

大垣市地域医療・介護のあり方検討委員会

第2回会議 資料

令和8年8月18日

第2回会議の趣旨

本会議では、前回会議において議論した西濃地域における医療需要や医療機関の機能等の調査・分析について、委員よりいただいた意見及び課題を踏まえ、今後の方向性を検討する。

とりわけ、西濃圏域の中核病院である大垣市民病院について、ご議論いただくため、本資料において「大垣市民病院の課題解決策案」及び「他市の再整備事例」を整理した。これをもとに、「医療機能」、「老朽化対策・再整備」、「職員確保」等について意見交換を行うもの。

1. 第1回会議の振り返り (P.4)
2. 大垣市民病院の課題解決策案 (P.8)

第1回会議の振り返り【議論の内容】

第1回会議で挙げた主な課題に対する議論は次のとおりです。

課題の種類	議論の内容
①複合化ニーズへの対応	85歳以上の高齢者では、 <u>複数疾患の併存や療養フェーズの変化</u> により、医療・介護ニーズが複合化している。個別施設ごとの「部分最適」では対応が難しくなっており、 <u>地域全体での役割分担と連携体制</u> の構築が不可欠である。
②介護・在宅医療の基盤整備	有料老人ホーム等の増加に伴い、 <u>囲い込みや利益優先型の運営</u> 、地域ネットワークと連携しない施設運営などの懸念がある。また、介護施設への <u>看護師流出</u> も深刻化している。さらに、不破郡・安八郡では <u>在宅医療を担う医師が不足</u> しており、大垣市内の医療機関が広域的に対応している実態がある。市域を越えた多職種連携や情報共有基盤の整備が求められる。
③病院間の役割分担	大垣市民病院が <u>急性期医療の「ゲートウェイ」</u> として機能し、 <u>回復期・慢性期医療を地域で支える体制整備</u> が必要である。各医療機関の役割分担を明確化しなければ、医療機関同士の競合が進み、結果として地域住民に不利益が生じる可能性がある。
④市民病院の経営・機能維持	人件費や物価の高騰が進む中、診療報酬だけでは十分な対応が難しくなっており、大垣市民病院は令和6年度に初めて赤字となった。加えて、 <u>主要施設の老朽化、人材確保の困難化、高度急性期機能の維持</u> という課題が同時進行している。西濃圏域の急性期拠点として、持続可能な医療提供体制をどのように維持するかが喫緊の課題である。

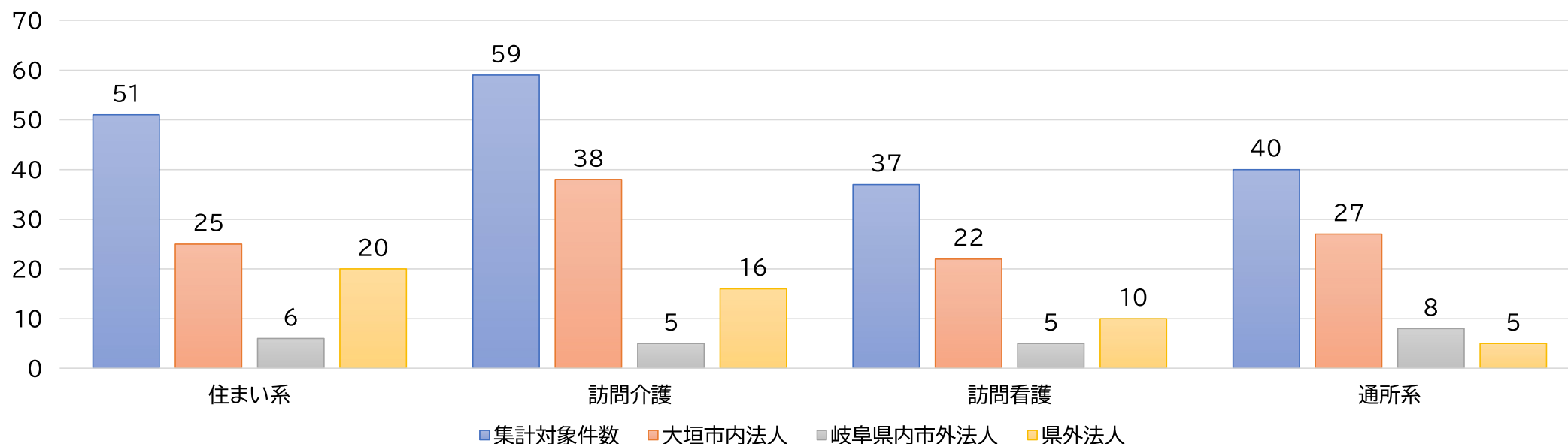
第1回会議振り返り【方向性案】

それぞれの課題に対し、方向性案は次のとおり。今後の意見書の作成にあたり、議論を進める。

課題の種類	検討の方向性(案)
①複合化ニーズへの対応	複数疾患や療養フェーズの変化など、高齢者の医療・介護ニーズの複合化に対応するため、急性期から地域急性期・在宅まで、 <u>圏域全体で切れ目なく支える地域医療提供体制の構築</u> を進める。 また、訪問診療・訪問看護・介護施設との連携を強化し、 <u>「在宅時々入院・施設」を支える体制整備</u> を進める。
②介護・在宅医療の基盤整備	令和9年度介護報酬改定及び第10期介護保険事業計画を見据え、ケアプラン点検や医療・介護保険データの突合等を通じ、 <u>適正な介護サービス提供体制の強化</u> を進める。 また、在宅医療・看取りの受け皿確保に向け、 <u>総合診療・在宅医療を担う医師の確保・育成</u> や <u>在宅医療提供体制の強化</u> について検討を進める。さらに、在宅医療ICTツール「芭蕉在宅ネット」の広域展開等を通じ、西濃圏域における広域的な医療・介護連携体制の整備を、周辺市町の連携も含め検討する。
③病院間の役割分担	地域医療構想調整会議との整合を図りながら、西濃圏域における医療機能分担と医療人材の確保・定着を進める。 その前提として、 <u>大垣市民病院を西濃圏域の中核的な急性期拠点病院</u> として位置づけ、高度急性期・急性期機能を中心に担う方向で検討を進める。 また、高齢者救急や地域包括ケアを担う地域急性期機能については、周辺医療機関との役割分担及び連携体制の構築を進める。
④市民病院の経営・機能維持	<u>①医療機能、②老朽化対策・再整備、③職員確保</u> の3点を中心に、持続可能な病院運営に向けた議論を進める。

大垣市 介護事業所・重点サービスの運営法人所在地集計

大垣市内の介護事業所については、住まい系の51%、訪問介護系の36%、訪問看護系の41%、通所系の33%が市外法人による運営であり、地域ネットワークとの連携の観点から課題がある。また、看護師の流出にもつながっている可能性がある。

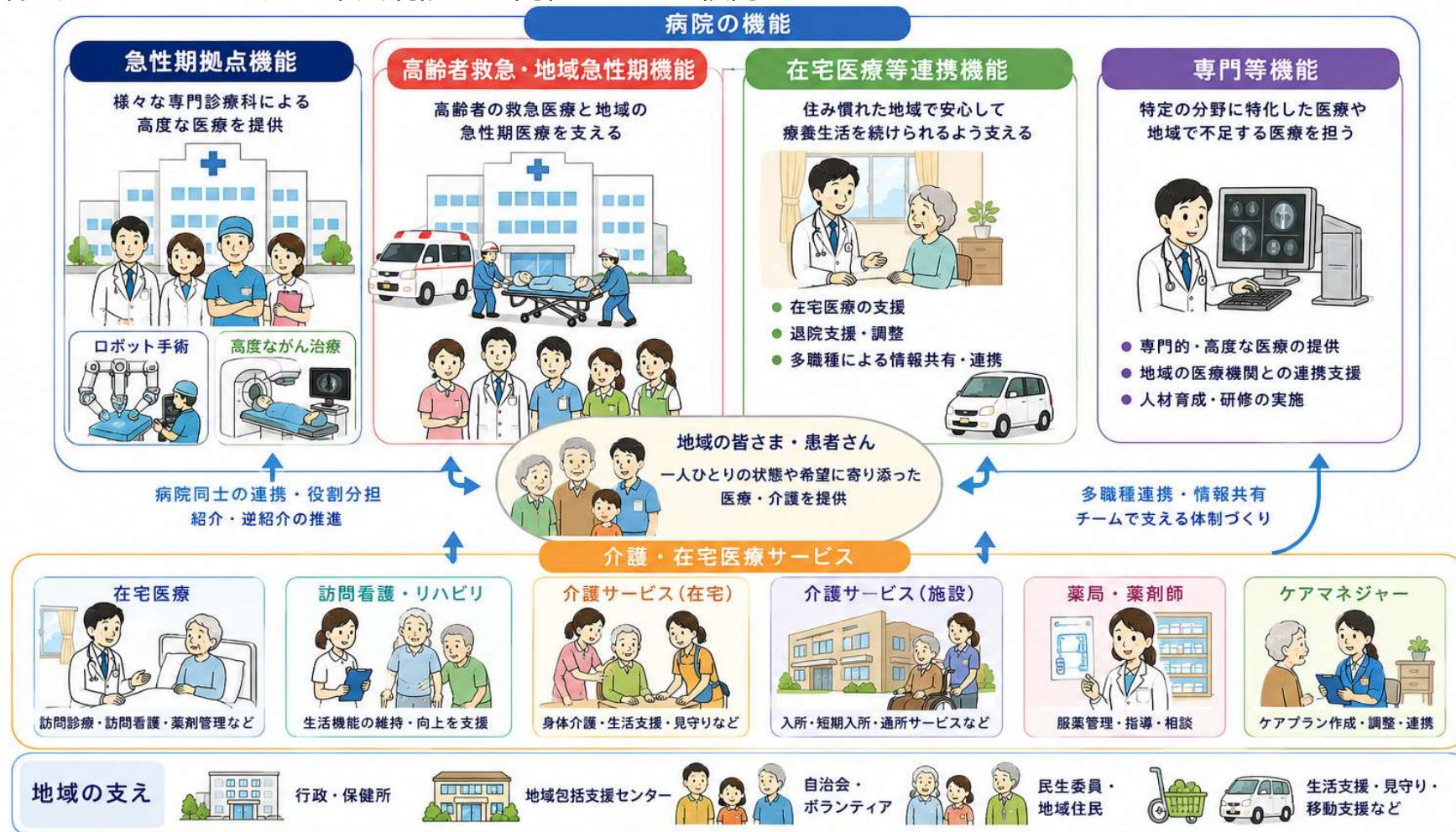


出所:岐阜県オープンデータ「大垣市 介護サービス事業所一覧(2026年3月時点)」、大垣市「介護保険サービス事業所ガイドブック(令和8年5月1日現在)」、岐阜県「有料老人ホーム・サ高住等一覧(令和8年6月1日現在)」等を基に作成。法人所在地は国税庁法人番号公表サイト等で確認。

集計方法:大垣市内に所在する介護・高齢者住まい関連事業所のうち、住まい系、訪問介護、訪問看護、通所系を対象に集計。介護サービス事業所は「状態:指定」の事業所を対象とし、休止中の事業所は集計から除外。訪問看護は、医科・歯科等のみなし指定を除き、通常指定の訪問看護ステーション等を対象とした。通所系は、通所リハビリテーションのみなし指定を除き、通所介護を中心に集計。運営法人の所在地に基づき、「大垣市内法人」「岐阜県内市外法人」「県外法人」に分類した。

地域医療構想における病院の機能と介護・在宅医療の整理イメージ

病院機能と、介護・在宅医療を総合的に考え、あるべき姿に向けて議論を進めていきたい。まずは急性期拠点機能の維持・強化について議論を進め、その上で大垣市民病院の方向性について検討する。



大垣市民病院の課題解決策案

【医療機能】の課題解決策案

西濃圏域の高度急性期・急性期医療を維持しながら、救急の「ゲートウェイ」機能、周辺医療機関との役割分担、病床・外来機能の最適化を進めることが課題である。

項目	課題	課題解決策案
高度急性期・急性期医療	西濃圏域の中核病院として、 <u>高度で専門的な医療機能</u> を維持する必要がある。	医療人材や設備を重点的に配置し、 <u>高度な手術・検査・治療</u> を担う急性期拠点機能を維持・強化する。
救急医療	<u>2次・3次救急を幅広く受け入れ</u> 、患者の状態に応じた医療につなぐ体制が求められる。	救急患者を受け入れる「ゲートウェイ」として機能し、急性期治療後は、状態に応じて周辺医療機関や在宅医療へ円滑につなぐ。
高齢者救急への対応	<u>高齢者救急の需要が高まる一方</u> 、地域包括ケア病棟の保有には診療報酬上の制約がある。	地域包括ケア機能を担う <u>周辺病院との役割分担</u> を進め、急性期から回復期・在宅まで切れ目なくつなぐ。
病床規模の適正化	人口減少や医療需要の変化を踏まえ、 <u>将来需要に見合った病床規模</u> を整理する必要がある。	圏域の必要病床数や病床利用率、収益・費用構造を踏まえ、 <u>持続可能な病床規模</u> を検討する。
外来機能の重点化	一般外来への対応が、 <u>入院・救急医療に投入する人員や時間</u> を圧迫している。	<u>紹介患者、専門外来、高度検査に重点化</u> し、入院・救急医療への資源集中を進める。

【老朽化対策・再整備】の課題解決策案

施設の老朽化が進む中、将来需要に合った規模・機能、利用しやすい療養環境、持続可能な財政負担を両立することが課題である。

項目	課題	課題解決策案
施設の老朽化	主要施設の老朽化が進行しており、 <u>医療機能を維持しながら計画的に更新</u> する必要がある。	今後10年程度(※)を目途に再整備を進め、 <u>長寿命化・現地建替え・移転建替え</u> の比較を踏まえて方向性を決定する。
規模・機能の見直し	医療需要の変化や建築費高騰を踏まえ、 <u>将来に見合った施設規模と医療機能</u> を整理する必要がある。	圏域に必要な医療機能を明確化し、病床規模の適正化を図りながら、 <u>機能の維持・向上と施設のダウンサイジング</u> を検討する。
療養環境・利便性	動線の複雑化、バリアフリー対応不足、駐車場不足等により、 <u>患者・職員の利便性や安全性</u> に課題がある。	再整備を機に、 <u>分かりやすい動線、バリアフリー、十分な駐車場</u> を備えた、安全で利用しやすい療養環境を整備する。
財政負担	建築費が高騰する中、再整備に伴う <u>財政負担の軽減・平準化</u> が必要である。	補助金や企業債等の財源を確保し、 <u>持続可能な資金計画と整備手法</u> を検討する。

※ 他市事例にて検討から開院までのスケジュールを後述(18頁)

【職員確保】の課題解決策案

人材確保が厳しさを増す中、必要な職種・人員を確保・定着させ、働き方改革と急性期拠点機能の維持を両立することが課題である。

項目	課題	課題解決策案
医師の確保	高度急性期・急性期医療を維持するため、 <u>必要な診療科の医師を安定的に確保</u> する必要がある。	岐阜大学・名古屋大学との連携を強化し、 <u>臨床研修・教育体制の充実</u> や奨学金制度の活用等により、医師の確保・育成を進める。
看護師・メディカルスタッフの確保	人材獲得競争が激しくなる中、 <u>必要な職種と人員を継続的に確保</u> する必要がある。	看護学部等との連携を強化し、院内保育、夜勤負担の軽減、研修・資格取得支援等により、 <u>働きやすい環境</u> を整備する。
働き方改革への対応	時間外労働の上限規制や医療需要の変化に対応しながら、 <u>持続可能な勤務体制</u> を構築する必要がある。	<u>勤務体制の見直し</u> とタスクシフト・シェアを推進し、職員の負担軽減と持続可能な勤務環境の整備を図る。
人材の定着	医療機能の維持に必要な医師・スタッフの離職を防ぎ、 <u>医療従事者に選ばれる病院</u> とする必要がある。	教育体制やキャリア支援を充実させるとともに、医療機器・ICTや施設環境を改善し、 <u>働き続けたい職場づくり</u> を進める。
地域での人材連携	一病院だけで必要な医療人材を確保することが難しくなっている。	医療機関間で協定を締結し、派遣・応援体制等による <u>医療人材の相互活用</u> を検討する。

病床規模の考え方

医療需要の変化・建築費高騰・機能分化の3つの視点から、大垣市民病院に求められる適正規模を考える。

入院需要の変化

2035年がピーク、その後は減少

- ・ 大垣市の入院医療需要は2035年をピークに減少に転じる見込み
- ・ 高齢者比率の上昇により、高度急性期・急性期としての需要は相対的に低下



現在の病床規模を前提とした整備は過剰投資になるリスクがある

建築費の制約

建築規模は財政に影響

- ・ 建築費は近年大幅に高騰しており、病床数に比例して総事業費が増大
- ・ 病院建築は「床面積×単価」で費用が決まるため、規模縮減が直接的なコスト削減につながる



「今と同じ規模」での建て替えは、将来の財政負担として合理性を欠く

地域での機能分化が基本

一病院で完結しなくていい時代

- ・ 現在の大垣市民病院が建設された頃とは違い、今は医療機能を病院間で分担する地域完結型の体制が基本
- ・ 高度急性期・急性期に特化するならば、医師確保・診療科維持のための最低規模は確保しつつも、現規模ほどは必要ない

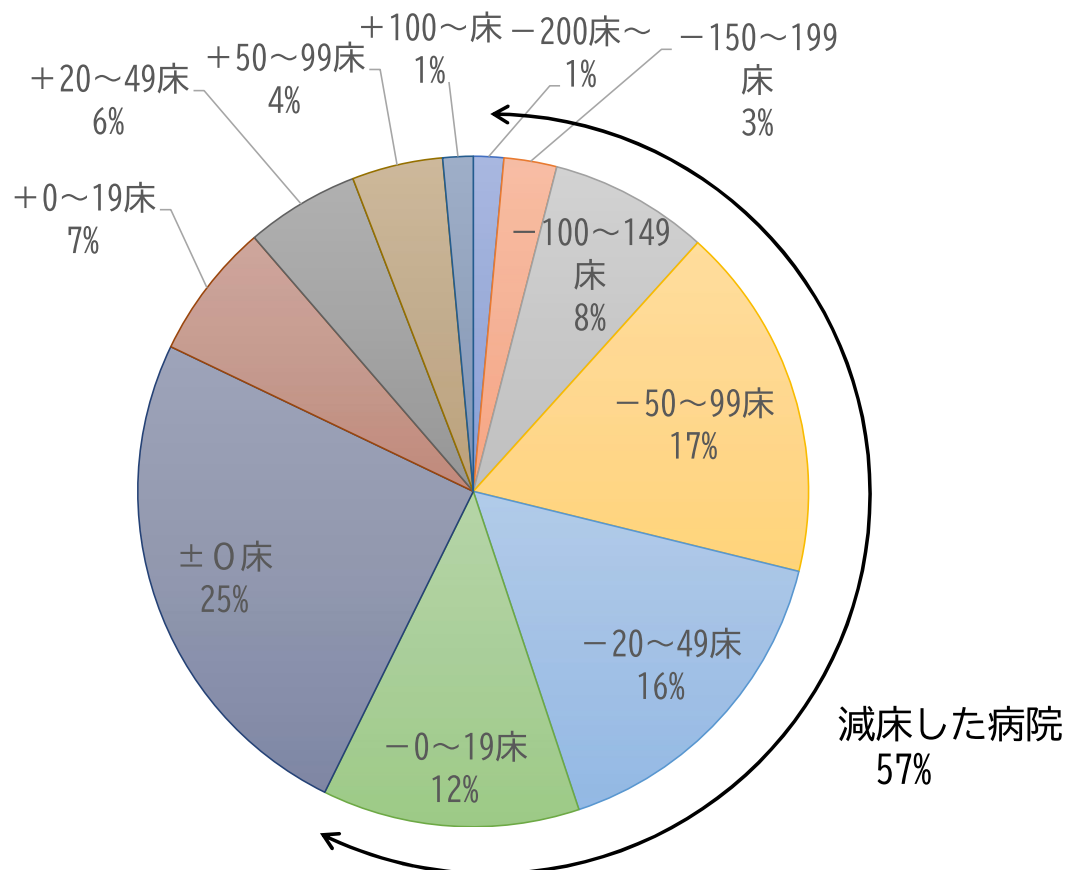


回復期・慢性期は周辺医療機関との連携で担う

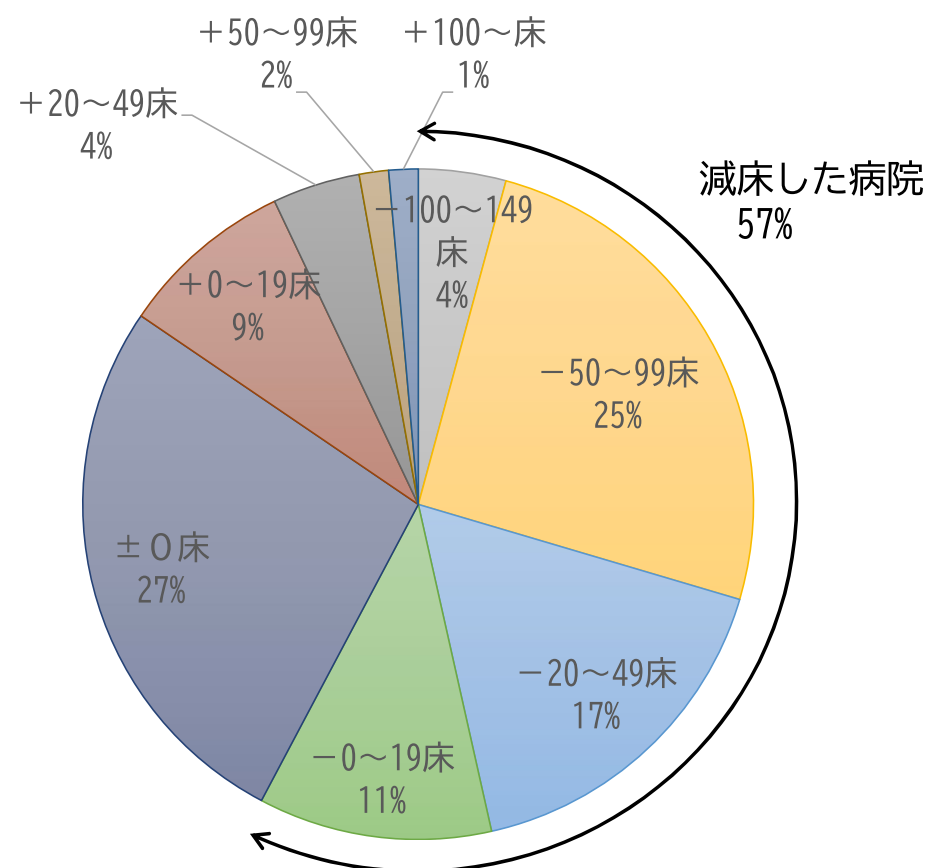
大規模病院の病床数の変遷 平成29年度と令和6年度の 一般病床、療養病床の届け出病床数の差

500床以上の病院の57%は平成29年と比較すると、わずか7年間で、届出病床数を減らしており、50床以上減床している病院は25%以上を占めた。自治体立病院に限定しても同様の結果となっている。

≪500床以上の病院≫ n=274



≪500床以上の自治体立病院＋地方独立行政法人≫ n=71



出所：病床機能報告 平成29年度、令和6年度
届け出病床数の記載のなかった病院は除く

大規模病院の病床数の変遷 平成29年度と令和6年度の 一般病床、療養病床の届け出病床数の差

近年多くの病院で一定の病床数を削減している。50床以上増床した医療機関は2病院であったが、50床以上減少床した医療機関は21病院あった。

○ 平成29年度と令和6年度の届け出病床数の差〔50床以上減床又は50床以上の増床をした自治体立病院〕

50床以上減床した医療機関

区分	医療機関名(R6時点)	H29	R6	差
-100 ～ -149	福井県立病院	663	539	-124
	広島市立北部医療センター安佐市民病院	527	414	-113
	県立宮崎病院	568	458	-110
-50 ～ -99	大阪市立総合医療センター	1007	929	-78
	大垣市民病院	788	710	-78
	島根県立中央病院	591	514	-77
	市立長浜病院	525	449	-76
	市立札幌病院	701	626	-75
	北九州市立医療センター	569	498	-71
	島田市立総合医療センター	502	435	-67
	青森県立中央病院	678	614	-64
	市立東大阪医療センター	547	484	-63
	市立青梅総合医療センター	508	449	-59
	公立陶生病院	651	593	-58
	富山市立富山市民病院	525	467	-58
	藤枝市立総合病院	545	488	-57
	新潟市民病院	658	604	-54
	岐阜県総合医療センター	604	550	-54
	市立豊中病院	594	541	-53
	岐阜市民病院	559	507	-52
	山形県立中央病院	643	592	-51

50床以上増床した医療機関

区分	医療機関名(R6時点)	H29	R6	差
+100～	大阪急性期・総合医療センター	726	831	105
+50～99	神戸市立医療センター中央市民病院	700	750	50

出所：病床機能報告 平成29年度、令和6年度
届け出病床数の記載のなかった病院は除く

再整備の手法

病院の再整備には大きく3つの選択肢がある。それぞれの基本的な考え方を整理する。

A 現在の建物のまま長寿命化

【基本的な考え方】

現在の施設を修繕・改修し、建物の耐用年数を延ばす。建て替えを先送りし、当面の機能を維持する選択肢。

【主なメリット】

- ・ 短期的なコストを抑制できる
- ・ 移転を伴わず、現在地での運営を継続できる

【主なデメリット】

- ・ 根本的な課題(老朽化・動線・バリアフリー等)は解消されない
- ・ 医療機能の再編・規模最適化が困難
- ・ 中長期的には修繕費が累増し、トータルコストが増大するリスク

B 現地建替え

【基本的な考え方】

現在地に新病院を建設する。既存棟を解体しながら段階的に整備を進め、同一敷地内で新旧を切り替える選択肢。

【主なメリット】

- ・ 既存の立地・アクセス・認知度を維持できる
- ・ 用地取得が不要
- ・ 医療機能の再編・規模見直しが可能

【主なデメリット】

- ・ 工事期間中の診療制約・患者・職員への影響が大きい
- ・ 敷地が狭い場合は段階整備に制約
- ・ 仮設・移転費用が発生

C 移転建替え

【基本的な考え方】

別の敷地に全く新しい病院を整備し、移転する。将来の医療需要・機能を一から設計し直す選択肢。

【主なメリット】

- ・ 工事中の診療継続性を最大限確保できる
- ・ 敷地・動線・設備を将来需要に最適化した設計が可能
- ・ 旧病院跡地の利活用が可能(複合施設・売却等)

【主なデメリット】

- ・ 適切な移転先用地の確保が必要
- ・ 移転に伴う住民・患者への説明・合意形成が必要
- ・ 総事業費が最も大きくなる傾向

再整備の手法ごとの比較

移転建替えは、現状の課題を解決しやすい。長寿命化・現地建替えは、克服できる課題が限定的となる。工事費や、住民理解等、再整備の種類ごとにそれぞれの課題がある。

比較項目	A 現在の建物のまま長寿命化	B 現地建替え	C 移転建替え
医療機能	△…現機能維持が中心	○…一定の機能再編が可能	◎…将来需要を踏まえた抜本的再編が可能
病院運営への影響	△…工事期間中の制約が大きい	△…長期間にわたり運営負担が発生	◎…現病院運営への影響が小さい
動線・効率性	△…抜本改善は困難	○…一部改善可能	◎…全面的改善が可能
バリアフリー対応	△…制約あり	○…一定対応可能	◎…十分な対応可能
駐車場・アクセス	△…大幅改善は困難	△…制約あり	○…新たな整備が可能
工事期間	○…比較的短い	△…長期化しやすい	○…比較的短期間で整備可能
工事費	○…初期費用は比較的抑制	△…長期化と仮設等により高額	△…土地取得、区画整備次第
将来対応力	△…限定的	○…一定の柔軟性	◎…最も柔軟性が高い
医療従事者確保	△…老朽化問題が残る	○…一定改善	◎…働きやすい環境整備が可能
総合評価	費用と工期を抑えやすいが、老朽化や動線、人員確保などの根本的な課題解決には繋がりにくい	一定の機能再編や施設改善が可能だが、工事中の運営負担と敷地上の制約が大きい	用地・財源等の課題はあるものの、将来需要への対応、運営効率、職員の働きやすさを最も高い水準で実現できるが住民理解は必要

再整備の手法ごとの事例

区分	病院名(病床数)	整備概要	実施年度・期間	総事業費・内訳 ①建設・改修費、②医療機器・情報システム、 ③用地取得費、④解体・移転・外構費
A 現建物の長寿命化	東京都立大塚病院 (整備時508床)	診療を継続しながら既存本館を段階的に全面改修。病棟、外来、周産期部門、リハビリ部門を再編するとともに、老朽化した空調、給排水、電気設備等を全面更新した「居ながら改修」の事例	2017～2024年度:約6年5か月 Ⅰ期:2017年12月～2019年1月 主要Ⅱ期:2020年4月～2024年5月	公表確認できる主要工事費:約101.9億円 ①約101.9億円 ②非公表 ③0億円 ④①に含む 院内移転費等は非公表 ※総事業費全体ではなく、建築・空調・給排水・電気の主要4契約額。
A 長寿命化+増築	浜松医療センター (606床)	現敷地内にA棟を新築する一方、既存3号館をB棟として全面改修。渡り廊下棟も改修し、旧1・2号館解体後の跡地を駐車場として整備する、既存建物活用型の段階整備	2020～2027年度:約7年半〔予定〕 2020年9月着工A棟:2024年1月開院B棟:2026年6月開院全体完成:2027年度予定	総事業費:約429億円 ①・②・④合算:約429億円 ③0億円 ※①・②・④の最終個別内訳は非公表。
B 現地建替え	鳥取県立中央病院 (518床)	現外来棟南側に新病院を建設。開院後に既存外来棟を改修し、旧本館を解体。跡地に約600台分の駐車場を整備した5段階の現地建替え	2016～2020年度:約4年7か月 2016年8～9月着工2018年12月新病院開院 2021年3月駐車場整備完了	総事業費:約330億円 ①250億円〔新築240・外来棟改修10〕 ②60億円 ③0億円④20億円
B 現地建替え・既存棟一部活用	小牧市民病院 (520床)	現病院に隣接する公園・駐車場等を含めて敷地を拡張し、新しい診療棟・管理棟を建設。新病院開院後に旧病棟を解体し、ロータリー、立体駐車場、外構を段階的に整備。一部の既存棟を活用	2016～2021年度:約5年 2016年9月着工、2019年1月建物竣工、2019年5月開院、2020年にロータリー、2021年9月に第1立体駐車場竣工。	総事業費:約236億円〔基本計画額〕 ①～④の個別内訳は公表資料で確認できず
C 移転建替え	横浜市民病院 (650床)	三ツ沢公園に隣接する別敷地へ移転。旧病院で診療を継続しながら650床の新病院を建設し、移転後に旧病院を解体して跡地を公園・野球場等として再整備	新病院:2017～2020年度:約2年8か月 2017年9月着工2020年5月開院旧病院跡地を含む全体完成:2027年度予定	総事業費:約482億円 ①279億円 ②81億円 ③74億円 ④25億円 その他23億円〔人件費・委託費等〕
C 移転建替え	兵庫県立はりま姫路 総合医療センター (736床)	県立姫路循環器病センターと製鉄記念広畑病院を統合し、姫路駅東側の新たな敷地に移転整備。病院棟、放射線治療棟、教育研修棟、歩行者デッキ等を一体的に整備	2019～2022年度:約2年8か月 2019年9月着工、2022年5月開院	総事業費:約423億円〔開院時公表〕 内訳は基本設計時427億円ベース:①356億円〔建築343・設計監理13〕、②71億円、③公表内訳なし、④歩行者デッキ・ロータリー等は①に含む ※旧姫路循環器病センターの解体は別事業

出所:東京都議会「令和2年厚生委員会速記録第三号(都立大塚病院改修工事)」、浜松市「浜松医療センター新病院整備事業」、鳥取県病院局「新鳥取県立中央病院建替整備基本計画」(平成26年6月)、小牧市民病院「小牧市民病院建替基本計画・新小牧市民病院建設基本設計」、横浜市医療局病院経営本部「横浜市民病院中期経営プラン2019-2022」、兵庫県病院局「県立はりま姫路総合医療センター(仮称)及び関連施設の基本設計概要」(平成30年8月)

再整備までのスケジュール（近隣の事例）

協議開始から開院まで約10年、基本構想策定からでも約5年ほどの時間を要する。

フェーズ	公立東濃中部医療センター (統合・新設)	知多半島総合医療センター (統合・新設)
基本構想・基本計画	約1～2年	約2～3年
基本設計・実施設計	約2年	約2年
工事	約2年	約3年
構想～開院	約5年	約5年
協議開始～開院	約10年	約9年

- 基本構想策定後でも開院まで概ね5年程度を要する。
- 統合や移転を伴う場合は、構想段階から開院まで10年前後を要する事例が多い。
- 建築費高騰が続く中、検討開始の遅れは事業費増加につながる可能性がある。