

第 21 回 中国四国医師会共同利用施設等連絡協議会

と き 平成 30 年 8 月 25 日 (土) 14:00 ~ 17:30

ところ 広島県医師会館

報告：常任理事 沖中 芳彦
同 前川 恭子

第 1 分科「医師会病院」

座長：広島県医師会常任理事 中西 敏夫

コメンテーター：日本医師会常任理事

松本 吉郎

広島県医師会会長 平松 恵一 まずは、豪雨災害へのご支援に感謝するとともに、亡くなられた方々のご冥福をお祈りし、被災された方々にお見舞い申し上げます。

現在、地域では切れ目のない医療が望まれている。地域医療構想調整会議では、医療機関の地域における役割が論じられ、医師会病院も地域の一員としての決断を迫られている。この分科会で論じられることを、地域での課題解決の参考としていただきたい。

1. 広島県

1) 広島市医師会運営・安芸市民病院

○医師確保 医師は広島大学からの派遣で充足しているが、今後の在宅医療でのリハビリの必要性を考えると、整形外科医のニーズがある。

○経営 地域包括ケア病床を 12 から 20 に増やし、交付金を加え、まずまずの経営状態といえる。築 40 年の病院であり、建て替えが今後の問題となる。

2) 三原市医師会病院

○医師等確保 医師派遣は広島大学からなされているが、他のメディカルスタッフの募集への応募がない。

○経営 黒字経営だが、派遣職員の給与費が 1.5 倍となり、人件費率が上昇している。医療機器が高額化しており、耐用年数を迎える機器の更新が負担となる。

3) 三次地区医療センター（三次地区医師会）

○医師確保 市立三次中央病院、庄原市立西城市民病院・庄原赤十字病院の 4 病院で地域医療連携推進法人「備北メディカルネットワーク」を形成している。目的の一つに医師確保があり、広島大学から市立三次中央病院への医師派遣枠を増やしてもらい、ここをハブとして医師が不足する病院に派遣している。医師確保に常に頭を悩ませている。

○経営 黒字だが人件費率が少しずつ上がっている。介護老人保健施設・訪問看護ステーションを持っているが、新たに訪問リハビリを開始している。

4) 呉市医師会病院

○医師等確保 平成 16 年に 8 人いた内科医が 4 人に減少、広島大学に派遣依頼したが、現在、非常勤での派遣である。ふるさとドクターネット広島や女性医師バンクに登録するが、ほとんど応募がない。薬剤師も減り、大変困っている。

○経営 昨年度は何とか黒字だが、過去に 2 回赤字の年があった。大腸肛門センターを開設、一般病床の一部を地域包括病床に転換している。地域医療支援病院の機能を基幹病院にとられてしまった感が否めない。

○地域医療構想 市内に 4 病院あり、再編が必要だと認識しているが、具体的にどのように機能分化を進めたらよいかかわからない。

5) 因島医師会病院

○医師確保 常に医師不足に脅かされながら、7 人の医師で 199 ベッドを回している。内科外来は非常勤医師で対応している。

○経営 平成 29 年度は入院患者数の減少から赤字となった。また、人件費率も高くなっている。介護老人保健施設・地域包括支援センターなどと連携して運営している。

6) 安佐医師会

○地域医療構想 広島市立病院機構の安佐市民病院の建て替えを機に、新病院を急性期対応、旧病院を安佐医師会が運営し回復期対応とする計画である。

2. 島根県

1) 益田地域医療センター医師会病院

○医師確保 医師が 11 名から 7 名に減り、島根大学からの派遣もない。赤ひげバンクの応募はなく、「親父の背中プログラム」として合同会社ゲネプロと益田市医師会がへき地医療研修プロジェクトを開始した。知名度がなければプロジェクトも進まないため、日医にも協力いただき記者会見なども行った。ゲネプロでプールしている医師を当院に派遣してもらい、その派遣医師は希望の開業医の専門性を学ぶ。16 名の応募があり、平成 28 年から年 2 名、31 年度はさらに 1 名採用予定である。島根県や益田市も興味を持っている。

○経営 看護師・介護士不足で地域包括ケア病棟を充分回転できない状況である。病院単独では赤字だが補助金で何とか黒字にしている。人間ドック収入が増えているが十分とはいえず、市内に介護老人保健施設が稼働し始め影響を心配している。

3. 鳥取県

1) 三朝温泉病院（鳥取県中部医師会）

○医師確保 平成 27 年、岡山大学病院三朝医療センターが閉院予定となり、500 人の外来患者をどうするかが問題となった。鳥取県中部医師会による寄附講座で、岡山大学から三朝温泉病院に教授・助教を 3 年間（平成 28～31 年）派遣されることとなった。平成 31 年からも 3 年間継続予定である。

4. 岡山県

1) 赤磐医師会病院

○医師確保 県内唯一の医師会病院である。13

名の医師のうち 12 名が岡山大学から派遣されている。ケアミックスにてリハビリを考え、整形外科の増員を望んでいる。

5. 愛媛県

1) 喜多医師会病院

○医師確保 循環器急性期に対応する病院として機能し、他医療機関とは診療科の住み分けができていない。愛媛大学と連携を取り、循環器領域のスタッフは充実している。外科医のニーズが出てきているが、確保が難しい。

2) 今治市医師会市民病院

○医師確保 今治市の 2 次救急輪番担当病院の減少により、残る担当病院の負担が増え、2 次救急を回せなくなる恐れが出てきた。そこで、市の予算で、愛媛大学から医師・看護師各 1 名のチームが 12 時間ごと 2 チーム派遣される協定を締結した。今治市医師会病院の土日の 2 次救急を 3 年間担当する。研修医と一緒にやってきて喜んで研修している。

○地域医療構想 愛媛県立今治病院の 5 年後の建て替えで、病床機能分化の様相が変化しないか憂慮している。

6. 山口県

1) 地域医療支援病院オープンシステム徳山医師会病院

○医師等確保 全床完全オープンシステムを継続している。山口大学からの派遣ではない 10 名の常勤医が所属する。開業医が患者さんを入院させ、日中は常勤医が病棟医として診療、退院後は再び開業医に患者さんが戻る。多い医師では 20 名の患者さんを入院としている。看護師不足で一部病床を回せないが、所属の看護学校卒業生の就職でまかなっている。

○経営 開業医が入院病院として利用しなければ回転しない。数年前に建て替え、病棟が新しくなり人間ドック部門も充実させ、患者さんが増えた。現在、黒字である。

コメンテーター

○医師確保 医療法・医師法の一部改正により、

医師の偏在問題に国もやっと腰をあげたように見えるが、主には地域卒卒業医師の活用に関しての改正である。地域卒卒業医師は、6年後には全国で1万人となり、公立病院優先で派遣されることになる。医師会病院や地域の中小病院にもこれらの医師が派遣されるよう働きかけをしたい。

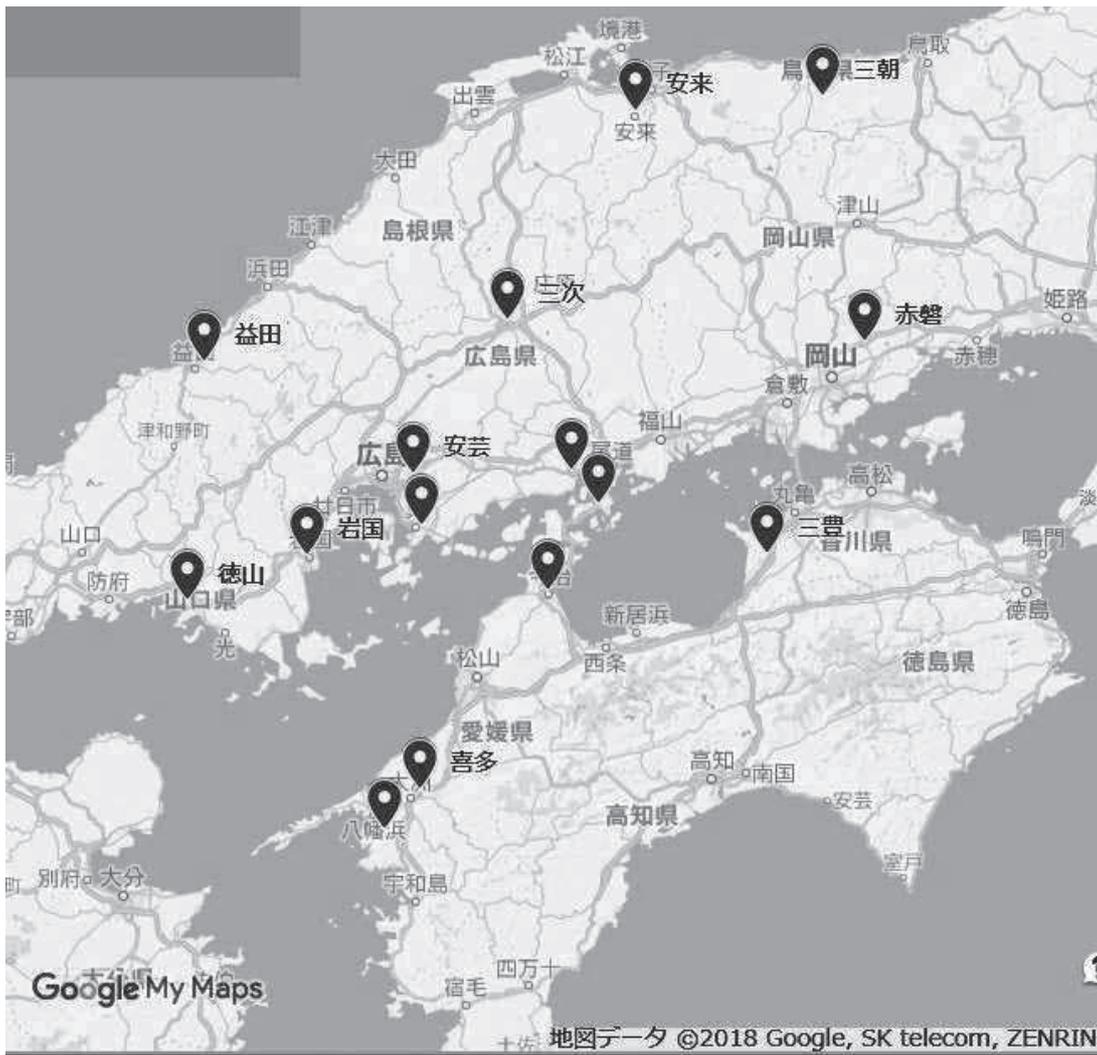
○経営 医師会病院は機能的には公的な性質を持つが、公的病院のような税制優遇措置は受けられない。公益社団法人やオープンシステムの非課税枠を利用すること、また、200床未満の病院は、地域包括ケア病棟への転換や在宅医療への進出で加算をとることをお考えいただきたい。県や県医師会との協議が必要であるが、地域医療介護総合確保基金を病院の機能強化などに使うことも可能と考える。

[報告：前川 恭子]

第2分科会「医師会立検査センター（医療連携ネットワーク等を含む）」

座長：広島県医師会常任理事 藤井 康史
 コメンテーター：日本医師会副会長 今村 聡
 広島県医師会副会長 桑原 正雄 本日は検査センターのデータの有効活用ということで、医療情報ネットワークについてお知恵をいただきたい。ネットワークは広島県もかなり苦労しながら行っている。いろいろな観点からのご意見をいただき、また、最後に日医の今村副会長からのご意見をいただきたい。

コメンテーター 7月の西日本豪雨災害で亡くなられた多くの方々のご冥福をお祈りする。広島県、岡山県、愛媛県をはじめとして多くの地域の医療機関が被害を受けておられ、1日も早い復興を



中国四国医師会病院分布

願っている。各県におかれては、JMAT を派遣していただいたことに改めてお礼申し上げます。日本医師会も 7 月 21 日に、加藤厚生労働大臣に対して、被災された医療機関の支援をお願いした。また、菅官房長官をはじめ多くの国会議員にも引き続きの支援をお願いした。非常に厳しい状況の中で、広島県医師会の役職員の皆様には本協議会の開催にあたりご尽力いただいたことに敬意を表する。本日の協議が医師会共同利用施設の有効な活用に繋がることを祈念する。

座長 日医の調査によると、中国四国医師会の共同利用施設は、4 の健診センター、13 の検査センター、3 の健診・検査複合体のセンターが存在する。検査センターの抱える課題としては、民間の検査センターとの価格競争、集配の人材の確保、人材の育成、施設の老朽化などが挙げられている。検査センターの今後の発展や存在意義を考えると、検査センターが持つ検査データを如何に活用するかが大きな鍵となる。検査センターの活用が健康寿命の延伸に有用であることが示唆されている。また地域医療連携において、患者情報をどのように共有するかが問題となっており、患者データの中でも検査データは重要な項目である。災害の際には患者のデータを活用するシステムがあれば有用である。日医の共同利用施設検討委員会の答申でも、臨床検査や健診センターが蓄積している検査・健診データを積極的に活用し、重症化予防事業や地域の医療連携のため、効果的にデータを共有することが重要視されており、有効活用する手段としては ICT の活用としてネットワークの構築が有用であるが、個々の検査センターが自前で構築すると、多額の予算が必要となり、現実的には困難である。

既存のネットワークと接続することができれば、低コストで導入でき、現実的と思われる。このような点により、今回の分科会にあたり協議内容を検討した結果、第一に「各県における医療連携ネットワークの構築・運営の現状」を把握していただき、「検査センターとの現時点での接続状況」について報告していただく。そして第二に「検査センターと医療連携ネットワークの接続の将来像」について意見交換させていただく。さらに第

三に、「検査センターが利用できる医療連携ネットワークの構築」について、日本医師会への希望を纏めたいと思う。

一点目の「各県における医療連携ネットワークの構築・運営の現状」について、まず、広島県の現状について報告する。広島県医師会が構築し運営する「ひろしま医療情報ネットワーク」(Hiroshima Medical Network: HM ネット) の運用開始から 5 年が経過する。HM ネットは、病診連携機能を柱としたシステムで、現在 43 の診療情報開示病院と 711 の参加施設があり、開示病院の診療情報の参照・閲覧が可能となっている。さらにその他にいろいろなグループウェアを運用しており、その一つに健診・検査共有システムがある。このシステムは検査センターで受けた検査結果を、近隣の診療所が参照して日々の診療に役立てる仕組みで、福山市と三次市の検査センターが参加している。現時点では県内すべての検査センターが HM ネットに参加しているわけではないので、今後、参加勧奨に努める。その他にも、薬局の調剤情報を共有する仕組みや、地域連携パスとして、認知症、脳卒中、胃がん、肝疾患のシステムがある。また、患者が自分のスマートフォンを使って利用できる「ひろしま健康手帳」という機能があり、今後も機能の拡張を予定しており、健康管理に有用なシステムになると確信している。

岡山県医師会 「医療ネットワーク岡山(晴れやかネット)」で全県的に接続されており、今、開示病院が 51 施設あるが、「双方向」を実現してきており、現在 8 施設ある。したがって、開業医のデータも共有できるような形を構築している段階で、開業医、中小医療機関の参加も期待している。その他、新見医師会が独自に構築したのもあり、県医師会が積極的に絡んでいる「晴れやかネット」を全県的に広めるということで、広島県福山市と HM ネットで繋っており、基本的には広島県と岡山県との間で相互共有ができる状況にある。介護の分野にも「ケアキャビネット」を作って、介護のデータも連携できるように調整中である。検査データに関しては、診療所のレセコンから上がってくるデータを共有すること

ができる。将来的には診療所の検査データを「晴れやかネット」にアップしてもらって、相互に見ることができるような形にしていきたい。なお、SS-MIX2 というプロトコルがあるが、それはうまく活用できていない。

島根県医師会 全県対応の「しまね医療情報ネットワーク（まめネット）」で連携を図っている。県東部の出雲部が中心になっているが、益田等県西部では普及はまだ進んでいないところもある。県下のカード発行枚数は 46,000 強であるが、接続施設数は 804 件である。接続サービスとしては、カルテ、診療予約、画像中継サービス等を中心に行っている。医師会検査センターはあるが、そちらとの接続は行っていない。カルテを通じて検査結果を見ることはできる。県の東部と西部は距離があるため、なかなか活用には至っておらず、今後の課題である。

山口県医師会 5つの圏域で、それぞれ独自に医療連携ネットワークを構築しており、未整備の3つの医療圏に関しても準備を進めていると聞いている。県内共通のネットワークとするのが理想と思うが、以前に県のシステムがあったがうまくいかなかったため、現時点では実現しそうにない。それぞれの地域の中核病院、基幹病院の検査結果、処方内容、アレルギーの有無や治療内容等を、開業医が患者の承諾のもとに見ることができるというシステムとなっている。

徳島県医師会 5つのネットワークは、個々の地域の病院を中心とした、その近郊の医療機関との間の小さな連携である。現在、徳島大学病院が中心となって、総務省の「クラウド型 HER 高度化事業」の補助金で、「阿波あいネット」という県内の統一したネットワークを構築中である。実際に運用が始まるのはこの秋からとなっている。当県には医師会立検査センターがない。「阿波あいネット」では病院と診療所の双方向性にデータを見ることができる。ただし、一部には参照型の医療機関もある。県内には ID-Link (NEC) と HumanBridge (富士通) のグループがあり、この両者を「阿波あいネット」の SS-MIX2 で結合

して、双方の情報を一つの病院で見ることができるようになる。介護施設の参加も予定はしているが、まだ対応施設の募集は始まっていない。

愛媛県医師会 連携 EMA ネットワークを構築中であるが、まだ進んでいないのが現状であり、地域の中核病院のネットワークとの連携を目指している。県内医療機関の共通の通信インフラと位置づけているものの、まだ開始したばかりで、数十件の接続状況である。将来的には、介護支援システム、医療介護連携システム等、いろいろな病院や団体が構築しているが、現在、中心的に使っているのは WEB 会議システムである。

座長 報告していただいたように、各県とも医療連携ネットワークがあり、基金等を利用して構築されているが、運用目的等は異なっているように思われる。今回、検査センターとの接続ということをまず考えてみると、広島県の福山市と三次市で利用されているということであるが、福山市の現状について教えていただきたい。

福山市医師会 HM カード（地域共通 ID カード）を現在 1 万枚作っている。どこの医療機関にかかっているかまで書いていただくため、カードを作った瞬間に、検査と健診のデータを全部リンクして表示している。現在、70 の医療機関で使用していただいております。検査結果の閲覧よりも健診のデータを見てほしいということで、胸部レントゲンと内視鏡も全部画像をみられるようにしていて、その結果をみてほしいという受診者が医療機関を訪れることが多くなってきている。

座長 徳島県や愛媛県のように 2 次医療圏のネットワークがあって、それから県単位のネットワークに接続するときにはいろいろな問題点もあるように伺った。広島県の HM ネットワークも県全体を対象として運用しているが、既に二次医療圏単位、病院で利用しているネットワークがあった。既存のネットワークに HM ネットワークに参加していただくには、セキュリティの問題、患者同意の取得方法など、接続における検討が必要であるが、各県ではどのように対処しておられるか。

徳島県医師会 基本的に個々のネットワークを全県的な「阿波あいネットワーク」に接続する時点で、個々の患者さんの同意が必要と思われる。徳島大学病院の中に、「阿波あいネット」枠があり、その中にバックヤードセキュリティも含めている。いろいろな部門があるが、その中で規約を設けている。基本的には同意がないと中に入れられないという形を取っている。

座長 愛媛県は接続を検討中とのことであるが、努力されている点等について教えていただきたい。

愛媛県医師会 医師会立の共同利用施設は当県にはないため、検査センターとネットワークとの連携については全く進んでいない。医療機関との連携に関してどの程度のセキュリティを確保するかが課題で、患者の同意と各医療機関にカードを配付することについては、HM ネットと同じようなことを考えている。医療機関の連携といってもなかなか参加してもらえないことなどいろいろな問題があり、画像や検査データを全部見られるようにしようとしているため、時間がかかっているという状況である。

岡山県医師会 本県では「HM ネット」と「晴れやかネット」の接続において、双方の話し合いで、各々のポリシーに従うことにしている。最終的には一つのポリシーでできればよいが、まだ温度差があるため、そのような形で了解を得て使用している。

座長 いろいろな問題が出てくると思うが、今後もアイデアを出し合いながら検討していきたい。ネットワークの対象地域の広さも問題となる。広島県の「HM ネット」は県全域を対象としている。県単位がよいのか、二次医療圏単位がよいのかという問題もあり、広島県も東部は岡山県との連携、北は島根県、西は山口県との連携が有用となるかもしれない。医療資源や地区によっては医療情報の開示・参照が重要であるし、資源の少ない地区では、在宅医療システムが重要になるかもしれない。地域ごとに求められるシステムが異なると思

われるが、どのような地域を対象として運用するのがよいかという点でいうと、山口県は二次医療圏単位で運用しているが、今後の方向は如何か。

山口県医師会 理想的には県下全域を対象とするのがよいが、うまくいかなかった前例があるため、現時点では難しいと思われる。また、各圏域で独自に運用されており、お互いの連携は全くない状況である。

座長 整備にはコストの問題が絡んでくる。広島県では、平成 23～25 年度は地域医療再生基金を用いてシステムが構築され、26 年度以降は地域医療介護総合確保基金の補助を受けて機能の拡充を行っている。基金の費用は新規参加施設の導入の補助、新規のコンテンツの配付などの初期費用には利用できるが、ネットワークの維持費や事務局の費用などの運営費には利用できないため、運営費は参加施設から利用料を徴収している。

岡山県医師会 維持費についてはネットワークの利用料を徴収している。リプレースの時期などに厳しい状況となる。

島根県医師会 本県でも初期費用は基金を活用した。それ以後の運営については、利用料という形での支出になっている。今後は、リプレースの際の費用の確保が重要となってくる。

山口県医師会 「さんさんネット」（宇部市医師会）は、医師会員全員から利用の有無にかかわらず、年額 2 万円を徴収している。「奇兵隊ネット」（下関市医師会）は、年額でアダプター利用料 38,880 円、接続料 6,480 円、クラウドシステム利用料 51,840 円を利用者が負担している。

徳島県医師会 二次医療圏の金額は調べていない。全県の「阿波あいネット」では、初期費用は総務省の「クラウド型 HER 高度化事業」の補助金を活用した。運営費は、診療所では 1 か月 1 万円程度を見込んでいる。病院はベッド数に応じた費用負担の予定である。

愛媛県医師会 当初は第2期地域医療再生基金を活用した。その後は料金の設定はまだない。次の基金の活用の目途も立っていない。

座長 ネットワークの運営には、やはりかなりのコストがかかる。ネットワークは病診連携の他にいろいろな機能を利用することができる。HM ネットでは薬局の調剤情報を共有するシステムや、地域連携パス（脳卒中、認知症、胃がん、肝疾患）、患者がスマートフォンで利用する「ひろしま健康手帳」（電子お薬手帳、健診結果、健康管理記録等）もある。各県に特徴のあるシステムがあるか。

山口県医師会 圏域により、クリティカルパス、医師会の通知文書等のペーパーレス化等があるが、個々の詳細については確認していない。

島根県医師会 健診情報管理サービスや紹介状送信サービスなど、機能としては備わっているが、あまり活用できていない。

座長 岡山県は特定健診のデータの活用ということだが。

岡山県医師会 現在、検討中である。いわゆるマルチテナントサーバという形で、それぞれの医療機関がサーバを持つことはロスが大きいし高くつくため、「晴れやかネット」のセンターサーバにあるスペースを貸し金庫のような形でストレージし、アクセスできるような方法を考えている。

徳島県医師会 「阿波あいネット」には紹介状の送信サービスが入っていない。現在、当県医師会主導で県内全域での運用を予定している「MEDpost」と「阿波あいネット」を共用して、活用することを考えている。

愛媛県医師会 特に進んでいるものはない。それぞれの中核病院、たとえば市立宇和島病院が行っている全県診療連携サービスの中で、すべての画像も含めたものを転送し双方向性に受け取ることができるようにすると聞いている。松山市民病院

の地域連携ネットワークシステムでは、介護支援システムと医療介護支援システム、あるいは在宅診療をしている先生方からの要望が強いため、在宅医療連携システムとの連携構築が進んでいるところである。

座長 今年7月の西日本豪雨災害は、広域的に甚大な被害をもたらし、全国でも毎年大きな災害が起きている。東日本大震災のときにも指摘されたが、患者情報や服薬情報などがわからないという問題もあった。当然、患者情報は厳格に閲覧制限が設定されるものであるが、震災などの有事の際には制限を解除し、患者の最低限の情報を確認できれば有用である。ネットワークの運営にあたり、このような災害や救急時の対応は、現状では行われていないようであるが、ネットワークの規模が大きくなって患者情報が多くなれば、当然、有用な情報となり得る。

コメンテーター まず、ICTを活用した医療連携のネットワークについては、お話を聞く限りでは、従来からの課題はそのまま残っていて、このような地域のネットワークは補助金等を活用して構築されているが、惨憺たる状況になっており、これは財源の問題が大きい。運用やバージョンアップのコストの問題もある。全部現場に任せることはなかなか難しく、国が財政的にしっかりと支援すべきであるということを以前から申し上げている。ただ、利用の中身、すなわちサービス内容の活用方法について、理念としてはわかるが、実態としてのアウトカムが明確でないこともあって、結果として財政的支援がしにくいという話になる。逆に先生方からすると、かなりの負担がある中で、従来からの紙ベースでの連携と比べてどのようなメリットがあるのかがわかりにくいという状況にある。本日のお話では、体制としてはきちんとした連携を取られていると感じたので、このような運用をしたらこのように有用であったというようなデータが何かあると、われわれも国への要望をし易い。是非とも会員の利用率を上げていただいて、どのように医療の現場が変わったかを示していただけると有難い。

座長 2 点目の検査センターと医療連携ネットワークの接続の将来像について検討してみたい。広島県の「HM ネット」では、自分のパソコンやスマートフォンで薬の情報を参照することができる「ひろしま健康手帳」という機能を有しているが、将来的には検査結果を「ひろしま健康手帳」に表示して、患者さんの健康促進に役立てたいと考えている。また、広島県行政が行っている「ひろしまヘルスケアポイント」制度があり、「HM ネット」と連携しており、健診やがん検診を受けた時やスポーツジムの利用など健康づくり活動に対してポイントが加算され、買い物などの際に割引の特典が受けられる仕組みである。将来的には患者の基本情報や投薬、検査データをセンターに集約して、地域医療連携や災害対策や救急医療の患者の情報源として利用できるネットワークにしたいと考えている。広島県行政は ICT を使った医療連携については、「HM ネット」と連携しないと補助金を出さないという方針のようである。県行政と広島県医師会が協力して、全県ネットワークを構築・展開することが必要と思われる。

岡山県医師会 要望しているものの未だに構築できておらず、非常に残念に思っているが、疾患データベース（それぞれの疾患に関するデータを 1 箇所を集めて、それを吟味しながら利用する）の利用を、既に長崎県で行っているような形でできることが必要である。そのためには効率のよい検査データの集約が必要である。胃がん登録のようなことは十分にできると思われる。介護ステーションのデータをうまく利用して、高齢者の救急搬送に関する資料にならないかと考えている。

島根県医師会 ネットワーク自体はアプリも含めてある程度整っているの、如何に広げていくかということ、医療・介護の連携の部分、すなわち在宅医療に向けての活用を進めていく必要があると思う。

山口県医師会 検査センターのデータを医療連携ネットワークに接続するには、まずデータの集約が必要なので、その点が問題である。

徳島県医師会 基本的には広島県と同じように、患者自身が自分のデータを見ることができるようになりたい。いずれは介護施設にも広げたいし、大学にも利用ができればと思っている。個人的な意見であるが、「阿波あいネット」では、電子カルテを導入していない診療所の場合は、カード型電子カルテを使用するシステムを考えているが、なかなか県内の医療機関がそのようにならないため、地域ごとの特性を活かしたネットワークづくりをして、それを全国的なものにしたい。他の医療機関のデータを参照することができるようなゆるやかな結合は、ある程度全国レベルで統一したものを上から作ってもらって配付してもらいたい。

愛媛県医師会 ほとんどの構築がまだ進んでいない状況である。したがって、将来像については模索中であるが、最も力を入れるべきは介護療養と在宅医療の部門の連携で、これを早く進めないといけない。IT 化が進んでいない診療所も多く、これらには当会が中心となって IT 化を進めなければならないが、全県的というよりも全国的にシステム作りをやっていただくと、早く進むように思う。基幹病院の医師は病院全体の患者のデータを出張中でもどこでも閲覧できる。それを開業医にまで配信することや、セキュリティの問題もあるが、患者への配信もどのように進めていくのかは、まだ五里霧中の状態であり、前に進まないのではないかと懸念も持っている。

座長 本日のテーマである医師会立検査センターと医療連携ネットワークとの関連については、事前の調査資料によると、なかなか連携は取れていないのが現状と思うが、検査センターからみると、ネットワークはどのようなものか。

広島市医師会臨床検査センターシステム管理課
検査センターから見て、「HM ネット」等のネットワークにデータを上げることについて、それ自体は問題ないと思っているが、診療所の医師の了解を得ることが難しく、内部で検討しても二転三転する。最終的なところでは、電子健康手帳に患者からデータをアップすることは可能ではないか。

座長 現在の機能を発展させようとするれば、検査センター自体のネットワーク機能が必要になる。その意味では、既にあるネットワークに参加するのが良いように思う。福山市医師会健康支援センターでは既に「HM ネット」に入っておられるが、検査センターからみたネットワークの問題点等について教えていただきたい。

福山市医師会健康支援センター 当センターは当初からすべてを行う前提で、医師会内で職員を雇って行っているため、それに対する問題はない。臨床検査はどうしても基準値がセンターによって違うということがあり、これらを統一することが難しいため、全県下でということは難しいと思う。今回、三次地区医師会臨床検査センターと連携し、三次地区医師会が当方のサーバを間借りして、三次地区医師会なりのものをつくるということでやられているが、最終的には検査結果を共有するというので、JCCLS の臨床診断基準値に沿った形で検査結果を統一することができれば、「晴れやかネット」と「HM ネット」もつながっているため、双方向でみてもらうができると思う。

座長 データが集積できるという方法があれば、有用と思われる。その意味では、民間の検査センターとの接続も一部では考えられている。民間の検査センターに参加してもらう意義については如何か。

岡山県医師会 患者の同意が重要である。個々の患者のデータの一つずつ上げるのは手間がかかるため、全員のデータを上げてもらう。登録した人の結果しか見ることができないように、セキュリティのしっかりしたシステムの構築が必要である。民間のデータの集積も当然必要になる。

島根県医師会 基本的には民間の検査データをネットワークにあげることは可能と思うが一部の検査データだけというわけにはいかない。検査センターの立場でいうと、個別の先生にデータ配信をすることがあるが、今は特別対応となっている。診療所の電子カルテによって当県のシステムとの接続に個別に費用が発生するが、このような

システムを使うことによって、経費的には有益と思う。あとはセキュリティの問題と、患者の同意を得ることが課題になると思う。

山口県医師会 萩市医師会の検査センターには民間の検査センターが入っている。これ以外の民間の検査センターも可能であれば接続してもらう方が広くデータを集めるという点においては良いと思う。

徳島県医師会 医師会立の検査センターがないため、この問題については考慮していないが、責任の所在を明確にした上で、最終的には患者の同意にたどり着くと思う。

愛媛県医師会 医師会立の検査センターはない。民間の検査センターは 6 箇所あるが、すべての精度管理は最近非常に良くなって、患者に信頼感を持っていただいていることはまず間違いない。今後、連携してわれわれのネットワークに入っていくということに関してはまず問題ないと思うが、患者の同意という点が問われるかもしれない。

座長 広島も県行政としては、医師会立だけではなく、民間の健診・検査センターも参加してもらって、多くの情報を集めることを希望している。

最後に、日本医師会への要望について検討したい。これまでのお話では、医療連携ネットワークは各県で運用されており、いろいろと問題はあるにしても、検査センターがネットワークに参加する布石はできていると思う。検査センターのデータはあくまでも患者本人のもので、個々の医療機関がそれを管理するものではあるが、本人の承諾のもとにネットワーク上に集約して管理できれば、災害・地域医療現場・地域医療連携の現場で有用な情報になることは間違いない。医療連携ネットワークでは、システム維持には多額の資金が必要であり、今後も補助金の確保を日医にお願いするとともに、先程のお話のように、われわれもアウトカムを述べる力をつけておかなければならない。2 点目は、いろいろな情報が入ると災害等の現場で役に立つが、個人情報という大きな問

題がある。検査センターのデータは個人のデータでもあるので、それをネットワークに繋ぐことは、公的・社会的な意味を持ってくるわけであるから、公的な資金援助があって当然と思う。それなりのシステム、ルール作りを公開する基準が必要となる。「基準」については、われわれではなかなか判断しにくいことがあるが、医師会としての指針、国の指針をお願いできればと思っている。

コメンテーター 2点目については、医師会の臨床検査センターを中心として地域のネットワークをどうするかという視点からのお話と伺った。これは、医師会の検査センターを地域の医師会の先生方がどのくらい利用されているかに大きく影響される。そのシェアが大きければ大きいほど、地域での医療機関がそれだけたくさん検査センターに参加していただければ、地域連携の中で大きな役割を果たすことになる。今回のアンケート結果を拝見すると、医師会検査センターとのネットワークはあまりないが、有事となると紙媒体による検査データのやり取りが事実上不可能となってしまう、会員の方々も自分が見ていた患者情報がなくなってしまうので、そのようなデータベースの構築は重要と思っている。まずは会員の先生方に、医師会立検査センターにできるだけ検体を出していただくことでシェアを広げることが地域の中では重要と思っているが、これ自体も大きな課題である。民間の検査センターの情報も、医師会がしっかりと詰めていただくこと、さらに先程指摘があったように、患者の同意の問題やセキュリティの問題は当然あって、それぞれの地域でどうするかはなかなか難しい話であり、これこそが日医がどのようなルールで情報共有するかということをしかりと行っていかなければならない。

先程、福山市医師会から検査センターの基準値についてのご指摘があったが、後程、日医の取組みの中で、そのことについて少し触れさせていたが、データの標準化ということについては、日医がしっかりとした仕組みを作っているため、是非とも活用していただきたい。

座長 現在、2025年を見据えた健康寿命の延伸に向けた取組みがなされているとのことである。

日本医師会共同利用施設検討委員会の答申では、医師会共同利用施設は臨床検査の高度化、精度向上等を通じたかかりつけ医の診療機能の支援、各種健診を通じた疾患の予防、健康増進等に関する責務を負っている。生涯保健事業の体系化を目指すためには、蓄積された臨床検査、健診データを活用することが望まれており、その手法としてネットワークが有用とされている。日医では生涯保健事業の体系化を推奨されているが、今回の要望を踏まえ、その取組みについて今村副会長に紹介していただければと思う。また、その後、今回のテーマ全体についてコメントもいただきたい。

コメンテーター 日本医師会が推進する健診標準フォーマットについて説明する。横倉会長が主張される大きな事業の一つに「生涯保健事業」がある。日本では、乳幼児期（0～6歳）、就学期（～18歳）、青年期（～39歳）、壮年・中年期（～64歳）、老齡期①（～74歳）、老齡期②（75歳以上）と、さまざまな健診が行われているが、根拠となる法律も所管する省庁もさまざまである。このような国民一人ひとりの生涯を通じた健康管理のための一貫した保健事業がないことが課題である。個人が自分の健診データを一生見ていくにあたって、健診の数値の標準化がなされていないと意味がない。最近、さまざまな会議等で「ビッグデータ」といわれるが、全く基準が違うものを集めて分析しても、何の意味もない結果になってしまう。従って、そのようなデータの標準化が重要であるということの日医が提案して、具体的にどうすればよいかを検討している。標準化された健診データの蓄積によって、①かかりつけ医による閲覧等を通じて、診断補助や保健指導に活用できる。②地域による一元管理により、地域保健と職域保健の連携強化がより図られる。③全国的な健診データ収集により、幼少期から老齡期に至る、国民の健康状態の把握と健康増進対策の検討に寄与する。

現在実施されている健診データの取扱いに関する課題の一つとして、臨床検査等の値のバラツキがある。すなわち、同じ試料（血液）を測定しても、測定機器や試薬の違いによって異なる検査結果になることがあり、日医が毎年行っている精度

管理調査においても、一定程度のバラツキがあることが確認されている。地域医師会でも、検査の標準化を図るために測定方法を統一するなどの努力をされていると思う。しかし、健診データとして管理されているデータは、測定結果と単位のみという場合が多く、個人の長期にわたる経年の健診データとしては不相当である。

日医が作成した「健診標準フォーマット」は、特定健診、定期健康診断、がん検診、人間ドック等のすべての健診・検診を網羅する約 800 項目のフォーマットであるとともに、検査施設の「基準範囲」や「測定機器 × 試薬」等の情報を紐付けすることで、長期に亘る経年データの蓄積や収集した健診データの高い精度での分析が既に可能となっている。

現在、日医では、健診をしていただいている共同利用施設に対して「健診標準フォーマット」を使っていただけるように、データ提供先である保険者にも情報提供とご理解を求めているところである。保険者は規模が大きくなればなるほど、定期健診や人間ドックなど、さまざまな健診データをさまざまな契約医療機関や契約健診機関から集めている。保険者からみると、受診結果を把握する範囲が限られており定期健診しか収集できない、入力作業に時間がかかる、受診結果を把握する時期が遅くなり適切な医療機関への受診勧奨ができない、などの問題がある。そのために加入者である企業の従業員や家族の健康情報を活用して、健康経営へのさらなる取組みを図っていただくために、健診フォーマットにより一元化されたデータの収集の意義を保険者に説明しているところである。

経団連の会長を輩出している日本の製造業で最大の健康保険組合（55 万人を擁する）に、日医の取組みを理解していただき、保険者としてすべての健診データの標準フォーマットでの収集を決定している。また、全国でこれまで、健診団体からさまざまなデータをいただき、100 万人を超える健診データも「健診標準フォーマット」で標準化しているという実績もある。

健診に関わる多くの団体で組織された日本医学健康管理評価協議会が共同宣言を出している。すなわち、「健診標準フォーマット」を活用したデー

タの標準化に合意をいただいております、共同利用施設のデータについても、このような標準化をお願いしたい。日医として、健診・検診データの標準化と普及をさらに図っていくことを、生涯保健事業の大きな柱として実施していきたい。

また、今回は現場の貴重な情報をいただき、感謝申し上げます。直接的な日医への要望はなかったが、日医が行うべきことははっきりしたと思っております、特に ICT の活用については医療情報担当と引き続き取組みができるように対応したい。なお、来年の 9 月 7 日（土）、8 日（日）に三重県志摩市で第 28 回全国医師会共同利用施設総会を開催する予定である。本日まで参加の先生方をはじめ、多数のご参加をお願いしたい。

閉会挨拶

広島県医師会副会長 津谷 隆史 医療連携ネットワークについては、ぜひ国が動くよう、日医には働きかけをお願いしたい。国が動かなければ、これ以上進まない。特に近年の大規模災害が頻回に起こる状況をみると、データはクラウド化しなければならず、そのためのネットワークはぜひとも必要であり、今後の肝になる。今村副会長にはこのことを切にお願いさせていただきたい。

[報告：沖中 芳彦]

特別講演

「日本医師会の考えるこれからの医療政策」

日本医師会副会長 今村 聡

1. 日本の医療の現状

日本の国民の寿命やヘルスケアシステムが世界トップであることはよく言われている。OECD（経済協力開発機構）が各国の医療のアウトカムを評価したもの（A～D ランク）では、がん死亡率や乳児死亡率の低さは日本はほぼ A ランク、呼吸器疾患による死亡率は喫煙率の高さ故 C ランクである。

一般の日本人は、アメリカは先進的な医療を行っていると思っているようだが、OECD の評価では C ランクが多い。実際の医療がそのレベルでも、アメリカ人は自分たちの健康状態をポジティブにとらえ、健康自己評価を A ランクとしている。OECD 加盟国国民ほとんどが「自分たち

は健康」とA評価をしている中、日本人は健康自己評価をDランクと低く評価している。何年も同じ結果を示しており、日本人の健康への後ろ向きのマインドを何とかしなくてはならない。

日本のがん5年生存率は世界トップクラスで医療費は安い。急性虫垂炎の入院に、アメリカでは3日で150～450万円、日本は1週間で30万円かかる。それなのに日本国民は窓口負担が高い、と惑わされている。

国民皆保険ができ50年が経過した2011年、『ランセット』で日本特集が組まれた。そこでは、日本の優れた医療システムが紹介されつつも、そのシステムは限界にきていると指摘された。短期間で長寿社会を実現し、質が良く低コストの医療を提供しているが、今後増大する介護問題にどのように対応するか、また、保健外交に優位なポジションにいるのにそれを生かしきれていない、と記されていた。

2015年には、安倍総理が『ランセット』に寄稿し、「日本は国民皆保険により医療格差をなくし、医療費を抑えることもできている。universal health coverageへの投資は大きなリターンをもたらし、所得再分配機能を発揮し、これが社会の安定に寄与している。」と総理自らが表現した。医療費は抑制すればそれで良いのではないことを総理が理解しているということである。

2. 日本の医療費

当たり前のことだが、高齢になれば医療費がかかるようになる。85歳以上の一人当たりの医療費は約107万円、この年齢層が今後増加するので、国は医療費や介護費を抑制したい。税収が少しずつ上がり、かつ、医療費の抑制効果ができているからか、税収と国庫支出の差は、徐々に縮小してきているのだが、経済財政諮問会議や未来投資会議からは、医療費抑制への意見が何かしら出てくる。これに対抗するため日医では、国の施策が国民の安全な医療に資するものかを常に問いかけている。

入院医療の課題としては、中小病院と大病院の機能分化、公立病院・公的医療機関の非稼働病床の削減、高額薬剤の適正使用、医療材料の適切な選択が挙げられる。

外来医療の課題は、かかりつけ医による適切な受療行動、地域包括ケアの推進、コスト意識を持った処方薬を挙げている。

地域医療構想の中で、公立・公的病院は新公立病院改革プラン・公的医療機関2025プランをしっかりと実行してもらおう。

コストを反映した診療ガイドラインが日本にはない。高額薬剤に関連し、中医協の中で薬剤の適正使用ガイドラインを作成している。

国民に医療の実態を理解いただき、大病院への受療行動を改善してもらおう。

3. 社会保障の充実による国民不安の解消

日医は保険料を協会けんぽに合わせることを主張している。また、企業の内部留保が年々増えているので、そのごく一部でも給料に還元すれば、税や保険料の増収を見込むことができる。消費税増税分及びたばこ税や砂糖税、炭素税の中で、健康にかかわるものを社会保障財源とする。このように社会保障を充実させることで、需要創出・雇用拡大・経済成長・地方創生につなげる。賃金が上昇すれば良い循環が生まれ、国民不安を解消できると提言している。

日本では、医療財源の11～12%が患者の一部負担、40%弱が税金、保険料が50%弱の構成だが、それぞれに課題がある。他先進国と比較すると、日本の患者一部負担率は高い。カナダ・ドイツ・イタリアには薬剤以外の患者負担はなく、フランスは一部負担があるものの保険制度によりその負担が補助される。

先進国内の対GDP比医療費への税金投入は、日本では低い水準にあるが、バブル崩壊後の20年間、医療費の対GDP比の数値は上がってしまった。医療費は変化しないのに、経済成長が鈍化したためである。決して日本の医療費への税金比率が高いわけではない。

被用者保険の保険料率には格差があり、大企業や公務員の保険料は大変低く、仕事の内容により保険料率に差があるのはおかしい。一律に協会けんぽの10%に合わせれば約1兆円の増収となる。国家公務員の保険料率を地方公務員の保険料率に合わせるだけでも、1千億円弱の保険料増が見込める。

4. 健康寿命の延伸

健康の維持は個人にとって大切だが、社会保障の維持も重要である。

今後、高齢化率は上がり続ける。一般の方は、高齢者が増え続けると思われるようだが、十数年後、高齢者の数は減る。若い人たちが減り続けるからである。

これからは、少子化による労働力人口の減少が強いインパクトを持つであろう。高齢者の医療費を、若い人たちのお金で支えることがいつまで可能なのか。支える若い人たちの所得を増やすことも大切であるが、まずは高齢期の医療費増加を抑え、若い人たちの負担を減らす。健康寿命を延ばし、元気な高齢者が活躍できる社会とし、働ける間は働いていただき、税金も保険料も払っていただき、医療費や介護給付費は使わない方向性をつくりたい。世界的に日本人の健康寿命は長い方に入るが、それでも平均寿命と健康寿命は差は大きい。

若い世代から、予防・健康づくりを意識してもらうため、一つは健康づくり産業をつくっていく。もう一つは若い世代の雇用拡大と元気な高齢者が働くことで、社会保障費の財源を確保する。これらが国の方向性となっている。

5. 保健事業へのインセンティブ

国が進めるデータヘルス計画では、国民健康保険と職域保険それぞれのレセプト・健診データが活用される。保険者は、加入者の健康課題を抽出し取り組むのだが、行動を起こすメリットがある方が取り組みが進むので、ここにインセンティブをつけていく。

都道府県単位で運用することとなった国民健康保険には、「保険者努力支援制度」があり、被保険者に対する取り組みの中でしっかり行われているものに対し資金援助される。補助金は 1,000 億円、国レベルで 500 億円、市町村レベルで 500 億円が拠出されるので、保険者はきっと努力されると思う。特定健診の実施率、保健指導実施率など項目をポイント化する。

職域保険についても同様にポイント化し、それに応じて後期高齢者支援金を加減算する。今までは小数点台の加減算しか行っていなかったところ

を、法律上可能なプラスマイナス 10% 上下限まで加減算を行うよう国が圧力をかけている。

健康に関する顕彰制度を企業に対して設け、メリットを付加することとなっている。例えば地銀が健康優良企業への融資で金利を下げる、自治体からの事業受託は健康経営優良法人を優先する、など、47 都道府県が独自で進めようとしている。相当の経済的インセンティブをかけ、国が取り組もうとしている。

6. 生涯保健事業の一元化

健診事業は、乳児健診、学校健診、事業所健診、特定健診、後期高齢者健診、がん検診などバラバラに行われ、所管している省庁も予算も異なる。また、個人の健診データを生涯活用できる形にもなっていない。

そこで日医では、健診データの一元化をすすめている。データの基準の標準化がベースであり、現時点で 100 万～200 万人のデータを扱えるようになってきている。経団連会長の日立取締役会長と横倉日医会長との話し合いで、企業も積極的に関与しようと、55 万人が属する日立健康保険の健診データを、日本医師会健診標準フォーマットで取り扱うこととなっている。国の仕組みでも医師会立施設でも、日医健診標準フォーマットを活用していただきたい。

7. 日本健康会議

保険者・企業・医療・自治体・アカデミー・メディアなどのすべての stakeholders が、国民が健康になるために同じ方を向こうと組織された。日医会長、日本商工会議所会頭、読売新聞取締役最高顧問 3 名が共同代表となり、8 つの宣言をつくった。それぞれの宣言に相応する厚労省や経産省の委員会で、各地域の取り組みをデータ化し、結果を検証し、PDCA サイクルをまわしていく。

都道府県版健康会議は宮城県と静岡県では既に立ち上がっている。このような活動を通し、把握することが難しい国や保険者の施策を共有できる。行政と連携しながら、医師会が中心となり各都道府県で構築していきたい。

8. 糖尿病性腎症重症化予防

「1 人の糖尿病の患者さんの透析導入を 1 年先に延ばすことで、500 万円の医療費を減らせる」と示せるので、糖尿病重症化予防は保険者を説得しやすいテーマである。今まで健診項目に入っていなかった血清 Cr 値とそれから導かれる eGFR を、第 3 次特定健診見直しの際に導入するよう日医から提言した。特定健診項目追加に連動し、事業主健診の項目にも追加された。

平成 26 年、埼玉県では県全体で糖尿病性腎症重症化予防体制をつくり、県下すべての市町村国保がレセプトデータを分析、受診・保健指導を要する人を抽出し、県医師会と糖尿病対策推進会議が作成した糖尿病性腎症重症化予防プログラムを適応させた。これを国が評価し、都道府県版糖尿病重症化予防プログラムを策定するよう発信、平成 30 年度にはすべての県で策定されることとなった。

平成 27 年に OECD の調査団が日本の医療の調査のため、日医も訪問した。9 人の構成員のうち 8 人が女性、人種もさまざまに日本の医療をよく研究されていた。病院の医療のアウトカムデータは出てくるようになったが、診療所レベルの個別の医療データが集められていないことが調査団から指摘された。

糖尿病患者の透析導入を減らすためだけではなく、血糖コントロールへのアプローチや具体的な投薬について、かかりつけ医のデータを集める J-DOME（日本医師会かかりつけ医糖尿病データベース研究事業）を日医総研で始めている。厚労省からの資金援助も受け、診療所レベルのデータ収集を行っている。

9. 健康経営優良法人

東証一部上場企業の中には、一業種で一社しか認定されない「健康経営銘柄」があり、東証の中で最も反応の良い銘柄らしい。就職活動中の学生及び親へのアンケートで、彼らは従業員の健康を考える企業を重要視していることが示された。そのため、企業は「健康経営銘柄」に選ばれるための努力をしている。認定のためのさまざまな項目は、業種全体の結果も含め企業にフィードバックされ、業種の中での企業の位置が示されるので、

次に取り組む課題がわかる仕組みとなっている。

「健康経営銘柄」の次のレベルが「健康経営優良法人」である。これが、日本健康会議の宣言 4「健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を 500 社以上とする。」に関連する。800 万人の医療従事者で、医療法人で働く者は多い。「健康経営優良法人」に関し、医療法人は従業員数 100 人で大規模法人か中小規模法人か分かれ、医師会も対象となり得る。経産省 HP に「健康経営優良法人 2019」の認定基準が掲載されており、9 月から申請が受付される。

認定の項目には、定期健診受診、受診勧奨、ストレスチェック施行、過重労働防止の具体的対策、ヘルスリテラシー向上のための教育、ワークライフバランス推進、コミュニケーション促進、女性の健康保持・増進、ワクチン接種など感染症予防、受動喫煙対策などがあり、ポイントの多寡により認定が決まる。

国民の健康に関与する日医が不健康な働き方をしてはいけないと、申請の準備をすすめている。各医師会にも認定をご検討いただきたい。

10. かかりつけ医と共同利用施設

かかりつけ医の役割は今後一層重要となってくる。医師会共同利用施設は、検査センターとしては臨床検査の高度化、健診を通じた疾病予防、健診データ蓄積などでかかりつけ医を支えている。医師会病院や介護・訪問系施設も含め、共同利用施設をとりまとめ、地域のかかりつけ医への支援をお願いしたい。

なお、第 28 回全国医師会共同利用施設総会は 2019 年 9 月 7～8 日に三重県志摩市で開催されるので、ぜひご参加いただきたい。

[報告：前川 恭子]