

病院事業の広域連合制度の成立と今後の 広域連合立病院・診療所の経営と財政の課題

— 青森県西北五地域の事例

横 山 純 一

はじめに

自治体病院（市町村立病院）が地域医療に果たす役割は大きいですが、今日、医師・看護師不足や地方財政の悪化などにより厳しい環境におかれている自治体病院が多い。これを打開する方策の一つとして広域連合があると筆者は考え、これまで広域連合により病院事業が広く営まれてきたフィンランド⁽¹⁾ならびに島根県の隠岐地域の広域連合⁽²⁾について調査・研究してきた。

フィンランドでは民間の医療機関が少ないことにより、医療に果たす自治体の役割がきわめて大きい。国が20の2次医療圏を設定し、自治体は2次医療に関する広域連合への加入が義務づけられている。1次医療についても小規模自治体が多いため、自治体が内発的につくる広域連合が運営する広域連合立の病院・診療所が少なくない。さらに、フィンランドでは病院以外にも職業専門学校や廃棄物処理、交通・運輸などで広域連合が展開されている。フィンランドの自治体財政と広域連合財政を合計した財政規模は約380億ユーロだが、このうち広域連合の財政規模は実に87億ユーロにのぼっている。フィンランドでは、

-
- (1) 横山純一『地方自治体と高齢者福祉・教育福祉の政策課題 — 日本とフィンランド』第5章、第6章、同文館出版、2012年3月、同「フィンランドにおける高齢者福祉の変化（1990—2006） — 1990年代前半の不況以後の高齢者介護サービスと福祉民営化、地域格差問題を中心に —」『開発論集』85号、北海学園大学開発研究所、2010年2月、同「フィンランドにおける2010年の国庫支出金改革と自治体財政の状況」『開発論集』87号、北海学園大学開発研究所、2011年3月。
- (2) 横山純一『高齢者福祉と地方自治体』第4章、同文館出版、2003年4月、同「福祉・医療に関する広域連合の展開と課題 — 空知中部広域連合（介護・国保）と隠岐広域連合（医療・介護）について —」、日本地方財政学会編『地方財政のパラダイム転換』、勁草書房、2005年3月。

このような広域連合の財政支出のうち、病院・診療所事業が3分の2を占めているのである⁽³⁾。さらに、島根県隠岐地域の広域連合は、隠岐地域の4町に県が加わった広域連合で（設立時は7町村、その後の市町村合併により現在は4町）、2つの広域連合立の病院（隠岐病院、島前病院）を有している。財政支援や医師の確保、地域内の病診連携（広域連合立の病院と町立の診療所の連携）に県が果たす役割が大きいことに特徴が見出せる。

本報告では青森県の「つがる西北五広域連合」を取り上げる。取り上げた理由は、離島医療対策の色彩の濃い隠岐地域の広域連合とは異なり、つがる西北五広域連合は2次医療圏域（西北五地域保健医療圏域、青森県には6つの保健医療圏域がある）を形成している市町（2市4町、五所川原市、つがる市、鯨ヶ沢町、中泊町、鶴田町、深浦町）で構成され、県が積極的にかかわりながら一般的な医療を2次医療圏域内で完結できるシステムづくりが目指されるとともに、医師、看護師などの医療資源確保に力点がおかれている。そして、この目的のために、これまでの各自治体病院の機能再編成をドラスティックに行おうとしていることに特徴が見出せるからである。

1. 西北五地域保健医療圏域における自治体病院再編とつがる西北五広域連合

(1) 自治体病院の機能再編成の経緯とつがる西北五広域連合の役割・内容

2001年3月に、青森県は自治体病院の厳しい運営状況や医師の確保が難しい現状を踏まえ、自治体病院の機能再編成計画の策定に着手することを決定した⁽⁴⁾。そして、県内の6つの2次医療圏域（保健医療圏域）の再編の基本的枠組みを各保健医療圏域に提示したが、西北五地域保健医療圏域の市町村のみが合意をし、他の5つの保健医

(3) 自治体連合（広域連合）の財政規模（2007年度決算）は87億9,614万ユーロで、福祉・保健医療が67億3,795万ユーロ、教育・文化が14億7,500万ユーロ、廃棄物処理が7,687万ユーロ、公的な交通・運輸が1億9,385万ユーロであった。また、福祉・保健医療のうち1次医療が8億9,929万ユーロ、2次以上の医療が49億7,116万ユーロ、教育・文化のうち職業専門学校が10億307万ユーロであった。注(1)の横山前掲書ならびに2つの横山前掲論文を参照。

(4) 自治体病院の機能再編成の経過については、つがる西北五広域連合『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）』（以下、『マスタープラン』と略す）、2009年3月、同『自治体病院機能再編成計画について』（以下、『再編成計画』と略す）、2011年、ならびに2012年1月と2012年8月に筆者が実施したつがる西北五広域連合における聞き取り調査に基づく。

療圏域（青森地域保健医療圏域、津軽地域保健医療圏域、八戸地域保健医療圏域、上十三地域保健医療圏域、下北地域保健医療圏域）に属する市町村の合意を得ることはできなかった。合意に至った西北五地域保健医療圏域では、2002年12月に県主導による「自治体病院機能再編成計画」が策定され、翌2003年4月には将来の広域による運営への移行を視野に入れながら、再編後の病院・診療所の設置運営の受け皿として、すでに存在していた、つがる西北五広域連合が予定されることになった。

つがる西北五広域連合は1999年3月に五所川原市を中心とする14市町村（その後の市町村合併で現在は2市4町）で発足し、広域市町村圏計画の策定や介護認定審査会の設置・運営、障害者自立支援法に基づく地域自立支援協議会の設置・運営などを主な仕事としてきたが、再編後の病院・診療所の設置運営の受け皿となることが決まり、「西北五地域保健医療圏自治体病院機能再編成計画に係る中核病院およびサテライト医療機関の設置および管理運営に関すること」が新たな仕事として加わり、職員体制が強化された⁽⁵⁾。そして、西北五地域保健医療圏域のすべての自治体病院は、2012年4月に広域連合に移管されたのである。

2012年1月現在、つがる西北五広域連合の広域連合長は五所川原市長が務め、五所川原市を除く市長と町長は副広域連合長を務める。広域連合議会は9名で構成され、五所川原市議会から3名、つがる市議会から2名、他の町議会から1名となっている。事務局員は22名で、この中には青森県市町村課から派遣され、事務局次長を担っている者が含まれている。病院再編を担当する事務局職員は広域連合全職員の約半分の10名となっている。

（2） つがる西北五地域保健医療圏域の概要と特徴

西北五地域保健医療圏域は、青森県西部に位置し、人口は14万3,817人（2010年国勢調査）、面積は1,752平方キロメートルで、南北方向に広い。広域連合を構成する市町の人口、高齢者比率は図表1のとおりである。西北五地域保健医療圏域は青森県内で急速に高齢化、過疎化が進行している地域で、図表1の市町に板柳町を加えた2市5町全体での高齢者比率は30.2%である。このうち、つがる市、中泊町、鱒ヶ沢町、深浦町が30%台になっている。

(5) つがる西北五広域連合の概要については、主に2012年1月の筆者のつがる西北五広域連合における聞き取り調査に基づくが、同広域連合の組織名簿（2011年11月30日現在）、同広域連合の規約も参照した。

図表 1 西北五地域保健医療圏域構成市町の人口、高齢者比率

(人、%)

		2000	2010	備 考
五所川原市	人 口	63,208	58,421	2005年3月28日、五所川原市、金木町、市浦村が合併、五所川原市。
	高齢者比率	21.2%	27.8%	
つがる市	人 口	41,320	37,243	2005年2月11日、木造町、森田村、柏村、稲垣村、車力村が合併、つがる市。
	高齢者比率	24.3%	30.0%	
鱒ヶ沢町	人 口	13,551	11,449	
	高齢者比率	27.4%	34.5%	
深 浦 町	人 口	11,799	9,691	2005年3月31日、深浦町、岩崎村が合併、深浦町。
	高齢者比率	28.7%	38.9%	
鶴 田 町	人 口	15,795	14,270	
	高齢者比率	23.7%	29.8%	
中 泊 町	人 口	15,325	12,743	2005年3月28日、中里町、小泊村が合併、中泊町。
	高齢者比率	23.8%	33.0%	

〔出所〕青森県企画政策部統計分析課『平成22年国勢調査による青森県の人口』、2011年11月。

出生率（人口千対）は低下傾向にあり、県7.2に対して1.3ポイント下回る5.9、死亡率（人口千対）は上昇傾向にあり、県10.7に対して1.9ポイント上回る12.6となっている（2007年）。主要死因別死亡率（2007年、人口10万対）をみると、生活習慣病である3大死因による死亡が上位を占めており、どの死因も全国平均、県平均を上回っている（悪性新生物は全国266.9、県327.7、西北五地域保健医療圏域394.4、心疾患は全国139.2、県167.6、西北五地域保健医療圏域193.5、脳血管疾患は全国100.8、県134.3、西北五地域保健医療圏域141.2）。また、西北五地域保健医療圏域の平均寿命（2005年）は全国や県内に比べて低く、とくに男性は、鱒ヶ沢町が75.2歳で県内1位（全国2位）、五所川原市が75.5歳で県内3位（全国4位）、中泊町が75.6歳で県内4位（全国6位）など、県内でも全国でもワーストクラスとなっている⁽⁶⁾。

(3) つがる西北五地域保健医療圏域の医療提供体制と自治体病院の現状

西北五地域保健医療圏域の医療提供体制（医療機関の状況）は、2009年4月1日現

(6) 出生率、死亡率、平均寿命等については青森県『青森県地域医療再生計画（西北五地域保健医療圏）』（以下、『地域医療再生計画』と略す）、2010年1月を参照。

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⁽⁷⁾。西北五地域保健医療圏域の病院における一般病床数と療養病床数を合計した病床数は1,468床である(図表2)。また、西北五地域保健医療圏域の病院と診療所をあわせた病床数(一般病床数と療養病床数の合計)は1,492床(2009年4月1日現在)で、西北五地域保健医療圏域の基準病床数(一般病床数と療養病床数の合計、2008年7月策定の青森県保健医療計画に基づく)である1,303床を189床上回っている。

病院の一般病床は847床、療養病床が621床である。一般病床は自治体病院、療養病床は民間病院が、その割合の多くを占めている。つまり、救急医療や急性期、亜急性期医療はほとんど自治体病院が担っているのであり、一般病床847床のうち724床は自治体病院である。自治体病院では、中核的な医療施設として五所川原市立西北中央病院(一般病床352床、精神病床60床)があり、このほかにつがる市立成人病センター(一般病床92床)、公立金木病院(五所川原市と中泊町の一部事務組合立、一般病床120床、療養病床30床)、鱒ヶ沢町立中央病院(一般病床100床)、鶴田町立中央病院

図表2 西北五地域保健医療圏域における病院の状況

施設名	所在地	病 床					合 計	
		一般	療養	精神	結核	感染症		
自治体病院	五所川原市立西北中央病院	五所川原市	352		60			412
	公立金木病院		120	30				150
	つがる市立成人病センター	つがる市	92					92
	鱒ヶ沢町立中央病院	鱒ヶ沢町	100					100
	鶴田町立中央病院	鶴田町	60	40				100
	小 計		724	70	60	0	0	854
民間病院	増田病院	五所川原市		75				75
	医療法人白生会胃腸病院		123	110				233
	布施病院				120			120
	医療法人慈仁会尾野病院			101				101
	医療法人誠仁会尾野病院	つがる市		265				265
	小 計		123	551	120	0	0	794
合 計			847	621	180	0	0	1,648

〔出所〕青森県『青森県地域医療再生計画(西北五地域保健医療圏)』、2010年1月。

(注) 数値は2009年4月1日現在。

(7) 『地域医療再生計画』を参照。

(一般病床60床、療養病床40床)がある。さらに、五所川原市立市浦診療所(無床)、深浦町立関診療所(5床)、中泊町立小泊診療所(無床)の3箇所の自治体立の診療所がある。なお、公立金木病院については、もともとは中里町と金木町による一部事務組合で運営されていたが、金木町が五所川原市に編入合併され、中里町が小泊町と合併して中泊町がつけられたことによって、現在の一部事務組合ができています。

一方、療養病床621床のうち551床が民間病院(70床は自治体立病院)で、民間病院の療養病床のすべてが五所川原市もしくはつがる市に存在している。民間病院では療養病床だけの病院がほとんどである。

(4) 自治体病院再編の目的と再編内容

自治体病院再編は次の3つの目的で行われる⁽⁸⁾。

つまり、まず、医療機能の高度化によりサービスの充実を図ることである。高度医療を担う役割の五所川原市立西北中央病院は、施設の老朽化に加えて、医師不足や心臓血管外科専門医、呼吸器専門医、消化器外科専門医など高度な医療を担う専門医が皆無のことなどがあり(2006年度青森県医療機能調査に基づく)、医療機能の高度化がなかなか進んでいない。そこで、新たな中核病院の新築・整備と医療機能の高度化が必要となっている。

次に、医師不足の解消を図ることである。現在は少数の医師が各病院に配置されている状況であるが、医師の多忙化や診療への不安、勤務条件への不満などにより、医師が病院現場から立ち去ってしまう状況が生じかねない。例えば、五所川原市立西北中央病院では、後述するように、病院の規模からすれば医師数は少ない。このため、医師1人あたりの患者数が多くなり、医師が稼ぐ1人あたり単価は、全国でもきわめて高い。さらに、常に医師が4~5人体制で救急外来に対応しており、医師の負担は大きい⁽⁹⁾。医師の働きがいのある職場づくりが必要であり、中核病院とサテライトの医療機関との連携システムの構築が大切になる。このため広域連合による提携が模索されなければならないのである。

3つ目は、持続可能な医療サービスの提供体制を構築することである。西北五地域保健医療圏域では多くの自治体病院が医師不足の中で赤字経営を続けているが、基準

(8) 『再編成計画』を参照。

(9) 五所川原市立西北中央病院における医師1人あたりの患者数や救急外来の状況については、筆者が2012年1月に実施した西北中央病院における聞き取り調査による。

外繰り出しなど自治体の一般会計が支えることにも限界がある。そこで、広域連合を形成し、広域連合による一体的経営を図ることによって、人、もの、予算を効率よく活用できるのである。

つまり、つがる西北五広域連合が運営主体となり、西北五地域保健医療圏域全体で地域医療を支えていく体制を構築する。このため、急性期医療や高度救急を担う新たな中核病院を整備して一般医療の圏域内での自己完結を目指すとともに、周辺の自治体病院をサテライト医療機関として位置づけ、回復期、在宅医療、外来診療等を担う機能への転換や中核病院との連携強化を図るというのである。

具体的には、2013年度末に広域連合立の中核病院（つがる総合病院、一般病床390床、感染症病床4床、精神病床40床）を五所川原市に新築・開設するとともに、五所川原市立西北中央病院を廃止する。さらに、各自治体病院を広域連合立の医療機関として再編し、2013年度末までに2つのサテライト病院（一般病床100床、このうち回復期リハビリ病床40床の金木病院と、へき地拠点医療病院で一般病床100床の鯉ヶ沢病院）、2つの無床のサテライト診療所（つがる診療所、鶴田診療所）に機能再編する（図表3）。そして、つがる総合病院の開設に先駆けて、五所川原市立西北中央病院を含む現在の5つの自治体立の病院の運営を2012年4月1日から西北五広域連合へ

図表3 再編後の病床数の変更

【再編成前】			【再編成後】	
①国保五所川原市立西北中央病院	一般 356床 精神 60床	➡ (廃止)	①中核病院 (新築)	一般 390床 精神 40床 感染症 4床
②公立金木病院組合 公立金木病院	一般 146床 療養 30床	➡ (改修)	②サテライト病院	一般 100床
③鯉ヶ沢町立中央病院	一般 140床	➡ (改修)	③サテライト病院	一般 100床
④つがる市国保病院 つがる市立成人病センター	一般 92床	➡ (改修)	④サテライト診療所	無床
⑤国保鶴田町立中央病院	一般 70床 療養 60床	➡ (改修)	⑤サテライト診療所	無床
計	一般 804床 精神 60床 療養 90床 954床		計	一般 590床 精神 40床 感染症 4床 634床

〔出所〕 図表2に同じ。

〔注〕 再編成前の数値は2008年12月現在の数値である。

移管するものとし、これが実施に移された。また、無床の診療所となる鶴田中央病院とつがる成人病センターについては、つがる総合病院の開院までの間に段階的に病床数を削減するものとされた。例えば、つがる成人病センターの場合は、2012年4月から52床とし、それ以降も段階的に減らし、2013年度末のつがる総合病院開院のときまでには無床とする計画になっているのである⁽¹⁰⁾。

なお、これまで西北五地域保健医療圏域の自治体病院は、その運営にあたる各自治体の判断のもと、地方公営企業法の一部適用で運営されてきたが、広域連合立に移行後は地方公営企業法の全部適用の体制をとることとなった⁽¹¹⁾。また、先述した市浦診療所や小泊診療所など3つの自治体立の診療所は広域連合には加えず、これまで同様市立、町立で運営されることになっている。

2. 西北五地域保健医療圏域の医療スタッフと患者の動向

(1) 西北五地域保健医療圏域の医療スタッフの状況

西北五地域保健医療圏域の医療施設従事医師数（実数）は142人である⁽¹²⁾。人口10万人対でみると95.7人で、県平均（174.9人）、全国平均（212.9人）に比べて著しく低い。青森県の6つの保健医療圏域の中で最も低く（最も高いのは津軽地域保健医療圏域の267.8人）、全国の半分にも満たないのである（2008年12月31日現在）。とくに自治体病院の常勤医は2010年度が51人と、2005年度（62人）に比べて大きく減少している。非常勤の医師14.69人を加えても65.69人である（医師の常勤換算は、週5日勤務の者を1.0人としてカウントし、例えば月曜日の午前中だけ勤務の者を0.1人、月曜日の午前・午後の勤務の者を0.2人としてカウントする）。五所川原市立西北中央病院はほぼ同規模の県内の病院の常勤医師数の平均41.2人を大きく下回る30人となっている（2007年2月現在）⁽¹³⁾。

西北五地域保健医療圏域では、現在は診療報酬がカットされる可能性のある医師充足率70%以下の病院こそないものの、厳しい医師確保の状況が続いている。鱒ヶ沢町

(10) つがる市立成人病センターにおける聞き取り調査（2012年1月）ならびに同センター資料による。

(11) つがる西北五広域連合における聞き取り調査（2012年1月）による。

(12) 『再編成計画』を参照。

(13) 『マスタープラン』を参照。

立中央病院では、2008年度には国の緊急臨時的医師派遣システムを活用するまでになっている⁽¹⁴⁾、公立金木病院では2009年度初めに、常勤医師が相次いで退職したことにより医療法上の医師の充足率（70％）を満たせなくなり、6月より標欠（入院基本料10％カット）の状況に陥ったのである⁽¹⁵⁾。

開業医については、高齢化が進んできているものの、減少はしていない。

就業看護師数（准看護師は含まない）は2008年末で720人、人口10万人対では485.4人で、全国平均（687.0人）、県内平均（768.8人）に比べて低い⁽¹⁶⁾。就業准看護師数は人口10万人対で440.9人となっており、全国平均（293.7人）を大きく上回っている。これは、西北五地域保健医療圏域の療養病床の多さと関係している。

（2） 西北五地域保健医療圏域の患者の動向

西北五地域保健医療圏域の特徴として、圏域外に流出する患者の割合が他圏域に比べて高いことがあげられる。西北五地域保健医療圏域に居住する住民のうち入院患者総数（1日あたり）は2,032人（2007年2月1日現在）で、このうち1,484人が西北五地域保健医療圏域内の医療機関に入院している。この1,484人の中で一般病床入院が717人、うち西北五地域保健医療圏域内の自治体病院に入院している者は545人であった（**図表4**）。また、一般病床だけではなく、療養病床と精神病床を含めての自治体病院の入院患者数（1日あたり）は、2002年度（802人）に比べて約20％減少している。西北五地域保健医療圏域では自地依存率（圏域内の患者が当該圏域内の病院と診療所を受療する割合、一般病床入院）が64.8％となっている（**図表5**）。津軽、八戸、青森の各保健医療圏域は90％台半ば、上十三地域保健医療圏域が72.6％、下北地域保健医療圏域が79.4％となっており、これらの圏域に比べれば西北五地域保健医療圏域がかなり低いことが把握できるのである。弘前大学病院があり、医師数などで優位に立つ隣接の津軽地域保健医療圏域へ患者が流出しているのである。

西北五地域保健医療圏域の各自治体ごとの自地依存率をみると（**図表6**）、五所川原市、つがる市、鶴田町、深浦町の自地依存率が低いことが把握できる。これは深浦町が西北五地域保健医療圏域の中核病院のある五所川原市から最も遠くに位置してい

(14) 『マスタープラン』を参照。

(15) 公立金木病院組合『公立金木病院組合経営健全化計画書』、2010年3月ならびに公立金木病院における聞き取り調査（2012年1月）による。

(16) 『地域医療再生計画』を参照。

図表4 西北五地域保健医療圏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

〔出所〕 図表2に同じ。

（注）2007年2月1日現在の数値である。

図表5 各保健医療圏域の自地依存率（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	10,359	733	2,926	2,553	2,743	949	455	—
	西北五地域	1,107	717	241	1	147	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	94	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	—

〔出所〕 つがる西北五広域連合『西北五広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）』、2009年3月。

（注）もとなるデータは2006年度青森県医療機能調査による（図表6も同じ）。

るため、患者が西北五地域保健医療圏域を飛び越えて一挙に青森地域保健医療圏域や津軽地域保健医療圏域に流出しているからである。また、図表6からは読み取ることにはできないが、同町の一部地域（岩崎地区など）が比較的秋田県の能代市に近いので、能代市や秋田市の病院を受療するケースがみられる。さらに、五所川原市、つがる市、鶴田町の自地依存率が低いのは、いずれも医療が充実している弘前市、青森市に近いことによるものである。五所川原市から弘前市までは25キロメートル、鶴田町からは20キロメートルである。その一方で、五所川原市立西北中央病院に入院する患者の

図表6 西北五地域保健医療圏域の自地依存率（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	上三地域	下北地域	自地依存率
患者住所在地	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%
	鱒ヶ沢町	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%

〔出所〕 図表5に同じ。

97.5%、外来患者の98.0%が西北五地域保健医療圏域の住民であり、圏域外からの流入がほとんどないのである⁽¹⁷⁾。

近年は、西北五地域保健医療圏域の自治体病院の外来患者数（1日あたり）が減少している。五所川原市立西北中央病院は2001年度の外来患者数が1,058人だったのに対して2008年度が855人、その他の自治体病院の合計外来患者数は2001年度が1,482人、2008年度が1,041人となっている⁽¹⁸⁾。入院患者数（1日あたり）も、五所川原市立西北中央病院が2001年度375人、2008年度313人となっていて62人減少、その他の自治体病院の合計も2001年度420人に対して2008年度は295人と125人減少している⁽¹⁹⁾。その原因には自治体病院の常勤医師数の減少の影響が大きい。そして、入院患者数の減少は自治体病院の病床利用率の減少に直結する。2008年度の自治体病院の病床利用率は、五所川原市立西北中央病院の一般病床（76.4%）、公立金木病院の療養病床（92.0%）を除き、7割に達していない。鱒ヶ沢町立中央病院のように30%台前半のところも存在しているのである（図表7）。

なお、西北五地域保健医療圏域の住民の療養病床への入院は646人である。このうち圏域内の入院が594人で自地依存率は92.0%であった。療養病床の入院受療率（人口10万人対の患者数）は423.4人と県内平均（202.7人）の2倍以上となっていて、他圏域に比べて飛びぬけて高いのである⁽²⁰⁾。

(17) 五所川原市立西北中央病院『平成23年度事業概要』、2011年を参照。

(18) 『地域医療再生計画』を参照。

(19) 『地域医療再生計画』を参照。

(20) 『地域医療再生計画』を参照。

図表7 西北五地域保健医療圏域の自治体病院の病床利用率

病 院 名	病床区分	病床利用率
五所川原市立西北中央病院	一般病床	76.4%
	精神病床	67.9%
公 立 金 木 病 院	一般病床	59.6%
	療養病床	92.0%
つがる市立成人病センター	一般病床	67.9%
鱒ヶ沢町立中央病院	一般病床	31.7%
鶴 田 町 立 中 央 病 院	一般病床	63.6%
	療養病床	47.8%

〔出所〕 図表2に同じ。

〔注〕 2008年度の数値である。

3. 西北五地域保健医療圏域の自治体病院の財政状況

近年、診療報酬の引き下げや医療費の抑制策、患者減少の影響を受けることによって、病院経営は自治体病院、民間病院を問わず厳しい状況におかれている。青森県には自治体病院が26存在するが、その全体をみると、累積欠損金が572億4,600万円、不良債務額（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84億9,700万円、医業収益に対する不良債務の比率（不良債務比率）は10.5%になっている（2010年度決算見込み）（図表8）。

図表9により西北五地域保健医療圏域の自治体病院の決算額をみると、つがる市立成人病センターを除く4つの自治体病院が不良債務を抱えており、その合計不良債務額は25億6,700万円にのぼっている。中でも公立金木病院の不良債務の金額が大きく13億8,900万円で、不良債務比率は87.7%になっている。他の3病院については、鶴田町立中央病院が6億3,500万円（不良債務比率76.3%）、鱒ヶ沢町立中央病院が2億5,200万円（同19.1%）、五所川原市立西北中央病院が2億9,100万円（同4.2%）の不良債務を抱えている。不良債務比率が10%を超過した場合には企業債の発行制限を受けることになる。公立金木病院は2009年度の不良債務比率が101.1%に達し、全国でワースト3に入っていたのである。公立金木病院、鶴田町立中央病院、鱒ヶ沢町立中央病院については、資金不足額（地財法）も大きい。資金不足比率は、公立金木病院が県内1位、鶴田町立中央病院が2位、鱒ヶ沢町立中央病院が5位になっている。

図表 8 2010年度青森県内自治体病院（市町村立・一部事務組合立）決算見込み

< 県計 >

(単位：百万円、%)

区 分		2009年度	2010年度見込	増 減	増 減 率
収 益 的 収 支	総収益	87,222	91,462	4,240	4.9
	医業収益	77,842	80,670	2,828	3.6
	うち入院収益	49,681	52,510	2,829	5.7
	うち外来収益	23,106	22,655	▲451	▲2.0
	医業外収益	8,143	8,540	397	4.9
	特別利益	1,238	2,251	1,013	81.8
	総費用	89,160	91,671	2,511	2.8
	医業費用	83,927	85,373	1,446	1.7
	うち職員給与費	40,408	41,553	1,145	2.8
	うち材料費	20,738	20,377	▲361	▲1.7
	うち減価償却費	4,751	5,181	430	9.1
	医業外費用	4,894	4,853	▲41	▲0.8
	支払利息	2,555	2,456	▲99	▲3.9
	特別損失	339	1,445	1,106	326.3
	経常損益	▲2,836	▲1,016	1,820	64.2
	経常利益	458	1,449	991	216.4
	経常損失	3,294	2,465	▲829	▲25.2
	純損益	▲1,938	▲210	1,728	89.2
	純利益	940	2,082	1,142	121.5
	純損失	2,878	2,292	▲586	▲20.4
累積欠損金	56,923	57,246	323	0.6	
不良債務額	11,609	8,497	▲3,112	▲26.8	
不良債務比率	14.9	10.5	▲4.4		
経常収支比率	96.8	98.9	2.1		
医業収支比率	92.8	94.5	1.7		
職員給与費比率	51.9	51.5	▲0.4		
材料費比率	26.6	25.3	▲1.3		
資金不足額（地財法）	15,579	11,677	▲3,902	▲25.0	
資金不足比率	20.0	14.4	▲5.6		

〔出所〕 青森県資料（2011年9月）。

（注）数値は2011年9月現在。

図表9 2010年度青森県内自治体病院（市町村立・一部事務組合立）決算見込み

区分	総収益		総費用		経常損益 B-D	純損益 A-C
	A	うち 経常収益B	C	うち 経常費用D		
1 青森市	12,352	12,352	12,540	12,507	▲155	▲188
青森市民病院	10,964	10,964	11,005	10,973	▲9	▲41
市立浪岡病院	1,389	1,389	1,535	1,534	▲146	▲147
2 弘前市立病院	4,459	4,390	4,611	4,599	▲209	▲152
3 八戸市立市民病院	15,591	15,591	14,981	14,760	831	609
4 黒石病院	4,671	4,528	4,525	4,523	5	146
5 西北中央病院	7,373	7,343	7,264	7,209	134	109
6 十和田市立中央病院	7,655	7,039	8,778	8,276	▲1,238	▲1,123
7 市立三沢病院	4,809	4,809	5,142	4,863	▲54	▲333
8 つがる市立成人病センター	2,078	2,078	2,005	1,997	81	72
9 平内中央病院	1,259	1,199	1,188	1,188	11	71
10 外ヶ浜中央病院	1,107	1,107	1,080	1,080	27	27
11 鱒ヶ沢町立中央病院	1,504	1,504	1,557	1,556	▲52	▲52
12 町立大鰐病院	859	835	822	821	14	37
13 板柳中央病院	959	922	1,041	943	▲21	▲82
14 鶴田町立中央病院	929	910	923	913	▲2	6
15 六戸町国保病院	525	519	535	530	▲10	▲10
16 おいらせ病院	919	919	909	909	9	9
17 三戸中央病院	1,839	1,770	1,739	1,734	36	100
18 五戸総合病院	2,710	2,708	2,848	2,843	▲135	▲138
19 名川病院	1,064	1,064	960	960	104	104
20 公立七戸病院	1,971	1,971	2,073	2,072	▲101	▲103
21 公立金木病院	1,885	1,685	1,846	1,792	▲107	39
22 下北医療センター	12,240	11,675	11,488	11,478	197	753
むつ総合病院（各診療所を含む）	11,123	10,567	10,486	10,479	88	637
むつ総合病院	9,445	9,444	9,438	9,433	11	7
各診療所	1,678	1,123	1,048	1,046	77	630
大間病院	1,098	1,088	971	969	119	127
むつりハビリテーション病院	20	20	31	30	▲10	▲11
23 公立野辺地病院	2,703	2,291	2,816	2,672	▲381	▲112
県合計	91,462	89,210	91,671	90,226	▲1,016	▲210

〔出所〕青森県資料（2011年9月）

（注1）本表は、2010年度決算見込みについて、各病院の2011年9月現在における概算値を集計したものである。

（注2）2008年度において、建設改良費等以外の経費の財源に充てるために借り入れした地方債（公立病院特例

（注3）一部事務組合下北医療センターが経営する各診療所については、集計上むつ総合病院の附属診療所とし

（注4）表示単位未満を四捨五入しているため、各病院の数値の計と県合計は必ずしも一致しない。

（注5）2008年度において、建設改良費等以外の経費の財源に充てるために起こした地方債（公立病院特例債）ものが資金不足額（地財法）となっている。

なお、八戸市立市民病院は不良債務がなく内部留保資金があるため、公立病院特例債現在高から内部留

（注6）資金不足額・資金不足比率は、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律（財政健全化法）」に基づ

(単位：百万円、%)

累積欠損金		不良債務額		不良債務比率		資金不足額 (地財法)		資金不足比率 (地財法)		公立病院 特例債 現在高
2009年度	2010年度	2009年度	2010年度	2009年度	2010年度	2009年度	2010年度	2009年度	2010年度	
188	376	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
115	156	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
74	221	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
1,003	1,154	185	207	5.0	5.3	507	475	13.6	12.2	268
13,233	12,624	0	0	0.0	0.0	63	0	0.5	0.0	1,191
5,637	5,491	490	327	11.4	7.6	1,347	1,041	31.3	24.3	714
1,881	1,772	457	291	7.0	4.2	457	291	7.0	4.2	0
4,654	5,777	1,547	0	27.8	0.0	2,737	855	49.2	13.6	995
1,201	1,534	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
138	65	27	0	1.4	0.0	27	0	1.4	0.0	0
2,464	2,393	110	0	10.8	0.0	110	0	10.8	0.0	0
45	18	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
1,151	1,203	240	252	16.6	19.1	590	601	40.8	45.6	349
1,067	1,030	122	56	16.3	7.8	270	180	36.1	24.9	124
2,907	2,989	388	283	52.0	35.6	580	444	77.7	55.8	160
1,666	1,660	682	635	63.7	76.3	682	635	63.7	76.3	0
423	433	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
0	0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
2,365	2,265	99	92	6.1	5.6	948	802	58.7	49.4	710
4,053	4,190	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
0	0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
1,225	1,327	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
2,874	2,835	1,451	1,389	101.1	87.7	1,451	1,389	101.1	87.7	0
5,283	4,530	5,226	4,176	53.0	41.5	5,226	4,176	53.0	41.5	0
4,860	4,223	5,024	4,105	55.9	45.0	5,024	4,105	55.9	45.0	0
0	0	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
4,860	4,230	5,188	4,483	836.1	1,025.7	5,188	4,483	836.1	1,025.7	0
423	295	243	125	27.8	13.3	243	125	27.8	13.3	0
0	11	0	0	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0
3,464	3,576	585	790	26.6	37.1	585	790	26.6	37.1	0
56,923	57,246	11,609	8,497	14.9	10.5	15,579	11,677	20.0	14.4	4,512

債)があるため、当該地方債の現在高を含む「資金不足額」は「不良債務額」よりも大きい数値となっている。て取り扱っている。

があり、資金不足額(地財法)は当該地方債の現在高を含むため、不良債務額に公立病院特例債現在高を加えた

保資金を差し引いたものが資金不足額(地財法)となっている。

く資金不足額・資金不足比率とは算定が異なるものである。

さらに、病院財政においては一般会計からの繰り入れが重要であるが、西北五地域保健医療圏域では一般会計が大変厳しい状況にある自治体が少なくない。このような自治体は、繰り入れに消極的になっている。例えば、鯨ヶ沢町は、2010年度決算（見込み）において、実質収支が4億2,189万円の赤字（実質収支比率はマイナス8.5%）であり、経常収支比率は県内最高の96.8%であった⁽²¹⁾。また、鯨ヶ沢町は、自治体財政健全化法に基づく健全化判断比率（2010年度決算）において、実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率、将来負担比率のいずれもが全国ワースト10に入っている。とくに実質公債費比率は24.1%となっており、早期財政健全化団体になる指標（25%）に届きそうなところまできているのである。

4. 自治体病院機能再編成の具体化と今後の展開⁽²²⁾

(1) 自治体病院機能再編成の具体化

広域連合での病院・診療所の運営をめぐるのは、新しい中核病院の内容、中核病院の建設予定地、中核病院にかかわる各自治体の負担割合、サテライト医療機関の内容、サテライト医療機関に対する各自治体の負担割合などが大きな課題となった。

各自治体間の利害調整が行われる中で、2007年1月に中核病院の設置および管理運営にかかわる経費の負担割合に関する6市町長間での合意がなされた。つまり、五所川原市と他の5市町との間で設置割（所在地割）をめぐる対立があったが、最終的に人口割10%、設置割60%、均等割5%、利用者割25%となったのである。その際に、利用者割の算定は前々年度の入院患者数プラス外来患者数によるものとし、人口割の算定では直近の国勢調査人口を用いるとともに、深浦町の人口算定において岩崎地区の人口（2010年度国勢調査人口では2,345人）を除くこととした。

2008年9月には五所川原市役所隣接地に中核病院（つがる総合病院）を建設することが確定した。また、2008年9月には、圏域の中で最も遠い地域にある鯨ヶ沢町立中央病院と公立金木病院を2つのサテライト病院として位置づけ、鶴田町立中央病院とつがる市立成人病センターをサテライトの無床診療所と位置づけることを決定した。さらに、サテライト医療機関の負担割合についても、2008年11月に6市町長間で合意

(21) 青森県資料（平成22年度普通会計決算収支見込）に基づく。

(22) この点については、主に『マスタープラン』『地域医療再生計画』を参照。

がなされた。サテライトの医療機関については、これまでの各自治体病院の患者数の市町村別内訳を考慮すれば、公立金木病院を除けば、利用者のほぼ80～90%が医療機関の所在地の自治体住民と予想されることから、設置割60%、利用者割40%ということになった。公立金木病院についても、設置割60%、利用者割40%は同じであるが、これまでと同様に、設置割については、五所川原市が60%、中泊町が40%の負担割合とすることになった。なお、各医療機関の各年度地域別延患者数（圏域外の患者数は含めない）と2010年度国勢調査人口に基づき、利用者割と人口割を算出して、各医療機関に対する各市町の負担率を算出すると、**図表10**のとおりとなる。各自治体病院の2010年度の地域別延患者数を**図表11**に掲げた。

また、サテライト病院について今後新築するののかについては将来の検討にゆだねられることになった。サテライトの診療所についても、既存の病院の改修により整備するのか、新築による整備を図るのがかが課題になったが、既存病院の設置自治体の判断によるものとされることになった。また、この負担割合は、2013年度より適用されるものとし、それまでは医療機関が広域連合へ移管された2012年4月1日以降も、医療機関の運営は基本的に各自治体財源によって行われることになった。

図表10 利用者割と人口割に基づいて算定された2011年度、2012年度の各医療機関負担率

(単位：%)

2011年度	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
つがる総合病院	78.72	9.27	2.83	3.32	3.78	2.08	100.00
金木病院	57.85	3.53	0.03	0.03	38.56	0.00	100.00
鯨ヶ沢病院	0.07	0.44	91.48	0.05	0.00	7.96	100.00
つがる診療所	1.00	97.37	0.58	0.35	0.46	0.24	100.00
鶴田診療所	0.67	0.83	0.03	98.41	0.06	0.00	100.00

2012年度	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
つがる総合病院	78.87	8.98	2.83	3.42	3.79	2.11	100.00
金木病院	57.07	3.14	0.02	0.02	39.74	0.01	100.00
鯨ヶ沢病院	0.10	0.51	91.40	0.03	0.00	7.96	100.00
つがる診療所	1.08	97.45	0.43	0.49	0.38	0.17	100.00
鶴田診療所	0.75	0.80	0.03	98.42	0.00	0.00	100.00

〔出所〕 つがる西北五広域連合資料による。

〔注〕 各病院の各年度地域別延患者数（圏域外の患者数は含めていない）、2010年度国勢調査人口に基づき、利用者割と人口割を算出して各医療機関に対する各市町の負担率を算出した。

図表11 各病院の2010年度地域別延患者数（圏域外の患者数は含めていない。）

① 五所川原市立西北中央病院

	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
入院(人)	57,736	19,744	5,248	7,259	8,231	3,868	102,086
外来(人)	104,259	44,528	8,605	11,149	15,678	4,924	189,143
合計(人)	161,995	64,272	13,853	18,408	23,909	8,792	291,229

② 公立金木病院

	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
入院(人)	13,434	2,788	15	21	16,170	0	32,428
外来(人)	35,942	4,568	28	30	20,718	9	61,295
合計(人)	49,376	7,356	43	51	36,888	9	93,723

③ 鯨ヶ沢町立中央病院

	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
入院(人)	39	198	8,971	0	0	3,057	12,265
外来(人)	120	643	42,127	47	0	9,894	52,831
合計(人)	159	841	51,098	47	0	12,951	65,096

④ つがる市立成人病センター

	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
入院(人)	977	22,459	265	622	73	118	24,514
外来(人)	1,239	54,415	614	378	697	241	57,584
合計(人)	2,216	76,874	879	1,000	770	359	82,098

⑤ 鶴田町立中央病院

	五所川原市	つがる市	鯨ヶ沢町	鶴田町	中泊町	深浦町	計
入院(人)	761	320	35	18,676	0	0	19,792
外来(人)	381	904	10	40,103	8	3	41,409
合計(人)	1,142	1,224	45	58,779	8	3	61,201

〔出所〕 図表10に同じ。

各医療機関の医療機能については、中核病院であるつがる総合病院は圏域の高度救急を含む救急医療と急性期医療を主体に、高度・専門医療から一般医療までを提供する。サテライト病院となる金木病院と鯨ヶ沢病院は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）を提供するとともに、在宅療養患者に対する診療および訪問看護について検討する。鯨ヶ沢病院については、へき地医療拠点病院機能も担う。サテライト診療所となるつがる診療所、鶴田診療所は、地域住民に対して初期医療を提供するとともに、在宅療養患者に対する診療および訪問看護ステー

ションと連携した訪問看護について検討することとしている。

各医療機関の診療科目については、つがる総合病院は21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・感染症内科、心臓血管外科・呼吸器外科、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、耳鼻咽喉科、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）で運営される。金木病院は8科（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）、鯨ヶ沢病院は8科（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）で運営され、サテライトの診療所となる鶴田診療所とつがる診療所は内科と外科で運営される。つがる総合病院の診療科目は弘前大学病院のものに準じており、診療科目数はこれまでの五所川原市立西北中央病院の診療科目数（19）よりも増えている。

各病院の病床数については、2013年度末のつがる総合病院開院までの間に、各病院の病床数を削減するものとした。そして、すでに図表3で示したように、つがる総合病院の機能強化に伴う一般病床の増床が行われる一方で、つがる市立成人病センターと鶴田町立中央病院が無床となるとともに、公立金木病院の療養病床の廃止と一般病床の縮小が行われる。2008年12月の西北五地域保健医療圏域の一般病床数（804床）と比べて、再編成完了後の一般病床数は25%減の590床となるのである。

（2）自治体病院機能再編成にかかわる中核病院の建設事業費

自治体病院の機能再編成計画の中で、最も重要なものは、中核病院であるつがる総合病院の建設である。つがる総合病院の位置については、2006年11月に五所川原市郊外の金山地区に建設することでいったんは市町長の間で合意がなされたが、2008年9月に、敷地が狭くなっても公共交通機関の利便性が重要であるとして、五所川原市役所隣接地（約1.2ヘクタール）に建設することが確定した。2013年度末までに建設、開院が予定されている⁽²³⁾。

つがる総合病院全体の建設費は約170億円で、その内訳は病院本体の建設工事費が117億円、電子カルテなどの医療情報関連が10億円、医療機器が40億円、設計関連が

(23) 『マスタープラン』を参照。

3億円である⁽²⁴⁾。特徴的なことは、これまでの一般的な病院建設で用いられる企業債（病院事業債）による病院建設工事とは異なり、青森県が財政支援して25億円を支出することである（図表12）。病院本体の建設工事費（117億円）から青森県の支援額を差し引いた額（92億円）が起債対象事業費となる。地方債としては、過疎対策事業債、病院事業債（広域連合による起債プラス一般会計出資債）を活用するものとし、起債対象事業費の50%に過疎対策事業債を充当する。残りの50%から災害分の7.3%を控除した残額（42.7%）をベースにして、その残額に割高経費の割合（61.0%）を掛け合わせたものが割高分（26.047%）となり、さらにその2分の1が一般会計出資債（13.0235%）となる。そして、起債対象事業費から過疎対策事業債（50%）、災害分（7.3%）および一般会計出資債（13.0235%）を除いた残額（29.6765%）が病院事業債（通常分）となる。

なお、図表12は、起債対象事業費を100とし、起債対象事業費の約61.0%が割高経費として示してある。起債総額に占める病院自主財源は14.83%、一般会計（一般財源）は33.32%、普通交付税措置が51.83%である。一般的な病院建設の場合に比べて、普通交付税措置の割合が高い過疎対策事業債（鶴田町を除く2市3町が発行できる）や青森県の財政支援により、つがる総合病院の本体の建設工事費の各市町の負担は低く抑えられているのである。

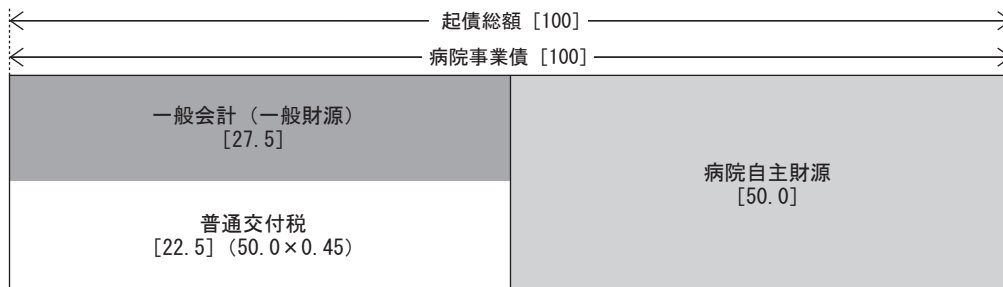
さらに、つがる総合病院の医療機器の整備や医療情報システムの整備については、国の地域医療再生臨時特例交付金（25億円）が用いられる。また、地域医療再生臨時特例交付金は弘前大学への寄附講座設置やサテライト医療機関の医療情報システムの整備等にも用いられるが、その約4分の3にあたる18億円が、つがる総合病院にかかわる支出分に使われることになっている。

(24) つがる西北五広域連合資料（病院建設に係る財源内訳）ならびに同広域連合における聞き取り調査（2012年1月）に基づく。

図表12 病院建設費に係る財源内訳

これまでの病院建設の場合（一般的な病院建設の場合）

- 病院事業債（通常分）を活用（起債対象事業費を100とする。）
全体事業費を117億円（つがる総合病院の建設費と同額）とした場合、その全額が起債対象事業費となる。



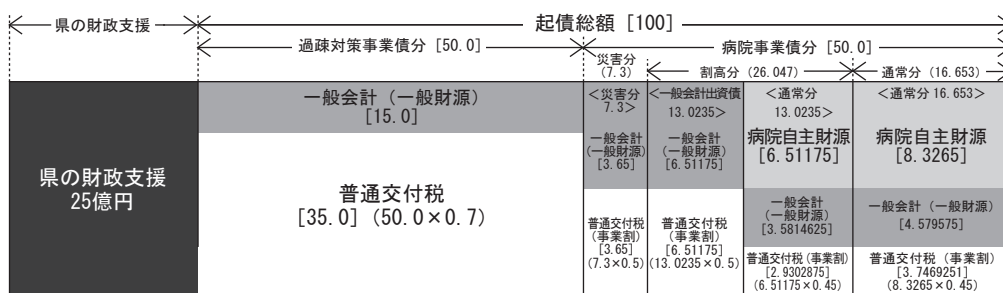
- 財源内訳 病院自主財源 50.0% (の部分) → 58.5億円
- 一般会計（一般財源） 27.5% (の部分) → 32.2億円
- 普通交付税措置 22.5% (の部分) → 26.3億円

病院の再編成による病院建設の場合（つがる総合病院の場合）

- 過疎対策事業債、一般会計出資債及び病院事業債（通常分）を活用
※ 県の財政支援は25億円である。全体事業費を117億円とした場合、全体事業費から県の財政支援（25億円）を差し引いた額が起債対象事業費（92億円）となる。（起債対象事業費を100とする。）

起債対象事業費の約61.0%が割高経費の場合（※ 建物の場合）

（2008年6月6日付け総務省通知「公立病院の再編等に係る財政措置の取扱いについて」の「第4 財政措置 1 ア ①」に該当する経費（全額を割高経費として取り扱う経費）が起債対象事業費の約22%）



- 財源内訳 県の財政支援 (の部分) → 25.0 億円
 - 病院自主財源 14.83825% (の部分) → 13.6 億円
 - 一般会計（一般財源） 33.3227875% (の部分) → 30.7 億円
 - 普通交付税措置 51.8389625% (の部分) → 47.7 億円
- (※ 起債総額に占める割合)

注1) 過疎地域に指定されていない鶴田町は過疎対策事業債を発行できないため、その分は病院事業債の発行額に上乗せされている。そのため、実際の充当財源は必ずしも上記と一致しない。

〔出所〕 つがる西北五広域連合資料による。

5. 中核病院（つがる総合病院）の収支見通し

つがる西北五広域連合は、『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）』（2009年3月、以下、『マスタープラン』と略す）の中で、広域連合の病院事業開始（つがる総合病院開院時）1年次、5年次、10年次における病院・診療所事業の収支予測を示している。そこで、病院・診療所事業全体とつがる総合病院の収支予測を紹介、検討しよう⁽²⁵⁾。

（1） 病院・診療所事業会計全体

収益的収支では、1年次に11億5,600万円の純損失が見込まれるが、10年次では4億800万円まで純損失額は減少する。資本的収支では、まだ建設工事費の償還が始まらない1年次はマイナス5,600万円だが、つがる総合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年次ではマイナス5億6,000万円、そのピークがすぎたことにより10年次にはマイナス3億2,500万円が見込まれる。したがって、収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計では、1年次で12億1,200万円、5年次で15億3,400万円、10年次で7億3,300万円の不足が生じる見込みである。不良債務については、つがる総合病院の償還がピークとなる5年次に2億5,700万円が予想されるものの、10年次では8億9,600万円の留保資金が蓄えられることになる見込みである。一般会計繰入金については、近年の各自治体の繰入金を参考に試算すると、1年次で10億9,700万円、5年次で15億8,400万円、10年次で13億3,400万円となっている。

（2） つがる総合病院

収益的収支では、開院1年次には8億9,900万円の純損失が見込まれるが、10年次では、1億4,900万円まで純損失は減少する予定である。これは、当初購入の医療機器等の減価償却が終了することや、開院5年目以降は平均在院日数を14日以内に抑えることを目標にし、これに伴う加算額を入院収益に算入したからである。資本的収支では、建物工事費にかかわる償還については、元金償還が5年間据え置かれるために、1年次にはマイナス5,600万円が済むものの、開院時に整備した医療機器の償還の

(25) 『マスタープラン』を参照。

ピークとなる5年次ではマイナス5億700万円に膨らむ。それが終了したことにより、建物工事と開院6年次目からの毎年度3億円を見込む医療機器にかかわる元金償還が主となる10年次ではマイナス2億5,700万円が予想される。したがって、収益的収支の差額と資本的収支の差額の合計は、1年次で9億5,400万円、5年次で12億2,200万円、10年次で4億600万円の不足が見込まれる。不良債務の発生の見込みについては、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は、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、償還がピークを迎える5年次に2億2,700万円の不良債務が発生すると予想されるものの、10年次では11億9,400万円の留保資金を蓄えることができると見込まれている。なお、つがる総合病院の運営にかかわる一般会計繰入金（一般会計から病院事業会計への繰り入れ）は、1年次で8億2,600万円、5年次で12億5,800万円、10年次で9億9,400万円と予想され、現行制度を踏まえて計算すると、繰入金のほぼ半分近くが地方交付税で措置されるものと見込まれている。また、各自治体が建設費の一部に充当するために活用する一般会計出資債の償還額は、1年次1億2,100万円、5年次4億900万円、10年次1億5,400万円と見込まれている。

(3) つがる総合病院の収支予測の修正⁽²⁶⁾

『マスタープラン』の収支予測は、主に県内の他の保健医療圏域にある既存の病院・診療所の運営実績を参考にしながら、前提条件を設定して数値をはじき出したものであった。このために、必ずしも西北五地域保健医療圏域の病院・診療所をとりまく地域実情の反映がなされているわけではないこと等のために、シミュレーションの粗さは否めなかった。さらに、後述するように、『マスタープラン』の策定以降、病院・診療所をとりまく、主として財源に関わる環境に変化が生じた。そこで、『マスタープラン』の収支予測に修正が施されることになった。

つがる総合病院の収支予測の主な修正点は次のとおりである。まず、『マスタープラン』では、過疎対策事業債の活用が考慮に入れられていなかったが、**図表12**で示したように、過疎対策事業債の活用ができるようになり、このことによって交付税の算入額が増えた。次に、つがる総合病院の建設費として青森県が25億円の財政支援を行

(26) つがる西北五広域連合における聞き取り調査（2012年8月）による。

うことが決定しているが、このことは『マスタープラン』では想定されていなかった。この2つの財源上の変化のため、『マスタープラン』では開院5年次（2018年度）の企業債償還額が10億1,497万円と見込まれていたが、これが2億8,500万円と減額修正されることになったのである。さらに、医業収益についても、『マスタープラン』よりも堅実な数値見込みがなされることとなった。つまり、『マスタープラン』では、平均在院日数を14日以内に抑えることによる加算額が見込まれていたが、実際には14日以内に抑えることが難しいケースが生まれることが予想されるために、現実的な判断を行って、入院収益の見込みが手堅く見積もられたのである。以上により、現在、つがる総合病院の収支予測は、改善の方向で修正されているのである。

6. 広域連合移行後の賃金・手当について⁽²⁷⁾

広域連合に移行することに伴って、病院・診療所で働く者の賃金・手当はどのように変化することになったのであろうか。

広域連合移行後の賃金条件の大筋を示せば、次のようになる。

まず、現給が保障されたことである。この場合の現給保障とは5つの医療機関の基本給が保障されることを意味するものであり、「給料の月額（給料の調整額、調整数、調整手当を含む）」を保障するものではない。労働組合は賃金をめぐる交渉の中で「給料の月額」の保障を求めたが、これは、広域連合に移行することにより、これまで自治体によって異なっていた給料の調整額や調整数が統一されれば、「給料の月額」で減額となる職員が出ることになるかと予想されたからである。

なお、一般会計が良好な財政状況にはない鯨ヶ沢町では、一般行政職員だけではなく、看護師などの病院職員に対しても独自削減が実施されてきたが、広域連合移行後は、病院職員については独自削減をしないことになった。このために、鯨ヶ沢町ではこの賃金増加分（約1,500万円）を一般会計で負担することになったのである。

次に、昇給昇格基準については、最も高い五所川原市の基準に合わせることになった。つまり、新規採用者は五所川原市（市立西北中央病院）の昇給昇格基準に統一し、既存職員は五所川原市の昇格基準を準用することになったのである。

(27) つがる西北五広域連合労働組合『結成大会報告・議案集』2012年3月、ならびにつがる西北五広域連合における聞き取り調査（2012年8月）による。

3つ目は、5つの医療機関の賃金格差是正は労働組合と政策当局との間の継続交渉課題とされたことである。各病院間で初任給格付けから昇給昇格基準、到達級などがばらばらであるため、労働組合は同じ職種間の賃金格差是正を最優先の課題に位置づけている。これに対し、政策当局は、最も良い条件のところに合わせる形で賃金格差是正を一挙に行えば財政負担が大きくなるので、つがる総合病院開院後の病院・診療所財政の状況をみて対処していきたいとしている。

4つ目は、各種手当（扶養手当、通勤手当、勤勉手当、時間外手当、夜間勤務手当、休日勤務手当等）、管理職手当、ならびに特殊勤務手当（感染症手当、夜間看護手当、救急医療待機手当、呼び出し手当、特殊業務手当等）が統一されたことである。これらについては他の保健医療圏域を参考にしながら決定がなされたのである。

5つ目は、医療職(二)が適用される診療放射線技師、臨床検査技師、精神科に勤務する看護師については調整手当が支給されるが、調整数は2とされた。調整数が3のところ（鯨ヶ沢病院、金木病院）は減額になり、また、同じ医療職(二)が適用となる薬剤師は調整手当の適用対象外となった。

6つ目は、医療職(一)が適用される医師の賃金であるが、その統一は見送られた。医師の確保の観点から従来の給与を支給することとしたのである。政策当局は、つがる総合病院開設までに統一の方向でもっていかうとしているようである。

7つ目は、退職手当にかかわる問題であるが、今回の賃金・手当の改定に伴い、人によっては現行の退職手当の引き下げが生じる可能性があり、その是正についても労使間で継続交渉課題となった。

なお、鶴田中央病院は2012年9月30日をもって廃止され、診療所が2012年12月にオープンする。この診療所化に伴って2012年10月1日付で人事異動が行われる予定である。鶴田中央病院の看護師23名のうち、西北中央病院に15名、金木病院に1名、鯨ヶ沢病院に3名、新しくオープンする鶴田診療所に4名が異動になる⁽²⁸⁾。今後、病院の病床数の削減や、つがる成人病センターの診療所化が行われる。とりわけ臨時・非常勤等の職員の雇用継続に影響が出てくることが懸念されるのである。

(28) つがる成人病センターにおける聞き取り調査（2012年8月）による。

7. つがる西北五広域連合の課題と展望(1)

では、自治体病院機能再編成計画の問題点や課題は何だろうか。

まず、新しい中核病院の建設や他の病院の機能転換にかかわる自治体の財政負担の問題があげられる。自治体病院機能再編成計画の実行と広域連合への移行は、各自治体病院がこれまで抱えてきた多額の不良債務を解消するチャンスでもある。例えば、公立金木病院では、「公立金木病院組合経営健全化計画」に基づいて、2009年度から2013年度までの5年間で一般会計から8億4,000万円の繰り出し基準外の支援を受けるとともに、2013年度には、第三セクター等改革推進債を活用して不良債務を全額解消することを決めている⁽²⁹⁾。さらに、青森県が中核病院の建設についての財政支援を行うことは、広域連合による医療機関運営におけるメリットと言える。また、中核病院とサテライトの医療機関との人事ローテーションシステムを可能とする配置方針についても、青森県が大きな役割を果たしている。このように広域連合立ち上がり時における青森県の役割は評価できるし、自治体の側からすれば財政負担軽減につながる。

しかし、つがる総合病院開院後の医療機関の運営が課題である。つがる総合病院開院後の青森県の役割は不明確だし、實際上、広域連合立ち上がり時のような財政支援は難しいだろう。しかも、一般会計が厳しい財政状況にある自治体も存在する。各自治体は広域連合負担金の配分割合で合意がなされてはいるものの、今後、広域連合立で運営された病院・診療所が厳しい運営を余儀なくされる可能性がある。

図表10でみたように、つがる診療所、鶴田診療所、鱒ヶ沢病院については、90%以上を設置自治体が負担する計算となる。その意味では、これまでの自治体立であったときの一般会計からの繰り出しと構造的にあまり変化がないとも言えなくもない。もちろん、今後、広域連合は効果的、効率的な病院・診療所運営に力を注ぐことと思われる。それでも、このような設置自治体の一般会計から広域連合の病院・診療所事業会計への繰り出し金が予想を大幅に上回る可能性は否定できないのである。

このような中、サテライトの診療所となる鶴田診療所とつがる診療所では、新築整備が

(29) 『公立金木病院組合経営健全化計画書』を参照。

目指されている。その建設工事費はつがる診療所が約9億2,000万円と見込まれている⁽³⁰⁾。この場合、つがる診療所の新築整備費のほとんどをつがる市が負担する。同様に診療所の新築整備を計画している鶴田町でも、その費用の大部分を鶴田町が負担することになる。問題は、その後の診療所運営である。なるほど、再編前の病院のときよりも、診療所になったことで各自自治体の一般会計からの繰り出しは少なくなるものの、医業収支や一般会計から病院事業会計への繰り出し額がどのようになるのかは、診療所の今後の運営しだいであると言えるのである。

また、鶴田診療所とつがる診療所は、広域連合立の医療機関において初期医療を担う診療所という位置づけになっているが、一方では、高度医療機器を導入して検査を充実させるなど、単に初期医療に特化するのではなく、いわゆる1.5次機能を担うことにより患者を各自自治体内にどれだけとどめることができるのかが注目される。他方、訪問看護の充実など地域包括ケアの取り組みをどれだけ行っていくのかが注目されるのである。両自治体ともに力点は前者におかれているように思われるが、中長期的な地域包括ケアの展望も、可能な限り示していくことが大切だと思われる。とくに地域包括ケアについては、一般行政の果たす役割が大きいし、責務でもあろう。

当面の新築整備はなく、改修工事に対応する金木病院や鯉ヶ沢病院についても、収支予測は行われているものの、医師の確保に課題が多く、実際の病院運営が今後どのように行われ、どのような結果となるのかは予測するのが難しいのが実情である。

さらに、つがる総合病院については、『マスタープラン』では、毎年度純損失は避けられないものの、10年スパンでみると不良債務の発生は回避できる見込みになっている。しかし、この見込みの場合、医師充足率を開院時よりも引き上げることや病床利用率85%を維持すること、7対1看護体制をとりながら在院日数14日以内を開院時5年目から確実に行うことができるようにすること等を前提にしている⁽³¹⁾。患者を西北五地域保健医療圏域内にとどめるための多様な努力も欠かせない。その意味では、中核病院であるつがる総合病院の今後の運営は、広域連合による運営体制のメリットを最大限活用しながら、また、国や県の財政支援の状況を見通しながら、行っていく必要があると言えるのである。

(30) つがる成人病センターにおける聞き取り調査(2012年8月)ならびにつがる市資料(つがる診療所の整備について)を参照。建設工事費には、約6億円の診療所本体の建設工事費のほか、地質調査費、建築設計費、外構工事費、備品購入費、医療機器購入費、土地代等を含む。

(31) 『マスタープラン』を参照。ただし、マスタープランの数値はその後修正が施されている。これについては、5.(3)を参照。

なお、不良債務解消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が決定している。

8. つがる西北五広域連合の課題と展望(2)

まず、中核病院での急性期治療を終えた患者への対応である。急性期治療や救急医療を担う中核病院では、その目的を踏まえれば治療後の入院期間をできるだけ短縮する方向となると思われるが、患者の転院先の確保が課題となる。なるほど急性期治療後の患者を受け入れるために金木病院に回復期リハビリテーション病棟を整備することが決定している。しかし、病床数は必ずしも多いとは言えず、その受け皿効果がどの程度になるのが不透明である。

次に、自治体病院の療養病床が全廃されることである。これに伴い、老人保健施設や特別養護老人ホームの整備が検討されなければならないと考えるが、全国的にも、青森県内の市町村の65歳以上の介護保険料が最も高い部類に入る中、今後の介護保険事業に関する各自治体の対応が注目される。

3番目に、一般病床や療養病床が減少するために、在宅に移行する患者が出てくるものと思われるが、在宅医療の展望が描ききれているのかの問題がある。とくに、これまでの病院のうち診療所への転換が確定しているつがる市や鶴田町の影響が大きい。なるほど、つがる市や鶴田町は五所川原市の中心部まで車で約20分くらいの距離にあるため、中核病院であるつがる総合病院までの距離はそう遠くはない。その意味では、急性期医療については大きな影響が出るとは思われないが、この2つの病院の再編成に伴う病床削減は、やはり大きい。今後、民間の医療機関を含めた在宅医療支援や地域医療連携ができるのかが課題となっているのである。開業医の高齢化等、西北五地域保健医療圏域のマンパワーの状況は厳しいものがある。訪問診療、在宅医療、訪問看護のきちんとした体制がとれるのかは不透明である。もちろん、これまでにも公立金木病院の訪問診療サービスの試み（金木病院の医師が特別養護老人ホームや在宅の患者を訪問）など注目すべきものがみられた。2007年度の訪問診療の件数は197件であったのに対し、2009年度は395件、2010年度は428件と増加しているのである。ただし、この金木病院のケースでも、嘱託の医師が1人で

行っているのが実状であり⁽³²⁾、今後のサービスへのニーズの拡大を考えれば、金木病院の複数の医師、五所川原市立市浦診療所や中泊町立小泊診療所、地域の開業医による連携やシステム化が課題になっているように思われる。

4番目に、医師の確保ができるのかである。広域連合では、中核病院開業時の医師充足率については高い目標を掲げている。機能強化を図る中核病院の役割を貫徹するためには、高い医師充足率をどのように確保できるのかが鍵を握っているし、心臓血管疾患への対応など高度かつ専門的な医療を担う医師の確保ができるのかが重要な課題となっているのである。さらに、金木病院や鯉ヶ沢病院などのサテライト医療機関の医師確保も、中核病院との連携のためには欠かせないものと思われる。また、在宅医療や訪問医療への取り組みを現実的な見通しを立てながら進めていくことができるのかも課題である。地域包括ケアと言った途端に医師の対応が消極的になることも予想されるのであり、今後の展開が注目される。

5番目に、患者の受診動向である。広域連合による運営を行うとともに、中核病院の機能強化とサテライト医療機関の機能再編が進められるが、その目的どおり患者が受診することになるのだろうか注目される。結果的には、これまでの全国の病院事業にもみられるように、患者は1次もしくは1.5次の治療を求めて中核病院であるつがる総合病院に流れる可能性は否定できないのである。そればかりか、弘前大学医学部があり、県内で最も医療供給体制が充実している津軽地域保健医療圏域に大変近いために、つがる総合病院が高度医療、専門医療を目指しているにもかかわらず、患者が弘前市や青森市の高度医療や専門医療を行う病院に流れる可能性がある。そうなれば、自地依存率があまり上昇しないことが懸念されるのである。

6番目に、看護師の不足をどのように解消していくのかである。その具体的な道筋は、描ききれていないように思われる。目標としては、就業准看護師とあわせた人数を、全国水準以上に引き上げるとしているが、そのための抜本的な方策が弱いように思われる。また、訪問看護については明らかな形では示されていないが、これについては一般行政の役割が大きい。病棟の看護師が不足している厳しい状況下ではあるが、一般行政との連携のもと、サテライトの病院・診療所や民間の医療機関で一層の取り組みが行われることが期待される。

7番目に、広域連合による運営を行うことにより、各医療機関のメリットを活かすこと

(32) 公立金木病院組合資料（訪問診療・訪問看護実施状況）ならびに公立金木病院組合における聞き取り調査（2012年1月）に基づく。

ができるのかである。つまり、中核病院とサテライトの医療機関が連携することによる医療情報のシステム化やネットワーク化、医師の人事ローテーションシステムを通じながら病病連携や病診連携ができるのか、さらに、民間医療機関を含めた地域医療の連携システムを構築できるのかが注目されるのである。

8番目に、つがる広域連合への移行に伴い、これまで各自治体病院でとられていた地方公営企業法の一部適用を改め、広域連合立の病院・診療所はすべて地方公営企業法の全部適用を受けることになった。一部適用の場合には、病院の経営組織と一般行政職は密接不可分であったが、全部適用の場合は、一般行政職から切り離し、病院経営のために独自の権限を有する管理者をおくことになる。事務執行権限が管理者に直接付与され、人事・組織・財政などをより弾力的・効率的に行えること、経営責任が明確になること、自治体からの病院の独立性が高まることなどが、メリットとしてあげられている。人事権を持った管理者をおくことにより、中核病院であるつがる総合病院の医師が週1～2回診療所に行き、診療することもしやすくなるだろう。その意味では、管理者の役割が大変重要であると言えるが、問題は、このような管理者が、どれだけ付与された執行権限を活用できるのか、どれだけ経営を意識し、どれだけ医師確保に力を傾注できるのか、病院のスタッフと意思疎通を上手にできるのかにあり、これが経営成功の鍵を握っていると言ってよいのである。それができないのならば、一般行政との連携面で、一部適用のほうがよい場合もあるだろう。全部適用のメリットを、果たして広域連合がどの程度活かすことができるのかが注目されるのである。

むすびにかえて

以上、みてきたように、つがる西北五広域連合には課題が多いが、つがる西北五広域連合が課題の克服に努めながら運営体制を確立することができれば、青森県の他の保健医療圏域においても、広域連合方式の実施を考えると出てくる可能性がある。また、全国ベースで考えた場合においても、今後病院の大規模な改築や建てかえ時期を迎えるところが多数あることや、医師・看護師不足への対応が必要なこと、病診連携など効果的な医療提供システムの構築が重要なこと、地域実情を踏まえながら地域包括ケアを現実的に模索することが大切になることなどを考えると、青森県だけではなく、全国的にも病院事業の広域連合方式は検討に値すると思われる。今後のつがる西北五広域連合、とりわけ中核

病院であるつがる総合病院のオープン以後のつがる西北五広域連合の動向に注目していきたい。

(よこやま じゅんいち 北海学園大学法学部教授)