

第 28 回 全国医師会共同利用施設総会

「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

と き 令和元年 9 月 7 日 (土)・8 日 (日)

ところ Hotel&Resorts ISE-SHIMA (三重県志摩市)

報告：山口県医師会常任理事 沖中 芳彦
同 前川 恭子

本総会は 2 年ごとに日本医師会主催、各県医師会担当で開催されるもので、今回は三重県医師会の担当により開催された。

1 日目 (9 月 7 日)

総会

二井 栄 三重県医師会副会長の開会宣言の後、インドから帰国された横倉義武 日本医師会会長が挨拶され、多職種連携に加え、地域における医師会と行政との連携及びかかりつけ医のバックアップ機関としての共同利用施設の重要性を述べられた。

次に、松本純一 三重県医師会会長は挨拶の中で、地域医療構想と地域包括ケアシステムにおける共同利用施設の役割に言及された。

続いて、来賓の鈴木英敬 三重県知事は三重県で開催された地域版日本健康会議について、竹内千尋 志摩市長は糖尿病重症化予防について述べられ、挨拶とされた。

特別講演

日本医師会の医療政策

日本医師会会長 横倉 義武

アジア大洋州医師会連合での武見太郎記念講演、特別講演並びにシンポジウムのため、インドのゴアに渡っていたが本総会のため昨日帰国した。

○日本医師会の歩み (歴史)

西洋医学

安政 4 年 (1857 年)、オランダの医師ポンペが、長崎の小島養生所で松本良順らを育てた。これが

西洋医学教育の始まりである。小島養生所の遺構は数年前に発見された。

安政 5 年 (1858 年)、東大医学部の前身となる種痘所が神田に開設された。初代種痘医頭取は大槻俊斎、2 代目は緒方洪庵であった。種痘所が医学所と改称された後、3 代目頭取となったのが、ポンペの弟子の松本良順であった。

三重県では、国学で有名な本居宣長が医師として現在の松阪市で開業していた。

地域の医師団体

記録としては、明治 5 年 (1872 年) に長野県で設立されている。三重県では現松阪市に明治 7 年 (1874 年) に設立、日曜日に集まって勉強していたとのことである。三重県内の郡医師会としては、飯高飯野郡医師会が明治 20 年 (1887 年) にできている。

日本医師会

明治 39 年 (1903 年) に医師法施行、その後医師会規則が規定された。当時、公立病院以外の医療機関に属する医師は、医師会強制加入であった。当初、道府県医師会と都市区医師会のみであったが、明治 43 年 (1903 年) にブロック医師会結成の動きが現れ、全国に広がった。

実は、全国組織としては薬剤師会の方が早くに設立され、医薬分業を進めようとしていた。

大正 3 年 (1914 年) にできた日本連合医師会は発展的解消させ、大正 5 年 (1916 年) に大日本医師会が設立された。初代会長は北里柴三郎先生である。

2 代続けて医師が千円札の顔になるということは、国民にとって医療は欠くことができないと政府も思っているからではないだろうか。

○医師会の役割

医療は進歩する医学の社会的応用である。専門職としての技術を高め、自己規律を行いながら、患者の利益を自らの利益の上に置き、国民に信頼される医療を確立することが必要である。

また、実際に医療を行う者として、医療政策に関する意見をとりまとめ、制度設計にかかわり、医師の社会的役割に厚みを増すことも大切である。

医師自らが国民に対して医療の質を保証し責任を負う、そのために医師会の役割は重要である。

医師会は、医師国家資格という個人資格で加入できる日本で唯一の団体である。郡市区医師会の会員は約 20 万人、全国の医師の 2/3 がその会員である。

弁護士や医師などの専門職への社会的期待としては、倫理の確立、品質の改善、多様化への対応、信頼確保、課題解決が挙げられる。

日本医師会綱領

日本医師会長に擁立いただき、平成 25 年(2013 年)に「日本医師会綱領」を作った。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す、という前文と、1. 国民の健康で文化的な明るい生活を支える、2. 安全・安心な医療提供体制を築く、3. 医学・医療の発展と質の向上に寄与する、4. 国民皆保険制度を守る、という四本柱を定めていただき、これを国民に対する約束とした。昨年、代議員会の冒頭に綱領を唱和するようにしている。

全国医師会・医師連盟医療政策研究大会

医師会将来ビジョン委員会では、若い先生方に、医師会の将来をどのようにしたらよいか考えてもらっている。平成 30 年の同委員会の答申書に、全国郡市区医師会長協議会を開催し、医師会の役割を共通認識として持っていただきたいとあり、年に一度、一堂に会する場を作った。平成 30 年 11 月に 800 人の先生方にお集りいただいた。今年も 11 月 24 日に、医師会や国の医療政策、医師連盟の医政活動、今後の社会保障について講演の予定である。

○健康長寿社会にむけて

高齢化で社会保障費は増加する予測で、財務省

や経済界は医療費や介護費を抑制したが、単に抑制するだけでは国民の理解は得られず、無理な抑制政策は反発を招く。国民の生活に直結することは、よく議論することが重要である。

高齢化の進行とともに社会格差が広がらぬよう、経済を成長させながら、健康寿命を延ばすことに、国を挙げて取り組むことが必要である。

労働人口

日本の人口は 2008 年にピークを迎え、そこから減少に転じた。15 歳未満はどんどん減少、労働人口である 15～64 歳の割合は 1990 年のピーク時に人口の 7 割弱で、その後やはり減少している。

2009 年から 2018 年の間に、15～64 歳の労働人口は 660 万人減少したが、実際の就業者数は 350 万人増加している。74 歳までの就業者が多いためと考えられる。

高齢者の体力は向上している。平成 29 年のスポーツ庁の調査では、2017 年の 75～79 歳は 1998 年の 65～69 歳に相当する運動能力を持つと示された（労働力 10 歳若返り）。

前期高齢者である 65～74 歳の方々が元気で社会参加でき、労働人口の一部と考えられれば、2040 年の労働人口の割合は、1990 年の 7 割とほとんど変わらない。

かかりつけ医

生涯を通じ、ライフステージに合わせ、国民にかかわることで健康寿命を延伸するには、地域のかかりつけ医、学校医、産業医が重要となる。診断・治療に加え、予防教育も必要である。

地域により医療資源も介護資源も異なるため、システムを一律に決めることはできない。地域で考え、地域で作り上げていくものである。

日医総研の行った国民の意識調査では、かかりつけ医をお持ちの方は直近の医療への満足度が高く、がん検診受診率も高い。かかりつけ医を持つメリットだと思われる。

医師会共同利用施設はかかりつけ医の診療支援という役割があり、健康寿命延伸のためどのような機能を担うか、日本健康会議などで議論されている。

日本医師会として

日本医師会としては、生涯保健事業の体系化、

健診データの一元化を進めている。

2015 年に発足した日本健康会議では、健康に関する数値目標を設定した。地域版日本健康会議も静岡、宮城でスタートし、三重、大阪と続く。

健康経営優良法人認定制度では、相当数の医療機関が認定されている。医療関係団体としては、徳島県医師会、宮城県医師会、大阪府医師会協同組合などがある。医療従事者自らが健康に働くことが国民の健康につながる。医療機関が率先して働きやすい場となってもらいたい。日本医師会も 2018 年にいち早くチャレンジしたが見事に落選した。2019 年に再チャレンジする。

○超高齢化・人口減少社会での医療のあり方

高齢化率

現在、日本が高齢化のトップランナーであるが、2040 年には韓国が、2060 年には台湾が日本の高齢化率を抜く。韓国は出生率が 1 を割るため、高齢化が進む。日本の取組みは、アジアの会議でも注目を浴びる。

地域医療構想

かかりつけ医を中心とした地域の医療体制の構築、地域医療構想で病院医療の再編、医師の健康への配慮と地域医療の継続の二つの観点からの働き方改革、診療科偏在及び地域偏在、専門医制度を考えるが、基本はボトムアップである。大きな方向性は国が決める。が、地域の現状に応じ医療資源を活用する方向性は都道府県で作り上げる。

外来医療計画は開業制限ではないかという声が上がった。厚労省の出す偏在指標に基づき外来医療の是正を行うのではなく、まずは大中小病院及び診療所の外来機能がどうあるべきかを地域で考えていく。その上で、地域の外来医療のあり方を医師確保計画に反映すべきではないか、と考える。

今後の人口構成は地域により大きく異なる。それは、病院・病床のあり方、介護施設のあり方に直結する。地域のニーズや人口の変化によって、病床も減少していく認識を持つが、病床を急激に減らすことは地域医療に大きな影響を及ぼす。いかにソフトランディングさせるかが重要である。

専攻医の採用は、各都道府県の地域医療対策協議会でよく議論いただきたい。研修病院は地域にある。地域でどれだけの研修医・専攻医に対応で

きるのか、国のトップダウンではなく、地域のボトムアップで、地域の医師会が支援しながら決めていただきたい。地域枠の医師は今後増え続け、2024 年には 1 万人となる。また、医師の需給推計を見ながらの調整が必要である。

働き方改革に関連し、初期救急体制は現行の地区医師会単位でカバーできるのか、隣接医師会と協力し範囲を広げるか、議論を始めていただきたい。病診連携としては、病院の勤務医にいきなり受診するのではなく、身近なかかりつけ医を住民に持ってもらう。地域医師会の大きな役割の一つに予防医療があり、健康教育にも積極的に関わっていただきたい。

タスク・シェア

タスク・シフトという言葉に私は違和感を持つ。医師が直接指示すれば、看護師はある程度の医療行為ができる。あくまでも医師によるメディカル・コントロールのもとで、安全な医療を行うことが重要と考え、タスク・シェアと呼びたい。

骨太方針 2019

来年度の予算編成が始まった。

地域独自の診療報酬や、看護学校の運営補助など基金創設前からの事業に大幅なメリハリをつけることは受け入れがたい。

病床機能分化への知事権限が強化され過ぎることには慎重でありたく、地域医療対策協議会の答申のもとに権限を行使されたい。医療費抑制目的の国保法定外繰入解消も慎重に対応したい。

疾病・介護予防、成育基本法に基づく取組、生活習慣病予防は推進する。

11 月 1 日の日本医師会創立記念日には、以前は表彰だけであったが、昨年から特別講演をお願いし、多くの方にご参加いただいている。各地域においても医療のことを考える日にしていただきたい。

平成 30・令和元年度全国医師会共同利用施設 施設長検査健診管理者連絡協議会報告

同連絡協議会会長／大分市医師会副会長

山本 貴弘

○平成 30 年度連絡協議会

同年 7 月に富山にて開催、45 施設 106 名が参

加した。

パネルディスカッション

富山市医師会健康管理センターで行うドックは、医師が自院の診療に支障をきたさぬよう、早朝コースや日曜ドックを実施、歯科医師会の協力を得て歯科・口腔（がん）検診をオプションで設定している。

岡崎市医師会公衆衛生センターでは、骨除去画像と前回検査画像の差分から精密な読影をする胸部 X 線読影支援を行っている。

半田市医師会健康管理センターでは、在宅医療介護連携システム「だし丸くんネット」で iPad を利用した情報共有を行っている。

講演

1 日目には、厚労省から特定保健指導の見直し、臨床心理分野よりメンタルヘルスチェックの対応、滋賀医大から共同利用施設のかかわる地域医療システムの連携、在宅医療での検体採取への検査技師のかかわりの 4 題について講演された。

2 日目には松本吉郎 日本医師会常任理事が、臨床検査の高度化、かかりつけ医の診療支援、健診を通じた住民の疾病予防などについて、「共同利用施設の将来展望」と題して講演された。

○令和元年度連絡協議会

同年 7 月に東京にて開催、51 施設 102 名が参加した。

講演

1 日目は、厚労省から医療法一部改正に伴う検体検査の精度確保について、また、税理士から消費税・法人税・確定申告・節税対策について、の 2 題の講演が行われた。

2 日目の特別講演では、松本日医常任理事が医師会共同利用施設の今後について講演された。

グループディスカッション

1 日目の講演の後、初の試みとして「集荷」「検査受託」「人事」「人材育成」の 4 テーマについて、班に分かれグループディスカッションを行い、大変熱心な討議が行われた。

分科会

第 1 分科会（医師会病院関係）

シンポジウム

1. 郡山市医療介護病院（福島県）

「医師会共同利用施設の意義と

これからの方向性」

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 原 寿夫

○県中医療圏

福島県中央に位置する人口約 55 万の圏域である。生活圏域と医療圏は微妙に異なり、県北圏域との境に曖昧な部分がある。

○郡山市医療介護病院

県中医療圏は急性期医療と介護をつなげる部分の機能が抜けており、そこを埋めるため、郡山市医療介護病院を平成 18 年に開院した（介護医療院ではない）。郡山市が建設し、指定管理者制度で郡山医師会が指定された。医療療養病床 40、介護療養病床 80、開放型病床も持つが、地域医療支援病院ではないので特定の病床となり運用しにくい。

認知症患者への対応は、医療に加えカフェや認知症サポーター養成、ユマニチュードも行っている。

現在の介護療養病床は、次年度に介護医療院への移行を検討中である。

○全国の医師会病院にアンケート

今後の医師会病院の方向性を考えるべく、全国の医師会病院対象に実施したアンケート結果をまとめる。

会員との関係

医師会員との連携は良好だが、医師会病院での日々の診療が大変である。

在宅医療のサポート

200 床未満の病院が主となり、急変時の対応・レスパイト・看取りなどに対応している。

訪問診療

実施している医療機関は少ない。

地域医療機関との競合

診療科・診療時間が主だが、特に職員確保が競合する。

地域に対して行う研修

会員に求められる内容を基本とし、医療安全、感染対策、災害医療等の研修を行っている。

○考察：200 床の壁

200 床以上の後方支援病院は、救急対応などの業務があり、ここで看取りまで行うのは負担である。かといって 200 床未満の病院は職員数が少なく、在宅療養支援病院として機能させるのが大変である。また、地域医療支援病院以外は開放型ベッドが運用しにくい。

今後、医師会病院が後方支援病院としての役割を果たすためにも、開放型ベッドを使いやすくしてほしい。

○質疑より

医療療養病床を地域包括ケア病床への転換も検討したが、60 日のしぼりがクリアできないと考え、転換していない。

2. 東京都医師会主導「東京総合医療ネットワーク」(東京都)

「東京総合医療ネットワークの始動と今後の展開」
東京都医師会理事 目々澤 肇

○事業内容

東京都の 500 床以上の医療機関の 8 割が Human Bridge 又は ID-Link を装備しており、これらを繋げることを目的に、IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) を策定し、平成 30 年 7 月から実証実験を行った。同年 11 月より本格運用を開始、開示 8 病院で 423 例データを共有した。

○今後の展開

現在、データ閲覧の方向も含め開示・閲覧希望施設を募集しており、今後、他ベンダー (Care Mill、Prime Arch) もネットワークに入れるようにする。NTT に働きかけたところ、上位 PIX (患者 ID 相互参照機能) となる MPI (Master Patient Index) を作成してくれたので、名寄せが完成したといえる。患者情報が県境を越えられる状態となった。

他に、汎用画像診断装置用プログラム Join で、

若い病院の医師が脳卒中のコンサルトができるように、また、MCS (メディカルケアステーション) を代表とする医療 SNS もベンダーがバラバラなので、連携ポータル開発を考えている。

○質疑より

事業 1 年目の予算はたった 2,000 万円、2 年目は 1,600 万円である。サーバを立て、ソフト開発もすると億単位が必要になるので、サーバを立てずにつなげる、費用をかけない方法を考えた。が、次のベンダーに入ってもらうために別の費用を要する状態である。

3. 宮崎市郡医師会病院 (宮崎県)

「宮崎市郡医師会病院の意義とこれからの方向性」

宮崎市郡医師会長 / 宮崎市郡医師会病院長

川名 隆司

○東諸県医療圏

人口約 43 万だが 2045 年には 37 万人に減少する予測である。高齢者人口は増加するため、医療需要として療養入院患者の増加が見込まれている。

本医療圏には県内病床の 3 割となる約 6,000 床があり、高度救急から在宅を含め周辺地域から患者が流入する。地域医療構想では 1/3 のベッドが過剰とされ、医師多数地域でもあるが、2025 年には看護職や介護職の不足が予想される。

○宮崎市郡医師会病院

1984 年開院、2002 年に 150 床から 284 床に増床、年間約 7,000 件の入院を受ける。職員 556 名、医師約 50 名、そのうち循環器医師 19 名である。

医師会関連施設として看護専門学校、検査センターなどを持つが、医師会病院と離れた場所にあるため、利用しにくいと評されていた。

○医師会病院のビジョン

病院は老朽化、南海トラフ地震で浸水すれば、災害拠点病院として機能しない可能性があるため、2020 年 8 月のオープンを予定とし、新病院を圏域の西側、高速道路のインターチェンジ近く

に建設中である。

医師会病院として、広域重症型の急性期医療、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求められていると考え、新病院は、強みをより強く（循環器・整形外科）、現在シェアが低くてもニーズがある分野（消化器・呼吸器）を増やしていく。

建て替えのために、年 5 億円を積み立ててきたが、さらに経営戦略として、BSC（バランススコアカード）を導入した。人材・業務・顧客・財務の 4 つの視点から戦略を立て、職員すべてがビジョンを共有し、各診療科で KPI（重要業績評価指標）を設定し目標達成を目指している。

2013 年に 180 億円の予算で建替整備事業が承認され、ECI 方式及び VE 提案にて 20 億円工費を下げることができた。が、医療機器に費用がかかり、当初予算と同程度となる。自己資金 50 億円、基金 15 億円、借入 115 億円だが、実質返済は 35 年で 85 億円である。

新病院には 6 階建て、ヘリポートも設置、敷地内に歯科医師会、看護学校を併設する。

○質疑より

地域包括ケア病床への一部転換も検討したが、調整会議では回復期は民間に任せ、公的は引く、という方針であり、それに賛同している。

医師会病院の急性期医療の役割は大きく分け、地域密着型と広域重症型の二種類と考え、当院は後者の役割を担う。

4. 鹿児島市医師会病院（鹿児島県）

「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」

鹿児島市医師会長 上ノ町 仁

○鹿児島市医師会

会員数 1,522 人、施設数 534、鹿児島県医師会員の約 4 割を占める。

○会員へのアンケート

平成 30 年、医師会病院の経営改善に向け、会員のニーズに関するアンケートを行った。

会員にとって医師会病院は役に立っているとの回答が 7 割に達した。

病床機能として、急性期・回復期ともに現状

維持との意見が多かったが、回復期については利用率が悪いので減床した方がよいという会員も 2 割あった。緩和ケア病床については現状維持、又は増床を望む意見が主であった。

経営改善に向けては、呼吸器疾患への対応、医師増員、患者受け入れを断らない、などの意見が出された。

○鹿児島市医師会病院

医師会病院は昭和 59 年に 255 床で開院、現在、許可病床数は 199 床である。

平成 20 年から鹿児島大学からの医師派遣が減り、消化器科・小児科・呼吸器科を徐々に縮小した。平成 26 年に経営損益 4 億円の赤字となり、「医師会病院あり方委員会」を設置した。緩和ケア病床、地域包括ケア病床に転換、経常損益で改善傾向にあった。が、正味財産が減少しているため、平成 30 年に「あり方委員会」を再設置、SWOT 分析を行い、強み・弱みを明らかにするとともに会員へのアンケート結果も踏まえ、ベッド運用について試算した。

地域包括ケア病床を縮小し、急性期病床の回転率を上げ、全体を 177 床で運用することが最も効率が良いという結果から、2019 年の運営方針をとりまとめた。実際の運用では 10 連休などもあり 4～6 月は低迷したが、7 月から試算通りの収益となっている。

規模が小さいからこそできることを大きく、“Small is Big”としてやっていく。

○質疑より

自院の急性期からの患者は地域医療包括ケア病床に移るが、地域の会員の施設が地域包括ケア病床を持っているので、他院からの転院はあまりない。医師会の会員が医師会病院運営に興味がないと言われるが、時代で変わるニーズに合わせ、会員にとってかゆいところに手が届くように病院の機能を変化させ、共存することを考える。

地域医療支援病院の指定継続は医療審議会の結果待ちである。

[文責：前川 恭子]

第 2 分科会（検査・健診センター関係）**シンポジウム****1. 山形市医師会健診センター（山形県）****「山形市医師会健診センターの取り組み」**

山形市医師会健診センター所長 有川 卓

山形市医師会は昭和 48 年に医師会館の建設にあたり「市民保健センター」を併設し、休日診療、准看護婦養成、成人病健診及び臨床検査業務を開始した。昭和 62 年に胃・胸部併用検診車を導入し、山形市住民健診を受託した。健診受診者数の増加に対応すべく平成 7 年 4 月に市内深町に、さらに平成 30 年 5 月に市内南館に新築移転した。

業務内容は、受託検査業務（利用医療機関 133、利用率 61%）、健診業務（職域健診、住民健診、各種がん検診、学童検診、その他）、公衆衛生活動として特定保健指導や健診の事後指導を行っている。利用者数は施設内健診が 1 日平均 160 人、年間でおおよそ 4 万人であり、施設外健診の約 1 万人と合わせて年間約 5 万人の健診を行っている。

新健診センターは（1）プライバシーに配慮した快適な健診環境の提供、（2）健診・検査内容の充実、（3）保健指導の充実、（4）ストレスのない健診現場環境、（5）駐車スペースの確保、をコンセプトに計画された。（1）については健診フロアを男女別とし、更衣室に一部個室を設け LGBT に配慮した。また、問診室や診察室の遮音性を高めた。滞在時間の短縮のために誘導支援システムの導入を図った。（2）は CT による肺がん検診、高濃度乳腺に対応出来るよう乳房超音波検査を開始した。（3）は一般検査を迅速化し健診終了時に結果を渡せるようにするとともに、健診当日に特定保健指導を行えるよう指導用個室を 8 室、栄養指導室やエクササイズルームを備えた。（4）についてはバーコード認証を導入し受診者の誤認防止に要したストレスを軽減するとともに検体管理の効率化を達成できた。また、ダムウェイや BC/ROBO（全自動採血管準備装置）を設備した。（5）駐車可能台数は 180 台から 311 台に増やした。

新健診センターは移転初年度で受診者数が 53,559 人から 54,082 人となり 523 人増加した。特に、特定保健指導を健診当日に行えるようにな

り、指導人数は 406 人から 2,022 人と約 5 倍、指導収入も約 5.5 倍に増加した。現在も当日指導を求める健康保険組合からの問い合わせが増えて

いる。一方で課題も多い。第一に臨時職員及びパート職員も含め職員数は 20 名、人件費は約 1.13 倍に増加し、収益率が悪化しており経費圧縮は喫緊に取り組むべき課題である。第二に、少子高齢化で受診者数の減少が見込まれる中で他の健診事業者との価格競争にさらされている。第三に、保健指導分野では収益も確保されたが、対象者の今後の大幅な増加は見込めないことなど、経営環境は極めて厳しい。

山形市医師会が経営する健診センターの役割はあくまで「地域住民の健康を守る」ことにあり、地域と行政のニーズに応えるという立場で事業を展開していくためにも経営努力を積み重ねていきたい。

質疑応答

大阪市医師会 事業内容をみると、行政からの補助金がないと運営が困難と思われるが、如何か。

回答 事業収益は年間約 10 億円である。人件費は約 2 億円。外部からの資金援助はない。収支の内訳をチェックし、支出の圧縮を図らないと、この先大変であると思う。自己資金は 20 億円くらいである。

佐賀県健康づくり財団 当方のアンケートでは、女性の受検者の場合、女性医師を望まれる方が多いが、そのような傾向があるか。LGBT の方の個室利用の実績はあるか。また、利用者は増えているか。

回答 女性医師の希望はあるが、人数が少ないため十分に対応できていない。LGBT に関しては従来から希望があったため対応したが、今のところ利用者は 1 名のみである。

2. 高岡市医師会臨床検査センター（富山県）**「高岡市医師会が開発した****検査オーダーリングシステム」**

高岡市医師会臨床検査センター担当副会長

白崎 文朗

高岡市医師会は、共同利用施設として臨床検査

センター（臨床検査技師 9 名、事務 3 名、SE 1 名、非常勤集配係 20 名）と訪問看護ステーション（常勤看護師 6 名、非常勤看護師 5 名、事務 2 名）を運営している。

訪問看護ステーションの業務成績は順調に伸びている。一方、臨床検査センターの平成 30 年度事業収入 2 億 6 千万円のうち、一般検体と健診検体の比率は 4 : 6 と、大きく健診に依存している。健康診査の柱である特定健診は人口 34 万人の高岡医療圏全施設分を扱っているが、近年、受診者数が減ってきている。その対策を高岡市と協議した結果、6～7 月に行う通常健診の未受診者に手紙を送り、10 月に再度健診の機会を設ける変更を昨年度より行うことになった。その結果、高岡市以外の 3 市が受診者数を減らす中、高岡市は 10 月に 1,123 名（7%分に相当）の受診者を増やすことができた。

一方、一般検体を増やす方法として、検査料の値下げだけでは大手検査センターに負けてしまうため、主に会員へのサービス向上を主眼に検討している。その一つとして、SE を雇用し、IT に関する無料サポートを開始し会員とのつながりを強化している。PC 不調や PC の更新などの相談をはじめ、PC とプリンターとの接続など簡単な問題も含めて幅広く行っている。さらに検査オーダーリングシステム「TAK SYSTEM(タックシステム)」を地元のシステム開発会社と共同開発した。

この「TAK SYSTEM」の開発目的は、会員医療機関の検査オーダーの手間やミス減らし利便性を向上させることである。そのため、1) 電子カルテはもちろん、約 7 割を占める紙カルテユーザーでも使用可能、2) 電子媒体使用で集配時や依頼伝票入力時のミスをなくすこと、を前提とした。設計や導入及びメンテナンスを自前で行い開発コストの低減を行った。これに合わせて以前からある WEB 検査結果参照システムを活用して十分なセキュリティを確保したうえで、オンラインによる依頼及び検査結果の返送ツールも別に用意した。現在、この「TAK SYSTEM」は 7 診療所と 1 病院で順調に稼働中であり、さらに数施設に導入を予定している。

同じような検査オーダーリングシステムは電子カルテと連動した形で民間の検査センターでも開発

され、新規開発時などに通常無償で提供されている。一般検査を会員施設から確保することが今後難しくなる可能性があるが、このような悩みを持つ医師会立の検査センターにおいては当医師会が開発したこのシステムを利用していただけのではないかと考えている。有償にはなるが、今から開発するより開発費や開発時間を減らすメリットがある。ただし、当医師会もマンパワーが不足しているため、メンテナンスや導入などは自前で行っていただく必要がある。

質疑応答

座長 開発資金はどのくらいか。

回答 200 万円程度である。

愛知県医師会 設定には時間がかかると思うが、センターのスタッフが行っておられるのか。

回答 その通りで、1 名、検査技師で卓越した知識を有する者がいる。

座長 特定健診を 6～7 月と 10 月の 2 回行って受診者が増えたということであるが、特定健診は毎月行うところが多いのではないか。

回答 高岡市では最初から 2 回で重点的に行っている。

岡山県医師会 紙カルテの場合、ラベルのプリントアウトのパソコンに患者情報を入力する専任のスタッフがいるのか。入力ミスが生じた場合に修正の方法等の対策は取っているか。紙カルテの場合のデータの返却方法については如何か。

回答 各医療機関の看護師等のスタッフが入力している。入力ミスは修正するように対策を取っている。紙カルテの場合は、紙で結果を返している。このシステムの使用の有無にかかわらず、一定の割合でヒューマンエラーは起こるものと考えている。

宮城県医師会 新規開業の先生に利用してもらえなければ、徐々に経営が悪化すると思われる。工夫されている点はあるか。

回答 新規開業医の獲得は難しい。開業時には既にコンサルタントに囲い込まれていることが多いので、われわれも早い段階から新規開業の先生にコンタクトを取って、開業支援を行うようにしている。

3. 岡山市医師会総合メディカルセンター(岡山県)

「医師会共同利用施設としての取り組みと 今後の機能強化について」

岡山市医師会事務局次長／

総合メディカルセンター管理者

川邊 一徳

岡山市医師会の事業部門には、在宅ケア・サービスセンターとメディカルセンターがあり、岡山市の指定管理事業として、休日夜間急患診療所(小児科、内科)の運営も行っている。

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、会員及び従業員健診の事務処理代行を行っている。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、組織を健診検査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、健全化に取り組んできた。

2015 年、新医師会館への移転に伴い健診部門を廃止して健診検査複合体から臨床検査センターとなったが、会員サービスの維持を考慮して健診事業は JA 岡山厚生連と連携し、岡山県医師会保健診・従業員健診を医師の診療に支障が出ないように休日に医師会館で行っている。また、健診結果通知書作成、疾病管理・統計表作成などのデータ管理代行業は、特定健診電磁化一括請求代行システムを利用し継続して行っている。

検査情報システムでは迅速な検査結果報告と検査受付の精度向上を目的に 2010 年にメディカルリンク(クラウド型検査データ連携システム)を構築し、150 医療機関に導入している。電子カルテとの接続により、血液検査だけではなく、細胞診・病理、細菌検査の報告書を表示させることが可能である。また、メディカル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、地域で連携している診療所間で情報を共有することが可能である。

岡山市行政健診では、国の方針に従って 2018 年に前立腺がん検診が廃止となった。日本泌尿器科学会では前立腺がんの死亡率を低下させる前立腺特異抗原(PSA)を用いた前立腺がん検診を強く推奨しており、生存期間の延長という利益が得

られる住民が多いと考える。検診受診者に検診受診の利益と不利益を正しく啓発した上で、最適な前立腺がん検診システムの構築を目指した論議を継続し、共同利用施設としても情報提供していく必要があると考える。

また、今年度、岡山市行政が設置した岡山市フレイル対策事業検討会議に、四師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会)からメンバーを出して連携協力している。国はフレイル対策に関して、「介護予防、フレイル対策、生活習慣病などの疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みを検討する」と示しており、医学的立場からの成果について、生化学的指標など共同利用施設が持つデータなども活用していきたい。

民間センターとの競争から検査情報連携システムを独自に構築してきたが、今後は事務局機能として、災害時の会員安否確認のツールの一つとして活用することも検討する。

民間センターとの激しい競合により収益は低下しているが、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(Personal Health Record)など ICT 技術を活用し、将来を見据えた運営基盤の強化を図っていきたい。

質疑応答

座長 FMS 事業とは何か。

回答 ファシリティー・マネジメント・システム(サービス)のことである。検査会社からは機器や試薬の提供を受け、使用料の支払いをする。医師会は検査会社に場所を提供する。従事者は医師会の所属で、人事管理も医師会が行う。会計上、機器が資産にならずに経費になるため、経費が多くなることに注意が必要である。

司会 フレイルに対し、薬局はどのような取組みをしているのか。

回答 医療機関と薬局で、手挙げ方式で、フレイルチェックを行う。

4. 小倉医師会健診センター(福岡県)

「ストレスチェック解析システム導入による 会員支援について」

小倉医師会健診センター所長 本多 直美

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、会員の施設従業員への検査実施とともに産業医活動支援を行っている。

契約内容は従業員本人宛の結果票作成を行う「A」と、これに加え従業員の同意を得て結果を事業主に報告する「B」の2種類とし、費用は、A契約は1人あたり500円、B契約は600円に設定した。これを医師会報で周知するとともに、当センターで職域健診を行っている事業所やセンター常勤医が嘱託産業医をしている事業所にも情報提供し、契約を募った。

初年度（平成28年度）は39事業所4,367人という実績で、依頼の経緯別に見ると、「健診を依頼しているから」が22社（このうちセンター常勤医が嘱託産業医の事業所7社）、「会報の案内を見て」が6社、「問い合わせ」があり契約に至ったのが11社である。

厚生労働省が発表した研究成果に基づくマニュアルでは、組織全体の10%が高ストレス者になるように設計されている。当センターではハイリスク者抽出には素点換算法を用いているが、初回は全受検者の10.6%がハイリスクとなった。男女別にハイリスク率を比較すると、男性11.4%、女性10.0%で性別の有意差は見られなかった（ $p=0.147$ ）。さらに業種別に見ると、福祉関係の男性のハイリスク率は17.7%と高かった。

次年度（平成29年度）実績は40事業所4,473人と伸び悩んでいたため、顧客満足度を上げ、さらなる依頼を受けるヒントを得るために事業所と小倉医師会産業医会所属の医師に対してアンケート調査を行った。

事業所からは、価格や返却までの期間はほぼ妥当ととらえられているが、結果票がわかりにくい、見方がよくわからないという意見があった。また、メンタルヘルスに関する情報提供・集団分析結果の詳細や制度運用に関する説明を望む声もあった。

医師からは解析・報告以外に望むサービスとして、面談代行、集団分析結果の説明、制度そのものの説明、メンタルヘルスに関する情報提供という回答を得たが、当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割弱あり、PRそのものが十分でなかったことを

痛感した。

これらの要望に応えるために、結果票の見方を示した資料（個人票、集団分析）やメンタルヘルスに関する読み物を作成し、希望する事業所や医師には提供することにした。

PR不足への対策については、健診利用者の目に触れるように健診会場にポスターを掲示し、医師会員に対しては会報にチラシを同封することやホームページを活用して認知度を上げたいと考えている。

質疑応答

座長 面談希望があった場合、どちらの産業医が対応するのか。

回答 事業所の産業医が対応することが原則である。

座長 センターの職員だけでなく、他の多くの事業所のストレスチェックを行っているということか。

回答 大規模な病院の職員のストレスチェックを行うということが、最初のきっかけである。

2 日目（9月8日）

分科会報告

第1分科会

日本医師会常任理事 松本 吉郎

（前述の通り）

第2分科会

佐賀県医師会長／日本医師会共同利用施設

検討委員会委員長 池田 秀夫

（前述の通り）

第3分科会（介護保険関連施設関係）

埼玉県医師会副会長／

日本医師会共同利用施設検討委員会副委員長

利根川 洋二

1. 埼玉県内郡市 30 医師会在宅医療支援センター （埼玉県）

埼玉県医師会地域包括ケアシステム

推進委員会委員長／

医療法人社団満寿会鶴ヶ島耳鼻咽喉科診療所

院長 小川 郁男

埼玉県では、団塊の世代のすべての方々が75

歳を迎え、高齢化が一段と進行する 2025 年を見据え、国が設けた財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を用い、平成 27 年度から「在宅医療提供体制充実支援事業（金井プラン）」を展開している。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、早い段階で県と県医師会が強いタッグを組み、よりスムーズにかつスピーディーに、平成 27 年度から金井プランを展開し、全県下への基盤整備を図った。在宅医療支援センターの設置状況は、郡市医師会に設置（8 地区）、市町村から場所の提供を受けて医師会が設置（7 地区）、共同利用施設（医師会立訪問看護ステーションあるいは居宅介護支援事業所）に併設（8 地区）、病院等に設置（7 地区）である。30 拠点（在宅医療支援センター）は、現在それぞれの地域で医師会と行政・地域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。

2. 松阪地区医師会居宅介護部門（三重県）

「松阪地区医師会居宅介護部門の取り組み
～地域包括ケアシステムの構築に向けて～」
松阪地区医師会居宅介護部門担当副会長

平岡 直人

松阪地区医師会では、1994 年に管内で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 年に居宅介護支援事業所とホームヘルプステーションを開設、翌年には在宅介護支援センター設置を受諾した（2007 年 3 月に閉鎖）。2006 年 4 月に委託方式で地域包括支援センターが設置され、三重県内で唯一の医師会立地域包括支援センターとして運営を開始した。2008 年からはネットワーク作りを目的に、「地域けあネット」を隔月で開催している。2017 年には新しい医師会館が竣工し、居宅介護部門（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・ヘルプステーション）が会館内に事務所を構えることとなった。さらに、「松阪地区在宅医療・介護連携拠点」が設置され、「松阪市認知症初期集中支援チーム」も松阪市が医師会館内

に設置した。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。

3. 東成区医師会（大阪府）

「東成区医師会における在宅医療事業の取り組み
～区役所（行政）との連携の変化と取り組み～」
東成区医師会長 長田 栄一

東成区医師会は、「すべての区民がかかりつけ医を持とう」をスローガンに、平成 23 年「在宅地域医療連携室」を医師会内に設置し、平成 24 年に厚労省の「在宅医療連携拠点事業」を受託。平成 26 年には、大阪府在宅医療連携拠点支援事業、平成 27 年から「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た。地域包括ケアの要となる地域包括支援センターは 2 か所、総合相談窓口ブランチは 2 か所で運営している。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が開催された。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た。また、医師会主催の健康展においても区長が出席され、区の取組み等を話される。障害者や高齢者を地域とつなぐ「お守りネット事業」、緊急時に安否確認する「鍵預かり事業」、各自の健康管理を目的とする「いきいき百歳体操」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のコーディネーターを育成している。しかし、「在宅医療推進コーディネーター事業」で育成された人材は、地域包括ケアシステムの推進には不可欠な存在となったものの、事業終了後は医師会だけでは予算が組めず、大きな問題となっている。

4. 安来市医師会（島根県）

「医師会病院から介護医療院へ
～転換の経緯と課題～」

安来市医師会診療所院長／

介護医療院みずかぜ施設長 入江 秀樹

安来市医師会病院は昭和 60 年 1 月に開設、全 52 床の小規模病院（介護療養 16 床、医療療養 36 床）であった。介護療養病床は平成 29 年度末の廃止が決定し、医療療養病床も 25 対 1 では

存続困難と判断した。平成 30 年 4 月の介護保険改定により生活・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。この改定で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。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、平成 30 年 10 月 1 日に、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った。

全体討議

第 1 分科会（医師会病院関係）

原 寿夫（「シンポジウム 1」演者） この度、全国の 74 医師会病院にアンケート調査を行い、80% 近い施設から回答をいただいた。地域ごとに求められている機能はさまざまであるが、地域のかかりつけ医をどのようにサポートできるかが重要である。施設基準よりも機能としての在宅後方支援病院、会員の先生方のかかりつけ医が継続できるような仕組みがあれば、地域に合わせたさまざまな議論ができると思う。

座長（松本吉郎 日医常任理事） 200 床以上／未満かによって機能が分かれるということで、200 床未満であっても両方選択できる形になることが望ましいと思う。今後の参考にさせていただきたい。

川名隆司（「シンポジウム 3」演者） 医師会病院の求められる役割が地域によって異なる。民間の医療機関ではなし得ない役割が求められると思う。われわれの施設では、医療防災ゾーンとしての機能、循環器系領域の最新医療、広域重症型の急性期医療の 3 つが、会員の医療機関ではなし得ない機能と思っている。

上ノ町 仁（「シンポジウム 4」演者） 長年に亘る経営不振からの脱却をテーマに知恵を絞った。「在り方委員会」を設置し、会員へのアンケート、自院の強み／弱みの分析、現状の評価の結果、204 床を 177 床に縮小（適正化）することにより会員のニーズを把握して、それに合わせた医師会病院づくり・経営に携わっていききたい。すべては会員のニーズのためにとの発想から行っている。

第 2 分科会（検査・健診センター関係）

奈良市医師会 奈良市も共同利用施設の検査センターを有しているが、利用者が少なく経営が厳しい。健康寿命の延伸が課題とされているため、糖尿病の重症化予防に取り組んでおり、市の事業を請け負っているが、競争入札で収入が半減し、赤字となった。日医には、随意契約となるよう進めていただきたい。また、サルコペニアやロコモへの取組みの必要性を全国の自治体に広めていただきたい。

羽鳥 裕 日医常任理事 日医は健康寿命の延伸に関してさまざまな事業に取り組んでいる。糖尿病の重症化予防に関しても、J-DOME という事業を行っている。すなわち、糖尿病専門医の先生方の J-DREAMS に対して、糖尿病非専門医の先生方のレベルを上げる取組みである。また、ハーバードのジョスリン糖尿病センターと提携しながら、各地で講習を行うことも予定しているのでご協力をお願いしたい。かかりつけ医にできるだけ分かりやすい仕組みを作ることが日医の責務であると思っている。来年度の日医のかかりつけ医講習会では、サルコペニアについても重点的に取り上げていきたい。

今村 聡 日医副会長 昨日の横倉会長の講演でも述べられたが、健康寿命の延伸は日医の政策の大きな柱であり、国策にもなっている。保険者や自治体も全力を挙げて生活習慣病対策に取り組もうとしている。行政や保険者が政策を行おうとするときに、まず医師会に相談してほしいということを、常に申し上げている。行政が政策を決定してから医師会に協力を求められても、決してうまくいかない。まずは地域のかかりつけ医の声、医師会の声聞いて、相談しながら進め、結果をきちんと検証しながら次に繋げることが大事である。

松阪地区医師会 生化学的検査の基準値と臨床判断値を分けて考えなければならない。現場では、新しい基準値を導入しつつ、専門学会のガイドラインを参考にして、誤った臨床判断を下さないようにしているが、基準値と臨床判断値をどのように捉えておられるか。

川邊一徳（「シンポジウム 3」演者） 脂質や尿酸値は臨床判断値を使わなければならないのではな

いかと考えている。岡山県医師会は共用基準範囲を推奨している。岡山市では、正確ではないかもしれないが、およそ 6 割以上が共用基準範囲を採用しており、われわれの施設では、臨床判断値を用いている。

羽鳥日医常任理事 最近の臨床検査のデータは揃うようになってきており、今後の共通のデータ使用についての議論を持ちかけている。臨床の現場で、患者を目の前にして、JCLS の基準値をそのまま患者に与えてしまい、「私は治療しなくてよいのですね。このまま 1 年間経過を見ていいです」ということになると、それは明らかに間違いであると思うので、場合によっては臨床判断値を患者に伝えていくべきと思う。たとえ 1 万人の正常者の 95% の範囲に入っているといっても、例えば LDL が 139 を超えている人については、一定の割合で病気になる人がいる。日本高血圧学会では、収縮期最高血圧 130 を守ってほしいとしている。あくまでも、臨床判断と、患者に伝えるべきデータと、検査所の精度管理がうまくいっているかという判断は、分けて考えるべきと思う。

第 3 分科会（介護保険関連施設関係）

小川郁男（「シンポジウム 1」演者） 県内にある 30 郡市において、地域医療の拠点がすべて整い、在宅医療の橋渡しができた。往診医の指導も行っているが、世代交代の時期であるのか、若い往診医が少なく、山間部は特に少ない。さらに、看護専門学校の問題もある。われわれの地区では、卒業生の 80% 以上が、われわれと一緒に働いているが、大学志向のためか、応募者は少なくなっている。早急に手を打たなければならない問題であると認識している。

入江秀樹（「シンポジウム 4」演者） 介護医療院への転換については、小規模の医師会のため意思決定が早くできたのではないと思う。人口も多くないため、行政との連携もよく、迅速に転換できた。職員が高齢化しており、世代交代が大事であると思う。

総括

日本医師会副会長 今村 聡 2 日間にわたり、多くの先生にご参加いただいたことに感謝申し上げます。今回の医師会共同利用施設総会が成功裏に運営されたのも、担当された三重県医師会の松本純一 会長はじめ役員の方々、池田秀夫 委員長をはじめとする日医医師会共同利用施設検討委員会の皆様のご尽力によるものであり、改めて心よりお礼を申し上げます。この度のメインテーマは、「医師会共同利用施設の意義とこれからの方向性」であり、各分科会においてさまざまなご報告をいただいた。

一例を取り上げさせていただくと、医師会病院を創られて、そして診療所、さらには介護医療院へと転換された安来市医師会から、医師会共同利用施設であることの意義と、刻々と変わる地域の事情や社会情勢を再認識しながら新たな方向性を見いだされた事例報告をいただいた。地域で抱えている課題と、その解決方法のさらなる発展に向けての緒が見出されたのではないと思う。重要なことは、今回共有された情報・成果を地域に持ち帰っていただいて、それぞれの医師会共同利用施設のさらなる発展、地域の医療介護に寄与されることを期待したい。

2 年後に開催される第 29 回は、北海道医師会が担当される。昭和 63 年に担当されて以来 2 回目となる。長瀬会長はじめ役員の方々には大変なご苦労をお掛けするが、よろしくようお願い申し上げます。

結びとして、本日まで参集の皆様のお一層のご発展、ご健勝ご活躍を祈念して、総括とさせていただきます。

次期（令和 3 年度）担当医師会長挨拶

北海道医師会の長瀬 清 会長が挨拶された。次回（第 29 回）は令和 3 年 9 月 11 日（土）、12 日（日）に開催される。

【文責：沖中 芳彦】