

福岡医発第2348号(地)
平成20年 3月28日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義 武
(公印省略)

医師会共同利用施設検討委員会報告書の送付について

早春の候、貴職ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

さて、日本医師会の医師会共同利用施設検討委員会において「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」について、2年間にわたり検討が実施されました。

今般、日本医師会より同委員会報告書が提出されましたので、ご参考までに本報告書を別添のとおりお送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

平成 1 8 ・ 1 9 年度
医師会共同利用施設検討委員会報告書

「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」

平 成 2 0 年 3 月

日本医師会
医師会共同利用施設検討委員会

平成 2 0 年 3 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

医師会共同利用施設検討委員会は平成 1 8 年 7 月 2 6 日開催の第 1 回医師会共同利用施設検討委員会において、唐澤祥人会長より「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」について諮問として受けました。本委員会ではこの諮問を踏まえ、2 年間に亘り鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、会長諮問に対する答申として平成 1 8 ・ 1 9 年度医師会共同利用施設検討委員会報告書「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」を取り纏めましたので、ここに提出いたします。

医師会共同利用施設検討委員会委員

委員長	篠原 彰	静岡県医師会副会長
副委員長	高村 邦彦	長崎県医師会副会長
委員	天野 國幹	広島県医師会常任理事
委員	石井 重利	栃木県医師会常任理事
委員	小山 みさ子	熊本県医師会理事
委員	近藤 太郎	東京都医師会理事
委員	嶋津 義久	大分県医師会会長
委員	高木 靖	仙台市医師会理事
委員	竹政 順三郎	兵庫県医師会副会長
委員	中島 雪夫	島根県医師会会長
委員	野坂 研介	島根県医師会常任理事(平成19年3月逝去)
委員	柳田 喜美子	宮崎県医師会女性委員会委員長
委員	山 英昭	北海道医師会理事
委員	山川 隆司	岐阜県医師会副会長
委員	山崎 博	埼玉県医師会常任理事
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	角田 政	日本医師会総合政策研究機構主任研究員
協力者	佐藤 和孝	日本医師会総合政策研究機構研究員

(委員五十音順)

目 次

はじめに	.....
第 章 医師会病院について	.....
1 医師会病院と地域医療支援病院	.....
2 公益法人制度改革等に対する医師会病院の取るべき対応	.....
3 「7対1入院基本料」に関わる看護師不足	.....
4 療養病床の削減と廃止の影響	.....
5 医師会病院の将来のあるべき姿	.....
第 章 検査・健診センターについて	.....
1 特定健診・特定保健指導の実施にむけて	.....
2 医師会臨床検査センターを巡る情勢	.....
3 医師会健診センターを巡る情勢	.....
4 臨床検査の測定におけるコスト構造調査	.....
5 課題と今後の在り方	.....
第 章 介護保険関連施設について	.....
1 医師会共同利用施設介護関連部門における地域ケア体制整備構想と 在宅医療の推進	.....
2 介護保険制度を巡る情勢	.....
3 在宅介護支援センターから地域包括支援センターへ	.....
4 静岡県焼津市における地域包括支援センターの設置	.....
5 医師会の地域包括支援センターに期待されるもの	.....
6 今後の課題とその対策	.....
7 地域包括支援センターとしての新たな取り組み	.....
おわりに	.....
参考資料	.....

はじめに

昭和61(1986)年、「医師会病院・臨床検査センター等検討委員会」は、日本医師会における医師会共同利用施設に関わる会内委員会として発足し、平成5(1993)年度まで継続してその役割を果たしてきた。平成6(1994)年度からは、老人保健施設や訪問看護ステーションをはじめとする介護保険関連施設等についても検討課題に加えたことにより、「医師会共同利用施設検討委員会」と改称して、今日に至る21年間に亘り重責を果たしている。

本委員会が唐澤祥人会長より諮問された「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」についての検討がその使命であるが、「医療改革に伴う環境変化」以外にも医療環境を厳しくする要因は多種多様であり、社会問題となっている。医師および看護職員の偏在と不足は医師会病院にとっても重大な問題である。とりわけ、看護職員不足は平成18(2006)年4月1日実施の診療報酬改定により導入された「7対1入院基本料」に関わる看護配置にその原因があり、日本医師会が独自の調査結果を基に中医協(中央社会保険医療協議会)でこの問題を取り上げ、12年ぶりの中医協建議を引き出したことは記憶に新しいところである。

また、厚生労働省は、厚生労働大臣を本部長とする医療構造改革推進本部が纏めた「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」を、平成19(2007)年4月の「医療構造改革に係る都道府県会議」において、医療計画作成にあたっての都道府県職員向け参考資料として提示した。しかし、その本質は医療費抑制を基本とする厚生労働省の基本方針を示したものに他ならず、これらの内容が厚生労働省の今後の医療政策として実施されていくことは十分に想像し得るところである。日本医師会がこれらの問題に迅速に対応することは当然のことであるが、地域における医療・介護の提言主体の中核である医師会立共同利用施設はこれらの逆風にもめげずに、地域住民の医療・保健・福祉の向上に資するために貢献していかなければならないと考える。

そして、本委員会が2年に亘り唐澤祥人会長の諮問について検討してきた結果としての本報告書が、日本医師会施策に貢献し得るものとなれば幸いである。

第 章 医師会病院について

1 . 医師会病院と地域医療支援病院

医師会病院は、地域における中核的病院として、関係医療機関との医療連携を行い、それぞれがその機能に応じた役割を担うことができるよう、紹介率、逆紹介率の向上を図り、地域住民に適切な医療を提供している。地域医療支援病院は、医療が患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点並びに他の医療機関との連携と役割分担を図る目的から主として二次医療圏単位でかかりつけ医を支援し、地域医療の充実を図るために創設された病院である。そうした意味において、医師会病院は地域医療支援病院としてもっともふさわしい病院であることは間違いない。

しかし、地域医療支援病院の現状は、いわゆるサテライト診療所を設置し、紹介率の向上を図ることで地域医療支援病院の承認を得る病院が見られるなど、地域医療支援病院の本来の趣旨に相反するような方向に向いている。また、地域医療支援病院の承認要件は、紹介率が原則 80%以上であり、2年後に紹介率 80%を達成見込みの病院については紹介率が 60%以上でも可とするものであったが、平成 16(2004)年 7 月 22 日付厚生労働省医政局長通知によって、新たに紹介率 60%以上で逆紹介率 30%以上、紹介率 40%以上で逆紹介率 60%以上という紹介率要件の緩和が行われ、制度面自体が本来の趣旨とかけ離れている状況にある。

また、二次医療圏単位で 1 病院という基本的合意事項があったが、平成 19(2007)年 3 月 30 日現在 358 の二次医療圏中地域医療支援病院のある二次医療圏は 110 に留まっており、また 1 つの二次医療圏で複数の病院が地域医療支援病院に承認されているケースも見られる。¹

このほか、平成 10 (1998) 年には地域医療支援病院に承認された開設者は医師会病院が 9、都道府県が 1、平成 11(1999)年は医師会病院が 8、平成 12(2000)年は医師会病院が 8、市区町村が 1 と、主として医師会病院が地域医療支援病院に承認されていたものが、平成 13(2001)年は医師会病院が 4、医療法人が 1、特定医療法人が 2、市区町村が 1、都道府県が 2、赤十字が 2 と医師会病院以外の病院が地域医療支援病院に承認されるようになり、以後その傾向が年をおうごとに顕著となっていく。その結果、平成 19(2007)年 8 月現在の日医の調査によると、地域医療支援病院に承認されている病院は医師会病院が 39 に対し、医師会病院以外の病

¹ 第 6 回医療施設体系のあり方に関する検討会 資料 2 「地域医療支援病院について」より

院が 115 となっている。²

平成 18(2006)年の診療報酬の改定の際に、紹介率を要件とする入院基本料等加算の廃止に伴い「地域医療支援病院入院診療加算 2」が廃止された。これによって、特に紹介率 80%以上を維持している本来の地域医療支援病院は大幅な減収となり、経営が難しくなっている。従来の地域医療支援病院の趣旨から外れた病院への対応策としては、毎年 10 月に地域医療支援病院から提出される業務報告について都道府県知事が公表を行う仕組みがあり、地域医療支援病院の承認要件が適切に遵守されているか否かについてチェック機能が働いており、診療報酬以外の対応策はある。紹介率 80%以上を維持している本来の地域医療支援病院に対する紹介率を要件とする入院基本料等加算等について再検討を求めたい。

以上を踏まえると、地域医療支援病院は数々の課題を抱えており、地域医療支援病院のあり方についての将来像を示すことが喫緊の課題であると思われる。

2．公益法人制度改革等に対する医師会病院の取るべき対応

a) 公益法人制度改革を巡る動き

平成 18(2006)年 6 月、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律」、「公益社団及び公益財団法人の認定に関する法律」、「一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」(いわゆる「公益法人制度改革関連三法」)が公布された。これらの法律は平成 20(2008)年 12 月 1 日に施行されることとなっている。

今回の公益法人制度改革では、既存の社団法人は法律施行後 5 年以内に一般社団法人、公益社団法人のいずれかへの移行を申請しない場合には、解散したものとみなされる。³公益社団法人ないし公益財団法人になるための公益認定に際しては、公益目的事業を行う必要がある。公益目的事業とは、学術、技芸、慈善その他の公益に関して学術及び科学技術の振興を目的とする事業や公衆衛生の向上を目的とする事業などの事業を不特定多数の利益の増進に寄与する事業を指す。⁴公益認定に際しては、

² P43 参考資料「年度別・開設者別地域医療支援病院承認状況」参照のこと

³ 一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第 44 条、45 条、46 条

⁴ 公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第 2 条

- 1．公益目的事業を行うことを主たる目的とするものであること
- 2．その事業を行うに当たり、社員、評議員、理事、監事、使用人その他の政令で定める当該法人の関係者に対し特別の利益を与えないものであること
- 3．当該公益目的事業に係る収入がその実施に要する適正な費用を償う額を超えないと見込まれるものであること
- 4．公益目的事業を行うに当たり、公益目的事業比率が 50%を超えると見込まれるもの
- 5．遊休財産額が公益目的事業に要するべき費用を超えないこと

などが要件となっている。⁵

b) 公益法人制度改革と医師会病院

医師会病院との関わりから公益法人制度改革をみると、医師会が公益認定を受けられない場合、医師会病院事業も公益事業として認められない。また、仮に医師会が公益認定を受けたとしても、医師会病院事業が公益事業として位置づけられてない場合には、その事業は収益事業として法人税の課税対象となる可能性がある。このように医師会病院事業が公益事業として認められない場合には、今後の医師会及び医師会病院の運営に大きな影響を及ぼすことになる。

このため、公益法人制度改革における税制面での基本的考え方、すなわち「『民間が担う公共』を支える税制の構築」を念頭に、医師会病院を運営している医師会に対する公益認定及び医師会病院事業に対する法人税非課税措置の適用という2つの視点から、医師会病院事業が公益事業として位置付けられるようにすることが大きな問題となる。そのため、医師会病院が公益事業認定を行う病院としての要件を提言し、それを満たす医師会病院を公益目的事業として認めるよう要求するべきである。具体的には、地域の医療機関との医療連携を行い、紹介患者への医療提供を行っている地域医療支援病院や、病院の施設や設備を地域の診療所や医師に開放することで診療所等の医療提供支援を行い、地域住民への医療提供を行っている開放型病院を公的医療機関に準じた扱いとするよう求めていくべきである。

⁵ 公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条

３．「７対１入院基本料」に関わる看護師不足

平成 18(2006)年 4 月 1 日実施の診療報酬改定により導入された看護師 7 : 1 入院基本料は、大病院の 7 : 1 入院基本料取得のための看護職員大量採用を招く結果となった。そのため、ただでさえその確保が厳しい状況にある中小病院の看護職員を大病院に向かわせ、あるいは新規採用を著しく困難にさせた。この診療報酬誘導策は看護職員不足にむしろ拍車をかけ、中小病院の相次ぐ病棟閉鎖や無床診療所化を惹起し、地域医療の崩壊が始まった。

地域医療の中核を担う医師会病院としてもこれは大変重要な問題である。看護職員不足を解消するためには、国による施策の充実が欠かせないのは当然であるが、看護職員の確保・養成に係る施策を計画するにあたっては、看護職員の需給見通しが非常に重要な意味を持つことになる。しかし、この需給見通しは過去 6 回とも、現実を反映させたものとは言い難い数値が発表されてきた。日本医師会としては、数字として表れない地域や医療機関間の不足・偏在をも考慮した上で、看護職員確保対策を国が実施するよう強く主張しているところである。平成17(2005)年12月に公表された第 6 次看護職員需給見通しでは、平成18(2006)年で示された41,600人の不足が、平成22(2010)年には15,900人の不足にまで改善すると国は見込んでいる。しかし、この需給見通し算出には 7 対 1 入院基本料の看護配置などの要因は全く含まれておらず、現実には更なる不足が見込まれた。

日本医師会は看護職員不足と 7 対 1 入院基本料の影響を正確に把握すべく独自の看護職員需給調査を実施し、その結果を報告書「看護職員の需給に関する調査 ―2006年10月調査―」として取り纏めた。この調査結果によると、2006(平成18)年 5 月 1 日現在の「7 対 1 入院基本料」構成比が病院数5.0%、届出病床数6.9%なのに対し、調査を行った同年10月末日現在では病院数10.6%、届出病床数13.1%と確実に増加していた。増加の背景には、病棟閉鎖による病床数の削減と看護職員の獲得により、7 対 1 入院基本料を得ようとしている動きがあるものと考えられる。7 対 1 入院基本料の基準達成のために一般病床を 2 万床以上閉鎖することも検討されているが、この 2 万床が閉鎖されたとしても、なお、看護職員が不足するとされている。こうした動きは、中・大規模病院の急激な看護配置基準の引き上げが原因となっているに他ならない。

日本医師会はこの調査結果を中医協の場で公表し、平成 19(2007)年 1

月 31 日開催の中医協においては、平成 7 (1995) 年以来 12 年ぶりの厚生労働大臣宛の建議書提出を導き出すことになった。しかし、医療提供体制の根底を揺るがしかねない看護職員不足解消の見通しは楽観できる状況にはない。看護職員の確保は医師会病院にとっても極めて重要な問題であり、各地域の医師会としても一丸となって取組んでいかなければならない重要な問題と言える。

4 . 療養病床の削減と廃止の影響

平成 13(2001)年 3 月 1 日に施行された第 4 次医療法改正において病床区分の見直しが行われ、「療養病床」が創設された。この「療養病床」は「主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床」(医療法第 7 条)として位置づけられるものであり、保険制度上の取扱いには、医療保険適用の療養病床と介護保険適用の療養病床に分かれている。現在の病床数は医療保険適用療養病床(医療療養病床)が約 25 万床、介護保険適用療養病床(介護療養病床)が約 13 万床、計 38 万床である。

第 4 次医療法改正の施行から 4 年 7 カ月が経過した平成 17(2005)年 10 月 19 日、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」を公表した。これは「骨太の方針 2005」に対応しつつ、平成 15(2003)年 3 月に閣議決定された「医療制度制度改革の基本方針」を具体化していくものとして、平均在院日数、長期入院高齢者などの医療費の伸びの構造的な要因を指摘し、医療の効率化、医療費の適正化を明確にしたものである。また、平成 17(2005)年 12 月 21 日厚生労働大臣を本部長とする厚生労働省の「医療構造改革推進本部」は、本部での決定事項として「療養病床の将来像について」を公表し、「療養病床について、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療保険・介護保険両面にわたって一体的に見直し、平成 24(2012)年度までに体系的な再編を進める」とした。これは、平成 24(2012)年度以降は介護療養病床を廃止して老人保健施設や特定施設への転換等を進め、医療療養病床は医療必要度の高い患者に限定して、病床削減の方向を示すものであった。さらに、平成 18(2006)年 1 月 31 日医療構造改革推進本部は「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」を作成・公表した。ここでは「医療の安心・信頼を確保するため、患者、国民の視点からあるべき医療を実現するべく医療制度の構造改革を推進する」として、平均在院日数削減の一環として療養病床の転換支援、在宅療養の推進が謳われている。

第 164 回通常国会には介護療養病床の廃止を含む「健康保険法等の一部を改正する法律案」(平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号)が「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」(平成 18 年 6 月 21 日法律第 84 号)とともに提出され、それぞれ成立した。平成 19(2007)年 4 月 17 日厚生労働省は「第 2 回医療構造改革に係る都道府県会議」を開催し、介護療養病床を廃止して老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム等への転換していく方針を明確に打出した。

国は平成 23(2011)年末までに介護療養病床の廃止と医療療養病床の削減により、医療療養病床 15 万床に収束しようとしている。しかし、療養病床の介護老人保健施設、ケアハウスなどの特定施設への転換や在宅医療へのシフトの推進は医療を必要としている患者の切り捨て行為であり、高齢化が進行する中で医療難民、介護難民の発生を惹起し、その増大が大いに懸念されるところである。

医師会共同利用施設にあっても、各地の医師会病院には医療療養病床および介護療養病床を有する施設が多く存在することから、療養病床の再編は経営上、多大な影響を受けることは確実であり、施設の将来的な命運を左右されることは否定できない。

厚生労働省は、市町村交付金、施設整備交付金、病床転換助成事業等によって療養病床転換とその支援策を示しているが、拙速に厚生労働省の提示した案を受け入れることが賢明な選択であるかは慎重に判断すべきと思われる。

5 . 医師会病院の将来のあるべき姿

昭和 25(1950)年、当時日本医師会副会長であった故武見太郎元会長は、医師会病院・臨床検査センター構想を立ち上げた。その構想は主として、医学、医術の進歩に伴う地域の医師の技術水準の格差解消、高度医療機器の共同利用、地域の医師の各種公衆衛生活動支援、地域の保健医療水準向上を目的に打ち出された。その構想を踏まえ、昭和 28(1953)年 9 月、栃木県に下都賀郡市医師会病院が設立された。

しかし、その後、時代の変化や医療環境の変化に伴い、医師会病院の位置づけも新たに变化している。経済活性化を目的とした株式会社による病院事業への参入や混合診療導入への試みは、競争原理によって社会的弱者が適切な医療を受けられなくなる危険性をはらむ。また、緊縮財政の観点から診療報酬の引下げが相次いでおり、適切な医療を受けるための必然的

なコストが下げられ、医療の質が低下することが懸念される状況にある。在宅医療支援としての介護保険制度は医療、保健、福祉の密接な連携を必要としており、介護の観点からの医師会病院も重要である。

このような状況に対し、本委員会は医師会病院がなすべき対応として、次のことを提言したい。

１．公共性・公益性の追求

医療の目的は、人々の健康の維持と疾病の予防にある。日本国憲法第25条には、１項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」２項「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とあり、医療の提供は生存権、社会権と密接に関係している。したがって、学術団体であり、地域医療に貢献している医師会が運営する医師会病院は人々が必要とする医療を提供できる環境を整備するべく、地域医療の中核的病院としての役割を果たすよう努めることが求められる。

２．地域住民への貢献

地域医療の中核的病院としての役割を果たすには、地域における医療機関との密接な連携、患者に対して適切な医療を提供することはもちろん、退院後のアフターケア、疾病予防を行うなど保健、介護との連携を密にし、一人ひとりの患者に必要な医療を行うことが重要である。したがって、地域の医療機関、保健事業、介護関係者とのネットワークを確立し、情報の共有化を目指すことに努めることが求められる。

第 章 検査・健診センターについて

1．特定健診・特定保健指導の実施にむけて

これまで個別疾患の早期発見・早期治療を目的として老人保健法の中で実施されてきた「健康診査」と、これに基づく「指導」に代わり、内臓脂肪型肥満に着目した早期介入・行動変容を目的として、生活習慣病予防のための「保健指導」を必要とする者を抽出する「健診」と位置付けられている特定健診・特定保健指導が、平成 20(2008)年 4 月より実施されることになる。

地域保健事業の一旦を担ってきた医師会臨床検査・健診センターに大きな影響を及ぼすことは確実であり、これまで実施されてきた地域住民の疾病予防のための各種検診と併せて、特定健診・特定保健指導の実施に向けた取組は、医師会共同利用施設としての医師会臨床検査・健診センターの再構築への契機ととらえるべく、今後の運営に向けた検討が必要である。

2．医師会臨床検査センターを巡る情勢

医師会臨床検査センターの経営状況は決して楽観視できる情勢にはない。経営状況が楽観視できない主たる理由としては、検査料の相次ぐ引き下げや大手民間検査センターとの競合、医師会員における医師会臨床検査センターの利用率の低下が挙げられる。

医師会臨床検査センターとしても、健診事業との複合化のほか、検査利用料の値下げ、検体の集配サービスの向上化、土日夜間対応による会員の利用の便を高めるなど日々存続に向け努力している。しかし、事業活動地域に限界がある医師会臨床検査センターと大手民間検査センターとは規模の点から経営効率化や顧客獲得競争の面で、おのずと差ができるのが実態である。

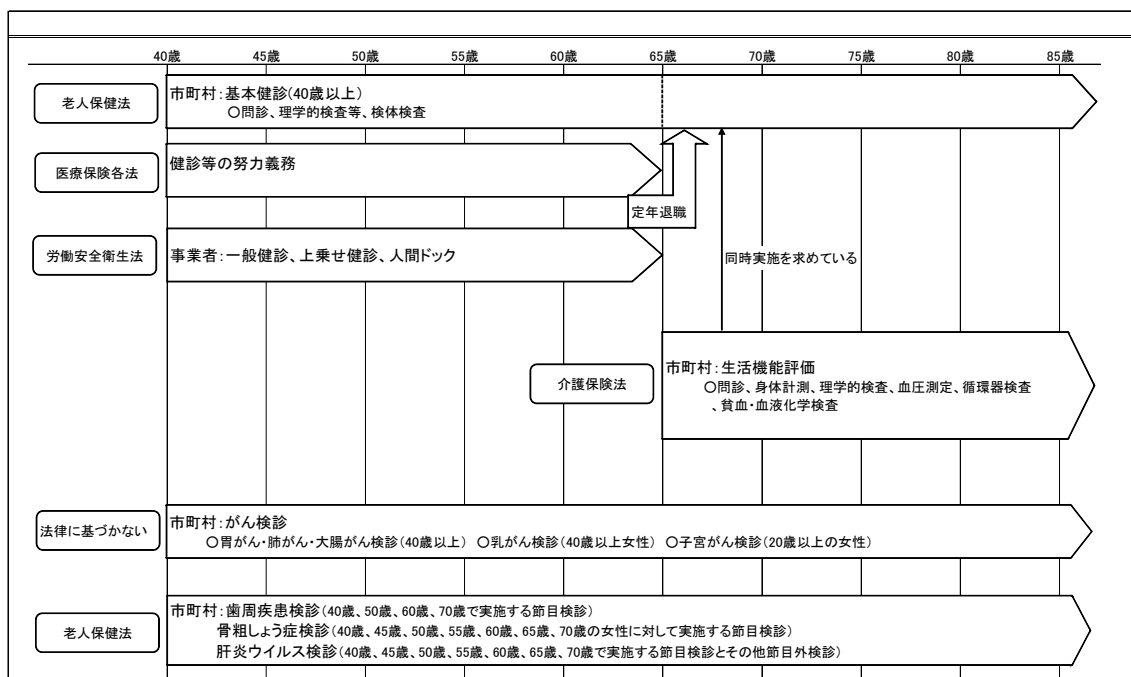
このような状況に対応するべく、本委員会は検査試薬の共同購入や検査機器の共同利用による医師会臨床検査センター間の連携強化などについての議論や提言を行っており、今後もこれら諸問題の実態把握の検討も含め、引き続き検討課題として取り組んでいきたい。しかし、現実の問題として都市部と農村部の医師会臨床検査センターの規模や機能の違いや検査機器の互換性の問題などもあり、実行に移すのは簡単ではない。そのため、医師会臨床検査センターについて民間の経営のノウハウを取り入れることで生き残りを図るというやり方のほか、経営が厳しく経営を続行する

ことで会員の利益にとってマイナスとなる場合には「勇気ある撤退」という選択肢も考慮に入れざるを得ない状況にある。

3. 医師会健診センターを巡る情勢

1. 「特定健診・特定保健指導の実施にむけて」で述べてきたように、平成 20(2008)年 4 月から実施が予定されている特定健診・特定保健指導は、これまで地域の保健事業の一旦を担ってきた医師会臨床検査センターのみならず、医師会健診センターの運営に大きく影響をあたえる事になる。これまでの健診事業は、地域保健事業として市町村が実施してきた老人保健法に基づく基本健康診査と、職域保健として事業主が実施する、労働安全衛生法に基づく一般健康診断を柱に、各種健診（検診）がその他の法律に基づく、あるいは法律に基づかない保健事業として、それぞれ位置付けられてきた。

現在の各種健診（検診）の対象年齢

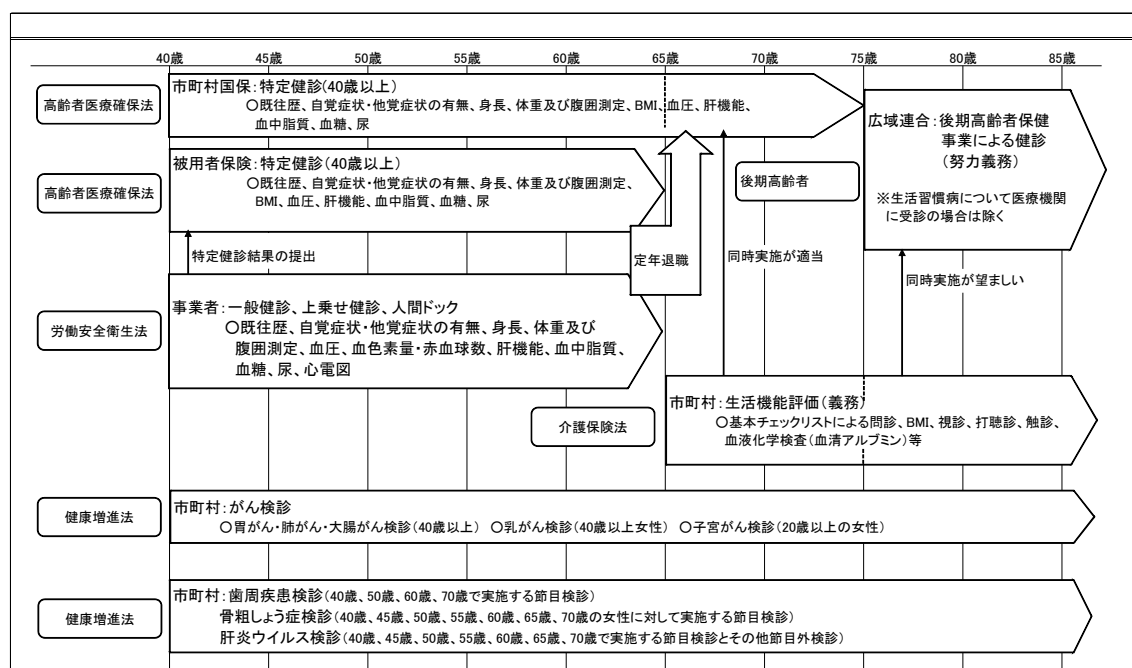


改正された「高齢者医療の確保に関する法律」が平成 20 年(2008)年 4 月に施行されると、これまでの老人保健法に基づく「基本健康診査」が、糖尿病等生活習慣病有病者・予備群の削減を目標とした「特定健診・特定保健指導」に移行し、「特定健診」の必須・詳細検査以外の従来実施されてきた検査は、法律に基づかない市町村による地域住民サービスという位置付けとなる。また、労働安全衛生法に基づく「一般健康診断」では、「特定健診」の検査項目を含むよう整理されたため、これを以て、「特定健診」

の実施とみなされ、医療保険者に健診結果を提供することになる。

更に、介護保険法に基づく、65 歳以上の生活機能評価の実施が、平成 20(2008)年度より義務化されることにより、特定健診との共同・同時実施が課題とされている。

平成 20(2008)年度以降の各種健診（検診）の対象年齢



平成 19(2007)年 4 月現在、全国の医師会健診センターは 55 施設、医師会臨床検査・健診センター複合体は 60 施設運営(「医師会共同利用施設設立状況調査」より)されており、地域・職域の様々な健診データが蓄積されている。

特定健診・特定保健指導の実施機関については、医療保険者に対する健診データや請求データを厚生労働省が定める電子的標準様式で提出する事が義務付けられる事になる。これまで集団検診や施設型個別一括方式による健診の受託実績がある健診センターにとってはシステムの改修が伴うものの、特定健診の実施は比較的容易に行えることとなる。

一方で、特定保健指導の実施にあたっては、健診データに基づいた階層化が行われ、健診結果と共にメタボリック・シンドロームに関する「情報提供」される者とは別に、具体的な保健指導を受ける者に対して「動機付け支援」、「積極的支援」が実施される。これらの支援の初回面接では、健診データを読み込んだ上で「支援計画書」の作成が必要とされ、利用者が健診結果通知を持参するか、あらかじめ利用者の健診結果を把握しておく

必要があり、医師会健診センターでは、地域の市町村国保が実施する特定健診データを集積している可能性が高いことから、データの利活用が大いに期待されるところである。更に、特定保健指導の実施機関として体制が整備されれば、保健指導のアウトプット評価のみならず、健診から保健指導にわたるアウトカム評価のための分析に役立つ地域住民のためのデータ集積センターとしても期待されるところである。

4．臨床検査の測定におけるコスト構造調査

平成 18(2006)年度に設置された厚生労働省健康局による「標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会」により、現在基本健康診査で実施されている検査項目の見直しが行われ、「標準的な健診・保健指導プログラム」(暫定版)が同年 8 月に公表された(平成 19(2007)年 3 月に確定版を公表)。この中で、平成 20(2008)年 4 月から実施が予定されている特定健診の実施における血液検査の測定では、内部精度管理における標準物質の使用と外部精度管理調査への定期的な参加が求められている。

1) 調査の目的

特定健診・特定保健指導の実施に向けて、今後、医師会健診センター臨床検査部門や医師会臨床検査センターにおける内部精度管理・外部精度管理コストが上昇する懸念があり、現状の測定コストの把握と特定健診の適正な受託価格の設定根拠作成のための基礎資料とする事を調査目的とする。

2) 調査の概要：調査票は末巻参考資料を参照。

(1) 調査依頼先 医師会臨床センター：64 施設

医師会検査・健診センター複合体：59 施設

(複数の施設を有している医師会の場合は 1 依頼)

医師会病院：87 施設

(2) 発送日/回答日 発送日：平成 18(2006)年 12 月 8 日

回答期限：平成 19(2007)年 1 月 10 日

表 1 施設形態別回答施設数

施設形態	回答施設数	回答率	発送数
総数	73	34.8%	210
医師会臨床検査センター	16	25.0%	64
医師会臨床検査・健診センター複合体	35	59.3%	59
医師会病院	22	25.3%	87

3) 分析結果

(1) 施設形態と年間測定件数の状況

医師会臨床検査センターにおけるLDLコレステロールは、他の項目と比べて、施設の形態に関わらず測定件数が最も少なく、全ての項目について自施設が他の施設形態に比べて測定件数が多い(表2)⁶

医師会臨床検査・健診センター複合体では、自施設もしくは試薬リース契約(1項目でもリース契約されている施設を含む)が、他の2つの施設形態と比べて、測定件数は明らかに多い(表3)。

医師会病院は医師会臨床検査センター単体や医師会臨床検査・健診センター複合体の施設に比べて全体として測定件数が少ない。また、医師会病院では、FMS契約、試薬リース契約、自施設といった施設形態の違いによる測定件数に特に違いは見られない(表4)。

表 2 医師会臨床検査センターにおける調査項目の年間件数

	年間件数平均				施設数			
	ブランチラボ契約	FMS契約	試薬リース契約	自施設	ブランチラボ契約	FMS契約	試薬リース契約	自施設
LDL-コレステロール	6,659	16,232	15,300	28,437	2	1	2	9
中性脂肪	40,711	77,454	63,566	141,180	2	1	2	11
HDL-コレステロール	33,429	57,901	51,784	115,998	2	1	2	11
AST	54,424	90,681	66,853	165,054	2	1	2	11
ALT	54,381	91,869	66,832	165,196	2	1	2	11
γ-GT	37,785	73,969	63,187	145,419	2	1	2	11
血糖	47,863	50,224	44,199	119,655	2	1	2	11
尿酸	46,913	75,340	52,547	122,163	2	1	2	11
Hb-A1c	18,240	30,203	50,394	57,824	2	1	2	11
血清クレアチン	49,651	80,497	55,778	145,289	2	1	2	11

「調査項目件数」は、各契約もしくは自施設の平成17(2005)年度1施設あたりの平均件数。

⁶ 表2中の契約形式

ブランチラボ；民間検査会社の職員が、自社が負担する試薬や消耗品、検査機器を用いて、検査業務をおこなう委託形態

FMS契約；試薬や消耗品、検査機器とその保守を、民間検査会社が請け負う委託形態→

試薬リース契約；試薬会社が、試薬や消耗品、検査機器とその保守をリース契約として実施する形態

表 3 医師会臨床検査・健診センター複合体における調査項目の年間件数

	年間件数平均				施設数			
	ブラン チ ラボ契約	FMS契約	試薬リース 契約	自施設	ブラン チ ラボ契約	FMS契約	試薬リース 契約	自施設
LDL-コレステロール	4,987	214	63,635	24,065	2	1	9	12
中性脂肪	43,240	44,589	200,409	135,927	3	1	12	18
HDL-コレステロール	49,155	32,747	163,961	113,696	3	1	12	18
AST	46,613	46,954	214,731	145,845	3	1	12	18
ALT	46,761	46,925	214,950	146,689	3	1	12	18
γ-GT	42,721	44,819	197,119	136,258	3	1	12	18
血糖	40,510	42,277	169,105	114,299	3	1	12	18
尿酸	36,439	34,585	150,804	109,934	3	1	12	18
Hb-A1c	20,142	17,530	102,381	70,150	3	1	12	18
血清クレアチニン	38,091	45,357	171,843	124,969	3	1	12	18

「調査項目件数」は、各契約もしくは自施設の平成 17(2005)年度 1 施設あたりの平均件数。

表 4 医師会病院における調査項目の年間件数

	年間件数平均				施設数			
	ブラン チ ラボ契約	FMS契約	試薬リース 契約	自施設	ブラン チ ラボ契約	FMS契約	試薬リース 契約	自施設
LDL-コレステロール	19,610	3,938	15,123	7,883	1	2	5	5
中性脂肪	77,616	24,046	22,137	33,671	1	3	8	8
HDL-コレステロール	53,606	20,813	17,922	32,784	1	3	7	7
AST	89,981	29,492	35,033	38,032	1	3	8	8
ALT	90,437	29,552	34,949	38,513	1	3	8	8
γ-GT	75,894	26,033	26,738	34,291	1	3	8	8
血糖	51,139	24,788	27,222	30,103	1	3	8	8
尿酸	63,867	17,817	17,972	21,950	1	3	8	8
Hb-A1c	0	11,277	13,616	12,589	0	3	7	7
血清クレアチニン	81,425	25,569	32,098	32,649	1	3	8	8

「調査項目件数」は、各契約もしくは自施設の平成 17(2005)年度 1 施設あたりの平均件数。

(2) 検査部門コスト

調査のうち、測定用試薬・精度管理用試料・機器の費用・人件費の回答があった施設について、調査項目毎の検査部門コストの分析を行った。医師会臨床検査センター 4 施設、医師会臨床検査・健診センター複合体 8 施設、医師会病院 2 施設の合計 14 施設の平均価格である。

脂質関連の検査では、LDL コレステロールの検査部門コストは 85.92 円で、HDL コレステロールの 54.15 円、中性脂肪の 51.14 円と比べて明らかに高い。中でも試薬費用、精度管理費用が高い(図 1 , 2 , 3)。

図 1 脂質検査 LDL コレステロール

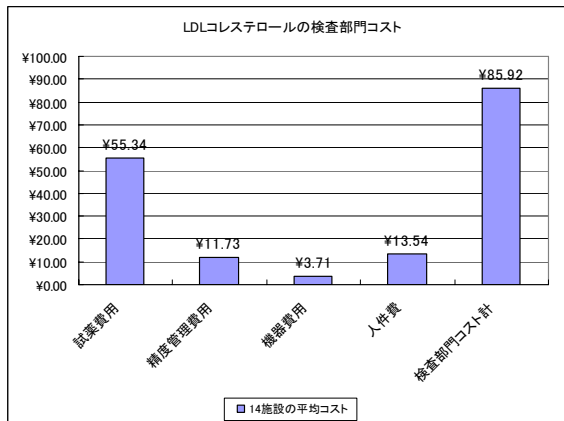
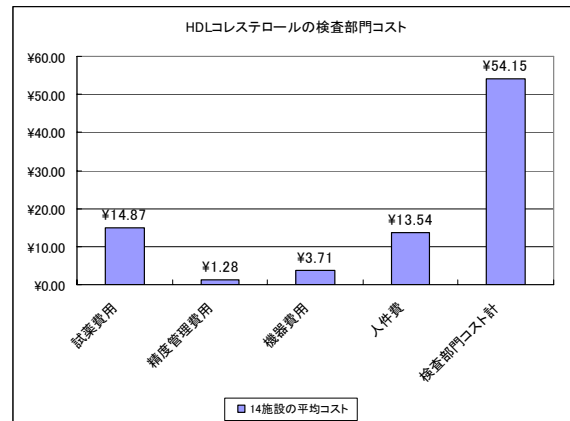


図 2 脂質検査 HDL コレステロール



肝機能検査における検査部門コストは、A S Tが 41.45 円、A L Tが 41.48 円、 γ -G Tが 43.77 円とほとんど変わらない（図 4，5，6）。腎機能検査における尿酸、血清クレアチニンも肝機能検査の各項目と同様のコスト構造である（図 7，8）。

図 3 脂質検査中性脂肪

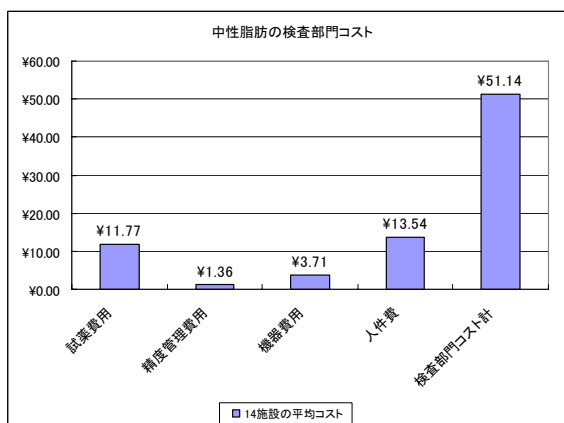


図 4 肝機能検査 γ -G T

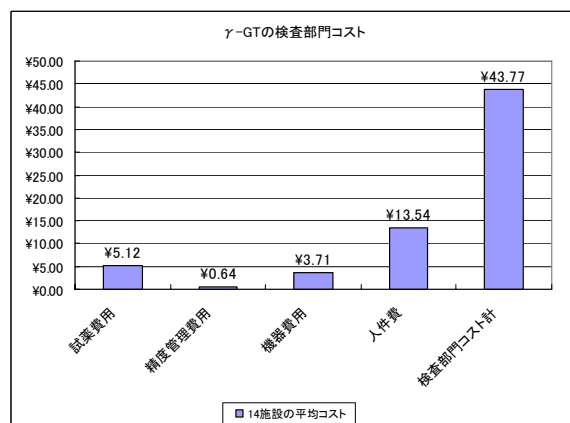


図 5 肝機能検査 A S T

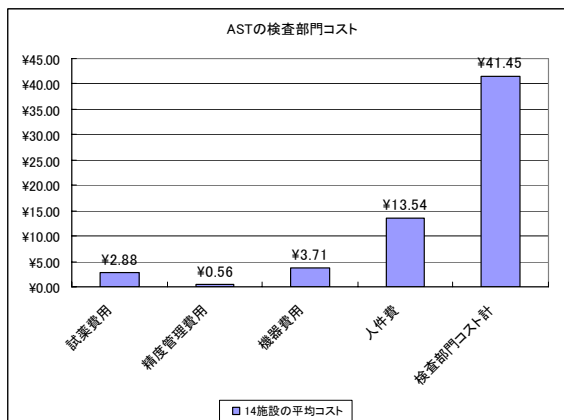


図 6 肝機能検査 A L T

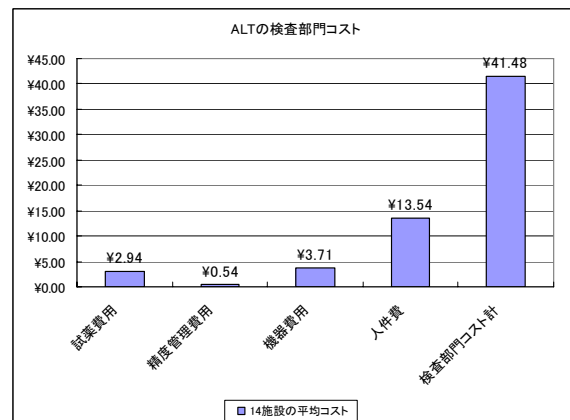


図 7 腎機能検査尿酸

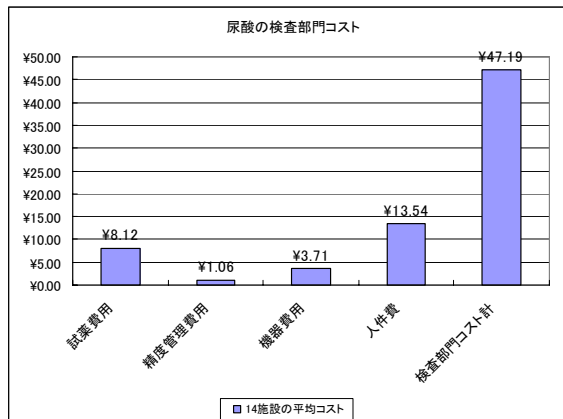
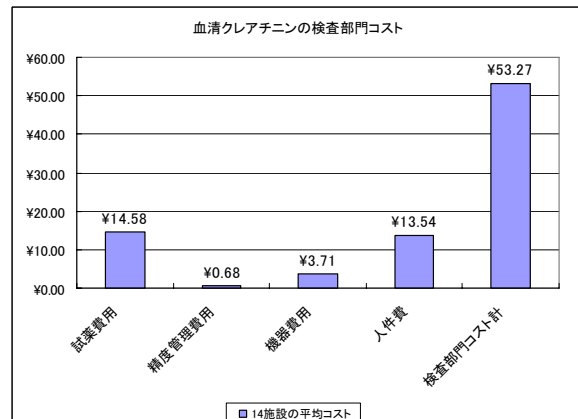


図 8 腎機能検査血清クレアチニン



糖代謝における血糖の検査部門コスト 60.58 円に対して、H b A 1 c の検査部門コスト 210.42 円は非常に高いが、これは試薬費用が高いためで、部門コストの 50%以上を占めている項目は、H b A 1 c と脂質検査の L D L コレステロールの 2 項目である(図 9 , 10)。

図 9 糖代謝血糖

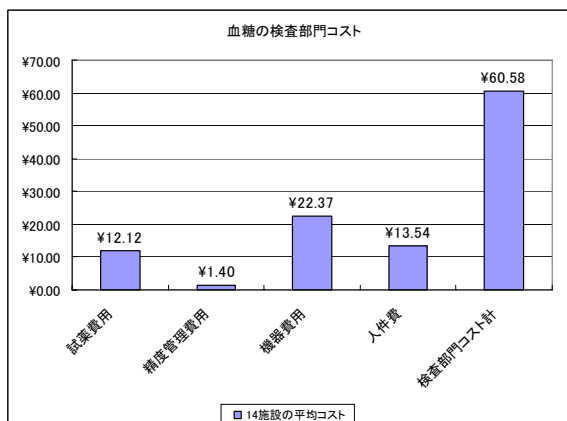
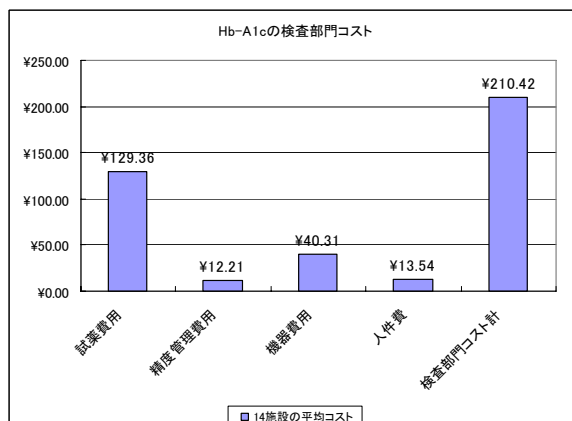


図 10 糖代謝 Hb-A1c



(3) 測定コスト合計

検査部門コストについて回答のあった 14 施設のうち、管理部門コストの回答のあった施設は 13 施設で、この平均費用を合わせた総費用を測定コスト合計として、検査項目毎に比較した。

脂質検査における L D L コレステロールの測定コストは 122.46 円で、H D L コレステロールの測定コスト 90.70 円、中性脂肪の 87.69 円と比べて高い。また、L D L コレステロールは測定コストの約 70%を検査部門コストで占めている(図 11 , 12 , 13)。肝機能の測定コストは 77.99 円から 80.32 円、腎機能の測定コストは尿酸 83.73 円、血清クレアチニン 89.82 円で、生化学検査部門の測定コ

ストとしては最も費用のかからない検査分野である（図 14，15，16，17，18）

図 11 脂質検査 LDL コレステロール

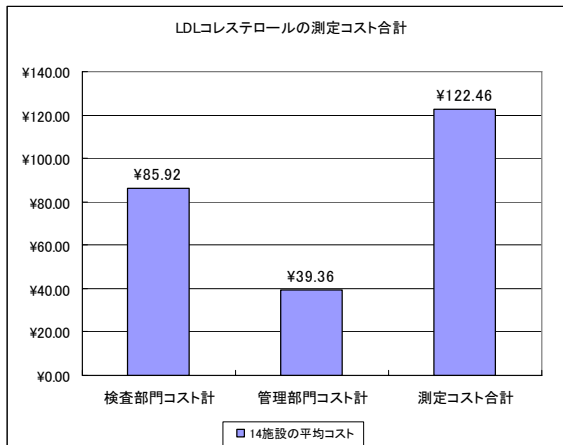


図 12 脂質検査 HDL コレステロール

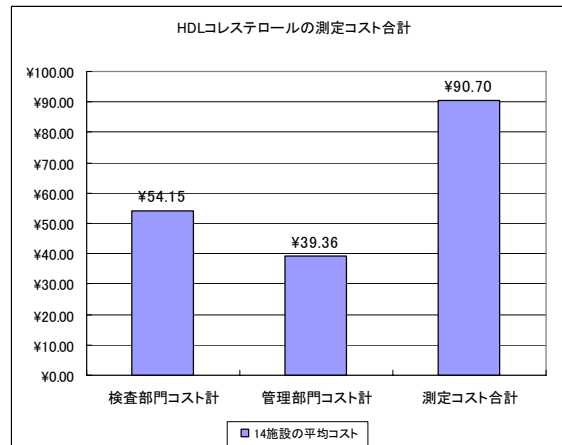


図 13 脂質検査中性脂肪

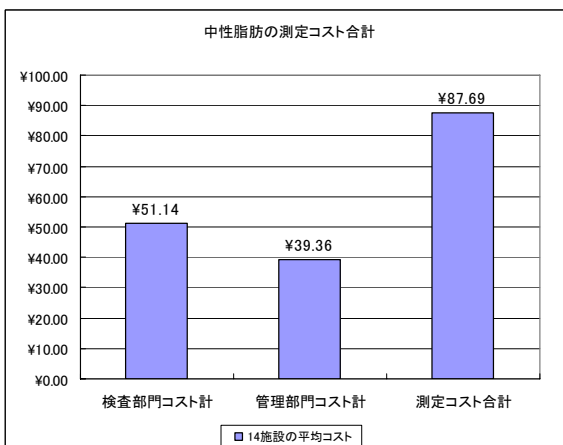


図 14 肝機能検査 γ-GT

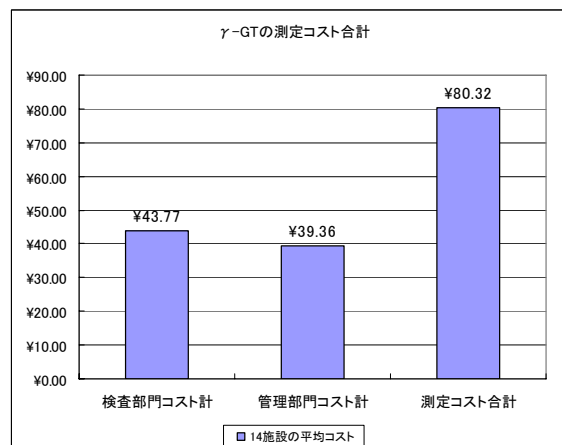


図 15 肝機能検査 AST

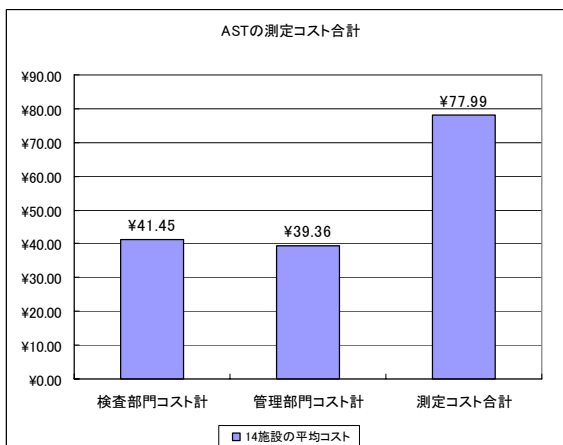


図 16 肝機能検査 ALT

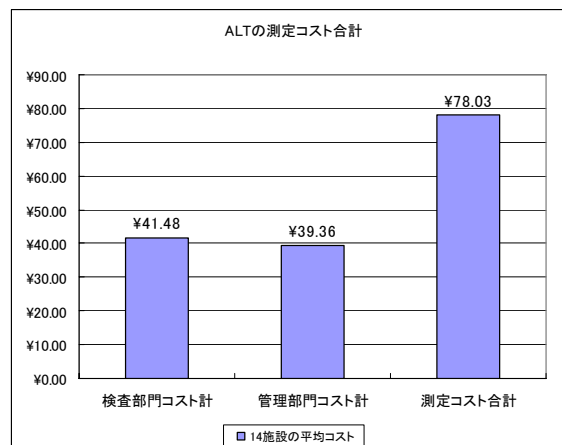


図 17 腎機能検査尿酸

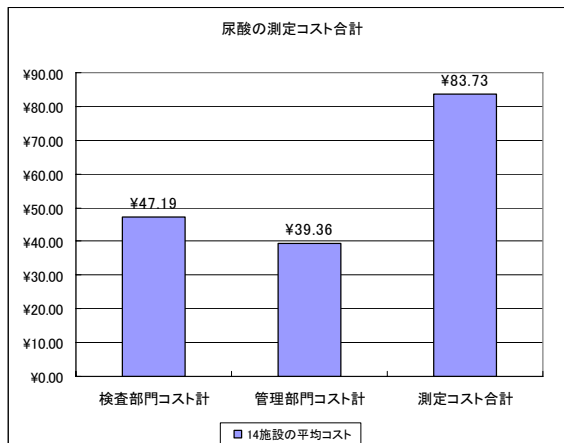
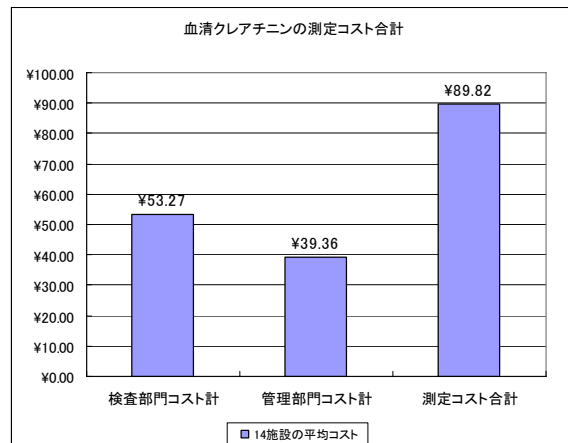


図 18 腎機能検査血清クレアチン



糖代謝における血糖の測定コスト 97.13 円は、これまでの生化学検査の各項目と同様のコスト構造であるが、HbA1c の測定コストは 246.96 円と最も高い。LDL コレステロールの測定コスト合計 122.46 円のおよそ 2 倍である (図 19, 20)。

図 19 糖代謝血糖

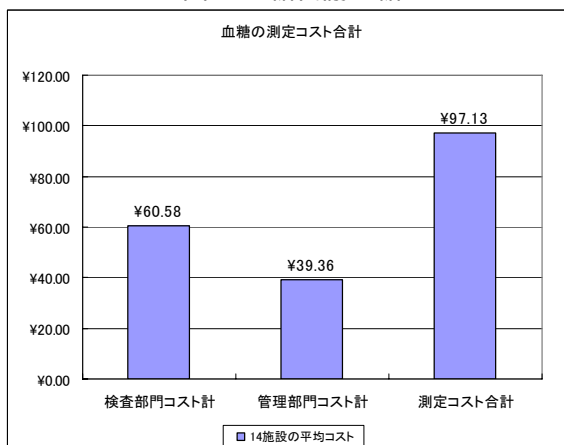
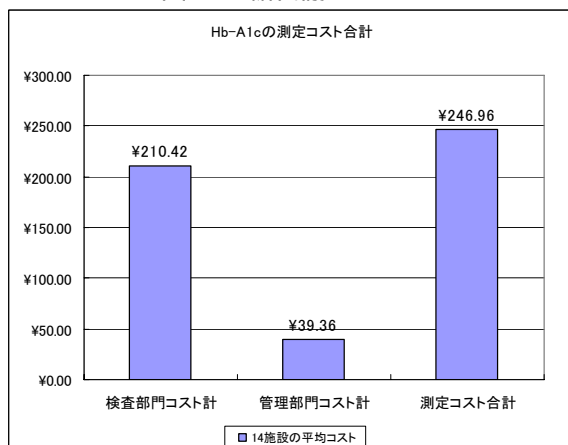


図 20 糖代謝 Hb-A1c



4) 結論

特定健診の検体検査必須検査項目は、脂質検査の LDL コレステロール・HDL コレステロール・中性脂肪の 3 項目、肝機能の γ -G T・A S T・A L T の 3 項目、糖代謝のうち血糖と HbA1c の選択に加えて尿検査とされている(厚生労働省「標準的な健診・保健指導(確定版)」)。

臨床検査部門が生化学検査の精度管理を維持・発展させるためには、内部精度管理における標準物資の使用にかかるコストの上昇や、日本医師会が実施する「臨床検査精度管理調査」など、外部精度管理調査への新たな参加が必要な場合の費用負担も考慮しなければならない。

本調査の結果を受けて、検査の測定に必要なコストの把握と、特定健診・特定保健指導の受託に向けた適正価格の交渉、更には、診療報酬における検体検査実施料の適正な評価を求めていくことが重要である。

5．課題と今後の在り方

医師会が設立・運営する医師会臨床検査センターや医師会健診センターは、その設立の意義から事業活動地域は限られた範囲内であり、経営効率化や獲得顧客にも限界がある事を再度指摘した上で、事業として存続する以上、全国展開の民間事業者とも顧客獲得のために受託価格やサービスで競合していく事はやむを得ず、「量的充足」から「質的充足」に向けた具体的な方策が必要である。「質的充足」とは何かを問う時、いみじくも特定健診・特定保健指導の実施に向けて取り組む中で、今後の医師会臨床検査センターや医師会健診センターの「質」の定義と事業としてのあり方が浮かび上がってくるのではないだろうか。また、経営改善、精度管理の面から機材の統一、資材の共同購入ということも考える必要がある。

医師会臨床検査センターを存続させる意義としては、検査データの充実化、活用によって、地域住民の健康情報バンクとしての場を提供することであろう。これは、営利を目的とした民間検査センターに対抗できるものであり、公益事業を担う医師会として選択肢の一つとするべきであろう。また、医師会臨床検査センターは会員の求めに応じ、民間検査センターが経営上の理由から行わない検査項目も行っており、会員に医師会臨床検査センター存続の必要性を広報する活動も必要であろう。

特定健診とは、内蔵脂肪型肥満に着目し、生活習慣病予防のための「保健指導」を必要とする者を抽出するための健診とされ、これまでのスクリーニング検査による様々な疾病の早期発見・早期治療という概念と意を異にしている。40 歳以上のみならず、広く地域住民の健診データを集積している医師会臨床検査センター・医師会健診センターが、高い精度管理の維持に基づき、「疾病予防のための検査項目選定と評価」や「地域住民自身による健診データ管理の在り方」等、エビデンスに基づいたポピュレーション・アプローチを、医師会を通じて地域に発信していく事の意義は大きい。

第 章 介護保険関連施設について

1. 医師会共同利用施設介護関連部門における地域ケア体制整備構想と在宅医療の推進

医師会共同利用施設検討委員会に対する唐沢会長からの諮問は「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」であるが、介護関連部門にとっても、平成 18(2006)年 6 月に成立したいわゆる医療制度改革関連法は今後の事業展開に大きな影響を及ぼすことは確実である。特に、医療費適正化計画、とりわけ平成 19(2007)年度末を目途として全国の都道府県で策定される地域ケア体制整備構想については、療養病床の再編とそれに伴う在宅医療の推進といった観点から、訪問看護ステーションを中心とした介護関連部門は重大な関心を持って対応を考えていかなければならない。

国の進める医療費適正化計画は、少子高齢化の進展に伴う今後の医療費の伸びをできる限り抑制し、国民皆保険制度を維持することを目的としたものとされており、「平均在院日数の短縮」と「生活習慣病対策の推進」がその骨子となっている。平成 20(2008)年度から新たに始まる特定健診・特定保健指導も生活習慣病対策の一つに該当し、検査・健診部門にとっては今後の運営に関わる重要事項である。また、地域ケア体制整備構想は、平成 23(2011)年度末までに削減されることが決まっている療養病床の適正な配置と、それに伴う転換型老人保健施設や居宅サービスの充実等、地域ごとに環境整備を行うことが求められており、平成 21(2009)年度から始まる第 4 期介護保険事業計画にも大きな影響を与えることは必定である。

第 章「医師会病院について」の「3. 「7 対 1 入院基本料」に関わる看護師不足」でも述べたが、療養病床の再編については、現在療養病床を経営している医療機関には存続に係わる大変な問題であると思われる。厚生労働省は医療療養病床 25 万床・介護療養病床 13 万床併せて現在 38 万床ある療養病床について、今後の 5 年間で介護療養病床は全廃し、医療療養病床だけの 15 万床に削減することを決めている。しかし、団塊の世代が高齢者の仲間入りをする今後の 10～20 年は、長期療養が必要となる高齢者の増加が見込まれることは確実であり、介護給付費の抑制策の一環としても十分な配慮を欠いた対応と言わざるを得ない。そもそも介護療養病

床については、介護保険制度が創設された平成 12(2000)年度頃から、社会的入院の是正を目的とした厚生労働省の旗振りによって増設されたものであり、現在も決して少なくない医療ニーズを持った人が多数入院している。こうした突然の方向転換に対する療養病床を経営されている医療関係者の「国にハシゴをはずされた」という戸惑いと憤りは至極当然のことと思う。

しかしながら、療養病床の再編は法改正に基づくものであり、今後医療療養病床の数合わせがどうなるのかはともかく、現存する介護療養病床がなくなることは確実である。老人保健施設や特別養護老人ホームについても、その多くが待機待ちというのが実状であり、これから先、どうしたら医療難民や介護難民を作らなくて済むのかということが国を挙げての大命題となってくる。日本医師会では、現時点でも医療療養病床は最低でも 26 万床は必要であるとしており、全国の都道府県においても、必ずしも国の示す参酌標準に拘らない適切な配置を検討しているところと思われるが、この 15 万床という数字自体は今後もかなり流動的なものとなるであろう。いずれにせよ、必要な療養病床の確保は是非もないが、このような状況の下、今後の高齢化の更なる進展と相俟って、在宅医療の推進が喫緊の課題となることについては論を待たないところである。

地域医師会や医師会共同利用施設の介護保険関連施設にとっても、このような高齢者の療養環境の変化への対応が求められることは言うまでもない。療養病床が削減されれば特定施設や高齢者専用賃貸住宅など、居宅の多様化が進むことは確実であり、そこでの医療や介護の提供をどのように行っていくのが重要な課題となる。また、在宅医療を推進していく上では、訪問診察を行う在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションがその主役として期待されているが、訪問看護ステーションについては伸び悩みが数年来の課題であり、在宅療養支援診療所についても、24 時間対応がネックとなり現時点では十分その機能を果たしているとは言えない。地域におけるこうした基盤整備を行っていくのは、決して行政の責務だけでなく、我々医療従事者や医師会共同利用施設を持つ地域医師会にとって課せられた大きな使命と言えるのではないだろうか。

最後に、日本医師会役員及び介護保険委員会委員が参画している国立長寿医療センターの「在宅医療推進会議」における中間答申(平成 19(2007)年 11 月)で、「在宅医療の必要性和その方策」について解りやすく纏めてあるので、以下に引用したものを紹介しておく。

(1) 何故、今在宅医療が必要か

現在わが国では死亡場所の 85%が病院であるが、この現状は必ずしも国民の希望を反映しているものではないと考えられる。どこで最期を迎えるかは本人が選択するものであり、他人から強要されるものではないが、現状は人々が希望する看取りを実現する上で在宅医療の受け皿が弱体であると言わざるを得ない

(2) 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師を増やす

在宅医療の推進のためには、それに携わる職種の要請が必須である。推進会議は、これらの職種についての意識改革を促すと共に、研修プログラム「在宅医療参入援助研修」を作成しその実行を図っていく

(3) 訪問看護ステーションを強化する

訪問看護ステーションが終末期まで対応するためには、24 時間 365 日の安定的な訪問看護サービスの提供が不可欠である。現在全国で約 5,700 ある訪問看護ステーションがこの体制を構築する上で員数の数は決定的要因であり、常勤換算で少なくとも 5 名以上配置されることが必要である。小規模の事業所対策も重要な課題である。また、終末期まで対応する能力を強化するために、指導者養成プログラムに基づき研修を実施していく

(4) 在宅療養支援診療所の機能を強化する

在宅療養支援診療所は、在宅医療を推進する中核的な役割を期待されている。しかし、全国 9,770 の診療所が平成 18(2006)年 7 月から 1 年間で看取った患者は 2 万 7000 人であったが、3,168 の診療所は看取った人数がゼロであった。現状では、在宅療養支援診療所は十分機能を果たしていないといえる。看取りを行っている診療所のほとんどが歯科医師や薬剤師、訪問看護ステーションとの連携システムが構築されており、経験豊かな複数の在宅療養支援診療所が多職種との連携により、看取りを含む終末期医療を担い、推進することは十分可能である。

(5) 急性期医療と在宅医療の円滑な連携を推進する

高齢者の特質に適切に応じることができる医療を実現するためには、病院における急性期医療と在宅医療が切れ目無く継続される必要がある。推進会議は、病院管理者が在宅医療の現状を理解するための病院管理者用プログラムを作成し、医師・看護師等の病院勤務者向けに、在宅医療に移行する際の必須事項を列挙したチェックリストを作成した。

(6) 国民、医療関係者が在宅医療を知ることを促進する

近年、国民の在宅で看取る体験が減少していることより、国民全体で成

功体験を地道に積み上げていくことが重要である。特に看取りについては、在宅で看取りを支えた家族など関係者が経験した例を集め、在宅でも心配なく見取りが行われ、家族も充実した達成感を抱いたことなども広く知ってもらうことが重要である。

2．介護保険制度を巡る情勢

高齢化社会に対応するために平成 12（2000）年 4 月からスタートした介護保険制度は、在宅サービスを中心とする利用者の急増とこれに伴う介護保険の総費用の急速な増加により、制度そのものの持続性が課題となった。平成 27（2015）年には「ベビーブーム世代」が高齢期に達し、さらに高齢化がピークを迎える平成 37（2025）年を見据えれば、介護保険制度改革は必須のこととなった。

介護保険制度改革の一環として平成 17（2005）年 6 月に「介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、同年 10 月に施設入所者の利用負担見直しが施行され、改正法の主要部分については平成 18（2006）年 4 月に施行された。本改正は見直しの基本視点を、「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」に置き、見直し策として 予防重視型システムへの転換、施設給付の見直し、新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上、負担のあり方・制度運営の見直し等から構成されている。

前年度報告書でも述べたが、今回の改正を、地域医療の側面から見ると、地域包括支援センターの創設、多職種協働の推進（主治医とケアマネジャー、地域包括支援センター職員との連携強化等）、医療ニーズの高い重度者への対応強化、日常診療や基本健康診査などを通じた生活機能低下者の早期発見／早期対応の推進、急性期病院～地域間での退院支援の強化など、「地域包括ケア」の再編や主治医機能の強化に関わる部分が多数盛り込まれている。

これらの改正は、基本的には医療と同様に財源的な問題から予防重視を前面に打ち出し、軽度（要支援 1・2）の対象者に状態の維持・改善として「新予防給付」の実施を図るとしている。また、地域における新たなサービス体系として、必要なサービスを包括的・継続的に調整する地域の拠点である「地域包括支援センター」が創設を謳っている。これらの改正内容が当初の計画どおり運営されるかは、実際に各地域におけるサービス受給者のニーズであり満足度により明確になることであるので、サービス提

供者側としてもその経過を見据える必要がある。

全国の医師会共同利用施設の観点から介護保険関連施設を平成 19 (2007) 年 4 月現在で見ると、介護老人保健施設 35 施設、訪問看護ステーション 494 施設 (うちサテライト 61 施設)、在宅介護支援センター 37 施設、地域包括支援センター 76 施設、特別養護老人ホーム 19 施設、ホームヘルプステーション 69 施設、居宅介護支援事業所 288 施設となっている。これらの施設数からみても、地域の医師会が医師会共同利用施設として介護関連施設に関与し、如何に地域の保健・福祉・医療に貢献しているかが理解できる。その点からしても、今後の医師会共同利用施設の介護保険関連施設のあり方について検討していくに当たっては、慎重な対応が必要である。

そして、ここでは必要なサービスを包括的・継続的に調整する地域の拠点である「地域包括支援センター」の事例を紹介し、医師会共同利用施設における介護関連施設のあり方について模索して行きたい。

3．在宅介護支援センターから地域包括支援センターへ

静岡県焼津市医師会(以下「焼津市医師会」と称する)では、平成 12(2000)年度の介護保険制度創設時より医師会共同利用施設として在宅支援事業部を立ち上げ、介護保険関連事業に携わることにより会員の診療支援や在宅医療の推進を図るとともに、地域住民の生活支援の一助を担ってきた。こうした在宅支援事業の一環として、同年より中学校区に 1 ヶ所ずつ設置されることとなった在宅介護支援センターの運営にも着手した。

しかし、介護保険制度の改正により、平成 18(2006)年度からは在宅介護支援センターに代わり地域包括ケアの拠点としての地域包括支援センターが設置されることとなり、焼津市医師会においても、こうした社会ニーズへの対応、とりわけ医療と介護・福祉の緊密な連携を基本コンセプトとして、在宅介護支援センターから地域包括支援センターへの転換を行った。

4．静岡県焼津市における地域包括支援センターの設置

人口約 12 万 (高齢化率約 20%) の焼津市では、第 3 期介護保険事業計画を策定するにあたり、人口分布、高齢化率、要支援・要介護度の分布等を勘案した上で日常生活圏域を北・中・南部 3 ヶ所に設定し、それぞれに 1 ヶ所地域包括支援センターを整備した。介護保険事業計画策定協議会に

において、地域包括支援センター 3ヶ所全てを外部委託とすることを決議した上で、既存の 8ヶ所の在宅介護支援センターの中から、北部地域包括支援センターを社会福祉協議会、南部地区を医療法人、そして中部地区を社団法人である焼津市医師会に委託することとした。

焼津市医師会が運営する中部地域包括支援センターでは、平成 18(2006)年度は看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの 3 人の専門職員に加え、1 名の事務職員を配置し業務のサポートを行ってきた。実施要領の中では、事務職の配置については触れられていないが、今後事務量はますます増加することが予測されることより、事務職員を含めた適切な職員の配置に配慮することの必要性を提言しておきたい。

圏域別要介護度別認定者数(平成 17(2005)年度)

圏域	全人口	65 歳以上	認定者数	要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3・4・5
北部	44,305	8,744	1,204	224	494	486
中部	30,986	7,659	1,095	193	512	390
南部	47,206	9,157	1,309	223	578	508
合計	122,497	25,550	3,608	640	1,584	1,384

5. 医師会の地域包括支援センターに期待されるもの

1) 公平・中立性の確保と医療との連携、多職種との協働

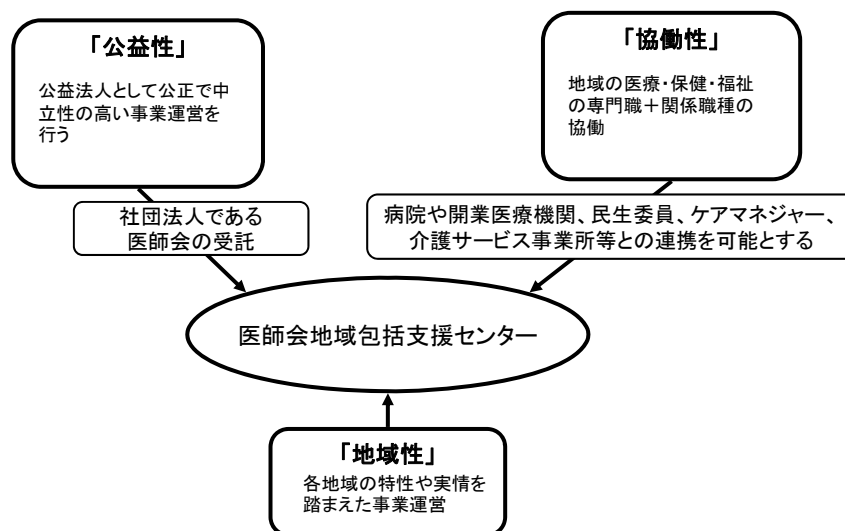
地域包括支援センターの設立主体については、自治体による直営は 30% 程度であり、その他は社会福祉協議会を中心とする社会福祉法人、社団法人、医療法人等に委託されている。公益法人である医師会が受託することの有益性については、公正・中立性の確保はもとより、地域の基幹病院や開業医療機関との連携が、社会福祉法人等他の事業主体よりスムーズに行われることが特筆すべき点として挙げられる。また、高齢者のかかりつけ医の集団である医師会が運営する医師会共同利用施設の特性により、居宅介護支援事業や訪問看護など、他の医師会共同利用施設関連事業との連携・協働も容易なものとなり、期待されている本来機能を発揮することが可能となる。

平成 18(2006)年に実施された愛知県医師会と名古屋工業大学大学院システム工学研究室の共同調査では、地域包括支援センターの抱える大きな問題点として医療との連携の難しさが取り上げられている。すなわち、地域における関係機関とのネットワーク構築は地域包括支援センターの重

要な業務の一つであり、地域の拠点となる多くの機関との連携を円滑に進めていかなければならない。しかし、地域包括支援センターと医療機関、地域医師会との連携は、必要性が高いにも拘らず十分ではないというのが実状である。とりわけ、かかりつけ医に期待される役割は、高齢者の健康管理に止まらず、介護予防に関する教育や生活機能に関する評価など多岐に亘るため、今後、地域包括支援センターとの連携はますます重要となっていく、と報告書の中で強調されている。

地域医師会が、医師会共同利用施設として地域包括支援センターの運営に取り組むことの意義は、医療と介護・福祉の連携の拠点としての地域包括支援センターの本来のあり方を具現化することであり、医師会立以外の地域包括支援センターや関係各職種に対しても、地域の中での Opiniオンリーダーとしての役割を演ずることではないだろうか。

公平・中立性の確保と本来機能の発揮

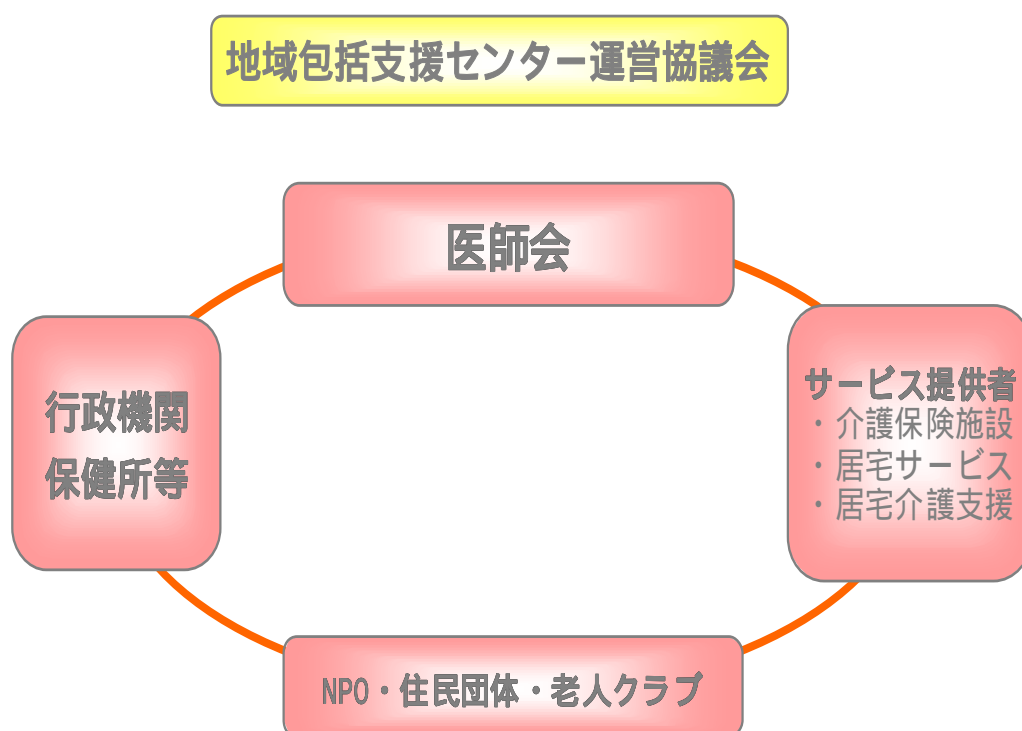


2) 地域包括支援センター運営協議会における存在意義

介護保険の実施主体である全ての自治体には地域包括支援センター運営協議会の設置が義務付けられており、大半の協議会には医師会代表が選任されている。しかし、医師会代表が地域包括支援センターの日常業務や現場の実態を把握することは極めて困難と思われるが、地域医師会が地域包括支援センターの運営に直接携わることにより、現場の状況把握や課題分析を行うことが可能となり、協議会の円滑な運営に寄与できる

ことは協議会にとっても大きなメリットとなり得る。

焼津市の地域包括支援センター運営協議会には、本会における在宅支援事業部担当理事が参加しており、共同利用施設運営委員会や実務者担当会議等を介し、担当委員からの提言や現場から情報提供を受けた上で協議会において意見陳述を行っている。焼津市の地域包括支援センター運営協議会には、他には直接的に現場に関わっている委員はおらず、医師会代表者の存在感が大きいことは間違いがない。



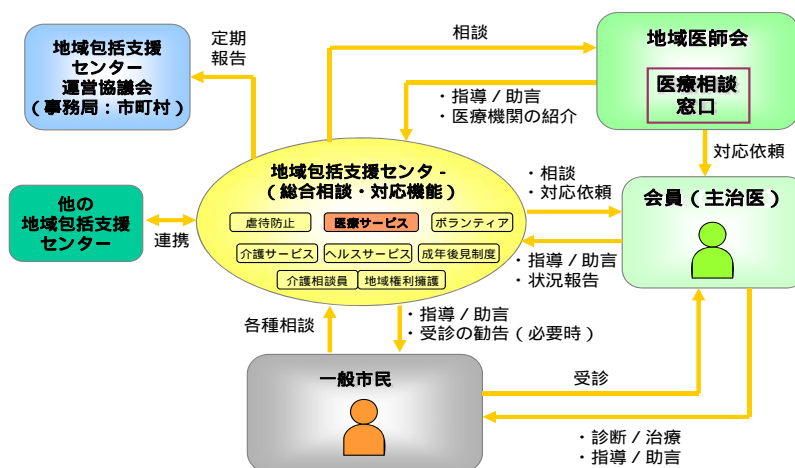
3) 医師会医療相談窓口との連携

地域包括ケアを進めていく上で、医療との連携強化が地域包括支援センターに求められる重要なテーマであることは再三述べてきた。地域包括支援センターの担う相談業務の中でも、医療に関する相談は決して少ないものではなく、在宅介護支援センターの時代から毎年確実に増加していた。また、医療相談の内容についても、主治医を持たない患者へのかかりつけ医の紹介はもとより、介護保険の指定医や特定高齢者の選定にあたっての医療機関との連携など、対応すべき業務は多岐に亘っている。

こうした対応については、地域包括支援センターの戦力だけでは十分ではなく、地域医師会における医療相談窓口の設置と地域包括支援センターとの相互協力を期待したい。

焼津市医師会では、平成 10(1998)年度より「かかりつけ医相談窓口」を設け、担当職員を配置すると共に専用電話を設置し、市民等からの医療相談を受け付けている。相談内容により、焼津市医師会が運営している医師会共同利用施設における各事業部が対応してきたが、地域包括支援センターを設置してからは、主として地域包括支援センターが受付窓口となり、各事業部との連携により医療機関や市民からの相談への対応を行っている。また、相談者が担当地域以外の場合は、相談内容により当該地域の地域包括支援センターへ紹介する等、医師会が市内全ての地域包括支援センターの医療相談のネットワークの中心となることで、医療機関を含めた多職種連携の中心的役割を果たしている。

医師会医療相談窓口との連携

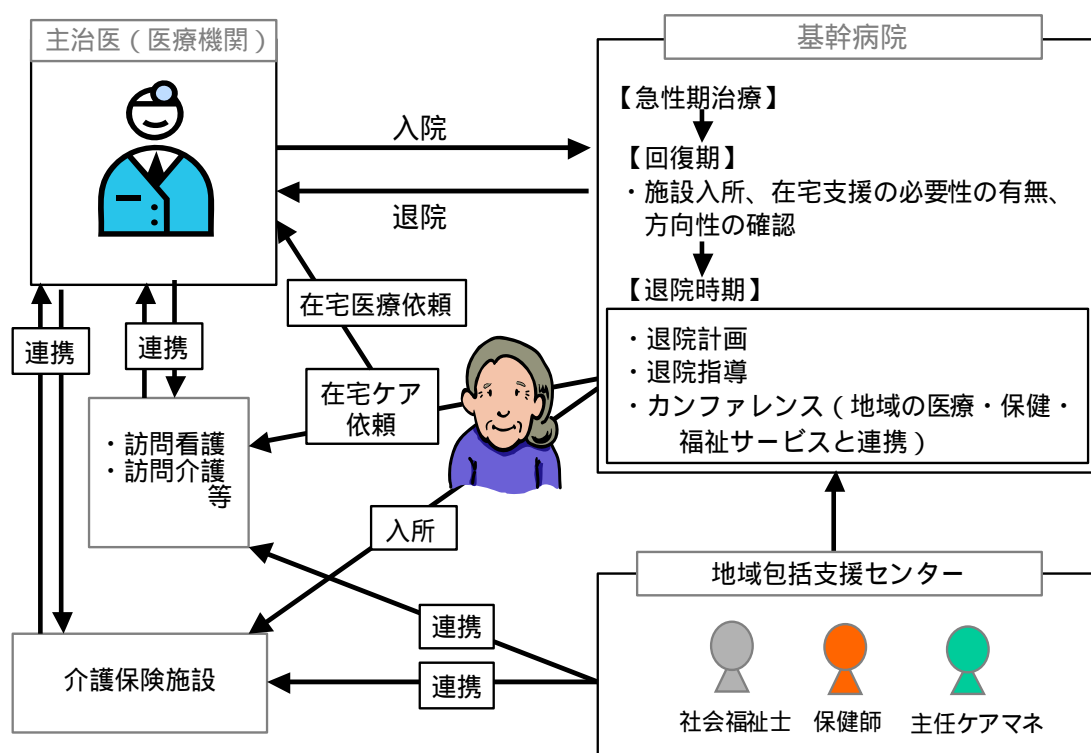


4) 急性期病院を中心とする退院支援における役割

地域包括支援センターによる急性期病院における退院支援への関わりは、地域包括ケアの視点からも今後の重要課題と捉えられる。入院期間の短縮化に伴い、退院支援パスを医療連携のツールとして退院支援に取り組んでいる急性期病院が増えてきており、受け皿としての在宅医療提供医療機関、介護保険関連施設、ケアマネジャー等への連絡・紹介が、中継地点としての地域包括支援センターに求められてくる。今後は療養病床の再編に伴い、介護療養型医療施設からの相談が激増することも予測され、地域包括ケアのコーディネーターとしての役割を期待される地域包括支援センターとして取り組むべき重要な課題である。

焼津市には地域の基幹病院として公立病院が1ヶ所あり、患者退院後の処遇については病棟スタッフと地域医療連携室職員が担当している。しかし、現時点では地域包括支援センターとの連携についてはあまり機能しておらず、今後は、病院と医師会はもちろんのこと、ケアマネジャーや訪問看護師等、幅広い関係職種を交えた協議の場において、機能的な退院支援システムとして稼働できる体制整備を行っていく必要がある。

急性期病院を中心とする退院支援システムと地域包括支援センターの役割



5) 特定施設等との連携

高齢化の進展と療養病床の再編に伴い、今後は有料老人ホームを初めとする特定施設や高齢者専用賃貸住宅など、高齢者の居宅の多様化が進むことは確実である。特定施設は介護保険の指定施設であることが多く、大半の入居者は介護認定を受けていることより、内部職員であるケアマネジャーや介護職員とかかりつけ医との連携の必要性も生じてくる。特に、医療ニーズが高い新規の入居者にとっては、施設側と医療機関との連携は極めて重要で、こうした場合においても、地域包括支援センターが双方の仲介者としての役割を担うケースも少なからず出てくるであろう。

焼津市においても、平成 18(2006)年 4 月より有料老人ホームが開設さ

れたが、入居者は地域の高齢者は半分程度であり、その他は市外からの転入者である。入居者に対する医療の提供については、地元の入居者は従来のかかりつけ医の診察を受けることができるが、市外からの転入者については、施設側も日常診療を担当するかかりつけ医を捜す必要が生じてくる。ここでも、医師会の医療相談窓口と共に、地域包括支援センターが積極的に関わりを持つことにより特定施設との医療連携を円滑なものとし、入居者の安心・安全に寄与することが可能となる。

また、今後急速な増加が見込まれる高齢者専用賃貸住宅についても、医療ニーズや介護ニーズのある入居者の対応について、見守りを含めた地域包括ケアの観点から、地域包括支援センターに求められる役割は決して少なくないものと思われる。

6. 今後の課題とその対策

1) 本来業務の円滑な推進

全国的に、地域包括支援センターが新予防プランの作成に追われ、本来業務に支障を来しているという声が聞こえてきている。焼津市医師会の地域包括支援センターにおいても、新予防プラン作成に係る業務量が業務全体の70%近くを占めており、各専門職の本来業務に影響が出ていることは間違いない。新予防プラン作成を居宅介護支援事業所に外部委託することも選択肢の一つではあるが、介護給付ケアプラン作成件数の上限が定められたことや、委託料が介護保険のケアプラン作成費に比べ安価であることから、焼津市では新予防プラン作成を受託可能な居宅介護支援事業所はほとんどない状況である。焼津市医師会における地域包括支援センターでは、平成19(2007)年4月現在、新予防プランを約110件作成しているが、規定により本会の居宅介護支援事業所では受託できないこともあり、外部の居宅介護支援事業所への委託件数は僅か8件である。

ところで、平成19(2007)年度からは特定高齢者把握事業が地域包括支援センターに委託されることとなったが、これを専門職が本来業務を遂行できる体制整備の再構築となるチャンスとしたい。すなわち、新たな業務委託により職員の増員を図ることが可能となり、3名の専門職種は本来業務と特定高齢者把握事業に専従し、新予防プラン作成にかかる職員を新たに配置することが、現在抱えている問題の解決には最善の方策であると考えられる。

焼津市医師会では、平成19(2007)年3月より介護支援専門員の資格を

持つ社会福祉士の非常勤職員を採用し、常勤専門職員のケアプランを非常勤職員に移行する作業を行っているが、今後はケアマネジャーをもう一名補充し、全てのケアプランを3名の専門職種以外の職員が担当することを検討しているところである。

枠内数値は業務量全体における業務割合（％）

	ケアプラン作成		相談業務		会議等	
	訪問等	事務	訪問等	事務	訪問等	事務
A 看護師	66		9		25	
	34	32	5	4	11	14
B ケアマネジャー	67		20		13	
	27	40	13	7	7	6
C 社会福祉士	42		45		13	
	18	24	35	10	9	4
D（非常勤） 社会福祉士	60		34		6	
	25	35	17	17	3.5	2.5

2）特定高齢者把握事業の受託による体制整備

平成 18(2006)年度の焼津市における特定高齢者の対象者は極めて少なく、その結果特定高齢者に対する介護予防プランは全く作成されなかった。平成 19(2007)年度からは厚生労働省の通知に従い、焼津市においても生活機能チェックの見直しを行うこととなったが、それだけでは決して十分ではなく、基本健診を受診されていない閉じこもりがちな高齢者への対応として、訪問を主体とする健診受診と生活機能チェックの勧奨を強化する必要に迫られている。

焼津市では、下図のとおり高齢者の基本健診受診率は30％程度であり、約 70％の未受診者のうち、入院や介護保険の受給者を除いたハイリスクグループの掘り起こしが今後の重要課題であることは明白である。平成 19(2007)年度からは、介護保険運営協議会での審議を経て、これまでは保健センターが主体的に実施していた特定高齢者把握事業を3ヶ所の地域包括支援センターに全面的に委託することとした。しかしながら、地域包括支援センターでも、本来業務に加え新たに特定高齢者把握事業を行うことは現行の人員体制では不可能であることから、職員の増員を行うことが必須であり、そのためには人件費の確保が最大の課題となっている。現在、医師会立である中部地域包括支援センターでは、他の地域包括支援センタ

ーと共同で特定高齢者把握事業における委託業務内容、委託料について行政サイドと折衝を行っているが、委託料総額については、基本的な委託料をベースに、出来高での積み上げを要求しているところである。

平成 18(2006)年度基本健診受診状況

年 齢	対象者(人)	受診者(人)	受診率(%)	未受診者(人)	率(%)
65～74 歳	14,390	4,468	31.1	9,922	68.9
75 歳以上	11,161	3,543	21.7	7,618	68.3
合計	25,551	8,011	31.4	17,540	68.6

平成 18(2006)年度基本健診受診結果

年 齢	異常認めず		要指導		要医療	
	人数(人)	率(%)	人数(人)	率(%)	人数(人)	率(%)
65～74 歳	163	3.7	1,901	42.5	2,404	53.8
75 歳以上	84	2.4	1,498	42.3	1,962	55.3
合計	247	3.1	3,399	42.4	4,366	54.5

平成 18(2006)年度特定高齢者選定状況(平成 19(2007)年 1 月末現在)

項 目	人数(人)	割合(%)
基本チェックリスト回収数	5,842	
一般高齢者数	5,010	85.8
特定高齢者候補者数	309	5.3
特定高齢者決定数	32	0.5
要介護者数	453	7.8
死亡者数・転出者数等	38	0.6

7. 地域包括支援センターとしての新たな取り組み

平成 18(2006)年の改正介護保険法の施行により、介護予防事業の推進と地域における包括的・継続的なマネジメント機能の強化を目的として地域支援事業が実施されることとなった。地域支援事業は介護予防事業、包括的支援事業、任意事業により構成され、そのうち介護予防事業と任意事業は行政主導で行われるが、介護予防事業のマネジメント、総合相談、高齢者の虐待の防止や権利擁護事業、ケアマネジャーの支援の 4 事業は、包括的支援事業として地域包括支援センターが実施主体となっている。

一方、焼津市では、介護保険事業計画の上位計画である高齢者保健福祉計画において、基本健康診査の受診率向上は長い間の重要課題であった。平成 18(2006)年度の実績でも、65 歳以上の高齢者の健康診査の受診率は

極めて低調であり、早急な対応を迫られていた。介護保険法の改正に伴い、今後介護予防重視型システムを構築していくためには、まず、地域の高齢者の健康状態、生活状況を含めた実態把握を行うことが必要不可欠であるが、このような状況の下、基本健康診査に併せて実施する介護予防事業の一層の推進は、両計画を遂行していく上でも喫緊の課題と考えられた。こうした理由に加え、平成 19(2007)年 1 月 16 日付の厚生労働省老健局の通知において、地域包括支援センターでの介護予防事業の受託が可能となったことより、焼津市においては、平成 19(2007)年度より地域支援事業のうち、これまでの包括的支援事業に加え介護予防事業、とりわけ特定高齢者把握事業の一部を地域包括支援センターにおいて実施することとした。

1) 特定高齢者把握事業の現状

介護予防事業においては、高齢者が要支援、要介護状態となることを防ぐため特定高齢者(放置しておくとも要支援、要介護状態となる恐れのある虚弱な高齢者)を把握し、介護予防サービスに繋げる特定高齢者把握事業が実施されている。

こうしたハイリスクを持つ特定高齢者の早期把握は、基本健康診査にあわせて実施される生活機能評価、関係機関からの連絡、要介護認定非該当者、訪問活動による実態把握等、いくつかの経路により行われることになっているが、実際のところは基本健康診査に併せて実施されているケースがほとんどである。しかし、こうした方法による特定高齢者把握事業の 18 年度の実績については、全国では全高齢者の 0.43%が、焼津市においても 0.5%が特定高齢者と認定されたに過ぎず、厚生労働省が当初見込んだ 5%には程遠い結果に終わっている。また、焼津市においては、0.5%の候補者についても、ほとんどが介護予防事業への参加に対する本人の同意が得られなかったことより、平成 18(2006)年度の介護予防事業の実施率はゼロ%という惨憺たる結果であった。

2) 特定高齢者把握のための判定方法の見直しとその問題点

このように、平成 18(2006)年 4 月より実施された介護予防事業は、その対象者である特定高齢者の把握について、当初想定した数を大幅に下回り、その実施に支障を来したことから、厚生労働省は平成 19(2007)年 4 月より、特定高齢者の候補者の該当基準、決定者の該当基準の要件を見直した。しかし、この方法は、現在基本健康診査を受診されている高齢者

について、基本チェックリストにおける判定基準を緩和したものにすぎず、この方法では平成 18(2006)年度に候補者として抽出された健診受診者より、より健常者に近いものが特定高齢者として抽出されることが予測された。また、要件見直しに伴い、前年実績より健常者に近い候補者が抽出されても、介護予防事業を受諾してもらえるかどうかについても疑問が残っている。

3) 平成 19(2007)年度の特定高齢者把握事業に向けての論点整理

平成 18(2006)年度の実績を踏まえた上で、介護予防事業の対象者となる特定高齢者把握については、

毎年基本健診を受診している高齢者の中には、当初想定された 5 % より大幅に下回る 0.5%程度しか該当者はいない

厚生労働省が示した平成 19(2007)年度から実施される改定案では、約 20 倍の特定高齢者が把握されるとされているが、こうした対象者はより健常者に近い方であり、選定された候補者が介護予防サービスに繋がる可能性は低く、またその効果も未知数である

焼津市における 65 歳以上の高齢者の基本健康診査受診率は 30%程度である

したがって、焼津市では厚生労働省の通知に従い、決定方法が見直された特定高齢者把握事業は実施していくが、それ以外に、家庭に引きこもりがちで自ら進んで基本健診を受診していない高齢者の中に特定高齢者の対象者が数多く存在するとの想定の下、これらの人たちを特定高齢者把握事業の第一段階である「基本健康診査の受診」に結びつける必要があると考える

4) 地域包括支援センターへの委託による特定高齢者把握事業の実施

これまでも焼津市では、基本健康診査については全ての対象者に受診券を発行し、未受診者には再発行も行ってきたが、その効果は決して満足の出来るものではなかった。引きこもりがちな高齢者に基本健康診査の受診を勧奨する場合、これまでのような広報への掲載や文書による通知といった方法では不十分であり、訪問員が個別に家庭を訪問し、本人や家族の説得を行うことが最も有効な方策であると考えられた。

そこで、焼津市では各地域包括支援センターにおいて特定高齢者把握事業の一部である受け持ち地域の高齢者の実態把握を行うと共に、基本健康

診査の受診を勧奨していくこととした。

5) 実施要領

- 1) 委託先 : 焼津市内 3 ヶ所(医師会、医療法人、社協)の地域包括支援センター
- 2) 担当地区 : 各地域包括支援センター担当地区
- 3) 対象者 : 65 歳以上の高齢者
平成 18 年度基本健診未受診者
要支援・要介護認定者を除く
- 4) 委託期間 : 平成 19(2007)年 8 月 1 日～平成 20(2008)年 3 月 31 日
- 5) 委託内容 : 実態把握
基本健診受診勧奨
利用者基本情報(特定高齢者把握事業)の作成
- 6) 実施件数 : 1 ヶ月 50 件以上
- 7) 実施報告 : 毎月の実績を翌月 10 日までに保健センターに報告
別紙書式にて作成・報告
請求は対象者一人につき 1 回限り
- 8) 委託費 : 基本委託費(基本事務費及び 50 件までの実態調査費)
超過委託費(50 件を超過した分の実態調査費)

6) 実施状況報告(平成 19(2007)年 8 月～9 月)

特定高齢者把握事業の委託を受けた地域包括支援センターでは、非常勤職員を 2 名ずつ増員し訪問活動に備えたが、地域包括支援センターによっては雇い入れたケアマネジャーに新予防プランを任せることにより 3 名の職員が訪問に従事したところや、専任の相談員を雇用し、専門職員は従来の業務を続けたところと形態は様々であった。

事業実施の 8 月 1 日より、平成 18(2006)年度に健康診査を未受診であった 65 歳以上の高齢者について、焼津市保健センターから提供されたりストを元に訪問を開始した。全対象者数は 15,810 人で、8 月 1 日より 9 月 30 日までの 2 ヶ月間の実績では、訪問件数は 3 ヶ所の地域包括支援センター合計で 638 件であったが、そのうち在宅で面談が出来た件数は 415 件(約 65%)であった。面談が出来た件数が少ないのは、提供されたりストには電話番号が記載されていないために事前のアポイントが取れず、直

接自宅やマンションを訪問したためである。不在者には不在通知を出し、後日再度訪問する予定である。

面談が出来たものについては、利用者基本台帳を作成するとともに健康診査の受診勧奨を行った。面談が出来た 415 件のうち、基本健康診査の受診に同意してくれた方は 230 件(約 55%)であったが、これらについては、実際に健診を受診されたかどうかの確認作業が必要となる。また、これまで健診を受診しなかった高齢者が同意してくれた理由としては、健康診査及び生活機能評価の目的を理解してくれたこと、70 歳以上は無料であること、かかりつけ医でも受診が可能であることが主なものであった。また、受診を拒否された理由については、定期的に医療機関を受診しているが最も多く 56%に達していた。その他の理由としては、人間ドッグや勤務先で健診を受けていること、かかりつけ医が市外であること、現在は受診の必要性を感じていないことなどが挙げられていた。

こうした地域包括支援センターによる訪問についての高齢者の反応については、事前に用意した身分証明書や説明書を提示したこともあり概ね良好であったが、基本健康診査や生活機能評価についてはほとんど周知、理解されておらず、広報の見直しの必要性が強く感じられた。また、医療機関を受診している方には、基本健康診査の受診案内についての掲示やかかりつけ医からの受診勧奨が求められると思われたし、一人暮らしの高齢者では医療機関への送迎を望む声もあった。さらに、職員の訪問は一人であることも多く、安全面での配慮も必要であるとの意見も述べられていた。

おわりに

会長諮問「医療改革に伴う環境変化に対応した医師会共同利用施設のあり方」に沿って、医師会病院、医師会臨床検査・健診センター、介護保険関連施設の現状と課題についてまとめてきた。

医師会病院においては、地域医療支援病院の制度に対する問題、公益法人制度改革と民間が担う公共の役割としての医師会病院のあり方、7：1入院基本料による看護不足の問題、療養病床の統廃合問題などを踏まえ、将来のあるべき姿を提言した。

医師会臨床検査・健診センターについては、本年4月から実施予定の特定健診・特定保健指導に対する医師会臨床検査・健診センターが取るべき対応策、臨床検査の測定におけるコスト構造調査とその結果及び分析、医師会臨床検査・健診センターの「質」の定義と事業のあり方について検討する必要性について提言した。

介護保険関連施設については、焼津市医師会が運営している地域包括支援センターの事業活動を取り上げ、特定高齢者把握事業の一部である受け持ち地域の高齢者の実態把握を行い、基本健康診査の受診を受けていない閉じこもりがちの高齢者に基本健康診査の重要性を勧奨していることなどについてまとめた。

これらに共通していることは、会員のための医師会共同利用施設という観点から、医師会共同利用施設に直面する新たな課題や対策に協力することによって、展望が開けてくるということである。と同時に、単に会員だけではなく、地域に貢献する公共性という観点から医師会共同利用施設を考えていくことが存続には欠かせない。本報告書で示した提言、報告が地域の医師会共同利用施設に留まらず、地域住民のためになるものであれば、幸いである。

なお、本委員会が設立された昭和61(1986)年より委員として参画され、副委員長、委員長を歴任された野坂研介先生は平成19(2007)年3月25日にお亡くなりになられた。本委員会は野坂先生のご冥福をお祈りするとともに、野坂先生が委員会に対して多大なご功績を残されたことに対し、この場を借りて深く敬意を表したい。

参考資料「日医総研：臨床検査部門アンケート」

臨床検査センター(単体)・検査健診センター(複合体)・医師会病院検査部門アンケート

□ アンケートの趣旨

2008年度から実施が予定されております「標準的な健診・保健指導プログラム」の血液検査では、内部精度管理における標準物質の使用と外部精度管理調査への定期的な参加が求められており、今後、検体検査の測定におけるコストの上昇が懸念されております。そこで、「標準的な健診・保健指導プログラム」の健診において測定が予定されている生化学的検査必須項目について、コスト構造を明らかにし、今後の実施料の評価・適正化に向けた基礎資料を作成する目的から、本調査を実施する事になりま

ご多忙中、大変恐れ入りますが、何卒ご協力いただきますよう、宜しくお願い申し上げます。

□ ご返送期限 平成19年 1月 10日(水)

□ ご返送物 本アンケート：基本情報シート(p1)、及び アンケート(p2～p12)

□ お問い合わせ・ご返送先

日本医師会総合政策研究機構(日医総研) 担当者：吉田 澄人 TEL 03(3942)6475 E-mail: s.yoshida@jmarimed.or.jp

□ アンケートは統計的に処理し、個々の施設名は公表いたしません。

□ アンケートの集計・分析は、日医総研が行います。

【基本情報シート】

p. 1

問 1、検査センターの基本情報

○施設名	ご記入下さい。 施設名： 施設代表者氏名 () 本アンケートご担当者氏名 () 住所 〒 - 電話番号： FAX番号：
○所属医師会	ご記入下さい。 県 医師会
○平成17年度の施設形態	○で囲んで下さい。 ①検査単体 / ②検査健診センター(複合体) / ③医師会病院
○調査対象の確認(平成17年度)	()内に○を記入して下さい。 () ① 調査項目を民間検査センターに委託している(プランチラボ契約)。 () ② 調査項目の試薬・機器を、一部又は全部、民間検査センターと「FMS契約」している。 () ③ 調査項目の試薬・機器を、一部又は全部、試薬会社と「試薬リース契約」している。 () ④ 調査項目は①～③の契約をせず、自施設で実施している。 調査項目: LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST(GOT)・ALT(GPT) ・γ-GT(GPT)・血糖(グルコース)・尿酸・Hb-A1c・血清クレアチニン ※ ①「プランチラボ契約」、②「FMS契約」、③「試薬リース契約」のいずれかに○を付けた場合、次ページの「問2」と「問3」にお答えいただき、郵送ではなく、FAXにてご回答下さい。

FAX返送先：日医総研 FAX 03(3946)2138

このアンケートでは、全て平成17年度の状況をご記入下さい。

p. 2

問 2、調査項目の実施件数

	自施設検査実施件数(年間)	外注検査件数(年間)
LDL-コレステロール	件	件
中性脂肪	件	件
HDL-コレステロール	件	件
AST	件	件
ALT	件	件
γ-GT	件	件
血糖	件	件
尿酸	件	件
Hb-A1c	件	件
血清クレアチニン	件	件

【ご注意】

基本情報シートの「調査対象の確認(17年度)」で、①、②、③を選択した場合、このページの問2と問3に回答いただき、郵送ではなくFAXにてご返送下さい。
ありがとうございました。

【FAXによる返信内容】

1. 基本情報シート(p. 1)
2. 「問2」「問3」(p. 2)
3. 「ご意見ご質問」(p. 12)

問 3-1、検査部門の検査実施件数(臨床・健診を含む全体)

	自施設検査実施件数(年間)	外注検査件数(年間)
尿・糞便検査	件	件
血液学検査	件	件
生化学検査(I)	件	件
生化学検査(II)	件	件
免疫学検査	件	件
微生物学検査	件	件
病理学検査	件	件
生理検査	件	件
X線・画像検査	件	件
合計(全体)	件	件

問 3-2、老人保健事業における基本健康診査の検査実施件数

	自施設検査実施件数(年間)	外注検査件数(年間)
尿・糞便検査	件	件
血液学検査	件	件
生化学検査(I)	件	件
合計	件	件

問 3-3、労働安全衛生における定期健康診断の検査実施件数

	自施設検査実施件数(年間)	外注検査件数(年間)
尿・糞便検査	件	件
血液学検査	件	件
生化学検査(I)	件	件
合計	件	件

問 4、試薬費

p. 3

	試薬名 (複数使用の場合は 全て記載して下さい)	「A. 年間払出総額」か「B. 期首棚卸金額～D. 期末棚卸金額」のいずれかでお答え下さい			
		A. 年間払出総額 (B+C-D)	B. 期首棚卸金額 (単価×数量で計算して下さい)	C. 年間仕入総額 (単価×数量で計算して下さい)	D. 期末棚卸金額 (単価×数量で計算して下さい)
LDL-コレステロール		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
中性脂肪		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
HDL-コレステロール		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
AST		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
ALT		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
γ-GT		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
血糖		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
尿酸		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
Hb-A1c		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
血清クレアチニン		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

問 5、試料費

p. 4

	試料名 (複数使用の場合は 全て記載して下さい)	「A. 年間払出総額」か「B. 期首棚卸金額～D. 期末棚卸金額」のいずれかでお答え下さい			
		A. 年間払出総額 (B+C-D)	B. 期首棚卸金額 (単価×数量で計算して下さい)	C. 年間仕入総額 (単価×数量で計算して下さい)	D. 期末棚卸金額 (単価×数量で計算して下さい)
LDL-コレステロール		円	円	円	円
		円	円	円	円
中性脂肪		円	円	円	円
		円	円	円	円
HDL-コレステロール		円	円	円	円
		円	円	円	円
AST		円	円	円	円
		円	円	円	円
ALT		円	円	円	円
		円	円	円	円
γ-GT		円	円	円	円
		円	円	円	円
血糖		円	円	円	円
		円	円	円	円
尿酸		円	円	円	円
		円	円	円	円
Hb-A1c		円	円	円	円
		円	円	円	円
血清クレアチニン		円	円	円	円
		円	円	円	円

p. 5

問 6、年間総材料費

 円

注)材料費とは、検査部門全体で使用する試薬・試料を除いた検査用消耗品などです。例えば、プラスチック手袋、採血管、カット綿などです。調査項目や他の検査項目の試薬費・試料費は含めないで下さい。

問 7、検査機器

検査機器名	測定項目に○を付けて下さい	保有の場合 <年間減価償却費>	リースの場合 <年間リース料>	年間保守・修繕費
	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c	円	円	円
	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c	円	円	円
	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c	円	円	円
	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c	円	円	円

検査機器ごとに、いずれかにご記入下さい

保有の場合にもリースの場合にもご記入下さい

問 8. 検査支援システム

検査支援システム名	保有の場合 ＜年間減価償却費＞	リースの場合 ＜年間リース料＞	年間保守・修繕費
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

検査支援システムごとに、いずれかにご記入下さい

保有の場合にもリースの場合にもご記入下さい

問 9. 検査備品

購入時に資産計上したもの ＜年間減価償却費＞	円
購入時に費用計上したもの ＜年間購入費＞	円

- 注) 資産台帳に記載され、減価償却されている備品は、「購入時に資産計上したもの」に記入して下さい。
- すでに記載した検査機器・検査支援システムの費用は備品として記載しません。
- 調査項目以外であっても、検査機器・検査支援システムの費用は備品として記載しません。

問 10. 印刷費

種類	年間印刷費	外注検査分の掲載について、いずれかに○を付けて下さい
検査報告書	円	() 左記の報告書に外注検査分も含めて掲載している () 左記の報告書は自施設実施検査のみ掲載している
検査依頼書	円	() 左記の報告書に外注検査分も含めて掲載している () 左記の報告書は自施設実施検査のみ掲載している
検査案内・その他	円	

問 11. 外部精度管理調査

外部精度管理調査名称	年間参加費用	参加項目数	下記の項目について、参加している項目に○を付けて下さい
①	円	項目	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・ γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c・10項目全て
②	円	項目	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・ γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c・10項目全て
③	円	項目	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・ γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c・10項目全て
④	円	項目	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・ γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c・10項目全て
⑤	円	項目	LDLコレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・AST・ALT・ γ-GT・尿酸・血清クレアチニン・血糖・Hb-A1c・10項目全て

※ISO、CAPなどの認定・認証につきまして、別途対応させていただきますので、個別にお問い合わせ下さい。

問 12. 医療廃棄物

医療廃棄物処理費用 (年間)	円
-------------------	---

問 13. 地代家賃

地代・家賃(年間) ^{注1}	円
-------------------------	---

注1) 病院検査部門や健診センター併設など複合体の場合、
施設全体の地代家賃 × $\frac{\text{検査部門の床面積}}{\text{施設全体の床面積}}$ で計算して下さい。

問 14. 水道光熱費

水道光熱費(年間) ^{注2}	円
-------------------------	---

注2) 病院検査部門や健診センター併設など複合体の場合、
施設全体の水道光熱費 × $\frac{\text{検査部門の人数(常勤換算)}}{\text{施設全体の人数(常勤換算)}}$ で計算して下さい。

問 15、人件費

p. 8

	担当機器①	担当機器②	担当機器③	担当機器④
検査職員年間給与(常勤)	円	円	円	円
検査補助員年間給与(非常勤)	円	円	円	円

別紙のサブシート(p. 8-2)で計算して、常勤・非常勤それぞれの合計金額を記入して下さい。

記入例

15、人件費		担当機器①	担当機器②	担当機器③	担当機器④
検査職員年間給与(常勤)		3,590,000 円	550,000 円	380,000 円	380,000 円
検査補助員年間給与(非常勤)		1,100,000 円	0 円	550,000 円	550,000 円

別紙) 人件費計算用サブシート(このサブシートは提出する必要はありません)

検体検査部門常勤職員人件費

職員	年間給与α	調査対象10項目を含む生化学検査(Ⅰ)分野の業務								左記以外の検査業務		管理業務	
		担当機器①(H-7140) 業務割合① α×①	担当機器②(H-7600) 業務割合② α×②	担当機器③(GA-1150) 業務割合③ α×③	担当機器④(7plus) 業務割合④ α×④	業務割合⑤ α×⑤	業務割合⑥ α×⑥	業務割合⑦ α×⑦	業務割合⑧ α×⑧	業務割合⑨ α×⑨	業務割合⑩ α×⑩		
A	5,500,000 円	10 % 550,000 円	10 % 550,000 円	% 円	% 円	10 % 380,000 円	10 % 380,000 円	% 円	% 円	80 % 4,400,000 円	% 円	% 円	
B	3,800,000 円	80 % 3,040,000 円	% 円	% 円	10 % 380,000 円	10 % 380,000 円	% 円	% 円	100 % 2,700,000 円	% 円	% 円	% 円	
C	2,700,000 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	
合計		3,590,000 円	550,000 円	380,000 円	380,000 円					2,700,000 円		4,400,000 円	

各人ごとに、業務割合①～⑩の合計が100%になります

検体検査部門非常勤職員人件費

職員	年間給与α	調査対象10項目を含む生化学検査(Ⅰ)分野の業務								左記以外の検査業務		管理業務	
		担当機器①(H-7140) 業務割合① α×①	担当機器②(H-7600) 業務割合② α×②	担当機器③(GA-1150) 業務割合③ α×③	担当機器④(7plus) 業務割合④ α×④	業務割合⑤ α×⑤	業務割合⑥ α×⑥	業務割合⑦ α×⑦	業務割合⑧ α×⑧	業務割合⑨ α×⑨	業務割合⑩ α×⑩		
D	2,200,000 円	50 % 1,100,000 円	% 円	25 % 550,000 円	25 % 550,000 円	% 円	% 円	100 % 1,800,000 円	% 円	% 円	% 円	% 円	
E	1,800,000 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	% 円	
合計		1,100,000 円	0 円	550,000 円	550,000 円			1,800,000 円					

p. 8-2

別紙) 人件費計算用サブシート(このサブシートは提出する必要はありません)

検体検査部門常勤職員人件費

職員	年間給とα	調査対象10項目を含む生化学検査(Ⅰ)分野の業務								左記以外の検査業務		管理業務	
		担当機器①()		担当機器②()		担当機器③()		担当機器④()					
		業務割合①	α×①	業務割合②	α×②	業務割合③	α×③	業務割合④	α×④	業務割合⑤	α×⑤	業務割合⑥	α×⑥
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
合計			円		円		円		円		円		円

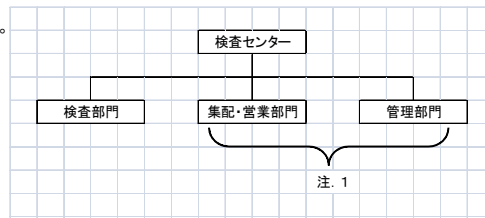
検体検査部門非常勤職員人件費

職員	年間給与とα	調査対象10項目を含む生化学検査（Ⅰ）分野の業務								左記以外の検査業務	
		担当機器①（ ）		担当機器②（ ）		担当機器③（ ）		担当機器④（ ）			
		業務割合①	α×①	業務割合②	α×②	業務割合③	α×③	業務割合④	α×④	業務割合⑤	α×⑤
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%	円
合計			円		円		円		円		円

- ※ 臨床検査センターの場合、＜ページ 9＞にご記入下さい。
 ※ 医師会病院の場合、＜ページ 10＞にご記入下さい。
 ※ 検査・健診センター複合体の場合、＜ページ 11＞にご記入下さい。

問 16、管理費：検査センター単体の場合

	集配・営業・管理部門の 経費 ^{注1}
年間人件費 ^{注2}	円
年間減価償却費 ^{注3}	円
年間その他経費 ^{注4}	円



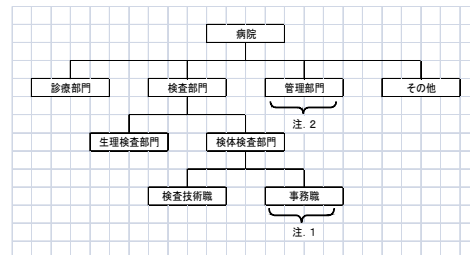
注2) 集配・営業又は管理の他の業務と兼務の場合、年間業務量で按分して下さい。

注3) 事務用備品の償却費、車両の償却費などを記入して下さい。

注4) 前問まで、及び本問の人件費、減価償却費に記載されなかった費用（例えば車両のガソリン代・維持費なども、ここに含めて記入して下さい）。

問 16、管理費：病院検査部の場合

	検査部門の事務職経費 ^{注1}	病院全体の管理部門経費 ^{注2}
年間人件費 ^{注3}	円	円※
年間減価償却費 ^{注4}	円	円※
年間その他経費 ^{注5}	円	円※



注3) 集配・営業又は管理の他の業務と兼務の場合、年間業務量で按分して下さい。

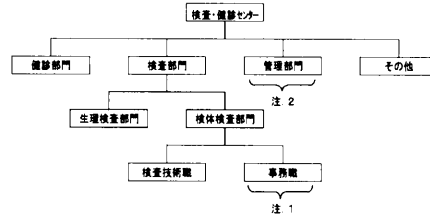
注4) 事務用備品の償却費、車両の償却費などを記入して下さい。

注5) 前問まで、及び本問の人件費、減価償却費に記載されなかった費用（例えば車両のガソリン代・維持費なども、ここに含めて記入して下さい）。

$$\text{※管理部門の} \left\{ \begin{array}{l} \text{人件費} \\ \text{減価償却費} \\ \text{その他経費} \end{array} \right\} \times \frac{\text{検査部門の人員数(常勤換算)}}{\text{施設全体の人員数(常勤換算)}} \text{で計算して下さい。}$$

問 16、管理費：検査・健診センター（複合体）の場合

	検査部門の事務職経費 ^{注1}	センター共通の管理部門経費 ^{注2}
年間人件費 ^{注3}	円	円※
年間減価償却費 ^{注4}	円	円※
年間その他経費 ^{注5}	円	円※



注3) 集配・営業又は管理の他の業務と兼務の場合、年間業務量で按分して下さい。

注4) 事務用備品の償却費、車両の償却費などを記入して下さい。

注5) 前問まで、及び本問の人件費、減価償却費に記載されなかった費用(例えば車両のガソリン代・維持費なども、ここに含めて記入して下さい)。

$$\text{※管理部門の} \left\{ \begin{array}{l} \text{人件費} \\ \text{減価償却費} \\ \text{その他経費} \end{array} \right\} \times \frac{\text{検査部門の人員数(常勤換算)}}{\text{施設全体の人員数(常勤換算)}} \text{で計算して下さい。}$$

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。

本調査に対するご質問などありましたら、自由にご記入下さい。

年度・開設者別地域医療支援病院承認状況

平成 19(2007)年 8 月現在

開設者 / 承認年	平成 1 0 年	平成 1 1 年	平成 1 2 年	平成 1 3 年	平成 1 4 年	平成 1 5 年	平成 1 6 年	平成 1 7 年	平成 1 8 年	平成 1 9 年	各年の合計
医師会	9	8	8	4	1	4	2	1	2		39
医療法人				1		3	3	5	5		17
株式会社								1			1
独立行政法人					2	1	3	2	6		14
済生会					1	1	1		1		4
市区町村			1	1	1	2	2	1	3	1	12
赤十字				2	1	2	2	4	7	1	19
都道府県	1			2			4	1	5	1	14
社団法人						1		1			2
国家公務員共済組合						1	1				2
公立学校共済組合									1		1
厚生連						1	3				4
特定医療法人				2			1		1		4
財団法人					2		1	1	2	1	7
労働福祉事業団							3		1		4
社会福祉法人							2				2
一部事務組合							1		1		2
宗教法人								1			1
社会保険協会連合会								1	4		5
開設者の合計	10	8	9	12	8	16	29	19	39	4	154