

新下関市立病院に関する基本構想
(素案)

令和 5 年 12 月 13 日時点

下関市

目 次

1	はじめに.....	1
2	基本構想の位置づけ.....	2
3	基本構想策定の経緯.....	3
	(1) 下関医療圏における現状と課題.....	4
	(2) 急性期2病院による医療提供体制の課題.....	5
	(3) 下関市立市民病院の経営状況.....	10
	(4) 医療提供体制の課題解決に向けた方向性.....	13
4	新病院整備の基本的な考え方.....	15
	(1) 基本的な方針について.....	15
	(2) 診療の継続及び市民への説明責任について.....	16
	(3) 職員の処遇について.....	16
5	新病院が担うべき医療機能について.....	17
	(1) 5疾病6事業への考え方.....	17
	(2) 診療科・診療体制.....	17
	(3) 病床規模・想定外来患者数.....	18
6	運営形態.....	19
	(1) 想定しうる経営形態の選択肢.....	19
	(2) 経営形態の方向性.....	20
7	建設候補地.....	21
	(1) 建設候補地の選定方法.....	21
	(2) 建設候補地の選定.....	21
8	事業費.....	22
9	整備方法.....	23
10	今後の想定される整備スケジュール.....	24
11	その他.....	24
12	用語解説.....	25
	(1) 二次保健医療圏.....	25
	(2) 急性期医療.....	25
	(3) D P C病床.....	25
	(4) 地域包括ケア病棟.....	25
	(5) 緩和ケア病棟.....	25
	(6) 病床稼働率.....	25
	(7) 輪番制.....	25
	(8) 二次救急.....	26
	(9) 急性期一般入院料1.....	26

(10)	ダウンサイジング.....	26
(11)	生産年齢人口.....	26
(12)	地域災害拠点病院.....	26
(13)	第二種感染症指定医療機関.....	26
(14)	へき地医療拠点病院.....	27
(15)	周産期・小児医療.....	27
(16)	高度急性期.....	27
(17)	地域医療連携推進法人制度.....	27
(18)	地方独立行政法人.....	27
(19)	指定管理者制度.....	27
(20)	サウンディング調査.....	28

1 はじめに

少子高齢化の急速な進展は、我が国の医療需要に、質的・量的変化をもたらしています。こうした状況に対応するため、各都道府県において、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用し、病床の機能ごとの将来の必要量等、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を地域医療構想として策定し、地域ごとにバランスのとれた医療機能の分化・連携を進めているところです。

山口県においては、平成28年(2016年)7月に地域医療構想を策定し、8つの二次保健医療圏ごとに「地域医療構想調整会議」を設置して、医療機関相互の協議と医療機関の自主的な取組により構想の実現を推進することとしています。

本市を圏域とする下関医療圏においても、医療関係者、その他の関係者により「下関医療圏地域医療構想調整会議」が設置され、地域医療構想の実現に向けて、高度急性期・急性期機能に関する中間報告及び第2次中間報告として、平成29年(2017年)4月及び令和5年(2023年)3月に報告がとりまとめられ、「二次救急医療を担っている4病院(関門医療センター、下関市立市民病院、済生会下関総合病院、下関医療センター)は段階的に再編を進めること」、「まずは、4病院体制から3病院体制への再編・統合に係る検討を早急に進めていく必要があること」等が提言されました。

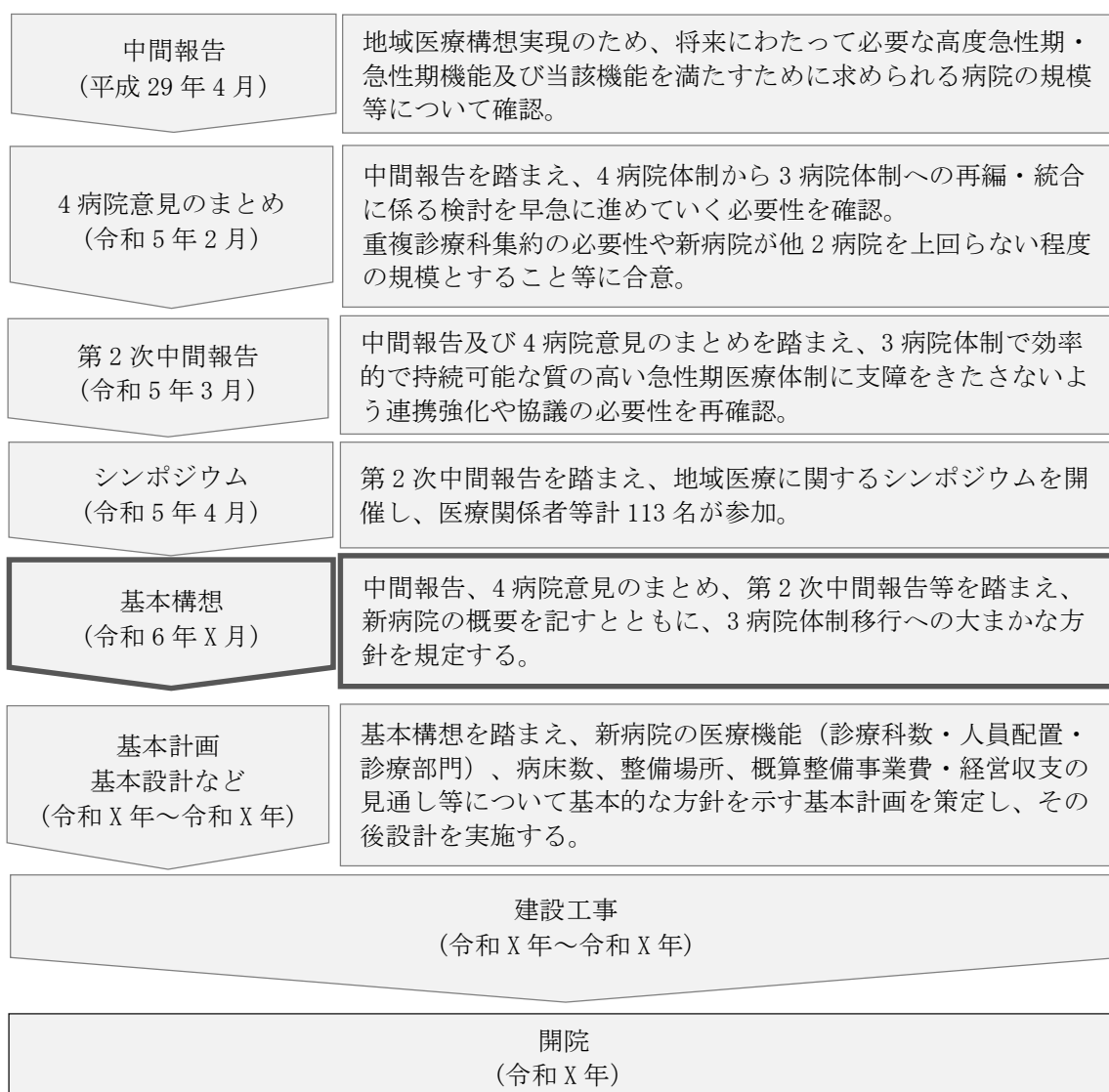
本市としても、この報告を真摯に受け止め、下関医療圏において将来も持続可能な医療提供体制を確保するため、建替えの時期に近い下関市立市民病院と下関医療センターを統合した、新たな病院整備の可能性を検討してまいりました。

2 基本構想の位置づけ

本基本構想は、令和5年(2023年)3月の下関医療圏地域医療構想調整会議「第2次中間報告」を受け、下関市立市民病院及び下関医療センターの統合に関する基本的な事項を示したものです。

今後は、本基本構想を踏まえ、基本計画・基本設計等を検討し、建設工事を経て新病院開院を目指します。

図表1 基本構想の位置づけ



3 基本構想策定の経緯

平成 26 年(2014 年)の医療法改正により、平成 28 年(2016 年)に山口県地域医療構想が策定され、下関医療圏において、将来も持続可能な医療提供体制の議論が必要となりました。

平成 29 年(2017 年)に「下関医療圏地域医療構想調整会議中間報告」により、急性期を担う 4 病院について段階的に再編を進めることになりました。また、当該中間報告を踏まえ令和 5 年(2023 年)2 月に「下関医療圏公立・公的等 4 病院意見のまとめ」が報告され、現状の急性期 4 病院体制から 3 病院体制への再編・統合に係る検討を早急に進めていく必要性を確認したほか、重複診療科再編の必要性や、新病院が他 2 病院を上回らない程度の規模とすること等に合意しました。

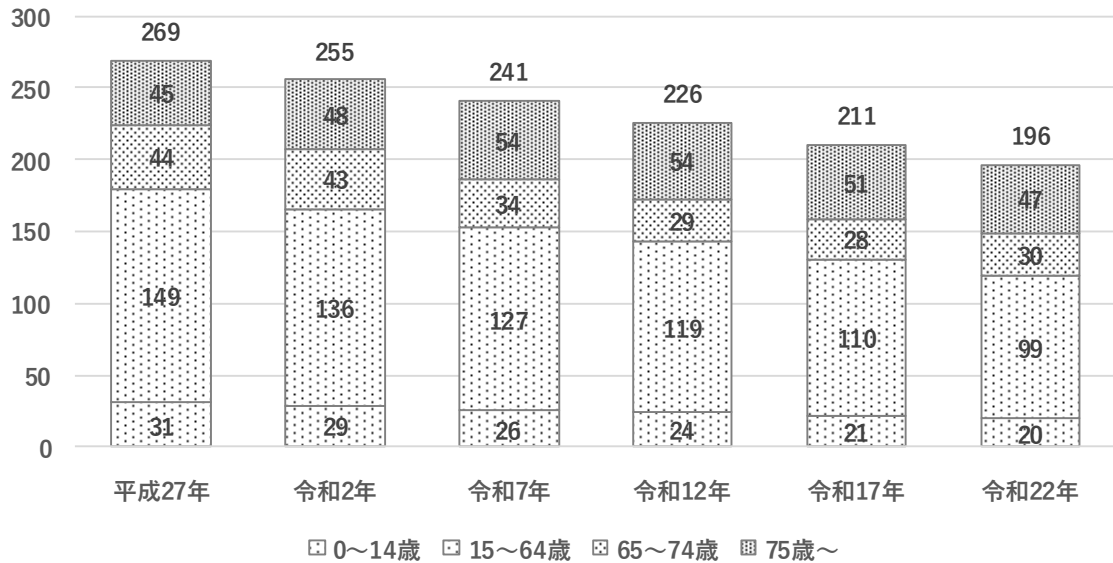
その後、同年 3 月に開催された「下関医療圏地域医療構想調整会議」において、第 2 次中間報告が取りまとめられ、下関市立市民病院と下関医療センターの統合を想定した、より具体的な議論が進められることとなりました。

本基本構想は、そうした背景のもと、後述する下関医療圏や下関市立市民病院及び下関医療センターに係る課題を踏まえ、新病院のあり方を定めるものです。

(1) 下関医療圏における現状と課題

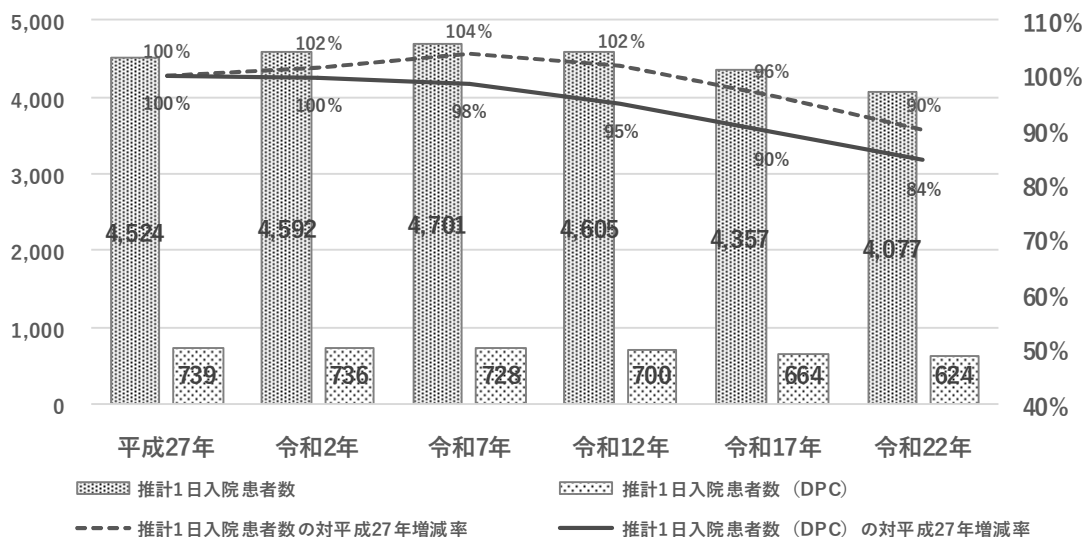
下関医療圏の人口は既に減少傾向にあり、年齢構成別にみると65歳以上人口は令和2年(2020年)に、75歳以上人口は令和7年(2025年)にピークを迎える見込みです。高齢者人口に比べ生産年齢人口の減少速度が速く、将来的には働き手の確保が困難になる可能性があります。また、高齢者人口の影響を強く受ける入院医療需要は令和2年～令和12年(2020年～2030年)をピークに減少する見込みです。

図表2 人口構造の見通し



※性別・年齢別で推計しているため各区分を合計した値と総数が一致していません。

図表3 入院医療需要の推計



引用：国立社会保障・人口問題研究所「人口推計（2018年度推計）」より作成

引用：厚生労働省「患者受診調査（平成29年）」「DPC退院患者調査」を参考に推計

(2) 急性期2病院による医療提供体制の課題

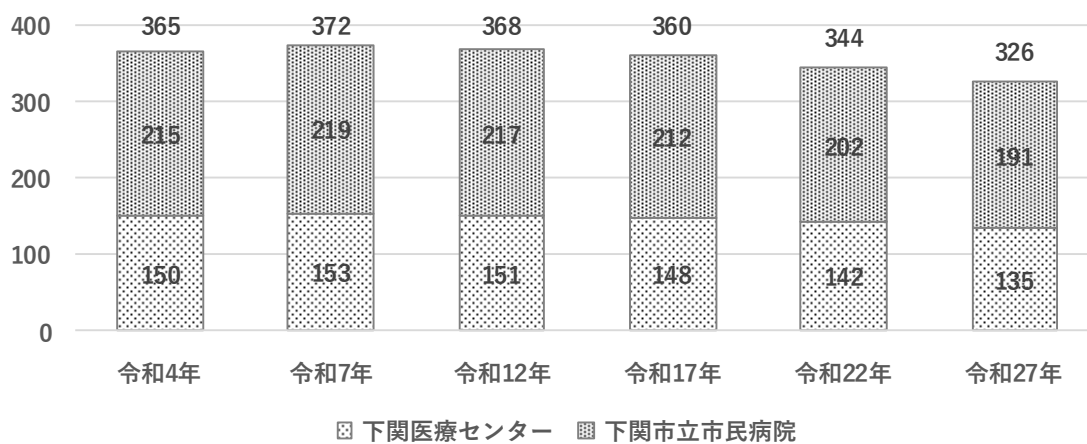
ア 医療需要に係る課題

下関医療圏において、急性期医療を担う2病院（下関市立市民病院、下関医療センター）の総病床数（地域包括ケア病棟・緩和ケア病棟を除く）は、493床であり、令和4年(2022年)の1日あたり入院患者数は365人、病床稼働率は74%でした。

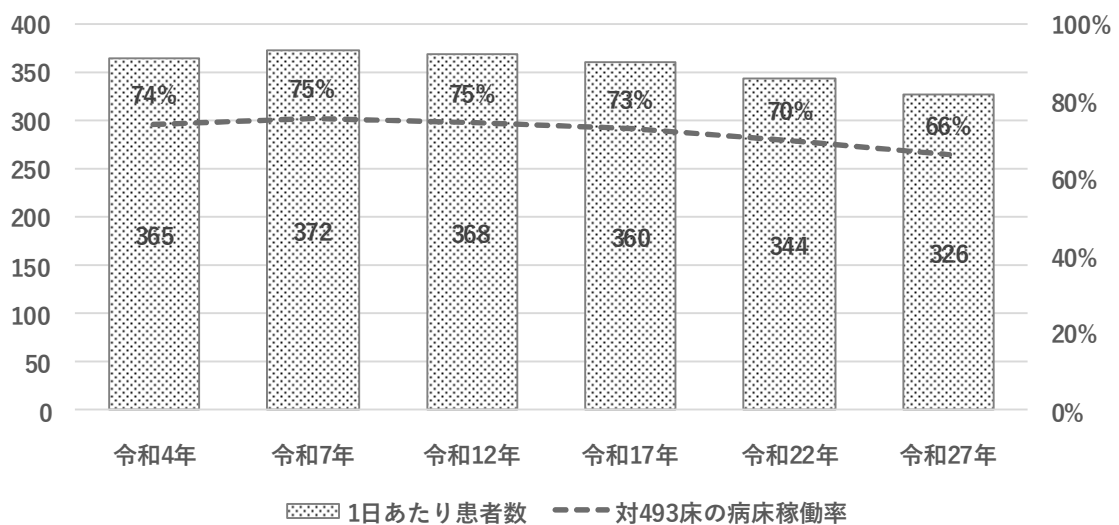
今後は、高齢者を含めた全ての年代で人口の減少が見込まれ、それに伴う医療需要の縮小により、2病院においても1日あたり入院患者数が減少し、令和27年(2045年)の1日あたり入院患者数は326人、病床稼働率は70%を下回る見通しです。

将来も、現在の病床数を維持する場合、病床稼働率の低下により、施設設備や人員とのミスマッチが生じ、今後生じる生産年齢人口の減少による医療従事者確保の問題や病院経営悪化による事業の継続性に課題が生じます。

図表4 2病院の高度急性期・急性期病床における1日あたり入院患者数推計



図表5 2病院の高度急性期・急性期病床における病床稼働率推計



出典：2病院のDPCデータ（令和4年4月～令和5年3月）をもとに作成

イ 救急搬送に係る課題

平成29年度(2017年度)から令和4年度(2022年度)までにおける下関市の搬送受入数は、令和2年度(2020年度)で一時的に減少したものの、令和3年度(2021年度)及び令和4年度(2022年度)は増加しています。また、同期間における平均収容所要時間を全国値と比較すると、平成29年度(2017年度)時点の下関市は全国平均値より所要時間が長いものの、ほとんど全国平均値と同等でした。しかし、平成30年度(2018年度)以降は、全国平均より長く、収容所要時間は年々長時間化しています。

また、搬送受入不可件数も年々増加しており、特に処置困難や処置中・手術中といった理由から受入不可となるケースが多くあります。なお、処置中・手術中を理由とする受入不可については、搬送受入数が減少している令和2年度(2020年度)においても増加している状況でした。総じて、輪番制で行っている二次救急医療は、診療科の減少等の理由により厳しさが増しており、将来を見据えた救急搬送体制の再構築が必要です。

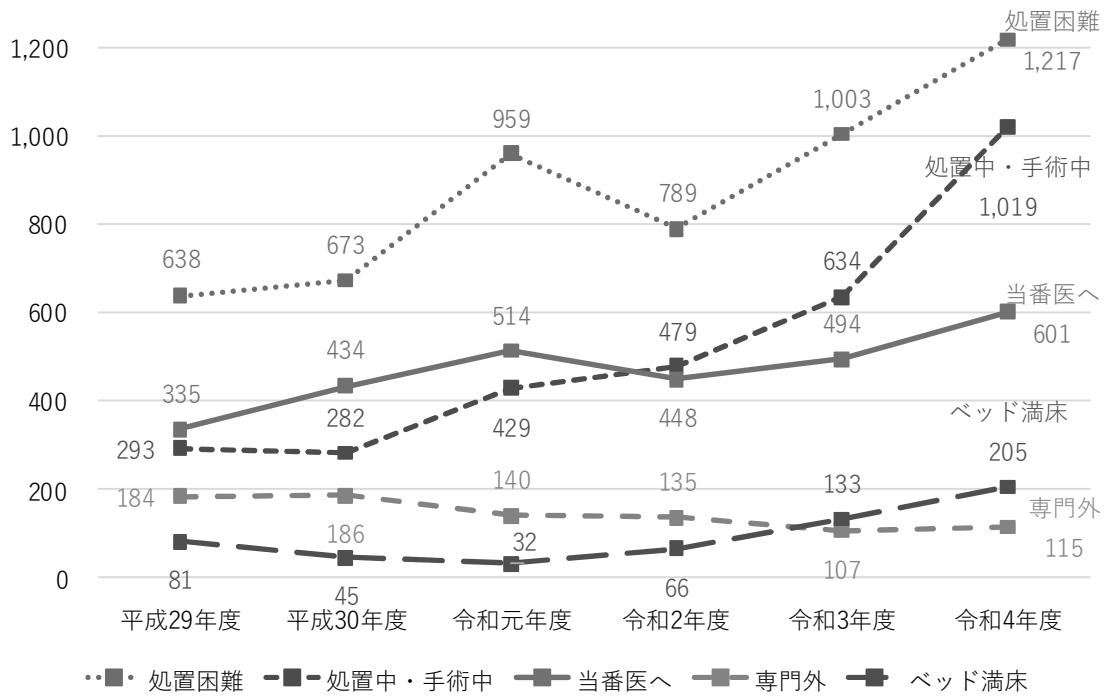
図表6 下関市の搬送受入数及び平均収容所要時間の推移

平均収容所要時間・単位：分

傷病程度	受け入れ状況	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
軽傷	搬送受入数	6,551	6,763	7,137	6,361	6,887	8,624
	平均収容所要時間	40	42	44	46	47	49
中等症	搬送受入数	7,362	7,470	7,574	7,190	7,666	8,665
	平均収容所要時間	40	41	43	45	48	50
重症	搬送受入数	485	492	544	464	400	533
	平均収容所要時間	40	40	42	45	43	47
死亡	搬送受入数	18	9	1	85	188	326
	平均収容所要時間	32	34	33	39	44	47
総計	搬送受入数	14,416	14,734	15,256	14,100	15,141	18,148
	平均収容所要時間	40	41	43	46	47	49
	搬送受入不可件数	1,672	1,800	2,317	2,253	2,596	3,401
(参考) 全国平均収容所要時間		39.3	39.5	39.5	40.6	42.8	-

出典：下関消防搬送記録、全国の平均収容所要時間は各年度「救急・救助の現況」（総務省）より

図表7 搬送受入不可の主な理由別の件数

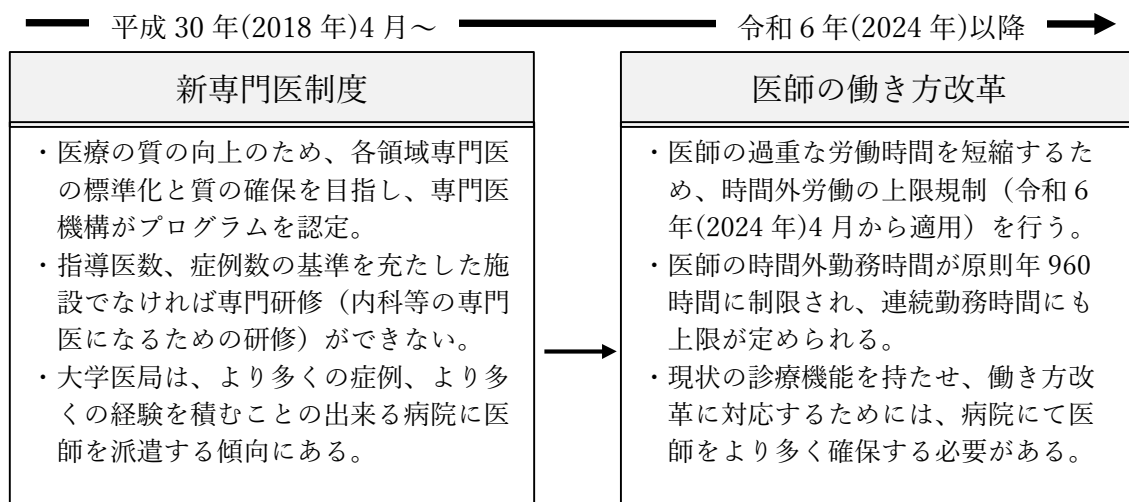


ウ 医師に係る政策動向について

新専門医制度の開始や、医師の働き方に関する制度改正により、病院の勤務環境の整備、症例数の確保がこれまで以上に求められるようになり、十分な医師の確保が課題となっています。また、大学医局は病院へ医師を派遣し続けることが難しくなっており、今後は医師の確保がさらに困難となる見込みです。

下関医療圏においても、医療圏の患者数が今後減少していく中で、働き方改革を進めつつ、一定の症例数を確保し、新専門医制度等にも対応しながら下関医療圏で医師養成を行う体制を継続していくためには、病院機能の集約が必要です。

図表8 医師にかかる制度改正の内容及び医師・病院・患者への影響



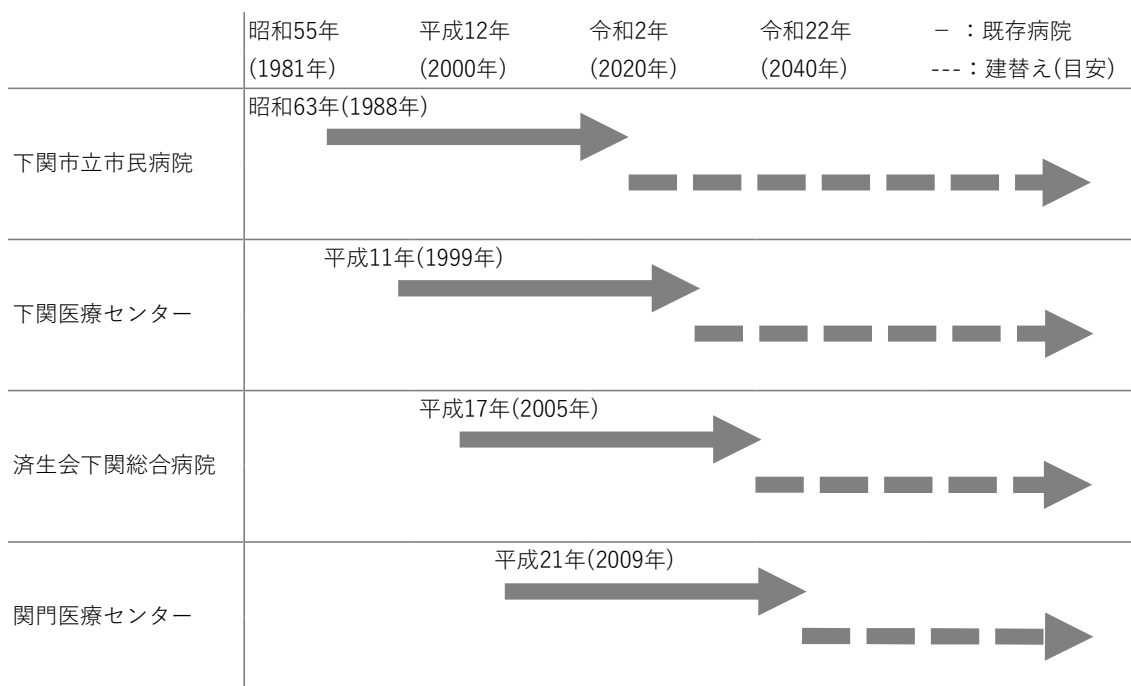
エ 建替えの必要性について

急性期機能の病院が一般的に築30年から40年で建替えることを踏まえると、下関市立市民病院は令和5年(2023年)現在において建替えの検討が必要な時期に入っており、下関医療センターも近々建替えの検討が必要な時期となります。

また、今後医療需要の縮小が予想される中、将来の医療需要への適応、医師の確保と医療の質の向上などの視点を踏まえれば、地域の実情にあわせた病院の規模と機能を検討し、病院の再編・統合をすることが必要な状況に差し掛かっています。

そして、将来も持続可能な医療提供体制を確保するためには、各病院が良好な経営状況となるように検証を進めること、すなわち建替え時期等を踏まえ、既存の施設等を最大限に有効活用することが重要です。そのために、各病院の建替えのタイミングに合わせて段階的に再編・統合を進めていく必要があることから、まずは、2病院の再編・統合に係る検討を早急に進めていくことが必要です。

図表9 各病院の建設時期と建替え目安時期



※病院の建替え時期は個別病院の事情により異なる

(3) 下関市立市民病院の経営状況

ア 下関市立市民病院事業の概観について

下関市立市民病院は、昭和 25 年(1950 年)3 月に下関市立高尾病院、下関市立診療所及び下関市立病院を統合し発足した下関市立中央病院を前身とし、平成 24 年(2012 年)4 月に経営形態を地方独立行政法人化、名称も地方独立行政法人下関市立市民病院と変更し、病院運営を実施しています。建設時期が昭和 63 年(1988 年)であり令和 5 年(2023 年)時点で築 35 年となります。

図表 10 下関市立市民病院の概観

(令和 5 年(2023 年)4 月 1 日現在)

名称	下関市立市民病院
住所	下関市向洋町一丁目 13 番 1 号
開設年月日	1950 年 3 月 20 日 (地方独立行政法人設立：2012 年 4 月 1 日)
許可病床数	382 床 (一般 376 床、感染症 6 床) (HCU 1：10 床、急性期一般入院料 1：292 床、地域包括ケア病棟入院料 2：54 床、緩和ケア病棟入院料 2：20 床)
建築時期	1988 年 (築：35 年)
役割・機能	急性期医療を担う地域における中核病院 救急告示病院 臨床研修指定病院 災害拠点病院 地域医療支援病院 在宅療養後方支援病院 第二種感染症指定医療機関
診療科目・部門	内科、血液内科、腎臓内科、糖尿病内分泌代謝内科、リウマチ膠原病内科、緩和ケア内科、ペインクリニック内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、精神科、外科、消化器外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、整形外科、リハビリテーション科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、乳腺外科、救急科、病理診断科、歯科、歯科口腔外科 (計：33 診療科)
職員数	510 人 (医師：62 人、看護師：291 人、医療技術員：103 人、事務員：54 人)
基本理念	「安心の優しい医療を提供し、市民から信頼される病院を目指します」
基本方針	市民のニーズに応じた最善の医療を提供します。 重点診療項目として、悪性疾患、救急及び生活習慣病に取り組みます。 安定した健全な病院経営を目指します。

イ 下関市立市民病院の経営状況について

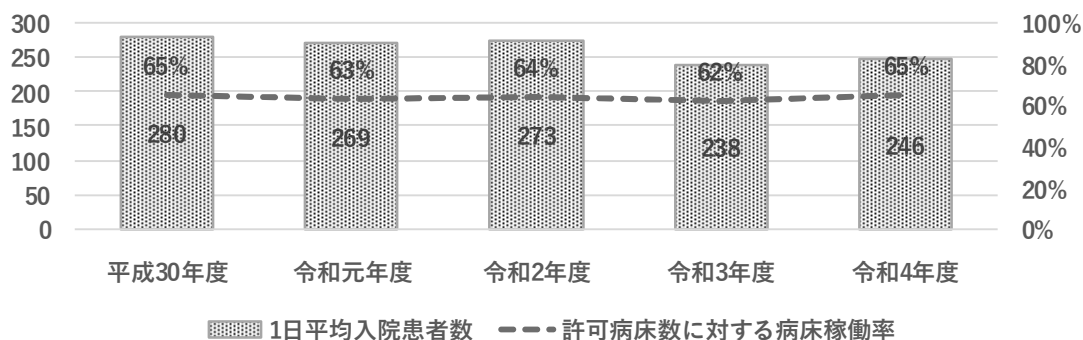
平成30年度～令和4年度(2018年度～2022年度)における下関市立市民病院の1日平均入院患者数は減少傾向にあり、特に急性期一般入院料1を算定する患者が減少している状況です。1日あたり平均入院患者数の総計を平成30年度(2018年度)と令和4年度(2022年度)とで比較すると、1日あたり平均入院患者数が34人(約12%)減少しており、患者数減少にあわせて病床数を430床から376床へダウンサイジングしているものの、病床稼働率自体は60%台前半を推移している状況です。

図表11 下関市立市民病院の1日平均入院患者数と病床稼働率

入院料		平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
ハイケアユニット入院医療管理料1	許可病床数			10	10	10
	1日平均入院患者数			5	5	5
	病床稼働率			55%	52%	49%
特定集中治療室管理料3	許可病床数	10	10			
	1日平均入院患者数	6	6			
	病床稼働率	55%	57%			
急性期一般入院料1	許可病床数	286	286	286	298	292
	1日平均入院患者数	225	215	216	184	208
	病床稼働率	79%	75%	76%	62%	71%
緩和ケア病棟入院料1	許可病床数	20	20			
	1日平均入院患者数	15	16			
	病床稼働率	75%	79%			
緩和ケア病棟入院料2	許可病床数			20		20
	1日平均入院患者数			15		14
	病床稼働率			74%		71%
地域包括ケア病棟入院料2	許可病床数	54	54	54	74	54
	1日平均入院患者数	34	33	37	48	19
	病床稼働率	64%	61%	69%	65%	35%
(急性期)	許可病床数	60	60	60		
	1日平均入院患者数	0	0	0		
	病床稼働率	0%	0%	0%		
総計	許可病床数	430	430	430	382	376
	1日平均入院患者数	280	269	273	238	246
	病床稼働率	65%	63%	64%	62%	65%

※出所：厚生労働省 病床機能報告より

図表12 下関市立市民病院の病床稼働率



平成30年度(2018年度)から令和4年度(2022年度)までの財務指標を比較すると、経常損益は令和元年度(2019年度)時点で約3.1億円の黒字でしたが、令和3年度(2021年度)は約1.5億円の赤字、令和4年度(2022年度)は約2.8億円の赤字でした。その要因として、医業収益が減少したことで、医業費用が令和3年度(2021年度)以降、大幅に増加したことが挙げられます。令和2年度(2020年度)から令和4年度(2022年度)の補助金等収益(営業収益)には新型コロナウイルス感染症入院病床確保支援事業費補助金などの新型コロナウイルス感染症関連の補助金が含まれており、補助金の交付が縮小される令和5年度(2023年度)以降の損益に懸念があります。

図表13 下関市立市民病院における財務指標の推移

	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
	金額 (千円)	対営業 収益比	金額 (千円)	対営業 収益比	金額 (千円)	対営業 収益比	金額 (千円)	対営業 収益比	金額 (千円)	対営業 収益比
営業収益	9,893,426	100%	10,631,444	100%	10,380,234	100%	10,176,046	100%	10,319,048	100%
医業収益	9,204,237	93%	9,669,364	91%	8,423,242	81%	8,671,281	85%	8,788,604	85%
入院収益	6,541,361	66%	6,944,610	65%	5,854,706	56%	6,025,869	59%	6,072,471	59%
外来収益	2,473,650	25%	2,539,466	24%	2,404,081	23%	2,468,114	24%	2,535,774	25%
その他医業収益	189,226	2%	185,289	2%	164,455	2%	177,298	2%	180,359	2%
運営費負担金収益	641,024	6%	909,101	9%	924,022	9%	766,098	8%	746,961	7%
運営費交付金収益	19,634	0%	24,166	0%	27,920	0%	29,607	0%	17,948	0%
補助金等収益	18,518	0%	18,800	0%	986,580	10%	678,080	7%	727,940	7%
資産見返負債戻入	10,013	0%	10,013	0%	18,469	0%	30,980	0%	37,594	0%
営業費用	10,125,712	102%	10,371,992	98%	10,149,580	98%	10,369,056	102%	10,631,302	103%
医業費用	9,602,766	97%	9,800,971	92%	9,557,214	92%	9,761,365	96%	9,993,070	97%
給与費	4,923,509	50%	4,982,018	47%	5,012,499	48%	5,091,075	50%	5,090,621	49%
材料費	2,613,820	26%	2,713,189	26%	2,405,893	23%	2,511,655	25%	2,683,929	26%
経費	1,248,557	13%	1,275,661	12%	1,284,020	12%	1,299,729	13%	1,367,770	13%
減価償却費	785,852	8%	800,557	8%	842,425	8%	843,465	8%	830,540	8%
研究研修費	31,028	0%	29,546	0%	12,378	0%	15,441	0%	20,210	0%
一般管理費	221,029	2%	222,287	2%	229,104	2%	234,591	2%	240,905	2%
給与費	213,867	2%	210,076	2%	222,320	2%	223,540	2%	233,995	2%
経費	7,163	0%	12,212	0%	6,784	0%	11,051	0%	6,911	0%
控除対象外消費税等	301,917	3%	348,734	3%	363,262	3%	373,100	4%	397,327	4%
営業損益	▲232,286	▲2%	259,452	2%	230,654	2%	▲193,009	▲2%	▲312,254	▲3%
営業外収益	88,128	1%	65,540	1%	54,176	1%	59,126	1%	55,814	1%
営業外費用	23,344	0%	13,629	0%	15,719	0%	13,259	0%	20,164	0%
経常損益	▲167,501	▲2%	311,363	3%	269,112	3%	▲147,142	▲1%	▲276,604	▲3%
臨時利益	2,672	0%	1,108	0%	3	0%	118	0%	458	0%
臨時損失	5,641	0%	1,269	0%	1,541	0%	1,328	0%	12,466	0%
当期純損益	▲170,470	▲2%	311,202	3%	267,574	3%	▲148,352	▲1%	▲288,613	▲3%

※出所：下関市立市民病院決算書（平成30年度～令和4年度）

※金額は、千円単位で四捨五入しているため、合計とその内訳が一致しないことがあります

(4) 医療提供体制の課題解決に向けた方向性

下関市立市民病院及び下関医療センターの2病院の統合による課題解決を基本的な方針とし、課題解決に向けた方向性として以下4つの観点から再編・統合を実施します。

ア 下関市立市民病院の経営状況の観点

(ア) 3(1)のとおり、入院患者数は、人口減少による需要縮小の影響により、減少する見込みであり、医師が確保できない場合は更に減少する可能性があります。診療単価は、医師及び症例数が確保できる場合は現状維持と見込まれます。この需要縮小と医師確保の難化により入院患者数の減少が見込まれることで、収益の低下も見込まれます。一方で、設備投資に活用できる補助金等も少なく、設備投資に関連する費用負担は高額となり、将来的に収益と費用の整合が図れず経営が悪化する可能性があります。

(イ) 再編・統合を実施することで、入院患者数は、病院数の集約により安定的に確保が行える見通しです。また、診療単価は、機能と症例の集約、手術数の増加、新規施設基準の届出等により診療単価の向上が見込めます。安定的に患者を確保でき、かつ診療単価が向上する見込みであることから、現状よりも収益性の向上が期待できます。また、新病院整備時に活用できる補助金等が多いため、設備投資に要する負担が軽減できることにより将来的な収益と費用の整合を図り、安定的な経営を行うことが可能です。

イ 医師確保の観点

(ア) 3(1)のとおり生産年齢人口の減少や医師の偏在に伴い、医師数も減少することが見込まれます。また、将来的には医師の勤務にかかる政策の変化により、医師確保は更に難化する見通しです。

(イ) 再編・統合に伴い、重複する診療科を整理することにより症例数と安定した医師の確保が可能になり、将来的な医師の勤務に係る政策の変化に適應できる見込みです。

ウ 地域医療の観点

(ア) 3(2)イのとおり、救急搬送における平均収容所要時間が長時間化しており、搬送受入不可件数も増加しています。救急を担当する医療機関において十分な医師数を確保するなど、受け入れ体制の強化が行えなければ状況は更に悪化する見通しです。

(イ) 再編・統合を実施することで、医師が確保しやすくなることにより、救急搬送の受入が円滑に行えるようになり、収容所要時間が短縮され、搬送受入不可件数も減少する見込みです。

エ 2病院における持続的な経営の観点

- (ア) 3(2)アのとおり、2病院の高度急性期・急性期病床における病床稼働率は70%程度ですが、需要推計からの予想では今後さらに患者数の減少による稼働率の低下が予想され、2病院全体での医業収益の減少が見込まれます。
- (イ) 統合に伴い、地域の需要を見通した適正規模に変更することで、安定した病床稼働率の実現と維持が行える見通しです。それにより安定した医療提供体制の確立が見込まれます。

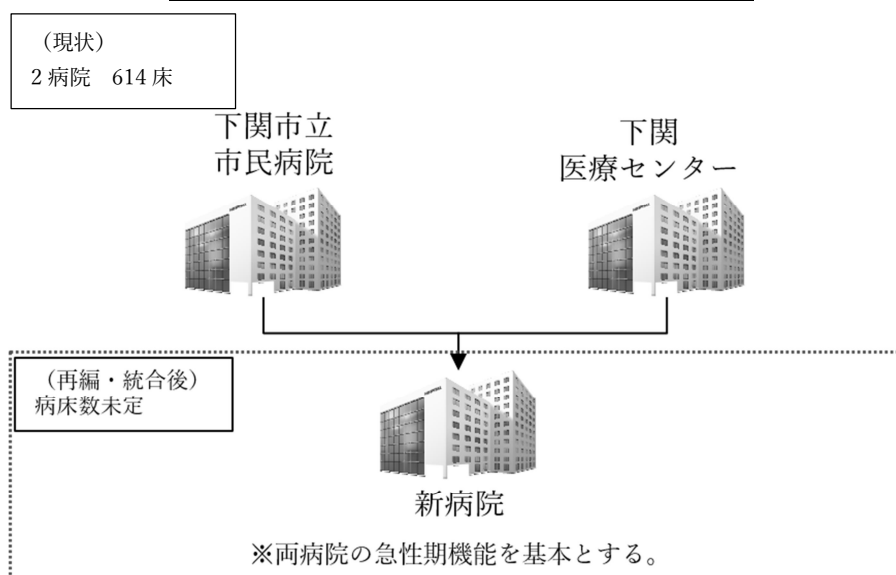
4 新病院整備の基本的な考え方

新病院整備にあたっては、整備開始から完了まで継続して適切な医療提供が実施できる前提のもと、基本的な考えを次のとおり示します。

(1) 基本的な方針について

- ア 新病院は、下関市が建設することとします。
- イ 下関市立市民病院及び下関医療センターの2病院の統合による課題解決を基本的な方針とします。
- ウ 再編・統合にあたっては、病院間での機能の分担や業務の連携により質の高い医療が提供できるよう、2病院が継続的に協議を行いながら役割分担・連携強化を図るため、地域医療連携推進法人の設立に向けて検討します。

図表 14 再編・統合の方向性及び統合に係る検討事項



項目	統合に係る検討事項
診療科	重複する診療科等の整理が必要
病床数	将来需要を踏まえ、他の急性期病院に不要な悪影響が及ぶことがないよう、他の2病院（済生会下関総合病院、関門医療センター）を上回らない程度の病床数とすること
医師の確保と配置	山口大学及び九州大学の両大学の協力が必要不可欠であり密に連携を行う
運営	将来に亘り安定的に円滑な医療を提供できる体制を構築するとともに、引き続き、更なる段階的な再編を進めるため、柔軟かつ専門的な運営が可能となるよう検討すること
立地の検討	交通アクセスや他の病院への影響を考慮し、市としても建替え候補地の検討を行う
地域医療の充実	病院間での機能の分担や業務の連携により質の高い医療が提供できるよう、各病院が継続的に協議を行いながら役割分担・連携強化をしつつ、医療機能の整備・再編を進めるような具体的な枠組み検討すること

(2) 診療の継続及び市民への説明責任について

ア 新病院が開院するまで両病院の患者等の利用者が診療を継続して受けられるよう配慮します。

イ 地域医療構想の推進の趣旨や病院再編・統合の必要性等について、市民へわかりやすく、丁寧に説明を行います。

(3) 職員の処遇について

職員の処遇については、在籍する職員の理解を得ながら検討を進め、雇用について職員の希望に添えるよう十分に配慮しつつ、統合に向けた検討を進めます。

5 新病院が担うべき医療機能について

単に下関市立市民病院及び下関医療センターの2病院の統合の可能性についてのみ検討を進めるのではなく、両病院の急性期機能の統合を基本とした上で、下関医療圏としての急性期医療体制を3病院体制で確実に担うことができるよう必要な機能再編を行います。

新病院が担うべき医療機能については、次のとおりです。

(1) 5疾病6事業への考え方

ア 5疾病（がん・脳卒中・心疾患・糖尿病・精神疾患）の考え方について

- (ア) がんについては、引き続き下関市立市民病院及び下関医療センターの機能を引き継ぎます。
- (イ) 脳卒中については、下関市立市民病院及び下関医療センターが有する一次脳卒中センター機能を引き継ぎ、必要な体制を構築します。
- (ウ) 心疾患については、救急体制に対応できる程度の体制として緊急カテーテルにも対応可能な体制を構築します。
- (エ) 糖尿病については、下関市立市民病院及び下関医療センターが有する機能を基本とし、必要な体制を構築します。
- (オ) 精神疾患については、新病院で担いません。

イ 6事業（救急・災害・へき地・周産期・小児・感染症）の考え方について

- (ア) 救急医療については、新病院が担う救急搬送受入体制は、下関市立市民病院及び下関医療センターの受入件数の和ではなく、4病院の3分の1（3,000～4,000台/年）程度を想定します。
- (イ) 災害医療については、地域災害拠点病院として必要な敷地面積を整備しつつ、耐震以上の構造物を構築します。
- (ウ) へき地医療については、へき地医療拠点病院としての機能を有します。
- (エ) 周産期及び小児医療については、新病院で担いません。
- (オ) 感染症・新興感染症医療については、第二種感染症指定医療機関として必要な病床を引き続き確保するとともに、有事の対応を踏まえたゾーニング及びHCUの整備を実施します。

ウ 健診事業について

両病院の健診事業においても一体的に統合を進め、より一層の機能強化を図り、市民の健康増進に努めます。

(2) 診療科・診療体制

ア 新病院の診療科・診療体制については、下関市立市民病院と下関医療センターの急

急性期機能の統合を基本とします。

- イ 下関医療圏としての急性期医療を3病院体制で確実に担うことができるよう、4病院間で必要な機能再編についても協議を進めます。

(3) 病床規模・想定外来患者数

ア 病床規模

新病院の病床規模は、他の急性期病院の経営に不要な悪影響を及ぼすことがないよう、他の2病院を上回らない程度の規模とします。具体的には、下関市立市民病院と下関医療センターが受け入れている高度急性期・急性期の入院患者数の受入が可能となる病床数を基本として、下関医療圏全体の病床稼働率や3病院での診療機能再編の実施予定、本市の将来の医療需要の見込み等を勘案して検討します。

イ 想定外来患者数

現在、下関市立市民病院と下関医療センターで対応している外来患者数を基本として検討を進めます。

6 運営形態

(1) 想定しうる経営形態の選択肢

新病院の運営形態については、本基本構想に基づきそのあり方を検討します。想定しうる選択肢は、下記の通りです。

図表 15 想定しうる経営形態の選択肢

区分	地方独立行政法人 (非公務員型)	地域医療機能推進機構	指定管理者制度
	下関市立市民病院への統合	下関医療センターへの統合	地域医療機能推進機構による 指定管理
概要	下関医療センターを下関市立市民病院へ統合	下関市立市民病院を下関医療センターへ統合	下関市立市民病院は、地方独立行政法人を解散し、下関市は、下関市病院事業を設置、その後、指定管理者制度を導入し地域医療機能推進機構が運営
基本的 事項	開設者	下関市	地域医療機能推進機構
	運営責任者	理事長	地域医療機能推進機構
	市の関与	中期目標により定める	なし
	業績、実績評価	第三者機関である評価委員会が評価	独自に設定
	病院管理者	理事長が任命する者	機構が任命する者
	診療科	定款で定める	機構が決定
	予算	理事長が作成	機構が作成
経営的 事項	契約	理事長が契約	機構が契約
	資金調達	設立団体（地方公共団体）から借入 一時借入金は地方独立行政法人	機構より借入
	市の関与	中期目標により定める	なし
	交付税措置	交付税は変化なし	交付税が減少
人事・ 組織的 事項	職員の任命	理事長が任命	機構が任命
	定員管理	制限なし	制限なし
	職員の身分	独立行政法人が雇用	機構が雇用
	職員の給与	法人独自の規定	機構の規定
	移行にともなう 継続雇用	市民病院職員： 地方独立行政法人が雇用継続 下関医療センター職員： 地方独立行政法人が新たに雇用	下関医療センター職員： 地域医療機能推進機構が継続雇用 市民病院職員： 地域医療機能推進機構が新たに雇用

下関市立市民病院及び下関医療センターの統合後の経営形態は、下関市立市民病院への統合、下関医療センターへの統合、指定管理者制度導入、の3つが考えられます。

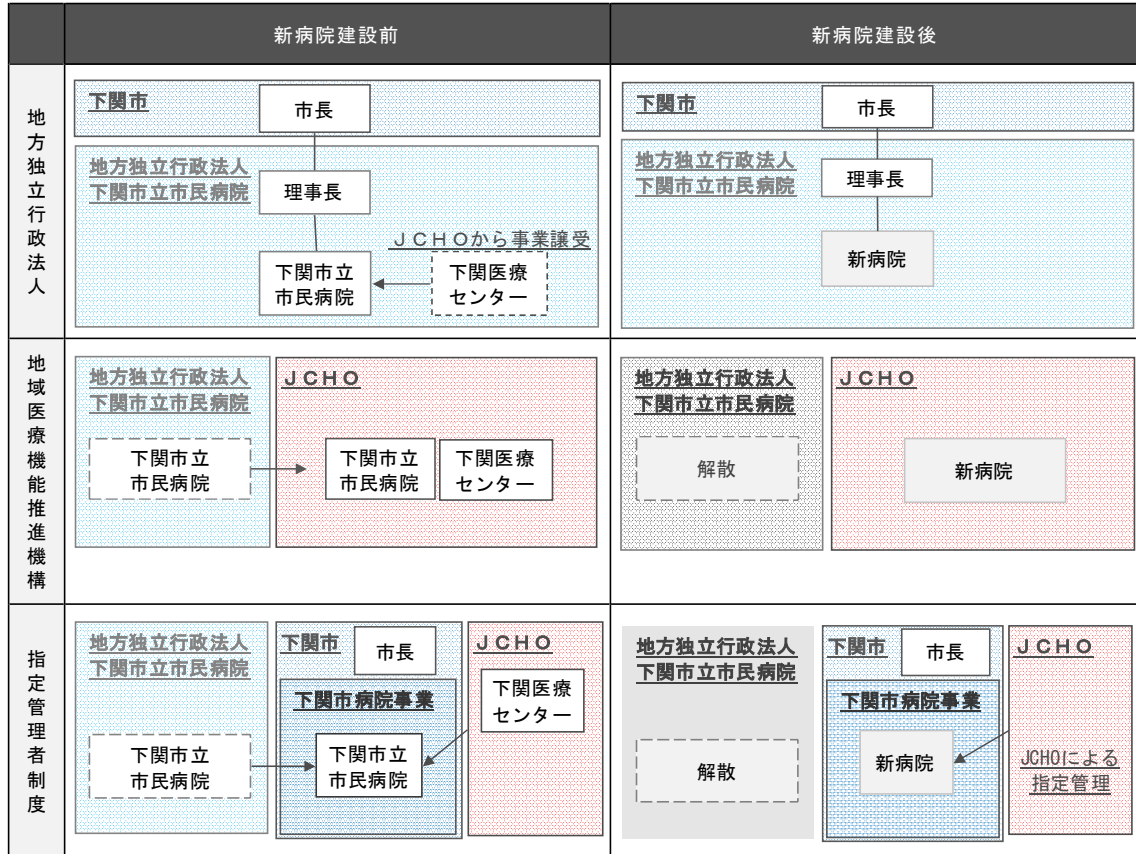
「下関市立病院への統合」とは、下関医療センターを下関市立市民病院へ統合し、地方独立行政法人化するものです。

また、「下関医療センターへの統合」とは、地域医療機能推進機構が新病院を建設し、下関市立市民病院を下関医療センターへ統合するもので、本基本構想においては下関市が新

病院を建設することとしているため、想定していません。

そして、「指定管理者制度導入」とは、既存の下関市立市民病院における地方独立行政法人を解散し、下関市病院事業を設置後、地域医療機能推進機構を指定管理者とするものです。

図表 16 当該再編・統合における経営形態別のイメージ図



(2) 経営形態の方向性

今後の運営形態・経営形態の議論については、本基本構想に基づき、下関市立市民病院、下関医療センター、地域医療機能推進機構及び下関市を含む関係者等との協議をもって、令和6年度(2024年度)中を目途に、その在り方を検討します。

7 建設候補地

(1) 建設候補地の選定方法

建設候補地を選定する際には、土地の確保面積が一定程度あること、浸水リスクが少ないこと、交通アクセス等の観点から考慮する必要があります。新病院においては、以下の観点から建設候補地を選定しました。

- ア 4ヘクタール以上のまとまった土地の確保が可能であること
- イ 山口県の緊急輸送道路ネットワークに近接していること
- ウ 公共交通（駅やバス停留所など）に隣接していること
- エ 津波や高潮、内水氾濫などの災害リスクが少ないこと

(2) 建設候補地の選定

上記(1)の選定方法に基づき、次表の候補地を選定し、比較しました。

図表 17 建設候補地の比較

	候補地①	候補地②	候補地③
土地	幡生操車場跡地 (市有地)	民地 (山林)	民地 (農地)
確保面積	約6ha	約4.2ha	約4.2ha
幹線道路 アクセス	第2次緊急輸送道路に 近接	第2次緊急輸送道路に 近接	第1次緊急輸送道路への アクセス道路あり
公共交通	幡生駅：約0.5km バス停留所：近隣	幡生駅：約1.3km バス停留所：近隣	新下関駅：約1km バス停留所：なし
用途地域	準工業地域	第1種低層住居地域 (病院立地不可)	市街化調整区域
災害リスク	洪水浸水想定 なし	洪水浸水想定 なし	洪水浸水想定 最大0.5～3.0m
その他	J R西日本と協議が必要 既存計画の調整が必要	都市計画の変更が必要 山を切土し、整地が必要 (約1.5年程度要する)	農地転用許可が必要 地盤改良のプレロード 期間が必要

※建設候補地の選定にあたり、想定したもので権利関係を調査したものではありません。

候補地②は、山を切土して整地に約1.5年程度要することが想定されます。また、候補地③は、農地転用や地盤改良のプレロード（圧密促進）期間が必要です。候補地②と③は、候補地①に対して事業費の増加や事業期間が長くなるといったデメリットが挙げられます。

候補地①は、候補地②と③に比べ、交通の利便性に優れ、災害リスクが少なく、土地改変が少ない（事業期間が短い）ことから、建設候補地として優れています。候補地①は、既に本市の特別会計が土地を保有している「幡生操車場跡地」であり、地権者と用地取得交渉の必要が無い点でも優位性が認められます。

図表 18 建設候補地の利点と欠点

	利点（メリット）	欠点（デメリット）
候補地①	<ul style="list-style-type: none"> ・ 幹線道路アクセスが良い ・ 洪水浸水想定なし ・ 市保有地であり取得に追加費用を要さない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ J R 西日本との協議が必要 ・ 既存計画の調整が必要
候補地②	<ul style="list-style-type: none"> ・ 幹線道路アクセスが良い ・ 洪水浸水想定なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都市計画の変更が必要 ・ 山の切土、整地に期間を要する ・ 民間保有地であり、取得に追加費用を要する
候補地③		<ul style="list-style-type: none"> ・ 幹線道路アクセスが悪い ・ 洪水浸水想定あり ・ 農地転用許可が必要 ・ 地盤改良が必要であり、期間及び費用を要する ・ 民間保有地であり、取得に追加費用を要する

建設候補地は、第 2 次中間報告において既存施設のある旧市内中心部からの交通アクセスなど市民の利便性を考慮することとされていることから、再編・統合を行う 2 病院と距離的に近く、J R 幡生駅に隣接しており、公共交通とのアクセスも良く、市民の利便性も高い「幡生操車場跡地」を建設候補地として選定します。

8 事業費

新病院の事業費は、病床数が現時点で未確定なため積算することは困難です。

建物の建設費の単価については、近年の資材価格等の高騰の影響で建設単価は上昇傾向にあります。

事業費としては、建物の建設費の他に設計監督費や外構の整備費用、医療機器の整備費用等が必要であり、病床数の検討と併せて他市事例等を参考に今後検討を行っていきます。

9 整備方法

病院整備に係る設計（基本設計・実施設計）や施工等の発注に際しては、総事業費の抑制はもとより、工期の短縮のほか、地元経済の活性化や雇用の促進などを考慮した整備手法を検討する必要があります。

また、開院後における維持管理の効率化にも配慮が必要です。

業務の発注の側面から考えられる方式には、従来方式、DB方式、CM方式等があり、それぞれ一長一短があることから、基本計画を策定する過程において、適切な発注方式の検討を行います。

図表 19 入札契約方式の選択肢

1 発注者における体制確保を図る方式
CM方式
コンストラクションマネージャー（CMR）が、技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計・発注・工程の各段階において、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、品質管理、コスト管理などの各種のマネジメント業務の全部または一部を行う方式。CMRが適切な助言・提案・資料作成等を実施することで発注者を補完できる効果などが期待されます。
2 事業プロセスの対象範囲に応じた契約方式
通常の発注方式（従来方式）
別途実施された設計に基づいて確定した工事の仕様により、その施工のみを発注する方式です。
ECI方式
設計段階から施工者が関与することで、発注時に詳細仕様の確定が困難な事業に対応する方式です。設計段階で様々な代替案の検討が可能となる効果や、施工段階における施工性等の面からの設計変更発生リスクの減少といった効果などが期待されます。
設計・施工一括発注方式（DB方式）
構造物の構造形式や主要諸元も含めた設計を、施工と一括して発注する方式です。デザインビルド方式とも呼ばれます。施工者のノウハウを反映した現場条件に適した設計、施工者の固有技術を活用した合理的な設計が可能となる効果や、設計と施工を分離して発注した場合に比べて発生業務が軽減される効果などが期待されます。

10 今後の想定される整備スケジュール

新病院の標準的な整備スケジュールは以下のとおりです。

計画策定期		移行期				統合後	
2023 (R5)年度	2024 (R6)年度	2025 (R7)年度	2026 (R8)年度	2027 (R9)年度	2028 (R10)年度	2029 (R11)年度	2030 (R12)年度
基本 構想	基本 計画	基本 設計	実施 設計	新病院建設工事		引 越	運営開始

11 その他

新病院建設後の現市民病院の病院施設については、施設の躯体が耐震性を有しており、急性期病院の用途でなければ、一定の改修を行った後に有効活用が可能と考えられることから、サウンディング調査等の市場調査を行い、民間売却の可能性を検討します。

12 用語解説

(1) 二次保健医療圏

入院治療が必要な一般の医療需要（高度・特殊な医療サービスを除く）に対応するために設定する区域で、医療機関の機能分担と連携に基づき、医療サービスを提供するための地域的単位であり、下関保健医療圏は、下関市一市で設定されています。

(2) 急性期医療

疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療のことです。

(3) D P C病床

D P C制度（1日当たりの包括評価制度）に基づき診療報酬を算定する病床のことです。なお、D P C制度とは、閣議決定に基づき平成15年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度のことです。

(4) 地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟のことです。なお、地域包括ケア病棟入院料とは、急性期後の受け入れをはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから平成26年度診療報酬改定にて新設された特定入院料のことです。

(5) 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟入院料を算定する病棟のことです。なお、緩和ケア病棟入院料は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する入院料のことです。

(6) 病床稼働率

運用病床数に対して患者がどの程度の割合で入院しているかを示す指標であり、「延べ入院患者数 ÷ (運用病床数 × 入院診療日数)」で求められます。

(7) 輪番制

複数の病院が予め担当の順番を決定し、持ち回りで救急搬送を受け入れる制度のことです。山口県では中等症以上の患者を受け入れ専門的な治療を行う病院群が輪番制

で二次救急医療を担当しています。

(8) 二次救急

入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のもの
あり、都道府県が作成する医療計画に基づいて整備を進めるものです。

(9) 急性期一般入院料 1

急性期一般入院基本料のうち、下記の施設基準を満たす病棟が算定できる入院料の
ことです。

項目	基準
看護配置	7 対 1 以上（7 割以上が看護師）
重症患者の割合 必要度 I / II	許可病床数 200 床以上：31%/28% 許可病床数 200 床未満：28%/25%
平均在院日数	18 日以内
在宅復帰 病床機能連携率	8 割以上
医師数の員数	入院患者数の 100 分の 10 以上

(10) ダウンサイジング

病床数を減らすことです。

(11) 生産年齢人口

15 歳以上 65 歳未満の人口のことです。

(12) 地域災害拠点病院

多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を
行うための高度の診療機能を有し、被災地からのとりあえずの重症傷病者の受入れ機
能を有するとともに、DMAT 等の受入れ機能、傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域
搬送への対応機能、DMAT の派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機
能を有する病院のことです。原則として、二次医療圏ごとに 1 か所整備する必要があ
ります。

(13) 第二種感染症指定医療機関

二類感染症の患者の入院医療を担当できる基準に合致する病床を有し、都道府県知
事から指定を受けた医療機関のことです。原則として二次医療圏ごとに 1 か所整備す
る必要があります。

(14) へき地医療拠点病院

へき地診療所等への医師及び看護師等の派遣（代診医等の派遣を含む）、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院のことです。

(15) 周産期・小児医療

周産期とは妊娠 22 週から出生後 7 日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことです。小児医療とは、一般的に 15 歳未満の小児に対する医療のことです。

(16) 高度急性期

状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する必要がある病期のことです。

(17) 地域医療連携推進法人制度

医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための新たな法人の認定制度のことであり、複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する等を目的とするものです。

【想定される効果】

- ・診療機能の分担と連携強化
- ・医療従事者の相互派遣と適正配置
- ・地域医療ネットワークの強化
- ・人材教育 など

(18) 地方独立行政法人

地方公共団体から独立した法人格を与えられて、地方公共団体が自ら行う必要はないが、民間の主体に委ねては確実な実施が確保できないおそれがあるもの等、公共性の高い事業を効率的かつ効果的に推進させるための制度であり、理事長独自の意思決定が可能になり、自立性が高まると考えられる法人のことです。

【想定される効果】

- ・トップダウンの経営管理手法による経営効率化
- ・予算設定の自由化による投資手続きの簡略化及び投資の迅速化
- ・人材確保の自由化による雇用形態の多様化及び専門職員の育成強化

(19) 指定管理者制度

公の施設の管理運営を指定管理者に包括的に行なわせるもので、当該地方公共団体が議会の議決を経て、指定する法人・団体に期間を定めて委託する制度であり、民間事業者

の経営ノウハウを幅広く活用した運営が期待できると考えられる制度の事です。

【想定される効果】

- ・ 民間的手法の導入による経営効率化
- ・ 予算設定の自由化による投資手続きの簡略化及び投資の迅速化
- ・ 人材確保の自由化による雇用形態の多様化及び専門職員の育成強化

(20) サウンディング調査

サウンディングは、事業発案段階や事業化検討段階において、事業内容や事業スキーム等に関して、直接の対話により民間事業者の意見や新たな事業提案の把握等を行うことで、対象事業の検討を進展させるための情報収集を目的とした手法の事です。