平成２８・２９年度
医師会共同利用施設検討委員会
報　告　書

平成３０年２月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

平成３０年２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　池　田　秀　夫

本委員会は、平成２８年１１月４日開催の第１回委員会において、貴職より「２０２５年を見据えた医師会共同利用施設の展開－健康寿命の延伸に向けた新たな取組と地域における役割－」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	池田秀夫	佐賀県医師会会長
副委員長	利根川洋二	埼玉県医師会常任理事
委員	池上秀明	神奈川県医師会副会長
委員	石田亘宏	三重県医師会理事
委員	伊藤利道	北海道医師会常任理事
委員	加藤雅通	愛知県医師会理事
委員	北川靖	京都府医師会副会長
委員	田代幹雄	大分県医師会常任理事
委員	豊田秀三	広島県医師会副会長
委員	星北斗	福島県医師会副会長
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
１．健康寿命の延伸に向けた国の動き……3
1-1　国の動き……3
1-2　「健康寿命の延伸策」は、医療費削減を目的とするのではなく、国民への投資と考えるべき……5
２．医師会臨床検査センター・健診センター……11
2-1　別府市医師会及び健診センターの試み……11
2-2　函館市医師会健診検査センターの取組……19
2-3　三重県松阪地区医師会の取組……20
2-4　小田原医師会でのストレスチェック事業の取組……25
2-5　大宮医師会でのストレスチェック事業の取組……30
2-6　佐賀県の地域における取組……32
2-7　愛知県下の医師会共同利用施設について……36
2-8　日本医師会が開発・推進する「健診標準フォーマット」……45
３．医師会病院……49
3-1　函館市医師会病院……49
3-2　さいたま市民医療センター……52
3-3　医師会病院がおかれている状況……53
４．在宅医療・介護支援関連施設……55
4-1　京都府医師会在宅医療・介護支援関連施設の状況～設立目的と事業展開～……55
4-2　健康寿命の延伸のために医師会立地域包括支援センターができること……58
4-3　さいたま市４医師会「もの忘れ検診」について……62
4-4　フレイル予防と医師会共同利用施設……70
4-5　広島県呉市における健康寿命の延伸に向けた取組……74
4-6　病院救急車の取組（介護分野での活用法について）……75
５．これからの医師会共同利用施設を考える……79
5-1　佐賀県医師会共同利用施設の組織再編事例……79
5-2　全国医師会共同利用施設総会報告を通して……81
5-3　医師会が行う人材紹介斡旋事業についての提案……82
5-4　医師会共同利用施設の展望……83
６．第 27 回全国医師会共同利用施設総会（分科会報告より）……85
6-1　第１分科会報告……85
6-2　第２分科会報告……87
6-3　第３分科会報告……89
おわりに……91

はじめに

国は、2013（平成 25）年６月に閣議決定された日本再興戦略などを踏まえ、団塊の世代がすべて 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年に向けて健康寿命が延伸する社会の構築を目指している。そして、国民が健やかに生活しながら、老いることができるように、予防・健康管理等に係る具体的な取組を推進するとしている。しかしそこでは、健康寿命延伸産業の育成が盛り込まれ、民間業者による様々な事業展開を誘引している側面がある。本来取り組むべきは、エビデンスに基づく様々な施策の推進による健康寿命の延伸であり、真に国民の健康の維持・増進に寄与するものでなくてはならない。

日本医師会では、従来から生涯保健事業の体系化による健康寿命の延伸を訴えてきた。そこには、妊婦健診に始まり、乳幼児健診、学校健診、事業主健診、特定健診、後期高齢者健診など各種保健事業を体系化し、健診データの連続性を確保することにより、個々人の健康、保健、医療に活用することが、ひいては、健康寿命の延伸に繋がるとの思いがある。そのため、日本医師会総合政策研究機構（以下、日医総研）による健診標準フォーマット(以下、「健診標準フォーマット」)の試験運用を開始しており、遠からず、健診データの一元的管理の実現に資することを目指している。

加えて、健康寿命の延伸のためには、高齢になっても社会生活を営むための機能を可能な限り維持することが重要である。そこで、ロコモティブシンドローム対策、フレイルや認知機能低下の予防を図るとともに、がん及び循環器疾患への対策、糖尿病重症化予防対策、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）対策など、主要な生活習慣病の発症予防、重症化予防、そして再発予防を図る必要がある。同時に、身体の健康に併せ、ストレスチェックなど、こころの健康づくりを推進するとともに、妊婦や子どもの心身の健康づくりを推進し、次世代の健康を支えていくことも忘れてはならない。併せて、健康寿命の延伸を阻害する要因の一つである受動喫煙防止対策の法制化は、喫緊の課題であると考えている。

これらの要素を俯瞰した時、医師会共同利用施設が果たす役割と重要性が自ずと浮かび上がってくる。医師会共同利用施設は、臨床検査の高度化、精度向上等を通した「かかりつけ医」の診療機能の支援、各種健診を通した住民の疾病予防、健康増進等に寄与する責務を負っている。また、今後は、会員医療機関との連携の下に、健診・検査機能やデータ蓄積機能などを活用して、「健康日本 21（第二次）」の基本的方向に掲げられた中心テーマである「健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防」等を推進する中核施設としての活動が望まれる。

最後に付言するならば、多くの医師会共同利用施設では、運営、経営状況が厳しさを増している。長年にわたり培われてきた設立理念を堅持するとともに、その永続性を確保するためには、組織の再構築について一考を要する時期に来ているのではないかと考える。

会員の診療支援を強化するとともに、疾病予防、健康保持増進、健康寿命の延伸の基盤となる各種健診の受診率向上を推進するなど、国民の健康への更なる貢献のための足腰の強化が望まれる。

１．健康寿命の延伸に向けた国の動き

１－１　国の動き

（１）背景

近年、少子高齢化の加速により、高齢化率は 1970（昭和 45）年に 7.1％であったのが、2013（平成 25）年には 25.1％まで上昇した。一方、生産年齢人口（15～64 歳）は減少を続けている。65 歳以上の高齢人口と 15～64 歳の生産年齢人口の比率は、1970（昭和 45）年には１人の高齢人口に対して 9.7 人の生産年齢人口がいたのに対し、2012（平成 24）年には高齢人口１人に対して生産年齢人口は 2.6 人となっている。

また、総人口は 2016（平成 28）年時点で約１億 2,700 万人であるが、2060 年には約 8,700 万人になると見込まれている。

（２）国民健康づくり運動

1978（昭和 53）年から国は「第１次国民健康づくり運動」を実施し、健康診査の充実や市町村保健センター等の整備、保健師などのマンパワーの配置を行った。さらに 1988（昭和 63）年からは「第２次」、2000（平成 12）年からは「第３次」として、10 年ごとに「国民健康づくり運動」を実施し、特に「第３次」は「健康日本 21」として一次予防の重視を明確に打ち出した。その間、健康増進法が制定され、メタボリックシンドロームという概念が定着化し、従来自治体で実施していた健康診査を保険者が行うという形で整理することで、より重点化、徹底を目指す形に変化していった。2013（平成 25）年から「第４次国民健康づくり運動」である「健康日本 21（第二次）」が始まっている。

（３）健康日本 21（第二次）

「健康日本 21（第二次）」は、「健康日本 21」の問題点等を整理してブラッシュアップしたもので、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」と位置付け、健康の増進に関する基本的な方向として、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」をトップに置いている。次いで、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、「健康を支え、守るための社会環境の整備」、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善」となっており、その具体的な目標を 53 項目に絞って進めている。第二次の中間評価は、2018（平成 30）年の夏頃を目途に取りまとめられる方向である。

（４）健康寿命とは

国は、健康寿命を「日常生活に制限のない期間」と定義し、健康寿命と平均寿命の差を縮めることを「健康日本 21」の目標としている。2010（平成 22）年の健康寿命は男性 70.42 年、女性 73.62 年、平均寿命は男性 79.55 年、女性 86.30 年で、その差は男性 9.13 年、女性 12.68 年であるのに対し、2013（平成 25）年の健康寿命は男性 71.19 年、女性 74.21 年、平均寿命は男性 80.21 年、女性 86.61 年で、その差が男性 9.02 年、女性 12.40 年と、「日常生活に制限のある期間」が短縮していることから、国民健康づくり運動が健康寿命の延伸に繋がっているとしている。

（５）スマート・ライフ・プロジェクト

国は、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標にした国民運動をスマート・ライフ・プロジェクトと位置付け、運動、食生活、禁煙、健診・検診の受診の４つのテーマを中心に、企業・団体・自治体へ参加を呼び掛けている。中でも、生活習慣病予防分野における優れた取組に対して、年１回「健康寿命をのばそう！アワード」という表彰制度を設けており、2014（平成 26）年度第３回アワードでは江戸川区医師会が、2016（平成 28）年度第５回アワードでは埼玉県行田市医師会が受賞している。

行田市医師会（埼玉県）

- 総人口：82,469人（平成29年4月1日現在）
- 高齢者人口：23,906人（平成29年4月1日現在）
- 高齢化率：29.0%（平成29年4月1日現在）

プロジェクト　行田市に無煙世代を育てよう
～医師会と関係団体が連携した喫煙率低下への取り組み～

受賞者　一般社団法人行田市医師会

【 医師会と関係団体が連携した喫煙率低下への取り組み 】

行田市医師会が中心となって行田市・行田市薬剤師会に働きかけ、互いに連携しあいながら、市民の喫煙率低下・受動喫煙防止を目的に、3つの事業を実施している。

○小学校を対象とした喫煙防止教育

医師会と行田市教育委員会が協力し、行田市内にある16校すべての小学校において、平成21年から現在まで、「喫煙防止教育」を実施している。

○禁煙チャレンジサポート事業

行田市の事業として平成24年11月から行っている。毎年50人、各人1万円を上限に、禁煙外来の受診費用に対し助成金を支給することにより、禁煙外来への受診を促す。

○禁煙サポーター薬局事業

行田市薬剤師会が市の協力を受け、平成28年5月から行っている。

１－２　「健康寿命の延伸策」は、医療費削減を目的とするのではなく、国民への投資と考えるべき

少子高齢化対策の一つとして、2025 年に向けて医療費削減が大きなテーマとなっている。そこで打ち出されたのが、「健康寿命の延伸策」であり、健康寿命を延伸させれば医療費を削減できると考え、メタボリックシンドローム等の健診にさらに力を注ぐことが決まった。

「健康寿命の延伸」そのものは国民の幸福度を増加させるものであり、反対意見は皆無と思われる。異論が出るとすれば、「健康寿命の延伸策」の目的及び方法に対してである。

健康寿命の定義、解釈は以下の通り幾分異なるが、データが継続的に公表されている②で考えてみた。

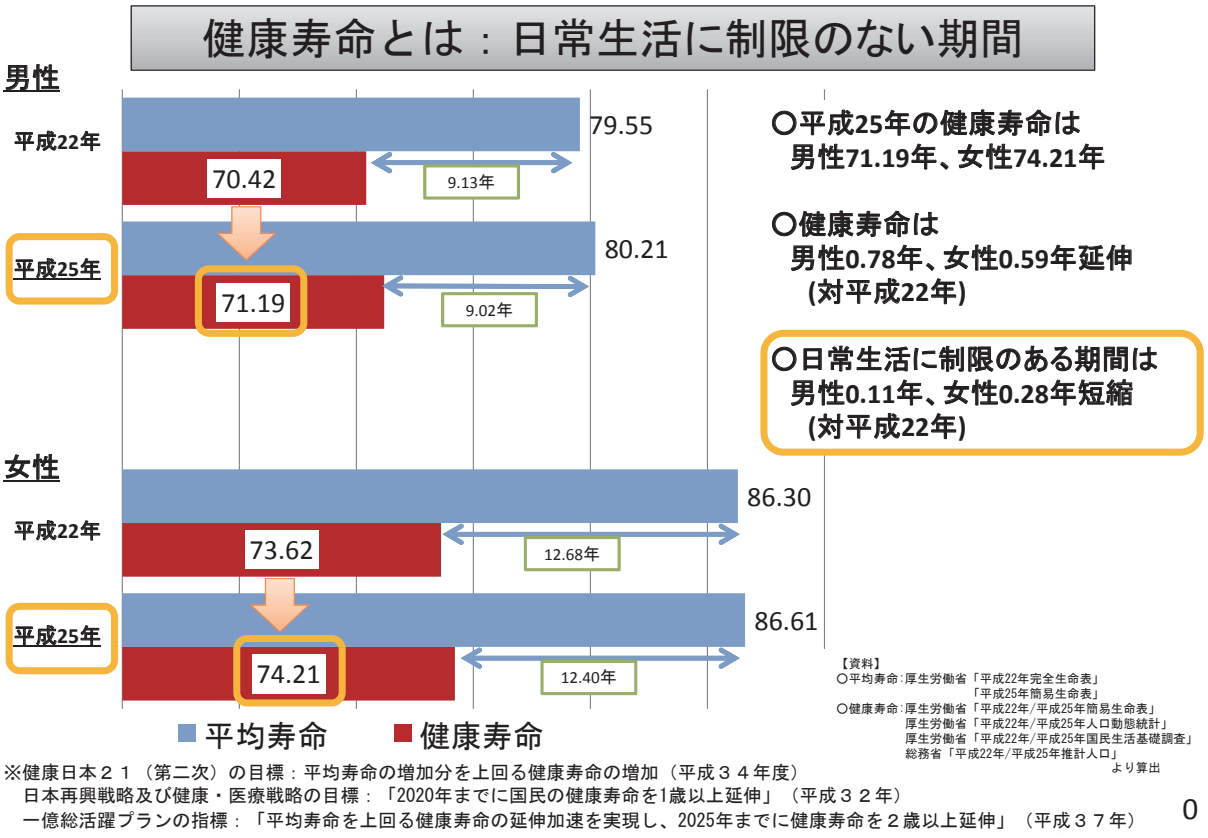
①健康寿命とは、「日常的・継続的な医療・介護に依存しないで、自分の心身で生命維持し、自立した生活ができる生存期間」（WHO　2000 年）

②健康寿命とは、「日常生活に制限のない期間」（厚生労働省、内閣府）

③健康寿命とは、「寝たきりや介護が必要のない、いわゆる健康な期間」（NHK）

④「健康寿命」とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」（経済産業省）

図 1-1



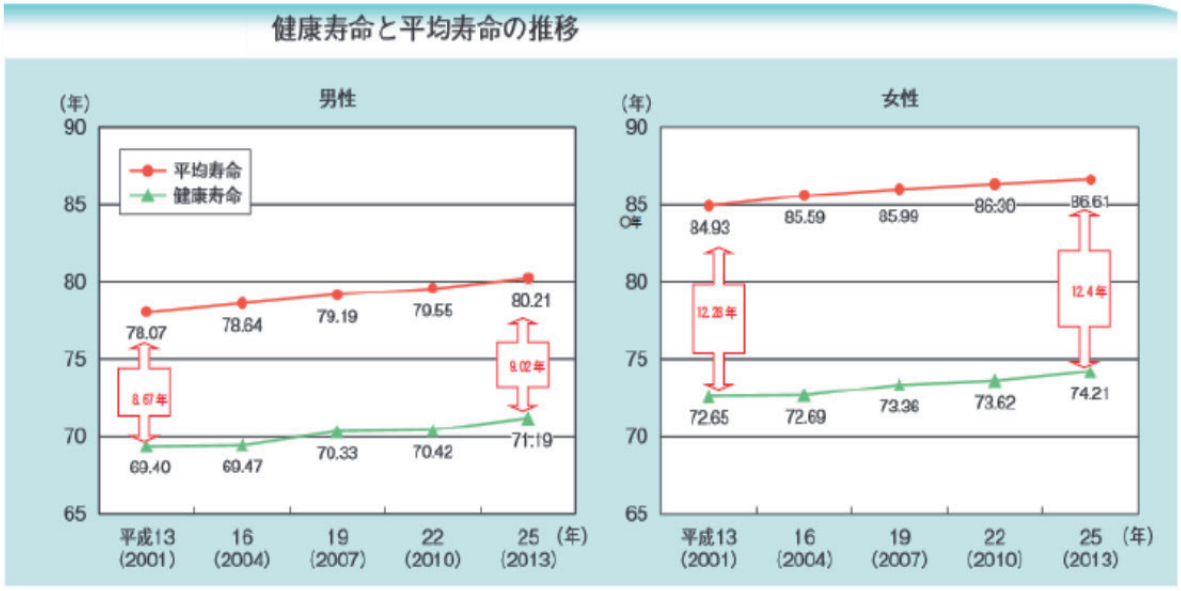
※健康日本２１（第二次）の目標：平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（平成３４年度）
日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標：「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」（平成３２年）
一億総活躍プランの指標：「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を２歳以上延伸」（平成３７年）

先程も述べたが、「健康日本 21」では、2010（平成 22）年と 2013（平成 25）年の比較で、「平均寿命の伸び」よりも「健康寿命の伸び」の方が大きく、「日常生活に制限のある期間（以下、不健康期間）」が、男性 0.11 年、女性 0.28 年短縮したとしている（図 1-1）。この傾向が続けば、2025 年には医療費を２兆円削減できるとしている（平成 26 年版厚生労働白書）が、そもそもわずか３年で効果が出るものであろうか。

そこで、2001（平成 13）年からのデータを調べてみた。内閣府は、平成 28 年版高齢者白書で以下のように述べている。

「健康寿命」は延びているが、「平均寿命」に比べて延びが小さい。「日常生活に制限のない期間（健康寿命）」は、2013（平成25）年時点で男性が71.19年、女性が74.21年となっており、それぞれ2001（平成13）年と比べて延びている。しかし、2001（平成13）年から2013（平成25）年までの「健康寿命」の延び（男性1.79年、女性1.56年）は、同期間における「平均寿命」の延び（男性2.14年、女性1.68年）と比べて小さい（図1-2）。

図 1-2　　健康寿命と平均寿命の推移



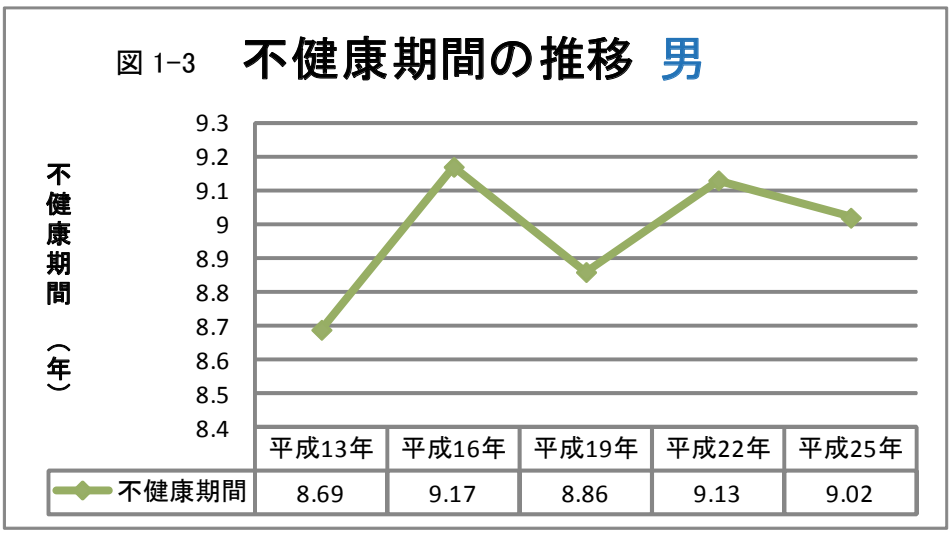
資料：平均寿命：平成 13・16・19・25 年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成 22 年は「完全生命表」
健康寿命：平成 13・16・19・22 年は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平成 25 年は厚生労働省が「国民生活基礎調査」を基に算出
出典：内閣府「平成 27 年版高齢社会白書」

そこで、「平均寿命」と「健康寿命」の差、すなわち「不健康期間」の推移を男女別に折れ線グラフで表示してみた（図 1-3, 4）。

2001（平成13）年から2013（平成25）年まで３年ごとのデータがあるが、上下を繰り返した変化であり、連続的な改善は認めていない。12年経過した最新の2013（平成25）年のデータでさえ、2001（平成13）年のスタート時点より男女とも未だ劣っており、現在行わ

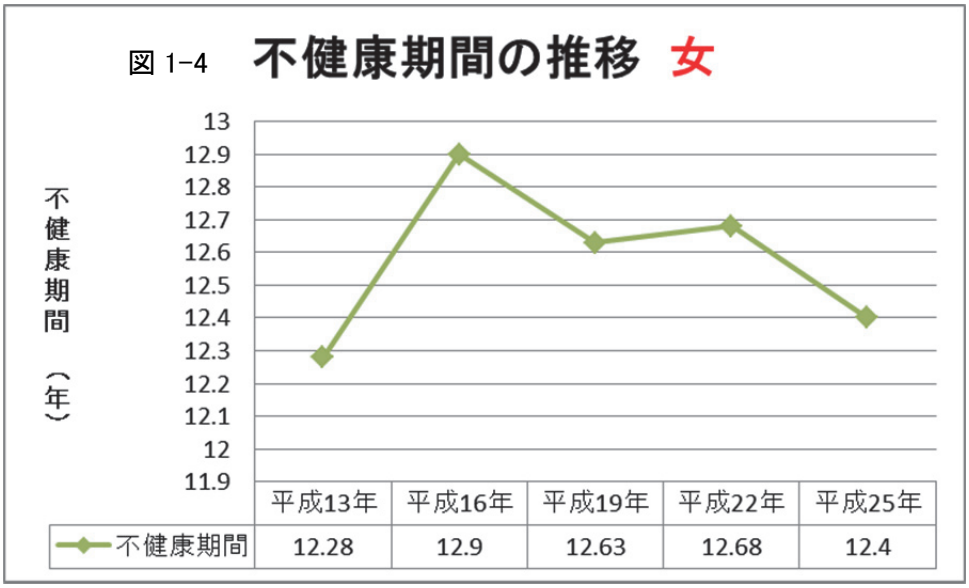
れている主に40歳以上のメタボリックシンドロームに着目した、運動習慣の定着、食生活等の身体面だけの改善策だけでは不十分と思われた。

図 1-3 不健康期間の推移 男



男	平成13年	平成16年	平成19年	平成22年	平成25年
平均寿命	78.09	78.64	79.19	79.55	80.21
健康寿命	69.4	69.47	70.33	70.42	71.19
不健康期間	8.69	9.17	8.86	9.13	9.02

図 1-4 不健康期間の推移 女



女	平成13年	平成16年	平成19年	平成22年	平成25年
平均寿命	84.93	85.59	85.99	86.3	86.61
健康寿命	72.65	72.69	73.36	73.62	74.21
不健康期間	12.28	12.9	12.63	12.68	12.4

健康寿命を短縮させる「疾病の要因」には、本人の努力に左右される「生活習慣要因」だけでなく、本人の責任に帰することのできない「遺伝要因」や「外部環境要因」があるが、「生活習慣病対策」にもっぱら重点が置かれており、「生活習慣病」を個人責任と見なす近年の風潮を生んでいる。「健康日本21（第二次）」では、社会環境の整備・改善といった「外部環境要因」にも注力する必要性が提案され、幾分軌道修正されているが、「遺伝要因」にまでは及んでいないようである。すなわち、「生活習慣病」は「個人の不健康な生活習慣」が原因＝個人責任とのイメージが、国民の間では未だ拡大・固定したままであるように感じる。

「健康日本21（第二次）」の目指す方向、健康寿命の延伸そのものは、国民の健康度ひいては幸福度のアップに繋がり、今後も継続していくべきと考えるが、これによって医療費が削減できるかというと疑問を感じる。

2017（平成29）年１月４～13日の日本経済新聞の「予防医療で医療費を減らせるか」の８回シリーズで、東京大学教授（臨床疫学・経済学分野）の康永秀生先生が、以下のように述べている。

「予防医療を推進することによって国民医療費を削減することは可能でしょうか。実際には、これまでの医療経済学の多くの研究によって、予防医療による医療費削減効果には限界があることが明らかにされています。それどころか、大半の予防医療は、長期的にはむしろ医療費や介護費を増大させる可能性があります。そのことは医療経済学の専門家の間ではほぼ共通の認識です。しかしながら、まだ一般には、その事実があまり浸透していないように見受けられます。多くの予防医療に医療費抑制効果はありません。これは医療経済学の専門家の共通認識です。医療経済学の大家であるミルトン・ワインシュタイン米ハーバード大教授らが2008年に発表した論文によれば、予防医療の費用対効果に関する1,500の研究結果のうち、医療費削減効果を認めた予防医療サービスは20％以下でした。この割合は治療的サービスと同等であり、同じ疾患に対して予防が治療と比べて特別に医療費を抑制するわけではないことも示されました。メタボ健診は生活習慣病の発症を遅らせ、国民の健康レベルを維持・改善します。したがって、今後も推進されるべきです。しかし、メタボ健診が長期的に医療費を削減できるという確かな根拠はありません。厚生労働省は2006年、メタボ健診によって2025年には約２兆円の医療費を削減するという目標を掲げました。しかしこの推計値に学問的な根拠はありません。」

2018（平成30）年度に、2016（平成28）年の「健康寿命」、「平均寿命」等の詳細な分析データが公表される予定になっているが、2013（平成25）年に引き続き、「平均寿命の伸び」よりも「健康寿命の伸び」の方が大きく、「不健康期間」がさらに短縮していれば、現在の

方法でもよいのかもしれない。

そうでなければ、今後は身体面だけでなく精神面（生きがい、やりがい、幸福感等）の改善策を追加する必要があり、さらに重要なことは、悪い習慣が定着した大人になってからではなく、「子どもの頃からの健康教育（特に食育）」を充実させることであり、生涯を通しての対策が必要ではないかと考える。

そのためには、胎児期から蓄積された種々の個人のデータ（母子手帳、予防接種歴、健診データ、病歴等）を、いつでも本人が閲覧できるようにする必要がある。そうなれば、自己管理能力が高まり、本当の健康寿命の延伸に繋がるのではないだろうか。

また、最近、年齢によって「健康寿命延伸策」を変えるべきではないかという研究結果が報告された。東京都健康長寿医療センターの研究チームは、65歳以上の高齢者を平均7.0年（最大12.4年）追跡した結果、調査開始時に心身の活力や機能が低下した「フレイル」状態だった人が、要介護認定を受けるなど自立度に影響が出る危険性は、そうではない人よりも2.4倍高くなるとの分析結果をまとめた（図1-5）。一方、国が推進する特定健診で調べるメタボリックシンドロームの有無は、自立度の低下と関係ないことが分かった（図1-6）として、日本公衆衛生雑誌2017（平成29）年10月号（第64巻・第10号593-606）に発表した。同じ集団を対象にフレイルとメタボリックシンドロームの影響を調べた調査は初めてで、群馬県草津町で2002（平成14）～2011（平成23）年に高齢者健診を受診した65歳以上のうち、要介護認定を受けていない1,453人を2014（平成26）年まで追跡した（今回の調査でのフレイルの条件は、以下の５項目のうち３項目以上に該当：①体重減少（半年以内に２～３kg以上）、②握力低下（男性26kg未満、女性18kg未満）、③「自分が活気にあふれている」の質問に「いいえ」と回答、④歩行速度が毎秒１メートル未満、⑤外出が１日１回未満）。

追跡終了時に要介護認定を受けたり亡くなったりした人は494人（要介護発生376人、要介護発生前死亡118人）であった。健診時にフレイルと判定された161人（男38人、女123人）を分析すると、フレイルではない人と比べ要介護認定を受けたり死亡したりする危険性が74歳までの前期高齢者で3.4倍高かった。75歳以上の後期高齢者では1.7倍で、特に前期高齢者で差があった。メタボリックシンドロームは、自立度の低下との関連が認められなかった。統計学的に分析するとフレイルだけが要介護認定や死亡の発生率に影響を与えていた。

研究チームの北村明彦・同センター研究部長は、「健康寿命を延ばすには、高齢者は肥満対策よりも必要な栄養を取り、筋力を付けてフレイルを予防することが大切だ。前期高齢者の健診内容も検討すべきだろう。」と報告した。

今後もいろいろな研究結果が出てくると思われるが、「健康寿命の延伸策」は、医療費の

削減を主目的とするのではなく、国民の健康度と幸福度を増すための投資と考えるべきである。

図 1-5　フレイル区分別にみた自立曲線
（草津町、健診受診高齢者）

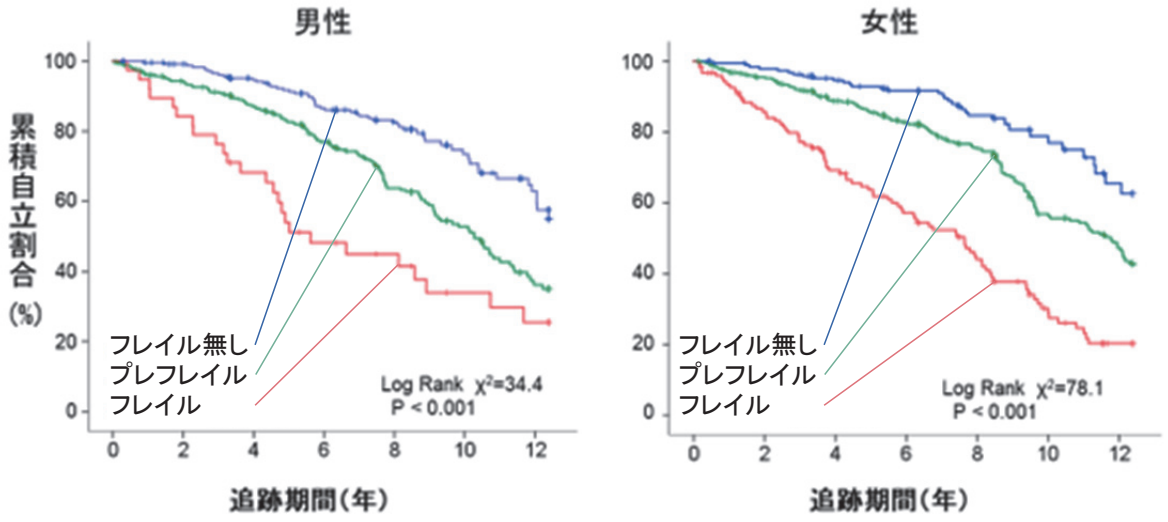
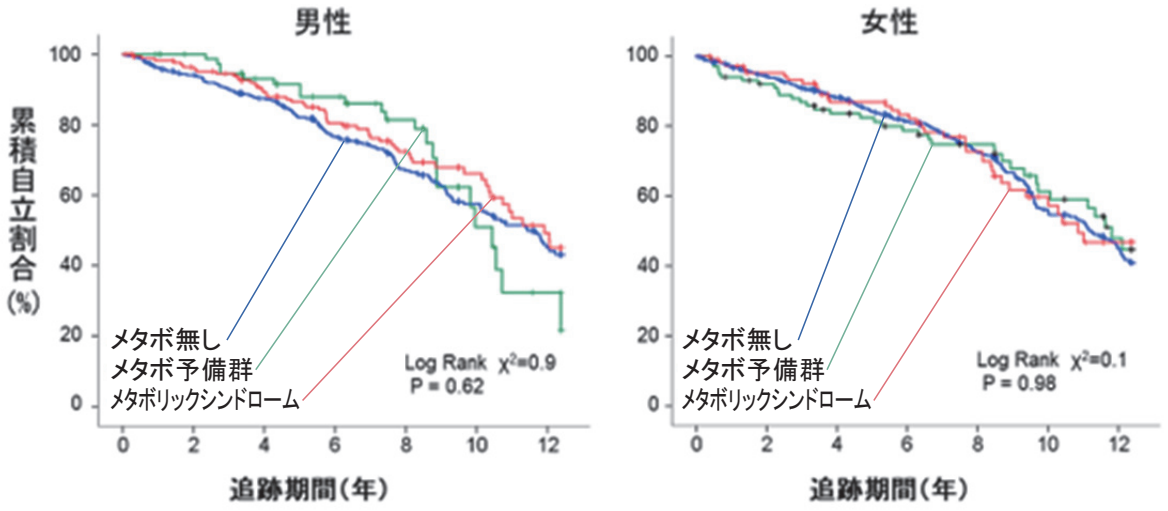


図 1-6　メタボリックシンドローム区分別にみた自立曲線
（草津町、健診受診高齢者）



出典：「北村明彦、新開省ニ、谷口優、天野秀紀、清野諭、横山友里、西真理子、藤原佳典. 高齢期のフレイル、メタボリックシンドロームが要介護認定情報を用いて定義した自立喪失に及ぼす中長期的影響：草津町研究. 日本公衛誌 2017；64(10)：593-606.」より引用、改編。

２.医師会臨床検査センター・健診センター

2017（平成 29）年６月９日に第 10 回未来投資会議が総理官邸で開かれ、「未来投資戦略 2017-Society 5.0 の実現に向けた改革-」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一つに「国民の健康寿命の延伸」が計画され、国民の健康寿命を 2020 年までに１歳以上延伸し、2025 年までに２歳以上延伸することが掲げられ、新たに講ずべき具体的な施策に、「団塊の世代が全て 75 歳以上となる「2025 年問題」に間に合うよう、技術革新を活用し、個人・患者本位で、最適な健康管理と診療、自立支援に軸足を置いた介護など、新しい健康・医療・介護システムを構築する」と書かれている。

また、2017（平成 29）年８月 23 日に「日本健康会議 2017」が開催された。少子高齢化が急速に進展する日本において、 国民一人ひとりの健康寿命延伸と適切な医療について、民間組織が連携し行政の全面的な支援のもと実効的な活動を行うために組織され、経済団体、医療団体、保険者などの民間組織や自治体が連携し、職場、地域で具体的な対応策を実現していくことを目的に活動するとしている。

このような背景のもと、医師会共同利用施設は、今まで地域に根ざした地域医療、保健、福祉を提供してきた礎を基に地域でリーダーシップをとり、連携の中心となる存在にならなければならない。地域で蓄積している健診・検査データを積極的に利活用し、重症化予防事業（糖尿病性腎症、ＣＫＤ(慢性腎臓病)対策）や地域の医療連携のために効率的にデータを共有させることが重要である。ただし、関係法規上、健診データがなく蓄積できない例として、国保で自営業の場合は 20～39 歳までに健診を行う仕組みがないケースなどの課題もあるため、各地域の自治体と連携し、新たな節目健診を考える必要がある。

また、健康教育の一環として、小児期から自分の身体の健康状態を把握することにより健康意識を高め、40～50 歳代の保護者へも浸透するような小児生活習慣病健診や胃がんを予防するピロリ健診なども必要で、生涯にわたりデータを蓄積・提供できる環境を整えることも重要な課題の一つと考える。

２－１　別府市医師会及び健診センターの試み

（１）特定健診 40～50 歳代の受診率向上への取組（図 2-1,2）

2008（平成 20）年度から基本健康診査から特定健診に制度が変わり、第２期の終わりに差しかかっているが、別府市国保の受診率が目標値の 50％台を超えることはなく、40％台にとどまっている。年齢層で見ると 60 歳代以上（42.0～54.7％）に比べ、40～50 歳代の受診率（23.6～34.6％）が低く、60 歳代以上に近づける必要がある。40～50 歳代の国保加入者は自営業が多く、職業によっては昼と夜が逆転している生活環境もあり、電話や封書、ハガキなどの書面による受診勧奨ではもはや限界に来ていることから、ＳＮＳを利用した

心を揺さぶるイメージ映像を定期的に配信して刷り込むような効率的な勧奨も、新たな試みとして取り入れる必要があると考えている。

図 2-1　国保特定健診受診率の推移（別府市保険年金課提供）

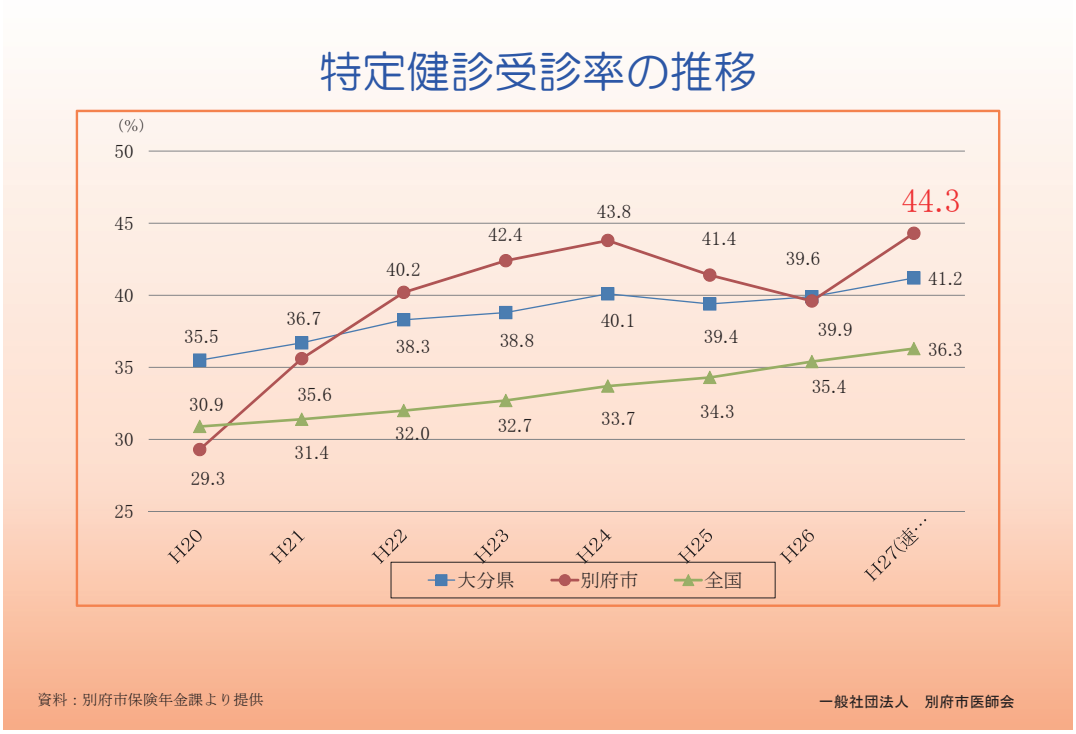
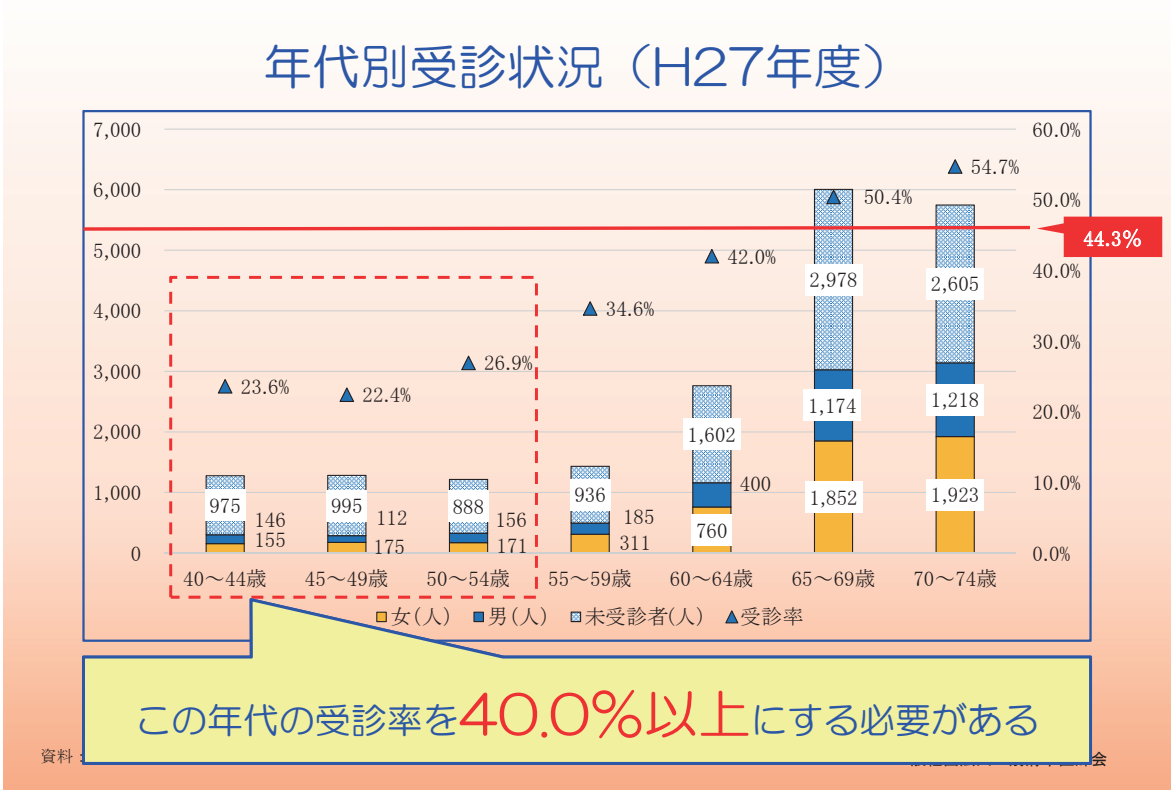


図 2-2　国保特定健診年代別受診状況（平成 27 年度）



（２）必要な地域保健分野のデータ集積と健康教育の仕組みづくり（図 2-3, 4, 5）

2011（平成 23）年度より肥満度 30%以上の児童だけを対象とした血液・生化学検査を行っていたが、真の意味での生活習慣病予防健診とはなっておらず、成人になってからの予防では遅く、小児期からの生活習慣病予防に対する健康教育が必要であるため、小学校４年生と中学校２年生の希望者を対象とした小児生活習慣病予防健診を実施するようになった。40 歳代の保護者も含めた健康教育の一環を狙い、特定健診と同項目を実施している。昨年より中学校２年生時に受診すると小学校４年生に受診したデータと比較できるようになり、既に生活習慣病の兆しのある生徒が２～３例報告されている。保護者も含めた生活習慣の改善が必要となり、保健指導の介入が行われた。

また、2016（平成 28）年度より、中学校２年生の希望者にヘリコバクター・ピロリ菌検査（１次検査として血清抗体価）を同時実施している。抗体検査陽性者については２次検査として尿素呼気検査を行い、両方が陽性の場合は除菌まで自治体が補助する。また、20 歳になるまで除菌療法を受けることができることになった（H. pylori 抗体検査受診者全体からの２次検査陽性率は 3. 53%であった）。除菌対象者 20 名中 12 名が除菌療法を受け、現時点では６名陰性化している。

今後の課題は、国保で自営業の人は 20～39 歳の間健診を行う仕組みがないため、データの蓄積ができていないことである。また、いわゆる「未病」の世代が多く、レセプトデータでも集積できないため、法規上に 30 歳・35 歳の節目健診を作る必要があると考える。保険者毎で、20～39 歳までに１つは設定することを望む。

図 2-3　必要な地域保健分野のデータ集積と健康教育の仕組みづくり

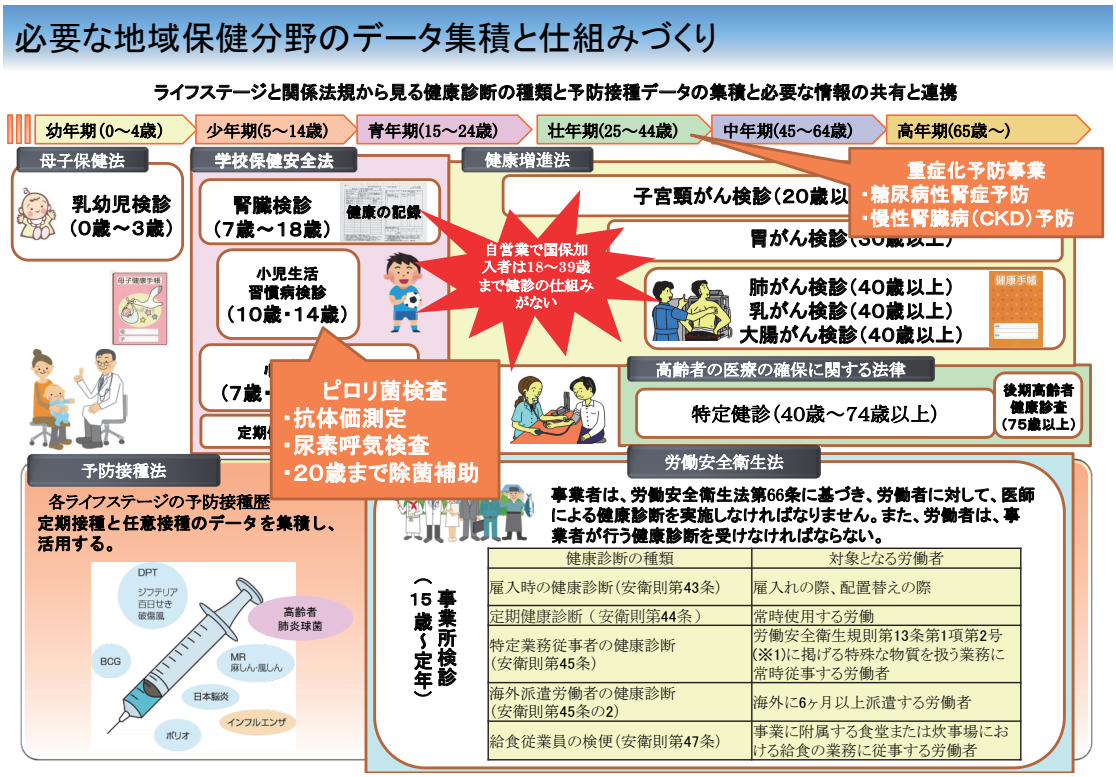


図 2-4　児童・生徒生活習慣病健診の特記すべき症例

児童・生徒生活習慣病健診の特記すべき症例

【症例１】　中学２年生　男　１４歳

小学校4年時

検査項目	H/L	結果	単位
身長		150.0	cm
体重		49.0	kg
肥満度		17.6	%
BMI		21.8	%
最高血圧		118	mmHg
最低血圧		68	mmHg
LDL-C		126	mg/dL
HDL-C		40	mg/dL
中性脂肪	H	165	mg/dL
GOT		30	U/L
GPT		30	U/L
尿酸	H	8.5	mg/dL
HbA1C		5.1	%
白血球数		80	10^9/L
赤血球数		471	10^{12}/L
血色素数		13.3	g/dL
ヘマトクリット	L	38.1	%

中学校2年時

検査項目	H/L	結果	単位
身長		178.7	cm
体重		103.9	kg
肥満度	H	61.6	%
BMI	H	32.5	%
最高血圧	H	148	mmHg
最低血圧		78	mmHg
LDL-C	H	127	mg/dL
HDL-C	L	38	mg/dL
中性脂肪	H	253	mg/dL
GOT	H	187	U/L
GPT	H	217	U/L
尿酸	H	9.3	mg/dL
HbA1C	H	7.2	%
白血球数		90	10^9/L
赤血球数		505	10^{12}/L
血色素数		14.2	g/dL
ヘマトクリット		42.8	%

特記すべき問診内容

治療中の病気	あり 過敏性腸症候群/扁桃腺炎
体調	良くない 頭が痛い
間食	イオン飲料・ジュース500ml以上 スナック菓子／から揚げやポテトの揚げ物
運動	している
体型	肥満
家族歴	祖父母：糖尿病／心臓病 親：高血圧／高脂血症
放課後の過ごし方	勉強、学習塾／ゲーム・スマートフォン2時間

考察

4年間で血液検査のデータで基準値を越す項目が増え、医学的管理が必要なケースになっている。
保護者と一緒に生活習慣の改善が必要とされる。

一般社団法人　別府市医師会

図 2-5　ピロリ菌検査・除菌の流れ及び結果

ピロリ菌検査・除菌の流れ及び結果

中学2年生全員　941人　生活習慣病健診受診　572人　受診率　60.8%

健診	受診者数	受診率 陽性率
1次検査（血清H.pylori抗体検査）	565人	98.8%
陽性者（カットオフ値 3.0以上）	134人	23.7%
2次検査（尿素呼気試験）	127人	94.8%
陽性者（カットオフ値 3.5以上）	20人	15.7%

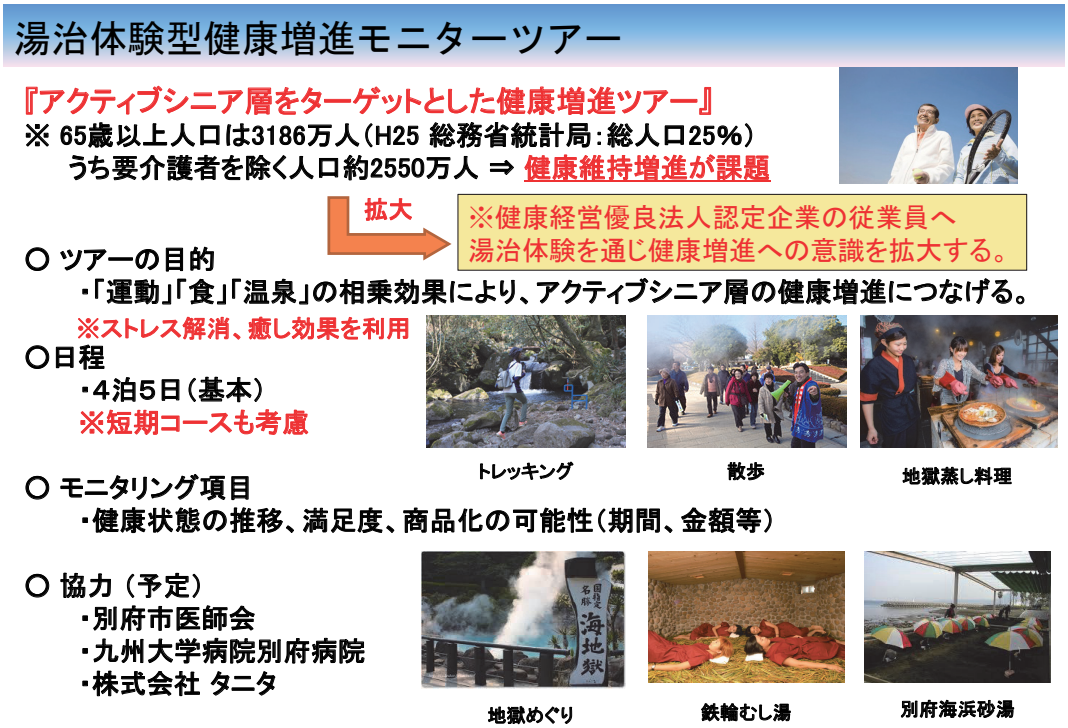
血清H.pylori抗体受診者全体からの陽性率　3.53%
現在、陽性者20名のうち10名の除菌を大分大学医学部の監修のもとで市内の病院で行っている。
除菌未受診者については20歳まで別府市で管理する。

（３）健康増進への取組について（図 2-6）

2017（平成 28）年９月下旬から 10 月中旬にかけ、アクティブシニア層をターゲットとして、観光都市を生かした「湯治体験型健康増進モニターツアー」を、自治体とイベントの一環として実施。65 歳以上の人口は全国で 3,186 万人(H25 総務省統計局:総人口 25%)、うち要介護者を除く人口約 2,550 万人の健康維持増進が課題となるため、観光地を活かした温泉の癒し効果と健康増進をコラボしたツアーとなっている。

湯治体験前にメディカルチェックの上、４泊５日のプログラムを体験後、メディカルチェックを再度行い評価する。今後の取組としては、健康経営優良法人認定企業の従業員へ湯治体験を通じ、福利厚生も兼ねたツアーとして健康増進への意識を拡大したい。

図 2-6　湯治体験型健康増進モニターツアー

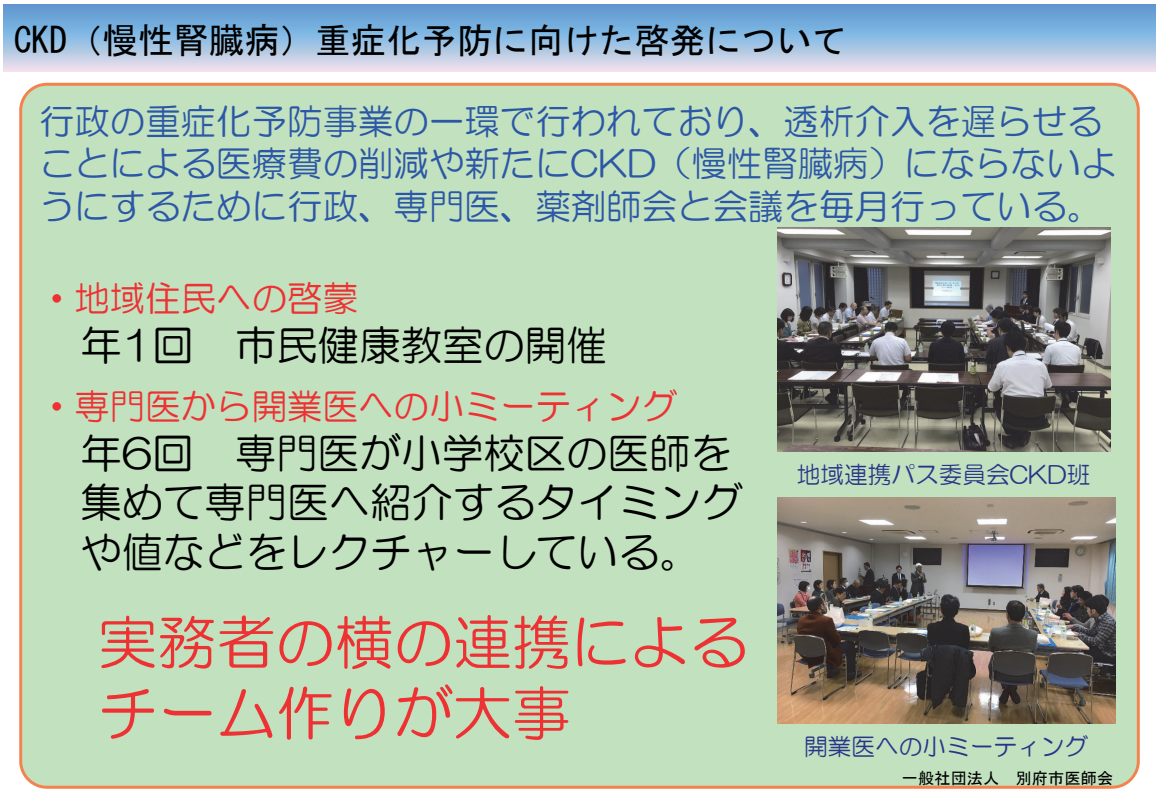


（４）ＣＫＤ重症化予防に向けた啓発について（図 2-7）

2015（平成 27）年度より行政の重症化予防事業の一環で、地域住民への啓発として年１回市民健康教室を開催している。専門医から開業医への小ミーティングを年６回行い、その際に専門医が小学校区の医師を対象に、専門医へ紹介するタイミングなどをレクチャーしている。

また、別府市医師会内に地域連携パス委員会を立ち上げ、ＣＫＤ班として透析介入を遅らせることによる医療費の削減や、新たにＣＫＤにならないようにするために行政、専門医、薬剤師会と会議を毎月行っている。

図 2-7　慢性腎臓病重症化予防に向けた啓発について



（５）　ＩＣＴを活用した次世代の健診（未来への取組）（図 2-8, 9）

前期の本委員会報告書でも触れたが、2010（平成 22）年より医師会を中心とした医療・保健・福祉を連携し、地域医療の質の向上に資することを目標としている、医療連携ネットワーク「ゆけむり医療ネット」を運用している。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下に、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）を参照可能なシステムを構築している。

医師会検査・健診センターからも検体検査や健診データを提供しており、精密検査のために基幹病院を受診したデータと合わせて時系列に閲覧できる。

この地域医療連携システム「ゆけむり医療ネット」とシームレスな連携を図り、予防と医療の一体化を目指し、地域住民の健康を支える「次世代の健診システム」を構築することを検討している。

第１フェーズは、現在の健診システムの健診業務の効率化を図り、健診に関するコンテンツを配信するブロードキャストの仕組みを組み込み、コンテンツを配信し、健診の受診率アップを図る効果的な仕組みを構築する。

第２フェーズは、住民の方々へのサービスとして健康手帳のデジタル化を進め、健診予約やリマインダー、診療情報参照やお薬手帳にも役立て、端末に健診結果を報告する。指

導が必要な場合はＡＩを活用し、過去データより判定結果に基づいた保健指導支援コンテンツを配信する。また、健康レシピを家族へ配信し協力を促し、健康増進を図る。

第３フェーズは、蓄積された健診データから疾病管理ツールを利用し、地域の重症化予防事業の支援とＩｏＴ端末から日常のデータを取得し、地域の疾病を「見える化」し、指導と管理による予防を促す。

第４フェーズは、地域流通業であるデパートや小売業の企業と連携して健康マイレージを運用し、地域流通ポイントと交換できるインセンティブの仕組みを作る。

第５フェーズは、観光を利用した他地域とのヘルスケア・イノベーションを構築する。

図 2-8　ゆけむり医療ネット

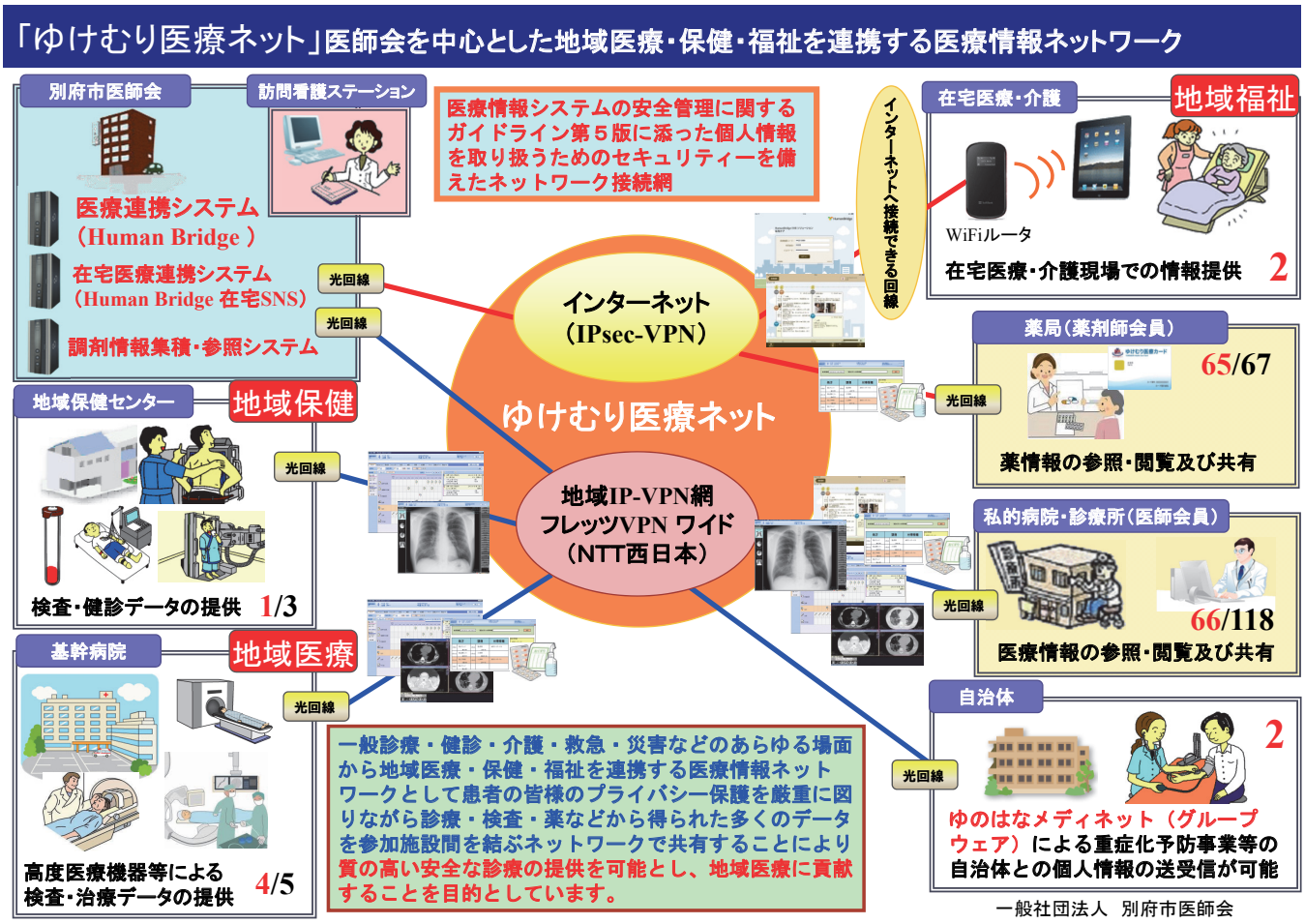
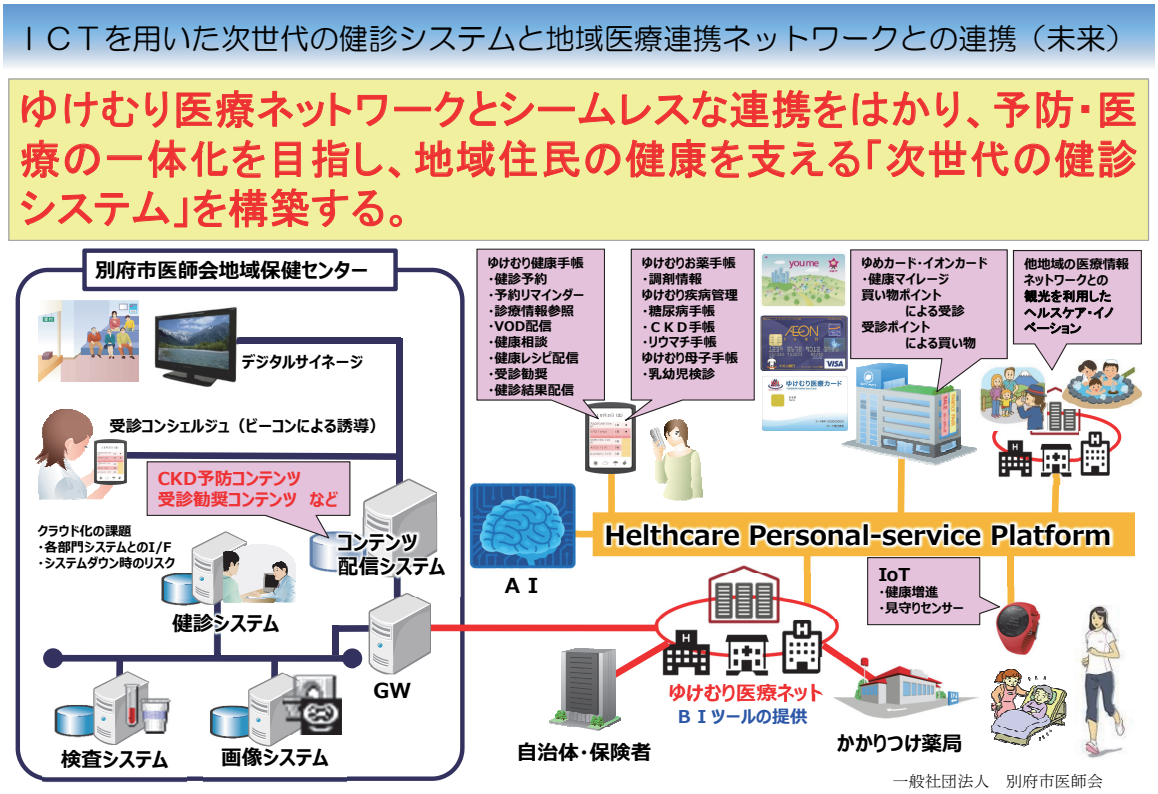


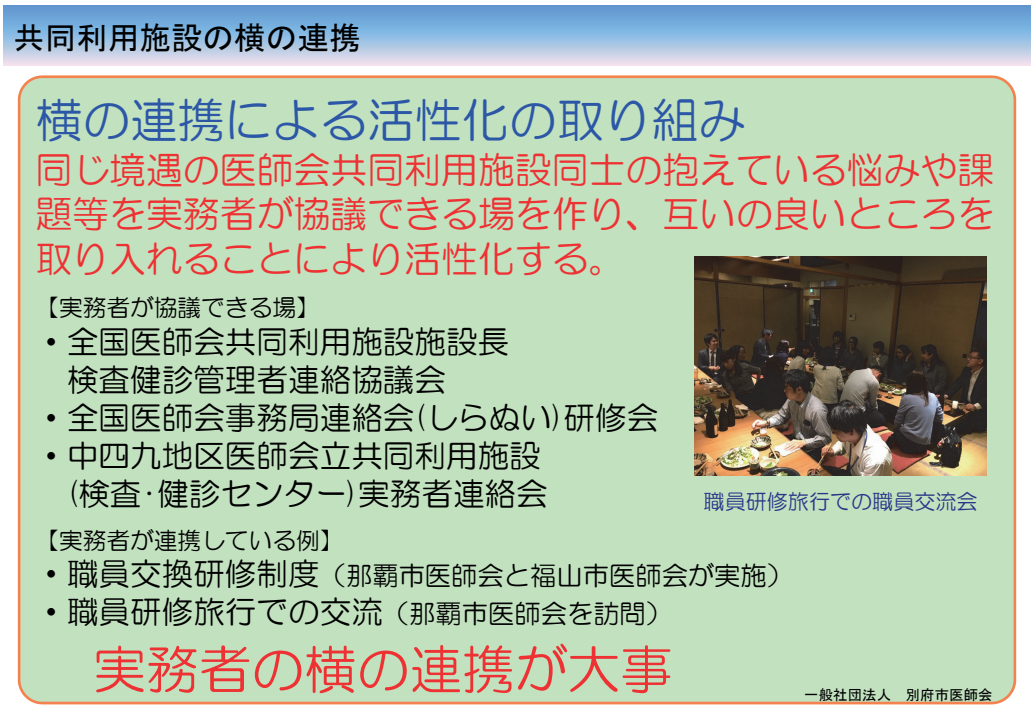
図 2-9　ICT を用いた次世代の健診システムと地域医療連携ネットワークとの連携（未来）



（６）共同利用施設の横の連携による活性化の取組（図 2-10）

同じ境遇の医師会共同利用施設同士の抱えている悩みや課題等を実務者が協議できる場を作り、互いの良いところを取り入れることにより活性化し、効率的な運用とノウハウを導き出し、効果的な結果に繋げることが必要と考察する。

図 2-10　医師会共同利用施設の横の連携



（７）まとめ

いつまでも健康であり続けたいということは多くの人の願いであり、健康は一人ひとりが自分らしく生きていくための前提であるとともに、生きがいを持って社会と関わる上での資源でもある。

２－２　函館市医師会健診検査センターの取組

函館市医師会健診検査センターは、医師会員の共同利用施設として 1972（昭和 47）年に設立され、会員の中央検査施設として診療支援を行い、地域住民の健康管理の拠点として活動している。

特定健診とがん検診（胃がん、肺がん、大腸がん）を、また特定健診とオプション検診（胃がんＡＢＣ検査、前立腺がん検査、心機能検査ＮＴ-proＢＮＰ、糖尿病性腎症検査尿中アルブミン検査）を同時に受けることができるセット検診を実施し、利用者の利便性の向上、健診の質の向上を目指している。検査結果は日本医師会の簡易カルテファイリングシステムＷＯＬＦ(Wired ORCA Linkage Facillities)を用い、ネットサーバーよりダウンロードを可能としており、検査結果の素早い検索、患者向けの報告書印刷、各種グラフ印刷、各種帳票（診療情報提供書、訪問看護指示書など）の作成、簡易サマリー管理、簡易画像管理など、診療の効率化に寄与している。

また、受診率の向上を図るため、行政（函館市）と連携している。若年層の受診率向上を目的に、40 歳到達時に特定健診とセットで無料オプション健診を 2015（平成 27）年度より実施した。好評を得たため、2016（平成 28）年度は 45 歳到達時にも拡充し、受診率向上に努めている。

課題として、民間業者との競合がある。民間業者は極端な検査代金の値引きや電子カルテの無料貸し出しなどの営業により、新規開業医には魅力的である。電子カルテは数年間無料であるが、その後リース代が発生し、費用・手間の問題で電子カルテの変更は難しく、同じ業者を利用せざるを得なくなる。

現在の健診（検診）は、乳幼児は母子保健法、学童は学校保健安全法、18 歳～39 歳の被保険者・被扶養者は医療保険各法、40～74 歳は高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）、労働者（保険者本人）は労働安全衛生法、がん検診・肝炎ウイルス検診などは健康増進法というように細かく関係法規が分かれており、個人の健診（検診）データを一生に渡り追跡するには、面倒かつ困難であった。「健診標準フォーマット」は各検診機関のデータを統合し、一元管理を可能とするもので、近い将来実用化する見込みである。また、2016（平成 28）年 10 月には日本医学健康管理評議会が「生涯保健事業」の体系化に向けて、共同宣言を発表した。この中でも医療機関、健診実施期間、健診関係団体が取

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、健診のデータベース構築に協力して取り組むこととされている。このことが実現するには「健診標準フォーマット」の実用化が不可欠であり、医師会臨床検査・健診センターは、このフォーマットの実験運用を担当するなど、この仕組みに最も近い立場にいる。この「健診標準フォーマット」の意義を国民に周知し、医師会臨床検査・健診センター、医師会病院がいち早くそれを利用することが、生涯健診データの構築に向け、健診の質の向上に繋がり、また経営の安定化にも寄与すると考える。

２－３　三重県松阪地区医師会の取組

（１）老健法における住民健診、特定健診、若年者健診

1991（平成３）年、老人保健法（老健法）における住民健診において、「同一測定方法、同一検査機器によりデータの収集解析を行う」を目的に、松阪地区医師会管内の全実施医療機関から老健法による健診検体を回収。当医師会臨床検査センターが測定し報告書を発行した。それにより住民健診データを時系列表示できるシステムが構築され、住民データを松阪地区医師会が一元管理している(当時は、測定方法や基準値など統一されておらず、施設間で数値の差が極めて大きく、全国的に問題となっていた)。

また、40 歳未満の住民は特定健診非対象者のため健診を受ける機会が少ないことから、行政からの強い要望により、低額で特定健診と同等の若年者健診を松阪市健診センターにて実施している。

①検体検査実施可能な総合病院の健診においても当医師会臨床検査センターにて測定し、報告書を発行。

②健診データの時系列表示を目的に、行政が管理している個人番号（納税に関する個人番号）の開示が許可された。

③松阪地区管内における検査データの施設間差是正に向け、松阪地区医師会に松阪地区標準化委員会が発足し、1987（昭和 62）年より管内検査室が集まり、施設間差是正と統一基準範囲の設定を行った。

④2008（平成 20）年より新たな制度での特定健診においては、実施項目の追加、詳細項目について「医師の判断」での実施を可能とする、「松阪地区医師会方式」にて実施している。

⑤当医師会臨床検査センターでの代行請求、会員診療所対象の特定健診・がん検診説明会を毎年開催して契約内容、運用について周知している。

住民の健診データを時系列に一か所で管理できると言うことは、日本医師会が推し進めている、「乳幼児から高齢者に至るまで、国民に対する健康維持増進や重症化予防の啓発を促すという視点をもった健診体制の構築」に寄与できるものであり、これらは、行政と密接に連携が取れている医師会臨床検査・健診センターだからこそ成し得るビッグデータであると思われる。2017（平成 29）年９月に大分で開催された、第 27 回全国医師会共同利用施設総会（以下、全国総会）における検査・健診センター関係での発表をみても、函館市医師会・松阪地区医師会・西宮市医師会・別府市医師会いずれもこのことに取り組んでいる。健診データは、個人データとして経年的に活用することこそが疾病予防、早期発見に繋がる。住民がいつ、どこで健診を受けても個人データとして蓄積される体制作りができるのは医師会だからこそであり、今後は、他地区に転居した場合にも継続して利用できるよう、日医総研がデータの「健診標準フォーマット」だけでなく、各医師会共同利用施設が容易に利用できるシステム作りまで行うことが望まれる。

（２）がん検診二重読影

会員診療所が実施する市町のがん検診において、行政よりがん検診の精度向上のために、肺がん検診二重読影の実施を強く求められていた。

2015（平成 27）年７月、行政と松阪地区医師会が二重読影委託契約を交わし、当医師会臨床検査センターが会員診療所のＸ線画像を回収、専門医による読影、報告、行政への二重読影費用を請求する体制を構築した。

（３）臨床検査における施設間差是正への取組

松阪地区管内で実施する臨床検査について、測定方法の標準化並びに統一基準範囲の設定について、松阪地区医師会が事務局となり、1989（平成元）年８月に管内臨床検査室が集まり、「松阪地区標準化事業」を開始した。

当時の日本臨床化学会会長の故菅野剛史先生のご指導をいただくことができ、1997（平成９）年４月「松阪地区標準化推奨法」が松阪地区医師会で承認され、松阪地区管内の標準化が達成された。

その後、三重県臨床検査標準化協議会に引き継ぎ、「三重県標準化推奨法」となり、県内ほぼすべての医療機関が採用し、現在に至っている。

（４）中学生におけるピロリ菌検査の実施

2013（平成 25）年、ピロリ感染胃炎に対する除菌治療が保険適用となり、2014（平成 26）年には世界保健機関（ＷＨＯ）が、胃がん対策としてピロリ菌検査と陽性者に対する除菌治療を行うよう勧告を出した。

既に、北海道、兵庫県、佐賀県、大分県においては、中学生を対象としてピロリ菌検査を実施し、早期の除菌が行われている。

松阪地区医師会管内においても中学生を対象としたピロリ菌検査を実施し、早期にピロリ菌感染者を把握し早期の除菌を実施するよう、松阪地区医師会の消化器科の会員により、「松阪地区胃がん撲滅委員会」を 2016（平成 28）年 11 月に発足した。

具体的な活動としては、当医師会臨床検査センターが実施する春の学校健診時の尿検査において、保護者の同意を得た生徒について尿中ピロリ菌抗体を測定する。2016（平成 28）年より様々な検討を行い、今年度は私立中学校並びに保護者のご理解をいただき、中学校３年生 138 名についてピロリ菌検査を実施し、８名の陽性者を検出した。陽性率は６％で、国内において報告されている状況と同等の結果が得られた。

陽性者への対応については、保険外診療となるため、「松阪地区胃がん撲滅委員会」が保護者への説明も含め対応することとした。

2018（平成 30）年度から、松阪地区全域でこの活動を展開できるよう、行政にも働きかけている。

第 27 回全国総会においても、第２分科会発表の４施設中３施設が中学生に対するピロリ菌検査を行っていた。これも、行政と密接に連携ができ、既に学校健診を請け負っている医師会共同利用施設だからこそできる事業であり、30 年後の胃がん撲滅、ひいては健康寿命の延伸に寄与することに疑いの余地はない。

（５）健康まつりへの参加

市町、商工会などが実施する「健康まつり」に当医師会臨床検査センターが積極的に参加し、健康相談、骨密度測定、超音波検査等を無料で実施して、地域住民の健康度意識の向上に努めている。

（６）これまでの経緯と考察

昭和 40 年代、臨床検査は大規模病院（済生、中央、市民）では検査室があり、一般的な項目を測定できたが、診療所においては病院あるいは民間業者に依頼していた。当地区においては、民間業者は現在の近畿予防医学研究所のみで、診療所の検体回収は週に１回程度だったそうである。

故武見太郎日本医師会長が副会長であった時代に医師会臨床検査センター構想が唱えられ、医療において臨床検査の必要性が高まってきたこの時期に、全国に次々と開設されたのである。

松阪地区医師会臨床検査センターは、1969（昭和 44）年に開設した。三重県内では、桑名、四日市、津、伊勢の医師会も臨床検査センターを開設したと聞いているが、長年業務を継続できたのは、四日市、松阪、伊勢の３か所で、四日市は閉鎖、伊勢は 100％民間経営となり、現在は松阪のみが医師会立として存続している。

全国的には、1995（平成７）年頃より、相次ぐ保険点数の引下げと民間検査センターとの競合により経営悪化となり、医師会臨床検査センターは激減していった。

現在存続している医師会臨床検査センターのほとんどが検査・健診複合体で、健診事業との連携により経営が行われており、それを行わなかった医師会臨床検査センターはほとんどが廃止に追い込まれた。

しかし、医療費高騰の中で、国の施策により健診事業の必要性が高まっていることは好機であるが、民間の健診業者も事業展開を拡大している。

これまでは、県内健診機関との競合であったが、交通網の整備、通信の進歩、本社契約での実施など、県外業者が三重県内へ参入し、競争が激しくなっている。

今期本委員会の諮問である「2025 年を見据えた医師会共同利用施設の展開−健康寿命の延伸に向けた新たな取組と地域における役割−」について、医師会共同利用施設としての事業活動は何をすればよいのか、それが会員の診療支援になるのか、医師会運営の重荷にならないのか、を考察する。

現在、医師会臨床検査センターの置かれている状況は、創立当初とはかなり変化してきている。数社の民間業者が参入しており、診療所での臨床検査依頼は特に問題はない。さらに検査料金が安ければ、医師会臨床検査センターの必要性は減る。敢えて必要なのは至急の検査となるが、これも今後改善されていくと思う。

また、健診を医師会が実施する必要性があるのだろうか。民間業者と比べ優れているものがあるのだろうか。会員医療機関との競合にはならないのだろうか。

それぞれ単体で考えると、敢えて医師会が行うことの必要性が見当たらない。これまで行ってきた事例を５例紹介させていただいた。特に、臨床検査の標準化事業は松阪地区医師会に臨床検査センターがあり、各病院を取りまとめ、医師会の主導的立場で事業展開でき、９年の歳月を費やし「松阪地区標準化推奨法」を設定できた。さらに、三重県医師会・三重県病院協会・三重大学・三重県・三重県臨床検査技師会で構成する「三重県臨床検査標準化協議会」にも承認され、「松阪地区標準化推奨法」が「三重県標準化推奨法」となり、県内の臨床検査標準化に貢献できた。

検査データを標準化することにより、健診分野においても精度の向上が図られ、健診と医療の連携が可能となった。これは当時、三重県医師会長であった山本器先生が「健診も

医療の一部である。健診データの精度向上が必要である」と、県内健診事業者が集まる会議で述べられたことに始まる。

松阪地区では、老健法の個別健診をすべて当医師会臨床検査センターが取り扱い、健診データを一元管理して時系列表示の報告書を出力した。障害であった、検査データの施設間差も「松阪地区標準化推奨法」により解消できた。

2008（平成 20）年度から新たな制度で始まった特定健診においては、三重県医師会が各保険者と実施内容、単価等を集合契約し、さらに松阪地区医師会では管内保険者と「松阪地区医師会方式」での実施を取り決め、当医師会臨床検査センターが項目の追加等、会員の依頼を受け検査を実施、健診システムの機能を使い特定健診の問診入力、必要項目の確認、時系列報告書の発行、コメントの印字、保険者への代行請求、請求明細書の発行、返戻などの対応、実施における説明会の開催など、検査検診部門が連携して会員への診療支援を行ってきた結果、すべての会員からの特定健診検体を受託できている。

個別がん検診において、行政から肺がん検診二重読影の実施を強く求められていた。二重読影を実施するためには、行政との委託契約、読影準備、専門医への依頼が必要となる。

委託契約は医師会が行い、読影準備は臨床検査センターの集配機能、健診センターの読影機能により、専門医への依頼は臨床検査センターが三重大学病院呼吸器内科、松阪市民病院呼吸器センターにお願いし、二重読影が実施できている。これも当医師会臨床検査センターが機能していて成し得た事例で、会員への重要な診療支援であると考える。

「健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の役割」は、臨床検査センター、健診センター、居宅介護部門など、医師会共同利用施設すべての部門が関わる大きなテーマであり、行政と連携し事業を展開することが必要である。

超高齢社会を迎えるにあたり、健康寿命の延伸には住民の生涯データの蓄積が必要であり、医療機関、介護施設、行政がこのデータを活用できれば生活面、医療面での指導管理に有効であると考える。

既に特定健診では個人ＩＤにより管理できており、外部との通信を構築すれば実現可能で、Dr. Web を普及発展させることで医師会共同利用施設の存在意義が高くなると考える。

健康寿命の延伸のためには、①疾病の予防、②早期発見、③重症化予防の３つがそれぞれ重要になってくるが、そのために医師会共同利用施設、特に臨床検査・健診センターが行えることは何かを考えるとき、民間では成し得ないこと、医師会でないとできない事業を推し進めていくことが肝要である。

２－４　小田原医師会でのストレスチェック事業の取組

小田原医師会では、2015（平成 27）年秋より自前でストレスチェックを行うべく、横田俊一郎会長（当時）直属のプロジェクトとして、小田原医師会理事の小島時昭先生が中心となって取組を始めた。2016（平成 28）年４月から実施の初年を迎え、１年をかけて事業を展開してきた。

（１）ストレスチェックとは

2015（平成 27）年 12 月１日より労働安全衛生法に基づき、労働者 50 名以上の事業場では医師、保健師等による労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）の実施が義務化された。

この制度の目的は、「ストレス状況について気付きを促し、個人のメンタルヘルス不調のリスクを低減させる」一次予防にあり、その上で「リスクの高い労働者を発見し、医師による面接指導に繋げる」ことによって、副次的に二次予防に寄与することとしている。

制度の実施の流れとしては、次の６つのステップで構成されている。

①「ストレスチェック」の実施とその結果の評価

②チェック実施者による、受検労働者に対する医師の面接の必要性の有無を含む個別の結果通知

③面接が必要とされた労働者（高ストレス者）が事業者に対して申し出た場合の、面接の実施と面接した医師の意見を勘案した措置の実施

④ストレスチェックの結果を用いた、事業場全体あるいは一定規模以上の部署ごとの職場環境の評価

⑤チェック実施者による事業者への評価結果の報告

⑥報告を勘案した職場環境の改善

①②④⑤がストレスチェック、③⑥はチェックの結果に基づく措置である。なお①～③は強制規定、④～⑥は努力義務規定となっている。

ストレスチェックは１年以内ごとに１回定期に実施しなければならない。

（２）事業の目的

事業を始める目的は、高ストレス者を見つけ出すことだけでなく、該当者のみならず家族への支援まで含めて、小田原医師会一丸となったプロジェクトとして、地域全体の健康増進を図っていくこととした。

この地域の医療を担う医師会にしかできない「ひとりひとりの健康づくり」、「従業員ひとりひとりが生きがいを感じる組織づくり」をサポートし、息の長い活動を続けることに

よって、県西地域がより健康な社会となるよう貢献したいと考えた。

（３）ストレスチェックを医師会で行う意義

小田原医師会がストレスチェック事業を行うことは、

・医師会という公益事業を行う機関が実施することに安心感が持てる
・高ストレス者のみならず、従業員全体やその家族の健康相談に乗ることができ、高ストレス発生予防にも繋げることができる（ここからサポートセンター）
・地域の実情を把握している看護師と相談ができて、必要に応じて各科の医師と直接電話相談ができる
・高ストレス者は、事業場の産業医以外にも医師会の担当医師による面接指導を希望することができ、必要に応じて精神科への予約・受診を行うことができる

等事業場にとってとても有意義である。

また、医師会内の産業医の先生にとっても、

・ストレスチェックを医師会内で行うことで安心感がある
・すべてを自分で対処するのではなく、場合によっては医師会を通じて他の医師にサポートを依頼できる

等メリットがある。

（４）事業の流れ

医師会で行うストレスチェック事業は、前述の制度の実施の流れで示した①～③について行っている。さらに、医師会独自の付加価値として事業場の従業員のみならず、その家族をも広く対象として心と体の相談に乗る「ここからサポートセンター」を、地域医療連携室の協力を得て開設した。

1）宣伝・営業

企業への説明（一括説明・個別説明)、資料作成・発送を行う。また、産業医の先生に対しても医師会事業の説明を行う。ストレスチェック事業室に問い合わせ窓口を開設し、企業からの質問にも対応している。

2）導入サポート

契約企業にはストレスチェック実施前の事前資料の作成や、準備に必要な書類作成をサポートする（事業者による方針の表明、衛生委員会で用いる書類、労働者への説明・情報提供など)。また、社員向け説明会の実施や企業担当者、産業医への説明・問い合わせにも応じる。

3）実施

医師会では企業からのストレスチェック実施時期の要望に合わせ、事前に社員名簿の回収を行う。

実際のストレスチェック実施に際しては、民間業者に委託をし、各会社の従業員へのチェック用紙の発送→回収→解析→結果送付（個人・産業医・医師会）を行っていただいている。

4）アフターフォロー

ストレスチェックを行い高ストレスと判断された労働者には、産業医との面接指導を申し出るよう勧奨される。労働者から事業者へ申出があった場合、原則的には事業場の産業医が面接指導を行う。しかし、事業場の産業医以外の医師へ面接の希望があった際に、社外相談窓口として医師会の担当医師が面接指導を行う体制を作った。

①高ストレス者への対応

高ストレス者から医師会の医師での面接指導の希望があった際には、日時を調整の上、医師会の担当医師との面接を行う。面接指導の結果は、担当医師から事業場の産業医へフィードバックする。また、面接の結果、高ストレス者に精神科受診が必要と判断される場合には、医師会内の精神科医療機関に速やかに予約・受診ができるように手配する。

②ここからサポートセンター

アフターフォローでは高ストレス者の面接指導だけではなく、高ストレス非該当者及び労働者の家族をも対象にして、看護師等による電話相談に応じる。地域医療連携室が行っている電話相談のノウハウを元にして新設した「ここからサポートセンター」では、契約企業の労働者や家族の心と体の相談に乗れる体制を構築した。また相談内容によっては、必要に応じて医師への電話相談に繋ぐことができる。将来的には、精神科医による電話相談窓口も設けたいと考えている。

（５）実施費用

企業との契約にあたり初期導入費用として、１企業当たり初年度５～10 万円（従業員数により異なる)の定額料金を設定。ストレスチェックの実施費用は、従業員１人当たり 2,500 円とした。２年目以降は、従業員１人当たり 2,300 円のチェック料金とし、１企業当たり３～５万円の定額料金としている。

（６）ストレスチェック事業実施報告

初年度である 2016（平成 28）年４月１日～2017（平成 29）年３月 31 日までにおいて、契約企業数は 39 社、契約総人数は 5,391 名にのぼった。ストレスチェックを実施した総実施人数は 4,592 名で、実施人数率は 85％であった。

この 4,592 名のうち、高ストレスと判定された人数は 685 名、高ストレス者率は 15％であった。高ストレス者のうち、「ここからサポートセンター」に面接を希望された方は 15 名、その全員に１か月以内（概ね２週間程度）に面談医による高ストレス面接を行った。面接後はその内容を「ストレスチェック事業室」で報告書として作成し、面談医と再確認した後に、契約事業所及び事業場の産業医へ報告を行った。高ストレス判定者 685 名に対して、面接実施者率は 2.1％であった。

「ここからサポートセンター」への電話相談件数は 73 件あり、看護師等による電話相談を受けた。また一部は、医師の電話相談を行った。

また、ストレスチェックテストの実施を受けて、事業場の各部署間の集団分析結果を作成し、事務職員が各契約企業や産業医へ説明に行った。

ストレスチェック結果における課題傾向として多い順番に、

・家族、友人からのサポート
・職場の対人関係
・同僚からのサポート
・仕事のコントロール度
・仕事の負担（質）
・上司のサポート
・仕事の負担（量）

が問題となっていた。

（７）構成メンバー

ストレスチェック事業プロジェクトチームとして、

・総責任者：医師会長の横田俊一郎（当時）
・高ストレス者の面談指導担当：産業医担当理事、県西地域産業保健センター
　コーディネーター
・電話相談窓口担当：地域医療連携室担当理事及び連携室の看護師等
・精神科の相談・診療担当：精神科医会の担当医師
・宣伝・広告担当：情報担当理事、広報担当理事
・ストレスチェック事業室：事務職員２名、業務委託１名

以上の方々にメンバーとして参加していただいている。

また、高ストレス者の面談医には、内科医・精神科医を中心に 13 名の先生にご協力いただいた。

小田原医師会のストレスチェック事業については、関係各所多数の団体から事業に賛同いただき、我々の活動を支援していただいている。

・推薦をいただいた団体

小田原保健福祉事務所、神奈川労務安全衛生協会小田原支部

・推奨をいただいた団体

神奈川県医師会

・協力をいただいた団体

小田原労働基準監督署、小田原箱根商工会議所

（８）商標登録

ストレスチェックが制度として始まって１年以上がたったが、全国的に見ても医師会内において事業化をして行っている団体はほとんどないようである。小田原医師会が全国に先駆けて有意義な事業として展開していくことを示したいとの想いから、「医師会のストレスチェック」及び相談窓口の要となる「ここからサポートセンター」の２点について、特許庁に申請し商標登録した。

医師会のストレスチェック
ここからサポートセンター

（９）会計

2016（平成 28）年度ストレスチェック事業の会計、営業収益は、企業との契約金・従業員に対するストレスチェック実施費用が収入となり、経常収益計は 17,060,776 円となった。経常費用計は 14,693,232 円。主な項目は委託費（外注費用）・職員給与・消耗品費・通信運搬費等である。

以上より、当期経常増減額は 2,367,544 円となった。

（10）１年間の事業を振り返って

2015（平成 27）年 12 月より制度が始まった「ストレスチェック」、小田原医師会の事業として最初の一年が終わった。

導入していただいた事業所の担当者の方々からは、問い合わせ窓口が小田原医師会内に

あり、顔の見える関係性の中で初年度のストレスチェックが行えたこと、集団分析の結果が自社の分だけではなく、地域の同業者の中でどのような位置付けになっているのかまで詳しく説明してもらえたこと、従業員やその家族の健康相談に乗ってくれる相談窓口が身近にあること等について、非常に高い評価をいただくことができた。他のＥＡＰ（Employee Assistance Program　従業員支援プログラム）業者には決してまねのできない、地域に根付いた医療を提供できる小田原医師会だからこそ可能な活動であったのだと思う。

高ストレス者の面接を担当した医師からは、「面接指導　チェックリスト」の使用により、面接時に聴取する内容のポイントがわかりやすく、抜けがなくチェックができた、事業室職員が同席することで高ストレス者と１対１にならずに面接ができ安心だった、面接後に職員がチェックリストの清書、面接指導結果報告書の下書きを作成し、面談医が最終確認した上で事業所の担当者・産業医へ結果報告を行うことで、自身で行う作業の軽減ができて有用だった、との評価をいただいた。

実働初年度としては、大きなトラブルなく事業を進められたことに、まずはほっとしている。2017（平成 29）年５月には契約企業、実施事務従事者、契約産業医、面談医などを対象とした「小田原医師会ストレスチェック事業報告会」を開催し、①事業報告、②面接と事後措置の流れについて、③職業性ストレス因子についての対処方法等の情報共有を行った。

以後は、６月の定時社員総会の場で全医師会員に向けた事業報告、医師会報「やまびこ」への掲載等を行い、多くの医師会員の先生方への情報提供を行っている。

（11）今後の取組

今後の目標としては、昨年契約いただいた企業に再契約をしていただくとともに、新たな企業との契約を獲得していきたいと考えている。

前年度契約企業・産業医に満足度調査を行い、企業の求めるニーズを把握して内容の充実に努める所存である。

医師会内においても事業報告を中心に、産業医をはじめ多くの会員の先生方に活動内容を報告していく。

ストレスチェック事業を通じて地域の産業保健の取組に、医師会が大きく貢献するとともに、この取組を日本中の興味を持たれる医師会へお伝えしていきたいと考えている。

２－５　大宮医師会でのストレスチェック事業の取組

小田原医師会に続き、ストレスチェック事業を行う医師会をもう１例紹介する。

大宮医師会では、ストレスチェック実施促進をめざして、所属するメディカルセンター、

産業医会、地域産業保健センターを活用することで、ストレスチェックにおけるワンストップサービスを実現している。

（１）ワンストップサービスとは

もともとは行政機関において国民へのサービスの一環として、複数の部署・庁舎・機関にまたがっていた行政手続きを１か所で行えるようにするサービス形態のことを、ワンストップサービスと称し、主に郵便局やコンビニで実施されている。

大宮医師会においては、地域産業保健センター事業の中で既に、ワンストップサービスを実践していたこともあり、会員や事業場からの相談や依頼に対し、ストレスチェック受検から面接、事後措置に至るまで一貫して行っている。中でも重要な窓口での対応では、健診業務と産業医業務はそれぞれ異なる課が担当しているが、どちらの課でも対応できるようスキルを持った職員数名（地域産業保健センターコーディネーターを含む）を配置している。

（２）ワンストップサービスに係わる関係部署

1）メディカルセンター（大宮医師会メディカルセンター）

大宮医師会市民病院当時（2009（平成 21）年２月末閉院）からあった「大宮医師会メディカルセンター」を、大宮医師会館に配置（１階に検査室、２階に所長室（常勤医師）・検診業務課・放射線室）し、主に行政健診や会員受託検査等を行っている。ストレスチェックについては、以前から行政職員に対する定期健康診断を実施していたことから、ストレスチェック業務についても、義務化される１年前の 2014（平成 26）年度より定期健診に併せて実施することになり、そのための準備として、職業性ストレス簡易調査票 57 項目をベースとしたＯＣＲによるシステム化を行っている。

2）産業医会（大宮医師会産業医会）

1991（平成３）年４月に大宮医師会産業医会が発足され、現在に至っている（会員数 140 名）。ストレスチェック業務については、嘱託産業医が事業場内で中心的立場となることを必須とし、必要なサポートを積極的に行っている。

3）地域産業保健センター（大宮地域産業保健センター）

大宮地域産業保健センターは、県内では２番目に早い 1994（平成６）年に開設している。近年は県内でも有数の実績を上げるに至っている。ストレスチェック業務については、50 人未満の小規模事業場（努力義務）に対し実施促進を図っている他、関係団体等（地区労働基準協会）を通じて積極的に周知を行っている。また、埼玉産業保健総合支

援センターとの密接な連携による情報交換も、ワンストップサービスの充実に貢献している。

（３）会員への対応

ストレスチェックの実施が自身では難しい会員に対し、医師会で実施することのメリット（安心感、安価、医師会が共同実施者となる等）を強調することで、利用促進を図っている。また、極力、会員（産業医等）に対応をお願いしている高ストレス者への面接指導についても、実施の重要性をご理解いただくとともに、さらに消極的な会員には少しでも不安を払拭できるよう、産業医会が中心となって積極的にサポートを行っている。

（４）実施義務のある事業場への対応

事業場からの依頼に対し、依頼に応じてストレスチェック全般について助言や指導を行うなど柔軟に対応している。中でも、高ストレス者への面接指導について、本社等に配置されている産業医が対応しきれないなどの理由から、ピンポイントでの産業医を依頼されるケースなどでは、産業医会を通じて近隣の産業医を紹介するなど行っている他、労働基準監督署への報告などについても担当職員が同じ目線に立って対応している。

（５）努力義務の小規模事業場への対応

50 人未満の小規模事業場への対応としては、当医師会では早い時期から、事業場規模に関係なくストレスチェックは極力実施するべきとの大宮医師会長の意向もあり、大宮地域産業保健センターを通じて積極的に実施促進を図っている。実際には、50 人未満の小規模事業場への支援として、独立行政法人 労働者健康福祉機構で行っている「ストレスチェック実施促進のための助成金」制度の紹介等を、関係団体（地区労働基準協会等）の広報誌に掲載し、積極的に利用促進を図っている。

２－６　佐賀県の地域における取組

（１）佐賀県の地域における取組

前期の本委員会報告書でも触れたが、佐賀県では、2010（平成 22）年度から県内の中核医療機関とかかりつけ医療機関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)の整備が進められている。

ピカピカリンクは、複数の医療機関を受診されている患者さんの診療情報を、患者さんの同意の下、一つに繋がった病歴として参照できるようにする「佐賀県診療情報地域連携システム」の愛称である。

このシステムの運用により、県内にある中核的な 13 医療機関（以下、開示医療機関）の診療情報(投薬、注射、検査、画像等)を、診療所や病院等から閲覧できるようになっている。

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、患者さんが納得、安心した医療を受けることができる。

複数の医療機関を受診していると、診療情報はそれぞれの医療機関で管理されるため、全体の経過を把握することが困難である。それらの情報をピカピカリンクで一つに繋げ、連携する医療機関等で相互に閲覧可能とすることで、医療の質の向上や地域医療連携の推進に繋がる。

また、2015（平成 27）年度から佐賀県内の医療機関、医療関係団体等が連携し、ピカピカリンクの安定的な運営を推進することを目的として、佐賀県診療情報地域連携システム協議会が設置されている。

協議会は年４回程度開催されており、ピカピカリンクの運用や普及促進などに関する事項について審議が行われる。

2017（平成 29）年８月 31 日現在の加入状況は、開示医療機関 13 施設、病院 67 施設、診療所 108 施設、薬局・訪問介護支援ステーション等 118 施設、登録患者数 24,976 名となっている。

また、2016（平成 28）年度より佐賀県が実施主体となり「未来に向けた胃がん対策推進事業」がスタートされ、その一部として中学校３年生を対象とした尿中ヘリコバクター・ピロリＩｇＧ抗体検査が、佐賀大学医学部小児科の協力を得て実施されている。

さらに、2017（平成 29）年４月からは、市町事業である子宮がん検診が、佐賀県の支援を得て県内全域で広域化された。佐賀県の子宮がんの状況は、特に子宮頸がんが 20 歳代後半から増加している。子宮がんの死亡率が高く、進行した状態で医療機関を受診するケースが多く、若い世代は、集団検診よりも個別検診（産婦人科等） を選択する傾向にある。若い世代が、子宮がん検診を受けやすい対策が必要で、県内どこの産婦人科等でも検診を受けることが可能になり、居住する市町だけでなく「出産をした医療機関」や「勤務先近くにある医療機関」など、県内の 33 施設で受診できる体制が整えられた。

なお、公益財団法人佐賀県健康づくり財団は、健康寿命の延伸に向けた新たな取組として、これらの事業に参画しており、医師会共同利用施設の検査・健診機関と同様の立場で、要再検査・要精密検査の受診者には、かかりつけ医または最寄りの専門医療機関への受診勧奨を行っている。

（２）九州各県の取組について（第 48 回九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会報告より）

1）北九州市

（発表者：今渡龍一郎　北九州市小倉医師会）

小倉医師会健診センターで、2016（平成28）年度に階層化した国保特定健診受診者を対象に、収縮期血圧・ＨｂＡ１ｃ値・血清尿酸値の変動に伴う蛋白尿・ｅＧＦＲ変化からのＣＫＤ発症の検討が行われ、その結果と予防連携システムの概略が報告された。

分析の結果、①収縮期血圧及び血糖値の上昇は、腎機能低下に直接的関与してＣＫＤ発症の要因となる、②蛋白尿陰性時の腎機能良好時からの早期対応が必要である。

以上の結論より、北九州のＣＫＤ予防連携システムでは、腎機能の低下がなく、尿蛋白定性検査が陰性でも、ＨｂＡ１ｃ値が6.0%以上の対象者には、尿中アルブミン排泄量を測定し、腎機能が良好な早期から対応することで、糖尿病性腎症発症抑制を目指していく方針となった。

（発表者：笠谷美津代　北九州市小倉医師会）

医療機関より、臨床検査センターへ行われる各種（検査結果ＦＡＸ・検査追加・検体集荷等）の電話依頼について、迅速な対応と業務の効率化を目的としたサブシステムを検査システムと連動させた形で構築した。

サブシステムは９つの機能があり、その中の「管理・受付」機能は、検査結果ＦＡＸの依頼を受けてから、ＦＡＸ送信までの時間を短縮させる患者検索機能を持たせている。また、検体の集荷依頼を受けた医療機関の情報（所在地・診療時間・検体受渡し場所等）をデータベース化しており、熟練者でなくても集配担当者へ的確に連絡することで電話対応時間を短くし、ユーザーサービスに努めている。

2）宮崎市

（発表者：尾上耕治　宮崎市郡医師会）

宮崎市では2013（平成25）年６月より、胃がんの危険性を４分類化し、効率的に内視鏡検査を行う胃がんリスク評価ＡＢＣ分類を開始した。対象は宮崎市在住40歳以上。特定健診実施医療機関の中で胃がんリスク評価ＡＢＣ分類検査を希望した施設にて、問診の際に、リスク評価であること、受診間隔は目安であること及び個人情報の取扱いの留意事項について同意を得て実施した。その結果、2013（平成25）～2015（平成27）年度３年間の発見胃がんは94人（うち早期79人）で、2015（平成27）年度までの20年間に宮崎市郡医師会Ｘ線個別検診で発見された96人と、ほぼ等しかった。ＡＢＣ分類はＡ群偽

陰性の問題と精度管理の困難性はあるが、検査が簡単で検査総費用が安く、胃がんが多く発見される等、画期的な検診である。

3）熊本県

（発表者：平井義彦　天草郡市医師会）

検査部は、臨床検査技師 22 名・事務３名で、院内検査及び天草医療圏内の臨床検査センターとして運用している。細胞検査士は２名いるが、常勤の病理医は不在のため、2016（平成 28）年より熊本大学病理診断科と連携し、遠隔病理診断システムを構築した。術中迅速病理診断では、採取から 45 分で専門医による診断・結果報告が可能となった。また、標本をバーチャルスライド化して電子媒体保存することで、電子カルテへの添付、スライド管理、病理資料作成などに幅広く利用している。

遺伝子検査では、2011（平成 23）年にＬＡＮＰ法を導入、2012（平成 24）年からＰＣＲ検査を導入し、薬剤耐性菌や下痢原生大腸菌の遺伝子検査を実施、２名の感染制御認定微生物検査技師を中心に、認定臨床微生物検査技師制度研修施設として活動している。

2017（平成 29）年度に検査システムの更新に伴い、検査結果ＩＴ配信サービスを取り入れた。セキュリティ担保によるインターネット配信を採用し、医師会員クライアントの費用負担が生じず、また、インターネット環境があればタブレット端末などからも検査結果の閲覧が可能となり、在宅医療、介護の現場、往診、外来診察室、病棟、自宅など、利用範囲が広がるサービスを提供している。

4）長崎市

（発表者：真崎宏則　長崎市医師会）

ＣＯＰＤは、一般に症状が乏しく、受診率が低いことから、高血圧、高脂血症等の生活習慣病と同様に検診を通して、早期診断・早期介入が行われることが望まれる。今回、2013（平成 25）年８月から 40 歳以上の長崎市民を対象に、ＣＯＰＤ検診と検診後の精査治療システムを、長崎大学保健学科と長崎市医師会・長崎市臨床内科医会が中心となり構築した。

2013（平成 25）年８月以降、ＣＯＰＤ検診を月１回実施し、2016（平成 28）年 12 月までに 41 回実施した。呼吸機能検査を実施できたのは 1,048 名で、１秒率 70％未満のＣＯＰＤ疑いが 99 名であった。ＣＯＰＤの疑いと判定された方で 98 通の診療情報提供書が作成され、32 通で確定診断後の報告を得た。ＣＯＰＤはステージⅠ６名、ステージⅡ 14 名、ステージⅢ２名であった。ＣＯＰＤ検診と検診後の精査治療システムが連動して継続されることは大変重要と考えられ、現在、長崎市行政との協力体制構築にも取り組

んでいる。これらの取組を継続することで、ＣＯＰＤ検診が広報誌で毎回取り上げられ、長崎市民、長崎市医師会員、長崎市職員におけるＣＯＰＤ認知度の向上が期待される。

また、ＣＯＰＤ検診システムにより、今まで見過ごされていたＣＯＰＤの診断率が向上、早期治療、早期介入例の増加、重症化防止、健康増進、長期的に見た医療費の削減が期待される。

２－７　愛知県下の医師会共同利用施設について

（１）はじめに

愛知県下の医師会共同利用施設のうち日本医師会に登録されている施設は、臨床検査センター５施設、健診センター４施設、臨床検査センター・健診センター複合体２施設、地域包括支援センター１施設、訪問看護ステーション 19 施設、居宅介護支援事業所 14 施設、ホームヘルパーステーション１施設で、この他に在宅医療サポートセンター42 施設、在宅医療中核サポートセンター15 施設が存在する。今期本委員会の諮問である健康寿命の延伸に向けた各共同利用施設の取組や地域における役割として最も重要な要因は、各自治体における対策型検診や人間ドック、一般開業医からの臨床検査、検体検査を効率よく、安定した業務システムの下で提供することである。愛知県医師会では臨床検査センター、健診センターを擁する県下医師会(半田市医師会、豊橋市医師会、岡崎市医師会、碧南市医師会、刈谷医師会、蒲郡市医師会、西尾市医師会)より担当理事及び名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター(以下、名古屋臨床検査センター)及び、名古屋市医師会健診センター(以下、健診センター)から担当委員を招聘して、共同利用施設委員会を年１回の割合で開催している。この委員会で各施設の運営状況の報告を受け、その問題点等についての議論を交わし、業務運営の安定化、効率化を推進している。本報告では、この委員会での議論を踏まえて各共同利用施設に対して臨床検査及び健診業務に関するアンケートを行った結果(添付資料 1)を提示し、健康寿命の延伸に向けた共同利用施設における業務効率化、安定化について検討を加えた。

（２）臨床検査センター、健診センター及びその複合体について

愛知県下の臨床検査センター、健診センター及びその複合体に対して業務内容に関するアンケートを施行し、その結果に検討を加えた(添付資料 1)。

臨床検査センターに分類されている施設では、設立当初は臨床検査のみを行っていたが、その後各種健診も行うようになり、健診センターとの複合体となった施設も含まれている。その業務規模については、設立母体となった医師会の規模に相関する傾向にあるが、名古屋臨床検査センターでは会員利用率が他の臨床検査センターに比較して非常に低い。これ

は競争の激しい大都市部での医療機関の経営環境の悪化に伴い、臨床検査に対する民間業者との価格交渉が激化し、臨床検査センターが敗れた結果である。今後も医療費抑制の観点から診療報酬における検体検査は減額される傾向にあり、臨床検査における収益性は厳しさを増す傾向が続くと考えられる。このような状況から、新たな収益業務として健診業務にも事業を拡張するようになり、その収益が業績全体の収益を支える傾向が強くなっている。

臨床検査センターにおける最大の問題点は、大量の検体を扱う民間業者との価格競合である。もはや、大手民間業者に対して価格面での優位性は得られず、検査データのフィードバックや、診療サポート等での付加価値で医師会共同利用施設を選択してもらえるよう、地道な営業努力を続けている。特に近年は、新規開業医療機関には医療コンサルタントが関与するのが一般的で、そのコンサルタントが経営戦略の観点から価格面での優位性を強調するため、競争に敗れるケースが多い。医師会共同利用施設といえども、発注する医療機関からは民間業者と同等に価格競争を求められるため、業務の効率化が必須である。愛知県下ではごく一部の施設を除き、多くの施設ではこれらの理由により、検査受注件数の減少、利益率の低下を招き、加えて施設の老朽化、検査データを管理するコンピュータシステムの刷新に伴う費用が大きな負担となり、経営状態は厳しい状況にある。

これら問題解決の一案として、日本医師会主導で、共通の臨床検査データベースシステムを開発し、医師会共同利用施設にはそのシステムの導入、維持、更新などの利便性を図ることを提案し、その可能性についてヒアリングを行った。多くの臨床検査センターでは、既存のシステムから共通システムへのデータ移行に伴う改修等に係るコストや手間に対する懸念が強く、規模の大きな組織では現状のシステム維持を優先する傾向があった。本件については、なお相当の検討を要する問題と考えられた。

健診センターに分類されている施設には、設立当初からの経緯の中で臨床検査を扱うようになった施設も含まれており、事実上の臨床検査・健診センター複合体となっている施設もある。健診のみを行っている施設における会員利用率は、会員自身の健診として、主に愛知県医師国民健康保険組合からの件数や人間ドックなどの件数を示している。健診センター及び臨床検査センター・健診センター複合体では、会員からの健診以外に一般企業や健保組合、一般個人の人間ドックや対策型がん検診も請け負っており、その受診者数は施設間で大きな開きがある。半田市医師会健康管理センターは、最初から臨床検査・健診センター複合体として設立され、積極的な健診業務の推進により、半田市内のみならず知多半島を超え、愛知県下全域にまで業務規模を拡大し、他医師会、他市町村の健診業務や臨床検査の委託を受けるまでに成長した。一方、半田市に近接する郡市医師会では、対策型検診や一般健診業務規模の限定化が見られ、いわゆる一極集中の様相を呈している。

また、健診センターにおける「健診標準フォーマット」の利用状況については、県下健診センターでは全く利用されておらず、その存在を知らないと回答する施設もあった。その主な理由は、協会けんぽをはじめ大手健保組合などのクライアントが「健診標準フォーマット」ではなく、独自のフォーマットでの健診結果提出を求めているためである。日本医師会、日医総研がそれら大手クライアントへ「健診標準フォーマット」の周知を積極的に行わなければ、医師会共同利用施設での使用率は上がらないであろう。日本医師会から各健保組合等への積極的なＰＲ活動を期待したい。

それでは、愛知県下における医師会共同利用施設の中で、比較的規模の大きな施設を擁する医師会の取組を紹介する。

1）名古屋市医師会の取組

名古屋臨床検査センター及び健診センターでは、対策型検診(名古屋市委託検診)及び任意型検診(健保組合、国保組合等)、各種人間ドック、各医療機関から依頼を受けて臨床検査を行っている。

名古屋市委託がん検診は、名古屋市医師会が名古屋市から委託を受け、名古屋市医師会に加入する医療機関が地域住民に対して施行しており、自己負担金は１つの検診についてワンコイン(500 円)となっている。2017（平成 29）年度より胃がん検診は従来のバリウム検査の他に内視鏡検査も加えられ、いずれかをワンコインで受診できる体制にあり、受診率の向上に寄与している。また、乳がん検診、子宮がん検診、大腸がん検診、骨粗鬆症検診については、特定の年齢の対象者に対して自己負担金なしで受診できる無料クーポン券が配布されている。

胃がん検診、肺がん検診、乳がん検診ではＸ線画像もしくは内視鏡画像を専門医が読影を行い、検診を行う開業医との二重読影を施行することにより精度管理がなされている。

①名古屋市委託検診：受託医療機関数は 2017（平成 29）年７月１日現在

胃がん検診：

エックス線検査：年度に１回、40 歳以上の市民、受託医療機関数 395

内視鏡検査：２年度に１回、50 歳以上の市民、受託医療機関数 255

50 歳以上の市民は、エックス線検査と内視鏡検査のうち一つを選択

大腸がん検診：年度に１回、40 歳以上、受託医療機関数 952

便潜血検査

肺がん・結核検診：年度に１回、40 歳以上の市民、受託医療機関数 774

胸部Ｘ線検査：開業医と専門医による二重読影

前立腺がん検診：年度に１回、50 歳以上の市民、受託医療機関数 974

前立腺特異物質（ＰＳＡ）検査

子宮がん検診：２年度に１回、20 歳以上の女性市民、受託医療機関数 139

子宮頸がん：子宮頸部細胞診

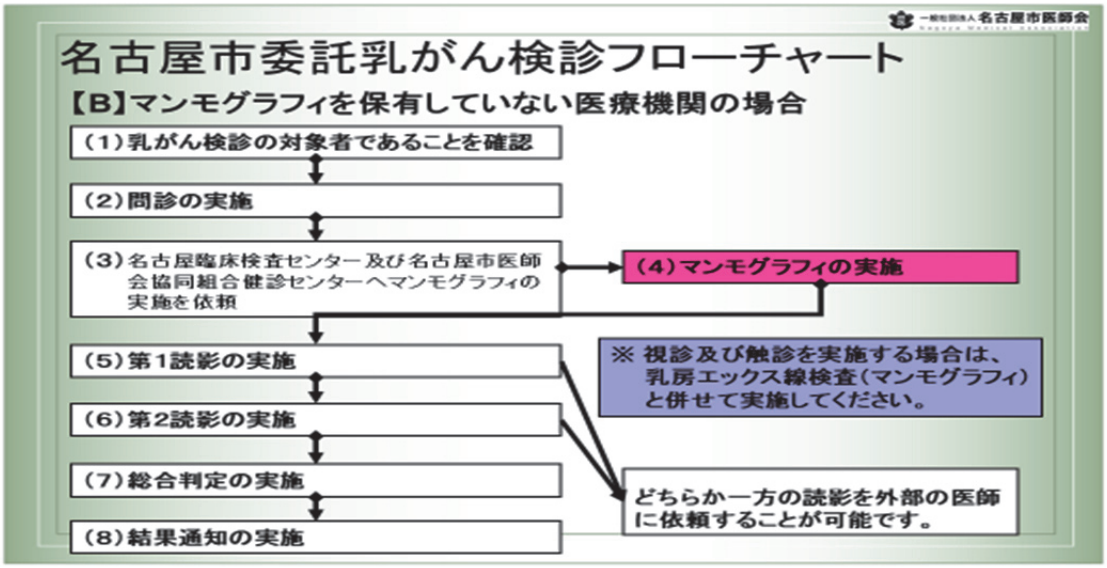
子宮体がん：子宮内膜細胞診：子宮頸がん検診の問診で一定の症状があり、医師が必要と認めた場合

乳がん検診：２年度に１回、20 歳以上の女性市民、受託医療機関数 135

マンモグラフィを所有しない医療機関は、名古屋臨床検査センターまたは健診センターに撮影を依頼して検診を施行することが可能（図 2-11）

上記２施設では、日本乳癌精度管理中央機構の読影資格を持つ医師による読影レポートが付記される（医療機関の実費負担あり）。

図 2-11



骨粗鬆症検診：年度に１回、４月１日時点で 40・45・50・55・60・65・70 歳の女性市民、受託医療機関数 800

Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルス検査：過去に受けてない市民、受託医療機関数 1017

②特定保健指導

特定健康診査の結果から、生活習慣病のリスクが高く、生活習慣の改善をすることで、生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、生活習慣を見直すサポートを行う。特定保健指導には、リスクの程度に応じて、動機付け支援（低リスク）と積極的支援（高リスク）があり、６か月間担当の管理栄養士が、個別に利用者に応じて指導を行う。名古屋市委託検診の他に、医療機関の紹介も受け付けている。

③任意型検診

一般企業の健康診断、各健保組合・国保組合の健康診断、学校健診、人間ドックを行っている。また対策型検診項目に加えて、ＭＲＩによる脳ドック、マルチスライスＣＴによる肺がん検診及び大腸がん検診、腹部エコー検査、心臓エコー検査、頸動脈エコー検査、動脈硬化検査等の検診・検査を施行している。

④一般保険診療における臨床検査

名古屋臨床検査センター及び健診センターは、対策型・任意型検診、人間ドック等以外に他医療機関からの臨床検査、血液・尿などの検体検査、病理検査も請け負っている。いずれの施設も保険医療機関であり、画像検査については放射線科専門医による画像診断報告書、病理検査については病理専門による病理学的検査報告書が、診療情報提供書として依頼元の医療機関に報告される。名古屋臨床検査センターの活動状況の詳細については、平成 28 年度中部医師会連合共同利用施設連絡協議会において報告している。

2）半田市医師会の取組

半田市医師会は、市民の健康維持・増進のための拠点として、また地域医療の拠点として半田市医師会健康管理センターを設立し、健診事業(一般市民、企業等)及び臨床検査事業を行っている。各医療機関において、臨床検査、画像検査をリアル閲覧できるようにネットワーク環境を整備し、診療支援機能の充実を図ることを目的としてＩＣＴを活用した地域医療連携システム(Dr Web)を開発、運用している。医師会内のコミュニュケーションツールとして、情報共有機能（ＣＣNet）などの診診連携機能、そして、診療所内で利用している電子カルテとDr Web を連携し、診療所内業務の軽減化に繋がる機能も付加されている。2015（平成 27）年４月からは、Dr Web がポータル的な役割で、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が完成した。活動内容の詳細については第 27 回全国総会で報告している。

（３）臨床検査における精度管理

愛知県医師会では、県下の臨床検査技師会と協力して愛知県臨床検査標準化協議会及び、愛知県行政からの委託事業として愛知県医師会精度管理委員会を設置して、臨床検査の精度管理事業を行っている。

（４）がん検診における画像精度管理

各健診センターでは、専門医もしくは読影資格を有する医師もしくは読影を専門に行う外部組織に画像読影を依頼し、精度管理を行っている。これら画像診断における精度管理

は、それぞれの健診センターにおいて独自に施行されているが、各専門領域の学会等による精度管理指針が順守されているため、愛知県医師会としての精度管理は行っていない。

（５）おわりに

繰り返しになるが、医師会共同利用施設は、故武見太郎日本医師会長が 1950（昭和 25）年日本医師会副会長に就任した際に提唱した「医師会病院・臨床検査センター構想」に基づいて、1953（昭和 28）年設立された栃木県下都賀郡市医師会病院に端を発する。当時は、高度経済成長の中で急速な進歩を遂げる医療技術に対して会員医療機関への診療支援をするため、医師会病院、医師会臨床検査センターは必須であった。しかし今日、第６次まで進められた医療計画により医師会病院の在り方は様変わりし、医師会臨床検査センターに至っては民間業者の業務拡大によりその存続が危惧されるまでになった。このような医療環境の大きな変化の中で、医師会と医師会共同利用施設の関係は新たな局面に突入したと考えられる。愛知県下には医師会病院は存在しないが、臨床検査センター、健診センターは数多く存在し、地域医師会及びその会員と密接な関係の下に発展してきた。しかし、一部の共同利用施設では地元医師会の枠を超え、愛知県下全域にまで事業を拡大し、他医師会、他自治体の業務を受託するまでに成長している。医師会共同利用施設といえども自立した経営を求められているため、民間業者との激しい競争の中では事業規模の拡大による経営の安定は当然の戦略であり、今後もその傾向は続くと考えられる。

医師会共同利用施設の設立主体は医師会に限定されたものではなく、公設民営のような運営形態であっても医師会員が利用できるものであれば広義の共同利用施設として認知されてきた。愛知県下に存在する臨床検査センター、健診センターの設立母体は、地域医師会もしくは民間業者との共同、有志の開業医など、何らかの形で医師会もしくは医師会に所属する医療機関がかかわっているが、その経営形態は時間の経過とともに様々に変容している。現在は医師会から独立した組織となり、民間業者と同等に価格競争の中で経営を行っている。独立した組織と言いつつも地域医師会から役員を受け入れるなど密接な関係を継続し、半官半民とも言うべき微妙な立ち位置で運営が行われている。地域住民における健康寿命の延伸に対して、医師会共同利用施設が重要な役割を果たすことは言うまでもないが、医師会という公的な組織のハンドリングがどこまで可能で、必要かといった問題には慎重な議論を要すると考えられた。

【添付資料1】 愛知県の医師会共同利用施設アンケート結果（臨床検査センター・健診センター・複合体　11施設）No.1

区分	施設名	設立年月日	業務	地区医師会会員利用							
				A会員数（H29.3.31時）	会員利用数	会員利用率	健診受診者数	検査人数	検体数	特定健診受診者数	特定保健指導受診者数
臨床検査センター（5）	名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター（名古屋臨床検査センター）	S33.5.1	臨床検査一般 日帰り人間ドック 企業健診 各種検診	1,844	903	49%	48,377	1,313,221	2,846,005	313	53
	豊橋市医師会臨床検査センター	S35.4.11	臨床検査 検診	232	207	89%	ー	250,936	不明	28,916	8
	碧南市医師会臨床検査センター	S57.4.29	検体検査（医師会員の医療機関から依頼） 健康診断（労働安全衛生法に従った内容）	32	28	88%	約15,000	不明	110,982	—	—
	刈谷医師会臨床検査センター	S46.4.1	会員診療所等の診療検体検査 刈谷市、知立市、高浜市内の 各医療機関で連携して行う検診等 学童検診、高校検診、行政健診 企業健診	114	108	95%	9,500	132,145	292,727	179	—
	蒲郡市医師会臨床検査部	H14.4.19	医師会員の医療機関より 依頼された検体の検査	47	45	96%	ー	50,848	904,456	—	—
健診センター（4）	名古屋市医師会健診センター（健診センター）	S38.10.16	保険診療（医療機関からの依頼によるMRI、CT、胃カメラ等） 総合健診（健保組合や住民からの依頼による人間ドック、生活習慣病予防健診等） 定期健診（企業からの依頼による労働安全衛生法に基づく健診） 特定健診（名古屋市国保等、集合契約に基づく特定健診、特定保健指導） 学校検診（名古屋市立小中学校の心臓検診〈心電図12誘導〉） 名古屋市委託がん検診（胃がん、大腸がん、乳がん検診等） 呼吸器センター（医療機関からの依頼による名古屋市公害健康被害の補償等にかかる医学的検査）	1,844	290	16%	104,177	－	－	1,907	87
	岡崎市医師会はるさき健診センター	H24.3.20	依頼検査業務 臨床検査業務 施設内健診業務 人間ドック業務	215	128	60%	118,612	－	－	4,847	1,474
	蒲郡市医師会健診センター	H14.4.19	市内学校検診（園小中高） 及び事業所健診（巡回含む）	47	34	72%	26,052	－	－	約4,000	—
	西尾市医師会健康管理センター	S60.4.1	健康診断	80	3	4%	16,794	－	－	13,960	27
健診センター・臨床検査センター複合体（2）	半田市医師会健康管理センター	S42.3.29	施設内人間ドック （企業、健保、行政等） 巡回健診診断 （企業、健保、行政等） 医学臨床検査 （血管検査、画像検査） 作業環境測定 計量測定事業等	67	67	100%	1,123,529	1,853,360	2,976,889	109,622	3,681
	岡崎市医師会公衆衛生センター	S48.1.16	依頼検査業務 臨床検査業務 出張健診業務	215	172	80%	192,560	294,836	不明	5,494	—

愛知県の医師会共同利用施設アンケート結果（臨床検査センター・健診センター・複合体　11施設）No.2

区分	施設名	日医総研による健診標準フォーマット		その他 （平成29年3月県医師会委員会資料より）
		使用	使用していない 理由等	
臨床検査センター（5）	名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター(名古屋臨床検査センター)	×	現在の業務では必要がないため。	平成27年度は、大手検査センターの攻勢も減り、新規取引先が増え増収につながった。アレルギー検査(Viewアレルギー39)、甲状腺検査等の依頼件数が増え増収の要因となった。9月の新検査センターへの移転に伴うコストが発生し収益が減少した。人間ドック、健診、CT、マンモグラフィの受診者数が増え増収となった。Web広告媒体からの人間ドック(高額コース)の申込みが増え、効果がみられた。経鼻胃内視鏡検査システムを導入し、経口と経鼻での対応が可能となり、受診者が増えた。
	豊橋市医師会臨床検査センター	×	以前より独自のフォーマットを使用しており、不都合がないため。	豊橋市特定健診などの市関係の検査料は検査部門の収入に含まれる。
	碧南市医師会臨床検査センター	×	現状では必要性を感じない。ただし、今年度中に導入の予定あり。	医師会会員の医療機関へ遠心器を設置し、血液検査の保存状態を高めている。 学童、ドック、国保特定健診において、共有の個人番号で管理しており、履歴データが一元化できている。
	刈谷医師会臨床検査センター	×	現在、受診者数が少なく、データ処理などは代行機関などに提出しているため。 受診者数が増加すれば、自施設での処理を検討しても良いと考える。	数年前より、オーダリングシステムを始め、平成28年度より検査料の値下げを行ったが、会員利用率は上がらず、今後営業活動を強化したい。現在、健診事業を拡張するために、協会けんぽ健診等の受注に向けて検討中である。
	蒲郡市医師会臨床検査部	×	現在、フォーマットを使用して結果を外部に出す必要がない。	蒲郡市からの委託事業である人間ドック事業が平成29年度で終了することに伴い、検査部門、健診センター部門ともに収益の悪化が懸念されている。両部門とも使用システムの老朽化（WindowsXPベース）に伴いシステムの刷新が必要であるが、多額の費用が見込まれ実施できていない。
健診センター（4）	名古屋市医師会健診センター(健診センター)	×	このフォーマットの詳細を知らないため。	
	岡崎市医師会はるさき健診センター	×	健診標準フォーマットについて認識が不足しているため。 データは独自開発しているため。	会員共同利用施設としてMRI・CT・内視鏡検査等を行っている。人間ドック、施設内健康診断、がん検診等も行っている。
	蒲郡市医師会健診センター	×	現在、フォーマットを使用して結果を外部に出す必要がない。	蒲郡市からの委託事業である人間ドック事業が平成29年度で終了することに伴い、検査部門、健診センター部門ともに収益の悪化が懸念されている。両部門とも使用システムの老朽化（WindowsXPベース）に伴いシステムの刷新が必要であるが、多額の費用が見込まれ実施できていない。
	西尾市医師会健康管理センター	×	健診業務は半田市医師会健康管理センターに委託しているため。	
健診センター・臨床検査センター複合体（2）	半田市医師会健康管理センター	×	健診の顧客から、本フォーマットでの結果報告の依頼がないため。	当会が独自に開発した地域医療診療支援システム（DR･Web）の会員利用者率は8割強を超えて58施設であり、周辺ユーザーの導入も203施設程あり診療に欠かせない診療支援システムとして認知していただいている。 検体検査のオーダリングシステム、画像・生体検査の予約、画像閲覧機能システム等はもとより、DR･Webにのせた市内基幹病院からのカルテ開示が構築され患者の同意があれば診療所でも閲覧でき、病診連携がより密になったシステムが構築できてきた。また、医療圏の在宅医療情報（在宅ICTシステム）も本DR･Webシステムに共有化されている。また、クラウド型EHR高度化事業にも取り組みを始めた。 検査室内においては、細菌同定検査の機械化、また婦人科細胞診液状検体の導入でより精度向上となった。共同利用施設としての生体検査（いわゆるMRI,CT等の画像検査）の充実のために、新たに市内北東部地区に画像診断検査施設の建設を行い、平成29年5月竣工にむけて完成間近である。胸・胃・乳等レントゲン画像検査がデジタル化され読影医への画像配信機能を活用し二重読影・比較読影の仕組みが確立され精度の高い結果を提供することができている。職業性ストレスチェックの受注引き合いも多く1万件を超える数を実施している。 PET-CTを利用したがん検診の獲得は伸び悩んでいるものの、ドックの受け皿の道具としては有用でありご愛顧をいただいている。大腸CTドックも商品化し実施している。今後、胃バリウム検査に代わって内視鏡検査が増えてくることを見越し、内視鏡検査スペースの施設改装工事を行い、1日あたり15名程をこなせるようになった。 今後は、より一層画像診断を充実した健康診断を展開していく予定であり、また世の中の動向を見据えながら遺伝子健診の検討も始めたいと思っている。
	岡崎市医師会公衆衛生センター	×	健診標準フォーマットについて認識が不足しているため。 データは独自開発しているため。	大手検査センターとの価格差に対して、医師会検査室の利便性を高め利用率向上の活動を行っている。 具体的には、検査オーダリングシステム、検体ラベル発行システムの導入、オンラインでの結果確認、会員に密着した営業活動などにより、民間利用会員の取り込み、既存会員の確保に取り組んでいる。これにより、会員からの依頼数は年々増加しており、活動は継続していく予定である。 巡回健診で、企業健診、住民健診、学校健診等を行っているが、競合他社との料金設定、入札料金が課題である。

愛知県の医師会共同利用施設アンケート結果（臨床検査センター・健診センター・複合体　11施設）No.3

区分	施設名	臨床検査業務	共通の臨床検査データベースシステム導入への意見	臨床検査精度管理調査参加		
				日医	愛知県（県医委託）	愛臨技
臨床検査センター（5）	名古屋医師協同組合名古屋臨床検査センター（名古屋臨床検査センター）	○	どの様なデータベースであっても、多額なアプリケーション開発費用が必要になるため、変更はできない。	○	○	○
	豊橋市医師会臨床検査センター	○	当センターの業務において共通のデータベースの必要性を感じないため、そのようなシステムがあったとしても利用しない。	○	○	○
	碧南市医師会臨床検査センター	○	データを自由にCSVで電子化してほしい。 日常業務（受付、オンライン検査、確認作業、報告、画像データの取り込み、インポート等）が出来るシステムが良い。	○	○	○
	刈谷医師会臨床検査センター	○	利用が見込めるとすれば現在行われている特定健診（国保・社保）について、検査データは指定フォーマット（txt、CSV形式）で出力し、最終的なデータ変換までは代行機関や国保が行っている。自検査センターでデータ変換が安易に出来るシステムであれば利用する可能性はある。 現検査システム及び健診システムが、かなり利用者に応じてカスタマイズ化されているのでルーチン業務で利用するには応用が利くものでなければ厳しい。 システム保守について、即日対応が可能か。（土曜日等も営業日なので対応可能か） 検査データの一元化や外部サーバーを用いたデータのバックアップ機能など行うのであれば将来的に参加するメリットはある。	○	○	×
	蒲郡市医師会臨床検査部	○	コストや規模次第。電子カルテへのデータ配信機能。特定健診のXMLが機能する。	○	○	○
健診センター（4）	名古屋市医師会健診センター（健診センター）	×	—	－	－	－
	岡崎市医師会はるさき健診センター	×	—	－	－	－
	蒲郡市医師会健診センター	×	—	－	－	－
	西尾市医師会健康管理センター	×	—	－	－	－
健診センター・臨床検査センター複合体（2）	半田市医師会健康管理センター	○	地域医療圏内でデータの共有、画像検査の共有が可能で、病診、病病、診診の連携が可能なシステムが必要。	○	○	○
	岡崎市医師会公衆衛生センター	○	総合病院、診療所、健診センターなどにて共有され、受診者がどこの施設を受診しても過去の検査データが参照され役立てられるシステムであれば利用したい。	○	○	○

２－８　日本医師会が開発・推進する「健診標準フォーマット」

国民の生活習慣病等の早期予防、重症化予防のために、かかりつけ医や健診実施機関の判定医師、産業医が医療受療者や健診受診者の過去の健診データを簡便に把握できる共通の健診データ様式の整備が必要である。

また、国民に対して切れ目のない健康増進を図り、疾病の早期予防、重症化予防を促進するため、一元化されたすべての健診データを基盤とした健康情報の医学的観点からの分析・提言を、公益に資する形で国民に提供することが重要である。

（１）「健診標準フォーマット」の利便性

1）健診実施機関における健診受託に関する利便性について

健診実施主体が求める健診データの電子的様式は多種にわたり、電子的健診データを提供する健診機関に大きな負担を強いている。

そのため、広く健診実施機関が「健診標準フォーマット」を用いることにより、健診実施機関と健診実施主体の双方で健診データの変換に係る事務作業が低減され、且つ、双方の変換による様々なミスを防ぐことが可能になる。

また、「健診標準フォーマット」に対応する健診実施機関はリスト化の上公開されることで、より高精度な健診データを提供できる施設として健診実施主体から選択されることになる。

さらに、事業所健診等における労働基準監督署等報告に係る有所見判定値は、自動判定処理により健診データの付帯情報として健診実施主体に提供できる。

2）健診関係団体等による学術目的の健診データ収集に関する利便性

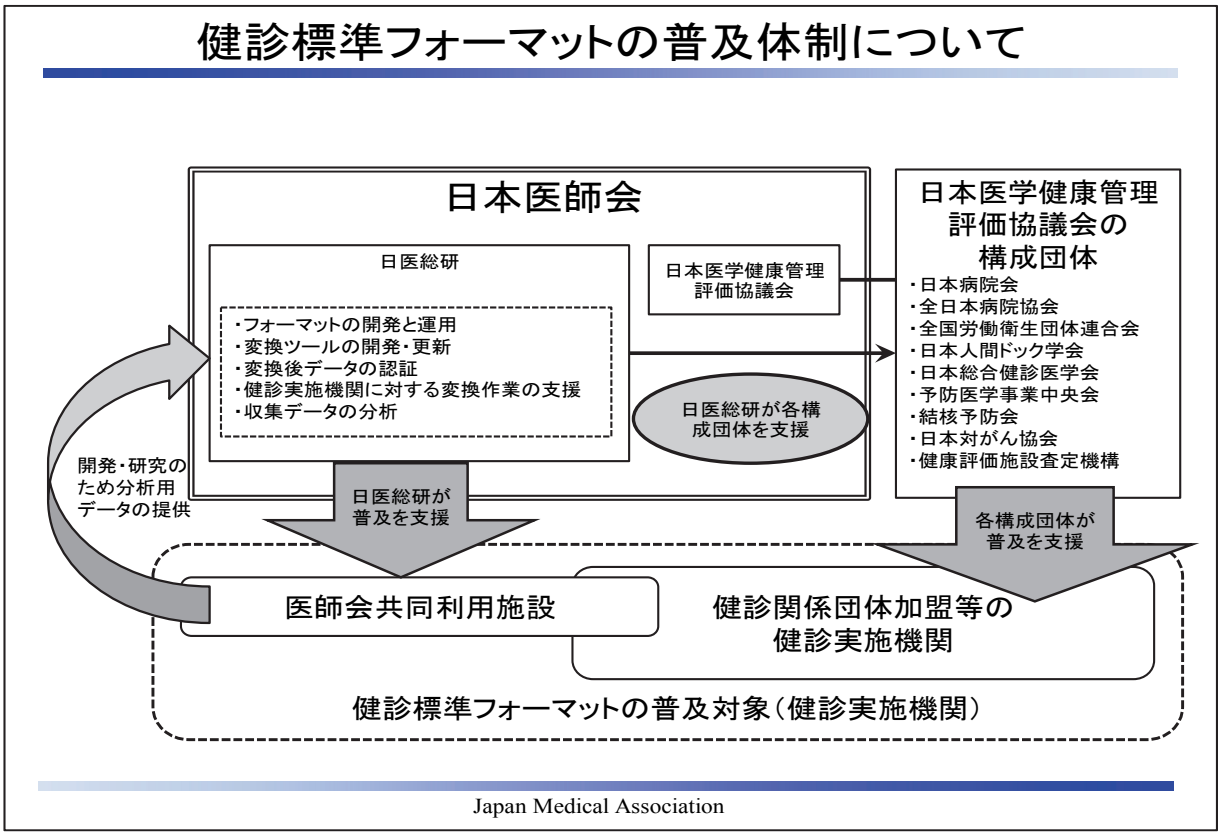
健診関係団体による全国支部や加盟する健診実施機関を対象とした健診データの収集が、より容易になる。

また、「健診標準フォーマット」の由来情報を利用することで、健診データの集団分析において効率的にクリーニング作業が行われ、層別化されたデータは、より高精度なデータベースとして分析が可能となる。

（２）「健診標準フォーマット」への変換ツールの運用について

「健診標準フォーマット」への変換ツールは、健診実施機関に対して、原則無償で配布される。

また、健診実施機関ごとの健診データ変換に必要な「対応表」の作成と運用、変換後データの品質保証は当面の間、日医総研が行う。



（３）「健診標準フォーマット」正式公開版について

「健診標準フォーマット」は、健診データファイル形式を定めた、「レコード仕様」と、健診の運用情報や検査の臨床検査等の付帯情報を記録する「由来情報」で構成されている。

2017（平成 29）年 12 月 7 日に開催された日本医学健康管理評価協議会（以下、協議会）総会において、健診標準フォーマット正式公開版（ver. 1. 0）の公開が了承され、「健診実施機関が外部に提供する健診結果データの電子的様式について、『健診標準フォーマット』を推奨し普及に協力していく」旨、合意された。

1）レコード仕様

健診データファイル形式はＣＳＶ形式として取扱い、今後、汎用的なＸＭＬ形式に発展させていく。また、由来情報は、毎年ごとに収集したデータを管理し、統計処理を行うためのデータベース構築等に活用していく。

2）標準コード名称

「健診標準フォーマット」における健診データの記載は、臨床検査等の測定結果値である数値情報と名称によって構成されるため、コード設定は行わない。

また、特定健診等制度において、国が定めている検査コード等については、コード内容を名称に置き換えて運用する。

3）標準コード名称（画像所見）

全国労働衛生団体連合会と日本医師会が 2016（平成 28）年２月に実施した「健診結果データにおける診察・画像所見等コード」の共同調査により、90 施設から所見等名称とコードが提供され、集約化された類義語集として標準コード名称（画像所見）が作成された。

類義語が多数存在する画像所見等名称については、「健診標準フォーマット」として健診実施機関の施設外に電子的健診データを提供する場合、類義語集に基づき集約された代表的名称に置き換える。

ただし、健診実施機関自身が運用している健診システム等で管理されている画像所見名称については、「健診標準フォーマット」の代表的名称を使用することを求めていない。

（４）「健診標準フォーマット」における今後の取組

「健診標準フォーマット」の活用により、地域・職域保健における住民の健康状態の把握や全国的な大規模健診データの収集が可能になるとともに、かかりつけ医による診断補助への活用が見込まれることから、普及のための活動が重要である。

2015（平成 27）年度第１期運用の実績は、変換された施設数が 17 施設で、変換データ件数は 1,483,197 件であった。

2017（平成 29）年度の変換予定施設数は 70 施設で、データ変換件数は 5,000,000～7,000,000 件を見込んでいる。

今後の更なる普及のため、協議会を構成する健診関係団体による健診データ収集・変換のためのパイロット事業の実施と、有償による被用者保険の保険者等による契約健診実施機関からの健診データ収集への支援「先進的な予防・健康づくりのための健診データベース構築事業」を推進していく。

健診標準フォーマットの普及に関する更なる取組み

1．協議会の構成団体による加盟健診実施機関からの健診データ収集・集計分析支援（有償による実証事業）

事業の名称：健診関係団体による健診データ収集・変換のための健診標準フォーマットパイロット事業

（1）事業の概要
　平成28年10月12日に本協議会構成団体により公表された「共同宣言」では、宣言２において、「医療機関、健診実施機関、健診関係団体等が取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、健診のデータベース構築に協力して取組むこと」とされている。そこで、日本医師会では、「健診標準フォーマットver.1.0」を用いて健診関係団体自身が健診実施機関より収集している健診データを健診標準フォーマットで一元管理し、集計分析できるよう、平成29年度中に本パイロット事業を実施する。
（2）本パイロット事業で取扱う健診データの範囲
　本協議会構成団体による共同宣言に示されている「健診」の範囲とする。
①妊婦健診　②乳幼児健診　③学校児童生徒健診　④労働安全衛生法に基づく定期健康診断等　⑤特定健診
⑥後期高齢者健診　⑦がん検診　⑧人間ドック健診等
（3）本パイロット事業で取扱う健診データ変換等作業分担
①健診実施機関における健診データの健診標準フォーマットへの変換作業：
　日医総研で実施機関用に個別設定した「変換ツール」により、健診実施機関内において変換作業を実施する。
②健診実施機関内において標準フォーマットに変換された健診データの収集方法：
　健診関係団体の責任の下、管理されているデータセンター等に収集する。
③標準化後の健診データの集計分析作業（健診関係団体からの要望に基づく作業）
　個人情報の匿名化、若しくは属性の削除は健診実施機関で実施し、健診関係団体に送る。
　健診関係団体に送られた健診データの集計分析は日医総研が行い、健診関係団体に提供する。

健診標準フォーマットの普及に関する更なる取組み

2．被用者保険の保険者等による契約健診実施機関からの健診データ収集への支援（有償による実証事業）

事業の名称：先進的な予防・健康づくりのための健診データベース構築事業

（1）事業の概要
　わが国においては、「日本再興戦略」（平成25年６月14日閣議決定）に基づき、すべての健康保険組合がその保有するデータ（主に健診データとレセプトデータ）を活用して、保険加入者の健康保持増進に向けた保健事業（データヘルス計画）を策定し、平成27年度からその実施が始まっている。
　また、同年7月10日には、経済界（日本経済団体連合会、日本商工会議所等）・医療関係団体（日本医師会、日本歯科医師会等）・自治体（全国知事会、全国市長会等）のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」が発足し、自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、平成32年（2020年）までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択した。
　そこで、日本医師会は、被用者保険の保険者による健康情報の活用による健康経営の取組みや国民の生涯を通じた保健事業の推進のため、契約健診実施機関のすべての健診データを健診標準フォーマットに変換し保険者に提供することで、保険者が、より先進的な予防・健康づくりのための健診データベースを構築できるよう、協力して取組む。

（2）事業の対象
　①全国規模の総合健保組合　②全国規模の単一健保組合

（3）取組みの状況
　製造業系の総合健保組合と交渉中。平成29年度中に契約健診実施機関（約900健診機関）のうち、30健診機関程度の健診データを健診標準フォーマットに変換し、収集する予定。

Japan Medical Association Research Institute

３. 医師会病院

３－１　函館市医師会病院

北海道において医師会病院は、函館市医師会病院が唯一のものである。函館市医師会病院は 1985（昭和 60）年に開設され、240 床、11 の診療科をもつ中規模病院である。2016（平成 28）年度の平均入院患者数は１日当たり 191.1 人、平均入院日数は 15.7 日、外来は１日平均 154.7 人である。

（１）函館市医師会包括連携協定

1）経緯と背景

2017（平成 29）年５月 24 日に、公益社団法人函館市医師会と公立大学法人公立はこだて未来大学（以下、未来大）、及び独立行政法人国立高等専門学校機構函館工業高等専門学校（以下、函館高専）は、３者が医療と情報科学及び工学を融合させることにより、多様化する地域の医療・福祉のニーズに応えられるような連携や協力をするために、包括連携協定を締結した。３者は将来的に函館市の参入も視野に入れており、高齢者のデータ提供などの協力を期待できる。また、他の関係団体が加わりやすい体制を整え、「医工連携」で全国的に抜きんでた地域を目指している。

2016（平成 28）年の日本における高齢化率は 27.3％と過去最高で、主要国の中で世界のトップであると発表された。函館市においては、2017（平成 29）年４月時点で人口 264,050 人のうち 65 歳以上は 88,164 人、高齢化率は 33.4％と、３人に１人が高齢者となっており、全国平均を大きく上回っている。また、函館市における医療機関はもとより、大学などの高等教育機関も医療的・福祉的視点を盛り込んだ教育や研究が盛んになってきている。未来大では、医療ＩＣＴの教育やＡＩを導入した画像診断などが研究テーマとして実績を上げている。函館高専ではアシスティブテクノロジー（以下、ＡＴ）の教育が盛んであり、「障害による物理的な操作上の不利や障壁（バリア）を、機器を工夫することによって支援しようとする考え方が、アクセシビリティあるいはアシスティブ・テクノロジーである」と定義されている。

2）各機関の共通のテーマ

各機関共通の役割として、４つの柱となる研究テーマがある。

①函館市内の 60 歳以上の高齢者の健康調査及び生活能力調査・健康増進のための基礎的研究

②脳血管疾患の後遺症における片麻痺患者の指先リハビリテーション装置の開発、または応用及び一般化に関する研究

③パーキンソン病患者における各種刺激信号による歩行サポートシステムの開発研究
④高齢の糖尿病患者における運動サポート装置の提案と開発

3）函館市医師会の状況

・上記４つの研究テーマについて取り組んでいる。
・市内４か所の高齢者大学に宣伝活動を行い、2017（平成 29）年６月 25 日に医師会病院において第１回の健康調査を行い、71 名の高齢者が参加した。
・2014（平成 26）年９月、リハビリテーション的観点から脳卒中片麻痺に関する指先リハビリテーション支援装置の発案を未来大に提案し作成に着手、函館市医師会病院は装置の理論及び根拠についての実験を誘発筋電図にて実施した。
・2017（平成 29）年５月に、パーキンソン病患者の歩行とバランスに関しての分析を行った。また、音刺激による歩行サポート装置作成（未来大）に協力するため、函館市医師会病院が倫理委員会を開き、未来大生に実験許可を与えた。

4）公立はこだて未来大学の状況

・函館市医師会病院で行う健康調査の「反応速度判定アプリ」を作成し、提供した。
・函館市医師会病院で行われた健康調査に院生及び学部生８名を派遣し、ともに調査に携わった。
・脳血管疾患片麻痺患者の指先リハビリテーション装置の作成とプログラミング、糖尿病患者の運動サポート装置の作成を開始した。

5）函館工業高等専門学校の状況

・脳血管疾患患者の片麻痺指サポート装置について「光トポグラフィー」を提供している。
・全国の高専で展開している「ＡＴフォーラム」のホスト校となり、未来大及び函館市医師会に後援を依頼した。

（２）函館市医師会による函館市内における健常高齢者の健康調査について（図 3-1）

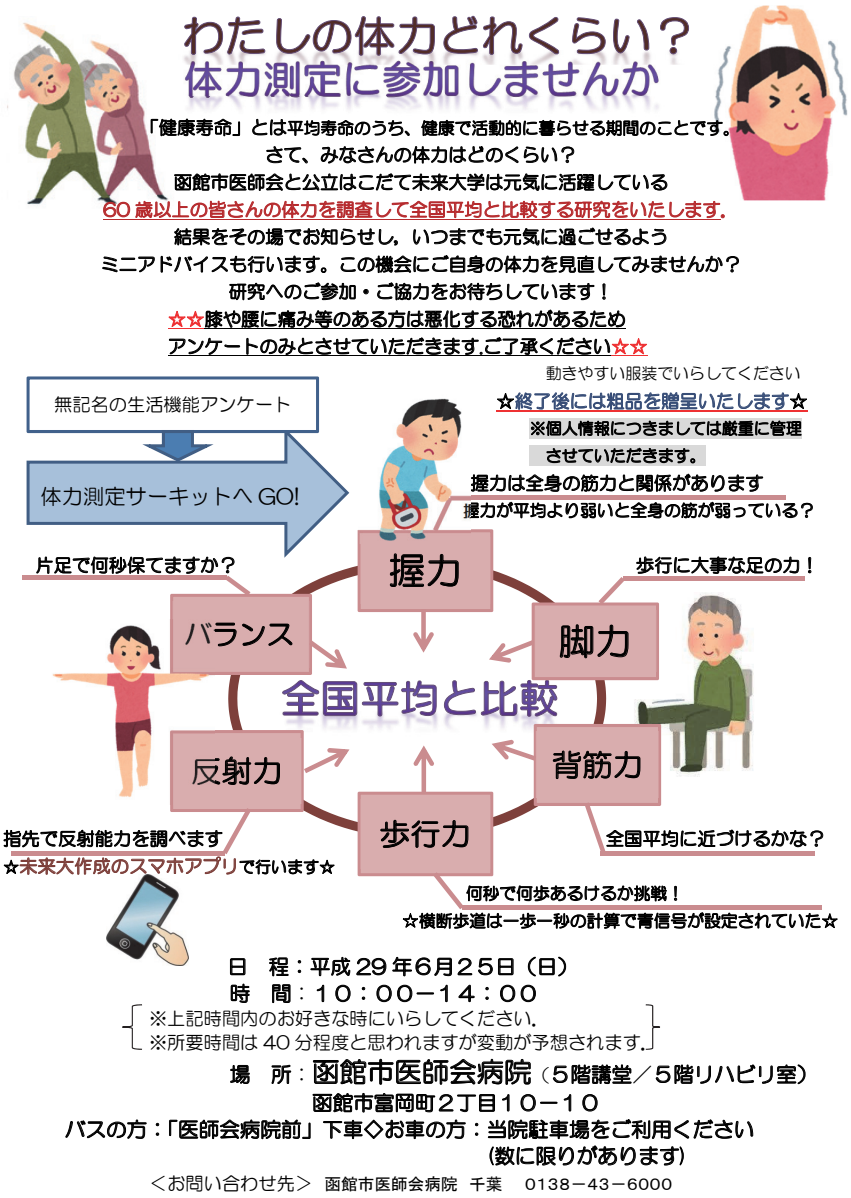
函館市医師会病院では、函館市が開設している高齢者大学（４か所）及び老人福祉センター（３か所）に着目し、これらに集う健常な高齢者 1,000 名以上を対象に健康寿命の実態について調査を行った。

健康調査は、生活実態・身体状態・認知機能に関する約 80 問のアンケートを無記名で行い、その後、握力・背筋力・脚力（大腿四頭筋）・片脚立位バランスなど７項目の計測を行う。この結果は、文部科学省などで発表している日本人の平均値と比較し、参加した高齢者にフィードバックすることで、健康意識を高める動機とすることを目的とした。また、

アンケート結果を居住する町単位で比較することにより、何らかの差や特徴が検出されれば、地域に根差す高齢者にとっての問題解決の糸口になることも期待される。

この取組は３年間継続し、年に１回健康調査を行い、前年度の健康状態と比較する計画であるが、将来的な展望として、この調査を継続することで健常高齢者の健康状態を把握しつつ、健康運動教室の開催などにより健康寿命を延ばし、高齢者の就労に結び付けることに繋がることを期待している。

図 3-1　函館医師会による函館市内における健常高齢者の健康調査について



健康寿命の延伸のためには、健診・検診の充実と日頃からの健康づくり活動が重要である。現在、健診データの一元化が始まるところであり、医師会病院は医師会臨床検査・健診センターと連携して、いち早く健診データの一元管理に取り組み、健診率の向上・健診

の質的向上に努力すべきである。また、既に行政主導の健康教室なども行われてはいるが、函館市医師会が行っているような新しい視点からの健康調査・健康教室も有用と思われる。

また、函館市医師会は大学・高専と連携し、新しい研究開発を進めている。その地域で盛んな産業（農業・漁業・観光業など）と連携することは、多くの地域では医師会と行政は協力して活動していることから、さほど難しいことではないと思われ、他の地域でも検討に値する事例と考える。

３－２　さいたま市民医療センター

前期の本委員会報告書でも触れたが、改めて「さいたま市民医療センター」について紹介する。

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８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、2016（平成 28）年度においても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、放射線科、皮膚科、耳鼻咽喉科、泌尿器科及びリハビリテーション科である。また、紹介率 88.3%、逆紹介率 99.2%、新入院患者数 6,542 人、救急患者の受け入れが 8,407 件で、うち救急車の搬送件数が 4,828 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 103.6%の 93,977 人、病床利用率も過去最高の 73.6%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・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がある。

また、第 27 回全国総会の第１分科会で、当病院副院長で大宮医師会理事の石田岳史先生

より、「地域包括ケアシステムにおける医師会病院の役割」についてご発表いただいた。当院では内科を細分化せず、救急総合診療科が内科の主軸となり、各臓器別専門内科がそれをサポートする体制で運営されており、毎朝の全科ミーティングで各々の患者の主治医団を決定しており、複雑な疾患を抱えた老年医療には、理想的な臨床決定プロセスと思う。これからの医療システムは、地域包括ケアシステムを念頭に中規模の地域医療支援病院が軸になり、かかりつけ医と face to face の繋がりを持ちつつ、他方で高度急性期病院と人事やＰＦＭ(Patient Flow Management)を含め密接に連携した地域医療システムが望まれるとのことで、さいたま市地域包括ケアシステムを積極的にリードしていく意気込みが感じられた。

３－３　医師会病院がおかれている状況

従前より医師会病院にかかわる問題の一つに、地域医療支援病院の承認要件がある。

地域医療支援病院は、かかりつけ医の後方支援、施設・設備の共同利用、開放病床といった多くの医師会病院がもともと持っている機能を（地域医療支援病院の）承認要件としており、当初は、200 床以上の医師会病院の取組を想定した制度であると認識していた。

しかし、その後、紹介率の要件が緩和され、診療報酬上の利点もあり、基幹病院が相次いで地域医療支援病院として承認されることになった。地域医療支援病院制度の目的が、かかりつけ医の後方支援体制の確保から基幹病院の機能強化の様相を呈してきたと言わざるを得ない。

さらに、2014（平成 26）年の医療法改正で地域医療支援病院の承認要件が変更され、救急医療提供に関する要件が厳格化された。この改正は、基幹病院の地域医療支援病院承認が増加する中で、基幹病院の救急受入減少を防ぐ目的で定められた要件であると考えられるが、この救急医療提供の要件を、地域でかかりつけ医を地道に支える後方支援病院（＝医師会病院）に適用することには違和感がある。

また、地域の救急医療体制は、医療圏域や市町村によって異なる。例えば、人口 25 万人の某市では、休日（内科・外科・小児科)、夜間（内科・小児科）の初期救急を医師会がセンター化、二次救急を２病院の輪番制、三次救急を１病院が担う体制を構築し、この体制を医師会と行政が広報、近年ようやく市民に定着したところである。

このように、地域の状況や特性に応じた救急医療体制が構築されたなかで、かかりつけ医の後方支援に重点を置いた運営を行う医師会病院にも一律に救急医療提供の要件を求められ、これを理由に地域医療支援病院の承認が取り消されようとしている。

全国の医師会病院はその地域、地域の求めに応じて設立され、その地域性を反映して運営されている。また、地域医療支援病院は県知事が承認する際、地域の実情を踏まえ、弾

力的に行われていたはずである。にもかかわらず、一律性を求めること自体に無理があると考える。

地域医療・介護の総合的な確保を目的とする地域医療構想が推進されるなかで、医師会病院が消滅するのは医療資源の確保という観点から、また、地域包括ケアシステムを担うかかりつけ医の支援という観点においても、残念なことと考える。

これまで、多くの医師会病院は大学の医局からの医師の派遣で成り立っていた。この制度が崩壊し、医師の供給が激減、多くの医師会病院は外来、病棟の維持が困難な状態に追い込まれている。そのため、入院患者受入に制限が生じていけば、地域医療支援病院だけでなく、地域包括ケア病棟、在宅療養後方支援病院を辞退せざるを得なくなる。

医師会病院も地域包括ケアシステム構築の絵には有効な支援組織として描かれているが、現在の診療報酬制度では経営的に成り立たなくなり、地域包括ケアシステムが構築される前に消滅しかねない状況である。

ついては、地域医療支援病院の県知事承認に際し、地域医療構想における役割、地域特性を鑑みた上で、医師会病院への特例措置を設けるよう強く要望する。

４.在宅医療・介護支援関連施設

日本社会は、世界有数の長寿国になったが、著しい低出生率の持続による少子化が進み、人口減少という局面に入った。この人口構造の変化によりマンパワー不足が顕在化し、また経済の低迷も加わり、社会保障制度の持続が危ぶまれる状況になっている。

このような人口転換期、また厳しい社会経済情勢の中で、如何にサクセスフル・エイジングを実現するかが最大の課題である。健康で生きがいのある生活を送り、可能な限り社会参加や社会貢献を果たす。疾病や老化により生活機能が低下した時には必要な支援を受けながらＱＯＬ維持・向上を図る。そして、できるだけ穏やかな死を迎える。このサクセスフル・エイジング実現の行方を決めるのが、健康寿命延伸も含めた地域包括ケアシステムの確立である。

地域包括ケアシステムは、個人のＱＯＬを維持・向上するために、必要な介護、介護予防、リハビリテーション、医療、看護、保健、福祉、生活支援、住まいなどを包括的に提供するための方法・手段であり、同時に、地域全体のＱＯＬを高めるための、地域住民、支援を受ける人、提供する者が協働するための仕組みでもある。さらに、地域包括ケアシステムの考え方は、日本全体のＱＯＬを高めるための「絆と土台」となる関係性や価値観を再構築していくための概念である。

４－１　京都府医師会在宅医療・介護支援関連施設の状況～設立目的と事業展開～

地域包括ケアシステムにおいて求められる医療の役割は、進歩する医学・医療技術を駆使して疾病予防、治療、リハビリ等を提供し、自立と健康の維持に貢献することに加えて、完治しない慢性疾患や後遺症、また老化による生活機能が低下し、精神的・社会的不安や苦しみ、また誰にも避けられない死に対し「支える」、「癒す」、「看取る」といった全人的な医療を行うこと、また、自宅、介護施設、サービス付高齢者向け住宅などの自宅以外の住まいなど、多様化する場所に医療を提供することが求められている。このような医療を行うために、必要な医師の役割は、「医療の専門家としての役割」に加え、医療のマネジメントやチーム医療でのリーダー役、介護との連携を担うといった「医療の責任者としての役割」の重要性が増す。さらに大切な役割として、多職種とともに老いや死が迫った人たちの伴走者になり、意思決定支援や痛みや苦しみを和らげること、家族のケアなどを行う「対人援助者としての役割」が求められる。このような役割を果たすことは、医療、医師にとっても大きな転換を求められていると言える。

このような医療、医師の役割を果たすことは決して容易なことではない。重要な使命として、医師会は事業や会員支援を積極的に行わなければならない。京都府医師会は、2008（平成 20）年４月に「京都府医師会在宅医療サポートセンター」を設置し、府民への情報

提供、相談窓口の設置、研修事業などを実施してきたが、2015（平成 27）年にこれを発展させ、地域包括ケアシステムの構築も視野に入れた「京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター（以下、サポートセンター）」を創設した。財源として「地域医療介護総合確保基金」を活用し看護師１名、介護支援専門員 1 名など必要な職員を配置し、より充実した体制を整えた。サポートセンターでは研修事業に力を注ぎ、2012（平成 24）年からスタートしていた「京都在宅医療塾」を、在宅専門医や訪問看護認定看護師の協力を得て実技やグループワークを取り入れ、さらに充実させた。また、総合診療力向上のための研修、食や排泄、ＡＣＰなどをテーマに、多職種による生活機能向上研修など多様な研修も展開している。啓発事業としては、在宅医療や人生の最終段階の医療などをテーマに、府民向けシンポジウムを開催している。

さらに、多職種で構成される「食及び排泄ブレーントラスト会議」を設置し、2016（平成 28）年から在宅生活のＱＯＬ向上に欠かせない食や排泄に関する府民からの相談事業を開始した。また、多職種協働にも役立つ摂食・嚥下障害・排泄障害に関するテキスト「生活を支える医療 虎の巻」を作成した。

在宅医療推進については、「京都在宅医療戦略会議」を全地区医師会の担当理事及びオブザーバーとして京都府、京都市の参加を得て年３～４回開催し、地域医療構想への対応、在宅医療推進などの重要課題について情報共有及び協議を行っている。また、2016（平成 28）年２月には、地域医療構想への対応及び京都府における在宅医療実態把握の目的で、会員及び病院向けの「在宅医療への取組み状況アンケート」を実施し、この結果が京都府の「京都府地域包括ケア構想（地域医療ビジョン）」に反映された。

京都府医師会では、他の重要な試みとして、医師会館新設に伴い、2011（平成 23）年４月に「京都府医療トレーニングセンター」を開設した。本センターでは救命救急処置や最新医学の研修だけでなく、在宅医療の研修に活用している。また、医師だけでなく広く多職種、また府民向けに門戸を開き、研修を行っている（平成 24・25 年度本委員会報告書でも紹介）。

今後、介護保険の地域支援事業の枠組みの中で、郡市区医師会が開設または協力する在宅医療・介護連携を支援する拠点が各市町村に設置される。京都府医師会は、それぞれの拠点と連携して、より地域に密着した地域包括ケアシステムを推進していく。また、このような在宅医療・介護連携推進拠点は、今後医師会共同利用施設として重要な位置を占めることになると考えられ、これに対する支援が都道府県医師会また日本医師会に強く求められる。

（１）京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター

＜主な事業＞

①情報提供

②相談事業

・「食と排泄についての相談窓口」開設

ブレーントラスト会議（多職種）　食支援 Part、排泄支援 Part

③研修事業

・京都在宅医療塾Ⅰ，Ⅱ

・総合診療力向上講座

・生活機能向上研修（食、排泄、ＡＣＰ）

④啓発事業

・府民公開講座

⑤在宅医療推進事業

・「京都在宅医療戦略会議」

・地区医師会・在宅医療連携体制推進事業

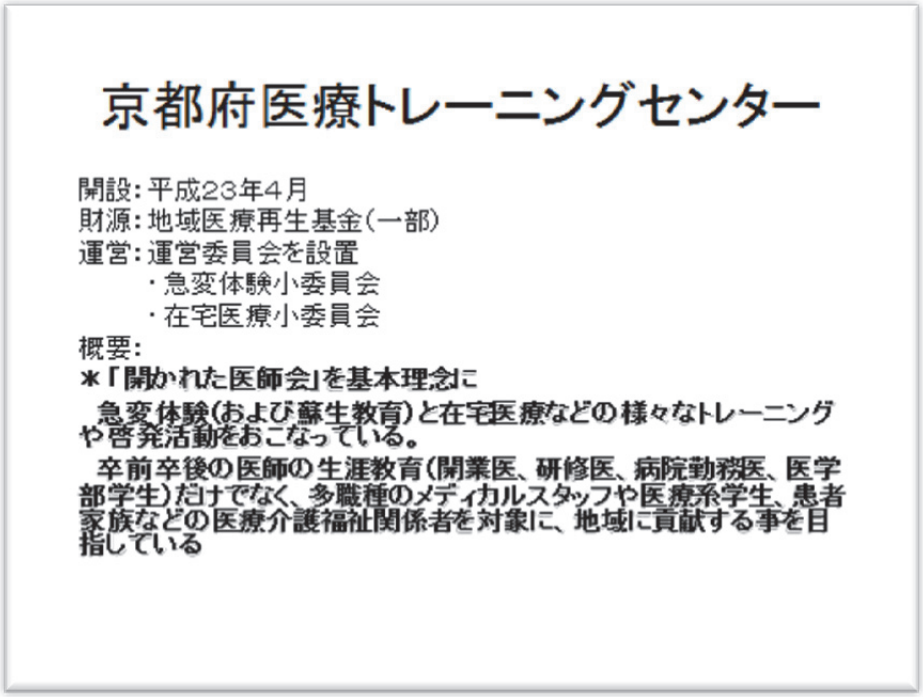
（２）京都府医療トレーニングセンター

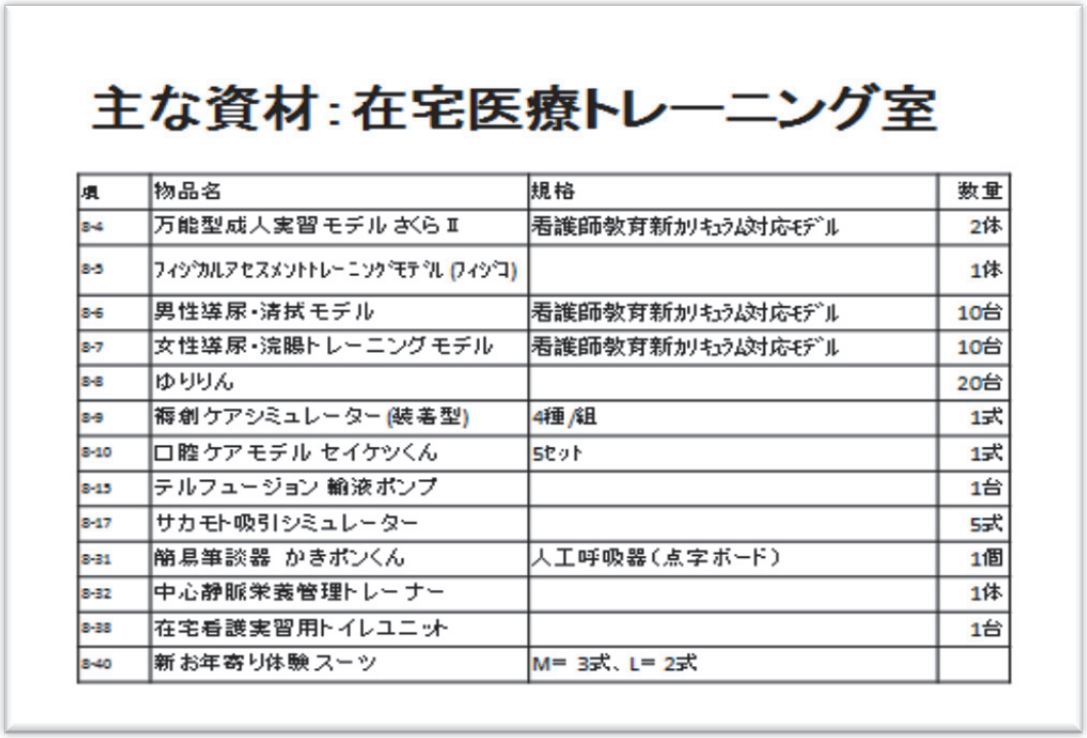
＜介護・在宅医療関連研修＞

①家族介護者向け医療的ケア・口腔ケア実践研修

②京都在宅医療塾Ⅱ

③京都小児在宅医療実技研修





４－２　健康寿命の延伸のために医師会立地域包括支援センターができること

松阪地区医師会立地域包括支援センター（松阪市第一地域包括支援センター）は、2008（平成 20）年度から多職種連携の研修会として「地域けあネット」を開催している。

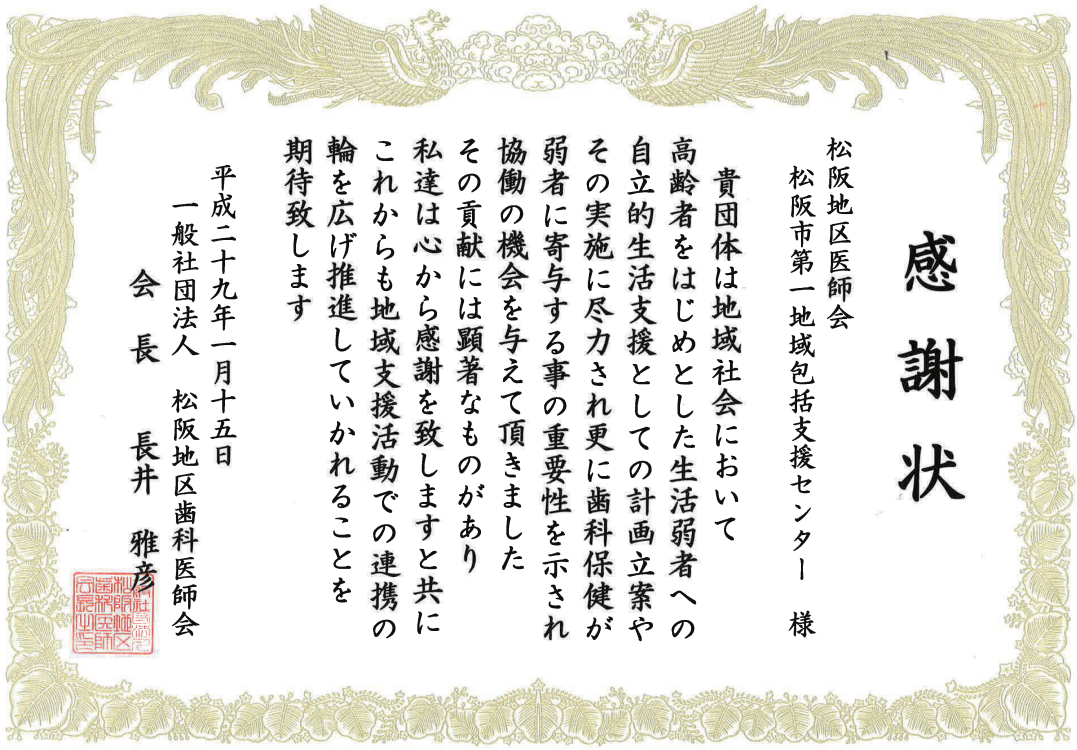
（1）地域けあネットの参加職種・人数から見えること

	年度別延人数	20	21	22	23	24	25	26	27	28
医療系	医師	49	39	43	28	26	31	30	27	26
	歯科医師	4	15	17	11	17	8	13	16	10
	薬剤師	16	23	19	11	8	17	26	52	42
	看護職	19	18	36	25	19	44	45	45	49
	歯科衛生士	0	8	6	9	20	8	16	20	14
	管理栄養士	0	2	0	3	0	0	3	20	8
	リハ職	1	3	10	6	14	16	19	27	18
	割合	41.2	43.5	32.1	35.0	28.4	35.8	39.2	45.9	47.9
介護系	介護支援専門員	78	83	198	106	143	118	134	144	122
	社会福祉士	4	1	9	2	7	3	6	5	3
	介護職	20	27	25	15	20	54	39	43	13
	相談員	4	9	21	16	22	11	15	7	10
	MSW・病院職員	7	7	9	10	14	15	15	18	27
	他	14	13	15	23	56	21	27	27	7
	割合	58.8	56.5	67.9	65	71.6	64.2	60.8	54.1	52.1
	合計	216	248	408	265	366	346	388	451	349

・実感として、年々医療系の参加割合が多くなっているような印象を持っていたが、年次推移を見てみると、数字からも裏付けられた。特に伸びているのは、薬剤師と看護職、リハ職。理由としては、事例検討が増えているからと推測される。

・地域けあネットでは、2014（平成 26）年度から毎年、歯科医師会・薬剤師会・訪問看護協会にミニ講話と事例選定をお願いし、地域ケア会議という手法で地域けあネットを開催している。他のところのように、「ケアマネジャーや地域包括支援センターの事例で事例検討をし、多職種に参加を求める」のではなく、医師会立の地域包括支援センターが、それぞれの団体に依頼をする形である。その結果、地域けあネットの開催を通じて、「医師会立の地域包括支援センター」と「歯科医師会」、「薬剤師会」、「訪問看護協会」という組織対組織の連携が構築された。歯科医師会からの表彰状は、この点を評価していただいたものである。

・ここ１～２年、松阪市内はもちろん、全国的にも多職種連携のための研修会は多数開催されるようになったが、地域けあネットを始めた 2008（平成 20）年頃には、全国的に見ても先進的な取組だったと考える。



感謝状

松阪地区医師会
松阪市第一地域包括支援センター　様

貴団体は地域社会において
高齢者をはじめとした生活弱者への
自立的生活支援としての計画立案や
その実施に尽力され更に歯科保健が
弱者に寄与する事の重要性を示され
協働の機会を与えて頂きました
その貢献には顕著なものがあり
私達は心から感謝を致しますと共に
これからも地域支援活動での連携の
輪を広げ推進していかれることを
期待致します

平成二十九年一月十五日
一般社団法人　松阪地区歯科医師会
会　長　長井　雅彦

・毎年１回、地域けあネット親睦会も開催。最近は、総合病院の院長も参加されるようになってきており、在宅分野との連携に係る窓口のような認識をいただいているのかもしれない。当初は行政から「地域包括支援センターが親睦会を開催するなんてとんでもない」と言われ、２年目から幹事を他法人の方にお願いした経緯もある。
・地域けあネットの一つの特徴として、「運営委員会」がある。運営委員には松阪地区医師会副会長と理事が含まれ、当地域包括支援センターが、他法人の管理者クラスの方とともに企画運営を行っている。企画運営に医師会理事が関わっているのは、医師会立の地域包括支援センターならではであり、また業務に対して他法人の職員に無報酬で関わっていただいているというのも、かなり希少な例だと考える。これも、圏域内の地域包括ケアシステム構築を意識した運営である。
・介護支援専門員の研修会参加意欲は非常に高く、地域けあネットについても同様で、医療系と介護系がほぼ半数というバランスの取れた参加となっており、グループワークに対する満足度も高い（毎回のアンケートより）。介護系職員に対する研修会という位置付けも持ちながら運営している。

（２）医療介護連携拠点（仮称）について

・2018（平成 30）年４月設置予定。拠点が対象とする地域は、松阪地区医師会と同じく松阪市と多気郡三町（大紀町は未定）。
・拠点は、松阪市と多気郡三町が開設し、松阪地区医師会が場所を提供。職員は、松阪地区医師会立地域包括支援センターが看護師を１名出向させ、行政が福祉系職員１名

＋事務員１名を配置する。医師会職員を１名出向させることになったのは、例えば医師会内の連絡調整は、些細なことであっても行政職員では難しいだろうと考えたからである。拠点の外側から見ているだけでは見えない風景が、今後見えてくると考える。

（３）その他　包括業務

・介護予防教室において、医師に講師依頼を行っている。例えば、「在宅看取りについて」、「インフルエンザの予防」、「がんの早期発見早期治療について」、「健診を受けよう」などの専門的な講話を、圏域内か否かを問わず、会員の先生に依頼することができている。地域住民の健康寿命の延伸に寄与している。
・地域包括支援センターの委託法人イコール社協というイメージを持つ方（専門職を含む）は多く、市外や県外の研修会に参加した際に、「医師会立」というだけで驚かれることがある。ともすれば、地域包括ケアシステムや在宅介護は介護や福祉の話ばかりになりがちだが、医師会がこの分野に対して主体的に深く関わる意味は大きいと感じている。

（４）考察

2017（平成 29）年 11 月 26 日に金沢で開催された中部医師会連合共同利用施設連絡協議会が、「平成 30 年度の医療・介護同時改定とこれからの医療ＩＣＴを見据えて ～私たち医師会共同利用施設の今後の方向性を考える～」をメインテーマに開催された。医師会共同利用施設において、臨床検査・健診センターはＩＣＴにより、数年前までの民間業者との競争に苦慮していた時代から脱却したものと思われる。訪問看護ステーション・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所は、地域医療構想・地域包括ケアシステムにおける医療・介護連携の要であり、そのためにはＩＣＴを活用した連携体制の構築は必須のものとなってきた。三重県津地区医師会からも医師会訪問看護ステーションが中心となって、多職種連携ツールであるバイタルリンクを採用するようになった経緯を発表していただいた。従来、医師との連携は、制度上実施されている訪問看護指示書、計画書、報告書、サービス担当者会議、退院時共同指導などによって行われ、さらには随時の電話や画像添付メールなどで行われてきたが、2016（平成 28）年度７月からバイタルリンクを試用し、142 施設が加入するようになったとのことである。訪問看護、薬剤師等を含めた連携ができており、急を要しないが連絡を取りたい時にも容易に連携ができているとのことである。今まで新規在宅症例があると診療情報提供書・訪問看護指示書を書いてきたが、それと同時に、あるいは代わりに入力すれば負担感はほとんど増えず、一旦入力すればとても楽とのことで、指示書や居宅療養管理文書の電子化加算や連携密度に応じた加算が望まれるとの

発表であった。ＩＣＴを用いた連携が診療報酬に反映されれば、もっと普及するのではないかとの意見に対し、日本医師会常任理事は、地域包括ケアシステムの構築においては医療と介護を含めた連携が必要であり、診療報酬上での評価を得るためには実績を積んで行くことが大切とコメントされた。ＩＣＴを利用した連携がスムーズに進めば、介護が必要となってもその先の重症化予防が期待でき、当人にとっての健康寿命を延ばすことに寄与するものと思われる。

特定の医療機関が特定の薬局と個別に連携し、在宅医療現場において、連携のためにかかりつけ薬局を変更するように迫るといった由々しき問題も起こってきている。地域住民全体の健康寿命の延伸に貢献するＩＣＴ連携を目指すならば、医師会と行政が協同して推し進める必要がある。松阪地区医師会では、医療介護連携拠点が医師会と行政が協同した多職種連携ツールを採用予定であり、管内全体の在宅医療・介護連携がスムーズに進むものと期待されている。

また、本連絡協議会の基調講演において、日本医師会常任理事は、高齢になり短期記憶能力は下がってくるが、言語（語彙）能力や日常問題解決能力は上がるとのことで、これまでの高齢者研究が成人病や疾病、障害など高齢期のネガティブな側面に焦点を当ててきたが、高齢期のポジティブな側面に焦点を当てるサクセスフル・エイジングの概念が新しく出てきたというお話をされた。今後、「健康寿命の延伸」を考える上での一つの道標になるものと思われる。

４－３　さいたま市４医師会「もの忘れ検診」について

2014（平成 26）年度に公表された推計によれば、日本の認知症高齢者数は、2012（平成 24）年の約 462 万人から、2015（平成 27）年には約 517 万人、2025 年には約 675 万人になるとされている（認知症の有病率が一定である場合)。なお、軽度認知障害（正常でも認知症でもない状態の者）は、2012（平成 24）年時点で約 380 万人と推計されている。

認知症の原因には、頻度は多くはないが、可逆性の疾患も多種類存在する。しかし、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫によるものであれば、発症後遅くとも半年～１年以内に脳外科的手術を実施しなければ症状の改善は見込めないと言われているため、早期発見・早期治療が重要である。また、アルツハイマー型認知症であれば、薬物療法による進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすい。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となり、病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも前もって準備が可能である。

さらに、任意後見制度等の利用により、自己決定を活かし、経済損失を防止することに

も繋がる。また、精神障害者保健福祉手帳交付の申請には、初診日から６か月を経過した日以降の診断書が必要であり、障害年金は初診から１年半経過した日を障害認定日としていることから、早期の受診によって様々な支援制度をより早期に利用できることになる。

さいたま市４医師会では、認知症の簡易スクリーニング検査を実施することで本市における認知症の早期発見・早期診断を推進し、認知症の重度化の抑制や治療可能な認知症への確実な対応の仕組みを構築するため、さいたま市もの忘れ検診事業を、2016(平成 28)年８月より行っている。

（１）さいたま市もの忘れ検診事業の事業概要

検診の有効性、受診者数の規模、「低下あり」と判定された方の専門医療機関での受け入れ態勢等を検証するため、2016（平成 28）～2017（平成 29）年度はモデル事業と位置付け、以下の取組で実施。

1）事業の内容

・検診実施医療機関による認知症簡易スクリーニング検査の実施
・検診で「低下あり」と判定された方の、認知症診断医による鑑別診断

2）対象者（以下を全て満たす方）

・市内在住
・各年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳になる方
・検診受診日までに、認知症の診断を受けたことがない方（自己申告）

3）検診実施医療機関

・検診実施医療機関は、さいたま市認知症ケアネットワークの「もの忘れ相談医」である、または、検診実施にあたり新たに「もの忘れ相談医」に登録する医療機関

※検診実施医療機関は、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人本人とその家族を支える知識と方法を習得するための「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講するよう努める。

4）認知症診断医

・認知症診断医は、認知症の鑑別診断を行う医師
・ただし、ＭＲＩ等を使用した画像検査を自院で実施することができない場合は、他医療機関と連携して行うことができる体制があればよい。

（２）認知症簡易スクリーニング検査

（医療機関保管用）

さいたま市　もの忘れ検診　検診票

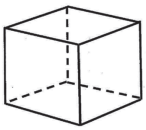
受　診　日	平成　　年　　月　　日	整理番号	医療機関コード	カルテ番号等8桁以内(左詰め)

フリガナ 氏　名		男・女	住所	さいたま市	
生年月日	昭和　　年　　月　　日	年齢		電話番号	
世帯構成(該当するものに○)	1. 一人暮らしの世帯　2. 65歳以上の方のみで二人以上の世帯　3. その他の世帯				

A.　浦上式もの忘れスクリーニング検査

1	これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。 あとでまた聞きますからよく覚えておいて下さい。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印を付けておく） **1：a）桜　b）猫　c）電車　　2：a）梅　b）犬　c）自動車**	a: b: c:	0　1 0　1 0　1
2	今日は何年の何月何日ですか 何曜日ですか （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年 月 日 曜日	0　1 0　1 0　1 0　1
3	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。 （自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合は以下のヒントを与えて正解であれば1点） **a）植物　b）動物　c）乗り物**	a: b: c:	0　1　2 0　1　2 0　1　2

4　見本の図形と同じものを書き写して下さい。



立方体を正しく描ける　……2
少しゆがむ、一部の欠損　……1
正しく描けない　……0

合計点数　　点

B.　行動・心理症状（ＢＰＳＤ）チェックリスト

次の行動・心理症状（BPSD）で、認められるものにチェックをして下さい。

- □ 妄想（物盗られ妄想など）
- □ 帰宅願望
- □ 幻覚（幻視など）
- □ 徘徊
- □ 易怒性（異常に怒りっぽい）
- □ 著明な意欲低下
- □ その他
  （　　）

判定

Aで、合計が１２点以下である。
Bで、チェックが１つ以上ある。

→ A、B どちらにも当てはまらない場合 → □ 0. 明らかな認知機能低下はありません。
→ A、B どちらか1つが当てはまる場合 → □ 1. 認知機能低下が疑われます。精密検査をお勧めします。

実施医療機関名	医師氏名 電話番号	（低下ありで紹介した場合）紹介先医療機関名 □ 0. 市内　□ 1. 市外

（３）認知機能低下の疑いの有無の判定方法

〈認知機能低下の疑いの有無の判定方法〉

浦上式もの忘れスクリーニング検査	12点以下	12点以下	12点超	12点超
行動・心理症状（BPSD）チェックリスト	1つ以上チェックあり	チェックなし	1つ以上チェックあり	チェックなし
（判定）低下の疑い	あり	あり	あり	なし

（４）判定結果

判定が「明らかな認知機能低下はありません」となった方へ

◎ 介護予防教室や地域の交流の場に参加しましょう

現在のところ、認知機能の著しい低下の心配はありませんが、元気なうちから介護予防に取り組んだり、地域の交流の場に出かけたりすることで、いつまでも自分らしくいきいきと過ごせるようにしましょう。

判定が「精密検査をお勧めします」となった方へ

◎ 認知症診断医に受診しましょう

認知機能の低下が心配される状況と思われます。まずは、検診を実施した医師から紹介された指定認知症診断医を受診し、認知症かどうかの診断をしてもらいましょう。指定認知症診断医の受診に際しては、この検診票を提示してください。（指定認知症診断医の受診は、有料となります）

認知症の予防・進行予防に取り組みましょう

1　介護予防事業に参加する

認知症や要介護状態にならないための予防や、心身機能の低下を防ぐため、市では各種介護予防事業を実施しています。

2　地域の方と交流する

地域の方と一緒に過ごせる場に出かけ、交流することは、認知症の予防にもつながると言われています。市のシニアふれあいセンター等のほか、住民が自主的に集いの場を開催している地域もあります。

3　認知症カフェ（オレンジカフェ）に参加する

市内各地で開催している認知症カフェ（オレンジカフェ）には、認知症の方御本人やその介護者が参加し、楽しくお茶を飲みながら交流しています。地域の方と交流できる場であるとともに、認知症について理解を深める場となっています。

4　認知症サポーター養成講座を受講する

認知症サポーター養成講座は、９０分程度で認知症に関する基礎知識や、認知症の方への対応方法を学ぶ講座です。認知症サポーター養成講座を受講し、認知症についての正しい知識を身につけておきましょう。

◎ お問い合わせはお住まいの区の区役所高齢介護課まで

区	電話	区	電話
西区役所　高齢介護課	620-2667	桜区役所　高齢介護課	856-6177
北区役所　高齢介護課	669-6067	浦和区役所　高齢介護課	829-6152
大宮区役所　高齢介護課	646-3067	南区役所　高齢介護課	844-7177
見沼区役所　高齢介護課	681-6067	緑区役所　高齢介護課	712-1177
中央区役所　高齢介護課	840-6067	岩槻区役所　高齢介護課	790-0168

※各事業の利用にあたっては、要件等がある場合がありますので、事前にお問い合わせください。

◎ その他事業全般に関するお問い合わせ

さいたま市保健福祉局福祉部いきいき長寿推進課　☎ 829-1286　FAX 829-1981

（５）もの忘れ相談医から認知症専門医への診療情報提供書

さいたま市もの忘れ検診事業

診療情報提供書【もの忘れ相談医→認知症専門医】

さいたま市では、認知症の早期発見を目的として、「もの忘れ検診」（浦上式もの忘れスクリーニング検査、ＢＰＳＤチェック）を実施しています。検診の結果、精密検査が必要と思われる以下の方について、御高診いただきますようお願いいたします。
なお、さいたま市では、もの忘れ検診の精度管理の向上及び有効性の評価に資することを目的に、精密検査の結果を収集・分析し、認知症の早期発見体制の充実を目指しております。
つきましては精密検査の結果について、別紙「結果連絡票」により、一次検診実施医療機関までお戻しくださいますよう、お願いいたします。

年　月　日

紹介先医療機関名、担当医　　紹介元所在地、電話番号

先生　　医療機関名、担当医

患者氏名	性別　男・女
患者住所	
電話番号	職業
生年月日　昭和　年　月　日（　歳）	
傷病名　□ 認知機能の低下の疑い　□ その他（　）	
紹介目的　□ 認知機能の精査　□ その他（　）	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果 ① 浦上式もの忘れスクリーニング検査（　点） ② ＢＰＳＤチェックリスト　□ 該当あり　□ 該当なし	
治療経過	
現在の処方	
備考	

（６）もの忘れ検診　実績

2016（平成 28）年度のもの忘れ検診受診者数は 717 人で、うち低下の疑いあり 106 人（14.8%）、うち認知症診断医等に紹介 52 人（低下の疑いありの 49.1%）、うち認知症診断医等受診者数 43 人（認知症診断医等に紹介の 82.7%）であった。

2017（平成 29）年５月～７月のもの忘れ検診受診者数は 288 人で、うち低下の疑いあり 33 人（11.5%）、うち認知症診断医等に紹介９人（低下の疑いありの 27.3%）、うち認知症診断医等受診者数４人（認知症診断医等に紹介の 44.4%）であった。

上記累計の 2016（平成 28）年８月～2017（平成 29）年７月までのもの忘れ検診受診者数は 1,005 人で、うち低下の疑いあり 139 人（13.8%）、うち認知症診断医等に紹介 61 人（低下の疑いありの 43.9%）、うち認知症診断医等受診者数 47 人（認知症診断医等に紹介の 77.0%）であった。

厚生労働省の推計では、2010（平成 22）年時点で要介護認定を受けた自立度Ⅱ以上の高齢者を除いたＭＣＩを含めた認知症有病率の推計は約 18%で、これと比較すると「低下の疑いあり」の比率は低い。

累計で認知症診断医を受診した人数は 47 人、認知症診断医等に紹介の 77.0%にのぼっており、紹介されれば鑑別診断に繋がりやすいことが分かる。

もの忘れ検診　実績

■平成28年度実績（平成28年8月～平成29年3月）

項目	人数（人）	比率（%）
累計受診者数	717	-
うち低下の疑いあり	106	14.8
うち認知症診断医等に紹介	52	49.1
うち認知症診断医等受診者数	43	82.7

■平成29年度実績（平成29年5月～7月）

項目	人数（人）	比率（%）
累計受診者数	288	-
うち低下の疑いあり	33	11.5
うち認知症診断医等に紹介	9	27.3
うち認知症診断医等受診者数	4	44.4

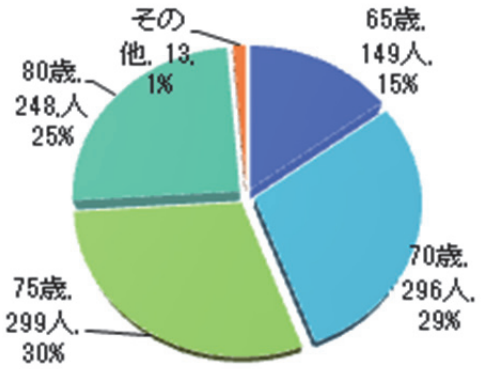
- 厚生労働省の推計では、平成22年時点で要介護認定を受けた自立度Ⅱ以上の高齢者を除いた、MCIも含めた認知症有病率の推計は約18%。それと比較すると、「低下の疑いあり」の比率は低い。
- 平成28年度に認知症診断医等に紹介できた人数は52人。低下の疑いあり106人の49.1%。
- 平成28年度に認知症診断医に受診した人数は43人。紹介できた人数の82.7%にのぼっており、紹介されれば鑑別診断につながりやすいことが分かる。

（７）もの忘れ検診　年齢別実績

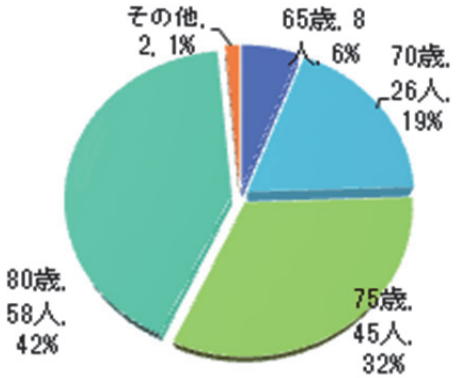
もの忘れ検診　年齢別実績

（平成28年8月～29年7月）

検診受診者内訳（1,005人）

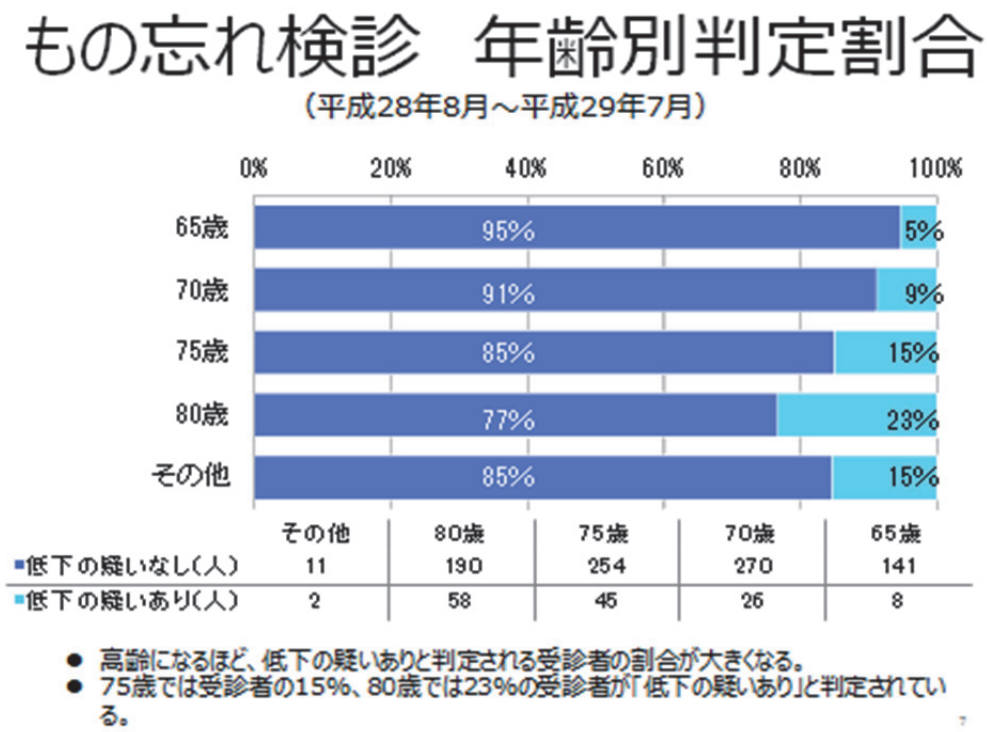


低下の疑いあり内訳（139人）

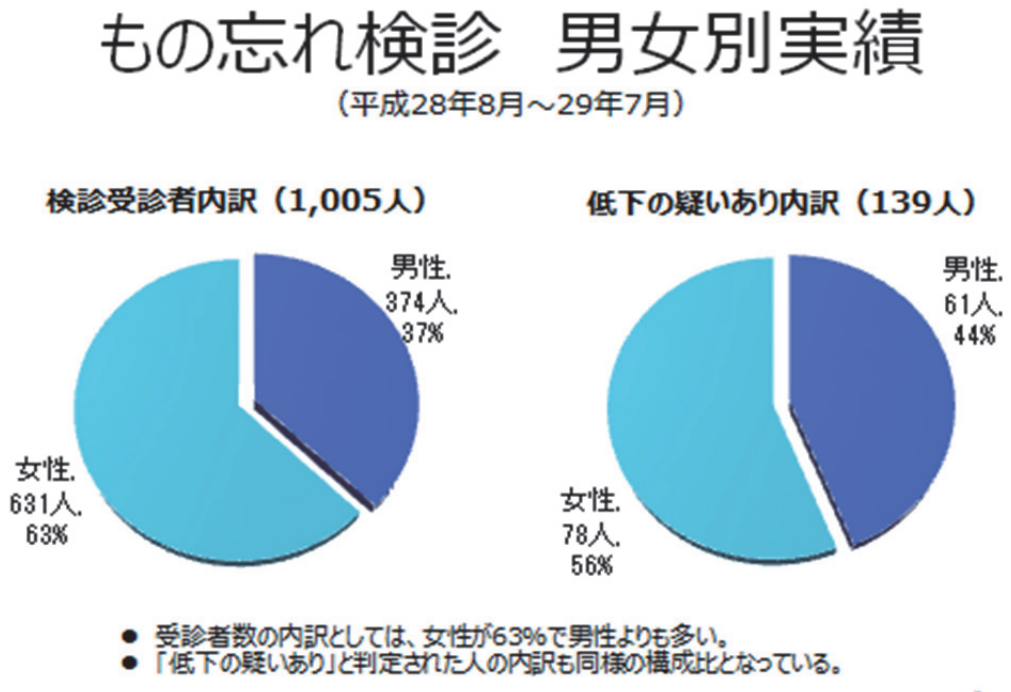


- 受診者数では、70歳、75歳が多い。一方、65歳の受診者数は少ない。
- 一方、「低下の疑いあり」と判定された人の構成比では、80歳、次いで75歳が多い。75歳以上で認知症の有病率が急増する本市の統計的な傾向と合致している。

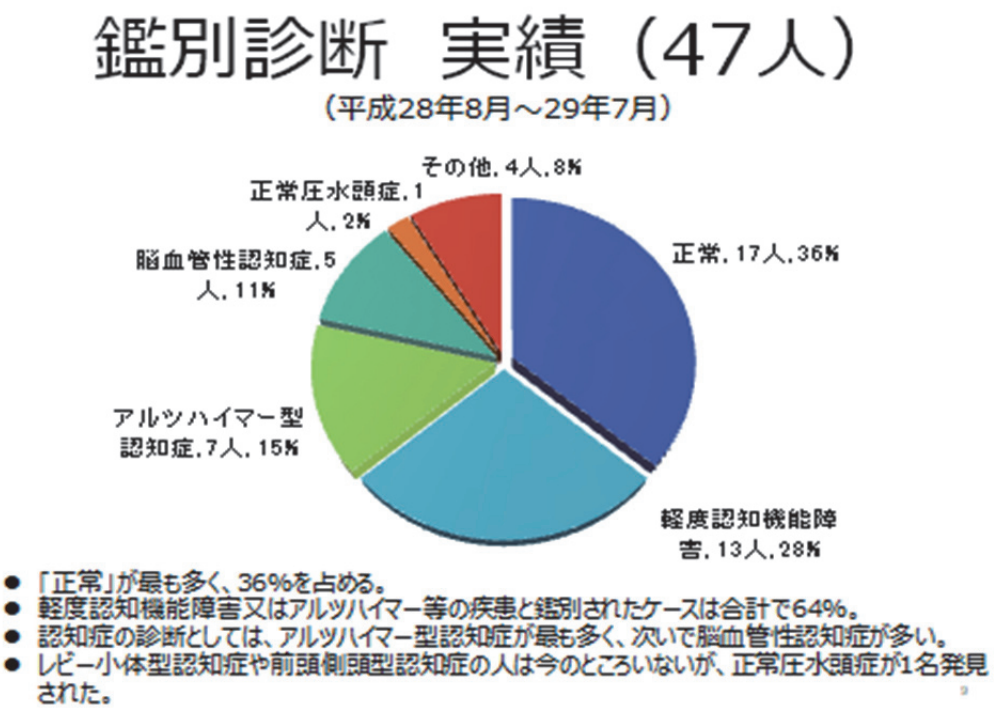
（８）もの忘れ検診　年齢別判定割合



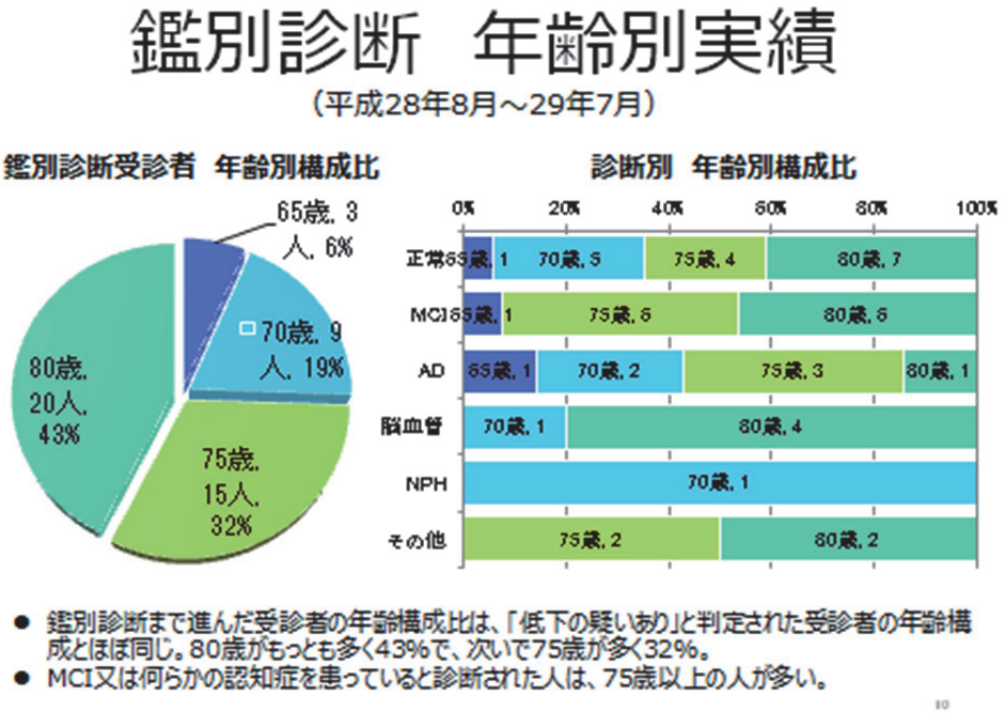
（９）もの忘れ検診　男女別実績



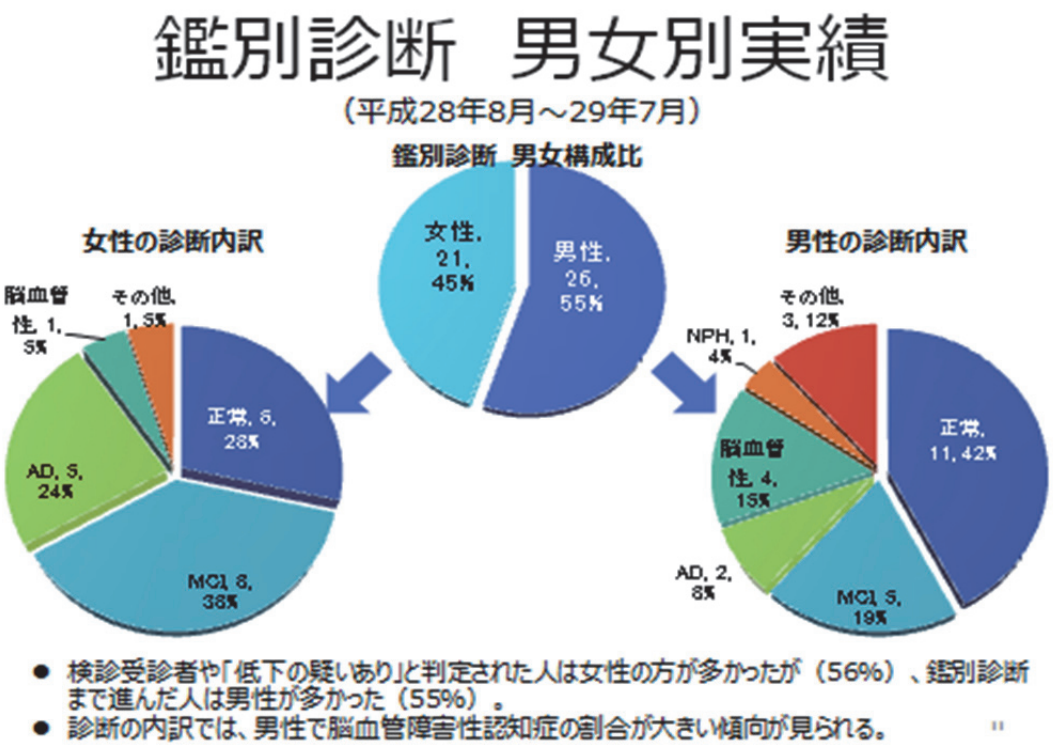
（10）鑑別診断　実績



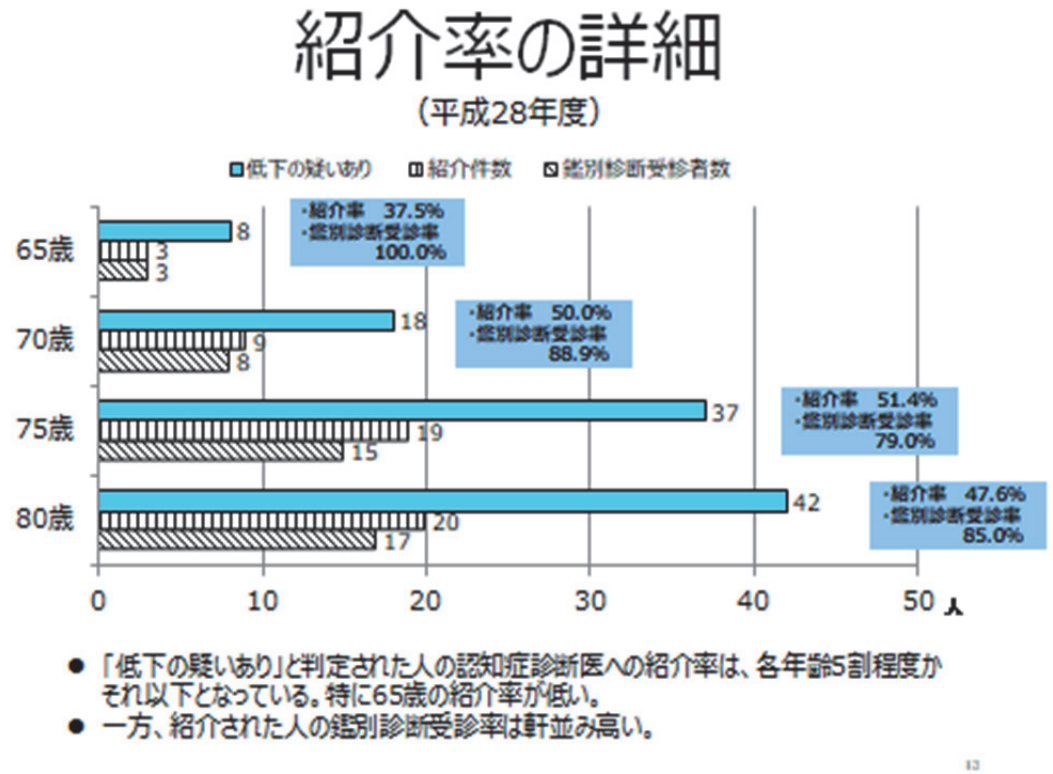
（11）鑑別診断　年齢別実績



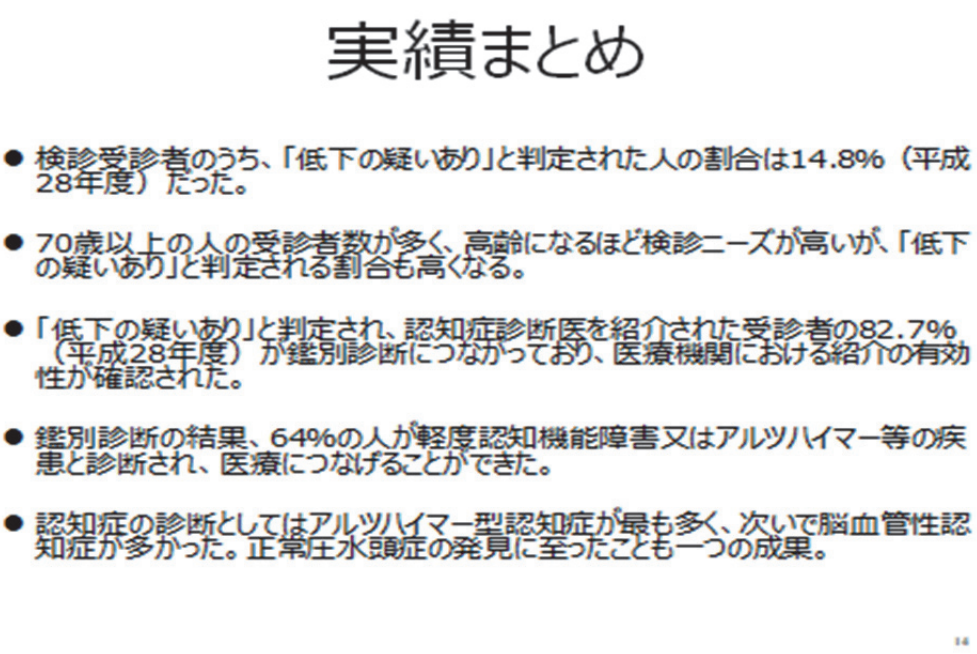
（12）鑑別診断　男女別実績



（13）紹介率の詳細



（14）実績まとめ



このようにさいたま市では、認知症の早期発見、早期治療に取り組み始めたところである。今後は対象年齢を拡大し、「低下の疑いあり」と判定された受検者ができるだけ多く認知症診断医を受診するようなシステムを構築し、健康寿命の延伸に結び付けられればと考える。

４－４　フレイル予防と医師会共同利用施設

（１）フレイル予防健診の考え方と各郡市区医師会の取組について

平均寿命が延びているなか、健康寿命の延伸が求められており、要介護状態になる前からのフレイル予防の取組が各地域で広がっている。厚生労働省の2016（平成28）年国民健康・栄養調査結果によると、65 歳以上の高齢者の低栄養傾向の者（BMI≦20 kg/m2）の割合は17.9%である。男女別に見ると男性12.8%、女性22.0%であり、この10 年間で女性では有意に増加している。性・年齢階級別に見ると、男女とも85 歳以上でその割合が高い。つまり、何らかの疾病を持ちながらも地域で暮らせるためには、この65歳以上に対する健康増進維持が特に求められる。

フレイルの身体的定義は、①体重減少、②疲れやすさの自覚、③日常での活動量低下、④歩行速度の低下、⑤筋力(握力)の低下、で判定される。

フレイルの状態に至ると、７年間の死亡率が健常な人に比べて約３倍、身体能力の低下が約２倍という報告がある。基準では筋力低下、体重減少などの身体的な側面が重視

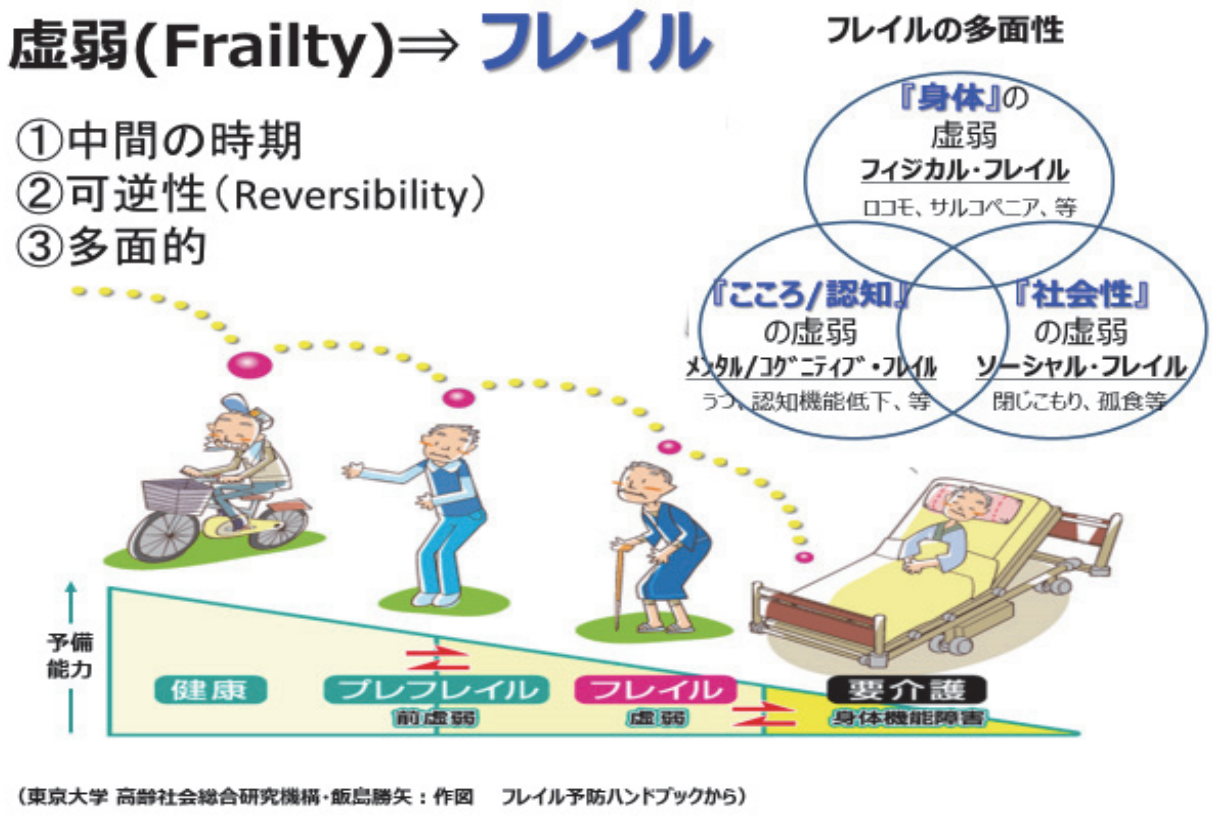
されている。国立長寿医療研究センターなどの研究班によると、歩行速度が１秒間に１メートル以下になると介護が必要になるリスクが高くなるとされる。

また、握力も 50 歳を超えたころから徐々に低下し、生活活動に何らかの支援を必要とするような障害が出てくる握力の目安は、男性で 25kg、女性で 20kg と言われる。この他に社会的フレイル、心・認知等のフレイルの考え方もある。

従来、メタボ健診（特定健診・特定保健指導）とは、メタボリック・シンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診断で、40～74 歳の人が対象である。また、後期高齢者健診（75 歳以上）が別の考え方で行われている。前期高齢者（65～74 歳）という考え方もあるなか、従来のメタボ健診でよいのかという疑問がある。つまり、65 歳以上は体力的衰えが見られる年齢であるにもかかわらず、現在はメタボ健診が行われている状況である。

フレイルには社会的フレイル、身体的フレイル、心・認知のフレイル、オーラルフレイル等がある（図4-1）。

図 4-1

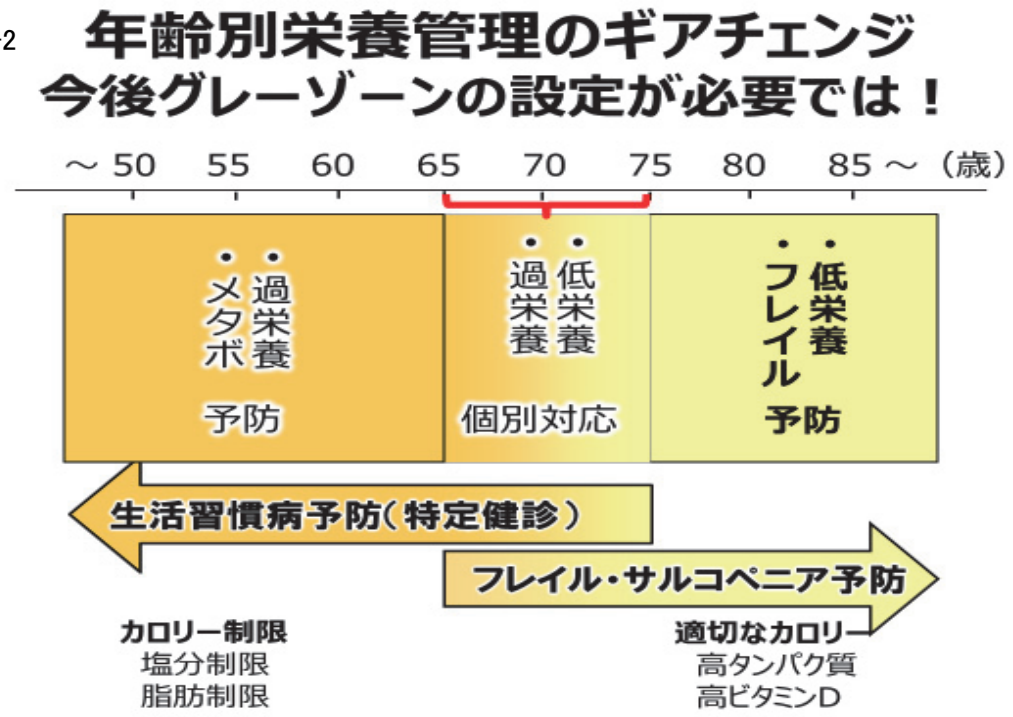


（東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図　フレイル予防ハンドブックから）

可逆的なフレイル、プレ・フレイル段階を見出し、早期に何らかの介入を行うことは、健康寿命の延伸にとって重要なことと考える。後期高齢者については、本人の残存能力を落とさないこと、ＱＯＬの確保等が重要であるとともに、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が異なっている場合が多いため、メタボ健診と同様に取り扱うのは問題がある。

従来の後期高齢者健診の考え方にフレイル予防健診の考え方を取り入れることが重要と考える。65歳前後から個体差が表れる。元気な人と衰え始める人の差が出始める時期である。特にフレイル・サルコペニアが進むことを考えると、65～74歳は別の考え方を持った健診や保健指導を取り入れる必要がある。40～64歳はメタボ健診、65～75歳は個別健診・フレイル予防健診、75歳以上は後期高齢者健診+フレイル健診を行うということを考えてもよいと思われる（図4-2）。

図 4-2



今後、在宅医療・介護連携推進事業のなかで、市民の手によるフレイル予防運動の展開が期待されるなか、医師会におけるフレイル予防を取り入れた健診事業の展開が必要である。

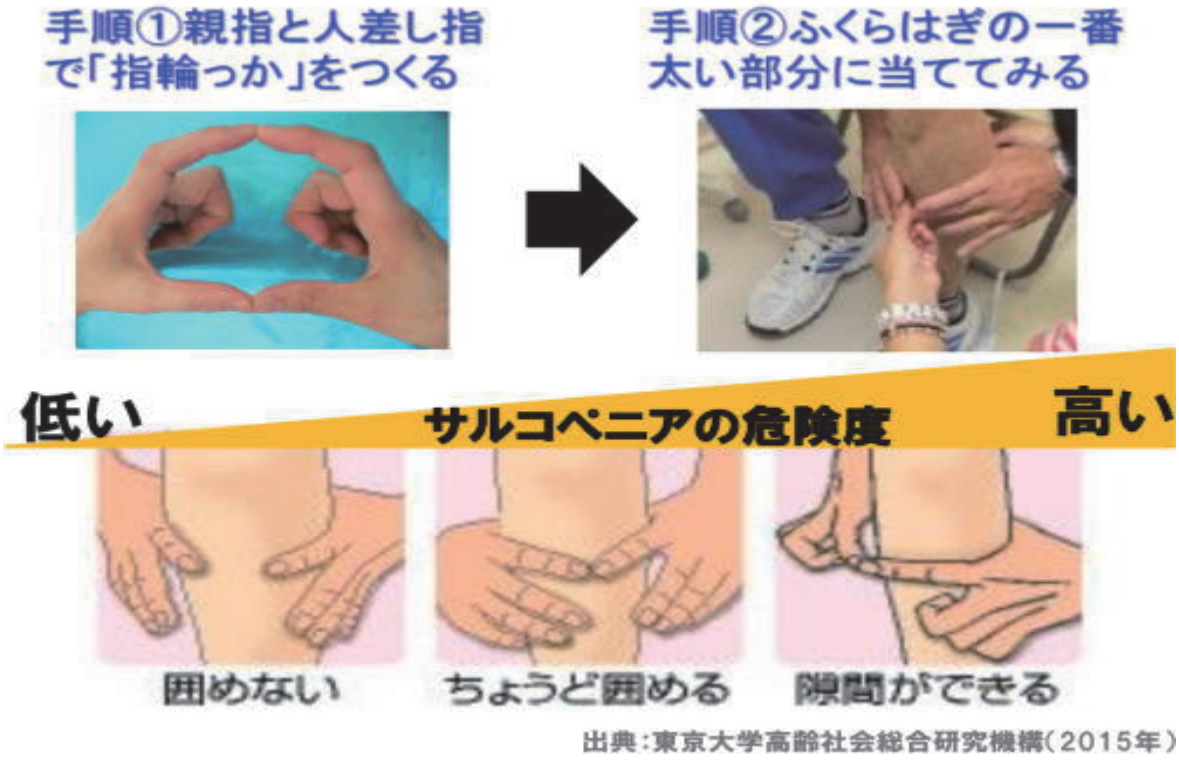
以下に、健診に取り入れが考えられる例を紹介する。

（２）フレイルのチェック方法

1）指輪っかテスト（図 4-3）

東京大学高齢社会総合研究機構は、高齢者の筋肉量を簡単にチェックできる目安を考案し、「指輪っかテスト」と命名した。両手の親指と人さし指で輪を作り、ふくらはぎの一番太い部分を囲む。このとき隙間ができると、筋肉量が少なくなっている可能性が高いことになる。

図 4-3　**指輪っかテスト：ふくらはぎの自己評価**



出典：東京大学高齢社会総合研究機構（2015年）

2）厚生労働省 基本チェックリスト

次の質問に「いいえ」と答えることの多い人はフレイルの可能性がある。

- バスや電車で外出することができる
- 生活必需品を自分で買いに行くことができる
- 預金を自分で管理することができる
- 友人の家を訪問することがある
- 家族や友人にアドバイスすることがある
- 手すりを使わずに階段が登ることができる
- 補助なしで椅子から立ち上がることができる
- 15 分以上続けて歩くことができる
- 週に 1 回は外出している
- 自分で電話番号を調べて電話をかけることができる

次の質問に「はい」と答える人が多い人は、フレイルの可能性がある。

- この 1 年間に転倒した、または転倒しそうになることがあった
- 過去 6 か月で体重が 2 kg 以上減った
- 6 か月前より堅い物が食べにくくなった
- 飲み物でむせやすくなった
- 口の乾きが気になる
- 何度も同じ質問をする
- もの忘れを指摘されるようになった

・以前は簡単にできていたことが、難しく感じられる
・最近、無気力や疲労感が増えた
・最近、充実感がない

これらは身体的フレイルや社会的フレイルの予備軍をチェックリストで見出すものである。

以上をまとめると、40～64歳はメタボ健診とし、65～75歳は個別健診・フレイル予防健診へ、75歳以上は後期高齢者健診＋フレイル健診へという内容となる。その中に、指輪っかテストや簡易フレイルチェック表を取り入れて、特定保健指導に役立てたり、郡市区町村で行われている在宅医療・介護連携推進事業の内容に組み入れることを提案する。

４－５　広島県呉市における健康寿命延伸に向けた取組

呉市では高齢化の進展が早く、早い段階で国民健康保険財政破綻の危機に直面したため、市民の健康寿命の延伸（重症化予防、ＱＯＬの向上）と国民健康保険財政の健全運営は喫緊の課題であった。

2007（平成 19）年、厳しい医療保険財政の下、厚生労働省により国民皆保険を堅持するための効率化施策（後発医薬品使用促進等）が推進されるなか、呉市医師会は呉市薬剤師会などと連携して、いち早くジェネリック医薬品研究会の設置に向けた検討を開始した。

後発医薬品の安全使用のための情報収集と会員への情報提供等を目的としていたが、呉市から加入の申出があり、2007（平成 19）年８月、呉市地域保健対策協議会に広島国際大学薬学部の塚本豊教授を委員長とするジェネリック医薬品検討小委員会を設置した。

この委員会のなかで、呉市からジェネリック医薬品使用促進通知を実施したいとの考えが示されたため、議論は紛糾したが、国の方針等も鑑み、最終的には市民が後発医薬品に関する理解を深めた上で選択できるよう、市民公開シンポジウムを開催して啓発を図った。

こうした経緯を経て、2008（平成 20）年７月１日に全国で初めて呉市は、国民健康保険被保険者に対するジェネリック医薬品使用促進通知を実施したのである。なお、実施にあたっては次の条件を付している。①院内処方の患者には発送しない、②供給の不安定なジェネリック医薬品は使用しないよう薬剤師会で申し合わせを行う、③使用されるジェネリック医薬品の上位３種類を６か月ごとに公表する、④変更により問題が生じた薬品は直ちに詳細を公表する。

当初は賛否両論あった取組であるが、市の医療保険財政は大幅に好転したという報告を受けている。

レセプトデータを活用した取組で一定の成果を上げた呉市では、2010（平成 22）年から糖尿病性腎症等重症化予防事業を開始した。その内容は、国民健康保険のレセプトデータから糖尿病患者を抽出、治療内容からさらに腎症等が疑われる患者を抽出して、かかりつけ医療機関に相談、指導が望ましい患者を選定し協力を求め、同意した患者に保健師による糖尿病相談、料理教室によるカロリーコントロール、運動指導などを１年間実施するというものである。この事業は糖尿病性腎症重症化予防に効果を上げているが、業者への委託等により経費が高額となっている点が課題である。

呉市医師会は、かかりつけ医への連絡調整、糖尿病地域連携パス検討小委員会での検討を通じて、この事業を積極的に支援している。

現在、呉市では健康つながりサポート事業として、チェックリストでフレイルのハイリスク高齢者を抽出し、予防事業を実施している。

また、呉市医師会・呉市歯科医師会・呉市薬剤師会の連携により、骨粗鬆症の予防・治療に結び付ける事業を開始している。

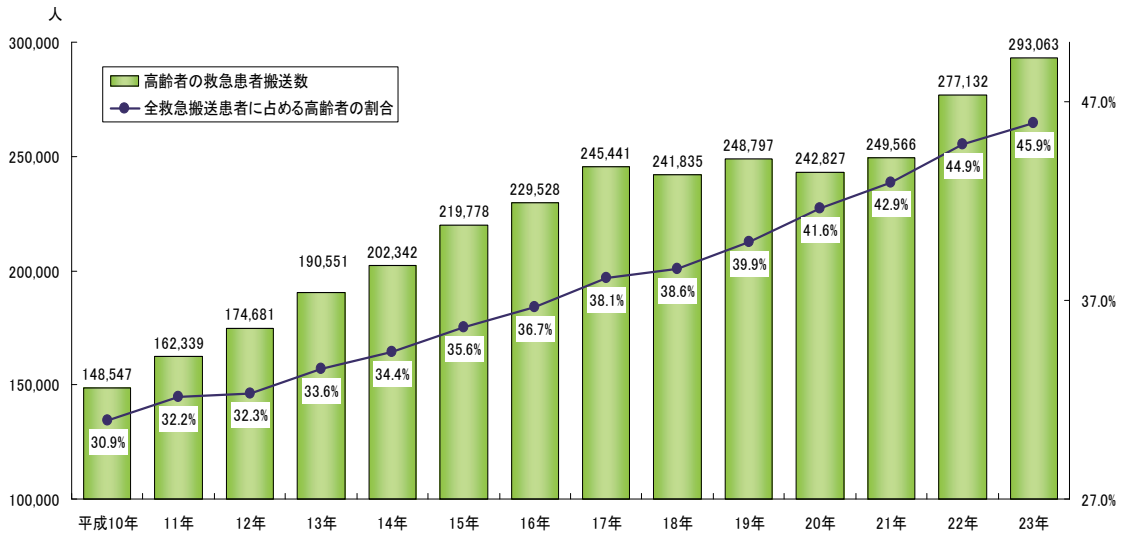
このように呉市では、レセプトデータを有効活用するとともに、行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会等が連携する場として、呉市地域保健対策協議会を活用し、健康寿命の延伸に努めている。

４－６　病院救急車の取組（介護分野での活用法について）

日本の救急医療は今、崩壊の危機に瀕していると言われている。その理由の１つは、救急出動件数が 10 年間で 130 万件以上増加し、搬送人員が約 100 万人以上増加していることが挙げられる。そのため、患者が救急車を要請してから病院に搬送されるまでの時間は年々延びている。2012（平成 24）年の全国平均は 39 分で、東京都は 55 分でワースト１位となっている。これはあくまでも平均時間で、実際には１時間たっても医療機関にたどり着けない患者も数多くいるのが現状である。

そこで、東京都医師会は病院救急車を活用した患者の搬送事業（地域医療再生基金利用）を、2014（平成 26）年 12 月 1 日より開始した。東京都における 65 歳以上の救急搬送件数は年々増加し、2011（平成 23）年度は 293,063 件となっており（図 4-4）、日本全国でも非常に珍しい取組と言える。

図 4-4　東京都の高齢者救急搬送件数と全体に占める 65 歳以上高齢者割合の推移



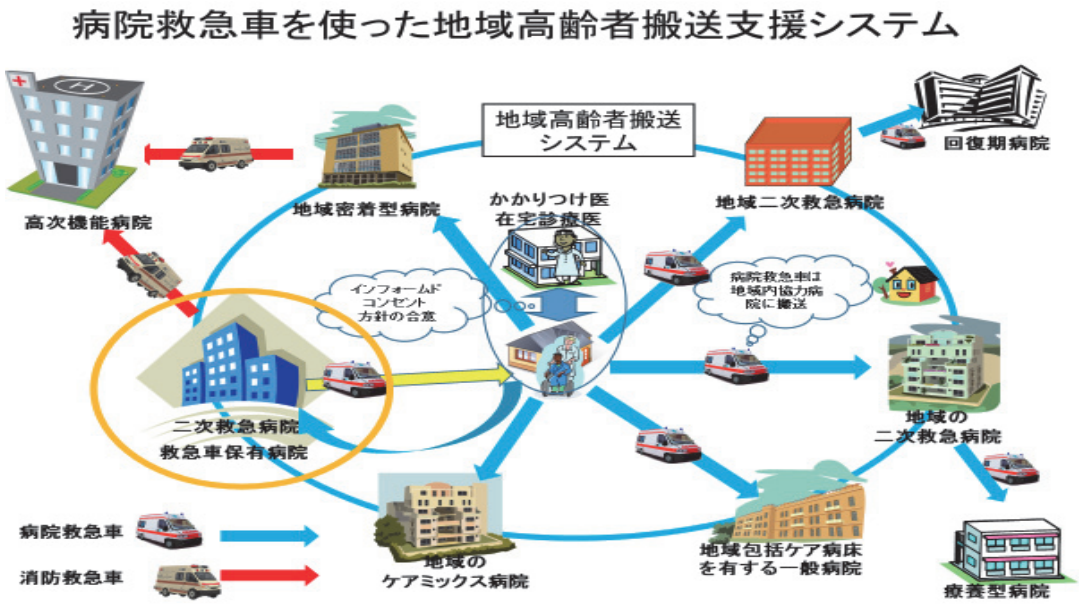
病院救急車の運用を円滑に行うには、地域における「かかりつけ医」の役割が大変重要となる。八王子市医師会を例にその内容を述べる。八王子市医師会は、在宅療養生活を送る市民が病院での治療が必要になったとき、市内の病院が保有する病院救急車を利用して、市内の医療機関に搬送することにより、市内での医療が完結することを目的として事業を行っている。

訪問診療や在宅介護を受けている高齢者に事前に救急医療情報シートを配り、日頃飲んでいる薬や持病、かかりつけ医、家族や関係者の連絡先や、万が一の際にはどこへ搬送してほしいか、どのような治療を望むかといった要望をあらかじめ記入しておき、その情報に基づいて救急搬送を行うことにしている。八王子市医師会が事務局となり、「八王子市在宅療養患者救急搬送支援システム」を構築し、運営を行っている。

実際の運用方法は、八王子市内に居住して在宅療養をされている方（ＩＣカード交付済）で、病院での治療が必要とかかりつけ医が判断し、病院救急車の出動を要請した場合、南多摩病院の病院救急車が自宅に駆けつけ、看護師と救急救命士が必要な措置を行いながら、あらかじめ決められた病院に搬送するものである。なお、病院救急車の利用に際して、搬送費用を利用者に請求することはない。八王子市のある医療機関の実データを確認すると、搬送患者の約半数が慢性期病院・精神科病院等へ搬送という結果であり、地域包括ケアシステムにおいても非常に重要な位置付けとなっていることがわかる。

加えて、地元消防隊とも連携して防災訓練も行うなど、災害医療においても大きな意味を持つ。特段、2016（平成 28）年４月の熊本地震においては、災害支援という立場からも病院救急車が大活躍した。大規模災害発生時においても、病院救急車の有効性が実証された事例である（図 4-5）。

図 4-5



運用体制と病院救急車の効果を以下に列挙する。

（１）運用体制Ａ病院（八王子市）の場合

・対象者：在宅療養生活を送る市民で、利用登録同意書を記載済みの者
・対象傷病者：かかりつけ医が、病院救急車による搬送が必要と判断した者
・病院救急車の出動要請者：かかりつけ医
・搬送受諾条件：あらかじめ登録した医療機関が患者受け入れを了承していること
・救急車：Ａ病院が所有する救急車を活用する
・運用時間：当面、平日の日勤帯（午前９時～午後５時）とする
・救急車乗員：看護師、救急救命士、運転手の３名とする
・コールセンター：各医療機関内に置く（119 番通報はしない）

（２）病院救急車の運用に見込まれる効果

・在宅療養中や施設入所中高齢者の迅速な医療機関への搬送
・地域内で完結する医療・介護システムの構築促進
・医師会が責任を持つ地域包括ケアシステム構築
・急性期と慢性期の医療機関、並びに医療と介護の連携促進
・消防救急の負担軽減とモチベーションの向上
・消防組織に属さない救急救命士が誇りをもって働ける場の確保
・大規模災害発生時の救助・医療対応力の向上
・高齢者が安心して住める街づくり

2014（平成 26）年 12 月 1 日～2017（平成 29）年 7 月 31 日（２年８か月）の間に症例数 630 例、年齢０～103 歳（平均 76.7 歳）、性別男 300：女 330 の実績を上げている。

病院救急車は、地域包括ケアシステムを円滑に機能させるためのセイフティーネットであり、また、動く医師会共同利用施設と考えてもよいのではないか。

５.これからの医師会共同利用施設を考える

５－１　佐賀県医師会共同利用施設の組織再編事例

（１）はじめに

（一社）佐賀県医師会では、1964（昭和 39）年２月に「佐賀県医師会臨床検査センター」を設置、1980（昭和 55）年３月に「同成人病予防センター」として移転新築し、臨床検査に加え各種健診、保険診療（精密検査、２次検診）まで業務を拡充、さらに 1980（昭和 63）年４月には成人病予防センターに併設したメディカルセンター（以下、メディカルセンター）内に「同健診センター」を整備して、各種健診・検査の機能や受け入れ態勢の強化を図ってきた。

このように佐賀県医師会は、半世紀以上に亘り医師会共同利用施設を運営し、臨床検査の高度化、精度向上等を通した会員医療機関の診療機能の支援や、各種健診を通した県民の疾病予防、健康増進等に取り組んできた。今後も、会員医療機関と連携しながら健診・検査機能やデータ蓄積機能などを活用して、「健康日本 21（第二次）」の基本的方向に掲げられた中心テーマである「健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防」等を推進する中核施設として継続的に運営していきたいと考えきたところである。しかしながら、下記（２）、（３）に挙げた現実を踏まえ、2016（平成 28）年度末で健診センターを含む成人病予防センター部門（以下、成人病予防センター）を佐賀県医師会から分離し、佐賀県の支援を受けて設立された（公財）佐賀県総合保健協会（以下、総合保健協会）と組織統合し、（公財）佐賀県健康づくり財団（以下、健康づくり財団）として再出発することとした。

（２）組織統合の背景

近年、医師会共同利用施設を取り巻く環境は大きく変化してきた。成人病予防センターでも、臨床検査部門については、度重なる診療報酬改定での検査実施料の引き下げ、民間業者との価格競合の激化、医師会員の世代交代とこれに伴う若手会員の医師会離れ、電子カルテなどの普及等で利用率が年々、漸減傾向にあった。一方、健診部門も治療から予防、さらには健康寿命の延伸という国の医療政策に沿って各種健診事業の拡充を図ってきたが、老健法に基づく基本健診から特定健診への制度改正、特定健診受診率の伸び悩み、景気低迷による企業の健康投資額の抑制、民間業者等との価格競争、少子高齢化と労働人口の減少の影響を受けた人材確保難と人件費の上昇等が要因となって、大規模な建物や設備更新のための収益確保は中々、困難な状況となってきた。

全国の多くの医師会臨床検査・健診センターも同様の課題を抱えており、郡市区医師会を主体に設置されてきた医師会共同利用施設の中には、医師会会計からの繰り入れが限界となり、民間業者に施設を賃貸・譲渡、あるいは廃業する医師会も出現しているのが現実である。

（３）佐賀県医師会の抱える喫緊の課題

成人病予防センターは、1980（昭和 55）年３月の竣工で耐震対策も不十分のまま 39 年を経過し、またメディカルセンターも 1988（昭和 63）年の竣工から 29 年を経過している。延べ床面積約１万㎡に及ぶこの２つの大規模建物・設備を、補修・更新するためには多額の資金が必要で、事業収益による不足分を佐賀県医師会の会費値上げ等で捻出することは、現在の医療環境を考えた場合、極めて困難と判断していたところで、その対応は喫緊の課題であった。

（４）佐賀県医師会の対応策

上記の状況に鑑み、佐賀県医師会では会員の負担なく成人病予防センターの建物・設備を更新すること、新たな拠点施設等の整備により県内の各種健診受診率の引き上げの契機とすること、拠点施設を有効活用することにより長期的な佐賀県医師会の運営安定化にも寄与すること等を目標として、2007（平成 19）年頃から対応を検討してきた。その結果得られた結論は、その実現には可能な限り佐賀県や佐賀市の支援を受けることが不可欠ということであった。

これを受け、佐賀県医師会では行政からの支援を受けるための方策を検討し、成人病予防センターと類似の機能を持ち、県から健診車の無償貸与等を受けている総合保健協会と組織統合を行うことを模索した。総合保健協会は、県の保健行政の補完的役割を担っている団体（日本対がん協会佐賀県支部、結核予防会佐賀県支部を兼ねる）で、長年、県の要請で佐賀県医師会長が運営に参画している。業務内容については、成人病予防センターの主体が臨床検査と施設内での人間ドック、事業所健診、特定健診等である一方、総合保健協会の主体はがん検診、特定健診の施設外健診である集団健診等で、ほぼ業務分担ができていた。収益性向上についても、両組織を統合すれば、事業規模の拡大により組織・財務の強化、経営合理化を図ることができ、可能と判断された。また、スケールメリットを生かして業務や資源の効率化・適正化を図ることにより、健診受診率向上のための普及啓発・広報、教育・研修、調査・研究等の公益的事業を拡充・強化することができ、県から補助金等の支援を得られる可能性も極めて高くなると考えた。

その後、佐賀県医師会では 2013（平成 25）年頃からその実現に向けた検討や活動を行った結果、2017（平成 29）年４月１日付で新たな（公財）佐賀県健康づくり財団（以下、財団）が変更認可されるに至った。この組織統合は、法的には存続法人である総合保健協会への成人病予防センターの事業譲渡となるが、その本旨は、佐賀県医師会役員等が多数、財団運営に参画できるガバナンス体制を構築したため、佐賀県医師会が主導的立場に立って、医師会共同利用施設の設立理念を追求し、その永続性を確保するための組織統合と位置付けている。

2017（平成 29）年 11 月末に、佐賀県医師会、財団、（学法）永原学園（西九州大学）、（公社）佐賀県栄養士会の４者で区分所有する新たな「佐賀メディカルセンタービル」（４階建て・延床面積約 8,000 ㎡・総工費約 25.5 億円）が竣工し、2018（平成 30）年１月より業務を開始した。面積比率は佐賀県医師会が 20.5％・1,600 ㎡、財団が約 72.0％・5,700 ㎡で、財団はこの新施設に男女別健診フロアーや中央検査室等を包含する「佐賀県健診・検査センター」を設置。そして、県内 20 市町中 18 市町の特定健診と 20 市町のがん検診（何れも施設健診・集団健診の合計）、事業所健診（人間ドックを含む）や学校健診、県内医療機関の臨床検査等を実施し、ここを拠点施設として、これまで以上に会員の診療支援を強化するとともに、疾病予防、健康保持増進、健康寿命の延伸の基盤となる各種健診の受診率向上を推進する等、県民の医療保健福祉の向上にさらに貢献していくこととしている。

なお、新施設の建築場所は旧・県立病院跡地で、佐賀市行政からほぼ無償に近い形で貸与いただくとともに、佐賀県からは新築移転事業費に対し、多額の補助金交付を行っていただくことが決定している。

（５）まとめ

全国的に医師会共同利用施設は、その運営、経営状況が厳しさを増している。佐賀県医師会では、2017（平成 29）年４月に成人病予防センターを分離し、公益財団法人である総合保健協会と組織統合して、新たな「（公財）佐賀県健康づくり財団」として再出発した。その成否は、現時点では判断できないが、医師会共同利用施設の設立理念を堅持しながら、継続的安定的に運営していくための新たな組織再編手法の１つ、あるいはそのヒントの１つに成り得るのではないかと考える。

５－２　全国医師会共同利用施設総会報告を通して

全国総会では、検査・健診センター関係だけでなく、介護保険関連施設関係での発表においても、地域包括ケアシステムにおける医療・介護連携、多職種連携にＩＣＴを利用した先進的な取組が多く発表されている。介護予防事業の展開、疾病に罹患してからの重症

化予防が健康寿命の延伸に繋がるが、医療・介護連携、多職種連携を円滑に行うためのツールとしてＩＣＴは有用であり、そのキーパーソンとなるのはかかりつけ医である。かかりつけ医をサポートする医師会事業は、すべて健康寿命の延伸に寄与する医師会共同利用施設であるといっても過言ではないと考える。各市町村に設置が義務付けられている在宅医療・介護連携拠点においても、医師会として参画するケースが増えてきているが、これも新たな医師会共同利用施設と考えてもよいのではないだろうか。先述のとおり、拠点の外側から見ているだけでは見えない風景が、今後見えてくるものと思われる。

第 27 回全国総会において印象的だったのは、医師会病院が、大学病院等の高度急性期病院とかかりつけ医を繋ぐ地域のハブ機能として最適ではないかという発表であった。中規模の地域医療支援病院がハブ機能を持つためには、医師会立であるということが最大のメリットになっているとのことである。医師会病院として救急対応をしていることが過酷な労働になっていないかとの質問があったが、健康・健全な医師だからこそ住民の健康を守ることができる、自らの健康寿命を犠牲にしての他者の健康寿命の延伸は成し得ないと考える。また、医療勤務環境改善支援センターを活用することも有用であり、三重県では県医師会が同センターを運営している。これも医師会共同利用施設の仲間に入れて頂ければ幸いである。

５－３　医師会が行う人材紹介斡旋事業についての提案

（１）東京都の現状

東京都において新規開業する際の問題点を挙げると、①土地が高い、②人件費が高い、③医療スタッフが集まらない、④既にある医療機関の後継者がいない、等である。

土地が高く、昨今は地方の優良医療法人がいつの間にか中小病院を買収しているという事例が多発していることからも、新規開業の難しさが窺える。また、医療スタッフの人件費は地方の 1.2～1.3 倍と高く、募集してもなかなか集まらないのが現状である。人材派遣会社の紹介手数料は莫大なものとなっており、常勤医や常勤看護師になると年棒の 20%が相場という（常勤医 200－300 万円、常勤看護師 100 万円）。後継者問題に関しても、仲介して紹介するシステムが医師会にはなく、閉院してしまう診療所も多くなっている。

（２）医師会で行う人材派遣事業

前期の本委員会報告書でも提案したが、上記のとおり通常の新規開業で問題となるのは、医師や看護職員募集等の人材確保の困難さである。郡市区医師会による開業支援やきめ細かいサポート、例えば跡取りのいない事業所の継承や医師不在地域での開業支援、開業準備のノウハウを行うことができれば、新規開業を希望する医師にも、また所属する医

師会の発展と収益にもなると考える。日本医師会が頂点（関連団体でも可）となり都道府県医師会（関連団体でも可）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、それを提供するような人材派遣事業を提案する。

５－４　医師会共同利用施設の展望

医師会共同利用施設は、これまでも常に地域医療の在り方を探りながらそれぞれの地域や時代の流れを映し続けている。地域医療の変化は即ち医師会共同利用施設の変容であると言ってよいだろう。地域医療は、医療に大きな役割を果たしている医師や医師会が私利私欲を超えてリードし続けてきた。そして、今後もそうあるべきである。

医師会共同利用施設は、その役割を終えたと考える向きもある。すべての医師会が共同利用施設をラインナップしているわけではなく、現在の医師会病院や臨床検査センターなどは他の施設との競合にさらされ、経営的に困難な状況にあることも多く、また医師会員の利用や協力が得にくくなっているのも事実だろう。しかしながら、「従来の」医師会共同利用施設ではなく、新たな展開を目指す時が来ていると考えることはできないだろうか。

これからの医療の姿は、①地域内の資源を有効に活用し質の高い医療を目指すこと、②在宅医療を中心として、医療と介護等が融合した新たな社会保障の姿を明確にすること、③過不足のない医療を目指し地域住民とともにそれぞれの意思で選択する終末期医療の在り方を探ること、④超高齢社会がもたらし今後さらに深刻となる認知症との共存、⑤少子化のもたらす労働力不足への対応、⑥少なくなったからこそ重要視されるべき周産期医療や子育て支援の改革、⑦生活習慣の改善などによる健康寿命の延伸への挑戦など、多くの課題に同時に向き合わなければならない。

地域医療構想や新たな医療提供施設の創出など行政が矢継ぎ早に進める改革は、医療資源、特に医療費の先行きに対する不安から医療保険制度の持続可能性という名目で言わば医療の効率化を強いており、小規模な施設や地方においての効率化の追求には限界があることから、地域医療連携推進法人に代表される集約化や機能分担の動きも加速している。

地域医療の在り方は、そこに存在する医療機関や関係する施設だけで決まるものではなく、地域住民や行政を含む地域社会全体が形作るものであり、その意味で個々の医療機関や事業者は、自らのことだけを考えていては成立しないのは自明であるが、いみじくも地域医療構想の調整会議が各地で様々な問題を露呈することになった背景には、いかに自分たちの地域全体に対する意識が足りなかったかを示すことと解釈することも可能かもしれない。

今こそ、再び医師会共同利用施設が果たす役割が大きくなることが期待され、地域全体を俯瞰できる医師会だからこそ果たし得る役割の実行部隊として位置付けられる共同利用

施設の、新たな展望が生まれるのではないだろうか。

看護学校や多くの医師会が受託している地域医療支援センター、医療勤務環境改善センターなども医師会共同利用施設の一部であると考えれば、より理解が深まるのかもしれない。極論ではあるが、都道府県医師会や郡市区医師会そのものが医師会共同利用施設であると言えるのかもしれない。

このような発想で、都道府県医師会や郡市区医師会の果たしている役割や機能を俯瞰すれば、それらの組織内統合を進めるとともに、医師会が中心となり地域内の病院や診療所などの関連施設、団体を巻き込んだ地域内連携を進めることによって、医師や医師会の機能を最大化できると考えるには無理があるだろうか。その上で、地域住民や行政なども連携して、健康や医療に関するあらゆる活動を総合的に推進する体制こそが必要なのではないだろうか。これこそが、究極の「地域包括ケアシステム」と考えることができるのではないだろうか。

例えば、京都府医師会が示した地域の医療従事者や住民に利用されるトレーニングセンターは、ある示唆を与えてくれている。また、福島県では不足する医療人材とその前段階である医療関連職種の教育施設の志望者の減少を踏まえ、職種や設置主体を超えて共同で教育や募集を行うコンソーシアムの運営が始まっている。このような取組は、直接郡市区医師会が専用の施設を持ったり運営したりしなくとも、地域の資源を有機的に結びつける役割を担えば実現可能なことである。

専門医制度や医師臨床研修制度においても、医師会の果たす役割が徐々に明確になるとともに取組が進んでいる。さらに、医師の働き方改革では日本医師会主導で議論が進んでいるが、医師賠償責任保険、医師年金に続く３本目の医師支援のための機能として、前述の様々なセンターの統合を県医師会単位で探ることも可能かもしれない。

６. 第 27 回全国医師会共同利用施設総会（分科会報告より）

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、大分オアシスタワーホテルにおいて、第 27 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、「健康寿命の延伸に向けた医師会共同利用施設の役割について」で、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、大分県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 28 回総会は三重県医師会の担当で、2019 年９月７日（土）、８日（日）に開催予定である。

ここに、第 27 回総会の分科会報告より、各地域での取組について紹介する。

６－１　第１分科会報告

（１）さいたま市民医療センター（埼玉県）

（発表者：石田岳史　さいたま市民医療センター副院長/大宮医師会理事）

地域の状況の他、入院患者数が増加傾向であることや紹介率・逆紹介率の動き、救急外来患者の推移等についての報告、ホスピタリスト(病院総合医)についての紹介がなされた。

中規模病院においては臓器別の診療科ごとに患者を診るよりも、総合診療部が主治医として外来・当直・救急等を行い、各科が専門的な診断や治療コンサルテーションを受ける方法が有効ではないかとした。

また、高齢者には、細分化しない内科運営が有効と指摘。しかし、現状の総合診療科は、病院によっては有効に機能しないポジショニングとなっているケースもあることや、その改善策をわかりやすく説明していただいた。

また、退院調整ではＭＳＷを軸とした地域医療連携室が積極的に動いていることの報告があり、その結果、医師が医療に専念できる環境を整えることができた。

最後に、従来の大学病院を頂点とした医療システムに対比して、医師会病院のような地域医療支援病院を中心とした地域医療システムが構築されることで、医師会病院がかかりつけ医と大学病院をつなぐハブ機能を持つことができる、このハブ機能の結果、大学病院のような３次医療を守ることにも繋がると発言され、医師会病院が地域包括ケアシステムの司令塔となることが求められると締めくくられた。

（２）呉市医師会病院（広島県）

（発表者：中塚博文　呉市医師会病院長/呉市医師会理事）

呉市医師会病院で３年前に新設された「大腸肛門病センター」の取組について紹介がなされた。

呉市医師会病院は創立 55 年と、現存の医師会病院の中で最も歴史があるが、呉市内では急性期の公的医療機関に囲まれ、新臨床研修制度の影響による内科医師不足もあり、病床

利用率が 55%と、運営には非常に苦労されている。しかし、これまで赤字は過去 13 年で２回しかないとのことである。

３年前に設立した大腸肛門病センターは、他の病院にはない特徴として地域に貢献している。排泄障害はＱＯＬにとって実は切実な問題であり、患者数も少なくなく、477 万人も存在する。実に日本人の 30 人に１人、高齢者の 10 人に１人ということになる。しかしながらデリケートな問題であるため、なかなか解決が難しい障害でもある。年２回市民向け啓発セミナーも行っているとのことで、地域に密着した医師会病院のあり方が示されたと言える。

（３）大分市医師会立アルメイダ病院（大分県）

（発表者：山本貴弘　大分市医師会副会長）

会員 501 名の大分市医師会は、地域医療のため、全国的に有名なアルメイダ病院の他、数多くの医師会共同利用施設を運営されている。2008（平成 20）年度に新病院を建築されたが、将来を見据えて免震構造にしたとのことであった。患者送迎車も４台持ち、地域の患者さんやかかりつけ医との連携に役立てている。研修会も積極的に取り組まれており、年間 100 回以上、延べ参加人数は 6,900 人以上にも及ぶとのことであり、地域での医療の底上げに貢献されている。

消防行政との連携にも積極的で、救急車が常駐し、救急救命士の研修協力や、時にはドクターが同乗していくなどの取組を行っている。

また、地域成人病検診センターを病院に隣接させており、地域住民の健康に役立つような活動を行っているとのことである。

（４）都城市郡医師会病院（宮崎県）

（発表者：飯田正幸　都城市北諸県郡医師会長）

都城市郡医師会病院の新病院建て替えまでのご苦労についてご報告がなされた。

まず、新たな建設にあたっては、地理的な環境と防災という観点から選定がなされたとのことである。市の補助と地域医療再生基金を活用することができたが、それに際し、様々な課題も発生したとの説明がなされた。入札が不落に終わった際には、日医総研の建設セカンドオピニオンも活用されたそうである。

移転後の 2015（平成 27）年より今後の飛躍が期待されるとともに、都城夜間急病センターが隣に設置されたことで、年 1.3 万人の休日夜間の内科・外科・小児科のウォークインを予想されているとのことである。

６－２　第２分科会報告

（１）函館市医師会健診検査センター（北海道）

（発表者：平山繁樹　函館市医師会理事/函館市医師会健診検査センター運営委員長）

函館市医師会は地域の保健・医療・福祉に貢献するため、医師会病院をはじめ、健診検査センター、夜間急病センター、看護学校などの公益事業を行っている。

健診検査センターは 1972（昭和 47）年に設立され、北海道内の医師会共同利用施設として、唯一保健事業と臨床検査事業を行う複合施設である。

行政機関の函館市と密接な連携を取られ、受診者の利便性を図って特定健診の受診率向上に取り組まれている。また、中学校２年生を対象とした、ピロリ菌検査事業にも取り組まれている。新たな事業展開として４事業（医師会病院・健診検査センター・夜間救病センター・看護学校）の拠点集約や、リハビリテーション専門学校の開設、民間検査センターとの連携も考えられ、夢のある展開を考えておられるようである。

（２）松阪地区医師会保健医療センター・臨床検査センター（三重県）

（発表者：矢津卓宏　松阪地区医師会検診医療部門担当キャップ理事）

松阪地区医師会では 1969（昭和 44）年に臨床検査センターを設立、1995（平成７）年に健診を開始され、特定健診、がん検診、学校健診に取り組まれている。

行政からの強い要望を受けて、特定健診を受ける機会がない 20 歳から 39 歳までの松阪市民を対象に「いきいき健診」と名付けて、特定健診と同様の内容を低額で行っている。

医療機関で実施された肺がん検診の二重読影を、2015（平成 27）年度から実施されている。また、「松阪地区胃がん撲滅委員会」を 2016（平成 28）年より発足させ、学校検尿を利用して私立中学校３年生 183 人についてピロリ菌検査を行い、８名（６％）の陽性者を検出されている。

会員検査の利用率低迷を改善するため、愛知県半田市医師会のご協力を得て「Dr Web」という医療ネットワークシステムを導入されている。

行政とできる限り協力して物事を進めることが大事と強調された。

（３）西宮市医師会診療所臨床検査部（兵庫県）

（発表者：伊賀俊行　西宮市医師会副会長）

医師会立の検査センターにとって、顧客の確保とコストの削減が必要であるとの認識のなか、最近は電子カルテの普及により、それへの対応が不可欠であり、多くのメーカーの電子カルテへ対応しなければならない。

そこで、西宮市医師会診療所臨床検査部では、Web 検査結果照会システム（MinCS for Lab）を導入されている。このシステムの大きな特徴の一つは、検査データの厚生労働省標準化コードへの変換である。これが可能になったことにより、検査データの移送ができるよう

になったことで、安全なWeb 回線であるとのことである。また、各社電子カルテへの対応であるが、現在 32 社の電子カルテに対してデータ変換プログラムを利用してデータ移送し、オーダリングの対応も可能となったそうである。このシステムは標準化と高度なセキュリティを備えており、今後各地域の医療連携システムや医療介護システムなど様々な分野に活用できる将来性があるとの報告がなされた。

（４）別府市医師会地域保健センター（大分県）

（発表者：田能村祐一　別府市医師会ＩＣＴ・地域医療連携室長及び地域保健センター管理者）

別府市医師会では、1964（昭和 39）年より臨床検査センターを、さらに地域住民の健康増進の機能を加えた形で、1989（平成元）年地域保健センターを立ち上げ運営されている。センターの背景として、基幹病院に隣接する大規模な健診センターと会員が運営する健診センターの３つに囲まれた競合先の多い不利な条件のもとで、特定健診・特定保健指導や、各種がん検診や事業所健診、日帰り人間ドックなどを行っている。学校健診では小児生活習慣病健診の血液検査と同時にピロリ抗体値を測定し、ピロリ菌検査事業を始められている。

2011（平成 23）年より地域医療の質の向上を目的に、セキュリティレベルの高いＩＣＴネットワーク網「ゆけむり医療ネット」を整備され、４つの基幹病院と会員（現在 68 施設）との間で、患者の同意を基に診療情報を参照可能な地域医療連携システムを構築され、一連の医療情報が時系列に閲覧できるようにされている。また、ＩＣＴを使っての共同利用施設の横の連携即ち、同じ境遇の共同利用施設が抱えている悩みや課題を実務者が協議できる場をつくり、互いの良いところを取り入れるようにしようと提案された。

（５）健診標準フォーマットの運用拡大について

（発表者：吉田澄人　日本医師会総合政策研究機構研究部統括部長補佐）

日医総研では現状の様々な保健事業の実態を把握することが求められていることから、健診データの地域分析や大規模集積データの分析はもとより、国際的に流通することが可能となるデータモデルの検討を行い、ＣＳＶ形式で格納された健診標準フォーマットから再交換するための変換ツール策定に取り組んでいる。2017（平成 29）年度は医師会共同利用施設である医師会病院、医師会健診センター等の運用拡大を図ることとした。健診関係団体との連携を進めていることなど、健診標準フォーマットの運用拡大の状況について報告された。

２年前の大阪での第 26 回全国総会の第２分科会では、民間業者の低価格に押されて会員の利用率が低下傾向にあること、また、電子カルテへの対応に苦慮されていることなどの報告があったが、今回は、会員利用率を維持するため日々奮闘されている実態や、特定健診の受診率向上への方策、医師会立でなければできない「検査・健診データの突合」等の

データベース構築に取り組まれている姿勢、新たな検診事業として中学生を対象とした「ピロリ菌検査」の報告があった。

６－３　第３分科会報告

（１）八王子市医師会（東京都）

（発表者：益子邦洋　南多摩病院長）

消防庁によると、2016（平成 28）年における全国の救急出動件数及び搬送人数は、８年連続増加で過去最多を更新している。一方、救急搬送時間も年々延長している。救急搬送件数増加と活動時間延長の最大の原因は急速な高齢化の進展にあり、1996（平成８）年と 2015（平成 27）年を比較してみると、救急出動件数は 260 万件増加した一方、二次救急病院は 1,300 件以上減少しており、受け入れ病院不足が活動時間延長の大きな原因と思われる。

八王子市では、救急業務連携協議会の下部組織として八王子市高齢者救急医療体制広域連合会（八高連）を設立し、急性期病院だけでなく慢性期病院や精神科病院での救急搬送患者の受け入れを進めている。その結果、慢性期医療機関への救急患者搬送割合は増加し、救急搬送時間は短縮した。

また、在宅療養中の高齢者が急変した時に病院救急車を活用し、救急搬送する事業を 2014（平成 26）年 12 月より開始し、2016（平成 28）年４月からは施設入所中の高齢者も搬送対象としている。患者搬送先は急性期病院が 54％、慢性期病院や精神科病院が 46％であり、慢性期病院等の患者受け入れが大幅に増加した。病院救急車は地域包括ケアシステムを円滑に機能させるためのセイフティーネットであり、また、動く共同利用施設でもあると締めくくられた。

慢性期病院や精神科病院での救急搬送患者の受け入れや病院救急車の出動が、地域医療システムの更なる向上に寄与することを期待する。

（２）横浜市緑区医師会訪問看護ステーション（神奈川県）

（発表者：大迫加奈子　横浜市緑区医師会訪問看護ステーション統括責任者）

横浜市では、2013（平成 25）年より在宅医療連携推進事業の一環として、各区医師会立訪問看護ステーションに在宅医療連携拠点を順次開設することとなり、現在 18 区すべてに在宅医療・介護連携に関する相談室が設置されている。第 26 回全国総会では、横浜市西区の相談室について報告をいただいたところであるが、今回は緑区についてお話をうかがった。

相談室の業務としては、相談・支援などいろいろあるが、市民啓発業務では「医療と介護について語ろうカフェ」、「おひとり様、男塾」など、予防にも積極的に関わっているということであった。また、「在宅ケアに関わる人のための医療講座」を２か月に１回開催し、講師は入会間もない医師にお願いしている。そして、地域の医師や看護師等の顔が

見える場を地域住民に提供することにより、将来安心して在宅医療・介護を受けてもらえるのでは、そしてこれらの取組により孤独死が少しでも減少してくれればと考えている、という心温まるお話であった。

（３）宗像医師会（福岡県）

（発表者：小島武士　宗像医師会理事）

在宅医療連携拠点事業室むーみんネットと介護老人保健施設よつづかの取組について、ご報告いただいた。

介護老人保健施設よつづかでは、2009（平成 21）年より離島の宗像大島へ訪問リハビリを開始し、2015（平成 27）年からは介護予防サロン活動を行っている。大島は人口 684 人で高齢化率 45%、サロンの登録参加者は 30 人で年齢は 73～94 歳、開催頻度は隔月で高齢者の閉じこもり予防や日常の健康を維持することを目的としたサロン活動に加え、運動・栄養・口腔・認知症予防など専門職の立場から講義やアドバイス、体操指導など行っており、今後も健康寿命の延伸に繋がる活動を行っていただきたい。

むーみんネットは 2012（平成 24）年度からの事業で、2016（平成 28）年度より宗像市、福津市の委託を受け各種事業を実施している。医療・介護関係者の情報共有の支援ツールとして、2014（平成 26）年度よりスマートフォンを利用している。対象者はがん末期、神経難病、重症障害児等の医療依存度の高い在宅療養中の患者で、情報を入力したら、緊急度に応じて関係者へメール発信・通知を「なし」「通常」「緊急」で選択できるようにしている。リアルタイムに情報を共有することが可能となり、特に終末期・看取り期などに効果を発揮しているという報告をいただいた。

（４）臼杵市医師会（大分県）

（発表者：舛友一洋　臼杵市医師会医療福祉統合センター長/臼杵市医師会立コスモス病院副院長）

臼杵市医師会が中心となって始めた臼杵市内の医療・介護機関を結ぶ情報ネットワークについてご発表された。人口４万弱ですでに石仏カードを 14,000 枚以上発行している。これには、医療機関、歯科医院、調剤薬局、特別養護老人ホーム、老人保健施設、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、臼杵消防署、臼杵市役所、大分県中部保健所など、多くの医療・介護に関連する機関が参加している。2016（平成 28）年８月からは健診データの共有も始まったということで、このように多様な多くの機関が参加する医療・介護ＩＣＴネットワークは、日本国内ではないのではないか。また、市民・患者の参加率の高さ、同意の在り方、データ閲覧許可の仕組み、システムを継続するための行政との協働、データ利活用による医療費削減、救急医療や災害対策へのデータ利活用可能なども評価されている。

市民のほとんどが参加するネットワークを目指してさらに発展していただきたい。

おわりに

今期医師会共同利用施設検討委員会は、2016（平成 28）年 11 月４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「2025 年を見据えた医師会共同利用施設の展開―健康寿命の延伸に向けた新たな取組と地域における役割―」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 11 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、医師会共同利用施設の運営に直接かかわっておられない都道府県医師会役員もおられたが、医師会共同利用施設を有していなくとも、超高齢社会の医療における医師会や医師会共同利用施設の在り方に対する関心は高く、有意義な議論が行われたと思っている。

本委員会では、吉見逸郎厚生労働省健康局健康課たばこ対策専門官に「健康寿命の延伸に向けた取り組み」というタイトルで２回お話を伺った。その中で３年に１度の国民生活基礎調査では、平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）はどちらも伸びているが、2010（平成 22）年と 2013（平成 25）年を見るとその差（不健康期間）は若干短縮していて良い傾向と思われる。2016（平成 28）年の国民生活基礎調査の結果は 2018（平成 30）年に公開予定である。2013（平成 25）年と 2016（平成 28）年との平均寿命と健康寿命の差が今回と同じように短くなっていると、今やっている予防法や特定健診の効果であり、また元に戻る結果であれば、プラス何かしなければいけないのではないかというお話があった。平均寿命と健康寿命の差が短くなっていることを望むばかりである。

臨床検査・健診センターは蓄積している検査・健診データを積極的に利活用し、重症化予防事業や地域の医療連携のために効率的にデータを共有させることが必要と思われる。また、「健診標準フォーマット」への参加についても検討いただきたい。そのためにも、日本医師会には各保険組合への積極的なＰＲなどインフラ整備を進めてほしい。

医師会病院は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があると思われる。

在宅医療・介護支援関連施設については、郡市区医師会での認知症早期発見やフレイル予防健診など健康寿命への取組の紹介となっているが、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションには先進的な取組事例を参考に事業展開をしていただきたい。

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 1,351 施設まで増加していた。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 19 施設増加に転じ喜ばしいことと思われ更なる増加が期待されたが、2017（平成

29）年度の調査では 1,261 施設と 27 施設減少した。2017（平成 29）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 77 と５病院減少、臨床検査・健診センター168 と２施設増加。介護保険関連施設では地域包括支援センターは 96 と８施設、訪問看護ステーションは 424 と 10 施設、居宅介護支援事業所は 233 と７施設減少した。共同利用施設としての診療所も 67 と 15 診療所減少した。診療所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などの地域にとって必要不可欠と思われる施設の減少は、今後の地域包括ケアシステム構築に影響しないだろうか気にかかるところである。

また、今期本委員会では、医師会共同利用施設にどこまで含まれるかについても議論が行われた。特に、各都道府県医師会からの報告によって作成する医師会共同利用施設一覧の「その他」には、様々な施設が入っている。介護保険制度創設により医師会事業が広がるなか、医師会共同利用施設の定義について改めて検討する時期に来ているものと考える。次期本委員会での検討事項とすることも一考である。

2025 年の地域包括ケアシステム構築に向けて、医師会共同利用施設にも更なる改革が必要と思われる。