

床と推定される。30床に対して千葉県と同じ看護師配置を求めると、約25人となる。この約30床部分は、新規入院患者数の比較や精神科救急業務の状況から勘案して千葉県なみの業務密度があると推定される。1病棟と2病棟に配置されている看護師は合計42人であるから、残りの17人が残りの52床を受け持つこととなり、それはほぼ洛南病院が採用する3：1看護基準となる。また、3病棟は34床に対して17人が配置されているが、ここは事実上2：1基準で対応すべきほどの老年期患者の緊急非難的・救急的対応を要請されているとのことであるから、3：1看護基準からは採算性問題となるが、政策医療業務の実態からは必要な人員配置であるといえる側面が認められる。他の5病棟、7病棟は3：1看護基準どおりに配置されていると考えてよい。したがって、特段の人員過剰の状況は認められない。

つぎに、医師についてであるが、これも判断が困難である。千葉県精神科医療センターは50床に対して7名の配置（正規職員医師7名。平成14年度では大学から2年程度の異動で夜間を含め派遣される非常勤医師派遣5名が別途存在するが、ここではこの部分を考慮しない。なお、現時点では千葉県精神科医療センターの5名の非常勤医師派遣は常勤嘱託医師4名に変更されており、その観点では以下に指摘する状況よりさらに洛南病院の医師配置状況は不足している状況にあるといえよう。）であり、これと同様の配置を1病棟と2病棟で実現するとすれば精神科救急への対応として約11.4人必要となる。これだけで政策医療への按分医師数のほとんどの労力を使うこととなる。現実的には1病棟と2病棟の医師業務の密度は病床利用率の違いから（千葉県精神科医療センターは平成14年度で97.4%）医療行為へ悪影響があるほどの不足感はないものと推定されるものの、余裕はまったくないものと推定される。たとえば1病棟と2病棟の稼働率が約74%であることから、千葉県なみ配置の約11.4人のうち約2.5人程度は余剰となるはずであり、12.1人相当の政策医療分野担当人数の想定では約3.2人の医師が政策医療分野とした残りの111床部分へ対応可能と推定できる。（この場合の100床当たり医師数は約2.9人であり、統計指標より1人程度は少ない）残りの111床の稼働率の悪さを考慮して、ようやく医師数が足るというべき状況か。

医療技術員等とした薬剤師、検査技師については、明らかに不足気味である。100床あたり約1.72名となり、統計資料より約0.67名は少ない。最低1名、病棟間の導線の長さを考慮すればもう1名の増員は本来必要なのではなかろうか。

給食担当職員は、統計資料との比較では逆にすこし過剰である。しかし1名程度であると推測される。医事課人員、その他人件費とした医療社会事業従事者の人員配置数についてはとくに指摘するほどではない。

現業人件費とした用庁務の人員配置については、問題がある。「業務分担及び人件費調べ」によれば、現業部門人員は全体で約12人相当の業務量があることとなっている。そのうち7人相当が看護部所属、1人相当が庶務課所属、1人相当が診療部所属、3人相当が会計課所属で、以下のような業務に就いている。

本館の保清	1人相当
患者衣類の洗濯等	3人相当
病棟内外の清掃	4.5人相当
衣料・寝具整理、給茶準備	1.8人相当
入浴更衣補助	1人相当
その他雑務	0.7人相当

このうち、の業務及びの業務のうちベッドまわりの清掃は、実は看護師が実施しており、計算上は約2人程度はその職務責任を果たしていないこととなる（自己の判断で他の業務の応援に行くとのことであった）可能性があると考えられる。その分の人件費は約17百万円（民間水準ベースで約11百万円）、うち政策医療按分額は約13百万円、一般医療按分額は約4百万円である。病院全体の清掃業務は外部業者に委託しており、定期清掃・日常清掃・臨時清掃などが仕様書により定められているが、病室内を除く清掃全般についての外部委託業者と現業部門との持ち場及び役割分担が実態として明確でないおそれがあり、病棟内廊下・病室やトイレの保清状況は前述の通り低いレベルである。清掃関係全般に用庁務人件費約42百万円と外注年額約6百万円をかけているものの効果的な清掃業務がなされていないものと考えられ、つまり清掃業務全般の見直しが検討されてもよいであろう。建物延床面積は全体で約10,000平米であり、全体を約30百万円で完全外注したほうが有効である可能性が高い。

洗濯業務については、週間約2000点の衣類等の洗濯が必要とのことであり、そうであれば外注との比較を考慮しても、人員配置には特段の問題はないものと考えられる。

事務職員については、人員配置は過剰な状況にはない。会計課で約3人相当の会計業務、庶務課で約4人相当の庶務事務および約1人相当の公用車の運行および管理業務、事務全般を統括する1人相当の事務部長業務がある。庶務課の人員配置が若干過剰気味に思えるものの、約1人相当は薬剤業務関連であり、薬剤師の人員配置が手薄であることをカバーしている状況である。公用車の運行は、入院患者の他病院外来への搬送が約半分、事務職員の郵便局・銀行・振興局への送迎が約半分であり、前者の機能が不可欠であるならば維持せねばならない業務であろう。

以上の考察から、現業人件費の有効性につき強い疑問があるものの、本来の業務を遂行すべきものとして配置されているかぎりにおいて、人員配置の状況は給食業務において1人程度過剰であり、医療技術員において1人程度不足であり、人員配置全体の状況では特に問題となるほどの過不足状況ではないと推察される。ここでは、単純に統計指標等との比較からの人員配置状況を、人件費が非常に高額であることの分析材料として総括的に検討しているのであり、個別部門の業務事情は捨象していることに留意してほしい。

(3) 一般医療分野の検討

つぎに、一般医療分野について同様に分析すれば、以下の表のごとくとなる。

一般医療の損益分析

(単位:百万円)

	一般医療		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		288	288	
外来収益		40	40	
その他		1	1	
医業収益計		329	329	
医業外収益				
その他		1	1	
計		330	330	
医業費用				
医師人件費	1.9	25	25	0
看護師人件費	29.5	257	161	96
医療技術員等人件費	1	9	5	4
給食人件費	4.2	35	23	12
看護補助人件費		0	0	0
医事課人件費	0.8	6	4	2
療法士等人件費	0	0	0	0
現業人件費	2.7	22	15	7
その他人件費	0.9	7	5	2
材料費		45	45	0
直接経費		4	4	0
医業直接費計		410	287	123
医業限界利益		△ 81	42	△ 123
事務職員人件費	2.4	22	13	9
諸経費		57	57	0
減価償却費等		24	24	0
その他				0
医業間接費計		103	94	9
医業外費用				
企業債利息等		32	32	0
雑損失		5	5	0
医業外費用計		37	37	0
医業経常利益		△ 220	△ 88	△ 132

医業限界利益はプラスとなる。「人件費水準の官民格差がもたらす赤字」は約132百万円となる。

約75床が一般医療に対応していると仮定すれば、看護師数は現業人員を看護補助者として取り扱ったとしても、「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」に記載されている精神病院の100床当たり職員数指標と比較して若干手薄であるといえるくらいである。したがって、一般医療の人件費分析において人員が過大であることは考えなくて良いと思われる。この試算において医業経常利益が赤字であるのは、以下が原因として考えられる。

病床利用率が低い。5病棟で76.3%、8病棟で83.6%、平均で約80%となる。「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」に記載されている医療法人立の精神病院の病床利用率が90%台（「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は96.2%、20%値（利用率が低いグループ）でも93.2%）である。もし同等の稼働率であったならば概算で少なくとも約30百万円の医業限界利益増加となったはずである。

減価償却費負担が重い。医業収益比で約7.3%であるが、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）」では約4.2%である。現在の病院全体の建物は、昭和58年度から62年度にかけて順次建設されたが、建物及び建物附属設備の平米あたりの建設単価は各種資料から読み取れるものを用いた概算で約345千円であり、与謝の海病院報告書において記載した都道府県の昭和61年度平均の258千円に比べて相当割高である。医療法人等の平均は188千円と約半値に近い。丘陵地の傾斜地であり工事条件が悪いことが影響しているのであろうか。ここでは医業収益比で約3.1%相当の乖離があることを用いて、民間ならば約10百万円のコスト減であったろうと試算する。

企業債利息の負担が重い。経常収益比で約9.7%であるが、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)」では約0.9%、比較的高い負担率のグループにおいても約1.8%である。企業債は昭和57年度から平成元年度までの設備投資がなされた時期の発行がほとんどであり、5%前後から7%台の利率となっている。ここでは、経常収益比で約8%程度の負担格差があるとみて、民間より約26百万円の利息負担が多いと試算する。

統計資料によれば、医療法人立の看護部門職員数は自治体病院よりも多く配置されているものの、看護師は比較的少なく、准看護師と看護補助者が比較的多い構成となっている。看護部門に占める看護師数は約35%程度にすぎない。これにより、洛南病院の実態と比較して約25百万円のコスト低減となっているものと推定される。

以上を合計すると、約91百万円となり、この部門が民間経営であって統計資料的に平均的な経営が執り行なわれるものと仮定すれば、少なくとも赤字経営とはならないであろうと推察される。

さて、上記の問題は病院全体の問題であり、当然に政策医療分野においても指摘される。この点をすこし考察してみたい。

まず の病床利用率の問題は、政策医療部分は74.1%と試算され、前述の統計資料の都道府県・指定都市立の78.1%に比べて少し低いが、稼働率の低さは1病棟、2病棟、3病棟という救急型・緊急避難型の病棟に特に認められ、これらが洛南病院の政策医療分野で大きな位置を占めること、これらの病棟においては待機病床の確保が必要であることを勘案すれば、政策医療分野における稼働率問題は、現状を棚卸的に捉えて分析する段階においては、ことさら指摘するほどのことではないと考える。

の減価償却費負担の問題であるが、平米当たりの建築単価の割高部分の概算額が回避不能の既決割増コストであるという指摘ができよう。前述の単価差額から政策医療部分の回避不能既決割増コストを試算すれば、年間で約11百万円となる。

の企業債利息の問題も、 と同様である。統計資料の都道府県・指定都市立の一般病院における医業収益に占める支払利息の割合は約4.3%、千葉県精神科医療センター約4.4%であることに対して、洛南病院の政策医療部分は約9.4%である。いわゆるスーパー救急適用に絡む収益獲得努力不足が約173百万円の収益ロスをもたらしていることを考慮すれば、約7.8%である。ここでは千葉県との比較を用いて、約35百万円が回避不能の既決割増コストであると指摘する。

の看護部門の人員構成の問題は、政策医療分野においては考慮しない。洛南病院の政策医療性はハードなものがほとんどを占めていると考えられ、民間では扱えない、困難な医療を担当しているはずであるから、民間と同じ人員構成で政策医療サービスが適切な質を保持しながら提供できるとは想像できないからである。

(4) 政策医療を担うための赤字

以上の損益構造の分析・考察を総合し、政策医療を担うための赤字を試算した結果は以下のとおりである。

赤字の段階的要因分析結果

(単位:百万円)

	政策医療分野 ハードおよびソフト	一般医療分野	合計
医業限界利益	△ 361	△ 81	△ 442
間接費等	353	139	492
差引 赤字総額	△ 714	△ 220	△ 934
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	△ 386	△ 132	△ 518
建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字	△ 46	△ 36	△ 82
差引 管理可能な赤字	△ 282	△ 52	△ 334
コスト意識が希薄であることが生み出したと考えられる赤字	△ 12	△ 22	△ 34
収益獲得のための努力が不足することによる収益機会ロスをもたらした赤字	△ 173	△ 30	△ 203
計 経営の失敗による赤字	△ 185	△ 52	△ 237
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	△ 97	該当しない	△ 97

従事員の給与水準の格差については、年齢構成が影響している部分もあろう。医療法人立精神病院の統計資料に平均年齢データがなく、それをてがかりとした給与水準格差の詳細分析は本報告書においては断念せざるをえない。ちなみに、「平成13年度自治体病院経営指標 総務省自治財政局地域企業経営企画室」によれば、精神科病床比率80%以上の病院の全職員ベースの平均年齢は43.6歳、一人当たり給与費は8,870千円と試算され、洛南病院はそれぞれ43.1歳、9,483千円である。自治体精神科病院としては年齢構成が平均的であるが、一人当たり給与水準は高めである。医療法人立の精神科病院ではおそらく平均年齢が若干は低いものと推察される。そのような職員構成を経営企画することは経営手腕のひとつといえるが、地方公営企業法の部分適用組織としてはこのような手腕は発揮しようもなく、「管理不能」である。

政策医療分野において「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」を「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」に含めるべきか、含めるならばどの程度かについては、政策医療と一般医療を分離するよりも推計が困難である。政策医療分野とした部分は制度からの要請や地域の切実な要請をバックボーンとしたもの等ハードな政策医療性が強い部分がほとんどであり、その観点にたてば「あえて人件費が高コストであることは承知の上」との府民の理解も得られるかもしれない。現時点を棚卸法的に見渡せば、民間が提供しえない精神科医療を担っている姿がみてとれるからである。しかし、時間軸を現時点からすこし将来へ振り向ければ、いわゆる精神科救急基幹病院として「制度でまもられた」地位は、昨今の公的セクタの改革の動きのひとつの「市場化テスト」の洗礼をうけるかもしれない。いわゆる精神科救急医療における「スーパー救急」を医療法人が提供する事例が全国で3例ある。老人医療関係についても医療法人立での受入態勢は充実しつつある。また、近隣に医療法人立の宇治黄檗病院がある。良質の精神科医療を提供しているといわれており、精神科急性期治療病棟57床、老人性痴呆疾患治療病棟56床を含む464床の大規模病院である。内科やリハビリテーション科もあり、総合的な対応力も備えている。精神科救急と老人医療関係については、将来を見据えて判断すれば、イコールフットINGの観点からの現状分析とすべき側面があると考え、現場の経営管理者にとっては「管理不能である」というレベルの赤字の指摘にとどめるべきと考えた。ただし、いわゆる触法精神障害者や若年者への対応など地域社会システムからの要請ともいうべき機能部分については、イコールフットINGになじむ姿が想像できない。「市場化テスト」をうけても民間の提供側が見込む人件費コストは相当な割増となること

が予想されうる。したがって、当該部分を抽出してその部分を「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」に加算することも必要かもしれない。しかし、そのような試算は本報告書においては不可能であり、今後の検討に委ねたい。ゆえに、全ての部分を「管理不能である」と取り扱うこととした。

以上を踏まえて赤字の要因分析をまとめれば、平成15年度における一般会計からの繰入金約921百万円は、従業員の給与水準の官民格差を埋める部分が約518百万円、過去の設備投資が割高であったことを埋める部分が約82百万円、真に政策医療を担う理由による赤字を埋める部分が約97百万円、残額の約224百万円は経営の失敗を埋めているにすぎないと言える。

・ 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しない」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。また、本来は全体を一式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。

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、その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あるが、合理的にそれが許容されるべき範囲があるはずであり、その点からも取扱要領の設定が要請される。

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。別途の一覧表や台帳を出力・作成すべきであるが、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、月末の薬局の实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实在庫の比較による、月中の受払処理ミスの抽出、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得ない。

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。

・ 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

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、わずかに約29百万円程度の整備改修投資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。最大級の迅速な対応をもってこの大きな傷を治癒すべきである。

2. 病院の建設コストについて

現在の病院全体の建物は、昭和58年度から62年度にかけて順次建設されたが、建物及び建物附属設備の平米あた

りの建設単価は各種資料から読み取れるものを用いた概算で約345千円であり、与謝の海病院報告書において記載した都道府県の昭和61年度平均の258千円に比べて相当割高である。医療法人等の平均は188千円と約半値に近い。割高となった原因を検討し、今後の建設・大規模修繕コストの低減につなげる努力が求められる。

・ 監査人の提言

1. 洛南病院の将来像

(1) 減床による人件費の削減と外部委託化

経営の失敗を解消したとしても、洛南病院はいまだ約6億円の赤字である。そのうち将来への展望として対策可能なのは、一般医療分野の縮小による人件費コストの削減と外部委託できる部門の外注化であろう。ここにメスをいれないかぎり、赤字への対応としてさらなる物件費の切り詰めが実行されるおそれがあり、ただでさえ快適には程遠い療養環境がさらに悪化する。それは、地方公務員としての人件費を死守するがゆえに患者の権利を剥奪しているがごとくの外観となろう。

人件費削減には減床に伴う人員配置の削減が不可欠であろう。給与水準は府の公務員としての地位により守られており、時間外勤務や特殊勤務手当の見直しは実施できたとしても、地方公営企業法の全部適用法人となった場合においても、給与水準の引き下げは困難が伴うであろう。だとすれば、病床利用率が悪い点を考慮して、減床による人員配置の減員を検討すべきである。

一般医療分野の病床利用率は、近隣に良質の大規模精神科専門病院が存在する事情を考慮すれば、向上させることは困難な道であろう。精神科救急を通じて新規に入院した患者を転棟により随時長期療養へと導くなどして、それを達成したとしても解決しない、管理不能の人件費格差の赤字問題がある。そして、利用率を向上させればさせるほど、実は医師や看護師のマンパワー不足が現実問題となることもあると推測される。その場合、職員の増員がなければ、患者にとってはサービスの質的低下となろうし、職員を増員すれば病床利用率向上が逆に医業限界利益を減少させてしまうかもしれない。

損失構造の分析に利用した、「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は全国平均であり、規模別や医療分野を考慮した統計資料はみあたらなかった。そこで参考値として、「認定病院評価結果の情報提供 財団法人日本医療機能評価機構」に登場する関西圏の200床台の二つの医療法人立精神病院の職員数をみれば、あきらかに100床あたりの職員総数が洛南病院よりも多い。この二つの病院の許可病床の平均は約328床、約63床の精神科急性期病床があり、約63床の老人痴呆性疾患病床があり、病床利用率は約94.5%と高い。医師数は洛南病院が多く、看護師数・准看護師数の合計は洛南病院とそんなに変わらない。しかし、その他の職員数が相当違う。これは看護補助者の存在の違いではないかと推察される。

洛南病院は、民間での急性期対応よりもさらに高度な業務密度が要求されるはずの、精神科救急基幹病院であり、かつ、触法精神障害者への対応という困難な医療を展開していて、立地条件から導線が長いと、医師数や看護師数は民間よりも多く配置されていても不思議ではないはずだ。ここで参考とした二つの病院の詳細は不明であり、あくまでも推測の域をでないものの、洛南病院では一人あたり人件費が高いため、人件費対策は医療スタッフの人員配置を少なめにすることで対応している可能性がある。それでは患者サービスが民間比で低調となってしまうだろう。逆に見れば、現実の低調な病床利用率に現在の人員配置が馴染みきって、空き病床があろうとも、医療スタッフの脳裏には、他の病院との比較から合理的にイメージできる対応限界入院患者数にもうすでに達し、病床利用率の向上には職員の増員が不可欠であるというコンセンサスができていて、という状況なのかもしれない。

以上の考察から、一般医療分野につき増収努力をして赤字を減ずることよりも、役割分担論に立脚して、政策医療分野に付随的に必要と認められるだけの最小範囲まで一般医療分野を縮小することが現実的であり（完全に政策医療に特化することは、実は触法精神障害者等が退院後の外来訪問に躊躇するおそれがあり、主治医の管理・治療が機能しなくなる懸念があるといわれている）、かつ府立病院として望ましいと考えられる。また、給食業務や病室清掃業務など外部委託の有効性が認められる業務につき、積極的に外部委託に踏み切るべきである。もちろん、それらによる余剰人員は適所において府民のために意義ある活動ができるよう、人材の最適活用に留意することが大前提であり、そうでなければ結局府民は外部委託業者へのコストと余剰人員の人件費とを二重に負担することになるのである。

(2) 精神科救急体制と地域連携について

洛南病院は精神科救急の基幹病院だが、急性期を脱した患者の支援病院への転送が少なく、病棟間での転棟となっており、自己完結型となっている。これでは望ましい地域連携が構築できない。府立病院は、民間では対応できない、もしくは不足しがちな医療分野を、政策医療として「すきまを埋める機能」が今もっとも求められていると考える。

わが国においては、民間セクタといえる医療法人（配当が禁じられているものの残余財産処分時に実質的に配当となることの問題で、世界的には公的セクタとは認められていない形態がほとんど。出資持分と財産権を放棄

した形の特定医療法人は件数全体の1%程度しかない。)の発展が主体となって医療体制が整備・構築され、また健康保険制度を通じて低コストで万人に平等な医療の提供を実現してきたという、世界でも特異な発展の歴史がある。そのことの是非を議論するのではないが、少なくとも公的セクタの役割分担が非常にあいまいなま今日を迎えたことは事実である。特に都市部における医療法人立・公立病院の乱立と病床過剰問題は、単純な優勝劣敗ルールをまっぴの自然解消に委ねていると、優勝側では患者の混雑による医療事故・医療の質的低下や肥大化しすぎることによるスケールデメリットの発生が、劣敗側では無理なコストダウンによる患者の不運や有効に利用されることなく陳腐化する物的人的投資の社会的損失など、命を預けるべき医療機関にあってはならない混乱が生ずる可能性があると思う。したがって、最適な医療資源の活用のためには、地域の医療機関が連携してそれぞれの役割を明確にし、飾りことばではない真の患者本位の地域チーム医療が構築されることが最も望まれる。

そのような体制の構築には、行政によるリーダーシップと中核となるべき病院が必要であり、地域の公的病院がその機能をいかに発揮すべきであると思う。つまり、府立病院は地域の医療機関にすでに存在する機能を可能な限り縮小し、地域に不足する医療の提供に注力しつつ、かつ地域医療連携の扇の要としての機能を有してほしい。そのための必須ツールとして電子カルテシステムがある。与謝の海病院報告書に記載の通り、わが国においてははまだ研究途上の技術であり、とくに精神科についてはその特有の情報機能がようやくパッケージとして考慮されて、精神科専用のパッケージも登場してきた段階だと思われる。

電子カルテシステムの現在での導入目的は、主に業務の効率化と院内チーム医療の推進と患者待ち時間対策がよくあげられているが、地域医療連携ツールとして用いられた瞬間に、医療体制全体に与えるインパクトは計り知れないものがある。たとえば、福岡県宗像市の宗像医師会病院では1地域1患者1電子カルテの地域共有を構築しており、中核となる医師会病院は紹介外来型・開放型病院であり、紹介率9割とのことである。熊本医師会も病院と診療所のネットワークで電子カルテを共有する方向だ。京都府下においても伏見医師会が独立行政法人国立病院機構京都医療センターで導入済みの電子カルテシステムの共有化の研究をしているようだ。

このような地域連携の動きをみると、洛南病院が自己完結型の精神科医療にとどまることなく、千葉県精神科医療センターが精神科救急システムの基幹病院として特化し、他の公立精神科病院への転院連携を構築していることを参考としつつ、さらに一步前進して、電子カルテシステムをツールとして、民間の精神科救急医療支援病院やその他の病院との連携システムの構築をめざして努力していただきたいと思う。府下には多くの良質な精神科医療を提供している医療法人が存在するといわれている。精神科救急医療システムにおける医療圏は、府北部と府南部に二分されているだけであり、地域が広く、デジタルデータによる医療情報の共有はメリットが大きいと思われる。

そのためのステップとして、一般医療分野を減床により縮小し、基幹病院と支援病院との役割分担をすこしづつでも形成してゆくべきであろう。千葉県精神科医療センターはそれが完成されているといえる。精神科救急に特化して触法精神障害者等への対応はないが、50床で運営しており(うち後方支援病棟は30床)、平成14年度の救急新入院患者数は255件、洛南病院は300件である。であれば、洛南病院は救急病棟40床、その後方支援40床もあれば、転院連携があるならば不足することはないだろう。100万都市のある医療地域で触法精神障害者等への対応病棟が最低50床必要と概算し、老年期緊急対応に30床、若年患者への対応に50床と試算し、政策医療(最低限の一般医療分野を含む)の実現に必要な病床数を仮に推定すれば、これで210床体制となる。地域連携が実現できれば、50床強の減床もしくは病棟廃止が検討されてもよいと考える。

3病棟は老人緊急対応へ特化すべきであり、長期の入院となっている患者につき、他の病棟で対応できる患者は転棟、そうはゆかない患者は他の支援病院へ転院をすすめ、2:1看護基準の適用を受けられる体制を構築することにより(現在実質的に2:1看護基準の看護を提供しているが、平均在院日数の関係で診療報酬は3:1基準となってしまう)、増収がはかれるとともに政策医療性が強化される。地域の支援病院との役割分担が明確になる。

このような対策を通じて、たとえば一般医療分野の赤字を減床を通じて半減させ、管理不能赤字のみ約8千万円程度が発生することとし、政策医療分野は経営の失敗を直ちに改善し、約4億円程度の管理不能の赤字と約1億円程度の政策医療を担うための赤字の発生だけにとどめ、病院全体として当面は約5億8千万円前後の損失に踏みとどまるよう短・中期計画を立案することは可能ではないかと考える。さらに、長期的には政策医療分野といえども、例えばデイケア部門や、ある病棟まるごとなど、部門業務をまるごと外部委託することも視野にいれ、管理不能にみえる人件費水準格差の問題に果敢にチャレンジすることも検討されるべきだろう。府民から託された政策医療を合理的コストで実現する体制をいかにして構築するか、あらゆる可能性を模索すべきである。

そのためには、一般論として、本庁及び医療の現場に、セクショナリズムを廃して病院内のみならず地域連携を含めたチーム医療の構築に必要な強力なリーダーシップと、利潤欲求に押しつぶされることのない公の精神に立脚したクールな合理的経営管理能力と、職責への熱い思いの発露たる本庁や議会への交渉力が求められる。したがって、そのような能力の発揮が期待できる人物を確保できることが前提ではあるが、地方公営企業法の全部適用組織となることが最も適当な選択肢のひとつではないかと思われる。

院長に予算執行権限しかない部分適用組織における弊害は、洛東病院報告書においても何点が指摘したが、最適とは言い難い人的物的投資の意思決定の問題や、看護部門等のセクショナリズムの問題、事務職員の専門性の欠如の問題などを引き起こしやすいことにある。府民が命を預けるべき組織は、一枚岩のごとくに統率のとれた、組織力をいかに発揮して高いモチベーションで対応してくれる組織であろう。もちろん、本庁のしかるべき部署に、臨床・医療現場に明るくかつ経営判断能力があり、公的マインドも併せ持つ、優れた指導力のある人材が常勤していて、有能で専門性の高いスタッフ事務職員を配下にもちつつ府下の最適医療体制の構築に日夜努力しているならば、部分適用組織でも機能するのだろうが、現実とは懸け離れている。一般論としては、それに加えて「いわゆる医局問題」が絡んでくるため、部分適用組織ではさらなる機能不全に陥るおそれが高いといわれている。幸か不幸か、洛南病院は府立医大および府立医大附属病院の傘下にはない。他の府立病院と比べて、組織制度改革が最も進めやすいと考えられる。

精神科救急への対応と触法精神障害者等への対応は、現在は制度との関連が強い。そのため、組織の大変革となり、イニシャルコストがかかる地方独立行政法人化の方向よりは、有能な全部適用に伴う管理者を現場に配置し、役割分担論とイコールフットイング論とが絶妙にバランスするような当面の改革を断行すべきものとする。単純な年功序列賃金を改める給与体系改革、能力開発型人事考課制度、政策医療実現のための独立した企業組織の一員としての意識の覚醒、事務職員人事に対する「あるべき医療経営体の構築の観点」からは不合理となる増員・減員・異動をなくする事などの対策により、効率的・有効的・経済的政策医療推進病院としてのあるべき姿を、出現させてほしい。

(3) 司法精神医療病棟への対応

精神科医療における政策医療としてよく揚げられるものは、精神科救急、犯罪レベルの分裂症と薬物依存への対応、児童・思春期等若年層への対応、老年期緊急対応であろう。このなかで、もっとも対応困難である。対応できる医師が全国的に非常に不足している。そのような中、犯罪レベルの患者への対応施設として、平成17年度から司法精神医療病棟が国策として全国に24ヶ所程度、うち都道府県立として16施設程度が設置される方向で検討が進んでいる。国の政策医療の補完機能が都道府県に求められているという、まさにハードな政策医療である。40前後存在する都道府県立精神科病院の多くで、への対応力が不足しているといわれており、洛南病院はその対応力を他所よりは有しているとの自負をもっている。したがって、洛南病院が府立の基幹精神科病院を標榜するがぎり、この問題については積極的に対応可能かどうか、府として検討すべきである。

この病棟は30床程度であり、地方独立行政法人の非公務員型組織はこの施設を運営できない。医師の確保が問題であり、看護師や精神保健福祉士等は給与水準の高さから十分確保可能だろうといわれている。困難な患者への専門的対応を求められる医師に、どのようにしてモチベーションを与えられるか、がこの施設の成否の分かれ目であるといわれ、その観点からも、洛南病院が地方公営企業法の全部適用組織となる必要があるものと思われる。

計画立案については、可能な限り、閉鎖されている6病棟の活用と、一般医療分野の減床を合理的に進めることをあわせて考え、既存の建物の合理的な改修・整備を検討し、人員配置についても最適な配分となるよう減床による既存病棟からの配転を考慮して計画する必要がある。現在の建物建設単価が割高であり、そのうちすでに未稼働となる病棟の出現をゆるしてしまったことなどを考慮すれば、国からの予算が潤沢であったとしても、府立の基幹精神病院としての機能を最適投資により実現し、政策医療性の非常に強いこの業務について、洛南病院は積極的にその対応可能性を検討せねばならない使命を有しているものとする。

京都府包括外部監査報告書 府立与謝の海病院

目 次

・府立与謝の海病院の監査実施概要	
1．選定の理由	59
2．実施した監査手続の概要	59
3．本報告書における「政策医療性」アプローチについて	59
・府立与謝の海病院の概要	
1．病院の沿革	61
2．施設の状況	63
3．人員の状況	64
4．敷地・建物の状況	65
5．財務の状況	66
6．医療圏内における医療状況	68
7．前回包括外部監査における指摘事項のフォローの状況	70
・府立与謝の海病院の現状と問題点	
1．合规性の検討	72
2．その他の事項	73
3．医療機能の特徴点	76
4．損失構造の分析	78
・監査の結果	
1．随意契約と単独随意契約の実態について	90
2．たな卸資産の管理状況について	90
3．固定資産の管理状況について	90
4．時間外勤務命令簿の自己記入	90
・監査の意見	
1．建物建設単価が異常に高額である	90
・監査人の提言	
1．電子カルテシステム投資の有効性とその位置づけ	91
2．医療センター方式のメリットとデメリット	92
3．与謝の海病院の将来像	93
・府立与謝の海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与謝の海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され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でもいうべきハードな「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) 府立与謝の海病院の政策医療性

府立与謝の海病院については、ハードな政策医療としては第二種感染症指定医療機関などの機能があるが、実質的なその活動の大部分は、へき地医療という分野に相当するものと思われる。それも、「その地域にその医療機能が不足する」という「へき地性」ととどまっており、病院の立地周辺は山村、離島、陸の孤島というような、文字通りの「へき地」ではなく、宮津市のすぐ隣町である。へき地医療は、周辺の交通事情、既存の医療機関との関係などによって、一般医療との境界が曖昧になる、いわば「弱い」政策医療分野であり、この点で、この病院の設置時点において社会的合理性がどの程度存在したのか、現在の状況ではどうか、将来においてはどうかという三つの点から考察がなされる必要があるだろう。

・府立与謝の海病院の概要

1. 病院の沿革

昭和28年9月	京都府立与謝の海療養所として開設
昭和28年9月	病院使用許可
昭和29年1月	基準給食（一部）の実施承認
昭和29年4月	基準看護（一部）の実施承認
昭和30年6月	全病棟の基準看護（結核二類）及び基準給食の実施承認
昭和36年7月	京都府立与謝の海病院に改称し、一般診療を開始
昭和39年1月	一般病床80床、結核病床220床に変更許可
昭和41年8月	基準寝具の実施承認
昭和50年6月	一般病床170床、結核病床50床に変更許可
昭和51年3月	病院第一期増改築工事として病棟・サービス棟・看護婦宿舍竣工
昭和51年4月	基準看護（一般特一類）の実施承認
昭和52年11月	病院第二期増改築工事として管理診療本館、医師待機宿舍竣工
昭和53年3月	病院第三期増改築工事として医師住宅他竣工
昭和54年4月	第二病棟開設（特殊診療科・人工透析・ICU・CCU）
昭和55年4月	第五病棟開設（循環器）
昭和55年8月	救急病院の告示
昭和57年3月	CTスキャナー室増築工事完成
昭和57年3月	職員公舎新築工事竣工
昭和57年4月	CTスキャナーの運用を開始
昭和58年5月	基準看護（一般特二類）の実施承認
昭和59年4月	眼科を常設
昭和59年4月	運動療法等の施設基準の実施承認
昭和59年5月	重症者の看護及び重症者の収容基準承認
昭和60年4月	整形外科・麻酔科を開設

- 昭和63年9月 在宅酸素療法許可施設の承認
- 平成2年3月 総合病院化を図るための用地を取得
- 平成3年4月 総合病院化用地の造成完成
- 平成3年7月 老人性痴呆診断センターを開設
- 平成4年7月 基準看護（結核一類）の実施承認
- 平成5年1月 外来診療棟・病棟・エネルギー棟竣工
- 平成5年3月 医師待機宿舎改築
- 平成5年6月 職員公舎B竣工
- 平成5年9月 一般病床240床、結核病床15床に変更許可
- 平成5年11月 理学療法（ ）に係る施設基準の承認
- 平成6年2月 本館・病棟・サービス棟改修工事竣工
- 平成6年3月 MRI・RI検査装置を設置
- 平成6年4月 産婦人科・小児科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科を開設
- 平成6年4月 C病棟 結核精神基本二類から特二類一般25床・結核15床に変更
- 平成6年4月 基準看護（（特二類）一般病棟6棟240床（特二類）結核病棟（1棟15床））に変更承認
- 平成6年4月 へき地中核病院の指定
- 平成6年5月 総合病院名称の使用承認
- 平成6年6月 医事務の委託開始
- 平成6年11月 人間ドックを開設
- 平成7年1月 新看護（2対1（A）一般病棟6棟240床、2対1（A）結核病棟1棟15床）に変更承認
- 平成7年7月 院外処方箋の発行を開始
- 平成7年8月 エイズ治療拠点病院の指定
- 平成8年10月 適時適温給食を開始
- 平成9年3月 地域災害医療センターの指定
- 平成9年11月 京都府周産期医療2次病院の指定
- 平成10年4月 総合病院制度が医療法の改正により廃止
- 平成10年9月 皮膚科を開設
- 平成11年4月 第二種感染症指定医療機関の指定
- 平成11年4月 感染症病床4床の増床変更承認
- 平成11年4月 感染症発生動向調査指定届出機関の指定
- 平成13年12月 全診療科において予約診療を導入
- 平成14年5月 全面院外処方箋の発行を開始
- 平成15年4月 へき地医療支援病院の指定を受けるとともにへき地医療支援機構が設置される
- 平成15年9月 一般病床36床の増床変更承認
- 平成15年10月 管理型臨床研修病院（京都府立与謝の海病院群）の指定
- 平成15年11月 本館3階・サービス棟改修工事竣工
- 平成15年11月 総合内科を開設
- 平成16年3月 北棟2階改修工事竣工
- 平成16年3月 院内通信手段としてPHSを導入
- 平成16年3月 感染症病床の北棟2階への移転の承認
- 平成16年3月 協力型臨床研修病院（京都府立医科大学附属病院群）の指定
- 平成16年3月 一般病床増床、感染症病床院内移転に係る各種施設基準の届出
- 平成16年4月 北棟2階部分をC2病舎として開設
- 平成16年4月 新しい臨床研修制度による研修医の受入を開始
- 平成16年4月 看護・給食補助業務、外来クラーク業務の委託を開始

京都府立与謝の海病院（以下与謝の海病院という）は、昭和28年9月に府北部地域の結核医療中心の「京都府立与謝の海療養所」として開設された。その後、医学・医術の進歩等にもなう結核患者の減少、北部地域の医療需要の変化により、昭和36年7月に「京都府立与謝の海病院」と名称を改め、内科、外科を中心とした一般病院として診療を行ってきた。

本病院が医療圏とする丹後地域（人口約120千人）が、医療過疎といわれる状況の中で、昭和46年6月発足の「府立医科大学医療センター」を契機に医師の確保を図ってきた。昭和48年には丹後地域における医療の中核となる新しい「府立与謝の海病院」を目指して改築整備計画を策定し、昭和49年度から4カ年の工期で病院の全面改築整備を図り、昭和53年度に完成した。

昭和54～55年度の第二病棟（特殊診療科）等の開設に続き、昭和55年8月には救急病院の告示を受け、昭和57年3月にはCTスキャナーの整備を行うなど医療機器の整備・充実や、診療科においては眼科・整形外科等の開設を図ってきた。

「地域の中核病院として高度医療に取り組む与謝の海病院」というコンセプトのもとで、平成元年度より総合病院化に向けて基本計画を策定するとともに、総合病院化事業の整備に取り組み、平成5年1月に外来診療棟・病棟、エネルギー棟が完成した。引き続き本館、病棟の改修工事を行い、平成6年4月には新たに5科を開設し、丹後地域の中核総合病院として大きく踏み出した。また、平成7年4月からは専任院長の就任とともに、「患者が中心の、地域に開かれた病院」を病院理念として掲げ、医療・看護の質の向上に努めている。

平成15年度には医療未受領者の解消を目的として、感染症病床の移転整備と同時に一般病床36床の増床整備を行い、また、新医師臨床研修制度における臨床研修病院の指定を受けるなど、地域のニーズに応え、施設機能の充実を図っているところである。

2. 施設の状況

(1) 施設の概況

所在地 京都府与謝郡岩滝町字男山481番地
 開設年月日 昭和28年9月12日（開設者 京都府知事）
 診療科目 消化器科、内科（循環器科）、呼吸器科、外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、精神科神経科、麻酔科、皮膚科
 許可病床数 295床
 （一般病床276床 結核病床15床 感染症病床 4床）

他の府立病院が施設の老朽化に悩まされているのとは対照的に、「へき地医療の推進」という京都府の施策を受けて、施設面においては十分なモノを備えていると評価できる。

丹後医療圏において下表 与謝の海病院が考える政策医療分野と丹後医療圏における状況 の医療施策を政策医療の一環として充実させており、それが府の北部医療行政の充実に寄与している反面、不採算となりがちな病院事業を更に不採算ならしめる要因ともなっている関係にある。

なお、下記は診療分野のうち政策医療として与謝の海病院サイドが考えるものである。診療分野のうち特定の診療科目を政策医療として考えるということは、平たく言えば、経営努力を以ってしても黒字化はなしえないということであり、医療行政の政策としてのみ存立しえる診療分野であるということである。

したがって、診療分野についてどの分野が純粋に政策医療として評価できるものかどうかの見極めが本包括外部監査にあたっての一つの大きなポイントとなる。

当然のことながら、与謝の海病院が考える政策医療分野は必ずしも一般に妥当なものと受け入れられるものばかりでなく、病院或いは府による与謝の海病院のレゾナートルの主張の材料になっているものもある。本報告書後述の「損失構造の分析」において、この論点を考察することとする。

与謝の海病院が考える政策医療分野と丹後医療圏における状況

医療分野	丹後医療圏内における状況
精神科医療	丹後医療圏内では当院のみである。精神科医療については、入院医療は都道府県単位で、外来診療は医療圏単位が基本である。
救急医療	救急告示医療機関は、宮津与謝消防署管内では当院のみである。丹後医療圏で二次救急に対応可能な病院も当院のみとなっている。
脳神経外科医療	総合病院化（平成6年）以前に最も必要とされた診療科である。すなわち、年間100名以上の患者が、医療圏外の病院へ二次搬送せざるを得なかった。
産科医療	丹後医療圏内で産科を設置している病院は4病院のみである。新生児仮死などの周産期の緊急事態に対応できる医療機関が必要であるが、不採算部門である。当院は平成9年11月に京都府周産期医療2次病院の指定を受け、NICU4床を設置し、周産期医療2次病院としての役割を果たしている。
小児科医療	丹後医療圏内で小児科を設置している病院は3病院で医師も5名のみである。多くの医療機関が小児医療から撤退しており、宮津与謝消防署管内の小児科救急診療は当院のみとなっている。小児救急、NICUなどの緊急的医療をはじめとする夜間診療など小児科医療は府立病院である当院しか対応できない。
結核医療	当院は昭和28年9月、京都府立与謝の海療養所（結核医療機関）として開設し、以来北部地域の結核医

	療の中核としてその役割を果たしてきている。
感染症医療	丹後医療圏内で感染症医療機関は当院のみである（4床）。平成11年4月に第二種感染症指定医療機関の指定を受け、その役割を果たしている。平成16年4月からC2病棟に移転し診療体制の充実を図った。

3. 人員の状況

(1) 職員配置状況

与謝の海病院における職員の配置状況は以下の通りである。

(平成16年6月1日現在)

職種など 所属	配 置 人 員	配 置 人 員 の 職 種 別 内 訳																
		医 師	事 務 師	臨 床 検 査 技 師	放 射 線 技 師	理 学 療 法 士	薬 劑 師	助 産 師	看 護 師	准 看 護 師	視 能 訓 練 士	精 神 保 健 相 談 員	保 健 士	栄 養 士	調 理 師	自 動 車 運 転 務	用 務	
院長	1	1																
副院長	0																	
事 務 部	庶務課 (事務部長を含む)	8	5														1	2
	会計課	6	5														1	
	医事課	5	3									1	1					
	給食課	13													3	10		
	計	32	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	10	2	2
診 療 部	医局 (診療部長を含む)	41	41															
	臨床検査科	11		11														
	放射線科	11			10													1
	理学療法科	2				2												
	計	65	41	0	11	10	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
看 護 部	看護部長室	3							3									
	病棟 (透析室を含む)	158						8	121	23	6							
	外来・救急	51						4	39	6	2							
	手術室・サプライ	15							15									
	計	227	0	0	0	0	0	12	178	29	6	2	0	0	0	0	0	0
薬剤部	7					7												
合計	332	42	13	11	10	2	7	12	178	29	6	2	1	1	3	10	2	3

(2) 医師の在職月数の状況

与謝の海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次の通りである。

	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
医師平均在職年数(年)	3.7	3.4	3.4	3.6	3.5
外来患者数(人)	199,578	212,127	209,099	183,290	175,527
入院患者数(人)	87,731	87,820	87,697	88,476	87,476
平均在院日数(日)	20.6	19.3	18.9	19	18.4

府立洛東病院では、医師平均在職年数の極端な低下もあって深刻な患者離れが進行したが、与謝の海病院での医師の平均在職年数は3.5年とこちらも短い。医師平均在職年数が短いと、患者からの信用を喪失する結果となるこ

とも多く、過去に府が実施した患者へのアンケート調査においても、一部の患者から医師の異動に関する苦情が述べられていた。

ただし、与謝の海病院では医師平均在職年数が大変短い期間であっても外来患者数及び入院患者数も高水準で推移している。これは平成4年度から5年度にかけての大規模病院改修工事に伴い、医療施設が充実した結果、その属する医療圏において確固たる中核総合病院となったことが原因である。与謝の海病院では、入院患者数、外来患者数及び平均在院日数は良好な数値を示している。

医師平均在職年数が短いことはさいわいにも与謝の海病院では深刻な患者離れに直結してはいない。そもそも、医療は医師と看護師とが一体となったチームを形成し、このベストワークの発揮によってより良好な医療提供体制が確保できるものである。すなわち、一定の年数を経た医師と看護師によるチーム医療の体験の集積により診療の標準化や診療報酬の請求漏れを防止する緻密な業務手順の確立がなされるものであるが、あまりに短すぎるローテーションによる医師の交代はこれらベストワークの形成を阻害するおそれがあるといえる。

(3) 看護師の状況

与謝の海病院と全国の自治体病院の平均について看護師の平均年齢、平均勤続年数及び平均給与を比較したのが下表である。民間の賞与に相当する期末勤勉手当等各種の手当を全て含み、共済費は含んでいない。同じグループに属する自治体病院の全国平均に比べ、平均年齢及び在職年数にそれほど差異はないが、平均給与は1割程度高くなっている。全国の自治体病院の平均によった場合に比べ、共済費を除く総額で約107百万円高い。

<看護師の平均年齢と平均在職年数>

	与謝の海病院		全国平均	
	看護師	准看護師	看護師	准看護師
平均年齢(歳)	38.1	51.8	37.8	51.2
在職年数(年)	12.4	29.6	14.6	31.0
平均給与(千円/月)	568	732	529	663

注) 与謝の海病院は平成16年3月31日在職者
 全国平均は全国自治体病院協議会資料の
 平成16年度療養病床比率50%未満、看護配置2:1

4. 敷地・建物の状況

(土地)

病院敷地 38,889.18㎡ (うちヘリストップ 1,100㎡)

その他 4,006.34㎡

(建物)

病院敷地内

建物区分	完成	構造	主な用途	建物面積 ㎡	延床面積 ㎡
本館	S. 5 2 改修H. 5	鉄筋コンクリート造 地上3階	1F：外来診察室・救急室・放射線・検査等 2F：医局・病理検査室・庶務課・会計課等 3F：講堂・研究室・図書室等	3,091.67	5,394.98
南棟 (外来診療棟)	H. 5	鉄筋コンクリート造 地上3階	1F：外来診療室・医事課・薬局 中央材料室・食堂等 2F：手術室・集中治療室等 3F：A3病舎・B3病舎等	2,965.76	7,540.64
北棟 (C棟)	S. 5 1 改修H. 5	鉄筋コンクリート造 地上5階	1F：人工透析室・売店 リハビリテーション室・温熱療法室等 2F：C2病舎 3F：C3病舎 4F：C4病舎 5F：C5病舎	842.85	4,291.04
サービス棟	S. 5 1改修	鉄筋コンクリート造 地上2階	1F：厨房・洗濯室・営繕室等	886.27	1,325.02
MR室	H. 5	鉄筋コンクリート造 平屋	MR検査	115.78	115.78
エネルギー棟	H. 4	鉄骨平屋造	機械室・電気室・コントロール室等	682.50	669.11
医師待機宿舎	H. 4改修	鉄筋コンクリート造 地上2階	1F：マンション方式8室 2F：マンション方式9室	334.54	629.06
看護師宿舎	S. 5 1	鉄筋コンクリート造 地上3階	100室	1,063.12	2,678.80

その他

建物区分	完成	構造	主な用途	建物面積 ㎡	延床面積 ㎡
職員公舎A	S. 5 6	鉄筋コンクリート造 地上2階	マンション方式10戸	332.45	634.00
職員公舎B	H. 5	鉄筋コンクリート造 地上4階	マンション方式20戸	407.49	1,466.04
岩滝医師公舎	S. 5 2	プレハブ2階建	7戸	333.97	482.44
宮津医師公舎	H. 4	プレハブ2階建	11戸(新築：6戸 改修：5戸)	556.97	781.07

5. 財務の状況

(決算書の組替え)

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「他会計補助金及び国庫補助金」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期間の経営成績の状況

<損益計算書>

(単位千円)

科 目	1 3 年度	1 4 年度	1 5 年度
病院事業収益	5,685,466	5,098,149	4,960,563
医業収益	5,673,267	5,086,203	4,949,337
入院収益	3,559,180	3,642,837	3,521,509
外来収益	2,005,528	1,338,604	1,319,711
その他医業収益	108,559	104,762	108,117
医業外収益	11,353	11,564	10,943
受取利息配当金	271	205	188
その他医業外収益	11,082	11,359	10,754
特別利益	846	380	283
過年度損益修正益	733	380	232
その他特別利益	113	-	51
病院事業費用	7,142,033	6,398,807	6,303,815
医業費用	6,771,587	6,088,398	6,019,884
給与費	3,247,149	3,269,776	3,312,567
材料費	2,192,956	1,589,773	1,518,493
経費	714,133	668,475	658,666
減価償却費	561,660	508,681	479,512
資産減耗費	10,315	6,047	4,999
研究研修費	45,374	45,646	45,647
医業外費用	337,277	291,652	273,356
支払利息及び企業債取扱諸費	172,605	158,565	144,025
繰延勘定償却	18,408	19,249	19,724
雑損失	146,264	113,838	109,607
特別損失	33,169	18,757	10,575
過年度損益修正損	33,169	18,757	10,575
その他特別損失			
純損失	1,456,567	1,300,658	1,343,252

入院収益については、3期間ほぼ横ばいである。また、外来収益については院外処方全面移行による投薬収益の減少及び診療報酬改定に伴う薬の投薬日数の原則2週間の制限が廃止されたことによる外来患者の大幅な落ち込みにより平成14年度は前期比33%減となった。外来収益の落ち込みについては院外処方化の推進を原因とするものであるため平成15年度においても回復するに至らなかった。

医業費用のうち、材料費については院外処方全面移行により、平成14年度は前期比28%の大幅減となった。減価償却費については設備の耐用年数経過により減価償却費が減少傾向にあるものの依然高水準である。

(2) 過去3期間の財政状態の状況

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	2,153,073	2,359,864	2,462,160
固定資産	8,463,298	8,128,600	7,973,325
繰延勘定	196,257	185,856	182,303
資産合計	10,812,629	10,674,321	10,617,789
流動負債	463,911	604,193	468,732
固定負債	112,920	92,708	204,901
負債合計	576,831	696,901	673,633
自己資本金	12,855,195	13,060,192	13,333,949
借入資本金	3,300,149	3,183,348	3,202,348
剰余金	-5,919,547	-6,266,121	-6,592,142
資本合計	10,235,798	9,977,419	9,944,156

流動資産の増加のうち主なものは現預金の増加である。平成13年度以降現預金残高は1,165,641千円、1,501,160千円、1,614,619千円と増加している。

固定資産について減価償却の進展により残高が漸減しているほかは特に大きな増減はない。なお、建物については、平成4年度および平成5年度における工事が高額であったため、高水準の残高となっている。すなわち、与謝の海病院の建物の平米単価は562千円(12,748百万円/22,644.3㎡)であるが、一般的な病院の標準建設費約22万円(独立行政法人福祉医療機構公表の標準建築単価)に比べると3倍近い高水準にある。この高額な設備投資が与謝の海病院の固定費高騰の要因ともなっている。

(3) 決算日後の業績推移

決算日後8月までの業績の推移は以下の通りである。

(平成16年4月～8月医業収入)

(単位：千円)

		4月	5月	6月	7月	8月	計
入院収益	16年度	320,037	290,209	312,213	315,335	311,753	1,549,547
	15年度	304,621	302,109	276,308	297,053	287,799	1,467,890
	増減	15,416	-11,900	35,905	18,282	23,954	81,657
外来収益	16年度	104,442	100,748	108,440	109,700	111,983	535,313
	15年度	105,971	108,436	106,772	116,876	112,370	550,425
	増減	-1,529	-7,688	1,668	-7,176	-387	-15,112
その他 医業収益	16年度	5,387	8,282	8,290	8,937	8,963	39,859
	15年度	6,431	7,722	7,963	8,910	7,972	38,998
	増減	-1,044	560	327	27	991	861

まず、入院収益については平成15年度C棟2階を増床(36床)及び感染症病床(4床)の移転整備を行った結果、平成16年度4月から稼働し、患者数の増により収益が増加している。次に外来収益の減少については、平成16年度から新院長のもとで急性期病院として位置付けるため、地域医療機関との機能分担をすすめ病病・病診連携を推進しており、患者をそれぞれの機能に見合った医療機関に紹介等しているため、患者数が減少し収益も減少している。なお、診療単価は増加傾向にある。

6. 医療圏内における医療状況

与謝の海病院の属する医療圏である丹後地区では、下記の3つの特色がある。

(1) 病床が若干不足気味

ここでは、基準病床数と既存病床数の比較を通じて、与謝の海病院の存する丹後医療圏における一般病床或いは療養病床が不足気味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い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い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)

与謝の海病院の属する丹後医療圏では「療養病床及び一般病床」にかかる基準病床数が1,299に対し、既存病床数が1,116である。すなわち、丹後医療圏では実際に存する病床数が基準地域ごとにあるべき病床数の基準に比し

約15%不足しているのである。京都府全体における既存病床数が基準病床に比し14%過剰になっているのと比べると、丹後医療圏での医療提供体制が相対的に充実していないのがわかる。

(2) 医療圏内における人口減少及び高齢化の進展

丹後医療圏内における人口推移を示したのが、下図 丹後医療圏内の人口推移（平成12年～）である。丹後医療圏内においては5年間に2.6%人口が減少しており、高齢化も進展している。

このため、与謝の海病院では入院患者に占める70歳以上の高齢者の割合が、平成15年度においては59.34%を占めるに至っている（平成16年度病院概要）。また、外来患者数は投薬期間延長及び地域連携の強化に対応して平成12年度をピークに減少に転じている。

このような丹後医療圏の特色に対処して、与謝の海病院では少子高齢化対策を重視し、脳神経外科医療、産科医療、小児医療に力を入ると共に、病院発祥の診療科目である結核医療やSARS対策で脚光を浴びている感染症医療の拠点となっているのである。

<丹後医療圏内の人口推移（平成12年～）>

(単位:人)

市町名	12年	13年	14年	15年	16年	
宮津市	24,248	23,980	23,797	23,215	23,138	
加悦町	8,190	8,113	8,020	8,003	7,968	
岩滝町	6,794	6,815	6,780	6,741	6,732	
伊根町	3,301	3,225	3,136	3,083	3,055	
野田川町	11,435	11,469	11,428	11,398	11,254	
京丹後市	67,732	67,364	66,891	66,596	66,349	
旧町単位	峰山町	13,981	13,964	13,905	13,891	13,889
	大宮町	11,175	11,050	11,038	11,198	11,247
	網野町	16,599	16,480	16,357	16,185	16,114
	丹後町	7,456	7,368	7,296	7,192	7,087
	弥栄町	6,229	6,208	6,091	6,063	6,073
久美浜町	12,292	12,294	12,204	12,067	11,939	
計	121,700	120,966	120,052	119,036	118,496	

*各年3月31日現在

*京丹後市は16.4.1～

(3) 医療提供体制の不安

丹後医療圏の隣接医療圏である中丹医療圏に属する公立病院では、医師臨床研修制度を巡る問題から内科医が全員辞任するという事態に追い込まれている事件があった。与謝の海病院では医療センター制度による医師派遣を採用しているので京都府立医科大学附属病院から医師の安定的供給がなされているものの医師臨床研修制度の下ではへき地医療に従事する病院の医師の確保が困難になる可能性すらありえる。

また、丹後医療圏内部においても経営不振に陥っていた民間総合型病院が、京都地裁で民事再生法に基づく再生手続開始の申し立てを行い、即日、保全命令と監督命令が出された。同病院では人口の減少や少子高齢化、医師不足などが響き経営は慢性的な赤字が続いていた様子であるが、丹後医療圏においては病床不足と採算性の悪さが同居している医療圏であると特徴付けられよう。

急性期病院としての性格を明確にして、外来患者を医療圏内の他病院に紹介することによって入院期間の短縮、紹介率の向上に努めるといった与謝の海病院が今後為すべき施策の観点から考えると、同病院の民事再生手続申立はこれらの施策が充分でなかったのも一因であると評価できると思われる。

(4) 与謝の海病院の指導的役割

丹後医療圏における診療科目別病院数は以下の通りである。資料は京都府の保健福祉部医療室地域医療事業担当資料より抜粋している。

<診療科目別病院数>

(平成14年10月1日現在)

診 療 科 目	病 院 数	診 療 科 目	病 院 数
内科	6 *	小児外科	—
呼吸器科	2 *	産婦人科	4 *
消化器科 (胃腸科)	5 *	産科	—
循環器科	4 *	婦人科	1
小児科	5 *	眼科	6 *
精神科	1 *	耳鼻咽喉科	5 *
神経科	1 *	気管食道科	—
神経内科	3	皮膚科	6 *
心療内科	—	泌尿器科	4 *
アレルギー科	—	性病科	—
リウマチ科	1	肛門科	2
外科	6 *	リハビリテーション科	4
整形外科	6 *	放射線科	4
形成外科	1	麻酔科	2 *
美容外科	—	歯科	2
脳神経外科	1 *	矯正歯科	—
呼吸器外科	—	小児歯科	—
心臓血管外科	—	歯科口腔外科	2

*は与謝の海病院における診療科目である。

丹後医療圏においては病床が200床以上の大病院は与謝の海病院と京丹後市立弥栄病院の2病院だけである。丹後医療圏において比較的設備の整った公立の総合病院が二つも必要かどうかの是非はともかくとして、与謝の海病院は設備が新しく、かつ、高機能の診療科目を備えた総合病院として丹後医療圏においては圧倒的なポジションを確立しているのは事実である。患者が多く、平均在院日数などの指標からも良好な成績を残している与謝の海病院の丹後医療圏における医療提供体制という観点からの貢献は計り知れないものがあると評価できる。

しかし、別の側面からも考えることが出来ないであろうか。すなわち、そもそも与謝の海病院が必要とされた政策医療性というのは、当時、医療過疎が深刻であった丹後医療圏において適切な医療提供体制を整えることにあった筈である。ところが、「4. 財務の状況 (2) 過去3期間の財政状態の状況」で触れたように、医療過疎が深刻であった丹後医療圏において重厚な設備投資をして得られた圧倒的なポジションが、反面として「5. 医療圏内における医療状況 (3) 医療提供体制の不安」で説明したように丹後医療圏内における民間の医療提供体制に大きく影響を与えてはいないであろうか。「医療圏全般における適切な医療提供体制」という観点から見たとき、全体として適正な資源配分として投資がなされていたであろうかという視点が欠如していなかったかが問われても良いのではないと思われる。

京丹後市立弥栄病院の概要

病院種別：療養型病床群併用病院 救急告示病院
 病 床 数：248床
 診療科目：内科、神経内科、消化器科、循環器科、小児科、外科
 整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科
 放射線科、リハビリテーション科

7. 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府立3病院及び府立医科大学附属病院が選定されている。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次の表である。

<与謝の海病院回答による指摘事項のフォロー状況>

1. 共通項目

		対応状況(H16.3現在)	今後の計画
各病院に「経営改善計画実行委員会」を設置		平成11年2月に経営改善特別班会議を設置し、増収対策、経費節減対策等の検討・実施を行ってきた。	特別班会議の機能強化と経営改善に向けた基本方針の策定
給 与 費 削 減	非常勤職員の採用等	可能な業務については非常勤化、委託化を進めてきた。	引き続き、委託化等が可能な業務について検討。
	府立病院間の配置転換	各病院の特殊性から病院毎に採用せざるを得ないが、本人の希望により人事交流は実施	—
	看護師病棟と外来部門の相互応援	外来診療時間帯における病棟看護師応援の実施	—
	外部委託の推進	外部委託化の検討(調理、検査、外来、看護補助、サプライ)	外来クラーク、看護補助、サプライ等を委託(⑩9人分)
医薬品材料の在庫管理の徹底		○薬剤師による病棟医薬品の管理 ○SPDシステム導入(H14.2) ○会議等によるコスト意識の徹底	SPDに加え、サプライでの集中管理の強化(使用頻度の低い材料等)

共通事項については、基本方針の策定や検討といった表現に見られるように具体的な行動に移された業務改善がなされたとはいえない状況のものが目立つ。

2. 個別項目

課 題	対応状況 (H16.3 現在)	今後の計画
看護師等の非常勤職員 への変換	一部臨時的任用職員を雇用し対 応	非常勤職員について研究・検討する
医薬品材料の在庫アイテ ムの削減	○使用医薬品数の見直し ○全面的な院外処方実施 (H14.5) ○物品購買委員会における見直 し ○S P D 導入による在庫量見直 し	○更なる同種同効果医薬品材料の絞り込 み ○使用効率の向上対策
給食材料の効率的な 調達	市場の変動をみながら効率的な 調達に努める	市場の変動をみながら、より品質の高い安 全な材料の調達に努める。
付加価値の高い診療科へ の資源集中	○人工透析装置増設 (H13) ○I C U 増床 (H11. H13) ○内科専門外来実施	○特色ある診療科の検討 (差別化と特色づくり)
診療報酬請求漏れ及 び減点防止の検討	○レセプト点検嘱託職員配置 (H13.4) ○減点査定内容の分析、防止対 策	○更なる減点査定、請求漏れ防止対策の研 究 ○電子カルテ導入による請求漏れ防止
「長時間待ち」の解消	○外来予約診の完全実施 (H13.12) ○内科新患外来の設置 (H15.11)	○電子カルテ導入による診察待ち時間の短 縮 ○待ち時間の有効活用

思うに、与謝の海病院において採算性を悪くしている原因である看護師の人員費の問題については研究・検討段階で止まっていることや、給食材料費の削減については努力目標に止まっているに過ぎず、前回の包括外部監査における指摘事項が与謝の海病院の業務の抜本的改善につながっているとは言い難い状況となっている。

・府立与謝の海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、その洛南病院編を洛南病院報告書という)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」を理由とした契約となっている。しかし、「競争入札に適しない」理由が判然としない。

医療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、現に一億円を超えるなどの高額な断層装置などは一般競争入札となっている。約41百万円の機器が一般競争入札である一方で、約28百万円の機器が随意契約であるなど、「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」の解釈が明確でない。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、を理由とする修繕取引にも保守業者であるからとの理由で同様の傾向が見られた。

一方、随意契約による見積もり合わせをメーカーとそのメーカーの代理店とから徴取するなど、見積もり合わせの実効性がまったくないものが見受けられた。

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、個々のケースで合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が存在が明らかになり、与謝の海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、場当たりのとも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) 時間外命令簿の自己記入

時間外勤務命令簿を閲覧したところ、ほとんど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・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

(1) 人員の配置状況と部門ごとの問題点について

医業費用の大部分は人件費である。与謝の海病院の平成15年度の医業収益は約4,949百万円であるが、給与費は約3,312百万円であり、人件費比率は約66.9%となっている。「平成13年度自治体病院経営指標」に記載されている数値により他の自治体病院の状況と比較すれば、療養型病床群比率50%未満で看護基準2:1の平均で48.6%、その同規模平均で47.6%と与謝の海病院は突出している。与謝の海病院の給与費から退職給与金を除いて人件費比率を計算しても約62.7%と突出した状況は変わらない。医療法人の統計資料では、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200-299床規模の近畿ブロック中央値では54.2%となっており、高率なグループの平均でも54.7%であり、与謝の海病院の突出ぶりが非常にめだつ。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。

(2) 職員の特殊勤務手当の支給状況

平成15年度の特種勤務手当は年額で約97百万円支給されている。そのうち、月額「結核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おり（職務により13,000円から15,200円）年間約54百万円となっているが、結核病床は15床しかなく常時接触していない職員についても全額支給することには問題がある。多額の赤字組織であるのに、実態を適切に考慮していない一律支給は府民の理解が得られないとして、平成16年4月より実態に応じたものに改められ、年間約50百万円前後の減少となる見込みであるが、これまで改善されずに多額の手当が支払われ続けたことは、お手盛りであるとの指摘を受けざるを得ないであろう。

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、年間約27百万円となっているが、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、年間約35百万円程度であるとのことだ。看護師給与費が赤字経営の大きな要因であ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真っ先に改めるべきものではないだろうか。

(3) 給食課

食材コストは1食当たり平均で約256円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、洛南病院の約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）に及ばない。洛東病院では魚も切り身で購入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、与謝の海病院ではそこまでの姿勢はみられない。

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2名相当の臨時職員の約15名相当の業務となっており、コストは約108百万円となっている。年間約185千食程度を調理しており、一食あたりの人件費は約583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845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ことは、洛南病院に同じである。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42百万円にのぼる。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となるが、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。外注業者を指導管理することの重要性については洛東病院報告書および洛南病院報告書に同じである。

(4) 会計課

会計事務担当として6名が配属されており、人件費コストが約53百万円投入されている。うち1名は患者搬送者の運搬に0.3人分程度の負荷がある。会計業務の規模からすれば、少し余剰感が認められ、また、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1万2千仕訳行数と民間の中堅企業並であり、2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3.7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。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、財産管理に関する業務負荷の申告が低い。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。庶務課との業務分担を最適に調整するべきであろう。

材料費が完全院外処方であるにも関わらず約1,518百万円と高額で、対医療収益比率は30.7%と同規模平均を突出している。後述する、府立医大附属病院と同様の医療を府北部で実現する目的のため、先端的医療材料などが多く利用されているものと推察されるが、それならば府立医大との共同発注により業者との単価交渉を有利に展開する努力がなされてしかるべきであろう。洛東病院も洛南病院も、医療材料は単独発注であったが、特に与謝の海病院においてはその努力が必要であり、医師及び医事課と情報を交換し、材料コストの低減につながる発注方法を考慮してゆくべきである。

(5) 庶務課

庶務課は7名配属されているが、事務部門に4名、あとの3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。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3.15人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はなく、会計課をあわせた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、コストダウンへの糸口ともなろう。

用庁業務については、庶務課の2名の他、放射線業務に1名（他に非常勤嘱託1名）が配属されているが、どちらも外部委託や人材派遣方式で代替可能な業務内容であり、それら4名が府立の他所で余剰感なく意義ある業務に就けるならば、約10百万円のコスト低減となろう。

(6) 医事課

5名が配属されており、1名は精神保健福祉相談員として、もう1名はその補助業務についている。他の3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年から5年くらいで異動している。現在の職員の中で最古参は勤続5年目であり、比較的勤続年数の短い者が多いが（過去の他所での医事業務経験もない）、短期的な異動では医事に関する専門知識をもつ者が育たない。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。一般的に、勤務医にとっては請求漏れがあっても自分の給料には直接関係がないのが普通なので、診療報酬制度に関心が薄くなりがちとなり、よって院長なり診療部長は医事課と連携して請求もれや請求誤りへの対策を講じなければならないといわれている。中には診療報酬請求のチェックを外注している医療機関もあり、レセプト枚数が多ければコスト以上の経済的メリットがあるらしい。医事課の業務の重要性を再認識し、その配属・異動については十分な検討を要する。

(7) 薬剤部

薬剤在庫管理システムの運用状況については、品目ごとに箱単位で在庫定数を設定し、それに達したら補充発注する方法で帳簿上の受払管理はできているようであるが、毎月末に実地棚卸をして箱単位の実物チェックが十分に実施できていない。

(8) 検査室

試験検査業務に11名が配属され、約104百万円の人件費コストとなっている。このうち約半分を占める生化学検査等検体検査については、定型的で高度の専門性を要せず、機器の発達もあり人材派遣・業務委託化などを積極的に検討する必要がある。検査室に配属されている者のうち約半数程度（生化学検査等検体検査関連従事者が約半分と仮定）が府の他所で余剰感なく意義ある業務に就くことが可能であれば、人材派遣・業務委託化により約20百万円のコスト低減となる。

(9) 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124百万円となっており、内容的には「記録処置」など用務等の記載があいまいな表現が多い。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。

看護部長以上は院長命令となっているが、それ以外は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若干感じる程度である。平成16年度から命令簿の様式を変更し、時間外勤務を必要とする理由を詳しく記載させるよう改善され、月額で平均百万円以上の減少となっているものの、いまだに高水準である。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。

また、看護師のうち数名程度は看護補助者に変更しても看護業務自体に支障が無い可能性もあろう。その変更により与謝の海を去る看護師が他所で余剰感なく意義ある業務に就けるならば、約20百万円はコスト低減となる。しかし、この観点は、与謝の海病院の将来あるべき姿の検討と表裏一体の議論であり、ここで看護師と看護補助者との配置の組合せの具体策にはふれない。あるべきベストバランスがあるはずであり、それは病院経営企画能力の発揮でもある。民間の看護補助者の配置状況との比較は、後述の「損失構造の分析」において検討する。

看護師採用についても問題がある。隣に看護学校を抱えているにもかかわらず、看護学校新卒者の採用は思ったほど多くはなく、比較的少数である。なぜならば、与謝の海病院の看護師採用試験の時期が他病院に比べて一番遅い時機に行なわれるからである。新卒者にとって就職がなかなか決まらないと言うのは不安な事であるはずで、ほとんど皆が先に他病院への就職を決めてしまっているのである。大学受験と異なりいったん就職が決まった病院を断る事は、学校の信用の問題も絡むのでなかなかできず、結局、隣接看護学校卒でありながら与謝の海病院の採用試験を受けにくい状況となっているのである。採用試験が最後になるということは、優秀な看護師の採用競争に遅れをとることとなる。

(10) 予約制外来の混乱

予約外来のシステムは、当初、待ち時間を短縮する目的のもとに導入したのであるが、その成果は芳しくなく、むしろ「指定された時間どおりに訪院したにもかかわらず、長時間待たされる」という不満の温床になっている。現状はつぎのとおりである。

医師が、診察時に、予約状況を表示したコンピューター画面を見ながら、当該患者の要望を尊重する方向で次の診察予約をインプットする。

医師は自分が担当する部分（時間帯）にのみ予約をインプットすることができる。

予約は分単位ではなく、たとえば、9：00、9：30、10：00というように30分間隔でなされる。したがって、30分の時間帯（たとえば、9：00から9：30）に数名の予約が入ることになる。多いときには、十名を超えることがあり、物理的な限界を超えていることが少なくない。

初診の患者については、適宜、上記予約された患者の診察スケジュールのなかに織り交ぜつつ、その診療をし

ている。

患者からは、「待ち時間が長すぎる（患者によっては4時間）」という苦情が多く寄せられており、与謝の海病院が展開する予約制のあり方自体を問うような、批判的な意見が多く寄せられている。（平成15年8月「患者満足度調査報告書」参照）

指定された時間に訪院したにもかかわらず、待ち時間が長くなる理由はおよそ次のとおりである。

なによりもまず、与謝の海病院が展開する予約外来のシステム自体に欠陥があることが指摘されてよい。患者は、午前の比較的早い時間帯（9時から10時頃にかけて）に、受診することを希望する。医師は、当該患者の希望をうけて、「30分」という一問隔に、診察可能な数をはるかに超えた予約を入れることになる。このような状況ですら、すでに予約通りの診察を行うことは、事実上不可能なことであるが、さらに、予約時間に遅れてくる患者や初診の患者の診察が重なるため、予約診察体制の維持がますます困難となるのである。

与謝の海病院は、待ち時間の長さを解消するため、平成15年11月あらたに「新患外来」という制度を導入した。すなわち、「総合内科」を設置し新規の外来患者の診察をおこなう、というシステムである。「総合内科」では、混雑する午前中に来院する患者のうち、内科関係の初診患者20人から30人程度の診察を行っている。

なお、内科以外の診療科目の受診を希望する患者については、従前通りそれぞれの専門外来が担当している。午後の診察については、内科も含めすべて専門外来が担当している。

予約外来システムが患者にとって機能不全となる主要な契機の一つが、既述のように、午前中前半に集中する内科系の新規の外来患者の応診に存したことから、「総合内科」の設置により、待ち時間（とりわけ新規の外来患者の待ち時間）は相当程度短縮されているところである。

もう一つの主要な契機は、予約を設定する際のあり方に起因するものである。すなわち、医師が患者の希望を受けて、次回予定を設定する際、物理的に可能な診察人数を超えた予約を設定することにある。看護師等から指摘がなされ改善される場合もあるが、医師の判断で予約を入れることにより、結果として処理不可能な予約が積み重ねられていくこととなりがちである。医師が、医療サービスを提供する機関の一員としてのバランス感覚を身につけつつ、適切な予約を設定するよう心がけることが必要であろう。

今後の対応としては、現状の患者数を前提に、許容範囲の待ち時間で対応していくためには、いかほどの医師数と診察時間が必要なのか、詳細な分析を為すことがまず必要である。その上で予約管理システムを見直し、設定した待ち時間の許容限度を超えないよう注視し、医師・看護師により継続して管理運用してゆく必要がある。予約した者にとって、予約時間どおりにサービスを開始してもらふ権利を有すると思うのは当然の感覚である。

与謝の海病院は総合化の流れの中で、外来患者を増やしてきた。地域住民から医療サービスにつき信頼されている証であるが、統計指標との比較からは、外来患者が突出して多いというまでにはいたっておらず、優良なレベルにあるという程度だ。その対応に患者サービスの観点から問題となるほどの外来待ち時間管理の破綻が生じている。外来患者への対応問題は、今後の与謝の海病院のありかたにつながる大きな論点のひとつであり、単にオーダリングシステムや電子カルテシステムを導入すれば解消する次元の問題ではない。後述する地域連携との関連があり、本報告書の最終報告たる「与謝の海病院の将来像」に直結する論点である。

(11) 建物の建設単価が突出して高額

後述する「損失構造の分析」において詳細を述べるが、与謝の海病院の建物及び建物附属設備の建設コストは、他の公立病院の同時期の平均値と比較すると突出して高額である。過去においてどのような入札状況であったのかは計り知れないが、当地にそのように突出して高額な建物が必要となる要因は認められず、地方公営企業病院としては過大な既決コストを抱えてしまったといえる。経済合理性に立脚した投資回収計算の観点があったのかどうか非常に疑問であり、今後の大規模修繕等の状況には留意が必要である。

(12) 地域連携の不足

後述する「電子カルテシステム投資の有効性とその位置づけ」および「与謝の海病院の将来像」で詳細を述べるが、誰もが公立の地域中核病院であると認めるべき外観と医療実績を有していながら、地域連携室や地域連携担当者の配置がない。院長等による個別の努力はあるが、地域連携への取り組みが組織上は欠落している点は、注目すべき問題点である。割高な人的物的コストをかけて毎年多額の赤字を計上しながら、地域の医療機関との連携が低調である姿は、当地の地元・近隣の医療機関従事者からはもちろん、府民税で赤字を埋めていることとなる他の地域の府民からも、違和感をもってうけとめられるのではなからうか。現院長のもとで、平成16年10月からようやく「かかりつけ医」登録制度がスタートし、地域の医院・診療所との紹介・逆紹介関係が構築されつつあるようだが、病診連携だけでなく病院間連携たる病病連携までも視野に入れた動きが期待される。これについては、「監査人の提言 3・与謝の海病院の将来像」にて詳述する。

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、与謝の海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

洛東病院や洛南病院が病院自体の理念を明文化しておらず、中長期目標も年度目標も明確に設定されていないのに比べ、与謝の海病院は良好である。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も不足するとはいえない。ただし、地域医療連携に組織的に取り組む体制が不足する点をここで指摘しておく。過疎地である府北部の政策医療を担うべき府立病院の地域連携機能が不十分であることは、当地の医療資源の有効的・効率的活用の政策的観点から弱いことを意味しているものと解される。

(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が影響して低調となりがちで公立病院が多い中で、比較的良好である。現院長（与謝の海病院勤務歴が長い）の府立医大や府立医大医療センターとの調整能力や行動力という属人的要因に負うところが大きいと推察される。ただし、医療の質の向上や業務の効率化についての取り組みにつき、その評価体制の構築が不十分であるため、一層の活性化へつなげるという組織的なサイクル化が十分に機能しているとは言えず、リーダーシップの発揮を通じた従事員のモチベーションの管理・高揚策には一定の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。

また情報管理機能については、情報を管理する部門・担当者が明確に定められておらず、情報管理に関する委員会・情報管理規程とも十分でない。診療情報の開示の観点からは、患者への診療録の閲覧に関する機能が十分でなく、診療情報管理の意義と重要性に関する教育・研修も充実させるべき状況である。

(3) 地域連携と協力

地域連携担当者、地域連携室は組織上存在しない。地域の急性期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求められるべき府立病院としての機能はまことに低調である。ボランティアの受け入れ体制も整っていない。老人性痴呆診断センターや医療相談等地域の保健・福祉機関機能を担う部分があるし、結果として提供できている医療機能については見るべき成果があるものと思われるが、過去から現在に至る状況を考慮すれば、府北部で独立独歩する孤高の病院といえる側面があり、「かかりつけ医」登録制度がようやくスタートした現段階においてもいまだ大きな課題がある。

(4) 患者の権利と安全確保

患者の権利と安全のための組織的体制ができており、教育研修的対応やシステム化を進めているが、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は未導入であり、現在進行中である。クリニカルパスを推進し、平成16年度にはオーダリング、電子カルテシステムの導入が計画されている。電子カルテシステムについては後述する。

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。また、いわゆるインフォームドコンセントの観点では、患者の心理的側面に配慮した相談しやすい環境の整備にさらに注力する必要がある、患者自身の医療への主体的参加を支援する仕組みの構築にも努力が必要である。

患者サービスの観点では、ことばづかいや身だしなみについては良好であるとのことだが、過去に実施した外部コンサルティング会社による患者アンケート調査では、この点に関する苦情が見受けられる。また、外来待ち時間の短縮に関しては外来診察室を増やすなどの努力が認められるものの、外来診療は予約制であるにもかかわらず相当の待ち時間が生じておりいまだ改善の余地がある。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。

(5) 療養環境と患者サービス

療養環境を整備する担当部署や担当者がおかれていない。過去に実施した外部コンサルティング会社による患者アンケート調査では、トイレ近辺の病室における匂いの問題や、夏場の夜間空調の問題などが指摘されている。また、食事につき選択メニューの実施がない（平成16年10月からは取り組みを開始したとのことである）。また、地域災害医療センター機能を担っているのに、大規模災害に備えた対応マニュアルや医薬品の備蓄の観点が十分でなく、大規模災害発生時の対応体制の評価は低い。

(6) 診療の質の確保

輸血、手術、麻酔、集中治療、救急部門において特段の問題点はなさそうであるが、その他の評価ポイントで以下の指摘すべき事項がみられる。

診療における倫理に関する教育・研修が不十分である。また、医師の採用は府立医大医療センターから派遣さ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仕組みが不十分である。

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、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。

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る。また、症例検討会は診療科によって実施状況にばらつきがある。また看護ケアについても多職種によるカンファレンスへの参加、改善活動や研究会の開催状況に病棟間でばらつきが認められる。図書室については図書分類・目録の整備等が劣っている。

放射線部門では放射線専門医が配置されていない。また、薬剤部門では病棟における注射薬の調剤が薬剤師により行われていないし、薬局完全分包もできておらず一部の分包は病棟にて看護師が対処している。病棟における薬剤の在庫管理も薬剤師の関与の点で十分とはいえない。時間外・夜間での調剤業務はオンコール体制であり、麻薬や特に注意すべき調剤への対応には検討の余地があろう。当直体制・時間外調剤対応はまだまだ充実させるべき余地があるのではない。

訪問サービス部門はない。地域にとって府立病院としての与謝の海病院がなすべき訪問サービスは本当でないのか、地域連携の状況が明確でないなかで、検討の余地もあろう。また、医療福祉士がおらず、退院後の療養継続・通院中の療養指導のための相談機能や連携・調整機能が不足している。

看護部門は、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。看護業務全般については、特段のおおきな問題点はなさそうであるが、看護師全体に看護部方針等がよくゆきわたっているとはいえない側面があり、その改善に努力している。また研修活動、委員会活動は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は作成されておらず、現在検討しているとのことであった。能力評価のしくみがなく、それを活用した能力開発・配属体制は構築できていない。

現在、認定看護師も専門看護師もともに院内に存在しない。過去に認定看護師・専門看護師資格習得のための募集をしたが、誰も応募しなかったとのことであった。高度高次医療・急性期医療を標榜する地域中核病院において、非常に残念な結果であるといえよう。

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ものの、この規模の、高度高次医療・急性期医療を標榜する地域の中核病院が、いまだオーダーリングシステムを有していないことは、業務効率および業務の確実性の確保の観点からもまことに不十分であると指摘できよう。オーダーリングシステムは電子カルテの導入とあわせて検討されており、同時にクリニカル・パスの設定を推進しており、その第一段階としてのマニュアル化をすすめ、一部利用しはじめている。

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。看護師数は比較的多めに配置されているにもかかわらず、時間外勤務の理由に看護記録への対応等が多くみうけられた。オーダー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。

慢性期に入った患者につき、看護計画が固定化してしまう傾向があり、適切な見直し、説明と同意、患者や家族の意見の反映などが不足しがちとなる場合がある。また、患者の行動制限への配慮につき、医師の指示や診療録への記載の観点において、充実させるべき事例が認められる。

(7) 病院運営管理

事務職員は3年から5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。現時点で過去の情報を含めこの病院の業務全般につき最も情報を有している人物は現院長である。事務職員の中にそのような人物が育たない原因は、本庁の人事異動システムとその方針にある。診療業務管理以外の業務全般で院長を支えるべき人材に不足しており、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。

財務管理の側面では、総合病院として作成すべき診療科別や部門別の収支管理が行われていない点が指摘される。また、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。

病床管理が中央管理されておらず、空き病床が迅速に把握できない。また、地域連携室が存在しない点は前述のとおりである。

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、委託業者に対する教育や委託業務での事故発生時の対応などに改善すべき点が認められる。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。

(8) リハビリテーション機能

急性期のリハビリ対応だけでなく、急性期医療を標榜する病院としては概ね必要な機能を有しているといえるが、役割・機能に応じた必要な医師の関与、療法士等職員の確保は充実させるべき余地がある。リハビリテーションの必要性評価、多職種による症例検討会での評価検討等において、その回答に診療科でばらつきがあり、いまだ検討の余地があると思うに足る外観もある。

4. 損失構造の分析

(1) 累積赤字の状況と診療科別損益の状況

与謝の海病院の財務分析にあたり、まず累積赤字の金額をみてみる。平成15年度の貸借対照表において剰余金は6,592百万円であるが、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 33,326百万円と巨額である。

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	7,960,121,000
平成元年度	568,136,000
平成2年度	649,025,000
平成3年度	762,122,000
平成4年度	1,077,747,000
平成5年度	1,689,766,000
平成6年度	1,865,302,000
平成7年度	1,716,397,000
平成8年度	1,621,316,000
平成9年度	1,606,492,000
平成10年度	1,531,233,000
平成11年度	1,363,797,000
平成12年度	1,200,900,000
平成13年度	1,203,045,000
平成14年度	921,018,000
平成15年度	997,897,000
累計	26,734,314,000
平成15年度期末剰余金	△ 6,592,142,213
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	△ 33,326,456,213

平成4年度から急増しているが、決算上はこの年から総合病院化に向けての建設がスタートしたといえる。外来診療棟・新病棟が建物勘定に計上され(約54億円)、翌年の平成5年度には竣工からまだ約17年の経過であった本館等既存の建物へのリニューアル改修が建物勘定に計上され(約26億円)、さらに急増した。

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ことがここでの課題であるが、まずは診療科別の損益の状況を概観してみたい。

診療科別の損益管理はなされていないため、以下に示すものはあくまでも監査人の試算である。医事電算システムの統計データはかなりの部分が診療科別情報となっているので、可能な限りこれを手がかりとして、人件費などは実際に配属されている人員数をもとに職種別に配分・按分し、経費等については患者数等により按分した。単純に患者数をもとに按分したもの、入院患者と外来患者のコストに与える負荷度合いの加重を考慮した調整患者数をもとに按分したものなどがある。呼吸器科には結核病棟が含まれている。また、循環器科には他の病院では通常は泌尿器科に属することが多い人工透析が含まれている。

診療科別損益の状況分析 1/2

(単位:百万円)

		消化器科	循環器科	呼吸器科	外科	整形外科	ペインクリニック	眼科
医業収益	入院収益	589	654	265	539	472	1	158
	外来収益	234	327	102	93	92	0	79
	その他	30	24	12	21	19	0	5
	医業収益計	852	1,006	378	652	583	1	242
医業外収益	その他	2	2	1	2	1	0	1
計		854	1,008	379	654	584	1	243
医業費用	医師人件費	88	88	29	88	44	29	44
	看護師人件費	331	304	175	180	207	1	73
	医療技術員人件費	49	57	22	37	34	0	32
	研修医等人件費	11	11	11	11	11	5	5
	給食人件費	23	16	12	12	14	0	4
	看護補助人件費	15	11	8	8	9	0	4
	医事課人件費	6	5	3	3	3	0	2
	その他人件費	0	0	0	0	0	0	0
	材料費	260	337	114	237	199	0	59
	直接経費	14	11	6	6	8	0	5
	医業直接費計	797	840	380	582	529	35	227
	医業限界利益	55	166	△ 2	70	54	△ 34	15
	事務職員人件費	24	18	11	11	14	0	9
	諸経費	98	123	44	80	69	0	27
減価償却費等	83	99	37	64	57	0	24	
その他	8	9	4	6	5	0	2	
医業間接費計	213	250	95	160	145	0	63	
医業外費用	企業債利息等	28	33	12	22	20	0	8
	雑損失	19	24	8	15	13	0	5
	医業外費用計	47	57	21	37	32	0	13
医業経常利益		△ 203	△ 139	△ 117	△ 125	△ 122	△ 34	△ 60

診療科別損益の状況分析 2/2

(単位:百万円)

		精神科 神経科	小児科	産婦人科	泌尿器科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	皮膚科	計
医業収益	入院収益	6	80	178	169	311	76	0	3,498
	外来収益	33	67	42	89	40	89	9	1,296
	その他	1	5	15	6	13	3	0	154
	医業収益計	40	152	235	265	364	169	9	4,949
医業外収益	その他	0	0	0	1	1	0	0	11
計		40	152	235	266	365	169	9	4,960
医業費用	医師人件費	14	44	44	29	44	29	0	614
	看護師人件費	22	61	82	85	154	56	5	1,736
	医療技術員人件費	3	9	13	15	21	11	0	303
	研修医等人件費	10	5	5	5	5	0	0	95
	給食人件費	0	3	5	6	11	2	0	108
	看護補助人件費	1	3	4	4	7	3	0	77
	医事課人件費	2	2	2	2	2	2	0	34
	その他人件費	0	0	0	0	0	0	0	0
	材料費	5	35	53	81	104	34	1	1,518
	直接経費	3	5	4	4	5	6	1	78
	医業直接費計	61	167	213	231	353	143	8	4,567
	医業限界利益	△ 21	△ 15	22	34	11	26	1	382
	事務職員人件費	6	8	7	7	8	10	2	135
	諸経費	2	16	26	31	43	17	4	580
減価償却費等	4	15	22	26	35	17	1	484	
その他	0	1	2	3	3	2	0	45	
医業間接費計	12	40	58	67	90	45	7	1,245	
医業外費用	企業債利息等	1	5	8	9	12	6	0	164
	雑損失	0	3	5	6	8	3	1	110
	医業外費用計	2	8	12	14	20	9	1	273
医業経常利益		△ 35	△ 63	△ 48	△ 46	△ 98	△ 28	△ 7	△ 1,125

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207百万円)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。

すべての診療科の医業経常利益が赤字である。平成15年度決算は約342百万円の当期純損失であるが、他会計補助金が約998百万円あるので医業損失は約1,343百万円と考えてよい。そのうち、退職金等特別損益項目とみなしてよいもの約218百万円を除いた医業経常損失は約1,125百万円である。

収益性の状況を各診療科の入院患者一人1日当たり診療報酬を「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」の統計指標と比較して検討すれば、各診療科とも比較的良好である。あえて収益性の低い診療科を指摘するとすれば、循環器科と小児科くらいである。前者は統計資料が約6万円前後であり、都道府県・指定都市立病院の同規模平均で57,169円であるが、与謝の海病院は51,560円であり、内容的には処置・手術のウェイトが低いことから都市部の中規模病院と比べて患者の救急性や重症度合いが低い患者が多いものと推察される。後者は統計資料が約36,000円から40,000円程度が多いが、与謝の海病院は30,743円であり、集中治療を要する患者が都市部の中規模病院と比較して少ないことが影響しているものと推察される。これらは、都市部の高度高次医療と同じ水準の医療を丹後医療圏で展開するとした与謝の海病院の特質によるものであり、最適投資の観点からは問題となりえても、収益獲得に関する経営努力不足の問題とはなりえないものと思う。

医業収益から医業直接費を差し引いた医業限界利益をみれば、全体で約382百万円と非常に低く、医業間接費約1,245百万円を負担するに全く不足する。病床利用率や入院患者数、外来患者数も申し分なく、患者一人1日当たり診療報酬も良好なレベルであることから、収益側の問題はあまりなくコスト側の問題が直接費の部分に多く存在することがうかがえ、間接費にも存在するものと思われる。ただし、民間では不採算であるから提供されえない医療分野を担っている部分等の「政策医療分野」が与謝の海病院には存在するので、まずはその部分を切り出し、政策医療部分と一般医療部分に分けて損益分析とその考察を実施せねばならない。

(2) 政策医療性の検討

概要に記載した「与謝の海病院が考える政策医療分野と丹後医療圏における状況」のとおり、病院側が考えている政策医療分野は7項目あるが、それ以外にも本来は与謝の海病院が負担すべきではない行政コストというべきものが存在する。現時点での状況を単純に棚卸法的に考慮するという政策医療性判断により、以下にそれぞれ検討する。

(精神科医療)

丹後医療圏内では本院だけが提供している。外来のみの精神科・神経科であり、入院施設がない点で制度との関連性が強い「ハードな政策医療性」には該当しないと思われる。ただ単純に医療圏に不足しているという「広義のへき地性」ともいうべき理由によりその意義が語られていると考える。医療圏に不足している理由は、人口・患者数が少なく民間では成立し得ないか、もしくはそもそも診療報酬制度の点数が低く歪であり民間が参入しえないか、どちらかであろう。どちらにしても本病院が担う政策的意義はあるが、民間の精神科クリニックが都市部では成立していることを考えれば、制度上というよりは人口・患者数の問題と思われるため、「ソフトな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

(救急医療)

医療圏で二次救急を担うものとしては本病院だけであるとのことであるが、それは事実上としての認識である。脳神経外科の存在の有無を考慮すれば、医療圏内の他の救急告示病院の3病院（財団法人丹後中央病院、京丹後市立弥栄病院、京丹後市立久美浜病院）では機能が不足するからであろう。二次救急医療体制の整備は制度としての側面が認められるため「ハードな政策医療性」とすべきかどうかであるが、他に民間の二次救急を担当する病院があることから、医療圏に不足していることに政策的意義があると解され、「ソフトな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

(脳神経外科医療)

概要に記載の通り総合病院化において設置の意義が高いとされたものであり、上記の救急医療との関連性が高い。また、脳神経外科を専門とする民間病院が都市部ではよく成立していることから、診療報酬制度上の制約は考慮しなくてよいものと思われる。したがって、「ソフトな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

(産科医療)

産婦人科医療は医療圏に5診療所4病院あるが、うち未熟児等緊急事態の周産期医療に対応できるのは本病院のみである。この部分は診療報酬制度上の不採算医療であるといわれており、民間の参入が困難で公的セクターでの対応が望まれている。府の周産期医療2次病院の指定もあり、現時点では制度としての側面がある程度認められるため、産婦人科のうち周産期医療に関係する部分は「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

(小児科医療)

小児科は医療圏に26診療所4病院がある。しかし専門医の不足や周産期医療との関連性、小児救急への対応などから他の診療所・病院では機能が不足している。また、都市部でも民間病院で小児科からの撤退が検討されるなど、

診療報酬制度上の不採算医療としての側面も認められる。しかし産科医療のように特定の事態への対応という部分が明確でなく漫然とした小児医療機能不足であり、医療圏には一般的な小児科が存在することから、ここでは当面の判断として「ソフトな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（結核医療）

与謝の海病院の開設当時の姿であり、近年の結核患者数の上昇傾向からして現在も結核医療は社会的に意義がある。指定医療機関制度があり、結核患者は結核予防法によりその費用の95%を公費負担とすることができるが、医療機関側には不採算医療としての問題点がある。そもそも国民病であった頃の供給体制の縮小が実現できておらず結核病床利用率は全国的に50%を下回る状況にあり、近年指定を廃止する民間病院も多い。国公立の療養所が国民病としての結核撲滅に寄与してきたことは確かであるが、供給過剰となった近年において国公立が政策医療として一般会計からの補填をもってそのまま成立しつづけることの是非の検討が必要であろう。しかしそのような時間軸を考慮しての検討はこの段階では差し控える。同じ医療圏では他に財団法人丹後中央病院が指定医療機関となっていることから、ソフトな政策医療とすべき状況下にあると言えなくもないが、ここでは結核医療制度上の観点にたちつつ当面の判断として「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（感染症医療）

第二種感染症指定医療機関として4床を設置しており、都道府県レベルの政策医療の典型例としてよく言われている分野である。昨年新型感染症であるSARS騒動や鳥インフルエンザへの対応など、制度としての観点が強く要請されることから「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（痴呆診断センター）

丹後医療圏の老人性痴呆疾患患者等の保健医療・福祉サービスの向上を図るための痴呆診断センターを運営しているが、これに要する人件費コストは政策的意義があるため、「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（地域災害医療センター）

災害用備蓄資材に係る経費を負担している。地域の災害拠点病院として常に災害に対応できるよう準備しておく必要がある物品の購入コスト部分には「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（保健衛生行政）

医療相談等の業務に係るコストを負担している。これは行政が担うべき性格のものであるが、業務の合理性の観点から与謝の海病院で実施しているものであり、「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（看護学校学生指導）

隣接する府立看護学校の学生への臨床指導を担うためのコストを負担している。看護師にかかる当該業務の業務負荷量と看護学生が看護補助者として機能する看護コスト削減額とを勘案してもとめた「本来は看護学校に振替えるべきコスト」部分を、ここでは当面は「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（高度医療としての集中治療室運営）

府北部地域において高度医療を提供するため、16床の集中治療室を運営している。集中治療室は近接する京丹後市立弥栄病院にも存在するし、都市部では比較的規模の大きい民間病院でもあたりまえに設置されているものである。ただし、丹後医療圏における集中治療室運営は、救急医療や脳神経外科医療にもみられるが、全般的に機能的に不足しがちであるため、「ソフトな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

（医師の府立医大兼務コスト）

府立医大との兼務職員であることによる医師の研修部分に係る給与費は、本来は府立医大が負担すべきコストである。医師の研修部分といっても府立医大での授業や附属病院での医療行為が主たる内容であり、民間病院の医師が通常実施している自己研鑽の意味での研修とは中身が相当異なる。医師が府立医大や附属病院で活動した日数を用いて人件費コストを按分してもとめた「本来は府立医大や附属病院に振替えるべきコスト」部分をここでは当面は「ハードな政策医療性」があるものとして以降の分析上取り扱う。

以上である。それ以外にもいくつか検討した事項があるが、いずれも政策医療性があるとは認められないとした。

たとえば、一般会計繰出基準を満たすとして補填されている「高度医療機器の導入による赤字」は赤字機器だけをリストアップしたものであり、数億円を稼ぎ出すこととなった高度医療黒字機器の考慮がなされていないという点が指摘される。減価償却費計算上の耐用年数が経過後は大幅な黒字計上となる機器があるし、その後の患者の増加により黒字となるものもあろう。設備投資に採算性と計画性があるならば、ある機器の導入直後の状況をもって即不採算性による政策医療であるとはいえない。棚卸法的アプローチは現時点だけをまずみるが、それは過去投資と将来投資が連綿とつづくなかでの現時点の切り出しなのである。現時点で高額高度医療機器全体の運営状況は数億円の黒字であり、赤字機器だけを切りだしての政策医療性はここでは考慮外とした。

また、人工透析については近隣する京丹後市立弥栄病院にも存在するし、診療行為としては歴史があり先導役としての役割もなく、民間でも都市部では小規模な透析センターが成立するなど基本的には黒字稼働となるべき診療行為であり、診療報酬制度上の制約はないものと考えられる。現時点で人工透析のみを切り出せば赤字であること

だけをもって政策医療とするのは早計である。近隣に対応する病院がある点で、患者数が少ないからとの理由のみでは政策医療性ありとは言えず、結核医療のような制度からの要請（錆びてきてはいるが）もないため、政策医療性はないものとする。

最後にリハビリテーション機能の検討であるが、府北部地域では回復期リハビリテーションを提供しているところはない。丹後医療圏では4診療所4病院にリハビリテーション科があるが、おそらくは診療所では維持期のリハビリテーションを、病院では急性期医療に附随するものとして、それぞれ提供しているものと思われる。本病院ではリハビリテーション科として独立した診療科はなく、急性期医療に附随するものとしてのリハビリテーションが主体であり、それは民間・公立問わず現時点ではあたりまえの医療行為として実施されている。したがって、一般会計繰出基準による補填額の計算方法のように、リハビリテーション行為部分だけを切り出してその赤字を政策医療性ありとすることはしない。

(3) 政策医療と一般医療の損益分析

以上をふまえてハードな政策医療とソフトな政策医療を区分すれば、以下の表（監査人による試算である）のごとくとなる。

政策医療と一般医療の損益分析 (単位:百万円)

		結核・感染症・痴呆診断・地域災害医療・保健衛生行政・看護学生指導・周産期医療・医師兼務職員	集中治療室・小児医療・救急医療・精神科医療・脳神経外科医療		
		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				3,498
	外来収益				1,296
	その他				154
	医業収益計	159	1,295	3,495	4,949
医業外収益	その他	0	1	10	11
	計	159	1,296	3,505	4,960
医業費用	医師人件費	162	161	291	614
	看護師人件費	217	513	1,006	1,736
	医療技術員人件費	29	40	234	303
	研修医等人件費	0	35	60	95
	給食人件費	5	16	87	108
	看護補助人件費	6	12	59	77
	医事課人件費	2	7	25	34
	その他人件費	0	0	0	0
	材料費	36	374	1,108	1,518
	直接経費	2	23	53	78
	医業直接費計	459	1,182	2,926	4,567
	医業限界利益	△ 300	113	569	382
	事務職員人件費	7	24	104	135
	諸経費	15	155	410	580
	減価償却費等	11	117	356	484
	その他	0	4	41	45
	医業間接費計	33	301	911	1,245
医業外費用	企業債利息等	6	54	104	164
	雑損失	0	11	99	110
	医業外費用計	6	66	201	273
	医業経常利益	△ 339	△ 253	△ 533	△ 1,125

ハードな政策医療による医業経常損失は約339百万円である。そのうち本来は看護学校や府立医大・附属病院へ振替えるべきものは約177百万円、痴呆診断センター等行政的対応を負担している部分は約15百万円、残額の約147百万円が結核（105百万円）・感染症（6百万円）・周産期（36百万円）医療を担うために生じた赤字である。

ソフトな政策医療による医業経常損失は約253百万円である。内訳は精神科医療が約35百万円、小児医療が約63百万円、脳神経外科医療が約98百万円、救急医療が約55百万円、集中治療室運営が約2百万円の赤字である。医業限界利益は約113百万円の黒字であるが、医業間接費・医業外費用の負担ができずに赤字となる構造である。

一般医療による医業経常損失は約533百万円である。ハードな政策医療とソフトな政策医療を切り出した残額として集計したものであるため、内訳を示すことはできない。医業限界利益は569百万円と黒字であるが、医業間接費・医業外費用の負担ができずに赤字となる構造はソフトな政策医療と同様である。

さて、全体を概観して医業損益の分析としてまず留意すべきは、ハードな政策医療では結核・感染症・周産期医

療を担うために生じた約147百万円の部分である。特に結核医療の105百万円が突出している。また、ソフトな政策医療と一般医療はともに医業限界利益段階では黒字であるという構造にあるし、民間の大規模病院においてはこのソフトな政策医療部分と一般医療部分は渾然一体となって提供されているはずであるから、以降の民間の経営指標との比較分析においては両者を合体させての分析・考察とする。

(4) ハードな政策医療

ハードな政策医療分野は制度との関連性が強く、また民間では参入が困難な分野であり、府の関与がなければ成立しないものである。結核・感染症・周産期医療を集計したほか、医療行政サービスの一翼を担っているもの、本来は負担すべきではないが与謝の海病院で負担しているもの、を便宜的にこの区分に集計した。ここでは を分析の対象外としつつ、 と の業務につき人件費水準が民間水準であったならばどの程度の赤字であったかを推定し、差額として把握される「給与水準の官民格差がもたらす赤字」の部分の推計する。

以下の表はハードな政策医療の損益状況につき、人件費項目につき実質的業務負荷人数を割り出し、その人数が民間給与水準であった場合の試算である（監査人が試算）。ただし、本来負担すべきでない医師兼務職員部分の約123百万円（8.4人分相当）と看護学生指導部分の約54百万円（6.4人分相当）は「人件費民間水準」欄でもそのまま金額変更なく集計されている。

ハードな政策医療の損益分析 (単位:百万円)

		ハードな政策医療		人件費民間水準①		
		負担人数	金額	金額	差額	
医業収益	入院収益					
	外来収益					
	その他					
医業収益計			159	159		
医業外収益	その他		0	0		
	計		159	159		
医業費用	医師人件費	10.5	162	155	7	
	看護師人件費	21.4	217	135	82	
	医療技術員人件費	2.5	29	14	15	
	研修医等人件費	0	0	0	0	
	給食人件費	0.3	5	2	3	
	看護補助人件費	0.5	6	3	3	
	医事課人件費	0.2	2	1	1	
	その他人件費	0	0	0	0	
	材料費		36	36		
	直接経費		2	2		
	医業直接費計			459	348	111
	医業限界利益			△ 300	△ 189	△ 111
		事務職員人件費	0.6	7	3	4
		諸経費		15	15	
	減価償却費等		11	11		
	その他		0	0		
医業間接費計			33	29	4	
医業外費用	企業債利息等		6	6		
	雑損失		0	0		
	医業外費用計		6	6	0	
医業経常利益			△ 339	△ 224	△ 115	

ハードな政策医療の損益状況

	結核・感染症	痴呆診断センター	地域災害医療	保健衛生行政	看護学生指導	周産期医療	医師兼務職員	計
収入計	44					115		159
人件費	129	9		5	54	108	123	428
材料費	15					22		37
諸経費	5		1			10		16
減価償却費	4					7		11
企業債利息等	2					4		6
費用計	155	9	1	5	54	151	123	498
差引	△ 111	△ 9	△ 1	△ 5	△ 54	△ 36	△ 123	△ 339

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200-299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。与謝の海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。また、民間とのイコールフットイングの視点を含めた政策医療性アプローチの分析視点を探っているため、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考慮しない。民間であれ公立であれ、永續させるべき公共財的・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	15,045千円
看護師	5,400千円

これによれば、「給与水準の官民格差がもたらす赤字」は約115百万円であることがわかる。棚卸法的アプローチにとどまるならば、結核・感染症・周産期医療の担い手としては府しか存在し得ない限りにおいて、この部分は政策医療の確保に不可欠な赤字となるが、時間軸を考慮した場合はいかがであろうか。後述するが、結核医療（約105百万円の赤字）については別途の検討が必要であろう。

(5) ソフトな政策医療と一般医療

ソフトな政策医療と一般医療を合体させたものを用いて分析してみたい。以下の表はハードな政策医療として切り出した部分以外のものの集計である。「人件費民間水準」欄は上述の「ハードな政策医療」の試算で用いた数値を使用している。「人件費民間水準」欄は、医師と看護師については「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200-299床規模の近畿ブロック80%値を採用し（高額なグループ）、職員と看護補助者についてもそれぞれ少し高額に設定し、かつ、減価償却費等と企業債利息等の負担を軽減させた場合を想定した試算であり、ねらいは「業務の完全委託化は机上試算的に成立するか」である。

職員	6,000千円
医師	19,232千円
看護師	5,890千円
看護補助者	4,000千円

ソフトな政策医療と一般医療の損益分析 (単位:百万円)

		ソフトな政策医療と一般医療合計		人件費民間水準①	人件費民間水準②	
		負担人数	金額	金額	負担人数	金額
医業収益	入院収益			3,340		3,340
	外来収益			1,296		1,296
	その他			154		154
	医業収益計		4,790	4,790		4,790
医業外収益	その他		11	11		11
	計		4,801	4,801		4,801
医業費用	医師人件費	31.5	452	474	30.0	577
	看護師人件費	183.6	1,519	991	160.0	942
	医療技術員人件費	32.5	274	184	35.0	210
	研修医等人件費	16.0	95	95	16.0	95
	給食人件費	14.7	103	83	10.0	60
	看護補助人件費	10.5	71	59	30.0	120
	医事課人件費	4.8	32	27	4.8	29
	其他人件費		0	0		0
	材料費		1,482	1,482		1,482
	直接経費		76	76		76
	医業直接費計		4,108	3,471		3,591
	医業限界利益		682	1,319		1,199
	事務職員人件費	14.4	128	81	14.4	86
	諸経費		565	565		565
減価償却費等		473	473		312	
その他		45	45		45	
	医業間接費計		1,212	1,164		1,008
医業外費用	企業債利息等		158	158		80
	雑損失		110	110		110
	医業外費用計		267	268		190
	医業経常利益		△ 786	△ 102		12

ソフトな政策医療と一般医療の合体部分につき与謝の海病院の現状をみれば、人件費総額が約2,674百万円で対医業収益比率は約55.8%である。ハードな政策医療部分を除けば270床前後のクラスといえるから、同規模比較では若干多い程度にしか映らない。

しかし、平成15年度の患者一人当たり診療収入は入院40,257円、外来7,519円と突出している点に注目すべきである。特に入院が4万円台であることは特筆すべきであり、「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」によれば、総数平均ベースで600床以上の大病院でようやく達成する収益性である。外来も完全院外処方を考慮すれば非常に良好である。その反面、材料費が完全院外処方であるにも関わらず約1,482百万円と高額で対医業収益比率は30.9%とこちらも突出している。このような材料費比率も500床以上の高度医療を担う病院でよくみられる特質のひとつである。つまり、規模の割には高額な診療を高額な材料を用いて多数実施している中規模病院であるといえる。

そのような特質をもつ仮想府立病院が、もし民間の給与水準で運営されたとすればどうなるかを「人件費民間水準」欄で試算している。ソフトな政策医療を含んだ活動でありながら、医業経常損失は約102百万円にまで低減する。そのときの人件費総額は約1,994百万円となり対医業収益比率は約41.6%となる。この水準は「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400-499床のクラスの都道府県・指定都市立病院における、医業収益100に対して医業費用が90-94であるという経営が非常に良好なグループの指標である42.8%に近い。(ちなみにそのグループの材料費比率は34.4%)。人件費の低減はその大部分が看護師の人件費から生じている。この欄において試算できる「給与水準の官民格差がもたらす赤字」は約684百万円と多額である。

つぎに、「人件費民間水準」欄は、ソフトな政策医療と一般医療を展開する部分として約270床前後の病院を想定して、これを外部に完全委託する場合に外部者が想定するであろう経営プランではいかほどかにつき監査人が試算したものである。

負担人数については、看護師が相当減少するかわりに看護補助者が増加して全体としての看護部門は4.1人相当の減員とし、また給食部門は人員余剰感があるため4.7人相当の減員、リハビリ部門等の充実のため医療技術員を2.5人相当の増員としたことが特徴である。人件費水準は前述のとおりの高額なグループとしており、特に医師の水準を大幅にアップさせてみた。独立した民間人として参入へのインセンティブのひとつとなろうと考えたからである。

そして、減価償却費等は対医業収益で約6.5%、企業債利息等は対経常収益で約1.7%程度の負担とした。平成13年度病院経営指標(医療法人病院の決算分析)における近畿ブロックの200-299床の80%値(率の高いグループ)や300床以上の80%値との比較において、それでも医療法人においては相当高額な負担水準である。

以上の試算から、「人件費民間水準」のケースにおいてはソフトな政策医療の赤字も一般医療の赤字も存在しないこととなる。人件費総額は約2,119百万円となり、対医業収益比率は約44.2%である。まことに高パフォーマンスな公立病院の姿が出現する。

(6) 政策医療を担う理由による赤字

以上をまとめて、政策医療を担う理由による赤字の試算をしてみたい。まずは「人件費民間水準」をベースとしてまとめたものは以下のとおりである。

赤字の段階的要因分析結果

(単位:百万円)

	政策医療分野 ハード	一般医療分野及び ソフトな政策医療分野	合計
医業限界利益	△ 300	682	382
間接費等	39	1,468	1,507
差引 赤字総額	△ 339	△ 786	△ 1,125
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	△ 115	△ 684	△ 799
建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字	0	△ 170	△ 170
本来は府立医大やその附属病院、看護学校で負担すべきコスト	△ 177	0	△ 177
差引 管理可能な赤字	△ 47	68	21
コスト意識が希薄であることが生み出したと考えられる赤字	0	0	0
収益獲得のための努力が不足することによる収益機会ロスをもたらした赤字	0	0	0
計 経営の失敗による赤字	0	0	0
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	△ 47	該当しない	△ 47

「建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字」とは、建物に対する過去の投資額が非常に高額であったことが減価償却費の計上をとおして損益を圧迫している部分と、過去の非常に高い利率の企業債を多額に借り入れていることがもたらす高額な支払利息が損益を圧迫している部分である。建物の利用状況から、そのほとんどが一般医療分野及びソフトな政策医療分野に属するものと考え、ハードな政策医療分野への按分割付はしていない。

「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」によれば、100床あたりの建物及び建物附属設備の金額の平均値は、都道府県・指定都市では1,683百万円、医療法人では481百万円と大きく異なっている。そして与謝の海病院では2,305百万円となっており、突出している。また、100床あたりの延べ床面積の平均値は都道府県・指定都市では6,435㎡、医療法人では4,523㎡と大きく異なっている。そして与謝の海病院では6,554㎡となっており、都道府県レベルとしては平均的な部類である。与謝の海病院において、100床あたりの建物及び建物附属設備が高い原因は、建設単価が高額であったためである。

以下の表は、建物及び建物附属設備の工事費を対象とした国土交通省の「建設統計年報」の「病院・診療所」分類からのデータである。

建設単価の統計

(単位:千円)

事業年度	項目	国	都道府県	市町村	医療法人等
平成14年度	㎡あたり建設単価	268	422	328	201
	3.3㎡あたり建設単価	884	1,392	1,082	663
平成4年度	㎡あたり建設単価	339	343	325	292
	3.3㎡あたり建設単価	1,118	1,131	1,072	963
昭和61年度	㎡あたり建設単価	232	258	241	188
	3.3㎡あたり建設単価	765	851	795	620
昭和52年度	㎡あたり建設単価	143	176	141	128
	3.3㎡あたり建設単価	471	580	465	422

平成4年度までは建設単価が上昇をつづけていたことが見てとれる。(平成14年度において、都道府県だけが突出して建設単価が高いことが印象深い。)これに対して、与謝の海病院の主な建物及び建物附属設備の3.3㎡あたりの建設単価および取得価額は以下のとおりである。

平成4年度 外来診療棟・病棟 2,079千円 約5,359百万円

昭和53年度 本館 983千円 約1,628百万円

昭和52年度 病棟 792千円 約1,466百万円

現在の医療法人が建物建設にかかる3倍相当の建物コストを、平成4年度の総合病院化投資のなかで実行した。昭和52年、53年当時の建物建設においても、当時の平均値よりも極めて高いものとなっている。平成4年度の投資額は特に著しく、監査人に強いインパクトを与えるものである。さらに平成5年度には、昭和52年、53年建設部分の空調設備等建物附属設備について、耐用年数経過のタイミングをとらえてか、全面更新投資を約2,558百万円をかけて実施している。現時点で、減価償却費負担と建設資金として調達した企業債の利払い負担が厳しいことは当然の結果である。

ここでは民間とのイコールフットイングをベースとした比較検討をしているため、平成4年度の投資部分につき民間と比較した場合、約50%がコスト過大となる投資であったと推定し、それに伴う減価償却費が約126百万円、平成4年度発行の企業債818百万円(約53億円の投資に対して発行額が非常に小さい。当時のことは計り知れないため資金調達の詳細は調査していない)の平成15年度期首残高に対する約50%相当部分の利払い約18百万円、さらに昭和52年・53年度の投資についても約50%が割高であったと推定してその部分の平成15年度決算における減価償却費約26百万円を加えた合計約170百万円が「建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字」と試算した。病床利用率や100床あたりの収益性は良好であり、建物設備自体の利用度・有効性は高いものの、その建物自体のコストが約50%も割高であると推定・試算せざるをえないほどに高額であり、赤字の主要原因のひとつとして指摘せざるをえない。

また、「人件費民間水準」をベースとしてまとめたものは以下のとおりである。

赤字の段階的要因分析結果②

(単位:百万円)

	政策医療分野 ハード	一般医療分野及び ソフトな政策医療分野	合計
医業限界利益	△ 300	682	382
間接費等	39	1,468	1,507
差引 赤字総額	△ 339	△ 786	△ 1,125
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	△ 98	△ 559	△ 657
建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字	0	△ 239	△ 239
本来は府立医大やその附属病院、看護学校で負担すべきコスト	△ 177	0	△ 177
差引 管理可能な赤字	△ 64	12	△ 52
コスト意識が希薄であることが生み出したと考えられる赤字	0	0	0
収益獲得のための努力が不足することによる収益機会ロスがもたらした赤字	0	0	0
計 経営の失敗による赤字	0	0	0
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	△ 64	該当しない	△ 64

ハードな政策医療分野における「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」について98百万円となっているが、これは「人件費民間水準」での職種別給与費を、ハードな政策医療である結核・感染症・周産期医療部分へ適用したためである。本来負担すべきでない医師兼務職員部分の約123百万円(8.4人分相当)と看護学生指導部分の約54百万円(6.4人分相当)はそのまま金額変更なく集計されている。

また、「建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字」は239百万円となっているが、これは外部への完全委託で外部者が負担するであろう施設設備コスト上限試算額(前述したとおり、減価償却費等は対医業収益で約6.5%、企業債利息等は対経常収益で約1.7%)との差額である。

(7) まとめ

以上のとおり、政策医療と一般医療とに大別してそれぞれの分野での赤字の状況を把握分析するという「役割分担論」からの切り口と、赤字を税金で埋め合わせることは不公正な競争であるという観点から赤字の発生原因を探り、埋め合わせてもよい赤字とそうとはいえない赤字を峻別しようとした「イコールフットイング」からの切り口とを統合した、「赤字の段階的要因分析結果」を試算してみた。

資産査定するかのごとくに現時点をみる棚卸法的アプローチにより、赤字のうち現在の病院経営者にとって管理不能な赤字や、本来病院で負担すべきでない赤字の存在が認められた。それ以外の赤字は病院経営者にとり管理可能なはずであるが、それはハードな政策医療分野でしか認められず、またそれは埋め合わせることが真っ先に否定されるべき「経営の失敗による赤字」ではないため、これこそが「真に政策医療を担う理由による赤字」であり「イコールフットイング」の観点からも埋め合わせてよいと言える赤字である。

しかし、もし時間軸を考慮し棚卸法的アプローチを放棄すれば、人件費や建物コスト、金利コストに関する管理不能の赤字の多くの部分について、「イコールフットイング」の観点は埋め合わせを否定するはずである。唯一、ハードな政策医療のうち民間ではとても担えない「技術的制度的参入制約」が認められる部分の管理不能の赤字のみが、「真に政策医療を担う理由による赤字」とともに「埋め合わせてもよい赤字」でありつづけることとなるように考える（例えば洛南病院報告書における触法精神障害者への対応部分など）。

このような観点に立てば、つぎのような考察がまとめられよう。

病院サイドの経営責任が問われ、「イコールフットイング」の観点から埋め合わせるべきではないと言える「経営の失敗による赤字」は存在しないと考えられる。ただし、各部署の業務の状況からの指摘はここには反映させていない。人件費以外のコスト効率性に関する指摘事項は、管理可能な損益の世界においてさらなる黒字が確保できたはずであるとの指摘となる。ただし、管理不能・回避不能の赤字部分を埋め合わせるために、管理可能な部分において無理なコスト削減をすれば、場合によっては「貧すれば鈍する」ことになってしまう。政策医療部分をあわせもつ医療機関としては避けねばならないことである。

埋め合わせるべきハードな政策医療を担う理由による赤字は、せいぜい50百万円から60百万円でしかない。この観点において、もし結核医療につき財団法人丹後中央病院と統合するか、当方が廃止するか、地域最適化を検討すれば、ハードな政策医療を担う理由による赤字はほとんどなくなる可能性を秘めているものと推察される。

ハードな政策医療としての結核・感染症・周産期医療を担うものは府の職員でしかありえないとの強引な仮定（「技術的制度的参入制約」が認められる部分の管理不能の赤字と仮定）においても、埋め合わせるべき赤字は約162百万円（98+64）でしかない。

平成15年度の一般会計補助金収入約998百万円は、地方公営企業へのいわゆる「繰出基準」がどうであれ、実態としては、そのほとんどが「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」と「建物投資額過大及び借入利息過大による既決コストとしての管理不能の赤字」という時間軸を考慮した場合にイコールフットイングの観点からは埋め合わせるべきでない管理不能の赤字と、「本来は府立医大やその附属病院、看護学校で負担すべきコスト」という管理不能・回避不能の赤字部分を埋めているにすぎない。

ハードな政策医療を担うための赤字が発生しているとしても少額であり、それを支援費や補助金にてカバーすることで与謝の海病院のすべての医療業務を民間委託とすることは机上の試算において有効に成立する。

(8) 関西圏の病院との人員配置状況比較

与謝の海病院のソフトな政策医療分野と一般医療分野をあわせた状況につき、「認定病院評価結果の情報提供財団法人日本医療機能評価機構」に登場する関西圏の同規模の病院及び国立病院機構のある大規模病院の医師と看護師の配置状況を比較すれば、以下のとおりとなる。

	医療法人立	公立	国立病院機構	与謝の海(ソフト+一般)
100床当たり1日入院患者数	86.1	88.7	87.2	88.5
100床当たり1日外来患者数	220	343.5	192.9	264.4
100床当たり医師数	16	16.3	16.5	17.5
100床当たり看護師数	56.6	62.5	60.8	57.9
100床当たり准看護師数	9.8	5.6	0	10
病床利用率	86.3	88.4	87.2	88.5
入外比率	2.52	3.79	2.21	2.98

病床利用率にあまり違いはない。100床当たりの指標をみれば、与謝の海病院は外来患者が多いことを考慮して、医師数は若干多い程度だろう。准看護師を含めた看護師数は、病床数の多い国立病院機構が圧倒的に少ないことが印象的である（この病院は収支均衡の可能性が見えている位置にあり、電子カルテシステムが稼働している）が、与謝の海病院の状況は他の医療法人立や公立と近似しており医療法人立より若干多い程度である。

また、給与水準と平均年齢について国立病院機構と比較すれば、与謝の海病院の特徴が浮かび上がる。研修医等を含む常勤換算後の医師の平均年齢と平均給与費（共済費を含み退職給与コストを含まない）は、国立病院機構では約43.6歳、約9.2百万円となっているが、与謝の海病院はそれぞれ約38.2歳、約11.5百万円である。看護師及び准看護師の常勤換算後のそれは、国立病院機構では約30.0歳、約5.0百万円であり、与謝の海病院はそれぞれ約40.3歳、約8.3百万円である。医師も看護師も給与水準が高いことに加えて、看護師の平均年齢が高いことが人件費問題の核心であることが理解できる。永続させるべき組織として、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が、地方公営企業の部分適用組織においては発揮されようもなく、「管理不能」である。

・ 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」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。また、随意契約による見積もり合わせをメーカーとそのメーカーの代理店とから徴取するなど、見積もり合わせの実効性がまったくないものが見受けられた。

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、その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あるが、合理的にそれが許容されるべき範囲があるはずであり、その点からも取扱要領の設定が要請される。

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。別途の一覧表や台帳を出力・作成すべきであるが、それができていない。

4．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、ほとんど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になっており、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・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。

・ 監査の意見

1．建物建設単価が異常に高額である

与謝の海病院の主な建物及び建物附属設備の3.3㎡あたりの建設単価および取得価額は以下のとおりである。

平成4年度 外来診療棟・病棟	2,079千円	約5,359百万円
昭和53年度 本館	983千円	約1,628百万円
昭和52年度 病棟	792千円	約1,466百万円

建物及び建物附属設備の工事費を対象とした国土交通省の「建設統計年報」の「病院・診療所」分類によれば、平成4年度の3.3㎡あたりの建設単価は国立で約1,118千円、都道府県立で約1,131千円、市町村立で約1,072千円、医療法人立で約963千円であり、与謝の海病院のそれは監査人に強いインパクトを与えるほどに高額である。昭和52年、53年当時においても同様であるといえる。さらに平成5年度には、昭和52年、53年建設部分の空調設備等建物附属設備について、耐用年数経過のタイミングをとらえてか、全面更新投資を約2,558百万円かけて実施している。現時点で、減価償却費負担と建設資金として調達した企業債の利払い負担が厳しいことは当然の結果である。今後予定されている大規模修繕などの工事においては、過去の反省に基づく対応がとられるべきであり、留意を要する。

・ 監査人の提言

1. 電子カルテシステム投資の有効性とその位置づけ

「電子カルテ等システム入札仕様書案」の冒頭に病院の理念と役割が記されている。「本院は、患者が中心の、地域に開かれた病院を理念とし、病院と患者の相互信頼に基づく医療を展開する。また、健康増進、疫病予防に努力し、地域に開かれた、温かく、親しみのあふれる医療を提供する。」とある。「地域に開かれた」が二度も登場するが、現在の与謝の海病院には地域連携を組織的に展開している姿はなく（平成16年10月からようやく「かかりつけ医」登録制度がスタートし地域の医院・診療所との紹介・逆紹介関係が構築されつつあるようだが）、地域に開かれた病院の姿は薄くぼやけたものでしかない。今後は電子カルテシステムを中核ツールとした地域医療連携システム体制の構築をめざしていただきたい。

電子カルテシステムは、現段階ではいまだ標準化された技術ではない。厚生労働省は診療録の電子保存に関する三原則を提示しているが、XML形式のデータベースという指定はあるものの、いまだデータフォーマットは標準化されておらず、異なるシステム間でのデータ交換やシステム間接続については確たる保証はないものだといってもよい。したがって現時点での導入は、経済財政諮問会議が示す医療提供体制改革スケジュールの「2次医療圏に1施設以上普及」目標にそったものであるとしても、実験であるといっても過言ではなからう。この実験を最大限に有効に活かしてもらいたいのである。

電子カルテシステム投資は、1病床あたり100万円かかるとも、医業収益の6%かかるともいわれており、与謝の海病院にあてはめれば約3億円の投資となる。その導入効果は、個々の病院にとっては業務の効率化、データの共有を通じたチーム医療の推進、クリニカルパスやEBMを通じた医療の標準化の推進・医療過誤防止、などが一般にいわれている。医師は先輩医師のみようみまねでカルテの書き方を覚え、やがて自分なりのルールを何時の間にか確立してしまうのだが、実はカルテには患者の主訴、診察所見、治療方針以外にも診療点数などいろいろと記載しなければならない点があり、これらすべてを手書きで行なおうとすれば莫大な時間と人手を要し、また必ず何かは抜け落ちてしまうのが常であるといわれている。電子カルテは一般にレセプトコンピューターと連動、あるいは一体となっているので、いちいち事務的事項をカルテに転載する労力を要さず、保管も容易、過去の検索も瞬時に行なえるなどのメリットがあるのは周知のとおりであるが、しかし、現在の医療法ではカルテは医師が書かねばならないことが制約となり、アメリカのように医師がボイスレコーダーに記録したものをクラークというカルテ入力事務職員が処理する体制が構築できず、についてはその効果に疑問符がつく場合もあるといわれている。また、とはデジタルデータの特性が関係するものであり、実現すれば必ずメリットとして体感できるはずのものであろう。しかし、このとの効果は個々の病院内にとどまることはなく、広く地域医療体制、ひいては国家の医療体制にその効果が及ぶものである。特に、病院と診療所の連携や病院間の役割分担論からの連携などを構築するための核となるものである。したがって、医療圏において政策医療を担う中核病院として実験的に導入するならば、との効果の検証を地域医療連携システム構築の一環として位置付けるべきものと考えらる。

電子カルテシステムの導入検討資料を見る限り、主たる導入目的は業務の効率化と院内におけるチーム医療の実現のようではあるが、電子カルテシステムがもたらす最も大きな革新というべき地域医療機関連携の中核技術となる点についての考慮もなされているようには見える。「院内外のネットワークを通じてチーム医療、ネットワーク型医療を推進」との表現があった。これが現在存在する、府立医大附属病院と直結の遠隔画像診断装置の代替更新に留まるならば、府立医大グループ内の「院内外ネットワーク」にすぎず、地域医療連携システムには発展せず、電子カルテシステムのもつパワーの真の利用とはいえないので、今後の推移には留意が必要である。京都乙訓医療圏のような病床過剰で競争の激しいところよりも、与謝の海病院の位置する丹後医療圏は地域連携システム構築の絶好のモデルケースとなり得る可能性があるものと思われる。与謝の海病院の総合病院化・巨大化の流れの中で、近隣の公的病院・民間病院は、結果として病床の減少（丹後医療圏は病床過剰といわれている）や介護療養型病床への転換という対応を実施した。なかには倒産した総合型病院もある。他の病院は優秀な医師の確保が困難であったことの影響もあろうし、それら事象の因果関係は複雑であるのかもしれない。しかし、過疎地における医療資源の最適活用の見地からは、地域の医療資源の現状分析だけでなくその活用を府が十分に検討したのであるかとの疑問は自然に発せられよう。与謝の海病院が今後も巨額の赤字を計上しながら孤立した巨艦化に邁進するならば、合理的精神を有する府民は、それに拍手喝采するものではないと思う。過疎地における投資の最適化を企図し、そのための地域連携を実現するためのステップとして、電子カルテを積極的に位置付けるべきである。

一方、電子カルテシステムのデメリットとして、プライバシー・職業機密侵害のリスクが挙げられる。メリットもデメリットも電子情報もっている特性（情報のポータビリティ、検索可能性）に由来しているので、いわば諸刃の剣である。このため、アメリカなどでは、患者の医療情報を保護するための包括的な法律を施行し、プライバシー侵害に対して、医療情報にアクセスする資格、アクセス履歴の保存などさまざまな防壁をはりめぐらせている。わが国でも個人情報保護法がこれをカバーしようとしているが、果たしてわが国のような情報漏洩に弱い国で十分に機能するのかという不安はある。しかし、医療情報の電子化は、こういうリスクを全くとらず（つまり一つの診療科もしくは病院の中だけで使えて、外へは全く持ち出せないようなシステム）は、そのメリットはまったく発

揮できないものと考える。

たとえば、院内でさえ、医師、看護師、検査技師、薬剤師、会計、ソーシャルワーカーなど、実に多くの職種が存在し、彼らがすべて自由に患者のすべての医療情報にアクセスできるようにするのはかなり危険であろうし、さらに、医療情報が院外へ出るとなると、今度は匿名化をどの段階でどの程度するのか、という問題がある。製薬会社はアクセスできるのか、保険会社はどうか、疫学研究者はどうか、また、遺伝情報はどうするか、など問題は山積みであろう。アメリカでは、個人の医療情報にアクセスするあらゆる記録を本人に開示する（いつ、誰が、なんのためにあなたの医療情報を閲覧しましたという情報）というのが、乱用を防ぐ一番の特効薬だといわれているが、そのような検討を加えて医療情報の共有を地域レベルで実現するよう努力すべきであろう。

2. 医療センター方式のメリットとデメリット

与謝の海病院では昭和40年代の前半に医師の確保ができずに存亡の危機にいたったが、昭和46年に成立した府立医大医療センターが大学教員併任の形で医師を派遣することとなり、過疎地での一定の医療技術の確保が可能となった。（医療センター制度による医師派遣は、現在では保健所をはじめとして府内19箇所、89名に及んでいる。うち与謝の海病院には42名。）その反面、平成7年まで専任病院長は置かれず府立医大教授が兼務し月一回訪問するだけの状況がつづいた。その結果として、病院の経営理念・経営方針は明確にならず、地域のニーズと実情がうまく伝わらないまま、ただでさえ院長の権限が弱い地方公営企業法の部分適用組織であるなかで、いわば本庁と医療センターとの二重構造ともいべき複雑な経営統制組織が成立し、現在もそれが引継がれている側面がある。よくいわれるところの、地方公営企業法の部分適用組織の弊害と、医師等の採用に関する「いわゆる医局問題」の弊害とが存在するのであり、洛東病院報告書を含めてこれまで指摘してきた多くの事柄の背景に潜む根本的な問題点である。一般的に、部分適用病院としての病院長の権限は極めて限られたものであり、経営責任もあいまいなままで、誰もが責任をとらない体制となってしまうおそれがあるといわれており、府立の三つの病院にはそれぞれに問題点が認められた。後述する「与謝の海病院の将来像」において、組織体制としてのあるべき方向性を検討しているが、そこでは時間軸を考慮したイコールフットingの観点も加えてあるべき医療機能の供給者像につき考察すべきなのであるから、多額の赤字を計上しつづけることだけに論点を絞っても決して肯定できるものでないことは明白であり、なんらかの対応がとられるべきであろう。

また、いわゆる「医局派遣方式」は、医師の患者への対応の観点からも、一般論として問題とされている点がある。週に1回は大学に赴き外来診療・研究・手術などに従事する体制の場合、多くの医師が妻子持ちの単身赴任でありかつ「過疎地の病院へ派遣されているケース」においては、オンコールでもない限り土日は原則的に自宅に戻ってしまうことが多いと一般的に言われている。つまり、週7日の内3日は過疎地の病院近辺にいないのである。このような状況では、本当に地域に根ざした医療や高度な救急医療が担えるかどうか疑問を持たざるを得ないこととなろう。土日に上級医師がほとんど不在となる場合、若手医師は不安な気持ちになることが多いと一般的に言われている。与謝の海病院と医療センターの関係および状況においても、一部あてはまる場所があるのではないかと監査人は独自に推察している。

しかし、過疎地における医師供給不足は、一般論として「いわゆる医局問題」の改善のために導入された側面があるといわれている新しい「医師臨床研修制度」をもってしても、カバーできない可能性が高い。現時点の与謝の海病院にとって、医療センター制度は病院運営の生命線であることは疑いがなく、近隣では国立舞鶴病院がなんとか医師確保に成功しているものの、他の病院は総じて困窮しているのが現実である。もし与謝の海病院が医療センターの傘下から、ひいては府立医大からの独立を果たすならば、優秀な医師をどのようにして確保するのかが問われるはずである。この問題への解がないままでは、医療センター方式の廃止は絵に描いた餅となろう。

ひとつの方策のヒントは、地域医療連携システムの構築にあるものと思う。舞鶴市周辺を含めた府北部の病院・診療所群が、電子カルテシステムを核とした連携システムとして組織され、患者にとって一枚岩の組織であるがごとの姿をもって登場すれば、それぞれの病院・診療所が医師の専門性を高める方向で役割分担し、連携を構築してゆけばよいのではないかと。道路が整備されつつあり車の高速移動が可能となってきたことや、ヘリコプターによる超救急搬送を含めた交通手段の利用により、どの病院も総合的医療体制をとる必要性は低くなるであろうし、専門性を高めた分野では症例が多くなる。そうなれば人的物的医療資源の効率的な配置が可能となり、地域医療連携システム自体が受け皿となれば、優秀な若い医師の研修の場としても機能する可能性がある。最近、心臓カテーテルや大腸ファイバー、内視鏡手術などのスペシャリストを志向する若い医師も少なくない。彼らは研修中であればたとえ低賃金であっても数年は割り切って耐えるようだが、下働きのようなことばかりやられるとあっさり辞めてしまうようだ。若手の優秀な医師は研究・臨床を問わず、自らの意思で大学を飛び越え海外も含めて短期間でいろんな所で研修を積む傾向にある。府北部地域において、与謝の海病院と国立病院機構舞鶴医療センターを含めた地域医療連携システムが、それら医師の受け皿となるよう、研修システムをも考慮した役割分担を構築するのである。卒業後一定期間僻地医療に従事することが求められる自治医大との連携に加えて、医師不足を地域全体の問題として捉え、高次のレベルで「患者のため」を思えば、過疎地における解は地域連携システムの構築以外にありようがないと考えるのである。

府立医大医療センターが果たした「医師確保」という面での役割は、この地域にとって大きかったことは評価できよう。しかし、新しい医師臨床研修医制度が発足し、医師の大学離れが進むことも予想され、実質的にいわゆる医局講座制が崩壊することも予想される。医療センターの当初の設置理念を踏まえ、新たな医師確保体制の構築につき真摯な議論がなされるべきであろう。

3. 与謝の海病院の将来像

「医業経営・管理の探求 医療経営税務研究所」によれば、わが国の戦後の医療体制は、当初は地方自治体による公的医療機関を中心とする整備計画が推進されかけたものの、明治以来の自由開業制を中心とする医療体制が結局は主流となり、さらに1960年代には国民皆保険制の導入、公的病院の病床規制と地方公営企業法の改正による独立採算制の強化、医療金融公庫の創設などと、医療需要の拡大と参入しやすい環境を国策として民間に提供することとなり、民間セクタが主導するかたちで形成されたようだ。その是非はここでの論点ではないが、欧米とはまったく異なる独自の発展であり、国は診療報酬制度の定期的な見直しを通じて、医療の需要と供給のコントロールを司る体制が整ったといえる。

そのようななかで、地域の公立病院は、三つの方向性にその成立意義を見出してきたと考えられる。第一に、地域医療体系において高度な資本集積が民間では困難であることに着目し、高度な医療設備を有する基幹病院として医療水準の向上に寄与するものとなった。第二に、民間セクタの投資を期待できない不採算地区などへき地での医療を確保する主体となった。第三に、結核や精神科などの特殊疾病病院を経営する主体となった。どれも、民間では成立しづらく、また国が直接経営するには対象範囲が広すぎて手に余るような部門だといえる。つまり、60年代の医療制度改革により、公立病院は民間と国とのすきまを埋める役割を担うこととなったわけである。

この三つの方向性は、どれも「不採算医療」である。高度医療設備の基幹病院においても、当初は高度医療機器につき診療報酬制度が民間に供給を促すほどの報酬を保証しておらず基本的に不採算であった。したがって、地方公営企業法が独立採算制を強化したとはいえ、当時から不採算を承知して成立していたものと考えられる。

1970年代に、CTスキャナ、集中治療室装置など高度医療機器の技術革新があり、国立、公立、民間のすべての病院で設備投資増強に奔走し、病院は資本集約型の経営体となるにいたった。このとき、公的セクタだけでなく民間でも導入が進んだ背景に、検査点数の急増により診療報酬制度がそれを追認してきたことがあげられる。この段階において、地方の公立病院は収支均衡が見えてきているとの記述がみられることから、公立病院の第一の方向性は「不採算医療」とはいえなくなったものと思われる。役割分担論がそれほど声高でなかったのは、医療需要の拡大がまだ継続していたからであろう。しかし、このときすでに都道府県立病院と大都市部の公立病院の経営状態の悪さが指摘されている。大都市部においては民間との競合が激しくなり、救急搬送先病院のシェアも民間が伸張していた。当時の大都市部公立病院の人員費比率が、地方の公立病院や日赤等公的病院にくらべて突出していて、それは100床あたり指標にあらわれる非能率的な職員数の配置過大と、医師を除く医療従事員の給与水準が高いことが原因であると分析されている。そしていよいよ、赤字を税金で埋め合わせているのは不公正な競争であるというイコール・フットイング論が登場する。この状況は、まさしく現在の公立病院問題として指摘されている問題であり、20年を超えていまだ解決しない課題なのである。

与謝の海病院は、もともと第三の方向性である特殊疾病病院としてスタートしたが、民間セクタの投資を期待できない不採算地区などへき地での医療を確保するという第二の方向性へ、府立医大医療センターの成立もあって、70年代にまさに舵をきった。国民病といわれた結核への対応が下火になり、かつ医療資源の都市部集中があり過疎地での医療スタッフの確保が困難となっていたからであろう。さらに、平成2年から6年にかけての総合病院化により、ついには府北部の中核基幹病院となるべく第一の方向性にまで突き進んだ。そして、因果関係は単純ではなくより複雑であろうが、結果として、医療需要が伸びない地域において自らの需要のパイを相当伸張させ、他の公立・民間立の医療機関は病棟廃止・変更等の対応を余儀なくされ、自らは獲得したパイ以上にコストをかけて赤字を急増させ、まさしく時間軸を考慮した動的なイコールフットイングの観点から問題となる状況においこまれてしまったといえる。総合病院化は確かに地域の医療水準の向上には大きな貢献をなした。都市部と同じ医療水準を府北部で実現する目標は、それに伴う赤字の水準と内容が府民から理解されるべきものであるかぎりにおいて（監査人としては、時間軸を考慮した場合、理解されるべき状況を超えた赤字構造が存在していると推察しているが）決して誰からも非難されないはずだ。しかし、結果として、時間軸を考慮した動的なイコールフットイングの観点からは埋め合わせることが否定される赤字を多大に発生させつつ、大都市部における「国公立、民間入り乱れてのパイの奪い合い競争」を府北部に輸出してしまったといえ、結局、地域医療連携とはまったく逆の、地域連携室すらない地域の中核病院が成立してしまった点は反省すべきことではないだろうか。

与謝の海病院は、府立病院として、結核医療から不採算地区での一般医療への転換という第二の方向性を企図した時点で、地域医療連携の構築をつうじて既存の医療機関とともに医療水準を向上させてゆくため、リーダーシップを発揮することが本来の姿であったはずだと思うのだが、当時も世間の設備投資競争の荒波を府北部に輸出しただけにとどまったようだ。つまり、二度の転身の都度、医療の公共性に立脚して「すきまを埋めて」地域医療を完成するという根源的な役割を担うというよりは、自ら単独で「不採算地区」「高度医療」の字面だけを錦の御旗に

掲げて活動するという、表層的な活躍にとどまってしまったのだと考える。その証が、地域連携室のない地域の中核病院という現在の姿であろう。

では、与謝の海病院の将来のあるべき道はどこにあるのだろうか。あくまでも監査人の私見であるが、二つの道筋があるものと考えられる。以下にそれを検討して、洛東病院、洛南病院と続いた本報告書の大団円としたい。

第一は、与謝の海病院の現時点での政策医療性が比較的弱いことに着目して、事実上の民営化を図る道筋である。損失構造の分析で検討した通り、民間なみの人件費構造と民間なみの設備・資本コスト構造ならば、黒字化が十分に見込めるといふほどに地域医療シェアを有している。このことは、この地域が「不採算医療地区」ではないことを示しているはずである。したがって、現状を肯定しつつ、二度の転身の過程で自らのパイを伸張させてきたことの成果をそのまま病院改革に生かす方策である。ここまでのシェアの集積がなければ、どの民間医療機関もリスクが高く参入をためらった地域であろうが、現時点で与謝の海病院を完全外部委託もしくは時価で売却する企画には手を挙げる医療法人が出現する可能性があるものと考ええる。その場合、「人件費民間水準」の試算で管理不能とした約10億円のうち、与謝の海を去る府の人材が余剰感なく適所で活躍できることが可能であれば、約7億円から8億円の管理不能赤字が解消され、府民の負担が約2億円から3億円程度の過去の過大投資による既決コストだけとなる可能性がある。

この道筋の場合においても、電子カルテシステムをツールとした地域連携は構築可能であり、それをめざすべきであろう。一般医療を手放すことなく獲得したシェアを維持・伸張し、自らの発展があつてはじめて地域の医療水準が向上し他の医療機関もついてくる、そうしてこそ地域医療連携がついに完成する、という「競争原理のみにもとづく自己中心的・自己シェア拡大的感性（府南部においては、医療・福祉複合体としての民間組織が、組織的シェア拡大策のなかで電子カルテシステムのグループ内共有利用体制を、患者囲い込みのバックボーンツールとしても機能する形で成立させている）」による地域連携構築となろう。

この第一の道筋の場合、府は真の不採算医療につきその適正な維持を担保するため、外部監査をも含む厳格な会計体制を要求して、現在の一般会計繰出基準のような曖昧でどんぶり計算のようなものではない、実績に応じた補助や支援の仕組みを構築すればよいものと思われる。

その方向性へ進むべき病院の改革方針としては、二つの方式がある。ひとつは指定管理者方式であり、いわゆる公設民営化だ。受託する組織における医療スタッフの確保が課題となろうが、可能性はあるだろうし、選択肢からははずすことはないと考ええる。場合によっては、株式会社にみられるスピンオフのような形で、現在の医療スタッフの中から意欲ある者が独立し、出資持分と財産権が放棄された公益性の高い医療法人を組織化し、外部のスポンサー組織と連携して業務を受託することも不可能ではないだろう。ただし、指定管理者方式が成功するためには、本庁のしかるべき部署に臨床・医療の現場に明るくかつ経営判断能力のある人材が常勤していて、有能で専門性の高いスタッフ事務職員を配下にもちつつ、病院の指定管理者制度の適正な構築・運営に日夜努力している、という条件が必要である。指定管理者制度が本庁の枠内での企画運営であるから、地方公営企業法の部分適用組織の成功条件と同様のことが指摘されう。

もうひとつの方式は地方独立行政法人化である。与謝の海病院の第一の道筋は、どちらかといえばこの方式が当てはまりやすい。過疎地における良質な医療スタッフの確保が困難となりつつあるなかで、現在の医療スタッフは貴重な人材である。その組織化された人的財産を有効に活用せねば社会的損失となる側面がある。だとすれば、現在のマンパワーをそのまま生かしやすい地方独立行政法人化、それも経営の自由度が高い非公務員型がこの道筋の最終組織形態として似つかわしいものと考ええる。与謝の海病院の経営問題は人件費水準に原因があることは明白であり、政策医療性が弱いまま経営を継続する場合、その最終的解決には本庁の枠から出て自らの存在意義を賭けて臨む必要があろう。この場合、公務員型ではあるが、独立行政法人国立病院機構における、その政策医療性が比較的弱く一般医療とみなせる分野の多い病院が参考となろう。

第二の道筋は、医療の公共性に立脚して「すきまを埋めて」地域医療を完成することに立ち返る道筋である。ソフトな政策医療性であるとした、救急医療、高度医療や専門医療の「すきま性を強める」ために、地域の医療機関との強い連携システムを構築し、自らの役割に特化してゆく道筋である。つまり、政策医療性の強化を図るのである。たとえば、現在は存在しない三次救急機能を府北部に実現し、超急性期病院として特化しつつ、電子カルテシステムを基幹ツールとして地域連携を構築することを主眼とし、その他の医療分野についても地域の医療機関との紹介・逆紹介率が高率となる（洛南病院報告書で紹介した福岡県宗像市の宗像医師会病院のように約9割となるほどに）ように、開放型病棟をも導入してゆくのである。丹後医療圏全体としては病床不足地域であるとのことだから、減床までは必要ないのかもしれないが、近隣の中核病院の実情と人口、患者の動向を正確に分析して地域の医療資源を生かしきれるよう対応し、扇の要として機能するべくリーダーシップを発揮してゆくことを通じて、病床規模の縮小もあり得る道筋であると思われる。

昨今の病院はいかにして紹介率を上げて平均在院日数を下げるかにしのぎを削っている状況であるが、それは現在の診療報酬制度下では病院は外来患者をできるだけ抱えない方が有利だからである。その観点からの与謝の海病院の対応は、地域連携への組織的取り組みの欠落もあり、遅いといわざるを得ないであろう。民間病院では、制度

の隙間について自らが病院近隣に門前診療所をつくる事態まで生じているくらいである。役割分担にもとづく地域医療連携は、診療報酬制度から後押しされている側面があるといえる。激戦地区にあるといわれる府南部の大都市立病院では、ようやく地域連携に取り組みだし、最近では各科診療部長が開業医と勉強会を開くなどして良好な関係を保とうとする努力が見られるようになってきている。患者の状態が安定したら近隣の開業医などに診療・投薬を依頼し、状態が悪化した場合には病院の方で診るというシステムを確立しようとしているのである。そのためには開業医のレベルも一定の水準を保つ必要があり、それを公立病院が積極的に担うという考え方である。その病院では遅くまで外来診療をしていると院長から叱責されるとのことである。患者の待ち時間負担も減少し、医師・看護スタッフも本来の病院業務に専念できる。

この道筋において考え得る組織形態は、政策医療性が高い洛南病院において考察した結果と同様に、地方公営企業法の全部適用組織であろう。独立地方行政法人の公務員型よりも、府の組織中に管理者が存在するという点で公務性が強い外観があり、政策医療性が強い場合に適合しやすい形態であると考えられる。もちろん、管理者となる者には、セクショナリズムを廃して院内のみならず地域連携を含めたチーム医療の構築に必要な強力なリーダーシップと、利潤欲求に押しつぶされることのない公の精神に立脚したクールな合理的経営管理能力と、職責への熱い思いの発露たる本庁や議会への交渉力が求められることは、洛南病院報告書に同じである。政策医療性を強めることは、赤字を正当化することではない。「経営の失敗による赤字」というキズがあれば快復させる必要があり、「管理不能の赤字」は、時間軸を考慮した観点からは、民間が提供できていない分野で社会的に意義ある医療サービスを担うことによる赤字に転換してゆく必要がある。そして、政策医療性の高い地方公営企業病院の全部適用管理者の公務としての責務は、地域において真に政策医療を担うための赤字の金額を完全に掌握し、変動する診療報酬制度のなかで常にあるべき水準にコントロールすることにある。「すきまを埋める」ことからみ出して、不公正な競争を民間に挑むこと、赤字でありながら錦の御旗を掲げて我が身のみ肥大化することは、なすべきことではないと考えることが、この道筋の真髓であろう。

さて、与謝の海病院の将来像を提言するにあたって、どちらの道筋がふさわしいのであろうか。監査人には難問である。

洛東病院報告書では、積極的な意味での現状からの撤退、を意義あるものとして結語した。将来的に政策医療性がきわめて低い状況下であり、一般医療として考え民間による経営を想定しても非常に困難が伴うほどにシェアが低くかつ公的セクタと民間セクタが入り乱れての激戦競争地区に位置し、まったなしの多額の老朽化対策コストを要するからである。そのような状況下でありながら一般医療だけを提供する施設として将来多額の設備投資をすることよりは、府下に不足する医療の現状を正確に分析・検討することを前提として、当地にふさわしいサービスの提供に切り替えることのほうが、社会的厚生観点から望ましく、住民の福祉の向上、行政サービスの効率性、有効性、経済性を強化することにつながることは明白であろう。府下のリハビリテーションの機能不足は洛東病院報告書に記載のとおりであり、地域医療の「すきまを埋める」機能を果たすため、行政としてなすべきことはいくらかでもあるのである。そのような観点から申し述べた。

洛南病院報告書では、政策医療性の強化の道を地域医療連携と共に推進することを提言した。将来に渡っての政策医療性が認められ、その強い政策医療性の存在により、現在の経営の失敗が治癒した場合においても民間による経営の想定が厳しいからである。洛南病院の政策医療は、制度とのつながりが強くハードなものがほとんどであり、役割分担が構築しやすいはずである。その役割分担の状況を、バックボーンとして電子カルテシステムが支えた形で成立する地域医療連携システムは、公的セクタと民間セクタがまるで患者のために一枚岩となったかのごとく姿として我々の前に出現するだろう。そのための努力は、住民の福祉の向上、行政サービスの効率性、有効性、経済性を強化するはずである。そのような観点から申し述べた。

与謝の海病院は、洛東病院が人的物的投資に問題があって公的セクタと民間セクタが入り乱れての激戦競争に劣敗したことに對して、高度な鎧をソフトな政策医療により身に纏うことの相乗効果で優勝した病院であるといえる。(単純な優勝劣敗ルールは、優勝側では患者の混雑による医療事故・医療の質の低下や肥大化しすぎることによるスケールデメリットの発生が、劣敗側では無理なコストダウンによる患者の不運や有効に利用されことなく陳腐化する物的人的投資の社会的損失など、命を預けるべき医療機関にあってはならない混乱が生ずる可能性がある。同じく府立医大医療センターの傘下にあるが、これほどの違いが発生したことは不思議だ。)優勝した背景には多額で割高な設備投資と多額の赤字の存在があり、民間セクタが代替できるほどのシェアの獲得があって、その政策医療性は洛東病院寄りであり、洛南病院のもつ政策医療性からは相当な距離がある。また、洛東病院のように設備が老朽化しておらず、多額の設備投資に迫られている状況にはない。このような特徴点からは、優勝病院を維持発展させるべきか、政策医療性を強めるため役割分担に立ち返るか、どちらかが考えられ、前述の二つの道筋の考察となった。現時点における私見としては、以下に掲げるポイントを総合的に勘案すれば、与謝の海病院が長期ビジョンとして採るべき方向性は、第二の道筋、すなわち医療の公共性に立脚して「すきまを埋めて」地域医療を完成することが望ましいと考える。そのための努力は、住民の福祉の向上、行政サービスの効率性、有効性、経済性を強化するはずである。またそれは、厚生労働省のいう「地域完結型医療体制」にまさしく合致するものである。

わが国は少子化に伴う人口減少という未曾有の国難にみまわれようとしており、丹後医療圏の過疎化がさらに進展する可能性を考慮すれば、優勝病院の継続性は長期間保証されているものではない可能性がある。さらに、現代の医療の趨勢は、世界的に見ても、短期間集中型の医療施設と療養型の施設の役割分担を強めており、医療経済的にも、現代の病院医療の資本集約・労働集約・技術集約型の性質から言っても、この傾向は簡単に覆りそうにない。これを前提とすれば、特に高度に人材と医療資源を集約している中核病院たる与謝の海病院が、超急性期医療へ特化することは自然な流れであろう。その場合、短期間の入院で医療資源を集中的に投下するアメリカ型の医療となり、少なくともドラスティックに病床数を減らさなければ、とても対応しきれないであろうといわれている。

また、すべての専門医療領域において一つの総合病院がこうした体制に対応することは非常に難しい。特に医師人事が「いわゆる医局体制」にある限りは、一般論としては、広く人材が集まる病院よりは、比較的手薄な所や弱いところが必ず出てくるものと考えられる。その一方で、医療の質に関する情報が今後ますます増加し、総合病院は次第に何が強く何が弱いかということが一般人にもわかるようになる。そういう意味では、総合病院でも弱い分野は切り捨て、もっと良質の医療を提供する専門病院と連携するように自然になるべきであろうし、その場合、孤高孤立の病院となってしまって、専門病院や、あまり専門性は高くないが比較的軽度の疾患を効率的に治療する中小規模病院を立ち行かなくなってしまうのでは、後戻りできなくなる可能性があるのではないか。ここに、優勝病院としての、孤高の大病院路線の弱点がある。

欧米においても、医療の趨勢は複数の医療機関の連携によるネットワーク形成であって、院内完結型というような構想はほとんどない。もちろん、大病院にはそれなりのメリットはある。たとえば、合併症などを考えれば、多くの診療科が充実していれば、さまざまな対応をとることができよう。しかし、現実にはわが国の大病院で診療科が連携してうまくいっている姿は稀であり、診療科ごとに情報は遮断されていて、院内でも共有されていないのが通例であり、与謝の海病院も同様であった。医療情報のネットワーク化によって、大病院でないことのデメリットの多くが解消されるだろうと言われており、前述の電子カルテシステムのもつパワーに期待がかかる。

医療施設の機能特化と医療資源の短期集中という観点にたてば、比較的広域の医療圏を対象とした高度に専門的な病院（特定の疾患や特定の重症度の患者のみを対象とする）と、そうではない、比較的狭い医療圏を対象とした中程度の重症度の患者を総合的に見る中規模総合病院、小規模診療所、療養施設、というような構成になっていくのがもっとも自然な地域医療連携システムの発展経路と考えられる。こうした分業体制の中での与謝の海病院の位置づけは、か かの選択肢となろう。

監査人としては、舞鶴圏を含む府北部全域を対象とする を目標とすることの可能性を与謝の海病院は有しているものと思われる。そのためには、制約となる部分が認められる現在の医療センター方式の再検討と新たな医師確保体制の確立にあわせ、地域医療連携システムの牽引車として機能するよう電子カルテシステム利用の研究推進がなされるべきであろう。医療情報のようなプライベートな情報を地域の医療機関で共有するという事になった場合、その中核に公的な機関がなければ住民は非常に不安だと思う。与謝の海病院内に医療情報を厳格に管理する組織を設置し、そこが中核になって、情報のあらゆる流れを管理し、また、電子カルテを初めとして医療の情報化に関する専門的な情報を提供したり、自らシステムを開発したりする機能が提供されれば理想的であろう。このような地域連携医療システムが府北部において実証実験的に構築されれば、そのなかで を担うものとしての与謝の海病院の存在意義は、大きく確固たるものとなろう。

一方、 が困難であれば、 の検討もなされるべきである。しかし、それは現在の与謝の海病院の姿の追認ではなく、あくまでも「すきまを埋める機能」に立脚して与謝の海病院でしか成し得ない医療を効率よく提供する事に尽きる。現在の診療報酬体制、医療を取り巻く環境のもとではそれが効率的な経営でもある。民間病院では、マイナーな診療科目を中心に優秀な人材を探してきて自院のすぐ近くで開業させるように斡旋する動きもある。自院で医師を雇用し科目数を増やすよりは、効率的でリスクの少ない方法である。近隣の病院機能が弱体化しつつある今、与謝の海病院が高度に専門的な病院に特化してしまえば地域住民にかえて混乱が生じる恐れもあろう。したがって、 を急進的に推進することのデメリットはあろうし、 としての役割分担の地位をまずは確立強化するため、経営のスリム化・効率化を行ないつつ一定水準以上の医療を地域に安定供給する体制づくりに努力し、それをもって将来的に を睨んだ府北部の地域医療連携システム構築への礎石とすることも、現実的なステップとなろう。

最後になるが、患者・住民の視点も忘れてはならない。競争の激しい都市部では、患者に選ばれるということが一つの指標となりうるとしても、選択肢の少ない地方の医療事情では、患者から選ばれているということが必ずしも患者に支持されているとは限らないという側面がある。府民へのアンケート調査（きちんとした調査理論にもとづき、地域医療コストの負担状況を含めた情報開示を徹底した上での信頼できる調査）が、与謝の海病院の今後のあり方と地域医療連携システムの構築の検討には不可欠であることを指摘して、本報告書を終える。

京都府包括外部監査報告書 京都府立医科大学附属病院

目 次

・ 京都府立医科大学附属病院の監査実施概要	97
1. 選定の理由	97
2. 実施した監査手続の概要	98
・ 京都府立医科大学附属病院の概要	98
1. 沿革	98
2. 京都府立医科大学附属病院の概要	98
3. 京都府立医科大学附属病院の収支の推移	98
・ 京都府立医科大学附属病院の現状と問題点	100
[1] 病院会計と社会的評価	100
[2] 府立医科大学附属病院の経営状況	105
[3] 経営赤字の実態と政策医療	123
[4] 環境問題と地域連携	129
・ 監査の結果	130
1. 委託業務について	130
・ 監査の意見	130
1. 府立医科大学附属病院の会計をめぐる問題点	130
2. 勅日本医療機能評価機構による医療機能評価について	131
3. 委託業務について	131
4. 薬剤の棚卸について	131
5. 外来患者のプライバシーの確保について	132
・ 提言	132
1. 医療管理のシステム化について	132
2. 外来診療棟の整備・新築について	133
3. 府立医科大学附属病院を取り巻くその他の課題	136
4. 府立医科大学附属病院とその展望	138
添付資料	141

・ 京都府立医科大学附属病院の監査実施概要

1. 選定の理由

周知のように、今日、「民にできることは民に」という理念が掲げられ、わが国あげてその存亡をかけて、行政のあり方の見直しが進められて久しいところである。このことは京都府においても同様である。

さて、京都府に11ある特別会計（特定の事業を行うため、一般会計と区分して経理されている会計）に視点を移すと、その決算額の総計は、歳入2,388億円、歳出2,283億円で、差引き104億円の黒字となっている。今回の監査対象である京都府立医科大学附属病院についてみれば、それは「医科大学および附属病院特別会計（府立医科大学と附属病院を運営するための会計）」の範疇におかれ、当該会計の決算額は、歳入278.5億円（前年度279.3億円）、歳出277.5億円（前年度279.2億円）であり、歳入から歳出を控除した金額は、1億円の黒字となっている。特別会計総計のおよそ1割を占める規模である。

ところで、国立病院や自治体立病院など公的病院の経営悪化の状態が日々叫ばれ、その「改革は地方分権の試金石」とまでいわれている（日本経済新聞平成16年8月30日）。当該状況は、わが京都府においても同様であろう。

府立医科大学附属病院については、平成11年度の包括外部監査の対象となっているが、監査結果へのその後の対応も含め、あらためて包括外部監査の対象として取り上げることにより、経営改善の余地ないし必要の有無、経営改善が求められるとすれば、そのあり方について検討することとしたのである。

また、京都府立医科大学附属病院についてみれば、その設立された当時とは違い、最近の病院・医療分野においては、民間病院はもとより、積極的な経営とともに、患者・利用者に対するより質の高いサービスをおこなう公的病院が誕生してきている。このような状況のなか、「民にできることは民に」委ねるといふ政府方針のもと、さらには、地方分権の進展状況のもとで、地方自治体の自主性を重んじつつ、独立行政法人化や民間委譲等の選択をも視野に入れて、経営の効率化や地域の実情に応じた真摯かつ早急な対応が求められている。

したがって、病院経営に関し、その管理運営が適切かつ効率的になされているのかについてさまざまな角度から検証し、あわせて、京都府立医科大学附属病院が、京都府における病院事業や医療施策の管理運営の担い手としての役割を十分に果たしているといえるのか否かについて検討することは火急の課題である。

そこで、京都府立医科大学附属病院を監査の対象とし、その経営内容等を分析することにより、そのあり方の妥当性を検証し、さらにその将来をも視野に入れて、監査を行うことは意義あることと考えるところである。(なお、府立医科大学そのものは今回も監査対象としていない点は留意されたい。)

2. 実施した監査手続の概要

京都府立医科大学附属病院の平成15年度の決算関係書類や事業概要報告書を中心に、収支計算書、関係帳票及び証憑書類を照合し、関係者に質問を実施し、一連の処理が所定の法令等に従い適正に処理されているかを検証した。また、現地視察を行い、関係者からの事情聴取、文書による回答や資料を入手し、その他関連資料等の閲覧・分析・比較検討を実施した。あわせて、京都府立医科大学附属病院と同種の他施設の調査分析、関係者への質問及び資料収集も実施した。

監査手続は特定取引等の抽出に基づく試査により検証し、一部会計帳簿につき、通査、証憑突合の監査手続を実施した。また、病院事業を中心とした施設の各種データを検討するとともに、数値化できない業務内容をも考慮しつつ制度その他の面からも問題点と課題の把握に努めた。

. 京都府立医科大学附属病院の概要

1. 沿革

京都府立医科大学附属病院の主たる沿革はつぎのとおりである。

明治5年11月	仮療病院を開設し、治療のかたわら医学生を教育
明治13年7月	現在地に療病院を移転
大正10年10月	京都府立医科大学を設置
大正13年10月	附属療病院を附属医院に改称
昭和26年4月	附属医院を附属病院に改称
昭和54年2月	京都府立医科大学整備構想決定
昭和57年11月	附属小児疾患研究施設(京都府こども病院)竣工
昭和60年9月	附属病院病棟(第1期)完成
昭和62年1月	附属病院外来診療施設全面改修
平成元年8月	附属病院病棟(第2期)完成
平成2年11月	附属脳・血管系老化研究センター設置
平成3年5月	附属病棟フルオープン
平成3年7月	老人性痴呆診断センター開設
平成8年4月	特定機能病院の承認
平成11年9月	診療科の臓器別・疾病別再編の実施(外科系)
平成11年12月	診療科の臓器別・疾病別再編の実施(内科系)
平成13年	オーダリングシステム稼働、病院ボランティア導入
平成14年	病院管理運営会議設置、地域医療連携室開設
平成15年	大学院医学研究科再編(大学院重点化) 入院医療に係る包括評価(DPC)導入・実施 SARS等対応病室(5室5床)整備

2. 京都府立医科大学附属病院の概要

(1) 病院所在地

京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465

(2) 病院の理念

従前、京都府立医科大学附属病院としての理念は設けられていなかった。しかし、後述のように、財団法人日本医療機能評価機構の審査を受けるに当たり必要であること等に鑑み、平成17年1月に設定された。

(3) 組織の概要

京都府立医科大学附属病院の組織体系は添付資料1のとおりである。

3. 京都府立医科大学附属病院の収支の推移

本節では、府立医科大学および府立医科大学附属病院の経営成績の概要を示すことに留め、コメントは次節に委ねることとする。

(1) 府立医科大学の経営成績

府立医科大学附属病院を含む府立医科大学全体の経営成績の状況は、つぎのごとくである。

歳入・歳出の状況

(単位:百万円)

歳入科目	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
使用料					
大学	398	413	437	587	599
医療技術短大	117	116	122		
病院	17,610	17,236	17,288	16,938	17,284
手数料					
大学	76	81	113	124	114
医療技術短大	37	37	16		
病院	39	40	41	42	45
国庫補助金					
大学	22	9	1		1
医療技術短大	3				
病院	43	60	46	37	34
財産収入					
大学					
病院	2	2	2	2	2
寄附金					
大学					15
病院					5
一般会計繰入金	10,249	10,295	9,459	9,324	8,783
繰越金	10	8	8	5	8
貸付金元利収入	5	5	4	1	0
受託事業					
大学					
病院					
雑収入	5	2	4	15	19
入	35	32	33	36	62
違約金及び延納金	1		0	1	
府債					
大学債	521	511	40		
病院債	855	915	730	822	881
借換債					
歳入合計	30,028	29,762	28,344	27,934	27,852

歳出科目	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
大学費					
大学総務費	2,555	2,433	2,493	2,880	2,848
教室費	320	251	251	286	286
脳・血管系老化研究センター	243	231	245	244	236
医療技術短期大学部費	585	529	540		
病院費					
本院費	21,870	21,602	20,784	20,341	20,239
小児疾患研究施設費	1,367	1,373	1,448	1,391	1,393
施設費					
大学	645	747			
病院					
公債費					
元利償還金	2,394	2,576	2,573	2,781	2,746
公債諸費	41	11	6	4	4
歳出合計	30,020	29,753	28,340	27,927	27,752

(2) 府立医科大学附属病院の経営成績

府立医科大学附属病院における過去5年間の経営成績の状況は、つぎのとおりである。

附属病院の経営成績の推移

(単位:百万円)

科目	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
歳入	24,667	24,401	23,719	23,251	23,275
病院使用料	17,610	17,236	17,288	16,938	17,284
病院手数料	39	40	41	42	45
国庫補助金	43	60	46	37	34
一般会計繰入金	6,073	6,108	5,570	5,369	4,955
府債	855	915	730	822	881
その他	47	42	44	43	76
歳入合計	24,667	24,401	23,719	23,251	23,275
歳出	24,658	24,393	23,714	23,243	23,175
病院費	23,237	22,975	22,232	21,732	21,632
うち人件費	11,841	11,508	11,224	11,180	10,951
退職手当	491	639	476	550	516
医薬材料費	7,507	7,465	7,125	6,577	6,620
運営費	3,398	3,363	3,407	3,424	3,546
施設費					
公債費	1,421	1,418	1,482	1,511	1,543
歳出合計	24,658	24,393	23,714	23,243	23,175

上記の表から、病院収益に直接的に関係する病院使用料と、病院費用に直接的に関係する病院費のみを対応させて、医業損失を計算すると、つぎのごとくとなる。

病院事業の状況

(単位:百万円)

科目	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
医業収益					
病院使用料	17,610	17,236	17,288	16,938	17,284
医業費用					
病院費	23,237	22,975	22,232	21,732	21,632
医業損失	△ 5,627	△ 5,739	△ 4,944	△ 4,794	△ 4,348

・京都府立医科大学附属病院の現状と問題点

[1] 病院会計と社会的評価

1. 病院会計について

(1) 病院会計準則について

まずなによりも指摘すべきは、病院会計のあり方についてである。公的病院の経営効率化・透明化を進めるため、新たな会計基準を導入すべきだとした提言が、自民党医療基本問題調査会の「公的病院等のあり方に関する小委員会」においてまとめられたのは、平成14年11月20日のことである。その後、厚生労働省を中核に病院会計のあり方が見直され、平成16年8月19日、厚生労働省医政局長から「病院会計準則の改正」が各都道府県知事宛に送達された(医政発第0819001号)。

そこでは、「病院を取り巻く経営環境の変化、企業会計、公会計や非営利組織会計の分野での会計基準の見直し等の状況を勘案し、医療を安定的に提供するための効率的で透明な医業経営の確立を図る観点から」、全面的な改正をした旨明記されている。

当該病院会計準則にかんする詳述は避けるが、その目的は「病院を対象に、会計の基準を定め、病院の財政状態及び運営状況を適正に把握し、病院の経営体質の強化、改善向上に資すること」にある(第1章総則第1)と明示し、貸借対照表、損益計算書、キャッシュ・フロー計算書、及び附属明細表が病院の財務諸表であるとした(同第5)。また病院会計は、企業会計上いわゆる真实性の原則(同第6)、正規の簿記の原則(同第7)、損益取引区分の原則(同第8)、明瞭性の原則(同第9)、継続性の原則(同第10)、保守主義の原則(同第11)、重要性の原則(同第12)および単一性の原則(同第13)のもとに展開されるべきことが示唆されたのである。

(2) 府立医科大学附属病院の会計について

府立医科大学附属病院の予算および会計は、既述の「医科大学および附属病院特別会計」の中で処理されており、いわゆる官庁簿記によっている。大学の附属病院については、規範上、地方公営企業法の適用は受けないこととされている(地方公営企業法及び同法施行に関する命令の実施についての依命通達、昭和27年9月29日、自乙発第245号、第一 総則に関する事項(五)参照)。

この官庁簿記は、明治11年に複式簿記が採用されたものの、明治23年以後、今日に至るまで、単式簿記が採用され続けている。しかし、手探り状態ではありながらも、複式簿記化の検討も始まっているところである。たと