じように同意書をセンターへFAX送信すれば、健診データ、画像、心電図、各種所見

レポートなどが閲覧できる。かかりつけの患者が健診を受けて精密検査が必要となり、基幹病院へ精密検査のために紹介受診するという健診から医療までの一連の医療情報が、時系列に閲覧できるため詳細な患者説明が可能となっている（図 3-4-2）。

【在宅医療連携拠点事業】

- 多職種会議・拠点事業推進会議(県・別府市医師会、行政)
 - ・地域ケア連携システム会議(関係全職種)
 - ・シンポジウム、フォーラム
 - ・在宅医療連携交流会
- 各職種会議・Drネットワーク検討会・地域ケア会議
 - ・訪問介護事業所連絡会・居宅介護支援事業所連絡会議
 - ・訪問看護St連絡会議・東部医療圏域訪問看護St地区会議
- 各種研修会・地域リーダー育成研修・多職種合同研修会
 - ・在宅看護研修会・職種別研修会
- 「在宅医療連携ガイド」の作成(H23)
 - ・医療機関情報……在宅医療取組項目、医師連絡方法、時間帯
 - ・薬局、介護事業所……対応可能項目等
 - ※活用の検証、追加項目等の調査
- 災害時連携マニュアル、マップ(H24)
 - ・シミュレーション訓練、行政・消防署との合同訓練
- 在宅医療広報活動等(総合相談窓口、地域住民への啓発活動(勉強会等))



在宅医療連携拠点交流会:名刺交換会

ヒューマンネット
ワークの構築が重要

一般社団法人 別府市医師会

(図 3-4-1)



(図 3-4-2)

ヒューマンネットワークをベースに、ICTを活用した「ゆけむり医療ネット」を利用した、在宅と医療・介護を結ぶシステムとして在宅SNS機能がある。主に在宅医療の部分で行っているのは、患者を中心にチームを作り、多職種で情報をやり取りする仕組みをiPadを使って行っている(図3-4-3)。セキュリティを保つため、3つのIDとパスワードを採用している。最初にiPadのセキュリティーコード4桁の数字を入れ、その後「ゆけむり医療ネット」に接続するためにIPsecVPN接続を行う。ここでもIDとパスワードが要求され、接続後アプリを開いて、医療機関コード、利用者ID、パスワードの3つを入力する必要がある。セキュリティを重要視するために医療従事者からは、最初は非常に使いづらいと言われたが、現在は慣れていただいている。基本的な仕組みは患者を中心に多職種の医療従事者がチームを作り、チームに所属する者しか医療情報を閲覧できないようになっている(図3-4-4)。

画面はシンプルで、横が日付、縦が1日の会話となっている(図3-4-5)。操作方は3タップするくらいで完結する。写真が撮れるため、かかりつけ医に褥瘡や皮膚疾患等の病態を伝えたいときに非常に分かりやすく、直ぐに処置の準備ができると好評である。メッセージを入力する際には、バイタルサイン等のテンプレートを加え、入力支援も行っているが、現場では業務に追われてなかなか思うように入力できないとの意見もある。そのため、写真に手書きができる仕組みを取り入れ、緊急性がある場合は撮った写真の上に直接書くようにしている。また、紙ベースで運用しているものを写真に撮って送れば、伝えたいことを伝えることができる(図3-4-6)。他には音声ファイルや動画ファイルも添付できる。ただし、運用ルールが必要で、動画は10秒までにしている。

医療連携システムと連携しているため、かかりつけ医が退院患者を診療する際に、入院中と在宅の状況を時系列で見られることもできる(図3-4-7)。これに基幹病院の医師も加わると、在宅でどのような状況になっていて、再度入院したことも分かり、チームで患者を診ることや日常診療の忙しい中で、診療の合間にその状況を見ることができる。情報を電話で伝えていた時よりも、拘束時間が短縮されることが利点である。

また、地域によっては回線のインフラ整備が充実していないため、モバイルルーターを持って行っても山間部など回線が繋がらない場合もある。そのため、在宅SNSにはダウンロード機能があり、事前に直近3か月間のデータをダウンロードできる仕組みを取り入れている。内部は暗号化を行っており、一旦ログアウトすると最初の画面になり、再度、iPadのパスワードとSNSアプリの二重のパスワードを入力しなければならない仕組みにしている。

今後の地域包括ケアシステムにおける医療と介護の様々な問題点を解決するためには、人間関係をしっかり築いた上で、ヒューマンネットワークのチーム力も高める

必要がある。そのためには、地域医師会の共同利用施設が中心となって、医師、コメディカルに加え、介護職、事務職、さらに自治体も積極的に参加したチームを作り、ICTを活用することで業務を効率化してより連携を深めることが重要と考える。

地域医療連携システム（Human Bridge 在宅SNS）

患者を中心とした在宅ケア向けのコミュニケーションツール



一般社団法人 別府市医師会

(図 3-4-3)

iPadの実際の使用状況（ログインまでの認証）

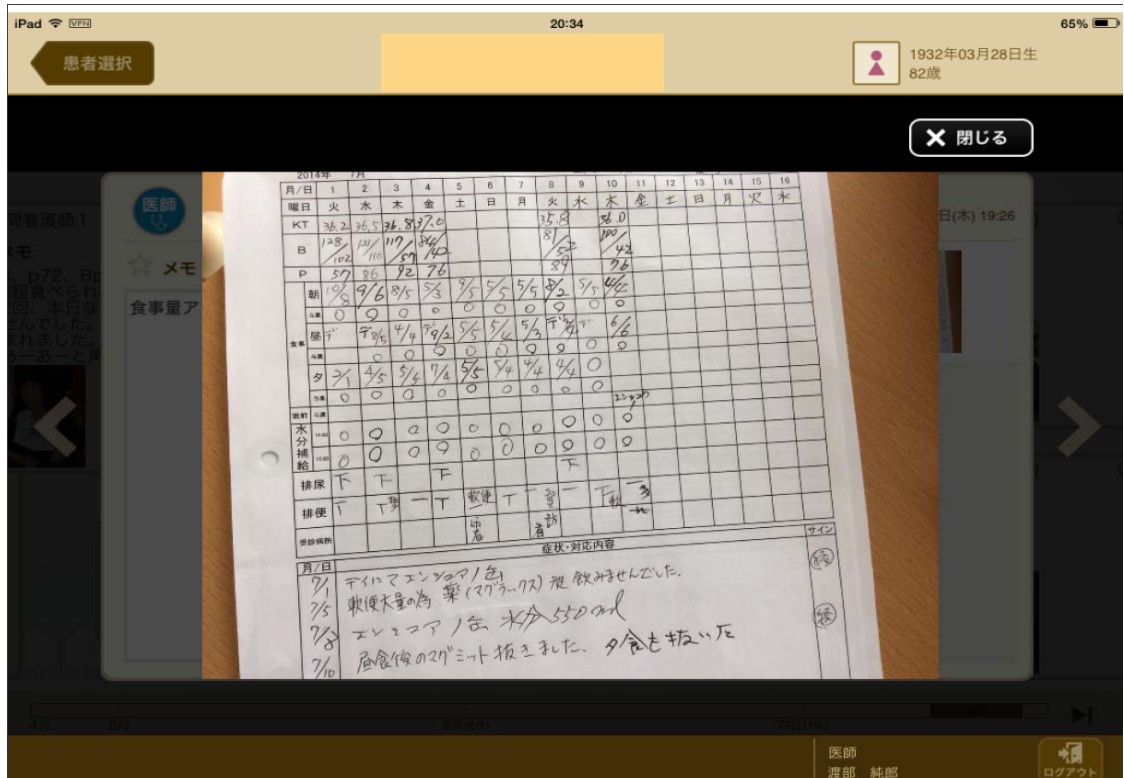


一般社団法人 別府市医師会

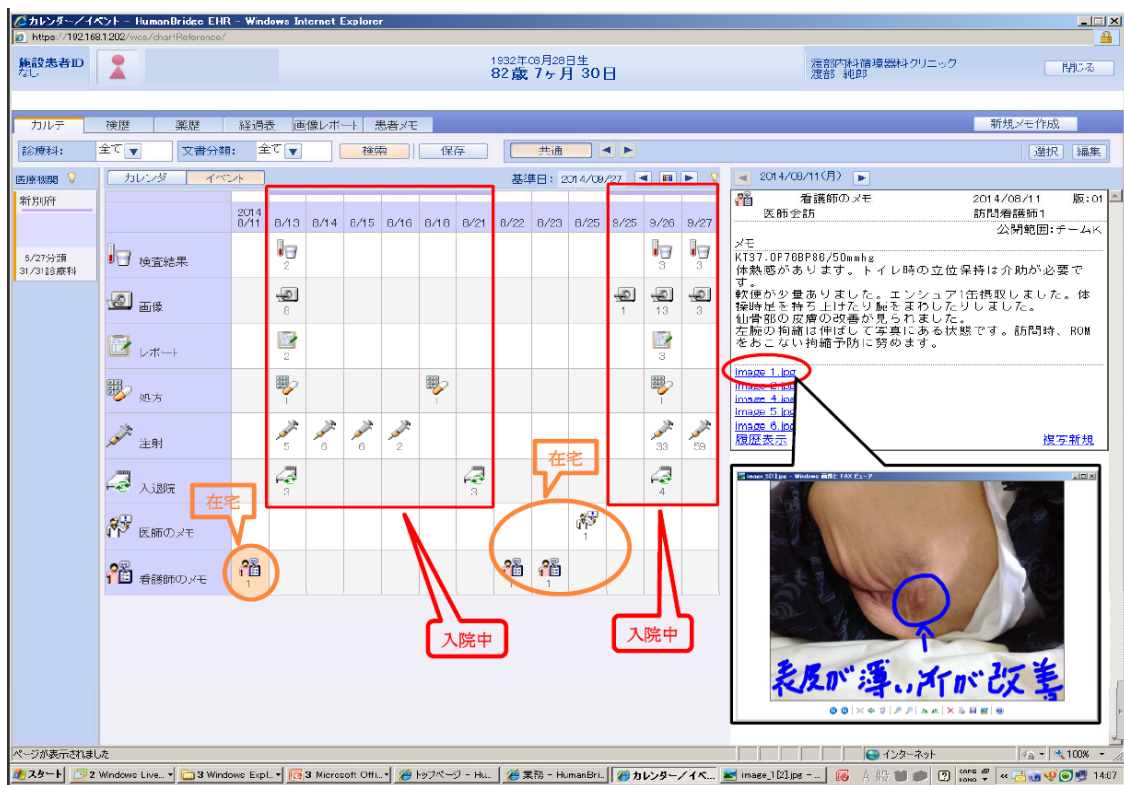
(図 3-4-4)



(図 3-4-5)



(図 3-4-6)



(図 3-4-7)

(2) 佐賀県の取組みについて

佐賀県では、県内の中核医療機関の診療情報とかかりつけ病医院を結ぶ、佐賀県診療情報地域連携システム(通称：ピカピカリンク)の整備を進めている。

「ピカピカリンク」は、ID-Linkを利用して起動し、複数の医療施設の診療情報を一覧表示でき、カレンダー表示された画面のアイコンをクリックすると、診療情報について詳細な内容を参照できる。また、診療情報提供書(紹介状)や入・退院サマリなどの診療文書をPDF形式で参照することも可能である。こうした機能により、情報提供施設は紹介状では伝えきれない詳細な情報を連携先施設に提供でき、医療施設間連携の活性化によって、紹介・逆紹介率向上を支援している。情報閲覧施設は、紹介患者の診療経過の把握が容易になり、より質の高い診療が期待でき、専門医とのコンサルテーション(診療相談)の際のツールとしても活用できる。

診療情報の共有により、投薬・検査の重複を防ぎ、診療の効率化・医療費の削減をすることができるため、患者が納得、安心した医療を受けることができる。

このように、安全で効率的な医療提供のため、より多くの医療機関に参加していただけるよう取り組みを進めており、本システムに入会し、医療連携に活用している医療機関は2015(平成27)年9月30日現在、開示施設13施設、病医院115施設、訪問看護ステーション9施設、薬局58施設となった。また、登録患者数は、累計15,390

人となっており、佐賀県医師会成人病予防センターも開示施設として、この「ピカピカリンク」に参画している。

現在、佐賀県診療情報地域連携システム協議会が運営を引き継ぎ、年間数回の協議会を開催している。

(3) 九州各県の取組みについて（第46回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会報告より）

○長崎県

長崎県では、ICTネットワーク「あじさいネット」を、2004（平成16）年より構築した。当初は基幹病院の電子カルテの閲覧のみの活用であったが、10年が経ち、診診連携、多職種連携へと活用が広がった。これは、「あじさいネット」上の患者カルテに、診療状況や在宅訪問時の状況を書き込むものである。医師以外に、歯科医師、薬剤師、地域医療に関わる看護師等、「あじさいネット」に参加する誰もが書き込むことが可能である。この導入で登録された患者の状況が、即時に多くの関係者で情報を共有することができるようになった。今の問題は、共有する情報の範囲である。患者に関係する全ての医療・介護関係者であるケアマネジャー、ヘルパーや行政関係も参加できるようにしたいと考えている。そうすると、カルテ閲覧可能な範囲の医療情報をどの職種まで広げるかという問題が出てくる。かかりつけ医が窓口となることで、全関係者が必ずしもカルテを閲覧しなくてもよい。これは、現在文書で行われている形となら変わらず、ただ通信機器がICTに変わったにすぎない。

医療のICT化の目的は良好な医療連携を築くことにあり、良好な医療連携により恩恵を受けるのは患者であり、医療関係者である。「あじさいネット」は、長崎県人の一人ひとりの地域医療にかける“思い”が集まって、大きな力となった。

○長崎県大村市

大村市では、専門医とかかりつけ医が協力しながら、糖尿病地域連携体制を構築している。

2013（平成25）年4月から糖尿病地域連携パスに代わる「先進的 disease 管理システム」を構築し、運用を開始した。医師の作業量の軽減を図るため、専用の検査依頼用紙でオーダーした検査結果を、外注検査会社から自動で取得する仕組みを構築した。医師は患者から同意を得て、手間なく糖尿病患者の一覧が自動的に作成される。関連するデータもデータベース化されるため、業務の効率化を図ることが可能となった。

また、パスと同等の機能を持たせ、コメディカルの協力により iPad を用いて血圧や体重などのデータを入力することで、最新のデータを用いた患者指導ができるように工夫した。

現在9施設が参加し、380名の糖尿病患者の登録が行われ、データの集積が進んでいる。また、疾病管理システムの運用により、地域の糖尿病診療の実態がほぼリアルタイムに把握できるようになった。

今後はITをうまく活用し、コメディカルの協力のもとで、医師の事務量の軽減を図りながら、さらに合併症の発生率などの詳細なデータを収集していくことが必要である。また、蓄積されたデータを地域で共有し、診療の質の改善のために有効活用することが重要である。

○那覇市医師会

那覇市医師会のLHR (Lifelong Health Record) システムは出生から死亡までのシームレスな医療情報を共有する、生命倫理に基づいた個人認証基盤と医療従事者の資格認証基盤である。

この医療情報基盤により災害対策、個人情報の拡散防止はもとより、医療連携、疾病管理対策、包括医療の推進、臨床研究統計利用、さらには医療生活産業の振興まで幅広く活用され、人々の健康を保持増進する目的を持つ。医師会共同利用施設を中心とする医療情報ネットワークを利用した医療資源のサポートこそ、我々の新たな役割である。

那覇市医師会LHRシステムは沖縄県の現状打開のために構築が始まった。また、LHRによる医療情報の集積・共有化は医療機関間のデータ連携にとどまらず、個人の健康増進・行政・臨床研究・産業衛生など様々な副次的効果を生む。そして、LHRシステムは自立型の医療情報基盤としてすべての人の登録を目指しており、「いつでも・どこでも・必要な人に」を合言葉に論理的に管理・運用している。

この他九州地区では、熊本県の「くまちゅう画像ネット」、大分県の「うすき石仏ねっと」、宮崎県の「はにわネット」等が運用されている。

(4) 西宮市医師会診療所(兵庫県)臨床検査部におけるM I n C S for lab (Medical Information Cloud Service for laboratory)の構築について

厚生労働省は、様々なインフラから配信される情報を蓄積するとともに、標準的な診療情報が編集できる「標準化ストレージ」という概念に着目し、医療情報の交換・共有による医療の質向上を目的とした「厚生労働省電子的診療情報交換推進事業」(S S-M I X: Standardized Structure Medical record Information eXchange)を推進している。そして、その前提として電子的に交換される各診療情報は、標準化されていることが要求されている。しかし、各診療所から得られた臨床検査データにおいては、多くが各臨床検査会社独自のコードで管理されており、臨床検査項目の標準

規格であるJLAC10 (Japanese Laboratory Coad)や、医療情報交換のための標準規約であるHL7 (Health Level 7)への変換が行われておらず、未だに十分な標準化が行われていない。

西宮市医師会（兵庫県）においては、当臨床検査部が平成24年度に経済産業省の「NEXT in 西宮」という「地域ヘルスケア構築推進事業」と提携を行った。この事業は、かかりつけ医と中核病院(兵庫医科大学病院とその他2つの病院)で、冠動脈形成術後の患者における臨床検査データを共有するための基盤作りを目的とし、各臨床検査センターのデータを標準化する基盤の出来映えを評価するものであった。その後、この事業は無事終了し、西宮市医師会は独自にこの基盤を利用した「臨床検査結果照会システム」を改良構築するに至った。このシステムは、標準化された臨床検査データがクラウド上に保存されており、MInCS for lab (Medical Information Cloud Service for laboratory)と名付けられ ((一財)医療情報システム開発センターより支援されているKIS社と共同開発)、将来の地域医療連携や地域包括ケアシステムに対応・応用できるものとなっている。

MInCS for lab の利点としては、①クラウド上にデータがあるため、災害時に強い、②データがJLAC10&HL7形式で標準化されているため、各種地域医療連携のサーバーや全国規模の疫学調査サーバー等に容易にリンクできる、等が挙げられる。また、大手検査会社のように全国に展開して、かつ資本があるところは、自社開発も可能であると思われるが、医師会立の検査センターではWeb開発の負担が大きい。このため、上記データを各社の電子カルテで参照できるようにするには、再度各社電子カルテの様式に変換しなければならない。そして、これに要する開発費は約80万円/社を要し(既に西宮市医師会では6社の開発済み)、多くの手間と多額の費用だけでなく、各センターで同じ作業が必要となっている。しかし、共同利用の理念に基づき、上記システムを全国の医師会検査センター同士で共有し、新たな電子カルテが出現した場合は、その検査センターが変換の開発費を払い、全ての施設に応用・公開することで、必要な手間と費用の低廉化を実現・推進することができる。

MInCS for lab を利用すれば、地域医療での利活用や全国医師会間の統計データの比較、集計分析を行うことが容易となる。そしてさらに、医師会検査センターが標準化を推進することで、将来的には、電子カルテ各社の開発が標準化仕様となり、変換という行為も減少していくものと思われる (図3-4-8~3-4-17)。

0.背景と目的

■ 平成23年度東北復興に向けた地域ヘルスケア構築推進事業

診療検査基盤作業部会

臨床検査を実施する機関から、検査結果を標準的な形式でデータ提供することを可能とする情報基盤の構築とその在り方の検討

課題として

診療所・小規模病院（以下、「小規模医療機関」と呼ぶ）

- ✓ 診療情報の電子化が進まないことにより標準化データ提供できない
- ✓ 災害対策に関する投資が困難である

影響範囲として

- ・昨今の地域医療連携に小規模医療機関の標準化データを提供することが困難
- ・国、地域の施策であるビッグデータ技術等による大規模臨床研究への標準化データ収集が困難
- ・災害対策での診療データ保管及びデータの利用が困難

解決策として

- ・臨床検査会社には検査結果が蓄積しそのデータを標準化データで医師の指示の下に提供することができる臨床検査情報基盤(MInCS)の構築

(図 3-4-8)

0.背景と目的

■ 標準化データとは

- 厚生労働省の通知「保健医療分野の標準規格として認める規格について」で認められた厚生労働省標準規格 と呼ぶ
 - 基本データセット【患者基本情報・検査値等の項目セット】
 - コードセット【JLAC10】
 - データ交換規約【SS-MIX】

■ 標準化データの事例

- 地域医療連携システム（全国160箇所）でのインターフェイス採用
 - 国立大学病院医療情報システムデータバックアップでの採用
 - 日本糖尿病、高血圧、動脈硬化、腎臓病学会などによる標準データ収集での採用
- など国、地域、学会などでの取り組みが加速している

(図 3-4-9)

1. MInCS for labの概要

MInCS for labは、臨床検査情報基盤をベースに医師会様の運営支援及び医師会様臨床検査センターのため構築されたサービスです。

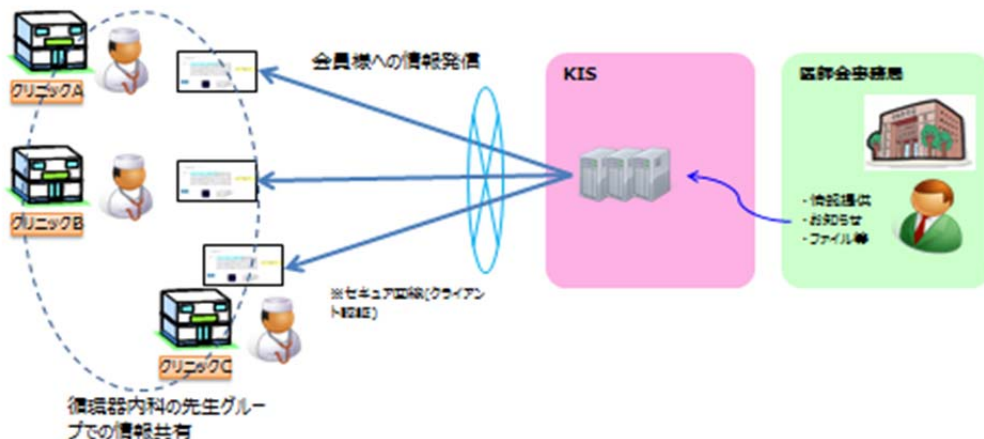


(図 3-4-10)

2. MInCS for labの機能概要

1. 医師会での情報提供の仕組み

- 医師会事務局からの会員への情報発信をすることができます。
- グループ登録機能により個別のグループでの情報共有が可能です。
- セキュア回線でのやり取りのため医療情報のやりとりも可能です。



(図 3-4-11)

2. MInCS for labの機能概要

2. 時系列結果参照

- 検査センターの結果をリアルタイムに表示することが可能です。
- 時系列及びグラフ表示が可能であり患者様への報告書の提供もできます。
- 他院への紹介状の提供も可能です。

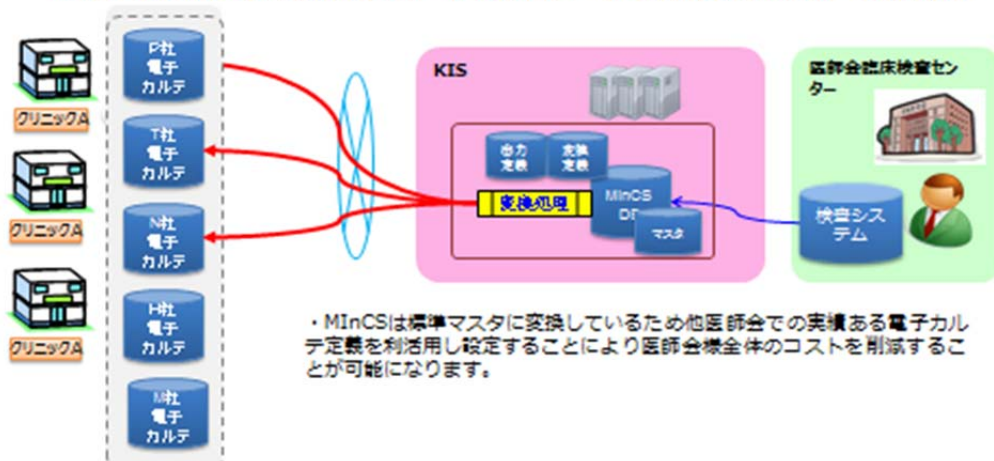


(図 3-4-12)

2. MInCS for labの機能概要

3. 電子カルテシステムへの取込み

- 検査結果データを目院で活用するために、電子カルテ毎に異なるデータ形式、コードで、検査結果をダウンロードできる機能
- 標準化形式に対応していない電子カルテの固有のフォーマットや、標準形式（HL7）を使用しているが検査コードは独自コードを使用しているケースに対応



(図 3-4-13)

2. MInCS for labの機能概要

4. タブレット等による参照機能

- 訪問診療時等の施設外で患者の検査結果を参照するために、医療機関の医師は、依頼した患者の検査結果を、スマートフォンで参照することができます。

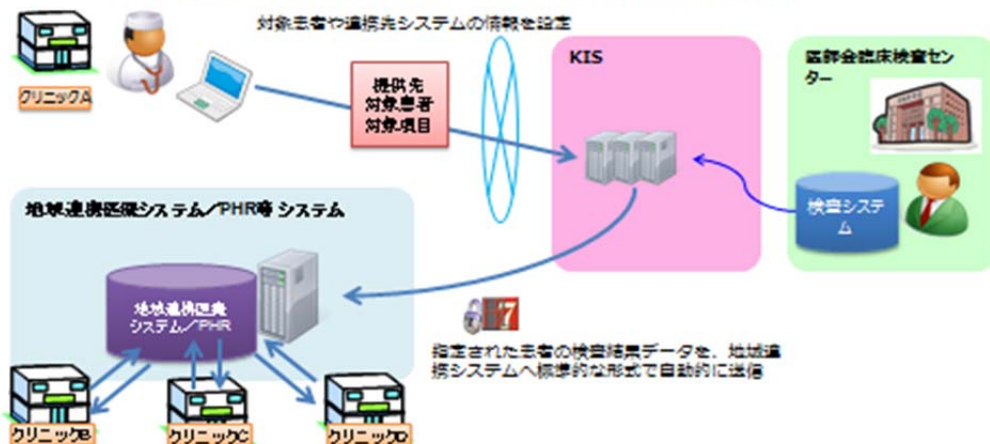


(図 3-4-14)

2. MInCS for labの機能概要

5. 地域医療連携へのデータ提供

- 地域連携医療サービスに参加する医療機関の医師は、手入力することなく連携対象患者の検査結果データを、MInCSから地域連携医療システム/PHR等へ標準形式のデータを直接提供することができます。また今後のビッグデータ等の国、地域、学会へのデータ提出することもできます。



(図 3-4-15)

3. セキュリティへの対策

【セキュリティガイドラインへの対応についての考え方】

臨床検査情報連携基盤を運用する事業者はASP・SaaS事業者に該当するため、臨床検査情報連携基盤は、医療情報セキュリティに関する下記の4つのガイドラインに準拠

- 医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドライン(厚生労働省)
- 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第4.1版 (厚生労働省)
- ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン(総務省)
- 医療情報を委託管理する情報処理事業者向けガイドライン(経済産業省)

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン

「6.11 外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」への対応例

対応すべき危険性	危険性の概要	本事業での対応状況
①「盗聴」の危険性	✓ 伝送途中で情報が盗み取られたり、意図しない情報漏えいや誤送信等が発生した場合でも、医療情報を保護するために適切な処置が必要	対応済み
②「改ざん」の危険性	✓ 通信経路上の障害等により、意図的・非意図的原因に係らず、データが改ざんされてしまう可能性があり、その対応が必要	対応済み
③「なりすまし」の危険性	✓ 情報の送信者は、送信先の機関が確かに意図した相手であるかの確認が必要 ✓ 情報の受信者は、その情報の送信元の医療機関等が確かに通信しようとする相手なのか、また、送られてきた情報が確かに送信元の医療機関等の情報であるかの確認が必要	対応済み

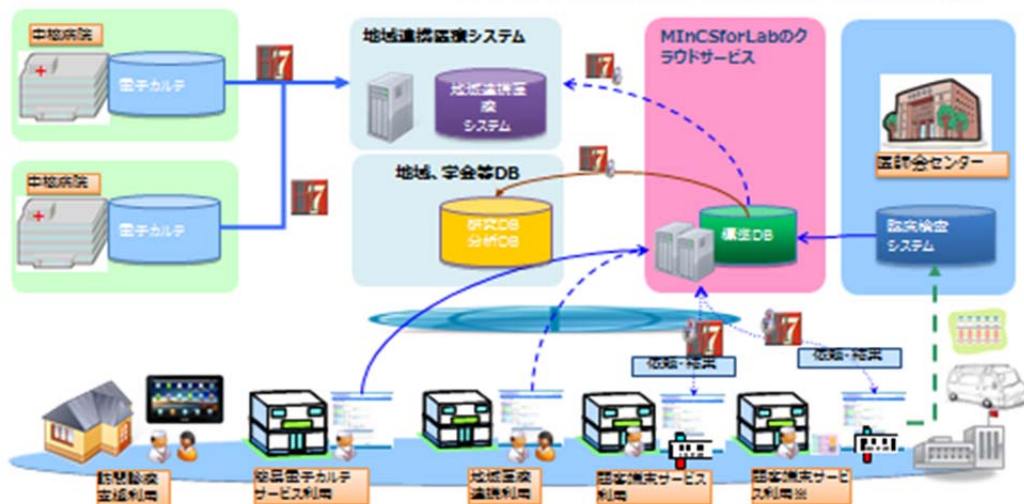
※医療機関が電子メールで検査結果データを取得する機能は、これらの危険性に一部対応していないが、改善策非実施への対応のため利用可能としている。

(図 3-4-16)

5. MInCS for Labの将来像

- MInCS for Labはクラウドサービスであり医師会様のご意見を反映し随時バージョンアップをしていきます。

※また、広域や遠隔地を従属し、税金負担の軽減を図ることで臨床検査会社の業務負担を軽減、及び稼働率向上を目指すモデルを検討しております。



(図 3-4-17)

Ⅲ-5 医療・介護分野のICTを利用した多職種連携に関する追加調査（2014年度新規調査）

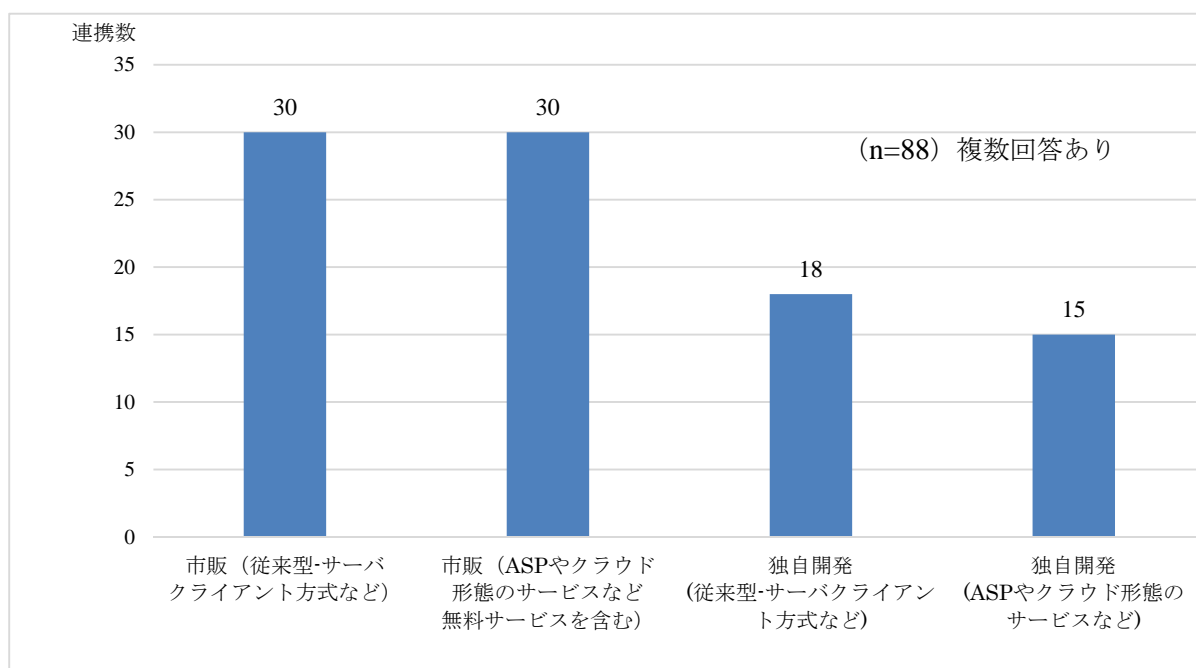
超高齢社会の進展に伴い、今後、益々医療と介護の連携需要が増えることが予想される。今後さらに、医療と介護に係る各専門性を持つ多職種連携スタッフ間、医療機関、介護サービス事業所、薬局等の施設間、患者、患者家族等との連携は必須であり、各地域ではICTを利用した取り組みも多く見られる。

日本医師会総合政策研究機構（以下、「日医総研」）では、2012（平成24）年度から全国のICTを利用した地域医療連携を網羅し、その変化を継続的に収集するため、調査を行ってきた。前回までの結果を踏まえ、今回は医療・介護連携を行っている施設に対し、医療及び介護を含む多職種連携を支援する情報連携システムについての現状と課題を把握し、今後の地域包括ケアシステム構築の参考となる基礎資料の作成を目的とした追加調査を行った。結果概要は以下の通りである（詳細はWP357「ITを利用した全国地域医療連携の概況（2014年度版）」参照）。

（1）多職種連携システムの種類

多職種連携システムの種類については、88か所から複数回答を得た。市販（従来型-サーバ・クライアント方式など）（30か所）と市販（ASPやクラウド形態のサービスなど無料サービスを含む）（30か所）が最も多かった。また、「市販」は、「独自開発」より約2倍多く利用されていることが判明した（図3-5-1）。

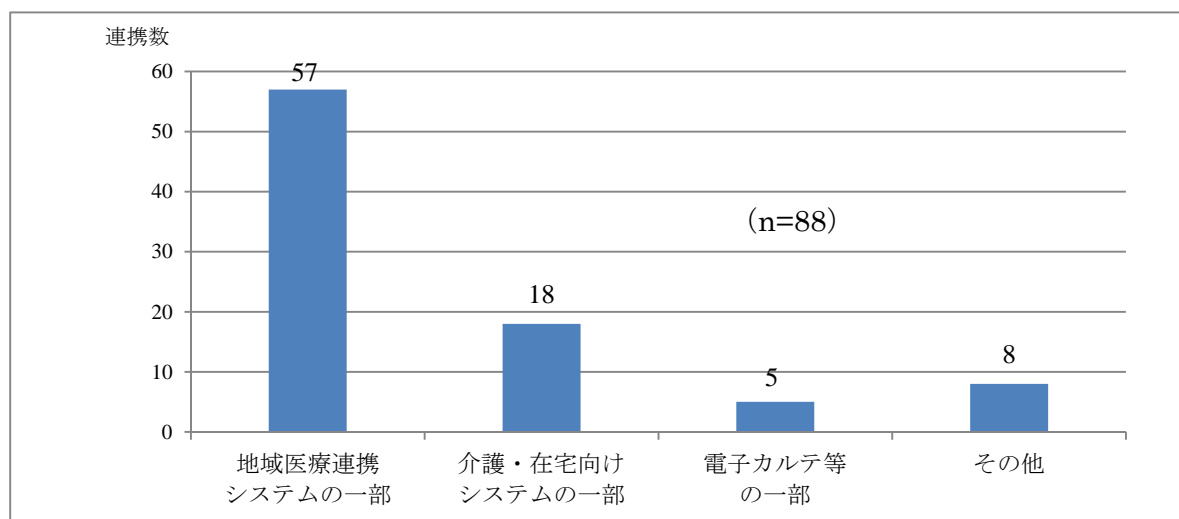
図3-5-1 多職種連携システムの種類



(2) 多職種連携システムの形態

多職種連携システムの形態をみると、「地域医療連携システムの一部」(57か所)が最も多く、次いで「介護・在宅向けシステムの一部」(18か所)の順であった(図3-5-2)。

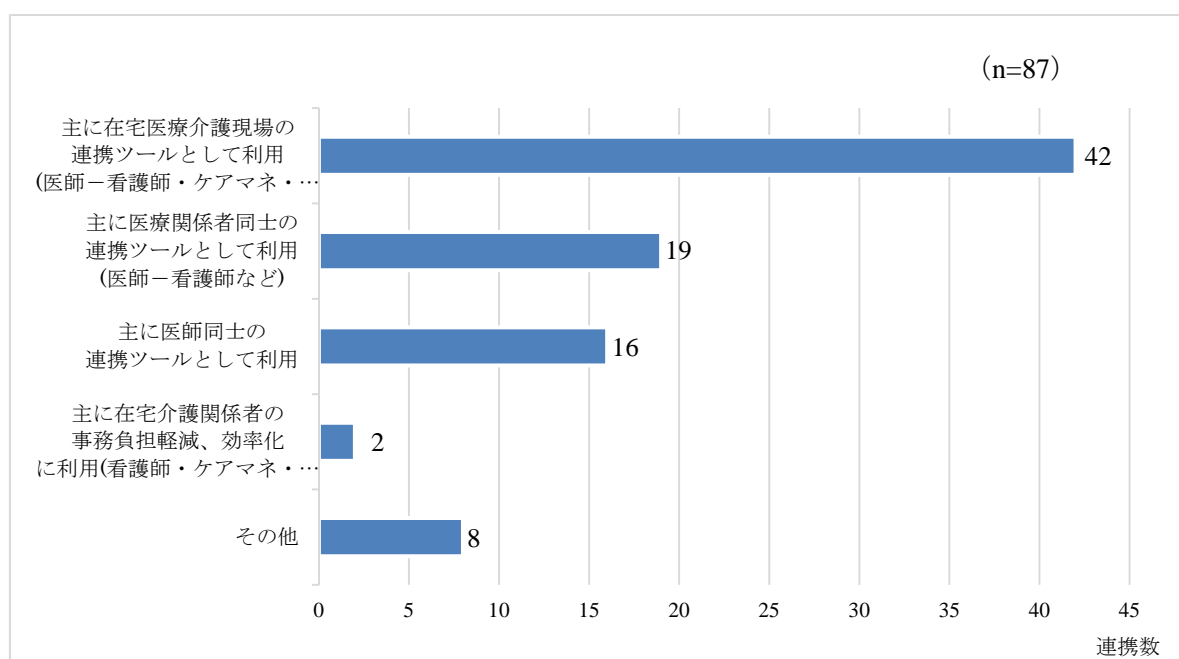
図 3-5-2 多職種連携システムの形態



(3) 多職種連携システムの用途

多職種連携システムの主な用途について、87か所から回答を得た。「主に在宅医療介護現場の連携ツールとして利用」(42か所)が最も多く、「主に在宅介護関係者の事務負担軽減、効率化に利用(看護師・ケアマネ・...」は、2か所のみの回答であった(図3-5-3)。

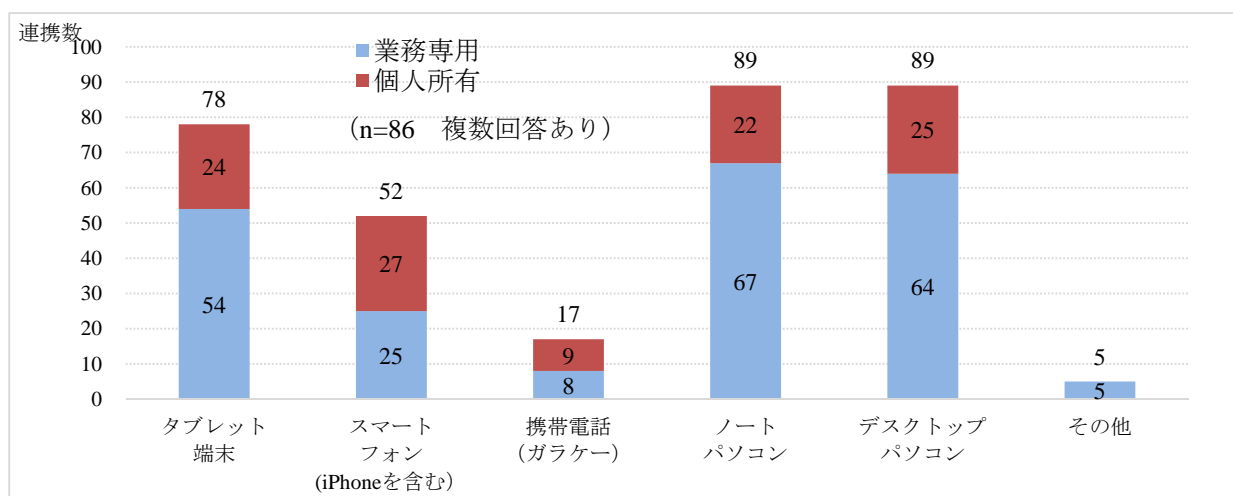
図 3-5-3 多職種連携システムの用途



(4) 多職種連携システムの利用機材

多職種連携システムで実際に利用されている機材について、86 か所から複数回答を得た。「ノートパソコン」(89 か所)、「デスクトップパソコン」(89 か所)が最も多く使われており、次いで「タブレット端末」(78 か所)の順であった。いずれにおいても多職種連携では、個人所有のデバイスが一定程度利用されていることが確認された。特に「スマートフォン (iPhone を含む)」、「携帯電話」においては個人所有の割合が高い(図 3-5-4)。

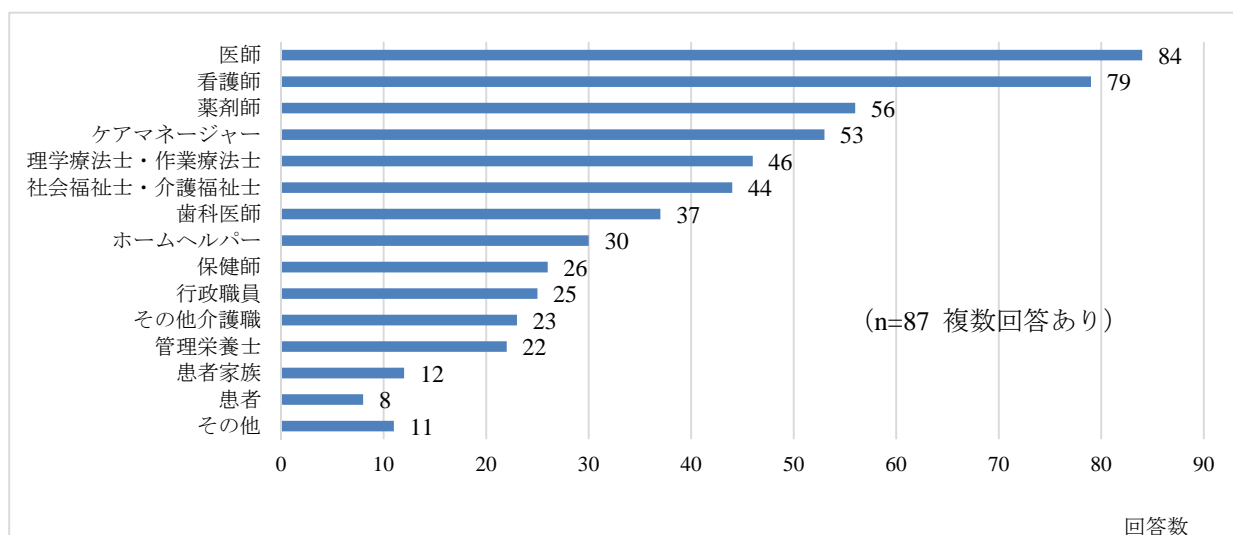
図 3-5-4 多職種連携システムで利用されている機材



(5) 多職種連携システムの利用者職種

多職種連携システムを実際に利用している全員の職種について、87 か所から複数回答を得た。「医師」(84 か所)が最も多く、次いで「看護師」(79 か所)、「薬剤師」(56 か所)、「ケアマネジャー」(53 か所)の順であった(図 3-5-5)。

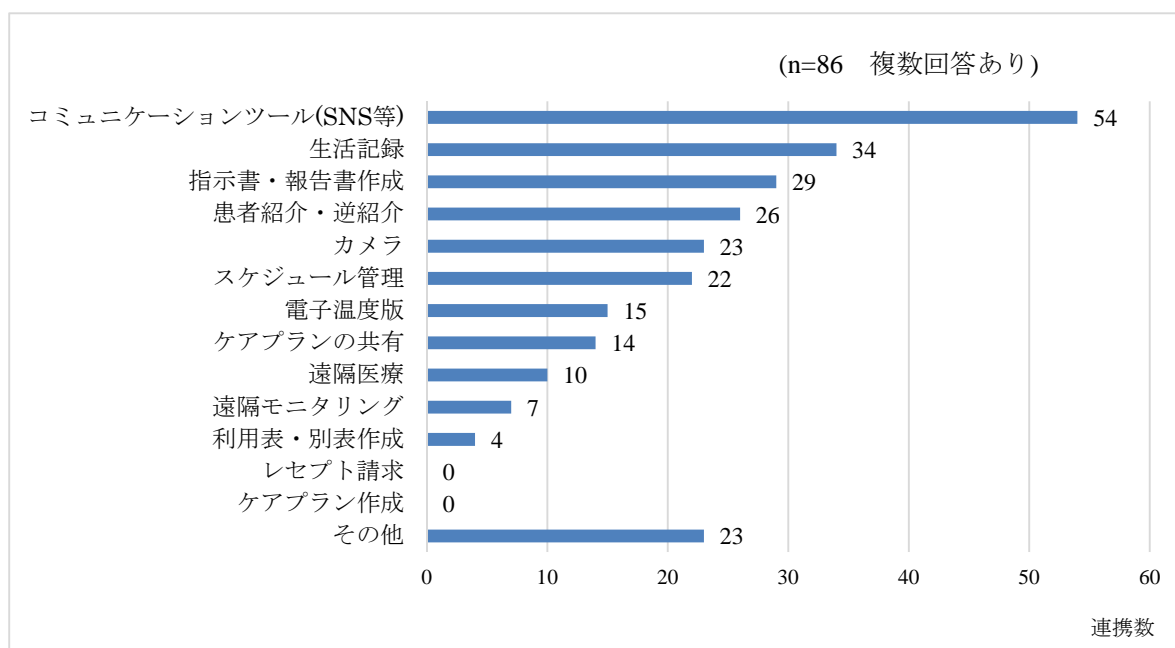
図 3-5-5 多職種連携システムの利用者職種



(6) 多職種連携システムの利用機能

多職種連携システムの機能について、86 か所から複数回答を得た。「コミュニケーションツール（SNS等）」（54 か所）が最も多く、次いで「生活記録」（34 か所）、「指示書・報告書作成」（29 か所）の順であった。「レセプト請求」、「ケアプラン作成」の利用は0 か所であった（図 3-5-6）。

図 3-5-6 多職種連携システムの機能



(7) 多職種連携システムの良い機能

多職種連携システムで特に良いと思う機能を最大2つまで回答いただいた。「医療介護連携掲示板／SNS」、「患者情報の共有閲覧」、「電子カルテ、地域システムとの連携」についての回答が多く見られた。

(8) 多職種連携システムの改善余地がある機能

多職種連携システムで改善余地があると思う機能を最大2つまで回答いただいた。「他システム／介護／看護システム／既設システムとの連携」、「ユーザーインターフェース」についての回答が多く見られた。

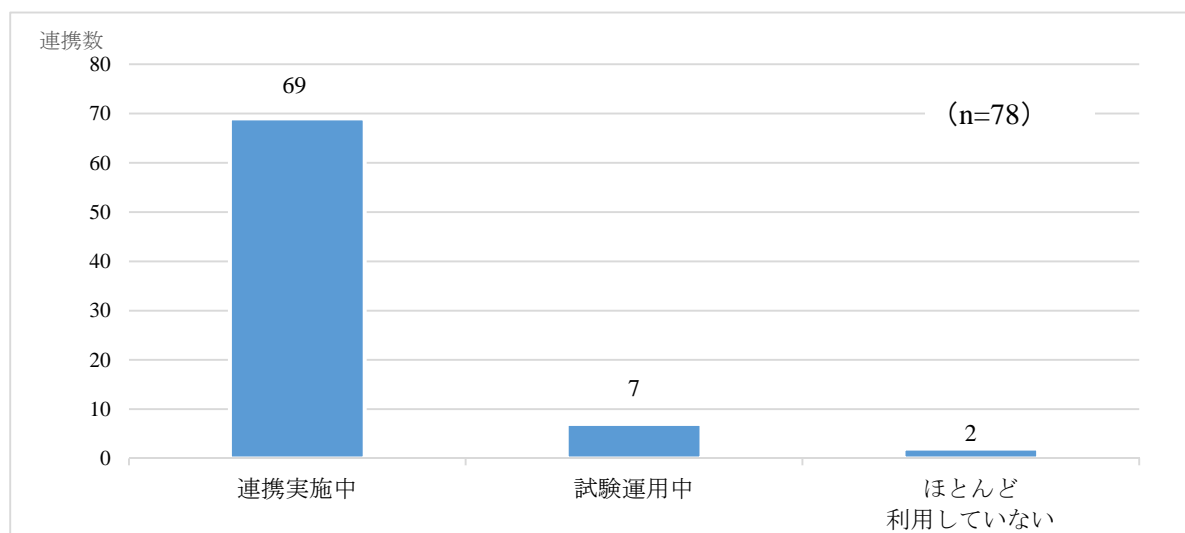
(9) 多職種連携システムの不足機能

多職種連携システムで不足していると思う機能を最大3つまで回答いただいた。「他システム／介護／看護システム／既設システムとの連携」、「指示書、報告書、帳票の作成機能」についての回答が多く見られた。

(10) 多職種連携システムの利用頻度

多職種連携システムの利用頻度について、78 か所から回答を得た。試験運用中を含め97% (76 か所) の施設において、多職種連携を実践中であった。ほとんど利用していないと回答した地域も2 か所あった (図 3-5-7)。

図 3-5-7 多職種連携システムの利用頻度

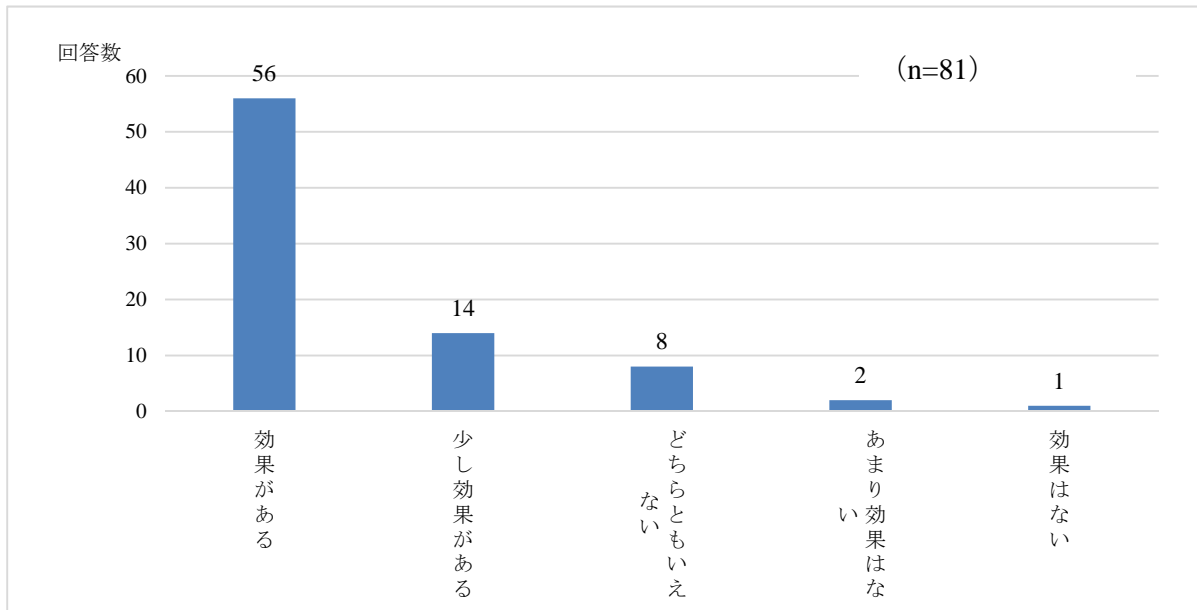


(11) 多職種連携システムの導入効果

多職種連携システムの厚生労働省方針 (医療・健康分野における ICT 化の今後の方向性¹) に対する効果について、81 か所から回答を得た。「効果がある」、「少し効果がある」と回答した地域は、86% (70 か所) であった。「あまり効果はない」、「効果はない」は4% (3 か所) であり、医療・介護現場では多職種連携システムの導入により、何らかの効果を感じていることが判明した (図 3-5-8)。

¹医療・健康分野における ICT 化の今後の方向性

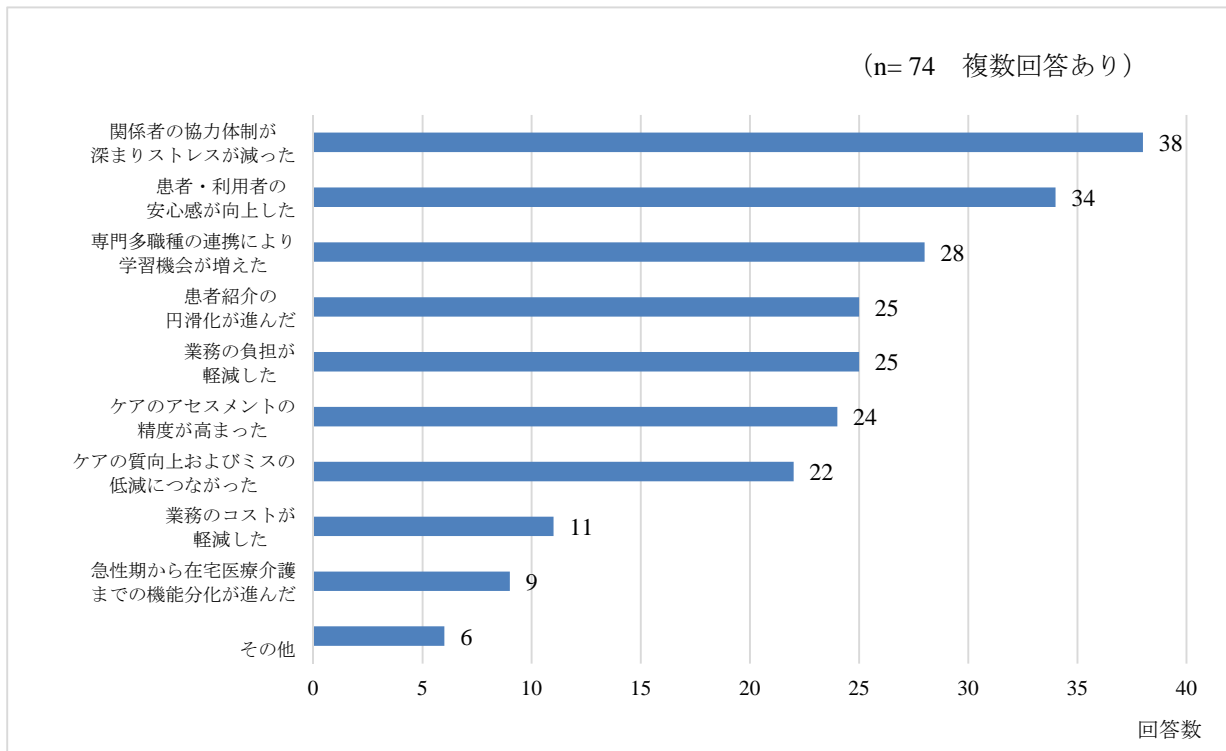
図 3-5-8 多職種連携システムの導入効果



(12) 多職種連携システムの効果詳細

多職種連携システムの詳細な効果について、74 か所から複数回答を得た。「関係者の協力体制が深まりストレスが減った」(38 か所) が最も多く、次いで、「患者・利用者の安心感が向上した」(34 か所)、「専門多職種の連携により学習機会が増えた」(28 か所) の順であった(図 3-5-9)。

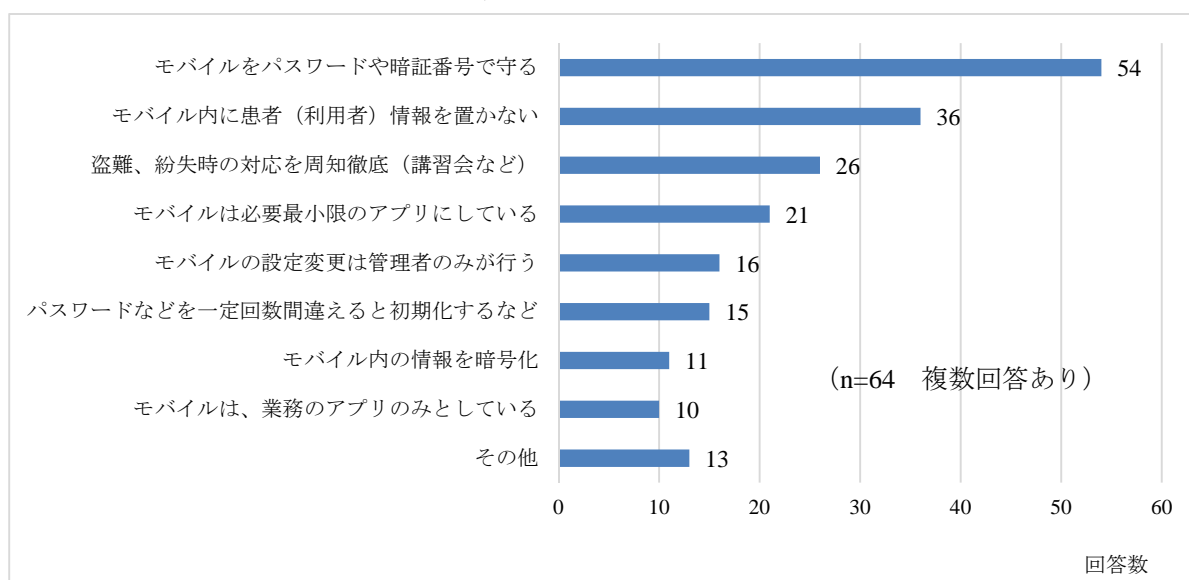
図 3-5-9 多職種連携システムの詳細効果



(13) 多職種連携システムのセキュリティ

多職種連携システムのモバイル端末利用時の個人情報の扱いや端末のセキュリティについて、64 か所から複数回答を得た。「モバイルをパスワードや暗証番号で守る」(54 か所) が最も多く、次いで「モバイル内に患者情報を置かない」(36 か所)、「盗難、紛失時の対応を周知徹底」(26 か所) の順であった(図 3-5-10)。

図 3-5-10 多職種連携システムのモバイル機器セキュリティ



(14) 多職種連携システムのトラブル

現在利用中の多職種連携システムで起きたトラブル内容、トラブル対応については、以下の通りである。

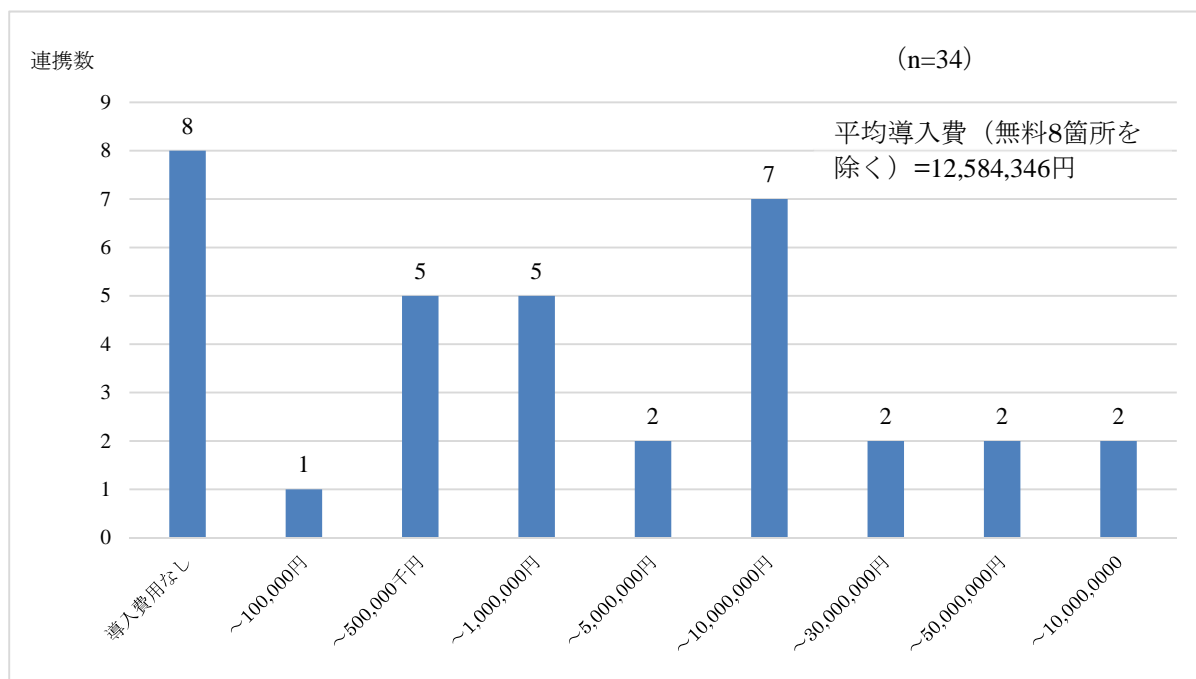
- ・サーバーのトラブルで、システムにアクセスできないことがあった
- ・センター(基盤)側における電源ダウンによるトラブルがあった。一時的に別回路の電源で復旧し、後日電源機器を交換した
- ・ネットワーク障害等により何度か利用できないことがあった
- ・パスワード忘れの対応は紛失届の提出を受け暫定パスワードの再発行を行った
- ・まだタブレット利用は院内医師と PT・OT のみで行っている状況であり、パスワードの忘れが 1 件発生したのみである。対応は電話にて本人に教えた
- ・各医療機関が使用している機器から情報を自動収集しているが、連絡のない機器更新が行われたため、収集できなくなった例が数件存在。更新の事後に対応する必要があり、その間のデータロスが発生、更新機器への対応に関するコストも大きくなった
- ・患者と医療者(利用者)側との紐付け登録のミスで正しく共有ができなかった

- ・患者の取り違い記入ミスが時々ある
- ・患者の紐付け間違い、2重ID付与
- ・端末の故障、フリーズ
- ・端末の紛失が起きたが、連絡後すぐにリモートでロック、最初のアプローチで初期化
- ・病院の事故停電でシステムが一時停止通電開始で同時復旧

(15) 多職種連携システムの費用

現在利用中の多職種連携システムの導入費用について、34 か所から回答を得た。「導入費用なし」（8 か所）が最も多く、次いで「500 万～1,000 万円」（7 か所）の順であった。導入費用なし（8 か所）を除いた多職種連携システムの平均導入費用は、12,584,346 円であった（図 3-5-11）。

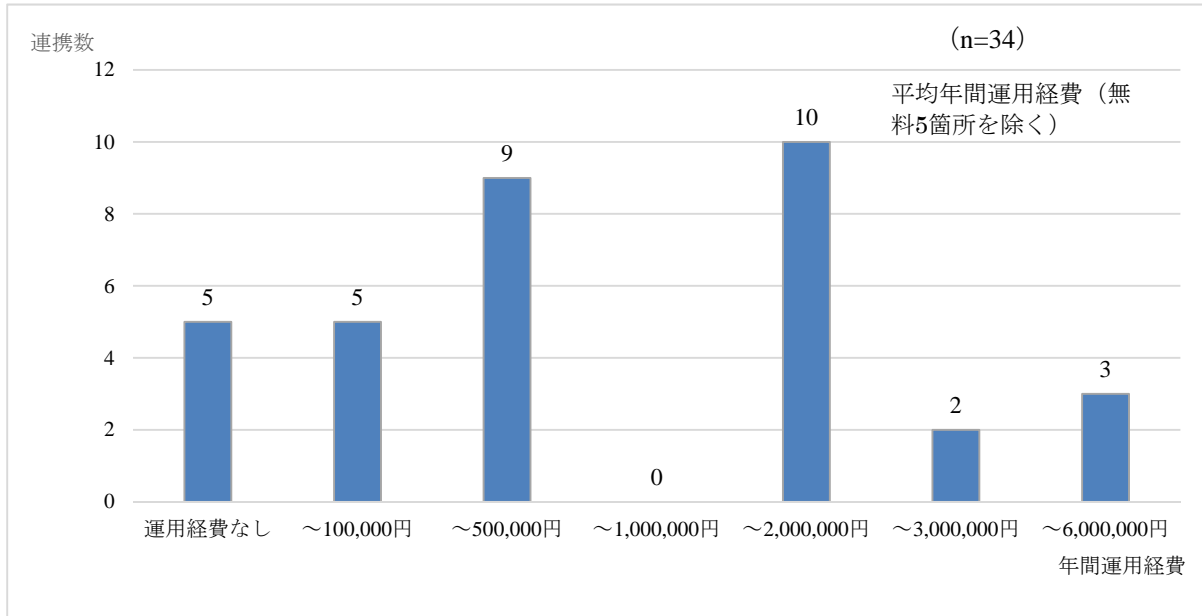
図 3-5-11 多職種連携システムの導入費用



(16) 多職種連携システムの年間運用経費

現在利用中の多職種連携システムの年間運用経費について、34 か所から回答を得た。「100 万円～200 万円」（10 か所）が最も多く、次いで「10 万円～50 万円」（9 か所）の順であった。年間運用経費なし（5 か所）を除いた、多職種連携システムの平均年間運用経費は、1,273,966 円（29 か所平均）であった（図 3-5-12）。

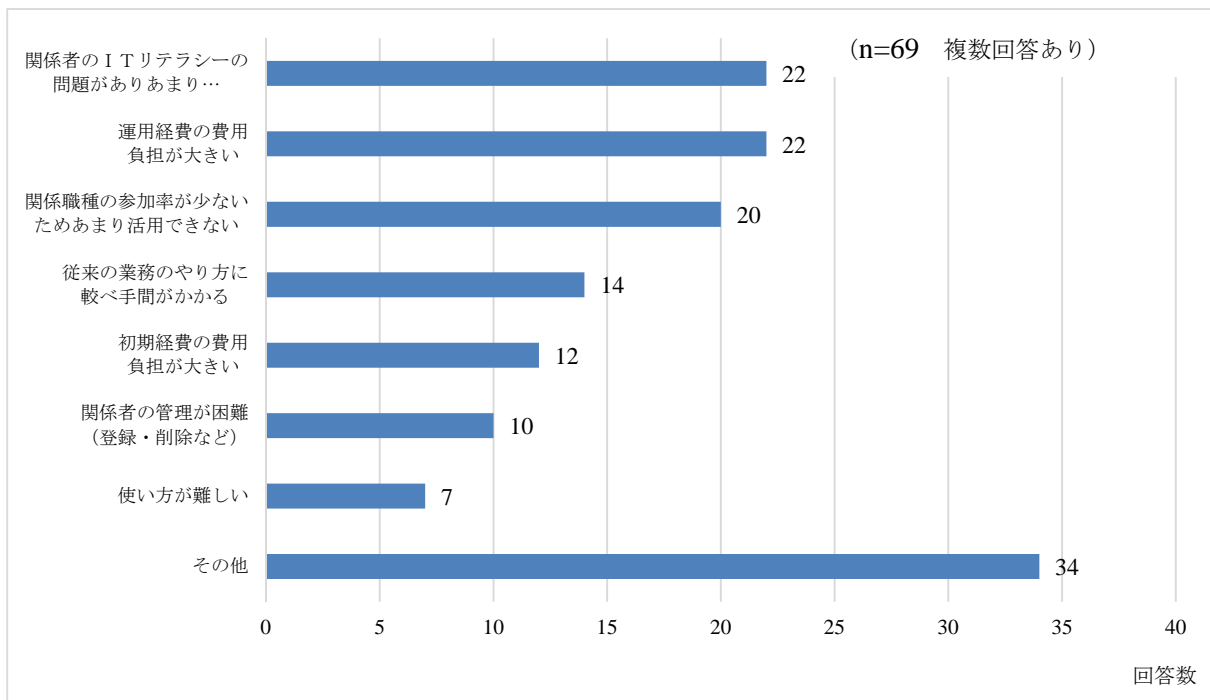
図 3-5-12 多職種連携システムの年間運用経費



(17) 多職種連携システムの課題・問題点

現在利用中の多職種連携システムの課題・問題点について 69 か所から複数回答を得た。「関係者の I T リテラシーの問題がありあまり活用できない」(22 か所)、「運用経費の費用負担が大きい」(22 か所) が最も多く、次いで「関係職種の参加率が少ないためあまり活用できない」(20 か所) の順であった(図 3-5-13)。

図 3-5-13 多職種連携システムの課題・問題点



(18) まとめと考察

【多職種連携システムの利用機材】

多職種連携システムで利用されている機材は、パソコン、タブレット端末が多く、そのうち 185 か所が業務専用として貸し出され、個人所有は 71 か所であった。スマートフォンと携帯電話においては、業務専用（33 か所）より、個人所有（36 か所）の方が多かった（図 3-5-4）。

私的デバイスを業務に使用する際は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.2 版²」において、「6.9 情報及び情報機器の持ち出しについて」掲げられている。今後、利用者はこれらの遵守事項を守り、ガイドラインに則って職務を遂行する必要があるだろう。

【多職種連携システムの利用者】

職種については、97%の連携において医師が、91%の連携において看護師が参加していることが判明した。次に多かったのが薬剤師（64%）、ケアマネジャー（61%）、理学療法士・作業療法士（53%）、社会福祉士・介護福祉士（51%）、歯科医師（43%）の順であった（図 3-5-5）。

【多職種連携システムにかかる費用】

多職種連携システムは、65%（57 か所）の施設において「地域医療連携システムの一部」として開発されており（図 3-5-2）、平均導入費用 12,584,346 円（26 か所平均）、年間運用経費 1,273,966 円（29 か所平均）であった。システム導入費用の約 10%が年間運用経費として費やされている（図 3-5-11、図 3-5-12）。

システムは導入すれば終わりではなく、そのシステムをうまく活用できなければ意味を持たない。継続的に維持していくためには、効率化を図り、質を落とすことなく年間運用経費を削減する等、運用を続けていくための長期的な計画が必要であろう。

【参考】

多職種連携については発展途上であると感じた。理想は各職種間のコミュニケーションを円滑にし、患者家族に安心感を与え、業務を効率化し、事務作業を軽減し、法令を遵守したセキュリティを担保している、というものと予想するが、全てを機能的に備えたシステムは高価である。今回調査では使い勝手と各職種の IT リテラシー

²医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 4.2 版：

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000053340.pdf>

の問題も見受けられた。私物の情報端末を業務で用いる（BYOD）方式も少なからずあり、医療情報システムの安全管理ガイドラインを遵守した形での運用が望まれる。

システム導入の効果として興味深いのは、地域医療連携の場合も多職種連携の場合も「人間関係」であったことである。地域医療連携の場合は「医療機関間の人的ネットワークが進んだ」がトップであり、多職種連携では「関係者の協力体制が深まりストレスが減った」である。つまり、連携システムの構築では、最終目標として患者・利用者へのサービスや質の向上が挙げられるが、その途上にあるということであろう。前提となる人間関係がシステムという「道具」によって支援されているという状況も興味深い。いまは電話が発明された時と同じような状況であると推察される。

IV. 生涯保健事業の推進と医師会共同利用施設

IV-1 生涯保健事業の推進と検査・健診センターの果たす役割

日本医師会は従来より、生涯保健事業の推進の必要性を提唱してきた。乳幼児期から高齢期に至るまで、生涯にわたって継続して地域住民の健康維持増進を図ることを目的としている。

医師会臨床検査・健診センターは、会員支援を根本に、地域住民の健康管理の拠点として、予防接種や特定健診・特定保健指導等、幅広く地域に貢献してきた。度重なる診療報酬の引き下げにより経営状況は依然として苦しいが、医師会立としての存在意義を誇りに、日々活動している。

ただ、事業縮小や民間業者との競合が厳しい現状を鑑みれば、存在意義だけでは成り立たないのは否めない事実であり、今後の超高齢社会を見据えれば、時代の流れに適合したものへと変化していくことも必要である。

(1) 健康寿命の延伸

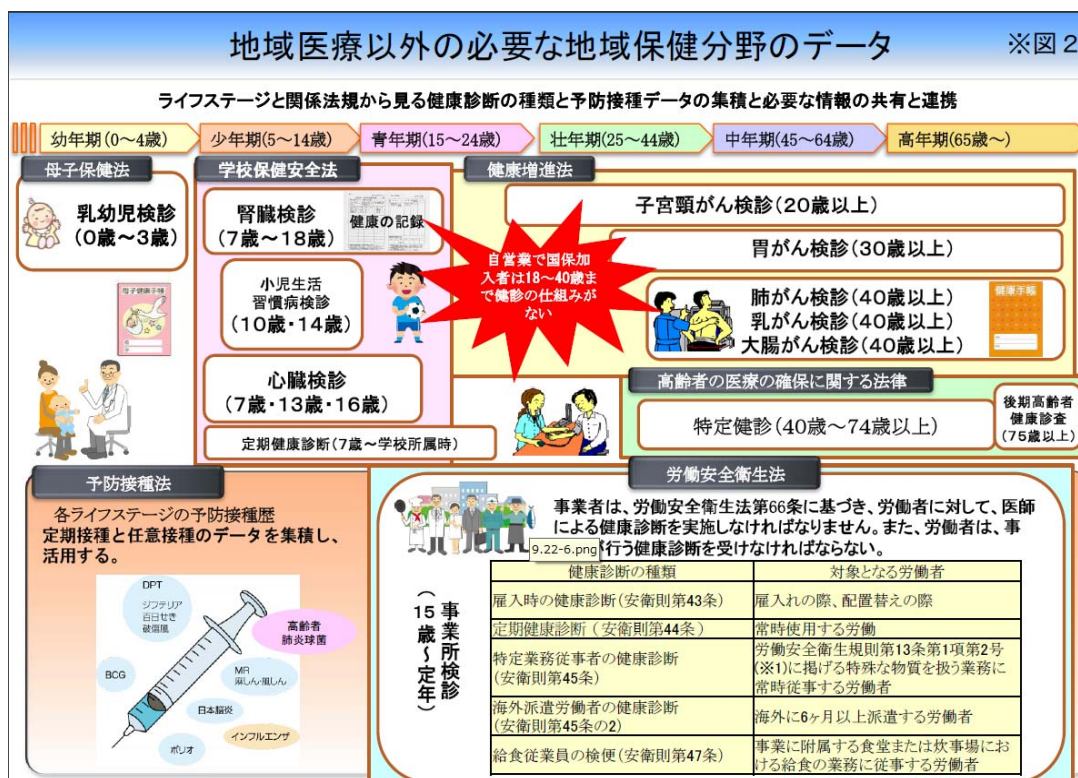
2015（平成 27）年 6 月 30 日に「『日本再興戦略』改訂 2015—未来への投資・生産性革命—」と分野別の戦略が示された。その中の医療分野のテーマの 1 つに「国民の健康寿命の延伸」が掲げられ、2020（平成 32）年までに国民の健康寿命を 1 歳以上延伸すること（2013（平成 25）年：男性 71.19 歳、女性 74.21 歳）や、メタボ人口を 2008（平成 20）年度の 1,400 万人を基準に 25%減にすることなどが示されている。

「新たに講ずべき具体的施策」に、「ヘルスケア産業の創出支援」として健康寿命を延伸して医療介護需要の抑制につなげつつ、新たな成長産業の育成と地域活性化を実現するため、地域における公的保険外のヘルスケア産業の活性化を推進していくことや、地域資源（農・食や観光等）と連携した新たなヘルスケアビジネスを創出する中に、地域資源を活用した健康×観光のビジネス展開を強化することが、例として書かれている。

この背景を基に今後は、「子どもから老人まで」の医療・保健・福祉分野のデータを、中立的な立場の医師会臨床検査・健診センターが集め、日常診療時に役立ててもらったり、集めたデータを地域住民へ提供し、救急や災害時に必要な最低限の情報（薬剤情報、アレルギー、予防接種歴、直近の検査、健診データ）を自ら管理し、必要な時に必要な人（医師）と情報を共有することで、第三者提供ではなく本人・家族から提供してもらう仕組みも作る必要があると考える。

また、各健診の関係法規から「子どもから老人まで」のライフステージから各手帳（母子手帳・学童の健康の記録・健康手帳・お薬手帳等）に記録されているデータを集めて行く上で、集めたくても集めにくい職種と期間が存在する（図 4-1-1）。若年層（18 歳～30 歳）で自営業を営み国保に加入した場合は、40 歳になるまで健診を受

ける仕組みがないことが分かる。この辺りも、中立的な立場の医師会を通じて、30歳や35歳時の節目健診を自治体へ投げかけ、医師会臨床検査・健診センターが健康教育とともに、若年層から高齢者まで幅広い年齢層にあった健診の仕組みや予防のための健康増進を手掛け、健康寿命の延伸に向けた地域に根付いた「ヘルスケア・イノベーション」を図っていくことが重要と考える。



(図 4-1-1)

(2) 特定健康診査(特定健診)と特定保健指導の受診率とレセプトデータの突合について

2008(平成20)年度から第一期の特定健診が始まり、2013(平成25)年度から第二期を迎えた。

厚生労働省の発表によると、特定健診の第一期医療費適正化計画においては、2012(平成24)年度は、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健診を受診することを目標として定めた。

2012(平成24)年度の特定健診の対象者数は約5,281万人(2008(平成20)年度約5,192万人)、受診者数は約2,440万人(同年度2,019万人)で、実施率は46.2%(同年度38.9%)となり、2008(平成20)年度と比べて7.3ポイント向上している。しかし、目標の70%以上には届かなかった。

都道府県別に見ると、2012（平成24）年度の実施率が60%を超える都道府県がある一方で、30%台の都道府県があるなど、都道府県ごとに差が見られた。

年齢階級別の特定健診の実施率は、40～50歳代で高かった。また、性別は、男性51.4%、女性41.1%で男性の方が高かった。男性は2008～2011（平成20～23）年度と同様に60歳未満で高く、60歳以上で低くなる傾向が見られた。女性は年齢による実施率に大きな差は見られなかった。

保険者種別の実施状況は、全ての保険者において、2011（平成23）年度と比較して向上している。また、種類別の実施率は、健康保険組合や共済組合は高く、市町村国保や国保組合、全国健康保険協会、船員保険は低いという二極構造となっている。

保険者の種類別・年齢階級別の実施率は、被用者保険で、男性より女性の実施率が低く、特に船員保険で差があった。被用者保険の被扶養者に対する受診促進のための対策が引き続き必要と考えられる。医師国保の全国平均の受診率は、2014（平成26）年度33.7%であった。

一方、特定健診制度の第一期医療費適正化計画においては、2012（平成24）年度は、特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることを、目標として定めた。

2012（平成24）年度の特定保健指導の対象者数は約432万人（2008（平成20）年度約401万人）で、健診受診者に占める割合は17.7%（同年度19.9%）で、特定保健指導の終了者数は約71万人（同年度約31万人）となり、保健指導対象者に占める割合は16.4%（同年度7.7%）で、2008（平成20）年度と比べて8.7ポイント向上している。特定健診と同様に目標の45%以上には遠く届かなかった。

都道府県別に見ると、2012（平成24）年度の実施率が25%を超える都道府県がある一方で、11%台の都道府県があるなど、都道府県ごとに差が見られた。

年齢階級別の特定保健指導実施率は、40～44歳が13.5%と最も低く、45～64歳までは大きな差はないが、65歳以上で相対的に高くなっている。また、性別の実施率は、男性は16.4%、女性は16.2%であった。2008～2011（平成20～23）年度と同様に、男性は65歳以上が65歳未満と比較して、女性は60歳以上が60歳未満と比較して、相対的に高くなっている。

保険者の種類別特定保健指導実施率は、小規模の市町村国保で32.0%と最も高く、次いで単一健康保険組合が22.5%であった。

保険者の種類別（全国健康保険協会、船員保険を除く。）特定保健指導実施率の分布状況は、特定保健指導実施率が0%の保険者数は年々減少しているものの、国保組合では11.0%、単一健康保険組合では13.2%の保険者などが依然として存在している。保険者種類別・性・年齢階級別の実施率は、市町村国保では、65歳までの男性の

実施率が女性と比較して特に低い。一方、健康保険組合、共済組合では、40～50歳代の女性の実施率が男性と比較して特に低いなど、保険者種類間で違いが見られる。

メタボリックシンドロームの該当者と予備群（特定保健指導の実施対象者をいう。以下同じ。）の減少率に関して、第一期医療費適正化計画では、2012（平成24）年度はメタボリックシンドローム該当者及び予備群を、2008（平成20）年度と比べて10%以上減少することを目標として定めた。

2012（平成24）年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、2008（平成20）年度と比べて12.0%減少となった。

また、都道府県別に見ると、2012（平成24）年度のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率が20%程度の都道府県がある一方で、減少率が5%台のところや、一部で増加している都道府県があるなど、都道府県ごとに大きな差が見られる。

2009（平成21）年度の保健指導レベルの改善状況は、2008（平成20）年度に対し、積極的支援において、男性では42.5%、女性では56.2%と保健指導レベルの改善が見られた。また、男性では約3割、女性では約4割がメタボリックシンドロームを脱出している。

特定健診受診率向上のための取組みのうち、受診率の高い保険者の健保組合・市町村国保では、「自己負担の無料化」を実施している割合が多い。また、健保組合における受診率の高い保険者では、「事業所との連携」、「電話勧奨」を実施している保険者の割合が多く、市町村国保の上位保険者では「個別訪問」、「地域人材の活用」を実施している割合が多い。

特定保健指導の実施率は、市町村国保が他の保険者と比較して相対的に高い。市町村国保では、健保組合と比較して「健診結果返却時の口頭での案内」、「電話での案内」、「個別訪問による案内」を実施している割合が多い。また、健診受診から保健指導（初回面接）までの平均的な期間について、市町村国保では、健保組合と比較して「特定健診の結果返却日と同日」に実施している割合が多く、比較的短い期間で保健指導を行っていると言える。

このように、特定健診や特定保健指導は、概ね効果があったと総括される。しかし、この結果は受診者等に知らされていないため、特定健診は効果がないと誤解をよんでいる。これらを解消するためにも、特定健診の実施を義務付けられている保険者が、広報や啓発、データのフィードバックをする必要がある。

一方、会計検査院によると、2015（平成27）年2月末現在で、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）には、基本的に全ての保険者に係る2008（平成20）年度から2012（平成24）年度の特定健診・特定保健指導データ約1億2,000万件、2009（平成21）年度から2014（平成26）年度途中のレセプトデータ約87億8,900万件が格納されている。このうち、今回の分析では、2012（平成24）年度では全3,403

保険者のうち1,667保険者(49.0%)の特定健診データを、レセプトデータと突合することができない状況となっていた。その内訳は、健康保険組合全1,412保険者のうち1,403(99.4%)の保険者が突合できておらず、特に、全国健康保険協会では、2011・2012(平成23・24)両年度ともに、突合することが全くできていなかった。国民健康保険の保険者である市町村及び国民健康保険組合においては、全1,903保険者のうち227保険者(11.9%)が突合できていなかった。

特定健診・特定保健指導データとレセプトデータは、NDBに格納される際に、個人の特定につながる情報を匿名化した上で、同一個人の情報であることを識別できるようにしているが、この匿名化処理に課題があるため、2012(平成24)年度の全体の件数約2,466万件のうち、突合できる全てのレセプトデータの数は約615万件で、突合率は24.9%となっている現状である。

佐賀県医師会においては、特定健診と特定保健指導が開始される前年度より、保険者協議会にオブザーバーとして参画し、綿密な連携を取り、様々な提言を行ってきた。保険者協議会では、2006(平成18)年度基本健診データを分析した結果と、糖尿病性の人工透析患者の伸び率が全国1位(2005～2006(平成17～18)年)、また糖尿病外来受診率が全国でワースト6位だったことにより、「佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業」を立ち上げ、標準検査7項目に、「尿酸」、「クレアチニン」、「グリコヘモグロビンA1c」の3項目を追加項目とすることを決定した。このことにより、佐賀県医師会成人病予防センター(以下、「成人病予防センター」)では、医師会共同利用施設として全面的に協力し、費用を負担して測定した。

さらに、2009(平成21)年度からは、「尿潜血」を加えた健診を実施している。また、受診率を伸ばすためには、従来の集団検診のみでなく、共同利用施設として個別健診を支援し、会員医療機関からの血液検査等の健診結果やその後の請求データについて電子化し、代行業務を実施している。

2008(平成20)年度の佐賀県国民健康保険組合の特定健診受診率は32.3%(全国19位)であったが、佐賀県内の健診対象者の25.8%を占める佐賀市では、受診率が26.4%と県内20市町中19位で、2009(平成21)年度の受診率は24.3%(佐賀県33.2%)と、2.1ポイント低下し、県内最下位の受診率となった。

そこで、佐賀市では、受診率の更なる向上を目指し、佐賀市医師会の協力のもと、2010(平成22)年4月より、受診券と一体化した健康保険証の発行、戸別訪問での「受診勧奨」を実施し、同年10月からは「追加血液検査」と「がん検診」が同時に実施できる「ミニドックさがでる健診」、定期通院患者に対しての「ヘルスサポート事業」、集団健診を当成人病予防センターの施設内で実施する「毎日健診」を開始した。また、翌年3月から2年間、「特定健診と旬の味覚を楽しむ会 in 古湯熊野川温泉」を開催、さらに、2013(平成25)年度からは、身近な健診会場の設営場所として、「公民館健

診」や「漁協組合支所健診」を実施している。そして、2014（平成 26）年度には九州初の「コンビニ健診」を実施し、全国的な話題となった。当成人病予防センターは、これらの事業に全面的な協力を行い、サポートをしている。

なお、上述した受診率向上については、佐賀市での取り組みや、共同利用施設としての支援策は、第 47 回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会（長崎市）において、専務理事が発表した。

また、佐賀県や佐賀県国民健康保険団体連合会を中心に、県内 20 市町の保健師が一同に集まり、保健指導技術研修会が 2007（平成 19）年度より毎年定期的に開催されている。

その努力の成果があり、2014（平成 26）年度の集計では、特定健診の受診率が 60% を超える市町も現れ、県全体で 36.5%まで伸びた。

（3）浦和医師会メディカルセンターの取り組み

一般社団法人浦和医師会メディカルセンター（以下、「当センター」）は、検査部と検診部（健診センター）を有する診療所である。

1）検査部（臨床検査センター）の現状と課題

①業務の概要

検査部は、臨床検査技師 21 名と検査補助員 2 名、事務職員 4 名及びパート職員 10 名で構成されている。検査部の主な業務は、会員医療機関の診療時の検体検査及び、会員、さいたま市与野医師会、岩槻医師会が請け負うさいたま市検診事業の検体検査、また、さいたま市浦和区の学童・生徒の尿・蟯虫検査を受託している。

なお、当施設は日本臨床検査技師会の精度保証認証施設であり、全国標準化事業の埼玉県基幹施設である。さらに、埼玉県医師会の精度管理事業にも委員として参画しており、精度管理事業については指導的な立場にある。

② 主要業務の現状と問題点

i) 診療報酬の引き下げ

当センターでは診療報酬改定ごとに純利益が減っている。

ii) さいたま市からの受託事業

さいたま市は、旧浦和・大宮・与野・岩槻市により構成されており、当センターは旧浦和市について特定健診、各種がん検診等を受託している。また、与野・岩槻地区については各種検診に関わる検体検査を受託している。2014（平成 26）年度よりクレアチニンの測定結果に e G F R を付記するようにした。

なお、特定健診の請求業務は、検査部のシステムにて全受託医療機関のものを一括に処理している。事業開始時は、オンライン請求の開発及びCD焼き付けの時間ロスを理由に、MOディスクにて請求する手段を選択したが、最近MOの入手が困難となっている。しかし、当会、さいたま市与野医師会、岩槻医師会及びそれらの会員全から委任状を取り請求業務を行っている都合上、媒体や転送方法の変更が困難であり、対応に苦慮しているのが現状である。

iii) 民間センターとの競合

a. 価格

民間センターの不当なダンピングは、大手ではある程度なくなってきたが、中小センターでは新規時の1年間は数パーセント等、未だに過剰ダンピングが見受けられる。

b. 営業的サービス

登録衛生検査所に対し、衛生検査所業公正取引協議会から真空採血管の無償提供を禁止する通達が再度出された。これにより、民間検査センターの真空採血管の無償提供は禁止となったが、多くの検査センターで守られていないのが現状である。

c. 集荷時間

民間検査センターは、午前、午後の集荷で夜間測定しているが、浦和医師会メディカルセンターは、午前だけの集荷で午後に測定している。しかし、最近では、夕方集配の要望が多く、運営の見直しが必要な時期に来ているかもしれない。ただ、会員各施設の診療が終わる時間に隈無く集荷を行うとなれば、現在の倍以上の人数が必要となる（診療時間後は医療機関が不在になるため）。また、夕方集荷を行うと、昼の集荷は不要となるため、検査職員の勤務時間が深夜に及ぶこととなる。当センターでは、働く女性や子育てを支援する体制で人事採用を行っているため、現状スタッフの半数近くが夜間勤務は困難である。

iv) ビル複合診療所

ビル診療所は、医師会に入会する前に開設許可を得ているため、医師会への入会は後となることが多い。

さらに、複合型のビル診療所（医療モール等）は建物全体が1所有者（企業）であるため、物品購入や検査委託に関する裁量権が、開設者（院長）にない場合が多い。

v) 会員サービスの向上

a. 検査報告書の刷新

2015（平成27）年度より、検査報告書のカラー化及び個別化（患者に対して1枚）を実施した。これにより、民間検査センターと同じ様式になったため、建設的な結果とは言えないが、会員医療機関からの評判はよい。しかし、高速プリンターの購入及びシステム開発費で500万円以上かかり、回収困難な出費となった。

b. 電子配信

検査データの電子配信は、経年的に実施しており、メディコム製のカルテはエスアールエルとの共同開発により、メディカルセンターの依頼書を二次元バーコード付きで発行し、その情報を元に検査の実施及び結果の配信を行っている。このスタイルは依頼情報が100%過誤なく入力できるため、非常に便利なものとなっている。しかし、他のカルテについては、依頼書に手書きされたID番号をキーに電子配信するため、番号の読み合わせ確認等が手作業となることから、手間となっている。また、電子カルテへの配信を非常に簡単に考える風潮があるが、カルテは同じでも施設（使用者）が異なると検査コードや基準値の変更が必要となるため、大変なのが現状である。電子カルテの規格を統一するか、特定健診の電子形式に合わせてもらえれば作業効率が上がるのだが、各メーカーともに歩み寄りはないため、結局は末端（検査部門）がユーザーごとにカスタマイズするのが現状となっている。

2) 放射線科の現状と課題

①業務の概要

放射線科は検査部に所属し、診療放射線技師4名、事務職員3名で構成されている。放射線事業としては、検診部で行っている一般住民を対象とした人間ドックをはじめとする各種健康診断と、医師会員の依頼によるX線検査及び、さいたま市依頼による各種検診のX線検査の3部門に大別される。

現在、当施設には一般撮影装置1台、X線テレビ装置2台、マンモグラフィ撮影装置2台、X線CT装置1台及び胸部専用検診車1台を装備し、全てデジタル撮影装置を使用しているが、本年6月までX線テレビ装置1台は、アナログ兼用のI.I.-DR装置を使用しており、FPD装置に比べ微小病変の診断精度に問題があり、本年7月FPD装置に更新した。X線CT装置に関しては、現在、設置後8年経過した16列のマルチスライス装置を使用しているが、管球回転スピードが0.8秒/周と遅く、逐次近似応用再構成等の機能も搭載しておらず、最新の機種に比べ画質も悪く、被ばく線量も多いため、来年度更新に向け検討を重ねている。

なお、当施設はマンモグラフィ検診施設画像認定を取得しており、診療放射線技師は4名全員がマンモグラフィ技術試験認定資格を保有している。

②主要業務の現状と問題点

i) 検診部からの内部受託撮影

検診部による健康診断は、胸部単純撮影、上部消化管撮影、マンモグラフィの3種の検査を実施している。当施設による撮影は全てデジタル化されており、読影精度も含めソフト・ハード面共に充実化されている。

ii) 会員からの依頼撮影

会員依頼検査に関しては、全てのX線検査に対応しているが、やはり、さいたま市成人保健事業による各種がん検診用の撮影依頼が非常に多い。X線検査の7割以上を占めるが、肺がん検診の精査依頼などによるCT撮影の需要も2割程度ある。なお、CT撮影は保険診療を原則としており、胸部専門医もしくは放射線専門医（ともに常勤）が読影を行い診断を確定して、診療情報提供書にて依頼医師に返却している。読影精度については、依頼医師からの評価が極めて高く、大きな信頼を得ている。しかし、当施設のCTは肺がん検診の精密検査用に導入した経緯があり、一次健診の精度が向上した結果依頼が少なくなってきたおり、更新時の採算性を考えると、黒字は望めないのが現状である。

iii) さいたま市からの受託

市職員及び教職員の定期健診、児童、生徒、学校医等の結核検診を依頼され、胸部単純撮影を施設内及び検診車による出張撮影で行っている。市からの受託は未だに間接撮影の料金のみであり、毎年要求・交渉を行っているが、市の財政面からの理由で、直接撮影しながらも間接の料金のみ徴収という不本意な体系となっている。

iv) 現像サービス

未だに大型のアナログフィルム現像機が2台設置されており、会員依頼のフィルムを現像しているが、最近アナログ撮影施設が減少し、設置医療機関も少ないため、部品代と処理液代が高騰し、まったく採算が取れない状態となっている。しかも、前述のように自施設ではアナログ撮影をしておらず、使用していないので取りやめたいところであるが、さいたま市骨粗しょう症検診用の手部撮影フィルム等の現像依頼施設が未だに20施設以上残っており、継続せざるを得ない。

v) がん検診読影業務

医師会には、さいたま市成人保険事業による各種がん検診の二次読影及び骨密度測定を行う部署があり、受託医療機関より肺がん、胃がん（X線及び内視鏡）乳がんそれぞれの検診画像が集められ、主に医師会員より構成された読影委員の医師により、

モニタ及びフィルムによる二次読影が平日の昼夜毎日行われている。また、骨粗しょう症検診として、手部X線写真を使用したDIP法による骨密度測定を、アナログフィルム、デジタルハードコピー、デジタルソフトコピーそれぞれの画像について行っている。

3) 検診部（健診センター）の現状と課題

①業務の概要

検診部は、臨床検査技師4名、看護師3名、事務職員3名で構成されている。2014（平成26）年度に当検診部での健診（検診）受診者数は出張健診も含め、人間ドック1,599名、協会けんぽ健診1,593名、その他各種検診36,043名、合計39,235名が利用した。当検診部におけるここ数年の受診者動向として、共済組合、健保組合に所属し人間ドックを受診していた方が、定年後に協会けんぽ健診を受診されるケースが多く見られる。そのため、人間ドックは僅かながら減少傾向にあるが、協会けんぽ自身が受診者増の啓発活動を展開していることもあり、人間ドックの受診者数とは逆に協会けんぽ健診の受診者数は年々増加傾向にある。しかし、単価が抑制されている健診が多いため、実施数にあった収入は認められず、薄利多売である。

②主要業務の現状と問題点

i) ストレスチェック

2015（平成27）年12月1日よりストレスチェック制度が開始され、50人以上の職場では、この日から1年以内に1回実施することが義務化された。

さいたま市では、市の常勤職員約9,000名に対して今年度より既に開始され、市内の4医師会（浦和、大宮、さいたま市与野、岩槻）が受託した。開始に先立ち、各医師会の代表者計17名と市の担当者による検討会が3回開催された後、厚生労働省指定57項目の簡易調査票を用いての運用開始となった。

当センターでは直ちにシステム構築を行い、浦和地区（浦和区、桜区、南区、緑区）の受診者3,882名に簡易調査票を9月中旬に配布、10月中旬に回収した。回収できたのは2,595名で、回収率は66.8%であった。その後解析を行い、11月上旬に個人結果通知を行った。今後は集団分析と、市の産業医による高ストレス者への面接指導が行われる予定である。しかし、一般的に高ストレス者は約1割と言われており、実際に産業医が面接指導を行うことができる人数には限りがある。今回のさいたま市職員9,000人の1割に相当する900人を、産業医が面接指導することは到底不可能であり、最終的に面接対象は絞られることになるが、オーバーワークになることだけは間違いないだろう。今回のさいたま市でのストレスチェックは、制度開始前であることから

実験的に常勤職員のみを対象としたが、来年度からは非常勤職員もその対象に加え、定期健康診断と同時に実施される予定である。

また、浦和医師会員で産業医の先生方も多数おられ、医師会でストレスチェックをしてもらえるのか、との問い合わせも最近多い。できる限り会員からの要望に応えられるような体制作りを考えているが、当会が指定する産業医が所属する事業所で、必ずしも健康診断を当会が行っていないケースが多く、新規検診受託の機会としても、ストレスチェック制度を積極的に活用したいと考える。

ii) 電子化

健診の依頼元である共済組合、健保組合、仲介業者から健診結果の電子データ化を要望されることがある。しかし、これらの団体は独自のフォーマットによる出力を要望しており、小人数の団体に対しての対応は難しいことが多い。2014（平成26）年度においても、某仲介業者からの依頼による健診データの電子化を行った。既存の健診依頼元からの電子データ化は、収支は変わらず出費のみが増額することから、費用対効果を考慮の上、導入の可否を検討している。しかし、毎年行われる契約の更新を考えると、安易に断ることもできず、今後は電子化への費用はさらに増加していくものと考えられる。

iii) システム化

2014（平成26）年度には、人間ドックで使用している身長・体重計、聴力計、血圧計、スパイロメータのデータオンライン化を行った。これにより、データ入力時間の短縮と入力精度が向上した。また、2015（平成27）年度においては、前記ストレスチェック対応システムを構築した。新規事業についてのシステム化はデータの電子化と異なり、それによる増益やコスト削減が見込まれる可能性があることから、今後も積極的に取り組んでいきたい。

4) 今後の展望

検体検査は、医師会が行うより民間の検査センター（登録衛生検査所）の方が安価である。

また、健診も検診専門の医療機関は診療報酬を基盤としない価格設定で、やはり安価である。したがって、顧客側が検査や検診の利点を価格面だけで判断するなら、医師会臨床検査・健診センターの状況改善は難しいが、医師会には医師会でしかできないことがあり、検査や検診はその中の一部にすぎない。

①検査部（臨床検査センター）

i)一物二価

検査に市場原理を取り入れた場合、1日に何万件も検査する民間検査センターに価格で勝つことは困難である。診療報酬を改定し、病院・診療所での検査（医療法範疇）と、登録衛生検査所（臨床検査技師等法範疇）との点数は差別化すべきである。これにより、診療所機能を有する共同利用施設は収益増になる。また、現在登録衛生検査所である共同利用施設も、開設者が公益性の高い法人である場合は、診療所を開設することはたやすいことである（民間企業は開設ができない）。

ii)検査データの精度と迅速性

日本医師会や臨床検査技師会が行う精度管理調査では、登録衛生検査所はいつも高得点である。確かに、衛生検査所の精度管理に取り組む姿勢は他の模範である。しかし、大規模ラボで夜間に一括測定を行うためには、迅速検査には不向きである。特に、診療報酬請求上で制約がある尿沈渣は、医師会は条件適応するが民間検査センターでは難しい。また、緊急検査は地元の医師会が一番早い。当施設でも13時に到着した検査は、血液なら30分、化学でも1時間で報告している。さらに、微生物検査は13時に到着した検体は直ちに塗抹・培養が行われるため、翌朝には一次判定が可能となっている。これらの点からも、迅速性ということは価格に変えられない重要な事項と考える。

②検診部（健診センター）

i)随意契約への対応

近年、行政事業の随意契約が問題視されている。これは、価格低下（予算削減）や担当者と企業の癒着を危惧してのことと考える。しかし、医師会の場合は元来非営利団体であるため、営利追求の企業と同格に扱われるのは不本意である。

ii)読影業務

健診センターの画像読影は、レントゲンにかかわらず超音波、心電図、眼底検査等の全てを技師が確認した後に専門医が読影し、検診医が最終チェックをする。

さいたま市から受託される各種がん検診の場合は、検診受託（実施）医は読影業務を行うことが条件となっており、胃がんの内視鏡検診は撮影医＋2名の読影医での3重読影となっている。これらは、質の高い検診を行う上で肝要であり、検診を安価に受託している機関にはできないことである。地域医療の本体を担う医師会は、住民が安心して医療の恩恵を受けられるよう努力しており、医療の質を落としてまで価格を下げることに大きな懸念を抱いている。

iii) 女性医師・診療放射線技師の確保

受診者の権利意識が高まる中、女性医師や技師が検診に従事することが、入札の条件となっているケースが多い。特にマンモグラフィ、心電図は男性技師に従事することが困難となっている。また、医師の診察時も女性の診察補助をつける必要があり、人件費高騰の原因となっている。今後は、潜在的な女性医師の掘り起こしを都道府県医師会を通じて行い、人材活用に努めたい。

③ 医師会全体

医師会は、妊娠から死亡時まで全ての地域医療を担っている。これらは医師会と行政が太いパイプで結ばれているから成し得ることである。

学校医や産業医、休日診療当番医・・・地域で医師を必要とするケースは多々ある。医師会は医師を派遣するのではなく、医師会員が地域支援をする形で地域医療を担っている。すなわち医師会なくしては地域医療は成立しないが、最近では検体検査や健診等、他業者でもできる行政受託事業について、医師会との随意契約に異議を唱えるものがある。

医師会の医師は、行政からの要望に関しては100%応需しており、昼休みや休日、夜間を問わず地域医療に協力している。その際の報酬は決して高いものではない。しかし、医師会の事業として協力しているわけであるが、行政の金銭的な都合で医師出務は医師会、検査は民間といった動向はいかがなものか。採算・非採算事業を合わせて医師会事業は成り立っており、非採算案件しか受託できないなら、医師会活動は破綻してしまう。

(4) その他

現在、市区町村による胃がん検診は、40歳以上を対象に年1回実施されている。しかし、2015（平成27）年7月30日に行われた厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」において、対象年齢を50歳に引き上げ、検診間隔も2年に1回とすることが提言された。従来の胃部X線検査に加え、内視鏡検査が導入され、早ければ来年度から実施される見通しとのことである。

これは、胃がん検診の普及に伴い、胃がんによる死亡率が低下したためであるが、内視鏡検査をする医師の確保や設備等費用面での課題が残されている。また、年1回実施していた検査が隔年になることで、特定健診・特定保健指導が定着してきた健診業界にとっては新たな問題であり、医師会健診センターにとってもその影響が懸念される。

むしろ、20歳までに検査や除菌を効果的に行うことで、胃がんによる死亡率減少を推進すべきではないか。また、成人のがん検診を年代別に、効果的な検査・健診シス

テムへ変換できるよう検討することを要望する。

さらに、認知症の早期発見、予防等の取り組みを進める新たな保健事業へ向けても、医師会共同利用施設間が連携できるネットワークの構築が必要である。

IV-2 日医健診標準フォーマットの推進

(1) 日医健診標準フォーマットと健康増進に向けたデータ分析支援必要性について

前述の通り、日本医師会では、2015（平成 27）年度の事業計画の中で「生涯保健事業の推進による健康寿命の延伸」を掲げ、乳幼児期から高齢期に至るまで、医療等 I D を活用して、必要な健診項目を網羅した保健事業を展開し、蓄積されたデータが国民の健康管理に適切に反映されるような仕組みを講じることとしている。

現在、特定健診等の制度では、医療機関や健診実施機関は健診等データを国が定める標準様式として、XML（拡張可能なマーク付け言語：Extensible Markup Language）形式による電子データにより、医療保険者に提出することとしている。

しかし、この標準的な仕様として定められたものは、特定健診等の実施に係る決済代行機関への費用請求に用いる決済情報としての色合いが強くなっているため、医療データとしての真正性については十分な検討がされないまま現在に至っており、レセプトデータとの突合には課題がある。

一方、労働安全衛生法による一般定期健康診断や医療保険者の一部費用負担等による人間ドック健診等の健診データは、これまで電子データを流通させるための標準的な仕様が存在していなかったため、健診機関にとって委託元が要望する電子データによる結果報告形式に統一性がなく、複数の仕様によるデータ提供が健診機関にとって大きな負担となっている。本年 3 月に J A H I S（保健医療福祉情報システム工業会）により「健康診断結果報告書規格」が発行されたものの、学術的観点からのデータ仕様とは言い難く、健診機関から実施主体に「報告」するためのルールという位置付けに留まっている。

また、民間のシステム事業者が構築する健診システムやネットワークによる「データ共有」は、そのシステム事業者が構築する仕様や形式に留まることから、長期的に見て公益性に乏しく、特に地域内全体や地域間の公衆衛生活動等の分析に利用する機会が少ない。

このような状況に対して、日本医師会では、日医総研で行った「健診データにおける標準的なフォーマットの策定に関する研究」の成果を基に、2015（平成 27）年 4 月より日医健診標準フォーマットの運用を開始した。

本フォーマットは、様々な仕様の健診システムからデータを CSV（カンマ区切り：Comma-Separated Values）形式で出力し、日本医師会から提供する「変換ツ

ール」を用いて変換するものである。その内容は、健診データ 861 項目、特殊健診データ 127 項目などからなっており、国内の医療データや健診データの交換規約、国際標準の規格にも対応できるものとなっている。その運用は、特定健診等を含む様々な健診データを作成するための標準的なフォーマットを、医師会共同利用施設の中で健診事業を行っている施設や、地域医師会、会員医療機関に提供することで、健診事業に関わるシステム構築と、運用費用（蓄積された健診データ等の移管等）の軽減に資することに加え、健診受診者の過去の健診履歴を地域内のデータベースから検索・閲覧することや、地域・職域の健診データを経年的に集積・分析することも可能となる。

また、この日医健診フォーマットを用いることで、国民は過去の健診データについて、受診した健診実施機関や医療機関が異なっても、それまでのデータを医療機関の医師とともに確認することができ、健康相談や健診、診療に役立てることができる。

この趣旨に佐賀県医師会も賛同し、2015（平成 27）年度第一次参加機関 15 施設の中の 1 施設として協力している。

（2）日医健診標準フォーマットの開発・運用のための体制整備

2015（平成 27）年 4 月 15 日に日本医師会定例記者会見において公表された「日医健診標準フォーマット」に基づき、日本医師会は健診データを取扱う施設として、医師会共同利用施設のうち、医師会病院、医師会健診センター、医師会臨床検査センター、医師会検査・健診センター複合体や全国規模の健診関連団体に対して、日医健診標準フォーマットへのデータ変換ツールを配布する体制の整備を図っている。

配布体制は開発業務と運用業務の 2 つの業務で構築されている。

1) 開発業務

(1) 開発業務の目的

「日医健診標準フォーマット」のシステム開発（以下、「本システム開発」）では、日本医師会が、「①生涯にわたって健診・検診の結果データを管理するデータベースを構築」、「②本人同意を前提とし、かかりつけ医が過去の健診・検診の結果データを照会できるようにする仕組み作り」、「③統計処理をすることを前提とし、地域の保健医療政策の立案などの公的な目的に限り、行政機関や大学・研究機関にも情報提供する仕組み」を実現するための基盤整備として、システムを構築することを目的とする。

(2) 開発業務の範囲

本システム開発は 2 つの変換ツールに対して実施される。

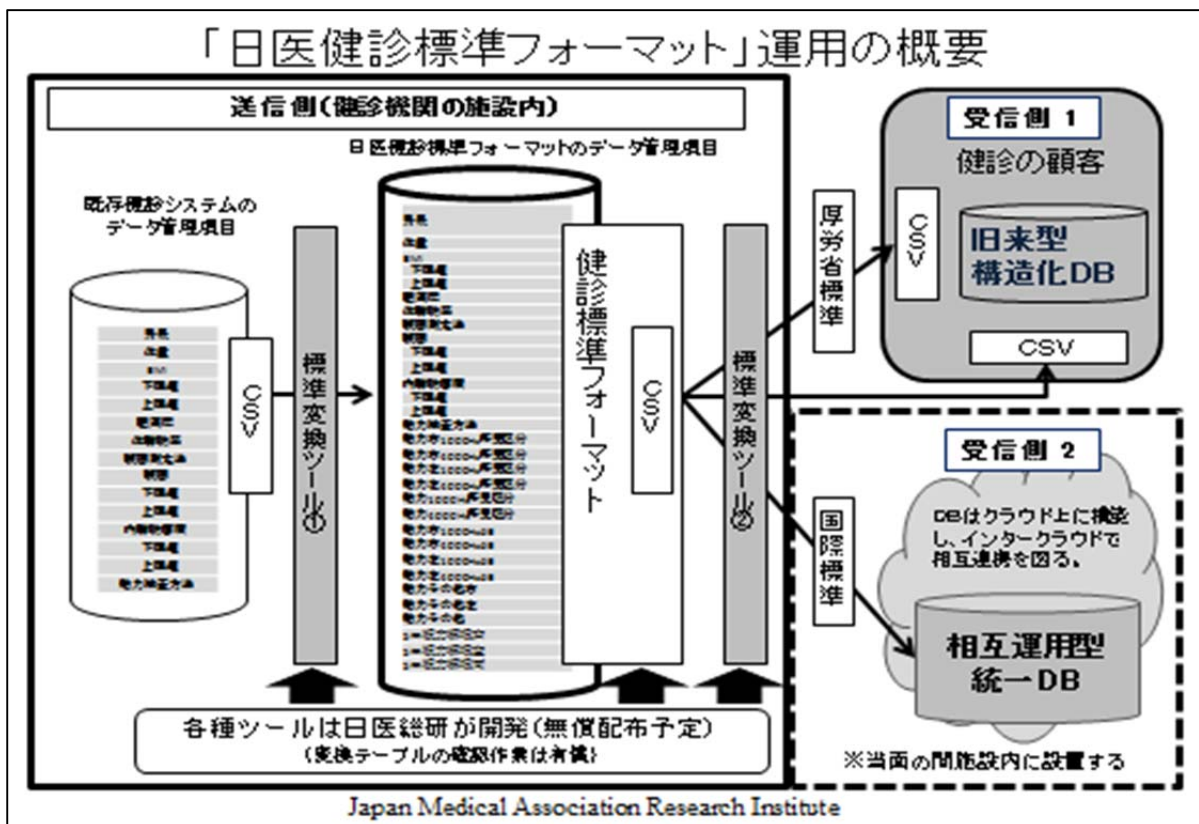
1) 健診機関 CSV を日医標準 CSV へ変換するツールの開発・更新

健診機関が有する健診・検診データの独自形式ファイル（CSV）を日医健診標準フォーマットファイルに変換するための「配布用変換ツール」の開発と更新。

- 2) 日医健診標準CSVを国際・国内標準形式へ変換するツールの開発・更新
 日医健診標準フォーマットのCSVファイルを国際・国内標準形式のデータ形式に変換するツール（ベータ版）の開発及び、簡易なデータベースから検索を可能とするツール（ベータ版）の開発と更新。

製品・技術	概要	
1) 健診機関 CSV を日医標準 CSV へ変換するツール (下図①の部分)	機能	健診機関が有する健診・検診データの独自形式ファイル（CSV）を日医健診標準フォーマットファイルに変換するツール
2) 日医標準 CSV を国際・国内標準形式へ変換するツール (下図②の部分)	機能	日医健診標準フォーマットの CSV ファイルを国際・国内標準形式のデータ形式に変換するツール（ベータ版）の開発及び、簡易なデータベースから検索を可能とするツール

(図 4-2-1)



(図 4-2-2)

2) 運用業務

(1) 運用業務の目的

「日医健診標準フォーマット」及び「変換ツール」の運用業務（以下、「本運用業務」）では、日本医師会が、「①生涯にわたって健診・検診の結果データを管理するデータベースを構築」、「②本人同意を前提とし、かかりつけ医が過去の健診・検診の結果データを照会できるようにする仕組み作り」、「③統計処理をすることを前提とし、地域の保健医療政策の立案などの公的な目的に限り、行政機関や大学・研究機関にも情報提供する仕組み」を実現するための基盤整備として構築されたシステムを運用することを目的とする。

(2) 運用業務の範囲

運用業務は、ホームページによる変換ツールのダウンロード機能等の業務により実施される。

1) ホームページの運用

本運用業務で配布するプログラムを健診機関等がダウンロードするためのホームページの設置と運用。

2) プログラム等の配布健診機関の管理

「健診機関のCSVを日医標準CSVへ変換するツール」及び「日医標準CSVを国際・国内標準形式へ変換するツール」を配布した健診機関の管理。

3) 問合せ対応及び健診機関に対する支援業務

健診機関からの電話及びメールによる問合せ対応と医師会共同利用施設が「日医健診標準フォーマット」を利用するために必要な支援業務（出張作業を含む）。

(3) 平成27年度第I期「日医健診標準フォーマット運用」の状況

1) 日医健診標準フォーマットで運用する「標準管理項目」と「由来情報」(図4-2-3)

(1) 標準管理項目について

- ①受診者の属性項目、身体計測、検体検査、画像検査の判定、病歴調査、問診、及び機能別判定、総合判定などの項目を標準項目とする。
- ②第一ステップとして成人以上を対象とする、労働安全衛生法、健康増進法、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく健診の検査項目、及びがん検診、人間ドック等を対象とする（646項目）。
- ③第二ステップでは母子保健法、学校保健法に基づく健診に拡大する。

(2) 由来情報について

- ①健診・検診の運用に関わる基準範囲や「溶血」等の由来情報をデータベースに登録することにより、正確なデータベースとなり、分析に耐え得るものになる。

②健診種別による測定方法の違い、施設内健診、巡回健診等による環境の違いについて由来情報として管理する。

③臨床検査については一部を外部検査機関に委託している場合が多いことから、精度管理の観点からこれを区別して登録する。

健診データ標準管理項目例		由来情報例		
健診属性部	上部消化管検査	健診機関番号	検査項目	
身体計測	上部消化管細胞診	健診機関名称		検査実施者種別
聴力検査	下部消化管検査	健診機関郵便番号	自施設、委託	
視力検査	下部消化管細胞診	健診機関所在地	検査委託事業者 (検査実施事業所コード)	
呼吸機能検査	直腸、肛門検査	健診機関電話番号	検体 分類種別	
血圧検査等	腹部超音波検査	施設認定の終了日		H1:早朝尿、H2:随時尿、 H3:その他尿、B1:血清、 B2:血漿、B3:血球、 B4:全血
尿検査一般検査	その他超音波検査	施設認定・認証機関名称		E1:フクダ分類、 E2:日本光電分類
尿検査(定量)	便潜血検査	施設認定・認証機関名称		E3:HP分類、 E4:ミネソタ分類
尿沈渣	肝臓検査	施設認定・認証機関名称		X:その他
胸部検査	炎症反応等検査	身長計測機器		単位
喀痰検査	ペプシ他検査	体重測定機器		
心電図検査	腫瘍マーカー検査	肥満度計算 計算式		施設管理単位
血液一般検査	頭部検査	体脂肪率計測方法		外部委託先機関コード
白血球像	甲状腺機能検査	体脂肪率計測機器型番		試薬購入元コード
血液検査その他	婦人科(乳房)検査	内臓脂肪面積計測法	検査実施機関において 精度管理上の基準値 (年齢別もあれば記 す)	
検査付帯情報	婦人科(子宮)検査	内臓脂肪面積計測機器型番		基準下限值
生化学(蛋白質)	骨密度検査	尿糖定性 検査法	基準上限值	
生化学(酵素)	特定健診問診	尿蛋白定性 検査法	男性	
生化学(脂質)	問診付加情報	尿コロリノーゲン定性 検査法	女性	
生化学(腎機能)	特定健診問診	尿潜血定性 検査法	男性	
生化学(尿酸)	特定健診問診	尿比重 検査法	女性	
生化学(糖代謝)	総合判定	尿pH 検査法		
生化学(鉄等)	総合コメント	尿沈渣 測定法		
生化学(電解質)	医師名	尿検査(定量) 計測機器型番		
眼底検査	機能別判定	心電図診断基準(方法)		
眼圧検査	生活機能評価	安静時心電図 型番		
		心電図負荷試験検査方法		
		トレッドミル計測機器型番		
		血液一般 計測機器型番		
		血沈 検査法		
		血液型 検査法		

測定方法や検体の種別、男女別基準値等の重要な情報

※10月8日現在の管理項目数:646項目

Japan Medical Association

(図 4-2-3)

2) 日医健診標準フォーマットにより変換された健診データの共用DB化の構築作業 (図 4-2-4)

(1) 共用DB化の目的

①全国の健診機関に対する日医健診標準フォーマットへの変換ツールの配布にあたり、本ツールを利用することで、異なる健診システムや各種健診・検診の健診データが、「日医健診標準フォーマット」という形式の「1つのデータベース」に格納できることを明らかにすることで、広く利用を周知する。

②共用DBに格納された健診データを集計・分析することで、特定健診、がん検診、一般定期健診、人間ドック等で実施されている検査項目の把握や、項目ごとの由来情報の特性を明らかにし、今後の健診データの標準化の推進に役立てる。

(2) 共用DBからの集計データ収集の対象施設

①医師会共同利用施設

変換ツール配布の準備として、サンプルデータを提供いただいた15の医師会共同利用施設のうち、過去データの一括抽出と匿名化処理によるデータの変換作業が可能な施設。

②全国規模の健診機関

広域で健診を実施している医療法人等の健診機関で「①」の作業が可能な施設（3施設に協力依頼）。

(3) 集計する健診（健診コースの区分も含む）の種類

①特定健診関連

- a. 市町村国保、国保組合の特定健診（被保険者・被扶養者）
- b. 特定健診と同時実施された一般衛生部門が実施する健診
- c. 国保人間ドック
- d. 被用者保険の特定健診（被保険者・被扶養者）

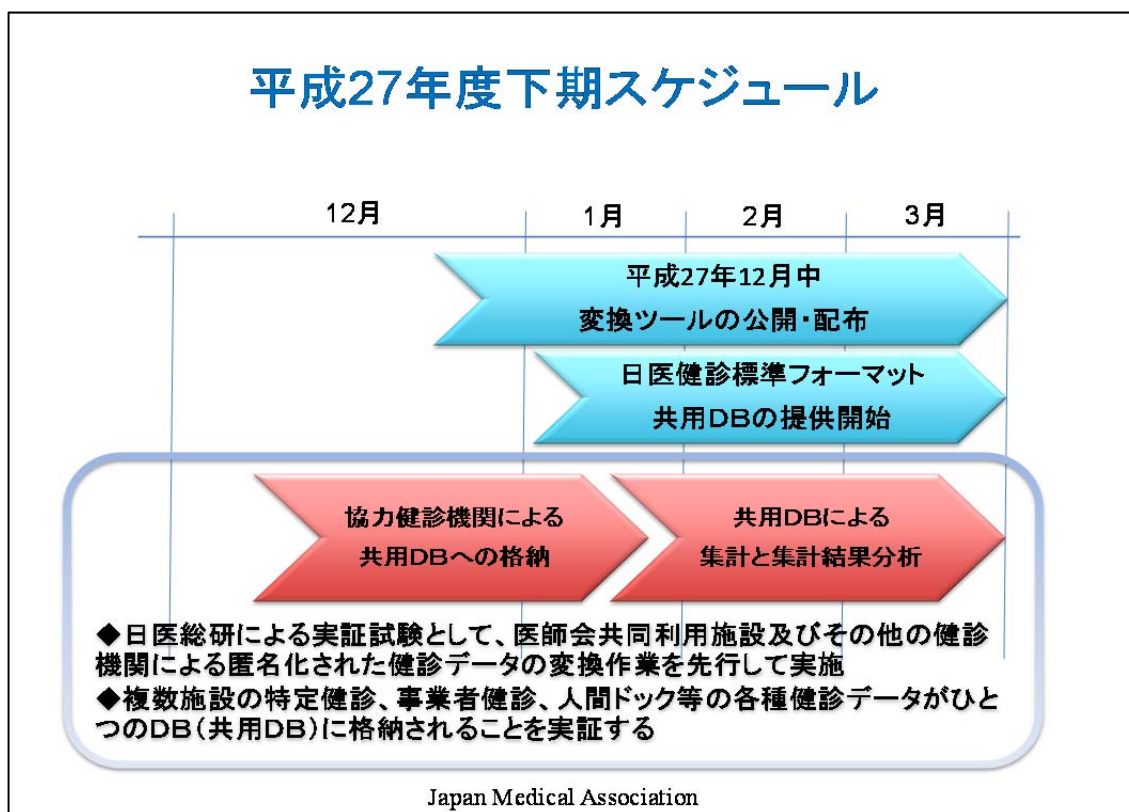
②事業者健診

- a. 一般定期健診
- b. 一般定期健診のうち「巡回」の名称で実施されている健診

③がん検診

- a. 対策型がん検診
- b. 任意型がん検診

④人間ドック



(図 4-2-4)

(4) 日医健診標準フォーマットの導入規模と利活用

1) 医師会共同利用施設の健診機関と医療法人等の健診機関に対する導入について

2015（平成27）年6月8日に日本医師会定例記者会見において、「日医健診標準フォーマット」の運用開始を公表し、第Ⅰ期運用として上期に医師会共同利用施設のうち参加を希望する15施設でデータ変換作業を進めた。

健診機関で保有する健診結果データは、長く「紙ベースの結果表」や「電子媒体による結果データ」を抽出するためのデータベースとして管理されてきたため、条件を加えずCSVデータを抽出すると、日医健診標準フォーマットに変換・マッピングされても正しいデータ格納ができない場合がある。

そのため、第Ⅰ期の運用では、今後の運用がより正確かつ簡便に行えるよう、健診機関自身のデータベースに一部修正をお願いする等、コンサルテーションも行った。

2016（平成28）年1月からは、全国の医師会病院、医師会健診センター、医師会検査・健診センター複合体、医師会臨床検査センターに参加いただくため、変換ツールの配布とともに、健診機関による導入のための支援業務の体制を整備していく（図4-2-5）。

医療法人等の健診機関に対する日医健診標準フォーマットの導入については、2010（平成22）年に、国民に対して質の高い保健事業を継続的に提供するため、健診に関わる様々な課題を図る目的で設立された「日本医学健康管理評価協議会（日本医師会が事務局）」において、普及への取組みを推進するための「共同宣言」を公表し、各団体に加入している健診機関に対する早期導入を促していくこととされた。

日医健診標準フォーマットの導入規模

1. 医師会共同利用施設（平成25年度）

- ①医師会病院：83施設
- ②医師会健診センター：58施設
- ③医師会検査・健診センター複合体：67施設
- ④医師会臨床検査センター：54施設（特定健診等データ作成の代行入力施設）

2. 日本医学健康管理評価協議会（平成27年度の構成団体）

- ①公益社団法人 日本医師会（協議会事務局）
- ②公益社団法人 全国労働衛生団体連合会：会員173機関（平成27年）
- ③公益社団法人 全日本病院協会
- ④公益財団法人 予防医学事業中央会
- ⑤公益財団法人 結核予防会
- ⑥公益社団法人 日本人間ドック学会：認定施設346施設（平成26年）
- ⑦公益財団法人 日本対がん協会
- ⑧一般社団法人 日本病院会
- ⑨一般社団法人 日本総合健診医学会：認定施設280施設（平成27年）
- ⑩一般社団法人 健康評価施設査定機構

- ◆医師会共同利用施設では、平成27年度第Ⅰ期導入として15施設が標準フォーマットへの変換を実施しているところ
- ◆日本医学健康管理評価協議会の構成団体により、広く健診機関の標準フォーマットへの変換を周知していく

Japan Medical Association

(図 4-2-5)

日本医学健康管理評価協議会構成団体

共同宣言（案）

わが国においては、乳幼児から高齢期に至るまで諸種の健（検）診※を中心とした保健事業が展開されているが、それぞれ実施主体や所管官庁・部局等が異なるために、そのデータが一元的に管理されず、国民の健康情報が十分に活用できていない。

今後、個人情報の厳格な管理を前提として、国民の生涯を通じた健康情報が一元管理され、一次予防から三次予防までの保健事業が国民のライフサイクルに応じた「生涯保健事業」として的確に実施されなければならない。

そこで、国民に対して質の高い保健事業を継続的に提供するため、健（検）診に関わる様々な課題の解決を図る目的で健（検）診関係団体により設立された日本医学健康管理評価協議会は、「生涯保健事業」の体系化に向けて、次のことを宣言する。

1. 国民の生涯を通じた健康情報の一元管理を目指して、健（検）診実施機関等が有する健（検）診データ仕様の標準化を図ること。
2. 医療機関、健（検）診実施機関、健（検）診関係団体等が取り組む国民の生涯を通じた健康増進や健康管理に関わる事業活動に資する、健（検）診のデータベース構築に協力して取り組むこと。
3. 健（検）診データにおける仕様の標準化のために策定された「健診標準フォーマット」の普及と、仕様の更新や改善の検討について協力して取り組むこと。

※協議会においては妊婦健診、乳幼児健診、学校児童生徒健診、労働安全衛生法に基づく定期健診等、特定健診、後期高齢者健診、人間ドック等を検討の対象としている。

以上

平成 28 年〇月〇〇日

公益社団法人 日本医師会
会長 横倉 義武
公益社団法人 全国労働衛生団体連合会
会長 紀 陸 孝
公益社団法人 全日本病院協会
会長 西澤 寛 俊
公益社団法人 日本人間ドック学会
理事長 奈良 昌 治
公益財団法人 予防医学事業中央会
理事長 河合 忠
公益財団法人 結核予防会
理事長 工藤 翔 二
公益財団法人 日本対がん協会
会長 垣添 忠 生
一般社団法人 日本病院会
会長 堺 常 雄
一般社団法人 日本総合健診医学会
理事長 福武 勝 幸
一般社団法人 健康評価施設査定機構
理事長 井形 昭 弘

2) 日医健診標準フォーマットの運用による健診データの利活用に向けた検討

生涯を通じた住民への健康管理を支援するためには、個人データの名寄せによるデータ管理が必要となる。

保健事業における情報管理は、医療等 I D の議論では、被保険者証を起点とした「保健事業用 I D」を付与し実施される健診データに記録する方式が示されている。

しかし、健診や人間ドックの結果データに関しては健診機関ごとに D B の仕様等が異なることから、管理者が大規模集積を行うことは困難である。

そのため、日本医師会は、「日医健診標準フォーマット」の運用により、医療機関、健診機関、健診関係団体等による、組織横断型の健診データ標準仕様を策定し、組織・団体間の連携が可能なデータ構築を目指している。

この取組みにより、住民がいつでもどこで健診を受けて、いつでもどこで受診が必要になった場合でも、過去の自身の健診データをかかりつけ医が参照し、診断補助や保健指導に活用することができるようになり、住民の生涯にわたる健康管理への支援が可能となる。

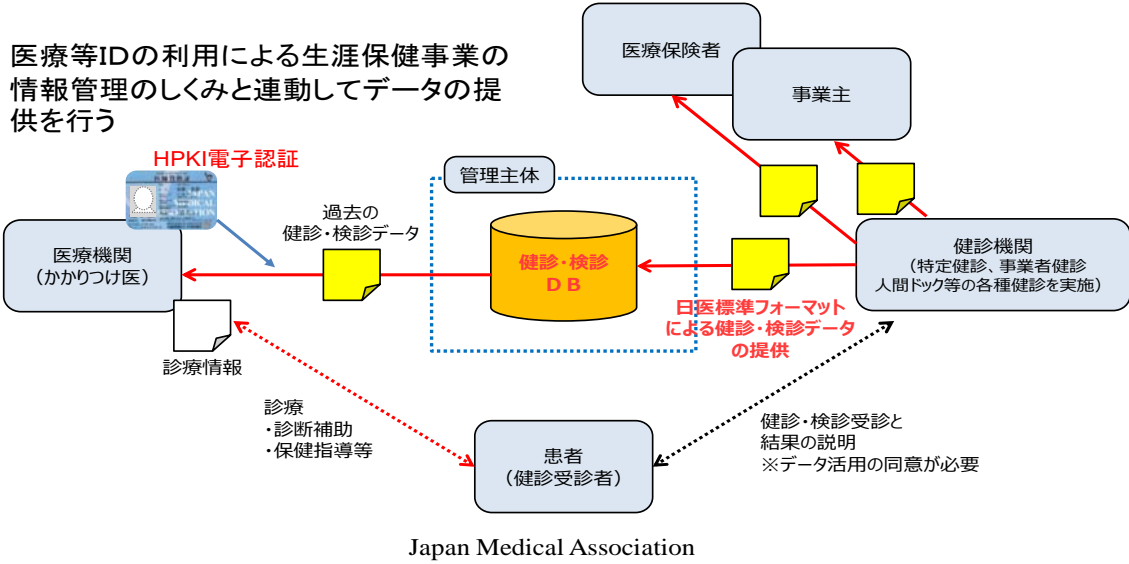
健診等データを活用した取り組みについて、2016（平成 28）年度に検討しているものは、①医療等 I D を地域医療連携 I D 等に置き換えて運用している地域において、管理主体が集積する健診等データをかかりつけ医が参照する仕組みの構築、② A 健診機関で実施された健診等データを B 健診機関の医師が管理主体を通じて参照する仕組みの構築、③匿名化された健診等データを管理主体や公益性の高い研究機関等が分析し、かかりつけ医が分析データを診療に活用する仕組みの構築、である（図 4-2-6～4-2-8）。

医療費適正化計画に基づく特定健診では、第三期（2018（平成 30）年度から）に向けて健診項目の見直しを含む初めてのシステム更新を検討しており、健診受診者にとって魅力のある、より意味のある健診とするため、日本医師会から提言していかなければならない。

また、健康寿命の延伸に係る厚生労働省のデータヘルス計画の作成・実施への取り組みや、経済産業省の健康経営・健康投資の促進のためには、よりエビデンスの高い健診等データの分析が不可欠になることから、基礎データとしての健診機関における日医健診標準フォーマットの運用による健診データ仕様の標準化は、早期に実現させる必要がある。

**【平成28年度検討事項】生涯を通じた住民への健康管理支援①
 ーかかりつけ医に対する健診等データの提供ー**

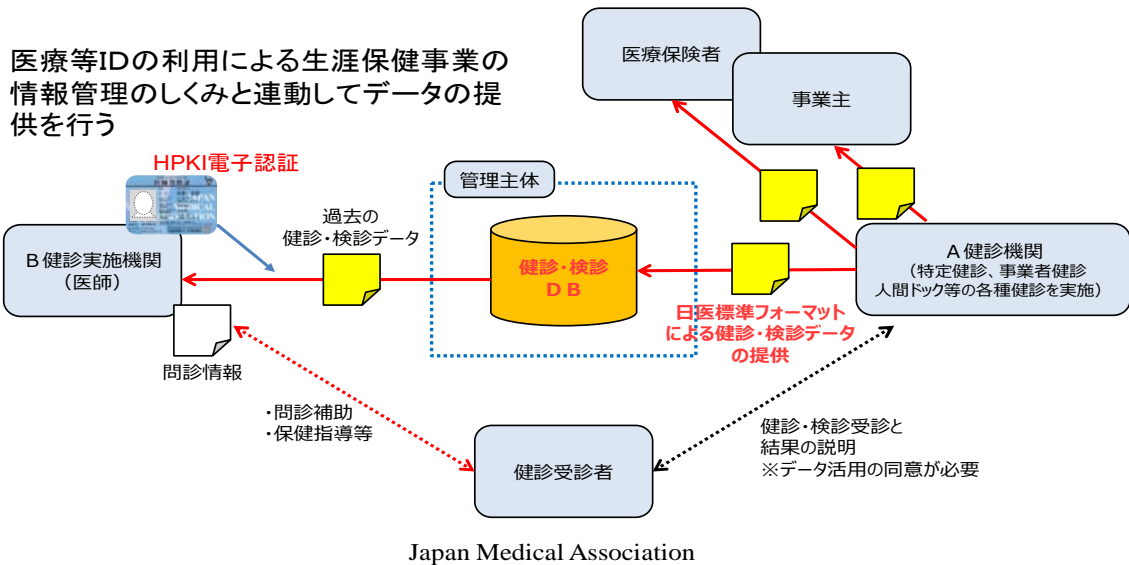
健診等データを医療従事者がアクセスできる場所にも格納することで、かかりつけ医が患者の診療時に健診等データを参照して、診断補助や保健指導等に活用できるようにする。(データ利用には医師資格証HPKIを提示する)



(図 4-2-6)

**【平成28年度検討事項】生涯を通じた住民への健康管理支援②
 ー健診実施機関の医師に対する健診等データの提供ー**

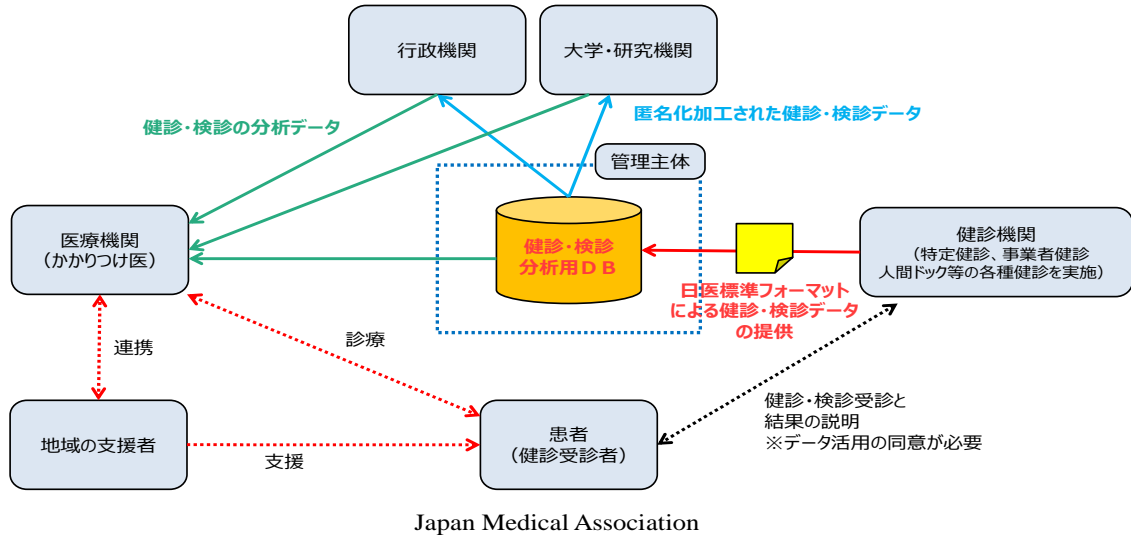
健診等データを医療従事者がアクセスできる場所にも格納することで、健診実施機関の医師が患者の診療時に健診等データを参照して、問診時の補助や保健指導等に活用できるようにする。(データ利用には医師資格証HPKIを提示する)



(図 4-2-7)

**【平成28年度検討事項】生涯を通じた住民への健康管理支援③
 ーかかりつけ医に対する健診等の分析データの提供ー**

健診機関から提供される日医健診標準フォーマットにより標準化された匿名化データのデータベース化や分析データの活用により、地域の重症化予防施策に役立てることができる。



(図 4-2-8)

V. 第 26 回全国医師会共同利用施設総会

2015（平成 27）年 8 月 22 日（土）、23 日（日）の 2 日間、大阪府医師会担当で、大阪市のリーガロイヤルホテルにおいて、第 26 回全国医師会共同利用施設総会を開催した。

本総会の実施にあたっては、本委員会において開催要領及びプログラム等の検討を行った。メインテーマは、「地域医療構想と今後の医師会共同利用施設－医療、保健、介護・福祉の連携－」とし、医師会病院、検査・健診センター、介護保険関連施設関係の 3 分野に分かれて分科会を行った他、府内共同利用施設の紹介や全体討議、施設見学などを行った。第 27 回総会は、2017（平成 29）年 9 月 2 日（土）、3 日（日）の 2 日間、大分県医師会担当で開催予定である。

ここに、第 26 回総会の分科会座長による報告より、各地域での取り組みについて紹介する。

V-1 第 1 分科会報告（医師会病院関係）

（1）能代山本医師会病院（秋田県）

（発表者：高橋貞二 能代山本医師会病院長）

この地域では 1990（平成 2）年代の人口から 2020（平成 32）年代半ばにかけて人口が減少するとともに、高齢化も進展するとのことであった。いわゆる「消滅都市」と言われる 1 つの象徴になるような地域かもしれない。

その中で、圏域の中央に位置する医師会病院は、周辺のいくつかの公的病院等とともに救急輪番制で地域医療を支えているとのことであった。また、地域の医療事情や透析患者の受け入れ態勢を考慮して、地域包括ケア病棟ではなく、療養病床へと 35 床転換したとの変化についてのご説明もいただいた。そして、毎年の収支と累積損益は短いスパンでも激しく上下する病院経営の実態もご紹介いただき、大変ご苦労されていることがわかった。地域医療をまさに「背負っている」という気概が伝わってきた発表であったと思う。放射線治療機器の問題を通して医師会立病院に対しても、他の公的病院と同じよう、公平な補助がいただけるよう日本医師会も厚生労働省に要請して欲しいという要望もいただいた。

（2）東松山医師会病院（埼玉県）

（発表者：松本万夫 東松山医師会病院長）

4 人の医師による医師協同病院からスタートし、病院と会員医師との関係強化だけでなく、周囲の公的病院、個人病院との調整など、地域における病病連携、病診連携

の重要性などについて、ご報告をいただいた。埼玉県は、東京という大都市に近接する地域であり、人口減少というよりは増加の傾向もあるかと思うが、いずれ超高齢社会を迎えることは確実であり、周辺の秩父や群馬との県境での流出入なども考えると、地域医療構想を考える際に様々な要素を考慮することが必要になってくると思うが、それらについても、質疑応答においてご説明いただいた。

(3) 地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院（山口県）

（発表者：津田廣文 徳山医師会長）

来年の50周年を目前に、病院の本館を新たに新築したとのことであるが、やはり、徳山医師会病院の完全開放型オープンシステムは、医師会病院としての原点であり、大変すばらしい成功例であることを再確認した。現在、病院の常勤医は11名、登録医は42名で、患者の90%以上が登録医を経由するとのことである。開業医師、病院勤務医、さらに山口大学の専門医によるコンサルト医など、トライアングルでもって患者さんを診ていくという着目すべき取り組み、またドクターフィーの自由裁量性など、大変興味深いお話であった。病院における診療内容の閲覧権、地域包括ケアシステムの推進に向けたドクターネットや多職種合同研修会の開催など、今後に向けた取り組みも同様に重要なご示唆をいただいたように思う。

(4) 朝倉医師会病院（福岡県）

（発表者：火野坂徹 朝倉医師会長）

県立病院の民営化により、移譲を受けて病床を300床とした朝倉医師会病院は、緩和ケア病棟20床や地域包括ケア病棟40床、看護学校を含めた様々な関連施設を運営されているということで、これも成功例であったと思う。地域的には人口減少ということであり、福岡県内における二次医療圏の流出入、医療の自己完結率等についてご報告をいただいたが、今後地域医療構想でこの「1医師会1医療圏」の仕組みがとどまれるかどうかという危惧もされ、これから地域医療構想がこの地域にどのような影響を与えるかということも非常に興味深いところである。

会場からは、総会のメインテーマに沿って、地域医療構想と医師会病院・医師会共同利用施設についての質問も多くいただいた。各先生方からは、流出入の問題や、同じ地域内での他の病院の状況などのコメントをいただいております、司会の茂松茂人大阪府医師会副会長からも、都市部の事例として「急性期が流入し、慢性期が流出する」という大阪府の状況について、コメントをいただいた。

ただ、今回の地域医療構想を意識すること自体、つまり自らの病院を地域に位置付けて意識してみること、そのことだけでも意識が変わり、「地域医療」を考え、地域

における自主的な取れんが生じるのではないかと思う。医師会病院は、地域医療構想について、冷静に自らの立ち位置を全医師とともに見つめ直すことが1つの道であると考え。

V-2 第2分科会報告（検査・健診センター関係）

（1）江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

（発表者：山中昭良 江戸川区医師会医療検査センター所長）

江戸川区医師会は、江戸川区国保より、40歳から64歳までの特定健診と特定保健指導を受託し、年間24,000人を所内健診で実施している。健診実施日は受診者の利便性を考え、月曜日から土曜日の午前・午後と月1回の日曜日、月2回の夜間（18時～21時）に実施。所内で行われる特定健診の血液検査結果は、採血後40分以内に報告され、直ぐにメタボ判定と階層化が行われ、診察後に特定保健指導の初回面接を実施できる体制が整えられている。また、健診結果の全12項目は、検診当日にレーダーチャート結果報告及び同性・同世代と比較した自分の位置づけが分かる「見える化」した「情報提供冊子」を配布している。そして、特定保健指導は、生活時間の違いに対応する方法として、オーダーメイド（生活時間に合わせる工夫）の各種指導を実施されている。その成果は、2008（平成20）年度当初は20%のメタボ率が、5年間で4.6%減の15.4%になったことや、体重減少や各データが有意に改善したこと、また、平成24年度の保健指導最終評価完了率が36.3%まで増加したこと、さらに2013（平成25）年度の保健指導実施率が37.8%までに上昇したことに表れていた。このような素晴らしい成果で、2014（平成26）年11月に厚生労働省が創設した「第3回健康寿命をのぼそう！アワード」で厚生労働大臣優秀賞を受賞された。改めて、江戸川区医師会の受賞を称えたい。

（2）半田市医師会健康管理センター（愛知県）

（発表者：花井俊典 半田市医師会長）

半田市医師会は1937（昭和12）年創立、1967（昭和42）年より健康管理センターを開設している。健康管理センターでは、臨床検査事業、健康診断事業を中心に共同利用施設として会員に利用されている。

今回発表された「Dr Web」は、ICTを活用した地域医療連携システムである。開発コンセプトとして、①民間センターとの差別化、②地域医療への貢献を挙げられ、2007（平成19）年より3年の計画を経て2010（平成22）年より運用を開始された。現在では、臨床検査結果参照をはじめ、検査依頼、紹介状、電子カルテ連携、画像検査予約等16種類の機能が完成し、171施設で利用されている。

2015（平成27）年4月からは、「Dr Web」がポータル的な役割となり、近隣の中核病院の電子カルテ開示システムと連携を図り、病診連携の機能を完成している。さらにポータル機能を拡張し、在宅医療、介護等での情報共有機能を開始させ、診療所内のパソコンで各種情報が全て閲覧できる環境が作られている。

半田市医師会は、医師会共同利用施設の役割として、診療所、病院、在宅等の地域包括ケアシステムがそれぞれの地域で存在する中で、それを結び付ける医師会主導型の基幹ネットワークを構築・普及させていくことが情報共有の効率化となり、地域医療の向上及び民間センターとの差別化につながると考えられている。このシステムが、全国医師会共同利用施設の先鞭となり、発展することを期待している。

（3）大阪府医師会保健医療センター（大阪府）

（発表者：武本優次 大阪府医師会理事）

大阪府医師会保健医療センターの理念は、会員がMRIやCT等の高度医療機器を共同利用することによって、かかりつけ医としての機能を高め、地域での医療機関の連携・分化を促進し、ひいては医療資源の効率的活用に寄与することと、あわせて会員のための健康管理と生涯研修を目的としている。

事業内容は、医療部門、細胞診・病理組織診部門、健診（検診）部門、研修部門、予防接種センターを実施している。職員数は常勤31名、非常勤52名の合計83名で業務運営を展開している。部門別収入や事業収支の年度推移では、平成14年度に検診部門の収入が医療部門の収入を逆転し、年々格差が拡大している。このことは、紹介患者数の減少、CT装置等の普遍化が進んでいる等、全国の医師会共同利用施設と同じ悩みや問題点を抱えられておられると推察した。その中で、会員検診や協会けんぽの依頼が増えていることには、光明が見える。

今後は、設立理念を踏まえ、会員のための共同利用施設として事業の展開を継続し、事業対策を図りながら、安定した健全運営を目指すとのことである。全国の医師会共同利用施設でも、同じ悩みや問題点を抱えられている施設や、色々な英知で乗り越えられた施設があり、そのような経験施設等のアドバイスをもらいながら、各施設での努力が必要と考えている。

（4）那覇市医師会生活習慣病検診センター（沖縄県）

（発表者：崎原永辰 那覇市医師会生活習慣病検診センター所長）

那覇市医師会は共同利用施設として、検診部、検査部、事務局、講堂が一体となった医師会館である。検診部は各種保険者による健康診断の受託業務と、115施設の会員の特定健診やがん検診などの事務代行業務を行っている。検査部は民間検査会社と業務提携し、1日2回の集荷業務を行い、約6割の会員施設から利用されている。

那覇市医師会LHRシステムとは、生涯健康記録のことで、医師会健診システムに登録されている38万人を超える医療情報を有効活用して、「長寿県沖縄」の復活を目指すシステムとされている。

システム構築は、2012（平成24）年度から3年間の補助事業としてスタートし、2015（平成27）年度から本格的な運用を開始された。このシステムの特徴は原則無料で利用できることである。システムの維持管理費は、医師会の財源は利用せず、公的補助も受けないことを基本とし、民間IT会社のサポーターを募り広告料収入で賄っている。また、現在加入者は5,500人、参加医療機関は73施設で運用されている。「医療情報」は個人に帰属する情報との考えから、加入者本人に非接触型のICカードを持参させ、それをかざすことで、自動認証し、医療情報の閲覧ができる。「いつでも・どこでも・必要な人に」を合言葉に、倫理的に管理・運用されている。今後の課題は、システム加入者の促進で、これは検診センターだけの促進活動でなく、行政と連携を深めて加入者の促進を図っていききたいとのことである。崎原先生の熱い情熱により、是非「長寿県沖縄」が復活することを祈念している。

（5）健診標準フォーマットによる健診・検診データベースの構築の状況報告のあり方に関する研究

（発表者：窪寺健 日本医師会総合政策研究機構客員研究員）

日医総研では「総合的な健診の実施における健診データのあり方に関する研究」を基に健診データ管理項目を標準化し、健診標準フォーマットにより、データベースの構築を進めている。その中で、問題点と検討課題は次の4点。①保健事業実施主体による健診項目等の不一致、②各保健事業による外部精度管理の方法の不一致、③健診情報の用語等の不統一、④生涯を通じた健康管理の支援体制の不備である。これを是正するために、2012（平成24）年度に全国の医師会共同利用施設の中から9施設に協力を得て調査を開始、平成27年度には医師会共同利用施設を中心とした14施設の協力により、「健診標準フォーマット」によるデータベース構築及び運用を検討されている。我々の佐賀県医師会成人病予防センターも協力している。

現在、健診機関は顧客要望により、健診結果を多種類のCSVデータへ変換作業を行っている。健診データの標準化を行う目的は、異なる地域の健診データを利用可能にすることであり、データ変換に関する費用対効果が得られるとのこと。また、医療機関がデータベースを保有する目的は、患者にとって安心安全が確保でき、保健事業の計画等に対する分析サービスを創出できる。最終的には、2018（平成30）年の第三期特定健診の見直し議論に向けて、日本医師会としてEBM創出を可能にしたい考えである。

そして、日本医師会は日医総研で行った「健診データにおける標準的なフォーマット」の策定に関する研究の成果をもとに、2015（平成27）年度事業計画の中で「生涯保健事業の推進による健康寿命の延伸」を発表した。この健診標準フォーマットが早く完成し、日本の健康寿命延伸につながることを期待している。

V-3 第3分科会報告（介護保険関連施設関係）

（1）横浜市医師会（神奈川県）

（発表者：増田英明 横浜市医師会常任理事）

現在、全国で在宅医療・介護連携推進事業は少しずつ進んでいるものと思うが、横浜市では2013（平成25）年11月に西区医師会立の訪問看護ステーション内に在宅医療相談室を開設されている。

医療相談室の業務としては、退院時支援や居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等からの相談業務、また多職種連携や市民啓発等様々な事業を行っているが、都市部・都市部近郊では急激な高齢化の進展に伴う様々な問題が出てきているのはご承知の通りである。

そうした中で、横浜市西区医師会では早くからこのような取り組みをされているが、医師会立訪問看護ステーションの中に在宅医療介護連携の拠点があり、ケアマネジャー資格を持った看護師がトータルコーディネーターの役目をやっておられるということについては、注目すべき取り組みと感じている。また事業を展開していく中で、各地区でチーム医療を少しずつ進められているが、その中でそれぞれの地区のリーダーの先生がいらっしゃるということも特徴的であり、その結果、1年後に訪問診療に携わる先生が22人から29人に増えたことは大変評価できると思った。

（2）堺市医師会介護老人保健施設「いずみの郷」（大阪府）

（発表者：前川たかし 堺市医師会介護老人保健施設いずみの郷施設長）

堺市医師会介護老人保健施設「いずみの郷」は、堺市からの委託を受けて医師会が運営されているが、従来からの医師会事務局に看護学校、訪問看護ステーションが併設されており、給与体系を医師会職員のものと同じように進めたところに、問題があったとのことである。

医師会職員等の給与体系は公務員給与に準ずるところが多いと思うが、訪問看護ステーションは診療報酬や介護報酬によって運営されており、順調な運営を行っているにもかかわらず、毎年10%程度の赤字を出していたとのことであった。これをなんとかしなくてはいけないということで、経営診断を仰いだ後に医師会の担当理事、職員の代表、また経営コンサルタントで構成される検討委員会をつくったが、給与体系の

中に「職能給」という形を取って、全体の経費削減に努めたとのことであった。成果として、1年後には黒字化したということである。

また、介護老人保健施設については、在宅復帰率が非常に問題になっていると伺った。施設としてはできるだけ入所率を高めていきたいが、在宅復帰率を考えるとある程度状態が改善した方には帰っていただかなければならない。そうすると経営が大変になる。できるだけ入所率を維持しなければならないが、「医師会ブランド」というジレンマがあるということもお話した。

また、現在全国で35の医師会介護老人保健施設があるが、そのネットワーク作りというか、「今後は他の施設とも連携をしていきたい」というお話もあった。この点については、何年か前に医師会病院も「横のつながりというのがないのでネットワーク化を図るべきではないか」という意見が、医師会共同利用施設検討委員会の中でも出ていた。今後考えていかなければならない問題であると思っている。

(3) 尾道市医師会（広島県）

（発表者：伊藤勝陽 介護老人保健施設やすらぎの家施設長）

ご承知の通り、尾道市医師会では「尾道方式」といわれているように、十数年前から主治医機能を含めた「医療・介護連携ネットワーク」が進んでいる地域である。今回のご報告では、2011（平成23）年からICTを活用した基盤整備を行っているということであった。特に現在は、急性期病院からの情報開示があり、それをネットワークの中で各関係機関、関係組織と連携をしていくという取り組みである。まだ緒に就いたばかりで、これからの課題がたくさんあるようだが、やはり「さすが尾道」といえるのは、非常に関係者の参加率が高く、すでに50%を超えているということであった。特に在宅療養支援診療所からの声掛けでネットワークが進んでいるということと、かかりつけ医が中心になって行うということで、セキュリティ面にも配慮されているということであった。

全国ではICT化が確実に進んでいるが、医師会共同利用施設検討委員会でも全国のICT化の状況を絶えず報告していただきながら、できるだけ平準化を図っていきたいと思っている。これもこれからの大きな課題ではないかと思っている。

(4) 島原市医師会（長崎県）

（発表者：辻敏子 島原市地域包括支援センター所長）

島原市では地域包括支援センターが市内に1か所あり、それが医師会立ということは大変珍しい。地域包括支援センターを運営して10年経過した中で、新たに「在宅医療相談センター」が設置されているとのことであった。

特徴としては、医師会立の地域包括支援センターということで、特定健診に付随し

た特定高齢者の把握事業や認知症サポーターの育成、介護事業のボランティアの育成などを幅広く手掛けておられた。地域包括支援センターには非常に多くの業務があるが、1か所だけの地域包括支援センターで職員数は非常に多いが、その中で機能分担もしっかりできていることも評価できる点であった。

ただ、島原市医師会でも在宅医療に携わる先生が少ないことが悩みの種とのことで、これは全国どこの医師会でも共通の課題であると思う。今後の未曾有の高齢社会の中で、在宅医療に取り組んでいただく先生をどうして増やしていくか、これも医師会共同利用施設としての大きな悩みの1つである。

今回のメインテーマは「地域医療構想と今後の医師会共同利用施設」である。現在、全国で策定に取り組んでいる地域医療構想においては病床機能が再分類されるが、その中で慢性期と在宅が非常に難しくわかりにくい。しかしながら、在宅医療の需要が大幅に増えるのは確実であるため、医師会病院や介護関連部門を中心とした医師会共同利用施設を持つ地域医師会が中心となって、在宅医療を推進していただきたいと心より願っている。

おわりに

今期医師会共同利用施設検討委員会は、2014（平成26）年10月22日に開催された第1回委員会において、横倉会長より諮問された「将来を見据えた医師会共同利用施設の在り方ー医療・介護における地域への貢献、多職種連携の人材育成、ICTの活用も含めてー」について、日本医師会担当副会長、担当常任理事、日医総研の研究員の方々にもご参加いただき、答申に向けて12名の委員により様々な協議を行ってきた。

全国のブロックから参加いただいた委員には、直接的に医師会共同利用施設の運営に携わっておられる先生だけでなく、都道府県医師会の担当役員も数多くおられたが、医師会共同利用施設を有していなくとも、超高齢社会における医師会や医師会共同利用施設の在り方についての関心は高く、有意義な議論が行われたと思っている。会長諮問に対する答申書では、初めに地域包括ケアシステムや地域医療構想、診療報酬や介護報酬改定の方向性等、最近の医療情勢について、有識者として参加いただいた兵庫県立大学大学院教授の小山委員に触れていただいた。医師会病院については、その機能を活用した地域医療構想への対応が最も重要となる。81の医師会病院に対して実施したアンケート調査では、2015（平成27）年度の病床機能区分の約65%が急性期であり、この数字は医師会病院以外の調査結果と大きな差異はなかった。しかし、回復期と慢性期はそれぞれ17%程度であり、回復期病床が多いのが医師会病院に特徴的であると思われた。

検査・健診センターは、ICTを活用した今後の重点施策となる生涯保健事業への対応が課題となるが、2015（平成27）年度から一部の郡市区医師会に協力していただいている日医健診標準フォーマットへの参加についても検討していただきたい。

介護保険関連施設については、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションを中心として積極的に在宅医療を推進している地域医師会、地域包括ケアシステムへの取り組みを実施されている施設や事業所の紹介が中心であるが、多職種協働のツールとしてのICT活用等、先進的な取り組み事例を今後の事業展開の参考としていただきたい。

ところで、医師会共同利用施設の総数については、日本医師会が2年ごとに調査を行っている。介護保険制度が創設されてからの10年間は毎年介護保険関連施設が増え続けており、2009（平成21）年度には合計で1,351施設にまで増加していた。しかし、その後の4年間は減少傾向にあったが、2015（平成27）年度の調査では、合計で1,288施設と、2年前の調査より20施設程度の増加に転じたのは大変喜ばしいことである。2015（平成27）年4月1日現在の医師会共同利用施設の内訳は、医師会病院が83、検査・健診センター166といずれもわずかに減少している。介護保険関連施設では地域包括支援センターは91と少し減っていたが、訪問看護ステーションは443、居宅介護支援事業所は241と再び増加傾向にあった。その他では、医師会共同利用施設としての診療所が82あるが、2016（平成28）年度の診療報酬改定で在宅医療専門診療所の開設が認められたことより、今後は医師会共同利用施設としての在宅療養支援診療所等の運営も視野に入れる必要があると思われる。

医師会病院の病床機能報告状況調査結果

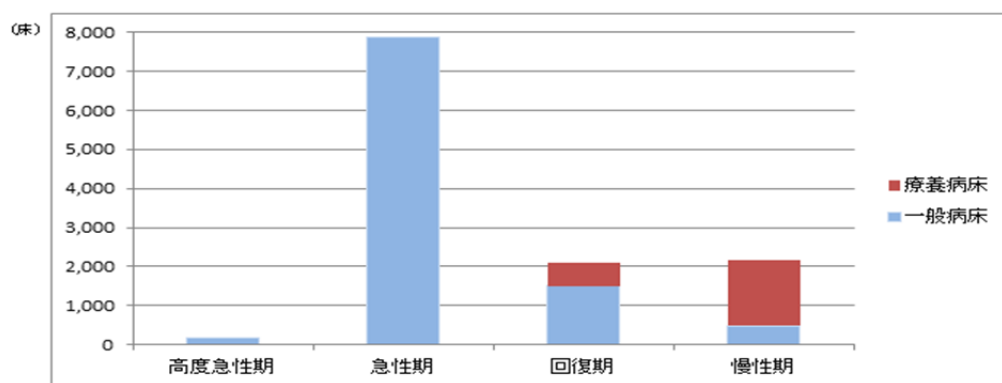
医師会共同利用施設検討委員会では、今期委員会報告書の作成にあたり、議論の参考とするため、医師会病院 81 施設(台風 18 号による被災のため、きぬ医師会病院は調査対象から除外)に対し、平成 27 年度病床機能報告制度における報告状況について調査を行った。回答率は 82.3%であった。

なお、「③2025 年 7 月 1 日時点」の病床数は任意の報告事項のため、未記入が多かった。以下にその結果を示す。

○全体

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況 ＜医師会病院＞

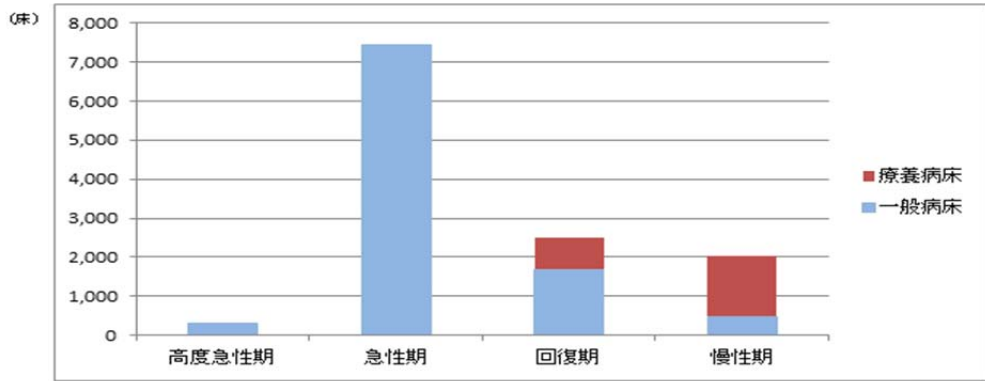
＜①2015年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)＞



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	164	7,890	1,494	487	10,035
療養病床	0	0	593	1,683	2,276
合計	164	7,890	2,087	2,170	12,311
構成比	1.4%	64.1%	17.1%	17.4%	100.0%

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況
 <医師会病院>

<②6年が経過した日における病床の機能区分の予定別の病床数(許可病床)>



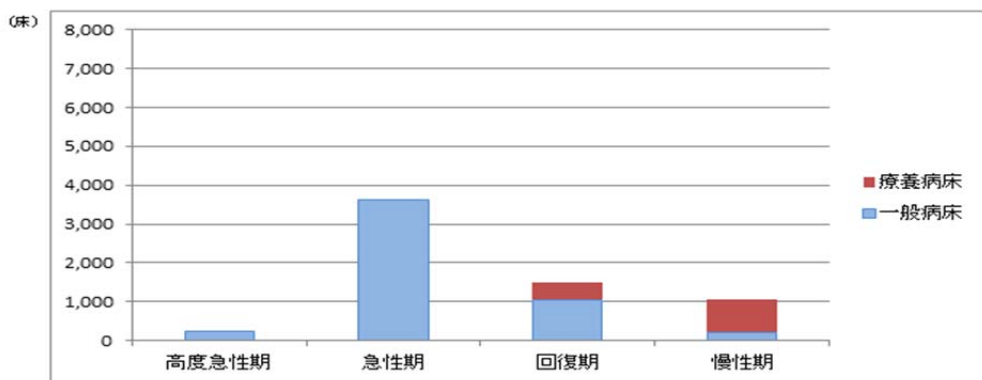
(床、%)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	293	7,437	1,677	487	9,894
療養病床	0	0	831	1,533	2,364
合計	293	7,437	2,508	2,020	12,258
構成比	2.5%	60.6%	20.7%	16.2%	100.0%

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況
 <医師会病院>

(本項目は、任意の報告事項であり、報告のあった病床分のみ記載)

<③2025年7月1日時点の病床の機能区分の予定別の病床数(許可病床)>



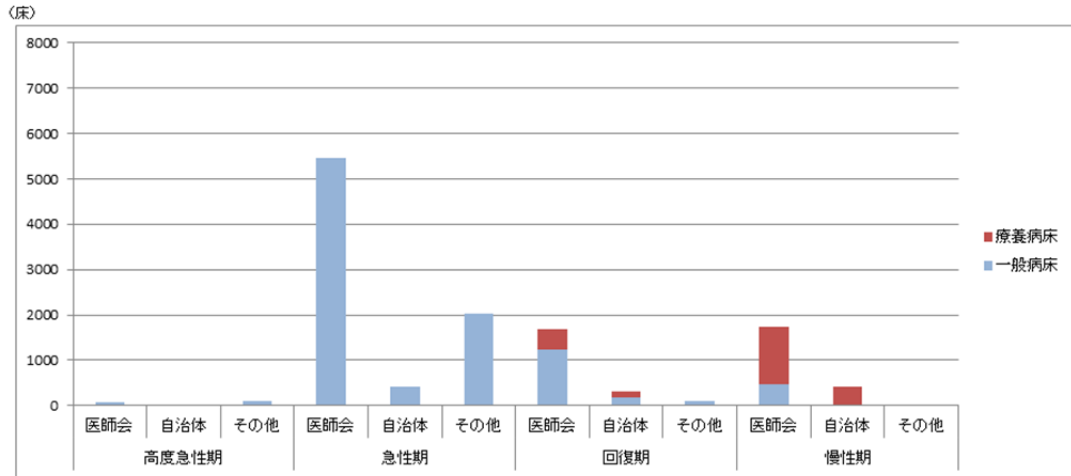
(床、%)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	233	3,619	1,050	214	5,116
療養病床	0	0	445	835	1,280
合計	233	3,619	1,495	1,049	6,396
構成比	3.8%	55.7%	24.1%	16.4%	100.0%

○開設者別

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況 ＜医師会病院・開設者別＞

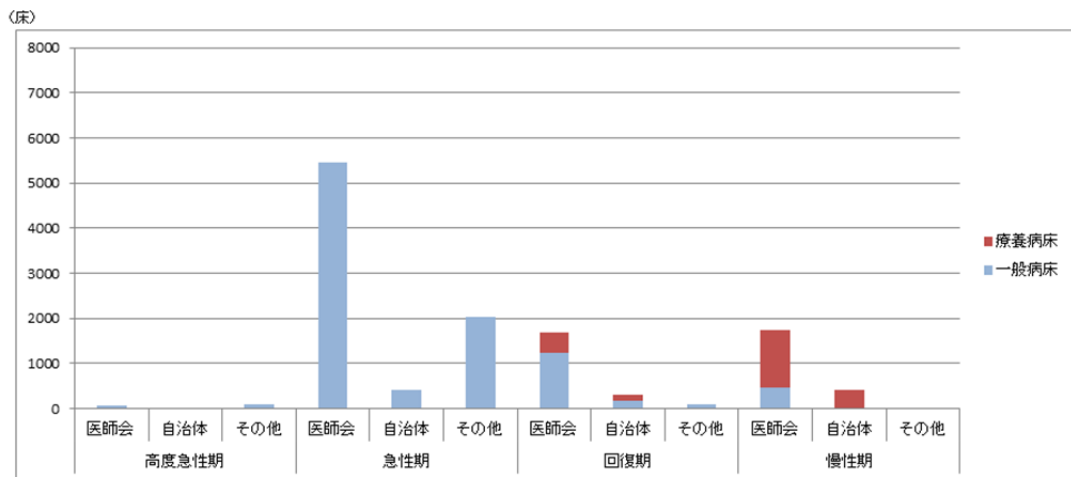
＜①2015年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)＞



	高度急性期			急性期			回復期			慢性期			計			合計
	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	
一般病床	72	0	92	5,460	405	2,025	1,234	165	95	467	20	0	7,233	590	2,212	10,035
療養病床	0	0	0	0	0	0	452	141	0	1,279	404	0	1,731	545	0	2,276
合計	72	0	92	5,460	405	2,025	1,686	306	95	1,746	424	0	8,964	1,135	2,212	12,311
構成比	0.6%	0%	0.8%	43.9%	3.4%	16.9%	13.7%	2.6%	0.8%	13.9%	3.5%	0%	72.8%	9.2%	18.0%	

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況 ＜医師会病院・開設者別＞

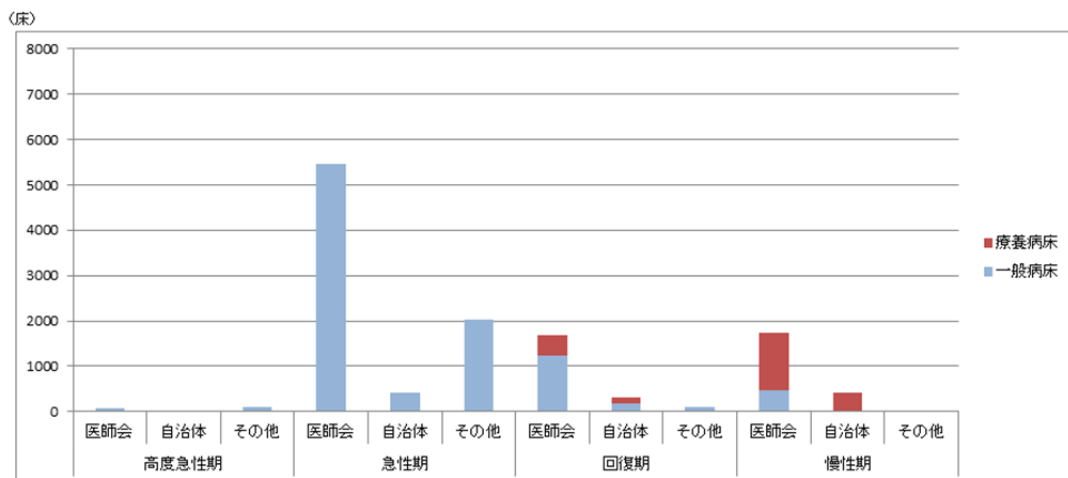
＜②6年が経過した日における病床の機能区分の予定別の病床数(許可病床)＞



	高度急性期			急性期			回復期			慢性期			計			合計
	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	
一般病床	114	99	80	5,257	306	1,874	1,417	165	95	467	20	0	7,255	590	2,049	9,894
療養病床	0	0	0	0	0	0	690	141	0	1,129	404	0	1,819	545	0	2,364
合計	114	99	80	5,257	306	1,874	2,107	306	95	1,596	424	0	9,074	1,135	2,049	12,258
構成比	1.0%	0.8%	0.7%	42.4%	2.6%	15.7%	17.3%	2.6%	0.8%	12.7%	3.6%	0%	74.0%	9.3%	16.7%	

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況
 <医師会病院・開設者別>

<③2025年7月1日時点の病床の機能区分の予定別の病床数(許可病床)>



	高度急性期			急性期			回復期			慢性期			計		合計	
	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体	その他	医師会	自治体		その他
一般病床	66	99	68	2,324	155	1,140	837	165	48	214	0	0	3,441	419	1,256	5,116
療養病床	0	0	0	0	0	0	364	81	0	676	159	0	1,040	240	0	1,280
合計	66	99	68	2,324	155	1,140	1,201	246	48	890	159	0	4,481	659	1,256	6,396
構成比	1.1%	1.6%	1.1%	34.8%	2.5%	18.4%	19.4%	4.0%	0.8%	13.8%	2.6%	0%	70.1%	10.3%	19.6%	

現時点から6年後への変更の動向について
 <医師会病院・全体>

以下は、2015年7月1日時点の病床の機能区分の選択状況と、6年後の病床の機能区分の選択状況とをクロス集計したものである。

※ 下表内の%は、2015年7月1日時点の病床数を分母とした場合の、6年後の各機能区分の構成比である。

		2015年7月1日時点の病床の機能区分					
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床	集計対象計
		164	7,890	2,087	2,170	237	12,548
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
6年後の病床の機能区分	高度急性期	152	141	0	0	0	293
		92.7%	1.8%				2.3%
	急性期	0	7,372	0	0	65	7,437
			93.4%			27.4%	59.3%
	回復期	0	183	2,087	150	88	2,508
			2.3%	100.0%	6.9%	37.1%	20.0%
慢性期	0	0	0	2,020	0	2,020	
					93.1%		16.1%
休床	12	194	0		84	290	
		7.3%	2.5%			35.4%	3.1%