

京都府公報

号外 第20号

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
発行所 京 都 府
総務調整課
電話(075)414-4037

〒602-8048 京都市上京区下立売通小川東入
印刷所 中西印刷株式会社
電話(075)441-3155

目 次

監 査 委 員
包括外部監査結果の公表

ページ
1

監 査 委 員

17年監査公表第6号

地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の37第5項の規定により、包括外部監査人西田憲司から監査の結果に関する報告の提出があったので、同法第252条の38第3項の規定により、次のとおり公表する。

平成17年4月28日

京都府監査委員 林 田 洋
同 明 田 功
同 道 林 邦 彦
同 村 山 佳 也

平成16年度京都府包括外部監査報告書

平成17年4月28日

包括外部監査人
西 田 憲 司

総 目 次

包括外部監査の概要

- ・ 監査対象
- ・ 監査の実施状況
- ・ テーマの選定と視点
- ・ 利害関係

監査対象別監査結果

京都府立3病院

[府立洛東病院]

- ・ 府立洛東病院の監査実施概要
- ・ 府立洛東病院の事業概要
- ・ 府立洛東病院の現状と問題点
- ・ 監査の結果
- ・ 監査の結果に付随する意見
- ・ 監査人の提言

[府立洛南病院]

- ・ 府立洛南病院の監査実施概要

- . 府立洛南病院の概要
- . 府立洛南病院の現状と問題点
- . 監査の結果
- . 監査の結果に付随する意見
- . 監査人の提言

[府立与謝の海病院]

- . 府立与謝の海病院の監査実施概要
- . 府立与謝の海病院の概要
- . 府立与謝の海病院の現状と問題点
- . 監査の結果
- . 監査の意見
- . 監査人の提言

府立医科大学附属病院

- . 京都府立医科大学附属病院の監査実施概要
- . 京都府立医科大学附属病院の概要
- . 京都府立医科大学附属病院の現状と問題点
- . 監査の結果
- . 監査の意見
- . 提言

添付資料

京都府農業補助金

- . 京都府農業補助金の監査実施概要
- . 農業補助金制度と事業概要
- . 監査対象の農業補助事業と補助金支出の現状と問題点
- . 監査の結果
- . 監査の意見
- . 提言

巻末資料

- . 監査対象
- 1 . 京都府立 3 病院（府立洛東病院、府立洛南病院、府立与謝の海病院）
- 2 . 京都府立医科大学附属病院
- 3 . 京都府農業補助金

. 監査の実施状況

1 . 監査の実施期間

平成16年 7月 8日より平成17年 3月23日まで

2 . 監査補助者（50音順）

川口英明（株式会社メディカル・バンク代表取締役）

津田穂積（公認会計士・税理士）

中川正茂（公認会計士・税理士）

西田一雄（技術士・環境コンサルタント）

西村大三（公認会計士・税理士）

平野敦士（公認会計士・税理士）

古川温子（税理士）

堀井 優（税理士）

望月泰男（公認会計士・税理士）

山中浩司（大学教員）

吉川了平（公認会計士・税理士・大学教員）

. テーマの選定と視点

京都府行政の遂行に当たっては、経営の効率性や採算性のみが判断基準でないことはいうまでもない。行政においては、経営効率は悪いが、住民福祉の立場から実施することが必要な施策もある。しかし、この包括外部監査においては、そうした視点からのアプローチを行うことは考えていない。

ところで、周知のように、平成15年、地方自治法の一部が改正され、指定管理者制度の導入が決定された。また、平成16年には、地方独立行政法人法が施行され、今日、地方行政や施策のあり方や展開が抜本的に見直されている。京都

府においては、多くの施設や外郭団体がこの影響を受ける。

そこで今回、包括外部監査のテーマとして選定した京都府立3病院（洛東病院、洛南病院、与謝の海病院）京都府立医科大学附属病院および京都府農業補助金に係る諸問題は、行政が担うべき重要な政策課題であり、経営効率の観点からだけで論じられるものではない。しかし、経営効率を度外視してもよいわけではなく、限られた財源の下で、より効率的・効果的な実施が追求されるべきものであり、そのためには、維持運営に係る経営管理の状況やその便益との関連等を明らかにすることが不可欠である。

また、京都府立洛東病院、京都府立洛南病院、京都府立与謝の海病院、および京都府立医科大学附属病院は、いずれも公的病院として重要な使命を担っているとともに、平成11年度包括外部監査の対象である。前回の監査における指摘事項の改善状況を確認し、検討するとともに、現状およびその課題に焦点をあて本監査を実施した。

あわせて、地方自治法の改正や現状を踏まえつつ、各施設の将来のあり方に関する検討もおこなった。

今回の包括外部監査に基づく結果及び意見や提言は、経営効率の視点から、より合理的・効率的な事業の執行を要請するものであり、京都府民の視点という立場からの主たる見識の一つであると御理解いただきたい。

・ 利害関係

京都府と包括外部監査人（含監査補助者）の間には、地方自治法第252条の29に規定する利害関係はない。

京都府包括外部監査報告書 府立洛東病院

目 次

・ 府立洛東病院の監査実施概要

1. 選定の理由	3
2. 実施した監査手続の概要	4
3. 本報告書における「政策医療性」アプローチについて	4

・ 府立洛東病院の事業概要

1. 病院の沿革	5
2. 施設の状況	6
3. 人員の状況	7
4. 敷地・建物の状況	8
5. 患者の状況	10
6. 財務の状況	11
7. 医療圏内における医療状況	12
8. 前回包括外部監査における指摘事項のフォローの状況	15

・ 府立洛東病院の現状と問題点

1. 法規性の検討	16
2. その他の事項	17
3. 医療機能の特徴点	19

・ 監査の結果

1. 随意契約と単独随意契約の実態について	20
2. たな卸資産の管理状況について	20
3. 固定資産の管理状況について	20

・ 監査の結果に付随する意見

1. 損失構造の分析意見	20
--------------	----

・ 監査人の提言

1. 洛東病院の将来像	26
-------------	----

・ 府立洛東病院の監査実施概要

1. 選定の理由

平成11年度の包括外部監査の対象施設となっているが、その指摘にもとづいた改善状況を検証することが、包括外部監査制度のさらなる充実に有意義である。

毎年多額の一般会計からの補助金が流入しているが、診療報酬制度改革、薬価改定、自己負担3割等、昨今の医療制度改革の流れの中で公立病院の経営が全国的に悪化しつつあり、なぜ赤字なのかを深く分析することが重要である。府の財政の悪化傾向も、いわゆる目前にせまった三位一体改革により拍車がかかる恐れがあり、まったなしの議論が求められている。

平成15年度より指定管理者制度、地方独立行政法人制度が相次いで成立し、公立病院に係る経営方法の選択肢が

拡大した。地方公営企業法のいう全部適用化を含め、いわゆる自治体企業のありかたを再検討することに意義がある。

2. 実施した監査手続の概要

平成11年度の包括外部監査報告書における指摘事項につき、その改善状況をフォローした。

過去5期間の決算書を比較分析するとともに医療業務のパフォーマンスにつき各種病院分析指標を用いて比較分析し、総勘定元帳・証憑・各種管理資料・諸規程マニュアル類を調査した。

病院施設全体を視察するとともに、業務状況につき院長、医師、看護師等医療スタッフへのヒアリング、事務管理業務につき事務職員へのヒアリング、一部患者へのヒアリングも実施し、さらに財団法人日本医療機能評価機構が公開している自己評価調査票のチェックポイントを参考としつつ、病院業務評価の観点から医療業務上の問題点の有無を検討した。

赤字の原因を深く考察するため、収支の現状につき政策医療と一般医療に分解し、それぞれの収支の状況を検討してみた。

3. 本報告書における「政策医療性」アプローチについて

(1) 公立病院の現状

厚生労働省による平成14年度病院経営収支調査によれば、調査対象となった日本の公的病院（自治体、公的、社会保険病院1369病院）の実に78%がその医業収支において赤字であり、そのうち自治体立の公立病院については90%が赤字である。医療法人立病院との比較はいうまでもなく、その他の公的病院（日赤、済生会、厚生連、北社協）や社会保険病院（ともに45%前後が赤字）と比較しても、自治体病院の経営状態の悪さは突出している。

周知のように、公立病院の赤字は一般会計からの繰り入れによって補填されており、昨今の自治体財政逼迫と規制緩和・公的機能の民間委譲の流れの中で急速に問題視されるようになった。その中では、二つの議論が問題を牽引しているように思われる。一つは、国立病院・療養所の再編計画に際して用いられた「政策医療」という概念である。すなわち、自治体病院の医業収支赤字のどの程度が民間では担えない「政策医療」的活動に由来するものであるかを明らかにし、そうした活動が認められない場合には公立病院としての存続意義を問う、というのがそれである。これは役割分担論である。今ひとつは、「イコール・フットイング」と呼ばれる主張で、公私立病院を同じ土俵の上で競争させるべきという、規制緩和の流れの中に登場した議論である。すなわち競争政策論である。この二つの議論から、公立病院としての府立洛東病院の現状分析をどのようにすすめてゆくべきかが問題となる。

(2) 「政策医療」から見た公立病院

公立病院の現状は、「政策医療」的機能と「一般医療」的機能の複合体である。しかも公立病院の果たすべき「政策医療」という概念がはっきりしないために、その中間領域はかなり広大である。

「政策医療」という言葉が多用され始めた、1985年の国立病院・療養所再編計画の策定時には、地方の公立病院・民間病院が担うべき「一般医療」に対して、国立病院・療養所が担うべき政策的課題としての「政策医療」という言葉が使用されていた。ところが、1995年以降、国の規制緩和推進委員会などで医療機関における競争原理の導入や、企業による医療機関経営の是非の問題が議論され始めると、国公立病院が受けている多額の公的補助金の存在が、民間病院や医師会などから、不公正競争であるとして批判されるようになり、規制緩和を推進する側からも問題視されるようになった。このころから、自治体の公立病院についても「政策医療」という言葉を、赤字補填の根拠として用いざるを得ない状況が発生したと思われる。

国は、1999年、国立病院・療養所再編成計画の見直しにおいて、「政策医療」の範囲の純化を謳い、政策医療が推進すべき医療19分野の確定、診療、臨床研究、教育研修、情報発信機能の一体化、同じ政策医療分野の施設群のネットワーク化などを目標として列挙し、民間病院や医師会からの批判を「政策医療」の推進によって解消する方向性を明確にしたが、この中には地方の公立病院の位置づけは見あたらない。自治体病院の「政策医療」は、国から見れば「一般医療」、民間から見れば「政策医療」というような中途半端な立場に追い込まれることになったわけである。

「政策医療」と呼ばれる活動分野（高度・先進医療、救急医療、災害医療、感染症対策、教育研修、臨床研究など）の主要な部分は、国立の機関によってすでに占拠されており、かつ、その政策医療ネットワークの計画においても自治体病院との連携についてはほとんどふれられることがなかったために、自治体病院に残された「政策医療」的な役割はきわめて限定的、周辺的なものとならざるを得なかった。たとえば、都道府県立病院については、三次救急、感染症対策、精神科救急、へき地医療などがしばしば取り上げられるが、これは全国共通の指針というものにもとづいていわれているわけではない。確かに、三次救急、感染症対策、精神科救急などは自治体病院に対して制度的に保護されているかのごとくの（指定医療機関の多数は国公立病院で占められている）観があるが、それ以外の分野、特にへき地医療などについては、状況によっては「一般医療」と重複するような流動的なものである。リハビリのような新しく展開しつつある分野などにおいては、「政策医療」的意味合いは民間の参入状況と共に急速に変化する。實際上、多くの公立病院は、指定医療機関制度のようなある程度制度に守

られているともいえるべきハードな「政策医療」領域、地域の事情や時代の要請によって「政策医療」化している相対的でソフトな「政策医療」、他の公的病院、民間病院と機能的に異なるところのない「一般医療」の複合体となっている。

したがって、公立病院を「政策医療」という観点からみるならば、まず、その医療機能を病棟毎等に分類・特定し、ハードな「政策医療」、ソフトな「政策医療」、「一般医療」に区分することを試みる必要があるだろうと思われる。その上で、政策医療的活動がどの程度の赤字を生み出しているか、そのレベルは住民が許容できるものであるかを検討すべきであるし、それが過去から現在までどのように推移し、将来に向かってどのように変動すると予想されるのかをキーとして、病院施設という多額の投資結果としての財務が語られるべきであると考え

(3) 「イコール・フットイング」と役割分担の社会的合理性

昨今の規制緩和推進の動き、競争原理の医療への導入という考え方からすれば、国公立病院についても、一定の医療機能の遂行に際して、他の医療機関（特に医療法人立の民間病院）と同じ土俵の上で競争した上で、その効率性を示す必要があるという議論（いわゆる「イコール・フットイング」）がある。原理的には、「政策医療」「一般医療」いずれについても、もっとも効率的に、すなわち最小の社会的コストによる最大の社会的便益を生み出す施設に委託するのが社会的に見て合理的である。したがって、「政策医療」「一般医療」の役割分担も、公立病院は「政策」、民間病院は「一般」というような機械的図式によって行うのが妥当かどうかという判断も必要になる。

とりわけ、指定医療機関制度などで保護されていないソフトな「政策医療」分野については、同様の機能をもつ他の公的病院や民間医療機関との比較または組み合わせの比較が必須である。この場合、その判断は、個別の施設の経済合理性ではなく、一定の地域における医療供給体制にかかる社会的コスト（医療サービス供給が欠如した場合のコストを含む）と社会的便益（医療の質を含む）の組み合わせがもっとも効率的になることを目指して行われるべきである。ただし、こうした判断は提供されている医療の質についての評価システムが存在して初めて意味をもつものであり、治療成績や患者評価など相互に比較可能なデータにもとづく総合評価が可能になるまでは、暫定的なものにとどまることを銘記すべきである。

さしあたりは、過去、現在、未来の公立病院への投資が、どの程度社会的に合理的なものとして是認されるのかについて、「政策医療」（役割分担）と「イコール・フットイング」（競争政策）両方の観点から考察されるべきである。すなわち、それぞれの時点において、何が「政策医療」としての意義をもっており、また、それを遂行するのにもっとも合理的な選択肢は何であったのか、何であろうと推測されるのか、ということが考察されるべきであると考え

しかし、分析の軸があまりにも多軸となり複雑化してしまうため、本報告書においては、まずは時間軸を固定、つまり現時点での「政策医療性」につき現状を資産査定するかのごとくの「棚卸法的アプローチ」によって、法制度からの「ハードな政策医療性」と、その病院の置かれている地域周辺事情を鑑みての「ソフトな政策医療性」を把握して「一般医療」を切り離し、それぞれの世界での財務監査上の問題点を浮かび上がらせる手法をとりつつ、そのようなアプローチが覆い隠してしまうこととなる部分につき光をあてるため、過去の多額の投資時点における状況分析と、将来への再投資の必要度合につきその政策医療性の長期維持可能性を推測評価することをもち、補足的な財務監査上の検討事項とすることにしたい。

(4) 府立洛東病院の政策医療性

府立洛東病院は、既存病床数が、基準病床数をすでに上回っている京都・乙訓医療圏の東山地区にあり、近隣に京都第一赤十字病院、京都専売病院など公的な大病院が存在する。洛東病院において政策医療的な意味のあるものは、回復期リハビリテーションであるが、この分野は既に述べたように相対的に政策医療の意味合いがあるという程度であり、京都市内では9病院の民間病院ですでに展開されており、今後複数の病院が参入することが予想される。大病院の密集する東山地区において、民間病院とすでに競合関係にある医療分野を政策医療として拡充する必要性がどの程度あるのかを検討する必要があると考える。

・京都府立洛東病院の概要

1. 病院の沿革

明治9年9月	東山区建仁寺内に「驅黴院」として発足
大正2年2月	東山区東大路通五条上ル梅林町563（現在地）に新病舎建築移転
昭和25年7月	内科、外科、産婦人科、皮膚泌尿器科、小児科を設置
昭和30年11月	京都府立洛東病院と改称（一般病院化）
昭和31年3月	一般病床84床、結核病床66床に変更許可を受ける（許可病床150床）
昭和31年9月	一般病床61床、結核病床89床に変更許可を受ける（同上）
昭和32年2月	神経科、呼吸器科、歯科を設置

- 昭和32年4月 基準給食の承認を受ける
- 昭和33年1月 一般病床47床、結核病床105床に変更許可を受ける（許可病床152床）
- 昭和35年2月 一般病床148床、結核病床102床に変更許可を受ける（許可病床250床）
- 昭和35年5月 基準看護の承認を受ける
- 昭和39年11月 救急病院の告示を受ける
- 昭和40年3月 成人病兼臨床検査棟（現在の管理棟）竣工
- 昭和45年11月 病棟の全面増改築工事着工
- 昭和47年10月 看護婦宿舎「近衛寮」竣工
- 昭和48年2月 新病棟竣工
- 昭和48年8月 脳卒中を中心とする循環器疾患の専門病院として再開 第1病棟、第5病棟開設
- 昭和48年9月 一般病床200床、結核病床50床に変更許可を受ける（許可病床250床）
基準寝具設備の承認を受ける
- 昭和48年11月 第2病棟開設
- 昭和49年2月 整形外科機能訓練、身体障害者作業療法の承認を受ける
- 昭和50年5月 第4病棟開設
- 昭和51年4月 基準看護特1類（一般）の承認を受ける
- 昭和52年9月 R I 検査を開始
- 昭和55年4月 第3病棟開設
- 昭和58年10月 基準看護特2類（一般）の承認を受ける
- 昭和59年12月 重症者の看護及び収容に係る承認を受ける（5床）
- 昭和63年4月 老人作業療法の承認を受ける
- 平成6年8月 総合リハビリテーション施設の承認を受ける
- 平成7年3月 第5病棟（結核病棟）廃止
- 平成7年4月 許可病床200床となる
- 平成7年8月 精神科外来廃止
- 平成8年7月 新看護3対1看護を届出、受理される
- 平成9年4月 入院時食事療養に係る特別管理（適時・適温給食）を届出受理される
- 平成10年10月 薬剤管理指導に係る施設承認を受ける
- 平成11年9月 整形外科外来の診療開始
- 平成13年1月 許可病床196床となる
- 平成15年7月 第2病棟「回復期リハビリテーション病棟」の承認を受ける
- 平成15年10月 入院食事（昼食・夕食）の「選択メニュー制」を開始
- 平成15年12月 救急病院の告示を取り下げる

2. 施設の状況（平成16年4月1日現在）

- 所在地 京都市東山区東大路五条上ル梅林町563
- 診療科目 神経内科、循環器科、呼吸器科、一般内科、リハビリテーション科、整形外科、補助科（眼科、歯科）
- 許可病床数 196床（稼働病床146床）
- 一般病床 196床（稼働病床146床）
- 基準サービス 新看護 3対1（平成8年7月）入院時食事療養特別管理（平成9年4月）
- 施設承認 総合リハビリテーション施設（平成6年8月）

洛東病院では適正な医療提供体制に必要な施設が充実していないことが最も大きな問題である。以下、適正な医療提供体制に必要と思われるが、洛東病院に設置されていない或いは不十分な施設を列举する。

整形外科においては手術室に設置されている機器が現在の医療基準に適合していないことから、機能を果たせず、平成15年救急病院の告示を取り下げた経緯がある。したがって、洛東病院の整形外科では手術を行えないのである。

リハビリ病棟においては浴室にリフトの設備がなく、医療サービスの提供にあたっては人海戦術によらざるをえない状況にある。

回復期リハビリを政策医療としてやるのであれば、現在行っている脳卒中对応の回復期リハビリではなく、例えば、民間では扱づらい分野である頸椎リハビリと高次脳機能障害リハビリなどをやる必要があると考えられるが、これらに対応する施設は充分でない。

急性期から回復期、維持期に至る一貫した治療形態に必要な施設が整っていない。すなわち、洛東病院では回復期リハビリをひとつのステップとして運営を立て直しつつあったのであるが、回復期リハビリの入院患者を確保するためには、急性期治療によって確保した患者を回復期リハビリの入院患者として取り込まなければ一定の入院患

者を確保できない問題がある。このため、周辺病院と協調体制をしいて回復期リハビリの患者を移送してもらうような仕組みづくりを構築せざるを得ないのである。

3. 人員の状況

(1) 職員配置状況

(平成16年4月)

所 属	職種等	配 置 人 員	配 置 人 員 の 職 種 別 内 訳															
			事 務	医 師	薬 劑 師	看 護 師・ 准 看 護 師	臨 床 検 査 技 師	放 射 線 技 師	栄 養 士	理 学 療 法 士	作 業 療 法 士	言 語 聴 覚 士	保 健 師	自 動 車 運 転	調 理 師	看 護 補 助	用 庁 務	家 政
事 務 部	庶務課(含事務部長)	12	4										1			6	1	
	会 計 課	3	3															
	医 事 課	4	3									1						
	給 食 課	10						3					7					
	計	29	10					3				1	1	7		6	1	
診 療 部	医 局	11		11														
	臨 床 検 査 室	6				6												
	放 射 線 科	3					3											
	計	20		11		6	3											
リハビリテーション部		15		3					7	4	1							
看 護 部	看 護 部 長 室	10			9										1			
	外 来	6			6													
	第 1 病 棟																	
	回 復 期 リ 八 病 棟	18			18													
	第 3 病 棟	19			19													
	第 4 病 棟	19			19													
	計	72			71										1			
薬 劑 部		4		4														
合 計		140	10	14	4	71	6	3	3	7	4	1	1	1	7	1	6	1

(2) 医師の在職月数の状況

洛東病院における医師の在職月数の推移と患者数の相関関係は以下の通りである。

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
医師平均在職年数	8年2か月	8年2か月	7年9か月	3年3か月	2年0ヶ月
外来患者数(人)	34,758	36,992	34,853	29,228	23,898
入院患者数(人)	61,068	59,785	61,001	55,839	46,263

平成13年度までは医師の在職年数は8年程度で安定的に推移してきたが、平成13年度末において在職期間の長かったベテランの医師が退職したことや、府立医大の医療センターにおける洛東病院に対する医師派遣のスタンスが明確でなく、また設備や患者実態等の点で若手医師にとっての魅力が少なくなったことで、急速に医師派遣の回転が速くなり15年度末にはとうとう2年丁度となった。なお、平成16年5月末段階においては医師在職年数の短縮化が更に急速に進展し、1年7か月となっている。

このように、担当医師が猫の目のように代わる体制にあっては適正な医療供給体制にあるとはいえないと評価されても止むを得ないと考えられる。むしろ、医療供給体制が崩壊しているといっても過言ではないのかもしれない。かかる背景にあっては医師を初めとする医療スタッフの志気の低下は不可避であると考えられる。このようなことがあってか患者の信頼を得られず、医師在職年数の短縮化に比例して、外来患者数及び入院患者数が加速度的に激減している状況にある。

4. 敷地、建物の状況

(1) 敷地面積 10,889.44㎡

病 院 (京都市東山区東大路五条上ル梅林町563) 9,905.13㎡

看護師宿舎 (京都市左京区吉田近衛町26番68) 984.31㎡

(2) 建物の状況

区 分		建 築 様 式	主 な 用 途		面 積 ㎡	
					延床面積	建築面積
本館	診 療 棟	鉄筋コンクリート	4階	四病棟他	9,494.49	2,411.25
			3階	三病棟、中央材料室他		
			2階	一病棟、中央検査室		
			1階	医事課、薬局、外来診療室、X線室、CT室他		
			地下	RI検査室、給食課・厨房、職員食堂、コントロール・ルーム他		
	リハビリ棟	鉄筋コンクリート 地上2階	2階	二病棟、言語療法室		
		1階	診療室、作業療法室、運動療法室、MSW相談室			
管理棟	鉄筋コンクリート 地上2階	2階	院長室、医局他	680.94	339.50	
		1階	庶務課、会計課、会議室他			
医師公舎	木造モルタル塗 トタン葺平屋			31.07	31.07	
医師住宅	LGS平屋建			50.59	50.59	
塵芥集積	コンクリートブロック 波型スレート葺			20.25	20.25	
病院計				10,277.34	2,852.66	
看護師宿舎(近衛寮)	鉄筋コンクリート 地上4階			862.92	279.72	

自転車置場			9.00	9.00
看護師宿舍計			871.92	288.72
合 計			11,149.26	3,141.38

洛東病院の施設については、大きく3つの問題点があると考えられる。

1つは、洛東病院が建っている敷地形状である。不整形な敷地形状であり、道路からの高低差がきついため、これからの病院に必要なバリアフリー化が図りにくい点がある。洛東病院に対して今後抜本的な修繕的投資をしたところで、この問題だけは解決しないところである。

2つ目は施設の老朽化である。とりわけ、水周りの設備の老朽化は包括外部監査人自らの目視によっても、明らかに確認できるほどの程度である。受水槽の老朽化の程度があまりにも酷いので、患者の飲料水の供給にいつ問題が生じてもおかしくないと思えるほどである。下記の表は洛東病院における固定資産の耐用年数経過分である。

<有形固定資産の耐用年数経過分調べ>

(平成16年3月31日現在、単位：千円)

	取得価額	うち耐用年数経過分
建物	1,286,470	361,657
構築物	38,387	12,108
器械備品	858,117	570,864
車両	2,270	2,270
合計	2,185,245	946,899

表から見ても分かるように、器械備品のうち66.5%が耐用年数経過分であり、かなり設備が老朽化している。また、建物について一般に耐用年数が長いので、耐用年数経過という尺度だけでは設備の老朽化を指摘しにくい。そこで、いつ築造されたものかを見ていけば下記の表のようになる。

<建物取得年代別内訳>

(単位:千円)

取得年代	取得価額	うち耐用年数経過
昭和30年代	30,828	0
昭和40年代	929,338	236,186
昭和50年代	107,839	107,839
昭和60年代以降	218,474	17,632
合計	1,286,470	361,657

表からは、昭和40年代に取得した建物が大半であることが分かる。これは「病院の沿革」で示した昭和48年の病棟建設に係るものである。以後に為された主な設備投資としては平成7年に燃料効率化を目的とした電気冷房からガス冷房への切り替え投資1億円及び、耐震対策としてエレベーター改修工事5千万円だけで、建築後30年余り経過して老朽化した建物への本格的な改修工事は一切為されていない。

3つ目は、耐震性に問題があることである。阪神・淡路大震災を契機に財団法人日本建築総合試験所に耐震診断を依頼されているが、所要の耐震基準に適合するためには下記の支出が必要とされるとの診断結果が出されている。監査時点ではまだ対策はとられていない。

<財団法人日本建築総合試験所耐震調査結果より抜粋>

(単位：千円)

工 事 内 容	工 事 に よ る 影 響	金 額
耐震改修 (耐震補強のみ改修)	地階工事期間中は厨房機能・空調機能は全て停止 地階工事においてもメインの配管シャフト周りの工事期間中は全館の設備機能停止 エレベーターの一定期間使用停止 工事期間約10か月	431,000

追加工事		
内装改修 1,280㎡ (診療室居室廻り)	同上 工事期間約12か月	48,000
内装改修 (診療棟共用部分)	同上 工事期間約12か月	111,800
全館設備配管改修 (配管のみ取替え機器別)	設備配管改修工事中は全館の設備機能停止 全館全面改修に準ずる程度の休診(約14か月)が必要	552,000
保安施設 (発電機の更新)	同上	145,600
<参考>		
全館改修 (全館リニューアル)	構造躯体を残して、仕上・設備全て撤去 工事期間中約20か月は休診	3,954,000

その診断結果によれば、耐震改修工事のみを実施するのであれば10か月病院の機能を一旦停止した上で耐震改修をする必要があるとされているが、耐震補強のみの工事だけでも4億3100万円もの予算が必要である。10か月も病院の機能を一旦停止した耐震改修工事を行うのであれば、とりわけ問題となる水周り関係の施設の大改修を併せて行う必要があると思われるが、この場合には14か月病院の機能を停止する必要があり、その予算は8億5700万円もの予算が必要とされる。

患者が離散している病院の最低限度の改装にすら巨額の資金が必要であることから、施設の存廃にまで踏み込んだ検討が必要である。

5. 患者の状況

(1) 入院患者の状況

洛東病院における過去5年間における診療科別の入院患者の推移は以下の通りである。なお、内科については15年度から入院外来とも専門科の区分をはずしている。

<入院患者数> (単位:人)

診療科	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
神経内科	14,635	14,743	15,438	13,754	29,372
循環器科	14,552	14,175	13,862	12,609	
呼吸器科	4,923	5,032	4,731	3,864	
一般内科	10,589	10,159	10,119	9,046	
整形外科					
リハビリテーション科	16,369	15,676	16,851	16,566	16,891
合計	61,068	59,785	61,001	55,839	46,263
1日平均患者数	166.9	163.8	167.1	153.1	126.4
入院数	1,320	1,273	1,326	1,165	824
退院数	1,299	1,288	1,324	1,205	819

内科については、第1病棟の廃止、救急告示病院の廃止(平成15年12月)呼吸器科医師の欠員(7月~)、一般内科医師の欠員(9月~10月)の要因があって前年比25%の入院患者数が減少となった。

(2) 外来患者の状況

洛東病院における過去5年間における診療科別の外来の患者の推移は以下の通りである。

<外来患者数> (単位:人)

診療科	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
神経内科	7,544	7,104	6,758	5,620	15,731
循環器科	9,718	9,392	9,756	6,768	
呼吸器科	2,335	2,275	2,389	2,095	
一般内科	5,348	6,285	5,068	4,603	
リハビリテーション科	8,321	9,152	8,461	7,410	4,941
整形外科	921	2,034	1,764	2,012	2,619
補助科	571	750	657	720	607
合計	34,758	36,992	34,853	29,228	23,898
1日平均	142.5	151.0	142.3	119.3	97.1

外来患者は平成12年度には一旦持ち直したものの一貫して減少傾向となっている。とりわけ、平成15年度にお

いては前年比 18.2%もの大幅減少となり、いわば、患者から見放されたに近い状態になっているのが実情である。その要因としては次の3点考えられる。

まず一つは、府立医大医療センターによる派遣医師についての人事政策である。人員の状況でも既に触れたが、府立医大医療センターから派遣されてくる医師が頻繁に変わり、継続的かつ顧客本位の医療の提供が困難な状況になっているからである。

2つ目は、東山地区の医療圏における人口の減少と病院過多である。東山地区の医療圏の特徴は後述するが、人口が高齢化・減少化しつつあるなかで病床が過剰な状況にある。しかも、府の方針が救命救急医療を同地区にある京都第一赤十字病院に委ねる方向にある中で、洛東病院が医療行政において宙に浮いた存在になったからである。

3つ目は、国の外来診療減少政策である。国は医療の合理化を図る為、投薬制限を無くして通院回数を減らす政策を採っている。この結果、患者は旧式の設備の病院を敬遠し設備の整った綺麗な病院に通院するようになったと考えられる。

診療科別に個別要因及びその影響を見ていくと、ベテラン医師の退職による患者の移動により、循環器内科の患者が大幅減少している。また、内科においては救急告示病院の廃止（平成15年12月）、呼吸器科医師の欠員（7月～）、一般内科医師の欠員（9月～10月）、医師定数の振り替え（内科 整形外科）の要因があり、平成15年度は前年比18%減少となっている。

リハビリテーション科では、洛東病院によるリハビリテーション開始に伴う入院患者重視政策により、診療日数を減らした分だけ患者数が減少している。

6. 財務の状況

<決算書の組み替え>

決算書は民間病院と同様の様式で、貸借対照表は流動式配列法とし、損益計算書は医業損益、医業外損益、特別損益の区分で表示している。なお、貸借対照表及び損益計算書は主な科目のみ表示している。

決算書において医業収入に含めて表示されている「他会計補助金」については、病院の業績をより適正に示すために医業収入に含めずに表示している。

各金額及び比率は表示単位未満を切り捨てて表示しているため、合計欄が必ずしも一致しない。

(1) 過去3期間の損益計算書の推移

<損益計算書>

(単位:千円)

科 目	13年度	14年度	15年度
病院事業収益	2,121,336	1,661,213	1,333,570
医業収益	2,111,302	1,659,223	1,331,426
入院収益	1,627,392	1,340,730	1,100,821
外来収益	461,229	296,064	213,983
その他医業収益	22,680	22,428	16,621
医業外収益	8,920	1,987	2,020
受取利息配当金	271	205	188
その他医業外収益	8,648	1,781	1,831
特別利益	1,113	2	124
過年度損益修正益	1,113	2	124
病院事業費用	2,662,523	2,488,675	2,048,998
医業費用	2,600,405	2,437,258	2,013,082
給与費	1,514,573	1,623,189	1,382,053
材料費	732,247	490,803	322,798
経費	266,502	245,886	233,512
減価償却費	72,462	70,062	67,835
資産減耗費	7,825	1,604	440
研究研修費	6,795	5,711	6,442
医業外費用	56,333	43,244	32,965
支払利息及び企業債取扱諸費	4,397	3,474	2,337
繰延勘定償却	2,151	2,782	2,961
雑損失	49,784	36,987	27,666
特別損失	5,785	8,172	2,950
過年度損益修正損	5,785	8,172	2,950
純損失	541,187	857,462	715,428

まず、入院収益についてであるが、14年度においては内科患者の大幅な減少により前年度比18%の減少となり、15年度においては1病棟50床休止による内科患者の減少により前年度比18%の減少となった。すなわち、2年連続18%減少して13年度に比べて15年度は32%減となったのである。

次に、外来収益であるが、14年度においては先に説明したベテラン医師の退職による患者離れにより前年度比

36%減少となり、15年度においては内科患者の減少及び回復期リハビリの開始によりリハビリ患者を入院中心に変更したことなどにより前年比28%減となった。すなわち、2年連続約30%減少したため、15年度の外来収益は13年度の半分以下の業績しかあげられなかったことになる。

給与費であるが、このような厳しい経営環境に対処するための打った手が数字に現れている。14年度は退職手当の増加により7%増加し、15年度は退職手当の減少、職員の削減、給与の2.5パーセントカットにより逆に15%減少している。

その他経費の減少は、医業収益の減少に見合う経費の削減があり、14年度、15年度ともに減少している。

(2) 過去3期間の貸借対照表の推移

要約貸借対照表は以下のとおりである。

<要約貸借対照表>

(単位:千円)

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
流動資産	498,303	437,412	310,904
固定資産	919,490	889,149	841,931
繰延勘定	13,676	12,924	10,998
資産合計	1,431,470	1,339,486	1,163,833
流動負債	208,630	88,388	69,137
固定負債	131,978	197,866	91,844
負債合計	340,608	286,254	160,982
自己資本金	2,847,403	2,892,322	2,961,086
借入資本金	229,224	198,231	143,418
剰余金	△ 1,975,766	△ 2,037,322	△ 2,101,654
資本合計	1,431,470	1,053,232	1,002,850

1) 資産の状況

平成13年度から平成15年度にかけては既に説明したように患者数が大幅に減ったので、医業未収金が大幅に減少した。平成13年度から平成15年度にかけて特に大きな設備投資はなく、減価償却費相当分だけ残高が漸次減少している。

2) 負債の状況

平成13年度に含まれていた設備投資にかかる未払金69,070千円が平成14年度及び平成15年度にはなくなったので医業未払金が減少した。

3) 資本の状況

平成13年度から平成15年度にかけて特に大きな設備投資はなかったため、企業債残高が減少している。

(3) 決算日後の業績推移

決算日後6月までの業績の推移は以下の通りである。

<平成16年4月～6月医業収入> (単位:千円)

	平成16年4月	平成16年5月	平成16年6月
入院収益	84,422	76,088	78,931
外来収益	15,878	15,504	15,024
その他医業	1,452	892	1,177

<平成15年4月～6月医業収入> (単位:千円)

	平成15年4月	平成15年5月	平成15年6月
入院収益	94,213	92,343	85,660
外来収益	18,604	19,031	17,828
その他医業	1,818	1,553	1,561

患者離れの傾向は今年度になって更に加速し、入院患者数で前年同月比17.3%減、外来患者数で前年同月比5.6%減となり、厳しい数値に拍車をかけた。そのため、損益計算ベースでみると平成16年4月～6月までの入院収益、外来収益、その他医業収益はそれぞれ前年同期比13%、17%、30%の大幅な減少となった。

7. 医療圏内における医療状況

洛東病院の属する医療圏である東山地区では、下記の2つの特色がある。

(1) 病床が過剰

ここでは、基準病床数と既存病床数の比較を通じて、洛東病院の存する東山地区における一般病床或いは療養病床が過剰であることを説明したい。

まず、ここでいう基準病床数とは医療法第30条の3第2項の規定に基づき、病院の病床及び診療所の療養病床の適正配置を目的として、定めた基準である。すなわち、基準病床数とは地域ごとにあるべき病床数の基準を定

めたものであり、既存病床数が基準病床数を上回ってればその地域では病床が過剰であるという目安を与えることになるし、逆に既存病床数が基準病床数を下回ってればその地域では病床が過疎であるという目安を与えることになる。医療法施行規則第30条の30の規定により、療養病床及び一般病床については二次医療圏ごとに、精神病床、結核病床及び感染症病床は府全域で定めることとされており、京都府では以下の通り基準病床数が設定されている。

<京都府における基準病床数と既存病床数との関係>

[京都府保健医療計画 平成16年3月 京都府発行]

病床種別	区域	基準病床数	既存病床数
療養病床 及 び 一般病床	丹後医療圏	1, 299	1, 116
	中丹医療圏	2, 546	2, 467
	南丹医療圏	1, 459	1, 397
	京都・乙訓医療圏	16, 298	20, 586
	山城北医療圏	3, 816	3, 691
	山城南医療圏	784	616
	京都府計	26, 202	29, 873
精神病床	府全域	6, 086	6, 560
結核病床	府全域	424	383
感染症病床	府全域	30	30

既存病床数は平成16年2月28日現在の数値(整備中を含む)

療養病床及び一般病床にかかる基準病床数は「京都・乙訓医療圏」という広い地域に設定されているので、このままでは今回の包括外部監査の対象となった洛東病院の属する東山地区における病床の過不足について判断することはできない。そこで、京都府府立病院改革プロジェクトが作成した行政区レベルまで落とし込んだ病床の過不足の判定資料である「東山区における病床の状況」を使って検討することにする。この資料は、基準病床数を各行政区における人口を使って按分して求めた基準病床数(行政区別)と、既存病床数とを比較した資料である。なお、説明の便宜のため、基準病床数(行政区別)に対し現実の既存病床数がどれくらい充足しているかを示す「病床充足率」を、京都府府立病院改革プロジェクトが作成した資料に加えて掲載している。

<京都・乙訓医療圏における病床の状況>

[京都府府立病院改革プロジェクト作成資料]

	A	B	C	D	E	F	G
北 区	13	1,427	125,003	11	1,263	164	113.0%
上 京 区	8	2,464	83,711	29	846	1,618	291.3%
左 京 区	16	2,364	170,112	14	1,718	646	137.6%
中 京 区	10	1,409	98,527	14	995	414	141.6%
東 山 区	7	1,476	42,712	35	431	1,045	342.5%
山 科 区	8	2,167	137,074	16	1,385	782	156.5%
下 京 区	8	1,465	73,645	20	744	721	196.9%
南 区	7	643	97,750	7	987	△ 344	65.1%
右 京 区	10	1,056	195,045	5	1,970	△ 914	53.6%
伏 見 区	18	3,759	286,955	13	2,899	860	129.7%
西 京 区	7	1,431	155,559	9	1,571	△ 140	91.1%
向陽管内	7	925	147,390	6	1,489	△ 564	62.1%
合 計	119	20,586	1,613,483	179	16,298	4,288	

A : 病院数

B : (一般・療養) 既存病床数

C : 人口(平成15年9月1日)

D : 人口千人あたり病床数

E : 新基準病床数を人口で按分(正式な基準病床数は京都・乙訓医療圏の16,298)

F : 既存病床数 - 新基準病床数 (B - E)

G：病床充足率（B / E × 100）

東山地区では、周辺病院における病床の増加や人口の減少等の要因により、病床が過剰になっている。＜京都・乙訓医療圏における病床の状況＞の通り、東山地区における病床充足率が342%にもものぼっており、東山地区は府内でも一番の病床過剰地帯であることがわかる。逆に、向陽管内や同じ京都市内でも南区や右京区では病床充足率が各々62%、65%、53%しかなく、これらの地区は東山地区とは逆に著しい病床過疎となっている。病床充足率については地域間では上下で6.5倍も格差があり、府民に平等かつ適正な医療を供給するべきという政策医療の遂行の観点からは、地域的に大きな偏在が生じているのが現状である。

(2) 京都第一赤十字病院の存在

平成7年度から平成12年度にかけて、国と府の共同事業で「京都第一赤十字病院施設・設備整備補助事業」が施行された。この事業は、施設の老朽化への対応にあわせ、高度化・多様化する医療ニーズに対応するため従来の機能の一層の強化を図るとともに、府民から要望の強かった周産期母子医療機能や災害時医療機能の整備を図るものである。

この事業により整備された主要機能は以下の通りである。

1) 救命救急センター

京都市内3番目の第3次救命救急機能を担うセンターとして整備された。この結果、京都第二赤十字病院、国立京都病院（現 独立行政法人国立病院機構京都医療センター）と地域分担を図り、同病院は丹後・中丹・京都乙訓・山城北・山城南医療圏を担当することとなった。

2) 総合周産期母子医療センター

NICU、PICU対応が必要な重篤の新生児、産婦、褥婦を受け入れる一方、専任ドクターを配置した情報システムの運用による関係医療機関との調整等を実施する周産期母子医療の拠点としての機能を整備した。

3) 基幹災害医療センター

阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、災害時における京都府の基幹災害医療センターの機能を整備し、災害医療機能を強化した。

4) 施設近代化

ゆとりある療養スペースなど療養環境の改善、看護師等の勤務環境の向上が図られた。

同じ医療圏内において、京都第一赤十字病院が国及び府の事業として第3次救命救急機能を担うセンターとして整備されてしまった段階においては、洛東病院は経営的には京都第一赤十字病院との役割分担を明確にすべきであったと思われる。すなわち、府は洛東病院が担っていた急性期医療の喪失の影響を考え、たとえば回復期＋療養型リハビリに特化した戦略的投資計画を打ち立てて、全病棟的に再スタートするなどの抜本的対策がなされるべきであったのだが、結果としては、民間に遅ればせながらの回復期リハビリ病棟への50床の適用申請にとどまり、内科病棟は放置されたといっても過言ではない。回復期リハビリテーションは、本来洛東病院の特徴を生かした取り組みであるにもかかわらず、算定開始に至るまでに時間を要したことは、民間病院と比較して遅いといわざるを得ず、内科病棟の放置ととも、病院・本庁双方を通じた意思決定システムに問題があるものといえる。かくして、東山地区の医療圏において洛東病院のレゾナートルが不明確なまま、患者離れが進行したのである。

以下に、洛東病院の病床稼働率と平均在院日数の変遷を記載しておく。

年度別病床利用率及び平均在院日数
全病棟

年度	11	12	13	14	15	15転病棟除く
病床数	200	200	196	196	146	146
延べ患者数	61,068	59,785	61,001	55,839	46,263	46,263
入院数	1,320	1,273	1,326	1,165	1,029	824
退院数	1,299	1,288	1,324	1,205	1,023	819
病床利用率	83.4	81.9	85.3	78.1	86.6	86.6
平均在院日数	46.6	46.7	46.0	46.1	44.1	55.3

(うちリハビリテーション病棟)

病床数	50	50	50	50	50
延べ患者数	16,369	15,676	16,851	16,566	16,891
入院数	175	176	187	180	213
退院数	181	194	191	176	213
病床利用率	89.4	85.9	92.3	90.7	92.3
平均在院日数	91.9	84.7	89.2	93.1	79.3

※15年度平均在院日数の増加原因はリハビリ病棟の構成比の変化によるもの
転病棟を除くとは、内科病棟でまず検査入院し、その後リハビリ病棟へ移った患者を除いた場合の数値である。

8. 前回包括外部監査における指摘事項のフォローの状況

平成11年度においても包括外部監査の対象として医業が選定されている。包括外部監査人による指摘事項と、これに対する病院側の取り組みをまとめたのが下表である。

< 洛東病院回答 >

事 項	前回監査における指摘事項	病院側の対応
病院の運営方針の再検討	民間病院との競争の激しい地域にあって外来患者の極めて少ない現状において、内科系リハビリだけでは限界があると思われる。脳血管、心臓、呼吸器、骨関節疾患、外傷等にも対応できる機能を整備し、訪問、在宅リハビリやスポーツリハビリを含めた「総合リハビリ」病院を目指す等、時代のニーズに対応した施策を講ずるべきである。	整形外科診療体制の充実 (整形外科リハビリへの対応) 医師常勤化(平成13年10月) 医師複数化(平成15年1月) 回復期リハビリテーション病棟の開設 (平成15年7月)
医療体制の整備	パート医師等の採用により、夜間診療、休日診療も検討すべきである。	平日診療受付時間の延長 (12:00 13:00)
在庫管理の徹底	薬品在庫の正確性が把握できない状況は改善しなければならない。	薬剤管理システムによる管理、過剰在庫の抑制
診療材料購入システムの向上	診療材料購入システムがマンネリ化しており主要材料については入札制を採用すべきである。	見積合わせの徹底
業務の外部委託	収益構造改善のためにも、給食業務外部委託、院外処方箋の推進、その他業務委託等の導入により給与費の削減が望まれる。	リネン・中材業務の外部委託(平成12年4月) 院外処方箋の推進(平成16年3月約60%)
連携の強化とPRの必要性	府立病院としての使命を果たすためにも、他の病院、診療所、福祉施設との連携を強化するとともに広報活動も必要である。	ホームページ委員会の設置(平成13年12月) 地域医療連携室の開設(平成15年4月)
施設の整備	駐車場の管理体制を見直す必要がある。	職員による駐車場管理の徹底
病院の将来展望	保険医療を取り巻く状況の変化にスピーディーに対応していく必要、政策医療の観点からも、ロケーションを含め、将来の明確な方向付けが急がれる。	病棟再編・回復期リハ病棟開設によりリハビリ重視の方向を打ち出す(平成15年4月、7月)

思うに、同一医療圏内において京都第一赤十字病院が国と府の補助を受けて救命救急センターとして充実したのに対し、整形外科リハビリへの対応及び回復期リハビリテーション病棟のみでは対応として中途半端であったと考えられる。回復期リハビリは急性期リハビリと有機的に結合することによって経営的に成り立つものであるから、回復期リハビリ単独の推進は、役割分担と地域連携体制の構築の視点がそこに伴っていないかぎり、病院の改革の方向性としては疑問の残るところでもある。

また、既に述べたように洛東病院の構造的な問題は、看護師の人件費の高いところと、医療設備の老朽化ないし陳腐化と、派遣医師の配属期間が近年極端に短くなってきていることである。洛東病院の医師を派遣しているのは府立医大医療センターである。配属期間問題の原因の大半は府立医大医療センターにあるのは明白であるものの、医療設備の老朽化ないし陳腐化の著しい洛東病院にあっては、府立医大医療センターだけを責めるわけにはいかないと考えられる。なぜなら、派遣される医師にとっても、やはり病院に派遣されて臨床業務を経験することで就業成果を吸収できる病院でなければやりがいがないと思うのもごく当然の感情であると思われるからだ。すなわち、洛東病院においては中途半端な運営方針が長年続いてきたため、派遣される医師にとって魅力の無い病院として映ったのだと考えられるからである。

運営方針を転換させる予算が無いために医療設備の老朽化が進行し、派遣医師に敬遠されるから患者も遠のき、更に、患者数の少ない病院に予算を割けないから、さらなる医療設備の老朽化の進行、そして派遣医師の勤続期間の極端な短縮化が起こったと考えられる。医療設備の老朽化の進行と、派遣医師の勤続期間の極端な短縮化というのはどちらに原因があってどちらがその結果というような明確な関係無く、いわば、「ニワトリとタマゴ」の関係のようになっている。このような悪循環が続いた結果が現在に至るまでの洛東病院の業績悪化プロセスである。

・府立洛東病院の現状と問題点

1. 法規性の検討

(1) 随意契約と単独随意契約の実態について

契約形態として随意契約が非常に多い。入札ではなく随意契約によることができるケースはまず地方自治法施行令第167条の2に規定されている場合、すなわち

- その性質又は目的が競争入札に適しないものをするとき
- 緊急の必要により競争入札に付することができないとき
- 競争入札に付することが不利と認められるとき
- 時価に比して著しく有利な価格で契約を締結することができる見込みのあるとき
- 競争入札に付し入札者がいないとき又は再度の入札に付し落札者がいないとき
- 落札者が契約を締結しないとき

である。さらに、京都府会計規則第161条の2に規定されている、

- 工事又は製造の請負でその予定価額が250万円を超えないもの
- 財産の買入れでその予定価格が160万円を超えないもの
- 物件の借入れでその予定賃借料の年額又は総額が80万円を超えないもの

10 財産の売払いでその予定価格が50万円を超えないもの

- 物件の貸付でその予定賃借料の年額又は総額が30万円を超えないもの
 - 工事又は製造の請負、財産の売買および物件の賃借以外の契約でその予定価格が100万円を超えないもの
- の場合に限られている。また、京都府会計規則第163条には単独随意契約としてよいケースが列挙されており、
- 特定人から見積りを徴しても同一金額の見積りがなされると予想されるとき
 - 特定人から見積りを徴することが有利とみとめられるとき
 - 契約の相手方が特定人に限定されるとき

にのみ単独随意契約となる。

以上をふまえて随意契約取引の法規性について検討したところ、以下の問題点が認められた。

まず、器械備品の購入取引および修繕費取引において、ほとんどが上記の「その性質又は目的が競争入札に適しないものをするとき」と「緊急の必要により競争入札に付することができないとき」を理由とした契約となっている。器械備品の購入、建物修繕のそれぞれで3社から4社の見積もり合わせがほぼ固定化しているが、「競争入札に適しない」「緊急の必要」の理由が判然としない。たとえば「外来ホール及び診察室改修工事（壁、天井の塗装、床の張り替え）」につき、当院を熟知し経験を有する業者である必要性からを根拠としているが、一定の能力のある工務店ならばその程度の内装工事は誰でも施工可能であろう。また、医療機器については専門技術機器であり納入業者も限られるとしてを理由としているが、京都府会計事務質疑応答集別冊（京都府出納管理局会計課通知）による例示としては「特殊な技術、機器、又は設備等を必要とする場合等」とあり、これをもってすべての医療機器が入札になじまないとするには問題がある。汎用的な医療機器も多くあるはずであり、を適用するには個々の機器に理由が必要と考えられるがそれが判然としない。納入業者数の観点での競争入札の不要性も根拠が薄弱である。

随意契約については、各自治体で「随意契約事務処理基準」のような取扱要領が設けられつつある。緊急対応修繕の乱用や組織的チェック体制が不十分であったことをうけて、随意契約の基準を明確化するものである。概ねどれくらいまでが緊急か、あるいはどのような場合に見積もり合わせが可能なのか、などが客観的に判断できるようになるものであるが、京都府にはまだそのような規程は存在しない。したがって、個々のケースで法規性の判断をすることとなるが、規則を満たしているとは思えないものが多いと結論せざるを得ない。

つぎに委託業者との契約であるが、総合管理業務については「庁舎管理に係る委託契約の取扱について（財産管理課）」により、指名競争入札を3年サイクルで実施し、落札業者とその後2年間は単独随意契約とする取り決めがなされているため、洛東病院もそれに従っているが、この3年サイクルを適用してはいけないケースに対しても独自に類推適用しているものが見受けられた。そもそもこの3年サイクルは「設備の運転管理業務は」と限定して規程されている。「庁舎管理に係る委託契約の取扱について（財産管理課）」の趣旨は、従来から指名競争入札を5年サイクルで実施してきたが、それは地方自治法上の根拠が弱いこと、業者参入機会の拡大と競争性を高める必要があること、厳しい財政状況のもと適正執行に努める必要があること、監査委員事務局からも競争性を高めるよう指導されていること、などを理由に改正することになり、その中で唯一「設備の運転管理業務」だけが3年サイクルとされ、それ以外は毎年入札すべきこととなっている。したがって、3年サイクルの拡大解釈により他の委託業務を3年サイクルとする行為は、規則を満たしていないと言わざるを得ない。

(2) たな卸資産の管理について

京都府病院事業会計規則の第56条においてたな卸資産となるボイラーの燃料について、毎事業年度末に実地たな卸を実施しておらず、また、定められた入出庫票およびたな卸資産出納簿を用いた受払管理もできていないた

め、たな卸資産の決算残高に含まれず簿外となっている。期末残高は百万円未満であろうと推定されるが、盗難や不測のロス等の事故に対する管理の視点が欠如しており、コスト管理上好ましくなく、規則違反であるとして指摘せざるを得ない。

(3) 固定資産台帳について

京都府病院事業会計規則の第16条は固定資産管理のために定められた固定資産台帳の整備を要求しているが、現在の減価償却システムから出力される帳票ではその定められた記載事項を満たしていない。特に構造、使用、規格、能力等の固定資産の属性情報と所在場所情報は基本的な管理事項として必須項目である。したがって、表計算ソフトを利用して別途の一覧表を作成しているが、一部の情報が不足しているし、また手数がかかることとなる。ソフトウェアの改善がなされるべきである。

2. その他の事項

医業費用の大部分は人件費である。洛東病院の平成15年度の医業収益は約1,331百万円であるが、給与費はなんと約1,382百万円であり、全ての医業収益をもってしても人件費が全額負担できないという異常事態である。そこで、平成15年度につき、まず課別担当別業務項目別に業務の負荷割合を質問し、それを手ごかりとして業務チームごとに個人別給与支払額年度トータル表にて集計されている給与額を業務項目ごとに按分し、その結果を用いて共済費総額を按分して業務項目ごとの人件費総額を集計した。その集計額と業務負荷割合につき、異常点がないかどうかを調査した結果、以下の問題点が認められた。

(1) 給食課

食材のロスを日報で掌握しているようであるが、それを統計的に分析してコスト管理するところまでは至っていない。そこで、平成16年5月度の日報を集計して食材のロス率を計算したところ、4.39%であり、ロスを考慮した一食当りの給食材料費は約212円であった。魚も切り身ではなく自らさばいているようで、食材コスト意識は高い。比較指標100-199床が全体で約245円、自治体で約243円、医療法人で約275円であることと比較すれば、食材コスト管理は十分機能しているといえよう。また、複数メニューに対応していたり、定期的に患者に対して要望をアンケート調査するなど、業務の質の向上にも努めているし、陶器の食器使用やあたたかいものの提供に心がけるなど、外部の評価者からも一定の高い調理水準評価を得ているようだ(手の込んだ料理を提供している)。

業務分担の状況と人件費調べによる分析によれば、栄養士3名と調理師8名の計11名の正職員と約2名相当の臨時職員の約13名相当の業務となっており、コストは約98百万円となっている。年間約12万食程度を調理しており、一食あたりの人件費は約840円である。診療報酬請求から算定した入院患者1食あたりの収入は約830円前後と推定され、人件費だけで既に赤字である。約212円の食材費と合計すれば、一食約1,052円の直接費がかかっているといえる。調理場所と調理機器を無償貸与し、調理員の人件費と食材を委託業者もちとする委託形態を導入すれば、一食あたり500円程度で十分に外注可能であろう。3名の栄養士の人件費コストを約20百万円とすれば、コスト低減効果はこれだけで約49百万円にのぼる。

栄養士が外注業者をコントロールする業務体制が採ればなんら心配はなからう。洛東病院全体の問題点として、外注業者の日常業務のコントロールが組織上も明確ではなく、誰が責任をもって業者の活動を管理し、監督するのが明確でないという側面がある。このような組織体制では外注業者をうまく利用できずさまざまなトラブルが生ずる可能性がある。しかし、だからといって外注業者不信論を展開するのはおかしいことであり、組織体制の見直しこそ先決であろう。

(2) 現業部門

8名が用庁務等として配属されており、人件費コスト約73百万円が投入されている。一人当たり約9百万円であり、相当高額な業務となっているが、はたして高額なコストをかけるべき業務であろうか。

病室内の清掃、リネンなどの業務に関すること	5人
洗濯業務に関すること	1人
薬局の清掃、薬剤部業務補助に関すること	1人
検査室等の清掃、検査業務補助に関すること	1人

となっており、平均年齢は57.1歳である。特に専門性や熟練性を必要とする業務ではない。病室内の清掃は对患者とのトラブル等を考慮すべきであるから外注化は考えていないとのことであったが、患者と清掃担当者とのコミュニケーションの重要性は医療の観点からはそれほどないと思慮される。高額なコストの原因は、外注化を検討しなかったがために、職務・職責や能力評価にあまり関係なく右肩上がりとなる府の年功賃金の影響が全面に出たことによるものである。また と はそれぞれ薬剤師と検査技師の補助業務が主体であり、これら部門はともに人員過剰であることから、人数削減にて対応すべき状況である。さらに、 のうち「清掃関係業務内容」に記載されているシーツ交換と配茶業務は、実は相当部分を看護師が対応しており、現業は定められた業務の一部を実施していない。したがって と の業務を外注すれば、おそらくは約18百万円で十分対応可能であろう。約55百万円のコスト低減となる。

(3) 庶務課

4名が配属されており、人件費コストが約33百万円投入されている。平均年齢は41.3歳であり、一人当たり約8百万円となる。主な業務は以下のとおり。

職員の人事管理・福利厚生に関する業務	1.5人
庁舎の管理に関すること	0.5人
その他病院庶務全般に関すること	2人
公用車の運行、図書室の管理業務	1人

このうち についてはその必要性が非常に低い。毎日2便の本庁への運行は毎日行われているが、職員の利用は少ない。文書等の授受に必要最低限の回数でよいはずであり、施設単独で定期便を確保する必要性に乏しい。人数の削減で対応すべき業務であると思われる。また、 から の業務もこの規模の病院では余裕があるはずであり、図書室の管理業務をあわせて担当できるはずであろう。したがって一名減で約8百万円はコスト低減可能であろう。

また、庁舎の管理に関する業務が非常に負荷が低いことが問題である。老朽化が進行しているなかで、設備保守や運転、病棟清掃業務などの外注業務があるが、老朽部分の把握と更新企画業務や病院に出入りする外注業者を管理監督する業務は日常的に執り行なわれるべきであり、0.5人と負荷が低いことは外注業者まかせとなっていることの現れではないかと推察される。施設の総合管理業務を外注しているが、その仕様書に定められた一部の業務が適切になされておらず、指導・監督が不十分な点が見受けられる。職員の業者指導に係る意識のあり方が厳しく問われなければならない。仕様書に書かれた業務が適切に提供されているかどうかは、次回の入札・見積に大きく影響する。現行の業者は一部の業務が不履行でもよいことを知っているわけであるから、比較的安く見積もることが可能となり、他の業者との公平を欠くこととなるものと思われる。

(4) 会計課

3名が配属されており、人件費コストが約22百万円投入されている。会計業務の規模からすれば、とくに人員過剰とは思われない。しかし、事務部長が会計課長兼任で済ませる規模と判断される（年間仕訳数は約4千仕訳行数と、民間の小規模零細企業並であり、一人で入力対処する規模である）。内部牽制の必要もあり会計課員は最低でも2名は必要であるが、赤字体質の施設であれば、課長兼任程度の人員のやりくりは民間ではあたりまえであろう。

(5) 医事課

4名が組織上配属されているが、実態は3名である。1名は全病棟対応のケースワーカー業務を担当するよう保健師が配属されている。しかし実態は全病棟対応ではなく、回復期リハビリ病棟の2病棟専属としてしか活動できていない。2病棟での活動も、専門職水準には当然に至らないようであり、いわば専門職であるべき部署にミスマッチと言わざるを得ない配属がなされたという典型例である。したがって、医事課職員は3名体制で人件費コストは約26百万円が投入されており、医療相談業務に1名分人件費コスト約10百万円が別途投入されているといえる。医事課の活動は規模からみて特段の余剰感はないものと思われるが、電話交換業務を完全外注しており、余計なコストを発生させていると言える。かかってくる電話のほとんどは、医事課か、もしくは庶務課が取り次げばよいものであり、ダイヤルインを奨励したり、代表窓口を両課で工夫すれば外注コスト数百万円分は必ず節約できるものである。数字に明るいはずの事務部においても、大きな赤字をかかえる施設にしてはコスト意識があまりに希薄であると言わねばならない。効果の程がどれほどか検証不能の医療相談業務とあわせれば、改善することにより相当のコスト低減となる。

また、医事課は事務部のなかでも特に医療制度、診療報酬制度に習熟する必要がある、専門性の高い事務職である。しかるに、この部署においても3年前後で職員が転属されてくる図式となっている。現在はこの道十数年のベテラン職員が業務をリードしている姿が見てとれたものの、医事業務の重要性を再確認して3年前後の人事異動サイクルを医事課に関しては特に改めるべきである。医師は独立して診療所や病院の経営者とならない限り、診療報酬制度にはきわめて無関心なのが通常であり、診療報酬制度を熟知して病院の収入をいかに確保するか等の経営情報、経営企画力は医事課の力量に相当左右されるものである。

(6) 看護部

人事給与管理業務につき「時間外・休日勤務命令簿」を閲覧したところ、看護部の時間外勤務が多く見受けられた。平成14年度で約21百万円、平成15年度で約17百万円となっており、内容的には30分から1時間未満の看護記録や交替勤務の引継業務が多い。事前命令制は守られているようであり、時間外業務の必要不可避性の問題となる。看護記録への仕事の負荷は約20パーセントと高く申告されており、本当にそんなに手数がかかるものなのかどうかは素人である監査人には判断できかねるが、洛東の看護部門は看護基準と患者実績からみて、リハビリ病棟においても内科病棟においても少し人的余裕があるものと思われる。特に内科病棟である3病棟と4病棟においては、基準看護と救急室への対応からは36名でよいところ42名が配属されており、余剰分を診療報酬制度上の看護補助者として申請して10：1の看護補助基準点数を獲得している。病棟としては看護補助者は原則的には

配置していないのであるが、余剰人員と病床稼働率の低調から生み出される「みなし看護補助者」を報酬請求上はうまく利用しているのである。しかし、実態は人員余剰感があるはずである。3交替制の業務の引継ぎ時間は十分にとってあり、そのようななかで時間外命令がまだまだ存在するのである。民間病院と比べ、あまりにもコスト意識が希薄といわざるを得ない。時間外勤務管理に係る不断の業務見直しを、職制の責任を明確にして進めることが必要である。

3. 医療機能の特徴点

財団法人日本医療機能評価機構が公開している「自己評価調査票」を参考資料として、洛東病院の医療機能の特徴点をつかむべくヒアリング調査した結果は、以下のとおりである。

(1) 病院の役割と将来計画

地域における病院の役割・機能を明確にするための、地域医療情報資料の整備状況、地域医療の欠損機能の分析情報が十分でなく、将来計画として中長期計画が策定されていない。政策医療を担うべき府立病院が、場当たりの運営となっているならば問題である。都道府県立病院が担うべき政策医療領域は前述の通り誠に曖昧で、この機能が低調であることは経営組織体としての致命傷である。それほどのインパクトがある。

(2) 病院の組織的運営

総じて評価が高くなっている。公営企業であるから、規定類の整備や部会、委員会活動などまずまずの充実感がある。改善活動への取り組みも、組織的かつ制度的とまではゆかないものの、現場チーム単位で積極的に活動している面がある。ただし、いずれの会議も議事録の整備ができていない。

(3) 地域連携と協力

地域連携室があり、地域の急性期病院からの患者の受け入れなどは適切であるが、開放型病床や高額医療機器などによる検査受託など地域連携の観点から今後求められるべき機能を府立病院として積極的に展開しているわけではない。また回復期リハビリ病棟から維持期リハビリ施設への紹介・連携機能は、患者受け入れ機能より劣っている。つまり、真の意味での地域連携室とは言えず、病床管理の観点が強い。転院が決まった患者に対しては、ケアマネージャーと病院内で情報交換の機会を持つなど、退院時の連携・調整は確保されているようだ。

(4) 患者の権利と安全確保

これらを確保するための組織的体制ができており、教育研修的対応が進んでいるが、システム化はいまひとつ進んでいない。リストバンド、バーコードの利用やオーダリング情報システムの構築など、医療業務の効率化のみならず医療事故防止・患者の安全確保の側面からも積極的に導入すべきものが未導入となっている。

(5) 療養環境と患者サービス

夜11時の気温により24時間空調を実施しているなど、快適な環境への配慮で優れている側面はあるが、トイレについては施設の老朽化による種々の問題、とくに配管つまりの問題がある。また、大規模災害に備えた医薬品の備蓄の観点が無い。

(6) 診療の質の確保

倫理委員会がなく診療における倫理に関する教育・研修が行われていない。医師の採用は府立医大医療センターから送り込まれる医師を受け入れるのみであり、採用基準や手続きが不透明であり、医師の能力や病院への貢献度が評価される側面が感じられず、適材適所の人事管理ができていないとの外観はない。

診療録管理体制については、診療情報管理士は配置されておらず、担当職員への診療情報管理に関する教育研修も不足しており、また診療録管理への情報処理機器整備がないため診療情報の適切な管理活用もできていない。ゆえに診療の質や効率に関する分析や指標化も診療報酬請求システムが集計する医事統計データどまりである。

放射線部門では放射線医がおらず技師がいるだけであり、専門医による画像診断を外部に頼っている。夜間体制もオンコールですませている。

薬剤部門では病棟での薬剤業務の場所の確保が十分でなく、また入院患者への調剤薬の分包は看護師が実施している。夜間対応は実現できていない。

訪問サービス部門がない。訪問看護、訪問リハビリは従来より実施していない。訪問対応するよりも、入院をすすめている。

オーダリングシステムは導入されていないが患者ごとの指示簿はあり、医師の指示の確実な伝達は確保されている。指示簿のマニュアル化・体系化を現在検討中であり、クリニカル・パスへの展開を研究中である。

看護部門は、病院自体の理念が明文化されておらず、中長期目標も年度目標も設定されていないなかで、独自に理念を掲げ、年度目標を設定して目標管理が実施されている。また研修活動、委員会活動も比較的活発であるが、職員の能力評価とその活用が十分ではない。臨床実践能力評価表を作成するなど能力評価は試みられているものの、それを活用した能力開発・配属体制は構築できていない。認定看護師制度への関心も高く看護の専門性を高める意欲もあるが、予算の関係でその研修費用が捻出できず、実現していない。

看護記録は十分整備されているが、そのための業務負荷が高い。オーダリングシステムや電子カルテシステムの導入により効率化が見込まれよう。

システム化が遅れているため、処方箋が手書きで読みづらく、薬剤投与時に看護師が分包する場合もあり、薬剤投与管理に改善の余地がある。

(7) 病院運営管理

事務職員は3年程度で本庁の人事異動により配属されるが、医事課員については医業への理解度等につき特段の配慮がなされているわけではない。必要な人材確保と人事考課の側面が十分に機能しているとはいえない。

地域連携室会議、リハビリテーション運営委員会を通じた病床管理が機能しており、医事業務も適切になされている。

物品の在庫管理が一部のたな卸資産で十分ではない。

委託業務の管理体制は不足しており、委託業務の統括管理責任者、各業務の管理責任者が明確に定められておらず、委託業者に対する教員や委託業務での事故発生時の対応手順なども不足しがちである。

(8) リハビリテーション機能

回復期リハビリ病棟を有しており、内科病棟からのリハビリ施設利用もでき、基本的には充実している。家屋評価の実施や労働環境の把握など、社会復帰に必要なリハビリ治療体制は十分に整っている。

地域における役割・機能の位置付けが明文化されておらず、医師会の中での位置付けもなされていない。また、院内の各診療科や院外の専門医との連携体制も不足気味である。地域の医療施設や保健福祉サービスへの技術支援、維持期リハビリ施設との連携も不足気味である。

リハビリテーション技術水準、業務実績、治療成績などを組織的に評価・検討する体制が不足しており、療法師とリハビリ専門医との連携につき改善の余地がある。

小児リハビリや難病リハビリ等への対応ができていない。これらは京都府下で不足しがちな機能であり、公立病院としての対応が望まれる分野である。

病院全体として、救急指定を取り下げたなかでの急性期医療にとどまっているため、急性期リハビリ関係の診療体制が弱い。

退院後の通所訪問リハビリテーションとの連携が十分でない。また、パワーリハビリテーションに関する機器の導入などが充実していない。

医療福祉士の活動が不足している。

・ 監査の結果

1. 随意契約と単独随意契約の実態について

契約形態として随意契約が非常に多い。器械備品購入および修繕費契約において、ほとんどが「その性質又は目的が競争入札に適さない」もしくは「緊急の必要により競争入札に付することができない」を理由としているが、実態はその根拠が薄弱であり明確でない。他の自治体では取扱要領が設定されて競争入札の適否や緊急性につき明確にする努力が払われつつあるが、府にはまだない。個々のケースで法規性の判断をすることとなるが、規則を満たしているとは思えないものが多いと結論せざるを得ない。

また、指名競争入札を3年のサイクルで実施して、間の期間は落札業者と単独随意契約を取り交わしているものが見受けられたが、そのなかには「庁舎管理に係る委託契約の取扱について(財産管理課)」の取扱を拡大解釈して実施しているものがあつた。いわゆる「3年サイクル」を適用できるのは「設備の運転管理業務」だけであり、当該契約は規則を満たしていないといわざるを得ない。

2. たな卸資産の管理状況について

京都府病院事業会計規則の第56条においてたな卸資産となるボイラーの燃料について、毎事業年度末に実地たな卸を実施しておらず、また、定められた入出庫票およびたな卸資産出納簿を用いた受払管理もできていない。たな卸資産の決算残高に含まれず簿外となっており、規則違反である。

3. 固定資産の管理状況について

京都府病院事業会計規則の第16条は固定資産管理のために定められた固定資産台帳の整備を要求しているが、現在の減価償却システムから出力される帳票ではその定められた記載事項を満たしていない。特に構造、使用、規格、能力等の固定資産の属性情報と所在場所情報は基本的な管理事項として必須項目である。したがって、表計算ソフトを利用して別途の一覧表を作成しているが、一部の情報が不足しているし、また手数がかかることとなる。ソフトウェアの改善がなされるべきである。

・ 監査の結果に付随する意見

1. 損失構造の分析意見

(1) 累積赤字の状況と政策医療分野の把握

洛東病院の財務分析にあたり、まず累積赤字の金額をみている。平成15年度の貸借対照表において剰余金は2,101百万円であるが、それは一般会計からの繰入金が入流したあとの金額である。医業損益による累積赤字は、

その金額を控除する必要がある。その状況は以下のとおりであり、累積赤字は 16,160百万円と巨額である。

一般会計補助金の推移 (単位:円)	
	金額
昭和45年度から昭和63年度まで19年間	6,318,073,000
平成元年度	273,444,000
平成2年度	394,977,000
平成3年度	453,786,000
平成4年度	571,432,000
平成5年度	528,846,000
平成6年度	536,292,000
平成7年度	484,852,000
平成8年度	575,758,000
平成9年度	552,771,000
平成10年度	465,811,000
平成11年度	481,000,000
平成12年度	490,480,000
平成13年度	514,457,000
平成14年度	765,906,000
平成15年度	651,096,000
累計	14,058,981,000
平成15年度期末剰余金	△ 2,101,654,627
一般会計からの補助金を考慮外とした場合の平成15年度期末剰余金	△ 16,160,635,627

年々積み重ねられるこの赤字の意味を深く考察するため、「政策医療性」と「イコール・フットイング」の切り口により、平成15年度の財務の状況を分析する。

まず洛東病院の政策医療部分を特定せねばならない。脳卒中を中心とした循環器内科は、すでに近辺に多くの病院病床が存在し、特に救急救命センターとして府の補助金が投入されている京都第一赤十字病院に対して府はその急性期医療を事実上託したと推定すべき外観があるため、地域の中での存在意義を積極的には見出しづらい。しかし、回復期リハビリ病棟はまだ制度化されて日が浅く、京都市においては以下の病床にとどまっている。また、洛東病院は算定開始時期こそ出遅れているが（実現までの遅さは府として自らが誇るべき分野にも及んでいる点に留意）回復期リハビリが制度化される以前から総合リハビリ病院を標榜して事実上の回復期リハビリ医療を担ってきており、いまだに府内の公立病院が回復期リハビリ病棟を新設する場合に洛東病院へ見学にくるなど、一定の地位を得ている。

京都府内の回復期リハビリテーション病棟の状況 16.8.1現在

病院名	所在地	病床数	算定開始年月日
大原記念病院	左京区	144	平成12年4月
洛和会音羽病院	山科区	50	平成14年4月
京都民医連第二中央病院	左京区	50	平成14年7月
医仁会武田総合病院	伏見区	40	平成14年10月
宇治武田病院	宇治市	55	平成14年12月
洛東病院	東山区	50	平成15年7月
恵心会京都武田病院	下京区	60	平成15年7月
第二岡本総合病院	宇治市	46	平成16年3月
洛陽病院	左京区	33	平成16年7月

したがって、「現時点では」という限定つきの「棚卸法的アプローチ」によれば、京都府下における回復期リハビリ病棟は対人口比で比較的少なめであり（回復期リハビリテーション病棟入院料算定病院データの平成16年3月31日現在によれば人口10万人あたり病床数はまだ上位グループにはない）、先導役としての役割が洛東病院にはまだ残っているとみてよいだろうと思われるため、リハビリ部門を「ソフトな政策医療」部門として取り扱うこととする。

ソフトな政策医療性、それも民間の参入が継続しており、相当その色合いが薄れつつあるものと認識すべき状況であろうから、その損益分析のスタンスとしては「イコール・フットイング」の視点が強く盛り込まれるべきである。したがって、リハビリ部門も内科部門も、民間レベルのコスト構造と比較検討するべきであるが、医療法人の決算データは入手不能に近い。よって各種統計調査や書籍において平均的水準として記載されている人件費についてのみ、その観点を全面的に注入する。他の経費等は構成比率を参考として特段の問題がないと思われるれば分析視点から除外することとする。そして、医師、看護師、事務職員のそれぞれにつき現在の一人当たり人件

費水準と統計資料の医療法人の平均的な一人当り人件費水準との差額を「管理不能コスト」として捉え、それを除いた管理可能な赤字部分の意味合いをさらに深く分析するという、段階的なアプローチを試みて、はたして経営責任とはいえない、「政策医療遂行に不可避の赤字」はいくらであると推定できるのかを捉えてみようと思う。

(2) 民間の給与水準ならばどうであったか

医療経済研究機構による「平成15年3月 病院の機能に応じた経営指標に関する実証的研究」によれば、医療法人における医師、看護師以外の職員一人当りの給与費の平均値は以下のとおりである。また、医師と看護師の一人当りの給与費は厚生労働省医政局の「平成13年度病院経営指標（医療法人病院の決算分析）」における、一般病院100-199床規模の近畿ブロック中央値を採用する。病院会計準則に従っているはずであるから、この金額には法定福利費及び退職給与引当金繰入が含まれている。洛東病院の給与費には退職金給与引当金繰入相当のコストが含まれておらず、両者をそのまま比較すれば医療法人の給与費がその分高く表現されてしまうが、ここではあえてそのまま利用したい。

職員 5,653千円
 医師 14,980千円
 看護師 5,212千円

この給与費水準を洛東病院の全ての部署の人員に適用したらどのようなようであるか。つまり、洛東病院の平成15年度の人件費が民間水準であったと仮定した場合にはその損益の状況はどのようにになると推測されるかにつき試算してみる。検査技師と放射線技師は上記の職員の金額を適用し、平均年齢が若い療法士は洛東病院の水準と民間水準が同額であると仮定する。「洛東」欄は平成15年度の実績であり、「民間」欄は洛東の15年度実績がもし民間給与水準であった場合にはどのようなようであることを示している。その差額部分は「管理不能部分の赤字」である。

管理不能部分の抽出

(単位:百万円)

	人数	リハビリ			内科			計		
		洛東	民間	差額	洛東	民間	差額	洛東	民間	差額
医業収益 入院収益		386	386		715	715		1,101	1,101	
外来収益		40	40		174	174		214	214	
その他		3	3		14	14		17	17	
計		429	429		903	903		1,332	1,332	
医業費用 医師人件費	14	40	45	5	148	165	17	188	210	22
療法士人件費	12	69	69	0	0	0	0	69	69	0
看護師人件費	78	201	141	△ 60	412	266	△ 146	613	407	△ 206
研修医人件費		9	9	0	18	18	0	27	27	0
給食人件費	13	33	25	△ 8	65	48	△ 17	98	73	△ 25
薬剤師人件費	6	9	7	△ 2	33	27	△ 6	42	34	△ 8
検査技師人件費	10	5	3	△ 2	76	54	△ 22	81	57	△ 24
現業人件費	5	19	10	△ 9	36	18	△ 18	55	28	△ 27
医事課人件費	4	12	8	△ 4	24	15	△ 9	36	23	△ 13
その他人件費		4	4	0	9	9	0	13	13	0
材料費		40	40	0	283	283	0	323	323	0
医業直接費計		441	361	△ 80	1,104	903	△ 201	1,545	1,264	△ 281
医業限界利益		△ 12	68	80	△ 201	0	201	△ 213	68	281
事務職員人件費	10							73	57	△ 16
諸経費								233	233	0
減価償却費								68	68	0
その他								39	39	0
医業間接費計								413	397	△ 16
医業経常利益								△ 626	△ 329	297

固定費である人件費につき、医業への関係が深い部分をあえて医業直接費に含め、それ以外の事務員人件費を医業間接費として按分対象から除外した。諸経費や減価償却費も按分できなくもないが、それらを按分して比較する対象があまりみあたらないため、直接費は人件費と材料費だけという構成となっている。

人件費には共済費を含んでおり、退職金コストを含んでいない。民間の欄は人件費のみ民間水準とした場合の想定金額を記載している。洛東の平成15年度は約64百万円の当期純損失であるが、他会計補助金が約651百万円あるので医業損失は約715百万円と考えてよい。そのうち、退職金等特別損失とみなしてよいもの約89百万円を除いた医業経常損失は約626百万円である。しかし、このうち人件費水準がそもそも異なるための管理不能損失が約297百万円ある。民間水準の人件費で運営していたと仮定しても、医業経常損失は 329百万円と劣悪な状況にある。

政策医療分野としてのリハビリにつき、医業収益から医業直接費を差し引いた医業限界利益をもとめれば、約12百万円となる。しかし管理不能部分が約 80百万円と推定されるため、民間水準では約68百万円の医業限界利益黒字である。

一般医療分野としての内科の損益状況はあまりにも劣悪である。医業限界利益は 201百万円であり、管理費

不能部分の 201百万円を差し引いてちょうど限界利益ゼロである。これは、コスト側の問題だけではとどまらず、医業収益側の問題も億円単位で存在することの現れであると思われる。外来収益が異常なほど低い。医業収益がふるわない大きな原因がここにあると推測される。

(3) 民間経営であればどうであったか

収入構造および患者数に変わりがなく、コストの側面だけ「民間が経営していたとしたらどうなっていたらうか」という観点から試算して、損益の構造分析を進めたい。一人当たり給与費は上述と同じとして、必要人員につき考察してみると、医師、看護師、薬剤師、検査技師などの医療スタッフのみならず、医事課および庶務においても人員削減が可能となろう。まず、平成15年病院経営分析調査報告（社団法人全国自治体病院協議会）に記載されている100床あたり職員数のデータを見ると、医療法人の100床から199床までの統計では、100床当り常勤医師数は7.4人、100床当り常勤看護師・准看護師数は40.7人、検査技師数（放射線含む）は5.3人である。これを参考としつつ、洛東病院の医療現場の実情、看護基準・看護補助基準、医療法第21条にもとづく医師・薬剤師の標準職員数を勘案してもとめた「民間経営の場合の人員構成」は次のとおりである。

- 医師 リハビリ3人、内科9人
- 看護師 リハビリ18人、内科41人
 （看護部長等3人、外来の按分含む）
- 看護補助者 リハビリ9人、内科9人
 （一人当たり人件費は3,000千円と仮定する）
- 薬剤師 4人 リハビリと内科は薬剤収入按分
- 検査技師 7人 リハビリと内科は検査収入按分

医事課と庶務課は業務分担及び人件費調べにおいて判明した効果的でない業務の統廃合により減員すべき人数をそれぞれ減少させるとし、現業と給食部門は業務分担及び人件費調べにおいて検討した外注化により一人当たり人件費コストがそれぞれ低減するとして、それらを当てはめたコスト構造をベースとして経営が執り行なわれた場合の損益の状態を「民間経営」欄にまとめると以下のごとくとなる。

民間経営の場合のコスト推定 (単位:百万円)

	現行人数	民間推定	リハビリ			内科			計		
			洛東	民間	民間経営	洛東	民間	民間経営	洛東	民間	民間経営
医業収益入院収益			386	386	386	715	715	715	1,101	1,101	1,101
外来収益			40	40	40	174	174	174	214	214	214
その他			3	3	3	14	14	14	17	17	17
計			429	429	429	903	903	903	1,332	1,332	1,332
医業費用											
医師人件費	14	12	40	45	45	148	165	135	188	210	180
療法士人件費	12	12	69	69	69	0	0	0	69	69	69
看護師人件費	78	77	201	141	121	412	266	241	613	407	362
研修医人件費			9	9	0	18	18	0	27	27	0
給食人件費	13	外注化	33	25	17	65	48	32	98	73	49
薬剤師人件費	6	4	9	7	5	33	27	18	42	34	23
検査技師人件費	10	7	5	3	2	76	54	38	81	57	40
現業人件費	5	外注化	19	10	6	36	18	12	55	28	18
医事課人件費	4	3	12	8	6	24	15	11	36	23	17
その他人件費			4	4	4	9	9	9	13	13	13
材料費			40	40	40	283	283	283	323	323	323
医業直接費計			441	361	315	1,104	903	779	1,545	1,264	1,094
医業限界利益			△12	68	114	△201	0	124	△213	68	238
事務職員人件費	10	8							73	57	45
諸経費									233	233	233
減価償却費									68	68	68
その他									39	39	39
医業間接費計									413	397	385
医業経常利益									△626	△329	△147

リハビリ部門の医業限界利益は114百万円となり、民間の参入動機となりうる収支が現れる。内科部門も124百万円となるが、リハビリ部門が50床で内科部門が96床であることをもってしても、パフォーマンスがかなり悪く、このままでは民間においても内科の抜本的な改革に着手すべき状況であるといえる。病院全体をみても、いまだ147百万円の赤字がのしかかっている状況であり、生き残りを賭けた大手術が不可避となる水準である。

(4) 民間経営で黒字化は可能か

「民間経営」をもってしても、現状の患者数と現状の医業収益ではいまだ 147百万円と赤字である。では、洛東病院が黒字となるにはなにが欠けているか。いろいろな要因が関係しているが、端的に最重要改善点を示せば「外来収益の異常な低さ」である。入院延べ患者数で外来延べ患者数を割った値である「入外比率」は平成15年度で約0.51であり、前述の「平成13年度病院経営指標（医療法人病院の決算分析）」のそれは約1.62である。

そこで、「平成13年度病院経営指標（医療法人病院の決算分析）」に記載されているデータをもとに医業収支の経営指標を逆算により推定し、それをもとに洛東病院の民間経営ベースの黒字化を探ってみたものが以下の表である。

民間経営での黒字化の可能性試算 (単位:百万円)

	洛東病院の現状		民間経営の試算		経営指標から逆算	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
医業収益 入院収益	1,101		1,101		971	
外来収益	214		384		402	
その他	17		17		0	
計	1,332		1,502		1,373	
医業費用 人件費	1,295	97.2	816	54.3	778	56.6
材料費	323	24.2	343	22.8	291	21.1
経費	272	20.4	272	18.1	222	16.1
減価償却費	68	5.1	68	4.5	52	3.7
計	1,958	146.9	1,499	99.8	1,343	97.8
医業利益	△ 626	△ 46.9	3	0.1	30	2.1
病床数(床)	146		146		149	
経過年数(年)	31		31		22	
入院延べ患者数(人)	46,263		46,263		44,749	
外来延べ患者数(人)	23,898		48,646		58,500	
外来1人当り収益(円)	8,954		7,893		6,869	
入外比率	0.51		1.05		1.31	

入外比率が約1.05となる、外来収益の約170百万円の増加（それに伴う直接費用増加額は院外処方前提として約20百万円と推定した）が実現すれば、黒字化する。入外比率は10年前から1をオーバーしたことがないし、東山地区の人口動態や近隣病院との競争もあり、不可能のようにも見えるが、夕方から夜間の外来導入などの患者の要望に沿った民間の経営センスが注入されれば必ずしも不可能な数字ではなからう。優秀な開業医なら一人で稼ぎ出す売上規模である。また、自主的に廃止した救急指定を手術室の整備により復活させることで、約20百万円程度の利益増加となる可能性があるし、さらに、循環器科の活性化にもつながるはずだ。ここではあくまでもイコール・フットイング論としての「民間経営」を考察しているわけであるから、黒字化への処方箋が存在する可能性をさらに考察してゆきたい。

平成13年度には年間203件あった心臓カテーテル撮影件数が平成15年度には半減するなど循環器科の低迷が著しい。これは前院長（循環器科の専門医）が平成13年度末に退任し、かつ、平成14年度の人事異動により循環器科の専門医が異動したことの影響である。心臓カテーテル関係の機器の投資は平成10年度に75百万円をかけて実施されており、その後13年度まで件数は拡大したが、14年度から急減し、15年度に半減してしまう。平成15年12月には救急病院の告示を取り下げ、現在はさらに患者数および収益が落ちてきている。

一方、府の補助金を利用して整備された京都第一赤十字病院の救急救命センターは平成10年度から本格稼働しているが、実は同じ時期に洛東病院に心臓カテーテル関係の機器が最新式に更新投資されているのである。そして、その後わずか3年で循環器科が低迷してゆくわけであり、このような人材・設備の投資の状況をみれば、病院経営の中長期のスタンスがまったくチグハグであるといえよう。救急病院機能を府としては京都第一赤十字病院に補助金事業として託したのであれば、役割分担の観点からは、洛東病院の循環器科はその意思決定の時点で急性期を廃止してゆくべき投資スタンスをとるべきではなかったか。そして、平成13年度末に循環器科の専門医たる当時の院長が退任することがわかっているならば、その時点ですでに府は急性期の高度高次医療を京都第一赤十字病院に託しているのだから、経営努力の観点および役割分担の観点からも、平成12年度から申請が開始された介護療養型病床への転換なども模索しえたであろうと思われる。

一方、政策医療の実現を標榜しなくてよい「民間経営」ならば、わずかの投資で手術室を整備して救急病院を維持し、増収につなげる努力をいただろう。政策医療性が低下すれば、その部門を廃止・委譲する法則はあっても、経営努力を放置してよいという法則はない。府が京都第一赤十字病院に肩入れしたとしても、脳卒中の専門病院としての「フル規格」を維持してゆく洛東病院単独の経営政策は構築できるはずであり、その努力をせずに内科病棟を崩壊させてきた結果が平成15年度に端的にあらわれたものと思われる。

このように「民間経営」の想定下では、「外来の充実策」に加えて黒字経営が可能となる対策がまだまだあるものと推察される。結論としては、民間の有能な経営者であれば、困難な条件ではあるが、黒字経営の可能性

はゼロではないものと思われる。

(5) 赤字の段階的要因分析

洛東病院における医業活動は、民間が参入可能な「ソフトな政策医療」分野としての回復期リハビリ病棟と、過去には「ソフトな政策医療」分野として機能した時期もあったかもしれないが、その後の民間の参入により「一般医療」分野となったと認められる循環器科をはじめとする内科病棟に分けることができる。したがって、民間が参入しない事実上の「制度でまもられた政策医療」分野は皆無であるから、損益分析にあたっては「イコール・フティング論」的考察を全面的に採用する必要がある。

まず、給与水準の官民格差がもたらす管理不能赤字の問題があるが、民間が参入し得ない分野と認められる「ハードな政策医療」分野においてのみ「それは政策医療の遂行に伴う赤字である」と説明できる場合があると解される。したがって、この部分の赤字は府全体としての行政上の経営問題であるだけであり、洛東病院の損益状況の考察には関係がない部分であるはずであり、その前提を採用する。

つぎに、リハビリ部門にしる内科部門にしるコスト改善可能な部分が多くあることがもたらしたと考えられるコスト要因の赤字部分、および、経営権限が府立医大医療センター（医療スタッフの人事）、本庁（事務部の人事および予算全権）、院長（執行と管理）と分断され、院長に人的物的投資権限がないという「地方公営企業法の部分適用」組織であることが原因で、過去から適切な経営判断がなされず、モチベーションの低い組織となってしまったことによる収益機会ロスがもたらしたと考えられる収益不足要因の赤字部分、つまり、その二つを合わせた「経営の失敗による赤字」がどれほどであるかを考察する。この部分は、どのような政策医療分野においても「政策医療を遂行するために不可欠な赤字」とは認められないであろう。「民間経営」を想定した損益分析で黒字が確保される可能性ありと考えたが、まさしくそれが物語るのであるが、「政策医療を遂行するために不可欠な赤字」は存在しないと考えられる。「ソフトな政策医療」しかない洛東病院においては、民間がどのように経営センスを発揮しようとも回避できない部分が「政策医療の遂行に不可欠な赤字」であると考ええる。

以上を表にまとめれば、以下のとおりとなる。

赤字の段階的要因分析結果 (単位:百万円)

	政策医療分野 リハビリ	一般医療分野 内科	合計
医業限界利益	△ 12	△ 201	△ 213
間接費病床按分	141	272	413
差引 赤字総額	△ 153	△ 473	△ 626
従事員の給与水準が民間と乖離していることによる管理不能の赤字	△ 85	△ 212	△ 297
差引 管理可能な赤字	△ 68	△ 261	△ 329
コスト意識が希薄であることがもたらす赤字	△ 50	△ 132	△ 182
収益獲得のための努力が人材能力・設備投資の観点から不足することによる収益機会ロスがもたらした赤字	△ 18	△ 129	△ 147
計 経営の失敗による赤字	△ 68	△ 261	△ 329
差引 経営責任が問われない真に政策医療を担う理由による赤字	0	該当しない	0

最後に、政策医療による赤字部分を最大限に考慮すればどうなるか。東山地区の人口動態や競合病院の存在から収益不足要因の赤字部分は回避不能と認定し、かつ、内科病棟は脳卒中を中心とする回復期リハビリ医療を政策医療として展開するには必要不可欠の機能であり、政策医療に付随して不可分の病棟であるとの解釈が成立するならば、上記の表の「収益機会ロス」欄の合計である約147百万円が「経営の失敗による赤字」ではないという認定が成立し、「当地で政策医療を担うために不可欠な赤字」として認識されるだろう。「当地で担う」という地域性がもたらすものであり、それは事業展開地域の戦略的検討事項となる。洛東病院は設備の老朽化が著しく、耐震補強を含めた大規模修繕投資に迫られている。このような、「政策医療を遂行するために不可避の赤字」を最大限に認定するスタンスにおいて、その約147百万円の赤字がほとんど地域性によるものであるならば、当地に投資するに値するのかどうかの判断にこの赤字の存在が大きく影響するはずである。この観点も踏まえて、「 . 監査人の提言 1 . 洛東病院の将来像」にて洛東病院の将来像を後述する。

・ 監査人の提言

1. 洛東病院の将来像

公立病院は今後「政策医療性」と「社会的最適コスト」の観点からさまざまな議論がなされ得ると思われる。ここでは、監査の過程で入手できたさまざまな情報をもとに、洛東病院の将来像についての考察を監査人の提言としてとりあげてみたい。

まず「政策医療性」についてであるが、過去にはその意義が認められたが現時点では「一般医療」であると認識すべき脳卒中を主たる対象とした内科病棟がいみじくも暗示している。現時点では洛東病院近辺における回復期リハビリ病棟は過剰であるとはいえない。病床稼働率も90%を超えており、地域から必要とされているというだけの、極めて政策医療性が希薄ではあるが棚卸法的アプローチからすれば「ソフトな政策医療」として認められる側面があるとして、分析を進めてきた。しかし、診療報酬制度が回復期リハビリ病棟への民間の参入を促すものであかぎり、早晚その「ソフトな政策医療性」を喪失する運命にあらう。回復期リハビリ病棟は民間でも扱いやすいレベルの患者を、脳卒中系を約80%、整形外科系を約20%受け入れているだけであり、小児リハビリや頸椎・脊髄損傷リハビリ、脳機能障害リハビリ、四肢及び感覚器官の重複障害リハビリなど比較的若い人を対象としたリハビリで、京都府下で非常に手薄で将来に渡って政策医療性が中長期に見込まれる分野（したがって京都府ではそれらの患者は身障者施設での対応しかできない）の患者を受け入れる機能はなく、また、府下全体のリハビリ医療を考えると、急性期や回復期のリハビリにおいて病院間の連携・調整や人材研修機能を担う「センター機能」が必要と考えるが、この機能も現在の洛東病院には存在しない（それらも政策医療性が今後長期に渡り認められる分野であろうと思われる）。したがって、現時点から分析の軸を将来へと振り向けた瞬間に、洛東病院の「ソフトな政策医療性」はまったく消え失せ、すべてが「一般医療」であるという前提でその運営につき検討すべきものとなる。

すなわち洛東病院は約329百万円の経営の失敗による赤字が発生する一般医療経営体となる。それを解消する方法論としては、以下が考えられる。

指定管理者制度の利用による経営の民間委託

地方公営企業法の全部適用による独自経営

現状で全病棟を廃止

と は政策医療性のないまま民間と互して運営する道である。約329百万円の赤字は有能な経営者の登場により解消する可能性はあらう。しかしそれでもまだ管理不能とした給与水準の官民格差からくる赤字約297百万円の問題が残る。 の場合、医師や看護師等の医療スタッフが適所に余剰感なく「無事おさまる」ならよいが、府立の他所で余剰感をもって受け入れられれば、それは単なる赤字の付回しにとどまらず、指定管理者へのコストが新たに生じるため府民は二重の負担を強いられる惨劇とならう。 の場合、現在の医療スタッフはほとんど引継がれることとなるが、公務員たる労働上の地位の問題から結局は約297百万円部分は管理不能となる可能性がある。スタッフの退職をまっぴの長期的対応が不可避となる可能性が高く、その間、はたして老朽化対策が適切になされて患者の信頼を獲得できるのか、がポイントとならう。

もっともドラスティックにかつ積極的に問題を捉える方法が である。公立病院は自らの経営の意義、自らの自己完成の問題を、自らが探索しながら長期的視点にたって経営する必要がある。本報告書では政策医療性にもとづく役割分担論をまず中心に据え、民間と競合する分野にはイコール・フットイングの観点からさまざまな活動にメスを入れたが、その過程で考察した限りにおいて、監査人には都道府県立病院に求められる政策医療分野が最も狭くかつ曖昧であると思われた。私見ではあるが、とくに政令指定都市をもつところにおいて、その傾向が強く現れると思われる。その都市の存在する地域では相当程度の政策医療分野を都市としての自治体や赤十字病院等公的病院が担ってしまう。府立病院は、存続するかぎり、残された狭い分野で民間の参入度合いを斟酌しながら、自らの存在意義を提示できるかどうか、自ら探索しつづける必要があるのである。この難問に積極的に対応しようというのが である。

赤字の段階的分析でもふれたが、管理不能とした給与水準の官民格差からくる赤字約297百万円の問題は、政策医療性がハードであればあるほど住民から認知される可能性がある。民間では供給され得ない分野の医療であるから、そもそも民間水準との比較ができない。公的セクタとしての業務効率の問題として捉えるべきものであり、パフォーマンスが悪ければ場合によっては補助金制度を通じて民間に委託することも可能ではあるが、公的セクタに人材が豊富である限りその有効利用のため、またその結果としての高パフォーマンスを安定供給するため、公立病院が「ハードな政策医療」を担う可能性はまだ残されていると考えられる。

その方向へのステップとして、すでに設備が相当老朽化していて単純に現施設を改修するにも巨額な投資が必要であるという現実を直視すれば、 を後ろ向きではなく前向きに選択するしかないわけである。いかなるものが新たな政策医療性の高い分野への投資として認知されるかにつき、府下のリハビリ医療の充実と効果的な施策展開の観点及び投資の社会的合理性の観点をも踏まえて真摯な議論がなされることを前提として、監査人としては全病棟の廃止を意義あるものとして提起することを記して、この報告書を終える。

京都府包括外部監査報告書 府立洛南病院

目 次

・府立洛南病院の監査実施概要

1．選定の理由..... 27

2．実施した監査手続の概要..... 27

3．本報告書における「政策医療性」アプローチについて..... 27

・府立洛南病院の概要

1．病院の沿革..... 29

2．施設の状況..... 30

3．人員の状況..... 33

4．敷地・建物の状況..... 35

5．患者の状況..... 36

6．財務の状況..... 37

7．医療圏内における医療状況..... 39

8．前回包括外部監査における指摘事項のフォローの状況..... 41

・府立洛南病院の現状と問題点

1．合規性の検討..... 42

2．その他の事項..... 43

3．医療機能の特徴点..... 45

4．損失構造の分析..... 47

・監査の結果

1．随意契約と単独随意契約の実態について..... 55

2．たな卸資産の管理状況について..... 55

3．固定資産の管理状況について..... 55

4．薬剤在庫管理システムについて..... 55

5．時間外勤務命令簿の自己記入..... 55

・監査の意見

1．精神科救急入院料算定病院の申請について..... 55

2．病院の建設コストについて..... 55

・監査人の提言

1．洛南病院の将来像..... 56

・府立洛南病院の監査実施概要

1．選定の理由

平成11年度の包括外部監査の対象施設となっているが、その指摘にもとづいた改善状況を検証することが、包括外部監査制度のさらなる充実に有意義である。

毎年多額の一般会計からの補助金が流入しているが、診療報酬制度改革、薬価改定、自己負担3割等、昨今の医療制度改革の流れの中で公立病院の経営が全国的に悪化しつつあり、なぜ赤字なのかを深く分析することが重要である。府の財政の悪化傾向も、いわゆる目前にせまった三位一体改革により拍車がかかる恐れがあり、まったなしの議論が求められている。

平成15年度より指定管理者制度、地方独立行政法人制度が相次いで成立し、公立病院に係る経営方法の選択肢が拡大した。地方公営企業法のいう全部適用化を含め、いわゆる自治体企業のありかたを再検討することに意義がある。

2．実施した監査手続の概要

平成11年度の包括外部監査報告書における指摘事項につき、その改善状況をフォローした。

過去5期間の決算書を比較分析するとともに医療業務のパフォーマンスにつき各種病院分析指標を用いて比較分析し、総勘定元帳・証憑・各種管理資料・諸規程マニュアル類を調査した。

病院施設全体を視察するとともに、業務状況につき院長、医師、看護師等医療スタッフへのヒアリング、事務管理業務につき事務職員へのヒアリング、さらに財団法人日本医療機能評価機構が公開している自己評価調査票のチェックポイントを参考としつつ、病院業務評価の観点から医療業務上の問題点の有無を検討した。

赤字の原因を深く考察するため、収支の現状につき政策医療と一般医療に分解し、それぞれの収支の状況を検討してみた。

3．本報告書における「政策医療性」アプローチについて

(1) 公立病院の現状

厚生労働省による平成14年度病院経営収支調査によれば、調査対象となった日本の公的病院（自治体、公的、社会保険病院1369病院）の実に78%がその医業収支において赤字であり、そのうち自治体立の公立病院については90%が赤字である。医療法人立病院との比較はいうまでもなく、その他の公的病院（日赤、済生会、厚生連、北社協）や社会保険病院（ともに45%前後が赤字）と比較しても、自治体病院の経営状態の悪さは突出している。

周知のように、公立病院の赤字は一般会計からの繰り入れによって補填されており、昨今の自治体財政逼迫と規制緩和・公的機能の民間委譲の流れの中で急速に問題視されるようになった。その中では、二つの議論が問題を牽引しているように思われる。一つは、国立病院・療養所の再編計画に際して用いられた「政策医療」という概念である。すなわち、自治体病院の医業収支赤字のどの程度が民間では担えない「政策医療」的活動に由来するものであるかを明らかにし、そうした活動が認められない場合には公立病院としての存続意義を問う、というのがそれである。これは役割分担論である。今ひとつは、「イコール・フットイング」と呼ばれる主張で、公私立病院を同じ土俵の上で競争させるべきという、規制緩和の流れの中に登場した議論である。すなわち競争政策論である。この二つの議論から、公立病院としての府立洛南病院の現状分析をどのようにすすめてゆくべきかが問題となる。

(2) 「政策医療」から見た公立病院

公立病院の現状は、「政策医療」的機能と「一般医療」的機能の複合体である。しかも公立病院の果たすべき「政策医療」という概念がはっきりしないために、その中間領域はかなり広大である。

「政策医療」という言葉が多用され始めた、1985年の国立病院・療養所再編計画の策定時には、地方の公立病院・民間病院が担うべき「一般医療」に対して、国立病院・療養所が担うべき政策的課題としての「政策医療」という言葉が使用されていた。ところが、1995年以降、国の規制緩和推進委員会などで医療機関における競争原理の導入や、企業による医療機関経営の是非の問題が議論され始めると、国公立病院が受けている多額の公的補助金の存在が、民間病院や医師会などから、不正競争であるとして批判されるようになり、規制緩和を推進する側からも問題視されるようになった。このころから、自治体の公立病院についても「政策医療」という言葉を、赤字補填の根拠として用いざるを得ない状況が発生したと思われる。

国は、1999年、国立病院・療養所再編成計画の見直しにおいて、「政策医療」の範囲の純化を謳い、政策医療が推進すべき医療19分野の確定、診療、臨床研究、教育研修、情報発信機能の一体化、同じ政策医療分野の施設群のネットワーク化などを目標として列挙し、民間病院や医師会からの批判を「政策医療」の推進によって解消する方向性を明確にしたが、この中には地方の公立病院の位置づけは見あたらない。自治体病院の「政策医療」は、国から見れば「一般医療」、民間から見れば「政策医療」というような中途半端な立場に追い込まれることになったわけである。

「政策医療」と呼ばれる活動分野（高度・先進医療、救急医療、災害医療、感染症対策、教育研修、臨床研究など）の主要な部分は、国立の機関によってすでに占拠されており、かつ、その政策医療ネットワークの計画においても自治体病院との連携についてはほとんどふれられることがなかったために、自治体病院に残された「政策医療」的な役割はきわめて限定的、周辺のなものとならざるを得なかった。たとえば、都道府県立病院については、三次救急、感染症対策、精神科救急、へき地医療などがしばしば取り上げられるが、これは全国共通の指針というものにもとづいていわれているわけではない。確かに、三次救急、感染症対策、精神科救急などは自治体病院に対して制度的に保護されているかのごとくの（指定医療機関の多数は国公立病院で占められている）観があるが、それ以外の分野、特にへき地医療などについては、状況によっては「一般医療」と重複するような流動的なものである。リハビリのような新しく展開しつつある分野などにおいては、「政策医療」的意味合いは民間の参入状況と共に急速に変化する。實際上、多くの公立病院は、指定医療機関制度のようなある程度制度に守られているともいえるべきハードな「政策医療」領域、地域の事情や時代の要請によって「政策医療」化している相対的でソフトな「政策医療」、他の公的病院、民間病院と機能的に異なることのない「一般医療」の複合体となっている。

したがって、公立病院を「政策医療」という観点からみるならば、まず、その医療機能を病棟毎等に分類・特定し、ハードな「政策医療」、ソフトな「政策医療」、「一般医療」に区分することを試みる必要があるだろうと思われる。その上で、政策医療的活動がどの程度の赤字を生み出しているか、そのレベルは住民が許容できるものであるかを検討すべきであるし、それが過去から現在までどのように推移し、将来に向かってどのように変動すると予想されるのかをキーとして、病院施設という多額の投資結果としての財務が語られるべきであると考えられる。

(3) 「イコール・フットイング」と役割分担の社会的合理性

昨今の規制緩和推進の動き、競争原理の医療への導入という考え方からすれば、国公立病院についても、一定の医療機能の遂行に際して、他の医療機関（特に医療法人立の民間病院）と同じ土俵の上で競争した上で、その効率性を示す必要があるという議論（いわゆる「イコール・フットイング」）がある。原理的には、「政策医療」「一般医療」いずれについても、もっとも効率的に、すなわち最小の社会的コストによる最大の社会的便益を生み出す施設に委託するのが社会的に見て合理的である。したがって、「政策医療」「一般医療」の役割分担も、公立病院は「政策」、民間病院は「一般」というような機械的図式によって行うのが妥当かどうかという判断も必要になる。

とりわけ、指定医療機関制度などで保護されていないソフトな「政策医療」分野については、同様の機能をもつ他の公的病院や民間医療機関との比較または組み合わせの比較が必須である。この場合、その判断は、個別の施設の経済合理性ではなく、一定の地域における医療供給体制にかかる社会的コスト（医療サービス供給が欠如した場合のコストを含む）と社会的便益（医療の質を含む）の組み合わせがもっとも効率的になることを目指して行われるべきである。ただし、こうした判断は提供されている医療の質についての評価システムが存在して初めて意味をもつものであり、治療成績や患者評価など相互に比較可能なデータにもとづく総合評価が可能になるまでは、暫定的なものにとどまることを銘記すべきである。

さしあたりは、過去、現在、未来の公立病院への投資が、どの程度社会的に合理的なものとして是認されるのかについて、「政策医療」（役割分担）と「イコール・フットイング」（競争政策）両方の観点から考察されるべきである。すなわち、それぞれの時点において、何が「政策医療」としての意義をもっており、また、それを遂行するのにもっとも合理的な選択肢は何であったのか、何であろうと推測されるのか、ということが考察されるべきであると考えらる。

しかし、分析の軸があまりにも多軸となり複雑化してしまうため、本報告書においては、まずは時間軸を固定、つまり現時点での「政策医療性」につき現状を資産査定するかのごとくの「棚卸法的アプローチ」によって、法制度からの「ハードな政策医療性」と、その病院の置かれている地域周辺事情を鑑みての「ソフトな政策医療性」を把握して「一般医療」を切り離し、それぞれの世界での財務監査上の問題点を浮かび上がらせる手法をとりつつ、そのようなアプローチが覆い隠してしまうこととなる部分につき光をあてるため、過去の多額の投資時点における状況分析と、将来への再投資の必要度合につきその政策医療性の長期維持可能性を推測評価することをもって、補足的な財務監査上の検討事項とすることにしたい。

(4) 府立洛南病院の政策医療性

府立洛南病院は、関西でも屈指の優良な精神病院という評価を関係者から得ている。精神医療については、自治体病院の役割は依然として重要であり、比較的明確に政策医療性のある分野が規定されている。厚生労働省近畿厚生局局長の個人的見解としてではあるが、都道府県の公立精神病院が担うべき「政策医療」として次の事項が挙げられている。1)措置入院患者の受入、2)精神科救急医療、応急入院、移送患者の受入、3)精神科身体合併症、4)薬物依存症、5)思春期精神医療、6)重大な犯罪を犯した精神障害者への対応（国立病院の補完として）。（三觜文雄「国立・都道府県立精神病院の役割について」『日本精神病院協会誌』21-6（2002年）7-11頁）

洛南病院は、三觜氏が都道府県立精神病院の担うべき政策医療としてあげている六つの項目のほとんどに対応しており、特に精神科救急体制の整備を重点的に進めている。この点で、ハードな「政策医療」を中心として、その多くの機能が「政策医療」的な色彩を強く帯びているように思われる。検討すべき課題は、したがって、「イコール・フットイング」の観点から、どの程度こうした機能の遂行において他の病院よりも優れているか、またより効率的な運営の可能性はないか、という点であろう。

・府立洛南病院の概要

1. 病院の沿革

- 昭和20年6月 京都府の代用病院であった福知山、岩倉、木幡の3病院が軍に徴用され、これらの公費患者50名を入院させ、京都府立精神病院として開院。
- 昭和25年7月 第2期工事、本館等が竣工。
 - 9月 京都府立洛南病院に名称変更。
- 昭和26年7月 第2病棟竣工、職員定数70名となる。
- 昭和27年3月 第3病棟竣工、病床数230床となる。
 - 7月 基準給食承認される。
- 昭和30年1月 基準看護承認される。
 - 10月 庶務課、医療課、薬局を設置。
- 昭和32年5月 第5病棟竣工、病床数245床となる。
- 昭和36年3月 神経病棟竣工、病床数265床となる。
 - 8月 事務部（庶務課、会計課、給食課）、医療科（精神科、神経科）、看護部、薬剤部を設置。
- 昭和38年2月 看護婦宿舎（養心寮）竣工。
- 昭和39年4月 基準看護2類承認される。
 - 10月 基準寝具実施。
- 昭和40年3月 神経病棟を増築、第6病棟、第7病棟が完成し病床数345床となる。
 - 給食棟、ボイラー棟、作業センター等が完成。
- 昭和49年4月 組織規定改正により、医事課を設置。
- 昭和53年7月 基準看護1類承認される。

- 昭和57年6月 組織規制改正により、診療科を診療部と改める。全面改築整備事業がスタート。
- 昭和58年8月 府立洛南病院施設整備工事起工式を挙行。
- 昭和59年1月 同整備事業第1期工事（病棟：2棟・サービス棟）完成。
第2、3病棟仮移転、給食棟、ポイラー棟、洗濯棟移転。
- 6月 同整備事業第2期工事（病棟：3棟・活動療法棟）着工。
- 昭和60年4月 診療部に活動療法課を設置。
- 5月 第2期工事完成。
- 11月 府立洛南病院新病棟竣工式。
- 11月 府立洛南病院開院40周年記念式典（シンポジウム）。
- 昭和61年4月 精神科作業療法施設基準承認。
- 6月 5・6病棟（旧6・7）改修増築工事完成。
- 昭和63年3月 本館、医師・看護宿舍等完成。病床数328床となる。
- 4月 基準看護、特1類承認。
- 4月 国際法律家委員会、米国精神科医等来院。
- 7月 果樹園・農園工事完成。
- 7月 府立洛南病院竣工式。
- 平成2年9月 府立洛南病院開院45周年記念講演・シンポジウム。
- 平成4年3月 医師住宅1棟増築。
- 平成6年9月 基準看護、特2類承認。
- 平成7年4月 夜間勤務等看護加算届出。
- 7月 府立洛南病院開院50周年記念式典。
- 平成8年9月 新看護、精神科急性期治療病棟届出。
- 平成9年4月 臨床研修指定病院（従病院）承認。
- 平成10年10月 診療報酬当月請求を実施。
- 12月 CTスキャン導入。
- 平成12年11月 適時適温給食を実施。
- 平成14年4月 デイケア「ステップ」開設。
- 7月 当院を基幹病院とする府南部精神科救急医療システムがスタート。病床数266床となる。

昭和20年6月に京都府が設置した京都府内で唯一の公立精神病院で、早くから先進的な医療看護を発展させてきている。特に30年代以降、リハビリテーション活動を推進し、昭和50年代からは重症患者への対応、地域内自立を支えるための活動、職員研修などの充実により実績を上げてきている。

また、当院は、野鳥のさえずる緑に囲まれ、入院患者も利用できる広い院内設備及び農場、グラウンド等の敷地を有している。

平成8年からは、急性期治療病棟を発足させ、時代の変化に即応できる病院運営を目指し、より一層患者の人権擁護、社会への復帰と社会参加の促進、地域精神保健福祉の発展のために努力しているところである。更に平成14年7月にスタートした府南部圏域における精神科救急医療システムの基幹病院として、精神科救急医療を積極的に担っている。

2. 施設の状況

(1) 施設の概況

所在地	宇治市五ヶ庄広岡谷2番地
開設年月日	昭和20年6月1日（開設者、京都府知事）
診療科目	精神科、神経科（補助科：内科、歯科）
許可病床数	266床（6看護単位） 普通病床数226床、重病室7床、保護室15床、観察室18床
基準サービス	基準看護 新看護3：1（平成8年9月） 精神科急性期治療病棟（平成8年9月） 夜間勤務等看護加算（平成7年4月） 入院時食事療養費(1)（平成6年10月）
その他	臨床研修病院＜協力型＞（平成15年10月） 応急入院指定病院（平成14年6月） 救急医療施設指定（平成14年6月）

(2) 改築整備事業の概要

事業費	55億円（年金積立還元融資施設）
-----	------------------

工 期 昭和57年12月～昭和63年 7月

(3) 病棟名及びその概要

病棟名	病 棟 概 要
1	救急急性期治療病棟としての役割を果たすために、ベッド調整を行い、24時間救急患者を受け入れた。昨年度は216名の入院数であった。新しい看護システム（2チーム制チームナーシング）を実施して、看護の質の向上を図っている。また、医療中断のために、システムに沿った早い時期からの服薬自己管理や、行動制限のある患者さんに対して、行動制限緩和マニュアルを使用するなど、苦痛の軽減を図る工夫をしている。40床。
2	女子の救急受入れ病棟。治療的雰囲気や大切にしながら、患者個々のニーズに応じた看護を実践している。42床。入院患者数242人
3	痴呆性疾患を中心とした老年期精神障害や老年期以外の器質性精神障害の治療病棟である。福祉施設への適応や在宅介護を目標としている。精神科リハビリテーション看護を重視し、個々のプログラムを計画・実践。また、音楽療法などの集団療法を個人の計画に連動させている。老年期を「穏やかに」過ごし、クオリティを高められるよう援助している。34床。
5	男女混合の唯一の開放病棟となった。 休息入院の受入れや、精神科救急病棟の後方病棟としての役割を担っている。1年以内の短期入院者と1年以上の長期入院者の比率は、短期5.1：長期4.9である。ADLの低下や合併症を持つ患者さんも多く、身体的ケアや個別的リハビリテーション看護を展開しながら、一方では急性期にある患者対応など多様な援助を行っている。51床。
7	継続した看護を提供するため具体的なケアプランを立てることや、ケアプラン・看護実践・経過記録の連動を目指し、また事故防止に対する取組みを行っている。5年以上の在院者が過半数を占める慢性期病棟で昨年度からは精神科救急の後方支援病棟としての役割もあわせ持った病棟となり、患者層は変化してきている。50床。
8	救急体制の過渡期であり、今までの長期入院患者と2、5病棟からの転入が目立った。そのことにより、介護を中心とする患者層と自立支援に向けた援助を中心とする患者層に変化し、業務の見直しをしている段階である。慢性的男女混合閉鎖病棟という位置づけは変わらず、セルフケア能力の低い患者層が多いことも変わりはない。患者のセルフケア向上に向けて、援助している。49床。

洛南病院の病棟は、それぞれが比較的小さい。救急病棟は別として、精神科においては60床クラスが効率的といわれている。また、丘陵地という立地条件から、病棟間の導線が長い。これらの立地上の不利をいかに克服するかが課題であろう。

(4) 触法精神障害者に対する洛南病院の受け入れ体制

洛南病院には、公立病院として触法精神障害者を積極的に受け入れるという政策医療性があり、洛南病院の主要なレゾナードルのひとつである。ここで、簡単に触法精神障害者に対する洛南病院の受け入れ体制を示しておく。

1) 触法精神障害者の洛南病院への入院経路について

殺人、放火、強盗など重大な犯罪を犯した精神障害者は、警察署、検察庁等の司法機関による簡易精神鑑定の結果、不起訴処分とされ、精神保健福祉法に基づく措置入院手続き（司法機関から保健所へ通報、精神保健指定医の措置診察、措置決定）を経て、知事又は京都市長の依頼により受け入れている。

2) 受け入れ患者について

措置入院患者は、平成15年度で37名（府南部圏域全体の55%）を受け入れ、すべて司法機関を経由している。受入病棟は、第1病棟（男子）及び第2病棟（女子）であり、急性期症状の治療が終了すれば、ほとんどが退院する。その後の再発防止（＝再犯防止）のために、外来治療や危機介入のための医療保護・任意入院を行いながら長期に渡って治療を続ける。

病状のために退院できない少数の患者は、その後、7病棟又は8病棟へ転棟し、長期的な治療を行っている。各年では退院できない措置患者は少数であるが、長期的には相当数の患者が入院継続又は再入院により医療保護入院へ形態変更してくる現状にある。

3) 治療上の問題点について

触法精神障害者は、一般的に急性期症状の時期は攻撃的で対応困難な例が多く、京都府内で最も手厚い看護基準である入院患者3に対して看護師1を配置している洛南病院においても、多大な労力を要している。

こうした対応困難な時期の触法精神障害者は、攻撃的な言動等により他の入院患者の治療に悪影響を及ぼす

とともに、医師、看護師の安全も確保できない事態に及ぶことも稀ではない。退院後は、再発した場合には、病院、主治医が社会的非難を受け、責任を問われる可能性もあるというリスクを抱えながら治療していかなければならない。

精神保健福祉法により、再発を危惧し長期的に隔離収容することは、困難である。

触法精神障害者を受け入れるという政策医療目的から、24時間対応の外来が求められている。すなわち、突発的な発作による緊急治療が必要となるケース、一定の症状の継続による定期的治療が必要になるケース等、多様な医療の提供が必要である。平成14年7月からの京都府南部圏域の精神科救急医療システムの稼働にあたり、洛南病院は基幹病院として、休日・夜間を含めた、毎日24時間体制で、緊急に治療が必要となる外来患者や入院患者に医療の提供をしている。平成13年度からは、4診制の実施や予約診療制（再診）のスタートにより、平日・昼間の外来診療機能の充実を図っている。平日・休日、昼間・夜間を問わず、24時間体制で総合的に、外来患者に安定的に医療を提供することで、救急医療と地域精神医療をあわせて展開し、精神障害者が地域で安心して暮らせるよう、府立病院としての役割を果たしている。

4) まとめ

触法精神障害者の多くが、入院治療中のある時期は処遇困難な患者であり、退院後は再発のリスクを抱えながら治療を続けなければならないことから、民間病院では忌避する傾向にある。こうした状況の中で、触法精神障害者に対する専門的な設備、人的体制が未だ不十分である洛南病院において、公立精神科病院の役割として受入れていかざるを得ないのが実状となっている。

資料1や2を見ると措置入院患者数に占める通報者別の内訳が掲載されている。洛南病院が触法精神障害者の受け入れという政策医療において南部圏域において大きなポジションを占めていることがわかる。

資料1 通報者別受け入れ状況

		1 3 年 度	1 4 年 度	1 5 年 度
措 置 入 院 患 者 数		13	26	37
通 報 者	警 察 署	5	23	28
	検 察 庁	8	2	8
	刑 務 所	0	1	1

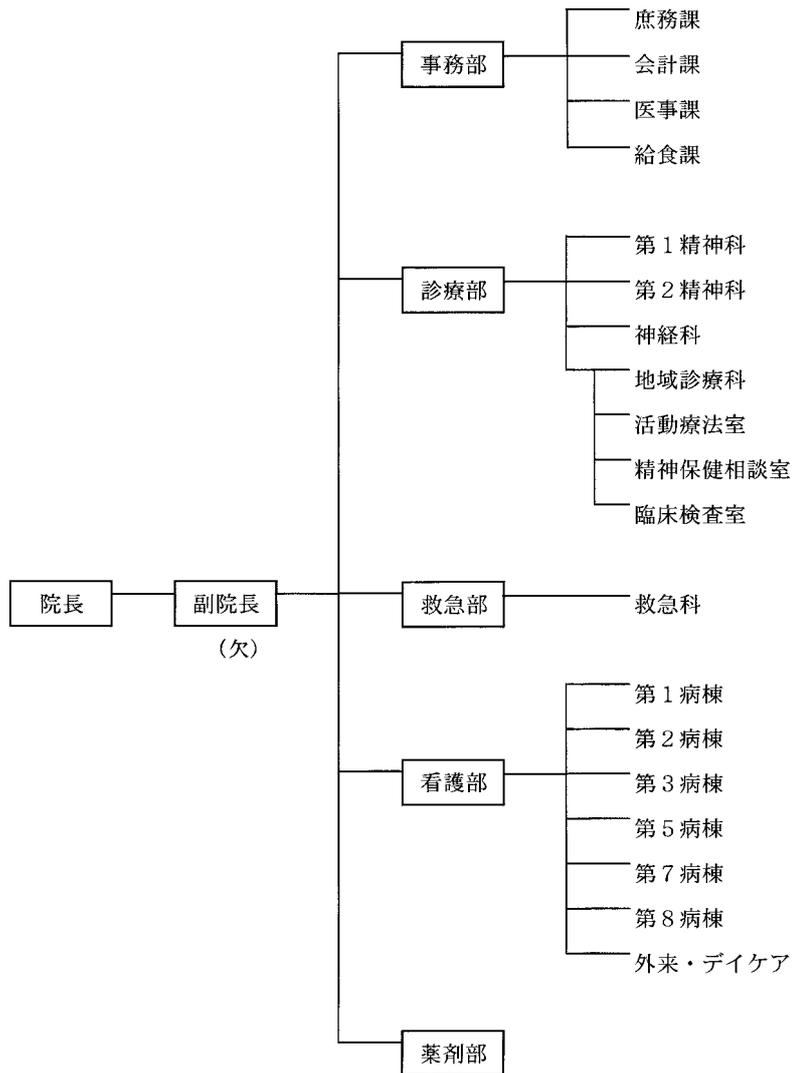
(注) 措置入院患者数には、緊急措置入院から措置入院へ移行した者を1人として計上している。

資料2 南部圏域の状況（平成15年度）

	南部圏 (A)	洛南病院(B)	割合(A)/(B)
措 置 入 院	47	17	36.2%
緊 急 措 置 入 院	20	20	100%
合 計	67	37	55.2%

3. 人員の状況

(1) 組織



(2) 職員配置

所属	職種等	配 置 人 員	配置人員の職種別内訳												
			事 務	医 師	薬 劑 師	作 業 療 法 士	精 神 保 健 相 談 員	臨 床 検 査 技 師	管 理 栄 養 士	看 護 師	准 看 護 師	調 理	自 動 車 運 転	家 政	用 片 務
事務部	庶務課 (事務部長を含む)	6	4									1		1	
	会計課	5	3										2		
	医事課	3	2			1									
	給食課	13						3			10				
	計	27	9	0	0	0	1	0	3	0	0	10	1	2	1
診療部・救急部	医局 (院長を含む)	14		14											
	活動療法室	3			2										1
	精神保健相談室	4				4									
	臨床検査室	1					1								
	計	22	0	14	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	1
看護部	看護部長室 外来・デイケア	12								12					
	第1病棟	23								21					2
	第2病棟	22								21					1
	第3病棟	18								13	4				1
	第5病棟	18								12	5				1
	第7病棟	18								13	4				1
	第8病棟	18								13	4				1
	計	129	0	0	0	0	0	0	0	105	17	0	0	0	7
	薬剤部	3			3										
	合計	181	9	14	3	2	5	1	3	105	17	10	1	2	9

(3) 看護師等の状況

洛南病院における看護師の平均年齢と平均在職年数の関係は以下の通りである。

(平成16年3月31日現在)

	平均年齢(歳)	平均勤続年数(年)
全体	41.0	17.5
看護師	38.6	15.0
准看護師	55.7	32.4

平成13年度自治体病院経営指標によれば、精神病院の看護師の平均年齢は43.3歳、准看護師の平均年齢は42.1歳であり、自治体病院のなかでは突出して平均年齢が高いわけではない。看護部門の一人当たりの給与の平均年収は、7,453千円(平成15年度看護師・准看護師)と、全国平均の4,801千円(平成13年度病床規模200~299床の精神病院の常勤看護師の平均)よりも2,652千円高くなっている(「平成13年度病院経営指標」厚生労働省医政局)。このため、病院経営に占める看護師の人員費の負担が一般の病院にくらべて非常に重く、大きな経営課題となっている。比較的高額な府の年功賃金体系の採用、17名の准看護師の平均年齢が高いこと、とが看護部門の人員費コストを押し上げている要因の一つであると推察されよう。

民間であれ公立であれ、永続させるべき公共的・公益的サービスの供給者たる医療機関において、組織経営の長期安定性の観点から経験年数・年齢構成や給与体系を合理的に設計することは経営手腕の重要な一項目であり、その組織経営管理上の課題なのであることに留意すべきである。府の給与体系自体の分析は本報告書の範疇ではないものの、平均年齢・勤続年数等の相違があるから統計数値との比較は意味がないとの単純な認識にとど

まるとはしない。本報告書では、イコルフットイングの視点を含めた政策医療性からのアプローチを採っていることに留意してほしい。

また、新規看護師採用についての問題もある。府立病院の看護師採用は病院ごとになされており、基本的に看護師の府立病院間の異動はない。さらに、新規採用の時期が主要な民間や公的病院の新規採用が事実上終わった終盤になされることが多く、優秀な看護師の採用競争に遅れがちとなっている。

(4) 医師の状況

洛南病院の医師は14名で、平均勤続年数は7年7ヶ月である。洛南病院においては、他の府立病院と異なり、府立医大医療センターからそのほとんどの医師が派遣される関係には無く、主として京都大学附属病院から医師の派遣を受けている。医師供給経路の違いが影響しているのかどうかは定かでないが、勤続年数の観点からは、概ね適正な派遣状況となっている。

4. 敷地・建物の状況

1) 敷地面積 80,686m²

2) 建物面積 建築面積 7,382m²

延床面積 12,028m²

建物区分	完成年度	構造	主な用途	建築面積 m ²	延床面積 m ²
本館	62	鉄筋コンクリート造 地上3階 地下1階建	1F 外来診察室・調剤・検査室等 2F 事務室・会議室等 3F 研修室等	1,218	2,358
病棟(1・2・3)活動療法棟	60	鉄筋コンクリート造 地上2階建	1F 第1第3病棟売店等 2F 第2病棟ソーシャルセンター	1,730	3,054
病棟(5・6)	61	鉄筋コンクリート造 2階建	1F 第5病棟 2F (元第6病棟)	941	1,755
病棟(7・8)サービス棟	58	鉄筋コンクリート造 地上2階 地下3階建	1F 第7病棟 2F 第8病棟 地1~3 仮眠室・厨房・洗濯室等	1,958	3,060
エネルギー棟		鉄筋コンクリート造平屋建	ボイラー室等		
看護者住宅A棟	62	鉄筋コンクリート造	マンション方式 個室32	255	391
看護者住宅B棟		地上2階建	室(1棟当り16室)	255	391
医師住宅A棟	62	木造平屋建	1世帯用	67	65
医師住宅B棟			1世帯用	67	65
医師住宅C棟			1世帯用	67	65
その他(上記建物附属設備)	58~63	—	連絡通路・ポンペ庫・自転車置場等	743	743
院長公舎	43	木造平屋建	—	81	81

3) 施設の老朽化

各病棟施設・設備の完成年度は下記のとおりであり、かなり老朽化が進んでいる。

施 設 名	完 成 年 度
第7・8病棟	昭和58年度
第1・2・3病棟	昭和60年度
第5病棟	昭和61年度
診療本館	昭和62年度
活動療法棟	昭和60年度
サービス棟	昭和58年度
エネルギー棟	昭和58年度

洛南病院の施設について、まず監査人が現地視察によって率直に感じたところを述べれば、見た目の老朽化が著しいことである。まず、壁紙が剥がれ落ちていて、見るからに貧相にみえる建物である。また、病棟のトイレの清掃及び老朽化した換気設備の能力低下への対応にあまり予算が掛けられないようであるが、悪臭が病棟中に充満している状況は、監査人が今まで他の病院では見聞したことの無いレベルである。患者の精神衛生に少なからず影響を与えるのではないかと思えるほどのお粗末さであると感じた。さすがにこれでは患者及びその親族の共感は得られないであろうと感じた。

政策医療を提供する基幹病院として、それにふさわしい体制を保持するためにも、下記の設備改修について検討が必要であると考えられる。(平成16年度において壁クロス張替えなどの一部が予算化され、施工されたとのことである。)

- ・病室・廊下等の壁クロス張替、個室等の壁塗替等
- ・冷凍機・空調機等の整備・更新
- ・ファンコイル・末端配管等の改修
- ・診療本館給湯用ボイラーの交換
- ・高架水槽塔の塗装等
- ・受電所(第2受電所等)の機器取替
- ・電気錠操作盤(第7・8病棟等)の交換
- ・消防設備(スプリンクラー等)の改修
- ・ナースコール設備の改修
- ・公共下水道への配水管接続、浄化槽の清掃等作業等
- ・病棟・診療本館のトイレ・浴室の改修
- ・病棟・本館の施設バリアフリー化、安全対策の推進

次に、精神医療のことを考えてのことであろうか、病棟が山の斜面に沿って作られていることもあって大変長いものとなっている。この結果、看護師の導線が異常に長いものとなっており、精神医療の看護業務について非効率さに拍車をかける要因になっている。とりわけ、7、8病棟まで行くのは距離的にも時間的にも結構かかる。このため、病院設計当時に想定していなかった多大な負荷が、看護師業務にかかっていることに留意する必要がある。給食配膳車専用リフトの設置なども、人件費コストとの比較を通じた費用対効果の判定により、検討が必要かと思われる。

また、薬剤システムの旧式化が薬剤業務の効率的な遂行に少なからず影響を及ぼしており、この部分には多大な合理化の余地がある。

5. 患者の状況

洛南病院における過去5年間における入院患者及び外来患者の状況は次の通りである。

<洛南病院における入院患者及び外来患者の状況>

年度	区分	入 院				外 来	
		延患者数	1日平均患者数	新入院患者数	退院患者数	延患者数	1日平均患者数
11年度		95,509	261	535	537	30,764	126
12年度		93,862	257	509	533	30,489	124
13年度		83,142	228	463	494	31,749	130
14年度		72,455	199	600	605	32,256	132
15年度		73,183	200	619	626	32,316	132

入院患者の減少傾向が現れており、平成15年度の延べ患者数は平成11年度に比べ23%減少となっている。平成13・14年度の減少は、平成14年度6月末の第6病棟廃止の影響である。

6. 財務の状況

決算書は民間病院と同様の様式であり、貸借対照表は流動性配列法とし、損益計算書は医業損益、医業外損益、特別損益の区分で表示している。なお、貸借対照表及び損益計算書は主な科目のみ表示している。

決算書において医業収入に含めて表示されている「他会計補助金」については、病院の業績をより適正に示すために医業収入に含めずに表示している。また、各金額及び比率は表示単位未満を切り捨てて表示しているため、合計欄が必ずしも一致しない。

(1) 過去3期間の経営成績の状況

＜損益計算書＞ (単位千円)

科 目	13年度	14年度	15年度
病院事業収益	1,325,578	1,270,323	1,299,499
医業収益	1,321,894	1,248,368	1,294,790
入院収益	1,119,170	1,028,828	1,060,851
外来収益	198,494	215,057	229,238
その他医業収益	4,229	4,482	4,701
医業外収益	3,433	3,896	4,487
受取利息配当金	271	205	188
その他医業外収益	3,162	3,691	4,299
特別利益	250	18,057	222
固定資産売却益	0	18,010	0
過年度損益修正益	250	47	222
その他特別利益	0	0	0
病院事業費用	2,454,780	2,472,175	2,301,240
医業費用	2,296,004	2,325,399	2,160,499
給与費	1,822,374	1,876,137	1,706,441
材料費	143,267	151,701	165,858
経費	210,459	193,552	192,040
減価償却費	115,168	98,746	91,724
資産減耗費	358	539	22
研究研修費	4,375	4,722	4,863
医業外費用	154,684	146,681	140,435
支払利息及び企業債取扱諸費	135,592	128,197	121,063
繰延勘定償却	680	649	885
雑損失	18,411	17,833	18,487
特別損失	4,092	94	306
過年度損益修正損	4,092	94	306
その他特別損失	0	0	0
純損失	△1,129,202	△1,201,852	△1,001,741

1) 業績の概況

入院収益については、平成14年度には6病棟の閉鎖等により入院収益が前期に比し8%減少、平成15年度は、入院患者数は横ばい、診療単価の増加で、入院収益はやや増加した。

外来収益は、外来患者数、診療単価の増加傾向(15年度患者数は横ばい)で増加状況となっている。

平成14年度決算の固定資産売却益は副院長公舎の売却益によるものである。

医業費用については、給与費の増減の影響が大きく、医業費用は14年度微増、15年度減少している。給与費については、平成14年度は精神科救急医療の実施による医師増員等により給与費が増加したが、平成15年度は職員給料の減額、退職給与金の減少等により、給与費が減少するにいたった。

材料費は、薬品費の増加(14、15年度はジプレキサ等の抗精神病薬の使用増加、院外処方箋発行率の低下)等により、増加状況となっている。

経費は、14年度は6病棟の閉鎖等により減少したが、15年度は微減となっている。

減価償却費は、平成14年度の精神科救急医療実施のための1、2病棟の個室整備等を除き、大きな固定資産投資をしていないため減少傾向となっている。

医業外費用については、企業債の支払利息等の要素が大きいが、減少となっている。

2) 業績の概況のうち特記すべき事項

平成14年4月から診療報酬の改訂により精神科救急入院料が新設され、基準に適合すれば従前の精神科の診療報酬に比し倍の診療報酬が収入できることとなった。これから述べるように、洛南病院にあっては少ないコストで精神科救急入院料の基準を達成でき、容易に増収が図れた筈であるが、これが達成できずにいる。この原因を考察するにあたってまず、精神科救急入院料の概要を下記に示しておくことにする。

精神科救急入院料（1日につき）28,000円

診療に係る費用（地域加算、措置入院診療加算、応急入院施設管理加算、専門療法、手術、麻酔、放射線治療に係る費用を除く。）は、入院料に含む。

3ヶ月を限度として算定

対象外患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院料3を算定

対象患者

- (1) 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
- (2) (1)以外の患者であって、当該病棟に入院する前3月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）に入院したことがない患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）
- (3) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
 - ア 症状性を含む器質性精神障害（単なる痴呆症状を除く。）
 - イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害。ただしアルコール依存症にあつては、振戦せん妄などの離脱症状など中毒性精神病の状態にあるものに限り、単なる依存症及び酩酊状態を除く。
 - ウ 統合失調症、分裂病型障害及び妄想性障害
 - エ 気分（感情）障害
 - オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
 - カ 成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）
 - キ 知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）

施設基準

- (1) 当該病院に精神保健指定医が5名以上常勤している。
- (2) 当該病棟の常勤医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上
- (3) 当該病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されている。
- (4) 当該病棟の日勤帯以外の時間帯において看護師が常時2名以上配置
- (5) 当該病棟の病床数は1看護単位当たり60床以下
- (6) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上
- (7) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にある。
- (8) 1ヶ月間の当該入院料を算定している病棟の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- (9) 措置入院患者を除いた新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3ヶ月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- (10) 精神科救急医療システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること。
- (11) 当該病棟の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院又は応急入院のいずれかに係るものであること。
- (12) 当該保険医療機関の所在地の都道府県における1年間（届出を行う前年度1年間）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

現在、洛南病院において精神科救急入院料の施設基準を充足していないのは、上記の施設基準の(3)と(6)だけである。これを達成するのに、それほどの資金的支出は必要ではない。それにも関わらず、診療報酬が倍に評価され、洛南病院における収入が単純に約173百万円増収できるものである。平成14年4月からこれを達成していたとすれば、3年間トータルで約5億円の収入増加となるのだから、これは大変大きいといえる。

さほど大きな努力無しに大きな収入を手に来るものを、みすみす逃している原因について説明する。下記は当職の質問に対する京都府の本庁による回答である。

「精神科救急入院料」は平成14年4月の診療報酬改定で新設されたもので、府南部精神科救急医療システム導入に向けた事前準備（改修工事等）の過程では想定できていなかったこと

「精神科救急入院料」の要件充足のため、病棟全体の病床数の減少を伴う個室整備が必要であるが、精神科救急対応病床数の減少について、関係機関との調整が必要であること

府南部の精神科救急は府と京都市の協調事業としてシステム構築したものであり、運営費を府と京都市で負担することとなっているが、負担金に係る次の点について協議中であること

ア、初年度（14年度）の運営収支が当初見込に比べて大幅に悪化したことによる負担金の取扱
イ、システムの運営開始時期が当初予定より遅れたことによる運営費算定期間の取扱

要するに、病院にとって大変有利な「精神科救急入院料」は平成14年4月から社会保険の診療報酬改訂によって誕生したものであるが、それ以前に京都府と京都市とが共同で取り組んでいた府南部の精神科救急整備にかかる費用の負担問題に決着がつかないから、意思決定ができず、「精神科救急入院料」に移行できないということなのである。本報告書においては、京都府の側からのヒアリングや資料の入手にとどまるため、京都市側の状況を知りえない状況ではどちらに問題があるのかについては判断できないものの、重大な問題点であることだけははっきりしている。

ちょっとした意思決定だけで年間173百万円（療養環境整備改修投資約19百万円を含めた初期投資の約29百万円を除いた年々のランニングコストとしての「増収に伴う増分コスト」は、医療内容は全く同じものを現在でも展開しているため、精神保健福祉士ひとり分の年間人件費だけである。）もの増収が確実な話があれば、多少立場の相違に目をつぶっても、まずは「名より実をとる」方向の意思決定をするのが通常である。未解決の精算などはあとで解決することとして、双方にとって利益をもたらすものの推進に、双方が当然に努力するだろう。およそ府の意思決定におけるプライオリティが住民福祉や経営の効率性の追求に向かっているのではなく、行政の面子に偏重しているさらいがある。行政の硬直的な意思決定がもたらす弊害の象徴といえる。

(2) 過去3年間の財政状態の状況

＜要約貸借対照表＞ (単位:千円)

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
流動資産	306,790	319,967	291,688
固定資産	3,124,903	3,072,725	2,987,143
繰延勘定	3,314	6,809	6,204
資産合計	3,435,007	3,399,503	3,285,037
流動負債	107,783	65,534	63,119
固定負債	142,872	160,823	121,401
負債合計	250,655	226,357	184,520
自己資本金	3,164,968	3,298,783	3,437,997
借入資本金	2,171,958	2,090,589	1,959,763
剰余金	△2,152,574	△2,216,227	△2,297,245
資本合計	3,184,352	3,173,145	3,100,516

資産については全体的に減少傾向にある。特に顕著な動きはないが、固定資産は、副院長公舎の売却により土地が14年度に少し減少し、精神科救急医療実施のための1、2病棟の個室整備等により建物が14年度に少し増加している。また、固定負債の14年度の増加は、退職給与引当金の増加によるものである。

(3) 決算日後の業績推移

決算日後、平成16年8月までの業績の推移及び前年同月の業績の推移は以下の通りである。下記の業績推移表に示すとおり、本年度の決算日以降8月までの業績の推移について特記すべき事項は無く、前年とほぼ同様の業績で推移している。

(平成16年4月から8月までの医業収益の状況)

科 目	16年4月	16年5月	16年6月	16年7月	16年8月
入院収益	84,858	93,097	96,075	86,971	97,223
外来収益	19,427	16,347	18,935	18,708	18,693
その他医業収益	265	266	216	304	188

(平成15年4月から8月までの医業収益の状況)

科 目	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月
入院収益	84,305	93,461	88,639	95,764	92,244
外来収益	18,270	19,127	18,496	21,227	17,642
その他医業収益	266	264	201	405	258

7. 医療圏内における医療状況

京都府保健医療計画における医療圏は、6医療圏に区分されているが、精神科については基準病床数が府全域で設定されているように、医療圏単位では捉えにくい。

精神科病院を府全体でみると、京都市及びその隣接市に集中している。その他の市町村では、南部では城陽市、京田辺市に2病院、北部では福知山市、舞鶴市に3病院と少ない。有床の精神科病院でみると、丹後医療圏、山城南医療圏はゼロである。

特に、洛南病院は山科区、伏見区に隣接していることから、洛南病院の入院・外来の地域別患者数からみても京都市民が約40%以上を占めている。実状として、山城北医療圏と京都・乙訓等南部医療圏とを区分する意味合いは非常に乏しい。従って、比較としては、精神科救急医療システムの圏域に従い、南部圏域と北部圏域とした。

<医療圏の概要比較>

	京 都 府		他 府 県		
	南部医療圏	北部医療圏	千葉県	東京都	大阪府
基幹病院	洛南病院	舞鶴医療センター	千葉精神科医療センター	松沢病院	精神医療センター
診療科目	精神科・神経科	総合病院	精神科	総合病院	精神科
病床数	266床	550床	50床	1160床	590床
圏内人口	230万人	30万人	350万人	400～450万人	200万人
実績	年度	14年度	14年度	14年度	13年度
	入院	300人	102人	255人	459人
	外来	440人	252人	210人	64人
救急システム	・輪番制なし		・輪番制あり	・都下に4医療圏あり	・府下に4医療圏あり
	・翌日転院なし		・転院135人(年間入院患者501人)	・翌日転院あり(年間346人)	

また、下記に見るように洛南病院は南部精神科救急医療システムにおける重要なポジションを占めているといえる。

1) 精神科病院数・病床数等

南部圏域と北部圏域との決定的な相違点は、舞鶴医療センター（北部圏域の基幹病院）が総合病院であり、洛南病院は精神単科病院である点である。従って、合併症患者の転送に関して、舞鶴医療センターでは自院で解決できるため、関係地域医療機関との連携システムをさほど考慮する必要はない（ただし入院が長期化した患者については他の民間精神病院への転院が行われている）が、洛南病院では連携システムは切実なものとなろう。

南部圏域と北部圏域を病院数、病床数及び人口10万人対比率で比較すると、特に大きな差はない。医院、診療所数でみると南部圏域が充実している。

精神科デイ・ケア（社会復帰訓練）の実施状況では、南部圏域が充実している。デイ・ナイトケアは、北部圏域にはない。また、南部圏域では、急性期治療、アルコール治療、老人痴呆疾患治療等の精神科専門治療病棟を有する複数の病院があり、病棟の機能分化がみられるが、北部圏域では病棟の機能分化はなされていない。

	二次医療圏	病院数	病床数	医 院 ・ 診療所数	人口10万人対			精神科 デイケア
					病院数	病床数	医院数	
北 部	丹後	1(0)	0	0	0.9(0)	0	0	0(0)
	中丹	5(3)	800	4	2.3(1.4)	373.1	1.9	2(0)
	小計	6(3)	800	4	1.8(0.9)	243.8	1.2	2(0)
南 部	南丹	1(0)	0	2	0.6(0)	0	1.3	1(0)
	京都・乙訓	30(15)	4,773	70	1.9(0.9)	296	4.3	24(9)
	山城北	6(4)	1,183	5	1.4(0.9)	266.6	1.1	4(2)
	山城南	0(0)	0	2	0(0)	0	1.9	0(0)
小計	37(19)	5,956	79	1.6(0.8)	257	3.4	29(11)	
府全体	43(22)	6,756	83	1.6(0.8)	255.4	3.1	31(11)	

(注) 1. 病院数は、精神科・神経科を標榜する病院。()内は、うち有床病院数。

2. 病院数、病床数は国の「医療調査」(平成14年10月1日)による

3. 人口は、平成16年9月1日現在。

4. 精神科デイケアの()内は、うちデイ・ナイトケア。

2) 精神科救急医療 (平成15年度)

休日、時間外の受け入れ件数でみると、南部圏域では重症患者の割合が多い。

		総 数	外 来	入 院
北 部	舞鶴医療センター	354	252	102
南 部	洛 南 病 院	740	440	300

3) 他府県の医療圏との比較

政令指定都市を抱える他の府県立の精神科病院では、輪番制度がある、後方支援病院が確保されている、隣接する医療圏間で転送患者の受け入れを行っているなど、基幹病院をバックアップするシステムが確立されている。

一方、洛南病院では、残念ながら不十分な状況にある。この原因は、精神科救急システムにおいて輪番制或いは翌日転院などの制度がないことや、地理的条件などから北部医療圏へ転送しにくいことなどから生じている。このことが救急病棟(1、2病棟)の病床稼働率(非効率な空床の確保)にも影響を与えている。

精神科救急医療システムでの転院、転送の制度化は、経営改善を図る上で重要な課題の1つであると考えられる。

8. 前回包括外部監査における指摘事項のフォローの状況

平成11年度においても包括外部監査の対象として医業が選定されている。中野淑夫包括外部監査人による指摘事項と、これに対する病院側の取り組みをまとめたのが下表である。

	包括外部監査人指摘事項	洛南病院又は府の対応
責任と権限	本庁において、長期的かつ総合的な立場から、府立3病院の経営改善へ向けての計画の立案、指導等を実施・フォローする仕組みを構築する必要があると思われる。院長の権限と責任において、経営改善に向けた取組が可能となるような体制の整備が望まれる。	平成12年5月に、行財政システム21推進本部に「医科大学附属病院・府立病院経営改善に係る検討委員会」を設置したほか、平成12年度から医療・国保課と病院事務部長等との経営改善に関する会議を開催し、経営改善方針、院長への権限委譲について検討を進めている。
各病院間の連携の強化等	各病院間での患者サービス等に関する情報交換等の連携の強化が必要である。	平成12年度から各病院の医事課長会議及び給食課長会議を新規に開催し、各病院の密接な情報交換を図っている。
意識改革の必要性	経営の健全化を図るために、職員の徹底的な意識改革が必要であり、管理職に対する大幅な権限移譲と責任体制の確立を行う必要がある。	院内広報誌を通じて、わかりやすく経営の健全化の取組について解説することにより職員の啓発を行っている。さらに、病院管理職については、定期的に管理職会議を開催し、管理職の意識改革と責任体制の確立を図っている。
増収に向けた諸施策の実施	保護室の不足が病床利用率の低さにつながっている。急性期対応のための施設の充実が求められる。	平成12年6月に観察室(7室)を2室増設し、この観察室を有効に活用することにより、保護室の空き部屋の確保を図った。
医薬品及び診療材料の在庫管理	診療室をはじめ手術室や検査室といった各部署に所在する医薬品及び診療材料について、実地棚卸の対象から漏れている。	平成11年度末の棚卸から各部署に所在する医薬品等についても実地棚卸の対象とした。
医薬品使用効率	医薬品使用効率を向上させるべきである。同種同効薬品については、できるだけ一本化して在庫アイテム数を削減するとともに、院外処方箋の発行を推進するなど、総合的な在庫圧縮方針を講ずることが望まれる。	1. 「薬事委員会」で品目数の見直しを行っているほか、使用頻度の低い医薬品については採用取消決定をするなどの措置を講じている。 2. 平成11年11月から院外処方箋の発行を開始し、平成12年度の院外処方箋発行率は75%に達した。
医業収益と給与費との比較	医業収益に占める職員給与費の割合並びに労働生産性の観点から、職員給与の額は医業収益に対して過大である。	医業収益の確保に努めるほか、退職不補充による外部委託化・非常勤職員化等を通じて職員給与の圧縮を図っている。
職員数の状況	看護師を含む職員数について検討を加える必要がある。職員数と患者数のバランスがとれておらず、患者数からみて職員数が多いのではないかと考えられる。	平成12年4月から給食部門の業務の一部の委託化に伴い職員を減員させており、平成13年4月からはボイラー管理業務の委託化等を実施している。
業務の外部委託	栄養士・調理師を正職員として雇用する方式を採用しており、人件費を補うだけの食事療法収益が確保されていない。	平成12年4月から食器の洗浄業務等を委託化し経費削減を図った。
建物設備管理清掃業務	費用と効果を勘案しつつ、順次外部委託に切り替えることが望まれる。固定資産の報告・記録・帳簿による管理を徹底させなければならない。	平成12年4月からボイラー管理業務の一部を委託化するとともに、平成13年4月からの全面委託化を実施している。清掃業務については、退職に応じ、順次委託部分を拡大していく。

前回包括外部監査人の指摘に対する対応については、なんらかのアクションが採られているものの、大きな改善が見られないように思われる。思うに、前回包括外部監査人の指摘のうち最も中心に位置する責任と権限の明確化の問題は、抜本的な経営体制改善のための前提条件となるべきものであるが、5年経過後の現在においても検討中という極めて緩慢な対応であるといえる。およそこの部分にメスを入れることなしに、病院経営の合理化はありえないと思われるだけに残念である。

・府立洛南病院の現状と問題点

1. 法規性の検討

(1) 随意契約と単独随意契約の実態について

契約形態として随意契約が多い。入札ではなく随意契約によることができるケースはまず地方自治法施行令第167条の2に規定されており、詳細は洛東病院報告書（「平成16年度包括外部監査報告書 府立洛東病院」）をさしている。同様に、その与謝の海病院編を与謝の海病院報告書という）に記載のとおりであり、それをふまえて随意契約取引の法規性について検討したところ、以下の問題点が認められた。

まず、器械備品の購入取引および修繕費取引において、ほとんどが「その性質又は目的が競争入札に適しないものをするとき」と「財産の買入れでその予定価格が160万円を超えないもの」を理由とした契約となっている。ただし、修繕費に関しては京都府会計規則第163条第二項4号に規定されている「予定価格が50万円未満の契約をしようとする場合で、契約当事者が省略して支障がないと認めるとき。」を適用し、単独随意契約が許されるケースとして運用している。しかし、「競争入札に適しない」理由が判然としないし、また本来は全体を一括して発注すべきだと思われる修繕・整備を場所別等細切れにして50万円未満であるとし、単独随意契約にて発注しているケースがみられた。

医療機器や給食機器については専門機器であり納入業者も限られるとしてを理由としているが、京都府会計事務質疑応答集別冊（京都府出納管理局会計課通知）による例示としては「特殊な技術、機器、又は設備等を必要とする場合等」とあり、これをもってすべての医療機器が入札になじまないとするには問題がある。汎用的な医療機器も多くあるはずであり、を適用するには個々の機器に理由が必要と考えられるがそれが判然としない。納入業者数の観点での競争入札の不要性も根拠が薄弱である。

また、たとえば「病室（和室）の食堂への改修及び旧職員食堂の給食厨房への改修」につき、「患者治療環境の速やかな改善のため緊急を要する」を随意契約の根拠としているが、機能不全となったものを緊急に回復するのではないため、その工事に計画性があればなにも緊急を要するものでないし、もし緊急を要していたとすれば、それは計画立案機能に問題があることとなる。

単独随意契約としている50万未満の修繕については、全体としては250万円超となり入札を要する可能性がある、同一業者に対して同一時期に同様の修繕内容を院内各所で実施したものが、細切れにされているだけのものが見受けられた。契約当事者が細切れにしたものを、「契約当事者が省略して支障がないと認めるとき」とは認められず、京都府会計規則の制定精神に反するものである。

随意契約については、各自治体で「随意契約事務処理基準」のような取扱要領が設けられつつある。緊急対応修繕の乱用や組織的チェック体制が不十分であったことをうけて、随意契約の基準を明確化するものである。概ねどれくらいまでが緊急か、あるいはどのような場合に見積もり合わせが可能なのか、などが客観的に判断できるようになるものであるが、京都府にはまだそのような規程は存在しない。したがって、個々のケースで法規性の判断をすることとなるが、規則を満たしているとは思えないものが多いと結論せざるを得ない。

つぎに委託業者との契約であるが、総合管理業務については「庁舎管理に係る委託契約の取扱について（財産管理課）」により、指名競争入札を3年サイクルで実施し、落札業者とその後2年間は単独随意契約とする取り決めがなされているが、この3年サイクルを適用してよいと明確に定められていないケースに対しても、独自に類推適用しているものが見受けられた。その後の調査で、本庁の医療・国保課府立病院係から発せられた指示文書の存在が明らかになり、洛南病院はその指示に従っただけであることが判明した。洛東病院においても同様であったと思われるが、監査人としては、前述のとおり随意契約についての取扱要領がなく、場当たりのととられかねない対応となっている状況は、いまだ指摘すべき改善事項であると考えられる。

(2) たな卸資産の管理について

京都府病院事業会計規則の第56条においてたな卸資産となるボイラーの燃料について、毎事業年度末に実地たな卸を実施しておらず、また、定められた出入庫票およびたな卸資産出納簿を用いた受払管理もできていないため、たな卸資産の決算残高に含まれず簿外となっている。期末残高は百万円未満であろうと推定されるが、盗難や不測のロス等の事故に対する管理の視点が欠如しており、コスト管理上好ましくなく、規則違反であるとして指摘せざるを得ない。

(3) 固定資産台帳について

京都府病院事業会計規則の第16条は固定資産管理のために定められた固定資産台帳の整備を要求しているが、

現在の減価償却システムから出力される帳票ではその定められた記載事項を満たしていない。特に構造、使用、規格、能力等の固定資産の属性情報と所在場所情報は基本的な管理事項として必須項目である。したがって、別途の一覧表を出力もしくは作成し、特に所在場所別に管理台帳を整備すべきであるが、それができていない。

(4) 薬剤在庫管理システムについて

薬剤の受払・在庫管理はソフトウェアを導入しておりシステム化されているのであるが、受払管理台帳管理としては機能していない。受払いの都度伝票処理せず、月末の薬局の実在庫を箱単位でカウントして、それをシステムに棚卸残高として登録することによって差額を自動的に払出実績とする方法となっている。これではあるべき帳簿在庫と実在庫の比較による、月中の受払処理ミス抽出、仕入れ取引や払い出し取引の異常が管理できず、なんのために台帳管理しているのかわからない。京都府病院事業会計規則に反するものといわざるをえない。

(5) 時間外勤務命令簿の自己記入

時間外勤務命令簿を閲覧したところ、看護師、デイケアの全てが自己記入となっている。この命令簿は係長等が自ら記入することとなっており、事前命令制を徹底して時間外勤務の縮減を期する目的で作成されるものである。自ら記入しているが、時間外勤務が必要となった都度の事前命令の原則は順守しており、記入事務手続き上の便宜の観点から言わば自己申告となっているにすぎないとの回答であったが、自己申告は制度の趣旨を満たしているとはいえない。救急・緊急時への対応などでやむを得ず事後報告と事後命令となる場合にも、そのような記載をなすべきである。

2. その他の事項

医業費用の大部分は人件費である。洛南病院の平成15年度の医業収益は約1,294百万円であるが、給与費は約1,706百万円であり、全ての医業収益をもってしても人件費が全額負担できない。これは、多くの自治体立精神科病院の特徴ではあるものの、その赤字差額が異常な規模であるし、また府下の民間の精神病院は比較的良質なレベルで成立していると聞く。そこで、平成15年度につき、まず課別担当別業務項目別に業務の負荷割合を質問し、それを手がかりとして業務チームごとに個人別給与支払額年度トータル表にて集計されている給与額を業務項目ごとに按分し、その結果を用いて共済費総額を按分して業務項目ごとの人件費総額を集計し、その集計額と業務負荷割合につき、異常点がないかどうかを調査した結果、以下の問題点が認められた。

(1) 精神科救急入院料算定病院の申請について

概要に記載のとおり、平成14年度から導入された精神科救急入院料、いわゆるスーパー救急にかかる診療報酬を、それに該当する医療を洛南病院が展開しているにもかかわらず、わずか約10百万円程度の個室の整備改修投資（その他に同時に実施が予定されている療養環境整備改修投資は約19百万円）と精神保健福祉士の配置転換および1名の増員に関する意思決定ができずに、年間約173百万円の診療報酬を獲得できていない。意思決定ができず、精神科救急入院料算定病院の適用申請ができていない原因は、本庁における京都市との調整能力不足にあるが、地方公営企業法の部分適用組織として位置付けられていることも少なからず影響しているのではなからうか。平成16年度末には、その収益機会損失は累計で5億円を超えるものと予想され、経営の不存在というべき状況である。

このような大きな経営の失敗を放置しておきながら、毎年の経常的修繕費予算が年間500万円程度しかなく壁紙のはがれやトイレのひどい匂いへの対処ができないこと、水道光熱費削減の観点から患者の入浴や夏場の空調が制限されること、認定・専門看護師資格に意欲ある看護師への研修費が予算化されないことなどを鑑みれば、責任は重いといわざるをえない。この失敗を迅速に快復しない限り、各種比率分析をしても何の役にも立たない。

(2) 職員の特殊勤務手当の支給状況

平成15年度の特殊勤務手当は年額で約61百万円支給されている。主な内訳は、事務部門で約2百万円、給食部門で約2百万円、診療部で約4百万円、看護部で約52百万円（うち約半分は日額の夜間看護手当）である。

特殊勤務手当として、月額「精神病患者に接触する職員の特殊勤務手当」が全職員に支給されているが（職務により13,000円から15,200円）、事務職員については問題がある。事務職員への適用は、「職員の特殊勤務手当に関する規則別表第3」に記載されている「常時精神病患者に接触する職務に従事する職員」に該当するとの判断によるものと思われるが、すべての事務職員について、常時接触といえるのかは疑わしい。多額の赤字組織であるなかで、実態を適切に考慮していない一律支給は府民としては納得できないのではないだろうか。与謝の海病院報告書に記載の通り、同病院では結核病棟への勤務に関する特殊勤務手当は実態に応じたものに改められたが、同様の検討がなされてよいものと思われる。

また、看護師の夜間勤務に関する手当としては、「夜間勤務手当」が夜間勤務時間数に対応した割増手当として支給されているが、それ以外にも「夜間看護業務等に従事する職員の特殊勤務手当」として日額手当が支給されており、看護師給与費が赤字の大きな部分を占めていることを踏まえれば、このような二重支給とも思えるような制度は縮小の方向で検討されるべきであることは、与謝の海病院報告書に同じである。

(3) 給食課

食材コストは1食当たり平均で約230円（一部消耗品が含まれているが統計指標も同様であると推察している）

であるとのことであり、医療法人立の統計指標約215円や洛東病院の約212円に及ばない。洛東病院では魚も切り身で購せず調理師がさばいているなど、効果はわずかかもしれないものの人件費が高いことへの積極的対処の姿勢がみてとれ、好印象をもったが、洛南病院ではそこまでの姿勢はみられない。一方、患者の身体状況調査やADL調査を実施して患者への個別対応に配慮するなど、質の高い給食をこころがけているようだ。また、集団給食の専門調理師の有資格者も2名いる。ただし、給食収支は赤字であり、コスト構造を改善すべきである。

業務分担の状況と人件費調べによる分析によれば、栄養士3名と調理師10名の計13名の正職員と約1名相当の臨時職員の約14名相当の業務となっており、コストは約117百万円となっている。年間約22万食程度を調理しており、一食あたりの人件費は約530円である。診療報酬請求から算定した入院患者1食あたりの収入は約790円前後と推定され、人件費と食材費はなんとか収入で賄えるが、水道光熱費や消耗品費、機器の減価償却費が一部負担できない。調理場所と調理機器を無償貸与し、調理員の人件費と食材を委託業者もちとする委託形態を導入すれば、一食あたり500円程度で十分に外注可能であろう。3名の栄養士の人件費コストを約20百万円とすれば、コスト低減効果はこれだけで約37百万円にのぼる。栄養士が外注業者をコントロールする業務体制が採れればなら心配はなからう。

洛東病院報告書においても指摘したが、府立病院においては外注業者の日常業務のコントロールが明確ではなく、誰が責任をもって業者の活動を管理し、監督するのか不安になる側面があり、その裏返しで「外注は安心できない」との危惧が大きくなりがちかと思う。現状では外注業者をうまく利用できずさまざまなトラブルが生ずるかもしれないが、だからといって外注業者不信論を展開するのはおかしいことであり、組織体制の見直しこそ先決であろう。

担当部署の試算によれば、2年以内に定年退職により2名が退職し、調理作業の一部につきパート利用を順次すすめてゆけば黒字化し、平成22年度には約27百万円の黒字になるものと予想している。しかし、栄養士が外注業者をコントロールする体制を採用すれば、黒字化はすぐにも実現できるのであり、積極的に検討する余地がある。ただし、調理師10名が府の適所で余剰感なく意義ある活動ができることが前提であろう。

(4) 会計課

会計事務担当として3名が配属されており、人件費コストが約28百万円投入されている。会計業務の規模からすれば、とくに人員過剰とは思われない。しかし、事務部長が会計課長を兼任する程度の規模と判断される。年間仕訳数は約5千仕訳行数と、民間の小規模企業並であり、1人相当の業務負荷で入力・残高管理業務へ対処可能な規模である。残り2人相当で各種業務への対応が可能はずだ。また、本庁には三つの府立病院会計を統括管理する会計管理担当者も存在する。内部牽制の必要もあり会計課員は最低でも2名は必要であるが、赤字体質の施設であれば、課長兼任程度の人員のやりくりは民間ではあたりまえであろう。またそれは、庶務課との業務分担の検討のなかからもそのように指摘されう。財産管理に関することの業務負荷の申告が非常に低い。固定資産の現物管理の状況が十分でない点は前述のとおりであるが、老朽化が進行しているなかで、設備保守や運転、病棟清掃業務などの外注業務があり、老朽部分の把握と更新企画業務や病院に出入りする外注業者を管理監督する業務は日常的に執り行なわれるべきであり、0.25人相当と負荷が低いことは外注業者まかせとなっていることが危惧されるレベルでありはしないか。庶務課との業務分担を最適に調整するべきであろう。

(5) 庶務課

庶務課は5名配属されているが、事務部門に3名、のこりの2名は現業職員として公用車の運転と清掃業務を担当している。現業職員の状況は、損失構造の分析として後述する。財産管理に関することは会計課が担当しているため、庶務課の業務内容が洛東病院との比較でわかりづらい。人事関連に約2名相当の業務負荷となっているが、そんなにかかるものだろうか。監査人としては、固定資産管理と外注業者管理の充実が必要だと思うが、そのためには単純に増員を検討するだけでなく、会計課をあわせて間接事務部門としての業務体系の見直しも必要であると思われる。現状より効果的な業務提供が可能となろうし、後述する電話交換業務の廃止案への対応やコストダウンへの糸口ともなろう。

(6) 医事課

3名が配属されており、1名は精神保健福祉士としての業務についている。他の2名は主に診療報酬業務関係であり、本庁人事により配属されれば3年（最近の異動サイクルは3年から5年となっているとのこと）くらいで異動している。現在の職員の中で最古参は勤続3年目であり、全員が他所での医事課経験もなく、これでは医事に関する専門知識をもつ者が育たない。医師が診療報酬請求事務の外注先を直接コントロールしている状況に近い、といっても過言ではなからう。精神科の診療報酬請求は、一般病院より複雑ではなく比較的簡単であり、現在の体制でも十分であるとのことであったが、それでは医事課人員の業務の有効性に疑問があるといわざるをえず、減員が検討されてしかるべきこととなろうし、会計課及び庶務課とあわせて間接事務部門として機能する組織形態への変更も視野に入れざるをえないのではなからうか。

このようななかで、電話交換業務を完全外注しており、余計なコストを発生させていると言える。ダイヤルインを奨励したり、代表窓口を庶務課と医事課で工夫すれば外注コスト約6百万円分は必ず節約できるものである。

(プライバシー保護や療養上の配慮の観点は、この業務の外注・内部消化の議論にまったく関係がない論点である。)数字に明らなはずの事務部門においても、大きな赤字をかかえる施設にしてはコスト意識があまりに希薄であると言わねばならない。

医事業務は本来専門職としての重要性がある。3年前後の人事異動サイクルは、医事課に関しては特に改めるべきである。診療報酬制度を熟知して病院の収入をいかに確保するか等の経営情報、経営企画力は医事課の力量に相当左右されるものであると考える。しかし、医事課にその力量がないならば、巨額の赤字組織としては、事務コストの削減対策を考えるべきであろう。

(7) 薬剤部および検査室

概要に記載のとおり、分包マシンが旧式であり業務に追いつかない状況がある。また、薬剤部が3名、検査室が1名と配置が少なく、入院患者への薬剤管理指導件数も少ない。検査室の機器類も旧式のものが多く、精神科救急医療システムの基幹病院としては、人的物的投資が不足しているように見える。

(8) 看護部

人事給与管理業務につき「時間外・休日勤務命令簿」を閲覧したところ、看護部の時間外勤務が多く見受けられた。平成15年度で約28百万円となっており、内容的には用務等の記載が「残務処理」「患者対応」とあいまいな表現が多い。1病棟および2病棟での救急体制への対応で時間外が多いとのことであり、3交代制の引継業務による時間外勤務はほとんどないとの説明であった。

事実上、看護部長が最高権限者である。看護師全体をコントロールしており、事前命令制は守られているとのことであるが、前述の通り自己記入となっているため、正確にはわからない。後述するように、看護部の状況は人員配置の余剰を感じるほどではないが、病床利用率が低調であることから不足感もそんなに強くないはずだ。事務部長の決裁への関与もしくは院長決裁とするなど、時間外勤務管理に係る不断の業務見直しを、職制の責任を明確にして進めることが必要である。

医薬品の受払・保管に関することへの仕事の負荷が約20パーセントと高く申告されており、薬剤部の人員不足状況をカバーしているようだ。約20パーセントといえば24人程度であり、病棟間の導線が長いことを考えてもそれだけの仕事の負荷があるのかどうか、監査人にはわからないが、少なくとも薬剤師補助者や看護補助者を導入すれば、有能な看護師が医薬品の受払・保管に関する業務に割かざるをえない状況の改善となり、看護の質の向上につながる可能性がある。看護師配置の見直しを通じて、人件費コストが削減できる可能性もあろう。

看護部配属の用庁務が一部機能していない。これについては後述する。

3. 医療機能の特徴点

財団法人日本医療機能評価機構が公開している「自己評価調査票」を参考資料として、洛南病院の医療機能の特徴点をつかむべくヒアリング調査した結果は、以下のとおりである。

(1) 病院の役割と将来計画

地域における病院の役割・機能を明確にするための、地域医療情報資料の整備状況、地域医療の欠損機能の分析情報については、外来初診の経路分析はあるものの政策医療を担うべき府立病院としては十分とはいえない。病院の理念や基本方針も明文化されているといえるレベルになく、その内外への周知・徹底努力は非常に不足している。また、将来計画としての中長期計画については、組織的に策定されている状況ではなく、経営管理上機能すべき形としては策定されていないといっても過言ではない。地域の保健・医療・福祉機関との関係・連携も明確でなく、政策医療を担うべき府立病院が、場当たりの運営となっているならば問題である。精神科医療については、一般医療に比べれば都道府県立病院が担うべき政策医療領域の曖昧さはそれほど強くはないものの、この機能が低調であることは経営組織体としては重大事である。

(2) 病院管理者・幹部のリーダーシップと病院の組織的運営

病院運営の基本方針や将来計画、病院運営上の諸問題の解決に関する病院管理者・幹部の指導力については、地方公営企業法の部分適用組織であることの影響で、総じて評価が低い。医療の質の向上や業務の効率化についての取り組みも、その評価体制が構築されていないため、一層の活性化へつなげるという組織的なサイクル化ができておらず、リーダーシップの発揮を通じた従業員のモチベーションの管理・高揚策には限界があるものと思われる。

一方、組織的運営は総じて評価が高くなっている。公営企業であるから、規定類の整備や部会、委員会活動などまずまずの充実感がある。改善活動への取り組みも、組織的かつ制度的とまではゆかないものの、現場チーム単位で積極的に活動している面がある。ただし、いずれの会議も議事録の整備が十分でない。

また情報管理機能については、情報を専門に管理する部門・担当者は設置されておらず、医事課が取り扱っている。情報管理に関する委員会・情報管理規程ともに十分でない。

(3) 地域連携と協力

地域連携室・地域連携担当者が存在しない。また、広報活動を担当する部門・担当者もなく、地域活動に積極的に取り組んでいる状況にはない。健康教室や医療相談等地域の健康増進に寄与する活動はなく、ボランティア

の受け入れ態勢も整っていない。京都府精神科救急医療システムの府南部の基幹病院として位置付けられているが、京都精神病院協会加盟の18の支援病院との連携・役割分担が明確でないというシステム上の課題はあるものの、地域連携の観点から今後求められるべき機能を府立病院として積極的に展開・主導しようとしている姿はない。

(4) 患者の権利と安全確保

これらを確保するための組織的体制ができており、教育研修の対応が進んでいるが、システム化はいまひとつ進んでいない。リストバンド、バーコードの利用やオーダーリング情報システムの構築（精神科病院では導入がまだ低調ではあるが、医療法人立では導入されつつある。）など、医療業務の効率化のみならず医療事故防止・患者の安全確保の側面からも積極的に導入すべきものが未導入となっている。

医療事故への対応は概ね良好であるが、発生した場合においてその公表を検討する場合の責任者と手順が明確化されていない。

患者や家族の希望や意見を聞くための意見箱の設置やアンケート調査などの制度がないし、苦情に対応する部署や委員会、苦情への対処手順なども不備である。したがって、患者や家族の希望にもとづくサービスの改善は低調である。近いうちに弁護士等にも参加を要請して実現してゆきたいとのことであった。

立地上の制約もあり、院内のバリアフリーは実現されていない。しかし、工夫により病棟内や浴室、トイレのバリアフリー化は実現できるはずであるが、未了である。

(5) 療養環境と患者サービス

院内の清潔管理は適切とはいえない。院内の清掃体制は、外注業者担当部分と現業職員担当部分があるが、品質上の問題がある。院内には不快な臭気が認められる部分があり、壁紙は剥がれ落ちたままであったり、おおきなシミや変色が認められる部分もあり、トイレの清潔性にも問題があり快適な療養環境とはいえない。（平成16年度に予算化され一部は改修されたようである。臭気に関しては換気設備の老朽化の問題もあり、その観点からの検討も必要だ。）また、禁煙・分煙への対応が十分でなく換気にも配慮がない。

病室の空調は原則夜9時でとまり、気温や湿度への柔軟な対応がなされていないし、ベッドマットは一部を除きほとんどがいまだ一度も交換はおろか洗浄消毒もしておらず、事故がないのが不思議なほどである。さらに、入浴については週2回と少ない。

また、大規模災害時の対応マニュアルがなく他の医療機関との応援協定、大規模災害に備えた医薬品の備蓄の観点もない。

(6) 診療の質の確保

医師の採用は、他の府立病院とは異なり（洛東病院報告書および洛南病院報告書参照）、洛南病院では府立医大医療センターからの医師供給は受けておらず、院長が京都大学医学部等と折衝し、確保に努めており、採用基準・手続きが異なる。その点で他の府立病院よりは適切な採用体制を構築しやすいはずであるが、医師の診療能力や実績に関する人事考課を実施し、人事や給与に反映させる体制にまで踏み込んでいるわけではなく、医師の能力や病院への貢献度が評価される側面は感じられず、適材適所の人事管理ができていないとの外観はない。地方公営企業法の部分適用組織としての限界なのであろう。

診療録管理体制については、診療情報管理士は配置されておらず、担当職員への診療情報管理に関する教育研修も不足している。診療の質や効率に関する分析や指標化についても、診療報酬請求システムが集計する医事統計データどまりである。図書室の図書整備と管理、利用促進への便宜も不足している。

診療の質の保証の観点から、診療の質に関する臨床指標（クリニカル・インディケータ）を設定して質の改善に役立てる体制の構築が不十分であり、現在検討中であるとのことであった。

薬剤部門では人員配置が手薄であり、病棟での時間外・夜間での調剤業務には薬剤師が関与できていないし、病棟での投薬指導業務は低調である。夜間対応は部長に連絡がとれるようになっているだけで、オンコール体制は実現できていない。精神科救急体制の基幹病院としては心もとない状況ではなかろうか。また、医師・看護師との意見交換のための薬事委員会の開催頻度が満足できるレベルではなく、その議事録がない。

救急部門については、薬剤師当直の不備だけでなく、臨床検査技師および放射線技師の当直もない。それらをカバーする医師や委託業者の体制があるようだが、その実効性とコストとの比較衡量の観点から夜間体制につき継続的な検討が必要であろう。また在宅療養者の受け入れ態勢につき、在宅支援の方針や地域医師会との協議などが確立しておらず、救急・緊急体制につき地域連携の観点からも改善すべき点がある。

身体合併症治療への対応については問題がある。地域の病院との連携がわるく、ある疾病の疑いで近隣の病院へ診察のため搬送しようとして断られたこともあるという。精神科救急システムの基幹病院であり、民間精神科医療施設からの紹介受け入れ（民間精神科医療施設への診療支援はない）や医学生や看護学生等への教育研修活動など地域における一定の役割を十分に果たしている側面は認められるものの、地域の医療施設との紹介・逆紹介体制の構築を府が主導して実現すべきであろう。

訪問サービス部門がない。以前はよく活動していたが、訪問看護ステーションを退職した看護師が独立して地

域内で運営しており、そこが機能しているため、実施していないとのことであった。地域のニーズとサービスの提供実態についての現状を調査し、洛南病院としてなすべきサービスの有無の検討が必要であるものと思われる。

オーダーリングシステムは導入されていないが患者ごとの指示簿はあり、医師の指示の確実な伝達は確保されている。クリニカル・パスへの展開を研究中であるが、精神科における導入には無理があるとの見解もあった。

看護部門は、病院自体の理念が明確でなく、中長期目標も年度目標も十分に設定されていないなかで、独自に理念を掲げ、年度目標を設定して目標管理が実施されている。また研修活動、委員会活動も比較的活発であるが、職員の能力評価とその活用が十分ではない。看護実践段階チェックリストを作成するなど能力評価は試みられているものの、それを活用した能力開発・配属体制は構築できていない。認定看護師・専門看護師制度への関心があり看護の専門性を高める意欲ある者もいるが、職場を離れることと予算が必要であり、京都府にはその研修の場がないこともあり、認定看護師は1名のみであり専門看護師はいない。認定看護師と専門看護師は全国的にまだ数は少ないものの、基幹病院の看護部門としてさらなる研鑽が求められよう。

看護記録は十分整備されているが、そのための業務負荷が高い。時間外勤務はほとんどが救急体制への対応であるとのことであったが、オーダーリングシステムやクリニカル・パスの導入により効率化が見込まれよう。

(7) 病院運営管理

事務職員は3年程度で本庁の人事異動により配属されるが、医事課員については医業への理解度等につき特段の配慮がなされているわけではない。したがって医事課員の職務習熟度は相対的に低く、医師のレセプト点検への関心が高いことがその機能を補完している状態である。必要な人材確保と人事考課の側面が十分に機能しているとはいえない。

経営管理については、平成16年5月に経営改善検討委員会が設置され改善努力が組織的・制度的となってきたものの、それまでは各部門の責任者への病院の経営状況の周知、定期的な経営分析、部門別収支管理などで管理機能が不足していた。

病床管理については、病院全体の病床運営を検討する委員会等はなく、病床管理の担当部署・担当者もいない。診療部長もしくは院長が直接管理しているようであるが、救急患者への対応などを考えれば空き病床の情報管理・分析は必須管理機能であり、地域連携の低調さとあいまって問題があると思われる。過去には救急受入を意識しすぎて、空き病床があるのに一般入院を断ることもあったとのことだが、病床管理・分析により合理的・効率的に病床が利用されるよう改善すべきである。

物品の在庫管理の状況は、一部のたな卸資産で十分ではない。特に、薬剤の受払管理簿は受払の都度処理しておらず、毎月の薬剤の残箱数をカウントして差額を払い出しとしているにすぎず、帳簿在庫残数を管理していない。これでは不測の薬剤減少や滞留在庫の状況が管理台帳を通じて把握できない。

単独随意契約が多いなかで、発注と検収の担当者が同一人物となる場合があり、購買発注に関する牽制体制が十分ではない。

委託業務の管理体制は十分ではない。委託業務の統括管理責任者、各業務の管理責任者は定められているが、委託業者に対する職員による管理指導や委託業務での事故発生時の職員側の対応などに検討すべき課題が認められる。また、医療機器の管理の中央化はできておらず、固定資産の所在別管理が不十分である点からも、改善検討されるべきであろう。

(8) リハビリテーション機能

概ね必要な機能は有している。しかし精神科医療の場合、長期在院者の自立的な生活への支援対応が重要であり、民間で展開されているものと比べて機能が不足している。

4. 損失構造の分析

(1) 累積赤字の状況と政策医療分野の把握

洛南病院の財務分析にあたり、まず累積赤字の金額をみってみる。平成15年度の貸借対照表において剰余金は2,297百万円であるが、それは一般会計からの繰入金が入ったあとの金額である。医業損益による累積赤字は、その金額を控除する必要がある。その状況は以下のとおりであり、累積赤字は26,981百万円と巨額である。

一般会計補助金の推移 (単位:円)

	金額
昭和45年度から昭和63年度まで19年間	9,509,890,000
平成元年度	963,433,000
平成2年度	1,023,113,000
平成3年度	1,061,069,000
平成4年度	1,116,889,000
平成5年度	1,144,159,000
平成6年度	1,010,657,000
平成7年度	967,150,000
平成8年度	943,915,000
平成9年度	1,063,686,000
平成10年度	819,894,000
平成11年度	938,482,000
平成12年度	991,494,000
平成13年度	1,071,491,000
平成14年度	1,138,199,000
平成15年度	920,723,000
累計	24,684,244,000
平成15年度期末剰余金	△ 2,297,245,025
一般会計からの補助金を考慮外とした場合の平成15年度期末剰余金	△ 26,981,489,025

毎年、年間10億円前後が安定的に一般会計から補填されている。平成11年度の包括外部監査報告書において指摘されてからも、大きく水準が変化したとはいえない。平成15年度で繰入額が減少したのは、前年度に退職した者（前年度に退職金計上）につき不補充としたこと、若干の増収があったこと等による。年々積み重ねられるこの赤字の意味を深く考察するため、「政策医療性」と「イコール・フットイング」の切り口により、平成15年度の財務の状況を以下に分析する。

まずは、政策医療と一般医療の切り離しであるが、病棟ごとの財務データがないため、診療報酬請求システムデータなどから病棟単位に直接配賦できるものの他は、患者数、職員数、ヒアリングによる労務負荷割合等それぞれふさわしいと思われる基準を設定して病棟ごと及び外来に按分し、それらの区分が政策医療に属するのかどうかにつき検討する。

外来については、症例別に躁鬱病やてんかんなど民間でも対応可能なグループと、統合失調症や中毒性精神病等そうとはいえないグループに患者数を分け、前者を一般医療、後者を政策医療性ありとした。

また生活療法室のいわゆるデイケアは民間でもサービスが提供されているため一般医療とみることもできるが、洛南病院のそれは、民間のデイケアがややもすれば在宅患者の昼間の行き場を単に提供していることに留まっている事例が多い中で、急性期治療の最終段階として設置されあくまでも完全治癒をめざす治療行為として積極的に位置付けられている点、特に若年層の社会復帰に取り組み独自の方法論を構築して入る点（他施設に学べべきものがなかったとのこと）など、精神科救急の基幹病院としての自負と責任からその政策的意義をデイケアにも実現すべく努力されており、民間がいまだ達成できないレベルのデイケアが展開されているとみて、ソフトな政策医療性があるとした。

1病棟と2病棟は救急急性期病棟として機能しており、京都府精神科救急システムの府南部基幹病院として位置付けられており、制度からの要請が強くハードな政策医療性があるとした。

3病棟は痴呆性疾患を中心とした老年期精神障害を中心として機能しており、高齢化社会への対応としての政策医療性が強い。特別養護老人ホーム等でも手におえない場合や複合疾患がある場合などの緊急避難先としての要請があり、一定の病床を地域の受け皿として確保する必要がある。いわば老年期精神科版の救急急性期病棟の機能を果たしているとも言える。しかし、約半分は民間でも対処できる程度の患者が長期入院している側面もある。したがって、精神保健法第四条に「都道府県は、精神病院を設置しなければならない。」とその前段で定められている趣旨に鑑みて、全体を政策医療性ありとした上で、半分につきハードな政策医療性が、半分につきソフトな政策医療性があると考えた。

5病棟は主として1病棟と2病棟の救急急性期の後方病棟として位置付けられており、精神科救急病棟に附随する必須の病棟であるという側面があるが、一方で休息入院や任意入院など民間で対処するケースが多い患者も受け入れている。日本における精神科救急の専門先進病院である千葉県精神科医療センターでは20床の救急病床と30床の後方病棟で成立していることを考慮すれば、40床の1病棟と42床の2病棟が救急病棟として後方病棟を必

要とする度合いはそれほど高くないと考え、したがって、半分につきハードな政策医療性があるとしつつ、半分については一般医療として取り扱うこととする。

7病棟は慢性期病棟および精神科救急病棟の後方支援病棟として機能している。慢性期患者の多くは、社会的な管理を受けるべき精神病疾患をもつ患者であり、民間が対処不可能な症状を発する。制度としての側面が強い病棟であり、ハードな政策医療性があったとした。

8病棟は慢性の男女混合病棟であるものの、7病棟のように社会的管理が必要な患者ではなく、どちらかといえば介護や支援が必要な手のかかる患者が多い。洛南病院の病棟のなかで最も民間精神病院に近い病棟であると考え、一般医療として取り扱う。

以上を考慮して、監査人が試算集計したものが、以下に示す表である。

政策医療と一般医療の損益分析 (単位:百万円)

		ハードな 政策医療	ソフトな政 策医療	一般医療	計
医業収益	入院収益	712	61	288	1,061
	外来収益	160	30	40	230
	その他	3	0	1	4
	医業収益計	875	91	329	1,295
医業外収益	その他	3	0	1	4
計		878	91	330	1,299
医業費用	医師人件費	141	14	25	180
	看護師人件費	714	74	257	1,045
	医療技術員等人件費	28	1	9	38
	給食人件費	76	6	35	117
	看護補助人件費	0	0	0	0
	医事課人件費	15	1	6	22
	療法士等人件費	0	32	0	32
	現業人件費	63	6	22	91
	その他人件費	20	3	7	30
	材料費	115	6	45	166
	直接経費	11	1	4	16
	医業直接費計	1,183	144	410	1,737
	医業限界利益		△ 308	△ 53	△ 81
医業間接費用	事務職員人件費	57	5	22	84
	諸経費	118	6	57	181
	減価償却費等	62	5	24	91
	その他				0
	医業間接費計	237	16	103	356
医業外費用	企業債利息等	82	7	32	121
	雑損失	13	1	5	19
	医業外費用計	95	8	37	140
医業経常利益		△ 637	△ 77	△ 220	△ 934

固定費である人件費につき、医業への関係が深い部分をあえて医業直接費に含め、それ以外の事務員人件費を医業間接費とした。直接費は人件費と材料費と一部の委託費(労務)だけという構成となっている。人件費は共済費を含んでおり、退職金給与金(平成15年度で約70百万円)は含めていない。退職コストについては、民間では期末における自己都合退職金要支給額の100%を退職給付引当金として貸借対照表に計上するケースが多いので、本庁に対してその試算が可能となるデータが作成できるかどうかを打診したが、前期末要支給額がまず整わないし当期末要支給額も個々に算定せねば集計できないなどシステム化が遅れているようであり、ここでの分析に反映させることは断念した。

すべての区分で医業限界利益がマイナスであるのみならず、医業収益1,295百万円に対して医業直接費としての人件費総額が約1,555百万円となっており、収益全体で医療関係人件費すら負担できない構造となっている。まずはこの人件費が損益に及ぼしている状況を分析してゆくこととする。

(2) 政策医療分野の検討

ソフトな政策医療部分は非常に小さく、ここでの分析ではハードな政策医療と合算し、政策医療として一本化する。

医療経済研究機構による「平成15年 3月 病院の機能に応じた経営指標に関する実証的研究」によれば、医療法人における医師、看護師以外の職員一人当りの給与費の平均値は以下のとおりである。また、医師と看護師の

一人当りの給与費は厚生労働省医政局の「平成13年度病院経営指標（医療法人病院の決算分析）」における、精神病院の近畿ブロック中央値を採用する。病院会計準則に従っているはずであるから、この金額には法定福利費及び退職給与引当金繰入が含まれている。洛南病院の給与費には退職給与引当金繰入相当のコストが含まれておらず、両者をそのまま比較すれば医療法人の給与費がその分高く表現されてしまうが、ここではあえてそのまま利用したい。また、民間とのイコールフットिंगの視点を含めた政策医療性アプローチの分析視点を採っているため、民間側のコスト指標として統計値を用いているのであり、平均年齢及び経験年数等の個別事情はここでは考慮しない。民間であれ公立であれ、永続させるべき公共的・公益的サービスの供給者たる医療機関において、組織経営の長期安定性の観点から経験年数・年齢構成や給与体系を合理的に設計することは、経営手腕の重要な一項目であるからである。

職員 5,653千円
 医師 13,467千円
 看護師 5,474千円

これをもとに、人件費水準のみが民間並であったとした場合の損益の状況を「人件費民間水準」欄に記載して比較したものが以下の表である。

政策医療の損益分析 (単位:百万円)

	政策医療		人件費民間水準	差額
	負担人数	金額	金額	
医業収益				
入院収益		773	773	
外来収益		190	190	
その他		3	3	
医業収益計		966	966	
医業外収益				
その他		3	3	
計		969	969	
医業費用				
医師人件費	12.1	155	162	△7
看護師人件費	90.5	788	495	293
医療技術員等人件費	3.3	29	18	11
給食人件費	9.8	82	55	27
看護補助人件費		0	0	0
医事課人件費	2.2	16	12	4
療法士等人件費	5	32	28	4
現業人件費	8.3	69	46	23
その他人件費	3.1	23	17	6
材料費		121	121	0
直接経費		12	12	0
医業直接費計		1,327	966	361
医業限界利益		△361	0	△361
事務職員人件費	6.6	62	37	25
諸経費		124	124	0
減価償却費等		67	67	0
その他		0	0	0
医業間接費計		253	228	25
医業外費用				
企業債利息等		89	89	0
雑損失		14	14	0
医業外費用計		103	103	0
医業経常利益		△714	△328	△386

これによれば、「人件費水準の官民格差がもたらす赤字」は約386百万円にものぼることがわかる。政策医療分野であるから、医業経常利益が黒字化することは困難であるはずだ。しかし現在の洛南病院が政策医療分野で計上している約714百万円の過半が人件費の官民水準の違いにあることは留意すべきである。

では人員配置に過剰があるかどうかであるが、その判断は非常に難しい。あくまでも監査人の試算であるが、病床利用率の問題から後述する減床等の対策後はともかく、現時点での病床数と看護基準との関係だけを捉えれば、特段の問題はないものとする。(以下、統計資料とは「平成15年病院経営分析調査報告 社団法人全国自治体病院協議会」の精神病院の100床あたり職員数統計をいうこととする。)

まずは看護師の配置状況を検討する。1病棟と2病棟は精神科救急への対応病棟だが、合計82床のうち千葉県精神科医療センター（精神科救急の発祥の地であり、その平成14年度事業概要をもとにした比較を通じて、看護師配置状況と医師配置状況につき以下に考察する。）における精神科救急病棟と同等の医療が展開されるべき部分は、年間新規入院数や、ともに人口密度の高い地域に位置することを考慮しても、千葉県の21床に対して約30