

平成 16 年度

千葉県包括外部監査の結果報告書

(その1)

《千葉県病院事業》

千葉県包括外部監査人

公認会計士 藤代政夫

包括外部監査の結果報告書目次

I.	外部監査の概要	1
1.	外部監査の種類	1
2.	選定した特定の事件（テーマ）	1
3.	監査対象期間	1
4.	監査対象部局	1
5.	特定の事件（テーマ）を選定した理由	1
6.	外部監査の方法	1
(1)	監査要点	1
(2)	主な監査手続	2
7.	結果報告書に記載した事項	2
8.	外部監査の実施期間	2
9.	補助者	3
II.	結果及び意見の要約	4
III.	千葉県病院事業の概要	16
1.	概要	16
2.	組織	16
3.	経営状況	17
4.	病院健全化	19
IV.	外部監査の結果	22
1.	一般会計繰入金	22
2.	人件費関係	35
3.	固定資産関係	39
4.	在庫管理（薬剤・医療材料）	40
5.	債権管理	44
6.	会計処理関係	50
7.	情報システム	52
V.	利害関係	65
	包括外部監査の結果報告書に添えて提出する意見	66
1.	人事・給与関係	66
2.	契約事務	68
3.	債権管理	70
4.	情報システム	73

千葉県病院事業の経営管理に関する提言 別冊参照

包括外部監査の結果報告書

1. 外部監査の概要

1. 外部監査の種類

地方自治法第 252 条の 37 第 1 項及び第 2 項に基づく包括外部監査

2. 選定した特定の事件（テーマ）

千葉県立病院（病院事業）の財務事務の執行と経営管理について

3. 監査対象期間

平成 15 年度の執行分

4. 監査対象部局

千葉県病院局

5. 特定の事件（テーマ）を選定した理由

千葉県では、高度かつ特殊な専門医療を取り扱う 4 病院（がんセンター、救急医療センター、精神科医療センター、こども病院）、地域における中核医療と循環器に関する高度かつ特殊な専門医療を行う循環器病センター、及び地域の中核医療を行う 2 病院（東金病院・佐原病院）の 7 病院を設置して運営している。各病院とも医業外収益としての負担金交付金を除くと慢性的な赤字状態となっている。

平成 15 年度における千葉県の病院事業に対する負担金交付金は約 100 億円となっており、これらの負担を行っても病院事業は約 20 億円の赤字となっている。

そこで、公立病院の存在意義を踏まえて、病院事業の赤字の原因を分析し、地方自治法第 2 条第 14 項（住民の福祉の増進、最少の経費で最大の効果を挙げること）、および第 15 項（組織及び運営の合理化、規模の適正化）の趣旨に鑑みて、当該事項を検討することが有用であると判断したためである。

6. 外部監査の方法

(1) 監査要点

各事業の財務事務の執行は、法令規則等に準拠しているか。

各事業は、効率性、経済性、有効性の観点から適切に行なわれているか。

企業債及び企業債利息の管理が適切に行われているか。

固定資産の取得及び維持管理は適切に行われているか。

薬品等の管理は適切に行なわれているか。

業務委託の契約手続は適切に行われ、その内容及び金額は経済性、効率性の観点から適切であるか。

職員給与は千葉県の給与関係規程に基づいて適切に計算されているか。

一般会計からの繰入金は、千葉県の財務規則等に基づいて適切に計算されているか。病院事業に係る情報システム（財務会計システムを含む）は適切に整備、運用されているか。情報システムの投資に対する効果が十分に発揮されているか。

(2) 主な監査手続

「千葉県病院事業財務規則」及びその他関連する規定について調査し、事務手続のこれら規定等への準拠性を検証した。

台帳及び明細表等を閲覧し、必要に応じて試査により、裏付けとなる証憑と突合した。

救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターの各病院に往査し、関係者から取引等の内容につき説明を聴取した。

救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターの各病院に往査し、固定資産の現場視察を実施した。

救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターの各病院に往査し、事務手続の規定等への準拠性を検証した。

病院局経営管理課、救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターに往査し、情報システムについて質問、関係書類の閲覧を行い、対象とした経営管理課及びセンターの情報システムの投資及び管理運営が適切に行われているかの吟味を行った。

7. 結果報告書に記載した事項

包括外部監査の結果報告書に記載した事項は次のとおりである。

千葉県病院事業の「財務に関する事務の執行」に係る合规性（適法性及び正当性）についての指摘事項

千葉県病院事業の「経営に係る事業の管理」について合理性と能率性を欠く事項で重要と判断された事項

8. 外部監査の実施期間

平成 16 年 7 月 7 日から平成 17 年 2 月 1 日まで

9. 補助者

公認会計士	畝井 俊樹	公認会計士	今泉 順理
〃	梅里 悦康	コンサルタント	田村 貴海
〃	前田 祐一	〃	小野木 雅史
〃	熊谷 真宏	〃	小笠原 秀樹
会計士補	森田 和雄		

II. 結果及び意見の要約

千葉県病院事業の概況

千葉県の病院事業は、高度・特殊な専門医療を取り扱う4病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、地域における中核医療と循環器に関する高度・特殊な専門医療を行う循環器病センター、及び地域の中核医療を行う2病院（東金病院・佐原病院）の県立7病院を設置・運営している。

従来は、地方公営企業法の一部適用のみであったが、平成16年4月1日から全部適用を採用した。この結果、7病院については、病院事業管理者としての千葉県病院局長が統括管理する自立した組織体となった。

平成15年度の決算の状況は、医業収益が257億75百万円、当期純損失が20億55百万円であった。医業外収益には国庫補助金81百万円、千葉県からの負担金交付金98億77百万円が含まれ、約100億円の税金が充当されている。

【結果】

1. 一般会計繰入金

(1) 一般会計繰入金の問題点

詳細な計算規定の不在

一般会計繰入金は、地方公営企業法の規定及び「平成15年度の地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)に従って計算されている。この通知には、詳細な計算方法が規定されていないことから、次のような問題がある。

- ・計算の方法に幅がある
- ・経費の差額補充的繰入を可能としている

実費精算の欠如

予算段階では、平均値等を用いた積上計算が各病院の繰入金計算書上で行われ、この金額を基礎として一般会計からの繰入金が決められている。実績値により計算した金額と予算上の繰入金とは異なるが、繰入金について実績値との精算処理は行われていない。負担金、補助金としての性格からは、各病院が予算値と実績値との比較を行い、実績値との過不足額については、未収入金または未払金を計上し、翌期に精算を行うという手続きが必要である。

基準外繰入

上記は、基準に従っている場合(いわゆる基準内繰入)であるが、その他に総務省の通知に定められていない基準外繰入が平成15年度に24億円行われている。

(2) 政策医療と一般医療の区分について

地方公営企業としての県立病院事業は、公共性から政策医療(県民の健康を守るために取り組む疾病を対象とする医療)を提供する一方、独立採算を前提とした一般医療も提供している。繰入金により県の一般会計で負担するのは、政策医療に関わる部分が原則で

ある（政策医療に係わる繰入金として、平成 14 年度 71 億 58 百万円、平成 15 年度 65 億 3 百万円が支出された）。

地方公営企業は、独立採算を原則とするが、他方で政策医療を行うことにより不可避免的に生じる経費（コスト）があり、この経費を補填するために一般会計が負担金を支出しているのであって、このことを明確にするために一般医療と政策医療を区別し、県民に説明を行う必要がある。

したがって、各県立病院の収益および費用に関し、一定の基準による区分計算を行い、政策医療と一般医療を区別して繰入金を計算する必要がある。

しかしながら、例えば、薬品や医療材料等については、区分せずに一括して費用処理しており、一般医療と政策医療とを区分した診療科別損益計算は行われていない。

政策医療と一般医療に係る人件費の区分や医薬品等の在庫管理が適切に行われていない現状では、一般医療に係る経費と政策医療に係る経費を区分して把握することはできない。今後、入手可能なデータから合理的な基準を作成し、一般医療部分と政策医療部分を区分する必要がある。

（３）２号該当経費について

地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 2 号該当経費（地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営にともなう収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費）については、効率的経営を行った場合、経費が収入を上回れば、その部分の金額を繰出すことが出来ることを規定している。現状では、必ずしも効率的な経営が行われているとは言い難く、効率的な経営と非効率的な経営が区分されることなく、収入を上回る経費部分が繰入金により補填されている。２号経費の趣旨からは、過大な繰入が行われていると考えることができる。

類似の自治体病院あるいは民間病院との比較を行い、合理的で達成可能な経営指標を設定し、効率的な経営が行われたと判断できる場合にかぎり、収入を上回る経費部分を補助対象とすべきである。

（４）一括繰入

繰入基準により各項目を計算する一方、収入をもって充てることが困難な経費の一括繰入ができる規定となっている。すなわち、がんセンター及び救急医療センターに対して、次のような繰入が行われている。

がんセンター 高度医療に要する経費

高度な医療に要する経費として、887 百万円が繰入れられている。この額は、収益的収支に係る一般会計からの繰入金（３条負担金）の合計額 1,861 百万円の 48%の割合を占めている。これは、給与費、材料費、経費、雑損失及びその他経費の合計から総収入を差し引いて計算されている。

救急医療センター

救急医療センターの繰入金計算書によると、平成 15 年度一般会計繰入金算出の基礎

となった費用（収入控除前）は、約 4,573 百万円（予算ベース 税込み）である。これに対し、同年度の施設別損益計算書における実際費用合計は、約 4,656 百万円（実績ベース 税抜き）であった。しかし、繰入金算出基礎の内訳では、個々の費目では算出基礎額を上回るものが多いが、合計額ではわずかに実際費用合計が上回っている。これは、救急医療センターの入院収益の大幅な増収により、材料費を病院間流用し、結果的に実際の費用が予算額を上回ることになったためとの説明を受けている。

材料費が増加したとしてもそれ以上に収入が増加したと考えられる。入院収益の大幅な増収によりむしろ繰入金は減少すべきものと考えられる。負担金申請額の基礎数値については、算定根拠を明らかにするとともに、実績数値の内容を分析して受け取るべき負担金の額を算出し、受け取った金額が妥当なものであったかどうかの確認をする必要があると考える。

（５）総務省基準と千葉県基準の比較

千葉県が総務省基準外で一般会計から繰入を行っている金額は、平成 14 年度 2,318 百万円、平成 15 年度 2,387 百万円である。基準外の内容としては、基準が対象外としているものと総務省基準の繰入率を上回る繰入率により繰入を行っているものがある。

総務省の基準対象外とされている経費の主なものは統括管理費であるが、統括管理費として、平成 15 年度 1,805 百万円（3 条負担金に占める割合は約 18%）、平成 14 年度 1,698 百万円（同約 16%）を支出している。

しかし、統括管理費は、政策医療を行うか否かに関わらず発生し、病院事業を行う上で必要不可欠な費用である。基本的には地方公営企業の独立採算という枠組みの中で、能率的経営により回収を行うべき費用であると考えられる。

2. 人件費関係

（１）退職時の昇給に関する問題点

県の病院事業に従事した平成 15 年度退職者（自己都合退職者を除く）については、退職時に特別昇給として 1 号給ないし 2 号給昇給の上、退職手当が支給されていた。

現在、千葉県においては、20 年以上の勤務期間があり、昇給の都度「勤務成績が良好」と評価されていれば、ほぼ自動的に「勤務成績が特に良好」と評価され、特別昇給した状態で退職手当が計算される。

現状の評価方法によれば、退職時における業績評価を改めて行う明文化された制度はなく、在職中に勤務成績が「良好」である者が退職時にほぼ一律に「在職中勤務成績が特に良好」と評価される事となり、在職時の評価と退職時の評価が整合性を欠いている。

退職時の特別昇給（1 号給又は 2 号給）は、千葉県では平成 16 年度にその上限を 1 号給とし、平成 17 年度において廃止することが検討されている。基本的に知事部局と同様の給与体系を採用する病院局においても、同様の措置を講じるため、現在県立医療施設労働組合との調整を行っている。退職時の特別昇給は、上記調整を経た上で、確実に廃止することが望まれる。

なお、平成 15 年度においては、退職に特別昇給がなされたことにより、退職金は総額 18 百万円（一人平均 473 千円）多く支給されている。

（２）調整手当

調整手当として、基準額（給料月額＋管理職手当＋扶養手当）に 5%ないし 2%を乗じた金額が支給されている。また、医師、歯科医師である者に対しては、一律 10%を乗じた金額が支給されている。

千葉県の給料表は毎年改定が行われているが、調整手当については、昭和 64 年 1 月に支給率を決定して以来、当該支給率は改定が行われていない。

元来、主として給与に民間賃金の地域格差を反映させる目的で設定されたものであるが、現在、千葉県内において「物価及び生計費が特に高い地域」とそうでない地域があるということは考えにくく、上記調整率のような支給格差が生じているとは理解しがたい。

また、医師、歯科医師に対する調整手当は、勤務地の別によることなく、一律支給がなされている。この点、病院局の見解は、人材確保の問題から、医師、歯科医師の給与水準を引き上げる必要があるための措置であり、かかる措置は東京都区部を除き、国を含めほぼ全国的に講じられているとの事であった。

しかし、この見解による調整手当の支給は、当手当の本来の支給趣旨とは異なるものであり妥当なものとは考えられない。また、医師、歯科医師に関しては、独自の給料表及び初任給調整手当、給与の調整額によって勤務困難性に対する手当がなされていることから、手当の重複といった感は否めない。以上より、調整手当の支給根拠に照らした支給対象の見直し、若しくは支給自体の見直しを早急に検討する必要がある。

なお、平成 15 年度の調整手当は、462,474 千円が支給されている。

（３）給料の調整額

現状では県の医療機関に在勤する全ての医療職職員に対し、調整額が支給されている。かかる手当を追加的に支給する必要があるのであれば、特に重篤な患者を扱う医療機関に勤務する医療職職員だけを対象として支給することが「勤務条件が同じ職務の級に属する他の職に比して著しく特殊な職に対し適当でないと認めるとき」に支給を定めた趣旨に合致すると判断する。よって、現状では医療職職員に対して、過度の手当を支給していると考えられる。

従って、給料の調整額はその支給根拠の合理性を欠くものであり、支給対象の見直し又は支給自体の廃止を含めて検討する必要がある。

なお、平成 15 年度においては、給料の調整により 579,769 千円が支給されている。

（４）診療手当

特殊勤務手当のひとつである診療手当は、著しく危険、不快、不健康又は困難な勤務その他の著しく特殊な勤務の場合に支給される手当である。当該手当は、医師及び歯科医師が業務上の診療または手術等を行った場合、日額 1,200 円が支給されている。

医師、歯科医師の職務は、患者の診療、治療に当たるとの特殊勤務であることは当然であり、既に医療職給料表において医師、歯科医師の勤務の特殊性に関する考慮はなされていると考えるのが相当であり、現状では医師、歯科医師に対する過剰な手当であると考えられる。また、この趣旨における不規則労働に関する見解においても、時間外勤務手当および管理職手当によって十分な保護がなされていると考えるべきであり、二重の手当である感が否めない。

したがって、診療手当は支給根拠に合理性を欠くものであり、廃止することが必要であると考えられる。なお、平成 15 年度においては、診療手当として 68,548 千円が支給されている。

3. 在庫管理（薬剤・医療材料）

(1) レントゲンフィルムの管理

救急医療センター

フィルムの枚数チェックを行ったところ、

カウント数 半切ドライ 724 枚 不足 95 枚

B4 ドライ 645 枚 不足 82 枚

過去、不足枚数については、払出処理を行っていなかったために生じたものと考えられる。棚卸差異については、翌年度以降に繰り越すことなく、毎年度末に原因を調査した上で棚卸減耗の会計処理を行う必要がある。

がんセンター

レントゲンフィルムの管理簿は作成されておらず、保管場所に積んであるのみで、持出管理（受払管理）も行われていない。また、現品のカウントも行われていない。

レントゲンフィルムの適切な管理のためには、レントゲンフィルムの受払を記録した管理簿を作成し、定期的な実地棚卸を行う必要がある。その上で管理簿と棚卸結果を照合し、差異理由等を明記して管理者に報告する必要がある。

なお、当センターでは、フィルムは購入時に費用処理され、貯蔵品等に資産計上していないが、他病院との会計処理の統一が必要である。

循環器病センター

平成 11 年 4 月から平成 16 年 7 月迄の間に 12,581 枚の差損（実在庫数 7,049 枚に対し帳簿数量 19,630 枚）が発生していた。差損の原因分析は行われていないが、原因分析が必要である。また、差損を翌期以降に繰り越すことなく毎期に減耗処理する必要がある。

管理表を作成しているとはいえ、入庫枚数の内訳と使用枚数の内訳が明確になっていない。内訳を正確に把握しない場合には、不明分の原因分析も難しく管理表の意味をなさない。在庫数量に差異が生じた場合に適切に分析ができるように管理表を作成すべきである。

(2) 循環器病センターの在庫管理

帳簿数量と実際数量との差異は、可能な限り原因分析を行い、原因不明分については、棚卸減耗損として処理する必要がある。現状では、帳簿数量の信頼性が低く、原因分析が不能である。また、期限切迫品リスト、不動在庫リストが作成されていない。実地棚卸に際しては、不動在庫等の状況を把握する必要がある。

(3) 循環器病センターの在庫管理システムのマスター保守

薬剤管理に使用しているシステムは、本来、診療材料管理用のシステムであるため、薬剤の管理には適していない。薬品購入契約は、病院局が行い、病院局が薬品マスターを保有している。循環器病センターの薬品マスターの更新には、病院局の薬品マスターをそのまま使用することができず、病院の作成したマスターを手入力により更新する必要がある。手作業による場合は正確な入力も難しいと考えられる。

多品種におよぶ薬品管理については、正確なマスターファイルの維持が不可欠であり、また、各病院においてマスターファイルを更新する手間を省くため、病院局マスターを自動更新できるような方法を検討する必要がある。

このためには、在庫管理システムの統一が望ましいが、今までシステム統一の観点からの在庫管理システム等の導入は行われてこなかった。

4. 債権管理

(1) 診療報酬未収金について

平成 16 年 3 月 31 日現在において、7 病院全体で一年以上滞留している未収金残高が総額 2 億 95 百万円発生していた。

診療報酬の未収金は、社会保険診療報酬支払基金等の審査支払機関に対する請求分と患者本人対して病院の窓口で徴収できなかったものがある。

前者は、査定減、返戻等の問題が生じない限り、回収について通常不納欠損となることはない。一方、後者は、患者の生活事情等により診療報酬を払ってもらえない場合に生じ、特に、高額な入院費用の負担が出来ないため多額の不納欠損が生じていると考えられる。

医業収益に対する未収金の割合が多いのは、救急医療センター(2.4%)と東金病院(2.7%)である。また、未収金残高に占める 1 年以上未回収の割合は、救急医療センター(12.4%)と東金病院(14.4%)が他の病院に比べて突出している。救急医療センター及び東金病院には、他の病院よりも患者自己負担の未収金の回収が遅延する要因があるものと考えられる。

回収遅延の未収金のうち、生活困窮を理由とするものが 39.3%、次いで、分割納入を理由とするものが 23.1%、死亡を理由とするものが 13.1%を占めている。

生活困窮を理由とするものが、救急医療センターでは約 30%、東金病院では 62.2%である。両病院とも回収が遅延し、未収金の回収に苦戦しているのは、患者層に生活困窮者が多いことが原因と考えられる。

一年以上回収が遅れた未収金残高の多くは回収されずに、債権が生じてから 5 年後に財務規則に基づき、いわゆる不納欠損として貸倒処理が行なわれている。

県立病院の患者には、日本の社会保険制度に加入できない人、生活保護を受けなければならないような人もおり、病院として治療費を受け取れない場合もあるようである。民間病院よりは医業未収金が回収できずに貸倒となる確率は高いものと推測される。しかしながら、現状では債権回収の努力の跡が窺えない。債権発生後 5 年経過したものについて、単に不納欠損の処理を行えばよい訳ではなく、回収の努力をする必要がある。

(2) 債権管理マニュアル

各病院とも債権回収は「未収金取扱要領」に基づき、適切に実施しているとの認識である。しかしながら、具体的なマニュアルは作成されておらず、往査した 3 病院（救急医療センター、がんセンター、循環器病センター）においては、統一的な事務手続は決められていなかった。診療報酬未収金の回収に携わる担当者の経歴を見ても、過去に債権管理の事務を担当し、未収金の回収ノウハウを有していると認められる者は見受けられない。

県税の徴収業務等に通じた債権管理のノウハウを有する担当者を配置する、あるいは、債権管理の具体的なマニュアルを作成し、最低限実施すべき事項、実施すべき期限等を明記し、債務者（患者）への接し方など具体的に記述する必要がある。

(3) 診療報酬未収金管理業務の連携不足

診療報酬未収金は、当年度分は医事班において管理され、年度を超えると財務班に引き継がれている。相互のシステムに連携はなく、財務班で診療報酬未収金の管理を行うためには、手作業により医事会計システムのデータを移行させるか、あるいは医事会計システムのデータをもとに手書きの管理台帳を作成するしかない。

さらに、回収が銀行振込などの場合、未納者の支払状況が財務班から医事の窓口などにタイムリーに伝えられず、病院の窓口で患者に直接督促できないなど、患者によっては滞納の未収金がさらに増えているケースが散見される。

医事会計システムのデータと財務会計システムのデータは整合性がとられるべきであり、未収金に関しては医事班と財務班はデータを共有し、業務の引継ぎの時期を見直すなど両者連携して未収金の回収に努める必要がある。

(4) 未収金の適時管理

一部の病院において入院患者の退院時に入院費用の精算は行われず、請求書を後日手渡すか郵送するかを確認している。入院患者が退院するに際しては入院費用を精算できるよう事務手続きを進めるべきであり、退院当日費用を支払えない場合は、納入通知書を手渡すべきと考える。精算が遅れている病院については、業務処理手順を見直す必要がある。

納入通知書発行後、納付がないと督促状（納入告知）を送付している。それでも納付がないと納入催告書送付するが、送付の時期など明確な手続きは定められていない。

請求手続き、督促状の送付、臨戸徴収を一連の業務として必要に応じてもれなく実施

するよう手続きを明確化すべきである。

(5) 督促について

電話による督促は医事班が実施しているが、電話をかけるのが平日の日中であり、何度か電話しているが同じ時間帯に実施しているため、留守などの場合が多く実効が上がっていない。

臨戸徴収は財務班が実施しているが、医事班から財務班へ未収金管理業務が引き継がれるのは債権発生から一年近く経過後であり診療報酬未収金発生の翌年度となり、十分な効果を挙げていないと考えられる。

必要に応じて(徴収可能性の高いものについて)職員が臨戸により徴収をすることとされているが、往査した3病院とも臨戸徴収はほとんど実施されていなかった。

また、入院時等に保証人を求めておきながら、診療報酬未収金の回収に当たっては保証人と交渉していないケースがあり、保証人へ請求を徹底すべきである。

(6) 診療報酬未収金の分割回収

多額の治療費を一度に支払えない場合に分割払いを認めているものであるが、分割の基準が明確になっていない。また、分割払いを認めるのは誰なのか未収金取扱要領には明記されていない。

現状では分割支払の約定が分割支払申込書のみによっている。このため、分割払いの約束をしながら1回支払った後は滞留となっている場合や分割払いの金額を1度も支払わないで滞留がそのままとなっている場合もある。

分割支払いについては、承認権限が明確ではないため、担当者の判断で行われている。未収金取扱要領によると未収金の回収責任は病院長にあると思われるが、事後的にでも適切な承認が必要である。

(7) 診療報酬の返戻について

社会保険診療報酬の返戻金は、基本的には回収可能なものと考えられるが、返戻を管理する台帳がないため、事務手続き上の問題で回収されていないものがある。返戻が確実に処理されたかどうかを確認できるよう管理台帳の整備が必要である。(救急医療センター)

なお、返戻が生じると事務手続きが増すため、返戻が生じないように請求内容の十分なチェックや定期的な保険証の確認が必要である。

5. 会計処理関係

(1) 退職給与引当金

退職手当に対する引当金が計上されていない。現状では、当該手当を支出した年度に費用処理を行っており、いわば現金主義による会計処理がなされている。

地方公営企業法第20条においては、発生主義に基づく会計処理を規定している。退職金は給料の後払いの性格を有しており、勤続年数の経過とともに職員の在職期間中に発生していると考えられることから、その発生した各年度に勤続年数の経過に伴う要支給額の

増加額等を基準に費用計上（引当金計上）すべきである。また、多額に上る退職手当に関する債務の費用化について、早急に検討が必要であるとする。

平成 15 年度末における在職職員 1,870 名に対する退職給与引当金について、自己都合退職の場合の要支給額を試算すると、6,462 百万円と計算され、それだけの隠れ債務が存在していることになる。

（２）期末勤勉手当に対する引当金

期末勤勉手当に対する引当金が計上されていない。現状では、当該手当を支出した年度に費用処理を行っており、いわば現金主義による会計処理がなされている。

地方公営企業法第 20 条において、費用・収益および資産・負債・資本につき発生主義に基づく会計処理を規定している。平成 16 年 6 月に支給された期末勤勉手当は、平成 15 年 12 月から平成 16 年 5 月までを支給対象期間とし、当該期間の勤務実績に基づき支給されるものであるため、平成 15 年 12 月から平成 16 年 3 月の期間に対応する金額は、平成 15 年度の費用として引当計上されるべきものであった。平成 16 年 6 月における実際支給金額を用いて概算するに、10 億 36 百万円程の引当金を計上する必要があったと考えられる。

6 . 情報システム

（１）個人情報保護

情報セキュリティ対策

「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」には、個人情報に関する漏洩防止等情報セキュリティ対策が規定されていない。このため、個人情報として漏洩防止等情報セキュリティ対策が万全であるとは言えない。

一般的に、個人情報は個人を推定できるもの全てが含まれその範囲が広く、媒体は、電子媒体、紙媒体を問わないものとされている。電子媒体に限定した「診療録及び診療諸記録の電子保存に係る規定」だけでは、個人情報をカバーをすることができない。

個人情報保護に関し、漏洩防止等情報セキュリティ対策についての必要な措置を図る必要がある。

委託契約における秘密保持契約ないし個人情報の安全管理等条項の未締結

外注先との業務委託契約において、業務従事者等の退職後の守秘義務を定めていないため、職を退いた後も守秘義務が続くことが明確になっていない。

業務契約において、次の条項を記載する必要がある。

- （ア） 受託事業者が守るべき内容及びその守秘義務
- （イ） 情報セキュリティ基本方針及び情報セキュリティ対策基準が遵守されなかった場合における損害賠償等の規定
- （ウ） 個人情報の保護のために必要な措置

【意見】

1. 人事・給与関係

(1) 住居手当

住居手当は、知事部局との均衡を図るため病院局の条例に基づき支給されている。大都市を中心に住宅難及び土地、建築費等の著しい高騰等を考慮して導入されたものであり、その支給対象者は自ら住居を賃借している者及び所有住居に居住している世帯主である。

最近においては、民間では住居手当を含む各種手当に関する支給見直しがなされている。また、国及び地方公共団体等においても、住宅の所有者に対する住宅手当の廃止あるいは縮減が検討されている。住居手当の支給に関して支給の要否の検討または支給対象の見直しが必要と考える。

なお、住居手当は平成 15 年度において 130,371 千円支給されている。

(2) 公舎の無償貸与及び賃料

高度・特殊医療を扱う 4 病院に付設する公舎の職員への貸与が無償となっている。これは、人材の確保及び福利厚生の一環として行われているものである。

急患や福利厚生の見地より公舎を準備することは合理的であるが、医療職職員に対する各種の手当を勘案すると、公舎の無償貸与は行き過ぎと考えられる。他の 3 病院についても付設の公舎は有料となっているとはいえ、近隣の賃料相場に比べて低く抑えられている。例えば月額賃料 6~7 万円で借り上げた公舎を医療職職員へ月額 1 万円前後で転貸している。当該負担が福利厚生のための支出として相当か疑問である。

公舎の貸与を有償に統一し、近隣相場を加味した賃料を設定することが望まれる。また、公舎の利用状況を検討し、不要であれば売却等の処分を行うことが望まれる。

2. 契約事務

(1) 高額医療機器の購入

高額医療機器の購入に際しては、一般競争入札を実施しているが、実際の入札参加者は 1~2 社しかない。これは、目的の機器の仕様が特定メーカーの医療機器に限定されているものと推測される。

最先端の医療機器とそれと比べると少し性能は劣る医療機器を性能とコストの面から比較検討すべきと考える。

また、高額医療機器の購入に際して病院間の優先順位が明確でない。機器購入の予算が潤沢にあるとは思えない。病院の機能を勘案して機能や必要性和病院に対するインセンティブ等を考慮して機器導入の優先順位を検討すべきと考える。

(2) 委託契約

医療機器の保守契約は、医療機器メーカーあるいは代理店等と毎年随意契約により業務を委託しているが、当該契約時には価格交渉の余地はほとんどないと考えられる。

一定の条件を満たすことを前提に総価方式（機器購入代金に保守料を加えたもの）による競争入札制度の導入を検討すべきである。

3. 債権管理

(1) 未収金回収の体制の見直し

財務班で未収金の回収業務を担当しているのは1名であり、マンパワー不足が認識されている。そのため、過年度未収金についてもっぱら文書による催告しかやっていないところもあり、臨戸徴収が実施されていない等、未収金回収に尽力できない体制と言わざるを得ない。

また、人事ローテーションにより医事班、財務班の職員の医療事務の経験年数が短い点から、未収金回収業務への実効性を阻害する要因になっている感がある。

そこで、1)病院で未収金回収業務に人員を振り分けるか、2)病院局として未収金回収に取り組むべく税収の徴収には専門の徴収部隊がいるのと同様に病院局としても未収金回収の専門的な徴収部署を設置する等、未収金回収体制を作る必要がある。

(2) 未収金回収の確実性を高める対応

入院患者の場合、入院保証書及び保証人からの確約書を手取るも、入院患者から未収代金を回収することはほとんどなく形骸化している。入院患者から診療報酬未収金を回収できない場合には、保証人へ請求するなど未収金の回収に努めるべきである。

(3) 診療報酬の査定減について

診療報酬のうち保険から支払われるものは、社会保険診療報酬基金や国民健康保険組合などの審査支払機関へ請求されるが、請求内容によっては支払を拒否される場合がある。いわゆる査定減であり、薬剤の過剰投入など審査機関において処置が適切でないとされたものである。

審査機関から査定の通知があったものについて院内において診療報酬検討会を開催して、審査内容を検討のうえ再審査請求の可否を判断している。毎月40~50件の査定減とされたもののうち再審査請求が行われるのは月に数件であり率にして5%以下である。査定減とされた診療報酬は、保険者(患者)には請求されず病院の損失となっている。

院内において査定減の内容の検討は行われているが、診療科別、医師別等の分類による把握は行われておらず、査定減をいかに防ぐかの観点からの検討は行われていない。

(救急医療センター)

査定減の結果を診療科別、医師別等に分類し査定減を極力少なくする工夫が必要である。

4. 情報システム

(1) システム投資効果

情報システム共有化によるコスト低減

コストの低減化の観点から各病院の業務フローを標準化することにより、病院オーダリングシステム等を共有化できないか検討することが必要である。

レセプトの電子データによる請求

レセプトの電子データによる請求により、コスト低減が可能かについて検討することが必要である。

(2) 情報セキュリティ

財務会計システム及び医事会計 / オーダリングシステム上、コンピュータウィルス対策が病院局及び各病院においてとられていない。「情報セキュリティ対策の規程等」を定め、コンピュータウィルス対策を図る必要がある。

III. 千葉県の病院事業の概要

1. 概要

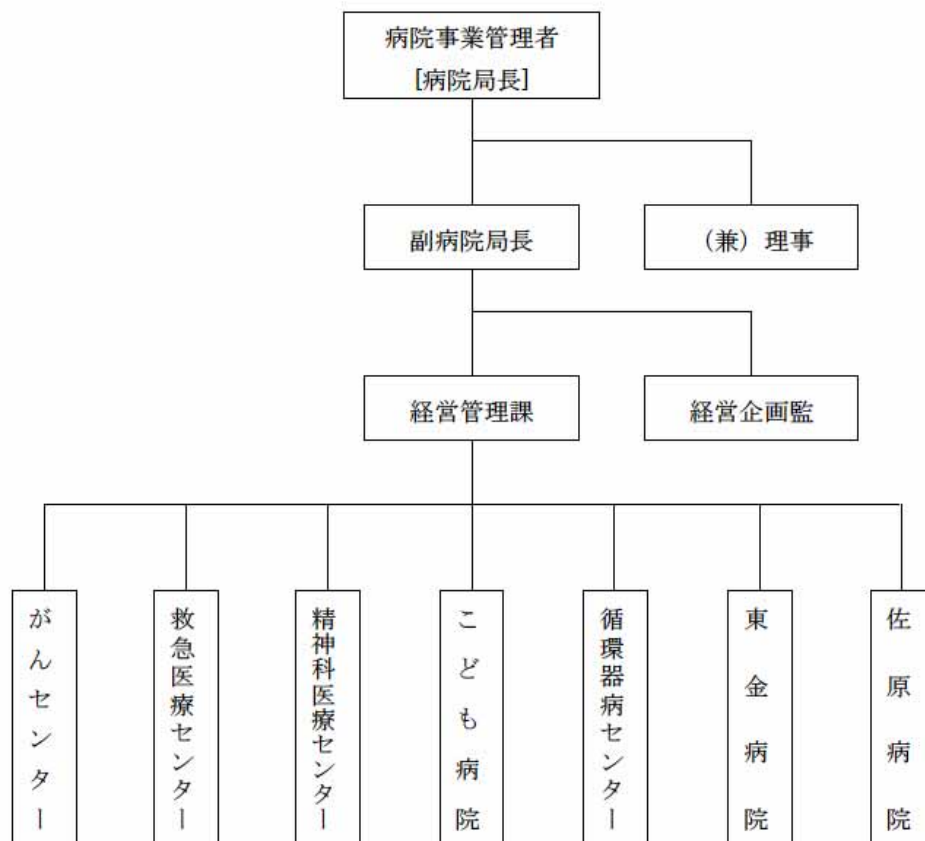
千葉県の病院事業は、高度・特殊な専門医療を取り扱う 4 病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）、地域における中核医療と循環器に関する高度・特殊な専門医療を行う循環器病センター及び地域の中核医療を行う 2 病院（東金病院・佐原病院）の県立 7 病院を設置・運営している。

平成 15 年度の実患者数は、入院患者が延 40 万人、外来患者が 61 万人となっており、前年度と比べると入院患者は若干増加したものの外来患者はやや減少した。

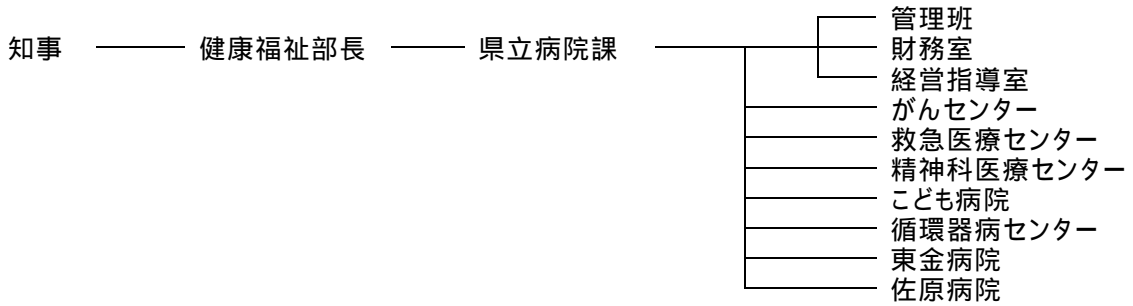
2. 組織

平成 15 年度までは千葉県健康福祉部県立病院課が各病院を統括していたが、平成 16 年 4 月より県立病院課が病院局に改組され、従来は、地方公営企業法の一部適用のみであったが、地方公営企業法の全部適用となった。この結果、7 病院を病院事業管理者としての病院局長が統括管理することになった。

平成 16 年度病院局の組織体制



平成 15 年度の病院事業の組織体制



3. 経営状況

平成 15 年度の決算の状況は、医業収益が 257 億 75 百万円、当期純損失が 20 億 55 百万円であった。医業外収益には国庫補助金 81 百万円、(千葉県からの)負担金交付金 98 億 77 百万円が含まれている。

(1) 比較損益計算書

(単位：百万円)

収益的収支	平成 13 年度 実績	平成 14 年度 実績	平成 15 年度 実績
医業収益	26,228	25,596	25,775
入院収益	18,230	18,203	18,862
外来収益	7,726	7,128	6,596
その他医業収益	271	264	317
医業費用	37,751	37,154	36,081
給与費	19,046	18,734	18,470
材料費	9,996	9,627	9,044
経費	5,279	5,333	5,326
減価償却費	3,290	3,319	3,119
資産減耗費	36	40	32
研究研修費	102	99	90
医業利益 (: 損失)	11,523	11,557	10,306
医業外収益	11,929	11,187	10,233
国庫補助金	82	81	81
負担金交付金	11,582	10,820	9,877
患者外給食収益	33	36	32
研究受託収益	167	96	70
その他医業外収益	65	151	173
医業外費用	2,055	2,024	1,981
支払利息	1,021	949	887
繰延勘定償却	0	0	0
患者外給食費	26	28	25
受託研修費	102	53	47
雑損失	905	992	1,022
医業外利益 (: 損失)	9,873	9,163	8,252
経常利益 (: 損失)	1,649	2,394	2,055

収益的収支	平成 13 年度 実績	平成 14 年度 実績	平成 15 年度 実績
特別利益	-	-	-
特別損失	-	-	-
当期純利益（：損失）	1,649	2,394	2,055
前年度繰越利益（：欠損金）	12,563	14,212	16,607
当年度未処分利益（：未処理損失金）	14,212	16,607	18,662

資本的収支	平成 13 年度 実績	平成 14 年度 実績	平成 15 年度 実績
資本的収入	3,184	3,966	3,119
企業債	1,203	1,746	1,466
国庫補助金	1,935	117	89
他会計負担金	30	2,086	1,549
長期貸付金返還金	6	15	8
寄付金	10	-	7
資本的支出	4,048	4,962	3,858
建設改良費	1,408	2,087	1,728
企業債償還金	2,554	2,786	2,042
他会計長期借入金返還金	80	80	80
長期貸付金	5	7	6
無形固定資産取得費	-	2	2
国庫補助金等返還金	-	-	0
収支差	863	996	739

(2) 比較貸借対照表

最近5年度の貸借対照表は、下表のとおりである。

（単位：百万円）

勘定科目	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度
有形固定資産			
土地	3,669	3,669	3,669
建物	35,527	34,897	33,497
構築物	446	493	466
器械備品	8,075	7,477	7,460
車両	23	22	21
放射性同位元素	0	0	0
建設仮勘定	533	399	344
その他有形固定資産	33	33	33
有形固定資産合計	48,311	46,993	45,494
無形固定資産			
電話加入権	9	9	9
その他無形固定資産	15	9	20

勘定科目	平成13年度	平成14年度	平成15年度
無形固定資産合計	25	19	29
投資			
長期貸付金	118	95	79
投資合計	118	95	79
固定資産合計	48,454	47,108	45,603
流動資産			
現金預金	351	296	687
未収金	4,235	4,310	4,481
貯蔵品	438	325	335
その他流動資産	93	93	193
流動資産合計	5,118	5,025	5,698
繰延勘定			
控除対象外消費税額	1	0	0
繰延勘定合計	1	0	0
資産合計	53,574	52,135	51,302
固定負債			
未払金	-	-	-
その他固定負債	-	-	-
固定負債合計	-	-	-
流動負債			
未払金	3,550	3,514	3,842
その他流動負債	242	212	189
流動負債計	3,793	3,727	4,032
負債合計	3,793	3,727	4,032
資本金			
自己資本金	12,070	12,070	12,070
借入資本金	33,210	32,090	31,434
資本金合計	45,280	44,160	43,504
剰余金			
資本剰余金	18,712	20,854	22,427
利益剰余金	14,212	16,607	18,661
剰余金合計	4,499	4,247	3,765
資本合計	49,780	48,408	47,270
負債資本合計	53,574	52,135	51,302

(注) 百万円単位未満の端数は切り捨てて表示している。

4. 病院健全化

(1) 千葉県立病院健全化・将来構想における問題意識

「千葉県立病院健全化・将来構想」(以下「提言」という。)が平成16年3月に発表されている。提言が公表される経緯として、千葉県立病院の現状と課題が分析されている。

「多額の累積欠損を抱える病院事業に対して、迅速に進めるべき改革案を示すとともに、将来の医療のあり方や患者サービスの視点にたって、自治体病院としての県立

病院の役割を見直す」必要性から「千葉県立病院経営健全化・将来構想策定委員会」が設置され、平成 15 年 2 月の中間報告において、短・中期の具体的な戦略及び県立病院の将来的なあり方について、その方向性が示された。

さらに、平成 16 年 3 月には、「中長期的な視点から県立病院の抱える構造的な問題、課題について抜本的な改革を迫り、かつ実効性のある施策を打ち出すとともに、県の健康保険医療行政の中での位置づけ、地域、他医療機関との関わり、さらに患者ニーズの変化などへの対応など、様々な視点からの検討を踏まえて、県立病院の将来のあるべき姿について」提言がなされた。

提言における現状分析

17 億円に及ぶ単年度欠損、140 億円の累積欠損を計上し、同時に一般会計繰出金は 130 億円を超え、病院総収益に占める割合も 30%に達している。

要因として、施設環境と経営の 2 つが挙げられている。

- ・高度医療専門のセンターについて、200 床程度の中規模な施設が中心となっている。単独型、かつ地理的に分散しているため、資源の有効活用等で制約されていること。
- ・給与や材料費、経費における増加抑制について、これまで必ずしもコストパフォーマンスに拘らない運営を行ってきたことから、経営に対する努力不足も否めない。

課題（抜粋）

将来における県立病院は、健全な運営を前提とした、県域全体における保健医療の中核的拠点として、また、医療水準向上に向けた人材育成機能など県（立）としてなすべき分野、領域、内容を明確にして、納税者である県民が求め、納得する医療の提供を行うことが基本的な使命となる。また、県が担う医療は、民間および市町村等が対応しえない領域分野および診療を中心に、その位置付けを明確にし新たな時代への取り組みも視野に入れていくことが求められている。

そして、短期集中的な取り組み（経営健全化）が提言されている。

提言の要旨として、

戦略的・弾力的な病院経営に向けた組織体制の再構築を図り、中間報告で示したとおり、平成19年度において単年度収支均衡を目指す。

- ・地方公営企業法全部適用を契機とした県立病院の一体的かつ効率的な運用の実現
- ・一般会計からの適切な繰入と基準の明確化による県民に向けた経営の透明性確保

病院事業の赤字経営脱却と県民に対する県行政サービス支出としての合理性をより追求する観点に基づき、一般会計から病院事業会計への繰入基準について、病院の経営努力と行政的医療への負担がより明確になるよう見直しを行い、病院経営の健全化と透明性を確保する。

・「提言」における問題意識

現状分析として、一般会計繰出金が巨額であること、病院総収益に占める割合も他自治体と比較して高いこと、
提言として、病院事業の赤字経営脱却と県民に対する県行政サービス支出としての合

理性をより追求する観点に基づき、一般会計から病院事業会計への繰入基準について、病院の経営努力と行政的医療への負担がより明確になるよう見直しを行い、病院経営の健全化と透明性を確保すること

IV. 外部監査の結果

1. 一般会計繰入金

地方公営企業法（以下、「本法」という。）では、その性質上、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、およびその企業の性質上能率的な経営を行なっても経営に伴う収入をもって充てることが客観的に困難と認められる経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計または他の特別会計において負担することができる旨を定めている。しかし、これらを除いては、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てなければならないとし、上記の負担金を除いては、原則として地方公営企業の経費は収入をもって賄うとする独立採算制を定めている。

他方、本法は地方公営企業に対する負担金の他にも、補助、出資、長期貸付（以下、任意の支出という）による地方公営企業への支出を認めている。

以上の負担金、任意の支出については、総務省より毎年「××年度の公営企業繰出金について」という通知が出されており、これに基づいて具体的な（一般会計からの）繰出金の運用がなされている。

(1) 千葉県病院事業に対する一般会計負担金の現状

平成 14 年度、平成 15 年度における一般会計負担金

繰入金明細書に掲げられている千葉県病院事業に対する一般会計負担金の内訳は、以下のとおりである。上位 4 項目（高度医療に要する経費、統括管理費、救急医療の確保に要する経費、借入金元金の償還に要する経費）の占める割合が高く、平成 14 年度が約 9,069 百万円（約 70%）、平成 15 年度が約 7,918（約 69%）となっている。この内、上位 3 項目は政策医療費（平成 14 年度 71 億 58 百万円、平成 15 年度 65 億 3 百万円）として、一般会計負担金を多額にしている要因のひとつとなっている。

表 1 一般会計負担金の内訳

（単位：百万円）

項 目	平成 14 年度		平成 15 年度		平成 16 年度(予算)	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
病院の建設改良に要する経費(4条)	176	1.4%	135	1.2%	101	1.0%
借入金元金の償還に要する経費(4条)	1,911	14.8%	1,415	12.4%	1,490	14.3%
借入金利子の償還に要する経費	857	6.6%	801	7.0%	553	5.3%
へき地医療の確保に要する経費						
結核病院の運営に要する経費	73	0.6%	67	0.6%	52	0.5%
精神病院の運営に要する経費	0	0.0%	0	0.0%	169	1.6%
リハビリテーション医療に要する経費						
周産期医療に要する						
小児医療に要する経費	0	0.0%	0	0.0%	1,469	14.1%
公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費						
救急医療の確保に要する経費	1,849	14.3%	1,598	14.0%	1,825	17.5%
高度医療に要する経費	3,611	28.0%	3,100	27.1%	2,748	26.3%

項 目	平成 14 年度		平成 15 年度		平成 16 年度(予算)	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
公立病院附属診療所の運営に要する経費						
保健衛生行政事務に要する経費						
経営基盤強化対策に要する経費	1,026	7.9%	921	8.1%	926	8.9%
地方公営企業職員に係る基礎年金拠出額に係る公的負担に要する経費	201	1.6%	188	1.6%	192	1.8%
特殊医療に要する経費	630	4.9%	555	4.9%	548	5.3%
保健衛生行政事務に要する経費	545	4.2%	527	4.6%	347	3.3%
看護婦確保対策経費	226	1.7%	205	1.8%	0	0.0%
統括管理費	1,698	13.2%	1,805	15.8%	0	0.0%
医師住宅に要する経費	43	0.3%	45	0.4%	0	0.0%
職員健康診断に要する経費	32	0.3%	37	0.3%	0	0.0%
患者搬送に要する経費	16	0.1%	16	0.1%	0	0.0%
駐車場借り上げに要する経費	14	0.1%	15	0.1%	0	0.0%
地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費	0	0.0%	0	0.0%	10	0.1%
合計	12,908	100.0%	11,426	100.0%	10,431	100.0%

また、千葉県的一般会計負担金が事業収益に占める割合が約 27%であるのに対して、埼玉県は約 25%であり、千葉県の方が一般会計負担金への依存度が高くなっている。資本的収支を見ても千葉県の 15 億円に対して埼玉県は 5 億円となっている。埼玉県は当期純利益は黒字であるが、千葉県は大幅な赤字であり実質的な差は、上記の割合以上に大きい。

表 2 千葉県及び埼玉県の事業収益に占める一般会計負担金の割合

(単位:百万円)

項 目	千葉県		埼玉県	
	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 14 年度	平成 15 年度
(収益的収支)				
医業収益	25,596	25,775	23,136	25,097
医業外収益	11,187	10,233	9,193	8,484
合計事業収益	36,783	36,008	32,328	33,581
負担金交付金	10,820	9,877	9,071	8,342
事業収益に占める一般会計負担金割合	29.4%	27.4%	28.1%	24.8%
(参考)当期純利益	2,394	2,055	810	1,515
(資本的収支)				
他会計負担金	2,086	1,549	728	568

表 3 埼玉県の一般会計負担金と累積欠損金・利益剰余金の推移

年度	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
一般会計負担金	123億円	115億円	108億円	98億円	89億円
累積欠損金・利益剰余金	36.5億円	23.8億円	15.6億円	7.5億円	7.5億円

(注) 一般会計負担金には、資本的収支の他会計負担金を含む

(2) 一般会計繰出金の定義・意義

地方公営企業法の規定

地方公営企業法では、地方公営企業が一般会計等において負担すべき経費を以下のよう

- ・1号該当経費：その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費（地方公営企業法第17条の2第1項1号）であり、一般会計から負担するものとされる。
＜地方公営企業法施行令第8条の5第1項＞
 - ・看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費
 - ・救急の医療を確保するために要する経費
 - ・集団検診、医療相談等保険衛生に関する行政として行われる事務に要する経費
- ・2号該当経費：当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費（地方公営企業法第17条の2第1項2号）である。
＜地方公営企業法施行令第8条の5第2項＞
 - ・山間地、離島その他のへんぴな地域等における医療の確保をはかるため設置された病院又は診療所での立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費
 - ・病院の所在する地域における医療水準の向上を図るため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

つまり、

独立採算が原則とされる地方公営企業において、公共性から実施している政策医療に係る1号及び2号経費については一般会計が負担すること、

1号該当経費は、全額を負担する、

2号該当経費については、能率的な経営を行った場合の経費が収入を超える額を負担する、

ということを規定している。

「平成15年度の地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局長通知)

地方公営企業法に基づき一般会計から地方公営企業へ繰出される際のガイドラインとして、総務省自治財政局長から各都道府県知事及び各政令指定都市市長宛の「平成15年度の地方公営企業繰出金について」が通知されている。

この通知で定められた基本的な考え方に沿って一般会計から公営企業会計へ繰出しを行ったときは、その一部について必要に応じ地方交付税等において考慮するとされている。

以下に一部を抜粋する。

- ・病院の建設改良に要する経費
趣旨

病院の建設改良費について一般会計が負担するための経費である。

繰出しの基準

病院の建設改良費（当該病院の建設改良に係る企業債及び国庫（県）補助金等の特定財源を除く。以下同じ。）及び企業債元利償還金のうち、その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額（建設改良費及び企業債元利償還金の2分の1（ただし、平成14年度までに着手した事業に係る企業債元利償還金にあつては3分の2）を基準とする。）とする。

・救急医療の確保に要する経費

a. 趣旨

救急医療の確保に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

b. 繰出しの基準

ア 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）第2条の規定により告示された救急病院における医師等の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額とする。

イ 災害拠点病院が災害時における救急医療のために行う施設（通常の診療に必要な施設を上回る施設）の整備に要する経費に相当する額とする。

・高度医療に要する経費

a. 趣旨

高度な医療で採算をとることが困難であっても、公立病院として行わざるをえないものの実施に要する経費について、一般会計が負担するための経費である。

b. 繰出しの基準

高度な医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額とする。

・経営基盤強化対策に要する経費

病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費

ア 趣旨

病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費の一部について繰り出すための経費である。

イ 繰出しの基準

当該年度の4月1日現在の職員数が地方公務員共済組合法の長期給付等に関する施行法（昭和37年法律第153。以下「施行法」という。）の施行の日における職員数に比して著しく増加している病院事業会計（施行法の施行日以降に事業を開始した病院事業会計を含む。）に係る共済追加費用の負担額の一部とする。

(3) 一般会計繰入金の問題点

詳細な計算規定の不在

一般会計繰入金は、上記の定義に従って計算されているが、上記定義が詳細な規定となっていないため、実際には、その趣旨を十分に反映した計算が各地方公営企業に対して求められる。しかし、詳細な計算方法が規定されていないことより、以下の問題がある。

- ・ 計算の方法に幅がある
- ・ 差額補充的繰入（赤字補填）を可能とする規定内容

例えば、高度医療に要する経費については、千葉県としての高度医療の定義（範囲）

を行ったうえでそれに要した経費を、個々の細目ごとに積み上げにより計算された結果としての合計額が繰入られているのではなく、他の項目により繰り入れが行われなかった金額を対象として不足額を補充的に繰入している。

すなわち、何が高度医療かを明示しそれに要する経費を算出しなければならないが、基準上その範囲が明示されていない。

実費精算

予算数値により繰入を行った後、実績値と比較して精算することが行われていない。

予算段階では、平均値等を利用した積上計算が各病院の繰入金計算書上行われており、この金額を基礎として一般会計からの繰入金が決められている。このため、予算と実績に差がある場合は、実績値により計算した場合の繰入金とは計算結果が異なることになるが、繰入金について実際計算値との精算が行われていない。負担金、補助金としての性格からは、各病院が予算値と実績値との比較を行い、実績値との過不足額について未収入金または未払金を計上し、翌期に精算を行うという手続きが必要である。

基準外繰入

上記は、基準に従っている場合（いわゆる基準内繰入）であるが、総務省の通知に定められていない基準外繰入が行われている場合がある。

統括管理費（「病院統括管理費」）や看護婦確保対策経費などは総務省の通知には明示されていない。平成 15 年度にはその金額は 24 億円であった。

(4) 政策医療と一般医療（非政策医療）の区分について

地方公営企業としての県立病院事業は、公共性より政策医療を供給する一方で、独立採算を前提として一般医療も供給しており、効率性が求められている。よって、繰入金により県が負担を行うのは政策医療部分ということが原則となる。

地方公営企業は、独立採算を原則とするが、他方で政策医療を行うことにより不可避免的に生じる経費（コスト）があり、この経費を補填するために一般会計が負担金を支出しているのであって、このことを明確にするために一般医療と政策医療を区別し、県民に説明を行う必要がある。

したがって、各県立病院の収益および費用に関して、一定の基準による区分計算を行い、政策医療と一般医療を区分して繰入金を計算する必要がある。しかし、例えば、薬品や医療材料等については一括して費用処理されているのみであり、一般医療と特殊医療とを区分した原価計算は行われていない。

政策医療に係る人件費の把握や医薬品等の在庫管理が適切に行われていない現状では、一般医療に係る経費と政策医療に係る経費を区分して把握することはできない。入手可能なデータにより合理的な基準に基づき一般医療部分と政策医療部分を区分する必要がある。

以下においては、入手できたデータを基にして政策医療部分の試算を行った。

救急医療センターにおける政策医療部分の試算

救急医療センターの繰入金計算書によると、平成 15 年度一般会計繰入金算出の基礎となった費用（収入控除前）は、約 4,573 百万円（予算ベース 税込み）である。これに対し、同会計年度における施設別損益計算書における費用合計は、約 4,656 百万円（実績ベース 税抜き）となっている。算出基礎額 4,573 百万円の内、4,118 百万円が、救急医療の確保に要する経費とされている（約 90%）。つまり、発生費用のほとんどが救急医療という政策目的（救急医療ために必要な医師等の待機及び空床の確保等に必要経費）のために発生したと判断していると考えられる。

しかし、実際には、重篤救急患者に対する救急救命処置を目的とした専門医療以外の医療サービスの提供も行われており、一般会計が負担する繰入金計算にあたっては、政策医療との区分計算を検討する必要があると考える。

救命救急センター運営状況報告の患者の来院方法別内訳（平成 15 年 4 月から平成 16 年 3 月までの累計表）によると、新規患者数は 2,062 名、再来患者数は 9,429 名となっている。

救命救急センター運営状況報告の患者の来院方法別内訳

（単位：人）

	初期救急医療施設からの転送			二次救急医療施設からの転送			直接			計		
	救急車	その他	小計	救急車	その他	小計	救急車	その他	小計	救急車	その他	小計
新規患者												
入院	99	5	104	663	12	675	622	32	654	1,384	49	1,433
非入院	21	40	61	56	55	111	136	321	457	213	416	629
小計	120	45	165	719	67	786	758	353	1,111	1,597	465	2,062
再来患者												
入院	15	6	21	62	3	65	146	433	579	223	442	665
非入院	1	9	10	16	3	19	50	8,685	8,735	67	8,697	8,764
小計	16	15	31	78	6	84	196	9,118	9,314	290	9,139	9,429
合計	136	60	196	797	73	870	954	9,471	10,425	1,887	9,604	11,491

この内、来院方法が直接で、その他に区分される非入院患者は、新規と再来を合わせて 9,006 人となり、全体患者数に占める割合は、約 78%となる。他の医療施設から転送や救急車で搬送ではなく、また、非入院である場合には、少なくとも、重篤救急患者に対する救急救命処置を目的とした専門医療以外のサービスが提供されたものと考えられる。

このことにより、救急医療センターにおいては、政策目的以外の医療サービスの提供も行われていること、そして、このサービス提供により生じた費用を政策医療と一般医療に区分せずに一般会計から繰入を行うことは、適切ではない。

現状の経営管理体制から判断すると政策医療に関わる費用と一般医療に関わる費用を区分することは相当の困難が伴うことが予想される。救急専門医療機関において一般医療に近いことを行うのであれば、政策医療に関わる費用（第 3 次救急医療の確保に

要する経費)の基準を示し、政策医療に考え方とそのコストを県民に対して説明する責任がある。

なお、平成 16 年改正により、救急医療の確保に要する経費の計算方法が変更され、常勤医師および看護師数が医療法に定める標準員数を超える員数について、平均給与額、病床利用率、調整率により算定することとなったが、一般会計繰出金の算定においてはすべて第 3 次医療の確保に要する経費として取り扱われていることに変わりはない。

循環器病センターにおける高度医療に要する経費についての試算

循環器病センターの繰入金算出基礎合計額は、5,108 百万円であり、この内、高度医療に要する経費として 3,938 百万円(基礎合計額の約 77%)が集計されている。医師・看護師等の給与費、材料費、経費、高度医療に要する減価償却費、退職給与金の合計である。

循環器病センターが作成した同病院の「平成 14 年度年報」によると、循環器病センターは、循環器病に関する高度かつ専門的な医療の提供を行うとともに、充実した一般医療サービスの提供を行うことを特色としている(8 頁 概要)。よって、高度医療に要する経費として集計された上記金額の内には、高度医療以外に一般医療サービス提供に係る費用が含まれていることとなる。

同年報の 77 頁および 78 頁には、患者の地域別分布という統計資料が記載されていて、循環器科系と一般診療科系別に延数が集計されている。

これを利用して試算してみると、患者数では 50%ずつであることがわかる。

表 循環器病センターの患者数

(単位：人)

項目	外来	入院	合計	比率
循環器科系	58,006	39,766	97,772	50%
一般診療科系別	74,830	22,973	97,803	50%
合計	132,836	62,739	195,575	100%

材料費、高度医療に要する減価償却費については、上記割合による按分はなじまないが、給与・経費・退職給与については、患者数を按分の基礎の一つと考える。給与・経費・退職給与を合計すると、2,326 百万円となり、これに 50%を乗じると 1,163 百万円となる。

なお、病院局では、循環器病センターの繰入金算出基礎合計額には、一般医療分について、一般医療と高度医療とでその病床数の割合 4：6 で算出し、これを除いている。

(5) 2号該当経費について

本法第 17 条の 2 第 1 項第 2 号該当経費(地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営にともなう収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)については、効率的経営を行った場合の経費が収入を上回る部分の金額を繰出すことを規定している。現状では必ずしも効率的な経営が行われているとはいい難く、効率的な経営と非効率的な経営が区分されることなく、経費が収入を上回る部分が繰入金により

負担されており、2号経費の趣旨からは、過大な繰入が行われていると考えることができる。

類似の自治体病院や民間病院との比較と行い、合理的で達成可能な経営指標を設定し、効率的な経営が行われたと判断できる場合に、経費が収入を上回る部分のみを繰入対象とすべきである。

以下の2点は、非効率部分を区分する必要があると考えられる例である。

薬剤・医療材料の非効率な使用

薬剤・医療材料の費消について、過剰使用や紛失、過剰仕入を原因とする廃棄処理等が非効率的な使用として区分されていない。また、薬剤について、期中の台帳が不正確であり、棚卸時に現物数と帳簿数の差が生じても、棚卸差異の原因が不明であるため、破損・期限切れの破棄薬品以外はすべて薬品費として処理されている（循環器病センター）。差異の原因を把握して、原因に応じて区分することが必要であると考えられる。

不納欠損の取り扱い

多額の不納欠損が発生している。これは、本来であれば、患者から回収すべき費用である。不納欠損が生じる理由として、債務者側の理由と徴収者側の理由があるが、一般会計により負担すべき不納欠損について基準を設けることなく、全額を一般会計が負担することは、上記2号該当経費の趣旨に合致しないと考えられる。

平成16年度からは、不納欠損について一般会計からの繰入は行われていないとのことである。

(6) 一括繰入

繰入基準により各項目を計算する一方で、収入のみをもって充てるのが困難な経費以外の差額を一括して繰入れることができる規定となっている。

高度医療に要する経費

例えばがんセンターでは、高度な医療に要する経費として、887百万円が繰入れられている。収益的収支に係る一般会計からの繰入金（3条負担金）の合計額は1,861百万円であり、合計額に占める割合は、約48%である。これは、給与費、材料費、経費、雑損失およびその他の経費の合計から収益総額を差し引く形式により計算されている。

救急医療センター

救急医療センターの繰入金計算書によると、平成15年度一般会計繰入金算出の基礎となった費用（収入控除前）は、4,573百万円（予算ベース 税込み）であるのに対し、同会計年度の施設別損益計算書における実際費用合計は、4,656百万円（実績ベース 税抜き）であった。しかし、繰入金算出基礎の内訳をみると、個々の費目では算出基礎が上回るものが多いが、合計額ではわずかに実際費用合計が上回っている。これは、救急医療センターの入院収益の大幅な増収により、材料費を病院間流転用し、結果的に費

用合計が予算額を上回る事となったためとの説明を受けた。

材料費が増加したとしてもそれ以上に収入が増加したと考えられる。入院収益の大幅な増収によりむしろ繰入金は減少すべきものと考えられる。負担金申請額の基礎数値について、算定根拠を明らかにするとともに、実績数値を使用して受け取るべき負担金の額を算出し、受け取った金額が妥当なものであったかどうか確認する必要があると考える。

(7) 総務省基準と千葉県基準の比較

繰入金明細書によると、千葉県が総務省基準外で一般会計から繰入を行っている項目は、以下のようになっている。平成 14 年度には 2,318 百万円、平成 15 年度には 2,387 百万円多くの繰入を行っていることがわかる。基準外の内容としては、基準が対象外としているもの(下表 *1)と総務省基準の繰入率を上回る繰入率により繰入を行っているもの(下表 *2)とがある。

総務省基準と千葉県基準の差異

(単位：百万円)

項 目		平成 15 年度	平成 14 年度
3 条負担金	統括管理費 *1	1,805	1,698
	借入金利子の償還に要する経費 (高度・特殊医療に係るもの) *2	211	226
	看護婦確保対策経費 *1	205	226
	職員健康診断に要する経費 *1	37	32
	医師住宅に要する経費 *1	45	43
	患者搬送に要する経費 *1	16	16
	駐車場借り上げに要する経費 *1	15	14
4 条負担金	病院の建設改良に要する経費 (高度・特殊医療に係るもの) *2	53	63
基準差異計		2,387	2,318
総務省基準		9,039	10,589
千葉県基準		11,426	12,907

統括管理費

総務省基準対象外である統括管理費として、平成 15 年度に約 1,805 百万円(3 条負担金に占める割合は約 18%)、平成 14 年度に約 1,698 百万円(同約 16%)を支出している。

平成 15 年度の内訳は、(1)本庁統括管理費 407 百万円および(2)病院統括管理費 1,397 百万円である。

本庁統括管理費は、県立病院課において発生した費用合計である。病院統括管理費は、センター長、事務局長、事務局職員(センター長運転手を含む)給与費と経費を内容とする。これらは総務省の基準では繰入対象外ではあるが、千葉県では 1 号該当経費として繰入金算出基礎に含まれている。

しかし、統括管理費は、政策医療を行うか否かに関わらず発生し、病院事業を行う上で必要不可欠な費用である。基本的には地方公営企業の独立採算という枠組みの中で、能率的経営により回収を行うべき費用であると考えられる。このことは、本庁統括管理費についても該当し、本庁統括管理費について、各病院事業へ経費配分を行い、独立採算という原則の中で回収を検討する必要がある。

病院統括管理費

病院名	統括管理費に含まれる給与費の対象	合計金額
循環器病センター	病院長 事務局長及び事務局員の給与総額 退職給与金（事務2名分）	292,284千円
がんセンター	施設長 事務局長、庶務課員 医療助手	209,571千円
救急医療センター	センター長 事務局長、庶務課職員 センター長運転手	133,196千円

なお、平成 16 年度より、統括管理費は一般会計繰入金の対象から外された。

(8) 一般会計繰出基準の平成 16 年度改定

概要

千葉県病院局は、平成 16 年度に、「千葉県病院事業会計に係る一般会計繰出基準」（以下、「基準」）を改正した。平成 16 年度改正では、総務省基準外で繰入が行われていた項目について、総務省基準へ合わせて繰入対象外とする改正と、積算基準の改正が行われており、平成 15 年度 2 月補正予算と改定後基準による平成 16 年度当初予算を比較すると、995 百万円減少した。主な内訳は、統括管理費が 1,805 百万円減少、高度医療に要する経費が 351 百万円減少、借入金利子の償還に要する経費が 248 百万円減少、小児医療に要する経費が 1,469 百万円増加した。

繰入金項目別内訳

(単位：百万円)

項 目	平成 15 年 補正	平成 16 年 予算	増減	改正内容
小児医療に要する経費	0	1,469	1,469	高度医療に要する経費より組替 (積算基準は高度医療に要する経費と同一)
救急医療の確保に要する経費	1,598	1,825	227	積算基準変更
精神病院の運営に要する経費	0	169	169	積算基準変更
借入金元金の償還に要する経費(4条)	1,415	1,490	76	-
地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費	0	10	10	新設
経営基盤強化対策に要する経費	921	926	5	-
地方公営企業職員に係る基礎年金拠 出額に係る公的負担に要する経費	188	192	5	-
特殊医療に要する経費	555	548	(7)	2項目を新設
結核医療に要する経費	67	52	(14)	-
駐車場借り上げに要する経費	15	0	(15)	総務省基準に合わせ廃止
患者搬送に要する経費	16	0	(16)	総務省基準に合わせ廃止
病院の建設改良に要する経費(4条)	135	101	(34)	-
職員健康診断に要する経費	37	0	(37)	総務省基準に合わせ廃止
医師住宅に要する経費	45	0	(45)	総務省基準に合わせ廃止
保健衛生行政事務に要する経費	527	347	(180)	廃止、新設、積算基準変更
看護師確保対策経費	205	0	(205)	総務省基準に合わせ廃止
借入金利子の償還に要する経費	801	553	(248)	総務省基準へ繰入率を引き下げ
高度医療に要する経費	3,100	2,748	(351)	小児医療に要する経費へ組替、 積算基準の変更
統括管理費	1,805	0	(1,805)	総務省基準に合わせ廃止
合計	11,426	10,431	(995)	

病院別には、主に県立病院課の繰入金 が 388 百万円減少している。これは、統括管
理費を繰入金の対象から外したためである。

繰入金病院別内訳

(単位:百万円)

病 院	平成 15 年 補正	平成 16 年 予算	増減
がんセンター	2,129	2,151	23
救急医療センター	1,839	1,815	24
精神科医療センター	509	438	71
こども病院	2,199	2,082	117
循環器病センター	2,160	1,949	211
東金病院	986	912	74
佐原病院	1,183	1,049	134
県立病院課	422	34	388
合計	11,426	10,431	995

平成 15 年度 2 月補正予算と平成 16 年度当初予算の増減分析

平成 15 年度 2 月補正予算と平成 16 年度当初予算を比較すると、繰入金が 995 百万円減少した。これは主に、(1)総務省基準への改正による繰入金減少と、(2)積算基準改正による繰入金増加による。(1)の主な減少項目は、統括管理費 1,805 百万円及び借入金利子の償還に要する経費 248 百万円である(計 2,053 百万円)。(2)の主な増加項目は、高度医療に要する経費であり、小児医療に要する経費を加算すると 1,118 百万円増加している。

高度医療に要する経費及び小児医療に要する経費

小児医療に要する経費は、平成 16 年度に新設された項目であり、主にこども病院の経費を内容とする。平成 15 年度までは、高度医療に要する経費に含まれていて、平成 16 年度の小児医療に要する経費の積算基準も、高度医療に要する経費と同一のもの(循環器病センター、東金病院及び佐原病院を除く)が採用されている。これらを合算すると、小児医療を含む高度医療に要する経費は、1,118 百万円増加(小児医療 1,469 百万円増加+高度医療 351 百万円減少)しており、これは、積算基準を改定したことが主因となっている。

高度医療に要する経費病院別内訳

(単位:百万円)

病 院	平成 15 年 補正	平成 16 年 予算	増減
がんセンター	887	1,241	354
東金病院	180	299	118

病 院	平成 15 年 補正	平成 16 年 予算	増減
佐原病院	258	365	107
循環器病センター	752	844	92
こども病院	1,023	0	1,023
合計	3,100	2,748	351

既述したように、平成 15 年度までは、高度医療に要する経費により一括繰入を行っていたが（改正前(2)基準を参照）平成 16 年度改正により一括繰入を認める積算基準が変更された。新しい積算基準は、繰入対象を特定したものとなったが、結果として算出された繰入金額は、改正前より増額している。

項目	改正前積算基準	改正後積算基準
(1) 高度な機器・設備等に要する経費	費用（給与費+材料費+経費-収入）	<ul style="list-style-type: none"> ・高度医療機器に要する経費（他の項目で算定したものを除く） 医療機器（取得価格 1 千万円以上）の保守委託料×1/2 ・高度医療施設に要する経費 <ol style="list-style-type: none"> 1. 機器設置分 経費×高度医療機器設置面積/建物全体面積 2. 病床施設分 経費×（病室床面積-医療法に定める床面積）/建物全体面積
(2) 高度な医療に要する経費	費用{他の項目で算定したものを除く（給与費+材料費+経費+減価償却費×1/3+その他）}-収入	<ul style="list-style-type: none"> ・高度医療を行うための職員に要する経費（他の項目で算定したものを除く） <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師配置分 { 医師年間平均給与額×(常勤医師数-医療法に定める標準員数)+非常勤医師年間平均給与額×人員 } ×病床利用率×調整率 2. 看護師配置分 看護師年間平均給与額×{看護師数-医療法に定める標準員数}×病床利用率×調整率

総務省基準への改正

イ. 基準外項目の対象外化

総務省基準外でありながら、繰入対象とされていた項目について、繰入対象外とされた（平成 15 年度 2 月補正予算計上額 合計 2,134 百万円）

項目	金額	
統括管理費	1,805百万円	
看護師確保対策に要する経費	205百万円	
職員の健康診断に要する経費	37百万円	

駐車場の借上げに要する経費	15百万円	
医師住宅に要する経費	45百万円	
患者搬送に要する経費	16百万円	
保健衛生行政事務に要する経費の内、各種委員会等に要する経費	11百万円	

ロ. 繰入率の引き下げ

総務省基準に合わせて繰入率の引き下げが行われた。繰入率の変更による影響をまとめると以下のようになる。

項目	平成15年度	平成16年度	総務省基準	平成15年度繰入額	影響額
病院の建設改良に要する経費(4条)				百万円	百万円
(1) 高度・特殊医療に係るもの					
医療機器	10 / 10	1 / 2	1 / 2	107	53
建物等建設改良費	10 / 10	1 / 2	1 / 2	0	
借入金元金の償還に要する経費(4条)					平成15年度着手分について1/6異なるのみ影響なし。
(1) 高度特殊医療に係るもの	2 / 3	1 / 2(2 / 3)	1 / 2(2 / 3)	1,093	
(2) その他	2 / 3	1 / 2(2 / 3)	1 / 2(2 / 3)	322	
借入金利子の償還に要する経費(3条)					便宜的にすべて2/3により計算。
(1) 企業債償還金利子					
医療機器	10 / 10	1 / 2(2 / 3)	1 / 2(2 / 3)	634	
その他	2 / 3	1 / 2(2 / 3)	1 / 2(2 / 3)	155	211
(2) 長期借入金利子(高度・特殊医療分)	10 / 10	1 / 2(2 / 3)	1 / 2(2 / 3)	0	

(注) 1 / 2(2 / 3)は、平成14年度までに着手したものについては繰出率が2 / 3、それ以降に着手したものについては1 / 2を示す。

2. 人件費関係

(1) 退職時の昇給に関する問題点

県の病院事業に従事した平成15年度退職者(自己都合退職者を除く)において、退職時に特別昇給として1号給ないし2号給昇給の上、退職手当が支給されていた。

当該昇給は、千葉県人事委員会指令第75号に基づくものである。同委員会指令は以下の通りである。

「在職中勤務成績が特に良好な職員が定年に達したことにより退職する場合又は勸奨を受けて退職する場合には、当該退職の日において、1号給上位の号給(その者の勤続期間

が 20 年以上の場合にあつては 2 号給上位の号給) に昇給させることができる。」(千葉県人事委員会指令第 75 号)。

現在、千葉県においては、20 年以上の勤務期間があり、昇給の都度「勤務成績が良好」とであると評価されていれば、ほぼ自動的に「勤務成績が特に良好」とであると評価され、特別昇給した状態で退職手当が計算される。

現状の評価方法によれば、退職時における業績評価を改めて行う明文化された制度はなく、在職中に勤務成績が「良好」であるものが退職時ほぼ一律に「在職中勤務成績が特に良好」と評価される事となり、在職時の評価と退職時の評価が整合性を欠いている。

退職時の特別昇給(1号給又は2号給)は、千葉県では平成16年度にその上限を1号給とし、平成17年度において廃止することが検討されている。基本的に知事部局と同様の給与体系を採用する病院局においても、同様の措置を講じるため、現在県立医療施設労働組合との調整を行っている。退職時の特別昇給は、上記調整を経た上で、確実に廃止することが望まれる。

なお、平成15年度退職手当実際支給金額と特別昇給がなされなかった場合の支給想定額との比較は、以下の通りである。

退職手当実際支給金額と特別昇給がなされなかった場合の支給想定額との比較

(単位：千円)

項目	実際支給金額	特別昇給が無かった場合の支給金額	差額
平成16年3月	1,210,849	1,192,392	18,457

一人あたり退職手当実際支給金額と特別昇給がなされなかった場合の一人あたり支給想定額との比較

(単位：千円)

項目	一人あたり 平均実際支給金額	特別昇給が無かった場合の 一人あたり平均支給金額	差額
平成16年3月	28,281	27,808	473

(2) 調整手当

調整手当は、「民間における賃金、物価及び生計費が特に高い地域で人事委員会規則で定めるものに在勤する職員に支給する」(職員の給与に関する条例第十条の二) 手当であり、(給料月額+管理職手当+扶養手当)に百分の五ないし百分の二を乗じた金額が支給されていた。現在においては、「千葉県病院局企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」第八条に規定されている。また、医師、歯科医師である者に対しては一律(給料月額+管理職手当+扶養手当)に百分の十を乗じた金額が支給されていた(職員の給与に関する条例第十条の三)。現在においては、千葉県病院局企業職員の給与に関する規程第十三条第2項に規定されている。当該手当の支給基準となる千葉県の給料表は、国の人事院が提示する給料表を基礎として、さらに千葉県人事委員会が県内の民間企業の動向等を加味したうえで決定されている。人事院が提示する給料表は、各都道府県、政令指定都市等の

物価水準を加味した、全国平均値的な数値によるものである。

ただし、千葉県の給料表は毎年改定が行われているが、調整手当については昭和 64 年 1 月に支給率を決定して以来、当該支給率は改定が行われていない。

元来、主として給与に民間賃金の地域格差を反映させる目的で設定されたものであるが、現在、千葉県内において「物価及び生計費が特に高い地域」とそうでない地域があるということは考えにくく、上記調整率のような支給格差が生じているとは理解しがたい。

また、医師、歯科医師に対する調整手当は、勤務地の別によることなく、一律支給がなされている。この点、病院局の見解は、人材確保の問題から、医師、歯科医師の給与水準を引き上げる必要があるための措置であり、かかる措置は東京都区部を除き、国を含めほぼ全国的に講じられているとの事であった。しかし、当該見解による調整手当の支給は、当該手当の本来の支給趣旨から乖離しており、妥当でない。本来は給料表によるべきものとする。医師、歯科医師に関しては独自の給料表及び初任給調整手当、給料の調整額によって勤務困難性に対する手当てがなされている以上、手当の重複といった感が否めない。以上より、調整手当の支給根拠に照らした支給の対象の見直し、若しくは支給自体の見直しを早急に検討する必要がある。

なお、平成 15 年度の調整手当は、462,474 千円が支給されている。

(3) 給料の調整額

「職員の給与に関する条例」第八条において、「人事委員会は、給料月額が職務の複雑、困難若しくは責任の度又は勤労の強度、勤務時間、勤労環境その他勤務条件が同じ職務の級に属する他の職に比して著しく特殊な職に対し適当でないとき認めるときは、その特殊性に基づき、給料月額につき適正な調整額表を定めることができる」という給料の調整額に関する規定が存在する。具体的には、「給料の調整額に関する規則」第二条に基づき、同規則別表第一において各出先医療機関ごとに規定されている割合を基に計算され、在勤する者に対して毎月支給される。なお、現在の支給根拠は、千葉県病院局企業職員の給与の種類及び基準に関する条例第四条となっている。

しかし、県では、一般的に知事部局在勤者において適用される行政職給料表とは別に、医療職給料表（一）から（三）が作成されている。これは、同表（一）が医師及び歯科医師、同表（二）が薬剤師、放射線技師等、同表（三）が看護師および准看護師等にそれぞれ適用されるものである。現在、病院局においても、県で定めている上述の給料表に倣い、知事部局における行政職に相当する者に対して適用される企業行政職給料表とは別に、企業医療職給料表（一）から（三）が定められている。

この措置によって、行政職職員との業務困難性に関する不均衡は調整されているものと考えられる。また、現状では県の医療機関に在勤する全ての医療職職員が支給対象となっており、かかる手当を追加的に支給する必要があるのであれば、特に重篤な患者を扱う医療機関に勤務する医療職職員だけを対象として支給することが「勤務条件が同じ職務の級に属する他の職に比して著しく特殊な職に対し適当でないとき認めるとき」に支給を定めた趣旨に合致する。よって、現状は医療職職員に対して、過度の手当を支給していると考え

られる。

従って、給料の調整額はその支給根拠の合理性を欠くものであり、支給対象の見直しまたは支給自体の廃止を含めて支給対象の見直しを検討する必要がある。

なお、平成 15 年度において、給料の調整により 579,769 千円が支給されている。

(4) 管理職員特別勤務手当の支給

職員の給与に関する条例第十九条の二において、管理職員特別勤務手当の支給が定められていた。これは、管理職手当（職員の給与に関する条例第八条の二）を支給される職員、すなわち管理または監督の地位にある職員が、週休日または休日に勤務した場合に支給される手当である。現在、この手当は「千葉県病院局企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」第十六条に規定されている。

当該手当の支給に関する見解は、管理職手当はその管理又は監督の困難性及び責任等に応じて決定されており、その職務遂行にあたって生じる通常的时间外勤務に相当する額が支給されるが、緊急を要する勤務等までカバーすることは想定しておらず、別途管理職員特別勤務手当として支給が必要であるとのことであった。

しかし、医療サービスの十分な提供という点に鑑みるに、そもそも公的機関における医療職従事者においては 24 時間体制の勤務が要求される場合があることは十分予測しうるものであり、緊急事態の発生に伴う管理職の勤務が、臨時的、偶発的に発生することは管理職の責任等という概念に包括されると解するのが相当である。従って、管理職手当に加えて、管理職員特別勤務手当を支給することは、管理職に対する手当が過度に支給されていると考えられることから、その支給を見直す必要があると考える。なお、平成 15 年度において、8,434 千円が支給されている。

(5) 診療手当

診療手当は、職員の特殊勤務手当に関する条例第 13 条における特殊勤務手当のひとつである。特殊勤務手当は、著しく危険、不快、不健康又は困難な勤務その他の著しく特殊な勤務で、給与上特別の考慮を必要とし、かつ、その特殊性を給料で考慮することが適当でないと認められるものに従事する職員に対して支給される手当をいう。現在、診療手当は「千葉県病院局企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」第十二条として規定されている。

当該手当は、医師及び歯科医師が業務上の診療または手術等を行った場合、日額 1,200 円が支給されている。当該手当の趣旨は、病院局によれば、不特定多数の患者に接し、各患者に対して重大な責任を担う負担があることと、業務自体について、高度な技術、専門知識を必要とし、診療による感染の危険がある点、急患等による不規則勤務による不健康な業務である点などの、特に困難性があることを考慮するための支給であるとの事であった。

医師、歯科医師の職務は患者の診療、治療にあることは当然であり、診療および手術等の行為が「著しく危険、不快、不健康又は困難な勤務その他著しく特殊な勤務（職員の

特殊勤務手当に関する条例第 13 条)」には該当しない。また、「給与上特別の考慮を必要とし、かつ、その特殊性を給与で考慮することが適当でない」と認められるものに従事する職員（同条）」に対する支給が規定されているが、既に医療職給料表において医師、歯科医師の勤務の特殊性に関する考慮はなされていると考えるのが相当であり、現状では医師、歯科医師に対する過剰な手当であると考えられる。また、趣旨における不規則労働に関する見解においても、時間外勤務手当および管理職手当によって十分な保護がなされていると考えるべきであり、二重の手当である感が否めない。

したがって、診療手当は支給根拠に合理性を欠くものであり、廃止することが必要であると考えられる。

なお、平成 15 年度の診療手当は、68,548 千円が支給されている。

3. 固定資産関係

(1) 固定資産台帳の修正

千葉県病院事業では、平成 15 年度末を基準として固定資産の実査を実施した。実査により、固定資産台帳に計上されているが、現物が存在していないものが発見された。これらの現物が存在していない資産については、速やかに固定資産台帳から除く必要があるが、平成 16 年 8 月時点では、救急医療センターの固定資産実査が未了であったため、固定資産台帳の修正は実施されていなかった。

定期的に固定資産実査を行い、固定資産台帳との不一致内容を調査した上で、適時に固定資産台帳を修正すべきである。

除却予定資産の要約

(単位:千円)

病院	当該資産の取得価格
がんセンター	304,266
佐原病院	253,632
救急医療センター	134,534
こども病院	117,278
東金病院	76,456
循環器病センター	42,045
精神科医療センター	22,296
合計	950,507

(2) 固定資産実査の実施体制

救急医療センターは、8 月の往査日現在で固定資産実査が未了であった。10 月末までに実査を終了し、除却予定資産の金額（簿価）を確定したとの報告を受けたが、現有固定資産を確定するという実査の趣旨からは、基準日を決めて合理的な期間内に実施する必要

がある。このためには、財務班担当者だけではなく、センター全体が協力する必要がある、病院局は、固定資産実査要領を整備して、センター全体の協力が得られるような体制づくりを行う必要がある。

(3) 現物管理

実査により現物が発見されず除却予定となっている資産についてリストが作成されており、このリストには現物が存在していない理由を記載する欄があるが、理由の記載がないものが多い。不明資産には、パソコン等個人で使用・処分が可能である資産が含まれており、現物管理という点で問題がある。

(4) 除却処理

上記のように現物と固定資産台帳との間に大きく差額が生じたのは、過去に除却処理が行われてこなかったためである。本来は、県が所有する財産の処分であり、不用決定を行う等適切な手続きを経ることが必要である。今後は、除却の手続きを明確にして、固定資産台帳を適時に更新すること、定期的の実査を行うことが必要である。

また、補助金により購入した資産を、耐用年数到来前に除却した場合には、補助金の返還を要する場合がある。除却資産について、何ら処理が行われていなかったことより、補助金返還についての検討も行われていなかったものと考えられる。補助金の返還を要するものは補助金返還の免除の手続きを行う必要がある。

なお、循環器病センターの固定資産台帳に結核病棟が計上されている。耐用年数 50 年で償却されている。使用見込がない場合、除却を検討する必要がある。

4. 在庫管理（薬剤・医療材料）

(1) レントゲンフィルムの管理

レントゲンフィルムの管理状況について質問等により調査を行ったところ、以下の事項が発見された。

救急医療センター

入庫数量、出庫数量を記載した管理簿が作成されて、枚数のカウントは、月次で行っているが、実在庫枚数と帳簿枚数の差について払い出しの処理が行われていなかった。

フィルムのカウントを行ったところ、

カウント数 半切ドライ 724 枚 ロス 95 枚

B4 ドライ 645 枚 ロス 82 枚

過去、不足枚数について払い出しを行っていなかったために生じたと考えられる。棚卸差異については、翌年度以降に繰り越すことなく、毎年度末に原因を調査した上で棚卸減耗の会計処理を行う必要がある。

がんセンター

レントゲンフィルムの管理簿が作成されていない。また、現品のカウントも行われていない。さらに、保管場所に積んであるのみで、持ち出しの管理（受け払い管理）は行われていない。

このため、画像診断部作成のフィルム使用実績と診療材料管理システムの購入実績を比較した。棚卸を実施していないため、期首及び期末の在庫数量は不明である。差異については説明をうけることはできなかった。

レントゲンフィルムの適切な管理のためには、レントゲンフィルムの受け払いを記録した管理簿を作成し、定期的な実地棚卸を行い、管理簿と棚卸結果を照合のうえ、差異理由等を明記して管理者に報告する必要がある。

平成 15 年度使用実績と購入実績の比較

(単位：枚)

品名	実使用	ロス	使用計	購入計	差異
フジ FCR CR-AL5	39,466	1,167	40,633	40,050	- 583
フジ TCR LI-780	8,449	192	8,641	8,250	- 391
コニカ CT SD-P	59,041	713	59,754	57,500	- 2,254
フジ DR DI-AL5	10,055	71	10,126	9,700	- 426
コダック Dry view	14,266	292	14,558	15,000	442
コダック MIN-R 2000	4,952	NA	4,952	6,000	1,048

期首在庫が不明であり、期首在庫量を考慮していないため使用量が購入量を上回るものが多い。コダック MIN-R2000 については、wet 方式のためロスが多く発生するとの回答を得たが、書類にはロスが記載されていない。

なお、がんセンターはレントゲンフィルムを貯蔵品等に資産計上していないが、他の病院と会計処理の統一が必要である。

循環器病センター

フィルム使用数の日報および月報を作成している。フィルムの購入数も同様に記録している。フィルムの在庫数確認は、平成 16 年 7 月 31 日に行ったが、これ以前には行っていない。

1999 年 4 月から作成されている放射線科・フィルム管理表は以下のように要約できる。

出典：放射線科・フィルム管理表（月報）

（単位：枚）

期間	入庫	使用	残	累積残
99/4～00/3	86,100	79,508	6,592	6,592
00/4～01/3	85,950	85,888	62	6,654
01/4～02/3	93,700	90,453	3,247	9,901
02/4～03/3	89,800	87,194	2,606	12,507
03/4～04/3	100,000	92,292	7,708	20,215
04/4～04/7	32,800	33,385	585	19,630
7/31 カウント				7,049
推定ロス	488,350	468,720	7,049	12,581

推定ロスについて原因分析が行われていないが、原因分析が必要である。また、ロス分を翌期以降に繰り越すことなく毎期減耗処理が必要である。

放射線科・フィルム管理表（月報）より、管理表上 19,630 枚が在庫枚数となっているが、カウント結果は、7,049 枚となり、12,581 枚の差が生じている。差異が生じた原因を分析し、ロスの再発を防止する必要がある。

管理表を作成しているとはいえ、在庫枚数の内訳と使用枚数の内訳が整合していない。内訳を正確に把握しないと、不明分の原因分析も難しく管理表の意味を成さない。在庫数量等に差異が生じた場合に適切に分析ができるように管理表を作成すべきである。

(2) 循環器病センターの在庫管理

循環器病センターの薬剤の在庫管理システムから、全在庫の数量を出力するためには、すべての払い出しを停止する必要があり、在庫明細を出力することが難しいため、在庫明細を出力し、棚卸を実施するのは年に 2 回である。

実地棚卸を実施した結果、10 件に 1 件ほど、システム上の数量とカウント数量に差異が発生したが、その差異は、棚卸差異として処理されておらず、通常の払い出しとして処理したとのことである。この棚卸結果は残されていない。

差異が生じた理由としては、

- ・ 出庫をカードリーダーにより読み込んでいるが、読み取りが正確に行われていない可能性があること（ただし、診療材料についても同じリーダーを使用しているが、これらについては、このような不具合は発見されていない）
- ・ 棚卸を年に 2 回しか行っていないため、差異が累積してしまう（他の病院では、毎月の棚卸を行っている）

ということが考えられる。

帳簿数量と実際数量との差異は、可能な限り原因分析を行い、原因不明分については、棚卸減耗損として処理する必要があるが、現在は、帳簿数量の信頼性が低く、原因分析が不能である。本来は、差異の原因を分析し、棚卸減耗損の発生を極力少なく必要がある。

また、期限切迫品リスト、不動在庫リストが作成されていない。実地棚卸に際しては、不動在庫等の状況を把握する必要がある。

期末の棚卸表は、数量のみが記載されており、期末計上額と一致するか不明である。実地棚卸数量をもとに算出された在庫金額の明細と期末棚卸資産計上額は一致する必要がある。

なお、把握している破損・期限切れの薬剤について年度末に棚卸減耗費として処理しているとのことであるが、当該事象の発生時に帳簿に記帳する必要がある。

(3) 在庫管理システムのマスター保守

現在、循環器病センターの薬剤管理に使用しているシステムは、本来、診療材料管理用のシステムであるため、薬剤の管理には向いていない。薬品購入契約は、病院局が行っており、病院局が薬品マスターを保有するが、循環器病センターの薬品マスターの更新に際しては、病院局の薬品マスターをそのまま使用することができず、病院の作成したマスターを手入力により更新する必要がある。現行のマスターは、財務班担当者が更新を行ったが、薬剤部でシステム使用中はマスター変更入力ができないことから相当の時間を要したとのことである。手作業による場合は正確な入力も難しいと考えられる。

多品種におよぶ薬品管理については、正確なマスターファイルの維持が不可欠であり、また、各病院においてマスターファイルを更新する手間を省くため、病院局マスターを自動更新できるような方法を検討する必要がある。

このためには在庫管理システムの統一が望ましいが、従来はシステムの統一の観点から在庫管理システム等の調達（導入）は行われてこなかった。

(4) 薬品の実地棚卸

救急医療センターの実地棚卸は、年度末前に行われている。このため、実地棚卸後に購入した薬品等は、翌年の入庫として処理されている。

本来は、購入した年度の入庫とすべきである。仮に、棚卸を年度末より前に行う場合、棚卸表の日付を棚卸日に合わせる必要がある。棚卸後の入庫について、翌月の請求書に含めるのではなく、当月入庫に含める必要がある。

また、棚卸実施要領が整備されていない。このため、棚卸表が作成されていない場合があり、棚卸表が作成されていても、棚卸表の記載内容について統一されていない。棚卸実施要領の作成が必要であり、これにより実地棚卸の手順や作業内容を統一する必要がある。

棚卸表に、数量のみが記入されている場合、資産計上額と一致しているか不明である。

(5) 医療材料の実地棚卸

救急医療センターの実地棚卸表には、医療材料の管理帳簿が作成されていないのに、医療材料の棚卸表に帳簿数量が記載されており、実在しない帳簿数量と現物が突き合わされ、棚卸差異がないとされている。

重要性のあるものについて医療材料の受け払い記録を作成し、納品書や出庫指示書に基づく日々の受け払いを記録する必要がある。この記録の正確性等を確認したり、日常の管理が適切に行われていることを確かめるために実地棚卸が行われるべきであり、棚卸は管理担当者に任せきるのではなく、第三者的な立場の者が分担して行う必要がある。基本的に、2名1組で、管理担当者以外のものを行う必要がある。

実地棚卸により生じた棚卸差異については、差異が生じた原因を分析し、再発の防止を検討する必要がある。会計的には払い出し（減少）処理が必要である。

5. 債権管理

(1) 診療報酬未収金について

診療報酬の未収金は、社会保険診療報酬支払基金等の審査支払機関に対するものと県立病院の窓口で医療費等を支払えなかった個人に対して発生する。

いわゆる保険機関に対するものは、査定減、返戻等の問題が生じるもののそれ以外の回収については、不納欠損となる恐れはない。

一方、個人については生活事情等により診療報酬を払えない場合が生じており、医療機関にとって無視し得ない金額となっている。県立病院においても高額な入院費用の個人負担分が支払えないため多額の不納欠損が生じている。

【表 医業収益に対する医業未収金残高の割合】

(単位：千円)

病院名	過年度発生医業未収金残高(構成比)	現年度発生医業未収金残高(構成比)	平成16年3月31日時点の医業未収金残高合計(=+)	平成15年度の医業収益合計	未収金の割合(÷)	備考
がんセンター	43,204 (4.6%)	905,137 (95.4%)	948,341	6,410,345	14.8% (0.7%)	往査
救急医療センター	70,237 (12.4%)	496,882 (87.6%)	567,120	2,966,271	19.1% (2.4%)	往査
精神科医療センター	8,704 (6.2%)	131,405 (93.8%)	140,110	878,332	16.0% (1.0%)	
こども病院	22,646 (2.8%)	797,349 (97.2%)	819,995	4,391,595	18.7% (0.5%)	
循環器病センター	52,301 (5.6%)	888,577 (94.4%)	940,879	4,841,758	19.4% (1.1%)	往査
東金病院	69,970 (14.4%)	415,281 (85.6%)	485,252	2,608,212	18.6% (2.7%)	
佐原病院	28,393 (5.2%)	520,147 (94.8%)	548,540	3,678,688	14.9% (0.8%)	
合計	295,459 (6.6%)	4,154,781 (93.4%)	4,450,240	25,775,204	17.3% (1.1%)	

(注) 1. 千円単位は未満切捨てて表示している。

2. 過年度発生医業未収金残高は、平成16年3月31日の医業未収金残高のうちの平成14年度以前発生分を集計したものである。カッコ内の構成比は、平成16年3月31

日の医業未収金残高に占める過年度発生医業未収金残高の割合のことである。

3. 現年度発生医業未収金残高は、平成 16 年 3 月 31 日の医業未収金残高のうちの平成 15 年度に発生したものである。カッコ内の構成比は、平成 16 年 3 月 31 日の医業未収金残高に占める現年度発生医業未収金残高の割合のことである。

医業収益に対する医業未収金の割合で特に医業収益に対する過年度発生医業未収金の割合が他病院に比し多いのは救急医療センターと東金病院である。また、未収金残高に占める過年度発生分の割合をみても、救急医療センターと東金病院は他の病院に比べて突出している。このことから、救急医療センター及び東金病院には、他の病院よりも患者自己負担の未収金の回収が遅延する要因があるものと考えられる。

【表 過年度発生医業未収金残高の理由別状況(平成 16 年 3 月 31 日現在)】

(単位：千円、カッコ内は人)

病院名 未収理由	がんセンター	救急医療センター	精神医療センター	こども病院	循環器病センター	東金病院	佐原病院	合計
生活困窮	6,901 (64)	21,132 (60)	4,736 (494)	5,965 (164)	16,176 (149)	43,550 (403)	17,585 (1,153)	116,048 (2,487)
行方不明	2,528 (6)	8,631 (32)		3,160 (3)	10,711 (60)	3,212 (18)	3,486 (23)	31,731 (142)
死亡	22,526 (88)	5,709 (10)	711 (11)		8,063 (17)	747 (12)	853 (9)	38,610 (147)
分割納入	6,519 (64)	4,511 (20)	3,256 (57)	13,520 (147)	16,574 (53)	17,562 (38)	6,448 (39)	68,392 (418)
医療事故					274 (5)	4,897 (5)		5,171 (10)
損保負担					321 (17)			321 (17)
監獄在監者	4,259 (2)							4,259 (2)
その他	471 (3)	26,795 (285)			179 (10)			27,445 (298)
患者自己負担合計	43,204 (227)	66,778 (407)	8,704 (562)	22,646 (314)	52,301 (311)	69,970 (476)	28,373 (1,224)	291,981 (3,521)
診療報酬請求分		3,458 (6)					19 (4)	3,477 (10)
計	43,204 (227)	70,237 (413)	8,704 (562)	22,646 (314)	52,301 (311)	69,970 (476)	28,393 (1,228)	295,459 (3,531)

(注) 千円単位未満は切り捨てて表示している。

全体で見れば、回収遅延の未収金のうち、生活困窮を理由とするものが約 39.3%、ついで、分割納入を理由とするものが約 23.1%、死亡を理由とするものが約 13.1%を占めている。

救急医療センターは、生活困窮を理由とするものが約 30%である。また、東金病院

は、生活困窮を理由とするものが約 62.2%であり、両病院とも過年度発生未収金、すなわち、回収が遅延している未収金の回収に苦戦しているのは生活困窮が一つの原因と考えられる。

県立病院の不納欠損の状況は以下のとおりである。

【表 各病院別の不納欠損処理額（時効分）】

（単位：千円）

年度	病院名 がんセンター	救急医療 センター	精神医療 センター	こども病 院	循環器病 センター	東金病院	佐原病院	合 計
平成13年度	1,556	6,573	935	1,584	773	3,451	758	15,632
平成14年度	2,402	4,083	316	3,971		6,142	1,255	18,170
平成15年度	1,559	2,057	1,197	2,761	3,722	14,915	1,875	28,089

（注）千円単位未満は切り捨てて表示している。

上表の金額は不納欠損処理金額のうち時効となった未収金のみを集計したものである。

不納欠損は、債権が生じてから 5 年後に財務規則に基づきいわゆる貸倒処理を行うもので、不良債権の実態を反映したものではない。

実際には、治療費を支払わないまま退院し連絡不能となっている場合や患者が死亡等により治療費の請求ができなくなっている場合があり、県立病院の決算上診療報酬未収金として計上された金額のうち個人に対するものは回収不能となる場合が多い。

未収金残高の多くは回収されずに、債権が生じてから 5 年後に財務規則に基づきいわゆる不納欠損として貸倒処理が行なわれている。

県立病院の患者には、日本の社会保険制度に加入できない方や生活保護を受けなければならないような方もおり、治療費の支払を受けられない場合もあるようである。民間病院よりは医業未収金が回収できずに貸倒となる確率が高いものと推測される。しかしながら、現状では債権回収の努力の跡が窺えない。債権発生後 5 年経過したものについて、単に不納欠損の処理を行えばよい訳ではなく、回収の努力をする必要がある。

以下に指摘のとおり現状の債権回収の取り組みには問題がある。

(2) 債権管理マニュアル

診療報酬未収金については、「未収金取扱要領」に基づいて適切に実施しているとの認識であるが、具体的なマニュアルは作成されておらず、往査した 3 病院（救急医療センター、がんセンター、循環器病センター）においても統一的な事務手続きは決められていなかった。現状行われている債権管理等の業務も病院によって管理手法はまちまちであり、適切な方法に統一されているわけではない。

実際に診療報酬未収金の回収に携わる担当者の経歴を見ても、過去に債権管理の事務を担当し未収金の回収ノウハウを有していると判断される担当者は見受けられない。また、未収金取扱要領は具体性に欠けている感がある。

下記の点で具体性かつ実効性に欠けているものとする。

- ・第 2 条（責務）…「未収金の発生防止・早期回収・適正な債権管理」を責務として規程しているだけで、その具体策としてのマニュアルがない。
- ・第 3 条（協力及び連携）…各関係部署の役割が明確ではない。
- ・第 5 条（時間外の救急外来患者等）…外国人・浮浪者の場合には、保険証や身分証明書の提示を期待できない場合があるが、こういったケースに対しての対応についての規程・マニュアルがない。

県税の徴収業務等に通じた債権管理のノウハウを有する担当者を配置する、滞留している診療報酬未収金について一括管理を行う、あるいは、債権管理の具体的なマニュアルを作成し最低限実施すべき事項と実施すべき期限等を明記するとともに債務者（患者）への接し方など具体的に記述する必要がある。

(3) 診療報酬未収金管理業務の連携不足

診療報酬未収金は、当年度分は医事班において管理しているが年度を超えると財務班に引き継がれている。医事班においては医事会計システムにより管理しているが、財務班では財務会計システムにより管理している。相互のシステムに連携はなく、財務班で診療報酬未収金の管理を行うためには、手作業により医事会計システムのデータを移行させるかあるいは医事会計システムのデータをもとに手書きの管理台帳を作成するほかない。

現状では、データを財務会計システムへ手作業により移行し管理している。一部の病院においては、財務会計システムでは、診療報酬は当月に計上されず翌月に計上されているが、すべてのデータを財務会計システムへ入力しているわけではなく、一部保留としているものがある。また、医事会計システムでは請求した金額は把握できるものの一定時点の残高がいくらあるかは把握できない。財務会計システムでは未収データを反映していない部分を除いて、未収金の総額は把握できるものの診療行為（債権の発生）からどのくらいの期間が経過したものかあるいは過去の請求状況等が把握できる状況にはない。

このため、医事会計システムと財務会計システムの未収金残高は照合できず、病院全体の未収金残高がいくらあるかは正確には把握できない。

医事端末上の未収データ（各人別）と財務端末（平成 16 年 4 月導入の SOFIA）上の未収データ（調停別）とが下記の理由で医事班から財務班に引き継がれておらず、データ間に不一致が生じている。

例えば、救急医療センターにおける月次未収台帳チェックにより不一致となっている未収患者の未引継ぎ理由は以下のようなものである。

- ・高額医療貸付予定のため
- ・分割納入のため
- ・保険会社支払予定のため

さらに、債権の納入が銀行振込などの場合、未納者の支払状況が財務班から医事の窓

口などにタイムリーに伝えられておらず、病院の窓口で患者に直接督促できないなどのために、患者によっては滞納の未収金がさらに増えているケースが散見される。

現年度の未収金回収は医事班が担当し、翌年度に財務班へ引継ぎが行われるが、引継ぎの時期等は決まりがなく、相当期間経過後に引継ぎが行われるため、債権回収のタイミングを失っている可能性がある。

医事会計システムのデータと財務会計システムのデータは整合性がとられるべきであり、未収金に関しては医事班と財務班はデータを共有し、業務の引継ぎの時期を見直すなど両者連携して未収金の回収に努める必要がある。

(4) 未収金の適時管理

一部の患者を除いて、入院患者の退院時に入院費用の精算は行われず、請求書を後日手渡すか郵送するかを確認している。請求書は、早ければ退院の翌日に、遅くとも一週間以内に発行される。

入院患者が退院に際して費用を支払わない（支払えない）場合があるにもかかわらず、入院患者に対して保証金を求めている。

入院患者が退院するに際しては入院費用を精算できるよう事務手続きを進めるべきであり、退院当日費用を支払えない場合は、納入通知書を手渡すべきと考える。精算が遅れている病院は業務処理手順を見直すべきである。

納入通知書発行後、納期限（納入通知書の納期限後 20 日以内）を過ぎても納付がないと督促状を送付している。納付がないと納入催告書を送付するが、送付の時期など明確な手続きは定められていない。（督促状の納期限後は未収金取扱要領により納入催告書又は電話による支払催告を行うとされている。）

請求手続き、督促状の送付、臨戸徴収を一連の業務として必要に応じてもれなく実施するよう手続きを明確化すべきである。

督促状の送付、納入催告書の送付や電話での督促状況など相手先ごとにどの状況にあるかを管理できる資料は作成されていない。

未収金の状況が一覧できるような資料を作成すべきであり、この資料は管理責任者の承認を受ける必要がある。

未収金専門の担当者は配置されておらず、他の業務の合間に未収金管理業務を実施しており、定期的な督促や回収状況のチェックなどの業務が定例化されていない。このため、未収金残高の状況を管理者が把握できるような資料はなく、担当者でないと個別の未収金の状況は把握できない。管理者が未収金の状況を把握できる一覧性のある未収金管理資料を作成すべきである。

平成 15 年度未収金整理票ファイルを査閲した結果、下記の点から、未収金回収業務に資する管理帳票としては有効な活用がなされていない。

- ・ 納入通知書欄に納期限の記入がないものが多く散見された。
- ・ 督促状欄に記入がないものが多く散見された。
- ・ 経過欄をみると、昼間に電話するも不通だったという事実のみの記述で終わって

いるものが多く散見された。これは、特に記載上の不備というよりも対応の不備の問題である。

(5) 督促について

診療報酬未収金の督促を電話あるいは臨戸徴収（戸別訪問）等により実施しているが、督促状の発送時期や納入催告書の発送の時期等が明確になっていない。また、納入催告書の納入期日も明確となっていない。

電話による督促は医事班が実施しているが、電話をかけるのが平日の日中であり、何度か電話しているが同じ時間帯に実施しているため、留守などの場合が多く実効が上がっていない。

臨戸徴収は財務班が実施しているが、医事班から財務班へ未収金管理業務が引き継がれるのは債権発生から一年近く経過後であり診療報酬未収金発生の翌年度となり、十分な効果を挙げていないと考えられる。

未収金取扱要領第 12 条第 1 項によれば、「必要に応じて職員に臨戸徴収を行わせることができる。」とされているが、往査した 3 病院とも臨戸徴収はほとんど実施されていなかった。

臨戸徴収を行っている場合でも、自宅の売却等により自宅が特定できなかった場合や廃屋となっていた事例があった。事前に納入通知書を郵送するなど、発生時期や金額等により優先順位を考慮し、全病院の業務を統一的に実施するなど少ない人数で効率的な債権の回収を行う必要がある。

また、入院時等に保証人を求めておきながら診療報酬未収金の回収に当たっては保証人と交渉していない。保証人へ請求することを検討すべきである。

(6) 診療報酬未収金の分割回収

治療費を支払えない患者に対して分割納入を認めている場合がある。多額の治療費を一度に支払えない場合に分割払いを認めているものであるが、分割の基準が明確になっていない。また、分割払いを認めるのは誰なのか未収金取扱要領には明記されていない。

現状では治療費の分割支払の約定が分割支払申込書のみによっている。このため、分割払いの約束をしながら 1 回支払った後は滞留となっている場合や分割払いの金額を 1 度も支払わないで滞留がそのままとなっている場合もある。

分割支払いについては、承認権限が明確ではないため、担当者の判断で行われている。未収金取扱要領によると未収金の回収責任は病院長にあると思われるが、現状では分割対象となった診療報酬未収金残高がいくらあるか管理者は把握できない。事後的にでも適切な承認が必要である。

(7) 診療報酬の返戻について

社会保険診療報酬支払基金等から診療報酬が請求どおりに支払われないケースとして返戻がある。返戻が生じる主な原因は健康保険組合の請求先が相違する場合であり、保険

番号を誤った場合にも返戻となる。転職等により勤務先を替わった場合に、請求すべき健康保険組合が変更されたにもかかわらず元の組合に送付される場合がある。これは正しい健康保険組合に請求しない限り診療報酬の回収はできないが、健康保険証の情報が入手できず未回収となる場合もある。さらに、請求内容が入院と外来など相違したため返戻される場合がある。

診療報酬の返戻は事務手続き上の問題であり、基本的には請求収可能なものと考えられるが、これらの返戻を管理する台帳がない。事務手続き中のもの以外は返戻となった翌月に請求するため、入院患者一覧表へ記載して管理しているが、請求先が確定しないで請求が保留される場合がある。保険から支払われない診療報酬は本人へ請求すべきであるが、実際には連絡先等を調査中などのために請求されておらず、このような状況を明確にするためにも、返戻が確実に処理されたかどうかを確認できるような管理台帳の整備が必要である。

なお、返戻が生じると事務手続きが増すため、返戻が生じないように請求内容の十分なチェックや定期的な保険証の確認が必要である。

6. 会計処理関係

(1) 退職給与引当金

平成 15 年度千葉県病院事業決算及び事業報告書において、退職手当に対する引当金が計上されていない。現状は、当該手当を支出した年度に費用処理を行っており、いわば現金主義による会計処理がなされている。

地方公営企業法第 20 条においては、発生主義に基づく会計処理を規定している。当該規定に従うならば、退職金は給料の後払いの性格を有しており、勤続年数の経過とともに職員の在職期間中に発生していると考えられることから、その発生した各年度に勤続年数の経過に伴う要支給額の増加額等を基準に費用計上（引当金計上）すべきであり、当該引当処理がなされていない現状においては、同条の規定に抵触している。以上より、地方公営企業法第 20 条に準拠した引当処理を行う必要があると考える。また、多額に上る退職手当に関する債務の費用化について、早急に検討が必要であると考えます。

平成 15 年度末における在職職員 1,870 名に対する退職給与引当金について、自己都合退職の場合の要支給額を試算すると、6,462 百万円と計算され、それだけの隠れ債務が存在していることになる。

退職給与引当金の計算

項 目	平成 15 年度
給料	8,067,385 千円
年度末職員数	1,870 人
平均給料月額(÷ ÷ 12)	359,509 円
年度末平均勤続年数	11 年 10 月
平均勤続年数に対応する乗数	9.6128 月
自己都合退職による退職給与金要支給額(× ×)	6,462 百万円

項 目		平成15年度
退職給与引当金年度末残高		- 百万円
退職給与引当金不足額(-)		6,462 百万円

(注) 知事部局等との部門間異動は考慮していない。

会計制度の違いにより退職給与引当金を認識しない知事部局との異動を前提とすると、少なくとも発生主義会計によるためには、在籍者が病院事業に携った期間に応じて、自己都合退職によった場合の退職給与の発生額を期間費用として認識する必要がある。

なお、上記の計算は、自己都合による退職を前提とし、かつ、平均給与および平均在職年数をもとにした、簡便的な試算にとどまっている。現在企業会計において一般に公正妥当と認められる計算方法である「退職給付会計に関する実務指針(中間報告)(日本公認会計士協会会計制度委員会報告第十三号)」に準拠するならば、より精緻な計算を行う必要がある。これらの点を踏まえると要引当計上額はさらに増加することも考えられる。

(2) 期末勤勉手当に対する引当金

平成 15 年度千葉県病院事業決算及び事業報告書において、期末勤勉手当に対する引当金が計上されていない。現状は、当該手当を支出した年度に費用処理を行っており、いわば現金主義による会計処理がなされている。

地方公営企業法第 20 条において、費用・収益および資産・負債・資本につき発生主義に基づく会計処理を規定している。この点に鑑みるに、平成 16 年 6 月に支給された期末勤勉手当は、平成 15 年 12 月から平成 16 年 5 月までを支給対象期間とし、当該期間の勤務実績に基づき支給されるものであるため、平成 15 年 12 月から平成 16 年 3 月の期間に対応する金額は、平成 15 年度の費用として引当計上されるべきものであった。平成 16 年 6 月における実際支給金額を用いて概算するに、支給金額 = 1,555,150 千円 × 4 ヶ月 / 6 ヶ月 = 1,036,767 千円程度の引当金を計上する必要があったと考えられ、この事実は、公営企業法第 20 条に抵触している。

この点、旧自治省から公開されている行政実例においては、退職給与引当金および修繕引当金以外の引当金を設けることができない旨の記述が存在する(昭和 40 年 10 月 13 日行政実例)。しかし、当該行政実例は、発生主義に基づく会計処理を要請する地方公営企業法第 20 条に反しているうえに、30 年以上前に公表され、現在に至るまで見直しが行われていない。従って、現状の当該行政実例は、公営企業の適切な財政状態及び経営成績の開示に資するものでなく、行政実例に依拠する必然性は乏しいと考えられる。

今後は、経営が効率的に行われているかどうかを判断するためにも、地方公営企業法第 20 条に基づき、期間対応を適切に行う会計処理が必要である。

(3) 不納欠損に対する貸倒引当金

不能欠損の状況

(単位：千円)

項目	平成8年度発生	平成9年度発生	平成10年度発生
調定額	3,201,152	3,241,243	3,690,969
時効	15,632	18,170	28,089
欠損率	0.49%	0.56%	0.76%

病院事業における不納欠損は、5年間の時効でもって不納欠損処理されている。病院事業の未収金について過去3年に発生した不納欠損は上表のとおりであるが、病院事業の決算書上は、不納欠損処理したときに損失計上している。

過去の実績から判断すると、診療報酬について調定を行ったもののうち一定の比率については、実質的に回収不能であると考えられる。

会計上は、原因となる事実が発生しており、発生の可能性が高く、金額を合理的に見積もれる場合には、引当金を計上することが一般的に行われている。病院事業に関する未収金について、過去の実績率に基づき貸倒引当金を計上する必要がある。

7. 情報システム

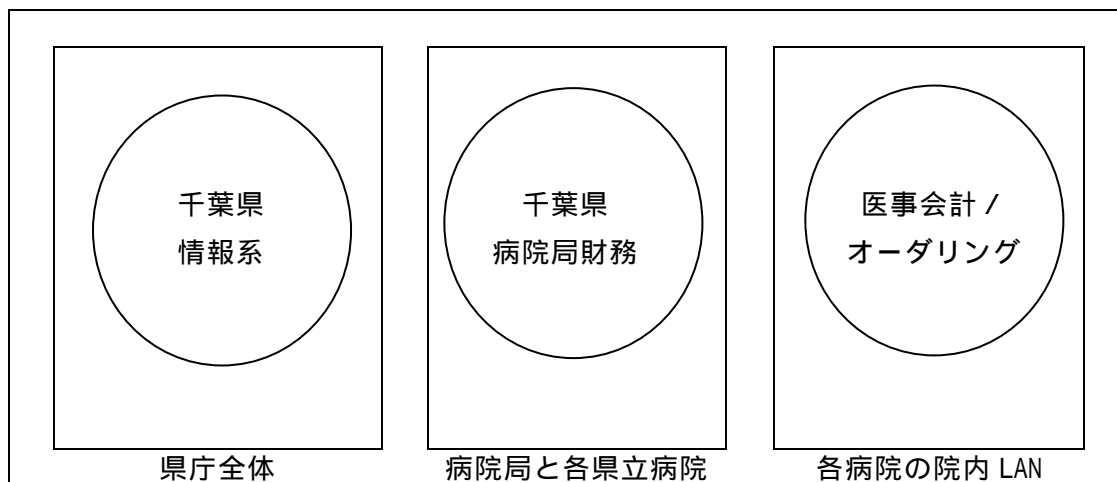
(1) 情報システムの概要

ネットワーク系統

病院局に7県立病院を設置し、各病院において情報システムを各々導入運用している。

各病院には、千葉県情報系ネットワーク、病院局財務ネットワーク、各病院の医事会計/オーダリング院内LANネットワークを含む複数のネットワークがあり、各々物理的に独立している。

ネットワーク系統の種類



ネットワークの管理担当課を下表に示す。

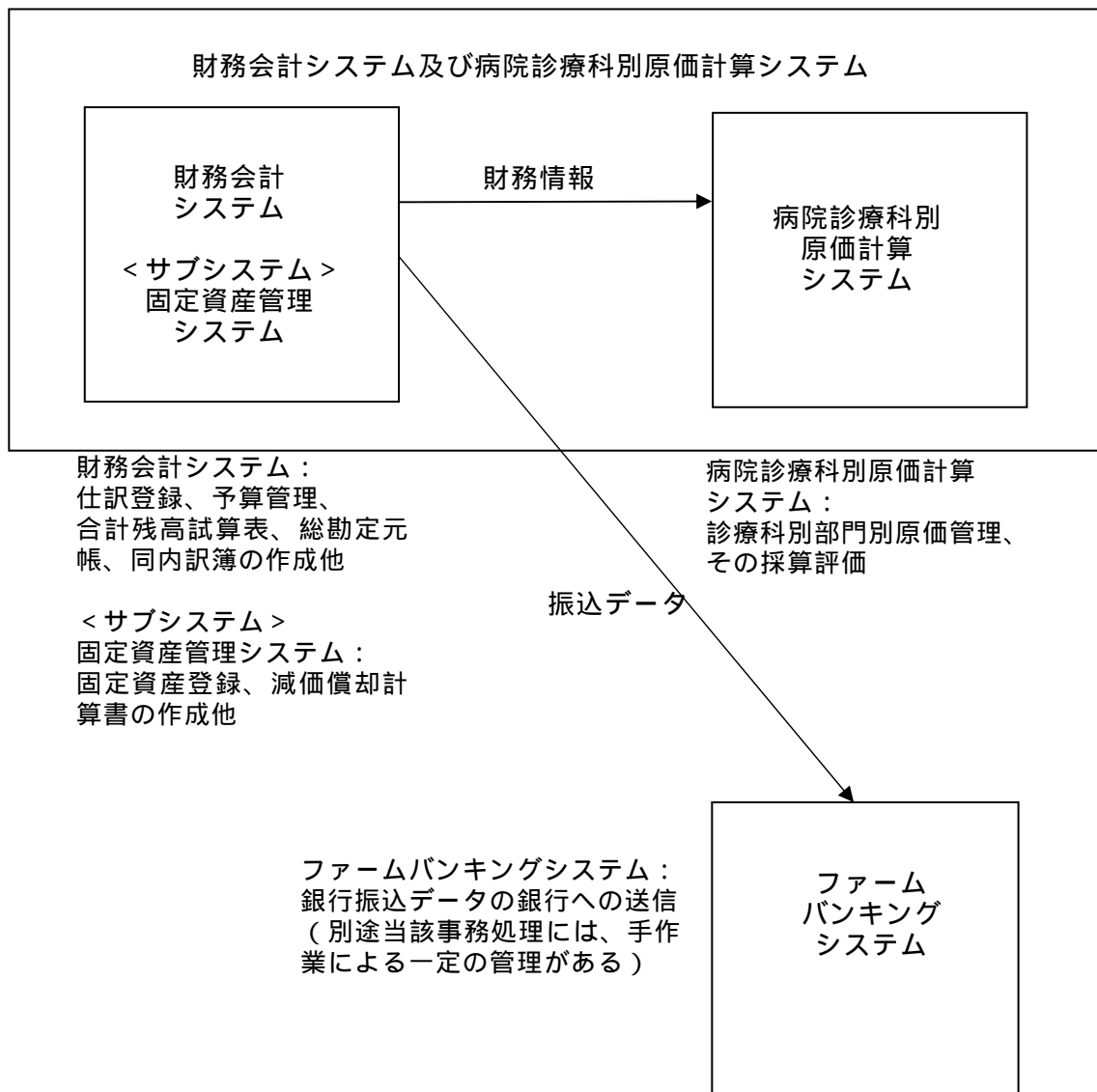
ネットワークの管理担当課

ネットワーク	管理担当課	摘要
千葉県情報系ネットワーク	千葉県総務部情報政策課	
千葉県病院局財務ネットワーク	千葉県病院局経営管理課財務室	
医事会計/オーダリングネットワーク	県立各病院事務局医事班	各病院によって、情報システムが異なる。 一部病院につきオーダリングシステムは導入しておらず、医事会計システムのみ導入している。

千葉県病院局財務会計システム

イ. 病院局経営管理課の財務会計システム概要

病院局経営管理課の情報システムは、財務会計システム及び病院診療科別原価計算システムにより構成されている。

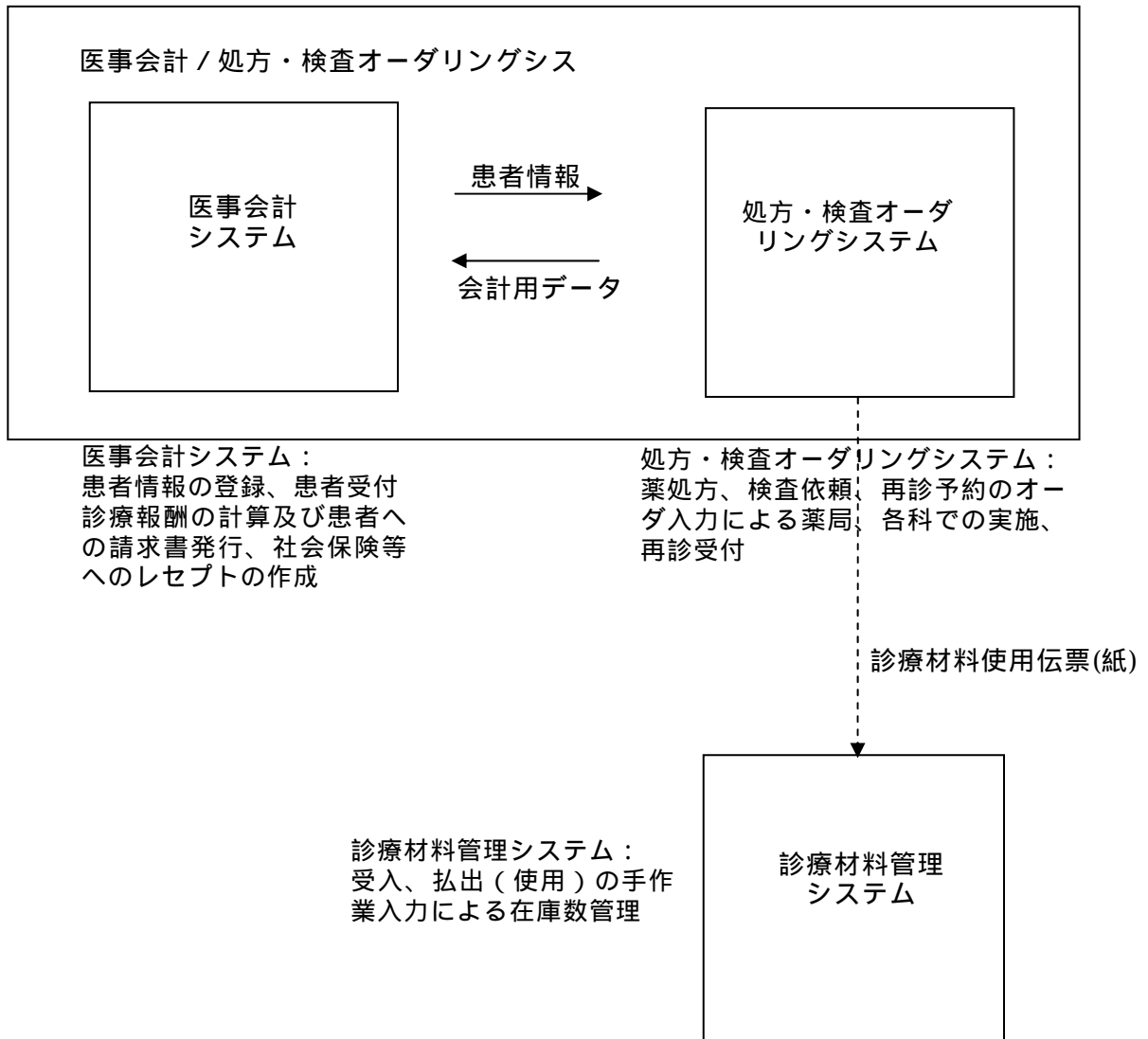


各病院の医療情報システム

イ. 救急医療センターの医療情報システム概要

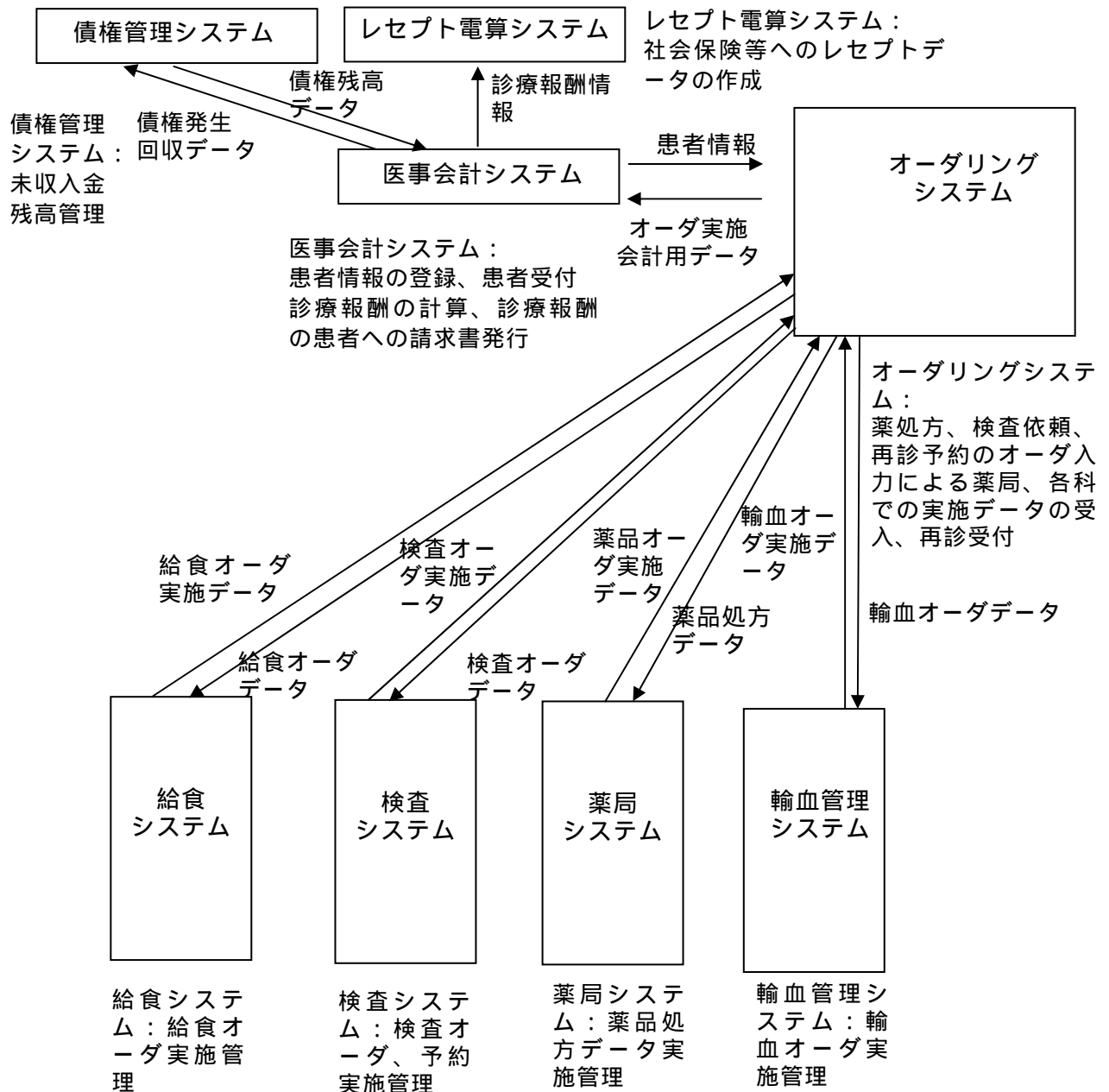
救急医療センターの情報システムは、患者情報を核とした医事会計（未収金管理システムを含む）、臨床検査システム、病歴管理システム、栄養管理システム、再来予約システム、看護支援システム、薬剤支援システム、服薬指導システム、放射線管理システム/処方・検査オーダリングシステムにより構成されている。

また、独立した診療材料管理システムを備えている。



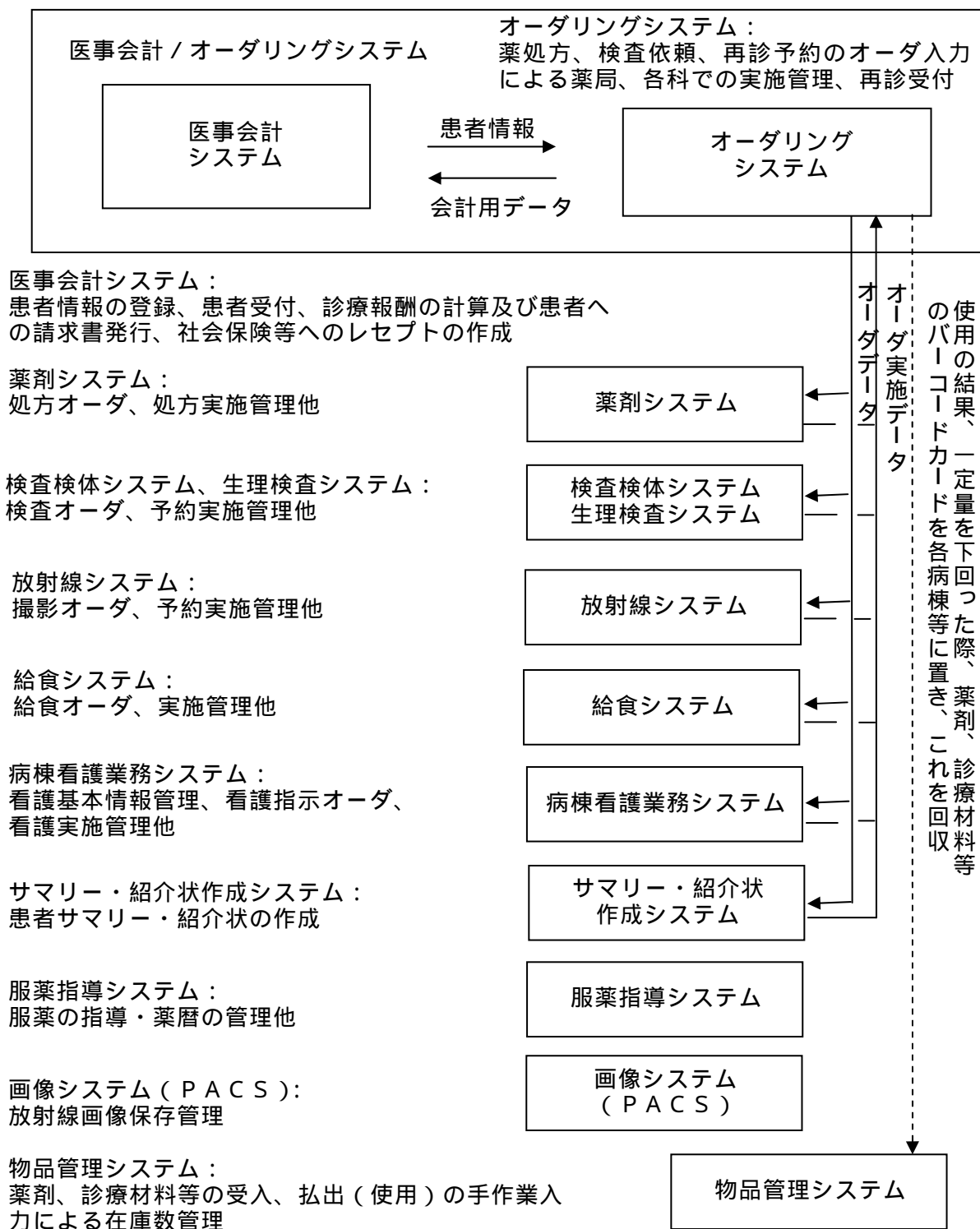
ロ. がんセンターの医療情報システム概要

がんセンターの医療情報システムは、医事会計システム及びオーダリングシステムから構成されている。医事会計システムは、債権管理システム、レセプト電算システムと接続しており、オーダリングシステムは、給食システム、検査システム、薬局システム、輸血管理システムと接続している。



八. 循環器病センターの医療情報システム概要

循環器病センターの医療情報システムは、医事会計、オーダーリングシステム、薬剤システム、検査検体システム、生理検査システム、放射線システム、給食システム、病棟看護業務システム、サマリー・紹介状作成システム、服薬指導システム、物品管理システムで構成されている。さらに、オーダ関係とは別システムとして画像システム（PACS）がある。



情報システムの費用

以下に掲げられているのは、病院局の情報システム導入保守費用である。平成 13 年度 304,956 千円、平成 14 年度 507,246 千円、平成 15 年度 488,685 千円、平成 16 年度 予定 413,820 千円であり、病院医事会計オーダリングシステムを中心に毎年度情報システムの費用が発生している。

病院局の情報システム投資維持費用

(単位：千円、平成 16 年度は予定金額)

項 目	契約の相手方	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
県立病院課					
県立病院課<物品購入(売買)>		-	-	16,538	-
千葉県病院事業財務会計システム	A社	-	-	16,538	-
県立病院課<委託>		36,919	36,919	67,863	19,298
電子計算組織の操作業務	B社	25,999	25,999	25,999	4,400
病院事業財務会計システム維持管理業務	C社	10,920	10,920	10,920	-
千葉県病院事業財務会計システム維持管理業務	A社	-	-	-	5,448
医事・財務会計データ連携システム構築業務	D社	-	-	6,983	-
診療別原価計算システム開発	A社	-	-	17,955	-
財務会計システムネットワーク構築業務	E社	-	-	6,006	-
県立病院 IT 化基本構想策定調査	F社	-	-	-	9,450
県立病院課<賃借>		82,540	82,768	90,846	25,567
ホストコンピュータ	G社	74,983	74,983	74,983	12,498
財務会計用端末機	H社	7,557	7,785	7,785	4,991
庶務共通システム用パソコン (県情報政策課システム7病院を含む)	G社	-	-	8,078	8,078
合 計		119,459	119,687	175,247	44,865
がんセンター					
がんセンター<委託>		21,546	25,326	35,667	21,319
医事会計システム等開発業務	D社	-	-	10,500	-
がん診療総合支援システム保守業務 (国地方15施設で運用)	I社	17,136	17,136	12,252	8,404
ネットワーク管理	J社	4,410	4,410	4,410	4,410
院内情報システムセキュリティ管理業務	J社	-	-	4,725	4,725
臨床検査システム保守業務	D社	-	3,780	3,780	3,780
がんセンター<賃借>		2,253	22,665	22,665	87,944
医事会計システム等	G社	-	-	-	65,279
インターネット	K社	2,253	2,253	2,253	2,253
臨床検査システム	G社	-	20,412	20,412	20,412
合 計		23,799	47,991	58,332	109,263
救急医療センター					
救急医療センター<委託>		6,197	6,197	6,197	6,177
医療情報システム維持管理業務	L社	6,197	6,197	6,197	6,177
救急医療センター<賃借>		28,381	31,005	31,005	31,005

項 目	契約の相手方	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度
ホストコンピュータ(H13.12~)	G社	10,335	31,005	31,005	31,005
ホストコンピュータ(H13.4~11分)	M社	18,046	-	-	-
合 計		34,578	37,202	37,202	37,182
精神科医療センター					
精神科医療センター<委託>		-	344	364	364
医事システム	N社	-	304	304	304
薬剤管理システム	O社	-	40	60	60
精神科医療センター<賃借>		1,550	1,658	1,875	1,875
医事システム	H社	1,550	1,658	1,875	1,875
合 計		1,550	2,002	2,239	2,239
こども病院					
こども病院<委託>		-	-	7,349	7,635
医事・検査システム保守	P社	-	-	7,349	7,635
こども病院<賃借>		-	8,906	17,811	17,811
医事・検査システム	Q社	-	8,906	17,811	17,811
合 計		-	8,906	25,160	25,446
循環器病センター					
循環器病センター<委託>		50,169	56,354	53,550	52,300
病院トータル管理システム維持管理業務	P社	22,050	-	-	-
オーダリングシステム保守管理業務	P社	28,119	56,354	53,550	52,300
循環器病センタ<賃借>		-	-	-	-
合 計		50,169	56,354	53,550	52,300
東金病院					
東金病院<委託>		150	140,921	50,046	47,927
診療支援データベース機能拡張*A	R社	-	108,087	-	-
HIV診断支援システム保守	S社	150	150	150	120
わかしお医療ネットワークシステム保守業務	R社	-	32,684	49,896	47,807
東金病院<賃借>		21,567	40,499	33,225	40,914
医事会計システム(13年度は保守点検を含む)	T社	21,567	14,548	7,274	14,963
わかしお医療ネットワークシステム	T社	-	25,951	25,951	25,951
合 計		21,717	181,420	83,271	88,841
佐原病院					
佐原病院<委託>		-	-	-	-
佐原病院<賃借>		53,684	53,684	53,684	53,684
病院情報システム	U社	53,684	53,684	53,684	53,684
合計		53,684	53,684	53,684	53,684
病院局総合計		304,956	507,246	488,685	413,820

(出典：平成13年度～平成15年度は「千葉県病院事業 決算及び事業報告書」、平成16年度は千葉県病院局)

(注)*A：東金病院の平成14年度委託費「診療支援データベース機能拡張」108,087千円は、「わかしお医療ネットワークシステム」の機能拡張に係るものである。

(2) 個人情報保護

医事会計 / オーダリングシステムに係る個人情報セキュリティ対策管理規程

「個人情報の保護に関する法律」第 11 条で「その保有する個人情報の適正な取扱いが確保されるよう必要な措置を講ずることに努めなければならない」と定めている。これを受けて「個人情報の保護に関する基本方針」(平成 16 年 4 月 2 日閣議決定)では「地方公共団体の保有する個人情報の保護対策については、法第 11 条第 1 項の趣旨を踏まえ、個人情報の保護に関する条例の制定に早急に取り組む必要がある。また、既に条例を制定している団体にあっても所要の見直しを行うことが求められる。」としている。

千葉県においても「千葉県個人情報保護条例」を定め、実施機関(知事、教育委員会、選挙管理委員会、監査委員、人事委員会、地方労働委員会、海区漁業調整委員会、内水面漁場管理委員会及び公営企業管理者)は、個人の権利利益を十分尊重して、この条例を解釈し、運用するとともに、個人情報の保護に関し必要な措置を講じなければならないと定めている。さらに、この条例の施行に関し、実施機関が取り扱う個人情報の保護について必要な事項は実施機関が定めることとしている。公営企業管理者である病院局長は、必要な事項を定め必要な措置を講じなければならない。

これを受けて「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」を平成 16 年 3 月 30 日に公布し、平成 16 年 4 月 1 日から施行している。これにより、病院局において個人情報について自己情報の開示・訂正・利用停止等の本人関与及び適切な苦情処理や不服申立て制度等の救済措置等に係る個人情報保護管理規程を整備運用している。

また、千葉県として個人情報を含む電子情報について「千葉県情報セキュリティ基本方針」及び「千葉県情報セキュリティ対策基準」(以下「千葉県情報セキュリティ基本方針及び対策基準」と称す。)を定め、平成 14 年 3 月 15 日から施行している。これらは、病院局を含めた千葉県の全て機関(公安委員会及び県警を除く)の情報ネットワーク(システム)のセキュリティ対策について定めた方針及び基準である。

この千葉県情報セキュリティ対策基準は以下のように定めているが、この基準に照らし合わせると、病院局において「情報セキュリティ対策の規程等」がなく、この基準に反している。

(ア)情報システム管理者(所属長)は、所管する情報システムの情報セキュリティ対策を講ずるものとする。

また、統括ネットワーク管理者から、情報セキュリティ対策に関する指導、助言を受けた場合には、これを踏まえて適切な対応を行うものとする。

(イ)情報システム管理者は、所管する情報システムに係る具体的な情報セキュリティ対策の規程等を定め、当該情報システムの維持・管理を行うものとする。

(ウ)情報システム管理者は、所管する情報システムを利用する職員等に情報セキュリティ基本方針、情報セキュリティ対策基準、情報セキュリティ対策の規程等を遵守させるものとする。

「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」には、個人情報につき漏洩防止等情報セキュリティ対策が含まれておらず、病院局の電子情報について、情報システム管理者すなわち所属長である病院局長が定めるべき「情報セキュリティ対策の規程等」がない。

救急医療センター及び循環器病センターには「医事会計／オーダリングシステム」があり個人情報を扱っている。がんセンターでは、「医事会計／オーダリングシステム」に係る「千葉県がんセンター診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」及び「オーダリングシステム運用マニュアル」を制定し、平成 16 年 4 月 1 日から施行しており、診療録等の保護措置に係る管理規程を整備している。

しかし、個人情報として漏洩防止等情報セキュリティ対策について「情報セキュリティ対策の規程等」が定められていないため、個人情報として漏洩防止等情報セキュリティ対策が明確でない。一般的に、個人情報は個人を推定できるもの全てが含まれ、その範囲が広く、媒体は、電子媒体、紙媒体を問わないものとされている。電子媒体に限定した「診療録及び診療諸記録の電子保存に係る規定」では個人情報をカバーすることができないと判断する。

「個人情報の保護に関する法律」第 11 条、「千葉県個人情報保護条例」第 3 条に規定された個人情報保護に関する必要な措置のうち漏洩防止等情報セキュリティ対策が十分に行われない恐れがある。

個人情報につき漏洩防止等に係る「情報セキュリティ対策の規程等」を定め、個人情報漏洩防止等情報セキュリティ対策を図る必要がある。

診療録等の電子媒体による保存に係る運用管理規程の未策定

救急医療センターでは、診療録は紙であり電子化されていない。また、診療諸記録も紙ベースを維持している。診療に係る画像については「千葉県救急医療センター診療画像情報の電子媒体による保存に係る運用管理規程」を制定し、平成 15 年 6 月 1 日から施行している。

医事会計システムにより医師のコメントを除きレセプトは電子化されている。この電子化されたレセプトは、同センター担当者によると別途紙媒体があり、診療諸記録に該当せずこの規程の適用はないとのことである。

がんセンターでは、医事会計システムにより医師のコメントを除きレセプトは電子化されている。この電子化されたレセプト等につき「千葉県がんセンター診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」を制定し、平成 16 年 4 月 1 日より施行している。

循環器病センターでは、電子カルテは導入されていないもののオーダリングシステムにより薬暦管理において投薬情報、検暦管理において検査情報、診療支援システムのデータベースにおいて病名等患者に係る情報が電子化され、医事会計システムにより一部

を除きレセプトは電子化されている。これらの情報に関して「診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に係る運用管理規程」が整備されていない。

平成 11 年 4 月 22 日付厚生労働省通知「診療録等の電子媒体による保存について」があり、この規則「三 留意事項」では、「(一) 施設の管理者は運用管理規程を定め、これに従い実施すること。」と定めている。

救急医療センター及びがんセンターでは、「診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に係る運用管理規程」を制定し施行しているが、循環器病センターでは、「診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に係る運用管理規程」がなく、厚生労働省通知に反した状況となっている。

循環器病センターでは、「診療録等の電子媒体による保存に係る運用管理規程」及びそのマニュアルを定め、運用することが必要である。

なお、同通知に対応して、平成 11 月 3 月 11 日付財団法人医療情報システム開発センター理事長報告「法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に関するガイドライン等について」がある。

委託契約における秘密保持契約ないし個人情報の安全管理等条項の未締結

病院局経営管理課財務室では、個人情報につき財務会計システムのデータのうち職員退職金に係るものをその情報に該当すると解している。その財務会計システム維持管理業務では、「業務委託契約書」第 6 条で「乙は、委託業務を履行するにあたり知り得た甲の業務上の機密を第三者に漏らしてはならない。」とし、業務での事項につき、守秘義務を定め契約している。しかしながら、退職後につき守秘義務を定めていないため、秘密保持契約としては不十分である。退職後も守秘義務を負うことを明確にするため、文言を追加する必要がある。

救急医療センターの医事業務では、「業務委託契約書」第 5 条で「乙は、委託業務の処理上知り得た事項を、業務委託契約期間内及び期間経過後において第三者に漏らしてはならない。」とし、業務上で知りえた事項について、守秘義務を定め契約している。しかしながら、退職後につき守秘義務を定めていないため、秘密保持契約としては不十分である。退職後も守秘義務を負うことを明確にするため、文言を追加する必要がある。

循環器病センターの医事業務の委託契約においても同様である。

また、救急医療センターの医療情報システム維持管理業務の契約においても同様の問題がある。

がんセンターの医事会計システム等（オーダリングシステムを含む）保守維持管理業務は、アプリケーションパッケージ、OS ソフトウェア、ハードウェア一式としてリースによる賃貸借契約書で締結しているが、この賃貸借契約書には、一切秘密保持契約条項が盛り込まれていない。

なお、がんセンターの医事会計システム等担当者によると、守秘義務につきこの保守維持管理先であるベンダのセキュリティポリシーにより確認しているとのことであるが、ベンダの要員管理を検証していない。

一部契約において退職後について守秘義務を定めていないので、職を退いた後も守秘義務が続くことが明確になっていない。個人情報保護法第2条第1項により、個人情報は「特定の個人を識別することができるもの」であり、範囲が広く一般的な秘密でないものもある。委託契約での個人情報の安全管理等の条項がない。よって、業務処理上の事項ないし秘密の守秘義務では、個人情報の保護としては不足していると判断する。

さらに、地方公共団体に対する指針「地方公共団体における個人情報保護対策について」(平成15年6月16日総務省政策統括官)において、「個人情報保護条例に、個人情報の保護に関して必要な事項を委託契約に盛り込むことを義務付ける等、委託先においても個人情報が適切に保護されるよう必要な措置を講ずることを当該地方公共団体に義務付ける等の規定を設けることとすべきである」としており、個人情報の保護に関して必要な事項を委託契約に盛り込むべきである。

また、「千葉県個人情報保護条例」では、実施機関は、個人情報を取り扱う事務の委託をするときは、個人情報の保護のために必要な措置を講じなければならないとしている。しかし、「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」には事務委託に伴う措置についての規定がない。

この面でも、この病院局経営管理課財務室、救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターの委託契約では、一般的な秘密データの守秘義務に留まっており、条例の解釈によっては、違反しているおそれがある。

千葉県として個人情報を含む電子情報に係る「千葉県情報セキュリティ対策基準」では、情報システム管理者は別途「情報セキュリティ対策の規程等」を定め当該情報システムの維持管理を行うべきものとされている。しかし、契約条項には以下の項目がなく、病院局で定めた規定等もない。このため、この基準の趣旨に反している恐れがある。

- (ア) ネットワーク及び情報システムの開発、保守等を事業者が発注する場合は、情報セキュリティ基本方針及び情報セキュリティ対策基準のうち受託事業者が守るべき内容の遵守及びその守秘義務を明記した契約を行わなければならない。
- (イ) 受託事業者との契約書には、情報セキュリティ基本方針及び情報セキュリティ対策基準が遵守されなかった場合における損害賠償等の規定を定めなければならない。
- (ウ) 個人情報を取り扱う事務の委託をするときは、個人情報の保護のために必要な措置を講じなければならない。

がんセンターの賃貸借契約書による医事会計システム等(オーダリングシステムを含む)保守維持管理業務について、覚書等で秘密保持契約を追加すべきである。

以下の業務委託契約では、「また、その職を退いた後も同様とする。」等の文言を追記し、退職後においても守秘義務を有することを明確に示すべきである。

ある。

- 病院局経営管理課財務室の財務会計システム維持管理業務

- 救急医療センターの医事業務及び医療情報システム維持管理業務
- がんセンターの医事業務
- 循環器病センターの医事業務

さらに、病院局経営管理課財務室、救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターは、個人情報保護に係る一定の事項を契約書に明記しなければならないとする「情報セキュリティ対策の規程等」を制定し、覚書等で情報システム維持管理業務契約に個人情報の保護条項を追加すべきである。

個人情報保護に係る宣誓書の受託事務従事者からの未呈示

県職員は公務において宣誓を行っているのに対し、受託事務従事者（常駐外注者）は宣誓を行っていない。

県職員については、「千葉県個人情報保護条例」第13条で「個人情報を取り扱う実施機関の職員又は職員であった者は、その職務上知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。」として個人情報保護につき職員等の義務を定めているが、病院局の業務を委託している受託事務従事者（常駐外注者）には、個人情報の保護義務に係る宣誓書に署名させこれを呈示させていない。

- 救急医療センターの医事業務及び医療情報システム維持管理業務
- がんセンターの医事業務及び医事会計システム等（オーダリングシステムを含む）維持保守管理業務
- 循環器病センターの医事業務及びオーダリングシステム維持管理等業務

「地方公共団体における個人情報保護対策について」（平成15年6月16日総務省政策統括官）では、「受託者又は受託者であった者に対しては、受託業務に関して取扱う個人情報の安全確保について当該地方公共団体と同様の義務を負い、個人情報の漏えい防止等のために必要な措置を講ずることを義務付けるとともに、受託事務従事者又は従事していた者に対しては、受託業務に関して取扱う個人情報の保護について当該地方公共団体の職員又は職員であった者が負う義務と同様の義務を課す旨の規定を設けることが適当である。」としており、県職員と同様の義務を課すことを要求している。

委託先の受託業務従事者に、個人情報の保護義務に係る宣誓書に署名させることが必要である。さらに、これをセンターの管理者がチェックすることが必要である。

委託契約書における個人情報持ち出し禁止条項の追加

下記の業務は、受託事務従事者（常駐外注者）に委託している。これら委託契約書又は維持保守管理を含む賃貸借契約書において、個人情報の持ち出し禁止の条項が定められていない。

- 救急医療センターの医事業務及び医療情報システム維持管理業務
- がんセンターの医事業務及び賃貸借契約に含まれる医事会計システム等（オーダリングシステムを含む）維持保守管理業務
- 循環器病センターの医事業務及びオーダリングシステム維持管理等業務

これらの委託契約書において秘密を守る義務はあるが、持ち出し禁止の条項がなく、もし、受託業務従事者が個人情報の持ち出した場合、過失による置忘れ及び盗難による情報の流失のリスクがある。

これら委託契約書において、個人情報の持ち出し禁止の条項を追加し一切禁止する必要がある。

がんセンターでは、委託契約において医事会計システムの維持管理委託は行っていないものの賃貸借契約にその維持管理を含んでおり、賃貸借契約書において必要な文言を含めるべきである。

V . 利害関係

包括外部監査の対象とした事件につき、私と千葉県との間には地方自治法第 252 条の 29 の規定により記載すべき利害関係はない。

以上

包括外部監査の結果報告書に添えて提出する意見

平成 17 年 2 月 17 日付けの包括外部監査の結果報告書に関連し、以下のとおり意見を申し述べる。ここでは、包括外部監査を実施した結果、病院事業の運営の合理化に資するため有用と思われる事項を記載している。

1. 人事・給与関係

(1) 住居手当

住居手当は、「職員の給与に関する条例」第十条の五に基づく手当であり、知事部局との均衡を図るため、現在は「千葉県病院局企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」第九条として規定されている。当該手当は、大都市を中心とした住宅難及び土地、建築費等の著しい高騰と関係して、職員の負担する家賃等が相当高額になってきていることを考慮するとともに、民間においても住宅（住居）手当の普及度が高まってきたこと等を考慮して導入された手当であるとの見解に基づき、支給されている。

本手当の支給対象者は、職員のうち、自ら住居を賃借している者および所有住居に住居している世帯主である。この点、持ち家の者に対する支給は、職員が修繕費等の維持費その他住居費用を負担している実情を考慮して支給しており、手当額については近県の状況等を考慮し決定している。

現状において、民間では人件費削減のため、住居手当を含む各種手当に関する支給見直しがなされている。また、国及び他の地方公共団体においても、住宅を保有する者に対して住居手当の廃止または縮減を検討しているところもある。従って、住居手当の支給に関しては、支給の要否または支給対象の見直しが必要であると考える。

なお、住居手当は、平成 15 年度において 130,371 千円が支給されている。

(2) 公舎の無償貸与及び賃料決定

高度・特殊医療を取り扱う 4 病院（がんセンター・救急医療センター・精神科医療センター・こども病院）に付設する公舎の職員への貸与が、無償貸与となっている。これは、病院に近い場所に医師、看護師を居住させ、急患対応を機動的に行うことを可能とするため、また、医師、看護師に住居費負担の軽減という便宜を図ることにより、人材の確保を行うため、及び福利厚生の一環としての施策であるとの事であった。これらの無償貸与となっている公舎は、昭和 50 年代～平成 3 年に建てられた建物であり、医師住宅はほぼ満室であるものの、看護師宿舎は現在、空室も少なくはなく、入居に際しての基準も存在しておらず、希望すれば入居が可能という状況である。

急患対応や福利厚生の見地より、公舎を準備することは合理的である。しかし、現状、病院局の財政が逼迫しているなか、医療職職員は各種の手当により十分な保護を受けていると考えられ、重ねて公舎の無償での貸与を行うことは、人材確保の側面はあるにせよ、医師、看護師に対する過ぎたる保護といえる。また、循環器病センター、東金病院、佐原

病院に付設する公舎においては、賃料として千葉県病院局公舎等貸付料算定要領に準じた金額が徴収されている。この点において、各病院間における職員の待遇が一貫性を欠いている。

また、上記4病院以外の病院に付設する公舎の賃料設定について、千葉県病院局公舎等貸付料算定要領により、延べ床面積等の基準によって決定されている。しかし、実際公舎所在地の近隣の賃料相場を調査して賃料を決定することは行われておらず、公舎を利用している医療職職員が支払っている賃料は、近隣の賃料相場に比して低く抑えられている。事実、佐原病院が借り上げて医療職職員に賃貸している公舎は、一戸当たり月額6万円から7万円の賃料を病院局が貸主に支払うものの、医療職職員からは月額1万円前後の賃料を収受しているに過ぎない。結果として、その差額が病院局の負担となるが、当該負担が福利厚生のための支出として相当か否かは疑問である。

先述の通り千葉県病院局の財政状態は決して良好といえない。また、公舎の老朽化も進み、補修費等の支出が今後増加していくことが考えられる。公舎の貸与を有償で統一し、賃料の設定において近隣の賃料相場を十分に加味すること及び公舎毎の利用状況を検討し、不要であれば売却等の処分を行うこと等により、公舎関連支出を減少させることができると考えられるため、早急な対策が望まれる。

(3) 勤務時間前後における休憩時間

病院局における職員の勤務時間については、千葉県病院局職員服務規程（平成16年3月31日 千葉県病院局管理規程第17号）第六条第六項において、次のとおり定められている。

勤務時間 午前8時30分から午後5時15分まで

休憩時間 午後0時から午後0時45分まで

休息時間 午前8時30分から午前8時45分まで及び午後5時から午後5時15分まで

勤務時間の最初と最後15分間の「休息時間」が設けられている。休息時間は業務の効率化、及び職員の安全の確保のために勤務時間内に設定するのが通常であり、勤務時間の最初と最後に設定する積極的意義は認められない。また、このような休息時間の設定は、事実上勤務時間の短縮と同様の効果があり、適切なものではない。現状、この点は千葉県病院局から、県立医療施設労働組合に対し、平成17年4月1日より以下の通りの勤務時間となるよう改善の提案を行っているところである。

勤務時間 午前8時30分から午後5時15分まで

休憩時間 午後0時15分から午後1時まで

休息時間 午後0時から午後0時15分まで及び午後3時から午後3時15分まで

上記の改善が適切に実施されることが望まれる。

(4) 期末手当算定の基礎額

期末手当は勤勉手当とともに民間企業の賞与に相当するものであり、基本的に

期末手当 = (給料の月額 + 扶養手当 + 調整手当) × 支給率 × 在職期間別支給割合
 という計算に基づき支給される。期末手当は、「職員の給与に関する条例」第二十条以下に規定されていたが、現在は「千葉県病院局企業職員の給与に関する規定」第二十六条(以下、「給与規程」という。)第十四項において規定されている。なお、平成15年度における期末手当支給率は、期末手当基礎額3ヶ月分であった。

期末手当の算定根拠となる期末手当基礎額には、給料以外に扶養手当が含まれている。扶養手当支給額を期末手当基礎額に含めている結果、同一号給にある職員間で扶養家族の状況により、期末手当支給額に差異が生じている。

期末手当は生活給の一部であるため、そもそも扶養手当の支給の有無と同様に、当該差異については不可避的な発生であり、また、成果主義的な側面からすれば勤勉手当において支給率に差を設けているため、当該算定方法は著しく合理性を欠くものではないとの見解もあり、国の機関などでも同様の見解のもと、支給されている。

しかし、期末手当、勤勉手当は、両者一体において賞与たる性質を有するものと解するのが妥当であり、職務の難易度や業績などに対応して支給額を決定するのが本来の姿である。よって、それらとは関係のない扶養手当支給額を期末手当基礎額に含めるのは不適切である。また、勤勉手当の支給率(成績率)にあっても、実質的には知事部局に準拠する形でほぼ一律に決定されているのが実態であり、職員個別の評価の結果が反映されているとは言い難い面がある。

したがって、期末手当基礎額の計算方法は合理性を欠くものといえ、期末手当基礎額に扶養手当を含めることは廃止を含めて見直す必要があると考える。

なお、平成15年度における期末手当支給額のうち、扶養手当に相当する部分は31,824千円である。

2. 契約事務

(1) 高額医療機器の購入

施設名	契約年月日	契約内容	契約形態	応札企業数	契約金額 (千円)
がんセンター	平成15年12月4日	血管X線/CT撮影システム	一般競争入札 (1回目で落札)	1社 A社	269,850
救急医療センター	平成15年10月24日	多目的血管造影撮影装置	一般競争入札 不調 随意 契約	2社 不調 B社	188,475
こども病院	平成15年8月22日	ガンマカメラシステム	一般競争入札 随意契約	1社 不調 C社	143,010
循環器病センター	平成15年7月3日	ガンマナイフ線源交換及びバージョンアップ	随意契約	N/A D社	236,250

施設名	契約年月日	契約内容	契約形態	応札企業数	契約金額 (千円)
佐原病院	平成15年12月4日	放射線治療装置	一般競争入札 (1回目で落札)	2社 C社	118,860

WTO(特定調達公告-入札公告)

高額医療機器に関しては、WTOに基づく一般競争入札を実施しているが、実際の入札参加者は1～2社しかない。これは、目的機器の仕様がある特定メーカーの医療機器に限定されているためであることが推測される。例えば、最先端の性能を持つ医療機器が開発され、その性能を満たすべき条件として仕様書に記載した場合、応札可能なメーカーは1社のみと推定される。

こういった高額医療機器の購入は、仕様を示して単なる一般競争入札によるよりも最先端の医療機器の価格と最先端の機器と比べると少し性能が劣る医療機器を、性能とコストの面から比較検討すべきと考える。

一般競争入札は多数の入札参加による競争による価格競争でより安い価格で購入するという前提であるから、そもそも医療機器を購入すべきか否かの意思決定を行った後は、数少ない専門メーカー機器の性能と価格を比較検討し、将来の稼動予測から高額医療機器を購入しても採算が取れるかどうかという検討を十分行う必要がある。

医療機器等の購入に際して、病院間の優先順位が明確ではない。各病院への導入においても病院の機能が異なることから、すべて最先端の医療機器を導入する必要もないと思われる。機器購入の予算が潤沢にあるとは思えないので、機能や必要性等とインセンティブを考慮して機器導入の優先順位を検討すべきと考える。

また、高額医療機器等を購入する際に機種選定審査会において検討されているが、議事録等はなく判断基準が明確ではない。判断基準を統一するために基準を作成し委員の間で判断基準を明示すべきと考える。

(2) 委託契約

医療機器の保守料

医療機器の保守契約は、医療機器のメーカーあるいは代理店等と毎年随意契約により保守業務の委託が行われている。補修部品等の入手のために医療機器メーカーの代理店等の特定の1社と契約せざるを得ず、価格交渉の余地もほとんどないと考えられる。

契約の方法として、医療機器購入時に一定の条件の下で一定の年数の保守料を含めた総価方式による方法もある。

一定の要件を満たすことを前提に総価方式による競争入札制度の導入を検討すべきと考える。

給食業務

給食業務については各病院とも外部委託化が行われている。

給食業務の契約状況

(金額単位：千円)

施設名	契約金額	契約先	契約形態	備考
がんセンター	74,340	A社	随意契約	
救急医療センター	20,790	A社	随意契約	
精神科医療センター	19,224	B社	随意契約	
こども病院	59,058	B社	随意契約	
循環器病センター	36,477	C社	指名競争入札	
東金病院	27,972	A社	随意契約	
佐原病院	48,300	D社	随意契約	

がんセンター及び救急医療センターにおいては、給食業者と随意契約を締結している。理由として挙げられているのが、当該センターの特質を熟知・理解し経験をつんでいる、あるいは、患者の症例等に対応した特殊な食事を提供しなければならないことである。患者には嗜好があり症例等に応じた食事を提供し、すべての患者等を満足させることは難しいことであるとは推測される。

県立病院の給食業務は指名競争入札を実施後、2年間の随意契約を行う形をとっている。これは給食業務が医療行為の一環であり、その特殊性から一定の熟練度が要求されているため、継続的な契約を行っているとのことである。

しかし、理由書に記載された随意契約の理由では継続的な契約を行う必要性が読み取れない。患者給食を安定的かつ継続的に供給すべき理由を明示すべきである。

そのうえで、病院給食業務が、症例に応じた食事の提供や質の確保等一定の条件を課す必要があると判断する場合は、単なる価格を基準とした競争ではなく、一定の要件を満たす仕様書を適切に作成した上で、複数年契約を前提に総合評価方式等の契約手続等を実施し競争性、透明性、経済性を高めるよう試行すべきである。

3. 債権管理

(1) 未収金回収の体制上の問題

財務班で未収金の回収業務を担当しているのは1名であり、マンパワー不足が認識されている。そのため、過年度未収金についてもっぱら文書による催告しかやっていないところもあり、臨戸徴収が実施されていない等、未収金回収に尽力できない体制と言わざるを得ない。

【表 救急医療センター：担当職員の未収金整理に従事する割合】

セクション	従事者	左記の者が未収金整理に従事する業務の割合	従事割合の計（延べ人数）
医事班	A	0.045	0.095人
	B	0.05	
財務班	C	0.05	0.475人
	D	0.3	

セクション	従事者	左記の者が未収金整理に従事する業務の割合	従事割合の計（延べ人数）
	E	0.125	
委託業者	F	0.18	0.18人
合計			0.75人

また、人事ローテーションにより医事班、財務班の職員の医療事務の経験年数が短い点から、未収金回収業務への実効性を阻害する要因になっている感がある。

【表 事務局職員にかかる病院事務の経験】

	医事班・財務班の総人数	着任年数が2年以内の割合	過去に病院事務経験のない人の割合
がんセンター	10人	4人(40%)	8人(80%)
救急医療センター	8人	7人(87.5%)	4人(50%)
精神科医療センター	8人	6人(75%)	6人(75%)
こども病院	6人	1人(16.7%)	5人(83.3%)
循環器病センター	6人	2人(33.3%)	4人(66.7%)
東金病院	6人（主任ボイラー技師、主任医療助手除く）	2人(33.3%)	4人(66.7%)
佐原病院	7人	3人(42.9%)	5人(71.4%)

そこで、1)1 病院で未収金回収業務に人員を振り分けるか、2)病院局として未収金回収に取り組むべく徴収の徴収には専門の徴収部隊がいるのと同様に病院局としても未収金回収の専門的な徴収部署を設置する等、未収金回収体制を作る必要がある。

(2) 未収金回収業務の経済性

未収金整理表を査閲した結果、少額未収金（数百円の未収金）について、何度か督促をだしているものがある。県立病院という立場上、1円であっても回収漏れがないよう回収しなければならないというのは建前としては理解できるが、回収にかかる諸経費（郵便代等）および人的資源の制約を考慮するならば、少額未収金についても同様の対応をとってコストと手間をかけることは経済的合理性に欠けるものとする。

従って、一定の金額基準を設けて、その金額基準に応じて対応のレベルを変えるべきと考える。

(3) 未収金回収の确实性を高める対応

入院患者の場合、入院保証書及び保証人からの確約書を入手するも、保証人から診療報酬未収金を回収することはほとんどないとのことである。結果、保証人制度が形骸化しているといわざるを得ない。いくつか入院保証書及び確約書を査閲した結果、保証人が1人しかいない、あるいは、印鑑がないものが散見され、サインをした保証人自身も保証人としての自覚を認識されていない感がある。入院するには、「入院願」に保証人2名の記

載欄があるが、過去、当該保証人欄に保証人の記入がないものもあった。(循環器病センター)

未収代金回収の確実性を担保するための保証人制度が有名無実化している。入院患者から診療報酬未収金を回収できない場合には、保証人へ請求するなど未収金の回収に努めるべきである。

(4) 診療報酬の査定減について

診療報酬のうち保険から支払われるものは、社会保険診療報酬基金や国民健康保険組合などの審査支払機関へ請求されるが、請求内容によっては支払を拒否される場合がある。いわゆる査定減であり、薬剤の過剰投入など審査機関において処置が適切でないとされたものである。

例えば、救急医療センターにおける平成15年度の査定減及び返戻の状況は以下のとおりである。

【表 救急医療センターにおける請求書と収入差額の月次推移】

(単位：千円)

年月	区分	請求額	収入額	差額	審査機関における査定	各保険者における査定	返戻
15.4	国保	119,914	114,059	5,855	1,019	0	4,835
	社保	59,304	57,879	1,424	149	4	1,270
15.5	国保	98,855	96,879	1,976	982	5	989
	社保	77,344	69,620	7,724	161	0	7,561
15.6	国保	134,936	125,611	9,325	522	58	8,861
	社保	41,797	41,186	611	101	6	503
15.7	国保	112,020	109,721	2,298	761	0	1,536
	社保	83,765	65,975	17,790	397	3	17,389
15.8	国保	136,762	132,193	4,569	1,317	240	3,492
	社保	68,894	67,527	1,366	258	25	1,083
15.9	国保	114,258	113,227	1,030	1,138	107	0
	社保	71,729	70,626	1,103	177	10	914
15.10	国保	104,186	102,667	1,519	579	2	936
	社保	52,675	50,060	2,615	61	29	2,524
15.11	国保	121,595	118,362	3,233	659	0	2,573
	社保	63,509	60,312	3,196	45	83	3,068
15.12	国保	146,024	142,553	3,470	915	0	2,555
	社保	66,817	60,756	6,061	35	87	6,113
16.1	国保	120,167	118,217	1,950	1,791	0	159
	社保	70,482	56,253	14,228	286	11	13,931
16.2	国保	119,323	116,640	2,682	495	520	2,707
	社保	87,105	86,022	1,082	293	0	787
16.3	国保	117,226	114,889	2,337	254	6	2,089
	社保	95,040	89,276	5,764	757	0	5,006

(注) 千円未満の端数切捨て

審査機関から査定の通知があったものについて院内において診療報酬検討会を開催して、審査内容を検討のうえ再審査請求の可否を判断している。毎月 40～50 件の査定減とされたもののうち再審査請求が行われるのは月に数件であり率にして 5%以下である。査定減とされた診療報酬は、保険者（患者）には請求されず病院の損失となっている。

院内において査定減の内容の検討は行われているが、診療科別、医師別等の分類による把握は行われておらず、査定減をいかに防ぐかの観点からの検討は行われていない。
（救急医療センター）

査定減の結果を診療科別、医師別等に分類し査定減を極力少なくする工夫が必要である。

4. 情報システム

(1)システム投資効果

情報システム共有化によるコスト低減

現状、財務会計システムは病院局及び県立 7 病院が情報システムを共有している。

しかし、病院医事会計 / オーダリングシステムは、各病院に診療科の特性によりパッケージによるシステムを検討し導入しており、各病院のこれら情報システムの共有化が行われていない。各病院の医事会計 / オーダリングシステムの合計は、導入費用 1,560,862 千円（5 年リース総額を含む） / 保守料 196,915 千円/年となっている。

なお、オーダリングシステムは 7 病院のうち 5 病院において導入済みである。精神科医療センター及びこども病院は、オーダリングシステムが導入されておらず、医事会計システムのみとなっている。

担当者によると今後導入が予定されている、病院医事会計 / オーダリングシステムは、電子カルテ機能付で、現在 3 億円程度導入費用がかかるとのことである。

この機能はオーダリングシステムとセットであり、このまま各病院で導入を行うと 3 億円 × 7 病院 = 21 億円程度、費用負担が発生することになる。

各病院の情報システム導入状況

病院名	情報システム	ベンダ	稼動年月 / 導入費用 / 保守料
救急医療センター	病院医事会計 / オーダリングシステム 薬剤管理システム	A社	平成13年12月 導入費用155,024千円 （5年リース総額） 保守料6,197千円/年 （平成16年度6,177千円/年）
	診療材料管理システム	B社	平成16年1月 導入費用15,574千円 （5年リース総額） 保守料なし
がんセンター	病院医事会計 / オーダリングシステム 薬剤管理システム	A社	平成16年4月 導入費用326,397千円 （5年リース総額）

病院名	情報システム	ベンダ	稼動年月 / 導入費用 / 保守料
	物品管理システム		保守料は上記に含む
循環器病センター	病院医事会計 / オーダリングシステム 物品管理システム（薬剤、診療材料等）	C社	平成10年2月（開院時）導入費用 492,450千円 保守料53,550千円/年
精神科医療センター	病院医事会計システム	A社	平成13年度 導入費用9,374千円 （5年リース総額） 保守料304千円/年
こども病院	病院医事会計システム	C社	平成14年10月 導入費用89,057千円 （5年リース総額） 保守料7,635千円/年
東金病院	病院医事会計 / オーダリングシステム	D社	昭和58年度 医事会計システム 導入費用74,813千円 （5年リース総額） 平成13年11月 オーダリングシステム 導入費用129,755千円 （5年リース総額） 保守料47,807千円/年 （医事会計、オーダリング、わかしおシステムを含む）
佐原病院	病院医事会計 / オーダリングシステム	E社	平成13年度 導入費用268,418千円 （5年リース総額） 保守料なし
合計			導入費用1,560,862千円 （5年リース総額を含む） 保守料196,915千円/年

平成16年9月14日現在、病院局IT化推進検討委員会において、各病院の専門性による業務フローの違いによる共有化の困難性はあるが、システムの共有化の検討を行っている。

電子カルテ機能のシステム導入には、多大なコストがかかる。共有化により導入保守費用を少しでも抑制することが不可欠であるにもかかわらず、システム導入時において、以下のようなコスト比較による低減化を図ることが行われていない。なお、平成16年9月から、病院局において「県立病院IT化基本構想策定調査」委託により調査中である。

- ・現状の各病院で各々パッケージシステムを一部カスタマイズして導入するコスト
- ・システムを統一化し、各病院で同一のサーバとクライアントを設置して使用するコスト
- ・システム及びサーバを全て共有し、ネットワーク回線を経由して各病院でクライア

ントを設置して使用するコスト

コストの低減化の観点から各病院の業務フローを標準化することにより、病院オーダリングシステム等を共有化できるか否か検討することが必要である。

レセプトの電子データによる請求

救急医療センターでは、診療報酬であるレセプトについて、検査・処方オーダー以外、例えば放射線科に係るものは、伝票データの手入力及び印刷出力、医師のコメントの手書により基金等へ請求を行っている。医師のコメントを再入力できれば、レセプトの電子データにより請求が可能である。なお、がんセンターでは、医師のコメントは別紙で提出することにより、レセプトの電子データによる請求を行っている。

一方循環器病センターでは、「ICD10 対応電子カルテ用標準病名」(以下「ICD10 標準病名」という。)について、以下の理由によりレセプトの電子化ができない。これができれば、レセプトの電子データにより請求可能である。

- ・ ICD10 標準病名の使用に医師の協力を得られない診療科があり ICD10 標準病名を使用できない。
- ・ 医事システムのプログラム改修(有償)の必要がある。

救急医療センター、循環器病センターにおいて、レセプトの紙ベースによる請求を電子データによる請求に変更することにより印刷等のコストの低減化等が図れるかどうかの検討が行われていない。

コストの低減化の観点からレセプトの電子データによる請求により、コスト低減等が可能か否か検討することが必要である。

レセプト電子化による診療報酬事務に伴う健康保健組合の管理コスト軽減、医療全体の効率化は、国民の利益につながるものであり、前向きに取り組むべきものと判断する。

なお、がんセンターでは、平成 16 年 7 月からレセプトの電子データによる請求を行っている。病名は、ICD10 標準病名を採用し、プルダウンメニューで選択している。ICD10 標準病名データベースを導入し、これにより診療時に診療報酬審査の過剰診療等減点の事前警告、請求時にレセプトの診療報酬チェックを行っている。レセプトの印刷・運搬・提出を伴うレセプトの紙媒体による提出からデータ媒体の提出とすることで印刷等に係るコストを低減している。担当者によると過剰診療の警告、診療報酬チェック、印刷運搬等に係るコスト低減等レセプト電子化の投資効果は高いとのことである。

診療支援システムの利用禁止(がんセンター)

がんセンターでは、平成 16 年 4 月に医事会計/オーダリングシステムを本番リリースした。このオーダリングシステムのなかに診療支援システムがあり、このシステムは、診療記録データをデータベース処理し診療及び研究に資するものである。この診療記録データは外部メディアに取り出すことができ、これに係る運用規則「運用規則要綱」

(案)を策定している。

しかし、この要綱の発効がなく、診断支援システムのデータには個人情報を含みプライバシー保護に厳重な配慮を必要とする理由から当面同システムの利用を禁じている。

利用停止は、個人情報保護を図る上で慎重な取扱ではあるものの、診療支援システムを診療及び研究に役立てることができず、システム投資の効果が十分に発現しているとはいえない。

「運用規則要綱」を早急に発効することによって診療支援システムを運用し、その投資効果を高めることが必要である。

システム投資に係る投資効果の管理 - 導入前後の定量的な効果管理

病院局経営管理課財務室では、平成 16 年 4 月に財務会計システムを本番リリースした。経営管理課財務会計システム及びがんセンター医事会計 / オーダリングシステムについて、導入前に費用の低減等の定量的な効果を予測し、導入後にこの予測に対する委託費等システム更新による費用低減を経営管理課担当者が把握している。しかし、これら投資効果が定量的に十分得られているか否かを要約した文書にて管理者に報告していない。

がんセンターでは、平成 16 年 4 月に医事会計 / オーダリングシステムを本番リリースした。これらシステム投資について導入時、診療報酬の漏れがなくなること等定性的な投資効果を検討している。しかし、導入前後において、投資効果として診療報酬の漏れを定量的な割合ないし金額により把握していない。

循環器病センターでは、平成 10 年 2 月開院時に医事会計 / オーダリングシステム、物品管理システムを本番リリースした。

システムの定性的な投資効果については、導入時に検討し、投資後定性的な効果測定をアンケート調査により行っている。「オーダリングシステムに関する評価及び運用状況アンケート調査結果」(平成 12 年 11 月 21 日付)によると、オーダリングシステムにつき利用者全体の約 64%が導入効果を認める等の結果を得ている。

定量的な投資効果については、導入時、オーダリングシステム等につき以下の導入効果を想定していた。

- ・オーダリングシステムによる患者の院内滞在時間の短縮(2時間10分 1時間)
- ・オーダリングシステムによる医療費請求漏れの防止(医業収益の2%増収)
- ・物品管理システムによる病院内在庫量の削減(払出額25%の削減)
- ・物品管理システムによる有効期限切れ在庫の撲滅等(薬品購入費2%、診療材料費3%削減)他

しかしながら、新設開院時にシステムの導入を行ったため、比較すべき導入前の状態がなく前後の定量的測定比較が不可能であることを理由として、導入後の定量的管理を行っていない。

このため、導入時に投資効果が十分でないままシステム投資が行われた可能性がある。

もし、システム投資の失敗があった場合、その失敗の経験を次のシステム投資に生かすことができない。

このように、情報システム投資の制度として、事後評価制度がない。

がんセンターの担当者の見解によると診療報酬の漏れは把握することは不可能であるとしている。しかし、平成 7 年度に循環器病センターにおける「オーダリングシステム・物品管理システムの導入効果について」の記載において、レセプト調査により漏れを指摘している調査事例の記載があり、一般的には不可能ではないようである。

循環器病センターでは、旧鶴舞病院の平成 6 年 9 月における病院待ち時間調査数値を基礎にオーダリングシステムによる患者の院内滞在時間の短縮時間を算定予想しており、導入後に調査を実施すれば算定が可能である。医療費請求漏れ等についても旧鶴舞病院との前後調査により何らかの指標が得られると思われる。

システム投資につき、その効果を定量的に導入の前後において文書化し、管理者に報告することが必要である。

情報システム投資の制度として事後評価制度を確立すべきである。

システム投資に係る投資効果の管理 - 導入後の人員減少効果の把握

救急医療センターでは、平成 13 年 12 月に医事会計 / オーダリングシステム、平成 16 年 3 月に診療材料管理システムを本番リリースした。これらシステム投資につき導入時定性的な投資効果を検討している。

導入後において、人員数による定量的効果の試みは行っている。病棟等の看護師等の人員減少を投資効果として把握している。

しかし、これによる給与費の減少を正確に把握していない。さらに、導入前に費用の低減等の定量的な効果を予測し、導入後にこの予測に対する実績を測定することが行われていない。つまり、導入後の実績値のみの把握に留まり、導入前の計画値及び導入後の計画値と実績値の対比がなく、どの程度システム導入の効果を達成したか定かでない。すなわち、これら投資効果が十分得られているか否か定量的に管理していない。

このため、導入時に投資効果が十分でないままシステム投資が行われる恐れがある。もし、システム投資の失敗があった場合、その失敗の経験を次のシステム投資に生かすことができない。

システム投資につき、その効果を収入の増加、費用低減等定量的に、導入の前後において検討することが必要である。

情報システム投資の制度として事後評価制度を確立すべきである。

(2) 情報資源の方針と計画

中長期計画による情報システムの必要性・貢献度のスコアリング法等定量化（評点化）

病院局経営管理課財務室では、平成 16 年度に新規に財務会計システムの導入を行っている。

ここ 5 年～6 年前からサーバの性能向上があり、汎用機システムからクライアントサーバシステムへの移行が行われており、移行による大幅な費用低減額 114,239 千円 / 年間（別途、保守を含むがんセンターの医事会計 / オーダリングシステムリース費用 65,279 千円 / 年間）からすると今回の移行は遅きに失した感が拭えない。

救急医療センターでは、平成 13 年度、平成 15 年度に医事会計 / オーダリングシステム等の導入を行っている。

救急医療センターでは、平成 17 年度以降に医事会計 / オーダリングシステムの更改が検討されている。

担当者によると、この更改により平成 15 年度導入の診療材料管理システムを廃棄する予定はなく、システムの投資効果を得るためにリース期間経過後の使用、同一ネットワークへの吸収と機能向上が考えられ、多額の投資とその効果に係る立証の困難性及び業務フローの大幅な変更を伴うことから診療材料管理システムを含んだパッケージを選択することはないとのことである。

もし、現在の病院局 IT 化推進検討委員会で検討している各病院共通の電子カルテ機能付き医事会計 / オーダリングシステムを導入するとその導入年度によっては、平成 17 年度更改後数年しかシステムを使用せず、この更改が無駄となるおそれがある。

なお、病院担当者の見解では、病院局 IT 推進検討委員会の結果、共通システムの導入を前提としており、現行システムの安定性、システム更新の必要性等の各条件を考慮し判断され単純にリース期間切れのみで決定されることはないとのことである。

がんセンターでは、平成 16 年度に新規に医事会計 / オーダリングシステム等の導入を行っている。

がんセンターでは、医事会計 / オーダリングシステムは、平成 16 年度から平成 20 年度まで 5 年リースにより導入している。現在のパッケージに電子カルテ機能があり当初からこれを含めてパッケージを選定し、平成 17 年度に買い取りとリースの組み合わせにより、この電子カルテ機能追加導入が予定されている。

平成 20 年度にリースアップし、平成 17 年度の買い取り後 4 年のみ電子カルテ機能は使用できる。しかも予算上の制約からこの追加機能の導入遅延を行った場合、3 年間以下の期間使用となり、医事会計 / オーダリングシステムの再リースにより使用の延長を行わなければならない恐れがある。

循環器病センターでは、平成 10 年 2 月開院時に新規医事会計 / オーダリングシステムの導入を行っている。

循環器病センターでは、平成 18 年度に医事会計 / オーダリングシステムの更改を予定している。このパッケージには電子カルテ機能を予定している。もし、この電子カルテ機能のため新規選定したメーカーが現在買い取り使用しているパッケージ・システムのメーカーと異なる場合、従来の情報システムは廃棄し、新規一括のパッケージを導入する

可能性が高く、システム投資の整合性を確保できない恐れがある。

システム導入は行ったものの経営管理課及び各センターでは、これら導入につき中長期計画を策定していない。

なお、担当者によると平成 16 年 10 月現在において 3 か年計画を策定中とのことである。

経営管理課及び各センターでは、情報システムの必要性・貢献度のスコアリング法等により定量化（評点化）し、中長期計画を策定していないため、財務会計システムの平成 16 年度における導入の優先度が誤っていた恐れ及び「電子カルテ」等の今後における導入の優先度を誤る恐れがある。

必要性・貢献度のスコアリング法等定量化（評点化）により中長期計画を策定し、機関決定する必要がある。

なお、中長期計画は毎年度これを見直すローリング方式が一般的である。

(3) データ連動による管理

医事会計 / オーダリングシステムと診療材料管理システムとのデータ連動

救急医療センターにおいて平成 13 年度、平成 15 年度に導入した医事会計 / オーダリングシステム、診療材料管理システム（薬剤は含まない）は、まったく独立したシステムである。

がんセンターにおいて平成 16 年度に導入した医事会計 / オーダリングシステムと外部委託している診療材料管理システムは、まったく独立した情報システムである。

救急医療センター及びがんセンターでは、これら両者のデータの照合による診療報酬の請求漏れの防止を検討していない。

循環器病センターにおいて平成 10 年 2 月に導入した医事会計 / オーダリングシステム、物品（薬剤・診療材料等）管理システムは、まったく独立した情報システムである。循環器病センターでは、両者のデータの照合による診療報酬の請求漏れの防止を検討したものの、実現していない。

各病院で各々の両情報システムのデータ照合により医師のオーダによる診療報酬請求と特定診療材料（循環器病センターでは薬剤を含む）の使用状況を確認することができれば、請求漏れの防止が図れる。

この照合が実現していないため、システム投資効果の最大化が図れない。

救急医療センター及びがんセンターでは、システム投資時、医事会計システム側での物品管理システムの払出データの受入、これと診療報酬の請求とのチェック等により情報システム間のデータ照合を行うシステムの構築を検討することが必要である。

循環器病センターでは、再構築の際に両者のデータの照合による診療報酬の請求漏れの防止を図る情報システム構築の再検討が望まれる。

医事会計 / オーダリングシステムの調剤薬以外の薬（注射薬等）払出データ

救急医療センターでは、調剤薬（内服薬）については、薬局で在庫を置き処方データにより処方し、薬局独自の薬品管理システムへの購入メモと払出メモの入力により薬品在庫数量を管理している。同じ処方データにより医事会計にて診療報酬の計算を行なっているので、診療報酬の請求漏れは発生しないはずである。

調剤薬以外の薬（注射薬等）については、病棟在庫を置き、この病棟在庫から使用し、薬局の薬品棚から払出伝票による定数補充が行われる。救急医療センターでは、オーダリングによる診療報酬請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の払出を行うので、消毒薬等を除き、請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の払出は一致するはずであり、診療報酬の請求漏れは同様に発生しないはずである。

調剤薬以外の薬（注射薬等）については、病棟への伝票払出のみで、病棟での定期的棚卸を行っておらず、病棟の払出数量を正確に把握することができない。このため、伝票の集計値と診療報酬のデータとの照合により一致を確認できない。

医師のオーダによる診療報酬請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の使用数量を照合することができれば、請求漏れの確認、正確な在庫の把握管理が図れると考える。調剤薬以外の薬（注射薬等）につき、定期的な棚卸により正確な払出数量を把握すること、手作業によりこの数量と診療報酬の請求との照合を行うことが望まれる。

さらに、費用対効果の検討の上、調剤薬以外の薬（注射薬等）について、医事会計システム側で診療報酬の請求と病棟払出数量との照合システムを構築することが望ましい。

医事会計 / オーダリングシステムの調剤薬以外の薬（注射薬等）払出データ

がんセンターでは、調剤薬（内服薬）については、薬局で在庫を置き処方データにより処方している。これについては同じ処方データにより医事会計にて診療報酬の計算を行なっているので、診療報酬の請求漏れは発生しないはずである。

調剤薬以外の薬（注射薬等）については、病棟在庫を置き、この病棟在庫から使用し、薬局から補充が行われる。オーダリングによる診療報酬請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の払出を行うので、一定のものを除き、請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の払出は一致するはずであり、診療報酬の請求漏れは発生しないはずである。

これらの薬品は、薬局独自の薬品管理システムにより薬品在庫数量を管理している。

調剤薬以外の薬（注射薬等）については、担当者によると病棟での定期的棚卸を年数回行っているとのことである。しかし、薬局から病棟への払出数量のみの把握に留まり、棚卸により病棟の払出数量を正確に把握すること、この払出数量と診療報酬のデータとの照合することを行っていない。

医師のオーダーによる診療報酬請求と調剤薬以外の薬（注射薬等）の使用数量を照合することができれば、請求漏れの確認、正確な在庫の把握管理が図れる。調剤薬以外の薬（注射薬等）につき、定期的な棚卸による正確な払出数量を把握すること、手作業によりこの数量と診療報酬の請求との照合を行うことが望まれる。

さらに、費用対効果の検討の上、調剤薬以外の薬（注射薬等）につき、医事会計システム側で診療報酬の請求と病棟払出数量との照合システムを構築することが望ましい。

財務会計システムと医事会計／オーダーリングシステムのデータ連動遅延

下記医事会計／オーダーリングシステムに含まれる医事会計システムは、財務会計システムとまったく独立した情報システムである。医事会計システムから財務会計システムへの（借方科目）未収金／（貸方科目）収益等の仕訳データ連動は救急医療センターで当初平成 16 年 4 月稼動であったが、平成 16 年 9 月現在、開発テスト中で未だ実現していない。

- ・救急医療センターで、平成 13 年度に導入した医事会計／オーダーリングシステム
- ・がんセンターで、平成 16 年度に導入した医事会計／オーダーリングシステム
- ・循環器病センターで、平成 10 年 2 月に導入した医事会計／オーダーリングシステム
他

データが連動していないため手作業の入力が必要となり、正確性の向上、省力化、システム投資の効果の最大化が図れない。

がんセンター及び循環器病センターでは、これらデータ連動が具体化されていない。

システム投資時に予定したデータ連動を早期に実現すること、可能な限りデータ連動を検討することにより、システム投資効果の最大化を図ることが必要である。

(4) 情報セキュリティ

財務会計システム及び医事会計／オーダーリングシステムに係るコンピュータウィルス対策

病院局経営管理課財務室では、財務会計システムに係るセキュリティ対策については、千葉県病院局財務ネットワークが外部に接続しておらず、コンピュータウィルス対策が不要であるとしている。

救急医療センター及び循環器病センターでは、「医事会計／オーダーリングシステム」に係るコンピュータウィルス対策を行っていない。

がんセンターでは、「千葉県がんセンター診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」及び「オーダーリングシステム運用マニュアル」を制定し、平成 16 年 4 月 1 日に施行しているが、コンピュータウィルス対策を行っていない。

例えば、フロッピーディスク、USB（Universal Serial Bus, ユニバーサルシリアルバス）メモリ等媒体からコンピュータウィルスに感染し、ネットワークの使用不能ないし

データの損傷等のリスクがある。これにも係わらず、これらの使用禁止していない。

千葉県として電子情報につき「千葉県情報セキュリティ基本方針及び対策基準」を定め、平成14年3月15日から施行している。

この「千葉県情報セキュリティ対策基準」「7 技術セキュリティ」「(4)コンピュータウィルス対策」にて「ウィルスチェックを行うこと」としている。しかし、病院局及び各病院においてはコンピュータウィルス対策を採っていない。同基準の趣旨に反しているおそれがあり、この基準に基づく「情報セキュリティ対策の規程等」がない。

「千葉県情報セキュリティ対策基準」に基づく「情報セキュリティ対策の規程等」を定め、コンピュータウィルス対策を図る必要がある。

なお、「千葉県情報セキュリティ基本方針」は、県の情報資産の機密性、完全性及び可用性を維持する目的であり、「千葉県情報セキュリティ対策基準」は、この方針に基づき、情報セキュリティ対策を実現するための必要な基本的事項を定めたものである。この基準は、組織・体制、電子情報の分類と管理、人的セキュリティ、物理的セキュリティ、技術セキュリティ運用を定めている。

(5) 情報システムの運用

サーバの管理方法および基準の明文化

病院局経営管理課財務室の財務会計システムのサーバの運用作業は、病院局経営管理課財務室の情報システム担当者が行っている。サーバの運用作業に係わる具体的管理方法及び基準を明文化していない。

救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターのサーバの運用作業は、常駐外注者（受託業務従事者）に委託している。

がんセンターの「千葉県がんセンター診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」におけるバックアップ処理を除き、サーバのセキュリティに係る事項を含む管理につきサーバの運用作業に係わる具体的管理方法及び基準を明文化していない。

がんセンターのバックアップ処理を除き、サーバの運用ルールを明文化しておらず、これらの管理が明確でない。

がんセンターのバックアップ処理を除き、管理ルールにつき、以下の規程類を整備することが必要である。

- ・病院全体に適用される電子計算処理に係るデータの保護管理に関する規程
- ・所管の情報システム等に適用される電子計算機室等管理要領
- ・サーバ（情報システム）管理の責任者及び日常作業担当者の役割・権限・責任
- ・サーバの保守・運用管理担当者用（受託業務従事者を含む）のユーザID承認・異動に伴う変更・廃止手続
- ・サーバの保守・運用管理担当者用（受託業務従事者を含む）のパスワードの設定と管理
- ・データへのアクセス、複写の制限、廃棄等
- ・セキュリティに関する監視・監査

(6) 事業継続の計画立案

バックアップの日次処理

がんセンターの「千葉県がんセンター診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」には、「9.(記録媒体の管理)」に「別の媒体にも補助的に記録する」として、バックアップ処理を定めている。これによりサーバの運用作業として、このデータのバックアップ処理がある。

しかし、医事会計システムは、事務局医事班において月次締め処理後、バックアップを手作業で行っているとのことであるが、日次のバックアップ処理を行っていない。

一方、オーダーリングシステムは、データのバックアップ処理を平成16年2月5日成功後、平成16年8月6日まで失敗しておりバックアップがない。テープ装置のヘッドの汚れのためであった。

このサーバの運用作業は、常駐外注者(受託業務従事者)に委託している。このサーバのセキュリティに係る事項を含む管理につき、サーバの運用作業に係わる具体的管理方法及び基準が明文化されていない。

バックアップルールを明文化しているにも係わらず、日次で実行していない。もし、データを喪失した場合、再入力に時間とコストがかかる。

このルールの管理が明文化されておらず、これらバックアップ処理等運用管理が明確でない。

テープへのバックアップを日次で実行し、これを上位者が管理することが必要である。

バックアップの日次自動処理の未確認

電子データの保存は、障害に備え通常別の媒体にも補助的に記録するバックアップ処理を行う。病院局経営管理課財務室の財務会計システムについても、ルールとしてサーバの自動運用処理にてデータのバックアップ処理を行っており、このサーバの運用作業は、病院局経営管理課財務室の情報システム担当者の役割とされている。

しかし、担当者は日次のバックアップ自動処理の正常終了による完了を確認していない。

ルールとしてバックアップ処理を行うこととしているにも係わらず、日次の自動運用処理における正常終了による完了を確認しておらず、もし媒体にデータを正常に取得していない場合、データを喪失し再入力に時間とコストがかかる。

千葉県の個人情報を含む電子情報に係る「千葉県情報セキュリティ対策基準」では、「7 技術セキュリティ」「(1) コンピュータ及びネットワークの管理」「カ バックアップ」にバックアップについて規定している。しかし、バックアップの完了管理を行っておらず、この基準の趣旨に反しているおそれがあり、この基準に基づく「情報セキュリティ対策の規程等」がない。

テープへのバックアップを日次で確認すること、これを上位者が管理することが必要である。

クライアントサーバシステム環境におけるサーバの運用管理のルールの整備

病院局経営管理課財務室では、財務会計システムが導入されている。データのバックアップ自動処理については、正常終了による処理の完了確認管理を行っていない。

救急医療センターでは、医事会計オーダリングシステム及び診療材料管理システムが導入されている。医事会計オーダリングシステムに係るサーバは、電算室に設置し、データの日次バックアップ管理を行っている。一方、診療材料管理システムに係るサーバは、ユーザ部科の事務室に設置し、データのバックアップを行っていない。

このように、各情報システムは所管とこれによる運用管理が異なり、病院局において経営管理課財務室及び各病院で統一した運用管理明文ルールがない。

千葉県個人情報を含む電子情報に係る「千葉県情報セキュリティ対策基準」では、「7 技術セキュリティ」「(1) コンピュータ及びネットワークの管理」「カ バックアップ」にバックアップについて規定している。しかし、バックアップの完了管理を行っておらず、この基準の趣旨に反しているおそれがあり、この基準に基づく「情報セキュリティ対策の規程等」がない。

バックアップを含むサーバ運用管理ルールを「情報セキュリティ対策の規程等」として定め、各部課科における情報システムのユーザにルールを明確に示し、各ユーザがこのルールを遵守する必要がある。

バックアップデータの耐火金庫への保管、遠隔地（二重）保管

病院局経営管理課財務室では、バックアップ媒体をサーバテープ装置（DAT オートチェンジャ）内に保管している。

救急医療センターでは、バックアップ媒体を電算室のサーバの脇のキャビネに保管している。

がんセンターでは、バックアップ媒体を電算室のサーバのテープ装置内と医事班で保管している。

循環器病センターでは、バックアップ媒体を電算室のサーバルーム内のサーバ脇に保管している。

さらに、病院局経営管理課財務室、救急医療センター、がんセンター及び循環器病センターでは、これらを遠隔地（二重）に保管していない。

サーバが火災等により損傷した場合、バックアップ媒体内のデータも同時に喪失するリスクがある。

費用対効果を考慮の上、バックアップを耐火金庫に保管すること、遠隔地（二重）に保管することが望ましい。

電算機室のガス消火器の未設置

財務会計システムのサーバを設置している中庁舎では病院局経営管理課事務室の廊下に消火栓及び粉末消火器を設置し、ガス消火器を設置していない。

救急医療センター及びがんセンターの電算機室の消火用に粉末消火器を設置しており、ガス消火器を設置していない。

スプリンクラー消火装置からの水の噴出、消火栓又は粉末消火器の使用によりサーバが損傷するリスクがある。

サーバ及び電算機室の消火用には、ガス消火器も設置することが望ましい。

但し、ガス消火器は、部屋にガスが充満しないと消火効果がなく、これにより人命を失うおそれもあるため、使用時の注意を徹底しておくことが必要となる。

サーバの床への未固定

救急医療センターのサーバは低いため、床に固定していない。

病院局経営管理課財務室、がんセンター及び循環器病センターでは、サーバはサーバラックに保管しており、ラックは床に固定していない。

がんセンターの床は二重の免震床であるが、この各支柱を連結せず、各支柱の上にこの二重床を載せているのみである。

地震が発生した場合、サーバまたはサーバラックを床に固定していないため、他のサーバないし壁に衝突しサーバが損傷するリスクがある。

さらになんセンターでは、各支柱の上にこの二重床を載せているため、震度の大きい地震の場合床が落ちるリスクが高い。

サーバは床に固定すること、がんセンターでは免震二重床を床が落ちない様に改修することが必要である。

手作業処理マニュアルを含む事業継続計画の未策定

病院局経営管理課財務室、救急医療センター及びがんセンターではコンピュータ処理が停止したときにおける手作業処理マニュアルを含む事業継続計画を策定していない。

循環器病センターでは手作業処理マニュアルを策定済みであるが、これ以外の事業継続計画を策定していない。

地震・テロ等によりコンピュータ処理が停止した場合、データの損傷等事後では対応できないケースがあり、事業が継続できないリスクないし遅延するリスクがある。

さらに、循環器病センターを除き手作業処理マニュアルがなく手作業による処理が遅延するリスクがある。

事業継続計画、すなわちリスクシナリオの想定、重要なリスクシナリオのいくつかの選定、シナリオ毎の対応方針、体制整備、マニュアル等による手作業などの代替処理による暫定運用、システム復旧計画等を策定することが必要である。

この計画により、事後に対応できないシナリオ、例えば地震・テロ等によるデータの損傷については、事前に遠隔地（二重）保管等により対応しておくことが必要となる。

さらに、作成した手作業処理マニュアルにより要員の訓練、リハーサル、マニュアルの見直しを定期的に行うことが必要である。

(7) 適用業務システムの導入と保守

システムドキュメント・ソースプログラムの未入手

システム新規開発及び改修において、パッケージのアドオン、カスタマイズにつきシステム設計書等システムドキュメント及びソースプログラムを入手していない。

これらの入手を行っていないため、ベンダが倒産等した場合、保守・改修が困難になるリスクがある。

千葉県個人情報を含む電子情報に係る「千葉県情報セキュリティ対策基準」では、「7 技術セキュリティ」「(3) 情報システムの開発、導入、保守等」にて以下としている。しかし、病院局において、システムドキュメントの整備及びソースプログラムの入手がなく、この基準の趣旨に反しているおそれがあり、この基準に基づく「情報セキュリティ対策の規程等」がない

システムドキュメントの整備及びソースプログラムの入手ルールを「情報セキュリティ対策の規程等」として定め、システム新規開発、改修において、パッケージ部分を除き、システム設計書等システムドキュメント及びソースプログラムを納品物として仕様に定め、新規開発及び改修時に委託先から入手し、その整備を図る必要がある。

(8) 個人情報の取り扱い事務の目的

救急医療センターでは、平成 15 年 8 月における千葉県健康福祉部県立病院課（現病院局病院局経営管理課）からの「個人情報取扱事務登録簿」に係る変更内容有無の問い合わせを通じて、その写しを備置している。さらに、県のホームページにてその内容も随時確認できる。

がんセンターでは、個人情報保護に係る取り扱いにおける「事務の目的」を記載した「個人情報取扱事務登録簿」を含む個人情報保護の冊子（平成 14 年 3 月 1 日）を備置している。

循環器病センターでは、平成 15 年 8 月における千葉県健康福祉部県立病院課（現病院局病院局経営管理課）からの「個人情報取扱事務登録簿」に係る変更内容有無の問い合わせを通じて、その写しを備置している。

「千葉県個人情報保護条例」では「実施機関は、個人情報を収集するときは、個人情報を取り扱う事務の目的を明確にし、当該目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。」と定められており、個人（患者）に対し取り扱い事務の目的を明確にすることを要求している。また、「実施機関は、個人情報を取り扱う事務であって、個人の氏名、生年月日その他の記述又は個人別に付された番号、記号その他の符号により当該個人を検索し得る状態で個人情報が整理して記録される公文書又は磁気テープ等を使用するもの（以下この条において「個人情報取扱事務」という。）について、次の各号に掲げる事項を登録した登録簿を備え置いて、一般の閲覧に供しなければならない。」と定められており、一定の事項を記載した登録簿の備置及び一般の閲覧を必要としている。

病院局ではこれを受け「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」第二条（個人情報取扱事務登録簿）において、「条例第七条第一項に規定する登録簿は、個人情報取扱事務登録簿（別記第一号様式）によるものとする。」とし、「個人情報取扱事務登録簿（別記第一号様式）」の「事務の目的」欄の記載にて明確にすることとしている。

この登録簿は健康福祉部にてコンピュータで整備していた。平成16年4月1日に健康福祉部から病院局に移行したとき、この登録簿も病院局経営管理課に移行している。この事務の目的は、患者の医療費を支払機関に対して請求すること、入退院事務に必要な手続を行うこと等で、各病院共通のものが多い。

病院局経営管理課の担当者によると、病院局経営管理課にて常備、一般の閲覧に供しており、また、この登録簿は各病院でも同内容のものを保有しているはずとのことである。

さらに、インターネットにて千葉県のホームページの中に登録簿を開示しており、一般に公開している。

「千葉県病院局個人情報保護事務取扱要綱の第2」により、各出先機関（病院）は、個人情報開示請求等の受付や個人情報の取り扱いに関する相談及び案内（個人情報取扱事務登録簿の閲覧を含む）を行う個人情報窓口となっている。

しかし、登録簿の写しの備置、インターネットの開示があるものの、登録簿の写しの備置は各患者に不明で、インターネットの開示は、PCによりインターネットの利用者に限定される。この「事務の目的」は、各病院患者受付窓口において必ずしも明確に表示していない。

患者は、診療を受ける受付等にて個人情報を提供する。その際、その「事務の目的」等登録簿の開示がない。

各病院での個人情報保護実施機関の窓口明示、登録簿の表示、それによる個人情報取扱い「事務の目的」等の説明が望ましい。

開示等の個人情報の取扱いに関する諸手続を「千葉県個人情報保護条例」「千葉県病院局長が取り扱う個人情報に関する千葉県個人情報保護条例施行規程」にて公布施行し、「個人情報取扱事務登録簿」をインターネットで公開している。しかし、個人情報保護に関する考え方や方針に関する宣言（いわゆる、プライバシーポリシー等）の策定・公表により、事業者と同様に事務の目的等個人情報の取扱いに関する諸手続について、あらかじめ、対外的に分かりやすく説明することが望ましい。

以上