

岡山市立市民病院あり方検討専門会議報告書

平成20年2月

目 次

1	はじめに	1
2	医療を取り巻く状況	2
3	市民病院の現状	3
	(1) 診療状況	4
	(2) 経営状況	5
4	市内の医療提供体制の状況	
	(1) 医療の需給状況等	13
	(2) 救急医療	20
	(3) 小児医療	22
	(4) 産科・周産期医療	23
	(5) 感染症医療	23
	(6) 結核医療	24
	(7) 災害医療	25
	(8) 予防医療	25
	(9) 教育・人材育成	25
	(10) 連携体制	26
	(11) 情報提供・相談機能	26
5	診療科別損益計算	
	(1) 計算方法	27
	(2) 計算結果	29
	(3) 損益計算の分析	32
	(4) まとめ	37
6	一般会計負担金	
	(1) 一般会計負担金の現状	38
	(2) 妥当性の検討	41
	(3) 一般会計負担金のあり方	44
7	新たな病院の方向性	46
	(1) 新たな病院が目指す基本的機能	47
	(2) 岡山大学との連携	50
	(3) 市民負担(一般会計負担)の抑制	53
8	むすび	57
	(資料)	58

1 はじめに

市民病院のあり方については、「岡山市立市民病院あり方検討委員会」において、役割・機能と市民負担との両面から、総合的な検討が行われ、平成19年1月に検討結果が提言書として取りまとめられ、市に提出された。

その提言では、「公的な役割を果たすために必要とされる医療を提供し、同時に将来的にも市民負担を抑制するという2つの条件(存続のための2つの条件)を解決し、市民の納得が得られる負担のもとに建て替えて、政策的医療を中心とした新たな市民病院として、公的な役割を果たしていくことが望ましい」とされ、「この存続のための2つの条件を解決できるかどうかは、専門家らで構成する別の機関において、経営的要素も含め、診療科目・規模等詳細に検証していく必要がある」とされている。

このため、平成19年7月から「岡山市立市民病院あり方検討専門会議」において、この「存続のための2つの条件」を解決できるかどうか、特に、公的な役割を果たすために必要とされる医療とは何かという市民病院の存在意義について、集中的に、アドバイザーとともに医療関係者の意見を聴きながら、専門的・技術的に検証を行ってきた。

これまでの市民病院の役割や一般会計負担の問題点について様々な角度から専門的に検証作業を行ったうえで、これからの公立病院のあり方や市民負担について一定の方向性を導き出し、報告書として取りまとめた。

2 医療を取り巻く状況

我が国は、国民皆保険制度の下、世界最長の平均寿命と高い保健医療水準を維持してきたが、急速な少子高齢化による人口減少社会の到来や低成長経済への移行、医療技術の著しい進歩、疾病構造の変化、国民の医療に対する意識の高まりなど、医療を取り巻く環境は大きく変化している。

国においては、急速に膨らむ医療費に対し、医療制度を将来にわたり安定的に持続させていくため、医療費適正化の推進、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進を主な柱とした、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療提供体制の構築を進めるなどの医療制度改革が進められている。

こうした中、医療機関の収益の源泉である診療報酬については、平成14年度から連続してマイナス改定となっており、平成18年度にはマイナス3.16%の大幅な引き下げが行われた。

また、平成16年4月から始まった医師卒後臨床研修の義務化に伴い、研修内容や施設が充実した都市部の病院を研修先に選択するケースが増加し、大学医局に在籍する医師が不足し、そのため地方の病院から医師の引き上げが行われ、全国的に地方の病院の医師不足が深刻化している。

公立病院の経営も非常に厳しく、平成17年度の決算では、一般会計負担金を収入から除くと、経常損益で全国の公立病院の97パーセント以上が赤字となっている。これに加えて、自治体財政も三位一体改革や地方交付税の減額の影響により収支が悪化している。

こうした中で、国(総務省)は平成19年12月、公立病院の経営改善を促すため、「公立病院改革ガイドライン」を示した。

3 市民病院の現状

市民病院では、平成12年の地方公営企業法全部適用以来、病院事業管理者の下、医療スタッフの充実、救急医療体制の強化など提供する医療の充実に努めるとともに、収支の改善を図ってきた。また、平成19年度には、市立病院間の病床再編、疾患別センターの設置を行い、平成20年度には、給食の民間委託を行う予定であり、様々な改善に取り組んできている。

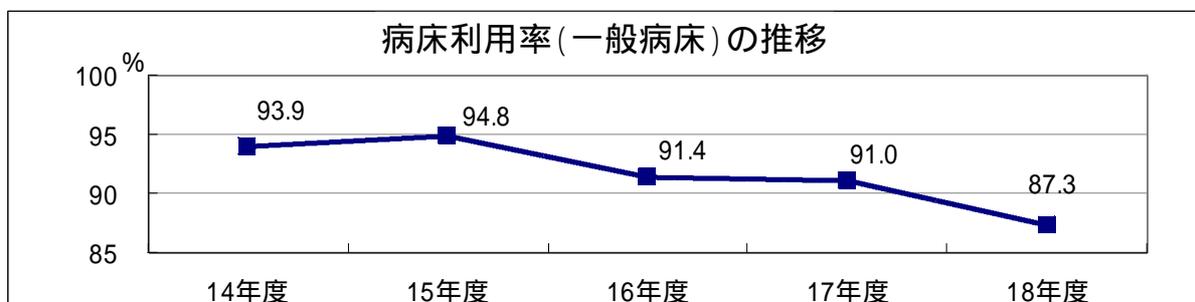
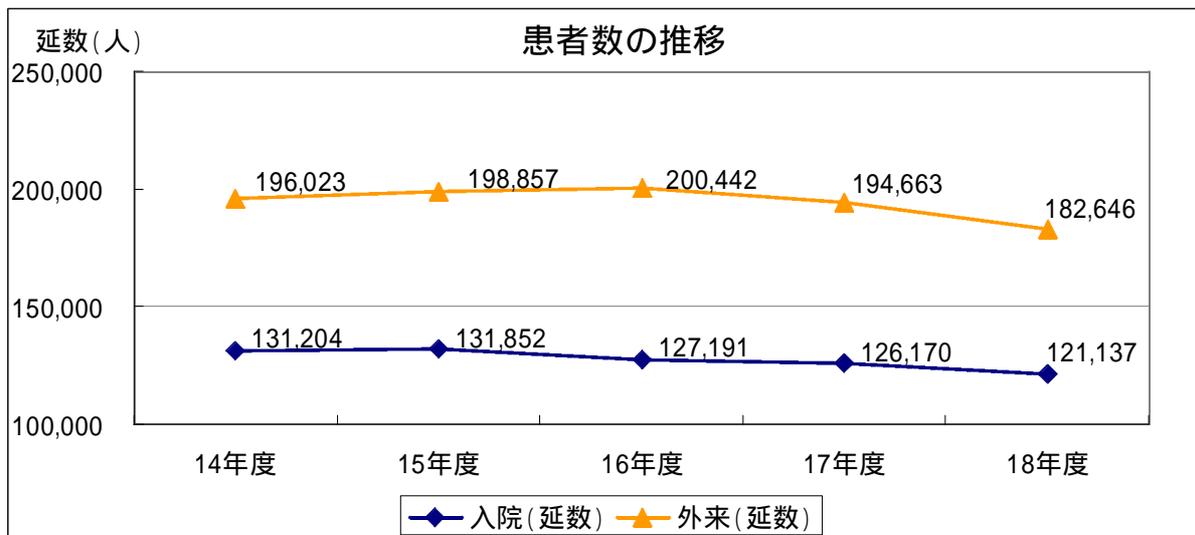
今回の検討にあたり、市民病院の概略的な現状を利用者である患者数の状況と市からの繰出しと関連する損益の状況について示すこととする。

なお、損益の状況に関わる種々の指標については、他の公立病院などとの比較として示すこととする。

(1) 診療状況

市民病院の入院患者(延数)は、平成18年度で12.1万人と平成15年度の13.2万人からやや減少している。また、外来患者(延数)も平成18年度で18.3万人であり、平成16年度の20.0万人から減少傾向である。

一般病床の病床利用率は低下しつつあり、平成18年度は87.3%となっている。また、平均在院日数は平成18年度には20.1日と増加傾向である。

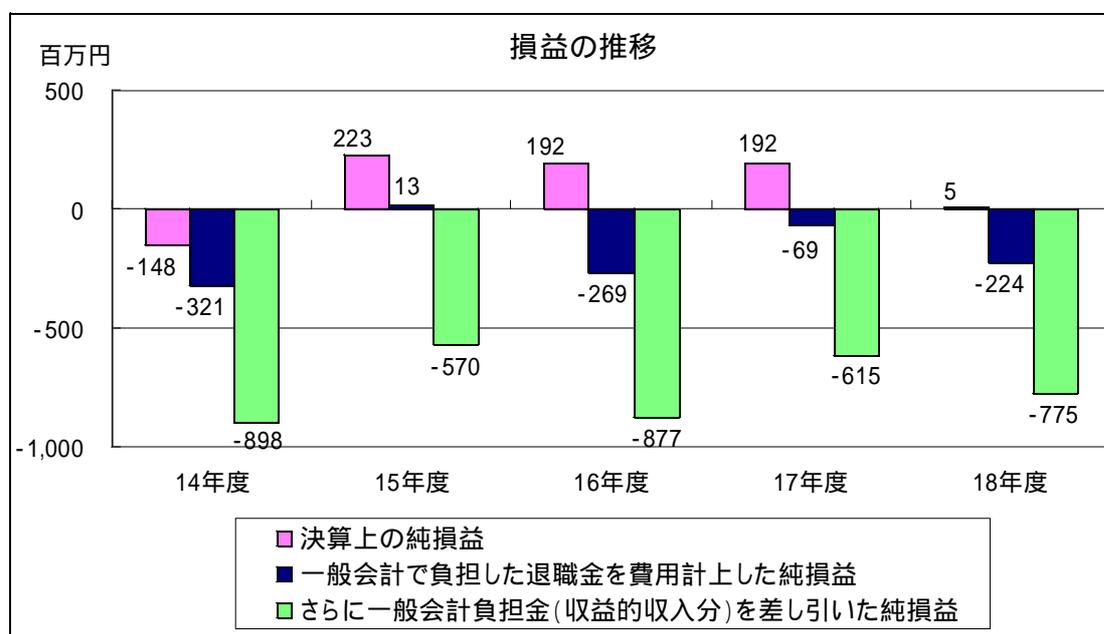


(2) 経営状況

市民病院の決算上の純損益は、平成15年度以降改善してきたが、平成18年度は診療報酬のマイナス改定や患者数の減少などにより、利益が大幅に減少し、500万円となった。

一般会計で負担した退職金を費用計上した場合の純損益は、平成18年度で2.2億円の赤字となっている。

さらに、一般会計負担金(収益的収入分のみ)を差し引いた場合の純損益は、平成14年度以降、5.7億円から9.0億円程度の赤字で推移している。



平成17年度の数値は、吉備病院廃院に伴う清算分を除いた数値
退職金は、一般会計が負担しているものと、病院事業会計が負担しているものがある。

同規模病院及び公立病院上位との比較

市民病院と経営指標を比較するため、対象とする病院を次のように選択した。比較に当たっては、100床当たりに換算し、他会計繰入金を除外した。

比較病院	内 容
同規模公立病院平均	一般病床350～450床の同規模公立病院(76病院)平均
同規模公立上位7病院平均	一般病床350～450床の実質経常収支比率上位7公立病院平均(岡山市立市民病院が8位のため)
同規模公的病院平均	300～399床の同規模公的病院平均(日赤・済生会など)
同規模私的病院平均	300～399床の同規模私的病院平均
市立宇和島病院	一般病床200床以上の公立病院の中で、実質経常収支比率が最も高い病院
岐阜市民病院	政令市・中核市の一般病床200床以上の公立病院の中で、岡山市立市民病院より実質経常収支比率が高い病院
鹿児島市立病院	
坂出市立病院	一般病床200床以上の公立病院の中で、実質経常収支比率が高く、唯一他会計繰入金がない病院

公立病院は「地方公営企業年鑑」平成17年度の数値

公的病院、私的病院は「病院運営実態分析調査」平成18年6月分の数値

同規模公立上位7病院は、黒部市民病院、富士宮市立病院、赤穂市民病院、砂川市立病院、富岡総合病院、奈良病院、加古川市民病院の7病院

市民病院においては、一般会計で負担した退職金260,970千円を退職給与金に加算し、吉備病院清算に伴う経費を除外した。

公立病院と公的病院及び私的病院では調査方法に違いがあることや各々の病院で規模、機能(病床の種類、救急体制等)、医療環境(競合等)、退職金の計上方法、院外処方の実施の有無等に違いがある。

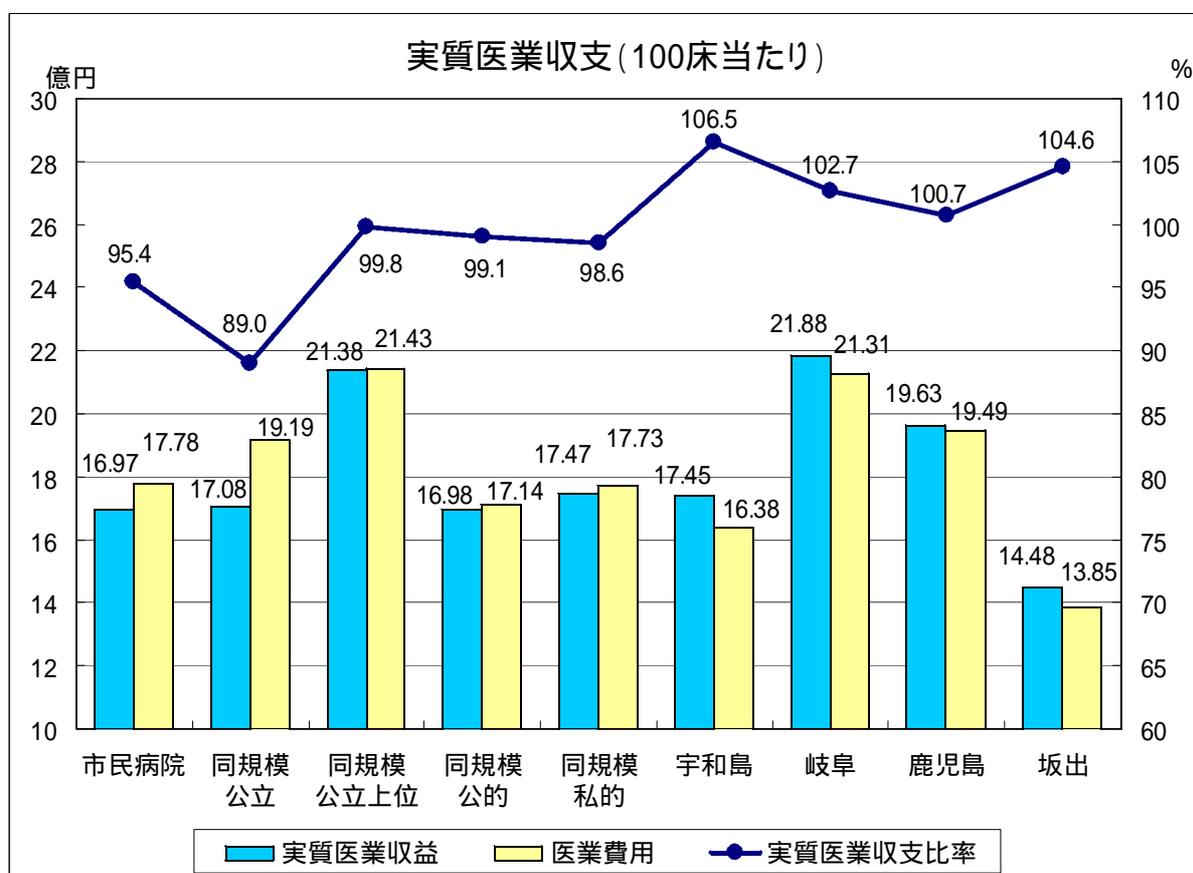
比較病院の概要

区 分	市民病院	同規模公立	同規模公立上位	同規模公的	同規模私的	宇和島	岐阜	鹿児島	坂出
病床数(床)	396	350-450	350-450	300-399	300-399	559	609	667	216
病床利用率(全体)(%)	91.0	81.2	88.9	78.3	78.4	94.9	94.9	88.7	82.4
平均在院日数(日)	20.8	16.7	15.3	19.2	20.2	16.9	16.1	21.0	18.5
1日平均外来患者数(人/100床)	201.5	218.3	270.5	-	-	206.1	267.0	180.7	242.6

ア 収支の状況

市民病院の100床当たりの実質医業収益は17.0億円であるのに対し、実質医業費用は17.8億円であり、0.8億円の赤字となっている。これに対し、宇和島、岐阜、鹿児島、坂出は、実質医業収益が実質医業費用を上回り、黒字となっている。

実質医業収支比率でみると、市民病院は95.4%となっており、同規模公立よりは高いものの、それ以外の比較病院の中では、最も低い数値となっている。



実質医業収益は、医業収益から一般会計負担金を除いたもの

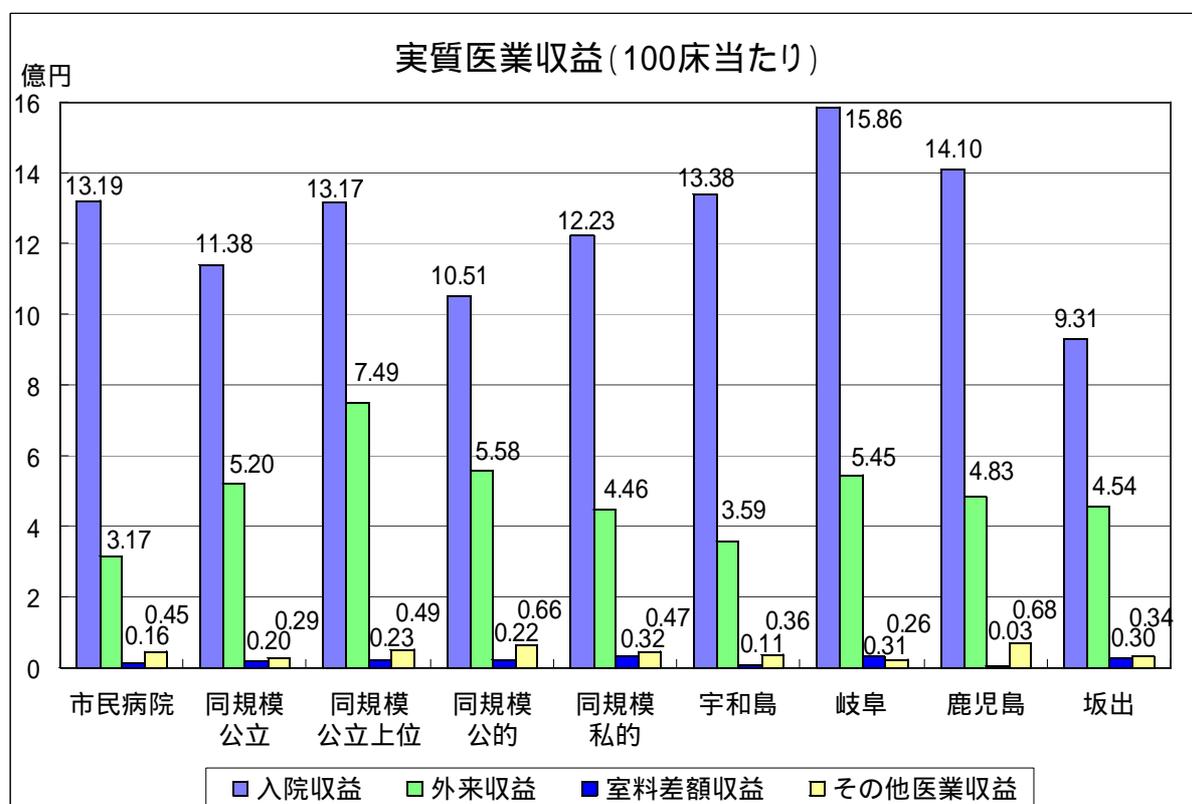
実質医業収支比率は、 $((\text{実質医業収益} \div \text{医業費用}) \times 100)$

イ 収益分析

(ア) 医業収益

市民病院の100床当たりの実質医業収益17.0億円のうち、入院収益は13.2億円で、同規模公立上位及び宇和島と同程度であり、同規模公的、同規模私的を上回る高水準であるが、岐阜、鹿児島を下回っている。

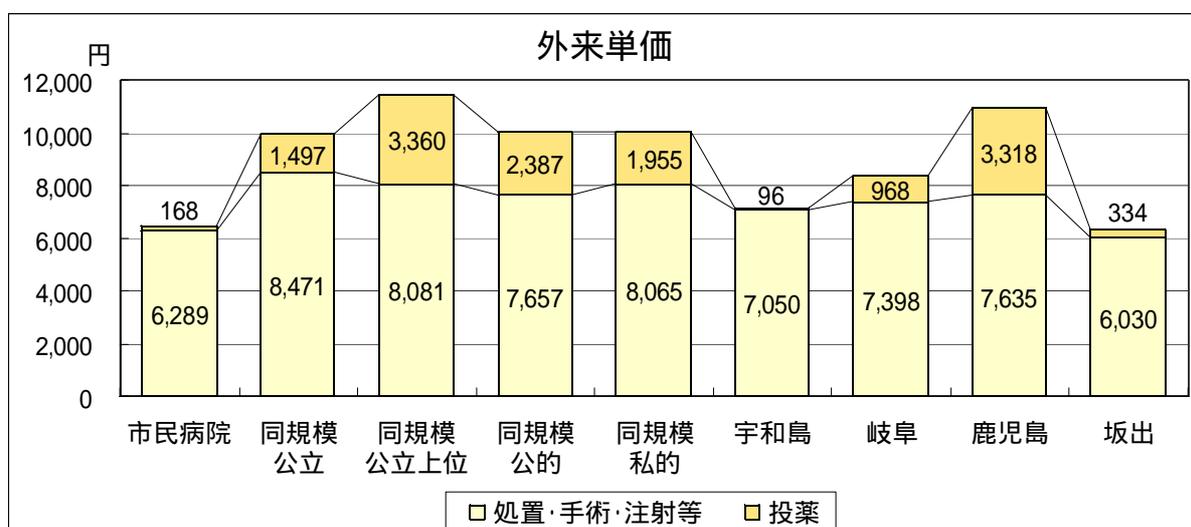
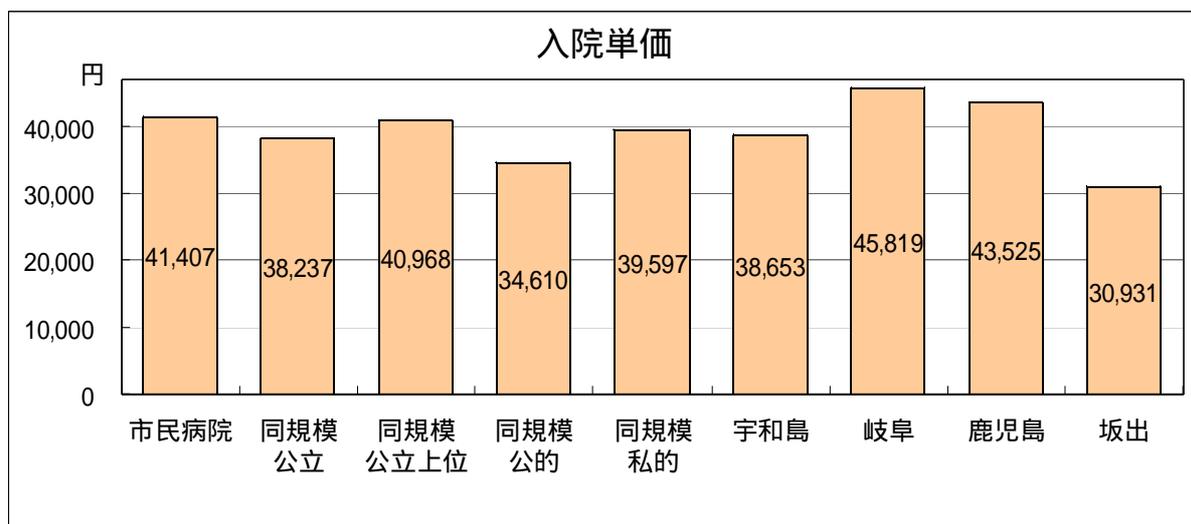
外来収益は3.2億円で、薬剤の院外処方の実施の有無により単純比較はできないが、市民病院と同じく薬剤の院外処方をしている宇和島、岐阜、坂出と比較して最も少なくなっている。



(イ) 患者1人1日当たり診療収入

市民病院の入院単価は41千円で、同規模公立上位を上回っているが、病床規模の大きい岐阜、鹿児島を下回っている。

また、外来単価は、坂出を除き最も少なくなっている。



ウ 費用分析

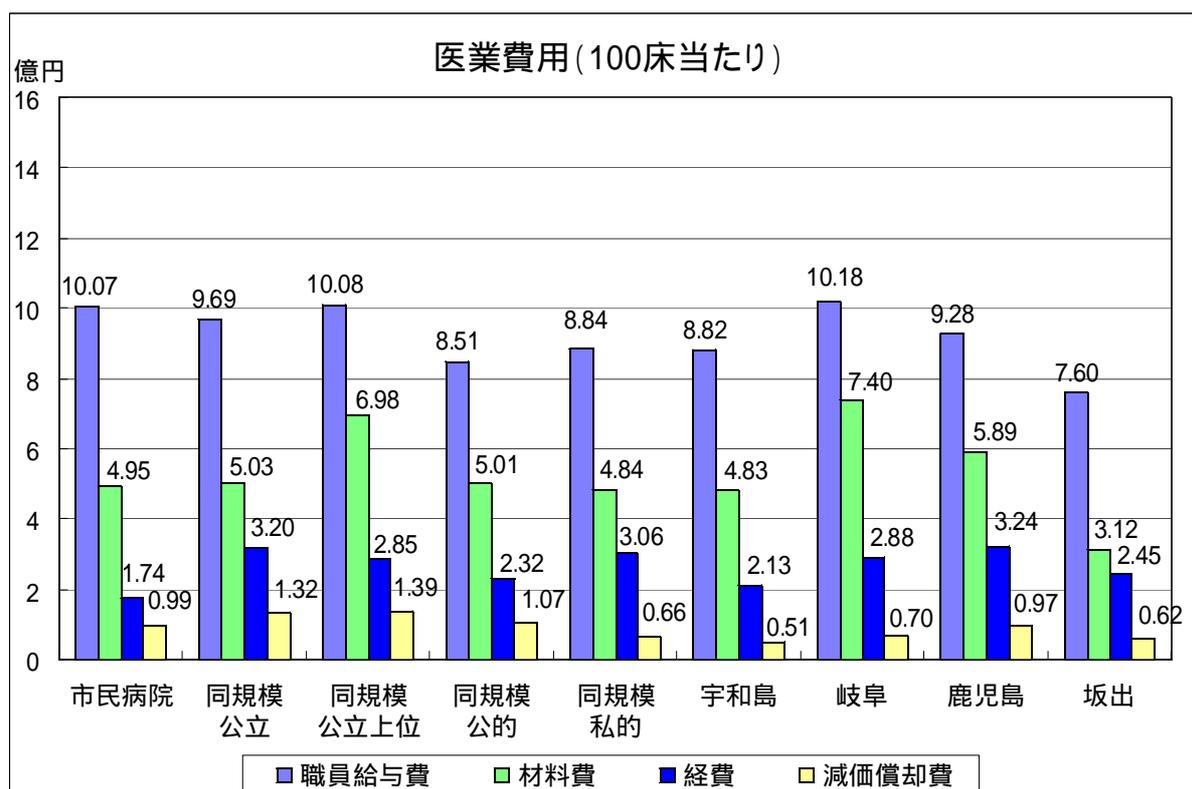
(ア) 医業費用

市民病院の100床当たりの医業費用17.8億円のうち、職員給与費は10.1億円で高水準であり、特に同規模公的、同規模私的を大きく上回っている。

材料費は5.0億円で、同規模公立、同規模公的、同規模私的と同程度である。材料費には薬品費(投薬)が含まれるが、市民病院のように院外処方であると少なくなる。

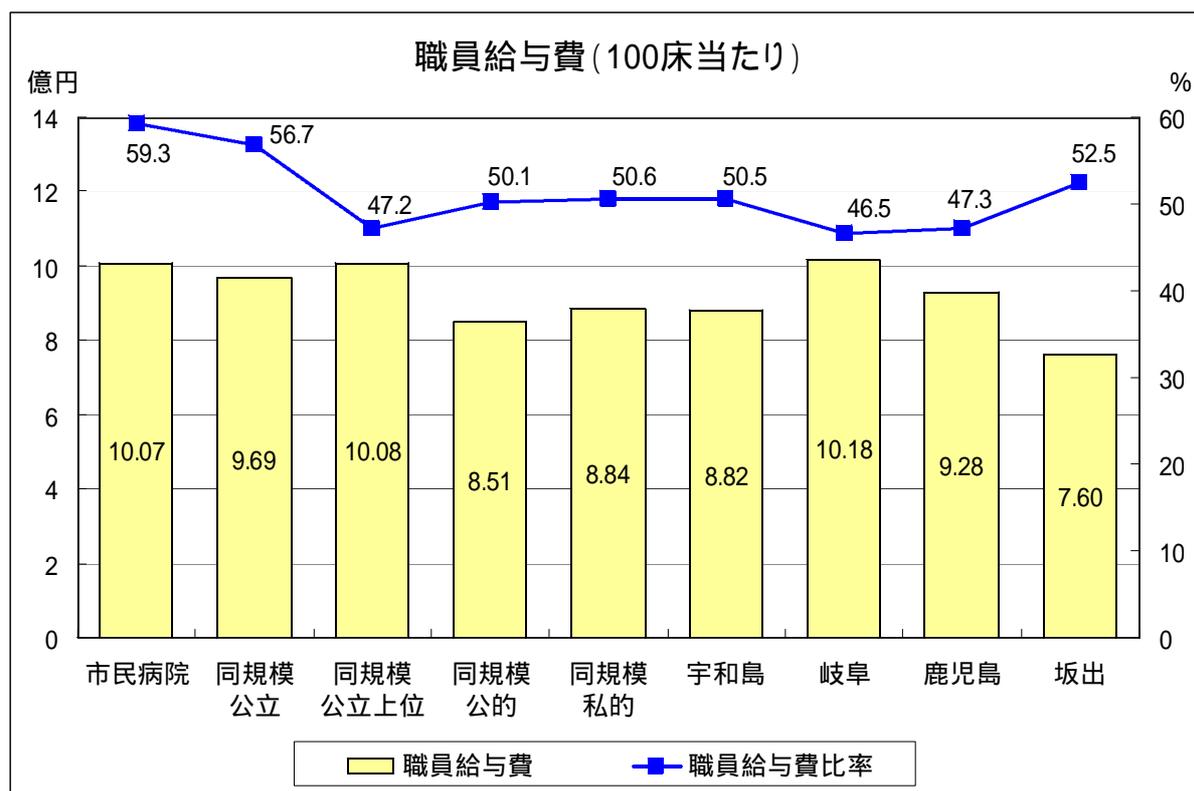
経費は1.7億円で、比較病院中最も少ないが、給食を外部委託していないことが一因と考えられる。

減価償却費は1.0億円で、同規模公立、同規模公的を下回っているが、同規模私的を上回っている。



(イ) 人件費

市民病院の100床当たりの職員給与費は10.1億円で、同規模公立上位や岐阜と同程度であるが、高水準となっている。また、職員給与費比率は59.3%であり、比較対象とした病院の中で最も高く、特に職員給与費が同程度の同規模公立上位や岐阜を大きく上回っている。



職員給与費比率は、 $((\text{職員給与費} \div \text{実質医業収益}) \times 100)$

市内主要病院との比較

市民病院と市内主要病院との職員1人当たりの年間平均給与額を比較すると、市民病院が7,316千円と市内主要病院平均の6,179千円より1,137千円高く、市民病院の平均年齢(40.2歳)と市内主要病院の平均年齢(37.7歳)の年齢差(2.5歳)を考慮しても高い状況となっている。

職種別1人当たりの年間給与額(常勤職員のみ:平成18年度)

(単位:千円,%)

	全職員	医師 (歯科医を含む)	看護師	准 看護師	医療 技術員	事務 職員	その他 職員
市民病院 A	7,316	14,803	6,119	7,599	6,743	6,625	5,571
市内主要病院平均 B	6,179	11,545	5,107	5,890	6,069	6,039	4,578
(A-B)/A	15.5	22.0	16.5	22.5	10.0	8.8	17.8

平均年齢

市民病院(歳)	40.2	45.2	38.6	45.7	40.9	40.2	40.6
市内主要病院平均(歳)	37.7	40.9	32.6	56.5	39.0	40.9	48.4

年間給与額は、本俸、諸手当、賞与等で、退職給付費用、法定福利費は除く。

市内主要病院とは、岡山大学病院、川崎病院、国立岡山医療センター、岡山済生会病院、岡山赤十字病院、岡山労災病院の6病院。

4 市内の医療提供体制の状況

(1) 医療の需給状況等

需給状況等

本市の医療の需給状況を政令市・中核市と比較すると、医療提供体制(供給)は、人口10万人当たりの病院数、一般病床数、医師数などが比較的上位にランクし、恵まれた状況にある。

需要状況は、人口10万人当たりの1日平均在院患者数が857人と多く、比較的多くの患者が集まる状況にある。また、本市は医療の需要、供給ともに比較的規模が大きいが、病床充足率は平均的で一定のバランスがとれている。

なお、県南東部保健医療圏の一般病床及び療養病床の既存病床数は、10,684床(H18.4.1現在)で、岡山県保健医療計画における基準病床数9,502床に対し、1,182床多くなっている。

政令市・中核市との比較

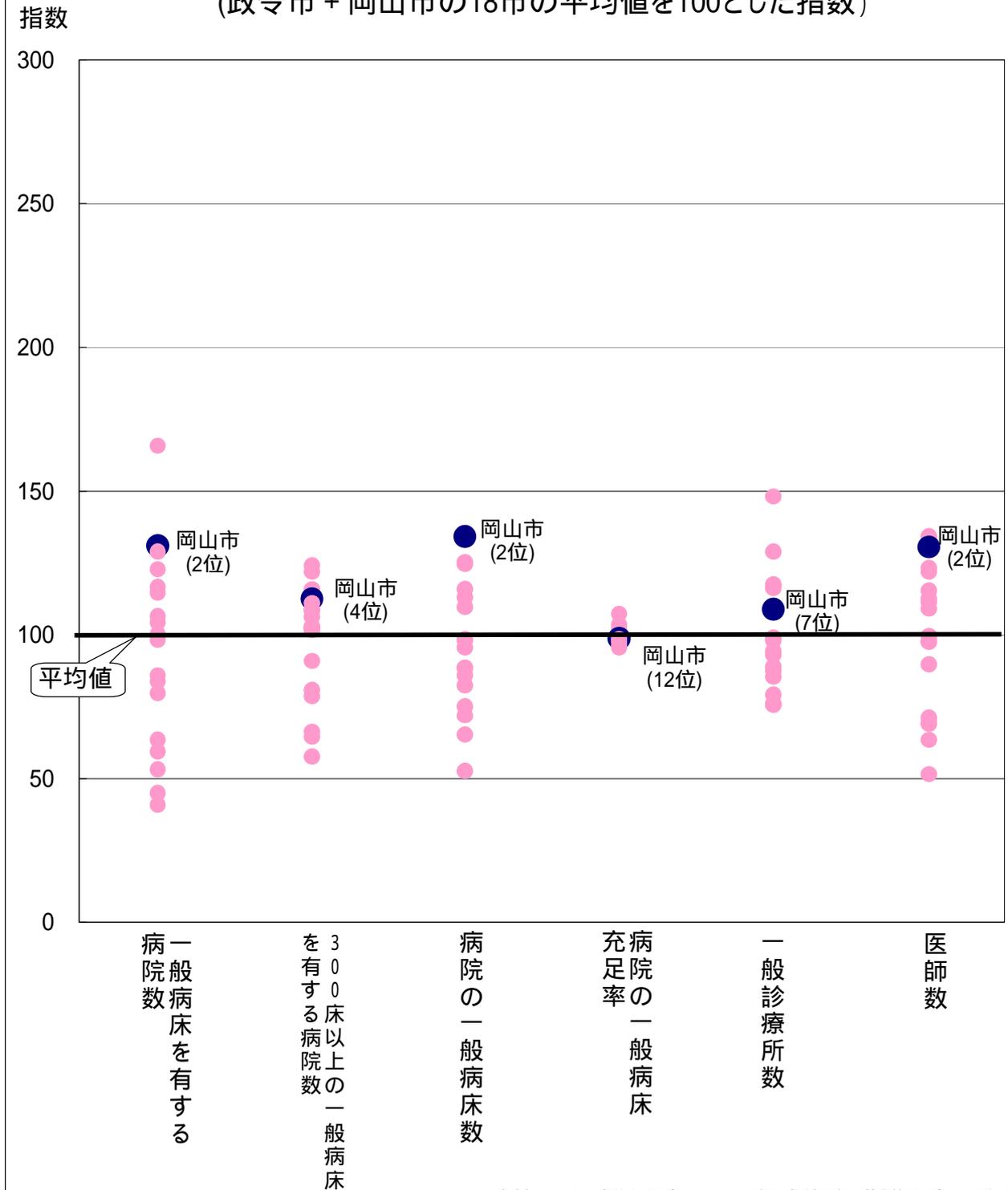
区分	岡山市	政令市との比較 (政令市+岡山市=18市)		政令市・中核市との比較 (51市)	
		平均値	岡山市の 順位	平均値	岡山市の 順位
人口 十 万 人 当 た り	病院数 (一般病床を有する)	6.4	4.6	2位	15位
	300床以上の病院数 (一般病床を有する)	1.19	1.03	4位	19位
	一般病床数(病院) (床)	1070.2	780.2	2位	840.5
	病床充足率 (病院の一般病床) (%)	124.9	126.4	12位	125.4
	一般診療所数	94.1	86.4	7位	82.7
	医師数 (人)	357.8	268.8	2位	263.6
	1日平均在院患者数 (病院の一般病床) (人)	856.7	618.9	1位	672.1
実 数	一般病床数(病院) (床)	7,221	10,841	12位	6,166
	1日平均在院患者数 (病院の一般病床) (人)	5,781	8,609	12位	4,921

資料: H17「医療施設調査」、H17「病院報告」、H16「医師・歯科医師・薬剤師調査」

調査時点で中核市でなかった青森市除く。

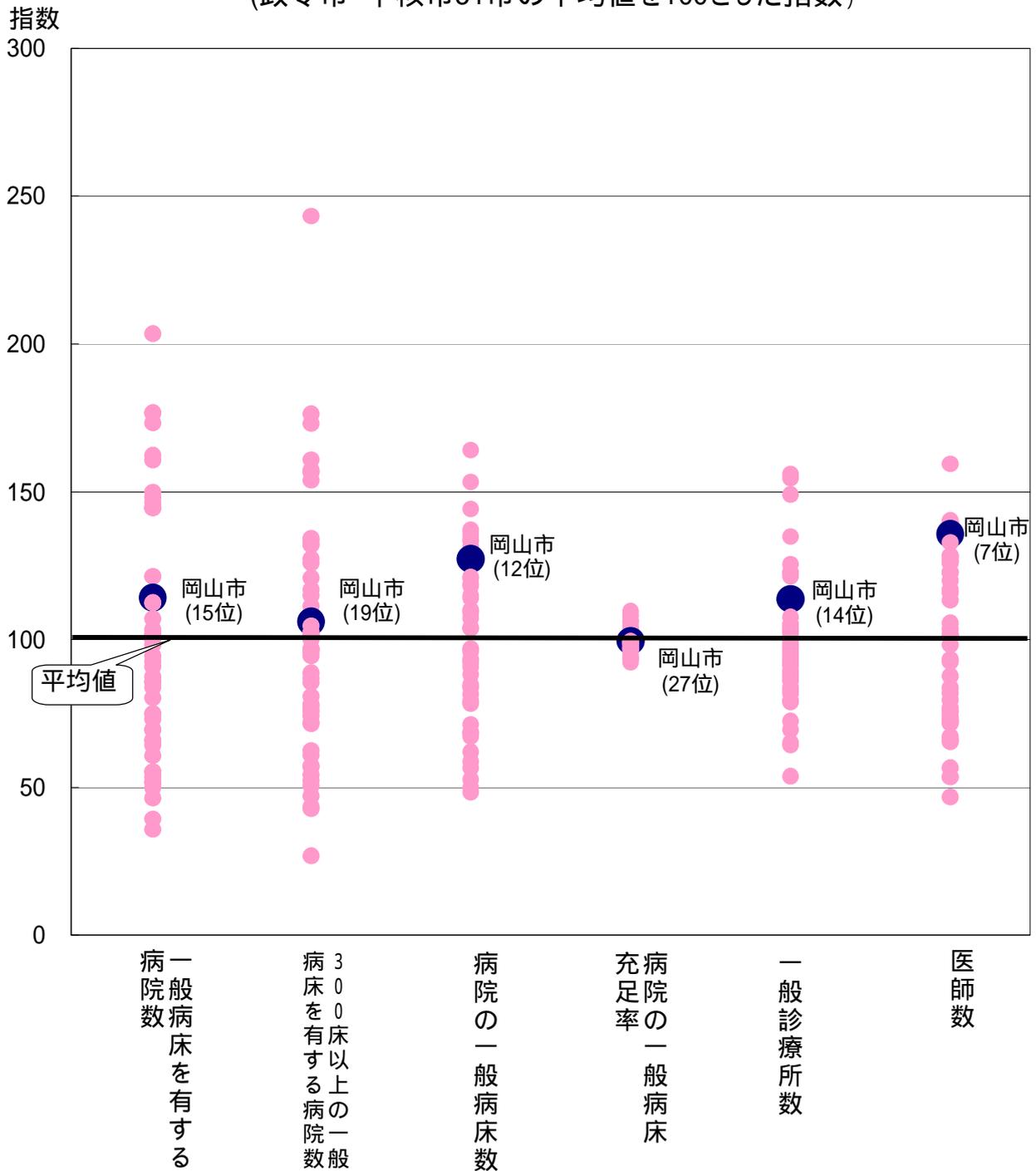
病床充足率 = (病院の一般病床数) ÷ (病院の一般病床の1日平均在院患者数)

医療環境の政令市比較 (人口10万人当たり)
 (政令市 + 岡山市の18市の平均値を100とした指数)

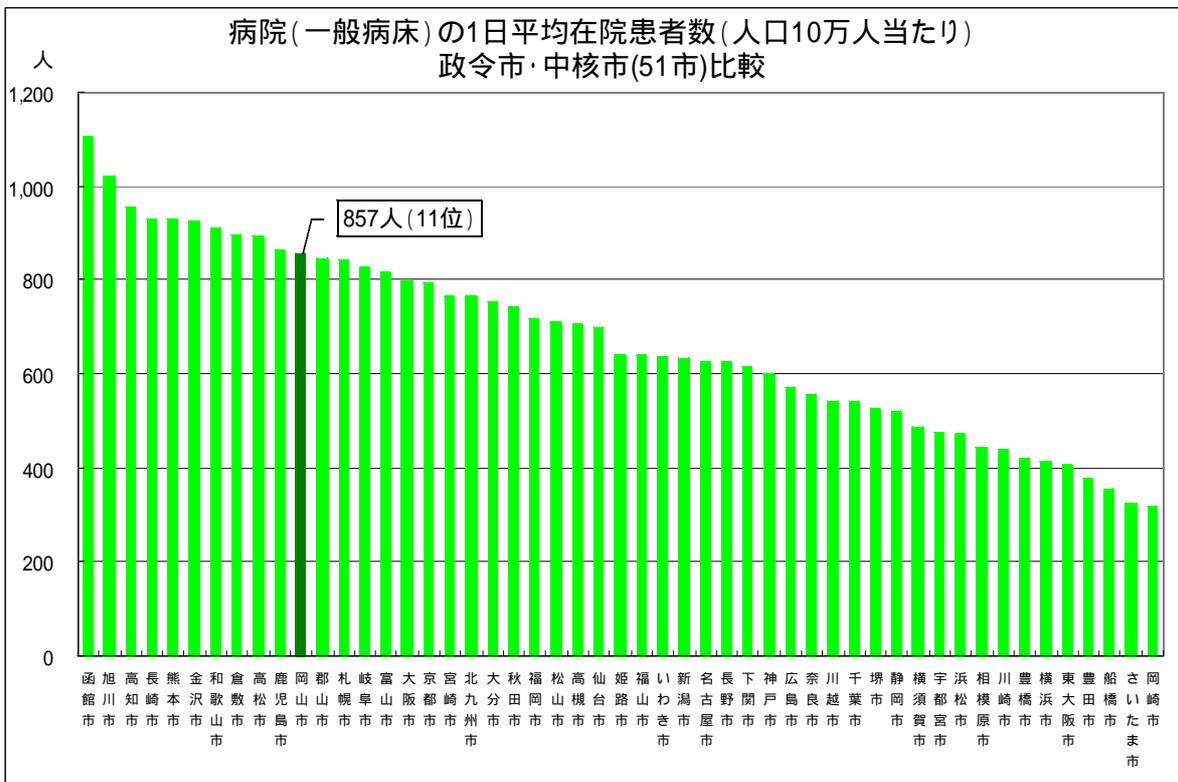
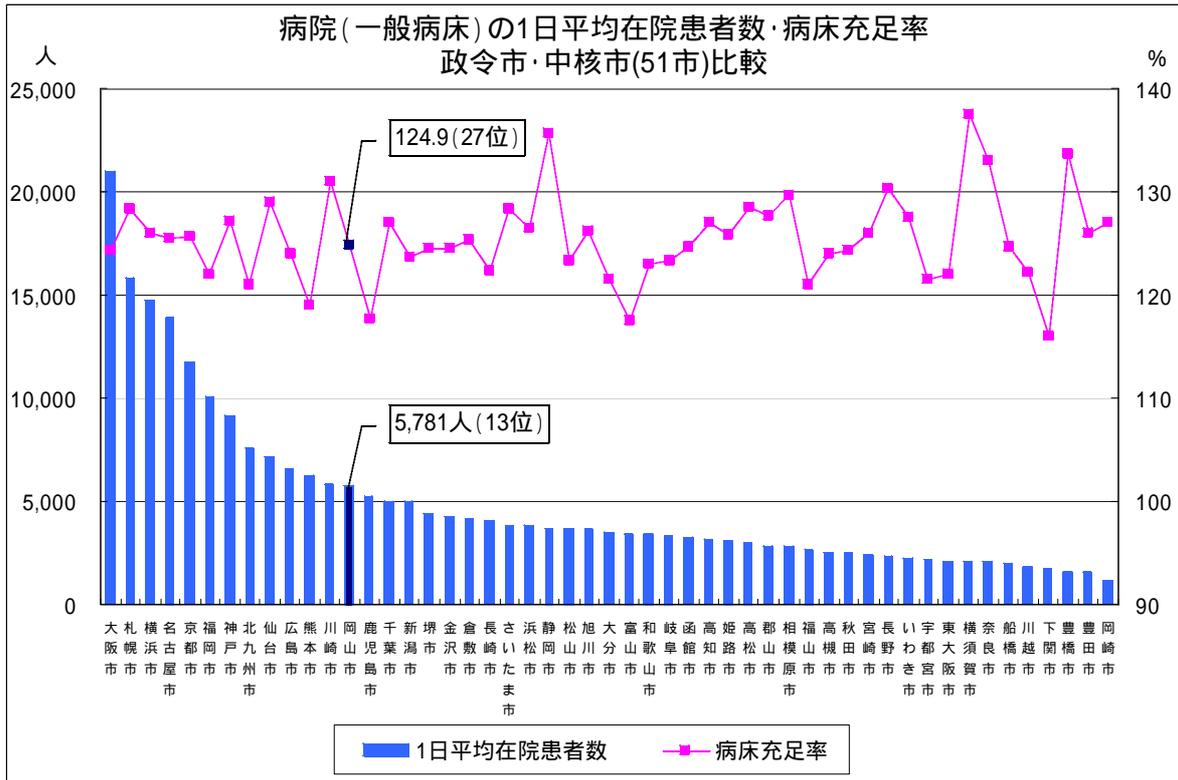


資料: H17「医療施設調査」、H16「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

医療環境の政令市・中核市比較(人口10万人当たり)
 (政令市・中核市51市の平均値を100とした指数)

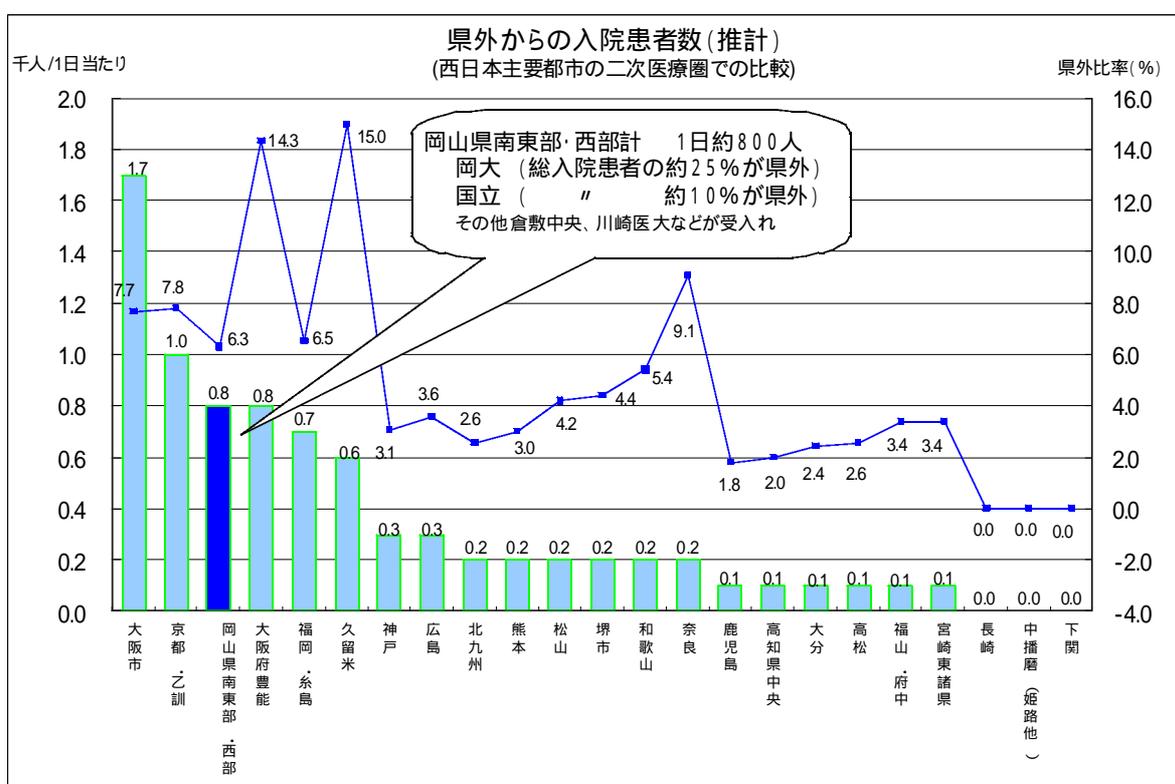


資料: H17「医療施設調査」、H16「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成



県外からの流入患者の状況(広域拠点性)

県外からの入院患者数は、岡山県南東部保健医療圏(岡山市等)が約500人/日で、岡山県南西部保健医療圏(倉敷市等)と合わせると約800人/日となり、西日本主要都市の医療圏の中でも有数の流入規模となっている。特に高度先進医療を行う岡山大学病院は、総入院患者の約4分の1が県外からの患者であり、本市における医療分野の広域拠点性の中核的存在となっている。

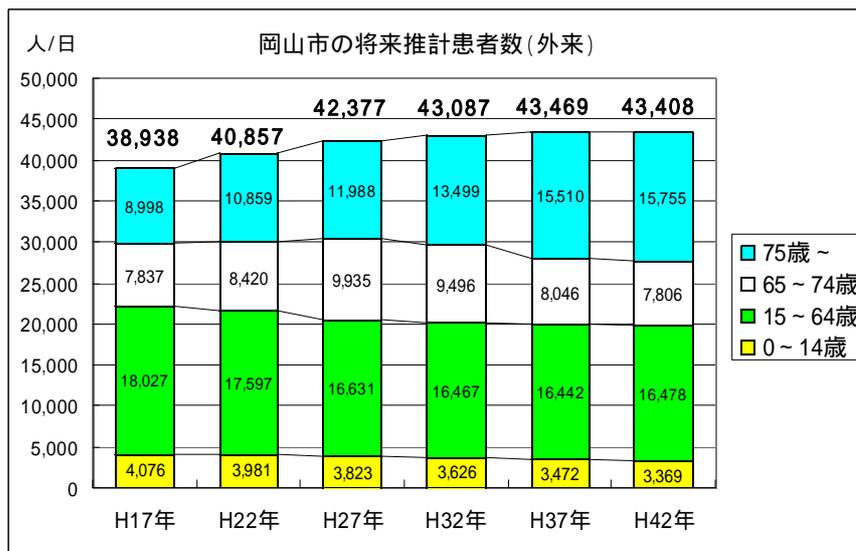
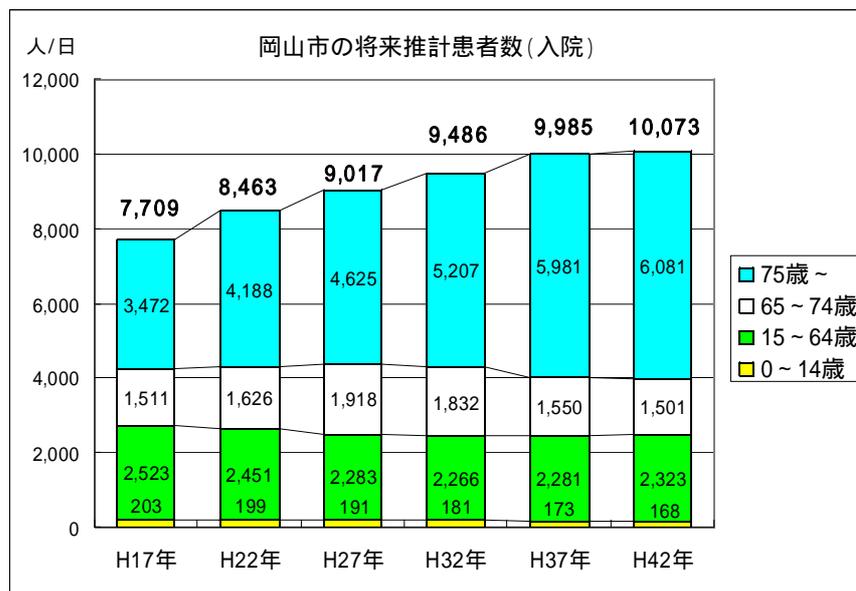


病院(一般病床)の推計入院患者数のうち、県外から流入した患者数を比較
資料:厚生労働省H17「患者調査」
岡山県南東部=0.5千人/1日当たり 岡山県南西部=0.3千人/1日当たり

将来推計患者数

国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H15.12)の推計人口と厚生労働省「患者調査」(H17)の岡山県の受療率を用いて、岡山市の将来推計患者数を試算(受療率は一定と仮定)した。

平成42年の推計患者数は平成17年に比べて入院が30.7%、外来が11.5%増加する結果となった。当推計は、市外への流出患者数、市内への流入患者数を考慮していないため、今後も本市の流入超過が続いていくなれば、さらに患者数は増加するものと予測される。



上記推計は、以下の数式で推計した。

$$\text{将来推計患者数} = \text{AB}$$

(A:性別・年齢階級別推計人口 B:性別・年齢階級別 外来受療率or入院受療率(H17患者調査))

上記推計では、市外への流出患者数、市外からの流入患者数は考慮していない。

性別・年齢階級別推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(H15.12)の旧岡山市・旧御津町・旧灘崎町・旧瀬戸町・旧建部町の合計値を使用した。例えば、H17年の推計人口は、旧5市町合計で684,447人となっている。ただし、H17年国勢調査結果では、岡山市の総人口は、696,172人であり、この推計人口より多くなっている。

市内主要病院の状況

市内には一般病床350床以上の病院が7病院あり、その病床数等の状況は次の表のとおりである。

在院患者延数をみると、市民病院のシェアは9.9%で病床数のシェア(10.0%)とほぼ同様のシェアとなっている。病床利用率(一般病床)は87.3%で他の病院と比較してやや低い程度である。平均在院日数(一般病床)は他の病院と比較して長くなっている。

市内主要病院の状況

区分	市民病院	岡山大学病院	川崎病院	国立岡山医療センター	岡山済生会病院	岡山赤十字病院	岡山労災病院
1 病床数	405床	891床 (稼動885床)	768床 (稼動613床)	580床	553床	500床	418床
(1) 一般病床	387床	833床	768床 (稼動613床)	580床	553床	500床	418床
(2) 結核病床	12床						
(3) 感染症病床	6床	2床					
(4) 精神病床		56床 (稼動50床)					
2 診療科目数	18科	21科	15科	26科	18科	19科	17科

H19.9現在(アンケート調査による) ただし、市民病院はH20.2現在

在院患者延数のシェア(H18年度)

区分	市民病院	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院
在院患者延数のシェア(計100%)	9.9%	21.7%	16.1%	15.8%	13.3%	13.0%	10.3%

病床利用率・平均在院日数(H18年度)

区分	市民病院	a病院	b病院	c病院	d病院	e病院	f病院
病床利用率(一般病床)	87.3%	88.6%	89.0%	88.9%	73.2%	84.0%	96.5%
平均在院日数(一般病床)	20.1日	16.8日	15.0日	13.5日	19.9日	16.6日	14.5日

(2) 救急医療

救急医療体制は、初期(休日夜間急患診療所、在宅当番医等)、2次(病院群輪番制病院等20施設)、3次(救命救急センター1施設)の救急医療施設と、救急車搬送患者を受け入れる救急告示施設(30施設)により整備されている。

市内主要病院の救急患者数は、平成13年度の約12万人から、平成18年度には約16万人(概ね3割増)と大幅に増加している。

その内訳を見ると、軽症患者が平成13年度の約11万人から、平成18年度には約14万人と、増加の大半を占めている。

また、軽症患者を担当する初期救急医療機関である休日夜間急患診療所の患者数は、平成13年度から平成18年度にかけて横ばいの状況である。

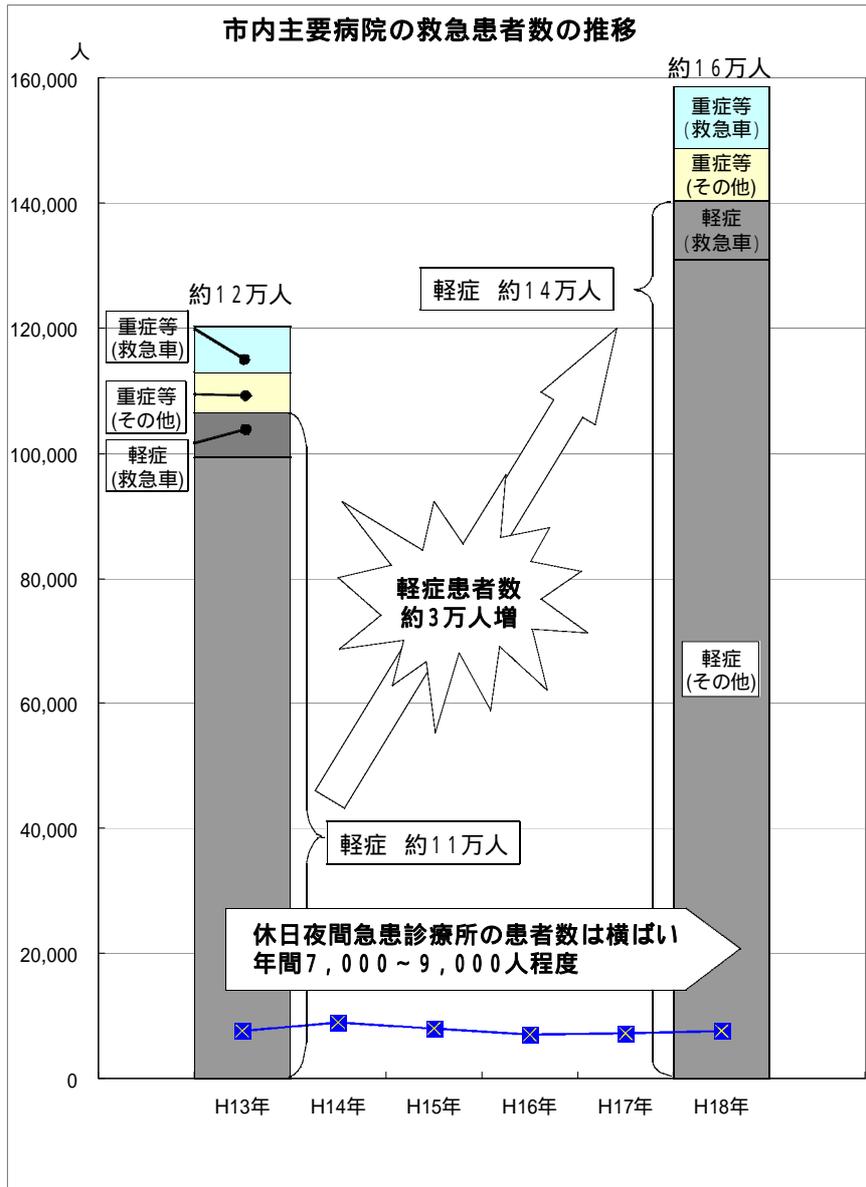
一方、医療施設調査(厚生労働省)によると、2次救急病院は、平成14年の18病院から平成17年には15病院に減少している。

このように救急患者(特に軽症患者)が急増する一方で、2次救急病院は減少しており、また、休日夜間急患診療所の利用は頭打ちの状態にある。

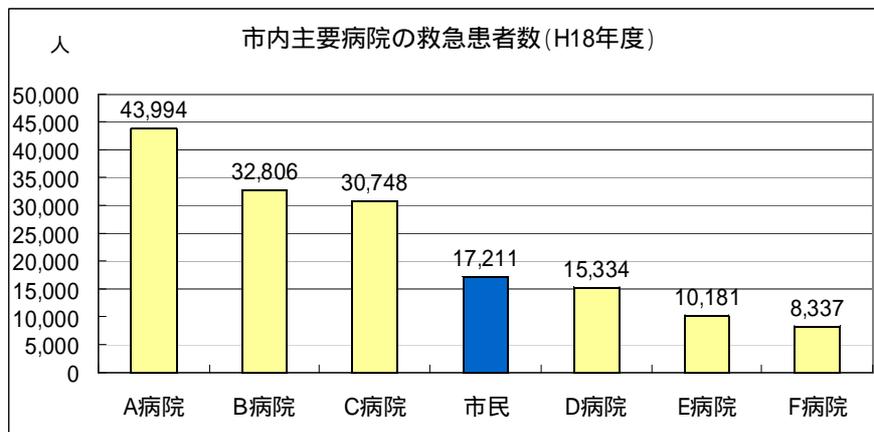
こうした状況から、2次及び3次救急病院は、軽症患者が大幅に増加し、手術・入院を要する重篤患者を受け入れる本来の機能を十分発揮できない状態に陥っている。症状の程度とそれに対応すべき救急医療体制とのミスマッチが起こっている。その要因としては、患者自身で症状の程度や診療科を判断できない、又は、患者の費用負担が同程度であるため、患者が症状にかかわらず、より高度な医療機関を受診する傾向があることなどが考えられる。

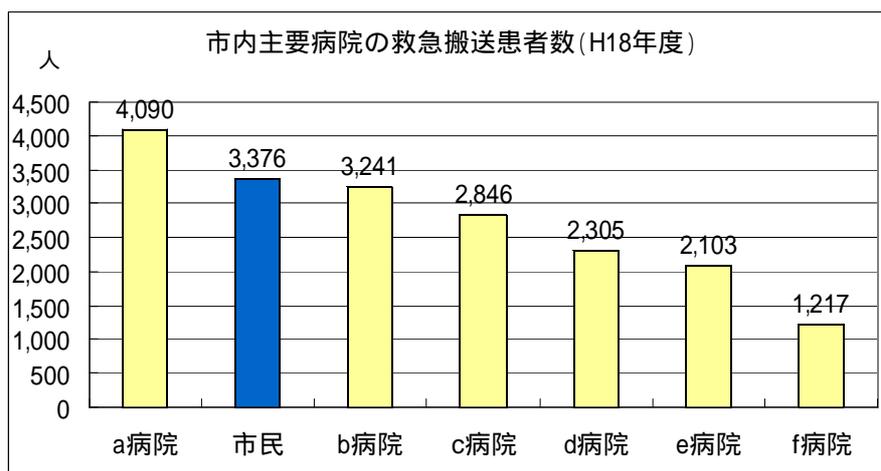
したがって、受け入れた救急患者を症状の程度によって区分し、より適切な医療を提供する仕組みを取り入れながら、休日夜間急患診療所も含めた市内の救急医療提供体制の再構築(役割分担・連携の促進)を行うことが、課題として考えられる。

市内主要病院とは、岡山大学病院、川崎病院、国立岡山医療センター、岡山済生会病院、岡山赤十字病院、岡山労災病院、市民病院の7病院



・H13年の救急患者数は市内主要病院アンケート結果を基に推計
 ・休日夜間急患診療所の患者数 保健衛生年報(平成19年度)





市民病院は、手術・入院を要する2次救急患者に対応できる病院群輪番制病院の1つとして、常時空床を確保し、救急患者に24時間365日対応している。

市民病院が受け入れている救急患者数(H18年度)は17,211人で、市内主要病院全体の10.9%を占め、4番目に多く受け入れている。救急搬送患者数(H18年度)は3,376人で、市内主要病院全体の17.6%を占め、2番目に多く受け入れている。

(3) 小児医療

小児科医療機関(H17)は、病院が20施設、診療所が174施設ある。また、市内主要病院の在院患者延数は、平成13年度に比べて平成18年度は7.4%減少している。

小児救急医療体制は、病院群輪番制病院により24時間365日対応できるよう整備されている。しかし、近年、小児科医の不足などにより特定の輪番病院に当番が集中している。また、常時24時間365日対応できるのは国立岡山医療センターと岡山赤十字病院のみであり、この2病院で市内主要病院全体の4分の3の救急患者を受け入れている。救急患者数は、平成13年度に比べて平成18年度は77.9%増加している。

このように、小児救急医療においては、患者急増に対し、国立岡山医療センターと岡山赤十字病院の負担が非常に重く、開業医の協力を得て救急診療を行うほど逼迫した状態となっており、今後、医師不足の中で機能を維持で

きるか非常に懸念される。

市民病院は、市内の小児科の医療機関での診療が手薄となる平日17時から20時の主として初期救急患者の診療を行っている。

(4) 産科・周産期医療

産婦人科(産科含む)医療機関(H17)は病院が13施設、診療所が33施設ある。また、市内主要病院の在院患者延数は、平成13年度に比べて平成18年度は14.7%減少している。

産科・周産期医療体制は、ハイリスクの母体・新生児に高度な周産期医療を24時間体制で提供する総合周産期母子医療センター(国立岡山医療センター)・地域周産期母子医療センター(岡山赤十字病院、岡山大学病院)と地域の産科・小児科がネットワークを構築することにより整備されている。周産期母子医療センターの3病院で、市内主要病院全体の8割弱の救急患者を受け入れている。また、救急患者数は、平成13年度に比べて平成18年度は9.3%増加している。

このように、市内の産科・周産期医療においては、今後も各医療機関が連携しながら、周産期母子医療センターを中心とする救急医療体制を維持していくことが必要である。

(5) 感染症医療

県の感染症予防計画において、第一種感染症指定医療機関に岡山大学病院が、第二種感染症指定医療機関に市民病院が指定されている。

また、世界保健機関(WHO)は地球規模での新興感染症、特に新型インフルエンザへの警戒を強めており、県の新型インフルエンザ対策行動計画における初期対応協力医療機関に7病院が、協力医療機関に3病院が指定されている。

大量発生した場合の備えをどうしていくかが今後の課題と考えられる。

感染症医療体制(岡山県感染症予防計画)

区 分	対 象	指定医療機関	病床数	備 考
第一種感染症 指定医療機関	主として一類感染症 患者の入院を担当	岡山大学病院	2床	エボラ出血熱、 ペスト等
第二種感染症 指定医療機関	二類感染症患者の 入院を担当	市民病院	6床	ジフテリア、重症 急性呼吸器症候 群(SARS)等

新型インフルエンザの医療体制(岡山県新型インフルエンザ対策行動計画)

区 分	対 象	指 定 医 療 機 関
初期対応協力 医療機関	外来を担当	岡山大学病院、国立岡山医療センター、岡山赤 十字病院、岡山済生会病院、岡山労災病院、 川崎病院、市民病院
協力医療機関	入院を担当	岡山大学病院(2床)、国立岡山医療センター (2床)、市民病院(2床)

重症急性呼吸器症候群(SARS)についても同様に協力医療機関等が指定されている。

(6) 結核医療

結核病床を有する医療機関は2病院あり、市民病院で排菌患者の外科的手術や合併症にも対応できることから、市内でほとんどの患者に対応できる体制が整備されている。

一方、岡山県全域の結核病床の既存病床数は301床(H18.4.1現在)で、岡山県保健医療計画における基準病床数94床に対し、207床多くなっている。また、岡山市全体の結核病床の病床利用率は9.8%(H17年)である。

市民病院は、排菌患者の外科的手術や合併症に対応できる市内唯一の医療機関である。しかし、12床の病床に対し、入院患者数(H18年度)は年間延べ739人(うち手術・合併症患者延べ121人)で、病床利用率が19.4%と低いことから、効率的な運営が必要である。

(7) 災害医療

災害時にライフラインを確保しつつ、重症患者の治療を行ったり、被災地へ医療チームを派遣する災害拠点病院に2病院(岡山赤十字病院、岡山済生会病院)が指定されている。

今後の災害医療体制については、災害時に患者に安全と適切な医療を提供できる医療施設の充実や専門的訓練を受けた災害派遣医療チーム(DMAT)の確保、NBC(核・生物・化学)テロ等への備えなど体制の強化が課題と考えられる。

市民病院は、市の地域防災計画において、災害時に医療救護班を2班編成するとともに、後方医療施設の指定を受けている。

(8) 予防医療

生活習慣の改善を図り、糖尿病や高脂血症などの生活習慣病を予防するなど、病気になってから治療するのではなく、病気を未然に防ぐ取り組みが進められている。

生活習慣病に対しては、平成20年度から特定健診・特定保健指導が開始され、メタボリックシンドローム対策、生活習慣病予防対策など、予防医療を充実させていくことが求められている。

市民病院は、リウマチ・糖尿病教室、健康・栄養教室、メタボリックシンドローム、生活習慣病予防などの健康相談などを実施している。

(9) 教育・人材育成

市内主要病院は、臨床研修指定病院として研修医の受け入れや看護師、臨床検査技師等の実習生の受け入れを行い、地域の医療を担う人材育成に貢献している。

一方、新臨床研修制度に伴い、大学医局に在籍する医師不足が顕著になり、医師不足が深刻化することが危惧されており、地域の医療を担う人材の養成、地域内への定着を図り、医師を確保していくことが喫緊の課題となっている。

市民病院では、平成18年度に初期研修医10人、看護師265人、臨床検査技師13人、救急救命士74人などの研修生・実習生を受け入れている。

(10) 連携体制

救急医療、周産期医療などについては、一定の連携体制のもとで医療が行われているが、患者の急増、医師不足など様々な医療環境の変化に伴う課題を抱えている。

また、医療機関相互、医療機関と介護施設との連携などが個別に行われているが、すべての患者が切れ目なく適切に医療を受けることができるように、さらなる連携の仕組みづくりが求められる。

このような状況の中で、限りある市内の医療資源を最大限に活かすことで様々な課題を解決する最適な医療システムを構築していくことが求められており、役割分担と連携を促進することが有効な手段となる。

(11) 情報提供・相談機能

現在、インターネットで救急病院等の情報を検索できる県災害・救急医療情報システム、休日夜間の急病へのアドバイスを行う県小児救急医療電話相談事業が実施され、医療に関する苦情・相談を受ける医療安全支援センター(県及び市)、精神科の電話相談を受ける県精神科救急情報センターが設置されている。さらに平成20年度からは、インターネットで様々な医療機関の情報を提供する医療機能情報提供制度が実施される予定であり、情報提供・相談体制の整備が進みつつある。

しかし、深夜以降の救急医療機関の情報提供が、市の救急病院案内(電話案内)のみであるなど課題もあり、利用しやすくわかりやすい情報提供や、情報を有機的に提供できる仕組みづくりが求められる。さらに、保健・福祉の情報提供・相談体制との連携も含めて体制の整備が必要である。

5 診療科別損益計算

市民病院の各診療科について、各診療科の採算性を概観するために、簡易な診療科別損益計算を行った。

平成18年度の決算値をもとに、医業収益(一般会計負担金を除く)及び医業費用を可能な限り正確に診療科別に求め、診療科別損益を算出することを目指したが、診療科別に把握できない収益や費用項目も多いことから、やむを得ず次の方法とした。

(1) 計算方法

診療科別損益計算の概要

医業収益については、入院収益及び外来収益を診療科別に算出し、医業費用については、その過半を占める人件費、材料費を診療科別に算出した。

なお、診療科のうち放射線科、リハビリテーション科、検査部門などの診療支援部門及び事務部門の人件費や、光熱水費・委託料等の経費、減価償却費などの共通費用等は医業費用等から除くこととした。

損益計算する診療科

損益計算を行う診療科は、現在標榜している18診療科を、内科(結核・感染症病床分除く)、神経内科・精神科(心療内科含む)、外科、整形外科(リウマチ科含む)、脳神経外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、小児科、皮膚科、泌尿器科、形成外科の12診療科に分類した。

なお、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科は、主に他科の支援を行い診療収入が当該科にほとんど計上されないため除外した。

直課・配賦の方法

収益・費用は、できるだけ各診療科に直課することを優先し、直課できないもののみ次表の直課・配賦基準により各診療科に配賦した。

直課・・・直接的に診療科へ割り当てること。

直課・配賦基準

(単位:千円)

直課・配賦するもの		直課・配賦しないもの		合計
	金額	金額	金額	金額
医業収益				
入院収益	6,084,636		270,594	6,355,230
外来収益	4,876,145	各診療科に直課(入院措置収益は産婦人科に直課)	17,961	4,894,106
その他医業収益(繰入除く)	1,208,491	各診療科に直課	13,611	1,222,102
	0		239,022	239,022
	4,451,114		2,236,408	6,687,522
医業費用				
給与費(給料、手当、賞金、報酬、法定福利費、退職給与金)	2,569,437		1,151,951	3,721,388
医師	837,311	個人別の給与費を所属の各診療科に直課 麻酔科医師は手術室及び造影室の診療科別診療点数をもとに給与費を各診療科に配賦	60,349	897,660
看護師(助産師・准看護師含む)	1,648,767	外来分は診療科別配置職員数、病棟分は診療科別入院患者数、手術室分は手術室及び造影室の診療科別診療点数、救急及びICU分は診療科別患者数をもとに各部門の給与費を各診療科に配賦	93,764	1,742,531
その他職員	83,359	看護助手は病棟分は診療科別入院患者数、手術室分は手術室及び造影室の診療科別診療点数をもとに給与費を各診療科に配賦 理学療法士補助員、言語聴覚士、栄養士、給食調理員、事務職員等の給与費(退職給与金除く)	997,838	1,081,197
材料費	1,881,677		7,871	1,889,548
薬品費	1,279,969	薬剤料等の診療科別診療点数をもとに各診療科に配賦	4,016	1,283,985
診療材料費	511,804	一般材料等の診療科別診療点数をもとに各診療科に配賦	3,472	515,276
給食材料費	89,904	診療科別入院患者数をもとに各診療科に配賦	0	89,904
医療消耗品費	0		383	383
その他医業費用	0		1,076,586	1,076,586
経費	0	※クラーク委託料、非常勤医師(報償金支払分)は、上記給与費に含めるため、経費総額から除く。	647,950	647,950
減価償却費	0		409,152	409,152
資産減耗費	0		10,930	10,930
研究研修費	0		8,554	8,554

【主な直課・配賦基準】

- ・入院収益、外来収益は、各診療科に直課した。
- ・医師の給与費は、個人別の給与を所属の各診療科に直課した。ただし、診療支援部門である麻酔科医師の給与費は、手術室及び造影室の診療科別診療点数をもとに各診療科に配賦した。
- ・看護師の給与費については、外来分は診療科別配置職員数、病棟分は診療科別入院患者数、手術室分は手術室及び造影室の診療科別診療点数、救急及びICU分は診療科別患者数をもとに各部門の給与費を各診療科に配賦した。
- ・薬品費、診療材料費はそれぞれ薬剤料等、一般材料等の診療科別診療点数をもとに配賦した。
- ・給食材料費は、診療科別延入院患者数をもとに配賦した。
- ・放射線科、リハビリテーション科、麻酔科の医業収益及び医業費用は、麻酔科医師の給与費を除き配賦していない。

(2) 計算結果

診療科別損益計算結果は次表の通りである。

一般会計負担金を除く決算上の医業収益63.6億円のうち60.9億円(95.7%)、医業費用66.9億円のうち44.5億円(66.6%)が本損益計算に計上された。

直課・配賦されていない医業収益(共通収益)は2.7億円(4.3%)、医業費用(共通費用)は22.4億円(33.4%)であった。

平成18年度診療科別損益計算

(単位:千円)

	内科	整形外科	整形科外	脳神経外科	経外科	泌尿器科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	皮膚科	神経内科・精神科	形成外科	成科	直課・配賦した収益・費用	共通収益	共通費用	合計
医療収益(a)	2,642,146	954,255	778,770	790,263	227,576	189,167	139,119	127,092	118,557	98,084	17,517	2,090	6,084,636	270,594	6,355,230				
入院収益	2,122,674	819,795	691,698	685,852	129,278	148,245	83,785	58,398	69,658	66,762	0	0	4,876,145	17,961	4,894,106				
外来収益	519,472	134,460	87,072	104,411	98,298	40,922	55,334	68,694	48,899	31,322	17,517	2,090	1,208,491	13,611	1,222,102				
その他収益(繰入除く)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	239,022				
医療費用(b)	1,973,253	685,071	514,744	629,970	162,579	137,313	87,642	76,284	86,637	77,063	17,148	3,410	4,451,114	2,236,408	6,687,522				
給与費	985,723	370,804	344,489	363,168	93,366	112,200	77,611	64,011	76,258	63,103	15,558	3,146	2,569,437	1,151,951	3,721,388				
医師	291,107	108,526	98,894	139,791	34,928	36,323	34,494	24,747	33,952	23,684	8,381	2,484	837,311	60,349	897,660				
看護師	665,865	252,424	232,639	218,067	56,923	73,972	34,019	28,787	39,730	38,522	7,177	642	1,648,767	93,764	1,742,531				
その他職員	28,751	9,854	12,956	5,310	1,515	1,905	9,098	10,477	2,576	897	0	20	83,359	997,838	1,081,197				
材料費	987,530	314,267	170,255	266,802	69,213	25,113	10,031	12,273	10,379	13,960	1,590	264	1,881,677	7,871	1,889,548				
薬品費	872,952	66,011	90,934	131,463	61,861	18,570	8,153	10,008	8,162	10,499	1,178	178	1,279,969	4,016	1,283,985				
診療材料費	73,675	233,305	68,196	124,424	4,369	3,836	667	902	470	1,462	412	86	511,804	3,472	515,276				
給食材料費	40,903	14,951	11,125	10,915	2,983	2,707	1,211	1,363	1,747	1,999	0	0	89,904	0	89,904				
医療消耗品費	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
その他の医療費用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
医療損益 (a) - (b)	668,893	269,184	264,026	160,293	64,997	51,854	51,477	50,808	31,920	21,021	369	-1,320	1,633,522	-1,965,814	-332,292				
医療収支比率(%) (a) / (b) × 100	133.9	139.3	151.3	125.4	140.0	137.8	158.7	166.6	136.8	127.3	102.2	61.3	136.7	12.1	95.0				
医師一人当たり医療損益	29,376	40,057	45,365	20,037	32,499	20,742	25,739	29,712	11,607	10,010	923	-13,200	医療外収益(繰入除く)	医療外費用	273,825				
医師数	22.77	6.72	5.82	8.00	2.00	2.50	2.00	1.71	2.75	2.10	0.40	0.10	特別利益	特別損失	43,073				
1日あたり入院収益	5,816	2,246	1,895	1,879	354	406	230	160	191	183	0	0	純損益(繰入除く)		-546,525				
1日あたり外来収益	2,120	549	355	426	401	167	226	280	200	128	71	9	一般会計負担金		551,159				
													純損益		4,634				

※医療収益のその他収益(繰入除く)とは、室料差額収益、医療相談収益、公衆衛生活動収益など

※給与費のその他職員とは、診療支援部門(放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、検査部門など)及び間接部門(事務部門など)の職員

※その他の医療費用とは、光熱水費等経費、減価償却費などの共通経費

診療科別損益計算 各種比率表

(単位: %)

	内科	整形外科	脳神経外科	外科	泌尿器科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	皮膚科	神経内科・精神科	形成外科	総計
医業収益に占める割合	43.4	15.7	12.8	13.0	3.7	3.1	2.3	2.1	1.9	1.6	0.3	0.0	100.0
医業費用に占める割合	44.3	15.4	11.6	14.2	3.7	3.1	2.0	1.7	1.9	1.7	0.4	0.1	100.0
医業損益に占める割合	40.9	16.5	16.2	9.8	4.0	3.2	3.2	3.1	2.0	1.3	0.0	-0.1	100.0
医業収益に占める入院収益・外来収益の割合	入院収益	80.3	85.9	88.8	86.8	56.8	78.4	60.2	45.9	58.8	68.1	0.0	80.1
	外来収益	19.7	14.1	11.2	13.2	43.2	21.6	39.8	54.1	41.2	31.9	100.0	19.9
	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
医業費用に占める各費目の割合	医師給与費	14.8	15.8	19.2	22.2	21.5	26.5	39.4	32.4	39.2	30.7	48.9	18.8
	看護師給与費	33.7	36.8	45.2	34.6	35.0	53.9	38.8	37.7	45.9	50.0	41.9	37.0
	その他職員給与費	1.5	1.4	2.5	0.8	0.9	1.4	10.4	13.7	3.0	1.2	0.0	1.9
	薬品費	44.2	9.6	17.7	20.9	38.0	13.5	9.3	13.1	9.4	13.6	6.9	28.8
	診療材料費	3.7	34.1	13.2	19.8	2.7	2.8	0.8	1.2	0.5	1.9	2.4	11.5
	給食材料費	2.1	2.2	2.2	1.7	1.8	2.0	1.4	1.8	2.0	2.6	0.0	2.0
	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

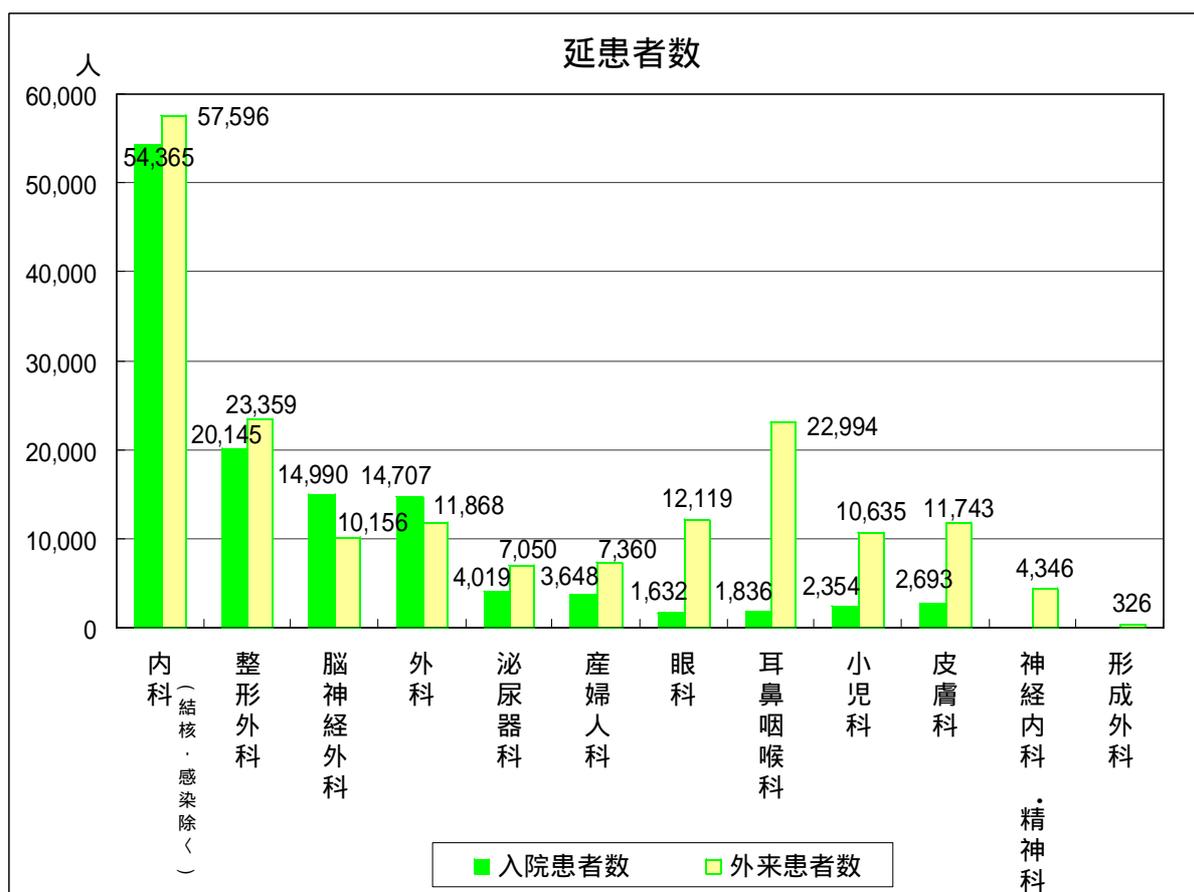
(3) 損益計算の分析

患者数

入院患者12.1万人のうち、内科が5.4万人で最も多く全体の45.2%を占め、続いて、整形外科が16.7%、脳神経外科が12.5%、外科が12.2%を占め、この4科で全体の8割以上を占める。

外来患者18.3万人のうち、内科が5.8万人で最も多く全体の32.1%を占め、続いて、整形外科が13.0%、耳鼻咽喉科が12.8%を占め、この3科で全体の6割弱を占める。

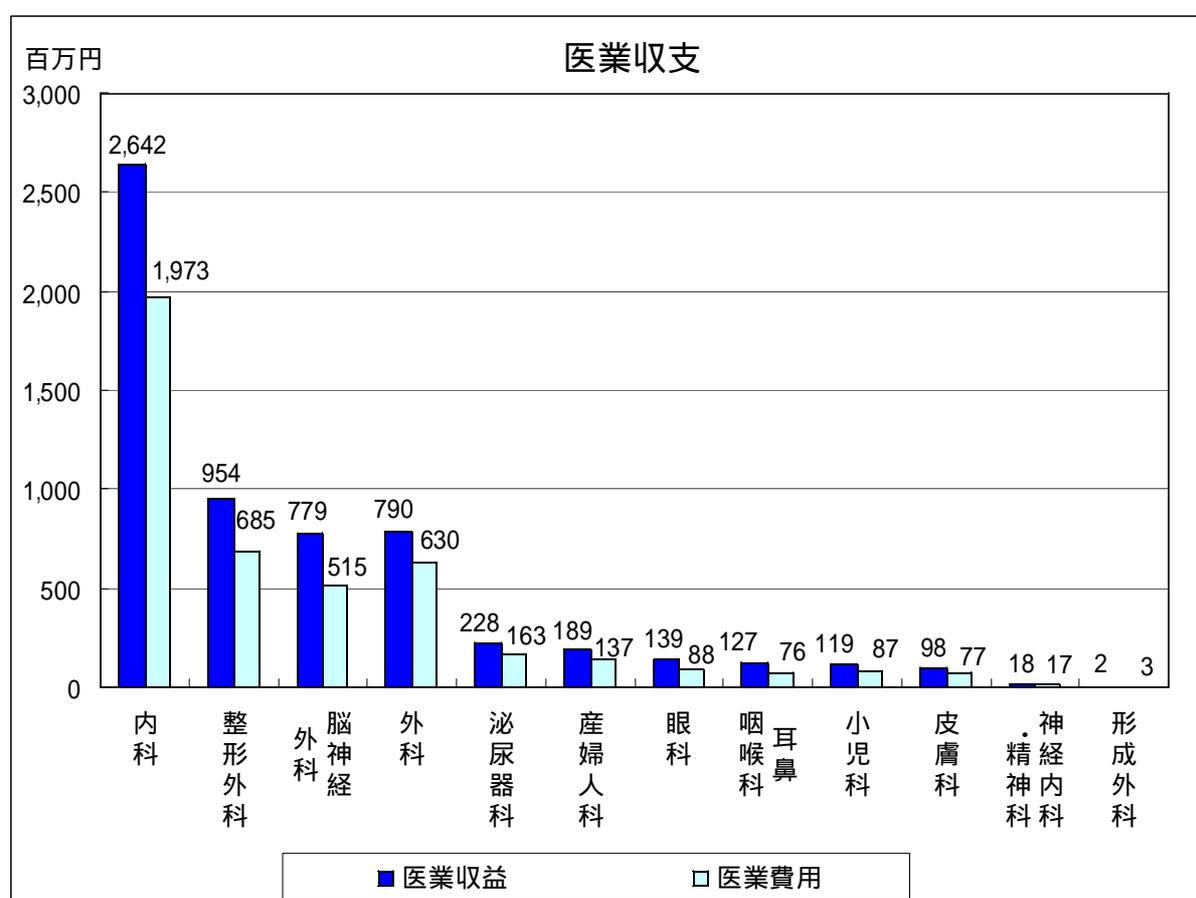
このように患者数は、外来・入院ともに内科の患者数が多く、入院・外来の割合を延患者数で見ると内科、整形外科、脳神経外科、外科は入院の比率が比較的高く、その他の診療科は外来の比率が比較的高い。



医業収支

医業収益は、内科(26.4億円)が最も多く、続いて、整形外科(9.5億円)、外科(7.9億円)、脳神経外科(7.8億円)の順に多く、これら4科で全体の8割以上を占めている。

医業費用は、内科(19.7億円)が最も多く、続いて、整形外科(6.9億円)、外科(6.3億円)、脳神経外科(5.2億円)の順で多く、これら4科で全体の8割以上を占めている。

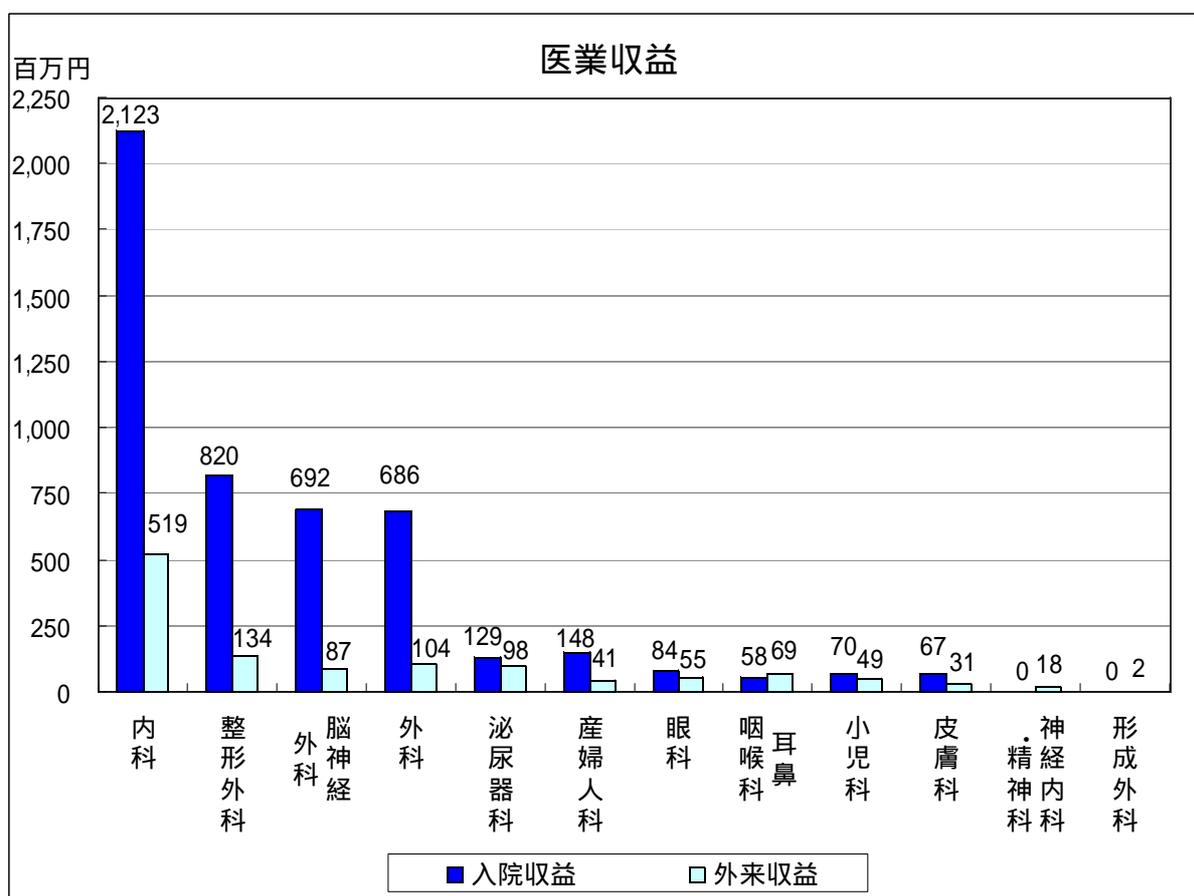


医業収益

医業収益をみると、内科、整形外科、脳神経外科、外科で入院収益が外来収益を大きく上回っている。

医業収益のうち、入院収益は内科(21.2億円)が最も多く、整形外科(8.2億円)、脳神経外科(6.9億円)、外科(6.9億円)と続き、これら4科で全体の9割弱を占めている。

外来収益は内科(5.2億円)が最も多く、続いて、整形外科(1.3億円)、外科(1.0億円)の順で多くなっているが、内科以外は1.5億円未満であり、入院収益に比べ診療科間の偏りが少ない。



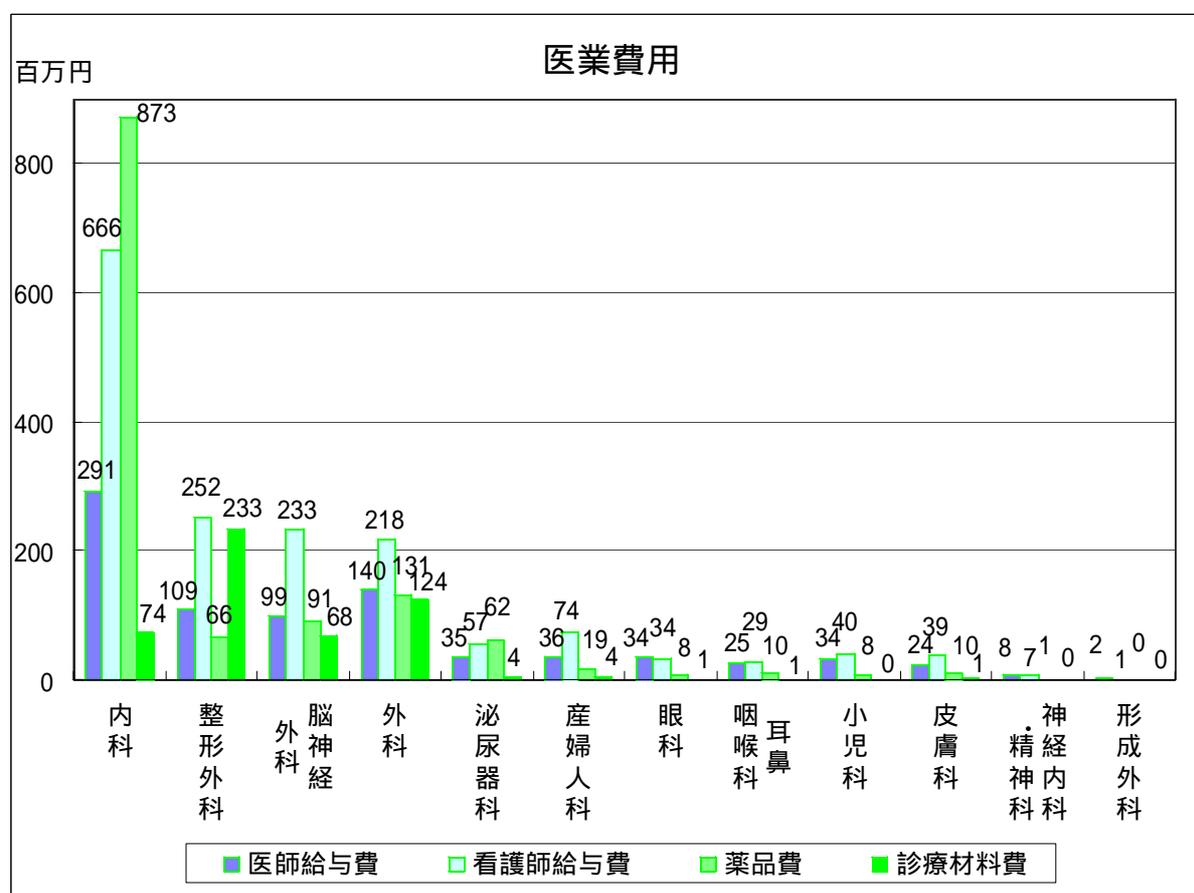
医業費用

医業費用は、給与費（医師・看護師・その他職員）と材料費（薬品費・診療材料費・給食材料費）で構成されるが、医師給与費は内科（2.9億円）が最も多く、続いて、外科（1.4億円）、整形外科（1.1億円）、脳神経外科（1.0億円）の順で多く、これら4科で全体の76.3%を占める。

看護師給与費は内科（6.7億円）が最も多く、続いて、整形外科（2.5億円）、脳神経外科（2.3億円）、外科（2.2億円）の順で多く、これら4科で全体の83.0%を占めている。

薬品費は内科（8.7億円）が最も多く、続いて、外科（1.3億円）、脳神経外科（0.9億円）の順で多く、これら3科で全体の85.6%を占め、特に内科の比率が高い。

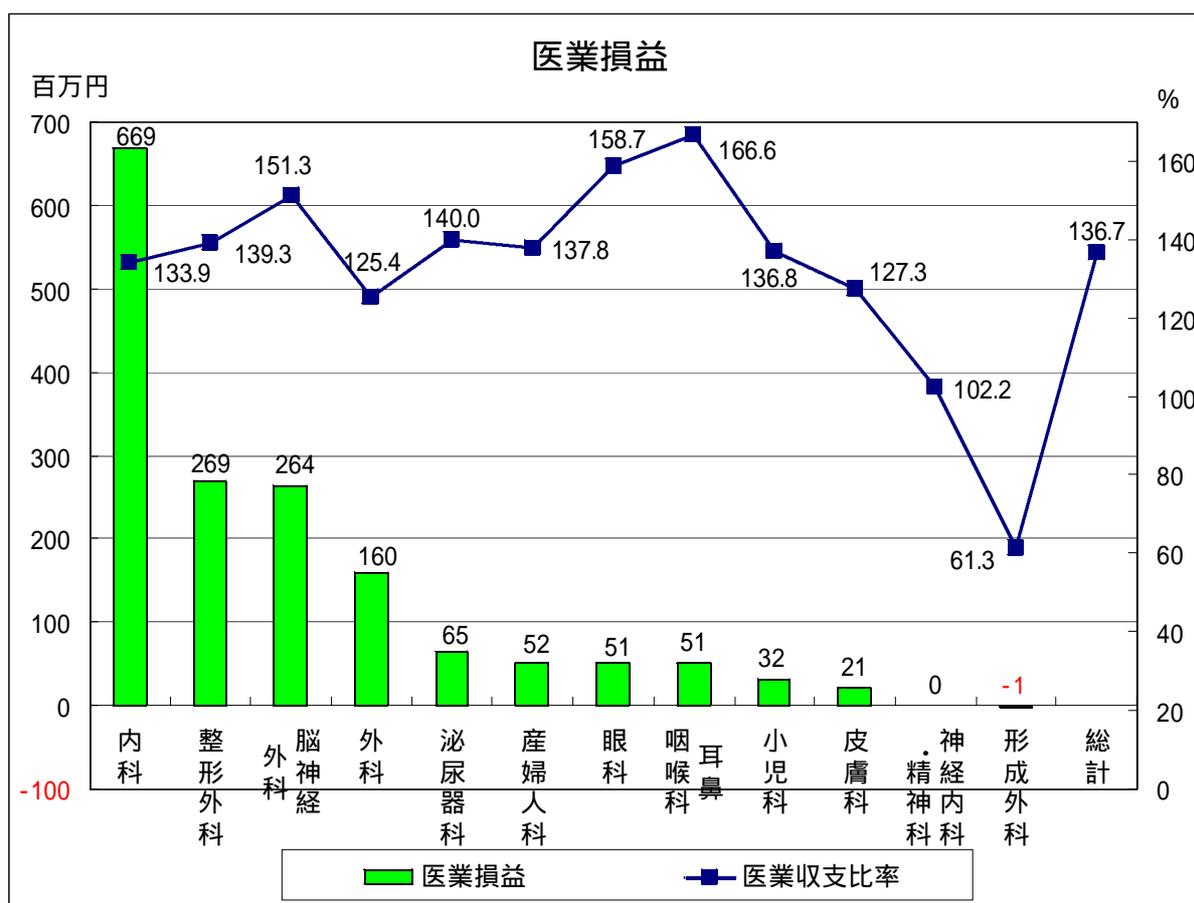
診療材料費は整形外科（2.3億円）が最も多く、続いて、外科（1.2億円）、内科（0.7億円）、脳神経外科（0.7億円）の順で多く、これら4科で全体の97.6%を占め、特に整形外科の比率が高い。



医業損益

医業損益(医業収益 - 医業費用)は、内科(6.7億円)が最も多く、続いて、整形外科(2.7億円)、脳神経外科(2.6億円)、外科(1.6億円)の順で多く、これら4科で全体の8割以上を占める。

医業収支比率((医業収益 ÷ 医業費用) × 100)は、耳鼻咽喉科(166.6%)が最も高く、続いて眼科(158.7%)、脳神経外科(151.3%)の順に高く、逆に形成外科(61.3%)、神経内科・精神科(102.2%)、外科(125.4%)、皮膚科(127.3%)が低くなっている。形成外科及び神経内科・精神科は入院収益がないことにより低くなっていると考えられるが、当該科の収益に計上されない他科の手術や入院患者の支援などを行っている。



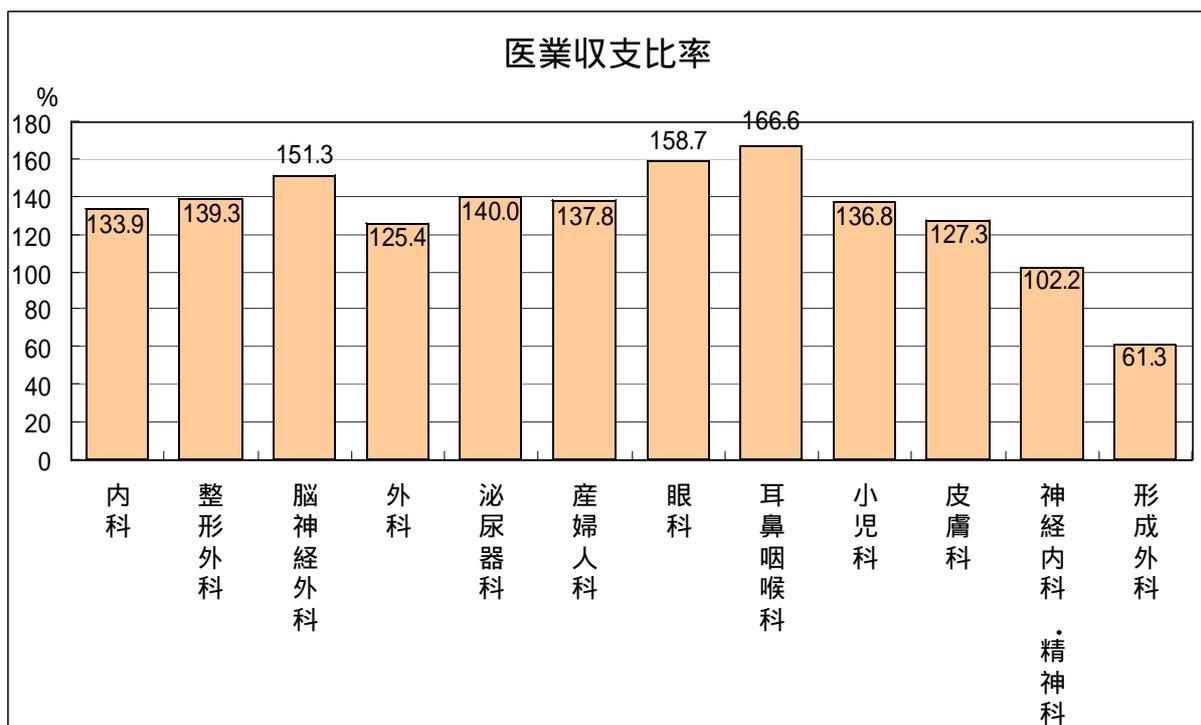
医業損益の総計は、16.3億円である。

(4) まとめ

本損益計算では、各科に配賦することが難しい共通経費等(医業収益のうち4.3%、医業費用のうち33.4%)を計上していないため、ここでの医業収支比率は実際とは異なる。

耳鼻咽喉科、眼科、脳神経外科は、実際には収益が費用を上回ると推測され、逆に、形成外科、神経内科・精神科、外科、皮膚科は、実際には費用が収益を上回ると推測される。

このように、利益が生じていないと推測される診療科があるが、単に赤字の診療科を廃止すると、他の診療科が赤字になるという赤字の連鎖も想定され、診療科の設定については、担うべき役割・機能、経営面など、総合的な検討が必要である。



6 一般会計負担金

(1) 一般会計負担金の現状

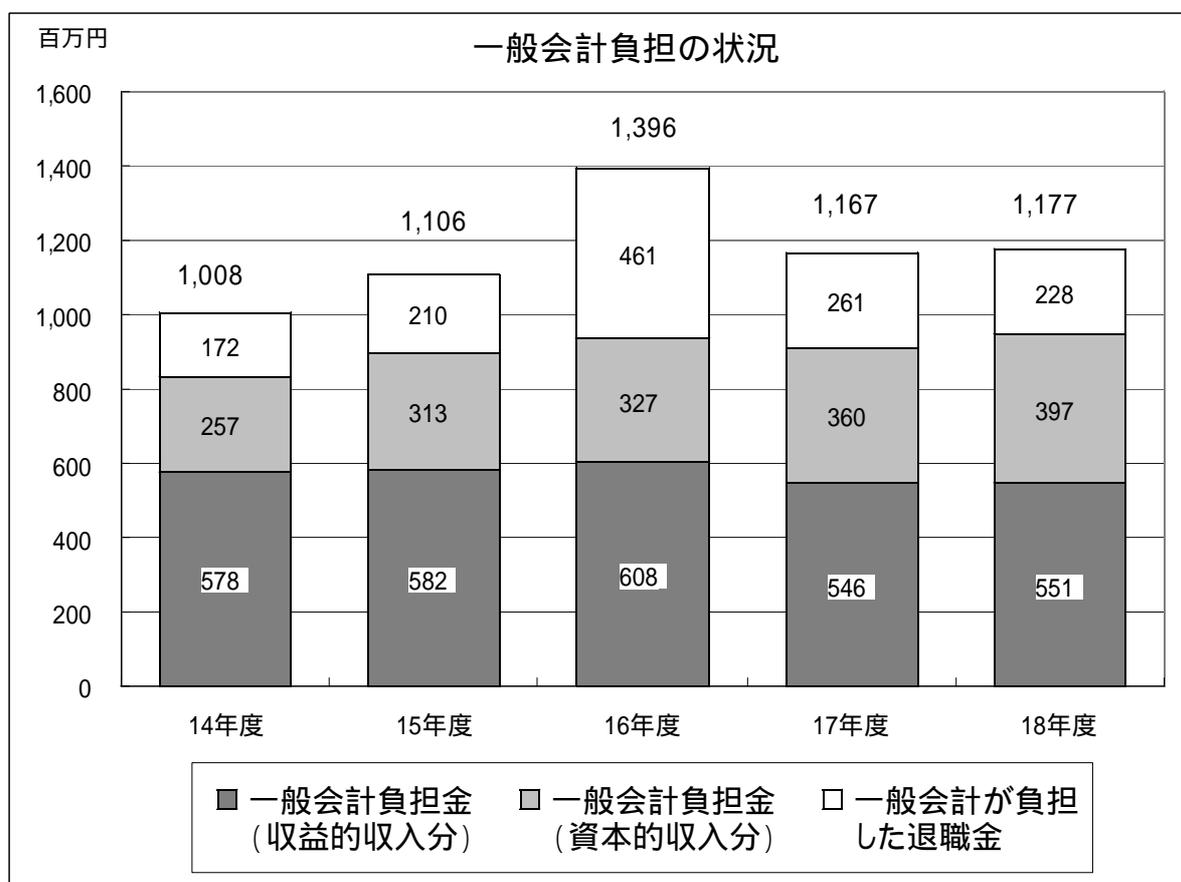
一般会計から病院事業会計に対しては、地方公営企業法及び地方公営企業法施行令の規定により、本来の企業活動といえない集団検診等保健衛生事務のような一般行政事務に要する経費(法第17条の2第1項第1号)、へき地医療のようにもともと不採算となることが明らかでありながら、企業の公共的必要性から行わなければならないものに要する経費を負担する(法第17条の2第1項第2号)ほか、災害の復旧等予期しないような特別の理由がある場合に限り、補助を行うことができる(法第17条の3)こととなっている。

具体的な算定は、総務省の「地方公営企業繰出金について(通知)」(繰出し基準)を根拠として、市の繰出し基準に基づき行われており、国の繰出し基準に基づく繰出し額の一部については、地方交付税に算入され、財源措置がなされている。

一般会計負担金の推移

過去5年間の病院事業会計への一般会計負担金は、年間約10億～14億円となっている。ここには、一般会計が大半を負担している退職金を含めて、一般会計の負担額を記載している。

平成18年度の病院事業会計に対する負担金は、収益的収入分と資本的収入分を合わせて9.5億円、退職金の負担が2.3億円で、合計11.8億円である。



一般会計負担金の内訳

平成18年度に一般会計から病院事業会計へ支出した負担金(収益的及び資本的収入分)は9.3億円(別館管理負担金を除く)であり、国からは地方交付税として3.7億円が交付され、市の実質負担額は5.7億円となっている。

建設改良や救急医療に対する負担金が多額であり、収益的収入分は5.4億円、資本的収入分は4.0億円である。

(単位:千円)

項 目	一般会計 負担金額	地方交付 税算入額	ネット コスト
(1)救急医療の確保に要する経費	135,867	44,200	91,667
(2)保健衛生行政事務に要する経費 (犬島検診)	194	0	194
(3)結核病院の運営に要する経費	109,745	5,340	104,405
(4)リハビリテーション医療に要する経費	69,531	0	69,531
(5)小児医療に要する経費	15,040	15,040	0
(6)高度医療に要する経費	88,593 (49,942)	0	88,593
(7)特殊な医療に要する経費(病理解剖)	13,971	0	13,971
(8)病院の建設改良に要する経費	469,155 (347,132)	89,763	379,392
(9)医師及び看護師等の研究研修に要 する経費	3,945	0	3,945
(10)病院事業会計に係る共済追加費用 の負担に要する経費	23,256	23,256	0
(11)地方公営企業職員に係る児童手当 に要する経費	4,165	0	4,165
計 (うち資本的収入分)	¹ 933,462 (397,074)	² 368,264	565,198

1 このほか別館管理負担金として、14,770千円を負担している。

2 普通交付税算入額(病床1床当たり489千円×病床数)190,665千円を加えた額。

(2) 妥当性の検討

検討の視点

国の繰出し基準は総務省自治財政局長通知として毎年度示されているが、多くの対象経費において「その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」と抽象的な記載がされるにとどまっている。負担金が収支不足額に対するものであるという一定の考え方は示されているものの、その具体的な計算方法等はほとんど明記されておらず、実際の繰出しは市独自の判断により行われている。

こうした中、あり方検討委員会において、「結果として高水準の人件費に充てられている部分があるのではないか」、「自助努力の不足分に対する補填であってはならない」、「民間病院が同じように提供している医療に対するものは公平性の観点から是正が必要である」との指摘や「民間では十分な対応がとりにくい不採算医療等、真に必要なものに対象を絞り込み、市民の納得が得られるよう、客観的で透明性の高い繰出し基準に見直すべきである」との提言があった。

こうしたことを受け、それぞれの負担金ごとに、法令等への適合性、繰出しの妥当性、繰出し額の妥当性などについて検討を行った。

検討結果

検討結果は次のとおりである。

区 分		繰 出 し 項 目
法令等への適合性	法令等に適合していないもの	なし
繰出しの妥当性	現状では特殊・先進的な医療とはいえないもの	リハビリテーション医療に要する経費 高度医療に要する経費 特殊な医療に要する経費（病理解剖）
繰出し額の妥当性	繰出し額の算出にあたって見直しを要するもの	救急医療の確保に要する経費 保健衛生行政事務に要する経費（犬島検診） 結核病院の運営に要する経費 リハビリテーション医療に要する経費 小児医療に要する経費 高度医療に要する経費 特殊な医療に要する経費（病理解剖） 病院の建設改良に要する経費

ア 法令等への適合性

施行令、国の繰出し基準に明確に規定されていないものがあつたが、法令等の趣旨に適合していないものはなかつた。

イ 繰出しの妥当性

市民病院の行っているリハビリテーション医療は、急性期患者を中心とした一般的なリハビリテーション医療であり、高度医療はICUでの医療、MRI、CTなどの医療機器を用いた医療であり、特殊な医療（病理解剖）は市内の総合病院でも通常行われている病理解剖である。

市民病院が実施しているこれらの医療は、市内の他の病院と同水準の医療であり、特に特殊、先進的なものとはいえず、また、市内の医療水準を維持するために行わざるを得ないものとはいえないことから、一般会計負担金の対象とすべきものではないと考えられる。

ウ 繰出し額の妥当性

現状では、救急医療の確保に要する経費は空床確保のため失われた収入に救急外来の収支不足額を加えた額から県補助金を控除し、結核病院の運営に要する経費は入院のみの収支不足額から県補助金を控除し、小児医療に要する経費は地方交付税算入基礎額そのものとするなど、簡易な方法により算出している。

救急医療の確保に要する経費などについては、それぞれのすべての経費とすべての収入の差額(収支不足額)を計算すべきであるが、入院・外来の収入や給与費、材料費(薬品費、診療材料費等)、経費(光熱水費、委託料等)、減価償却費等の費用をすべて把握し計算するには、莫大な労力が必要であり現実的でない。

収支計算を簡易な方法で行うことはやむを得ないが、これにより繰出し額が国の繰出し基準に基づいて算定した額よりも過大な場合もあった。患者数、職員数、面積などですべての経費と収入を按分するなど、できる限り精度が高く簡易な収支計算の方法を考案し、見直しを行うことが必要である。

具体的な計算式の例を挙げると、次のようなものが考えられる。

【具体的な計算式の例】

医師等の給与費 + 材料費 + 減価償却費 + 経費 - 入院・外来収入
- 補助金等其他収入

* 医師等の給与費...実際に勤務した医師・看護師等の給料・手当・法定
利費を患者数で按分

* 材料費、減価償却費、経費...患者数、職員数、面積などで按分等

* 入院・外来収入...診療収入の積上げ、平均単価 × 患者数等

また、病院の建設改良に要する経費については、国の繰出し基準により建設改良費及び企業債元利償還金の2分の1又は3分の2とすることはやむを得ないが、一部国の繰出し基準を超えるものがあるため国の基準以下とすべきである。

なお、起債対象外の大規模改修等繰出しの対象が明確になっていないものについては、明確な基準を設けるべきである。

エ その他

結核病院の運営に要する経費は、施行令に関する国の基本通達により、施設の縮小、転換をただちに行うことができない結核病院における医療が対象であるが、県下の結核病床数は基準病床数に比べ大きく過剰となっており、また、市民病院の結核病床は病床利用率が極めて低いため、病床の縮小等が必要である。

また、高度医療に要する経費のうち、1,000万円以上の医療機器の企業債元利償還金については、病院の建設改良に要する経費としても企業債元利償還金の2分の1を繰出しており、結果的に全額一般会計の負担となっているため、高度医療に要する経費の対象から除外すべきである。

(3) 一般会計負担金のあり方

現状では、繰出しは国の繰出し基準に沿って行ってきたが、市として、市民に安全と安心を提供していくためにはどういう医療が必要で、そのために市民病院が何をすべきかを明確にしたうえで、ゼロベースで繰出しを考えるべきである。

繰出しの対象は、社会情勢、医療状況などにより変化するものであり、これらを十分見極めたうえで、民間など他の医療機関では実施が困難なものなど、公立病院として果たさなければならないものに限り繰出すべきであり、こうした中で市の財政状況や市民病院の経営状況を勘案しながら決定すべきである。

繰出し額の算出にあたっては、対象となる経費のすべての収支を把握し、収支不足額を計算することを基本とするが、膨大な労力を要するものもあるので、簡易な計算方法を考案し、収支不足額を計算すべきである。ただし、病院の建設改良に要する経費については、収支不足額の計算は極めて困難であり、国の繰出し基準を基本に繰出し額を算出すべきである。

さらに、繰出した後は、効果を検証するとともに経営状況等を他の病院との比較などによりチェックし、効率的な経営を行ったうえで必要なものかどうかを常に検証すべきである。

なお、病院の建設改良に要する経費は国の基準以下とし、1,000万円以上の高度医療機器の元利償還金については、高度医療に要する経費の対象から除外するなどの速やかな見直しを行うべきである。その他の経費についても、速やかな見直しが必要であるが、病院の安定的な経営の観点から、当面、何らかの経過措置が必要である。

また、地方公営企業は独立採算が原則であることから、退職金に対する一般会計の負担については、事務職等に係るものを除き廃止する必要がある。

7 新たな病院の方向性

本市における医療提供体制は比較的恵まれた状況にあり、市民病院が多くの分野で民間医療機関と似かよった医療を提供する一方で、市から多額の一般会計負担を受けている。現在のままで単純に建て替えをし、公的負担を続けることについては、市民の理解を得ることが困難である。

一方、近年、極めて公共性の高いサービスである医療の崩壊が危惧されている。今後、市として、市民の健康と生命を守るため、医療機関を中心とした医療・保健・福祉のネットワークの中で、民間では埋めきれない分野に柔軟に対応することで、市全体の医療・保健・福祉の水準を安定的・継続的に支える新たな社会的機能が必要と考えられる。

また、政令指定都市を目指す本市においては、市民が安全、安心に暮らしていけるまちづくりと、本市の強みである医療分野の広域拠点性を活かしたまちづくりを進めることで、「中四国をつなぐ総合福祉の拠点都市」を実現していこうとしている。

したがって、本市のまちづくりの方向性を踏まえ、市民負担を抑制しながら市全体の医療・保健・福祉の水準を支える社会的機能を担うためには、現在の市民病院とは異なる21世紀型の新たな病院のあり方を考えていかなければならない。

新たな病院は、市民に安全と安心を提供するために、民間医療機関では困難又は敬遠される医療や教育・人材育成などを担い、市の医療・保健・福祉政策実現のために貢献していくことが基本的役割であると考えられる。また、このような公的な役割を果たすために必要とされる医療の提供を行いつつ、将来的にも市民負担を抑制していく方策が必要となる。

(1) 新たな病院が目指す基本的機能

総合医療の提供(24時間365日)

24時間365日、診療科や重症度にかかわらず、すべての患者に総合診療ができる体制を整えることで、市民に安全・安心を提供していくことが求められる。

このため、総合診療外来と急病急患センター(岡山ER)を中心とした総合医療体制の強化を行う。

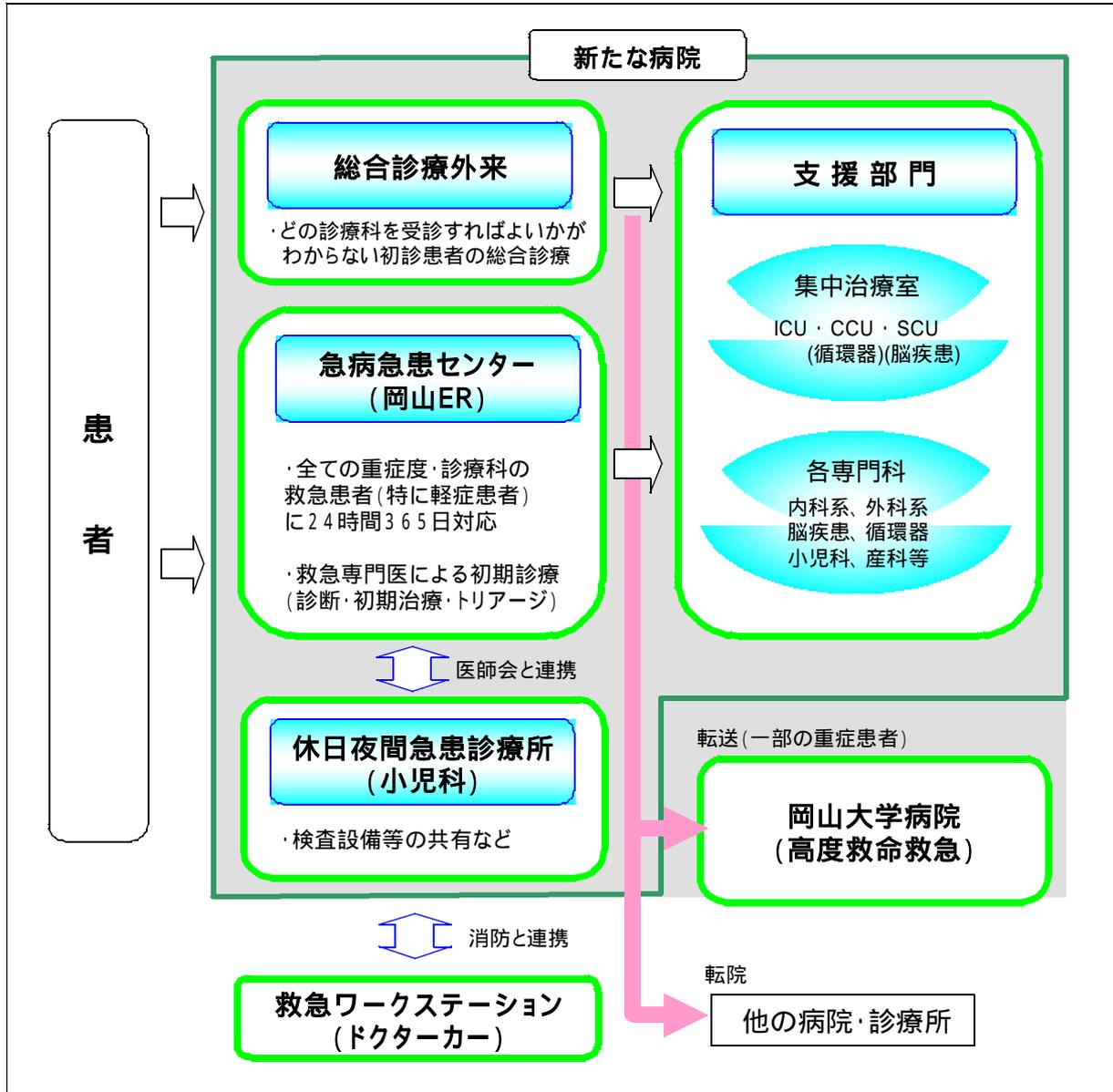
総合診療外来は、どの診療科を受診すればよいかわからない初診患者のための診断及び初期治療を行い、必要に応じて患者が最適な医療が受けられるよう、専門の診療科や他の医療機関に引き継ぐ機能を持つ。

救急医療体制としては、急増する患者に対応するため、救急専門医による初期診療(診断・初期治療・トリアージ)を取り入れた急病急患センター(岡山ER)を設置する。一部の重症患者への対応は岡山大学病院等と役割を分担することで、すべての患者に24時間365日対応できる体制を整え、市内の救急医療体制の安定化を図る。

また、休日夜間急患診療所と急病急患センター(岡山ER)との連携による一体的診療を行う。支援部門においては、集中治療室(ICU・CCU・SCU)を強化する。さらに、消防機関との連携による救急ワークステーション(ドクターカー)を併設する。これらにより、救急医療体制の総合的な機能強化を図る。

このような24時間365日の総合医療体制を提供するため、総合診療外来・急病急患センター(岡山ER)、これらの支援部門を核とする人員・組織に再編成する。さらに、支援部門等において適正な規模のもとで急性期医療を行うことにより、病院経営全体の採算性の向上を図る。なお、各診療科については、今後の行うべき医療に合わせて常に再編していくものとする。

総合医療提供体制



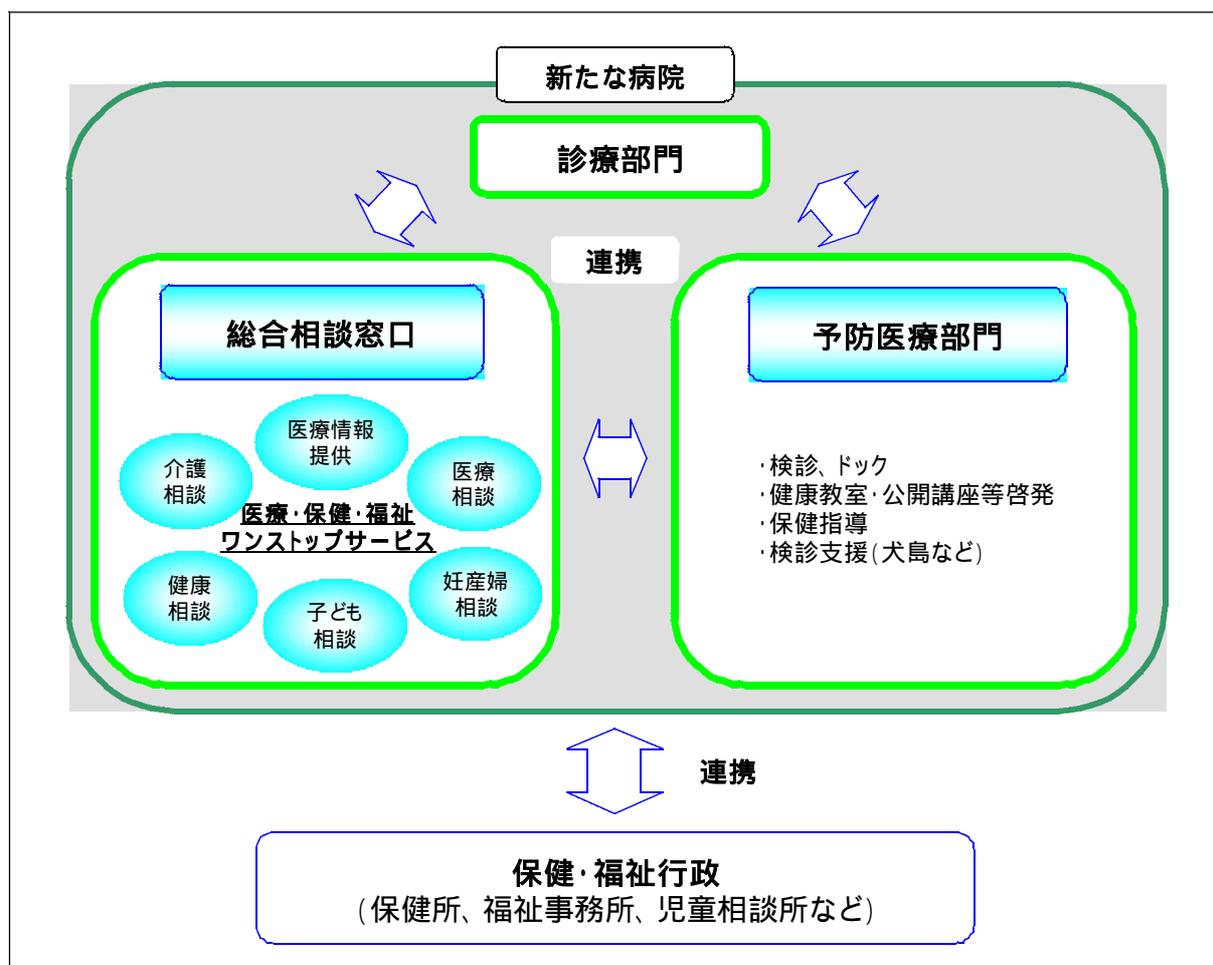
総合相談窓口の設置(医療・保健・福祉の連携)

医療情報提供、医療相談、妊産婦相談、子ども相談、健康相談、介護相談などをワンストップサービスで行う総合相談窓口を設置し、診療部門・予防医療部門と有機的に連携したサービスを提供し、市民が利用しやすい相談体制の充実を図る。

予防医療の推進

保健所と連携して、検診・ドック、保健指導、健康教室、公開講座などを実施し、市民の健康づくりの推進に貢献する。

総合相談窓口の設置・予防医療の推進



医師等の教育・人材育成

臨床研修の場を提供するなどにより、岡山大学と共同して研修医・医学生にとって魅力ある育成システムのもとで教育を実施することで、地域医療を担う次世代の医師の確保を図るとともに、地域で活躍する医師等に対する持続的教育(生涯教育)を実施し、地域医療水準の向上を図る。

(2) 岡山大学との連携

岡山大学は医療・保健分野における人材を育成する教育機関として中四国の拠点大学であり、また岡山大学病院は医療分野における広域圏の中核的存在であり、「中四国をつなぐ総合福祉の拠点都市」の実現のためには、同大学及び同大学病院を中心とした拠点性の向上が求められている。一方、本市の医療においては、各医療機関の役割分担と連携を進めることにより、医療資源を効率的かつ効果的に活かす取り組みが求められている。

岡山大学と岡山市は、平成17年に医療・保健分野等の向上に資する安定的で継続的なシステムを形成することを目的に相互に協力する協定を結んでおり、本市が進めている行財政改革の流れの中で、公立病院の今後のあり方についての新しい解決モデルとして、「公立病院と国立大学との保健医療連携による集約化・拠点化」に取り組むこととする。

具体的には、岡山大学と次の事項について連携することが求められている。

岡山大学と新たな病院の連携が予定される事項

・医療の相互補完

(基本的には高度先進医療は岡山大学、一部の高度医療・救急医療等は新たな病院)

・岡山大学からの医師供給、人材交流による効率的人員配置

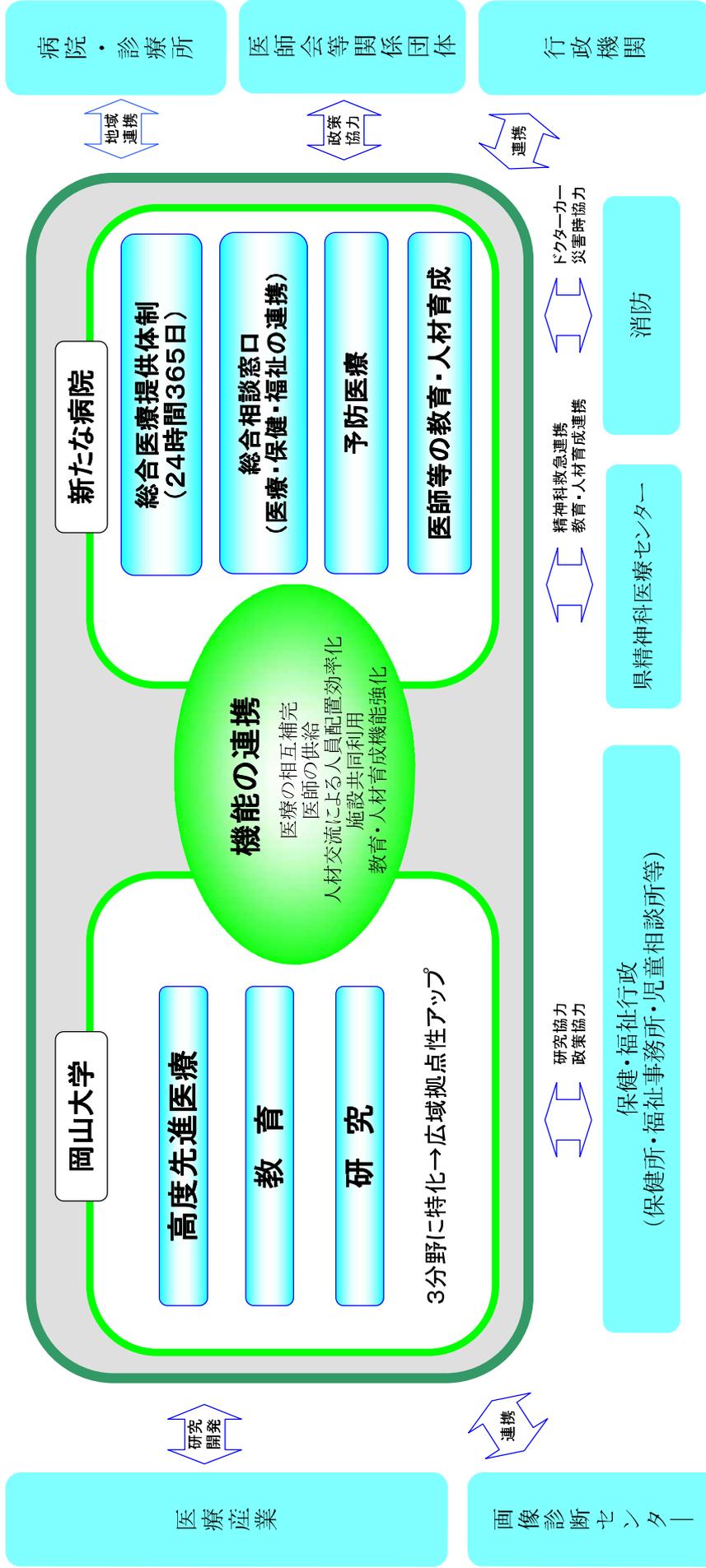
・施設共同利用

- ・新たな病院が臨床研修の場を提供する等により、共同して研修医・医学
生の教育を実施
- ・医師等に対する持続的教育(生涯教育)の実施
- ・医療・保健・福祉行政との政策協力・研究協力(検診情報の活用など)

これらの連携を具体化・実施することで、市民に安全と安心を提供しながら、本市の医療分野の拠点性向上を図ることができ、地域医療の向上(医師確保・育成、研究活動など)、人材・施設の共有(医療資源の集約化)による新たな病院の効率経営(市民負担抑制)を図ることができる。

公立病院と国立大学との保健医療連携による集約化・拠点化

～行革の流れのなかでの新しい解決モデルの提示～



効果

- ★市民に安全・安心を提供
- ★広域拠点性アップによる「中四国をつなぐ総合福祉の拠点都市」の実現
- ★教育・人材育成機能強化による地域医療を担う医師確保
- ★岡大との連携による市民負担の抑制

(3) 市民負担(一般会計負担)の抑制

新たな病院が目指す基本的機能を公的な医療として実施する場合、救急医療など不採算部門による赤字経営が想定される。その中で、安定的、継続的に公的な医療を提供していくためには、一定の市民負担(一般会計負担)が必要となるが、将来的にも市民の納得が得られるよう抑制していくことが求められている。

また、現在の市民病院は、地方公務員法を始めとして様々な法令に縛られ、経営の自由度が高くないため、経営形態の見直しが必要である。

市民負担を抑制しながら、公的な医療を提供していくためには、次の考え方に沿って経営する必要がある。

市民負担(一般会計負担)に対する考え方

一般会計負担を地方交付税算入額程度に圧縮し、実質的に市民負担をかけない。

- ・一般会計負担金は救急医療など医療政策の実現のために必要なものに限定する。
- ・退職金に対する一般会計負担は廃止する。
(ただし、事務職員等に係る部分は除く)

徹底した独立採算経営

地方独立行政法人へ移行し、徹底した独立採算経営を行う。

ア 経営形態

- ・より弾力的な財務運営や人事管理ができるなど、経営の自由度が高く、自律的な経営が可能と考えられる地方独立行政法人の非公務員型へ経営形態を移行する。

イ 経営改善の方向性

- ・結核病床など著しく不採算な部門については廃止又は縮小する。

- ・収益性確保の徹底(不採算部門の赤字を採算部門で補填)
- ・社会一般の情勢を反映した合理的な給与体系への見直し等による総人件費抑制
- ・岡山大学との人材交流による効率的かつ効果的な人員配置、施設の相互共同利用

(参 考)

【仮設定条件による試算】

実質的な市民負担をかけず経営できるかどうか、財政シミュレーション(試算)を行った。

【主な条件設定】

積算基礎	H18年度決算値
規模	延べ床面積 31,000㎡(400床×79.1㎡(同規模公的病院平均))
収益	救急外来患者増加により外来収益(約8,600万円(7%)増) 個室増加等により差額ベッド料(約1.3億円増、3.2倍)
費用	市内主要病院並みに総人件費抑制(人件(給与)費比率を47%程度に漸次削減) 退職金の病院事業負担(年2.45億円全額負担)
一般会計負担金 (運営部分)	約2.8億円[救急・感染結核等](約1.5億円削減)
一般会計負担金 (建設部分)	繰入率 50%(国基準) 22.5%(=地方交付税措置率)に削減
その他	用地費、現病院の解体撤去費・除却費、現有財産の処分は考慮しない 地方交付税算入額は現行制度により算出

【結果】

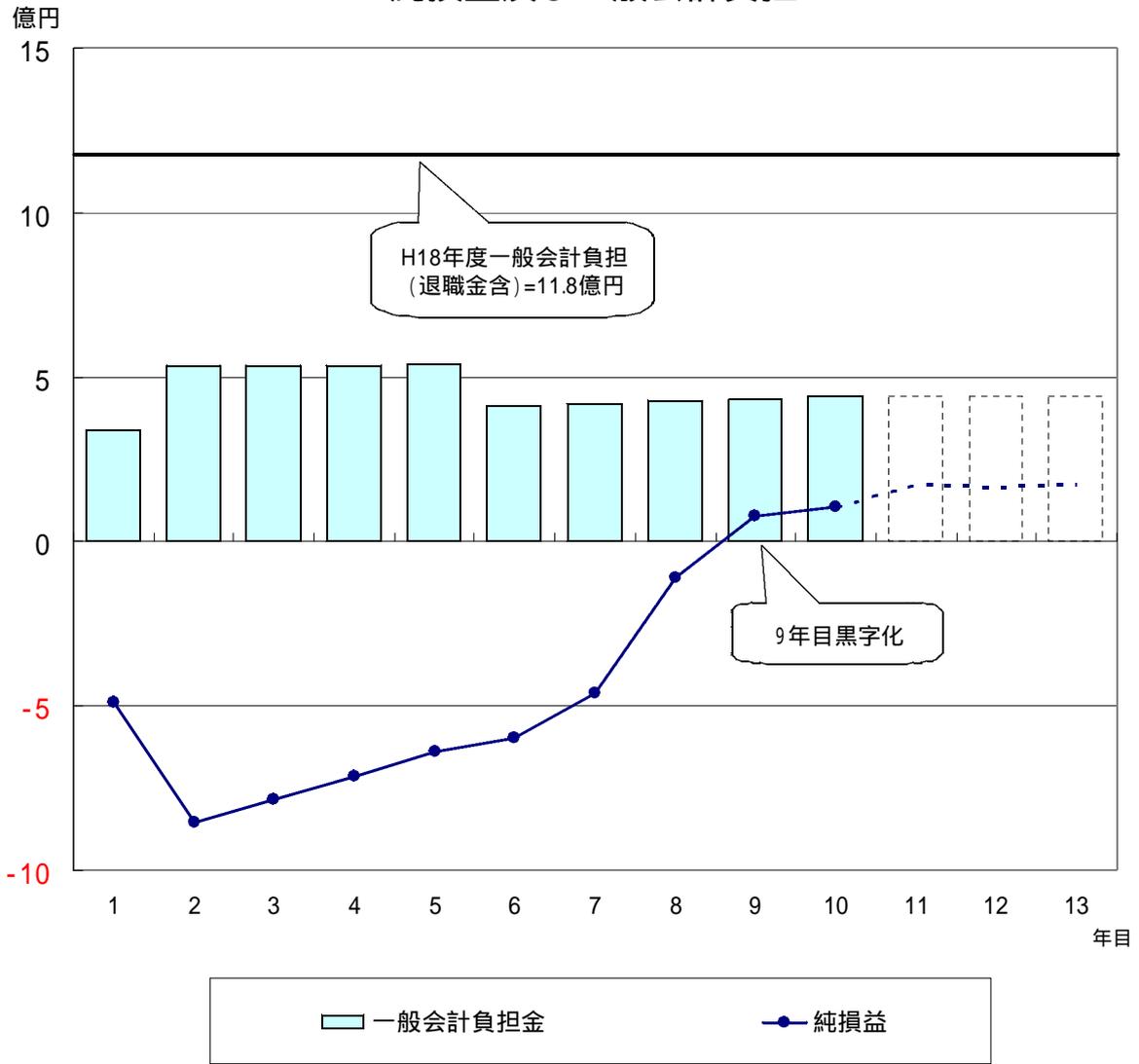
建設単価34万円 / ㎡以下であれば、次のとおり資金不足に陥ることなく、純損益も9年目以降黒字で推移すると試算された。(建設単価34万円 / ㎡は近年新築した同規模公立病院の実例あり)

(単位:億円)

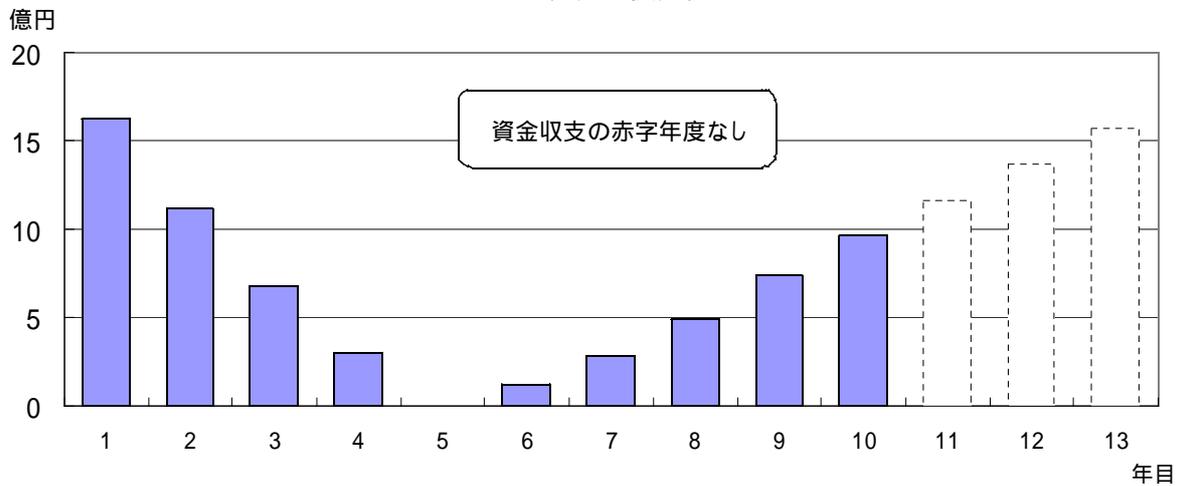
区 分	10年目	年平均(30年間)	(参考)H18年度決算額
純 損 益	1.0	0.3 (9年目黒字化)	0.05
資 金 収 支	2.2(累計9.6) (10年目まで赤字年度なし)	0.7(累計41.8) (赤字年度なし)	3.5
一般会計負担 a	4.4	4.6	11.8()
地方交付税算入額 b	4.4	4.6	3.7
実質市民負担額 a-b	0.0	0.0	8.1

H18年度決算額の一般会計負担には、一般会計負担金のほか一般会計で負担した退職金2.3億円を含む

純損益及び一般会計負担



資金収支



資金収支は、各年度末累計値(残高)

8 むすび

医療を取り巻く環境が今後ますます厳しさを増すと予想される中で、公立病院の経営も予断を許さない情勢となっている。また、地方自治体の財政運営も非常に厳しい状況にあり、公立病院も行財政改革の流れの中でそのあり方を考えていかなければならない。

一方、市内の医療供給体制は比較的恵まれた状況にあるが、今後は医療機関等の役割分担と連携を進め、全体として「最適な医療システム」を構築することが重要である。このことにより、市民の健康と生命を守り、安全と安心を提供していくことが可能となるとともに、本市の医療・保健・福祉分野における広域拠点性が向上し、「中四国をつなぐ総合福祉の拠点都市」の実現につながるものと考えられる。

当専門会議では、このような状況下で、新たな病院として果たすべき役割・機能と市民負担の抑制の方向等について検討を行った。

その結果、新たな病院の役割・機能として、市民に安全と安心を提供するため、24時間365日の総合医療の提供、医療・保健・福祉の連携による総合相談窓口の設置、予防医療の推進、医師等の教育・人材育成を行い、市の医療・保健・福祉政策の実現に貢献する必要があるとの方向性を提示した。

この新たな病院としての役割・機能を果たしながら、地方独立行政法人化により徹底した独立採算経営を行い、経費の節減と収益性の確保に取り組むことで、実質的な一般会計負担(市民負担)をなくす方向性を提示し、このことが一定の条件の下で可能であることが試算により確認できた。

さらに、これを実現していくために、今後の公立病院のあり方についての新しい解決モデルとして、岡山大学と緊密に連携し、医療資源を効率的かつ効果的に活かす取り組みが不可欠との方向性を提示した。

今後、岡山大学と連携内容を協議する中で、詳細な役割・機能、診療体制、将来的な施設整備のあり方などについて検討する必要がある。また、地方独立行政法人(非公務員型)への経営形態の移行、経営改善などについて具体的な検討を進める必要がある。