

# 自治体病院の経営のあり方についていくつかの論点補足

城西大学経営学部  
准教授 伊関友伸

# I 自治体病院の建築について

# ○自治体病院の建築の問題点1

## ー高い費用をかけた病院

- 自治体病院の経営が悪くなる原因として、高い費用をかけて病院建物を建築することがある。
- 医療を行うことにより入る収入見込みを超えて、過大な設計を行う。
- 建物や医療機器の企業債の元利償還と減価償却が病院経営を圧迫し、余剰資金による医療への再投資の余裕を奪う。
- 人材が大きな役割を果たす病院においては、病院建築にかかるコストは必要最小限にして、後は医師や看護師の待遇改善など職員にお金をかけるべきである。

# 自治体病院の建築費コスト

	事業規模			事業費(百万円)				単位当たり 面積・建築費	
	工期	病床数	建築延面積(m <sup>2</sup> )	建築・設備費	医療機器・備品費	その他	合計	1床当面積(m <sup>2</sup> )	1m <sup>2</sup> 当建築費(千円)
A市立病院	00.9~03.6	520(一般)	54,728	19,404	2,347	3,092	24,844	105.2	354.6
B町立病院	02.10~04.3	63(-35、療28)	6,149	2,010	511	32	2,554	97.6	326.9
C市立病院	02.9~05.5	470(-416、精50)	35,869	15,724	3,866	4,536	24,125	76.3	438.4
D県立病院	03.12~06.9	590(一般)	56,000	15,640	4,333	1,447	21,420	94.9	279.3
E市立病院	02.7~04.7	300(一般)	24,088	9,706	3,510	293	13,509	80.3	402.9
G組合立病院	03.9~05.6	100(-50、療50)	9,403	1,986	521	0	2,507	94.0	211.2
F県立病院	02.3~06.1	300(-290、結10)	22,926	10,650	1,479	1,068	13,196	76.4	464.5
H町立病院	03.7~05.3	199(-194、結5)	17,500	6,696	1,311	109	8,116	87.9	382.6
I市民病院	97.8~05.11	440(一般)	28,677	15,199	5,158	0	20,357	65.2	530.0
J町立病院	03.9~05.2	50(-20、療30)	3,964	973	226	40	1,240	79.3	245.5
平均		303.2	25,930.4	9,798.8	2,326.2	1,061.7	13,186.8	85.7	363.6

# (独)福祉医療機構の標準建築面積と単価

## 面積

区分	単位	標準面積
一般病院	1床当り	60m <sup>2</sup>
大学病院・臨床研修病院等		70m <sup>2</sup>
特殊な設備を要する病院・救急病院		67m <sup>2</sup>
精神病院・結核病院		46m <sup>2</sup>

## 金額

区分		青森県から鹿児島県まで		北海道	
		病院施設	付属施設	病院施設	付属施設
耐火	5階以上	219,600	214,800	226,500	221,200
	4階以下	206,700	201,500	213,000	207,300
準耐火		176,200	182,800	182,300	192,400
その他		142,000	142,700	147,800	148,400

# ○自治体病院の建築の問題点2

## ー現場職員不在の設計

- 自治体病院の現場を回って感じることは、実際に病院を使って医療行為を行う病院職員が不在で設計が行われることである。
- 職員不在で病院建築が行われることにより、職員が、場合によっては、病院建築により病院財政が悪化し、病院がつぶれるかもしれないという危機感(当事者意識)を持たないことが通常である。これでは、職員は緊張感を持って仕事をしない。
- 現場の医療を行う職員が設計に参加していないことにより、費用をかけた割に、職員の動線が悪いなど、使い勝手が悪い病院も多い。働きにくい職場では、労働生産性が落ちる。
- 宿直室や職員休養室などの職員のアメニティが全く考えられておらず、劣悪な環境である病院も多い。働く職員の勤務のしやすさを考慮した病院設計である必要がある。

# 建築費コストが大きくなる要因

## (1) 最初に建設ありきの建築計画

病院の収益をリアルに踏まえた綿密な収支計画を立てず、最初に病院の「建設ありき」の計画をつくる傾向が強い。収入の範囲で建築可能な病院という意識がない。収益から見込まれる総建設投資額を設定し、金額を遵守するという意識が少ない。

## (2) 医療機能の絞り込みの不十分さ

その病院で最低限必要な医療は何かについての絞り込みが不十分で、必要以上の機能を持たせた設計を行いがちである。

## (3) 医療とは無関係な部分にお金をかける

医療機能とは関係ない部分に、お金をかけて設計を行う(吹き抜け、豪華な内装など)。

## (4) 病院経営に素人の事務職や建築職が施設整備を進める

病院経営に素人の事務職や建築職が施設整備を進めるため、医療収入に見合う病院の機能・規模を判断する人材がない

## (5) 公共事業への期待

企業債に交付税措置があり、公共事業が地方の基幹産業であることから、地元の建設業界にお金を落とすために過大な規模の建物の設計を行いやすい。

# 自治体病院の建築費コストを抑えるために必要なこと

- (1) 収入の範囲で建築費用の総額を限定  
「建築ありき」の形式的な収支計画ではなく、病院建築後の収入と支出を厳密に捉えた収支計画を立てること。収支の均衡が見込めない時には、建築を見送ることも検討すべきである。
- (2) 医療の範囲の明確化  
病院で行う医療を行う医療を明確にする。「あれもこれも」ではなく、「あれかこれか」に絞って設計を行う。
- (3) 医療に不要な部分には費用をかけない  
医療に取って必要のない部分（吹き抜け、豪華な内装など）には、できるだけお金をかけない。
- (4) コストアップ要因をつみ取る仕組みの必要性  
建築事業には常にコストを引き上げる要因が伴うため、計画からコスト・アップ要因をつみ取る役割の第三者を置くことも必要である（コンストラクションマネジメントの考え方の導入）。  
総務省がローコストの病院建築のマニュアルを示してはどうか。7

# 使い勝手の良い病院を建築するには

- 建築費用の上限は守りながら、基本設計、詳細設計の時点で、何回も手間をかけて働く職員の意見を聞く必要がある。
- 職員も思いつきで意見を出すのではなく、自らの仕事について、きちんと業務分析を行う必要がある。
- 病院でどのような医療を行うかについて明確にすることが重要である。
- 建築の担当を建築職・事務職だけに任せず、医療職の職員も専任の担当とするなどして、建築の担当として参加をすべきである。

# Ⅱ 離島の医療について

# 離島の病院経営の難しさ

## (1) 地域で完結した医療の必要性

拠点病院までの患者の移送が難しい場合が多く(ドクターヘリは夜間・荒天時には利用できない)、規模が小さくとも、ある程度地域で完結した医療を行わざるを得ないため、非効率になる。

## (2) 地域の医療人材不足

地域に、医師、看護師、薬剤師、医療技術者などの人材がいないため、他の地域から招く必要がある。そのため基本給や手当、交通費などが余分にかかる場合が多い。特に、非常勤医師を頼むためのコスト(人件費・交通費)は、相当の金額になることが多い。

## (3) 研修の機会確保の難しさ

医療機能の維持のためには、絶えざる職員の研修の機会の確保が必要であるが、交通費がかかるほか、医師の代診者の依頼コストがかかることになる。

## (4) 地元の財政力の弱さ

人材がいない場合、医療を継続できなくなり、大幅な減益となる危険性も高い。多くの自治体は財政規模が小さく、大幅な赤字は病院の存続そのものを脅かすことになる。

## (5) 入院・外来単価の低さ

患者のかなりの数が、慢性期の疾患を有する高齢者であり、入院・外来単価が低い。このため、いくら努力しても病院収入に限界がある。

## (6) 燃料費や材料費の費用高

燃料費や材料費が、移送コストがかかり割高である。

# 沖縄県の特地勤務手当が 損益に与える影響（平成19年度）

単位：円、%

区分	宮古病院	八重山病院
病院事業収益	4,607,803,913	4,820,416,069
医業収益	3,860,731,225	4,235,472,088
（うち他会計負担金）	48,816,000	4,111,000
医業外収益	740,049,536	583,409,076
（うち他会計補助金）	97,086,000	86,725,000
（うち負担金交付金）	604,668,000	393,045,000
特別利益	7,023,152	1,534,905
病院事業費用	4,633,878,075	4,803,178,668
医業費用	4,465,639,060	4,628,633,271
（うち給与費）	2,875,578,071	2,925,342,227
（うち特地勤務手当）※注1	160,953,375	164,765,744
医業外費用	144,457,267	166,665,393
特別損失	23,781,748	7,880,004
純損益	<b>△26,074,162</b>	17,237,401
特地勤務手当を除いた場合 の純損益	134,879,213	182,003,145
医業収益対給与比率	74.5	69.1
特地勤務手当を除いた場合の 医業収益対給与比率	70.3	65.2

注1 特地勤務手当の額には、特地勤務手当に準ずる手当を含む。

# 離島の医師不足問題に どのように対応すべきか

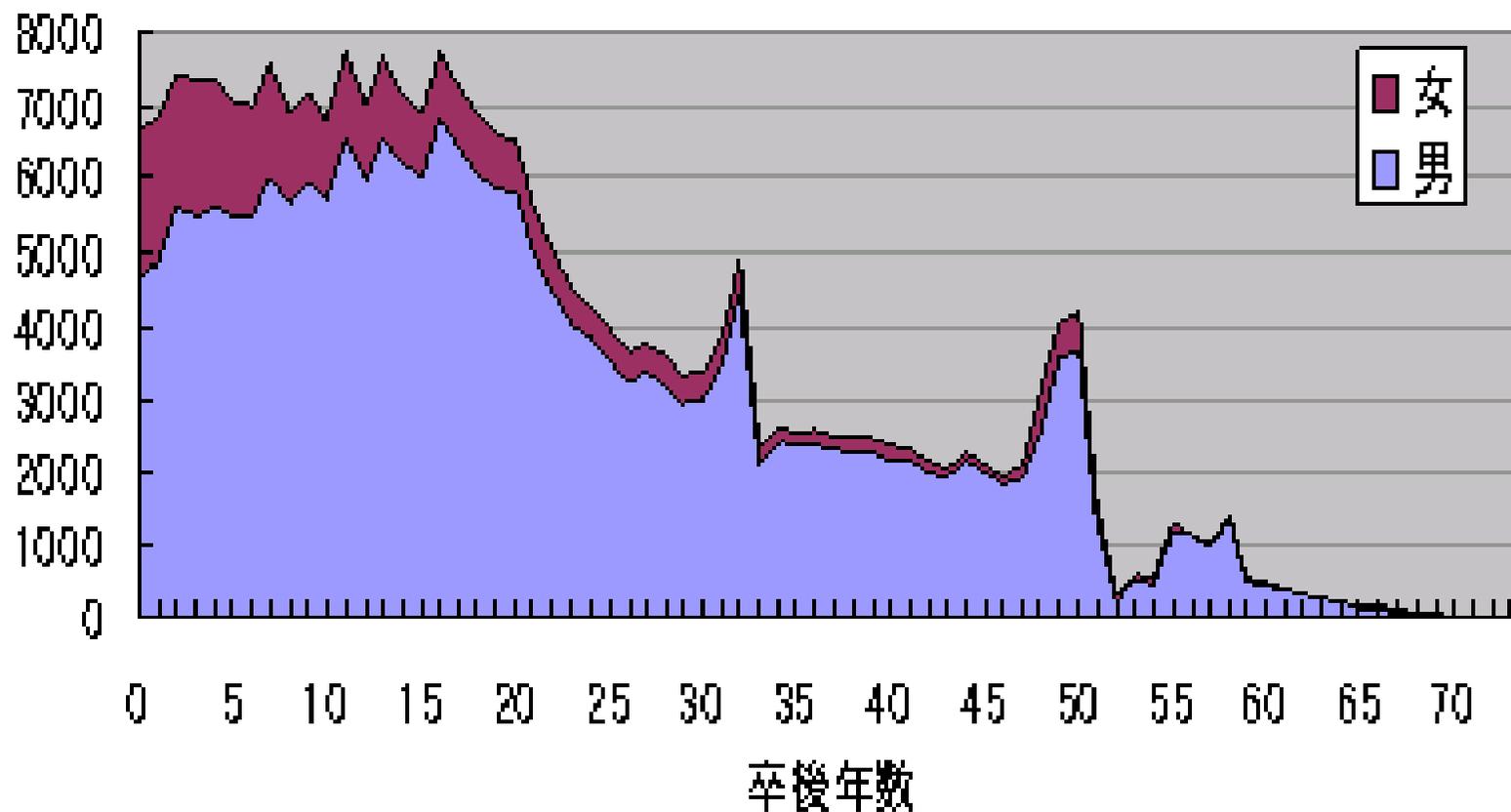
- 勤務条件に対応した適切な報酬額は必要である。
- 離島に勤務する医師が1人きりで孤立させるのではなく、地域の支援病院の医師との交代勤務や研修制度、休暇や学会出張などの代診の支援など様々なサポート体制が必要となる。
- 特に若手や中堅医師については、離島であっても医師として絶えず標準的な医療の知識を得ることができる機会を確保することが重要である。
- 一部に「研修医や若手を地方に行くよう義務づけるべきだ」という議論を主張する人がいるが、医療技術が未熟で、技術を磨かなければならない若い時期に、症例の少ない地方勤務を強制することは問題がある。

# 離島の医療機能の維持のために必要なこと

- (1) 地域で完結した医療を行うための費用への支援  
地域で完結した医療を行うために必要な人材や医療機器を維持するために必要な費用に対する支援を行うべきである。
- (2) 立地の悪さに対する費用高要因への財政支援  
人件費、研修費、材料費など、離島や山間地など立地の悪さによる費用高の要因について、財政的に支援を行うべきである。
- (3) 病院に準じる機能を持つ診療所への支援  
診療所でも、病院に準じた入院や検査が行える機能を備えることがあり、費用に対しての支援を行うべきである。
- (4) マネジメント力の強化の必要性  
ただし、離島でもマネジメントに優れ、医師などの人材の招聘や収益も良好な自治体病院も存在する。環境の悪さを言い訳にせず、質の高い医療を安定的に継続するための病院マネジメント力の向上を図る必要がある。
- (5) 住民の意識変革  
住民も離島の医療機関は地域の貴重な財産という意識を持ち、病気の際はいきなり大都市の中核病院を受診するのではなく、地域の医療機関を利用することが必要である。軽症で深夜に受診を行うなどコンビニ医療をなくしていくことも求められる。

# Ⅲ 女性医師の働きやすい職場について

# 卒後年数別医師数



3師調査 2002

厚生労働省「医師の需給に関する検討会第9回 長谷川敏彦委員資料より

# 女性医師が働きやすい職場とは

- (1) 女性医師対策は、同時に男性医師対策でもある  
妊娠・出産・授乳(母乳)については女性でなければ担えないが、育児以後は父親と母親が共同して関わっていくべきことである。女性医師が働きやすい現場は、男性医師も働きやすい現場につながる。
- (2) 女性医師が働きやすい病院が生き残る  
医師不足の現状、医師全体に占める女性医師の割合の増加傾向を考えれば、今後、女性医師が妊娠・出産を経験しながら働き続けることができる環境を提供できる病院でなければ、必要な医療を行うための医師数を充足できない。
- (3) 男性医師を含めた医師全体の過酷な勤務状況を見直すべき  
自治体病院に勤務する医師の労働環境は、女性医師だけでなく、男性医師にとっても過酷である。医療の質を維持するためにも、男性医師を含めた医師全体の長時間労働の是正が必要である。医師の労働時間の待遇を改善し、これ以上の医療現場からの離職を防ぎ、医師が勤務したくなるような自治体病院にすることが必要である。その際は、軽症で夜間救急受診を行う「コンビニ受診」を控えるなど、住民も意識を変えることが必要である。
- (4) 余裕を持った人員の配置が女性医師を活かす  
診療科の医師数が余裕を持って配置されている病院では、女性医師も置かれた環境に応じた役割を持って働きやすい。女性医師がいれば、余裕ある医師数が確保できるという面もなる。余裕のない人数で働かなくてはならない病院よりは、継続的に働くことが可能であり、お互いにメリットがある。そのために、病院に勤務する医師の意見を良く聴くことが条件であるが、複数の病院の医療機能の再編を行い、病院の医師数について余裕を持った体制にしていくことも必要である。

# ○育児インフラの整備のために

女性医師だけでなく男性医師も、さらには看護師や薬剤師など他の医療職の職員が子育てしやすい病院の育児インフラの整備に必要なものについては、次のようなものが考えられる。

## (1) 職住接近

職員住宅あるいは借り上げ施設を病院の近くに用意することが必要である。

## (2) 院内保育体制

医師、看護師など全ての職種の職員が、置かれた育児環境に応じて保育することができる院内保育体制が必要である。休日・夜間の保育、病(後)児保育のほか、患者の症状の急変や緊急手術など突発的に起きる保育ニーズになど対応できる時間外保育の体制が必要である。

## (3) 短時間勤務での常勤採用

自治体病院において、週20～30時間での常勤採用も検討すべきである。女性医師だけでなく、健康を害した男性医師や親の介護等が必要な医師にも適応されることで多様な人材の雇用が可能となる。

## (4) 交代制勤務の実現、医師定数の見直し

長時間勤務によるリスクの軽減の観点から、交代制勤務を実現する必要がある。抜本的な医師の待遇の改善のほか、医療機能の再編も進める必要がある。

## (5) 産休、育休時の代替医師の配置

女性医師が産休や育児休暇中に、他の医師への負担が増えるのであれば、女性医師にとっても妊娠・出産することにためらいがおきる。非常勤医での対応、短期間でも採用枠を作ることを検討すべきである。