

平成30・令和元年度
医師会共同利用施設検討委員会
報 告 書

令和2年5月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

令和2年5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30年10月10日開催の第1回委員会において、貴職より「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」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	北川靖	京都府医師会副会長
委員	佐々木聡	東京都医師会理事（令和元年7月16日～）
委員	猿木和久	群馬県医師会理事
委員	豊田秀三	広島県医師会副会長
委員	原寿夫	福島県医師会常任理事
委員	森久保雅道	東京都医師会理事（～令和元年7月15日）
委員	山村善教	宮崎県医師会副会長

（委員五十音順）

目 次

はじめに	1
1. かかりつけ医機能の支援	2
1-1 地域医療支援病院について（呉市医師会病院の事例も含めて）	2
1-2 宮崎市郡医師会病院について	9
1-3 函館市医師会病院について	10
1-4 地域に不足する医療機能の補完	11
2. 健康・予防面からの役割	14
2-1 第三期特定健診・特定保健指導への佐賀県における取り組み	14
2-2 2018（平成 30）年度さいたま市特定健康診査、後期高齢者健康診査及び 特定保健指導の受診状況	16
2-3 健診標準フォーマットの本格運用について	19
3. 地域の在宅医療・介護を支える	22
3-1 在宅療養後方支援病院と在宅療養支援病院	22
3-2 医師会病院のこれから	22
3-3 医師会共同利用施設としての在宅医療及び在宅医療・介護連携推進拠点 ～重要性と課題～	28
3-4 多職種連携と在宅医療・介護連携推進事業	32
4. 新たな視点から	41
4-1 働き方改革関連法の施行に伴う宮崎市郡医師会共同利用施設における 問題点・対応等について	41
4-2 外国人医療対策について	45
4-3 函館市訪日外国人医療における函館市医師会病院の役割	50
5. 第 28 回全国医師会共同利用施設総会（分科会報告より）	52
5-1 第 1 分科会報告	52
5-2 第 2 分科会報告	53
5-3 第 3 分科会報告	55
おわりに	57
参考資料 医師会共同利用施設である医師会病院へのアンケート報告書	59

はじめに

「令和」という新たな時代を迎えた中で、経済の停滞、人口減少、グローバル化、大災害の多発などが顕在化してきており、医療界もこれらの影響は避けられない状況となっている。一方で、人生 100 年時代に向けて、国民の生命・健康や地域社会を守るためには、かかりつけ医が中心となり、多職種との連携の下に地域包括ケアシステムを推進することによって、医療・介護を中心とした「街づくり」を行うとともに、住民の疾病予防・健康づくりにも積極的に係わっていかねばならない。その際、医師会共同利用施設は、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・健康増進などに寄与することが責務であるとの自覚が必要である。医師会共同利用施設には、会員医療機関との連携の下に、健康寿命の延伸、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。

なお、医師会共同利用施設を取り巻く環境も、地域医療構想による医療提供体制の見直し、医師の偏在是正と働き方改革、少子高齢化の中での社会保障財源確保や看護介護人材の確保、検診受診率の低下など課題が山積しており、これらに適切に対応しなければ生き残りが厳しい時代となっている。特に、地域医療構想の実現、医師・医療従事者の働き方改革及び医師偏在対策の改革は、医療従事者の確保という面から医師会共同利用施設の運営に大きな影響を及ぼすものと考えている。

そのような中、横倉会長より「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」について検討するようにとの諮問をいただいた。そもそも医師会共同利用施設は、急速な医療技術の高度化に対し、会員医療機関への診療支援を行うための医師会病院・臨床検査センター構想に端を発しており、その後、在宅医療、介護部門まで幅広く展開されてきた。そして今後も、様々な環境の変化に適合していく形で、会員医療機関を支援していくとともに地域に貢献していかねばならない。一方で、老朽化による建替え、民間企業との競合などの問題が山積していることも事実である。そこで、これからの医療・介護提供体制をどのようにするのか、地域ごとの実情を踏まえ議論するようにとのことであった。

今回、我々は、①かかりつけ医機能支援のための地域医療支援病院と地域に不足する医療機能の補完、②健康・予防面からの役割としての特定健診・特定保健指導と健診標準フォーマット、③地域の在宅医療・介護を支えるための在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、多職種連携と在宅医療・介護連携推進事業、④新たな視点から働き方改革と外国人医療対策についての4項目に分類し、地域における実例をもとに検討を重ねた。

今回の報告が、医師会共同利用施設の今後の運営、活動を見直す端緒となり、幾らかでも資することができれば、委員一同、望外の喜びである。

1. かかりつけ医機能の支援

1-1 地域医療支援病院について（呉市医師会病院の事例も含めて）

1997(平成9)年の第3次医療法改正で創設されたのが、地域医療支援病院である。医療関係報道や令和元年8月23日の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」報告から、その経過と近況を要約した。

(1) 地域医療支援病院制度の概要

1) 趣旨

1996(平成8)年4月25日の医療審議会による「今後の医療提供体制の在り方について(意見具申)」において、地域医療の充実・支援を行う医療機関の在り方として、「地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携等を図る観点から、**かかりつけ医**等を支援する医療機関の位置付けを検討することが必要である。このような医療機関としては、一定規模の病床を有し、救急医療の実施や在宅医療の支援、施設・設備の開放等を行うとともに、地域の医師等医療関係者に対する研修、医療機関に対する情報提供等の機能を持つことが適当である。」とされた。

これを受け、地域医療の確保を図る病院にふさわしい構造設備等を有する病院として、都道府県知事が個別に承認したものである。これは医療施設体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担う、**かかりつけ医**等を支援する能力を備えた病院として創設されたものである。（※承認を受けている病院：2018(平成30)年12月1日現在 607病院）

2) 主な機能

1. 紹介患者に対する医療の提供
2. 医療機器の共同利用の実施
3. 救急医療の提供
4. 地域の医療従事者に対する研修の実施

以上4つの役割・機能が求められている。

3) 承認要件

- ・開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- ・紹介患者中心の医療を提供していること
 - ①紹介率が80%を上回っていること
 - ②紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること
 - ③紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること
- ・救急医療を提供する能力を有すること
- ・建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- ・地域医療従事者に対する研修を行っていること

- ・原則として 200 床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

地域医療支援病院には「在宅医療を行う医療機関の支援」も期待される。超高齢社会に向け、「要介護度が高くなっても、地域での生活継続を可能とする」という地域包括ケアシステムの構築が急がれているが、「急変時には連携先の病院に入院し、適切な医療が受けられる」という安心感が、患者の在宅療養維持にとって極めて重要になる。しかし、「在宅医療支援」は 2006(平成 18)年まで地域医療支援病院の承認要件になっていなかったこともあり、「十分にはなされていない可能性がある」との指摘がある。実際に、2014(平成 26)年度の診療報酬改定で創設された「在宅療養後方支援病院」の届け出状況を見ると、586 の地域医療支援病院中 96 病院、16.4%にとどまっている(2017(平成 29)年度の病床機能報告結果より)。

さらに、医療提供体制に関しては、機能分化や連携強化などと並び「医師の偏在の是正」が重要な課題となっており、是正策として、改正医療法では、「医師少数区域等で一定期間勤務することで地域医療への知見を持った医師」を厚生労働大臣が認定し(認定医師)、一定の病院では「認定医師であることを管理者・院長の要件」とするといった仕組みが設けられた。この仕組みに関して議論してきた厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」では、対象病院として地域医療支援病院を想定し、医師派遣、プライマリ・ケアの研修・指導などの機能を要件として提示している。

(2) 承認要件変遷の背景

当初都道府県や厚生労働省は、地域医療支援病院は公的医療機関が担う機能と考えていた。しかし、公的医療機関であるため外来抑制が難しいことや、公務員であるが故の医療機器の共同利用(CT・MRI)の硬直化などから、紹介率 60%すら達成できない状況となった。一方で民間病院の中でも、医療経営に積極的な病院は、紹介率アップのため地域医療機関へのきめ細やかなサービスと、外来の分離といった方策をとって、地域医療支援病院の承認を受けていった。国や地方公共団体は、公的医療機関を診療報酬上も有利なこの制度に組み入れたいため、紹介率を 40%に下げるといった変更を行ったが、結果的にその効果は十分発揮されているとは言えない。

(3) 地域医療支援病院の現況

1997(平成 9)年 4 月に始まった当初、地域医療支援病院に承認された多くは医師会病院であった。医師会病院はその多くが一般外来を持たず、会員医療機関等からの検査(主に CT や MRI など)を請け負う地域に建てられた病院である。そういった点から、地域医療支援病院として承認されやすい環境であったと言える。

近年、診療報酬の削減が進む中、200 床以上の急性期を主体とする民間病院は、地域医療支援病院になることによって得る医療収入の増加を目的に、要件をクリアするため以下のような方策をとった。

- ・紹介状を持たない初診患者に対する特定療養費（当時）徴収による外来抑制
- ・外来部門を付属クリニックとして分離し外来を抑制
- ・高度検査機器の導入による検査紹介患者の拡大
- ・救急車による搬送患者受け入れ態勢の整備

これらにより、力のある民間病院が地域医療支援病院の承認を受けることとなった。

地域医療支援病院に承認されることによるメリットとしては、当時急性期入院加算や急性期特定入院加算（現在は廃止）などの診療報酬の加算が得られることに加え、地域医療支援病院入院診療加算（1,000点）が1人につき入院初日に1回算定できることであった。現在は、地域医療支援病院の多くがDPC導入病院であるため、機能評価係数加算を地域医療支援病院加算の代わりに請求している。

本来、地域医療支援病院は二次医療圏に1つ承認するという考えであったが、2018（平成30）年12月時点で地域医療支援病院は607病院、全国335の二次医療圏に対し、地域医療支援病院が置かれているのは246二次医療圏である。

（４）地域医療支援病院の役割の変化

地域医療支援病院の考え方も、医療提供体制の見直しにより変化しつつある。これまで長年にわたって機能してきた階層型構造の医療提供体制では、患者中心の医療を提供できないという反省から出てきたものである。階層型構造の医療提供体制とは、1次医療は普段からの健康相談が受けられる「かかりつけ医」を中心とした地域医療体制であり、2次医療は入院治療を主体とした医療活動がおおむね完結する医療、そして3次医療では、先進的な技術や特殊な医療、発生頻度が低い疾病に関するものなどの医療需要に対応した医療構造である。

現在の医療計画制度の問題点としては、次の点が挙げられる。

- ・患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想
- ・地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想
- ・地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想

では、社会保障審議会が提唱する新たな医療計画制度での医療連携体制とは、どのようなものだろうか。

- ・患者を中心にした医療連携体制を構想
- ・主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制を構想
- ・病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制

上記医療体制の確立を目指している。

以上が最近報じられている、地域医療支援病院をどのような形にするかの議論の流れのようである。この中にも書かれているが、最初に地域医療支援病院に承認されたのは医師会病院であった。

もともと、医師会病院は医師会員たちが地域の医療に役立つ共同利用施設としての病院との考えから設立されたことより、

1. 紹介患者に対する医療の提供
2. 医療機器の共同利用の実施
3. 救急医療の提供
4. 地域の医療従事者に対する研修の実施

以上の4要件は医師会病院の理念でもあった。最近の医師会病院は、公設民営で基幹病院クラスの病院もあるが、大部分は医師会員の協力で設立された病院であり、公的病院のように基幹病院に指定されるような力はない病院がほとんどである。

1. 紹介患者に対する医療の提供

この項目に関しては、開業医との競争を避けるためにも100%紹介型が多い。

2. 医療機器の共同利用の実施

この項目に関しても、最新の高額医療機器を個人で購入することは難しく、会員にとっても患者にとっても有意義なことである。

3. 救急医療の提供

1977(昭和52)年の救急医療対策事業で、初期救急医療体制として休日夜間急患センター事業、小児初期救急センター事業、入院を要する(第二次)救急医療体制として病院群輪番制病院、共同利用型病院、小児救急医療拠点、救命救急センターの整備が行われることとなり、全国の市町で医師会が地域の初期救急を担う夜間急患センター、休日急患センターを行政の要請を踏まえ立ち上げていった。当然、地域の医師会病院も初期救急を担う組織を病院内部や併設することで担い、第二次救急、第三次救急は地域の基幹病院が担う体制が多くなった。そのため、この条件の付帯条項に、地域医療支援病院は年間1,000台以上の救急車の受け入れ、もしくは救急医療圏人口の2%以上の救急患者の受け入れが条件になっているのは問題と思われる。各医療圏の救急医療体制に問題があり改善の必要性がある場合は、地域医療構想の中で検討すべきと考える。

4. 地域の医療従事者に対する研修の実施

この項目も医師会病院の使命であり、医師会員の研修の中心的役割と、研修医等の地域医療実習施設となっている病院もある。

2006(平成18)年の第5次医療法改正で、地域医療支援病院の承認要件に「在宅医療」の支援が追加され、開設者から毎年提出される業務報告について、都道府県知事が公表する仕組みが新設された。在宅医療の後方支援も医師会病院の役割の1つであり、多くの医師会病院が在宅患者の登録を受け、急変時24時間の受け入れを行っている。

(５) 特定機能病院及び地域医療支援病院の見直しに関する議論の整理 地域医療支援病院について

地域医療支援病院のあり方について論議する厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」が、2017(平成 29)年 11 月に再開した。検討会の構成員からは地域医療支援病院のあり方、制度の廃止も含めて抜本的な議論が必要との声があり、2019(令和元)年 8 月 23 日に議論の整理が取りまとめられ、公表された。以下にその概要を記す。

1) 基本的考え方

地域医療支援病院は、「紹介患者に対する医療の提供や救急医療の提供等、地域で必要とされる様々な取組を通じて、かかりつけ医等を支援する医療機関」と位置付けられてきたと考えられる。

2) 現状及び課題について

1. かかりつけ医を支援する機能について

- ・地域医療構想の達成に向けて、地域医療支援病院は、「新公立病院改革プラン」または「公的医療機関等 2025 プラン」を策定し、地域医療構想調整会議で協議することとなっており、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ、地域医療支援病院でなければ担えない分野へ重点化することが求められている。
- ・全国を見渡せば、地域医療支援病院が全くない二次医療圏もあれば、10 以上の地域医療支援病院が所在する二次医療圏もあり、地域医療支援病院がその制度趣旨を踏まえた役割を果たしているのか疑義が生じている。
- ・地域医療支援病院、郡市区医師会、都道府県を対象とした実態調査の結果によれば、地域により、様々な医療機能が不足していると認識されている。具体的には、郡市区医師会からの半数を超える回答においては、「医師確保に資する体制整備」、「周産期医療」、「小児医療」等の機能が不足しているとの回答があった。
- ・これらを踏まえると、地域医療支援病院には、地域の実情に応じて、真に地域で必要とされる医療を提供することが求められていると考えられる。

2. 医師の少ない地域を支援する機能について

- ・地域医療支援病院には、地域医療を支援する病院として、医師の少ない地域を支援する機能が求められている。
- ・現状においても、7 割程度の地域医療支援病院が医師派遣等を実施している。具体的には、実態調査において、回答のあった地域医療支援病院のうち、73.7%が、「巡回診療の実施」、「医師派遣機能（代診医の派遣を含む）の実施」、「総合診療の部門を持つ」のいずれかを満たしていた。

3) 見直しについて

1. 基本的な考え方について

- ・現状及び課題を踏まえると地域医療支援病院の基本的な役割として、医師の少ない地域を支援することも加えるべきである。
- ・地域医療支援病院は、「医師の少ない地域を支援する役割を担い、地域で必要とされる様々な取組を通じて、かかりつけ医等を支援する医療機関」と位置付けられる。

2. 地域でかかりつけ医等を支援するために必要とされる機能の見直し

- ・地域ごとに地域医療支援病院に求められる機能が異なることを踏まえ、都道府県知事の権限により、地域の実情に応じて要件を追加できることとされたが、各地域においてそれを実行すべきである。
- ・具体的には、地域医療構想調整会議における協議において、地域でそれぞれの地域医療支援病院が果たすべきとされた機能については、都道府県医療審議会における審議を経て、その実施を当該地域医療支援病院の責務とすべきである。
- ・地域の実情に応じて追加される要件については、真に必要な機能について地域で検討すべきである。この要件については、地域の実情により様々なものが考えられるが、例えば地域における議論の中で、当該地域医療支援病院が医師の少ない地域を支援すべきとされる場合には、その具体的内容をその地域医療支援病院の責務とするべきである。医師の少ない地域を支援する機能の具体的な取組としては、以下のようなものが考えられる。
 - ・医師少数区域等における巡回診療の実施
 - ・医師少数区域等の医療機関への医師派遣（代診医の派遣を含む）の実施
 - ・総合診療の部門を持ち、プライマリ・ケアの研修・指導の実施

4) 今後の検討課題

- ・地域の実情に応じた要件の追加について、都道府県が地域の実情に応じて適切に運用できるよう、さらなる検討が必要である。
- ・地域医療支援病院が制度として一定の役割を終えたとの意見、4つの機能を1セットで評価する必要はないとする意見や、診療報酬上の評価のあり方について見直すべきといった意見もあった。地域医療支援病院が、地域医療構想や、地域の医療提供体制の中で、真に必要な役割を果たしているかどうか、今後も検討が必要である。

(6) 地域医療支援病院である呉市医師会病院の問題点及び要望

呉市医師会病院（全国で4番目に開設し、現在では最も歴史が古い医師会病院）は207床で、広島県の7つの二次医療圏の中の呉医療圏にある。海軍の遺構があり、呉医療センター（元海軍病院）、呉共済病院（元海軍工廠共済会病院）、済生会呉病院（恩賜病院）、中国労災病院（昭和30年開設）、呉市医師会病院（昭和36年県立呉病院を継承し開設）の5つの病院がある医療的に恵まれた地域である。地域医療支援病院は、呉医療センターと呉共済病院、中国労災病院、呉市医師会病院の4病院で、三原市医師会病院と呉市医師会病院が広島県で最初に地域医療支援病院の承認を受けている。

現在問題になっているのは、1つは医師不足で、2004(平成 16)年の医師臨床研修制度変更以来続いており、呉市医師会病院でも独自に医師募集を行ったりしているが、1人入れば大学からの派遣が1人減るだけで、解決には至っていない。

さらに2年前から問題になっているのが、地域医療支援病院の承認取消しである。1997(平成9)年にかかりつけ医等を支援する医療機関として創設され、全国でも多くの医師会病院が承認を受けてきたことは先に述べたが、呉市医師会病院は、病院の一角に外部施設として休日急患センターと夜間救急センターを設けており、開業医、勤務医にかかわらず交替で出務し、初期救急患者を受け入れている。済生会呉病院、呉共済病院、中国労災病院の3つが二次を、呉医療センターが二次・三次を受け入れるなど、この体制で救急のいわゆるコンビニ受診もなくなり、呉医療圏の救急医療体制は広島県で最も充実していると言われてきた。そうした中、地域医療支援病院の承認要件の救急患者の受け入れ基準として、具体的に年間1,000台以上の救急車の受け入れ、もしくは救急医療圏人口の2%以上の救急患者の受け入れ条件が加わった。しかし、救急医療体制が壊れないよう現状維持にしていたところ、広島県から2年経過しても条件をクリアしていないとのことで、承認取り消しの通知が来た。取り消しには医療審議会の承認が必要であり、「呉市医師会病院の認可取消し」の提出議案に対し、すぐに広島県医師会として異議申し立てを行い、他の大多数の委員が賛同した。現在、呉市医師会病院の休日急患センター等を病院の施設に変更し、条件をクリアするよう県庁から指導を受けている。

地域の救急医療体制がうまくいっていない地域のためにこの条項が加わったのだと思うが、順調に活動、運営されているところまで承認要件のみで取り消すのは問題である。医師会病院は成り立ちも地域での役割もそれぞれ異なっており、医師会が共同利用施設を運営していくことは益々大変になってくるだろう。明確な意義や使命感がなければできないと思う一方、医師会で施設を持っていることが非常に重要な面もあると思われる。地域医療支援病院として、地域医療構想のなかで狭間になっており、医師会病院のベッド数をゼロにすればよいと言う県の役人もいる。呉市は国立医療センターと労災病院という2つの大規模病院があるため、共済病院、済生会病院、医師会病院の3つはいらないとの主張である。戦前は人口45万人だったが、現在は23万人弱(二次医療圏全体では約30万人)で、将来は16万人になると言われており、早目にベッドを統廃合した方がよいとの考えのようである。地域医療構想の中で在宅の後方支援病院としての医師会病院というもののあり方を、県庁・厚生労働省に強く再考を願うものである。

2019(令和元)年9月26日、厚生労働省は地域医療構想の具体的対応方針の再検証対象医療機関として、全国424病院の実名を発表した。二次医療圏での地域医療構想調整会議の調整が進展しないとのことで、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなけ

れば担えないものに重点化されているかどうかの再検証を促すものである。がんや心血管疾患、救急、周産期医療など9領域すべての診療実績が特に少ないケース、もしくは6領域すべてについて類似かつ近接ということで、二次医療圏内に一定数以上の診療実績を有する医療機関が車で20分以内の距離に位置するケースが選定され、広島県においては13施設が再検証対象医療機関とされた。厚生労働省は、それぞれの地域医療構想調整会議において議論を尽くすための参考として示したものであり、この分析・選定結果に基づき、ダウンサイジングや機能の転換・分化・連携・集約化といった公立・公的医療機関等の再編統合を、機械的に促すものではないとしている。しかしながら、2020(令和2)年9月までに、それぞれの地域医療構想調整会議で結論を得ることを求めており、この中に医師会病院も多数含まれ、広島県も地域医療支援病院に指定されている三原市と呉市の医師会病院が公表された。本来、医師会病院は高度急性期を担う大規模病院ではなく、会員医療機関等の診療を支援する病院である。今回の病院の実名公表は、そこで働く多くの職員及び家族に多大なる不安を与えている。

1-2 宮崎市郡医師会病院について

宮崎市郡医師会病院は1984(昭和59)年に開院した。築後30数年を経過し、施設・設備の老朽化が目立つこと、増改築を繰り返したために動線が複雑で非効率なこと、事務局、成人病検診センター、臨床検査センターや看護学校が大淀川を隔てたところにあり機能性に欠けること、並びに海岸線から600mに位置し、海拔3.5mの低地にあることから、南海トラフ巨大地震の発生による大津波では甚大な被災が予想され、地域災害拠点病院としての機能を果たせなくなる可能性があるため、現在の土地を宮崎市に返却し、集約移転・新築を行うことになった。移転先については、土地を提供する宮崎市と慎重に協議を行い、近隣に救急医療の基幹病院がない宮崎市の西部で、海岸線から約10km離れた地区に、標高28mの台地を整地して、2018(平成30)年10月に着工し、2020(令和2)年8月1日の開院を目指して建築中である。

本院は地域医療支援病院であり、質の向上を図ることを目的として、医師会病院の運営上の問題点について、2004(平成16)年から(当初は毎年、現在隔年)A会員を対象にアンケート調査を行っている。加えて、新病院建設にあたっては2012(平成24)年4月に経営企画課(現在経営情報課と建設推進課に分離)を院内に新設し、同年11月から12月にかけてA、B全会員と職員を対象に、新病院が担うべき医療機能や整備すべき診療機能等のアンケート調査を行い、その結果を詳細に分析した。さらに、外部環境・内部環境分析の結果に基づくSWOT分析やPPM分析(プロダクト・ポートフォリオ・マネジメント)の手法も用いて新病院のあるべき姿を明確にして、その当時設置していた宮崎市郡医師会将来構想委員会での討議に活用した。また、院内ではBSC(バランススコアカード)を導入して詳細に現状の経営分析と把握を行い、不定期ではあるが、経営戦略会議や経営健全化推進委員会を開催して経営戦略を練っている。

現在の病床数は 248 床だが、成人病検診センターが持つ 19 床と併せると 267 床になる。診療科目は循環器内科、内科、緩和ケア科、消化器外科、心臓血管外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、放射線科であったが、今年 8 月の開院に向けて昨年 4 月に救急科を新設した。今後は、医師の確保ができれば消化器内科と呼吸器内科も加えて、川名宮崎市郡医師会長の掛け声の下で、患者満足度、会員満足度及び職員満足度日本一の医師会病院を目指す。

なお、昨年 9 月に三重県志摩市で開催された第 28 回全国医師会共同利用施設総会の第 1 分科会（医師会病院関係）のシンポジウムにおいて、川名隆司会長が「宮崎市郡医師会病院の意義とこれからの方向性」というテーマで報告している。

1-3 函館市医師会病院について

函館市医師会病院は、1985(昭和 60)年に函館市医師会によって開設された。病床数は 240 床（一般病床 143 床、地域包括ケア病床 47 床、障害者病床 50 床）で、14 の診療科を持っており、2018(平成 30)年度の 1 日平均入院患者数は 1 日当たり 199.1 人、平均在院日数 15.5 日、外来患者数 1 日平均 159.4 人で、初診患者は 5,833 人、紹介患者数は 5,397 人、紹介率 93%であった。また逆紹介患者は 5,639 人で、逆紹介率 97%であった。

設立目的は、診療圏住民（函館市、渡島、檜山の道南 3 地区）に対する函館市医師会員によるプライマリ・ケア（初期診療）の拡張を図り、生命倫理の理念に基づき、地域医療の充実を図ることであり、かかりつけ医と連携するため、開放型病院、地域医療支援病院の承認を受けている。

1985(昭和 60)年の開院以来、紹介率 90%以上の根幹となっているかかりつけ医との連携を密にするために、様々な支援（ハード面・ソフト面）を行っている。

①専門外来／入院による診療支援（最近のトピックスとして整形外科・老年内科・泌尿器科の新設）

②医療機器の共同利用（CT・MRI・RI・内視鏡検査・超音波検査・X 線 TV 装置等）

2018(平成 30)年度実績：

CT・・・全検査数 5,546 件、うち紹介件数 1,339 件、紹介率 24.1%

MRI・・・全検査数 3,206 件、うち紹介件数 1,408 件、紹介率 43.9%

RI・・・検査総数 675 件、うち紹介件数 56 件、紹介率 8.3%

③栄養指導の代行

2018(平成 30)年度実績：2 件

2019(令和元)年度（4～10 月）実績：5 件

④FAX による心電図読影サービス

2018(平成 30)年度実績：18 件

⑤地域包括ケア病棟（47 床）でのサブアキュートの受け入れ

2018(平成 30)年度実績：入院実人数 453 人中 27 人

⑥医師会員と病院従業員に向けた研修会の開催（年 12 回以上）

2018(平成 30)年度実績：13 回開催

⑦函館市医療・介護連携支援センターの設置（医療と介護のパイプ役）

2009(平成 21)年には地域医療連携センター「クローバー」を立ち上げ、その機能を一層強化した。この連携によって、患者は煩わしい手続きなどが軽減され、治療プロセス（診察、入院、検査などの手続き）や、退院などの生活回復プロセス（医療相談、転院など）に専念しやすくなった。また、クローバーの特長として、病棟や外来の看護師とは別に専従の看護師がいることが挙げられ、患者の病気についての疑問などに答えることにより、患者の安心に役立っている。

2019(令和元)年度より、在宅医療のケアを構築すべく「在宅医療部門設置準備室」を立ち上げた。現在、地域にどのような需要（訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ・看護師の特定行為等）があるのか、調査中である。

1－4 地域に不足する医療機能の補完

医師会共同利用施設は、その地域独自の医療機能を補完してきた。病院、臨床検査・健診センター、介護保険関連事業及び施設、在宅医療の拠点など、高齢化の進展に対応して提供する内容が多様化してきている。近年では、少子化の進展に伴う産科・小児科の不採算と、全国的な産科・小児科医不足に伴う集約化などにより、妊婦や患者にとってのアクセシビリティをどう守るかが大きな課題となっている。

そうした中で、2009(平成 21)年に開院した全国唯一の医師会立産科診療所である「ティアラかまくら」（鎌倉市）について、その活動の現状と課題を、設立当初から 2018(平成 30)年までの当該診療所にかかる運営協議会の会議録にもとづき紹介し、地域に不足した分娩機能を補完した事例として報告する。

（１）医師会立産科診療所「ティアラかまくら」の概要

当該診療所のある鎌倉市は、2019(令和元)年現在、人口 17 万人で、高齢化率は約 30% である。2017(平成 29)年の統計では、全国の合計特殊出生率 1.43 に対して、鎌倉市は神奈川県平均よりも低い 1.18 であり、県下でも子どもが少ない地域である。

当該診療所は JR 鎌倉駅東口前の大巧寺の横に位置し、鎌倉駅より徒歩 2 分という便利な立地にある。旧デイケアセンターを市が賃借し、改修して施設名は「ティアラかまくら」、2 階建て 638 m²、1 階が診療室、2 階が病室で 8 床である。これを鎌倉市医師会が運営する。スタッフは産科医師 3 名と小児科医師 1 名（非常勤）、助産師 9 名、看護師 3 名とし、夜間は医師 1 名、助産師か看護師 2 名の体制で開始した。正常分娩費は、市民 55 万円、市民でない場合 60 万円となっている。

「ティアラかまくら」は、運営に関して様々な課題を抱えながらも、約 10 年の歩みを経て市民に定着している。市民からの一定の支持を得て、ここで出産した親の会もあるという。

(2) 経緯

当院開設前は、産科医が全国的に不足し、人材確保が非常に困難な時期であった。鎌倉市でも、2006(平成 18)年度に国家公務員共済組合の病院が産科を閉鎖し、市内の分娩施設は湘南鎌倉病院 1 施設となった。さらに、隣接する横浜市栄区（鎌倉市とほぼ同じ人口 17 万人規模）にある、同区唯一の分娩を取り扱っていた総合病院も分娩の取り扱いを中止した。その結果、市の全出生数の 28%が市内、残りの約 7 割が市外及び県外となった。

そこで、産科医療機関の設立を望む市民からの強い要望を受けて、行政と鎌倉市医師会とが「産科・小児科プロジェクト」を立ち上げ、市の産科診療所の設立について 10 数回に及ぶ議論が重ねられた。産科医が急減するなかでの人材確保や運営資金、医療紛争や訴訟時の責任について、市と医師会関係者が検討・協議されている。当初は、長野県上田市にある産科診療所を参考に 15 床の産科診療所をモデルとして、医師の確保については医師会に任せ、一方で運営資金は全額市が負担し、医療紛争等についても市が最終的に責任を持つということで合意が得られた。

開設主体については、市とした場合では公聴会や様々な行政手続等により開設までに最低 3 年かかるが、医師会立であれば早期に着手し設立できるとして、医師会が望ましいとされた。医師会としては経営が成り立つよう努力していくが、赤字経営の場合のリスクをすべて負うとなると、医師会員 200 名からの賛同は得られず難しいとして、協定書案については弁護士も交え慎重に検討されたということである。最終的には、鎌倉市医師会と鎌倉市で協定書を作成し、医師会が開設、医師等の確保を含め産科診療所の運営も医師会が担い、市は既存施設の改修費、リース、家賃等の補助を行うことにより、滞りなく運営できるようにすることとされた。運営については毎年の赤字も予想されるが、それも年度ごとに全額を市が負担する。さらに、万一、医療過誤があった場合に発生する損害賠償などのリスク一切も、市が負担する条件とされている。

(3) 現状と課題

現在の体制は、常勤の産科医師 1 名（所長）、非常勤産科医師 5 名、非常勤小児科医師 1 名、助産師・看護師、厨房スタッフ等である。分娩以外に、妊婦健診、出産後の母乳育児・産後ケア、教室・イベントなども行われ、充実したケアが提供されている。2014(平成 26)年 4 月からは婦人科領域にも対応し、外来や患者向けの教室も実施している。こうした地道な活動の積み重ねにより、市民からの一定の評価が得られている。

一方で、課題にも直面している。第一に、医師会立産科診療所設立後の分娩施設の増加に伴う環境変化に、どのように対応していくかということである。年間分娩数は、開設時の 2009(平成 21)年の年間分娩数が 235 人、2010(平成 22)年には 300 人を越えたものの、その年をピークに減少傾向が続いている。その要因は、医師会立産科診療所開設後に、市内及び近隣に産科医療機関が増加したためである。開設当初は市内 2 か所であっ

た分娩施設は、2013(平成 25)年には 12 床の産科診療所、2016(平成 28)年には湘南鎌倉病院が産科診療所を開設し、市内 4 か所となった。さらには、隣接する横浜市栄区の 2006(平成 18)年から休止していた病院が、建て替えと同時に産科を再開した。全体として見ると、市内の出産は全出生数の 6 割に増えたものの、医師会立産科診療所にとっては出産が分散してしまったと言える。

第二に、常勤産科医の確保が困難な状況が続いていることである。当初常勤医師 3 名を想定してスタートしたものの、近年は常勤医師 1 名と非常勤医師の体制が続いている。そのため、対応できる分娩数にも限界がある。

第三に、運営費用の問題である。今後は 10 年を経過した建物の老朽化等改修費用等が必要な時期でもあり、市の補助金なしでの経営は困難な状況が続いている。2017(平成 29)年には、市の健康福祉部より、赤字経営の改善の見込みのないことに対する厳しい指摘が、運営協議会の議事録に記載されている。

(4) 今後の展望

「ティアラかまくら」は、上述のように運営に関して様々な課題を抱えながらも、約 10 年の歩みを経て市民からの一定の支持を得た存在となっているが、経営の改善が見込めない現状においては、今後も存続に関して厳しい議論がなされると思われる。ただし、その際には、単に赤字経営を根拠とした単純な議論にとどめるのではなく、地域医療の中で、「ティアラかまくら」の存在意義と機能を確認し、今後の運営について市民を含めて関係者がしっかりとした議論を行うことが望まれる。

そのうえで、鎌倉市はもともと高齢者が多く、子育て支援が十分にできていなかったこれまでの状況を鑑みると、地域の出産から子育てに至る支援の中核を担うことができるのではないかと強調したい。医師やスタッフの長年の努力により、「ティアラかまくら」はこれまでも分娩にとどまらず、産前産後のケアや子育てへの支援を提供している。1 か月健診、2 週間健診、両親教室、はじめまして赤ちゃん事業、新生児の訪問事業なども手がけており、既に「ネウボラ」と言われる子育てを包括的に支援する機能を持っている。しかも、産科診療所として、産科医・小児科医が常駐している施設である。現在、多くの市町村が設置を進めている子育て世代包括支援センターは、その運営に関するガイドライン（子育て世代包括支援センター業務ガイドライン）に示されている医療機関との連携が、十分できていないのが現状である。「ティアラかまくら」は、地域全体の子育て包括的支援を担うことにとどまらず、全国に先駆けた医療機関を拠点とした子育て包括支援のモデルともなり得る施設であることを、最後に強調しておきたい。

2. 健康・予防面からの役割

2-1 第三期特定健診・特定保健指導への佐賀県における取り組み

佐賀県下の医師会共同利用施設では、特定健診・特定保健指導による健診制度が開始された2008（平成20）年度には、それまでの健診受託体制を一新しなければならないほどの対応を迫られ、特に健診内容の変更や健診データの電子化入力対応には、大規模なシステム改修を含む多額なコストをかけることを余儀なくされた。

当初から問題であった健診受診率の動向については、企業健診、職場健診を土台とした協会けんぽや共済組合などの本人分は、高い受診率を示しているものの、市町村が主管する国民健康保険では、地域住民に対する健診制度や健診内容についての周知の不徹底が大きく影響したため、受診率は低迷し、第一期ではそれぞれ目標値には届かなかった。

第二期では、保険者、医療関係者、健診実施機関、現場関係者等の取り組みにより、制度は着実に定着し、低迷していた受診率も徐々に伸びを示すこととなり、2015（平成27）年度には50%を上回った。しかし、目標としている70%には遠く及ばず、第三期への課題とされた（図表2-1-1, 2-1-2）。

図表2-1-1

佐賀県の特定期間健診受診率推移

(%)

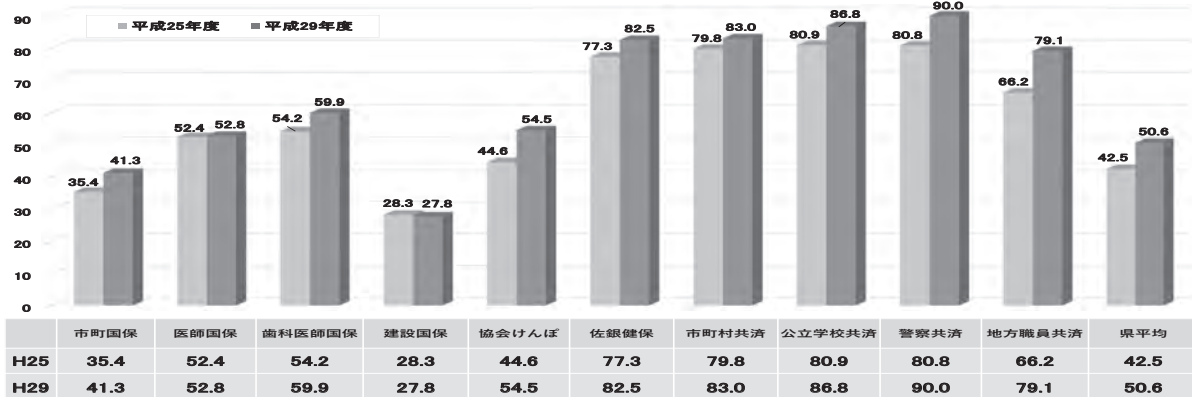
年度	H24	H25	H26	H27	H28	H29
全国平均	45.6	47.1	48.6	50.1	51.4	—
佐賀県	42.4	42.5	45.3	46.5	48.7	50.6
市町国保	34.7	35.4	36.4	38.2	41	41.3

令和元年9月現在

図表2-1-2

佐賀県の特定期間健診受診率推移

(%)



注）本データは佐賀県独自の調査に基づいたものである

厚生労働省は、1期を6年とする第三期実施計画の中で、1)各保険者別に特定健診・特定保健指導の実施率を公表、2)特定保健指導の運用ルールの見直し、3)特定健診の項目の追加、4)かかりつけ医で実施された検査データを特定健診データとして活用すること等を、今後の取り組み強化策として掲げている。

佐賀県では、この「メタボ健診」に対しては、「HbA1c」、「クレアチニン」、「尿酸」、「尿潜血」の4項目の必要性を認識し、初年度から本県独自で調査研究事業として実施しており、県下20市町の保健担当者による保健指導の強化とも相俟って、伸び率が高かった本県の人工透析導入患者数の伸び率鈍化に役立っている。本県は人口82万人の小規模県であるが、市町保健担当者等の熱心な特定保健指導等の成果もあり、2013(平成25)年の新規人工透析患者数の対前年度の伸び率は+17.6%であったものが、2017(平成29)年は-8.4%と大幅に減少している。

しかし、糖尿病の診断の指標となるHbA1cのデータについては、ここに来て6.5%以上の受診者の割合が、2013(平成25)年度7.6%、2017(平成29)年度は8.3%と上昇し、また、HbA1c8.4%以上の高値者の割合についても、同様に2013(平成25)年度1.0%、2017(平成29)年度1.0%と横ばいとなっており、これまで以上に共同利用施設として行政、医療、関係機関の連携を深め、その対策に取り組んでいく必要があると考えている。

その対策の1つとして、県内の特定健診の大部分を受託している医師会共同利用施設としては、単に健診結果情報を報告するにとどまらず、データを分析し、各保険者へその分析結果を提供して市町の保健施策に資することが、共同利用施設としての付加価値を高めることに繋がり、引いては行政との関係づくりの強化にも役立つのではないかと考えている。

特定健診も第三期を迎え、受診率の向上は喫緊、かつ今後の最重要課題である。健診受託機関としての医師会共同利用施設である健診センター等は、その受け皿として各保険者との連携を密にし、住民が受診しやすい環境や精度の高い健診データを提供できる体制を、より一層整える必要がある。

また、これまでも医師会共同利用施設は、かかりつけ医の支援施設として、特定健診の代行請求等の業務を担ってきたが、これまで以上にかかりつけ医との連携を密にし、ニーズに応じた機能強化を図っていく必要がある。

本県では、2010(平成22)年度より、かかりつけ医で実施された保険診療の一部の検査データを、特定健診データとして活用する事業を「ヘルスサポート事業」と名付けて実施し、受診率向上に取り組んできた。この事業は、上記4)の厚生労働省の検査データ活用事業(情報提供事業)の先駆け的事业に当たるもので、そのポイントは医師会共同利用施設が多くのかかりつけ医の患者の検査データを保有していることにある。一部未実施の市町もあることから、今後も厚生労働省の情報提供事業と併せてヘルスサポート事業の全市町での実施を働きかけ、受診率向上に取り組んでいきたいと考えている。

最後に、医師会共同利用施設が幼児健診から学校健診、事業所健診、特定健診、高齢者健診と繋がるデータを集積し、かかりつけ医と連携して、それを活用することは、予防医学の推進と健康寿命の延伸に寄与することに繋がっていくものと考えます。

2-2 2018(平成30)年度さいたま市特定健康診査、後期高齢者健康診査及び特定保健指導の受診状況

2018(平成30)年度まで約10年間の、さいたま市における特定健康診査等についての受診状況を報告する。後期高齢者健康診査は、さいたま市に住所を有する後期高齢者医療制度の被保険者を対象とした特定健康診査である。

図表2-2-1に、特定健診が開始された2008(平成20)年度からの、さいたま市国保特定健診及び後期高齢者健康診査の受診率を示す。さいたま市特定健康診査では、32.8～37.1%の受診率となっている。

図表2-2-1 年度別 さいたま市健康診査(国保・後期高齢者)受診状況

市全体	①特定健康診査 (国保)			②後期健康診査 (後期高齢者)			③特定健康診査・後期健康診査 (①+②)		
	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率	対象者数	受診者数	受診率
平成20年度	188,929	66,738	35.3%	85,105	27,572	32.4%	274,034	94,310	34.4%
平成21年度	189,995	63,325	33.3%	88,797	25,628	28.9%	278,792	88,953	31.9%
平成22年度	189,600	62,623	33.0%	93,323	28,304	30.3%	282,923	90,927	32.1%
平成23年度	192,034	65,903	34.3%	98,710	31,434	31.8%	290,744	97,337	33.5%
平成24年度	193,983	64,791	33.4%	98,697	32,313	32.7%	292,680	97,104	33.2%
平成25年度	194,692	66,575	34.2%	104,395	34,225	32.8%	299,087	100,800	33.7%
平成26年度	193,131	67,726	35.1%	108,681	36,598	33.7%	301,812	104,324	34.6%
平成27年度	188,876	68,867	36.5%	112,728	39,324	34.9%	301,604	108,191	35.9%
平成28年度	179,454	65,416	36.5%	119,275	41,365	34.7%	298,729	106,781	35.7%
平成29年度	169,921	62,997	37.1%	126,639	44,519	35.2%	296,560	107,516	36.3%
平成30年度	206,655	67,712	32.8%	133,728	47,208	35.3%	340,383	114,920	33.8%

※国保特定健康診査において、平成20～29年度の実績数値は国への実績数値は国への法定報告ベースとする。

※平成30年度については、法定報告前のため費用決済ベース(年度途中脱退・加入者含む)とする。

図表2-2-2に、浦和医師会内の国保特定健診、後期高齢者健康診査の受診率を示す。分母の受診対象者は浦和医師会エリアに住居のある方で、受診者は他のエリアの方もいるため、受診率は参考程度として見ていただきたい。

図表2-2-2 年度別 浦和医師会健康診査(国保・後期高齢者)受診状況

浦和医師会	①特定健康診査 (国保)			②後期健康診査 (後期高齢者)			③特定健康診査・後期健康診査 (①+②)		
	受診者数 (市全体)	受診者数 (浦和医師会)	受診割合 (浦和医師会)	受診者数 (市全体)	受診者数 (浦和医師会)	受診割合 (浦和医師会)	受診者数 (市全体)	受診者数 (浦和医師会)	受診割合 (浦和医師会)
平成20年度	66,738	28,998	43.5%	27,572	12,902	46.8%	94,310	41,900	44.4%
平成21年度	63,325	27,471	43.4%	25,628	12,403	48.4%	88,953	39,874	44.8%
平成22年度	62,623	27,245	43.5%	28,304	13,444	47.5%	90,927	40,689	44.7%
平成23年度	65,903	28,495	43.2%	31,434	14,832	47.2%	97,337	43,327	44.5%
平成24年度	64,791	28,159	43.5%	32,313	15,052	46.6%	97,104	43,211	44.5%
平成25年度	66,575	29,020	43.6%	34,225	15,909	46.5%	100,800	44,929	44.6%
平成26年度	67,726	29,212	43.1%	36,598	16,841	46.0%	104,324	46,053	44.1%
平成27年度	68,867	29,420	42.7%	39,324	17,785	45.2%	108,191	47,205	43.6%
平成28年度	65,416	28,151	43.0%	41,365	18,484	44.7%	106,781	46,635	43.7%
平成29年度	62,997	26,861	42.6%	44,519	19,813	44.5%	107,516	46,674	43.4%
平成30年度	67,712	29,312	43.3%	47,208	21,120	44.7%	114,920	50,432	43.9%

※国保特定健康診査において、平成20～29年度の実績数値は国への実績数値は国への法定報告ベースとする。

※平成30年度については、法定報告前のため費用決済ベース(年度途中脱退・加入者含む)とする。

図表 2-2-3 に、厚生労働省がホームページで公開している全国の特健健診受診率、特定保健指導対象者数と指導終了率を示す。2015(平成 27)年度より、実施率は 50%を超えてきている。

図表 2-2-3 特定健診・特定保健指導の実施状況

○ 特定健診・保健指導の実施率は、施行(2008年度)から10年経過し、着実に向上しているが、目標(特定健診70%以上 保健指導45%以上)とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要である。

〔特定健診〕 受診者数 2,019万人(2008年度) → 2,858万人(2017年度)
 実施率 38.9% → 53.1%

〔特定保健指導〕 終了者数 30.8万人(2008年度) → 95.9万人(2017年度)
 実施率 7.7% → 19.5%

○ 保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を2017年度実施分から公表する。

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
2017年度	53,876,463	28,582,798	53.1%	4,918,207	17.2%	959,076	19.5%
2016年度	53,597,034	27,559,428	51.4%	4,690,793	17.0%	881,183	18.8%
2015年度	53,960,721	27,058,105	50.1%	4,530,158	16.7%	792,655	17.5%(注)
2014年度	53,847,427	26,163,456	48.6%	4,403,850	16.8%	783,118	17.8%
2013年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
2012年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
2011年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
2010年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
2009年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
2008年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

(注) 2015年度の特定保健指導の実施率の低下は、全国健康保険協会において、不審通信への対応のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続を遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

図表 2-2-4 に、保険者別推移を示す。市町村国保は、健保組合に比較すると 37.2%と低い値になっている。

図表 2-2-4 特定健診・特定保健指導の実施状況(保険者種別推移)

(1) 特定健診の保険者種類別の実施率

※上段()内は、2017年度保険者数
 下段()内は、2017年度特定健診対象者数

	総数 (3,373保険者) (5,388万人)	市町村国保 (1,738保険者) (1,985万人)	国保組合 (163保険者) (142万人)	全国健康保険協会 (1保険者) (1,671万人)	船員保険 (1保険者) (5万人)	健保組合 (1,385保険者) (1,235万人)	共済組合 (85保険者) (348万人)
2017年度	53.1%	37.2%	48.7%	49.3%	35.8%	77.3%	77.9%
2016年度	51.4%	36.6%	47.5%	47.4%	48.5%	75.2%	76.7%
2015年度	50.1%	36.3%	46.7%	45.6%	46.8%	73.9%	75.8%
2014年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
2013年度	47.6%	34.2%	44.0%	42.6%	40.1%	71.8%	73.7%
2012年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
2011年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
2010年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
2009年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

(2) 特定保健指導の保険者種類別の実施率

※()内は、2017年度特定保健指導対象者数

	総数 (492万人)	市町村国保 (87万人)	国保組合 (13万人)	全国健康保険協会 (161万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (178万人)	共済組合 (51万人)
2017年度	19.5%	25.6%	9.3%	13.2%	6.8%	21.4%	25.5%
2016年度	18.8%	24.7%	9.1%	14.2%	7.2%	19.2%	23.2%
2015年度	17.5%	23.6%	8.9%	12.6%(注)	6.9%	18.2%	19.6%
2014年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
2013年度	17.7%	22.5%	9.0%	15.3%	7.1%	18.0%	15.7%
2012年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
2011年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
2010年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
2009年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
2008年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

(注) 全国健康保険協会の2015年度の特定保健指導の実施率の低下は、不審通信への対応のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続から遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んだことが影響している。

図表 2-2-5 に、全国市町村国保、指定都市国保、埼玉縣市町村国保及びさいたま市国保との特定健診受診率の比較を示す。さいたま市国保は全国市町村国保とほぼ同等で、指定都市国保よりは高くなっている。

図表2-2-5 市・全国・県・指定都市特定健康診査受診率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
全国市町村国保平均	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	33.7%	34.2%	35.3%	36.3%	36.6%	37.2%
指定都市国保平均	23.3%	23.4%	23.7%	24.4%	25.0%	25.4%	26.5%	27.4%	27.6%	28.4%
埼玉縣市町村国保平均	31.8%	31.7%	32.3%	33.1%	34.5%	35.5%	37.2%	38.6%	38.9%	39.6%
さいたま市国保実施率	35.3%	33.3%	33.0%	34.3%	33.4%	34.2%	35.1%	36.5%	36.5%	37.1%

図表 2-2-6 に、全国市町村国保、指定都市国保、埼玉縣市町村国保及びさいたま市国保の特定保健指導実施率を示す。さいたま市国保は全国市町村国保や指定都市国保より高い実施率であった。

図表2-2-6 市・全国・県・指定都市特定保健指導実施率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
全国市町村国保平均	14.1%	19.5%	19.3%	19.4%	19.9%	22.5%	23.0%	23.6%	24.7%	25.6%
指定都市国保平均	7.1%	15.5%	14.0%	13.4%	13.8%	13.3%	12.9%	12.7%	13.6%	14.2%
埼玉縣市町村国保平均	9.3%	15.8%	16.0%	18.6%	17.1%	17.6%	16.1%	16.7%	17.9%	17.6%
さいたま市国保実施率	1.8%	12.4%	25.0%	33.6%	32.9%	31.6%	31.1%	27.4%	31.0%	28.1%

※平成27年度市町村国保平均は速報値

保健指導には、各医療機関で行っている動機付け支援と、保健センターで行っている積極的支援がある。図表 2-2-7 に動機付け支援の実施率を、図表 2-2-8 に積極的支援の実施率を示す。動機付け支援に関しては31.9%と、指定都市国保を上回っている。

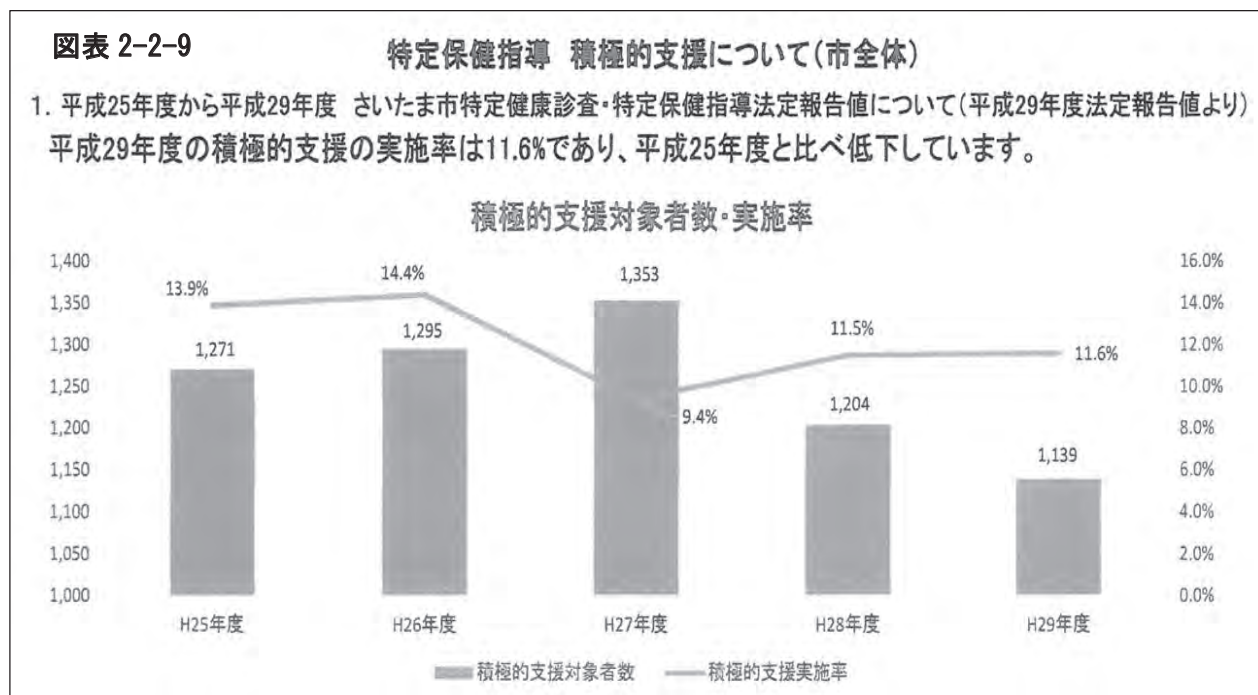
図表2-2-7 指定都市・県・市特定保健指導（動機付け支援）実施率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
指定都市国保平均	8.0%	18.0%	16.1%	15.7%	15.8%	15.2%	14.8%	14.6%	15.6%	16.2%
埼玉縣市町村国保平均	9.9%	17.7%	18.2%	21.4%	19.7%	20.2%	18.5%	19.0%	20.3%	
さいたま市国保実施率	1.5%	14.7%	29.2%	39.1%	38.3%	36.1%	35.3%	32.2%	35.8%	31.9%

図表2-2-8 指定都市・県・市特定保健指導（積極的支援）実施率

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
指定都市国保平均	4.4%	8.5%	8.3%	7.3%	8.4%	7.9%	10.7%	7.0%	7.2%	7.6%
埼玉縣市町村国保平均	7.3%	9.7%	9.5%	10.9%	9.7%	9.5%	8.6%	9.2%	9.9%	
さいたま市国保実施率	2.8%	3.9%	11.2%	14.1%	14.2%	13.9%	14.4%	9.4%	11.5%	11.6%

図表 2-2-9 に、さいたま市の積極的支援の対象者数と実施率を示す。動機付け支援に比較すると、積極的支援の実施率は低下傾向で、医療機関より対象者への勧奨がさらに必要であると思われる。厚生労働省が目標として掲げている特定健診 70%、特定保健指導 45%の実施率とは現状ではかなりの乖離があり、目標達成にはさらなる実施率向上への取り組みが必要と思われる。すべての医療関係者から市民に特定健診の受診を勧めていただきたい。



2-3 健診標準フォーマットの本格運用について

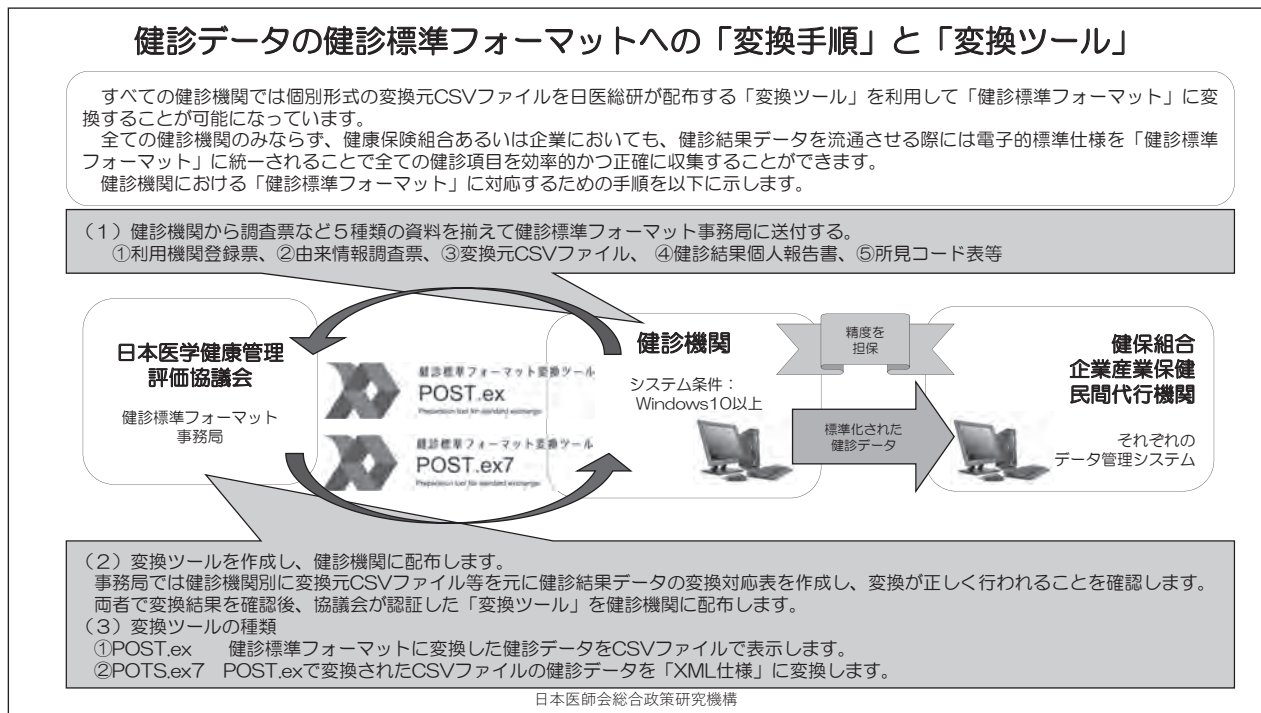
2008(平成 20)年度より、高齢者医療確保法に基づく特定健康診査・特定保健指導(以下、「特定健診等」という)の制度が開始され、国や保険者等では、これまで蓄積されたNDB(ナショナルデータベース)等を用いて、特定健診等の実施による医療費適正化効果等の検証が行われている。

しかし、特定健診等は国民一人ひとりが、自身の生涯にわたる健康管理を行うための長期にわたる健康支援という概念に乏しく、また、生活習慣病に直接影響する検査項目のみに限定されていることもあり、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持った健診体制の構築が必要であり、現状の様々な健診事業の実態を把握することが求められている。

このことから、2016(平成 28)年 10 月に、日本医師会と健診関連団体との協議の場である日本医学健康管理評価協議会において、健診データの標準化を図るべく「共同宣言」を公表し、日医総研が策定した健診標準フォーマットの普及を目的とした、仕様の更新や改善の検討について協力して取り組むこととされた。

（１）健診標準フォーマット変換ツール（POST.ex）の特徴

- ①健診機関の個別 CSV ファイルを健診標準フォーマットに変換する。
- ②名称・用語などは自動的に標準化されるが、標準名称・用語の利用を健診機関に強要しない。
- ③CSV ファイルと XML ファイルへの対応ができる。
- ④特定健診の検査実施フラグや労基署用有所見者フラグが自動設定される。
- ⑤健診機関においても健診委託元（代行機関含む）にとっても、データ変換作業の効率化を図ることができ、システム間の相互運用性が向上する。



（２）保険者による健診標準フォーマットの導入

2018(平成30)年に、日本医師会と日立健康保険組合の間で「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推進に関する協定」が締結され、日立健康保険組合が健診を委託する920余りの医療機関や健診機関の多くは、2020(令和2)年度からの健診データの提出における仕様が、健診標準フォーマットに変換されて行われることになる。

2019(令和元)年10月現在、300を超える健診機関から変換ツールの申込みがあり、その提供に向けた作業を加速している。

また、日立健康保険組合の導入を受けて、他の医療保険者や健診委託契約代行機関による導入の検討も行われている。

(3) 厚生労働省健康局による健康診査指針の改訂と健診標準フォーマットについて

2019(令和元)年8月に示された厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会健康診査等専門委員会報告書では、「データを提出する際の標準的な電磁的記録としては、原則、XMLで記述するもの」とされ、「『平成30年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取り扱いについて』(平成29年10月30日付健発1030第1号)の別紙6『特定健診データの電子的管理のためのファイル仕様』及び、『データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会中間報告書』をもとに定めるものを基本として、各制度ごとの状況に応じて進めていくべきである。」とされ、健康増進法第6条に掲げる各法律に定める健診において、ファイル仕様が順次示されることとなる。

指針の中で、「健康診査結果等の標準的な電磁的記録の形式」として、「健診実施医療機関や保険者が既に使用している各種フォーマット(健診標準、JAHIS、人間ドック学会作成等)については現状のシステムを継続して使用することが可能であり、その際は変換ツールを用いて標準的な電磁的様式に基づくデータの提供が可能となる」ことが明記され、JAHIS(一社保健医療福祉情報システム工業会)、日本人間ドック学会・日本総合健診医学会合同「人間ドック・健診用語集作成委員会」との連携を進め、今後改正される法定健診に係るファイル仕様にも対応する予定としている。

健診標準フォーマットの将来展望の1つとして、AI(人工知能)技術との連携が挙げられる。2018(平成30)年度に内閣府「総合科学技術・イノベーション会議」(議長/内閣総理大臣)において、府省の枠や旧来の分野の枠を超えて科学技術イノベーションを実現するために設定するプログラム「戦略的イノベーション創造プログラム(SIP)」が策定され、「AI(人工知能)ホスピタルによる高度診断・治療システム」が5年間の研究開発と社会実装を目指し、取り組みが進められている。

健診標準フォーマットは、AI技術による診断支援システムに必要な高精度で標準的な健診データを提供できるフォーマットとして位置付けられ、日医総研により分担研究を進めている。国民の疾病予防や早期治療に、AI技術を用いることで飛躍的に活用が図られることが期待されている。

3. 地域の在宅医療・介護を支える

3-1 在宅療養後方支援病院と在宅療養支援病院

2019(平成31年)4月1日現在、全国の医師会病院は74で、うち200床以上は29、未満が45である。

在宅療養後方支援病院は在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから新設された。

[施設基準]

- ①許可病床200床以上の病院
- ②当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3か月に1回以上、診療情報の交換をしていること

在宅療養後方支援病院の要件も、現在の医師会病院の理念を表していると考えられる。しかし、医師会病院74のうち200床以上は29しかなく、200床未満の45の医師会病院は在宅療養支援病院の施設基準を満たさなければならず、機能強化型在宅療養支援診療所や民間の在宅療養支援病院と競合することとなり、医師会病院の理念と合わないこととなる。医師会病院に関しては、「200床」の要件については削除するか、「在宅療養後方支援病院」、「在宅療養支援病院」の枠組みでなく別枠とするか、選択制に変更するかを、日本医師会として強く主張していただきたい。

また、急性期医療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受入、並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟として地域包括ケア病棟がある。在宅療養後方支援病院や在宅療養支援病院に必要な病棟と考えられ、一体化で認可されるべきと考える。

3-2 医師会病院のこれから

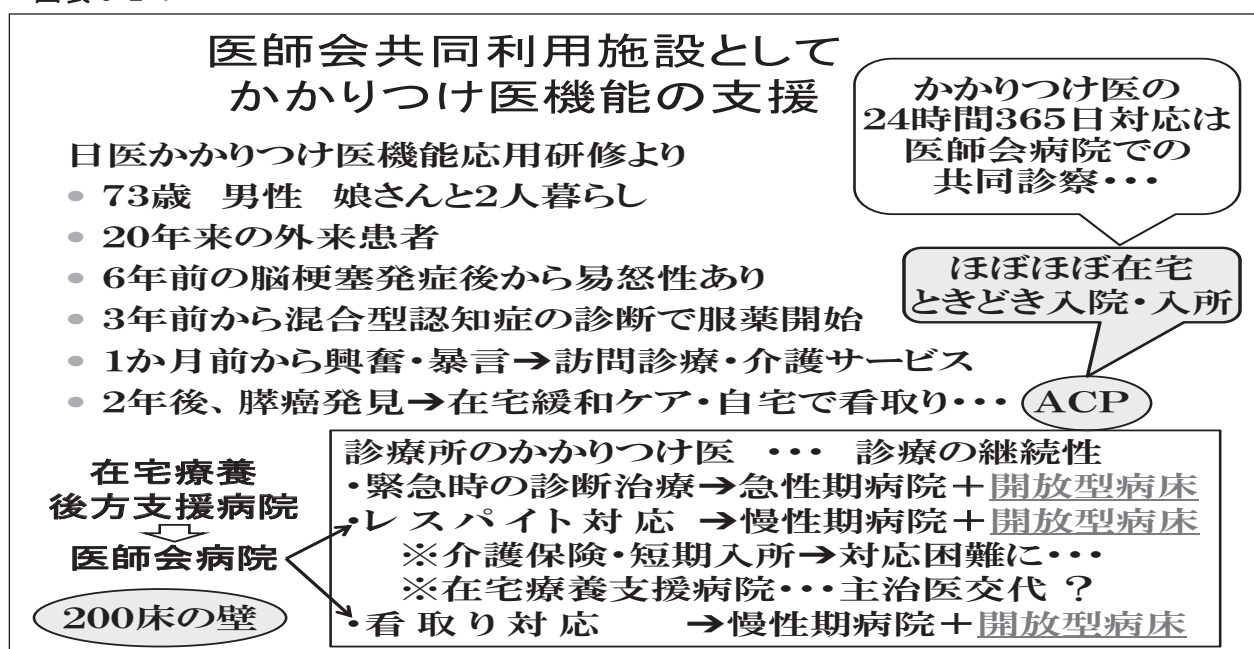
(1) 地域医療を支えてきた医師会病院

地域医療を支える医師会病院は、地域包括ケアシステムの構築が求められる超高齢社会においても、地域から何が求められているのか現状を把握し、これからの方向性を検討することが必要である。特に、地域包括ケアシステムの核とも言うべき在宅医療を支える機能として、在宅療養後方支援病院と在宅療養支援病院は重要であり、加えてかかりつけ医機能の継続性を支援する意味から、開放型病床の運用も重要と考える。これらの現状を把握するため、全国74の医師会病院へアンケート調査を実施し、その結果も含めて以下のような検討を行った(参考資料「医師会共同利用施設である医師会病院へのアンケート報告書」参照)。

(2) かかりつけ医機能の継続性を支えるために（福島県県中医療圏の例より）

日本医師会では、かかりつけ医機能を支援するために「日医かかりつけ医機能応用研修」を行っているが、そこで「73歳男性、認知症で在宅療養され、膀胱癌で自宅で看取り」の行われた例が紹介されている（図表 3-2-1）。この事例において、「ほぼ在宅、ときどき入院・入所」を実現させ、かかりつけ医機能が継続されるためには、レスパイトや看取りの対応を開放型病床で、可能であれば急性期病床ではなく、より生活に近い慢性期病床の開放型病床において、病院の医師とかかりつけ医が連携を取って対応できれば、患者にとっても、家族にとっても、より安心のできる、こころ休まるなかで最期のときを過ごしていただけるものと思われる。このような、「ほぼ在宅、ときどき入院・入所」を支援するための、かかりつけ医機能が継続されるためには、地域における医師会病院の立ち位置が大切であり、郡山市医療介護病院のある福島県の県中医療圏域を例にまとめてみた。

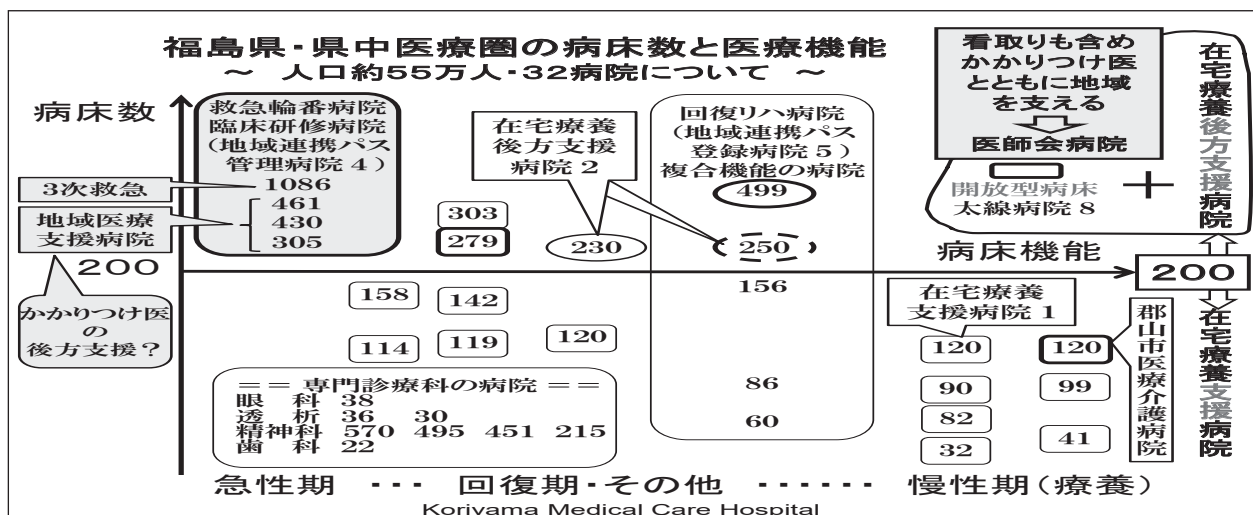
図表 3-2-1



(3) 福島県県中医療圏において求められる医療機能

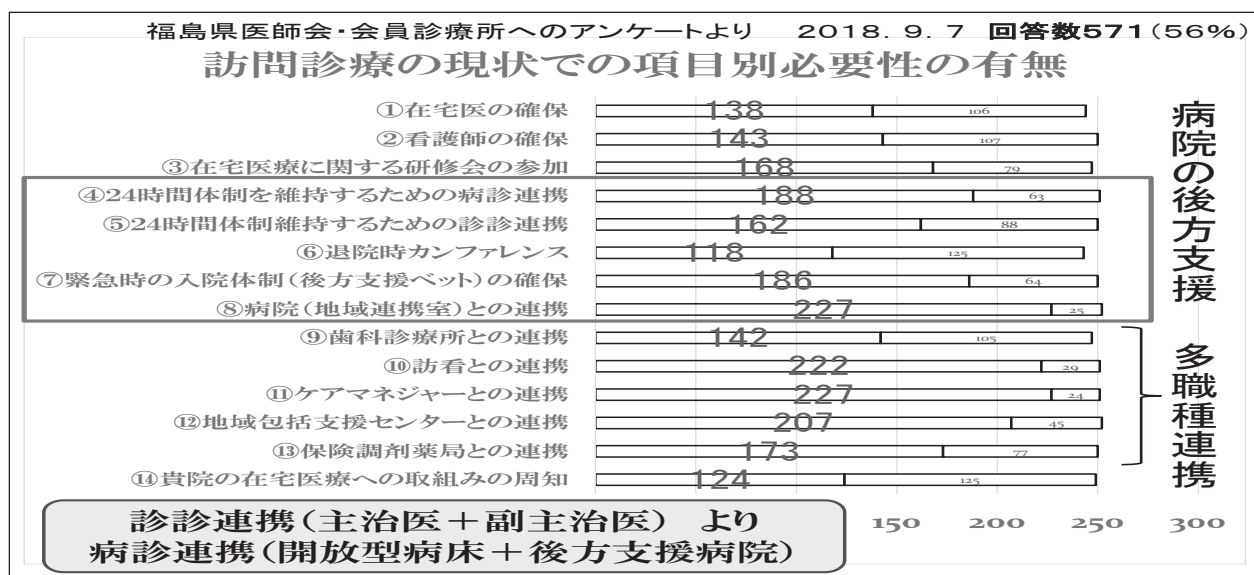
福島県の中央に位置する県中医療圏は、人口約 55 万人で 32 の病院がある。横軸に医療機能（急性期から回復期、慢性期）を、縦軸に病床数を取り、各病院の主な機能を 1 つ選び、総許可病床数の数字で表示すると下図のようになる（図表 3-2-2）。左上の救急輪番で臨床研修病院でもある 4 つの病院は、救命救急センターのある病院と 3 つの地域医療支援病院である。回復期リハビリ病棟を主な機能としている病院は中央の囲まれた病院であり、左下は単科専門病院である。また、在宅療養後方支援病院や在宅療養支援病院は、地域医療を支える意味でとても重要であるが、残念ながらその機能は十分ではない。

図表 3-2-2



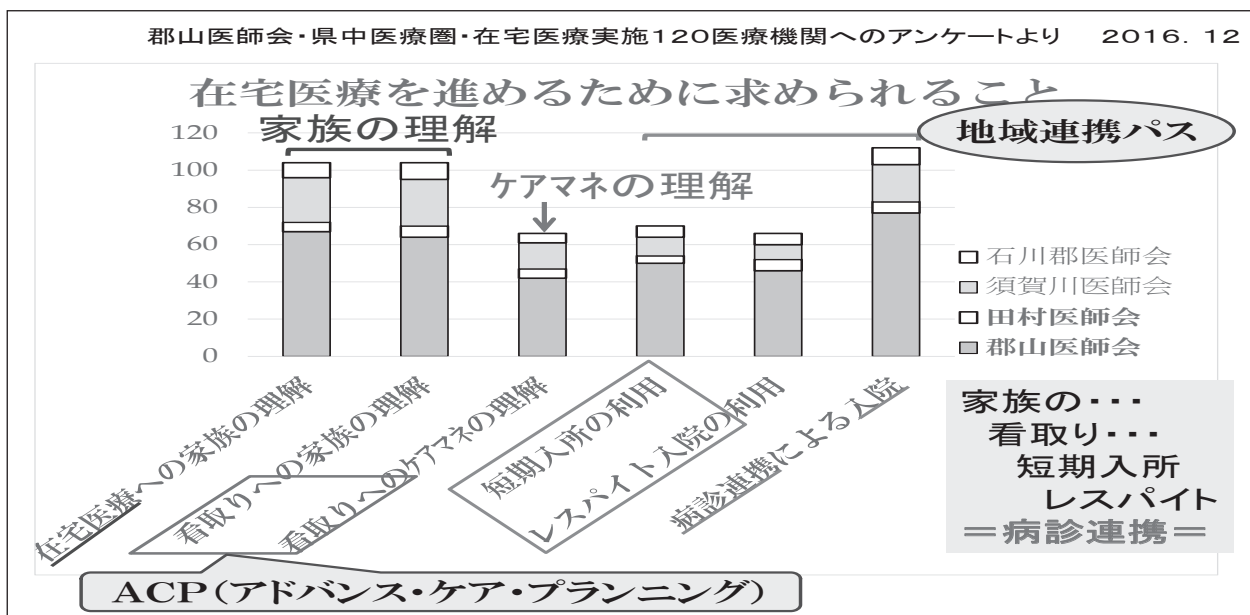
また、2018(平成 30)年 9 月に福島県医師会では、県内の全診療所を対象に在宅医療に関するアンケート調査を行った。571 医療機関から回答があり(回収率 56%)、訪問診療に必要な環境では、多職種連携と同時に病院の後方支援機能が求められていた(図表 3-2-3)。

図表 3-2-3



このことは、2016(平成 28)年 12 月に、県中医療圏の在宅医療を行っている 120 医療機関を対象に行ったアンケート調査においても、在宅医療を進めるために求められることとして、看取りへの家族やケアマネジャーの理解と、レスパイト入院や短期入所の利用が挙げられていた(図表 3-2-4)。どちらのアンケート調査でも、在宅医療を行っているかかりつけ医を支援するためには、開放型病床のある在宅療養後方支援病院と同様の機能が求められていると理解できる。

図表 3-2-4



(4) 在宅療養支援病院と在宅療養後方支援病院

前記2つのアンケート調査で求められた、在宅医療を支えるかかりつけ医機能は、在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院との連携が不可欠である。しかし、実際には思いうような機能は発揮されていないように思われ、施設基準等を見るとそれぞれの課題が浮かび上がってくる(図表3-2-5～図3-2-7)。

在宅療養支援病院は、200床未満で地域密着型のかかりつけ医のような多機能の病院である。往診や緊急入院の受入れも行い、在宅医療へも入院医療へも双方に24時間対応のオールマイティな病院機能が求められている。しかも、往診担当医は当直医と別でなければならない。働き方改革で、その対応だけでも当直表を組むのに苦労している病院の多い中、ハードルは高い。さらに、緊急の往診や看取りの件数等施設基準のハードルはさらに高く、訪問診療を行っているかかりつけ医にとって、在宅療養支援病院へ入院をお願いした場合、かかりつけ医機能は病院の医師に移るものと思われる。

また、在宅療養後方支援病院は、往診や訪問診療等の在宅医療の要件はないが、200床以上の病院でなければ認められない。一般的に200床以上の病院は、地域医療において救急医療や専門的診療科の医療等を担っていることが多い。このような地域の中心的病院に、前述の在宅療養のレスパイト入院や看取り等をお願いするのは、地域医療を俯瞰的に見た時あるべき姿と言えるのか疑問である。

図表 3-2-5

在宅療養支援病院－1

(1) 病院単独

- 施設基準＝許可病床数 200床未満
- 在宅医療担当医＝常勤3名以上
- 連絡担当者＝24時間対応、文書で案内しておく
- 往診＝患家の求めで、24時間対応可、文書で案内しておく
- 往診担当医＝病院の当直医とは別であること
- 訪問看護＝病院または訪問看護ステーションで24時間対応可
- 緊急入院＝病床を常に確保していること
- 保健医療福祉サービスとの連携調整

在宅 & 入院
二重の受け皿
→負担大きい

(2) (3) 病診(病)連携・・・連携機関あわせて上記を満たす

図表 3-2-6

在宅療養支援病院－2

(1) 病院単独

- 当該病院において、過去1年間の緊急の往診10件以上
- 当該病院において、過去1年間の在宅での看取り4件以上
- ※6カ月間訪問診療後、当該病院入院7日以内の死亡含む

(2) 病診(病)連携・・・連携機関あわせて上記を満たす

- 緊急の往診の4件以上が当該病院であること
- 在宅での看取り2件以上が当該病院であること
- 在宅支援連携体制を構築するのは、当該病院含め10未満
- ※連携医療機関は、全て在宅診療または在宅病であること
- 月1回以上の定期的なカンファを実施すること

(3) 医師数、往診件数、看取り件数に規定なく、加算対応

図表 3-2-7

在宅療養後方支援病院

地域の中心的病院が多く
救急医療の負担を大きくしている

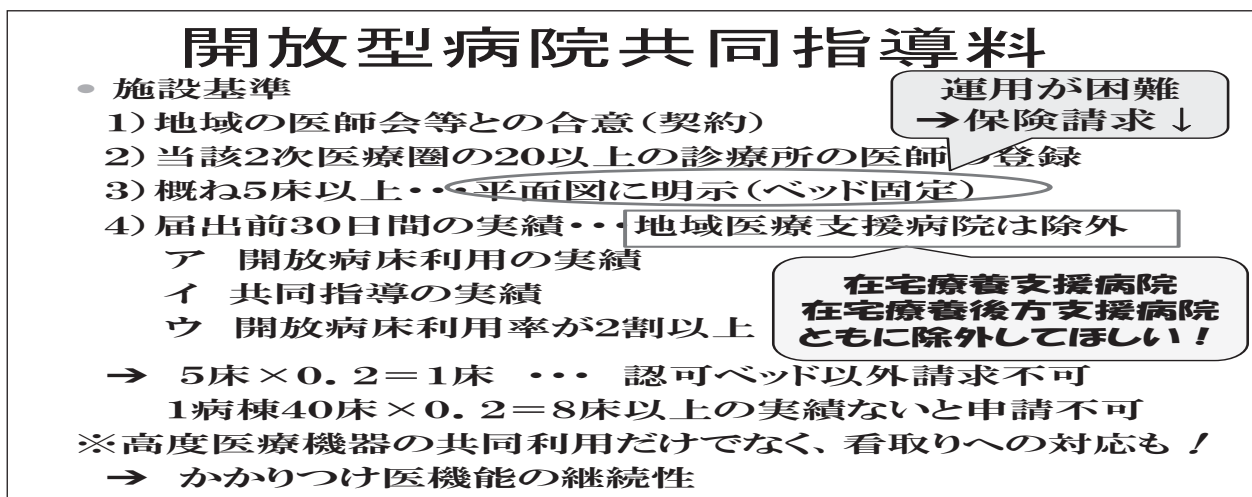
200床の基準を
無くしてほしい!

- 施設基準＝許可病床数 200床以上
- 連携医療機関＝在宅医療を提供する医療機関と連携
3か月に1回以上情報交換すること
- 入院希望者登録＝連携医と希望者と文書で登録
登録患者一覧表を作成しておくこと

（５）開放型病院によるかかりつけ医機能の継続性の支援

在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院とともに、かかりつけ医機能の継続性を考えた時、大切なことのもう１つが開放型病床である。地域医療支援病院の場合は様々な施設基準が対象外となり自由だが、在宅療養支援病院や在宅療養後方支援病院は、結果として特定のベッドのみが対象となり、極めて使いにくい施設基準となっている（図表 3-2-8）。

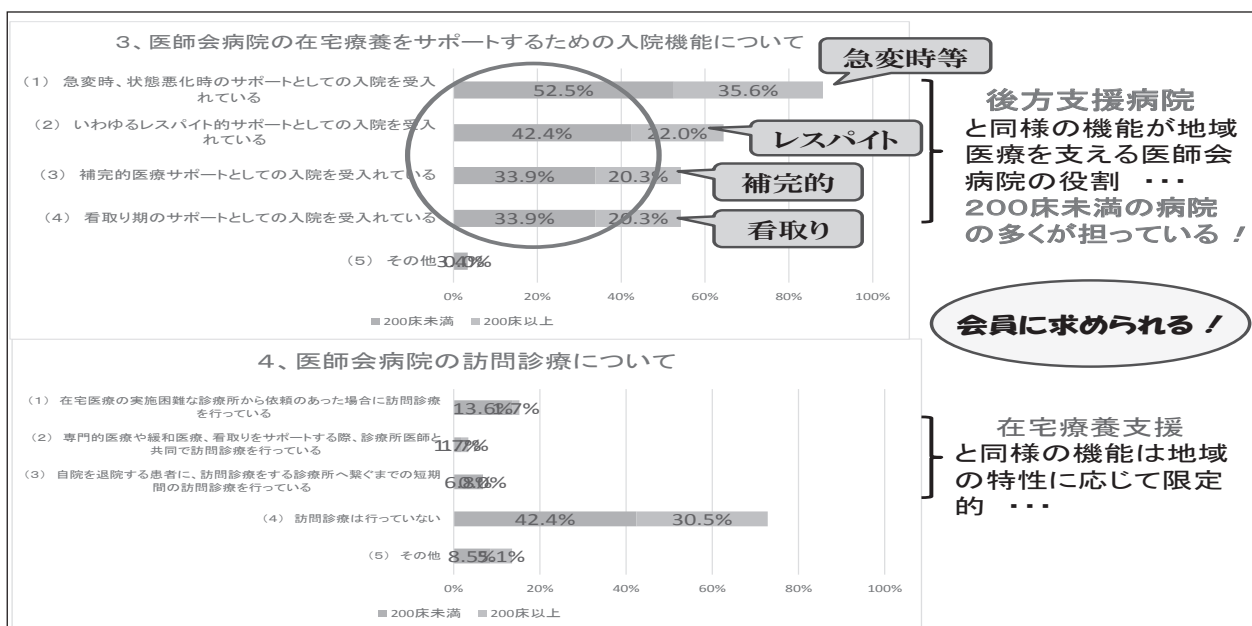
図表 3-2-8



（６）まとめ

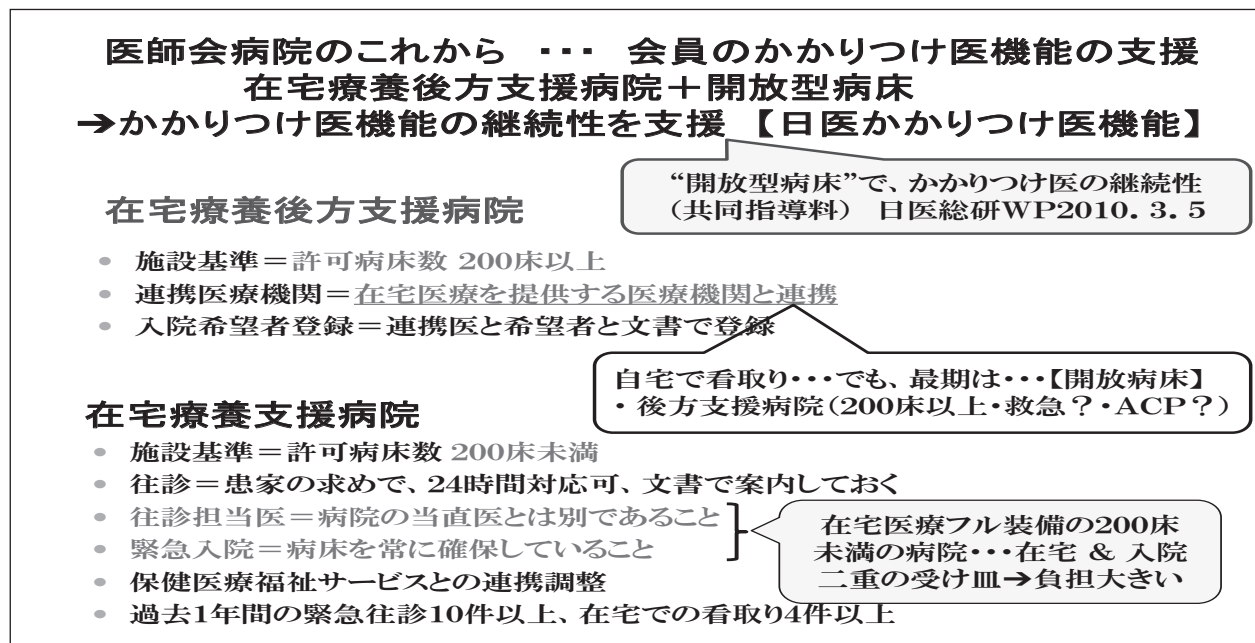
全国 74 の医師会病院へのアンケート調査の結果からも、地域医療を支えるために、在宅療養者への緊急時の対応だけでなく、レスパイトや補完的対応、さらに看取りまで行っている現実があった。ただし、その半数は 200 床未満の病院であった。また、在宅療養支援病院と同様の機能として不可欠である、在宅医療を行っている病院は一部であった（図表 3-2-9）。

図表 3-2-9



以上より、医師会病院は、地域ごとの特色ある機能に加え、地域医療を支えるための、在宅療養後方支援病院と開放型病床を合せ持つような機能が求められている。このことによって、会員のかかりつけ医機能の継続性を支援し得るものと思われる(図表 3-2-10)。

図表 3-2-10



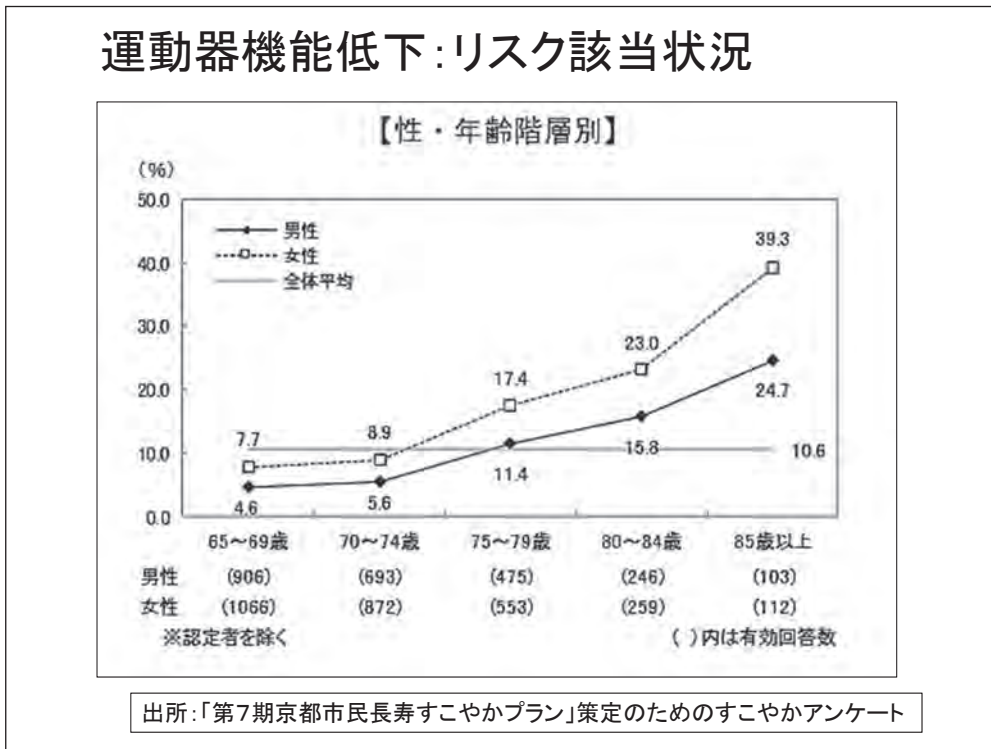
3-3 医師会共同利用施設としての在宅医療及び在宅医療・介護連携推進拠点 ～重要性と課題～

(1) 在宅医療ニーズの増大・多様化

1) 高齢者数の増加と「高齢者の高齢化」に伴う、外来医療からの継続としての在宅医療

2017(平成 29)年簡易生命表における日本人の平均寿命、寿命中位数は、男性 81.09 歳、84.08 歳、女性 87.26 歳、90.03 歳となった。日本の高齢化の特徴は、「高齢者の高齢化」であり、75 歳以上人口は、2018(平成 30)年には 65～74 歳人口を上回り、その後も 2054(令和 36)年まで増加が見込まれている。高齢者の健康度は高まってはいるが、75 歳を超える頃から日常生活機能が次第に低下する(図表 3-3-1)。疾病や老化に伴う歩行機能など心身機能低下により医療機関への通院が困難となり、在宅医療へ移行する患者が増加(自然増)する。

図表 3-3-1



2) 医療制度改革に伴う、病院医療からの継続としての在宅医療

入院期間短縮に向けた医療制度改革が加速している。地域医療構想では、慢性期病床から在宅への移行が示されている。重症度の高い患者への在宅診療、病院からの早期退院の受け皿としての在宅医療のニーズが増加（社会的増）する。

3) 疾病構造の変化や高齢者死亡数の増加に伴う、療養・看取りの場としての在宅医療

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2017年）によれば、死亡者数は増加し、2039（令和21）年に約160万人となり、ピークに達する。また、2015（平成27）年時点で死亡者の61.3%が80歳以上であり、今後さらに死亡年齢は上昇する。高齢者死因の上位は、老化に伴う身体機能低下に関連する肺炎や老衰であり（図表3-3-2）、また要介護状態の要因も同様である。これは、疾病構造の変化を表している。この変化に対応するには、「治療モデル」では限界があり、QOLの維持・向上を目標とする「生活モデル」での医療やケアが必要となる。在宅は生活モデルの場として最適であり、在宅医療の必要性が高まる（シーズ）。

また、在宅医療の提供場所は多様化している。高齢者の多くはできるだけ長く住み慣れた自宅や地域で暮らしたいと願っているが、家族力や地域力の弱体化により、自宅での療養・看取りは厳しさを増している。自宅に加えて、サービス付高齢者住宅、有料老人ホーム等の多様な住まいでの在宅医療ニーズが増大する。

図表 3-3-2 年齢別死因順位総数(2015 年)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
80～84	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
85～89	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰
90～94	心疾患	悪性新生物	老衰	肺炎	脳血管疾患
95～99	老衰	心疾患	肺炎	悪性新生物	脳血管疾患
100以上	老衰	心疾患	肺炎	脳血管疾患	悪性新生物

出所)平成28年 人口動態統計月報年計

(2) 京都府における在宅医療の課題と対策

地域医療構想で国から示されたデータによれば、京都府における 2013(平成 25)年の在宅医療等の医療需要は 21,784 人/日。2025(令和 7)年には自然増が 10,921 人/日、制度改革に伴う社会的増が 7,274 人/日で、合計 39,979 人/日と推計されている。あくまで目安の数字ではあるが、13 年間で 18,195 人増加する。一方、2016(令和 28)年に京都府医師会が実施した会員調査(回収率：診療所 72.3%、病院 88.1%)によれば、2025(令和 7)年の在宅医療対応可能数は、2015(平成 27)年と比べ僅か 14%の増加にとどまる。また、在宅医療を実施している診療所医師の平均年齢は 60.35 歳、医師一人の診療所が 9 割弱である。かかりつけ医の奮闘、若手医師の新しい在宅医療スタイルへの挑戦、病院の在宅医療への参入などの動きも見られるが、2025(令和 7)年さらにそれ以降の急激な在宅医療の需要増に対し、供給量は慢性的な不足状態である。

増大・多様化する在宅医療ニーズに応えるには、＜ONE TEAM＞への道を一步ずつ進むしかない。かかりつけ医機能を担う診療所・病院の医師と在宅医療を専門に取り組む医師の協力と役割分担、専門医による在宅支援、病院による後方支援、医師と訪問看護師等医療スタッフとの連携、医療関係者と地域包括支援センター、ケアマネジャー等介護・福祉関係者の協働など、在宅医療のオール体制に必要な様々なネットワークやシステムの構築に向け、多くの都道府県医師会、また郡市区医師会が力を注いでいる。在宅医療の推進、在宅医療・介護連携のための拠点事業が各地で展開されており、その重要性が増している。

(3) 在宅医療及び在宅医療・介護連携推進拠点の現状

在宅医療及び在宅医療・介護連携推進のための拠点事業は、主に地域医療介護総合確保基金または介護保険制度地域支援事業を核として運営されている。

1) 京都府、京都市の状況

①「地域医療介護総合確保基金」による事業

○京都府医師会在宅医療・地域包括ケア支援センター

京都府医師会は、2015(平成 27)年に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」を開設、「京都在宅医療塾」等の

研修事業、食や排泄に関する府民向け相談事業、地区医師会、関係団体、行政が参加する京都在宅医療戦略会議、地区医師会支援など、在宅医療推進のための様々な事業を展開している。

○地区医師会在宅医療連携拠点事業

在宅医療推進を目的として 2015(平成 27)年より開始。2019(令和元)年度は、京都府内の 26 郡市区医師会のうち 23 医師会で実施されている。主な事業として、在宅医療マップの作成、在宅医療や ACP 普及のための講演会、研修会の開催、在宅チーム医療（看取り当番制度等）の推進、在宅医療推進協議会の開催などを実施している。

②「介護保険地域支援事業」による事業

○京都市在宅医療・介護連携支援センター事業

2014(平成 26)年の介護保険制度改正において、在宅医療・介護連携推進が地域支援事業に位置付けられた。市区町村が郡市区医師会等関係機関と連携して 2015(平成 27)年より取組を開始し、2018(平成 29)年 4 月からすべての市町村で所定の事業項目を、すべて実施することになった。京都市では、法改正を受け、本事業を検討するワーキングを設置して協議し、市内に 8 か所の在宅医療・介護連携支援センターを設置することを決定した。京都府医師会は、本事業が在宅医療推進に不可欠な事業であること、また、介護保険を財源としており事業の継続性が一定担保されていることから、市内地区医師会に対し本センター事業の意義を説明し、受託を要請した。その結果、単独または複数の地区医師会の共同により事業委託を受け、2017(平成 29)年度に 2 センターが開設し、2019(令和元)年度内に全 8 センターが設置される。

2) 全国の状況 ～都道府県医師会アンケート調査より

本委員会では、隔年で医師会共同利用施設設立状況等調査を実施しているが、在宅医療介護連携推進拠点についても追加項目として、2019(平成 31)年 4 月の調査で初めて実施した。38 都道府県から 203 か所の報告があった。

開設者の内訳は、自治体 101 か所、医師会 76 か所、その他 7 か所、不明 19 か所。設立年月日については、厚生労働省在宅医療連携拠点事業委託費を活用した在宅医療連携拠点事業実施期間の 2011(平成 23)～2012(平成 24)年度、地域医療再生臨時特例交付金を活用した在宅医療連携推進事業実施期間の 2013(平成 25)～2014(平成 26)年度、介護保険地域支援事業の 2015(平成 27)年以降で分類してみると、2010(平成 22)年度以前 4 か所、2011(平成 23)～2012(平成 24)年度 3 か所、2013(平成 25)年～2014(平成 26)年度 14 か所、2015(平成 27)年度以降 125 か所、不明 57 か所であった。介護保険地域支援事業に位置付けられことにより、多数のセンターが開設されたことがわかる。

また、今回の調査対象になってはいないが、医師会による在宅医療推進を目的としたセンターが、地域医療介護総合確保基金や都道府県、または市町村からの財源を利用して設置されている。

（４）在宅医療及び在宅医療・介護連携推進拠点の課題と支援の必要性

京都市と京都府医師会から地区医師会に対し、在宅医療・介護連携支援センターの設立を要請した際に、地区医師会から以下のような多くの疑問や厳しい意見が寄せられた。

- ・本事業の意義、目的が明確でない。
- ・必要な経費は確保されるのか？継続的に財源が担保されるのか？
- ・人材不足の状況の中で、必要な有資格者が確保できるのか？
- ・拠点の重要性は理解できるが、担当役員や事務員の負担が増える。受託は困難。
- ・地域包括支援センターと在宅医療介護連携支援センターの違いは？
- ・京都市から丸投げになるのでは？役割分担をしっかりとすべきである。

京都府医師会は地区医師会に対し、本センターは地域包括ケアシステムの確立に不可欠な機能を担うため、介護保険の地域支援事業として実施されるものであり、財源は担保されること、地域包括支援センター関係者から「医療関係者との連携は大きな課題であり、医師会が相談機能など介護との連携のための拠点を設置してもらえると有難い」との要望があること、両センターの協働は在宅医療の推進にとっても有意義であることなどを説明し理解を求めた。その結果、地区医師会の尽力により 2019(令和元)年度内に全 8 センターを設置することができた。しかし、今後の運営に向けての課題は多い。

一方、地域医療介護総合確保基金を主な財源としている、京都府医師会在宅医療・地域包括ケア支援センター事業及び地区医師会在宅医療連携推進拠点事業の運営は、在宅医療への基金の使用が限定化してきており、厳しい状況になっている。

在宅医療及び在宅医療・介護連携推進拠点は、増大・多様化する在宅医療ニーズに応えるために重要であり、在宅医療に取り組む医師会員を支援する共同利用施設としての意義は大きい。しかし、実際には多くの郡市区医師会の事務所機能は手薄であり、地区医師会役員への負担も大きく、センター設置や運営についての悩み、不安は強い。財源確保や情報共有などに対する日本医師会及び都道府県医師会による支援が必要である。

３－４ 多職種連携と在宅医療・介護連携推進事業

「人生 100 年時代」。高齢化率がピークに達する 2040 年問題を考えた場合、医療・介護ニーズの高い 85 歳以上の人口が増加し、少子化による医療・介護を担う人材不足が深刻化すれば暗い未来だが、健康寿命の延伸が図られ、元気な高齢者が若い世代とお互いに助け合いながら暮らしていける街づくりができれば、明るい未来となり得る。それこそが地域包括ケアシステムであり、かかりつけ医と多職種との連携はもちろんのこと、行政との連携をスムーズに行うことも重要となってくる。

医師会共同利用施設は、地域医師会活動の拠点として、これまで医療・介護・福祉の現場でかかりつけ医と連携して地域医療に貢献してきた。この根本的な役割は、過去・現在・未来においても変わることはないが、人口が増加し高度経済成長を遂げていた時代と、これからの少子高齢化、多死社会を迎える時代とは自ずと地域におけるニーズは

変化してきており、その時代に沿って医師会共同利用施設も変化していくことこそが、その存在意義と言える。

医師会病院は、九州地区には多く存在するが、東海地区にはほとんど存在しない。また、同じ県内や市内においても、市街地域と山間部では高齢化率や在宅看取り率にも差があり、同じ地区において 2020 年～2040 年問題が混在しているのが現状である。過疎地域にこそ、これから過疎化が進んでいくであろう現在の都市部が今後取らなければならない対策の答えが、潜んでいると言えるだろう。

（１）三重県内の医師会共同利用施設を通して見えてくるもの

地理的に日本の真ん中に位置し、様々な県別調査においてもほぼ全国の中間となる三重県は、南北に長く、伊勢湾に面した海と県境にそびえる山々といった豊かな自然、北勢には工業地帯があり、また名古屋に近い地域ではベッドタウンとなっているなど、様々な地域の特性がある。そのような三重県において、どのような共同利用施設が地域に根付いているのかを紹介することにより、医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性が見えてくるものと思われる。

三重県では、15 郡市医師会のうち 7 つの郡市医師会が共同利用施設を有している。その 7 郡市中、すべての医師会に訪問看護ステーションが設置されており、医療依存度の高い利用者が多いという特徴が見られる。2025 年問題を見据えた地域医療構想の構築並びに地域包括ケアシステムの充実、さらには人口が減少し高齢化率がピークに達する 2040 年問題を見据えた場合、医師会訪問看護ステーションの存在意義は、どの地域においても今後益々高まるものと思われる。

それぞれの郡市医師会別に、人口動態を考慮した検討を加えてみた。高齢化率から見れば、2040 年問題をすでに迎えてしまっている地域も存在し、地域包括ケアシステムの先進地域とも言える。

１）桑名市医師会（桑名市人口 14 万 3 千人、高齢化率 25.99%）

○桑名医師会健康福祉センターえがお（平成 10 年 4 月開設）

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を併設しており、医療介護連携ツールとして「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」を活用している。

２）四日市医師会（四日市市人口 31 万 1 千人、高齢化率 25.3%）



○四日市医師会医療センター（昭和 42 年 4 月開設）

「公害健康被害の補償に関する法律」に基づく健診、医師国保 1 種・2 種組合員の健診、医療機関従業員健診、学校心臓検診、四日市医師会職員健診、四日市医師会看護学校の健診、四日市日本語学校の健診の事業を行っている。

○四日市医師会訪問看護ステーション（平成 5 年 4 月開設）

3）津地区医師会（津地区医師会領域人口 19 万 9 千人、高齢化率 28.4%）

○津地区医師会訪問看護ステーション（平成 5 年 1 月開設）

○津地区医師会介護支援センター（平成 11 年 7 月開設）

多くの退院調整会議やサービス担当者会議、多職種連携 ICT ツール（バイタルリンク）の利用などで、主治医をはじめ多職種とあらかじめ連携し、重症例、在宅での看取りにも対応している。

4）松阪地区医師会（松阪市人口 16 万 3 千人、高齢化率 28.6%）

三重県内のほぼ真ん中に位置し、県下では一番多くの共同利用施設を有する医師会である。

○松阪市第一地域包括支援センター（平成 18 年 4 月開設）

○松阪地区医師会居宅介護支援事業所（平成 12 年 4 月開設）

○松阪地区医師会訪問看護ステーション（平成 6 年 11 月開設）

ステーション近辺だけではなく、片道 1 時間以上かかる過疎地域にも訪問を行っている。

○松阪地区医師会ホームヘルプステーション（平成 12 年 4 月開設）

認定特定行為業務従事者が属する事業所として、松阪市の訪問介護事業としては希少価値の高い事業所となっている。訪問看護も併設しており、医療依存度の高い方の介護にも対応できている。

同一施設内に、上記 4 つの居宅介護部門、さらには「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」、「松阪市認知症初期集中支援チーム」もあり、行政を含めたスムーズな連携が行えている。

○松阪地区医師会臨床検査センター（昭和 44 年 5 月開設）

○松阪地区医師会保健医療センター（平成 8 年 3 月開設）

○松阪市健診センター（平成 20 年 1 月開設）

5）伊勢地区医師会（伊勢市人口 12 万 5 千人、高齢化率 29.4%）

○特別養護老人ホーム「神路園」（平成 4 年 5 月開設）

地域包括支援システムの構築を法人全体としての取り組みとして位置付け、社会貢献を目指している。

○伊勢地区医師会訪問看護ステーション（平成5年4月開設）

6）紀北医師会（尾鷲市人口1万7千人、高齢化率41.1%）

○紀北医師会訪問看護ステーションよろこび（平成7年9月開設）

訪問地域は尾鷲市・紀北町で、地理的に細長く、一番遠い利用者まで片道45分を車で走り訪問している。

7）紀南医師会（熊野市人口1万7千人、高齢化率40%）

○紀南医師会応急診療所（平成23年9月開設）

医師会員の高齢化率は市の高齢化率を上回る60%に達しており、休日在宅輪番制での診療が限界となったため、医師会立としての応急診療所を開設した。最初の診療となった2011(平成23)年9月4日(日)は、当地域に甚大な被害をもたらした紀伊半島大水害と重なり、開院日は断水の中、業務を行った。

○紀南医師会訪問看護ステーションほほえみ（平成8年11月開設）

超高齢・過疎地域に位置するステーションであるため、保健・医療・福祉サービス等の社会資源を効果的・効率的に活用し、関係諸機関との支援ネットワークを構築しながら、訪問看護活動・看護管理を実施している。

医師会共同利用施設は、それぞれの地域において足りないニーズを補うだけでなく、医師会と行政との連携をスムーズにさせ、医師会員の利便性に繋がることに存在意義があると思われる。

2019(令和元)年9月7日・8日に、三重県志摩市において開催された第28回全国医師会共同利用施設総会での介護保険関連施設におけるシンポジウムで、島根県安来市医師会から『「医師会病院から介護医療院へ」～転換の経緯と課題』が発表された。2018(平成30)年3月に、医師会病院を有床診療所と介護療養型老人保健施設に転換。同年10月には老健を介護医療院へとし、全国に先行して医師会病院を介護医療院へと転換した事例であり、その経緯・課題について報告された。医師会病院が必要とされていた当初から時代とともにその地域のニーズが変化し、同年4月の介護保険改定を機に更なる転換を果たされたことは決して後退ではなく前進であり、今後の医師会共同利用施設の進むべき方向性を全国に先駆けて示されたものと思われる。

現在、各地域において策定されている地域医療構想の実現のためには、100歳まで安心して住み慣れた地域で暮らしていけるための地域包括ケアシステムの確立が必要条件となってくる。地域全体で取り組む必要があり、基本的には行政が行うべき仕事ではあるが、健康寿命の延伸を図り、要介護状態になっても安心してだけでなく、社会の一員として生き甲斐のある生活を送れるようになるためには、初期救急、休日夜間診療体制の再構築、かかりつけ医と病診連携の普及促進、予防・健康増進の活動、地域住民への啓発等、地区医師会の果たすべき役割は益々重要となってくる。行政と共同してこれらを

円滑に進めるためにも医師会共同施設の果たす役割は大きく、第 28 回全国医師会共同利用施設総会においても、介護保険関連施設関係のシンポジウムにおいて、各地域に設置されている在宅医療・介護連携拠点を、医師会共同利用施設として運営していくことの意義が報告されていた。

(2) 三重県松阪地区医師会の取り組み

三重県松阪地区医師会は、地域包括ケアシステム構築における ICT を利用した多職種連携を、医師会共同利用施設としての在宅医療・介護連携拠点の立場として行っており、これまで地域包括支援センターが中心となり築いてきた、多職種との顔の見える関係作りとその延長線上での ICT 利用の現況を紹介する。

三重県松阪地区医師会は、松阪市と多気町、明和町、大台町の 1 市 3 町の会員 437 名で構成されており、診療所は 145、病院は 10（病床数 2,155）、老健や保健所を含む医療機関数は 164 である。1 市 3 町の人口は 206,900 人であり、松阪市の人口は 159,934 人（2019.8.1 現在）である。松阪市の高齢化率は、2018（平成 30）年 28.9%（全国平均 28.1%）であるが、市街地 21.4%から山間部 50.6%まで幅広く、地区によっては既に高齢化率がピークに達する 2040 年問題を迎えているところもある。在宅看取り率は 22.2%となっている。

医師会共同利用施設として、検査・健診センター関係では松阪地区医師会臨床検査センター（昭和 44 年 5 月開設）、松阪地区医師会保健医療センター（平成 8 年 3 月開設）、松阪市健診センター（平成 20 年 1 月開設）を、介護保険関連施設関係では松阪市第一地域包括支援センター（平成 18 年 4 月開設）、松阪地区医師会居宅介護支援事業所（平成 12 年 4 月開設）、松阪地区医師会訪問看護ステーション（平成 6 年 11 月開設）、松阪地区医師会ホームヘルプステーション（平成 12 年 4 月開設）を有している。同一施設内に、上記 4 つの居宅介護部門、さらには「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」、「松阪市認知症初期集中支援チーム」もあり、在宅医療・介護連携拠点は松阪市職員である社会福祉士と、地域包括支援センター職員である看護師並びに事務職員が共同で運営にあっており、行政とのスムーズな連携が可能となっている。

2008（平成 20）年から、地域包括支援センターがケアマネ、高齢者専門職、医師会・歯科医師会・薬剤師会会員等を交えた事例検討や地域ケア会議、勉強会、情報交換等を通じたスキルアップと地域包括ケア体制の構築を目指して、隔月で「地域けあネット」を開催しており、また 2014（平成 26）年からは多職種による研修と交流の多職種勉強会を年 2 回開催し、毎回 150 名程の顔の見える関係作りが構築されている。

さらに、2018（平成 30）年 7 月から在宅医療・介護連携拠点事業として、柏プロジェクト（「東京大学高齢社会総合研究機構（IOG）」が千葉県柏市で行っている多職種連携モデル事業）で導入されている、KANAMIC NETWORK を利用した在宅医療・介護連携情報共有システム（すずの輪）を導入している。2019（令和元）年 8 月 1 日までにシステム利用者

404 名と登録者数は順調に増加しており、これまでの「地域けあネット」や多職種勉強会での顔の見える関係作りの延長線上にあるものと思われる。職種別の内訳は、医師 4 %、歯科医師 3 %、薬剤師 14 %、ケアマネ 27 %、包括 12 %、行政 4 %、その他 36 %であり、その他の内訳は看護師 39 %、リハ職 12 %、事業所管理者 11 %、生活相談員・支援相談員 10 %、訪問介護 8 %、管理栄養士 4 %等となっている。

システム利用者数の増加に比し、実際のコミュニティとしての患者部屋数は 50 部屋にとどまっている。今後利用者数を増やすために、現在利用している各職種へのアンケート調査を行ったところ、同じ事柄に対しても、「複数の人に見られるという事で、記録の書き方を考え、質の向上につながる」、「電話では相手の反応を確認しながら話が出るが、相談や報告を文字に起こすのは、言葉遣いも含めてハードルが高い」といったことや、「遠方の家族から家族も参加できるようにしてほしいとの要望あり。家族も入れるようにしていくべきである」、「本人家族をメンバーに入れる事に関し、本人家族には見せるべきでない情報まで誤って投稿してしまうことでトラブルが発生する可能性がある」等異なった意見が出され（図表 3-4-1）、これらを参考に、システム活用についての事例紹介等の勉強会の開催を計画している。

在宅医療・介護連携においては、医師会と行政との連携は必須であり、在宅医療・介護連携拠点を行政との共同で運営する意義は大きいものと思われる。

これまでの ICT を利用した医療連携システムは主に病診連携を目的としたものが中心であったが、これからは診診連携、さらには在宅医療・介護連携が地域包括ケアシステムの推進には必要不可欠であり、かかりつけ医と多職種との連携はもちろんのこと、行政との連携をスムーズに行うことが重要となってくる。病診連携、診診連携のシステムを在宅医療・介護連携に広げていくことも有用とは思われるが、それとは別に、敷居の低いところから在宅医療・介護連携システムを始めてみることも有りではないかと思い、ここに松阪地区医師会の取り組みを報告させていただいた。ICT を使ったこの連携システムに関しても、すべての患者に対して利用する必要はなく、従来の連携方法に新しく別の方法も利用できるようになったという気軽な気持ちで始めてみるのが良いと思う。ICT を利用した多職種連携ツールは、様々な連携形式に対応している。利用する前からメリット・デメリットを探るよりも、まずは使ってみていただきたい。

図表 3-4-1

肯定的意見	否定的意見
診療時間を気にせず医師に相談しやすい。電話やFAXでもなかなか連絡が取りにくい医師にはぜひ参加してほしい。	部屋を作っても見てもらえない。ICTでの重要な報告や急ぎの相談などが出来ない。すぐに見てもらえそうにないので、結局は電話をしなければならない。
複数の人に見られるという事で、記録の書き方を考え、質の向上につながる。	電話では相手の反応を確認しながら話が出るが、相談や報告を文字に起こすのは、言葉遣いも含めてハードルが高い。
記録物が反映できることで、訪問時の様子がすぐに伝わる。褥瘡などの皮膚状態を写真で情報共有できる。	計画書や利用票、支援記録などもアップできるが、ICTの画面で見ると見づらく、大事なコメントが見づらくなってしまう。
遠方の家族から家族も参加できるようにしてほしいとの要望あり。家族も入れるようにしていくべきである。	本人家族をメンバーに入れる事に関し、本人家族には見せるべきでない情報まで誤って投稿してしまうことでトラブルが発生する可能性がある。
今まで預かっていた介護保険証など、ICTの活用により紛失等のリスクを回避することが出来る。	電子記録に変更してから、家族から実際に何をしてもらったかの確認ができずクレームが来ている。
メンバーに薬剤師が入っていると情報を発信してくれるので理解しやすく勉強になる。薬剤師の先生は、ICTを使った連携に積極的なイメージがある。	医師から「何かあったら電話を下さい」と言われる。「読んでもらえたら嬉しい」程度の内容になってしまう。

（３）「医師会共同利用施設綱領」の提案

日本医師会の基本的理念として「日本医師会綱領」がある。

「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

- １．日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
- ２．日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
- ３．日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
- ４．日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

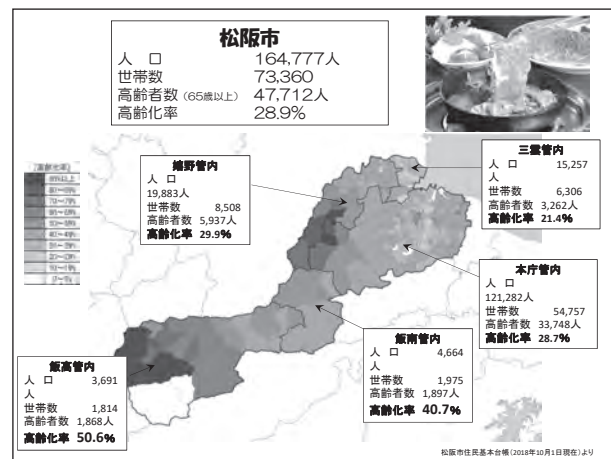
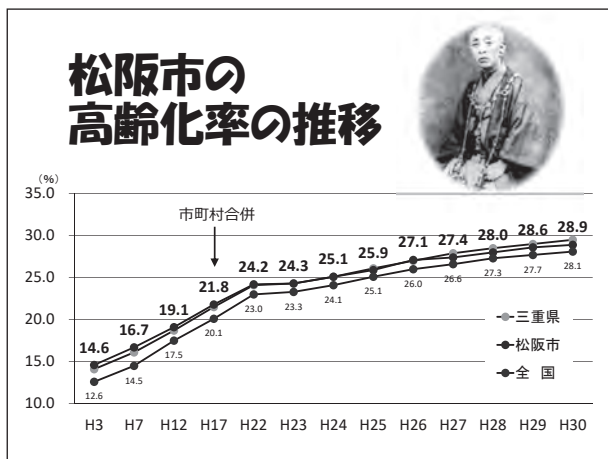
以上、誠実に実行することを約束します。」

これに倣い、「**医師会共同利用施設綱領**」を提案する。

「医師会共同利用施設は地域医師会活動の拠点として医療、保健、介護・福祉の重要な役割を担い、かかりつけ医と連携しつつ地域医療に貢献します。

- １．医師会共同利用施設は、国民の健康寿命の延伸に寄与します。
- ２．医師会共同利用施設は、それぞれの地域において足りない医療・介護のニーズを補います。
- ３．医師会共同利用施設は、かかりつけ医の利便性に寄与します。
- ４．医師会共同利用施設は、かかりつけ医と多職種との連携だけでなく、行政との連携をスムーズに行うことに寄与します。

以上、誠実に実行することを約束します。」



松阪地区医師会

(松阪市人口 16万4千人)
高齢化率 28.9%、在宅看取り率 22.2%

- 松阪地区医師会検査センター (昭和44年5月開設) ➤ 会員数: 437名
- 松阪地区医師会保健医療センター (平成8年3月開設) ➤ 診療所: 145
- 松阪市健診センター (平成20年1月開設) ➤ 病院: 10
- 松阪市第一地域包括支援センター (平成18年4月開設) ➤ 病床数: 2,155
- 松阪地区医師会居宅介護支援事業所 (平成12年4月開設) ➤ 医療機関数: 164 (老健、保健所含む)
- 松阪地区医師会訪問看護ステーション (平成6年11月開設)
- 松阪地区医師会ホームヘルパーステーション (平成12年4月開設)

松阪看護専門学校

松阪地区医師会館

平成29年7月竣工

鉄骨造3階建て
敷地面積 2,342.55m²
建築面積 627.69m²
延床面積 1,236.09m²

松阪地域在宅医療・介護連携拠点
松阪市認知症初発集中支援チーム

松阪地区医師会 居宅介護部門の変遷

西暦	法令・行政関連	松阪地区医師会
1991年	老人保健法等の一部改正	
1994年		老人訪問看護ステーション開設
2000年	介護保険制度施行	居宅介護支援事業所、ホームヘルパーステーション開設
2001年		在宅介護支援センター開設 (2007年に閉鎖)
2006年	介護保険法改正	第一包括支援センター設置
2008年		”地域けあネット”開催
2014年		公益社団法人 松阪地区医師会認可
2017年		新医師会館竣工
2018年	松阪地域在宅医療・介護連携拠点設置 (1市3町)	事業所賃貸、職員派遣
同年	松阪市認知症初発集中支援チーム設置	事業所賃貸、事業協力
同年	奥伊勢在宅医療介護連携支援相談窓口設置 (大台町、大紀町)	事業協力

地域包括支援センター 関係部所の人員体制

- ・松阪市第一地域包括支援センターの人員体制
 - センター長 (医師/非常勤): 1名
 - 管理者/所長 (兼 主任介護支援専門員): 1名
 - 保健師 (兼 認知症地域支援推進員): 1名
 - 主任介護支援専門員 (兼 生活支援コーディネーター): 1名
 - 看護師: 2名
 - 社会福祉士: 2名
 - 介護支援専門員 (非常勤): 1名
 - 事務職員 (非常勤): 1名
- ・松阪地域在宅医療・介護連携拠点の人員体制
 - 社会福祉士 (松阪市非常勤職員): 1名
 - 看護師 (松阪市第一地域包括支援センター職員): 1名
 - 事務職員 (松阪市第一地域包括支援センター非常勤): 1名

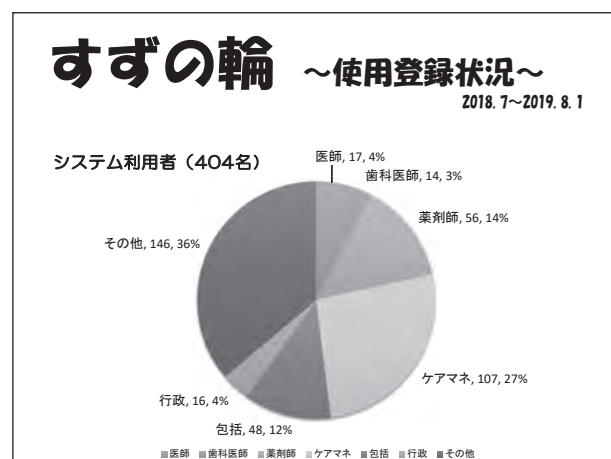
在宅医療・介護連携 情報共有システム ~すずの輪~

◆KANAMIC NETWORK

医療・介護・行政での導入実績

システムユーザー実績約100,000名。全国で807地域、約24,000の医療法人・介護事業所への導入実績
柏プロジェクト (「東京大学高齢社会総合研究機構 (LOG)」が千葉県柏市で行っている多職種連携モデル事業) 等

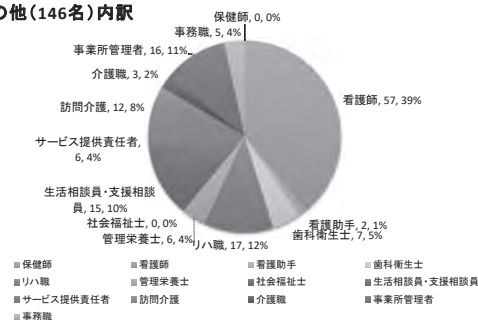
- 医療介護連携支援
- 介護業務支援システム



すずの輪 ～使用登録状況～

2018. 7～2019. 8. 1

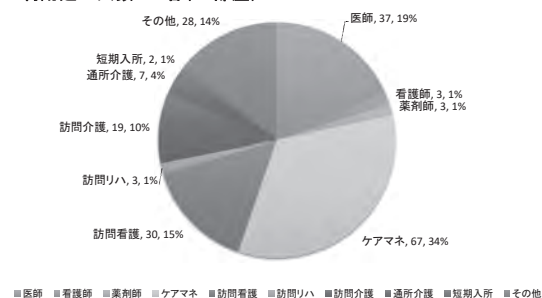
その他(146名)内訳



すずの輪～患者部屋稼働状況～

2018. 7～2019. 8. 1

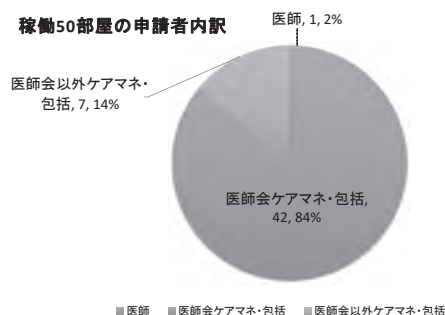
利用延べ人数199名(50部屋)



すずの輪～稼働部屋の申請者～

2018. 7～2019. 8. 1

稼働50部屋の申請者内訳



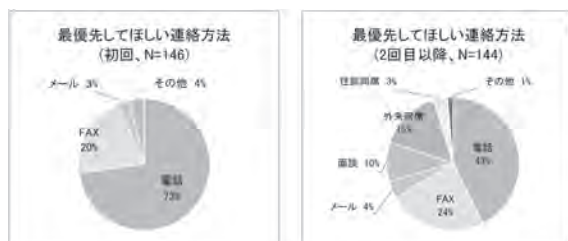
すずの輪 ～使用者の意見～

松阪地区医師会居宅介護部門（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション・ホームヘルプステーション）へのアンケート調査より

肯定的	否定的
診療時間を気にせず医師に相談しやすい。電話やFAXでもなかなか連絡が取りにくい医師にはぜひ参加してほしい。	部屋を作っても見てももらえない。ICTでの重要な報告や急ぎの相談などが出来ない。すぐに見てもらえそうにないのでは、結局は電話をしなければならぬ。
複数の人に見られるという事で、記録の書き方を考え、質の向上につながる。	電話では相手の反応を確認しながら話が出るが、相談や報告を文字に起こすのは、言葉遣いも含めてハードルが高い。
記録物が反映できることで、訪問時の様子がすぐに伝わる。褥瘡などの皮膚状態を写真で情報共有できる。	計画書や利用票、支援記録などもアップできるが、ICTの画面で見ると見つらく、大事なコメントが見つらなくなってしまう。
遠方の家族から家族も参加できるようにしてほしいとの要望あり。家族も入れるようにしていくべきである。	本人家族をメンバーに入れる事に際し、本人家族には見せるべきでない情報まで誤って投稿してしまうことでトラブルが発生する可能性がある。
今まで預かっていた介護保険証など、ICTの活用により紛失等のリスクを回避することが出来る。	電子記録に変更してから、家族から実際に何をしても良かったかの確認ができずクレームが来ている。
メンバーに薬剤師が入っていると情報を発信してくれるので理解しやすく勉強になる。薬剤師の先生は、ICTを使った連携に積極的なイメージがある。	医師から「何かあったら電話を下さい」と言われる。「読んでもらえたら嬉しい」程度の内容になっている。

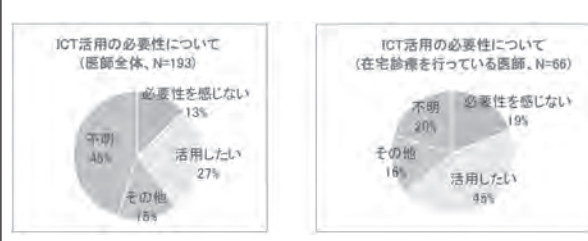
在宅医療に関するアンケート調査

松阪地区医師会272名（193名から回答）～2018年12月～
～多職種から医師への連絡方法について～



在宅医療に関するアンケート調査

松阪地区医師会272名（193名から回答）～2018年12月～
～ICT活用の必要性について～



4. 新たな視点から

4-1 働き方改革関連法の施行に伴う宮崎市郡医師会共同利用施設における問題点・対応策等について

2019(平成 31)年 4 月より、働き方改革関連法が順次施行され、医師においても 2024(令和 6)年より施行されることとなっている。医師を含む医療従事者の働き方改革は、医師会共同利用施設の運営に大きな影響を及ぼすことが危惧される。そこで今回、宮崎市郡医師会共同利用諸施設における対応策等を報告する。

(1) 年 5 日の年次有給休暇の確実な取得について

宮崎市郡医師会成人病検診センターでは、発足当初は医師が 3 名いたが、高齢化や引き抜き等により、12 年前から 1 名しか在籍していない。昨年度も有給休暇の取得が難しかったが、月 1～2 回土曜日は検診者の予約を入れないようにし、また検診者が少ない日の午後から休みを取るなどして、有給休暇の取得に努めている。しかし、休診による減収も考えられる。幸い、来年度には大学から医師が 1 人派遣されることになり、改善が見込まれる。ただ、現在残っている医師も今年で定年を迎え、雇用形態としては毎年ごとの契約であるため、抜本的解決には至っていない。同じような問題は宮崎市郡医師会病院でも起こっており、365 日 24 時間を少ない人数でシフトを組んでいるモービル CCU(心臓病専用救急車)の乗務員や、宮崎市夜間急病センターの保安員などについては対策が見当たらず、勤務時間の見直しを迫られている。

2018(平成 30)年 10 月に宮崎市郡医師会病院内に人事課を設置し、2019(平成 31)年 3 月には医師会職員の就業規則の改正を行い、『年次有給休暇が 10 日以上付与される職員は、次回の年次有給休暇付与日の前日までに、5 日以上年次有給休暇を計画的に取得するように務めなければならない。次回の年次有給休暇付与日の 3 か月前の時点で取得日数が 5 日に満たない場合は、当該職員の意見を聴取し、その意見を尊重した上で、不足する日数を所属長が指定する時季に取得させるものとする』と明記した。ただ、有給休暇取得日数は勤務年数によって 10 日から 40 日と差があり、10 日しかない職員が 5 日消化し、病休等でさらに消化した場合は欠勤扱いになる恐れがある。賞与・昇給・退職金まで少なからず影響するため、勤務年数が短い職員からは有給休暇を使いたくないとの声もあり、年 5 日の年次有給休暇の確実な取得について、何らかの特例が認められることが望まれる。

とりあえずの対応として、最も有給休暇の消化が難しい医師については、全員の有給休暇付与日及び期間を明記した一覧表を医局に掲示して周知していくこと、また時間外労働対策と同様に、早急にシステム化し、有給休暇を消化していない職員には早めの周知ができるようにしていく予定である。

(2) 時間外労働の上限規制について

時間外労働の上限規制について、**図表 4-1-1** に昨年度及び今年度の部署別超過勤務状況を示す。宮崎市郡医師会病院の臨床工学技士は夜勤・当直体制がなかったため、重症患者が入院すると人工心肺業務が開始されて長時間拘束され、長い場合で月 90 時間以上の時間外労働となった。そこで当院では、勤務体制を見直し、当直体制を導入した。そのための増員を行い、今後も計画して採用を行う予定である。

(※**図表 4-1-1** では、臨床工学技士の時間外勤務時間を平均で見るとさほど多くはないが、人工心肺業務等は限られた職員で行っているため、2018(平成 30)年 11 月・12 月は 4 名の職員が 90 時間を超えていた。)

看護師については、総看護師長をはじめ看護師長に働き方改革の重要性を説明し、時間外労働の削減に努めている。月 45 時間を超える看護師は稀であるが、今年度 4 月より労務管理を以前より厳密に行うようになり、タイムカードと時間外申請書との乖離や、看護師特有ではあるが、勤務前の入院患者情報収集などの時間外労働が発生していることが確認された。現場には、入院患者情報収集は事前準備か業務なのか確認したが、業務開始後に情報収集を行うと、入院退院業務の遅延が生じ、夜勤者の時間外労働が増加するとの意見があり、解決には至っていない。

医師については、緊急の対策として在院時間の把握を行った。**図表 4-1-1** でも分かるように、時間外数は昨年と比較して変動はない。現在、タイムカードで勤怠管理を行っているが、打刻していない場合や、夜間呼出しなどで打刻できない場合もあり、客観的な在院時間が把握できていない。しかし、当院は 2020(令和 2)年に新築移転の計画があるため、勤怠管理をタイムカードから IC カードに変更する予定であり、正確な労働時間の把握が期待できるが、問題になっている自己研鑽については把握できていない。さらに、現時点での方針では自己研鑽も 3 つの分類に分かれ、労働時間に該当する場合と該当しない場合があり、混乱が予想される。どちらかに決めてもらう方が管理しやすい。なお、医師が自己研鑽としての症例研究発表のために、電子カルテを閲覧するだけでも就労していると見做されることも問題である。

次に、業務移管の取り組みを行った。医師の業務移管は働き方改革以前から言われており、当院も診断書等の代行入力を行っていたが、今年度より外来部門での外来診療入力補助業務を開始した。まだ 2 名の職員で一部の診療科だけでの運用ではあるが、外来診療後の記録を入力する必要がなくなり、医師からは好評である。また、時間外労働の削減も期待できるため、代行入力・入力補助だけでなく、その他の業務についても業務移管を考えており、増員のための募集をしているが、応募がない状況である。

最後に、宿日直及び連続勤務について、当院では宿日直後の勤務は、各科の裁量で翌日休暇や半日休暇を推進している。直近の状況では、31 日の中で外科系が 11 日、循環器内科は 10 日、産婦人科は 14 日程度午後から休暇がとれていた。しかし、医師数の少ない診療科では、連続勤務や当直翌日オンコール待機をとらなければいけない状況も多々

ある。宮崎市は宮崎県の中では医師が多い地域ではあるが、全国で見た場合医師少数区域になっており、連続勤務の問題は当院だけの問題ではなく、医師の偏在が問題となっているため、地域医療を守るためにも国の対策を期待している。

最後に、宮崎市郡医師会は2020(令和2)年8月1日に医師会病院、緩和ケア病棟、事務局、成人病検診センター、臨床検査センター、看護学校、保育園を、宮崎市の生目地区に新築移転の予定である。移転前後の数か月間は時間外労働が長時間発生する可能性が大であり、不幸な事態が生じないよう、新設の人事課を中心にして配慮していく所存である。

図表4-1-1 月別超過勤務状況（部署別）

		人数	H30.4.1現在												H30年度計 (平均)		人数	H31.4				H31.4～7 (平均)				年度比較	備考
			H30.4 時間	H30.5 時間	H30.6 時間	H30.7 時間	H30.8 時間	H30.9 時間	H30.10 時間	H30.11 時間	H30.12 時間	H31.1 時間	H31.2 時間	H31.3 時間	H30年度計 (平均)	H31.4 時間		R1.5 時間	R1.6 時間	R1.7 時間							
医師 (平均)	45	1,638	1,798	1,607	1,523	1,541	1,525	1,564	1,769	1,770	1,716	1,376	1,550	19,375	6,796	47	1,814	1,743	1,618	1,622							
		36	40	36	34	34	34	35	39	38	37	31	34	36	35	38	2										
放射線技師 (平均)	11	73	59	60	67	64	62	96	85	97	95	62	79	899	281	13	51	67	72	91							
		7	5	5	6	6	6	9	8	9	9	6	7	7	6	5	-1										
薬剤師 (平均)	9	88	112	102	120	91	109	73	77	86	74	43	61	1,036	302	12	66	104	71	61							
		12	14	15	17	11	14	10	11	12	9	5	8	12	5	7	-5										
栄養士 (平均)	5	15	1	4	11	3	5	8	10	12	10	11	27	117	38	5	14	9	9	6							
		4	0	1	4	1	2	3	3	4	2	4	7	3	2	2	0										
臨床工学技士 (平均)	11	113	184	115	262	75	152	113	415	440	196	181	341	2,587	473	12	125	154	121	73		※当直体制に変更した為					
		10	17	10	24	7	14	10	38	40	18	16	31	20	6	10	-10										
理学療法士 (平均)	8	197	217	189	235	243	177	255	269	202	213	226	229	2,652	931	10	266	294	156	215							
		25	27	24	29	30	22	32	34	25	27	28	29	28	24	-4											
臨床検査技師 (平均)	29	208	180	207	242	193	231	248	298	519	248	316	293	3,183	1,105	29	264	196	330	315							
		7	6	7	8	7	8	9	10	18	9	11	10	9	10	1											
医療安全管理室 (平均)	4	43	39	44	32	43	38	47	59	37	41	45	41	509	213	4	55	55	45	58							
		11	10	11	8	11	10	12	15	9	10	11	10	11	13	3											
救急外来 (平均)	25	210	162	211	180	174	135	214	154	380	368	120	155	2,461	948	28	271	178	246	254							
		9	6	8	7	7	5	9	6	15	15	5	6	8	9	1											
第1病棟 (平均)	45	138	177	190	131	131	103	177	163	706	711	159	213	2,998	840	46	234	204	221	181							
		3	4	4	3	3	2	4	4	4	16	4	5	6	5	-1											
第2病棟 (平均)	27	228	211	221	254	249	163	282	343	544	689	229	228	3,640	332	29	286	377	330	332							
		9	8	8	10	10	7	12	14	23	29	10	9	12	12	-1											
手術・中材 (平均)	19	316	320	279	365	379	367	299	387	480	288	284	298	4,061	1,377	22	354	445	291	287							
		17	17	15	20	22	20	17	22	27	16	16	17	19	14	-3											
第3病棟東 (平均)	26	461	423	471	359	443	432	458	486	794	923	511	497	6,258	2,644	25	758	834	447	604							
		18	17	19	14	17	17	18	19	32	37	22	23	21	25	6											
第3病棟西 (平均)	29	209	276	272	194	169	204	277	412	596	621	301	334	3,865	1,551	27	282	479	452	338							
		8	10	10	7	6	8	12	16	24	22	10	12	12	14	3											
NICU (平均)	28	183	315	187	106	74	78	66	202	677	540	177	205	2,810	1,443	30	322	282	441	398							
		7	12	7	4	3	3	3	8	27	20	7	8	9	13	4											
第4病棟東 (平均)	30	375	319	289	448	407	343	334	456	730	775	269	683	5,427	1,943	30	580	541	395	427							
		14	12	11	17	15	14	12	16	25	27	9	23	16	15	1											
第4病棟西 (平均)	27	347	188	121	448	230	203	267	318	651	589	249	301	3,912	810	30	255	184	178	193							
		14	8	5	17	9	8	11	13	26	23	11	13	13	7	-5											
5病棟 (平均)	16	124	154	126	172	309	221	329	184	322	371	201	194	2,707	1,326	14	391	301	320	314							
		8	10	8	11	21	15	22	12	21	23	13	13	15	22	8											
6病棟 (平均)	36	491	466	416	243	267	300	373	354	791	1,066	454	561	5,782	2,610	39	740	651	578	641							
		14	14	12	7	7	8	10	10	21	27	13	17	13	20	6											
事務 (平均)	60	899	721	639	670	643	637	894	789	735	682	683	731	8,724	2,791	60	727	772	636	656							
		15	12	11	11	11	11	15	13	12	11	12	12	12	11	-1											
合計 (平均)		6,357	6,321	5,750	6,062	5,726	5,482	6,373	7,230	10,569	10,215	5,896	7,021	83,002	29,746		7,856	7,869	6,956	7,065							
		12	12	11	13	12	11	13	16	21	19	12	15	14	13	0											

H30.4.1現在

H31.4.1現在

4-2 外国人医療対策について

すでに外国人医療対策に関しては、日本医師会や厚生労働省から様々な報告書やマニュアルが発表されているところであるが、共同利用施設として担う外国人医療がどのようなものになるか整理してみた。

独立行政法人国際観光振興機構によると、2017(平成 29)年の訪日外国人数は 2,869 万 1,073 人で、2018(平成 30)年には 3,119 万 1,856 人が訪れ、2020(令和 2)年には 4 千万人の訪日外国人数が目標となっている。

『近年の訪日外国人の増加に伴い、訪日外国人に対する医療の提供に関連する多様な問題が発生。これに対し、関係府省庁が連携して取り組むことが必要。このため、健康・医療戦略推進本部の下に、「訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関する WG（ワーキンググループ）」を設置(2018 年 3 月 22 日付)。』することとなった。

2018(平成 30)年 4 月 26 日に、「第 1 回訪日外国人に対する適切な医療等の確保に関する WG」が開催された。この WG で、厚生労働省はインバウンド（訪日外国人）政策の基本方針を示し、『医療のインバウンドの推進については、訪日・在留外国人患者が安心・安全に日本の医療機関を受診できるよう、医療通訳等の配置支援等を通じて、受付対応等も含めた「外国人患者受入れ体制が整備された医療機関」を 2020 年までに 100 か所で整備する目標を前倒し、本年度中の達成を目指す。これらの基幹となる医療機関に加え、地域の実情を踏まえながら外国人患者の受入れ体制の裾野拡大に着手し、受入環境の更なる充実を目指す。』とした。その後、この WG は、訪日外国人に対する適切な医療等の確保に向けた総合対策として、地域ごとの「観光客数の水準および今後の増加傾向」及び「医療資源における外国人観光客受入能力の現状」について、厚生労働省・観光庁が 2018(平成 30)年度の同時期に実態調査を行い、その結果について報告することを求めた。

2018(平成 30)年 11 月 14 日、「第 1 回訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」が厚生労働省で開かれた。今後の外国人旅行者に対しての対応が検討され、同省は都道府県に外国人受け入れ医療機関のリストの取りまとめを依頼し、現在リストアップは完了している。

東京 2020 オリンピック・パラリンピックに向けて、観光目的で訪日する外国人の医療対策は、内閣を挙げての取り組みの結果充実してきていると思われるが、今後は旅行者としての訪日外国人の対応だけでなく、中長期滞在者や違法滞在者の外国人医療をどのように提供するかを検討することが、重要な課題になるものと考ええる。

(1) 短期滞在外国人医療

1) 訪日旅行者の外国人医療

短期滞在訪日外国人の多くは旅行者で、政府としても積極的に訪日を推奨しており、これら旅行者に対する対応は手厚い。

政府は旅行者用の保険制度の新設を促し、旅行保険の加入を積極的に勧めることになった。外国人旅行者に対して入国前から

- ①在外公館において、
- ②飛行機等移動中の段階で、
- ③入国審査場で、

旅行保険に加入するよう勧奨するとなっている。入国後も、訪日外国人との接点となり得る場で保険加入を勧奨することになっている。

外国人旅行者の医療機関受診に際しては、

- ①カテゴリー 1：入院を要する救急患者に対応可能な医療機関

カテゴリー 2：診療所・歯科診療所も含む外国人患者受入可能な医療機関のリストを都道府県において作成し、厚生労働省に報告している。

- ②外国人に対する医療コーディネーターや医療通訳者の育成を援助している。
- ③ICT を利用した通訳を実現すべく端末機の配布等援助を行っている。
- ④医薬品情報について英語版等も含めて公開している。
- ⑤医療費の不払いを防ぐため、キャッシュレス決済の推進や医療費の前払いを推奨している。

さらには、自費診療となるため、適切な診療価格の検討を進めている。また、訪日外国人に対する応招義務についても考え方を整理するとしている。

今後、訪日外国人の受診先としては、厚生労働省が取りまとめた病院・診療所のリストに従って肅々と対応すればよいと思うが、東京オリンピック・パラリンピック開催年の 2020(令和 2)年に 4 千万人がわが国に訪れた時には、果たして医療機関が足りるかどうか。都道府県別外国人延べ宿泊者数は、2018(平成 30)年において東京都が 23,194,530 人に対して、最低の島根県では 72,740 人と約 320 倍の開きがあり、都道府県ごとの地域の状況を踏まえて体制を各々整える必要がある。

東京都では、「外国人患者への医療・医療情報提供体制の整備」ということで、外国人患者受入れ体制の充実に係る第三者認証取得補助や、パンフレット、問診票、ホームページの翻訳及び作成、多言語化等に係る費用の補助、医療機関向け救急通訳サービス、外国人患者対応支援研修、都立病院の JMIP 取得等の事業を行っている。また、国の事業である「医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業」のうち、団体契約を通じた電話医療通訳の利用促進事業を東京都医師会が請け負っている。

外国人旅行者に対する今後の課題としては、

- ①旅行保険の未加入者をできるだけ少なくするよう国は勧奨を拡げること
- ②訪日外国人の未払いとなった医療費の対応策を国は講じること
- ③保険に加入できない妊婦への対応策を国は講じること

である。

2016(平成28)年度の厚生労働省調査では、調べた医療機関の35%に外国人の医療費未払いがあったという。同省は未払い情報を出入国管理当局に通知し、次の訪日時に入国制限をするとのことだが、実現性はどうかと危惧される。今後、同省作成の『外国人患者の受入れのための医療機関向けマニュアル』を参照のうえ、各々の医療機関においては医療紛争を防止するためのマニュアル作りと、治療に関して事前のインフォームドコンセントをしっかりと行うことが大切である。訪日外国人に対しては、医療を提供する前に、必ず原則として契約書を交わすことが必要かつ重要である。その契約書の中には、万が一医療紛争になる場合に備え、裁判籍は日本国とすると明示しておくことが重要であると思慮する。

2) 治療目的の訪日外国人医療

日本の医療やドック等健康診断を受ける目的で国外からやってくる患者（重粒子線治療、ドックでの PET 検査など）は準備期間があり、時間的猶予がある。これらの場合には、本人がもともと行きたい医療機関の希望があり、予め仲介業者（エージェント）が入り、医療ビザの取得、飛行機や宿泊施設の確保、通訳、地元医師とのやりとり支援などを行ってもらえるので、受入れ医療機関のリスクは少ない。治療内容や医療費の支払いなども事前に時間をかけて打ち合わせができるため、訪日観光客とは異なり、未払いの問題は起きにくい。しかしながら、インフォームドコンセントは十分に行い、治療等にかかる費用と提供する場合について文書での同意を得ておくことは必須である。また万が一の訴訟に備え、裁判籍は日本国とする旨、文書による同意を必ず得ておくべきである。その同意を得る前提として、能力のある通訳者や医療通訳に対応した翻訳デバイスやソフト等の整備が必要である。

Japan International Hospitals (JIH)の推奨など、病院の国際医療対応部門の認証制度が既に始まっており、外国人の治療や検診等を行う医療機関においては、地域医療提供体制とのバランスを考えながら、適切な対応と準備をするべきである。

治療・検診等目的の訪日外国人医療は、わが国における将来の産業と位置付けをして、でき得るところから積極的に受け入れても良いのではないかと考えたい。外国人に対する「おもてなし」の心はもちろんのこと、患者に対する心配りがもともと十二分にあり、なおかつ医療水準の高いわが国の医療系のサービスは、必ずや世界に受け入れられることであろう。

(2) 中長期滞在外国人医療

1) 本人

日本で中長期滞在の外国人は原則として健康保険に加入しており、また、日本語の理解も大いにあると考えられ、問題は発生しにくい。ただ、細かい言葉のニュアンスや食べてはいけない食品の存在、あるいは宗教上の慣習に対する配慮等には気を付けなくて

はならない。治療に臨んでは、短期滞在外国人と同じくインフォームドコンセントを十二分に行い、必ず文書にて承諾書等を得ておくべきである。

2) 家族の呼び寄せによる外国人医療

すでに日本に中長期滞在している外国人が、日本での医療を受けさせる目的で己の家族を日本に呼び寄せ一時的に同居し、呼び寄せた家族を扶養にあるとして健康保険に加入し、健康保険を使って治療を受けさせることがある。一旦、健康保険への加入を日本に住所を有する扶養家族として認めてしまえば、これは合法的である。したがって、健康保険への加入を認める前に、本当に家族として同居を必要としているかを見定めることが大切であるが、その判定には困難が伴うであろう。このような健康保険の利用を防ぐためには、慢性疾患や成人病である悪性腫瘍、肝炎など時間と治療費がかかる疾患については、一定期間の在留実績がないと保険適応を認めない、あるいは対象となる疾患が来日前から判明している場合には母国での治療を優先して、同じく健康保険の使用を認めないなどの対応を取る必要があると考える。

3) 「成り済まし」による外国人医療

本人でない健康保険証を使用し、保険診療を受けることも想定される。実際、ある診療所で、日本人であったが、他人の健康保険証を持参し、診療申込書に正確に他人の住所等を記入して診療を受けたというケースがあった。紙ベースの保険証では顔写真もなく、本人確認が難しい。外国籍患者の場合は在留カード等の提示を求めるべきであるが、現実には難しいと思慮する。厚生労働省は健康保険証の提示がない場合に、健康保険の利用を認めるか否かについては未だ明確な見解を出していない。

4) 治療目的で訪日し保険に加入する外国人医療

稀かもしれないが、わが国における医療水準に期待し、本来は治療目的であるが、それを伏せたまま形式上留学あるいは就労等での滞在許可を得て来日し、健康保険に加入して医療提供を受けることが起こり得る。この場合も、家族呼び寄せ事例と同様に、来日前から判明している疾患については母国での治療を優先させ、慢性疾患や成人病などを健康保険で治療する際には、日本での一定の在留期間を要するように規定するなどの対応が必要と考える。

なお、「生活の拠点が日本にない親族までが健康保険の給付を受けることができるという在外被扶養者に関する課題」及び「本来加入資格を有しない外国人が、不正な在留資格により、国保に加入し給付を受けている可能性があるという課題」を受けて、2019(令和元)年の通常国会において、健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法を改正し、被扶養者等の要件を見直し、国民健康保険の資格管理の適正化を行った。これにより、(1)被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加し(令和2年4月1日より施行)、(2)市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の資格取得に関する事項等を追加することとした(公布日)。

(3) 不法残留者の外国人医療（群馬県における対応）

法務省入国管理局によると、2019(平成 31)年 1 月 1 日現在のわが国における不法残留者数は 7 万 4,167 人で、2018(平成 30)年 1 月 1 日現在に比べ、7,669 人(11.5%)増加した。毎年増加しているのが現状である。

これらの外国人は不法に残留している形であるため、医療保険への加入は難しく、その他の介護福祉サービスもなかなか受けられないのが現状である。しかしながら、常に健康であることは難しいため、医療機関を受診することは当然あり得るが、自費では払えないことも多々あると考えられる。人道的見地からも、治安対策の点からも、不法残留外国人の医療対策のあり方は検討すべきである。不法残留であって、かつ、支払い能力がないと思われる外国人でも応招義務として診察を行うべきなのか。応招義務があるとするならば、国の責任でその対応策を至急策定すべきである。不法残留外国人に対する医療提供を結果として強いることにより、地域の医療機関に対して経済的にも人的にも負担をかけている現状を、国は、責任とスピード感を持って早急に改善する義務を負っていると考ええる。

群馬県においては、公益財団法人群馬県観光物産国際協会が中心となり、「外国人未払医療費対策事業」が行われている。外国人を診療したにもかかわらず回収できない医療費の一部を補填し、医療機関の負担軽減を図ることによって、人道的立場から外国人の不慮の傷病に対する緊急的な医療が適切に確保され、社会の安定に資することを目的とした事業で、「公的保険又は生活保護等の公的扶助の適用を受けていない者」が対象であり、結果として不法滞在者が多い。補填対象医療費は 1 年経過しても未払いのもので、自己負担ではない部分について支払われることになっている。また入院時食事療養費、入院時生活療養費は個人負担分を除いた額が支払われることになっており、これらを合わせての支払い上限額は 1 人当たり 100 万円となっている。この事業の対象医療機関として旧国立病院と県立病院は除外されるが、救急で外国人を受入れる医療機関にとって、医療費未払い事例に対して救いの手を差し伸べてもらえる、ありがたい制度である。他の都道府県においても是非参考にさせていただきたい。

(4) 外国人による感染症の持ち込みと医療

東京オリンピック・パラリンピックの開催に向けて、真っ先に考えなくてはいけないことは、真冬の南半球から訪日する外国人からのインフルエンザウイルスの持ち込みであろう。

そして、次は麻疹、風疹、水痘など空気感染や飛沫感染を起こすウイルス疾患である。飛沫感染である髄膜炎菌感染症は重症化しやすいため、注意する必要がある。夏場に開催されることによる蚊媒介感染症にも注意が必要で、2014(平成 26)年の代々木公園でのデング熱発症は、記憶に新しいところである。

また、結核については、出入国管理及び難民認定法において、結核が含まれる２類感染症の患者は上陸できないこととされているが、旅行者における結核スクリーニング検査は時間的問題で実施できないことから、国は中長期滞在者の結核スクリーニングを考えている。感染率が高い国からの旅行者で発熱している場合には、結核は考慮すべき疾患である。

さらに、極まれと思われるが、致命的危険のある１類感染症のエボラ出血熱やペストなどが国内に持ち込まれた場合には、大多数の医師においてはこれらの疾患を診察した経験はなく、正確な診断もできないことが予想される。診察した医療機関において「一般的な症状とは異なる」と認めた場合は、躊躇することなく保健所に連絡をとり、特定感染症指定医療機関や第一種感染症指定医療機関、あるいは地域の第二種感染症指定医療機関に相談することが肝要と考える。

ようやく、国は１類感染症の検査体制等を整えるため、これら原因菌や原因ウイルスの国内保有に踏み切ったところである。いつ訪日外国人から、あるいは海外からの帰国日本人等によって、これらエボラ出血熱等の１類感染症、あるいは重症急性呼吸器症候群（SARS）などの２類感染症が持ち込まれるかわからない。これら感染症が国内に持ち込まれた場合に、的確な診断と治療が確実にできる体制を、前もって整えて置く義務が国にあると考える。

（５）最後に

医師には応招義務があり、外国籍を理由に診療拒否はできないことになっている以上、外国人医療と言っても、粛々と日常診療と同様に医療を行えばよい。しかし、医療機関が外国人医療を担うことによって、未払い医療費問題等の経済的損失や、外国人医療を担う体制づくりのために人的不利益を被る事態がないよう、国の責任として外国人医療に対する体制づくりや制度設計を行うよう求めたい。外国人医療を行う共同利用施設は、単に外国人に対して医療の提供をしていることに留まらず、外国人医療を担うことによって、結果的に国内治安の安定に寄与し、さらには地域住民の安全・安心な暮らしを支えているという重要な役割があることを強調したい。

４－３ 函館市訪日外国人医療における函館市医師会病院の役割

訪日外国人旅行者の増加に比例して、函館市を訪れる外国人旅行者も増加の一途をたどっている。2018(平成 30)年度の来函外国人宿泊客数は約 55 万 1 千人で、3 年連続で過去最高を更新し、前年同期の約 50 万 2 千人と比較すると、約 4 万 9 千人（前年同期比 9.8%）の増である。

函館市の訪日外国人患者への対応であるが、道南では函館新都市病院が「外国人患者受入れ医療機関認証制度(JMIP) Ver. 2」の認証を受けており、函館市医師会病院が外科・内科部分の連携支援を行っている（北海道では他に北海道大学病院と札幌東徳洲会病院

が認証を受けている)。新都市病院には通訳者が職員として2名在職していて、受診時には必ず同行することになっている。

函館市医師会病院では訪日外国人の受診、特に二次救急時に備え「医療用翻訳タブレット（NEC）」を導入している。これにより、医師や看護師と患者・家族との意思の疎通が可能（英語・中国語・韓国語・ロシア語）になり、入院の受け入れがスムーズにできるようになった。入院の場合は意思の疎通・会話が最重要で、従来は通訳が24時間付き添うことが困難であったが、「医療用翻訳タブレット」により意思の疎通・会話が成立し、医師をはじめスタッフの負担が軽減している。課題としては、現在4か国語のみの対応であるため、多言語に対応できるよう検討中である。

厚生労働省は、外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関を各都道府県に1か所以上指定し、そこを中心とした外国人医療体制を構築する考えである。北海道では札幌東徳洲会病院、帯広の北斗病院、倶知安厚生病院が指定されており、道南においては函館新都市病院が函館市医師会病院との連携・協力のもと、増え続ける外国人患者に対応することが期待されている。

5. 第 28 回全国医師会共同利用施設総会（分科会報告より）

5-1 第 1 分科会報告

（1）郡山市医療介護病院（福島県）

（発表者：原寿夫 福島県医師会常任理事/郡山医師会副会長/郡山市医療介護病院長）

郡山市では入院医療と生活をつなぐ間が弱いということで、2006(平成 18)年に「医療と介護をつなぐ郡山市の病院」として同病院を開設された。医療療養病床 40 床、介護療養病床 80 床、計 120 床で、在宅療養の支援も行っており、「ユマニチュード」の普及啓発といった先駆的な取り組みについてご報告いただいた。しかしながら、在宅療養後方支援病院などの診療報酬上の施設基準や介護療養病床の廃止を受け、次年度から介護医療院への移行も検討されるなど、課題もあるとのことである。また、今回のご発表に際し、全国の医師会病院にアンケート調査を実施されたが、調査項目については日医の共同利用施設検討委員会でもご検討いただいている。調査結果からは、これからの医師会病院は在宅療養後方支援プラス開放型病床により、かかりつけ医機能の継続性の支援としての役割を担っているのではないかとのご提言をいただいた。

（2）東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」（東京都）

（発表者：目々澤肇 東京都医師会理事）

現在、電子カルテは普及が進んでいるが、医療情報の共有は全国的には進んでいない。そこで東京都医師会は、2017(平成 29)年 9 月に東京総合医療ネットワーク運営協議会を発足し、2つのベンダー間を繋ぐ連携実証実験を実施して、本格運用まで開始され、すでに 423 例ものデータ共有が行われている。さらに、市区町村でシステムがバラバラであった医療介護連携を繋ぐものとして、「東京都多職種連携ポータルサイト」を構築することで、利用が増加傾向とのご報告であった。今後は中小病院や診療所の情報閲覧に範囲を広げたり、クラウドにも連携を募り、診療所からの情報開示にも対応されるとのことである。質疑では、ネットワークの高額な構築費用に対して、自分たちでサーバーを立てずに、今あるところを繋げてもらって利用することの重要性についてお話をいただいた。

（3）宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

（発表者：川名隆司 宮崎市郡医師会長/宮崎市郡医師会病院長）

2025(令和 7)年に向けて、地域医療支援病院である医師会病院には、民間病院では担うことが困難な役割が求められるとし、広域重症型の急性期医療、最大の強みである循環器系領域の最新医療、医療防災ゾーンとしての機能を挙げられた。そして、医師会病院の使命の 1 つとして、在宅患者の急変時の後方病院としての機能を挙げられた。さらに、新病院設立の経緯や今後の戦略についての紹介がなされ、「会員を支える急性期医療を担う入院施設たること」を使命とし、バランススコアカードの導入により、すべ

ての職員が病院の使命・ビジョン達成に貢献できることがメリットであるとのお話であった。今年度上四半期で効果を実感されているとのことである。最後に、「かかりつけ医を支える入院施設であり続けることが、医師会病院の最も重要な意義である」と結ばれた。新病院は来年８月オープン予定とのことであり、その後についてまたご報告いただきたいと思う。

(４) 鹿児島市医師会病院（鹿児島県）

(発表者：上ノ町仁 鹿児島市医師会長)

「生き残るためには」という、大変な「覚悟」のもとで病院運営を見つめておられ、最も共感と質問が多かったご発表であった。鹿児島市医師会病院は 2008(平成 20)年を境に、大学からの医師派遣が困難となり、医師が３分の２まで減少したことから、病院の存続が危機に陥った。そこで、「あり方委員会」を設置して、実態に合わせた病床数へのダウンサイジングなどを行った結果、会員のニーズに幅広く対応できるようになり、翌年には経常損益で赤字から約１億３千万円の改善に繋がったとのことである。ただ、正味財産の減少への対策から、2018(平成 30)年に再度委員会を設置して病院の存在意義についてアンケート調査も行い、2019(令和元)年度の病院運営方針を決定された。今年度から稼働病床数を 204 床から 177 床へ削減されるとのことで、最後に「小さいから可能性が大きい」と結ばれたが、同じ規模の医師会病院にとって大変勇気づけられる言葉だったのではないと思う。なお、鹿児島市医師会会員は、県医師会会員の約４割を占め、入会率が全国でも高位であるとのこと報告には、頭の下がる思いである。

５－２ 第２分科会報告

(１) 山形市医師会健診センター（山形県）

(発表者：有川 卓 山形市医師会健診センター所長)

2018(平成30)年５月に市内南館に新築移転された山形市医師会健診センターのコンセプトは、①健診フロアを男女別とし、更衣室に一部個室を設けてLGBTに配慮するとともに、問診室や診察室の遮音性を高め、さらには滞在時間の短縮のための診療支援システムを導入した、②CTによる肺がん検診、高濃度乳腺に対応できる乳房超音波検査を開始した、③一般検査を迅速化し、健診終了時に結果を出すとともに、健診当日に特定保健指導を行えるよう指導用個室８室を設置した、④バーコード認証を導入し、受診者の誤認防止、検体管理の効率化を達成し、又、全自動採血管準備装置を設置した、⑤駐車場を拡張した一等で、健診環境、アメニティ、労働環境を改善し、高評価を得られている。しかし、このことにより事業収入の増加に比し、事業支出の伸びが大きく、経費の圧縮が課題となっていることから、保健行政と連携を深めるなどして、経営努力を行っていくとのこと報告であった。

(2) 高岡市医師会臨床検査センター（富山県）

（発表者：白崎文朗 高岡市医師会臨床検査センター担当副会長）

高岡市医師会臨床検査センターの現状としては、特定健診受診者数は減少傾向、一般検査売り上げは横ばいのため、特定健診利用率向上のために、受診勧奨パンフレットを作成したり、これまで健診実施時期として6・7月に行ってきた定期健診に加え、10月にも追加実施して受診者増に繋がられている。一方、一般検査の利用増を目指すべく、検査料の値下げはせずに、会員の利便性を向上させるためITサポート部を創設し、検査オーダーシステム（タックシステム）を地元システム会社と安価な価格で共同開発された。このシステムの特徴の1つとして、電子カルテに入力したオーダーが、本ソフトに連動したラベルプリンターから採血容器ラベルが印刷され、手書きによる手間やミスが少なくなるなど、多くの利点があるシステムとのことであった。

(3) 岡山市医師会総合メディカルセンター（岡山県）

（発表者：川邊一徳 岡山市医師会事務局次長／岡山市医師会総合メディカルセンター管理者）

岡山市医師会総合メディカルセンターでは臨床検査のほか、特定健診電磁化一括請求代行などを行い、SRLとのFMS事業協力をはじめ、渉外担当者の専任化、ICT部門に関連システム会社の派遣職員の配置、集荷部門の外部委託化とともに、2015(平成27)年の新医師会館への移転に伴い、組織を健診部門複合体から臨床検査センターへ経営形態を変えるなどの改革を実行することで、経営の強化、健全化に取り組まれている。また、迅速な検査結果報告と検査受付の精度向上を目的に、2010(平成22)年にクラウド型検査データ連携システムを構築し、150医療機関に導入されている。同センターが保有する診療所の検査データを、医療ネットワーク岡山（晴れやかネット）に出力することで、診療所間で情報を共有することが可能とされている。さらには、岡山市行政、近隣医師会との連携など良好な相互関係を持たれている。今後、会員支援を根本に、SRLとの共同運営により地域医療ネットワークやPHRなどICT技術を活用し、将来を見据えて運営基盤の強化を図っていききたいとのことであった。

(4) 小倉医師会健診センター（福岡県）

（発表者：本多直美 小倉医師会健診センター所長）

小倉医師会健診センターでは、ストレスチェック解析システムを導入し、回答シートから個人用レポート、グループ集計レポート（職場のストレス判定図）を作成し、会員の施設従業員への検査実施とともに、産業医の活動支援を行っておられる。初年度（平成28年度）は39事業所、4,367人の実績で、依頼経緯別にみると、「健診を依頼しているから」が22社、「会報の案内を見て」が6社、「問い合わせ」が11社であった。全受検者の10.6%がハイリスク、男女別では男性11.4%、女性10.0%と有意差はなく、福祉関係の男性のハイリスク率が17.7%と高かったとの結果であった。次年度（平成29年度）の実績は、40事業所、4,473人と伸び悩んだため、事業所と同医師会産業医会所属医師にア

ンケート調査を実施したところ、結果票が分かりにくい、結果の見方が良くわからないなど、色々な理由があったが、「健診センターが解析システムを導入していることを知らない」という回答が6割弱あったことから、PRそのものが十分でなかったことを痛感し、あらゆる手段を通じて認知度を上げるよう努力しているとのこと報告であった。

5-3 第3分科会報告

(1) 埼玉県内郡市 30 医師会在宅医療支援センター（埼玉県）

（発表者：小川郁男 埼玉県医師会地域包括ケアシステム推進委員会委員長）

埼玉県では75歳以上人口が、2025(令和7)年には2010(平成22)年の2倍になり、全国一の伸び率が予想されている。2018(平成30)年度から、在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業・包括的支援事業に位置付けられ、市町村が主体となり、地区医師会と連携しつつ取り組まねばならないことを踏まえ、早い段階から県と県医師会で強いタッグを組み、スムーズにかつスピード感をもって、2015(平成27)年度から地域医療介護総合確保基金を用いて、在宅医療提供体制充実支援事業（金井プラン）を展開し、全30郡市医師会への基盤整備を図った。在宅医療支援センターの設置場所は、①郡市医師会に設置8地区、②市町村から場所の提供を受け医師会が設置7地区、③共同利用施設に設置8地区、④病院等に委託7地区、となっている。30拠点は、現在それぞれの地域で医師会と行政・地区住民との接点をより強固にし、地域づくりの最前線で活躍しているという素晴らしいお話をいただいた。

(2) 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

（発表者：平岡直人 松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長）

松阪地区医師会は松阪市と多気町（たきちょう）、明和町（めいわちょう）、大台町（おおだいちょう）の1市3町の会員437名で構成されている。松阪地区医師会では、1994(平成6)年に松阪唯一の老人訪問看護ステーションを開設し、呼吸リハビリや訪問リハビリに取り組んでいる。2000(平成12)年には居宅介護支援事業所とホームヘルパーステーションを開設、翌2001(平成13)年には在宅介護支援センター設置を受託している。2006(平成18)年には松阪市第一地域包括支援センターが設置され、三重県唯一の医師会立地域包括支援センターとして運営が開始された。2008(平成20)年からはネットワークづくりを目的に、「地域けあネット」を開催している。2017(平成29)年には新しい医師会館が竣工し、松阪市第一地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーションが会館内に事務所を構えることとなった。2018(平成30)年には「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」及び「松阪市認知症初期集中支援チーム」を医師会館内に設置した。これらにより、医師会館は地域住民の健康増進と公衆衛生の向上に寄与する拠点となっている。連携拠点における取組状況として、①資源の把握、②課題抽出と対応策検討、③切れ目のない体制構築、④情報共有支援、⑤相談支援、⑥研修、⑦住民啓発、⑧市町連携を挙げている。

(3) 東成区医師会（大阪府）

（発表者：長田栄一 東成区医師会長）

東成区医師会では「すべての区民がかかりつけ医を持とう」をスローガンに、2011(平成 23)年に「在宅・地域医療連携室」を医師会内に設置、2012(平成 24)年に厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」を受託、2014(平成 26)年に大阪府在宅医療連携拠点支援事業、2015(平成 27)年に「高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」が大阪市のモデル事業として実施され、現在、全区で継続されている。東成区役所では地域包括ケアシステムの要となる地域包括支援センター2か所、総合相談窓口ブランチ2か所を運営。2016(平成 28)年には東成区在宅医療・介護連携推進会議、推進実務者会議、包括的支援事業連絡会を開催。2017(平成 29)年には東成区認知症等支援検討チームを立ち上げている。また、医師会主催の健康展に区長が出席され、区の取り組みを区民に説明している。その他、障害者や高齢者と地域を繋ぐ「お守りネット事業」、緊急時安否確認「鍵預かり事業」、各自の健康管理を目的に「いきいき百歳体操」などを実施している。東成区医師会では、医療介護専門職間の相違点の背景を明らかにし、互いの隙間を埋める橋渡し役としてコーディネーターを設置している。しかし、事業終了後は医師会だけでは予算が組めず、今後の課題となっている。医師、医師会は積極的なリーダーシップをもって、かかりつけ医として地域包括ケアシステムに関与していくことが求められている。

(4) 安来市医師会（島根県）

（発表者：入江秀樹 安来市医師会診療所院長/介護医療院みずかぜ施設長）

安来市医師会病院は1985(昭和 60)年1月に開設され、全52床で介護療養16床、医療療養36床であった。介護療養病床は2017(平成 29)年度末の廃止が決定され、医療療養病床も25対1では存続困難と判断し、2018(平成 30)年3月に有床診療所と介護療養型老人保健施設へ移行した。同年4月の介護保険法改正で、生活・介護・医療・看取りを包括する施設として介護医療院が創設された。介護医療院は居宅扱いとされ、老健施設は施設扱いに変更された。これにより、病院からの退院先としては介護療養型老人保健施設より介護医療院が優先されると考え、同年10月に介護医療院40床、有床診療所8床に再編した。介護医療院としたことで、既存の老人保健施設との機能分担が明瞭になり、運営面でも改善傾向となったとのことである。

おわりに

今期医師会共同利用施設検討委員会は、2018(平成 30)年 10 月 10 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「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」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 10 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。

前期報告書では、吉見逸郎厚生労働省健康局健康課たばこ対策専門官(当時)に、「健康寿命の延伸に向けた取り組み」について伺ったことを報告した。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)年を比べると、平均寿命と健康寿命の差(不健康期間)は、2010(平成 22)年より 2013(平成 25)年の方が若干短縮していて良い傾向と思われること、2016(平成 28)年の不健康期間が 2013(平成 25)年より短くなっていれば、現在実施されている予防法や特定健診の効果の表れであり、逆に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であった。2016(平成 28)年度の平均寿命と健康寿命が 2018(平成 30)年 3 月に発表され、男女共に平均寿命及び健康寿命は伸びており、2016(平成 28)年の不健康期間は 2013(平成 25)年より男女とも短縮していた。現在実施されている予防法や特定健診の効果が認められる結果となったことは、喜ばしい限りである。

今回は、原委員より「地域包括ケアシステムと医師会病院—在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、開放型病床—」、豊田委員より「呉市医師会病院(200 床以上)における問題点及び要望」、猿木委員より「外国人未払い医療費対策についての群馬県医師会の取り組み」、山村委員より「働き方改革関連法の施行に伴う宮崎市郡医師会共同利用施設における問題点、対応策等」、森久保委員より「東京都医師会の外国人医療対策について」ご講演いただき、それぞれに対し討議した。

医師会病院は、地域包括ケアシステムの構築において、これまで以上にかかりつけ医と連携し、介護予防や在宅医療の推進等の領域も含めて、働き方改革や外国人医療対策の問題にも対応しながら、会員医療機関への診療支援の中心的役割を果たしていく必要があると思われる。

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。一昨年の日立健保組合と契約したことを起爆剤とし、さらなるシェア拡大を期待している。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、インフラ整備をさらに進めていただきたい。

在宅医療・介護保険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検診など、健康寿命への取り組みを進めていただくとともに、在宅医療・介護連携推進事業における様々なサービスを展開することにより、高齢者の生活支援等に寄与されることを願っている。

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が、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その結果、2009(平成21)年度には合計1,351施設まで増加していた。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、さら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。そして、2019(平成31)年度の調査では1,157施設と、数字だけ見ると104施設も減少したことになる。内訳は、医師会病院は74と3病院、臨床検査・健診センターは164と4施設、介護保険関連施設の地域包括支援センターは93と3施設、在宅介護支援センターは13と3施設、訪問看護ステーションは412と12施設、ホームヘルパーステーションは53と2施設、居宅介護支援事業所は224と9施設、そして診療所は60施設減少した(その他は65で10減少)。

また今回は、「診療所」の中の「休日夜間急患センター」、「その他」の中の「在宅医療介護連携関係」について現状を把握するため、追加調査を行うとともに、それらを医師会共同利用施設に含めるかについての議論を行った。その結果、医師会員がある意味義務として出務している「休日夜間急患センター」は医師会共同利用施設の理念と異なるとし、今後増大する在宅医療・介護ニーズへの一体的な提供のために不可欠な「在宅医療・介護連携関係」については含めることとした。そのため、診療所の数は大きく減少したが、新たに在宅医療介護連携関係の203が加わり、さらに医師会病院の3病院減少のうち1つは介護医療院第1号として新たな出発をされたということで、総数は1,360となった。

医師会病院や臨床検査・健診センター、訪問看護ステーションをはじめとする介護保険関連施設など、医師会共同利用施設は地域にとって必要不可欠であり、施設の減少が今後の地域包括ケアシステム構築に影響しないか危惧されるところである。

2025(令和7)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も時代のニーズに適応したさらなる改革が必要と思われる。

医師会共同利用施設である医師会病院へのアンケート報告書

福島県医師会常任理事・郡山医師会副会長

郡山市医療介護病院 院長 原 寿夫

(Email=hara@bigheart-hp.net)

〒963-8031 福島県郡山市字上亀田1-1

TEL=024-934-1240 FAX=024-934-1070

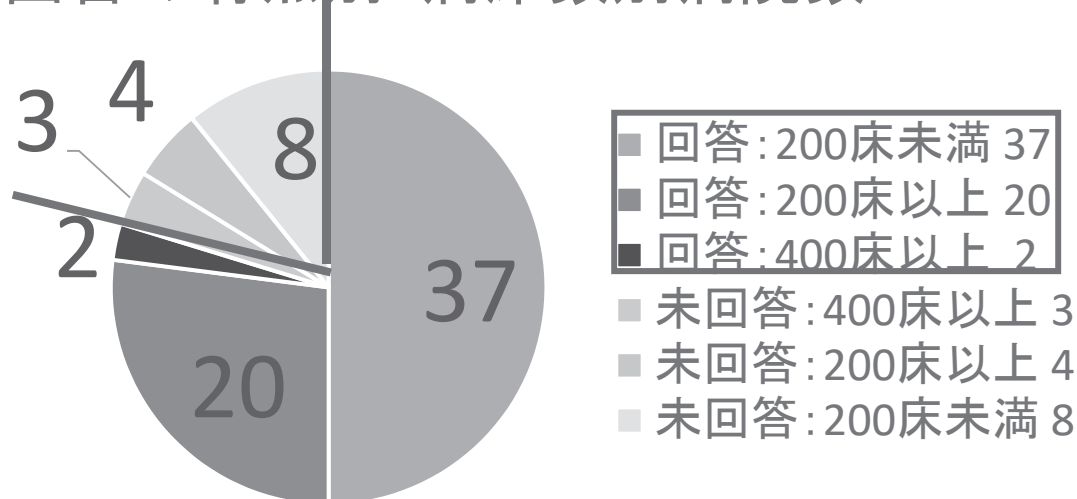
- ・目的 2025 年問題、2040 年問題等々、地域医療介護の環境は大きく変わり、地域によって抱えている課題は多様であり、医師会共同利用施設として運営されている医師会病院に求められることも変化してきている。このような状況下で、所属医師会およびその会員との協力体制等について現状を知ることにより、医師会病院の今後の方向性を検討しうるものと思われ企画した。

尚、アンケート内容の検討等アンケートの実施に当たって、日本医師会「医師会共同利用施設検討委員会」のご助言を頂きました。感謝申し上げます。

また、ご多忙のところアンケートにご協力頂いた関係各位に感謝申し上げます。

- ・期 間 2019 年 7 月 30 日～2019 年 8 月 16 日
- ・対 象 2019 年 4 月 1 日現在、医師会共同利用施設設立状況等調査結果登録の病院
病院数=74 病床数=14,815 床(未回答病院の病床数はホームページから調査)
- ・回 答 病院数=59 (回答率 79.7%) 病床数=11,219 床 (回答率 75.7%)

回答の有無別・病床数別病院数

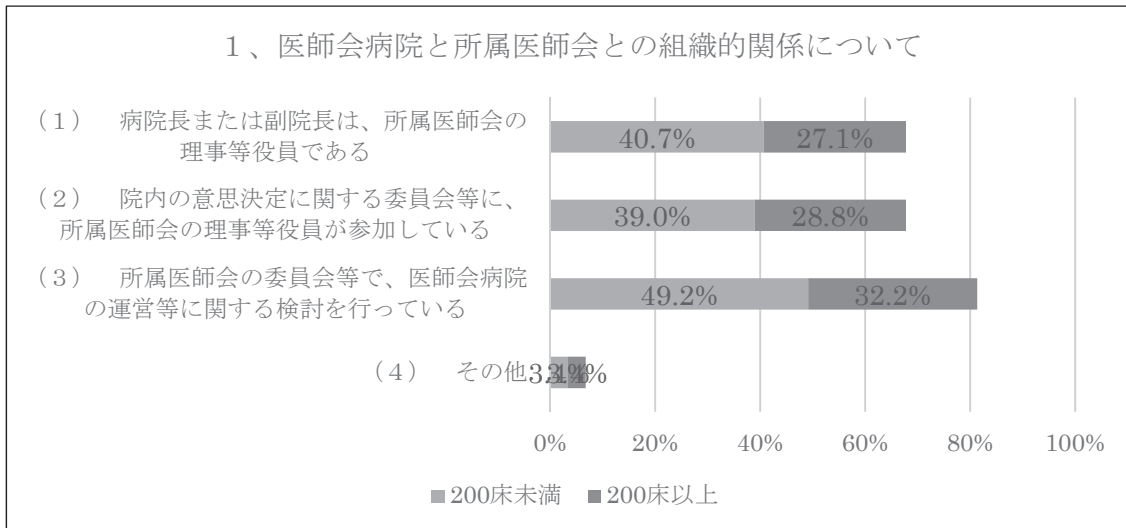


各問の該当する項目に ☒ を入れて頂き(複数回答可)、その他を選ばれた場合は具体的内容をご記入頂いた。

1、医師会病院と所属医師会との組織的關係について

- ☐ (1) 病院長または副院長は、所属医師会の理事等役員である
- ☐ (2) 院内の意思決定に関する委員会等に、所属医師会の理事等役員が参加している
- ☐ (3) 所属医師会の委員会等で、医師会病院の運営等に関する検討を行っている
- ☐ (4) その他()

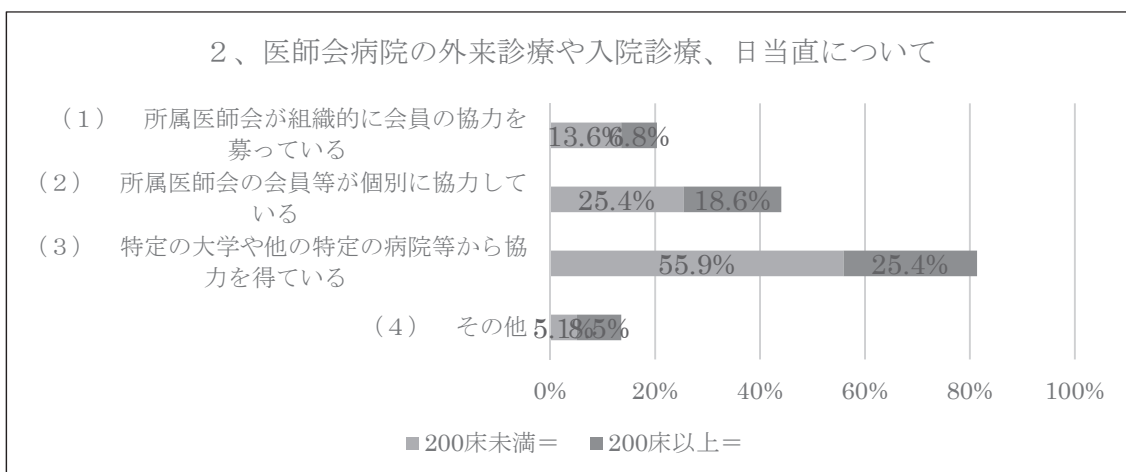
上記の回答結果は下図のとおりであり、病院の管理運営について、所属医師会との組織的な関係は出来ているようである。



2、医師会病院の外来診療や入院診療、日当直について

- ☐ (1) 所属医師会が組織的に会員の協力を募っている
- ☐ (2) 所属医師会の会員等が個別に協力している
- ☐ (3) 特定の大学や他の特定の病院等から協力を得ている
- ☐ (4) その他()

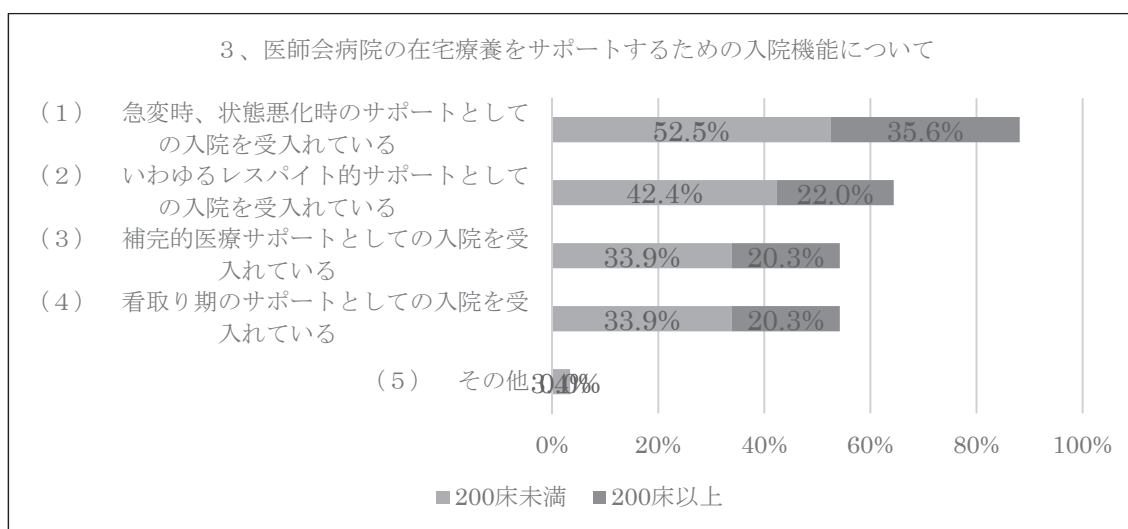
上記の回答結果は下図のとおりであり、医師の診療については、所属医師会会員との組織的な関係は薄く、課題であり、各病院で苦勞されているようである。



3、医師会病院の在宅療養をサポートするための入院機能について

- ☐ (1) 急変時、状態悪化時のサポートとしての入院を受入れている
- ☐ (2) いわゆるレスパイト的サポートとしての入院を受入れている
- ☐ (3) 補完的医療サポートとしての入院を受入れている（補完的医療とは、在宅では実施困難な診断・評価・治療を補うための定期的、又は短期間の入院）
- ☐ (4) 看取り期のサポートとしての入院を受入れている
- ☐ (5) その他（ ）

上記の回答結果は下図のとおりであり、後方支援病院と同様の機能が地域医療を支える医師会病院の役割としては求められ、200床未満の病院の多くが担っている。

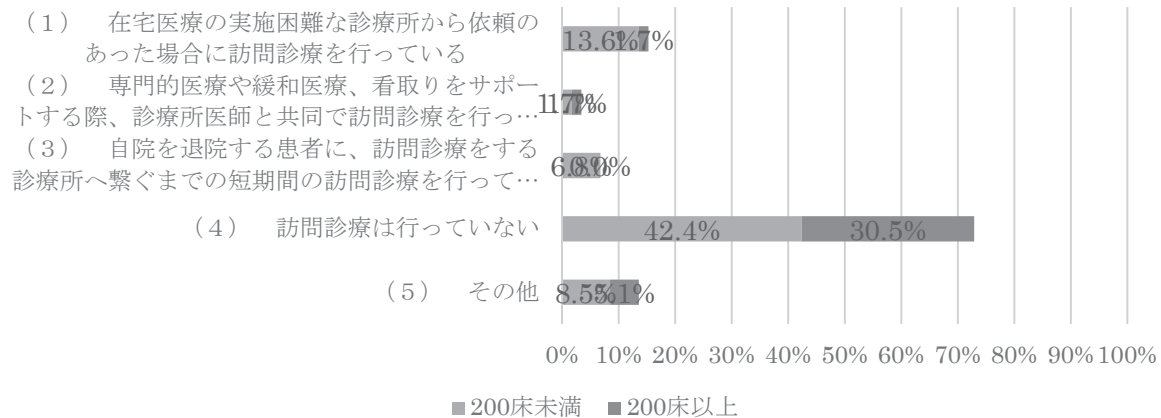


4、医師会病院の訪問診療について

- ☐ (1) 在宅医療の実施困難な診療所から依頼のあった場合に訪問診療を行っている
- ☐ (2) 専門的医療や緩和医療、看取りをサポートする際、診療所医師と共同で訪問診療を行っている
- ☐ (3) 自院を退院する患者に、訪問診療をする診療所へ繋ぐまでの短期間の訪問診療を行っている
- ☐ (4) 訪問診療は行っていない
- ☐ (5) その他（ ）

上記の回答結果は下図のとおりであり、在宅療養支援病院と同様の機能は地域の特性に応じて限定的ある。

4、医師会病院の訪問診療について

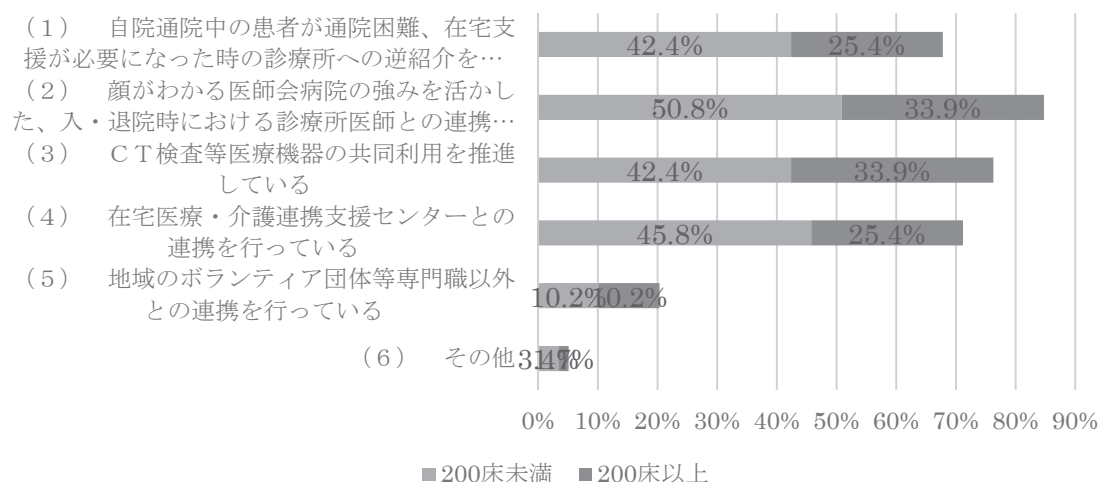


5、医師会病院の地域連携機能について

- ☐ (1) 自院通院中の患者が通院困難、在宅支援が必要になった時の診療所への逆紹介を行っている
- ☐ (2) 顔がわかる医師会病院の強みを活かした、入・退院時における診療所医師との連携を行っている
- ☐ (3) CT検査等医療機器の共同利用を推進している
機器名 = ()
- ☐ (4) 在宅医療・介護連携支援センターとの連携を行っている
- ☐ (5) 地域のボランティア団体等専門職以外との連携を行っている
- ☐ (6) その他 ()

上記の回答結果は下図のとおりであり、地域医療を支える医師会の病院として地域包括ケアシステムの構築のための、地域のボランティア等＋αへの対応が求められている。

5、医師会病院の地域連携機能について



6、医師会病院と会員医療機関との間で競合することについて

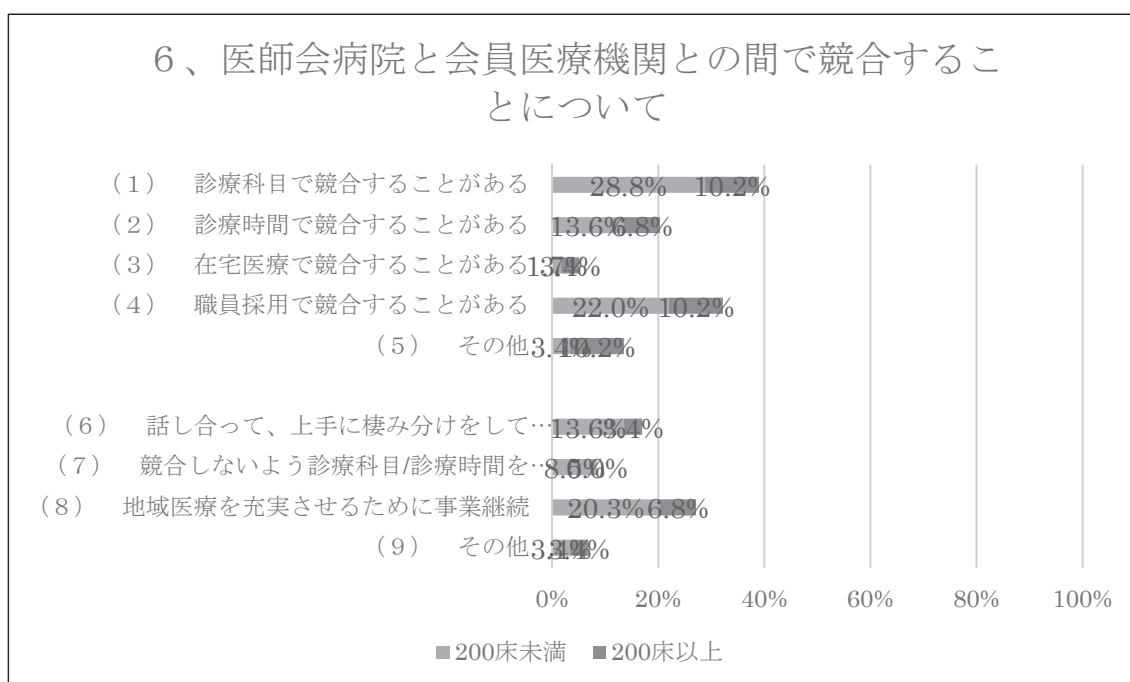
- ☐ (1) 診療科目で競合することがある
☐ (2) 診療時間で競合することがある
☐ (3) 在宅医療で競合することがある
☐ (4) 職員採用で競合することがある
☐ (5) その他()

上記 6、で1つ以上☑された医師会病院のみ下記(6)～(9)にお答えください。

競合する場合、どのようにされていますか

- ☐ (6) 話し合って、上手に棲み分けをしている
☐ (7) 会員と競合しないように、診療科目/診療時間等を制限している
☐ (8) 会員の様々な要望があり、地域医療を充実させるためには、競合する会員医療機関と若干の競合はやむを得ないので、事業を継続している
☐ (9) その他

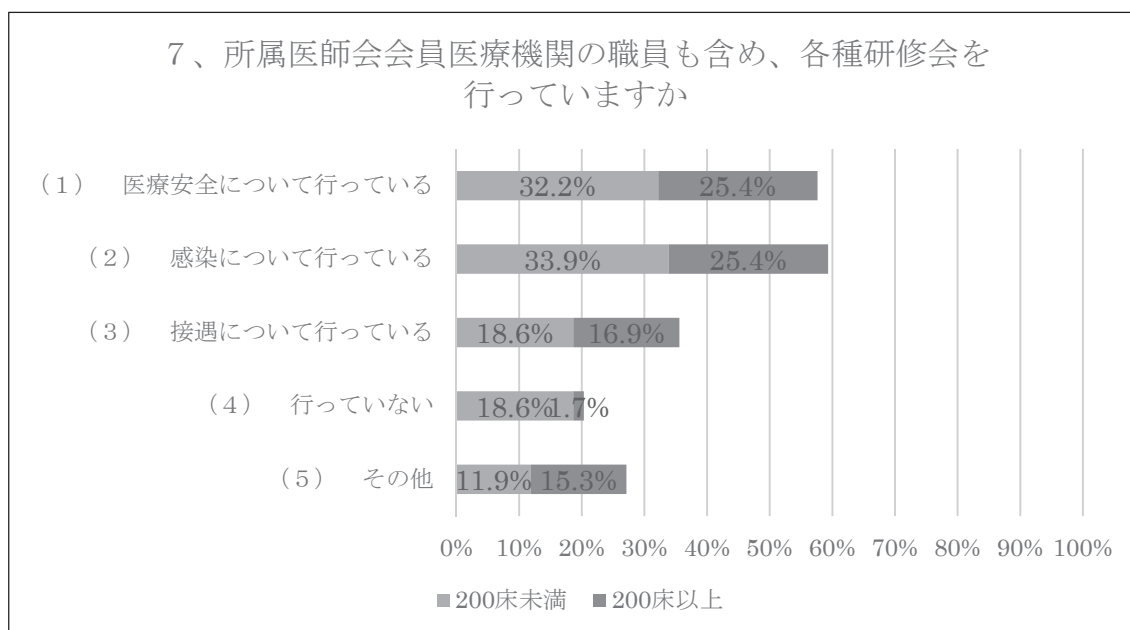
上記の回答結果は下図のとおりであり、診療科目や職員採用において競合する場面が一部あるが、地域医療を支えるために、話し合いが行われているようである。



7、所属医師会会員医療機関の職員も含め、各種研修会を行っていますか

- ☐ (1) 医療安全について行っている
- ☐ (2) 感染について行っている
- ☐ (3) 接遇について行っている
- ☐ (4) 行っていない
- ☐ (5) その他()

上記の回答結果は下図のとおりであり、地域医療を支えることの一つに、所属医師会会員医療機関への情報提供等が、会員から求められ対応しているようである。



8、その他、所属医師会会員から求められていることに対応している事業がありましたらご記入ください。

[]

- ・共同利用の一貫として、医師や各専門職の派遣を依頼されている。
- ・土・日の救急を行っている。

医師会共同利用施設である医師会病院へのアンケート

拝啓 盛夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、2025 年問題、2040 年問題等々、地域医療介護の環境は大きく変わり、地域によって抱えている課題は多様であり、医師会共同利用施設として運営されている医師会病院に求められることも変化してきていると考えられます。このような状況下で、所属医師会およびその会員との協力体制等について下記アンケートを企画しました。何かとご多忙のところ大変申し訳ありませんが、ご協力の程宜しくお願い致します。

尚、下記記載後は、このまま同封の封筒に入れ、8月16日(金)までにご返送ください。 敬具

令和元年7月 30 日

〒963-8031 福島県郡山市字上亀田1-1
一般社団法人郡山医師会 郡山市医療介護病院
TEL=024-934-1240 FAX=024-934-1070
院長 原 寿夫(Email=hara@bigheart-hp.net)

下記の問に該当する項目に ☒ を入れ(複数回答可)、その他を選ばれた場合は具体的にご記入下さい。

1、医師会病院と所属医師会との組織的関係について

- ☐ (1) 病院長または副院長は、所属医師会の理事等役員である
- ☐ (2) 院内の意思決定に関する委員会等に、所属医師会の理事等役員が参加している
- ☐ (3) 所属医師会の委員会等で、医師会病院の運営等に関する検討を行っている
- ☐ (4) その他()

2、医師会病院の外来診療や入院診療、日当直について

- ☐ (1) 所属医師会が組織的に会員の協力を募っている
- ☐ (2) 所属医師会の会員等が個別に協力している
- ☐ (3) 特定の大学や他の特定の病院等から協力を得ている
- ☐ (4) その他()

3、医師会病院の在宅療養をサポートするための入院機能について

- ☐ (1) 急変時、状態悪化時のサポートとしての入院を受入れている
- ☐ (2) いわゆるレスパイト的サポートとしての入院を受入れている
- ☐ (3) 補完的医療サポートとしての入院を受入れている
(補完的医療とは、在宅では実施困難な診断・評価・治療を補うための定期的、又は短期間の入院)
- ☐ (4) 看取り期のサポートとしての入院を受入れている
- ☐ (5) その他()

4、医師会病院の訪問診療について

- ☐ (1) 在宅医療の実施困難な診療所から依頼のあった場合に訪問診療を行っている
- ☐ (2) 専門的医療や緩和医療、看取りをサポートする際、診療所医師と共同で訪問診療を行っている
- ☐ (3) 自院を退院する患者に、訪問診療をする診療所へ繋ぐまでの短期間の訪問診療を行っている
- ☐ (4) 訪問診療は行っていない
- ☐ (5) その他()

5、医師会病院の地域連携機能について

- ☐ (1) 自院通院中の患者が通院困難、在宅支援が必要になった時の診療所への逆紹介を行っている
- ☐ (2) 顔がわかる医師会病院の強みを活かした、入・退院時における診療所医師との連携を行っている
- ☐ (3) CT検査等医療機器の共同利用を推進している
機器名＝()
- ☐ (4) 在宅医療・介護連携支援センターとの連携を行っている
- ☐ (5) 地域のボランティア団体等専門職以外との連携を行っている
- ☐ (6) その他()

6、医師会病院と会員医療機関との間で競合することについて

- ☐ (1) 診療科目で競合することがある
- ☐ (2) 診療時間で競合することがある
- ☐ (3) 在宅医療で競合することがある
- ☐ (4) 職員採用で競合することがある
- ☐ (5) その他()

上記 6、で 1 つ以上 ☒ された医師会病院のみ下記 (6)～(9) にお答えください。

競合する場合、どのようにされていますか

- ☐ (6) 話し合って、上手に棲み分けをしている
- ☐ (7) 会員と競合しないように、診療科目/診療時間等を制限している
- ☐ (8) 会員の様々な要望があり、地域医療を充実させるためには、競合する会員医療機関
と若干の競合はやむを得ないので、事業を継続している
- ☐ (9) その他

()

7、所属医師会会員医療機関の職員も含め、各種研修会を行っていますか

- ☐ (1) 医療安全について行っている
- ☐ (2) 感染について行っている
- ☐ (3) 接遇について行っている
- ☐ (4) 行っていない
- ☐ (5) その他()

8、その他、所属医師会会員から求められていることに対応している事業がありましたらご記入ください。

()

病 院 名＝() (病床数＝ 床)

担当者名＝

連 絡 先＝

医師会病院一覧 (医師会共同利用施設設立状況等調査結果 2019.4.1現在)

No.	都道府県	47code	関係医師会	開設者	開設者属性	施設名	地域医療支援病院
1	北海道	1	函館市医師会	函館市医師会	医師会	函館市医師会病院	○
2	青森県	2	むつ下北医師会	一部事務組合下北医療センター	自治体	一部事務組合下北医療センターむつリハビリテーション病院	
3	宮城県	4	仙台市医師会	仙台市医療センター	その他	仙台オープン病院	○
4	秋田県	5	能代市山本都医師会	能代市山本都医師会	医師会	能代山本医師会病院	○
5	秋田県	5	由利本荘医師会	由利本荘医師会	医師会	由利本荘医師会病院	
6	山形県	6	鶴岡地区医師会	鶴岡市	自治体	鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院	
7	福島県	7	郡山医師会	郡山市	自治体	郡山市医療介護病院	
8	茨城県	8	石岡市医師会	石岡市医師会	医師会	石岡市医師会病院	
9	茨城県	8	取手市医師会	取手市医師会	医師会	取手北相馬保健医療センター医師会病院	○
10	茨城県	8	つくば市医師会	筑波メディカルセンター	その他	(公財)筑波メディカルセンター	○
11	茨城県	8	きぬ医師会	きぬ医師会	医師会	きぬ医師会病院	
12	栃木県	9	栃木県医師会	栃木県医師会	医師会	栃木県医師会塩原温泉病院	
13	栃木県	9	佐野市医師会	佐野市医師会	医師会	佐野市医師会附属佐野医師会病院	
14	群馬県	10	群馬県医師会	群馬県医師会	医師会	群馬県医師会群馬リハビリテーション病院	
15	群馬県	10	伊勢崎佐波医師会	伊勢崎佐波医師会	医師会	伊勢崎佐波医師会病院	○
16	埼玉県	11	大宮・浦和・さいたま市与野・岩槻医師会	さいたま市	その他	さいたま市民医療センター	○
17	埼玉県	11	東松山医師会	東松山医師会	医師会	東松山医師会病院	○
18	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	大久保病院	○
19	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	荏原病院	○
20	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	多摩北部医療センター	○
21	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	東部地域病院	○
22	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	多摩南部地域病院	○
23	東京都	13	東京都医師会	東京都	自治体	東京都リハビリテーション病院	
24	東京都	13	東京都医師会	東京都保健医療公社	その他	豊島病院	○
25	東京都	13	板橋区医師会	板橋区医師会	医師会	板橋区医師会病院	
26	岐阜県	21	海津市医師会	海津市医師会	医師会	海津市医師会病院	
27	鳥取県	31	鳥取県中部医師会	鳥取県中部医師会	医師会	鳥取県中部医師会立三朝温泉病院	
28	島根県	32	益田市医師会	益田市医師会	医師会	(公社)益田市医師会立益田地域医療センター医師会病院	○
29	岡山県	33	赤磐医師会	赤磐医師会	医師会	赤磐医師会病院	○
30	広島県	34	広島市医師会	広島市	自治体	広島市医師会運営・安芸市民病院	
31	広島県	34	呉市医師会	呉市医師会	医師会	呉市医師会病院	○
32	広島県	34	三原市医師会	三原市医師会	医師会	三原市医師会病院	○
33	広島県	34	因島医師会	因島医師会	医師会	因島医師会病院	
34	広島県	34	三次地区医師会	三次地区医師会	医師会	三次地区医療センター	
35	山口県	35	徳山医師会	徳山医師会	医師会	地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院	○
36	山口県	35	岩国市医師会	岩国市医師会	医師会	岩国市医療センター医師会病院	○
37	香川県	37	三豊・観音寺市医師会	三豊市	自治体	三豊市立西香川病院	
38	愛媛県	38	今治市医師会	今治市医師会	医師会	今治市医師会市民病院	
39	愛媛県	38	喜多医師会	喜多医師会	医師会	喜多医師会病院	○
40	愛媛県	38	八幡浜医師会	八幡浜医師会	医師会	八幡浜医師会立双岩病院	
41	福岡県	40	遠賀中間医師会	遠賀中間医師会	医師会	遠賀中間医師会おんが病院	○
42	福岡県	40	遠賀中間医師会	遠賀中間医師会	医師会	遠賀中間医師会おかがき病院	
43	福岡県	40	糸島医師会	糸島医師会	医師会	糸島医師会病院	○
44	福岡県	40	宗像医師会	宗像医師会	医師会	宗像医師会病院	○
45	福岡県	40	朝倉医師会	朝倉医師会	医師会	朝倉医師会病院	○
46	佐賀県	41	唐津東松浦医師会	唐津東松浦医師会	医師会	唐津東松浦医師会医療センター	
47	熊本県	43	熊本市医師会	熊本市医師会	医師会	熊本市医師会熊本地域医療センター	○
48	熊本県	43	菊池都市医師会	菊池都市医師会	医師会	菊池都市医師会立病院	
49	熊本県	43	八代市医師会	八代市医師会	医師会	八代市医師会立病院	
50	熊本県	43	八代郡医師会	八代郡医師会	医師会	八代北部地域医療センター	
51	熊本県	43	天草都市医師会	天草都市医師会	医師会	天草都市医師会立天草地域医療センター	○
52	熊本県	43	天草都市医師会	天草都市医師会	医師会	天草都市医師会立苓北医師会病院	
53	大分県	44	竹田市医師会	竹田市医師会	医師会	竹田医師会病院	○
54	大分県	44	宇佐市医師会	宇佐市医師会	医師会	宇佐高田医師会病院	○
55	大分県	44	大分市医師会	大分市医師会	医師会	大分市医師会立アルメイダ病院	○
56	大分県	44	津久見市医師会	津久見市医師会	医師会	津久見市医師会立津久見中央病院	
57	大分県	44	臼杵市医師会	臼杵市医師会	医師会	臼杵市医師会立コスモス病院	○
58	宮崎県	45	宮崎市医師会	宮崎市医師会	医師会	宮崎市医師会病院	○
59	宮崎県	45	都城市北諸県郡医師会	都城市北諸県郡医師会	医師会	都城市医師会病院	○
60	宮崎県	45	延岡市医師会	延岡市医師会	医師会	延岡市医師会病院	
61	鹿児島県	46	鹿児島市医師会	鹿児島市医師会	医師会	鹿児島市医師会病院	○
62	鹿児島県	46	川内市医師会	川内市医師会	医師会	川内市医師会立市民病院	○
63	鹿児島県	46	いちき串木野市医師会	いちき串木野市医師会	医師会	いちき串木野市医師会立脳神経外科センター	
64	鹿児島県	46	薩摩郡医師会	薩摩郡医師会	医師会	薩摩郡医師会病院	
65	鹿児島県	46	出水郡医師会	出水郡医師会	医師会	出水郡医師会立第二病院	
66	鹿児島県	46	出水郡医師会	出水郡医師会	医師会	出水郡医師会広域医療センター	○
67	鹿児島県	46	姶良地区医師会	霧島市	自治体	霧島市立医師会医療センター	○
68	鹿児島県	46	曽於医師会	曽於医師会	医師会	曽於医師会立有明病院	
69	鹿児島県	46	曽於医師会	曽於医師会	医師会	曽於医師会立病院	○
70	鹿児島県	46	肝属郡医師会	垂水市	自治体	垂水市立医療センター垂水中央病院	
71	鹿児島県	46	肝属郡医師会	肝属郡医師会	医師会	肝属郡医師会立病院	○
72	鹿児島県	46	大島郡医師会	大島郡医師会	医師会	大島郡医師会病院	
73	沖縄県	47	北部地区医師会	北部地区医師会	医師会	北部地区医師会病院	○
74	沖縄県	47	北部地区医師会	北部地区医師会	医師会	北部地区医師会 附属病院心臓血管センター	

※開設者の区分は、医師会、自治体、その他とした(その他は公益・一般社団法人、公益・一般財団法人、社会福祉法人等が開設者となっており、第3セクターも含まれる)。
※データはすべて各都道府県医師会からの回答をもとに掲載。

