# 平成22年度
# 包括外部監査報告書
# (指摘・意見一覧)

平成23年2月

東京都

本書は、包括外部監査人から提出された「平成22年度包括外部監査報告書」の指摘、意見を一覧として、東京都において印刷したものである。

目　次

都立病院及び財団法人東京都保健医療公社病院の財務事務の執行と経営管理について ..... 1

＜都立病院＞ ..... 3
意　見（１）　繰入金の算定対象について ..... 3
意　見（２）　繰入対象医療機能の集約化等について ..... 3
意　見（３）　繰入対象医療の明確化について ..... 4
意　見（４）　関係経費の算出方法について ..... 4
意　見（５）　A 方式での算定について ..... 4
意　見（６）　病院経営本部経費とこれに対する繰入金について ..... 5
意　見（７）　固定資産の取得等に対する負担について ..... 5
指　摘（１）　個人未収金の財務会計システムの残高について ..... 5
指　摘（２）　個人未収金の滞納管理について ..... 6
意　見（８）　交渉履歴の記録と個人未収金対策について ..... 6
意　見（９）　困難案件の病院経営本部への引継ぎについて ..... 6
指　摘（３）　不納欠損処理について ..... 7
指　摘（４）　手書きの領収書の管理について ..... 7
指　摘（５）　医事会計システムから出力される領収書等について ..... 7
意　見（１０）　書損（請求額等の訂正）のチェックについて ..... 8
指　摘（６）　医療薬品の実地たな卸の重要性と改善について ..... 8
指　摘（７）　診療材料のたな卸実施と会計処理について ..... 8
指　摘（８）　在庫管理システム変更時の対応について ..... 9
意　見（１１）　後発医薬品の使用推進について ..... 9
指　摘（９）　都立病院の固定資産の管理について ..... 9
意　見（１２）　都立病院の固定資産の設備更新時の取扱いについて ..... 10
意　見（１３）　職務住宅の有効活用について ..... 10
意　見（１４）　借上住宅の有効活用について ..... 10
意　見（１５）　PFI 事業の検証について ..... 11
意　見（１６）　PFI 事業の分割による競争入札について ..... 11
意　見（１７）　複数年度継続する委託契約について ..... 12
意　見（１８）　業務評価表の記載について ..... 12
意　見（１９）　看護師確保のため二交代制について ..... 13

意　見（２０）　地域医療支援病院の取得について ..... 13
意　見（２１）　東京 ER について ..... 13
＜公社病院＞ ..... 15
意　見（２２）　運営費補助金交付要綱の見直しについて ..... 15
意　見（２３）　運営費補助金交付要綱の検討すべき事項 ..... 15
指　摘（１０）　個人の未収金に係る財務会計システムの残高について ..... 17
意　見（２４）　医事会計システム上の不納欠損処理について ..... 17
指　摘（１１）　個人未収金の滞納管理について ..... 17
指　摘（１２）　公社病院の給食材料に係る概算契約について ..... 18
意　見（２５）　公社病院で支給される入院指示対応報奨及び入院患者受持対応報奨について ..... 18
意　見（２６）　公社の決算における法定福利費の計上不足について ..... 19
意　見（２７）　公社病院の看護師確保対策について ..... 19
＜共通事項＞ ..... 21
指　摘（１３）　基金等の調定金額について ..... 21
指　摘（１４）　計算誤差について ..... 21
指　摘（１５）　あるべき医業未収金について ..... 22
意　見（２８）　返戻レセプトの管理について ..... 22
指　摘（１６）　保留レセプトの管理について ..... 22
意　見（２９）　債権管理システム等の改善について ..... 23
意　見（３０）　医事会計システムの入力権限の制約について ..... 23
意　見（３１）　医事業務の委託業者との随意契約について ..... 23
意　見（３２）　都立病院と公社病院で使用する薬剤の購入に関する共同交渉について ..... 24
指　摘（１７）　非常勤職員の出勤簿の管理について ..... 24
意　見（３３）　都立病院の院内保育業務運営委託契約について ..... 25
意　見（３４）　公社病院の院内保育業務運営委託契約について ..... 25
指　摘（１８）　電子カルテシステムの外部委託先の運用保守担当者へのアクセス権管理状況について ..... 25
指　摘（１９）　都立病院における医事会計システムへのアクセス権の付与状況について ..... 26
指　摘（２０）　公社病院における医事会計システムのアクセス権の付与状況について ..... 26
指　摘（２１）　医事会計システムのアクセス権の制限と操作ログ等によるリスク管理について ..... 27

指　摘（２２）　公社病院における部門システムの管理並びにサーバーの管理について.....27
指　摘（２３）　公社病院のサーバーラックの施錠について.....28
意　見（３５）　公社病院における電子カルテシステムの早期導入について.....28
意　見（３６）　都立病院の電子カルテシステム運用費用について.....29
意　見（３７）　都立病院全体でシステムを有効活用する中長期計画の策定について.....29
意　見（３８）　公社病院の現行電子カルテシステムの問題点について.....30
意　見（３９）　次期電子カルテシステム導入のための公社病院業務の標準化について.....30
意　見（４０）　公社病院の電子カルテシステム導入における組織体制について...31
意　見（４１）　病院経営全般に係るリスクの検討について.....31
意　見（４２）　都立病院における中期経営計画における経営指標の目標値の設定について.....32
意　見（４３）　都立病院における BSC における業績評価指標の選定について.....32
意　見（４４）　都立病院における病院目標と部門目標の整合性について.....33
意　見（４５）　都立病院における BSC の組織全体への浸透について.....33
意　見（４６）　公社病院における BSC の導入状況について.....34
意　見（４７）　都立病院における職員満足度調査結果の集計・分析方法について.....34
意　見（４８）　公社における職員満足度調査の導入状況について.....35

# 都立病院及び財団法人東京都保健医療公社病院の財務事務の執行と経営管理について

## ＜都立病院＞

意　見（１）繰入金の算定対象について（本文 34 頁）

一般会計繰入金については、総務省の「地方公営企業繰出金について」に基づいて、「都立病院改革マスタープラン」で定める「行政的医療」等に対する経費として繰入基準を作成している。

都がなすべき「行政的医療」については、「都立病院改革マスタープラン」で位置付けられてから 9 年経過している。その間、小児科、産科、麻酔科等の医師の極端な不足や医療訴訟の増加、新型インフルエンザ等の新たな感染症の広がりなど医療環境・医療課題が大きく変化している。

そこで、都がなすべき「行政的医療」についても、定期的に見直し、かつ診療報酬の動向や不採算部分の分析を通じて繰入基準についても同時に見直す仕組みの構築を検討することが必要である。

意　見（２）繰入対象医療機能の集約化等について（本文 39 頁）

「都立病院改革マスタープラン」で明記されている「センター的機能」、「重点医療」及び「指定病院」それぞれへの医療機能の集約化は「都立病院改革マスタープラン」策定後、9 年を経過しても完了していない。

「都立病院改革マスタープラン」策定後の医療環境・医療課題の大きな変化による部分もあることは理解するが、医師、施設等の有限な医療資源や都民の税金の有効活用の視点から、医療機能のある程度の集約化や、病院ごとに繰入対象医療を定める工夫などを検討するべきであると考える。

意　見（３）繰入対象医療の明確化について（本文 42 頁）

現行のがん医療に対する一般会計繰入対象範囲は、難治性・合併症併発等と定められている。

都立病院が担わなければならないがん医療はどのようなものであるかについて、十分な議論を行い、東京都のがん医療の実情により即した体制を構築する必要があると思われる。

例えば、駒込病院ががん医療における「センター的機能」を担いながら、その他の都立病院は、機能分担や医療連携を推進するなど、都立病院総体としてのがん医療のあり方を検討する必要がある。

そのうえで、社会情勢や医療環境の変化を踏まえて、繰入対象とする「行政的医療」の範囲についても十分に議論し検討していく必要がある。

意　見（４）関係経費の算出方法について（本文 44 頁）

現在の都立病院における繰入金の積算方法によると、患者数がほとんどいない場合にも、医師１人分の人件費相当全額が繰入金として交付されている事例がある。

「行政的医療」は患者数の多寡に関わらず実施すべき医療であることは理解するものの、例えば、当該医師がエイズ治療に専従する医師ではなく、他の疾患の患者の診療を行っているような場合には、関係経費から当該医師のその他医療にかかる人件費相当を控除して繰入金を算定することを検討していく必要がある。

繰入対象医療ごとの関係経費の積算方法をより実態に即した方法となるよう検討していく必要がある。

意　見（５）A 方式での算定について（本文 46 頁）

「都立病院改革マスタープラン」で掲げられた繰入金算定ルールの見直しについて実施されておらず、現行の繰入基準では、「行政的医療」の精緻なコスト計算に基づく算定は行われていない。

現行の一般会計繰入金の算定方法では、収支差額又は A 方式で算定されているが、これでは、病院の非効率な運営により生じた経費も混在する可能性があるばかりか、効率的な努力も反映されない仕組みとなっており、効率的な病院運営を行うインセンティブに欠けるという問題点がある。繰入金は収支差額やA方式ではなく、対象事業ごとの単位費用化を行い算定し、かつ、清算払いではなく、一定期間固定化するなどの工夫をして、病院に経営改善努力のインセンティブを与え、経営の自立性を高めていくことを検討していく必要がある。

意　見（６）病院経営本部経費とこれに対する繰入金について（本文 48 頁）

病院経営本部の経費の一部も繰入金の対象となっている。平成 21 年度の病院経営本部の経費は 3,648 百万円となっている。都立病院数が減少し、SPC への管理部門の一部業務移管等で業務量が減少しているにも関わらず、人件費を中心に病院経営本部経費は増加傾向にある。病院経営本部は、直接的に医療サービスを提供する部署ではなく、病院全体を管理するいわゆるコストセンターに該当する間接部門である。今後、病院経営本部についても、本部の業務の見直しを実施し、効率化に努めることを検討する必要がある。

意　見（７）固定資産の取得等に対する負担について（本文 52 頁）

高度医療機器やそれを含む固定資産に対する一般会計の負担は、①高度医療機器の減価償却費に関する 8 割の負担、②繰入対象医療に関する（高度医療機器以外の）減価償却費を含む負担、③企業債の償還額及び建設改良費に対する出資金の 3 本建てになっており、資産の取得に関しての負担が二重となるリスクが考えられる。

今後、継続的に出資を受け入れる際には、一般会計の二重負担が起きる可能性をなくすよう調整、検討を行う必要があることはもちろんであるが、3 本建ての負担を、例えば、①及び②の方法のみに限定し、負担の方法を集約するなど、より二重負担のリスクの可能性が低い手続に改善することを検討することが必要である。

指　摘（１）個人未収金の財務会計システムの残高について（本文 54 頁）

個人の未収金について、個人別管理の医事会計システムの合計値と、個人未収金の合計を管理する財務会計システムの未収金額は本来一致すべきであるが、一致していない。

財務会計システムの残高をあるべき金額に修正すべきである。

医事会計システムと財務会計システムの残高に差が生じないように、病院経営本部では委託会社から職員への修正内容の伝達について手順を定め、徹底を図っているところであるが、更に徹底する必要がある。

当年度発生した差額については引き続き調査するとしても、過年度発生した調査不能な差額については、一括で修正処理する必要がある。

指　摘（２）個人未収金の滞納管理について（本文 59 頁）

個人の過年度未収金残高は毎年 10%近く増加し、平成 21 年度末では約 982 百万円となっている。現行の未収金業務マニュアル等はあるが、督促状の発送、不在確認などの対応についての具体的な基準・手順の例示がないので、各病院の対応はまちまちで、忙しさの中で手続を放置している事例も多い。また委託事業者への指示が明確ではないなど、各病院の個人未収金の滞納管理は不十分である。

まず、電話での督促基準、催告書の発送基準、発送のタイミング、不在に対する対応、出張調査基準、債権分類、欠損処理基準などの未収金管理の実務を具体的に記述したマニュアルを作成し、病院ごとに異なる運用を統一する必要がある。また委託事業者への債権管理の指示は具体的基準を明示するなど徹底する必要がある。

意　見（８）交渉履歴の記録と個人未収金対策について（本文 59 頁）

本人に支払能力がなく、家族に診療費請求書を送付することが多く、支払について家族の理解を得るにも苦労をし、一定期間個別対応してフォローすることが多い。しかし過去の交渉履歴がわからない場合がある。長期滞留する個人未収金については個別対応の経過を記録し、適切に引継ぎできるようにしておくことが必要である。

高額療養費限度額の申請ができるにもかかわらずしていない結果、多額の未収金となっているケースなどが多数あり、わかりやすい説明書等を作成して高額療養費限度額認定申請・生活保護申請などを申請させ、多額の未収金が残らないようにすることを検討することが必要である。

また、退院時の精算をできない場合、退院時に、再度住所・連絡先・連帯保証人等の確認をし、必要に応じて分納誓約を行うことが必要である。

意　見（９）困難案件の病院経営本部への引継ぎについて（本文 60 頁）

都立病院での回収が困難と認められる未収金の困難案件について、引継ぎの基準を設けて病院から病院経営本部へ引継ぎをし、病院経営本部が管理・回収を進めることとしているが、平成 21 年度の引継ぎは、2 病院 46 件のみである。

一定条件の回収困難案件については、債権管理を病院から病院経営本部へ引継ぎを行い、病院経営本部が専門の担当者を置くなど、管理・回収を進められたい。

また、引継ぎに際しては、住所不明などで引継ぎができないことがないように、各病院は調査をしっかり実施しておく必要がある。

指　摘（３）不納欠損処理について（本文 62 頁）

都立病院の個人未収金について、不納欠損に相当すると考えられる債権があるが、不納欠損処理を平成 20、21 年度はしていない。債権管理条例に従い、早急に不納欠損処理を実施する必要がある。

不納欠損処理すべきものを不納欠損処理しなければ、回収可能な債権と同様に未収金として貸借対照表に計上されることとなり不適切である。

例えば、自己破産などについては、支払能力がないことを証する書類を収集するなどして、不納欠損処理する必要がある。また、督促状が返戻されたら住所照会を行い、居所不明の場合には訪問するなどして居所不明であることを確認し、その上で納入義務を承継するものがいない時は不納欠損処理する必要がある。

指　摘（４）手書きの領収書の管理について（本文 63 頁）

手書きの領収書に番号が付されていない病院があり、1 日の手書きの領収書の発行枚数は不明となっている。

手書きの領収書を利用した不正を防止するために、手書きの領収書にはすべて連番を付し、日々の現金の締めの際には、現金額と手書きの領収書の控とを照合し、さらに、その領収書の控に欠番がないことを確認する必要がある。

指　摘（５）医事会計システムから出力される領収書等について（本文 64 頁）

日々の収納現金の締めの際には、現金と医事会計システムから出力された「入金一覧表」とを照合しているが、領収書の控と「入金一覧表」との照合を実施していない病院が一部ある。また、医事会計システムからいったん出力した領収書を再発行しようとすると、最初に出した領収書の番号と全く同じ番号の領収書が出力される。

このような内部統制上の不備があるため、窓口現金の着服という不正が行われる可能性もあるため、以下のような対策を取る必要がある。

①　医事会計システムを改修して、再発行したとしても必ず違う番号が付番された領収書が発行されるようにする。

②　日々の現金の締めの際に、領収書の控の収納額の合計額と実際の現金額との一致を確認し、さらに、領収書の控が必ず連番になっていることを確認する。番号が続かない領収書については、必ず書損となって本紙が添付されていることを「請求訂正一覧」と照合して確認する。

意　見（１０）書損（請求額等の訂正）のチェックについて（本文 65 頁）

医事会計システム上、いったん確定された入金データや未収データについて、その後、追加請求や還付などがあった場合には、医事会計システムのデータを変更することがある。

このデータを変更した際には、「請求訂正一覧」を毎日チェックすべきであるが、「書損一覧表」によるチェックを月次で実施しているだけの病院もある。

医事会計システム上のデータが不正に変更・削除されていないことを適時に確認することが必要であり、異例取引のチェックとして「請求訂正一覧」を毎日出力して、領収書との照合や書損理由を確認することを検討する必要がある。

指　摘（６）医療薬品の実地たな卸の重要性と改善について（本文 67 頁）

都立病院においては、医療薬品の年度末のたな卸資産が、実地たな卸数量ではなく帳簿数量に基づいて算定されるなど一部で不適切な取扱いが見られる。

実地たな卸の趣旨に鑑みて、毎月の薬剤倉庫のたな卸を活用するなどして、在庫管理システムと実地たな卸数量との差異の原因調査をする体制を再構築するとともに、実地たな卸の手順などを担当者に周知徹底する必要がある。

指　摘（７）診療材料のたな卸実施と会計処理について（本文 68 頁）

都立病院においては、カテーテル等の主たる診療材料について、①購入から使用までの期間が非常に短いこと、②種類は数千種類にも及ぶこと、③費用対効果の観点から事務の簡便化を図ることなどから、たな卸資産の対象としておらず、購入時に費用処理している。

診療材料は医業費用の主要原価項目であること、公社病院においては診療材料をたな卸資産として管理して 2 億円を超える在庫金額となっていることなどを考慮すれば、診療材料の適正な在庫管理及び財務情報の報告の観点から、都立病院においても現状の実態を再調査し、診療材料の適正な管理及び会計処理を実施する必要がある。

指　摘（８）在庫管理システム変更時の対応について（本文 69 頁）

在庫管理を業務委託するに当たり在庫管理システムを変更する場合には、新システムの稼働状況を確認する試行期間を適切に設け、旧システムから新システムへすべてのデータが移管されているか、新システムが正常に稼働しているかを病院側において慎重に確認する必要があり、その際には、病院側と事業者との緊密な協力体制を確保しておく必要がある。

また、移行に当たっては、たな卸を実施し実残高に基づいたデータに基づいて新システムへ入力する必要がある。切り替え時の在庫が実在庫と一致していなければ、その後いくら正しい入力をしても帳簿残高と実在庫は一致しない。

こうしたことを踏まえ、医薬品の在庫管理システムを導入してから１年半という長期間にわたり多額のたな卸差額が生じている状況は、早急に解消する必要がある。たな卸を実施し、帳簿残高を早急に実在庫と合わせるべきである。

意　見（１１）後発医薬品の使用推進について（本文 71 頁）

DPC を採用している病院において後発医薬品の使用率を高めることは、収益率の改善につながり、また後発医薬品の使用は患者の立場からは医療費負担の軽減化につながる。

都からの各病院への繰入金を減少させるため、本部においては年度における計画段階で後発医薬品の使用目標値を設定しているが、目標値をさらに高め、その達成率、収益の改善度合いを随時フォローするなど、一層の使用促進を図る取組を検討することが必要である。

指　摘（９）都立病院の固定資産の管理について（本文 74 頁）

重要機器たる固定資産の除却処理漏れが散見される。固定資産の管理状況の不備に関して、病院経営本部はすでに認識をもっており対応に着手し始めているというが、できるだけ早急かつ着実に各病院の固定資産の現況を確認し、必要な除却手続や固定資産番号添付の徹底を図り、現況を反映した状態に固定資産台帳を修正すべきである。

意　見（１２）都立病院の固定資産の設備更新時の取扱いについて（本文 74 頁）

今後も固定資産の現況確認を定期的に行うべきことはもちろんであるが、除却漏れに関しては、例えば、新規機器取得に伴う旧機器についての決裁書上の記載が不足していること等も考えられる。設備更新時における旧機器の内容や取扱いを記載するなど除却漏れを防ぐような手続を検討する必要があると考える。

意　見（１３）職務住宅の有効活用について（本文 77 頁）

職務住宅については、まだかなりの未償却簿価が残っているが、古いこともあり現在の住宅水準からみてバスルームその他のグレードがかなり低く住みにくい構造になっているので利用率が低いものがある。若干の補修工事を行うことで入居率を高め、職務住宅としての有効活用を図られたい。また、駒込病院と大塚病院などは近接しており、職務住宅の共同利用等も視野にいれて改装して有効活用を考えていくことも検討されたい。

意　見（１４）借上住宅の有効活用について（本文 79 頁）

墨東病院の看護師等用に確保している 10 室は 7 室が空室でありその年間賃借料は約 5,350 千円である。また、多摩総合医療センターのステイシス武蔵小金井は 25 室のうち 9 室が空室でありその年間賃借料は約 9,336 千円となっている。これら利用率の低い借上住宅の空室に対する年間の支払賃借料は約 41,803 千円となっている。

借上住宅については、病院の近隣に緊急対応等で若干の余裕を持って保有しておく必要もあるものの、現実にはかなり長期にわたって空き室の状態が継続している場合もある。借上住宅の確保すべき部屋数について、現実に合わせて再検討し、不必要な賃借料が長期間にわたって支払われることがないように改善されたい。

意　見（１５）PFI 事業の検証について（本文 86 頁）

PFI 事業は、より良いサービスを少ない費用で提供し、同じ費用でもより良いサービスを提供するということが目的の一つとしてあり、VFM があるとして事業を実施した以上、サービスの品質や財務的メリットも含めて、目指すものと実態が乖離していないかを検証する必要がある。

その際、事業期間が長期にわたるため、事業期間終了後に検証するのでは、当初予定と相違した場合の修正が行えない。

したがって、少なくとも毎年度、例えば契約事務に携わる職員が減少したことにより病院の人件費が減少したかどうか、工事費や企業債金利が想定どおり減少したか等、PFI 事業を導入する際に想定していた効果が発揮されているかどうかを検証し、事業期間終了時には検証がほぼ終了している状況を作り出すことが必要である。

また既に、PFI 事業モニタリング業務の増加に関する人員増加が発生しているため、今後 PFI 事業を実施する際には、事業導入後の業務量も考慮されたい。

意　見（１６）PFI 事業の分割による競争入札について（本文 89 頁）

PFI の事業は非常に高額な事業となり、しかも長期の契約となる。したがって経済性（価格の競争性）に加えて参加する企業の信用力、資金力という安定性も重要な要因となる。1 件で 1,000 億円を超えるような長期高額な PFI 事業は参加企業も制限されることから当然競争性が減少する。その結果上記のように参加者が 1 社となることも想定される。

PFI 事業者選定自体は、従来の入札方法であるため、入札企業が複数集まるか否かで、落札価額が大きく変わってくることになる。PFI 方式を採用するに当たっては、入札に参加する企業を複数集めなければ入札価額が高止まりするという入札の限界を打破できない。

今後、他病院で PFI 事業を実施する際には、複数の企業が入札に参加するような工夫を行う必要がある。例えば、建物の建築・維持管理と医療関連サービス等の病院運営業務の 2 つの PFI として分割して規模を縮小し、入札参加企業を増加させ、数社による競争入札による契約の透明性と経済性を確保する必要がある。

また、医療関連サービスに関しては、あまりにも長期の契約は実態と乖離する可能性があることから、新たな PFI 事業契約に当たっては、契約年数など契約条件についても検討されたい。

意　見（１７）複数年度継続する委託契約について（本文 93 頁）

松沢病院の主な業務委託契約は複数年度にわたる継続を前提としており、業務実績に関して毎年度評価を行い、評価結果が良好な業者については、最長 5 年まで特命による契約の継続が認められる運用となっている。

入札年度後の特命による契約が継続する期間では、仕様の変更による業務量の増加の影響が大きいとはいえ、ほとんどの契約で入札年度以上の金額での契約更新となっている。中には薬剤作業委託のように、仕様の変更がなく予定価格は同一だが、特命契約期間 2 年目の契約金額が大幅に上昇したケースもある。

松沢病院に限らずすべての都立病院において、このような複数年度継続する委託契約がある。特命による契約を締結する期間の契約金額は業者からの見積書の提出による随意契約で決まるものであるが、大半の契約金額が毎年上昇している状況からすると、翌年度契約の上限額となる予定価格の見直しに関しては、委託する業務の仕様がより効率化できないかさらに検討し、民間の市場動向や前年度の契約実績等も参考にしつつ厳しく対応することも必要であり、また場合によっては強い交渉力を発揮することで、特命による契約期間における契約金額も低減させる方策を検討する必要があると考える。

意　見（１８）業務評価表の記載について（本文 98 頁）

入札後、業務実績に関して毎年度評価を行い、評価結果が良好な業者については、最長 5 年まで特命による契約の継続が認められる運用となっているが、評価表の具体的な特記事項には、重要書類の紛失事故や現場責任者が長期間不存在であることなど業務運営に重大な問題があることが記載されているにもかかわらず評価は「良好」となっている。

不良や問題点の特記事項が記されたにもかかわらず評価が良好で特命による契約の継続となった業者の評価表には、問題点のみならずそれに関する改善状況も記載して、根拠と結論が結び付くようにすべきであり、業務評価の判定が特命による契約の継続を前提にして実行されていないか注意する必要がある。

意　見（１９）看護師確保のための二交代制について（本文 100 頁）

都立病院の看護職員の就業時間のシフトは二交代制と三交代制の二種類がある。

三交代制の準夜勤は勤務時間が二交代制の夜勤に比べ短いが、職員は昼過ぎから深夜までの勤務のため個人の生活時間が制約される上に、実働 7 時間 45 分のため準夜勤明けの休みがとりにくい面をもつ。看護職員にとっては深夜に帰宅を余儀なくされる三交代制を敬遠する者が多い。また、三交代制での準夜勤の帰宅にはタクシーを使用せざるを得ないケースも発生するが、その実費補助を各病院が行っている。

一方、二交代制は夜勤が長時間になるため、急性期の患者を多く見るような診療科や救急、ICU 等には向かない面があるが、逆に安定期の患者を多く抱えるような診療科では、夕方から翌朝までの夜勤が可能である。

新規看護職員の確保対策のためにも、看護現場の声を吸い上げて、今後も可能な限り二交代制の導入を推進されたい。

意　見（２０）地域医療支援病院の取得について（本文 102 頁）

地域医療支援病院については、全国の自治体病院でも要件を満たして取得している病院が多数あるが、都立病院は一つもなく、公社病院はすべて指定を受けている状況である。

都立病院は、総合診療基盤を活用して、都全域又は複数の医療圏を対象に高度専門、行政的医療を提供することを基本的役割としているが、指定を受ければ診療報酬による収益が上がるので、地域医療を積極的に推進していく都立病院においては、今後担うべき医療機能や地域ニーズによっては地域医療支援病院の取得を検討する必要があると考える。

意　見（２１）東京 ER について（本文 103 頁）

東京 ER では、緊急度に応じたトリアージを行い、緊急性の高い患者を優先して診療している。このため、初期救急の患者で緊急対応が必要でない患者の待ち時間が長くなることがあり、こういった状況を改善するため、患者居住地近くのかかりつけ医を紹介するなどの取組を実施している。

特に墨東病院において、実態として初期症状の救急患者が多く、待ち時間が長くなる傾向があるため、地域の住民への周知と理解を求めていくとともに、一層の地域連携を推進していく必要があると考える。

＜公社病院＞

意　見（２２）運営費補助金交付要綱の見直しについて（本文 110 頁）

「東京都保健医療公社活性化プランⅡ」（平成 22 年 2 月）によると、「戦略１１運営費等補助金の見直し」として、「行政的医療と一般医療を明確にするとともに、疾病別の収支分析等を行った上で、現行の補助制度について再度検証していきます。」とし、「収益構造の変化を的確に反映するため、DPC による主要疾病別等の収支計算を行い、それらのデータを分析した上で、運営費補助制度の再構築を図る。」としている。同プランⅡに従って、公社病院への運営費補助金等の具体的な検討を早急に実施することが必要であると考える。

意　見（２３）運営費補助金交付要綱の検討すべき事項（本文 110 頁）

現在の公社運営費補助金交付要綱には、「地域医療機関との連携に基づく地域医療のシステム化を推進」、「住民が必要とする保健医療サービスの提供等」の 2 点が挙げられているが、補助金が支給されていないほかの地域医療支援病院等との差異が十分とは言えない。また、都から公社へと移管するに当たり、公社が現在担っている役割はこの 2 つだけでは説明できないものもあり、交付目的について、より明確な理由を提示し、運営費等補助制度の再構築を図ることが必要である。

補助金の対象項目を見ると都立病院が定めている「行政的医療」と異なっており「生活習慣病」や「がん医療」は、「一般医療」に属するものが含まれていると考えられる医療である。また、「病理解剖経費」、「在宅医療経費」及び「地域医療連携推進経費」については、公社化した病院を対象として、上乗せされている。

さらに、「法人運営に係る経費」については、都立病院では病院経営本部経費の 2 分の 1 が繰入対象となるが、公社では「法人運営に係る経費から法人運営に係る収入を控除した額」全額について補助金の対象となっているので都立病院よりも手厚い補助となっている。

加えて、公社病院の運営が「公設民営」を基本としているため、高額医療機器等については全額運営費補助金が交付されており、都立病院の高額医療機器に対する繰入基準である減価償却費の 10 分の 8 よりも手厚く、交付要綱上「高額医療機器等」とされ、その対象範囲が明確ではない。

一方、現実に感染症医療や急性期精神医療等の「行政的医療」を担っている公社病院において、こうした医療が補助金の交付対象として規定されていない。

補助金の交付要綱の見直しを早急に検討し、特に次の事項の改善について十分な検討を行うことが必要である。

① 運営費補助金交付要綱の交付対象については、ほかの民間医療機関との公平性の観点等から検討する。
② 法人運営経費及び高額医療機器については、結果として都立病院よりも手厚い補助となっているため、一層の経営努力を促す観点から検討する。
③ 都立病院への医療機能移管の遅れにより、感染症や急性期精神といった「行政的医療」を公社病院で担っているにも関わらず、交付対象となっていないことなどの問題が生じている。交付要綱による交付対象の早急な見直しをする。
④ 東部地域病院及び多摩南部地域病院を除く交付要綱に基づく所要額積算額は、全病院で総事業費から総収入を引いた額より過大になっており、積算方法に問題があることが考えられる。積算方法の変更を検討する。
⑤ 東部地域病院及び多摩南部地域病院を除く公社病院では、結果として、交付要綱に基づく所要額積算額ではなく、当期収支差額で交付されている。当期収支差額の計算は、資金ベースではなく、既に運営費補助金が交付されているものに係る減価償却費を除く損益ベースでの計算の採用を検討する。
⑥ 項目別積算方法をみると、生活習慣病医療やがん医療経費における所要額の積算において一般医療に属するものを含む可能性のある方法で計算されている。一般医療分を交付額に混在させないためにも、実態に即した積算方法を検討する。
⑦ 東部地域病院及び多摩南部地域病院における補助金所要額積算額の算定に用いられている係数は 3 年に一度の見直しが行われているとのことであるが、実態から乖離するリスクがある。毎年度、実績に応じた各診療科の経費及び収益を把握できるよう、実態に即した積算方法を検討する。
⑧ 東部地域病院及び多摩南部地域病院を除く公社病院に対する補助項目ごとの積算金額は、基本的には所要額又は A 方式で算定した額（関係経費から関係収入を差引く方法）とされているが、この方法では、不採算医療に対する補助と医療提供上の非効率性に対する補助が混在してしまう可能性がある。民間医療機関のデータ等を参考にし、対象事業ごとの単位費用化など、補助金交付ルールの見直しを検討する。

指　摘（１０）個人の未収金に係る財務会計システムの残高について
（本文 112 頁）

個人の未収金について、個人別管理の医事会計システムの合計値と、個人未収金の合計を管理する財務会計システムの未収金額は本来一致すべきであるが一致していない。財務会計システムの残高をあるべき金額に修正すべきである。

医事会計システムと財務会計システムの残高に差が生じないように、各病院において委託会社から職員への修正内容の伝達について手順を再検討し、さらに徹底する必要がある。

当年度発生した差額については引き続き調査するとしても、過年度発生した差額については、一括で修正処理することも検討されたい。

また、すべての病院において医事会計システムの残高をあるべき残高として督促処理を行っているため、今後は医事会計システムの月次の締め日を定めて、その金額を基に財務会計システムに洗い替え方式で残高を入力する等の方法を検討されたい。なお、洗い替え方式を導入した場合でも、医事会計システムの残高及びデータ修正の妥当性を、職員がもれなく検証することが必要となる点に留意が必要である。

意　見（２４）医事会計システム上の不納欠損処理について（本文 113 頁）

医事会計システムから出力したデータを加工する際に、不納欠損処理分に手動でフラグをたて、これを除外して集計することによりあるべき残高を把握している。

不納欠損処理に対応したシステムへの更新を検討する必要がある。

指　摘（１１）個人未収金の滞納管理について（本文 116 頁）

未収金の管理レベルが著しく悪い病院がある。

督促状の発送基準、発送のタイミングなどの未収金管理の実務を具体的に記述した詳細なマニュアルを作成し、常に実践する必要がある。各病院の良い例を抽出して、全病院で実施し病院ごとに異なる運用を統一すべきである。

指　摘（１２）公社病院の給食材料に係る概算契約について（本文 118 頁）

給食材料の購入は概算契約となっており、材料等の購入実績に応じて実費を支払っている。本契約は、予算の範囲内で予め設定した食数×単価の積算に基づき、締結されているものである。

平成 20 年度契約の推定総金額は約 83 百万円であったが、実績は約 57 百万円であった。平成 21 年度契約の推定総金額は約 83 百万円であったが、実績は約 55 百万円であった。いずれも 30%超、実績が予算を下回っている。

予算統制を有効にするために、契約に当たっては、適正な予定数量に基づいた推定総金額を設定するべきである。

意　見（２５）公社病院で支給される入院指示対応報奨及び入院患者受持対応報奨について（本文 120 頁）

公社では、医師の確保や職員の業績向上等への寄与を奨励するための報奨金制度を設けており、その中に病院に勤務する常勤医師職員及び非常勤医師職員が患者を診察し、入院を決定したときに支給される手当で、一入院当たり 1,500 円が支払われる「入院指示対応報奨」及び病院に勤務する常勤医師職員及び非常勤医師職員が、入院患者の受け持ち医師となったときに支給される手当で一患者一入院ごとに 1,000 円が支払われる「入院患者受持対応報奨」というものがある。平成 21 年度に支払われた両報奨の総額は約 85 百万円である。

しかし、入院の必要な患者に対して医師がその指示をすることや入院患者を受け持つことは業務上当然のことであり、これらの報奨が公社独自の経営判断に基づいた経費であることや、報奨の支給による一定の収支効果を求めているものであること等を踏まえれば、公社の収入で賄われるべきものと考える。

今後、これらの報奨は補助金所要額積算の対象から除外することを検討する必要がある。

意　見（２６）公社の決算における法定福利費の計上不足について（本文 121 頁）

公社の平成 21 年度決算における賞与引当金にかかる法定福利費の計上不足が全体で 122,381 千円あった。

公社が採用している公益法人会計基準には明記されていないものの、会計実務慣行を勘案し、より適正な情報開示を図る観点から、賞与引当金にかかる法定福利費の計上が必要である。

また、豊島病院においては、平成 21 年度決算において平成 22 年 3 月分給与に係る法定福利費の計上不足が 9,555 千円あった。

費用の期間帰属に留意して会計処理する必要がある。

意　見（２７）公社病院の看護師確保対策について（本文 123 頁）

看護必要度の高い公社病院では、今後も継続的に看護師確保対策が求められる。民間の医療機関は、看護師確保対策として、様々な施策、例えば奨学金制度や看護師募集看板の掲出などを行っている。このような民間の医療機関での取組も参考にしながら、看護師確保対策を検討されたい。公社病院においては都からの派遣の看護師の帰任の問題もあり看護師確保の諸策を十分検討し、医療の継続に支障がないようにすることが必要であると考える。

＜共通事項＞

指　摘（１３）基金等の調定金額について（本文 126 頁）

「調定金額」は「請求金額＋保留金額」と本来は一致するはずであるが、現状ではすべての病院で「調定金額」と「請求金額＋保留金額」に不一致が生じている。このような状況で、「調定金額」で医業未収金と医業収益を計上すると、将来的に解消されない医業未収金が発生してしまうことになる。

当該差異はいずれの病院においても発生しているため、現行の手続に課題がある。

実債権としてとらえている額と調定金額に差異が生じている原因を追究し、その結果、必要な場合は調定方法の見直しを行うべきである。

指　摘（１４）計算誤差について（本文 130 頁）

都立病院と公社病院は、あるべき入金額と実際入金額の差異を「計算誤差」として未収金整理簿上で把握している。

差異の原因には様々な要因が考えられるが、返戻額や査定増減額や入金額は基金等からの決定通知で明らかなため、結局は請求金額の認識が誤っていたことになる。それゆえ、この差額分の原因を追求すべきであるが、現状そのような原因分析を十分に行っているとは言い難い。計算誤差が多額に発生した際には、請求金額の算定が誤っている可能性が高いため、原因を精査する必要がある。

さらに、この差額について会計処理を行わなければ、会計上実態のない医業未収金が計上され続けることになるため、当該差額については決定があった後すみやかに処理すべきである。

また、計算誤差が少額であったとしても、この計算誤差を解消させる会計処理を行わずに会計帳簿の誤りを放置してはならない。

指　摘（１５）あるべき医業未収金について（本文 134 頁）

平成 22 年 3 月 31 日の基金等に対する医業未収金残高は、あるべき残高と都立病院全体で約 530 百万円程度、公社病院で約 59 百万円程度相違している。

この差額の主な原因としては、

①　「調定金額」と「基金等への請求金額＋保留金額」との差額

②　「請求金額－返戻（過誤返戻）＋査定増減（過誤査定増減）」で算定されるあるべき入金額と実際の入金額との差額

について徹底した精査と会計処理を行っていないためであると推察される。

早急に当該差異の原因を精査して、あるべき金額に修正すべきである。

また、医業未収金の残高があるべき残高となっていることを適時に確認できるような体制を構築することが必要である。

意　見（２８）返戻レセプトの管理について（本文 135 頁）

返戻レセプトの管理が不十分である。

未収金を適切に管理するために、基金等から返戻があった場合には、債権管理システムに返戻の内容を入力し、「返戻一覧」を出力し、これに再請求日を書き込み請求管理するとともに、その上で責任者が定期的に「返戻一覧」をレビューして、再請求漏れとなっているレセプトがないことを確認することによって適切な債権管理を実施する必要があると考える。

指　摘（１６）保留レセプトの管理について（本文 137 頁）

医師のレセプトチェックが滞っていたことにより多額の保留レセプトが存在していた病院があるなど、保留レセプトの管理が不十分である。

未収金を適切に管理するための保留レセプトの請求管理は、対象診療月ごとに「保留一覧」を打ち出し、「請求年月」欄に顛末を記載して消し込んでいく必要がある。その上で責任者が定期的に「保留一覧」をレビューして、長期間保留となっているレセプトがないかを確認することによって適切な債権管理を実施する必要がある。

また、請求業務の重要性を病院職員全員に徹底し、適時に基金等に請求できるようにする必要がある。

意　見（２９）債権管理システム等の改善について（本文 138 頁）

豊島病院、荏原病院、多摩北部医療センターにおいては、医事会計システムや債権管理システムから、保留レセプトの明細である「保留一覧」及び返戻レセプトの一覧である「返戻一覧」が出力されるが、一覧表が加工可能な形式で出力できないため、個別に表計算ソフトに入力して未収金管理を実施している。

医事会計システムや債権管理システムから管理資料として適した「返戻一覧」及び「保留一覧」を出力できるようにして、未収金管理の効率化を図る必要がある。

意　見（３０）医事会計システムの入力権限の制約について（本文 142 頁）

収納業務を担当する者が、診療代金を収納するとともに医事会計システム上で算定処理も行うことができることとなっている病院がある。

不正防止等の内部統制上の観点からは、医事会計システム上で算定業務を担当する者は算定関連の操作だけしか行えず、また、収納業務を担当する者は収納関連の操作だけしか行えないような権限設定を検討されたい。

意　見（３１）医事業務の委託業者との随意契約について（本文 142 頁）

平成 17 年から平成 22 年までの 6 年間における都立病院と公社病院の医事業務契約を分析すると、都立病院の医事業務契約の業者変更はわずか 1 件であり、ほとんど長期にわたり同一業者による随意契約が継続している。また各年度の契約金額は、前年度比較でアップは 75%、据え置きは 15%、ダウンは 10%となった。これに対して公社病院では業者変更はわずか 4 件であるが、そのうち 3 件で契約価格がダウンし、契約金額の前年度比較でもアップは 42%、据え置きは 32%、ダウンは 26%となっている。

契約金額は仕様の変更もあり必ずしも前年度と同一条件の契約とは限らないが、同一業者との前年と継続する随意契約に当たっては、常に業務の効率化による契約金額や仕様内容の精査が必要であると考える。

意　見（３２）都立病院と公社病院で使用する薬剤の購入に関する共同交渉について（本文 146 頁）

都立病院と公社病院は共同購入による経済性を個々に追求しているが、都と公社は契約を共同で締結できない等の理由から両者共同での業者との交渉はなされていない。

そのため、現行の枠組みの中でも規模の経済を双方が享受することで結果的に公費の投入を抑える契約の仕組みづくりを構築することが望ましい。そうすることで、公社に対する補助金の削減に役立つのみならず、都立病院にとってもスケールメリットが生まれ、今まで以上に共同購入の効果が発揮されるものと思われる。

また、予定単価が薬剤購入単価の上限となることからすれば、予定単価は契約時点の薬剤の取引価格の状況を適時に反映したものとする必要がある。薬剤の取引価格情報を提供する業者の利用や包括的管理業務委託をしている PFI 事業者の購入単価等、参考にできる情報を一層活用すべきと思われる。

都立病院及び公社病院の薬剤共同購入の予定単価に関して、より適切な単価の設定を検討すべきと考える。

指　摘（１７）非常勤職員の出勤簿の管理について（本文 148 頁）

都立病院及び公社病院で非常勤職員の出勤簿をサンプルで確認したところ、自己研修目的での来院について出勤印が押印され報酬が支払われていない事例、先日付での押印の事例、出勤した事実はあるようだが出勤印が押印されておらず報酬が支払われている事例がみられた。

出勤簿は、非常勤医師の出勤の事実を記し、それに基づいて適正に報酬が支払われたことを担保する帳簿である。非常勤医師の出退勤管理等労務管理の徹底については周知を図っているとのことではあるが、出勤の事実を毎日常に管理し、先日付での押印など無いようにあるがままの記載をさらに一層徹底する必要がある。

意　見（３３）都立病院の院内保育業務運営委託契約について（本文 152 頁）

都立病院の院内保育業務運営委託契約において、契約上の定員が実際の保育児数を大幅に上回っている。保育業務の運営委託契約に当たっては、毎年度契約を締結する際には、次年度の院内保育の利用見込みを十分調査し、実態にあった契約を締結する必要がある。また契約時に見込んだ程度の利用実績が無い場合は、契約の適時な見直しが必要であり、また、利用実績に応じて年度中の契約変更を行うなども検討するべきと考える。

さらに、契約の内訳上は 24 時間院内保育の経費は明らかにはなっておらず、総額での契約が締結されているが、こちらについても夜間の利用見込みを十分調査し、精度の高い積算を行い実態にあった契約を締結する必要があると考える。

意　見（３４）公社病院の院内保育業務運営委託契約について（本文 154 頁）

公社病院の院内保育業務運営委託契約において、契約上の定員が実際の利用人数を大幅に上回っている。毎年度保育業務の運営委託の契約を締結する際には、次年度の院内保育の利用見込みを十分調査し、実態にあった契約を締結する必要がある。また契約時に見込んだ程度の利用実績が無い場合は、契約の適時な見直しが必要である。

指　摘（１８）電子カルテシステムの外部委託先の運用保守担当者へのアクセス権管理状況について（本文 157 頁）

都立病院、公社病院とも、電子カルテシステムの運用保守は外部業者へ委託している。運用保守担当者のアクセス権管理は診療部門におけるアクセス権管理よりも厳格に管理すべきであり、ユーザ ID や権限の登録・削除時における明示的な手続を定め、ユーザ ID や権限を定期的に検討し、アクセスログや操作ログを取得することで担当者のシステム内における行動を定期的に監視し、また、ユーザ ID や権限の一覧を記載した管理台帳を作成して、電子カルテシステム上にアクセスできる運用保守担当者やシステム上で実施できる権限を把握管理することが必要である。

したがって、電子カルテシステムを運用保守する外部業者のアクセス権について管理手続を規定し、規定に沿った運用を実施する必要がある。

指　摘（１９）都立病院における医事会計システムへのアクセス権の付与状況について（本文 158 頁）

都立病院の医事会計システムのアクセス権の管理状況を確認したところ、医事課職員が医事会計システムを利用するためのユーザ ID について、医事課端末ごとにユーザ ID が付与され、医事課職員数人から数十人で端末ごとのユーザ ID を共有して利用する病院や医事課が 1 つのユーザ ID を共有して利用する病院があった。パスワードもユーザ ID を共有して利用する職員が知っており、管理されていると言える状況ではない。このため、アクセスログや操作ログを確認しても、どの職員が操作したのかを検証することができない。さらに、パスワードの設定が行われず、ユーザ ID さえ知っていれば誰でも医事会計システムを操作可能な状態となっている病院もあった。

したがって、都立病院における医事会計システムのユーザ ID の付与については医事課職員ごとに付与し、各自パスワードを設定することが必要である。

指　摘（２０）公社病院における医事会計システムのアクセス権の付与状況について（本文 159 頁）

公社病院のうち、ある病院の医事会計システムについては、ユーザ ID とパスワードによるアクセスを制限する機能を利用していないため、誰でも操作することができ、システムとしてはセキュリティ対策が著しく不十分である。当該病院については医事会計システムのアクセス制限機能を利用するよう設定を変更することが必要である。

また、他の公社病院でも医事課端末ごとにユーザ ID が付与され、医事課職員数人から数十人で端末ごとのユーザ ID を共有して利用する病院や医事課が 1 つのユーザ ID を共有しており、パスワードもユーザ ID を共有して利用する職員が知っているため、本人確認の認証として有効に機能していない。さらに、パスワードの設定が行われていない病院もあり、セキュリティ対策が十分ではない。

したがってすべての公社病院において、個人別にユーザ ID を付与し、各自パスワードを設定することが必要である。

指　摘（２１）医事会計システムのアクセス権の制限と操作ログ等によるリスク管理について（本文 160 頁）

都立病院及び公社病院とも必要な職員すべてに個人別に ID を付与されておらず、各人が自ら設定したパスワードを持たないので、システム上の権限設定により、アクセスやデータの修正や削除等の重要業務が実施できる職員を制限することや、職員のアクセスログ、操作ログを取得することができない。

医事会計システムが診療報酬の算定と請求、入金管理に関する機能を担う重要なシステムであることから、個人別ユーザ ID の付与によってアクセス権限を設定し権限のないものが操作できないようにすることや、アクセスログ、操作ログを検討できるようにすることによって不正操作を未然に防ぐようにシステム対応することが必要である。

指　摘（２２）公社病院における部門システムの管理並びにサーバーの管理について（本文 161 頁）

各公社病院内において、診療部門で利用される放射線システムや検査システム等の部門システムの運用管理は、サーバーの設置要件やシステム運用管理等の規定が定められておらず、セキュリティ面やシステム運用面で安全かつ安定した稼動を期待できる水準にあるとはいい難い。施錠管理等による物理的セキュリティを確保し、システム管理者以外の者からのアクセスを制限することにより、安定的な稼働を確保することが求められる。

その上で、部門システムにおいてもサーバーなどの機器に係る論理的アクセス管理やシステムの改修、バックアップ取得やシステム障害時の対応など運用に係る規程を定め、規程に沿った管理を実施することが必要である。

指　摘（２３）公社病院のサーバーラックの施錠について（本文 162 頁）

各公社病院内において、電子カルテシステム並びにネットワークを制御するシステム機器など、病院全体で利用されるシステムの機器は、施錠されたサーバー室のラックに設置されている。これらのラックは施錠がされておらず、サーバー室に入室することができる者であれば、誰でもサーバーにアクセスできる状態にある。サーバー室には複数の外部業者が入室しており、他の外部業者が保守を担当するシステムサーバーを不正若しくは誤って操作することによりセキュリティ事故やシステムダウンによる業務中断が起こる可能性が高くなる。

電子カルテシステムやネットワークは病院業務の中枢を担うシステムであり、電子カルテシステムがダウンすることにより、人命に係わる事故につながる恐れがあることや、患者情報を中心とする個人情報の漏えい防止のために、電子カルテシステムやネットワーク機器が設置されたラックについては施錠管理を徹底することが必要である。

意　見（３５）公社病院における電子カルテシステムの早期導入について
（本文 165 頁）

病院経営本部は平成 20 年 1 月策定の「第二次都立病院改革実行プログラム」において、IT 化推進と情報セキュリティ対策の強化を戦略として掲げている。

そのような中、都立病院ではカルテの一元的な管理、診療情報の共有化を目標に掲げ、平成 15 年度以降各病院に導入してきた。一方、公社病院では平成 16 年度以降各病院に導入してきたが、電子カルテシステム稼動時からどの病院においても機能不足、不具合が発生し、収まることなく現在に至っており、東部地域病院においてもシステムを導入するという当初の計画を達成できずにいる。

一般的に電子カルテシステムは患者情報や診療情報の管理に役立ち、医師間の情報共有による高品質な医療を実現し、部署間の情報共有による患者待ち時間の短縮等、業務効率化を実施するためにも必要不可欠となりつつあるため、公社病院で未だ導入していない東部地域病院、豊島病院においても早期に導入する必要があると考える。

意　見（３６）都立病院の電子カルテシステム運用費用について（本文 167 頁）

都立病院では電子カルテシステムについて、導入するパッケージシステムの仕様やシステム運用における運用保守ベンダーを統一し、サーバー群を都立病院情報システムセンターほか１か所に集約することによる管理を行っているが、この集約管理により運用保守費用が節減されているわけではなく、導入病院の増加に比例して運用保守費用も増加している。

（ⅰ）多摩総合医療センターと小児総合医療センターのように同一拠点に隣接する病院や大塚病院と駒込病院のように近隣病院に対するヘルプデスク要員の統合・削減を検討することや、ヘルプデスク要員の稼働率を検証し稼働率が低い曜日や時間帯があれば配置要員人数の見直しを定期的に実施すること、（ⅱ）障害発生によるシステム停止時間をゼロにすることのみを目的とせずに、システムに障害が発生した場合における手動オペレーションの策定や、機能別停止許容時間を定義し、障害発生状況やオペレーション要員の稼働率を定期的にモニタリングすることなどにより、費用対効果を勘案したオペレーション要員の配置人数を絶えず最適な人数に抑え運用費用の節減に努めることが必要と考える。

意　見（３７）都立病院全体でシステムを有効活用する中長期計画の策定について（本文 168 頁）

都立病院のシステム化戦略や計画について、電子カルテシステムは病院経営本部がカルテの一元管理、診療情報の共有化を目標に掲げ、目標達成のための導入スケジュールの策定等、電子カルテシステムに係る計画を策定している。しかしながら、都立病院の部門システムを含めた都立病院全体のシステム化戦略や中長期目標、計画といったものは策定されておらず、部門システムについては、各都立病院、各部門の判断の下、個別に導入している。

各病院の部門システムの標準化はすべての病院の部門システムを同時に導入する場合と違い、導入時期や利用年数等も異なるためすべてのシステムを対象とすることは困難であると考えられるが、先行する病院で開発した部門システムを、都立病院全体で有効活用するよう中長期目標とそれを達成する計画を策定し、無駄のないシステム投資を実施することが必要であると考える。

意　見（３８）公社病院の現行電子カルテシステムの問題点について
（本文 169 頁）

公社病院の現行の電子カルテシステムは、（ⅰ）電子カルテシステムとして本来保有するべき機能が不足していること、（ⅱ）パッケージベンダーにおけるパッケージシステムのサポート範囲が狭く設定されていること、（ⅲ）システム障害が導入後長期にわたり収束せず増加傾向にあるなどの問題がある。

これらの問題が発生した要因として（ⅰ）パッケージ選定前に必要な検討が不足していたこと、（ⅱ）カスタマイズを実施したためにパッケージソフトのサポート範囲が狭まっていること、（ⅲ）広範かつ無理なカスタマイズを実施したために障害が収束しないことが考えられる。

電子カルテシステムは制度改定に影響を受け、その都度、大規模なマスター変更やシステムのバージョンアップが必要となる。これらのシステム費用は最終的には都の補助金によって補填されることとなる。したがって、次期電子カルテシステムの導入の際には、パッケージ選定時に十分時間をかけパッケージシステムを標準機能のまま導入し、システム関係費用の節減に努めることが必要であると考える。

意　見（３９）次期電子カルテシステム導入のための公社病院業務の標準化について（本文 172 頁）

次期電子カルテシステムの導入を有効なものとするためには公社病院全体として業務を標準化し、その業務フローとの適合性が最も高いパッケージシステムを選定することが求められる。

「次期電子カルテシステム導入計画」における導入スケジュールによると、業務フローの標準化の検討が十分なされないまま、パッケージベンダーを決定してしまっている。

病院別に個別にカスタマイズしていくことがないように、現状の導入スケジュールを見直し、公社病院全体として早急に、業務フローの標準化・統一に向けた検討と現場使用者のコンセンサスを得ること、そして出来上がった標準システムを各病院揃って有効活用できるように十分な研修を行い業務の改善を図ることが必要であると考える。

意　見（４０）公社病院の電子カルテシステム導入における組織体制について
（本文 173 頁）

電子カルテシステムの導入に当たって情報システム担当者に強い権限が与えられていないと、比較的容易な業務フローの変更で対応可能なことを現場に要求出来ず、医師、看護師の要求に合わせシステムをカスタマイズする方向へ進みやすい。

情報システム担当者を電子カルテシステム検討委員会の中心メンバーとして機能させることが、カスタマイズのないシステムを構築するための重要な要素となる。

そのためには、情報システム担当者は、システム技術の知識や情報システムの動向把握はもちろんのこと、医療現場で起きている問題を正確に把握するために必要な医療部門における業務知識、他病院での導入経験を有することや豊富な事例を研究していることなどが求められる。通常、このような専門家の育成は長い期間を要するため、短期的には医療情報システムに精通した専門家の利用等により、電子カルテシステム検討委員会の調整役を配置することが必要であると考える。

意　見（４１）病院経営全般に係るリスクの検討について（本文 177 頁）

病院経営本部では、優先度が高い個別リスク（医療事故、災害、感染症、情報セキュリティ等）についてはリスク管理体制を整えているが、「病院経営全般に係るリスク管理」のような総合的リスク管理は行われていない。ここでいう「総合的リスク」とは、病院の経営目標の達成を阻害する要因のことを指し、例えば大まかには、「業務活動リスク（人事関連リスク、危機管理関連リスク、情報システム関連リスク、法務関連リスク、経理・財務関連リスク、サービス関連リスクなど)」、「経営戦略リスク（経営企画関連リスク、組織管理関連リスクなど)」「外部環境リスク」等の区分で整理される。

とりわけ病院事業は、総合的なリスク管理体制を構築して、安定的・継続的に高品質のサービスを提供していかなければならない。

病院経営本部は、総職員数で 6,000 人を超える大所帯であり、本来であれば民間の大企業並みの総合的なリスク管理体制を備えておくべき組織であるので、今後内部統制の整備強化が求められる中で病院経営全般に係る総合的リスク管理体制を構築していくことが必要であると考える。

財団法人である公社においても、会社法と同様に経営全般に係るリスクに対して内部統制システムを構築することが求められており、公社病院の経営全般に係る総合的リスク管理体制を構築していくことが望まれる。

意　見（４２）都立病院における中期経営計画における経営指標の目標値の設定について（本文 182 頁）

都立病院の中期経営計画に該当する「第二次都立病院改革実行プログラム」において示されている計画期間中の主要な経営指標（「自己収支比率」、「経常収支比率」、「病床利用率」、「給与費比率」）の目標値は、平成 20 年度の予算額を基準として、再編整備後における医療機能の強化に伴う診療単価の増や、廃止病院の将来的な土地売却に伴う特別利益、後年度の現員推計（職員数の推計）に基づく給与費などについても個別に算定し計上しているが、他の同種同規模病院の経営状況との比較分析等は行われていない。

中長期の経営計画における目標値は、年度の事業計画における目標値と異なり、挑戦目標の性格を持つべきものであり、都立病院以外の外部の病院にも目を向け経営状況の良好な同種同機能病院の経営状況などと比較分析し、中長期的に目指すべきより高い目標を設定し、経営改善に取り組まれたい。

意　見（４３）都立病院における BSC における業績評価指標の選定について（本文 182 頁）

「第二次都立病院改革実行プログラム」で示された 4 つの主要経営指標のうち、平成 20 年度以降の BSC で管理されている指標は「自己収支比率」と「病床利用率」の 2 つのみであり、「経常収支比率」及び「給与費比率」の 2 つの指標については BSC では管理されていない。しかしながら、「経常収支比率」については、繰出金によって経常赤字が常に補てんされている現状に対し、将来の繰出金算定基準が見直された場合は、病院自体の経営結果としての経常収支を示す重要な経営指標となると考えられることから、BSC で管理することが必要となってくる。また「給与費比率」については、確保したマンパワーが効率的・効果的に収益に貢献しているかどうかを評価する上で非常に重要な経営指標であり、病院別に BSC で管理すべきであると考える。

また、プログラムの施策項目として掲げられている材料費の節減・合理化に関連する指標についても業績評価指標として設定されたい。

意　見（４４）都立病院における病院目標と部門目標の整合性について
（本文 187 頁）

財務の視点に係る業績評価指標は、病院の経営状況を測る重要な指標であり、その中でも特に「病院経営本部の指標」、「各病院の共通指標」と「各病院の部門別の指標」の整合性が取れ、最終的に「部門レベルで認知された目標」について管理していくことが重要である。

そのためには各都立病院において、「部門別に目標を管理してその結果として病院の目標を達成していく」ために効率的かつ効果的な目標設定手法を構築していくことが必要であると考える。

意　見（４５）都立病院における BSC の組織全体への浸透について（本文 189 頁）

病院経営本部によると BSC の職員への周知方法については、病院経営本部では毎月開催されている「院長・事務局長会」等で説明し、各病院では、運営会議や幹部会等を通じて各部門の責任者に説明し、各部門では、所属職員へ説明している。したがって各部門の責任者までは、具体的に会議等の場で周知されていることが確認できたが、組織目標は組織の末端まで浸透して初めて目標達成に向けての当事者意識が働くと考えられることから、確実に組織の末端まで情報が行き渡る仕組みの構築は不可欠であると考える。例えば、部門責任者から所属職員への説明と説明の際に使用する説明資料の構成（病院経営本部 BSC、病院 BSC、部門別 BSC 等）等について病院経営本部から各病院に対して指示するなど、各都立病院の全職員が BSC について同程度の情報を共有できるような仕組みを構築されたい。また情報共有化の手段として院内掲示をより有効に活用することも検討されたい。

また、都立病院全体で実施されている職員満足度調査の質問項目として経営目標の浸透度や BSC の理解度等についての質問を追加することなどにより経営目標や BSC の浸透状況を継続的にモニタリングすることも必要であると考える。

意　見（４６）公社病院における BSC の導入状況について（本文 191 頁）

公社病院においては経営管理のためのツールとして、平成 17 年から BSC が導入されている。平成 21 年度は、BSC で設定された指標 21 項目中 11 項目において目標を達成しているが、残り 10 項目については目標未達成である。また、「収支改善計画値」として設定されている 6 項目のうち目標を達成しているのは、「平均在院日数」と「新入院患者数」の 2 項目のみであり、残りの 4 項目（「自己収支比率」、「病床利用率」、「新来患者数」、「外来患者数」）については目標未達成の状況であるため、特に改善が必要である。

公社病院では、6 病院のうち診療科別 BSC を作成していない病院が 2 病院あり、取組状況に差がある状況である。

公社病院全体の目標値の達成状況が芳しくない現状に対応するためには、各病院がそれぞれの目標を達成するためには、各部門別に達成すべき目標値を明確に定め、部門ごとに責任を持って適切な目標管理をしていく必要があると考える

意　見（４７）都立病院における職員満足度調査結果の集計・分析方法について（本文 196 頁）

職員の満足度の低迷を受け、病院経営本部では、平成 21 年度から都立病院の組織力の向上を図るため「働きやすい病院づくり運動」を実施しており、職員満足度調査はその成果を知る一つの手段として位置付けられている。

病院経営本部の職員満足度調査結果の分析は、病院別、属性別の職員満足度の経年変化や都立病院間での職員満足度の比較に留まるだけでなく、特に病院経営の健全化に資するという観点から、病院別の詳細な職員満足度調査結果の分析データを作成するとともに、患者満足度や病床利用率など職員のモチベーションに関連すると考えられる経営指標との相関等についても分析することで、問題点の抽出や効果的な改善策の検討などにより経営改善をしていくことが必要である。また、職員満足度が高く、病院の業績が良好な病院において具体的に職員の満足度を高めるためにどのような取組が行われているのかについて調査・分析し、効果の高い取組については、都立病院全体で横断的に取り組むことを検討されたい。

また、医師については相対的に満足度調査票の提出率が低いことから提出の向上に向けた更なる工夫を施すことで、正確な実態把握に基づいた職場環境の改善につなげる必要があると考える。

意　見（４８）公社における職員満足度調査の導入状況について（本文 198 頁）

公社では、もともと職員満足度調査を実施していなかったため、公社病院のうち職員満足度調査を実施しているのは、病院経営本部から移管された大久保病院、荏原病院、豊島病院の 3 病院と多摩南部病院のみである。

公社としては日常業務の中で職員の要望はある程度把握できているとのことであるが、職員満足度調査を行っている公社病院について看護師の満足度を見てみると看護師の満足度は低迷している状況が伺える。看護師確保対策は行われているものの、看護師の満足度は低い水準となっている状況を考慮すると、公社として看護師の確保・定着の観点から看護師の満足度の向上は緊急の課題であるといえる。

公社としては、秘匿性の高い職員満足度調査を行うことで、日常業務において上司等に相談できない不満足な事項に関する情報も吸い上げることが可能となることから公社全体で職員満足度調査を実施するとともに、調査結果の分析結果を踏まえて、公社として横断的に取り組むべき課題の抽出や特に職員の満足度の低い病院に対する対応方法の検討等を行われたい。

登録番号 (22) 132

平成２３年２月発行

平成２２年度包括外部監査報告書（指摘・意見一覧）

発行　東京都総務局行政改革推進部行政改革課
東京都新宿区西新宿二丁目８番１号
電話番号　03(5388)2321

印刷　株式会社アド
東京都港区港南五丁目５番３５号
電話番号　03(5783)5438

R70
古紙パルプ配合率70%再生紙を使用しています