

2024.10.31 全国自治体病院学会in新潟

大変革の時代における 自治体病院の存在意義

城西大学経営学部

教授 伊関友伸

経歴

- 1987年埼玉県庁入庁
- 県民部県民総務課、川越土木事務所管理課、出納局出納総務課、総合政策部計画調整課、健康福祉部県立病院課、社会福祉課、県立精神保健総合センターに勤務
- 1995～6年度大利根町企画財政課長(県派遣)
- 2004年4月から城西大学経営学部助教授
- 総務省「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会委員」(2008年度)
- 内閣府「公立病院改革の経済・財政効果に関する研究会委員」(2015年度)
- 総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会委員」(2021年度)
- 総務省経営・財務マネジメント強化事業アドバイザー
- 研究テーマ: 行政学(行政評価、公的組織の変革、地域医療問題、自治体病院の経営変革)
- 博士(福祉経営: 日本福祉大学から授与)



伊関友伸
Izumi Tomotoshi

まちの病院が
なくなる!?
地域医療の崩壊と
再生

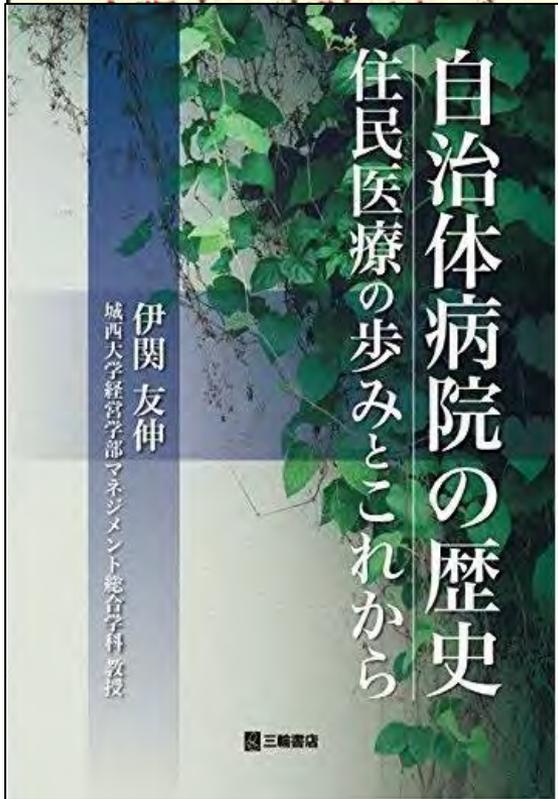


伊関友伸
著

再生への処方箋

地域医療

まちの病院が



自治体病院の歴史

住民医療の歩みとこれから

伊関友伸
城西大学経営学部マネジメント総合科目教授

三輪書店



人口減少・地域消滅時代の

自治体病院 経営改革

城西大学教授
伊関友伸 / 著

地域医療構想における再検証要請リストの公表で波紋!

推薦

- 自治体病院再生の鍵がここにある。
 - 行政関係者、医療関係者、患者・住民、全ての関係者に推薦します。
- 全国自治体病院協議会 会長 小熊 豊

読者特典

「全国自治体病院等施設基準届出状況一覧」
ダウンロードサービス!

ぎょうせい



岩波フォアキャスト No. 739

まちに病院を!

住民が地域医療をつくる

伊関 友伸

まちに病院があることを、
あたりまえとっていませんか?



新型コロナから 再生する 自治体病院

成功事例から学ぶ
経営改善ノウハウ

城西大学経営学部教授
伊関友伸 著

ぎょうせい

全国市長会「市政」偶数月連載
『地域医療再生への途
アスクレピオスの杖を探して』



島根県雲南市の地域医療

城西大学経営学部教授 伊関友伸

雲南市立病院を訪問

2023年9月15日、島根県雲南市にある雲南市立病院を訪問した。雲南市立病院は、昭和20（1945）年3月に島根県産業会により「雲南共有病院（50床）」として開設された。1961年には大東町外9ヶ町村・雲南共有病院組合に移管される。1989年に「公立雲南総合病院」に名称変更が行われる。2011年には市町村合併の影響で雲南市、奥出雲町、飯南町の1市2町で構成していた病院組合を解散。雲南市立病院として、雲南市（現在人口約3万5千人）の単独経営となった。16の診療科、職員数422人（うち医師35人）、2023年4月現在、281床（一般155床、地域包括診療、回復期リハビリ30床、療養46床）の病院として、雲南地域の住民の命を守っている。2019年10月には、新病院改築事業を完了している。

地域医療人材の育成

雲南市立病院はかつて深刻な経営危機に直面したことがある。2004年に導入された新医師初期研修制度は病院に大きな影響を与え、2002年4月に34人在籍した医師が、2009年4月には17人に半減した。医師数減少により医療収益が大幅に減少し、当時の病院組合の手持ち現金は枯渇する。その後、雲南市立病院は職員が一丸となって病院の経営再建に取り組んできた。

病院を訪問して最初に見つけたのが、玄関に掲示されていた「地域医療日本一を目指す」のステイガンであった。ステイガンは、雲南1のようにパジャにもなっており、職員の皆さんが身に付けておられた。すごいこと言うな、この病院」というのが正直な感想であった。

おいても研修参集、医学生が研修医として研修参加というリビーターが増加しているという。病院には研修生を受け入れるため、院内に研修室が設けられ、病室施設も完備している。

医師だけでなく看護学生、薬学生などの医療関係学生の実習も積極的に受け入れており、2021年度を受け入れは約60人に及ぶ。また、将来の医師、看護士などの医療者を育てるために小・中・高生の体験活動も積極的に受け入れている。高校生は医療現場体験や一日医師体験などに約150人が参加、中学生は「夢発見ウィーク」や「日書読体験」などに約50名が参加、小学生はふるさと教育などに約200人が参加している。

総合診療医の養成

医師の大量退職で最盛期に10人在籍した内科医が2人まで減少したことに対応するため、2010年に「総合総合診療科」が開設され、外科医2人が「総合診療医」の名の下に、内科患者の外来を担当し、在宅医療にも積極的に関わって病院機能の維持を図った。2016年には、総合診療が中心となり持続可能な地域ケア体制の構築を図るために「地域ケア科」を創設し、指導医を招へいた。2023年現在の地域ケア科は指導医2人、専攻医8人の体制となっている。地域医療人

材育成や総合診療医養成の試みもあって、2023年4月の常勤医師数は55人（うち地域診療医師3人）となり、2002年4月の34人を超える在籍数となっている。

住民と共に歩む病院

雲南市立病院の特徴は地域住民による地域医療活動が盛んなことがある。病院では「がんばれ雲南病院市民の会」と「市立病院ボランティアの会」が結成されて活躍している。市民の会は、地域住民を対象とした研修会、サンチエーオッセージ、受診の便利手帳、善任医師歓迎会などの活動を行っている。市民ボランティアの会は、毎日の病院玄関での車いす介助、定期的な敷地内の草刈り、花壇、生け垣などの整備、病院内の美化活動などの活動を行っている。またまた病院を訪問した時、ボランティアさんによる月一回の車刈り活動もされているのを確認した。また、広域的な視点で雲南地域医療を考える会が、奥出雲町、飯南町を含めた「雲南の地域医療を考えるシンポジウム」を2006年から開催している。筆者が病院を訪問したのは、春日に開催された第16回シンポジウムで講演をしたことによるものであった。

病院も、積極的に住民への情報発信に努め、「市報うんなん」に毎月4ページ「雲南病院だより」を掲載しているほか、ケーブルテレビ

あった。「地域に必要な医療人は地域で生み、育てる」として、「地域医療人材育成センター」が設置された。島根大などの医学生、島根大学病院、島根県立中央病院、国立病院機構浜田医療センター、彦根病院・大原総合病院などとする県内外の病院から研修医を受け入れている。2021年度の実績は医学生35人（医大医大20人（夏休2月））に及んでいる。最終では長期間の研修生を優先的に受け入れており、医師部5年生が6年生成

写真1 職員が付けているバッジ



テレビでの放送、フェイスブックを活用している。地域の病院として住民と共に歩むことは当然のことであるが簡単なことではない。

島根から帰ってきて、「地域医療日本一を目指す」とはどういうことなのかについて改めて考えてみた。地域医療日本一の実現には、病院職員、住民、議会議員、市役所職員など、地域に住み働く全ての人が、良い医療を実現できることは何かを考え、できることを行っていくことが必要なのだと考える。全ての人の努力の結果が「地域医療日本一」に近づいていく多みになるのである。これからの雲南市立病院および雲南市民の皆さんの地域医療に関する取り組みに期待をしたい。

筆者プロフィール

伊関友伸 (いせき ともとし)

1987年商工専攻入行、農林総務課、大科税関企画財政課長、農立病院課、社会福祉課、精神保健総合センターなどを経て、2004年城西大学経営学部専攻教授、2011年4月同教授、研究分野は行政学。総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会」構成員など、数多くの国・地方自治体の委員を務める。著書に「人口減少・地域高齢化時代の自治体病院経営改善」(ぎょうせい2019年)、「新型コロナから再生する自治体病院」(ぎょうせい2021年)など。

本日は

- 「大変革の時代における自治体病院の存在意義」というテーマで議論を行います

新潟県は
自治体病院協議
会発祥の地

戦後急激に増えた自治体病院

- 戦後、荒廃した地域の医療を再建するために自治体病院が多数設立された
- しかし経営は厳しく、昭和32年に日本医師会長に就任した武見太郎氏の影響で、開業医に有利な診療報酬体系（技術軽視、薬価の利益大きい）が続く
- 入院の診療報酬は低く、質の高い医療を提供することが使命の自治体病院は赤字に苦しむ

自治体病院協議会の結成

- 昭和37年4月、約1100の自治体病院が大同団結し「全国自治体病院協議会」が設立される
- 全自病協は、昭和28年に結成された全国都道府県立病院協議会が前身となっている
- 都道府県立病院協議会時代から全自病協の設立にかけて事務局は新潟県立十日町病院にあった
- その中心となったのが事務局長の尾口平吉氏であった

「命の尊厳 信頼と安心の病院」をめざして」

十日町病院だより

平成20年8月27日
新潟県立十日町病院

病院理念

「命の尊厳、信頼と安心の病院」を目指して

- ◇患者さんを中心とする医療の展開と、安全管理に努めます
- ◇高度医療の充実と、救命救急医療の機能強化に努めます
- ◇地域の中核的な病院として、他の医療施設との連携に努めます
- ◇優しさと思いやりのある接遇と、医療技術の研鑽に努めます

十日町病院は

「全国自治体病院協議会」発祥の地

院長 塚田芳久



故 尾口平吉氏

都道府県立および市町村立病院を自治体病院と呼び、それらが全国自治体病院協議会（全自病）を形成しています。

全自病は昭和28年に結成された全国都道府県立病院協議会を元に昭和37年に市町村立病院を含め現名称となり現在に至っています。組織結成と当初の運営の中心は、元十日町病院事務長の尾口平吉さんが事務局長としてあたり、昭和37年までの事務局は十日町病院にありました。文字通り十日町は全自病発祥の地です。

今でこそ、全国の自治体病院は採算性が悪く、改革ガイドラインに沿って整理する対象に挙げられ、行政の財政のお荷物のように言われていますが、住民にとっては医療の非採算部門を担い、民間医療機関の育たない地域の医療を担う大切な機関であると思います。

尾口さんの理念は今も十日町病院に脈々と生き、24時間全ての救急に対応し、民間で行けなくなった無医地区の巡回を引き受けるなど、自治体病院の名に恥じない住民本位の医療を行っていると自負しています。非採算部門を公的医療として維持しながら、無駄を省いた効

コロナ禍前後の 自治体病院

2019年9月26日

公的病院等424病院

再検証要請の衝撃

NHKニュースウオッチ9に 録画出演

- 公表当日、香川県で仕事をして
いた
- NHKから電話があり、録画でコメ
ントがほしいという話になった
- 羽田に着いて渋谷のNHKで録画
をした

報道されたコメント

- (対象病院の)数が多すぎる。事前に予告等もないままにやるので各病院で働く人や患者に不安を与える可能性が高い。
- 『あの病院は危ない』と風評被害さえも起きかねない。
- 病院の統合再編の議論は地域住民をまき込みながら行う必要がある。
- 統合や再編の必要性が高い地域もあるのでそういうところはちゃんと進める。丁寧な議論が必要である。
- やらない決断があって良い。地域が主体的に考えるべき。

全国の病院現場から
批判を受ける

新型コロナウイルスと 地域医療構想

- これまでの地域医療構想
の議論で感染症の議論は
なかった

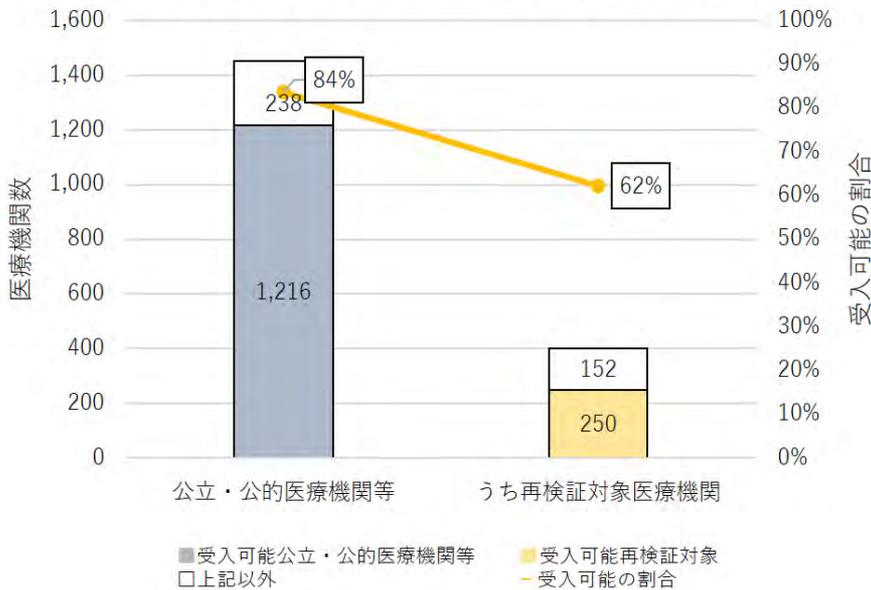
再検証要請病院の
相当数が
新型コロナウイルスの
患者を受けた

再検証対象医療機関の新型コロナウイルス感染症の入院患者 受入可能医療機関及び受入実績の有無について

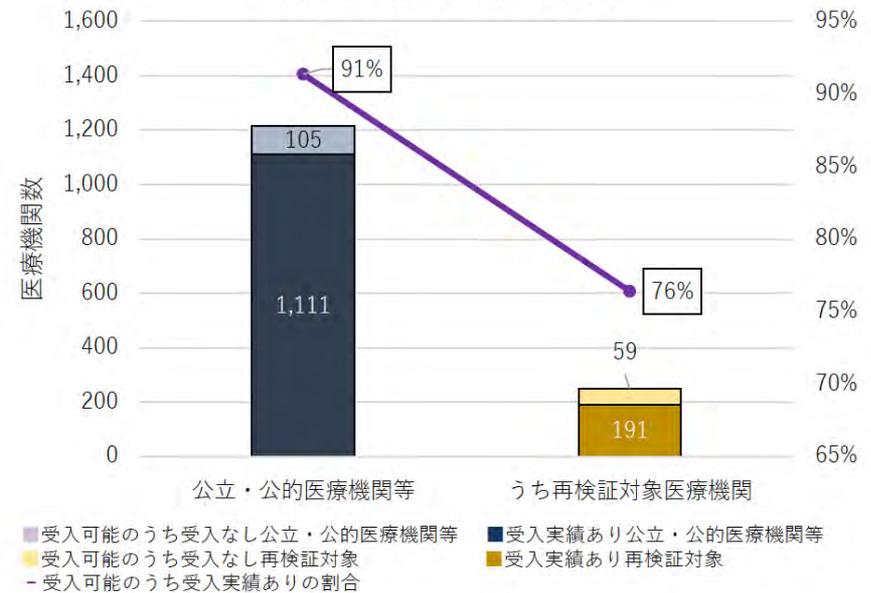
○ 再検証対象医療機関のうち62%、それ以外の公立公的医療機関等のうち84%が新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能であった。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する公立・公的医療機関等（1,454医療機関）
再検証対象医療機関：436機関※（うちG-MISで報告のあるものは402機関）

再検証対象医療機関、それ以外の公立公的医療機関等の
新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関数及び割合



再検証対象医療機関、それ以外の公立公的医療機関等の
新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関
のうち受入実績の有無及び割合



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
 ※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関
 ※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上であると報告したことがある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関〔高度急性期・急性期病棟だけでなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む〕（平成30年度病床機能報告）n=4,548病院
 ※ 公立：新公立病院改革プラン策定対象病院（平成30年度病床機能報告）n=699医療機関 ※ 公的等：公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関〔民間の地域医療支援病院を含む〕（平成30年度病床機能報告）n=751医療機関
 ※ 民間：公立・公的等以外（平成30年度病床機能報告）n=2,847医療機関
 ※ 再検証対象医療機関数：2020年12月25日に確定した値

地域医療構想との関係

- 2021年12月の「第7回地域医療確保に関する国と地方の協議の場」で、厚生労働省は「地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるもの」と表明
- 2021年12月決定「新経済・財政再生計画 改革工程表2021」は、第8次医療計画(2024年度～)の策定作業と併せて、2022・2023年度において、民間医療機関を含め「地域医療構想に係る各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める」とする
- 各経営強化プランは、当該自治体病院の地域医療構想に係る具体的対応方針として位置付けられる

「地域医療構想の進め方について」(抄)

(令和4年3月24日付け医政発第0324第6号 各都道府県知事宛て 厚生労働省医政局長通知)

1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が2022年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。

また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2. 具体的な取組

「人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検証等について」(令和3年7月1日付け医政発0701第27号厚生労働省医政局長通知)2(3)において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする。

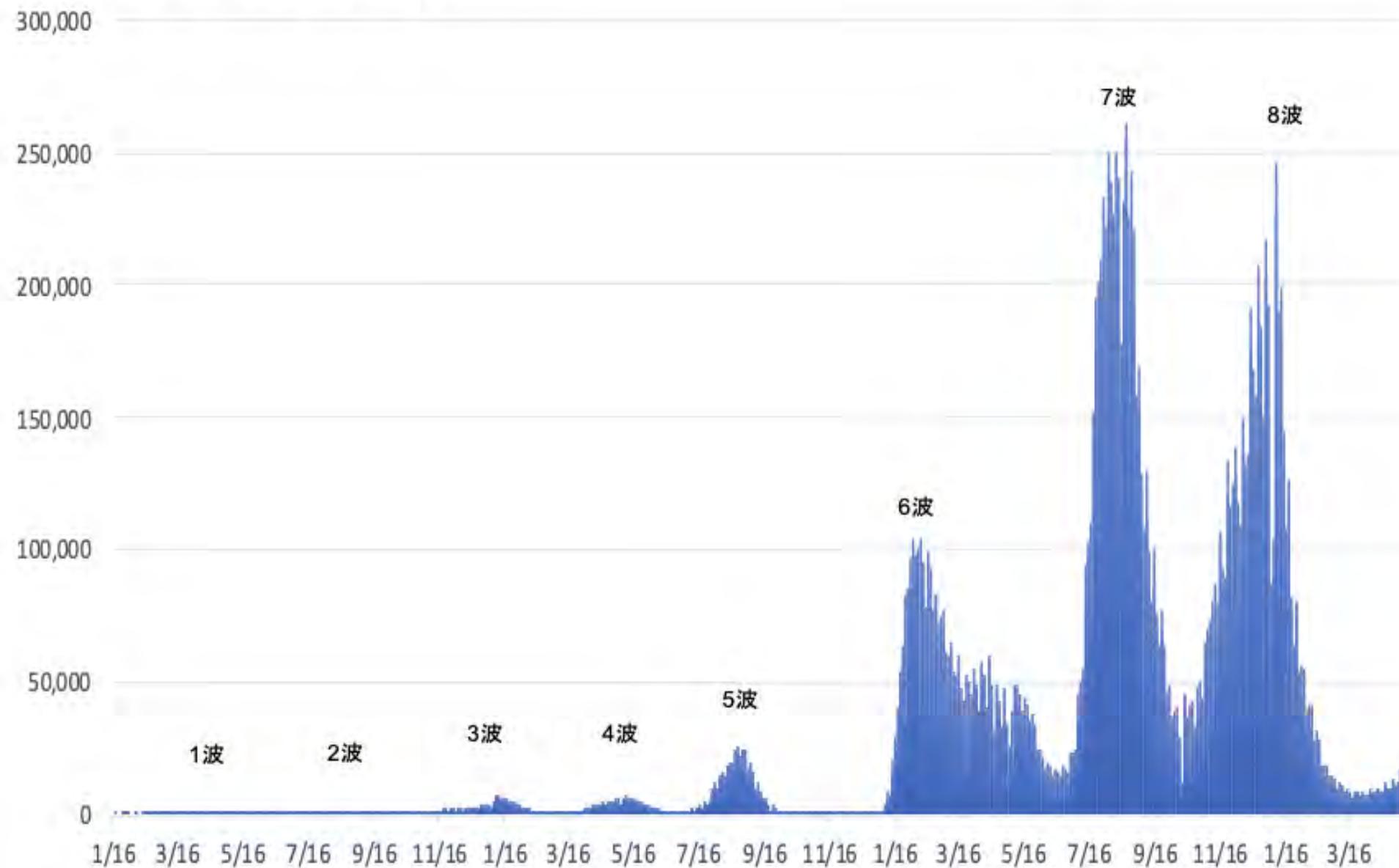
このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。

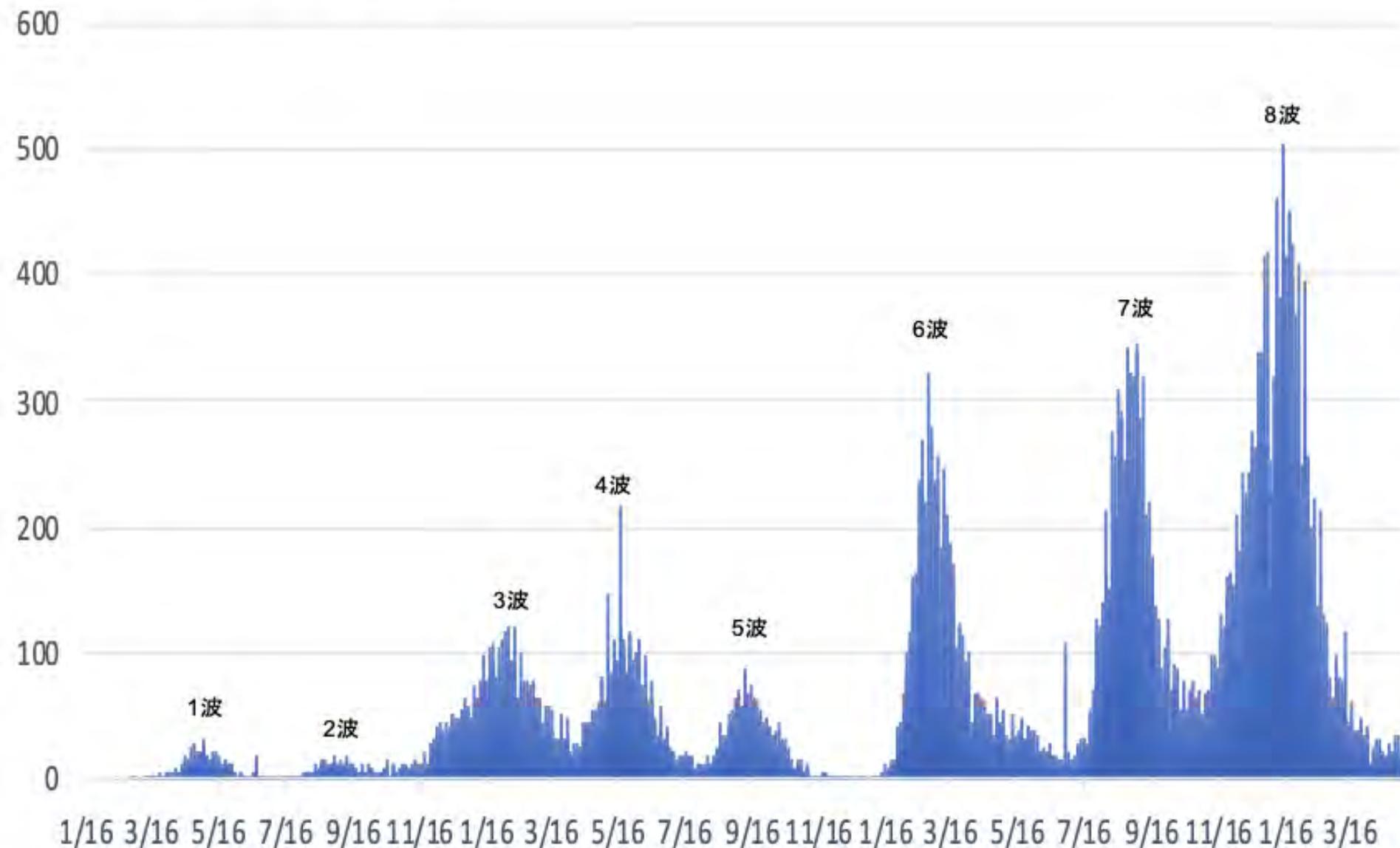
2020年1月

新型コロナウイルス
の国内蔓延

感染者数の推移



死亡者数の推移



2022年9月27日まではNHK全国集計データ、28日以降は厚生労働省オープンデータより作成

自治体病院の
存在意義の1つは
初期の新型コロナ
患者を受入れた
ことにある

初期のコロナ患者の受入

- 未知の感染症の患者を受けるとの恐怖
- 治療にあたった医療スタッフのコロナ感染
- 手探りの治療法、突然重症化、死亡する患者
- PPE、N95マスク、検査器械・キットなどの不足
- 国民の不理解による風評被害
- 多くの病院が自治体病院の使命として積極的に患者を受け入れた

公立病院における新型コロナウイルス感染症への対応状況①

① 新型コロナ患者受入可能医療機関数(※)に占める公立病院数の割合は約27%。

※高度急性期・急性期病棟を有する受入可能医療機関

① 総数 … 1898 ② ①のうち公立 … 512 → ①/② = 約27%。

② 新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約32%。

① 総数 … 11446 ② ①のうち公立 … 3668 → ①/② = 約32%。

③ 人工呼吸器等使用新型コロナ入院患者数に占める公立病院の割合は約56%。

① 総数 … 564 ② ①のうち公立 … 315 → ①/② = 約56%。

(参考) 全国の病院数に占める公立病院の数は約10%

全国の病床数に占める公立病院の病床数は約13%

(注)①～③は厚生労働省資料に基づき作成。①は令和3年1月10日時点、②・③は令和3年1月6日時点。)参考は医療施設動態調査、地方公営企業決算統計より

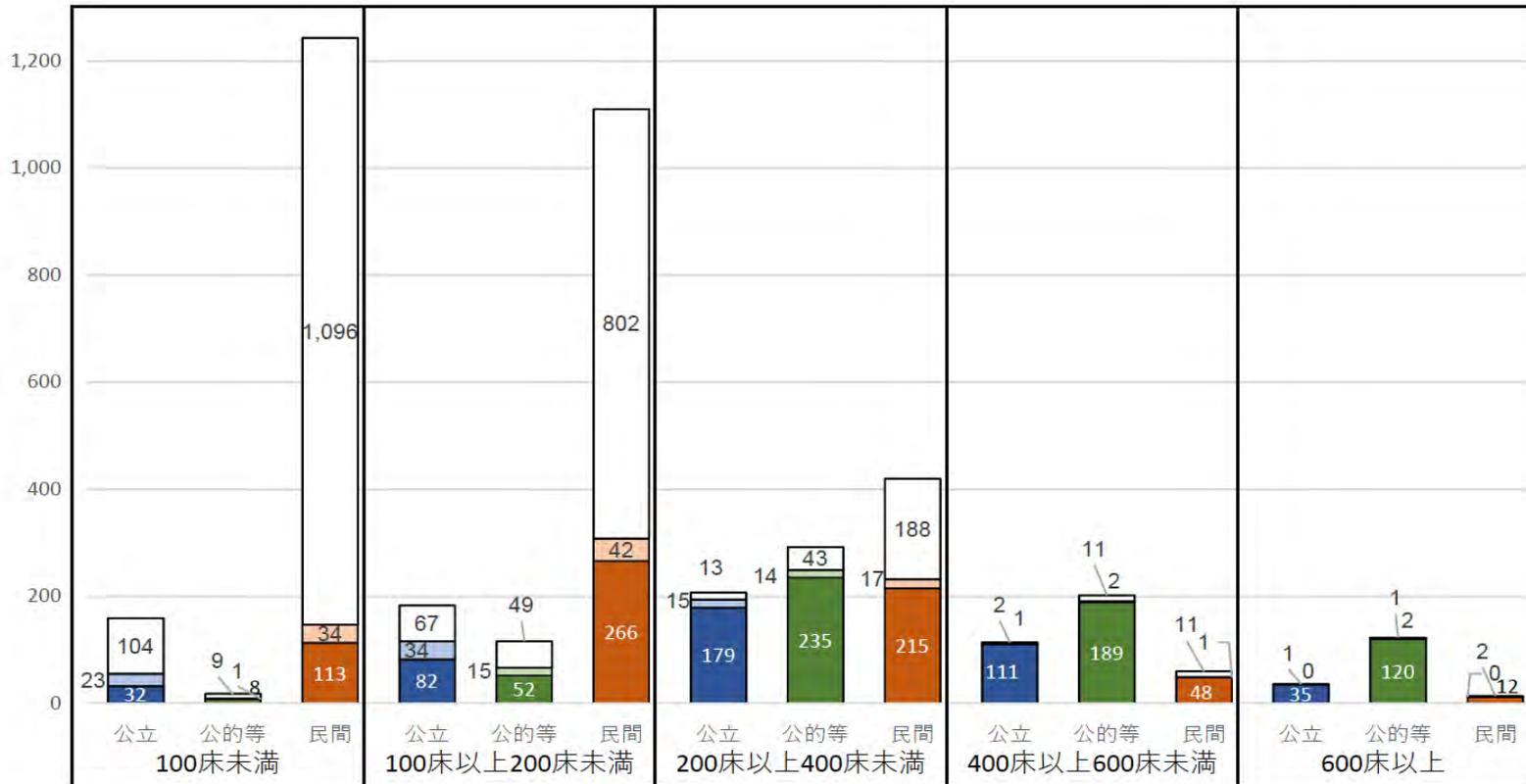
公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関

令和3年1月10日時点

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,297医療機関）

(病院数)
1,400

公立、公的等、民間別、病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関数



■ 受入実績あり(公立) ■ 受入実績あり(公的等) ■ 受入実績あり(民間)
 ■ 受入可能(公立) ■ 受入可能(公的等) ■ 受入可能(民間) □ 左記以外

※ 新型コロナ患者受入可能医療機関 G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の受入または受入可能（新型コロナウイルス感染症患者受入可能な病床を1床以上としたことがあった場合は有）と報告した医療機関

※ 新型コロナ患者受入医療機関 G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の入院患者の受入実績が1人以上あった医療機関

※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外

※ 急性期病棟を有する医療機関 平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関

経営形態別新型コロナウイルス確保病床数上位10位病院数

都道府県	人口（千人）	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
北海道	5,250	4	5	2	0	0	市立札幌病院・市立旭川病院	70
青森県	1,246	4	1	1	0	4	八戸赤十字病院	42
岩手県	1,227	8	0	2	2	0	盛岡赤十字病院	44
宮城県	2,306	5	1	1	2	1	東北大学病院	55
秋田県	966	4	1	4	0	1	県立循環器・脳脊髄センター	43
山形県	1,078	8	0	1	1	0	山形県立中央病院	47
福島県	1,846	3	0	2	0	5	いわき市医療センター	48
茨城県	2,860	1	1	4	2	2	水戸日赤・古河日赤	50
栃木県	1,934	0	1	3	1	5	国立栃木医療センター	54
群馬県	1,942	5	2	2	1	0	前橋赤十字病院	45
埼玉県	7,350	2	2	1	2	3	羽生総合病院	80
千葉県	6,259	3	0	0	4	4	国際医療福祉大学成田病院	71
東京都	13,921	10	1	0	0	0	都立多摩総合医療センター	245
神奈川県	9,198	4	1	1	3	1	横浜市立市民病院	72
新潟県	2,223	5	1	3	0	2	魚沼基幹病院	60
富山県	1,044	5	1	3	1	0	富山県立中央病院	70
石川県	1,138	6	1	3	0	0	国立金沢病院・金沢市立病院	28
福井県	768	4	1	2	1	2	福井総合病院	64
山梨県	811	6	0	1	1	2	県立中央病院・山梨大附属病院	60
長野県	2,049	7	1	2	0	1	松本市立病院	43
岐阜県	1,987	4	1	3	1	1	県立下呂温泉病院	62
静岡県	3,644	7	0	1	2	1	中東遠総合医療センター	45
愛知県	7,552	4	0	2	3	1	県立愛知病院	100
三重県	1,781	4	2	3	0	1	松阪市民病院	42

都道府県	人口(千人)	自治体	国立等	公的等	大学附属	医療法人等	最も病床数の多い病院	病床数
滋賀県	1,414	5	1	3	0	1	県立総合病院	36
京都府	2,583	2	2	1	0	6	宇治徳洲会病院	60
大阪府	8,809	7	1	0	0	2	八尾市立病院	107
兵庫県	5,466	9	1	1	0	2	県立加古川医療センター	100
奈良県	1,330	6	2	1	0	1	県立医科大学附属病院	80
和歌山県	925	6	3	1	0	0	県立医大紀北分院	74
鳥取県	556	3	3	2	1	1	県立厚生病院	47
島根県	674	4	2	1	1	2	島根大学医学部附属病院	44
岡山県	1,890	2	1	2	1	3	倉敷スイートホスピタル	50
広島県	2,804	5	2	2	1	0	県立広島病院	53
山口県	1,358	2	5	1	1	1	県立総合医療センター	49
徳島県	728	6	1	2	1	0	県立三好病院	46
香川県	956	6	2	1	1	0	三豊総合病院	41
愛媛県	1,339	4	1	1	1	3	県立中央病院	43
高知県	698	5	1	1	1	2	高知医療センター	50
福岡県	5,104	1	2	2	2	3	国立福岡東医療センター	56
佐賀県	815	2	4	2	1	1	佐賀県医療センター好生館	84
長崎県	1,327	7	2	0	1	0	長崎大学病院	51
熊本県	1,748	6	4	0	0	0	くまもと県北病院	56
大分県	1,135	4	1	2	1	2	済生会日田病院	51
宮崎県	1,073	3	2	0	0	4	延岡共立病院	34
鹿児島県	1,602	2	1	0	1	6	青雲会病院	32
沖縄県	1,453	4	0	0	1	5	県立宮古病院	47
自治体数		33	4	2	1	11	自治体31院、国立等3院、公的等5院、大学附属5院、医療法人等6院	
平均病院数		4.6	1.4	1.6	0.9	1.7		

厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告(2021年12月1日実績日)」における各都道府県における確保病床数について、病床数上位10位の病院を経営形態別に表にした
自治体病院には、自治体立医科大学附属病院含む。国立等にはJCHO、労災病院含む、公的等には共済組合立含む。病床数10位の病院がある場合すべてカウントしたので病院数が10を超える都道府県が存在する

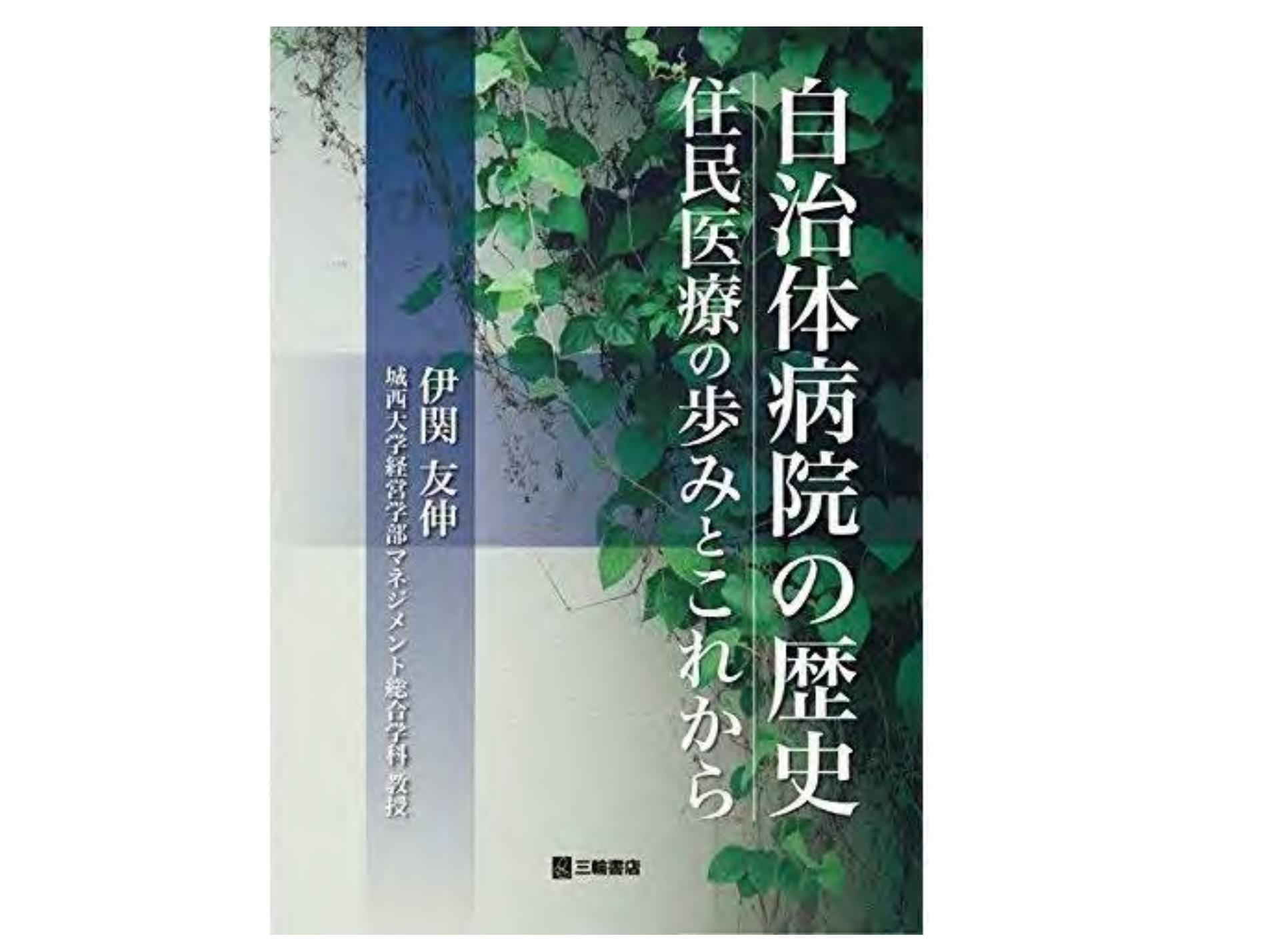
民間病院の多い都道府
県では病床確保に苦しむ

都市部都道府県人口・病床数・COVID-19確保病床(2021年1月6日)

	全国	北海道	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	愛知県	京都府	大阪府	兵庫県	福岡県
人口(単位万人:2018年推計)	12,644	529	733	626	1,382	918	754	259	881	548	511
総病床数	1,529,215	93,167	62,753	59,309	127,422	74,020	67,121	34,633	105,441	64,440	83,874
国・公的病院	440,288	26,981	9,786	13,105	24,065	17,119	22,384	9,522	21,100	17,930	12,857
うち自治体病院	221,898	13,628	4,413	7,417	11,533	10,038	12,147	4,445	10,668	12,590	4,399
医療法人・個人	872,261	60,076	43,770	39,165	61,384	41,492	37,555	19,155	70,464	40,373	58,794
国立大学・私立学校法人	54,068	1,570	4,894	5,157	20,008	6,690	3,784	1,235	4,677	2,149	4,770
国・公的病院病床割合	29%	29%	16%	22%	19%	23%	33%	27%	20%	28%	15%
うち自治体自治体病院病床割合	15%	15%	7%	13%	9%	14%	18%	13%	10%	20%	5%
医療法人・個人病床割合	57%	64%	70%	66%	48%	56%	56%	55%	67%	63%	70%
国立大学・私立学校法人病床割合	4%	2%	8%	9%	16%	9%	6%	4%	4%	3%	6%
新型コロナ確保病床数(2021年1月6日現在)	27,650	1,811	1,267	1,144	4,000	1,555	1,102	416	1,572	756	600
新型コロナ確保病床数/人口千人当	0.22	0.34	0.17	0.18	0.29	0.17	0.15	0.16	0.18	0.14	0.12
入院者数(2021年1月6日現在)	13,093	835	826	531	3,134	673	649	249	1,040	530	392
病床使用率(2021年1月6日時点)	47%	46%	65%	46%	78%	43%	59%	60%	66%	70%	65%

病床数については医療施設調査(2019年10月1日現在)、新型コロナ確保病床、入院者数は「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」により作成
 国の病院から国立大学法人を削除し、国立大学・私立学校法人で計算、公立大学病院は自治体病院に含まれる
 東京都保健医療公社は公益法人設置であるが、COVID-19での対応を踏まえて公的病院・自治体病院にカウントした
 1月6日以降、神奈川県と京都府は確保病床数を精査し、神奈川県1939床→1555床、京都府720床→416床に減らしており、減少後のデータで計算している

民間病院の多いわが国の医療体制はどのようにして生まれたのか



自治体病院の歴史 住民医療の歩みとこれから

伊関 友伸

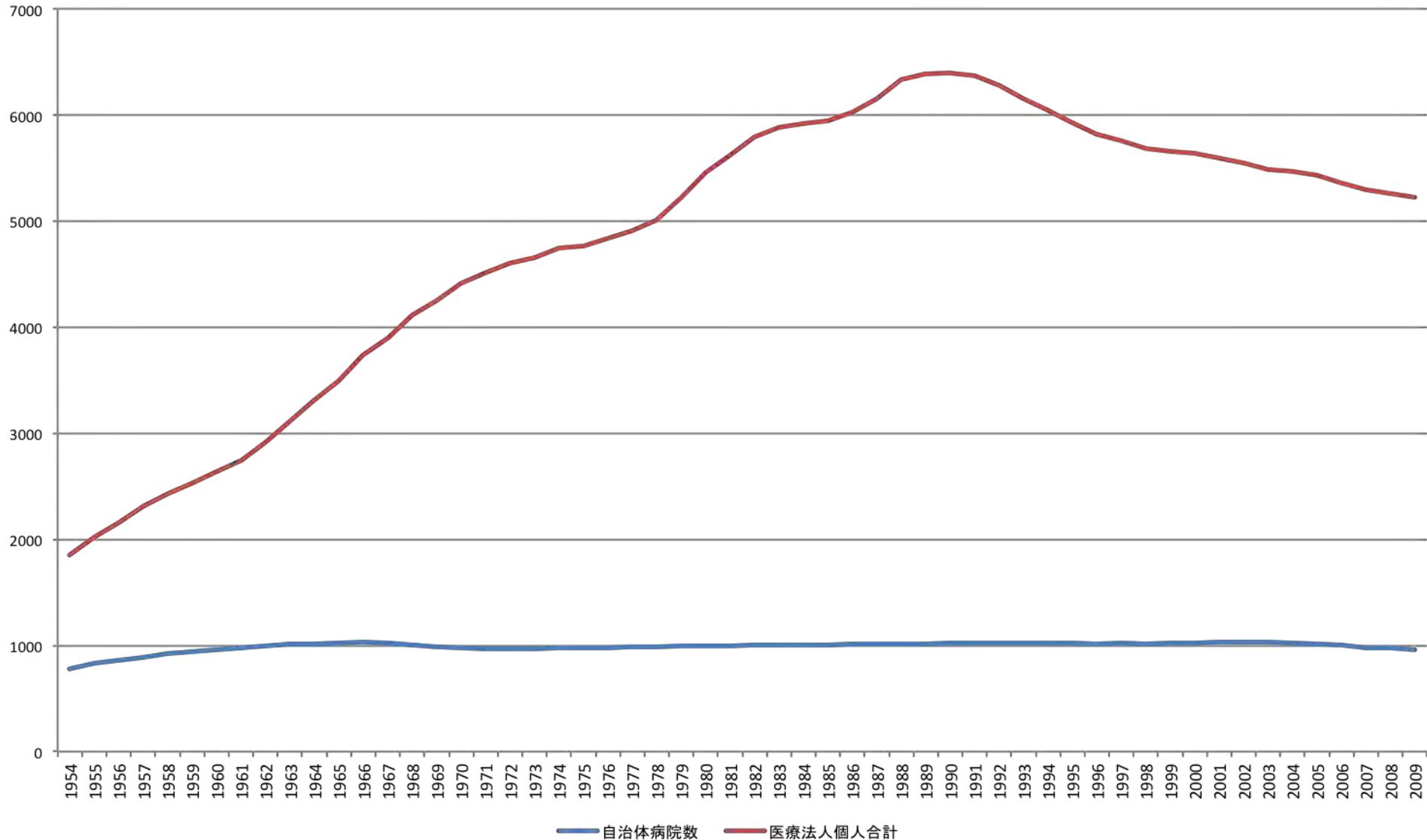
城西大学経営学部マネジメント総合学科教授

 三輪書店

公的病院の病床規制

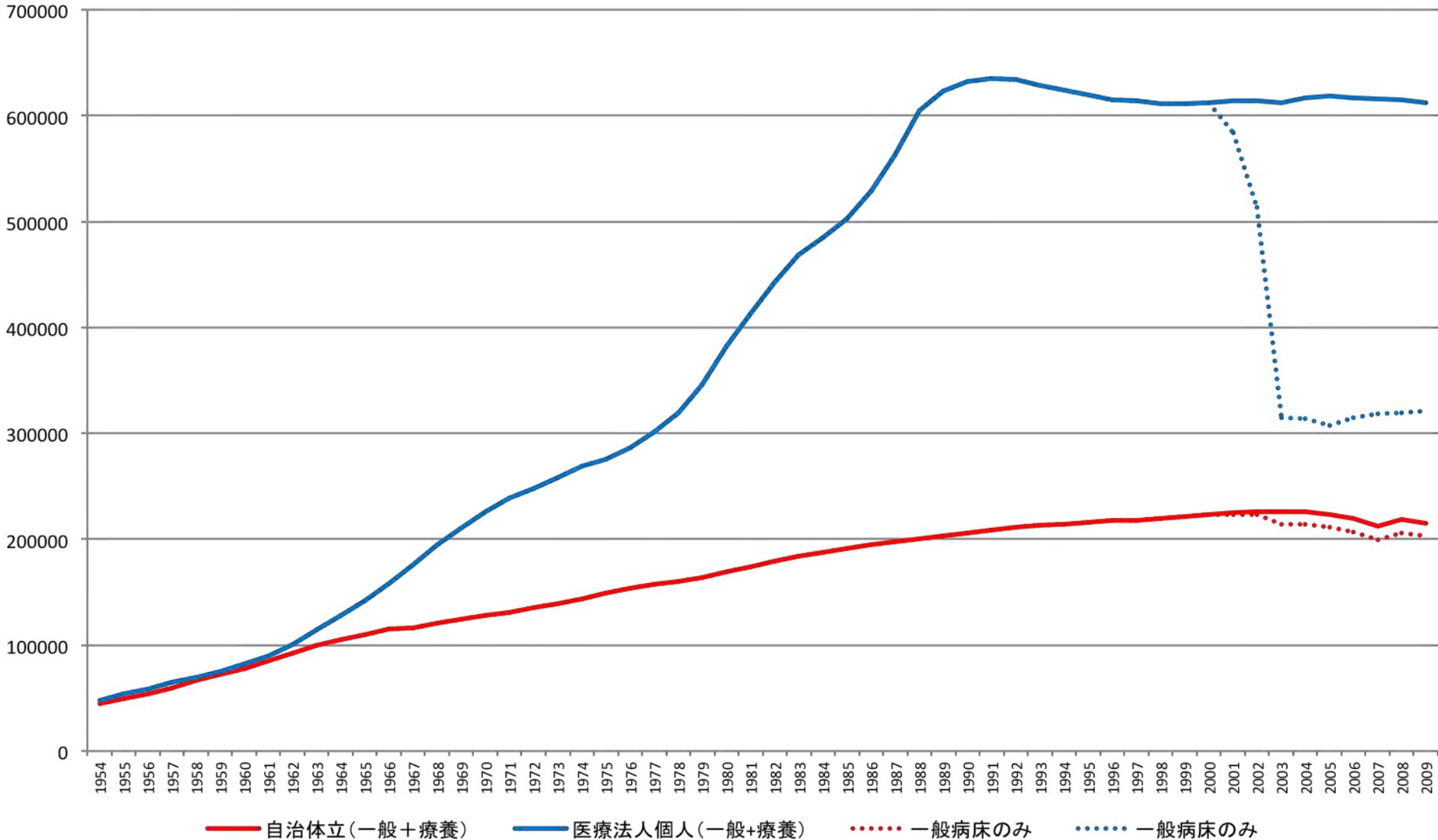
- 昭和37年「公的性格を有する病院の開設等を規制し医療機関の地域的偏在を防止するとともにその計画的整備を図ることを目的とする医療法の一部改正法案」が議員提出法案として可決成立
- 法律は、自治体病院を含む公的病院の病床を規制するものであった
- 私的病院は、開業医が病院を新たに開設し、病院の規模を拡大するという形で増加

自治体病院と民間病院の数



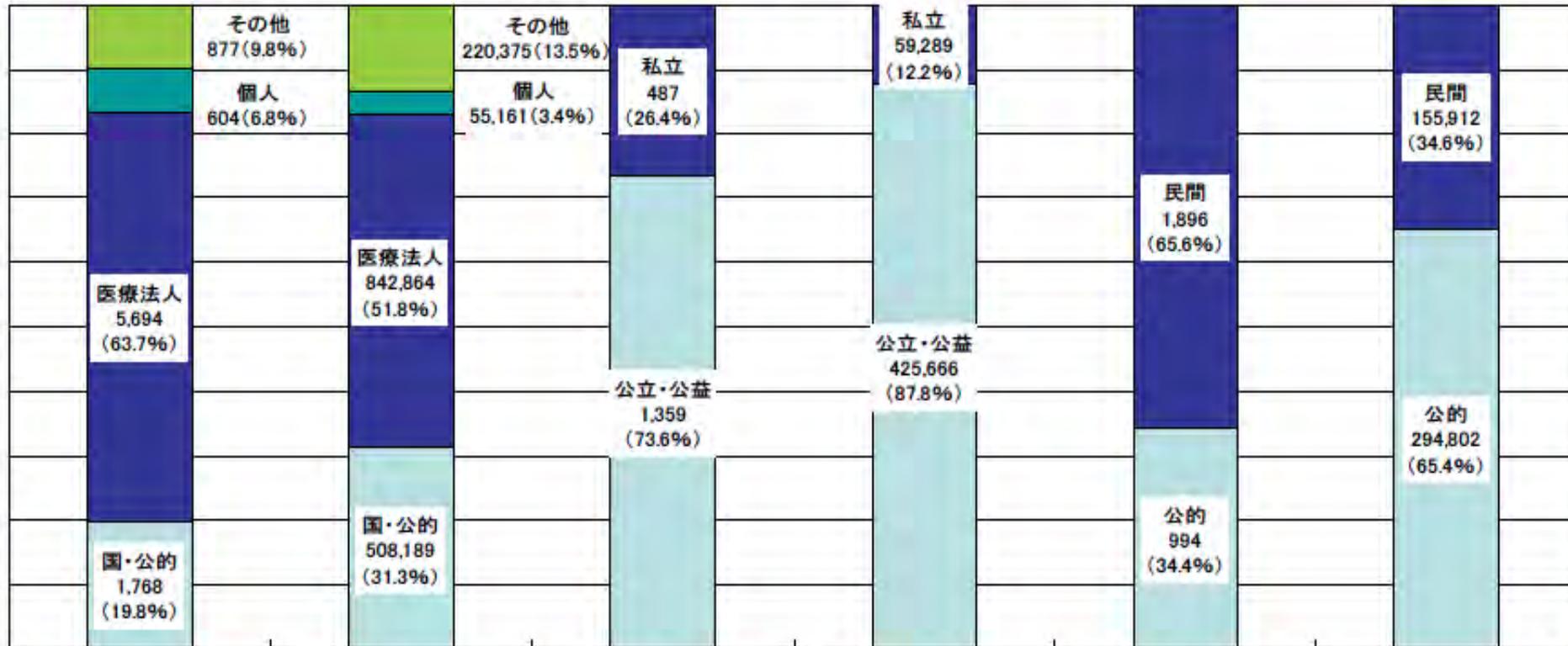
厚生労働省「医療施設調査」より作成

自治体病院と民間病院の病床数



厚生労働省「医療施設調査」より作成

- 我が国では、個人及び民間医療機関(医療法人)が病院数で6,298と70.5%、病床数で898,025と55.2%を占めており、日本の医療の中核を担っている。
- しかしながら、施設数と病床数のシェアの違いからわかるように中小病院が多い。
- 大規模病院においては、公的病院が多い。
- 独・仏では、公的セクターが大きな割合を占めている。



日本(施設数) 日本(病床数) ドイツ(施設数) ドイツ(病床数) フランス(施設数) フランス(病床数)

注:日本の「国・公的」は、国立、公立、日赤、済生会、共済組合等。「その他」は、医療法人、学校法人、社会福祉法人等。

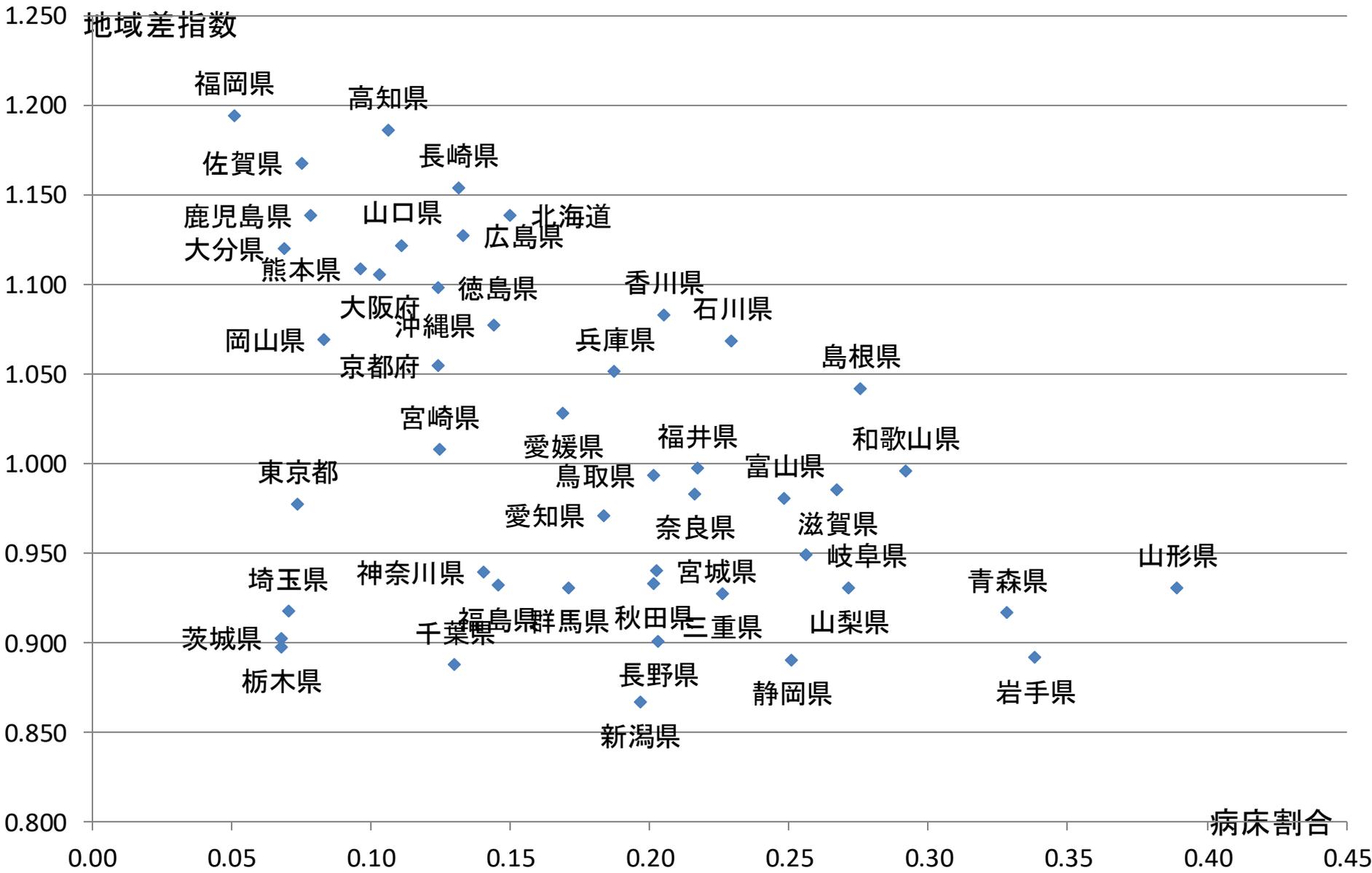
ドイツの「公益」とは教会系等の社会奉仕団体。フランスの「公的」は公立病院。

(出所)平成18年医療施設調査(厚生労働省統計情報部)。フランス医療関連データ集【2007年版】、ドイツ医療関連データ集【2007年版】(医療経済研究機構)

医療費地域差指数 と自治体病院

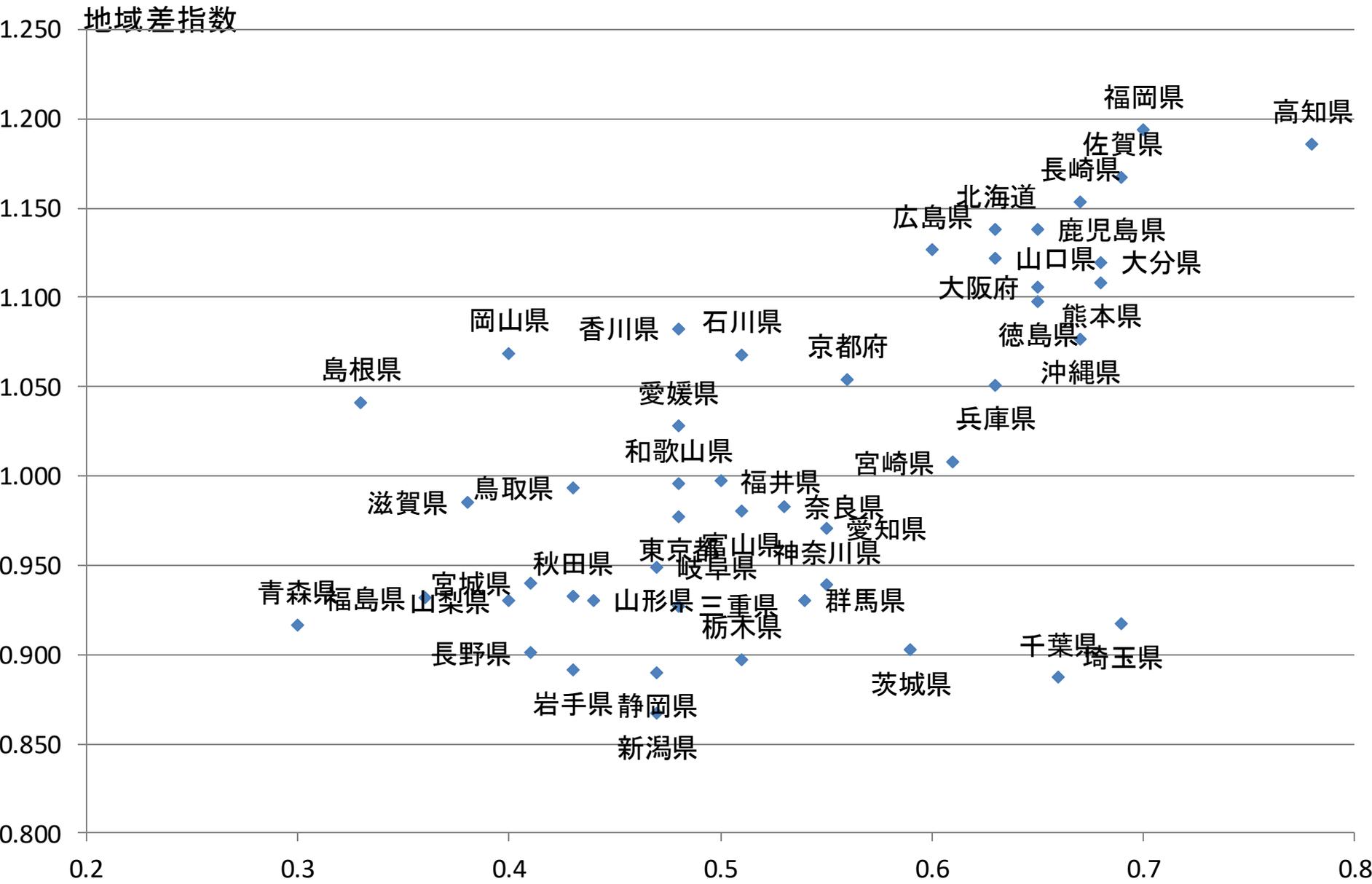
- 自治体病院の病床数の割合の高い都道府県の医療費の地域差指数は低い傾向がある
- 民間病院の病床数の割合の高い都道府県は地域差指数は高い傾向がある

自治体病院病床割合・地域差指数相関図 相関係数-0.46



2015年医療施設(動態)調査・医療費の地域差分析データより作成

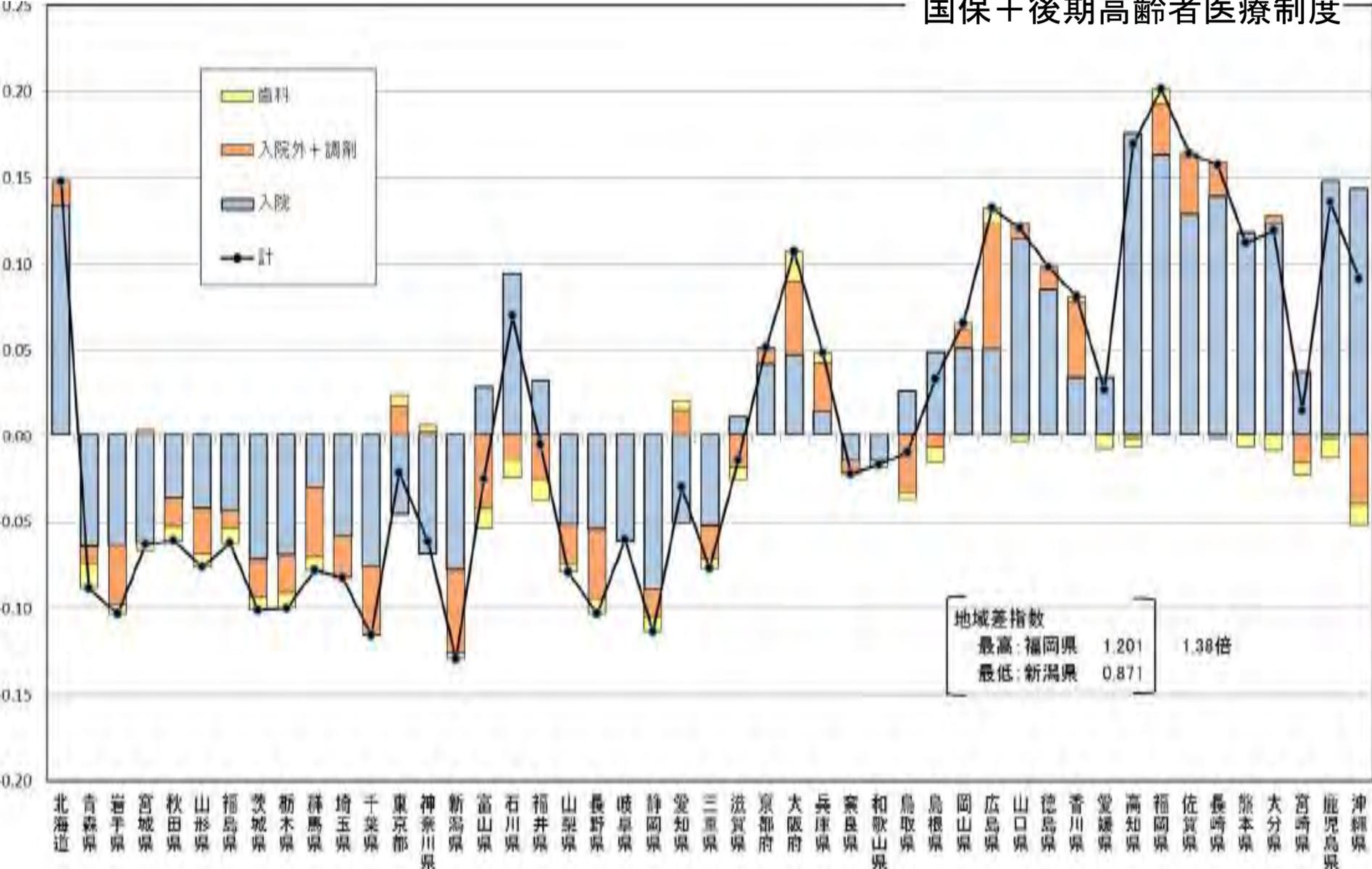
医療法人病床割合・地域差指数相関図 相関係数0.61



2015年医療施設(動態)調査・医療費の地域差分析データより作成

都道府県別地域差指数に対する寄与度

国保+後期高齢者医療制度



令和6・7年度後期高齢者制度被保険者均一保険料率

	均一保険料率(年額・率)			
	令和4・5年度		令和6・7年度	
	被保険者均等割額 (円)	所得割率 (%)	被保険者均等割額 (円)	所得割率 (%)
全国	47,777	9.34	50,389	10.21
北海道	51,892	10.98	52,953	11.79
青森県	44,400	8.80	46,800	9.90
岩手県	40,900	7.36	43,800	8.53
宮城県	44,640	8.62	47,400	9.28
秋田県	44,310	8.27	45,260	9.02
山形県	43,100	8.80	47,600	9.43
福島県	44,300	8.48	45,900	8.98
茨城県	46,000	8.50	47,500	9.66
栃木県	43,200	8.54	45,600	8.84
群馬県	45,700	8.89	49,100	10.07
埼玉県	44,170	8.38	45,930	9.03
千葉県	43,400	8.39	43,800	9.11
東京都	46,400	9.49	47,300	9.67
神奈川県	43,100	8.78	45,900	10.08
新潟県	40,400	7.84	44,200	8.61
富山県	46,800	8.82	46,800	8.82
石川県	48,500	9.53	50,760	9.88
福井県	49,700	9.70	49,700	9.70
山梨県	40,980	8.30	50,770	11.11
長野県	40,907	8.43	44,365	9.45
岐阜県	46,023	8.90	49,412	9.56

静岡県	42,500	8.29	47,000	9.49
愛知県	49,398	9.57	53,438	11.13
三重県	44,589	8.99	48,903	9.82
滋賀県	46,160	8.70	48,604	9.56
京都府	53,420	10.46	56,340	10.95
大阪府	54,461	11.12	57,172	11.75
兵庫県	50,147	10.28	52,791	11.24
奈良県	50,500	9.93	51,500	10.55
和歌山県	50,317	9.33	54,428	11.04
鳥取県	47,436	9.10	52,138	10.64
島根県	50,880	9.35	50,160	10.08
岡山県	47,500	9.50	50,200	10.49
広島県	45,840	8.67	49,621	9.63
山口県	53,417	10.34	57,012	11.52
徳島県	56,044	10.47	56,311	10.55
香川県	50,800	9.80	54,000	10.41
愛媛県	49,140	9.09	51,930	10.16
高知県	55,500	10.50	56,000	10.78
福岡県	56,435	10.54	60,004	11.83
佐賀県	54,100	10.23	57,100	11.09
長崎県	49,400	9.03	52,400	10.31
熊本県	54,000	10.26	58,000	10.98
大分県	53,600	10.32	59,200	11.55
宮崎県	48,400	9.08	51,700	10.08
鹿児島県	56,900	10.88	59,900	11.72
沖縄県	48,440	8.88	56,400	11.60

厚生労働省「後期高齢者医療制度の令和6・7年度の保険料率について」

アフターコロナの時代の
自治体病院に何が
起きているか

今後深刻化が確
実な看護師不足

都市部もへき地も全て看護師不足になることが予想される

- 講演者が現場に入ると、これまでへき地で不足していた看護師不足が都市部でも起き始めていることを感じる
- 調査でもコロナの患者を受けた都市部の大規模病院において、コロナ対応で疲れた若手看護師が大量に退職している

2022年度中の看護師の離職率

対象期間：2023年1月31日時点

【指定医療機関別】	回答 病院数	増加している		変わらない		減少している	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	173	54	31.2	108	62.4	11	6.4
重点医療機関	131	41	31.3	79	60.3	11	8.4
協力医療機関	7	2	28.6	5	71.4	0	0.0
その他医療機関	12	5	41.7	7	58.3	0	0.0
上記以外の医療機関	23	6	26.1	17	73.9	0	0.0

【種類・病床規模別】	回答 病院数	増加している		変わらない		減少している	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全体	173	54	31.2	108	62.4	11	6.4
一般病院	167	53	31.7	103	61.7	11	6.6
99床以下	26	6	23.1	20	76.9	0	0.0
100床台	30	8	26.7	21	70.0	1	3.3
200床台	18	4	22.2	12	66.7	2	11.1
300床台	30	12	40.0	16	53.3	2	6.7
400床台	24	8	33.3	11	45.8	5	20.8
500床以上	39	15	38.5	23	59.0	1	2.6
精神科病院	6	1	16.7	5	83.3	0	0.0

2022年度中の看護師の離職原因

対象期間：2023年1月31日時点

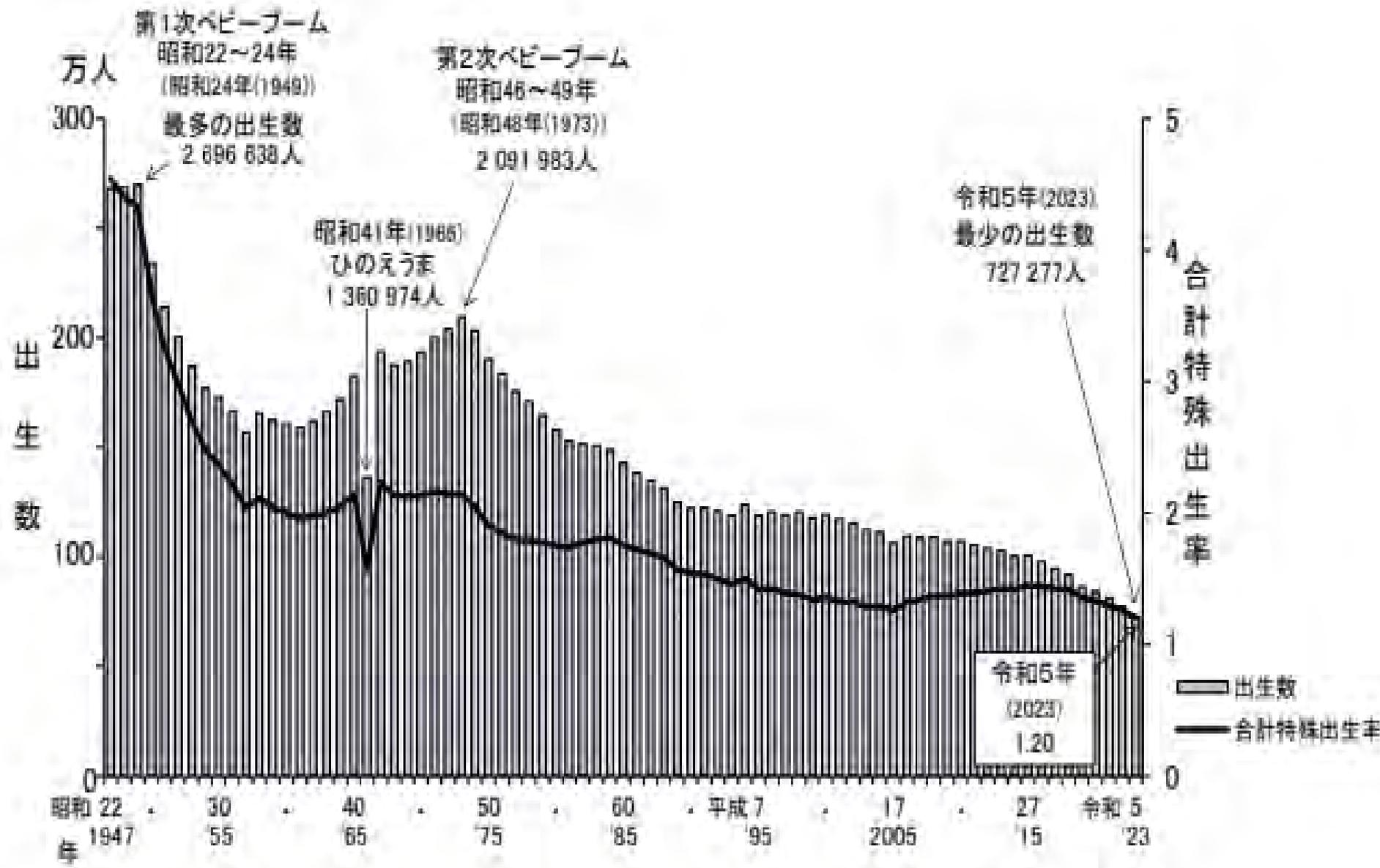
【指定医療機関別】	回答 病院数	新型コロナへの対応が 影響している		新型コロナへの対応は 影響していない		不明	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	54	24	44.4	13	24.1	17	31.5
重点医療機関	41	20	48.8	9	22.0	12	29.3
協力医療機関	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0
その他医療機関	5	2	40.0	3	60.0	0	0.0
上記以外の医療機関	6	0	0.0	1	16.7	5	83.3

【種類・病床規模別】	回答 病院数	新型コロナへの対応が 影響している		新型コロナへの対応は 影響していない		不明	
		(病院)	(%)	(病院)	(%)	(病院)	(%)
全 体	54	24	44.4	13	24.1	17	31.5
一般病院	53	24	45.3	13	24.5	16	30.2
99床以下	6	1	16.7	1	16.7	4	66.7
100床台	8	3	37.5	4	50.0	1	12.5
200床台	4	1	25.0	1	25.0	2	50.0
300床台	12	6	50.0	4	33.3	2	16.7
400床台	8	6	75.0	0	0.0	2	25.0
500床以上	15	7	46.7	3	20.0	5	33.3
精神科病院	1	0	0.0	0	0.0	1	100.0

看護師不足は
構造的なもの

激減する日本の
出生数

わが国の出生数及び合計特殊出生率の年次推移

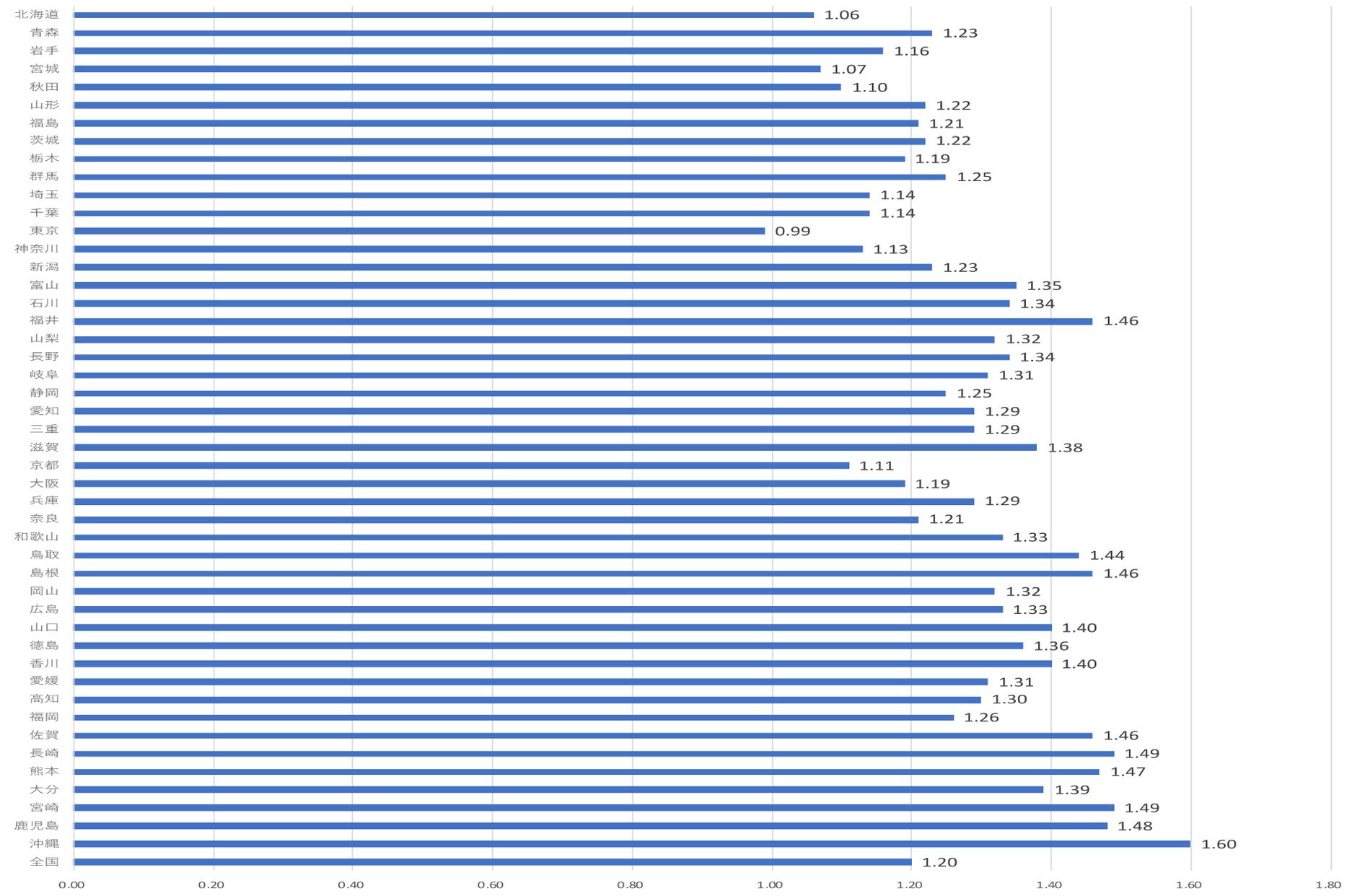


厚生労働省令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況

合計特殊出生率

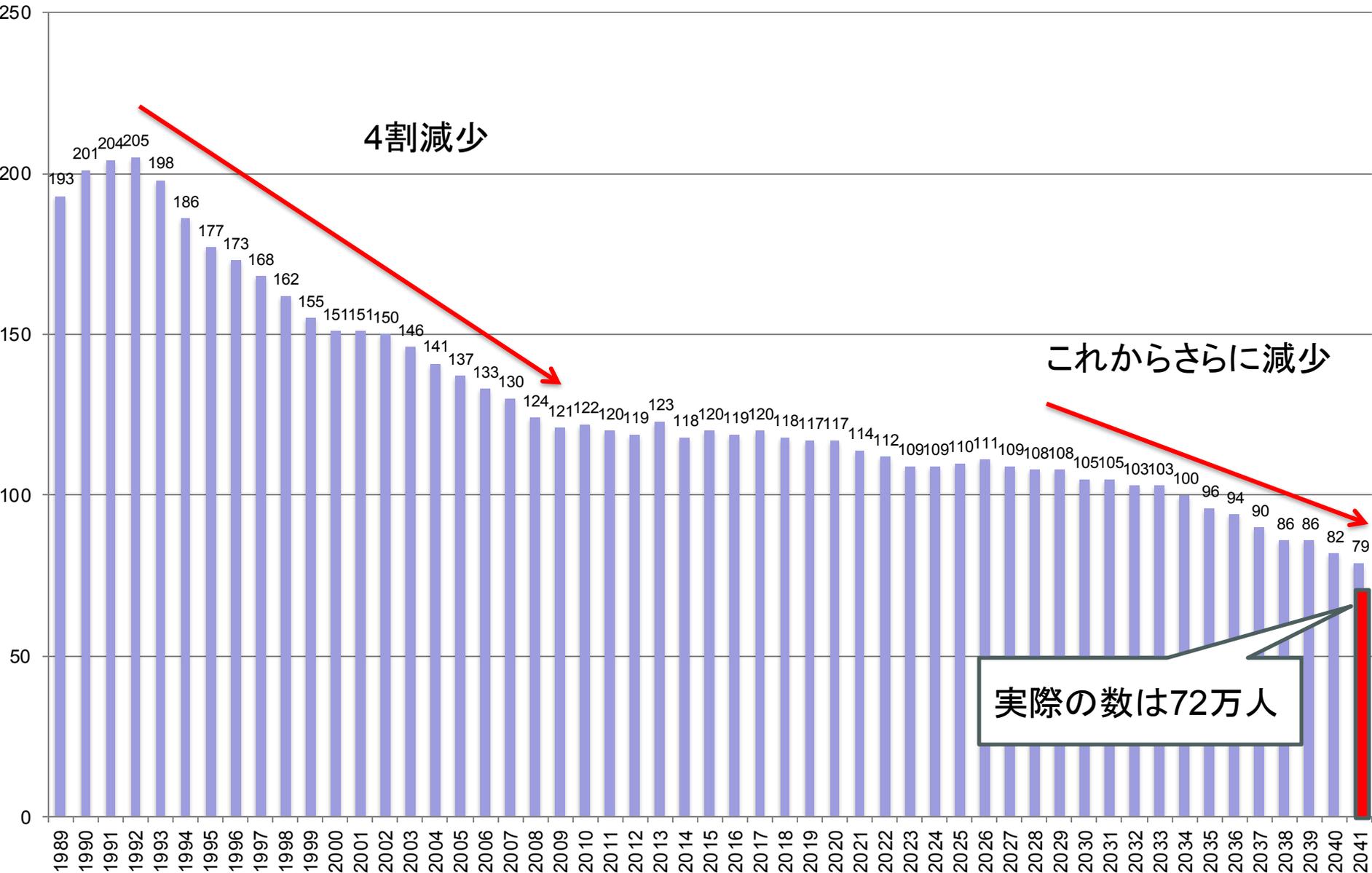
- 合計特殊出生率は1人の女性が一生に産む子供の数を指数化したもの
- 日本の合計特殊出生率は欧米に比べて低い状況にある

各都道府県の合計特殊出生率



厚生労働省令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況により作成

平成に入ってから18歳の人口の推移(2023年以降は予測)



4割減少

これからさらに減少

実際の数
は72万人

文部科学省「18歳人口と高等教育機関への進学率等の推移(2023年9月25日)」のデータにより作成
2023年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計、出生中位・死亡中位)」を基に作成

医療人材配分

- 2023年の日本の出生数72万7277人
- 2023年医学部定員9,384人(文部科学省データ)
- 2021年薬学部定員13,205(2022年7月22日薬学部教育の質保証専門小委員会資料)
- 看護師養成所総定員258,068(2022年度、日本看護協会データ)

医療介護人材提供体制

- 他分野への人材配分を考えると医療介護分野への配分できる人材の数には制約がある
- わが国の医療介護人材提供体制は崩壊する可能性が高い

急増する高齢者

- 医療人材の供給が減少する中で、都市部を中心に高齢者は急増する
- 医療需要に対して供給が対応できなくことが予想される

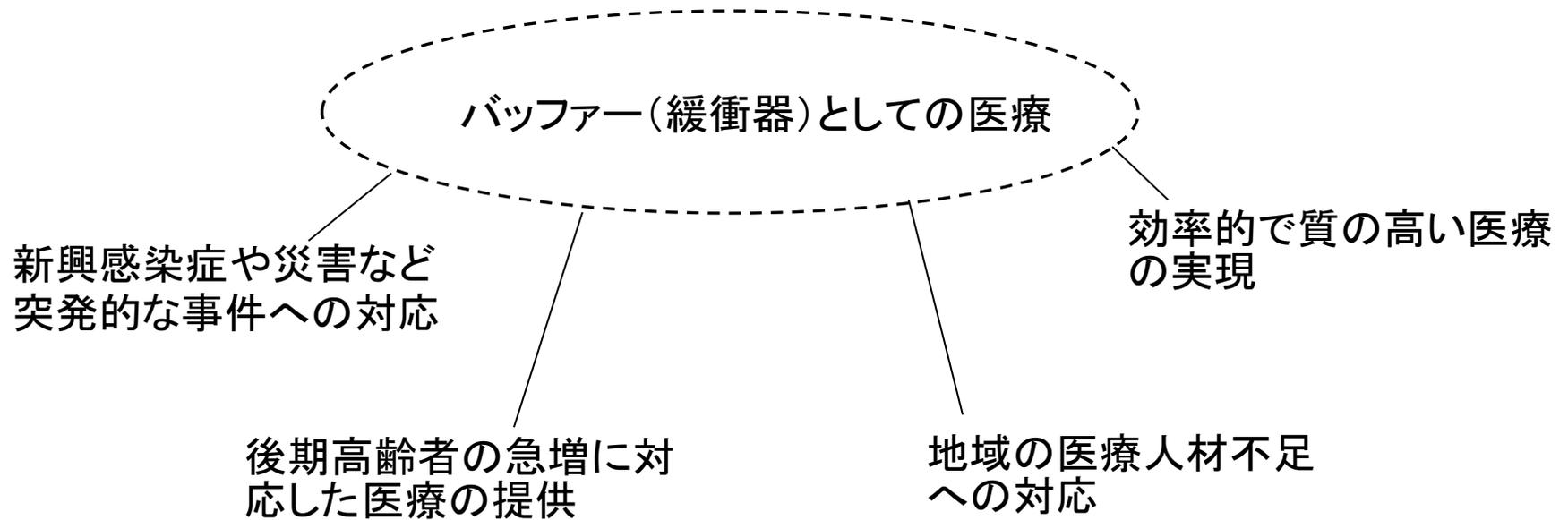
新型コロナウイルスの蔓延

- 今回の新型コロナウイルス感染症の蔓延による医療の逼迫は、将来の本格的な少子高齢社会の到来による医療提供体制の逼迫を先取りしたものの

バッファーとしての役割

- 自治体病院はバッファーとなり、医療提供体制のすき間を埋めていくことが求められる
- 新型コロナウイルス感染症における公立病院の活躍は、医療提供体制のすき間を埋める公立病院の持つポテンシャルが示されたもの

バッファー(緩衝器)としての医療



人材不足時代の医療機関

- 看護師などの医療人材に余裕があった状況では、給与の安い人材を集めて病院経営ができた
- 競争原理が機能したのが人材余りの時代
- 人手不足の時代には競争原理が通じなくなると思われる

将来の18歳人口減
を踏まえて
看護師の雇用を
いかに図るか

定年延長の影響

- 公務員の定年65歳への延長もあり、これまでより毎年の定年退職者数が少なくなっている
- 看護職員の大量採用、大量退職が通常であった都市部の高度急性期病院で看護師不足が目立っている

地方中小病院

- 地方の中小自治体病院は元々若手看護師の採用が少なかったもので、定年延長で一段落している病院もある（看護師不足の深刻な病院も多いが）
- 65歳定年延長が完成し、若年・中堅看護師の不足が深刻化すると入院医療を存続できなく病院が相次ぐ危険性が高い

前倒しの人材不足対策

- 今後、18歳人口の減少、深刻な看護師など医療人材不足は確実である
- 時代を読んだ前倒しの医療人材対策を行わないと地域の医療は継続できない時代となっている

看護師不足に対する対策①

- 看護師のライフデザインを考え、働きがいのある職場とすることが必要となる
- 認定看護師、特定行為研修修了看護師の増加
- 看護は女性のするものという考えを改め、男性看護師の雇用を図る
- 給与や研修体制を充実させる
- 老朽化した病院の新築建て替え
- 食堂や休憩室、仮眠室などの労働環境の改善
- 院内保育の充実
- 就学資金貸与制度の充実

看護師不足に対する対策②

- 安価で居住できる職員住宅の確保（住居手当制度は事務職員中心の考え方、自治体外から敷金・礼金を払って住居手当1/2支給の住居手当で勤務する看護師はいない）
- さらにはコロナ対応で減少した、職場コミュニケーションの改善
- 病床の削減による看護体制の見直し（夜勤回数の削減）
- 看護補助者の雇用増（常勤の介護福祉士の雇用も検討すべきである）
- 外国からの看護補助者の雇用検討
- 男性看護補助者（定年退職後）の雇用

看護師不足に対する対策③

- 最新の労働負担軽減ツールの導入などによる労働負担の軽減（眠りスキャンなどの見守りIT機器の導入、PHSからインカム・スマホ導入に変更）
- 専門看護師、認定看護師、認定看護管理者の資格手当の支給
- 看護部長・副部長・師長を希望する人材を増やすために、管理職手当以外に診療に関しての時間外勤務手当の支給（管理職を罰ゲームにしない）
- これから一層深刻化する看護師不足問題に前倒しで取り組む必要がある

指定管理者制度の導入

- 病院経営の悪さから、指定管理制度を導入しようという自治体が少なくない
- 指定管理者制度は、職員全員の解雇を前提とする
- 職員の人件費を下げて利益を出すビジネスモデル
- 人手不足から人件費が上がればビジネスモデルの優位性を失う
- モチベーションの下がった看護師の大量退職を招き、医療崩壊を起こす危険性のある政策になっている

医療インフラとしての
の病院建て替えを
考える

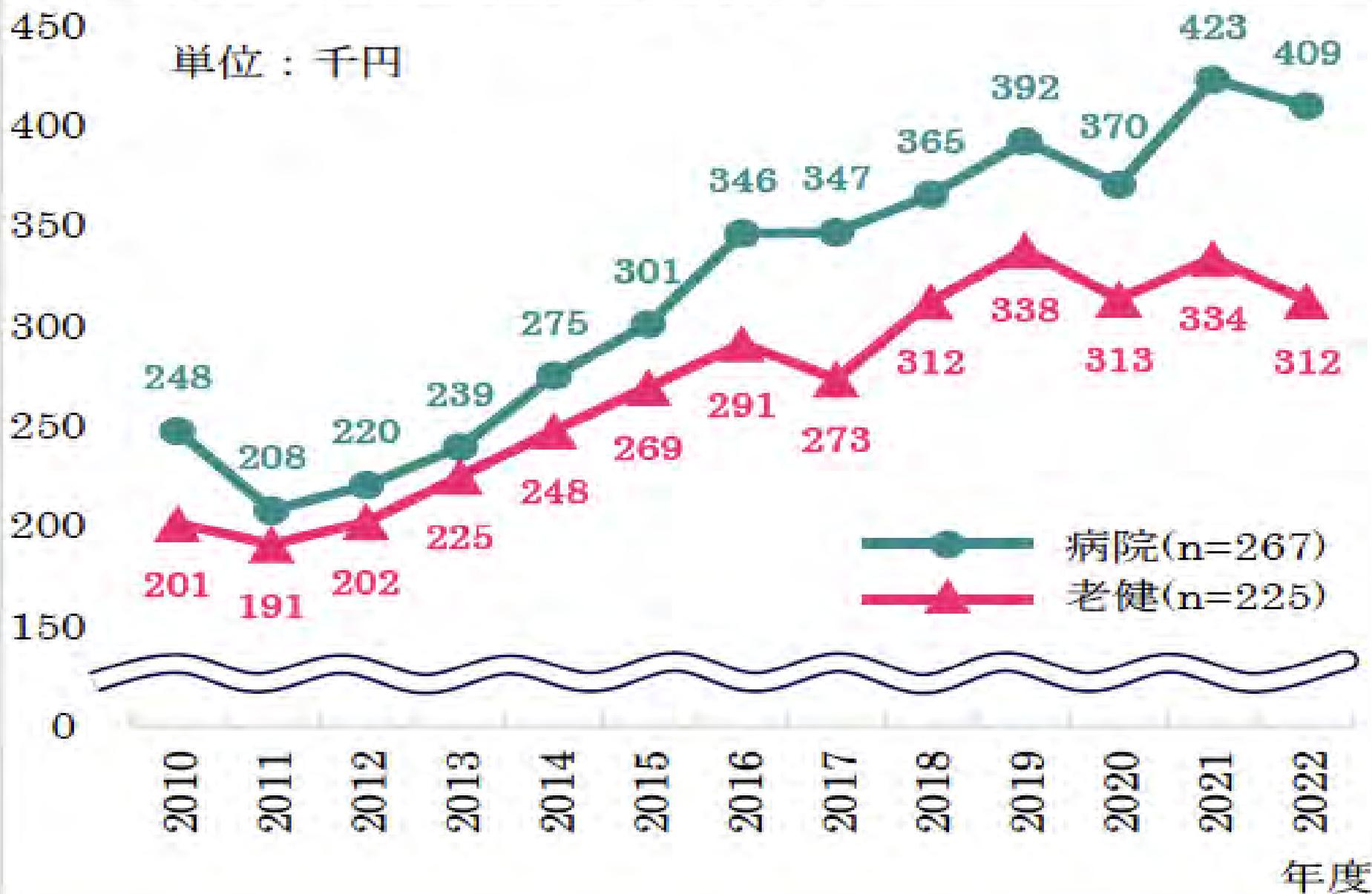
高騰する
病院建築費

建設費の高騰

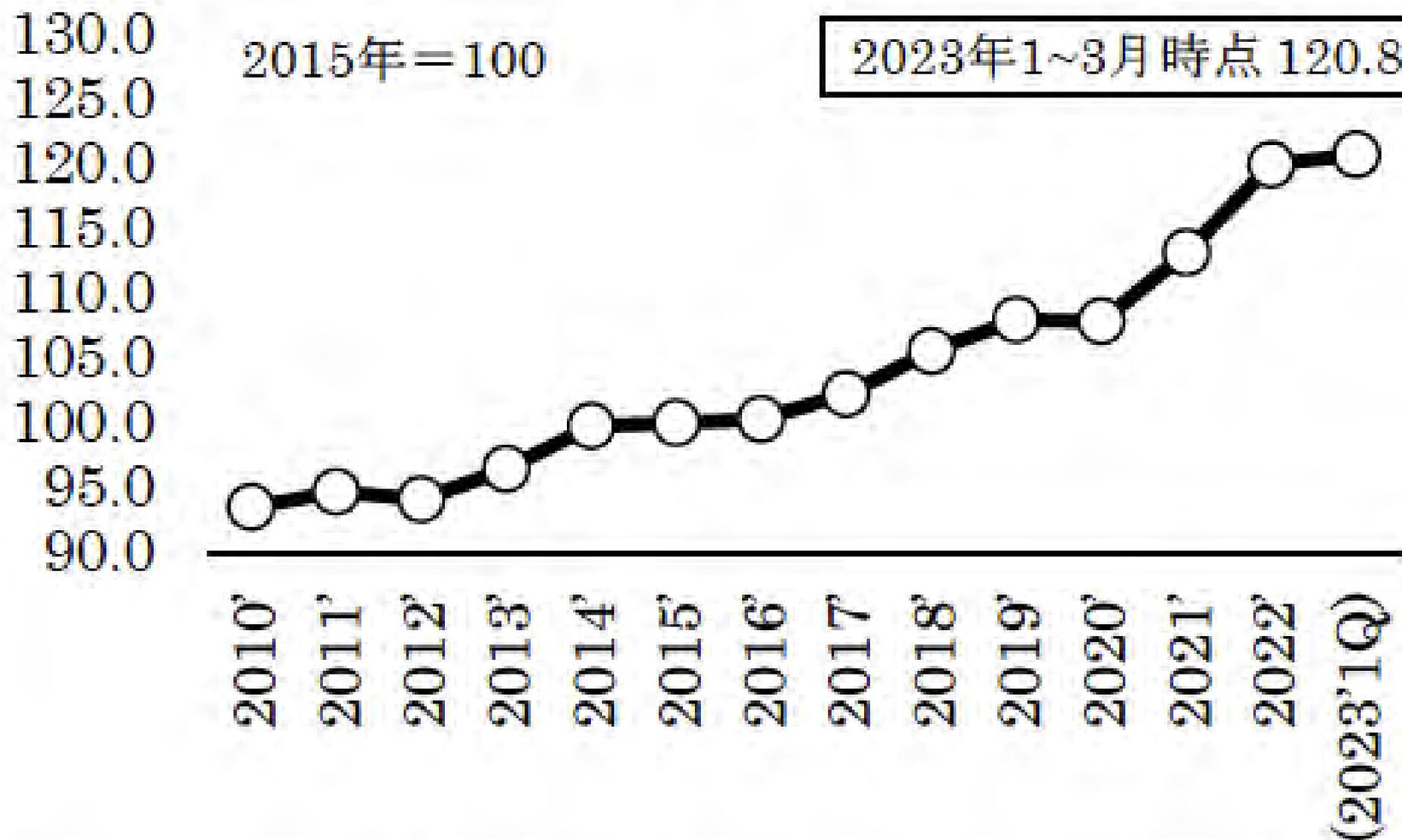
- 若者人口の減少による人手不足
(労務費の増加)
- 東日本大震災、東京オリンピックの
建設需要の影響を受けて病院建
設費は増加の傾向にあった
- 新型コロナの蔓延、ウクライナ戦争、
国内大型開発の影響で病院建設
費は一層高騰している

▼医療施設の平米単価の推移

単位：千円



(図表 13) 建設工事費デフレーター推移



資料出所：国土交通省「建設工事費デフレーター（2015年基準）」

経営を断念する民間病院

- わが国の病院のかなりが昭和・平成の時代に建設され、老朽化している
- 建物の老朽化と看護師不足から経営を断念する民間病院も出てきている

医療インフラとしての病院建物

- 本来病院建物は、その国の医療インフラとしてある程度計画的に整備を図るべきもの
- 民間病院の多いわが国では、競争原理に基づき無秩序に建設されてきた
- 建設費高騰、診療報酬抑制で病院建物の更新が停まってしまう可能性がある
- それは国の医療インフラ政策としては望ましい形ではない

日本の病院インフラ 更新の視点

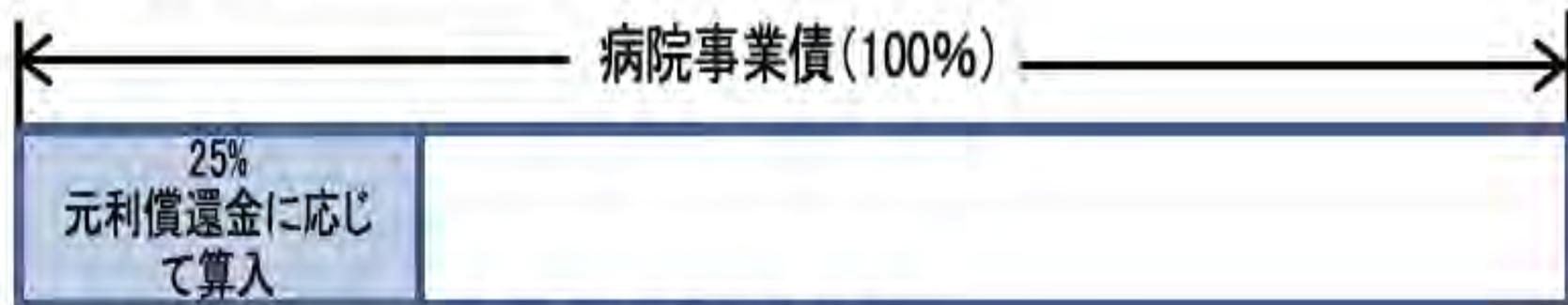
- 自治体病院の建替えには、地方交付税措置のある病院事業債が認められている
- 税金投入の意義として、医療圏、地域の必要性に対応した医療インフラの更新という視点もあるのではないか

病院事業債特別分の意義

- 病院事業債は自治体病院の機能分化・連携強化を進めるため40%の交付税措置が認められている
- 令和6年度は基幹病院以外の病院にも拡大
- 政策として合理的と考える

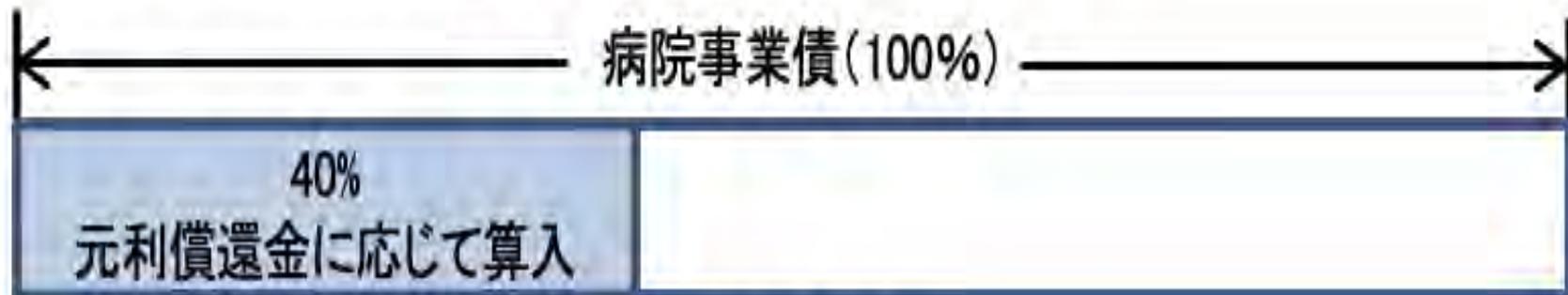
【病院事業債】

《通常の整備》



※元利償還金の1/2について一般会計から繰出

《機能分化・連携強化に伴う整備（特別分）》



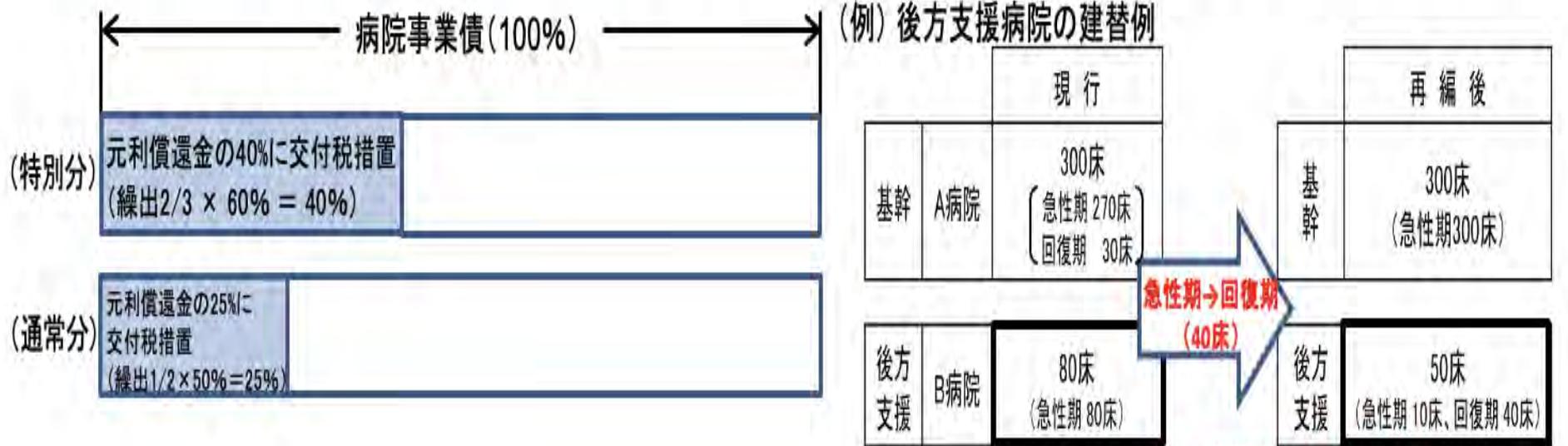
※元利償還金の2/3について一般会計から繰出

令和6年度病院事業債特別分の拡大

3 公立病院の病床機能転換の推進

公立病院の経営強化を推進し、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、機能分化・連携強化に伴う機能分担により基幹病院以外の医療施設において必要となる**既存施設の改修に加え、建替え(当該施設の病床機能転換に必要な部分に限る。)**について病院事業債(特別分)の対象に追加。

※ 基幹病院と基幹病院以外の医療施設(後方支援病院)との間で、病床転換に係る両院の機能分化・連携強化等を明記した協定書、連携協約等を締結し公表することを条件とする。

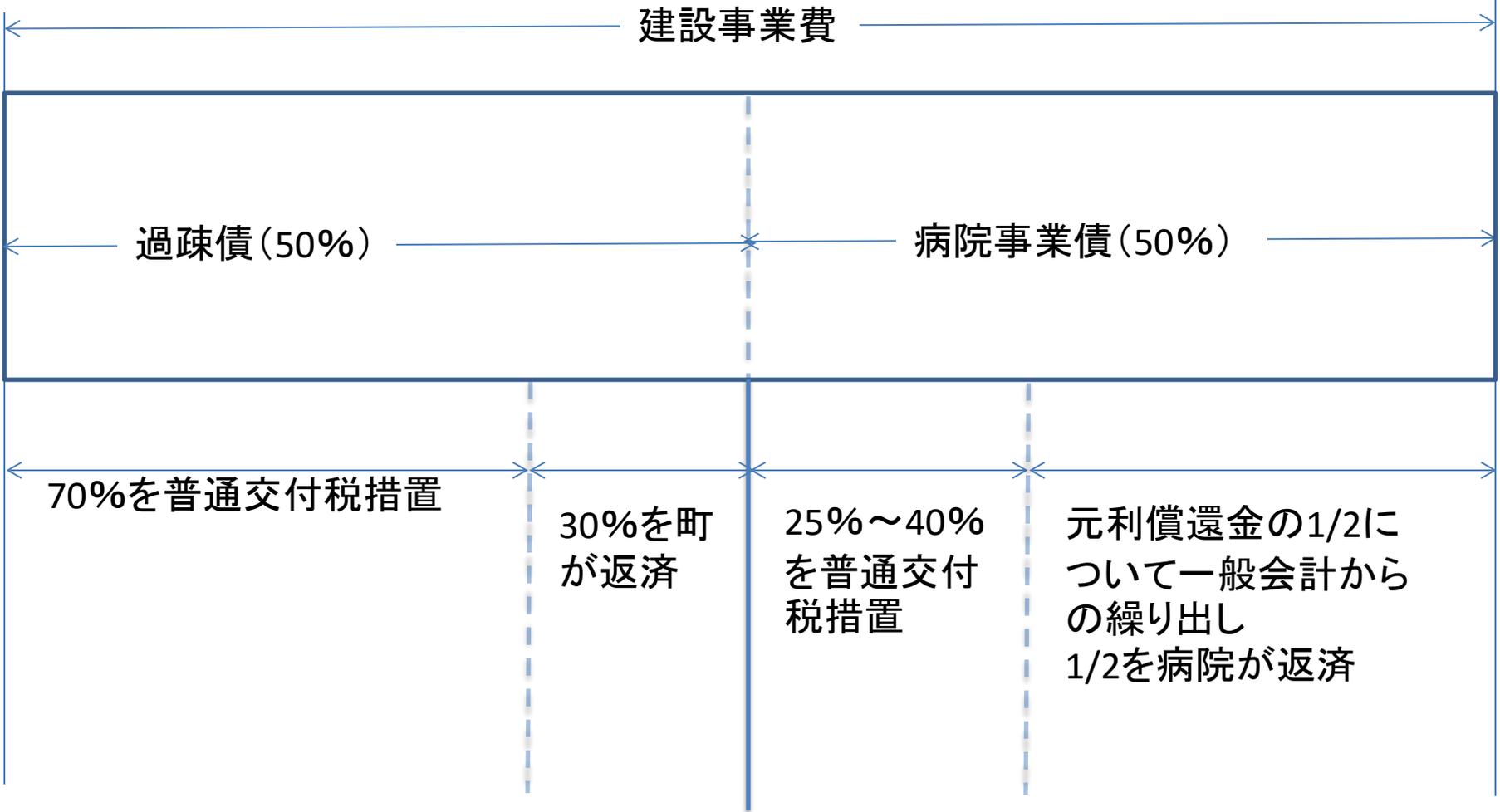


40/50を特別分の対象とする

過疎地域指定

- 地方公営企業年鑑には記載されていないが過疎地の指定を受ければ、過疎債を病院建物・医療機器の整備に充当可能となる（充当率50%）

自治体病院の整備財源(2015年度以降)



過疎地域指定

- 市町村が過疎地の指定を受ければ、過疎債を自治体病院の建物・医療機器の整備に充当可能となる(充当率50%)
- 都道府県立病院は過疎債の対象外

過疎債の積極活用

- 地方の小規模病院で過疎債が適用可能であるのに現状維持で建物が老朽化し、患者や医療スタッフの流出に苦しんでいる病院も多い
- 過疎債を活用し、病院を建て替えて、医療スタッフを集めた方が収益的にも良いと考える

60床の病院を過疎債
を充当して建設した
場合の返済額
(福岡県糸田町の例)

糸田町立緑ヶ丘病院整備基本計画(令和6年3月)40ページ

第5章 事業計画

② 概算事業費

- ・ 新病院の建設に係る概算事業費として、下記のとおり約3,250,000千円を見込みます。
- ・ 病院事業債と過疎対策事業債及び自己資金を主な財源として、新病院整備を行います。

(単位：千円)

項目	対象経費	金額(税込)
建設工事費	病院建設費・駐車場及び外構工事費 等	2,380,000
開発造成費	開発許可申請・造成工事費 等	200,000
調査費	測量費・地質調査費 等	10,000
設計監理費	基本設計費・実施設計費・工事監理費	140,000
医療機器等 整備費	医療機器・厨房機器・什器、看護備品・家電・ 医療情報システム導入費・ネットワーク工事費 等	500,000
移転費	患者移送・医療機器等移設・引越費用	20,000
合計		3,250,000

病院事業費シミュレーション

- 医療機器を含めた事業費として32.5億円(消費税込み)を想定
- 合計整備費約33億円(全て起債:過疎債50%、企業債50%)
- 過疎債約16.5億円(交付税措置率70%)、企業債約16.5億円(交付税措置率25%か40%)

交付税措置を除いた実負担(企業債交付税措置25%時)

- 過疎債分(自治体実負担30%分)約4.95億円
- 30年分割とすれば糸田町が一般会計で年1,650万円返済
- 企業債分(交付税措置25%の時、残りの75%を自治体と病院が折半)約12.4億円(30年分割とすれば年4,125万円返済)
- 糸田町負担約6.2億円(年2,066万円)-病院会計に繰り出し
- 病院負担が約6.2億円(年2,066万円)-病院が病院収益で返済
- 糸田町負担合計約11.15億円(過疎債分約4.95億円、企業債分約6.2億円)
- 糸田町は30年分割とすれば年3,716万円を返済
- 病院負担約6.2億円(30年分割とすれば年2,066万円返済)

交付税措置を除いた実負担(企業債交付税措置40%時)

- 過疎債分(自治体実負担30%分)約4.95億円
- 30年分割とすれば糸田町が一般会計で年1,650万円返済
- 企業債分(交付税措置40%の時、残りの60%を自治体と病院が折半)約9.9億円(30年分割とすれば年3,300万円返済)
- 糸田町負担約4.95億円(年1,650万円)-病院会計に繰り出し
- 病院負担が約4.95億円(年1,650万円)-病院が病院収益で返済
- 糸田町負担合計約9.9億円(過疎債分約4.95億円、企業債分約4.95億円)
- 糸田町は30年分割とすれば年3,300万円を返済
- 病院負担約4.95億円(30年分割とすれば年1,650万円返済)

自治体病院として 存続できれば

- 毎年国から億を超える、地方交付税措置でお金が入ってくる
- 経営を改善し、交付税措置だけで運営できる病院を目指すことが重要である

とは言っても
病院建築は
簡単でない

相次ぐ入札不調

- 建設業者の指名競争入札を行うものの不調となる例も起きている

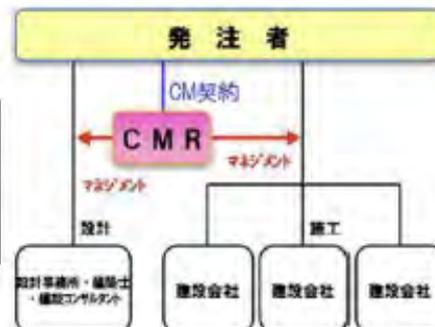
総務省の推奨する
新しい建設発注方式

公立病院の新設・建替等における整備費の抑制手法について

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・施工の各段階において、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又は一部を行う方式。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る。



※CM方式とECI方式等の契約方式は併用可能

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

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。



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。設計段階で種々の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る。



設計・施工一括発注方式

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。デザインビルド方式とも呼ばれる。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注業務が軽減される効果などが期待される。



【図出典】国土交通省「公共工事の入札契約方式の適用に関するガイドライン」（令和4年3月改正）

公立病院における活用事例

- CM方式（通常発注方式） 島田市立総合医療センター（R3年開院）※国土交通省「CM方式活用事例集」掲載事例
- CM方式・ECI方式の併用 下呂市立金山病院（H24年開院）、三豊市立みとよ市民病院（R4年開院予定）
- 設計・施工一括発注方式 松戸市立総合医療センター（H29年開院）、川西市立総合医療センター※CM方式併用（R4年開院予定）

コンストラクションマネージャー

- 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・施工の各段階において、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又は一部を行う方式
- 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る

コンストラクション・マネジメント(CM)方式の活用効果の例

【500床規模の基幹病院において、CM方式を採用し、当初のスケジュールを維持したまま建設事業費を削減した例】

- 平成25年度に基本構想完成。当初予定の建設事業費は、185億円。
- 平成28年度に基本設計が終了。建設事業費の見込が、316億円に増加（予定から131億円増）。
- 平成29年度にコンストラクション・マネジメント方式を導入。
⇒ コンストラクション・マネージャー (CMR) より、コスト抑制策の立案や、発注方式の提案などについてアドバイスを受け、当初のスケジュールを維持しつつ、46億円のコスト削減を実現。
- 令和4年1月：新病院開院

【自治体を目指す方向性】

中核病院にふさわしい病院建物の実現

- 中核病院にふさわしい病院機能とすることを最優先とする
- 診療環境や療養環境に加え、スタッフの労働環境にも配慮した病院の実現

事業費の削減

- CMRは、事業費46億円の削減と、建設費は225億円とする目標を設定

【自治体の目標を踏まえたCMRの取組の方向性】

高い防災性と医療環境を有した病院建築の実現

- 基本的な防災機能は変更しない
- 同規模、同機能な病院のデータから基本設計の内容を比較評価し、分析

ライフサイクルコストを考慮した46億円のコスト削減

- 基本設計の内容を精査し、医療機能を保持したまま縮小可能な部分を抽出し、面積の削減を目指す
- ライフサイクルコストの削減を目指す

【目標の達成】

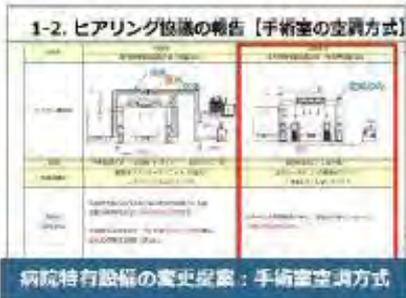
中核病院にふさわしい医療環境と高い防災性の実現

- 中核病院にふさわしい、高度医療環境を有した病院建築を実現
- 高い防災性と浸水対策を実現
- 充実した診療空間、労働環境を実現

46億円のコスト削減の実現と更なる予備費の確保を実現

- 46億円のコスト削減を実現
- 新型コロナ対応に伴う施設整備の追加、療養環境の向上に伴う変更などにより、7.3億円の追加工事が発生したが、当初予算から約8千万円の予備費を残して竣工

<CMRの助言内容の例>



	代表構成員	第2構成員	第3構成員
建築士	全国	栃木県	栃木県
建設電気	全国	栃木県	栃木県
建設空調	全国	栃木県	栃木県
建設管	全国	栃木県	栃木県
花壇機	全国	栃木県	栃木県
ES事業	全国		

地域経済の活性化

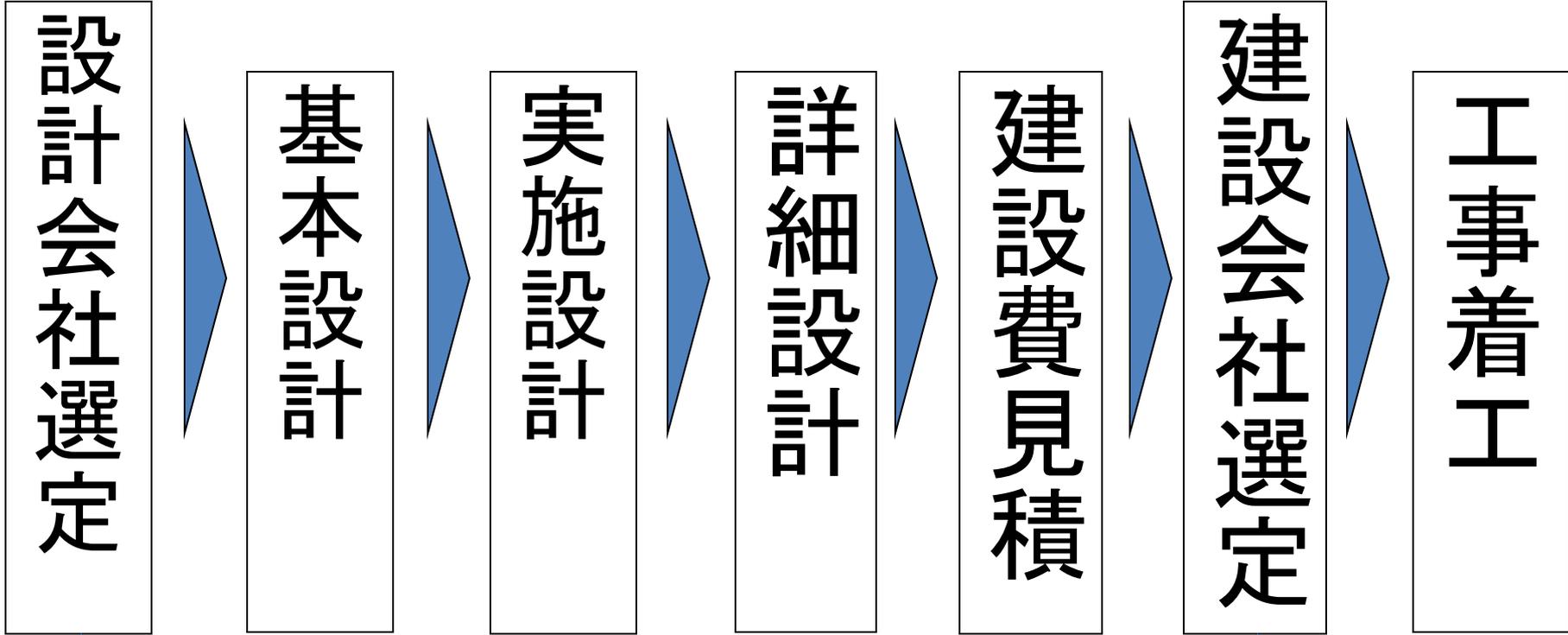


(図は、当該CMの受注企業提供資料より(一部総務省で加工))

ECI方式

- ECIとは、Early Contractor Involvementの略
- 早期(Early)に施工者(Contractor)が設計に関与(Involvement)すること
- 施工者は工事契約とは別に設計業務への技術協力を行う

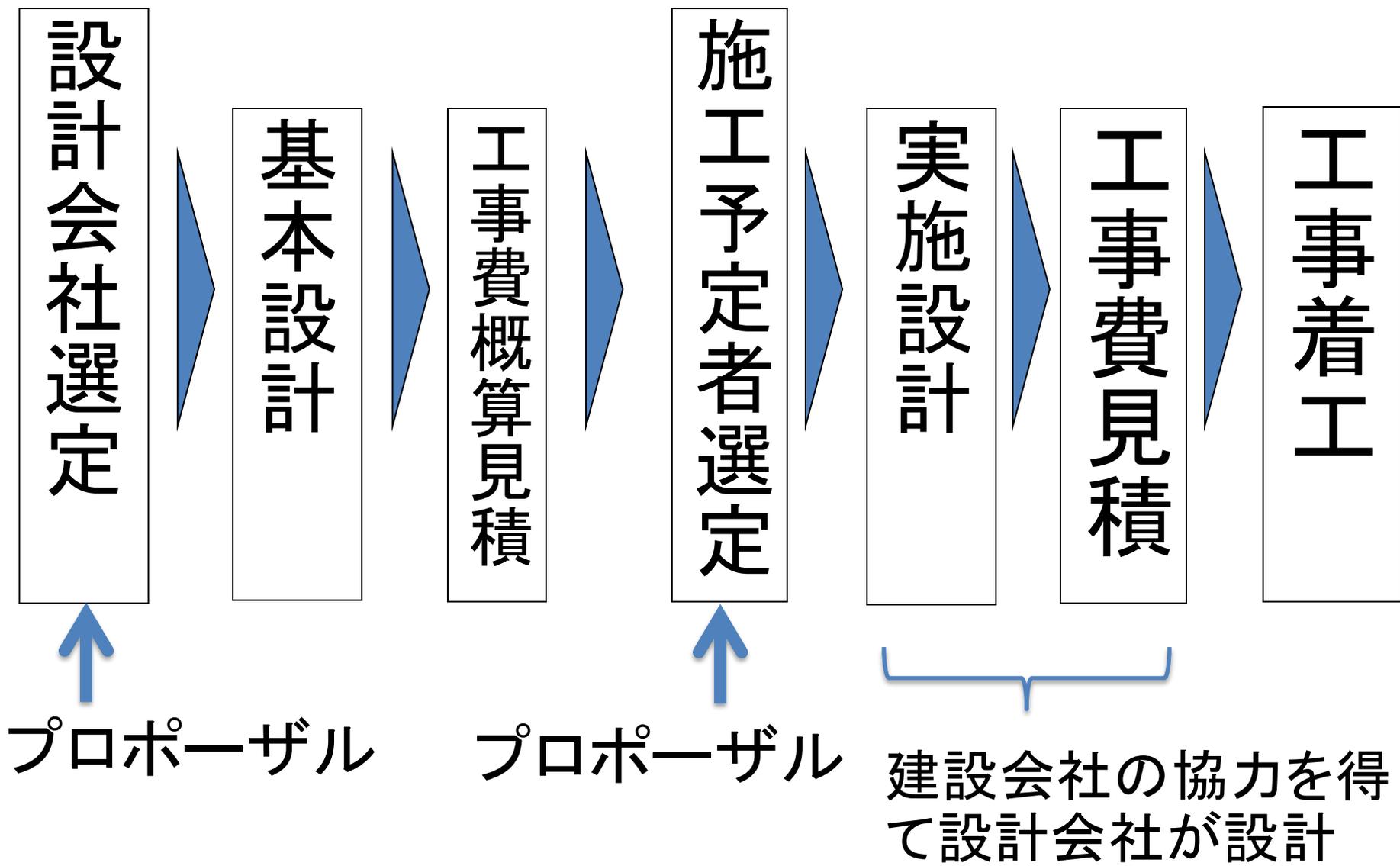
通常の官庁発注



↑
指名競争入札

↑
指名競争入札

ECI方式

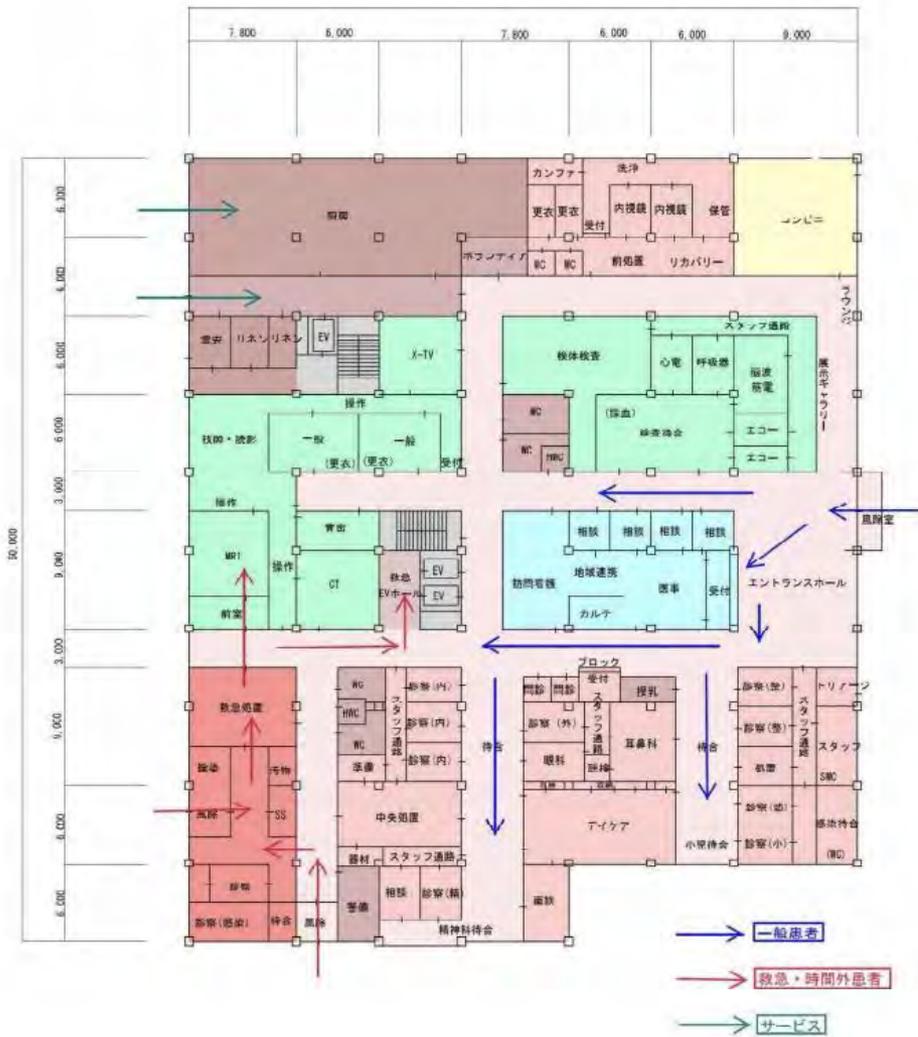


スペースプログラム

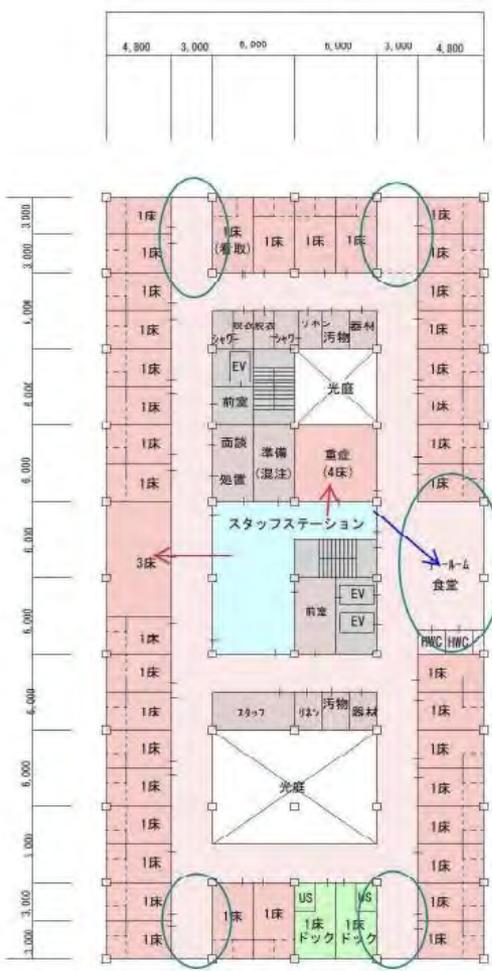
- 基本設計業者選定の前にコンストラクションマネージャーにスペースプログラム(たたき台)を作成してもらう
- ローコストで完成度の高いスペースプログラムをすることで、建築費の枠を作る



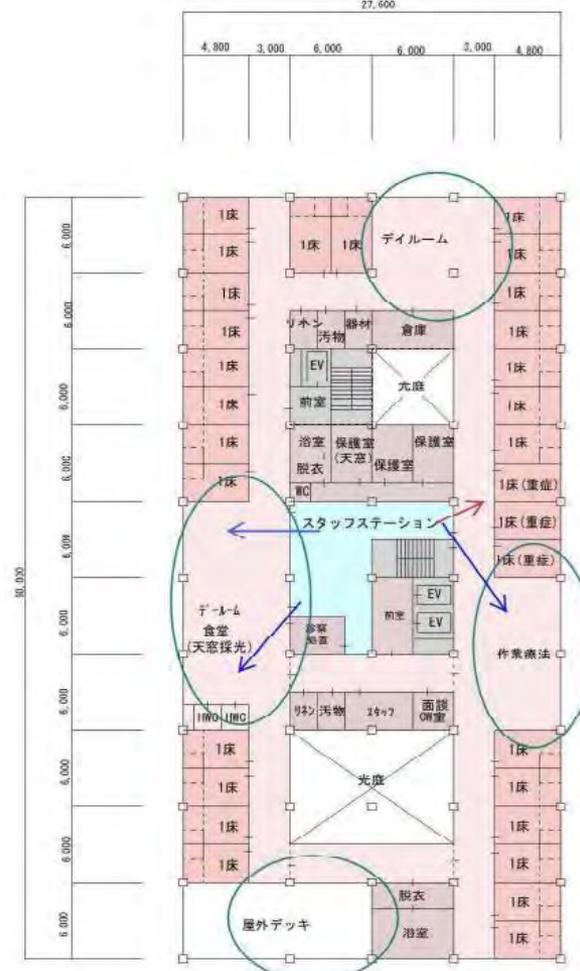
(仮称)三豊市立新病院建設事業基本計画



(仮称)三豊市立新病院建設事業基本計画



- 重点看護
- 見渡し
- 願いの空間



危機の時代の 自治体病院

- これから、危機の時代に自治体病院の役割は高まってくることを確実にである
- 自治体病院の存在意義はこれからさらに高まってくると考える

将来の危機に備える

- 将来の危機に対して、現状維持では危機を乗り越えることはできない
- 危機を見越して準備をするのが、公の税金が投入されている自治体病院の責務

学会参加者の皆様の
今後のご活躍を
期待しております