令和２年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

地域医療構想と地域包括ケアの連動した「人口減少対応型まちづくり」の促進に向けた実証的検証事業

報　告　書

令和３年３月

一般社団法人北海道総合研究調査会

目　　次

第Ⅰ章　調査研究の概要 1

1　調査研究の背景と目的 1
2　これまでの調査研究の概要 2
3　調査研究の方法 5

第Ⅱ章　人材確保と地域連携に関する基礎調査結果 7

1　関係機関へのヒアリング調査 7
2　事例調査 14
3　先進地視察研修 20
4　自治体立病院・有床診療所アンケート調査 26
5　人材確保策について 37

第Ⅲ章　中頓別町におけるプロセス試行 38

1　中頓別町国民健康保険病院の概要 38
2　中頓別町における検討プロセス 39
3　検討体制 41
4　作業部会における検討経過 43
5　見直しの進め方と方針案 50
6　今後に向けて 53

第Ⅳ章　奈井江町におけるプロセス試行 54

1　奈井江町立国民健康保険病院の概要 54
2　あり方検討に至る経緯 55
3　検討体制とプロセス 57
4　検討プロセスと内容 58
5　あり方検討の結果 60
6　将来に向けた継続的な検討の必要性 62

第Ⅴ章　プロセスモデルの横展開手法の検討 63

1　手引きの作成 63
2　自治体立病院向け説明会の開催 64

第Ⅵ章　調査研究のまとめ 66

資料編 69

１．研究会の開催経過 69
２．アンケート調査票 71
３．アンケート調査集計結果 74
４．自治体立病院向け説明会案内 87
５．自治体立病院向け説明会資料 89
事例報告　フェーズ１の取組事例（中頓別町） 90
事例報告　フェーズ２の取組事例（沼田町） 93
情報提供「職員の資質向上に向けて」（北海道厚生局医療課） 99
【参考】沼田町の取組概要 105

「公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ」
取組み推進のための手引き 113

第Ⅰ章　調査研究の概要

1　調査研究の背景と目的

地域の高齢化等の実情に応じた病床の機能分化・連携を進めることで、効率的な医療提供体制を構築するため、平成 26 年 6 月「医療介護総合確保推進法」の成立により、都道府県における「地域医療構想」の策定が制度化された。

北海道においても、平成 28 年 12 月に「北海道地域医療構想」が策定され、今後の人口構造、住民ニーズの変化や担い手の減少等に対応しつつ、各地域において必要な機能を確保するため「切れ目のない医療提供体制の構築」「医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの構築」について取り組んでいるところである。

北海道では、地域医療構想の策定段階から、本構想は病床削減のためのものではないことを強調して自治体や医療機関に対して説明し、特に中小規模の自治体においては、地域包括ケアシステムの医療の位置づけの確認と並行して検討することが必要と訴えていた。

構想策定後は、26 の保健所単位で地域医療構想調整会議を設置し、医療機関の責任者が集まって現状と課題を共有し、それぞれが持ち帰って検討しているところである。保健所単位でも広域である場合は、さらに小さな単位でも意見交換の場をもつなど、きめ細かに対応している。

一方、国においては、地域の実情に応じた地域包括ケアシステム構築の後方支援として、各厚生局に地域包括ケア推進課を設置し、地域への普及・啓発に取り組んでいる。中でも、医療介護連携は重要な課題となっており、地域の医療機関の機能が地域包括ケアシステムに与える影響は大きいことから、地域医療構想の実現と地域包括ケアの関係については、関心が高かった。

こうした背景のもと、本調査研究は開始された。本調査研究は、地域医療構想の検討そのものを扱うものではなく、広域の医療機能を踏まえて、また、公立病院としての機能のあり方、財政負担のあり方などを議論の中心としてきた。結果として地域医療構想の実現の参考になることが期待される。また、地域の実情を踏まえた医療と介護連携のもと住民参加型の地域包括ケアシステムの構築の後押しとなることが期待される。

本調査研究は、国と北海道、地域が一体となって、地域の医療と介護を考える体制の試行であると言える。

本調査研究では、平成 30 年度、令和元年度の調査結果を踏まえ、医療提供体制に課題を抱えるモデル自治体での実践を通じ、検討・取組を進める際の課題や対応のあり方等を整理し、プロセスの「見える化」を図るとともに、横展開の手法を検討する。

2　これまでの調査研究の概要

【平成 30 年度】

平成 30 年度は、道内外の取組事例を調査した。中でも、北海道沼田町（人口 3,131 人）における、病床削減を機に、まちづくりと合わせて住民の健康づくりと安心感の維持につなげる取組事例について、詳細に調査を実施した。

沼田町においては、昭和 38 年、病床数 143 の病院として開設された厚生病院が、地域医療を担ってきた。平成 17 年度まで厚生連の独自運営が続いていたが、平成 18 年度から大幅な赤字経営に陥り、町と厚生連が協定を締結し、平成 19 年度から赤字分の全額補填をすることとなった。入院患者の減少から、平成 20 年には 42 床に縮減したものの、その後、医師・看護師の退職後の補充ができず、さらに外来患者数、入院数とも減少し、平成 25 年、厚生連は無床化を決定した。町との協議を経て、平成 26 年厚生連のまま診療所に転換、平成 28 年、町はこれを町立化し、指定管理制度のもと厚生連が運営を担うこととなった。この間、町は住民説明と理解を得て、住民参加によるまちづくりへと進めてきた。その経緯の概略は次のようである。

町は、平成 25 年、厚生連が無床化を決定してすぐに、住民に対して、病院の経営状況、入院・外来の利用状況、町の財政負担の状況を、数字をもとに具体的に説明し、無床化への理解を求めた。例えば、42 床に対して月平均入院は 16 人であり、町の財政負担が当初の 1 億 5 千万円から 2 億円を超えていることなどである。同時に、クリニック、デイサービス、健康ジム、地域カフェ、まちの保健室などを一体化した「暮らしの安心センター」を整備して、住民の健康づくりを進める基本方針を打ち出した。説明会は 11 会場で開催され、246 人の参加者を得ている。

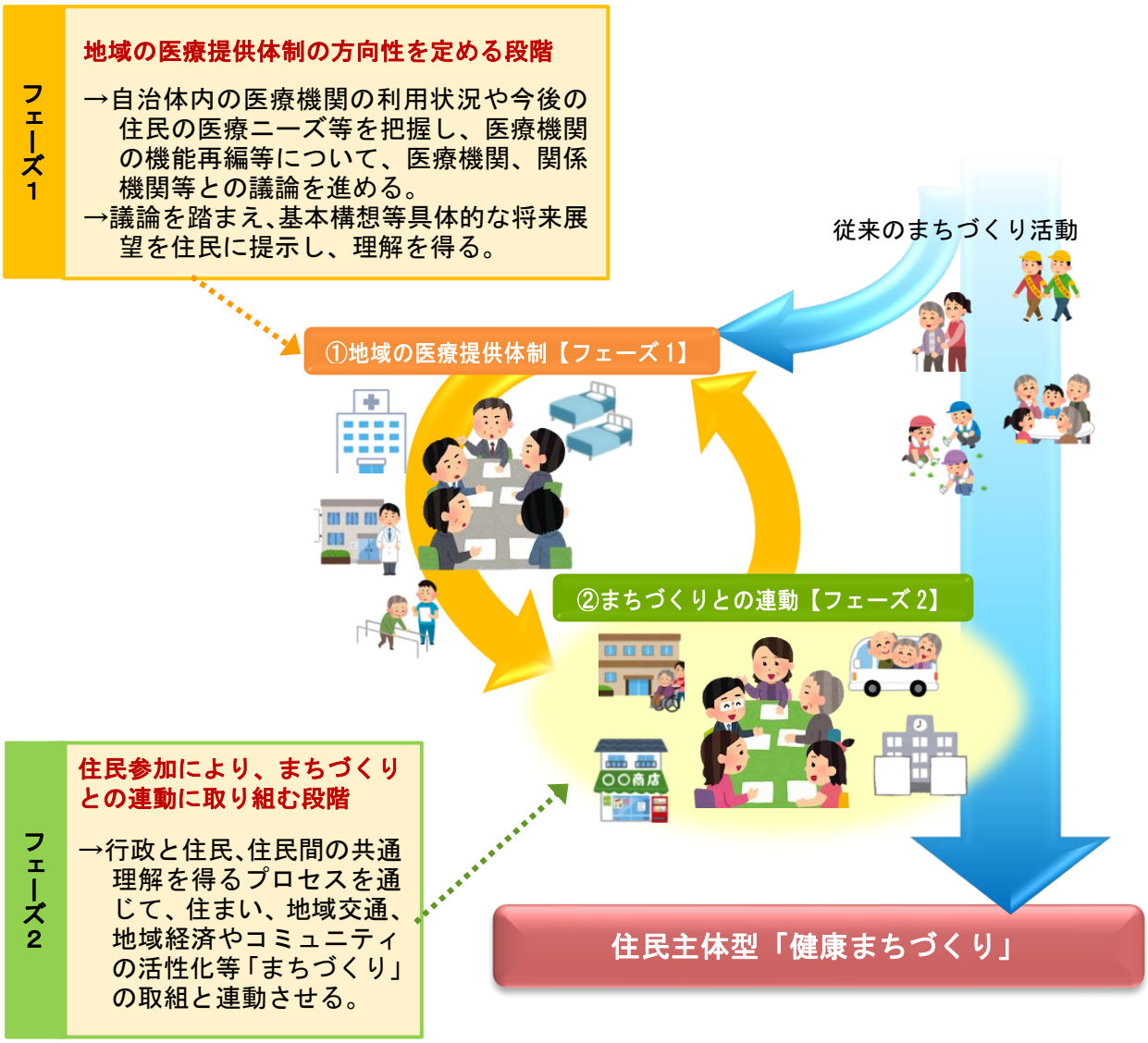
平成 26 年、無床化の直前にも住民説明会を開催し、無床化に対応して変化するサービスについて具体的に説明した。クリニックになってなくなるサービスとして、入院、救急受け入れなど、拡充されるサービスとして、人間ドックやリハビリの強化をすること、高齢者等の入院における交通費補助の新規サービスの導入や退院後の介護サービスの提供を図ること、さらに「心配の事例」対応として、急性期の入院から退院時に短期間の特養入所により機能回復を目指すこと、などである。住民からは不安の声があったものの、概ねの理解を得ることができた。

平成 25 年から、住民参加のもと、暮らしの安心センターの活用方法を検討した。住民には、まず勉強会を開催し、他地域の取組事例や町の資源の見直しを行い、次にセンターの活用についての検討に入った。平成 29 年、町民の健康を守り、町民が集う場をとしてオープンした。令和 2 年現在、クリニックは医師 2 名体制、週 3 回のリハビリテーションや人間ドッグも実施されている。また、暮らしの安心センターに隣接して、高齢者住宅の整備計画も進行中である。

この取組をモデルとして、医療関係者を中心に医療提供体制の方針を決定し、ダウンサイジングとバージョンアップの基本方針を決定する「フェーズ 1」と、基本方針に則って住民とともにまちづくりとしての展開方法を検討する「フェーズ 2」に整理した（図表 I - 1）。

なお、沼田町の取組を本報告書の参考資料として掲載する。

図表Ⅰ-1　地域医療提供体制と地域包括ケアシステムの連動を実現するために
まちづくりと連動させるプロセス



【令和元年度】

令和元年度は、北海道中頓別町（人口 1,730 人）をモデルとして、上記フェーズ 1 を試行し、検討事項とデータ分析の方法を見える化した。また、北海道更別村（人口 3,175 人）をフェーズ 2 の試行モデルとして、現在、村が進めている「生涯活躍のまち」構想や「高齢者の QOL 日本一」プロジェクトを見据えたワークショップを開催し、まちづくりの方向性を検討する試行の場として実施した。

これまでの調査研究を踏まえ、プロセスモデルの構築のため、以下の 3 点の課題が整理された。

①医療提供機能の重点化とまちづくりとの連動

・何をどのように強化するか（医療・介護・福祉の機能の効率化とケアの質の向上（＝バージョンアップ））、かかりつけ医療機関としての機能の充実と、まちづくりとの連動に向けた取組について検討する必要がある。

②人材確保策に関する調査

・医療機能見直しの“引きがね”になり得る医療従事者の確保や定着方策についても先進的な取組事例を調査することが必要である。

③プロセスモデルの横展開

・医療機能に課題を抱える自治体においてダウンサイジング・バージョンアップの支援ツールとして活用できるよう、プロセスモデルの横展開ができるような取り組みが必要である。

そこで、本調査研究においては、モデル実施地域を増やし、プロセスを検証するとともに、以下のような研究事業を進めた。

3　調査研究の方法

（１）モデル地域におけるプロセス試行

本調査研究ではフェーズ 1、2 のそれぞれに 1 自治体をモデルとし、それぞれの自治体内で検討体制を組んでもらい、各 3 回程度出向いて地域における取組推進を支援した。

①フェーズ２（まちづくりとの連動フェーズ）：中頓別町
②フェーズ１（医療機能の見直しフェーズ）：奈井江町

（２）人材確保策に関する調査

人材確保策について、関係機関等にヒアリングを行うとともに、地域で人材の育成・活用を実施している取組事例を調査した。また、北海道内の自治体立病院・有床診療所を対象に、人材確保策の現状や課題等について把握するためアンケート調査を実施した。

①関係機関へのヒアリング調査（ドクターバンク、ナースセンター）
②事例調査（茨城県立中央病院）
③自治体立病院・有床診療所アンケート調査

（３）先進地視察研修

無床診療所で地域住民の健康を守るクリニックの取組先進地事例として、岡山県奈義町を訪問し、モデル地域職員の視察研修を行った。奈義町の担当者や医療関係者との意見交換を通じて、住民等にも自信をもって説明することができるようにすることを目的とした。

（４）プロセスモデルの横展開手法の検討

①手引きの作成

モデル地域でのプロセス試行を踏まえ、自治体立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップの取組を推進するためのプロセスやデータ分析の活用方法等について取りまとめた「手引き」を作成した。

②自治体立病院向け説明会

これまでの調査研究結果を踏まえ、自治体立病院のダウンサイジング・バージョンアップのプロセスモデルを道内の自治体に横展開するため、道内の自治体立病院の事務長を対象に説明会を開催した。

※当初、12 月に開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大のため延期し、改めて 3 月に Web 配信方式により開催した。

③自治体立病院への訪問支援

説明会に参加した中小規模自治体立病院のうち希望する 2～3 ヵ所程度を対象に、研究チームが訪問し、ダウンサイジング等に向けた行政の取組の参考となるよう、各自治体病院の現状や課題等について庁内担当者等との意見交換を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大のため②の自治体立病院向け説明会の開催が延期になったこと、並びに北海道における新型コロナウイルス感染拡大防止の集中対策による札幌市との往来自粛要請が延長となったこと等を踏まえ、医療機関への訪問支援は中止とした。

（５）研究会の設置・検討

有識者、医療や福祉の専門職及び自治体職員による研究会を設置し、検討を行った。

（※研究会の開催経過は資料編 p 70 参照）

図表Ⅰ-2　研究会委員

委員名	所属役職	備考
前沢　政次	医療法人豊生会夕張市立診療所　所長	座長
島崎　謙治	国際医療福祉大学大学院　教授	
中園　和貴	北海道大学公共政策大学院　教授	
徳田　禎久	社会医療法人禎心会　理事長	
波潟　幸敏	社会福祉法人さつき会　常務理事	
長尾　　享	中頓別町国民健康保険病院　事務長	
杉野　和博	奈井江町立国民健康保険病院　事務長	

※敬称略

オブザーバー

氏名	所属･役職
桑島　昭文	厚生労働省　北海道厚生局長
大熊　高司	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　地域包括ケア推進課長
民谷　健太郎	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課長
池田　　敦	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課長補佐
菊池　正浩	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課　地域医療構想等推進専門官
弓場　大輔	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　地域包括ケア推進課　医療介護連携推進係長
東　　幸彦	北海道保健福祉部地域医療推進局　地域医療課長
藤田　　晃	医療勤務環境改善支援センター　アドバイザー

※敬称略

第Ⅱ章　人材確保と地域連携に関する基礎調査結果

人口の減少や人口構造の変化により医療ニーズが変化し、医療機能の見直しが必要となる一方で、医師や看護師などの医療職が雇用できないことが医療機能の見直しの“引きがね”にもなり得る。また、病院で働く医療職が、診療所化されることで配置転換等が必要になり、場合によっては地域を離れるインセンティブになってしまうことも想定される。いずれの場合も、人材を確保し、定着するための方策を検討することが課題となっている。

そこで、人材確保策について、関係機関等にヒアリングを行うとともに、地域で人材の育成・活用を実施している取組事例を調査した。また、北海道内の自治体立病院・有床診療所を対象に、人材確保策の現状や課題等について把握するためアンケート調査を実施した。

さらに、無床診療所で地域住民の健康を守るクリニックの取組先進地事例として、岡山県奈義町で視察研修を行った。

1　関係機関へのヒアリング調査

人材確保策について調査をするため、まず北海道内における医療従事者の主な職業紹介等の現状について整理した（図表Ⅱ-1-1）。

図表Ⅱ-1-1　医療従事者の主な職業紹介等

■医師の職業紹介等

	概　　要	
①地域医療支援センター	・「地域医療支援センター」とは、都道府県が医師の地域偏在解消を目的に設置している医師配置の司令塔。地域枠医師やセンターが確保した医師を医師不足の医療機関に斡旋、派遣するほか、キャリア形成上の不安解消のためのプログラムの作成も行う。 ・北海道では、医師不足が深刻な市町村病院などに医育大学（札医大・旭川医大・北大）に設置する地域医療支援センターから所属医師を派遣（北海道からの事業委託）。 ■【平成 30 年度の派遣実績】札医大：15 名、旭川医大：6 名、北大：12 名	※平成 26 年 10 月の医療法の改正により「地域医療支援センター」の機能を医療法上に位置づけ
②北海道地域医療振興財団（ドクターバンク）	・公益財団法人北海道地域医療振興財団は、へき地における医師の充足を図るため、地域医療を目指す医師を全国から募集し、北海道内の医療機関への就職斡旋や求人情報の提供を実施（ドクターバンク推進事業）。 ※公益財団法人北海道地域医療振興財団は、北海道内の各地域の医療機関における医師の充足と医療機能の強化を促進し、もって地域医療の充実を図り、道民の福祉の向上に資することを目的として、北海道、道内市町村及び医療関係団体等が全国に先駆けて設立した公益法人。 ■ドクターバンク（常勤や短期診療支援（常勤医師不在時の代診や宿日直など）） ■熟練ドクターバンク（代替わりした開業医や定年退職した勤務医などを対象） ■北海道女性医師バンク（医療現場への復帰を目指す方や育児・介護で勤務時間に制約のある方の支援を目的として設置）	※職業安定法に基づく無料職業紹介所
③自治体病院・診療所医師求人求職支援センター	・公益財団法人全国自治体病院協議会が公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会と共同により設置・運営。 ・勤務医不足や地域・診療科偏在により地域医療の維持・継続に困難を極める中、地域医療の確保を図ること目的に医師就業に関する支援を行う公的機関。	※有料職業紹介事業（求職者は無料。求人側（医療機関）のみ手数料）

	概　　要	
④北海道医師会　医師キャリアサポート相談窓口	・北海道医師会が実施。 ・北海道内の病院、診療所に就職（常勤又は非常勤）を希望する医師に、医師を必要としている医療機関を紹介する職業紹介事業 ■就業サポート（無料職業紹介事業）　■復職サポート ■育児サポート　■介護サポート ■セカンドキャリアサポート	※職業安定法に基づく無料職業紹介所
⑤日本医師会女性医師支援センター	・厚生労働省「女性医師支援センター事業」（旧：医師再就業支援事業）としての委託を受け、公益社団法人日本医師会が「日本医師会女性医師バンク」を実施。 ・今後急増していくと予想される女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることを目的として平成 19 年 1 月 30 日より開始。 ■日本医師会女性医師バンク（再研修・復職支援）	※職業安定法に基づく無料職業紹介所

■看護師・薬剤師の職業紹介等

	概　　要	
①北海道看護協会ナースセンター	・北海道知事の指定のもと、北海道看護協会が運営。 ■無料職業紹介（ナースバンク）事業 ■復職支援の相談及び就業事業 ■看護職の就業相談　等	※職業安定法に基づく無料職業紹介所
②北海道薬剤師バンク	・一般社団法人北海道薬剤師会が運営（平成 25 年 3 月 1 日） ・北海道における薬剤師不足の解消、資格を持ちながら未就業状態にある薬剤師のキャリア支援を目指す。 ■求人・求職のマッチング　■未就業薬剤師の復職支援	※職業安定法に基づく無料職業紹介所

図表Ⅱ-1-1 の中から、医療従事者が不足する地域への人材紹介等を行っている主な職業紹介機関として、「北海道地域医療振興財団」と「北海道看護協会ナースセンター」に人材確保に関する現状や各事業の取組状況等についてヒアリング調査を行った。ヒアリング調査の結果は以下のとおりである。

（１）北海道地域医療振興財団

①財団概要

・北海道町村会を中心とした任意団体「北海道医師対策協会」を前身として、昭和 60 年 11 月に、道内医療機関の医師の充足と医療機能の強化を促進し、地域医療の充実や福祉の向上を目的とする､「財団法人北海道地域医療振興財団（現･公益財団法人北海道地域医療振興財団）」が設立された。

・昭和 61 年 10 月、医療従事者無料職業紹介所として労働大臣の許可を受け、道内へき地等の医療機関へ登録医師の紹介・就職斡旋を行う、「ドクターバンク推進事業」を開始した。

②事業内容

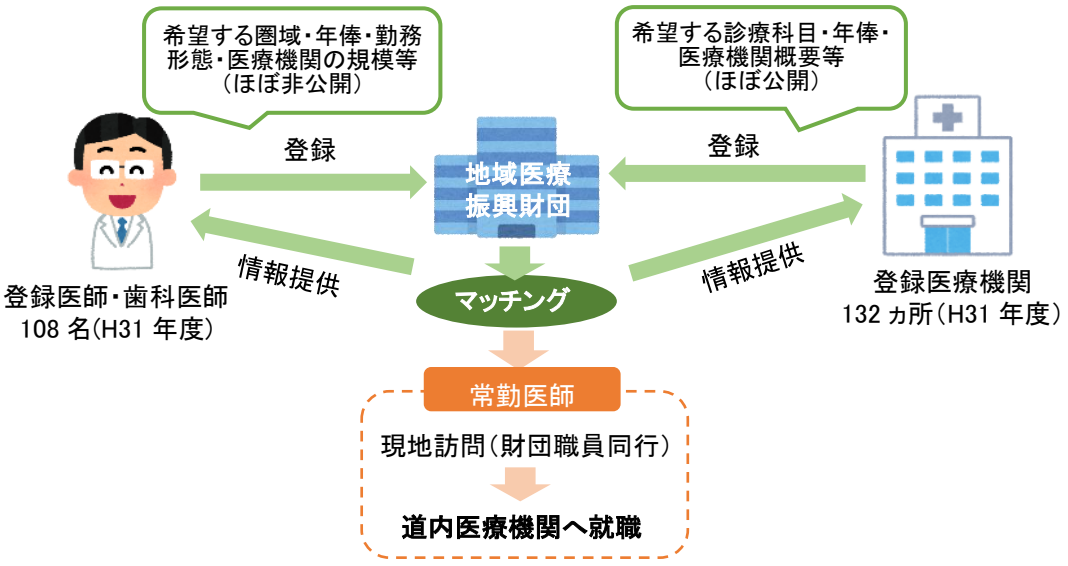
・本財団のドクターバンク推進事業では、「常勤医師・歯科医師紹介」「短期診療支援」「熟練ドクターバンク」「女性医師バンク」の 4 事業を実施し、ホームページ等で登録された医師・歯科医師と道内医療機関をマッチングし、へき地等の医療機関へ常勤医師の紹介や短期診療支援医師による代診・宿日直の支援を行っている。

・登録する医師・歯科医師及び医療機関は、無料（本財団）及び有料の職業紹介所に同時に登録することが多い。

・道内医療機関へ常勤医師を紹介する「常勤医師・歯科医師紹介」は、令和 2 年 3 月末の求職医師数が 108 名、求人医療機関数が 132 ヵ所であり、平成 31 年度の紹介成立は 15 名となった。診療科は内科が 12 名と 8 割を占め、残りは外科、整形外科、総合診療科が各 1 名である。

・医療機関からの要請に応じて代診・宿日直を行う医師を紹介する「短期診療支援」は、平成 31 年度、40 医療機関に対し 1,106 件・延べ 3,885 日の支援を実施した。第二次医療圏域別では、宗谷が 199 件（18.0%）で最多となっており、次いで留萌 157 件（14.2%）、日高 149 件（13.5%）となっている。

図表Ⅱ-1-2　ドクターバンク推進事業（常勤医師等紹介）



図表Ⅱ-1-3　ドクターバンク推進事業の概要

		常勤医師・歯科医師の職業紹介	短期診療支援医師紹介		女性医師バンク
			三医育大学からの派遣	短期診療支援事業	
概　要		インターネットや医療関係雑誌へ求人広告を掲載等し、全国から地域医療を目指す医師を募集し、道内医療機関へ就職斡旋を行う	依頼月の 4 カ月以上前に、道内三医育大学に対し医師派遣を要請し、医療機関に代診医を紹介する	依頼月の 2 カ月前に、医療機関からの要請を受け、財団の登録医師を紹介する	復職を目指す方や育児・介護等で勤務時間に制約がある女性医師に対し、柔軟な勤務形態や育児支援等が可能な医療機関の紹介・斡旋を行う
要　件		道内へき地等の医療機関において、医師が不足している場合	研修会の参加や学会出席などで医師が不在となる場合	・休暇等で一時的に医師が不在となる場合 ・退職等により一時的に医師の欠員が生じる場合	・研修や育児支援等が可能な医療機関である場合
対象医療機関		道内医療機関（医療法人・個人病院等含む）	道内公立医療機関	道内医療機関（原則公的医療機関のみ）	道内医療機関
求職医師数		医師・歯科医師　108 名 （道内 58 名、道外 50 名）	－	－	常　勤　6 名 非常勤　16 名
求人医療機関数		132 ヵ所	－	－	常　勤　18 ヵ所 非常勤　13 ヵ所
支援実績（平成 31 年度）	件数	－	3 回	1,106 件	平成 25 年度　1 件 平成 23 年度　2 件
	人員	医師　15 名 （道内 11 名、道外 4 名）	4 名	59 名	－
	日数	－	12 日	3,885 日	－
	医療機関数	15 ヵ所	3 ヵ所	40 ヵ所	－

		熟練ドクターバンク	スポット診療医師紹介
概　要		・代替わりした開業医や定年退職した勤務医等を対象とした登録制度 ・短期診療支援事業の登録医師に含まれる	医療機関からの緊急の要請を受け、代診医を紹介する
要　件		・休暇等で一時的に医師が不在となる場合 ・退職等により一時的に医師の欠員が生じる場合	短期診療支援事業では対応が難しい、医師の病気や事故等による不測の事態により診療が困難となった場合
対象医療機関		道内医療機関（原則公的医療機関のみ）	道内医療機関（原則公的医療機関のみ）
求職医師数		30 名	－
求人医療機関数		－	－
支援実績（平成 31 年度）	件数	239 件	56 件
	人員	9 名	－
	日数	805 日	153 日
	医療機関数	25 ヵ所	15 ヵ所
	※支援実績はいずれも「短期診療支援事業」の内数		

出典：公益財団法人北海道地域医療振興財団「平成 31 年度事業実施概要」より作成

③課題

・空港や公共交通機関が整っていることを条件とする求職医師が多く、地方の医療機関とのマッチングが難しい。

・紹介実績のうち、道外医師の割合が低いため、道内医師の全体的な底上げに結びついていない状況にある。

（２）北海道看護協会ナースセンター

①北海道看護協会ナースセンター概要

・北海道看護協会ナースセンターは、平成 5 年、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、看護職確保に向けて就業支援や研修等を行う「ナースセンター」として北海道知事の指定を受けて設置され、未就業看護職員の就業を促す「無料職業紹介事業」（北海道からの委託）を開始した。

・同ナースセンターは、札幌以外に渡島（函館）、上川（旭川）、帯広、釧路、北見の 5 ヵ所に支所を設置している。

②事業内容

・北海道看護協会ナースセンターでは、「看護職員無料職業紹介事業（ナースバンク事業）」「再就職支援研修事業」「助産師出向支援事業」「離職看護職員相談事業」「地域応援看護師確保対策事業」などを実施している。

※本調査事業では上記事業のうち、平成 27 年 10 月「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により開始となった潜在看護職の掘り起こし強化のための「離職看護職員相談事業」、看護職が不足する地域の人材確保を目的とした「地域応援看護師確保対策事業」についてヒアリングを実施した。

ア）離職看護職員相談事業

・「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正が平成 27 年 10 月より施行された。それに伴い離職時などに看護職は都道府県ナースセンターへ届け出ることが努力義務となり、同月、「看護師等の届出制度（とどけるん）」が開始された。

・「看護師等の届出制度（とどけるん）」は、届け出た看護職に専属のコーディネーターが離職者の状況に合わせた支援を行うことで、看護職としての切れ目のないキャリアを積むことができるよう支援を行っている。

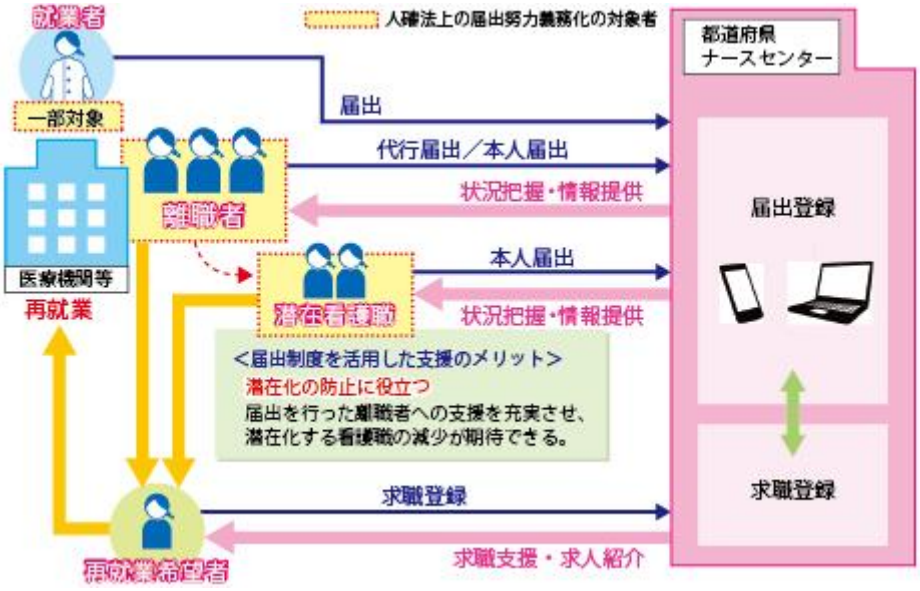
・ブランクがあり、復職への不安がある看護職に対して、届出制度への登録を受講条件とした e ラーニングによる復職支援講習を行っている。

・届出の対象は、(1)病院等を離職した方、(2)保健師、助産師、看護師、准看護師の業に従事しなくなった方、(3)免許取得後、ただちに就業しない方となっている。

・届出方法は 2 つあり、(1)離職時等に就業先が本人に代行する方法、(2)対象者本人が直接ナースセンターへ届け出る方法である。

・北海道看護協会ナースセンターへの届出数は、制度開始から令和 2 年 12 月末までに 9,632 名であり、うち約 3 割にあたる 2,630 名が再就業している。

図表Ⅱ-1-4　届出の努力義務化施行後の新たなナースセンターによる支援体制



出典:公益社団法人北海道看護協会ナースセンター　ホームページ　«http://www.hokkaido-nurse.com/todokerun/»（令和 3 年 3 月 22 日アクセス）

イ）地域応援看護師確保対策事業

・看護職員の地域偏在に対応するため、未就業看護職から地域応援ナースを発掘し、地域への就業に至るまでを支援している。就業期間は 1 カ月～1 年としている。
・応援エリアは、(1)人口 10 万対看護職就業数が全国平均を下回る 3 圏域（根室、日高、宗谷）、(2)100 床あたり就業数が全道平均を下回る圏域で、人口 10 万対看護職就業数が全道平均を上回る圏域を除く 6 圏域（南檜山、後志、留萌、南空知、遠紋、富良野）である。保健師の応援エリアは、人口 10,000 人未満の小規模市町村 121 市町村となっている。
・専業コーディネーター1 名を配置し、登録した看護職員からの情報収集、面接の同行、就業後の定期的なフォローを行っている。
・なお、地域応援ナースの実績は、以下のとおりである。

図表Ⅱ-1-5　地域応援ナース実績（平成 27 年 10 月 1 日～令和 2 年 12 月 31 日）

	応援者数	応援件数	就業者数	備考
令和 2 年度	12 名	13 件	0 名	※1 名が 2 施設に応援
令和元年度	12 名	13 件	0 名	※1 名が 2 施設に応援
平成 30 年度	15 名	16 件	3 名	※1 名が 2 施設に応援
平成 29 年度	14 名	18 件	3 名	※4 名が 2 施設に応援
平成 28 年度	6 名	6 件	0 名	
平成 27 年度	0 名	0 件	0 名	

出典:公益社団法人北海道看護協会ナースセンター　ホームページ　«http://www.hokkaido-nurse.com/todokerun/»（令和 3 年 3 月 22 日アクセス）より作成

③課題

・届出制度は離職者把握のためには重要な手段となっている。さらなる届出強化のためには、施設による代行届出数の増加と看護管理者の理解が欠かせない。このため、今後も看護管理者に対して働きかけを継続していく必要がある。

・地域応援ナースの対象地域では、有料の職業紹介所を利用し、看護職を採用している施設も少なくない。そのため、就業後に有料職業紹介所から紹介された看護職との給与に格差があることがわかり、それが地域応援ナースのモチベーションの低下につながることもある。このため、コーディネーターの役割として、今後も有料の職業紹介所を利用している施設には、給与面で同等となるように交渉を継続していく必要がある。

・地域応援ナースに登録する道外からの看護職員が年々増加していることを踏まえ、今後も道外への PR を強化し、取組を続けていく必要がある。

2　事例調査

他の病院・施設に看護師を出向させ、他の病院等からの研修生を受け入れるなど、県内の看護人材の育成・活用を実施している事例として、茨城県立中央病院看護局（茨城県笠間市）の事例について整理をした。

なお、本事例の整理にあたっては、令和 2 年 10 月 3 日に国際医療福祉大学で行われた茨城県立中央病院看護局の角田局長による講義に Web 視聴で参加し、取りまとめたものである。

図表Ⅱ-2-1　茨城県立中央病院の概要

【茨城県立中央病院の概要】

○茨城県立 4 病院で唯一の総合病院で急性期医療を担う
○病床数　500 床（一般 475 床、結核 25 床）
○診療科　36 科
○医師数　約 130 人
○平均在院日数　　約 12 日
○看護職員
- 約 600 人
- 専門看護師 4 人、認定看護師 34 人、認定看護管理者 4 人
- 特定行為研修修了 13 人
- 平均年齢約 37 歳、離職率約 5%未満（令和元年度は 5.2%だが、毎年 5%未満）

【茨城県の医療偏在状況】

○県全体の医療資源
- 人口 10 万人対医師数　　46 位（166.8 人）
- 人口 10 万人対看護師数　44 位（575.5 人）

○二次医療圏別（県と水戸圏域の比較）　※9 つの二次医療圏
- 茨城県と水戸医療圏を比較すると、一般病床数、病院勤務医医師数、総看護師数は、水戸圏域の数値が高い。
- 県全体の訪問看護師は約 600 人で、茨城県立中央病院の看護師数も約 600 人。

（１）医療偏在に対する取組の経緯

○「看護師不足の地域の病院に出向による看護師派遣」のきっかけ

・取組を始めた、茨城県立中央病院看護局長の角田氏は、平成 22 年の着任時、医療の偏在によって県民に信頼される医療提供ができていないのではないか、との思いから、看護局としてできることはないかを模索し始める。
・着任時、すでに助産師の出向の仕組みがあり、これを拡大し、看護師派遣ができる可能性に思い至った。

○最初の試み

①平成 23 年度～平成 25 年度：茨城県事業として「いばらき看護力アップ大作戦」を実施（予算要求から事業実施までを自身で行った）
②平成 27 年度～平成 29 年度：日本看護協会が厚労省事業として実施したものに、平成 28 年度～平成 29 年度の茨城県事業を組み合わせて実施

○事業のスキーム

・中小病院や訪問看護ステーションでは、「認定看護研修に人を出せず、優秀な人材が就職しない」という課題があった。茨城県立中央病院では、「急性期病院として病病連携・地域連携が求められるが、急性期の経験しかない看護師が多く、地域看護に関心があっても学ぶ場がない」という課題があった。これらを組み合わせ、認定看護師研修の希望がある中小病院と、地域看護や慢性期看護の経験希望者を相互に派遣する仕組みをつくった。
・看護師を増やすことは簡単ではないが、看護の質を均てん化することを目的とした。
・茨城県立中央病院と訪問看護ステーション愛美園の間で試行が行われた。

○院内の反応

・当時、すでに助産師出向の仕組みがあり、院長は熱心に取り組んでいた。一方、医療職の中には、協力的ではない職員もいて、妥協する部分もあった。
・医師は、研修時代も含めて色々なところに行くことが多いので、他を見ることは勉強になると理解を示してくれる人が多かった。

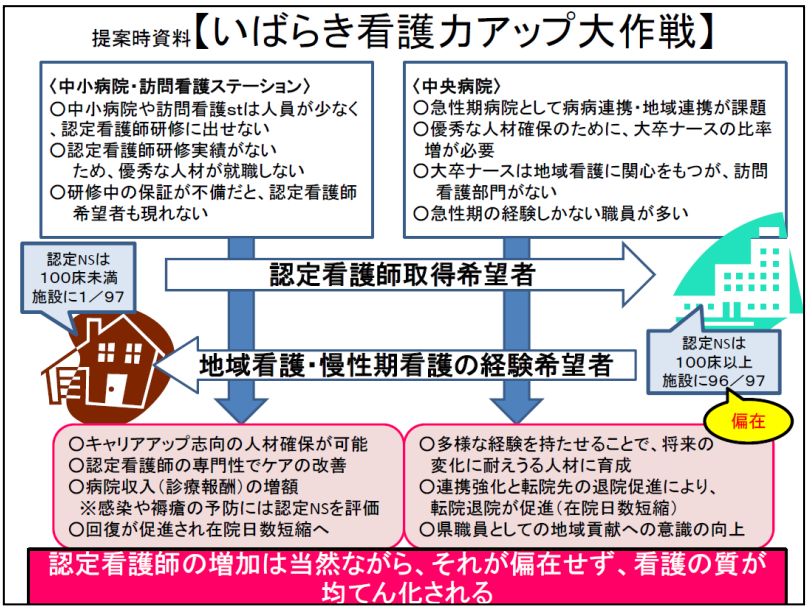
○病院看護師の変化（成果）

・病院からの派遣看護師は、訪問看護によって在宅における看護を経験し、視野が広がった。
・また、自病院の役割に対して再認識することができ、県立病院として地域支援の重要性、質の高い医療の実践を他施設にいかに普及するか、を考えるようになった。

○取組結果

・看護管理者同士が協議を重ねたことが事業の円滑な実施と成果につながっている。
・希望する施設の看護管理者と話し合いの場をつくることが必要であることが分かった。

図表Ⅱ-2-2　いばらき看護力アップ大作戦（イメージ図）



出典：茨城県立中央病院 茨城県地域がんセンター　看護局長　角田 直枝氏提供資料

（２）看護師育成の取組開始

○基本的な考え方

・茨城県立中央病院は、急性期病院しか経験のない看護師ばかりで構成されていたため、退院後の患者の生活がわからない、訪問看護が何をしているかわからない、小規模病院や介護施設は「慢性期」の高齢者ばかりで楽をしている、という勘違いもあった。

・在宅でもがん末期患者を診ることもあるが、病院のみが専門性の高いところだと思っている。

・そこで、「生活を支える視点を育成する」ことを目的に看護師育成の取組を開始した。

・基本的な考え方は、以下の２点。

①地域の看護師を地域全体で育てる

②病院と地域の両方を経験させて育てる

○取組の具体例

【１】訪問看護ステーションや介護施設への訪問
【２】認定看護師等の院外への派遣
【３】地域の看護管理者ネットワーク構築
【４】個性を尊重した配置と支援

【１】訪問看護ステーションや介護施設への訪問

・訪問看護体験：看護師の約 2 割が訪問看護体験を実施し、介護支援専門員や訪問介護の仕事も学ぶ。病院から 3 人が訪問看護ステーションへ出向。

・介護施設・障がい者施設への訪問：見学のみならず、認定看護師数人が、講義や実技指導を兼ねて訪問。

【２】認定看護師の院外への派遣

・訪問看護ステーションに対して、緩和ケアや皮膚ケア等の認定看護師が講義や実技指導。

・介護施設に対して、実技指導のほか、創傷ケアやインスリン注射などを実施。

【３】地域の看護管理者ネットワーク構築

・看護管理者の会を立ち上げ（県立病院が立地する笠間市）、施設や地域の課題を協議。

・同会主催の地域研修会を開催（例：看取りをテーマに、各施設の職員が集まる）。

【４】個性を尊重した配置と支援

・健康や能力の偏りに支援が必要な看護師が増えている。

・個性を見極め、本人とよく話し合い、業務を選択。

（３）他施設との出向による人材育成の仕組み

〇基本的には双方向

・基本的には人材の出向は双方向にしているが、片側通行で看護師長を派遣している病院や訪問看護ステーションはある。30 床ある公立病院には、3 対 3 で派遣している。

〇人選の方法

・人選は基本的には手上げで行っている。本人の意欲が重要で、無理に行かせると反発だけが強くなる。

・院内の教育的立場にある人が出向することも効果がある。部下への指導の際に、出向することを肯定的に捉えるようになる。

・局長がめぼしをつけて、声掛けすることもある。概ねマッチしている。

〇身分・給与の保証、労務管理

・身分は茨城県立中央病院に置いたままで、処遇もそのままとする。

・片側の場合、給与は病院から支払い、その分を茨城県立中央病院から相手先の機関に請求する。

・給与面は比較的わかりやすいが、例えば休暇制度が違う場合も、茨城県立中央病院の福利厚生を適用してもらった。

・労務管理は出向先で行うが、出勤表を記載してもらい、派遣先から病院に送ってもらう。

・県職員が民間企業に出向する仕組みがあり、労働基準局にはその応用として認められた。

〇協定書の締結

・以上の待遇を確定したうえで、協定書を締結する。

〇出向前の学習等

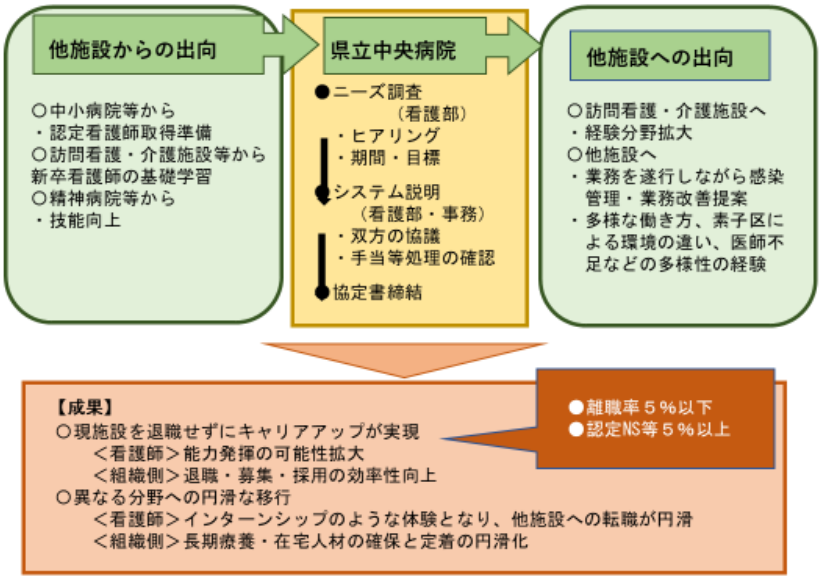
・事前勉強をしてもらう。訪問看護を e ラーニングで学ぶ、療養型はどんなところか事前に調べてもらう、事前に研修先を見学するなど。

〇出向先（受け皿）に求めること

・出向先には、目的や業務内容を職員によく説明してもらうことをお願いしている。現場で理解していないと、派遣看護師に無理なことを押し付けられることもある。

・角田局長も事前に同行し、病院の特徴、病棟の仕組み、ロッカーの場所まで確認する。

図表Ⅱ-2-3　茨城県立中央病院における施設協働による人材育成（イメージ図）



出典:茨城県立中央病院 茨城県地域がんセンター　看護局長　角田 直枝氏提供資料

（４）出向元と受け入れ組織に求められること

〇コーディネーター

・意欲と適正を把握する人

・看護の質の向上という双方の目的を理解し、労働のやり取りにならないように調整する人

・院内にあるとよいが、必ずしもそうではなく、中立的な立場の機関がやってくれるとよい。

〇管理者間の理解の共有

・急性期・大病院にいると地域や生活とのつながりが見えなくなる、双方の役割を理解することが院内の仕事にも役立つ、ということを双方の管理者が共通に理解すると看護師育成の取組が

継続する。

（５）その他

〇県立病院としての役割

・県立で繰入金も相当ある中で運営している。政策医療の一環として提供している部分がある。社会的なハイリスクの患者も受け入れている。

・看護師育成も地域のためになるものと考えている。

3　先進地視察研修

無床診療所で地域住民の健康を守るクリニックの取組先進地事例として、岡山県奈義町で視察研修を行った。

岡山県奈義町では、プライマリ・ケアを行っているクリニックが 3 ヵ所あり、多職種連携や生活支援コーディネーター等との連携を推進し、地域包括ケアシステムの進化がみられることから、本調査研究のモデル地域の自治体職員と同行し、奈義町の担当者、医療関係者との意見交換を通じて、診療所を中心とした地域医療体制の参考とすることを目的とした。

①先進地事例

岡山県奈義町（社会医療法人清風会 奈義ファミリークリニック）

②視察研修

・参加者：モデル地域（中頓別町・奈井江町）の職員

・奈義町担当者・医療関係者との意見交換

図表Ⅱ-3-1　岡山県奈義町と奈義ファミリークリニックの概要

【奈義町の概要（平成 27 年度国勢調査より）】

○人口　　5,895 人

○世帯数　　1,978 世帯

○高齢化率　33.2%

○位置　　岡山県北東部に位置し、北は鳥取県に接している
近隣の都市が津山市（人口 103,746 人）、車で約 40 分

【奈義ファミリークリニックの概要】

○所長（院長）　松下明医師

○無床診療所

○診療科　　内科・小児科、在宅、禁煙治療、健康診断、予防接種・各種検査
※「家庭医」を基本として、家族の診療録をデータ化

○常勤医　　7 名（令和 2 年 10 月現在）

○在宅療養支援診療所（機能強化型・単独型）

（1）クリニック開設の経緯

○奈義町が無医村になる危機からクリニックの開設へ

・奈義町では、津山市の社会医療法人清風会 日本原病院から医師が派遣されていたが、当時 80 歳代となった医師が引退を希望し、病院からは派遣する医師がいないことが告げられた。

・岡山県倉敷市にある川崎医科大学では、家庭医療を実践するモデルクリニックを開設し、家庭医の育成を進めることを検討しており、適地を探していた。

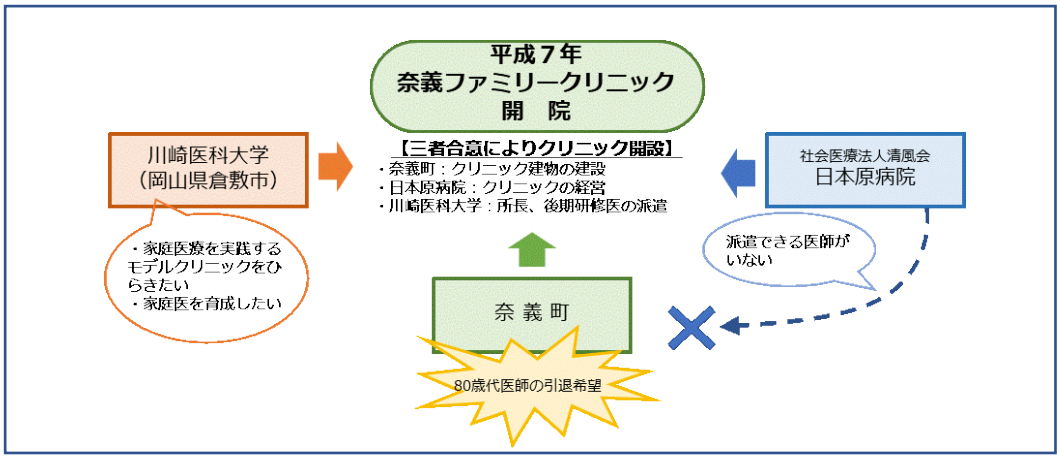
・奈義町、日本原病院、川崎医科大学が、以下の内容で三者合意し、平成 7 年開設に至った。

奈義町：クリニックの建設・賃貸

日本原病院：クリニックの経営

川崎医科大学：所長、後期研修医の派遣

図表Ⅱ-3-2　開設の経緯



○社会医療法人清風会（本部津山市）のサテライトクリニックでの診療と教育

・平成 13 年、松下医師が所長となり、川崎医大総合診療部時代の後輩医師を受け入れ、2 年間の診療所研修を提供継続。岡山大学･川崎医科大学･鳥取大学等から医学生実習を受け入れる。

・平成 18 年、川崎医大からの人材派遣は修了し、津山中央病院と連携した 3 年間の家庭医療後期研修を全国公募で開始。

・研修医が残りはじめ、奈義のほか、津山、湯郷でもファミリークリニックを開設。

・清風会には、3 つのクリニックのほか病院、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、小規模多機能、リハビリ特化型デイ、それらの複合施設、居宅介護支援事業所がある。

（２）医療提供体制

○各種医療機関との関係構築

①クリニック間の連携：在宅医療の 24 時間のオンコール体制は、３つのクリニックの３人の医師が「宅直」で受ける。最初に取った医師が原則対応し、出動頻度が減少、医師の負担軽減につなげている。

②日本原病院（在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟）との連携：日本原病院は、バックベッドとして入院対応を実施。クリニックからは宿直の医師を派遣。

③津山中央病院（三次救急医療機関）：患者の急変時の搬送先。後期研修医を夜間小児外来に派遣。

○医師の研修プログラム

・当初から家庭医を育てることを目的としていた。
・平成 18 年からは NPO 法人日本家庭医療学会、現在は一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会が専門医制度を開始。3 年の研修で専門医になる仕組みが登場。奈義町では学会認定の後期研修を実施、全国公募したところ、毎年 2～3 名の医師が参加。
・平成 30 年、総合診療専門医の研修が開始。一般社団法人日本専門医機構が研修の統括を行っている。
・奈義町での研修を経て家庭医療専門医を取得した医師は、令和元年で 17 名にも上っている。

（３）提供医療

○電子カルテによる家族図管理

・家族単位のかかりつけ機能の充実を目指し、日常的に得た家族の診療情報を家族図として把握している。
・電子カルテ REMORA（リモラ）を使用。
・感染症への配慮、慢性疾患へのアプローチが行える。

○地域住民の受診

・内科・小児科以外にも、整形外科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻科、泌尿器科にわたる広い範囲をカバーしている。

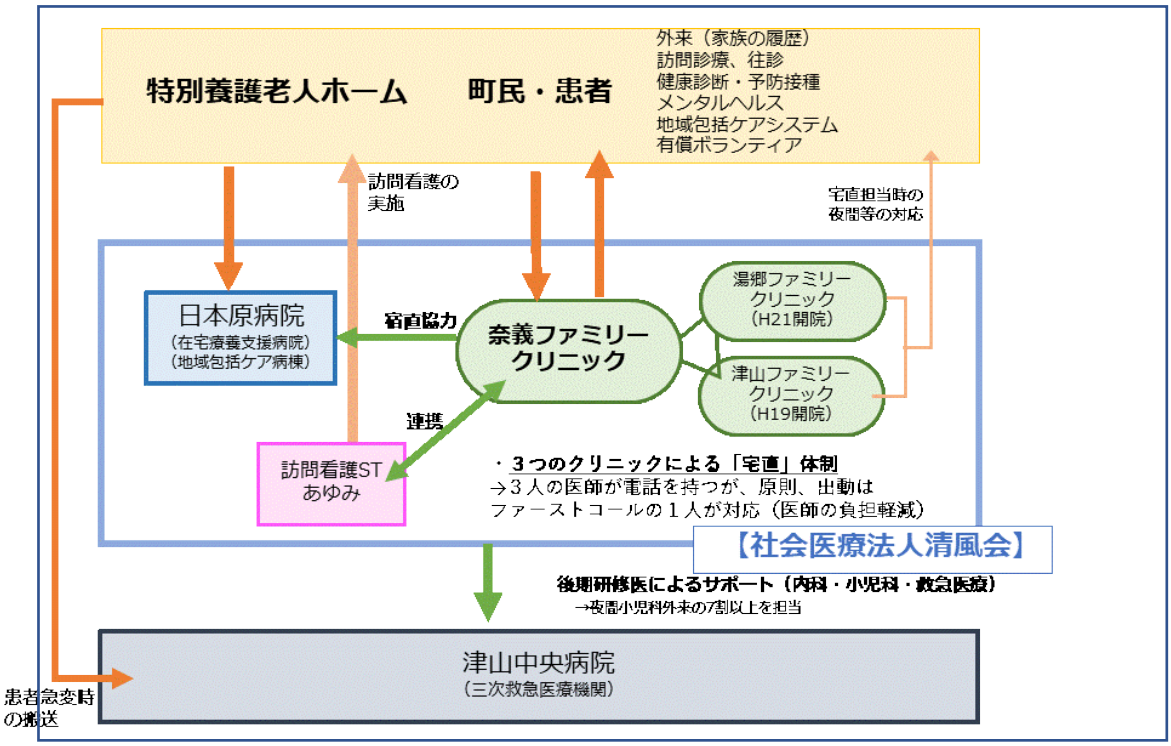
○予防接種

・奈義町が積極的に奈義ファミリークリニックにおける予防接種を推奨している。
・65 歳以上の肺炎球菌ワクチンの公費負担による実施（平成 14 年から）、小児の任意接種である、B 型肝炎、水痘、おたふくワクチンの公費助成（平成 25 年から）、小児に対するインフルエンザワクチンの一部助成など。

○在宅・特養への 24 時間往診

・自宅、特養における看取り（地域看取り率は、平成 27 年 32.2%、平成 28 年 48.1%、厚生労働省による「在宅医療にかかる地域別データ集 2016」）

図表Ⅱ-3-3　医療連携体制



（４）地域連携

○在宅ミーティングの開催

・週１回、事業所ごとにクリニック医師・看護師・事務、介護支援専門員、訪問看護師を集めて在宅ミーティングを開催し、情報共有を行っている。

・共有した内容を電子カルテに記載し、情報の継続性も担保している。

○地域ケア会議への出席

・月１回、地域ケア会議を開催し、困難事例のカンファレンス、新しい事業所の紹介、それぞれの取組紹介等を通し、地域包括ケアチームを顔の見える関係にしている。

○特養との連携

・施設の看護師が夜間呼び出し体制で対応するほか、平日日中の抗生物質の点滴をクリニック看護師が担当し、緊急時はいつでも宅直医師に直接相談できる体制を整備している。この体制により、ほとんどの肺炎・尿路感染治療を特養で行えるようになっている。

・家族面談も頻繁に行い、本人・家族・特養職員とも納得した形での看取りを行っている。

○有償ボランティア「みつばち」の立ち上げ

・家庭医療後期研修プログラムの中で、後期研修医が有償ボランティアの立ち上げを発案。平成22 年、クリニックの若手医師、介護支援専門員、保健師、薬剤師などが協力して有償ボランティア「みつばち」が誕生。
・有償ボランティア講座を通し、50 人以上のボランティアを養成。
・平成 29 年より奈義町社会福祉協議会が引き継ぎ、活動を行っている。

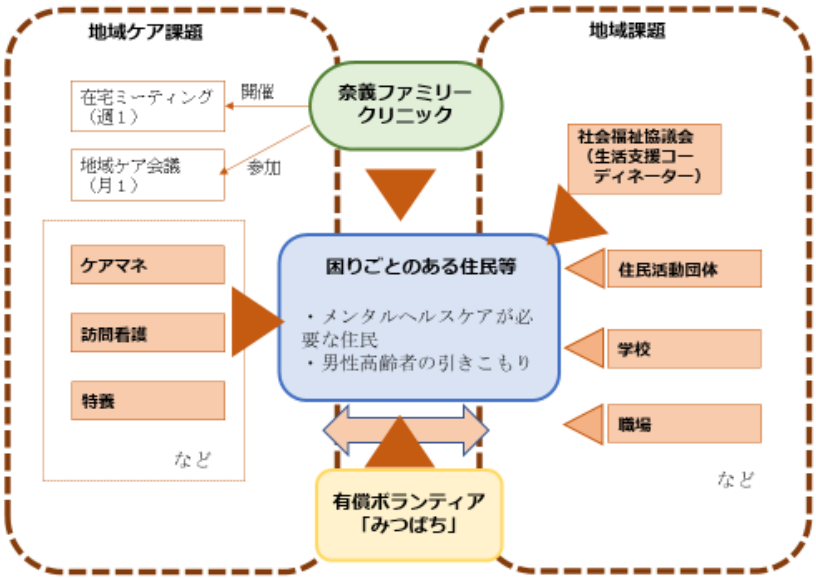
○メンタルヘルスケアへの取組

・プライマリ・ケアで対応可能な不登校状態、中等症までのうつ病など、学校・職場・家族と連携しながら取り組んでいる。
・自殺念慮のある重症うつ病などは入院可能な精神科と密な連携を取り、自殺予防に努めている。

○高齢男性の引きこもりに対応する「ちょいワルじいさんプロジェクト」の立ち上げ参加

・高齢男性の引きこもり傾向の問題について生活支援コーディネーター（元保健師）と介護職員（劇団員）と問題意識を共有し、高齢男性の課題は高齢男性自ら取り組んでもらうこととし、「ちょいワルじいさんプロジェクト」を立ち上げ・支援にかかわった。
・月 1 回、60 代以上の高齢男性が作戦会議を開き、高齢男性を家から連れ出すためのきっかけづくりを行っている。「ちょいワル同窓会」「ちょいワルバンド」などの活動が生まれている。東京大学と共同で、成果等について研究している。

図表Ⅱ-3-4　地域連携（イメージ）



（５）経営について

・外来と在宅医療を実施しており、経営状況は黒字となっている。
・町へは、施設の賃貸料を年間 100 万円支払っている。

（６）中頓別町、奈井江町に対するアドバイス

①車で 30 分の位置に病床があれば、無床でも可能

・車で 30 分の位置にバックベッドがあれば、無床でもやっていけると考えられる。日頃の住民の健康状態を把握すること、バックベッドを提供してくれる病院と連携することが重要。
・奈義ファミリークリニックの場合、バックベッドは日本原病院と津山中央病院で、当直や夜間小児救急ヘルプ、後期研修医を奈義町から派遣するなど、双方にメリットをもたらす取組をしている。

②医療専門職は循環型でも確保

・子どもの教育環境が壁になって、地方に赴任する医師が少ないという事情もある。医師の定住を求めるのは困難がある。
・循環してもらうことでもよいと考えることが必要ではないか。
・その場合、地域住民にとって安心できるよう、一貫して指導できる医師が必要。
・奈義町の場合は、3 地区（奈義・津山・湯郷）それぞれの医師リーダーが比較的長期（5～10 年）で滞在し、20 年滞在するセンター長として松下医師が医師リーダーから相談を受けながら方針を統一するようにしている。

③在宅医療は、通院が困難になった一人の患者からスタート

・通院できなくなったら、施設に入所するという人がいる。在宅医療を選択肢の一つとして提示することが必要。往診でよい。
・構えて始めることはなく、1 人、2 人の住民が在宅医療を受けて生活を継続できることがわかれば、続く住民が出てくる。
・訪問看護との連携が必要で、看護師でできることも多い。

4　自治体立病院・有床診療所アンケート調査

（１）調査の概要

①調査の目的

医療従事者の確保ができないことが医療機能の見直しの要因にもなり得ることから、道内の自治体立病院及び有床診療所を対象として、地域の医療提供体制を検討するうえで必要な人材確保策の現状とその課題を把握するためのアンケート調査を実施した。

②調査対象

北海道内の自治体立病院及び有床診療所の院長または事務長

③調査期間

令和３年２月４日～2月25日

④調査方法

郵送によるアンケート調査（メールによる回収を含む）

⑤回収状況

		対象数	回収数	回収率
調査対象　病院・診療所		122	53	43.4%
	うち、病院	86	36	41.9%
	うち、有床診療所	36	17	47.2%

（２）調査結果

①地域包括ケアシステムにおける位置づけ

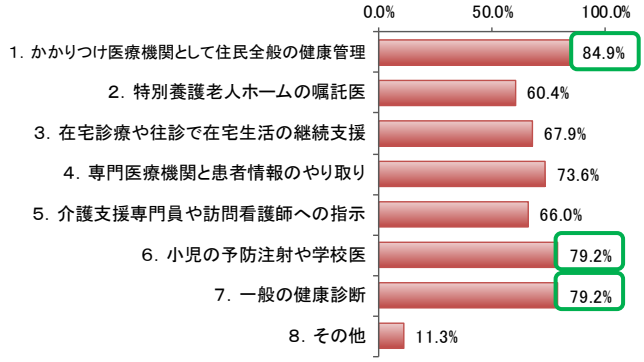
地域包括ケアシステム等における病院・診療所の位置づけについて聞いたところ、「１．かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理」の割合が 84.9%、「６．小児の予防注射や学校医」「７．一般の健康診断」がともに 79.2%であった。

病院・診療所別にみると、診療所では「１．かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理」の割合が 100.0%であった。また、病院は「３．在宅診療や往診で在宅生活の継続支援」が 75.0%となっており、診療所よりも割合が高くなっていた。

図表Ⅱ-4-1　地域包括ケアシステムにおける位置づけ

（複数回答）

	件数	%
1. かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理	45	84.9%
2. 特別養護老人ホームの嘱託医	32	60.4%
3. 在宅診療や往診で在宅生活の継続支援	36	67.9%
4. 専門医療機関と患者情報のやり取り	39	73.6%
5. 介護支援専門員や訪問看護師への指示	35	66.0%
6. 小児の予防注射や学校医	42	79.2%
7. 一般の健康診断	42	79.2%
8. その他	6	11.3%
全体	53	



図表Ⅱ-4-2　地域包括ケアシステムにおける位置づけ（病院・診療所別）

（複数回答）

		問1　地域包括ケアシステムにおける位置づけ								
		1. かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理	2. 特別養護老人ホームの嘱託医	3. 在宅診療や往診で在宅生活の継続支援	4. 専門医療機関と患者情報のやり取り	5. 介護支援専門員や訪問看護師への指示	6. 小児の予防注射や学校医	7. 一般の健康診断	8. その他	全体
病院・診療所	病院	28 77.8%	19 52.8%	27 75.0%	26 72.2%	25 69.4%	28 77.8%	27 75.0%	6 16.7%	36
	診療所	17 100.0%	13 76.5%	9 52.9%	13 76.5%	10 58.8%	14 82.4%	15 88.2%	0 0.0%	17
合計		45 84.9%	32 60.4%	36 67.9%	39 73.6%	35 66.0%	42 79.2%	42 79.2%	6 11.3%	53

②地域ケア会議への参加状況

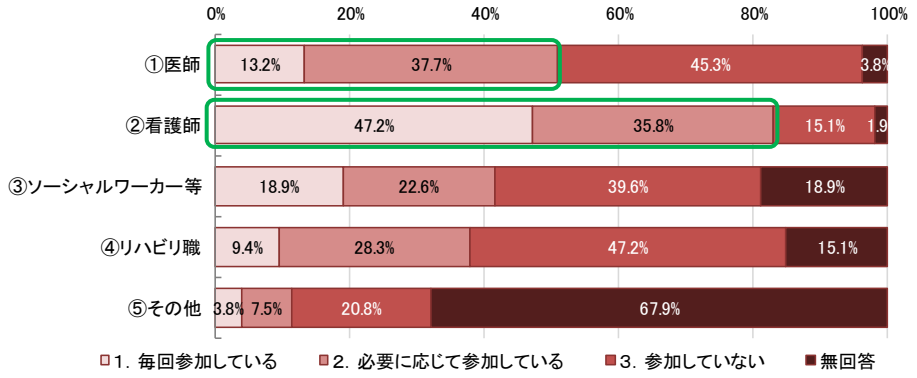
「地域ケア会議」への参加状況を職種別に聞いたところ、医師は、「１．毎回参加している」の割合が 13.2%、「２．必要に応じて参加している」が 37.7%となっており、「３．参加していない」が 45.3%であった。

看護師は、「１．毎回参加している」の割合が 47.2%となっており、「２．必要に応じで参加している」と合わせると 8 割以上が参加していた。

また、医師の参加状況について病院・診療所別にみると、診療所では「１．毎回参加している」の割合が 23.5%、病院は 8.3%であった。

図表Ⅱ-4-3　地域ケア会議への参加状況

	①医師		②看護師		③ソーシャルワーカー等		④リハビリ職		⑤その他	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1. 毎回参加している	7	13.2%	25	47.2%	10	18.9%	5	9.4%	2	3.8%
2. 必要に応じて参加している	20	37.7%	19	35.8%	12	22.6%	15	28.3%	4	7.5%
3. 参加していない	24	45.3%	8	15.1%	21	39.6%	25	47.2%	11	20.8%
無回答	2	3.8%	1	1.9%	10	18.9%	8	15.1%	36	67.9%
合計	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%



図表Ⅱ-4-4　地域ケア会議への参加状況（病院・診療所別）

		①医師					②看護師				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
病院・診療所	病院	3 8.3%	14 38.9%	19 52.8%	0 0.0%	36 100.0%	18 50.0%	13 36.1%	5 13.9%	0 0.0%	36 100.0%
	診療所	4 23.5%	6 35.3%	5 29.4%	2 11.8%	17 100.0%	7 41.2%	6 35.3%	3 17.6%	1 5.9%	17 100.0%
合計		7 13.2%	20 37.7%	24 45.3%	2 3.8%	53 100.0%	25 47.2%	19 35.8%	8 15.1%	1 1.9%	53 100.0%

		③ソーシャルワーカー等					④リハビリ職				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
病院・診療所	病院	9 25.0%	10 27.8%	12 33.3%	5 13.9%	36 100.0%	4 11.1%	12 33.3%	16 44.4%	4 11.1%	36 100.0%
	診療所	1 5.9%	2 11.8%	9 52.9%	5 29.4%	17 100.0%	1 5.9%	3 17.6%	9 52.9%	4 23.5%	17 100.0%
合計		10 18.9%	12 22.6%	21 39.6%	10 18.9%	53 100.0%	5 9.4%	15 28.3%	25 47.2%	8 15.1%	53 100.0%

③介護支援専門員等との連絡

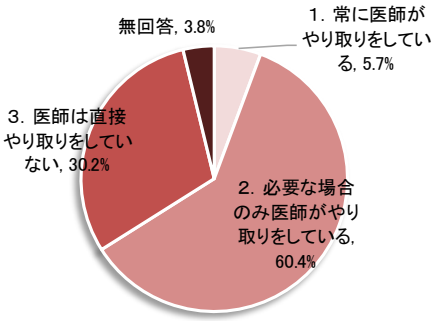
介護支援専門員や居宅介護支援事業所との連絡について聞いたところ、「２．必要な場合のみ医師がやり取りをしている」の割合が 60.4%、「３．医師は直接やり取りをしていない」が 30.2%、「１．常に医師がやり取りをしている」は 5.7%であった。

「２．必要な場合のみ医師がやり取りをしている」「３．医師は直接やり取りをしていない」と回答した場合、医師以外で誰がやり取りをしているかを聞いたところ、「看護師」の割合が 89.6%と最も高く、次いで「ソーシャルワーカー等」が 43.8%、「事務職」が 22.9%、「リハビリ職」が 20.8%であった。

また、病院・診療所別にみると、診療所では「１．常に医師がやり取りをしている」の割合が 17.6%、「２．必要な場合のみ医師がやり取りをしている」が 76.5%であり、病院は「３．医師は直接やり取りをしていない」の割合が 41.7%と 4 割を超えていた。

図表Ⅱ-4-5　介護支援専門員等との連絡

	件数	%
1. 常に医師がやり取りをしている	3	5.7%
2. 必要な場合のみ医師がやり取りをしている	32	60.4%
3. 医師は直接やり取りをしていない	16	30.2%
無回答	2	3.8%
合計	53	100.0%

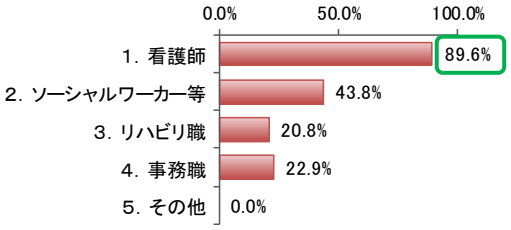


図表Ⅱ-4-6　医師以外で介護支援専門員等とやり取りをしている方

※「２」「３」と回答した場合

（複数回答）

	件数	%
1. 看護師	43	89.6%
2. ソーシャルワーカー等	21	43.8%
3. リハビリ職	10	20.8%
4. 事務職	11	22.9%
5. その他	0	0.0%
全体	48	



図表Ⅱ-4-7　介護支援専門員等との連絡（病院・診療所別）

		介護支援専門員等とのやり取り				
		1. 常に医師がやり取りをしている	2. 必要な場合のみ医師がやり取りをしている	3. 医師は直接やり取りをしていない	無回答	合計
病院・診療所	病院	0 0.0%	19 52.8%	15 41.7%	2 5.6%	36 100.0%
	診療所	3 17.6%	13 76.5%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
合計		3 5.7%	32 60.4%	16 30.2%	2 3.8%	53 100.0%

④人材確保の方法

人材の確保方法について聞いたところ、医師では、「利用したことがある方法」「実際に人材が確保できた方法」ともに「１．大学医局からの派遣」の割合が高く、それぞれ 66.0%、62.3%であった。

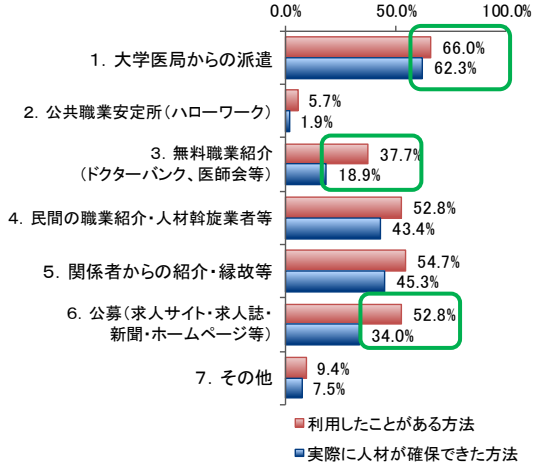
「６．公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）」は利用したことがある割合が 52.8%であったが、実際に人材が確保できたのは 34.0%、「３．無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）」は利用したことがある割合が 37.7%であったが、実際に人材を確保できたのは 18.9%と約半数にとどまっていた。

看護師については、「６．公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）」を利用したことがある割合が 90.6%、実際に人材を確保できた割合が 75.5%であった。次いで割合が高いのが「１．公共職業安定所（ハローワーク）」となっており、利用したことがある割合が 79.2%、実際に人材が確保できた割合が 64.2%であった。

図表Ⅱ-4-8　人材確保の方法

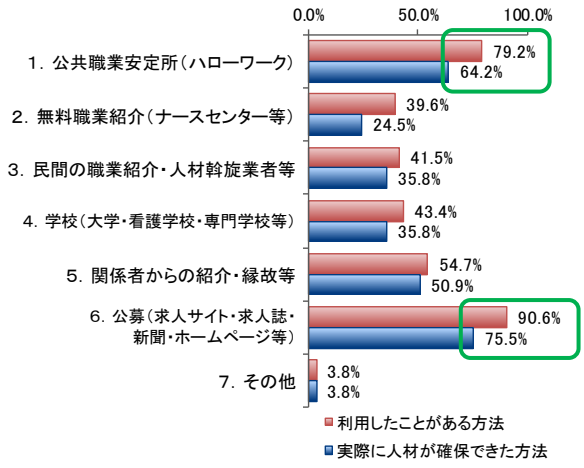
①医師　（複数回答）

	利用したことがある方法		実際に人材が確保できた方法	
	件数	%	件数	%
1. 大学医局からの派遣	35	66.0%	33	62.3%
2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3	5.7%	1	1.9%
3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	20	37.7%	10	18.9%
4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	28	52.8%	23	43.4%
5. 関係者からの紹介・縁故等	29	54.7%	24	45.3%
6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	28	52.8%	18	34.0%
7. その他	5	9.4%	4	7.5%
全体	53		53	



②看護師　（複数回答）

	利用したことがある方法		実際に人材が確保できた方法	
	件数	%	件数	%
1. 公共職業安定所（ハローワーク）	42	79.2%	34	64.2%
2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	21	39.6%	13	24.5%
3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	22	41.5%	19	35.8%
4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	23	43.4%	19	35.8%
5. 関係者からの紹介・縁故等	29	54.7%	27	50.9%
6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	48	90.6%	40	75.5%
7. その他	2	3.8%	2	3.8%
全体	53		53	



⑤人材確保における課題

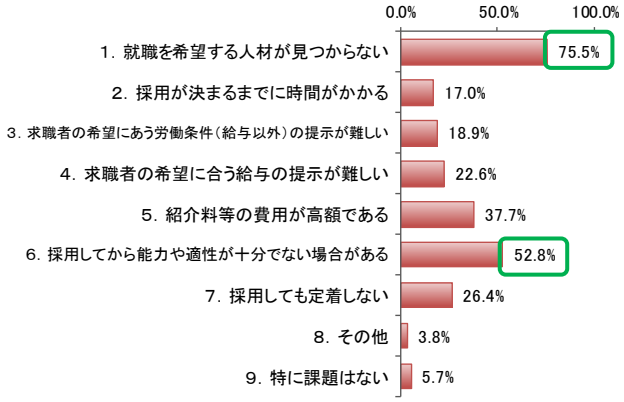
人材確保における課題について聞いたところ、「１．就職を希望する人材が見つからない」の割合が 75.5%と最も高く、次いで「６．採用してから能力や適性が十分でない場合がある」が 52.8%であった。

また、「７．採用しても定着しない」と回答した 14 ヵ所に、採用後に職員が定着しない理由を聞いたところ、「４．職場の人間関係がうまくいかなかったため」「８．家庭の事情があったため」がともに 10 ヵ所（71.4%）であった。

図表Ⅱ-4-9　人材確保における課題

（複数回答）

	件数	%
1. 就職を希望する人材が見つからない	40	75.5%
2. 採用が決まるまでに時間がかかる	9	17.0%
3. 求職者の希望にあう労働条件（給与以外）の提示が難しい	10	18.9%
4. 求職者の希望に合う給与の提示が難しい	12	22.6%
5. 紹介料等の費用が高額である	20	37.7%
6. 採用してから能力や適性が十分でない場合がある	28	52.8%
7. 採用しても定着しない	14	26.4%
8. その他	2	3.8%
9. 特に課題はない	3	5.7%
全体	53	

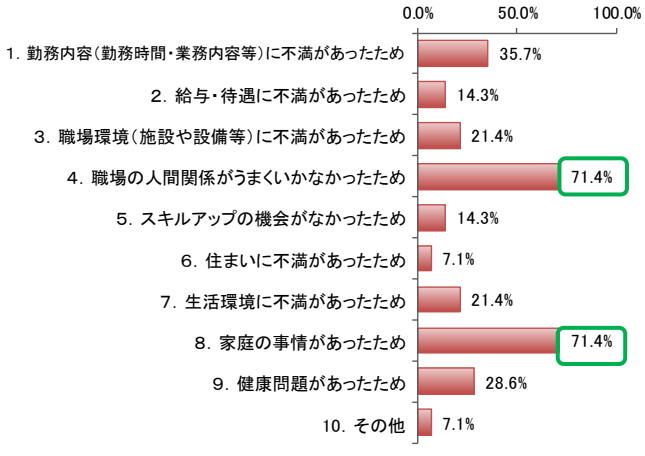


図表Ⅱ-4-10　採用後に職員が定着しない理由

※「７．採用しても定着しない」と回答

（複数回答）

	件数	%
1. 勤務内容（勤務時間・業務内容等）に不満があったため	5	35.7%
2. 給与・待遇に不満があったため	2	14.3%
3. 職場環境（施設や設備等）に不満があったため	3	21.4%
4. 職場の人間関係がうまくいかなかったため	10	71.4%
5. スキルアップの機会がなかったため	2	14.3%
6. 住まいに不満があったため	1	7.1%
7. 生活環境に不満があったため	3	21.4%
8. 家庭の事情があったため	10	71.4%
9. 健康問題があったため	4	28.6%
10. その他	1	7.1%
全体	14	



⑥職員の定員の充足状況

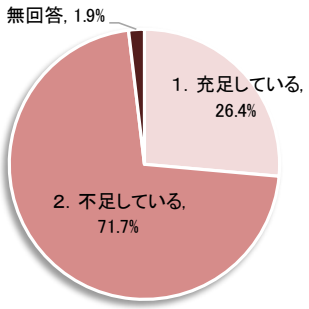
職員の定員の充足状況を聞いたところ、「１．充足している」が 26.4%、「２．不足している」が 71.7%であった。

病院・診療所別にみると、病院は「２．不足している」の割合が 83.3%となっていた。

また、人口規模別にみると、人口「5 千人以上 1 万人未満」の自治体では「１．充足している」の割合が 5 割を超えていたが、「5 千人未満」では「２．不足している」が 77.8%、「1 万人以上 5 万人未満」では 83.3%、「5 万人以上」では 80.0%と約 8 割を占めていた。

図表Ⅱ-4-11　職員の定員の充足状況

	件数	%
1. 充足している	14	26.4%
2. 不足している	38	71.7%
無回答	1	1.9%
合計	53	100.0%



図表Ⅱ-4-12　職員の定員の充足状況（病院・診療所別、人口規模別）

		職員の定員の充足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
病院・診療所	病院	6 16.7%	30 83.3%	0 0.0%	36 100.0%
	診療所	8 47.1%	8 47.1%	1 5.9%	17 100.0%
合計		14 26.4%	38 71.7%	1 1.9%	53 100.0%

		職員の定員の充足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
人口規模	5千人未満	3 16.7%	14 77.8%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	7 53.8%	6 46.2%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	2 20.0%	8 80.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		14 26.4%	38 71.7%	1 1.9%	53 100.0%

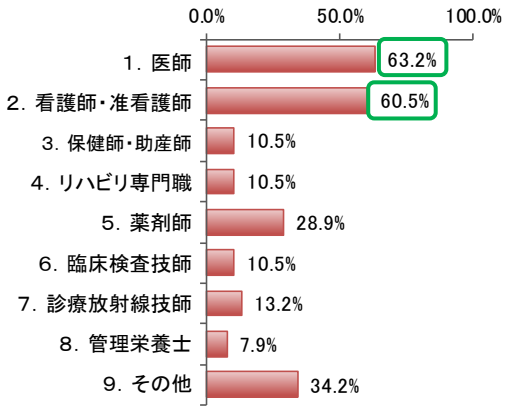
不足している職種については、「医師」の割合が 63.2%と最も高く、次いで「看護師」が 60.5%であった。

病院・診療所別にみると、病院では「医師」の割合が 73.3%、診療所では「看護師・准看護師」が 87.5%となっていた。また、人口規模が 5 千人未満の自治体では「看護師・准看護師」の割合が 71.4%となっていた。

図表Ⅱ-4-13　不足している職種

（複数回答）

	件数	%
1. 医師	24	63.2%
2. 看護師・准看護師	23	60.5%
3. 保健師・助産師	4	10.5%
4. リハビリ専門職	4	10.5%
5. 薬剤師	11	28.9%
6. 臨床検査技師	4	10.5%
7. 診療放射線技師	5	13.2%
8. 管理栄養士	3	7.9%
9. その他	13	34.2%
全体	38	



図表Ⅱ-4-14　不足している職種（病院・診療所別、人口規模別）

（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
病院・診療所	病院	22 73.3%	16 53.3%	4 13.3%	3 10.0%	11 36.7%	3 10.0%	3 10.0%	2 6.7%	9 30.0%	30
	診療所	2 25.0%	7 87.5%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	1 12.5%	4 50.0%	8
合計		24 63.2%	23 60.5%	4 10.5%	4 10.5%	11 28.9%	4 10.5%	5 13.2%	3 7.9%	13 34.2%	38

（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
人口規模	5千人未満	6 42.9%	10 71.4%	0 0.0%	1 7.1%	0 0.0%	1 7.1%	2 14.3%	1 7.1%	5 35.7%	14
	5千人以上1万人未満	4 66.7%	3 50.0%	0 0.0%	1 16.7%	2 33.3%	0 0.0%	2 33.3%	0 0.0%	3 50.0%	6
	1万人以上5万人未満	8 80.0%	6 60.0%	2 20.0%	2 20.0%	6 60.0%	3 30.0%	1 10.0%	1 10.0%	3 30.0%	10
	5万人以上	6 75.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%	3 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	8
合計		24 63.2%	23 60.5%	4 10.5%	4 10.5%	11 28.9%	4 10.5%	5 13.2%	3 7.9%	13 34.2%	38

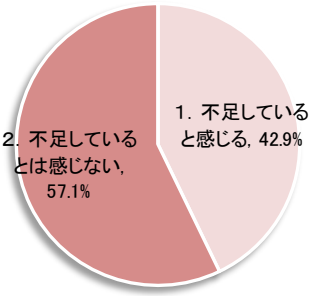
⑦職員の充足状況

職員の定員は「充足している」と回答した自治体 14 ヵ所に、定員の充足とは別に業務を行う上で人材が不足しているかを聞いたところ、「不足していると感じる」が 6 ヵ所（42.9%）となっており、不足していると感じる職種としては、「看護師・准看護師」が 5 ヵ所、「医師」が 3 ヵ所であった。

定員が充足しているのに人材が不足している理由については、「２．定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから」「４．家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから」が 3 ヵ所、「１．必要な定員に対して業務量が多すぎるから」が 2 ヵ所であった。

図表Ⅱ-4-15　職員の充足状況

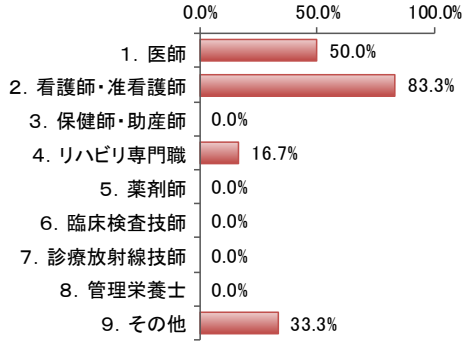
	件数	%
1. 不足していると感じる	6	42.9%
2. 不足しているとは感じない	8	57.1%
無回答	0	0.0%
合計	14	100.0%



図表Ⅱ-4-16　不足していると感じる職種

（複数回答）

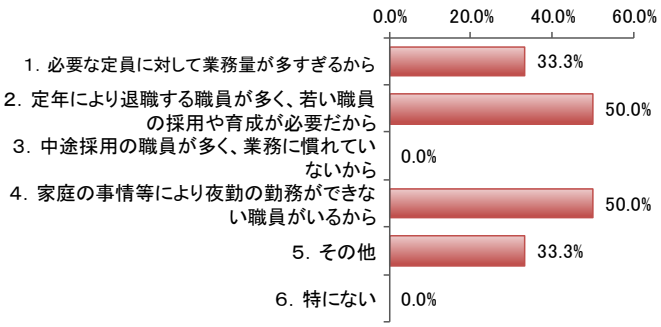
	件数	%
1. 医師	3	50.0%
2. 看護師・准看護師	5	83.3%
3. 保健師・助産師	0	0.0%
4. リハビリ専門職	1	16.7%
5. 薬剤師	0	0.0%
6. 臨床検査技師	0	0.0%
7. 診療放射線技師	0	0.0%
8. 管理栄養士	0	0.0%
9. その他	2	33.3%
全体	6	



図表Ⅱ-4-17　定員が充足しているのに人材が不足している理由

（複数回答）

	件数	%
1. 必要な定員に対して業務量が多すぎるから	2	33.3%
2. 定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから	3	50.0%
3. 中途採用の職員が多く、業務に慣れていないから	0	0.0%
4. 家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから	3	50.0%
5. その他	2	33.3%
6. 特にない	0	0.0%
全体	6	



⑧人材の定着に向けた取組

人材の定着に向けて自治体で取組んでいることを聞いたところ、「４．働きやすい職場環境づくり」の割合が 67.9%、「７．研修への参加など技術向上できる機会の確保」が 50.9%、「１．勤務時間や勤務体制の見直し」が 47.2%となっており、職場内の環境や研修、勤務体制などが上位となっていた。

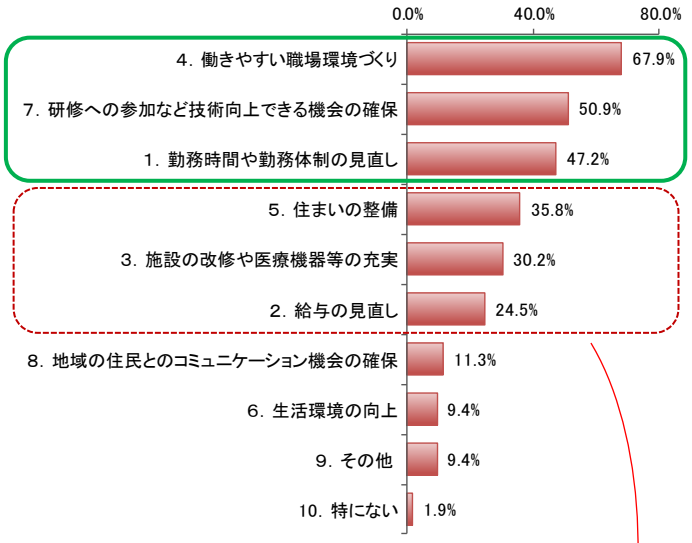
一方、今後、自治体として取り組んでほしいこととしては、「２．給与の見直し」「３．施設の改修や医療機器等の充実」「５．住まいの整備」がともに 32.1%となっており、「取り組んでいること」でまだ十分にできていない施設や住まいの整備、給与面についての要望が上位にあげられていた。

図表Ⅱ-4-18　人材の定着に向けた取組

【人材定着のために取り組んでいること】

（複数回答）

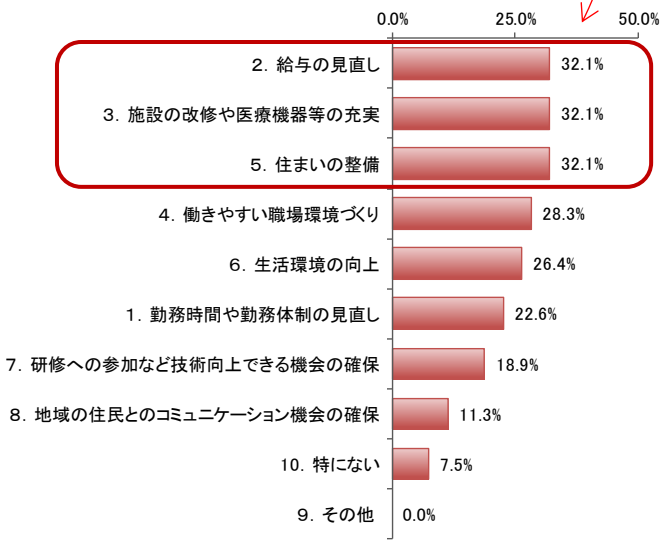
	件数	%
4. 働きやすい職場環境づくり	36	67.9%
7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	27	50.9%
1. 勤務時間や勤務体制の見直し	25	47.2%
5. 住まいの整備	19	35.8%
3. 施設の改修や医療機器等の充実	16	30.2%
2. 給与の見直し	13	24.5%
8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	6	11.3%
6. 生活環境の向上	5	9.4%
9. その他	5	9.4%
10. 特にない	1	1.9%
全体	53	



【今後、自治体として、取り組んでほしいこと】

（複数回答）

	件数	%
2. 給与の見直し	17	32.1%
3. 施設の改修や医療機器等の充実	17	32.1%
5. 住まいの整備	17	32.1%
4. 働きやすい職場環境づくり	15	28.3%
6. 生活環境の向上	14	26.4%
1. 勤務時間や勤務体制の見直し	12	22.6%
7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	10	18.9%
8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	6	11.3%
10. 特にない	4	7.5%
9. その他	0	0.0%
全体	53	



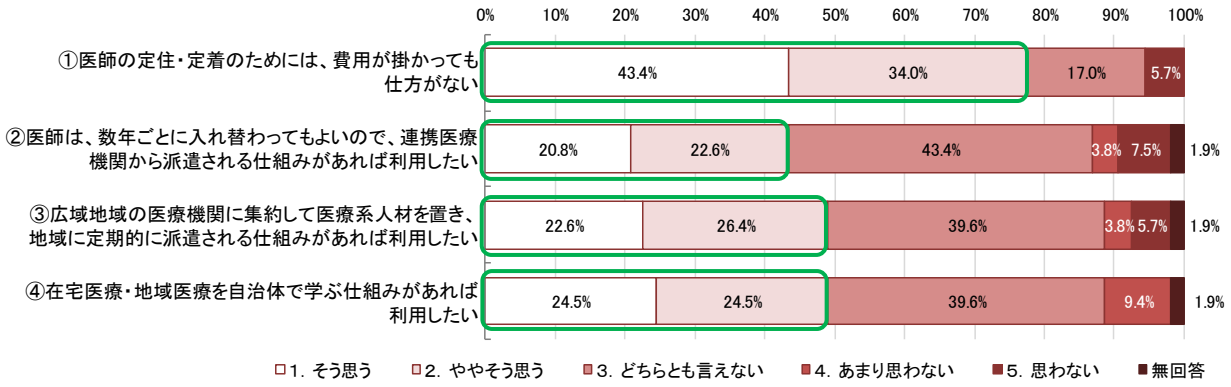
⑨人材確保の将来のあり方

医師の確保の将来像について聞いたところ、「①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない」では「１．そう思う」の割合が 43.4%、「２．ややそう思う」が 34.0%となっており、7 割以上が「そう思う」と回答していた。

その一方で、「②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい」「③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい」「④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい」については、「１．そう思う」「２．ややそう思う」を合わせると 4 割以上が「そう思う」と回答していた。

図表Ⅱ-4-19　人材確保の将来のあり方

	①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない		②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい		③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい		④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1. そう思う	23	43.4%	11	20.8%	12	22.6%	13	24.5%
2. ややそう思う	18	34.0%	12	22.6%	14	26.4%	13	24.5%
3. どちらとも言えない	9	17.0%	23	43.4%	21	39.6%	21	39.6%
4. あまり思わない	0	0.0%	2	3.8%	2	3.8%	5	9.4%
5. 思わない	3	5.7%	4	7.5%	3	5.7%	0	0.0%
無回答	0	0.0%	1	1.9%	1	1.9%	1	1.9%
合計	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%



５　人材確保策について

人材確保策について

○ヒアリング調査によると、ドクターバンク推進事業においては、空港や公共交通機関が整っていることを条件とする求職医師が多く、地方の医療機関とのマッチングが難しい状況がみられた。また、地域応援看護師確保対策事業では、有料の職業紹介所から採用された看護師との給与格差によるモチベーションの低下などの課題がみられた。

○一方、自治体立病院・有床診療所のアンケート結果では、医師について「大学医局からの派遣」により人材確保している割合が 6 割以上と最も割合が高く、ドクターバンク等の無料職業紹介の利用経験は 4 割弱だが、実際に人材確保につながったのは 2 割弱であった。また、看護師についても利用の多くはハローワークや公募（求人サイト等）で、ナースセンター等の無料職業紹介の利用は約 4 割にとどまっていた。

○現状では、ドクターバンクなどの無料職業紹介の機能が、求職側にも求人側にも十分に活用されていない状況にあることから、必要とする人材がスムーズに採用できるような人材確保の仕組みについても検討が必要である。

人材確保策の将来のあり方について

○人材確保の将来のあり方として、アンケートでは「医師の定住・定着には費用が掛かるのは仕方がない」との回答が 7 割を超えていたが、その一方で、「連携医療機関から定期的に派遣されるような仕組み」の利用について「そう思う」との回答が 4 割を超えていた。

○同じくアンケート結果では、自治体立病院・有床診療所における人材確保の課題として、「就職を希望する人材が見つからない」が 7 割を超えており、「人材不足」が深刻化している。

○視察研修で訪問した岡山県奈義町では近隣の医療機関との連携により医療提供体制を構築していた。今後、人口減少により人材が不足する中、広域における連携も視野に入れた新たな人材確保の仕組みについても検討することが必要となると考えられる。

○また、アンケート結果では「在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組み」の利用についても 4 割が「そう思う」と回答していた。茨城県立中央病院の事例のような地域で人材を育成・活用するような仕組みも参考にしながら、人材の確保と合わせて人材の育成にも力を入れることが重要である。

○新型コロナウイルス感染拡大の影響もあり、オンライン診療の利用が普及し始めているが、地域の中で医師と患者とのやり取りだけではなく、都市部の専門医と地方の医師を結ぶ仕組みも検討が必要である。また、特定看護師など専門知識を持った看護師を都市部から地方に派遣し、都市部の医師と地方の患者を看護師がつなぐ仕組みなどを検討することで、人材が不足する地域の医療提供体制を支援することが可能となると考えられる。

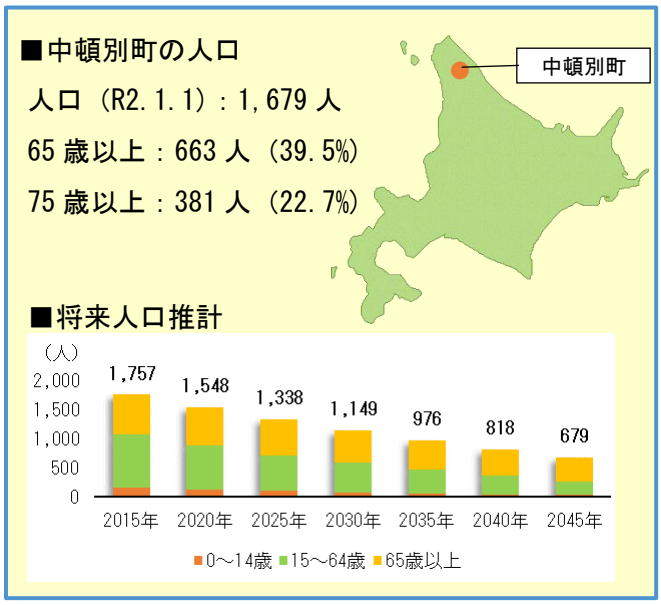
第Ⅲ章　中頓別町におけるプロセス試行

1　中頓別町国民健康保険病院の概要

令和元年度から、北海道中頓別町（人口 1,679 人）をモデル地域として、中頓別町国民健康保険病院のダウンサイジングとバージョンアップのプロセスについて試行を行い、見える化を検討してきた。

中頓別町国民健康保険病院において病院機能転換に向けた検討を行うに至った背景としては、①国保病院の財務状況の悪化と町財政への圧迫、②住民の受療動向（ニーズ）と医療機能のギャップ、③医療提供体制と医療系職員の確保の課題、の 3 点が挙げられた。

また、中頓別町国民健康保険病院の概要は図表Ⅲ-1 のとおりである。



人　口　：令和 2 年住民基本台帳年齢階級別人口
人口推計：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

図表Ⅲ-1　中頓別町国民健康保険病院における病院機能転換に向けた検討の背景

①国保病院の財務状況の悪化と町財政への圧迫

- 一般会計繰入額が 3 億 481 万円（H30 年度国保病院事業会計決算）で前年比 1,104 万円増
- 平成 27 年以降大幅な増加傾向にあり、町の財政運営を大きく圧迫
- 町立病院に求められる機能を明確にした上で、他の予算とのバランスも考慮した町の財政負担の範囲を検討することが必要

②住民の受療動向(ニーズ)と医療機能のギャップ

- 外来患者、入院患者、救急搬送患者はいずれも減少傾向
- 入院患者の多くが高齢者、若年層は町外の医療機関を利用
- 今後、人口減少と高齢化の進行が推計される中、近隣自治体を含めた医療提供体制、医療機能の検討が必要

③医療提供体制と医療系職員確保の課題

- 退職の近い職員が増加
- 医療系職員の確保が困難

図表Ⅲ-2　中頓別町国民健康保険病院の概要

病院の沿革

・昭和 18 年 4 月	村立中頓別病院の開院
・昭和 24 年 1 月	村立国保病院に移行する
・昭和 24 年 11 月	町制の施行により村立から町立国保病院に移行する
・昭和 29 年 6 月	中頓別町国民健康保険病院の新築
・昭和 57 年 12 月	中頓別町国民健康保険病院の新築移転(S57.11.24 許可)（57 床→50 床）
・平成 2 年 7 月	CT スキャン導入
・平成 16 年 11 月	大規模改修(給水、給湯、暖房設備、屋上防水工事)
・平成 27 年 8 月	訪問看護開始
・平成 28 年 2 月	リハビリテーション室増築
・平成 28 年 4 月	リハビリテーション開始
・平成 29 年 3 月	大規模改修(排水設備、非常用発電機、受電盤)、スプリンクラー設置

病院の概要　(R01.08.01 現在)

・名　　称	中頓別町国民健康保険病院
・所 在 地	〒098-5551　枝幸郡中頓別町字中頓別 175 番地
・許可病床数	50 床（一般病棟）
・診療科目	内科・外科 専門外来：整形外科　月 2 回、神経内科　隔月 1 回
・受付時間	月曜日から金曜日　8 時 30 分～11 時　13 時～15 時
・建築概要	敷地面積：12,531 ㎡　延床面積：2,420 ㎡ 構造：鉄筋コンクリート造り　地上 3 階
・職　員　数	医師 1 名、薬剤師 1 名、看護師 13 名、准看護師 6 名、看護助手 7 名、放射線技師 1 名、臨床検査技師 1 名、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、管理栄養士 1 名、調理員 4 名、医療助手 4 名、嘱託職員 3 名事務職 6 名、管理人 1 名　　計 51 名
・委託職員数	清掃員 2 名、洗濯員 1 名、運転手 1 名　　計 4 名
・そ　の　他	その他診療（訪問看護、福祉施設往診）

※病院付帯施設(主要)

・旧医師住宅 2 戸（昭和 57 年築）
・医師住宅　2 戸 2LDK(平成 22 年～23 年築)

出典:「平成 30 年度～平成 35 年度第 4 次病院改革プラン」(平成 30 年 3 月 中頓別町国民健康保険病院)より作成

2　中頓別町における検討プロセス

令和 2 年度はフェーズ 1 からフェーズ 2 にかけてのプロセスについて新たな体制で検討を行い、その検討内容や目指す姿について整理した。令和元年度から令和 2 年度にかけての検討プロセスは図表Ⅲ-3 のとおりである。

図表Ⅲ-3　中頓別町における検討プロセス

3　検討体制

中頓別町における検討体制は図表Ⅲ-4 のとおりである。

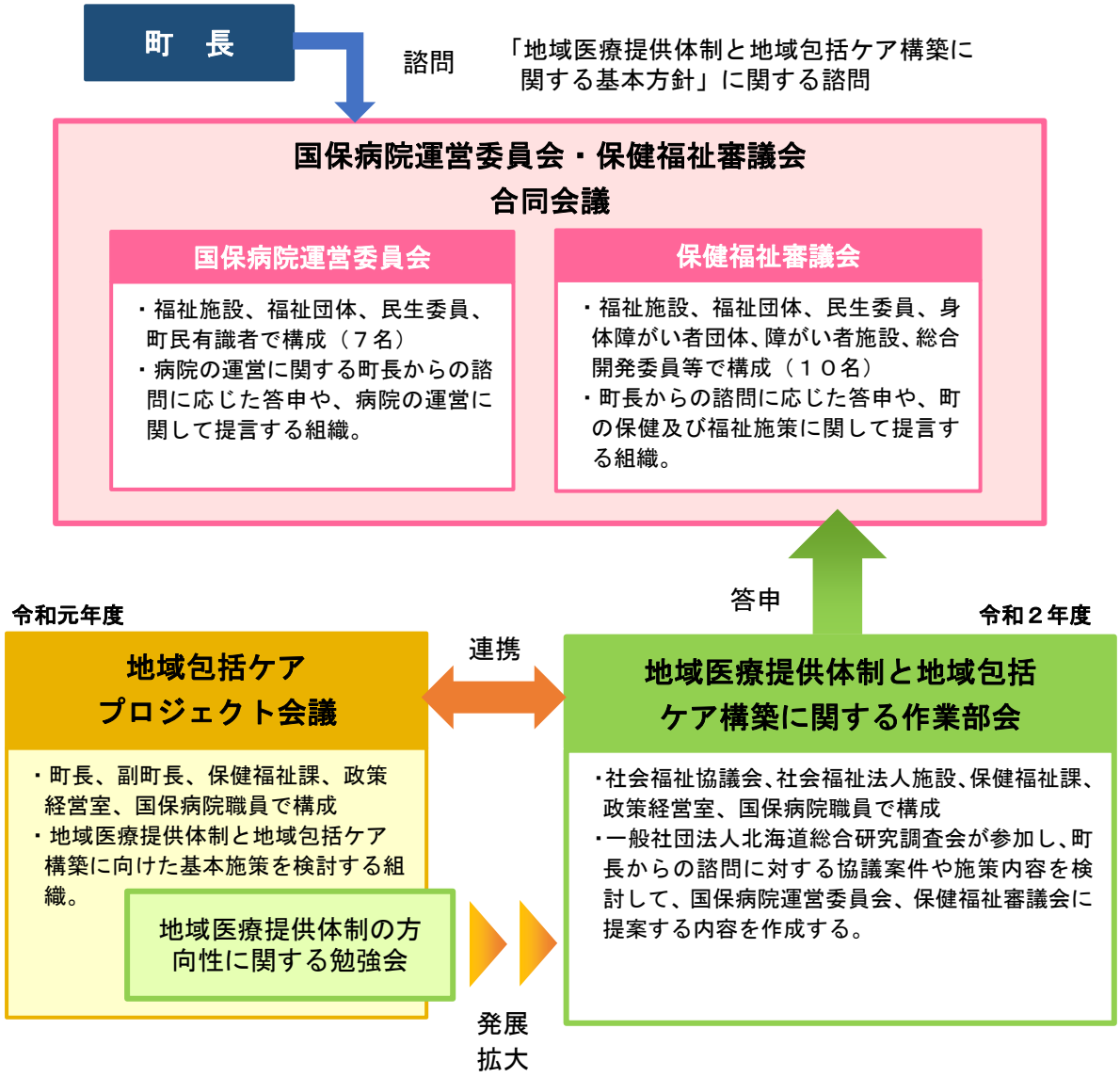
元々別の協議体で町民・関係機関・有識者で構成している「国保病院運営委員会」と「保健福祉審議会」の 2 つの協議体に対して、合同で「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する基本方針」に関する諮問を行った。

諮問を受けた組織での議論を活発なものにするため、下部検討組織「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する作業部会」を設置した。

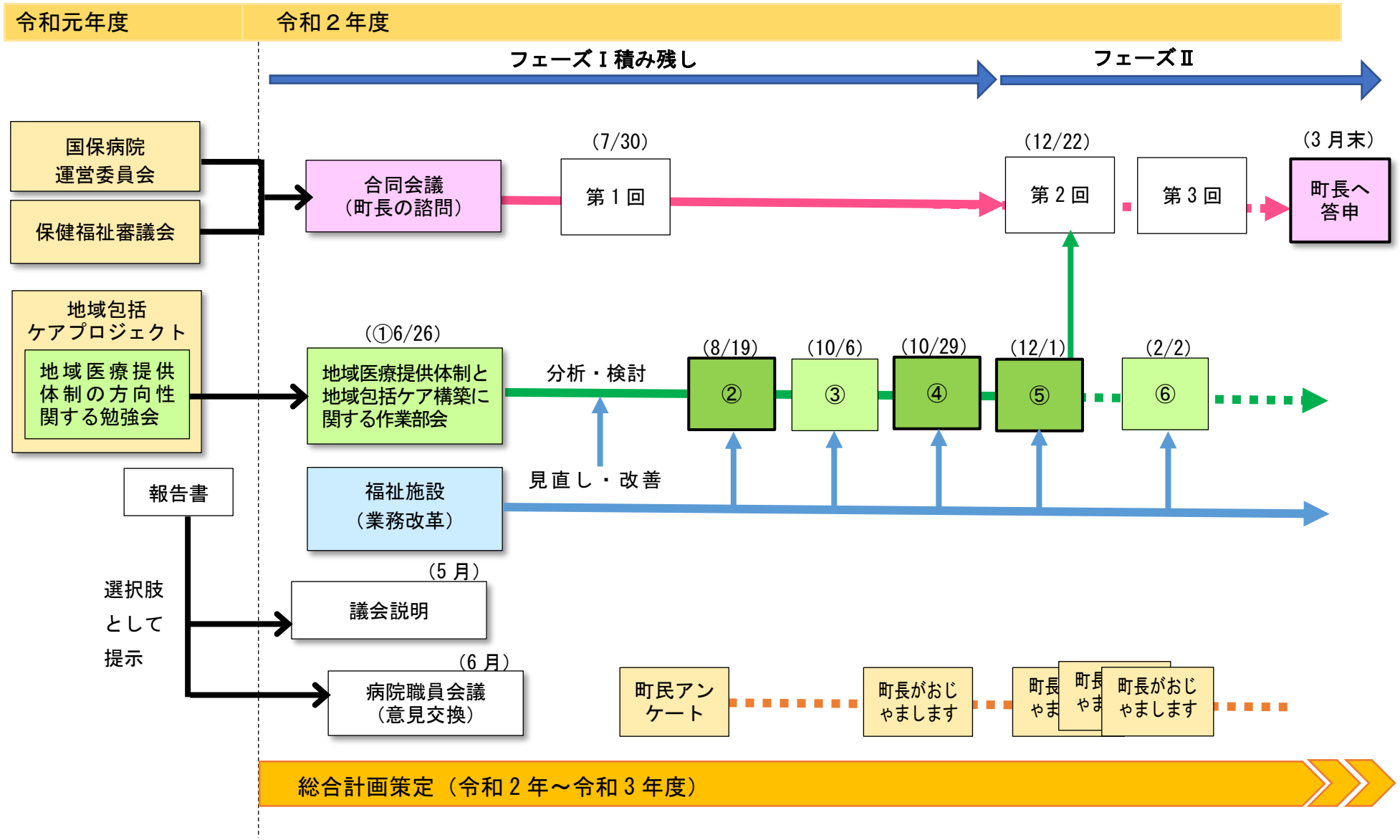
令和元年度までは、庁内の既存の組織「地域包括ケアプロジェクト会議」を母体として議論を進めてきたが、引き続き、作業部会と連携して議論を行った。

また、検討体制と進め方のイメージは図表Ⅲ-5 のとおりである。

図表Ⅲ-4　中頓別町における検討体制



図表Ⅲ-5　中頓別町の検討体制と進め方のイメージ



4　作業部会における検討経過

（１）作業部会における検討経過

「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する作業部会」は、地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する基本方針について検討することを目的に、全６回開催された。

作業部会における主な検討経過は次ページのとおりである。

■作業部会での検討経過

地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する作業部会　■地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する基本方針の検討

第１回（6 月 26 日）→ 第２回（8 月 19 日）→ 第３回（10 月 6 日）→ 第４回（10 月 29 日）→ 第５回（12 月 1 日）→ 第６回（2 月 2 日）

HIT 参加　HIT 参加　HIT 参加　HIT 参加

■作業部会の設置について
・今年度の検討体制の確認

■検討すべき課題の確認
・病院における財政負担と転換の方向性
・特養からの入院の受け入れ→受け皿としての介護医療院の検討
・養護の介護度が重い入所者への対応
・養護の方向性
・病院・施設の見直し後の人員体制　等

→介護医療院併設も含めた、病院の財政シミュレーションを検討

■検討体制と進め方の確認
・今年度の検討体制、スケジュールの確認

■作業部会における意思決定事項の確認
・病院の転換をどうするか（有床・無床、運営形態、機能強化等）
・特養をどうするか（定員数、サービス内容・人員の見直し、介護医療院併設か）

■病院財政シミュレーション（5 パターン）
①地域包括ケア病棟移行
②有床診 17＋介護医療院 18
③有床診療所
④無床診＋介護医療院 30
⑤無床診療所

※①について検討

現状	R4～7	R8～10
病院 50 床	地域包括ケア 50 床	無床診療所
特養 55 養護 55 デイケア 訪問看護 訪問介護	養護→サ高住 ・余剰人員を特養、訪問介護に異動 ・サ高住で訪問介護利用	特養（看取り） サ高住 看護多機能 ・デイケア・訪問看護・訪問介護・ショートを統合

→地域包括ケア病棟に転換可能か
→養護から介護度の重い人を特養に移したのち、サ高住に転換可能か

■R10 年度までの「道筋」の確認
■地域包括ケア構築のためのニーズと施策の整理

■病院財政シミュレーション（7 パターン）
①地域包括ケア病棟移行
②有床診 17＋介護医療院 18
③有床診療所
④無床診＋介護医療院 30
⑤一般 20＋介護医療院 15
⑥有床診 19＋介護医療院 15
⑦無床診療所

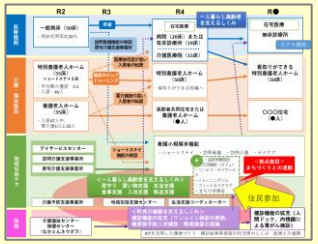
※地域包括ケア病棟は転換が困難
※⑥について検討
・特養から医療が必要な人を介護医療院に移行後、養護から介護度の重い人を特養へ移行し、養護の入居者を減らす

現状	R4～7	R8～10
病院 50 床	有床診療所 19 介護医療院 15	無床診療所
特養 55 養護 55 デイケア 訪問看護 訪問介護	養護→サ高住 ・余剰人員を特養、訪問介護に異動 ・サ高住で訪問介護利用	特養（看取り） サ高住 看護多機能 ・デイケア・訪問看護・訪問介護・ショートを統合

→最終的にどのような形にするのか検討
→養護のサ高住への転換の可能性も検討

■中頓別町財政シミュレーション
・令和 3 年度以降赤字へ

■答申作成に向けた考え方の確認
・病院維持に充てている財源の使い道
・職員を医療・介護チームとして機能
・住民の理解を得るよう対話を継続

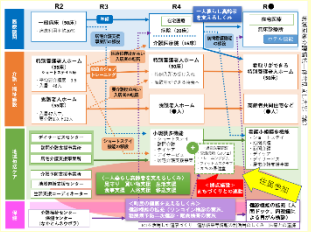
■新たな医療・介護連携の仕組みのイメージ


→具体化に向けた検討事項と体制の確認

■養護老人ホームの検討
・構造上、サ高住への転換は困難
→高齢者下宿（仮称）の転換の可能性の検討

■看護小規模多機能型居宅介護事業所の立ち上げの検討
・5 年間の事業シミュレーション→5 年目から収支黒字

■新たな医療・介護連携の仕組みの検討
・基本的な考え方の確認
・一体的な見直し内容案の修正



■国保病院シミュレーション
・一般病棟 20＋介護医療院 16
・有床診ではなく病院とする財政上のメリット

■小規模多機能型居宅介護シミュレーション
・利用者数の見込
・利用者負担の検討

■看護・介護人材配置シミュレーション

■基本方針（答申案）の検討
・介護福祉サービス利用について再検討

（２）作業部会における検討のための主な分析結果

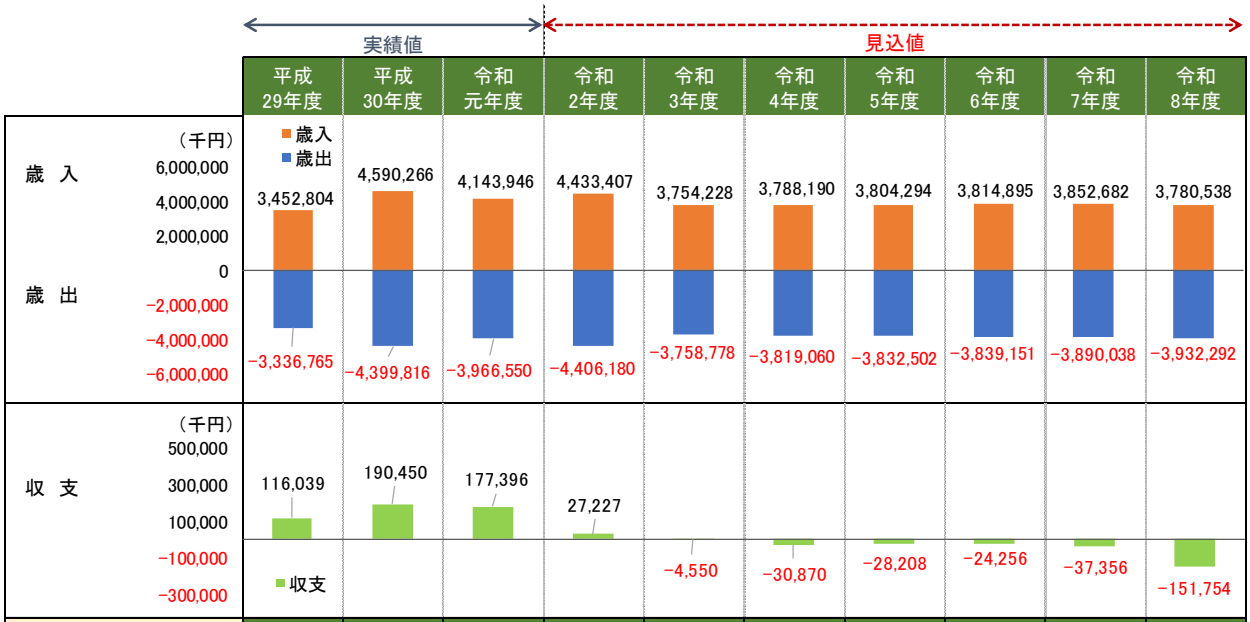
「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する作業部会」において、地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する基本方針について検討するための主な分析結果は以下のとおりである。

①中頓別町収支決算シミュレーション（中頓別町企画財政課）

・中頓別町の収支決算についてシミュレーションを行った。令和２年度は現時点の決算見込み、令和３年度以降は令和元年度または令和２年度の見込み額を考慮し、一定の条件を加えて令和８年度まで試算した。

・令和２年度は収支がプラスになっているが、令和３年度は僅かに赤字となり、それ以降は赤字が続くことが予想される。

図表Ⅲ-6　中頓別町収支決算シミュレーション



	平成29年度	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	実績値	実績値	実績値	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み
歳　入（千円）	**3,452,804**	**4,590,266**	**4,143,946**	**4,433,407**	**3,754,228**	**3,788,190**	**3,804,294**	**3,814,895**	**3,852,682**	**3,780,538**
うち、地方交付税	1,863,496	2,273,066	2,039,190	2,056,529	1,980,021	2,015,609	2,023,921	2,027,534	2,052,968	1,969,485
普通交付税	1,642,444	1,994,518	1,786,101	1,836,529	1,780,021	1,815,609	1,823,921	1,827,534	1,852,968	1,769,485
特別交付税	221,052	278,548	253,089	220,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
うち、繰入金	89,808	251,464	313,372	392,788	178,115	203,716	211,508	218,496	230,849	242,188
歳　出（千円）	**3,336,765**	**4,399,816**	**3,966,550**	**4,406,180**	**3,758,778**	**3,819,060**	**3,832,502**	**3,839,151**	**3,890,038**	**3,932,292**
うち、補助費等	777,079	853,879	891,475	1,439,858	891,475	891,475	891,475	891,475	891,475	891,475
うち病院繰出分	310,409	315,081	368,670	369,413	351,131	351,131	351,131	351,131	351,131	351,131
収　支（千円）	**116,039**	**190,450**	**177,396**	**27,227**	**-4,550**	**-30,870**	**-28,208**	**-24,256**	**-37,356**	**-151,754**

②中頓別町国民健康保険病院　シミュレーション

・中頓別町国民健康保険病院の病床数の変更や診療所化、介護医療院の開設等を行った場合の収入・支出について案 1～7 までのシミュレーションを行った。

・単年赤字だけを見ると無床診療所にした場合が最も赤字が減額されるが、職員の削減や入院患者の受け入れ先の確保など、課題も多い。

図表Ⅲ-7　中頓別町国民健康保険病院　シミュレーション

	現状	案1 地域包括ケア病棟移行	案2 有床診17＋介護医療院18	案3 有床診療所	案4 無床診療所＋介護医療院30	案5 一般病棟20＋介護医療院15	案6 有床診療所＋介護医療院15	案7 無床診療所
医療保険入院（平均入院数）		15名	15名	15名		15名	15名	
介護保険入院（平均入所数）			15名		27名	13名	13名	
収入	194,000	229,000	258,000	187,000	222,000	256,000	249,000	106,000
支出	-510,000	-499,000	-518,000	-478,000	-488,000	-505,000	-505,000	-195,000
収支	-316,000	-270,000	-260,000	-291,000	-266,000	-249,000	-256,000	-89,000
交付税額(試算)（千円）	67,744	67,744	34,774	34,774	6,297	67,744	34,774	6,297
減価償却額（千円）	0	37,000	37,000	37,000	37,000	0	37,000	37,000
実質赤字額（千円）	-248,256	-165,256	-188,226	-219,226	-222,703	-181,256	-184,226	-45,703

中頓別町国民健康保険病院　シミュレーション結果

経営改善案（１）	地域包括ケア病棟へ移行
・単年赤字 2 億 7,000 万円 ・必要な施設基準のうち、特に①在宅復帰率、②専従のリハスタッフの配置を満たすことに課題→①在宅復帰率の達成には、在宅介護（及び往診や訪問看護等の対応）の充実、②には人材確保を検討 ・10 数人の入院ニーズに対して、年間 2 億円強の赤字は許容範囲と言えるか。	
経営改善案（２） 経営改善案（４）	有床診療所 17＋介護医療院 18 無床診療所＋介護医療院 30
・単年赤字 2 億 6,000 万円 ・医師がそれぞれに専従であることなど重複がある ・介護医療院と特養との住み分けが必要である ・介護医療院には要介護認定が必要であり、一般の入院ができない。一方で、一般の有床診に入院する患者の患者層が想定できない	

経営改善案（３）	有床診療所
・単年赤字 2 億 9,100 万円 ・看護師 4 名削減 ・もともと稼働率が低いので、赤字が現状維持とあまり変わらず、大幅な赤字削減は見込めない	
経営改善案（５） 経営改善案（６）	一般病棟 20＋介護医療院 15 有床診療所 19＋介護医療院 15
・単年赤字 2 億 5,000 万円 ・（５）は稼働率 90%とすると、構造は改善案（２）と同様 ・（６）は稼働率 90%とすると、構造は改善案（５）と同様 ・病院に介護医療院を併設することによって特養との住み分けが必要である	
経営改善案（７）	無床診療所
・単年赤字 8,900 万円 ・現状と比較して赤字額が年間 2 億 2,700 万円減額となり、他の施策に向けられる予算として有効に活用するべき ・職員は医師１名、看護師５名、事務３名、コメディカル２名まで削減（入院がないので栄養士不要、院外処方で薬剤師不要） ・入院ニーズとして、①終末期、②特養から状態悪化、③障がい者施設からの状態悪化の受け入れ先を確保することが大きな課題（広域的対応）。また、救急医療を隣接する町の医療機関に依頼することが必要。 ・特養における入所者への医療提供、高齢者の住まいの整備など、高齢者が安心して暮らすことができる施策が必要 ・時間外の診療が必要な場合は、タクシー代の負担（定額負担や定率負担など）、家族による入院看病の場合にも、移動にかかる負担の金額（または一部）支援を検討することが必要。	

③施設の組み合わせによるメリット、デメリット、問題点

・病床（病院・有床診療所・無床診療所）と介護医療院の組み合わせを考えた時のメリット・デメリットについて整理した結果は以下のとおりである。

・病院として 20 床を残した場合は、メリットとして交付税額が多くなるが、職員の確保が必要となるほか、介護医療院を併設した場合は施設改修等も必要となる。

図表Ⅲ-8　施設の組み合わせによるメリット、デメリット、問題点

	1	2	3	4	5	6	7
病床	20 床病院 （15:1）	20 床病院 （特別）	19 床 診療所	20 床病院 （15:1）	20 床病院 （特別）	19 床 診療所	―
介護	15 床 介護医療院	15 床 介護医療院	15 床 介護医療院	―	―	―	15 床 介護医療院
メリット	・交付税額が多い	・交付税額が多い ・現員の看護師で対応が可能	・現員の看護師で対応が可能 ・薬剤師の未配置 ・減価償却の未計上	・交付税額が多い	・交付税額が多い	・現員の看護師の削減が可能 ・薬剤師の未配置 ・減価償却の未計上	・現員の看護師の削減が可能 ・減価償却の未計上
デメリット	・看護師の補充 ・薬剤師の配置 ・施設が手狭	・薬剤師の配置 ・施設が手狭	・施設が手狭	・薬剤師の配置	・薬剤師の配置		・急性期入院が付加 ・救急体制の検討
問題点 改善点	・薬剤師、看護師の確保 ・施設の改修、談話室、食堂、レク室の確保	・薬剤師の確保 ・施設の改修、談話室、食堂、レク室の確保	・施設の改修、談話室、食堂、レク室の確保	・薬剤師の確保	・薬剤師の確保		・施設の改修、談話室、食堂、レク室の確保

④看護小規模多機能型居宅介護　シミュレーション

・看護小規模多機能型居宅介護を開設した場合の収入・支出について令和 4 年～8 年度までのシミュレーションを行った。

・看護多機能・訪問看護とも平均介護度 3 で試算（看護多機能：250,000 円/月×15 名×12 カ月、訪問看護：8,000 円/日×月 18 回×15 名×12 ヵ月）

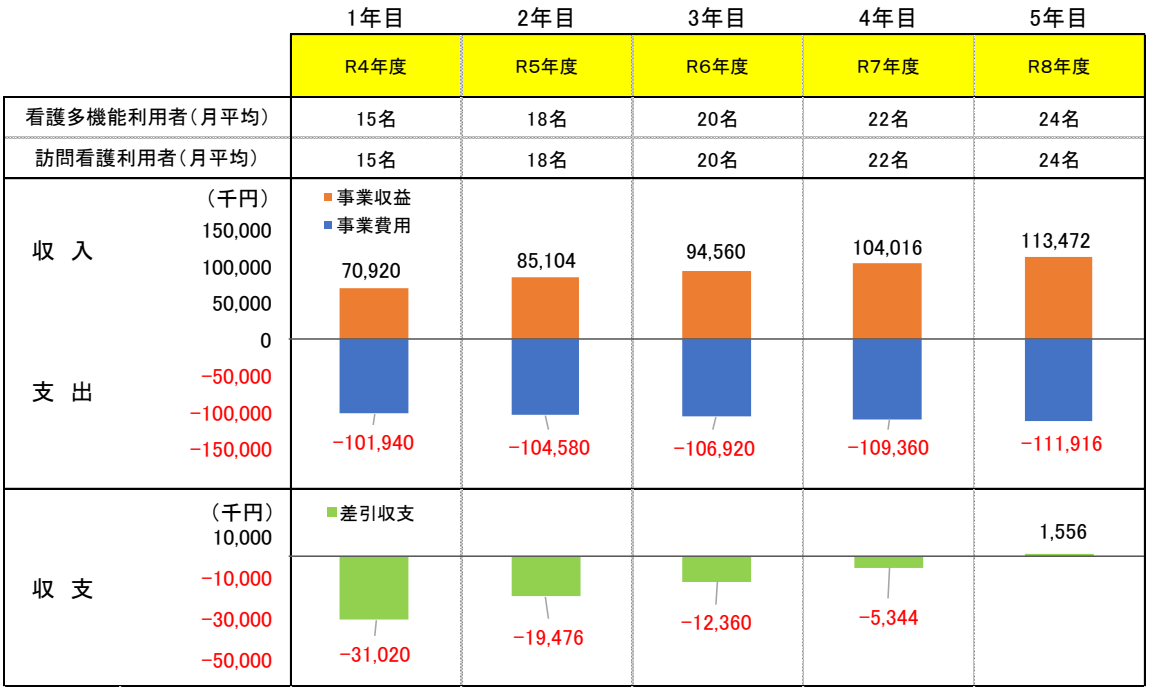
・職員体制（管理者 1 名、看護職 4 名、介護職 7 名、ケアマネ 1 名、リハビリ 2 名、事務 2 名）

・賃金上昇率：約 2%、法定福利費：16%で試算

・5 年かけて収支が黒字になる推計だが、利用者の伸びがどの程度になるかによる。

図表Ⅲ-9 看護小規模多機能型居宅介護シミュレーション

	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目
	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度
看護多機能利用者（月平均）	15名	18名	20名	22名	24名
訪問看護利用者（月平均）	15名	18名	20名	22名	24名
収入	70,920	85,104	94,560	104,016	113,472
支出	-101,940	-104,580	-106,920	-109,360	-111,916
収支	-31,020	-19,476	-12,360	-5,344	1,556



⑤特別養護老人ホームの機能の見直し

特別養護老人ホームの入居者のうち、医療を必要とする入居者の受け皿として介護医療院の創設を検討するにあたり、特養入所者数の推計を行い、今後どの程度の入居者が見込まれるのか検討した。また、将来的には看取りのできる特別養護老人ホームへと機能を見直すことを検討した。

⑥養護老人ホームの転換の可能性

養護老人ホームの入居者は減少傾向にある。また、養護老人ホームに介護度の重い高齢者が入居しており、特養に入居できない人の受け皿的な施設となっている。介護度の重い入居者が増えることでスタッフ不足の原因にもなっている。

介護度の重い高齢者を特養で受入れ、養護老人ホームをサ高住へ転換することを検討したが、構造上の問題で現段階では難しい。また、サ高住に転換した場合、入居費用も高くなることから、現在の入所者がそのままサ高住に移行することは難しい。今後は、「高齢者下宿」等への転換についても再検討が必要である。

５　見直しの進め方と方針案

（１）基本的な考え方

これまでの「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する作業部会」での検討結果を踏まえ、中頓別町の新たな地域医療提供体制と地域包括ケアの仕組みを構築するための基本的な考え方は、以下のように整理された。

中頓別町の新たな医療・介護連携の仕組みを構築するために
―町と国保病院の無床化とまちづくりの連動―

基本的な考え方

■住民の健康と安心を守る新しい医療・介護連携システムに移行するため、病床 50 床の維持に充てている財源を再分配し、新たに必要とされるサービスと仕組みの構築に充てる。

■新たなサービスと仕組みに従事する職員（住民）がやりがいのある職場をつくり、医療・介護チームとして機能させていくことを目指す。

■そのため、真の住民ニーズにアプローチし、また住民の理解を得て、住民自らが支え合いの主役となってもらうよう、対話を続けていく。

（２）今後検討が必要な項目

○一人暮らしの在宅高齢者を支える仕組みが構築されていないため、高齢者が自立した在宅生活を送れるよう、高齢者のニーズを的確に捉えたサービスを提供できる体制の構築が必要である。

○「元気な高齢者」に地域を支える役割を担う仕組みを作る。支援する／支援されるといった概念を取り外し、住民の誰もが必要な時に支援を受け、また支援できるようにする。

○「住民が地域の担い手」を掲げ、住民の意識を変え、関心を高める啓発活動を展開する。地域の様々な課題を「我が事」として実感するための様々な取り組みを進める。

○認知症予防活動は、「高齢者を主役とした地域づくり」と捉え、地域を巻き込んだ取り組みを進めて認知症への関心を高める。また、施設において増え続ける認知症入所者の対応について、施設の課題や職員の負担を軽減するための様々な手立てを講じ、在宅から施設へと移行する住民のライフステージをその人らしく安心して送れるよう目指していく。

○住み慣れたまちで住まい続けるために、在宅、施設、病院とそれぞれの生活ステージに応じて、その人らしく生活できる環境を整える。

（３）見直しの進め方と方針案

これらを踏まえ、中頓別町の新たな医療・介護連携の仕組みを構築するための進め方と方針案は以下のように整理された。方針案のイメージ図は図表Ⅲ-10 のとおりである。

中頓別町の新たな医療・介護連携の仕組みを構築するための具体的な進め方

■国保病院は介護医療院を併設し、特別養護老人ホームより医療依存度の高い入所者を受け入れていく。

■特別養護老人ホームは医療依存度の高い入所者を介護医療院に入居させ、介護が必要な養護利用者と介護度の低い利用者を特例入所として積極的に受け入れ、看取り体制の強化をするとともに、機能回復の充実と入所者の生活レベルを上げていくこととする。

■養護老人ホームは介護の必要な利用者を特養に移し、イキイキと生活してもらうように努める。

■これまでの施設中心型から在宅中心型に押し戻していく。将来的には在宅で支えていく仕組みを構築し、本人が希望する限り在宅で支えていく仕組みを構築していく。

方針案（概要）

１．地域医療提供体制と介護サービス

第１段階：令和４年度からの実施に向けてサービスの開始時期は検討

・国保病院病床の一部を介護医療院に転換・訪問診療の充実
・在宅介護サービスを再編して小規模多機能支援事業所を開設
・介護医療院は特別養護老人ホームの重度入所者を受け入れ、特別養護老人ホームも養護老人ホームで介護度が高い入所者を受け入れ。それぞれの施設の持つ役割・機能を発揮。
・小規模多機能事業所は夜間や休日のサービスを提供し、訪問診療と一体で、在宅でも安心して生活できる支援を構築

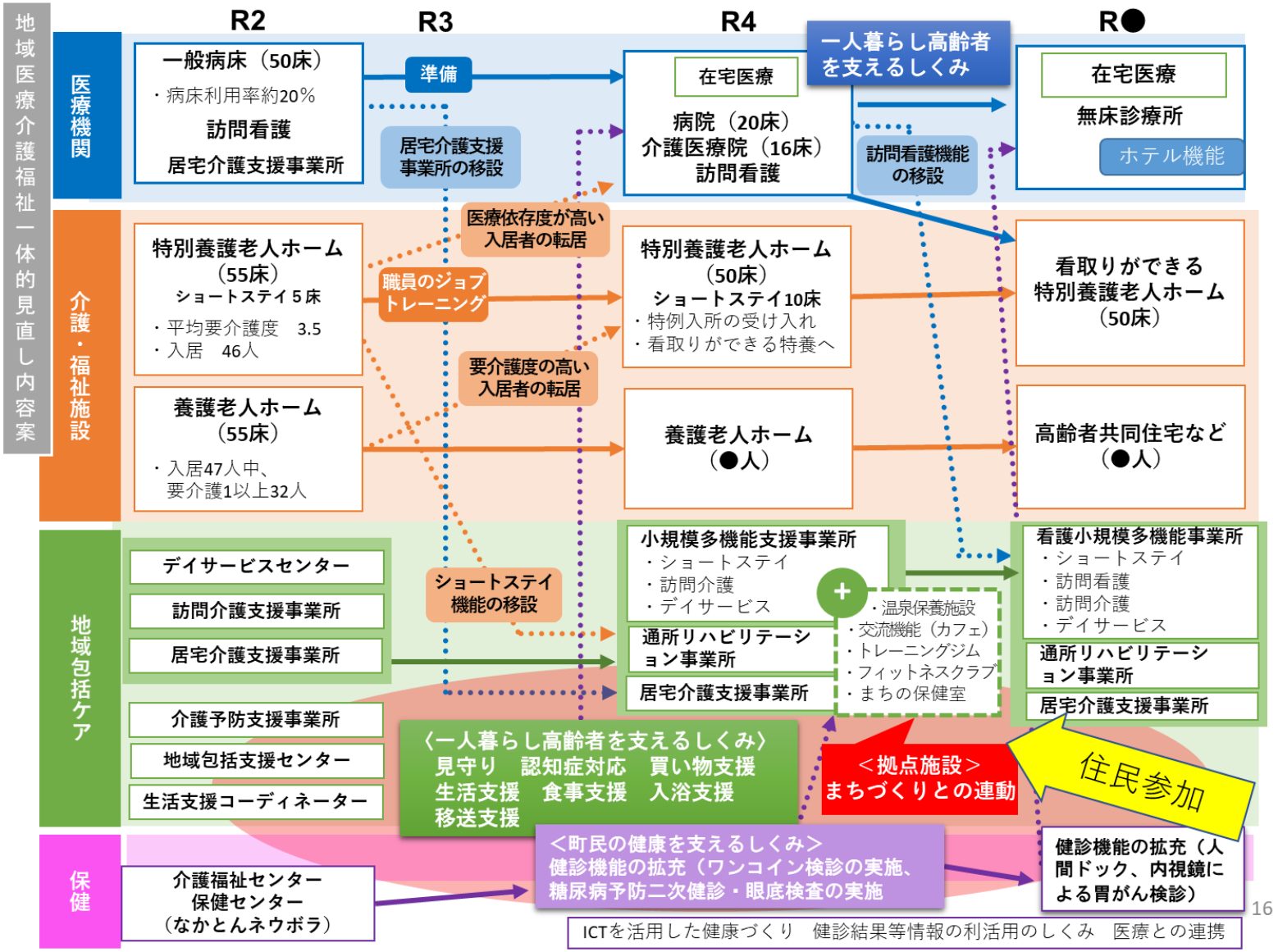
第２段階＝10 年以内を目途に財政状況を見極めながら時期を検討

・国保病院は広域連携を基本に施設を含む訪問医療を充実させた無床診療所（ホテル機能の付加）へと転換
・看取りができる特別養護老人ホーム、居住系サービス（サービス付き高齢者住宅やグループホーム、高齢者下宿など）、看護小規模多機能事業所を核に地域医療と介護を支える仕組みを構築

２．地域共生社会へ、町民参加のまちづくり＝地域包括ケアシステムの構築

・人口減少、人口構造の変化のなかで医療や介護の提供体制の見直しに合わせ、住み慣れたまちで健康に生活し続けられるよう、次のとおり町民主体の「まちづくり」に取り組む。
　〇ライフステージに応じた健康づくり
　〇地域資源を活かしたまちづくり
　〇一人暮らし高齢者を支えるまちづくり
　〇認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくり

図表Ⅲ-10　地域医療介護福祉一体的見直し内容案



６　今後に向けて

中頓別町では、この方針案を町としての計画として介護医療院の開設を目指し、具体的な作業を進める。また、国保病院の無床診療所化については、10 年以内をめどに公聴会や説明会等を積極的に開催し、町民合意を基本として進めていくこととなる。今後、住民への説明の際には、住民が受け身となるのではなく、自ら考え、課題に向き合い地域の合意形成を共に作り上げる場も持てるようにし、住民が「自分ごと」として取り組めるような工夫が必要である。

近隣の医療機関への入院などの連携を想定し、移動サポートや高齢者の入退院準備サポート等についても検討を進めるほか、地域包括ケアについては、小規模多機能事業の立ち上げに向けて具体的な協議を進めることとなる。

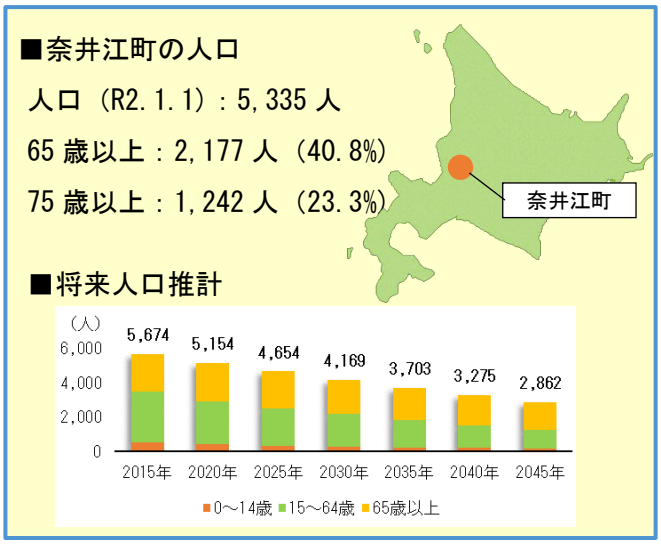
一方、今後の向けての課題としては人材の確保・育成が急務となっており、方針案とともに取り組むことが必要である。

第Ⅳ章　奈井江町におけるプロセス試行

1　奈井江町立国民健康保険病院の概要

令和２年度は、奈井江町（人口 5,335 人）をフェーズ１のモデル自治体としてプロセス試行に取り組んだ。

奈井江町立国保病院は平成 6 年度から病床を開放型病床として地元開業医に開放し、入院後もかかりつけ医である開業医が主治医として診療にあたる「開放型共同利用病院」として病診連携を進めてきたが、経営状況の悪化を受け、今後の病院のあり方について検討が必要となっていた。



人　口　：令和２年住民基本台帳年齢階級別人口
人口推計：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

図表Ⅳ-1　奈井江町立国民健康保険病院の概要

・名　　称　　奈井江町立国民健康保険病院
・所 在 地　　空知郡奈井江町字奈井江 12 番地
・許可病床数　　50 床（医療療養病床）
・診療科目　　内科、整形外科、眼科、小児科　※外科は休診中
・受付時間

診療科	午前	午後
内科	月～金　8 時 30 分～11 時 30 分	月～金　13 時～16 時 15 分
整形外科	月～金　8 時 30 分～11 時 30 分	月・火　14 時～16 時
眼科	月～金　8 時 30 分～11 時 30 分	休診
小児科	休診	木　13 時～15 時 30 分

・建築概要　　敷地面積：10,333.43 ㎡　　延床面積：6,489.46 ㎡
構造：鉄筋コンクリート造り　地上 4 階
・職 員 数　　医師 4 名、薬剤師 1 名、看護師 21 名（臨時職員 8 名）、理学療法士 1 名、診療放射線技師 2 名、臨床検査技師 2 名、柔道整復師 2 名、管理栄養士 1 名、介護職員 5 名（臨時職員 6 名）、事務職員 5 名（臨時職員 6 名）
・そ の 他　　二次救急医療機関告示病院、第 2 種不採算地区病院、訪問診療、訪問看護、各種健康診断

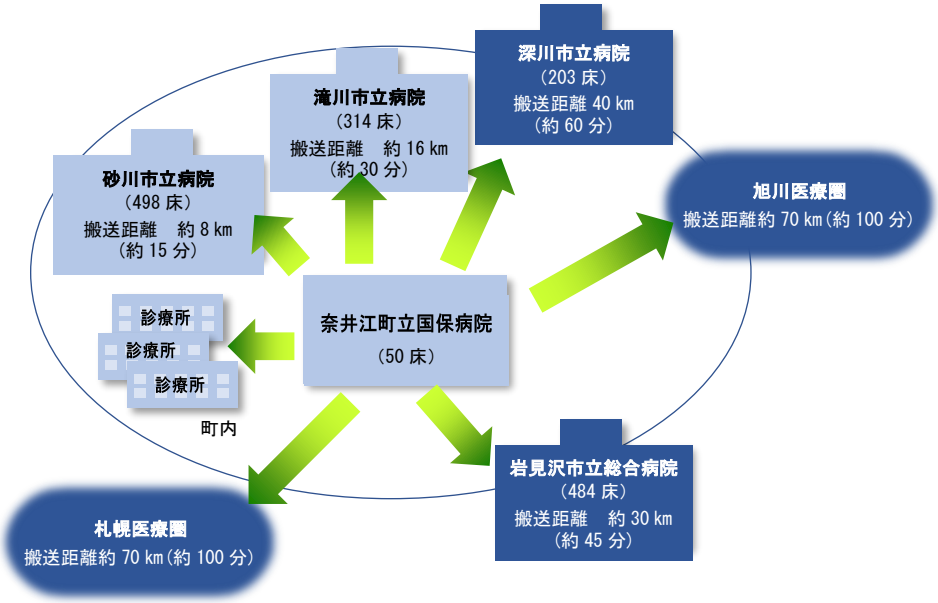
町内医療機関の状況

施設名	診療科目	医師数	病床数
医療法人社団慈佑会 方波見医院	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科	2 名	無床
岸本内科消化器科クリニック	内科、消化器科	1 名	無床
アダチ歯科	歯科	1 名	無床
山中歯科医院	歯科	1 名	無床
医療法人社団美西会 ないえ歯科	歯科、小児歯科	1 名	無床

出典：「奈井江町立国民健康保険病院のあり方について 答申書（案）」及び奈井江町ホームページより作成

奈井江町立国民健康保険病院の周辺自治体の医療機関との位置関係をみると、二次医療圏内の主な医療機関までの距離は、砂川市立病院が約 8 ㎞、滝川市立病院が約 16 ㎞である。また、隣接する二次医療圏では、深川市立病院が約 40 ㎞、岩見沢市立総合病院が約 30 ㎞、旭川市内の医療機関（旭川医科大学病院、旭川赤十字病院、旭川厚生病院、市立旭川病院等）が約 70 ㎞となっている。

図表Ⅳ-2　周辺医療機関との位置関係



2　あり方検討に至る経緯

＜病院機能と病床の変遷＞

○奈井江町立国保病院は、昭和 37 年 5 月に奈井江共済病院から町立に移管し、平成 7 年の全面改築から、現施設での医療を提供。

○平成 6 年度から、開放型共同利用病院として、92 床のうち 12 床を地域の開業医が患者の入院後も継続して診療にあたる仕組みを導入。

○平成 17 年度には、地域センター病院である砂川市立病院と医療連携協定を締結し、自治体病院間の相互連携や役割・機能分担を明確化。

○平成 28 年度には、地域包括ケアシステムの基礎である住まいの充実を図るため、3 階病棟の 46 床を廃止し、サービス付き高齢者向け住宅 16 戸に転換。病院は 18 床の一般病床と 32 床の医療療養病床とした。

○平成 30 年度には、50 床を医療療養病床とした。病床利用率は約 80%。

＜経営状況の悪化＞

○人口減少と高齢化により、入院患者数も外来受診者数も減少し、平成 15 年度と比較すると、入院数は 5 割強、外来は 7 割弱に減少。

○一般会計からの繰入金は、平成 15 年に約 3 億円、一時は 2 億円を切る年もあったが、平成 24 年度頃から急増し始め、27 年度には 4 億円、28 年度には 5 億円を超え、令和元年度は 3 億 6 千万円となった。

○しかしながら、単年度収支は改善せず、平成 27 年度、平成 28 年度は約 3 千万円、令和元年度は 8 千万円強。繰り入れがなかった場合の実質収支は、令和元年度で 4 億 5 千万円。

○このため、地域において必要とされる医療を持続的に提供できる体制を確保するため、町立国保病院が担うべき役割と診療体制、経営安定化、公的支援の水準等の検討など、今後のあり方について検討する必要がある。

図表Ⅳ-3　診療収入及び一般会計繰入金の推移

（単位：千円）

年度	H15	H20	H25	H30	R1
医業収益	856,340	728,421	825,659	621,949	605,761
経常収益	1,151,775	907,475	1,088,158	1,006,204	948,709
医業費用	1,056,950	954,931	1,113,244	982,215	950,120
経常費用	1,164,168	1,011,747	1,160,012	1,086,476	1,048,526
医業収支	▲200,610	▲226,510	▲287,585	▲360,266	▲344,359
経常収支	▲12,393	▲104,272	▲71,854	▲80,272	▲99,817
医業収支比率	81.0%	76.3%	74.2%	63.3%	63.8%
経常収支比率	98.9%	89.7%	93.8%	92.6%	90.5%
単年実質収支	20,566	▲64,079	▲39,236	▲ 99,716	▲81,873
繰越実質収支 (▲は資金不足額)	467,633	436,613	290,929	44,091	▲37,782
一般会計繰入金	303,907	176,112	375,854	393,472	366,583
うち一般会計 持ち出し分	50,728	▲23,979	44,092	164,103	142,505

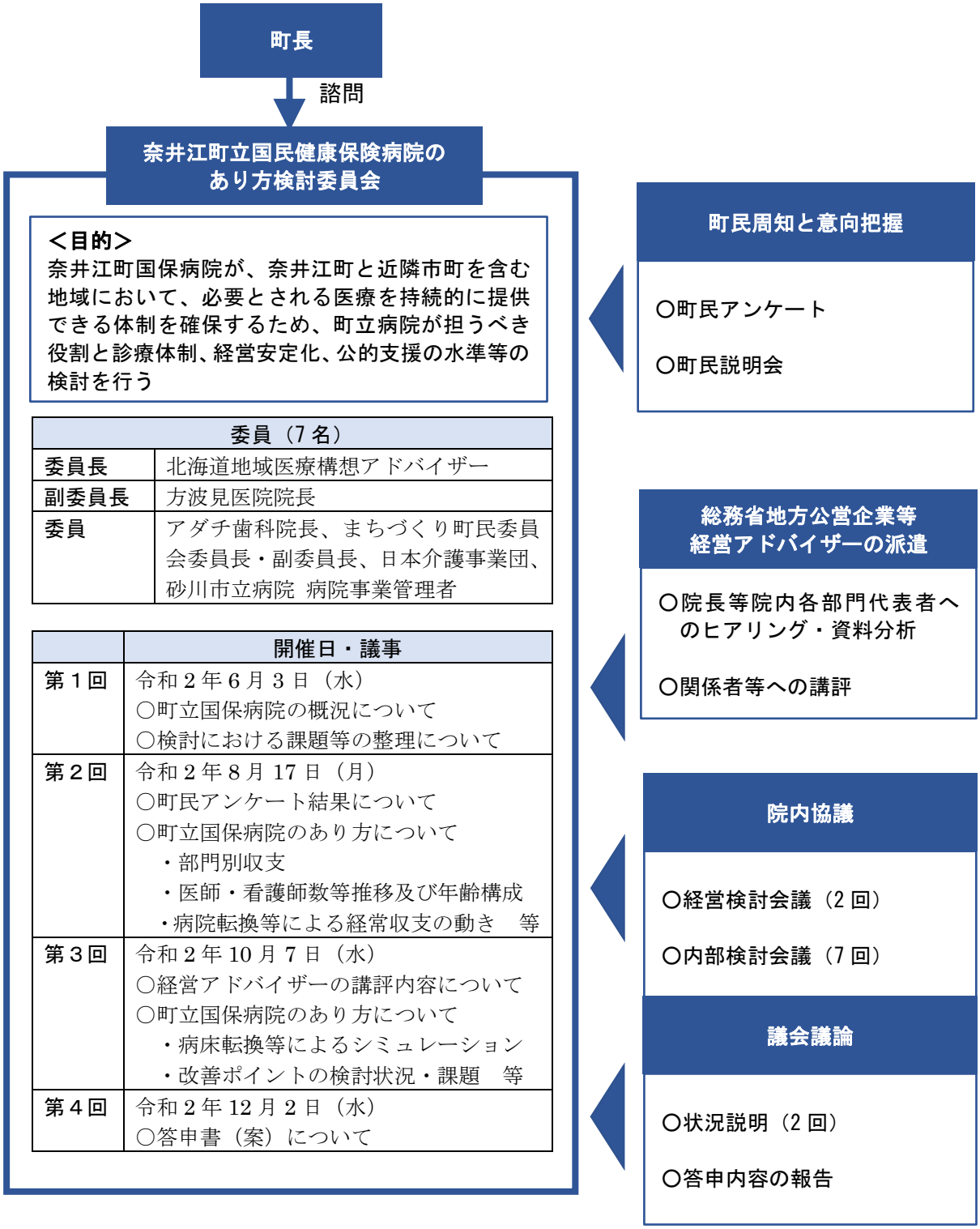
3　検討体制とプロセス

【フェーズ１の検討においての特徴】

○町民アンケートを実施し、町民への説明を行った。

○町内関係者のみならず、町外から有識者を招いて検討会を設置した。

図表Ⅳ-4　体制とプロセス



4　検討プロセスと内容

第１回：検討課題の確認

○以下の現状について確認

１．病院の役割	・かかりつけ医が入院後も診療する開放型共同利用病院 ・砂川市立病院と分担を図り、入院は慢性期病棟 ・中空知の 6 自治体立病院で診療情報の共有化「そらちネット」 ・夜間・休日の救急受け入れはしていない
２．診療科と診療時間	・内科、整形外科、眼科 ・小児科は週 1
３．病床種別	・医療療養病床（20：1）
４．病床数	・50 床
５．薬局	・院内薬局（薬剤師 2 名、助手 2 名）
６．訪問看護	・1 日平均 3.4 人（令和元年度実績）
7. サービス付き高齢者向け住宅	・16 室、定員 25 名 ・入居率 94%
８．経営形態	・地方公営企業法一部適用

第２回：町民アンケート結果について

■町民 1,200 人対象、　回収 634 件、回収率 52.8%

■主な設問と回答

☑町に入院可能な病院は必要か

・「必要」　全体 62.4%、18～29 歳で 46.7%、65～74 歳で 66.2%、75～84 歳で 66.0%、85 歳以上で 83.3%

☑町立病院の今後について

・「地域医療連携推進法人の設立など、近隣の医療機関と協力して効率の良い医療提供を目指すべき」　32.4%

・「診療科や入院のベッド数を減らすなど、必要な医療機能を残しつつ、経営の合理化を進めるべき」　25.2%

☑経営の合理化の取組について

・「入院のベッドを減らす」　31.2%

【基本方針】

・当面は入院機能を残す
・将来のベッド削減や経営体制の見直しを引き続き検討すること

第３回：経営アドバイザーの講評

○総務省経営アドバイザーからの助言結果について協議
（経営アドバイザーの講評概要は次ページのとおり）

＜総務省　地方公営企業等経営アドバイザー（２名）からの助言概要＞

■アドバイザーの資格　　アドバイザー①　税理士で医業経営コンサルタント
アドバイザー②　経営コンサルタント

■助言方法　①２日にわたり病院において院長ほか各部門長へのヒアリング
②事前に経営に関する各種資料を提出
③２日目に、関係者に対して講評

視　点	助言の概要
■短期的な経営改善に向けた意見	【収入増加に関する意見】 ○摂食機能療法の算定、重症者（レスピレーター（人工呼吸器）管理、気管切開など）の算定が可能 ○患者層の分析により、医療療養／地域包括ケア／介護医療院を１病棟内で区分 【コスト削減に関する意見】 ○薬品の在庫管理、後発品の使用 ○給食、清掃などの委託費の見直し ○不必要なものの廃棄、未使用施設の精査 ○システム関係のランニングコストの見直し
■病院経営者に対する意見	【スタッフ】 ○看護師の効果的な活用のため医療クラークの配置 ○看護・介護の主となる女性が働きやすい環境整備 ○トップが判断できる管理会計の実施 【経営者】 ○院長、事務長、看護部長のトップ３の覚悟と責任を持った指導 ○教育・研修への投資 ○スケジュールと責任者を明確にした取組
■地域における病院の位置づけに関する意見	【地域における病院の役割】 ○地域包括ケアシステムを確立するためのセラピストの雇用 ○町の福祉分野との一層の連携推進 ○将来のビジョンと計画の必要性

５　あり方検討の結果

【基本的な考え方】

町立国保病院に関する町民アンケートの意向を尊重し、「現在の町立国保病院が有する機能や地域包括ケアシステムにおける役割を維持したうえで、しっかりとした経営改善の取組を進める」。

【今後の懸案】

結論には至らず、さらに今後の課題として以下の 3 点が議論された。

（１）将来を見据えたあり方の検討

・ここまでは、中期的な視点を持ちながら短期的な経営改善の取組について議論。今後、中長期的に考えた場合、状況は厳しくなる。アンケートにおいても「効率の良い医療提供」を望む声が多かった。今後、中空知医療圏における公立病院の再編・統合の議論も含めて検討すること。

（２）働き方への対応

・現段階では、働き方改革に問題はないが、準備を整えること。

（３）診療所などへのダウンサイジング

・中長期的な視点を持ち、地域の医療需要に合わせた適正な規模での運営となるよう、院内で情報共有しながら取り組み、その際はダウンサイジングも含めた検討がなされること。

【検討内容】

検討項目	概要
（1）外来診療について	・きめ細やかな診察や検査、継続的なモニタリング等による患者の安心感の向上に取り組むことで、基幹的な収益である外来収益の向上を図る ・内科、整形外科については継続 ・眼科については改善が見込まれない場合は廃止も検討 ・小児科は予防接種が中心となっており、今後必要に応じてあり方を議論 ・救急外来は継続し、院内トリアージ体制をつくる
（2）入院病床について	・病床規模は、稼働率が 8 割であり、50 床を維持 ・医療区分や ADL 区分から地域包括ケア病床や介護医療院を適用したほうがよい患者がいることを鑑みて、病床種別の再編を進める
（3）薬局について	・ジェネリック医薬品への切り替え推進 ・薬剤師の退職に伴い、薬剤師を雇用するか敷地内薬局も含めた院外薬局への移行を検討

(4) 訪問看護について	・入院から在宅への流れを踏まえ、訪問看護、訪問診療に対する患者や住民理解の促進
(5) サービス付き高齢者向け住宅について	・地域に必要なサービスとして継続
(6) 経営形態について	・現在、地方公営企業法の一部適用により運営 ・全部適用によるメリットは少なく、一部適用を継続 ・早急な経営改善の議論を優先し、指定管理制度の導入や民間譲渡、地域医療連携推進法人は、実施までに時間がかかることから今回は議論を除外
(7) リハビリ部門について	・リハビリ需要の把握とセラピストの雇用増を継続して院内で検討
(8) 費用の削減について	・経営アドバイザーから指摘のあった費用削減の項目について早急に検討
(9) 町からの財政支援の考え方	・地方財政計画による総務省の繰出し基準に基づく一般会計からの繰り入れは、適正に実施すること ・引き続き、開設者と病院長が連携を深め、経営改善を進めることはもとより、経過における支援のあり方を継続的に検討

【病床見直しと収支の改善見込み】

・50 床の病床について、以下の見直しとなった。

経過措置	医療療養　40 床 介護医療院　10 床
完全実施	地域包括ケア病床　15 床 医療療養　25 床 介護医療院　10 床

・見直しの結果、収支の改善見込みは以下のように計算された。

	収益	費用	影響額
経過措置	約▲113,000 千円	約▲161,000 千円	約 48,000 千円
完全実施	約▲41,000 千円	約▲91,000 千円	約 50,000 千円

６　将来に向けた継続的な検討の必要性

○令和２年６月からスタートした「奈井江町立国民健康保険病院のあり方検討委員会」の議論は、経営改善に緊急的に必要な措置の議論をするものとなった。
本調査研究で提案したフェーズ１の中でも初期の段階における検討プロセスと言える。

○町民アンケート結果や検討委員会の「今後の懸念」に記されているように、中期的な将来に向けては、医療機能の一層の絞り込みを検討することが必要になると考えられる。

○また、病病連携については議論の対象になったが、介護連携やまちづくりとの連動については論点にあげられていなかったため、今後の課題として引き続き検討の場を設けることが求められる。

第Ⅴ章　プロセスモデルの横展開手法の検討

1　手引きの作成

これまでのモデル地域でのプロセス試行を踏まえ、公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップの取組を推進するためのプロセスやデータ分析の活用方法等について取りまとめた「手引き」を作成した。

→『公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ』取組み推進のための手引き（資料編参照）

２　自治体立病院向け説明会の開催

本調査研究ではモデル自治体を対象に、限られた医療資源を活用し、地域包括ケアシステムの中で求められる医療機能を検討する場の設置と議論の進め方（ダウンサイジング）と、まちづくり（バージョンアップ）を連動するプロセスを検討し、「見える化」を進めてきた。

自治体立病院の事務を担う職員は、行政の一般職の方であり、隔年の診療報酬改定、医業経営の専門知識を習得するための時間がかかるうえ、「新公立病院改革プラン」「地域医療構想」などへの対応、さらには将来に向けた医療体制のあり方の検討といった業務が期待されている。

そこで、自治体立病院のダウンサイジング・バージョンアップのプロセスモデルを道内の自治体に横展開するため、自治体立病院の事務長を対象に、近い将来を見据えた地域の医療提供体制を検討するうえで必要なデータ等の整理、住民への説明などのプロセス、及び現場で取組を進めてきた事例を紹介する会を開催した。

なお、説明会では、作成した「『公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ』取組み推進のための手引き」を活用した。

（１）開催概要

自治体立病院向け説明会の開催概要は以下のとおりである。

図表Ⅴ-1　自治体立病院向け説明会の開催概要

日時	令和 3 年 3 月 10 日（水）13：30～15：30
対象	道内の自治体立病院の事務長またはその代理の方
参加方法	①Ｗｅｂ開催 ・Zoom ウェビナーによるオンライン配信 ②Ｗｅｂ配信による後日視聴 ・①で開催した説明会の動画をＷｅｂにより後日視聴 ・配信期間：令和 3 年 3 月 15 日（月）～3 月 22 日（月）
参加者数	・38 人（①当日参加：5 人、②後日視聴：33 人）

※当初、12 月に開催を予定していたが、新型コロナウイルス感染拡大のため延期し、改めて 3 月に Web 配信方式により開催した。

（２）プログラム

自治体立病院向け説明会のプログラムは以下のとおりである。

図表Ⅴ-2　自治体立病院向け説明会のプログラム

０．開　会
１．挨　拶　厚生労働省　北海道厚生局長　桑島　昭文 氏
２．医療機関のダウンサイジングとまちづくりとの連動によるバージョンアップのプロセスについて 「『公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ』取組み推進のための手引き」の説明 一般社団法人北海道総合研究調査会　理事長　五十嵐 智嘉子氏 医業経営コンサルタント　藤田　晃 氏
３．事例報告　（１）フェーズ１の取組事例 「中頓別町立国保病院のダウンサイジングと地域包括ケア構築の取組」 中頓別町国民健康保険病院　事務長　長尾　享 氏 （２）フェーズ２の取組事例 「『暮らしの安心センター』を中心とした健康のまちづくりへの取組」 沼田町産業創出課　課長　赤井　圭二 氏
４．情報提供　「職員の資質向上に向けて」 北海道厚生局 医療課　施設基準指導官　坂本　典幸 氏
５．質疑応答
６．閉　会

※自治体立病院向け説明会の資料は「資料編ｐ89」参照

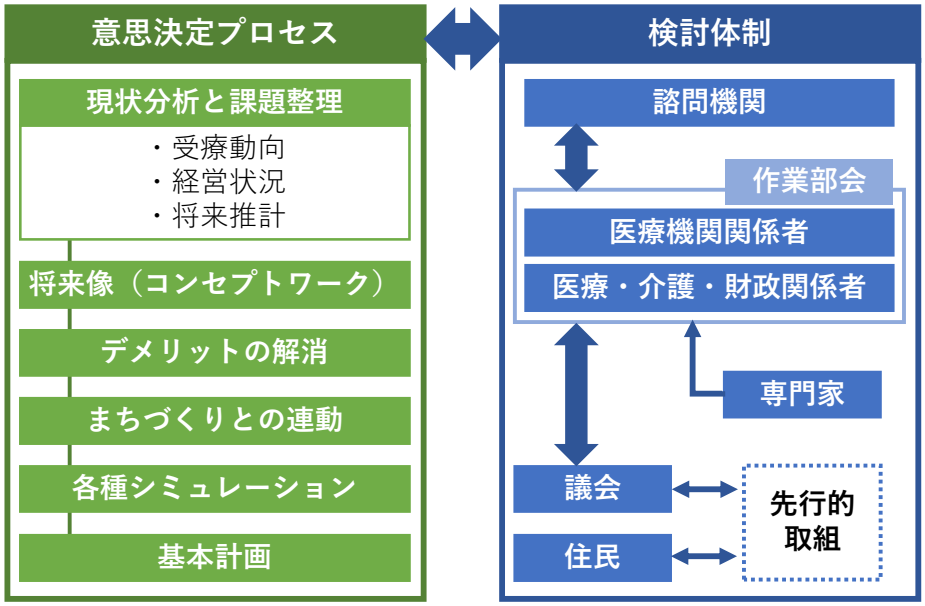
※沼田町のフェーズ１からの取組概要については、平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「北海道の『地域医療構想』と地域包括ケアの連携を実現する『住民主体のまちづくり』促進に向けた調査研究　報告書（ｐ53～ｐ61）」に取りまとめており、本報告書の資料編に抜粋版を掲載。（資料編ｐ105）

第Ⅵ章　調査研究のまとめ

自治体立病院等におけるダウンサイジングとバージョンアップ推進の要点

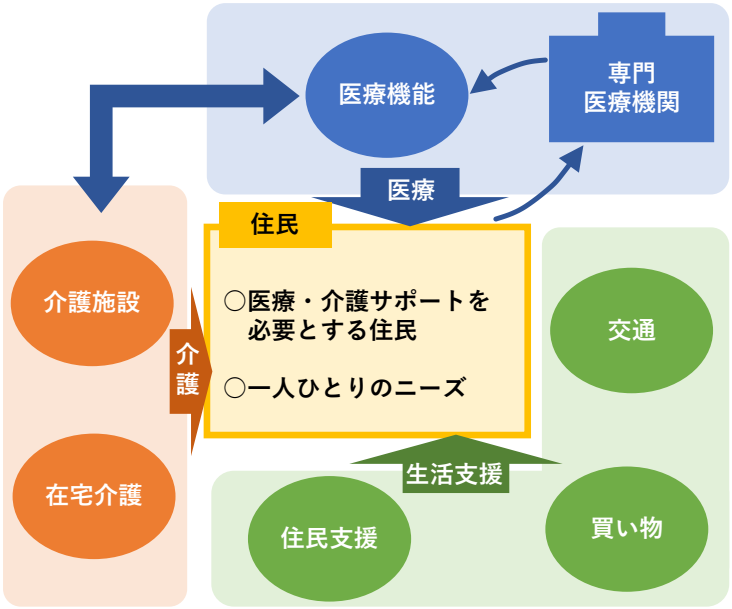
（１）意思決定プロセスと体制の整備

・公立病院等は、地域住民の医療の確保を目的として自治体が設置しているもので、経営悪化をもってダウンサイジングに踏み切ることは難しい。適切な分析を行ったうえで、住民の健康増進や他地域への受診の負担軽減などの対策も含めて、住民が納得のいくプロセスを踏み、理解と合意を得ていくことが求められる。
・医療機能のダウンサイジングとバージョンアップの意思決定に当たっては、多面的な分析・議論が必要であり、住民や議会が納得できるプロセスを踏むことが重要である。一方、人口減少速度は進み、間もなく高齢化が高水準で安定的に推移する時代に突入することから、将来の出来上がりの時期を見据えると、慎重かつ迅速な意思決定が必要である。
・当該医療機関の当事者が議論の中心になるが、課題は、医療機関内にとどまらないことから、行政関係者、地域の医療・介護関係者の具体的な議論の場の設定、意思決定までの具体的なプロセスを提示し、実行することが重要である。



（２）地域連携体制の再構築

・患者の高齢化に対して、今後一層、医療機関と地域における関係多機関との連携が求められる。
・地域単位で地域の実情に応じて構築されるべき地域包括ケアシステムは、2025 年に向けて、整備から定着・成熟の時期に入っていくべき時期になっている。その中で、医療機能の見直しは、介護施設や在宅介護にも影響を及ぼすことが想定される。例えば、特別養護老人ホームにおける医療的ケアの充実、看取りの実施、訪問診療の実施による訪問看護との連携などである。それはひいては、住民・患者の安心につながる仕組みになると言える。
・常に、住民・患者を中心に置きながら、医療、介護、福祉が連携を密にしながら、地域連携体制を都度見直していくことが必要である。



（３）多面的な議論の場とデータ分析の活用

・以上のような機能の見直しや連携体制の構築を進めるためには、医療に関する基本的な地域データの共有が欠かせない。
・国保保険者として KDB（国保データベース）を活用することにより住民の受診動向が分析でき、医療機関における日常の診療データにより患者特性が分析できるなど基本データを準備することができる。病院職員が自身でこうしたデータを分析できることが求められる。
・また、病院事務を担う職員は行政職員であることから、2 年に 1 回の診療報酬改定に迅速にキャッチアップするにはハードルが高いと言える。必要に応じて、総務省の地方公営企業等経営アドバイザー派遣制度の活用等を検討することが望ましい。
・一般会計からの繰り入れが、町財政に与える影響も検討することが必要である。限りある財源の使い道として、健康を守るための複数の手段を選択肢として検討し、住民にとって最も適切な方法を提示することも行政の役割と言える。

資　料　編

１．研究会の開催経過

（１）研究会出席者

研究会委員

委員名	所属役職	備考
前沢　政次	医療法人豊生会夕張市立診療所　所長	座長
島崎　謙治	国際医療福祉大学大学院　教授	
中園　和貴	北海道大学公共政策大学院　教授	
徳田　禎久	社会医療法人禎心会　理事長	
波潟　幸敏	社会福祉法人さつき会　常務理事	
長尾　　享	中頓別町国民健康保険病院　事務長	
杉野　和博	奈井江町立国民健康保険病院　事務長	

※敬称略

オブザーバー

氏名	所属・役職
桑島　昭文	厚生労働省　北海道厚生局長
大熊　高司	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　地域包括ケア推進課長
民谷　健太郎	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課長
池田　敦	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課長補佐
菊池　正浩	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　医事課　地域医療構想等推進専門官
弓場　大輔	厚生労働省　北海道厚生局健康福祉部　地域包括ケア推進課　医療介護連携推進係長
東　　幸彦	北海道保健福祉部地域医療推進局　地域医療課長
藤田　　晃	医療勤務環境改善支援センター　アドバイザー

※敬称略

（２）研究会開催経過

	開催日程	議事内容
第 1 回	2020 年 8 月 17 日（月） 18：00～20：00	【報告】昨年度調査報告書の概要 【議事】 （１）調査研究企画概要について （２）モデル自治体の概要（中頓別町・奈井江町） （３）モデル自治体における今後の進め方 （４）人材確保策に関する調査について （５）自治体立病院説明会について
第 2 回	2020 年 12 月 22 日（火） 18：00～20：00	【報告】 １．モデル自治体における取組状況（報告） （１）中頓別町　フェーズⅠからフェーズⅡのまちづくりとの連動検討の進捗 （２）奈井江町　町の取組の進捗と方向性 ２．先進地事例調査 （１）無床診療所で地域住民の健康を守るクリニックの取組先進地事例（奈義ファミリークリニック（岡山県奈義町）） （２）茨城県立中央病院看護局から看護師派遣による偏在解消の取組先進地事例（茨城県立中央病院看護局（茨城県笠間市）） ３．自治体立病院向け説明会について 【議事】 １.「公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ」取組み推進のための手引き（案）について ２．医療人材確保の現状と課題の整理（基礎調査）
第 3 回	2021 年 3 月 22 日（月） 18：00～20：00	（１）自治体立病院向け説明会について （２）自治体立病院・有床診療所アンケートの調査結果について （３）報告書（案）について

自治体立病院・有床診療所　アンケート調査票

市町村名		医療機関名			
記入者名		役職		TEL	
メール					

※ご記入いただいたメールアドレスにアンケート結果を送付させていただきます。

１．地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

問１　地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

地域包括ケアシステム等における貴院・診療所の位置づけとしてあてはまるものすべてに○をつけてください。

１．かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理
２．特別養護老人ホームの嘱託医
３．在宅診療や往診で在宅生活の継続支援
４．専門医療機関と患者情報のやり取り
５．介護支援専門員や訪問看護師への指示
６．小児の予防注射や学校医
７．一般の健康診断
８．その他

※「８．その他」と回答した場合
具体的な内容

問２　介護事業所等との連携について

（１）貴院・診療所では、「地域ケア会議」にどの程度参加していますか。①～④のそれぞれの職種について、あてはまる番号１つに○をつけてください。

	１．毎回参加している	２．必要に応じて参加している	３．参加していない
①医師	1	2	3
②看護師	1	2	3
③ソーシャルワーカー等	1	2	3
④リハビリ職	1	2	3
⑤その他（　　）	1	2	3

（２）介護支援専門員または居宅介護支援事業所との連絡において、医師は直接やり取りをしていますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．常に医師がやり取りをしている
２．必要な場合のみ医師がやり取りをしている
３．医師は直接やり取りをしていない

※「２」「３」と回答した場合
医師以外で介護支援専門員等とやり取りをしている方はどなたですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

１．看護師　　２．ソーシャルワーカー等　　３．リハビリ職
４．事務職　　５．その他（　　）

２．人材確保策について

問３　人材確保の現状と課題

（１）貴院ではどのように人材を確保していますか。利用したことがある方法と、実際に人材が確保できた方法について、それぞれあてはまるものすべてに○をつけてください。

【医師】

	利用したことがある方法（すべてに○）	実際に人材が確保できた方法（すべてに○）
１．大学医局からの派遣	1	1
２．公共職業安定所（ハローワーク）	2	2
３．無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	3	3
４．民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4	4
５．関係者からの紹介・縁故等	5	5
６．公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	6	6
７．その他（　　）	7	7

【看護師】

	利用したことがある方法（すべてに○）	実際に人材が確保できた方法（すべてに○）
１．公共職業安定所（ハローワーク）	1	1
２．無料職業紹介（ナースセンター等）	2	2
３．民間の職業紹介・人材斡旋業者等	3	3
４．学校（大学・看護学校・専門学校等）	4	4
５．関係者からの紹介・縁故等	5	5
６．公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	6	6
７．その他（　　）	7	7

【そのほかの職員】

	利用したことがある方法（すべてに○）	実際に人材が確保できた方法（すべてに○）
１．公共職業安定所（ハローワーク）	1	1
２．無料職業紹介	2	2
３．民間の職業紹介・人材斡旋業者等	3	3
４．学校（大学・看護学校・専門学校等）	4	4
５．関係者からの紹介・縁故等	5	5
６．公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	6	6
７．その他（　　）	7	7

（２）人材の確保における課題はどのようなことですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

１．就職を希望する人材が見つからない
２．採用が決まるまでに時間がかかる
３．求職者の希望にあう労働条件（給与以外）の提示が難しい
４．求職者の希望に合う給与の提示が難しい
５．紹介料等の費用が高額である
６．採用してから能力や適性が十分でない場合がある
７．採用しても定着しない
８．その他（　　）
９．特に課題はない

※「７．採用しても定着しない」に回答した場合

（３）採用後に職員が定着しない理由として、どのようなことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

１．勤務内容（勤務時間・業務内容等）に不満があったため
２．給与・待遇に不満があったため
３．職場環境（施設や設備等）に不満があったため
４．職場の人間関係がうまくいかなかったため
５．スキルアップの機会がなかったため
６．住まいに不満があったため
７．生活環境に不満があったため
８．家庭の事情があったため
９．健康問題があったため
10．その他（　　）

（４）貴院において、職員の定員は充足していますか。（あてはまるもの１つに○）

１．充足している　　２．不足している

不足している職種（あてはまるものすべてに○）

１．医師	６．臨床検査技師
２．看護師・准看護師	７．診療放射線技師
３．保健師・助産師	８．管理栄養士
４．リハビリ専門職	９．その他（　　）
５．薬剤師	

※「１．充足している」と回答した場合

（５）定員の充足とは別に、業務を行う上で人材が不足していると感じますか。（あてはまるもの１つに○）

１．不足していると感じる　　２．不足しているとは感じない

不足していると感じる職種（あてはまるものすべてに○）

１．医師	６．臨床検査技師
２．看護師・准看護師	７．診療放射線技師
３．保健師・助産師	８．管理栄養士
４．リハビリ専門職	９．その他（　　）
５．薬剤師	

※「１．不足していると感じる」と回答した場合

定員が充足しているのに、人材が不足している理由にはどのようなことがありますか。（あてはまるものすべてに○）

１．必要な定員に対して業務量が多すぎるから
２．定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから
３．中途採用の職員が多く、業務に慣れていないから
４．家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから
５．その他（　　）
６．特にない

（６）人材の定着のために貴自治体で取組んでいることはありますか。また、今後、自治体として取り組んでほしいことはありますか。それぞれあてはまるものすべてに○をつけてください。

	人材定着のために取り組んでいること（すべてに○）	今後、自治体として、取り組んでほしいこと（すべてに○）
１．勤務時間や勤務体制の見直し	1	1
２．給与の見直し	2	2
３．施設の改修や医療機器等の充実	3	3
４．働きやすい職場環境づくり	4	4
５．住まいの整備	5	5
６．生活環境の向上	6	6
７．研修への参加など技術向上できる機会の確保	7	7
８．地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	8	8
９．その他（　　）	9	9
10．特にない	10	10

問４　人材確保の将来のあり方について

貴院における医師の確保の将来像について、以下の①～④についてどのように考えていますか。それぞれの項目ごとに１～５の５段階で、あてはまるもの１つに○をつけてください。

	１．そう思う	２．ややそう思う	３．どちらとも言えない	４．あまり思わない	５．思わない
①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない	1	2	3	4	5
②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい	1	2	3	4	5
③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい	1	2	3	4	5
④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい	1	2	3	4	5

ご協力ありがとうございました。

（令和３年２月２５日までにご返送ください）

自治体立病院・有床診療所　アンケート調査　集計結果

調査対象：道内自治体立病院および有床診療所（院長または事務長）
調査期間：令和3年2月4日～2月25日
調査方法：郵送によるアンケート調査（メールによる回答含む）

回収状況：

		対象数	回収数	回収率
調査対象　病院・診療所		122	53	43.4%
	うち、病院	86	36	41.9%
	うち、有床診療所	36	17	47.2%

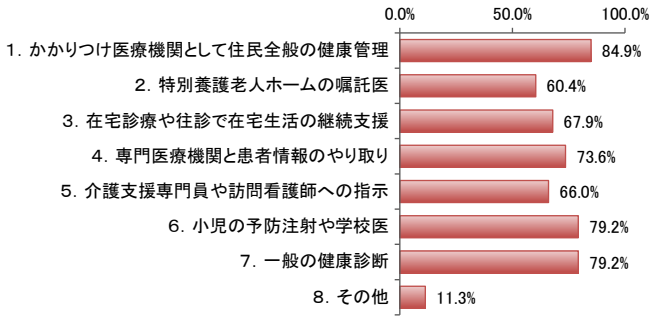
1. 地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

問1　地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

地域包括ケアシステム等における貴院・診療所の位置づけとして、あてはまる番号すべてを選択してください。

（複数回答）

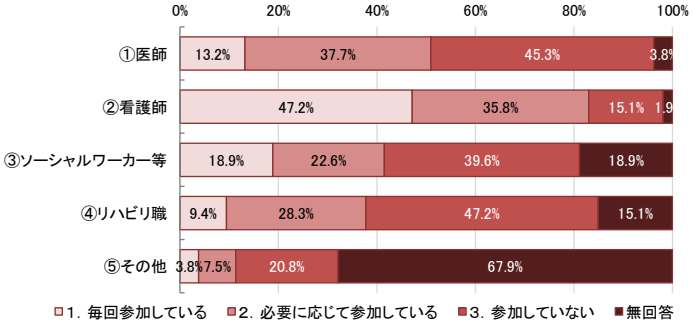
	件数	%
1. かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理	45	84.9%
2. 特別養護老人ホームの嘱託医	32	60.4%
3. 在宅診療や往診で在宅生活の継続支援	36	67.9%
4. 専門医療機関と患者情報のやり取り	39	73.6%
5. 介護支援専門員や訪問看護師への指示	35	66.0%
6. 小児の予防注射や学校医	42	79.2%
7. 一般の健康診断	42	79.2%
8. その他	6	11.3%
全体	53	



問2　介護事業所等との連携について

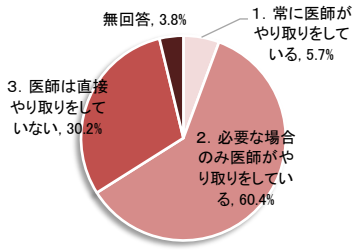
（1）貴院・診療所では、「地域ケア会議」にどの程度参加していますか。①～⑤のそれぞれの職種について、あてはまる番号1つを選択してください。

	①医師		②看護師		③ソーシャルワーカー等		④リハビリ職		⑤その他	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1. 毎回参加している	7	13.2%	25	47.2%	10	18.9%	5	9.4%	2	3.8%
2. 必要に応じて参加している	20	37.7%	19	35.8%	12	22.6%	15	28.3%	4	7.5%
3. 参加していない	24	45.3%	8	15.1%	21	39.6%	25	47.2%	11	20.8%
無回答	2	3.8%	1	1.9%	10	18.9%	8	15.1%	36	67.9%
合計	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%



（2）介護支援専門員または居宅介護支援事業所との連絡において、医師は直接やり取りをしていますか。あてはまる番号1つを選択してください。

	件数	%
1. 常に医師がやり取りをしている	3	5.7%
2. 必要な場合のみ医師がやり取りをしている	32	60.4%
3. 医師は直接やり取りをしていない	16	30.2%
無回答	2	3.8%
合計	53	100.0%

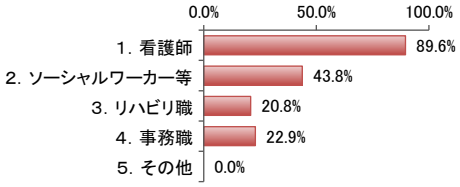


※「2」「3」と回答した場合

医師以外で介護支援専門員等とやり取りをしている方はどなたですか。あてはまる番号すべてを選択してください。

（複数回答）

	件数	%
1. 看護師	43	89.6%
2. ソーシャルワーカー等	21	43.8%
3. リハビリ職	10	20.8%
4. 事務職	11	22.9%
5. その他	0	0.0%
全体	48	



2. 人材確保策について

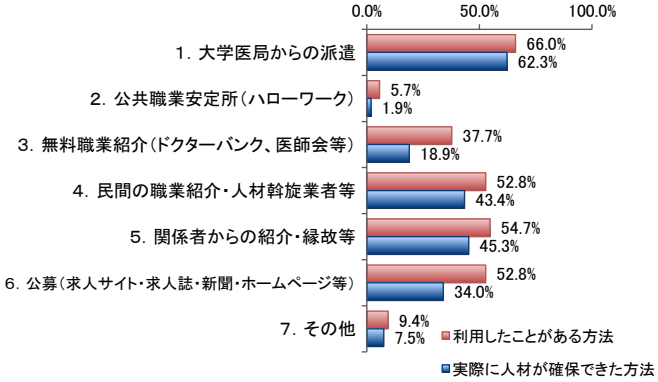
問3　人材確保の現状と課題

（1）貴院ではどのように人材を確保していますか。利用したことがある方法と、実際に人材が確保できた方法について、それぞれあてはまる番号すべてを選択してください。

①医師

（複数回答）

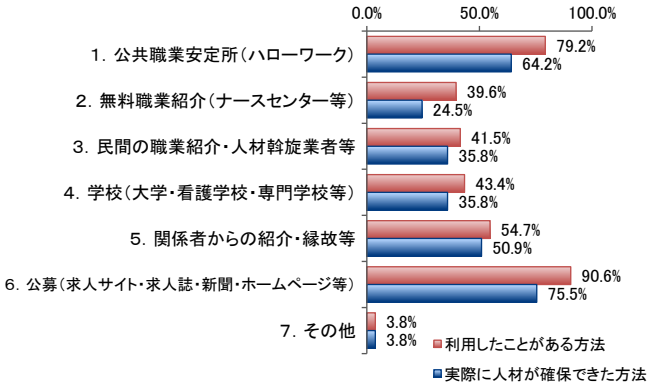
	利用したことがある方法		実際に人材が確保できた方法	
	件数	%	件数	%
1. 大学医局からの派遣	35	66.0%	33	62.3%
2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3	5.7%	1	1.9%
3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	20	37.7%	10	18.9%
4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	28	52.8%	23	43.4%
5. 関係者からの紹介・縁故等	29	54.7%	24	45.3%
6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	28	52.8%	18	34.0%
7. その他	5	9.4%	4	7.5%
全体	53		53	



②看護師

（複数回答）

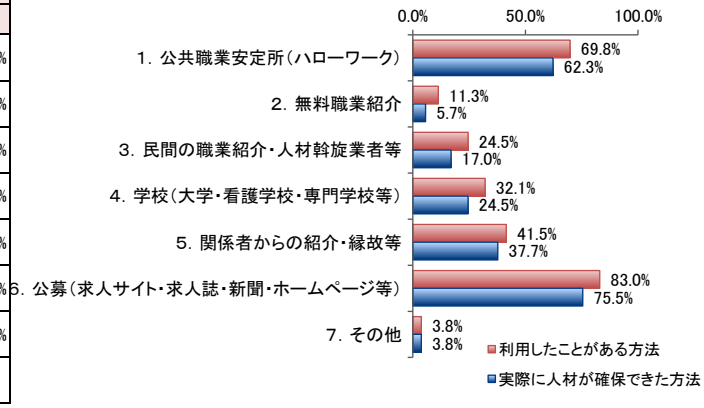
	利用したことがある方法		実際に人材が確保できた方法	
	件数	%	件数	%
1. 公共職業安定所（ハローワーク）	42	79.2%	34	64.2%
2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	21	39.6%	13	24.5%
3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	22	41.5%	19	35.8%
4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	23	43.4%	19	35.8%
5. 関係者からの紹介・縁故等	29	54.7%	27	50.9%
6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	48	90.6%	40	75.5%
7. その他	2	3.8%	2	3.8%
全体	53		53	



③そのほかの職員

（複数回答）

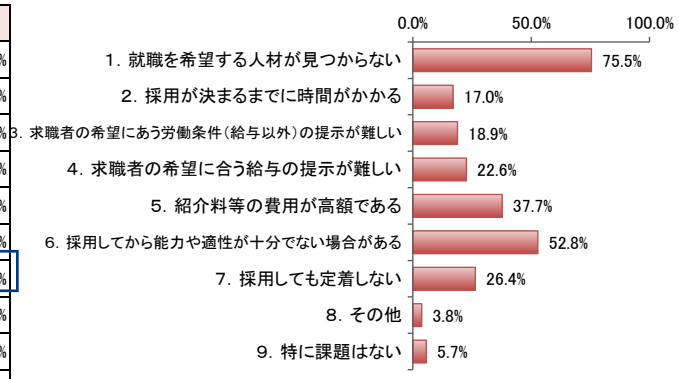
	利用したことがある方法		実際に人材が確保できた方法	
	件数	%	件数	%
1. 公共職業安定所（ハローワーク）	37	69.8%	33	62.3%
2. 無料職業紹介	6	11.3%	3	5.7%
3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	13	24.5%	9	17.0%
4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	17	32.1%	13	24.5%
5. 関係者からの紹介・縁故等	22	41.5%	20	37.7%
6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	44	83.0%	40	75.5%
7. その他	2	3.8%	2	3.8%
全体	53		53	



（2）人材の確保における課題はどのようなことですか。あてはまる番号すべてを選択してください。

（複数回答）

	件数	%
1. 就職を希望する人材が見つからない	40	75.5%
2. 採用が決まるまでに時間がかかる	9	17.0%
3. 求職者の希望にあう労働条件（給与以外）の提示が難しい	10	18.9%
4. 求職者の希望に合う給与の提示が難しい	12	22.6%
5. 紹介料等の費用が高額である	20	37.7%
6. 採用してから能力や適性が十分でない場合がある	28	52.8%
7. 採用しても定着しない	14	26.4%
8. その他	2	3.8%
9. 特に課題はない	3	5.7%
全体	53	

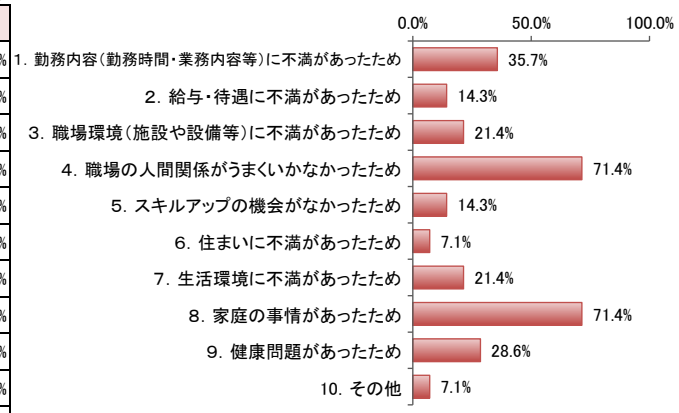


※「7. 採用しても定着しない」に回答した場合

（3）採用後に職員が定着しない理由として、どのようなことがありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

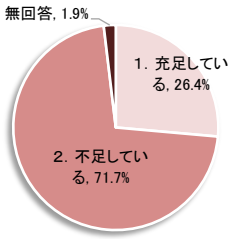
（複数回答）

	件数	%
1. 勤務内容（勤務時間・業務内容等）に不満があったため	5	35.7%
2. 給与・待遇に不満があったため	2	14.3%
3. 職場環境（施設や設備等）に不満があったため	3	21.4%
4. 職場の人間関係がうまくいかなかったため	10	71.4%
5. スキルアップの機会がなかったため	2	14.3%
6. 住まいに不満があったため	1	7.1%
7. 生活環境に不満があったため	3	21.4%
8. 家庭の事情があったため	10	71.4%
9. 健康問題があったため	4	28.6%
10. その他	1	7.1%
全体	14	



（4）貴院において、職員の定員は充足していますか。あてはまる番号1つを選択してください。

	件数	%
1. 充足している	14	26.4%
2. 不足している	38	71.7%
無回答	1	1.9%
合計	53	100.0%

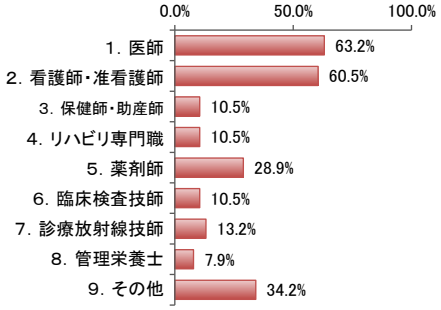


※「2. 不足している」と回答した場合

不足している職種（あてはまる番号すべてを選択）

（複数回答）

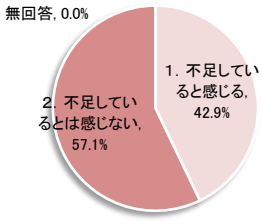
	件数	%
1. 医師	24	63.2%
2. 看護師・准看護師	23	60.5%
3. 保健師・助産師	4	10.5%
4. リハビリ専門職	4	10.5%
5. 薬剤師	11	28.9%
6. 臨床検査技師	4	10.5%
7. 診療放射線技師	5	13.2%
8. 管理栄養士	3	7.9%
9. その他	13	34.2%
全体	38	



※「1. 充足している」と回答した場合

（5）定員の充足とは別に、業務を行う上で人材が不足していると感じますか。あてはまる番号1つを選択してください。

	件数	%
1. 不足していると感じる	6	42.9%
2. 不足しているとは感じない	8	57.1%
無回答	0	0.0%
合計	14	100.0%

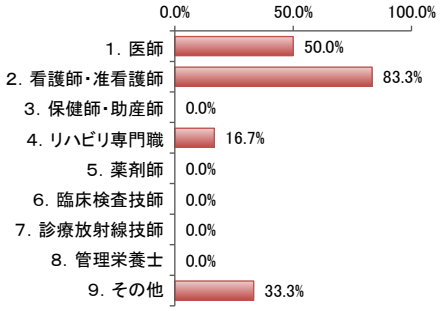


※「1. 不足していると感じる」と回答した場合

不足していると感じる職種（あてはまる番号すべてを選択）

（複数回答）

	件数	%
1. 医師	3	50.0%
2. 看護師・准看護師	5	83.3%
3. 保健師・助産師	0	0.0%
4. リハビリ専門職	1	16.7%
5. 薬剤師	0	0.0%
6. 臨床検査技師	0	0.0%
7. 診療放射線技師	0	0.0%
8. 管理栄養士	0	0.0%
9. その他	2	33.3%
全体	6	

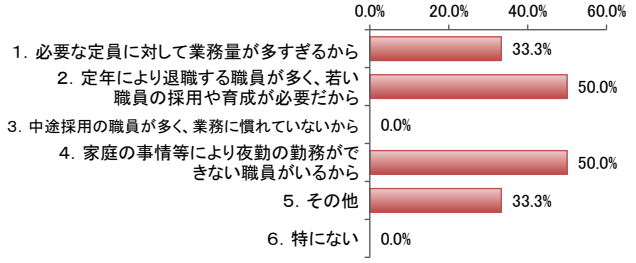


※「1. 不足していると感じる」と回答した場合

定員が充足しているのに、人材が不足している理由にはどのようなことがありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

（複数回答）

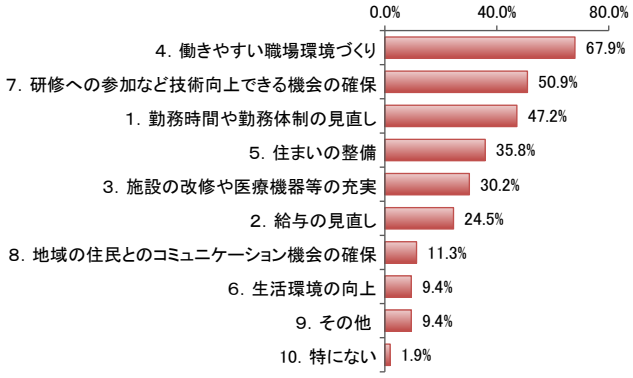
	件数	%
1. 必要な定員に対して業務量が多すぎるから	2	33.3%
2. 定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから	3	50.0%
3. 中途採用の職員が多く、業務に慣れていないから	0	0.0%
4. 家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから	3	50.0%
5. その他	2	33.3%
6. 特にない	0	0.0%
全体	6	



（6）人材の定着のために貴自治体で取組んでいることはありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

【人材定着のために取り組んでいること】　（複数回答）

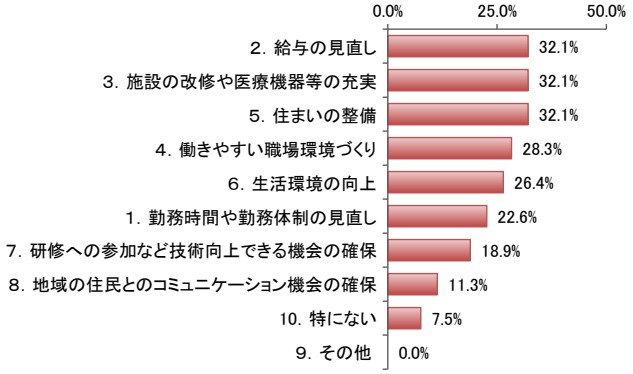
	件数	%
4. 働きやすい職場環境づくり	36	67.9%
7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	27	50.9%
1. 勤務時間や勤務体制の見直し	25	47.2%
5. 住まいの整備	19	35.8%
3. 施設の改修や医療機器等の充実	16	30.2%
2. 給与の見直し	13	24.5%
8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	6	11.3%
6. 生活環境の向上	5	9.4%
9. その他	5	9.4%
10. 特にない	1	1.9%
全体	53	



また、今後、自治体として取り組んでほしいことはありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

【今後、自治体として、取り組んでほしいこと】　（複数回答）

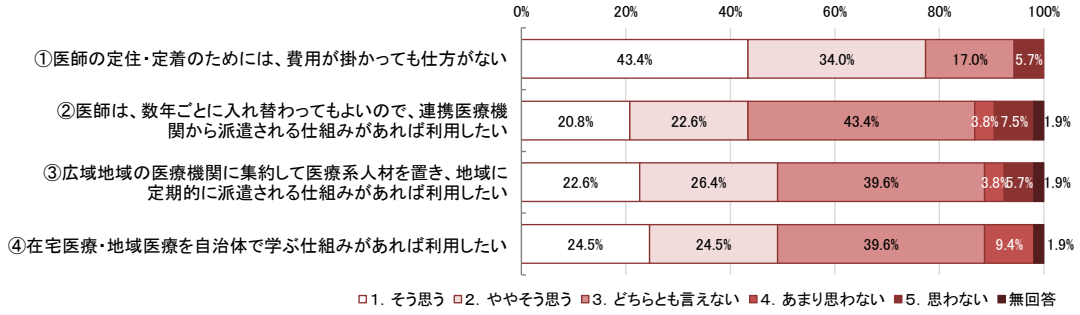
	件数	%
2. 給与の見直し	17	32.1%
3. 施設の改修や医療機器等の充実	17	32.1%
5. 住まいの整備	17	32.1%
4. 働きやすい職場環境づくり	15	28.3%
6. 生活環境の向上	14	26.4%
1. 勤務時間や勤務体制の見直し	12	22.6%
7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	10	18.9%
8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	6	11.3%
10. 特にない	4	7.5%
9. その他	0	0.0%
全体	53	



問4　人材確保の将来のあり方について

貴院における医師の確保の将来像について、以下の①～④についてどのように考えていますか。それぞれの項目ごとに1～5の5段階で、あてはまる番号1つを選択してください。

	①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない		②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい		③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい		④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1. そう思う	23	43.4%	11	20.8%	12	22.6%	13	24.5%
2. ややそう思う	18	34.0%	12	22.6%	14	26.4%	13	24.5%
3. どちらとも言えない	9	17.0%	23	43.4%	21	39.6%	21	39.6%
4. あまり思わない	0	0.0%	2	3.8%	2	3.8%	5	9.4%
5. 思わない	3	5.7%	4	7.5%	3	5.7%	0	0.0%
無回答	0	0.0%	1	1.9%	1	1.9%	1	1.9%
合計	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%	53	100.0%



自治体立病院・有床診療所　アンケート調査　クロス集計結果

1. 地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

問1　地域包括ケアシステムにおける位置づけについて

地域包括ケアシステム等における貴院・診療所の位置づけとして、あてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		問1　地域包括ケアシステムにおける位置づけ								全体
		1. かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理	2. 特別養護老人ホームの嘱託医	3. 在宅診療や往診で在宅生活の継続支援	4. 専門医療機関と患者情報のやり取り	5. 介護支援専門員や訪問看護師への指示	6. 小児の予防注射や学校医	7. 一般の健康診断	8. その他	
病院・診療所	病院	28 77.8%	19 52.8%	27 75.0%	26 72.2%	25 69.4%	28 77.8%	27 75.0%	6 16.7%	36
	有床診療所	17 100.0%	13 76.5%	9 52.9%	13 76.5%	10 58.8%	14 82.4%	15 88.2%	0 0.0%	17
合計		45 84.9%	32 60.4%	36 67.9%	39 73.6%	35 66.0%	42 79.2%	42 79.2%	6 11.3%	53

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		問1　地域包括ケアシステムにおける位置づけ								全体
		1. かかりつけ医療機関として住民全般の健康管理	2. 特別養護老人ホームの嘱託医	3. 在宅診療や往診で在宅生活の継続支援	4. 専門医療機関と患者情報のやり取り	5. 介護支援専門員や訪問看護師への指示	6. 小児の予防注射や学校医	7. 一般の健康診断	8. その他	
人口規模	5千人未満	17 94.4%	13 72.2%	11 61.1%	12 66.7%	10 55.6%	14 77.8%	14 77.8%	0 0.0%	18
	5千人以上1万人未満	12 92.3%	12 92.3%	10 76.9%	10 76.9%	11 84.6%	11 84.6%	13 100.0%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	12 100.0%	6 50.0%	10 83.3%	10 83.3%	9 75.0%	11 91.7%	10 83.3%	1 8.3%	12
	5万人以上	4 40.0%	1 10.0%	5 50.0%	7 70.0%	5 50.0%	6 60.0%	5 50.0%	4 40.0%	10
合計		45 84.9%	32 60.4%	36 67.9%	39 73.6%	35 66.0%	42 79.2%	42 79.2%	6 11.3%	53

問2　介護事業所等との連携について

（1）貴院・診療所では、「地域ケア会議」にどの程度参加していますか。①～⑤のそれぞれの職種について、あてはまる番号1つを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

		①医師					②看護師				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
病院・診療所	病院	3 8.3%	14 38.9%	19 52.8%	0 0.0%	36 100.0%	18 50.0%	13 36.1%	5 13.9%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	4 23.5%	6 35.3%	5 29.4%	2 11.8%	17 100.0%	7 41.2%	6 35.3%	3 17.6%	1 5.9%	17 100.0%
合計		7 13.2%	20 37.7%	24 45.3%	2 3.8%	53 100.0%	25 47.2%	19 35.8%	8 15.1%	1 1.9%	53 100.0%

		③ソーシャルワーカー等					④リハビリ職				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
病院・診療所	病院	9 25.0%	10 27.8%	12 33.3%	5 13.9%	36 100.0%	4 11.1%	12 33.3%	16 44.4%	4 11.1%	36 100.0%
	有床診療所	1 5.9%	2 11.8%	9 52.9%	5 29.4%	17 100.0%	1 5.9%	3 17.6%	9 52.9%	4 23.5%	17 100.0%
合計		10 18.9%	12 22.6%	21 39.6%	10 18.9%	53 100.0%	5 9.4%	15 28.3%	25 47.2%	8 15.1%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		①医師					②看護師				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
人口規模	5千人未満	3 16.7%	7 38.9%	6 33.3%	2 11.1%	18 100.0%	7 38.9%	8 44.4%	2 11.1%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	3 23.1%	4 30.8%	6 46.2%	0 0.0%	13 100.0%	8 61.5%	4 30.8%	1 7.7%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	1 8.3%	6 50.0%	5 41.7%	0 0.0%	12 100.0%	7 58.3%	3 25.0%	2 16.7%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	0 0.0%	3 30.0%	7 70.0%	0 0.0%	10 100.0%	3 30.0%	4 40.0%	3 30.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		7 13.2%	20 37.7%	24 45.3%	2 3.8%	53 100.0%	25 47.2%	19 35.8%	8 15.1%	1 1.9%	53 100.0%

		③ソーシャルワーカー等					④リハビリ職				
		1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計	1. 毎回参加している	2. 必要に応じて参加している	3. 参加していない	無回答	合計
人口規模	5千人未満	1 5.6%	1 5.6%	8 44.4%	8 44.4%	18 100.0%	2 11.1%	3 16.7%	7 38.9%	6 33.3%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	2 15.4%	2 15.4%	7 53.8%	2 15.4%	13 100.0%	1 7.7%	3 23.1%	7 53.8%	2 15.4%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	5 41.7%	5 41.7%	2 16.7%	0 0.0%	12 100.0%	2 16.7%	4 33.3%	6 50.0%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	2 20.0%	4 40.0%	4 40.0%	0 0.0%	10 100.0%	0 0.0%	5 50.0%	5 50.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		10 18.9%	12 22.6%	21 39.6%	10 18.9%	53 100.0%	5 9.4%	15 28.3%	25 47.2%	8 15.1%	53 100.0%

（2）介護支援専門員または居宅介護支援事業所との連絡において、医師は直接やり取りをしていますか。あてはまる番号1つを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

		介護支援専門員等とのやり取り				
		1. 常に医師がやり取りをしている	2. 必要な場合のみ医師がやり取りをしている	3. 医師は直接やり取りをしていない	無回答	合計
病院・診療所	病院	0 0.0%	19 52.8%	15 41.7%	2 5.6%	36 100.0%
	有床診療所	3 17.6%	13 76.5%	1 5.9%	0 0.0%	17 100.0%
合計		3 5.7%	32 60.4%	16 30.2%	2 3.8%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		介護支援専門員等とのやり取り				
		1. 常に医師がやり取りをしている	2. 必要な場合のみ医師がやり取りをしている	3. 医師は直接やり取りをしていない	無回答	合計
人口規模	5千人未満	2 11.1%	12 66.7%	4 22.2%	0 0.0%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	1 7.7%	10 76.9%	2 15.4%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	0 0.0%	6 50.0%	4 33.3%	2 16.7%	12 100.0%
	5万人以上	0 0.0%	4 40.0%	6 60.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		3 5.7%	32 60.4%	16 30.2%	2 3.8%	53 100.0%

※「2」「3」と回答した場合
医師以外で介護支援専門員等とやり取りをしている方はどなたですか。あてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		医師以外に介護支援専門員とやり取りをしている人					
		1. 看護師	2. ソーシャルワーカー等	3. リハビリ職	4. 事務職	5. その他	全体
病院・診療所	病院	29 85.3%	21 61.8%	7 20.6%	7 20.6%	0 0.0%	34
	有床診療所	14 100.0%	0 0.0%	3 21.4%	4 28.6%	0 0.0%	14
合計		43 89.6%	21 43.8%	10 20.8%	11 22.9%	0 0.0%	48

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		医師以外に介護支援専門員とやり取りをしている人					
		1. 看護師	2. ソーシャルワーカー等	3. リハビリ職	4. 事務職	5. その他	全体
人口規模	5千人未満	15 93.8%	0 0.0%	2 12.5%	2 12.5%	0 0.0%	16
	5千人以上1万人未満	11 91.7%	4 33.3%	3 25.0%	4 33.3%	0 0.0%	12
	1万人以上5万人未満	9 90.0%	10 100.0%	3 30.0%	2 20.0%	0 0.0%	10
	5万人以上	8 80.0%	7 70.0%	2 20.0%	3 30.0%	0 0.0%	10
合計		43 89.6%	21 43.8%	10 20.8%	11 22.9%	0 0.0%	48

2. 人材確保策について

問3　人材確保の現状と課題

（1）貴院ではどのように人材を確保していますか。利用したことがある方法と、実際に人材が確保できた方法について、それぞれあてはまる番号すべてを選択してください。

①医師

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		人材確保の方法【利用したことがある方法】							
		1. 大学医局からの派遣	2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	30 83.3%	2 5.6%	19 52.8%	24 66.7%	21 58.3%	21 58.3%	3 8.3%	36
	有床診療所	5 29.4%	1 5.9%	1 5.9%	4 23.5%	8 47.1%	7 41.2%	2 11.8%	17
合計		35 66.0%	3 5.7%	20 37.7%	28 52.8%	29 54.7%	28 52.8%	5 9.4%	53

（複数回答）

		人材確保の方法【実際に人材が確保できた方法】							
		1. 大学医局からの派遣	2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	28 77.8%	0 0.0%	9 25.0%	19 52.8%	17 47.2%	13 36.1%	2 5.6%	36
	有床診療所	5 29.4%	1 5.9%	1 5.9%	4 23.5%	7 41.2%	5 29.4%	2 11.8%	17
合計		33 62.3%	1 1.9%	10 18.9%	23 43.4%	24 45.3%	18 34.0%	4 7.5%	53

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		人材確保の方法【利用したことがある方法】							
		1. 大学医局からの派遣	2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	10 55.6%	1 5.6%	6 33.3%	8 44.4%	7 38.9%	6 33.3%	1 5.6%	18
	5千人以上1万人未満	8 61.5%	2 15.4%	5 38.5%	6 46.2%	8 61.5%	8 61.5%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	10 83.3%	0 0.0%	7 58.3%	10 83.3%	7 58.3%	8 66.7%	1 8.3%	12
	5万人以上	7 70.0%	0 0.0%	2 20.0%	4 40.0%	7 70.0%	6 60.0%	2 20.0%	10
合計		35 66.0%	3 5.7%	20 37.7%	28 52.8%	29 54.7%	28 52.8%	5 9.4%	53

（複数回答）

		人材確保の方法【利用したことがある方法】							
		1. 大学医局からの派遣	2. 公共職業安定所（ハローワーク）	3. 無料職業紹介（ドクターバンク、医師会等）	4. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	9 50.0%	0 0.0%	2 11.1%	6 33.3%	6 33.3%	2 11.1%	1 5.6%	18
	5千人以上1万人未満	7 53.8%	1 7.7%	3 23.1%	4 30.8%	6 46.2%	7 53.8%	0 0.0%	13
	1万人以上5万人未満	10 83.3%	0 0.0%	4 33.3%	9 75.0%	6 50.0%	6 50.0%	1 8.3%	12
	5万人以上	7 70.0%	0 0.0%	1 10.0%	4 40.0%	6 60.0%	3 30.0%	2 20.0%	10
合計		33 62.3%	1 1.9%	10 18.9%	23 43.4%	24 45.3%	18 34.0%	4 7.5%	53

②看護師

■病院・診療所別クロス集計

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	28 77.8%	17 47.2%	17 47.2%	19 52.8%	17 47.2%	33 91.7%	2 5.6%	36
	有床診療所	14 82.4%	4 23.5%	5 29.4%	4 23.5%	12 70.6%	15 88.2%	0 0.0%	17
合計		42 79.2%	21 39.6%	22 41.5%	23 43.4%	29 54.7%	48 90.6%	2 3.8%	53

（複数回答）

		人材確保の方法 【実際に人材が確保できた方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	23 63.9%	9 25.0%	14 38.9%	16 44.4%	16 44.4%	28 77.8%	2 5.6%	36
	有床診療所	11 64.7%	4 23.5%	5 29.4%	3 17.6%	11 64.7%	12 70.6%	0 0.0%	17
合計		34 64.2%	13 24.5%	19 35.8%	19 35.8%	27 50.9%	40 75.5%	2 3.8%	53

■人口規模別クロス集計

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	13 72.2%	7 38.9%	8 44.4%	7 38.9%	10 55.6%	15 83.3%	0 0.0%	18
	5千人以上1万人未満	11 84.6%	5 38.5%	5 38.5%	4 30.8%	8 61.5%	13 100.0%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	12 100.0%	7 58.3%	6 50.0%	7 58.3%	8 66.7%	11 91.7%	0 0.0%	12
	5万人以上	6 60.0%	2 20.0%	3 30.0%	5 50.0%	3 30.0%	9 90.0%	1 10.0%	10
合計		42 79.2%	21 39.6%	22 41.5%	23 43.4%	29 54.7%	48 90.6%	2 3.8%	53

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介（ナースセンター等）	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	7 38.9%	3 16.7%	6 33.3%	4 22.2%	9 50.0%	9 50.0%	0 0.0%	18
	5千人以上1万人未満	10 76.9%	4 30.8%	5 38.5%	3 23.1%	8 61.5%	12 92.3%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	11 91.7%	4 33.3%	5 41.7%	7 58.3%	8 66.7%	10 83.3%	0 0.0%	12
	5万人以上	6 60.0%	2 20.0%	3 30.0%	5 50.0%	2 20.0%	9 90.0%	1 10.0%	10
合計		34 64.2%	13 24.5%	19 35.8%	19 35.8%	27 50.9%	40 75.5%	2 3.8%	53

③そのほかの職員

■病院・診療所別クロス集計

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	25 69.4%	4 11.1%	11 30.6%	15 41.7%	14 38.9%	31 86.1%	2 5.6%	36
	有床診療所	12 70.6%	2 11.8%	2 11.8%	2 11.8%	8 47.1%	13 76.5%	0 0.0%	17
合計		37 69.8%	6 11.3%	13 24.5%	17 32.1%	22 41.5%	44 83.0%	2 3.8%	53

（複数回答）

		人材確保の方法 【実際に人材が確保できた方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
病院・診療所	病院	23 63.9%	1 2.8%	7 19.4%	12 33.3%	12 33.3%	29 80.6%	2 5.6%	36
	有床診療所	10 58.8%	2 11.8%	2 11.8%	1 5.9%	8 47.1%	11 64.7%	0 0.0%	17
合計		33 62.3%	3 5.7%	9 17.0%	13 24.5%	20 37.7%	40 75.5%	2 3.8%	53

■人口規模別クロス集計

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	8 44.4%	3 16.7%	4 22.2%	5 27.8%	7 38.9%	11 61.1%	0 0.0%	18
	5千人以上1万人未満	11 84.6%	1 7.7%	3 23.1%	2 15.4%	8 61.5%	13 100.0%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	12 100.0%	1 8.3%	5 41.7%	6 50.0%	6 50.0%	11 91.7%	0 0.0%	12
	5万人以上	6 60.0%	1 10.0%	1 10.0%	4 40.0%	1 10.0%	9 90.0%	1 10.0%	10
合計		37 69.8%	6 11.3%	13 24.5%	17 32.1%	22 41.5%	44 83.0%	2 3.8%	53

（複数回答）

		人材確保の方法 【利用したことがある方法】							
		1. 公共職業安定所（ハローワーク）	2. 無料職業紹介	3. 民間の職業紹介・人材斡旋業者等	4. 学校（大学・看護学校・専門学校等）	5. 関係者からの紹介・縁故等	6. 公募（求人サイト・求人誌・新聞・ホームページ等）	7. その他	全体
人口規模	5千人未満	6 33.3%	2 11.1%	2 11.1%	2 11.1%	6 33.3%	8 44.4%	0 0.0%	18
	5千人以上1万人未満	10 76.9%	0 0.0%	3 23.1%	2 15.4%	7 53.8%	12 92.3%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	11 91.7%	0 0.0%	4 33.3%	5 41.7%	6 50.0%	11 91.7%	0 0.0%	12
	5万人以上	6 60.0%	1 10.0%	0 0.0%	4 40.0%	1 10.0%	9 90.0%	1 10.0%	10
合計		33 62.3%	3 5.7%	9 17.0%	13 24.5%	20 37.7%	40 75.5%	2 3.8%	53

（2）人材の確保における課題はどのようなことですか。あてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

（複数回答）

		人材の確保における課題									
		1. 就職を希望する人材が見つからない	2. 採用が決まるまでに時間がかかる	3. 求職者の希望にあう労働条件（給与以外）の提示が難しい	4. 求職者の希望に合う給与の提示が難しい	5. 紹介料等の費用が高額である	6. 採用してから能力や適性が十分でない場合がある	7. 採用しても定着しない	8. その他	9. 特に課題はない	全体
病院・診療所	病院	30 83.3%	7 19.4%	7 19.4%	9 25.0%	16 44.4%	18 50.0%	11 30.6%	2 5.6%	1 2.8%	36
	有床診療所	10 58.8%	2 11.8%	3 17.6%	3 17.6%	4 23.5%	10 58.8%	3 17.6%	0 0.0%	2 11.8%	17
合計		40 75.5%	9 17.0%	10 18.9%	12 22.6%	20 37.7%	28 52.8%	14 26.4%	2 3.8%	3 5.7%	53

■人口規模別クロス集計

（複数回答）

		人材の確保における課題									
		1. 就職を希望する人材が見つからない	2. 採用が決まるまでに時間がかかる	3. 求職者の希望にあう労働条件（給与以外）の提示が難しい	4. 求職者の希望に合う給与の提示が難しい	5. 紹介料等の費用が高額である	6. 採用してから能力や適性が十分でない場合がある	7. 採用しても定着しない	8. その他	9. 特に課題はない	全体
人口規模	5千人未満	12 66.7%	1 5.6%	4 22.2%	3 16.7%	7 38.9%	8 44.4%	4 22.2%	0 0.0%	1 5.6%	18
	5千人以上1万人未満	9 69.2%	4 30.8%	2 15.4%	2 15.4%	5 38.5%	8 61.5%	3 23.1%	1 7.7%	2 15.4%	13
	1万人以上5万人未満	11 91.7%	3 25.0%	4 33.3%	5 41.7%	6 50.0%	6 50.0%	6 50.0%	1 8.3%	0 0.0%	12
	5万人以上	8 80.0%	1 10.0%	0 0.0%	2 20.0%	2 20.0%	6 60.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	10
合計		40 75.5%	9 17.0%	10 18.9%	12 22.6%	20 37.7%	28 52.8%	14 26.4%	2 3.8%	3 5.7%	53

※「7. 採用しても定着しない」に回答した場合

（3）採用後に職員が定着しない理由として、どのようなことがありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

（複数回答）

		採用後に職員が定着しない理由										
		1. 勤務内容（勤務時間・業務内容等）に不満があったため	2. 給与・待遇に不満があったため	3. 職場環境（施設や設備等）に不満があったため	4. 職場の人間関係がうまくいかなかったため	5. スキルアップの機会がなかったため	6. 住まいに不満があったため	7. 生活環境に不満があったため	8. 家庭の事情があったため	9. 健康問題があったため	10. その他	全体
病院・診療所	病院	5 45.5%	2 18.2%	1 9.1%	7 63.6%	2 18.2%	0 0.0%	2 18.2%	9 81.8%	4 36.4%	1 9.1%	11
	有床診療所	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	3 100.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3
合計		5 35.7%	2 14.3%	3 21.4%	10 71.4%	2 14.3%	1 7.1%	3 21.4%	10 71.4%	4 28.6%	1 7.1%	14

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		採用後に職員が定着しない理由										全体
		1. 勤務内容（勤務時間・業務内容等）に不満があったため	2. 給与・待遇に不満があったため	3. 職場環境（施設や設備等）に不満があったため	4. 職場の人間関係がうまくいかなかったため	5. スキルアップの機会がなかったため	6. 住まいに不満があったため	7. 生活環境に不満があったため	8. 家庭の事情があったため	9. 健康問題があったため	10. その他	
人口規模	5千人未満	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 100.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	4
	5千人以上1万人未満	2 66.7%	1 33.3%	1 33.3%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3
	1万人以上5万人未満	3 50.0%	1 16.7%	1 16.7%	3 50.0%	2 33.3%	0 0.0%	1 16.7%	4 66.7%	2 33.3%	1 16.7%	6
	5万人以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1
合計		5 35.7%	2 14.3%	3 21.4%	10 71.4%	2 14.3%	1 7.1%	3 21.4%	10 71.4%	4 28.6%	1 7.1%	14

（4）貴院において、職員の定員は充足していますか。あてはまる番号1つを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

		職員の定員の充足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
病院・診療所	病院	6 16.7%	30 83.3%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	8 47.1%	8 47.1%	1 5.9%	17 100.0%
合計		14 26.4%	38 71.7%	1 1.9%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		職員の定員の充足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
人口規模	5千人未満	3 16.7%	14 77.8%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	7 53.8%	6 46.2%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	2 20.0%	8 80.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		14 26.4%	38 71.7%	1 1.9%	53 100.0%

※「2. 不足している」と回答した場合
不足している職種（あてはまる番号すべてを選択）

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
病院・診療所	病院	22 73.3%	16 53.3%	4 13.3%	3 10.0%	11 36.7%	3 10.0%	3 10.0%	2 6.7%	9 30.0%	30
	有床診療所	2 25.0%	7 87.5%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	1 12.5%	4 50.0%	8
合計		24 63.2%	23 60.5%	4 10.5%	4 10.5%	11 28.9%	4 10.5%	5 13.2%	3 7.9%	13 34.2%	38

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
人口規模	5千人未満	6 42.9%	10 71.4%	0 0.0%	1 7.1%	0 0.0%	1 7.1%	2 14.3%	1 7.1%	5 35.7%	14
	5千人以上1万人未満	4 66.7%	3 50.0%	0 0.0%	1 16.7%	2 33.3%	0 0.0%	2 33.3%	0 0.0%	3 50.0%	6
	1万人以上5万人未満	8 80.0%	6 60.0%	2 20.0%	2 20.0%	6 60.0%	3 30.0%	1 10.0%	1 10.0%	3 30.0%	10
	5万人以上	6 75.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%	3 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	8
合計		24 63.2%	23 60.5%	4 10.5%	4 10.5%	11 28.9%	4 10.5%	5 13.2%	3 7.9%	13 34.2%	38

※「1. 充足している」と回答した場合
（5）定員の充足とは別に、業務を行う上で人材が不足していると感じますか。あてはまる番号1つを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計

		業務上の人材の不足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
病院・診療所	病院	3 50.0%	3 50.0%	0 0.0%	6 100.0%
	有床診療所	3 37.5%	5 62.5%	0 0.0%	8 100.0%
合計		6 42.9%	8 57.1%	0 0.0%	14 100.0%

■人口規模別クロス集計

		業務上の人材の不足			合計
		1. 充足している	2. 不足している	無回答	
人口規模	5千人未満	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	3 100.0%
	5千人以上1万人未満	2 28.6%	5 71.4%	0 0.0%	7 100.0%
	1万人以上5万人未満	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
	5万人以上	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
合計		6 42.9%	8 57.1%	0 0.0%	14 100.0%

※「1. 不足していると感じる」と回答した場合
不足していると感じる職種（あてはまる番号すべてを選択）

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
病院・診療所	病院	2 66.7%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	3
	有床診療所	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	3
合計		3 50.0%	5 83.3%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 33.3%	6

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		不足している職員									全体
		1. 医師	2. 看護師・准看護師	3. 保健師・助産師	4. リハビリ専門職	5. 薬剤師	6. 臨床検査技師	7. 診療放射線技師	8. 管理栄養士	9. その他	
人口規模	5千人未満	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	2
	5千人以上1万人未満	1 50.0%	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	2
	1万人以上5万人未満	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1
	5万人以上	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1
合計		3 50.0%	5 83.3%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 33.3%	6

※「1. 不足していると感じる」と回答した場合
定員が充足しているのに、人材が不足している理由にはどのようなことがありますか。あてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		定員が充足しているのに、人材が不足している理由						全体
		1. 必要な定員に対して業務量が多すぎるから	2. 定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから	3. 中途採用の職員が多く、業務に慣れていないから	4. 家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから	5. その他	6. 特にない	
病院・診療所	病院	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%	2 66.7%	0 0.0%	3
	有床診療所	2 66.7%	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3
合計		2 33.3%	3 50.0%	0 0.0%	3 50.0%	2 33.3%	0 0.0%	6

■人口規模別クロス集計　（複数回答）

		定員が充足しているのに、人材が不足している理由						全体
		1. 必要な定員に対して業務量が多すぎるから	2. 定年により退職する職員が多く、若い職員の採用や育成が必要だから	3. 中途採用の職員が多く、業務に慣れていないから	4. 家庭の事情等により夜勤の勤務ができない職員がいるから	5. その他	6. 特にない	
人口規模	5千人未満	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2
	5千人以上1万人未満	1 50.0%	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	2
	1万人以上5万人未満	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1
	5万人以上	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	1
合計		2 33.3%	3 50.0%	0 0.0%	3 50.0%	2 33.3%	0 0.0%	6

（6）人材の定着のために貴自治体で取組んでいることはありますか。また、今後、自治体として取り組んでほしいことはありますか。それぞれあてはまる番号すべてを選択してください。

■病院・診療所別クロス集計　（複数回答）

		人材定着のために取り組んでいること										全体
		1. 勤務時間や勤務体制の見直し	2. 給与の見直し	3. 施設の改修や医療機器等の充実	4. 働きやすい職場環境づくり	5. 住まいの整備	6. 生活環境の向上	7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	9. その他	10. 特にない	
病院・診療所	病院	18 50.0%	9 25.0%	12 33.3%	26 72.2%	11 30.6%	5 13.9%	21 58.3%	3 8.3%	4 11.1%	0 0.0%	36
	有床診療所	7 41.2%	4 23.5%	4 23.5%	10 58.8%	8 47.1%	0 0.0%	6 35.3%	3 17.6%	1 5.9%	1 5.9%	17
合計		25 47.2%	13 24.5%	16 30.2%	36 67.9%	19 35.8%	5 9.4%	27 50.9%	6 11.3%	5 9.4%	1 1.9%	53

（複数回答）

		今後、自治体として取り組んでほしいこと										全体
		1. 勤務時間や勤務体制の見直し	2. 給与の見直し	3. 施設の改修や医療機器等の充実	4. 働きやすい職場環境づくり	5. 住まいの整備	6. 生活環境の向上	7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	9. その他	10. 特にない	
病院・診療所	病院	10 27.8%	10 27.8%	10 27.8%	10 27.8%	9 25.0%	11 30.6%	6 16.7%	3 8.3%	0 0.0%	2 5.6%	36
	有床診療所	2 11.8%	7 41.2%	7 41.2%	5 29.4%	8 47.1%	3 17.6%	4 23.5%	3 17.6%	0 0.0%	2 11.8%	17
合計		12 22.6%	17 32.1%	17 32.1%	15 28.3%	17 32.1%	14 26.4%	10 18.9%	6 11.3%	0 0.0%	4 7.5%	53

■人口規模別クロス集計

（複数回答）

		人材定着のために取り組んでいること										全体
		1. 勤務時間や勤務体制の見直し	2. 給与の見直し	3. 施設の改修や医療機器等の充実	4. 働きやすい職場環境づくり	5. 住まいの整備	6. 生活環境の向上	7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	9. その他	10. 特にない	
人口規模	5千人未満	8 44.4%	5 27.8%	3 16.7%	9 50.0%	8 44.4%	1 5.6%	8 44.4%	2 11.1%	1 5.6%	1 5.6%	18
	5千人以上1万人未満	7 53.8%	2 15.4%	2 15.4%	10 76.9%	6 46.2%	2 15.4%	6 46.2%	1 7.7%	1 7.7%	0 0.0%	13
	1万人以上5万人未満	7 58.3%	5 41.7%	7 58.3%	10 83.3%	4 33.3%	2 16.7%	7 58.3%	3 25.0%	2 16.7%	0 0.0%	12
	5万人以上	3 30.0%	1 10.0%	4 40.0%	7 70.0%	1 10.0%	0 0.0%	6 60.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	10
合計		25 47.2%	13 24.5%	16 30.2%	36 67.9%	19 35.8%	5 9.4%	27 50.9%	6 11.3%	5 9.4%	1 1.9%	53

（複数回答）

		今後、自治体として取り組んでほしいこと										全体
		1. 勤務時間や勤務体制の見直し	2. 給与の見直し	3. 施設の改修や医療機器等の充実	4. 働きやすい職場環境づくり	5. 住まいの整備	6. 生活環境の向上	7. 研修への参加など技術向上できる機会の確保	8. 地域の住民とのコミュニケーション機会の確保	9. その他	10. 特にない	
人口規模	5千人未満	2 11.1%	4 22.2%	7 38.9%	4 22.2%	7 38.9%	5 27.8%	3 16.7%	2 11.1%	0 0.0%	2 11.1%	18
	5千人以上1万人未満	5 38.5%	6 46.2%	5 38.5%	5 38.5%	6 46.2%	5 38.5%	4 30.8%	1 7.7%	0 0.0%	1 7.7%	13
	1万人以上5万人未満	3 25.0%	5 41.7%	3 25.0%	3 25.0%	3 25.0%	3 25.0%	1 8.3%	3 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	12
	5万人以上	2 20.0%	2 20.0%	2 20.0%	3 30.0%	1 10.0%	1 10.0%	2 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 10.0%	10
合計		12 22.6%	17 32.1%	17 32.1%	15 28.3%	17 32.1%	14 26.4%	10 18.9%	6 11.3%	0 0.0%	4 7.5%	53

問4　人材確保の将来のあり方について

貴院における医師の確保の将来像について、以下の①～④についてどのように考えていますか。それぞれの項目ごとに1～5の5段階で、あてはまる番号1つを選択してください。

①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない

■病院・診療所別クロス集計

		①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
病院・診療所	病院	14 38.9%	13 36.1%	6 16.7%	0 0.0%	3 8.3%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	9 52.9%	5 29.4%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
合計		23 43.4%	18 34.0%	9 17.0%	0 0.0%	3 5.7%	0 0.0%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		①医師の定住・定着のためには、費用が掛かっても仕方がない						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
人口規模	5千人未満	7 38.9%	8 44.4%	3 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	9 69.2%	2 15.4%	2 15.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	4 33.3%	5 41.7%	1 8.3%	0 0.0%	2 16.7%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	3 30.0%	3 30.0%	3 30.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		23 43.4%	18 34.0%	9 17.0%	0 0.0%	3 5.7%	0 0.0%	53 100.0%

②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい

■病院・診療所別クロス集計

		②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
病院・診療所	病院	9 25.0%	9 25.0%	16 44.4%	2 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	2 11.8%	3 17.6%	7 41.2%	0 0.0%	4 23.5%	1 5.9%	17 100.0%
合計		11 20.8%	12 22.6%	23 43.4%	2 3.8%	4 7.5%	1 1.9%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		②医師は、数年ごとに入れ替わってもよいので、連携医療機関から派遣される仕組みがあれば利用したい						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
人口規模	5千人未満	3 16.7%	3 16.7%	7 38.9%	0 0.0%	4 22.2%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	3 23.1%	1 7.7%	8 61.5%	1 7.7%	0 0.0%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	2 16.7%	5 41.7%	4 33.3%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	3 30.0%	3 30.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		11 20.8%	12 22.6%	23 43.4%	2 3.8%	4 7.5%	1 1.9%	53 100.0%

③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい

■病院・診療所別クロス集計

		③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
病院・診療所	病院	8 22.2%	11 30.6%	15 41.7%	1 2.8%	1 2.8%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	4 23.5%	3 17.6%	6 35.3%	1 5.9%	2 11.8%	1 5.9%	17 100.0%
合計		12 22.6%	14 26.4%	21 39.6%	2 3.8%	3 5.7%	1 1.9%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		③広域地域の医療機関に集約して医療系人材を置き、地域に定期的に派遣される仕組みがあれば利用したい						合計
		1. そう思う	2. ややそう思う	3. どちらとも言えない	4. あまり思わない	5. 思わない	無回答	
人口規模	5千人未満	3 16.7%	5 27.8%	7 38.9%	1 5.6%	1 5.6%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	5 38.5%	2 15.4%	5 38.5%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	3 25.0%	5 41.7%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	1 10.0%	2 20.0%	6 60.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		12 22.6%	14 26.4%	21 39.6%	2 3.8%	3 5.7%	1 1.9%	53 100.0%

④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい

■病院・診療所別クロス集計

		④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい						合計
		1．そう思う	2．ややそう思う	3．どちらとも言えない	4．あまり思わない	5．思わない	無回答	
病院・診療所	病院	7 19.4%	11 30.6%	14 38.9%	4 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	36 100.0%
	有床診療所	6 35.3%	2 11.8%	7 41.2%	1 5.9%	0 0.0%	1 5.9%	17 100.0%
合計		13 24.5%	13 24.5%	21 39.6%	5 9.4%	0 0.0%	1 1.9%	53 100.0%

■人口規模別クロス集計

		④在宅医療・地域医療を自治体で学ぶ仕組みがあれば利用したい						合計
		1．そう思う	2．ややそう思う	3．どちらとも言えない	4．あまり思わない	5．思わない	無回答	
人口規模	5千人未満	4 22.2%	4 22.2%	8 44.4%	1 5.6%	0 0.0%	1 5.6%	18 100.0%
	5千人以上1万人未満	6 46.2%	4 30.8%	3 23.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	13 100.0%
	1万人以上5万人未満	3 25.0%	5 41.7%	3 25.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%
	5万人以上	0 0.0%	0 0.0%	7 70.0%	3 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%
合計		13 24.5%	13 24.5%	21 39.6%	5 9.4%	0 0.0%	1 1.9%	53 100.0%

令和２年度老人保健健康増進等事業
「地域医療構想と地域包括ケアの連動した『人口減少対応型まちづくり』の促進に向けた実証的検証事業」

自治体立病院向け説明会のご案内

参加費 無料

令和３年２月
一般社団法人北海道総合研究調査会

再募集のお知らせ

当初、本説明会は、令和２年12月に開催を予定していましたが、新型コロナウイルスの感染拡大を受け、開催延期としておりました。この度、下記のとおり、令和３年３月10日（水）にＷｅｂによる開催を決定いたしましたので、改めまして参加者を募集いたします。

急速に人口減少が進む中小規模自治体においては、住民の医療行動の変化や行財政への影響などを分析し、圏域単位の「効率的な医療提供体制の構築」の議論と、市町村単位の「地域包括ケアシステムの構築」の議論を連動させつつ、住民の理解・協力も得ながら具体的なまちづくりの検討・取組（バージョンアップ）を進めることが必要となっています。

当会では、老人保健健康増進等事業の調査研究としてモデル自治体を対象に、限られた医療資源を活用し、地域包括ケアシステムの中で求められる医療機能を検討する場の設置と議論の進め方（ダウンサイジング）と、まちづくり（バージョンアップ）を連動するプロセスを検討し、「見える化」を進めてきました。自治体立病院の事務を担う職員は、行政の一般職の方であり、隔年の診療報酬改定、医業経営の専門知識を習得するための時間がかかるうえ、「新公立病院改革プラン」「地域医療構想」などへの対応、さらには将来に向けた医療体制のあり方の検討といった業務が期待されています。

そこで、近い将来を見据えた地域の医療提供体制を検討するうえで必要なデータ等の整理、住民への説明などのプロセス、及び現場で取組を進めてきた事例を紹介する会を開催します。

日　時	**令和３年３月１０日（水）１３：３０～　１５：３０**
対　象	道内の中小規模自治体立病院の事務長またはその代理の方
参加方法	**①Ｗｅｂ開催** ・Zoom ウェビナーによるオンライン配信 **②Ｗｅｂ配信による後日視聴** ・①で開催した説明会の動画をＷｅｂにより後日視聴 ・配信期間：令和３年３月15日（月）～３月22日（月）
申込み	必要事項を記載の上（裏面参照）、メールにてお申し込みください。
締め切り	令和３年３月５日（金）まで
視聴方法	お申し込み後、①は３月８日（月）までに、②は３月12日（金）までにメールでお知らせします。

後　援：北海道厚生局、北海道、
公益社団法人全国自治体病院協議会北海道支部、北海道国民健康保険診療施設連絡協議会

【主催・お問い合わせ】
一般社団法人北海道総合研究調査会（ＨＩＴ（ヒット））　担当：野邊（のべ）・井芹（いせり）
〒060-0004　札幌市中央区北４条西６丁目１番１　毎日札幌会館３Ｆ
電　話：０１１－２２２－３６６９　　ＦＡＸ：０１１－２２２－４１０５
メール：tiiki_iryo@hit-north.or.jp

プログラム（予定）		
	13：10	入場開始
	13：30	**開　会** **１．挨　拶**　＜厚生労働省　北海道厚生局長　桑島　昭文氏＞
	13：40	**２．調査研究結果の報告** ＜一般社団法人北海道総合研究調査会・医業経営コンサルタント＞ （１）医療機関のダウンサイジングとまちづくりとの連動によるバージョンアップのプロセス ①フェーズ１：各種のデータ分析による医療提供体制の検討と意思決定 ②フェーズ２：医療提供体制のダウンサイジングと連動したまちづくりの検討 （２）データ整理と分析 ①分析データと活用方法 （受療動向・将来推計・経営状況・人材の確保 等） ②方向性の検討と課題の整理
	14：20	**３．事例報告** （１）フェーズ１の取組事例 「中頓別町立国保病院のダウンサイジングと地域包括ケア構築の取組」 ＜中頓別町国民健康保険病院　事務長　長尾　享氏＞ （２）フェーズ２の取組事例 「『暮らしの安心センター』を中心とした健康のまちづくりへの取組」 ＜沼田町産業創出課　課長　赤井　圭二　氏　＞
	15：00	**４．【情報提供】職員の資質向上に向けて** ＜厚生労働省　北海道厚生局＞
	15：15	**５．意見交換**
	15：30	**閉会**

※視聴する際の注意事項

・オンラインによる開催となりますので、動画を視聴可能な環境を準備できる方のみ参加可能となります。
・通信料等、動画視聴に係る費用は自己負担となります。（インターネット環境が、Wi-Fi 利用ではなく、データ通信量に制限のある場合、本説明会の動画視聴によりデータ通信量の制限を超え、別途通信料がかかる場合があります。データ通信量の制限の有無をご確認の上、お申し込みください。）
・動画視聴等にかかる端末の基本的な操作は各自で行ってください。（個別の端末操作に関するお問い合わせには対応できませんのでご了承ください。）

申込方法	以下の事項を記載の上、メールにてお申し込みください。 ■病院名　■申込者氏名 ■役職　■電話番号 ■希望する参加方法 （①Ｗｅｂ開催 or ②後日視聴）
申込先	一般社団法人北海道総合研究調査会 自治体立病院説明会担当 メール：tiiki_iryo@hit-north.or.jp

令和２年度老人保健健康増進等事業
「地域医療構想と地域包括ケアの連動した『人口減少対応型まちづくり』の促進に向けた実証的検証事業」

自治体立病院向け説明会

令和３年３月１０日（水）
一般社団法人北海道総合研究調査会

後援：北海道厚生局、北海道
公益社団法人全国自治体病院協議会北海道支部
北海道国民健康保険診療施設連絡協議会

令和２年度老人保健健康増進等事業
「地域医療構想と地域包括ケアの連動した『人口減少対応型まちづくり』の促進に向けた実証的検証事業」

本日のプログラム

■ １．挨　拶

厚生労働省　北海道厚生局長　桑島　昭文 氏

■ ２．医療機関のダウンサイジングとまちづくりとの連動によるバージョンアップのプロセスについて

一般社団法人北海道総合研究調査会　理事長　五十嵐 智嘉子
医業経営コンサルタント　藤田　晃 氏

■ ３．事例報告

（１）フェーズ１の取組事例
「中頓別町立国保病院のダウンサイジングと地域包括ケア構築の取組」
中頓別町国民健康保険病院　事務長　長尾　享 氏

（２）フェーズ２の取組事例
「『暮らしの安心センター』を中心とした健康のまちづくりへの取組」
沼田町産業創出課　課長　赤井　圭二 氏

■ ４．情報提供

「職員の資質向上に向けて」
北海道厚生局 医療課　施設基準指導官　坂本　典幸 氏

■ ５．質疑応答

事例報告　フェーズ１の取組事例（中頓別町）

「中頓別町国保病院のダウンサイジングと地域包括ケア構築の取組」

1

資料2

事例報告
フェーズ１の取組事例

「中頓別町国保病院のダウンサイジングと地域包括ケア構築の取組」

中頓別町国民健康保険病院
事務長　長　尾　　享

令和３年３月１０日

1

2

１．中頓別町国保病院の概要

◆病床数　：50床（一般病棟）
◆診療科目：内科・外科
◆医師数　：2名
◆昭和５７年建設
(築後39年)

■主な医療機能
◆入院（病床:５０床）
◆外来
◆救急
◆リハビリテーション
◆健康診断
◆予防接種
◆訪問看護
◆特養の嘱託医
◆校医　　等

2

3

２.老健事業のモデル地区にお願いしたきっかけ

・外来人数の減少、平均入院の人数の減少が顕著
・今後も人口が大きく減少することが予測され、さらに患者数の減少も見込まれる。
・病院の財政状況が悪化し、町からの繰入金が年々増加している。
・昭和５７年に建設以降、リハビリテーション施設の増築を行った以外に一度も病院の状況（病床数）の変更を行っていない。
・地域医療を今後も守っていく必要があるが、具体的にどのようにしていったら良いのか？

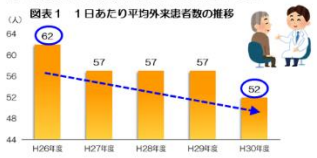
「老健事業開始直後」
・厚生労働省再検討対象医療機関として公表される。
（令和元年9月）

★取組方法として、ＨＩＴさんと町長、副町長、病院、保健福祉課、政策経営室にて立ち上げた「地域包括ケアプロジェクト」にて現状分析と議論を行った。

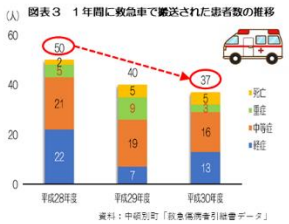
3

4

■外来患者数が減少しています。
・外来患者の多くは高齢者です。
・若年者は町外の医療機関を利用することが多いです。



■救急患者数が減少しています。
・救急車で搬送される患者数は減少しています。
・救急患者のうち重症者は数人です。



資料：中頓別町「救急傷病者引継書データ」

■入院患者数が減少しています。
・５０床ある入院ベッドのうち、利用されているのは１１床で、３９床が空いている状態です。
・入院患者の多くは高齢者です。特養からの搬送や終末期の高齢者がほとんどです。

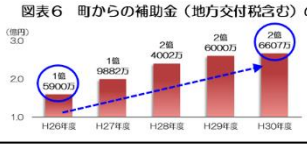
資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」

4

5

３．中頓別町国保病院の経営状況

■医業収入が減少し、町から病院への財政負担が増加しています。



資料：総務省「病院事業決算状況・病院経営分析比較表」

5

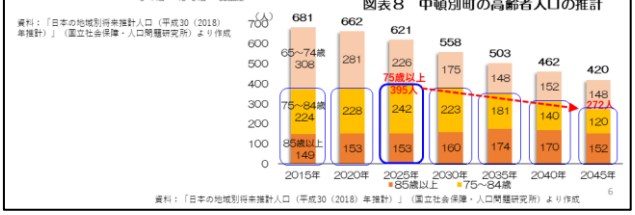
6

４．中頓別町国保病院の利用者の予想

■中頓別町の人口は今後も減少が見込まれることから、国保病院の利用者も減少が予想されます。

資料：「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

■75歳以上の後期高齢者数は2025年まで増加しますが、その後は減少が見込まれることから、国保病院を利用する高齢者も減少が予想されます。



資料：「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

6

7

5．中頓別町国保病院のこれからを考える

■病院の病床をどうするか（３つのパターン）

現　在	将　来	財政負担の見込み
国保病院 病床：５０床	①病院のまま病床を減らす 病床：２０床	ほぼ変わらない
	②有床診療所にする 病床：１９床	ほぼ変わらない
	③無床診療所にする 無床	減少する

7

8

現在の入院の対応例

①急性期疾患・骨折

急性期疾患
・国保病院へ入院
・他院へ転院
・リハビリのため他院から国保病院に戻る

骨　折
・他院へ転院
・リハビリのため他院から国保病院に戻る

②特別養護老人ホームや養護老人ホームからの入院

誤嚥性肺炎
特養
・特養から国保病院へ入院

経管栄養・胃ろう
特養・養護含む
・他院で手術後に国保病院へ入院（経管栄養の場合は退院先がないため国保病院で看取り）

③悪性腫瘍

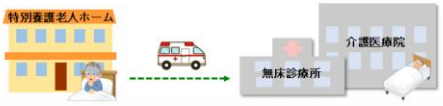
悪性腫瘍
・名寄市立総合病院や旭川医大など大きな病院へ転院・手術
・手術後の療養やターミナルケアのため国保病院へ転院

8

9

■特養からの患者の受け皿となる病床の確保

- 現在、国保病院の入院患者の多くは高齢者で、その多くは特養から搬送される患者です。
- 今後、「③無床診療所」への転換を考えた場合、特養からの患者の受け皿となる「介護医療院」の併設についても選択肢の1つとして考えることができます。



介護医療院とは　長期的な医療と介護の両方を必要とする要介護者を対象に、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を提供できる介護保険施設。

9

10

6．国保病院のダウンサイジング＆バージョンアップ

■段階的なダウンサイジングとバージョンアップ

長期の療養が必要な患者の受け入れ先等を確保するためには、急に病床を減らすのではなく、数年かけて段階的に減らすことが必要です。

現　在	令和4年	令和10年まで
国保病院 ５０床	国保病院 ２０床 または 有床診療所 １９床	診療所 ０床～　床 ＋ 介護医療院 △床 ＋ 近隣医療機関との連携

10

11

★病床の減少（ダウンサイジング）と
地域包括ケア機能の拡充（バージョンアップ）

現　在	将　来
国保病院 病床：５０床	病床の減少 （ダウンサイジング） ①病院のまま病床を減らす ②有床診療所にする ③無床診療所にする

バージョンアップ

バージョンアップの例

町民の健康診断・各種検診の充実	若年世代の健康管理	在宅サービスの充実	安心な住まい	
国保病院での健康診断の実施等	糖尿病や痛風など特殊外来の設置等	訪問看護、ＰＴ・ＯＴによるデイケア等	まちなか住まい・居場所等	など

11

12

令和１０年までに目指す姿の例

12

１３

7．フェーズ２の取組経過と現段階での方針案

中頓別町の新たな医療・介護連携のしくみを構築するために
―町と国保病院の無床化とまちづくりの連動―

基本的な考え方

■住民の健康と安心を守る新しい医療・介護連携システムに移行するため、病床50床の維持に充てている財源を再分配し、新たに必要とされるサービスとしくみの構築に充てる。

■新たなサービスとしくみに従事する職員（住民）がやりがいのある職場をつくり、医療・介護チームとして機能させていくことを目指す。

■そのため、真の住民ニーズにアプローチし、また住民の理解を得て、住民自らが支え合いの主役となってもらうよう、対話を続けていく。

13

１４

フェーズ２での具体的な取り組み内容

・病院運営委員会、保健福祉審議会への諮問、答申
「地域医療提供体制と地域包括ケア構築に関する基本方針」の策定

・地域医療提供体制と地域包括ケアに関する作業部会の設置
「ＨＩＴ、町担当課、福祉施設(特養、養護、知的)職員、社協」

・地域懇談会「町長がおじゃまします」内容説明、意見交換
フェーズ１で作成した方針案

・町議会いきいきふるさと常任委員会での報告
フェーズ１で作成した方針案、フェーズ２での議論経過等

14

１５

フェーズ２の検討中に議論された問題点

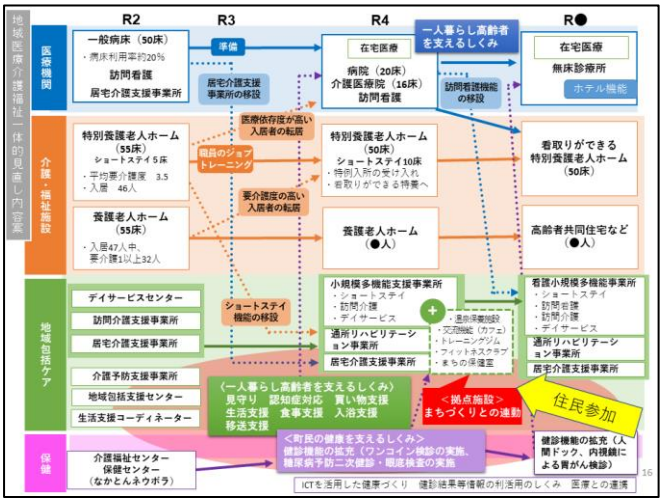
・養護老人ホーム（55床-現在入居者47名）の利用者が重度化
①本来の養護入居者ではない要介護者が32名と大半を占めている。
②本来宿直を置かなくてもよいが、宿直体制を組まなくてはならなくなる。
その結果、
養護、特養ともに職員不足が深刻化して、特養においても新たな入居者の受け入れが困難となる。

具体的な見直しの進め方

■国保病院は介護医療院を併設し、特養より医療依存度の高い入所者を受け入れていく。
■特別養護老人ホームは医療依存度の高い入所者を介護医療院に入居させ、介護が必要な養護利用者と介護度の低い利用者を特例入所として積極的に受け入れ、看取り体制の強化をするとともに、機能回復の充実と入所者の生活レベルを上げていくこととする。
■養護老人ホームは介護の必要な利用者を特養に移し、イキイキと生活してもらうように努める。
■これまでの施設中心型から在宅中心型に押し戻していく。将来的には在宅で支えていく仕組みを構築し、本人が希望する限り在宅で支えていく仕組みを構築していく。

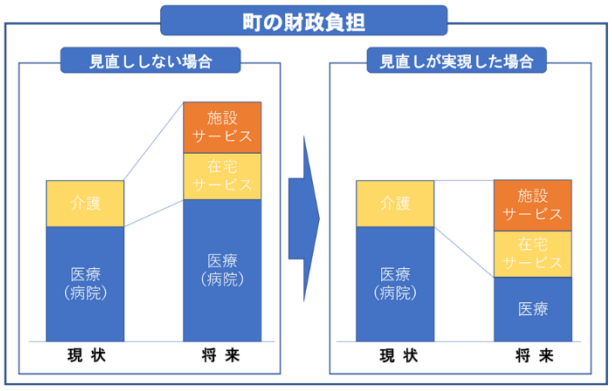
15

１６



16

１７



17

１８

■今後に向けて

令和４年度までこの方針案を町としての計画とし介護医療院の開設を目指し具体的な作業を進めていく。
国保病院の無床診療所化については、１０年以内を目途に公聴会や説明会等を積極的に実施し、町民合意を基本に進めていく。また、近隣の医療機関への入院と連携をしていくことを想定し、移動サポートや高齢者の入退院準備サポート等についても検討していく。
地域包括ケアについては、小規模多機能事業所の立ち上げに向けて、具体的な協議に入っていく。

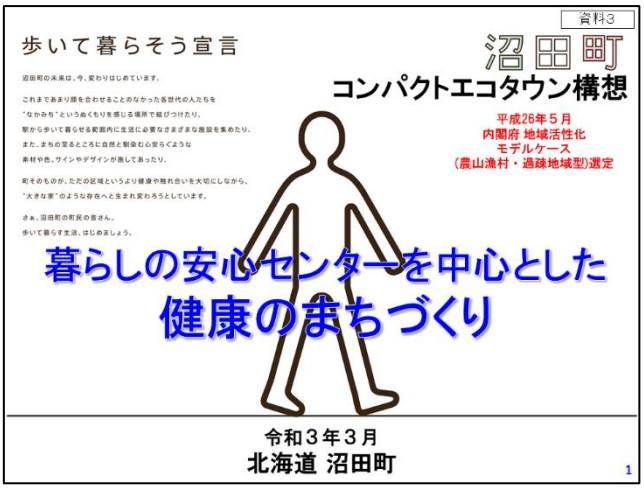
・課題・問題点
人材の確保、育成

18

事例報告　フェーズ２の取組事例（沼田町）

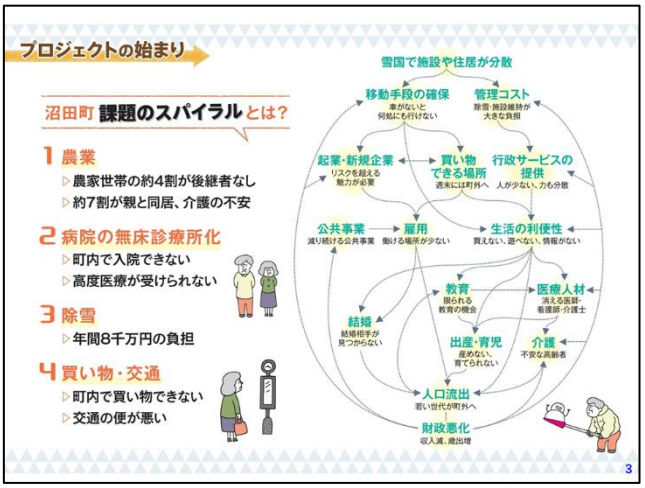
「『暮らしの安心センター』を中心とした健康のまちづくりへの取組」

1

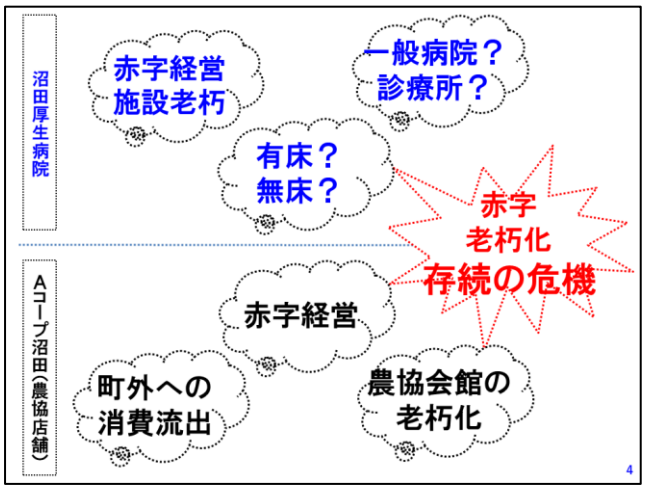


2

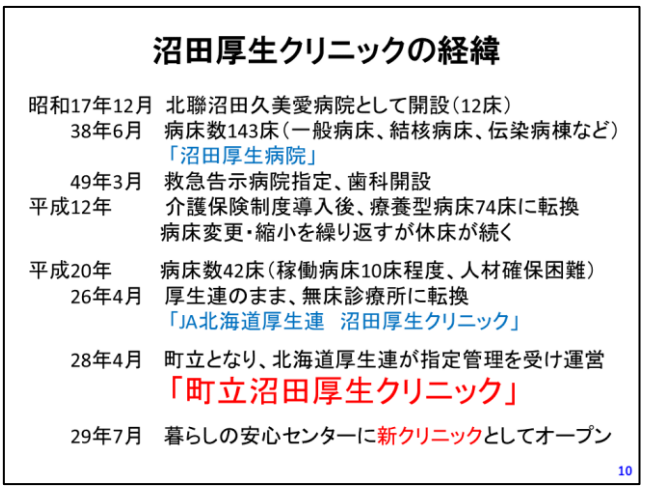
3



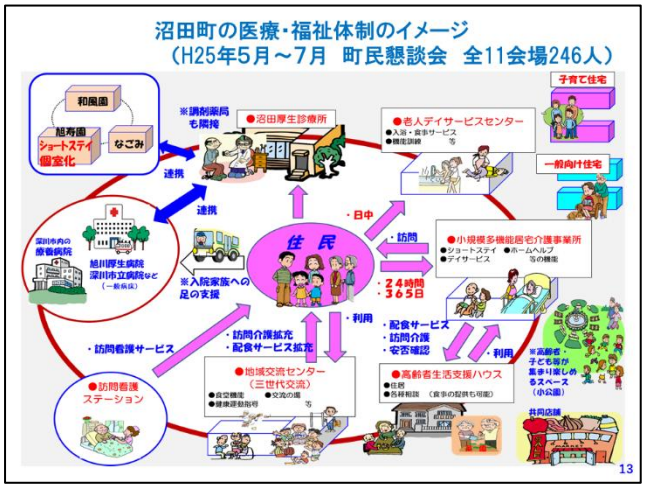
4



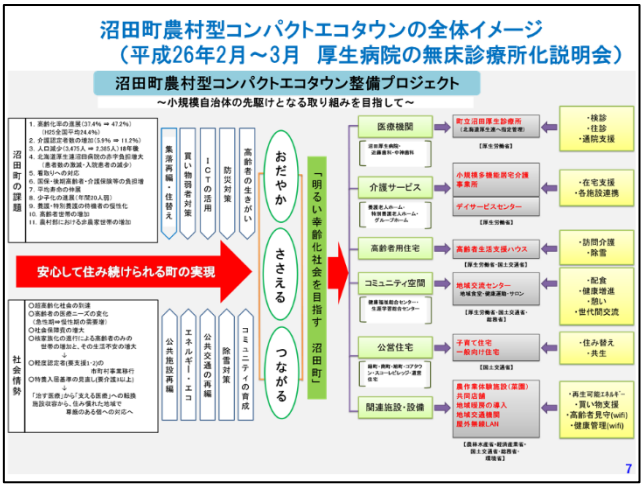
5



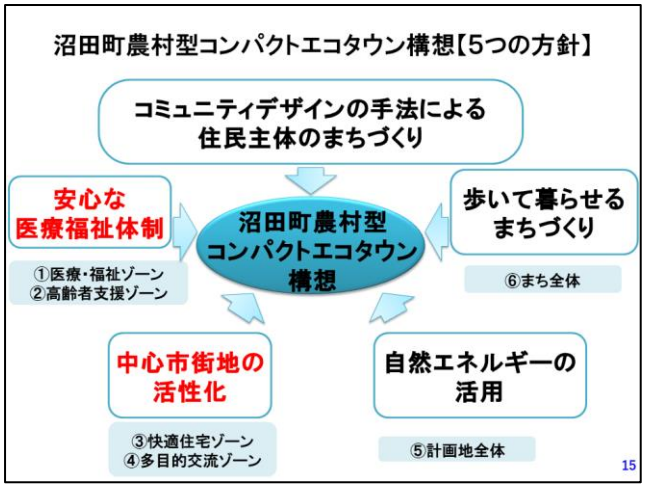
6



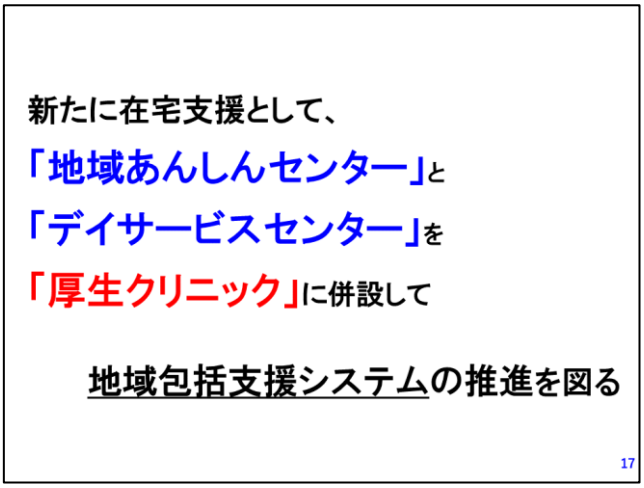
7


沼田町農村型コンパクトエコタウンの全体イメージ
（平成26年2月～3月　厚生病院の無床診療所化説明会）
沼田町農村型コンパクトエコタウン整備プロジェクト
～小規模自治体の先駆けとなる取り組みを目指して～
安心して住み続けられる町の実現
おだやか
ささえる
つながる
「明るい幸齢化社会を目指す　沼田町」
医療機関
介護サービス
高齢者用住宅
コミュニティ空間
公営住宅
関連施設・設備
7

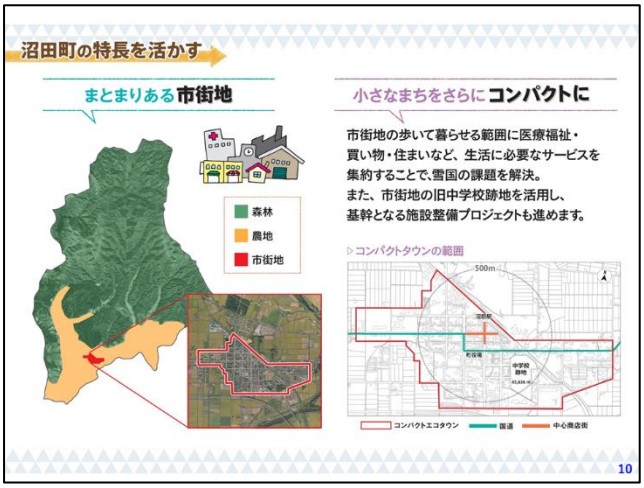
8


沼田町農村型コンパクトエコタウン構想【5つの方針】
コミュニティデザインの手法による
住民主体のまちづくり
安心な
医療福祉体制
①医療・福祉ゾーン
②高齢者支援ゾーン
沼田町農村型
コンパクトエコタウン
構想
歩いて暮らせる
まちづくり
⑥まち全体
中心市街地の
活性化
③快適住宅ゾーン
④多目的交流ゾーン
自然エネルギーの
活用
⑤計画地全体
15

9


新たに在宅支援として、
「地域あんしんセンター」と
「デイサービスセンター」を
「厚生クリニック」に併設して
地域包括支援システムの推進を図る
17

１０


沼田町の特長を活かす
まとまりある市街地
小さなまちをさらにコンパクトに
市街地の歩いて暮らせる範囲に医療福祉・
買い物・住まいなど、生活に必要なサービスを
集約することで、雪国の課題を解決。
また、市街地の旧中学校跡地を活用し、
基幹となる施設整備プロジェクトも進めます。
森林
農地
市街地
コンパクトタウンの範囲
10

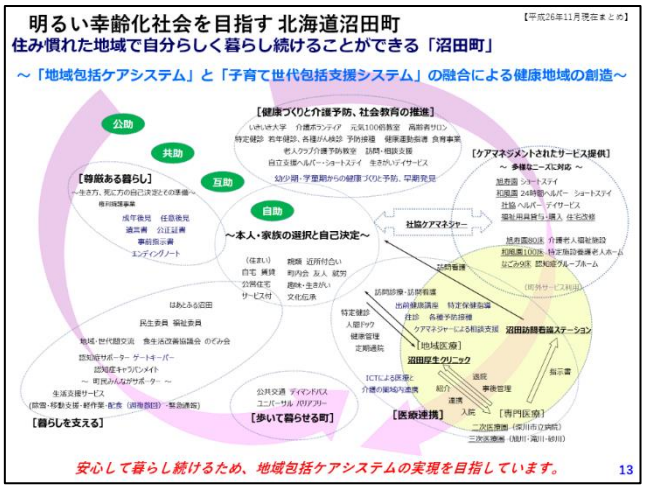
１１

沼田町の「歩いて暮らせるまち」づくり
約1.2km
約2.2km
11

１２

コンパクトタウンが目指す まちのライフスタイル
農村
市街地
守り（安心して暮らせるまち）
攻め（農業分野）
商業・交流
医療福祉
住宅
エネルギー
12

１３



１４

１５

１６

１７

１８

１９

２０

２１

２２

２３

２４

２５

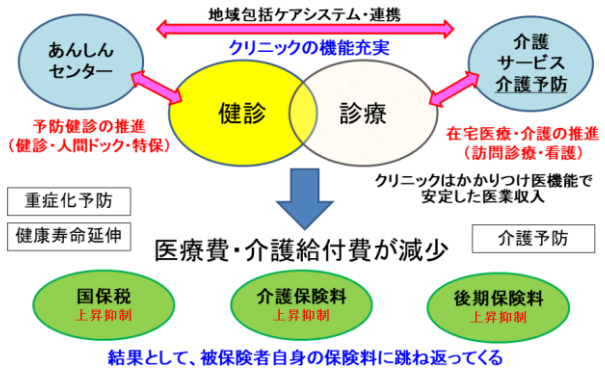
沼田厚生クリニックの機能

	新クリニック(14名)	旧クリニック(16名)
診療科・医師(常勤)	内科1名、外科1名 皮膚科1名(隔週)	内科1名、外科1名 皮膚科1名(隔週)
検査技術科(常勤)	臨床検査技師1名	臨床検査技師1名
放射線技術科(常勤)	放射線技師1名	放射線技師1名
リハビリ科	理学療法士1名(月・火・木)	理学療法士1名(月・火・木)
看護科(常勤)	看護師4名	看護師4名
健診・人間ドック	○	○
特定保健指導	◎	×
訪問診療	○	○
訪問看護	○	○
嘱託医(施設診療)	○	○
学校医(健康診断)	○	○
薬局	院外薬局へ	薬剤師1名、助手1名
医事課	事務長1、事務員2、医療助手1	事務長1、事務員2、医療助手1

25

２６

クリニックの機能充実と波及効果



結果として、被保険者自身の保険料に跳ね返ってくる

26

２７

沼田町 暮らしの安心センター

沼田町 デイサービスセンター

高齢者向けのデイサービスセンターでは
交流を楽しめるオープンなスペースと
静かなスペースが使い分けできる

健康運動器具は、介護予防や健康増進のため
町民だれもが気軽に利用できる

27

２８

沼田町 暮らしの安心センター

沼田 あんしんセンター

ラウンジはコーヒーを飲んだり、本を読んだり
静かに時を過ごすことができる居心地のよいスペース

暮らしの保健室では話したいことをよく聴き
いっしょに考えるお手伝いをする

28

２９

暮らしの保健室とは

1 2 3 の機能を持ち
地域特性や開設者の特性によって、さらに
4 5 6 等の機能にも
発展していくもの。

※第1号である東京都の戸山ハイツの「暮らしの保健室」は、1～6の機能を併せもつ場となっている。

29

３０

暮らしの保健室（毎月１回）

町保健福祉課主催
（年間6回、延べ127人参加）
今年2月から開催。基本毎月1回、健康や医療等に関する講演会や懇談を行っています。

脳の若さを保つために

おなかげんき教室

生きがいデザイサービス（毎週１回）

町社会福祉協議会委託事業
（年間48回、延べ640人参加）
介護予防の事業として、毎週木曜日に開催しています。大正琴サークルや歌声サークルさんの演奏会、健康体操なども行っています。

歌声サークル本誌！

元気はつらつ教室（毎週２回）

スポーツクラブM-link.委託事業
（年間78回、延べ445人参加）
介護予防事業として、毎週火・金曜日に開催しています。3カ月を1クール（24回）とし、今年から年間3クール（72回）実施する予定です。

パワーリハビリや体力測定で筋力と関節機能を維持！

地域医療コミュニティ あったまーる（毎月１回）

町民ボランティア運営事業
（年間12回、延べ350人参加）
地域医療（厚生クリニック）と町民を繋ぐ場として、町民ボランティアの皆さんが毎月1回運営しています。病気関係の話題が毎月続けます。どなたでも参加できますのでぜひ、お越しください！

「血管年齢測定」について
講話

30

３１

安心センターでトレーニングとくつろぎのひと時を。
「大切なのは、時間をつくること。続けていくこと」
自分の時間を作ってトレーニングを楽しむ。
「トレーニングをやってみたいけど、なかなか時間がつくれない」「使い方がよくわからないし、一人で行くのは恥ずかしい」「そもそも運動するキッカケがない」「ダイエットしたい気持ちはあるけど足が向かない」「リハビリとしてやってみたい」など、運動を始めるキッカケを求めている方（運動をしたいと思っている潜在者）はたくさんいらっしゃるのではないでしょうか？
そんな方は、ぜひ安心センターへいらしてください！最初は見学大歓迎です。マシンの使い方は安心センタースタッフが優しく教えます。まず、週１回（３０分程度）で良いので、身体に無理のない範囲で始めていただき、身体の疲労と相談しながら徐々に週２～３回に増やしていきます。身体が慣れてくると、運動で汗を流すことに爽快感も出てきます。常に自分の作れる
↑毎日多くの一般利用者が利用するトレーニングルーム
空いている曜日、時間帯もあるのでご心配なく。
時間、タイミングでトレーニングを楽しんでください。楽しくなければトレーニングを継続することはできません。
トレーニング（健康運動）を通して人生を豊かに。
継続すると効果が必ず出てきます。適度な有酸素運動によって体脂肪率が減ったり、筋肉量が増えたり、基礎代謝率が上がったりして自分のカラダが少しずつ変わっていくことを感じることができます。カラダのバランスが良くなることでやる気も出てきますし、心も体も毎日が充実した生活を送ることができます。
沼田町で、これからの人生を豊かに過ごすためにも、ぜひ安心センターでトレーニング（健康運動）してみませんか？
31

３２

あるくらすウォーキング
みんなで ぬまたを歩きませんか？
毎週土曜日、朝7時に実施中！
「あるくらすウォーキング」は、チラシをご覧になった方やラジオ体操の帰りに参加いただくなど、現在１０数名の方にお越しいただいています。
初回（9/7）は、残念ながら雨天のため中止となりましたが、１４日と２１日は天候に恵まれ無事実施することができました。２１日はスポーツクラブN-Linkの森田指導員によるノルディックポールを使ったウォーキングにチャレンジしていただきました。実際に自身が使うのは初めてという参加者がほとんどで、ノルディックポールの使い方（歩き方）の説明を聞いたあと、旭町高穂コース(4.8km)をノルディックウォーキングで楽しみました。
←9/21は、参加者全員でノルディックウォーキングにチャレンジ！
出発前に森田指導員から、ポールの持ち方や歩き方の説明がありました。
あるくらす
↑9/14の様子。収穫前の稲穂を横目に、楽しくお話しながら歩きました。
32

３３

冬のにぎわい健康応援イベント
沼田町にぎわい活性化イベント
令和2年1月24日(金)17:00～ 安心センター
■開催日程(予定)
時間 1/24(金) 暮らしの安心センター会場
16:30 開場（入場無料）
17:00～ カフェコンサート「アコースティックのタベ」 ジャズギタリスト 畑 秀司
18:00～19:00 沼田町×カネカ 健康応援プロジェクト 健康講演会「サプリメントの考え方」
18:00～20:00 トレーニングマシン説明会 沼田町健康運動指導士 松野友雄
希望者は運動維持参
19:00 還元型コエンザイムQ10無料配布
20:00 終了
カフェコンサートや健康講演会を開催！
入場無料(コーヒー無料提供)
１月２４日（金）に「安心センター冬のにぎわい健康応援イベント」を開催します。
１０月２６日（土）に開催した「にぎわい活性化イベント」に引き続き開催するもので、今回はジャズギタリストによるカフェコンサートや本町と連携協定を結ぶ味カネカとの共同企画による「健康講演会」、「還元型コエンザイムQ10無料配布」を実施します。
また、冬場の運動不足解消に「トレーニングマシン説明会」も同日開催しますので、ぜひ運動靴を持参の上、ご来場ください。
←畑 秀司
（はた しゅうじ）
北海道帯広市出身。韓国在住のジャズギタリスト。アコースティックギターによる巧みなプレイを聴きながら、楽しのひとときを過ごしませんか？
※上記すべてのイベントは、町内外の方どなたでも参加できますので、お誘い合わせの上お越しください。
33

３４

ＩＣＴ機器健康モニター21名が実証実験中！
スマートウォッチやセンサー等でバイタルや環境データを測って健康増進
10/21
11/20
12/8
１０月２１日から北海道総合研究調査会（HIT）が厚生労働省の支援を受けて研究主体となり、奈良県立医科大学（MBTリンク）の協力を得て「健康増進プログラム（ICT健康モニター）実証実験」を本町で実施しています。※ICTとは「情報・通信技術」です。
北海道の豪雪地である本町が実験自治体に選ばれ、４０歳代から８０歳代までの町民２１名がモニターとして参加している事業で、モニターの方には心拍数や歩数、消費カロリー、歩行距離等が計測できるスマートウォッチのほか、気温や湿度、照度、騒音レベル等が計測できる環境センサーと食事の写真等を記録するスマートフォン、GPS等のICT機器が渡され、１月下旬まで使用していただくことになっています。また、一部の方には睡眠センサーや冷蔵庫の温度センサーも配布され、様々な生活データの取得にもご協力いただいています。
本町としても、この取り組みが今後の医療サービスや住環境の整備、高齢者の見守り等に役立つものとして研究に協力していく予定であり、モニターの方からいただいたデータを実用化できるよう産学官で検討していくこととしています。
脳検テストも実施
モニターの方の協力で、脳活性度定期検査も実施しています。タブレット端末を使い、数字の計算や図形変化等の問題に答えていくもので、認知機能データのICT実用化についても期待されています。
↑実証実験に参加する健康モニター。奈良県立医科大学の梅田教授（医学博士）の説明を受け、３カ月の間、ＩＣＴ機器を利用します。８０歳代の高齢の方でもスマートフォン等を駆使し、毎日の健康データ等を自動で同大学の研究センターに送っています。
配布されたICT機器類。左からスマートウォッチ、環境センサー、食事記録用スマートフォン、データ確認用（GPS付）スマートフォン。
34

３５

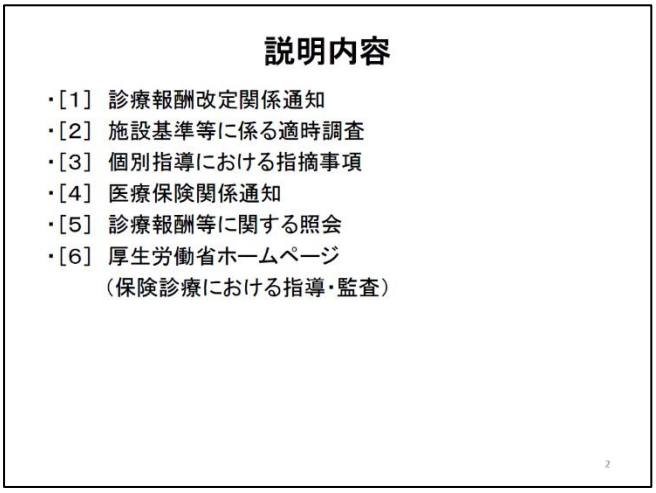
こどもたちの笑顔が
ぬまた町
ぬまたを元気にする
ぬまた町
おおきくなってもこのまちにいたい。
田舎暮らしの良さがぎゅっとつまったまち

情報提供「職員の資質向上に向けて」

（北海道厚生局医療課）

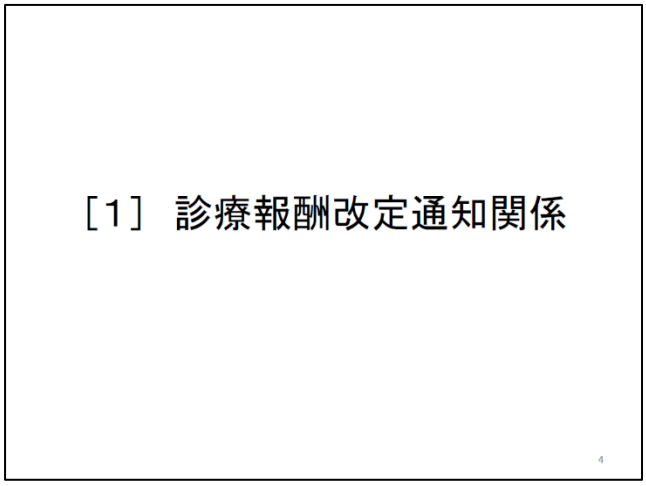
1

2



3

4



5

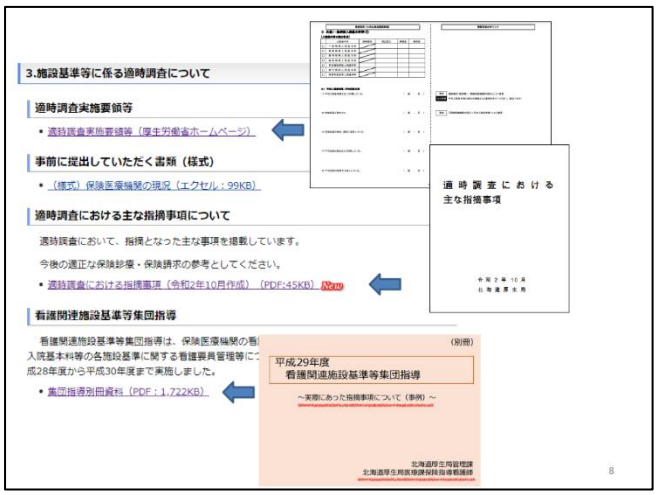
6

7

［2］ 施設基準等に係る適時調査

7

8



9

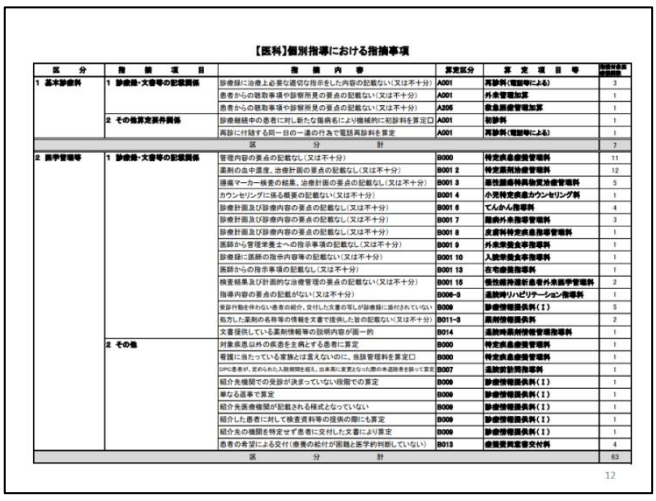
10

［3］ 個別指導における指摘事項

10

11

12



１３

［4］ 医療保険関係通知

13

１４

4.個別指導における指摘事項について

個別指導において、指摘となった事項を掲載しています。

今後の適正な保険診療・保険請求の参考としてください。

- 医科（PDF：234KB）
- 歯科（PDF：323KB）
- 薬局（PDF：142KB）

5.医療保険関係通知等

厚生労働省から発出された医療保険関係の通知については、「医療保険関係通知」に掲載していますのでご確認願います。

日頃から
要チェック！

6.医療保険分野のトピックスについて（厚生労働省ホームページ）

医療保険に係る様々な分野のお知らせについて掲載されていますので、ぜひご活用ください。

医療保険分野のトピックス（厚生労働省ホームページ）

7.保険医療機関等の一覧及び施設基準の届出状況

全道の保険医療機関一覧表、新規指定保険医療機関・保険薬局一覧表、施設基準等の届出受理医療機関名簿等は、北海道厚生局ホームページ「主な業務別情報」の「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について」に掲載していますのでご活用ください。

14

１５

北海道厚生局
Hokkaido Regional Bureau of Health and Welfare

ご意見・ご要望　お問い合わせ（ご質問）

文字サイズ　縮小　拡大　色合い　標準　青　黄　黒　→厚生労働省

ホーム　アクセス　申請等手続き　業務内容　北海道厚生局について　調達情報　情報公開　管轄法人等

北海道厚生局 > 北海道厚生局について > 北海道厚生局からの情報発信 > 保険医療機関・保険薬局の方々へ ～北海道厚生局 指導部門～ > 医療保険関係通知等を掲載しています。

更新日：2020年9月29日

医療保険関係通知等

- 令和2年度診療報酬改定に伴う関係法令等（厚生労働省ホームページ）
- 令和元年度診療報酬改定に伴う関係法令等（厚生労働省ホームページ）
- 平成30年度診療報酬改定に伴う関係法令等（厚生労働省ホームページ）
- 療担規則・薬担規則・療担基準・掲示事項告示等
- 診療報酬の算定関係 New
- 診療報酬請求書等の記載要領等
- 医薬品の薬価基準等 New

15

１６

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省　ホーム

テーマ別に探す　報道・広報　政策について　厚生労働省について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和2年度診療

令和2年度診療報酬改定について

照会先

診療報酬に関するお問い合わせ先について

第１　令和２年度診療報酬改定に係る経緯

- 令和元年12月11日　診療報酬改定の基本方針（社会保障審議会医療保険部会
- 令和元年12月17日　診療報酬改定について
- 令和２年１月15日　令和２年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理
- 令和２年１月15日　厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会に諮問

中央社会保険医療協議会の議事録や会議資料等はこちら

第２　改定の概要

【事務連絡】

名	称	番号・日付
(1)	1 医療機器に係る保険適用希望書の記載例等について	令和2年3月5日
	2 体外診断用医薬品に係る保険適用希望書の記載例等について	令和2年3月5日
(2)	3 領域名コードの統一の推進について	令和2年3月27日
(3)	1 機能解釈資料の送付について（その1）	令和2年3月31日
	2 機能解釈資料の送付について（その2）	令和2年4月1日
	3 機能解釈資料の送付について（その3）	令和2年4月7日
	4 機能解釈資料の送付について（その4）	令和2年4月9日
	5 機能解釈資料の送付について（その5）	令和2年4月16日
	6 機能解釈資料の送付について（その6）	令和2年4月20日
	7 機能解釈資料の送付について（その7）	令和2年4月30日
	8 機能解釈資料の送付について（その8）	令和2年5月1日
	9 機能解釈資料の送付について（その9）	令和2年5月7日
	10 機能解釈資料の送付について（その10）	令和2年5月8日

16

１７

事務連絡
令和２年３月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その１）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和２年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月５日保医発0305第１号）等により、令和２年４月１日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添１から別添５のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

（別添１）

医科診療報酬点数表関係

【再診料（電話等による再診）】

問１　区分番号「Ａ００１」再診料のうち、注９に規定する電話等による再診について、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に必要な診療情報を文書等で提供した場合は、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（１）を算定できるとあるが、例えば、夜間に患者から連絡を受けて当該指示を行い、診療情報の提供を行うまでに日付が変わった場合は算定できないか。

（答）診療情報の提供は、受診の指示を行った後、速やかに行う必要があるが、診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。

【オンライン診療料】

問２　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料について、オンライン診療を実施しようとする月の直近３月の間、当該疾患について毎月対面診療を行う医師は、オンライン診療を行う医師と同一のものに限られるか。

（答）そのとおり。

問３　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料について、「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とあるが、現に通院又は訪問を行っている患者であれば、通院又は訪問に一定の時間を要する場合であっても対象としてよいか。

（答）その場合も対象としてよいが、当該要件における「日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者」とは、目安としては、概ね30分以内に通院又は訪問が可能な患者を想定している。

問４　区分番号「Ａ００３」オンライン診療料について、算定可能な対象に「一次性頭痛であると診断」された患者とあるが、当該頭痛にはどのような疾患が含まれるか。

（答）片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛等が含まれる。

17

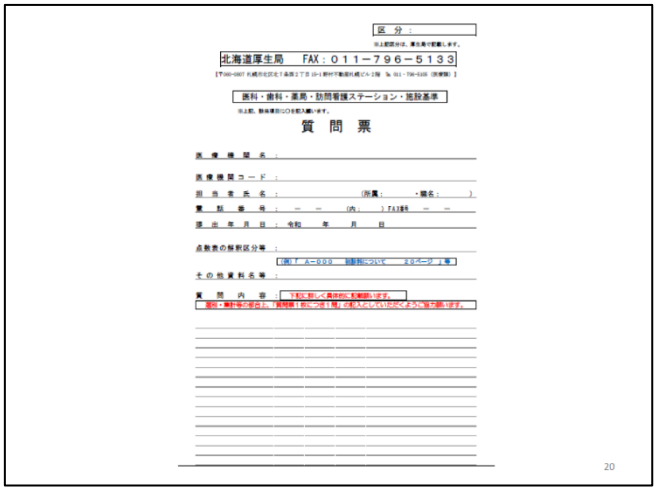
１８

［5］ 診療報酬等に関する照会

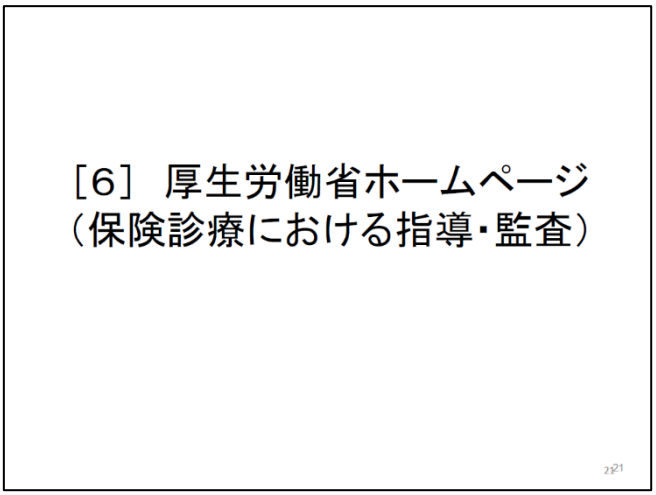
18

１９

２０

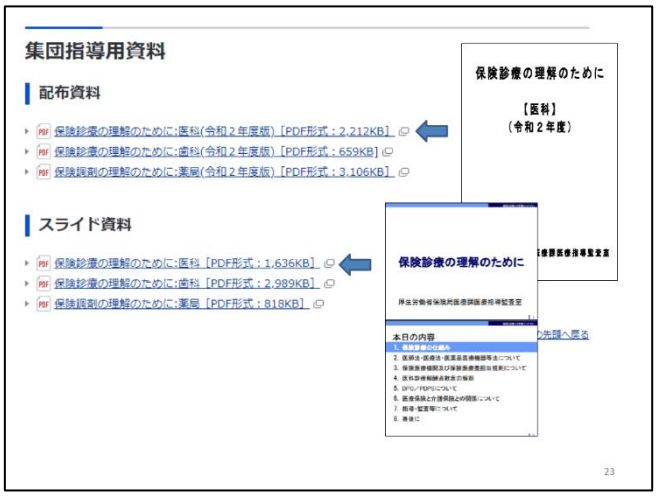


２１

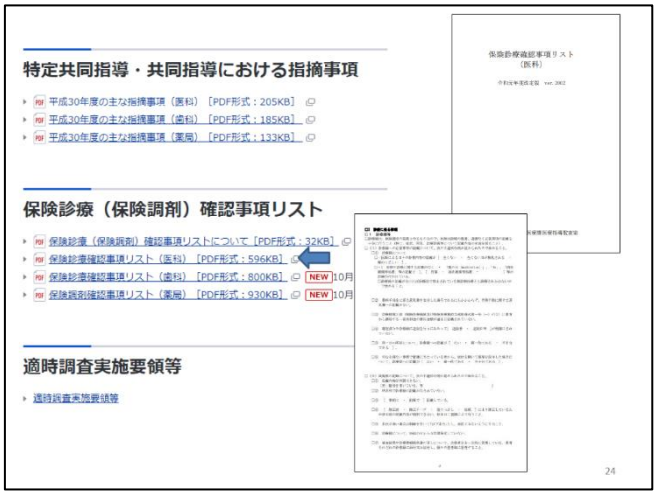


２２

２３



２４



２５

□Ⅰ　診療に係る事項
□１　診療録等
□診療録は、保険請求の根拠となるものなので、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項の記載を十分に行うこと（特に、症状、所見、治療計画等について記載内容の充実を図ること）。
□（１）診療録への必要事項の記載について、次の不適切な例が認められたので改めること。
□①　診療録について
□・医師による日々の診療内容の記載が［　全くない　・　全くない日が散見される　・　極めて乏しい　］。
□・［　医師の診察に関する記載がなく　・　「薬のみ（medication）」、「do」、「消炎鎮痛等処置」等の記載で　］、［　投薬　・　消炎鎮痛等処置　・　　］等の治療が行われている。
□診療録の記載がなければ医師法で禁止されている無診察治療とも誤解されかねないので改めること。

□②　傷病手当金に係る意見書を交付した場合であるにもかかわらず、労務不能に関する意見欄への記載がない。

□③　診療録第３面（保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第一号（一）の３）に患者から徴収する一部負担金の徴収金額が適正に記載されていない。

□④　確定済みの診療録に追記を行うにあたって［　追記者　・　追記日時　］が明確にされていない。

□⑤　同一日の再診について、診療録への記載が［　ない　・　画一的である　・　不十分である　］。

□⑥　やむを得ない事情で看護に当たっている者から、症状を聞いて薬剤を投与した場合について、診療録への記載が［　ない　・　画一的である　・　不十分である　］。

25

２６

関係法令等

- 指導監査の根拠規定[PDF形式：58KB]
- 指導大綱、監査要綱[PDF形式：132KB]
- 指導・監査の流れ[PDF形式：60KB]
- 集団的個別指導及び個別指導の選定の概要について[PDF形式：312KB]

指導・監査の実施状況

平成30年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について

保険診療に関する照会先

- 地方厚生局都道府県事務所一覧

集団的個別指導及び個別指導等の選定の概要について

保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対する指導等については、健康保険法第73条の規定に基づき実施されているが、その詳細については、指導大綱、指導大綱実施要領等に定められている。

1　集団的個別指導とは

保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分（下記（5）参照）に応じて、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等を一定の場所に集めて講義形式等で行う指導である。

（1）指導対象となる保険医療機関等とは

レセプト1件当たりの平均点数が次の都道府県の平均点数の一定割合を超えるもの
・医科病院の場合は1．1倍
・医科診療所、歯科病院及び歯科診療所、薬局の場合は1．2倍
　かつ、
・前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分（下記（5）参照）ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね8%の範囲のものが対象となる。

1．1倍かつ、1．2倍以上であって、前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分（下記（5）参照）ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね8%の範囲のものが対象となる。

27

２７

集団的個別指導及び個別指導の選定の概要について

保険医療機関及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）に対する指導等については、健康保険法第73条の規定に基づき実施されているが、その詳細については、指導大綱、指導大綱実施要領等に定められている。

1　集団的個別指導とは

保険医療機関等の機能、診療科等を基準とする類型区分（下記（5）参照）に応じて、診療（調剤）報酬明細書（以下「レセプト」という。）の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等を一定の場所に集めて講義形式等で行う指導である。

（1）指導対象となる保険医療機関等とは

レセプト1件当たりの平均点数が次の都道府県の平均点数の一定割合を超えるもの
・医科病院の場合は1．1倍
・医科診療所、歯科病院及び歯科診療所、薬局の場合は1．2倍
　かつ、
・前年度及び前々年度に集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等を除き、類型区分（下記（5）参照）ごとの保険医療機関等の総数の上位より概ね8%の範囲のものが対象となる。

27

２８

（2）使用する基礎データとは

社会保険診療報酬支払基金及び都道府県国民健康保険団体連合会で管理されている保険医療機関等ごとのデータ

（3）算出に使用するレセプトの種類とは

社会保険、国民健康保険の一般分及び後期高齢者分

（4）レセプト1件当たりの平均点数の算出方法とは

類型区分（下記（5）参照）ごとに、保険医療機関等のレセプトの総点数をレセプトの総件数で除したもの。

28

２９

（5）類型区分とは

《病院：3区分（入院データ）》
①一般病院 ②精神病院 ③臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院

《医科診療所：12区分（入院外データ）》
① 内科（下記②、③の区分に該当するものを除き、呼吸器科、消化器科（胃腸科を含む。）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科を含む。）
② 内科（下記③の区分に該当するものを除き、在宅療養支援診療所に係る届出を行っているもの。）
③ 内科（主として人工透析を行うもの（内科以外で、主として人工透析を行うものを含む。））
④ 精神・神経科（神経内科、心療内科を含む。）
⑤ 小児科
⑥ 外科（呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児外科、こう門科、麻酔科、形成外科、美容外科を含む。）
⑦ 整形外科（理学療法科、リハビリテーション科、放射線科を含む。）
⑧ 皮膚科
⑨ 泌尿器科（性病科を含む。）
⑩ 産婦人科（産科、婦人科を含む。）
⑪ 眼科
⑫ 耳鼻いんこう科（気管食道科を含む。）

《歯科診療所及び薬局》
それぞれ1区分

３０

2　個別指導とは

診療報酬請求等に関する情報提供があった場合、個別指導を実施したが改善が見られない場合、集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当（※）する場合等に、保険医療機関等を一定の場所に集める等して個別面談方式により行う指導である。
また、個別指導の実施件数については、医科、歯科及び薬局ごとの類型区分ごとに全保険医療機関等の4%程度を実施することとしている。
※ 高点数保険医療機関等に該当する保険医療機関等とは、翌年度の実績において、集団的個別指導を受けたグループ内の保険医療機関等の数の上位より概ね半数以上である保険医療機関等を指す。
※ 令和３年度は、高点数保険医療機関等に該当する場合による個別指導は実施しない。

30

３１

7.保険医療機関等の一覧及び施設基準の届出状況
全道の保険医療機関一覧表、新規指定保険医療機関・保険薬局一覧表、施設基準等の届出受理医療機関名簿等は、北海道厚生局ホームページ「主な業務別情報」の「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について」に掲載していますのでご活用ください。
8.保険医療機関等及び柔道整復師等において不正請求等が行われた場合の取扱いについて
保険医療機関等及び柔道整復師等において不正請求等が行われた場合の取扱い及び直近の事案については、「不正請求等が行われた場合の取扱いについて」をご覧ください。
9.お願い・お知らせ
診療報酬、調剤報酬の算定方法等に関する、事務担当者の方からのご照会方法
ご照会の際は以下の用紙に必要事項を記入して、下記へFAXをお願いします。内容を検討して担当者からご回答します。
質問票（（ワード：37KB）、（一太郎：42KB）、（PDF：20KB））
送信先　FAX　011-796-5133
ご回答まで数日を要しますのでご了承ください。
10.厚生局職員を装った不審な電話にご注意ください
厚生局職員を名乗る者からの不審な電話にご注意ください
31

３２

北海道厚生局
Hokkaido Regional Bureau of Health and Welfare
ホーム
アクセス
申請等手続き
業務内容
北海道厚生局について
講座情報
情報公開
管轄法人等
北海道厚生局 > 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等について
更新日：2020年10月7日
保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等について
1. 保険医療機関・保険薬局の指定等の状況
保険医療機関・保険薬局一覧表（都市区別）
保険医療機関・保険薬局一覧表（コード内容別）
保険医療機関・保険薬局 新規指定機関一覧表
5. 平均点数の状況
北海道内の保険医療機関等の診療科別平均点数一覧表（令和2年度）（PDF：26KB）
（参考）集団的個別指導及び個別指導の選定の概要について（PDF：99KB）
6. はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱いの状況
はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱い施術所一覧
32

３３

令和２年度　北海道内の保険医療機関等の診療科別平均点数一覧表
1 医科
(1)病院
一般病院 55,427 点
精神病院 39,657 点
その他(臨床研修指定病院・大学附属病院・特定機能病院) 61,498 点
(2)診療所
内科(人工透析有以外(その他)) 1,327 点
内科(人工透析有以外(在宅)) 1,655 点
内科(人工透析有) 4,514 点
精神・神経科 1,094 点
小児科 971 点
外科 1,377 点
整形外科 1,306 点
産婦科 782 点
泌尿器科 1,666 点
産婦人科 1,198 点
眼科 1,040 点
耳鼻咽喉科 999 点
2 歯科 1,410 点
3 薬局 1,269 点
33

３４

ご清聴ありがとうございました。
北海道厚生局ホームページをご活用
いただき業務にお役立てください！
MAP
札幌駅
地下鉄南北線さっぽろ駅
地下鉄東豊線さっぽろ駅
34

【参考】沼田町の取組概要

※平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「北海道の『地域医療構想』と地域包括ケアの連携を実現する『住民主体のまちづくり』促進に向けた調査研究　報告書」（ｐ53～）より抜粋

２　沼田町「農村型コンパクトエコタウン構想」の推進

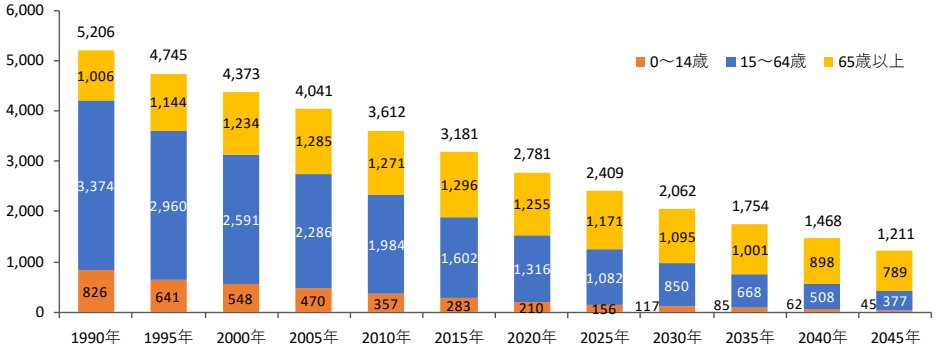
（１）沼田町の概要

沼田町は、農業（水稲・花卉）が基幹産業の町である。面積が 283.35 ㎢と北海道の町村としては小規模で、もともと中心地に商業施設や医療・福祉施設が点在していた。

人口の推移をみると、1955 年の 19,362 人をピークに減少し、平成 30 年には約 3,100 人、農家は約 160 戸となっている。

平成 19 年には沼田厚生病院（42 床）の赤字問題、その後 A コープの赤字と建て替え問題も表面化し、医療機能のあり方については町が、商業機能のあり方については商工会が中心となって議論を進めることとなった。

図表Ⅲ－２－１　人口の推移と推計



	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
65歳以上	19.3%	24.1%	28.2%	31.8%	35.2%	40.7%	45.1%	48.6%	53.1%	57.1%	61.2%	65.2%
15～64歳	64.8%	62.4%	59.2%	56.6%	54.9%	50.4%	47.3%	44.9%	41.2%	38.1%	34.6%	31.1%
0～14歳	15.9%	13.5%	12.5%	11.6%	9.9%	8.9%	7.6%	6.5%	5.7%	4.8%	4.2%	3.7%

資料：【実績値】国勢調査、【推計値】「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

（２）取組の背景

沼田町が「農村型コンパクトエコタウン」構想の策定に至る背景には、沼田厚生病院と A コープの撤退危機問題の 2 つの出来事があった。

①沼田厚生病院の赤字問題と医師・看護師等の確保困難

沼田厚生病院は、昭和 17 年 12 月、北聯沼田久美愛病院として開設された。昭和 49 年、救急告示指定病院、49 年歯科の開設と続くが、その後、結核病棟の一般病棟への変更、歯科の廃止、病床変更と縮小を繰り返し、介護保険制度導入とともに一般病床の一部を療養型（74 床）に転換したが、病床の廃止や休床が続いた。

平成 19 年より、沼田厚生病院は町から赤字（運営損失金）の全額補填を受ける。平成 20 年、42 床に縮減したものの、稼働病床は 10 床程度、外来患者も減少し、病院の建て替え費用や医師・看護師等人材確保が困難となっていった。

平成 26 年 4 月、病床および救急告示を廃止し、無床診療所に移行。沼田厚生クリニックに名

称を変更した。その後、平成 28 年 4 月には公設民営の町立診療所に移管。指定管理制度のもと、従来どおり北海道厚生連が運営を担うこととなった。

平成 29 年 7 月、「暮らしの安心センター」に新築、移設。予防機能を重視し、最新の検査機器・医療機器を充実させ、人間ドックにも対応。医師 2 名体制（外科、内科）、安心センター内に設置された「暮らしの保健室」等との情報交換など地域連携強化を図っている。

＜町立沼田厚生クリニックの経緯＞

昭和 17 年 12 月	北聯沼田久美愛病院として開設（12 床）
38 年 6 月	病床数 143 床（一般病床、結核病床、伝染病棟など）
49 年 3 月	救急告示病院指定
平成 26 年 4 月	厚生連のまま、無床診療所に転換
28 年 4 月	町立となり、指定管理制度のもと北海道厚生連が運営
29 年 7 月	「暮らしの安心センター」に移設

＜30 年 2 月現在の診療体制＞

内科、外科、皮膚科の 3 科
常勤医師 2 名体制
最新医療機器を整備し、人間ドックにも対応。予防医療に力をいれている。

②Aコープぬまたの閉店問題

「A コープぬまた」は、生鮮食料品を扱うスーパーマーケットとして、住民の生活を支えてきたが、買い物客の減少から収益が悪化し始めた。また、建物の老朽化から建て替え議論が浮上したが、店舗は赤字であり経営の危機が表面化してきた。建て替えコストに見合う収益の確保が見込まれないことから、農協では、A コープは閉店し、事務所のみの建て替えを検討することとなった。

町では、住民の商環境を守るため、商工会と協議。商工会では臨時総会を開催し、A コープの建て替えではなく、商業施設の新設について検討を行った。商工会内に「商店街中核施設検討委員会」が設置され、住民の町内外の消費動向、満足度などを把握する全戸対象のアンケート調査を、また、市場調査、事業採算性調査を実施した。

町と商工会、JA が「沼田町商業施設検討合意書」を締結、協議を重ねてきた。合わせて、平成 20 年に商工会会長ほか有志で設立したまちづくり会社を、平成 27 年に商工会、JA、町が出資して「㈱まちづくりぬまた」として再編成（商工会 200 万円、町と JA がそれぞれ 100 万円）、複合商業施設「まちなかほっとタウン」の運営にあたることとした。

平成 29 年 9 月、元の A コープの場所に「まちなかほっとタウン」がグランドオープン、「ダ・マルシェ」（元の A コープ面積の約半分）のほか、観光協会、㈱まちづくりぬまたが入居、コミュニティスペースを設け、住民主体のイベントが開催されている。新生「㈱まちづくぬまた」は地域商社として活動している。

（3）沼田厚生病院の存続問題と町の対応

沼田厚生病院への対応からスタートして、町の医療機能をどのように維持していくか、町の対応は、大きく 2 期に分けて整理することができる。第 1 期は、平成 19 年度の沼田厚生病院損失金全額補填にかかわる協定締結や、各種社会保障制度改革を背景として、当初は行政を中心に検討を進め、平成 25 年 3 月に無床診療所化を決定するまでの時期。同時に、施設整備を行うにあたり、保健・医療・介護の拠点施設の整備を盛り込んだ「ぬまた暮らし安心生活サポート戦略」を策定した。

第 2 期は、平成 25 年 5 月、住民に向けて「農村型コンパクトエコタウン構想」の推進を表明し、住民ワークショップ等を中心に、基本構想から基本計画を策定し、具現化に向けて検討した時期で、施設の整備は平成 29 年秋に完成したところまでである。

１）第１期：

①厚生連との協議開始

平成 18 年～19 年の初めころ、厚生連から沼田町を含め厚生連医療機関が所在する市町村に対して運営損失金の全額補填を検討してほしいという提案があった。それを受け、沼田町では平成 19 年 9 月に「沼田厚生病院の運営に係る協定」を締結し、運営損失金の全額補填を開始することとなった。

補填額は毎年増加し、さらには、施設の老朽化から建て替え問題が表面化し、新たな建設費用の負担をどうするかが課題となっていた。

一方、医療に関する各種制度の施行や改正が相次ぎ、各種病院改革ガイドラインの趣旨等も踏まえ、単に運営費補助の問題ではなく、町の地域医療体制にかかわる課題の整理とあり方を検討する必要性が庁内でも議論されるようになった。

②有識者会議「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」の提言

以上のような背景を踏まえ、「地域医療体制の役割・あり方」を検討するため、町長の諮問委員会として「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」が設置された（平成 20 年 12 月～平成 22 年 3 月）。委員会は、一般の町民 10 人からなり、全 10 回開催され、町内医療・福祉施設の視察・ヒアリング、町外施設の視察・研修を実施した上で、考え方を整理し、以下のような答申を示した。

「沼田町高齢者保健医療福祉計画策定委員会」の答申
・沼田中学校跡地に、デイケアサービスを併設した 30 床の一般病院を建設する。 ・上記に加え、同敷地内に、小規模多機能型居宅介護事業所（公設公営に限定されない）、旭寿園サテライト（10 床ユニット個室）、高齢者対応住宅を設置し、高齢者の医療介護サービスの一体化を図る。

③厚生連との協議

厚生連では、深刻な医師不足を抱えており、本部では専属で平成 22 年 4 月に医師確保対策室を置いて対応していた。

上記の答申に対しては、病院を存続した場合の職員の確保、夜勤体制の確保、外来・入院患者の減少等の課題が示された。

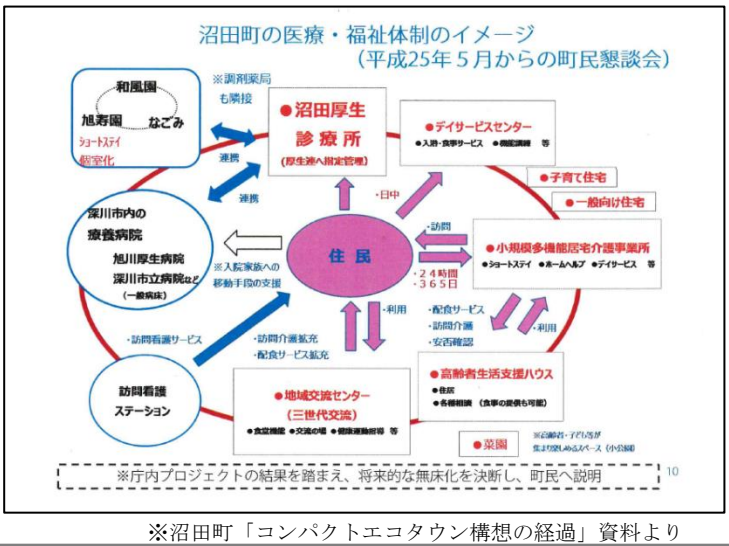
④庁内プロジェクトチームによる検討

こうした状況を踏まえ、平成 24 年 6 月、庁内プロジェクト会議「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」が設置された。

メンバーは、病院問題のみならずまちづくりの課題としてとらえるため、財政、建設の課長、及び保健福祉の課長と主幹が参加し、事務局は政策推進室が担当した。

プロジェクトチームは、道内の同規模自治体 10 ヵ所以上における医療・介護供給体制を視察・調査のほか、厚生連から沼田病院の将来シミュレーションの提供を受けるなど検討を重ねた。

図表Ⅲ－２－２　沼田町の医療・福祉体制イメージ



※沼田町「コンパクトエコタウン構想の経過」資料より

在宅医療・福祉・介護をどのような形で提供できるかを検討し、町立無床診療所、新たな総合生活サービスシステムを中学校跡地に整備することを盛り込んだ「ぬまた暮らし安心生活サポート戦略」を平成 25 年 3 月に提案した。

⑤庁内への説明

平成 25 年 4 月に、初めて庁内職員への説明があり、その後、平成 25 年 8 月、政策推進室に専属部署を設置した。

⑥第１回目の町民説明会

「沼田町の医療・福祉体制の今後を考えよう」として町民懇談会が開催された（平成 25 年 5 月～7 月、11 会場、246 名の参加)。

医療に関する説明は保健福祉課、まちづくり・コンパクトエコタウン構想については政策推進室が担当した。町民からは大きな反対はなく、理解が得られた。

２）第２期：住民ワークショップを中心とした構想の具体化

①厚生連との協議

コンパクトエコタウン構想を進めるにあたり、厚生連から町に対して、外部コンサルタント等の力を借りて住民の理解促進と住民の意向を踏まえた施設整備を進めることが望ましい、との提案があった。そのことも踏まえて、住民ワークショップのノウハウを持ち、道外の先進事例にも詳しい外部コンサルタントに業務を委託した。

②「農村型コンパクトエコタウン」構想推進表明

市街地の歩いて暮らせる範囲に医療福祉・買い物・住まいなど、生活に必要なサービスを集約することで雪国の小規模自治体が抱える様々な課題を解決し、住民主体で自分らしく暮らし続けられるまちづくりを進めるための「農村型コンパクトエコタウン」構想推進表明を平成 25 年 9 月に行い、同年 10 月より策定を開始した。

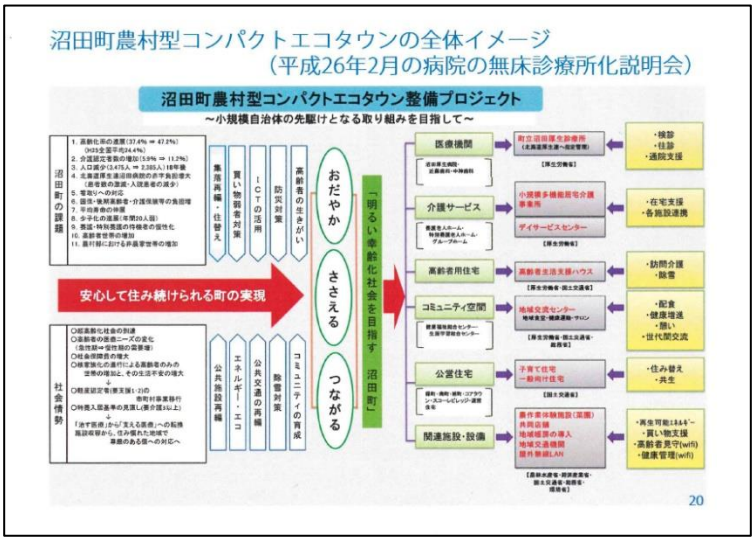
③第２回町民説明会

平成 25 年末、厚生連から、26 年 4 月から無床診療所化の申し入れがあった。それを踏まえ、平成 26 年 2 月に「沼田厚生病院の無床診療化に伴う町民説明会」として第 2 回町民説明会を開催した。

急遽行った説明会のため会場を限定して開催したほか（全 9 会場、363 人が参加)、資料を郵送にて全戸配布し、広報誌でも広く知らせた。

無床化に対する不安はあったものの、ケース別に対応方法を紹介し、理解を求めた結果、大きな混乱はなかった。

図表Ⅲ－２－３　沼田町農村型コンパクトエコタウンイメージ



※沼田町「コンパクトエコタウン構想の経過」資料より

（４）住民ワークショップによる住民と行政の課題共有

基本構想を策定するため、住民説明会を開催、まちづくりのこれからを考える会を経て、町民ワークショップを開催し、町民による議論を進めた。さらに、町民ワークショップは、2 つのステージに分けられ、「これから塾」として町民が勉強するステージ、「つながる塾」として町民自身が考え、動いて「暮らしの安心センター」の機能を検討するステージ（基本計画策定）で議論を進めた。

一方、多職種連携ワークショップ（関係主体 WS）を開催、医師、保健師、介護職など町内外の関係者を集めた会議体を結成した。活動をしているうちに、この WS は、町民 WS と統合されることとなった。

①開催概要

平成 25 年 10 月からスタートし、ワークショップには毎回 30 名から 60 名の住民が参加した。

行政による住民ヒアリングや住民同士の意見交換会も含め、ワークショップを 20 回以上開催。住民の議論を繰り返して、平成 27 年 10 月、基本計画策定に至り、住民による活動報告が行われた。

時　期	ワークショップ	
平成 25 年 10 月～12 月	住民ヒアリング	
平成 26 年 1 月～3 月	住民ワークショップ	職員ワークショップ
平成 26 年 4 月～7 月	これから塾①～④ （町民勉強会）	多職種連携ワークショップ①～④ （関係主体ワークショップ）
平成 26 年 8 月～12 月	つながる塾①～⑤ （住民ワークショップ）	

②住民へのアプローチ（巻き込み方）の成功要因

住民へのアプローチ（巻き込み方）の成功要因としては、以下の 3 点をあげることができる。

◆行政と住民の課題共有が図られたこと

行政から率直な現状と課題の提示およびまちづくりの方向性が提示され、商業施設の運営については、ダ・マルシェの誘致、新たにまちづくり会社を設立するなどの構想が提示され、住民との信頼関係ができた。

◆ワークショップの進行を、外部コンサルタントに依頼し、外部の専門家の目を導入したこと

住民同士が利害を超えて、持続可能な町づくりのための議論ができた。

◆住民が自らアクションを起こして調査を実施したこと

住民が、小規模多機能施設の視察、空き家調査とマップ作成、福祉とまちづくりの先進地視察等を行い、将来のまちの在り方を検討した。

住民のまちのイメージを具体的な図面や絵に落とし込んだ。施設整備事業者の公募資料に住民 WS の一連の検討資料が添付され、住民意向を組むことができる設計者を選定した。

図表Ⅲ－２－４　沼田町の市街地

「農村型コンパクトエコタウン構想」による市街地は概ね 2.2 ㎞×1.2 ㎞。

（５）財源の確保策

主な財源の確保策は以下の通りである。

○平成 26 年 5 月　特定地域再生事業補助金事業に選定される（内閣府）
　　地域活性化モデルとして「農村型コンパクトエコタウン」
　　7 月　地域活性化モデル　各府省庁総合コンサルティングを町で開催
○平成 27 年度　　地域再生戦略交付金（内閣府）
　　まちなかほっとタウンの整備
　　暮らしの安心センターの整備
○平成 28 年度　　地域・まちなか商業活性化支援事業費補助金（経済産業省）

（６）取組が成功した主な要因

沼田町において、医療機能の再編とまちづくりを一体のものとして取り組み、成功している要因は以下のようにまとめることができる。

①庁内体制の整備

医療機能とまちづくりを合わせて検討する「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」では、事務局を政策推進室が担当し、メンバーとして複数の部署で取り組んだことにより、病院の問題のみならず、沼田町全体のまちづくりの課題としてとらえることで、住民のニーズにも対応した議論を進めることができたのではないか。

②町長の決断と町民説明・ワークショップ

現町長は平成 23 年 5 月に就任後「厚生病院問題について本気で取り組まなければならない」として、平成 24 年 6 月に「病院・高齢者福祉施設検討プロジェクト」を庁内に立ち上げた。厚

生連との協議にも自ら参加するなど、町立無床診療所への移管及びコンパクトエコタウン構想に向けての検討を町長が中心となって進めていった。

病院の財政状況を含め、町民に対しても具体的な数字を示して説明会を開催することにより、住民の納得を得るとともに、医療や介護が必要になる場合分けごとに対応方法を説明して不安を取り除いた。

外部コンサルタントの活用をいち早く決めて町民を巻き込むワークショップを開催するなど、町が一体となって取り組むことで成功につながった。

③町民力

沼田町には 40 年以上続く「夜高あんどん祭り」があるが、この祭りでは、行政、商工会、観光協会、農協、一般町民が「みんなで協力する」ことが根付ており、みんなで協力することがごく自然と「まちづくり」につながっている。

そのため、厚生病院の無床化問題や A コープの閉店問題などの際も、町民みんなで協力し、困難を乗り切るという町民性が、大きな反対や混乱も見られず、スムーズに議論が進められた要因の 1 つではないかと推察される。

④厚生連との関係

厚生連とは、無床診療化に向けて多くの議論の場を持ち、コミュニケーションを十分に図っていた。

厚生病院の無床化が決まった際には、近隣市町村の病院へ、入院患者の受け入れの協力依頼に厚生連と町が一緒に訪問した。診療所が無床化した平成 26 年 4 月からは、介護職員のスキルアップを図るため、それまでの厚生病院の看護師長を 1 年間、町立の特養に出向するなど、新たな体制へのサポートも行っており、町と厚生連は良好な関係を保ちながら無床化への変換を進めていた。

図表Ⅲ－２－５　沼田町の２つの拠点施設

沼田町暮らしの安心センター	
◇沼田あんしんセンター ・介護等の相談窓口 ・暮らしの保健室 ◇デイサービスセンター ・デイサービス・介護予防事業 ◇なかみちカフェ ・カフェ ・地域医療コミュニティカフェ「あったまーる」 ◇なかみちライブラリー	◇町立沼田厚生クリニック ・診療科：内科・外科・皮膚科 ・医　師：院長（外科）、医師（内科）、旭川厚生病院派遣医師（皮膚科） ・スタッフ：看護師 4 名、理学療法士（派遣）1 名、臨床検査技師 1 名、診療放射線技師 1 名、事務長 1 名、事務員 2 名、医療助手 1 名 ◇健康運動室（トレーニングルーム） ・トレーニングマシン・からだ測定コーナー
まちなかほっとタウン	
◇ダ・マルシェ（スーパーマーケット） ◇ＪＡバンク ◇観光協会 ◇ＪＡ事務所	◇美容室 ◇チャレンジショップ ◇物産サービスセンター ◇イベント広場

令和２年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
地域医療構想と地域包括ケアの連動した「人口減少対応型まちづくり」の促進に向けた実証的検証事業
「自治体立病院向け説明会」

「公立病院等のダウンサイジングとまちづくりと連動したバージョンアップ」取組み推進のための手引き

目　　次

はじめに

Ⅰ　今、なぜダウンサイジング＆バージョンアップか..... 1

Ⅱ　検討に進む前に 2
１．ダウンサイジングとバージョンアップを両輪として取り組む.....2
２．フェーズ１とフェーズ２のプロセス 4

Ⅲ　フェーズ１（医療機能と提供体制再編の意思決定） **6**
１．体制整備.....6
２．検討のゴールとプロセスイメージ.....7
３．データ整理と分析 7

Ⅳ　フェーズ２（介護連携・まちづくりとの連動で考える） **21**
１．検討体制の構築.....21
２．まちづくりの課題整理とコンセプトワーク.....21
３．基本計画とシミュレーション.....22
４．住民説明と計画推進.....22

Ⅴ　自治体の取組事例 **23**

令和３年３月１０日

一般社団法人北海道総合研究調査会

はじめに

○公立病院を含む医療機関を取り巻く環境は大きく変化している。特に人口減少、高齢化は中小規模の自治体立の病院に大きな影響をもたらし、経営が悪化し、行政からの繰入金も膨らんでいるところも少なくない。
○当会では、老人保健健康増進等事業の調査研究としてモデル自治体を対象に、限られた医療資源を活用し、地域包括ケアシステムの中で求められる医療機能を検討する場の設置と議論の進め方（ダウンサイジング）と、まちづくり（バージョンアップ）を連動するプロセスを検討し、「見える化」を進めてきた。
○本マニュアルは、平成 30 年度から令和 2 年度の老人保健健康増進等事業の成果をまとめたものである。
○ダウンサイジングとバージョンアップの検討プロセスを「フェーズ１」と「フェーズ２」に整理している。特にフェーズ１のデータ分析の活用の方法に焦点をあてて取りまとめる。

Ⅰ　今、なぜダウンサイジング＆バージョンアップか

人口減少・高齢化に伴う受診動向の変化、医療系人材の不足など地域の公立病院等を含む医療機関を取り巻く環境は大きく変化している。

●地域医療構想の背景

・自治体立病院に対して、国では「新公立病院改革ガイドライン」を示し、都道府県が策定する地域医療構想に合わせて、公立・民間を含めた広域圏の中で、当該医療機関の果たすべき役割、地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割等を定め、経営の効率化を進めるよう求めている。
・医療需要の将来推計を基に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携が求められている。

●地域包括ケアシステムの構築から成熟へ

・自治体は、介護保険の保険者として、地域の実情に応じて医療と介護サービス、介護予防、生活サービス、住まいを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を 2025 年までをめどに進めているところである。その中で在宅医療と介護連携の推進は大きな課題となっており、地域包括ケアシステムの成熟に向けて地域の医療機関と介護の連携が求められている。

●公立病院、有床診療所が直面する課題

・特に中小規模の自治体においては、急速な人口減少とともに高齢化が進んでいるが、すでに高齢者数も減少しているところもある。高齢化の進展は疾病構造の変化をもたらすとともに、人口減少は患者数の減少をもたらすことが想定される。
・一方、生産年齢人口が減少し、すでに医療・介護人材は不足しているところが、さらに深刻になることが想定される。人材確保が困難となることによって病床や施設を維持できない状況に追い込まれているところもある。むしろ今後は、人材確保が困難なことを前提に、地域の医療介護提供体制を検討することが求められる事態になると考えられる。

以上を踏まえ、公立病院等は地域の医療需要の動向、他の医療機関や介護との連携、人材確保など多面的な側面から将来を見据えたうえで、医療機能の選択、人材確保、経営改善を図ることが求められている状況にある。

Ⅱ　検討に進む前に

１．ダウンサイジングとバージョンアップを両輪として取り組む

（１）両輪として取り組む必要性

●持続可能なまちづくりが求められている

・自治体としてどのような医療機能を持ち、他との連携で何を提供できるかを検討し、住民が住み続けたいと思うまちの基盤となることが必要

●限りある資源・財源の有効な活用を考える

・適正な一般財源からの繰入額を議論することは困難である。限りある財源の使い方として、病院等の維持、健康維持や介護、あるいは医療機関への交通費補助など医療提供体制の中で有効な施策を議論することが必要

●医療・介護を経済・産業の一環として位置づける

・医療・福祉は、今や地域における産業分野として確立し、雇用の場を提供している。域内経済の循環を念頭に住民利用や住民がサービス提供の担い手となることを検討することが必要

（２）フェーズ１とフェーズ２

●検討のプロセスとスケジュールの局面整理

・議論・検討の局面を整理しておくことが必要。
・ここでは、大きく「フェーズ１」と「フェーズ２」に整理する。

図表１　地域医療提供体制と地域包括ケアシステムの連動を実現するために
まちづくりと連動させるプロセス

●フェーズ１とフェーズ２の目的と到達目標

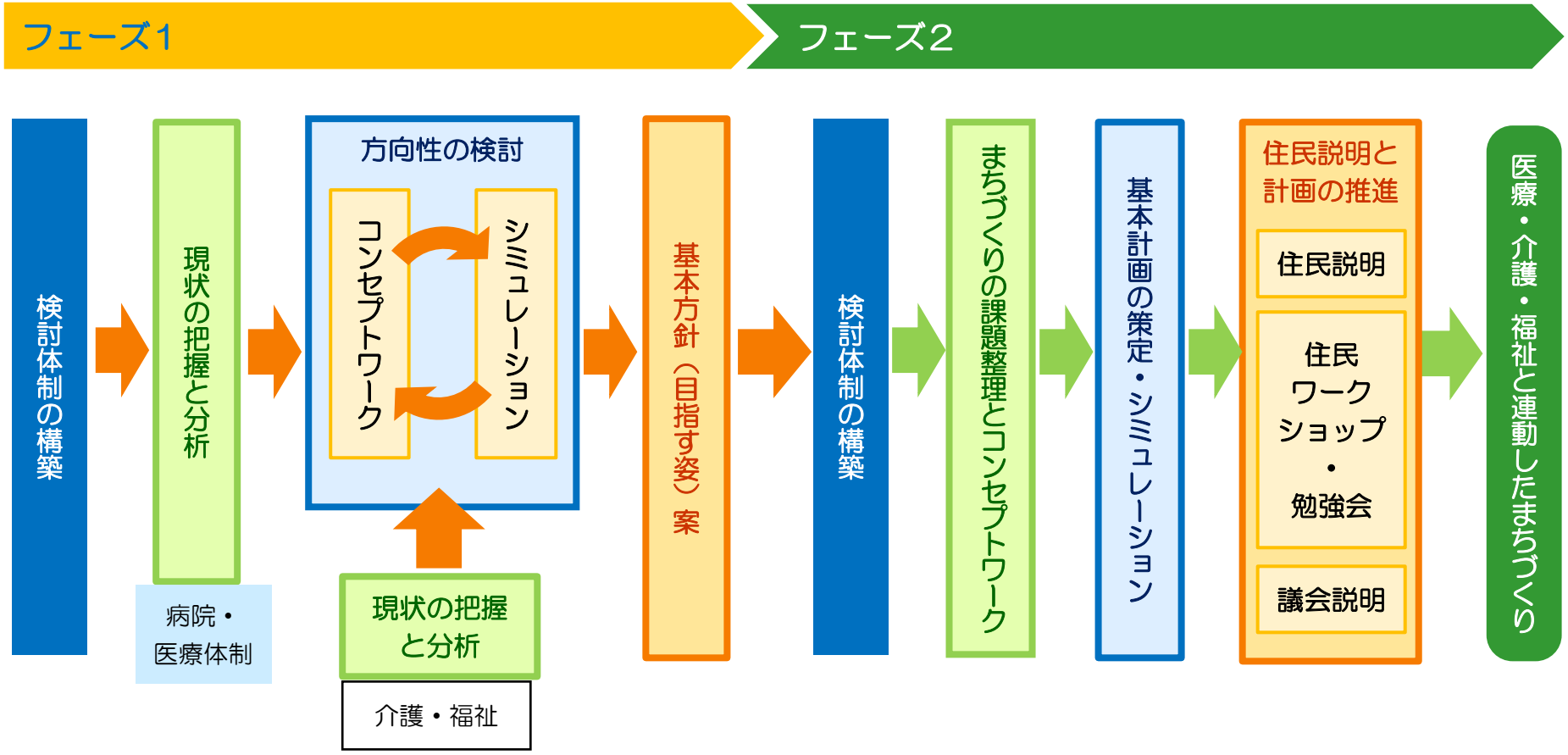
・概ね以下のような目的と到達目標に整理できる。自治体において具体的にすることが必要。
・フェーズ１とフェーズ２の境界は必ずしも明確ではなく、各自治体の実情に応じて整理する。

	目的	到達目標
フェーズ１	公立病院等の現状と課題を分析し、医療提供機能と体制の見直しに向け医療機関関係者の理解と認識を共有する	公立病院等の将来像を示す
フェーズ２	介護・福祉関係者、住民、議会との議論に広げ、現状と課題の理解、将来像を提示し、まちづくりとの連動で住民の安心を守る体制と仕組みを検討する	公立病院の見直し方策を決定し、必要な地域包括ケアの機能の充実と連携方策を示す

２．　フェーズ１とフェーズ２のプロセス

・フェーズ１とフェーズ２の主なプロセスは以下のとおり整理できる。

フェーズ１とフェーズ２のプロセス



Ⅲ　フェーズ１（医療機能と提供体制再編の意思決定）

１．体制整備

●設置者である自治体の長による体制整備

・適切な検討ができるよう関係者を中心とした検討体制を整える。
・専門家等の分析・意見を聞く体制とし、自由に意見交換できるよう、プロジェクトチームとしての性格を持たせてもよい。
　：検討チーム、勉強会、プロジェクトチームなど
・次の展開を見据えて、病院関係者のほか、企画・財政、保健福祉の担当課等を入れておくことが望ましい。
・検討に参加する自治体職員は、メンバーの一員として率直かつ自分ごとして議論に参加するとともに、積極的に手と頭を動かすこと。
・専門家等としては、自治体立病院の管理者経験者、経営アドバイザーなどが考えられる。

●検討ゴールの設定

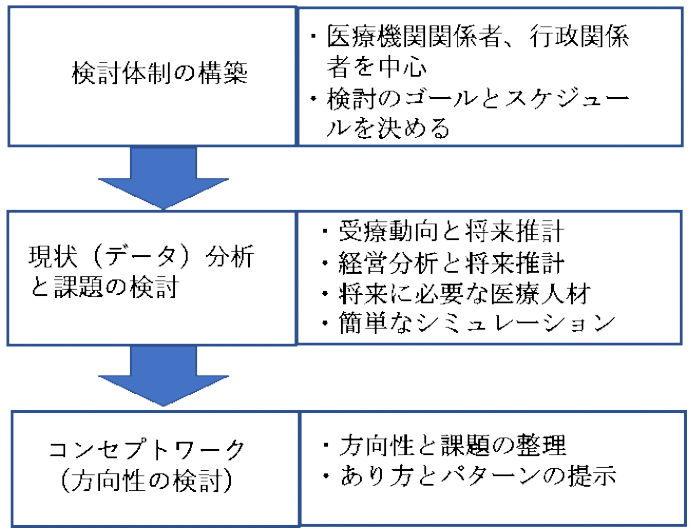
・プロジェクトチームには、検討のゴールを明確に示すことが必要。
・そのうえで、チームは検討のプロセスとスケジュールを決める。
　：ゴール例　・病院のダウンサイジングの方向性と課題の整理
　　・病院等のダウンサイジングパターンの提示

●現状分析

・どのような検討ゴール設定であっても、現状分析をしっかりすることが重要。

２．検討のゴールとプロセスイメージ

＜例＞



３．データ整理と分析

（１）分析目的と分析データ

※必要なデータの項目と活用方法については次ページのとおり。

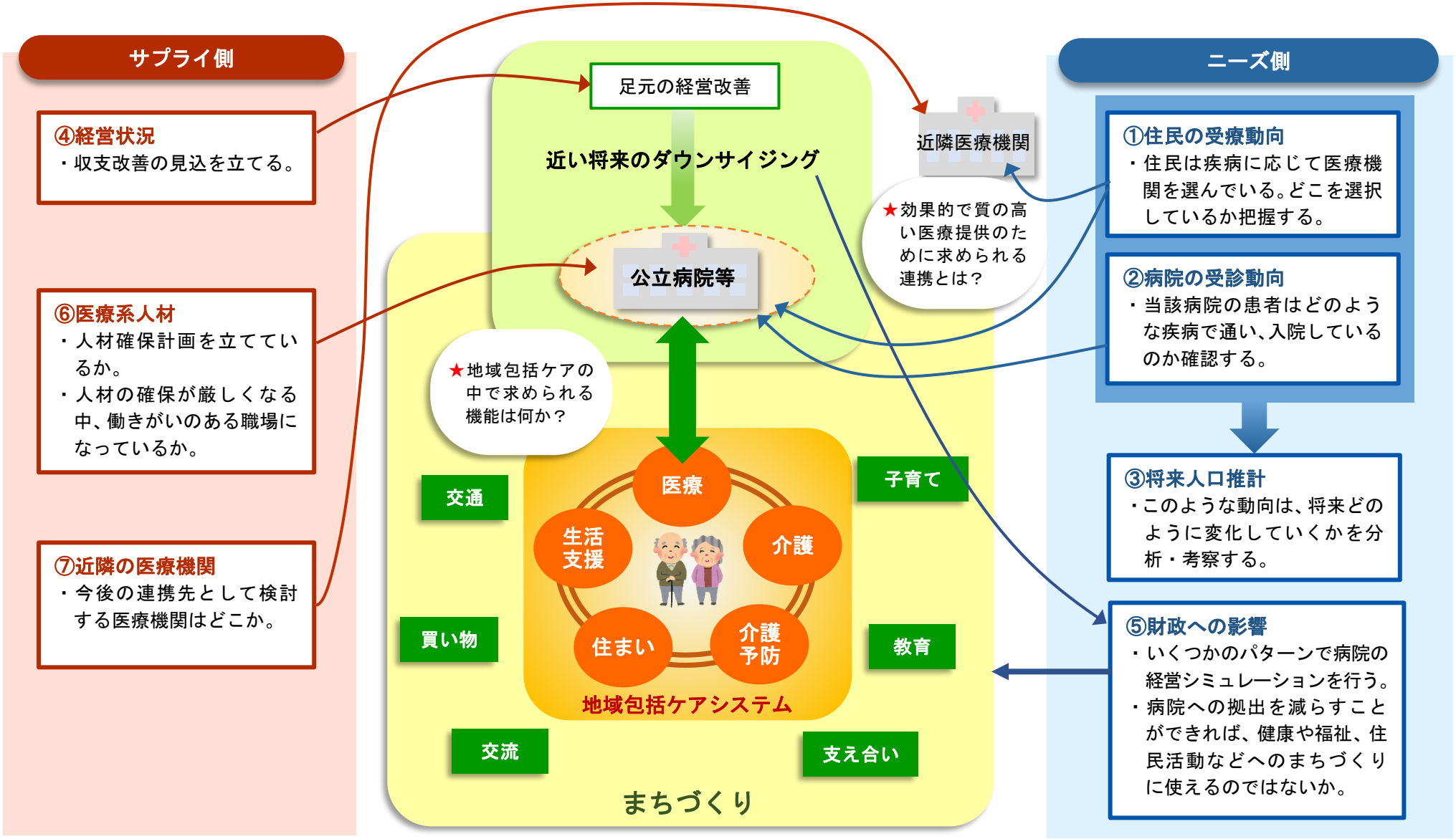
○医療機関のダウンサイジングの議論においては、客観的なデータ分析が重要であり、医療機関の事務職や行政担当者が必要なデータ化と分析を自身でできるようになることが求められる。

○病院経営に関する分析は、専門性が必要なこともあり、外部の専門家に依頼することも検討する。

●必要なデータの項目と活用方法

	データ	活用	意図
①住民の受療動向	・国保データベース（KDB）より、国民健康保険（74 歳以下）及び後期高齢者のレセプトデータを抽出 ・分析対象とする期間を設定	・年代別、性別、疾患別に受診（入院・外来）地域を分析 ・国保加入者と後期高齢者のみであるが、傾向を把握できる	・住民は疾病に応じて医療機関を選んでいる。どこを選択しているか把握する。
②病院の受診動向	・KDB から当該医療機関受診分のみを抽出 ・当該医療機関レセプトデータ ・救急搬入データ（傷病者引継記録）	・当該医療機関受診者の年代・性別、疾患について現状把握	・当該病院の患者はどのような疾病で通い、入院しているのか確認する。
③将来人口推計と疾病構造の変化	・地域別将来人口推計（平成 30 年（2018 年）推計）国立社会保障・人口問題研究所 ・将来疾病別患者推計（※産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツール All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA)」）	・5 歳階級別の人口推計から、受診動向、疾病構造の変化を検討 ・大学等が提供する将来疾病構造も参考にする	・このような動向は、将来どのように変化していくかを分析・考察する。
④病院の経営状況	・総務省「病院事業決算状況」 ・当該医療機関によって作成する事業報告	・患者 1 人あたり、1 日あたりの収入や総務省資料により同規模自治体、同規模公立病院等との経営状況を比較 ・実質的な自治体繰り入れを経年で計算	・収支改善の見込を立てる。
⑤自治体財政からの繰り入れと財政への影響	・一般会計からの繰入金の推移 ・病院への地方交付税 ・自治体の財政シミュレーション	・一般会計に占める割合と変化 ・将来財政シミュレーション	・いくつかのパターンで病院の経営シミュレーションを行う。 ・病院への拠出を減らすことができれば、健康や福祉、住民活動などへのまちづくりに使えるのではないか。
⑥医療系人材の近い将来の確保	・現在勤務している医療系人材の年齢による将来確保が必要な人材	・職種ごとに確保が必要な時期と人数を把握	・人材確保計画を立てているか。 ・人材の確保が厳しくなる中、働きがいのある職場になっているか。
⑦近隣自治体の医療機関の状況	・同一二次医療圏内の医療機関の配置と診療科、病床の種別と病床数	・今後の連携先の検討	・今後の連携先として検討する医療機関はどこか。

公立病院等を取り巻く環境に関するデータ分析の位置づけ
――まちづくりの観点から医療を考える――



（２）分析例

○主要な分析例を提示する。

①住民の受療動向

目　的

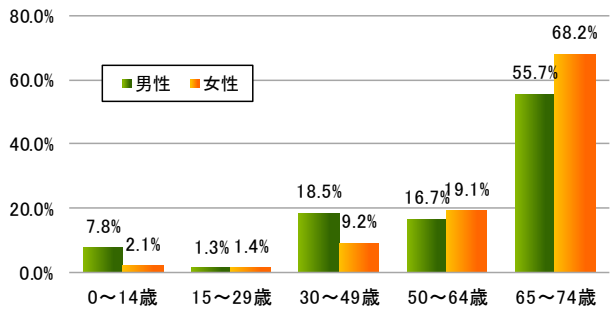
・自治体が、国保保険者として、被保険者の受療動向を分析する。性別・年代別、疾患別に、どこで受療しているか、把握する。
・国保の被保険者は、高齢者や自営業者が多いことに留意しつつ、住民全体の受療動向を反映していると考えられる。

方　法

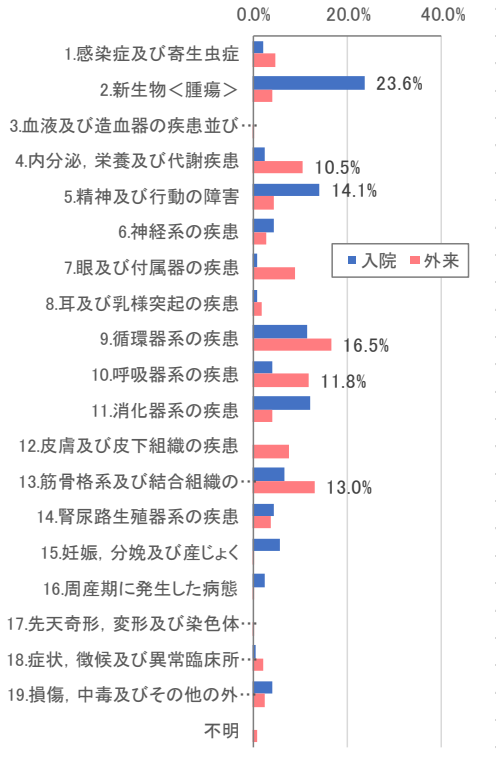
・KDB から、分析対象期間を設定してレセプトデータを抽出する。導入しているシステムによって抽出できるデータ等に違いがあるようなので、どのような項目がとれるか確認を要する。また、後期高齢者データ（北海道後期高齢者医療広域連合より受領）についても同様に分析が可能。
・国保加入者の疾病・受診状況が把握できる。
・当該医療機関のレセプトデータからも、概ね同じ分析ができる。住民と患者の受診動向の比較が可能。

【例示】

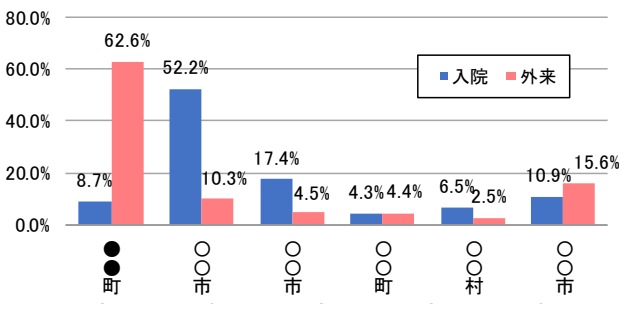
■患者の年齢階級（男女別）



■疾病の状況（入院・外来別）



■受診地域（入院・外来別）



②当該病院の受診動向

目　的

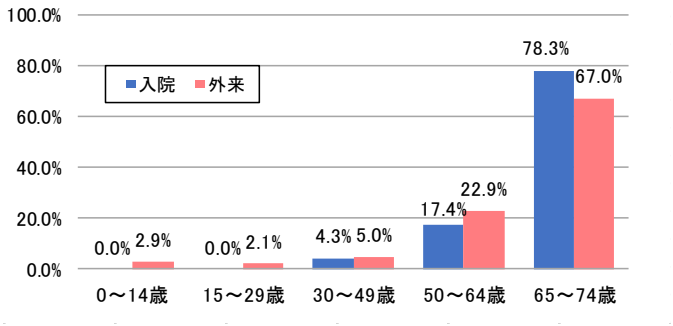
・自治体が、国保保険者として、当該病院の被保険者の受診動向を分析する。性別・年代別、疾患別に、どこで受診しているか、把握する。

方　法

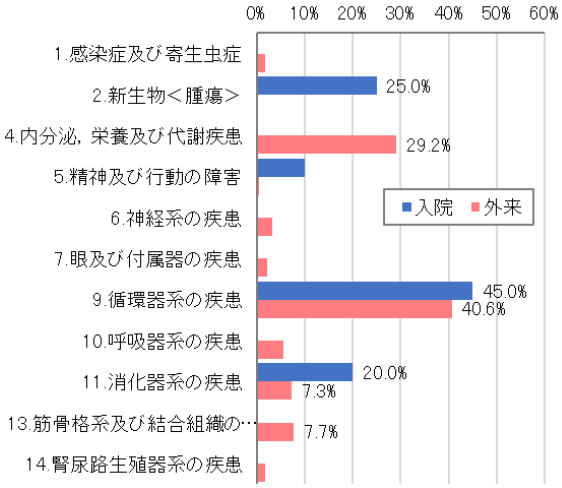
・データの取得は２つの方法が考えられる。一つ目は、①で分析した KDB データから、当該病院受診分のみを抽出する。二つ目は、当該病院のレセプトデータを分析する。
・なお、病院が導入しているシステムによっては、KDB データから受診地データを取得できないものがあるようである。
・救急告示している場合、救急車の受け入れに対しては、救急傷病者引継書を作成していると考えられ、1 枚ごとの記録をデータ化して、どのような救急患者を、何件受け入れているかを整理する。

【例示】

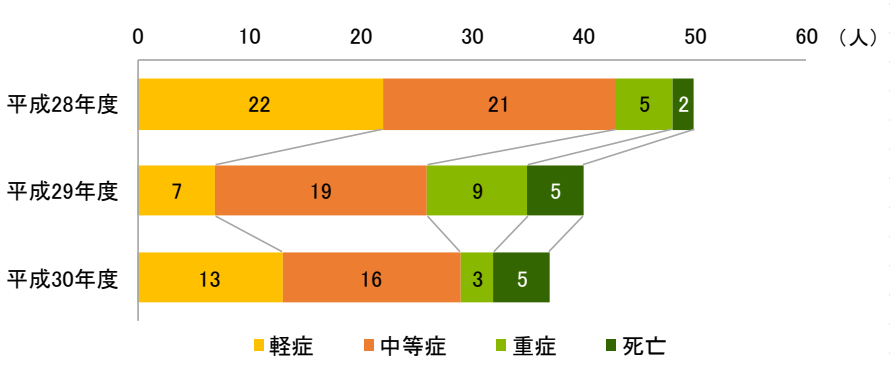
■患者の年齢階級（入院・外来別）



■疾病の状況（入院・外来別）



■救急対応の状況



分　析

・①と②の分析から、当該病院の位置づけを確認することができる。
・整理項目としては以下のようなことが考えられる。

・入院	・予防接種
・外来	・校医
・救急	・在宅医療
・リハビリ	・訪問看護
・健康診断	・その他
・特養等介護・福祉施設との関係	

【整理例】

	現状	課題
入院	・高齢者の入院が 7 割。死亡退院が 5 割、在宅復帰は 2 割程度で施設入所が 3 割。 ・中高年の疾患は○○が多く、高度急性期病院からリハビリのための入院が多い。 ・入院率は概ね 6 割程度で空床が常態化している。	・在宅看取りを進めることで病床を縮減できるか検討
外来	・高齢者で通院できなくなる人がいる。 ・高齢者は高血圧、糖尿病、心疾患などの生活習慣病がほとんど。	・往診や在宅医療に切り替えることを検討
救急		
リハビリ		
健康診断		
特養等介護・福祉施設との関係		
予防接種		
校医		
在宅医療		
訪問看護		
その他		
：		

③将来人口推計

目　的

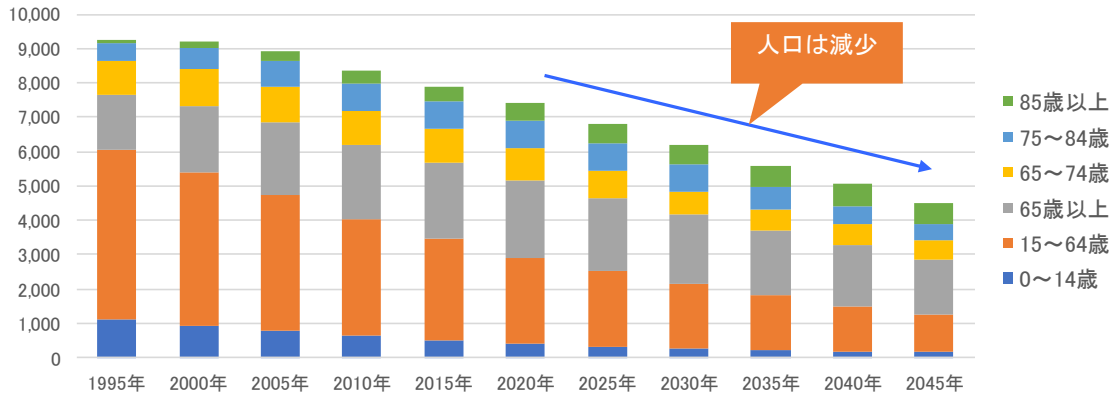
・人口減少が進む中で、すでに高齢者数も減少している自治体もあり、高齢者数の動向を確認する。
・後期高齢者数の推移を把握し、医療のみならず、医療と介護連携の必要性を確認する。

方　法

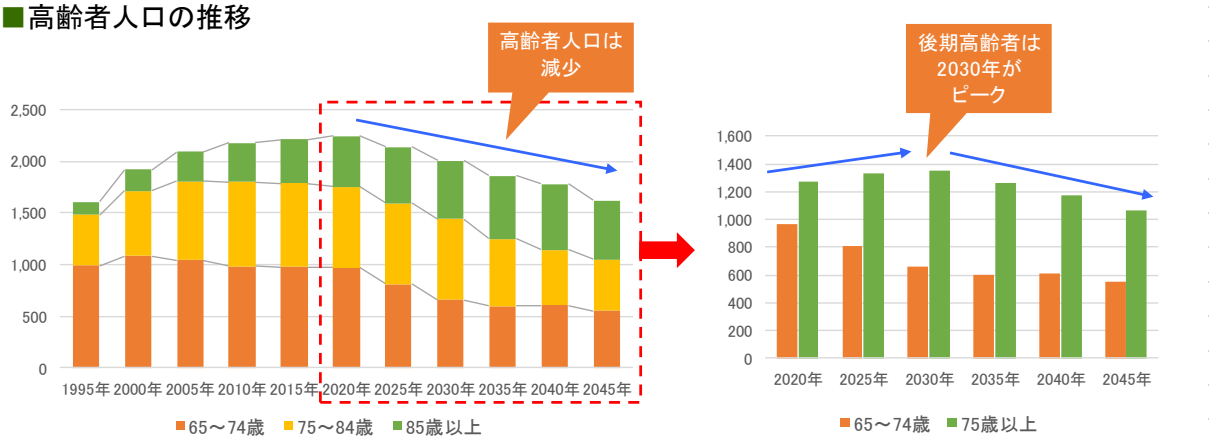
・国立社会保障・人口問題研究所が発表している「日本の地域別将来推計人口」から作成する。
・全人口の推計のほか、40 歳以上の 5 歳階級別、65 歳以上の 5 歳階級別にみる。
・コホートの変化に着目する。

【例示】

■将来人口推計

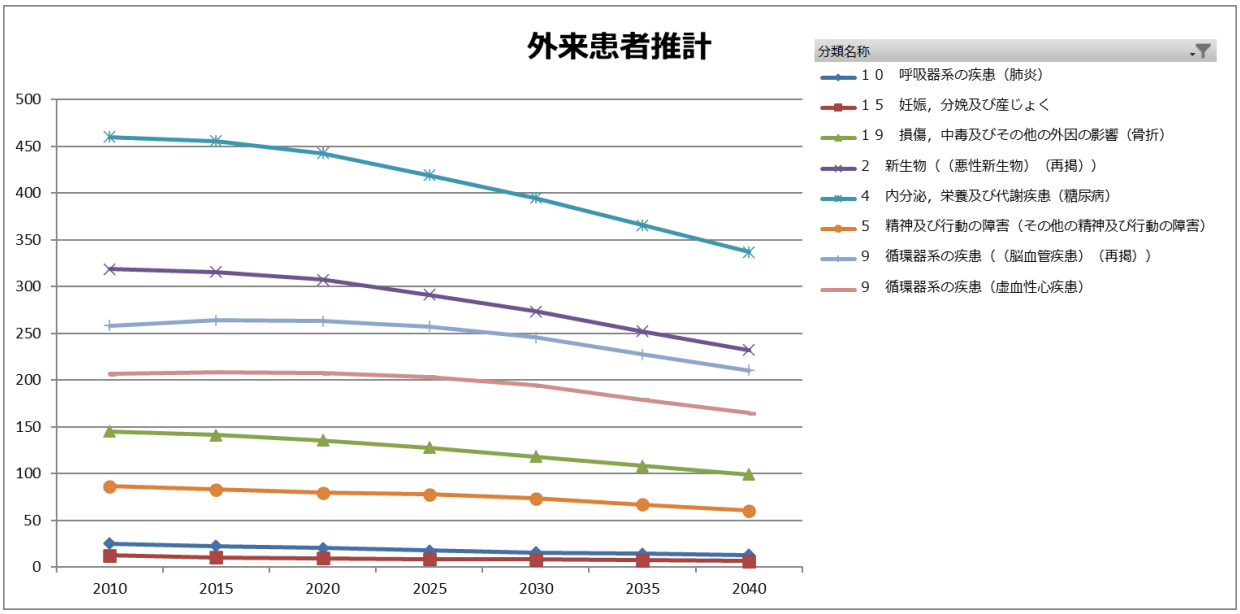


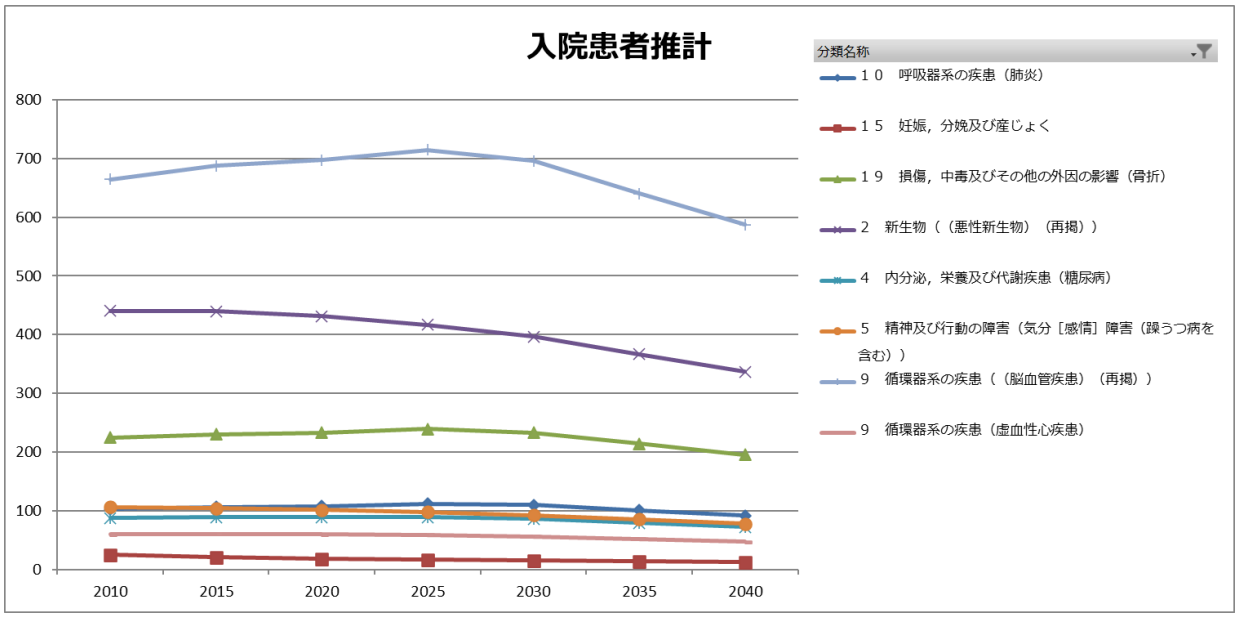
■高齢者人口の推移



■疾病別患者数の推移

※産業医科大学公衆衛生学教室（地域別人口変化分析ツール　AJAPA）より





④病院の経営状況

目　的

・総務省に提出する「病院事業決算状況」を基に、収益の推移、コストの推移を把握する。患者一人あたり収益や１日あたり収益等を計算し、収支構造上の弱点を把握する。
・また、繰入金を交付税分と自治体の実質負担分に分けて変化を整理し、次に、自治体の財政的な影響を分析する。

方　法

・「病院事業決算状況」を作成し、入院・外来別に、患者一人あたり、１日あたりで収益と費用の推移を計算し、グラフで表示する。
・収益に占める医業外収益のうち、公費からの繰り入れを交付金分と自治体の実質負担分に分けて整理し、自治体財政への影響を検討する。
・自治体負担の現状、推移を住民にも知ってもらい、議論の基礎データとすることが重要である。

【例示】

区　分		H●決算	…	…	…	R●決算
総収益						
	１経常収益					
	(1)医業収益					
	…					
	（うち他会計補助・負担金）					
	(2)医業外収益					
	（うち国道補助金）					
	（うち他会計補助・負担金）					
	…					
総費用						
	…					
	…					
損益	経常損益					
	純損益					
累積欠損金						
経常収支比率						
医業収支比率						
他会計繰入金対経常収益比率						
他会計繰入金対医業収益比率						
他会計繰入金対総費用比率						
実質収益対経常費用比率						
【実質純損益】						
実質純損益						
【実質負担額】						
地方交付税負担分						
自治体実質負担分						

・他会計からの補助分の内訳（交付金分と実質自治体負担分）を見る

・他会計からの補助分を差し引いて実質の純損益を見る

例）財政シミュレーション

歳入

科目	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	実績値	実績値	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み
地方税									
地方譲与税									
利子割交付金									
地方消費税									
配当割交付金									
株式等譲渡所得割交付金									
自動車交付金									
自動車税環境性能割									
法人事業税交付金									
地方特例交付金									
地方交付税									
普通交付税									
特別交付税									
分担金・負担金									
使用料									
手数料									
国庫支出金									
国有提供施設等所在市町村交付金									
道支出金									
財産収入									
寄附金									
繰入金									
繰越金									
諸収入									
地方債									
小計									
企業会計繰出									
合計									

歳出

科目	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度
	実績値	実績値	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み	見込み
人件費									
扶助費									
公債費									
物件費									
維持補修費									
補助費等									
うち病院繰出分									
繰出金									
積立金									
投資出資									
貸付金									
普通建設事業									
災害復旧事業									
小計									
同一会計内繰出									
企業会計繰出									
合計									

収支									

■　医業経営コンサルタントによる経営分析の視点

１）決算報告、医事統計等に基づく分析

・病床利用率、入院患者１日あたり単価等を患者数目標値や設備投資計画、人員充足計画と比較

→今後の人口推計を踏まえて回復が可能か

→そのほか医療機関の診療能力分析

平均在院日数、在院日数別患者数、職員充足率、離職率、医療機械稼働率、手術件数、検査・画像診断件数、リハビリ件数など

２）部門別人件費に関する分析

・人件費率、労働生産性の推移等

→保険収入と人件費率の推移が一致しているか

→医師１名あたりの生産性など

→労働生産性の向上が医療機関成長への第一歩

３）採用医薬品リストに関する分析

・ジェネリックへの移行、在庫管理、採用医薬品の絞り込み等

→特に地域包括ケア病棟の場合はジェネリックへの切り替え促進

→卸業者とメーカーの集約

→価格交渉、在庫の適正化

４）医薬品、材料費購入使用実績に関する分析

・材料費比率の推移等

→保険収入と医薬品・材料費率の推移が一致しているか

５）固定資産、リース資産リストに関する分析

・使用頻度の低い機器や設備に対する投資等

→医療機器への過剰投資、それに伴う保守費用の増加はないか

６）その他の視点

・経営管理（組織、財務、予算計画、人事、労務管理、原価管理、情報システムなど）

・診療管理（集患マネジメント、安全対策、医療の質のマネジメントなど）

・物品、施設管理（購買、在庫、防災、業務委託など）

⑤医療系人材の確保

目　的

・人材不足が深刻化する中、近い将来、どの時期に、どの職種で何人くらいの確保が必要になるかを把握し、確保策を検討する。
・なお、介護との関係が深い場合、介護人材の確保が大きな課題となることが想定され、介護施設の人材確保策を確認することが必要であり、直営でない場合は、社会福祉法人の確認が必要である。

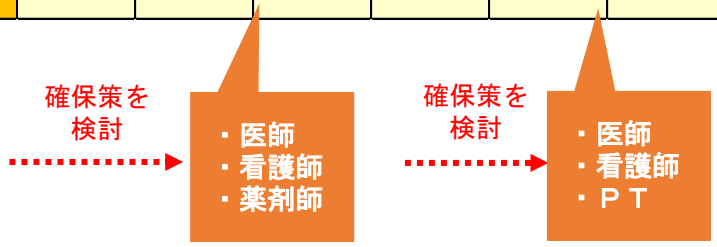
方　法

・病院に勤務している職種別の人材の年齢から、いつ、何人の専門職員確保が必要か整理する。

【例示】

■職員の年齢の推移

	令和2	令和3	令和4	令和5	令和6	令和7	令和8	・・・
医師A	63歳	64歳	65歳	継続？				
医師B	55歳	56歳	57歳	58歳	59歳	60歳	継続？	
看護師A	58歳	59歳	60歳	定年				
看護師B	55歳	56歳	57歳	58歳	59歳	60歳	定年	
看護師C	59歳	60歳	定年					
看護師D	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	
⋮								
PT	56歳	57歳	58歳	59歳	60歳	定年		
OT	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	
薬剤師	58歳	59歳	60歳	定年				
⋮								



⑥近隣自治体の医療機関の状況

目　的

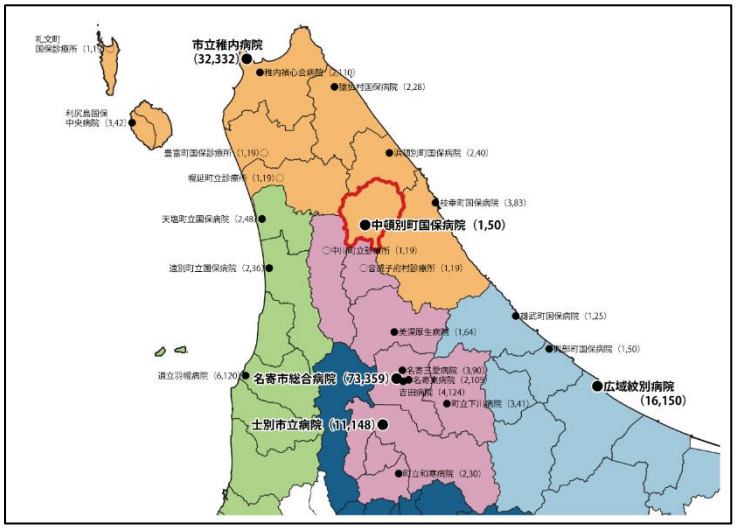
・機能分担が可能な医療機関が近隣にあるかを確認する。
・住民にとっても、どこにどのような医療機関があるかを知ることは重要である。

方　法

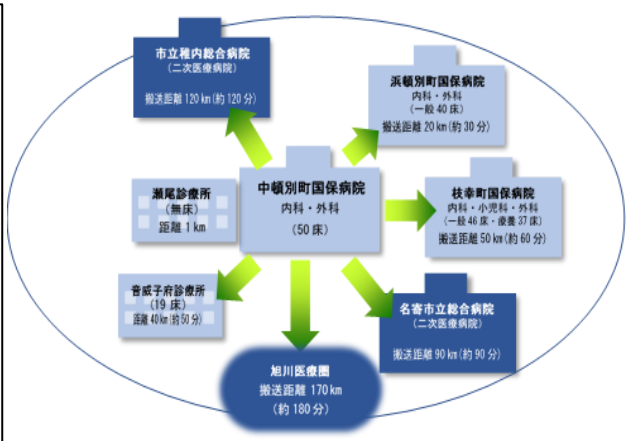
・必要な情報とともに、位置図をマップ化する。

【例示】

■主な医療機関の設置状況



■主な医療機関の地理的状況



■主な医療機関の状況

二次医療圏	病院名	分類	常勤医師数	許可病床数	標ぼう診療科目
宗谷	市立稚内病院	病院	32	332	内,消化器内科,血液内科,神内,循環器内科,肝臓内科,腫瘍内科,精,小,外,血管外科,整,皮,泌,産婦,眼,耳,放,麻,リハ
	稚内禎心会病院	病院	2	110	内,脳,リハ,循,消,外
	枝幸町国保病院	病院	3	83	内,小,外,整,婦,精,脳,眼,循
	中頓別町国保病院	病院	1	50	内,外
	利尻島国保中央病院	病院	3	42	内,外,整,産婦,リハ,放,小,眼,救急科
	浜頓別町国保病院	病院	2	40	内,消,外,整,眼,産婦,小
	猿払村国保病院	病院	2	28	内
	礼文町国保診療所	有床診療所	1	19	内,外,眼
	幌延町立診療所	有床診療所	1	19	内,外,心内,精
	豊富町国保診療所	有床診療所	1	19	内,小,外
上川北部	名寄市立総合病院	病院	73	359	内,精,神内,呼吸器内科,消化器内科,糖尿病代謝内科,循環器内科,小,外,整,脳,呼外,心外,皮,泌,産婦,眼,耳,放,麻,心内,救急
	士別市立病院	病院	11	148	内,精,神,小,外,整,皮,泌,婦,眼,麻,循環器内科,消化器内科,放
	吉田病院	病院	4	124	内,肛,耳,リハ,歯,矯歯,小歯,歯外,脳
	名寄東病院	病院	2	105	内,脳,リハ
	名寄三愛病院	病院	3	90	内,消,循,リハ,歯
	美深厚生病院	病院	1	64	内,小,外
	町立下川病院	病院	3	41	内,小,外,放
	町立和寒病院	病院	2	30	内,小,外,麻,リハ
	音威子府村立診療所	有床診療所	1	19	内,消,小,リウ,眼,皮,整
	中川町立診療所	有床診療所	1	10	内,小,外
留萌	道立羽幌病院	病院	6	120	内,精,小,外,整,皮,泌,産婦,眼,耳,リハ
	天塩町立国保病院	病院	2	48	内,小,外,整,皮,婦,眼
	遠別町立国保病院	病院	2	36	内,小,外,婦
遠紋	広域紋別病院	病院	16	150	内,精,神内,小,外,整,皮,泌,産婦,眼,耳,リハ,放,呼吸器内科,循環器内科,消化器内科,麻
	興部町国保病院	病院	1	50	内,小,外,泌,皮
	雄武町国保病院	病院	1	25	内,小,外,整,耳,リハ

（３）考え方の整理

①将来像の検討

●病床機能と病床数についていくつかのパターンを設定する。
・住民の受療動向や患者ニーズに対応するいくつかの病床機能と病床数についてパターンを設定する。

●それぞれのパターンによる波及（特にデメリットを受ける住民）を考える。

●それぞれの収支シミュレーションを行う。財政面や経営面のメリット・デメリットを整理する。
・単年度及び経年における経営改善の程度
・施設や設備面における整理費用（ハード費用）
・運用や人員配置等の運用体制など整備の必要性（ソフト費用）

●デメリットを解消する方策を検討する。
・デメリットの解消方法として、他の医療機関との連携、地域の介護・福祉との連携、交通の確保などの他分野との連携も視野に入れる。

●いつまでに達成するかを想定する。
・達成時期を設定する。
・達成時期に向けて、逆算して準備の計画とスケジュールを立てる。

②現状の経営改善の検討

●足元の経営改善策において進められるものを迅速に手掛ける。
・収益改善方策（健康診断の実施、往診の開始など）
・コスト削減方策（在庫見直し、ジェネリックの採用、システム運用費用など）

③説明資料の作成

●関係者、議会、住民に説明できる資料の作成

Ⅳ　フェーズ２（介護連携・まちづくりとの連動で考える）

１．検討体制の構築

●設置者である自治体の長による体制整備

・諮問機関を設置することが考えられる。必須ではない。
・作業チームを置く。医療、介護、まちづくりに関わるやや幅広の職員、関係機関から構成することが望ましい。実働部門に相当する。

●庁内体制

・庁内横串しの連携体制が不可欠。その際、まちづくりや保健福祉を担当する部署が主導することが求められる。
・基本的には、作業チームのメンバーと重複することが想定される。

２．まちづくりの課題整理とコンセプトワーク

（１）課題の整理

●医療・介護・健康に関するまちの課題を整理

・それぞれの担当者、関係者が抱えている課題を出し合う。制度上のそれぞれの課題が横串しをさすことで解決につながるかを話し合う。

●解決方法の確認

・解決方法がサービス従事者のモチベーションを向上させる方法となっているか確認する。

（２）コンセプトワーク

●医療機関のダウンサイジングとまちづくりとの連動によるバージョンアップのコンセプトを議論

３．基本計画とシミュレーション

（１）基本計画

●議論の内容を整理し、基本計画として整理

（２）シミュレーション

●病院等の経営シミュレーションに加えて、まちづくりに関係する取組のシミュレーションを行う

・限られた財源の中で、配分の方法を変えたことが見えるようにする。
・全体として住民の利便性が向上し、長く住み続けたいと思うまちになることを提示。

４．住民説明と計画推進

（１）住民説明

●住民に将来像を具体的に示すこと

（２）住民ワークショップ

●ワークショップの意味

・住民が主体的にまちの医療体制・地域包括ケアシステムの構築に関与し、住民相互による助け合いなどの仕組みづくりにつなげることを目的に実施するもの。

●勉強会

・住民は、まちづくりや医療・地域包括ケアに関する有用な情報を持ち合わせていないこともあるため、勉強会を開催することも必要である。
・１回の講演会にとどめることなく、シリーズで開催することも必要。その際、現状と課題のみを説明して、住民に「あきらめ」が生じないようにすること、まちの目標の参考となる先進的な取組を紹介して、住民が「無理だ」と思わせないことが重要。
・課題と目標を共有して、自分たちもできるという意識を持ってもらうようプログラムを作ることが必要。

●自由な意見交換・ワークショップ

・一定程度の理解をもった段階でワークショップなどの自由な意見交換、コンセプトワークに入る。
・その際、住民ができること、行政や関係機関がすべきことを区分けして議論を整理するようにする。作業チームのメンバーが、ファシリテートすることも考えられる。

（３）議会説明

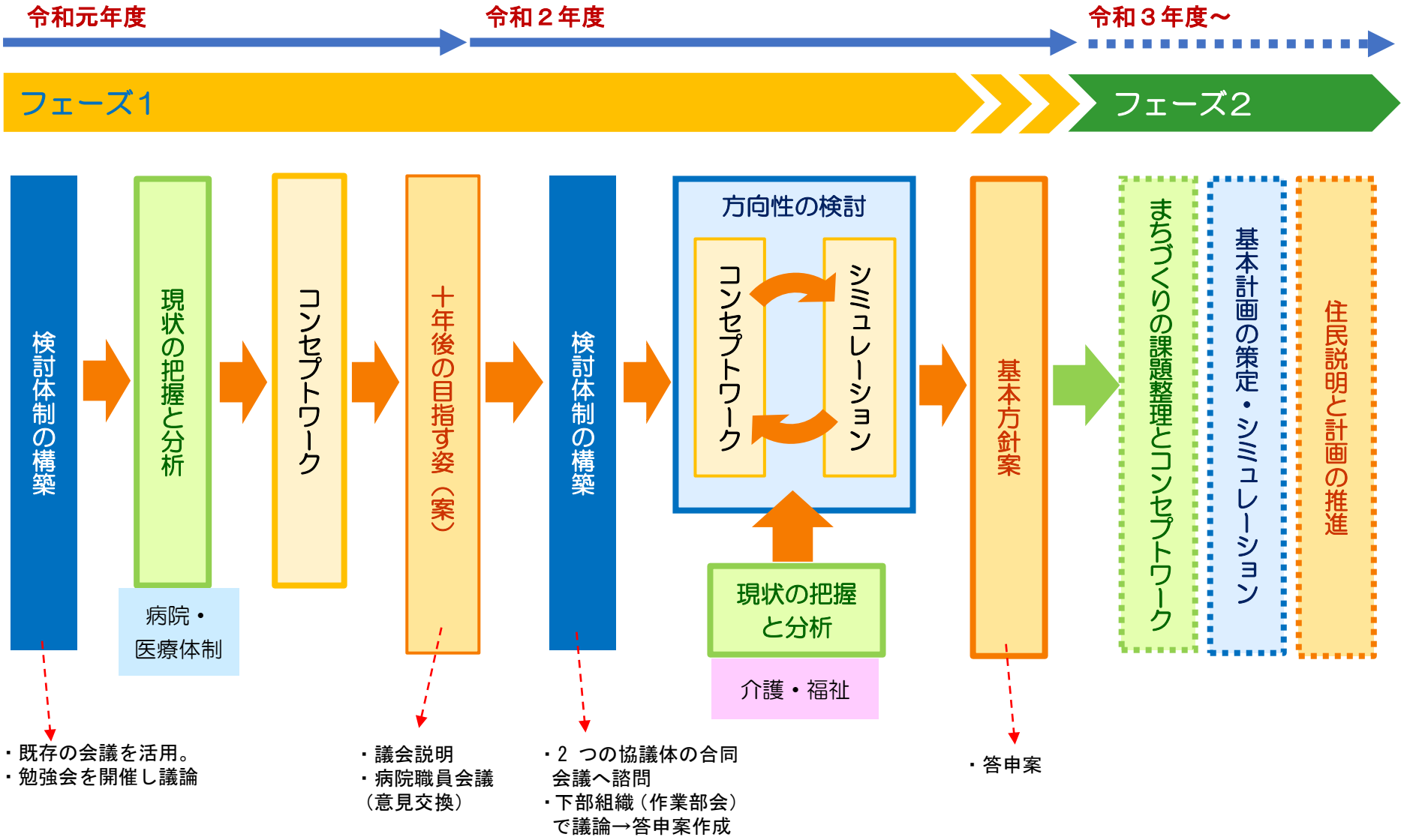
●一定の節目節目で中間的な報告を行い、議論を成熟させていくこと

Ⅴ　自治体の取組事例

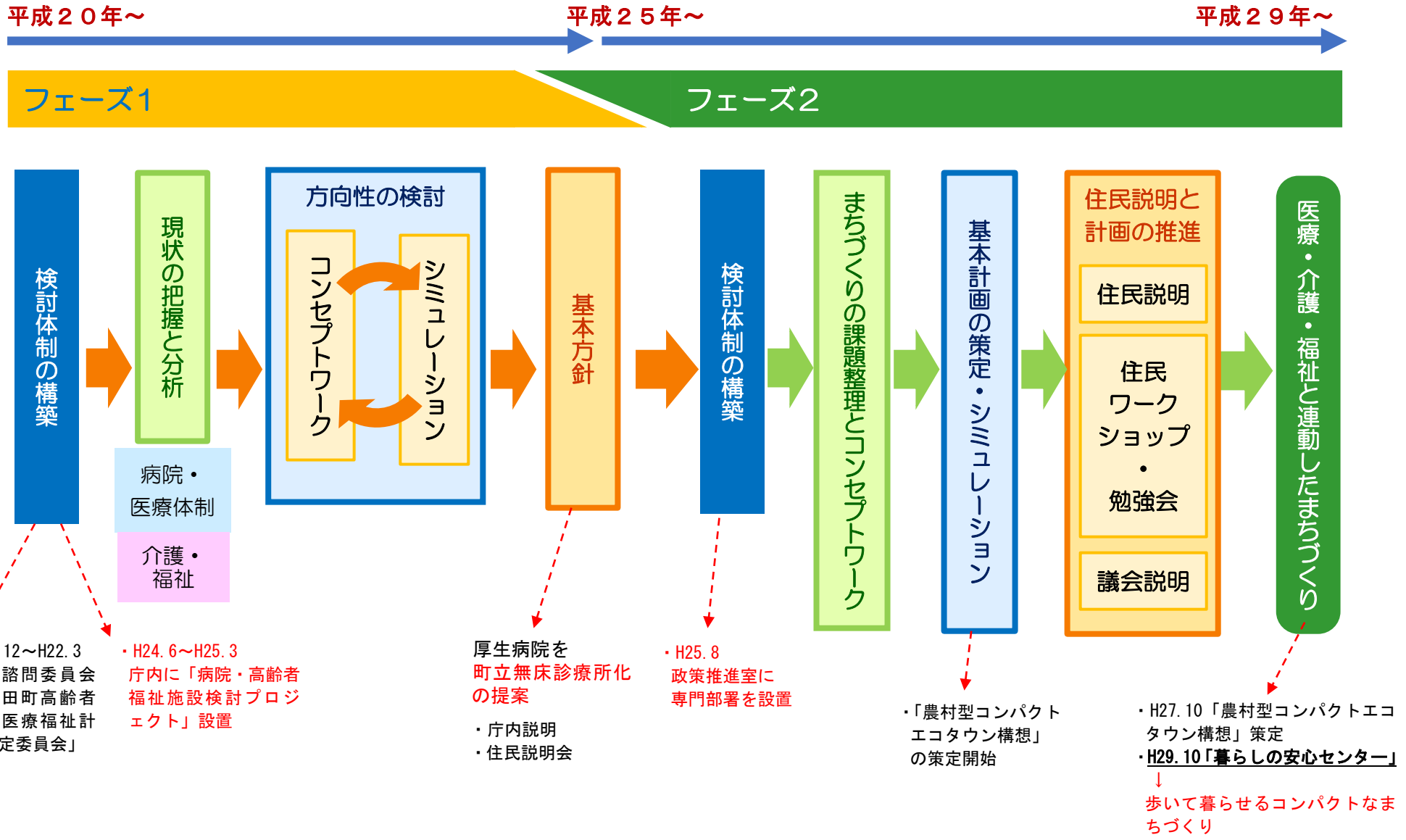
〇フェーズ１として中頓別町

〇フェーズ２として沼田町

中頓別町における検討プロセス



沼田町における検討プロセス



令和2年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業

地域医療構想と地域包括ケアの連動した
「人口減少対応型まちづくり」の促進に向けた実証的検証事業
報 告 書

令和3年3月

発 行　一般社団法人北海道総合研究調査会

〒060-0004 札幌市中央区北 4 条西 6 丁目毎日札幌会館 3 階
TEL:011-222-3669 FAX:011-222-4105