

会長講演

10:40-11:10 第1会場(1階 大会議室 101)

座長 大西 弘高 関東甲信越ブロック支部長
東京大学大学院 医学系研究科 医学教育国際研究センター 講師



プライマリ・ケアと保険診療のあり方

今高 國夫

医療法人社団 希望会 烏山診療所 院長

今般、保険診療についてお話す訳をのべます。私は、医師会の保険担当理事を20年間、社会保険診療報酬支払基金審査委員を25年間つとめ、現在、厚生局事務所保険指導医を9年半させていただいています。その経過の中で、医療内容に直結している保険診療がいかに大切かを現場サイドからひしひしと実感してきました。

話の冒頭に、反面教師としてあえて、「良くない保険診療」の例を解説します。医療費の無駄遣い、医道的にまずい例、不正な保険診療、保険診療の理解不足、在宅医療、施設の診療で好ましくない例、保険診療上もっとも大事なことは何か、「高点数は悪ではない」の意味は何か。指導で常時問題になるポイントなどです。

国は、国民医療費の増大(28年度42兆超)が経済を圧迫しているとして、これを抑えようと医療費適正化の総合的推進をはかっています。病床数の規制、在院日数の短縮、生活習慣病対策、在宅医療の推進と看取りを行う医療連携、ジェネリック医薬品の普及等です。

審査・指導の充実もその一端をなすものです。

しからば、われわれはどうすべきか。大きな仕組みの変更や対策は政治的、行政的課題ですが、現場の個々の医療行為はあくまでもわれわれ臨床サイドの問題です。病院専門医療の場合、医療の高度化・発展はめざましく、各科の保険診療は、ガイドラインや審査での医学的基準、医会のコンセンサス等で絶えず更新され、検討され保たれています。注意すべきは一律的・最大限でなく、患者の病態に合った必要性に基づいた保険診療であり、過剰な診療に陥ってはならないということです。

一方、全人的視点で患者に接するプライマリ・ケア医の役割は、伍して重要です。その保険診療はどうあるべきか。病院総合診療科の場合はどうか。地域のプライマリ・ケア医が行う初期診療、継続診療、在宅医療の場において、その役割を十分果たす必要があります。地域の「かかりつけ医」がプライマリ・ケア機能を発揮して、地域医療を担っている現状がありますが、その豊富な経験と教訓は貴重です。

状況をどう捉え、医療経済的にはどう展開するべきか、川淵教授の特別講演を参考に考えてみましょう。

世界的にも優れたわが国の医療保険制度を守り維持するため、我々臨床医は「よき保険医」にならなければなりません。適正で効率的な医療の可能性からプライマリ・ケア医に対する期待は大きなものがあり、その意味で「よきプライマリ・ケア保険医」になることを提唱したいと思います。

略歴	昭和44年 金沢大学医学部卒	平成9年～27年 茨城県総合リハビリテーションケア学会理事長
	昭和57年 烏山診療所長	平成13年から 茨城県訪問看護ステーション協議会会長
	平成元年 医療法人社団希望会理事長	平成13年から 全国訪問看護事業協会理事
	平成19年 社会福祉法人のぞみ会理事長	平成22年から 関東信越厚生局茨城事務所保険指導医
	昭和61年～平成18年 土浦市医師会理事・副会長	平成13年から 日本プライマリ・ケア学会 茨城県支部長
	平成4年～22年 茨城県医師会理事・副会長	17年から理事
	平成11年～27年 茨城県介護保険審査会会長	平成22年から連合学会 茨城県支部長
	平成2年～27年 茨城県社会保険支払基金審査委員	平成27年 旭日双光章受章

特別講演 1

11:10-12:10 第1会場 (1階 大会議室 101)

座長 今高 國夫 第8回日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越ブロック地方会会長
医療法人社団 希望会 烏山診療所 院長



医療経済から見た地域包括ケア

川渕 孝一

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医療経済学分野 教授

そもそも地域包括医療・ケアという概念は、広島県尾道市公立みつぎ総合病院の山口昇元院長が経験知から1970年代に考案したものである。最近はこれに「本人・家族の選択と心構え」、さらには「すまいとすまい方」や生活支援・福祉サービスが加わって「地域包括ケアシステム」が国是となっている。果たしてわが国で「医療モデル」から「生活モデル」への転換は進むのか、かえって割高になる印象を受けるが、本講演ではその現状と課題、そして総合医のあり方について私見を述べる。

略歴 1983年に一橋大学商学部を卒業、1987年に米国シカゴ大学経営大学院で経営学修士号(MBA)を取得。民間病院・企業を経て、1989年から1998年まで厚生省国立医療・病院管理研究所(現在の国立保健医療科学院)医療経済研究部勤務(95年から主任研究官)。98年に厚生省退職し、同年4月日本福祉大学経済学部教授及び日医総研の主席研究員、経済産業省研究所ファカルティフェロー、スタンフォード大学客員研究員を兼任。2000年4月から現職。その他、日中友好病院客員教授、瀋陽医学院名誉教授、寧夏医科大学客員教授、中国衛生産業雑誌専門委員会特別委員を兼任。近著に『見える風景が変わるか～2040年の薬局(株式会社薬事日報社、2016年)』『地域包括ケアシステムの成功の鍵(公益財団法人日本都市センター、2015年)』『“見える化”医療経済学入門(医歯薬出版株式会社、2014年)』『第六次医療法改正のポイントと対応戦略60(日本医療企画、2014年)』『国民皆保険はまだ救える(自由工房、2011年)』『医療再生は可能か(ちくま新書、2008年)』『病院の品格(日本医療企画、2008年)』
社会活動として、内閣府規制改革推進会議専門委員、内閣府経済社会総合研究所客員研究官、一般社団法人日本医療・病院管理学会評議員・理事、日本クリニカルパス学会評議員、一般財団法人リプレット基金事業財団理事長、一般社団法人日本介護福祉経営人材教育協会理事、特定非営利活動法人医療施設近代化センター理事
その他、第11回吉村記念厚生政策研究助成金受賞(1997年10月)、第4回ミクス賞受賞(1998年11月)、社団法人日本医療法人協会創立50周年記念懸賞論文優秀賞受賞(2001年4月)、2001年11月第54回日本医師会設立記念医学大会「日本医師会功労賞」(在任10年日本医師会委員会委員)受賞

特別講演 2

13:45-15:15 第1会場(1階 大会議室 101)

座長 山本 由布 筑波大学医学医療系 寄附講座地域総合診療医学/セントラル総合クリニック



だから医療的ケア児は地域で支える！ はじめよう総合診療医による小児在宅医療

紅谷 浩之

オレンジホームケアクリニック

医療的ケアが必要な子どもたちが増加している。小児科診療の中でも重症で特別な疾患であることや医療介入の多さから、プライマリケア医や在宅医療専門医の中には診療など関わりを避ける医療者もある。

オレンジホームケアクリニックでは、在宅医療専門クリニックとして地域からのニーズがあれば断らないことをモットーとしており、現在、在宅患者310名のうち、約40名が医療的ケアが必要な子どもたちを対象にした小児在宅患者となっている。さらに、医療的ケア児には病院と自宅以外の居場所が少ないことに気づき、医療的ケア児の日中活動施設 OrangeKids'CareLab. を開設した。

小児在宅医療は、確かに小児科としての高い専門性が求められるが、その部分は病院小児科医と連携することでカバーできる。

地域で暮らす医療的ケア児に不足しているのは、いつでも相談できる医療者、疾病だけでなく生活についても相談できる存在、家族やファミリーライフサイクルにも目を向ける関わり、地域社会とのつながり、であると感じる。つまり、その子がその地域で生活しながら成長していく全体に伴走できる医療チームが不足しているのだ。これはまさに、地域の総合診療医の役割ではないだろうか。

福井での私たちの現場の実践を紹介しながら、医療的ケア児を地域で支える方法や、その時の地域の医療者の関わり方についてディスカッションしたい。

略歴 1976年 福井生まれ。
2001年 福井医科大学卒業。
福井県立病院、福井医科大学救急総合診療部にて救急・総合診療の研修を行う。その後、福井県名田庄診療所、高浜町和田診療所での地域医療に携わる。
2011年2月 オレンジホームケアクリニックを開設。
2012年4月 オレンジキッズケアラボを開設。
福井大学医学部臨床准教授。
日本在宅医学会認定専門医。
2018年、厚労省による ACP 愛称選定委員を務め、「人生会議」の愛称決定に携わる。

特別講演 3

13:45-14:15 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 鈴木 明夫 元茨城県歯科医師会会長, 鈴木歯科 院長



国民の期待する専門医制度

国光 あやの

自由民主党衆議院議員・医師

地元衆議院議員・医師の国光あやのでございます。今高会長、皆さまには、平素より大変お世話になっております。

- ・小職は、以前から、プライマリケア・総合診療には様々な関わりを持たせて頂いており、
- ・医学生時代は、離島やへき地診療所、発展途上国などのプライマリケアの現場で活動し、
- ・臨床医時代には、総合内科を中心に研修を行い、
- ・厚労省の医系技官時代は、新たな専門医制度の立ち上げの担当として携わってまいりました。

厚労省での専門医制度の検討は、専門医の質の向上に向けた「専門医の在り方に関する検討会」(平成23～25年)から始まりましたが、当時から、プライマリケア・総合診療を、いかに仕組みの中に位置付けるかが、最大の議論のテーマの1つであり、筑波大学の前野教授をはじめ、日本プライマリ・ケア連合学会の先生方には、多くのご指導を頂きました。

その後、日本専門医機構が発足し、プロフェSSIONAL・オートノミーの理念のもと、平成30年から専門医制度が始まったところですが、若手医師をはじめ現場のご意見を聞く中で、さらに議論を深めていく必要を感じております。

当日は、これまでの経緯や現場のご意見などを踏まえ、衆議院議員、医師として、何を為すべきかという点から、お話をさせて頂きたいと存じます。よろしくお願い申し上げます。

シンポジウム 1

9:30-10:30 第2会場 (1階 大会議室 102)

茨城県型地域包括ケア

座長 諸岡 信裕

茨城県医師会会長

シンポジスト 海老根 正典 茨城県保健福祉部 健康・地域ケア推進課
伊藤 金一 茨城県医師会 理事, いたう内科胃腸科医院 院長
瀬尾 洋一 土浦市社会福祉協議会 常務理事

座長からのメッセージ

平均寿命の延伸により、世界有数の長寿国となったわが国は、いかに健康長寿社会を実現するかが、命題となっている。

高齢者人口はますます増加するが、労働人口は減少し、高齢者の医療・介護費は増大する事は明らかであり、その対応策として、国民皆保険制度、地域包括ケアシステムを前提とした疾病予防や介護予防の推進が重要となった。

茨城県は、早くから茨城県型地域包括ケアシステムを構築し、多職種連携のもと、小児から高齢者まで、全ての世代の医療的弱者に対して、支援を行ってきた。

さらに、入院・外来から在宅医療へシームレスな連携の推進を図るため、茨城県医師会は茨城県から委託を受け、茨城県型地域包括ケアシステム推進センターを立ち上げ、在宅医療の提供体制の構築を行った。医療機関のグループ化を図り、現在 15 医師会内で 22 グループが活動を開始した。

令和の新時代を迎え、県民の健康増進や健康寿命の延伸のため、医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等、医療系団体は、連携しながら、「健康いばらき」の推進のために、茨城県型地域包括ケアシステムを核として、取り組んでいきたい。

シンポジウム 1

茨城県型地域包括ケア

9:30-10:30 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 諸岡 信裕 茨城県医師会会長

茨城県における地域包括ケアシステムについて (在宅医療の推進の視点から)

海老根 正典

茨城県保健福祉部 健康・地域ケア推進課

一元的・総合的な支援体制の構築に向けて、本県では、「茨城県型地域包括ケアシステム」の中で、全国に先駆け、平成6年以降、市町村に対し、高齢者のみならず、すべての要援護者やその家族への支援を調整する「地域ケアコーディネーター」の配置を働きかけてきたところです。

超高齢化社会を迎え、自宅や地域で疾病や障害を抱えながら生活する方の増加が見込まれることから、一元的・総合的な支援につきましては、今後、さらに必要性が高まるものと考えております。

また、在宅医療につきましては、平成29年度の県政世論調査において約6割を超える県民が、自宅などでの療養を希望しておりますが、在宅医療には、夜間や休日の対応などの課題があることから、本県独自の取組みとして、平成29年度から、複数の診療所・病院間で、連携のためのグループを形成し、相互協力することで個々の医師の負担を軽減しながら在宅医療に取り組む体制づくりを茨城県医師会と連携しながら推進しております。

シンポジウム 1

茨城県型地域包括ケア

9:30-10:30 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 諸岡 信裕 茨城県医師会会長

茨城県型地域包括ケアシステム推進センターとしての活動と成果

伊藤 金一

茨城県医師会 理事

いとう内科胃腸科医院 院長

茨城県型地域包括ケアシステム推進センターが平成 29 年に茨城県医師会内に設置された。

茨城県型地域包括ケアシステム加速化事業として、まず推進員が、各医師会、各行政を訪問し在宅医療の現状と問題点の把握を行った。

在宅医療を理解してもらうため、平成 29 年度は在宅医療地区研修会を、在宅医療を実践している医師と、診療報酬について国保連合会より講師を迎え県内 6 地区で、医療・介護従事者向けに行った。

もう一つの事業である医療提供等医療のグループ化推進事業では、郡市医師会が実施主体となる 12 のグループができた。各地域で、診療所同士のグループ、病院をバックアップとするグループ、IT 連携を模索するなど各地域の実情に応じたグループが作られた。

平成 30 年度には、前年度にグループ化を実践した先生を講師を迎え 5 地区で、医師を対象にグループ化推進事業懇話会を行った。

医療提供等医療のグループ化推進事業では新たに 10 グループが形成された。

グループ化推進事業前の在宅患者数は 1,379 名、訪問回数 8,629 回であったが、平成 30 年度グループ化推進事業終了時患者数 1,805 名、訪問回数 14,126 回の伸びとなった。

本年度も 8 グループが予定されており、今後の在宅医療の推進を期待するものである。

シンポジウム 1

茨城県型地域包括ケア

9:30-10:30 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 諸岡 信裕 茨城県医師会会長

土浦型地域ケアシステムから、土浦型地域包括ケアシステムへ

瀬尾 洋一

土浦市社会福祉協議会 常務理事

平成6年度、茨城県内全市町村を対象とした県補助事業「茨城県型地域ケアシステム推進事業」が発足しました。基本理念は、「すべての人が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、地域で支える。フォーマルサービスとインフォーマルサービスを調整し、要援護者個人だけでなく、ファミリーケアを視点とする。」といった極めて先進的な事業でありました。

土浦市は、当事業発足のきっかけやモデル事業に取り組んだことから、積極的に当事業を展開していきました。土浦市社会福祉協議会（以下市社協といいます。）に事業委託し、市役所が人的、物的に支援をするという事業形態としました。市社協には、中学校区ごとに支部が置かれていました。平成13、14年の2ヵ年で、7つの社協支部に、専任職員を配属し、より一層地域密着の支援体制とアウトリーチ機能を強化しました。その後、社会情勢の変化に伴い、関係法令の新設、改正や県の当事業への考え方が変化する中、全国的には、さまざまな事業形態が生まれてきましたが、本市では、当システムを基本として、様々な事業課題を包含して、土浦型地域ケアシステムを構築してきました。

国にあっては、地域包括ケアシステムを推進し、地域共生社会をキーワードとした政策が進められています。本市では、土浦型地域ケアシステムから土浦型地域包括ケアシステムと名称を変更して、土浦市の基本政策に位置付けてこれからも地域福祉の基本システムとして事業展開していきます。

あわせて、ややもすると活動実態がよくわからない、行政以上に硬直化している、等々の批判を浴びることのある社会福祉協議会ですが、市社協の取組と考え方、そして今後の展望をご紹介します。

シンポジウム 2

14:20-15:15 第2会場 (1階 大会議室 102)

総合診療専門医の魅力あるキャリアパスの構築

座長 前野 哲博

筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授

シンポジスト	前野 哲博	筑波大学医学医療系 地域医療教育学 教授
	鄭 真徳	佐久総合病院 総合診療科部長
	富田 詩織	聖路加国際病院 病院総合医・家庭医プログラム専攻医
コメンテータ	国光 あやの	自由民主党衆議院議員・医師

座長からのメッセージ

社会からの大きな期待を集めてスタートした総合診療専門医制度は、開始後2年以上が経過したが、進路として選択する専攻医はわずか2%にとどまっている。その背景には、専門医取得までのプロセスおよび、取得後の次のキャリアパスが不明瞭であることの影響が大きい。その問題に対応するため、本学会では、新家庭医療専門医制度の導入を進めている。本シンポジウムでは、本学会における取り組みについて紹介するとともに、今後の展望やとるべき行動について、様々な立場からの意見を踏まえて議論する。

シンポジウム 3

15:30-17:00 第2会場 (1階 大会議室 102)

在宅医療・介護連携における情報共有 ～ICTの現状、課題、そして未来への展望～

座長 細井 崇弘

筑波大学附属病院 神栖地域医療教育センター／神栖済生会病院

シンポジスト 目々澤 肇 東京都医師会 理事
長島 公之 栃木県医師会 常任理事
小神野 藤子 済生会訪問看護ステーションかみす

座長からのメッセージ

在宅医療・介護では様々な職種が患者・家族に関わる。それぞれの職種が持つ情報を在宅チーム全体で迅速に共有することは、在宅医療・介護の質に直結する。近年、情報共有・多職種連携はIT化が急速に発展している。在宅医療に関わる多職種間のリアルタイムの情報共有が可能となりつつあり水平連携が大きく変わろうとしている。一方、地域の在宅医療を支える基幹病院や行政も参加して、よりチームレスな連携が可能となり垂直連携においてもICTが大きな変革を起こしつつある。低コストで導入できるシステムが次々と開発されICTの利用が急速に拡充しており、自治体を挙げて利用を促進する動きも多くの地域で見られている。情報共有の強力なツールとなる一方で、ITリテラシーの問題、知識不足による利用の躊躇、地域内での情報共有システムの不統一によるシステム間の相互運用性の問題など解決すべき課題も徐々に明らかになってきている。本シンポジウムでは、訪問看護師からの目線で現場でのICTの利用実態とや課題の発表に続き、自治体レベルでの拡充の方策・課題、そして今後の在宅ICT利用の展望に関してご発表頂く。3人のシンポジストの議論を通じて、聴講者が在宅ICTを取り巻く現状を理解し、より安全・効果的にICTを利用していただけることを期待している。

シンポジウム 3

在宅医療・介護連携における情報共有～ICTの現状、課題、そして未来への展望～

15:30-17:00 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 細井 崇弘 筑波大学附属病院 神栖地域医療教育センター／神栖済生会病院

2025年問題を見据えた東京都医療介護 ICT ネットワークの構築

目々澤 肇

東京都医師会 理事

団塊の世代が後期高齢者に達する 2025 年を間近に控え、医療介護分野における連携を ICT や AI を用いて強化し、適切化・効率化をはかることは喫緊の課題である。

これまで、東京都内では医療介護連携について地区医師会や行政単位ごとの取り組みとして SNS を用いた医療介護連携システム (Medical Care Station, カナミック TRITRUS システム, ひかりワンチーム SP など) が整備されてきた。これは地域医療介護総合確保基金に基づく東京都の補助事業が原動力となってきたが、結果的に「隣接する他地区の医療機関・介護業者とネットワークが異なるため連携ができない」などの区 (市・町・村) 境問題を生じてしまった。

東京都医師会では平成 31 年度 (令和元年度) 東京都予算にて「多職種連携ポータル」事業の委託を受け、これによって、①異なるベンダーの SNS を一つのタイムラインで表示してわかりやすく表示する「統合チャット機能」、②急性期病院と回復期・慢性期病院を結んで患者移行を円滑化する「退転院調整機能」などを有するサイトをセキュアな環境下で構築し、令和 2 年度より稼働させる予定である。

すでに病院間の電子カルテをベンダーの枠を超えて連携し、患者紹介や転院時の医療情報を相互閲覧する「東京総合医療ネットワーク」が平成 30 年 11 月より実稼働に入っており、「多職種連携ポータル」による医療介護連携面での充実を併せることにより、2025 年問題解決に向けた総合的な「ICT を利用した医療介護ネットワーク」の基本骨格が誕生することになる。

シンポジウム 3

在宅医療・介護連携における情報共有 ～ICTの現状、課題、そして未来への展望～

15:30-17:00 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 細井 崇弘 筑波大学附属病院 神栖地域医療教育センター／神栖済生会病院

栃木県全域の医療・介護連携 ICT ネットワークの現状、課題、未来

長島 公之

栃木県医師会 常任理事

栃木県全域の連携 ICT ネットワーク「とちまる・どこでもネット」では、医療機関同士の「垂直連携」には「とちまるネット」、在宅医療に関わる多職種の「水平連携」には「どこでも連絡帳」と、それぞれの連携の特性に適した2つのシステムを併用し、一体的に運用することにより、ICT ネットワークの課題である「現場での使いやすさ、管理のしやすさ、運用コストの安さ」を解決している。「とちまるネット」では、地域の中核病院全てを含む24病院が提供する病名・薬剤・検査・画像・各種文書などの医療情報を、連携する医療機関の医師が閲覧可能である。在宅医療においては、主治医が、患者入院時の情報を入手できる。一方、「どこでも連絡帳」は、医介連携専用の安全な SNS である。医介連携には、各職種の場所・時間・記録がバラバラであり、さらに、1対1のやりとりが主体となる従来の連絡手段（電話・FAX など）では、多職種全体での情報共有が困難であるという問題があるが、その解決には、コミュニケーションに特化した ICT である SNS が有用である。また、地域での普及、継続性という課題を解決するには、簡単な操作性、できるだけ安い費用、広域性、拡張性が重要である。将来的には、県境を越えた連携、災害時の連絡網や患者支援・生活習慣病対策ツールとしての活用、リアルタイムのビデオ通話システムとの連携などを期待している。今後の課題は、更なる普及（特に医師）、費用負担、情報の安全性の確保などである。

シンポジウム 3

在宅医療・介護連携における情報共有～ICTの現状、課題、そして未来への展望～

15:30-17:00 第2会場 (1階 大会議室 102)

座長 細井 崇弘 筑波大学附属病院 神栖地域医療教育センター／神栖済生会病院

当事業所における ICT 活用の現状と課題

小神野 藤子

済生会訪問看護ステーションかみす

在宅医療・介護の多職種による情報共有は、在宅支援において必要不可欠である。当事業所では、その手段の1つとしてICTを活用している。

ICT導入前の情報共有手段は、電話や書面が主であった。電話は双方の業務の合間をみて連絡するが、すれ違いや複数人に伝える場合は一人ずつ連絡をしなければならない。書面は一方向で、確認されたかが不十分で返信等に時間を要することもある。また、事業所内での情報共有は口頭での申し送りが必要であった。イントラネットの給付管理ソフトがあったが使いこなせず非効率な環境で運営していた。

ICT導入の経緯は、平成28年10月に給付管理ソフトの見直しを機にタブレット端末を活用することから始まる。平成29年、神栖済生会病院訪問診療との連携を図るため連携ソフトを活用し、30年神栖市在宅医療グループ化推進事業の発足により、在宅チームや専門職グループなどのネットワークができた。活用に関しては、使用料が無料であり操作も簡単で、何より地域医師会が導入している事で安心感もあった。

実際にICTを導入して、事業所内は勿論、多職種とも情報共有はスムーズに図れるようになった。例えば、利用者の意思決定支援において、各専門職より意見や情報が得られ、関係職種が情報共通することで、利用者にとって適切かつ最善の情報提供や支援が可能になった。しかし、地域の多職種全てが連携ソフトで繋がっているわけではない。個人ではネットワークに繋がりがたくても、事業所が承認しない場合がこれに当たる。

ICTにおいては患者の基本情報や診療記録の共有だけでなく、バイタルサイン測定値をリアルタイムに共有できるものなど様々なソフトウェアがある。これには導入や運用に費用がかかり、小規模事業所では負担が大きい。資金面やコンプライアンス等のICTへの不安を取り除き安心して導入できる環境と、事業主の理解を促進していくことで地域への拡充と定着化が実現できると考える。