

第29回全国医師会共同利用施設総会

医師会共同利用施設の今後のあり方 ～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～

と き 令和3年9月11日(土)・12日(日)

ところ 京王プラザホテル札幌 (Web開催)

[報告：常任理事 沖中 芳彦]

本総会は2年ごとに日本医師会主催、各都道府県医師会担当で開催されるもので、今回は北海道医師会の担当により開催された。

1日目(9月11日)

特別講演(ビデオ講演)

最近の医療情勢とその課題

～新型コロナウイルス感染症対策に向けて～

日本医師会長 中川 俊男

現在、8月26日午前中に録画している。非常に厳しい感染爆発の状態になっているが、全国の医師会全員で何とか切り抜けていきたいと思っている。

2021年8月17日、新型コロナウイルスの爆発的な感染拡大が全国規模で起きていることを受けて、会員の先生方173,328名に直接お手紙をお送りしてお願いすることにした。

「先生方には、地域医療を守る通常の診療に加えて新型コロナの診療、ワクチン接種などに全力を挙げてご対応いただき、本当に頭が下がる思いです。心から感謝申し上げます。わが国は、世界に誇る公的医療保険制度の下で、国民皆保険による公平・平等な医療が提供されてきました。私たちは、必要な時に適切な医療を受けられることは当たり前のことだと思ってきました。しかし、この素晴らしい医療提供の仕組みが、新型コロナウイルスの爆発的な感染拡大により壊れようとしています。感染拡大は、すべての都道府県に及んでいます。まさに緊急事態です。日本医師会は、これまで新型コロナ医療と通常の医療を両立させなければならぬと申し上げてきました。どちらの医療も、命の重さは同じであるべきだからです。しかし今、その両方の医療が崩れ始めています。

新型コロナの医療のために通常の医療が制限されることの重大性は計り知れません。そのためにも新型コロナウイルスの感染拡大を徹底的に抑え込み、同時に、なんとしても医療提供体制を維持しなくてはなりません。どうか、新型コロナウイルス感染症患者さんの入院が難しい医療機関におかれましても、今一度、受け入れのご検討をお願いします。診療所におかれましては、どうか、できる限り、自宅療養・宿泊療養の患者さんの健康観察、電話等による診療や往診を行っていただきますようお願いいたします。すでに先生方には多くの医療従事者の皆さんとともに新型コロナと闘い、激務の最中にあることは十分承知しております。あらためてのお願いは心苦しい限りです。しかし、今や大災害級の有事です。日本医師会も感染抑制に向けあらゆる努力をいたします。どうか、先生方にも、もうひと踏ん張りのご協力をいただきますよう、心からお願い申し上げます。」

令和3年5月21日に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立した。日医の役員は、社会保障審議会医療部会をはじめ関係審議会の委員として、今回の改正法案に深く関与してきた。また、国会審議においても、衆議院厚生労働委員会に今村副会長が、参議院厚生労働委員会に猪口副会長が参考人として出席し、意見を述べた。

医療法等改正法は、大きく7点に分けることができる。①医師の働き方改革、②医療関係職種の業務範囲の見直し、③医師養成課程の見直し、④新興感染症等対策の5疾病5事業への追加、⑤「病床機能再編支援事業」の地域医療介護総合

確保基金への位置付け、⑥外来機能報告と「医療資源を重点的に活用する外来」、⑦持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長。本日は、特に都道府県医療計画の5疾病5事業への新興感染症等の追加、病床機能再編支援事業、外来医療機能について述べる。

日医はかねて、都道府県医療計画に新興感染症等を追加することを主張してきた。令和2年8月5日に公表した「新型コロナウイルス感染症の今後の感染拡大を見据えたPCR等検査体制の更なる拡大・充実のための緊急提言」にも盛り込んでいる。その結果、新興感染症等への対策が、医療計画の5疾病5事業の6番目の事業として追加されたことを高く評価したい。

平時からの準備として第一に、資材の備蓄が挙げられる(例:マスク、個人防護具、人工呼吸器、ECMO等)。これは備蓄場所と必要量の見込みが課題になる。第二に、医療従事者、特に専門スタッフの確保と病床の確保が挙げられる。このとき重要なのは、通常医療との両立の視点である。新興感染症が発生した時に急いで病床を確保するのではなく、重症者病床はどの病院に何ベッド、中等症はどの病院か、軽症や後方支援病床はどの医療機関かを、通常医療への対応も踏まえて定め、それを毎年更新する。また、その際に、地域医療構想の病床数についても、新興感染症への対応如何によっては見直す必要もあると考えている。厚労省は先に、医療機関440病院を再検証対象医療機関として発表した。これらの医療機関の中には、今回新型コロナウイルス感染症に対応し、地域で重要な役割を果たしてきた病院もある。再検証対象医療機関440病院の役割について、新興感染症対策事業を含めて改めて見直すべきである。

なお、今回の改正法の施行は、次の2024年から始める医療計画に合わせるため、2024年4月とされている。しかし、「鉄は熱いうちに打て」という格言がある。変異株の拡大とワクチンの普及による国際的な人の移動の復活で、新型コロナウイルス感染症の感染拡大は依然として予断を許さない。また、新たな感染症の発生もいつ起こるかわからない。

都道府県は、3月24日付事務連絡による厚労

省の要請を受け、改めて新型コロナウイルス感染症についての病床・宿泊療養施設確保計画を作成し、各フェーズでの実効性のある確保病床数・居室数を設定した。また、感染者急増時の緊急的な患者対応方針に基づく対応段階の病床・居室も確保した。当面は緊急的な対応が主となるが、日医はこれらの計画等も活用して、医療計画における新興感染症対策事業の検討、施策の実施を前倒しで進めることを国に要請する。

病床機能再編支援事業、いわゆるダウンサイジング補助金は令和2年度に創設され、今回の法改正で地域医療介護総合確保基金の事業の一つに位置づけられた。この補助金は、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や病院の統合による病床廃止に取り組む病院等に対して財政支援を行うものである。ここでも、地域医療構想調整会議が地域医療との調整、合意形成など重要な役割を担っている。しかし、調整会議の議論が停滞しているところがある。また先般、医療機関の再編統合について調整会議の合意を得ないまま行政がゴーサインを出したという事例もあった。さらに、財政当局は、地域医療構想を病床削減ツールとして利用しようとしている。地域医療構想は、もちろん病床削減のためではなく、自主的な取れんを理念としている。だからこそ、調整会議で関係者が地域の実情を踏まえた議論を行うことが重要である。地域医療構想ガイドラインが策定されてから6年が経過した。改めて地域医療構想の理念を確認し、調整会議の議論を活性化できるよう、日医として支援を続けていく。

外来医療機能については、外来機能報告を基に、これも地域医療構想調整会議を活用するなどして、「医療資源を重点的に活用する外来」を基幹的に担う医療機関について協議を行うことになっている。

「医療資源を重点的に活用する外来」とは、具体的な例としては専門性の高い医療機関の外来を指す。医療機関は、自主的な手挙げが基本となり、その上で調整会議等で協議する。ここでも地域医療構想と同様、「自主的」に進める点が重要なポ

イントである。

今後、厚労省に設置予定の検討会で詳細な議論が行われる。検討会では、さまざまなデータも示されると思われるが、データ至上主義ではなく、地域の実情を踏まえた血の通った議論が必要であり、それこそが調整会議の役割でもある。

去る1月14日、総理官邸で行われた「政府と医療関係団体の意見交換」において、菅総理に対し次のように決意表明を申し上げた。「東日本大震災のときに、わたしたち医療界は、全身全霊で災害医療に取り組んだ。今、再び有事である。病院団体をはじめ、公立病院も公的病院も民間病院もすべて、究極の臨戦態勢をとる。日医、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会は、新型コロナウイルス感染症病床を確保するための対策組織を新たに設置し、できることはすべて躊躇なく、新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れるべく有事の医療提供体制の構築に努める。」

前述の菅総理に対する決意表明の具体化として、日医は、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会）並びに全国自治体病院協議会で結成した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」を設置し、2月3日には「新型コロナウイルス感染症患者の病床確保等に向けた具体的方策」をとりまとめた。内容は以下のとおりである。1. 都道府県医師会、都道府県病院団体及び支部による協議会の立ち上げ、2. 協議会による情報共有の仕組みの構築・活用、3. 受入病床の確保策、4. 後方支援病床の確保策、5. 宿泊療養施設や自宅療養の充実、6. 地域の医師・看護師等の派遣等による対策。

国においても、2月2日変更分の「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」で、「地域の実情に応じ、(略)病床の確保を進めること。その際、地域の関係団体の協力のもと、地域の会議体を活用して医療機能（重症者病床、中等症病床、回復患者の受け入れ、宿泊療養、自宅療養）に応じた役割分担を明確化した上で、病床の確保を進めること。」とした。さらに、厚労省は、2

月16日付で発出した事務連絡「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」の中で、重症患者は、大学病院や地域の基幹病院等の高度な集学的医療を提供できる医療機関での受け入れを中心に整備し、中等症患者は重点医療機関が中心的な役割を担うこととした。そして、「救命救急医療を含め新型コロナウイルス感染症以外の疾患等の患者に対する医療に関する役割分担にも配慮しつつ、地域医療構想調整会議や医師会・病院団体等の医療関係団体による協議体を含めた行政と医療関係団体が参加する地域の調整の場も活用しながら、医療提供体制の強化に取り組むこと。」とした。

「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」には、2月24日の第3回会議から厚労省が加わり、迫井医政局長にご出席いただいた。地域の医療提供体制は、コロナの外来、重症患者への対応、中等症患者への対応、コロナから回復した方の後方支援、コロナ病床確保のための転院患者の受け入れ、そしてコロナ以外の日常診療など、すべての医療機関がそれぞれの役割を担うことが重要であるという共通の認識をあらためて確認した。

日医では、前述の通り、四病院団体協議会並びに全国自治体病院協議会で設置した「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」による「新型コロナウイルス感染症患者の病床確保等に向けた具体的方策」においても、特に後方支援医療体制が重要であるとしている。さらに同対策会議の一員となった厚労省に対しても、退院基準の逐次周知徹底をはじめ後方支援医療体制の確保を強く要請し、同省より関連事務連絡が相次いで発出されるに至った。また、同省からは、患者受入が実際に可能な最大限病床の確保や感染者数の大幅増（例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度）を想定した緊急的な患者対応を行う方針を都道府県に求めているが、後方支援医療体制はその中でも重要な位置づけをしている。

緊急事態宣言とまん延防止等重点措置について。感染対策には思い切った流行対策を講じる「ハン

マー」と、感染者数が少ない範囲で新しい生活様式を実践する「ダンス」を使い分ける「ハンマー&ダンス」の政策が必要である。「ハンマー」とは欧米ではロックダウン、日本では強い緊急事態宣言を意味する。「ハンマー」を振りかざす政策は、経済的インパクトが大きくなってしまいが、このまま感染が拡大し続ければ、強い政策を打ち出す「ハンマー」を振りかざさなくてはならない。2020年2月4～11日に「さっぽろ雪まつり」で患者が急増。2月3日には横浜沖でダイヤモンドプリンセス号の検疫が開始された。4月7日、安倍総理は7都道府県に緊急事態宣言を発令し、その後全国に拡大した。

政府は、2021年1月8日より、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県を対象に2回目の緊急事態宣言を発令、3月21日をもって2回目の緊急事態宣言を全て解除した。2回目の緊急事態宣言を発令するという政府の決断は、医療提供体制の逼迫に瀕している医療にとって大きな意義があるものであった。当初は1都3県に限定して発令され、後に対象地域は順次拡大したが、2020年4月の1回目の緊急事態宣言のように、国民に未知のウイルス感染症に対する連帯感を持った危機感・緊張感を取り戻し、ひいては新規感染者の増加を減少に転じさせ、収束への突破口にもなることを期待した。

1回目と2回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。まず、感染者数の規模が異なる。緊急事態宣言発令時の患者数は、1回目は全国で368人、東京都は87人であった。2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人であった。一方、解除時の感染者数は、1回目は全国で21人、東京は8人であった。2回目は全国で1,118人、東京は258人であった。特措法による営業・施設の使用制限は、1回目は飲食店に加え、体育館、スポーツクラブ、映画館等への休業要請が行われたが、2回目は飲食店中心の使用制限であった。外出自粛については、1回目は終日であったが、2回目は20時以降の自粛が求められた。

「まん延防止等重点措置」は、感染者の急増及び医療提供体制における大きな支障の発生を避けるための対応が必要な段階、すなわち、感染状況

がステージⅢに相当する段階で適用するものである。さらに、ステージⅢの中でも、感染者が増加傾向にある段階で適用するものは「“上り”のまん延防止等重点措置」、感染者が減少傾向にある段階で適用するものは「“下り”のまん延防止等重点措置」と呼ばれている。また、まん延防止等重点措置が適用されている都道府県において、爆発的な感染拡大及び深刻な医療提供体制の機能不全を避けるための対応が必要な状態、すなわち、感染状況がステージⅣ相当にまで悪化した場合、原則として、まん延防止等重点措置の適用を解除するとともに緊急事態宣言が発令される。他方、緊急事態宣言が発令されている都道府県において、感染状況がステージⅢ相当にまで改善された場合、原則として緊急事態宣言の発令を解除するとともに、まん延防止等重点措置が適用される。

緊急事態宣言とまん延防止等重点措置は異なる特徴を持っている。まず、対象地域に違いがある。緊急事態宣言は、政府が都道府県単位で発令する。一方、まん延防止等重点措置は、政府が対象とした都道府県の知事が市区町村等の特定地域に限定して適用する。また、適用と解除の目安にも違いがある。緊急事態宣言は、感染状況がステージⅣ相当に至った段階で発令し、ステージⅢ相当に至った段階で解除する。他方、まん延防止等重点措置は、感染状況がステージⅢ相当であり、都道府県で感染拡大のおそれがある等の状況に至った段階で適用され、都道府県全域に感染が拡大するおそれがない等の状況に至った段階で解除される。さらに、施設使用等に係る制限・停止及び罰則に関しても違いがある。緊急事態宣言では、制限・停止に係る要請・命令が可能であり、当該命令に違反した場合には、30万円以下の過料が処される。また、まん延防止等重点措置では、制限に係る要請・命令のみ可能であり、当該命令に違反した場合には、20万円以下の過料が処される。

政府は、4月25日より東京都、京都府、大阪府、兵庫県を対象に、3回目の緊急事態宣言を発令した。その後、対象地域の拡大等を適宜実施し、6月20日をもって沖縄県を除く都道府県に対する緊急事態宣言は解除された。また、2回目と3回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。

緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、2回目は全国で7,957人、東京都は2,459人だったが、3回目は全国で4,607人、東京都は635人であった。他方、東京都が対象から解除された日における感染者数について、2回目は全国で1,118人、東京都は256人だったが、3回目は全国で1,308人、東京都は376人であった。東京都の感染者数に着目すると、発令時から解除時にかけて、2回目の時は約10分の1にまで抑えられているが、3回目の時は約2分の1に抑えただけで過ぎなかった。

政府は、7月12日より東京都を対象に、4回目の緊急事態宣言を発令した。また、沖縄県を対象とした緊急事態宣言の期限を延長した。さらに政府は、8月2日より埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府の4府県を、8月20日より茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県の7府県を、緊急事態宣言の対象地域に追加した。さらに8月27日から北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県を宣言の対象地域に追加することになる。また、3回目と4回目の緊急事態宣言は異なる特徴を持っている。緊急事態宣言の発令開始日における感染者数について、3回目は全国で4,607人、東京都は635人だったが、4回目は全国で1,504人、東京都は502人であった。

ワクチンについては、情報が錯綜して混乱したため日医は、会員に対してワクチンに関する情報を迅速かつ正確に提供することを目的として「新型コロナウイルスワクチン速報」を作成し、日医ホームページへの掲載を2021年2月16日より開始した。ワクチン速報の第1号は2月16日に発出した。この中では、「医療機関での接種施設の類型は、基本型接種施設、連携型接種施設、サテライト型接種施設となる。病院・診療所は、連携型及びサテライト型として、個別接種を行うことが可能。これにより、地域でより多くの接種施設を確保することができる（厚生労働省自治体説明会資料 令和3年1月25日）。介護施設の従事者のうち、介護医療院、介護老人保健施設の従事者については、医療機関と同一敷地内にある場合

は、医療機関の判断により対象となることが可能。介護療養型医療施設の従事者は、病院・診療所として医療従事者等の範囲に含まれる（「医療従事者等への新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を行う体制の構築について」令和3年1月8日付け健康発0108第2号厚生労働省健康局健康課長通知（令和3年2月3日改正）。」などの案内をした。

第3号（2月25日）では、「集合契約の手続きについて。医療機関が新型コロナウイルスワクチンの連携型・サテライト型接種施設になるためには、日医と全国知事会による集合契約に参加することが必要。契約を医師会に委任するため、それぞれの医療機関において「ワクチン接種契約受付システム」を用いて委任状を作成する。システム上で委任先の郡市区医師会を選択する。」等の案内をした。

第5号（2月26日）では、筋肉注射について、特に、注射時の逆流を確認しないこと、シリンジ陰圧確認を行わないことで、筋肉組織損傷による免疫獲得減弱を回避できることを情報提供した。第6号（3月31日）では、副反応疑い報告の状況について、第7号（4月7日）では、集団接種に出務される医師、個別接種を行う医師も優先接種対象者であり、高齢者向け接種に先立って、ワクチン接種を受けることができることを案内した。

第8号（4月27日）では、ワクチン接種に従事する方の健康保険の被扶養者認定について、以下の情報提供を行った。「健康保険の被扶養者認定は、年間収入が130万円未満であることが要件の一つとされている。被扶養者の年間収入が130万円以上になると見込まれると、扶養から外れ、社会保険料の納付義務が発生することが考えられるが、ワクチン接種に従事すること等に伴う一時的な収入増加に対する取扱いは、以下のとおり。例えば、認定時（前回の確認時）には想定していなかった事情により、一時的に収入が増加し、直近3か月の収入を年収に換算すると130万円以上となる場合であっても、直ちに被扶養者認定を取消すのではなく、過去の課税証明書、給与明細書、雇用契約書等と照らして、総合的に将来収入の見込みを判断する。」

第10号(6月2日)では、ファイザー社のワクチンについて2021年5月31日に添付文書が改訂され、冷蔵庫(2~8℃)で解凍する場合は、2~8℃で1か月間保存することができること、再冷凍はせず有効期間内に使用することを案内した。個別接種を行う医療機関には朗報であったと思う。第11号(6月9日)からは、全国のワクチン接種の好事例についても報告した。

これに先立ち、日医は6月2日の定例記者会見で、全国の好事例を横展開し、ワクチン接種を推進していくことを表明した。日医ニュースにも好事例を掲載し、会員の先生方が地域でワクチン接種を推進する際に参考にしていただきたいと考えた。2021年3月25日には、日医は新型コロナウイルス感染症の予防接種を安心して受けるためのパンフレットを作成した。現在、日医のホームページ上に掲載しているので、是非ご覧いただきたい。

2021年7月29日に日医は、新型コロナウイルス感染症の感染が全国規模で拡大していることを踏まえて、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、東京都医師会の各団体と共に「新型コロナウイルス感染症の爆発的拡大への緊急声明」を取りまとめ、公表した。なお、今回の声明取りまとめに当たっては、尾身 茂 新型コロナウイルス感染症対策分科会長、脇田隆字 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード座長と多角的な視点から意見交換を行った。この中で、1.なぜ今、緊急声明が必要なのか、2.医療提供体制確保の取り組み(①重症者、中等症患者の入院病床の確保、②軽症者への対応、③新型コロナウイルス感染症における有事の医療と、通常の診療の両立)、3.ワクチン接種の推進、等を訴えた。さらに、以下の緊急要請を行った。1.首都圏をはじめ感染者が急増している地域に対し、早急に緊急事態宣言を発令すること。あわせて、緊急事態宣言の対象区域を全国とすることについても検討に入ること。2.感染収束の目途がつくまで、徹底的かつ集中的にテレワークや直行直帰を推奨すること。3.40歳から64歳まで及びリスクの高い疾患を有する方のワクチン

接種を推進し、できるだけ早く完了させること。

日医は8月3日、菅総理ら政府と医療関係団体の意見交換に出席した。政府が、感染が急増している地域での入院を重症者とリスクの高い患者に限る方針を示したことに関しては、「リスクの高い患者として、中等症Ⅱと自宅では悪化の兆候を早期に把握しにくい中等症Ⅰの一部が適切に含まれていると理解している」と申し上げた上で、地域の医師会や医療機関では既にこれらの方々の病状変化に即座に対応できるよう、より一層の医療提供体制の強化、特に自宅療養への対応に重点を置いた体制整備を進めていることを説明した。入院に関する政府の方針転換について、「全国の医療現場では、中等症の方が入院できなくなれば、急変の兆しの発見が遅れることが頻発し、死亡者が急増することを心配している」と現場の懸念を伝えるとともに、リスクの高い患者には中等症も適切に含まれると考えてよいか改めて確認した。これに対して、田村厚労大臣は「中等症Ⅱは当然だが、Ⅰに関しても医師が重症化のリスクが高いと判断すれば入院することになる」と明確に回答され、総理も同意された。

7月12日に、大会開催への対応状況と現状の課題等についての情報共有を図ることを目的として、「東京オリンピック・パラリンピックに関する都道府県医師会連絡協議会」をオンラインで開催した。同協議会には、競技会場を有する北海道、宮城県、福島県、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、静岡県の9都道県を中心に多くの医師会が参加し、意見交換や議論を行った。7月19日には、今回の協議会で明らかにされた懸念や心配の声をとりまとめた上で、大会組織委員会の橋本聖子会長に対して、尾崎治夫 東京都医師会長との連名による文書「東京オリンピック・パラリンピック競技大会の安全・安心な開催に向けて」を提出した。

日医の定例記者会見は、最近は地上波、インターネット等で中継される。官邸、省庁、さまざまな分野の方々に常に見ていただいております。公式発言となるため、しっかりと準備して、日医の考え方

をリアルタイムに発信して行こうと思う。

2021年4月14日の会見では、まず、緊急事態宣言が先行解除され、現在感染が急拡大している近畿2府1県の状況に触れ、「特に大阪府の新規感染者は、正に指数関数的に増加している」と述べるとともに、「既に“必要な時に適切な医療を受けることができない”という医療崩壊が始まっている」と申し上げた。

4月21日には、新型コロナウイルスの変異株の全国的な流行と、大阪府を始めとする緊急事態宣言要請の状況を踏まえ、3度目の緊急事態宣言が不可避であるとし、政府に早急な発令を求めた。その上で、緊急事態宣言について、「発令は早めに、解除はゆっくり慎重に」と述べ、宣言解除に関しては、ステージⅣからステージⅢに改善した時点で解除できるとされている基本的対処方針を、ステージⅡ以下になって初めて解除の検討に入るよう改定することが必要であるとした。

8月18日には、前日(17日)に政府が決定した緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の対象拡大や期間延長の内容を説明した上で、「日医は、これまで全国を一律に対象とした緊急事態宣言の発令を求めてきた」と述べ、その理由として、(1)第5波の発生当初から、デルタ株への急速な置き換わりにより、感染拡大が全国に波及することが予測された、(2)緊急事態宣言が発令されている区域から、それ以外の区域への人流によって感染が拡大するおそれがある、(3)全国一律に宣言を発令することにより、政府の危機感を少しでも全国で共有することができると考えられる、ことを挙げるとともに、「緊急事態宣言やまん延防止等重点措置の第一の目的は、未知の新興感染症に対する危機感と緊張感を共有することで感染拡大を防止し、苦しむ人を一人でも減らすことにある」と強調した。

ワクチンに関して、2021年2月10日に、接種体制については、全国一律に構築していくのではなく、地域の実情に応じ、集団接種と個別接種を柔軟に組み合わせることが必要であるとした上で、「高齢者を始め、基礎疾患のある方には、普段の健康状態をよく知っているかかりつけ医による個別接種が重要である」と強調した。その上、

各自治体の状況に応じて実施すべきとした自民党合同会議の提言に賛意を示した。

2月17日には、2月10日の菅義偉内閣総理大臣らとの意見交換の際に、「ワクチン接種には地域の医療機関の協力が不可欠であり、日本医師会には、引き続きリーダーシップを発揮し、接種体制の整備への支援をお願いしたい」と総理から要請を受けたことを報告した。

医療提供体制について、2021年3月24日には、同日、厚労省が次の感染拡大に備えて医療提供体制を強化するため、感染者の大幅増(例えば今冬の1日当たり最大感染者数の2倍程度)が起きた場合も含め、都道府県に新たなコロナ病床確保計画を求める事務連絡を発出したことに触れ、「感染者数が短期間で急増した場合、1～2週間で準備病床を即応病床として活用することを求めているが、予定されていた入院や手術を延期するなど、新型コロナ以外の通常医療を大きく制限することにつながるものである」と懸念を示した。また、「従来から病床使用率の分母を、準備病床を含む確保病床から即応病床数に変更統一するべきであると述べてきたが、それは準備病床を即応病床に転換するのは容易ではないからである」と強調した。加えて、準備病床とされる新型コロナ以外の患者が使用している病床においては、患者の転院や転棟の手続きが生じる他、新型コロナ医療を担える医療従事者の確保、病棟のゾーニングなど、新型コロナ患者を受け入れる病床にするためには多くの課題があることを指摘した。

8月18日には、新型コロナウイルス感染症患者の入院基準について、政府が重症患者と特にリスクの高い患者に限定する方針を発表してから、日医などの要請を受け、“入院は重症患者、中等症患者で酸素投与が必要な者、投与がなくても重症化リスクがある者”を対象とし、それは医師の判断によるということが明確化されるまでの経緯を解説した。この後の日医の要請により、わかりやすい事務連絡を全国に発出していただいた。

8月25日の定例記者会見では、次のように述べた。「最後に政府にお願いする。医療の逼迫、病床の逼迫への対応は強力に行うべきであり、日

医としても全面的に協力する。同時に、医療を守るためと言うよりは、まずは命を守るために感染防止対策を徹底する必要があることを、強く発信していただきたい。新型コロナウイルス感染症に罹患したときに、どのような苦痛があるか、そしてどれだけの後遺症があるかは計り知れない。政府にはその点で、これまでの踏襲ではない、強力な感染防止対応を取っていただきたい。このまま感染者が増加し、医療の逼迫が際限なく続けば誰も持たない。これまでの対策を引き延ばしている猶予はないと考える。日医は、通常医療とコロナ医療を両立させるべきであると繰り返し申し上げていく。通常医療もコロナ医療も命の重さは同じだからである。しかし、先程述べた厚労省への東京都の要請の中でも、『通常医療の制限も視野に入れて』と明記される事態に至った。今回、緊急事態宣言とまん延等防止措置の対象区域が拡大された。その後の状況を速やかに分析し、必要な英断を下していただきたい。

この後、9月11日（本講演当日）にどのような状況になっているか心配である。日医は、最後の最後まで諦めずに新型コロナウイルス感染症の収束まで頑張るので、皆様もよろしく願います。

分科会報告

第1分科会（医師会病院関係）

座長：宮崎県医師会副会長／

日医医師会共同利用施設

検討委員会副委員長 山村 善教

1. 函館市医師会病院（北海道）

「医師会共同利用施設の今後のあり方

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

函館市医師会病院医療・介護連携課長 八重樫 優

総病床数は199床で、内訳は一般病床82床、地域包括ケア病床66床、障害者病床51床である。3名の医師で老年内科を運営されており、リハビリテーション科、整形外科と共同して地域包括ケア病床を活用し、在宅復帰率の安定化を図っておられる。昨年4月に訪問看護ステーションを開設し、医療・介護連携支援センターとの連携により、不必要な搬送は減少しているとのこと。

2. とちぎメディカルセンター（栃木県）

「とちぎメディカルセンター（TMC）設立の経緯と経過」

栃木県医師会副会長 長島 徹

医療機能再編型としての、設立母体の異なる3つの病院の統合という、全国的にも珍しい形態の難事業の経営について報告された。JA厚生連下都賀総合病院を307床の「とちぎメディカルセンターしもつが」、医療法人陽気会を慢性期に特化した250床の「TMCとちのき」、今一つは医師会病院を100床の「介護老人保健施設とちぎの郷」として運営しておられる。統合するきっかけは、厚生連が病院経営からの撤退を決定したことで、従来から3つの病院とも老朽化して、医師の継続確保に悩んでいたことから統合再編話が持ち上がり、山積する問題解決に議論を尽くして、平成28年4月に開院された。「しもつが」と「とちのき」の医療連携・機能分担に関する認知度、慢性期に特化したとちぎの郷の医師確保に大変苦勞されている。地域完結型医療の推進を阻む医療法の壁などの課題を報告された。

3. 宮崎市郡医師会病院（宮崎県）

「宮崎市郡医師会病院の今後の在り方

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

宮崎市郡医師会長／宮崎市郡医師会病院長 川名 隆司

2年前のこの総会場で、老朽化した病院の移転・新築を予定していることを報告された。新病院のコンセプトとして、広域重症型急性期医療の重点化、循環器内科疾患の最新治療の提供、医療防災ゾーンとしての機能充実の3つを掲げて、昨年8月にコロナ禍の中、無事に開院した。新型コロナウイルス感染症の対応としては、重点医療機関としての入院治療、夜間急病センターにおけるコロナ疑い患者への対応、コロナ宿泊療養施設における夜間急変時の患者受け入れ、クラスター発生施設へのDMAT、ICNの派遣等を行っている。感染拡大時には、267床のうち41床をコロナ病床に転換し、最大10人の中等症までの患者を受け入れた。コロナ禍により経営は圧迫されたが、新病院になり、心臓血管外科等の診療報酬点数の高い手術が増加したこと、ICUの増床、特定集中治療室管理料1の算定などの効果があ

り、転移前より粗利は増加した。また、空床確保料等の支援金で持ちこたえたとのことで、今後も支援の継続が望まれるとの報告であった。

4. 出水郡医師会広域医療センター（鹿児島県）

「医師会病院を中心とした新しい地域医療のあり方を目指し

～本邦初の国立病院民間移譲病院としての歩み～」

出水郡医師会理事／出水郡医師会

広域医療センター院長 今村 博

国立療養所阿久根病院を国立病院の統廃合計画に基づく全国で1番目のケースとして、5億9千万円で譲り受け、脳神経外科及び7つの科を新設して、24時間の診療体制で、平成元年10月に誕生した。国立病院神話の中、地域住民の猛反対を受けたりもしたが、急性期病院として生まれ変わった病院の診療実績はうなぎのぼりで、平成19年4月には8階建ての新病院を開院された。医療の安全と質の向上への取り組みのためにKAIZEN活動を開始し、PDCAサイクルを回して来られた。日本医療機能評価機構はもとより、国際標準化機構ISO9001を平成17年に取得、毎年監査を受けることで持続的改善を目指している。電子カルテを導入後、大学病院との間でテレパソロジーを開始、新システムを積極的に導入し、また人材育成にも取り組んでおられる。民設民営ゆえの経営上の問題はあがるが、医師会病院を中心とした新しい形の地域医療の構築を目指す姿は、日本の医療体制の再構築のモデルになると思われる。

第2分科会（検査・健診センター関係）

座長 埼玉県医師会長／

日医医師会共同利用施設

検討委員会委員長 金井 忠男

1. 江戸川区医師会医療検査センター（東京都）

「新型コロナウイルス感染症の影響と対応」

江戸川区医師会医療検査センター所長 山中 昭良

令和2年2月ごろから影響が表れ始め、3月の受診者は対前年比81%で、各種がん検診の3月の総受診者は対前年比72%であった。令和2年4月7日に1回目の緊急事態宣言(5月25日まで)が発出され、区からの指示で、翌日から全健（検）

診が中止となった。特定健診受診者は対前年比で4月が25%、5月は0%であった。がん検診受診者は4月が10%台、5月は0%が多かったが、大腸がん検診は5月にもわずかに実施された。宣言解除後の6月以降も受診者が減少し、特定健診は通年で対前年度比82%で、がん検診も多くの検診で80%台であった。がん検診や特定健診は決して「不要不急」ではなく「コロナ禍にこそ必要不可欠」であると話された。

ディスカッションにおいて、事業収入の検証の中で、赤字転落を免れた理由を、健（検）診は区から委託されており、行政との連携が強く、区からの補助金交付があり、また会員のやる気がセンターを支えていたためであろうと述べられた。

2. 焼津市医師会臨床検査センター・

健診センター（静岡県）

「COVID-19 流行下での焼津市医師会

共同利用施設の現状と課題、そして対策」

焼津市医師会理事 立花 恒輔

焼津市医師会は共同利用施設として、臨床検査センター、健診センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション及び訪問看護ステーションの6部門を運営している。これらの中で、新型コロナウイルス感染拡大時に各部門において問題となったことは、個人用防護具の不足や価格高騰であった。また、訪問介護関係者はワクチンの優先接種の対象外であったことも問題となった。臨床検査センターは、医療機関への受診控えに伴う検査数減少がみられたが、その後回復した。また、新型コロナのPCR検査が収益に貢献した。健診センターは、事業所や学校の健診の年度を通しての実施件数は、例年に比べやや増加した。これは時期をずらして実施することや、特定健診の実施回数を増やすなどで効果が得られた。また、保健指導ではWebを用いた遠隔面談も導入しておられる。

ディスカッションにおいて、多くのセンターが非常に苦戦している中で、目標の経常利益率を上回り近年の中でも良好な結果であったと報告された。その理由について、いくつかの工夫をしたことの効果はあったと思うが、人口が少なく感染者

も少なかったことから対応が可能であったと考えたと述べられた。

3. 岩国市医療センター医師会病院(保健健診部)(山口県)

「県内初のクラスター発生病院と認定されて ～健診における感染対策の取り組みと 受検者の動向～」

岩国市医療センター医師会病院

保健健診部臨床検査技師 中原 捷

早い時期から新型コロナウイルス感染症対策本部を立ち上げ、十分な対策を取っていたにもかかわらずクラスターが発生したのは、休憩中のマスク無しの会話や、共有物としてのパソコンのキーボードなどからの感染と思われ、ちょっとした気の緩みがあったと述べられた。2020年度の健診受診者は前年度と比べ8%の減少で、減収となった。減少が目立った項目は、脳ドック健診27%、特定健診11%であった。健診部門が減収となったことから、入院健診を日帰り健診にしたり、CTやMRIをオプション健診に加えるなどした。また、東ソー株式会社のTRC測定器を2台設置された。

ディスカッションの中では、感染対策として特別なことを行っているわけではないが、対策に漏れがないように細心の注意を払っていることと、院内へのウイルス持ち込み防止対策として、入院前、手術前にPCR検査を行っているとのことであった。PCR検査装置を導入したメリットで最も大きいのは検査当日に結果がでることと、検査件数は1台につき1回7件、2台で14件とのことであった。

4. 佐賀県健康づくり財団

佐賀県健診・検査センター(佐賀県)

「佐賀県健康づくり財団の現状と展望

～新型コロナウイルス感染症も踏まえて～」

佐賀県健康づくり財団専務理事／

佐賀県医師会常任理事 枝國源一郎

健診部門ではこれまで順調に推移してきたが、さまざまな新型コロナウイルス感染症対策を講じたにもかかわらず大きなダメージを受け、特に市町健診、巡回健診は人数制限等により、かなりの減収となった。臨床検査部門では、会員の利用率

が年々減少し、平成9年には75%であったが、最近では58%に低下した。減少の理由は、民間会社の影響(新規開業時から民間検査会社が介入している、価格競争など)等で、対策として、新規開業医療機関の料金の値下げ(1年間)、特定健診検査結果・請求の代行提出、医師会共同利用施設としての位置づけの再検討、新規開業会員対策を行っておられる。検査部門では現在、新型コロナウイルス感染症対策が最も重要であり、新興感染症により大きな影響を受けることが今回判明したと説明された。共同利用施設は会員のために存在しており、民間会社がやらない部分も実施する必要がある。コロナ禍で経営状況も考えなければならず、難しい問題であるが、医師会共同利用施設は存続すべきであると述べられた。

このあとのシンポジスト全員によるディスカッションでは、コロナを経験して今後活かすことは何かという質問に対して、行政との連携はさらに強くする必要がある、いろいろな場面で今後はICT活用が必要になるなどの意見が出された。また、今後起こりうる新興感染症への対策を考え、共同利用施設のあり方を模索する必要がある、との意見もあった。共同利用施設の存続についても議論され、存続を否定するシンポジストはおられなかった。会員の利用率が下がっていること、民間の検査会社との競合などについては、何らかの方策を考えなければならず、日医とともに検討する必要があるとの意見が多く出された。

第3分科会(介護保険関連施設関係)

座長 日本医師会常任理事 松本 吉郎

1. 郡山医師会(福島県)

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

120床の病院では、介護医療院や居宅介護などの介護保険サービスと療養病棟などの医療保険サービスの双方を提供しておられる。また、休日夜間急病センター、看護専門学校の併設や在宅医療介護連携支援センターの指定も受けておられる。コロナ禍においては、郡山市でも介護施設のクラスターが続き、検査の遅れやゾーニングの体

制、他施設からの応援のために、タイムリーに話し合いをする場作りなどに課題があったとのことである。検査体制を整備するにあたり、行政からは補助金とセットで60～200人程度を同時に検査する高価なPCR検査機器を勧められたそうであるが、現場での運用を考えて、結果が1時間程度で出る小回りの利く機器を複数揃えたそうである。また、介護サービスが多様化している中で、利用者が新型コロナ陽性となった場合に行政からすぐに連絡が来ないことなど、さまざまな課題があるとのことであった。先生からは、ケアマネジャーの積極的な関与やそのための基準などが必要ではないかというご提案をいただき、衛生材料の使い方や効果などについても具体的なノウハウや研修が必要であると述べられた。

2. きぬ医師会（茨城県）

「在宅医療・ケアを支えるICTの導入推進

～茨城県常総市、きぬ医師会の取り組みから～

茨城県医師会常任理事 安部 秀三

（共同講演者）茨城県医師会常任理事／

きぬ医師会 伊藤 金一

茨城県常総市ときぬ医師会では、2015年の鬼怒川の洪水で行政や医療機関が平時のような対応ができなかったことをきっかけとして、情報共有ツールのJOSOシステムを導入したとのことである。JOSOシステムは安否確認の迅速化や関係者間の情報共有に使われるとともに、介護保険の手続きの際に、同意の上で災害時の要支援者登録にも使われており、災害の経験もあって、約99.5%の非常に高い同意が取れたそうである。システムは市の負担で運営されていることから、支援者側の費用負担は通信費程度である。導入のメリットとしては、情報共有、介護保険等の窓口申請業務をICTでできるようにしたことによる業務負担軽減、災害時での活用を挙げておられた。一方、課題としては、重要性が低い情報が多いとチェックに時間が取られること、利用していない事業所等もあることから、手続きの関係で、個人所有の端末では利用できないことなどを挙げておられる。また、近隣の地域で既に別のシステムが導入されていて、連携が取りにくいことなどは、

次の桑名医師会と同様の課題であった。最後に、医師会は自治体に対しICTの導入をすすめ、会員及び共同利用施設間で連携ツールとして率先して利用すべきとの提言をいただいている。

3. 桑名医師会（三重県）

「COVID-19に対するICT活用の取り組み」

桑名市在宅医療・介護連携支援センター

副センター長 中道 尚

桑名医師会では在宅医療・介護連携支援センターのほか、医師会立看護専門学校や訪問看護ステーションなどさまざまな施設を運営しておられる。そして多職種からの情報共有と連携推進のため、「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク（ゆめはまネット）」という情報共有ネットワークシステムを構築しておられる。ご発表では、ゆめはまネットを活用した取り組みを色々と紹介していただいたが、例えば情報ツールとして、医療機関でキャンセルが発生したワクチンの廃棄を防ぐための、介護職の接種希望者の迅速な募集などの活用事例や、今でこそ当たり前となってきたが、令和2年4月という早い段階からZoomによる体験会の開催等を報告された。これがその後の感染対策のオンライン研修会参加のハードルを下げたり、医師会での研修会を稼働する下地が作られたのではないかと思われた。これが、地域の研修会の顔の見える関係構築に役立っていたが、そのことが現在の在宅療養や後方支援ベッド確保などの医療体制の構築に非常に役立っていると思われた。また、「夜カフェふらっと」という多職種交流会を月1回開催しておられるそうで、行政の方たちも参加して、悩みや課題を共有するという素晴らしい取り組みもあった。あくまでも医療・介護・福祉は人が行うものなので、そのつながりを前提にしてICTを考えることの有用性を強く感じた。

4. 宇治久世医師会（京都府）

「宇治久世医療介護連携センターの取り組み

～新型コロナウイルス流行期の

在宅医療、介護連携～」

宇治久世医師会長 堀内 房成

宇治久世医師会は約25万の人口を抱え、2市

1町の医師が加入されており、平成30年から堀内会長をセンター長として医療介護連携センターを開設し、医療介護連携推進事業を医師会から受託しておられる。コロナ禍に関して医療機関、介護事業所にアンケートを取ったところ、在宅患者が急増したこと、在宅医が感染したときのバックアップ体制が課題として挙げられたそうである。そこで、在宅患者の急増には、従来から構築していた在宅サポート医という制度を活用し、在宅診療に精通した医師が関係機関等からの相談に対応されているとのことである。また、在宅医のバックアップ体制については事前に医療介護連携センターに登録した在宅医がCOVID-19に感染した場合には、軽症の場合は他の先生にバックアップして診察をしていただき、規定の報酬を支払う形となり、長期間復帰が困難な場合は患者リストをセンターに提出していただき、バックアップ医で割り振る制度を作られているとのことであった。幸いなことに現在まで必要な事例は1件も起きていないそうであるが、このような制度があることは、医師としても患者にとっても心強いのではないかと思う。会員の世代交代で若い医師が出てくる中で医師会の存在意義をしっかりと説明できるようにすることが必要であるとのこと指摘をいただいている。

2日目(9月12日)

新型コロナウイルス感染症対応下における医師会臨床検査センター・検診センターの2020年度実業経営実態調査報告

日本医師会総合政策研究機構

主任研究員 吉田 澄人

1. 回答の状況

調査の回答率は、健診センター68.2%、臨床検査センター58.0%、複合体80.0%、全体で68.3%であった。

集計結果は、複合体からの回答を健診センター、臨床検査センターに振り分け、健診センター80施設、臨床検査センター62施設の集計を行った。

2. 調査結果：健診センター

1) 回答者の基本情報

健診センターの運営形態では、医師会直営によ

る運営が80施設中65施設であった。

回答施設の都道府県分布では、静岡県が8施設で最も多かった。2020年度に3か月以上緊急事態宣言が発出された都府県において、埼玉県4施設、東京都4施設、神奈川県1施設、大阪府1施設、兵庫県3施設が回答された。

2) 新型コロナウイルス感染症への対応

PCR検査の採取、測定を実施している施設は80施設中11施設であった。

PCR検査の収益への寄与では、11施設中、「大きく寄与している」、「まあまあ寄与している」、「全く影響がない」が、いずれも3施設、27.3%であった。

ワクチン接種の実施について、80施設中31施設、38.8%の健診センターが「ワクチン会場として実施している」と回答しており、地域におけるコロナ対策に貢献している。

ワクチン接種実施への協力では、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」施設が半数に近い41.3%に及んでいる。

3) 健診センターの存続について

健診センターの存続については、「存続する」と回答した施設が80施設中74施設(92.5%)であったが、「存続するか否かについて検討している(もしくは検討したことがある)」と回答した施設が5施設、「存続しないことが決まっている」と回答した施設が1施設あった。

健診センターの存続について重要な要素としては、「医師の雇用」と回答した施設が最も多く、46施設(59.0%)であった。次いで多かった回答は「受託の健診単価」で、39施設(50.0%)であった(80施設中、複数回答あり)。

4) 2020年度実施件数の対前年比における単体、複合体の比較

実施件数が多い特定健康診査では、2020年度の対前年比が全体でマイナス14.4%、健診センター単体でマイナス22.3%、複合体でマイナス10.8%であった。

5) 健診センターにおける収益の状況

健診センター全体の事業収益では、2019年度、2020年度ともに若干の収益を上げており、2020年度の事業利益は微減にとどまっている。しかしながら、事業収入のうち、健診部門の収入

は3億8,900万円の減収で、医師会からの繰入金等の「その他の収入」で補っていることがうかがえる。

2020年度の健診センター全体の事業利益率は前年度と比較して0.7ポイント減少している。

緊急事態宣言の発出が3か月以上にわたる東京都、埼玉県、神奈川県、大阪府及び兵庫県の13施設では、事業利益率がおおよそ半減してしまっている。

3. 調査結果：臨床検査センター

1) 回答者の基本情報

臨床検査センターの運営形態では、自施設による運営が62施設中48施設であった。

回答施設の都道府県分布では、愛知県が7施設で最も多かった。2020年度に3か月以上緊急事態宣言が発出された都府県において、埼玉県では6施設、東京都では2施設、大阪府では1施設、兵庫県では3施設が回答された。

2) 新型コロナウイルス感染症への対応

症状のある者の保険診療としてのPCR検査の実施では、62施設のうち、採取や測定を実施している施設が約3分の2にあたる41施設にのぼっている。

PCR検査の収益への寄与では、41施設中、「大きく寄与している」が最も多く34.1%であった。次いで多かったのは「まあまあ寄与している」で、31.7%であった。

ワクチン接種実施への協力では、62施設中、医療従事者等の派遣・支援を「実施している」臨床検査センターが半数近い45.2%にのぼり、健診センターとともに地域のコロナ対策に貢献している。

3) 臨床検査センターの存続について

臨床検査センターの存続については、62施設中、「存続する」と回答した施設が80.6%であったが、「存続するか否かについて検討している（もしくは検討したことがある）」と回答した施設が9施設、「存続しない方向で検討している」と回答した施設が1施設あった。

臨床検査センターの存続について重要な要素としては、「受託検体の量」と回答した施設が最も多く、52施設（85.2%）であった。次いで多かつ

た回答は「臨床検査の単価」で、44施設（72.1%）であった。

4) 2020年度実施件数の対前年比における単体、複合体の比較

健診センターにおける健診の実施件数では、複合体よりも単体の方が落ち込んでいたが、臨床検査センターでは、単体よりも複合体の方が2020年度の対前年比は落ち込んでいる。

実施件数が多い生化学（I）検査では、2020年度の対前年比が全体でマイナス4.3%、単体でマイナス2.5%、複合体でマイナス6.7%であった。

5) 臨床検査センターにおける収益の状況

臨床検査センター全体の事業収益率は、2019年度と比較して2020年度は増加している。

しかし、緊急事態宣言の発出が3か月以上にわたる東京都、埼玉県、大阪府及び兵庫県の12施設では、事業利益率が8割以上減少してしまっている。

一方で、保険診療（症状あり）のPCR検査が「収益増に大きく寄与している」と回答した施設では事業利益率が大きく増加していることから、経営に貢献している傾向がうかがえる。

4. まとめ

地域医師会が運営する健診センターは、市町村国保が実施する特定健康診査や自治体が実施するがん検診に大きく影響を受けている。

また、臨床検査センターでは、民間受託臨床検査センターのように受託地域の拡大を図り、受託単価を引き下げていくことができない。

そのため、長期化するコロナ禍で外出自粛等が続く中で、地域住民の疾病予防や重症化予防の観点からも健診や一般診療について受診勧奨の強化が望まれる。

全体討議

座長（日医常任理事 松本吉郎） 改めて、貴病院の取り組みで参考にさせていただきたい点は。

今村 博（第1分科会 シンポジスト） 1つは医療の質と安全への取り組みで、トヨタ自動車から世界に広がったKAIZEN活動のようにPDSAサイクルをきちんと回す。これは組織をきちんと運営していく上では役立っていると思う。その改善

を維持するために、通常の日医療機能評価機構の外部監査だけでなく、われわれはISO9001の国際標準化機構の監査を1年に1回受けており、毎年監査を受けることで、常に緊張して意識して改善を進めていくことができる。この2つは組織にとって大きいと思っている。

座長 医師会立の検査センターにとっては、ある意味垂涎の的と思われる。これだけの検査・健診の検体数・検査数を誇っておられることは素晴らしい。医師会立健診センターでは会員と競合するような健診を行うことにはなかなか理解を得られにくいと思う。その点について、会員との連携はどのようにされているか。

山中昭良（第2分科会 シンポジスト） 会員との連携について、江戸川区からの公費健診は大部分を委託されているが、何か異常が見つかったときは、まずかかりつけ医を受診するよう徹底している。会員と一緒に区民のためにやっという姿勢で行っている。他の健診センターと違って、収益構造としては江戸川区から受託した公費健診が主なので、受診者が増えると収益が上がる。江戸川区医師会でいろいろな事業を行っているが、大きな黒字を出しているのは当検査センターだけで、黒字を医師会の会計に還元することで、会員の医師会費も値下げできるというメリットも宣伝している。コロナ禍で赤字になったが、普段から医師会執行部と江戸川区行政とも関係がうまくいっていた影響で、PCR検査センターやワクチン接種にも協力し、区も医師会を頼っている状況なので、医師会が困っているときには助けていただけるのではないかと考えている。

座長 佐賀県健診・検査センターも、一般的な医師会の健診・検査センターの今後のあるべき姿を示していただいた特色のある取り組みをされている。存続は非常に大きな課題なので、それを乗り越えるべくいろいろな工夫をされていると思うが、一般会員からの検体の提出数が減少していることは、どこの検査センターでも課題となっている。例えば新規開業者が電子カルテを導入すると、関連の検査会社を使わざるを得なくなるというような課題がある中で、会員のメリットが持続できる取り組みはあるか。

枝國源一郎（第2分科会 シンポジスト） 難しい問題であるが、会員の利用率が下がってきて、現在約6割で横ばいの状態である。今後は、会員医療機関からの検体提出を少なくとも維持していくことである。小規模のため民間が相手をしてくれないという医療機関は多いので、このようなところを共同利用施設が守ってあげることが本来の立場と思う。何とかそこは維持したい。

座長 たくさん検体を出されるところが大きいラボを使うのは価格の問題もあると思う。先生のセンターでは遠方の過渡期にある医療機関の支援や検体が多くない先生方の支援をしっかりと行っておられると聞いたことがある。その辺りの取り組みは如何か。

枝國源一郎 それが逆にセンターの足を引っ張るところがある。健診部門は比較的行政とうまくいっているので、そこの黒字をうまく回すことが重要である。また、新規開業の方々はよく話すとうわかってくださる。例えば、現在はコロナ禍で行けないが、県医師会の執行部が郡市医師会の総会を回っているという説明するなどの地道な活動と、上からではなく横のつながりで利用が増えていくことがあるので、そのようなところを活用できればと思っている。

座長 今後もしっかりと取り組んでいただき、存続できるような発信を全国にしていってほしい。また、非常に特色のある病院を存続させるために、どのようなことが一番の課題と考えておられるか。

原 寿夫（第3分科会 シンポジスト） 医師会が行政から委託を受けている医療介護連携支援センターを核として、郡山でもネットを利用しており、ケアマネその他のさまざまな職種との連携を図っており、また、毎月1回ネット上での飲み会的なものも行っており、顔の見える連携を含めて関係者のネットワークの核となるようなことを考えながら、医師会として地域をサポートしていければと思っている。

座長 ICTの利用について、今後の展開をこのようなことを行ってみたい、拡大してみたいという点については如何か。

安部秀三（第3分科会 シンポジスト） 常総市と

きぬ医師会の取り組みは、災害があった故かもしれないが、市が協力的に災害時の安否確認等を含めた連携システム(JOSOシステム)を作り上げて、それを医療・ケアに開放しているという形で、これは合理的なやり方と思い、今回発表させていただいたが、それをさらに近隣の市町に広げる意欲を持っておられるところもあるので、茨城県の中でより広域的な繋がりができるように、他の市町村、医師会と相談していければよいと思っている。

中道尚美(第3分科会 シンポジスト) 「ゆめはまネット」を活用した取り組みが5年くらい経過して徐々に浸透してきており、ようやく消防、救急あるいは行政との連携が始まってきたところであるが、常総市のように市の窓口で患者の同意を得られるようなことや災害時の対応等幅広い方に利用していただけるように進めていきたいと思っている。

堀内房成(第3分科会 シンポジスト) 数年前から、在宅医がネットワークを作って互いにサポートしあえたらという構想があった。当地はかなり広い地域なので、機能強化型(連携型)の在宅支援診療所のチームを中心にネットワークを広げていった。その中で、訪問看護ステーションとの共同の勉強会をコロナ禍以前は定期的に行っていたが、現在はWebで行っている。現在はコロナ陽性患者の在宅診療という面でネットワークを構築しており、6チームくらいが動いている。京都市は特にコロナ患者の在宅診療を積極的に行っている医師がおられるので、その方々と共同でこの地区でも進めていくために、ネットワークができていると思っている。

座長(参加者からのチャットによる質問) 医療・介護連携において、介護施設のショートステイ利用の際にPCR検査を受けることが求められているが、検査料金等を含めて地域で取り決めをされているか。

原 寿夫 在宅も含めて、介護保険制度における感染対策で最もキーになるのがその辺りだと思

う。通所リハビリ、通所介護、ショートステイなどが最もリスクが高いが、郡山地区では決め事はしていない。結果として、各事業所で医療関係の短期入所を利用する場合には、ワクチン2回接種終了前までは、必ずPCR検査を行っており、当院でも行っていた。ワクチン2回接種後には、その度のPCR検査は行わず、通常通りの受け方をしている。これは医療機関以外での検査は難しいので、そこでは行われていない。そのようなことも含めて、PCR検査を1時間程度でできると病棟でのスタッフの感染リスクが低くなるので、当院では講演で述べたような検査機器を使用している。

座長 今回のホスト病院として、函館市医師会病院から、いろいろな参考になる情報をいただいた。地域包括ケア病棟もされて、自院や他院からも含め、復帰支援等も行われており、非常にバランスの良い病棟だと思った。これまでの取り組みの皆様に参考になる点、函館市医師会病院でこれから行っていきたい点等をお話いただきたい。

八重樫 優(第1分科会 シンポジスト) 訪問看護ステーションの今後の運営については、私ども連携課を含め、医師も看護師も病院全体で利用者を増やしていくという考え方なので、われわれは営業マンの形で、当院の訪問看護ステーションを利用していただきたいと地域の医師にお願いをしている。昨日、障害者病棟についても質問されたが、当院は函館では特例で、脳神経内科の医師2名が障害者病棟を担当している。他の病院の障害者病棟で脳神経内科医がいるところはないと思う。将来的ビジョンについては、再来年にリハビリのセラピストが卒業を迎えることになる。そうになると、訪問看護ステーションの看護と訪問のリハビリもミックスして、函館市を含め道内に進出していければと思っている。なお、ゆくゆくは病院の建て替えも検討していかなければならないとも思っている。

座長 大変参考になるお話であり、また建て替えも考えておられるとのこと、全国の医師会病院、健診・検査センターを含めて共同利用施設にとって夢と希望を与えることを切り開いていただくよう期待している。

総括**日本医師会副会長 今村 聡**

完全オンラインという状況下ではあったが、2日間に亘って大変充実した討論ができたものと考えている。コロナの第5波が襲来して開催方法が二転三転する中で、本総会が成功裏に運営できたのも、松家会長をはじめ、ご担当いただいた北海道医師会担当役員の皆様方のご尽力のおかげと心からお礼を申し上げます。今回の総会は「新型コロナウイルス感染症を踏まえての医師会共同利用施設の今後のあり方」というテーマでご講演・討議をいただいた。コロナ禍で、それぞれの共同利用施設が経営的にも非常に厳しい運営を強いられ、また職員に感染者が出たというような問題もありながら、地域住民の健康や医師会員を支えるためにそれぞれ大変なご尽力をされていることについては、本当に頭が下がる思いである。医師会病院、健診・検査センター、介護保険関連施設等それぞれの課題については全体討議や分科会で討議されている。分科会の報告・討議は同様の課題を抱えておられる施設においては、大いに参考になり、解決に結びつく端緒となったのではないかと思います。

分科会報告、全体討議と重複する部分もあるが、数点、感想とお願いを述べたい。まず、それぞれの地域の実情、特性に応じた取り組みが非常に重要であるということ。そして強力なリーダーシップを発揮していただく人材の重要性、もちろんこれは、医師会役員等の役割がとても大きい。今回ご発表いただいた先生方においても、リーダーシップを発揮して取り組みされてきたわけであるが、役員には任期というものがある。役員の考え方をしっかり継続して実行していただく職員の養成、そして職員のモチベーションを高めることも大変重要と感じた。それぞれの施設においてはまずしっかり現状分析を行っていただき、課題を抽出し、それに対する解決法を関係者全員で検討することが重要であると思う。

また、分科会の発表や討議の中にもあったが、行政との連携が今後ますます重要になると思う。共同利用施設の地域における意義をしっかりと理解していただいてさまざまな点で支援や協力をい

ただくことが重要と思う。ICTの活用は今後避けては通れないので、情報の共有やWebでの会議、研修会等、ますます活用が求められる。ご発表では、既にネットワークを構築されて十分に活用されているとのことであったが、新たなネットワークの構築に際しては、ネットワークの維持管理コストが以前より大きな課題であった。今後、オンライン資格確認のシステムが広く医療現場で整備されてくることにより、地域によるICTの情報共有が急速に進展することが予想されるので、そのような取り組みも積極的に行っていただければと思う。

日医は、医療現場におけるAIの活用に非常に力を入れている。共同利用施設が利用しやすいAIを念頭に置きながら現在開発を行っている。日医の中にAIホスピタル推進センターがあり、こちらは先程発表した日医総研の吉田主任研究員が事務局機能を担っているので、興味のある先生方はお問い合わせいただきたい。国は、PHR、いわゆる個人の医療健康情報を個人が自ら活用できる仕組みを急速に進めようとしている。これらの活用は地域住民にとっても重要であり、共同利用施設にも関係してくることが予測される。その間にデータの標準化も非常に重要になる。この点についても日医総研の吉田主任研究員が取り組んでいる健診標準フォーマットを是非ご活用いただければと思う。日医は全国の医師会共同利用施設の皆様方の活動が円滑にかつ安定して運営できるように引き続き環境整備のために尽力して参りたい。

結びに、2年後の令和5年度に開催する第30回全国医師会共同利用施設総会は、岡山県医師会にお願いしている。コロナが収束して現地で皆様と一堂に会して討議・情報交換ができることを心より楽しみにしている。松山会長はじめ役職員の皆様にはご苦勞をおかけするが、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

次期（令和5年度）担当県医師会長挨拶

担当される岡山県医師会、松山正春会長からご挨拶並びに次回の案内をいただいた。令和5年9月9日（土）、10日（日）に岡山市で開催される予定。