

西北五地域における
自治体病院機能再編成マスタープラン
(改訂版)

平成 21 年 3 月
(平成 24 年 11 月一部変更)
つがる西北五広域連合

目 次

趣 旨	1
第1部 総 論	1
1 目 的	1
2 機能再編成の必要性	1
3 自治体病院の機能再編成を巡る国の動向	3
4 県保健医療計画における今後の方向性	6
5 西北五地域における取り組み状況	6
第2部 西北五地域保健医療圏における現状と課題及び分析	11
1 地域の概況	11
2 保健医療計画による当圏域の現状と課題	13
3 西北五地域保健医療圏の人口の現状	13
4 保健医療体制の現状	16
5 患者数の現況について	24
6 受療動向について	25
7 将来患者数の予測	27
8 当圏域における自治体病院と診療所の現状	28
第3部 機能再編成の概要	30
1 機能再編成の基本理念	30
2 再編の基本方針	30
3 運営体制について	30
4 再編の姿	31
5 再編による効果	33
第4部 機能再編成の具体的な内容	34
1 病院（診療所）の基本理念	34
2 中核病院の医療機能と規模	34
3 中核病院の組織体制	47
4 中核病院の施設整備計画	48
5 サテライト医療機関について	50
6 事業費概算	54
7 病院事業の収支見通し	57

8	医療機能連携計画	76
9	医師養成・確保対策等	77
10	各自治体の負担	78
11	国の財政措置の活用と県への支援要望	81
12	全体計画のまとめ	83
13	今後の検討課題	83
14	今後の想定スケジュール	84
(資料編)		85

趣旨 当マスタープランは、西北五地域の自治体病院機能再編成の推進にむけて、平成14年度以降進めてきた成果を踏まえ、当面の諸課題の検討と計画の実現に向けた所要事項の整理を行いまとめた計画であるが、平成17年度に策定した後、構成市町間で病院の計画規模の縮小と中核病院設置場所、費用負担割合など重要な事項について決定又は変更があったこと、中核病院の建設が現実視野に入り、策定後の情勢の変化による病院機能の整理が必要となったことから、今回計画内容を一部改訂したものである。

今後、地域医療の確保・充実のために、機能再編成の早期実現が望まれるところであり、このマスタープランに基づき、事業化に向けた行動を取ることが求められる。

当マスタープランでは、まず、圏域の医療の中心となる中核病院の建設を最重点課題ととらえ、その医療機能や規模のあり方を示すとともに、それと連携する周辺の病院、診療所（以下総称して「サテライト医療機関」と呼ぶ。）については、基本的な役割などを総括的に整理している。

サテライト医療機関に付加する医療機能の見直しや施設の活用計画についても今後早期に検討するとともに、中核病院の内容についても更なる具体化を図ることにより、今後も、より充実した計画に修正していくものである。

第1部 総論

1 目的

地域がひとつの病院となって地域住民が満足できるより良い医療サービスを提供する、すなわち、心豊かに安心して暮らせる地域社会づくりを目指す。そのために、2市4町を構成員とする、つがる西北五広域連合が運営主体となり、圏域全体で地域医療を支えていく体制を構築する。

基本的には、圏域内で脳卒中、癌及び心筋梗塞などの一般的な医療を完結させ、地域医療の底上げを図ることを目指し、圏域内に新たに高度救急を含む救急医療や、急性期医療を主体に高度・専門医療から一般医療まで提供する中核病院を建設し、周辺の医療機関は初期医療や急性期治療後の医療を担う病院や診療所に機能を転換した上で、中核病院との緊密な連携のもとに、地域住民の医療ニーズに対応し福祉の向上を図る。

2 機能再編成の必要性

地域医療を守る自治体病院が機能分担と連携を図り、民間医療機関とも役割を分担しながら地域全体で効率的な医療を住民に提供していく地域医療体制をつくり上げることが必要である。その背景として次の3点があげられる。

(1) 求められる医療機能の高度化

現在、西北中央病院が西北五地域の高度医療を担っているが、医師不足や施設の老朽化など、思うような医療機能の高度化が図れない状況にある。西北五圏域は県内6医療圏の中で最も自地依存率が低く、一般病床入院患者の3人に1人が他圏域の医療機関に入院している状況にある。

自治体病院機能再編成を進め、新たに中核病院を整備することで医療機能の高度化を図り、地域全体の医療提供サービスの充実を図ることが必要と考えられる。

(2) 医師不足の中での地域医療の確保

自治体病院の医師不足と偏在は全国的な問題となっており、本県及び当圏域においてはより深刻な状況に至っている。(P20参照)

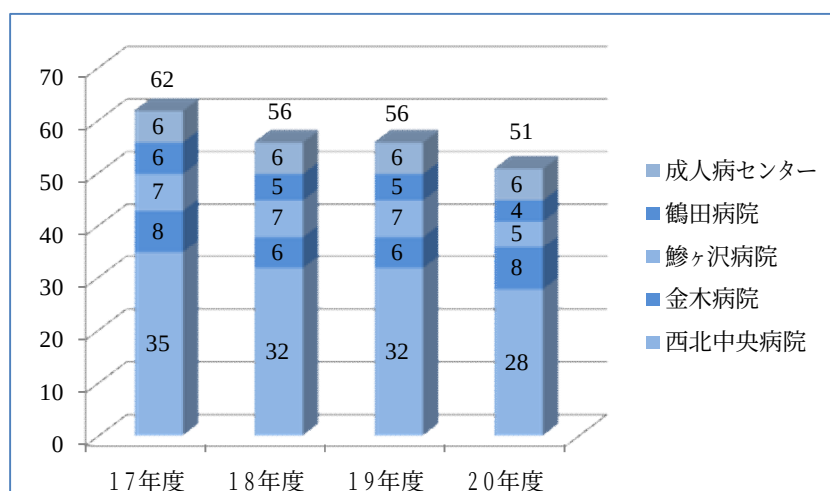
平成20年5月時点の県内自治体病院の医師充足状況について、診療報酬がカットされる可能性がある充足率70%以下の病院はないものの、地域においては常勤医の確保がままならない状況が生じている。

当圏域においても、年々常勤医師数が減少しており、平成17年6月時点で62人だった常勤医師が平成20年5月時点では51人と大幅に減少しており、鰯ヶ沢町立中央病院では、平成20年度において国の緊急臨時的医師派遣システムを活用するまでに至っている。圏域における他の自治体病院もいつ同じような状況に陥ってもおかしくない状況であり、また、特定の診療科について、「一人医師」体制を取らざるを得ない状況も見られるなど、地域住民の医療サービスに深刻な影響が出かねない状況となっている。

このように少数の医師が各病院に分散して配置されている状況は、医師にとって診療体制への不安、多忙、ひいては勤務条件への不満を招き、病院現場から去ってしまう状況を引き起こしかねず、改善が急務である。

これらの現状を踏まえ、自治体病院の機能再編成により病院機能を統合集約化し中核病院とサテライト医療機関の連携システムを構築することで、医師が働きがいをもって活躍できる環境を整えることが必要と考えられる。

西北五地域における自治体病院の常勤医の推移 (人)



(3) 経営悪化する自治体病院

病院経営は公的病院、民間病院を問わず、医療費の抑制基調のもと診療報酬の引き下げや患者減少などの影響を受け、厳しさを増している。

本県の29自治体病院の平成19年度の決算状況は純損失が49億円、年度末時点の不良債務（未収金、現金、預金等の流動資産より未払い費用、一時借入金等の流動負債が上回る状態。実質的な現金不足額。）が170億円、医業収益に対する不良債務の比率（不良債務比率）は21.8%となっている。不良債務比率が10%を超えるとすることは、企業債の発行制限を受けるなど経営上きわめて深刻な状況をあらわしている。

当圏域の5病院の全てが不良債務を抱え、その額は25億円弱であり、鰯ヶ沢町立中央病院、鶴田町立中央病院、公立金木病院の3病院において不良債務比率10%以上である。

これらの現状を踏まえると、将来にわたり、個々の病院が今と同程度の医療機能を保持しながら医療機器等の設備投資を繰り返すこと及び同規模・機能の病院を建設し維持していくことは非常に困難を極めると予想される。

自治体病院の機能再編成により、個々ばらばらに経営している自治体病院を一体運営体制のもとで、人、もの、予算を効率よく活用し、経営の安定化を図ることが必要と考えられる。

3 自治体病院の機能再編成を巡る国の動向

(1) 厚生労働省は平成15年4月に、21世紀における医療提供体制のあり方について将来像のイメージと当面進めるべき施策として、医療提供体制の改革のビジョン案を取りまとめて公表し、その後の国会等での議論を踏まえ、同年8月に「医療提供体制の改革のビジョン」とした。

(2) 厚生労働省、総務省、文部科学省の3省による「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が平成15年11月に発足し、平成16年2月、今後の地域医療に対する取り組みをまとめた「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」が公表された。その中で、自治体病院の再編・ネットワーク化などの改革の推進が盛り込まれ、再編統合のあり方等を検討する検討会を設置することとされた。

(3) 上記(2)を受け、平成16年5月に「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会」が発足し、同年11月に報告書が出されている。

○報告書の概要

◆自治体病院をとりまく環境は大きく変化し、経営悪化や医師不足への対応は緊急の課題

◆これら課題に対応するためには、地域全体で効率的な医療サービスのあり方の検討が重要

◆例えば、二次保健医療圏単位で中核医療機能を持つ基幹病院と日常的な医療を確保する病院、診療所に再編し、これらのネットワーク化を進めていく検討が重要

◆効果としては、①新たな医療ニーズに対応した医療サービスの提供が可能になること、②機能の特化により効率的な医療提供が可能になること、③基幹病院への医師の集中により医療の質が確保されるとともに、医師を確保しやすい環境となること、など

◆地域の医療状況を踏まえた検討と分析が必要

◆計画策定に当たっては、①住民のための計画づくり、②丁寧な住民説明、③他の公的医療機関も巻き込んだ検討の必要性、④都道府県が主導的役割、⑤市町村は住民との関係において積極的な役割、⑥県立中央病院も相応の役割、⑦大学医学部も積極的に関わることに留意

(4) 平成18年6月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」(医療制度改革関連法)では、地域における医療連携を推進し、限られた医療資源を有効に活用した効率的で質の高い医療の実現と、患者が切れ目のない医療が受けられる体制づくりが求められ、特に、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4つの生活習慣病と、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療についての医療体制を構築することとされている。

当圏域として、これらを踏まえながら、地域の特性や地域事情を十分考慮し、自治体病院機能再編成を進めることが求められる。

(5) 総務省は、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」を策定し、公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供することであり、地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し、経営を効率化することが必要であるとする公立病院改革の必要性を示すとともに、地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定(経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準)するものとした。

○公立病院改革プランの概要

◆当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記

◆経営の効率化

- ・経営指標に係る数値目標を設定
- ・一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途(地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
- ・病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

◆再編・ネットワーク化

- ・都道府県は、医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- ・二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- ・医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
- ・モデルパターンを提示

◆経営形態の見直し

- ・人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化

- ・ 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- ・ 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

(6) 公立病院改革に対する国の財政支援

◆改革プランの策定に要する経費

公立病院改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置。

◆再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費

公立病院等（公的病院を含む。）の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を措置し、元利償還金の一部を普通交付税措置。

◆再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

①公立病院特例債の創設

平成20年度に限り、平成15年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務の計画的な解消を支援。

併せて、同特例債に係る利払額の一部に対して特別交付税措置。

②その他

再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置。

◆改革プランに基づき病床数の実質的削減を行った場合の措置

改革プランに基づく公立病院の医療提供体制の見直しにより、病床数の実質的な削減を行った場合、削減を行った年度を初年度とする5年間の病床数について、当該削減を行う前の病床数を有するものとみなして普通交付税を措置。

(7) 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し（平成21年度以降）

◆過疎地に関する財政措置の充実

①「不採算地区病院」の特別交付税措置について、要件緩和し、充実。

②過疎地における施設整備費にかかる財政措置

過疎地域において行われる診療施設の整備に充当される過疎対策事業債の償還年限（現行最長12年）及び辺地対策事業債の償還年限（現行最長10年）について、それぞれ30年（利率見直し方式の場合）に延長。

◆産科、小児科、救急医療等に関する財政措置の充実

①普通交付税措置の充実

医師確保対策、救急医療の充実等のため、普通交付税措置を充実。

②市町村分特別交付税措置の充実

③都道府県特別交付税措置の充実

◆公立病院の経営形態多様化を踏まえた財政措置

①公立病院設置市町村以外の市町村が、公立病院と同等の医療機能を提供する公的病院、公益法人立の病院等に対し助成している場合、「不採算地区病院」機能に加え、救急、周産期、小児医療等の機能も特別交付税措置を準用

②有床診療所について、不採算地区病院等の特別交付税措置を準用

◆公立病院改革推進に係る措置

①病院建物整備に係る普通交付税措置において、建築単価30万円/㎡を上限

②病床数に応じた交付税措置において、平成21年度以降の病床利用率の状況の反映について検討。方法、時期等について慎重に検討の上、結論を得る。

4 県保健医療計画における今後の方向性

県保健医療計画は自治体病院機能再編成の推進について次のような内容を謳っている。当圏域もこの方向性に沿って、再編成を推進していくものである。

(1) 医療機能再編成

○ 各自治体病院において、医師の確保が困難で経営が厳しい中、ひとつの病院で医療が完結することを目指すのは困難であり、地域医療体制を効率的に整備していくため、それぞれの病院が機能を分担し、自治体病院の枠組みを超えて、広域的に地域医療を支えていくことを検討する必要がある。

○ 「医療資源が少ない本県において、自治体病院が地域医療に占める役割は極めて大きいことから、自治体病院の機能再編成を推進し、効率的な地域医療提供体制を構築することにより、今後とも県民に必要な地域医療を提供していきます。」を目標に掲げ、各種施策を進める。

(詳細は巻末の資料編を参照のこと)

(2) 医師確保・配置

○ 医療機能再編成を行う大きな理由の一つに医師不足がある。

医師確保について中長期を見据えた抜本的な医師確保対策を戦略的かつ一体的に推進するために良医を育む地域づくりをめざす「医師確保のためのグランドデザイン」を策定。「優れた医育環境を整える」、「意欲が湧く環境を整える」、「仕組みを整える」の3つの戦略を推進する。

○ 本県で持続可能な医療提供体制を構築するためには、医師の配置に関して、優先的に考えられるべき病院の性格・特性を明らかにし、当該病院への重点的配置を行うことが、県民への安定的で質の高い医療の提供と医療従事者の安全・安心を両立させ、さらには公立病院の経営にも資することになる。具体的な基本方針として「医師をはじめとした医療従事者の確保・配置に関する基本方針」を策定。

(詳細は巻末の資料編を参照のこと)

5 西北五地域における取り組み状況

(1) これまでの取り組み(平成12年度～平成16年度)

① 県主導による機能再編成計画の策定

1) 自治体病院の医師不足や経営悪化の現状を踏まえ、圏域からの強い要請を受け、県が主導して自治体病院機能再編成計画の策定に着手することを決定。(平成13年3月)

- 2) 県庁内に自治体病院機能再編成推進チームが発足。(平成 13 年 12 月)
- 3) 県が主催して地域医療を考える懇談会を五所川原市で開催。(平成 14 年 3 月)
- 4) 県による機能再編成の基本的な枠組みを圏域内 14 市町村長が了承。(平成 14 年 4 月)
- 5) 基本的な枠組みに基づき「アクションプラン策定委員会」及び「作業部会」で計画を検討(平成 14 年 6 月～11 月)
- 6) アクションプラン策定委員会が策定した「機能再編成計画」案を圏域 14 市町村長が了承し「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画」が決定(平成 14 年 12 月)

② 推進体制の整備

当圏域の自治体病院機能再編成を進めるに当たり、将来の広域運営体制への移行を見通した上で、つがる西北五広域連合が事務を行うこととし、同事務局に専任職員 3 名を配置するなど体制を強化。(平成 15 年 4 月)

③ 県への要望活動

中核病院の建設に当たっては、多額の財政負担が生ずることから、地域医療を担う一方の立場として知事に対し財政支援を要望。(平成 16 年 2 月)

④ 基本計画報告書の作成

県が主導して策定した機能再編成計画の内容を精査し、肉付けを行うために、「自治体病院施設センター」に委託し基本計画報告書を作成。(平成 16 年 3 月)

⑤ 市町村合併など諸課題の検討による影響

つがる西北五広域連合を構成する各市町村長の会議が随時開催されたが、木造町立成人病センター(当時)の存続要望、中核病院の建設場所、市町村合併を優先させるべきなどの議論あり。

⑥ 国関係者による調査の実施

自治体病院機能再編成の推進に当たっての地域の実情を把握するため、平成 16 年 6 月 9 日～10 日の日程で、総務省自治財政局地域企業経営企画室長他が来県し、県庁、五所川原市役所、公立金木病院、鶴田町役場を訪問し、関係者との意見交換を行った。

(2) 平成 17 年度の取り組み(マスタープランの策定)

市町村合併が一段落し、新たな局面を迎える中、自治体病院機能再編成を早期に実現させなければならない機運が高まり、推進体制を強化し取り組みを行った。

① 県職員の派遣

広域連合に県職員(課長補佐級)を派遣し推進体制を強化。

② 圏域関係者による検討

1) 西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会(以下「推進委員会」という。)の設置

平成 16 年 3 月に策定した基本計画報告書を基本に、西北五地域における自治体病院機能再編成の早期実現を図るため、圏域内の自治体病院長、事務長、広域連合事務局長、県医療薬務課副参事から構成される推進委員会を平成 17 年 4 月 1 日付けで設置し、具体的な取り組みを進めるための検討を行った。

2) 医療機能と経営管理の検討委員会の発足

医療機能と病院経営のそれぞれの課題を具体的に検討するために、圏域の実務者レベルでの検討委員会を設置した。（第1回推進委員会で設置を決定。）

ア 医療機能等検討委員会

各自治体病院の医師（10名）、看護師（5名）、医療技術者（6名）、保健師（1名）で構成され、中核病院の医療機能、サテライト医療機関の医療機能、連携のあり方等を検討。

検討に当たっては、圏域の現場レベルの職員による医療、看護、リハビリ、薬剤、放射線、検査の各部会を設置し、細部の検討を行っている。

イ 経営管理等検討委員会

各病院の事務長、6市町の財政担当課長で構成され、広域経営体制のあり方、各市町の負担等について検討。

③ マスタープランの策定

これら推進委員会及び検討委員会での検討を経て、機能再編成計画の具体化に向けての基本方針となるマスタープランを策定。

（3）マスタープラン策定後の取り組み（平成18年度～平成19年度）

① 中核病院の建設用地の選定（平成18年11月2日決定）

建設用地選定委員会の五所川原市2カ所、つがる市1カ所の計3箇所を候補地とする答申を受け、平成18年11月2日の正副広域連合長会議において建設用地を決定した。

「青森テクノポリスハイテク工業団地漆川」（住所：五所川原市大字金山字亀甲120-1他）の現在分譲中の1区画、面積7.8ヘクタール

② 中核病院に係る負担割合案の決定（平成19年1月16日決定）

中核病院に係る一般会計繰出金の2市4町の負担割合案について、正副広域連合長会議で次のとおり決定した。

〔中核病院に係る負担割合〕

・設置割 60% ・人口割 10% ・均等割 5% ・利用者割 25%

※人口割の算定について、深浦町の人口は岩崎地区の人口を除く。

③ 先進地調査（平成19年7月18、19日）

広域6市町の市町長・病院長等により病院機能再編成の先進地である山形県（置賜広域病院組合及び山形県病院事業局）を調査した。

（4）マスタープランの改訂（平成20年度）

国においては、19年6月に「地方公共団体財政健全化法」が公布され自治体財政の健全化が一層厳しく求められるとともに、12月には「公立病院改革ガイドライン」が示され、各自治体病院においては「公立病院改革プラン」を平成20年度中に策定するとともに、公立病院の再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等に係る国の財政支援措置を受けるため「公立病院再編等計画書」を提出することが求められた。

マスタープラン策定後、正副連合長会議では、自治体病院機能再編成をより実現性の高いものとするため、今後の人口減少や自治体の財政力などを踏まえて、病院規模や総事業費の圧縮を図ることを課題としており、国の再編・ネットワーク化推進の流れを受け、推進体制を強化し、マスタープランの見直しを行った。

① 顧問の設置

広域連合に顧問（前弘前大学医学部附属病院院長）を置き、推進体制を強化。

② 自治体病院長会議の設置

西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画の推進を図るため顧問が正副連合長に対して述べる意見に資するため、顧問と圏域内の自治体病院長で構成される自治体病院長会議を設置し、具体的な取り組みを進めるための検討を行った。

③ 病院規模の見直し（平成 20 年 7 月 2 日）

「自治体病院機能再編成マスタープラン」に掲げる病院規模等について自治体病院長会議による見直し内容を正副連合長会議で了承した。

- ・中核病院：一般病床 390 床、精神病床 50 床、感染症病床 4 床
- ・サテライト病院（2 カ所）：各一般病床 100 床
- ・サテライト診療所（2 カ所）：無床診療所

④ サテライト医療機関の決定

ア 二つのサテライト病院のうち一つを金木病院に、二つのサテライト診療所のうち一つを鶴田町立中央病院とすることを正副連合長会議で決定した。

（平成 20 年 9 月 13 日）

イ 残るサテライト病院を鰯ヶ沢町立中央病院、サテライト診療所をつがる市立成人病センターとすることを正副連合長会議で決定した。

（平成 20 年 10 月 9 日）

⑤ 中核病院建設予定地の変更（平成 20 年 9 月 24 日）

平成 18 年 11 月に決定した中核病院建設予定地について正副連合長会議で変更した。

「五所川原市役所隣接地」（住所：五所川原市大字岩木町 12 他）、
面積 1.2 ヘクタール

変更に至った経緯は次のとおり。

ア 五所川原市が病院建設地の市中心部への移転について提案。

イ マスタープランにおける中核病院の建設地の要件の見直しについて検討し、合意。

※ 中核病院建設予定地の要件のうち「平坦で広大な敷地の確保」について、必要な機能が確保できれば敷地の広さを問わないこととした

ウ 五所川原市が新たな建設候補地を提案。五所川原市が提案する建設予定地を候補地の一つとすることについて合意。

エ 平成 18 年 11 月の建設地決定の際の 3 つの候補地（郊外）に五所川原市提案の候補地を加えた 4 カ所で再検討し、公共交通機能の充実など利用者の利便性や総事業費の圧縮などを考慮し、建設予定地を「五所川原市金山地区」から「五所川原市役所隣接地」に変更することで合意。

⑥ サテライト医療機関に係る負担割合案の決定（平成 20 年 11 月 17 日決定）

サテライト医療機関に係る一般会計繰出金の 2 市 4 町の負担割合案について、正副広域連合長会議で次のとおり決定した。

[各サテライト医療機関に係る負担割合]

- ・設置割 60% ・利用者割 40%

※サテライト病院について今後新築するか、その場合の負担割合をどうするかは将来検討する。

※サテライト診療所について、既存病院の改修により整備するか、新築によるかは既存病院の設置市町の判断による。

⑦ 中核病院に係る負担割合の決定（平成 20 年 12 月）

平成 19 年 1 月 16 日の正副広域連合長会議で決定した中核病院に係る一般会計繰出金の 2 市 4 町の負担割合案について、各構成市町の議会において承認された。

⑧ サテライト医療機関に係る負担割合の決定（平成 21 年 3 月）

平成 20 年 11 月 17 日の正副広域連合長会議で決定したサテライト医療機関に係る一般会計繰出金の 2 市 4 町の負担割合案について、各構成市町の議会において承認された。

⑨ 公立病院再編等計画書の策定と国への提出（平成 21 年 3 月）

公立病院の再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等に係る国の財政支援措置を受けるために公立病院再編等計画書の総務省への提出が必要とされたことから、平成 20 年度に協議・合意された内容をもとに計画を取りまとめた。

計画は正副連合長会議で了承された後、県を通じて総務省に提出した。

⑩ マスタープランの改訂（平成 21 年 3 月）

平成 20 年度に協議・合意された内容をもとに平成 17 年度に策定したマスタープランを改訂。

(5) マスタープランの一部変更（平成 24 年度）

① 中核病院の精神病床を削減（平成 21 年 12 月）

中核病院の精神病床 50 床を 40 床に削減した。

② 5 自治体病院の広域連合立化（平成 24 年 4 月）

平成 23 年 9 月に病院事業管理者を選任し、翌年 4 月に 5 病院の運営をつがる西北五広域連合に移管（連合立化）。

③ マスタープランの一部変更（平成 24 年 11 月）

平成 24 年度まで協議・検討された内容をもとに平成 20 年度に改訂されたマスタープラン(病床数等)を一部変更

- ◎ 第 2 部以降、西北五地域における現状と課題や再編成の内容を掲載する中で、自治体病院名を頻繁に用いることになる。以後、本プランでは自治体病院名について次のとおり表記する。

(正式名称)

(表 記)

・国民健康保険五所川原市立西北中央病院	→	五所川原市立西北中央病院
・公立金木病院組合公立金木病院	→	公立金木病院
・鰯ヶ沢町立中央病院	→	鰯ヶ沢町立中央病院
・つがる市国民健康保険病院つがる市立成人病センター	→	つがる市立成人病センター
・国民健康保険鶴田町立中央病院	→	鶴田町立中央病院

第2部 西北五地域保健医療圏における現状と課題及び分析

1 地域の概況

当地域は、日本海に面した青森県西部の保健医療圏であり、2市4町で構成されている。

香川県とほぼ同程度の面積に人口15万5千人が住む一次産業を中心とした地域であるが、急速に過疎化・高齢化が進行している状況にある。

地域の医療提供体制として、一般病床は自治体病院が、療養病床は民間病院がその割合の多くを占め、地域の中核的な医療施設である五所川原市立西北中央病院をはじめ、救急医療や急性期・亜急性期の医療のほとんどを自治体病院が担っている状況にある。従来から医療資源に乏しい地域であるが、近年の医師不足により各病院の医療機能がさらに低下しており、地域で一般の医療が完結できない状況にあるため、地域外に流出する患者の割合がほかの地域に比べて高いという特徴がある。

公共交通機能が十分ではないため、地域における移動手段は自家用自動車を中心であるが、圏域が広いことと、冬は気候が厳しく夏場に比べてさらに移動時間を要するなど住民にとって医療を受ける環境は厳しく、地域で一般医療が完結できる体制が求められる。

〔西北五地域保健医療圏の概要〕

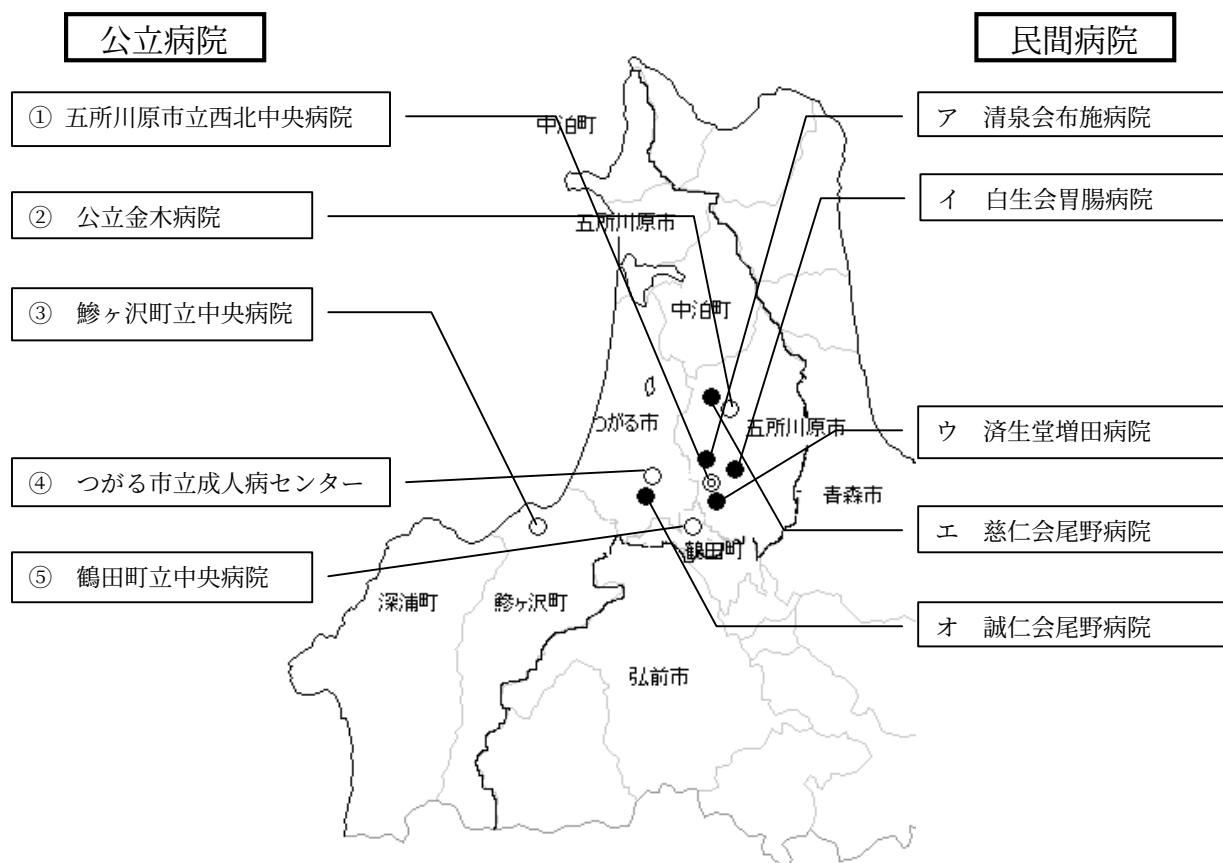
区 分	内 容
構 成 市 町	五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町（2市4町）
人 口	155,246人（平成17年国勢調査）
面 積	1,752.89km ² （平成17年全国都道府県市区町村別面積調）
圏域の病床数の状況 （療養及び一般）	基準病床数 1,303床 既存病床数 1,596床（平成20年3月31日現在）
医療施設従事医師数(10万人対)	101.3人（平成18年末現在）＊青森県は170.5人、全国は206.3人
圏域の医療機関の特徴	・圏域の中核的な医療施設は五所川原市立西北中央病院である。 ・病院は地域の中心的な都市である五所川原市に集中し、郡部に民間病院はない。 ・一般病床は自治体病院が、療養病床は民間病院がその割合の多くを占めている。 ・勤務医師数が全国平均に比べ、非常に少ない。 ・入院救急医療は主に自治体病院において行われている。 ・分娩を扱う病院は五所川原市立西北中央病院のみである。 ・圏域外への流出入院患者数の割合が高い。

〔西北五地域保健医療圏の病院の概要と配置〕

公立病院としては、5つの自治体病院が開設されている。また、民間病院が5つ開設されている。

区 分	病 院 名	所在市町	病床数	主な医療機能
公立病院	① 五所川原市立 西北中央病院	五所川原市	一般 356床 精神 60床	救急告示病院、地域周産期医療 協力施設、災害医療拠点病院、 精神救急病院輪番制参加
	② 公立金木病院	五所川原市	一般 146床 療養 30床	救急告示病院
	③ 鰺ヶ沢町立中央病院	鰺ヶ沢町	一般 140床	救急告示病院 へき地医療拠点病院
	④ つがる市立成人病センター	つがる市	一般 92床	救急告示病院
	⑤ 鶴田町立中央病院	鶴田町	一般 70床 療養 60床	救急告示病院
民間病院	ア 医療法人社団清泉会布施病院	五所川原市	精神 120床	精神救急病院輪番制参加
	イ 医療法人白生会胃腸病院	五所川原市	一般 123床 療養 110床	救急告示病院
	ウ 医療法人済生堂増田病院	五所川原市	療養 75床	
	エ 医療法人慈仁会尾野病院	五所川原市	療養 101床	
	オ 医療法人誠仁会尾野病院	つがる市	療養 265床	

[西北五地域保健医療圏]



2 保健医療計画による当圏域の現状と課題

平成 17 年 3 月に県が策定した圏域の保健医療計画によると当圏域の主要課題は総論的に以下のとおりとなっている。

- (1) 出生率は横ばいであるが、平成 2 年以来県平均を下回っている上、65 歳以上の人口の割合が年々上昇しており、少子高齢化が急速に進行している。
- (2) 主要死因を見ると、悪性新生物、心疾患ともに昭和 50 年から 20 数年にわたって全国、県平均を上回っており、一度も下回ることなく推移している。
- (3) 受療率では、循環器系の疾患が県内各二次保健医療圏の中で際立って高く、中でも高血圧性疾患、脳血管疾患がかなりの高率になっている。
- (4) 平均寿命は、県平均より低い市町村（市町村合併以前・14 市町村時）が、男性が 11、女性が 9 となっており、全国最下位グループに属している本県の中で比較しても男女とも短命となっている。
- (5) 近隣の二次保健医療圏へ流出する患者の割合が県内で最も高くなっている。
- (6) 医療従事者や医療施設等の医療資源の地域格差が大きく、また、高度、専門的な医療体制の整備についても十分とはいえない地域が存在することから、医療機能の分担と連携を促進し、診療機能を考慮した体系的な医療体制を整備することが求められている。
- (7) 医師、歯科医師、薬剤師等の医療従事者は、人口 10 万人当たりでは県平均を下回り、絶対数が不足しているとともに、都市部への偏在が生じている。地域偏在の解消、さらには安定確保が求められている。
- (8) 高齢者や障害者など、保健、医療、福祉サービスを必要とする住民に対しては、適切な時期に的確なサービスを行い、安心を実感できる共生社会づくりが必要となっていることから、保健、医療、福祉サービスを行う機関は互いに連携しあい、一体的サービスを行うことが必要。
- (9) 医療技術の進展に伴い、高度で多様な医療サービスが可能になる一方で、医療に対する要望も高度化及び多様化してきており、住民の医療サービスの質に対する意識が高まってきている中で、良質な医療情報の提供や診療体制、看護体制の整備、インフォームド・コンセント(十分な説明と同意)の推進など、患者が安心と満足が得られる医療サービスの提供のための取り組みが必要。
- (10) 近年、全国的に医療事故が多数発生しており、医療の安全性に対する関心が高まっていることから、医療の安全性を高め、医療事故の発生を防止するため、医療機関における組織的な取り組みや関係機関の取り組みが求められる。
- (11) 高度化、専門化する医療や多様化する保健、医療、福祉のニーズに対応するため、保健医療従事者の資質の向上が求められている。

3 西北五地域保健医療圏の人口の現状

(1) 人口推移

当圏域では昭和 55 年の国勢調査で 18 万人を超えていたが、その後調査時点

ごとに減少し続け、平成12年の国勢調査では16万人余となっている。また、平成17年の国勢調査によると、総人口15万5千人余となり、5年間で5,000人以上の減少となっている。（巻末資料編：表1）

（2）年齢階層別人口の推移

昭和55年と平成17年を比較すると、総人口が減少する中で65歳以上の人口が2.1倍になっており、平成17年の国勢調査では高齢化率が27.3%と県内で最高となっている。（巻末資料編：表2）

（3）将来推計人口の推移

国立社会保障・人口問題研究所が平成19年5月に公表した「都道府県別将来推計人口」によると、本県の人口は今後も減少傾向が続き、平成42年に112万人余と推計される。当圏域の将来人口予測をみると、人口減少と高齢化はさらに進行し、平成42年（2030年）には11万5千人と推計される。

65歳以上の老年人口が占める割合は、平成27年（2015年）に30%を超え、平成42年には40.5%になると見込まれる。（巻末資料編：表3、4）

（4）人口動態

① 出生率と死亡率

当圏域の出生率は平成2年まで大きく低下傾向にあり、近年はほぼ横ばいの状態で推移していたが、平成18年に大きく低下し、県7.4に対し1.3ポイント下回るなど低い状況にある。

死亡率は、昭和55年以降高い数値で上昇傾向にあり、平成18年で12.4と県10.4を2.0ポイント、全国8.6を3.8ポイント上回るなど高い状況にある。

また、乳児死亡率と新生児死亡率はともに昭和60年まで一度減少しそれ以降増加と減少を繰り返している。（巻末資料編：表5、6）

② 死因

当圏域の主要死因別死亡率をみると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病が上位を占めている。（巻末資料編：表7、8、9）

悪性新生物による死亡率の推移（人口10万対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
西北五地域	175.9	205.6	240.8	280.2	313.1	295.0	348.4	382.8
青森県	140.2	174.3	192.4	236.0	261.1	270.9	298.2	313.9
全 国	139.1	156.1	177.2	211.6	235.2	241.7	253.9	261.0

心疾患による死亡率の推移（人口10万対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
西北五地域	107.9	151.4	183.6	167.2	184.5	167.0	199.2	186.2
青森県	107.2	129.0	151.8	133.5	136.9	143.8	154.4	171.2
全 国	106.2	117.3	134.8	112.0	116.8	121.0	126.5	137.2

脳血管疾患による死亡率の推移（人口 10 万対）

	昭和 55 年	昭和 60 年	平成 2 年	平成 7 年	平成 12 年	平成 14 年	平成 16 年	平成 18 年
西北五地域	189.4	166.5	140.5	155.0	153.4	123.5	145.9	141.7
青森県	157.5	134.9	111.8	141.9	135.5	133.2	140.9	134.8
全 国	139.5	112.2	99.4	117.9	105.5	103.4	102.3	101.7

③ 標準化死亡比

当圏域の三大生活習慣病による標準化死亡比（平成 10 年～平成 14 年）をみると、男性が高く、脳血管疾患(128.0)と心疾患(129.7)は青森県全体とほぼ同じ、悪性新生物(114.6)は青森県全体よりも高くなっている。逆に女性は脳血管疾患(100.4)、心疾患(97.2)、悪性新生物(98.2)ともに、青森県全体よりも低くなっている。（巻末資料編：表 10）

※ 標準化死亡比は、基準死亡率（人口 10 万対の死亡数）を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を 100 としており、標準化死亡比が 100 以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100 以下の場合は死亡率が低いと判断される。

④ 平均寿命

当圏域の市町村別平均寿命を見ると、男性、女性ともに低い、特に男性は青森県内においても、全国的にもワーストクラスである。

平成 17 年には、つがる市の男性 76.0 歳（県内で下から 16 位、全国で下から 28 位）、五所川原市とつがる市と鶴田町の女性 85.0 歳（県内で下から 27 位、全国で下から 267 位）がそれぞれ圏域で最高となっており、圏域全体の平均寿命の低さが伺える。

市区町村別平均寿命順位（全国 1962 市区町村、県内 40 市町村）

（順位は平均寿命の短い順）

（男性）

市 町 名	平均寿命 （歳）	県内 順位	全国 順位
鰺ヶ沢町	75.2	1	2
五所川原市	75.5	3	4
中泊町	75.6	4	6
深浦町	75.8	10	15
鶴田町	75.8	10	15
つがる市	76.0	16	28

（女性）

市 町 名	平均寿命 （歳）	県内 順位	全国 順位
中泊町	83.9	2	14
鰺ヶ沢町	84.8	20	172
深浦町	84.9	25	219
五所川原市	85.0	27	267
つがる市	85.0	27	267
鶴田町	85.0	27	267

資料 「市区町村別生命表（平成 17 年）」をもとに作成

（注）順位は小数点第二位以下まで厳密に比較したものではなく、小数点第一位までの値が同じものは同順位とした。

4 保健医療体制の現状

(1) 病院及び診療所の状況

当圏域における病院・一般診療所・歯科診療所の施設数は、平成 20 年 4 月 1 日現在で、病院が 10 箇所、一般診療所が 86 箇所、歯科診療所が 52 箇所である。

厚生労働省の「医療施設調査」(平成 18 年)によると、人口 10 万対の病院数は、全国で 7.0、全県で 7.7 であるのに対し、当圏域は 6.5 と少ない医療圏となっている。また、人口 10 万対の一般診療所数は全国で 77.2、全県で 68.6 であるのに対し、当圏域は 56.1 と少なく、下北に次いで少ない水準となっている。

病床についてみると、人口 10 万対で一般、療養の病床は全国で 987.1 床、全県で 1,016.0 床であるのに対し、当圏域は 1,043.1 とやや多い。一般診療所の病床は全国で 125.1 床、全県で 320.4 床であるが、当圏域では 189.4 床であり全国よりは多く、また全県平均からは少ない水準となっている。

精神病床は、人口 10 万対で、全国で 275.8 床、全県で 330.4 床に対し、192.7 床と少ない水準になっている。(巻末資料編：表 12,14)

市町別医療機関数と病床数

	病 院	一般診療所	歯科診療所
五所川原市	6	49	29
つがる市	2	15	10
鰺ヶ沢町	1	5	3
深浦町		5	3
鶴田町	1	4	3
中泊町		8	4
合 計	10	86	52

注：診療所数には社会福祉施設等に併設されている診療所を含む。(例：〇〇老人ホーム医務室)

施設名	所在地	病床				合計
		一般	療養	精神	結核	
五所川原市立西北中央病院	五所川原市	356	0	60	0	416
増田病院		0	75	0	0	75
医療法人白生会胃腸病院		123	110	0	0	233
布施病院		0	0	120	0	120
公立金木病院		146	30	0	0	176
医療法人慈仁会尾野病院		0	101	0	0	101
鶴田町立中央病院	鶴田町	70	60	0	0	130
鰺ヶ沢町立中央病院	鰺ヶ沢町	140	0	0	0	140
つがる市立成人病センター	つがる市	92	0	0	0	92
医療法人誠仁会尾野病院		0	265	0	0	265
		927	641	180	0	1,748

※斜体字は自治体病院

(2) その他の施設の現状

① 介護老人保健施設

介護老人保健施設は、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う施設で、当圏域には平成 20 年 4 月現在で 6 施設、入所定員 580 人が確保されている。

② 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは、在宅の寝たきり老人等や難病患者、障害者等の療養者に対して、医師の指示に基づき、看護師等が家庭に出向き、必要な看護サービス等の提供を行う施設で、当圏域には平成 20 年 4 月現在で 7 箇所整備されている。

(3) 医療機能の概況

県が実施した調査によると、当圏域における病院の各種治療の実施状況は以下のとおりである。

高度な医療のうち、患者数の多い生活習慣病に起因する疾病に対する医療の提供状況について他圏域と比較すると、当圏域では提供できるものが少なく、他圏域の医療機関に頼らざるをえないものが多い。

1) 悪性新生物

県が平成 19 年 1 月に本県のがん医療施設の現状を把握するために弘前大学に委託して実施した「がん医療施設調査」(対象期間：平成 18 年 1 月 1 日～12 月 31 日)によると、治療等の実績は次のとおりである。

① 肺がん

肺がんに対する治療は、化学療法が 3 施設で行われているが、手術(開胸及び腔鏡)、放射線療法、分子標的治療は行われていない。

② 胃がん

胃がんに対する治療は、内視鏡的粘膜切除術が 3 施設、手術療法(開腹)が 4 施設、手術療法(腹腔鏡)が 1 施設、化学療法が 4 施設で行われているが、放射線療法は行われていない。

③ 大腸がん(直腸・結腸)

大腸がんに対する治療は、内視鏡的粘膜切除術が 3 施設、手術療法(開腹)が 4 施設、手術療法(腹腔鏡)が 2 施設、化学療法が 4 施設で行われているが、放射線療法は行われていない。

④ 肝がん

肝がんに対する治療は、手術治療(肝切除)が 1 施設、RFA(ラジオ波焼灼療法)が 2 施設、肝動注療法が 1 施設で行われているが、PEIT(経皮的エタノール注入療法)、TAE(肝動脈塞栓化学療法)、放射線療法、肝移植は行われていない。

⑤ 乳がん

乳がんに対する治療は、手術療法が 4 施設、化学療法が 4 施設、ホルモン療法が 3 施設で行われているが、放射線療法、分子標的治療は行われていない。

⑥ 子宮がん

子宮がんに対する治療は、手術療法、化学療法、放射線療法(外照射)、放射線療法(小線源腔内照射)、ホルモン療法など主要な治療が行われていない。

2) 悪性新生物以外

県が平成 19 年 1 月に本県の医療機能の現状を把握するために青森県医師会に委託して実施した「青森県医療機能調査」(対象期間：平成 18 年 1 月 1 日～12 月 31 日)によると、治療等の実績は次のとおりである。

① 循環器疾患

循環器疾患に対する診療は、冠動脈に対する経皮的カテーテル治療が 1 施設、不整脈に対する経皮的カテーテル治療が 1 施設、ペースメーカー移植術(再同期治療含む)が 1 施設、経皮的補助人工装置装着が 1 施設で行われているが、植込式除細動器移植術、冠動脈バイパス術、人工心肺を使用する心大血管手術、補助人工心臓(開心術)は行われていない。

② 神経及び脳血管疾患

神経・脳血管疾患に対する診療は、硬膜外神経ブロックが 2 施設で行われているが、慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術、脳刺激装置植込術・頭蓋内電極植込術、全身麻酔による開頭術、脳血管内手術、脳動脈瘤被包術等、脳内血腫除去術、経皮的脳血管形成術、T-PA 血栓溶解療法は行われていない。

③ 眼疾患

眼科疾患に対する診療は、網膜光凝固術が 5 施設、硝子体手術が 1 施設、白内障手術(入院)が 1 施設、白内障手術(外来)が 1 施設、斜視・眼瞼下垂手術が 1 施設、眼窩・涙器眼手術が 1 施設で行われているが、網膜剥離手術(バックリング手術)、角膜移植、緑内障手術は行われていない。

④ 腎・泌尿器疾患

腎・泌尿器疾患に対する診療は、血液透析が 1 施設、経尿道的尿路結石除去術が 1 施設、経尿道的前立腺肥大手術が 1 施設、自己導尿指導管理が 3 施設で行われているが、CAPD、腎移植、体外衝撃波腎・尿路結石破碎術は行われていない。

⑤ 消化器疾患

消化器疾患に対する診療は、内視鏡的食道静脈瘤治療が 4 施設、内視鏡的胃・十二指腸ポリープ手術が 6 施設、内視鏡的大腸ポリープ切除が 6 施設、内視鏡的胆管結石治療(※EST, epbdを含む)が 4 施設、腹腔鏡下胆嚢摘出術が 6 施設、肛門手術が 5 施設、ウイルス肝炎に対するインターフェロン治療が 3 施設で行われている。

⑥ 産科・小児科疾患

産科・小児科疾患における実施内容をみると、家族の出産立ち会い及び母子同室が 1 施設で行われており、治療の実施状況をみると、小児循環器疾患が 1 施設、小児喘息が 2 施設、小児腎疾患が 1 施設、小児神経疾患が 1 施設、小児アレルギー疾患が 2 施設、小児膠原病が 2 施設、小児糖尿病が 1 施設、小児内分泌疾患が 3 施設、小児先天性代謝疾患が 1 施設、小児血液疾患が 2

施設で行われているが、小児の心身症のカウンセリングは行われていない。

⑦ 整形外科疾患

整形外科疾患に対する診療は、筋・腱・靱帯手術が4施設、骨折手術が4施設、関節手術が3施設、脊椎・脊髄手術が1施設、皮膚の再建手術が2施設で行われているが、先天性奇形手術、マイクロサージャリー、骨延長術は行われていない。

⑧ 精神科疾患

精神科疾患では、精神科デイケアが1施設、精神科ショートケアが1施設、精神科デイ・ナイトケアが1施設、老人性認知症センターが1施設、精神科訪問看護が2施設で行われているが、精神科ナイトケア、重認知症デイケア、老人性痴呆疾患デイケア、複雑な心理検査は行われていない。

⑨ 歯科口腔外科疾患

歯科診療に対する主な診療は、インプラント治療が1施設、歯周外科手術が1施設、埋伏歯抜歯手術が1施設、歯根端切除手術が1施設で行われているが、骨折・顎骨手術、在宅歯科診療（患者宅へ往診）、在宅歯科診療（施設へ往診）、障害児者歯科診療（自院で治療）、障害児者歯科診療（患者宅へ往診）、障害児者歯科診療（施設へ往診）は行われていない。

（巻末資料編：表 16,17,18,19）

治療等の実績のある病院（循環器、神経・脳血管疾患）（単位：施設）

区 分		西北五 地域	津軽 地域	八戸 地域	青森 地域	上十三 地域	下北 地域	総数
循環器 疾患	冠動脈に対する経皮的カテーテル治療	1	3	3	4	1	1	13
	不整脈に対する経皮的カテーテル治療	1	1	1	2	1	1	7
	植込式除細動器移植術		1	1	1			3
	ペースメーカー移植術（再同期治療含む）	1	13	4	6	2	1	27
	経皮的補助人工装置装着	1	3	3	4	1	1	13
	冠動脈バイパス術		2	2	3		1	8
	人工心肺を使用する心大血管手術		2	2	3		1	8
	補助人口心臓（開心術）		1					1
神経・脳 血管疾 患	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術		2	4	2	2	1	11
	硬膜外神経ブロック	2	5	4	4	4		19
	脳刺激装置植込術・頭蓋内電極植込術				1			1
	全身麻酔による開頭術		1	4	3	2	1	11
	脳血管内手術		1	1	2			4
	脳動脈瘤被包術		1	4	2	2	1	10
	脳内血腫除去術		1	4	2	2	1	10
	経皮的脳血管形成術		1		2		1	4
	T-PA 血栓溶解療法		2	3	3			8

（平成18年度青森県医療機能調査／H18. 1. 1～H18. 12. 31）

3) 特殊・専門外来の実施状況

① 病院における特殊・専門外来

循環器疾患 1 施設、糖尿病 4 施設、リウマチ 1 施設で実施している。

② 診療所における特殊・専門外来

循環器疾患 5 施設、ペースメーカー 2 施設、高血圧 4 施設、肝疾患 1 施設、肥満 2 施設、糖尿病 3 施設、禁煙 2 施設、頭痛 1 施設、もの忘れ 1 施設、めまい 1 施設、難聴 1 施設、リウマチ 1 施設、腰痛 3 施設、肩関節 1 施設、股関節 1 施設、膝関節 1 施設、スポーツ 1 施設、不妊 1 施設、乳腺 1 施設、更年期 1 施設、喘息 1 施設、アレルギー 1 施設、睡眠障害 2 施設、ペインクリニック 1 施設、東洋医学 2 施設で実施している。

(4) 医療施設における保健医療従事者の状況

① 当圏域の全体的な傾向

当圏域における主な保健医療従事者数(人口 10 万対)は、保健師を除くすべての職種で県を下回っており、特に、医師、薬剤師は全国最低レベルにある。

(巻末資料編：表 20,21)

主な保健医療従事者の状況 (人)

	西北五地域		青森県		全 国	
	実 数	人 口 10 万対	実 数	人 口 10 万対	実 数	人 口 10 万対
医師	155	101.2	2,426	170.5	263,540	206.3
歯科医師	65	42.2	758	53.3	94,593	74.0
薬剤師	95	62.1	1,457	102.4	174,218	136.4
保健師	81	52.9	589	41.4	40,191	31.5
助産師	16	10.5	301	21.2	25,775	20.2
看護師	720	470.3	10,170	714.7	811,972	635.5
准看護師	682	445.5	6,417	450.6	382,149	299.1

資料 ○医師、歯科医師、薬剤師：「平成 18 年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）」

○保健師、助産師、看護師、准看護師、「平成 18 年衛生行政報告例（厚生労働省）」

※薬剤師は医療施設及び薬局の従事者数、保健師より下段の職種は医療施設以外も含む。

② 医療施設従事医師数の状況

当圏域の医療施設従事医師数は 155 人で県内 6 圏域の中で 5 番目となっているが、人口 10 万人あたりに換算すると 101.3 人で全国平均の半分以下となり、県内で最も医師が少ない地域となる。

また、平成 20 年 5 月現在における当圏域の自治体病院の勤務医師数は 5 病院あわせて常勤医師 51 人、非常勤医師 14.69 人で合計 65.69 人となっている。

地域の中核的な医療機関である西北中央病院は、県内の 400 床以上の入院ベッドを抱える 9 病院の中で最も医師数が少なく、平成 19 年 2 月現在で、400 床以上 499 床以下の入院ベッドを持つ病院の常勤医師数の平均である 41.2 人を大きく下回る 30.0 人となっており、少ない医師数で西北五地域の中核医療を支えている現状にある。(巻末資料編：表 22,23,24)

医療施設従事医師数

(人)

地 域	医師数(実数)
1 津軽地域	827
2 青森地域	593
3 八戸地域	554
4 上十三地域	202
5 西北五地域	155
6 下北地域	95
青 森 県	2,426
全 国	263,540

人口 10 万対医療施設従事医師数

(人)

地 域	10 万対医師数
1 津軽地域	262.5
2 青森地域	176.0
3 八戸地域	160.1
4 上十三地域	114.5
5 下北地域	106.9
6 西北五地域	101.3
青 森 県	170.5
全 国	206.3

(平成 18 年 12 月 31 日現在。医師・歯科医師薬剤師調査)

自治体病院の勤務医師数

(人)

区 分	西北中央 病院	金木病院	鯉ヶ沢町立 中央病院	つがる成人 病センター	鶴田町立 中央病院	計
常勤医師	28	8	5	6	4	51
非常勤医師	4.53	1.31	3.9	2.3	2.65	14.69
計	32.53	9.31	8.9	8.3	6.65	65.69

(平成 20 年 5 月現在)

400 床以上の一般病院の常勤医師数の状況

病院の区分	病 院 名	常勤医師数の平均
600床以上の病院	・ 弘前大学医学部附属病院 (津軽地域) ・ 県立中央病院 (青森地域)	204.5人
500床－599床 の病院	・ 八戸市立市民病院 (八戸地域) ・ 青森市民病院 (青森地域)	88.0人
400床－499床 の病院	・ むつ総合病院 (下北地域) ・ 青森労災病院 (八戸地域) ・ 八戸赤十字病院 (八戸地域) ・ 十和田市立中央病院 (上十三地域) ・ 五所川原市立西北中央病院 (西北五地域)	41.2人

(平成 19 年 2 月現在)

病院名	病床数	常勤医師数
五所川原市立 西北中央病院	456床	30.0人

③ 専門医の状況

当圏域の専門医は、下北圏域と並んで県内6圏域の中で最も少ない状況となっており、心臓血管外科専門医をはじめ、一人もいない分野も多い。

県内の専門医の状況

(人)

区 分	総 数	西北五 圏域	津軽 圏域	八戸 圏域	青森 圏域	上十三 圏域	下北 圏域
認定内科医	164	7	76	28	36	11	6
内科専門医	55	7	21	5	11	11	
循環器専門医	43	4	14	9	9	4	3
心臓血管外科専門医	22		9	7	4	2	
呼吸器専門医	18		7	4	4	3	
消化器専門医	48	6	20	4	10	5	3
消化器外科専門医	25		10	3	9	2	1
乳腺専門医	7		4	1		2	
産婦人科専門医	41	4	17	3	13		4
小児科専門医	44	1	13	8	16	5	1
小児外科専門医	5		3	2			
整形外科専門医	87	4	36	19	15	9	4
神経外科専門医	19		7	6	6		
病理専門医	15		9	2	3		1
放射線科専門医	29		16	5	7		1
麻酔科専門医	39	1	20	4	12	2	
リハビリテーション科専門医	5		2		3		
救急科専門医	10		4	3	1	2	

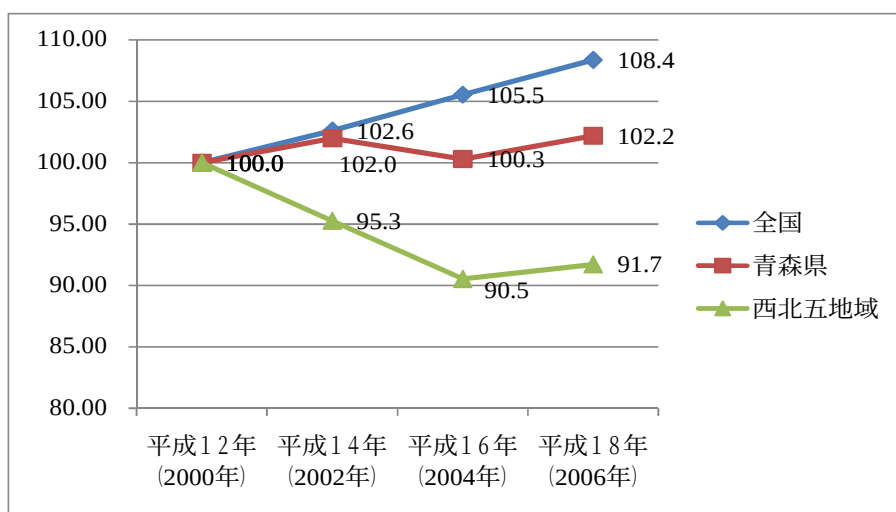
(平成18年度青森県医療機能調査)

(5) 医師数の推移

① 圏域の医師数の推移

平成12年の医療施設従事医師数を100とした場合、平成18年において全国の医師数は108.4と増加しており、青森県全体の医師数も102.2と若干増加しているが、西北五圏域では91.7と大きく減少している。医療の専門化・細分化により従来より医師が必要とされる中で、ますます医師不足感が募る状況となっている。

平成12年（2000年）の医療施設従事者数を100とした場合の医師数の推移

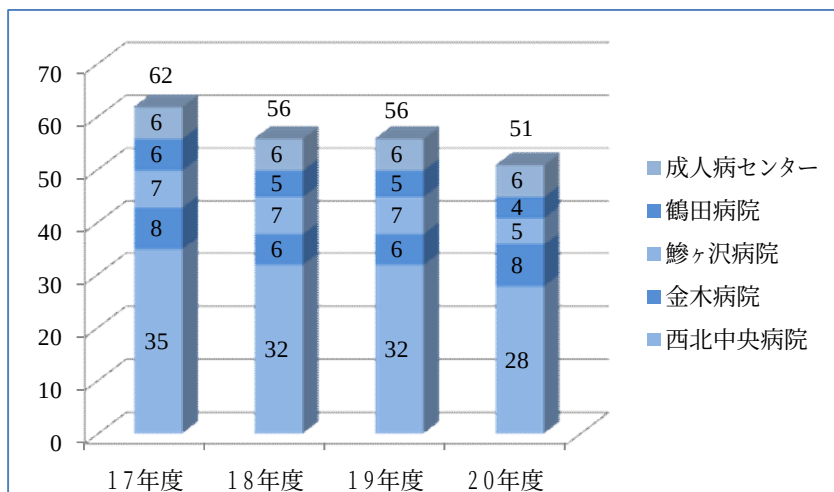


② 自治体病院の常勤医師数の推移

自治体病院の医師不足と偏在は全国的な問題となっており、本県及び当圏域においてはより深刻な状況に至っている。

当圏域においても、年々常勤医師数が減少しており、平成17年6月時点で62人だった常勤医師が平成20年5月時点では51人と大幅に減少しており、鰺ヶ沢町立中央病院では、平成20年度において国の緊急臨時的医師派遣システムを活用するまでに至っている。

自治体病院の常勤医師数の推移



(6) 基準病床数と既存病床数

2市4町からなる当圏域は、専門性の高い保健医療サービスを提供し、病院の一般病床に係る入院医療がおおむね完結できる二次保健医療圏として設定されている。当二次保健医療圏の「療養病床及び一般病床」の基準病床数は1,303床(青森県保健医療計画<平成20年7月策定>)となっているが、既存病床数は1,596床(平成20年3月31日現在)と293床上回っている。

これに対し、各自治体病院の病床利用率は全体的に低く、一般病床について、平成 19 年度は全ての病院において 70%未満となっており、今後の人口減少を加味すると病床の整理が必要になると考えられる。

また「精神病床」は県全域で基準病床数が定められており、4,932 床に対し既存病床数が 4,537 床（平成 20 年 3 月 31 日現在）となっている。

（巻末資料編：表 26、表 32）

5 患者数の現況について

（1）患者数の現況

当圏域に住所を有する入院患者の総数（1 日あたり）は 2,032 人（H19.2.1 現在）で、このうち 1,484 人が圏域の医療施設に入院し、さらにこのうち 647 人が自治体病院に入院している。

なお、自治体病院の入院患者数及び外来患者数は、年々減少している傾向にあり、この 5 年間（平成 14 年度～平成 19 年度）で入院患者数は 802 人から 623 人に、外来患者数は 2,435 人から 1,967 人に減少している。

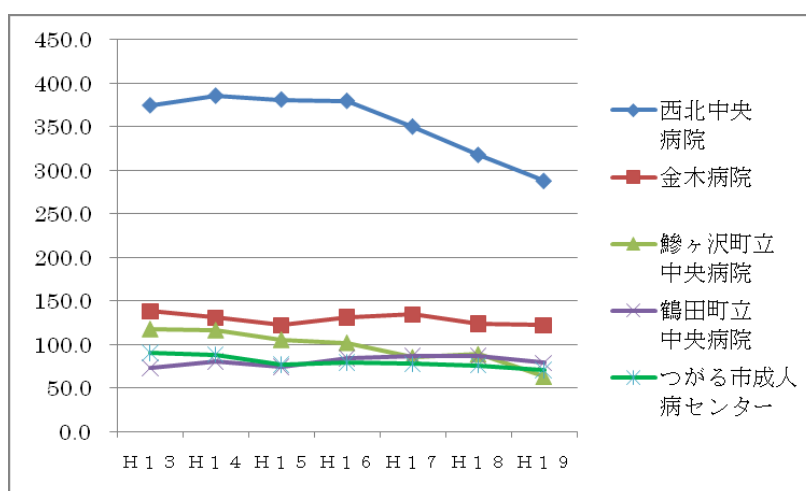
これを受けて自治体病院の病床利用率も低下し、平成 19 年度における一般病床の病床利用率は全病院において 70%を割り込んでいる状況にある。

（巻末資料編：表 29,30,31,32）

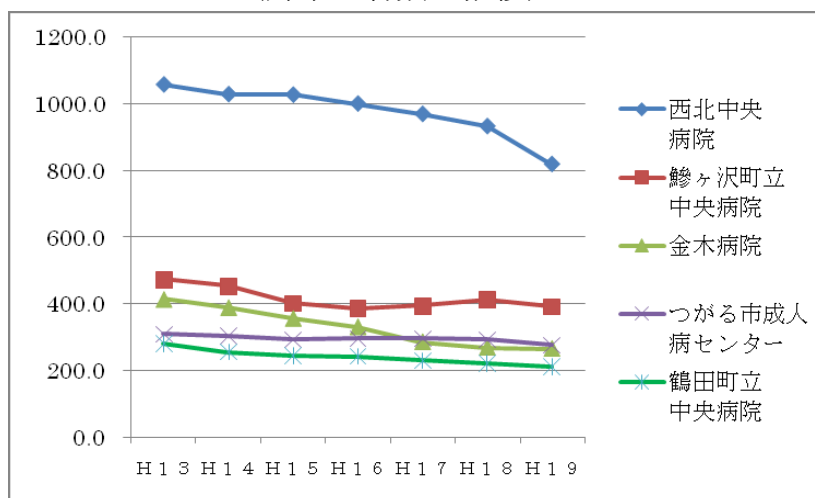
西北五地域住民の入院患者の現況（1 日あたり）

区 分	総患者数	うち、西北五 圏域で入院	うち自治体病院
一般病床	1,107	717	545
療養病床	646	594	60
精神病床	270	173	42
結核病床	9	0	0
計	2,032	1,484	647

（入院患者数の推移）



(外来患者数の推移)



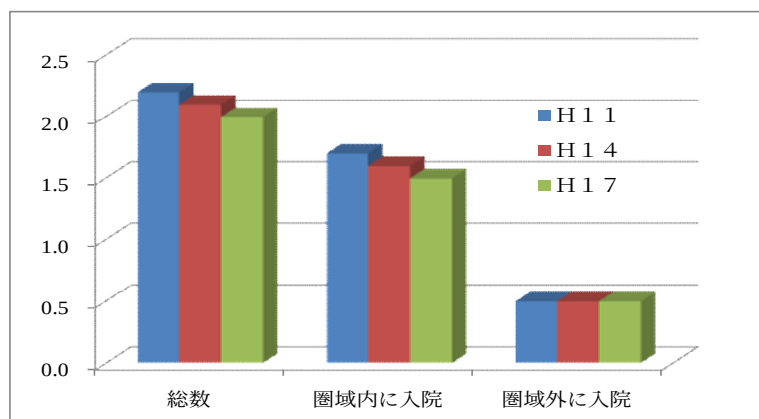
(2) 入院患者の総数と圏域外への流出数の推移

当圏域に住所を有する者の推計入院患者数(1日あたり)は、平成17年において2.0千人であり、このうち、4分の1が圏域外の医療施設に入院している。

平成11年と比較すると入院患者の総数は0.2千人減少しているが、圏域外に入院する者の数は変わっておらず、圏域外で受療する割合が高くなりつつある。

(巻末資料編：表33)

地域住民の推計入院患者数の推移



6 受療動向について

(1) 当圏域での入院受療率(人口10万人に対する患者数)

平成18年度青森県受療動向調査に基づく当圏域の入院受療率は1331.7人と、県内6医療圏で1番高い値となっている。

1) 一般病床

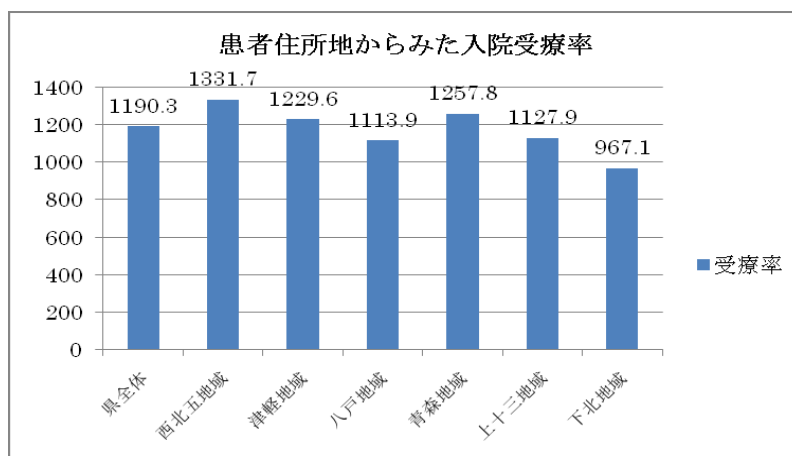
当圏域の住民の一般病床の入院受療率は723.0人と県全体とほぼ同じである。

2) 療養病床

当圏域の住民の療養病床の入院受療率は421.9人と県平均の202.3人の倍以上となっており、他圏域に比べて飛び抜けて多いことが特徴となっている。

3) 精神病床

当圏域の住民の精神病床の入院受療率は176.4人と県平均の275.3人の6割強であり、他圏域に比べて非常に少ない。



入院受療率(各病床区分ごと) (人)

患者住所地	一般病床	療養病床	精神病床
県全体	707.4	202.3	275.3
西北五地域	723.0	421.9	176.4
津軽地域	805.9	188.1	227.4
八戸地域	649.8	138.5	323.8
青森地域	710.2	244.8	297.9
上十三地域	651.9	116.5	356.8
下北地域	659.3	140.6	158.8

(2) 受療動向の実態

平成18年度青森県医療機能調査に基づく県内の受療動向は次のとおりとなっている。

1) 一般病床入院

6医療圏全体をみると、津軽、八戸、青森の3医療圏は圏域内の患者が当該圏域内の医療施設を受療する率（以下「自地依存率」という。）が93～97%と高い水準になっているのに対し、当圏域、上十三、下北の3医療圏は80%以下であり、特に当圏域は64.8%と極端に低く、住民の3人に1人は他圏域に入院している状況にある。

（巻末資料編：表34,35）

各医療圏の自地依存率（一般病床入院：病院＋診療所）（人、％）

施設所在地 患者住所地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
西北五地域	1,107	717	241	1	94	1	-	64.8%
他地域の自地依存率：津軽地域 94.8%、八戸地域 97.1%、青森地域 93.5%、上十三地域 72.6%、下北地域 79.4%								

2) 療養病床入院

6 医療圏全体をみると、上十三地域を除き「自地依存率」は 90%以上と高い水準になっており、当圏域も 92.0%となっている。

（巻末資料編：表 36,37）

各医療圏の自地依存率（療養病床入院：病院＋診療所）（人、％）

施設所在地 患者住所地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
西北五地域	646	594	45	-	7	-	-	92.0%
他地域の自地依存率：津軽地域 98.0%、八戸地域 98.1%、青森地域 96.4%、上十三地域 80.1%、下北地域 90.5%								

3) 精神病床入院

6 医療圏全体をみると、津軽、八戸、青森の 3 医療圏は「自地依存率」が 90%以上と高い水準になっているのに対し、当圏域、下北の 2 医療圏は 70%以下であり、特に当圏域は 64.1%と住民の 3 人に 1 人は他圏域に入院している状況にある。

（巻末資料編：表 38,39）

各医療圏の自地依存率（精神病床入院：病院）（人、％）

施設所在地 患者住所地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
西北五 地 域	270	173	69	-	6	-	-	64.1%
他地域の自地依存率：津軽地域 92.9%、八戸地域 90.6%、青森地域 95.5%、上十三地域 80.8%、下北地域 51.1%								

7 将来患者数の予測

圏域の住民について、人口減少及び年齢 3 区分別人口の割合をもとに将来の一般病床における入院患者数を平成 27 年度 1,090.2 人、平成 42 年度 967.8 人と推計し、これをベースに平均在院日数短縮の要素を加味（中核病院は開院 5 年次目から 14 日以内を想定）した上で、自治体病院における入院患者数を平成 27 年度 490.3 人、平成 42 年度 407.1 人と見込んだ。

ただし、この見込み数は単純に現在自治体病院において抱えている患者数をベースに推計したものである。自治体病院機能再編成は一般的な医療の圏域内完結

を目指しており、患者が圏域内で受療する割合が今以上に高くなることが望ましい。自治体病院機能再編成による医療機能の充実により、入院患者数は見込み数よりも上回ることが考えられる。

また、自治体病院の外来患者数は人口減少率をもとに平成 27 年度 1,891.9 人、平成 42 年度 1,596.9 人と見込んだ。

西北五住民の一般病床の入院患者数の今後の見込み（人）

区 分	総患者数	うち、西北五圏域の施設で入院	・平均在院日数が現在のまま変わらない場合での試算。 ・人口減少率は平成 15 年の市区町村別将来推計人口をもとに計算。
H19 年	1107.0	717.0	
H27 年	1090.2	706.1	
H42 年	967.8	626.8	

西北五の自治体病院における一日あたり患者数見込み（人）

区 分	H27 年	H42 年	・入院患者数は人口の減少及び平均在院日数の短縮をもとに想定。 ・外来患者数は人口の減少をもとに想定。 ・人口減少率は平成 15 年の市区町村別将来推計人口をもとに計算。
一般病床入院	490.3	407.1	
外 来	1891.9	1596.9	

自治体病院（一般病床）の平均在院日数の推移

(日)

病院名	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度
五所川原市立西北中央病院	18.9	18.9	18.6	17.7	17.9	17.7	15.9
つがる市立成人病センター	24.9	25.1	22.9	23.5	21.1	21.0	19.9
鰯ヶ沢町立中央病院	23.9	23.9	26.0	25.1	22.4	23.9	20.0
鶴田町立中央病院	23.4	24.7	22.8	24.2	24.0	23.2	22.9
公立金木病院	25.9	21.7	21.4	23.1	23.9	24.8	22.9

8 当圏域における自治体病院と診療所の現状

圏域内の自治体病院の平成 19 年度実績からみた現状は以下のとおり。

平成 20 年 4 月 1 日現在で、一般病床が 804 床、療養病床が 90 床、精神病床が 60 床、計 954 の病床がある。病床利用率は一般病床が 65.5%、療養病床が 64.1%となっている。

一般会計の繰入金は 1,322 百万円となっているが、約 1,585 百万円の単年度損失が発生し、2,471 百万円の不良債務を抱えている。鰯ヶ沢町立中央病院、鶴田町立中央病院、公立金木病院の 3 病院において不良債務比率 10%以上である。

また、圏域内には自治体立の診療所が3ヶ所（市浦（五所川原市）、小泊（中泊町）、関（深浦町））ある。（巻末資料編：表41）

西北五圏域の自治体病院の概要・平成19年度決算額

（床、%、人、千円）

		五所川原市立 西北中央病院	つがる市立成人 病センター	鯨ヶ沢町立 中央病院	国保鶴田町立 中央病院	公立金木病院	合 計
診療科 (H20. 4. 1)		第一内科、第二 内科、小児科、 外科、整形外科、 脳神経外科、 産婦人科、 皮膚科、眼科、 耳鼻咽喉科、泌 尿器科、麻酔 科、形成外科、 精神神経科、放 射線科、リウマ チ科	内科、外科、放 射線科	内科、小児科、 外科、整形外科、 耳鼻咽喉 科、眼科、婦人 科、歯科	内科、小児科、 外科、眼科、整 形外科	内科、小児科、 外科、整形外科、 放射線科、 リハビリテーショ ン科、眼科、皮 膚科、婦人科	
指定の状況		救急告示病院、 災害拠点病院、 病院群輪番制、 周産期センター 協力施設	救急告示病院	救急告示病院、 へき地医療拠点 病院	救急告示病院	救急告示病院	
病床数 (H20. 4. 1)							
	一般	356	92	140	70	146	804
	療養				60	30	90
	精神	60					60
	計	416	92	140	130	176	954
病床利用率 (19年度)							
	一般	69.7	67.6	45.3	69.9	65.6	65.5
	療養				49.8	92.7	64.1
	精神	64.5					64.5
	計	68.9	67.6	45.3	60.6	70.3	65.3
医師配置	医師数(H20.4)	32.0	8.4	9.95	6.65	9.2	66.2
	(うち常勤)	27.0	6.0	6.0	4.0	8.0	51.0
決算 (H19)	純損益	△ 795,561	△ 105,338	△ 351,352	△ 14,743	△ 318,023	△ 1,585,017
	不良債務	249,375	107,936	349,244	708,254	1,056,343	2,471,152
	累積欠損金	1,557,252	167,318	831,257	1,579,960	2,280,566	6,416,353
	一般会計繰入金	450,000	210,000	178,000	200,000	284,185	1,322,185
	医業収支比率	87.4	93.9	84.0	92.5	81.9	87.6
	経常収支比率	89.5	94.4	82.0	99.0	93.2	89.2
	不良債務比率	4.0	6.2	22.1	54.3	74.2	20.2

西北五地域の自治体診療所の概要 （H 1 9 実績）

	病床	医師	歯科医師	外来患者数 (1 日)	医業収支比率 (%)	繰入金 (千円)
関診療所	5	1 名		78.4	88.3	6,536
市浦診療所	無	1 名	1 名	104.7	81.6	55,947
小泊診療所	無	1 名	1 名	105.9	90.4	29,651

注：1 平成 19 年度実績（青森県国民健康保険団体連合会調べ）

2 医業収支比率は経常的費用に占める診療収入の割合（100%に近づくと良）

3 関診療所は入院患者無し。

4 繰入金は、他会計繰入金と事業勘定繰入金の合計である。

第3部 機能再編成の概要

1 機能再編成の基本理念

地域がひとつの病院となって地域住民が満足できるより良い医療サービスを提供する。（心豊かに安心して暮らせる地域社会づくりをめざして）

2 再編の基本方針

- （1）圏域全体で地域医療を支えていくため、6市町を構成員とする広域運営体制を構築するとともに、地方公営企業法の全部適用を行う。
 - （2）圏域全体で脳卒中、がん及び心筋梗塞などの一般的な医療を完結させ、地域医療の底上げを図る。
 - （3）圏域内に新たに高度救急を含む救急医療や、急性期医療を主体に高度・専門医療から一般医療まで提供する中核病院を平成25年度末を目処に創設し、周辺の医療機関は中核病院との緊密な連携のもとに、初期医療を中心に地域住民の医療ニーズに対応する。
- （再編：5自治体病院→中核病院＋2サテライト病院＋2サテライト診療所）

3 運営体制について

（1）広域運営体制の確立

圏域内の自治体病院と診療所を一体として、つがる西北五広域連合が広域で運営する体制を構築する。

（2）地方公営企業法の全部適用

地方公営企業としての健全な経営を確保するため、経営の責任者の自主性を強化し、責任体制を確立することが今後はより一層求められる。このことから、新たな病院経営に当たっては、地方公営企業の経営組織を一般行政組織から切り離し、病院経営のために独自の権限を有する管理者を置き、人事・組織・財務など地方公営企業法のすべての規定を適用して経営する体制をとる。

全部適用のメリットは、管理者の設置により、事業執行権限が管理者に直接付与され、人事・組織・財務などをより弾力的、効率的に執行できること、経営の責任が明確になること、病院の独立性が高まりその結果職員の経営参画意識が高まることなどが上げられる。

それだけ病院の実態をより正確に踏まえた弾力的な経営が可能になり、業務の執行に関する広範な権限を活用し、合理的、能率的な経営を確保することが期待できるとともに、病院という企業体としての管理者の責任は重いものであり、医療、経営両面に明るくかつリーダーシップが発揮できる人物像が求められる。

4 再編の姿

(1) 再編による中核病院とサテライト医療機関の設置について

現在設置している5つの自治体病院の医療機能を再編成し、平成25年度末までに中核病院1施設、サテライト病院2施設、サテライト診療所2施設とする。

圏域の中心的な医療機能を担うため五所川原市中心部に新たに中核病院を建設し、これに伴って西北中央病院を廃止する。

また、公立金木病院及び鰺ヶ沢町立中央病院の施設を活用してサテライト病院を設置し、つがる市立成人病センター及び国保鶴田町立中央病院の施設を活用(新築の可能性もある)してサテライト診療所を設置する。

再編成による病床規模の変更は次のとおり。

【再編成前】		【再編成後】	
		<施設計画>	
① 五所川原市立 西北中央病院	一般356床 精神 60床	➡ (廃止)	中核病院(新築) 一般390床 精神 44床 感染症 4床
② 公立金木病院	一般146床 療養 30床	➡ (改修)	サテライト病院 一般100床
③ 鰺ヶ沢町立中央病院	一般140床	➡ (改修)	サテライト病院 一般100床
④ つがる市立 成人病センター	一般 92床	➡ (改修 ※)	サテライト診療所 無床
⑤ 鶴田町立中央病院	一般 70床 療養 60床	➡ (改修 ※)	サテライト診療所 無床
計	一般804床 精神 60床 療養 90床		一般590床 精神44床 感染症 4床
	954床		638床

(平成20年12月末現在)

※については、施設所在市町の判断により
新築もあり得る。今後、検討を進める。

(2) 再編に向けた病床規模の縮小について

再編成に向け、中核病院開院(平成25年度末)までの間に各病院の病床数を削減する。

再編時の職員数等を考慮に入れながら、計画的に病床数を削減し、再編への体制を整える。なお、第1段階として、平成20年度末(一部21年度初め)に、第2段階として、平成24年度に次のとおり削減する。

＜第一段階における削減数＞

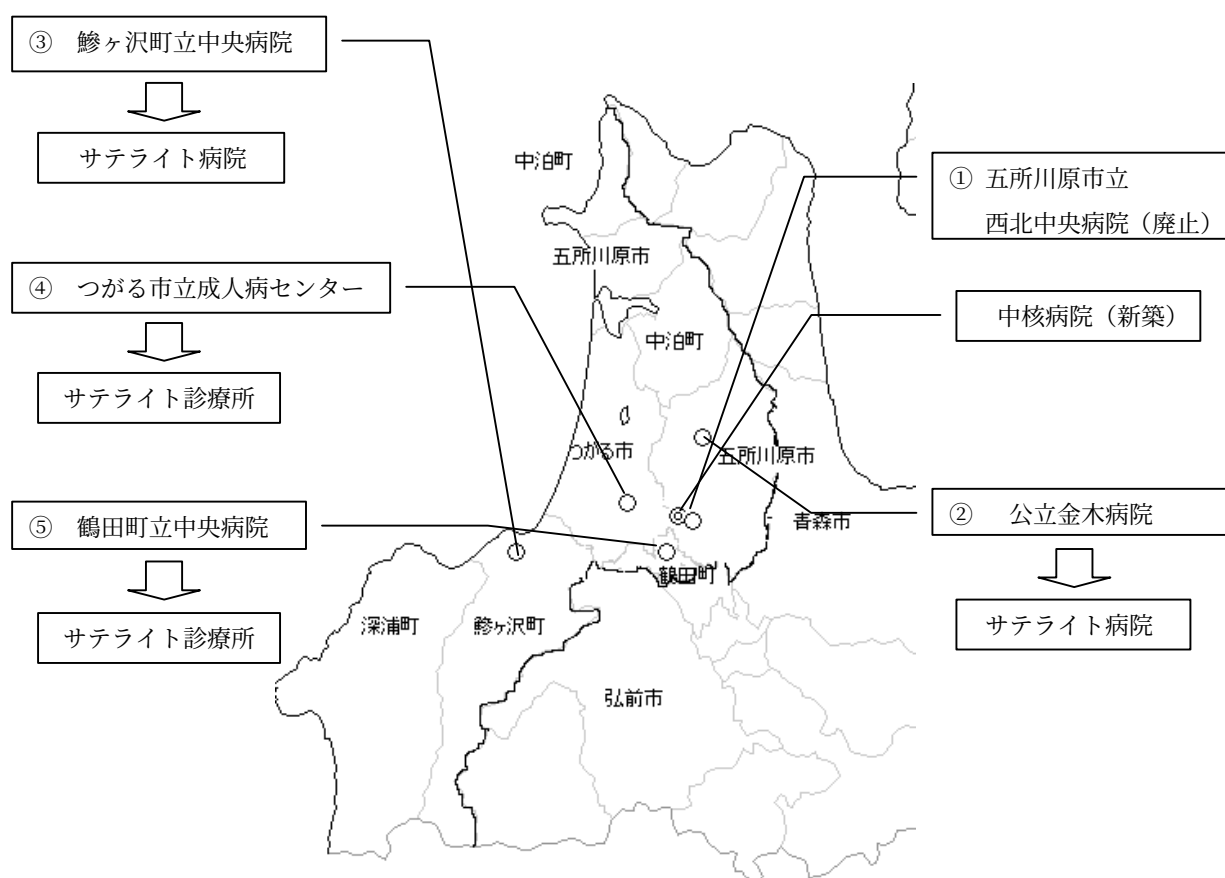
医療機関名	平成 20 年 12 月末現在	削減後
① 五所川原市立西北中央病院	一般 356 床	一般 352 床（平成 21 年 3 月）
② 公立金木病院	一般 146 床	一般 120 床（平成 21 年 4 月）
③ 鰺ヶ沢町立中央病院	一般 140 床	一般 100 床（平成 21 年 3 月）
⑤ 鶴田町立中央病院	一般 70 床	一般 60 床（平成 21 年 3 月）
	療養 60 床	療養 40 床（平成 21 年 3 月）

＜第二段階における削減数＞（※印は「つがる西北五広域連合」を示す）

医療機関名 （平成 24 年 4 月より名称変更）	平成 24 年 4 月現在 （連合立化）	削減後
② ※かなぎ病院	一般 100 床	一般 60 床（平成 25 年 2 月）
	療養 20 床	療養 40 床（平成 25 年 2 月）
④ ※つがる成人病センター	一般 52 床	一般 52 床（診療所化まで）
⑤ ※鶴田病院	一般 50 床	無床（平成 24 年 10 月診療所化）

（※つがる成人病センター及び※鶴田病院は平成 24 年 4 月から上記のとおり病床を削減）

〔再編成による医療機関の配置計画〕



(3) 医師充足率の推移について

医療機能再編成により中核病院の医師数を増やし、充足率の向上を図る。

再編成後、中核病院は臨床研修医や専門医等の確保により、充足率を他圏域の中核病院並（110%以上）に向上させることを目指す。

<医師充足率の推移（見込み）>

再編成前（平成 20 年 5 月現在）			再編直後（見込み）		
医療機関名	医師数	充足率	医療機関名	医師数	充足率
五所川原市立西北中央病院	31.3 人	84.6%	中核病院（五所川原市）	44.6 人	93.0%
公立金木病院	9.3 人	83.1%	サテライト病院（五所川原市）	8.6 人	75.0%
鰺ヶ沢町立中央病院	9.0 人	88.2%	サテライト病院（鰺ヶ沢町）	10.6 人	75.0%
つがる市立成人病センター	8.3 人	76.2%	サテライト診療所（つがる市）	1.0 人	—
鶴田町立中央病院	6.6 人	78.4%	サテライト診療所（鶴田町）	1.0 人	—

5 再編による効果

(1) 医療機能の高度化によりサービスの充実を図る。

現在、西北中央病院が西北五地域の高度医療を担っているが、医師不足や施設の老朽化など、思うような医療機能の高度化が図れない状況にある。

自治体病院機能再編成を進め、新たに中核病院を整備することで医療機能の高度化を図り、地域全体の医療提供サービスの充実を図る。

(2) 医師不足の現状とその解消を図る。

医師不足が著しい中、現在のように、少数の医師が各病院に分散して配置されている状況は、医師にとって診療への不安、多忙、ひいては勤務条件への不満などを招き、病院現場から去ってしまう状況を引き起こしかねない。

自治体病院機能再編成により病院機能を統合集約し中核病院とサテライト医療機関の連携システムを構築することで、医師が働き甲斐をもって活躍できる環境を整える。

(3) 持続可能な医療サービスの提供体制を構築。

西北五地域では各病院とも少ない医師で支える赤字経営を続けており、平成 19 年度決算で 5 病院合わせて 24 億円を超える不良債務を抱えている。一方、地方財政が厳しくなる中で、一般会計の支えも大変な状況にある。

自治体病院機能再編成により、個々ばらばらに経営している自治体病院を一体運営体制のもとで、人、もの、予算を効率よく活用し、経営の安定化を図る。

【備 考】

本プランでは、以後、サテライト医療機関について、次の開設届済の名称又は仮称を用いて記述する。

- ・サテライト病院（五所川原市） → かなぎ病院（平成 24 年 4 月開設）
- ・サテライト病院（鰺ヶ沢町） → 鰺ヶ沢病院（平成 24 年 4 月開設）
- ・サテライト診療所（つがる市） → つがる診療所（仮称）
- ・サテライト診療所（鶴田町） → 鶴田診療所（平成 24 年 10 月開設）

第4部 機能再編成の具体的な内容

1 病院（診療所）の基本理念

地域住民の健康を守るため医療の質の向上に努め、安心をあたえ、信頼される医療を提供します。

2 中核病院の医療機能と規模

（1）基本方針

- ① 当圏域における基幹病院として急性期医療を主体に高度・専門医療から一般医療まで提供する。
- ② 高度救急を含む救急医療や災害医療を担う。
- ③ 臨床研修指定病院として、また、各種学会認定の研修施設として、広く医療及び医療従事者の資質向上に努める。
- ④ 病・病連携、病・診連携の強化を図り地域医療の支援に努めるとともに、研修、人的交流等を通じて地域医療水準の向上を図る。
- ⑤ 疾病予防に力を入れ、疾病の早期発見、早期診断、早期治療に努める。
- ⑥ 安全・安心な医療に努める。
- ⑦ 持続可能な医療の提供に向けて、経営の健全化に努める。

（2）医療機能の充実

① 高度専門医療の充実

1)脳血管疾患への対応

外科的治療が充実するよう脳神経外科の拡充を図るとともに、将来的な血栓溶解療法による治療を視野に入れるなど内科的治療との連携を強め、圏域内の医療完結を目指す。

さらに、急性期治療及び急性期リハビリテーションを担う中核病院とその後の地域におけるリハビリテーションを担うサテライト病院との連携体制を構築する。特にかなぎ病院は回復期リハビリテーション病棟を整備する。

2)心疾患への対応

診療科として心臓血管外科及び循環器内科を創設し、狭心症や心筋梗塞などの循環器系疾患について、心臓カテーテル検査などや不整脈に対するペースメーカーの埋め込み、開胸手術などの外科的治療の体制を構築する。

圏域において、緊急かつ集中的な高度治療が必要な急性心筋梗塞などへの対応が課題であり、CCU（冠状動脈疾患集中治療管理室）を整備し、より適切な医療を提供する。

3)がん診療体制

圏域内で標準的ながん診療が受けられる体制の構築を目指す。

がん治療は、外科手術だけではなく、がん化学療法など患者に優しい低侵襲性の治療を拡充する。また、放射線治療設備の整備は将来的な課題とし、

治療を実施している弘前大学附属病院との連携体制の構築により、患者に適切な医療を提供する。

② 救急医療体制の整備

地域の高度救急を含む救急医療を担うため、救急専用病床 10 床を有する救急部を整備するとともに、救急専門医等の確保に努め、地域救命救急センターの設置を目指す。

さらに、病院救急部と消防本部救急隊との連携システムの構築（病院に救急隊の通信センターを併設するなどの検討）、救急患者の搬送途上における救命効果の向上を期すための病院前救護体制（プレホスピタルケア）の充実を図る役割など、中核病院に求められる機能は多い。

二次救急患者の受け入れは、周辺の病院の機能転換により増大することが予想され、それに対応した体制をとる必要がある。また、救急医療に対する中核病院と開業医との連携体制の構築について地元医師会との協議のもと検討する。

〔救急部職員の体制〕

- ・ 各診療科の医師を必要に応じ適時確保できる体制とする。必要に応じ、心臓病及び脳卒中の専門医を確保できる体制を目指す。
- ・ 救急救命士への必要な指示体勢を常時有するものとする。
- ・ 重篤な救急患者の看護に必要な専任の看護師を適当数有する。
- ・ 診療放射線技師及び臨床検査技師等を確保する。
- ・ 緊急手術ができるよう必要な人員の動員体制を確立しておく。

③ 災害医療体制の整備

災害拠点病院として、災害時等に診療・救護活動が十分に行える機能を確保する。

④ 周産期医療の整備

地域周産期医療協力施設として高度な医療を必要としない異常分娩、新生児異常等の治療、治療を必要と認めた異常新生児の弘前大学医学部附属病院または県総合周産期母子医療センターへの搬送、ハイリスク妊婦の早期発見及び高次施設への早期搬送、産科領域からの妊産婦のエモーショナルサポート、母児への育児支援を行う体制を整える。

⑤ 精神医療体制の整備

精神科救急に対応するとともに、主に急性期、鬱病、合併症を対象に医療を提供する。病床数は 1 病棟で 44 床とする。

圏域内には、精神病院が 1 ヶ所（175 床）あり、それぞれの機能に応じた役割を整理検討していくことが必要となる。また、精神障害者生活訓練施設（定員 20 名）、精神障害者授産施設（定員 20 名）がそれぞれ 1 カ所あり、それらとの連携により、患者の社会復帰に向けた支援に取り組むことが求められてくる。

⑥ 感染症医療体制の整備

第二種感染症指定医療機関として圏域における感染症の患者に対する良質かつ適切な医療を提供する。

⑦ 医療安全対策と医療の質の向上

医療安全を確保するためには、医師のみではなく様々な職種からなる「人」、医薬品や医療機器をはじめとする「物」、医療機関という「組織」、組織を運用するシステムが適切に運営され、さらに、個々の要素の質を高め、システム全体を安全性の高いものにしていくことが重要である。

医療を受ける主体は患者本人であり、患者が求める医療を提供していくという患者の視点に立った医療の実現が課題となっていることを認識し、患者に必要な情報を十分提供することや、患者が納得して医療を受けられるように患者自ら相談できる体制を整え、患者が医療に参加できる環境を作り上げていくことが求められる。

このような背景を踏まえ、中核病院では医療従事者の資質向上を図りながら、

- 1) 安全管理のための体制整備と指針・マニュアルの整備（セーフティーマネージャーの配置など）
 - 2) 医療安全に関する研修の実施
 - 3) 院内感染対策の充実
 - 4) 医薬品、医療機器の安全確保
- などを適切に行っていく必要がある。

また、医療の質の向上も、医療安全と両輪をなすものと考えられ、中核病院においては、地域住民の命と健康を守るために高度なレベルの医療を安全に分かりやすく提供することがまず求められ、E BM（根拠に基づく医療）の実践、診療ガイドラインやクリティカルパスの積極的な導入、情報の開示や客観的な評価システムの確立、電子カルテの導入を含めた医療情報システムの充実などの諸施策をとおして、医療に関する情報を患者と共有し、患者参加のもとで医療の質の向上と医療安全を一層促進することが重要である。

さらに、医療機能や病院経営等に関する総合的な第三者評価として、西北中央病院に引き続き財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審するものである。

今後、中核病院の開院までに、よりよい医療提供のあり方を目指し、引き続き関係者が一体となって医療安全対策や医療の質の向上について検討していくこととしたい。

⑧ 臨床研修の環境整備等

平成 16 年度にスタートした医師臨床研修について、当圏域は西北中央病院が協力病院として参加してきたが、平成 20 年 9 月には管理型臨床研修病院としても認められ、平成 21 年度から管理型臨床研修病院としてスタートすることとなった。

中核病院では、管理型（単独型）研修病院として引き続き医師を養成していく役割が求められており、魅力ある研修病院とするため、さらなる研修プログラムの充実、指導医の確保が必要となる。特に、中核病院のほかにサテライト病院、診療所を設置して一体的運営を図ることから、これらも含めた研修体制についても今後検討していく。

なお、国においては地域における医師確保に向けて臨床研修制度の内容を見直すこととしているが、本県においては地域への医師の供給上弘前大学に医師が集まるシステムづくりが必要であると考えられる。当圏域にあっては、初期研修は広域連合が担い、後期研修は弘前大学に担ってもらうなど、弘前大学と連携して医師を養成する仕組みづくりを検討する必要がある。

⑨ 医療連携と地域医療支援

地域の中核病院として、高度救急を含む救急医療や、急性期医療を主体に高度専門医療から一般医療まで担うなど、中心的な役割を果たしながら、広域連合が運営する医療機関だけでなく、民間の医療機関（医師会）とも積極的な連携を図る必要がある。

以下、今後医師会との協議・検討が必要な事項について列挙する。

- ・ 紹介患者の積極的な受け入れや急性期治療を終えた患者の逆紹介の推進
- ・ 高額医療機器の共同利用、オープンベッドの推進
- ・ 地域医師の登録制度の導入
- ・ 休日夜間急患センターの設置及び運営
- ・ 地域の医療従事者に対する研修会の開催
- ・ 医師会と共同での症例検討会の開催

等が考えられる。

また、地域医療連携室を設置し、退院患者の受け入れ先の調整、在宅支援などを行う体制を整備する。（サテライト医療機関との医療連携については「医療機能連携計画」の項で詳述。）

（３）診療科

消化器内科・血液内科・膠原病内科、
循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科、
内分泌内科・糖尿病代謝内科・感染症科、
呼吸器外科・心臓血管外科、
消化器外科・乳腺外科・甲状腺外科・小児外科、
小児科、精神科、整形外科、リウマチ科、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科、泌尿器科、形成外科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科、健康管理科

※ 診療科の名称は弘前大学付属病院に準ずる。

※ これらの診療科は、それぞれを専門とする医師が揃ってはじめて可能であり、目標とするものである。設置できるように医師の確保に努める。

（４）病床規模と種別

病床の届出は一般病床、精神病床、感染症病床の３つの区分となる。

① 一般病床 390 床（うち救急病床 10 床）

② 精神病床 44 床

③ 感染症病床 4 床

合計 438 床

(5) 看護についての基本的な考え方

① 看護理念

- 1) その人らしく生きることを尊重した看護
- 2) 安全で快適な療養生活ができる環境整備
- 3) 対象者とその家族中心の信頼される質の高い看護
- 4) いつでもどこでも安心な切れ目のない継続看護
- 5) 自立・自律の援助で最後まで共に歩む看護
- 6) チーム医療の有効機能のための専門性を発揮する看護

② 看護方針

- 1) 地域の人々の要求に基づく継続した医療・看護を推進する。
- 2) チーム医療を推進し、個別性を尊重した療養を支援する。
- 3) 一人ひとりが専門性を高め、やりがいをもって看護を実践する。
- 4) 病院の健全経営を積極的に推進する。

なお、この看護理念及び看護方針は中核病院だけでなく、すべての病院・診療所においてその考え方を踏襲するものである。

(6) 部門別の整備計画

① 外来診療部門

1) 診療体制

外来患者を 1,065 人程度と想定し、患者の立場に立ったサービスの向上を第一義に必要な体制整備を図る。当面以下の事項に留意するものとする。

- ・待ち時間の短縮－予約制の導入と問題点の検討
- ・プライバシーの確保－間仕切りの構造や施設の配置に配慮
- ・患者動線の短縮－中央処置室、検査部門等の配置

なお、診察室の数、構造などは今後関係部門の意見を参考に設計に着手した段階であらためて検討するものである。

2) がん化学療法室

医学の進歩により副作用の少ない抗がん剤が数多く開発され、従来、入院治療が主であったがん化学療法は、外来で安全に行われるようになってきている。仕事や家庭での生活を維持しながら治療に取り組むことや、入院による経済的な負担の軽減に繋がるなど患者のニーズに配慮し、個室 2 室を含み 10～20 床程度を有する外来化学療法室を整備する。外来化学療法は、安全性と効果のみならず、快適性も求めるものとする。

3) 人工透析室

人工透析を必要とする患者の需要が全国的に増加する中で、地域における供給体制の確保が求められるが、泌尿器科医師の確保が難しい状況にある。

将来的に 20 床程度を有する人工透析室を整備し、血液透析や血液浄化療法（血液濾過、血漿交換、血液吸着、腹水濃縮等）を行うことを目指す。

② 病棟部門

一般病床は診療科ごとの病床の割り振りを行わず、病床の効率的な運用を可能とするためできるだけ柔軟な対応が可能となるよう、内科、外科等の大きな単位のまとまりで総合的に管理を行う。

1)病棟構成案（計画病床 438 床）

病棟名	病床数	用途等
1	10	救急部 10 床
2	48	一般病床 380 床、 感染症 4 床
3	48	
4	48	
5	48	
6	48	
7	48	
8	48	
9	48	
10	44	精神病床 44 床
小計	438	

※この病棟構成は基本的な考え方であり、今後設計に向けた検討の中で、動線やゾーンニング、従事者数などの効率性を踏まえながら調整する。

2)病室の構成

- ア 個室 患者の個室志向や末期がん患者のケアへの対応などに配慮し、コスト面や看護師の動線などを検討しながらできるだけ個室を多くする。個室割合として三戸中央病院や十和田市立中央病院など最近建設した例を参考にし、25%程度を目安に検討する。
- また、室料差額の設定についても、患者の大幅な負担にならないように配慮が必要である。

- イ 多床室 基本的に4床室とする。

3)病室の環境

患者の療養環境に配慮し、患者一人当たりの面積を可能な限り十分確保し、トイレ、洗面台、更衣ロッカー（個室にはシャワー）などの整備を検討する。

4)病棟の療養環境

離床の促進や日常生活の復帰訓練の場として、十分な広さを有した明るい食堂及びディールーム（兼用も可）を整備。また、患者と家族の面談室、家族の待機室（救急病棟など）などを整備する。

③ 救急部門

1) 専用病床

地域の高度救急を含む救急医療を担う救急部（救急専門医の確保に努め、地域救命救急センターの設置を目指す）として 10 床程度の専用病床を置く。

2) 専用診療室等

高度救急も担う救急部として必要な専用の診察室（処置室）、緊急検査室を設けるとともに、病院の放射線撮影室に隣接するように配置する。

3) ヘリポート

必要に応じ適切な場所にヘリポートを整備する。

④ ICUとCCU、SCU

集中治療室(ICU)を適当数確保するとともに、急性期の重篤な心臓病の救急患者を受け入れるため心臓病専用病室(CCU)を設置する。

また、急性期の脳卒中患者に対応するため、脳卒中専用病室(SCU)の設置を将来的な課題とする。

⑤ 手術部門

手術室は中央にクリーンサプライホールを設け、その周囲に配置し、既滅菌の材料がクリーンな状態で各手術室へ供給できるようにする。また、麻酔準備や術後の回復や観察のためのスペース(室)の確保、麻酔管理が必要となる救急部門や中央放射線部門との連携、中央材料室との近接配置なども考慮した設計の必要性も出てくる。

手術室では、効率的な運用に努め、手術室数・手術台数は6室・6床とする。うち、1室は広いスペースを確保し、人工心肺等大型医療器材を必要とする手術に対応し、1室をバイオクリーンルームとする。また、手術室に術後患者回復室を4床分併設する。

⑥ 放射線部門

IT化の急速な進展によって急激に発達している画像診断・治療技術を、この地域に多い疾患の診断治療に積極的に取り入れる必要がある。すなわち、デジタル化やネットワーク化を最大限活用し、画像診断や治療技術を院内はもとより広く地域全体に展開するシステムの構築が求められる。

1)画像診断技術部門

中核病院の基本的機能として、放射線のみならずMRIやエコーなどのそれぞれの特徴を生かした画像診断装置の最適化を図る。

2)院内画像ネットワークシステム

読影から画像の配信まで、フィルムレスによる運用を検討する。

3)画像管理システムの今後の展開に向けて

- ・院内への画像の配信(診察室、病棟など)
- ・ハードディスクに全て保存することにより高速な院内配信の実現
- ・高精細モニタを適所に配布しフィルムレスを目指す
- ・電子カルテとの連動による、より高度な情報連携の実現 等々

4)放射線治療への対応

現在当圏域では放射線治療ができないことから、通院で可能な患者が弘前市や青森市での入院治療を余儀なくされている。これらの解消が望まれるが、治療医師の確保や高額な設備投資が必要であり、リニアック等による遠隔照射治療設備の確保については、投資効果を含め、将来的に検討する。

5)救急への対応

高度救急を含めた救急医療を担う救急部の運営に伴い、診断は画像診断が大きな役割を持つ。そのため画像診断設備の設置に当たっては救急部に隣接した設計を考慮すべき。また、救急検査プロトコル(共通言語)の整備と技師の技術レベルの向上と標準化が必要。勤務体制も救急のための検査技師の当直制を検討する。

⑦ 検査部門

医療技術の急速な進歩に伴い、臨床検査はより高度化、専門化、細分化される傾向にある。また、「診断の確定」、「治療効果の判定」、「治癒後の経過観察」などに加え、「予防医学への利用」も試みられており、臨床検査担当者にはより高度な知識と技術が求められる。

中核病院の検査部門は大きく中央検査部と緊急検査機能に分けられる。

1)中央検査部

ア 生理機能検査室

心電図検査、肺機能検査、脳波検査、超音波検査など。病床数・外来患者数に応じた検査数の増加に対応した体制が必要。また、今後はベッドサイドにおける検査数も増加することが予想される。将来、電子カルテ導入を想定した場合、コンピュータでの検査データの取り組み・加工が容易なデジタル対応検査機器に更新することが必要。

イ 一般検査室

主に尿検査、糞便検査、髄液検査など。病床数・外来患者数に応じた検査数の増加に対応した体制が必要。

ウ 輸血検査室

輸血検査、血液型を担当。輸血は『最も身近で行われる臓器移植』と考えることができ、過誤・事故等が発生した場合、患者の受け入れるダメージは非常に大きい（最悪の場合、死に至るケースもある）。全国的に見ると、現在、輸血に関連する医療事故を防ぐため「検査室による血液製剤の一元管理」を実施している施設が増えており、中核病院においても積極的に導入すべき。

検査件数の増加に加え、血液製剤の一元管理を行うためには独立した輸血検査室とする。

エ 微生物検査室

微生物検査を担当。微生物検査室は感染症の診断、感染症治療情報の臨床へのデータ提供という日常業務に加えMRSA、VREなどに代表される院内感染防止対策という重要な任務を担う。病床数に応じた検体数の増加とともに院内感染の危険性が増大することにつながり、これまで以上の対応が要求される。

オ 生化学検査室

生化学検査、血清検査、感染症検査などを担当。臨床検査の主力をなしている部門であり、検査依頼件数は最も多い。中核病院の機能規模に応じた件数を処理する体制が必要。さらに中核病院が「医療の完結を図るに足る救急医療や高度・専門医療を担うこと」を目標として掲げていることから、より専門的な検査項目を積極的に導入していく必要がある。

カ 病理検査室

病理検査、細胞診検査などを担当。現在、西北中央病院では非常勤の病理医に週4日来てもらっている。病理医の確保は難しいが、中核病院が臨床研修病院を担うために、常勤の病理医が配置され、病床数および手術件数に応じ相当の件数を処理することが望ましい。また、臨床研修病院の指定を受けるためには1年間に病床数の約1割にあたる剖検例（中核病院の場合、約50例）

が必要であり、病理検査室が中心となった対応が求められる。

キ 血液検査室

血液一般検査、凝固検査を担当。生理機能検査室と並びベッドサイド検査の需要が多い検査。

ク 特殊検査室

遺伝子（DNA、rRNA）検査など先端技術を用いる検査を担当。

ただし、採算性も含め外注で対応できないか今後検討する。

ケ 検体処理室

検体処理室では検体の前処理から搬送ラインに乗せるまでの業務を担当。

2) 夜間・休日の緊急体制

救急部（地域救命救急センターを目指す）では、夜間や休日の緊急検査の需要は増加することが予想され、緊急検査機能が重要となる。以下に現時点で想定される緊急検査機能の概要を記すが、今後、独立の緊急検査室として整備するかどうかを含めて検討する。

ア 中央検査部に近接する場所に設置する。

イ 夜間・休日の緊急検査は緊急検査機能で完結するよう機器等の整備を行う。

ウ 検査機器は、微量検体で測定可能な機種、操作性・メンテナンス性に優れた機種、迅速な分析が可能な機種などの条件を考慮に入れ整備する。

エ 緊急検査機能に併設して、臨床検査技師の当直室を準備する。

⑧ 薬剤部門

1) 院外処方と病棟活動の充実

これからの病院薬剤師の在り方は、調剤、病棟業務、持参薬管理、注射薬の混注、TDM、ICT活動、治験業務など多岐に渡る。特に、病棟活動や抗がん剤の調整など拡大するよう検討が必要である。外来は対象外となる患者を除いて原則院外処方とし、薬剤管理指導業務の充実を図る。将来的に薬価差益は収縮されるため病棟活動など患者重視に力を注ぐことが重要である。

2) チーム医療を担う一員として

病棟業務、注射薬の調製、治験の受け入れ及び治験委員として活動する。さらに、医師・看護師への情報提供などチーム医療の一翼を担う。

3) 地域における役割

現在実施されている地域の病院薬剤師会と薬局薬剤師の研修会に加えて、病病連携や病診連携、地元医師会 歯科医師会との連携あるいは地域住民の研修会に寄与する。

4) 実習生の受け入れ態勢

薬学部6年制に伴う実習の受け入れ態勢についても検討していく必要がある。

⑨ リハビリテーション部門

1) 圏域におけるリハビリテーション提供体制の整備

サテライト医療機関のほか、療養病床を持つ民間医療機関や介護施設と連携することにより、中核病院での救命的な治療とともに行う急性期リハ

ビリ、疾患治療が終了し、機能回復や社会復帰を目標とした回復期リハビリ、その後の地域リハビリと展開される体系的な整備が必要。

2) スタッフの確保について

現在圏域内のリハビリスタッフは十分といえない状況にあるが、中核病院における医療機能の拡充にあわせリハビリテーション対象患者数の増加が予想され、スタッフの充実が必要となる。

また、広域支援センター業務、訪問リハビリテーションスタッフの配置など理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の増員が必要とされる。さらに、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー等の確保が求められる。

<スタッフの確保についてのポイント>

- ・ 医師の配置や開院後の患者数の動向、実施実績を見ながら段階的に施設基準の充実に向けてスタッフの増員確保を図る。
- ・ 広域支援センターの業務は他圏域の動向を見ながらしばらく兼任で対応。
- ・ 西北中央病院に引き続き言語聴覚士の配置により脳血管疾患リハビリテーションⅠの施設基準を取得する。
- ・ リハビリテーションソーシャルワーキングを行う医療ソーシャルワーカーの配置を要望。

これら以外にも「栄養部門」、「内視鏡部門」、「臨床工学部門」、「健康管理部門」、「診療情報管理部門」、「地域医療連携部門」、「人工透析部門」など様々な部門の詳細な検討が必要となり、今後、中核病院の基本設計に向けて、あらためて現場の意見を踏まえた検討を行うものである。

（7）カルテの基本計画

電子カルテは、仕事の効率などを考慮すると導入が必要であるが、操作に慣れにくいことをはじめデメリットも多いため、導入時期を今後検討するとともに、導入に向けて他医療機関とのデータ交換の標準化を行うことが必要である。中核病院開院時に導入を見送る場合には、診療情報管理部門を設置し、入院カルテの一元化を図るものとする。

（8）医療情報システムの基本計画

① 医療情報システムの導入目的

1)医療安全の確保や患者サービスの向上といった医療の質の向上

「医療情報システム」の目的や効果を、受付から始まり会計で終わる患者の立場からの電子化、診療録の電子的記録及び管理・運用から考えてみると、待ち時間の短縮（迅速な受付、診療・検査のスムーズな流れ、会計の自動化など）や診療機能の向上（診療側における情報の共有と蓄積による効果－重複検査・投薬の排除、患者に対する充実した情報提供によるインフォームドコンセントの促進など）などによる患者サービスの向上や対象患者の取り違い防止、医薬品使用時の用量や用法の間違い防止、処方や検査・処置の指示内容の間違い防止など医療安全の確保への貢献があげられる。

2)病院経営の効率化への寄与

様々な経営データを的確に把握することによる経営課題の把握と分析が

従来よりも容易になり、業務改善や経営戦略の策定に寄与する。

② オーダリングシステムと電子カルテシステムの比較

オーダリングシステムは従来、紙の伝票でやり取りしていた検査や処方箋などの業務を医師がオンラインで、検査、処方し医事会計システムとやり取りをすることなどにより、オンライン上で指示を出すなど、検査結果を検索参照するなどのシステムである。一方、電子カルテシステムは、診療録等の診療情報を電子化して、基本的にそれを管理、保存、編集、検索、加工、出力、通知、転送などの機能を通して患者サービスの向上などに寄与するものである。

厚生労働省の調査（平成 17 年 10 月医療施設静態調査）によると、本県の病院の 7.3%（8 施設）において電子カルテシステムが導入されている。医療分野での IT の進展、国の電子カルテ推進施策とあいまって、ますます導入する医療機関が増加していくものと考えられる。

これらから、今後、入出力情報の一層の標準化や医療者の診療上の思考の流れと整合性を持ったマン・マシンインターフェイス（利用者とシステムとの間に介在する操作環境）の実現など、様々な成果を踏まえて、電子カルテの導入時期について検討する。

③ 電子カルテを含む医療情報システムの導入手順

医療情報システム（電子カルテシステム）の導入に当たっては、システムの目的・内容を検討し基本計画を定め、それを基にシステムの範囲の決定、仕様の作成、開発業者の選定などを進めていくことが考えられる。

④ 地域医療情報ネットワークへの発展

診療情報の電子化は、1 病院内にとどまらず、地域全体における医療施設等の間のネットワーク化を可能にする。

この医療施設間のネットワーク化を促進すべき理由として、厚生労働省医政局長の私的検討会「医療情報ネットワーク基盤検討会」の最終報告（平成 16 年 9 月 30 日）によると、医療に関わる数多くの機関が相互に情報交換可能な環境下で電子化を進め、個人情報保護を担保しながら必要な情報の授受が行われることにより、国民と医療に関連する施設にとって分かりやすいメリットが持たされる、とされている。すなわち、住民にとっては他の医療施設へ紹介される際の負担が軽減されたり、自宅から自分の電子カルテを安全に閲覧することが可能になったり、医療施設にとっては、自施設の患者の診断治療等に関する助言を他施設の専門医等から円滑に得ることが可能になるといったメリットである。

同時に、プライバシー保護や情報セキュリティに係る十分な対応策を講じ、このことを国民に分かりやすく説明し安心感を持てるようにすることが必要となっている。

当圏域においても、地域住民が必要なケアを必要とときに適切なサービス提供機関から受けることが可能となるような、地域システムの構築が望まれるところであり、中核病院を中心に急性期、回復期、慢性期、介護施設での療養、在宅医療、訪問看護などあらゆる段階でのケアが円滑にでき

ることを目指し、将来的に圏域全体の医療情報システムの構築を目指すものである。

⑤ 情報処理室の設置

情報処理システムをどの範囲まで整備し、病院開院時から稼働させるかは今後検討することになるが、電子カルテの導入、中核病院・サテライト各医療機関における共通患者の検査データ一元管理を行うためには、ファイルサーバ、データベースサーバ、プリントサーバ、コミュニケーションサーバなどを設置した情報処理室の新設が必要となる。

情報処理室と各医療機関の間でWAN（Wide Area Network）を構築し、中核病院及びサテライト各医療機関で行われた検査データを集約することにより、各医療機関の医師が患者の自施設、他施設で行われた過去・現在すべての検査データを瞬時に時系列的に確認することが可能となる。また、医事課との間でLAN（Local Area Network）を構築することにより、今まで、煩雑だった会計業務、臨床検査に係わる診療報酬請求業務などを軽減することも可能。

（９）業務委託基本計画

① 業務委託の目的と問題点

病院経営において、業務委託が必要とされるのは以下の理由によるものと考えられる。

- 1) 医療機械等の進歩により専門的技術、資格、経験を備えた人員が必要となってくること。
 - 2) 業務によってはある一定の時間帯にのみ人手が必要となるものも多くあり、これらに適切に対応するためにはパートあるいは委託によるサービスのほうが効率的であること。
 - 3) 病院におけるサービスは複合的サービスであるが、それぞれの業務の専門家によることが効果的で、より適切なサービスの提供が可能となる場合があること。
 - 4) 病院内で処理しなくても良い関連業務は一定の場所等において、まとめて処理することによりスケールメリットによる効果が期待できる。
- などである。

ただし、委託を推進するに当たっては、地方公営企業として経済性と公共性との調和を図りながら運営されるべきものであることや、医療安全対策の面などから管理体制を十分考慮して決める必要がある。また、厚生労働省から業務委託の基準等が定められている業務があるなど、関連する法令等に留意しなければならない。

○「病院、診療所等の委託業務について」（平成５年２月１５日付指第１４号厚生省健康政策局指導課長通知）において基準等が定められた業務

a 検体検査、b 滅菌消毒、c 食事の提供、d 患者搬送、e 医療機器保守点検、f 医療用ガスの供給設備の保守点検、g 寝具類の洗濯、h 清掃

② 委託対象業務及び範囲の検討

それぞれどの業務を委託すればより効率的に業務が進められるか、メリ

ット・デメリットを事前に十分分析し、評価・検討の上選択していく必要がある。

- 1)検体検査（外注検査）
- 2)給食（入院時食事療養）
- 3)医療機器管理
- 4)再生滅菌物管理
- 5)リネン等管理
- 6)搬送管理（診療材料等の搬送、回収）
- 7)医事業務（受付、会計、レセプト、カルテ搬送）
- 8)宿日直
- 9)各種設備保守点検
- 10)医療用ガス供給設備保守点検
- 11)保安警備
- 12)院内清掃
- 13)廃棄物処理
- 14)電話交換
- 15)院内店舗運営
- 16)その他

（１０）医療機器整備計画

今後、中核病院の基本設計に向けて、設計の与条件を整理するに当たり、各部門でどのような医療機器を導入するかなどの検討が必要となり、その時点で現場の意見を踏まえた具体的な検討を行う。

（１１）物品管理システム基本計画

① 物品管理システム（ＳＰＤ Supply Processing & Distribution）

病院内では常に大量の物品（診療材料、医療消耗備品、一般消耗品、医薬品など）とそれに関わる情報（購入、消費、供給の各データ等）が流れている。これを一元管理するための体系を物品管理システムと呼ぶ。

② 効果

それぞれの部署で分散管理されている物品とそれに係る情報を集約し、情報の一元化、物流の効率化、看護師の雑務の軽減、管理コストの低減などが期待できる。

③ 導入に当たっての検討項目

- 1)現在行われている物品管理システムの検証
- 2)業務体制、対象物品等業務内容の検討
- 3)その他関連業務との整理他

④ 導入のための検討組織の立ち上げ

【備考】

○医療機能のさらなる検討について

マスタープランの策定から３年が経過し、今般、構成市町で合意した中核病院の計画規模の見直しに伴いプランの内容について一部見直しを図ったが、今

後も中核病院の基本設計の実施やサテライト医療機関との一体的な運営を見据えながら、中核病院の各機能や運営体制などについて、より具体的な検討を進めることとしている。

このため、今回の一部見直しの内容についても今後検討を進める中で、具体的な職員配置や医師確保の見込み、中核病院施設のスペースをもとに実現可能か検証し、更なる見直しを図っていくものである。

3 中核病院の組織体制

(1) 運営体制

今後検討する。

(2) 部門構成

今後検討する。

(3) 職員配置計画

職員配置計画は、現在の自治体病院の職員数とサテライト医療機関に付加する医療機能などの決定に伴い必要となる病院事業全体の職員数などを踏まえて作成する必要がある、今後関係機関と具体的に検討・調整する。

なお、収支計画の作成にあたっては、現時点で最低限必要と考えられる次の人員を仮置きにして積算している。

	中核病院			サテライト病院 (かなぎ病院)			サテライト病院 (鯉ヶ沢病院)			サテライト診療所 (つがる診療所)			サテライト診療所 (鶴田診療所)			合 計		
職員配置数(人)	職員数	正職員	臨時職	職員数	正職員	臨時職	職員数	正職員	臨時職	職員数	正職員	臨時職	職員数	正職員	臨時職	職員数	正職員	臨時職
医師	44.6	44.6		8.6	8.6		10.6	10.6		1	1		1	1		65.8	65.8	0
歯科医師							1	1								1	1	0
正看護師	317	285	32	43	39	4	45	41	4	3	3		3	3		411	371	40
准看護師	60	18	42	10	3	7	10	3	7							80	24	56
看護助手	10	1	9	2		2	2		2							14	1	13
医療技術員 (薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、整復師・マッサージ師、視能訓練士、臨床心理士、臨床工学技士、歯科衛生士、歯科技工士)	77	77	0	19	19	0	17	16	1	0	0	0	0	0	0	113	112	1
事務員 (事務職員、医療ソーシャルワーカー、診療情報管理士、栄養士)	38	32	6	13	10	3	13	10	3	1	1	0	1	1	0	66	54	12
その他(技能主事・技士)	9	2	7	5	2	3	3	1	2							17	5	12
職員数合計	555.6	459.6	96.0	100.6	81.6	19.0	101.6	82.6	19.0	5.0	5.0	0.0	5.0	5.0	0.0	767.8	633.8	134.0

4 中核病院の施設整備計画

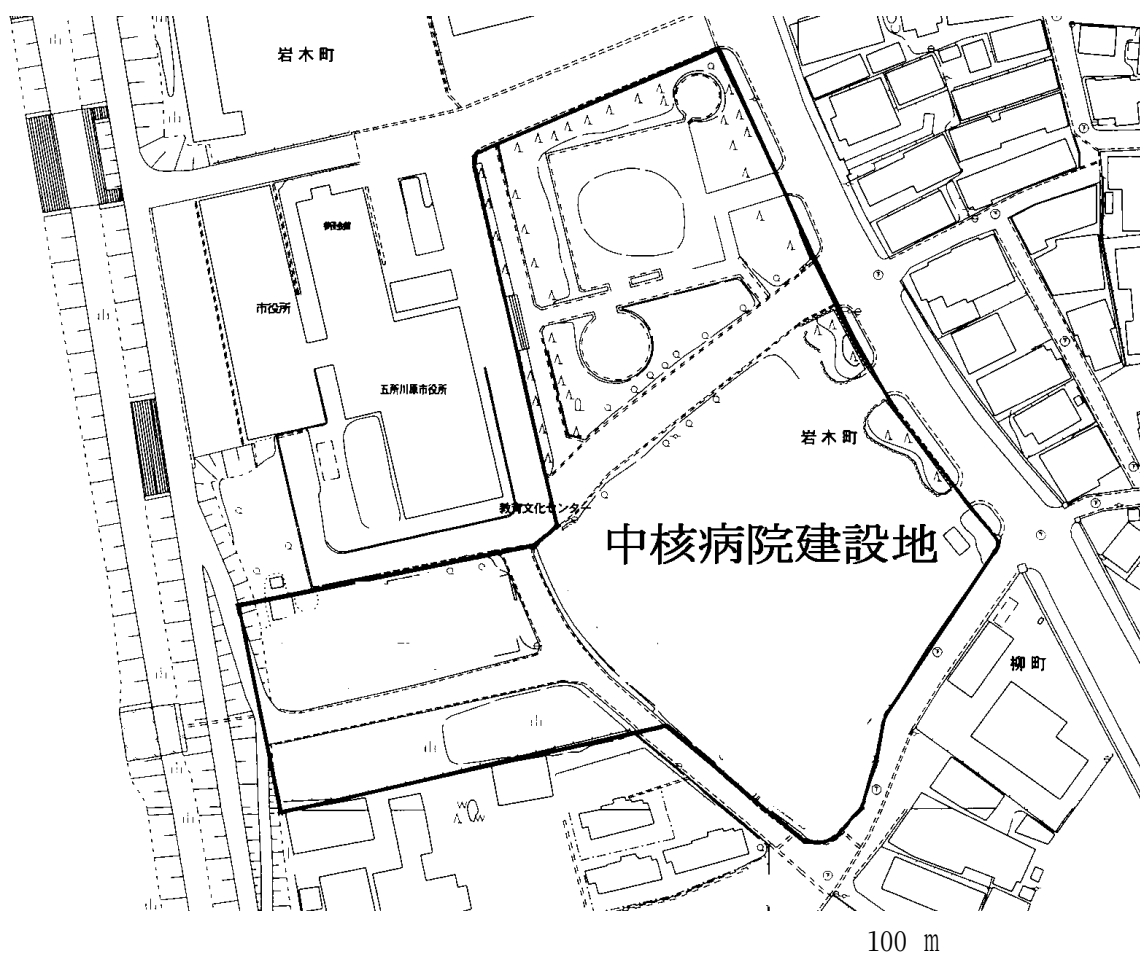
(1) 中核病院建設地

中核病院の建設地は、公共交通機能の充実など利用者の利便性や五所川原市からの土地の貸与などにより総事業費を圧縮できることなどを踏まえ、次のとおり決定している。

<中核病院建設用地>

五所川原市役所隣接地（五所川原市岩木町12-3ほか） 約1.2ha

※敷地図は下図のとおり



<備考>

従前のマスタープランでは、中核病院建設予定地の要件として、「平坦で広大な敷地の確保」を前提としていたが、病院規模が縮小となったことや、利用者が高齢者中心であり、移動手段として公共交通機関の利用を考慮する必要があることから、必要な機能が確保できれば敷地の広さを問わないことを正副連合長会議において決めた。これをもとに、平成20年9月に中核病院の建設地を市役所隣接地とすることを決定した。

（２）建設地以外の敷地

中核病院は、建設地である五所川原市岩木町のほかに、次の敷地を有する。

- ・駐車場用地（140 台分） 3, 0 8 8. 3 7 m² （五所川原市柳町）
- ・医師住宅敷地 1, 7 5 6. 0 0 m² （五所川原市松島町）

また、医師住宅については必要数を確保するため、ほかに民間施設の借り上げなどを行う。

（３）立体駐車場の整備

現在圏域の中核的な医療を担っている西北中央病院では、来院患者のための駐車スペースの確保に苦慮している。同じ五所川原市の中心市街地に建設する中核病院においてはこれを踏まえ開院時から必要な駐車スペースを確保することが求められるが、近隣に 140 台分の駐車スペースを確保しているものの、さらに多くのスペースが必要である。決して広くはない敷地面積を有効に活用できることや、降雪でも利用者が快適に利用できることを考慮し、中核病院建設地内に立体駐車場を整備することとする。

立体駐車場は、患者の利便性を考慮し、連絡通路などの整備により場外に出なくても病院内に入れる方法を検討する。

（４）今後の進め方

施設整備計画に関し、建物の全体構成、部門別の詳細な配置計画などについては、今後基本設計を発注する過程および基本設計策定段階で詰めて行くこととする。

また、施設の整備に関し、以下の項目に留意して進めるべきと考える。

- ① 日々進歩していく医療技術、ＩＴ環境の変化、医療環境の変化など、将来の様々な変化に的確に対応していくことが可能となるように、増改築が容易になるような施設づくり。
- ② 災害拠点病院として、大規模災害時にその機能が最大限発揮できるような、地震対策、火災対策など防災に配慮した施設づくり。
- ③ 建設後のメンテナンスを含めたライフサイクルコストを低減するとともに地球環境の保全に配慮した施設づくり。
- ④ 救急車の進入路の確保。

（５）その他留意事項

安定した病院経営を行うためには、将来的な減価償却費負担の軽減の観点から、病院の施設整備・設備整備に要する経費を必要最低限に抑制するよう努めることが適当である。

公立病院改革ガイドラインでは総じて自治体病院の建設単価は高いとしており、国は病院建物整備に係る普通交付税措置において、建設単価の上限を 30 万円／m²とするなど制限を設けた。また、圏域の中核病院として各種機能が付加されることは望ましいものの、床面積の拡大はそのまま建設費の増大に繋がることから、費用対効果を含め真に必要な機能・スペースを確保するように心がけることが必要である。

5 サテライト医療機関について

(1) 基本的な考え方

圏域全体が「ひとつの病院」となって地域医療を支えていく体制の構築を目指すという基本理念のもと、新たに確保する中核病院との緊密な連携の下で、西北中央病院以外の4病院においては、医療需要の見込み、病院経営のバランスを図りつつ、医療制度改革の動向や医師確保の見通し、今後の経済社会情勢の変化など、将来を見すえた上で、地域住民にとって納得が得られるような機能転換を図る必要がある。

(2) サテライト病院

公立金木病院と鰯ヶ沢町立中央病院の2病院について、改修によりサテライト病院として設置する。

①サテライト病院の概要

項 目	内 容
ア 医療機能	急性期治療後の入院医療と地域住民に対する初期医療(救急医療を含む)を提供する。 (主な特色) 1)かなぎ病院 回復期リハビリテーション機能 2)鰯ヶ沢病院 へき地医療拠点病院
イ 診療科	1)かなぎ病院 内科、外科、小児科、整形外科、婦人科、眼科、皮膚科、リハビリテーション科 2)鰯ヶ沢病院 内科、外科、小児科、整形外科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科
ウ 規 模	1)かなぎ病院 ア 100床で計画(一般100床、うち回復期リハ40床) イ 外来患者は1日当たり256人程度を想定。 2)鰯ヶ沢病院 ア 100床で計画(一般100床) イ 外来患者は1日当たり378人程度を想定。
エ 医師数の見込み	1)かなぎ病院 8.6名ー充足率75% 2)鰯ヶ沢病院 10.6名ー充足率75%
オ 改修費用	今後具体的に改修内容を検討のうえ決定となる。

②今後の検討

これまで平成14年度、15年度において県主導計画及びこれをベースにした基本計画報告書を、平成17年度にはマスタープランを作成しており、病院に付加する医療機能を検討してきた。今回、病院規模や基本となる事項について①のと

おり決定したことに伴い、圏域の医療を取り巻く情勢の変化を踏まえながら、付加する医療機能について見直しの必要がないか検討するとともに、今後の改修や中核病院等との連携を視野に入れながら、職員計画や施設の利用計画などについて検討を進める。

◆従来の計画における付加する医療機能

＜県主導計画、基本計画報告書の内容＞

- ア 訪問看護機能
- イ 健診機能
- ウ 回復期リハビリテーション機能（かなぎ）
- エ ヘき地医療拠点病院（鯨ヶ沢）

＜マスタープラン（17年度）で新たに検討され付加された事項＞

- ア 初期救急（1．5次救急）
救急告示病院として24時間対応の救急患者に対応する。ただし、高度な治療、手術が必要な患者については、設備、スタッフが整っている中核病院に搬送することとなる。
- イ かかりつけ医機能
慢性疾患及び日常的な外来診療や軽易な外傷に対する治療を行う。
- ウ 健診機能
基本的な健康診査（循環器系、胃がん検診など）を行い、地域住民の健康管理の一翼を担う。
- エ 在宅復帰支援機能
急性期治療を終えた後に、自宅に戻るまでの間の入院施設として、回復期のリハビリテーションなどを行う。
- オ 在宅療養支援機能
在宅で療養している患者に対する診療及び訪問看護。
- カ 回復期リハビリテーション病棟設置の検討

（3）サテライト診療所

つがる市立成人病センターと鶴田町立中央病院の2病院について、改修（又は新築）によりサテライト診療所として設置する。

①サテライト診療所の概要

項 目	内 容
ア 医療機能	地域住民に対する初期医療を提供する。
イ 診療科	内科、外科
ウ 規 模	1) 入院病棟なし（無床診療所） 2) 外来患者はそれぞれ1日当たり96人程度を想定。
エ 医師数の見込み	1)つがる診療所 1人を基本としながら、内科、外科に対応できるように調整する。 2)鶴田診療所 //
オ 改修等費用	今後具体的に改修又は新築の内容を検討のうえ決定となる。

②今後の検討

これまで平成 14 年度、15 年度において県主導計画及びこれをベースにした基本計画報告書を、平成 17 年度にはマスタープランを作成しており、診療所に付加する医療機能を検討してきた。今回、診療規模や基本となる事項について①のとおり決定したことに伴い、圏域の医療を取り巻く情勢の変化を踏まえながら、付加する医療機能について見直しの必要がないか検討するとともに、今後の改修又は新築、中核病院等との連携を視野に入れながら、職員計画や施設の利用計画などについて検討を進める。

◆従来の計画における付加する医療機能

＜県主導計画、基本計画報告書の内容＞ 訪問看護機能
＜マスタープラン（17 年度）で新たに検討され付加された事項＞ ア 初期救急（1 次救急） 入院を要しない初期救急医療に対応する。 イ かかりつけ医機能 慢性疾患及び日常的な外来診療や軽易な外傷に対する治療を行う。 ウ 在宅療養支援機能 在宅で療養している患者に対する診療及び訪問看護ステーションと連携した訪問看護。

（４）中核病院との医療連携

① 地域医療連携システム

地域連携のためのクリティカルパスの開発・導入をめざし、急性期から回復期、維持期・慢性期、在宅までの治療・ケアが効率的に提供できる地域医療連携システムを構築する。そのために、地域医療連携部門の強化、電子カルテシステムを基盤とした患者の基本情報を共有する医療情報ネットワークシステム（遠隔画像診断を含む）の構築を目指す。

② 医師の人事ローテイト等

中核病院を中心とする医師の人事ローテイトシステムを確立し、サテライト医療機関で勤務する常勤医師を確保するとともに、中核病院からの医師派遣の支援システムを構築する。

（５）その他サテライト医療機関の機能転換に当たっての留意事項

① サテライト医療機関の患者サービス低下を防ぐ対策

自治体病院機能再編成は、広域で質の高い地域医療を担う体制を構築する取り組みであるが、地域によっては、近接する病院の医療機能が低下し、近接性という観点に立てば、サービスの低下につながる場合もある。

このことから、公共交通機関の整備状況を勘案しながら、中核病院への通院の足の確保、サテライト医療機関と中核病院とをつなぐ交通手段の確保等の支援が必要になると考えられ、各市町とともに対応について検討が必要である。

- ・各診療区域を範囲に巡回する患者送迎バスの運行等の検討
- ・バスの運行はバス会社等へ委託、利用代金の利用者負担も検討

② サテライト医療機関(病院、診療所)の資産について

建物資産については、新築計画(サテライト診療所に限る)又は設置市町に活用計画(施設全体又は一部)がない限り、広域連合が施設全体を起債の残債価格で買い上げる。

また、敷地に関しては広域連合に無償貸与する。

なお、利用に供される医療機器等に関する資産継承の取り扱いは今後検討する。

③ 資産移行の時期

これまで中核病院の開院に合わせて広域連合に資産を移行することとしてきたが、開院前に前倒しで自治体病院の経営を広域連合に移管することもあり得ることを念頭に置きながら、具体的な時期について今後検討する。

(6) 既存の診療所について

現在圏域内には、自治体立の診療所として、五所川原市の市浦診療所、深浦町の関診療所、中泊町の小泊診療所の3箇所がある。

広域連合の中で一体運営をするか各自治体が独自で運営するかについては、今後、いろいろな要素を加味して判断することになるが、いずれにしても、中核病院を中心とした医療連携の中で、中核病院による診療支援体制を構築することが地域医療の確保に欠かせないと考えられる。

6 事業費概算

(1) 中核病院

①概算事業費 約 171 億円余りと試算（内訳は下表のとおり）

中核病院の建設事業費概算額及び充当財源

(1) 中核病院

（単位：百万円）

項 目	事業費		充当財源		
	算出根拠	金額	病院事業債 (通常分)	病院事業債 〔一般会計 出資債〕	起債対象外 (自己資金)
基本設計等委託料等	青森県建築工事関連業務委託料算定基準	102			102
実施設計委託料	青森県建築工事関連業務委託料算定基準	196	145.5	48.5	2
常駐工事監理委託料	1,000千円×6人×30ヶ月	180	135	45	
病院建設工事費	25,000千円×444床	11,100	8,293.5	2,764.5	42
外構工事費	14千円×7,800㎡	110	81	27	2
家具什器備品費	一式	190	15	5	170
医療機器整備費	一式	4,000	2,896.5	965.5	138
医療情報システム費	一式	1,000	750	250	
インフラの負担費	電力負担金等	20			20
移転引越代	一式	85			85
医師住宅購入費	西北中央病院既存の医師住宅を残債で購入	78	58.5	19.5	
建設工事費に係る利息	工事費の4割を市中銀行から年利1.4%で借入	63			63
合 計		17,124	12,375	4,125	624

事業費の2分の1を「通常の医療機能整備に比して割高となる経費」とし、割高となる経費の2分の1について一般会計出資債を措置する。

充当財源は、「公立病院改革ガイドライン」に基づく公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を活用する方法で積算。

公立病院の再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する割高経費については、建設費及び医療機器整備費の2分の1に相当する額で積算。

なお、地方債の活用はこれで決定ではなく、病院事業債のほか過疎債など有利なものの活用や、その場合の発行額をどれくらいにするかなど今後検討する。

病院事業債(通常分・一般会計出資債)活用の場合

起債総額 [165億円]		
通常分 [82.5]	割高分 [82.5]	
病院自主財源 [41.25]	<一般会計出資債41.25> 一般会計(一般財源) [20.625]	<通常分 41.25> 病院自主財源 [20.625]
一般会計(一般財源) [22.69]	普通交付税(事業割) [20.625]	一般会計(一般財源) [11.344]
普通交付税(事業割) [18.56]		普通交付税(事業割) [9.281]

(参 考) 公立病院改革ガイドラインにおける「割高経費」の取り扱い

- ① 次に掲げる経費は、全額を「通常の医療機能整備に比して割高となる経費」とする。
 - ◆病院・診療所間のネットワーク形成のために必要となる患者搬送車、遠隔医療機器等の整備に要する経費
 - ◆経営主体の統一に伴い必要となる情報システムの統合等整備に要する経費
 - ◆再編・ネットワーク化に伴う機能分担により基幹病院において新たに整備される高度医療又は救急医療の用に供する医療施設及び医師の研修又は派遣の拠点機能を有する施設並びにこれらの施設に設置される医療機器等の整備に要する経費
 - ◆再編・ネットワーク化に伴う機能分担により基幹病院以外の医療施設において必要となる既存施設の改修に要する経費
- ② ①に掲げる経費以外の病院その他の医療施設及び医療機器等の整備に要する経費については、再編・ネットワーク化に伴い必要となるものの2分の1に相当する額とする。

②事業計画

中核病院を平成25年度末までに建設、開院する。

現時点における事業計画のイメージは下図のとおり。

なお、サテライト医療機関の整備による患者移動や再編に向けた各病院の縮小に伴う段階的・計画的な職員異動、職員研修など開院時期に影響を及ぼす内容や、医療機器購入年度の分散化などを今後詳細に検討することとしており、検討結果に基づきスケジュールを調整する。

事業計画(イメージ)

中核病院

(単位：百万円)

スケジュール	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
基本設計	→				
実施設計		→			
工事監理			→	→	→
病院建設工事			→	→	→
外構工事				→	→
家具什器備品整備					→
医療機器整備					→
医療情報システム整備			→	→	→
インフラ整備の負担費			→		
移転引越					→
医師住宅取得					→
市中銀行からの借入利息			→	→	→

③後年度負担額

整備費を全額病院事業債（広域連合による起債＋各市町からの一般会計出資債）でまかなった場合、後年度の病院事業債償還額は以下のとおりと試算される。

- ・開院時 約 4 億 8 千円
- ・開院後 5 年次 約 16 億 4 千万円
- ・開院後 10 年次 約 8 億 5 千万円

※開院後 10 年次の金額は、開院 6 年次目から毎年度 3 億円を見込む医療機器の更新費用を含んだもの。

(2) サテライト医療機関

サテライト病院については既存の病院施設（公立金木病院、鰯ヶ沢町立中央病院）を改修して活用する。

サテライト診療所については既存の病院施設（つがる市立成人病センター、鶴田町立中央病院）を改修して活用するか、新たに新築するかについて既存施設の設置市町が判断することとする。

サテライト医療機関について、改修又は新築に要する整備経費は、今後検討する整備内容により決定するため、現時点においてはあくまで収支計算のために、各施設ごとに仮置きで 1 億円を充てている。

各サテライト医療機関の建設事業費等 (収支計算のための仮置き)

各サテライト医療機関

(単位：百万円)

項 目	事業費		充当財源		
	算出根拠	金額	病院事業債 (通常分)	病院事業債 (一般会計 出資債)	起債対象外 (自己資金)
改修工事費	概算設定	100	49.5	49.5	1

各サテライト医療機関の改修経費は、再編ネットワーク化に伴う機能分担により必要な既存施設の改修に要する経費であり、その全額を「通常の医療機能整備に比して割高となる経費」とし、割高となる経費の2分の1について一般会計出資債を措置する。

7 病院事業の収支見通し

再編成による広域連合の病院事業開始(現時点では中核病院開院時を想定)1 年次、5 年次、10 年次における病院事業全体の収支予測

収 支 計 画 (病院事業会計全体)

収益的収支

(単位:千円)

	開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A	12,711,895	12,979,578	12,965,106
医 業 収 益	11,850,824	12,136,378	12,136,378
入院収益	7,215,988	7,501,542	7,501,542
外来収益	4,006,448	4,006,448	4,006,448
そ の 他	345,187	345,187	345,187
他会計繰入金	283,201	283,201	283,201
医業外収益	861,071	843,200	828,728
他会計繰入金	758,461	740,590	726,118
そ の 他	102,610	102,610	102,610
特 別 利 益			
総 費 用 B	13,868,067	13,953,355	13,373,123
医 業 費 用	13,329,998	13,444,176	12,892,890
給 与 費	6,040,840	6,062,388	6,062,388
材 料 費	3,805,834	3,899,244	3,899,244
減価償却費	1,489,842	1,445,022	893,736
経 費	1,953,698	1,997,160	1,997,160
そ の 他	39,784	40,362	40,362
医 業 外 費 用	538,069	509,179	480,233
企業債利息	255,325	219,581	190,635
そ の 他	282,744	289,598	289,598
特 別 損 失			
当期純利益又は純損失 (A - B)	△ 1,156,172	△ 973,777	△ 408,017

資本的収支

資 本 的 収 入 A	175,577	679,741	744,910
企 業 債	120,000	120,000	420,000
出 資 金	55,577	559,741	324,910
補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B	231,154	1,239,482	1,069,821
建設改良費	120,000	120,000	420,000
企業債償還金	111,154	1,119,482	649,821
資本的収支差額(A - B)	△ 55,577	△ 559,741	△ 324,911

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 1,211,749	△ 1,533,518	△ 732,928
補てん財源(=減価償却費)	1,489,842	1,445,022	893,736
補てん財源不足額	△ 278,093	88,496	△ 160,808
不良債務見込額	△ 278,093	256,718	△ 895,791

一般会計繰入金(再掲)	1,097,239	1,583,532	1,334,229
交付税措置概算額	549,543	768,374	656,187
運営費に関する部分	467,084	467,084	467,084
建設費に関する部分	82,459	301,290	189,103

一般会計出資債償還額(建設関係)	124,800	427,485	172,772
交付税措置概算額	62,400	213,743	86,386

医業収支比率	89	90	94
職員給与費対医業収益比率	51	50	50
他会計繰入金対医業収益比率	9	8	8
実質収益対経常費用比率	84	86	89

○ 病院事業会計全体

(1) 収益的収支

開院１年次に１１億５千６百万円の純損失が見込まれ、これが減少しほぼ収支が平準化する１０年次では４億８百万円の純損失まで減少すると見込まれる。

(2) 資本的収支

中核病院の建設事業費のうち建物建設工事費にかかる償還がまだ始まらない１年次では△５千６百万円、中核病院の開院時に整備した医療機器の償還がピークとなる５年次では△５億６千万円、それが終了し建物建設工事と開院６年次目から毎年度３億円を見込む医療機器に係る元利償還金为主となる１０年次では△３億２千５百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

１年次で１２億１千２百万円、５年次で１５億３千４百万円、１０年次で７億３千３百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

中核病院の償還がピークとなる５年次に２億５千７百万円の不良債務が見込まれるものの、その後段階的に解消され、１０年次では８億９千６百万円の留保資金を蓄えられることになる。

(5) 一般会計繰入金

一般会計から病院事業会計への繰入れについては、地方公営企業法等を始めとする法令・規則・通知などで基本的な考え方が示されている。このため、現在の各自治体病院の繰入額を参考に一般会計繰入金を試算したところ、１年次で１０億９千７百万円、５年次で１５億８千４百万円、１０年次で１３億３千４百万円となっている。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、１年次１億２千５百万円、５年次４億２千７百万円、１０年次１億７千３百万円となっている。

◆ 総 括

このように本収支見通しにおける病院事業会計全体の収支について、毎年度純損失が発生し、累積欠損金は生じるものの、経営上問題とされる不良債務の発生は１０年スパンで見ると回避できる見込みとなっている。

しかしながら、収支見通し作成のための前提条件を医療機関個別にみると、中核病院で見込む高い診療単価を現実的なものとするには、再編時に集約により確保した医師数を再編成後さらに増員させて他圏域の中核病院並まで医師充足率を引き上げることが必要であること、建設には病院事業債の活用を見込んでいるが、有利な地方債の活用が可能になれば交付税算入額が変わること、サテライト医療機関の改修等については今後内容を詳細に検討のうえ事業費が決定となること、各医療機関の運営費に係る一般会計負担金の額は再編前の自治体病院の例を参考におおよその額を見込んでいるものであり、各医療機関の役割や機能がこれまでと変わる中で、必要額については今後詳細な検討が必要になることなど不確定要素が多いものとなっている。

今回の収支見通しは、再編成計画を前進させるため主として事業全体の概要をつかむことを目的に作成しているが、今後さらに現実的な計画とするため、細部にわたり検討し修正していくことが必要である。

なお、各医療機関ごとの収支見通しは次ページ以降のとおりである。

(1) 中核病院

収益的収支

(単位:千円)

		開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A		9,248,243	9,513,898	9,500,074
	医 業 収 益	8,550,378	8,835,932	8,835,932
	入院収益	5,656,708	5,942,262	5,942,262
	外来収益	2,458,477	2,458,477	2,458,477
	そ の 他	299,403	299,403	299,403
	他会計繰入金	135,790	135,790	135,790
	医業外収益	697,865	677,966	664,142
	他会計繰入金	634,892	614,993	601,169
	そ の 他	62,973	62,973	62,973
	特 別 利 益			
総 費 用 B		10,146,981	10,228,213	9,649,279
	医 業 費 用	9,690,364	9,804,542	9,253,256
	給 与 費	4,348,608	4,370,156	4,370,156
	材 料 費	2,796,982	2,890,392	2,890,392
	減価償却費	1,216,400	1,171,580	620,294
	経 費	1,301,409	1,344,871	1,344,871
	そ の 他	26,965	27,543	27,543
	医 業 外 費 用	456,617	423,671	396,023
	企業債利息	251,365	211,565	183,917
	そ の 他	205,252	212,106	212,106
	特 別 損 失			
当期純利益又は純損失 (A - B)		△ 898,738	△ 714,315	△ 149,205

資本的収支

資 本 的 収 入 A		55,577	507,485	556,598
	企 業 債	0	0	300,000
	出 資 金	55,577	507,485	256,598
	補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B		111,154	1,014,970	813,197
	建設改良費	0	0	300,000
	企業債償還金	111,154	1,014,970	513,197
資本的収支差額(A-B)		△ 55,577	△ 507,485	△ 256,599

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 954,315	△ 1,221,800	△ 405,804
補てん財源(＝減価償却費)	1,216,400	1,171,580	620,294
補てん財源不足額	△ 262,085	50,220	△ 214,490
不良債務見込額	△ 262,085	226,750	△ 1,194,177

一般会計繰入金(再掲)	826,259	1,258,268	993,557
交付税措置概算額	387,451	581,854	462,735
運営費に関する部分	305,884	305,884	305,884
建設費に関する部分	81,567	275,970	156,851

一般会計出資債償還額	120,840	408,845	154,132
交付税措置概算額	60,420	204,423	77,066

医業収支比率	88	90	95
職員給与費対医業収益比率	51	49	49
他会計繰入金対医業収益比率	9	8	8
実質収益対経常費用比率	84	86	91

※再編5年次以降、平均在院日数14日以内を目標としており、以後、入院収益にこれに伴う加算額を算入した。現在想定できる加算額を全て収入に見込んだ、最もよい状態での収支見通しを作成した。

中核病院収支計画積算前提条件概要

収益的収支

収益的收入

入院収益	一般病床の入院単価は平成18年度青森市民病院の実績単価を参考にし、開院5年次以降は平均在院日数14日以内を達成することによる加算額を収入に見込む。精神病床の入院単価は西北中央病院の実績単価を参考に設定。入院患者数は病床利用率を一般病床85%、精神病床80%として設定。看護配置は7対1看護。 入院単価(一般)開院時44,820円・開院5年次以降47,180円、(精神)16,000円 1日平均入院患者(一般)331.5人、(精神)40人
外来収益	平成18年度西北中央病院の実績単価を参考に算定。 診療日数245日、外来単価(一般)9,500円(精神)8,100円、1日平均外来患者数1,066人
その他医業収益	室料差額収益は県内自治体病院の室料差額単価と有料個室率を参考に算定し、それ以外については平成18年度西北病院の実績額を参考に算定。 有料個室率約25%、病床数108床：特床室18床 室料差額料12,000円、一般個室90床 差額料6,000円、病床利用率85%
医業外収益(その他)	平成18年度西北病院の実績額を参考に算定。
他会計繰入金	西北中央病院及び類似病院の一般会計繰入額を参考に算定し、企業債償還利息繰入については企業債借入予定に基づく償還利息金に応じた基準額(繰入基準：企業債償還利息の1/2)を算定。 企業債元利償還繰入を除く一般会計繰入額：645,000千円

収益的支出

給 与 費	平成18年度圏域内自治体5病院の職種別平均単価を基礎とし、病院規模・配置基準・実績を参考として職員数を設定して算定。 職員給与5病院平均単価：医師1,490千円、看護師532千円、准看護師584千円、医療技術員566千円、事務職員507千円、その他の職員368千円(臨時職員単価：看護師・准看護師250千円、医療技術員・事務員・その他209千円)、法定福利費平均単価1,300千円、職員数：医師44.6人、看護師・准看護師387人、医療技術員77人、事務職員38人、その他の職員9人、計555.6人(うち正職員459.6人)
材 料 費	平成18年度青森市民病院の対医業収益率(32.71%)を参考に算定。
減価償却費	建設事業費の各項目をそれぞれ建物・附帯設備・構築物等に区分し定額法によって算定。 建物分162,555千円(39年)、建物附帯設備分275,093千円(15年)、構築物3,366千円(30年)、器械備品分775,386千円(6年)
経 費	平成16、17、18年度青森市民病院の対医業収益率の平均値(15.22%)を参考に算定。
その他医業費用	研究研修費は平成18年度圏域内自治体5病院の研究研修費平均単価を参考に算定し、それ以外については平成18年度青森市民病院の対医業収益率(0.15%)を参考に算定。 研究研修費5病院平均単価：31,200円
企業債利息	建設事業及び医療機器更新事業における企業債借入予定に基づき算定。 病院建設借入分12,375,000千円＋6年次以降医療機器更新借入分毎年300,000千円
医業外費用(その他)	平成18年度青森市民病院の対医業収益率(2.40%)を参考に算定。

資本的収支

資本的收入

企 業 債	開院後の医療機器更新費の充当財源を見込む。 6年次以降医療機器更新分毎年300,000千円
出 資 金	企業債借入予定に基づく償還元金に応じた基準額を算定。一般会計繰入基準：企業債償還元金の1/2

資本的支出

建設改良費	開院後の医療機器更新費を見込む。上記企業債欄参照。
企業債償還金	建設事業における企業債借入予定に基づき算定。上記企業債利息欄参照。

○ 中核病院

(1) 収益的収支

開院1年次には8億9千9百万円の純損失が見込まれるが、これが減少しほぼ収支が平準化する10年次では1億4千9百万円の純損失まで減少すると見込まれる。これは、中核病院における建設事業費のうち、当初購入の医療機器等、器械備品に係る減価償却が終了することと、開院5年次以降は、平均在院日数14日以内を目標にしており、これに伴う加算額を入院収益に算入したことによるものである。

(2) 資本的収支

建設事業費のうち建物建設工事費に係る償還（元金償還は5年間据え置き）がまだ始まらない1年次では△5千6百万円、開院時に整備した医療機器の償還がピークとなる5年次では△5億7百万円、それが終了し建物建設工事と開院6年次目から毎年度3億円を見込む医療機器に係る元金償還が主となる10年次では△2億5千7百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

1年次で9億5千4百万円、5年次で12億2千2百万円、10年次で4億6百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

地方公営企業法では、当年度欠損金が生ずることが見込まれる場合、費用のうち現金支出を伴わない費用、減価償却費等を損益勘定留保資金として充てるものとされていることから、減価償却費を補てん財源として、各年次で生ずる欠損金を補てんすると、償還がピークとなる5年次に2億2千7百万円の不良債務の発生が見込まれるものの、その後段階的に解消され、10年次では11億9千4百万円余の留保資金を蓄えられることとなる。

(5) 一般会計繰入金

一般会計から病院事業会計への繰入れについては、地方公営企業法等を始めとする法令・規則・通知などで基本的な考え方が示されている。今回、それらの考え方にに基づき、中核病院の運営に係る一般会計繰入金を試算したところ、1年次で8億2千6百万円、5年次で12億5千8百万円、10年次で9億9千4百万円となっている。

なお、繰入金の一部が地方交付税で措置されており、現行制度に基づき試算すると繰入金の半分近くが地方交付税で措置され则认为られる。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、1年次1億2千百万円、5年次4億9百万円、10年次1億5千4百万円となっている。

◆ 総 括

このように中核病院の収支について、毎年度純損失の発生は避けられず、累積欠損は生じるものの、経営上問題とされる不良債務の発生は10年スパンで見ると回避できる見込みとなっている。

しかしながら、このことは、医師充足率が開院時で93%、その後専門医の確保

や研修医の確保などにより他圏域の中核病院並の 110%以上に引き上げていくとともに、7 対 1 看護体制を採りながら病床利用率 85%を維持し、地域連携クリティカルパスや医療情報ネットワークなどのツールを活用して病病連携・病診連携を積極的に進め、開院 5 年次目からは在院日数 14 日以内を達成し、密度の濃い医療を集中して提供できる体制を整備することが必要条件と考えられる。

その結果、一般病床の入院診療単価が開院 5 年次目からは全国的にも高い水準である 47,000 円／日以上となることを前提に可能となる試算であることに留意する必要がある。

平成 19 年度の県内の市部に所在する一般病床 300 床以上の 5 自治体病院の実態は、7 対 1 看護体制の病院が 3 病院、平均在院日数が 14.0 日以内の病院はなく、入院診療単価が平均 43,200 円程度、一般病床利用率は 80.0%（単純に 5 病院の利用率の和を病院数で除した値）である。県内で 85%の病床利用率と 47,000 円超の診療単価を実現しているのは八戸市立市民病院（病床利用率 89.8%、一般病床診療単価 49,491 円／日）だけであり、これを実現することは決して易しいことではない。

しかし、当圏域における中核病院の実現は、これからの地域医療を考えると最優先の課題と言え、健全経営を確保し地域住民に適切な医療を持続的に提供していくことが求められる。そのためには病院側も一般行政側も、それぞれの役割に応じた相応の覚悟をもって取り組む必要がある。病院事業管理者のもとで、具体的な増収対策や経費削減対策などを実効性のある対策の立案と確実な実践を不断に行いながら、これからの厳しい医療制度改革の波を乗り越えていかなければならない。

いずれにしても、この収支見通しの作成に当たっては、現時点での県内各圏域の中核的病院等の実績を参考に前提条件を設定しており、実際の経営においてどのような結果になるかは予測が付きがたいのが実情である。なお、今後要望していく国、県からの財政支援の状況も、収支に影響を及ぼすこととなる。

行政（一般会計）と病院（病院事業会計）との関係

病院事業は、地方公営企業として運営されており公共の役割を担いながら、経済性を発揮して経営することが求められている。すなわち、自治体病院の役割には、一般の病院と同様の診療収入に応じた医療提供を行うことに加えて、本来一般行政が担うべきサービスあるいはもともと不採算となることが明らかなサービス活動でありながら、公共的な必要性から行うことがある。

このことは、「自治体病院＝赤字」を容認するものではなく、不採算となる部分をきちんと整理し、行政と病院とのそれぞれの責任を明確にすることが極めて重要であることを物語っている。安易な一般会計からの赤字補てんは認められないが、一般会計がその責任を果たすことなく病院に責任を押し付けることがないように留意することが肝要である。

(2) かなぎ病院

収益的収支

(単位:千円)

	開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A	1,278,102	1,278,978	1,278,839
医 業 収 益	1,204,442	1,204,442	1,204,442
入院収益	770,880	770,880	770,880
外来収益	376,761	376,761	376,761
そ の 他	22,892	22,892	22,892
他会計繰入金	33,909	33,909	33,909
医業外収益	73,660	74,536	74,397
他会計繰入金	68,586	69,462	69,323
そ の 他	5,074	5,074	5,074
特 別 利 益			
総 費 用 B	1,334,464	1,336,216	1,335,937
医 業 費 用	1,317,026	1,317,026	1,317,026
給 与 費	781,632	781,632	781,632
材 料 費	237,828	237,828	237,828
減価償却費	66,356	66,356	66,356
経 費	227,263	227,263	227,263
そ の 他	3,947	3,947	3,947
医 業 外 費 用	17,438	19,190	18,911
企業債利息	990	2,742	2,463
そ の 他	16,448	16,448	16,448
特 別 損 失			
当期純利益又は純損失 (A - B)	△ 56,362	△ 57,238	△ 57,098

資本的収支

資 本 的 収 入 A	50,000	70,519	77,078
企 業 債	50,000	50,000	50,000
出 資 金	0	20,519	27,078
補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B	50,000	91,038	104,156
建設改良費	50,000	50,000	50,000
企業債償還金	0	41,038	54,156
資本的収支差額(A-B)	0	△ 20,519	△ 27,078

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 56,362	△ 77,757	△ 84,176
補てん財源(=減価償却費)	66,356	66,356	66,356
補てん財源不足額	△ 9,994	11,401	17,820
不良債務見込額	△ 9,994	△ 6,580	82,522

一般会計繰入金(再掲)	102,495	123,890	130,310
交付税措置概算額	73,723	83,351	86,239
運営費に関する部分	73,500	73,500	73,500
建設費に関する部分	223	9,851	12,739

一般会計出資債償還額	990	4,660	4,660
交付税措置概算額	495	2,330	2,330

医業収支比率	91	91	91
職員給与費対医業収益比率	65	65	65
他会計繰入金対医業収益比率	9	9	9
実質収益対経常費用比率	88	88	88

かなぎ病院収支計画積算前提条件概要

収益的収支

収益的収入

入院収益	入院単価は平成18年度公立金木病院の実績単価を参考に設定。入院患者数は病床利用率を一般病床80%、回復期リハビリ病床90%として設定。看護配置は10対1看護。 入院単価(一般)26,000円、(回復期リハ)24,000円 1日平均入院患者(一般)48人、(回復期リハ)36人
外来収益	診療体制の変更により公立金木病院の平成18年度実績よりも単価増を見込んで算定。 診療日数245日、外来単価6,000円、1日平均外来患者数256.3人
その他医業収益	平成18年度公立金木病院の実績額を参考に算定。
医業外収益(その他)	平成18年度公立金木病院の実績額を参考に算定。
他会計繰入金	公立金木病院の一般会計繰入額を参考に算定し、企業債償還利息繰入については企業債借入予定に基づく償還利息金に応じた基準額(繰入基準:企業債償還利息の1/2)を算定。 企業債元利償還繰入を除く一般会計繰入額:102,000千円

収益的支出

給 与 費	平成18年度圏域内自治体5病院の職種別平均単価を基礎とし、病院規模・配置基準・実績を参考として職員数を設定して算定。 職員給与5病院平均単価:医師1,490千円、看護師532千円、准看護師584千円、医療技術員566千円、事務職員507千円、その他の職員368千円(臨時職員単価:看護師・准看護師250千円、医療技術員・事務員・その他209千円)、法定福利費平均単価1,300千円、職員数:医師8.6人、看護師・准看護師55人、医療技術員19人、事務職員13人、その他の職員5人、計100.6人(うち正職員81.6人)
材 料 費	平成16、17、18年度公立金木病院の対医業収益率の平均値(19.75%)を参考に算定。
減価償却費	平成18年度公立金木病院の減価償却費を参考に建物については1億円で改修するとして算定。
経 費	平成18年度公立金木病院の対医業収益率(18.87%)を参考に算定。
その他医業費用	研究研修費は平成18年度圏域内自治体5病院の研究研修費平均単価を参考に算定し、それ以外については平成18年度公立金木病院の対医業収益率(0.12%)を参考に算定。 研究研修費5病院平均単価:31,200円
企業債利息	病院改修事業及び医療機器更新事業における企業債借入予定に基づき算定。 病院改修借入分49,500千円+1年次以降医療機器更新借入分毎年50,000千円
医業外費用(その他)	平成16、17、18年度公立金木病院の対医業収益率の平均値(1.37%)を参考に算定。

資本的収支

資本的収入

企 業 債	開院後の医療機器更新費の充当財源を見込む。 1年次以降医療機器更新分毎年50,000千円
出 資 金	企業債借入予定に基づく償還元金に応じた基準額を算定。一般会計繰入基準:企業債償還元金の1/2

資本的支出

建設改良費	開院後の医療機器更新費を見込む。 上記企業債欄参照。
企業債償還金	建設事業における企業債借入予定に基づき算定。 上記企業債利息欄参照。

○ かなぎ病院

(1) 収益的収支

開院1年次には5千6百万円の純損失が見込まれ、これが10年次にかけてほぼ同額で推移すると見込まれる。

(2) 資本的収支

改修工事費に係る償還（元金償還は3年間据え置き）がまだ始まらない1年次では収支均衡であるが、開院以降毎年度5千万円を見込む医療機器を更新し、10年次では△2千7百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

1年次で5千6百万円、5年次で7千8百万円、10年次で8千4百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

6年次に不良債務が発生し、10年次では8千3百万円が見込まれる。

(5) 一般会計繰入金

病院の運営に係る一般会計繰入金を試算したところ、1年次で1億2百万円、5年次で1億2千4百万円、10年次で1億3千万円となっている。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、1年次百万円、5年次5百万円、10年次5百万円となっている。

◆ 総 括

このようになぎ病院の収支について、毎年度純損失が発生し、開院10年後には不良債務も8千万円以上発生する見込みとなっている。

さらに、今後改修内容を詳細に検討することで1億円と仮置きしている事業費の増額もあり得ることや、運営に係る一般会計負担金について、繰出基準額は今後、具体的な病院の体制が確立してからその体制に基づき算定することになるため、一般会計にとっては更なる負担も見込まれるものである。

なお、不良債務解消のための繰り入れを行う場合は、構成市町の負担割合に応じて行うこととしている。

一方で、病院事業管理者の下に具体的な増収対策や経費削減対策など実効性のある対策の立案と実践が期待できること、さらに当該収支見通しは平成21年度の要件緩和により新たに対象となる不採算地区病院に対する特別交付税措置や、増額となる病床運営のための普通交付税措置の要素を加味したものではないため、この措置分が構成市町から新たに繰り入れられることで、実際には今回作成した収支見通しよりも安定した運営が可能と考えられる。

いずれにしても、この収支見通しの作成に当たっては、現時点での再編前の病院の実績等を参考に前提条件を設定しており、実際の経営においてどのような結果になるかは予測が付きがたいのが実情である。

今回の収支見通しは、再編成計画を前進させるため主として事業全体の概要をつかむことを目的に作成しているが、今後さらに現実的な計画とするため、細部にわたり検討し修正していくことが必要である。

(3) 鰺ヶ沢病院

収益的収支

(単位:千円)

		開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A		1,835,358	1,836,234	1,836,095
	医 業 収 益	1,804,356	1,804,356	1,804,356
	入院収益	788,400	788,400	788,400
	外来収益	879,562	879,562	879,562
	そ の 他	22,892	22,892	22,892
	他会計繰入金	113,502	113,502	113,502
	医業外収益	31,002	31,878	31,739
	他会計繰入金	23,993	24,869	24,730
	そ の 他	7,009	7,009	7,009
	特 別 利 益			
総 費 用 B		1,936,604	1,938,356	1,938,077
	医 業 費 用	1,884,876	1,884,876	1,884,876
	給 与 費	805,368	805,368	805,368
	材 料 費	612,968	612,968	612,968
	減価償却費	109,152	109,152	109,152
	経 費	350,508	350,508	350,508
	そ の 他	6,880	6,880	6,880
	医 業 外 費 用	51,728	53,480	53,201
	企業債利息	990	2,742	2,463
	そ の 他	50,738	50,738	50,738
	特 別 損 失			
	当期純利益又は純損失 (A - B)	△ 101,246	△ 102,122	△ 101,982

資本的収支

資 本 的 収 入 A		50,000	70,519	77,078
	企 業 債	50,000	50,000	50,000
	出 資 金	0	20,519	27,078
	補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B		50,000	91,038	104,156
	建設改良費	50,000	50,000	50,000
	企業債償還金	0	41,038	54,156
資本的収支差額(A-B)		0	△ 20,519	△ 27,078

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 101,246	△ 122,641	△ 129,060
補てん財源 (=減価償却費)	109,152	109,152	109,152
補てん財源不足額	△ 7,906	13,489	19,908
不良債務見込額	△ 7,906	3,860	103,402

一般会計繰入金(再掲)	137,495	158,890	165,310
交付税措置概算額	73,723	83,351	86,239
運営費に関する部分	73,500	73,500	73,500
建設費に関する部分	223	9,851	12,739

一般会計出資債償還額	990	4,660	4,660
交付税措置概算額	495	2,330	2,330

医業収支比率	96	96	96
職員給与費対医業収益比率	45	45	45
他会計繰入金対医業収益比率	8	8	8
実質収益対経常費用比率	88	88	88

鰯ヶ沢病院収支計画積算前提条件概要

収益的収支

収益的収入

入院収益	入院単価は平成18年度鰯ヶ沢病院の実績単価を参考に看護配置を10対1看護にして設定。入院患者数は病床利用率を80%として設定。 入院単価27,000円 1日平均入院患者80人
外来収益	平成18年度鰯ヶ沢病院の実績単価を参考に算定。 診療日数245日、外来単価9,500円、1日平均外来患者数377.9人
その他医業収益	平成18年度鰯ヶ沢病院の実績額を参考に算定。
医業外収益(その他)	平成18年度鰯ヶ沢病院の実績額を参考に算定。
他会計繰入金	鰯ヶ沢病院の一般会計繰入額を参考に算定し、企業債償還利息繰入については企業債借入予定に基づく償還利息金に応じた基準額(繰入基準:企業債償還利息の1/2)を算定。 企業債元利償還繰入を除く一般会計繰入額:137,000千円

収益的支出

給 与 費	平成18年度圏域内自治体5病院の職種別平均単価を基礎とし、病院規模・配置基準・実績を参考として職員数を設定して算定。 職員給与5病院平均単価:医師1,490千円、看護師532千円、准看護師584千円、医療技術員566千円、事務職員507千円、その他の職員368千円(臨時職員単価:看護師・准看護師250千円、医療技術員・事務員・その他209千円)、法定福利費平均単価1,300千円、職員数:医師10.6人、看護師・准看護師57人、医療技術員17人、事務職員13人、その他の職員3人、計100.6人(うち正職員81.6人)
材 料 費	平成16、17、18年度鰯ヶ沢病院の対医業収益率の平均値(33.88%)を参考に算定。
減価償却費	平成18年度鰯ヶ沢病院の減価償却費を参考に建物については1億円で改修するとして算定。
経 費	平成18年度鰯ヶ沢病院の対医業収益率(19.37%)を参考に算定。
その他医業費用	研究研修費は平成18年度圏域内自治体5病院の研究研修費平均単価を参考に算定し、それ以外については平成18年度鰯ヶ沢病院の対医業収益率(0.24%)を参考に算定。 研究研修費5病院平均単価:31,200円
企業債利息	病院改修事業及び医療機器更新事業における企業債借入予定に基づき算定。 病院改修借入分49,500千円＋1年次以降医療機器更新借入分毎年50,000千円
医業外費用(その他)	平成16、17、18年度鰯ヶ沢病院の対医業収益率の平均値(2.80%)を参考に算定。

資本的収支

資本的収入

企 業 債	開院後の医療機器更新費の充当財源を見込む。 1年次以降医療機器更新分毎年50,000千円
出 資 金	企業債借入予定に基づく償還元金に応じた基準額を算定。一般会計繰入基準:企業債償還元金の1/2

資本的支出

建設改良費	開院後の医療機器更新費を見込む。上記企業債欄参照。
企業債償還金	建設事業における企業債借入予定に基づき算定。上記企業債利息欄参照。

○ 鰯ヶ沢病院

(1) 収益的収支

開院1年次には1億1百万円の純損失が見込まれ、これが10年次にかけてほぼ同額で推移すると見込まれる。

(2) 資本的収支

改修工事費に係る償還（元金償還は3年間据え置き）がまだ始まらない1年次では収支均衡であるが、開院以降毎年度5千万円を見込む医療機器を更新し、10年次では△2千7百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

1年次で1億1百万円、5年次で1億2千3百万円、10年次で1億2千9百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

5年次に不良債務が発生し、10年次では1億3百万円が見込まれる。

(5) 一般会計繰入金

病院の運営に係る一般会計繰入金を試算したところ、1年次で1億3千7百万円、5年次で1億5千9百万円、10年次で1億6千5百万円となっている。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、1年次百万円、5年次5百万円、10年次5百万円となっている。

◆ 総 括

このように鰯ヶ沢病院の収支について、毎年度純損失が発生し、開院10年後には不良債務も1億3百万円余り発生する見込みとなっている。

さらに、今後改修内容を詳細に検討することで1億円と仮置きしている事業費の増額もあり得ることや、運営に係る一般会計負担金について、繰出基準額は今後、具体的な病院の体制が確立してからその体制に基づき算定することになることから、一般会計にとっては更なる負担も見込まれるものである。

なお、不良債務解消のための繰り出しを行う場合は、構成市町の負担割合に応じて行うこととしている。

一方で、病院事業管理者の下に具体的な増収対策や経費削減対策など実効性のある対策の立案と実践が期待できること、さらに当該収支見通しは平成21年度の要件緩和により新たに対象となる不採算地区病院に対する特別交付税措置や、増額となる病床運営のための普通交付税措置の要素を加味したものではないため、この措置分が構成市町から新たに繰り入れられることで、実際には今回作成した収支見通しよりも安定した運営が可能と考えられる。

いずれにしても、この収支見通しの作成に当たっては、現時点での再編前の病院の実績等を参考に前提条件を設定しており、実際の経営においてどのような結果になるかは予測が付きがたいのが実情である。

今回の収支見通しは、再編成計画を前進させるため主として事業全体の概要をつかむことを目的に作成しているが、今後さらに現実的な計画とするため、細部にわたり検討し修正していくことが必要である。

(4) つ がる 診 療 所

収益的収支

(単位:千円)

	開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A	175,096	175,234	175,049
医 業 収 益	145,824	145,824	145,824
入院収益	0	0	0
外来収益	145,824	145,824	145,824
そ の 他	0	0	0
他会計繰入金	0	0	0
医業外収益	29,272	29,410	29,225
他会計繰入金	15,495	15,633	15,448
そ の 他	13,777	13,777	13,777
特 別 利 益			
総 費 用 B	217,497	217,773	217,403
医 業 費 用	211,354	211,354	211,354
給 与 費	52,616	52,616	52,616
材 料 費	79,028	79,028	79,028
減価償却費	41,455	41,455	41,455
経 費	37,259	37,259	37,259
そ の 他	996	996	996
医 業 外 費 用	6,143	6,419	6,049
企業債利息	990	1,266	896
そ の 他	5,153	5,153	5,153
特 別 損 失			
当期純利益又は純損失 (A - B)	△ 42,401	△ 42,539	△ 42,354

資本的収支

資 本 的 収 入 A	10,000	15,609	17,078
企 業 債	10,000	10,000	10,000
出 資 金	0	5,609	7,078
補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B	10,000	21,218	24,156
建設改良費	10,000	10,000	10,000
企業債償還金	0	11,218	14,156
資本的収支差額(A-B)	0	△ 5,609	△ 7,078

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 42,401	△ 48,148	△ 49,432
補てん財源 (=減価償却費)	41,455	41,455	41,455
補てん財源不足額	946	6,693	7,977
不良債務見込額	946	16,344	56,231

一般会計繰入金(再掲)	15,495	21,242	22,526
交付税措置概算額	7,323	9,909	10,487
運営費に関する部分	7,100	7,100	7,100
建設費に関する部分	223	2,809	3,387

一般会計出資債償還額	990	4,660	4,660
交付税措置概算額	495	2,330	2,330

医業収支比率	69	69	69
職員給与費対医業収益比率	36	36	36
他会計繰入金対医業収益比率	11	11	11
実質収益対経常費用比率	73	73	73

つがる診療所収支計画積算前提条件概要

収益的収支

収益的収入

入院収益	無床診療所につき収入を見込まない。
外来収益	青森県内の自治体診療所の実績単価を参考に算定。 診療日数245日、外来単価6,200円、1日平均外来患者数96人
その他医業収益	病院機能が廃止されることにより、室料差額等の収入を見込まない。
医業外収益(その他)	平成18年度成人病センターの実績額を参考に算定。
他会計繰入金	青森県内の自治体診療所の一般会計繰入額を参考に算定し、企業債償還利息繰入については企業債借入予定に基づく償還利息金に応じた基準額(繰入基準:企業債償還利息の1/2)を算定。 企業債元利償還繰入を除く一般会計繰入額:15,000千円

収益的支出

給 与 費	平成18年度圏域内自治体5病院の職種別平均単価を基礎とし、病院規模・配置基準・実績を参考として職員数を設定して算定。 職員給与5病院平均単価:医師1,490千円、看護師532千円、准看護師584千円、医療技術員566千円、事務職員507千円、その他の職員368千円(臨時職員単価:看護師・准看護師250千円、医療技術員・事務員・その他209千円)、法定福利費平均単価1,300千円、職員数:医師1人、看護師・准看護師3人、事務職員1人、計5人(うち正職員5人)
材 料 費	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(54.19%)で算定。
減価償却費	平成18年度成人病センターの減価償却費を参考に建物については1億円で改修するとして算定。
経 費	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(25.55%)で算定。
その他医業費用	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(0.68%)で算定。
企業債利息	病院改修事業及び医療機器更新事業における企業債借入予定に基づき算定。 病院改修借入分49,500千円+1年次以降医療機器更新借入分毎年10,000千円
医業外費用(その他)	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(3.53%)で算定。

資本的収支

資本的収入

企 業 債	開院後の医療機器更新費の充当財源を見込む。 1年次以降医療機器更新分毎年10,000千円
出 資 金	企業債借入予定に基づく償還元金に応じた基準額を算定。一般会計繰入基準:企業債償還元金の1/2

資本的支出

建設改良費	開院後の医療機器更新費を見込む。上記企業債欄参照。
企業債償還金	建設事業における企業債借入予定に基づき算定。上記企業債利息欄参照。

○ つがる診療所

(1) 収益的収支

開院1年次には4千2百万円の純損失が見込まれ、これが10年次にかけてほぼ同額で推移すると見込まれる。

(2) 資本的収支

改修工事費に係る償還（元金償還は3年間据え置き）がまだ始まらない1年次では収支均衡であるが、開院以降毎年度1千万円を見込む医療機器を更新し、10年次では△7百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

1年次で4千2百万円、5年次で4千8百万円、10年次で4千9百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

開院当初から不良債務が発生し、10年次では5千6百万円が見込まれる。

(5) 一般会計繰入金

つがる診療所の運営に係る一般会計繰入金を試算したところ、1年次で1千5百万円、5年次で2千1百万円、10年次で2千3百万円となっている。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、1年次百万円、5年次5百万円、10年次5百万円となっている。

◆ 総 括

このようにつがる診療所の収支について、毎年度純損失が発生し、開院10年後には不良債務も5千6百万円発生する見込みとなっている。

さらに、サテライト診療所に改修又は新築整備するにあたり、今後その内容を詳細に検討することで1億円と仮置きしている事業費の増額もあり得ることや、県内の自治体立診療所を参考に見込んだ運営に係る一般会計負担金についても、繰出基準額は今後、具体的な診療所の体制が確立してからその体制に基づき算定することになることから、一般会計にとっては更なる負担も見込まれるものである。なお、不良債務解消のための繰り出しを行う場合は、構成市町の負担割合に応じて行うこととしている。

一方で、再編成による診療所化により、その運営に対し繰り出しを行う一般会計にとっては病院よりも負担が軽くなることになる。

いずれにしても、この収支見通しの作成に当たっては、県内の自治体立診療所の実績等を参考に前提条件を設定しており、実際の経営においてどのような結果になるかは予測が付きがたいのが実情である。

今回の収支見通しは、再編成計画を前進させるため主として事業全体の概要をつかむことを目的に作成しているが、今後さらに現実的な計画とするため、細部にわたり検討し修正していくことが必要である。

(5) 鶴田診療所

収益的収支

(単位:千円)

	開院1年次	開院5年次	開院10年次
総 収 益 A	175,096	175,234	175,049
医 業 収 益	145,824	145,824	145,824
入院収益	0	0	0
外来収益	145,824	145,824	145,824
そ の 他	0	0	0
他会計繰入金	0	0	0
医業外収益	29,272	29,410	29,225
他会計繰入金	15,495	15,633	15,448
そ の 他	13,777	13,777	13,777
特 別 利 益			
総 費 用 B	232,521	232,797	232,427
医 業 費 用	226,378	226,378	226,378
給 与 費	52,616	52,616	52,616
材 料 費	79,028	79,028	79,028
減価償却費	56,479	56,479	56,479
経 費	37,259	37,259	37,259
そ の 他	996	996	996
医 業 外 費 用	6,143	6,419	6,049
企業債利息	990	1,266	896
そ の 他	5,153	5,153	5,153
特 別 損 失			
当期純利益又は純損失 (A - B)	△ 57,425	△ 57,563	△ 57,378

資本的収支

資 本 的 収 入 A	10,000	15,609	17,078
企 業 債	10,000	10,000	10,000
出 資 金	0	5,609	7,078
補 助 金	0	0	0
資 本 的 支 出 B	10,000	21,218	24,156
建設改良費	10,000	10,000	10,000
企業債償還金	0	11,218	14,156
資本的収支差額(A-B)	0	△ 5,609	△ 7,078

収益的収支・資本的収支差額合計	△ 57,425	△ 63,172	△ 64,456
補てん財源 (= 減価償却費)	56,479	56,479	56,479
補てん財源不足額	946	6,693	7,977
不良債務見込額	946	16,344	56,231

一般会計繰入金(再掲)	15,495	21,242	22,526
交付税措置概算額	7,323	9,909	10,487
運営費に関する部分	7,100	7,100	7,100
建設費に関する部分	223	2,809	3,387

一般会計出資債償還額	990	4,660	4,660
交付税措置概算額	495	2,330	2,330

医業収支比率	64	64	64
職員給与費対医業収益比率	36	36	36
他会計繰入金対医業収益比率	11	11	11
実質収益対経常費用比率	69	69	69

鶴田診療所収支計画積算前提条件概要

収益的収支

収益的収入

入院収益	無床診療所につき収入を見込まない。
外来収益	青森県内の自治体診療所の実績単価を参考に算定。 診療日数245日、外来単価6,200円、1日平均外来患者数96人
その他医業収益	病院機能が廃止されることにより、室料差額等の収入を見込まない。
医業外収益(その他)	平成18年度鶴田病院の実績額を参考に算定。
他会計繰入金	青森県内の自治体診療所の一般会計繰入額を参考に算定し、企業債償還利息繰入については企業債借入予定に基づく償還利息金に応じた基準額(繰入基準:企業債償還利息の1/2)を算定。 企業債元利償還繰入を除く一般会計繰入額:15,000千円

収益的支出

給 与 費	平成18年度圏域内自治体5病院の職種別平均単価を基礎とし、病院規模・配置基準・実績を参考として職員数を設定して算定。 職員給与5病院平均単価:医師1,490千円、看護師532千円、准看護師584千円、医療技術員566千円、事務職員507千円、その他の職員368千円(臨時職員単価:看護師・准看護師250千円、医療技術員・事務員・その他209千円)、法定福利費平均単価1,300千円、職員数:医師1人、看護師・准看護師3人、事務職員1人、計5人(うち正職員5人)
材 料 費	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(54.19%)で算定。
減価償却費	平成18年度鶴田病院の減価償却費を参考に建物については1億円で改修するとして算定。
経 費	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(25.55%)で算定。
その他医業費用	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(0.68%)で算定。
企業債利息	病院改修事業及び医療機器更新事業における企業債借入予定に基づき算定。 病院改修借入分49,500千円＋1年次以降医療機器更新借入分毎年10,000千円
医業外費用(その他)	青森県内の自治体診療所を参考に対医業収益率(3.53%)で算定。

資本的収支

資本的収入

企 業 債	開院後の医療機器更新費の充当財源を見込む。 1年次以降医療機器更新分毎年10,000千円
出 資 金	企業債借入予定に基づく償還元金に応じた基準額を算定。一般会計繰入基準:企業債償還元金の1/2

資本的支出

建設改良費	開院後の医療機器更新費を見込む。上記企業債欄参照。
企業債償還金	建設事業における企業債借入予定に基づき算定。上記企業債利息欄参照。

○ 鶴田診療所

(1) 収益的収支

開院1年次には5千7百万円の純損失が見込まれ、これが10年次にかけてほぼ同額で推移すると見込まれる。

(2) 資本的収支

改修工事費に係る償還（元金償還は3年間据え置き）がまだ始まらない1年次では収支均衡であるが、開院以降毎年度1千万円を見込む医療機器を更新し、10年次では△7百万円が見込まれる。

(3) 収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計

1年次で5千7百万円、5年次で6千3百万円、10年次で6千4百万円のそれぞれ不足が生じる見込みとなっている。

(4) 不良債務の発生見込み

開院当初から不良債務が発生し、10年次では5千6百万円が見込まれる。

(5) 一般会計繰入金

鶴田診療所の運営に係る一般会計繰入金を試算したところ、1年次で1千5百万円、5年次で2千1百万円、10年次で2千3百万円となっている。

(6) 一般会計出資債への償還

一般会計繰入金のほかに各市町が建設費の一部に充てるため活用する一般会計出資債の償還額を試算したところ、1年次百万円、5年次5百万円、10年次5百万円となっている。

◆ 総 括

このように鶴田診療所の収支について、毎年度純損失が発生し、開院10年後には不良債務も5千7百万円発生する見込みとなっている。

さらに、サテライト診療所に改修又は新築整備するにあたり、今後その内容を詳細に検討することで1億円と仮置きしている事業費の増額もあり得ることや、県内の自治体立診療所を参考に見込んだ運営に係る一般会計負担金について、繰出基準額は今後、具体的な診療所の体制が確立してからその体制に基づき算定することになることから、一般会計にとっては更なる負担も見込まれるものである。なお、不良債務解消のための繰り出しを行う場合は、構成市町の負担割合に応じて行うこととしている。

一方で、再編成による診療所化により、その運営に対し繰り出しを行う一般会計にとっては病院よりも負担が軽くなることになる。

いずれにしても、この収支見通しの作成に当たっては、県内の自治体立診療所の実績等を参考に前提条件を設定しており、実際の経営においてどのような結果になるかは予測が付きがたいのが実情である。

今回の収支見通しは、再編成計画を前進させるため主として事業全体の概要をつかむことを目的に作成しているが、今後さらに現実的な計画とするため、細部にわたり検討し修正していくことが必要である。

8 医療機能連携計画

(1) 中核病院の役割

中核病院は圏域の高度・専門医療や、高度救急を含む救急医療を担う、医療の中心となる病院であるとともに、地域医療連携の中核として位置づけられる。

急性期治療が必要な患者の受け入れ（紹介患者）、急性期治療後の転院先の確保、紹介元かかりつけ医への逆紹介、退院後のフォロー、介護施設等への入所など、いろいろな状況が考えられるが、これらを円滑に行うために地域医療連携機能の充実強化が必要である。

(2) サテライト医療機関との連携

一般的な疾患は圏域で完結させる地域完結型医療を目指し、急性期疾患は中核病院で治療し、必要に応じ、その後の治療・療養はサテライト医療機関で行うこととなる。

それぞれの機能を効率よく発揮させ、患者満足度を高めるため、中核病院からサテライト病院あるいは診療所への橋渡しを、医療の質を落とすことなくスムーズに進める地域連携クリティカルパスを導入する。

このことから、診療の標準化、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の向上、業務・コストの軽減などのメリットが期待できる。

地域連携クリティカルパスは、将来的に、圏域内の民間医療機関及び福祉・介護施設にも発展させていくことを目指す。

(3) 県立中央病院、大学病院

中核病院で対応できない高度・特殊な医療が必要となる場合は、弘前大学医学部附属病院あるいは県立中央病院と連携して対応する。

(4) 他圏域の病院

可能な限り一般的な医療は圏域で完結する医療を目指す。今後の中核病院の医療機能整備状況やサテライト医療機関の医療機能、圏域内の民間医療機関の医療機能、圏域の医療需要等、様々な状況により、他圏域の病院・診療所との間にも連携関係を構築する必要があると考えられる。

(5) 民間医療機関

病院と診療所の役割を明確化し、かかりつけ医の普及促進をさらに進めることが大事であり、かかりつけ医からの紹介、逆紹介を推進する。

また、当圏域は他圏域に比べて療養病床が非常に多く、その多くを民間病院が担っている。当圏域に住所を有する一般病床入院患者の3人に1人は他圏域の医療機関に入院している状況にあり、自治体病院は再編成により急性期、亜急性期、回復期など一般病床が担う医療機能の充実を図ることが優先課題となっている。このため、役割分担として民間医療機関に療養病床をお願いするとともに、自治体病院との連携関係を構築していく必要がある。

(6) 福祉、介護施設等との連携

患者の状況に応じ、退院が可能であるものの、介護が必要であり直ちに在宅復帰できない高齢者などは、福祉施設あるいは介護施設への入所というこ

とが考えられる。今後、高齢患者がますます増加することは避けられず、その役割が重要となる。

9 医師養成・確保対策等

(1) 臨床研修対策

① 初期研修

中核病院は、西北中央病院に引き続き管理型の臨床研修病院となる。研修体制を充実するための指導医の確保、サテライト医療機関を含めた魅力ある研修プログラムの作成等、臨床研修の体制整備を計画的に進めるとともに、情報発信を積極的に行うなど研修医の確保に力を注ぐ。

② 後期研修

初期研修 2 年間を終えた医師が、その後のキャリアを形成していく段階である後期研修医の県内への定着は、本県の医師確保にとってきわめて重要な課題といえる。中核病院にとってもその確保は意義があるが、学会認定医等の資格取得を目指した研修プログラムの用意は、スタッフの一層の充実を要するなど課題が多い。また、本県における医師不足問題で優先される解決策は、医師の供給元である弘前大学に後期研修医を確保することにある。

このため、将来的には中核病院においても後期研修医の確保が必要と考えられるものの、現段階では広域連合は初期研修医を多く受け入れ、後期研修については弘前大学で担ってもらうような役割の分担が図られるよう弘前大学との連携体制の構築が重要と考えられる。

(2) 大学との連携

① 弘前大学医学部医学科との連携

医師の確保、養成（教育）について、連携を図りながら進める。中核病院のみならずサテライト医療機関においても、例えばプライマリケアの卒前教育あるいは初期研修の場として、また、大学での研修などそれぞれの役割、特色に応じた連携を図っていく。

② 弘前大学医学部保健学科及び県立保健大学との連携

保健師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師などコメディカルの養成機関として位置づけられるとともに、病院スタッフの研究、研修の場として連携が図られれば、レベルアップにつながる事が期待できる。

(3) 独自の医師確保対策

- ① 連合内に医師確保セクションを設置
- ② 地元出身者の医師データベースの作成
- ③ 独自奨学制度の検討
- ④ 県の医師確保施策との連携
- ⑤ 医師の全国公募
- ⑥ その他

10 各自治体の負担

病院事業の運営にあたっては、広域連合を構成する市町間で必要な負担金に対する負担割合を設定し、一体的運営を図ることとしている。

(1) 負担割合設定項目の考え方

①均等割

構成市町が均等に負担する。

(構成自治体として参加料的な要素。)

②人口割

人口による按分で負担割合を定める。

(人口の多寡は財政力を含めた団体の潜在力を示す。)

③設置割

医療施設が設置された自治体が一定割合を負担する。

(医療機関が存在するステータス、経済効果などを考慮。)

④利用者割

利用者数による按分で負担割合を定める。

(実際に利用している割合に応じ負担する。)

(2) 負担割合

①中核病院(各構成市町の平成20年12月議会で承認)

中核病院の設置及び管理運営に係る負担金全てを対象とする。

区 分	均等割	人口割	設置割	利用者割	計
負担割合	5%	10%	60%	25%	100%
・均等割5%を構成市町6市町の数で按分 ・人口割10%を圏域内の人口に占める各市町の人口の割合で按分 ・設置割60%を中核病院の所在市である五所川原市が全て負担 ・利用者割25%を構成市町6市町の利用者数で按分					

＊人口割の算定は、直近の国勢調査の人口によるものとする。ただし、深浦町の人口は岩崎地区の人口を除いたものとする。

＊利用者割の算定は、予算の属する年度の前々年度における中核病院の入院患者数と外来患者数の合計によるものとする。(当初予算要求時に前年度1年分の患者数を把握し、予算に反映させる)

中核病院建設期間中及び開院直後など中核病院の患者数を活用できない期間分については、前身となる五所川原市立西北中央病院を中核病院とみなして患者数を割り出す。

＊負担割合をもとに最新のデータで平成21年度分を算定すると、構成市町の負担率は次のとおりとなる。(利用者数の変動などにより、負担率は毎年度変わる)

＜平成21年度負担率＞

五所川原市	つがる市	鰯ヶ沢町	深浦町	中泊町	鶴田町
79.00%	9.21%	2.63%	1.99%	3.98%	3.19%

②サテライト医療機関(各構成市町の平成 21 年 3 月議会で承認)

各サテライト医療機関ごとに設置及び管理運営に係る負担金を対象とする。

区 分	設置割	利用者割	計	
負担割合	60%	40%	100%	
(各サテライト医療機関ごとに算定)				
・設置割60%をそれぞれの医療機関の所在市町が全て負担				
・利用者割40%を構成市町6市町の利用者数で按分				

＊設置割60%について、それぞれの医療機関の所在市町が全て負担することとするが、サテライト病院（所在地：五所川原市）にあっては、五所川原市60%、中泊町40%の割合で負担するものとする。

＊利用者割の算定は、予算の属する年度の前々年度における各サテライト医療機関ごとの病院の入院患者数と外来患者数の合計によるものとする。（当初予算要求時に前年度1年分の患者数を把握し、予算に反映させる）

医療機関整備期間中及び開院直後などサテライト医療機関の患者数を活用できない期間分については、前身となる自治体病院を当該サテライト医療機関とみなして患者数を割り出す。

＊サテライト病院が今後老朽化した際に新築するのか、新築するとした場合にその負担割合をどうするかは将来決めることとする。

＊サテライト診療所となる施設について、改修するのか、新築するのかその時期を含めて所在市町の判断に委ねるものとする。

＊負担割合をもとに最新のデータで仮に平成21年度分を試算すると、構成市町の負担率は次のとおりとなる。（利用者数の変動などにより、負担率は毎年度変わる）

<平成21年度負担率>

医療機関	五所川原市	つがる市	鰺ヶ沢町	深浦町	中泊町	鶴田町
サテライト病院 (五所川原市)	58.08%	4.42%	0.00%	0.00%	37.50%	0.00%
サテライト病院 (鰺ヶ沢町)	0.06%	0.68%	91.92%	7.29%	0.01%	0.04%
サテライト診療所 (つがる市)	1.01%	97.68%	0.34%	0.29%	0.42%	0.26%
サテライト診療所 (鶴田町)	0.52%	1.06%	0.07%	0.01%	0.03%	98.31%

＊当表の医療機関名はつがる西北五広域連合規約に掲載されている名称とした。

(3) その他負担に係る対応方針

費用負担については(2)の負担割合のほかに、次の対応方針による。

<費用負担等に係る対応方針>

課 題	対 応 方 針	備 考
病床数削減による交付税措置	医療機能再編成により病床を削減した場合、病床が存在するものとして5年間にわたり算入される交付税は設置市町が全てを授受する。	
サテライト病院・診療所となる施設の広域連合への継承方法	建物資産については、設置市町に活用計画（施設全体又は一部）がない限り施設全体を起債の残債価格により広域連合に譲渡（残債がない場合には無償譲渡）する。 土地については、広域連合に無償貸与する。	診療所となる旧病院施設は、診療所として活用するスペースは狭いものの、施設全体を広域連合が継承する（設置市町が負担額の多くを占めるため）。 旧施設を解体し、診療所を建設する場合には、設置市町の負担が軽減されるよう、できるだけ建設に係る起債事業の中で解体できるように工夫する。
サテライト病院の老朽化への対応	サテライト病院が今後老朽化した際に新築するのか、新築するとした場合、その負担割合をどうするかは将来決めることとする。	今後の患者の受療動向、市町の合併の方向など見えない要素が多いため、サテライト病院の老朽化への対応は現時点では決めておかない。
西北中央病院の解体経費	西北中央病院の解体経費については、五所川原市が負担する。	
負担割合の適用範囲	負担割合は区分（建設費、管理運営費）を設けず一本化する。 また、サテライト診療所となる施設については、改修するか、新築するかについて、その時期を含めて設置市町の判断に委ねる。	サテライト診療所となる施設について、負担割合から、設置市町が整備費及び管理運営費のほとんどを負担することになるため、施設全体を連合へ譲渡し、改修して活用するのか、運営効率を考慮して新築するのか、その時期を含めて設置市町の判断に委ねる。
再編に向けた新たな方向性	中核病院開院を待たず、病院事業を早期に広域連合に移管する。	各病院の経営状況を踏まえると中核病院開院を待たず、前倒しで再編が必要。 今後、スケジュールをはじめ内容を検討する。
再編に向けた各病院の計画的な病床規模の縮小	中核病院開院までの間に各病院の病床数を計画的（構成市町間で調整）に削減する。	サテライト病院、診療所となる施設が決まったことから、再編時の職員数等を考慮に入れながら、計画的に再編への体制を整えていく。

一体的管理運営による赤字解消に向けた構成市町の負担方法	不良債務が固定化し、特別利益として繰り出す場合は、医療機関個々の負担割合に応じて構成市町が負担する。	適正な繰り出しにより赤字が出ないよう運営することが前提であるが、仮に不良債務が固定化するなどし、運営に支障を来すような場合には、その解消に係る経費も負担割合どおりに負担する。
病院への出資額について	新体制で運営するための5医療機関の運転資金について ・病院事業への出資は、構成市町で負担しあって用意する。 ・診療報酬が入るまでの間の資金は銀行等から借り入れる。	具体的な金額は、今後検討する。
負担割合の基礎数値の根拠について	負担割合算定のための基礎数値の取扱い ・人口割：直近の国勢調査人口(確定値が出た時点から活用) ・利用者割：前々年度の各病院の利用者数(当初予算時期までに各病院の前年度の利用状況を調査)	

以下については今後継続して検討

○サテライト病院・診療所となる施設の耐震改修

再編成までに設置自治体が耐震改修するのか、広域連合が施設を継承してから耐震改修を行うのか検討。

○サテライト病院・診療所の改修を踏まえた経営移管、職員の身分移管

再編成に向けて、広域連合への経営移管（施設の譲渡、改修等とも関連）、職員の身分移管を計画的に進める必要があり、今後具体的なスケジュールを検討。

1 1 国の財政措置の活用と県への支援要望

(1) 国の公立病院の再編・ネットワーク化、経営形態の見直し等に係る財政措置

再編成を進めるためには、国の「公立病院改革ガイドライン」（平成 19 年 12 月 24 日付け総務省自治財政局長通知）に基づく平成 25 年度までの国の財政支援措置を十分に活用することが必要である。

公立病院の再編等に関する財政措置の適用を受けようとする地方公共団体は公立病院再編等計画書を策定し、総務省に提出することとされており、当広域連合では県を通じ平成 21 年 3 月に提出している。

今後、具体的に財政支援措置が必要となる時期までに具体的な事業内容と事業費を確定させ、国に対する手続きを行うこととなる。

◆再編等の実施に伴う割高経費に係る出資

公立病院の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債（一般会計出資債）を活用でき、元利償還金の一部は普通交付税措置される。

(活用の見込み)

- ・中核病院建設及び医療機器整備関係
(平成 22 年度～平成 25 年度)
- ・サテライト医療機関の改修(又は新築)及び医療機器整備関係
(時期未定。平成25年度までに実施)

※地方債について、病院事業債のほか、過疎債など有利なものの活用や、
その場合の発行額をどれくらいにするかなどは、今後検討・協議する。

◆再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資

再編の実施に伴い、病院の経営基盤を強化し健全な経営を確保するために行う
新たな経営主体への出資(継承する不良債務の額を限度とする)について病院事
業債(一般会計出資債)を活用できる。

(活用の見込み)

- ・各自治体から広域連合への経営移管(時期未定。平成 25 年度までに実施)

◆病棟施設の除却等に要する経費関連

再編等の実施に伴い、不要となる病棟施設の除却等に要する経費に充てるた
め一般会計から繰出しを行った場合、一部は特別交付税措置される。

(活用の見込み)

- ・西北中央病院(時期未定。平成 25 年度末までに実施)
- ・その他サテライト医療機関 (")

◆改革プランに基づき病床数の実質的削減を行った場合の措置

改革プランに基づく公立病院の医療提供体制の見直しにより、病床数の実質
的な削減を行った場合、削減を行った年度を初年度とする 5 年間の病床数につ
いて、当該削減を行う前の病床数を有するものとみなして普通交付税措置が講
じられる。

(活用の見込み)

- ・25 年度末までに計画的に病床数を削減する(削減数は第 3 部「機能再編
成の概要」を参照のこと。
- ・第一段階として平成 20 年度末(一部 21 年度初め)に次のとおり削減。

ア	西北中央病院	一般病床	356 床→352 床	(H21.3)
イ	公立金木病院	一般病床	146 床→120 床	(H21.4)
ウ	鰯ヶ沢町立中央病院	一般病床	140 床→100 床	(H21.3)
エ	鶴田町立中央病院	一般病床	70 床→60 床	(")
		療養病床	60 床→40 床	(")

(2) 県への支援要望

病院機能の再編成にあたり、中核病院をはじめ施設の整備費や一体運営の推
進に向けて多額の費用が必要となるが、構成市町の財政力が弱いため、安定し
た運営体制の実現に向け県に財政支援を要望していく。

1 2 全体計画のまとめ

(1) 組織・運営体制

管理者をトップに置き、各病院・診療所の院長・所長がそれぞれの機関の運営責任者となる。

(組織図別途検討)

(2) その他

当該マスタープランは、平成 17 年度策定のマスタープランについて、病床規模、中核病院建設地及び費用負担割合など重要な事項について決定又は変更があったことや、策定から 3 年経過したことによる情勢の変化に合わせた病院機能の整理の必要性に基づき見直したものであるが、今後、サテライト医療機関に付加する医療機能の見直しや、改修等の内容及び病院事業全体の職員計画に係る検討、医師確保に係る大学等との調整等を進めていく中で、収支計画をはじめ、計画全体をより具体的なものに見直していく。

1 3 今後の検討課題

(1) 中核病院に関する検討課題

中核病院の施設機能に係る詳細計画について

中核病院の基本設計は当然外部の専門業者（設計会社）に委託することとなるが、定められた規模や予算を十分に活用して、可能な限り患者や従事者のニーズに応えられる機能が持てるように、各部門の意見・要望のヒアリング、部門ごとの必要となる施設条件の整理等を行う必要がある。

このため並行して、情報システム、施設内動線、運営に係る各種取り決めなどの整理を行う必要がある。

(2) サテライト医療機関に関する検討課題

サテライト医療機関の医療機能等について

従前のマスタープランと比較して、基本となる医療機能の考え方は同じであるが、各医療施設の計画医師数が減っていることから、付加する医療機能について、改めて検討が必要である。

サテライト医療機関の整備関係について

サテライト病院については改修を行うこと、サテライト診療所については改修又は新築を行うこととしているが、広域連合への経営移管による職員の異動等を踏まえ、いつ頃、どのような整備を行うか計画する必要がある。

(3) 企業会計の設置、地方公営企業法全部適用の導入スケジュール等

企業会計の設置時期と公営企業管理者の選任

つがる西北五広域連合が適切な時期を捉え新たに公営企業会計を開設することとなる。また、地方公営企業法全部適用のためには、公営企業管理者の選任が必要となり、医療、経営両面に精通した管理者が是非必要とされる。

(4) 広域運営体制への移行手続き

職員の身分移管など

現在各病院で働いている医療職については、基本的に広域連合職員に身分が移管されることとなる。また、事務職員については、当面各自治体からの派遣ということが考えられるが、病院運営のスペシャリストを確保、養成する必要性は、今後ますます高まっていくと考えられ、事務職員も将来的には広域連合採用の職員が中心となるべきと考えられる。

1 4 今後の想定スケジュール

1 中核病院の施設機能に係る詳細計画の作成 (情報システム、施設内動線、運営に係る各種取り決め)	平成 21～22 年度
2 平成 25 年度までの再編成に係る詳細計画の作成 (職員計画、サテライト医療機関となる施設の利用計画 ほか)	平成 21～22 年度
3 新たな病院事業会計の設置	平成 21 年度
4 広域連合による病院事業の実施に向けた規程の整備 (地方公営企業法の全部適用ほか)	平成 22～24 年度
5 職員の研修・交流	平成 23～25 年度
6 中核病院の建設 ・中核病院の基本設計業者選定及び基本設計 ・中核病院の実施設計 ・中核病院の建設 ・中核病院開設(広域連合としての病院事業開始)	平成 21 年度 平成 22～23 年度 平成 23～25 年度 平成 25 年度末
7 各自治体病院の機能転換 ・再編成に向けた病床規模の計画的な縮小 ・サテライト医療機関となる施設の改修又は新築 ・各自治体病院の運営主体の変更(広域連合としての病 院事業開始) →サテライト医療機関開設	平成 21～25 年度末 // 平成 25 年度末

※ 当該スケジュールは現時点での想定。

計画的に医療機能再編成を実現するため、中核病院の開設前であっても、各自治体病院の運営を広域連合に移管することもありうる。

具体的な検討は今後行う。

資 料 編

○県医療計画の自治体病院機能再編成に向けた今後の方向性

○平成 20 年度関係機関等への説明、報告の状況

○西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会設置要綱

○医療機能等検討委員会・経営管理等検討委員会設置要綱

○自治体病院長会議設置要綱

○平成 20 年度各会議の開催状況について

○統計表

表 1	年齢 3 区分の人口推移（実数）
表 2	年齢 3 区分の人口推移（構成比）
表 3	西北五地域における将来推計人口
表 4	西北五地域における年齢（3 区分）別人口
表 5	出生率の推移（人口千対）
表 6	死亡率の推移（人口千対）
表 7	悪性新生物による死亡率の推移（人口 10 万対）
表 8	心疾患による死亡率の推移（人口 10 万対）
表 9	脳血管疾患による死亡率の推移（人口 10 万対）
表 10	三大生活習慣病による標準化死亡比の推移（市町村別）

表 11	市区町村別平均寿命と順位
表 12	西北五地域内の病院一覧
表 13	西北五地域内の病院の標榜する診療科
表 14	西北五地域内の一般診療所及び病床数
表 15	西北五地域内一般診療所の標榜診療科
表 16	病院における治療実施状況（循環器疾患、神経・脳血管疾患）
表 17	病院における糖尿病患者への治療実施状況
表 18	診療所における糖尿病患者への治療実施状況
表 19	病院におけるリハビリテーション医療の状況
表 20	医療従事者の状況（病院）

表 2 1	医療従事者の状況（診療所）
表 2 2	地域の医師数の状況
表 2 3	自治体病院の医師数
表 2 4	400 床以上の一般病院の常勤医師数の状況
表 2 5	専門医等の状況（病院）
表 2 6	県内における基準病床数と既存病床数
表 2 7	県内の結核病床を有する医療機関
表 2 8	県内の感染症指定医療機関
表 2 9	医療施設に入院する患者数（一日あたり）
表 3 0	西北五地域住民の入院患者の現況（一日あたり）
表 3 1	自治体病院の患者数推移（平成 5 年度～16 年度）
表 3 2	自治体病院の病床数と病床利用率
表 3 3	西北五地域住民の推計入院患者数の推移
表 3 4	各医療圏の自地依存率（一般病床入院：病院＋診療所）
表 3 5	西北五地域の自地依存率（一般病床入院：病院＋診療所）
表 3 6	各医療圏の自地依存率（療養病床入院：病院＋診療所）
表 3 7	西北五地域の自地依存率（療養病床入院：病院＋診療所）
表 3 8	各医療圏の自地依存率（精神病床入院：病院）
表 3 9	西北五地域の自地依存率（精神病床入院：病院）
表 4 0	自治体病院（一般病床）の平均在院日数の推移（平成 13 年度～19 年度）
表 4 1	西北五地域の自治体病院の概要・平成 19 年度決算額

県医療計画の自治体病院機能再編成に向けた今後の方向性

※青森県保健医療計画（平成20年7月策定）から抜粋

第2編 各 論

第1章 質の高い保健・医療・福祉サービス提供のための取組み

第1節 機能分担と連携による体系的な医療体制の整備

4 公立病院等の役割の検証と再編成の推進

～（ 省略 ）～

（3）自治体病院の現状と機能再編成

②自治体病院機能再編成の取組

本県の自治体病院の多くは医師不足や経営悪化という大きな課題を抱えています。

これまでは、それぞれの病院が初期医療から高度・専門医療までを提供できる施設完結型の病院を目指して医療の充実を図ってきた傾向にありますが、医師の確保が困難で経営が厳しい中で、ひとつの病院で医療が完結することを目指すのは困難です。

このような状況を踏まえ、地域医療体制を効率的に整備していくためには、それぞれの病院が機能を分担し、自治体病院の枠組みを超えて、広域的に地域医療を支えていくことを検討する必要があります。県では、平成11年12月に「青森県自治体病院機能再編成指針」を策定し、各自治体が自治体病院の機能再編成に取り組みやすい環境を整備しました。

これを受けて二次保健医療圏ごとに自治体病院機能再編成計画の策定と策定された再編成計画の実現に向けた取組が進められていますが、一層の推進が求められています。

〔自治体病院機能再編成計画の策定状況〕

（1）西北五、下北及び津軽圏域

圏域からの要請により、県が計画の策定を支援している。

- ① 西北五圏域全市町村長の下承を得て、計画を策定（平成14年12月）
- ② 下北圏域全市町村長の下承を得て、計画を策定（平成15年9月）
- ③ 津軽圏域未策定

（2）青森、上十三及び八戸圏域

- ① 青森圏域圏域自ら計画を策定（平成13年3月）
- ② 上十三圏域圏域自ら計画を策定（平成13年11月）※19年3月見直し
- ③ 八戸圏域未策定

【目標】

医療資源が少ない本県において、自治体病院が地域医療に占める役割は極めて大きいことから、自治体病院の機能再編成を推進し、効率的な地域医療提供体制を構築することにより、今後とも県民に必要な地域医療を提供していきます。

【施策の方向と主な施策】〔自治体病院の適切な役割分担と医療ネットワークの構築〕

- ① 自治体病院を巡る医師不足や厳しい経営環境を踏まえ、自治体病院機能再編成を推進し、急性期医療や高度救急を担う中核病院と回復期医療を担う病院との適切な役割分担のもとに、地域完結型の医療ネットワークの構築を目指します。
(県、市町村、国立大学法人、国立病院機構、(独)労働者健康福祉機構、日本赤十字社、医療関係団体、医療機関)
- ② 各地域の自治体病院機能再編成計画の実現に向けて各自治体を支援します。
(県)
- ③ 自治体病院機能再編成を通じて、圏域の中核病院の充実を図り、地域医療の中心的な存在として、広域的な医師派遣の拠点機能なども含め地域医療支援機能を担います。(市町村、中核病院)
- ④ 自治体病院機能再編成を通して、保健・医療・福祉サービスの一体的な取組みを促進します。
(県、市町村、国立大学法人、国立病院機構、(独)労働者健康福祉機構、日本赤十字社、医療関係団体、医療機関)
- ⑤ 保健・医療・福祉サービスについて、住民に的確に情報を提供するとともに、対話の機会を設けるよう努めます。(市町村)
- ⑥ 自治体病院の機能再編成が推進されるよう、国に対し、公立病院改革ガイドラインで示された財政支援措置の内容等も踏まえ、必要に応じ働きかけ等を検討します。(県)
- ⑦ 機能再編成を進めるに当たっては、「公立病院改革ガイドライン」で示されている「再編・ネットワーク化」の視点を踏まえ対応するものであり、必要に応じ自治体病院のみならず、公的病院等をはじめ民間医療機関の医療機能を視野に入れた検討も進めます。(県、市町村)
- ⑧ 医療に関心を深め、医療従事者との交流を通じて、健康度の高い地域づくりに参画します。(県民)

〔自治体病院機能再編成の基本的な考え方〕

- ア 二次保健医療圏全体で地域医療を支えていく体制を構築します。
- イ 脳卒中、がん、心筋梗塞などの一般的な医療が、圏域内で完結できるよう地域医療の底上げを図ります。
- ウ 圏域内に、救急医療や高度・専門医療を担う中核病院を確保し、急性期医療に対応するとともに、医師にとって魅力のある勤務環境を創出します。
- エ 中核病院の周辺の医療機関については、地域の実情を検討した上で、回復期医療を担う地域の病院や在宅医療を含めた初期医療を担う診療所への転換を図り、地域住民の医療ニーズに対応します。

第2編 各 論

第6章 保健・医療・福祉を担う人材の養成確保と資質の向上

第1節 医師

～（省略）～

3. 医師確保対策について

（1）医師確保のためのグランドデザインの策定と施策の方向

① 自治体病院機能再編成と公立病院改革ガイドライン

本県においては、地域医療の主要な担い手である自治体病院のあり方の見直しが課題であり、自治体病院機能再編成の推進の取り組みを以下のように進めてきました。

- ・平成11年12月青森県自治体病院機能再編成指針の策定
- ・平成14年12月西北五地域における機能再編成計画の策定
- ・平成15年9月下北地域における機能再編成計画の策定

しかしながら、自治体間の利害調整に時間を要することや自治体財政の悪化等が進捗の課題となっています。

このような中、国においても、多額の赤字を抱える自治体病院のあり方について抜本的な改革の必要性が指摘され、総務省は平成19年7月23日に、有識者の意見を伺うための「公立病院改革懇談会」を設置し、同懇談会の検討をもとに、「公立病院改革ガイドライン」が策定されました。

ガイドラインでは、「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」の3要素を盛り込んだ改革プランを、平成20年度中に策定することを各自治体に求めており、都道府県は再編・ネットワーク化の計画策定に積極的に参画することが求められています。

～（省略）～

（2）本県における医師確保の本質的な課題

県では、大学や市町村、その他関係機関とともに、医師確保のためのグランドデザインを基本として対策に取り組んでいくこととしますが、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、医師不足が顕著であることや自治体病院の担う役割が相対的に大きいという本県の実情を考え合わせると、医師の本県定着を図る上で、今後、

ア質の高い医療提供体制と医療従事者（特に医師）の勤務環境充実の両立
イ「公立病院改革ガイドライン」への対応
の2つの観点が重要です。

すなわち、医療従事者、特に医師については、現在の病院数を前提とすれば、医療を改善するに足る十分な医師を配置できる状況は、中長期的に見直すことはできず、一方、今般示された「公立病院改革ガイドライン」は、民間病院並の経営の効率化とこれを可能とする再編・ネットワーク化、経営形態の見直しを求めており、医師の配置とガイドラインの考え方は密接に関係することとなります。

したがって、本県で持続可能な医療提供体制を構築するためには、以上の観点を踏まえ、医師の配置に関して、優先的に考えられるべき病院の性格・特性を明らかにし、当該病院への重点的配置を行うことが、県民への安定的で質の高い医療の提

供と医療従事者の安全・安心を両立させ、さらには公立病院の経営にも資することになることからこれらを踏まえ、以下に具体的な基本方針を示すこととします。

II 医師をはじめとした医療従事者の確保・配置に関する基本方針

～（省略）～

2. 医師配置についての考え方

（１）医師等の医療従事者確保に向けた重視すべき病院等の原則を明確化すると以下のとおりです。

- ① キャリア形成を可能とすること医学の高度化、専門化に合わせて、医師は、最新の医学・医術の習得や、専門医資格の取得など、自らが求める医師像を実現するために研修・研究を重ねることが求められ、医師の配置に当たって配慮が必要。
- ② 医療従事者の過重労働の軽減、解消に資すること
へき地勤務や特定診療科における肉体的な激務や心理的重圧について、様々な面で適切な対応が求められ、特に、自治体病院機能再編成等による医療連携体制の再構築、産科・小児科の重点化、県と大学が連携・協力して勤務医師を支援する体制の充実が必要。
- ③ 女性医師の勤務環境改善に資すること
全国的に増加傾向にある女性医師は、本県においても、29 歳以下では 33 %を超えており、特に、産婦人科、小児科などの診療科では特に高い傾向を示している。女性は妊娠、出産という重要な役割を担う分、医師の配置を考える上で配慮が必要。
- ④ へき地・過疎地医療の確保に資すること広い県土に人口が分散している特徴を有し、各二次救急の中心となる圏域の中核病院から 1 時間以上を要する地域も数多くあることから、県全体で均衡ある医療サービスを提供するための体制整備が必要。
- ⑤ 医療資源の効率化、とりわけ急性期と亜急性期・回復期の機能分担・連携等に資すること地域医療連携体制を考える上での基本であり、公立病院改革ガイドラインにおける再編・ネットワーク化を進める上でも機能の重複や競合の回避と適切な機能分担を図ることが求められている。

（２）原則から導き出される救急医療等確保事業の充実

上記（１）①～⑤の原則に基づき、救急医療等確保事業を勘案した医療機関の考え方は以下のとおりです。

- ① キャリア形成及び急性期医療確保の原則から
 - ア 臨床研修指定病院重視、特に初期・後期一貫医育医療機関重視
 - イ 単独型臨床研修指定病院は、産婦人科、小児科、救急医療の研修実施が必要であり、これら医療を担う人材の確保を図る上でも重視
 - ウ 臨床研修指定病院は、中堅指導医クラスの一定の集積がなされ、急性期医療を担うにふさわしい病院として重視
 - エ 初期・後期一貫医育医療機関は、マグネットホスピタルとして人材供給機能の一翼を担うことを明記し重視
 - オ 特定の疾患に関し専門性の高い病院
- ② 過重労働の軽減等と女性医師勤務環境改善の原則から

- ア 圏域の拠点病院からの医師派遣・支援（臨床研修指定病院重視）
 - イ 急性期－亜急性期・回復期病院の連携強化
 - ・医療資源が乏しく、公立病院依存が大きい地域は一体運営により、日当直支援、非常勤派遣等を行い、勤務環境を改善
 - ・医療資源の集積が厚い地域は、中核となる急性期病院との役割分担の強化、共同の女性医師対策事業の実施等により勤務環境を改善
 - ・公立病院にあっては、機動的・柔軟な労務施策を取り得るような経営形態が望まれる。
- ③ へき地・過疎地医療の確保に関する原則から
- ア 亜急性期・回復期病院にあっては、公立病院の場合は、その役割としてへき地等の住民に対する１次救急医療や診療圏の２次救急医療、へき地・過疎地医療従事医師支援等の役割も重視
 - イ 上記病院は、へき地等が被災した場合の災害時医療への貢献が求められる。
 - ウ へき地、過疎地の診療所は、在宅医療を原則とし、常勤医配置が出来ない場合は、医師派遣や巡回診療で対応し医師の孤立化を防止。
- ④ 急性期－亜急性期・回復期連携の原則から
- ア 保健医療圏には、急性期－亜急性期・回復期の連携病院群が必要であり、自治体病院機能再編成の推進の観点からも公立病院改革ガイドラインを踏まえた再編・ネットワーク化の考え方を重視
（急性期病院に回復期が混在すると、平均在院日数の長期化や病院の役割の曖昧化による過度の患者集中、医療従事者のモチベーション低下、病院経営の悪化等の悪影響を及ぼす。）
 - イ 民間病院が存在する場合は、その果たしている役割を前提として連携体制を構築。ただし、へき地医療支援等、公的に果たすべき役割がある場合は、一体運営を前提として亜急性期・回復期病院を公的に確保。
 - ウ 亜急性期・回復期病院は、内科、小児科を中心とした幅広い診療能力を持った医師（米国で言う家庭専門医）を配置しつつチーム医療を徹底して、医師等の過重労働を軽減。

以上を踏まえ、医師をはじめとした医療従事者の確保・充実を図るべき病院等は次表のとおりです。

	求められる機能
基幹・中核病院	1. 初期・後期を通じた一貫した医師育成機能を有すること。 （少なくとも臨床研修指定を受けているか受けることが予定されていること） 2. 急性期医療病院（救命救急センターまたは２次救急医療の中心としての役割を含む。） 3. 青森県周産期医療システムにおいて位置づけられていること。 4. 小児医療に関し、救急を含む対応ができること。 5. 災害医療拠点病院であること。 6. 亜急性期・回復期病院との間で緊密な連携が図られ、医師派遣を含む支援機能を果たすこと。

専門病院	1. 特定の疾患等に関して専門性の高い医療を提供すること。
地域病院	1. 重急性期・回復期医療を担うこと。 2. 地域の1次～2次救急医療を担うこと。 3. へき地、過疎地の医療の確保のための支援を行うこと。 4. 基幹・中核病院と連携して、医療従事者の勤務環境の改善や女性医師の労働環境整備を図る事業を行うこと。 5. 地域の医療資源との連携、協力を積極的に行うこと。

(3) 課題となっている特定診療科医師確保について考慮すべき事項は以下のとおりです。

- ① 医師の過重負担を軽減し、医療の安全性を保障する上でも、産婦人科に関しては集約化を、また、小児科に関しては重点化を方向性とする。
- ② 集約・重点化先としては、臨床研修における必修診療科目であることを踏まえ、単独型臨床研修指定病院とし、加えて学会認定施設等であることが望ましい。
- ③ このほか、麻酔科等の全国的に不足している診療科の専門医についても重点化が図られるべきであり、救命救急センターや圏域の2次救急の中心としての役割を担っている病院をその対象とする。
- ④ 最近、医学部への入学制度については、相当の柔軟性をもって大学の独自性が発揮できるようになっており、特定診療科医師の確保に向けた検討を行う。
- ⑤ 産婦人科や小児科、麻酔科は他の診療科に比して女性医師の比率が高く、ワークシェアリングや裁量労働時間制度、医師として復帰を容易にする等、妊娠・出産・育児等に配慮できる制度が望まれる。公立病院にあっては、この点を含めて、地方独立行政法人化や指定管理者制度の導入など経営形態の見直しも検討する必要がある。
- ⑥ このほか、産婦人科を始めとした全国的に不足している診療科医師については、奨学金制度の中で誘因を設ける等の努力がなされているが、基本的には不規則な過重勤務や高い訴訟リスクとこれに対する報酬をはじめとした待遇の相対的低さ等に起因して成り手が減少していることが問題の根底にあり、国レベルでの制度見直しを求めていく必要がある。

平成20年度関係機関等への説明、報告の状況

○自治体病院機能再編成に関する関係機関への説明(平成20年10月下旬)

正副連合長会議で決定した再編成の大枠(中核病院の規模・医療機能等、中核病院建設場所の変更、サテライト病院・診療所となる病院とその機能など)について説明を行った。

- ・弘前大学大学院医学研究科長への説明(平成20年10月21日)
- ・青森県医師会長への説明(平成20年10月23日)
- ・北五医師会長、西郡医師会長への説明(平成20年10月20日、28日)

○建設用地選定委員会委員への説明(平成20年10月下旬～11月上旬)

正副連合長会議で中核病院建設用地の変更が決定したことにより、建設用地の候補地選定を行った建設用地選定委員会委員に対し、用地の変更と変更の経緯について説明を行った。

○地域医療フォーラムへの参加(平成21年2月7日)

自治体病院機能再編成の趣旨や進捗状況を住民に説明するため、西北五地域医療研究会が主催する地域医療フォーラムに参加し、概要の説明及びパネリストによる意見交換を行った。(参加者 住民150名程度)

○総務省及び地元選出議員への要望書の提出(平成21年2月12日)

自治体病院機能再編成に係る国の財政支援策についてさらなる配慮がなされるよう総務省及び地元選出議員(2名)へ要望書の提出を行った。

○構成市町議会における審議(平成20年12月議会、平成21年3月議会)

広域連合規約の改正による中核病院及びサテライト医療機関に係る負担割合の設定について、各構成市町の12月議会(中核病院)、3月議会(サテライト医療機関)において審議された。

○広域連合議会への説明(平成20年11月21日、平成21年3月23日)

正副連合長会議で決定した再編成の大枠について11月議会で、公立病院再編等計画書の総務省への提出について3月議会において説明を行った。

○県(総務部、健康福祉部)への進捗状況の報告(随時)

○公立病院再編等計画書の提出(平成21年3月19日県へ提出、同年3月24日国へ提出)

公立病院の再編ネットワーク化・経営形態の見直し等に係る国の財政支援措置を受けるため、要件とされる総務省への公立病院再編等計画書の提出を県を通じて行った。

西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会設置要綱

(趣旨)

第1 西北五地域における自治体病院機能再編成の早期実現を図るために「西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会」(以下「推進委員会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2 推進委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 中核病院及びサテライト医療機関の医療機能に関すること。
- (2) 運営体制のあり方・経営管理方策に関すること。
- (3) 弘前大学医学部等関係機関との連携に関すること。
- (4) その他

2 推進委員会は、この検討結果を、つがる西北五広域連合へ報告する。

(組織)

第3 推進委員会は別表1に掲げる者をもって構成し、委員長は委員の互選により選任し、副委員長は委員長が指名する。

2 委員長は、推進委員会を総括する。

3 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるときは、副委員長がその職務を代理する。

(会議)

第4 委員長は、必要に応じて推進委員会を開催し、会議の議長になる。

2 委員長は、必要に応じて委員以外の者に対し、推進委員会への出席を求めることができる。

(庶務)

第5 推進委員会の庶務は、つがる西北五広域連合事務局において行う。

(その他)

第6 この要綱に定めるもののほか、推進委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会委員

	所 属 等	氏 名
委員長	五所川原市立西北中央病院長	相澤 中
副委員長	つがる市立成人病センター院長	加藤 智
委員	公立金木病院長代理	小野 裕明
委員	鰺ヶ沢町立中央病院長	星野 恵治
委員	鶴田町立中央病院長	鈴木 英登士
委員	青森県医療薬務課 医師確保・機能再編推進グループリーダー	藤本 幸男
委員	五所川原市立西北中央病院事務局長	平山 耕一
委員	公立金木病院事務長	石戸谷 鏡治
委員	つがる市立成人病センター事務長	神 千代光
委員	鰺ヶ沢町立中央病院事務長	石岡 幸男
委員	鶴田町立中央病院事務長	伊藤 正幸
委員	つがる西北五広域連合事務局長	横山 敏美

(H20.4.1 現在)

医療機能等検討委員会・経営管理等検討委員会 設置要綱

(趣旨)

第1 西北五地域における効率的な医療体制を整備するための課題を検討し、自治体病院機能再編成の早期実現を図るため「医療機能等検討委員会」および「経営管理等検討委員会」を設置する。

(所掌事項)

第2 医療機能等検討委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 中核病院の規模・機能に関すること。
- (2) サテライト医療機関の規模・機能に関すること。
- (3) その他

2 経営管理等検討委員会は、次に掲げる事項を所掌する。

- (1) 管理運営体制に関すること。
- (2) 財務問題に関すること。
- (3) その他

3 医療機能等検討委員会および経営管理等検討委員会は、この検討結果を、西北五地域自治体病院機能再編成推進委員会へ報告する。

(組織)

第3 医療機能等検討委員会は別表1、経営管理等検討委員会は別表2に掲げる者をもって構成し、座長は委員の互選により選任し、座長代理は座長が指名する。

2 座長は、医療機能等検討委員会、経営管理等検討委員会を総括する。

3 座長代理は、座長を補佐し、座長に事故があるときは、座長代理がその職務を代理する。

(会議)

第4 座長は、必要に応じて医療機能等検討委員会、経営管理等検討委員会を開催し、会議の議長になる。

2 座長は、必要に応じて委員以外の者に対し、医療機能等検討委員会、経営管理等検討委員会への出席を求めることができる。

(庶務)

第5 医療機能等検討委員会、経営管理等検討委員会の庶務は、つがる西北五広域連合事務局において行う。

(その他)

第6 この要綱に定めるもののほか、運営に関し必要な事項は、座長が別に定める。

附則

この要綱は、平成17年5月17日から施行する。

別表2 経営管理検討等検討委員会委員

	所 属 等	氏 名
座長代理	五所川原市財政課長	佐藤 明
委員	つがる市財政部次長	倉光 弘昭
委員	鰯ヶ沢町政策推進課長	平田 衛
委員	深浦町企画財政課長	佐藤 洋一
委員	鶴田町総務課長	澤田 武彦
委員	中泊町財政課長	加藤 憲一
委員	五所川原市立西北中央病院事務局長	平山 耕一
委員	つがる市立成人病センター事務長	神 千代光
委員	鰯ヶ沢町立中央病院事務長	石岡 幸男
委員	鶴田町立中央病院事務長	伊藤 正幸
委員	公立金木病院事務長	石戸谷 鏡治

(H20.4.1 現在)

※ 医療機能等検討委員会は平成 20 年度休止

自治体病院長会議設置要綱

（趣旨）

第1 つがる西北五広域連合規約（平成11年3月25日青森県知事許可）第16条の2第1項の規定に基づきつがる西北五広域連合に設置する顧問が同条第3項に規定する西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画（以下「再編成計画」という。）の推進を図るため述べる意見に資するため、自治体病院長会議を設置する。

（検討事項）

第2 自治体病院長会議は、次に掲げる事項を検討する。

- （1）西北五圏域における各自治体病院の役割及び機能分担に関すること。
- （2）中核病院の医療機能及び規模に関すること。
- （3）サテライト医療機関の医療機能、規模及びあり方に関すること。
- （4）その他

2 顧問は再編成計画の推進を図るため意見を述べるに当たっては、自治体病院長会議の検討結果を参考とすることができる。

（組織）

第3 自治体病院長会議は別表に掲げる者をもって構成する。

- 2 会長は顧問とし、副会長は会長が指名する。
- 3 会長は、自治体病院長会議を総括する。
- 4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、副会長がその職務を代理する。

（会議）

第4 会長は、必要に応じて自治体病院長会議を開催し、会議の議長になる。

- 2 会長は、必要に応じて委員以外の者に対し、自治体病院長会議への出席を求めることができる。

（庶務）

第5 自治体病院長会議の庶務は、つがる西北五広域連合事務局において行う。

（その他）

第6 この要綱に定めるもののほか、自治体病院長会議の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附則

この要綱は、平成20年4月21日から施行する

別表

(平成 20 年度)

	所属・職名	氏 名	備 考
会長	つがる西北五広域連合顧問	棟方 昭博	
委員	国保五所川原市立西北中央病院長	相澤 中	
委員	つがる市国保病院つがる市立成人病 センター院長	加藤 智	
委員	鰯ヶ沢町立中央病院長	星野 恵治	
委員	国保鶴田町立中央病院長 // 副院長	鈴木 英登士 山中 祐治	・平成 20 年 5 月まで ・平成 20 年 6 月から
委員	公立金木病院組合公立金木病院長	小野 裕明	

平成20年度 各会議の開催状況について

【正副連合長会議の開催状況】

会議名	開催日	協 議 案 件
②第1回	5月29日	・病院規模等の見直しについて
②第2回	7月 2日	・計画見直しの基本方向について ・サテライト病院の場所について
②第3回	7月30日	・経営管理等検討委員会を通じた確認事項について ・今後のスケジュールについて
②第4回	9月13日	・サテライト医療機関について
②第5回	9月24日	・中核病院の建設場所について ・サテライト診療所の有床化について ・西のサテライト病院について
②第6回	10月 9日	・サテライト診療所の有床化について ・中核病院建設地の見直しについて ・西のサテライト病院について
②第7回	11月17日	・費用負担における検討課題と対応方針について ・経営の収支計画について ・構成市町の負担割合について ・広域連合規約の改正（中核病院負担割合設定）について
②第8回	2月23日	・構成市町間の調整による病床規模（現病院）の縮小について ・広域連合規約の改正（サテライト医療機関負担割合設定）について ・中核病院基本背系業者の選定方法について
②第9回	3月19日	・公立病院再編等計画書等の作成とマスタープランの改定について

【機能再編成推進委員会の開催状況】

会議名	開催日	協 議 案 件
第21回	5月13日	・自治体病院機能再編成計画に係る進捗状況と今後の進め方について
第22回	11月11日	・経営収支計画について ・費用負担等における検討課題と対応方針について ・構成市町の負担割合について
第23回	2月20日	・構成市町間の調整による病床規模（現病院）の縮小について ・公立病院改革プランにおける再編ネットワーク化部分について

〔自治体病院長会議の開催状況〕

会議名	開催日	協 議 案 件
第1回	5月13日	・自治体病院長会議の今後の進め方について ・各病院の現状と課題について ・圏域の現状と課題について
第2回	5月23日	・病院の適正規模について
第3回	5月27日	・病院の適正規模について ・医療機能及び診療科目について
第4回	6月 3日	・医療機能及び診療科目について
第5回	6月17日	・自治体病院長会議報告について
第6回	9月22日	・中核病院の建設場所について ・サテライト病院の設置場所について ・サテライト診療所の有床化について

〔経営管理等検討委員会の開催状況〕

会議名	開催日	協 議 案 件
第14回	6月19日	・自治体病院機能再編成に係る経営収支計画案作成の進め方について
第15回	6月26日	・中核病院に係る経営収支計画 (案) について ・各市町の負担割合 (案) について
第16回	7月10日	・経営収支計画 (案) について ・各市町の負担割合 (案) について
第17回	7月17日	・経営収支計画 (案) について ・各市町の負担割合 (案) について ・公立病院特例債の活用について
第18回	7月24日	・中核病院の負担割合について ・費用負担等における検討課題について
第19回	8月12日	・費用負担等における検討課題について
第20回	8月21日	・費用負担等における検討課題について
第21回	10月24日	・経営収支計画案について ・費用負担等における検討課題について ・サテライト医療機関に係る各市町の負担割合案について
第22回	10月30日	・費用負担等における検討課題について

〔企画担当課長会議の開催状況〕

会議名	開催日	協 議 案 件
㊿第1回	10月30日	・広域連合規約（中核病院負担割合設定）の改正について
㊿第2回	2月 3日	・広域連合規約（サテライト医療機関負担割合設定）の改正について

〔西北中央病院スタッフからの意見聴取の状況〕

期 間	内 容
12月2日、9日、10日	・正副連合長会議合意事項の説明及びマスタープラン見直しの趣旨説明
1月～3月	・マスタープランの見直しに向けた意見聴取

表1 年齢3区分の人口推移(実数)

		国勢調査						推計人口
		昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成20年
全国 (千人)	総数	117,060	121,049	123,611	125,570	126,926	127,768	127,663
	0～14歳	27,507	26,033	22,486	20,014	18,472	17,521	
	15～64歳	78,835	82,506	85,904	87,165	86,220	84,092	
	65歳以上	10,647	12,468	14,895	18,261	22,005	25,672	
青森県 (人)	総数	1,523,907	1,524,448	1,482,873	1,481,663	1,475,728	1,436,657	1,394,881
	0～14歳	366,454	338,554	289,082	252,414	223,141	198,959	
	15～64歳	1,022,786	1,027,329	1,000,804	991,311	964,661	910,856	
	65歳以上	134,516	158,547	191,776	236,745	287,099	326,562	
西北五地域 (人)	総数	185,314	178,986	169,436	164,514	160,998	155,246	148,318
	0～14歳	43,262	38,534	32,050	26,973	23,146	20,084	
	15～64歳	122,229	117,692	110,886	105,645	99,706	92,701	
	65歳以上	19,823	22,758	26,468	31,896	37,907	42,445	
津軽地域 (人)	総数	360,378	358,057	350,603	350,366	347,066	317,610	308,824
	0～14歳	79,440	74,071	64,362	57,084	50,808	42,313	
	15～64歳	244,112	241,798	236,199	232,169	223,836	199,307	
	65歳以上	36,826	42,184	49,852	60,776	72,303	75,929	
八戸地域 (人)	総数	350,484	354,403	352,240	354,443	355,214	348,205	339,973
	0～14歳	88,627	81,275	70,612	63,117	56,974	51,224	
	15～64歳	235,266	240,823	240,804	240,175	234,917	223,166	
	65歳以上	26,591	32,305	40,606	50,945	63,137	73,796	
青森地域 (人)	総数	331,523	334,520	323,604	327,944	329,161	340,427	330,993
	0～14歳	79,965	74,535	62,777	54,373	47,855	45,562	
	15～64歳	225,254	228,563	221,809	225,009	222,251	222,519	
	65歳以上	26,304	31,411	38,293	47,913	58,891	72,308	
上十三地域 (人)	総数	198,951	202,117	195,791	195,591	195,923	191,417	186,476
	0～14歳	49,724	46,863	40,087	34,960	30,680	27,759	
	15～64歳	133,063	135,848	131,585	130,212	127,619	120,903	
	65歳以上	16,164	19,405	24,095	30,418	37,505	42,609	
下北地域 (人)	総数	97,257	96,365	91,199	88,805	87,366	83,752	80,297
	0～14歳	25,436	23,276	19,194	15,907	13,678	12,017	
	15～64歳	62,862	62,605	59,521	58,101	56,332	52,260	
	65歳以上	8,959	10,484	12,462	14,797	17,356	19,475	

※1.全国の平成20年推計人口は、総務省統計局による平成20年9月1日現在のデータによる。

2.その他の平成20年推計人口は、青森県企画政策部統計分析課による平成20年10月1日現在のデータによる。

3.平成16年度人口以前、旧浪岡町は津軽地域であったが、平成17年度人口は新青森市誕生により青森地域として計上。

4.総数には年齢不詳分が含まれているため、各年齢区分の合計と合わない箇所がある。

表2 年齢3区分の人口推移（構成比）

(単位:%)

		国勢調査					
		昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年
全国	0～14歳	23.5	21.5	18.2	15.9	14.6	13.7
	15～64歳	67.3	68.2	69.5	69.4	67.9	65.8
	65歳以上	9.1	10.3	12.0	14.5	17.3	20.1
青森県	0～14歳	24.0	22.2	19.5	17.0	15.1	13.8
	15～64歳	67.1	67.4	67.5	66.9	65.4	63.4
	65歳以上	8.8	10.4	12.9	16.0	19.5	22.7
西北五地域	0～14歳	23.3	21.5	18.9	16.4	14.4	12.9
	15～64歳	66.0	65.8	65.4	64.2	61.9	59.7
	65歳以上	10.7	12.7	15.6	19.4	23.5	27.3
津軽地域	0～14歳	22.0	20.7	18.4	16.3	14.6	13.3
	15～64歳	67.7	67.5	67.4	66.3	64.5	62.8
	65歳以上	10.2	11.8	14.2	17.3	20.8	23.9
八戸地域	0～14歳	25.3	22.9	20.0	17.8	16.0	14.7
	15～64歳	67.1	68.0	68.4	67.8	66.1	64.1
	65歳以上	7.6	9.1	11.5	14.4	17.8	21.2
青森地域	0～14歳	24.1	22.3	19.4	16.6	14.5	13.4
	15～64歳	67.9	68.3	68.5	68.6	67.5	65.4
	65歳以上	7.9	9.4	11.8	14.6	17.9	21.2
上十三地域	0～14歳	25.0	23.2	20.5	17.9	15.7	14.5
	15～64歳	66.9	67.2	67.2	66.6	65.1	63.2
	65歳以上	8.1	9.6	12.3	15.6	19.1	22.3
下北地域	0～14歳	26.2	24.2	21.0	17.9	15.7	14.3
	15～64歳	64.6	65.0	65.3	65.4	64.5	62.4
	65歳以上	9.2	10.9	13.7	16.7	19.9	23.3

表3 西北五地域における将来推計人口

区 分	国調人口 (人)	将来推計人口 (人)		指数 (%)	
	H17 (2005)	H27 (2015)	H42 (2030)	H27 (2015)	H42 (2030)
五所川原市	62,181	57,891	48,863	93.1	78.6
つがる市	40,091	36,731	30,925	91.6	77.1
中 泊 町	14,184	11,907	8,698	83.9	61.3
鶴 田 町	15,218	13,900	11,611	91.3	76.3
鰺ヶ沢町	12,662	10,861	8,252	85.8	65.2
深 浦 町	10,910	9,199	6,750	84.3	61.9
西北五圏域計	155,246	140,489	115,099	90.5	74.1
(参考) 青森県	1,436,657	1,329,814	1,124,419	92.6	78.3

表4 西北五地域における年齢(3区分)別人口

区 分	国調人口 (人)	将来推計人口 (人)		構成割合 (%)	
	H17 (2005)	H27 (2015)	H42 (2030)	H27 (2015)	H42 (2030)
年少人口	20,087	14,403	10,102	10.2	8.8
生産年齢人口	92,712	79,348	58,405	56.5	50.7
老年人口	42,449	46,739	46,592	33.3	40.5

※「国立社会保障・人口問題研究所」の平成20年12月推計結果(平成17年度国勢調査をもとに推計)による。

表5 出生率の推移（人口千対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
全国	13.6	11.9	10.0	9.6	9.5	9.2	8.8	8.6
青森県	14.3	12.6	9.9	9.5	8.8	8.5	8.0	7.4
西北五地域	13.7	12.2	9.2	8.8	7.5	7.7	7.1	6.1
津軽地域	13.2	11.6	9.1	8.9	8.2	7.6	7.3	7.0
八戸地域	14.5	13.2	10.6	10.3	9.3	9.0	8.3	7.7
青森地域	14.8	12.5	9.8	9.0	8.8	8.6	8.1	7.5
上十三地域	15.1	13.3	10.6	10.0	9.8	9.2	8.9	8.3
下北地域	15.4	12.8	10.0	9.7	8.9	9.1	8.2	7.9

（青森県保健統計年報による）

$$\text{※ 出生率} = \frac{\text{年間出生数}}{\text{10月1日現在人口}} \times 1,000$$

表6 死亡率の推移（人口千対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
全国	6.2	6.3	6.7	7.4	7.7	7.8	8.2	8.6
青森県	6.6	6.9	7.3	8.5	8.9	9.2	9.9	10.4
西北五地域	7.7	8.0	8.9	9.9	10.8	10.3	11.9	12.4
津軽地域	7.3	7.8	8.2	9.3	9.8	10.3	10.7	11.3
八戸地域	5.9	6.2	6.4	7.7	7.7	8.3	9.0	9.3
青森地域	6.2	6.4	6.8	7.8	8.4	8.5	9.5	9.7
上十三地域	6.1	6.3	6.6	7.9	8.6	8.5	9.3	9.8
下北地域	6.6	7.4	7.6	9.2	10.0	10.2	10.2	11.3

（青森県保健統計年報による）

$$\text{※ 死亡率} = \frac{\text{年間死亡数}}{\text{10月1日現在人口}} \times 1,000$$

表7 悪性新生物による死亡率の推移（人口10万対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
西北五地域	175.9	205.6	240.8	280.2	313.1	295.0	348.4	382.8
津軽地域	169.0	211.4	221.0	261.4	295.3	298.3	338.7	351.0
八戸地域	104.7	138.3	153.0	195.2	216.7	240.7	258.2	264.8
青森地域	136.6	177.6	191.6	235.4	245.8	273.4	289.4	299.4
上十三地域	110.1	139.5	163.4	205.0	240.4	241.7	260.6	285.7
下北地域	151.1	166.0	-	277.0	302.0	288.7	330.8	357.5
青森県	140.2	174.3	192.4	236.0	261.1	270.9	298.2	313.9
全国	139.1	156.1	177.2	211.6	235.2	241.7	253.9	261.0

表8 心疾患による死亡率の推移（人口10万対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
西北五地域	107.9	151.4	183.6	167.2	184.5	167.0	199.2	186.2
津軽地域	115.7	131.8	163.1	142.7	148.1	169.0	172.3	190.3
八戸地域	97.0	127.8	143.9	112.3	108.1	109.9	124.9	142.5
青森地域	108.0	106.7	132.9	127.8	132.5	151.1	147.3	166.3
上十三地域	110.1	129.1	144.0	123.7	128.6	135.4	153.8	188.2
下北地域	45.0	153.6	-	157.6	152.2	127.0	151.9	162.4
青森県	107.2	129.0	151.8	133.5	136.9	143.8	154.4	171.2
全国	106.2	117.3	134.8	112.0	116.8	121.0	126.5	137.2

表9 脳血管疾患による死亡率の推移（人口10万対）

	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年
西北五地域	189.4	166.5	140.5	155.0	153.4	123.5	145.9	141.7
津軽地域	174.3	151.7	130.9	147.6	147.2	152.4	141.7	141.7
八戸地域	152.4	123.9	92.6	144.7	119.4	140.9	137.1	133.6
青森地域	139.7	114.5	101.7	139.0	132.5	120.2	151.3	139.9
上十三地域	147.3	133.1	106.2	123.2	131.7	108.9	126.9	113.8
下北地域	135.7	124.5	104.2	129.5	137.4	143.2	137.7	121.2
青森県	157.5	134.9	111.8	141.9	135.5	133.2	140.9	134.8
全国	139.5	112.2	99.4	117.9	105.5	103.4	102.3	101.7

表10 三大生活習慣病による標準化死亡比の推移(市町村別)

(平成10年～14年)

項目 圏域名		脳血管疾患		心疾患		悪性新生物	
		男	女	男	女	男	女
西北五地域	五所川原市	145.7	131.0	123.6	91.3	119.1	114.3
	鰺ヶ沢町	102.2	69.9	99.8	77.8	113.7	93.7
	木造町	119.0	95.9	148.7	86.7	118.8	94.9
	深浦町	102.6	105.3	96.2	146.1	112.0	90.5
	森田村	142.9	72.5	146.7	67.8	102.5	112.6
	岩崎村	87.2	55.1	81.1	65.9	93.8	60.0
	柏村	155.6	128.9	123.6	133.5	107.9	72.3
	稲垣村	210.2	183.5	183.6	132.2	115.8	115.6
	車力村	103.0	62.0	86.3	50.0	119.6	92.6
	金木町	145.0	97.6	149.9	87.0	95.8	82.1
	中里町	129.6	105.4	135.1	135.2	130.8	108.9
	鶴田町	107.7	65.7	122.1	105.4	113.5	76.7
	市浦村	121.2	63.6	212.5	104.7	84.4	143.3
	小泊村	123.3	111.0	199.3	107.2	132.6	89.3
西北五地域		128.0	100.4	129.7	97.2	114.6	98.2
青森県		128.2	118.0	127.4	105.9	109.6	101.0

※ 標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。

表 1 1 市区町村別平均寿命と順位

＊平成17年における市区町村別平均寿命と順位 (全国1962市区町村、県内40市町村)

(順位は平均寿命の短い順)

(男性)

市 町 名	平均寿命 (歳)	県内 順位	全国 順位
鰯ヶ沢町	75.2	1	2
五所川原市	75.5	3	4
中泊町	75.6	4	6
深浦町	75.8	10	15
鶴田町	75.8	10	15
つがる市	76.0	16	28

(女性)

市 町 名	平均寿命 (歳)	県内 順位	全国 順位
中泊町	83.9	2	14
鰯ヶ沢町	84.8	20	172
深浦町	84.9	25	219
五所川原市	85.0	27	267
つがる市	85.0	27	267
鶴田町	85.0	27	267

資料 「市区町村別生命表 (平成17年)」をもとに作成

※順位は小数点第二位以下まで厳密に比較したものではなく、小数点第一位までの値が同じものは同順位とした。

表 1 2 西北五地域内の病院一覧

所在地	施設名	一般病床	療養病床	精神病床	感染症 病床	結核病床	合計	救急告示
五所川原市	五所川原市立西北中央病院	356	0	60	0	0	416	*
	増田病院	0	75	0	0	0	75	
	医療法人白生会胃腸病院	123	110	0	0	0	233	*
	布施病院	0	0	120	0	0	120	*
	公立金木病院	146	30	0	0	0	176	*
	医療法人慈仁会尾野病院	0	101	0	0	0	101	
つがる市	つがる市立成人病センター	104	0	0	0	0	104	*
	医療法人誠仁会尾野病院	0	265	0	0	0	265	
鰺ヶ沢町	鰺ヶ沢町立中央病院	140	0	0	0	0	140	*
鶴田町	鶴田町立中央病院	70	60	0	0	0	130	*
合計（10施設）		939	641	180	0	0	1,760	7

(平成20年4月現在)

表 1 3 西北五地域内の病院の標榜する診療科

所在地	施設名	内 科	呼 吸 器 科	消 化 器 科	循 環 器 科	小 児 科	精 神 科	神 経 科	神 経 内 科	心 療 内 科	ア レ ル ギ ー 科	リ ウ マ チ 科	外 科	整 形 外 科	形 成 外 科	美 容 外 科	脳 神 経 外 科	呼 吸 器 外 科	心 臓 血 管 外 科
五所川原市	五所川原市立西北中央病院	*				*	*	*				*	*	*	*		*		
	増田病院	*	*	*	*	*													
	医療法人白生会胃腸病院	*		*									*	*					
	布施病院						*	*											
	公立金木病院	*				*							*	*					
	医療法人慈仁会尾野病院	*												*					
つがる市	つがる市立成人病センター	*											*						
	医療法人誠仁会尾野病院	*		*		*							*	*					
鰺ヶ沢町	鰺ヶ沢町立中央病院	*				*							*	*					
鶴田町	鶴田町立中央病院	*				*							*	*					
合計（10施設）		9	1	3	1	6	2	2				1	7	7	1		1		

所在地	施設名	小 児 外 科	産 婦 人 科	産 科	婦 人 科	眼 科	耳 鼻 咽 喉 科	気 管 食 道 科	皮 膚 科	泌 尿 器 科	性 病 科	こ う 門 科	リ ハ ビ リ 科	放 射 線 科	麻 酔 科	歯 科	矯 正 歯 科	小 児 歯 科	歯 科 口 腔 外 科
五所川原市	五所川原市立西北中央病院		*			*	*		*	*				*	*				
	増田病院																		
	医療法人白生会胃腸病院				*	*			*	*		*	*						
	布施病院																		
	公立金木病院				*	*			*				*	*					
	医療法人慈仁会尾野病院								*										
つがる市	つがる市立成人病センター													*					
	医療法人誠仁会尾野病院								*				*						
鰺ヶ沢町	鰺ヶ沢町立中央病院				*	*	*									*			
鶴田町	鶴田町立中央病院					*													
合計（10施設）			1		3	5	2		5	2		1	3	3	1	1			

(平成20年4月現在)

表 1 4 西北五地域内の一般診療所及び病床数

所在地	施設数	一般病床	療養病床
五所川原市	49	171	12
つがる市	15	0	0
鰺ヶ沢町	5	19	0
深浦町	5	7	16
鶴田町	4	0	0
中泊町	8	0	0
合計	86	197	28

平成20年10月1日現在

表 1 5 西北五地域内一般診療所の標榜診療科

所在地	内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	小児科	精神科	神経科	歯科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	外科	整形外科	脳神経外科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	気管食道科	皮膚科	泌尿器科	性病科	こころの科	リハビリ科	放射線科	美容科
五所川原市	33	8	14	8	15	5	1		1	3	1	6	8	1	2	3	2	3	1	8	6	1	2	5	2	1
つがる市	15	2	4	3	6	1						4	2						2				1			
鰺ヶ沢町	5		1		2	1						1	1						1	1						
深浦町	5		1		1							2														
鶴田町	4		2	1	1							1					1									
中泊町	8				5	1		1				1	2						2						2	
合計	70	10	22	12	30	8	1	1	1	3	1	15	13	1	2	3	3	3	1	13	7	1	3	5	4	1

(平成20年10月現在)

表16 病院における治療実施状況(循環器疾患、神経・脳血管疾患)

(単位:施設)

区分		西北五 地域	津軽 地域	八戸 地域	青森 地域	上十三 地域	下北 地域	総数
循環器 疾患	冠動脈に対する経皮的カテーテル治療	1	3	3	4	1	1	13
	不整脈に対する経皮的カテーテル治療	1	1	1	2	1	1	7
	植込式除細動器移植術		1	1	1			3
	ペースメーカー移植術(再同期治療含む)	1	13	4	6	2	1	27
	経皮的補助人工装置装着	1	3	3	4	1	1	13
	冠動脈バイパス術		2	2	3		1	8
	人工心臓を使用する心大血管手術		2	2	3		1	8
	補助人口心臓(開心術)		1					1
神経・脳 血管疾患	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術		2	4	2	2	1	11
	硬膜外神経ブロック	2	5	4	4	4		19
	脳刺激装置植込術・頭蓋内電極植込術				1			1
	全身麻酔による開頭術		1	4	3	2	1	11
	脳血管内手術		1	1	2			4
	脳動脈瘤被包術		1	4	2	2	1	10
	脳内血腫除去術		1	4	2	2	1	10
	経皮的脳血管形成術		1		2		1	4
	T-PA血栓溶解療法		2	3	3			8

※「H18青森県医療機能調査」

(対象期間:平成18年1月1日～12月31日。調査回答数:県内108病院。)

表17 病院における糖尿病患者への治療実施状況

(単位:施設)

区 分		総数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域
実施している 治療法	強化インスリン療法	34	3	6	6	10	7	2
	インスリン皮下持続注 入療法	25	3	5	6	8	3	0
人工透析を必 要とする症状 への対応	人工透析を要する糖尿 病腎症	29	2	6	8	7	4	2
	糖尿病性網膜症	29	5	6	8	5	4	1
	糖尿病性足病変	37	5	10	8	7	6	1

(治療実績:平成18年1月1日～同年12月31日)

表18 診療所における糖尿病患者への治療実施状況

(単位:施設)

区 分		総数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域
実施している 治療法	強化インスリン療法	83	6	18	19	22	15	3
	インスリン皮下持続注 入療法	29	5	9	5	4	4	2
人工透析を必 要とする症状 への対応	人工透析を要する糖尿 病腎症	27	2	6	6	10	3	0
	糖尿病性網膜症	44	1	17	9	14	3	0
	糖尿病性足病変	46	4	14	8	16	4	0

(治療実績:平成18年1月1日～同年12月31日)

表19 病院におけるリハビリテーション医療の状況

(単位:施設)

区 分		総数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域
リハビリテーション専用 病床	病院数	8	0	4	2	2	0	0
	病床数	517	0	268	95	154	0	0
うち回復期リハビリテ ーション病棟	病院数	6	0	4	1	1	0	0
	病床数	457	0	268	45	144	0	0
リハビリテ ーション施設基 準の届出状況	心大血管疾患リハビリ テーションⅠ	1	0	1	0	0	0	0
	心大血管疾患リハビリ テーションⅡ	1	0	1	0	0	0	0
	脳血管疾患リハビリ テーションⅠ	13	0	5	4	3	0	1
	脳血管疾患リハビリ テーションⅡ	50	5	13	15	10	5	2
	運動器リハビリテーショ ンⅠ	46	3	11	15	9	5	3
	運動器リハビリテーショ ンⅡ	17	3	7	4	3	0	0
	呼吸器リハビリテーショ ンⅠ	17	0	4	6	6	0	1
	呼吸器リハビリテーショ ンⅡ	13	1	4	4	1	2	1
	難病患者リハビリテー ション	3	0	2	1	0	0	0
	障害児者リハビリテー ション	7	0	2	3	2	0	0

(平成19年2月現在)

表20 医療従事者の状況 (病院)

(人)

区 分	総数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域
1 医師	1653.7	104.3	594.9	390.9	345.8	154.2	63.6
医師 (うち小児科医)	91.8	4.3	31.1	21.5	24.4	7.4	3.1
医師 (うち産科医)	47.4	3.4	16.6	9.1	12.6	2.7	3.0
医師 (うち麻酔科医)	69.5	2.1	34.2	15.9	13.1	3.7	0.5
2 歯科医師	46.0	1.0	15.9	11.3	10.3	4.2	3.3
3 薬剤師	378.0	28.0	109.1	91.8	88.4	50.7	10.0
4 保健師	13.1	1.0	3.0	4.1	3.0	1.0	1.0
5 助産師	172.2	16.0	75.8	39.0	13.0	14.6	13.8
6 看護師	7215.5	530.2	1848.6	1891.9	1886.1	752.2	306.5
7 准看護師	2079.4	264.0	474.9	459.9	479.2	299.0	102.4
8 理学療法士	266.5	15.1	78.9	77.8	60.5	17.2	17.0
9 作業療法士	231.9	19.5	73.2	64.8	55.4	12.0	7.0
10 言語聴覚士	49.5	0.0	17.5	17.0	11.0	1.0	3.0
11 視能訓練士	11.1	0.0	0.8	5.0	2.8	1.5	1.0
12 歯科衛生士	35.3	2.0	2.2	11.9	7.2	7.0	5.0
13 歯科技工士	13.0	1.0	1.0	2.0	5.0	2.0	2.0
14 社会福祉士	29.0	2.0	8.0	8.0	11.0	0.0	0.0
15 精神保健福祉士	57.0	4.0	13.0	23.0	13.0	3.0	1.0
16 診療放射線技師・診療X線技師	394.5	31.0	116.9	88.2	94.2	43.2	21.0
17 臨床検査技師・衛生検査技師	518.2	38.0	148.3	121.8	138.5	65.6	6.0
18 臨床工学技士	83.0	1.0	18.0	29.0	17.0	13.0	5.0
19 管理栄養士	131.5	7.0	37.0	31.0	34.0	16.5	6.0
20 栄養士	81.8	13.0	14.8	15.0	20.0	16.0	3.0
21 あん摩・マッサージ・指圧・針師	60.1	5.0	10.2	22.5	14.4	7.0	1.0
22 臨床心理士	23.6	1.0	4.8	9.0	6.8	2.0	0.0
23 健康運動指導士	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
24 健康運動実践指導者	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
25 医療社会事業従事者	69.3	3.8	14.0	10.7	23.0	17.8	0.0
26 事務職	1753.7	130.0	491.3	420.4	385.6	182.4	144.0
27 その他	3117.9	371.0	755.4	681.2	896.3	330.3	83.7

(平成19年2月現在)

※人数は常勤と非常勤の合計

表21 医療従事者の状況 (診療所)

(人)

区 分	総数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域
1 医師	735.8	56.7	209.2	169.6	212.0	64.9	23.4
2 歯科医師	8.0	3.0	0.0	1.0	0.0	2.0	2.0
3 薬剤師	27.7	0.0	8.3	5.0	5.4	5.0	4.0
4 助産師	33.6	3.0	9.2	12.4	7.0	2.0	0.0
5 看護師	852.3	60.3	206.7	199.0	260.3	72.1	53.9
6 准看護師	1892.0	144.7	502.6	461.6	569.1	170.5	43.5
7 理学療法士	26.5	0.0	5.1	10.2	8.8	0.4	2.0
8 作業療法士	14.5	0.0	2.2	6.1	6.2	0.0	0.0
9 事務職	1623.8	133.1	439.1	391.6	440.0	159.7	60.3
10 その他	1008.3	94.8	181.9	264.3	300.5	126.2	40.6

(平成19年2月現在)

※人数は常勤と非常勤の合計

表22 地域の医師数の状況

〔医療施設従事医師数〕 (人)		〔人口10万対医療施設従事医師数〕 (人)	
地 域	医師数 (実数)	地 域	10万対医師数
1 津軽地域	827	1 津軽地域	262.5
2 青森地域	593	2 青森地域	176.0
3 八戸地域	554	3 八戸地域	160.1
4 上十三地域	202	4 上十三地域	114.5
5 西北五地域	155	5 下北地域	106.9
6 下北地域	95	6 西北五地域	101.3
青 森 県	2,426	青 森 県	170.5
全 国	263,540	全 国	206.3

＊平成18年12月31日現在。厚生労働省調査データをもとに作成。

表23 自治体病院の医師数

(人)						
区 分	西北中央 病院	金木病院	鰺ヶ沢町 立 中央病院	つがる成 人病セン ター	鶴田町立 中央病院	計
常勤医師	28	8	5	6	4	51
非常勤医師	4.53	1.31	3.9	2.3	2.65	14.69
計	32.53	9.31	8.9	8.3	6.65	65.69

(平成20年5月現在)

表24 400床以上の一般病院の常勤医師数の状況

病院の区分	病院名	常勤医師数の平均
600床以上の病院	・弘前大学医学部附属病院 (津軽地域) ・県立中央病院 (青森地域)	204.5人
500床－599床の病院	・八戸市立市民病院 (八戸地域) ・青森市民病院 (青森地域)	88.0人
400床－499床の病院	・むつ総合病院 (下北地域) ・青森労災病院 (八戸地域) ・八戸赤十字病院 (八戸地域) ・十和田市立中央病院 (上十三地域) ・西北中央病院 (西北五地域)	41.2人

病院名	病床数	常勤医師数
西北中央病院	456床	30.0人

＊平成19年2月現在のデータ。H18青森県医療機能調査データをもとに作成

表 2 5 専門医等の状況（病院）

区 分	総 数	西北五地域	津軽地域	八戸地域	青森地域	上十三地域	下北地域
認定内科医	164	7	76	28	36	11	6
内科専門医	55	7	21	5	11	11	
循環器専門医	43	4	14	9	9	4	3
心臓血管外科専門医	22		9	7	4	2	
呼吸器専門医	18		7	4	4	3	
消化器専門医	48	6	20	4	10	5	3
消化器外科専門医	25		10	3	9	2	1
乳腺専門医	7		4	1		2	
産婦人科専門医	41	4	17	3	13		4
小児科専門医	44	1	13	8	16	5	1
小児外科専門医	5		3	2			
整形外科専門医	87	4	36	19	15	9	4
神経外科専門医	19		7	6	6		
病理専門医	15		9	2	3		1
放射線科専門医	29		16	5	7		1
麻酔科専門医	39	1	20	4	12	2	
リハビリテーション科専門医	5		2		3		
救急科専門医	10		4	3	1	2	

（平成19年2月現在）

表 2 6 県内における基準病床数と既存病床数

病床区分	圏 域	基準病床数(A)	既存病床数(B)	(B)－(A)
療養病床 及び 一般病床	西北五地域	1,303	1,596	293
	津軽地域	3,471	4,007	536
	八戸地域	3,298	3,342	44
	青森地域	3,278	3,337	59
	上十三地域	1,185	1,429	244
	下北地域	723	577	▲ 146
	合 計	13,258	14,288	1,030
精神病床	県 全 域	4,932	4,537	▲ 395
結核病床	県 全 域	98	112	14
感染症病床	県 全 域	32	20	▲ 12

※青森県保健医療計画(平成20年7月)による

既存病床数は平成20年3月31日現在のデータにより医療法施行規則に基づき算出

表 2 7 県内の結核病床を有する医療機関

圏域	医療機関	許可病床数	入院可能病床数
津軽地域	(財) 秀芳園弘前中央病院	36	36
八戸地域	なし	—	—
青森地域	県立中央病院	16	16
	(独) 国立病院機構青森病院	60	60
西北五地域	なし		
上十三地域	なし	—	—
下北地域	なし	—	—
合 計		112	112

(平成19年10月31日現在)

表 2 8 県内の感染症指定医療機関

区分	医 療 機 関 名		病床数
第一種感染症指定医療機関	未 指 定		(2)
第二種感染症指定医療機関	津軽地域	弘前大学医学部附属病院	6
	八戸地域	八戸市立市民病院	6
	青森地域	未 指 定	(6)
	西北五地域	未 指 定	(4)
	上十三地域	十和田市立中央病院	4
	下北地域	むつ総合病院	4

(平成19年10月31日現在)

表29 医療施設に入院する患者数(一日あたり)

(人)

区分		一般病床		療養病床		精神病床	
		入院患者数	人口10万 当たり	入院患者数	人口10万 当たり	入院患者数	人口10万 当たり
患者住 所地	県全体	10,069	707.4	2,880	202.3	3,919	275.3
	西北五地域	1,107	723	646	421.9	270	176.4
	津軽地域	2,537	805.9	592	188.1	716	227.4
	八戸地域	2,248	649.8	479	138.5	1,120	323.8
	青森地域	2,396	710.2	826	244.8	1,005	297.9
	上十三地域	1,237	651.9	221	116.5	677	356.8
	下北地域	544	659.3	116	140.6	131	158.8

(H19.2.1現在。＜ H18年青森県医療機能調査＞)

表30 西北五地域住民の入院患者の現況 (1日あたり)

(人)

区 分	総患者数	うち、西北五 圏域で	
		入院	うち自治体 病院に入院
一般病床	1,107	717	545
療養病床	646	594	60
精神病床	270	173	42
結核病床	9	0	0
計	2,032	1,484	647

(H19.2.1現在。＜ H18年青森県医療機能調査＞)

表3 1 自治体病院の患者数推移（平成5年度～19年度）

病院名	区分	5年度	6年度	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度
西北中央病院	入院患者数(人)	360	357	371	399	398	400	400	396
	外来患者数(人)	816	824	847	934	949	952	987	1,043
	病床利用率(%)	71.0	74.0	76.0	82.0	84.0	94.0	84.0	83.0
公立金木病院	入院患者数(人)	142	142	138	143	130	130	155	154
	外来患者数(人)	379	357	352	369	357	368	415	444
	病床利用率(%)	71.0	71.0	69.0	72.0	72.0	72.0	86.0	86.0
鰯ヶ沢町立中央病院	入院患者数(人)	130	131	130	134	117	118	121	121
	外来患者数(人)	443	472	484	534	517	506	483	463
	病床利用率(%)	93.0	94.0	93.0	96.0	84.0	84.0	86.0	86.0
つがる市立成人病センター	入院患者数(人)	94	99	94	95	84	84	88	96
	外来患者数(人)	285	295	298	281	279	279	291	297
	病床利用率(%)	74.0	78.0	74.0	75.0	75.0	75.0	79.0	85.0
鶴田町立中央病院	入院患者数(人)	86	86	84	84	77	66	77	80
	外来患者数(人)	272	292	301	325	326	319	307	303
	病床利用率(%)	61.0	61.0	60.0	60.0	55.0	47.0	55.0	62.0
合 計	入院患者数(人)	812	815	817	855	806	798	841	847
	外来患者数(人)	2,195	2,240	2,282	2,443	2,428	2,424	2,483	2,550

病院名	区分	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
西北中央病院	入院患者数(人)	374	385	383	380	350	318	287
	外来患者数(人)	1,058	1,029	1,028	1,001	970	861	817
	病床利用率(%)	79.0	81.0	80.5	79.8	73.6	66.9	68.9
公立金木病院	入院患者数(人)	138	131	122	131	135	124	124
	外来患者数(人)	412	389	357	332	287	270	268
	病床利用率(%)	77.0	73.0	67.9	72.8	74.9	69.5	70.3
鰯ヶ沢町立中央病院	入院患者数(人)	118	117	106	102	86	89	63
	外来患者数(人)	475	454	402	387	395	414	393
	病床利用率(%)	84.0	83.0	75.5	72.9	61.1	63.5	45.3
つがる市立成人病センター	入院患者数(人)	91	88	77	79	77	76	70
	外来患者数(人)	310	305	294	298	296	294	278
	病床利用率(%)	81.0	79.0	68.7	70.5	71.5	73.0	67.6
鶴田町立中央病院	入院患者数(人)	73	81	74	87	87	87	79
	外来患者数(人)	280	256	245	243	230	222	211
	病床利用率(%)	56.0	62.0	57.0	64.6	66.9	67.3	60.6
合 計	入院患者数(人)	794	802	762	779	735	694	623
	外来患者数(人)	2,535	2,433	2,326	2,261	2,178	2,061	1,967

※入院患者数、外来患者数は1日当たりの患者数

表 3 2 自治体病院の病床数と病床利用率

(平成19年度)

病 院 名	病床区分	病 床 数	病床利用率
西北中央病院	一般病床	3 5 6 床	69.70%
	精神病床	6 0 床	64.50%
公立金木病院	一般病床	1 4 6 床	65.60%
	療養病床	3 0 床	92.70%
鰯ヶ沢町立中央病院	一般病床	1 4 0 床	45.30%
つがる市成人病センター	一般病床	1 0 4 床	67.60%
鶴田町立中央病院	一般病床	7 0 床	69.90%
	療養病床	6 0 床	49.80%

表 3 3 西北五地域住民の推計入院患者数の推移

(千人)

	平成11年	平成14年	平成17年
総数	2.2	2.1	2.0
圏域内に入院	1.7	1.6	1.5
圏域外に入院	0.5	0.5	0.5

表 3 4 各医療圏の自地依存率（一般病床入院：病院＋診療所）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	10,359	733	2,926	2,553	2,743	949	455	-
	西北五 地 域	1,107	717	241	1	94	1	-	64.8%
	津 軽 地 域	2,537	10	2,405	2	120	-	-	94.8%
	八 戸 地 域	2,248	-	16	2,183	27	22	-	97.1%
	青 森 地 域	2,396	3	144	5	2,240	4	-	93.5%
	上十三 地 域	1,237	-	29	197	147	898	19	72.6%
	下 北 地 域	544	-	16	12	72	12	432	79.4%
	県 外	290	3	75	153	43	12	4	-

（平成18年度青森県医療機能調査による）

表 3 5 西北五地域の自地依存率（一般病床入院：病院＋診療所）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	1,107	717	241	1	147	1	-	64.8%
	五所川原市	404	262	70	1	71	-	-	64.9%
	つがる市	241	151	60	-	29	1	-	62.7%
	鰺ヶ沢町	142	105	29	-	8	-	-	73.9%
	深浦町	70	34	23	-	13	-	-	48.6%
	鶴田町	131	80	36	-	15	-	-	61.1%
	中泊町	119	85	23	-	11	-	-	71.4%

（平成18年度青森県医療機能調査による）

表 3 6 各医療圏の自地依存率（療養病床入院：病院＋診療所）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	2,942	609	699	519	824	183	108	-
	西北五 地 域	646	594	45	-	7	-	-	92.0%
	津 軽 地 域	592	8	580	-	4	-	-	98.0%
	八 戸 地 域	479	-	4	470	2	3	-	98.1%
	青 森 地 域	826	6	22	1	796	1	-	96.4%
	上十三 地 域	221	-	9	27	5	177	3	80.1%
	下 北 地 域	116	-	3	1	5	2	105	90.5%
	県 外	62	1	36	20	5	-	-	-

(平成18年度青森県医療機能調査による)

表 3 7 西北五地域の自地依存率（療養病床入院：病院＋診療所）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	646	594	45	-	7	-	-	92.0%
	五所川原市	249	233	12	-	4	-	-	93.6%
	つがる市	227	217	9	-	1	-	-	95.6%
	鰺ヶ沢町	26	20	5	-	1	-	-	76.9%
	深浦町	27	23	4	-	-	-	-	85.2%
	鶴田町	59	50	9	-	-	-	-	84.7%
	中泊町	58	51	6	-	1	-	-	87.9%

(平成18年度青森県医療機能調査による)

表 3 8 各医療圏の自地依存率（精神病床入院：病院）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	4,036	181	793	1,167	1,150	675	70	-
	西北五 地 域	270	173	69	-	6	-	-	64.1%
	津 軽 地 域	716	7	665	-	54	-	-	92.9%
	八 戸 地 域	1,120	1	-	1,015	6	97	-	90.6%
	青 森 地 域	1,005	1	37	4	960	3	-	95.5%
	上十三 地 域	677	-	5	64	58	547	3	80.8%
	下 北 地 域	131	-	1	6	37	20	67	51.1%
	県 外	117	-	26	76	5	8	-	-

(平成18年度青森県医療機能調査による)

表 3 9 西北五地域の自地依存率（精神病床入院：病院）

	施設所在地	総 数	西北五 地 域	津 軽 地 域	八 戸 地 域	青 森 地 域	上十三 地 域	下 北 地 域	自地 依存率
患者住 所 地	総 数	270	173	69	-	28	-	-	64.1%
	五所川原市	117	87	23	-	7	-	-	74.4%
	つがる市	53	31	15	-	7	-	-	58.5%
	鰺ヶ沢町	18	7	10	-	1	-	-	38.9%
	深浦町	18	10	5	-	3	-	-	55.6%
	鶴田町	29	14	11	-	4	-	-	48.3%
	中泊町	35	24	5	-	6	-	-	68.6%

(平成18年度青森県医療機能調査による)

表４０ 自治体病院（一般病床）の平均在院日数の推移（平成１３年度～１９年度）

病院名	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
西北中央病院	18.9	18.9	18.6	17.7	17.9	17.7	15.9
公立金木病院	25.9	21.7	21.4	23.1	23.9	24.8	22.9
鯉ヶ沢町立中央病院	23.9	23.9	26.0	25.1	22.4	23.9	20.0
つがる市立成人病センター	24.9	25.1	22.9	23.5	21.1	21.0	19.9
鶴田町立中央病院	23.4	24.7	22.8	24.2	24.0	23.2	22.9

表41 西北五地域の自治体病院の概要・平成19年度決算額

(千円、人、%)

	五所川原市立 西北中央病院	つがる市立成人 病センター	鯉ヶ沢町立 中央病院	国保鶴田町立 中央病院	公立金木病院	合 計
診療科 (H20. 4. 1)	第一内科、第二内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、形成外科、精神神経科、放射線科、リウマチ科	内科、外科、放射線科	内科、小児科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、婦人科、歯科	内科、小児科、外科、眼科、整形外科	内科、小児科、外科、整形外科、放射線科、リハビリテーション科、眼科、皮膚科、婦人科	
指定の状況	救急告示病院、災害拠点病院、病院群輪番制、周産期センター協力施設	救急告示病院	救急告示病院、へき地医療拠点病院	救急告示病院	救急告示病院	
病床数 (H20. 4. 1)						
一般	356	92	140	70	146	804
療養				60	30	90
精神	60					60
計	416	92	140	130	176	954
病床利用率 (19年度)						
一般	69.7	67.6	45.3	69.9	65.6	65.5
療養				49.8	92.7	64.1
精神	64.5					64.5
計	68.9	67.6	45.3	60.6	70.3	65.3
1日当たり患者数						
入院(一般)	248.0	70.3	63.4	49.0	95.8	526.5
入院(療養)				29.9	27.8	57.7
入院(精神)	38.7					38.7
(入院小計)	286.6	70.3	63.4	78.8	123.7	65.3
外来	816.8	277.6	392.8	210.6	268.4	1,966.2
医師配置						
医師数	32.0	8.4	9.95	6.65	9.2	66.2
(うち常勤)	27.0	6.0	6.0	4.0	8.0	51.0
決算 (H19)						
純損益	△ 795,561	△ 105,338	△ 351,352	△ 14,743	△ 318,023	△ 1,585,017
不良債務	249,375	107,936	349,244	708,254	1,056,343	2,471,152
累積欠損金	1,557,252	167,318	831,257	1,579,960	2,280,566	6,416,353
一般会計繰入金	450,000	210,000	178,000	200,000	284,185	1,322,185
医業収支比率	87.4	93.9	84.0	92.5	81.9	87.6
経常収支比率	89.5	94.4	82.0	99.0	93.2	89.2
不良債務比率	4.0	6.2	22.1	54.3	74.2	20.2