

令和6・7年度
医師会共同利用施設検討委員会
報 告 書

令和8年3月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

令和8年3月

日本医師会長

松本吉郎 殿

医師会共同利用施設検討委員会

委員長 本間 博

本委員会は、令和6年12月13日開催の第1回委員会において、貴職より「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」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、その審議結果をと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	本間 博	岩手県医師会会長
副委員長	黒木 康文	鹿児島県医師会常任理事
委員	赤須 郁太郎	宮崎県医師会常任理事
委員	石和 俊	大分県医師会副会長
委員	内田 耕三郎	岡山県医師会専務理事
委員	枝國 源一郎	佐賀県医師会専務理事
委員	小柳津 治樹	京都府医師会理事
委員	小西 宏明	北海道医師会理事
委員	小西 博	三重県医師会理事
委員	佐々木 聡	東京都医師会理事
委員	茶川 治樹	山口県医師会常任理事
委員	鶴谷 英樹	群馬県医師会理事
委員	原 寿夫	福島県医師会常任理事
委員	桃木 茂	埼玉県医師会常任理事
委員	山本 匡	広島県医師会理事

(委員五十音順)

目 次

はじめに	1
1. 医師会共同利用施設の地域における現状と問題点、提言	2
1-1 医師会病院	2
(1) 医師会病院の現状の問題点から考える地域における存在意義の必要性 について	2
(2) 2040年問題が及ぼす、医師会病院への影響とその対策	3
(3) 大分市医師会立アルメイダ病院の現況と今後いかに「治し支える医療」 を展開するか	8
(4) 今、医師少数地域の医師会病院に求められる運営	14
1-2 臨床検査・健診センター	17
(1) 医師会臨床検査センターを取り巻く環境の変化と今後の課題	17
(2) 医師会共同利用施設存続の検討～統廃合の視点から～	18
(3) 函館市医師会健診検査センターからの考察	26
(4) 岡山市医師会総合メディカルセンターにおける民間検査会社との 臨床検査室共同事業の取り組みについて	28
(5) 埼玉県内の医師会共同利用施設における現状と問題点	29
1-3 介護保険関連施設	33
(1) 医師会共同利用施設（介護保険関連施設）における現状と問題点	33
(2) 京都式地域包括ケアの推進に向けて～2040年を見据えて～	37
(3) 医師会共同利用施設としての「在宅医療・介護連携支援センター」 ～2040年問題を見据えて・ハードからソフトへの転換～	44
(4) 三重県の医師会共同利用施設（介護保険関連施設）における現状と 問題点	46
2. 医師会共同利用施設における2040年問題に対する対策	49
2-1 2040年問題での労働力不足に対する対策	49
2-2 インフラ・施設老朽化対策	49
2-3 医療DX等	49
(1) 山口県における医療DXの取り組み	49
3. 第31回全国医師会共同利用施設総会報告（分科会報告より）	53
おわりに	58
参考資料	
○衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求 にかかるとの調査（結果まとめ）	59

はじめに

今期の会長諮問は、「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」である。2040年に向けてGDPは増加すると政府は予測しているが、団塊ジュニア世代が65歳の高齢期に入り、その時の日本の総人口は約1億1,100万人から約1億1,300万人で、現在と比べて1,000万人以上減少すると予測される。そして、その全人口の約35%を65歳以上の高齢者が占めるという、人類が今まで経験したことがない超高齢社会を迎える。また、15～64歳の生産年齢人口は約55%に低下して、現在と比べて約1,100万人もの減少となり、深刻な労働力不足を招く。医療と介護の現場においても人材不足はしかりで、国難とも言うべきこの「2040年問題」、医師を含めて医療に携わる人々は心身の疲弊を予測し、不安を抱き、どのように対応すべきかを考え、大きく迷い、悩むのではないか。その時、医師会はしっかりとしたビジョンを持ち続け、平時、有事の医師会共同利用施設・システムとして臨機応変に運用していくべきと考える。

【提言】

一、基本的事項

地域の医師会あるいは県境を超えた複数医師会が主体となり、設置あるいは、運営して会員医師と住民のため共同利用することを目的とした医療介護関連の施設・システムと広く捉えたい。

一、公益性を重視して、次世代の会員に継承して、常に時代の流れに即した臨機応変の対応を旨とする。

一、経営の安定、人材育成、のための意思疎通に努める。

一、行政との密な、顔の見える関係構築と、その維持に努める。

一、施設、あるいはシステム従事者の働きやすい職場環境づくりが必要。

一、災害や新興感染症流行の際の重要拠点となることの自覚と環境整備。

一、無床の在宅医療実施医療機関との連携、支援。

一、地域包括ケアシステムの中で重要な機能を果たすべき施設、システムであることの自覚が求められる。

1. 医師会共同利用施設の地域における現状と問題点、提言

1-1 医師会病院

(1) 医師会病院の現状の問題点から考える地域における存在意義の必要性について

1) 現状

2024(令和6)年度に実施した6病院団体が合同で行った実態調査(2024年度診療報酬改定後の病院経営状況)では、経常利益は約61%が赤字であり、多くの医師会病院も収益構造の根本的な見直しが求められている。医師会はそもそも公益性が高く営利を求めないため、赤字が続く中では、他の公的医療機関と同様に制度的な支援がなければ立ち行かなくなるリスクが高い。公益性が強い以上、この状況においては地域医療の持続可能性を確保するため、物価高騰対応重点支援地方創生臨時交付金や補助金等の継続的な支援が必要と言える。

2) 問題点

しかしながら現状、この公益性がどこまで一般的に受け入れられているのかが問題かもしれない。例えば、毎年日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会などの病院団体が行う病院経営定期調査(<https://hmps.hospital.or.jp/>)においても、病院の開設主体の区分があり、国、都道府県、市町村、独立行政法人、その他公的(日赤や済生会、厚生連など)、さらには医療法人、特定医療法人、社会医療法人、その他私的などに分かれている。ここにおいて、本来ならば医師会病院はその他公的に入るべきと考えられるが、実際は公益法人にもかかわらず、その他私的に属していると思われる。少なくとも厚生連が公的に入っているならば、医師会病院も入るべきではないか。医師会病院は医師会活動と連動していると考えているが、同じ病院関係者からはあくまでも私的な病院との認識があるのかもしれない。さらに言えば、医師会活動そのものが公益的な活動であるにもかかわらず、あくまで私的な活動として、一般からは見なされているのではないかと危惧も持ってしまう。病院を運営するうえで、医師会病院がその存在意義を明確に示さない限り、その地域で不可欠な公益性を持った医療機関と見なされず、最終的には継続できない可能性が高いと思われる。約50年前に当時会長であった武見太郎先生は、医師会は公益性が求められ、その活動の根底として共同利用施設の運営があり、医師会病院があると提唱されたと聞く。このためにも、その地域において住民から公益性が求められていることが活動の根底であり、その基盤が揺らいでいることが大きな問題と考える。

3) 提言

医師会並びに医師会病院が存続するためには、その地域における存在意義を明確にする必要がある。多くの医師会病院が、休日・夜間救急など、その地域にとって必要不可

欠な業務を担っているにもかかわらず、その必要性があまり認識されていない可能性もある。今後、人口の減少で、多くの医療機関の統廃合が現実のものとなっていく中で、人員不足等の理由で、現状で行っている医療提供が維持できない見込みならば、「その役割が他の医療機関で十分に補えるのかどうか」が鍵となると考える（この場合人口の減少もあり、現在の地域が統合され、広範囲な地域になることも考慮する必要がある）。そのような状況になっても、現在運営している医師会病院以外の他の医療機関ではその役割が補えないのであれば、その存在意義は十分にあると考え、地域医療のため、十分公益性があるとの判断で、行政からの補助も含め前向きに経営方針を進めるべきと思われる。しかしながら、その地域で他の医療機関で十分に役割が補えるのであれば、将来的には存在意義が少ないとの認識のもと、場合によっては他の医療機関に統合するようなことも検討していく必要があり、例えば地域医療連携推進法人等へ進むことなども一案と考える。いずれにせよ、今後の病院経営としては地域における存在意義を明確にし、状況に応じた対応をすべきと考える。

（２）2040年問題が及ぼす、医師会病院への影響とその対策

1) 2040年問題とはなにか

前述のように、団塊ジュニア世代が高齢化して、日本の高齢者数がピークとなる一方、医療・福祉の担い手である生産年齢人口が急激に減少する「2040年問題」が大きな課題になっている。日本の人口が2008(平成20)年を境に減少を続ける中で、65歳以上の高齢者は現在も増え続け、2040年頃がそのピークと考えられている。

日本全体の就業者数が今後は次第に減少すると予測される中で、高齢者の医療・福祉ニーズは高まる傾向にあり、深刻な医療・福祉の担い手不足が見込まれる。その需要増に対応するため医療福祉従事者数の増加が予想されており、厚生労働省からはこの局面に対応すべく、「多様な就労・社会参加の環境整備」「健康寿命の延伸」「医療・福祉サービスの改革による生産性の向上」「給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保」という政策課題が示されている。

1989(平成元)年と2019(令和元)年の医療福祉従事者数の変化を、『令和2年版厚生労働白書』（厚生労働省）をもとに比較すると、図1.1.1の通り、221万人から843万人と4倍近くに増加していることが分かる。さらに2040年には、全体の就業者数が減少する中で、医師を含む医療福祉従事者は1,070万人が必要と推定されている。

このような状況の中、医師数においても今後大幅な増加は考えにくい。厚生労働省の方針では、医師の需給を考えて、地域枠を中心に増えていた臨時定員分を徐々に減らし、多くの医学部は恒常定員に戻ることが予想される。そのため、地域の医療機関への大学からの医師派遣は、今後減少すると考えられる。

さらに、新型コロナウイルス感染症の流行による患者の受診行動の変容と、2024(令和6)年度の診療報酬改定の影響などで、医療機関の経営は悪化傾向にある。また、医療・看護・介護の専門職の人材不足がさらに加速する恐れもあり、2040年に向けた大きな変化は既に始まっていると認識すべきである。そうした状況の中で、中規模の病院が主体である医師会病院における今後の影響と対策について考察する。

	1989(平成元)年	2019(令和元)年	2040(令和22)年
高齢者数(高齢化率)	1,489万人(12.1%)	3,589万人(28.4%)	3,921万人(35.3%)
出生数/合計特殊出生率	125万人/1.57	87万人/1.36	74万人/1.43
未婚率(35~39歳)	男19.1% 女7.5%	男35.0% 女23.9%	男39.4% 女24.9%
就業者数	6,128万人	6,724万人	5,245~6,024万人
うち医療福祉従事者数	221万人(*1)	843万人	1,070万人
社会保障給付費(対GDP比)	47.4兆円(10.5%)	117.1兆円(*2)(21.4%)	188.2~190.0兆円(23.8~24.0%)

出典：『令和2年版 厚生労働白書』（厚生労働省）

【図 1.1.1 1989(平成元)年と2019(令和元)年の医療福祉従事者数の変化】

2) 総合診療に関心のある医師の確保

前述のように、厚生労働省の方針により、今後多くの医学部は恒常定員に戻ることが予想される。山口県では、医師会病院は公的医療機関として認定され、これまで地域枠の医師の派遣を受けてきた。しかし、医師会病院などの公的医療機関への大学からの医師派遣は、今後減少すると考えられる。

そのような中、2040年には病院の入院診療や診療所の外来診療のみならず、訪問診療や高齢者施設での診療など、診療内容も多岐にわたることが考えられる。加えて、高齢者は複数の疾患があるため、全ての医師に総合診療の能力が欠かせなくなると考える。今後医師の役割が、専門医と総合的な診療能力を持つ医師（総合診療医）に二分され、病院にとって専門医と同等に、総合診療医を重視する時代が来ることも予想される。よって医師会病院は、急性期医療のみならず、回復期や維持期の医療、更には在宅医療にもかかわることが必要となるため、少ない医師数で、多くの様々な患者に対応するには、総合診療医的マインドを持った医師の確保が必要となると考える。

総合診療医や総合診療医的マインドを持った医師の育成に対して、大学病院や基幹病院が力を入れることを期待し、今後の医師会病院は総合診療に関心のある医師の確保に努める必要がある。

3) 看護師とのタスクシェアリングの推進

今後、地域の病院での医師不足が予想される中、特定行為研修修了看護師の役割が重要となると考える。

特定行為研修修了看護師の制度は、2015(平成27)年に厚生労働省が「特定行為に係る看護師の研修制度」を創設して開始された。この制度は、団塊世代が75歳以上となる2025(令和7)年に向け、在宅医療・介護サービスを充実させるためのチーム医療推進を目的につくられた。特定行為研修修了看護師は、大学院や病院などの教育機関で研修を受け、研修を修了した区分の特定行為のみ実施可能となる。

特定行為研修修了看護師の活用には様々な課題はあるが、医師不足が進行する地域の医療現場において、事前に医師の指示があれば、自身の判断で患者へ検査・処置・説明を行えるため、今後はより需要が高くなると考えられる。

適切なタスク・シフティングを行うために、医師と看護師が話し合っ、業務を分担する必要がある。その際には、医師は看護師の能力をうまく活かそうといった前向きな意識で取り組む必要があり、医師会病院でもそうした連携が重要となると考える。

4) コメディカルの人材確保

薬剤師、看護師、介護福祉士などのコメディカルの人手不足も大きな課題である。医師会病院のコメディカルの人材確保の方法として奨学金制度があり、岩国市医療センター医師会病院でも薬剤師や看護師に対して独自の奨学金制度を設けて、一定の成果を上げている。なお、地元山口県や岩国市でも、奨学金制度を創設して人材確保に努めているが、必ずしも医師会病院に勤務するとは限らない。日本医師会や都道府県医師会が主体となって、医師会共同利用施設に勤務することを前提とした奨学金制度の創設を期待したい。

また、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟では介護福祉士が必要であるが、看護師以上に深刻な人手不足に陥っている。介護業界における介護人材の需要は年々増加しており、需要に供給が追いついていないのが現状である。国は、介護業界における深刻な人手不足の問題を解決するため、外国人を受け入れる環境整備を進めている。地域の医師会病院も外国人労働者の受け入れを真剣に考えなくてはならない。

5) 遠隔医療の推進

医師を含む医療や看護を担う人材は一朝一夕に増やすことはできない。そうした状況の中で、医療を継続して安定的に提供する手段の一つとして遠隔医療が期待される。

遠隔医療には、医師と患者をつなぐ場合(Doctor to Patient、D to P)や、医師と患者のそばにいる看護師をつなぐ場合(Doctor to Patient with Nurse、D to P with N)がある。D to Pは、患者自らが遠方にいる医師の診療を受けることができ、D to P with Nは、患者のそばに看護師がいて、遠方の医師の指示を受けて、看護師が可能な範囲の検

査や処置を行うことができるオンライン診療である。特に慢性期の治療では、月に1回程度医師の診察を受けて、薬を処方すればよい場合も少なくないため、オンライン診療が有効である。今後、医師不足が予想される地域の医師会病院は、積極的にオンライン診療を取り入れるのがよいと考える。

救急医療の現場において、医師の働き方改革なども影響して、救急に対応する医師の増加は望めない。少ない医師で多くの救急患者を診察するためには、対面診療以外にオンライン診療を組み込み、医師の負担を軽減する必要がある。

また、医師と医師をつなぐこと（Doctor to Doctor、D to D）も遠隔医療の一つの形である。D to Dの例としては、遠方からベテラン医師が若手医師の相談に乗る遠隔コンサルテーション、遠方にいる医療スタッフが打ち合わせに参加する遠隔カンファレンス、臨床医が遠方にいる放射線診断医や病理医の診断を仰ぐ遠隔放射線診断や遠隔病理診断などが挙げられる。若手医師が地方に就労したがる理由の一つに、都市部には大規模病院が多く、高いスキルを学ぶ機会により恵まれているという点がある。D to Dには、遠隔での若手医師の教育・トレーニングなども含まれ、遠隔でも都市部と同じように高いスキルが学べるならば、地域間の機会の差異は軽減され、地方の医師会病院の医師確保にも役立つと考える。

6) 地域医療連携推進法人の活用

地域医療連携推進法人とは、地域での医療機能の分担や連携を進める目的で、医療機関や介護施設などを運営する設立母体の異なる法人が、共同参画する法人制度である。

「競争よりも協調」を重視し、地域医療構想を達成する選択肢の一つとして、2017(平成29)年度に創設された。一般に、設立母体の異なる法人間で、経営面まで踏み込んだ連携をするには障壁があるが、地域医療連携推進法人を活用することで、合併とは異なり、各法人の独立性を維持しながら参加法人との連携を強化できる。2017(平成29)年の制度施行後、地域医療連携推進法人制度は全国に普及し、2025(令和7)年10月1日時点で58法人が認定されている。

日本全体の人口が減少する中、医師会病院単独では今後安定した医療経営を継続することは困難であると考えられる。周辺の医師会病院を含めた医療機関と地域医療連携推進法人を活用して、経営の健全化を図ることも視野に入れる必要がある。

7) 病院の建て替え

日本全国の多くの医師会病院は、建て替えの時期に差しかかっている。今から30～40年前は、地域医師会が金融機関から病院建設のための資金を借りても、当時の診療報酬制度の中では返却できる目途があった。しかし、現在の医療状況では、再び医師会が借金をして病院を建て替えるにはリスクが大きい。

その資金確保の方法の一つとして、クラウドファンディングの活用がある。クラウドファンディングとは、クラウド（Crowd：群衆）とファンディング（Funding：資金調達）の造語で、インターネット上で公開した資金募集案件に対して、投資者や寄付金を募る仕組みである。民間業者の中には、医療機関によるクラウドファンディングをサポートする業者もある。全国各地の民間・公的・公立・大学病院などにも波及し、いまや「医業収益以外の資金調達方法」「地域により病院を知ってもらう方法」として、クラウドファンディングが定着しつつある。また、資金調達・広報発信だけでなく、そこで働く職員のモチベーションアップなどにもつながるため、クラウドファンディングに挑戦する医療機関が増えてきている。

また、市町村の理解のもと、公設民営も選択肢の一つとして視野に入れる必要がある。公設民営を目指すためには、行政にその地域に必要な医療機関と認識してもらう必要がある。そのための医療活動として、救急医療の取り組みがある。救急医療に積極的に取り組み、医師会病院がなければ地域の救急医療は崩壊するぐらいの役割を担う必要がある。さらに、公的なへき地の病院や診療所の支援がある。へき地では十分な医師・看護師確保が困難なため、医師会病院が医師・看護師を派遣するなど、圏域のへき地医療に貢献していくことは、公的医療機関の使命と考える。そこには、遠隔医療の取り組みも必要となる。また、在宅ケアへの医療的支援は、今後ますます重要である。通院できない患者に対して、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションを提供できる体制を構築し、かかりつけ医と連携して、在宅ケアの充実を目指すことで、地域に必要な医師会病院として認識してもらう方法もある。さらに、保健・福祉関係者と協力して健康講座を開催したり、健康に過ごせる地域づくり活動に積極的に参加するなど、地域貢献できる事業に参画することも、今後の医師会病院に求められる。

救急医療、へき地医療、在宅医療、更には産科医療や小児医療を含め、地域に必要な医療を総合的に提供することで、地域に必要な不可欠な病院として地域住民に認識されることが重要である。そのような住民の声が市町村の首長に届き、医師会病院の公設民営の後押しになることを期待したい。

8) 地方都市における中規模の医師会病院の方向性

地方都市における中規模の医師会病院の2040年問題に対する取り組みとして、また公的医療機関の役割として、地域に貢献できる医療を提供することが求められる。よって、医師会病院は、地域に不足している医療は何かを考え、可能な限り地域住民に必要な医療を提供できるように努めるべきである。

少子化に伴って現役世代も減少している中、少ない人数で高齢者特有の疾患を診ていかなければならない。そのような中、急性期を中心に機能している医師会病院は、急性期治療に注力すると同時に、回復期や慢性期医療にも力を入れる必要がある。地域の医

療機関と連携しながら、地域包括ケアシステムを構築し、医師会病院の存在感をアピールする必要がある。

具体的には、大規模病院が存在する地方都市での中規模の医師会病院の役割は、大規模病院の対象ではない誤嚥性肺炎や手術適応がない椎体圧迫骨折などの急性期の入院患者に対応することや、在院日数短縮に寄与するため、急性期治療は終了した患者の早期受け入れに努めるべきである。3次救急は大規模病院にお願いすることになるが、初期～2次救急は医師会病院が対応できる体制を維持することが重要である。医師会員が在宅で診ている患者が、脱水症や肺炎などになった時に、速やかに入院対応を行うことが医師会病院の使命と考える。レスパイト入院や老衰の看取りなどの入院患者は、大規模病院の役割ではなく、中規模の医師会病院の役割と考える。

病院建て替えについては、医師会の自己資金では対応困難なことが考えられることから、今後は公設民営やクラウドファンディングなどを活用することが求められ、人口減少に伴うダウンサイジングも検討すべきである。少子化の中で、人材確保では、奨学金や外国人労働者の積極的採用を検討すべきである。

（3）大分市医師会立アルメイダ病院の現況と今後いかに「治し支える医療」を展開するか

医師会病院は、2025(令和7)年4月現在では全国に65施設あり、地域の会員医療機関とともに地域医療を支える基幹病院として運用されているが、今後の人口減少と高齢化のスピードは各市町村内でも地域間格差が大きく、それぞれの地域の医療需要を予想し、病床数の適正化と病床機能の検討が求められている。

大分市医師会立アルメイダ病院は1969(昭和44年)に全国で43番目、大分県下で4番目の医師会病院として開院し、大分市の人口増加を背景に病床数・診療科も増加し、地域の急性期医療を支える中核病院として成長してきた。しかし、人口減少・高齢化が加速する中で従来の病診連携に加えて病病連携を進め、今後も地域に必要な医師会病院としての機能を最大限に発揮できるように変容することが求められている。

1) 大分市医師会立アルメイダ病院

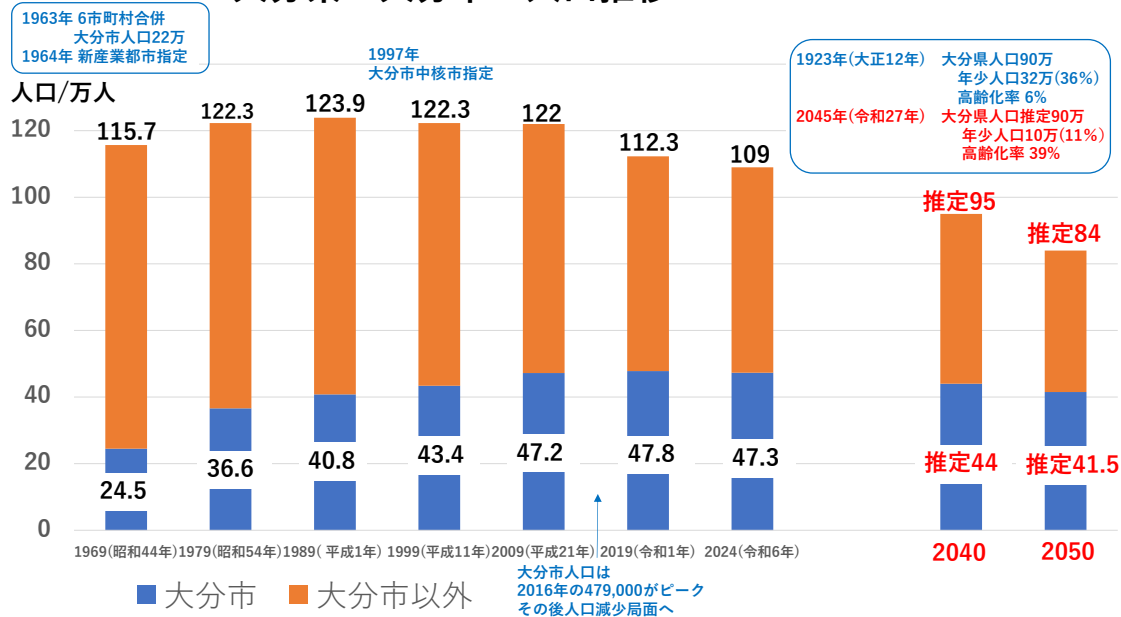
人口動態推移と医療圏内の急性期病院の現状を把握し、2040年に向けてアルメイダ病院が地域医療においてどのような役割が求められてくるか検討を行った。

①大分県の人口減少と高齢化（図1.1.2）

2025(令和7)年現在の大分県の人口は108万人で、県内には18市町村が存在する。県庁所在地の大分市は人口47万人の中核市で、県人口の44%が集中し、人口減少が進む中で大分市への一極集中が徐々に進展している。

大分県・大分市の人口推移

大分県人口ビジョン・2020年



【図 1. 1. 2 大分県・大分市の人口推移】

1999(平成11)年から死亡数が出生数を上回る(自然減)状況となり、2023(令和5)年から自然減が1万人を超えるなど、人口減少が加速している。県人口は2040年には95万人(大分市44万人)、2050年には84万人(大分市41.5万人)と予想され、県内全ての市町村で人口減少が進展する。人口の半減が予想される市町村もある一方、大分市の人口減少は緩徐で、人口減少のスピードの地域差が大きい。

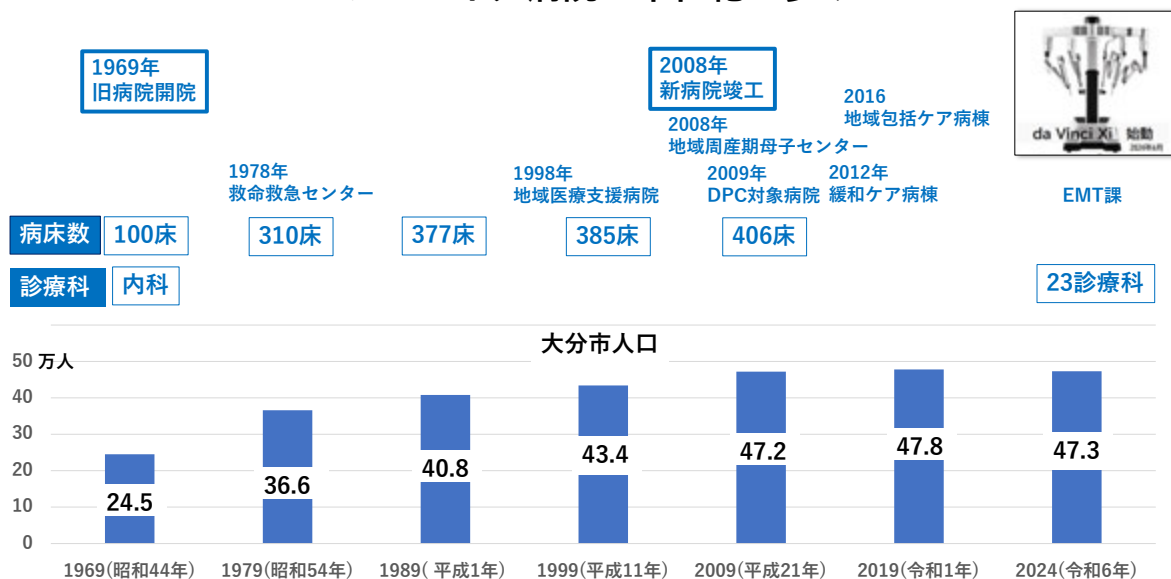
現在の大分県の高齢化率は34%(大分市29%)で、2050年には40%(大分市36%)と増加し、10市町村は50%を超える。また、高齢化率は増加するものの、老年人口そのものは1市1町を除く全ての市町村で既に減少局面にあり、大分市と日出町は2050年まで増加することが予想されている。

大分県の生産年齢人口は、現在の60万人から2050年には48万人へ減少することが予想され、医療分野でも人材確保が今後ますます困難となることが懸念される。

②大分市の人口増加とアルメイダ病院の歩み (図 1. 1. 3)

1950年代の大分市人口は10万人台で、大きな基幹産業がなかったため、大都市圏への人口流出による社会減が1万人から2万人近くにのぼっていた。そのため、新産業都市指定の人口要件を満たすべく1963(昭和38)年に6市町村合併を行い、人口22万人の新たな大分市が誕生した。その6年後の1969(昭和44)年に内科100床のアルメイダ病院が開院した。1976(昭和51)年には一県一医大構想によって大分医科大学の設置が決定され、1981(昭和56)年に附属病院が開院した。

アルメイダ病院の半世紀の歩み



【図 1. 1. 3 アルメイダ病院の半世紀の歩み】

第二次ベビーブームと高度経済成長期を経て人口は増加し、1997(平成9)年には中核市に指定され、2016(平成28)年には47万9千人のピークを迎えた。このような人口増加を背景に、アルメイダ病院もベッド数・診療科も増え、地域の急性期医療を担う基幹病院の一つに成長した。

③アルメイダ病院の現況 (表 1. 1. 1)

【表1.1.1 大分市医師会立アルメイダ病院】

標榜診療科23科 病床数406床 (ICU 地域包括ケア病床 緩和ケア病床) 3次救命救急センター 地域医療支援病院 大分県がん診療連携協力病院 災害拠点病院 臨床研修指定病院 *地域周産期母子医療センター：閉鎖 *新型コロナウイルス感染症重点医療機関：閉鎖	常勤職員数：693名 (嘱託66名、パート21名) 常勤医師：67名 (非常勤医師:63名) 看護師：325名 准看護師：20名 救命救急士：7名 介護福祉士：25名 看護助手：3名 薬剤師：30名 臨床検査技師：58名 放射線科技師：18名 理学療法士：23名 管理栄養士：7名 社会福祉士：9名 事務:57名 委託・派遣職員：161名 (令和6年4月現在)
令和5年度 新規入院患者数； 7,587人 外来患者数； 41,902人 救急車搬入； 2,277件(応需率86%)	

現在開院56年目で、開院39年後の2008年(平成20年)に新病院の建て替えを行った。許可病床数406床(ICU6床、一般病棟335床、地域包括ケア病棟44床、緩和ケア病棟21床)、標榜診療科23科で、3次救命救急センター・地域医療支援病院・大分県

がん診療連携協力病院・災害拠点病院・臨床研修指定病院等に指定されている。2020(令和2)年に地域周産期母子医療センターを閉鎖、2024(令和6)年に新型コロナウイルス感染症重点医療機関指定病床を閉鎖した。看護師不足のため現在は78床を休床し、328床で運用している。

2023(令和6)年度の新入院患者数は6,955人、年間延入院患者数は95,521人、年間延外来患者数は48,889人、救急車搬入は2,261件(応需率90%)であった。

同年4月の常勤職員数は693名で、内訳は①常勤医師67名(非常勤医師63名)、②看護師325名・准看護師20名、③救急救命士7名、④介護福祉士25名、⑤看護助手3名、⑥薬剤師30名、⑦臨床検査技師58名、⑧診療放射線技師18名、⑨理学療法士23名、⑩管理栄養士7名、⑪社会福祉士9名、⑫事務57名等で、このうち嘱託66名・パート21名。他に委託・派遣職員161名が勤務している。

④看護師不足

現在の看護師の年齢構成は20代33%、30代26%、40代23%、50代15%、60代2%で、平均勤務年数は11年7か月であった。

この10年間の看護師の退職者数は32~55名(平均42.7人/年)で、年間離職率は8.6~14.3%(平均9.9%)であったが、特に2019(令和元)年度(54名/13.7%)と2023(令和5)年度(55名/14.3%)の離職者が多く、20~30代で勤務年数5年以内が70%を占めていた。一方、この3年間に採用できた看護師数は20名前後と離職者数を補填できない状況が続き、10年間に看護師数は78名(19%)減少し、看護師不足から許可病床数406床のうち78床(19%)を休床せざるを得ない状況となった。

看護師離職者を対象に個別面談を行い、退職理由の把握調査を行ったところ、半数は自己都合であったが、次いで看護部を含めた職場環境への不満が多かった。急性期病院として多忙な勤務の中で有給休暇が取れない、上司の看護師に相談しづらい等、若い看護師の離職理由の一部が判明した。今後魅力ある職場環境づくりを進め、選ばれる病院へ変容することが求められている。

⑤大分市の急性期医療の現状(図1.1.4)

県内には6つの医療圏が設定され、大分市は他の3市とともに中部医療圏を構成し県人口の50%を占め、隣接する南部医療圏・豊肥医療圏から大分市への患者流入も多い。また、中部医療圏の大分市周辺には大分大学医学部附属病院、大分県立病院、大分赤十字病院、大分医療センター等の救急医療・急性期医療の中核的な役割を担う公的病院が多く存在し、県内で外来・入院ともに最も充実した医療体制が構築された地域である。大分県地域医療構想会議(2025)では、中部医療圏の高度急性期・急性期病床の過剰、回復期・慢性期病床の不足が指摘されているが、今後は人口減少が著しい隣接医療圏と連携した、より広域な医療圏域を想定した医療体制を検討する必要がある。

大分県二次医療圏と人口(2022年)

二次医療圏名	構成市町村	人口(人)	面積(km ²)
東部医療圏	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町	195,330	803.77
中部医療圏	大分市、臼杵市、津久見市、由布市	556,582	1,192.39
南部医療圏	佐伯市	64,463	903.14
豊肥医療圏	竹田市、豊後大野市	51,847	1,080.67
西部医療圏	日田市、九重町、玖珠町	82,784	1,224.00
北部医療圏	中津市、豊後高田市、宇佐市	155,295	1,136.73
計(6圏域)	14市3町1村	1,106,301	6,340.70

人口は令和4年10月1日現在、面積は令和5年7月1日現在
資料：大分県「毎月流動人口調査」、国土交通省国土地理院調査「全国都道府県市区町村別面積調」

【図 1.1.4 大分県二次医療圏と人口(2022年)】

⑥今後のアルメイダ病院の課題(表 1.1.2)

逼迫した経営状況を改善するためには経費のマネジメントを徹底し、休床病床を速やかに復活させるべく、看護職員はじめ医療スタッフに選ばれる魅力ある職場環境を整えていく必要がある。大分市医師会も准看護学校と看護専門学校の2校を運営し、看護学生のアルメイダ病院での実習も受けながら、両校卒業生のアルメイダ病院への入職者が極めて少ないことも改善すべき点である。

【表1.1.2 大分県中部医療圏】

急性期100床以上の病院

	2023年病床機能報告	高度急性期	急性期	回復期	総病床数
1	大分大学医学部附属病院	588			588
2	大分県立病院	117	392		509
3	大分赤十字病院	151	189		340
4	大分医療センター		225	60	285
5	アルメイダ病院	21	364		406
6	大分岡病院	6	197	大分リハビリテーション病院 120	203
7	大分中村病院	8	128	110	260
8	大分三愛メディカルセンター	6	112	72	190
	合計	897	1607	362	2781

2050年の県内の二次医療圏の人口予想では、6医療圏全てで人口減少が進み、特に南部医療圏・豊肥医療圏は人口半減が予想され、2050年の人口はそれぞれ3万5千人と2万7千人と予想されている。この両医療圏から整備された高速道路を使うと、アルメイダ病院のある中部医療圏まで車で1時間以内の距離で、現在でも南部医療圏の地域完結率は約70%、豊肥医療圏の地域完結率は約46%で、入院・外来ともに中部医療圏への患者流入は大きく、今後ますます中部医療圏への医療依存度は増加するものと予想される。

一方、中部医療圏の大分市周辺には、前述のように救急医療・急性期医療の中核的な役割を担う公的病院と民間病院が多く存在する。表1.1.3に4つの基幹病院の2024(令和6)年度の概要をまとめたが、大分大学医学部附属病院は特定機能病院入院基本料・DPC特定病院群、大分県立病院は急性期充実加算・DPC特定病院群を算定している。アルメイダ病院は総合入院体制加算3を算定してきたが、悪性腫瘍の手術件数の減少からコロナ禍後に算定できなくなった。中部医療圏の人口規模は約50万人で地方都市型に該当し、アルメイダ病院は急性期医療の中で3次救急医療を担ってきたが、今後は大分大学医学部附属病院・大分県立病院との病病連携を行う一方、会員医療機関との病診連携をさらに進め、そのハブ病院としての役割が医師会病院に求められてくるものとする。

また、アルメイダ病院には地域包括ケア病棟と緩和ケア病棟があり、大分市医師会では訪問看護ステーション、介護保険支援センター、地域包括支援センターを運営しており、これらの医療資源をもとに中部医療圏で不足する回復期病床や在宅医療を支援する体制を整備し、地域の会員医療機関とともに「治し支える医療」を強化することも求められてくるものとする。

【表1.1.3 2024年度中部医療圏 基幹病院の体制と実績】

	開院	病床数	診療科	医師数	看護師数	1日あたりの入院患者	1日あたりの外来患者数	救急車搬入件数	診療報酬加算
大分大学医学部附属病院	1981年 (昭和56年)	618	34	—	736	479	1016	1,847	特定機能病院入院基本料
大分県立病院	1880年 (明治43年)	557	34	154	607	421	817	2,639	急性期充実加算1
大分赤十字病院	1952年 (昭和27年)	340	28	67	324	251	393	1,397	総合入院体制加算3
アルメイダ病院	1969年 (昭和44年)	406	23	67	345	281	135	2,261	総合入院体制加算3 取り下げ

(4) 今、医師少数地域の医師会病院に求められる運営

1) はじめに

これまで病院は様々な患者を受け入れてきたが、今後は高齢者人口の減少に伴い役割を明確にし、強みを活かした運営が求められていくと考えられる。医師会病院も例外ではない。

従来、医師会病院は地域医療の中核を担ってきたが、今後は大学病院や地域の公立病院、民間病院との差別化を図り、どの疾患を診ていくか、ビジョンを明確にしなければ、現在のような物価上昇や人件費高騰の中では不必要な投資が多くなり、経営的に厳しくなってくる。

そのためには、自院の立ち位置を明確にすることがまず1丁目1番地となる。すなわち、医師少数地域の医師会病院はある意味「下請け」に専念することが鍵ではないだろうか。その形態としてはダウンサイジングしかり、介護医療院しかり、有床診療所しかりである。そして、できる限り支出を抑え黒字になるのではなく、赤字にならないような運営を目指すべきと考える。

2) 九州地区医師会病院の運営の実態

2025(令和7)年7月5日に行われた、九州地区医師会立共同利用施設連絡協議会において、医師会病院の収支が明らかにされた。全32病院のうち、2024(令和5)年度の決算で黒字は11施設で、補助金などを除いた医業利益だけを見た場合、黒字は薩摩郡医師会病院と遠賀中間医師会おかがき病院の2施設のみであった。

①薩摩郡医師会病院

142床(一般病床)、現在の運営病床数116床

入院基本料10対1、平均在院日数18日前後

地域包括ケア病棟46床

常勤医師3名(内科・院長、神経内科・副院長、整形外科・副院長)

検査部(4名)、薬剤部、レントゲン室(4名)、栄養室、リハビリ室、地域連携室

CT:1769件、MRI:798件

さつま町内に競合する病院がない。

②遠賀中間医師会おかがき病院

1955年 福岡県立遠賀療養所として発足(300床)

1972年 県立遠賀病院へ名称を変更(一般200床、結核100床)

1995年 精神科の新設と老人性痴呆疾患病棟(みどり病棟)50床の増設

2005年 福岡県立遠賀病院が遠賀中間医師会に委譲され、遠賀中間医師会病院として発足

2007年 「社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会病院」から
「社団法人遠賀中間医師会 遠賀中間医師会おかがき病院」と改称
(一般50床、療養50床、精神50床、結核20床)

2011年 精神病棟50床 休床。結核病棟20床 閉床

2019年 一般80床から100床へ(回復期リハビリテーション病棟40床、
地域包括ケア病棟60床)
常勤医師9名

2010年 杉町圭蔵先生を統括院長に迎える

2020年 兼松隆之先生を総院長に迎える

ダウンサイジング(300→100床)している。

もともと精神科が中心であり、現在も物忘れ外来など精神疾患にも力を入れている。

ビッグネームを院長に迎えている。(人脈拡大)

岡垣町に競合する病院がない。

上記2施設の病院は、必ずしも最新、最先端を追求する病院ではなく、どちらかと言えば気軽に受診できる病院で、建物も老朽化が目立つような外観である。何より競合する病院が町内になく、立地条件に恵まれている。

3) 考察

立地条件が良いために運営が順調に行っているということは、裏を返せば競合する病院があれば運営が非常に難しいことを意味している。それは患者数の減少に伴い、ますます深刻化し、いずれは銀行から借り入れることができなくなり、破綻懸念先となる。

現在の医療情勢で黒字化するためには、人員を2/3まで削減することが必要であるが、医療水準を維持するためにはそのような荒療治は不可能である。しかしながら赤字にならないように、あるいは赤字幅を減らすことは可能ではないか。そのためには競合しない条件を作り出すことが鍵を握ると考える。以下に考えを記す。

①下請けに徹する

これまで現場の努力でやってきた救急医療は完全なる不採算部門である。これは公立病院にお願いし、初期救急のみに特化し、高度な医療機器の購入は行わず、不必要な設備投資は行わない。

また、急性期治療後のリハビリ、施設救急(肺炎、腎盂腎炎、心不全)に特化する。

②外科の閉鎖

外科手術の点数はおおむね低く、15年以上改定が行われていない手術手技料も少なくない。手術は様々な職種が関わるため、人件費がかかる。そのため、外科は閉鎖し、公立病院で行うことが望ましい。

③ダウンサイジング

病院の建設にかかった費用の返済のため、一定の収入を確保しなければならないのは当然である。病床を減らすと入院収入が減ることになるが、そもそも空床が多い場合は維持費が上回り、損失を増やすばかりである。そのためのダウンサイジングが必要であり、入院が多い場合はもちろん必要ない。

④一時収容施設

一般の病院では、一日の計画的な診療等を行っている最中に、一本の電話で突然急患を送られて来ると、今行っている診療等の手を止め急患に対応しなければならない。

そのような時、医師会病院が一時収容施設として一日、あるいは半日でも患者対応をしてくれたら、受け入れる一般の病院は入院の準備を整え、事前にある程度の情報も分析でき、准急患の形で患者を迎え入れることができるだろう。一時収容施設の医師もトリアージに徹することができる。そもそも、会員の要望に答えることこそが医師会共同利用施設に求められる機能ではないだろうか。このような施設こそニッチニーズであり、競合もせず、医師会病院の理念にかなったものではないかと考える。

4) 提言

医師少数地域である延岡市で長年病院を運営する中で、地域の実情を見てきた結果たどり着いた結論でもあるが、①～④以外にも医師会病院には健診に特化したり、臨床検査センターに特化したりと、多彩な生き残り戦術はあるだろう。

しかしながら、会員医療機関と競合せず、会員のニーズにも応えられ、医師会病院の医師の負担も小さくなく、ベッドも常に満床を維持できる。理論的には非常に期待できる施設ではないかと考えられる。

このような新しい視点をもって運営していくことが、医療資源の少ない医師少数地域の医師会病院に求められていく一つの姿ではないかと思われる。若手医師の働くニーズにもマッチしているように思われ、その実現に尽力したいと考えている。

1-2 臨床検査・健診センター

(1) 医師会臨床検査センターを取り巻く環境の変化と今後の課題

1) 現状

近年、医師会臨床検査センターを取り巻く環境は急速に変化しており、広島市医師会が運営する臨床検査センターも、その影響を大きく受けている。具体的には、開業医の減少、診療報酬改定による検査実施料の低下、そして高齢化による医療機関の閉院の増加、更には民間検査会社との価格競争の激化により、新規取引の獲得が困難になるなど収入を維持することが難しくなっている。また、昨今の物価上昇、人件費や光熱費の高騰も経営を圧迫しており、当検査センターの運営基盤はますます厳しい状況に置かれている。

2) 課題とその対応

このような傾向は全国的にも見られ、医師会が運営する臨床検査・健診センターの数は、2000(平成12)年には130施設であったものが、2023(令和5)年には94施設にまで減少している。こうした状況を受け、当検査センターでは持続可能な運営を目指し、これまで無償で提供してきた採血管や採取容器の有料化、検査料金の見直しなど、経営の合理化に取り組んでいる。

さらに、地域医師会間および民間検査会社との連携強化を通じた相互補完体制の構築にも力を入れている。特に、システムの共同利用については、重要な課題と位置付けている。現在、当検査センターで使用している基幹システムが保守会社の撤退により更新困難な状況となっており、新たなシステム導入が急務となっている。そのため、同様の課題を抱える近隣医師会と連携し、共同で利用可能なシステムの開発・導入を進めている。

この共同利用により、システム導入や保守コストの削減、業務効率化、更にはBCP(事業継続計画)への対応が期待できる。また、複数医師会の共同利用によるスケールメリットを活かしたボリュームディスカウントや、検査機器とのインターフェース共通化による開発費の圧縮も可能となる。さらに、システムの標準化が進むことで、個別のカスタマイズに要する費用も抑制できる見込みである。これらの取り組みを通じて、持続可能で効率的な臨床検査体制の構築を目指している。

一方で、これまで競合関係にあった地元民間検査会社との新たな連携にも取り組んでいる。例えば、特定の検査項目においては、報告までの日数短縮を目的に、大手民間検査会社よりも迅速な対応が可能な地元民間検査会社へ一部外注を行っている。

また、採算性の低い遠隔地域における集荷業務については、当検査センターと地元民間検査会社が協力して統合を進めることで、集荷効率の向上とコスト削減に向けた取り組みを開始している。

このような連携は単なる業務分担にとどまらず、地域医療を支えるインフラとしての臨床検査体制の再構築にもつながると考えている。今後は、地元の民間検査会社との技術的連携も視野に入れ、検査品質の標準化や緊急検査体制の強化など、より高いレベルでの協業体制の構築を目指して取り組んでいきたい。

3) 提言

これからの医師会臨床検査センターの持続可能性を考えると、検査システムの共同利用、検査分野の選択と集中、検査機器の効率的配置、BCP 対策など医師会間の相互協力は必要不可欠である。また、物流の効率化、料金の適正化、検査の選択と集中など、これまで競合相手であった民間検査会社との戦略的連携も視野に入れて、経営戦略を検討する必要がある。

(2) 医師会共同利用施設存続の検討～統廃合の視点から～

1) はじめに

「2040 年問題」が大きな課題となっているが、医師会共同利用施設においても同様の問題が生じ、対策として統廃合が考慮される機会があると考えられる。

公益財団法人佐賀県健康づくり財団（以下、財団）は、旧財団法人佐賀県総合保健協会（以下、協会）と旧佐賀県医師会成人病予防センター部門（以下、予防センター）が 2017(平成 29)年度に統合してスタートした組織であり、健診・検査センターがその中核をなし、運営主体は佐賀県医師会役員が中心となって担っている。全国的に医師会共同利用施設の運営状況が悪化する中、当財団も同様の状況にある。今回、財団統合前後の状況を確認するとともに、役職員への統合前後に対するアンケート調査を実施し、統合のメリット・デメリットを検証し、当財団の今後を再考することとした。これらが、2040 年に向け統廃合を考慮する全国の医師会共同利用施設の判断材料に寄与すれば幸いである。

2) 統合による効果

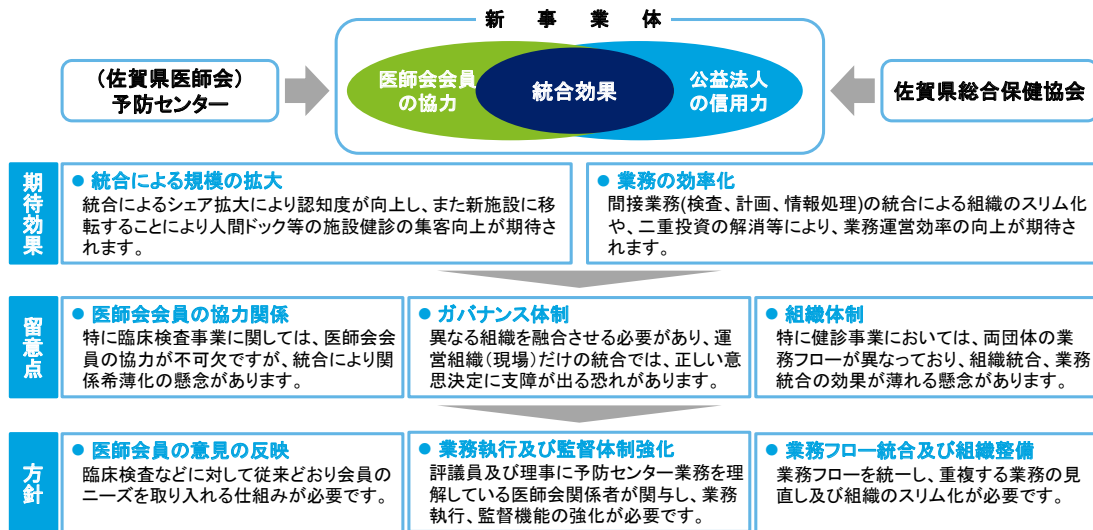
統合前に計画した統合後への期待は、**図 1.2.1**のごとくであった。全てにおいてプラスに働くと期待したことがうかがえる。

統合後の結果は、以下のごとくであった。職員数では、暫時人員削減の予定であったが、初年度に削減が実現して以降は、逆に増加する結果となっている。新規事業の展開はなく、働き方改革等が影響していると考えられる（**図 1.2.2**）。収支に関しては、新型コロナウイルス感染症対応による大幅な増収を除外すると、収益に伴って費用も増減し、全体として大きな変化はなく推移している。詳細を見ると、一時は減収となったが、増収傾向もうかがえる状況となってきている。当初予定したスケールメリットによる増収に期待したいところである（**図 1.2.3**）。その内訳を見てみると、他施設同

様、医師会員からの検査事業収益は減少しているが、健診事業収益は増加している。新築移転や健診内容の工夫の効果が表れていると考えられた。新型コロナ禍における増収は、当財団でも著明であった（図 1.2.4）。

新事業体への統合における期待

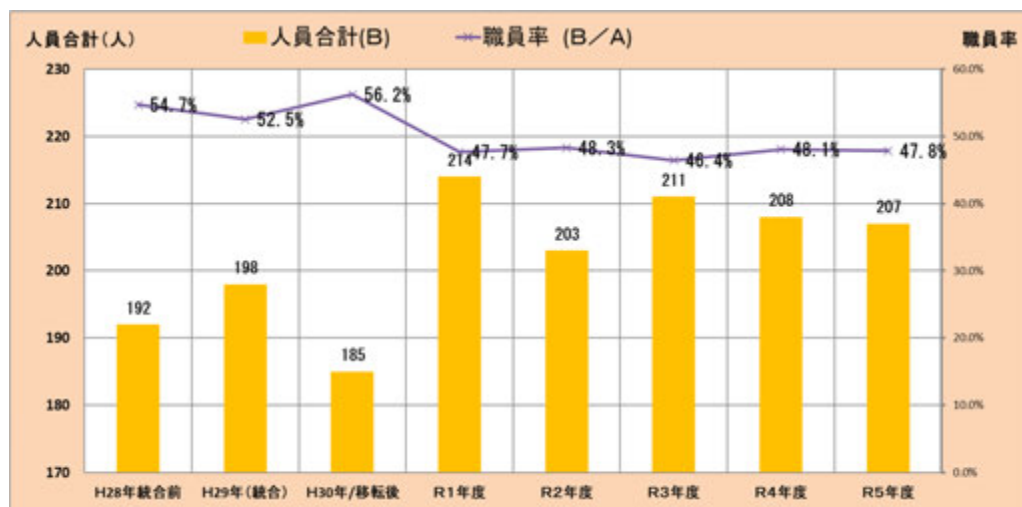
新事業体は、保健協会の公益法人としての信用力と本会の会員組織力を活かすことで最大の統合効果が発揮できるものと考えています。



1

【図 1.2.1 新事業体への統合における期待】

佐賀県健康づくり財団統合前後の人員状況(過去推移)



2

【図 1.2.2 佐賀県健康づくり財団統合前後の人員状況(過去推移)】

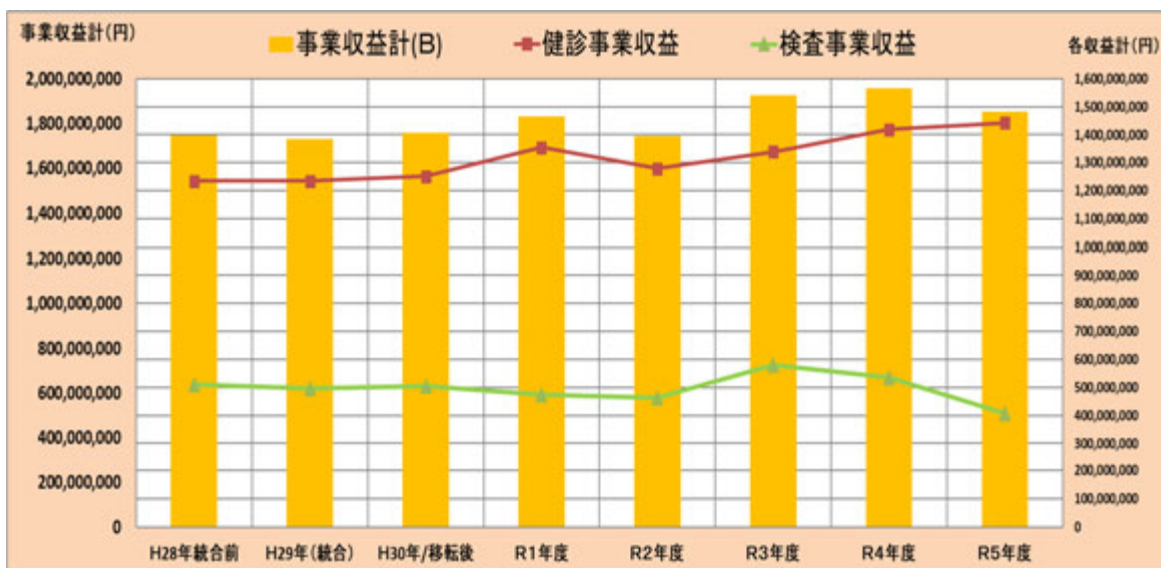
佐賀県健康づくり財団統合前後の会計状況 正味財産増減計算書(収益・費用・経常増減)過去推移



3

【図 1. 2. 3 佐賀県健康づくり財団統合前後の会計状況】

佐賀県健康づくり財団統合前後の事業収益状況(過去推移)



4

【図 1. 2. 4 佐賀県健康づくり財団統合前後の事業収益状況 (過去推移)】

3) アンケート結果

統合における最も重要な要素は、職員の意識、現況であると考え、現職役職員に対しアンケート調査を実施した。今回、特に統合前より在籍していた職員と統合後に入職した職員それぞれを対象とした。

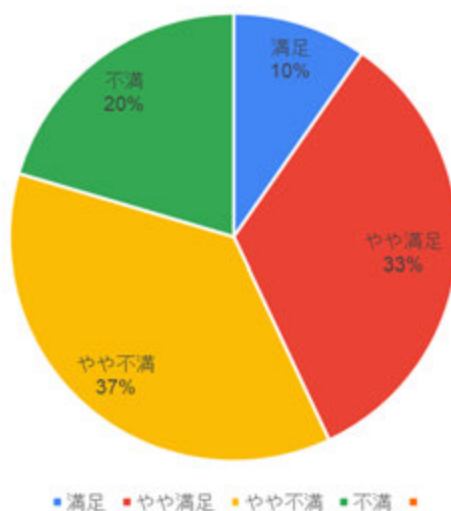
回答率は79.8%(93人/117人)、職種は、専門職51%、事務職49%、統合前後の所属は、予防センター33%、協会18%、統合後採用49%であった。現在の職場環境への満足度は、満足10%、やや満足33%、やや不満37%、不満20%であった(図1.2.5)。

統合前からの従事者による回答では、67%が融和しているとのことであったが(図1.2.6)、働きやすくなったとの回答は21%にとどまり、働きにくくなった人が35%と上回っている結果であった(図1.2.7)。働きやすくなった理由としては、「職場環境改善」「労働時間の適正化」「組織ガバナンスの改善」「待遇改善」「人間関係改善」等であった(図1.2.8)。一方で、働きにくくなった理由としては、「職場環境増悪」「人員削減」「現場の不協、不和」「待遇面の悪化」「やりがいの喪失」「ガバナンス不足」等であった(図1.2.9)。統合後の従事者においても36%が融和していないと考えており(図1.2.10)、働きにくいとの回答は42%と、統合前からの従事者と同様の傾向であった(図1.2.11)。働きやすい理由では、「人間関係が良好」との項目が目立っている(図1.2.12)。働きにくい理由としては、「人員が少ない」との理由が最も多く、ここでも「職場の不協、不和」の回答が多かった(図1.2.13)。

そのほか、「賃金や資格取得に関する件」「以前所属の考え方の違いに関する件」「規模拡大による風通しの悪さ」「DX化への努力不足」「執行部に対する不満等」多くの意見が寄せられたが、批判的なものが多い印象であった。

佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果

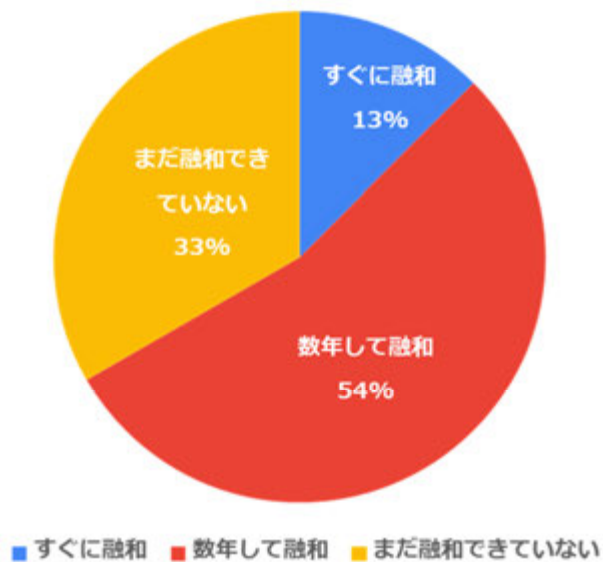
① 現在の職場環境に満足していますか？



【図1.2.5 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果①】

◆統合前からの従事者による回答

② 統合してから異なる事業所の方々と融和が図れていると思いますか？

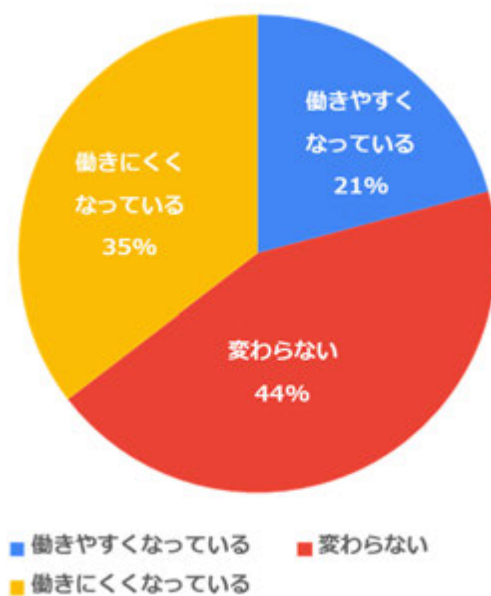


6

【図 1.2.6 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果②】

◆統合前からの従事者による回答

③ 統合してから以前の職場に比べ働きやすくなっていると思いますか？

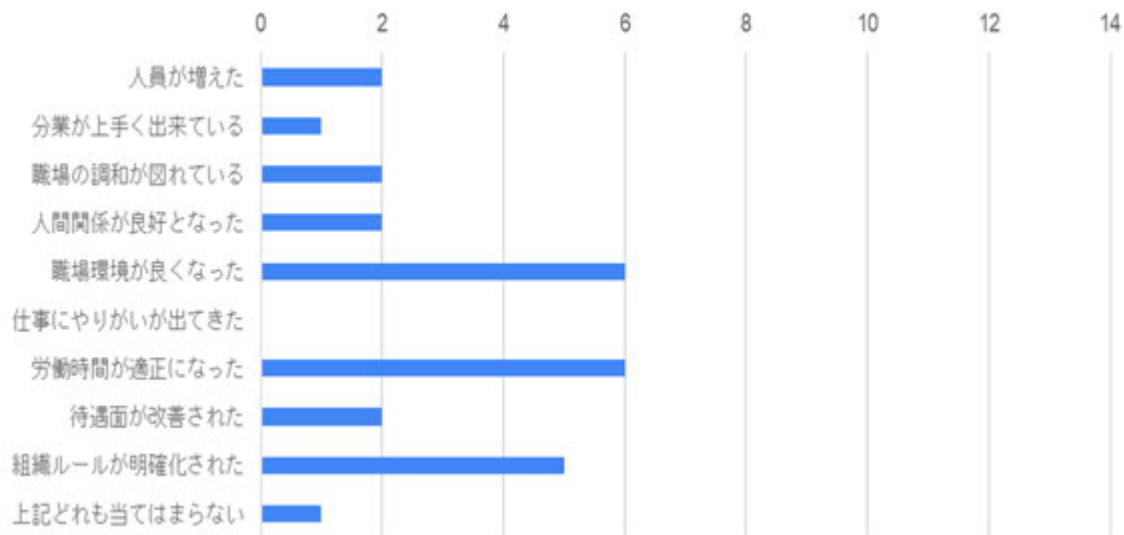


7

【図 1.2.7 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果③】

◆統合前からの従事者による回答

④ 「働きやすくなっている」と回答された方の理由。

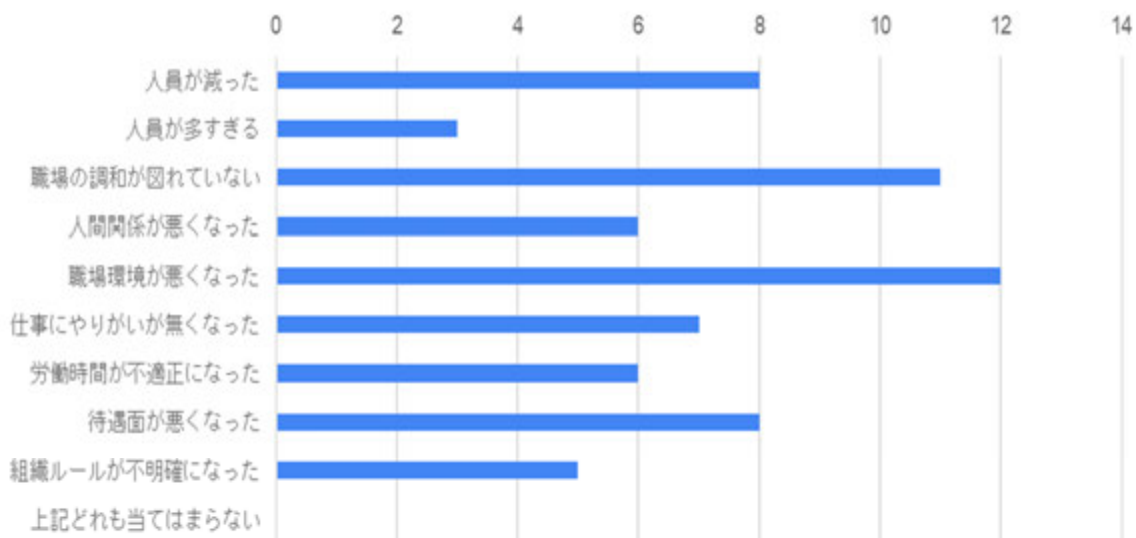


8

【図 1.2.8 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果④】

◆統合前からの従事者による回答

⑤ 「働きにくくなっている」と回答された方の理由。

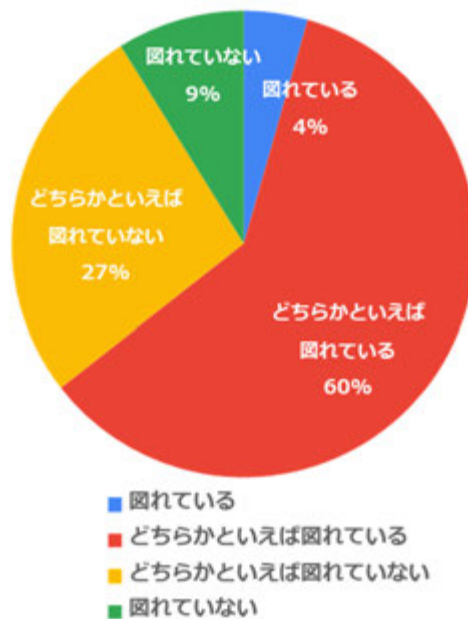


9

【図 1.2.9 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果⑤】

●統合後からの従事者による回答

⑥ 職場内は融和が図れていると思いますか？

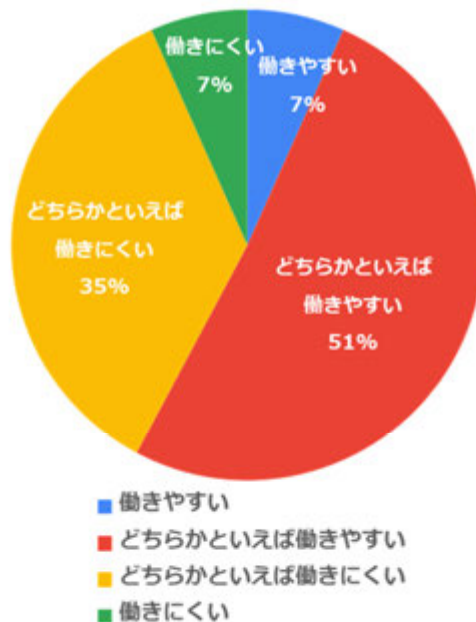


10

【図 1. 2. 10 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果⑥】

●統合後からの従事者による回答

⑦ 働きやすい環境と思いますか？

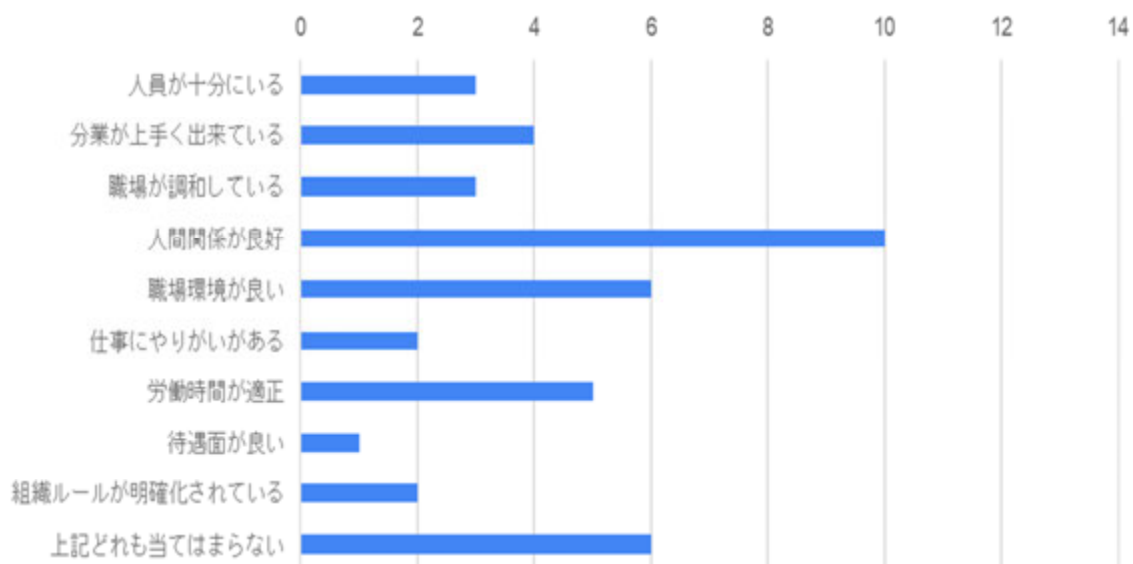


11

【図 1. 2. 11 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果⑦】

●統合後からの従事者による回答

⑧「働きやすい・どちらかといえば働きやすい」と回答された方の理由。

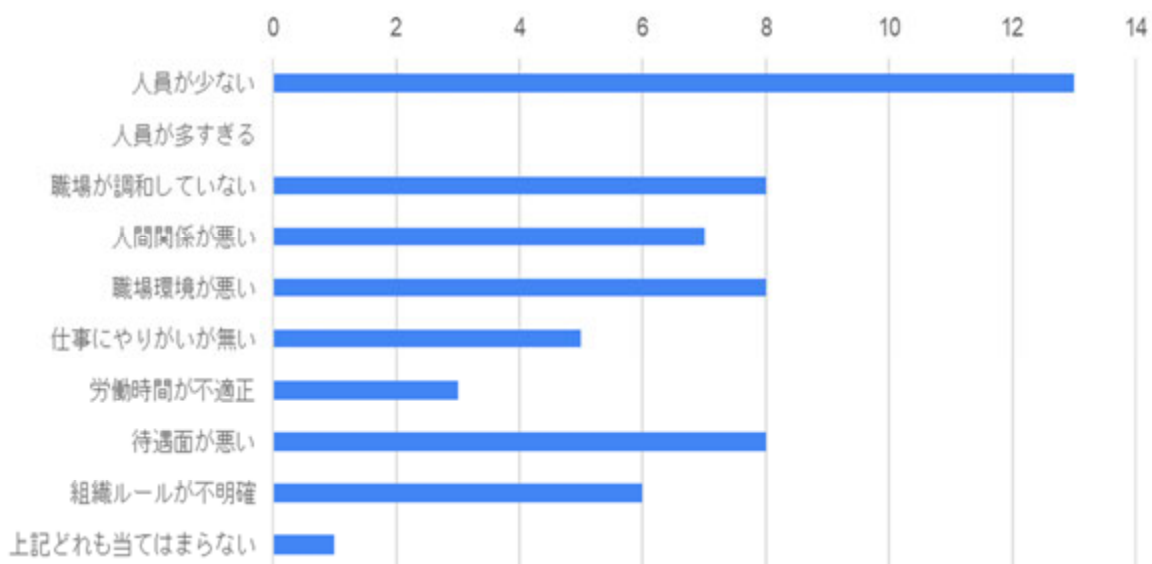


12

【図 1. 2. 12 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果⑧】

●統合後からの従事者による回答

⑨「どちらかといえば働きにくい・働きにくい」と回答された方の理由。



13

【図 1. 2. 13 佐賀県健康づくり財団事業統合に関する職員アンケート調査結果⑨】

4) 考察

2040年問題が、医師会共同利用施設に対して大きな負の影響を与えるであろうことは明白である。これらの対策として、施設の統廃合は増加していくと予想される。

当財団は、2017(平成29)年に統合し、8年が経過している。今回、統合の効果を検証するとともに、今後の経営改善の材料となればと考えて検討した。結果は、スケールメリットは拡大し、収益は増えたものの、費用も増加し、当初期待していたほどの効果は認められなかった。ただし、最近は増収傾向にあり、今後が期待される。最も期待した「人員削減」は、逆に職員数増加となっているが、「働き方改革」という時代の要求とも考えられた。DX化は、検診・検査施設においても必須となるであろうが、これらに対処していくことで、人員削減、サービス向上、職場環境改善が実現すればと考えている。ただし、そこには初期投資が発生し、その体力が残っているかが懸念される。民間会社との競争、物価上昇等、社会的背景に柔軟に対応していく努力は必要であろう。

当財団は、医師会立(私的)と公益財団(公的)の統合により誕生した組織である。今回のアンケート調査では、過去のそれぞれの組織の職場環境および意識に隔たりがあり、この融和が非常に困難であることが浮き彫りになった、医師会立同士の統合であれば、もう少し異なる結果になったかもしれないと想像できた。

今回のアンケート調査で最も良かったことは、本結果をもとに、当財団内役職員間での共通認識が芽生え、具体的に検討委員会を設立し、改善を図っていていることであった。検証と改善の重要性を再認識したところである。

何よりも、医師会共同利用施設の統合を含む発展と生き残りのためのキーワードは「人」であると確信している。DXが進んでいこうと揺るぎないものと考えている。

5) 提言

- ①2040年問題対策として、医師会共同利用施設の統合は考慮すべき手段の一つと考えられる。
- ②近隣医師会との統合に加え、公的施設、民間会社との統合も選択肢の一つとなり得る。
- ③統合によるメリットが強調されがちであるが、実際は厳しさを伴う可能性が高く、統合後も継続的な検証と改善の実施が必要である。
- ④DXの積極的活用も考慮する必要がある。
- ⑤どのような時代であっても「人」が基本であることを忘れてはならない。

(3) 函館市医師会健診検査センターからの考察

1) 現状

函館市医師会健診検査センターは、1972(昭和47)年に「函館市医師会臨床検査センター」として開設され、1976(昭和51)年には「南北海道保健センター」と改称、2004(平成

16)年に現在の名称へと変更された。2019(平成31)年には新築移転を行い、道南地区で唯一の公益法人による健診検査センターとして、地域医療の診療支援および住民の健康管理を担っている。

業務は「臨床検査部門」と「健康診断部門」に大別される。臨床検査部門では、原則全ての検体検査を自施設内で実施し、迅速な診療支援を提供している。健康診断部門では、特定健診、事業所健診、巡回健診、人間ドックなど幅広く実施しており、収入の約5割を占めている。

収益については、臨床検査、健診ともに近年増加傾向にあり、2024(令和6)年度には臨床検査収益約4.06億円、健診収益約4.59億円を計上した。経費面では業務効率化により固定費削減が進み、2024(令和6)年度は約4,200万円の黒字となり、経営の健全化が進展している。

2) 問題点

一方で、以下の課題が存在する。

- ・病理検査・細菌検査は収益性が低く、今後の継続には検討を要する。
- ・生化学・免疫検査では地域ニーズに応じた特殊検査にも対応しているが、効率性の面で改善の余地がある。
- ・収支改善は人員体制の見直しや一時的なコロナ関連収益に依存した面があり、恒常的な安定経営には更なる効率化が必要である。
- ・健診需要は拡大しているが、地域において担い手は当健診検査センターのみであり、持続可能な体制整備が不可欠である。

3) 提言

以上を踏まえ、当健診検査センターについては以下の方向性を提言する。

- ①臨床検査部門については、収益性の低い分野（病理・細菌検査）から段階的撤退を検討する。
- ②健診に関連する検査に重点を置き、効率的かつ少人数で運営可能な体制を構築する。
- ③固定費削減と業務効率化を継続し、安定的な黒字経営を維持する。
- ④健診部門を中核としたセンター運営へ移行し、民間会社・行政との連携を一層強化することで、地域住民の健康管理の拠点としての機能を拡充する。

以上のとおり、当健診検査センターは近年の収支改善を基盤としつつ、健診部門を中心に持続可能な体制構築を進めることが、現実的かつ必要な方向性であると考えらる。

地域毎に医師会立の同様のセンターが存在するが、検査部門と健診部門の比重は経営上重要な検討課題である。都市部よりも人口減少による患者数減少が早く訪れることを考えると、特に検査部門の収支は毎年注視し続けることが必須で、撤退も選択肢にしな

なければならない。一方で、地域差の大きい健診受診率を考えると、多くの医療圏では健診部門の発展が見込まれる。医師会立である以上、会員医療機関と競合することがないように、かつ地域住民の予防医療に貢献できる方法を模索しなければならない。

（４）岡山市医師会総合メディカルセンターにおける民間検査会社との臨床検査室共同事業の取り組みについて

１）現状

岡山市医師会総合メディカルセンター検査部では、2006(平成18)年から民間検査会社(S社)と臨床検査室の共同運営事業(FMS)を行い、事業費の圧縮と業務の効率化を図っており、一定の成果を上げている。2020(令和2)年には民間検査会社(S社)の集配拠点を医師会館内の検査センターに統合することで集荷分野でも連携を図り、営業エリアの拡大と新規顧客の獲得に結びついている。検体搬送ラインを新規に構築し、自動閉栓システムも導入して業務の効率化や職員の感染対策の向上に寄与している。民間検査会社(S社)とは役割分担をして検査内容が競合しないように配慮し、双方にメリットのある形で共同事業を行っており、対等な関係であると考えている。コロナ禍においてはPCR検査を24時間体制で行い、利用者から高い評価を受けた。PCR結果の報告が他社と比較して正確かつ迅速であり、好評価を得た結果、新規の顧客獲得にもつながった。検体の集荷は通常1日2回だが、至急検査への対応(1時間以内の結果報告)、集荷の時間帯や回数への要望に対する配慮、電子カルテとの連携対応などを行って顧客ニーズに応えている。

２）問題点

コロナ禍以後検査検体の受注数は若干増加しているが、検査機器の代金や保守費用の増額、資材価格の高騰により運営経費が増加し、人件費も上昇している。医療機関の閉院による顧客数の減少、売上の低下が深刻である。民間他社との競争のために、医療機関からの価格などにおいての要望には、新規開業時の支援や売上額に応じた値引きなど柔軟に対応してきたが、今後は厳しくなると思われ、苦慮している。特定健診の電磁化代行業務を行ってきたが、外注も考える状況になった。新入職員の早期退職に頭を悩ませ、人材確保に苦慮している。政府の推奨する標準型の電子カルテが導入されると、検査オーダーやデータ送信の設定が新規の規格となり、莫大な費用が必要になる。

３）提言

近隣の医師会臨床検査センター同士の相互協力が不可欠となってくる。中国地方の医師会臨床検査センターが協力して検査システムを開発する、もしくは開発したシステムを共同利用するなど必要かもしれない。

標準型電子カルテのインターフェース開発には莫大な費用負担がかかるため、個々の医師会臨床検査センターでは無理である。国に開発をお願いするか、開発費用を国に負

担してもらいたい。日本医師会から国への働きかけを強く期待する。病院の検査室では保険点数の100%の収入が得られるが、臨床検査センターは値引きしているため収益が少ない。今後も医師会臨床検査センターが存続していくためには、臨床検査センター担当役員の熱い情熱とそれに呼応してともに頑張る職員の努力が必須である。

(5) 埼玉県内の医師会共同利用施設における現状と問題点

2040年の医療はどのような状況になっているのだろうか。医師会共同利用施設はどのようにあるべきか。医師会共同利用施設の現状の確認と2040年問題に対する考え方を確認する目的で、埼玉県内の臨床検査・健診センターに対してアンケート調査を行った。その結果につき報告するとともに、「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策」について考察する。

1) 臨床検査・健診センターの現状 【運営状況（受診率・利用率）と経営状況】

- ・運営状況、経営状況とも、ほとんどの施設が良い、どちらかと言えば良い。
- ・受診率がコロナ禍前のレベルに戻っていない施設やコロナ禍前の水準まで回復した施設、コロナ禍前と比較して収入はわずかに増収している施設など、地域や施設によって差が生じている。
- ・事業所の定期健診、協会けんぽの健診、人間ドック受診者が増加して改善した。
- ・国保の特定健診・がん検診は集団方式を採用している。2019(令和元)年度に比べてその収入に変化はほとんどなく、特定健診受診者数は減少し、後期高齢者健診受診者数が増加。・臨床検査の会員利用率は、50%程度で変化はない。閉院された医療機関がある一方で、新規開業の医療機関も含め新たに利用する医療機関が増えた。
- ・会員の利用率低下、材料等の高騰、人件費の高騰により経営は苦しい状況にある。
- ・人件費の増加、材料費の増加などにより、今年度は3千万円程減少の見込みであり、来年度は事業所健診の料金の値上げを予定している。

【問題点の整理】

多くの臨床検査・健診センターで、特定健診の受診率は低迷しているものの、後期高齢者健診受診者数は増加しているため、経営状態はほぼ良好である。また、事業所健診も安定して受託できている。会員からの臨床検査の受託が伸びず、経営に影響し、人件費や材料費の高騰も経営に悪影響を及ぼしている。労働人口の減少による検体集荷の問題点に関しては言及がなかったが、今後、人任せの集荷業務はいずれ困難となる懸念がある。

2) 今後の健診受診率の向上に関する予測

- ・集団検診を行っているが、コロナ禍後は個別検診に移行する傾向があることや、少子化により学校健診が縮小傾向にあること、人口減少、景気状況等により判断は困

難である。

- ・一般企業の健診も請け負っているが行政健診の割合も多いため、推測は困難である。
- ・建物や対応職員のキャパシティが上限に近い場合、増加は見込めない。
- ・行政が特定健診・がん検診受診者に対して健康ポイントや商品券を付与しているが、受診率の改善が見られないので、別の方法で受診率を上げる工夫が必要である。

【問題点の整理】

今後の健診受診率の向上に関する予測では、多くの施設で受診率向上が見込めないと考えているが、具体的には健診受診率をさらに増やす必要がある。

3) 医師等の人材確保について

- ・女性医師や女性技術職の雇用を積極的に行っている。
- ・定年で退任された医師が常勤医として年俸制で就任している。その他の医師を確保するために待遇の検討を始めた。
- ・常勤医 1 人だけでは不足しているため、非常勤の医師、スポットで執務可能な医師の確保に努めている。

【問題点の整理】

医師等の人材確保に関しては、大きな問題は表面化していない。

4) 人材確保の補助としての AI 導入に関して

- ・現状では医療用 AI だけでは業務は完結せず、業務の補助にとどまっている点が挙げられる。
- ・コスト増加、商用ベースに乗ることの懸念がある。
- ・精度の担保や見落としがあった場合の責任の所在に関する懸念がある。

【問題点の整理】

AI の導入に関しては、導入に必要なコスト、責任の所在等に対する不安があり、導入には否定的な意見が多かった。

5) 2040 年問題が及ぼす影響とその対策

- ・労働人口の減少により人材不足や経営状況の悪化が懸念される中、更なる働き方改革の推進や DX 化を視野に入れた準備が必要である。
- ・地域のニーズにあった運営や新規オプション検査導入、および環境整備が必要である。
- ・後期高齢者健診の受診者が増えていく一方で、財源不足となることによる健診実施料金の引き下げを懸念している。
- ・具体的対策は受診率の向上が必要である。
- ・特定健診・がん検診の受診率を上げるために、行政とともに対象者が健診を受けるメリットや動機を見出せるような工夫や働きかけを行う必要がある。また、時代

の流れに取り残されないように、医療 DX 等により、医療機関とのデータ連携が可能なシステムの構築を考えていく。

【問題点の整理】

2040 年問題に対して、人口減少による健診受診者数減少、労働人口減少に伴う人材不足や経営悪化の懸念はあるが、具体的な対策はなされていない状況である。医療 DX の更なる推進が鍵となり、今後の対応が重要である。

6) 提言

2025(令和 7)年に開催された大阪・関西万博において、未来の医療の一端を垣間見た。自宅で体調不良になった女性は、オンラインで AI によるバーチャル医師を受診し症状を伝える。バーチャル医師は、記録されている健診データとウェアラブル端末から得られるバイタルサインを参考に診断し、投薬や生活の指示をするというバーチャルな在宅医療現場である。そのような医療体制になっているかどうかは甚だ疑問を感じるところだが、その可能性は十分にあると認識している。2040 年の医療は、医療 DX を活用し PHR (Personal Health Record) をもとに医療者が協力・協働し、国民が安心・安全に生活でき、さらに健康的な社会になると期待している。現時点で考えられる提言を以下に記す。

①検査機関としての精度管理

会員の利用率向上、特定健診等の受診率の向上が必要であり、日本医師会をはじめとする各団体により実施される臨床検査精度管理調査に積極的に参加し、自施設の検査精度管理を徹底し、効率的で精度の高い事業の維持管理が必要である。

②医療 DX の更なる推進と PHR サービスの強化

健診結果をオンライン化し、受診者と医療機関の間で情報共有することにより、適切な PHR サービスを提供可能な体制の構築が必要であり、臨床検査・健診センターが中心となって地域の医療機関と連携してネットワークを構築し、医療 DX をさらに推進することが必要である。

③検査項目の拡充

特定健診、後期高齢者健診や労働安全衛生法に基づく健診で定められている検査項目のみならず、心不全マーカーとしての BNP 値をはじめ、肝線維化予測スコア FIB-4 Index や推定食塩摂取量の測定など、PHR サービス提供に必要な検査項目の拡充が必要である。

④今後の健診のあり方

医療人材不足地域における健診のあり方として、オンラインによる遠隔健診や出張健診の拡充等も考慮すべきである。

⑤民間検査会社との連携、技術革新による効率化

ITを駆使した集荷業務の効率化をはじめ、民間検査会社との連携・協働も必要である。今後の技術革新により、ドローンや自動運転車両を用いた無人の検体搬送なども視野に入れる必要がある。

⑥健診受診における新たな付加価値

健診を受診したことによる新たな付加価値の創設が重要である。健診を受診し異常がない場合や、生活習慣病の改善により健診結果が好転した場合などに、翌年に減税される、あるいはマイナンバーカードにポイントが付与されるなど、受診者に対する直接的な付加価値の創設を考慮すべきである。

1-3 介護保険関連施設

(1) 医師会共同利用施設（介護保険関連施設）における現状と問題点

1) 現状

2025(令和7)年4月1日現在、医師会共同利用施設数は全国で1,280施設あるが、その中で医師会病院65・診療所11、合わせて76、健診センター・臨床検査センター・健診検査複合体は合わせて159、介護保険関連施設は訪問看護ステーション362、在宅医療介護連携223、居宅介護支援事業所202、地域包括支援センター85、在宅介護支援センター7、ホームヘルプステーション39、介護老人保健施設39、特別養護老人ホーム13、介護医療院6の計970施設と、医師会共同利用施設の多くが介護保険関連施設となっている。

①地域包括ケアにおける中核的役割

医師会が運営する地域包括支援センターは、「公益性」（公平・中立な事業運営）、「協働性」（医療・保健・福祉の専門職との協働）、「地域性」（各地域の実情を踏まえた運営）の3つの特性を活かし、診療所や病院だけでなく、医療・介護関係の多職種との連携を可能にするハブとして機能し、切れ目のないケアを提供できる体制の構築に寄与している。

②連携拠点としての事業

物理的な施設としてだけでなく、「在宅医療支援センター」や「在宅医療・介護連携支援センター」といった施設を、連携拠点として運営する形態が全国的に広がっている。

新潟県（在宅医療推進センター）、埼玉県（医師会在宅医療支援センター）、奈良市（在宅医療介護連携支援センター）などでは、医師会が行政と連携し、広域的な連携ネットワークの構築や、それぞれの課題に柔軟に対応している事例が見られる。

2) 問題点

①特に大都市部で深刻化する構造的課題

全国共通の課題に加え、特に東京などの大都市部では、特有の人口構造が問題の深刻さに拍車をかけている。2040年に向けて、全国的に生産年齢人口が減少する一方で、東京都などの大都市部においては人口は減少せず、高齢者人口が増加し続ける。また、大都市部の高齢者は高齢独居・老老世帯の割合が高く、家庭介護力が乏しいため、介護サービスの需要は一層逼迫する。この需給ギャップは、病院においても深刻である。入院する高齢者の増加は、治療のみならず介護（日常生活の世話）の需要を増大させるが、厳しい経営環境の中、医療介護従事者の増員は困難を極める。結果として、人

材派遣への依存度が高まり、その費用が経営を圧迫し、かつ人材が定着しないという悪循環に陥っている。これは、まさに「本末転倒」と言うべき構造的課題が生じている。

②実態把握のためのデータと施設間連携の不足

これらの構造的課題を客観的に示す情報が不足している。各地域においては訪問看護ステーションや地域包括支援センターなどは、それぞれの事業所としての交流や意見交換は行われている一方で、「医師会共同利用施設」として、人材確保や経営面等で具体的にどのような課題があり困難に直面しているのか、その実態は十分に把握されていない。効果的な対策を立案するためにも、まず現状を正確に把握するための調査が不可欠であり、また医師会共同利用施設同士の横の連携体制を構築する必要がある。

3) 提言：協働による新たな価値の創出

以上の構造的課題を克服するため、従来の枠組みを超えた、医師会同士の共同・協働による医師会共同利用施設としての事業展開を提言する。

①実態把握のためのアンケート調査の実施

まず、各医師会が運営する介護保険関連施設を対象としたアンケート調査を実施し、各事業所が特に医師会共同利用施設としてどのような課題があるのかを的確に把握することが必要である。これにより、今後の事業運営に必要な計画の立案が可能となる。

【東京都医師会の医師会共同利用施設に係るアンケート調査について】

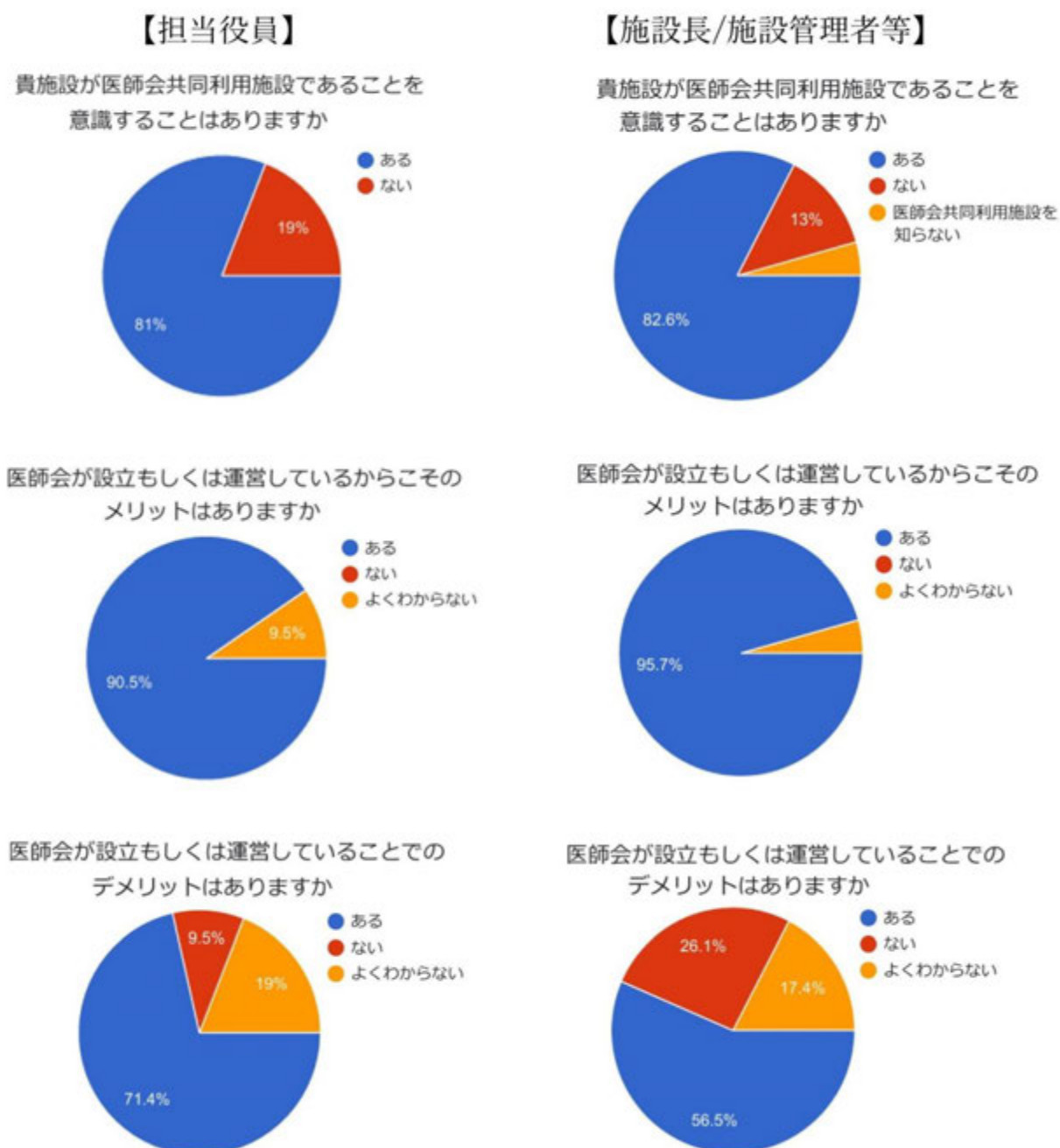
(1) 東京都の医師会共同利用施設の設置状況

東京都の医師会共同利用施設は2025(令和7)年4月1日現在で、医師会病院・診療所3、臨床検査・健診センター9、訪問看護ステーション29、介護保険関連施設33、その他5など、合わせて79の施設が設置されているが、年々減少傾向にある。

(2) 医師会共同利用施設の運用に関するアンケート調査

各地区医師会において、担当役員および施設長／施設管理者等が医師会共同利用施設に対しどのような意識を持ち運用しているのかを知るために、アンケート調査を行った。

(3) アンケート調査結果(図 1.3.1)



【図 1.3.1 医師会共同利用施設に係るアンケート調査結果】

(4) 考察

アンケート調査の結果、医師会共同利用施設の担当役員も施設担当者も、その多くが医師会が運営する施設であることのメリットを感じて運用されている。その理由としては、会員医療機関や地域への貢献、医師会立であることの信頼性・ネームバリューが挙げられていた。一方で、経営面や運営面での負担など、医師会が設立もしくは運営していることのデメリットも指摘されていた。今後、医師会共同利用施設に対する会員や地域への期待に応えるためには、医師会共同利用施設同士の情報共有や連携の推進が必要であろう。

②「医師会地域医療人材バンク（仮称）」の共同設立

人材不足という最大の課題に対し、複数の地区医師会が協働で、非営利または外郭団体による人材紹介・派遣事業体を設立・運営することを提言する。

- ・ **目的**：民間の人材派遣業者への過度な依存から脱却し、高騰する紹介手数料を抑制する。また、医師会が関与することで、質の高い人材を確保し、地域内の施設へ安定的に供給することを目指す。
- ・ **機能**：登録制による看護師、介護福祉士、看護助手等の人材バンクを構築し、地域の医療機関や介護施設のニーズに応じて紹介・派遣を行う。また、復職支援やスキルアップ研修なども併せて実施することで、人材の定着と質の向上を図る。
- ・ **効果**：医師会という信頼性の高いプラットフォームが、潜在的な労働力（潜在看護師・介護福祉士など）の掘り起こしにもつながる可能性がある。これは、単なる人材派遣ではなく、地域の医療・介護人材を地域で育み、循環させる「共同育成・共同利用事業」である。

③「医師会地域医療交流プラットフォーム（仮称）」の構築・共同運用

既に、各地域においては各事業所間の交流や情報共有は行われているが、さらに地域や医師会を超えた施設間の交流・連携を進めるために、複数の医師会による「医師会地域交流プラットフォーム（仮称）」の構築と共同運用を提言する。これにより、各事業所間だけでなく、地域・職種を超えた多職種の連携が進むとともに、人材交流が活発になることにより、人材確保・定着にもつながるものと期待される。

④医師会の共同によるシステムの開発・普及

医療・介護連携においては、情報共有ツール（ICTシステム）の活用が不可欠である。一方で、地域に複数のICTシステムが導入されることにより、隣接する区域との情報連携にも支障を来す問題も生じている。既に普及しているICTシステムを無理に統合することは困難としても、共通のプラットフォームとなり得るシステムを開発・普及させることは、将来的に地域における情報共有を進める上でも有用であろう。

東京都では「東京都在宅医療推進強化事業」を進めるにあたり、そこで使われる情報共有ツール（ICTシステム）の機能強化を、複数の医師会による共同開発という形で進めた。

【東京都在宅医療推進強化事業における MCS の機能強化について】

東京都における 24 時間診療体制の構築を目的とした東京都在宅医療推進強化事業を進めるにあたっては、ICT システムによる医療・介護における連携・情報共有が必要とされたが、東京都で多く普及している Medical Care Station（以下 MCS）では突発的・臨時的な事象に対応するには不十分な部分があり、今回の事業に活用するためにはその機能強化が必要と考えられた。しかし、各地区医師会が個々に機能強化を求めるには、費用の面でも手間の面でも問題が大きいと考えられた。そこで、東京都医師会が音頭を取り各地区医師会の意見を集約した結果、MCS 機能強化の共同開発を行うこととなり、開発コスト・運用コストを抑えた効率的な機能強化を図ることができた次第である。

以上のように、今後は「医師会共同利用施設」を各医師会毎の「施設」の設立・運営に限定せず、「事業」も含めた医師会同士の共同・協働、更には施設・事業の共同運用や経営統合を行うことも、新たな医師会共同利用のあり方として検討すべきと考える。

（２）京都式地域包括ケアの推進に向けて～2040 年を見据えて～

京都府医師会は、府民が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、医療・介護・介護予防・住まい・日常生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現に向け、「京都地域包括ケア推進機構」（*）設立の旗振り役を担い、医療・介護・福祉の推進にオール京都体制で取り組んできたことから、地域医療構想の策定にあたっても当初から、その地域にふさわしい、バランスの取れた医療・介護の提供体制に向けた指標として位置付け、その名称も「京都府地域包括ケア構想」として取り組んできたところである。

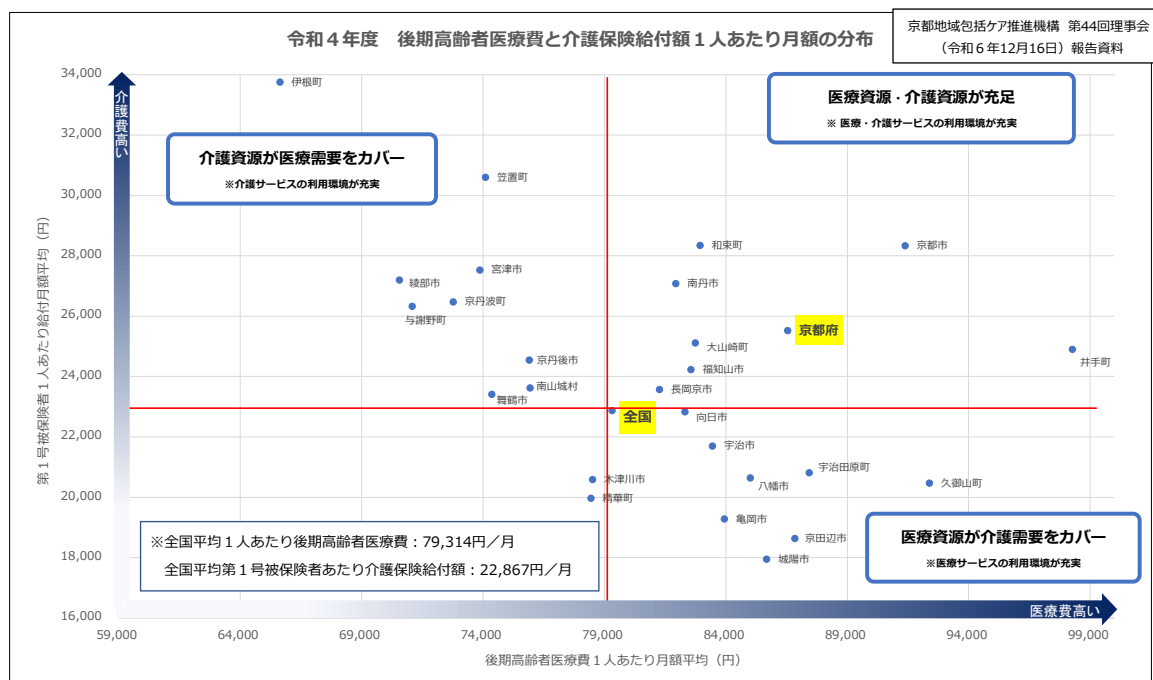
2024(令和6)年12月18日に厚生労働省が公表した「新たな地域医療構想等に関する検討会」の取りまとめにより、地域医療構想については、2040年に向け、病床（病院機能）だけではなく、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進する考え方が示された。

これを受けて京都府では、まず府内の医療・介護の提供体制の現状を評価・分析し、2025(令和7)年度後半から2026(令和8)年度にかけて行われる、新たな地域医療構想に関する協議に向けて準備を進めているところである。

1) 現状

まず、京都府内市町村における医療と介護の提供状況について示す。2022(令和4)年度の後期高齢者医療費と介護保険給付額1人あたり月額を指標に市町村の分布(図1.3.2)を見ると、全国平均と比べ、京都府は第3象限(左下)が少なく、全体として、医

療資源・介護資源が充足していると言え、市町村によっては医療・介護間を補足し合っている状況がうかがえた。

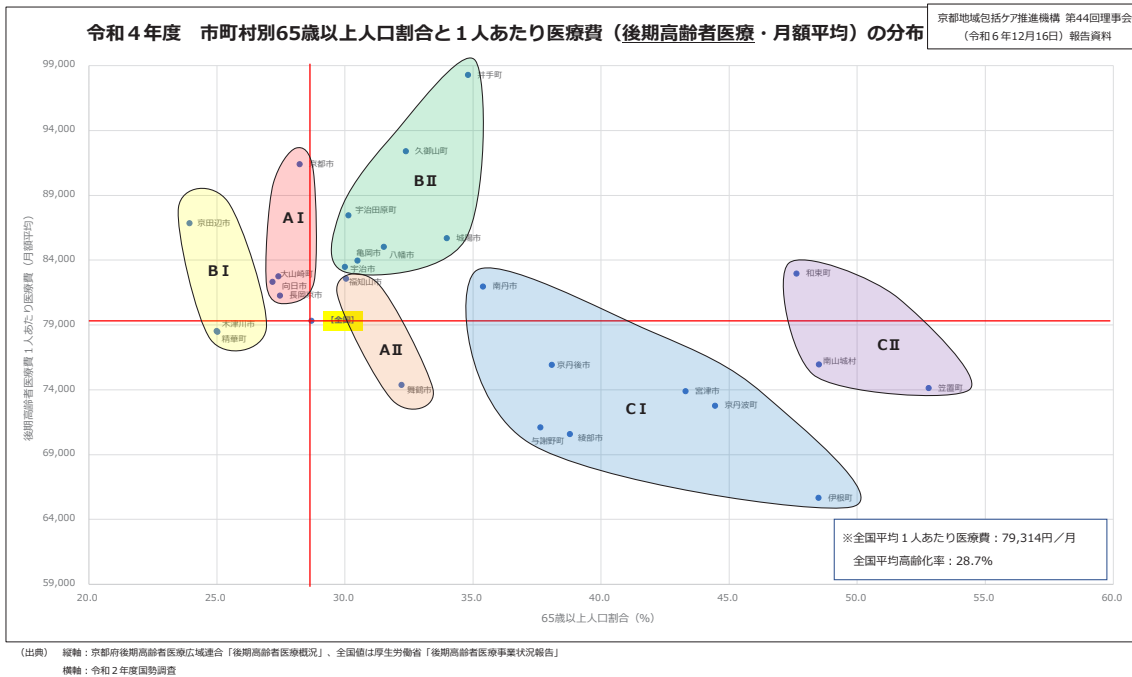


(出典) 縦軸：介護保険事業状況報告 (R4.6月～R5.5月分平均、全国値はR4.6～R5.3月分平均)
横軸：京都府後期高齢者医療広域連合「後期高齢者医療概況」、全国値は厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」

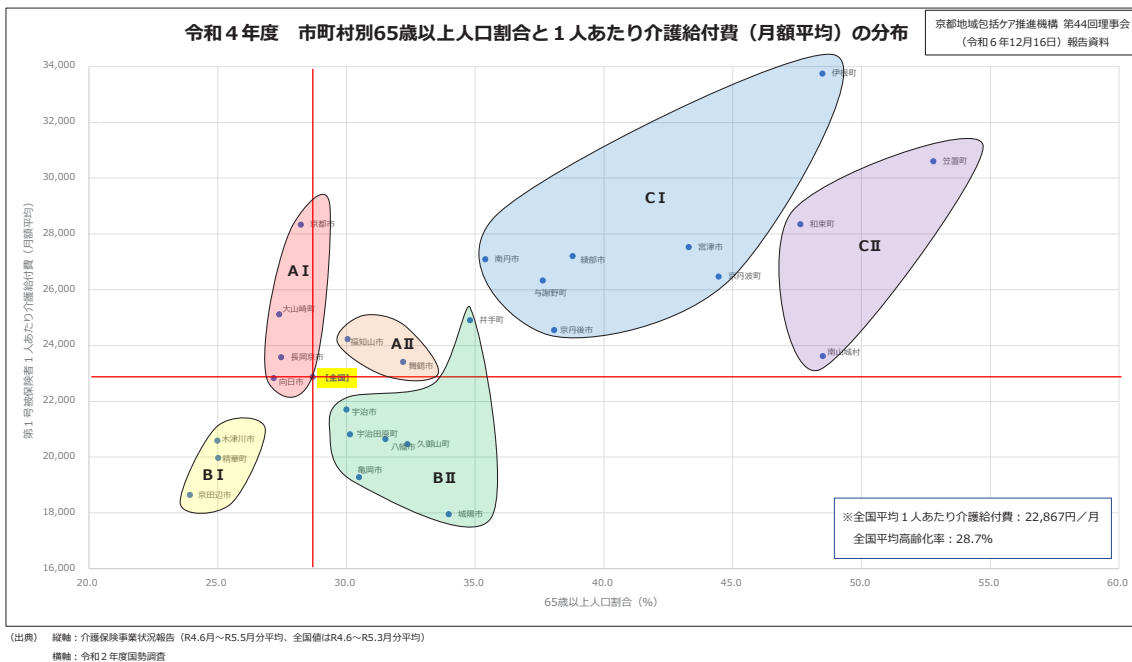
【図 1.3.2 令和4年度後期高齢者医療費と介護保険給付額1人あたり月額分布】

次に、後期高齢者1人あたりの医療費と65歳以上人口割合（高齢化率）の分布（図 1.3.3）と、市町村別1人あたり介護給付費と65歳以上人口割合（高齢化率）の分布を示す（図 1.3.4）。右に行くほど高齢者が多いことになり、市町村をプロットした後に地理的要因の観点から踏まえ枠で囲んだもの（グループ化）である。この両者を重ね合わせると、X軸に対照的なものとなり、医療・介護ともに充足している地域のほか、医療費が多い地域では介護を支え、介護給付費が多い地域では介護が医療を支えるといった相互補完の関係が読み取れる。

地域包括ケアの取組状況に関する客観評価として、「令和5年度保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果」（都道府県・市町村による自己評価）（図 1.3.5）が公表されており、その結果をベースに京都府内の順位を見ると、都道府県評価で京都府は10位（上位）となっている。都道府県の市町村平均評価で京都府は22位（中位）、市町村の個別評価では、上位：10市町村、中位：9市町村、下位：7市町村となっており、府内市町村により取組状況にバラつきが見られた。一方で、「在宅医療・介護連携」「認知症に係る支援」では、都道府県・市町村平均ともに全国平均を上回っており、全国と比較しても進んでいることがうかがえる。



【図 1.3.3 令和4年度市町村別 65 歳以上人口割合と 1 人あたり医療費（後期高齢者医療・月額平均）の分布】



【図 1.3.4 令和4年度 65 歳以上人口割合と 1 人あたり介護給付費（月額平均）の分布】

京都市地域包括ケアの10年間の取組評価（俯瞰）
 <客観評価：令和5年度 保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果>

京都地域包括ケア推進機構 第44回理事会
 （令和6年12月16日）報告資料

厚生労働省が地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援、重度化防止などに向けた「都道府県や市町村の取組を評価」（都道府県・市町村による評価＋厚生労働省の評価で採点）しており、これを全国順位で区分

◎区分の考え方

- <都道府県> 上位：1～16位、中位：17～32位、下位：33～47位
- <市町村> 上位：1～580位、中位：581～1160位、下位：1161～1741位

京都府の特徴

- **都道府県評価で京都府は10位(上位)、都道府県の市町村平均評価で京都府は22位(中位)**
- **市町村の個別評価では、上位：10市町、中位：9市町、下位：7市町村**
 →府内市町村による取組状況にバラつき
- **在宅医療・介護連携、認知症に係る支援では、都道府県・市町村平均とも全国平均を上回る。**

【図 1.3.5 令和5年度保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果】

京都地域包括ケア推進機構 第44回理事会（令和6年12月16日）報告資料

令和5年度 保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果概要

・厚生労働省が地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援、重度化防止などに向けた「都道府県や市町村の取組を評価」 → 得点＝都道府県や市町村による評価＋厚生労働省の評価

【都道府県（評価）】区分：上位・中位・下位（都道府県：1～16位・17～32位・33～47位）
 【市町村（評価）】都道府県内の市町村平均： 上位・中位・下位（都道府県：1～15位・16～30位・31～47位）
 各市町村：上位・中位・下位（市町村：1～580位・581～1,160位・1,160～1,741位）

【ポイント】

- 都道府県ごとの評価結果では、京都府は「上位：10位」
- 各都道府県内の市町村平均（点）では、京都府は「中位：22位」
- 府内市町村ごとの評価結果・・・「上位：10市町、中位：9市町、下位：7市町村」
- 「京都市における取組評価」>市町村における取組評価<市町村としての取組に遅れ>

【都道府県（評価）】

○ 京都府（得点）は1,340点（満点1,830点）、都道府県・順位は10位（1位 静岡県1,583点）
 ○ 〃（得点率）上位3項目：在宅医療・介護連携100％総合事業への支援94.7％、認知症に係る支援93.3％

都道府県	Ⅱ 自立支援、重度化防止等、保険給付の適正化事業等に係る保険者支援の事業内容								Ⅲ 管内の市町村における評価指標の達成状況による評価	合計	
	I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画	(1) 地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援	(2) 生活支援等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援	(3) 自立支援・重度化防止等に向けたリハビリテーション専門職等の活用に係る支援	(4) 在宅医療・介護連携に係る支援	(5) 認知症総合支援に係る支援	(6) 介護給付の適正化に係る支援	(7) 介護人材の確保・重度化防止等に向上に係る支援			(8) その他
満点	150	285	100	90	25	75	60	280	25	740	1,830
全国平均点	107	240	68	69	22	62	45	198	17	374	1,202
府得点	115	270	85	60	25	70	50	240	10	415	1,340
(得点率)	77%	95%	85%	67%	100%	93%	83%	86%	40%	56%	73%
府順位	⑦	⑬	⑤	⑧	①	⑨	⑬	④	⑩	⑪	⑩

【市町村（評価）】

○ 京都府市町村（平均点）は1,182点（満点2,185点）、都道府県・順位は22位（1位 大分県1,542点）
 ○ 〃（得点率）上位3項目：在宅医療・介護連携77.5％、認知症に係る支援77.1％、保険者機能強化体制70.0％

市町村	I PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制等の構築	Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進							Ⅲ 介護保険運営の安定化に資する施策の推進		合計
		(1) 介護支援専門員・介護サービス事業所等	(2) 地域包括支援センター・地域ケア会議	(3) 在宅医療・介護連携	(4) 認知症総合支援	(5) 介護予防/日常生活支援	(6) 生活支援体制の整備	(7) 要介護状態の維持・改善の状況等	(1) 介護給付の適正化等	(2) 介護人材の確保	
満点	170	100	165	120	140	560	90	600	120	120	2,185
全国平均点	104	58	95	89	91	276	58	265	65	53	1,156
府内市町村平均点	119	58	90	93	108	280	57	255	60	63	1,182
(得点率)	70%	58%	55%	77%	77%	50%	63%	43%	50%	53%	54%
府内市町村平均点順位	⑪	⑳	⑳	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑	㉑

【図 1.3.6 令和5年度保険者機能強化推進交付金等に係る評価結果概要】

次項の評価項目別の全国平均と京都府の得点、府内市町村平均点について、都道府県別では、1,830点満点中、全国平均が1,202点、京都府の得点は1,340点（10位）であった。市町村別では、2,185点満点中、全国平均が1,156点、府内市町村平均点1,182点（22位）となっており、ここでも「在宅医療・介護連携に係る支援」や「認知症総合支援に係る支援」の項目が、比較的上位にあることがわかる（図1.3.6）。

「令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査結果（厚生労働省）」（図1.3.7）によると、全国・京都府とも在宅医療・介護連携推進事業に介護部局のみで取り組んでいる市町村の割合が高く、市町村内で医療・介護担当部署間の連携が進んでいない状況がうかがえる。京都府は全国に比べ、「看取り」「認知症」「感染症」に取り組む割合の高さが際立っている。また、京都府独自の「在宅療養コーディネーター養成研修」が奏功し、「コーディネーター」（地域の在宅医療・介護の連携を支援する人材）がいる割合が高かった。このコーディネーター養成研修には、京都府医師会地域包括サポートセンターが全面的にバックアップしている。

京都市域包括ケアの10年間の取組評価（俯瞰）
 <客観評価：令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査>

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等の実態把握のため、厚生労働省が実施

京都府の特徴

- ① 在宅医療・介護連携推進事業に介護部局のみで取り組んでいる割合が高い。
 →市町村内では医療・介護担当部署間の連携が進んでいない。
- ② 「看取り」「認知症」「感染症」に取り組む割合の高さが際立つ。
 →機構の「5つのプロジェクト」の取組が奏功
- ③ 「コーディネーター」（地域の在宅医療・介護の連携を支援する人材）がいる割合は高い。
 →府独自の「在宅療養コーディネーター養成研修」が奏功

<調査結果>

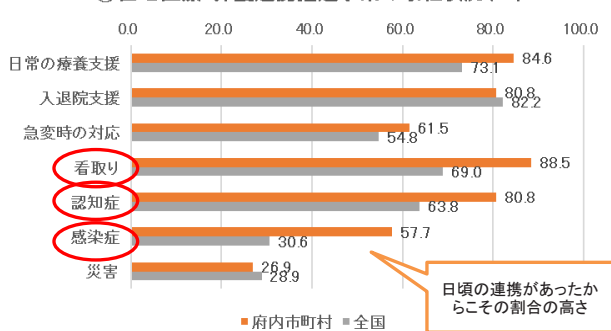
①在宅医療・介護連携推進事業の実施体制（%）

回答内容	府内市町村	全国
介護部局と医療部局が連携	34.6	46.2
介護部局のみ	65.4	52.8
医療部局のみ	0.0	1.0

③「コーディネーター」の設置状況（%）

回答内容	府内市町村	全国
いる	69.2	56.6
いない	19.2	39.6
わからない	11.5	3.4

②在宅医療・介護連携推進事業の取組状況（%）



【図1.3.7 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業の実施状況等に関する調査結果】

2) 問題点

京都府内の各市町村を、その「地理的状況」、2040年に向けた「人口構造」・「医療介護需要」の将来推計を基本に、3類型（A：都市型、B：住宅型、C：中山間型）に分類して分析した（図1.3.8）。この類型化は、冒頭に高齢者1人あたりの医療費、介護費の京

都府内の市町村の状況について説明したが、その「地理的要因」で枠囲み（グループ化）したものとも一致している。大きな傾向としては、類型ごとの市町村は2040年に向けた人口動態、医療介護サービスの需要推計が同じような傾向であると言える。

「A：都市型」（京都市、向日市、長岡京市、大山崎町、福知山市、舞鶴市）では、85歳以上人口が約2倍弱の増、生産年齢人口は約2割減で、医療需要は「横ばい」、介護需要は「微増」となる。

「B：住宅型」（京田辺市、木津川市、精華町、宇治市、城陽市、八幡市、久御山町、井手町、宇治田原町、亀岡市）では、85歳以上人口が約2倍強の増、生産年齢人口は、最大4割減で、医療需要は「横ばい～微増」、介護需要は「微増～大幅増」となる。

「C：中山間地方」（南丹市、京丹波町、綾部市、宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町、笠置町、和束町、南山城村）では、85歳以上人口は維持から1.5倍増加、生産年齢人口は最大7割減、医療需要は「微減～大幅減」、介護需要は「横ばい～微減」となる見込みである。

客観的データによる2040年の市町村別状況を見据えた類型化

京都地域包括ケア推進機構 第44回理事会
(令和6年12月16日) 報告資料

【3類型の考え方】

各市町村の「地理的状況」、2040年に向けた「人口構造」「医療・介護需要」の将来推計を基本に3類型に分類

類型	市町村	地理的状況	人口構造(2040年)			※ 医療需要予測指数			介護需要予測指数		
			85歳以上人口 (2020年=100)	生産年齢人口 (2020年=100)	2040年の 65歳以上人口 ÷生産年齢人口 (人)	2030年 (2020年=100)	2040年 (2020年=100)	2040年 以降	2030年 (2020年=100)	2040年 (2020年=100)	2040年 以降
A 都市型	特徴	85歳以上人口が約2倍弱の増、生産年齢人口は約2割減			医療需要は「横ばい」、介護需要は「微増」						
	I	京都市	165	84	0.6	103	102	→	116	115	↗
		向日市	202	84	0.6	104	103		121	116	
		長岡京市	187	86	0.6	102	100	→	118	111	↗
		大山崎町	169	94	0.5	103	100		112	103	
		福知山市	128	82	0.7	99	96	↘	111	109	↗
	II	舞鶴市	133	72	0.7	95	87		108	98	↘
B 住宅型	特徴	85歳以上人口が約2倍強の増、生産年齢人口の最大4割減			医療需要は「横ばい～微増」、介護需要は「微増～大幅増」						
	I	京田辺市	225	92	0.5	109	113		128	129	↗
		木津川市	237	97	0.6	114	120	↗	141	148	↗
		精華町	249	72	0.8	108	111		139	150	
		宇治市	194	73	0.8	101	95		120	113	↗
		城陽市	214	73	0.8	99	88		120	101	→
	II	八幡市	231	72	0.8	101	95		126	115	↗
		久御山町	209	72	0.8	98	89	↘	123	105	→
		井手町	154	60	1.0	96	85		114	104	↘
		宇治田原町	208	65	0.9	103	98		130	130	→
		亀岡市	210	71	0.8	103	96		130	125	
特徴		85歳以上人口は維持～1.5倍増、生産年齢人口は最大7割減			医療需要は「微減～大幅減」、介護需要は「横ばい～微減」						
C 中山間地方	I	南丹市	126	72	0.8	97	90		109	104	
		京丹波町	120	49	1.5	90	75		105	90	
		綾部市	114	71	0.9	92	82		102	89	
		宮津市	112	56	1.3	90	75	↘	102	88	↘
		京丹後市	116	60	1.1	93	82		104	96	
	II	伊根町	95	65	1.2	87	69		97	79	
		与謝野町	126	56	1.2	93	82		107	99	
		笠置町	126	33	2.4	83	62		97	75	
		和束町	166	42	1.8	91	71	↘	114	94	↘
		南山城村	153	43	1.8	90	69		107	86	
全国値(参考)		162	82	0.6	112	101	→	117	117	↗	

出典:「人口構造」国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」、「医療介護需要予測指数」日本医師会「地域医療情報システム」

※ 2015年の医療費、介護サービス費用と将来人口推計から各年の需要量を推計し、2020年国勢調査に基づく需要量=100として指数化
2040年の指数値が2020年と比べ、「±15以内は横ばい」、「±16～±20を微増・減」、「±21以上を大幅増・減」と表した

【図 1.3.8 客観的データによる2040年の市町村別状況を見据えた類型化】

以上を踏まえ、2040年に向けた地域包括ケアシステム（医療・介護提供体制）の対応方向（仮説）を検討する。

2040年に向けた地域包括ケア（医療・介護提供体制）の対応方向【仮説】

京都地域包括ケア推進機構 第44回理事会（令和6年12月16日）報告資料

類型	市町村	課題	担い手（市町村ヒアリングより）			対応方向【仮説】	
			医師会	中核病院	介護施設	短期（～2030）	中長期（～2040）
A 都市型	I 京都・乙訓圏域	●医療は当面現状維持 ●介護は需要増で逼迫	京都市13地区 乙訓	公的、民間病院 など多数	・多様な主体による運営	●介護人材の確保 ●介護現場のICT化等生産性向上	●独居高齢者への対応 ●介護人材の確保（医療から介護への移行、法人内移動等） ●療養場所の拠点化、重点化 （メッシュの大きさは） 検討要 ・市町村単位 ・複数の市町村 等
	II 福知山市舞鶴市	●中心部以外では在宅療養が困難 ●B・Cの深刻度が高いと推測	福知山舞鶴	福知山市民病院 舞鶴4公的病院			
B 住宅型	I 京田辺市木津川市精華町	●医療・介護ともに需要急増 ●担い手は維持（2040年時点）	綴喜相楽	民間病院 山城総合C	・医療法人が母体の社福による運営	●在宅医療を実施する医師の拡大 ●介護人材の維持（流出防止） ●介護現場のICT化等生産性向上	
	II 山城北園城亀岡市	●担い手減（自然減+京都市流出）で特に介護が逼迫	宇治久世綴喜亀岡	民間病院			
C 中山間型	I 南丹市京丹波町綾部市丹後圏域	●担い手激減（高齢化）で介護の維持が困難 ●独居増で在宅療養が困難	船井綾部北丹与謝会	中部総合C綾部市立北部医療C	・社福、社協による運営	●オンライン診療等ICT化推進 ●介護人材の維持（従事者の勤務環境改善、離職防止）	
	II 笠置町和束町南山城村	●担い手激減で医療・介護の維持が困難	相楽	山城総合C			

【今後の取組】

R6.11～R7.3	・関係団体と検討会を実施 ・先進事例の研究等（地域での医療・介護連携の取組 ex.地域医療連携推進法人 等）
R7.4～	・各地域で2030・2040年を見据えた、地域状況の共有や連携体制づくり（医療・介護連携体制の強化に向けたスキーム（枠組）等） →深刻度が高い類型「B」「C」の地域を重点的に実施
R7後半～R8	・地域医療構想調整会議※において、新たな地域医療構想（R9～）を議論 2040年を見据えた新たな地域医療構想（R9～）は、病床機能だけでなくかかりつけ医療、在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制が検討対象とされる ※出典：『経済財政運営と改革の基本方針2024』

【図 1.3.9 2040年に向けた地域包括ケア（医療・介護提供体制）の対応方向【仮説】】

「A：都市型」は医療・介護需要は増えるものの、その担い手もあり、官民含めた様々な主体により対応が可能と見込まれるが、「B：住宅型」については、医療・介護ともに需要が急増し、担い手も減る（自然減+京都市流出）ことから、特に介護の逼迫が危ぶまれる、「C：中山間地方」は、担い手減（高齢化）で介護の維持が困難であること、および独居増で在宅療養が困難なことが課題として挙げられ、ともに深刻度が高いことから、地域の実情を踏まえながら、地域の中で継続できる仕組みを作る必要があると考えている（図 1.3.9）。

3) 提言

今後の取り組みとしては、京都府医師会の地域医療対策委員会や京都在宅医療戦略会議等をはじめとした関係団体との検討会を実施し、意見交換が行われる予定であるほか、地域医療連携推進法人等の先進事例の研究も行いつつ、各地域で2030年、2040年を見据えた地域状況の共有や連携体制づくりに取り組んでいくことになる。地域の特徴を踏まえたアウトリーチの必要性についても検討していきたい。厚生労働省が示す新たな地域医療構想の策定に間に合うようなスケジュールで検討を進め、地域の中で本当に必要な医療提供体制のあり方について深堀していきたい。

注) 「京都府地域包括ケア推進機構」

高齢者の方が介護や療養が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる「京都式地域包括ケアシステム」を実現するため、医療・介護・福祉・大学等のあらゆる関係団体が終結してオール京都体制で設立した組織。39団体が構成。京都府知事、京都市長、京都府社会福祉協議会長、京都府医師会会長が代表幹事を務める。

(3) 医師会共同利用施設としての「在宅医療・介護連携支援センター」～ 2040年問題を 見据えて・ハードからソフトへの転換 ～

1) 現状

超高齢社会において地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題であり、その核となるのが「在宅医療・介護連携支援センター」であると思われる。介護保険制度で位置付けられている同センターは、その多くが各県各市町村から関係医師会に業務委託されている。

福島県も同様である。福島県の人口は1998(平成10)年の214万人をピークに減少し、2025(令和7)年8月1日現在173万人(27年で19.2%減)で、全国47都道府県中21位、高齢化率は34.2%で16位である。県内59市町村のうち高齢化率が最も高いのは60.3%で、この町を含め50%以上が6町村あり、最も低いのは27.6%の村で、この村を含め30%未満は4市町村ある。ただし、東日本大震災後、避難地域の5町村は非公表で、原発の影響はまだ残っている。

また、福島県の面積は岩手県に次いで広く、自然環境や歴史・文化等も3つの地域で異なっている。福島県の西3分の1の「会津地域」は北から南まで雪深い冬の長い地域で、隣の家が何キロも離れていることも多く、訪問診療や訪問看護等在宅医療は、都市部のマンションとは全く異なる。加えて、小児の予防接種や学校医活動、あるいは看取りへの対応等課題は多い。

福島県の東3分の1の「浜通り」は太平洋に面した気候温暖な地域であるが、その中央に位置する東京電力福島原子力発電所によって、東日本大震災以来14年経つが、今も日常生活は戻っていない。医師等医療専門職も介護関連職も総じて少ない。

そして、会津地域と浜通りに挟まれた「中通り」は、県北の福島県立医科大学のある福島市、県中の民間病院が連携して急性期医療から高度医療を担っている郡山市、JAの関連病院を中心に地域を支えている県南の白河市。このように、明治以降歴史的に各地域は独自の生活圏域、医療圏域を形成してきている。

それぞれの地域における課題等の受け皿となっているのが、各地域の様々な課題を包括的に支援する、文字通り「地域包括支援センター」であると考えたいところであるが、このセンターの所管は介護保険関連であり、地域によっては「高齢者あんしんセンター」と愛称をつけて、市民からは高齢者限定であることが「分かりやすく」なっているところさえあるのが現状である。

2) 問題点

2000(平成12)年に介護保険制度が施行され、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等施設サービスは要介護認定による契約となり、在宅サービスでは以前は年度末になると利用回数を減らされていた訪問入浴サービスが、契約によって年間通して利用可能に

なったり、利用者その家族からも新しい制度を実感できる場面が多くあった。しかし、年齢等で介護保険サービスの対象となる方は、原則介護保険が優先であり、生活保護法の「他法優先」とは真逆の制度である。このことを含め、利用者その家族からは分かりにくい場面もあり、保険者である市町村の庁舎の正面玄関に、「総合相談窓口」という大きな看板を設置したところさえあった。

その後、要介護認定を受けた利用者個々の介護支援専門員とは別に、市町村内の生活圏域と言われる地域毎の身近な課題を相談しやすい窓口である「地域包括支援センター」ができた。これは、生活圏域として中学校区を対象とした「在宅介護支援センター」とは似て非なるところがあり、市町村によっては市全域を対象に直営のところもあれば、社会福祉協議会の支部あるいは町内会等、既存の様々な地域割りに配慮して民間団体に委託している市町村等様々な運営形態がある。しかし、どちらにしても介護保険制度によって運営されていることに変わりはなく、高齢者の家族にヤングケアラーの課題があったり、医療的ケア児がいたとしても、関わった職員の個人的判断で対応することは少なくないのが現状で、制度上の本来の業務は、介護保険対象者である高齢者への対応である。ただし、個々の例外的課題を抱えた家族の少なくないことも事実である。

医療的ケア児への訪問診療医師を増やすことを目的に、福島県では訪問診療同行研修事業を福島県医師会に委託して行っている。その中で分かったことの一つに、対象者の年齢が半数は成人であり、40歳近くまで、つまり介護保険対象年齢の前まで「医療的ケア児」として小児科医が関わっている現状があった。さらに様々な課題のある中、「医療的ケア児等コーディネーター」の養成研修を行い、福島県内で160人以上が配置されているが、それでもなお利用者個々の課題には対応できていないようである。

また、家族の中で要介護状態となった祖父母だけでなく、父母や兄弟を介護している、いわゆる「ヤングケアラー」も少なからずいて、本人の就学環境が課題となっている。

これらを考えたとき、介護保険制度と同じ2000(平成12)年に施行された「成年後見制度」の考えが現場に浸透していれば、少なからず課題解決の糸口が見えることもあるのではないだろうか。可能であれば、地域包括支援センターに小児から高齢者まで、担当地域の課題を包括的に支援してほしいところであるが、前述のようなことから実際は難しいように思われる。高次脳機能障害者への就学支援や就労支援への対応でも同様である。

2040年問題に対する対策として、地域医療計画を地域医療介護計画へと、医療と介護の連携を図ることは必要であり、是非とも進めてもらいたい。ただし、前述のように各生活圏域の地域性、年齢や状況からの様々な制度の垣根を超えた対応等に課題のあることも事実であり、利用者や家族に寄り添った効率の良い連携のあり方をもう一度見直し、実行することが重要である。

例えば、医療も介護も、施設サービスも在宅サービスも、対人サービスはそれぞれの制度によるものとして提供されている。しかし、介護保険利用者個々のサービスメニューを組む介護支援専門員の位置付けは、介護保険サービス対象外では曖昧で、前述の医療的ケア児コーディネーター等制度毎に様々な立場の方がいて、連携業務を分かりにくく煩雑にしているように思われる。

よって、医療介護のDXにおけるAIの活用も含めて、医療と介護の連携の情報共有をもっと効率の良い日常業務として運用できるように、年齢や地域性等生活環境を含めて課題分析し、各種制度の垣根を超えたケアプラン等を提案し、効率の良い環境の提供を望む。

3) 提言

人口減少により、医療の需要は既にピークを過ぎ、介護の需要も2040年にはピークを迎えるが、同時に医師も含めた専門職も減少傾向にあるのも事実であり、業務の効率化と追加業務を必要としない情報の共有、情報リテラシーの最適化を追求することが必要である。そのためには、介護保険制度における介護支援専門員の業務にAIを導入することによって限りなく業務の効率化を図り、この方法を他の制度にも広げることを提案したい。本来は制度の改定が必要かもしれないが、現場の運用方法を広げるには各地区の「在宅医療・介護連携支援センター」は『本来の業務として、介護保険対象外の課題にも対応すべきである。』としてもらえれば、実効性のある動きができてくるものと考えられる。加えて、各地域で組織的な実効性のある運用を考えたとき、地域によっては、既に組織化されている地域連携パス連絡協議会の利活用が大切である。

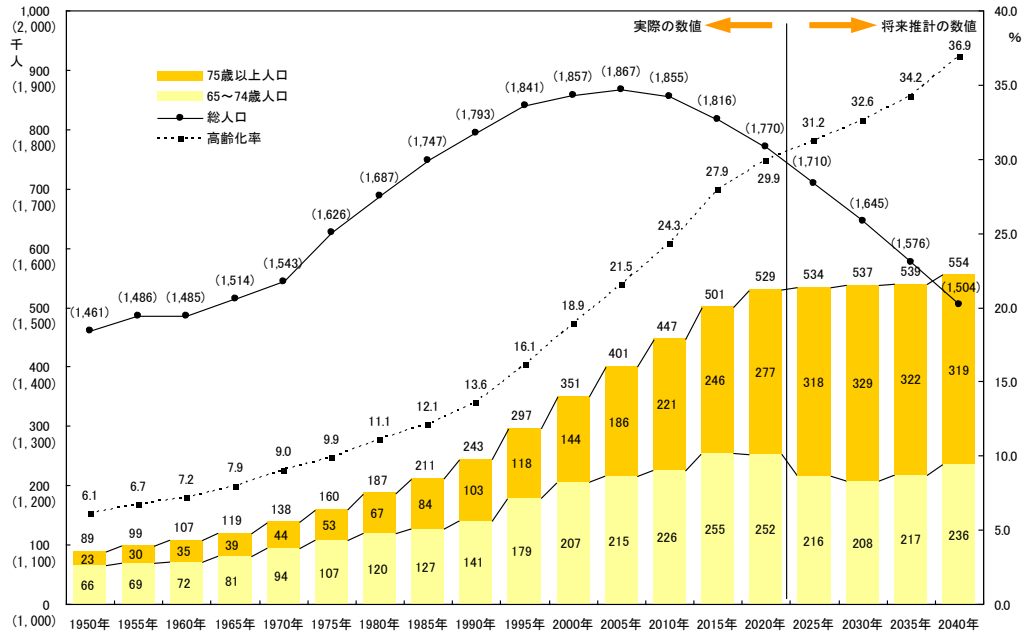
上記により、病診連携、医療と介護の連携等、その要として医師会共同利用施設が地域の医療と介護を面として支える体制ができるのではないだろうか。この動きを推進するような診療報酬と介護報酬の改定が望まれる。医師会共同利用施設の、ハードからソフトへの転換により、地域の医療と介護を面で支えることができ、2040年問題を見据えた対応につながるものと思われる。

(4) 三重県の医師会共同利用施設（介護保険関連施設）における現状と問題点

三重県の人口の推移は2007(平成19)年をピークに減少に転じており、2025(令和7)年の推計人口は約171万人となっている。2040年には約150万人まで減少していくと予想されている(図1.3.10)。

次に、三重県における高齢化を見てみると(図1.3.11)、県全体では30.3%(令和3年10月1日時点)となっている。特に、南伊勢町・大紀町・紀北町の順に(市町村で)高齢化率が高く、南部の伊勢志摩・東紀州においては40%を超える高齢化率となっている。今後、2040年には36.9%(県全体)になると予測されている。

・三重県の高齢化の推移と将来推計



資料：2020年以前は総務省統計局「国勢調査」、2025年以後は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」

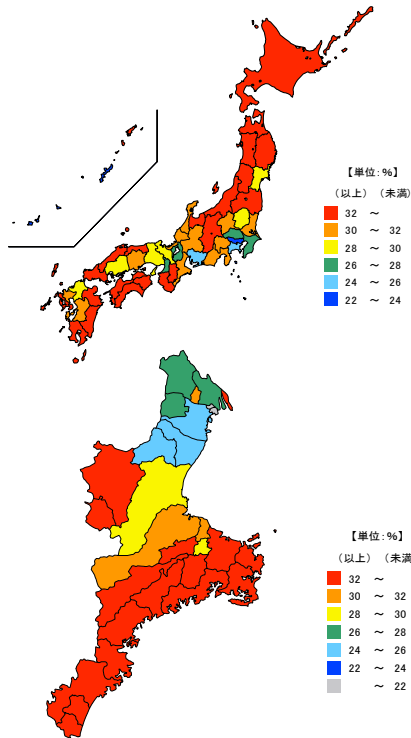
【図 1.3.10 三重県の高齢化の推移と将来推計】

05 老年人口割合

● 老年人口(65歳以上人口)割合 令和3年10月1日

都道府県	値	順位
全国	28.9	
秋田県	38.1	1
高知県	35.9	2
山口県	35.0	3
徳島県	34.7	4
島根県	34.5	5
三重県	30.3	31
滋賀県	26.6	43
神奈川県	25.7	44
愛知県	25.5	45
沖縄県	23.1	46
東京都	22.9	47

市町	値	順位
南伊勢町	53.9	1
大紀町	51.0	2
紀北町	46.6	3
熊野市	45.1	4
尾鷲市	44.4	5
大台町	43.5	6
志摩市	41.6	7
御浜町	41.5	8
鳥羽市	40.1	9
紀宝町	37.9	10
度会町	36.9	11
多気町	34.6	12
木曾岬町	33.9	13
名張市	33.2	14
伊賀市	33.1	15
伊勢市	32.3	16
明和町	31.7	17
東員町	31.7	18
松阪市	30.3	19
津市	29.7	20
玉城町	28.9	21
いなべ市	27.7	22
桑名市	27.1	23
菟野町	26.4	24
四日市市	26.0	25
亀山市	25.9	26
鈴鹿市	24.9	27
朝日町	18.8	28
川越町	18.8	29



令和3年10月1日現在の三重県の老年人口割合は30.3%で、全国順位は31位となっています。
県内では、南伊勢町、大紀町、紀北町の順に高く、県南部地域の9市町は40%以上となっています。

【資料出所】 全国・都道府県：総務省統計局「人口推計」
三重県市町：三重県政策企画部統計課「推計人口」
【算出方法】 三重県市町：65歳以上人口÷総人口×100
【備考】 「総人口」には、都道府県別、三重県市町別とも「年齢不詳者数」を含む。「65歳以上人口」は、都道府県別では「年齢不詳者数」を案分した数を含めているが、三重県市町別では含めていない。

【図 1.3.11 三重県の老年人口割合】

三重県の介護保険施設の現状においては、介護施設数（訪問介護・通所型・入所型を含む）は 3,422 施設で、75 歳以上 1,000 人あたりの施設数では、三重県 12.51、全国平均 11.31 と、県全体で全国平均をやや上回る状況である。内訳では、訪問介護施設が 935、通所型介護施設が 1,024、入所型介護施設が 583 等、居宅介護支援事業所（ケアプラン作成等）は 210 となっている。2023(令和 5)年 8 月末時点で、要支援 1・2 および要介護 1～5 の合計認定者数が 103,332 人。過去 10 年で認定者数は約 12,774 人 増加。特に軽度～中度の要支援・要介護で増加が顕著となっている。人材確保・求人の状況では、介護職の有効求人倍率が 4.03 倍と非常に高く、求職側・雇用側の需要と供給に大きなギャップがある。看護師に関しては、三重県内では 2024(令和 6)年までの 10 年で約 4,000 人増加し、訪問看護ステーションが 190%と大きく増加しているが、介護保険施設は 33.9%の伸びにとどまっている。

三重県内の医師会においても、訪問看護ステーションが桑名・四日市・津・松阪・伊勢・紀北・紀南で、居宅介護支援事業所は桑名・四日市・津・松阪、地域包括支援センターは津・松阪で運営されている。

問題点としては、医師会立も同じく人材の確保が挙げられる。また、南部地域においては担当地区が広く、移動の問題、在宅医の高齢化もあるように思われる。

【医師会立介護保険関連施設が 2040 年に向かうにあたっての提言】

①人材確保と働き方改革

- ・多様な人材の確保：外国人材、シニア人材などの柔軟な受け入れ
- ・処遇改善：給与・キャリアパス・資格取得支援による魅力ある職場づくり

②テクノロジーの積極導入

- ・ICT・AI 活用：ケアプラン作成支援、医療介護連携ソフトの導入
- ・オンライン診療・連携

③財源・経営基盤の安定化

- ・施設経営の効率化：複数施設の統合運営によるコスト削減
- ・公的支援の確保：国・自治体への安定財源要望と制度設計への参画

2. 医師会共同利用施設における 2040 年問題に対する対策

2-1 2040 年問題での労働力不足に対する対策

都市部、地方の区別なく人材不足は進行している。主な要因は産業としての魅力低下が考えられる。現状の打破は非常に難しいと思われるが、以下に考え得る対策を記す。

- ・第一義は、診療報酬あるいは補助金による人件費アップを、他産業との人材獲得競争に勝てるくらいに設定する。
- ・人材不足に対する紹介派遣業種から医療関連職種を除外してもらう働きかけを続ける。
- ・医療介護の質低下を見据えた DX 推進のコントロール。
- ・医療人材育成の更なる推進のための金銭的補助や、都市部への人口流出阻止を自治体に求める。

2-2 インフラ・施設老朽化対策

2040 年までには多くの施設の建て替え問題が生じる。現在の建築費用の上昇は、収益力の低い施設での診療報酬・介護報酬で賄うことは不可能である。対策としては、

- ・DX も含めた運営の効率化の推進と並行して、報酬アップあるいは国・各自治体への補助金の要請強化
- ・民間投資の呼びかけ（成功事例あり）
- ・施設の統合再編

2-3 医療 DX 等

(1) 山口県における医療 DX の取り組み

山口県では、2040 年問題の対策に向けて、様々な医療 DX に取り組んでいる。ここでは、2つの取り組みを紹介する。

1) 山口県の離島・へき地における遠隔医療の取り組み

離島・へき地の医療体制は、現状においても十分ではなく、2040 年にはさらに深刻な状況になることが予想される。将来的に離島・へき地に医師が常駐することはほとんど不可能となり、巡回診療やオンライン診療が中心となると考えられる。山口県では、既に離島・へき地において遠隔医療の取り組みを実施している。

①新型コロナウイルス感染症が遠隔医療に及ぼした影響

2020(令和2)年以降の新型コロナウイルス感染症の流行は、日本の医療に様々な影響を及ぼした。その影響の一つに遠隔医療があり、新型コロナウイルス感染症の感染

拡大防止という目的で、全国的にオンライン診療などの遠隔医療が普及した。新型コロナウイルス感染症の流行前からは想像もできない変化である。

山口県においても、新型コロナウイルス感染症拡大防止対策の一環として、遠隔医療の利用が広がっていった。2021(令和3)年5月頃からは、宿泊療養施設での遠隔医療が積極的に行われた。岩国圏域では、岩国市医療センター医師会病院が宿泊療養施設の運営の中心的役割を果たした。宿泊療養施設にいる看護師が、ホテルにつながっている当院の電子カルテに患者情報を入力すると、その内容を病院内にいる担当医師が確認する。その後、オンラインで患者に問診をして病状を確認し、看護師に指示を出す。必要であれば、当院の新型コロナ患者専用の病棟に入院を指示するなど、遠隔医療が有益であった。

②離島・へき地の遠隔医療の現状

離島・へき地では、住民が急に体調不良になったとき、休日・夜間に限らず、昼間においても遠くの医療機関を受診しなければならないことが多い。遠隔医療は、移動距離や時間等の物理的な医療アクセスを改善する目的で、離島・へき地を中心に期待される。これまで多くの実証等が行われてきたが、様々な規制の中で実際には活用が進まなかった。コロナ禍で、遠隔医療が時限的・特例的に規制が緩和され、多くの医療機関で利用しやすい状況になっても、離島・へき地での一般診療への活用は、全国的には進んでいない。

③山口県における離島・へき地の遠隔医療の取り組み

医療資源が不足している離島・へき地における医療アクセスを改善する目的で、山口県立総合医療センター内にあるへき地医療支援センターでは、医療DXに積極的に取り組んでいる。2015(平成27)年に、山口大学工学部と連携して、自治医科大学卒業医師が派遣されている離島診療所にクラウド型電子カルテを導入した。離島・へき地の医療機関の診療情報をへき地医療支援センターと共有し、その地域の環境や医療体制に合わせたオンライン診療を実証してきた。

山間部のへき地診療所の事例では、常勤医師は遠方から通勤しており、休日や夜間には医師は不在となる。医師不在時に、患者から診療所に相談があった場合、まず現地の看護師が患者の自宅を訪問して、訴えやバイタルなどを確認する。医師は看護師から報告を受け、オンラインで患者を診療する。このようなオンライン診療により、患者が直ちに医療機関へ受診することを回避できることも多い。後日、対面診療により病状をフォローして、有害事象は発生していないか確認している。離島診療所の事例では、巡回診療を週1回実施している市立診療所があり、荒天による欠航のため、医師が島に渡れないときに、対面診療の代替としてオンライン診療が実施されている。

④離島・へき地での遠隔医療の問題点

オンライン診療の規制緩和が徐々に進み、かかりつけ医が実施する等の条件下で、初診に対するオンライン診療が可能となった。このような急激な規制緩和により、安全性が十分に担保されない不適切なオンライン診療の増加が懸念されている。一方で、離島・へき地の地域包括ケアシステムの推進に資するオンライン診療の活用は、いまだに限定的である。

人口減少と少子高齢化が進み、医療体制の確保が難しくなるわが国の離島・へき地において、不適切なオンライン診療を回避しながら、地域包括ケアシステム推進を目的としたオンライン診療の普及啓発が望まれる。そのため、離島・へき地におけるオンライン診療の実証では、普及の障壁となっている原因を調査し、併せてその有用性の検証を目指している。オンライン診療の推進により、離島・へき地で暮らす人々が医療を受けやすい環境を整備し、生活の支えとなることに貢献できるように、今後も活動を継続する予定である。

⑤山口県における離島・へき地の遠隔医療のこれから

山口県立総合医療センター内にあるへき地医療支援センターは、離島・へき地における医療の確保・充実を目的に、自治医科大学の卒業医師が勤務しているへき地医療機関を中心に、積極的に遠隔医療に取り組んできた。新型コロナウイルス感染症対策でも医療DXが必要不可欠なように、医療資源が不足している離島・へき地こそ、最も医療DXを導入・推進すべきである。これからの時代、オンライン診療は離島・へき地に医療を届けるツールとして、さらに重要となると考える。

しかし、遠隔医療の発展自体が目的ではなく、離島・へき地の住民が、住み慣れた場所で自分らしく最後まで安心して暮らし続けるため、つまり地域包括ケアシステムの充実のための一つの手段に過ぎない。普段から良好な医師・患者関係を保ち、対面診療とどう組み合わせ、適切な医療を届けるのかという視点が重要である。

2) 岩国市医療センター医師会病院の小児救急オンライン診療の取り組み

2040年問題として、救急医療においても、医師の働き方改革や高齢化などから、対面診療のみで救急医療を維持していくことは困難になると考えられる。岩国圏域が抱える小児救急医療の課題に対し、地域完結型の体制を築くことを目的として、岩国市医療センター医師会病院では、2025(令和7)年4月から救急の来院型小児オンライン診療の取り組みを開始した。

①山口県における小児医療の現状

山口県の2022(令和4)年の統計では、18歳未満の救急搬送数は3,512人にのぼり、そのうち65%が軽症であった。また、山口県全体の傾向として、小児の時間外外来受診回数は全国平均を約15%上回っており、医療需要の高さがうかがえる。小児科医師

数も 183 人（2020 年の統計）と増加傾向にはあるものの、人口 10 万対では全国平均を下回っており、特に休日・夜間診療の小児医療の場面で医師不足の実感が強い。岩国市においても、同様の課題を抱えている。

②岩国圏域の小児医療の課題

岩国圏域では、小児科の開業医の減少や高齢化などにより、高次救急医療機関である国立病院機構岩国医療センターに軽症小児患者が集中（80%以上が軽症扱い）するなど、医療の偏在が深刻化している。その一方で、当医師会病院自身も、小児科医師確保が困難という課題を抱えている。こうした状況から、岩国医療圏の小児救急医療において、行政を含め地域全体で体制整備が求められる状況にあった。

③岩国圏域における小児救急オンライン診療の取り組み

このような背景から、オンライン診療を活用し、遠隔から医師資源を補完するという方針で、行政と協議を進めてきた。ただし、オンライン診療はあくまで対面診療を補完する手段であり、対面での小児救急医療も継続する。

オンライン診療には、大きく分けて「自宅型」と「来院型」の2つのモデルがある。本院が導入したのは「来院型」である。これは、患者が病院等に来院し、看護師の補助のもとで遠隔の医師が診療を行うモデルである（D to P with N）。機器操作の負担がなく、保護者の安心感も高く、より対面診療に近い診療体験を提供できる点が特長である。

④医師会病院にて実施するオンライン診療の特徴

診療に従事する医師は小児科専門医であり、中でも山口県にゆかりのある「ふるさと診療ドクター」が対応することになっている。また重要な点は、これらの医師が岩国市医療センター医師会病院と雇用契約を結び、診療報酬や診療録（患者情報）がすべて同医師会病院に帰属することである。この仕組みにより、診療情報や収益が地域外の医療機関に流出することなく、地域内で完結する構造になっている。

⑤オンライン診療の基準とフォローアップ実施

オンライン診療の基準に関しては、4歳以上かつ外科的処置を必要としないこととし、さらに痙攣、呼吸困難、アナフィラキシー等についてはすぐに救急車を呼ぶようにしている。受診する患者は、対面診療においても割合が多い発熱患者が中心となることを想定している。診療後3日以内に看護師が電話連絡を行い、症状の経過や再受診の有無、診療への満足度などを確認し、安全性の検証や体制の改善に役立てている。

3. 第31回全国医師会共同利用施設総会報告（分科会報告より）

3-1 第1分科会報告

（1）伊勢崎佐波医師会病院（群馬県）

発表者：都丸浩一 伊勢崎佐波医師会副会長

演題「当院の今後のあるべき姿を考える～地域の中で目指すもの～」

伊勢崎佐波（いせさき さは）医師会病院は、高崎市の東部に位置する伊勢崎市（人口21万人）と玉村町（3万6千人）を対象にした中核病院で、1974（昭和49）年に開設。病床数は255床。1978（昭和53）年には健診センターの運営を開始され、生活習慣病の予防に力を入れておられる。同センターでは、2024（令和6）年から、WEB問診やタブレット誘導システムを導入し、健診の効率化と受診者満足度の向上を図っている。また、15台の検診車による巡回健診を行い、情報収集システムでデータのオンライン化も進められている。今後は、AI活用や定年延長による「労働力の確保」、入退院支援センターの拡充、自治体の在宅医療連携拠点事業を受託することでの「在宅医療との連携強化」、そして健診部門を軸とした経営安定化を目指し、進展する高齢化社会に向けて、選ばれる施設作りを目指すとの発表があった。

（2）鳥取県中部医師会立三朝温泉病院（鳥取県）

発表者：深田 悟 鳥取県中部医師会立三朝温泉病院長

演題「三朝温泉病院のクラウドファンディングの挑戦と成果－温泉施設の改修を目指して－」

三朝（みささ）温泉病院のある三朝（みささ）町は 県中央に位置し、人口約5,700人、高齢化率約40%で高齢化が進む地域である。2000（平成12）年2月に国立病院療養所から鳥取県中部医師会へ経営移譲され、病床数は143床で急性期から慢性期、およびリハビリテーション医療を提供されている。また、日本有数のラドン泉を活用した温泉療法が特徴。温泉成分の腐食による施設の老朽化への対応として、2021（令和4）年にクラウドファンディングを実施。当初は「病院が資金を募るのはみっともない」といった声もあったが、院内外の関係者への丁寧な説明により理解を得て、同年12月～1月の56日間を実施し、結果的に当初の目標額500万円を大きく上回り、全国各地から454名、約943万円の支援が得られた。この取り組みは、資金調達だけでなく、地域との信頼関係の可視化や職員の意識改革にもつながったとの発表であった。

（3）大分市医師会立アルメイダ病院（大分県）

発表者：石和 俊 大分県医師会副会長/大分市医師会副会長/大分市医師会立アルメイダ病院副総院長

演題「大分市医師会立アルメイダ病院の現況と今後いかに“治し支える医療”を展開するか」

大分県のアルメイダ病院がある大分市は、人口 47 万人の中核市で、県人口の 44%が集中する、高齢化率 29%の全国平均の地域である。開業から 56 年目を迎え、2008(平成 20)年には新病院を建て替え、許可病床数は 406 床。救命救急センターの指定を受けるなど、高度急性期から回復期まで幅広い医療機能を担っている。大分市には大分大学医学部付属病院、県立病院など公的病院が多く、高度急性期・急性期病床が過剰である一方、回復期・慢性期病床が不足しているという課題があるが、隣接医療圏からの患者流入も多く、隣接医療圏と連携した広域な医療連携体制の整備が求められている。今後は、「経営の安定」を図るための休床 78 床の復帰、特に 20 代で入職 3 年以内の離職者が目立っており、看護師の離職対策と確保対策の検討および、当医療圏の回復期・慢性期の機能不足への対応として、大分市医師会が運営する訪問看護事業所、地域包括支援センターなどを活用した在宅医療の推進体制を目指していくとの発表であった。

(4) 霧島市立医師会医療センター（鹿児島県）

発表者：河野嘉文 霧島市立医師会医療センター病院長

演題「公設民営医師会病院の新築移転 滑り込みセーフ？アウト？」

霧島市立医師会医療センターのある霧島市は、人口約 12 万人で高齢化率は 28%の全国平均の地域で、病院は 2000(平成 12)年に国立病院療養所から、地元自治体の霧島市へ経営移譲され、地元医師会である始良地区医師会と霧島市との間で、地方公営企業法の一部適用による指定管理者制度で運営。2012(平成 24)年から新病院建設の構想が始まり、2021(令和 4)年に 108 億円で落札したが、資材高騰や人件費増などにより、最終的には 164 億円を要した。2025(令和 7)年 2 月にオープンし、病床は 254 床、全室個室でロボット支援手術や PET-CT 装置を導入し、稼働率は約 90%で、手術件数も増加しているとのことだが、医業費用の増加で黒字化は困難な状況にある。また、公立病院という立場から、市民の期待に応える診療科や施設整備の充実も求められ、公的病院特有の経営の難しさもある。河野先生は、地方都市の医療提供体制の維持には自治体との連携による公設民営の制度が有効であるとした上で、地域医療を守るため赤字でも繰り出し資金を確保する自治体の覚悟と、「今までの医療が続くことが当然」とする国民の意識改革が必要であると述べられた。

第 1 分科会では、4 つの医師会病院から発表いただいた。高齢化がこれから進む地方都市型、既に人口減少を迎えている地域、それぞれニーズも変化しており、それに伴う医師会病院の役割も変化してきている。地方では、人口減で患者も減少し、開業医も徐々に減ってきており、そのような中で、医師会病院を建て替えも含め、継続維持の判断が難しい時代となってきた。鳥取県の三朝（みささ）温泉病院からは、クラウドファンディングを活用した資金調達の例もご紹介いただき、また、霧島市立医療センターの河野先生からは、自治体の覚悟も必要との意見もいただいた。医療は医師会任せではなく、自治体にも医療の厳しい現状を理解していただき、当事者として医師会と一緒にあって関与していただくことが重要であると改めて感じた次第である。

3-2 第2分科会報告

(1) 高崎・地域医療センター（群馬県）

発表者：田村 仁 高崎市医師会副会長/高崎・地域医療センター業務執行理事

演題「検査健診センターにおける地域住民のための、一体感のある連携(自治体・医師会・医療機関)」

高崎・地域医療センターが検診、検体検査、そして休日夜間診療を3本の柱として展開されていることに加え、特に乳がん検診ではデジタルデータを一元管理し、読影委員会で集中的に判定することによって診断の精度を向上し、またそれがうまくいっているという事例をご紹介いただいた。

また、健康寿命の延伸に寄与するためには、自治体健診や事業所健診が重要であり、そのために健診の施設間の均てん化と、精度管理の維持が肝要である点を指摘された。

こうした取り組みを介して地域住民の健康維持に貢献するという公益性の高い事業に関して、今後も自治体、医師会、そして医師会員との一体感のある連帯を深め、発展させたいと抱負を語られた。

(2) 石川県医師会臨床検査センター（石川県）

発表者：齊藤典才 石川県医師会理事

演題「地域に根ざした医師会共同利用施設のあり方～2040年問題が及ぼす影響と対策～」

同検査センターは、一般検査、個別健診、そしてその他の健診の3事業を柱とされているが、民間大手との競合、そして物価賃金の高騰と人手の不足、震災並びに震災後の復旧が遅れているという足下の逆風にもかかわらず、地元の医療機関との連携を基本として、地域の医療を支え続けておられるとのことである。

そのための取り組みとして、業務のICT化や柔軟なシフト体制など、業務改善の具体的な事例の紹介とともに、その基本となる考え方まで丁寧にご説明された。今後も地域医療を支える使命を果たすために、業務改善のための課題を継続的に見つけ出し、問題が顕在化する前に対処することによって、より質の高いサービスの提供を目指していくと締めくくられた。

(3) 静岡市静岡医師会健診センターMEDIO（静岡県）

発表者：水谷暢秀 静岡市静岡医師会副会長/静岡市静岡医師会健診センター所長

演題「静岡市静岡医師会健診センターの現状と2040年問題への取り組み」

不採算であった検体検査部門を廃止する一方で、静岡市内の中心地に立地しているという地の利を生かした健診センターと、CT・MRIを核とした検査センターにより受診者数が増加し、コスト増を上回る収益を得ることで医師会の財政にも寄与しているというこ

とである。健康寿命の延伸の観点から、退職者の健診受診率の改善など、高齢者の健康管理に資する取り組みを種々検討されており、優しさと思いやりを持って、地域住民の健康づくりを応援していくという理念を披露された。

(4) 広島市医師会臨床検査センター（広島県）

発表者：山本 匡 広島市医師会長/広島市医師会臨床検査センター所長/広島県医師会理事

演題「臨床検査センターを取り巻く環境変化と今後の取り組み」

同検査センターにおける利用医療機関の縮小に伴う検査依頼数の減少、診療報酬の長期的な下落、そして検査センターを利用する医師の高齢化という環境の変化を、詳細にご説明された。さらに、これらの課題への対応策として、県境をまたぐ医師会間の相互協力によるコストダウンや、一部検査の外注、更には集荷業務などに関しても、地元民間検査会社との戦略的な連携の可能性にも言及され、事業継続への強い決意を示された。

以上の4題はいずれも大変示唆に富む内容であり、引き続いて行われた質疑応答では、災害時の相互協力の仕組み、営業人材の重要性、システムの共同化、ICT活用による業務効率の改善、集配の外注など、様々な課題に関して、高崎の暑さに負けず熱い討論が行われた。

3-3 第3分科会報告

(1) 由利本荘医師会病院介護医療院

発表者：土田昌一 秋田県医師会理事/由利本荘医師会理事/由利本荘医師会病院副院長

演題「介護医療院開設2年が経過して～現状と課題、そしてその展望～」

当病院では、2022(令和4)年度の診療報酬改定で地域包括ケア3に対して在宅復帰率70%の要件が追加され、多額の年間収支マイナスが見込まれたため、2023(令和5)年4月に療養病棟を介護医療院I型に転換された。年度別稼働率は徐々に上昇し、2024(令和6)年2月から80%前後で推移して、収支減算を免れた。そして、口腔衛生管理加算、また、生産性向上促進加算等を積極的に取り入れ、課題解決と質の向上に努め、地域でいわゆる「選ばれる施設」を常に目指しているとのことご発表であった。

(2) 水戸市医師会訪問看護ステーションみと

発表者：細田弥太郎 水戸市医師会長

演題「水戸市医師会訪問看護ステーションみとの取り組み～2040年を見据えた医療と介護の在り方～」

訪問看護ステーションは、2040年に向けた地域共生社会の実現に不可欠な社会資源の1つであり、質の高いサービス提供、高齢者・市民・社会的ニーズへの対応、周辺医療圏とのバランス、明確な地域包括システムの中での位置付け、法的要件やコンプライアンスの確保、積極的な人材確保対策、また、待遇改善が必要と考えられる。

その中で、プラチナナースなど積極的な人材活用、機器の活用、タブレット端末の積極的導入と活用ということで、労力と時間の合理的な活用を進められておられるとのこと発表であった。

（３）「東京都在宅医療推進強化事業におけるMCS機能強化の共同開発について」

発表者：佐々木聡 東京都医師会理事、土屋淳郎 東京都医師会理事/全国医療介護連携ネットワーク研究会会長

演題「東京都在宅医療推進強化事業におけるMCS機能強化の共同開発について」

東京都在宅医療推進強化事業においては、情報共有ツール ICT システムの活用が求められ、東京都で最も普及しているのはMCS (Medical Care Station) であるが、本事業に用いるにはその機能強化が必要と考えられた。その機能強化における意見集約と開発費用の按分を目的に、地区医師会による共同開発を提案し、進められた。今後、各地区医師会による施設の設定・運営に限定せず、事業も含めた医師会同士の協働を行うことも医師会共同利用として有用ではないか、というようなご報告であった。

（４）神戸市医師会

発表者：久次米健市 神戸市医師会副会長、松尾玲子 神戸市医師会理事/神戸市医師会在宅医療・介護連携推進会議委員長

演題「神戸市医師会在宅医療・介護連携支援センターの紹介」

ICT の活用によるサービス効率化と情報共有の強化、住民全体の互助を支える地域活動を活性化、包括的支援体制を担う専門職の育成と支援により地域完結ケアの実現を目指し、行政、医療、介護関係者、地域住民、NPO 企業等と連携し、地域の実情に即した包括的な支援体制構築が大事であるというお話であった。

この後、終了時間ぎりぎりまで非常に内容のある質疑応答が行われ、大変勉強になる分科会の報告・討議であった。

おわりに

令和6・7年度医師会共同利用施設検討委員会の報告書作成にご尽力いただいた各委員に対し、心より感謝申し上げます。松本吉郎会長の諮問に対し、計7回の委員会を催した。医師会共同利用施設は会員の互助的機関として設立されているが、地域のそれぞれの事情があり、今後の運営には異なる課題が山積している。委員の先生方々の意見を集約すると、まずは医師会共同利用施設が地域医療の中核として、住民の健康と福祉を支える公益的役割を担っていることを再認識することが必要である。そして、継続的な地域医療を確保するため、地域のニーズに応じて施設の機能や規模を見直し、不必要な投資を避けつつ、必要な医療・介護サービスに特化することも視野に入れる必要がある。既に地域によっては、民間検査会社等とのシステム共同利用など、効率化と経営基盤の強化を図るための連携が進められている。また、地域医療連携推進法人の活用や、ICT・DXの導入による業務効率化も今後の重要な方向性である。そして常時、施設運営の現状や課題を把握するためのアンケート調査やデータ収集が不可欠であり、職員の意識や職場環境の満足度、統合のメリット・デメリットなどを継続的に検証し、改善策を講じることが持続可能な運営につながる。診療報酬・介護報酬の低迷、物価高騰・人件費の上昇、施設の建て替え費用など、経営面での課題については、補助金や公的支援の確保、施設の統合運営によるコスト削減、資材の共同購入、また、クラウドファンディングの活用など、安定した財源確保と経営効率化が求められる。医師・看護職・介護職などの人材不足問題では、奨学金制度や外国人材の受け入れ、働き方改革の推進など、多様な人材確保策が求められている。特定研修修了看護師とのタスクシェアリング、若手医師の育成も重要な課題である。

以上であるが、言うまでもなく国・自治体の協力のなくては進められない。そのためには、我々医師会員は共同利用施設の存在意義を広く周知してもらおう活動を続け、国との折衝を行う松本会長をはじめ日本医師会の役員の方を底支えしなければならない。関係諸氏の方々、今後のご指導ご鞭撻のほどよろしくお願いする。

【参考資料】

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求にかかる調査（結果まとめ）

一部の衛生検査所において、昨今の燃料費等の高騰、人件費増や人手不足を要因として、検体の集荷料を委託元の医療機関から徴収する動きが出ていたことから、医師会臨床検査センターおよび健診・検査複合体のある都道府県に所在する会員医療機関を対象に調査を実施した。その結果については、既に都道府県医師会宛文書や第31回全国医師会共同利用施設総会において報告させていただいたが、調査にご協力いただいた関係者に改めてお礼を申し上げる。

衛生検査所（検体検査会社、臨床検査センター）からの集荷料等の請求にかかる調査

趣旨

一部の衛生検査所において、昨今の燃料費等の高騰、人件費増や人手不足を要因として、検体の集荷料を委託元の医療機関から徴収する動きが出ている。しかしながら現在、医療経営が危機的な状況にある中で、医療機関によっては費用の追加負担に対応困難な場合も想定される。そのため、まずは医師会臨床検査センター、健診・検査複合体のある都道府県における医療現場の声をお聴きし、実態の把握を行う。
なお、必ずしも「集荷料」「検体回収料」等とは限らず、衛生検査所より集荷に係る諸費用の高騰等を理由に負担を求められた場合（別途徴収、検体検査委託料の価格の適正化・改定（値上げなど）を対象とする。

対象

医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体（一部の医師会病院を含む）のある36都道府県に所在する会員医療機関実施。他の11府県は任意回答）

※調査対象36都道府県医師会：北海道、青森県、宮城県、秋田県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、島根県、岡山県、広島県、山口県、愛媛県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

調査の方法

(1) 実施方法：都道府県医師会を通し、都市区医師会を経由して会員医療機関に依頼
(当該都市区医師会に医師会臨床検査センター及び健診・検査複合体がない場合を含む)

(2) 回答方法：WEB（FAX可）

期間 2025年6月30日～7月31日（8月11日まで延長）

回答数 2441（うち有効回答数2042（衛生検査所の利用有））

0

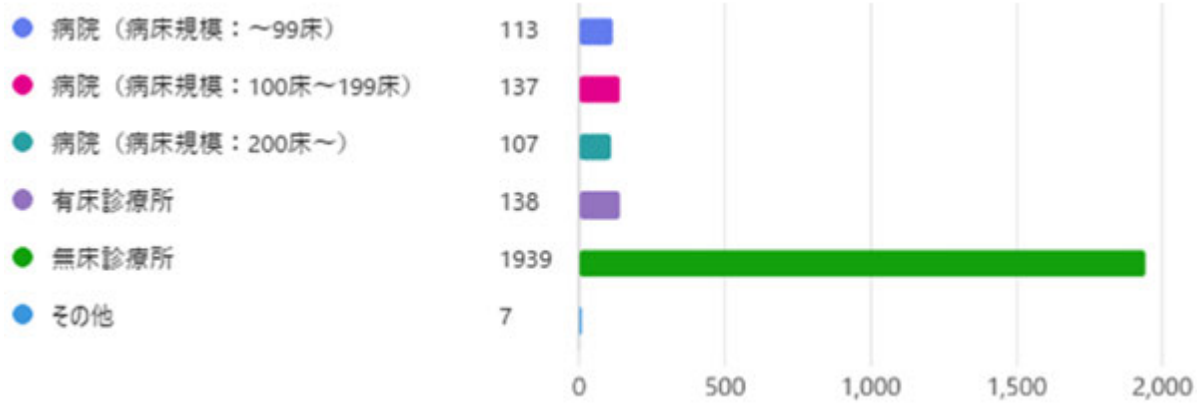
都道府県ごとの回答状況

都道府県	回答数	都道府県	回答数	都道府県	回答数
01北海道	14	15新潟県	150	33岡山県	97
02青森県	48	16富山県	35	34広島県	87
04宮城県	3	17石川県	49	35山口県	26
05秋田県	77	19山梨県	11	38愛媛県	159
06山形県	6	20長野県	34	40福岡県	117
08茨城県	105	21岐阜県	43	41佐賀県	4
09栃木県	7	22静岡県	18	43熊本県	1
10群馬県	38	23愛知県	34	44大分県	10
11埼玉県	50	24三重県	1	45宮崎県	1
12千葉県	18	28兵庫県	18	46鹿児島県	95
13東京都	584	30和歌山県	27	47沖縄県	67
14神奈川県	392	32島根県	14	未回答	1
				総計	2441

1

医療機関の種別

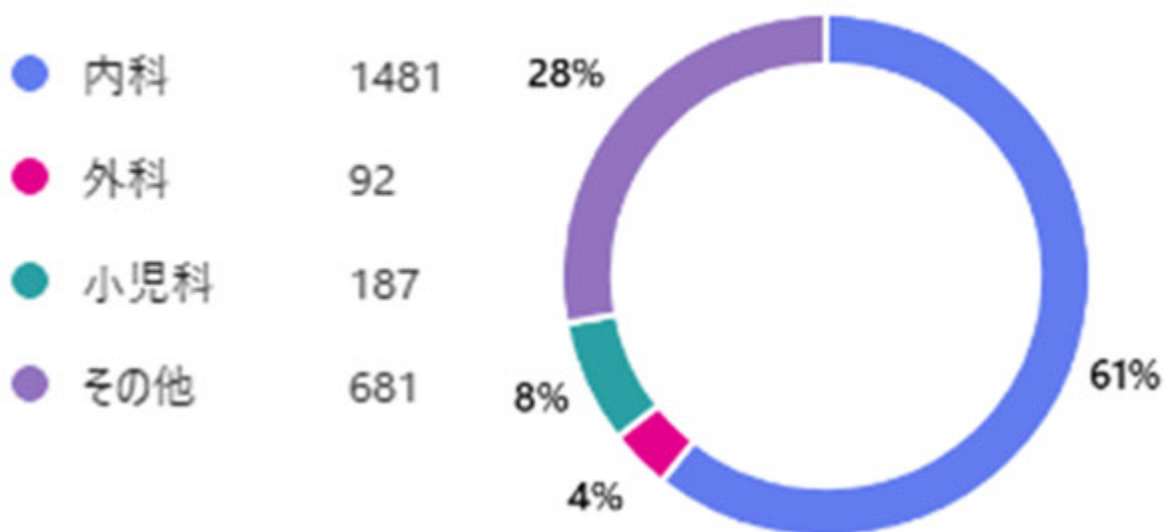
N= 2441



2

医療機関の主な診療科

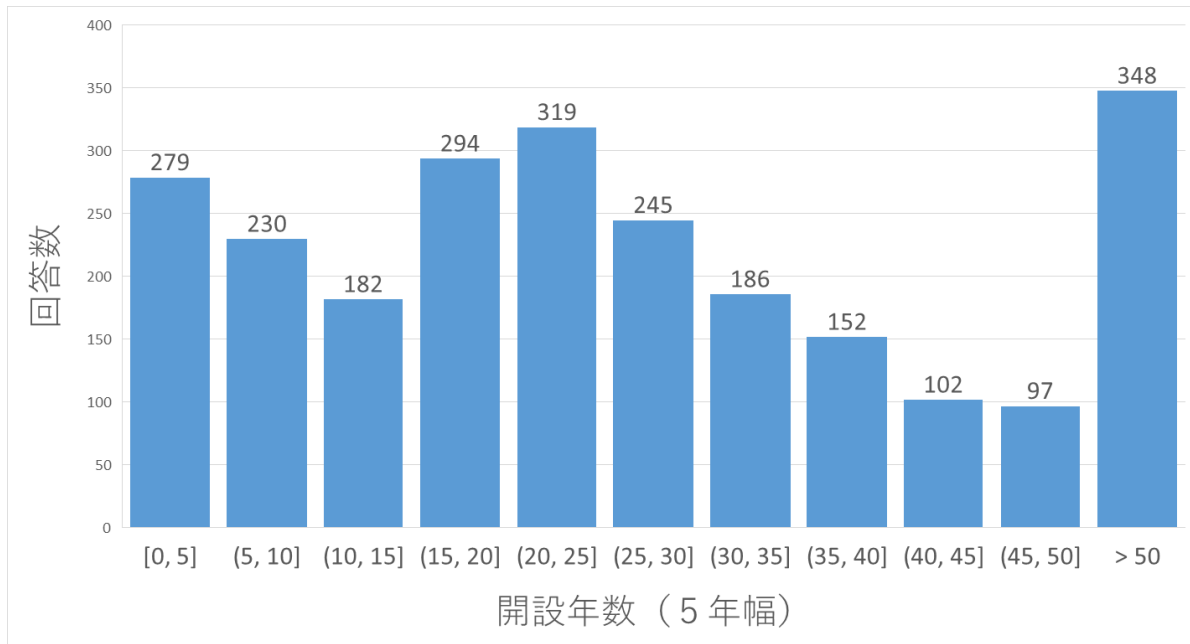
N= 2441



3

医療機関の開設（開業）年数

N= 2441

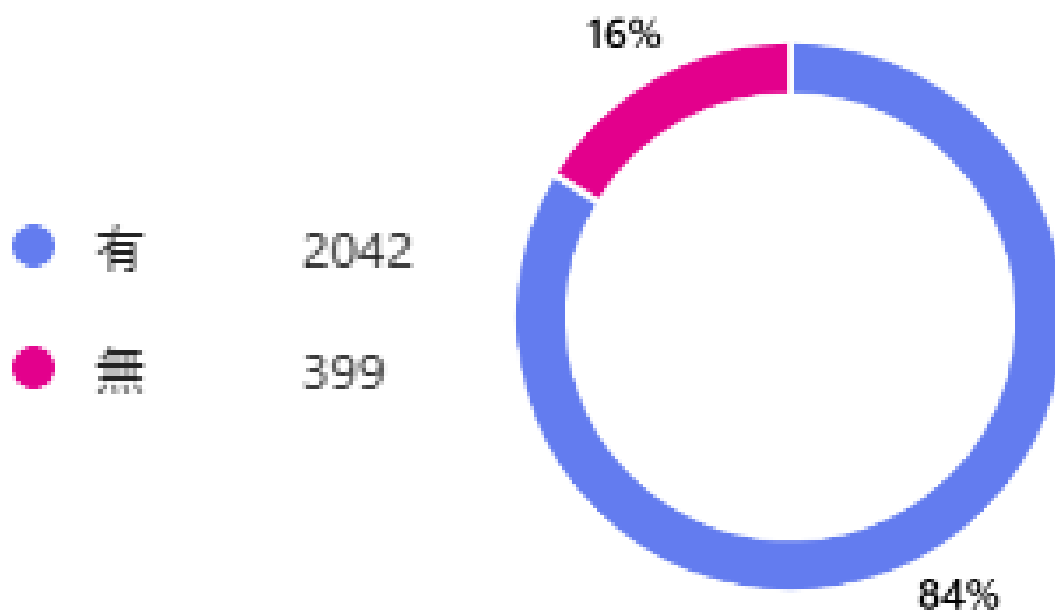


※未回答（7件）は集計から外した

5

検体検査会社（センター）の利用の有無

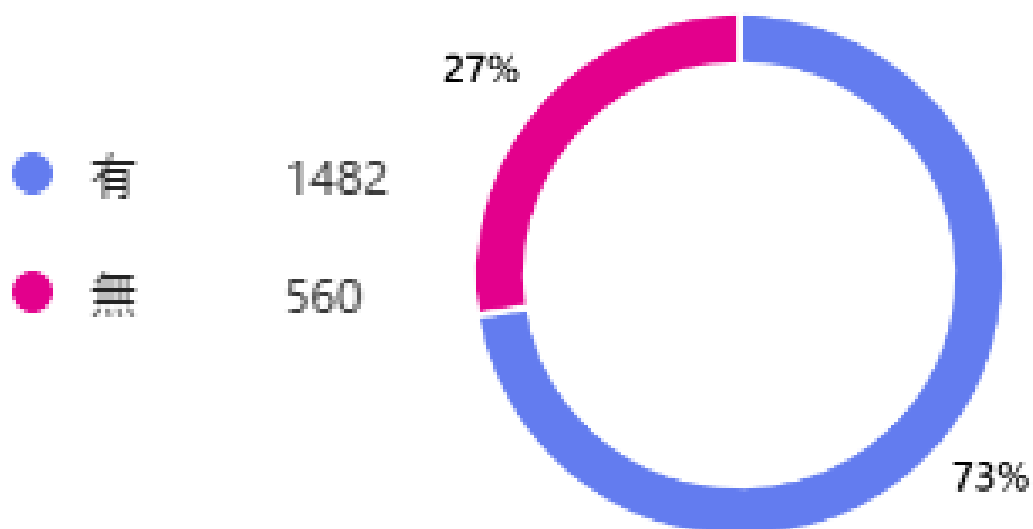
N= 2441



6

医療機関の電子カルテの有無

N= 2042

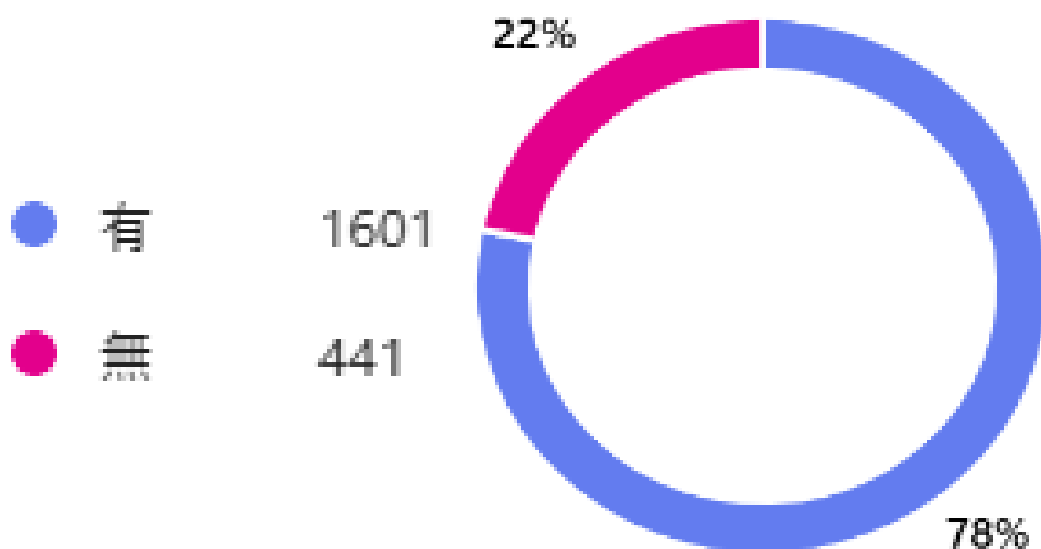


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

7

検査検体の集荷時に無料で利用できる駐車場の有無

N= 2042

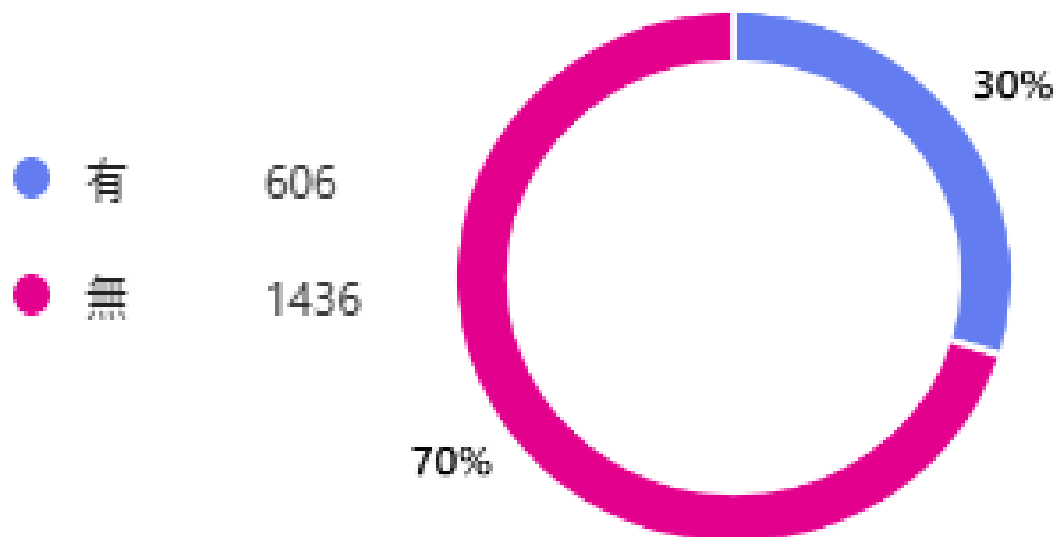


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

8

地域内における医師会の臨床検査センターの有無（地域の医師会が運営している施設）

N= 2042



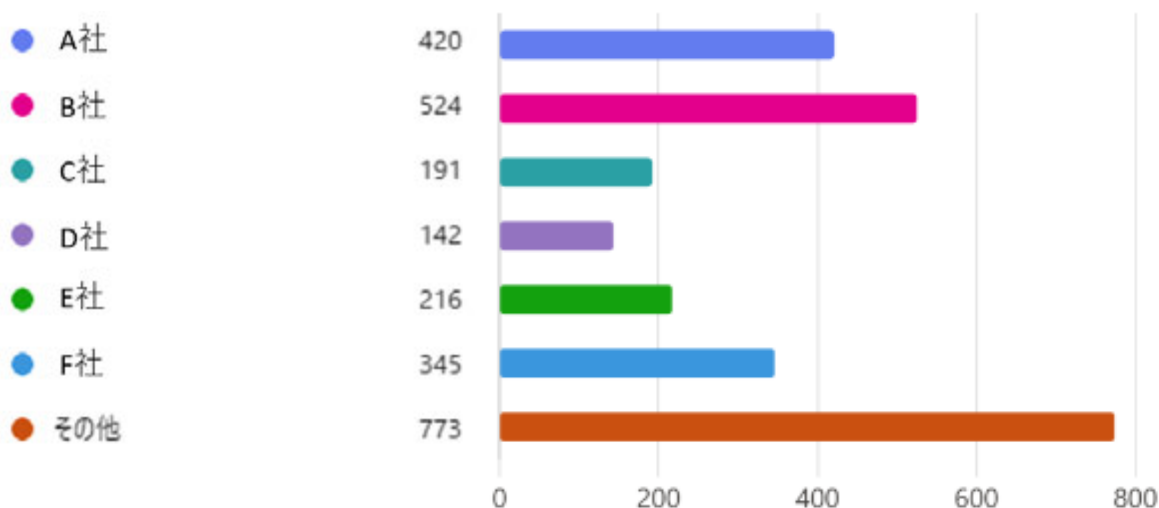
※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

9

利用中の検体検査会社（センター）

※複数回答可

N= 2042（回答数:2415）



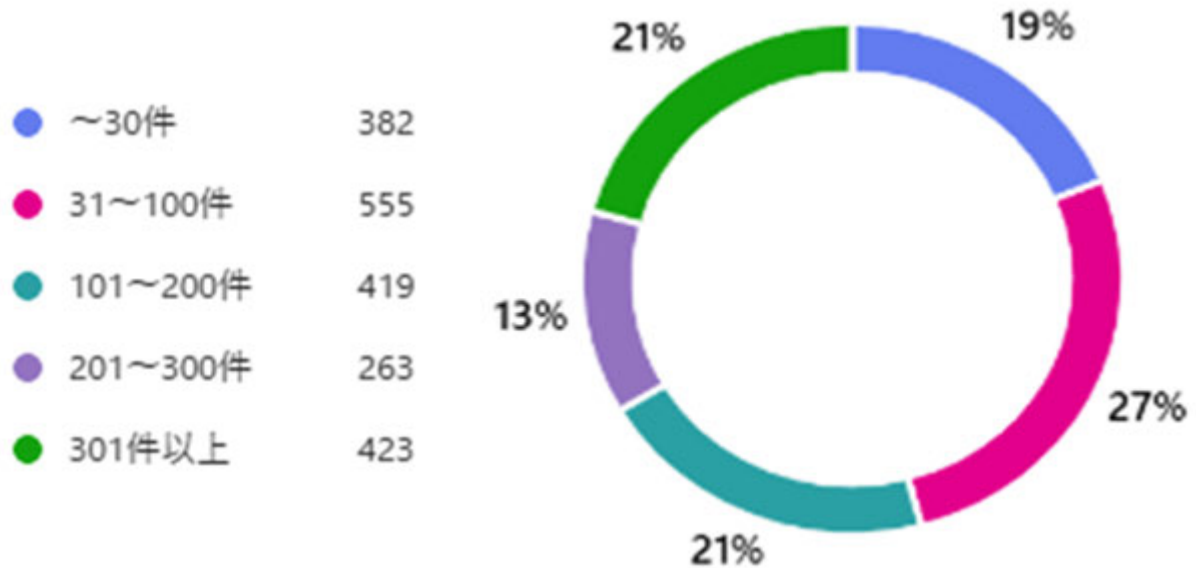
※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

注) 「利用中の検体検査会社」は複数回答のため、表では、値上げ等をしていない衛生検査所が含まれる場合もある

10

1ヶ月間の依頼検体件数（平均）

N= 2042

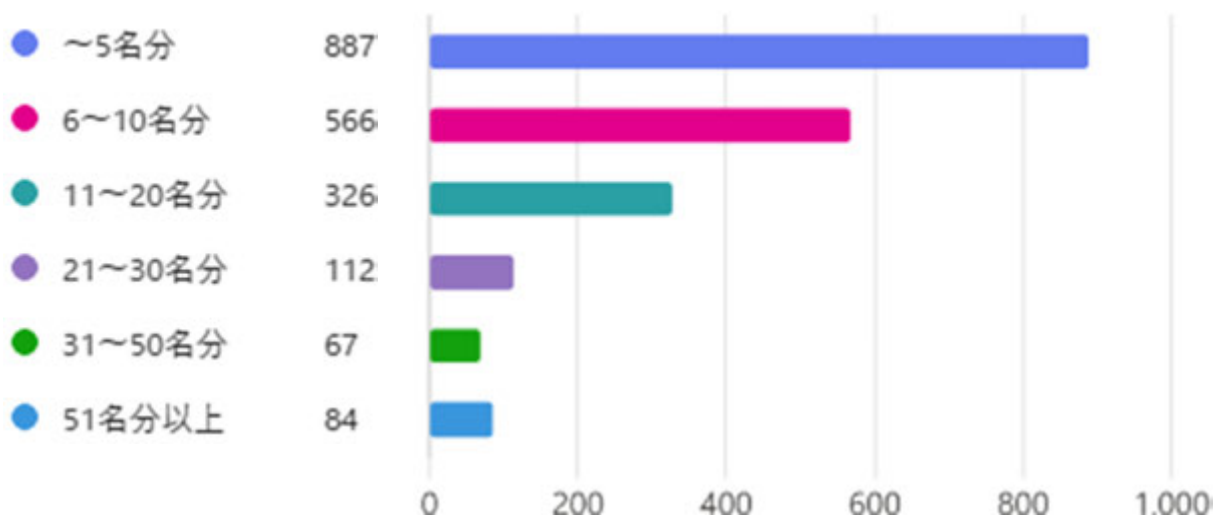


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

4

1回当たりの平均依頼検体数

N= 2042

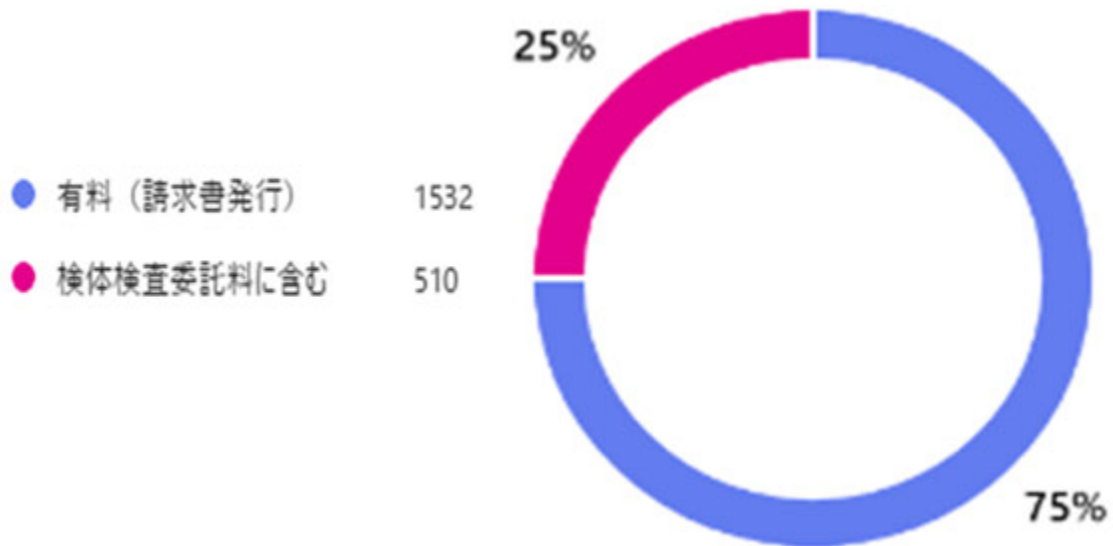


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

5

検体の容器代

N= 2042

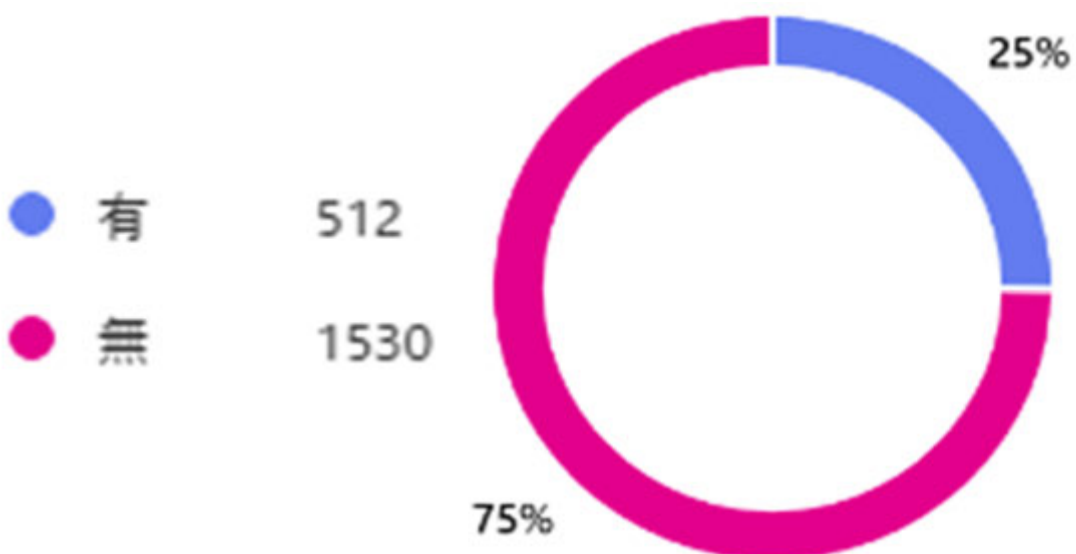


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

6

今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求の有無（費用の名目に関わらず昨今の燃料費等の物価高騰、人件費増等による集荷に係る費用の上乗せ）

N= 2042

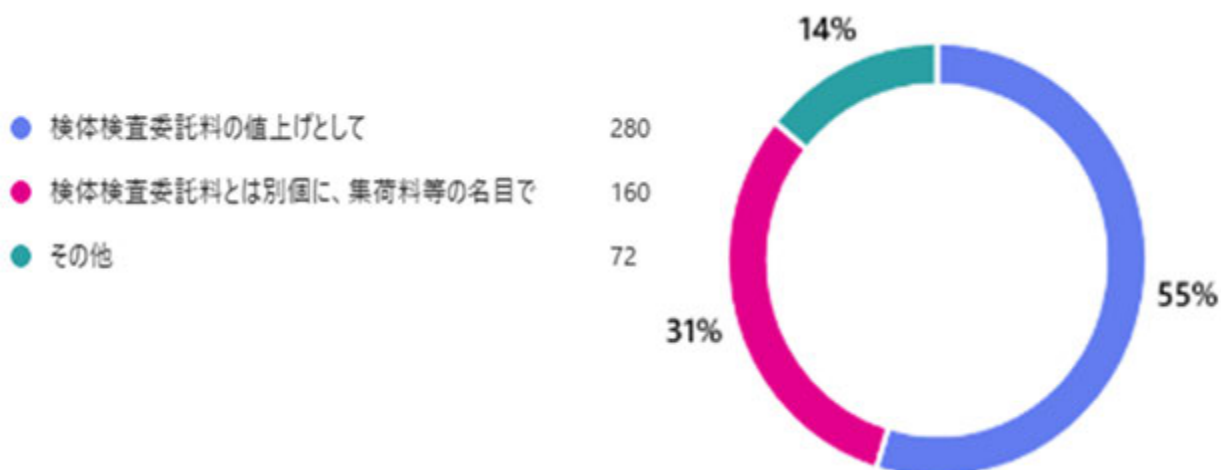


※「検体検査会社（センター）の利用の有無」において、「有」と回答した医療機関を集計

7

今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは 検体集荷料等の支払い請求が「有」の場合、その形態

N= 512

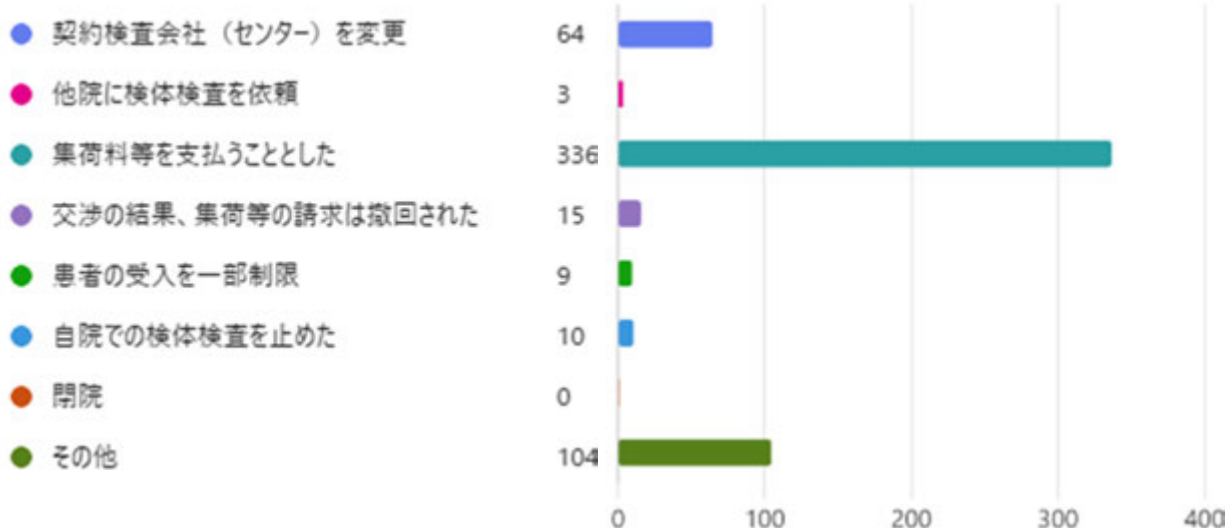


※「今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求」において、「有」と回答した医療機関を集計

8

今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは 検体集荷料等の支払い請求が「有」の場合、 実際に行った判断※複数回答可

N= 512(回答数:529)

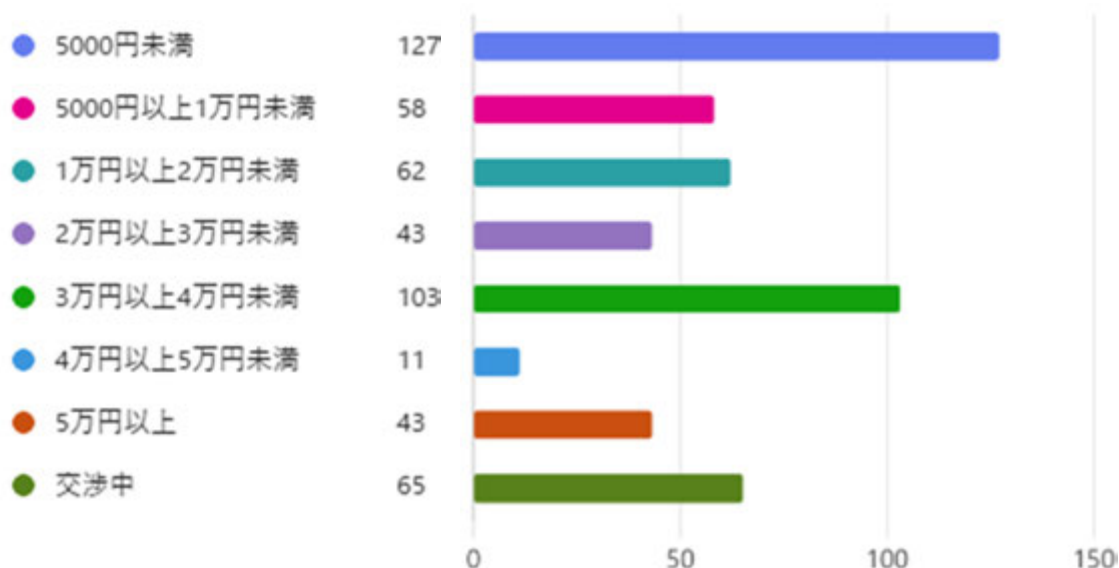


※「今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求」において、「有」と回答した医療機関を集計

9

今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求が「有」で集荷料等を支払うこととした場合、その金額（月あたり）

N= 512

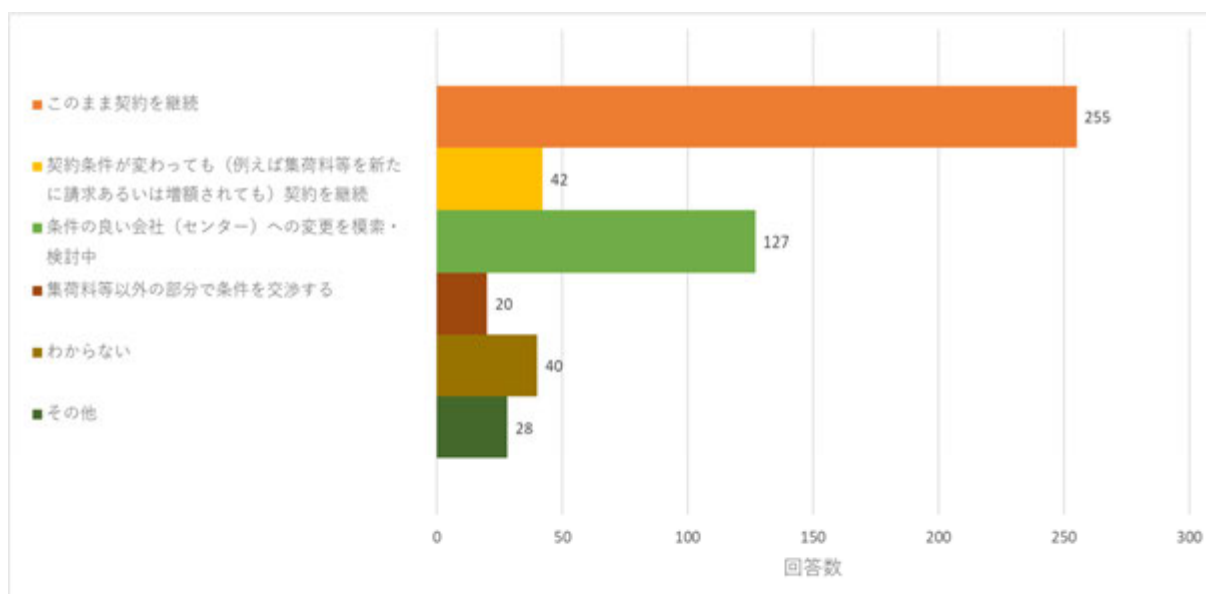


※「今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求」において「有」と回答し、かつ「集荷料等を支払うこととした」と回答した医療機関を集計

10

検体検査会社（センター）との今後の関係についての考え

N= 512

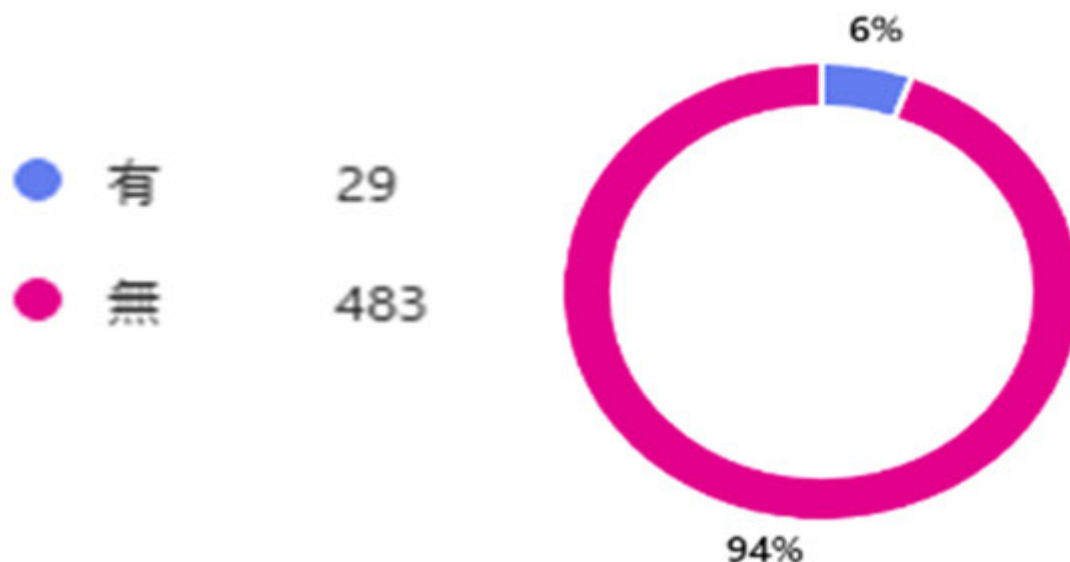


※「今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求」において、「有」と回答した医療機関を集計

11

検体検査について地域医師会への 相談の有無

N= 512



※「今年に入ってから検体検査委託料の値上げあるいは検体集荷料等の支払い請求」において、「有」と回答した医療機関を集計

12

ご意見・ご要望・ご提案 (地域連携による集荷方法等)

1. 検体集荷料の値上げに対する不満

- 突然の値上げ通知（例：月額3万円）に困惑。
- 一律料金への不満（検体数が少ない施設にも同額請求）。
- 値上げの根拠や説明が不十分。

2. 医師会への期待と批判

- 医師会の対応が遅い、情報収集力が弱いとの指摘。
- 医師会による価格交渉や制度的支援を求める声。
- 医師会が検査センターを運営することへの期待。

3. 検査会社への不満と変更の検討

- SRLなど特定の検査会社への強い不満（対応・値上げ・説明不足）。
- 他社への変更を検討するも、条件が悪く断念するケースも。

4. 診療報酬制度への不満

- 検査コストの増加に対して診療報酬が据え置き。
- 検査を行うほど赤字になるという声。
- 診療報酬の改定を強く希望。

5. 地域連携・効率化の提案

- 検体の持ち込みや集荷回数の削減によるコスト削減。
- 地域の医療機関で連携して集荷効率を上げる提案。
- 基幹病院への持ち込みなどの代替案。

13