

平成20・21年度
医師会共同利用施設検討委員会
報告書

平成22年 2月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

平成22年2月

日本医師会長
唐澤祥人 殿

医師会共同利用施設検討委員会
委員長 篠原 彰

本委員会は、平成20年7月9日開催の第1回委員会において、貴職より「地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方」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、その審議結果を取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	篠原 彰	静岡県医師会副会長
副委員長	小林 博	岐阜県医師会会長
委員	安藤 高夫	前東京都医師会理事
委員	石井 重利	栃木県医師会常任理事
委員	伊藤 丈雄	北海道医師会理事（平成21年4月28日～）
委員	河合 直樹	岐阜県医師会常務理事
委員	後藤 和彦	大阪府医師会理事
委員	近藤 太郎	前東京都医師会理事
委員	櫻井 芳明	宮城県医師会副会長
委員	佐藤 充男	島根県医師会副会長
委員	竹田 公一	函館市医師会副会長（平成20年9月30日～平成21年4月27日）
委員	竹政 順三郎	兵庫県医師会副会長
委員	伯野 中彦	千葉市医師会会長
委員	三宅 智	鹿児島県医師会常任理事
委員	柳田 喜美子	元日本医師会常任理事
委員	山 英昭	北海道医師会理事（平成20年8月12日逝去）
委員	山崎 博	埼玉県医師会常任理事
協力者	畑仲 卓司	日本医師会総合政策研究機構主席研究員
協力者	吉田 澄人	日本医師会総合政策研究機構主任研究員
協力者	野村 真美	日本医師会総合政策研究機構研究員

（委員五十音順）

目 次

I. はじめに	1
II. 医師会病院	3
III. 臨床検査・健診センター	8
IV. 特定健診・特定保健指導	12
V. 訪問看護ステーション	15
VI. おわりに	19
参考資料	21
「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」 (日医総研W P No. 207 抜粋)	
「医師会臨床検査・健診センターの運営実態に関する調査」 (日医総研W P No. 205 抜粋)	
「平成 21 年度医師会共同利用施設 訪問看護ステーションの運営に関する実態調査」 (日医総研W P No. 206 抜粋)	

I. はじめに

わが国における長い間の医療費抑制政策は、地域医療の提供に大きなひずみを生じさせてきた。勤務医不足による公的病院を中心とした診療科の縮小や閉鎖は、医療従事者のみならず、それを享受する地域住民にとっても深刻な社会問題とまでなっている。

医師会共同利用施設は、会員の診療を支援するだけでなく、医療や介護の拠点として、これまでも地域社会への貢献に努めてきた。しかし、医師会共同利用施設のルーツである医師会病院の運営は、医師不足や看護職員不足、診療報酬の引き下げにより、存在そのものが危ぶまれる危機的状況に陥っている。

また、医師会臨床検査・健診センターにおいても、民間との競合はもとより、診療報酬の改定財源とされる検査料の引き下げ、特定健診の実施による検体数の減少等により、極めて厳しい経営状況にある。

さらに、今後の超高齢社会においては、在宅医療への取り組みは地域医師会の重要課題となってくるが、その推進に不可欠な訪問看護についても、医療保険・介護保険共に十分な報酬設定がなされていないこともあり、施設数、従事者数ともに全く増えてこないという極めて深刻な状況が続いている。

このような中で、本委員会は諮問「地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方」について、日医総研の研究員が実施した「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」（畑仲主席研究員）、「医師会臨床検査・健診センターの運営実態等に関する調査」（吉田主任研究員）、「平成 21 年度医師会共同利用施設訪問看護ステーションの運営に関する実態調査」（野村研究員）の結果を踏まえて検討を行い、答申の取りまとめを行った。

それぞれの調査結果の概要（抜粋）を参考資料として付したが、詳しくは日医総研ワーキングペーパーをご一読いただきたい。

本答申が、全国の医師会共同利用施設が、引き続き地域における医療や介護

の要として活動していくにあたり、何らかの参考となれば幸いである。

Ⅱ．医師会病院

医師会病院は、診療所が外来機能を担い、病院は専門外来、救急や高度先進医療、入院機能に特化することにより病診連携と機能分担を推進し、限られた医療資源の有効利用により地域における医療提供体制のあるべき姿を図ることを目的に創設された。

平成 10 年に地域医療支援病院が制度化された際には、紹介外来制を実施していた医師会病院は、紹介率原則 80%以上、高額医療機器等の共同利用、救急医療の実施などの設定条件に合致していたため、多くの医師会病院は地域医療支援病院へとスムーズに移行した。そのため、初期の地域医療支援病院はほとんど医師会病院であったが、その後紹介率の算定式が見直され、公立・公的病院をはじめとする医師会病院以外の多くの病院が地域医療支援病院の承認を得られるようになった。

地域医療支援病院が、本来の目的を逸脱し、病院経営改善のツールとして活用されていることについては、これまでも当委員会で何度となく問題提議を行ってきた。さらに、地域医療支援病院が急増したことにより、紹介患者加算の廃止等による医療費削減の格好のターゲットとされたことは、まさに本末転倒であり、決して容認できない出来事であった。

このように、医師会病院を取り巻く環境も大きな様変わりを見せているが、その運営状況が極めて厳しいものとなってきているのは周知の事実である。今回行われた「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」調査によると、医師会病院の財務状況悪化の要因として診療報酬の改定によるものは、紹介外来加算の廃止、入院基本料の算定要件、リハビリテーション料の算定要件などがあり、関連して 7 対 1 看護基準導入による看護職員不足も一因として挙げられた。その他の要因としては、今回の調査で病床過剰地域の病院が

60 病院 (83.3%) あり、競合する病院の増加、不況による受診抑制などによる患者数の減少、新医師臨床研修制度により顕在化した医師不足、人件費の高止まりなど明らかになっている。

特に紹介患者加算等の廃止は、紹介率 80%以上を維持している多くの医師会病院にとって大幅な赤字の要因となった。ある医師会病院では、年間の医業収入が約 27 億円であったが、紹介患者加算等の廃止を前に行った診療報酬点数の置き換えによる試算では、1 億 4 千万円の減収と計算された。この病院は、やむを得ず 1 病棟を閉鎖し、同時期に導入された 7 対 1 看護体制を採用することによって何とか小規模の減収に食い止めるができた。しかし、病棟の閉鎖により会員から要請のあった救急入院患者の受け入れや、在宅療養者の入院依頼に対する対応に支障をきたすという問題が生じるようになった。

このように、数々の悪条件が重なったことにより、病棟や外来の縮小に止まらず、ついに閉鎖を余儀なくされた医師会病院が発生したことは、医師会共同利用施設の存続ということだけでなく、地域医療の提供体制にも大きな影響を与えることになる。

こうした現状を鑑みるに、地域医療の中核として機能すべき医師会病院が存続していくためには、紹介率 80%以上の地域医療支援病院に対する紹介外来加算の復活、入院基本料の引き上げ、新医師臨床研修制度の大幅な見直しなどを早急に行うことが強く求められている。

また、今回の調査では、病床過剰地域の医師会病院が 60 (83.3%)、病床過剰でない地域の医師会病院が 12 (16.7%) となっている。このことから、それぞれの医師会病院が置かれている状況によって、今後はその運営のあり方について再考する必要があるということを委員会として提言したい。例えば、運営のあり方の例として以下のようなものがある。

イ. 病床過剰地域での医師会病院の場合

病診・病病連携を密にして、会員からの紹介患者が多い部門、採算の採れる部門のみに特化して診療科を開設する。その他の不採算部門は特殊外来として、週に何回か外来勤務する担当医が会員医師からの紹介で治療方針を定め、逆紹介された会員医師は自らの診療所でもかかりつけ医として引き続き治療を行い、さらに入院治療が必要な場合は、他の連携病院へ紹介するか、特殊外来担当医師の所属する病院へ入院させる。

ロ. 病床が過剰ではない地域で、地域の中核病院として存在する医師会病院

会員からの紹介患者が多い部門、採算の採れる部門に特化した診療科を開設する。それ以外で、地域になくってはならないが不採算の診療科に関しては、地域住民のために政策的に行政が責任を持って環境の整備を行うべきである。行政との話し合いにより、その不採算部門を全額行政が補てんするとの約束のもとに運営するということである。(仮に一部分(部門)ではあるが公設民営方式と呼ぶことができよう)。

ある医師会病院を例として挙げると、365日24時間、内科と外科の会員の紹介患者、救急患者を外来で受け入れ、必要とあれば入院させる。その附属の小児医療センターは、別会計で34年間365日24時間、小児の紹介患者・救急患者の外来、各種検査を受け入れ、必要とあれば入院させていた。(外来診療時間は午後7時から翌朝まで、患者数は平日40～60名、土日80～100名程度)。当該小児医療センターは、小児医療部門の赤字は全額行政が負担(一時は5市1町が参加していた)するとの約束のもとで運営されていた。

その内容は、常勤、当直医を含めた小児科医師、看護職員、会員医師が午後7時から10時まで外来を応援した人件費、光熱費、小規模設備費、修理費など小児医療センターで掛かる経費の他に、医師会病院との共有部分、すなわち、院長、看護師長、臨床検査技師、診療放射線技師、薬剤師、調理師、事務職な

どの人件費及び必要経費と高額医療機器の購入費などは、病床数または患者数などを参考にして、医師会病院部門との按分計算を行い、小児医療センターの部門の経費に算入し、収益額と比較して赤字全額を補てんするという取り決めであった。

行政が単独で運営すれば、この按分部分も全額行政の負担となり莫大な運営経費が必要となるが、この按分条件があることより行政の負担は極端に少なく、年間2億4千万～2億8千万円の補てんにより運営が可能となり、行政にとっても大きなメリットがあった。

このように、その地域に必要な診療科目ごとの公設民営方式を採用することも、今後の健全な病院経営のツールと成りえるものと考えられる。

これまでも、医師会病院には行政からの補助金は多少なりともあったと思われるが、それだけでは産科医や小児科医等の給与・当直料や、診療報酬の変動に対応することができない事態が生じることがあるため、公設民営方式によって赤字額を補てんするとの約束があれば、健全な運営が可能となるのではないだろうか。

医師会病院の運営にあたっての課題については参考資料である「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」調査結果を参照していただきたいが、特に今回特筆すべき点は、高額な借入金の連帯保証人の問題である。

この点については、昨年12月に日医会館で開催された平成21年度全国医師会共同利用施設臨時総会において鹿児島県曾於郡医師会の限定根保証が報告されている。どのような方策を採ることが適切かは、地域により異なると思われるが、いずれにせよ、医師会病院の経営が厳しくなっている現況下では、こういったことも視野に入れておく必要がある。

なお、医師会病院への融資は民間の銀行等が多いようであるが、これを公的機関による新たな保障制度の整備や、既存の都道府県中小企業信用保証協会の

保障制度の拡充、福祉医療機構等の公的融資機関からの融資に借り換えることも検討されてしかるべきである。

また、公益法人制度改革を控え、医師会病院を医療法第 31 条の公的医療機関として位置づけてほしいとの要望が複数の医師会からあげられている。医療法第 31 条に基づき厚生労働大臣が定めるのは「公的医療機関」自体ではなく、その開設者である。たとえば、「〇〇赤十字病院」ではなく「日本赤十字社」となる。

現在、医師会の法人格は、公益法人制度改革の経過措置である「特例民法法人」である。将来的に医師会病院を開設する全ての医師会が必ずしも公益認定を受けるかどうかは不透明であるが、医師会病院は、いずれも診療所と病院の連携による地域医療の拠点といった観点から、極めて公益性の高い医療機関であることは間違いない。

このような状況において、「公的医療機関の開設者」として、今後厚生労働大臣告示において医師会病院ではなく「医師会」を、医療法第 31 条の中でどのように位置づけるかについて、注意深く見守っていかなければならない。

なお、医師会病院がそこに勤務する医師や看護職員等のモチベーションが維持できる職場環境であることも大変重要であり、そのためには医師会役員のリーダーシップが強く求められている。医師会病院の院長は専従であることが望ましいのは言うまでもないが、例えそうでなくとも、医師会との緊密な連携が必要なことは自明である。

そして、医師会病院が地域で果たしている有益性等については、地域住民のみならず国民全体に医師会活動の一環として医師会病院が存在することを理解してもらう必要がある。

日本医師会のホームページ上に全国の医師会病院の概要等を掲載することも一方策として今後の検討に値するであろう。

Ⅲ. 臨床検査・健診センター

医師会臨床検査・健診センターは、健康診査における競争入札、高額な健診システムにかかる更新費用、民間検査センターとの競合、会員利用率の低下等、様々な運営上の問題を抱えていることはご承知の通りである。今般、日医総研が実施した「医師会臨床検査・健診センターの運営実態等に関する調査」の結果によると、このような状況の中、ほとんど全ての臨床検査・健診センターが既に取り組んでいる特定健診・特定保健指導への積極的な関与が、医師会共同利用施設としての存在と今後の事業展開に活路を見出すことができるのではないかと考えられる。

以下に、一般診療における検体数の低下を、検査・健診の増加で補っている臨床検査・健診センター複合体としての大阪府医師会保健医療センターの現状と課題を例として述べる。

大阪府医師会保健医療センターの主な事業部門は、医療部門、病理組織診・細胞診部門、健診（検診）部門、研修部門、予防接種センターである。この数年の事業実績としては、辛うじて現状維持を続けてはいるが、収入の大半を占める3部門（医療部門、病理組織診・細胞診、健診部門）の最近の年度推移を見ると、医療部門は減少傾向、病理組織診・細胞診部門はほぼ横ばい、健診（検診）部門は増加傾向にある。すなわち、医療部門の低下を健診（検診）部門の増加で補っている構造となっている。

医療部門の減少は、医療保険制度改正による患者一部負担金の増加による受診抑制、他の健診機関における設備の充実や地域連携の構築などによる検査受託数の減少、並びにMRI・CT検査の点数引き下げなど診療報酬上の検査料単

価の引き下げによる。これまでも指摘されているように、患者一部負担金の引き下げや検査料の適正な診療報酬単価の設定等が強く望まれるところである。

健診部門については、これまでは比較的良好な実績を示してきたが、主力となっている政管健保（現協会けんぽ）の生活習慣病健診では、健診単価の引き下げと受診者負担の引き上げ（平成 13 年度と平成 19・20 年度比較ではそれぞれ 4190 円の減と 1073 円の増）、および受診者負担健診取扱機関数の大幅な増加（平成 21 年 9 月までの 6 年間で 130 機関増加）と健診機関ごとの料金設定による競合にさらされている。

大阪市が実施している国保人間ドックも、健診取扱機関数が平成 18 年度から平成 21 年度にかけて 18 機関増加しており、これらは市民の利便に資するべく受診機会の増加を図ったものであるが、1 健診機関にとっては受診者の分散と価格競争の波を受けることとなっている。

また、各種がん検診においては、平成 17 年度に大阪市乳がん検診にマンモグラフィが導入されているが、マンモグラフィは 2 年に 1 回の実施とされており、子宮がん検診についても、対象年齢は拡大されたが受診機会は乳がん検診同様、1 年に 1 回から 2 年に 1 回と変更になり、受診者数は伸びていないのが現状である。

また、大阪市では、平成 20 年度から特定健診・特定保健指導と共に、後期高齢者医療健診が開始されている。特定健診を実施するにあたり、電子化への対応として新たな健診システムを導入し、あわせて検査機器も更新した。しかしながら、従来の老人保健法による市民健診より検査項目が削減されたこと、各保険者から被保険者・被扶養者への周知不足、受診者負担額が保険者間で差異があること、「受診券」発行の時期・方法が異なること、さらに受診券の有効期限にも差異があるなど、多くの問題があり受付事務にも大きな負担が生じている。

当センターでは、特定健診をドック健診、がん検診との組み合わせで受診されるケースが大半を占めており、特定健診単独での受診者は 3.6%程度にとどまっている。これは、受診券の発行とその取り扱いについて、行政や保険者との折衝において同時実施を可能としたものであり、全国的にがん検診の受診率が低下している現状からは、大いに評価されるものと自負している。しかしながら、今後もこうした健診(検診)制度の改革に迅速に対処していかなければ、臨床検査・健診センターとしての健全な経営が難しくなることは大きな問題であろう。

また、当センターが現在抱える問題点としては、検査受託件数の減少傾向のほか、施設スペースの関係上アメニティの向上が容易でないこと、病理組織診・細胞診の独自集配機能を保有していないこと、さらに施設・設備の補修が必要なことなどがあげられる。また、診療報酬の引き下げや、特定健診・特定保健指導、後期高齢者医療制度など新しい制度への一層の対応や、MRI・CT検査の会員への普及拡大と普遍化、医療の集積地に当センターが位置しているため他の健診機関との競合が激化している点などが課題となっている。

今後の対応策としては、設立の基本理念を踏まえ、会員や地域住民のための医師会共同利用施設として、継続的・普遍的な事業展開をはかることを第一義的に考えていきたい。すなわち、医療部門に関しては、センター機能の認知度向上と会員ニーズの把握とその対応に努め、かかりつけ医機能の支援策の強化をはかることが重要である。具体的には、高額医療機器の共同利用、迅速かつ的確な診断と結果送付、必要に応じた病院紹介など、全ての会員から信頼される施設を今後も維持していくことである。

病理組織診・細胞診部門においては、会員の利便性を高めるために独自の集配機能の構築をめざしていくことが喫緊の課題である。

健診部門に関しては、特定健診の例をみるまでもなく、今後も健診の多様化

への対応を進めていく必要がある。また、電子化による業務の迅速化と効率化、正確かつ迅速な検査結果の通知、各種オプション検査（MRI 脳ドック、CT 肺がん検診、CT メタボリック検診、腫瘍マーカー検査など）の充実、健診とがん検診・オプション検査との組み合わせの展開などを進めていきたい。

健診受診者のアメニティ向上については、限られた施設内ではあるが、職員と相談しながらいろいろと工夫を凝らしていきたい。すでに待合室および更衣室などの改善に着手しているところである。

大阪府医師会保健医療センターのこれまでの取り組みと今後の対応策は、全国の医師会臨床検査・健診センター及びその複合体にとっても参考になると思われるが、何よりも臨床検査・健診センターの健全な運営については、適正な診療報酬の手当てが必要であることは言うまでもない。

また、これまでも課題の一つとされてきた検査試薬の共同購入については、現在、岐阜市医師会臨床検査センターが中心となって設立した日本医療協同購入組合が取り組んでおり、その成果を踏まえた上で、医師会共同利用施設検討委員会においても今後の検討課題としていくことも必要であると考えている。

IV. 特定健診・特定保健指導

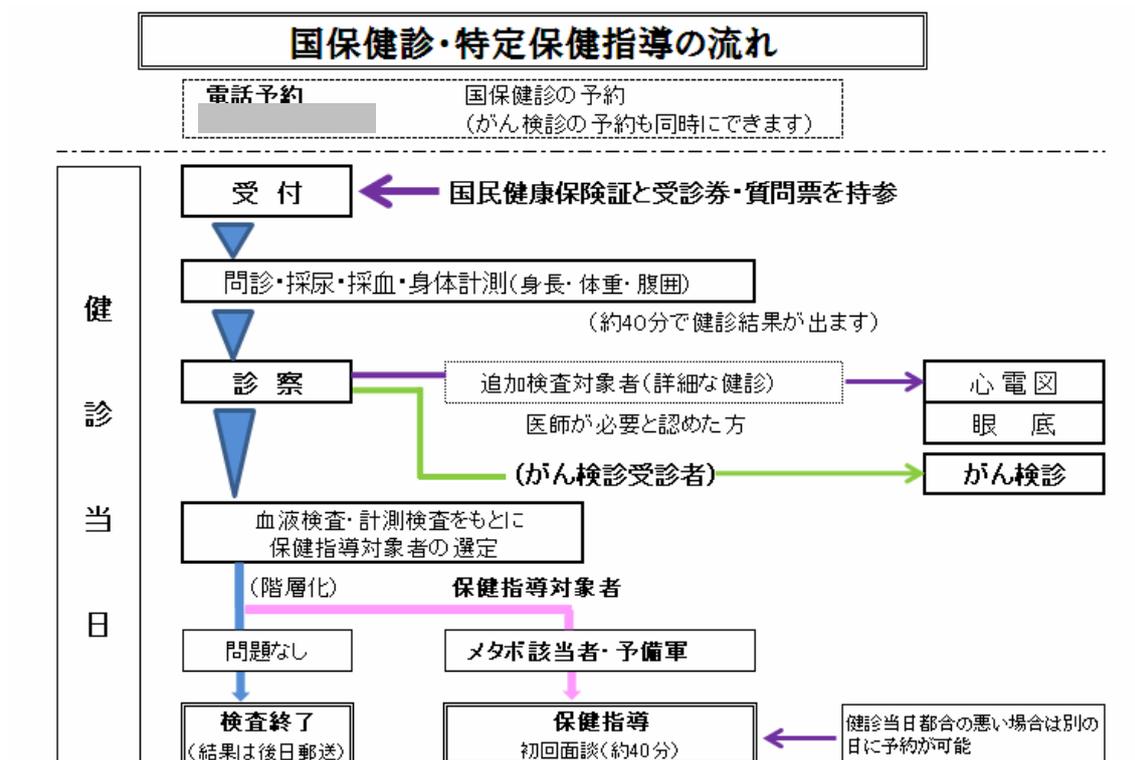
平成 20 年度から実施された特定健診・特定保健指導については、既に各方面から指摘されているように、早急な解決が求められる様々な課題が含まれている。具体的には、①制度についての国民への周知不足、②特定健診の低い受診率、③特定保健指導のさらに低い実施率、④健診項目の減少（従来の基本健診で実施されてきた健診項目が実施できない）、⑤特定健診等データの電子化に関する取扱いの煩雑さと必要経費、⑥総合的な生活習慣病対策の必要性（対象疾患を内臓脂肪症候群に特化したことの是非）、等である。

特定健診・特定保健指導は、厚生労働省が、医療費の総枠管理という考え方に対し、生活習慣病対策を推進するなどの具体的施策の積み上げにより医療費の適正化を図っていくとの考えのもとに制度化された。

予防医学を重視するという考えは間違っていないが、生活習慣病対策、それも内臓脂肪症候群に特化した健診を充実するだけで医療費の適正化が図れるかについては甚だ疑問が残る。しかし、これが法的に定められたものであることは既定の事実であり、医療機関はもとより、臨床検査・健診センターにおいても積極的な関わりを持つことの必要性については是非を待たない。

こうした中、全国の医師会臨床検査・健診センターは、積極的に特定健診・特定保健指導に取り組んでいるところも多く、第 23 回全国医師会共同利用施設総会（岐阜県）や各ブロックで開催されている医師会共同利用施設連絡協議会、さらには平成 21 年度全国医師会共同利用施設臨時総会（日医会館）において各地域での成果が報告されている。宮城県医師会健康センターは、当初より住民への特定健診についての普及・啓発に努めており、高い受診率を誇っている。また、当日健診・当日保健指導を実施している東京都江戸川区医師会医療検査センターは極めて特徴的であり、今後の受診率向上に向けての参考事例

になると思われ、以下にその流れを示すこととする。



江戸川区においては、「特定健診」を「国保健診」と呼称し、国保健診は40歳から64歳までは医療検査センターで、65歳以上は区内医療機関で実施している。検査部門では、健診結果を受付開始から40分以内に事務担当者に報告、階層化を行ったのち、保健指導対象者をその場で初回面談指導できるというシステムである。「当日保健指導」については、区当局より厚生労働省の了解を得ているとのことである。また、「国保健診」と「がん検診」の「セット受診」も実施しており、がん検診受診率の低下のリスクに対応している。

健診実施日は、受診者のニーズに配慮し、平日（月曜日～土曜日）の他、第4日曜日、第2木曜日・第4水曜日の夜間（16時～21時）に健（検）診を

実施することとしている。

その結果、特定健診、特定保健指導とも高い受診率を維持しているが。日曜日・夜間の受診者も多くなっているとのことである。（平成 21 年度全国医師会共同利用施設臨時総会における報告）

V. 訪問看護ステーション

医師会共同利用施設における介護関連施設は、老人保健施設や特別養護老人ホーム等の施設から、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、デイケアセンター、ヘルパーステーション等様々であるが、いずれも今日の課題である「地域包括ケアにおける医療・介護・福祉の協働」に大きく貢献している。しかし、高齢化の進展の中、今後は在宅医療の需要が増大することは確実であり、その一翼を担う訪問看護に求められる役割は極めて大きなものとなってくる。

医師会訪問看護ステーションは平成 21 年 4 月現在、全国で 475 か所（サテライト 56）設置されているが、残念ながら施設数、従事者数ともにここ数年余り増えていないのが現状である。

今回の答申では、日医総研のアンケート調査を下に、訪問看護ステーションの現状と課題について考察してみる。

①人材不足・過重な業務負担

平成 19 年度における訪問看護ステーションの有効求人数 9130 人に対し、就職者数は僅か 388 人であった。また、6 か月間で退職者がいた訪問看護ステーションは 40%にも上っている（日本看護協会中央ナースセンター）。

訪問看護職員は、約 1 時間から 2 時間の滞在中に患者の全身状態の観察・清拭・リハビリテーション等を実施、同時に家族に対する療養上の各種指導も行っている。また、訪問看護を実施する度に、利用者の療養状況を電話やメール、報告書等によって主治医に報告する義務がある。

在宅療養支援診療所が創設されてからは、重症度の高い利用者や 24 時間対応の需要が増加しており、その対応に苦慮しているところも少なからずあるよ

うだ。このように、訪問看護職員の業務は多岐に亘り、かつ、経験と体力を要求されることより、どの事業所も訪問看護職員の確保と離職防止が最大の課題となっている。

訪問看護ステーションでは、人材の確保や離職防止のために様々な取り組みを行っている。研修制度の充実や、面談を通じたメンタル面のカバーや目標管理シートの作成による状況把握に努めている訪問看護ステーションもある。また、都道府県レベルで訪問看護ステーション協議会を設置して、PR冊子や訪問看護マップの作成、求人・求職合同説明会への参加を積極的に行っているところもあるが、その効果が十分上がっていないのが実情である。

②経営上の問題点

療養病床の再編・在宅医療の推進等に伴い、今後は益々医療依存度の高い患者の早期退院が予想されるが、訪問看護ステーションからの退院前カンファレンスへの参加や退院日訪問（退院前後支援）の報酬は十分に評価されていないなど、医療保険、介護保険ともに報酬面での配慮が十分行き届いていない。

また、慢性的な看護職員不足は、病院や診療所だけでなく、訪問看護ステーションにも大きな影響を与えていることは周知の事実である。小規模な事業所ほど経営状況はよくないという報告もあり、規模の拡大によるスケールメリットを図ることが望ましいが、これも現状からは極めて困難であると言わざるを得ない。

③今後の取り組み

人材不足と過重な業務負担の2課題の克服が急務である。まず、所内研修・教育システムを充実させ、職員のモチベーションを高め定着を図ることである。小規模のステーションでは、近隣の訪問看護ステーションとの連携強化が重要

である。事務量も多大であり、小規模事業所を補完する支援センター構想も少しずつ動き始めているが、まだ不十分である。先述した、PR冊子や訪問看護マップの作成、求人・求職合同説明会への参加などにも積極的に取り組んでいく必要がある。

医師会訪問看護ステーションにとって最も重要であり、その特性を生かすためには、会員の先生方の協力を最大限に求めていくことである。訪問看護事業が伸びない理由として、利用者や家族、そしてケアマネジャーの理解が足りないということは以前から指摘されていた。訪問介護に比べ割高であることなども利用であろう。しかし、最も重要なのは、主治医としての会員の先生方によるケアマネジメントへの関わりである。サービス担当者会議等を通じて、医療ニーズの高い利用者には、訪問看護の必要性を是非ともアピールしていただきたい。

全国的に在宅医療の進捗が遅れていることと、訪問看護が伸びていないことには大きな相関がある。今後の超高齢社会に備え、地域医師会としても在宅医療の推進に積極的に取り組んでいただくことが、訪問看護にも明るい未来が訪れることになるのではないだろうか。

在院日数の短縮による緩和ケアの需要が増大し、療養病床の再編による医療依存度の高い患者の在宅での看取りが増えてくる中、主治医との緊密な連携のもと訪問看護を実施する医師会訪問看護ステーションは、地域包括ケアにおいても、極めて重要な役割を果たすことは間違いない。

ところで、大阪市南・東医師会が共同で進めている医師、訪問看護ステーションや介護事業者等を一堂に集めた「C^o C^o ネットちゅうおう（認知症高齢者支援ネットワーク）」のような連絡会の設置は、訪問看護の推進にとっても有効であるとの評価を得ていることを付記しておきたい。

最後に、問題となる診療報酬、介護報酬の設定であるが、平成 21 年度の介

護報酬改定は3%増であったが、この程度では焼け石に水で、決して経営の改善・安定化にはつながらない。介護報酬の引き上げにより利用者負担が増え、家族やケアマネジャーが利用回数を減らすというケースも出てきており、その対応も必要である。訪問看護職員を確保するためには待遇の改善、離職の防止は不可欠であり、そのためには、平成24年度の両報酬の同時改定に向けて、大幅な増額を求めていく必要があることは自明である。

VI. おわりに

公益法人制度改革を控え、各地域医師会は今後の方向性として、一般社団か、公益法人の途を選ぶのかの選択を迫られている。こうした中、医師会共同利用施設は社団法人である地域医師会の事業所として、これまでも公益性の高い事業を担ってきた。

医師会病院は、地域医療ネットワークの中核として、地域の医療機関（特に診療所）との連携の下、高額医療機器の共同利用、入院患者の受け入れ、適切な逆紹介により、地域保健医療計画に記された病診連携と機能分担を可能なものとする規範的な病院である。

医師会臨床検査・健診センターは、臨床検査精度管理における地域のオピニオンリーダーとして高く評価され、住民健診の検査データの蓄積と地方行政との協同により、地域保健活動にも大きく寄与している。

訪問看護に代表される介護関連部門についても、継続性と普遍性、質の向上はこれからの超高齢社会にとっては不可欠であり、医療との緊密な連携が可能な医師会共同利用施設は無くてはならない存在である。

「地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方」として、医師会共同利用施設は、「連携と継続による地域医療体制の再構築」における中心的存在として活動すべきであると考えられる。

現在の医療情勢や、今後の超高齢社会を鑑みれば、医師会共同利用施設を中心とした①限られた財源の中で住民が安心して医療を受けられるシステムの構築、②病院と診療所の有機的な連携による地域完結型医療の達成、③地域包括ケアを可能とする保健・医療・福祉のネットワーク

の構築等が求められている。そして、医師会共同利用施設の公益性、地域で果たす役割の重要性を理解していただくことにより、会員の先生方の医師会への帰属意識が高まることも期待したい。

今期の医師会共同利用施設検討委員会においては、医師会病院、臨床検査・健診センターのほか、介護保険関連施設としては最も数の多い訪問看護ステーションについての検討しかできななかったが、今後は平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定を見据えて、医療・介護・福祉の連携における医師会共同利用施設のあり方についての検討を行うことが必要となってくる。

日本医師会には、これまで医師会共同利用施設が果たしてきた役割、また今後の進むべき道をご認識いただき、引き続き医師会共同利用施設が地域社会に貢献していけるような支援策を講じられることをお願いしたい。

最後に、平成16年以来、本会の委員として活躍された山英昭北海道医師会理事（当時）が平成20年8月12日に逝去されたことは痛惜に堪えない。山先生のご冥福を祈るとともに、そのご功績をたたえるものである。

参 考 資 料

「地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究」
(日医総研WP No. 207 抜粋)

「医師会臨床検査・健診センターの運営実態に関する調査」
(日医総研WP No. 205 抜粋)

「平成 21 年度医師会共同利用施設
訪問看護ステーションの運営に関する実態調査」
(日医総研WP No. 206 抜粋)

※ 抜粋のため、図表番号は抜けているものがあります。

『地域医療を担う医師会病院等の運営課題把握のための研究』

第1章 調査の背景・目的と概要等

1 調査の背景・目的

本年度、日医会長より「医師会共同利用施設検討委員会」に対して、地域社会における今後の医師会共同利用施設のあり方について諮問がなされた。

その背景として、平成18年の診療報酬改定により「地域医療支援病院入院加算2」が廃止される等、これまで地域の中核的病院としての役割を担ってきた医師会病院は大幅な減収となり、その運営環境は一層厳しくなっていることがある。

また、財務状況の悪化や医師不足等により運営を断念する医師会病院の増加も懸念され、最悪の選択として事業中止ともなれば、多くの役員が負っている連帯保証という深刻な問題が発生する。更には、こうした債務保証問題を契機として医師会が崩壊しかねない状況ともなっており、医師会病院を中心とした共同利用施設の必要性と、債務保証等のあり方について検討することが求められている。そこで本調査は、「医師会共同利用施設検討委員会」において、医師会病院を取り巻くこれら問題点を分析し、今後の対応のあり方を検討することに資することを目的に、日医総研が実施したものである。

2 アンケート調査票の発送・回収状況

表 1-3-1 アンケート調査票の発送・回収状況

発送数	75票
回収数	72票
回収率	96.0%

表 1-3-2 回答のあった医師会・会員数の状況

会員規模	医師会数	割合
100名以下	21	29.2%
100～199名	25	34.7%
200～499名	11	15.3%
500～1999名	6	8.3%
2000名以上	9	12.5%
合計	72	100.0%
平均値	481.7名/医師会	

第2章 アンケート調査の結果

(1) 開設・運営形態（開設主体、運営主体）について

表 2-1-1 開設・運営形態<(7) n=72>

開設・運営形態	病院数	割合
医師会直営	62	86.1%
公設民営	10	13.9%
その他	0	0.0%
合計	72	100.0%

表 2-1-2 開設主体<(8) n=72>

開設主体	病院数	割合
医師会	62	86.1%
自治体(都道府県)	1	1.4%
自治体(市区町村)	7	9.7%
医療法人	0	0.0%
財団法人	2	2.8%
その他	0	0.0%
合計	72	100.0%

表 2-1-3 運営主体<(9) n=72>

運営主体	病院数	割合
医師会	70	97.2%
医療法人	0	0.0%
財団法人	2	2.8%
その他	0	0.0%
合計	72	100.0%

(2) 病院管理者・病院長について

表 2-1-4 病院管理者と病院長<(10)(11) n=72>

	病院管理者		病院長	
	病院数	割合	病院数	割合
医師会会長	16	22.2%	9	12.5%
医師会役員(会長以外)	22	30.6%	28	38.9%
役員以外の会員	30	41.7%	31	43.1%
会員以外	4	5.6%	4	5.6%
合計	72	100.0%	72	100.0%

(3) 病院の運営形態について

1) 病院種別について

表 2-1-5 病院種別<(12) n=72>

病院種別	病院数	割合
一般病院	34	47.2%
療養Ⅰ型病院	12	16.7%
療養Ⅱ型病院	13	18.1%
療養Ⅲ型病院	12	16.7%
精神科病院	1	1.4%
合計	72	100.0%

注:一般病院は一般病床のみの病院。

療養Ⅰ型病院は療養病床30%未満の病院。

療養Ⅱ型病院は療養病床60%未満の病院。

療養Ⅲ型病院は療養病床60%以上の病院。

表 2-1-6 病床規模<(13) n=72>

病床規模	病院数	割合
20～49床	0	0.0%
50～99床	7	9.7%
100～199床	38	52.8%
200～299床	22	30.6%
300～499床	5	6.9%
500床～	0	0.0%
合計	72	100.0%
平均値	176.8床	

表 2-1-7 医師数(常勤医師数)<(15) n=72>

医師数	病院数	割合
5人未満	17	23.6%
5～10人未満	16	22.2%
10～15人未満	17	23.6%
15～25人未満	12	16.7%
25人～	10	13.9%
合計	72	100.0%
平均値	13.3人	

表 2-1-8 看護師数<(15) n=72>

看護師数	病院数	割合
25人未満	8	11.1%
25～50人未満	18	25.0%
50～75人未満	16	22.2%
75～100人未満	10	13.9%
100～150人未満	10	13.9%
150人～	10	13.9%
合計	72	100.0%
平均値	83.2人	

表 2-1-9 准看護師数<(15) n=72>

准看護師数	病院数	割合
5人未満	8	11.1%
5～10人未満	12	16.7%
10～15人未満	9	12.5%
15～20人未満	20	27.8%
20～25人未満	10	13.9%
25人～	13	18.1%
合計	72	100.0%
平均値	17.4人	

3) DPC対象の状況について

表 2-1-10 DPC 対象の状況<(16) n=71>

DPC対象の状況	病院数	割合
DPC対象病院	17	23.9%
DPC準備病院	5	7.0%
その他の病院	49	69.0%
合計	71	100.0%

注:無回答の病院を除く。

4) 看護体制(入院基本料)について

表 2-1-11 看護体制(入院基本料)<(17) n=72>

看護体制	病院数	割合
7:1	24	33.3%
10:1	22	30.6%
13:1	11	15.3%
15:1	4	5.6%
その他	11	15.3%
合計	72	100.0%

表 2-1-12 地域医療支援病院に該当の有無<(18) n=72>

地域医療支援病院該当の有無	病院数	割合
地域医療支援病院	32	44.4%
地域医療支援病院ではない	40	55.6%
合計	72	100.0%

(5) 病院が立地する二次医療圏の状況（病床過剰率）について

回答病院の「立地する二次医療圏の状況（病床過剰率）」については、全病院(72病院)の内、過剰であることを示す「0以上」が60病院(83.3%)、逆に不足を示す「0未満」が12病院(16.7%)と、病床過剰な地域に立地している病院が非常に多い。(表2-1-23)

この内、「0～40未満」が46病院(63.9%)と全体の約2/3を占めており、さらに「40～60未満」「60～」も、各々6病院(8.3%)、8病院(11.1%)に上っている。

表 2-1-23 病院が立地する二次医療圏の状況(病床過剰率) <(24)>

二次医療圏の病床過剰率	病院数	割合
60～	8	11.1%
40～60未満	6	8.3%
20～40未満	24	33.3%
0～20未満	22	30.6%
-10～0未満	5	6.9%
-10未満	7	9.7%
合計	72	100.0%

注:病床過剰率とは、以下の式による。

$$\frac{\text{既存病床数} - \text{基準病床数}}{\text{基準病床数}} \times 100$$

第3章 調査結果のまとめと医師会病院運営課題の抽出

前記のアンケート調査をふまえ、次のように、調査結果をまとめるとともに医師会病院の運営課題を抽出した。

- | |
|--|
| ① 悪化する財務状況と主たる悪化要因である診療報酬面及び
医師・看護師不足等への対応 |
| ② 今後の運営継続に問題がある医師会病院の存在とその対応の必要性 |
| ③ 医師会一般会員の医師会病院利用と運営への参画について
徹底的な協議の必要性 |
| ④ 高額な借入金残高の連帯保証人問題の深刻さと今後の対応の重要性 |
| ⑤ 医師会独自では困難な改修・建替えの問題がある医師会病院と
公設民営方式の代替案としての検討 |
| ⑥ 公的融資機関からの融資の少なさと公的融資機関による
長期・固定・低利融資の必要性 |

(1) 悪化する財務状況と主たる悪化要因である診療報酬面及び

医師・看護師不足等への対応

- (1) 医業利益、経常利益等の財務データでみた過去3年間の財務状況は全体的に悪化しており、多くの病院が3年前に比べて「悪くなっている」と評価しているとともに、現状についても「悪い」と評価している。
- (2) 診療報酬体系面での悪化要因については、主に平成18年の診療報酬改定の、「リハビリテーション料」「紹介患者加算の廃止」「入院基本料算定要件」等を中心に見直し等を図ること。
- (3) 診療報酬体系以外の悪化要因である医師・看護師等不足やそれに伴う問題では、一層自立的な人材確保策を講じ、人材確保面や地域医療再生基金等財政面で公的支援を求めていくこと。
- (4) 今後の設備投資等については、病院の財政状況にあった適正な設備投資計画の策定と、投資に際しての入札の活用と競争原理の積極的な導入を図ること。

(2) 今後の運営継続に問題がある医師会病院の存在とその対応の必要性

<抽出された課題>

- (1) 医師会病院全体の中で 12 または 13 病院は、何らかのかたちで今後の運営継続にかなり問題がある医師会病院であると推測される。
- (2) 平成 20 年度の医業利益が赤字であっても、「運営継続に関し協議したことがない」医師会は 24 にも上り、これら医師会においても運営継続に関する協議を行っていくことが必要である。
- (3) 医師会病院の運営の方向性は医師会自体にも大きな影響を与えることから、今後の病院運営の方針について医師会会員とともに、地域住民のコンセンサスも得る中で、今後の医師会病院の運営に対応していくことが必要である。

(3) 医師会一般会員の医師会病院利用と運営への参画について徹底的な協議の必要性

<抽出された課題>

- (1) 財務状況を悪化させている要因として、医師会員の医師会病院の利用・参画に関することが挙げられている。
- (2) 医師会病院設立当時に比べ、競合する一般会員の病院が多くなり、設立に関わった会員も高齢化し、若い会員に必要性への認識が希薄になるといったこと等が、背景にあると考えられ、地域における医師会病院存立の意義について明らかにする必要がある。
- (3) 公益法人改革への対応方針の検討と併せ、医師会病院利用と運営への参画について、医師会会員が徹底的な協議を行うことが必要である。

(4) 高額な借入金残高の連帯保証人問題の深刻さと今後の対応の重要性

<抽出された課題>

- (1) 根本的な対応としての公的機関による新たな保証制度の整備や、既存の都道府県中小企業信用保証協会の保証制度の拡充、一般会員全体で保証する体制づくり、或いは福祉医療機構による借り換えによる保証人の解消等を、公益認定条件や福祉医療機構の融資条件の緩和等と併せ、総合的に検討・要請していくことが非常に重要。
- (2) 医師会病院等の財務状況が強く健全で、資金調達に際し保証人を必要としない状況が最も望ましく、この点からも診療報酬体系の問題や医師・看護師不足等の解消が望まれる。

**(5) 医師会独自では困難な改修・建替えの問題がある医師会病院と
公設民営方式の代替案としての検討**

＜抽出された課題＞

(1) 主要病棟群に改修又は建替えを必要とするものは、アンケート対象の約6割弱にも上っている状況にある。

しかし、独自で或いは条件付でも対応可能かどうか問題があると考えられる病院は、合計で14病院にも上る。

公設民営化の評価は、今後の対応方策として前向きに評価されており、病院が今後とも地域で存在していくためには、一つの代替案として検討すべき。

**(6) 公的融資機関からの融資の少なさと公的融資機関による
長期・固定・低利融資の必要性**

＜抽出された課題＞

- (1) 医師会病院への融資機関は、地方銀行・信用金庫といった「銀行等」が非常に多く、福祉医療機構等の国の公的融資機関からの融資は全部で2割程度に止まっている。
- (2) 医師会病院に限らず、一般の病院等の資金調達も、現在民間金融機関の中期・変動利率資金等を多く利用する状況になっている。
- (3) 医師会病院は、公的な医療機能を果たしている病院がほとんどであり、国の公的融資機関による35年長期・固定利率・低利といったような、融資環境が整備されることが課題。

『医師会臨床検査・健診センターの運営実態等に関する調査』

I 調査目的

医師会臨床検査・健診センターは、これまで地域住民の診療支援や地域保健事業の一旦を担い、限られた事業活動範囲の中で疾病予防や健康増進に寄与してきたところである。

臨床検査センターは、度重なる診療報酬の実施料引下げの影響や株式会社立の民間受託臨床検査センターとの競合のため継続的な経営が楽観視できない状況にある。

一方、健診センターにおいては、これまでの老人保健法に基づく基本健康診査から、高齢者医療確保法に基づく保険者による特定健康診査（以下、特定健診という）・特定保健指導制度が2008年度に施行されたことにより、今後の事業継続に大きな影響を受けている。

このため、医師会臨床検査センター（以下、臨床検査センターという。）、医師会健診センター（以下、健診センターという。）及び医師会検査・健診センター複合体（以下、検査・健診センター複合体という。）について、最近の財務状況の推移と検査事業、健診（検診）事業の実施状況から現状を把握し、運営上の問題点を整理するとともに、今後のあり方について検討するための基礎資料に資することを目的とする。

II 調査方法

1 調査対象

臨床検査センター、健診センター及び検査・健診センター複合体を有する郡市区医師会又は都道府県医師会を調査対象とした。

2 調査票の回収状況と客体の構成

調査票を配布した 190 施設のうち回収は 92 施設で、回収率は 48.4%であった。また、回収された調査票のうち、調査内容すべてについて未回答だった施設が 8 施設あったため無効回答とした。そのため、本報告における有効回答数は 84 施設であった。

有効回答された 84 施設のうち、臨床検査センターは 19 施設（有効回答率 28.8%）、健診センターは 21 施設（有効回答率 41.2%）、検査・健診センター複合体は 44 施設（有効回答率 60.3%）であった（表 1）。

尚、本調査では、施設が所属する医師会として 4 府県の医師会（宮城県、石川県、大阪府、佐賀県）からの回答を含んでいる。

表 1 施設形態別回答施設数

施設形態	有効回答数	有効回答率	発送数
総数	84	44.2%	190
臨床検査センター	19	28.8%	66
健診センター	21	41.2%	51
検査・健診センター複合体	44	60.3%	73

※発送数の形態は日本医師会「2009年施設状況調査」で区分された施設形態。

（2）健診事業の実施状況

1）地域保健 ① 基本健康診査から特定健診へ

2008 年 4 月より、特定健診・特定保健指導制度が開始され、健診事業の実施状況は大きく変わった。

調査に回答した 84 施設のうち、2007 年度の基本健康診査を実施した施設は 52 施設であった。そのうち、2008 年度の特定健診（個別）¹を実施した施設は 37 施設で、前年度の基本健康診査の実施件数に対する比率は 46%であった。また、1 施設あたりの年間実施件数は 6,300 件であった。

特定健診（集団）や、高齢者医療確保法の努力義務とされた、75 歳以上の高齢者の健診をあわせると基本健康診査に対して 105%となるため、特定健診の受診率の向上はもとより、75 歳以上の高齢者の健診の受診率向上を目指し、全体としてこれまでの健診事業を補っていくことが必要ではないか（表 2）。

表 2 基本健康診査と特定健診等の年間実施件数

	2007年度	2008年度			計 n=52
	基本健康診査 n=52	特定健診 個別 n=37	特定健診 集団 n=31	75歳以上 高齢者健診 n=42	
年間実施件数(合計)	505,769	233,102	164,356	132,040	529,498
基本健康診査に対する比率		46%	32%	26%	105%
年間実施件数(1施設あたり)	9,726	6,300	5,302	3,144	10,183

※2007年度に基本健康診査を実施し、2008年度に特定健診の個別、集団、75歳以上の高齢者健診のいずれかを実施した施設を対象とした。

¹ 特定健診（個別）：特定健診では、日時と場所をあらかじめ決めて受診する形態を集団健診と位置付けており、それ以外は個別健診としている

施設形態別にみると、臨床検査センターでは、基本健康診査や特定健診のうち検体検査を受託することになるが、特定健診の個別健診として会員医療機関が実施した健診の検体検査の実施件数は基本健康診査の72%であった。また、75歳以上の高齢者の健診の実施件数をあわせても100%に満たない(表3)。

健診センターや検査・健診センター複合体の2008年度実施件数では、特定健診(集団)が最も多く、健診センターは57%であった。また、特定健診(個別)や75歳以上の高齢者の健診における1施設あたりの実施件数では、検査・健診センター複合体(3,184件)が健診センター(1,271件)の倍以上であった(表4、5)。

表3 臨床検査センターにおける基本健康診査と特定健診等の年間実施件数

	2007年度	2008年度			計 n=8
	基本健康診査 n=8	特定健診 個別 n=6	特定健診 集団 n=1	75歳以上 高齢者健診 n=5	
年間実施件数(合計)	134,797	97,073	341	35,274	132,688
基本健康診査に対する比率		72%	-	26%	98%
年間実施件数(1施設あたり)	16,850	16,179	-	7,055	16,543

※2007年度に基本健康診査の検体検査を受託し、2008年度に特定健診等、いずれかの検体検査を受託した施設を対象とした。

表4 健診センターにおける基本健康診査と特定健診等の年間実施件数

	2007年度	2008年度			計 n=12
	基本健康診査 n=12	特定健診 個別 n=9	特定健診 集団 n=8	75歳以上 高齢者健診 n=11	
年間実施件数(合計)	69,122	18,895	39,311	13,984	72,190
基本健康診査に対する比率		27%	57%	20%	104%
年間実施件数(1施設あたり)	5,760	2,362	4,914	1,271	6,016

※2007年度に基本健康診査を実施し、2008年度に特定健診等、いずれかの健診を実施した施設を対象とした。

表5 複合体における基本健康診査と特定健診等の年間実施件数

	2007年度	2008年度			計 n=32
	基本健康診査 n=32	特定健診 個別 n=22	特定健診 集団 n=22	75歳以上 高齢者健診 n=26	
年間実施件数(合計)	301,850	117,134	124,704	82,782	324,620
基本健康診査に対する比率		39%	41%	27%	108%
年間実施件数(1施設あたり)	9,433	5,324	5,668	3,184	10,144

※2007年度に基本健康診査を実施し、2008年度に特定健診等、いずれかの健診を実施した施設を対象とした。

基本健康診査や特定健診等の1施設あたりの健診単価(全国平均)では、特定健診(個別)が7,856円で、基本健康診査の8,800円よりも1,000円程度安価であった。

地区別の比較では、基本健康診査では地区により最大3,670円の健診単価の差があったのに対して、特定健診(個別)では1,029円、特定健診(集団)では1,904円の差となり、個別健診に関しては全国的な価格差が収束に向かっているといえる。

また、高齢者医療確保法の努力義務とされた、75歳以上の高齢者の健診では、地区により最大2,034円の差が生じており、集団健診同様、未だ健診単価にばらつきがみられる(表6)。

表6 基本健康診査と特定健診等の1施設あたり健診単価(単位:円)

	2007年度	2008年度		
	基本健康診査	特定健診 個別	特定健診 集団	75歳以上 高齢者健診
全国平均	n=52 8,800	n=41 7,856	n=34 6,277	n=51 7,265
北海道地区・東北地区	n=5 7,625	—	n=4 7,152	n=5 5,933
関東甲信越地区・東京地区	n=9 10,547	n=7 7,844	n=9 7,079	n=7 6,739
中部地区	n=13 9,359	n=9 8,435	n=6 6,035	n=12 7,935
近畿地区	n=8 9,350	n=8 7,875	n=2 5,275	n=7 6,852
中国四国地区	n=7 8,476	n=6 7,804	n=2 7,179	n=6 7,967
九州地区	n=10 6,877	n=11 7,406	n=11 5,452	n=14 7,336

※基本健康診査、特定健診の個別、集団、75歳以上の高齢者健診のいずれかの単価が回答された施設を対象とした。

② 地域保健の各種健診（検診）

2008年度から特定健診・特定保健指導が開始されたことは、特定健診以外の各種健診（検診）の受託にも少なからず影響がある。そのため、各種健診（検診）の2007年度・2008年度の受託状況を調査した。

市町村国保が実施主体である「市町村国保1日人間ドック」では、40歳以上を対象者とする健診内容に特定健診項目を含んでいる場合が多いため、健診項目や自己負担額の見直しも行われた。

本調査では、実施件数（前年比：96.1%）や健診単価（前年比：94.5%）はやや低迷している状況がうかがえるため、今後も注視していく必要がある（表7）。

表7 市町村国保1日人間ドックの受託状況

	2007年度	2008年度	
			前年比
1施設あたり年間実施件数 n=30	1,493	1,435	96.1%
1人あたり健診単価(円) n=27	36,167	34,164	94.5%
1人あたり検査単価(円) n=3	9,166	10,602	115.7%

介護保険法における特定高齢者選定事業の生活機能評価が義務化されたため、2008年度の健診単価は大幅に引き上げられている（4,569円、前年比：156.4%）。

しかし、生活機能評価はこれまで基本健康診査の追加健診の意味合いが強かったため、2008年度に独立した健診として実施された件数は大幅に減少（前年比：77.9%）している（表8）。

表8 生活機能評価の受託状況

	2007年度	2008年度	
			前年比
1施設あたり年間実施件数 n=27	6,337	4,935	77.9%
1人あたり健診単価(円) n=22	2,921	4,569	156.4%
1人あたり検査単価(円) n=5	1,325	1,230	92.8%

IV 考察

1 臨床検査センターについて

(1) 活動地域

臨床検査センターにおける活動地域の範囲を医師会員数で見ると、全国平均で1施設あたり612人であった。また、もっとも医師会員数が多い地区は九州地区(992人)であった。

北海道・東北地区(266人)や中部地区(358人)と比較すると、九州地区と中国・四国地区(617人)がいずれも全国平均を上回っており、活動地域の地域特性として西高東低である。

(2) 財務状況

臨床検査センターのコスト構造において、検査試薬費等の「材料費」や備品等の「経費」が占める割合が多く、且つ、外部への検査委託費等の「委託費」の割合も多い。

そのため、材料等の調達について、これらの調達先や調達方法の見直しはもとより、医師会共通の発注管理コードや見積書等の運用を行い、中規模・大規模共同入札の実現に向けた取り組みが必要ではないだろうか。

(3) 検体検査事業

臨床検査センターは単体事業のため、収益確保のためには高い会員利用率と高い取引料率のいずれか、もしくは両方が必要となるが、株式会社立の受託臨床検査センターとの競合では取引料率の引き下げをせざるを得ない場合も多く、活動地域が限られている医師会立の臨床検査センターにとって単体事業では厳しい状況から脱却することは容易ではない。

そのため、他の臨床検査センターとの提携に向けた検討も踏まえつつ、複合化による健診事業への参画が事業継続のひとつの方策といえるのではないかと。

2 健診センターについて

(1) 活動地域

健診センターの活動地域の範囲は、臨床検査センターや検査・健診センター複合体の1施設あたり医師会員数と比較して少ない(488人)。

しかし、中部地区(797人)や中国四国地区(726人)等、臨床検査センターの全国平均(612人)よりも多い地区があり、活動地域の範囲の差が大きい。

(2) 財務状況

健診センターの事業収益(売上)の規模は、他の施設形態よりも比較的小さいが、営業利益率は黒字を維持している(2007年度:4.9%、2008年度:3.5%)。

コスト構造において、委託費の占める割合が17.1%であり、他の施設形態よりも大き

い一方で、材料費が占める割合（5.3%）が非常に少ないことから、健診で得た検体検査の外部委託が進んでいると推測される。

（3）健診事業

健診事業では、2008年度の特定健診・特定保健指導の開始や生活機能評価の義務化の一方で、75歳以上の高齢者の健診を努力義務とするなど、地域保健における今後の健診対象者の受診行動が予測できない点が多い。

そのため、がん検診の受診率向上への方策の検討や職域保険における健診事業に対する参画の是非や拡充策の検討等、健診センターを有する地域医師会が取り組むべき課題は幅広い。

3 検査・健診センター複合体について

（1）活動地域

検査・健診センター複合体は、検体検査の受託と健診（検診）事業を併せもつことから、1施設あたりの医師会員数は他の施設形態と比較して多い（986人）。

（2）財務状況

検査・健診センター複合体における2008年度の事業収益は1施設あたり884.8百万円で、他の施設形態と比較して高いものの、2007年度に2.7%であった1施設あたりの営業利益率が2008年度ではマイナス0.3%と大きく悪化している。

（3）財務状況に関する補足

検査・健診センター複合体は、検体検査の測定に必要な検体検査機器や健診時に測定する生体画像機器、生体計測・監視機器等の高額医療機器が多く設置されている。

1施設あたりの事業収益は884.8百万円と大きく、事業支出のうち10.2%を占めている設備関係費は他の施設形態と比較して非常に大きい費用である。

このことから、高額医療機器等の購入や更新にあたり、中・長期の資金調達方法のあり方について早急な検討が必要である。

『平成21年度 医師会共同利用施設 訪問看護ステーションの運営に関する実態調査』

1. 調査の概要

(1) 調査目的

医師会共同利用施設として活動している全国の訪問看護ステーションの運営実態に関する現状と課題を把握し、今後の事業展開のあり方を検討するための基礎資料に資することを目的として、本調査を実施した。

(2) 調査対象

医師会共同利用施設に登録された全国の訪問看護ステーション（サテライト事業所を含む）470事業所の管理者

(6) 回収状況

回収数は215事業所（45.7%）、有効回答数は210事業所（44.7%）であった（表 1-1）。

表 1-1 回収および有効回答の状況

対象 (配布数)	回収数 (回収率)	有効回答数 (有効回答率)
全国 (470事業所)	215事業所 (45.7%)	210事業所 (44.7%)

2. 調査結果

(1) 訪問看護ステーション事業所の概要

① 所在地－平成 21 年6月現在

事業所の所在地による地域別(医師会ブロック別)の事業所数は、以下の表 2-1-1 のとおりであった。

表 2-1-1 地域別にみた事業所数と割合(n=210)

地域別	事業所数	割合
北海道	11	5.2%
東北	4	1.9%
東京	20	9.5%
関東・甲信越	39	18.6%
中部	42	20.0%
近畿	23	11.0%
中国・四国	33	15.7%
九州	38	18.1%
合計	210	100.0%

② 開設主体別－平成 21 年6月現在

開設主体別にみると、「医師会立」が 81.0% (170 事業所)、「医師会立以外(財団法人等)」が 17.1% (36 事業所)であった(表 2-1-2)。

表 2-1-2 開設主体別にみた事業所数と割合(n=210)

開設主体	事業所数	割合
医師会立	170	81.0%
医師会立以外	36	17.1%
無回答	4	1.9%
合計	210	100.0%

③ 事業所の位置づけ—平成 21 年6月現在

全国 210 事業所のうち、93.3%が「主たる事業所」、2.4%が「従たる事業所（いわゆる、サテライト事業所）」であった（表 2-1-3）。

表 2-1-3 事業所の位置づけ別にみた事業所数と割合 (n=210)

事業の形態	事業所数	割合
主たる事業所	196	93.3%
従たる事業所	5	2.4%
無回答	9	4.3%
合計	210	100.0%

④ 併設事業の状況—平成 21 年6月現在

介護保険サービスに関連した事業の併設状況をみると、「併設事業あり」が 75.7%を占め、「併設事業なし」が 22.9%であった（表 2-1-4）。また、併設事業の種類別の併設率をみると、「居宅介護支援」が 96.9%と最も高く、続いて「訪問介護」17.6%、「地域包括支援センター」11.9%の順であった（表 2-1-5）。

表 2-1-4 併設事業の有無別にみた事業所数と割合 (n=210)

併設事業有無	事業所数	構成比
併設事業あり	159	75.7%
併設事業なし	48	22.9%
無回答	3	1.4%
合計	210	100.0%

表 2-1-5 <SQ>実施している併設事業(併設事業あり n=159 複数回答)

事業の種類別	事業所数	構成比
居宅介護支援	154	96.9%
訪問介護	28	17.6%
地域包括支援センター	19	11.9%
通所介護	9	5.7%
通所リハ	8	5.0%
訪問リハ	5	3.1%
その他	14	8.8%

⑤ 従事者の状況－平成20年3月と平成21年3月の比較

1事業所当たりの従事者総数は、常勤換算ベース²で、平成20年3月に8.0人、平成21年3月も同じく8.0人と変化はみられなかった。

常勤換算ベースによる1事業所当たり訪問看護職員の従事者数は、平成20年3月の6.6人から平成21年3月の6.7人に増加した。また、常勤と非常勤の内訳をみると、平成21年3月には常勤が0.1人減少する一方で、非常勤が0.2人増加した。それに伴い、常勤者数の比率が、平成20年3月の57.0%（3.8人／6.6人）から平成21年3月の55.5%（3.7人／6.7人）に減少した（表2-1-6）。

表2-1-6 1事業所当たりの従事者数(n=106 無回答を除く) 単位:人

	平成20年3月			平成21年3月		
	常勤	非常勤	計	常勤	非常勤	計
訪問看護職員①	3.8	2.8	6.6	3.7	3.0	6.7
保健師	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
看護師	3.6	2.6	6.2	3.5	2.6	6.2
准看護師	0.1	0.3	0.4	0.1	0.3	0.4
介護職員②	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1
リハ関係職員③	0.2	0.2	0.4	0.2	0.2	0.4
理学療法士	0.1	0.1	0.3	0.1	0.1	0.3
作業療法士	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1
言語療法士	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
事務職員④	0.7	0.2	0.9	0.6	0.2	0.9
合計(①+②+③+④)	4.7	3.3	8.0	4.6	3.4	8.0

注) 常勤は実人数、非常勤は常勤換算数である。実人数ベースでは、いずれの年も10.6人であった。

表2-1-7 参考値:訪問看護ステーションの平均従事者数(実人数)－平成20年

主な開設主体	看護職員総数	総従事者数
医師会(n=68)	8.2	9.9
看護協会(n=25)	8.0	9.3
社団法人・財団法人(n=60)	6.6	8.2
医療法人(n=383)	5.1	6.8
社協以外の社会福祉法人(n=83)	5.1	6.1
社会福祉協議会(n=12)	5.0	5.6
営利法人(n=176)	5.2	7.3

出所) 日医総研WP188「在宅医療の提供と連携に関する実態調査－訪問看護ステーション調査」平成20年7月の状況

² 常勤の実人数（専従換算はしていない）と非常勤の常勤換算数の合計。厚生労働省「平成20年介護経営実態調査」によれば、全国の訪問看護ステーションの1事業所当たりの平均従事者数は3.9人。

⑥ 利用者の状況－平成20年3月と平成21年3月の比較

平成21年3月の1事業所当たりの利用者数の合計は、対前年同月比で2.3%増加した。内訳をみると、「介護給付」の利用者数のみ0.5%の微減であったが、「医療保険」は9.1%、「介護予防」は7.7%の増加であった。また、平成21年3月の1事業所当たりの訪問延べ回数の合計は、対前年同月比で4.7%増加した。内訳をみると、「医療保険」「介護予防」「介護給付」の全ての訪問延べ回数が増加した（図2-1-1、図2-1-2）。

図2-1-1 1事業所当たりの利用者数(n=106 無回答を除く)

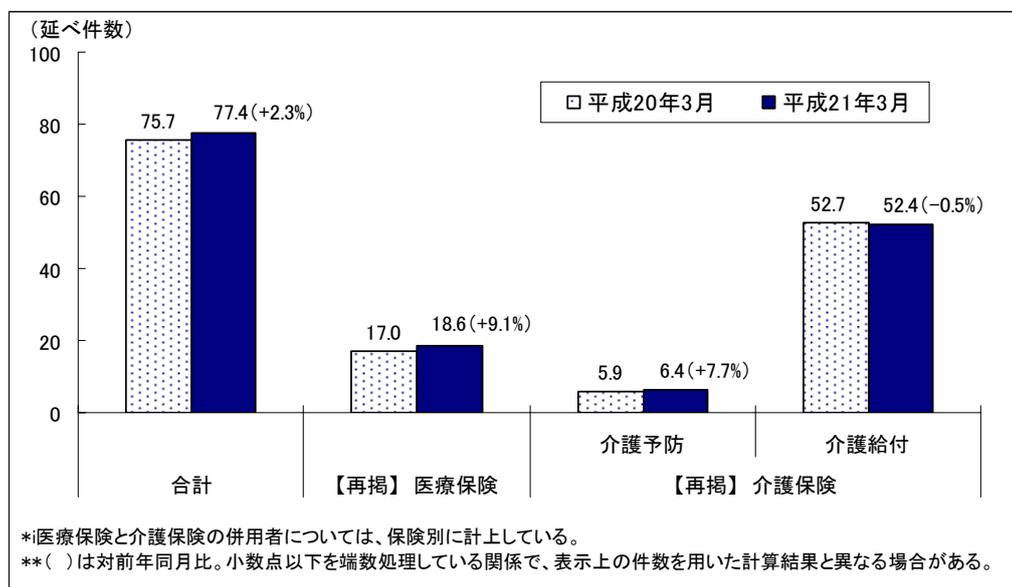
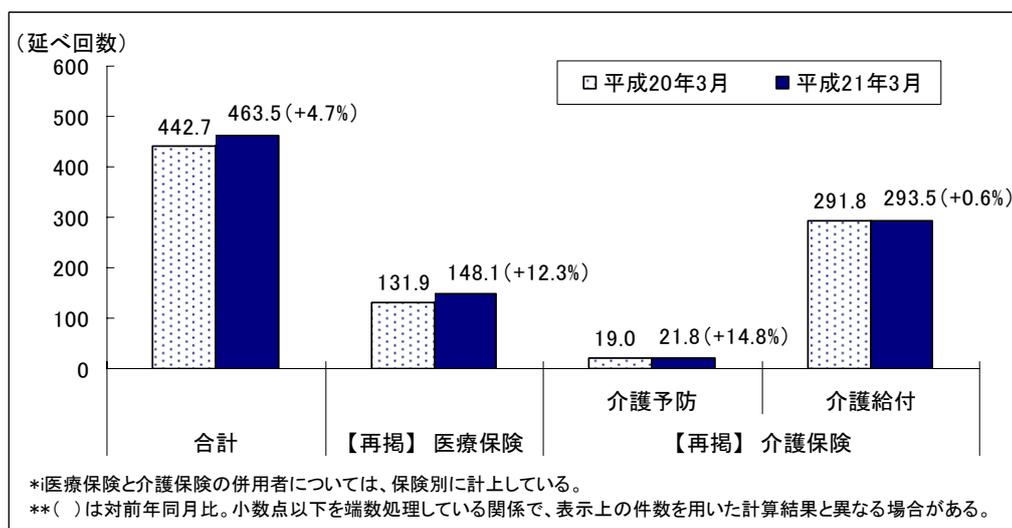


図2-1-2 1事業所当たりの訪問延べ回数(n=106 無回答を除く)

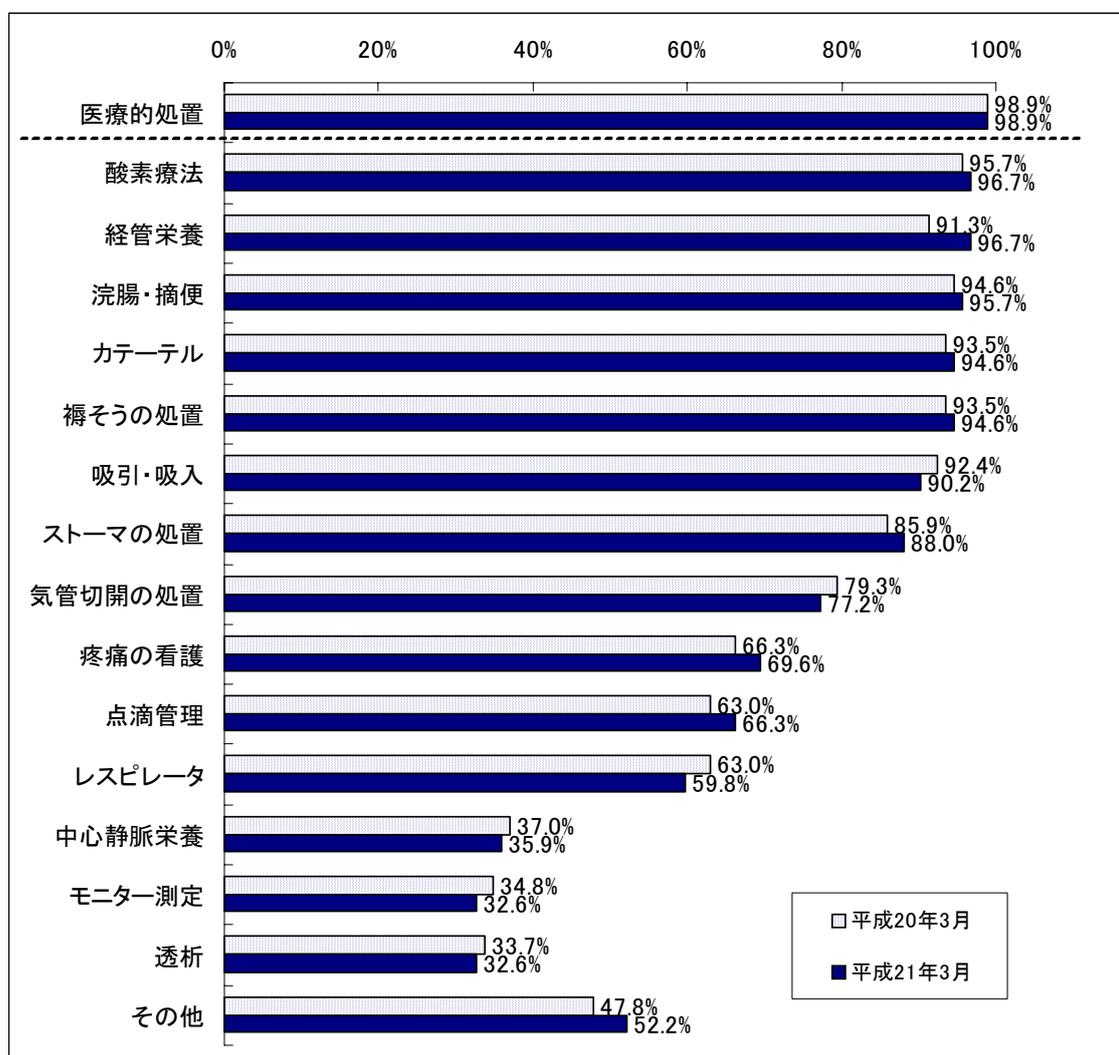


⑦ サービス提供の状況－平成20年3月と平成21年3月の比較

医療的処置の提供

医療的処置を提供している事業所は、平成20年3月も平成21年3月も、ともに98.9%であった。平成21年3月における具体的な処置項目別では「酸素療法」および「経管栄養」が96.7%と最も多く、続いて「浣腸・摘便」が95.7%、「カテーテル」「褥そうの処置」が94.6%、「吸引・吸入」が90.2%の順であった(図2-1-3)。

図2-1-3 医療的処置を実施している事業所数の割合(n=92 無回答を除く)



1 事業所当たりの医療的処置を提供した利用者数をみると、平成 20 年 3 月に(何らかの) 医療的処置を提供した利用者は 47.6 人であったが、平成 21 年 3 月には 48.5 人に増加した。個別の処置項目では、「褥そうの処置」「点滴管理」「中心静脈栄養」では若干減少したが、それ以外の医療的処置では増加した(表 2-1-8)。

表 2-1-8 1 事業所当たりの医療的処置を提供した利用者数
(n=92 無回答を除く)

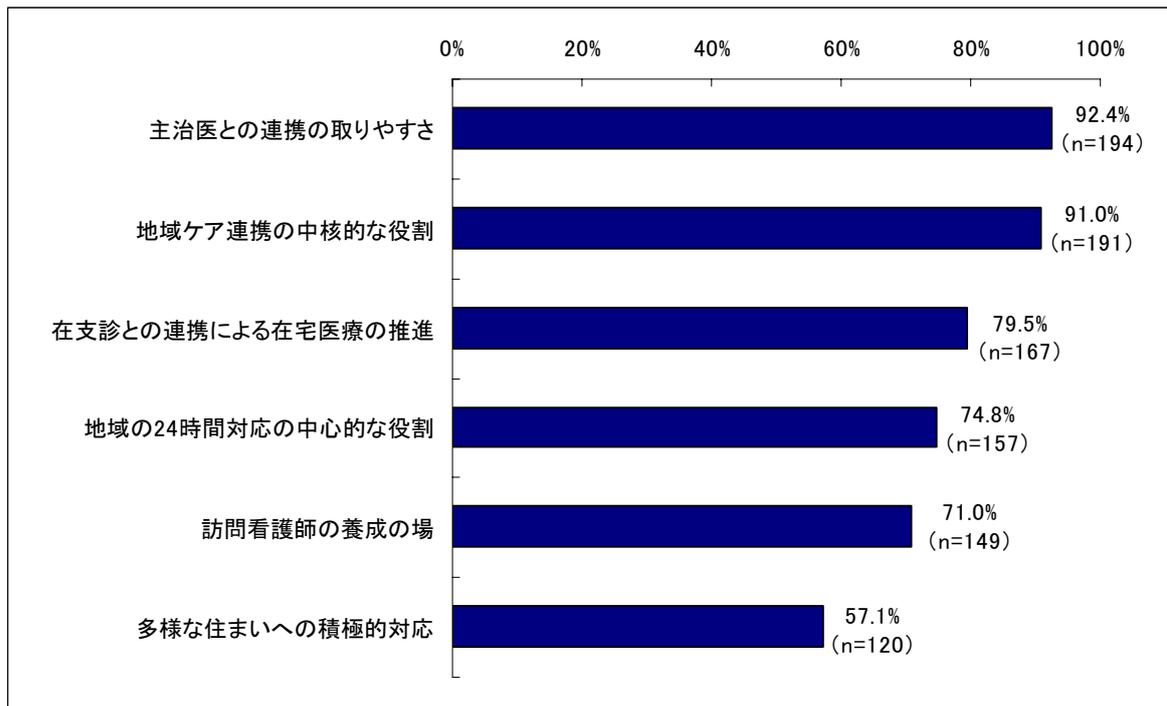
		平成20年3月 (単位:件)	平成21年3月 (単位:件)
医療的処置の提供あり		47.6	48.5
再 掲	酸素療法	5.7	5.8
	経管栄養	7.8	8.3
	浣腸・排便	15.4	15.6
	カテーテル	7.5	8.0
	褥そうの処置	7.9	7.5
	吸引・吸入	6.8	7.2
	ストーマの処置	2.6	2.8
	気管切開の処置	3.3	3.6
	疼痛の看護	2.6	3.1
	点滴管理	3.7	2.7
	レスピレータ	2.6	3.0
	中心静脈栄養	1.7	1.6
	モニター測定	14.0	15.8
	透析	1.5	1.6
その他	9.2	8.2	

(4) 訪問看護ステーションに求められる機能

訪問看護ステーションに求められる機能

平成 21 年 6 月現在の状況として、地域において訪問看護ステーションに求められる機能として該当するものとして、「主治医との連携の取りやすさ」が 92.4%と最も多く、続いて「地域ケア連携の中核的な役割」91.0%、「在支診（在宅療養支援診療所）との連携による在宅医療の推進」が 79.5%の順であった。一方で、「多様な住まいへの積極的対応」は 57.1%にとどまった（図 2-4-1）。

図 2-4-1 訪問看護ステーションが地域で求められる機能(n=210)

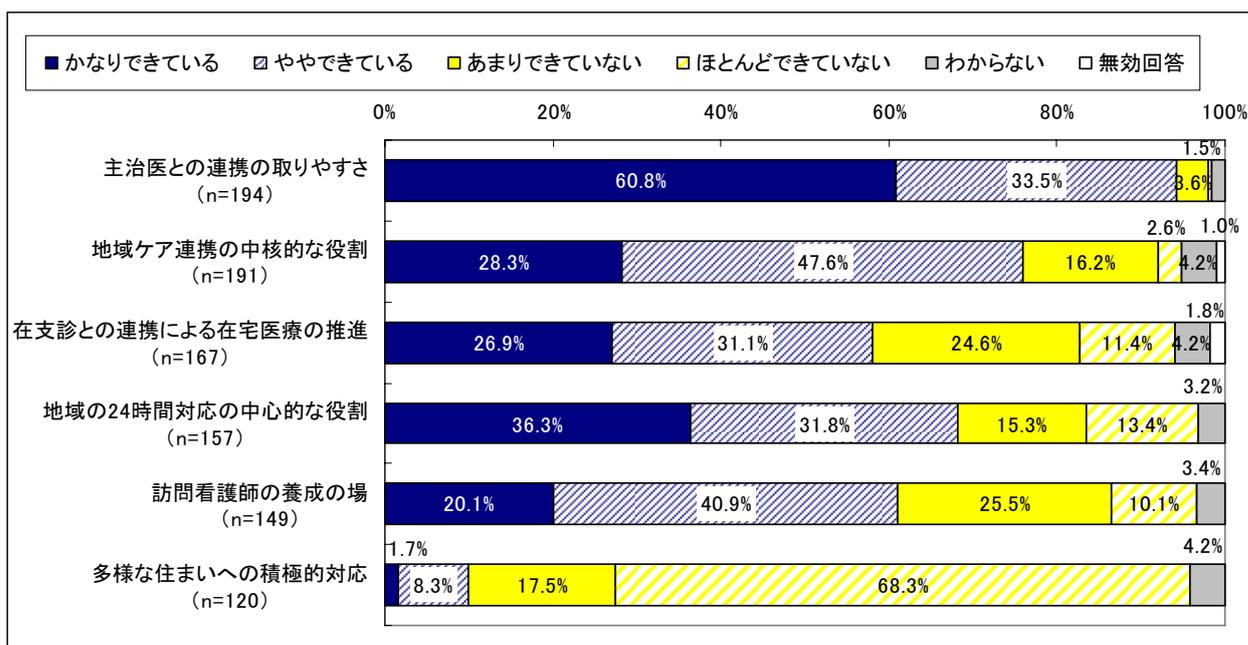


求められる機能の達成度

地域で求められると思う機能について、どれくらい達成できているのか、それらに対する評価を尋ねたところ、「主治医との連携の取りやすさ」ができていない（「かなりできていない」と「ややできていない」の合計）と回答した事業所が 94.3%を占め、他の項目と比べても高い割合を示していた。続いて「地域ケア連携の中核的な役割」が 75.9%、「在支診との連携による在宅医療の推進」が 58.0%³の順であった。

「多様な住まいへの積極的な対応」については、今後の拡大が期待されるところであるが、できていると回答した事業所は約 10%にとどまった。期待される機能として認識されながらも、実際には対応が進んでいない現状が確認された（図 2-4-2）。

図 2-4-2 訪問看護ステーションが地域で求められる機能(n=210)

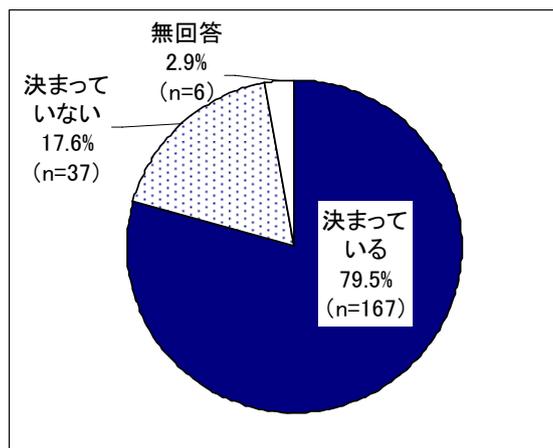


³在宅療養支援診療所の届出数は全国の診療所の1割強である。本調査の訪問看護ステーションのうち(210事業所)、在宅療養支援診療所の連携訪問看護ステーションとなっている事業所は67.5%(139事業所)であった。

(5) 今後の事業の方向性

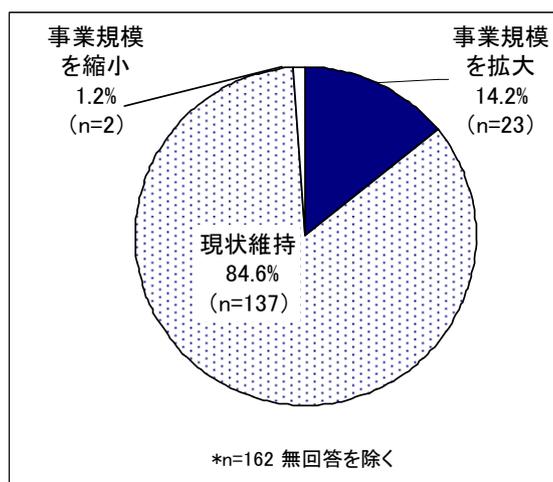
平成21年6月現在、事業の方向性について決まっているかどうか尋ねたところ、「決まっている」と回答した事業所は79.5%を占め、「決まっていない」が17.6%であった(図2-5-1)。

図2-5-1 今後の方向性は決まっていますか(n=210)



さらに、「決まっている」と回答した事業所に、今後の方向性を尋ねたところ、「現状維持」が最も多く84.6%を占め、続いて「事業規模を拡大」が14.2%であった。「事業規模を縮小」が1.2%にとどまった(図2-5-2)。

図2-5-2 具体的な方向性(決まっている n=162 無回答を除く)



3. まとめと考察－今後の事業展開に向けて

本調査の結果を踏まえ、共同利用施設という視点に基づき、今後の訪問看護ステーションの現状と今後の事業展開の方向性について、以下のようにポイントを整理した。

共同利用施設としての訪問看護ステーションの存在意義

共同利用施設としての訪問看護ステーションの存在意義は大きい。本調査結果では、共同利用施設である訪問看護ステーションの平均従事者数は8.0人であり、全国の平均的な訪問看護ステーションと比べて職員数の規模が大きかった。重症者への緊急時や24時間体制などの基盤整備が進み、ターミナルケアも増えていた。居宅介護支援（ケアマネジメント）の併設率も高く96.9%にのぼっていた。管理者が最も重視している機能は、「主治医との連携の取りやすさ」「地域ケアにおける連携の中核的な役割」であり、地域医療に対する意識も高かった。

財務状況の安定化に向けて

訪問看護ステーションの財務状況は、平成20年会計年度の1事業所当たりの利益率が、前年度より2.7ポイント高い7.5%に増加し、平成20年会計年度の黒字事業所の占める割合も、前年度より8.5ポイント高い76.4%に増加するなど、改善傾向がみられた。24時間対応や医療的ケアの多い利用者への積極的なサービス提供により、医療保険収益が増加した。人件費、設備関係費、その他の経費が抑えられるなどの経営努力も見られた。今後も、財務状況が安定的に維持できるよう、効率的な訪問等の検討や経費の見直しなどの経営改善や利用者ニーズを獲得するための積極的な啓発活動など、多様な取り組みが必要と考えられる。

地域医療の拠点のひとつとして、積極的な事業展開が可能

前述のように、医師会共同利用施設としての訪問看護ステーションは、地域医療の拠点のひとつとして、一定の規模や24時間体制などのサービス提供体制を十分に備え、多くのニーズに応じてサービス提供をしてきた結果、財務状況も改善してきた。今後の訪問看護ステーションのあり方として、看取りや高度医療への対応などを含めた提供体制の一層の充実や、新たな併設事業の開始、約1割の実施にとどまっている居住系施設への対応など、積極的な事業展開の可能性が示されている。地域のニーズに対応した新たな取り組みが期待される。

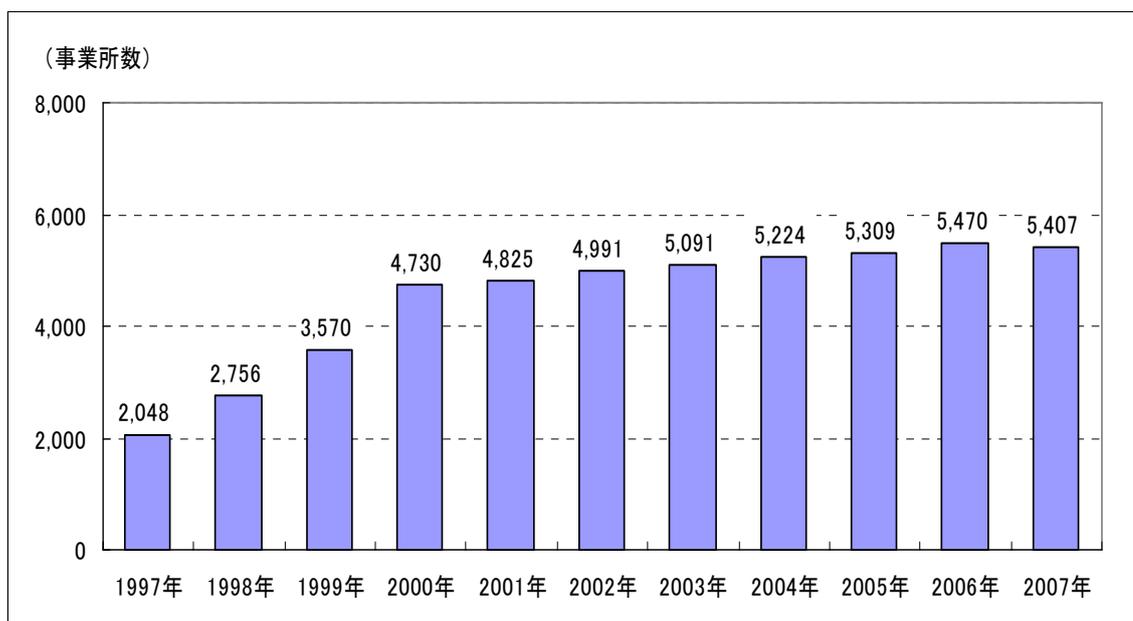
訪問看護師の不足

運営上の最大の課題は、看護職員の人員不足であった。平成21年6月時点で、事業所全体の約6割が人員不足と考え、1事業所平均で約2人不足している状況であった。また、今後約2割の事業所で退職予定者がいるとのことであった。

一方で、近年、全国の訪問看護ステーション全体の事業所数の伸びが頭打ちとなっており（p39 図3-1）、今後は既存の訪問看護ステーションにニーズが集中していく可能性がある。今後の展開に向けて、運営する医師会も一体となり、人材確保および人材の定着に向けて、勤務環境の改善を通じた体制の強化を図る必要がある。

医師会共同利用施設としての訪問看護ステーションは、地域医療の拠点のひとつとしての重要な社会資源であり、主治医の大きなサポーターである。日本医師会では、2007年1月に「在宅における医療・介護の提供体制—『かかりつけ医機能』の充実—指針」を公表している。このような在宅医療の進展の方向性に沿い、共同利用施設としての訪問看護ステーションが、会員の合意形成のもと、地域のニーズに即した機能をさらに発揮していくことが望まれる。

図 3-1 全国の訪問看護ステーション事業所数の推移—1997 年～2007 年



出所) 厚生労働省「訪問看護統計調査」(1997年～1999年まで)

同「介護サービス施設・事業所調査」(2000年～2007年まで) 各年10月の状況