

県立中央病院と青森市民病院の
あり方についての提言

令和3年11月
県立中央病院と青森市民病院の
あり方検討協議会

はじめに

県立中央病院と青森市民病院は、青森地域保健医療圏において、急性期医療、政策医療の基幹的役割を担っているが、人口減少や高齢化に加え、医療従事者不足、今般の新興感染症への対応など地域医療を取り巻く課題に対応し、将来的に持続可能な医療提供体制を構築するためには、更なる両病院の連携が必要である。

また、両病院共に築35年以上経過し、老朽化が進行している状況にあり、建替等に向けた検討が必要な時期を迎えている。

加えて、国の医療提供体制改革では、人口減少や少子高齢化の進展を見据え、地域医療構想の実現、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進を三位一体で推進していくこととしている。

こうした状況を踏まえ、青森県と青森市が共同で「県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会」を設置し、両病院の将来のあり方について、専門的かつ多角的に検討を行ってきた。

このたび、本協議会の検討を踏まえ、提言を行うものであり、本提言の実現に向けて、県と市で今後のあり方について早期に協議を進めることを期待する。

併せて、新病院には、将来にわたって、地域住民に対して安定的かつ質の高い医療を提供できる病院、医療従事者等が働きがいと達成感を得られる病院となることを期待する。

令和3年11月12日

県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会
委員長 邊見 公雄

目 次

I	協議会の検討経過について	1
1	第1回協議会	1
	(1) 青森県、青森地域保健医療圏における医療の現状と課題について	1
	(2) 県立中央病院と青森市民病院の現状と課題について	5
	(3) 委員からの意見等	6
2	第2回協議会	9
	(1) 2病院の連携形態について	9
	(2) 委員からの意見等	10
3	第3回協議会	18
	(1) 共同経営・新病院整備に係る検討事項について	18
	(2) 委員からの意見等	18
4	第4回協議会	24
II	県立中央病院と青森市民病院のあり方について（提言）	25

《参考》

第1回	県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会	会議資料	28
第2回	県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会	会議資料	43
第3回	県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会	会議資料	48
	県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会	委員一覧	56
	県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会	スケジュール	57

I 協議会の検討経過について

1 第1回協議会

令和3年5月26日に開催した第1回協議会では、青森県、青森地域保健医療圏における医療の現状と課題、県立中央病院及び青森市民病院の現状と課題を議題とし、意見交換を行った。

(1) 青森県、青森地域保健医療圏における医療の現状と課題について

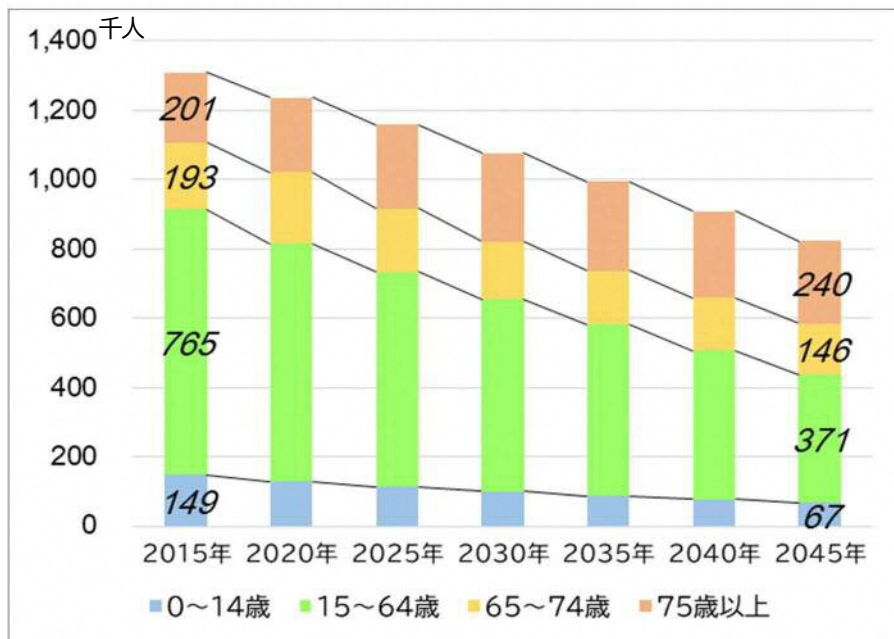
① 青森県における医療の現状と課題

ア 人口

青森県の総人口は、2015年は1,308千人となっているが、2045年は824千人と推計され、人口減少が進行していくことが見込まれる。

75歳以上の人口は、2015年は201千人となっているが、2035年まで増加し、2045年は240千人と推計されている。

表1 青森県の推計人口

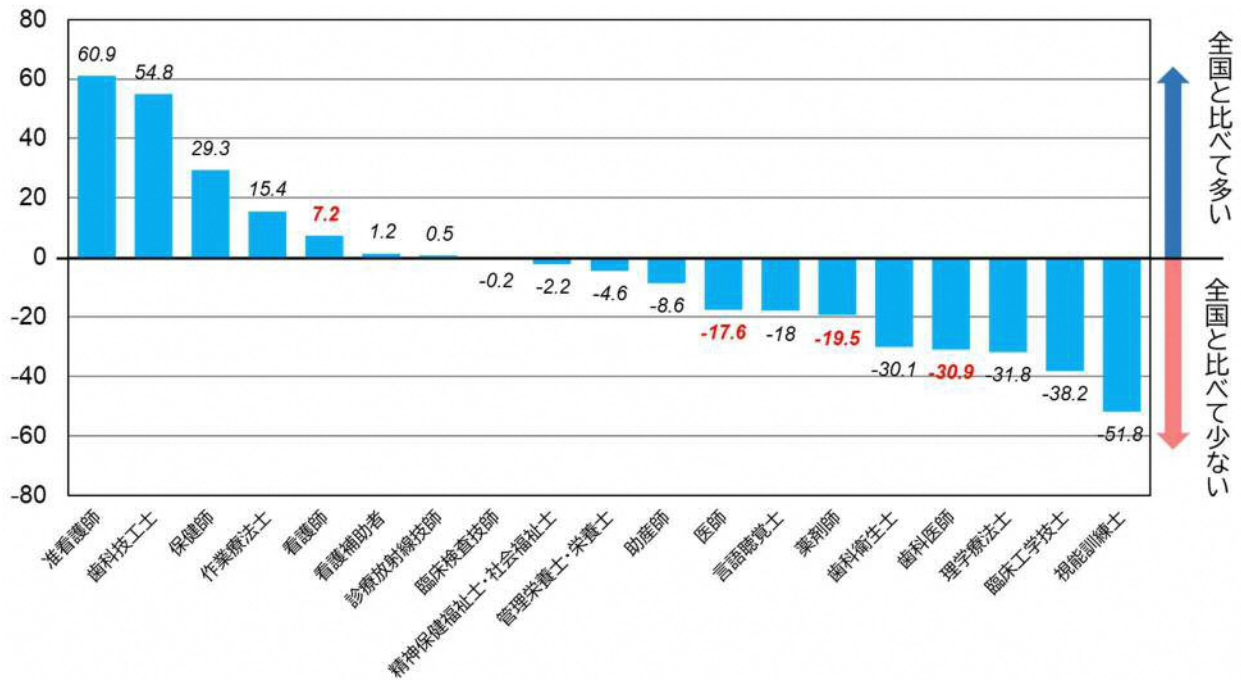


国立社会保障人口問題研究所「地域別将来人口統計」を基に作成

イ 医療従事者数

青森県の医療従事者数は、薬剤師、歯科衛生士、歯科医師、臨床工学技士、視能訓練士など多くの職種で全国平均を下回っており、医療従事者不足が課題となっている。

表2 青森県における医療従事者数（人口10万対）＜全国比較＞



厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」、「平成30年度衛生行政報告例」、
「平成29年病院施設調査」を基に作成

ウ 青森県における自治体病院の役割

青森県の自治体病院は、へき地、救急・災害、周産期など民間医療機関が参入しづらい不採算・特殊部門での中核的な役割を担っているが、多くの自治体病院が医師不足の解消や経営改善が課題となっている。

表3 青森県におけるへき地医療等で公立病院が担っている割合

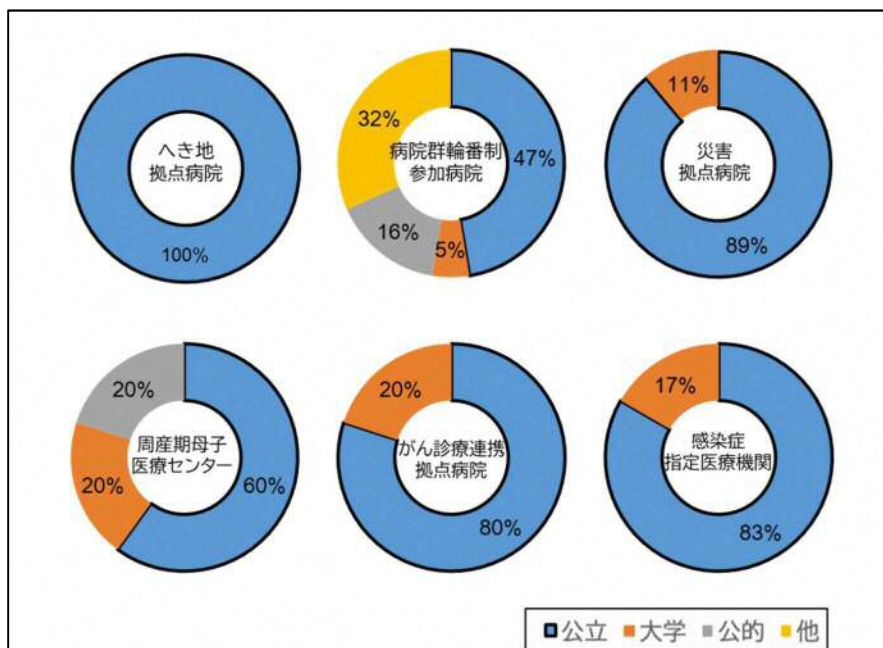


表4 青森県内の自治体病院一覧

医療圏	医療機関名	(一 許 可 病 床 養 数)	100床当たりの職員数				病 床 利 用 率 (%)	R 元 年 度 純 損 益 (億 円)
			医師		看護部門			
			職員数	同規模 病院平均	職員数	同規模 病院平均		
津軽	① 弘前市立病院	250	6.0	13.0	65.7	74.0	31.8	▲ 1.2
	② 黒石市国保黒石病院	257	11.0	13.0	75.7	74.0	71.1	▲ 1.4
	③ 町立大鱈病院	30	17.3	9.3	105.3	65.9	61.0	▲ 0.1
	④ 国保板柳中央病院	80	6.4	8.1	58.0	63.3	80.4	1.6
八戸	⑤ 八戸市立市民病院	552	21.7	24.8	114.2	102.7	85.7	9.3
	⑥ 国保おいらせ病院	78	8.1	8.1	57.7	63.3	66.5	▲ 0.5
	⑦ ◎三戸町国保三戸中央病院	142	6.9	9.4	52.0	64.0	51.2	0.2
	⑧ 国保五戸総合病院	165	6.8	9.4	66.7	64.0	66.3	0.2
	⑨ 国保南部町医療センター	66	13.5	8.1	77.3	66.3	89.7	0.0
青森	⑩ ◎青森県立中央病院	679	20.8	24.8	118.0	102.7	81.5	2.0
	⑪ 青森市民病院	459	18.3	21.5	95.7	90.6	67.9	▲ 3.8
	⑫ 青森市立浪岡病院	35	11.4	9.3	108.6	65.9	58.2	6.0
	⑬ 平内町国保平内中央病院	96	3.1	8.1	70.7	63.3	83.7	0.4
	⑭ ◎外ヶ浜町国保外ヶ浜中央病院	44	13.6	9.3	78.9	65.9	85.3	0.1
西北五	⑮ つがる総合病院	390	16.0	21.5	93.8	90.6	66.3	▲ 0.5
	⑯ かなぎ病院	100	9.4	9.4	80.0	64.0	78.2	▲ 1.5
	⑰ ◎繻ヶ沢病院	70	18.1	8.1	82.3	63.3	55.9	▲ 1.9
上十三	⑱ 十和田市立中央病院	325	11.6	17.2	92.0	84.8	71.7	▲ 6.2
	⑲ 三沢市立三沢病院	220	10.9	13.0	80.5	74.0	75.8	▲ 3.4
	⑳ 公立七戸病院	110	7.3	9.4	77.3	64.0	60.1	▲ 0.2
	㉑ ◎公立野辺地病院	151	9.3	9.4	83.1	64.0	67.1	▲ 2.5
下北	㉒ ◎むつ総合病院	376	15.8	21.5	85.7	90.6	85.4	2.2
	㉓ ◎国保大間病院	48	12.5	9.3	82.9	65.9	69.5	0.9

(◎がついている病院は、へき地医療拠点病院に指定。)

総務省「令和元年度病院経営比較表」を基に作成

② 青森地域保健医療圏における医療の現状と課題について

ア 概況

青森地域保健医療圏は、青森県の中央部に位置する青森市及び東津軽郡（平内町、今別町、蓬田村、外ヶ浜町）で構成されている。

面積は、1,478 k m²（県内6保健医療圏中、4番目の広さ）で、降雪量が多い。

イ 人口、入院・外来患者数

青森地域保健医療圏における人口は、2010年から2025年までに約5万人減少する一方、75歳以上人口の割合は、約20%に達する見込みである。

また、入院患者数は、2025年をピークに減少に転じる見込みであり、外来患者数は、2010年をピークに減少する見込みである。

表5 青森地域保健医療圏における推計人口及び入院・外来患者推計

推計人口(人)	H22年 (2010)①	R7年 (2025)②	R22年 (2040)③	②-①
0～14歳	40,070	26,079	18,406	△13,991
15～64歳	205,307	152,987	109,560	△52,320
65～74歳	40,488	41,680	35,689	1,192
75歳以上	39,353	54,282	54,739	14,689
合計	325,458	275,028	218,394	△50,430
65歳以上割合	24.6%	34.9%	41.4%	10.3%
75歳以上割合	12.2%	19.7%	25.1%	7.5%

ウ 一般・療養病床数

令和2年度病床機能報告における青森地域保健医療圏の一般・療養病床数は3,474床で、2025年の必要病床数3,024床を上回っている。機能別では、高度急性期及び急性期が余剰、回復期が不足している。

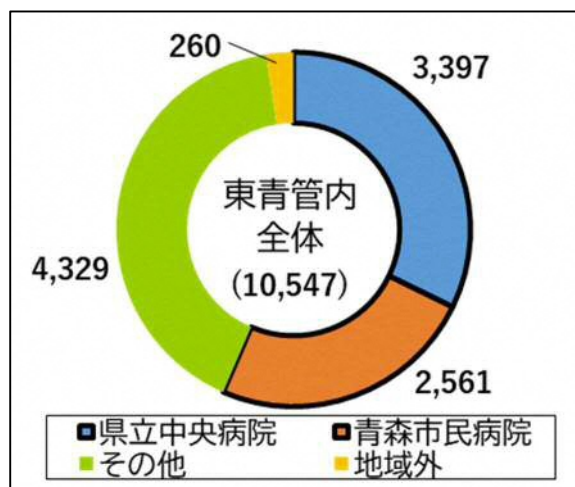
表6 青森地域保健医療圏における機能別一般・療養病床数

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等	合計
H26病床機能報告 ①	697	1,583	526	868	257	3,931
R2病床機能報告 ②	595	1,345	715	706	113	3,474
R7必要病床数 ③	338	900	1,127	659		3,024
③-②	△257	△445	412	△47	△113	△450

エ 救急搬送人員の状況

圏域内の救急搬送人員数は、年間1万件前後で推移しており、救急搬送は圏域内でほぼ完結している。県立中央病院と青森市民病院の2病院で地域内の半数以上の救急搬送の受入れを行っている。

表7 東青管内における機関別の搬送人員数（令和元年）



東青消防本部「消防年報」を基に作成

(2) 県立中央病院と青森市民病院の現状と課題について

① 県立中央病院

ア 診療面

青森県唯一の県立総合病院として、県全域を対象とした高度医療、専門医療、政策医療を担っているほか、看護師、薬剤師の共同採用試験の実施や県内自治体病院への診療応援を行うなど地域医療支援にも積極的に取り組んでいる。

医療従事者不足により、地域医療支援のアクティビティが充足していないほか、麻酔科医や手術室の課題により、同規模のDPC特定病院群と比べて全身麻酔手術件数が少ないなどの課題がある。

イ 施設面

院舎は築39年で、都道府県立病院（500床以上）の中でも供用期間が最も長くなっている。

院舎の老朽化により、建物や設備などの修繕費用が増加している。また、施設の狭隘化で診療スペースの確保が難しくなりつつあるほか、療養環境加算など施設面の課題で算定できない診療報酬がある。

ウ 経営面

平成23年度以降黒字を維持しているが、新入院患者の確保や平均在院日数の短縮などによる収益性の向上や、増加傾向にある材料費や給与費について、適正な人員管理や後発医薬品への切替などによる費用抑制が必要である。

また、経営改善だけでなく、医療の質を高める取組を広げていくため、業務の効率化・標準化などにより、看護師やコメディカルの労働生産性の向上が必要である。

② 青森市民病院

ア 診療面

青森地域保健医療圏の中核病院として、救急医療、急性期医療を担っている。

呼吸器内科、精神神経科は常勤医が確保できないため休診しているほか、総合診療科医、救急医も確保されておらず、新型コロナウイルス感染症重点医療機関としてその対応にあたっているが、感染症・呼吸器疾患の専門医が確保されていない。また、令和2年3月から夜勤看護師の不足等により1病棟を休棟しているなど医療従事者の確保が課題となっている。

医師不足のほか、近接（2病院の距離約5キロ、自動車での移動距離が20分以内）している県立中央病院と、がん、心筋梗塞、脳卒中などの診療機能が重複していることが要因で症例数が減少している。

イ 施設面

院舎は、築35年となっている。施設の老朽化により、設備更新費用の増加が見込まれるほか、感染症患者専用の施設（病棟、集中治療室、陰圧室等）を有していない

ことや、建物構造上、制度変更や求められる病院機能への対応が困難などの課題がある。

ウ 経営面

一部診療科の休診などにより、平成 18 年度から純損失（赤字）を計上しており、平成 30 年 10 月から病床規模を見直し、許可病床を 79 床削減し、459 床としたものの、令和元年度の病床利用率は 67.9%となり、新公立病院改革ガイドラインで求められている 70%に達しなかった。

経営改善を着実に進め、診療収入・患者数は下げ止まりつつあり、経営改善の兆しがみえるものの、引き続き、収益性の向上や材料費等の縮減に取り組む必要がある。

また、令和元年度決算では、累積欠損金は約 57 億円、資金不足比率は事業会計全体で 17.4%となっている。

(3) 委員からの意見等

① 急性期機能等の集約について

- ドクターやナースのマンパワー、診療面の棲み分け、連携、分散、分担というところが、地域医療構想で一番大事なところなので、この辺のところを今後の議論の中心にしていかなければならない。

地域で急性期の必要病床数が 700 床多くなっている。これが一番気になる。高度急性期というのはたくさんのマンパワーや設備を必要とする。それが多過ぎるということは、他の分野にいけるものがいけなくなる。大きい目でみれば、他の圏域に迷惑をかけているといえるかもしれない。

- 青森市民病院の上位症例のほとんどが県立中央病院と重複しているように見える。機能分担が図られていないのであれば、これから機能再編成や統合などあり方の議論をしていくにしても、この辺のところを調整していくことが大事。
- 青森市民病院は、呼吸器内科が休診しているとか、救急車を多く受け入れているが救命救急センターがないとのことだが、青森労災病院も循環器内科、呼吸器内科がなくて、病院の収益が悪くなっている。病院単体としては診療科がないと悪循環に陥ってしまう感があるので、やはり単独では難しいと感じている。
- これから機能分担をしていくのであれば、両病院、個人の医療機関と一緒に、医療側が率先して、市民に対し機能分担の内容を伝えることが必要だと感じている。
- 急性期医療の提供は、費用管理が難しいので、地域で同じような急性期医療を提供すると、地域全体での費用管理が困難となり、重複投資も増えるので、そこを解決していく方法を考えなければならない。そうなるとうちでも統合再編となってしまうが、ハイボリュームセンターになれば医師も集まりやすいし、施設基準も取りやすくなるし、多くの場合、医療レベルの向上にもつながるので、何かの形でできないか考えた方がよい。分散された費用管理を効率的にできるような方法とセットで考えていくべきだと思う。大学にとっても医師派遣する上で大きなメリットになると思うので、そうした方向で未来図を描けないかと思う。

② 医師等の医療従事者不足について

- 地域の医療をいかに効率的かつ安全に高度な医療を提供していくかということを考えたときに、やはり人的リソースが分散しているということが大きな問題。大学から両病院に医師を配置しているが、2つの病院で当直、待機をやることは非常に効率性が悪い。そこを解消するためには、機能分担も大事だが、わかりやすい医療提供体制を構築していくためには2つの病院が一緒になるのがいいと思う。
- 青森市民病院の病棟休止は看護師不足が原因とのことだが、夜勤看護師が足りないというのは県立中央病院も同じで、看護師不足ということがひしひしと伝わってきている。看護師不足に対してどうアプローチしていくか、看護師不足をどう解決していくかも大きな課題である。

③ 病院の老朽化について

- 老朽化の問題、施設面について、両病院とも築年数が経って免震ができていないとか、IT時代に合っていないし、配管なども古くなってきており、補修費もたくさんかかっている。
- 県立中央病院は築39年ということで鉄筋コンクリートの耐用年数を経過しており、建替の時期に来ている。

④ 病院の経営状況について

- 医療というのは医療の質も大事だし、経営の質も大事。特に公立病院は不採算医療、政策医療もやっているが、自治体の財政も厳しい。そうした中で医療においてもある程度生産性を上げていく必要がある。
- 協議会での目標、目的として、医療の質を上げていくということもあるが、自分の経験で申し上げると、病院の経営をどうしていくかということではないか。病院の老朽化の問題もあるが、経営に関しては、県立中央病院は割合いいが、青森市民病院は悪循環に落ち込んでおり、そういう状況だからこの2病院のあり方として統合するのかしないのかとかそういう話さえ出てくるのではないか。
- 経営という話がでたが、医師を供給する立場からいうと、青森市民病院単体で、医師を増やしたり、看護師を増やしたりしても、県病の患者が青森市民病院に流れるだけであると思う。
- 青森市病院事業会計の資金不足比率が高いので、今後の資金調達を考えると早急に手を打たないといけない状況に思える。両病院の改築の問題が同じ時期に出てきているので、それらを解決する形で、県立中央病院の改築も考える必要がある。

⑤ 地域医療支援について

- 青森県にはへき地があり、県立中央病院にはへき地支援という公立病院としての大きな役割がある。

⑥ その他（救急医療について）

- どちらの病院も多くの診療科は大学の医局でもっている。機能再編成とか統合にしても大学とセットに考える必要がある。
一つ気になるのは、両病院で年間6～7,000件の救急患者をどう対応していくか。統合にしても機能再編にしても、そのことをしっかりと考えていく必要があると思う。

<まとめ>

人口減少などにより、地域医療を取り巻く環境が大きく変化している中で、医療従事者不足や地域医療構想への対応等を進めていく上で、両病院の老朽化や経営基盤の強化などの点も考慮すると、どういう形態であれ、県立中央病院と青森市民病院は、共同・連携が必要である。

2 第2回協議会

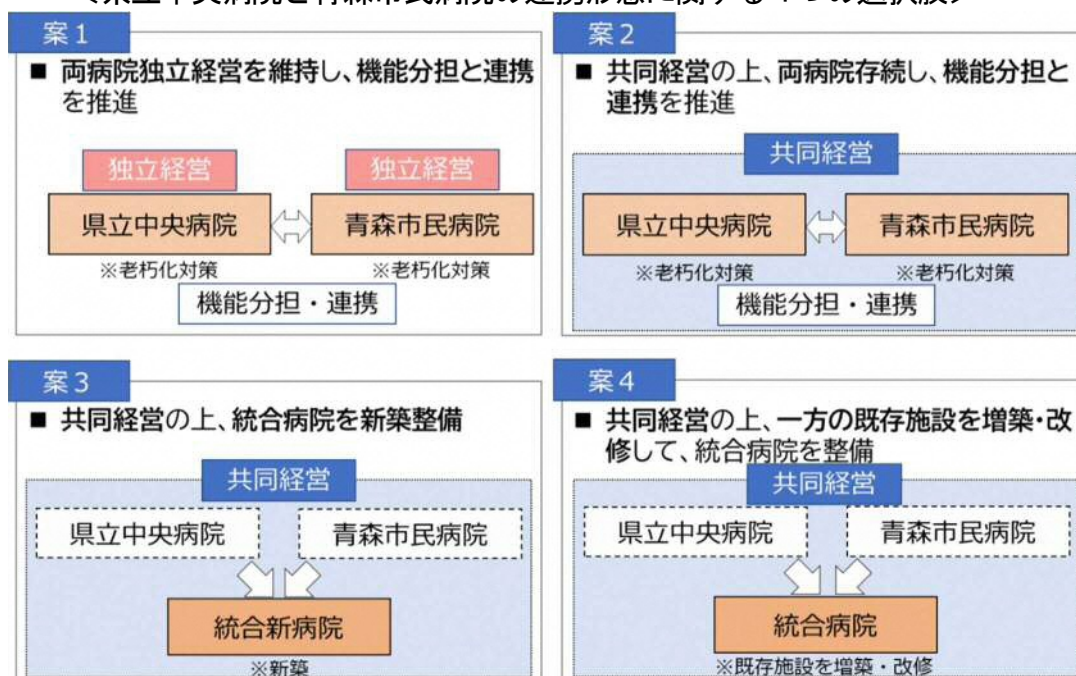
令和3年7月28日に開催した第2回協議会では、2病院の連携形態を議題とし、事務局から示された連携形態の選択肢案を基に、第1回協議会で論点となった項目について意見交換を行った。

(1) 2病院の連携形態について

第1回協議会で県立中央病院と青森市民病院は共同・連携が必要であるとの方向性で一致したことから、事務局から示された2病院の連携形態の選択肢について、①医師等の医療従事者不足・人材確保、②急性期機能の集約・充実、③施設の老朽化等、④病院経営、⑤地域医療支援、⑥新興感染症対策の項目ごとに整理した。

また、案1～4のいずれの選択肢であっても、救急医療体制、転院患者の受入先確保について、別途の対策が必要であることから、第3回協議会で検討することとした。

<県立中央病院と青森市民病院の連携形態に関する4つの選択肢>



(2) 委員からの意見等

① 医師等の医療従事者不足・人材確保について、②急性期機能の集約・充実について
 <連携形態の選択肢についての整理表>

① 医師等の医療従事者不足・人材確保

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①人員配置の 効率化・適 正化	・両団体間で円滑かつ 安定的な連携が可能 であれば、医師や看 護師等の人員配置の 効率化・適正化が図 られる	・共同経営組織の下で 一元的人事異動が 可能になるなど、独 立経営方式を上回る 人員配置の効率化・ 適正化が図られる	・同一組織の下での同一施設の運営により、集中 的・効率的な人員配置が可能	
②医療従事者 の集積	・効果的な機能分担の実施が可能であれば、機能 強化された診療領域などでの医療従事者集積に つながることが期待できる		・マグネットホスピタル(※1)として、医療従事 者の集積が期待できる	
③地域医療全 体の医療従 事者の確保	・両団体間で円滑かつ 安定的な連携が可能 であれば、その下で の人員配置の効率化 により、地域医療全 体の医療従事者の確 保につながることが 期待できる	・共同経営の下での人 員配置の効率化によ り、地域医療全体の 医療従事者の確保に つながることが期待 できる	・両病院の集約化と効率的な人員配置により、地 域医療全体の医療従事者の確保につながる	

※1 マグネットホスピタル

医療従事者にとって魅力のある病院。医療従事者が集まり、定着率が高い病院

② 急性期機能の集約・充実

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①診療機能の 強化・効率 化	・両団体間の円滑かつ 安定的な連携の下、 効果的な機能分担が 可能であれば、診療 機能の強化・効率化 が期待できる	・共同経営の下での機 能分担により、診療 機能の強化・効率化 が期待できる	・統合病院により、医療従事者を集中的・効率的 に活用できるとともに、診療機能の強化等がで きる	
②症例数・手 術件数の増 加	・両団体間の円滑かつ 安定的な連携の下、 効果的な機能分担が 可能であれば、症例 数の増加は見込まれ るが、手術件数の増 加のためには、麻酔 科医の増加が必要	・共同経営の下での機 能分担により、症例 数の増加は見込まれ るが、手術件数の増 加のためには、麻酔 科医の増加が必要	・ハイボリュームセンター(※2)として、症例 数・手術件数の増加が期待できる	

※2 ハイボリュームセンター

専門医がいて、手術症例が多い施設

<委員からの意見>

- 私は案3を推したい。若い先生は、新築で新しい機械、新しいITを使ったようなものがいっぱい入ってきているところで働きたいということがある。医療というのはものすごい日進月歩で進歩していますから、新しい病院で、新しいアイテムがあるということが非常に大事なことかと思う。そういうことで、人員を確保できると思う。
- 医師を派遣する立場でお話しさせていただくと、県立中央病院と青森市民病院に十分な医師を供給できていない、医師不足の状況にあると思う。この状況が、10年後、20年後、30年後に解消するかと言われれば無理だと考える。二つの病院が存続して、そこに潤沢に医師が派遣されていくというのは考えられないという前提に立つと、案3か案4しかないのではないか。その中で、医師とか看護師さんから見れば新病院というのは非常に魅力的で、弘前大学以外の地域からも医療従事者が集まってくる可能性があることを考えると案4より案3がよいのではないか。
- 私の意見としては、案3か案4を推したい。国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の統合、新病院整備のようなマグネットホスピタルを目指すべきであり、統合新病院という形が今後のことを考えれば一番よろしいのではないかと思う。
- 新しい総合病院の建設や二病院を一つに統合して運営形態、再編も含めて何らかの新しい形を目指すのは、スタッフ確保に関しては、少なくともネガティブには働かないと思う。
- 二つの病院を存続させるとなると、人員の集積とか機能分担は、どうしても限界がある。例えば、検査部門をどうするか、レントゲンをどうするかとか、どうしても無駄が出てきてしまうので、中途半端にやるよりは、機能集約を図る方がずっと合理的だし、人員集めもやりやすいと思う。救急などいろんな問題が出てくるとは思うが、人的面で言えば、一つの病院にするというのが一番合理的と考える。
- 看護師不足の問題、麻酔科医の問題、急性期の病棟が多すぎるといったような問題を考えると、統合ということを考えて、適正化を図るとともに、素晴らしい県都を代表するような基幹施設ができると非常に喜ばしいと思う。
- 新しい病院を建てて統合した方が、人員面からあるいは経営面から考えても合理的だと思う。増改築という案4もあるが、そこにやたらお金をかけるとまた無駄になるし、中途半端にお金をかけるより案3でいった方がいいと思う。
- 新しい病院ができると、そこに街ができるといったほうが良い。新しい病院ができるとその周りには住む人が出現し、子どもが増えることにより幼稚園や学校ができ、そういう方々から一つの「メディカルタウン」というものが形成される。大きい病院が統合するということは、そういった余波が大きいと思う。

③ 施設の老朽化等について

<連携形態の選択肢についての整理表>

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①老朽化・狭隘化、動線複雑化の解消	・両病院の建替までの間、施設面の課題が残るが、建替時期によっては早期の解消が可能になる		・新病院整備により、老朽化・狭隘化、動線複雑化など施設面の課題に対して即時に解消可能	・既存施設については建替までの間、施設面の課題が残るが、増築部分については即時に解消可能
②最新のICT技術・医療機器対応	・最新のICT技術や医療機器の導入等について、建替時期によっては早期の対応が可能になる		・最新のICT技術や医療機器の導入などに対応可能	・最新のICT技術や医療機器の導入などに既存施設では迅速・柔軟に対応することは難しいが、増築部分については即時に対応可能
③療養環境・勤務環境の向上	・現在の施設・設備の改修により部分的に療養環境・勤務環境を向上させることは可能。建替時期によっては全体の早期対応が可能になる		・新病院整備で、より質の高い医療の提供とともに、療養環境・勤務環境の魅力を向上させることが可能（労働生産性も向上）	・既存施設については、改修により部分的に療養環境・勤務環境を向上させることは可能。増築部分については、即時に対応可能

<委員からの意見>

- 遠隔医療などは、二つ病院があったらどちらかの病院にしかできない。そうした時、それが無い病院はどんどん弱体化していき、そういったリスクがあることも踏まえると、二つの病院について老朽化対策、いわゆる新築するということはありえないのかなと思う。
- 両病院が分かれている状況では、青森地区として最新技術を進めるのは厳しいのではないかなと思う。先端のものをやっている病院が二つある状況は望ましくないと思う。
- ICTといっても、既存の改修とかそういったときは、余計費用が嵩んでしまう。新しい医療機器の搬入についても、一番コストパフォーマンスが良いのは、移転新築という形になるのではないかなと思う。

④ 病院経営（経営基盤の強化等）について

<連携形態の選択肢についての整理表>

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①加算の取得	<ul style="list-style-type: none"> 両団体間での効率的な人員配置等が可能であれば、人員面等の課題で算定できなかった加算の取得が可能 建替時期によっては、施設面に係る加算の取得も早期に可能 	<ul style="list-style-type: none"> 共同経営の下では、効率的な人員配置等によって、人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能 建替時期によっては、施設面に係る加算の取得も早期に可能 	<ul style="list-style-type: none"> 新病院の整備、人員の集中的・効率的な配置により、施設面や人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 人員の集中的・効率的な配置により、人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能 増築部分については、施設面の課題で算定できなかった加算の取得が可能
②重複投資の抑制	<ul style="list-style-type: none"> 両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、医療機器の重複投資の抑制が図られる 	<ul style="list-style-type: none"> 共同経営の下で、医療機器の重複投資の抑制が図られる 	<ul style="list-style-type: none"> 統合病院により、両病院が保有していた医療機器や設備について重複投資がなくなる 	
③効率的・弾力的な運営	<ul style="list-style-type: none"> 両団体間で円滑かつ安定的な連携であれば、効率的な運営が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 同一組織の下で、両病院間において効率的かつ緊密な連携による運営が可能 	<ul style="list-style-type: none"> 同一組織の下での同一施設での運営により、効率的・弾力的な運営が可能 	
④整備費用	<ul style="list-style-type: none"> 老朽化対策の修繕費用が必要となるほか、近い将来、両病院とも建替費用が必要となる 		<ul style="list-style-type: none"> 新病院の整備費用が生ずるが、整備後、修繕費用は減少する（現有施設の利活用についての検討は必要） 	<ul style="list-style-type: none"> 両病院の機能集約のための増築・改修に加え、近い将来、建替費用が必要となる
	<ul style="list-style-type: none"> 病院事業債(通常分)の対象(普通交付税措置25%) 	<ul style="list-style-type: none"> 共同経営、機能分担に必要な経費(情報システムの統合等)の一部は、病院事業債(特別分)の対象となり、費用負担が軽減する。それ以外の経費は、病院事業債(通常分)の対象となる 	<ul style="list-style-type: none"> 病院事業債(特別分)の対象となり、整備費用負担が軽減(普通交付税措置が25%→40%に増) 	<ul style="list-style-type: none"> 増築部分については、病院事業債(特別分)の対象となり、整備費用負担が軽減(普通交付税措置が25%→40%に増)
⑤維持費用	<ul style="list-style-type: none"> 両病院ごとにランニングコストが必要になる 		<ul style="list-style-type: none"> 両病院を存続した場合と比較して、ランニングコストが抑えられる 	

<委員からの意見>

- 旧病棟の病室の面積がそのままであると色々な加算が取れないという状況になる。既存の施設を増築改築して運用するとなると、管理運営面で期待できるほどの収益が上がらないということも前提で考えていただきたいと思う。
- 両病院の建替をするとした場合、財源はどうするかという話になると思うが、病院事業債の交付税措置が25パーセントか40パーセントかで大きく違ってくる。40パーセントの対象となるのが、案3は新棟全般となるが、案4は増築部分だけということも頭に入れないといけない。

人を集めることも大事であるが、あわせて、同じく財源をどうするかというのも当然大事な話として出てくる。そういったことも含めて、案3が一番、将来的にも良いものを残せるのではないかと。

- 先々の経営環境が不透明になっている中で、今後の病院経営を考えた時、地方で消耗戦を繰り広げるように競って高額医療機器を入れるようなことは一刻も早く止めて、資本、資産の流出をできるだけ止めることを、経営戦略の基本に立てていただきたい。
- 重複投資が減るといふことのインパクトをもっと考えて欲しい。重複投資がなくなることで、その分のお金を新しいものにいろいろと振り分けて、いろんなチャレンジに使っていくことの方が、将来の医療の体制が非常に厳しくなったり、逼迫してくるような世の中に対して、大変心強いものを作っていけるんじゃないかと現場の感想として申し上げたい。

⑤ 地域医療支援について、⑥ 新興感染症対策について

＜連携形態の選択肢についての整理表＞

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
地域医療支援	・両団体間での効率的な人員配置が可能であれば、支援拡大につながる事が期待できる	・共同経営の下での人員配置の効率化により、支援拡大につながる事が期待できる	・共同経営の下、統合病院となることにより、医師や看護師が集約化されることでアクティビティが向上し、支援拡大が可能	
新興感染症対策	・両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、人員の融通などの人員面の強化が図られる ・建替時期によっては早期に施設面の強化が可能 ・2つの病院があることにより、新興感染症に対する相互補完機能の発揮が可能	・同一組織の下で、人員の融通などの人員面の強化が図られる ・建替時期によっては早期に施設面の強化が可能 ・2つの病院があることにより、新興感染症に対する相互補完機能の発揮が可能	・共同経営の下、統合病院となることにより、施設面、人員面で速やかに強化が可能	

＜委員からの意見＞

- 新型コロナという特殊な状況において、地域の感染対策のレベルを上げるには、県立中央病院や青森市民病院にいる専門のナースが病院を支援していくやり方が非常に有効だった。それを全医療に展開するのは難しいとしても、その地域の医療レベルを上げるというような支援を常に心掛けていくことが、基幹病院には必要だと思う。
- 自分の経験談を申し上げますと、高知県内の郡部の公的病院で、緊急の手術とか緊急の患者さんが出た際に、応援を求められるが、従来の県立、市立病院であったら、公務員ということで許可がなければ動けないなど円滑な対応が難しかった。こうしたこと

から、高知県立中央病院と高知市の市立市民病院が統合した高知医療センターは企業団とし、運営の主導権は病院が持つ形とした。

- 地域医療支援について言えば、新型コロナウイルス感染症でも云われていることだが、薄く広く医療機関を配置していることが機能不全の原因になっている。ハブ機能を持つ基幹病院を育てないとだめだと思う。

日本海総合病院は独立行政法人に移行したが、今のところ努力した分だけ形になって残っていると考えている。

公務員を悪く言うつもりはないが、就業規定その他を見ると、できないことが山のようにある。これでは自発的な創意工夫は生まれ難い。今までの直営という運営形態から抜けた方がいいのではないかと個人的には思う。

- もっと機能的な視点で、感染症病床を見直さなきゃいけないのかなと思う。一類・二類というだけじゃなくて、感染症患者が多くなったときに、どういう対応ができるのかをしっかりと視点を持った上で構造、人員も含めて考えていただきたい。
- 新型コロナウイルス感染症への対応について、青森市の場合は、県立中央病院が重症の患者さんを受け入れて、青森市民病院が中等症以下の患者さんを受けるという形で非常に上手くいったと思う。

今度、中核病院ができたときに、急性期、いわゆる重症の患者さんは診るとしても、それ以外の患者さんの受け皿をどう確保していくかってことを当然考えながら、病床数や機能などを考えていく必要があるのではないかなと思う。

⑦ 各選択肢の共通の課題について（救急医療体制について）

- 実際統合となると、救急医療の場合、そこにほとんど集まってきてしまう。青森県は救命救急医が少し足りない状況にあるので、救命救急医の数をきちんと確保できるのか、殺到した場合にどうするのか、その辺を前もってきちんと考えておいた方がいいと思う。
- 青森市の現状を言うと、救命救急センターがある県立中央病院と、青森市民病院の救急外来で多くの救急患者さんを受け入れており、市内の開業医で対応できない患者さんに関しては、2病院にお願いするしかないっていうのが現状になっている。統合して大きな病院になった場合には、救急の充実をお願いしたい。
- 現状の市内の救急医療体制を考えた時に、県立中央病院と青森市民病院が救急医療を担っている。その二つが一緒になると、おそらくER型の24時間365日の救急病院を目指すしかないと思う。
- 現場の立場として申し上げると、ERがしっかり機能しないとだめだと思う。救急車だけではなく、ウォークインの患者にも対応できるようなERをしっかりとやることが重要。

また、県立中央病院と青森市民病院が統合となった場合には、2病院で対応している年間7,000台を対応するとなると、県立中央病院の救命救急センターの人員だけではもたない。そうすると各診療科対応になるので、負担感とかそういうものも考えていかなきゃいけない。その一つに、新しい病院をつくったときには、魅力ある病院にし

て全国から救命救急のマインドを持った人をリクルートできるような病院になっていくことが必要だと思うので、こここのところに力を入れて設計していただきたい。

- 高知医療センターでは、救命救急センターを外科や内科と同じように独立させてそこに人を集めた。最初は人も少なかったので、各診療科からスタッフを送ったり、研修医も回していた。そうしたら、研修医が救急に魅力を感じ、そのまま専修医、専攻医になり、スタッフが揃うようになった。
- 日本海総合病院で救命救急センターを整備した際に、広域消防組合の救急ワークステーションを病院の中に作り、そこから指令が出せるようにした。
以前は病院と別に、市立の夜間急病診療所があったが、それを救命救急センターの隣に移して、病院の中に医師会の先生たちが輪番制で対応するようにし、専門的な検査が必要であれば隣の救命救急センターで対応できる体制をとった。
また、フレイル高齢者の再入院については、地域医療連携推進法人に参加している病院が再入院の八割ぐらいを受けており、救急車の受入台数は年間2,500台ぐらいに抑えられている。

⑧ 各選択肢の共通の課題について（転院患者の受入先確保について）

- 私は老健施設を経営しているが、施設で具合が悪くなった患者さんを両病院へ送って手術した後、ドレーンがついたまま施設に戻ってくることがある。
青森市は、個人の開業医でベッドを持っている先生が少なくなってきているので、新しい病院に回復期を担えとは言わないが、市内の病院を上手く使いながら、急性期と回復期を上手く使い分ける形が取ればいいのかと考えている。
- 急性期、慢性期、そして在宅という流れがスムーズにっていない。特に青森地域は厳しい状況にある。急性期病院が1人勝ちというようなことになってはいけない。患者さんの流れを上手くするような工夫というものも考えていく必要がある。
- 急性期医療を集約すれば、機能が充実することは確かと思うが、問題は、急性期病院が経営健全化をめざすには、新入院患者数を増すこと、平均在院日数短縮と病床回転率が重要。この3点を担保するために、ポストアキュートの病床と在宅、施設をつなぐ仕組みを考えないといけない。急性期病院のことだけ考えればいいのではなく、地域医療構想全体の計画をどうつくるかという話だと思う。

<まとめ>

4つの連携形態について整理すると、案1は独立経営で今までどおりでやっていく形態だが、機能分担の実現が容易でないこと、医療従事者の適正配置や人事異動、処遇の面でハードルが高いこと、経営面での連携も限界があることから、本案を選択することは非常に難しいと思われる。

案2は、共同経営によって医療従事者や医療機器に関して、案1よりも機能分担できると思われるが、重複投資の解消や医療資源の分散については、案3、案4と比べてメリットが小さいと考えられる。

案3は、委員からの支持が多く、施設面の課題が即時に解消されるほか、ハイボリュームセンターやマグネットホスピタルとして、高度、専門、政策医療などの診療機能の向上も期待でき、4つの中で一番有力と考えられる。

案4は、医療従事者の集積などの効果が案1、案2よりは期待できるが、案3と比べて、老朽化や修繕費用などの施設面の課題が当面残るほか、病院事業債での国からの財政措置も少ない。

以上のことから、持続可能な医療提供体制を構築していくためには、医療資源の重複投資や施設の課題が解消されるとともに、医療従事者の集積、集約化などにより診療機能の向上も期待される案3が最も有力な選択肢と考える。

3 第3回協議会

令和3年10月20日に開催した第3回協議会では、共同経営・新病院整備に係る検討事項等を議題とし、意見交換を行った。

(1) 共同経営・新病院整備に係る検討事項について

第2回協議会で2病院の最も望ましい連携形態とされた「共同経営の上、統合病院を新築整備」をすとした際に、検討が必要と思われる①経営形態、②病床規模、③整備場所の考え方、④救急医療体制、⑤新興感染症対策、⑥転院患者の受入先確保の6項目について整理した。

(2) 委員からの意見等

① 経営形態について

<委員からの意見>

- 高知医療センターは、県と市が企業団として設立された病院だが、今考えても決して悪くはなかった。
医療従事者、特に医師の場合は、研究会とか研修会とかいろんなところで、同じ診療科の人たちが一緒になって、お互いに医療技術、医療信念などを共有しながらやってきていたので、手術などで、「そんなやり方をしているのか」とか「それいいね」といったやりとりが見られ、病院が統合したことで戸惑うことはなかった。
- 日本海総合病院を地方独立行政法人としたのは、職員の意識改革のため、県立病院でも市立病院でもない組織が必要と思ったことと、経営手法の弾力性を確保するため。地方独立行政法人に移行した当初、県立病院看護師は派遣の形式をとり、アンケートをとると、県立病院に戻りたいという人が9割いたが、その後、法人に残りたいと思う人が増え、最終的には7割が残った。また、一部事務組合等の一部適用あるいは全部適用は、政策決定手順を多く踏まなければならないが、地方独立行政法人は、決断と予算執行の速さが全く違うと実感した。
また、これまで県・市で2つの組合があったが、今年6月に解散して1つの組合になった。この間、自分たちの職場は自分たちで守っていかなければならないこと、法人に求められている中期目標をきちんと提供していくことが、生活を守ることだと理解したからだと思う。その点では、④（地方独立行政法人非公務員型）は職労と意識を一緒にしやすい形態であると思う。
- 県立病院と市民病院の統合で考えられる経営形態は、それぞれ一長一短あると思うが、理事長の説明責任がきちっと果たせる地方独立行政法人がいいのではないかと。公務員型はこれまでの市と県での処遇等にずっと縛られてしまうことも考えられ、地域と溶け合うということも考えると、非公務員型がいいと思う。
- ②（一部事務組合等の全部適用）か④の選択になると思うが、地方独立行政法人は、かなり大きな変革だと思う。
少なくとも、県立中央病院が地方公営企業法全部適用で上手く経営し、それなりの効率性も発揮していることを考えると、最初は②でくっついて、その後、状況を見ながら④に移行するというような、二段階の進め方もあっていいのではないかと。

- ②か④になるのではないかと思います。②の事例でつがる総合病院が挙げられているが、比較的上手くいっている。なぜかという、中核病院があって、その周囲にサテライト病院、サテライト診療所があって、医師や看護師さんが同じ組織の中で交流できていることが挙げられる。
青森圏域の場合、圏域内には個人病院が多く、仮に大きな中核病院ができたとしても、連携ができにくいのではないかと。うまく人事交流をするためには、身分が公務員でない方が人の交流というのは起きやすいのではないかと。そうした組織が青森圏域では望ましいと思う。
- 地域医療連携推進法人を設立するとした場合、地域でどういう事業計画を組むかによるが、例えば職員を出向させるとか、業務調整を行うことで参加法人の機能分化を行うには、②だとやりにくいのではないかと。
- ④は、地域の医療提供体制などを決めていくときに、選択の幅は広がると思う。

<まとめ>

委員から②か④が望ましいという意見が出されたが、権限とか裁量に着目すると、①（一部事務組合等の一部適用）よりも②の方が広く、③（地方独立行政法人公務員型）と④はさらに決定権が広いが、④は公務員の営利企業への従事等の制限に縛られず、民間医療機関も含めた人事交流が可能である、⑤（指定管理者制度）については、民間の施設管理のノウハウとか経営手法が期待されるが、公立病院の不採算事業とかをうまく継続していけるかという心配も考えられる。

よって、自律的、弾力的かつ着実な運営が期待される②または④のいずれかが適当と考える。

② 病床規模について

<委員からの意見>

- 病床規模の議論だが、実際稼働している 800～900 前後ぐらいのベッドが一つの目安、イメージだと考える。
これに加えて、新興感染症対策などにどれだけ確保するかという議論も出てくると思うが、申し上げたいのは、協議会の中で、ある程度の規模感を出すことはできると思うが、ぴったりとした数字を出すことは難しいのではないかと。
- 新型コロナの第5波のパンデミックを参考に、今後の地域医療構想はそれをちゃんとクリアできるような病床数を考えることとされている。そういうことも考えながらフレキシブルに考えていかないといけない。一方では、この地域の急性期病床が多いということも考えないといけない。
また、災害など何が起こるかかわからないので、その際に対応できるための余地を作っておいてもいいかもしれない。
- 仮の話だが、2025年に新病院を竣工したとすると、2030年から2040年頃の償還が嵩む時期で、団塊の世代がこの世から消えていく時期でもある。公表されている医療需要と実際の医療需要が一致するかどうかということと、新型コロナのことがあるにせ

よ、国の方向性として、急性期病床の総量規制は必ず進むと思うので、どう対応するのかは考えておく必要がある。

また、医療圏全体として、回復期病床をどう育成するかということを経済圏全体で考えて行くべき。急性期病床の規模も後になって適正規模から次第に乖離が生じてくる。病床規模については、もう少し弾力的に考えてもいいのではないかと。

- 青森県の事情を申し上げますと、2025年から高齢者の実数が減ると見込まれており、そこからどんどん高齢者は減っていくのが現実にかかる。病床規模に関しては、そういうところまである程度見越して算定するのが望まれるのではないかと。
- 感染症病床がどの程度の規模感なのかが気になるが、感染症を除けば、900床が望ましいと考える。青森県の患者推計では、病院に来る患者さんは極端に減らないと見込まれている。

現状の入院患者数から病床数を設定して、10年後、20年後に入院患者数が減少に向かう段階でベッド数を削減していけばいいのではないかと。最初に小さく作ってそこから増やすことは難しい。ダウンサイズはできるけど、大きくはできないと思うので、そういった考え方で、あまり最初から窮屈な病床の制限をしない方がいいのではないかと。

<まとめ>

病床規模を考える上では、マグネットホスピタルとしての魅力もなくてはならないし、患者推計も考慮しながら算定する必要があると思うが、一般病床については、両病院の患者数や適正な病床利用率等を基に算出することが適当であり、現時点では800から900床程度と見込まれる。

加えて、感染症病床や精神・身体合併症患者対応病床等の一般病床以外の確保や、新興感染症の感染拡大時や災害発生時など一時的に患者が多く発生する場合に備えた病床機能転換ができるスペースの確保についても検討が必要と考えられる。

③ 整備場所の考え方について

<委員からの意見>

- 患者さんを紹介する立場から言えば近い方がいいと思う。
- 参考事例を申し上げますと、九州の田川市立病院は、平成筑豊鉄道という駅のすぐそばに建替し、かなりアクセスが良くなった。全県からアクセスしやすいことも考えてもいいのかなという気が個人的に思う。

<まとめ>

整備場所を協議会で決めることは難しいと思われることから、必要な面積が確保できること、災害時においても診療に重大な支障を来さないこと、確保が容易な土地であること、圏域内外の救急患者の搬送や通院アクセスに適していることの4点を考慮して、県と市の両方の当局や関係者で検討して決めていただきたい。

④ 救急医療体制について

<委員からの意見>

- 高知医療センターは、ドクターヘリを導入し、救急医療や災害医療を勉強したい研修医や初期臨床研修が済んだ若い先生がかなりの数が来た。そうした観点から、新しい病院では、ドクターヘリの導入を考えたほうがいいのではないかと。
- 青森圏域の特性から考えると、ウォークインからドクターヘリまで対応する機能が必要だと思う。県内でドクターヘリの基地病院となっているのは、県立中央病院と八戸市民病院であり、ドクターヘリは新病院に必要な機能だと思う。
一方で、ウォークイン患者を両病院ですごく診ていて、他に任せるところがない状況であるので、そちらも対応しないといけない。
そうすると、一番問題なのは人員で、特に医師。第1回協議会でも指摘したが、県立中央病院の場合は、専属の医師が救命救急センターにいて、センターの医師が、ウォークイン、ドクターヘリ両方に対応していかないといけない。
また、県立中央病院の救命救急センターは、弘前大学との交流はあるが、大学からの派遣はなく、県立中央病院独自で専任の医師を配置している。
そうした中で、救急部のない青森市民病院と統合して、どうやって救急医療体制を確保するか。そのためには、他の診療科からバックアップ体制が今まで以上に必要になる。そここのところをしっかりと考えていく必要がある。
- 青森市医師会では、青森市の急病センターに医師を派遣し、夜の7時から11時まで診療している。今後も引き続き対応していきたいと考えているので、そこを踏まえながら、是非とも新病院ではER機能を残していただきたい。
逆に言うと、夜間やウォークイン患者の対応を考えれば、新病院の近くに急病センターをもってこることも考えられるので、医師会としても柔軟に対応していきたい。
- 両病院のウォークイン患者が多過ぎるのではないかと。八戸圏域でも市医師会が休日夜間急病診療所を運営しているが、そこで年間約2万弱の患者を診ている。診療所の認知が市民に広がれば、そちらで患者を吸収できると思う。
- 弘前大学は、高度救命センターで重症な患者さんしか診てこなかったが、弘前市の輪番救急病院にも入り、救急患者の受入を増やそうとしている。それによって、少しずつ救急のトレーニングが進んできているし、救命救急医を目指す医師も少しずつ増えてきているが、県立中央病院に医師を派遣できるまでは増えていない現状である。
できれば、大学と新病院と救急に力を入れている八戸市民病院で連携して、救急医を育てていきたいと考えている。

<まとめ>

救急医療に関しては、新病院においても、引き続き、二次、三次救急の中核的な役割を担っていく必要があり、加えて、住民にとっても、働くスタッフにとっても、派遣する大学にとっても、現状よりも良くなるようにしていかないといけないと思うので、新病院ができるまでに、人員、体制を増やしていくことが望ましい。

ER型がいいとか、調整・連携型がいいということには必ずしもならないことから、関係者の皆さんで、新しい病院も含めた地域の救急医療体制の連携・機能分担などについていろいろ検討していただきたい。

⑤ 新興感染症対策について

<委員からの意見>

- 感染症病床については、コアな部分はあってもいいと思うが、新興感染症が起こったとき有効に対応できるかという構造的・機能的な両方できる一般病床と兼ね合える作りが大事であり、そういうフレキシブルな柔軟なやり方にする必要があると思う。
- 資料に「スペース」という言葉が使われているが、例えば、講堂を作っておいて、普段は講堂として活用し、パンデミックになったときには、全部隔離病床に転用するといった病院もある。

院内感染も考えると、病棟とは違う場所にそういった講堂や管理棟のようなものを作って、いざとなったらそこに収容する。その場合に、病棟の一部を閉め、スタッフが移ってそこで治療するというような体制が、パンデミックに対するやり方として望ましいと思う。

- 弘前大学では、コロナ対応として、20床以上あるICUを閉鎖して、コロナ病床に転用した。ICUは人工呼吸器含めていろいろな装備を有しているので、そこを一定期間コロナ病棟にして、看護師は一つの病棟を閉鎖し、適正のある方をICUに配置することでやるのが一番効率的ではないか。そうなると、病床が減るので、患者さんを受け入れる病院もきちんと確保していくことが重要だと思う。

新しい病院には、ぜひICUとかそういった部門を強化していただきたい。

<まとめ>

新興感染症対策に関しては、国の方向性などがどのように示されるのかわからない状況でもあるので、今のところは、新病院は新興感染症対策の中核的な病院として、感染拡大時を想定し、転用スペース等を含めた感染症対応病床の増強や、対応設備の整備及び専門スタッフ等のマンパワーの確保など、機能・体制を充実・強化することが望ましいと考える。

⑥ 転院患者の受入先確保について

<委員からの意見>

- 転院先となる有床の民間病院は、ベッド数も少ないし、医師も足りないことが問題である。国は、急性期病床を減らし、回復期病床を増やせとは言っているが、民間病院の中には急性期で病床機能報告を届け出ているところもあり、徐々に機能転換が進んではいるが、急には変わらないと思う。
- 転院調整が難しい事例として、人工呼吸器、気管切開、腎瘻、ミニトラック、麻薬、化学療法を継続する場合とか輸血が挙げられているが、例えば輸血をしているとか化

学療法をしているという、本来は回復期などに転院できると思うが、コロナのまん延という中で、転院できない状況もあると思う。

基幹病院で行われている処置に関して言うと、在宅でもできるものもあると思うので、そういうところを引き受けながら、コロナが収まって、回復期病院で受け入れていただけるといいが、どうしても転院させる必要がある場合には、在宅に戻すことについて医師会としても協力していきたい。

- 地域全体で受入先、連携先の継続性が担保される見通しがないと、口先だけの連携になる。

日本海総合病院の場合、ウォークインの患者は、夜の10時までに8割以上が来ており、我々の地域では、地域医療連携推進法事業として、夜間の診療所を夜10時まで医師会の先生が交替で診てくれている。

もう一つ、フレイル高齢者をどういう棲み分けをして、救急を分担するかがとても大事だ。フレイル患者の場合は、頻繁に救急車を使うケースがある。初診は我々のところで診るが、次の半分は連携先の病院が受けている。救急搬送件数が比較的少ないのにはそういう背景がある。

この話は、新病院の業務構造や連携の話ではなく、連携、受入先病院が持続性を担保できるようなことを地域全体で考えていけるかにかかっているのだと思う。次の段階にいく大事なプロセスではないかと思う。

<まとめ>

新病院が急性期機能を発揮するためには、適切な転院調整ができるようポストアキュートや回復期機能を有する医療機関との連携強化により、地域全体で切れ目のない医療提供体制の構築が必要と考える。

関係機関との連携・協力には、お互いに顔の見える関係性が望ましく、地域医療連携推進法人の設立によって、連携・協力がうまくいっているケースも見受けられるので、法人設立なども視野に入れて、転院患者の受入先確保も含めた連携体制構築に向けて、今後検討していただきたい。

4 第4回協議会

令和3年11月10日に開催した第4回協議会では、県立中央病院と青森市民病院のあり方についての提言内容を議題とし、提言をまとめた。

II 県立中央病院と青森市民病院のあり方について（提言）

1 両病院のあり方について

- 県立中央病院と青森市民病院は、地域において急性期医療や政策医療の基幹的役割を担っているが、両病院において医師をはじめとした医療従事者を十分に確保していくことが難しいほか、施設の老朽化・狭隘化、経営基盤の強化、新興感染症対策への対応など多くの課題を抱えている。
- また、両病院が立地する青森地域保健医療圏では、高度急性期、急性期病床数が2025年度の必要病床数を上回っており、その適正化が求められている。
- 協議会では、こうした状況を踏まえ、人口減少、高齢化の進展など地域医療を取り巻く課題等を見据え、将来的に持続可能な医療提供体制を構築していくためには、両病院の共同・連携が必要であり、その方向性は、①医師等の医療従事者不足・人材確保、②急性期機能の集約・充実、③施設の老朽化等、④病院経営、⑤地域医療支援、⑥新興感染症対策の6つの観点を踏まえると、「共同経営の上、統合病院を新築整備する」ことが最も望ましいと考える。
- 協議会からの提言の実現に向けて、県と市で今後のあり方について早期に協議を進めることを期待する。

2 「共同経営の上、統合病院を新築整備する」に当たっての留意事項について

共同経営の上、統合病院を新築整備するに当たっては、以下の点に留意する必要があると考えられる。

(1) 経営形態

経営形態については、自律的・弾力的かつ着実な運営が期待される企業団方式又は地方独立行政法人(非公務員型)方式のいずれかを基本に県と市で検討すること。

(2) 病床規模

新病院の一般病床については、両病院の患者数や適切な病床利用率等を基に算出することが適当であり、現時点では、800～900床程度と見込まれる。

これに加え、感染症病床や精神・身体合併症患者対応病床等の一般病床以外の病床の確保や、新興感染症の感染拡大時や災害発生時など一時的に患者が多く発生する場合に備えた病床機能転換ができるスペースの確保について、別途、県と市で検討すること。

(3) 整備場所の考え方

整備場所の選定にあたっては、以下の点について考慮した上で、県と市で検討すること。

- ① 医療の高度化や療養環境の充実など、整備に必要な面積が確保できること
- ② 津波や洪水などによる大規模災害発生時においても、診療に重大な支障を来さないこと
- ③ 工期短縮及び費用節減の観点から、既存建物がなく、確保が容易な土地であること
- ④ 圏域内外からの救急患者の搬送や患者の通院アクセスに適していること

(4) 救急医療体制

地域における二次、三次救急の中核的な医療機関として、専門スタッフの増員を図るとともに、地域の関係機関等と救急受入体制の連携・機能分担などについて十分検討しながら、救急医療提供体制を強化すること。

(5) 新興感染症対策

新型コロナウイルス感染症における対応や、新興感染症対策に係る今後の方針等を踏まえつつ、新興感染症対策の中核的な病院として、感染拡大時を想定し、転用スペース等を含めた感染症対応病床の増強、対応設備等の整備及び専門スタッフ等のマンパワーの確保など、機能・体制を充実・強化すること。

(6) 転院患者の受入先確保

新病院が急性期機能を発揮するため、適切に転院調整ができるよう地域医療連携推進法人の設立なども視野に入れ、転院患者の受入先確保も含めたポストアキュートや回復期機能を有する医療機関等との連携体制の構築に向けて検討すること。

(7) 地域医療支援

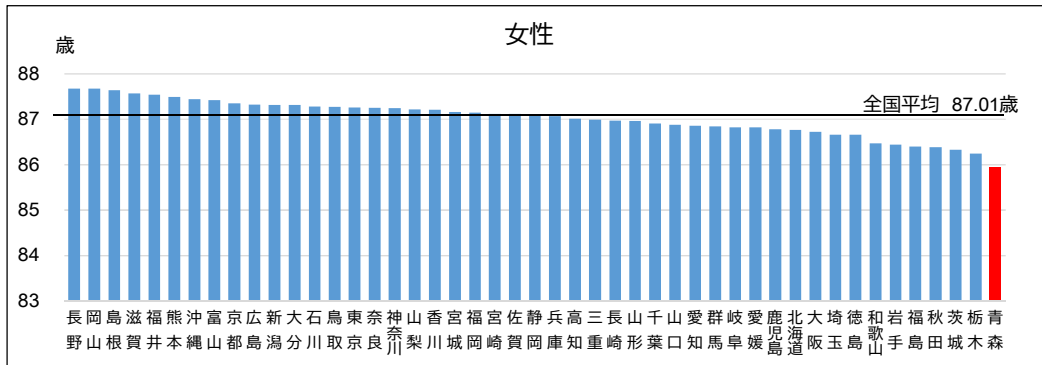
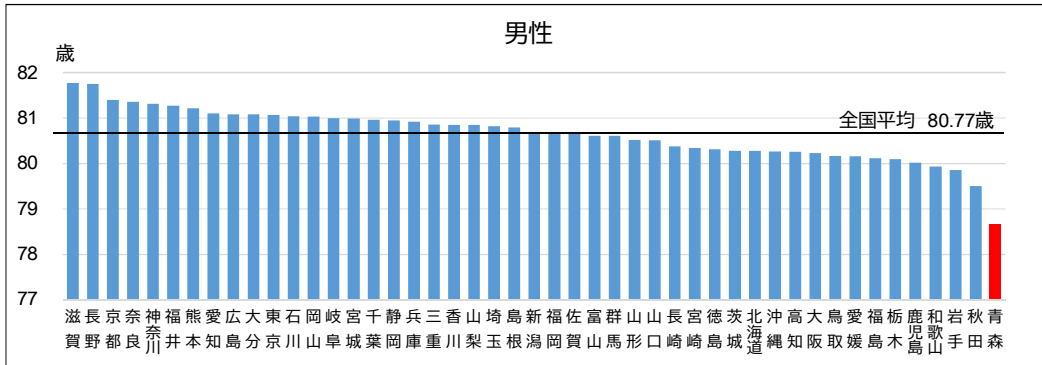
新病院は県立、市立病院としての役割・責務を引き継ぎ、青森地域保健医療圏はもとより、県内全域の地域医療を積極的に支援していくこと。

以上について、新病院開院までの準備期間も含め、県立中央病院、青森市民病院及び大学等が地域医療をしっかりと支えながら、早期に効果が発現できるよう取組を進めることを期待する。

《参 考》

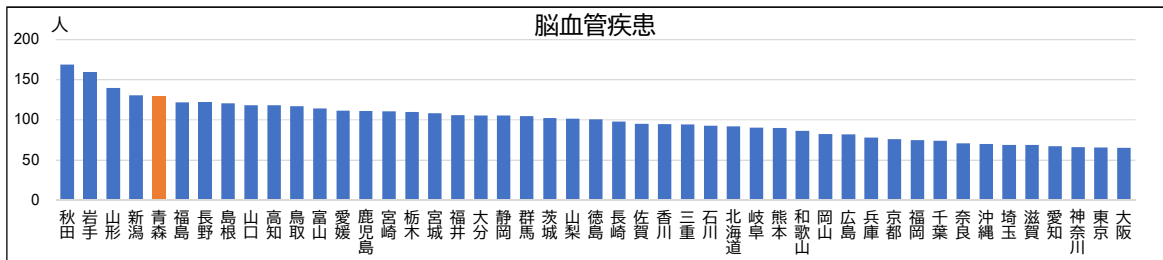
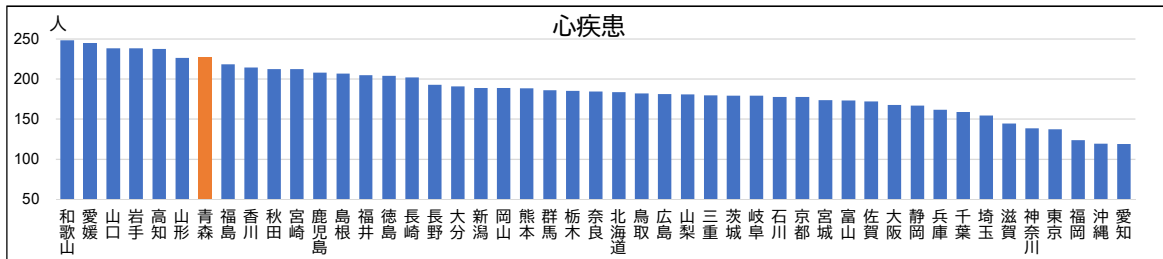
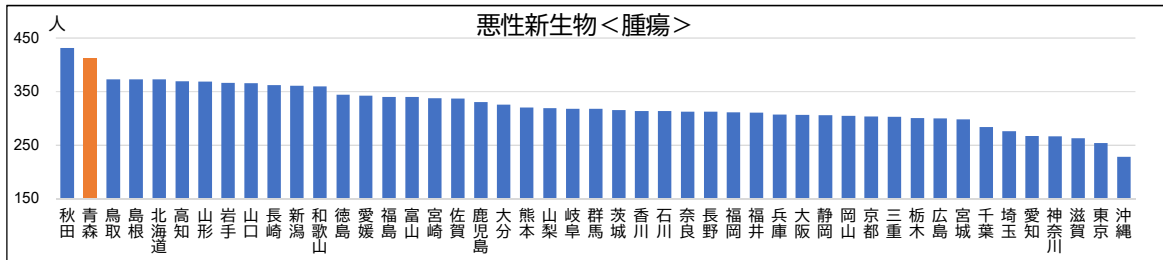
都道府県別平均寿命

青森県の平均寿命は、年々延びているものの、男女ともに全国最下位。



厚生労働省「平成27年都道府県別生命データ」

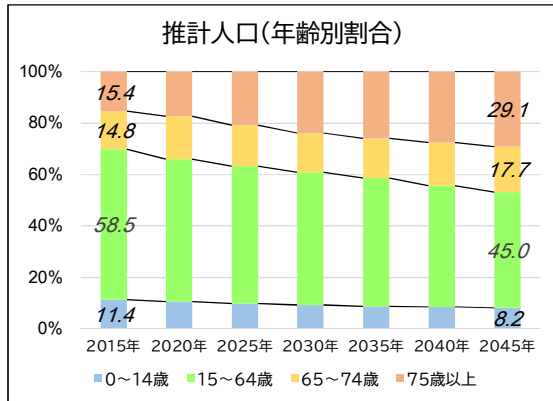
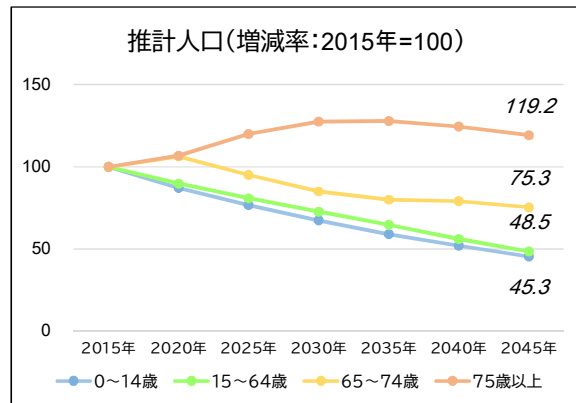
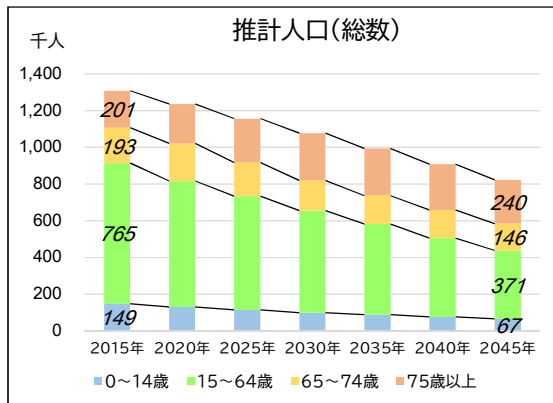
主な死因の都道府県別死亡率(人口10万対)



厚生労働省「令和元年人口動態統計(確定報)」

青森県の推計人口

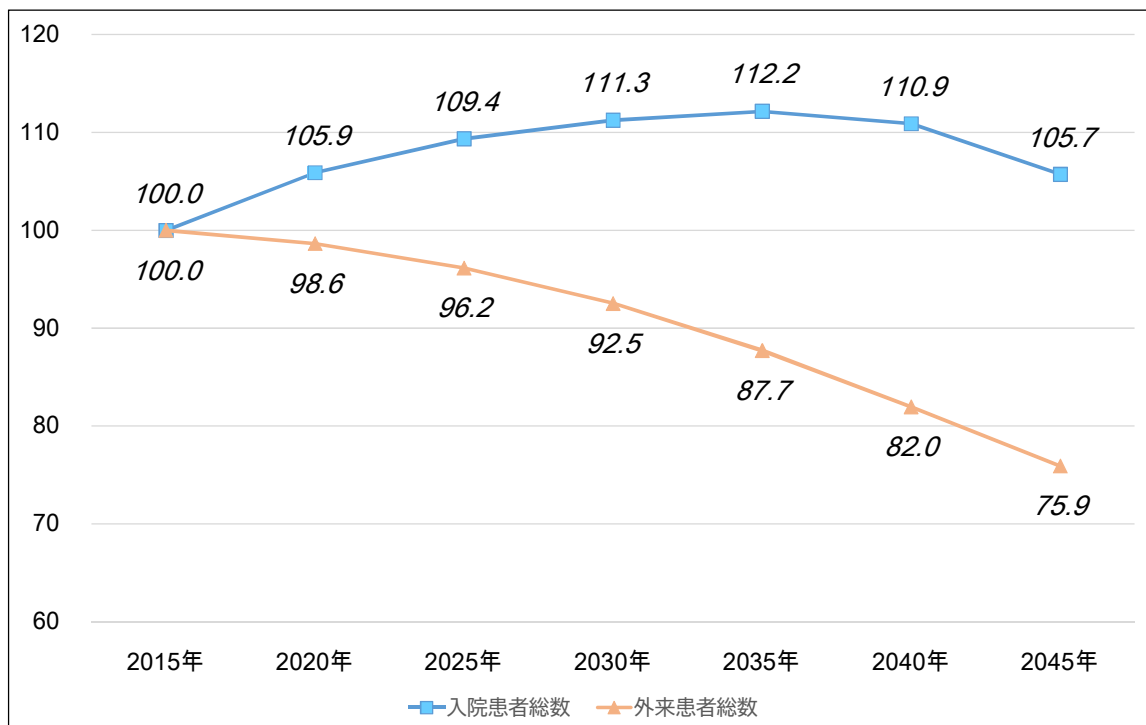
総人口は急激に減少する一方、75歳以上人口は2035年まで増加し、高齢化が進行。



国立社会保障人口問題研究所「地域別将来人口統計」を基に作成

青森県の患者推計(増減率:2015年=100)

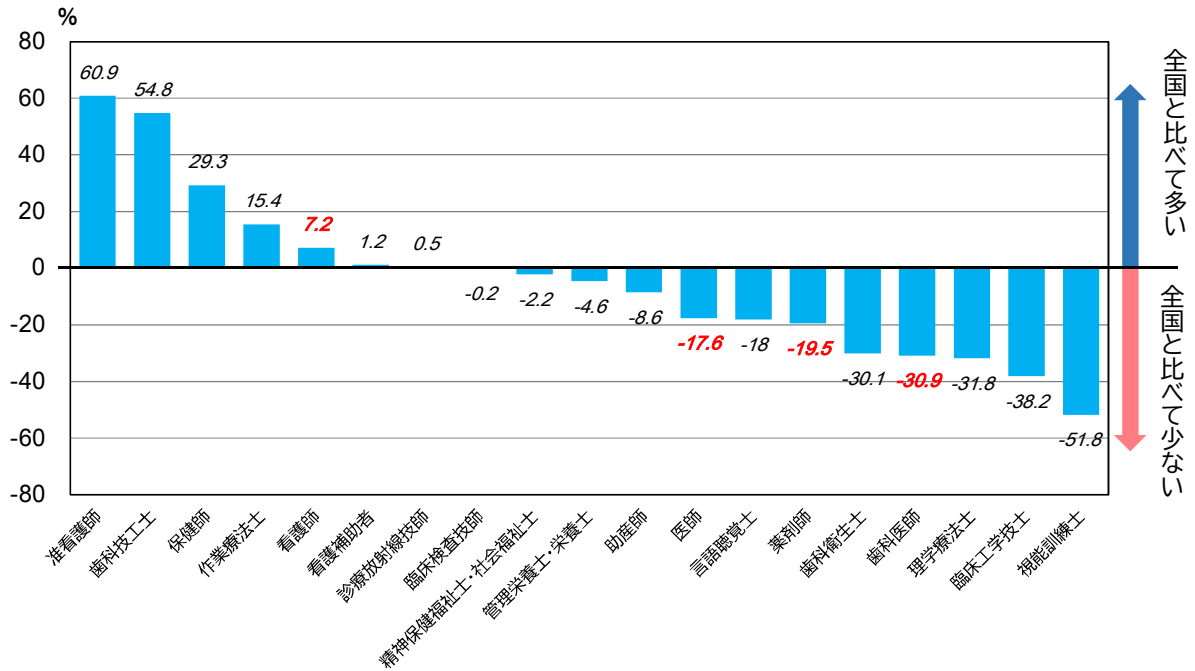
入院患者は2035年をピークに減少、外来患者は既に減少傾向。



厚生労働省「平成29年患者調査」を基に作成

医療従事者数(人口10万対) <全国比較>

薬剤師、歯科衛生士、歯科医師、臨床工学技士、視能訓練士など多くの職種で全国平均を下回っている。



	准看護師	歯科技工士	保健師	作業療法士	看護師	看護補助者	診療放射線技師	臨床検査技師	福祉士等	栄養士等	助産師	医師	言語聴覚士	薬剤師	歯科衛生士	歯科医師	理学療法士	臨床工学技士	視能訓練士
全国	240.8	27.3	41.9	37.8	963.8	208.8	42.8	44.2	20.4	26.1	29.2	246.7	13.1	190.1	104.9	80.5	72.4	22.1	7.0
青森県	387.5	42.2	54.2	43.6	1033.1	211.3	43.0	44.1	19.9	24.9	26.7	203.3	10.8	153.0	73.3	55.6	49.3	13.7	3.4
順位	15位	7位	23位	23位	28位	23位	29位	30位	28位	30位	38位	42位	37位	45位	47位	46位	43位	47位	45位

厚生労働省「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」、「平成30年度衛生行政報告例」、「平成29年病院施設調査」を基に作成

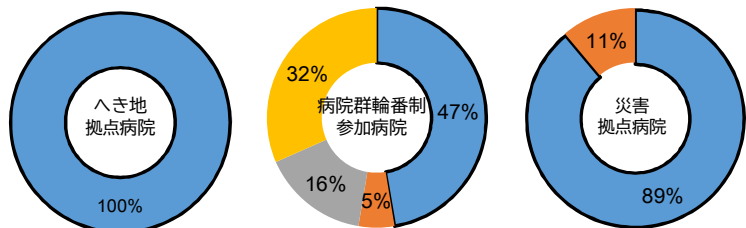
青森県における自治体病院の役割

青森県は、病院数、病床数ともに公立病院の占める割合が全国に比べて高い。また、へき地、救急・災害、周産期など民間医療機関が参入しづらい不採算・特殊部門での中核的な役割を担っている。

設置主体別病院数(一般、精神科病院)

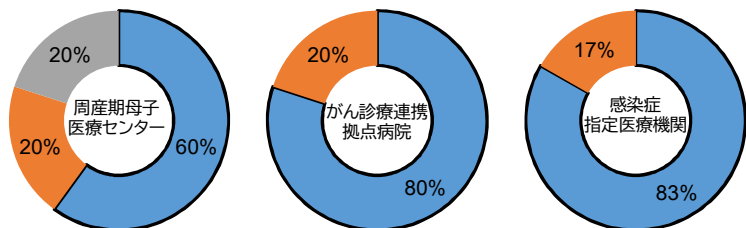
	全国		青森県	
	病院数	割合	病院数	割合
公立	918	11.1%	26	27.7%
国・公的	606	7.3%	9	9.6%
民間等	6,776	81.6%	59	62.8%
合計	8,300	100.0%	94	100.0%

青森県におけるへき地医療等で公立病院が担っている割合



設置主体別病床数(一般、療養、精神)

	全国		青森県	
	病床数	割合	病床数	割合
公立	222,132	13.7%	5,507	28.9%
国・公的	220,609	13.6%	2,740	14.4%
民間等	1,177,299	72.7%	10,801	56.7%
合計	1,620,040	100.0%	19,048	100.0%



厚生労働省「令和元年医療施設調査」

■公立 ■大学 ■公的 ■他

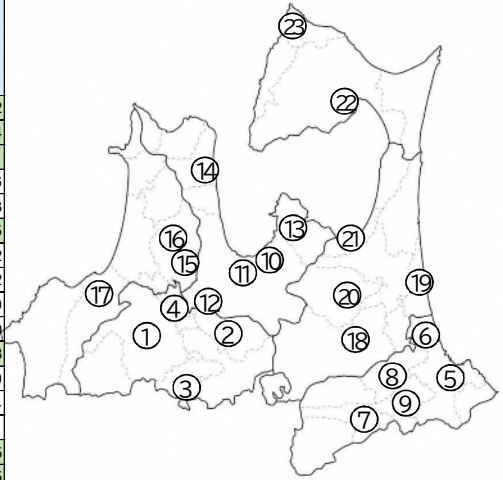
自治体病院の課題

多くの自治体病院が、医師不足の解消や経営改善が課題となっている。

医療圏	医療機関名	（一般・療養） 許可病床数	100床当たりの職員数				R元年度 病床利用率 (%)	R元年度 純損益 (億円)
			医師		看護部門			
			職員数	同規模 病院平均	職員数	同規模 病院平均		
津軽	① 弘前市立病院	250	6.0	13.0	65.7	74.0	31.8	▲ 1.2
	② 黒石市国保黒石病院	257	11.0	13.0	75.7	74.0	71.1	▲ 1.4
	③ 町立大鱗病院	30	17.3	9.3	105.3	65.9	61.0	▲ 0.1
	④ 国保板柳中央病院	80	6.4	8.1	58.0	63.3	80.4	1.6
八戸	⑤ 八戸市立市民病院	552	21.7	24.8	114.2	102.7	85.7	9.3
	⑥ 国保おいらせ病院	78	8.1	8.1	57.7	63.3	66.5	▲ 0.5
	⑦ ◎三戸国保三戸中央病院	142	6.9	9.4	52.0	64.0	51.2	0.2
	⑧ 国保五戸総合病院	165	6.8	9.4	66.7	64.0	66.3	0.2
青森	⑨ 国保南部町医療センター	66	13.5	8.1	77.3	66.3	89.7	0.0
	⑩ ◎青森県立中央病院	679	20.8	24.8	118.0	102.7	81.5	2.0
	⑪ 青森市民病院	459	18.3	21.5	95.7	90.6	67.9	▲ 3.8
	⑫ 青森市立浪岡病院	35	11.4	9.3	108.6	65.9	58.2	6.0
	⑬ 平内町国保平内中央病院	96	3.1	8.1	70.7	63.3	83.7	0.4
	⑭ ◎外ヶ浜町国保外ヶ浜中央病院	44	13.6	9.3	78.9	65.9	85.3	0.1
西北五	⑮ つがる総合病院	390	16.0	21.5	93.8	90.6	66.3	▲ 0.5
	⑯ かなざり病院	100	9.4	9.4	80.0	64.0	78.2	▲ 1.5
	⑰ ◎鰐ヶ沢病院	70	18.1	8.1	82.3	63.3	55.9	▲ 1.9
上十三	⑱ 十和田市立中央病院	325	11.6	17.2	92.0	84.8	71.7	▲ 6.2
	⑲ 三沢市立三沢病院	220	10.9	13.0	80.5	74.0	75.8	▲ 3.4
	⑳ 公立七戸病院	110	7.3	9.4	77.3	64.0	60.1	▲ 0.2
	㉑ ◎公立野辺地病院	151	9.3	9.4	83.1	64.0	67.1	▲ 2.5
下北	㉒ ◎むつ総合病院	376	15.8	21.5	85.7	90.6	85.4	2.2
	㉓ ◎国保大間病院	48	12.5	9.3	82.9	65.9	69.5	0.9

(◎がついている病院は、へき地医療拠点病院に指定。)

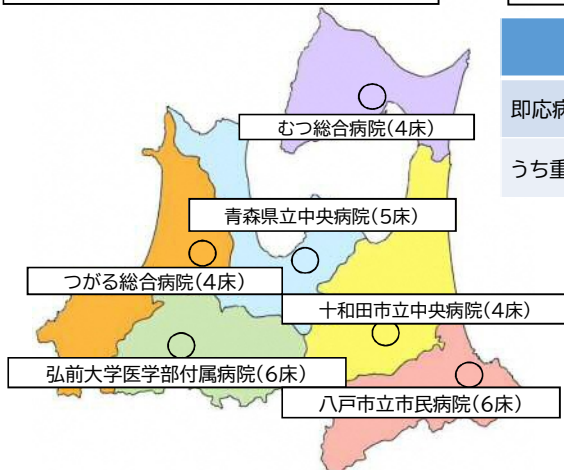
総務省「令和元年度病院経営比較表」を基に作成



感染症指定医療機関の状況等について

感染症指定医療機関(6医療機関、29床)

(参考)青森県における新型コロナウイルス感染症に係る医療確保計画



	フェーズ 1	フェーズ 2	フェーズ 3	フェーズ 4	令和3年 4月現在
即応病床計画数	169床	169床	169床	225床	193床
うち重症者対応	1床	5床	15床	29床	31床

◎令和3年3月、国は都道府県に対し、患者受入が実際に可能な病床を最大限確保するため、感染者の大幅増を想定した緊急的な患者対応を行う方針・体制について検討するとともに、5月中旬に病床・宿泊療養施設計画の見直しを要請
＜検討事項＞

- 患者の療養先の確保
(予定入院・手術の延期等緊急的な病床確保方策の策定 など)
- 患者の入院・療養調整の体制確保
(入院・療養調整の業務フローの見直し など)

(2) 青森地域保健医療圏における医療の現状と課題について

青森地域保健医療圏の状況

- ◆ 青森地域保健医療圏は、青森県の中央部に位置する青森市及び東津軽郡(平内町、今別町、蓬田村、外ヶ浜町)で構成。
- ◆ 面積は、1,478km²(県内6保健医療圏中、4番目の広さ)で、降雪量が多い。
- ◆ 人口は、2010年から2025年までに約5万人減少する一方、75歳以上人口の割合は、約20%に達する見込み。
- ◆ 入院患者数は、2025年をピークに減少に転じ、外来患者数は、2010年をピークに減少。
- ◆ 病床数は、2025年の必要病床数を上回っており、機能別では、高度急性期及び急性期が余剰、回復期が不足し、その是正が求められている。

推計人口(人)	H22年 (2010)①	R7年 (2025)②	R22年 (2040)③	②-①
0～14歳	40,070	26,079	18,406	△13,991
15～64歳	205,307	152,987	109,560	△52,320
65～74歳	40,488	41,680	35,689	1,192
75歳以上	39,353	54,282	54,739	14,689
合計	325,458	275,028	218,394	△50,430
65歳以上割合	24.6%	34.9%	41.4%	10.3%
75歳以上割合	12.2%	19.7%	25.1%	7.5%

年	入院	外来
2010	100%	100%
2015	102%	98%
2020	104%	95%
2025	106%	90%
2030	105%	85%
2035	103%	80%
2040	98%	78%

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等	合計
H26病床機能報告 ①	697	1,583	526	868	257	3,931
R2病床機能報告 ②	595	1,345	715	706	113	3,474
R7必要病床数 ③	338	900	1,127	659		3,024
③-②	△257	△445	412	△47	△113	△450

青森地域保健医療圏における病院の状況

県立中央病院と青森市民病院の2病院で、地域全体の高度急性期・急性期病床の約半数を占めている。

病院名	設置主体	許可病床数								精神	結核	感染
		一般	療養	R2年度病床機能報告(一般・療養)								
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等				
① 青森県立中央病院	都道府県	684	679	564	115							5
② 青森市民病院	市町村	459	459	23	387			49				
③ 国立病院機構青森病院	国立病院機構	333	300					300			33	
④ 青森慈恵会病院	医療法人	332	106	144	106	144				82		
⑤ 青森厚生病院	その他の法人	282	169	113	111	58	55	58				
⑥ 青森新都市病院	医療法人	191	191		8	138	45					
⑦ 芙蓉会村上病院	医療法人	120	80	40			120					
⑧ あおもり協立病院	医療生協	223	135	88	135	88						
⑨ 青森敬仁会病院	社会福祉法人	120		120		60	60					
⑩ 青森市立浪岡病院	市町村	35	35		35							
⑪ 平内中央病院	市町村	96	48	48		48	48					
⑫ 外ヶ浜中央病院	市町村	44	44			44						
⑬ 国立療養所松丘保養園	厚生労働省	5	5					5				
⑭ 青森県立つくしが丘病院	都道府県	230								230		
⑮ 浅虫温泉病院	その他の法人	198								198		
⑯ 慈恵会青い森病院	医療法人	160								160		
⑰ 芙蓉会病院	医療法人	407	53					53		354		
⑱ 村上新町病院	医療法人	78	46	32	46	32						
⑲ 浪打病院	医療法人	69	37	32	37	32						
⑳ 鷹揚郷腎研究所青森病院	公益法人	45	45					45				
㉑ 佐藤病院	個人	36		36				36				
㉒ 生協さくら病院	医療生協	140								140		
病院(①～㉒)計		4,287	2,432	653	595	1,110	639	634	107	1,164	33	5
有床診療所計		389	368	21	21	235	76	72	6			
合計		4,676	2,800	674	595	1,345	715	706	113	1,164	33	5

<県病・市民病院計>
 高度急性期 587床
 急性期 502床
 休床 49床
 合計 1,138床

青森地域保健医療圏における主な病院(一般・療養許可病床数100床以上)の機能等①

県立中央病院、青森市民病院ともに、5疾病5事業をはじめとした高度、専門、政策医療を提供している。

	(参考)											
	①県立中央病院	②青森市民病院	③国立病院機構青森病院	④青森慈恵会病院	⑤青森厚生病院	⑥青森新都市病院	⑦美善会村上病院	⑧あおり協立病院	⑨青森敬仁会病院	⑩青森市立浪岡病院	⑪平内中央病院	⑫外ヶ浜中央病院
DPC医療機関群の種類	DPC特定病院群	DPC標準病院群		DPC標準病院群		DPC標準病院群		DPC標準病院群				
平均在院日数(R元.7~R2.6)	11.2	12.6	194.2	17.0	17.3	18.5	17.9	17.09		16.3	37.5	26.5
病床利用率(一般)(R元.7~R2.6)	79.0	66.4	95.6	81.1	72.4	87.9	86.8	85.6		54.6	76.7	79.7
病床利用率(療養)(R元.7~R2.6)				94.7	82.3		90.4	99.5	93.5		82.5	
がん												
都道府県がん診療連携推進拠点病院	○											
青森県がん診療連携推進病院		○										
悪性腫瘍手術実施	○	○			○	○						
内視鏡粘膜下層剥離術(ESD)実施	○	○										
放射線治療実施	○	○				○						
化学療法実施	○	○	○		○	○	○	○			○	
心血管疾患												
経皮的冠動脈形成術実施	○	○			○			○				
冠動脈バイパス手術実施	○	○										
脳血管疾患												
t-PA静注療法実施	○	○				○						
脳血管内手術実施	○	○										
糖尿病												
急性増悪時治療実施	○	○				○		○				
硝子体手術実施(糖尿病網膜症)	○					○						
精神												
精神病床設置				○								
精神科救急医療施設												
総合入院体制加算1算定												
救急												
ドクターヘリ運航基地病院	○											
三次救急医療施設(救命救急センター)	○											
二次医療救急医療施設	○	○	○		○	○		○		○	○	○
青森市病院群輪番制参加病院	○	○				○		○				
救急受入年間500件以上	○	○				○		○				
災害												
基幹災害拠点病院	○											
災害拠点病院		○										
青森DMAT指定病院	○	○										

青森地域保健医療圏における主な病院(一般・療養許可病床数100床以上)の機能等②

	(参考)											
	①県立中央病院	②青森市民病院	③国立病院機構青森病院	④青森慈恵会病院	⑤青森厚生病院	⑥青森新都市病院	⑦美善会村上病院	⑧あおり協立病院	⑨青森敬仁会病院	⑩青森市立浪岡病院	⑪平内中央病院	⑫外ヶ浜中央病院
周産期												
総合周産期母子医療センター	○											
地域周産期医療協力施設		○										
分娩取扱施設	○	○										
小児												
小児地域医療センター	○	○										
医療型障害児入所施設			○									
へき地												
へき地医療拠点病院	○											○
地域医療支援病院	○	○										
臨床研修病院	○	○										
在宅												
在宅療養支援病院							○			○	○	
訪問診療実施				○	○	○	○	○		○	○	○
看取り実施				○	○		○	○		○	○	○
感染症												
第一種感染症指定医療機関	○											
第二種感染症指定医療機関	○											

各機能については、「青森県保健医療計画に定める疾病分野ごとの各医療機能を担う医療機関名一覧」(平成30年4月1日現在)などを基に作成。

青森地域保健医療圏における主な病院の入院基本料・特定入院料の届出状況①

地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟など回復期機能の病床が少ない傾向にある。

(令和3年3月現在)

(参考)

	①県立中央病院	②青森市民病院	③国立病院機構青森病院	④青森慈恵会病院	⑤青森厚生病院	⑥青森新都市病院	⑦英善会村上病院	⑧あおり協立病院	⑨青森敬仁会病院	⑩青森市立浪岡病院	⑪平内中央病院	⑫外ヶ浜中央病院
急性期一般入院料1	633床	330床										
急性期一般入院料2						146床						
急性期一般入院料3												
急性期一般入院料4				84床	111床			135床			48床	
急性期一般入院料5							82床					
急性期一般入院料6										35床		
急性期一般入院料7												
地域一般入院料1												
地域一般入院料2												
地域一般入院料3												44床
療養病棟入院料1					55床				60床		48床	
療養病棟入院料2												
障害者施設等7対1入院基本料			300床									
障害者施設等10対1入院基本料												
障害者施設等13対1入院基本料												
障害者施設等15対1入院基本料												
救命救急入院料1												
救命救急入院料2	6床											
救命救急入院料3												
救命救急入院料4												
特定集中治療室管理料1												
特定集中治療室管理料2												
特定集中治療室管理料3	6床	6床										
特定集中治療室管理料4												
ハイケアユニット入院医療管理料1	6床	12床										
ハイケアユニット入院医療管理料2												
脳卒中ケアユニット入院医療管理料												
小児特定集中治療室管理料												
新生児特定集中治療室管理料1												
新生児特定集中治療室管理料2												
総合周産期特定集中治療室管理料1(母体・胎児)	9床											
総合周産期特定集中治療室管理料2(新生児)	15床											
新生児治療回復室入院医療管理料	9床											

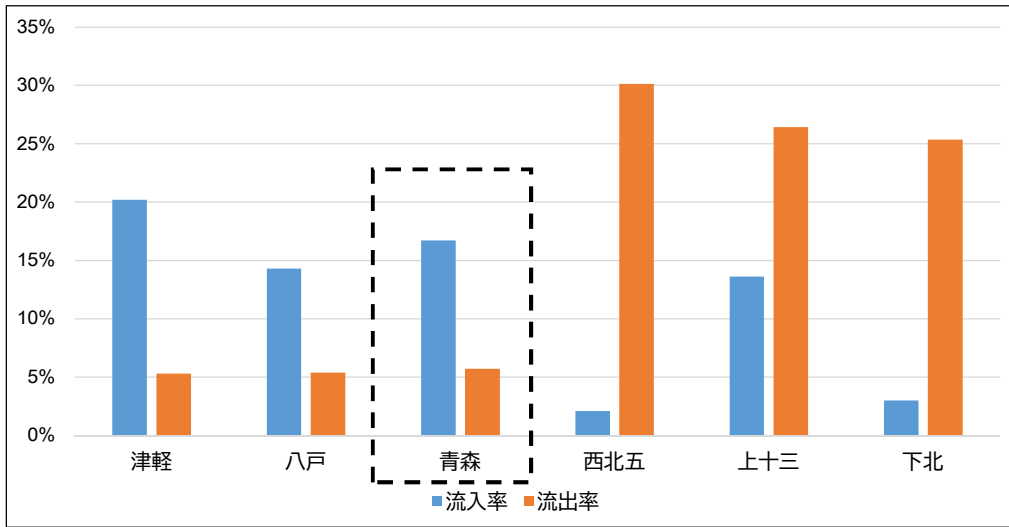
青森地域保健医療圏における主な病院の入院基本料・特定入院料の届出状況②

(参考)

	①県立中央病院	②青森市民病院	③国立病院機構青森病院	④青森慈恵会病院	⑤青森厚生病院	⑥青森新都市病院	⑦英善会村上病院	⑧あおり協立病院	⑨青森敬仁会病院	⑩青森市立浪岡病院	⑪平内中央病院	⑫外ヶ浜中央病院
小児入院医療管理料1												
小児入院医療管理料2												
小児入院医療管理料3												
小児入院医療管理料4	24床	16床										
小児入院医療管理料5												
回復期リハビリテーション病棟入院料1				96床		45床	40床	88床				
回復期リハビリテーション病棟入院料2												
回復期リハビリテーション病棟入院料3												
回復期リハビリテーション病棟入院料4									60床			
回復期リハビリテーション病棟入院料5												
回復期リハビリテーション病棟入院料6												
地域包括ケア病棟入院料1												
地域包括ケア病棟入院料2				48床	58床							
地域包括ケア病棟入院料3												
地域包括ケア病棟入院料4												
地域包括ケア入院医療管理料1							20床				33床	
地域包括ケア入院医療管理料2												
地域包括ケア入院医療管理料3												
地域包括ケア入院医療管理料4												
特殊疾患病棟入院料1												
特殊疾患病棟入院料2												
緩和ケア病棟入院料1				22床								
緩和ケア病棟入院料2												

県内各保健医療圏での患者流出・流入の状況

青森地域保健医療圏は、西北五や上十三からの受診患者が一定数いることから、流入超過(流出より流入が多い)となっている。



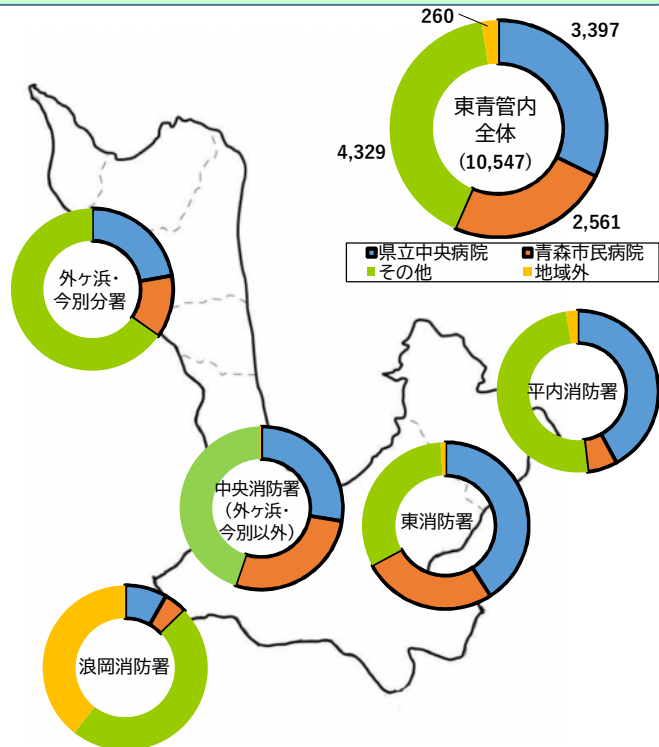
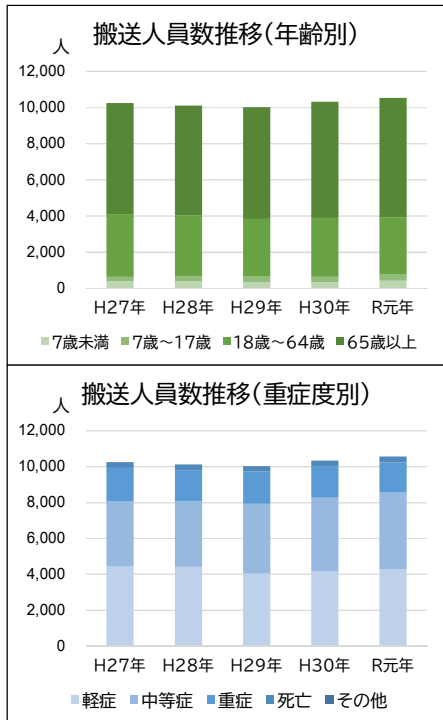
患者住所地	施設住所地						
	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	県外
津軽	79.8	0.5	5.0	9.4	1.1	0.8	3.4
八戸	0.1	85.7	0.3	0.0	6.7	0.5	6.7
青森	3.5	0.8	83.2	4.2	4.2	2.9	1.1
西北五	1.6		0.4	98.0			0.1
上十三		9.3	0.5	0.1	86.3	2.3	1.4
下北					2.3	97.0	0.7

患者住所地	施設住所地						
	津軽	八戸	青森	西北五	上十三	下北	県外
津軽	94.7	0.1	4.6	0.6			
八戸	0.5	94.7	0.9		4.0	0.0	
青森	5.1	0.3	94.2	0.1	0.2		
西北五	20.1	0.1	9.8	69.9	0.1		
上十三	2.0	14.7	8.9		73.5	0.8	
下北	3.6	2.5	14.6		4.7	74.7	
県外	25.6	59.5	9.1	0.2	4.7	0.9	

青森県「平成28年青森県受療動向調査」を基に作成

青森地域保健医療圏における救急搬送人員の状況

救急搬送人員数は、年間1万件前後で推移しており、救急搬送は圏域内でほぼ完結している。県立中央病院と青森市民病院的2病院で地域内の半数以上の救急搬送の受入れを行っている。



東青消防本部「消防年報」を基に作成

(3) 県立中央病院と青森市民病院の現状と課題について
① 診療面の現状と課題

2病院の主な診療機能(1)				
(注)波線は一方の病院にしかない機能を示す。				
項目	県立中央病院		青森市民病院	
許可病床数 (令和3年4月)	一般病床	679床	一般病床	459床
	<内訳>		<内訳>	
	ICU (3階)	6床	ICU (2階)	8床
	EICU (3階)	6床	HCU (4階)	15床
	HCU (9階)	6床	NICU (3階)	4床
	MFICU (4階)	9床	その他	432床
	NICU (4階)	15床	○稼働病床	364床
	GCU (4階)	9床	<内訳>	
	その他	628床	ICU	6床
	感染症病床 (9階)	5床	HCU	12床
	<内訳>		NICU	4床
	第一種感染症病床	1床	新型コロナ感染症患者専用	12床
	第二種感染症病床	4床	その他	330床
職員数 (令和3年4月)	医師(病院事業管理者除く)	145人	医師	57人
	看護師	691人	看護師	331人
	医療技術員	204人	医療技術員	86人
	事務・労務員	55人	事務・労務員	28人
	会計年度任用職員	363人	会計年度任用職員	209人
	その他(病院事業管理者、研修医等)	118人	その他(再任用等)	9人
	合計	1,576人	合計	720人
	標榜科目 (令和3年4月)	内科、消化器内科、血液内科、呼吸器内科、呼吸器外科、外科、消化器外科、泌尿器科、耳鼻いんこう科・頭頸部外科、腫瘍放射線科、歯科、歯科口腔外科、形成外科、緩和ケア内科、循環器内科、心臓血管外科、脳神経内科、脳神経外科、内分泌内科、皮膚科、眼科、リウマチ科、精神科、小児科、整形外科、産婦人科、麻酔科、リハビリテーション科、臨床検査科(※臨床遺伝科)、放射線科、病理診断科(31科)		糖尿病・内分泌内科、循環器・呼吸器内科、消化器内科、精神神経科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、形成外科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、病理診断科(20科) (※呼吸器内科・精神神経科は休診中)
令和元年度手術件数 (うち全身麻酔手術件数)	4,838件 (2,521件)		2,736件 (1,397件)	
令和元年度救急搬送件数	2,975件		2,504件	
令和元年度重症度、医療・看護必要度(ケアユニット以外)	33.41% (看護必要度Ⅱ)		30.20% (看護必要度Ⅱ)	

2病院の主な診療機能(2)				
(注)波線は一方の病院にしかない機能を示す。				
項目	県立中央病院		青森市民病院	
主な医療機関指定状況 (令和3年4月)	基幹災害拠点病院、救急告示病院、救命救急センター、ドクターヘリ基地病院、臨床研修指定病院、エイズ治療中核病院、非血縁者間骨髄移植・採取認定施設、総合周産期母子医療センター、都道府県がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、難病診療連携拠点病院、肝疾患に関する専門医療機関、指定自立支援医療機関、青森DMA T指定病院、第一種感染症指定医療機関、原子力災害拠点病院、へき地医療拠点病院、病院機能評価認定病院(3rdG:Ver2.0)		災害拠点病院、救急告示病院、臨床研修指定病院、地域周産期医療協力施設、青森県がん診療連携推進病院、地域医療支援病院、難病指定医療機関、肝疾患に関する専門医療機関、指定自立支援医療機関、青森DMA T指定病院、原子力災害医療協力機関、病院機能評価認定病院(3rdG:Ver2.0)	
主な施設基準届出状況 (令和3年4月)	急性期入院基本料1、総合入院体制加算2、医師事務作業補助体制加算1(15対1)、急性期看護補助体制加算(25対1、看護補助者5割以上)、夜間100対1急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算1(16対1)、無菌治療室管理加算、後発医薬品使用体制加算1、病棟薬剤業務実施加算1、入退院支援加算1、入院時支援加算、認知症ケア加算1、地域医療体制確保加算		急性期入院基本料1、医師事務作業補助体制加算1(15対1)、急性期看護補助体制加算(50対1、看護補助者5割以上)、看護職員夜間配置加算2(16対1)、療養環境加算、後発医薬品使用体制加算1、入退院支援加算2、入院時支援加算、認知症ケア加算3、地域医療体制確保加算	
医療機器の保有状況 (令和3年4月)	CT(64列) 3台 MRI(3.0テスラ) 2台 (1.5テスラ) 1台 PET-CT 1台 SPECT-CT 1台 マンモグラフィ 1台 リニアック 2台 ハイブリッド手術室 1台 手術支援ロボット(ダヴィンチ) 1台 血管撮影装置 2台 人工心肺装置 1台 X線透視撮影装置 4台 遺伝子解析装置(次世代シーケンサー) 2台 無菌病室ユニットシステム 2式		CT(64列) 2台 MRI(3.0テスラ) 1台 (1.5テスラ) 1台 SPECT 1台 マンモグラフィ 1台 リニアック 1台 血管撮影装置 2台 人工心肺装置 1台 X線透視撮影装置 3台	
その他特記事項	【地域医療支援に関する取組】 ○看護師、薬剤師の共同採用試験の実施(10団体) ○県内自治体病院等への診療応援等の実施 (医師:6病院、薬剤師:1病院、看護師:1病院)		【地域医療支援に関する取組】 ○他自治体病院(平内、野辺地等)への診療応援実施 【新型コロナウイルス感染症対応に関する取組】 ○重点医療機関の指定	

2病院の常勤医師の推移

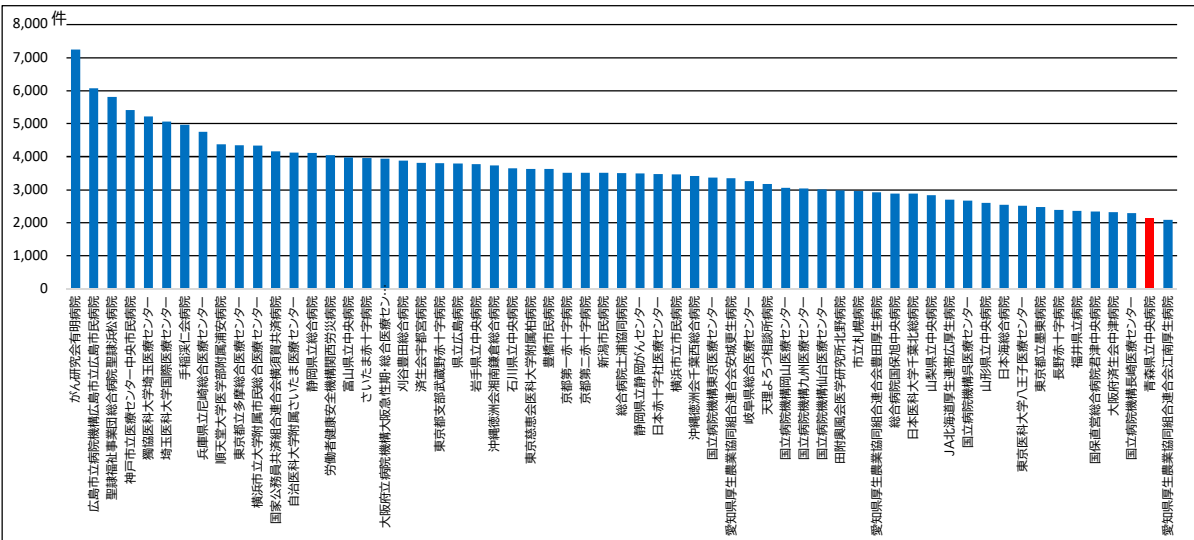
外科、消化器内科、循環器内科、小児科、整形外科では、両病院とも5名以上在籍しているものの、多くの診療科において不足傾向にあり、特に、形成外科、精神科、病理診断科などは、両病院合わせても3名以下と十分な医師を有していない。

診療科目	県立中央病院			青森市民病院			2病院 計		
	平成29年 4月①	令和3年 4月②	②-①	平成29年 4月①	令和3年 4月②	②-①	平成29年 4月①	令和3年 4月②	②-①
院長	1	1		1	1		2	2	
外科	12	10	▲2	8	8		20	18	▲2
消化器内科・腫瘍内科	8	10	▲2	6	6		14	16	▲2
呼吸器外科	3	5	▲2				3	5	▲2
呼吸器内科	3	4	▲1				3	4	▲1
血液内科	4	4					4	4	
泌尿器科	4	5	▲1	3	3		7	8	▲1
耳鼻咽喉科・頭頸部外科	3	4	▲1	1	2	▲1	4	6	▲2
形成外科		1	▲1					1	▲1
緩和ケア内科		1	▲1					1	▲1
循環器内科・腎臓内科	4	7	▲3	6	6		10	13	▲3
心臓血管外科	5	5		4	3	▲1	9	8	▲1
脳神経外科	4	3	▲1	3	3		7	6	▲1
脳神経内科	10	8	▲2				10	8	▲2
内分泌内科	7	7		4	4		11	11	
皮膚科	3	4	▲1	2	2		5	6	▲1
眼科	4	3	▲1	2	1	▲1	6	4	▲2
産科・産婦人科	6	7	▲1	3	2	▲1	9	9	
新生児科	7	7					7	7	
成育科	1	2	▲1				1	2	▲1
リウマチ科	2	2					2	2	
精神科	3	1	▲2				3	1	▲2
小児科	6	6	▲2	5	5		13	11	▲2
麻酔科	4	4		2	2		6	6	
整形外科・リハビリテーション科	5	6	▲1	5	7	▲2	10	13	▲3
救急科	7	5	▲2				7	5	▲2
総合診療科	8	5	▲3				8	5	▲3
放射線科・腫瘍放射線科	5	6	▲1	1	1		6	7	▲1
病理診断科	2	2		1	1		3	3	
臨床検査科	1	1					1	1	
歯科口腔外科	3	4	▲1	1	1		4	5	▲1
合計	137	140	▲3	58	58		195	198	▲3

県立中央病院における診療面の課題

- 県立病院として本県の地域医療への支援等が求められるが、**医療従事者が充足しておらず**、アクティビティが十分確保できていない。
- 麻酔科医や手術室の課題により、同規模のDPC特定病院群と比べて**全身麻酔手術件数が少ない**。
- **重症系ケアユニット（ICU、HCU、EICU）が点在していること**などから稼働率が低い一方、一般病床の看護必要度が高く、病棟スタッフの負担が大きくなっており、**機動的な病床運用ができていない**。
- 高齢化の進行によって今後増加することが見込まれる認知症患者や精神・身体合併症患者の診療体制の充実・強化が必要。

(参考) 令和元年度DPC特定病院群全身麻酔手術件数(600~799床) < DPCデータ >

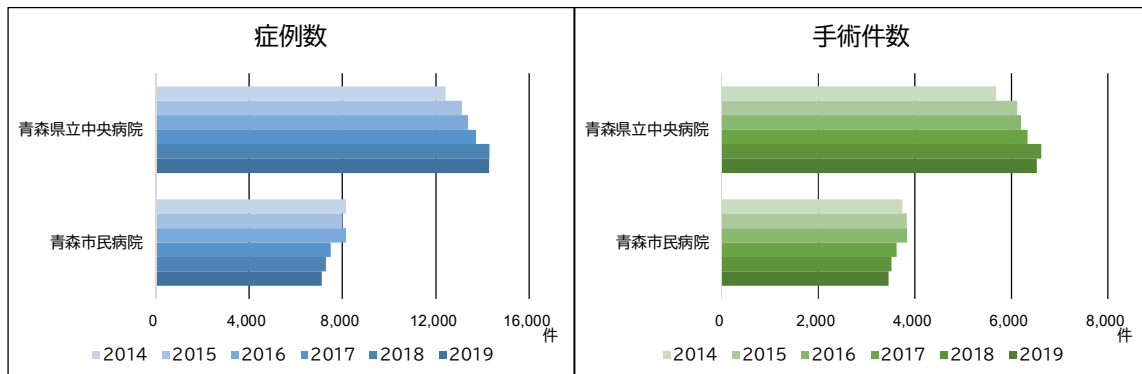


青森市民病院における診療面の課題

- ホームページ等を活用した公募など医師招聘対策を実施しているものの、**呼吸器内科、精神神経科は常勤医が確保できないため休診**としているほか、**総合診療科医、救急医も確保されていない**。
- 新型コロナウイルス感染症重点医療機関として、一般病棟のうち1病棟を感染症患者専用病棟としているが、**感染症・呼吸器疾患の専門医が確保されていない**。
- **夜勤看護師の不足**等により、令和2年3月から1病棟を休棟し、稼働病床405床として運用している。また、令和2年10月からは**感染症患者専用病棟に転用したことにより**、さらに41床を休床し364床で運用している。
- **麻酔科医等の不足**により、同規模病院（400床規模）の平均値と比べて**手術件数が少ない**。

(参考) 手術件数 (令和元年度、公営企業年鑑)
 青森市民病院：2,736件 400～500床病院平均：2,935件
- **症例数が減少**している要因の一つとして、医師不足のほか、**近接**（2病院の距離約5キロ、自動車での移動距離が20分以内）している県立中央病院とがん、心筋梗塞、脳卒中などの**診療機能が重複**していることが考えられる。

(参考) 県立中央病院及び青森市民病院の症例数・手術件数の推移 (2014～2019年、DPCデータ)



② 施設面の現状と課題

2病院の施設の現状

項目	県立中央病院	青森市民病院
		
築年数 (開院時期)	39年 (昭和56年9月)	35年 (昭和60年11月)
立地場所	青森市東造道 (市東部)	青森市勝田 (市中央部)
交通アクセス	バス 青森駅から約30分	バス 青森駅から約15分
用途地域	第一種住居地域	第二種中高層住居専用地域
敷地面積	54,716.69㎡ (借地のヘリポート、職員駐車場除く)	18,684.00㎡
延床面積	59,130.99㎡ (1床あたり 86.45㎡)	36,310.08㎡ (1床あたり 79.11㎡)
[内訳]	本棟(地下1階、地上10階建) 55,673.77㎡ 救命救急センター(地上3階建) 2,819.10㎡ MRI棟(地上2階建) 638.12㎡	本院(地下1階、地上7階建) 36,310.08㎡
駐車場収容台数 [面積]	490台 (※県営東造道駐車場(立体駐車場)) [13,264.72㎡]	261台 (※青森市地域外来・検査センターの設置により、敷地内の駐車スペースが縮小(309台→261台)) [9,298.67㎡]
職員用駐車場収容台数 [面積]	749台 [19,616.09㎡]	44台 (うち25台は、上記駐車場の一部を使用) [707.41㎡](上記駐車場以外)

2病院における施設面の課題

県立中央病院

- 当院の建物は、都道府県立病院(500床以上)の中でも供用期間が最も長く、**院舎の老朽化**により、建物や設備などの修繕費用が増加。

(参考) 過去5年間の建物等の修繕費用(1件あたり100万円以上)

平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	5か年平均
6.46億円	9.60億円	7.08億円	7.29億円	4.15億円	6.92億円

- **施設の狭隘化**で診療スペースの確保が難しくなりつつあるほか、療養環境加算など施設面の課題で算定できない診療報酬がある。
- 各部門スペースの機能転換や増改築を重ねたことにより、**動線が複雑化**。
- 現在の院舎は耐震基準を満たしているものの、**免震構造となっていない**ことから、巨大地震発生時、大型医療機器の転倒等で診療の継続に支障をきたす可能性がある。
- 6床室の病室(1人あたりのスペース)は現行の医療法の定める要件を満たしていないほか、ベッドの間隔も狭く、**プライバシー、アメニティへの配慮が不十分**。
- 院内で**清潔区域と非清潔区域を厳格に区別することが難しい**エリアがあり、感染管理上、改善の余地がある。

青森市民病院

- **施設の老朽化**により、設備更新費用の増加が見込まれる。
- **感染症患者専用の施設**(病棟、集中治療室、陰圧室などの設備等)を有していない。
- 施設の構造上、感染患者とそれ以外の患者の**動線を完全に分離できない**エリアがある。
- 病棟の共同浴室に設けられた脱衣場の段差の解消や手摺りの設置が建物構造上から困難であるなど、**制度変更や求められる病院機能への対応が困難な状況**。

③ 経営面の現状と課題

2病院の経営状況(公営企業年鑑)

(単位:百万円)

項目	県立中央病院			青森市民病院		
	平成29年度	平成30年度	令和元年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
入院収益	15,102	15,837	16,143	6,414	6,364	6,370
外来収益	7,066	7,411	7,724	2,196	2,157	2,157
一般会計繰入金	1,929	1,871	2,056	845	1,038	1,200
その他	3,877	1,761	1,597	610	637	625
総収益(A)	27,954	26,880	27,520	10,065	10,196	10,352
給与費	10,454	10,772	11,026	4,946	4,896	5,101
材料費	8,620	9,134	9,655	2,484	2,382	2,378
修繕費	1,080	976	738	88	94	90
その他	5,770	5,978	5,903	3,072	3,099	3,159
総費用(B)	25,924	26,860	27,322	10,590	10,471	10,728
純損益(A)-(B)	2,050	20	198	▲525	▲275	▲376
累積欠損金	0.0	0.0	0.0	5,018	5,293	5,669
不良債務比率(※)	0.0	0.0	0.0	15.6	19.1	17.4

※不良債務比率は事業会計全体で算出している。

○青森市民病院の表について
・病院群輪番制病院運営事業費補助金は、その他に計上している。

2病院の経営指標(公営企業年鑑)

項目	県立中央病院			500床以上 平均 (令和元年度)	青森市民病院			400~500床 平均 (平成元年度)
	平成29年度	平成30年度	令和元年度		平成29年度	平成30年度	令和元年度	
延入院患者数 (一般)	209,409人	208,083人	204,141人	-	113,775人	111,431人	114,145人	-
新入院患者数 (一般)	15,339人	15,738人	15,737人	-	8,017人	7,823人	7,602人	-
病床利用率 (一般)	84.5%	84.0%	82.1%	80.8%	57.9%	66.5%	67.9%	76.8%
平均在院日数 (一般)	12.6日	12.2日	12.0日	12.6日	12.6日	12.8日	13.5日	12.4日
入院1人1日 診療単価	72,118円	76,110円	79,076円	66,249円	56,375円	57,108円	55,807円	55,798円
外来患者数	313,254人	315,026人	305,340人	-	198,033人	186,586人	186,798人	-
1日平均 外来患者数	1,284人	1,291人	1,267人	1,124人	812人	765人	775人	828人
外来1人1日 診療単価	22,557円	23,524円	25,297円	19,567円	11,087円	11,561円	11,546円	15,620円
経常収支比率	100.2	100.1	100.7	101.6	94.1	94.6	92.2	98.8
医業収支比率	92.3	93.7	94.6	94.7	89.2	89.8	87.8	92.0
給与費対 医業収益比率	45.9	45.2	45.2	49.1	54.7	54.6	56.8	54.0
材料費対 医業収益比率	37.8	38.3	39.6	29.1	27.5	26.6	26.5	26.9

※青森市民病院の病床利用率は、
平成29年度は538床、平成30、令和元年度は459床で算出

2病院における経営面の課題

県立中央病院

- 経営改善だけでなく、医療の質を高める取組を広げていくため、業務の効率化・標準化などにより、看護師やコメディカルの労働生産性の向上が必要。
- 黒字を維持していくためには、新入院患者の確保や平均在院日数の短縮などによる収益性の向上や、増加傾向にある材料費や給与費について、適正な人員管理や後発医薬品への切替などによる費用抑制が必要。

青森市民病院

- 一部診療科の休診や入院、外来患者の減などにより平成18年度から純損失（赤字）を計上。
- 高齢患者については入院が長期化する傾向にあり、平均在院日数が全国平均よりも長くなっている。
- 平成30年度10月から病床規模を見直し、許可病床を459床（▲79床）としたものの、令和元年度の病床利用率は67.9%となり、新公立病院改革ガイドラインに求められている70%に達していない。
- 経営改善を着実に進めてきた結果、診療収入・患者数は下げ止まりつつあり、経営改善の兆しがみえるものの、引き続き、収益性の向上や材料費等の費用の縮減に取り組む必要がある。
- 令和元年度決算では、累積欠損金は約57億円、資金不足比率は事業会計全体で17.4%となっている。

(4) 地域医療構想等に関する国と県の方向性について

地域医療構想・公立病院改革に関する国の方向性について

1 地域医療構想について

- 医療提供体制の改革については、2025年を目指した地域医療構想の実現に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- こうしたことを踏まえ、2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、①地域医療構想の実現、②医師・医療従事者の働き方改革の推進、③実効性のある医師偏在対策の着実な推進を三位一体で推進していくことが必要。
- 地域医療構想に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況等に配慮しつつも、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくため、医療機能の分化・連携の推進に向けて、着実に議論を進める必要がある。

2 公立病院改革について

- 新公立病院改革ガイドラインでは、公立病院が、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を担っていくことができるよう、経営の効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに加え、地域医療構想の実現に向けた取組を推進するため、「新公立病院改革プラン」の策定を要請。
- 新公立病院改革プランの対象期間は令和2年度までとなっていることから、現行の新公立病院改革ガイドラインの改定等も含め、令和3年度以降の公立病院改革の取扱いについて改めて示すとされているが、公立病院の再編・ネットワーク化に関する地方財政措置の延長などにより、引き続き地域医療構想及び公立病院改革を推進。

青森県地域医療構想(青森地域保健医療圏)の施策の方向等

現状・課題

- 600～500床の病院が併存[県立中央病院・青森市民病院(※)]しており、医師の配置の減などにより、医療機能の低下、休床が生じているほか、一部自治体病院の病床利用率の低迷など、再編・ネットワーク化の検討が必要。
- 県立中央病院は、唯一の県立総合病院として、県全域を対象とした高度医療、専門医療、政策医療を担っており、今後も全国レベルの高度・専門医療の確保が必要。
- 津軽半島北部地域は、人口減少の中でへき地医療提供体制の整備を図ることが必要。
※青森市民病院の構想策定時の病床数は538床、現在は459床

施策の方向

◎ 自治体病院等の機能再編成による機能分化・連携を推進
(自治体病院等の機能分化連携の方向性)

- 1 青森県立中央病院
- ① 高度医療の提供
 - ② 専門医療の提供
 - ③ 政策医療の提供
 - ④ 医師の育成
 - ⑤ 地域医療の支援

- 2 青森市民病院
- ① 救急医療体制の確保
 - ② 回復期機能の充実・強化
 - ③ 医療機能、医療需要に見合う病床規模の検討

- 3 その他の自治体病院
- ① 病床規模の縮小・診療所化
 - ② 回復期・慢性期への機能分化
 - ③ 圏域の中の中核病院との連携体制の構築
 - ④ 在宅医療の確保
 - ⑤ へき地医療拠点病院(外ヶ浜中央病院)を中心とした効率的なへき地等医療提供体制の確保と青森市内の医療機関等との役割分担・連携の明確化

- 4 民間機関との役割分担と連携明確化

(将来の検討の方向性)

- 1 圏域における高度急性期、急性期機能の更なる集約を視野に入れた検討

構想実現のため医療機関に求められている役割

- 将来の人口や医療需要の推計、病床機能報告による他の医療機関の医療機能の提供状況等の情報を共有することによって、地域における自院の相対的な位置づけを客観的に把握。
- 疾病構造の変化等による患者ニーズへの対応、医療従事者の確保の見通しや経営面等も含め、将来目指していく医療について見極め、自主的な取組あるいは地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、病床機能の分化・連携を進める。
- 毎年度の病床機能報告において、病床単位で当該病床の機能に応じた患者の取れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討。

第2回県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会の資料について

第1回協議会での議論

県立中央病院と青森市民病院は共同・連携が必要であるとの方向性で一致したことから、委員長からの指示に基づき、連携強化、機能再編、統合など連携形態の選択肢に関する資料を作成

連携形態の選択肢に関する資料について

2病院の連携形態の選択肢を作成するとともに、第1回協議会で論点となった項目等に従い、整理した。

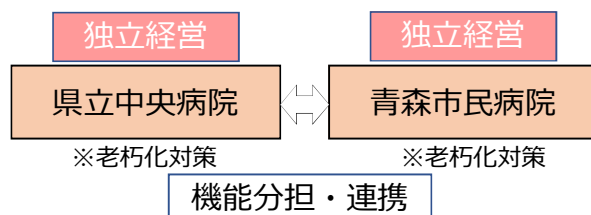
[論点項目]

- (1) 医師等の医療従事者不足・人材確保
- (2) 急性期機能の集約・充実
- (3) 施設の老朽化等
- (4) 病院経営（経営基盤の強化等）
- (5) 地域医療支援
- (6) 新興感染症対策

県立中央病院と青森市民病院の連携形態に関する選択肢(案)

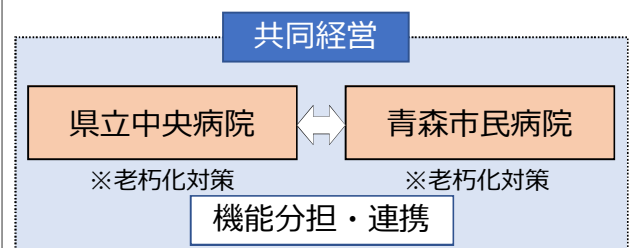
案1

- 両病院独立経営を維持し、機能分担と連携を推進



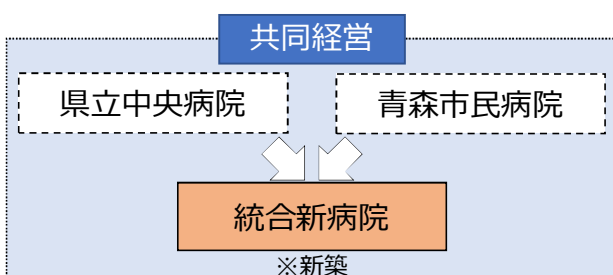
案2

- 共同経営の上、両病院存続し、機能分担と連携を推進



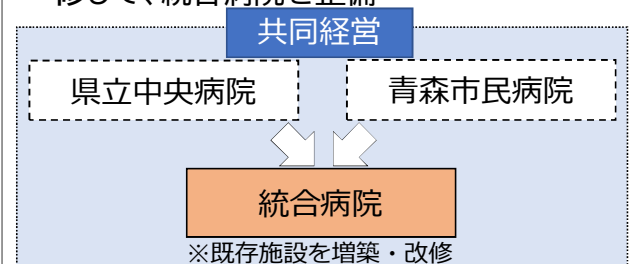
案3

- 共同経営の上、統合病院を新築整備



案4

- 共同経営の上、一方の既存施設を増築・改修して、統合病院を整備



連携形態の選択肢についての整理 (1) 医師等の医療従事者不足・人材確保

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①人員配置の効率化・適正化	・両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、医師や看護師等の人員配置の効率化・適正化が図られる	・共同経営組織の下で一元的な人事異動が可能になるなど、独立経営方式を上回る人員配置の効率化・適正化が図られる	・同一組織の下での同一施設の運営により、集中的・効率的な人員配置が可能	
②医療従事者の集積	・効果的な機能分担の実施が可能であれば、機能強化された診療領域などでの医療従事者集積につながることを期待できる		・マグネットホスピタル(※1)として、医療従事者の集積が期待できる	
③地域医療全体の医療従事者の確保	・両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、その下での人員配置の効率化により、地域医療全体の医療従事者の確保につながることを期待できる	・共同経営の下での人員配置の効率化により、地域医療全体の医療従事者の確保につながることを期待できる	・両病院の集約化と効率的な人員配置により、地域医療全体の医療従事者の確保につながる	

※1 マグネットホスピタル
医療従事者にとって魅力のある病院、医療従事者が集まり、定着率が高い病院

連携形態の選択肢についての整理 (2) 急性期機能の集約、充実

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①診療機能の強化・効率化	・両団体間の円滑かつ安定的な連携の下、効果的な機能分担が可能であれば、診療機能の強化・効率化が期待できる	・共同経営の下での機能分担により、診療機能の強化・効率化が期待できる	・統合病院により、医療従事者を集中的・効率的に活用できるとともに、診療機能の強化等ができる	
②症例数・手術件数の増加	・両団体間の円滑かつ安定的な連携の下、効果的な機能分担が可能であれば、症例数の増加は見込まれるが、手術件数の増加のためには、麻酔科医の増加が必要	・共同経営の下での機能分担により、症例数の増加は見込まれるが、手術件数の増加のためには、麻酔科医の増加が必要	・ハイボリュームセンター(※2)として、症例数・手術件数の増加が期待できる	

※2 ハイボリュームセンター
専門医がいて、手術症例が多い施設

連携形態の選択肢についての整理 (3) 施設の老朽化等

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①老朽化・狭 隘化、動線 複雑化の解 消	・両病院の建替までの間、施設面の課題が残るが、建替時期によっては早期の解消が可能になる		・新病院整備により、老朽化・狭隘化、動線複雑化など施設面の課題に対して即時に解消可能	・既存施設については建替までの間、施設面の課題が残るが、増築部分については即時に解消可能
②最新のICT 技術・医療 機器対応	・最新のICT技術や医療機器の導入等について、建替時期によっては早期の対応が可能になる		・最新のICT技術や医療機器の導入などに対応可能	・最新のICT技術や医療機器の導入などに既存施設では迅速・柔軟に対応することは難しいが、増築部分については即時に対応可能
③療養環境・ 勤務環境の 向上	・現在の施設・設備の改修により部分的に療養環境・勤務環境を向上させることは可能。建替時期によっては全体の早期対応が可能になる		・新病院整備で、より質の高い医療の提供とともに、療養環境・勤務環境の魅力向上を向上させることが可能（労働生産性も向上）	・既存施設については、改修により部分的に療養環境・勤務環境を向上させることは可能。増築部分については、即時に対応可能

連携形態の選択肢についての整理 (4) 病院経営（経営基盤の強化等）

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
①加算の取得	・両団体間での効率的な人員配置等が可能であれば、人員面等の課題で算定できなかった加算の取得が可能 ・建替時期によっては、施設面に係る加算の取得も早期に可能	・共同経営の下では、効率的な人員配置等によって、人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能 ・建替時期によっては、施設面に係る加算の取得も早期に可能	・新病院の整備、人員の集中的・効率的な配置により、施設面や人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能	・人員の集中的・効率的な配置により、人員面の課題で算定できなかった加算の取得が可能 ・増築部分については、施設面の課題で算定できなかった加算の取得が可能
②重複投資の 抑制	・両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、医療機器の重複投資の抑制が図られる	・共同経営の下で、医療機器の重複投資の抑制が図られる	・統合病院により、両病院が保有していた医療機器や設備について重複投資がなくなる	
③効率的・弾 力的な運営	・両団体間で円滑かつ安定的な連携であれば、効率的な運営が可能	・同一組織の下で、両病院間において効率的かつ緊密な連携による運営が可能	・同一組織の下での同一施設での運営により、効率的・弾力的な運営が可能	

連携形態の選択肢についての整理
 (4) 病院経営 (経営基盤の強化等)

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
④整備費用	<ul style="list-style-type: none"> ・老朽化対策の修繕費用が必要となるほか、近い将来、両病院とも建替費用が必要となる 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同経営、機能分担に必要な経費(情報システムの統合等)の一部は、病院事業債(特別分)の対象となり、費用負担が軽減する。それ以外の経費は、病院事業債(通常分)の対象となる 	<ul style="list-style-type: none"> ・新病院の整備費用が生ずるが、整備後、修繕費用は減少する(現有施設の利活用についての検討は必要) 	<ul style="list-style-type: none"> ・両病院の機能集約のための増築・改修に加え、近い将来、建替費用が必要となる
	<ul style="list-style-type: none"> ・病院事業債(通常分)の対象(普通交付税措置25%) 		<ul style="list-style-type: none"> ・病院事業債(特別分)の対象となり、整備費用負担が軽減(普通交付税措置が25%→40%に増) 	<ul style="list-style-type: none"> ・増築部分については、病院事業債(特別分)の対象となり、整備費用負担が軽減(普通交付税措置が25%→40%に増)
⑤維持費用	<ul style="list-style-type: none"> ・両病院ごとにランニングコストが必要になる 		<ul style="list-style-type: none"> ・両病院を存続した場合と比較して、ランニングコストが抑えられる 	

連携形態の選択肢についての整理
 (5) 地域医療支援、(6) 新興感染症対策

選択肢 項目	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
(5) 地域医療支援	<ul style="list-style-type: none"> ・両団体間での効率的な人員配置が可能であれば、支援拡大につながる事が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同経営の下での人員配置の効率化により、支援拡大につながる事が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同経営の下、統合病院となることにより、医師や看護師が集約化されることでアクティビティが向上し、支援拡大が可能 	
(6) 新興感染症対策	<ul style="list-style-type: none"> ・両団体間で円滑かつ安定的な連携が可能であれば、人員の融通などの人員面の強化が図られる ・建替時期によっては早期に施設面の強化が可能 ・2つの病院があることにより、新興感染症に対する相互補完機能の発揮が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・同一組織の下で、人員の融通などの人員面の強化が図られる ・建替時期によっては早期に施設面の強化が可能 ・2つの病院があることにより、新興感染症に対する相互補完機能の発揮が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・共同経営の下、統合病院となることにより、施設面、人員面で速やかに強化が可能 	

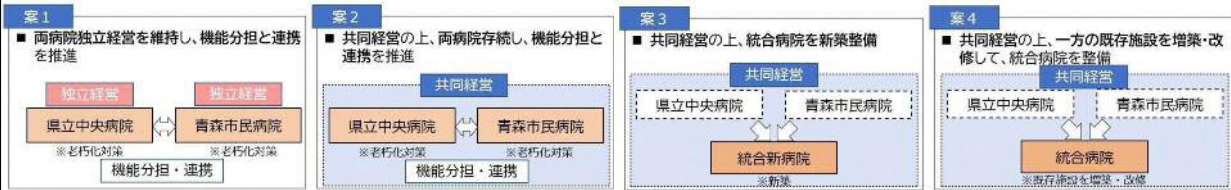
連携形態の選択肢についての整理 各選択肢の共通の課題

項目 \ 選択肢	案1 (両病院独立経営維持)	案2 (共同経営・両病院存続)	案3 (共同経営・新病院整備)	案4 (共同経営・既存施設増改築)
各選択肢の共通の課題	案1～案4のいずれの選択肢であっても、救急医療体制、転院患者の受入先確保について、別途の対策が必要			

第3回県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会の資料について

第2回協議会の議論(2病院の連携形態について)

持続可能な医療提供体制を構築していくためには、医療資源の重複投資や施設面の課題が解消されるとともに、医療従事者の集積、集約化などにより診療機能の向上も期待できる案3の「共同経営の上、統合病院を新築整備」が最も有力な選択肢であることを確認



第3回協議会の検討議題について

「共同経営の上、統合病院を新築整備」をするとした際に、検討が必要と思われる以下の事項について、資料を作成した。

【検討事項】

- (1) 経営形態
- (2) 病床規模
- (3) 整備場所の考え方
- (4) 救急医療体制
- (5) 新興感染症対策
- (6) 転院患者の受入先確保

(1) 経営形態

県と青森市の共同経営による経営形態について

〇県と青森市の共同経営による経営形態としては、主に以下の①～⑤が考えられる。

種類	一部事務組合等(※)		地方独立行政法人(移行型)		⑤指定管理者制度
	①地方公営企業法一部適用	②地方公営企業法全部適用(企業団)	③公務員型	④非公務員型	
制度内容	地方公共団体が地域住民の生活に不可欠なサービス、事業を直接運営	財務規定だけでなく、組織、人事などの全ての地方公営企業法を適用	効率的かつ効果的に事業を行わせるため、地方公共団体が設立する法人が事業を運営	業務の停滞が住民生活、地域社会等に直接かつ著しい支障を及ぼす場合、又は業務運営上、中立性・公平性を特に確保する必要がある場合に地方公務員の身分を与える	左の場合以外
主な事例	●むつ総合病院《複数の市町村が一部事務組合設立》	●高知医療センター《県と市が企業団設立》 ●つがる総合病院《複数の市町が広域連合を設立》	●三重県立総合医療センター	●日本海総合病院《県と市が法人設立》	●新潟県立魚沼基幹病院《指定管理者：一般財団法人新潟県地域医療機能推進機構》

※地方自治法で認められている地方公共団体の組合は、一部事務組合と広域連合がある。

(1) 経営形態
各経営形態の特徴

種類	一部事務組合等		地方独立行政法人(移行型)		⑤指定管理者制度
	①地方公営企業法一部適用	②地方公営企業法全部適用(企業団)	③公務員型	④非公務員型	
1)位置づけ	地方公共団体		独立した法人		公設民営
2)運営責任者	設置団体の長	事業管理者(設置団体の長が任命)	理事長(設置団体の長が任命)		指定管理者の代表者
3)組織体制	条例で規定		理事長が決定		指定管理者が決定
4)任命権者	設置団体の長	事業管理者	理事長		指定管理者
5)運営計画	義務づけなし(任意で作成)		中期目標、中期計画の策定義務あり		義務づけなし(任意で作成)
6)実績評価	義務づけなし		第三者機関である評価委員会が評価(設置団体に提出、議会に報告)		義務づけなし
7)公務員の身分	あり		なし		
8)職員の服務	地方公務員法の服務に関する規定(守秘義務、職務専念義務、営利企業等の従事制限等)		法人の規程により決定	指定管理者の規程により決定	
9)労働基本権	争議権なし		労働三権全て付与		
10)職員の定数	条例で上限を規定		中期計画の範囲内で法人が設定		制限なし
11)職員の給与	条例で規定(国・地方公共団体・民・経営考慮等)		法人の規程により決定(国・地方公共団体・民・業績考慮等)		指定管理者の独自規定
12)予算	自治体の予算制度による(議会の議決が必要)		法人独自制度(中期計画期間内で柔軟な執行が可能)		指定管理者が設定
13)決算	議会の認定が必要		設置団体に財務諸表を提出		設置団体に事業報告書等を提出
14)資金調達(長期)	企業債を発行		設立団体からの長期借入金		独自に調達
15)政策医療等の財源措置	繰出基準等に基づく一般会計からの繰入金(負担金)		繰出基準等に基づく運営費負担金		繰出基準等に基づく指定管理委託料
16)契約	地方自治法等の規定による(年度をまたぐ契約は原則不可)		法人独自規定による		独自規定による

(1) 経営形態
各経営形態のメリットなどについて(新公立病院改革ガイドラインより)

種類	一部事務組合等		地方独立行政法人(移行型)		⑤指定管理者制度
	①地方公営企業法一部適用	②地方公営企業法全部適用(企業団)	③公務員型	④非公務員型	
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ●地方公営企業法一部適用と比較して、全部適用によって、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、自律的な経営が可能 		<ul style="list-style-type: none"> ●地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される 		<ul style="list-style-type: none"> ●民間の医療法人等(日本赤十字社等の公的医療機関、大学病院、社会医療法人等を含む。)を指定管理者として指定することで、民間的な経営手法が期待される
留意事項等	<ul style="list-style-type: none"> ●地方公営企業法全部適用であっても、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 経営の自由度拡大の範囲は地方独立行政法人化に比べ限定的 ・ 事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、導入が不徹底に終わる可能性がある 		<p><新公立病院改革ガイドラインQ&A・経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項></p> <p>「簡素で効率的な政府を実現するための行政改革の推進に関する法律」により、地方公営企業について「地方独立行政法人(非公務員型)への移行を推進するとされていることを踏まえ、本ガイドラインにおいても「地方独立行政法人化(公務員型)」は基本的に想定していない</p>		<ul style="list-style-type: none"> ●本制度の導入が所期の効果を上げるためには、 <ol style="list-style-type: none"> ① 適切な指定管理者の選定に特に配慮すること ② 提供されるべき医療の内容、委託料の水準等、指定管理者に係わる諸条件について事前に十分に協議し相互に確認しておくこと ③ 病院施設の適正な管理が確保されるよう、地方公共団体においても事業報告書の徴取、実地の調査等を通じて、管理の実態を把握し、必要な指示を行うこと等が求められる

(2) 病床規模 年間延入院患者数の推計について(考え方)

- ① 県立中央病院と青森市民病院の機能を引き継ぐことを前提とし、両病院の直近(平成29～令和元年度[3か年度平均]、平成29～令和2年度[4か年度平均]の2種類)の入院患者数をベースとする。
- ② 傷病分類別、住所別(青森市、青森市以外)、性別、年齢区分別の入院患者数をベースに、国立社会保障人口問題研究所が算出した性別・年齢区分別での将来推計人口の増減率から、2025年～2045年までの傷病分類ごとの入院患者数を算出する。(青森市以外の入院患者数は、青森県の性別・年齢区分別での人口増減率から算出。)
- ③ ②で算出した入院患者数に平均在院日数を乗じて年間延入院患者数を算出する。なお、平均在院日数は、令和元年度における一般病床500床以上の黒字都県立病院平均の11.5日で算出する。

<推計方法(例)>

① H29～R2年度の傷病Aにおける入院患者数平均:610人

② 2025年の傷病Aにおける入院患者数:住所別、性別、年齢区分別でR2年度比でR7年度の人口増減率を乗じて算出
(例)青森市70～74歳男性の場合:100人(H29～R2年度平均)×13万(2025年推計人口)/10万(2020年人口)=130人
→区分毎に集計、算出:725人

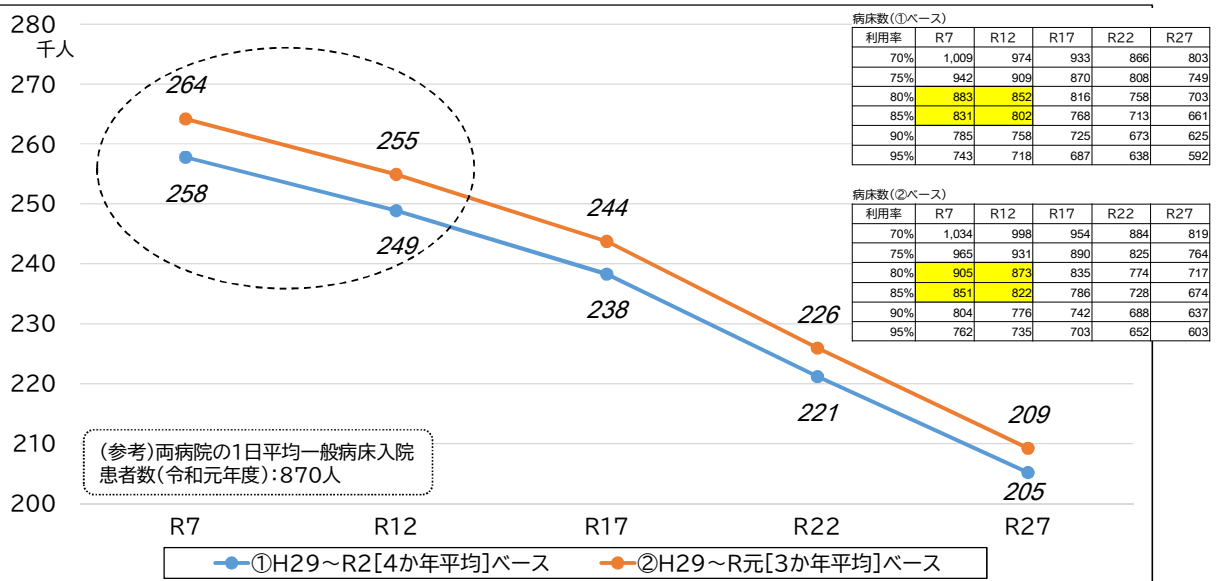
③ 傷病Aにおける年間延入院患者数(推計):725人×11.5日=8,338人

①傷病Aの入院患者数(H29～R2年度平均)					②傷病Aの入院患者推計(R7年度)					人口推計					
住所地	性別	70～74歳	75～79歳	計	住所地	性別	70～74歳	75～79歳	計	住所地	性別	70～74歳	75～79歳	計	
青森市	男性	100	150	250	青森市	男性	130	165	295	青森市	男性	10万	13万	10万	11万
	女性	50	100	150		女性	75	130	205		女性	10万	15万	10万	13万
青森市以外	男性	60	80	140	青森市以外	男性	72	80	152	青森県	男性	100万	120万	100万	100万
	女性	20	50	70		女性	18	55	73		女性	100万	90万	100万	110万
計		230	380	610	計		295	430	725						

(2) 病床規模 年間延入院患者数の推計について

○令和7～12年度の年間延入院患者数は、249千人～264千人となり、病床利用率80～85パーセント(県立中央病院における直近の病床利用率相当)を目安とすると、病床数は800～900床程度必要。

(参考)令和元年度における一般病床500床以上の黒字都県立病院の平均病床利用率:81.9パーセント



○病院の具体的な機能がまとまっていないことから、一般病床のみ算出した。

○一般病床以外の病床数(感染症病床、精神・身体合併症患者対応病床等)については、別途検討が必要。

○新興感染症や災害発生時など一時的に患者が多く発生する場合に備えた病床機能転換できるスペースの確保なども課題と考えられる。

(3) 整備場所の考え方

整備場所を選定するにあたって考慮すべき事項

○ 病院の整備場所の選定にあたっては、以下の点に考慮することが望ましいと思われる。

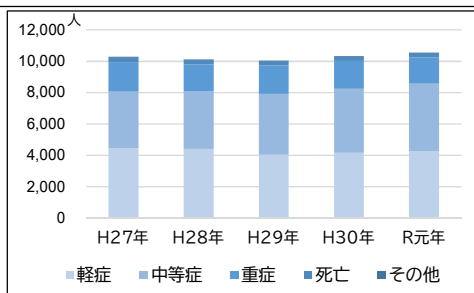
- ① 医療機能の高度化や療養環境の充実など、整備に必要な面積が確保できること
- ② 津波や洪水などによる大規模災害発生時においても、診療に重大な支障を来さないこと
- ③ 工期短縮及び費用縮減の観点から、既存建物がなく、確保が容易な土地であること
- ④ 圏域内外からの救急患者の搬送や患者の通院アクセスに適していること

(4) 救急医療体制

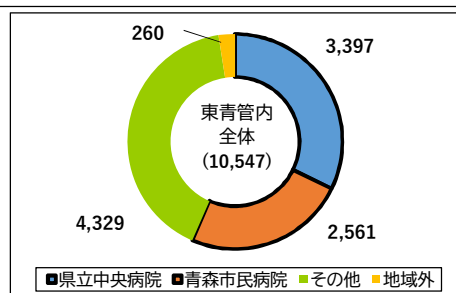
地域における救急医療の現状について

① 青森地域保健医療圏における救急医療の状況

- ◆ 救急搬送人員数は年間1万件前後で推移しており、救急搬送は圏域内でほぼ完結している。
- ◆ 県立中央病院と青森市民病院の2病院で地域内の半数以上の救急搬送の受入れを行っている。



搬送人員数推移(重症度別)



搬送人員数内訳(令和元年)

② 青森市における救急体制(青森市ホームページより)

区分	医療機関
1次救急 (軽度)	<ul style="list-style-type: none"> ◆在宅当番医(交代制により開院) ◆青森市急病センター《内科、小児科、外科》(医師は青森市医師会から派遣) 平日:19:00~23:00 日曜・祝日:12:00~18:00、19:00~23:00
2次救急 (中、重度)	<ul style="list-style-type: none"> ◆輪番制病院(4機関) 平日:18:00~翌日8:00 日曜・祝日:8:00~翌日8:00 県立中央病院、青森市民病院、青森新都市病院、あおもり協立病院 ◆救急病院、診療所(10機関) 県立中央病院、青森市民病院、青森新都市病院、あおもり協立病院、青森厚生病院、慈恵会病院、村上新町病院、青森市立浪岡病院、国立病院機構青森病院、佐藤クリニック
3次救急 (重度、重篤)	<ul style="list-style-type: none"> ◆県立中央病院

(4) 救急医療体制

県立中央病院及び青森市民病院における救急医療の現状

項目	県立中央病院（救命救急センター）			青森市民病院（救急外来）		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
①年間患者数						
救急車搬入数	3,363人	3,488人	3,242人	2,605人	2,504人	2,327人
ウォークイン患者数	10,210人	10,912人	8,253人	8,823人	9,060人	6,851人
その他（ドクヘリ等）	320人	354人	312人	0人	0人	0人
合計	13,893人	14,754人	11,807人	11,428人	11,564人	9,178人
②救急部門専任医師数（令和3年4月）	5人（救急部）			0人		
③診療体制（医師）	平日：2名（救命救急センター医師が対応） 休日夜間：4～6名 【内訳】救命救急センター医師 1名 診療科医師（指導医） 1名 小児科医師 1名 （土、日、祝日、10～19時） 研修医 2～3名			平日：疾患に応じて各診療科医師が対応 休日夜間：2～3名 【内訳】診療科医師（指導医） 1名 小児科医師 1名 （土、日、祝日、10～11時） 研修医 1名 ※診療科医師2名体制となる場合もある		

(4) 救急医療体制

2病院統合した場合における救命救急センターの参考事例

分類	重症度や傷病の種類によらず、すべての救急患者に対応している救命救急センター（ER型）		一次・二次救急機関と連携・機能分担している救命救急センター	
病院名	国保旭中央病院 （千葉県旭市）	土浦協同病院 （茨城県土浦市）	大垣市民病院 （岐阜県大垣市）	日本海総合病院 （山形県酒田市）
①稼働病床数（一般）	763床	785床	788床	621床
②年間救急車搬送人員数	7,731件	7,736件	11,035件	3,764件
③専従医師数	9人	6人	3人	1人
④休日・夜間帯における医師数	5人	14人	7人	4人
⑤うち救急専従医師数	2人	2人	1人	3人
⑥救命救急センター受診者数	44,437人 （2019年度）	45,271人 （2016年度）	31,069人 （2020年度）	17,141人 （2020年度）
特徴	・2次医療圏唯一の救命救急センターで、軽症から重症患者まで全ての患者を受け入れている。 ・救命救急センターは、救急科専門医指定施設、救急科専門医プログラム機関施設、基幹災害拠点病院、千葉県東部メディカルコントロール協議会中核医療機関として、地域の救急医療の拠点病院となっている。	・2次医療圏唯一の救命救急センターで、一次救急から三次救急まで受け入れている。 ・救命救急センターには、救急科、麻酔科、集中治療科、脳神経外科、循環器内科の専門医が専従配置されている。 救急外来は、院内すべての診療科の専門医が救急担当医として対応している。	・2次医療圏唯一の救命救急センターで、三次救急を担っており、一次、二次救急については、西濃地区の医師会等と協力して対応。 ・小児救急医療に関しては、大垣市からの受託事業として、毎週土、日曜日に開業医の医師と小児科当直医が参加して「小児夜間救急室」を救命救急センターに設置。	・2次医療圏唯一の救命救急センターで、一次救急から三次救急まで受け入れている。 ・平日夜間（19時～22時）の一次救急の診療について、医師会所属の医師が病院に赴き対応している。 ・病院内に救急ワークステーションを開設し、救急車・救急救命士が常駐している。

①は、「令和元年度病床機能報告」、②～⑤は、「救命救急センター充実度評価」（平成31年～令和元年）から引用

(5) 新興感染症対策 新興感染症対策の現状と今後の取組等について

- 県立中央病院は、感染症指定医療機関として感染症病床を5床有しており、感染症病床に加え、新型コロナウイルス感染症中等症・重症患者用の病床を確保している。青森市民病院は、新型コロナウイルス感染症中等症患者用の病床を確保している。
- 新型コロナウイルス感染拡大時には、診療体制に大きな影響を及ぼしていることから、共同経営・新病院整備を契機として、新興感染症への対応力を充実・強化していく必要がある。
- 国では、第8次医療計画(2024年度～2029年度)から医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時ににおける医療」を追加することとしており、想定される取組として以下の項目が示されている。

※ 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方 抜粋
(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

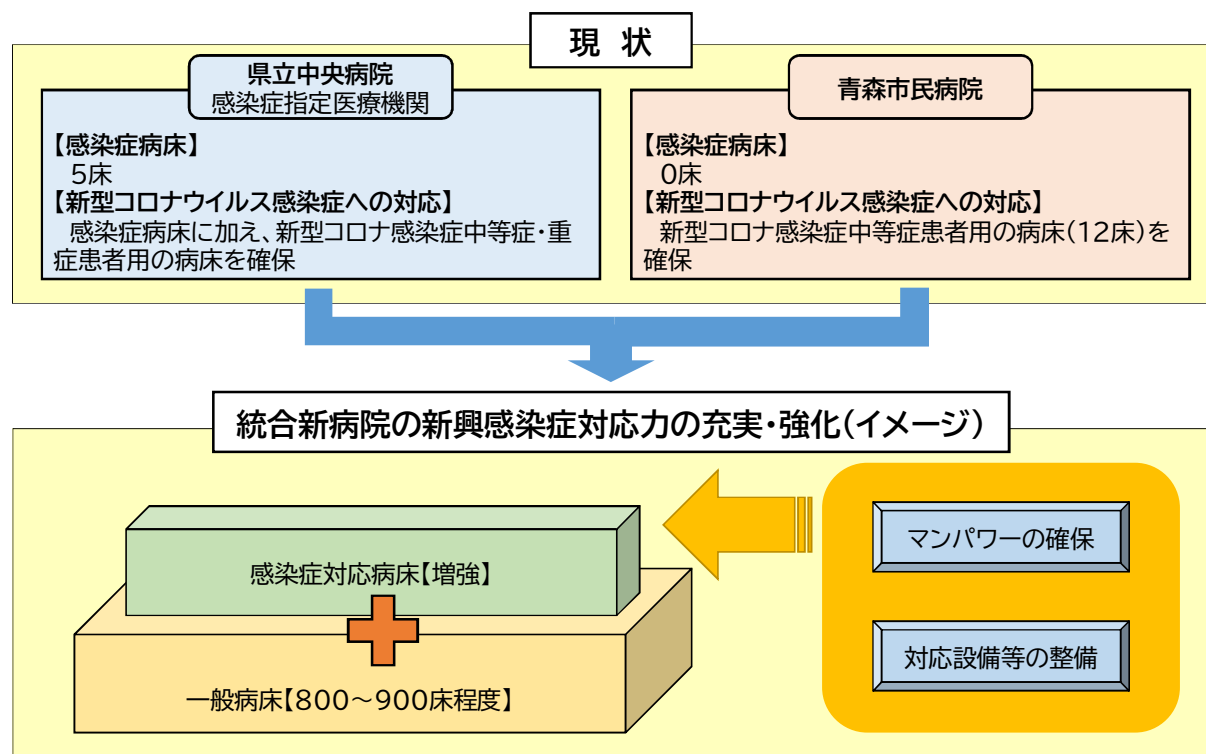
【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
 - ・ 感染症指定医療機関(感染症病床)の整備
 - ・ 感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい病床や感染症対応に転用しやすいスペース(病床のダウンサイズに伴う空きスペースを含む。)の確保に必要な施設・設備の整備(重症例や疑い症例等を想定した整備を含む。) など
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
 - ・ 感染防止制御チームの活用
 - ・ 感染管理の専門性を有する看護師(ICN)の確保等
 - ・ 重症患者(ECMO や人工呼吸器管理が必要な患者等)に対応可能な人材 など

【感染拡大時の取組】

- 個々の医療機関における取組の基本的考え方
 - ・ 感染拡大時の受入候補医療機関(重症例や疑い症例等を想定した受入候補医療機関を含む)
 - ・ 患者が入院する場所の確保に向けた取組(病床や病床以外のスペース等の活用など)
 - ・ 感染症患者に対応するマンパワー(医師、看護師等)の確保に向けた取組(感染症専門医以外を含めた対応、病院内の重点配置、医療関係職種以外の職員の確保など)
 - ・ 感染防護具や医療資機材等の確保 など
- 医療機関間の連携・役割分担の基本的考え方
 - ・ 救急医療など一般の医療連携体制への影響にも配慮した受入体制に係る協議の実施(感染症患者受入医療機関と感染症患者以外に対応する医療機関の役割分担等)
 - ・ 感染症患者受入医療機関やクラスターが発生した医療機関等への医師・看護師など応援職員の派遣
 - ・ 感染管理の専門人材による指導・コンサルテーションの実施 など

(5) 新興感染症対策 新興感染症対策の現状と今後の取組等について



(6) 転院患者の受入先確保 両病院の紹介患者の状況について

項目	県立中央病院			青森市民病院		
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
①平均在院日数	12.2日	12.0日	11.5日	12.8日	13.5日	14.2日
②紹介率	73.0%	71.7%	76.5%	81.7%	82.4%	83.2%
③逆紹介率	88.7%	105.8%	101.9%	78.1%	73.3%	76.1%
④退院調整困難事例	<ul style="list-style-type: none"> 医療処置、専門的治療が必要な場合（人工呼吸器、気管切開、腎瘻、モニタリング等） 薬剤（ホルモン剤、骨粗鬆症、麻薬等）を使用している場合 専門医が少ない診療科（青森地域では呼吸器科など）の場合 化学療法を継続している場合 			<ul style="list-style-type: none"> 医療処置、専門的治療が必要な場合（人工呼吸器、気管切開、腎瘻、膀胱瘻等） 薬剤（ホルモン剤、骨粗鬆症、麻薬等）を使用している場合 輸血療法を継続している場合 		

※紹介率、逆紹介率は、地域医療連携支援加算で使われている方法で算出
 紹介率＝紹介患者数／初診患者数（救急搬入、夜間休日受診患者などを除く）
 逆紹介率＝逆紹介患者数／初診患者数（上記と同じ）

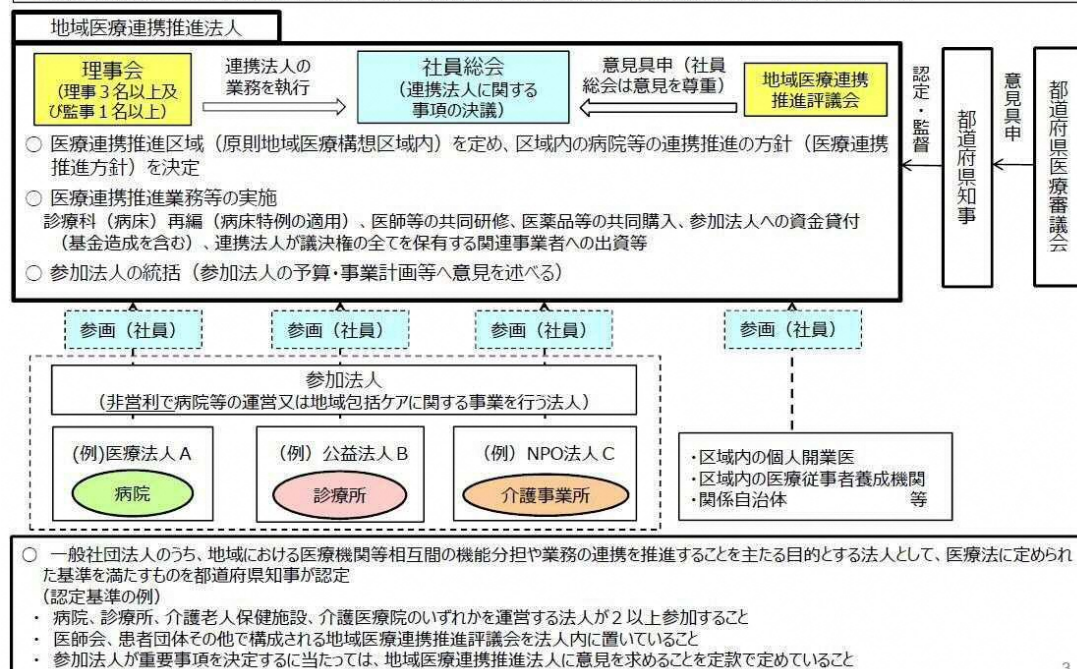
●新病院が急性期機能を発揮するためには、転院受入先となる地域の医療機関との連携等の強化が課題

(参考)紹介件数が多い医療機関 (令和2年度) 「○」は青森地域保健医療圏の病院	むつ総合病院	377件	弘前大学医学部附属病院	239件
	野辺地病院	288件	協立クリニック	181件
○青森厚生病院	273件	むなかた皮ふ科スキンケアクリニック	174件	
弘前大学医学部附属病院	218件	○あおもり協立病院	159件	
○青森新都市病院	217件	三上雅人クリニック	142件	
たかしクリニック耳鼻咽喉科	198件	盛ハート・クリニック	139件	
○青森慈恵会病院	189件	○村上病院	138件	
村上内科胃腸科内科医院	183件	田辺和彦胃腸科内科医院	136件	
青森市民病院	338件	青森県立中央病院	443件	

(6) 転院患者の受入先確保 地域医療連携方式の活用事例(地域医療連携推進法人)

地域医療連携推進法人制度の概要

・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
 ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保



令和2年1月厚生労働省「地域医療連携推進法人に関するアンケート調査」より

(6) 転院患者の受入先確保
地域医療連携推進法人の設立事例

法人名 (対象区域)	日本海ヘルスケアネット (山形県庄内地域)	日光ヘルスケアネット (栃木県日光市)	上十三まるとネット (青森県上北地域)	
認定時期	平成30年4月	平成31年4月	令和3年4月	
参加法人	地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構、一般社団法人酒田地区医師会十全堂ほか全10法人	日光市、医療法人双愛会ほか全10法人	十和田市、三沢市	
地域の課題等	患者数の減少 医療職等の人材不足	医療従事者不足、 回復期病床・在宅医療の資源不足	患者数の減少 病院経営に対する危機感	
連携推進業務 の主な内容	<ul style="list-style-type: none"> 診療機能等の集約化 医療介護従事者の人材育成・人材交流 退院支援、退院調整ルールの策定、地域連携クリティカルパスの充実 	<ul style="list-style-type: none"> 病院等間での患者紹介・逆紹介の推進、横断的な入院調整 採用活動の共同実施 在宅医療施設間での情報の共有化 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の相互診療体制の構築 医療機器(トモセラピー、PET-C T等)の共同利用、適正配置 	
取組 内容	医療機関 の役割分 担	<ul style="list-style-type: none"> 維持透析患者を本間病院に引受けてもらうことによって、日本海総合病院では透析導入期患者と合併症患者の対応に重点化 	<ul style="list-style-type: none"> 病院横断的な入院調整、患者情報の共有化などにより連携体制構築 参加医療機関の主体的な医療機能の見直し等により、機能分担と連携を進めている 	<ul style="list-style-type: none"> 質の高い、充実した医療を効率的に提供し、地域におけるがん対策を強力に推進
	医療従事 者の確保・ 定着	<ul style="list-style-type: none"> 法人内の人事交流を通して、診療体制の確保や過剰な勤務シフトの緩和などを図っている 	<ul style="list-style-type: none"> 専門職募集の共同実施、職員研修の共同実施などに取り組むとともに、中長期的には参加法人間での職員派遣制度の導入について検討 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、看護師(助産師)を含む職員の交流を図る 感染対策、医療安全、褥瘡対策などの研修会や勉強会を共催
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤の有効性、安全性、経済性を検討し、地域での推奨薬(地域フォーミュラ)を選定することで、標準薬物治療を推進 	<ul style="list-style-type: none"> 重複投資を抑制する高額医療機器等の共同利用、スケールメリットを生かした医薬材料等の共同交渉・共同購入などを勧め、経営の安定化と効率化を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 災害時における情報収集及び集約化を検討し、ライフラインと備蓄品等の確保による連携協力を図る

「地域医療連携推進法人に関するアンケート調査」などを基に作成

県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会 委員一覧

役職名	氏名	備考
全国自治体病院協議会 名誉会長	◎邊 見 公 雄	
弘前大学学長	○福 田 眞 作	
埼玉りそな銀行 シニアエキスパート	宇 口 比呂志	
山形県・酒田市病院機構 理事長	栗 谷 義 樹	
高知医療センター 名誉院長	堀 見 忠 司	
青森県医師会長	高 木 伸 也	
青森市医師会長	成 田 祥 耕	第1回
青森市医師会長	北 畠 滋 郎	第2回以降
地域医療構想アドバイザー	大 西 基 喜	
青森県健康福祉部長	奈須下 淳	
青森県病院事業管理者	吉 田 茂 昭	
青森市副市長	能代谷 潤 治	

◎：委員長 ○：副委員長

※青森市医師会長については、改選により、第2回協議会から北畠滋郎会長に変更となっている。

県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会 スケジュール

回 次	年 月	議 題
第1回	令和3年5月26日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ○協議会の進め方について ○青森県、青森地域保健医療圏における医療の現状と課題について ○県立中央病院及び青森市民病院の現状と課題について ○地域医療構想等に関する国と県の方向性について
第2回	令和3年7月28日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ○県立中央病院と青森市民病院の連携形態について
第3回	令和3年10月20日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ○共同経営・新病院整備に係る検討事項等について
第4回	令和3年11月10日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ○県立中央病院と青森市民病院のあり方についての提言(案)について