

**包括外部監査の結果に関する
報告に添えて提出する意見書
福岡市病院事業**

平成13年3月

(福岡市) 包括外部監査人

目 次

第 1 . 給食の委託化について	1
第 2 . 給与費の流動化について	2
第 3 . 予算制度について	4
第 4 . 診療科別原価計算（損益計算）の導入について	4
第 5 . マニュアル化の推進について	14
第 6 . 地域医療体制における両病院の位置付けと福岡市病院事業の将来図について	15

第1. 給食の委託化について

1. 市民病院

給食は、一般食と特別食に分かれており、一般食は委託業者（常駐5人、パート7人）によって調理され、特別食は市の調理業務員7人によって調理されている。特別食だけが委託されていないのは、高血圧・腎臓・肝臓・心臓病等の患者に対して、医師の指示にもとづき、管理栄養士の管理下で行わなければならないという理由による。

ここで、一般食と特別食との単純平均1食当たり人件費単価をみると、以下のとおりとなっている。

項目 年度	一般食			特別食		
	給食委託料 税込(円)	食事数 (食)	1食当たり 単価(円)	調理業務員 給料(円)	食事数 (食)	1食当たり 単価(円)
平成10年度	27,720,000	96,293	288	55,445,357	86,900	638
平成11年度	28,350,000	88,002	322	55,445,836	90,956	610

(注1) 食事数は病院作成資料「アイリス」より抜粋

(注2) 給食委託料及び調理業務員給料は管理係作成資料より算出

上表でみる限り、一般食と特別食の1食あたりの人件費単価は、倍近くの差になっている。これは特別食であるため調理に手間がかかる等の理由も考えられるが、職員人件費の水準そのものが高く、結果的に一食当たり単価を引き上げている側面も否定できない。

あらためて、特別食の調理を市の職員が行っている理由を考えれば、特別食についても、患者の栄養管理面では管理栄養士が調理指導を行う限り特別な支障が生じるとは考えにくい。適切な管理と指導が確保できれば、外部業者に委託することも可能ではないかと思われる。

しかしながら、給食業務の外部委託は現に働く調理業務員の生活に大きく影響を与えるものであり、ただちに実施することは難しい面もある。福岡市の将来の病院事業構想に従って、中長期的な計画をもって実施していくことが望まれる。

2. こども病院

給食は、一般食・特別食・離乳食・調乳に分かれており、全て市の職員で賄われており外部へ委託されている部分はない。

調理はすべて正職員によりなされ、配膳の一部と下膳とが外部委託されている。現在、調理作業に従事する職員は、係長1名、係員2名(管理栄養士)、調理業務員12名、この他食器洗浄の嘱託1名であり、朝食、昼食、夕食のほか午前と午後のおやつ、合わせて1日5回の調理及び調乳を行っている。業務は交代制で行い、人員不足の時

間帯はパート職員で対応している。

こども病院の単純平均 1 食当たり人件費単価は以下のとおりである。

年度 \ 項目	調理業務員 給料 (円)	合計食事数 (食)	1食当たり 単価 (円)
平成10年度	86,449,294	158,610	545
平成11年度	89,463,000	155,274	576

(注1) 食事数は病院作成資料「年報」より

(注2) 調理業務員給料は管理係作成資料より
(合計食事数の算出方法)

(注3) 一般食の仕事量を基準として、特別食は一般食の2割増しの仕事量、離乳食は一般食の5割増しの仕事量、調乳は2本で一般食の1食と仮定して算出した。

上表から、こども病院の1食当たり人件費単価は市民病院の特別食と比較すればやや低い水準にあるものの、委託した場合の人件費単価との比較では、やはり2倍近い水準にあることがわかる。

給食業務を外部業者に委託しても、市民病院と同様、管理栄養士が適切な管理、指導を行う限り問題はない。したがって、こども病院でも経済性・効率性の観点から給食の委託化を検討する必要があると考える。

この点に関しては、こども病院でも日本小児総合医療施設栄養業務実態調査結果(平成8年7月)により類似病院の外部委託の状況調査を実施しており、予備的な調査を行っている。しかし、外部委託した場合の一食当たりコスト比較等の具体的な検討段階には至っていない状況である。市民病院とタイミングを合わせて、具体的に検討しておくことが望まれる。

第2. 給与費の流動化について

一般的に、病院事業において質の高い医療サービスを提供するためには、ある程度の労働集約化が不可欠である。平成11年度における医業収益に対する給与費の割合をみると、市民病院で52.8%、こども病院で60.4%となっている。年度の推移を見ると、平成11年度の医業収益は平成7年度とほぼ同水準であるが、給与費は市民病院で8%、こども病院で10%の増加となっている。このことは損益構造における給与費の占める比重が非常に高く、かつ常に増加傾向にあることを示している。

そこで、今後の給与費の動向を考察するために今後10年間の推移を試算した。この試算は非常に限られた前提条件のもとでのものであり、現実の給与費がこの試算のとおりに移す確証はない。しかしながら、給与費について全く抑制あるいは流動化の措置を講じなければ、現行の給与体系のもとで給与費が減少することは期待できないのもまた事実であろう。

試算の結果は以下のとおりである。

今後の給与費予想（試算）

（単位 千円）

	基本給		給与費の見込み		11年度を100とした指数	
	市民病院	こども病院	市民病院	こども病院	市民病院	こども病院
H12年度	68,584	100,975	2,009,860	2,943,142	1.006	1.037
13年度	68,090	102,518	1,995,363	2,988,130	0.998	1.052
14年度	68,721	103,547	2,013,869	3,018,126	1.008	1.063
15年度	69,732	104,531	2,043,485	3,046,792	1.022	1.073
16年度	69,564	104,408	2,038,564	3,043,219	1.020	1.072
17年度	69,542	104,996	2,037,929	3,060,337	1.020	1.078
18年度	69,789	104,769	2,045,164	3,053,741	1.023	1.075
19年度	69,985	104,647	2,050,896	3,050,182	1.026	1.074
20年度	69,853	103,888	2,047,022	3,028,059	1.024	1.066
21年度	69,275	103,338	2,030,092	3,012,017	1.016	1.061

- （注）1． 給与費は、職員の基本給に比例すると仮定し、平成11年度給与費を平成12年3月の基本給で除した倍率で、各年度の予想基本給合計に乗じている。
- 2． 55歳で昇給がストップすると仮定している。
- 3． 60歳を定年とし、定年後、新人を採用すると仮定している。
- 4． 昇格及び人事院勧告を見込んでいない。

この試算をもとに将来の給与費の動向を推測すると、現在の職員構成及び給与体系に変化がない限り、将来においても給与費は増加すると考えられる。これは、職員の給与が給与表上を右肩上がりに推移していく下方硬直的な給与形態となっていることから必然的に導かれる結果である。しかし、民間企業においては、もはや給与が右肩上がりに上昇することは想定されていないのが現実である。

一方、国民全体の医療費を抑制させようとする保険診療点数制度のもとで、医業収入の増加を期待するのは厳しい状況にある。

したがって、公的事業としての病院事業においても、それが独立採算を前提とする限り、収益構造を改善するためには給与費の問題は避けて通れない問題である。将来的には給与体系の見直しを含め、給与費の流動化の論議が起こってくるのは避けられないであろう。少なくともある程度は、給与費の額を収入比例的に発生するものに変えていく必要があると思われる。

第3． 予算制度について

福岡市病院事業には地方公営企業法の財務規定が適用されている。その趣旨は、一般会計とは異なる企業会計の手法を用いて、効率的な業務運営を実現することが期待されているものと考えられる。このため、予算についても一般会計とは異なる考え方がなされる。

地方公営企業の予算の意義は第一に効率的な経営を実現するための経営管理目的にあり、一般会計予算のように租税の用途として歳出を規制することにその主眼が置かれているわけではない。したがって、効率的な業務運営のためには、予算の弾力的な運用を図ることも認められている。すなわち、地方公営企業法第24条以下に定める予算の規定がこれである。

ここで、福岡市病院事業については財務規定のみの適用であり、交通事業、水道事業等の他の地方公営企業と異なり、管理者が置かれていない。このため、他の地方公営企業では管理者限りで可能な予算の目以下での流用についても、流用を行うためには一般会計の財政担当部署(財政局)の承認手続きを必要とすることになり、流用に係る事務手続きと時間を要することになる。これでは、弾力的な予算の運用が認められているといっても迅速な予算措置が行えず、実際には硬直化した予算制度となってしまう惧れが大きいのではないだろうか。

現状では、予算の執行責任は一般会計の長(市長)にあり、現場の経営者(この場合は院長)が予算の弾力的な運用を行おうとしても、実質的に権限がない。一方、病院事業では専門的な知識を要する事項も多く、実際の医療現場に携わる者でなければ判断できにくいことが多いと思われる。そこで、迅速で弾力的な予算の運用を行い、経営管理目的に役立てるためには、現場管理者と予算執行責任者とを一致させることが望ましい。

一案としては、条例の改正が必要なことではあるが、病院事業についても管理者を置くことを認め、予算の執行責任者を現場の経営者に一致させることが考えられる。

第4． 診療科別原価計算(損益計算)の導入について

(1) 現 状

公立病院の役割は地域の中核病院となり、地域住民の医療を確保することにより福祉の増進に資することである。したがって、地域住民にとって必要な医療であれば一般の私立病院が採算面から設置することが難しい診療部門であっても公立病院は設置しなければならないこともある。ある面では、一般の私立病院が引受けない不採算診療部門を公立病院が引受け、全体として地域住民にとって必要な医療を提供するところに公立病院の存在意義があると思われる。

現在、市民病院、こども病院ともに、医業収益から医業費用を差し引いた医業損

益は毎年度赤字計上が続いている。市民病院、こども病院が医業損益をただちに黒字化していくことは現在の状況下では難しく、この赤字については公立病院としての役割が考慮され、毎年度、一定の基準に従って一般会計からの繰入金によって補填がなされている。

しかし、だからといって公立病院は赤字であることが当然であり、毎年毎年欠損が累積してもかまわないということにはならない。福岡市財政全体が厳しい状況のもとで、一般会計からの繰入金に依存する経営体質については、公的病院といえども何らかの改革が当然必要である。

現在、市民病院、こども病院ともに効率的な病院経営に向けて多くの改善策を立案し、実行されているが、さらに効率的な病院経営を行うことにより、累積欠損を減額していく努力が必要である。企業としての経済性の追求と公共目的の追求という、ある意味では相反する二つの目的の均衡を目指した経営が行われる必要がある。

(2) 今後の検討課題

現状では、市民病院、こども病院ともに各診療科別の原価の集計がなされていないため各診療科の損益状況が把握できない状況にある。このため、どの診療科の採算が良くどの診療科の採算が悪いのか、客観的数値に基づいた分析データを経営トップが知ることができず、有効な改善手段を見つけることが難しい状況の中で病院経営が行われている。また、数値に基づく明確な目標も設定しにくい状況となっている。

より効率的な病院経営を行うためには、部門別に原価の集計を行い、診療科ごとの診療報酬と原価を対比して診療科別の損益計算を行うことが必要と思われる。診療科別の損益が把握できるようになれば、どの診療部門でどれだけの原価がかかっているのか、何が原価を増加させているのかがわかり、有効な改善策を検討し実行していくことでより効率的な病院経営を実施することができる。また、診療科別に原価が把握できるようになれば、診療科の医師・看護婦にとっても自分たちの所属する診療科の原価を回収するためにはどのくらいの診療報酬を獲得しなければならないかということがわかり、目標達成への動機付けにも役立つことになる。したがって、コスト面を考慮に入れつつ、診療科別原価計算システムの構築に向けて早急に検討していくことが望まれる。

(3) 市民病院の診療科別原価計算（損益計算）の試行について

原価計算の試行を行う前提

診療科別の損益を正確に算定するためには原価計算のシステムを構築し、正確な原価の集計が行われることが望ましいが、システム構築のためには導入に至る時間とコストも必要となる。ここでは、今後の原価計算システム構築を想定した場合の、

ひとつの参考としてもらうため、また、現状において、診療科別の損益がどのようになっているかおおまかに把握することも必要であると考え、ある程度簡便的な方法を採用しながら、一般的に考えられている原価計算の手法に基づき診療科別の損益を算出してみることにした。

対象病院としては市民病院、こども病院の2つの病院があるが、こども病院は小児専門病院として高度専門的な医療施設として位置付けられており、公的な役割がより強いと考えられるため今回の試行においては対象とせず、市民病院のみを対象とした。

原価計算を行うためには、簡便的な方法を採用する場合であっても多くの基礎データが必要になる。今回の試行に当たっては、市民病院の事務局を中心に医師の方々にも協力をいただいたことにより実行することが可能となったものである。あらためて各位のご協力に感謝したい。

なお、対象月は病院側と協議のうえ年間の中で比較的安定した月である平成12年11月1ヶ月間を対象月とした。

診療科別原価計算（損益計算）の試行結果

以上のような経緯に基づいて試行した市民病院の診療科別原価計算（損益計算）の結果は別紙のとおりである。

原価計算の計算過程

今回試行した原価計算においては限られた期間と基礎データのもと、多くの部分に簡便的な方法を採用している。よって、限定された条件のなかでの原価の算出過程を以下に説明することとする。なお、実際に採用した配賦方法とともに、より望ましい配賦方法等についても参考のために記載することとする。

イ) 診療収益の配賦

現在、診療収益は各診療科別に集計可能となっているため、人件費、材料費、経費等を診療科別に対応して集計できれば診療科別の損益を算出することは可能となる。

ロ) 原価の部門別集計

診療科別の損益を把握するためには、まず、給与費、材料費、経費等の費目別に計算された原価をその発生した場所（部門）別に分類して集計する作業が必要になる。

部門をどのように設定するかはそれぞれの病院の事情によって異なるが、診療報酬と原価を対応させる必要があるため、診療科を部門として設定する。また、

それぞれの診療科は外来と入院に区分する必要がある。外来と入院は診療報酬単価に差があり、原価の発生割合も異なるためである。また、集計に当たって、原価のうち特定の部門で発生したものは直接当該部門に集計するが、複数の部門で共通に発生した原価は一定の基準によってそれぞれの部門に配賦することとする。

八) 主部門と補助部門の設定

部門を設定する場合には、主部門と補助部門に分けて設定する必要がある。主部門は直接患者に対して医療サービスを提供する部門であり、通常は診療報酬が集計される各診療科となる。補助部門は主部門の診療を補助するための部門である。補助部門には診療報酬が集計されないため、補助部門に集計された原価は最終的には一定の基準をもって主部門に配賦されることになる。

市民病院の診療科の中で放射線科と麻酔科は他の診療科の診療に伴って診療が行われることが多く、診療報酬は他の診療科にて計上されているためここでは補助部門として集計することとする。今回の試みにおいては主部門を内科、外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科とし、補助部門を麻酔科、放射線科、検査科、薬局、リハビリ、給食、医事管理とした。

二) 給与費の部門別集計

給与費を正確に集計するためには医師、看護婦、技師が実際にどの部門にどれだけの時間を費やしたかを集計し、この時間に個人（または平均）の賃率を乗ずることによって計算することが望ましいが、現状においては個人別に業務内容ごとに時間を集計することは困難であるため、簡便的な方法として平成 12 年 11 月の給与の実際発生額を直接関係する部門に賦課することとした。

賞与については医師、看護婦、その他の職員別に平成 12 年冬期の支給額を基礎として年間の賞与支給見込額を試算し、その 12 分の 1 を計上することとした。

また、法定福利費については簡便的に診療科別に集計された給与・手当の合計額の金額比によって配賦することとした。

ホ) 医師の給与・手当の集計と配賦方法

医師の給与・手当は原則として所属している診療科に直接賦課した。外来と入院を兼務している場合には各医師の外来と入院の勤務比率を基準に配分した。具体的な算出方法は平成 12 年 10 月 16 日（月）～平成 12 年 10 月 22 日（日）までをサンプル期間として、すべての医師に対して 1 日の勤務内容を時間別に記録してもらい、このデータを基に外来と入院の勤務比率を仮に算出し、日ごろの平均的な業務割合からみて著しく相違していないか再度各医師に比率を確認のうえ、

外来・入院別の勤務比率を決定した。

病院長及び副院長は診療も行うが、病院全体の管理業務も行うため、管理業務の割合に応じた金額を管理共通費としていったん集計し、各診療科の医師数を基準として配賦することとした。また、医療主幹はそれぞれ担当する内科、外科、整形外科へ直接賦課し、研修医は教育目的のため賦課しないという考えもあるが、ここでは医師と同様に賦課することとした。

補助部門である麻酔科医師の給与・手当については診療科の手術件数によって配賦した。また、放射線科医師については診療科別の件数によって配賦することが望ましいが、現在、診療科別の件数集計はなされておらず、簡便的に診療報酬（放射線）によって配分した。

へ) 看護婦の給与・手当の集計と配賦

看護婦は外来と入院で配属が異なっているため、外来と入院に区別して計上した。外来の場合は各診療科別に直接賦課することとし、入院の場合、診療科ごとに病棟が区分されている場合はその診療科に直接賦課した。

病棟によっては混合病棟（病棟に診療科が複数ある）となっているところがあり、この場合、診療科別勤務日報等によって配分することが望まれるが、現在は作成されていないため平成 12 年 11 月の診療科別延入院患者数によって配分することとした。

看護部長の給与・手当については全体の管理業務を行っていることから、診療科別の看護婦数によって配分し、婦長、副婦長については担当する診療科の看護婦数によって配分した。

補助部門である手術部門の看護婦については手術件数によって各診療科に配賦し、中央材料室の看護婦については簡便的に手術・検査に係る診療報酬によって配賦した。

ト) その他部門の給与・手当の集計と配賦

放射線部門の技師の給与・手当については投影件数、検査部門については検査件数、薬局部門については調剤件数、給食部門については食事数によって配賦することが望ましいが、現状ではこれらの集計が容易に行えない状況にあるため、ここでは関係する診療報酬によって配賦した。また、医事管理部門の給与・手当については、平成 12 年 11 月の診療科別延入院患者数によって配分した。

チ) 材料費の部門別集計

薬品費については、薬品を管理する薬局から、どの診療部門にどの薬品がど

れだけ払い出されたか集計されていないが、現在のシステムにおいては診療部門ごとの払出額が把握されておらず、また容易には集計できない状況にあるため、ここでは簡便的に投薬及び注射に係る診療報酬によって配分することとした。診療材料費についても、薬品同様、診療部門ごとの払出額が集計されていないため、簡便的に処置、手術、検査に係る診療報酬によって配分することとする。

これらの方法はあくまで簡便的な方法であり、使用する薬品・診療材料の中には、診療報酬の対象とならないものも含まれているため、診療報酬による配分では正確な消費額が把握できないこととなる。診療部門ごとの払出額が容易に把握できるようなシステムの構築が望まれる。

給食材料費については食事数によって配分することが望まれるが、ここでは平成 12 年 11 月の延入院患者数によって配分し、医療消耗備品費も同様に、延患者数によって配分した。

リ) 経費の集計と配賦

a) 委託料の配賦

経費のうち委託料については、委託業務内容によって 1 件毎に係る部門に配賦することとした。例えば、施設の総合管理(機械設備の運転保守管理、警備、清掃、病棟保清等)に関する委託料については各部門の占める建物の床面積によって配賦し、医事等業務に関する委託料については 11 月の延患者数によって配賦することとした。

なお、現状では、委託料は実際の支払月に計上され、月割計上がなされていない。個々の委託業務の内容を見ると主要な委託業務はほとんど年間を通して契約されているため、ここでは年間委託料の 12 分の 1 を計上することとした。今後は月次の発生原価を正確に集計するためにも、契約期間に応じて月割計上していくことが望まれる。

b) 減価償却費の配賦

減価償却費については減価償却資産の部門別の把握がなされていなかったため、すべての資産について現物を管理する部門の調査を依頼し、調査結果に基づき部門別に配賦することとした。また、現在、減価償却の開始時期が資産取得年度の翌年度としているため、平成 11 年度の取得資産のうち金額的に重要な資産を追加入力し、平成 12 年度の年間減価償却費を計算し、その 12 分の 1 を計上することとした。今後は、より正確な減価償却費を計算するためにも年間の発生見込額を月割計上していくことが望まれる。

c) その他の経費の配賦

その他の経費のうち光熱水費については建物の床面積によって配賦した。

資産減耗費については個々に発生した部門に集計することが望ましいが、計上額に重要性がないため、各診療科に集計された減価償却費の金額比によって配賦した。

研究研修費についても個々に発生した部門に集計することが望ましいが、計上額に重要性がないため、各診療科の医師の人数比によって配賦した。

また、合理的な配賦基準がないものについては簡便的に診療科別の延患者数によって配賦することとした。なお、その他の経費については年間発生額を月次に均等に負担させるために、年間予算額の12分の1を計上することとした。

又) 補助部門費の主部門への配賦

補助部門に集計された原価は最終的には他の部門に配賦しなければならないが、その場合の配賦基準は以下のとおりとした。

放射線科に集計された原価については各診療科の画像診断件数によって配賦することが望ましいが、現時点ではこれらの集計はなされておらず、集計には多大な時間を要するため、ここでは簡便的に診療点数（エックス線）により配賦することとした。麻酔科に集計された原価については、手術に伴い発生するとみなし、手術件数によって配賦した。

検査部門に集計された原価については、各診療科別の検査件数によって配賦することが望ましいが、現時点ではこれらの集計はなされておらず、簡便的に診療点数（検査）によって配賦することとした。薬局部門に集計された原価については、各診療科別の調剤件数によって配賦することが望ましいが、現時点ではこれらの集計はなされておらず、簡便的に診療点数（投薬・注射）によって配賦することとした。給食部門に集計された原価については、各診療科別の食事数によって配賦することが望ましいが、ここでは簡便的に11月の延入院患者数によって配賦することとした。医事管理部門に集計された原価については、11月の延入院患者数によって配賦することとした。

診療科別原価計算（損益計算）の分析結果

今回試行した診療科別原価計算（損益計算）の結果について若干の説明を加えることとする。

イ) 医業損益の状況

診療科別原価計算（損益計算）の試算結果を見ると、病院全体の医業損益ベースでは65,474千円の損失ということになる。（参考のため平成11年度の年間の

医業損益は 820,614 千円の損失、単純に 12 で割った 1 ヶ月の平均は 68,384 千円の損失となっている。)

診療科別に医業損益を見ると、整形外科のみ利益計上となり、その他の診療科はすべて損失計上という結果になる。また、外来・入院別で見ると、外来全体では 68,622 千円の損失、入院全体では 3,148 千円の利益計上となっている。これをさらに診療科別に見ると、整形外科の入院が 20,029 千円の利益計上で最も採算がよく、内科の外来が 20,154 千円の損失と最も悪い結果となっている。

ロ) 診療収益の状況

診療収益は入院全体で 233,948 千円に対し、外来全体 88,609 千円と入院の比率が高い。

診療科別に見ると、診療収益が多い診療科は、整形外科・入院 92,368 千円、外科・入院 64,798 千円、内科・入院 49,662 千円となっている。

ハ) 人件費の配賦結果について

ア) 医師の給与・手当

入院と外来の勤務時間の割合を各診療科の医師全体で見ると、内科、外科の医師は外来よりも入院にかかっている時間が長い。また、整形外科は入院と外来の割合がほぼ半々となっており、泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科は外来にかかっている時間が長いことが確認された。なお、給与・手当の入院と外来への配賦は、個人別の給与・手当を個人別の入院と外来の勤務割合で配賦しているため、配賦された総額の入院と外来の割合は、医師全体でみた勤務時間の入院と外来の割合どおりにはなっていない。

補助部門の医師については、放射線科の医師の給与・手当は簡便的に診療報酬(エックス線)の金額比で配賦したため、配賦割合は整形外科・外来 28.7%、外科・入院 15.1%、整形外科・入院 14.6%と続き、診療科全体では外来が 57.1%、入院が 42.9%と外来への配賦が多くなっている。

また、麻酔科の医師については、手術件数によって配賦したが、配賦先は外科 41.0%、整形外科 30.5%、産婦人科 12.4%となっている。また、各診療科の入院と外来の配賦は簡便的に入院 95%、外来 5%とした。

イ) 看護婦の給与・手当

現在、病棟勤務の看護婦は機動的に勤務できるよう診療科別の配属ではなく各病棟への配属となっている。現在の病棟の構成は以下のとおりである。

- 5 階 産婦人科を中心に、内科、外科、整形外科、泌尿器科 耳鼻咽喉科
- 6 階 整形外科を中心に、耳鼻咽喉科、眼科、

7階 外科を中心に、泌尿器科

8階 内科のみ

5階、6階、7階の混合病棟に勤務する看護婦の給与・手当の配賦は11月の延入院患者数によって配賦している。補助部門の給与・手当の配賦については、手術部門の看護婦の給与・手当は11月の手術件数で配賦したが、配賦割合は外科41.0%、整形外科30.5%、産婦人科12.4%と続き、整形外科の配賦額が多くなっている。

c) その他の間接部門職員の給与・手当

その他の間接部門職員の給与・手当の配賦を見ると、臨床検査技師等の検査部門に所属する職員については診療報酬(検査)の金額比で配賦したため、内科・外来に配賦額が多くなっている。薬剤師等の薬局部門に所属する職員については診療報酬(投薬)及び(注射)の合計金額比で配賦したため、内科・外来に配賦額が多くなっている。放射線技師等の放射線部門に所属する職員の給与・手当は診療報酬(エックス線)の金額比で配賦したため整形外科に配賦額が多くなっている。また、医事管理部門部門に所属する職員の給与・手当は11月の延患者数で配賦したため、内科・外来、整形外科・外来の配賦額が多くなっている。

二) 材料費の配賦結果について

材料費について見ると、薬品費は診療報酬(投薬)及び(注射)の合計金額比で配賦したため、内科・外来、外科・外来に配賦額が多くなっている。診療材料費は診療報酬(処置)(手術)(検査)合計金額比で配賦したため、整形外科・入院、外科・入院に配賦額が多くなっている。

ホ) 経費の配賦結果について

経費について見ると、委託料については、最も契約金額が大きい設備の保守管理・警備・清掃等の業務委託(年間委託料135百万円)は床面積により配賦したため、入院の負担が大きくなり、入院の内科、外科、整形外科、産婦人科に配賦額が多くなっている。また次に契約金額が大きい電算システムに係るオペレーター等の業務委託(年間委託料86百万円)については延患者数で配賦したため内科・外来、整形外科・外来、内科・入院に配賦額が多くなっている。

(4) 原価計算システムの構築について

病院の経営改善には、医師、看護婦をはじめ病院に従事するすべての職員の意識改革と協力がなければ達成できない。診療科別原価計算から算出される診療科別の

損益は、各診療科に従事する医師、看護婦、その他の職員にとってきわめて影響の大きな分析数値となる。したがって、その数値を職員に納得してもらうためにはその数値はできる限り合理的な基準に従って算出されたものでなければならない。

今回の試行は市民病院の職員各位の全面的な協力をいただき、短期間に作成したものであり、多くの部分で簡便的な方法を採用している。従って今回の試行結果が必ずしも市民病院の経営実態を正確に表示しているとは言えない部分も存在する。あくまで今回の試行は今後、市民病院、こども病院において診療科別の原価計算の実施にむけて検討していく場合のひとつの参考となるべく実施したものであることをお断りしておく。

今回は平成 12 年 11 月の 1 ヶ月のみを試行期間としたが、原価計算は 1 回限り行ってもなかなか実行性はあがらない。毎月毎月継続して行い、それを積み重ね、前月比較、前年同期比較、経年比較等を行うことによって、より正確な原価の分析が行えるようになる。

今回の試行に当たって利用した病院側の資料及び監査人が作成した計算基礎資料を参考にして早急により精度の高い原価計算システムを構築されることが望まれる。

第5 . マニュアル化の推進について

(1) 管理業務マニュアルの必要性

福岡市病院事業には地方公営企業法の財務規定が適用されており、一般会計における経理処理とは異なる手続きを要する。また、病院事業特有の専門的知識を要求される事項も多く、円滑な事務遂行のためには事務担当者にある程度の経験と習熟が必要であると思われる。

しかしながら、管理部門に配置される職員は市の一般職員であり、一定期間を経た後には他部署に異動するのが一般的である。したがって、病院事業のようなある意味で特殊な事務を行うについては、一定期間で入れ替わる人員間で高い事務処理能力を維持することが重要である。

このような場合、事務引継ぎを円滑に行うことが必要となるが、一般に異動の内示から異動までの時間は限られており、また、重複してその業務を行うわけではないため、事務引継ぎが時に不十分となってしまう惧れがある。

事務引継ぎ文書が整備されていない場合、往々にして前任者の作成した事務文書を見ながらひとつずつ事務作業に慣れていかざるを得ない。これでは事務処理の能力向上までに時間がかかってしまい、その間、業務が非効率となってしまう。また、何のためにどのような事務を行うのか明らかでないと、仮に前任者の処理が非効率なものであっても、これを改善していくための判断ができず、効率的な業務遂行のために必要な改善行動が行われない惧れがある。

現状では一部の処理についてマニュアルが作成されているが、出納等のごく限られた分野にとどまっており、充分とは言えない。適切な業務管理を高いレベルで維持するためには、予算、決算、管理、医事のすべての事務処理についてマニュアルを作成する必要があると考える。また、作成したマニュアルを業務の実情に応じて適宜見直していくことも重要である。

(2) 診療業務マニュアルの必要性

昨今、医療機関における医療事故の発生等が社会的に問題となっている。福岡市病院事業にとっても非常に関心のもたれるところである。

新聞報道等によれば、医療事故の多くは担当者的人為的ミスによるものといわれているが、問題の本質はミスを引き起こした当人にあるのではなく、ミスをカバーできない体制にある。診療行為は人が行うものである以上、人為的なミスは不可避的に発生する。ミスの発生を減少させると同時に、ミスが発生することを前提としてそれをカバーする仕組みを作り上げることがリスク・マネジメント（リスク管理）である。

一方、厳しい経営状況下にあって、リスク管理と同時に、業務の効率化を推進す

ることも求められている。

これらの点については両病院とも高い問題意識を有しており、MRM（メディカル・リスク・マネジメント）委員会等の各種委員会活動や、TQM（トータル・クオリティ・マネジメント）手法の導入等、リスク管理のための方策を積極的に採り入れているところである。

一般的に、リスク管理等の手法を導入した場合、それまでとは異なる新しい手続、手順が定められ、業務処理手続きの手間が増えたように感じられることも多い。これに対して、効率化の推進のためにはできるだけ手順を簡略化し、少ない労力で最大の効果を得られるようにする必要がある。すなわち、リスク管理と業務の効率化とは一見、相対立する概念のように思われる。しかし、リスク管理は同時に業務の効率化を目的とするものでなければならず、両者は対立するものではない。

そこで、効率化のために省力化する部分と、リスク管理のために必ず行わなければならない部分を明確にし、これを文書化したマニュアルを作成することは業務の効率化とリスク管理を同時に達成するためには不可欠である。

たとえば、市民病院において現在利用されているオーダリングシステムは、かなり古いシステムであり、業務の効率化のためにはオーダリングシステムと診療報酬請求業務、会計システム等との連動を行う必要があると思われる。

仮に、このような連動したシステムを構築したとすると、最初の入力事項が業務の最後まで流れていくことになり、当初の入力ミスが致命的なものとなりかねない。このため、オーダー入力を検証し、その正確性と妥当性を保証するための方策（チェック体制）を整えることが不可欠となる。しかし、往々にしてそのようなチェック作業は煩雑であり、できれば省略したいと考えてしまうかもしれない。

そこで、なぜそのような処理を行う必要があるのかマニュアルの中で明確にし、その意味を理解させることがマニュアルを遵守させる上で重要となるのである。

第6． 地域医療体制における両病院の位置付けと福岡市病院事業の将来図について

1． 地域医療体制における両病院の位置付け

公立病院は一般的に、民間の病院で担うことができない高度・特殊医療、政策医療を担うなど特色のある病院として機能するとされている。また、地域医療計画との関係では、主に2次医療圏、3次医療圏といった、比較的広範囲の医療圏が設定される。

さらに、医療従事者の教育、医学・医術の進歩のための研究施設としての役割も期待されている。

(1) 福岡市民病院の現状と課題

福岡市民病院は、平成元年5月に開設以来、公立病院として地域に不足し、他の医療機関では手がけることが困難な高度・特殊医療、特に肝臓・腎臓の疾

患に対して専門的医療を提供するなど質の高い医療を提供し、地域医療の中核的役割を持つ病院として、地域住民の健康の増進に大きく貢献してきた。すなわち、市民病院の性格としては、地域中核病院としての役割が大きかったと考えられる。

しかし、病院開設当初と現在とでは社会経済情勢や疾病構造が変化しており、これに伴って地域住民の自治体病院に対する期待も変化しているものと推察される。

このような状況のもとで、市民病院が今後検討すべきと課題として、以下のようなものが挙げられる。

機能面として、公立病院が率先して行うべき救急医療体制がない。

市民の医療のニーズも変化しており、又、高度・特殊医療の提供という観点から診療内容の見直しも必要である。

少子高齢化の進展により、保健・医療・福祉が一体となった総合的な取り組みが求められていると考えられるが、その地域における中核的センターとして、市民に信頼される開かれた病院として機能することが求められている。

(2) こども病院の現状と課題

こども病院・感染症センターは小児医療部門と感染症部門を持つ高度専門的な医療施設として、一般の診療機関で診断治療の困難な患者を対象とした診療を行う小児専門病院として、感染症部門は昭和54年4月、小児医療部門は昭和55年9月に開設されている。とくに、医療の中心に小児の心臓病の診療を掲げてきた結果、高度専門医療機関として高い評価を確立し、福岡市のみならず、福岡県全体、他県からも多くの患者を受け入れている。すなわち、こども病院の性格としては特殊医療分野についての都道府県中央病院的性格があるものと考えられる。

また、少子化の進行に伴い、小児病院の減少がさやかれているなかで、高度医療あるいは不採算分野を受け持つ小児専門病院の存在は欠かせないものとなっている。

このような状況のもとで、こども病院・感染症センターの課題としては以下のようなものが挙げられる。

小児の高度専門医療には多くの人手がかかり、診療単位時間が長くなる。また、診療機器には高い精度が求められるなど、単位当たりの診療経費は高額になる。

機能としては小児医療専門病院であるにもかかわらず産婦人科がないこと。このため、出産後の乳児を搬送という形でしか受入れられず、母子それぞれに負担が生じる可能性がある。

開設後 20 年以上経過し、一部施設が老朽化し、今後、修繕費等運営経費の増加が予想される。

福岡市以外からの患者受け入れは別表 1 のとおり 46.7%であるが、他市からの補助、赤字負担はほとんどない。地域連携、貢献について、理解をもとめる必要があると思われる。なお、国公立の小児専門病院は全国で 16 病院運営されているが、その運営主体は、以下のとおりとなっている。

都道府県立	14 病院
国立	1 病院
市立	1 病院

市立で運営されているのは、福岡市のみである。このことは、財政的負担の分配を検討する際のポイントになると思われる。

2. 経営の状況と繰入金依存体質からの脱却

現在、2つの病院とも、一般会計からの繰入金に依存する経営となっている。一般会計からの繰入金は特殊医療、高度専門医療を実施して、市民の健康と福祉の向上を図るために必要なものとして支出されるものであり、公立病院の特殊性からして一般会計からの繰入金により補填を受けることも必要である。

しかし、一方では病院経営は企業会計であり独立採算でなくてはならないという地方公営企業上の原則も現在の福岡市の厳しい財政事情の中では無視できない問題であり、一層の経営の効率化を図ることによって、一般会計からの繰入金への依存度を少なくしていく努力が必要である。

福岡市においては他の政令指定都市と比較した場合に、市立病院の病床数が少なく、現在、両病院とも病床数が 200 床程度で一般的に効率性の発揮が難しい状況にある。

また、両病院とも時代の移り変わりとともに、公立病院が新たに担うべき機能を見直すことが求められており、このような環境の中で、経営の効率化を図るため、将来的には両病院の統合の可能性についても検討することが望まれる。

統合化した場合には規模の拡大化により効率化が期待できる。また、コメディカル部門、一般管理部門の統合によるコスト削減も期待できる。一方、開設する場所の確保の問題、開設する場所による患者の利便性の問題等コスト以外の面でも住民の生活に大きく影響する問題であるため、コスト以外の影響も十分考慮にいられたうえで統合化の可能性について検討していくことが望まれる。

以上

(表1) こども病院 地域別患者数の推移 source年報 (単位:人、%)

	平成6年度		平成7年度		平成8年度		平成9年度		平成10年度		平成11年度	
	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率
[外来]												
福岡市内	44,406	58.8	43,687	57.9	42,841	57.5	42,616	57.6	42,650	57.8	43,008	57.8
福岡県(市外)	24,109	31.9	24,312	32.2	23,767	31.9	23,998	32.4	23,563	31.9	23,334	31.3
九州(福岡県以外)	5,811	7.7	6,261	8.3	6,208	8.4	6,238	8.4	6,501	8.8	7,019	9.4
その他	1,193	1.6	1,153	1.6	1,653	2.2	1,162	1.6	1,111	1.5	1,138	1.5
計	75,519	100	75,413	100	74,469	100	74,014	100	73,825	100	74,499	100
[入院]												
福岡市内	28,404	48.0	28,896	48.3	25,352	44.6	25,981	45.4	28,201	47.7	27,575	47.9
福岡県(市外)	17,654	29.9	16,301	27.3	15,507	27.3	17,048	29.8	16,737	28.3	15,695	27.3
九州(福岡県以外)	11,260	19.0	12,302	20.6	13,739	24.1	11,852	20.7	12,179	20.6	11,685	20.3
その他	1,856	3.1	2,271	3.8	2,287	4.0	2,400	4.1	1,971	3.4	2,592	4.5
計	59,174	100	59,770	100	56,885	100	57,281	100	59,088	100	57,547	100
[合計]												
福岡市内	72,810	54.0	72,583	53.8	68,193	51.9	68,597	52.2	70,851	53.3	70,583	53.4
福岡県(市外)	41,763	31.0	40,613	30.0	39,274	29.9	41,046	31.3	40,300	30.3	39,029	29.6
九州(福岡県以外)	17,071	12.7	18,563	13.7	19,947	15.2	18,090	13.8	18,680	14.1	18,704	14.2
その他	3,049	2.3	3,424	2.5	3,940	3.0	3,562	2.7	3,082	2.3	3,730	2.8
計	134,693	100	135,183	100	131,354	100	131,295	100	132,913	100	132,046	100

市民病院 地域別患者数の推移

	平成6年度		平成7年度		平成8年度		平成9年度		平成10年度		平成11年度	
	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率	患者数(年間)	率
[外来]												
福岡市内	83,322	66.7	83,127	66.1	84,329	66.4	81,447	66.2	79,104	66.4	78,107	67.2
福岡県(市外)	38,626	31.0	39,948	31.7	39,416	31.1	38,298	31.2	36,977	31.0	35,421	30.5
九州(福岡県以外)	1,997	1.6	1,986	1.6	2,241	1.8	2,359	1.9	2,273	1.9	2,135	1.8
その他	841	0.7	774	0.6	868	0.7	831	0.7	840	0.7	582	0.5
計	124,786	100	125,835	100	126,854	100	122,935	100	119,194	100	116,245	100
[入院]												
福岡市内	39,668	54.5	38,320	53.2	39,709	55.2	39,438	55.2	40,100	57.3	39,823	59.2
福岡県(市外)	27,745	38.1	28,351	39.3	26,467	36.8	27,444	38.4	25,146	36.0	23,230	34.5
九州(福岡県以外)	4,353	6.0	4,292	6.0	4,745	6.6	3,694	5.2	3,940	5.6	3,485	5.2
その他	1,005	1.4	1,064	1.5	1,014	1.4	893	1.2	782	1.1	739	1.1
計	72,771	100	72,027	100	71,935	100	71,469	100	69,968	100	67,277	100
[合計]												
福岡市内	122,990	62.3	121,447	61.4	124,038	62.4	120,885	62.2	119,204	63.0	117,930	64.2
福岡県(市外)	66,371	33.6	68,299	34.5	65,883	33.2	65,742	33.8	62,123	32.8	58,651	32.0
九州(福岡県以外)	6,350	3.2	6,278	3.2	6,986	3.5	6,053	3.1	6,213	3.3	5,620	3.1
その他	1,846	0.9	1,838	0.9	1,882	0.9	1,724	0.9	1,622	0.9	1,321	0.7
計	197,557	100	197,862	100	198,789	100	194,404	100	189,162	100	183,522	100