

## Ⅱ 各論としての意見

### Ⅱ-1 各論：がんセンターに係る外部監査の結果

#### 1. 診療報酬請求業務等について

##### (1) 概 要

###### ① 診療報酬請求業務の流れ

がんセンターにおける診療報酬請求業務の流れは概ね次のとおりである。

##### ア 請求事務

- i 入院患者や外来患者に対する診療行為を医療従事者（医師・看護師等）がオーダーリングシステムに入力し、その実施に合わせて電子カルテシステムへ入力を行う。
- ii 電子カルテシステムより、医事会計システムへデータを取り込み、取り込んだデータの内容を医事課（委託事業者）が確認し、診療報酬請求データを作成する。
- iii 当月の診療報酬請求データ（電子データ又は紙データ）を翌月 10 日までに国保連又は支払基金等に請求する。
- iv 国保連又は支払基金等において請求書類を審査後、詳記等に不備がある場合は返戻となり、請求内容が過剰や重複等とされた保険点数については、減額措置（査定減）の通知が送付される。
- v 請求額の内訳は、以下のものである。  
請求額＝＋（当月診療報酬分）  
          ＋（保留が解除され月遅れで請求する分）  
          ＋（過月に返戻を受けたものの再請求分）  
          ＋（過月に査定を受けたものの再請求分）  
          －（当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分）
- vi 当月の医業収益計上は、以下のものである。  
医業収益計上額＝＋（当月診療報酬分）  
                  ＋（保留が解除され月遅れで請求する分）  
                  －（当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分）

## イ 請求金額の調定・収納事務

- i 当該月の診療報酬請求額について、国保連や支払基金等を納入義務者として、収入調定伝票を起票する。
- ii 国保連又は支払基金等からの入金分について収納登録の収入伝票を起票し、入金額が請求額を下回る場合は調定変更して更正伝票を起票し、逆に入金額が請求額を上回る場合は事後調定して収入伝票を起票する。
- iii 入金額の内訳は、以下のものである。

$$\begin{aligned} \text{入金額} &= + (\text{当月請求分}) \\ &\quad - (\text{当月請求分のうち、返戻・査定となった分}) \\ &\quad + (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分のうち、審査に通った分}) \\ &\quad + (\text{過月に査定を受けたものの再請求分のうち、査定復活した分}) \end{aligned}$$

- iv 入金時の医業収益計上するのは、以下のものである。合計額がプラスの場合は医業収益を計上し、マイナスの場合は医業収益を減額する。

$$\begin{aligned} \text{医業収益計上額 (又は医業収益減少額)} \\ &= + (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分のうち、審査に通った分}) \\ &\quad + (\text{過月に査定を受けたものの再請求分のうち、査定復活した分}) \\ &\quad - (\text{当月請求分のうち、返戻・査定となった分}) \end{aligned}$$

## ② 診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況

がんセンターにおける診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況は次のとおりである。

システム	電子カルテ	オーダーリングシステム	医事会計システム	レセプトチェックシステム
導入状況	導入	導入	導入	導入
導入時期	平成 18 年 4 月	平成 18 年 4 月	平成 18 年 4 月	平成 18 年 4 月

## ③ 診療報酬請求状況

がんセンターにおける診療報酬請求状況は次のとおりである。

【請求・査定・返戻・入金推移】 (単位：千円)

年 月	請求	査定	返戻	決定	自費	合計
平成 24 年 4 月	670,398	695	△ 146,004	815,708	2,162	817,870
平成 24 年 5 月	722,321	543	△ 79,342	801,120	2,213	803,333
平成 24 年 6 月	696,479	379	△ 69,875	765,976	2,166	768,142

平成 24 年 7 月	724,701	70	△ 76,601	801,231	2,161	803,392
平成 24 年 8 月	773,308	387	△ 63,576	836,497	1,682	838,179
平成 24 年 9 月	690,306	502	△ 67,334	757,138	1,879	759,017
平成 24 年 10 月	717,452	648	△ 76,610	793,415	2,526	795,941
平成 24 年 11 月	736,018	784	△ 72,681	807,915	1,528	809,443
平成 24 年 12 月	709,733	1,577	△ 74,902	783,057	1,766	784,823
平成 25 年 1 月	745,500	971	△ 75,116	819,645	1,927	821,572
平成 25 年 2 月	723,420	1,447	△ 68,445	790,418	1,605	792,023
平成 25 年 3 月	747,424	1,142	△ 88,775	835,056	1,773	836,829
平成 24 年度累計	8,657,066	9,152	△ 959,267	9,607,182	23,393	9,630,564
平成 23 年度累計	8,069,050	9,994	△ 538,622	8,597,678	29,955	8,627,633
対前年度比率	107.3%	91.6%	178.1%	111.7%	78.1%	111.6%

(がんセンター作成資料を一部加工)

#### ④ 再請求の状況

がんセンターにおける診療報酬請求状況は次のとおりである。

##### 【査定・再請求率の月次推移】

(単位：件、点)

年 月	査定		再請求		再請求率	
	件数	点数	件数	点数	件数	点数
平成 24 年 4 月	113	111,852	27	39,333	23.89%	35.17%
平成 24 年 5 月	158	100,843	15	43,333	9.49%	42.97%
平成 24 年 6 月	153	64,628	17	15,916	11.11%	24.63%
平成 24 年 7 月	158	93,241	29	31,336	18.35%	33.61%
平成 24 年 8 月	139	75,527	41	19,526	29.50%	25.85%
平成 24 年 9 月	136	74,770	23	10,800	16.91%	14.44%
平成 24 年 10 月	138	97,426	31	39,422	22.46%	40.46%
平成 24 年 11 月	154	118,938	25	21,573	16.23%	18.14%
平成 24 年 12 月	133	221,749	29	103,120	21.80%	46.50%
平成 25 年 1 月	144	139,359	35	44,670	24.31%	32.05%
平成 25 年 2 月	172	197,376	40	109,164	23.26%	55.31%
平成 25 年 3 月	146	170,551	31	115,280	21.23%	67.59%
平成 24 年度累計	1,744	1,466,260	343	593,473	19.67%	40.48%
平成 23 年度累計	1,671	1,616,476	422	674,471	25.25%	41.72%
対前年度比率	104%	91%	81%	88%		

(がんセンター作成資料を一部加工)

## (2) 手 続

診療報酬請求業務が適正に執行されているかどうか確かめるために、必要と認められた質問及び資料の閲覧を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

### ① 診療報酬請求時の過剰分処理について（意 見）

がんセンターにおいては、診療報酬請求時に、オーダーリングシステムへの登録内容、電子カルテシステム及び医事会計システム等の内容を確認し、明らかに過剰と判断される場合には、請求前に事務的に切り捨て、認められた分だけ請求することがある。この場合、事務的に切り捨てた過剰分については診療行為等を行っており、コストが発生しているにも拘らず、医業収益として認識されないことになる。一方、事務的に切り捨てられた過剰分については、医師等に周知されることはないということである。

このような事前の切り捨てを行わなかった場合は、過剰分を含めて請求し、後日支払基金等から査定減としての通知が届き、査定減となった内容を明示した一覧表に記録され、その内容が医師等に周知され、査定減の発生の抑制のための情報として共有される。しかし、査定減となることが予測される事項を事前に切り捨て、その内容を周知しないことにより、同様な処理がその後も継続する可能性を残すことになる。

診療行為を電子カルテシステムに入力する医師や医師事務作業補助者にこれらの情報を共有することにより、コストとして把握される診療行為等が正しく医業収益として認識され、収益獲得に貢献することになることを考えれば、事務上の事前切り捨ては機会損失をむやみに生じさせることにもつながりかねない。

事務的な切り捨てを行う場合でも、そのことによる病院の収益獲得に対する機会損失が発生することを認識し、情報として共有・蓄積させることが必要である。医師にとって重要な事項は診療行為であるが、継続的な病院経営という視点で考えた場合、適正な診療報酬請求も同様に重要である。事務の効率化は重要であるが、医師を含めた医療スタッフの知識の修得や情報共有の機会を減らすことは極力避けなければならない。診療報酬請求時の内容確認業務について、再度検討するよう要望する。

## ② 診療報酬請求事務のチェック体制について（意見）

がんセンターにおいても、診療報酬請求事務を委託事業者へ委託しているが、その事務の正確性の点検については、現場のリーダーが不慣れな担当者に対するレセプト点検を行うという方法で実施している。しかし、それ以外の方法による正確性の点検は実施しておらず、また、委託事業者の本社の社員が日常業務の点検を行うこともないということである。委託契約上、このような点検作業は含まれていないと考えているということである。

診療報酬の請求事務が正確に行われない場合、病院の医業収益が誤って計上される可能性があり、その結果、収入として入金されるべきものが除かれてしまう可能性も生じることになる。そもそも、医事業務委託には相当な注意のもとに業務を誠実に履行する義務があることから、診療報酬請求内容の正確性を確保することは業務委託上当然のことである。

委託事業者がその業務を仕様書に沿って適正に履行しているか、継続的にモニタリングする必要がある、新人の業務をフォローするためだけに点検するのではなく、具体的に個々の診療報酬請求が正しく行われているかについて、定期的にチェックする体制を構築するよう要望する。

## ③ 診療情報管理担当者の活用について（意見）

がんセンターでは、「がんセンター診療記録管理規定」に次のとおり規定している。すなわち、「診療情報管理担当者は、（中略）、適切な診療記録の作成を推進するため、診療記録の監査を行うこととする」としている。この規定に基づき、診療記録監査部会にて、年2回各診療科の診療記録を監査し、その監査結果を各診療科へフィードバックするとともに、拡大幹部会議等で報告しているということである。その監査の内容は、診療記録の記載方法についての監査であり、診療報酬に関わる部分までの監査はしていないが、個別の診療報酬について、テーマを決めて監査することはあるということである。

診療情報管理士とは、ライブラリーとしての診療録を高い精度で機能させ、そこに含まれるデータや情報を加工、分析、編集し活用することにより医療の安全管理、質の向上及び病院の経営管理に寄与する専門職業である。主な業務は、患者情報の収集、診療情報の管理及び活用が挙げられる。患者情報の収集の中には、診療記録の監査（量的点検、質的点検）が含まれている。そのうち、量的点検は記載の漏れがないか、書類がそろっているかなど、形式的側面を監査するものであり、一方、質的点検は診断名・検査の妥当性及びコーディングなど、内容について監査するも

のである。

診療情報管理士の任務は上記のように、診療録の正確性を確認することを主な目的とするものであり、診療報酬請求業務の正確性を確認するために設けられたものではないと考えられる。しかし、診療記録の正確性と診療報酬請求業務の関係性を考慮すれば、診療情報管理士による監査を活用することにより、診療報酬請求業務の正確性の確認を併せて行うことが可能であると考えられる。また、がんセンター診療記録管理規定第5条第1項においては、診療記録はその目的のために正確に記録されなければならないとしており、その目的の中の一つに診療報酬請求業務が含まれていることから、診療報酬請求業務への活用を想定していると考えられる。

したがって、診療情報管理士によるレセプト請求前の点検を定期的に行うなど、合理的な活用方法を検討されるよう要望する。

【(参考) がんセンター診療記録管理規定】

第16条 診療情報管理担当者は第5条第1項及び第2項について、適切な診療記録の作成を推進するため、診療記録の監査を行うこととする。

第17条 監査のメンバー、監査の対象、監査の方法、監査の項目については、別に定める「千葉県がんセンター診療記録監査要綱」によるものとする。

第5条第1項 診療記録は以下の目的のために正確に記録されなければならない。

(9) 診療報酬請求業務

第5条第2項 診療記録を記載する全ての職員は前号の目的に従い、診療情報管理業務を遂行するための完全な診療記録を作成するよう心がけ積極的にこれに協力しなければならない。

【(参考) 千葉県がんセンター診療記録監査要綱】

第3条 監査は診療記録が法令等及び規定並びに「診療記録等記載マニュアル」に基づいて記載が行われているか否かを評価することによって診療記録の質の向上を図り、もって千葉県がんセンターにおける診療、教育及び研究の進展に資することを目的とする。

第4条第1項 部会は診療記録全体に関する監査（以下、「定期全体監査」という。）について、原則として年2回行うものとする。

第8条第1項 部会は第5条各項及び第6条の定めとは別に、診療記録の特定の項目に関する監査（以下、「重点項目監査」という。）について、原則として年2回行うものとする。

第8条第2項 重点項目監査の対象と範囲及び具体的な監査の項目と監査の基準については部会でこれを定める。

#### ④ 請求・入金差額分析及び査定・返戻の管理について（意見）

がんセンターにおいては、診療報酬請求時、以下の項目を集計し、請求している。

$$\begin{aligned} \text{請求額} &= + (\text{当月診療報酬分}) \\ &+ (\text{保留が解除され月遅れで請求する分}) \\ &+ (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分}) \\ &+ (\text{過月に査定を受けたものの再請求分}) \\ &- (\text{当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分}) \end{aligned}$$

一方、財務会計上は、以下のものを医業収益として計上している。

$$\begin{aligned} \text{医業収益計上額} &= + (\text{当月診療報酬分}) \\ &+ (\text{保留が解除され月遅れで請求する分}) \\ &- (\text{当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分}) \end{aligned}$$

時点ごとの会計処理は次のとおりである。

##### 【通常月】

請求時	(借) 医業未収金	(貸) 医業収益	(請求額)
入金時	(借) 預金	(貸) 医業未収金	(入金額)
(請求額 > 入金額)	(借) 医業収益	(貸) 医業未収金	(入金差額)
入金時	(借) 預金	(貸) 医業未収金	(入金額)
(請求額 < 入金額)	(借) 預金	(貸) 医業収益	(入金差額)

##### 【年度跨ぎ月（2月、3月）】

請求時	(借) 医業未収金	(貸) 医業収益	(請求額)
入金時	(借) 預金	(貸) 医業未収金	(入金額)
(請求額 > 入金額)	<del>(借) 医業収益</del>	(貸) 医業未収金	<del>(入金差額)</del>
入金時	(借) 預金	(貸) 医業未収金	(入金額)
(請求額 < 入金額)	(借) 預金	(貸) 医業収益	(入金差額)
決算時	(借) 雑損失	(貸) 医業未収金	(入金差額)

査定分については、通知に基づき点数ベースでの個人別明細を作成して把握しているが、返戻額について内容の分析は行っていない。返戻額に含まれる内容は、当月診療・当月請求・当月返戻、過月診療・当月請求・当月返戻、その他であり、内容の分析が困難な状況となっている。

総括的意見に記載のとおり、査定減については通知のあった時点で医業収益を減額、その後請求して復活となって入金される時に収益計上し、返戻については通知のあった時点で医業収益を減額しないという会計処理を行うためには、査定減及び

返戻についての個人別分析が不可欠であり、点数ベース、金額ベースでの集計が必要である。査定・返戻の管理方法を再考し、財務会計につながる有効な管理資料の作成を要望する。

#### ⑤ 査定・返戻情報の共有について（意見）

がんセンターにおいては、査定・返戻に関する集計を医事課（委託事業者）が行い、医事課（委託事業者）の各科担当職員と医師の間で情報の共有を図っている。ここでは医事経営課の関与はないようである。

医師と委託事業者との間で情報の共有を図っているということであるが、医師の異動や委託事業者の変更の可能性を考慮すると、過去の情報の共有が途切れる可能性がある。これらの不都合を解消するためには、医事経営課において情報の蓄積を行い、医師の異動や委託事業者の変更があった場合でも対応できる体制を整えておくことを検討するよう要望する。

#### ⑥ 再請求について（意見）

がんセンターにおいては、査定減のリストを作成し、これを診療報酬検討委員会に提出し、再審査請求するかどうかの判断を決めている。査定減の理由別の分析も行っており、平成24年5月分をサンプルとして査定・再請求の状況を確認したところ、以下のような状況であった。

##### 【平成24年5月査定・再請求の状況】

区分			A 適応外		B 過剰		C 重複		D 不適當		F 点数誤り		計	
			件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数
入院	社保	査定	3	25,616	5	3,566	19	15,066	3	592	0	0	30	44,840
		復活	1	△ 8,413	0	0	1	△ 637	1	△ 14,670	0	0	3	△ 23,720
		小計①	4	17,203	5	3,566	20	14,429	4	△ 14,078	0	0	33	21,120
		割合		24.3%		5.0%		20.4%		-19.9%		0.0%		29.9%
入院	国保	査定	0	0	2	19,078	0	0	35	6,415	0	0	37	25,493
		復活	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		小計②	0	0	2	19,078	0	0	35	6,415	0	0	37	25,493
		割合		0.0%		27.0%		0.0%		9.1%		0.0%		36.1%
		計①+②	4	17,203	7	22,644	20	14,429	39	△ 7,663	0	0	70	46,613
外来	社保	査定	8	1,731	15	5,788	12	2,164	11	1,048	0	0	46	10,731
		復活	0	0	0	0	1	△ 32	0	0	0	0	1	△ 32



		小計③	8	1,731	15	5,788	13	2,132	11	1,048	0	0	47	10,699
		割合		2.4%		8.2%		3.0%		1.5%		0.0%		15.1%
外来	国保	査定	6	453	3	416	0	0	36	18,910	0	0	45	19,779
		復活	0	0	1	△ 32	0	0	4	△ 6,403	0	0	5	△ 6,435
		小計④	6	453	4	384	0	0	40	12,507	0	0	50	13,344
		割合		0.6%		0.5%		0.0%		17.7%		0.0%		18.9%
		計③+④	14	2,184	19	6,172	13	2,132	51	13,555	0	0	97	24,043
		合計	18	19,387	26	28,816	33	16,561	90	5,892	0	0	167	<b>70,656</b>
		割合		27.4%		40.8%		23.4%		8.3%		0.0%		100.0%

社保計	計①+③	査定	11	27,347	20	9,354	31	17,230	14	1,640	0	0	76	55,571
国保計	計②+④	査定	6	453	5	19,494	0	0	71	25,325	0	0	82	45,272
合計			17	27,800	25	28,848	31	17,230	85	26,965	0	0	158	<b>100,843</b>

社保計	計①+③	復活	1	△ 8,413	0	0	2	△ 669	1	△ 14,670	0	0	4	△ 23,752
国保計	計②+④	復活	0	0	1	△ 32	0	0	4	△ 6,403	0	0	5	△ 6,435
合計			1	△ 8,413	1	△ 32	2	△ 669	5	△ 21,073	0	0	9	△ 30,187

社保計	計①+③		12	18,934	20	9,354	33	16,561	15	△ 13,030	0	0	80	31,819
国保計	計②+④		6	453	6	19,462	0	0	75	18,922	0	0	87	38,837
合計			18	19,387	26	28,816	33	16,561	90	5,892	0	0	167	<b>70,656</b>

(がんセンター作成資料を一部加工)

がんセンターにおいては、再審査請求の方針について特にルールを定めておらず、診療報酬検討委員会で個別に判断している。ルール化の必要性について確認したところ、「診療報酬は厚生労働省によって文書化されているが、診療行為は医師の判断に基づいているため、審査会と一致しない場合がある。審査会の判断が妥当ではない査定であると考えた場合、再請求を行っている（健康保険審査検討委員会委員長：呼吸器外科部長）」との回答であった。また、医事課（委託事業者）・医事経営課では「病院として独自にルールを作ることを目標とするのではなく、査定・返戻の経験を元に今後の請求・再請求に生かすことが大切である」という考えを持っている。

再審査請求の方針について現在は設定されていないが、がんセンターとしての再審査請求の方針を決めてそれを医師、医療スタッフ及び委託事業者に伝えることで、彼らの事務上の対応が変わる可能性がある。例えば、一次請求の段階での症状詳記の記載方法についてより注意深く対応する可能性や診療報酬請求前でのチェック

項目がより効果的なものになることも期待できる。

したがって、再審査請求の方針のルール化を目的とするのではなく、方向性を決め、それに基づいて実効性のある事務作業レベルにまで落とし込むことで、より一層の有効かつ効率的な事務執行が可能となるものと考えられるため、再度検討を行うよう要望する。

## ⑦ 保留案件について（意見）

がんセンターでは、診療月に診療報酬の請求ができない分を以下のように把握している。

- i 電子レセプト請求分：医事会計システム上の「保留」  
(公費、症状詳記等の確認待ち)
- ii 紙レセプト請求分：医事会計システム外で管理  
(労災、自立支援等の確認待ち)

電子レセプト請求分については、医事会計システム上「保留」として処理し、月次で「保留・月遅れ総括一覧表（電子レセプト分で診療月に請求できなかったものの一覧表）」を出力し、保留内容を確認・解決して請求する時点で、医事会計システム上「保留」を「請求」に切替え、月遅れ分の電子レセプト請求を行う。

一方、紙レセプト請求分については、紙レセプトを出力し、請求できない理由を確認・解決し、紙レセプトで請求した段階で、平成 23 年度までは書類を破棄していた。その結果、平成 23 年度までは、過去の一定の時点における保留案件の状況の把握が困難な状況となっていた。

財務会計上、診療報酬の請求ができないものであっても、診療行為を行った月に医業収益を認識する必要がある。そのため、今後、運用方法を変更し、年度ごとに電子レセプト請求分の保留、紙レセプト請求分の保留を含めた全件（診療月と請求月が異なる案件の全件）をリスト化し、点数・金額ベースで把握できるよう、体制を構築することを要望する。

なお、「現在のシステムでは電子カルテ上で売上計上したものを集計し、その金額で会計処理をしているので、電子カルテ上で売上として計上しなければ、会計上も処理を行うことはできない」という回答を得た。しかし、上記のような保留案件の売上計上は財務会計上で処理すべき内容であり、医事会計システムとの連動を求めているため、留意が必要である。

## ⑧ 長期留保案件について（意見）

がんセンターにおいては、保留案件として提示を受けた資料のうち、年度跨ぎで診療月から6か月超経過している保留分として、以下の案件があった。

### 【年度跨ぎ、6か月超保留案件（一部抜粋）】

患者	診療月	レセ	入外	点数	請求月	保留理由
A	H24. 11	紙	外	30,720	-	生保廃止
B	H25. 2	紙	外	10,165	-	労災
C	H24. 12	電子	外	6,429	H25. 10	21 申請中
D	H24. 12	電子	外	1,140	H25. 10	21 申請中
E	H25. 2	電子	外	138	H25. 10	自立支援申請中
F	H24. 7	電子	外	9,921	H25. 8	医師病名待ち
G	H24. 10	電子	外	9,405	H25. 8	病名・詳記待ち
H	H24. 12	電子	外	4,473	H25. 8	詳記待ち
I	H25. 3	電子	外	5,044	H25. 11	病名待ち

Aの案件は、平成24年11月に受診し、当初生活保護受給者として処理していたが、生活保護受給が廃止となった旨の連絡があった後、国保連申請中に患者との連絡が途絶え、請求ができなかった案件である。診療を受けた日付で調定し、未収金を計上している。なお、患者が国保連への申請手続きを行っていないため、基金への請求はしていないということである。偶発的に生じた案件ではあるが、診療行為を行っているものの報酬請求できないことは極力避けなければならない。このような案件も想定し、請求ができない状態が生じないように、対応を検討するよう要望する。

Bの案件は、請求後に労災認定を受けていたことが判明したため、依頼返戻をかけたが、現在も書類がそろっていないため、請求を留保している案件である。しかし、受診後9か月が経過しているものであり、早急に請求が行われるよう、事務処理を行うよう要望する。

C、D、Eは、公費等申請のため、請求が遅れていたものである。また、F、G、H、Iについては、医師の病名・詳記待ちの案件である。診療後、早急に請求業務が行えるよう医療スタッフ間での相互協力が必要であると考えます。

したがって、業務多忙につき作業が遅れる場合は、医師事務作業補助者を活用し、効率的な事務遂行が図られるよう対応することを要望する。なお、平成25年10月からは医師事務作業補助室を設置し、効率的な事務遂行について対応を図っているということであった。

## ⑨ 業務委託契約について（意見）

がんセンターにおいては、委託事業者に対する業務の評価を行っていない。仕様書に基づいた業務が行われているか、報酬に見合った業務が行われているか、確認するためには、定期的な業務のモニタリング及び業績評価を継続的に行う必要がある。なお、詳細については、総括的意見を参照すること（99～101頁）。

## ⑩ 医師事務作業補助について（意見）

がんセンターでは、平成24年度に20名、平成25年度に17名の医師事務作業補助者を導入している。

「良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。」とされている。（平成19年12月28日、厚生労働省医政局長発 各都道府県知事宛、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」基本的考え方）

当該通知では、役割分担の具体例として、書類作成等（①診断書、診療録及び処方せんの作成、②主治医意見書の作成、③診察や検査の予約）、その他の例を挙げている。①②については、医師が最終的に確認し署名すること（又は電子署名）を条件に記載代行することも可能であるとしている。③については、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能であるとしている。

したがって、このような医事事務作業補助等を積極的に活用することにより、医師の事務作業の負担軽減を図り、医師としての専門性を発揮できるよう、医師事務作業補助者の活用方法及び権限等の付与を再度検討するよう要望する。なお、平成25年10月からは医師事務作業補助室を設置し、対応を図っているということであった。

## 2. 未収金管理（患者自己負担分未収金等）について

### （1）概 要

がんセンターの平成 25 年 3 月 31 日時点での、患者自己負担分の未収金（以下、「未収金」という。）は、合計で 9,862 万円であり、このうち現年度分の未収金が 7,567 万円で、過年度分の未収金が 2,294 万円である。なお、過年度分のうち、50 万円以上の滞納者は 11 名であり、未収金の金額が 200 万円を超える滞納者が存在している。

過年度分の未収金については、平成 24 年 3 月 31 日時点での未収金の合計額が 1 億 1,864 万円であり、その後、平成 24 年度の間、9,100 万円を回収し、468 万円を不納欠損処理している。過年度分の徴収率は約 77%である。この数値は、7 つの県立病院の過年度分の徴収率の平均約 43%を約 30%上回っている。

### （2）手 続

当該事項に係る監査の実施に当たっては、外部監査人が必要と考えた全般的監査手続及び各病院の現場での回収事務の監査手続に従った。当該事項について実施した監査手続の概要は次のとおりである。

- ① 平成 24 年度における未収金の金額の内訳、回収手続について、経営管理課等から説明を受け、各病院の現場における担当者に必要な質問を行った。
- ② 未収金回収マニュアル、患者等から提出を受けた資料等を閲覧し、未収金回収事務の合規性、合理性に関する検証を行った。

### （3）結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項を述べることとする。

#### ① 保証人の保証意思の確認について（指 摘）

がんセンターでは、患者が入院する際の保証人との間の保証契約の成立につき、入院願の保証人欄への署名・押印のみをもって、保証人の保証意思を確認している。

しかし、入院願については、がんセンターの窓口で関係者が記入する運用ではなく、事前に患者に空欄の入院願を渡し、予め必要事項を記載の上で入院時に患者に持参してもらう運用を行っていることから、当該保証人欄への署名・押印を保証

人が実際に行った否かの確認をとることができない。

また、がんセンターでは、患者から医業未収金の分納誓約書の提出を受ける際に、併せて保証人から医業未収金の支払についての確約書の提出を受けている。確約書についても、がんセンターの窓口で保証人が記入する運用ではなく、分納誓約書作成時に患者に空欄の確約書を渡し、後日、必要事項を記載の上で、がんセンターに提出する運用を行っていることから、当該保証人欄への署名・押印を保証人が実際に行った否かの確認をとることができない。

したがって、現在の運用では保証意思の確認方法としては書面主義の観点から不十分であるため、本来は面前で保証人に対して保証意思の確認を行うのが最も好ましい方法であると考えられる。これまでの運用を前提に是正措置を考える場合、入院願及び確約書記載の保証人の連絡先に対して適切な手段で連絡を行い、保証意思を確認し、実効性のある債権の確保等に努められたい。

## ② 督促の時期について（指 摘）

がんセンターでは、医事課（委託事業者）が、外来患者の未収金及び入院患者の未収金について、前者については月ごとに取りまとめた上で、後者と共に未収金台帳を作成している。その後、未収金台帳の中から督促対象者を選別し、督促リストを作成した上で、医事経営課に引き継いでいる。そして、医事経営課で納期限を督促状発送日の11日後として督促状を発送している。

地方自治法施行令第171条は、「普通地方公共団体の長は、債権について、履行期限までに履行しない者があるときは、期限を指定してこれを督促しなければならない。」と規定している。同規定においては、督促の方法、督促の時期及び指定期限の具体的な方法は決められていないものの、財務規程第26条によれば納期限から20日以内に督促しなければならないとされている。

しかし、外来患者の未収金については、上記のとおり月末時点に取りまとめた上で翌月に督促状を送付している。そのため、当月上旬に受診した患者自己負担分については納期限が受診日当日で、翌日から未収金になることから、月末時点で納期限から20日を経過することになる。したがって、翌月以降に督促している現在の取扱いは、上記財務規程に沿った処理ではない。

もっとも、上記財務規程に沿った運用をしなければならないものの、一方で、外来患者の未収金は日々発生しており、現場担当者としては日ごとに督促の管理を行うことは煩雑な部分があるということであり、月ごとに集計して督促状を送付している現在の運用に一定の合理性は認められる。

そのため、現実的に可能な送付時期を定めた財務規程の改正を検討されたい。

### ③ 保証人への督促について（指 摘）

がんセンターでは、入院患者の未収金についての督促の相手方は、患者本人が死亡している場合と患者について破産手続開始の決定が下された場合を除き、患者本人のみで、保証人に対しては督促を行っていない。入院患者が死亡した場合には、保証人に対して督促しているところ、督促状の送付の前に電話により督促している。

地方自治法施行令第 171 条の 2 第 1 号は督促をした後、相当の期間を経過してもなお履行されないときは、徴収停止又は履行延期の特約の措置を採る場合及びその他特別の事情がある場合を除き、保証人に対して履行を請求しなければならないと規定している。相当期間について、具体的に記載された規定はないものの、1 年を限度にすべきである。

現在のがんセンターにおける保証人への督促については、上記のとおり相当期間とされている地方自治法施行令第 171 条の 2 に沿った運用ではない。したがって、今後は入院患者への督促後 1 年以内を一つの目安として入院患者から支払いがない場合は、全ての保証人に督促されたい。

### ④ 法的措置について（指 摘）

がんセンターでは、督促後も支払いを行わない債務者に対して、その後、書面、電話及び臨戸訪問による催告を行っているが、それでも支払いを行わない債務者に対して、訴訟手続を採っていない。

地方自治法施行令第 171 条の 2 第 3 号は督促をした後相当の期間を経過してもなお履行されないときは、徴収停止又は履行延期の特約の措置を採る場合及びその他特別の事情がある場合を除き、訴訟手続により履行を請求しなければならないと規定している。上記③で述べたとおり、相当期間については 1 年が一つの目安と考えられる。

しかし、がんセンターでは保証人も含め支払いを行わない債務者に対して、正当な理由もなく訴訟手続を行っておらず、当該運用は地方自治法施行令第 171 条の 2 第 3 号に沿った運用であるとは言えない。したがって、今後は病院局として設定されている法的措置を実施するための前提条件を個別案件に対して適用し、適切に判断して訴訟手続による履行を検討されたい。

### ⑤ 相続人への請求について（指 摘）

がんセンターでは、患者本人が死亡した際に、知っている患者の相続人に対し

て未収金全額を請求している。その上で、請求した相続人から他の相続人が存在する旨の申出があった場合には、戸籍を調査の上、他の相続人へ請求している。

しかし、患者本人が死亡した場合には当該患者の未収金支払債務は相続人に法定相続分に従って相続されることから、他の相続人が存在するにも拘らず、一部の相続人に全額請求することは、本来負担のない債務についても履行を求めることになり、妥当ではない。

したがって、患者が死亡した場合には、戸籍を調査し相続人を確定させた上で、各人の法定相続分に応じた請求を行うべきであり、現在の運用を改められたい。なお、死亡した患者の配偶者に対して、未収金支払債務を日常家事債務（民法第761条）に該当するとして、法定相続分に限らず全額を請求することは差し支えない。また、保証人が死亡した際には、保証人の相続人に対して法定相続分に応じて保証債務の履行を求められたい。

#### ⑥ 分納申請について（指 摘）

がんセンターでは、債務者から延納及び分納の要請があった場合、医事課（委託事業者）で対応し、債務者から事情を聴取した上で、分納申請書と確約書の提出を受けることで分納を承認し、分納申請書の写しを債務者に交付している。

しかし、分納の承認は、地方自治法施行令第171条の6の履行延期の特約に該当するが、がんセンターにおいては、地方自治法施行令第171条の6各号の要件を判断するだけの聴取や資料の提出の要求を行っていない。

また、分納の承認については、財務規程第4条第2号により病院局長から収入金の徴収事務の委任を受けた病院長に決裁権限があると考えられるが、その分納の承認権限は、さらに事務局長に委譲されている（未収金取扱要領）。この点について、がんセンターでは債務者からの上記書類の提出を受けたその場で担当者が事実上分納の承認を行っており、決裁権限者による事前の決裁を受けていない。

したがって、現在の運用は地方自治法施行令第171条の6に沿った適切な運用ではないため、今後は同条各号の要件を充足するに足る聴取と必要な資料の収集を行い、担当者レベルだけで事実上承認することなく、適切に決裁を行ったうえで分納を承認するよう改められたい。

#### ⑦ 遅延損害金の請求について（指 摘）

がんセンターにおいては、当初の支払期限を経過した債務者に対して、遅延損害金を請求していない。医業未収金は私債権であるため、約定がなくとも支払期限から年5%の割合による遅延損害金が当然に発生する（民法第419条、第404条）。



そのため、今後は債務者に対して遅延損害金を請求されたい。

#### ⑧ 時効管理について（指 摘）

がんセンターでは、医業未収金の時効完成日について、支払いがあった場合は入金日の翌日から3年後とし、支払いがない場合は督促状記載の納期限の翌日から3年後として管理し、それ以外に例えば一部入金後の催告に対し債務者から支払猶予の申出があったとしても時効の中断事由として管理していない。

しかし、督促状記載の納期限が時効の起算点でないことは、総括的意見で述べたとおりである。外来患者の未収金の時効の起算日は診療日の翌日、入院患者の未収金の時効の起算日は納入通知書の指定期限の翌日となり、その後、最初の督促を督促状で行った場合には督促状が到達した時点で時効が中断する。

また、一部入金や分納申請書の提出といった債務者からの支払猶予の申出があれば、その時点で債務承認となり時効が中断することから、その時点から再度時効が進行することになる。

したがって、現在の運用は時効制度の誤った理解の下に行われているものであり、今後は正確な時効制度の理解の下に時効管理を行うよう改められたい。

#### ⑨ 不納欠損処理について（指 摘）

がんセンターでは、上記⑧の時効管理に基づき、時効期間経過後は当該年度末に不納欠損処理を行い、不納欠損処理を行った債権については簿外管理を行っている。しかし、医業未収金は私債権であり、時効期間が経過しても当然には債権は消滅せず、債務者の時効の援用（民法第145条）があつて初めて債権が消滅することになる。そのため、時効の援用があるまでは、不納欠損処理後であっても、医業未収金債権は有効に存在し続けている。したがって、当該不納欠損処分を行うことは会計と法律の不一致をもたらすものであり、適切ではない。また、財務規程第28条において「課長及び病院長は、債権の放棄又は消滅があつた場合は、不納欠損処分回議書により局長の決裁を受けた後、これを出納員に送付しなければならない」と定められていることから、不納欠損処理を先行させることは当該規定の趣旨にも沿わない処理であつた。

今後は、地方公営企業法における財務規定の変更により債権の適切な評価に基づく貸倒引当金の設定が求められるため、これまでどおり、地方自治法に従った債権回収手続を踏むことを徹底するとともに、医業未収金の実態に即した適切な評価に基づき、適切な貸倒引当金の設定を行うなど、公正な情報開示の方向性を検討されたい。

## ⑩ 回収体制と弁護士法第 72 条について（指 摘）

がんセンターでは、現年度分の未収金の分納監視や窓口での催告については医事課（委託事業者）が担当しており、委託先である民間会社の社員が分納を行った債務者に電話催告等を行い、また、再診で訪れた患者に口頭で催告している。一方で、過年度分の未収金の分納監視及び分納に至らなかった未収金の回収業務は医事経営課の職員が担当している。

この点、弁護士法第 72 条は、弁護士又は弁護士法人以外の者が報酬を得る目的で法律事件に関する法律事務を取り扱うことを、刑罰をもって禁止している。法律事務については、一般には、法律上の効果を生じ、変更する事項を処理することをいうと解されているところ（東京高判昭 39. 9. 29）、債権の取立て委任を受けて行った請求、弁済受領、債務免除等の行為は「法律事務」に該当するとの最高裁判例（最判昭 37. 10. 4）も存在する。当該最高裁判決は、債権の成立又はその額に争いがある場合、あるいは焦げ付き債権として回収困難である場合など、債権者が通常の状態ではその満足を得ることができないものについて取立の委任を受けて請求行為等に及ぶことは、「法律事件」に関して「法律事務」を取り扱ったものというべきであるとしている。

がんセンターで行っている回収業務のうち、民間会社が行っている分納監視については、一度滞納が生じた債権の再度の滞納に対して催告を行うもので、既に回収困難な段階に至っている可能性が高いものと判断することができ、当該業務を民間会社が行うことは弁護士法第 72 条に抵触する恐れがある。

そのため、未収金の回収業務について民間会社に関与させるのは、督促対象者の選定を行う段階までとし、督促状送付後からは民間会社に関与させることは避け、医事経営課で回収業務を行われない。

一方で、医事経営課で回収を担当している人員は実質 1 名と少人数であることを勘案すると、経営管理課と協議し、弁護士等への外部委託の可能性を含めて、より効果的な回収体制等を構築するよう検討されたい。

## 3. 医薬品及び診療材料等について

### （1）概 要

#### ① 医薬品の物流管理について

がんセンターは県立 7 病院の中でも経営規模の大きい病院であり、取り扱う医薬品の数量や金額についても他の病院と比較して圧倒的に多い状況にある。医薬品

は薬剤部の所管であるが、効率的な受払管理を行うため、医薬品の定数見直しや発注決定は薬剤師が担当するものの、発注情報の作成や納品検収の代行などの薬剤部補助業務は診療材料の物流管理を行う業者と同一の委託事業者により行われている。また、試薬については表計算システムにて在庫管理が行われている。さらに、麻薬については専用の管理システムを利用するほか、紙製の受払カードによる記録管理を行うなど、特別の受払管理を実施している。

## ② 診療材料の物流管理について

がんセンターでは、中央物流センターにおいて診療材料の受払をコントロールしており、病棟などへは定数管理に基づき払出しを行っている。具体的には、病棟にて診療材料が使用（開封）されると、診療材料の外箱などに貼付されているカードを回収し、回収したカードに基づき新たな診療材料を病棟などへ払い出す仕組みを採用している。中央物流センターそのものの在庫管理においては、在庫の回転状況などをみながら診療材料の発注を行っており、特段の定数は定めていない。

中央物流センターの運營業務は、物品管理業務が効果的に運営されることを目的として一部業務を除き全面的に民間事業者へ委託している。

## ③ 後発医薬品の使用状況及び薬価差について

がんセンターにおける直近2年度の医薬品購入状況は次のとおりである。後発医薬品の採用品目割合は平成24年度で12.0%であるものの、購入金額を基礎とした後発医薬品割合は4.3%に留まっている。

		平成23年度	平成24年度
先発医薬品	購入金額(A)	2,517,432千円	2,473,625千円
	薬価金額(B)	2,877,300千円	2,776,374千円
	薬価差(C)=(B)-(A)	359,868千円	302,749千円
	利益率 (C)/(B)	12.5%	10.9%
後発医薬品	購入金額(a)	58,709千円	110,142千円
	薬価金額(b)	71,404千円	136,007千円
	薬価差(c)=(b)-(a)	12,694千円	25,865千円
	利益率 (c)/(b)	17.8%	19.0%
後発医薬品割合	金額(a)/{(A)+(a)}	2.3%	4.3%
	品目数	9.3%	12.0%

注：後発医薬品薬価金額について、資料上、薬価金額の計算基礎となる包装薬価の誤りが発見されたため、平成23年度に113千円、平成24年度に32千円の加算補正を行っている。

## (2) 手 続

財務規程、会計要領及び実地棚卸実施要領等の関連規程に基づき、棚卸資産の物品管理や調達業務等の事務が適正に執行されているかどうかを確かめるため、次の監査手続を実施した。

- i がんセンターの在庫管理の状況を視察した。
- ii 棚卸表（財務規程別記第 68 号様式）を査閲した。
- iii 棚卸資産の購入契約書や物品管理に関連する委託契約書を査閲した。
- iv 担当課に対して監査実施上必要と認めた質問を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

### ① 薬品在庫の金額について（指 摘）

がんセンターは、平成 25 年度下期の実地棚卸を平成 25 年 3 月 29 日に実施しており、その棚卸結果は次のとおりであった。

治療薬（在庫管理システムで管理されているもの）	74,020 千円
試薬（表計算システムにて集計したもの）	12,977 千円
血液類（表計算システムにて集計したもの）	1,236 千円
合 計	88,235 千円

他方、担当課がとりまとめた「棚卸資産在庫調書（平成 24 年度）」によると、平成 25 年 3 月末の薬品棚卸高は 7,806 万円であり、この金額は平成 25 年 3 月の試算表における薬品勘定残高である 7,806 万円と一致しており、棚卸結果よりも 1 千万円程度少ない金額が記載されていた。平成 25 年 9 月に実施した平成 25 年上期の実地棚卸においては各帳票間の整合性が図られていることから、平成 25 年 3 月末の薬品棚卸高において各帳票間に齟齬が生じていることについて担当課へ見解を求めた。その結果、本来は棚卸結果である 8,823 万円が正しい数値であるとの回答を得た。

したがって、平成 24 年度決算において薬品に係る棚卸結果を貸借対照表の貯蔵品に適正に反映しておらず、次のとおり、資産の過少計上（約 1,017 万円）が発生していることを看過していたこととなる（結果として費用の過大計上。）。

すなわち、棚卸結果による実在庫金額が帳簿残高を大幅に上回っており、通常想定され得る棚卸差額を明らかに超過していることから、事業年度中における帳簿処理において、①薬品の購入処理漏れ、②薬品費用化の二重（過大）処理などの誤りが生じていることが推測される。しかし、がんセンターとのヒヤリングや資料の分析等の監査過程の中で、具体的にどのような誤りが生じたのかについての原因を結果として特定することはできなかった。なお、がんセンターにおけるその後の調査により、薬品費への過大な費用化等という誤りがあったことが判明したという報告を受けた。薬品費への過大な費用化に関しては、次のような修正仕訳が必要となる。

【修正仕訳】

(借) 薬品 10,174 千円 (貸) 薬品費 10,174 千円

実地棚卸の実施目的は、帳簿上の受払処理後の棚卸数量及び棚卸金額と実地の棚卸数量及び棚卸金額を比較し、差異が生じている場合には十分な原因追求を行い、棚卸資産の適正な管理及び処理に資することにある。しかし、平成 25 年 3 月の実地棚卸では差異の把握と原因追究を怠っていた。

以上のことから、上で示した修正仕訳の例示を参考に具体的な原因特定と関連させて、財務会計上の過年度修正の必要性を検討されたい。また、今後は、実地棚卸の目的を再確認し病院内での周知に努め、実地棚卸後の差異把握及び原因追求を漏れなく実施する体制を構築されたい。

## ② 薬剤単価のマスタ登録について（意見）

### ア 在庫システムにおける薬価差について

がんセンターにおいて平成 23 年度及び平成 24 年度の薬品に係る「購入状況表」を通査したところ、薬価差がマイナスとなっている薬品が散見された。このうち、「グリセリン「ヨシダ」25mL(2)」のような小分けに包装されている薬品については薬価を上回ることも珍しくなく、正常な金額であることが確かめられた。

他方、「バルギン消泡内用液 2% (300ml)」については、薬価 2.50 円に対して薬価倍率 300.00 倍が定められているが、棚卸管理システムから出力された「購入状況表」においては薬価倍率が加味されていないことから、本来 2.50 円

×300.00倍=750円を包装薬価とすべきところ帳票上において表示に誤りがあった。

薬品名	平均購入価	包装薬価	薬価差
バルギン消泡内用液 2% (300ml)	696 円/本	誤 2.50 円 →正 750.00 円	誤 ▲693.50 円 →正 54.00 円

なお、監査時点（平成 25 年度）の薬価倍率が 1 倍超となっている他の薬品については薬価倍率が加味された包装薬価が表示されており、「バルギン消泡内用液 2% (300ml)」においても薬品マスタにおいては包装薬価が 750.00 円と表示されていた。

したがって、これら包装薬価の表示に係る誤りに再現性が見られることも考えられ、薬品マスタの正確性について、人為的なミスなのかシステム上の問題なのかを含めて薬品マスタの内容を検証されるよう要望する。

#### イ 医事システムにおける登録単位について

電子カルテにおける診療報酬を設定する医事システムにおいて、ノボヘパリンという薬剤を 1 瓶使用した際に 5 瓶として診療報酬請求するように、マスタ上の単位登録が行われていた。この結果、単位を誤ってレセプト請求を行っていた。したがって、マスタの登録誤りがないようにその原因分析を含めて検証し、マスタ登録に当たってはより一層の注意を払われることを要望する。

#### ③ 後発医薬品の採用状況について（意見）

がんセンターにおける後発医薬品の採用状況は平成 24 年度において採用品目割合 12.0%であり、中期経営計画における平成 28 年度目標値である 12.0%を 4 年前倒しで既に達成している。がんセンターの担当課によれば、後発医薬品の採用について早期に取り組んだ結果として採用品目割合 12.0%を達成したということであり、目標の再設定については今のところ考えていないということであった。他方、がんセンターにおける上位の購入品目は「抗腫瘍剤」に偏っており、それらには後発医薬品が存在しないことが多いため、コストベースでの後発医薬品の購入実績割合は 4.3%に留まっており、採用品目割合の 12.0%とは乖離が生じている。

後発医薬品の採用は患者満足度の向上や経費削減の観点から進められている施策である。がん治療の提供を専門とするがんセンターにおいて後発医薬品の存在しない「抗腫瘍剤」の購入割合が高いことを理由として、コストベースでの後発医薬品の購入実績割合が採用品目割合よりも大幅に低くなってしまいう状況であること

を考慮すると、目標指標として後発医薬品採用品目割合のみを利用することが適切な目標指標であるのか検討の余地があるものと考えられる。また、専門病院としての性格上、後発医薬品採用による経費削減等の余地が低いと判断されるのであるならば、事業計画上の目標として利用しないこともあり得るのではないかと考える。

総括的意見においても記載したが（52～55 頁参照）、病院経営上、財務的な目標と患者満足度の向上のための目標等の設定には整合性のある因果関係なり、相関関係なりを想定すべきである。後発医薬品採用品目割合という目標は、財務的な目標であるコスト削減（結果指標）のための活動指標として位置付け、相関関係等を検証することが求められるべきである。また、患者満足度の向上のためには、事業計画上の目標値として、その達成状況を評価し改善活動につなげることで更なる医療サービスの向上を目指すべきである。目標指標は画一的に採用するのではなく、がんセンターの経営上、それぞれ設定された目標（ここでは後発医薬品採用品目割合等）が相互にどのように関連性を持って重要であるのかを、現場であるがんセンターにおいても十分検討し、合理的で実効性の高い目標指標を採用されるよう要望する。

#### 4. 治験について

##### (1) 概 要

治験とは、薬の開発過程において薬の候補の有効性と安全性について臨床試験することである。県立7病院のうち、特にがんセンターについては、がん治療薬に係る治験が積極的に推進されており、平成24年度においては38件の継続案件と20件の新規案件において、症例数などに応じ、延べ1億2,366万円の研究費を製薬会社より受領している。

##### (2) 手 続

治験の実施に係る事務が適正に執行されているかどうかを確かめるため、次の監査手続を実施した。

- i 治験契約書及び関連する委託契約書を査閲した。
- ii 治験に係る総勘定元帳内訳簿を査閲した。
- iii 担当課へ必要と認めた質問を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

#### ① 治験支援業務委託契約の締結について（意見）

治験契約は、がんセンターと製薬会社との間で治験契約書を交わすと同時に、治験に係る費用負担等に関する契約書（以下、「費用負担契約書」という。）を別途締結し、次のような経費について製薬会社の費用負担を定めている。

すなわち、研究の適正な実施に必要な経費のほか、治験に係る診療に要する経費のうち保険外併用療養費の支給対象とはならない経費並びに治験に必要な事務的業務（CRC等業務）の委託に係る経費及び治験関係書類の保管会社への委託に係る経費（以下、「治験支援業務委託経費」という。）について、製薬会社の負担額を定めている。

治験支援業務委託については、製薬会社より委託先の指定がある場合には随意契約を行い、特に指定がない場合には一般競争入札により委託先を決定している。がんセンターは、確定した業務委託料に対して、事務手数料相当の5%を上乗せした金額を製薬会社に負担させるべき治験支援業務委託経費として費用負担契約書に金額を記載するが、金額が確定した時点において費用負担契約書の変更契約を交わしている。

がんセンターが平成24年度に実施した治験において治験番号2406に以下の発見事項があった。

治験番号	2406
治験課題名	OCV-C01による標準治療不応膵癌に対するプラセボ対照ランダム化第Ⅲ相臨床試験
治験契約日	平成24年7月11日
治験に係る費用負担等に係る契約書契約日	平成24年7月11日
治験支援業務委託契約締結日	平成24年7月20日

治験番号2406に係る治験支援業務は一般競争入札に付されており、その予定価格は186万円であった。しかし、2回実施した入札において、いずれの入札者も予定価格を上回る金額にて応札したため、一般競争入札は不調となった。その後、最低価格を提示したE社に対して個別に見積徴収を行い、見積徴収額が予定価格を下



回ったためE社と業務委託契約を締結するに至っている。

一般競争入札は平成25年7月11日に実施しており、その後7月19日付けでE社より見積書の提示を受け、治験支援業務委託契約は7月20日に行われている。しかし、治験に係る費用負担等に係る契約書契約日は7月11日であり、この契約において治験支援業務委託経費は当該治験に必要なCRC等業務の委託に係る経費及び1症例分の実績費用に係る経費として、金82万円(税込)、実施症例数に追加があった場合に、追加症例実績費用として1症例当たりに係る経費として、金113万円(税込)と定められており、7月20日に契約した治験支援業務委託経費に対して5%の事務手数料相当を上乗せした金額が7月11日時点の契約書において明記されていた。

担当課によると、7月11日の一般競争入札は不調であったものの、既にその時点で口頭により見積提示を受けていたため、その金額をもって費用負担契約書を交わしているという説明であった。しかし、費用負担契約書のうち治験支援業務委託経費の金額に係る部分については手書きにより追記されていること、書面により残されている見積書は7月19日付けであり、そもそも7月11日付けにおいて、治験支援業務委託経費の金額を明記した費用負担契約を交わすことは不可能であり、事後的に合理的な検証ができず誤解を招く事務処理であったと考えられる。やむを得ず、当初の費用負担契約の段階において治験支援業務委託経費の金額が客観的な資料により確定しない場合には、後日、契約変更において対応することが適切であるものとする。

なお、平成24年度の途中より新たに開始された治験については、製薬会社と治験支援業務委託先との直接の支払関係に切替えられたことから、新たな治験支援業務について、がんセンターから委託することはなくなったということである。

## 5. 固定資産管理について

### (1) 概要

平成24年度末において、がんセンターが保有する有形固定資産の概要(取得価額、減価償却累計額及び帳簿価額並びに病院局全体の固定資産額に占める割合)は次のとおりである(貸借対照表ベース:平成23年度対比)。

なお、有形固定資産とは、「土地、建物、立木、構築物、機械及び装置、車両運搬具、建設仮勘定及び放射性同位元素並びに耐用年数1年以上かつ取得額10万円以上の工具、器具及び備品」である(財務規程第92条第1号)。

この表からも分かるとおり、がんセンターの固定資産が病院局全体に占める割合は、20.5%と高く、特に器械備品の割合(帳簿価額ベース:30.8%)が高いこと

が分かる。

【がんセンター固定資産種類別保有額 平成24年度及び前年度比較】 (単位: 円、%)

区 分	がんセンター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
固定資産	7,461,369,494	7,650,006,085	20.5%	102.5%	37,767,873,734	37,345,602,648	98.9%
有形固定資産	7,458,032,902	7,647,038,909	20.5%	102.5%	37,759,253,698	37,337,666,811	98.9%
土地	690,490,170	690,490,170	18.6%	100.0%	3,707,173,449	3,707,173,449	100.0%
建物	11,314,105,357	11,536,339,233	21.1%	102.0%	54,364,857,396	54,754,865,272	100.7%
建物減価償却累計額	△ 7,051,994,735	△ 7,233,473,635	24.1%	102.6%	△ 28,908,264,767	△ 30,024,713,364	103.9%
帳簿価額	4,262,110,622	4,302,865,598	17.4%	101.0%	25,456,592,629	24,730,151,908	97.1%
構築物	31,785,151	31,785,151	2.7%	100.0%	1,162,505,369	1,162,505,369	100.0%
構築物減価償却累計額	△ 14,948,088	△ 15,993,007	2.0%	107.0%	△ 788,882,510	△ 805,381,261	102.1%
帳簿価額	16,837,063	15,792,144	4.4%	93.8%	373,622,859	357,124,108	95.6%
器械備品	7,023,031,182	7,471,597,694	29.0%	106.4%	26,066,197,734	25,792,775,967	99.0%
器械備品減価償却累計額	△ 4,537,074,508	△ 4,836,136,325	28.1%	106.6%	△ 17,896,585,332	△ 17,229,498,366	96.3%
帳簿価額	2,485,956,674	2,635,461,369	30.8%	106.0%	8,169,612,402	8,563,277,601	104.8%
車両	7,492,840	3,317,941	7.4%	44.3%	45,133,383	45,133,383	100.0%
車両減価償却累計額	△ 7,118,197	△ 3,152,043	11.2%	44.3%	△ 28,179,754	△ 28,259,489	100.3%
帳簿価額	374,643	165,898	1.0%	44.3%	16,953,629	16,873,894	99.5%
建設仮勘定	1,490,010	1,490,010	100.0%	100.0%	1,490,010	1,490,010	100.0%
その他有形固定資産	773,720	773,720	2.3%	100.0%	33,808,720	33,808,720	100.0%
無形固定資産	3,336,592	2,967,176	37.4%	88.9%	8,620,036	7,935,837	92.1%
電話加入権	72,800	72,800	2.0%	100.0%	3,723,712	3,723,712	100.0%
その他無形固定資産	3,263,792	2,894,376	68.7%	88.7%	4,896,324	4,212,125	86.0%

また、固定資産の減価償却費の発生状況は次の表のとおりである。がんセンターの減価償却費が病院局全体に占める割合は、24.7%と高く、特に器械備品から発生する減価償却費は病院局全体からみて32.0%と高い割合であることが分かる。

【がんセンター固定資産種類別減価償却費発生額 平成24年度及び前年度比較】 (単位: 円、%)

区 分	がんセンター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
減価償却費	575,002,262	605,801,902	24.7%	105.4%	2,459,261,756	2,453,677,175	99.8%
建物減価償却費	178,519,380	181,478,900	16.3%	101.7%	1,162,565,525	1,116,448,597	96.0%
構築物減価償却費	1,044,919	1,044,919	6.3%	100.0%	18,975,673	16,498,751	86.9%
器械備品減価償却費	395,068,547	422,908,667	32.0%	107.0%	1,276,956,624	1,319,965,893	103.4%
車両減価償却費	0	0	0.0%	-	79,735	79,735	100.0%
無形固定資産減価償却費	369,416	369,416	54.0%	100.0%	684,199	684,199	100.0%
固定資産除却費	6,964,045	8,093,564	5.1%	116.2%	49,976,158	158,044,229	316.2%

さらに、がんセンターが管理する固定資産の老朽化の目安は次の表に示すとおりである。県立7病院の平均老朽化率（建物老朽化率 57.8%）と比較して、がんセンターの建物の老朽化率（63.7%）は若干高いことが分かる。

【がんセンター 固定資産老朽化率】 (単位: 円、%)

区 分	がんセンター	構成比	県立7病院合計
建物老朽化率	63.7%		57.8%
取得価額	11,536,339,233	21.1%	54,754,595,269
減価償却累計額	7,233,473,635	24.1%	30,024,713,364
帳簿価額	4,302,865,598	17.4%	24,729,881,905
充当: 資本剰余金	179,866,006	6.4%	2,830,986,699
構築物老朽化率	58.6%		81.1%
取得価額	31,785,151	2.7%	1,162,505,369
減価償却累計額	15,993,007	2.0%	805,381,261
帳簿価額	15,792,144	4.4%	357,124,108
充当: 資本剰余金	4,502,500	2.6%	170,018,253
器械備品老朽化率	72.6%		74.4%
取得価額	7,471,597,694	29.1%	25,675,563,304
減価償却累計額	4,836,136,325	28.1%	17,221,222,918
帳簿価額	2,635,461,369	31.2%	8,454,340,386
充当: 資本剰余金	812,388,405	32.2%	2,524,562,354

注: 平成24年度末現在の固定資産台帳の金額により作成した。

## (2) 手 続

- i 固定資産の取得及び処分の事務処理について、質問等により確認し、必要に応じて関係書類を閲覧し、事務手続等の合規性について検証した。
- ii 固定資産の台帳管理及び現物管理の状況について、質問により状況を把握し、必要に応じて現物実査を行い、固定資産の実在性及び網羅性について検証した。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

### ① 固定資産の現物管理について（指 摘）

【以下の斜め文字については、がんセンターをはじめ他の県立病院についても同様の意見等として、該当するものとして記載するものである。】

概要でも述べたとおり、固定資産の財産的価値は極めて大きいものである。特に、病院本体の建物及び附属設備（電気及び機械設備等）や患者への医療行為に不可欠な医療機器等の器械備品などは固定資産台帳上での管理と病棟等現場での機能的な管理が十分になされなければ、患者の生命を守ることができないほどの重要な資産である。したがって、現場においてはその固定資産の機能管理はもちろんのこと、実在性についても常日頃から管理を行い、事業年度末にあっては、事務局を中心に各診療科等も含めて組織的に実査を行うことが求められている（財務規程及び固定資産管理規程等）。

このような意味で、現場における固定資産の実査、特に直接の医療行為や検査等で必要な医療機器の実査は、財務的な管理にとどまらず、病院経営上重要な業務管理の一つである。

固定資産管理規程及び固定資産管理要領には次のとおり明記されており、常に、相当な注意義務のもとに現況の管理に努めなければならない。経営管理課及び県立7病院は、毎年度、決算整理において、実査の実施に係る報告・資料の提出、実地調査等を行うことが要求されている。

#### 【固定資産管理規程】

第14条 固定資産の管理は常にその現況を調査し、特に次の各号に掲げる事項に注意して適正な管理に努めなければならない。

1 固定資産の使用目的

・・・中 略・・・

5 関係帳簿及び附属図書と固定資産の現況との照合

第 18 条 課長及び病院長は、その所掌に係る固定資産のうち、著しく損傷を受けている等の理由によりその用途に使用できなくなった固定資産については、再使用できる固定資産、不要となった固定資産及び使用に耐えなくなった固定資産に区分しなければならない。

第 40 条 副局長は、課長及び病院長が管理する固定資産について、報告若しくは資料の提出を求め、又は実地調査等を行うことができる。

**【固定資産管理要領】**

第 4 条 規程第 14 条に規定する現況調査（実査）は、毎事業年度ごとに実施し、その基準日は、事業年度の末日とする。

2 実査は各病院の実態に合わせ、合理的な期間で行うものとする。

3 実査は各固定資産管理者が管理する固定資産に対し行い、課長又は病院長に報告する。

4 課長又は病院長は規程第 40 条に基づき、実査終了後速やかに、固定資産実査報告書（様式 2）を副病院局長に提出する。

がんセンターでは、上記の実査に係る規定にも拘らず、固定資産実査を実施していない。なお、平成 24 年度に県全体として重要物品（5 百万円以上）の使用状況等についての調査が行われているが、それ以前にも以後にも実施していない。

また、この平成 24 年度の調査により不明又は廃棄済みとなっていた機器については全て除却処理が必要であるが、除却処理が実施されているのは一部のみである（後述）。

現物の管理は現場に任せているため、現物管理の意識の高い部科とそうでない部科では管理状況に差があり、固定資産の実在性について保証することができない状況である。

したがって、固定資産の管理担当者の管理・立会のもとで、定期的に固定資産の実査を行い、固定資産実査報告書の作成及び副病院局長への提出が行われるよう、また、実査の結果に基づき適正な除却処理等が行われるよう、早急に実際の計画を策定されたい。

② 固定資産の台帳管理について（指 摘）

既述のとおり、現物実査が行われていないため、固定資産台帳と実態が一致していない。例えば、平成 24 年度に県全体として重要物品（5 百万円以上）の使用

状況等についての調査が行われているが、その際に、亡失、あるいは過去に廃棄済みで除却処理漏れが判明した以下の資産 6 件について、現時点においても除却処理漏れとなっている。除却処理が、実際の資産の廃棄とセットになっているため、亡失した資産や過去の除却処理漏れの資産の処理ができず残ってしまっているということであった。

また、老朽化等により処分するものと決定している資産が 7 件も存在したにも拘らず、処分しなかったもの（その理由は、表の脚注に注記している。）が次のとおり 4 件あった。

当年度までに廃棄されたもの、廃棄すべきものについては全て当年度中に除却処理し、固定資産管理規程等の定める会計処理及び報告等を実施されたい。

**【過去に廃棄済みで除却処理漏れの資産一覧】** (単位：千円)

機器の名称	取得年月日	取得価格	簿価	負担金
<b>(亡失・廃棄済み、除却漏れ)</b>				
①麻酔システム	H2. 1. 20	4, 865	243	0
②逆浸透精製水装置	H2. 1. 31	6, 800	340	0
③光ディスク装置	H2. 3. 26	5, 250	262	0
④人工呼吸器	H2. 5. 10	5, 950	297	0
⑤ICU 患者監視装置	H3. 2. 28	25, 060	1, 253	0
⑥気管支内視鏡ビデオ情報システム	H8. 10. 31	5, 732	974	724
<b>(処分決定済み、除却漏れ)</b>				
⑦手術用顕微鏡システム	H2. 2. 16	25, 300	1, 265	0
⑧血液凝固自動測定装置	H3. 9. 30	7, 550	377	0
⑨高速液体クロマトグラフィー	H4. 7. 27	6, 695	334	0
⑩ツェッペリンハイスピードモータードリル	H10. 3. 27	8, 400	8, 019	7, 999
合 計		101, 602	13, 367	8, 723

⑦：処分と判断したものの機器の更新がなかったため引き続き使用している。

⑧：既に廃棄していたが除却漏れ。①～⑦の分類に含まれるもの。

⑨：廃棄に当たっての汚染確認検査が遅れていて廃棄できなかった。

⑩：理由は不明（廃棄が間に合わなかったと回答を受けた。）

さらに、上記の調査において、現在の使用状況や今後の使用予定が不明な資産（無記入）が次のとおり 22 件あった。

このうち、これは、現場に照会をかけても回答期限までに現場での確認ができなかったものであるということである。

表中の上 2 件（\*印）は、今回の監査で実査の対象としたが、廃棄済みということで現物はなかった。他の資産も取得年度の古いものについては廃棄されたか、

又は亡失している可能性が高いものである。たとえ、当時の調査期間が短く、回答できなかったとしても、固定資産管理上は、その後も調査を継続し、その結果を残しておくべきであった。

【現在の使用状況及び今後の使用予定が不明なもの】

(単位:千円)

機器の名称	取得年月日	取得価格	簿価	他会計負担金
超音波内視鏡システム *	H2. 1. 20	14, 050	705	0
内視鏡ビデオ情報システム *	H4. 6. 25	12, 452	622	0
麻酔管理システム	H4. 9. 11	7, 725	386	0
YHP 手術患者監視装置	H5. 1. 21	8, 314	415	0
体外循環用血液ポンプ	H5. 9. 30	7, 828	2, 420	3, 439
内視鏡ビデオシステム	H5. 10. 22	6, 878	2, 534	3, 021
気管支ビデオ情報システム	H6. 10. 20	8, 509	425	0
Spectra 血液成分分離装置	H7. 9. 29	12, 360	6, 156	5, 829
上部消化管汎用ビデオスコープ	H9. 3. 26	6, 798	6, 798	6, 798
炭酸ガスレーザー手術装置	H10. 3. 27	6, 300	315	0
炭酸ガスレーザー手術装置付属機器	H10. 9. 30	5, 118	255	0
電子スコープ画像管理システム	H12. 12. 1	8, 272	413	0
順送式入浴装置	H15. 1. 31	7, 350	367	0
膀胱鏡用ビデオカメラシステム	H15. 7. 31	4, 987	249	0
超音波診断装置	H18. 6. 26	5, 818	602	0
気管支超音波内視鏡システム	H18. 9. 27	13, 999	1, 450	0
血液浄化装置	H19. 6. 25	5, 400	1, 949	0
呼吸器外科鏡下手術システム	H21. 9. 7	8, 590	3, 951	0
超音波ガストロビデオスコープ	H22. 2. 24	8, 475	4, 676	0
超音波気管支ファイバービデオスコープ	H22. 12. 21	9, 350	6, 556	0
超音波診断装置	H23. 3. 24	5, 850	4, 102	0
内視鏡システム	H23. 3. 25	14, 200	9, 957	0
合 計		188, 627	55, 311	19, 088

これらの他にも、平成 24 年度に使用状況調査の対象とされなかった重要物品以外の資産（5 百万円未満）について調査が必要である。5 百万円未満の資産で、取得時から 20 年以上経過したものを集計すると以下ようになる。これについての実査の結果を早急に固定資産台帳や決算に反映されたい。

【20年以上経過、5百万円未満の機器・備品】

(単位：件、千円)

件数	取得価額	償却累計額	簿価	負担金
792	361,726	341,151	20,574	0

③ 固定資産の除却について（意見）

固定資産の除却について事務処理のマニュアル等は作成されていない。除却処理について質問したところ、がんセンターにおける除却処理に係る事務の流れは次のとおりであった。

- i 各部科から管理課へ「固定資産処分申出書」が提出され、管理課担当者による現物確認の上、事務局長までの承認を受ける。
- ↓
- ii 管理課担当者は管理シールを外して当該「固定資産処分申出書」に貼る。現物は倉庫に移動。
- ↓
- iii 産業廃棄物処理業者へ引き渡す場合はマニフェストをその都度残しているが、機器の更新等により納入業者が引き取っていく場合、証憑は残らない場合が多い。マニフェストは綴られているが、どの固定資産を処分したものは不明。
- ↓
- iv 年度末に経営管理課へ除却一覧を送付し、経営管理課で除却の処理（固定資産台帳上及び財務会計上）を行う。

除却資産が確かに廃棄されたこと（又は引渡しが行なわれたこと）、また、その実施年月日が分かるようにしておくべきである。例えば「固定資産処分申出書」に廃棄年月日や廃棄業者等を記入し廃棄したことを確認できるようにする必要がある。また、「固定資産処分申出書」により、実物の廃棄処理と、会計上や台帳上の除却がセットで実施されるため、亡失してしまっている資産や過去に廃棄済みで除却処理漏れの資産については、除却処理できないまま残ってしまうということであった。

（上記②の指摘参照）

したがって、今後実施すべき実査により、資産の亡失や除却漏れが判明した場合は、当年度内に除却処理を徹底するよう周知されたい。

#### ④ がんセンターの建設仮勘定について（指 摘）

平成 24 年度末現在の建設仮勘定科目について、次のとおり貸借対照表とその明細書に相違があった。

【平成 24 年度貸借対照表】	：建設仮勘定	1,490 千円
【平成 24 年度固定資産明細書】	：建設仮勘定	- 千円

この貸借対照表上の建設仮勘定は、医師住宅及び看護師宿舎の下水道受益者負担金であり、平成 16 年 9 月～平成 19 年 4 月まで分割して千葉市に支払っていたものである。下水道の開通工事は平成 23 年度に終了し、利用も開始されているため、平成 23 年度に「その他無形固定資産」勘定に振り替えられるべきものであった。平成 23 年度と平成 24 年度にわたり振替漏れが生じていたことになる。

その間、決算整理において、がんセンターにおいても経営管理課においても、固定資産台帳と決算数値の確認がなされていなかったことが推定される。

したがって、このような固定資産台帳と貸借対照表との決算数値の差異が発生しないように、定期的に、また、決算時には必ず、相当な注意を持って固定資産管理台帳と貸借対照表の数字を確認されたい。なお、平成 24 年度決算で振替漏れになっていた当該建設仮勘定は、監査過程での指摘により修正されたという報告を受けた。

## 6. 受託研究費について

### (1) 概 要

がんセンター研究局は、昭和 47 年 11 月のがんセンター創設と同時に、千葉県内における唯一のがん専門研究機関として開設された。がん治療開発グループ、発がん研究グループ、がんゲノムセンター及びがん予防センターの 2 グループと 2 センターから構成されている。平成 25 年 4 月より千葉県がんセンター研究所に名称変更した。

### (2) 手 続

- i 受託研究費一覧等の資料を査閲し、監査実施に必要と考えられる質問等を行った。
- ii 各受託研究費の収入及び支出の管理方法について担当課へ質問し、また、特定の受託研究費の収支簿を抽出して、証憑突合等を実施した。



- iii 必要に応じて、各受託研究費の通知書及び契約書等を査閲した。
- iv 各受託研究費の会計処理の妥当性について検証した。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。なお、ここではがんセンターにおける受託研究費についての指摘事項及び意見ではあるが、他の県立病院における受託研究費の会計処理等の状況においても、同様の指摘事項及び意見として受け止めていただきたい。

#### ① 厚生労働科学研究費補助金に係る間接経費の収益計上漏れについて（指 摘）

平成 24 年度における厚生労働科学研究費補助金の一覧を「研究代表者分」と「研究分担者分」とに分けて集計すると、次のとおりであった。

##### ア 研究代表者分（1 件）

（ア）直接経費：26,924,000 円 （イ）間接経費：8,076,000 円

##### イ 研究分担者分（20 件）

（ア）直接経費：18,620,000 円 （イ）間接経費：なし

上記アにおいて区分されている研究代表者分の間接経費（808 万円）については、本来、がんセンターの収益として計上すべきであり、支払った間接経費については費用として計上すべきであるがその計上がなされていなかった。

このような会計処理について、厚生労働科学研究費補助金に関しては、会計処理等、直接費及び間接費の取扱いについて、次のように文書による指導がなされている。

#### 【「厚生労働科学研究費補助金における事務委任について」】

（平成 13 年 7 月 5 日厚科第 332 号厚生科学課長決定）

直接研究費等の管理及び経理の事務に係る研究代表者及び研究代表者から経費の配分を受けた研究分担者の負担の軽減を図るとともに、補助金の経理の透明化や早期執行を図る観点から、これらの事務を研究者の所属機関の長に必ず委任し、当該機関の経理担当者に事務を行わせる。

#### 【「厚生労働科学研究費補助金における間接経費の取扱いについて」】

（平成 13 年 7 月 5 日厚科第 333 号厚生科学課長決定）

##### ・間接経費の定義

直接経費による研究の実施に伴う研究機関の管理等に必要な経費として、研究代表者から配分を受け、研究機関が使用する経費とする。

- ・対象研究課題  
平成 25 年度に新規採択された研究課題  
平成 22 年度、平成 23 年度又は平成 24 年度に新規採択され間接経費が交付された継続課題  
平成 21 年度に新規採択され間接経費が交付された継続課題であって、平成 25 年度の 1 課題あたりの直接経費の額が 1 千万円以上の課題
- ・間接経費の額  
直接経費の額の 30%を限度とする。
- ・交付等の方法  
厚生労働省又は研究費配分機関が研究代表者に交付し、研究代表者が所属機関に納付する。
- ・その他  
間接経費を受けた所属機関の長は、当該直接経費の管理及び経理を行うこと。

そこで、当該補助金関係書類を査閲したところ、各研究者の所属機関（所属施設）は「千葉県がんセンター」となっており、また、各研究課題についての直接経費の管理及び経理については、がんセンターの職員が行っていた。したがって、当該補助金の間接経費は研究代表者からがんセンターに納付されたものとして、がんセンターで収益計上する必要がある。平成 24 年度において、「第 3 次隊がん総合研究事業」の補助金に関しては、病院長名義の間接費口座に振り込まれ、別途収支簿で管理はなされているものの、財務会計上は処理されず簿外となっている。

また、がんセンターに納付された当該補助金のうち、直接経費と間接経費に係る収入と支出の状況について、一部を除き収支簿の記帳状況を確認した。直接経費は補助金ごとに作成されているが、間接経費はまとめた記帳であった。仮に間接経費収支差額に関して収入超過である場合、その個別の補助金の収支差額について、補助金の返納処理等、適切な処理をすべきである。その適切な会計処理の確認について不明であることは間接経費の会計処理を事務局において実施している以上、簿外処理の結果について責任が発生するものと考えられる（以下、②及び③においても同様である。）。

したがって、がんセンターにおいては、上記の厚生労働科学研究費補助金における事務委任及び間接経費に係る厚生科学課長決定を再度確認し、少なくとも平成 24 年度に財務会計上受け入れるべきであった間接経費の収益及び費用を明確にし、それらの差額を過年度損益修正益（又は修正損）として適正に受入れ、また、今後は、収益計上すべき間接経費の収益計上及び費消分の費用計上を簿外扱いにしないよう、適切な会計処理を周知徹底されたい。

## ② 独立行政法人日本学術振興会の科学研究費に係る間接経費の収益計上漏れについて（指 摘）

平成 24 年度の独立行政法人日本学術振興会（以下、「学術振興会」という。）の科学研究費の一覧を「研究代表者分」と「研究分担者分」とに分けて集計すると、次のとおりであった。

### ア 研究代表者分（16 件）

#### （ア）受 入

a 直接経費：48,600,000 円 b 間接経費：14,580,000 円

#### （イ）支 払

a 直接経費： 500,000 円 b 間接経費： 150,000 円

### イ 研究分担者分（3 件）

#### （ア）受 入

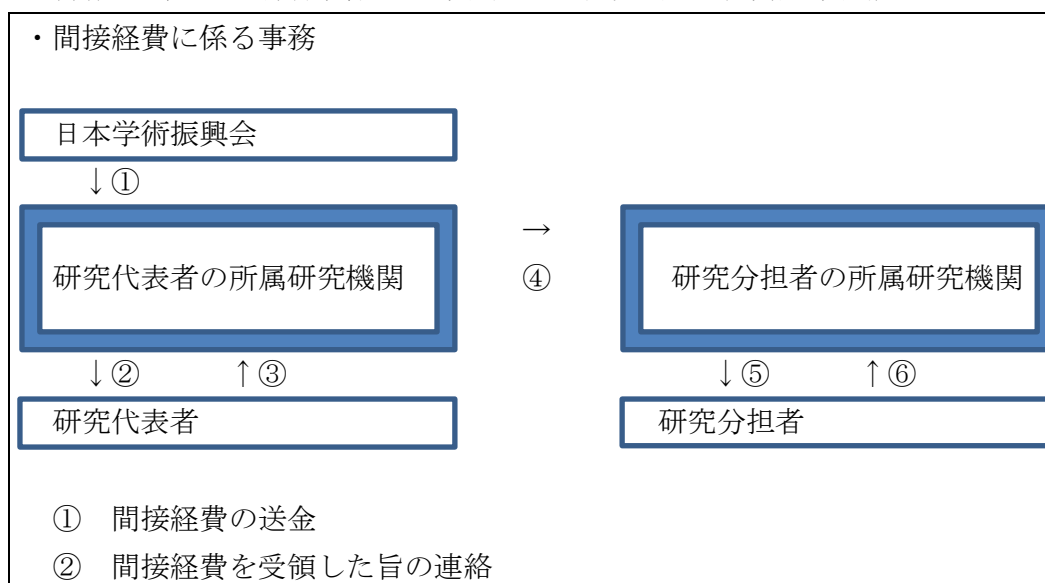
a 直接経費：21,380,000 円 b 間接経費： 5,844,000 円

上記のア及びイにおいて区分されている研究代表者分及び研究分担者分の間接経費については、本来、がんセンターの収益として計上（2,042 万円）すべきであり、支払った間接経費については費用として計上（15 万円）すべきであるが、その計上がなされていなかった。

この学術振興会補助金に関しては、会計処理等、直接経費及び間接経費の取扱いについて、次のように文書による指導がなされている。

### 【「科研費ハンドブック」の記載内容】

（平成 25 年 7 月文部科学省研究振興局・独立行政法人日本学術振興会）



- ③ 間接経費の譲渡
- ④ 間接経費の送金
- ⑤ 間接経費を受領した旨の連絡
- ⑥ 間接経費の譲渡

・研究代表者及び研究分担者は、補助金受領後速やかに、間接経費を所属する研究機関に譲渡しなければならない。

・間接経費を措置している研究種目

特別推進研究、新学術領域研究、基盤研究、挑戦的萌芽研究、若手研究、研究活動スタート支援

・研究代表者と異なる研究機関に所属する研究分担者がいる場合には、研究代表者の所属研究機関は、分担金の直接経費の30%に相当する額の間接経費を送金する。

・研究代表者と研究分担者の所属する研究機関間の取り決めにより、直接経費の30%以外の額を配分しようとする場合には、その額を送金する。

そこで、当該補助金関係書類を査閲したところ、各研究者の所属機関（所属施設）は「千葉県がんセンター」となっており、また、各研究課題についての直接経費の管理及び経理については、がんセンターの職員が行っていた。したがって、当該補助金の間接経費は研究代表者からがんセンターに納付されたものとして、がんセンターで収益計上する必要がある。現状は厚生労働科学研究費補助金同様、病院長名義の間接経費口座に振り込まれ、別途収支簿で管理はされているものの、財務会計上は処理されず簿外となっている。

したがって、がんセンターにおいては、上記の「科研費ハンドブック」の記載内容を再度確認し、研究代表者として受け入れた間接経費から他機関の研究分担者へ支払った間接経費の差額 14,430,000 円と研究分担者として受け入れた間接経費 5,844,000 円については収益計上するとともに、間接経費として支出したものについては費用計上すべきであった。少なくとも平成 24 年度に財務会計上受け入れるべきであった間接経費の収益及び費用を明確にし、それらの差額を過年度損益修正益（又は修正損）として適正に受入れ、また、今後は、収益計上すべき間接経費の収益計上及び費消分の費用計上を簿外扱いにしないよう、適切な会計処理を周知徹底されたい。

### ③ 民間の受託研究費について（指 摘）

平成 24 年度の受託研究費（医業外収益：研究受託収益に計上）に計上されてい

るものの概要（治験を除く。）は次のとおりである。

**ア 依頼者が文部科学省研究振興局長分**

（ア）受託金額：22,500,000 円

**イ 依頼者が独立行政法人、財団法人、特定非営利活動法人及び民間企業分**

（ア）受託件数：13 件

（イ）受託金額：合計 7,640,750 円

**ウ 依頼者が各製薬会社（製造販売後調査等）分**

（ア）受託件数：32 件

（イ）受託金額：合計 3,834,200 円

この他に、受託者ががんセンターになっているにも拘らず、簿外となっている民間の受託研究費が次のとおりであった。

**エ 依頼者が独立行政法人国立がん研究センター、受託者ががんセンター分**

（ア）受託件数：6 件

（イ）受託金額：合計 22,757,000 円

**オ 依頼者が独立行政法人科学技術振興機構、受託者ががんセンター分**

（ア）受託件数：1 件

（イ）受託金額：800,000 円

これらのうち、エ及びオについては、がんセンターでの往査時点で、収支簿を確認することができなかった。収入に関する契約書等の証憑については確認することができたが、支出に関する証憑の確認ができなかった。

以上のような受託研究費（合計 7 件：23,557,000 円）については、医業外収益及び医業外費用として計上を行うべきものであるため、経費として支出したものを明確にし、その差額を病院事業会計に過年度損益修正益（又は、修正損）として受け入れられるよう、徹底されたい。また、今後は、収益計上すべき間接経費の収益計上及び費消分の費用計上を簿外扱いにしないよう、適切な会計処理を周知徹底されたい。

**④ 厚生労働科学研究費補助金、独立行政法人日本学術振興会科学研究費及びその他民間の研究費から支払われる臨時職員人件費の管理について（指 摘）**

各補助金や研究費に携わる臨時職員は、1 名で複数の研究に同時に携わる場合がほとんどである。しかし、このような複数の研究に携わる臨時職員の時間集計表に基づく研究計画及び実績管理を実施していない。これに対して、臨時職員の人件費

の支給方法は、各臨時職員が主として携わった補助金・研究費等から1か月単位で人件費が支給されているのが現状である。

したがって、臨時職員の人件費の管理としては、まず、一定期間ごとに、各研究に係る人員配置計画を作成し、その計画に対して、各臨時職員が1日にいずれの研究に何時間携わっていたかについて、一定の様式に基づき実績報告を徴取した上で、各補助金及び研究費ごとに実績に応じて人件費を支出するような仕組みを構築されたい。

## 7. 医療安全対策について

### (1) 概要

#### ① 医療安全管理体制について

がんセンターは、医療法及び医療安全管理指針に基づいて、医療安全管理要綱、医療関連感染防止対策の指針等を定め、医療安全管理委員会、院内感染対策委員会、リスクマネジメント部会等を定期的に開催している。

#### ② 医療事故発生時の流れについて

インシデント・アクシデントが発生した場合、事故の当事者又は発見者は、速やかにリスクマネージャーへ報告し、このような報告を受けたリスクマネージャーは医療安全管理室専従の副看護部長へ報告する。並行して、事故の当事者又は発見者は、電子カルテ上でインシデント・アクシデント報告書を入力し、所属のリスクマネージャーに報告する。リスクマネージャーはインシデント・アクシデント報告書を承認する。

がんセンターにおける平成24年度のインシデント・アクシデントの発生件数は次のとおりである。

事故レベル	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
件数	155	1,795	344	47	1	28

### (2) 手続

法令や医療安全管理指針等に基づき、医療安全対策が適切に講じられているかを

確認するため、次の監査手続を実施した。

- i がんセンターの医療安全管理要綱、医療関連感染防止対策の指針、院内感染対策マニュアル等を査閲した。
- ii 医療安全管理委員会及び院内感染対策委員会の議事録、医療事故報告書等を査閲した。
- iii 担当課へ必要と認めた質問を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

#### ① 医療安全管理委員会の開催について（意見）

がんセンターは、医療安全管理要綱に基づき、医療安全管理委員会を月1回開催している。医療安全管理委員会の委員長は医療安全管理室長であり、構成員はセンター長（現在は病院長。以下同じ）、副センター長（現在は副病院長。以下同じ）、事務局長、研究局長、医療局長、看護局長、感染対策部長、薬剤部長、医療安全管理室専任者、管理課長となっている。

これらの構成員のうち、センター長は平成24年度の委員会に1度も出席していない。したがって、医療安全管理体制に対する意識をさらに高める意味でも、各構成員が委員会に確実に参加できるような日時に委員会を開催するなどの方策を検討し、センター長の委員会出席を要望する。

#### ② 院内感染対策指針の整備（意見）

がんセンターは、医療関連感染防止対策の指針を策定し、これに基づき感染症の対策を講じている。この指針は、病院局の医療安全管理指針第10、1に規定する院内感染対策のための要綱に該当するものと考えられる。もっとも、医療安全管理指針第10、1に規定されている要綱で定めるべき項目のうち、(4) 感染症の発生状況の報告に関する基本方針については、院内感染マニュアルにフロー図を定めているが、指針には定めがない。

したがって、病院局の医療安全管理指針に基づき、院内感染対策指針を整備するよう要望する。

### ③ 院内感染の報告（意見）

前述のとおり、がんセンターの医療関連感染防止対策指針では、院内感染の発生状況の報告に関する基本方針は定められていない。しかし、病院局では、「病院局へ報告すべき医療事故等の基準」において、重大な感染症が発生した場合の具体例として院内感染が発生した場合を挙げており、院内感染が発生した場合には病院局へ報告すべきこととなっている。

にもかかわらず、がんセンターでは、平成24年5月に、西5階においてクロストリジウム-ディフィシル感染症が6件発生し、国立感染症研究所による遺伝子学的検査により院内伝播の可能性が示唆された事案について、病院局に何ら報告を行っていない。

院内感染とは、(1) 医療施設において患者が原疾患とは別に新たに患した感染症、(2) 医療従事者等が医療施設内において感染した感染症のことである。病院局は、保健所へ報告すべき案件かを問わず、院内感染については重大な感染症として報告を求めているため、以後院内感染が発生した場合には、適宜病院局に報告するよう要望する。

## II-2 各論：救急医療センターに係る外部監査の結果

### 1. 診療報酬請求業務等について

#### (1) 概要

##### ① 診療報酬請求業務の流れ

救急医療センターにおける診療報酬請求業務の流れは概ね次のとおりである。

#### ア 請求事務

- i 入院患者や外来患者に対する診療行為を医療従事者（医師及び看護師等）が処置伝票等に記載する。
- ii 病棟に配属されているクラーク（委託事業者）が、翌月の初までに当月分の処置伝票等を取りまとめて医事入院担当（委託事業者）に渡す。
- iii 医事入院担当は、処置伝票等を整理し、随時担当医師に確認する。その後、請求内容を当該診療科部長に補記・訂正を依頼する。
- iv 当該診療部長が確認した書類を、院長が症状詳記を中心に必要に応じて事前審



査する。

- v 事前審査終了後に医事入院担当は、請求内容を医事端末に入力し、診療報酬請求書類（電子データ）を作成する。
- vi その診療報酬請求書類を当月の診療報酬分を翌月の 10 日までに国保連又は支払基金等に請求する。
- vii 国保連又は支払基金等において請求書類を審査後、詳記等に不備がある場合は返戻となり、請求内容が過剰や重複等とされた保険点数については、減額措置（査定減）の通知が送付される。

#### イ 請求金額の調定・収納事務

- i 当該月の診療報酬請求額について、収入調定伝票を起票する。
- ii 国保連又は支払基金等からの入金分について収納登録の収入伝票を起票し、減額分については更正伝票を起票する。
- iii 請求額－減額分＝収納額となることを確認する必要があることから、入金段階では収納登録せず、減額の更正処理と一緒に収納登録する。

#### ② 診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況

救急医療センターにおける診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況は次のとおりである。

システム	電子カルテ	オーダーリングシステム	医事会計システム	レセプトチェックシステム
導入状況	未導入	導入	導入	導入
導入時期	—	平成 19 年 12 月	平成 19 年 12 月	平成 19 年 12 月

救急医療センターにおいては、緊急かつ高度な医療が行われており、診療記録は複雑なものとなるが、電子カルテが導入されておらず、医事業務の効率性の面で課題がある。

なお、病院局では県立 7 病院の医療情報システムの基幹システムを共通化する計画を進めており、精神科医療センターとの統合前に基幹システムとして電子カルテを導入する予定である。

### ③ 業務委託契約の状況

救急医療センターにおける医事業務に係る業務委託契約の概要は次のとおりである。

名称	期間	業者名	契約形態	金額
千葉県救急医療センター医事業務委託	平成 25 年 4 月 1 日から 平成 27 年 3 月 31 日まで	S 社	一般競争入札	138,600 千円

長期継続契約については、財務規程第 131 条において、業務委託など主な契約の締結期間は原則として 3 年以内とされている。そして、医事業務委託の契約期間については、診療報酬の改定が 2 年ごとに行われることに合わせて 2 年間とされている。また、病院局の業務委託の契約形態については、原則として一般競争入札によっており、プロポーザル方式等による随意契約は一部の例外を除き行われていない。

### ④ 診療報酬請求状況

救急医療センターにおける平成 24 年度の診療報酬請求状況については、次のとおりである。

区分	請求件数 (件)	請求点数 (点)	減点件数 (件)	減点点数 (点)
外来	8,200	22,974,706	41	10,123
入院	2,657	274,698,808	575	1,422,372
計	10,857	297,673,514	616	1,432,495

(病院局作成資料を一部加工)

## (2) 手続

診療報酬請求業務が適正に執行されているかどうか確かめるために、必要と認められた質問及び資料の閲覧を行った。

## (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることにする。

## ① レセプト業務精度調査の定期的な実施について（意見）

救急医療センターにおいては、電子カルテが導入されていないことから、診療行為の記録からレセプト作成までの流れの中で多くの人手が介在している。また、救急医療という性質上、診療行為の内容は多数の診療科にわたる緊急かつ高度なものであり、診療記録も複雑なものとなることから、マンパワーによって診療行為を漏れなく正確に記録すること、また、その診療記録から必要事項を漏れなく拾い上げ、レセプトに漏れなく正確に反映させることは容易ではない。

したがって、救急医療センターにおいては、その病院としての性格やシステム整備状況に鑑みると、他の病院と比較しても特に診療行為の記録漏れ、請求漏れのリスクが高いものと考えられる。この点については、現場往査時に病院長等に質問した際に、診療行為の記録漏れ及び請求漏れに対する懸念と対応に係る発言があったことから、救急医療センター全体として、診療報酬請求漏れに対する問題意識を持っているものと考えられる。

しかし、電子カルテが導入されていないことから、診療記録漏れやレセプト請求漏れに対しては十分な予防的統制を期待することができず、医事業務の委託事業者の中の医事業務マネージャーによるチェックや担当医師によるチェック、診療部長によるチェックといった発見的統制に依拠せざるを得ない。

当面は電子カルテの導入は予定されていないことから、診療行為の請求漏れのリスクを低減するためには、発見的統制を強化する必要があり、その方策の一つとして、専門の第三者によるレセプト精度調査を定期的実施することは効果があるものと考えられる。実際に、救急医療センターにおいては、平成 20 年度に外部の専門業者による「レセプト精度調査業務」が行われており、以下のような調査結果が出ている。

### 【対象月】

平成 20 年 4 月分

### 【対象件数】

入院 190 件 外来 653 件

### 【調査方法】

- i 調査担当者によるレセプト点検（1 次点検）
- ii 疑義のあるレセプトを抽出  
抽出に当たっては下記事項を考慮
  - ・施設基準届出と診療行為別一覧のリンク
  - ・疾病と診療行為との検証
  - ・医学管理等の算定可否レセプトとカルテ記載との検証

- ・平成 20 年度診療報酬改定との反映
- ・その他（平成 18 年 4 月分レセプト精度調査後の反映）

iii 診療録との突合による点検（2 次点検）

レセプトとカルテ（伝票含む）との突合せを行い、請求の問題点について調査・分析

iv ヒアリングによる調査

医事部門・管理部門・コメディカル部門に対して、院内の算定に係る運用及びカルテ記載等の確認

【調査結果】

増収可能（算定漏れ）金額 2,527,350 円

（出典：『レセプト業務精度調査報告書 報告書①』（有）医療情報科学研究所）

このような「レセプト精度調査」はその後実施されていないということであるため、今後は定期的に（例えば 1～2 年に 1 回）外部の専門業者による「レセプト精度調査」の実施と医事業務への反映を要望する。

## ② 医事業務委託契約について（意見）

救急医療センターでは、電子カルテが導入されていないことから、診療行為の記録からレセプト作成までの流れの中で多くの人手が介在している。また、救急医療という性質上、診療行為の内容は多数の診療科にわたる緊急かつ高度なものであるため、マンパワーによって診療行為を漏れなく正確に記録すること及びその記録から必要事項を漏れなく拾い上げレセプトに漏れなく正確に反映させることは容易ではない。

よって、特に救急医療センターの医事業務については、適切な業務遂行のためには業務に対する習熟が欠かせないと考えられるため、2 年間という短期間での契約期間の保証では、委託事業者側での人材育成への投資が十分に行えず、結果として品質の高い業務の享受が期待できない可能性がある。

したがって、医事業務委託契約の契約期間については、一律に 2 年間とするのではなく、例えば、4 年から 6 年程度の契約締結も可能となるような検討を、経営管理課とともに行うことを要望する。

また、現状の業務委託契約については、金額競争による一般競争入札となっているが、金額競争が過熱すると、低価格で業務を受託せざるを得ない業者側としては、人材確保の面で、業務従事者の質や量を落とさざるを得ず、結果として適切な業務遂行に支障を来すことが容易に想定される。このことについて、現場往査時のヒヤリングの中で、委託業務全般について、入札を繰り返すたびに価格は下がって

いるものの、業務の質の低下を懸念する意見を把握することができた。

特に医事業務については、知識・経験のみならず、委託元の病院との効果的で効率的な意思疎通及び情報共有などが求められ、契約金額のみならず、経営状況、医事業務受託実績、人材の確保・育成、人員の配置体制、業務の管理体制などについて、総合的に判断して選定する必要があるものと考えられる。

このことから、請負金額のみによる競争ではなく、競争性を確保しつつも業務の質の面でも総合的な観点から業者を選定する入札方式（プロポーザル方式）により行うことも選択肢の一つである。

したがって、救急医療センターにおいても、医事業務において、日々の業務の遂行上、どのような問題や課題が潜在的、顕在的に存在しているのかについて、より具体的に現場の意見を取りまとめておくことを要望する。このような医事業務の現場における問題意識と具体的な改善の視点が機能しなければ、各病院の間での業務改善や病院局全体としての仕組みの改革につながらないものと考えられる。

### ③ 委託事業者の業務の評価・モニタリングについて（意見）

医事業務については非常に専門的な分野であることから、業務遂行に当たっては委託事業者に依存しがちであるが、他の業務委託と同様、委託事業者の業務遂行状況を定期的にモニタリングし、医事経営課において全般的な業務遂行状況を把握しておく必要がある。また、委託事業者から享受しているサービスの品質について適切に評価する体制が構築される必要がある。

医事経営課において、委託事業者の業務の適切な評価、実効性あるモニタリングを行うためには、医事経営課担当職員が医事業務について十分に理解していることが前提であり、病院局としては、医事経営課職員が医事業務について理解を深めるための研修体制を整備すること（例えば、医事事業に関する研修プログラムの制定及び研修プログラムの受講を義務化し、人事評価項目としても活用する等）が考えられる。

救急医療センターにおいては、委託事業者の業務評価について、毎月委託事業者から提出される業務予定表に記載されている内容に基づき適切に事務が行われたかについて、毎月の委託料支払手続の際に、医事経営課長が確認しているということである。しかし、一定の評価用チェックシートや評価のためのガイドラインがあるわけではなく、どのような確認項目及び視点でどのような確認体制及び運用により、業務履行確認が実施されたかという記録は残っていない。

したがって、救急医療センターにおける医事業務の実施とその確認行為をより具体的に現場の実情に即して実施するために、医事業務を適切に評価するための人材育成の研修を受講することや効果的で効率的な評価実施のためのマニュアル等

を整備することを要望する。

④ 査定減並びに再審査請求状況について（意見）

救急医療センターの平成24年度の査定件数と再審査請求件数の比率は次の表のとおりである。年間で、391件の査定減に対し、再審査請求21件、再審査請求率5.4%であり、再審査請求率は低い。

単位：件

		社保	再審査請求	国保	再審査請求	再審査計	再審査提出率
4月	入院	6	0	6	0	0	0%
	外来	3	0	5	0	0	0%
	計	9	0	11	0	0	0%
5月	入院	11	1	16	1	2	7%
	外来	3	0	1	0	0	0%
	計	14	1	17	1	2	6%
6月	入院	12	1	11	1	2	9%
	外来	2	0	1	0	0	0%
	計	14	1	12	1	2	8%
7月	入院	14	2	18	1	3	9%
	外来	3	0	0	0	0	0%
	計	17	2	18	1	3	9%
8月	入院	10	1	16	0	1	4%
	外来	2	0	1	0	0	0%
	計	12	1	17	0	1	3%
9月	入院	16	2	27	3	5	12%
	外来	2	0	1	0	0	0%
	計	18	2	28	3	5	11%
10月	入院	18	1	14	0	1	3%
	外来	1	0	3	0	0	0%
	計	19	1	17	0	1	3%
11月	入院	16	0	13	1	1	3%
	外来	0	0	1	0	0	0%
	計	16	0	14	1	1	3%
12月	入院	15	0	27	2	2	5%
	外来	0	0	0	0	0	#DIV/0!
	計	15	0	27	2	2	5%
1月	入院	16	1	23	0	1	3%
	外来	2	0	0	0	0	0%
	計	18	1	23	0	1	2%
2月	入院	8	0	16	1	1	4%
	外来	0	0	1	0	0	0%
	計	8	0	17	1	1	4%
3月	入院	7	0	20	1	1	4%
	外来	1	1	2	0	1	33%
	計	8	1	22	1	2	7%
計	入院	149	9	207	11	20	6%
	外来	19	1	16	0	1	3%
	計	168	10	223	11	21	5%

（救急医療センター作成資料を一部加工）

救急医療センターにおいては、病院長、副院長、医療局長及び診療部長等で構成する診療報酬検討委員会において、当該月の査定の増減点項目及び理由について十分検討し、その後、検討した事項等を診療部長が中心に各診療科部長等に説明して、最終的に査定減された内容を再審査請求するかどうかについて協議し、情報の共有化を図っているということであった。一方で、病院長及び診療部長が千葉県社

会保険診療報酬請求書審査委員及び千葉県国民健康保険診療報酬審査委員会委員に就任していることから、診療報酬請求に対する審査の視点や審査の傾向等に係る第1次的情報の共有が可能な状況である反面、再審査請求に係る審査内容がより合理的に推測できるという実態の中で、再審査請求への抑制効果がないか懸念されるところである。このような懸念を払拭するためにも、再審査請求の要否を決定する検討会においては、国保連又は支払基金の審査員に就任している病院幹部からは、逆に、再審査請求に対するより積極的な意見を求めるルールを検討することも考えられる。

また、再審査請求の要否を決定する検討会においては、過去数年間の査定データとレセプトデータを分析して回避可能な査定事例・項目について再審査請求を行っていないことから、再審査請求率が低くなっているとしている。これは、第3次救命救急病院として、重篤な患者の治療を行うために、保険診療上は認められないものでも担当医師が患者の診療のために必要な医療行為を行っているためであるということであった。

確かに、救急医療の現場では救命が最優先であることから、保険診療上は認められていない診療行為であっても、担当医師が自らの臨床経験等をもとに必要であると判断して実施することもあり得ることは理解できる。しかし、病院経営上、診療行為に投入した経営資源（医療スタッフの人件費、診療材料費、診療機械の減価償却費等）を診療報酬等医業収益によって回収することも重要なことである。

このように保険診療上認められないものの、臨床的な診療行為として真に必要な医療行為があるのであれば、その必要性について例えば学会での論文発表等により、保険診療上認められる努力を地道に行うことを要望する。

#### ⑤ 保留分の収益計上の必要性について（意見）

救急医療センターにおいても、会計要領に準拠して会計処理を行われなければならないため、請求保留レセプトについては診療行為があった時点で収益計上されるのではなく、請求された時点で収益計上されている。

しかし、総括的意見に記載されているとおり（62～63頁参照）、請求保留レセプトについては診療行為があった時点（月）で収益計上すべきものとする。ちなみに、救急医療センターの平成24年度末の保留点数及び保留金額を調査した結果、保留点数は3,079,845点、保留金額は31,255,763円であり、決して僅少な金額ではない。

このような医業収益の計上の先延ばしについては、収益の適時適切な計上に対するリスクがあることから、医事経営課による十分な管理が必要である。現状では、医事業務受託業者が当月発生分の保留をまとめて台帳を作成し、医事経営課が当該

台帳をレビューしているということであるが、当該台帳については当月発生分が記載されているのみであり、残高表・年齢表としての機能が備わっていないことから、

- i 月末の保留残高が分からない
- ii 保留案件の滞留期間が分からない、長期滞留の有無が分からない
- iii 処理漏れになっている保留レセプトの有無が分からない

といった管理上の問題点がある。

したがって、医事経営課による保留残高の網羅的な把握や通常と異なる保留の有無、長期滞留の有無等の効率的な確認に資するような管理台帳の作成を医事業務受託業者に要求することを要望する。

## 2. 未収金管理（患者自己負担分未収金等）について

### （1）概 要

救急医療センターの平成 25 年 3 月 31 日時点での、患者自己負担分の未収金（以下、「未収金」という。）は、合計で 8,543 万円であり、このうち現年度分の未収金が 3,408 万円で、過年度分の未収金が 5,135 万円である。

過年度分の未収金については、平成 24 年 3 月 31 日時点での未収金の合計額が 8,170 万円であり、その後、平成 24 年度の間に、2,518 万円を回収し、516 万円を不納欠損処理している。過年度分の徴収率は約 30%である。この数値は、7つの県立病院の過年度分の徴収率の平均約 43%を約 13%下回っている。

救急医療センターでは重症患者を受け入れることで医療費が高額になるケースが他の病院より多く、その後の早期の回収が困難になること等から未収金が発生しやすい。

### （2）手 続

当該事項に係る監査の実施に当たっては、外部監査人が必要と考えた全般的監査手続及び各病院の現場での回収事務の監査手続に従った。当該事項について実施した監査手続の概要は次のとおりである。

- ① 平成 24 年度における未収金の金額の内訳、回収手続について、経営管理課等から説明を受け、各病院の現場における担当者に必要な質問を行った。
- ② 未収金回収マニュアル、患者等から提出を受けた資料等を閲覧し、未収金回収事務の合規性、合理性に関する検証を行った。



### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

#### ① 督促の時期について（指 摘）

救急医療センターでは、外来患者の未収金及び入院患者の未収金について、医事業務担当者が、月末ごとに未収者を抽出し、その後、医事経営課において翌月末までに督促状を送付している。

したがって、救急センターにおいては、当月上旬に受診した患者自己負担分の未収金についての督促は納期限から 20 日を経過していることから、財務規程に違反している。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（126 頁）を参照のこと。

#### ② 保証人への督促について（指 摘）

救急医療センターでは、入院患者の未収金について、まず患者本人に対して督促を行い、患者本人との接触が取れなくなった段階で、保証人に督促している。保証人に対しては督促状の送付の前に電話により督促している。

一方で、患者本人に対して連絡が取れている限り患者本人への請求を優先し、患者本人からの回収が事実上不可能と判断されるまでは、保証人への請求を控えている。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

#### ③ 法的措置について（指 摘）

救急医療センターでは、督促後も支払いを行わない患者に対して、その後、書面、電話及び臨戸訪問による催告を行っている。それでも支払いを行わない患者に対しては、財産調査や相続人の所在調査を行うなど、法的措置による回収についても準備しているということであるが、平成 20 年度に支払督促手続を採って以来、訴訟手続はなされていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

#### ④ 相続人への請求について（指 摘）

救急医療センターでは、患者本人が死亡した際に、退院時の請求書の送付先になることに同意した相続人を確認できた相続人とし、当該相続人に対して未収金全額を請求している。これについては、医療費債権は法定相続分に応じて按分する必要があることなどが関係職員間で認識されているということであった。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127～128 頁）を参照のこと。

#### ⑤ 分納申請について（指 摘）

救急医療センターでは、債務者から延納及び分納の要請があった場合、必ず、医事経営課職員が対応し、債務者から事情を聴取した上で、分納申請書と確約書の提出を受け、決裁ののちに分納申請書の写しを債務者に交付している。その際に、資力に関する必要な資料の提出を受けていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128 頁）を参照のこと。

#### ⑥ 遅延損害金の請求について（指 摘）

救急医療センターにおいては、当初の支払期限を経過した債務者に対して、遅延損害金を請求していない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128～129 頁）を参照のこと。

#### ⑦ 時効管理について（指 摘）

救急医療センターでは、医業未収金の時効完成日について、支払いがあった場合は入金日の翌日から3年後とし、支払いがない場合は督促状記載の納期限の翌日から3年後として管理しており、3年が経過する債権については、一部入金又は文書の提出など債務の承認による時効の中断を意識した催告も行っているということであった。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

### ⑧ 不納欠損処理について（指 摘）

救急医療センターでは、上記⑦の時効管理に基づき、時効期間経過後は担当者の判断で相当と認める時期に不納欠損処理を行い、不納欠損処理を行った債権については簿外管理を行っている。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

### ⑨ 回収体制と弁護士法第 72 条について（意 見）

救急医療センターに搬送される患者は、ほとんどが緊急入院であり、患者自らの意思による入院ではなく、また、症状が重篤で医療費が高額なことが特徴である。そのような医療費の回収体制としては、医事経営課の職員 3 名で業務を担当している。

この 3 名で担当している未納者数は 442 名であり、保証人も含めるとさらに担当対象者が増えることになる。

そのため、3 名の担当者で法的措置まで含めて対応することは、通常業務に支障を来す可能性があり、経営管理課と協議し、弁護士等への外部委託の可能性を含めて、より効果的な回収体制等を構築することを要望する。

なお、外部委託を行う場合の弁護士法との関係についての注意点は、がんセンターの個別意見箇所（130 頁）を参照のこと。

## 3. 医薬品及び診療材料等について

### （1）概 要

#### ① 医薬品の受払及び管理について

救急医療センターは、県立病院の中でもがんセンターやこども病院に比べると規模の小さい病院であり、取り扱う医薬品の数量や金額もがんセンターやこども病院に比して少ない。医薬品は薬剤部の管轄であるが、効率的な受払管理を行うため、医薬品管理システムを利用した受払及び管理を行っている。平成 24 年度から薬剤の院外処方を実施している。また、毒薬及び劇薬等のうち、抗精神薬や麻酔薬等、慎重に取り扱うべきものについては、紙製の受払カードによる記録管理を行うなど、それらの受入れを入念に管理している。

## ② 診療材料の受払及び管理について

診療材料の受払管理については、各診療材料の使用実績等を勘案して設定された定数による管理が行われている。予め決められたスケジュール(週 2~3 回の頻度)で物品使用部門の定数棚の在庫をモバイルコンピュータにて確認し、物流管理システムへの入力を行うことにより「定数補充指示書」が出力される。「定数補充指示書」に記載されたアイテムごとの数量に基づき、診療材倉庫から物品使用部門の定数棚への補充が行われる。また、物品使用部門において緊急に診療材料が必要となった場合には、手書きの管理台帳への記入を行うことにより別途管理がなされている。

診療材倉庫では、倉庫内で保管される各アイテムに定数を設定し、定数に満たないアイテムが発生する都度、指定納入業者へ発注を行っている。また、診療材料のうちX線フィルムについては、表計算ソフトを使用して、物流管理システムとは別途に入出庫及び残高管理を行っている。

## ③ 実地棚卸について

平成 24 年度末の実地棚卸の結果は次のとおりであり、その結果、棚卸資産減耗費を 618 万円計上している(前年度 537 万円)。

【平成 24 年度末実地棚卸結果】 (単位：千円)

区 分	帳簿残高	実地棚卸残高	差 異
医薬品	25,810	19,733	6,077
診療材料	15,411	15,312	99
合 計	41,221	35,045	6,177

### (2) 手 続

法令や財務規程、会計要領及び実地棚卸実施要領等の関連規程に基づき、棚卸資産の物品管理や調達業務等の事務が適正に執行されているかどうかを確かめるため、次の監査手続を実施した。

- i 救急医療センターの在庫管理の状況を視察した。
- ii 棚卸表(財務規程別記第 68 号様式)を査閲した。
- iii 棚卸資産の購入契約書や作成されている管理資料を査閲した。
- iv 担当課へ必要と認めた質問を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

#### ① 診療材料に係る実地棚卸の網羅性について（指 摘）

救急医療センターは、診療材料に係る実地棚卸を平成 25 年 3 月 29 日に実施しており、その残高の内訳は次のとおりであった。

①倉庫に保管されているもの	5,116 千円
②倉庫外（病棟、手術室等）に保管されているもの	9,903 千円
③X線フィルム（別途表計算ソフトにて管理）	293 千円
合 計	15,312 千円

上記のうち、①については、棚卸表を閲覧することによって実地棚卸の実施状況を確認することができた。また、②については、病棟や手術室等の保管場所ごとに保管されている診療材料の残高明細により確認することはできるが、実地棚卸の実施状況を確認することはできなかった。さらに、③については、表計算ソフトの還元帳票により、棚卸資産減耗費の算定プロセスを確認できるが、実地棚卸の実施者の特定や数量確認の押印等に係る証跡として不十分であった。

「実地棚卸実施要領」の第 3 条においては、「病院内の薬剤倉庫、診療材料倉庫、各病棟、中央管理室、手術室、臨床検査室、外来処置室、事務室等で保管する全ての棚卸資産について実地棚卸を実施する」と規定されている。したがって、診療材料の棚卸については、その保管場所等を問わず網羅的に実地棚卸を行い、その証跡を棚卸関連文書に記録するよう徹底されたい。

#### ② 診療材料の棚卸差異の原因究明について

##### ア 診療材料の棚卸差異の原因究明について（意 見）

平成 25 年 3 月に実施された棚卸結果（診療材料倉庫に保管されているもの）において、次の表に示すとおり、帳簿数量と実際数量の差異が 59 件（18.5%）存在していた。

【平成 25 年 3 月実施棚卸実施状況】

区 分	アイテム数	割 合
帳簿数量より実地棚卸数量が多いアイテム	21	6.6%
帳簿数量より実地棚卸数量が少ないアイテム	38	11.9%
帳簿数量と実地棚卸数量が一致したアイテム	260	81.5%
合 計	319	100%

また、平成 24 年 9 月に実施された棚卸結果においても同様に、比較的多数のアイテムについて帳簿数量と実際数量の差異が生じている状況が見受けられた。そのような状況を踏まえて、病院現場往査時において任意に抽出した 5 件のアイテムについてテストカウントを実施したところ、2 件について帳簿数量と実際数量の差異が見受けられた。以上のように、救急医療センターの診療材料倉庫においては、経常的に帳簿数量と実際数量との差異が発生している状況であるものと考えられる。このような差異の発生原因について、診療材料物流管理の担当者は次のように分析している。

- (ア) 物流管理システムから出力される「定数補充指示書」に従い、診療材料倉庫から物品使用部門へ定期的に診療材料が払い出される。その際には、払出しを実施した証跡として「定数補充指示書」の該当欄に手書きでアイテムごとにチェックマークを記載するが、実際の払出しを失念しまったケース。
- (イ) 病棟で緊急に診療材料が必要になった場合に、物品使用部門の担当者が診療材料倉庫から必要な診療材料を直接持ち出す場合がある。その際には、物品使用部門の担当者が、倉庫に備え付けてある手書きの管理台帳に当該診療材料について記載すべきであるが、その記載を失念してしまったケース。

実地棚卸の実施目的は、帳簿上の受払処理後の棚卸数量及び棚卸金額と実地の棚卸数量及び棚卸金額を比較し、差異が生じている場合には原因追求を行い、棚卸資産の適正な管理及び処理に資することにある。今後は、実地棚卸の目的を再確認し、現在の払出し管理の仕組みの中でイレギュラーな払出しを行っている原因を特定して、改善策を検討し、ルールに基づいた出庫の仕組みを病棟や手術室の職員も含めて徹底するよう要望する。

イ 診療材料のラベル管理の必要性について（意見）

診療材料の管理については、物流管理システムを使用することによって、有効かつ効率的な管理を行うことを意図している。診療材料の入庫や残高管理においては、モバイルコンピュータを活用し、一定の有効かつ効率的な管理運用が行わ

れているものと考えられる。一方、診療材料の払出しに関しては、結果としてシステム等を利用しない手作業による管理が行われている。

診療材料の効果的で効率的な払出し管理については、診療材料に所定のラベリングを行うことにより、「どの部門が」、「何を」、「いくつ」使用したかについてタイムリーに正確な払出し情報を得ることができる。

したがって、棚卸差異の原因究明を試みてもその原因を特定できないアイテムが恒常的に発生するようであれば、より効果的で効率的な診療材料のラベル管理を行うよう要望する。

#### 4. 固定資産管理について

##### (1) 概要

平成24年度末において、救急医療センターが保有する有形固定資産の概要（取得価額、減価償却累計額及び帳簿価額並びに病院局全体の固定資産額に占める割合）は次のとおりである（貸借対照表ベース：平成23年度対比）。

この表からも分かるとおり、救急医療センターの固定資産が病院局全体に占める割合は、14.0%と平均的な割合であるが、土地については、19億6,326万円であり、県立7病院全体の土地の取得価額の53.0%を占めている。

区 分	救急医療センター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
<b>固定資産</b>	<b>5,253,548,982</b>	<b>5,240,221,783</b>	<b>14.0%</b>	<b>99.7%</b>	<b>37,767,873,734</b>	<b>37,345,602,648</b>	<b>98.9%</b>
有形固定資産	5,253,576,824	5,240,099,625	14.0%	99.7%	37,759,253,698	37,337,666,811	98.9%
土地	1,963,258,200	1,963,258,200	53.0%	100.0%	3,707,173,449	3,707,173,449	100.0%
建物	4,465,677,495	4,511,677,495	8.2%	101.0%	54,364,857,396	54,754,865,272	100.7%
建物減価償却累計額	△ 2,182,677,238	△ 2,262,891,872		103.7%	△ 28,908,264,767	△ 30,024,713,364	103.9%
帳簿価額	<b>2,283,000,257</b>	<b>2,248,785,623</b>	<b>9.1%</b>	<b>98.5%</b>	<b>25,456,592,629</b>	<b>24,730,151,908</b>	<b>97.1%</b>
構築物	53,458,220	53,458,220	4.6%	100.0%	1,162,505,369	1,162,505,369	100.0%
構築物減価償却累計額	△ 42,133,395	△ 42,496,197	5.3%	100.9%	△ 788,882,510	△ 805,381,261	102.1%
帳簿価額	<b>11,324,825</b>	<b>10,962,023</b>	<b>3.1%</b>	<b>96.8%</b>	<b>373,622,859</b>	<b>357,124,108</b>	<b>95.6%</b>
器械備品	2,645,564,718	2,664,153,857	10.3%	100.7%	26,066,197,734	25,792,775,967	99.0%
器械備品減価償却累計額	△ 1,662,019,865	△ 1,659,508,767	9.6%	99.8%	△ 17,896,585,332	△ 17,229,498,366	96.3%
帳簿価額	<b>983,544,853</b>	<b>1,004,645,090</b>	<b>11.7%</b>	<b>102.1%</b>	<b>8,169,612,402</b>	<b>8,563,277,601</b>	<b>104.8%</b>
車両	21,309,031	21,309,031	47.2%	100.0%	45,133,383	45,133,383	100.0%
車両減価償却累計額	△ 11,760,342	△ 11,760,342	41.6%	100.0%	△ 28,179,754	△ 28,259,489	100.3%
帳簿価額	<b>9,548,689</b>	<b>9,548,689</b>	<b>56.6%</b>	<b>100.0%</b>	<b>16,953,629</b>	<b>16,873,894</b>	<b>99.5%</b>
建設仮勘定	0	0	0.0%	-	1,490,010	1,490,010	100.0%
その他有形固定資産	2,900,000	2,900,000	8.6%	100.0%	33,808,720	33,808,720	100.0%
無形固定資産	122,158	122,158	1.5%	100.0%	8,620,036	7,935,837	92.1%
電話加入権	122,158	122,158	3.3%	100.0%	3,723,712	3,723,712	100.0%
その他無形固定資産	0	0	0.0%	-	4,896,324	4,212,125	86.0%

また、固定資産の減価償却費の発生状況は次の表のとおりである。救急医療センターの減価償却費が病院局全体に占める割合は、9.3%と低く、特に構築物から発生する減価償却費は病院局全体からみて2.2%と極めて低い割合であることが分かる。

【救急医療センター固定資産種類別減価償却費発生額 平成24年度及び前年度比較】

(単位:円、%)

区 分	救急医療センター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
減価償却費	253,393,929	228,757,849	9.3%	90.3%	2,459,261,756	2,453,677,175	99.8%
建物減価償却費	80,288,610	80,214,634	7.2%	99.9%	1,162,565,525	1,116,448,597	96.0%
構築物減価償却費	501,860	362,802	2.2%	72.3%	18,975,673	16,498,751	86.9%
器械備品減価償却費	172,603,459	148,180,413	11.2%	85.9%	1,276,956,624	1,319,965,893	103.4%
車両減価償却費	0	0	0.0%	-	79,735	79,735	100.0%
無形固定資産減価償却費	0	0	0.0%	-	684,199	684,199	100.0%
固定資産除却費	3,542,075	8,409,985	5.3%	237.4%	49,976,158	158,044,229	316.2%

さらに、救急医療センターが管理する固定資産の老朽化の目安は次の表に示すとおりである。県立7病院の平均老朽化率と比較して、救急医療センターの建物、構築物及び器械備品の老朽化率はほぼ平均であることが分かる。

【救急医療センター 固定資産老朽化率】

(単位:円、%)

区 分	救急医療センター	構成比	県立7病院合計
建物老朽化率	50.9%		57.8%
取得価額	4,511,677,495	8.2%	54,754,595,269
減価償却累計額	2,262,891,872	7.5%	30,024,713,364
帳簿価額	2,248,785,623	9.1%	24,729,881,905
充当:資本剰余金	67,042,375	2.4%	2,830,986,699
構築物老朽化率	80.1%		81.1%
取得価額	53,458,220	4.6%	1,162,505,369
減価償却累計額	42,496,197	5.3%	805,381,261
帳簿価額	10,962,023	3.1%	357,124,108
充当:資本剰余金	387,500	0.2%	170,018,253
器械備品老朽化率	72.5%		74.4%
取得価額	2,664,153,857	10.4%	25,675,563,304
減価償却累計額	1,659,508,767	9.6%	17,221,222,918
帳簿価額	1,004,645,090	11.9%	8,454,340,386
充当:資本剰余金	376,523,694	14.9%	2,524,562,354

注:平成24年度末現在の固定資産台帳の金額により作成した。

## (2) 手 続

- i 固定資産の取得及び処分の事務処理について、質問等により確認し、必要に応じて関係書類を閲覧し、事務手続等の合規性について検証した。
- ii 固定資産の台帳管理及び現物管理の状況について、質問により状況を把握し、必要に応じて現物実査を行い、固定資産の実在性及び網羅性について検証した。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることにする。



## ① 固定資産の現物実査について（意見）

救急医療センターでは、固定資産管理規程及び固定資産管理要領における実査に係る規定（がんセンターの個別意見参照。）にも拘らず、固定資産実査を実施していない。なお、平成 24 年度に県全体として重要物品（5 百万円以上）の使用状況等についての調査が行われているが、それ以前にも以後にも実施していない。

また、この平成 24 年度の調査により不明又は廃棄済みとなっていた機器については全て除却処理が必要であるが、除却処理が実施されているのは一部のみである（下記②を参照。）。

したがって、固定資産の管理担当者の管理・立会のもとで、定期的に固定資産の実査を行い、固定資産実査報告書の作成及び副病院局長への提出が行われるよう、また、実査の結果に基づき適正な除却処理等が行われるよう、早急に実査の計画を策定されたい。

## ② 固定資産台帳の修正について（指摘）

既述のとおり、現物実査が行われていないため、固定資産台帳と実態が一致していない。例えば、平成 24 年度に県全体として重要物品（5 百万円以上）の使用状況等についての調査が行われているが、その際に、亡失、あるいは過去に廃棄済みで除却処理漏れが判明した以下の資産 9 件について、現時点においても全て除却処理漏れとなっている。したがって、現在までに廃棄処理すべき資産は全て当年度中に除却処理し、固定資産管理規程等の定める会計処理及び報告等を実施されたい。

### 【過去に廃棄済みで除却処理漏れの資産一覧】

（単位：千円）

機器の名称	取得年月日	取得価格	簿価	負担金
① 定位脳手術装置	S62. 11. 25	14, 750	737	0
② 4チャンネルホリグラフシステム	S63. 9. 10	6, 800	340	0
③ 患者監視装置	H4. 7. 20	5, 150	257	0
④ 洗浄滅菌装置	H5. 2. 4	7, 210	360	0
⑤ 単身用血液透析濾過装置	H5. 9. 30	6, 077	852	0
⑥ 超音波診断装置	H6. 11. 29	10, 981	549	0
⑦ 患者監視装置	H9. 9. 30	6, 806	4, 518	724
⑧ CCU 患者情報センター	H11. 8. 30	10, 647	532	0
⑨ 多現象ベッドサイドモニターシステム	H11. 11. 30	9, 187	459	0
合計		77, 608	8, 604	724

この他、病院現場往査時に、5 百万円未満の資産で、取得時から 20 年以上経過

した機器・備品について任意に抽出した5件のものの実査を実施したところ、2件のものについて実在性が確認できなかった。このような平成24年度に使用状況調査の対象とされなかった、重要物品以外の資産(5百万円未満)については、至急、調査が必要である。

5百万円未満の資産で、取得時から20年以上経過したものを集計すると次のとおりである。これについての実査の結果を早急に固定資産台帳や決算に反映されたい。

**【20年以上経過、5百万円未満の器械備品】** (単位：件、千円)

件数	取得価額	償却累計額	簿価
267	13,893	5,077	8,816

**③ 職員住宅の入居状況について (意見)**

救急医療センターでは、職員の福利厚生観点から医師住宅及び看護師宿舎を保有している。その入居状況は次のとおりである。

**【職員住宅の入居状況】**

名称	定員	入居状況	
		平成24年3月末	平成25年7月末
医師住宅	10世帯	4世帯	2世帯
看護師宿舎	100人	21人	25人

医師住宅は、木造平屋建2棟(2世帯)と鉄筋コンクリート2階建3棟(8世帯)の計10世帯である。ただし、平成23年3月に発生した東日本大震災により、木造平屋建1棟が被害を受け、使用出来ない状況であることから、実質的には計9世帯が入居可能な状況である。

一方、看護師宿舎は、鉄筋コンクリート5階建てで100室が入居可能である。当初は女性専用の宿舎であったが、男子看護師の増加に伴い、施設的に区画を分けることが可能な1階の一部を男性専用の宿舎として使用している。職員住宅の維持管理に関しては、予算枠として修繕費を150万円程度計上し、定期的なメンテナンスを行っているが、当該施設は建築から30年以上が経過しているため老朽化が著しい。救急医療センターについては精神科医療センターとの統合建替計画があることから、必要最低限の改修作業にとどめ、大規模な改修作業は実施していない状況である。

その結果、医師住宅及び看護師宿舎の入居率は20~25%程度の低い水準で推移しており、老朽化の進んだ稼働率の低い施設の有効活用は現状のままでは困難な状況であると考えられる。ただし、老朽化している現状の中でも、例えば、看護師住

宅については、空き部屋の一部を、当直職員等の仮眠用スペースや外部研修生の宿泊等として活用を図っていることも分かった。

しかし、監査実施期間中に、医師住宅について院内保育施設としての活用を図ることを意思決定したことは当初の建設目的からは乖離しているが、老朽施設の若干の改修により、別の目的のために有効利用を図る内部努力の表れとして評価すべきものとする。具体的には、医師住宅の一室を改修し、平成 26 年 4 月 1 日より院内保育所として使用することを予定している。既に実施されたアンケート調査によれば、医師・看護師のうち 21 名から入所希望があり、一定の効果が期待できるものとされている。また、院内保育所の改修費用は通常の修繕費の予算枠内で行う予定であり、その費用として 200 万円程度を見込んでいるということである。

このように既存施設の有効活用について、上記の院内保育施設としての転用のように、遊休施設に対する潜在的な需要の掘り出しを行う努力を積極的に継続していくことを要望する。

## 5. 医療安全対策について

### (1) 概 要

#### ① 医療安全管理体制について

救急医療センターは、医療法及び医療安全管理指針に基づいて、医療安全対策要綱、院内感染対策マニュアル等を定め、医療安全管理委員会、院内感染対策委員会、リスクマネジメント部会等を定期的に開催している。

#### ② 医療事故発生時の流れについて

インシデント・アクシデントが発生した場合、事故の当事者又は発見者は、速やかにリスクマネージャーへ報告し、このような報告を受けたリスクマネージャーは医療安全管理室長及び医療安全管理者へ報告する。並行して、事故の当事者又は発見者は、医療事故報告書を作成し、所属のリスクマネージャーに提出する。

救急医療センターにおける平成 24 年度のインシデント・アクシデントの発生件数は次のとおりである。

事故レベル	レベル 0	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	レベル 5
件 数	187	648	92	15	0	2

## (2) 手 続

法令や医療安全管理指針等に基づき、医療安全対策が適切に講じられているかを確認するため、次の監査手続を実施した。

- i 救急医療センターの医療安全対策要綱、院内感染対策マニュアル等を査閲した。
- ii 医療安全管理委員会及び院内感染対策委員会の議事録、医療事故報告書等を査閲した。
- iii 担当課へ必要と認めた質問を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

### ① 院内感染対策委員会の開催について（意 見）

救急医療センターは、院内感染対策委員会を月1回開催している。平成24年度と同委員会委員長は集中治療科部長、副委員長は集中治療科医長であり、委員はセンター長（現在は病院長。以下同じ）、看護局長、事務局管理課長をはじめとする20名である。

委員長、副委員長を含めて22名の定員であるが、平成24年度院内感染委員会において、センター長及び看護局長が出席した記録が認められない。確かに、委員会終了後、毎回、議事録が院長に直接渡され、議事内容が報告されているということである。しかし、当該委員会では、代理出席も認められているが、委員本人が1年間一度も委員会に出席しないことに対して、各構成員が確実に参加できるような日時に委員会を開催するなど適切な改善を要望する。

### ② 患者相談窓口の案内について（意 見）

救急医療センターでは、病院局の医療安全管理指針に基づいて、平成24年8月より患者相談窓口を設置している。その患者相談窓口の案内について、「原則として電話相談と対面相談」としている。そのうち、対面相談については、「不明な事項等はお近くの職員にご相談ください。」と記載しているが、電話番号については記載がない。

電話相談窓口として独自の回線を設けているのであれば、患者相談窓口の案内に電話番号を記載するよう要望する。また、電話相談窓口として独自の回線を用意していないのであれば、代表番号及び担当者名を記載し、患者からの相談に適切に応じる体制を構築するよう要望する。

## Ⅱ-3 各論：精神科医療センターに係る外部監査の結果

### 1. 診療報酬請求業務等について

#### (1) 概要

##### ① 診療報酬請求業務の流れ

精神科医療センターにおける診療報酬請求業務の流れは、概ね次のとおりである。

#### ア 請求事務

- i 入院患者や外来患者に対する診療行為を医師が処方箋等に記載する。
- ii クラークが、処方箋等を毎日、医事業務担当（委託事業者）に渡す。
- iii 医事業務担当は、処方箋等を整理し、事前に請求内容を主治医に補記・訂正を依頼する。
- iv 当該主治医が確認した書類を、レセプト担当医が確認する。
- v レセプト担当医が確認終了後に医事業務担当は、請求内容を医事端末に入力し、診療報酬請求書類（電子データ）を作成する。
- vi その診療報酬請求書類について当月の診療報酬分を翌月の10日までに、国保連又は支払基金等に請求する。
- vii 国保連又は支払基金等において請求書類を審査後、詳記等に不備がある場合は返戻となり、請求内容が過剰や重複等とされた保険点数については、減額措置（査定減）の通知が送付される。

#### イ 請求金額の調定・収納事務

- i 当該月の診療報酬請求額について、収入調定伝票を起票する。
- ii 国保連又は支払基金等からの入金分について収納登録の収入伝票を起票し、減額分については更正伝票を起票する。

- iii 請求額－減額分＝収納額となることを確認する必要があることから、入金段階では収納登録せず、減額の更正処理と一緒に収納登録する。

## ② 診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況

精神科医療センターにおける診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況は次のとおりである。

システム	電子カルテ	オーダーリングシステム	医事会計システム	レセプトチェックシステム
導入状況	未導入	未導入	導入	未導入
導入時期	－	－	平成 18 年	－

精神科医療センターにおける診療行為は、検査や投薬が中心であり、他の病院と比較しても定型的なものであることから、簡素なシステム体系となっている。

## ③ 業務委託の状況

精神科医療センターにおける医事業務に係る業務委託契約の概要は次のとおりである。

名称	期間	業者名	契約形態	金額
千葉県精神科医療センター医事業務委託	平成 25 年 4 月 1 日から平成 27 年 3 月 31 日まで	N 社	一般競争入札	41,580 千円

長期継続契約については、財務規程第 131 条において、業務委託など主な契約の締結期間は原則として 3 年以内とされている。一方、医事業務委託の契約期間については、診療報酬の改定が 2 年ごとに行われることに合わせて 2 年間とされている。また、病院局の業務委託の契約形態については、原則として一般競争入札によっており、プロポーザル方式等による随意契約は一部の業務委託契約を除き行われていない。

## ④ 査定減及び返戻の発生状況

精神科医療センター医事管理課の集計によると、平成 24 年度の査定減及び返戻

の発生状況は次のとおりである。

【平成24年度査定減及び返戻の発生状況】

(単位:千円)

区 分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
国保							
当初請求額	50,062	52,747	53,458	59,017	59,098	52,281	
査定減	21	9	△ 52	△ 37	△ 45	△ 106	
返戻	△ 64	△ 2,310	△ 1,775	△ 6,285	△ 1,980	△ 426	
社保							
当初請求額	32,403	38,716	32,057	32,710	43,319	40,028	
査定減	△ 12	△ 72	△ 38	△ 22	△ 13	△ 49	
返戻	△ 2,536	△ 2,177	△ 2,733	△ 4,929	△ 4,650	△ 818	
合計							
当初請求額	82,465	91,464	85,515	91,727	102,416	92,309	
査定減	8	△ 63	△ 90	△ 59	△ 58	△ 154	
返戻	△ 2,600	△ 4,488	△ 4,508	△ 11,215	△ 6,630	△ 1,244	
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合 計
国保							
当初請求額	47,666	42,688	51,248	51,914	54,386	53,492	628,056
査定減	△ 39	△ 53	△ 121	7	△ 57	△ 15	△ 487
返戻	△ 4,273	△ 800	△ 2,966	△ 122	△ 7,105	△ 180	△ 28,285
社保							
当初請求額	41,849	45,865	37,437	42,772	29,043	38,484	454,684
査定減	△ 19	△ 32	△ 20	△ 8	△ 39	△ 86	△ 410
返戻	△ 1,043	△ 590	△ 1,031	△ 456	△ 4,976	△ 1,097	△ 27,037
合計							
当初請求額	89,515	88,553	88,685	94,686	83,429	91,976	1,082,740
査定減	△ 58	△ 85	△ 142	△ 1	△ 96	△ 100	△ 897
返戻	△ 5,315	△ 1,391	△ 3,996	△ 578	△ 12,081	△ 1,277	△ 55,322

(精神科医療センター作成資料を一部加工)

(2) 手 続

診療報酬請求業務が適正に執行されているかどうか確かめるために、必要と認め  
た質問及び資料の閲覧を行った。

(3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとす  
る。

① 返戻の発生とその削減対策について (指 摘)

精神科医療センターについては、診療行為が比較的定型的であることから、過剰  
診療等は発生しにくく、例えば、保険診療上1か月に30日分までしか認められな  
い薬を31日分出してしまったことにより、保険診療上は過剰な1日分だけ査定減

とされるような事例は経常的に発生している。しかし、それらの査定減について、金額的に重要な査定減は発生していない。

一方で、平成 24 年度の返戻状況についてみると、毎月相当額の返戻が発生しており、特に 7 月、8 月、10 月、2 月において多額の返戻が発生している。精神科医療センターから提出された資料によると、当該各月の返戻の発生理由、返戻レセプト件数及び金額については次のとおりである。

返戻月	区 分	返 戻 理 由	件数	金額 (円)	
7 月	国保連・外 来	番号誤り・患者転出後の手続不備	3	35,177	
		請求取消 (患者が事後的に自費負担を希望した等)	2	18,450	
	国保連・入 院	措置番号誤り・患者転出後の手続不備	7	4,881,890	
		限度額切替えの際、食事療養費の切替えを忘れてしまった	3	1,349,809	
	国保連計				6,285,326
	支払基金・ 外来	誤って二重に請求していたため	1	107,270	
		患者が保険を切替えていたが、病院側に連絡されていなかったため、旧保険で請求してしまった	3	35,322	
		患者が保険資格を喪失していたが、連絡されていなかった	2	51,903	
	支払基金・ 入院	必須事項の記載漏れがあった	2	2,000,650	
		措置番号の記載に間違いがあったため取下げ	2	2,053,940	
		入院中他科を受診していたという矛盾があった (⇒外泊時の他科受診であった)	1	680,319	
	支払基金計				4,929,404
	8 月	国保連・外 来	番号誤り・患者転出後の手続不備	5	106,942
			自立支援の番号記載ミス (患者が月途中から自立支援を始めていたことが事後的にわかった)	2	33,028
薬の請求の際に、病名を記載するのを忘れていた			1	133,929	
国保連・入 院		患者転出後の手続不備 (東日本大震災被災者について請求ミス)	2	1,020,140	
		後期高齢者の給付割合について誤りがあった	1	685,784	
国保連計				1,979,823	
支払基金・ 外来		医療観察が 3 人以上である場合に加算額がつくことを知らずに請求していた (10 か月分まとめたの返戻)	33	3,999,897	
		患者が保険を切替えていたが、病院側に連絡されてい	12	260,391	



		なかったため、旧保険で請求してしまった		
	支払基金・入院	入院開始日の記載誤り	1	235,880
		食事療養費の切替え忘れ	1	153,870
	支払基金計			4,650,038
10月	国保連・外来	患者が保険を切替えていたが、病院側に連絡されていなかったため、旧保険で請求してしまった	6	69,588
		薬の請求の際に、病名を記載するのを忘れていた	1	19,467
	国保連・入院	薬の請求の際に、病名を記載するのを忘れていた	1	1,241,987
		生活保護が適用されていることが事後的に分かった	3	1,175,680
		食事療養費の切替え忘れ	1	773,501
		東日本大震災被災者につき書面で請求することとなっていたが、重ねて電算でも請求してしまった	1	992,442
	国保連計			4,272,665
	支払基金・外来	患者が保険を切替えていたが、病院側に連絡されていなかったため、旧保険で請求してしまった	6	105,048
	支払基金・入院	負担金の計算誤り	1	363,575
		公費番号誤り	1	573,930
支払基金計			1,042,553	
2月	国保連・支払基金共通	<p>限度額認定証を提示した場合、医療機関窓口での医療費負担額が自己負担限度額までに抑えられることとなるが、さらに、医療費負担額が限度額を超える月が4か月を超えた場合、さらに1か月当たりの限度額が下げられる（「多数該当」）</p> <p>この「多数該当」制度を知らずに、4か月を超える場合も同額の限度額で算定してしまため、返戻された。</p>	—	—

(精神科医療センター作成資料を一部加工)

当該資料によると、医事業務委託事業者のミスに起因すると思われる返戻（例：番号記載誤り、病名記載漏れ、金額計算誤り等）や保険制度についての理解不足に起因すると思われる返戻（例：多数該当制度を知らずに請求し返戻されたケース）が少なからず発生している。

医事業務の委託事業の担当者に質問したところ、委託事業者における社員の入れ替わりがある中で可能な限りの努力はしているが、それでも返戻が発生してしまっているということであった。

しかし、返戻については医業未収金の入金遅れをもたらすのであるから、病院の

資金繰りを悪化させるものであり、病院経営的にはあってはならないことである。また、返戻が発生した場合には、返戻レセプトの管理や再請求のための事務手続といった追加的な業務が発生することから、ますます業務の効率性が害される結果となる。

また、例えば、患者が保険を切替えていたが、病院側に連絡されていなかったため、旧保険で請求してしまったために返戻となっているケースが散見されるが、資格喪失の保険証は保険者が早期回収すべきものであり、医療機関側においては資格喪失の有無は判別できないことから、医療機関側においては患者の保険証を確認している限りにおいて、それ以上の対策を事前にとることはできない。このような場合、返戻を受け入れなければ保険者は査定により減額で終わらせてしまう恐れがあるため、現時点では病院としては、このような返戻を受け入れざるを得ない状況であることも理解できる。

委託事業者の返戻に対する上記のような意識を改めさせるためにも、医事管理課としては、委託事業者に対して仕様書内容履行上の適切な指導管理を行う必要がある。また、委託事業者が返戻を防止するために適切なレセプトチェックを行っているかどうかをモニタリングする必要がある。

したがって、医事業務の委託の適切な履行及び返戻の発生削減のためにも、医事管理課として、職員によるチェックの実施等の適切な措置を実施するよう要望する。

## ② レセプトチェック体制について（意見）

上記①に記載したとおり、精神科医療センターにおいては、病院の規模に比して多額のレセプト返戻が発生していることから、請求前のレセプトのチェック体制に問題があると考えられる。そこで、委託事業者の担当者にヒヤリングしたところ、人の入れ替わりがあったため、レセプト作成時のチェックは作成者によるセルフチェックが中心になっていた。また、委託事業者内で作成者以外の第三者によるダブルチェックが経験の浅い者によるチェックになってしまったということであった。

そこで、システムの利用によりレセプトチェックの効率化を検討することも考えなければならない。現在、精神科医療センターにおいては、レセプトチェックシステムが導入されていないが、他の病院では概ね導入・利用されており、レセプトチェックシステムを導入することにより、以下のチェックが可能となる。

### ア 請求対象病名と診療内容の相関チェック

- i ある病名で診療報酬の請求を実施するために必要な診療行為・医薬品がないか。
- ii 診療行為・医薬品があるのに病名がないか。

## イ 診療行為の関連チェック

- i ある診療行為に伴う診療行為が不足していないか。
- ii 診療行為の回数が月内の上限回数を超えているか。
- iii 医薬品の使用量が月内・使用時の上限を超えているか。

国保連又は支払基金等へ請求する前にレセプトチェックシステムによる事前チェックを行うことにより、査定減や返戻率を減少させる効果が見込まれることから、精神科医療センターにおいても、見込まれる効果とコストを勘案の上、レセプトチェックシステムの導入を検討するよう要望する。

### ③ 医事業務委託事業者の業務の評価・モニタリングについて（意見）

医事業務については非常に専門的な分野であることから、業務遂行に当たっては委託事業者に依存しがちである。しかし、他の業務委託と同様、委託事業者の業務遂行状況を定期的にモニタリングし、医事管理課において全般的な業務遂行状況を把握する必要がある。また、委託事業者から享受しているサービスの品質について適切に評価する体制が構築される必要がある。

精神科医療センターの現状では、委託事業者の評価については特にルールが設けられていないということであった。しかし、委託事業者が大きな返戻を自らの責任で生じさせた場合、タイムリーにその事態を把握し評価する仕組みやルールが必要になってくるものと考え。具体的に、どの程度のレベル（例月、何点の返戻）以上で返戻台帳等の書類調査を行うのか、本来求められている業務水準を大幅に下回って委託事業者の不作為による返戻等が発生している場合、どのようなペナルティを考慮するのかなど、具体的な評価方針について明文化し、委託事業者と合意しておくことは、委託事業者に対する牽制効果が期待され、求める業務水準の達成を担保させるために必要であると考え。

また、医事管理課において、委託事業者の業務遂行状況の適切な評価及び効果的なモニタリングを行うためには、医事管理課担当職員が医事業務について十分に理解していることも必要である。現状では医事管理課担当職員に対する専門的知識の研修体制は十分に整備されておらず、各人の自己研鑽に委ねられている。

そこで、病院局としては、医事管理課職員による医事業務についての専門知識の継続的な蓄積・更新を担保するために、例えば、病院局全体としても医事業務に関して、民間事業者と同様の研修プログラムの策定や所定の研修プログラムの履修を義務化し、履修状況を人事評価項目とする等の施策を講じることも必要である。

出先機関である精神科医療センターとしては、病院局のあるべき研修体制の履修に努めるとともに、現場における医事業務の遂行状況を委託事業者の傍らで観察

するなど、いわゆる「ウォークアラウンド」的に現場で委託業務の内容を修得し、医事業務の評価に対応することができるよう、準備することを要望する。

#### ④ 保留分の収益計上の必要性について（意見）

精神科医療センターにおいては、会計要領に従った会計処理が行われているため、請求保留レセプトについては診療行為があった時点で収益計上されるのではなく、請求された時点で収益計上されている。

しかし、総括的意見（62～63 頁）に記載されているとおり、請求保留レセプトについては診療行為があった時点（月）で収益計上すべきものとする。

なお、精神科医療センターの平成 24 年度末における保留点数は 397,358 点である。しかし、保留金額については把握していなかった。そして、医事管理課においても、委託事業者の管理状況から判断すると、金額ベースでの管理を要求していないものと考えられる。

保留案件の会計処理（医業収益計上）の先延ばしについては、収益の適時適切な計上に対するリスクがある。これに対して、医事管理課による管理が不十分であると考えられる。

したがって、保留に係る点数管理だけでなく金額管理についても、医事管理課は委託事業者に対して実施し、例月の報告内容とすることを検討するよう要望する。また、医事管理課としては委託事業者が作成した保留台帳を定期的にレビューし、通常の原因と異なる保留の発生の有無や保留案件の長期滞留の有無について、特に注視する仕組み又はルールを構築することを要望する。

#### ⑤ 医事業務委託契約について（意見）

現状の業務委託契約については、金額競争による一般競争入札となっているが、金額競争が過熱すると、低価格で業務を受託せざるを得ない業者側としては、人材確保の面で、業務従事者の質や量を落とさざるを得ず、結果として適切な業務遂行に支障を来すことが容易に想定される。

精神科医療センターにおいては、保留の金額管理やレセプト返戻の防止といった診療報酬請求業務の有効性・効率性について改善の余地があるものと考えられる。そこで、事業者には業務品質の向上のインセンティブを与えるために、プロポーザル方式（企画提案書評価方式）を導入し、月次診療報酬請求の正確性・網羅性確保のための方策や保留発生への牽制やその管理手法、返戻・査定減の最少化努力のための方策などを積極的に提案させることも考えられる。

また、医事業務については、専門性が高い分野であり、病院ごとに特性も異なる

ることから、委託事業者側としても業務への習熟のために相当の人材育成投資が必要である。これに対して、2年間という短期間での契約では、採算性を勘案すると、委託事業者側で人材育成投資を十分に行うことができない。一方で、委託者である病院側としても結果として品質の高い業務を享受できない危険性がある。

したがって、医事業務委託契約の契約期間については、一律に2年間とする現在の契約方法に対して、出先機関としても妥当であると考えるか、主体的な見直しを行い関係部門に働きかけを行う努力を要望する。

## 2. 未収金管理（患者自己負担分未収金等）について

### （1）概 要

精神科医療センターの平成25年3月31日時点での、患者自己負担分の未収金（以下、「未収金」という。）は、合計で1,316万円であり、このうち現年度分の未収金が784万円で、過年度分の未収金が532万円である。50万円以上の滞納者は1名である。なお、現年度分の未収金のうち、地方公共団体等負担分及び3月中にクレジットカードで支払われた分（3月31日時点ではクレジットカード会社からは未入金状態である。）を除いた、純粹に患者が負担する未収金は444万円である。

過年度分の未収金については、平成24年3月31日時点での未収金の合計額が1,558万円であり、その後、平成24年度の間には820万円を回収し、206万円を不納欠損処理している。過年度分の徴収率は約53%である。この数値は、7つの県立病院の過年度分の徴収率の平均約43%を約10%上回っている。

### （2）手 続

当該事項に係る監査の実施に当たっては、外部監査人が必要と考えた全般的監査手続及び各病院の現場での回収事務の監査手続に従った。当該事項について実施した監査手続の概要は次のとおりである。

- ① 平成24年度における未収金の金額の内訳、回収手続について、経営管理課等から説明を受け、各病院の現場における担当者に必要な質問を行った。
- ② 未収金回収マニュアル、患者等から提出を受けた資料等を閲覧し、未収金回収事務の合規性、合理性に関する検証を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

#### ① 保証人の保証意思の確認について（指 摘）

精神科医療センターでは、患者が入院する際に、患者に対し医療費の支払義務についての保証人を付すことを要求している。ただし、精神科医療センターの特質から患者本人ではなく、患者の付添人が入院手続を行うことが多く、付添人が入院手続の際に保証人となり入院願の保証人欄への署名・押印することが多い。もっとも、精神科医療センターでは原則として複数名の保証人を付すことを要求しており、入院時に保証人全員の署名・押印が困難な場合は、後日入院願の提出を受けており、当該入院願の記載をもって、保証人の保証意思の確認を行っているため、当該保証人欄への署名・押印を付添人以外の保証人が実際に行った否かの確認をとることができない。

また、精神科医療センターでは、患者から未収金の分納誓約書の提出を受ける際に、併せて保証人から未収金の支払についての確約書の提出を受けている。確約書についても、精神科医療センターの窓口で保証人が記入する運用ではなく、分納誓約書作成時に患者に空欄の確約書を渡し、後日、必要事項を記載の上で、精神科医療センターに提出する運用を行っていることから、当該保証人欄への署名・押印を保証人が実際に行った否かの確認をとることができない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（125～126 頁）を参照のこと。

#### ② 督促の時期について（指 摘）

精神科医療センターでは、外来患者の未収金及び入院患者の未収金について、納入通知書記載の納期限から2か月後に患者本人に対して督促状を発送している。これは引き続き外来に訪れる患者については納期限後に支払うケースが多く、また、督促による患者の精神的な負担を軽減するために担当医師と相談の上で督促状の送付時期を決めていることによる。

精神科医療センターという特質からは、患者に対する配慮を行うことに合理性が認められないわけではない。しかし、少なくとも現在の督促時期は、納期限から20日を経過しており、財務規程に沿った処理ではない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（126 頁）を参照の

こと。

### ③ 保証人への督促について（指 摘）

精神科医療センターでは、患者本人からの医業未収金の回収が困難であると判断した場合にのみ、保証人に対して督促を行っているところ、その具体的な時期については定まっておらず、担当者の判断によって行われている。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

### ④ 法的措置について（指 摘）

精神科医療センターでは、督促後も支払いを行わない債務者に対して、その後、書面、電話及び臨戸訪問による催告を行うものの、それでも支払いを行わない債務者に対して、訴訟手続を採っていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

### ⑤ 相続人への請求について（指 摘）

精神科医療センターでは、患者本人が死亡した際に、患者の相続人が保証人も兼ねている場合にのみ、本人に対して未収金全額を請求している。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127～128 頁）を参照のこと。

### ⑥ 分納申請について（指 摘）

精神科医療センターでは、債務者から延納及び分納の要請があった場合、経理担当や相談室担当で対応し、債務者から事情を聴取するものの、分納申請書の提出を受けることで、資力に関する資料の提出を受けることなく担当者が事実上分納を承認し、分納申請書の写しを債務者に交付している。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128 頁）を参照のこと。

⑦ 遅延損害金の請求について（指 摘）

精神科医療センターにおいては、当初の支払期限を経過した債務者に対して、遅延損害金を請求していない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128～129 頁）を参照のこと。

⑧ 時効管理について（指 摘）

精神科医療センターでは、医業未収金の時効完成日について、当初請求日から 3 年後として管理しており、時効中断事由が生じた場合は特段時効管理に反映させていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

⑨ 不納欠損処理について（指 摘）

精神科医療センターでは、上記⑧の時効管理に基づき、時効期間経過後 1 年程度を目処に不納欠損処理を行い、不納欠損処理を行った債権については簿外管理を行っている。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

⑩ 回収体制と弁護士法第 72 条について（意 見）

精神科医療センターでは、医事管理課の職員 3 名で未収金管理業務を担当している。

この 3 名で担当している未納件数は 738 件（平成 24 年度における過年度分）であり、保証人も含めるとさらに担当対象者が増えることになる。

そのため、3 名の担当者では法的措置まで含めて対応することは、通常業務に支障を来す可能性があり、経営管理課と協議し、弁護士等への外部委託の可能性を含めて、より効果的な回収体制等を構築することを要望する。

なお、外部委託を行う場合の弁護士法との関係についての注意点は、がんセンターの個別意見箇所（130 頁）を参照のこと。



### 3. 医薬品及び診療材料等について

#### (1) 概 要

##### ① 医薬品の受払及び管理について

精神科医療センターは、県立病院の中でもがんセンターやこども病院に比べると規模の小さい病院であり、取り扱う医薬品の数量や金額も比較的少ない状況にある。医薬品は薬剤部の所管であるが、効率的な受払管理を行うため、医薬品管理システムを利用した受払及び管理を行っている。

##### ② 診療材料の受払及び管理について

精神科医療センターは、その医療行為の特殊性から、取り扱う診療材料の数量や金額が他の県立病院に比して圧倒的に少ない。そのため、他の県立病院で行われているようなシステムや委託事業者による管理手法ではなく、手書きの管理台帳と表計算ソフトを使用した比較的簡易な受払及び管理が行われている。

##### ③ 材料費比率について

精神科医療センターの材料費比率は、次の表のとおり、30.2%である。なお、精神科医療センターでは材料費のほとんどが医薬品費で占められている。

###### 【精神科医療センターの材料費比率（平成24年度）】

医業収益	：(A)	1,170,977千円
材料費	：(B)	353,776千円
材料費比率	：(B)／(A)×100	30.2%

また、この材料費比率は、次の表のとおり他の都道府県の類似の病院と比べると著しく高い水準であることが分かる（以下の15病院の材料費比率の単純平均値は、11.4%である。）。

###### 【他病院の材料費比率（平成24年度）】

A病院	7.7%	F病院	15.3%	K病院	5.9%
B病院	10.3%	G病院	17.2%	L病院	0.4%
C病院	18.9%	H病院	8.5%	M病院	11.7%
D病院	11.1%	I病院	23.1%	N病院	13.3%
E病院	8.1%	J病院	8.9%	O病院	10.6%

精神科医療センターにおける材料費比率の割合が高い理由としては、医薬品について外来患者も含めて全て院内処方によっているため、他の病院が一部若しくは全部の医薬品について院外処方を採用している場合には、精神科医療センターの材料費比率が高くなるということであった。

院内処方を採用している精神科医療センターにおいては医薬品及び診療材料等の管理に関して、決算等に重要な影響を与えるという特性があるものと考えられる。

なお、精神科医療センターでは、平成23年5月に院外処方への切替えの検討がなされている。その際には、機会収益や機会費用を勘案した病院決算への影響及び病院の立地条件等も加味し、また、患者の利便性の低下等を考慮して院外処方への方針変更はなされなかった。現在もその方針が継続されている。

## (2) 手 続

財務規程、会計要領及び実地棚卸実施要領等の関連規程に基づき、棚卸資産の物品管理や調達業務等の事務が適正に執行されているかどうかを確かめるため、次の監査手続を実施した。

- i 精神科医療センターの在庫管理の状況を視察した。
- ii 棚卸表（財務規程別記第68号様式）を査閲した。
- iii 棚卸資産の購入契約書や物品管理に関連する委託契約書を査閲した。
- iv 担当課に対して監査実施上必要と認めた質問を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

### ① 棚卸資産減耗損の計上について（指 摘）

精神科医療センターにおいては、医薬品及び診療材料に関して年2回の実地棚卸を実施している。しかし、平成23年度及び平成24年度決算において棚卸資産減耗損を計上していなかった。そこで、実地棚卸結果に係る資料を閲覧したところ、棚卸資産減耗損が適切に集計されていないことが分かった。

まず、診療材料の実地棚卸結果に係る資料を閲覧したところ、期末残高数量が記載されているのみで、期末残高数量をカウントした証跡はなかった。次に、医薬品の実地棚卸結果に係る資料を閲覧したところ、「現在庫」欄に記載された数量に

手書きのチェックマークをし、現在数を確認しているが、実地棚卸高をその時点では確認していなかった。

適切に実地棚卸を実施するためには、アイテムごとに帳簿数量欄、実地棚卸数量欄及び差異欄を設定し、棚卸資産減耗損を算定することができるようにするべきである。しかし、実地棚卸の際に差異が発生した場合には、差異の原因分析が十分になされておらず、全て材料費の計上漏れ等として会計処理が実施されているため、棚卸資産減耗損が算定されていない。これに対して、会計要領では医業収益の獲得に直接要した材料費と管理上の都合により生じた資産減耗費を区分することを求めている。

したがって、実地棚卸で帳簿残高と実際有高に差異が生じた場合には、原因分析を十分に行い、入在庫漏れや期限切れ、又は不明差異であるのか等によって、会計要領等に従い、適切に会計処理を実施されたい。

## ② 後発医薬品の導入検討について（意見）

精神科医療センターの後発医薬品の導入状況は次のとおりである。

【品目ベース】	平成 23 年度末	平成 24 年度末
後発医薬品採用品目数：A	49	52
医薬品合計数：B	299	299
採用品目割合：A/B	16.4%	17.4%
【購入金額ベース】	平成 23 年度	平成 24 年度
後発医薬品購入金額：A	11,577 千円	11,531 千円
医薬品購入金額：B	329,880 千円	333,900 千円
購入金額割合：A/B	3.5%	3.5%

この表に示されているとおり、採用品目割合が 16～17% 台であるのに対して、購入金額割合が 3.5% と著しく低水準である。後発医薬品の採用品目数は若干増加しているが、購入金額ベースでは横ばいである。他の都道府県の類似病院と比較して材料費比率が高い状況を勘案すると、財務的な視点でも、より積極的に後発医薬品を導入することを検討する必要があるものと考えられる。したがって、実際の購入金額ベースの採用目標をより意識して、さらに金額的に重要性の高い品目を優先的に後発医薬品として採用するよう要望する。

今回の監査期間中ではあるが、薬事審議会において、実績購入金額の大きい先発医薬品であるセロクエル錠から後発医薬品であるクエチアピン錠へ変更することが決定された。これにより、平成 25 年 10 月 1 日から平成 25 年 12 月 10 日までの期間で、実際に後発医薬品の購入実績（465 万円）が確認できた。そのため、後

発医薬品の購入金額割合は、今後、一定の改善がなされることが見込まれるが、引き続き、金額的に重要性の高い品目を優先して後発医薬品に変更する方針を採用するよう要望する。

#### 4. 固定資産管理について

##### (1) 概要

平成24年度末において、精神科医療センターが保有する有形固定資産の概要(取得価額、減価償却累計額及び帳簿価額並びに病院局全体の固定資産額に占める割合)は次のとおりである(貸借対照表ベース：平成23年度対比)。

この表からも分かるのとおり、精神科医療センターの固定資産が病院局全体に占める割合は、1.9%と極めて低く、特に土地については賃借により賄っていることが特徴である。すなわち、病院敷地については賃借しており、年間1,205万円の賃借料を支払っている。

【精神科医療センター 固定資産種類別保有額 平成24年度及び前年度比較】 (単位：円、%)

区 分	精神科医療センター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
固定資産	750,188,150	723,539,680	1.9%	96.4%	37,767,873,734	37,345,602,648	98.9%
有形固定資産	749,557,110	722,818,640	1.9%	96.4%	37,759,253,698	37,337,666,811	98.9%
土地	0	0	0.0%	-	3,707,173,449	3,707,173,449	100.0%
建物	1,427,287,394	1,427,287,394	2.6%	100.0%	54,364,857,396	54,754,865,272	100.7%
建物減価償却累計額	△ 803,618,734	△ 825,668,220	2.7%	102.7%	△ 28,908,264,767	△ 30,024,713,364	103.9%
帳簿価額	623,668,660	601,619,174	2.4%	96.5%	25,456,592,629	24,730,151,908	97.1%
構築物	62,858,000	62,858,000	5.4%	100.0%	1,162,505,369	1,162,505,369	100.0%
構築物減価償却累計額	△ 40,610,208	△ 40,742,719	5.1%	100.3%	△ 788,882,510	△ 805,381,261	102.1%
帳簿価額	22,247,792	22,115,281	6.2%	99.4%	373,622,859	357,124,108	95.6%
器械備品	204,050,061	210,285,683	0.8%	103.1%	26,066,197,734	25,792,775,967	99.0%
器械備品減価償却累計額	△ 102,183,503	△ 40,742,719	0.2%	39.9%	△ 17,896,585,332	△ 17,229,498,366	96.3%
帳簿価額	101,866,558	169,542,964	2.0%	166.4%	8,169,612,402	8,563,277,601	104.8%
車両	1,774,100	1,774,100	3.9%	100.0%	45,133,383	45,133,383	100.0%
車両減価償却累計額	0	0	0.0%	-	△ 28,179,754	△ 28,259,489	100.3%
帳簿価額	1,774,100	1,774,100	10.5%	100.0%	16,953,629	16,873,894	99.5%
建設仮勘定	0	0	0.0%	-	1,490,010	1,490,010	100.0%
その他有形固定資産	0	0	0.0%	-	33,808,720	33,808,720	100.0%
無形固定資産	846,040	846,040	10.7%	100.0%	8,620,036	7,935,837	92.1%
電話加入権	846,040	846,040	22.7%	100.0%	3,723,712	3,723,712	100.0%
その他無形固定資産	0	0	0.0%	-	4,896,324	4,212,125	86.0%

また、固定資産の減価償却費の発生状況は次の表のとおりである。精神科医療センターの減価償却費が病院局全体に占める割合は、1.4%と極めて低く、また、器械備品の割合も精神科医療センターの特性から極めて低いことが分かる。

【精神科医療センター 固定資産種類別減価償却費発生額 平成24年度及び前年度比較】 (単位：円、%)

区 分	精神科医療センター				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
減価償却費	32,626,036	34,728,474	1.4%	106.4%	2,459,261,756	2,453,677,175	99.8%
建物減価償却費	22,053,750	22,049,486	2.0%	100.0%	1,162,565,525	1,116,448,597	96.0%
構築物減価償却費	210,607	132,511	0.8%	62.9%	18,975,673	16,498,751	86.9%
器械備品減価償却費	10,361,679	12,546,477	1.0%	121.1%	1,276,956,624	1,319,965,893	103.4%
車両減価償却費	0	0	0.0%	-	79,735	79,735	100.0%
無形固定資産減価償却費	0	0	0.0%	-	684,199	684,199	100.0%
固定資産除却費	35,345	85,108	0.1%	240.8%	49,976,158	158,044,229	316.2%

さらに、精神科医療センターが管理する固定資産の老朽化の目安は次の表に示すとおりである。県立7病院の平均老朽化率を上回っているのは建物だけであり、構築物や器械備品は平均より低い状況である。

区 分	精神科医療センター	構成比	県立7病院合計
<b>建物老朽化率</b>	<b>64.7%</b>		<b>57.8%</b>
取得価額	1,427,287,394	2.6%	54,754,595,269
減価償却累計額	825,668,220	2.7%	30,024,713,364
帳簿価額	601,619,174	2.4%	24,729,881,905
充当:資本剰余金	151,624,736	5.4%	2,830,986,699
<b>構築物老朽化率</b>	<b>68.3%</b>		<b>81.1%</b>
取得価額	62,858,000	5.4%	1,162,505,369
減価償却累計額	40,742,719	5.1%	805,381,261
帳簿価額	22,115,281	6.2%	357,124,108
充当:資本剰余金	3,236,500	1.9%	170,018,253
<b>器械備品老朽化率</b>	<b>67.8%</b>		<b>74.4%</b>
取得価額	210,285,683	0.8%	25,675,563,304
減価償却累計額	112,975,598	0.7%	17,221,222,918
帳簿価額	97,310,085	1.2%	8,454,340,386
充当:資本剰余金	43,720,272	1.7%	2,524,562,354

注:平成24年度末現在の固定資産台帳の金額により作成した。

## (2) 手 続

- i 固定資産の取得及び処分の事務処理について、質問等により確認し、必要に応じて関係書類を閲覧し、事務手続等の合規性について検証した。
- ii 固定資産の台帳管理及び現物管理の状況について、質問により状況を把握し、必要に応じて現物実査を行い、固定資産の実在性及び網羅性について検証した。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

### ① 固定資産の現物実査について (意 見)

精神科医療センターでは、平成24年度に県全体として重要物品(5百万円以上)の使用状況等についての調査が行われていたが、固定資産管理規程及び固定資産管理要領における実査に係る規定(がんセンターの個別意見参照。)にも拘らず、固定資産実査を実施していない。

したがって、固定資産の管理担当者の管理・立会のもとで、定期的に固定資産の実査を行い、固定資産実査報告書の作成及び副病院局長への提出が行われるよう、

また、実査の結果に基づき適正な除却処理等が行われるよう、早急に実査の計画を策定されたい。

## ② 固定資産台帳の修正について（指 摘）

既述のとおり、現物実査が行われていないため、台帳と実態が一致していない。監査実施過程で、5百万円未満の資産について、取得時から20年以上経過した器械備品も現物確認を実施したところ、抽出した任意の5件のうち、以下の2件の実在性が確認できなかった。

### 【サンプル調査結果】

（単位：件、千円）

資産番号	名 称	取得年月日	取得価格	簿価
000232460	検査室冷房装置	S60. 11. 15	1,080	54
000200420	パルスオキシメーター	H2. 1. 30	964	48

上記の結果を踏まえ、5百万円未満の資産で取得時から20年以上経過した器械備品全てについて実在性の調査を依頼したところ、その結果は次のとおりであった。

### 【20年以上経過、5百万円未満の器械備品】

（単位：件、千円）

区 分	件数	取得価額	帳簿価額
実在性が確かめられたもの	52	15,618	1,583
実在性が確かめられなかったもの	29	9,930	1,824
合 計	81	25,548	3,407

今回調査において実在性が確かめられなかった固定資産全てについては、今年度中に除却処理を行われたい。また、今回調査において実在性が確かめられた固定資産であっても、その保管状況や使用状況等を再確認し廃棄すべきものについては当年度中に除却処理を行い、固定資産の適正管理に努められるよう要望する。

## ③ 車両の償却漏れについて（指 摘）

過年度に取得した次の車両1件について、取得後に計上すべき減価償却費が計上されていない。

（単位：千円）

車 両	取得年月日	取得価格	簿価	負担金
小型ステーションワゴン DBA-C25	H21. 7. 29	1,774	1,774	887

本来であれば、取得した車両に関する情報を固定資産管理システムに入力することにより、自動的に償却年数が決定され、減価償却計算が行われる仕組みとなっている。具体的には、マスタ登録されている車両の種類から適切なものを選択し、

マスタ上で車両の種類ごとに償却年数が予めデータ登録されている。ただし、当該車両については、システムの運用又は入力作業における何らかの理由で、システム上の償却年数がゼロとなっていた。

したがって、平成 25 年度末決算において、経過期間に係る償却費の臨時償却を行い、適正な帳簿価額に修正されたい。

## 5. 医療安全対策について

### (1) 概 要

#### ① 医療安全管理体制について

精神科医療センターは、医療法及び医療安全管理指針に基づいて、医療安全管理要綱を定め、医療安全管理委員会、院内感染対策委員会、リスクマネジメント部会等を定期的で開催している。

#### ② 医療事故発生時の流れについて

インシデント・アクシデントが発生した場合、事故の当事者又は発見者は、速やかにリスクマネージャーへ報告し、このような報告を受けたリスクマネージャーはゼネラルリスクマネージャー、医療安全管理室長及び医療安全管理者へ報告する。並行して、事故の当事者又は発見者は、医療事故・インシデント報告書を作成し、リスクマネージャーに提出する。

精神科医療センターにおける平成 24 年度のインシデント・アクシデントの発生件数は次のとおりである。

事故レベル	レベル 0	レベル 1	レベル 2	レベル 3	レベル 4	レベル 5
件 数	756	732	60	2	0	1

### (2) 手 続

法令や医療安全管理指針等に基づき、医療安全対策が適切に講じられているかを確認するため、次の監査手続を実施した。

- i 精神科医療センターの医療安全管理要綱等を査閲した。
- ii 医療安全管理委員会及び院内感染対策委員会の議事録、医療事故報告書等

を査閲した。

iii 担当課へ必要と認めた質問を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

#### ① 院内感染対策指針の整備について（意見）

精神科医療センターは、病院局の医療安全管理指針第 10、1 が規定する院内感染対策要綱について、医療安全対策要綱の中の第 29 条以下に規定しているとする。

しかし、医療安全管理指針第 10、1 が要綱に規定するよう求めている(1)院内感染対策に関する基本的考え方、(4)感染症の発生状況の報告に関する基本方針、(5)院内感染発生時の対応に関する基本方針等について、何ら規定がない。

したがって、医療安全管理指針に従い、院内感染対策要綱を整備するよう要望する。

## II-4 各論：こども病院に係る外部監査の結果

### 1. 診療報酬請求業務等について

#### (1) 概要

##### ① 診療報酬請求業務の流れ

こども病院における診療報酬請求業務の流れは概ね次のとおりである。

#### ア 請求事務

- i 入院患者や外来患者に対する診療行為を医療従事者（医師・看護師等）がオーダーリングシステムに入力し、その実施に合わせて電子カルテシステムへ入力を行う。
- ii 電子カルテシステムより、医事会計システムへデータを取り込み、取り込んだデータの内容を医事課（委託事業者）が確認し、診療報酬請求データを作成する。



- iii 当月の診療報酬請求データ（電子データ又は紙データ）を翌月10日までに国保連又は支払基金等に請求する。
- iv 国保連又は支払基金等において請求書類を審査後、詳記等に不備がある場合は返戻となり、請求内容が過剰や重複等とされた保険点数については、減額措置（査定減）の通知が送付される。
- v 請求額の内訳は、以下のものである。
 
$$\begin{aligned} \text{請求額} = & + (\text{当月診療報酬分}) \\ & + (\text{保留が解除され月遅れで請求する分}) \\ & + (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分}) \\ & + (\text{過月に査定を受けたものの再請求分}) \\ & - (\text{当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分}) \end{aligned}$$
- vi 当月の医業収益計上は、以下のものである。
 
$$\begin{aligned} \text{医業収益計上額} = & + (\text{当月診療報酬分}) \\ & + (\text{保留が解除され月遅れで請求する分}) \\ & + (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分}) \\ & + (\text{過月に査定を受けたものの再請求分}) \\ & - (\text{当月診療報酬分のうち当月請求できない保留分}) \end{aligned}$$

## イ 請求金額の調定・収納事務

- i 当該月の診療報酬請求額について、国保連や支払基金等を納入義務者として、収入調定伝票を起票する。
- ii 国保連又は支払基金等からの入金分について収納登録の収入伝票を起票し、減額分については調定変更して更正伝票を起票し、増額分については事後調定して収入伝票を起票する。
- iii 入金額の内訳は、以下のものである。
 
$$\begin{aligned} \text{入金額} = & + (\text{当月請求分}) \\ & - (\text{当月請求分のうち、返戻・査定となった分}) \end{aligned}$$
- iv 入金時の医業収益計上するのは、以下のものである。合計額がプラスの場合は医業収益を計上し、マイナスの場合は医業収益を減額する。
 
$$\begin{aligned} \text{医業収益計上額 (又は医業収益減少額)} \\ = & + (\text{過月に返戻を受けたものの再請求分のうち、審査に通った分}) \\ & + (\text{過月に査定を受けたものの再請求分のうち、査定復活した分}) \\ & - (\text{当月請求分のうち、返戻・査定となった分}) \end{aligned}$$

## ② 診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況

こども病院における診療報酬請求業務に関連するシステムの導入状況は次のとおりである。

システム	電子カルテ	オーダーリングシステム	医事会計システム	レセプトチェックシステム
導入状況	導入	導入	導入	導入
導入時期	平成19年12月	平成19年12月	平成19年12月	平成19年12月

## ③ 診療報酬請求状況

こども病院における診療報酬請求状況は次のとおりである。

【請求・返戻・査定減推移（点数ベース）】

（単位：点）

年 月	総請求点数 (返戻分含む)	返戻分	査定減	差 引
平成 24 年 4 月	50,201,492	5,269,333	99,323	44,832,836
平成 24 年 5 月	58,985,261	2,029,111	135,082	56,821,068
平成 24 年 6 月	54,861,224	3,598,033	223,446	51,039,745
平成 24 年 7 月	60,275,248	4,164,269	198,848	55,912,131
平成 24 年 8 月	60,228,737	4,735,986	234,402	55,258,349
平成 24 年 9 月	60,501,292	3,287,734	280,933	56,932,625
平成 24 年 10 月	63,193,679	3,345,718	78,407	59,769,554
平成 24 年 11 月	54,414,486	4,151,165	168,377	50,094,944
平成 24 年 12 月	60,030,616	5,652,943	213,204	54,164,469
平成 25 年 1 月	60,588,424	4,373,205	87,459	56,127,760
平成 25 年 2 月	50,805,418	5,952,687	104,745	44,747,986
平成 25 年 3 月	62,213,629	5,040,686	47,313	57,125,630
合 計	696,299,506	51,600,870	1,871,539	642,827,097

#### ④ 再請求の状況

こども病院における再請求の状況は次のとおりである。

【査定・再請求率推移】

(単位：件、点)

当初審査月	査 定		再審査請求		再請求率	
	件数	点数	件数	点数	件数	点数
平成 24 年 4 月	134	99,323	16	13,494	11.94%	13.59%
平成 24 年 5 月	256	135,082	13	19,890	5.08%	14.72%
平成 24 年 6 月	197	223,446	27	44,340	13.71%	19.84%
平成 24 年 7 月	157	198,848	28	52,833	17.83%	26.57%
平成 24 年 8 月	134	234,402	22	106,993	16.42%	45.65%
平成 24 年 9 月	218	280,933	22	140,419	10.09%	49.98%
平成 24 年 10 月	128	78,407	16	16,376	12.50%	20.89%
平成 24 年 11 月	158	168,377	24	14,400	15.19%	8.55%
平成 24 年 12 月	142	213,204	16	7,701	11.27%	3.61%
平成 25 年 1 月	118	87,459	11	6,019	9.32%	6.88%
平成 25 年 2 月	155	104,745	15	15,602	9.68%	14.90%
平成 25 年 3 月	108	47,313	14	31,303	12.96%	66.16%
合 計	1,905	1,871,539	224	469,370	11.76%	25.08%

#### (2) 手 続

診療報酬請求業務が適正に執行されているかどうか確かめるために、必要と認め  
た質問並びに資料の閲覧を行った。

#### (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとす  
る。

##### ① 診療報酬請求事務のチェック体制について (意 見)

こども病院においては、診療報酬請求事務を委託事業者へ委託しており、その  
事務の正確性については、委託事業者の専門の点検員による精度調査を年1回実施  
している。委託契約には含まれておらず、委託事業者独自で実施しているというこ

とである。そのため、病院への報告書の提出はなされておらず、委託事業者内部での周知にとどめているものと考えられる。

医事経営課は、委託事業者の事務の執行状況をモニタリングするべきである。その精度について委託事業者が点検しているのであれば、その結果報告書の提出を求め、改善すべき点の有無等を確認し、正確な診療報酬請求業務に反映させるとともに、委託事業者の業績評価につなげることを検討するよう要望する。

## ② 診療録記録管理者の業務の位置付けについて（意見）

こども病院では、診療情報管理士の主な業務について、適切なコーディングを行うこととしており、診療報酬請求に活用することを前提とはしていない。また、診療録等管理規程には監査についての記載はないが、千葉県こども病院診療録監査（内規）に基づき、不定期に監査を行っているということである。

診療情報管理士の任務は、診療録の正確性を確認することを主な目的とするものであり、診療報酬請求業務の正確性を確認するために設けられたものではないと考えられるが、診療記録の正確性の確認と診療報酬請求業務との関連性を考慮すれば、診療情報管理士による監査を活用することにより、診療報酬請求業務の正確性の確認を合わせて行うことも可能であると考えられる。また、他病院の規定ではあるが、「がんセンター診療記録管理規定」の第5条第1項によれば、診療記録はその目的のために正確に記録されなければならないとしており、その目的の中の1つに診療報酬請求業務が含まれており、診療報酬請求業務への活用を想定していると考えられる。確かに、こども病院では、企画情報室が「月例業務報告書」を毎月作成し、その中で、「DPCコード、レセプト点検」の項目において、「処置もれ・コード修正」や「病名変更」等の業務実施結果を報告している。この月次の業務報告は、診療録記録管理者等の業務報告という位置付けで平成24年度中から実施されているものということであった。しかし、診療録等管理規程には監査の位置付けがないため、任意の院内ルールとして実施しているものと考えられる。

こども病院においても、診療録等管理規程において、千葉県こども病院診療録監査（内規）に規定されている監査の実施を明示し、現在、企画情報室において実施している「DPCコード、レセプト点検」等の業務を診療報酬請求に当たっての監査という明確なルールとして位置付ける等、検討するよう要望する。

### 【(参考) 診療録等管理規程】

第1条 この規程は、診療録、手術記録、看護記録等（以下「診療録等」という。）の適正な管理及び医療安全の質と効率の追求のために必要な事項を定める。
--

#### 【(参考) 千葉県こども病院診療録監査 (抜粋)】

##### (監査目的)

「千葉県こども病院における診療録等記載マニュアル」のとおり運用されているか、否かを評価し、「診療録の質の向上・維持」を図ることを目的とする。なお、診療記録には電子カルテによる記録と紙による記録とが併存していることを鑑み、その運用は電子・紙の保存形態に適応、解釈させる。

##### (監査の内容)

診療録、検査記録、その他入院診療に関する記録

##### (監査方法)

第1次監査<診療情報管理士>

- ① 全対象から一部を抽出するサンプリング方法を採用し、監査を行う。
- ② 監査は診療記録監査項目に沿って量的監査を行い、各監査項目については4段階他により判定する。

第2次監査<監査者>

監査者は、第1次監査結果を基に、質的監査(内容監査)を行う。各監査項目については4段階他により判定する。

#### ③ 査定・返戻管理について (意見)

こども病院では、査定の通知があった場合、「1,000点以上の査定レセプト一覧」(月別、患者別、診療月、保険種類、点数及び査定理由を記載したリスト)を作成し、基金等から届く増減点連絡書の全件のコピーと併せて診療報酬検討委員会に提出し、再審査請求の判断を受けることになっている。また、返戻があった場合、「返戻一覧」(月別、患者別、診療年月、診療科、点数、返戻理由、請求年月及び請求点数)を作成し、請求管理を行っている。

その際のデータ管理においては、点数ベースだけでなく、金額ベースでの管理も併せて把握するよう要望する。

#### ④ 査定・返戻情報の共有について (意見)

こども病院においては、前述のとおり、「1,000点以上の査定レセプト一覧」、支払基金等から届く増減点連絡書の全件をコピーし、「返戻一覧」を作成して、請求管理を行っている。

査定・返戻等の情報は診療報酬等検討委員会において情報共有を行い、各担当医が活用しているということである。

査定・返戻に関しては、新規就任した医師に対して年初に行う研修で周知する

ほか、診療報酬等検討委員会で上記資料を配布し、各科ごとに対応を任せているのが現状である。

質の高い医療行為を行うことが優先されることは当然である。一方で、病院経営の視点からは、各医師が診療報酬請求についての認識を深める必要があり、査定・返戻の実情の把握、傾向、診療行為の過剰なオーダーの排除等を持って良質な医療サービスを適正に提供できるよう、医師を含め病院スタッフ全員に周知・教育を行っていくことが必要である。そのためにも、査定・返戻に関する各科ごとの対応や研修の方法を検討し、病院としての診療報酬業務に対する取組を明確にすることを要望する。

#### ⑤ 再審査請求決定レセプトの顛末記録について（意見）

こども病院においては、1,000点以上の査定レセプト一覧を作成し、この一覧とともに増減点連絡書等の全件を診療報酬検討委員会に提出し、再審査請求するかどうかの判断を決めている。診療報酬検討委員会では、提示された資料に基づき、再審査請求するかどうかの判断を行い、その決定に基づき再審査請求を行うこととなっている。

再審査請求案件については、月別に再審査請求案件リストを作成し、再請求年月、その結果等を記載し、再審査請求の状況の把握に努めている。

そこで、再審査請求案件リストを閲覧したところ、再請求月やその結果が記入されていない案件が複数あった。これらを集計すると次のとおりであった。

#### 【再請求状況】

（単位：件、点）

当初審査月	査定減		再審査		未記入		未請求割合		復活		復活率	
	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数	件数	点数
H24.4	21	15,471	17	13,574	4	1,897	19.0%	12.3%	6	1,328	35.3%	9.8%
H24.5	17	31,000	13	19,890	4	11,110	23.5%	35.8%	4	8,855	30.8%	44.5%
H24.6	35	76,807	28	44,340	7	32,467	20.0%	42.3%	14	15,805	50.0%	35.6%
H24.7	34	53,211	29	49,683	5	3,528	14.7%	6.6%	20	4,038	69.0%	8.1%
H24.8	24	107,059	22	106,993	2	66	8.3%	0.1%	9	3,366	40.9%	3.1%
H24.9	32	157,325	27	140,419	5	16,906	15.6%	10.7%	9	2,276	33.3%	1.6%
H24.10	20	30,147	17	16,489	3	13,658	15.0%	45.3%	5	892	29.4%	5.4%
H24.11	29	66,259	24	14,400	5	51,859	17.2%	78.3%	4	3,646	16.7%	25.3%
H24.12	22	68,121	16	7,701	6	60,420	27.3%	88.7%	0	0	0.0%	0.0%
H25.1	20	10,007	11	6,019	9	3,988	45.0%	39.9%	3	868	27.3%	14.4%

H25.2	21	24,822	14	15,249	7	9,573	33.3%	38.6%			0.0%	0.0%
H25.3	16	39,152	14	31,288	2	7,864	12.5%	20.1%			0.0%	0.0%
合計	291	679,381	232	466,045	59	213,336	20.3%	31.4%	74	41,074	31.9%	8.8%

再審査請求案件リストの顛末が空欄となっていたものについて、その理由を確認したところ、診療報酬検討委員会で再請求することに決定した後、医師による再考の結果、再審査請求を断念することがあるため、顛末の記載がされていないケースがあるという回答であった。ただし、その再審査請求の断念について医事課（委託事業者）及び医事経営課への連絡が省略されることもあり、顛末の記載がない理由が、再審査請求を断念したためなのか、再審査請求の決定に変更はないが、再審査請求のために必要な医師等の対応がなされず、放置されたままになったためなのかはわからず、管理資料としては不十分な内容のものであった。

診療報酬検討委員会での決定とその後の医師の判断との関係性について、事後的な判断が優先されるのであれば、診療報酬検討委員会の決定を覆すこととなるため、適切な事後報告及び検証を行うべきであり、現状の取扱いには問題があるものとする。他病院（がんセンター）においては、同様な委員会の判断と医師の判断が食い違うことがある場合には、医師の判断を優先して再審査請求をするという回答であったが、逆に、医師の判断を優先して再審査請求を断念するという実務を外部監査人としては把握していない。

再請求の方針について特にルールを定めていない現状において、診療報酬検討委員会で決定することとしている一方で、医師の判断で独自に再審査請求を断念することは病院の方針として統一されていない状況であり、病院経営上も問題である。

したがって、再請求に係る方針を再度、検討するとともに、最終的な判断について、診療報酬請求業務担当者に報告し、管理できるよう検討することを要望する。

なお、この点については、次回の審査会において、再請求をしないと担当医が判断したレセプトを含めてそれらの顛末を報告するという対応に変更したということである。

## ⑥ 年度跨ぎの保留案件について（指 摘）

こども病院では、保留案件について、月別に「保留レセプト一覧」を作成し、案件ごとの保留理由を記載の上、診療報酬提出月を記録し、保留案件の請求漏れがないことを確認している。保留理由については、次の内容で区分して記載している。

- i A（公費申請中）
- ii B（請求保険未確定）
- iii C（病名・コメント不備）
- iv D（その他）

平成24年度の診療行為を行い、平成25年度以降に請求しているものを確認したところ、次のとおりであった。

【保留案件の状況（平成25年3月末時点）】

診療年度	保留理由	件数（件）	点数（点）
平成24年度	A（公費申請中）	46	8,810,620
	B（請求保険未確定）	21	2,800,874
	C（病名・コメント不備）	6	485,014
	D（その他）	19	6,506,487
	合計（*1）	92	18,602,995
平成23年度	合計（内訳省略）	138	17,769,879

保留理由A（公費申請中）、B（請求保険未確定）については、市区町村や他機関への申請手続によるもので、事務的作業として順次進められている。保留理由C（病名・コメント不備）については医師の作業待ちであることから、その発生状況を経営健全化推進会議において報告し、発生の抑制を図るよう周知している。一方、保留理由D（その他）については、その発生件数、発生点数が多いにも拘らず、その管理が不十分に見受けられる。保留理由D（その他）について、その内訳を確認したところ、次のとおりであった。

【保留理由D（その他の内訳）】

保留内容	平成25年3月末	平成25年4月	平成25年5月
	保留件数（件）	請求件数（件）	請求件数（件）
	保留点数（点）	請求点数（点）	請求点数（点）
病院	17	13	4
	6,094,681	3,824,097	2,270,584
オペ材料確認中	1	1	-
	367,148	367,148	-
内容不備	1	-	1
	44,658	-	44,658
合計	19	14	5
	6,506,487	4,191,245	2,315,242



患者への請求は済んでいるが、基金等への請求が保留されているものもあり、それらも含め、翌年度の平成25年4月、5月には全件請求しており、長期保留となる案件はない。しかし、その個々の案件については件数に対して点数が大きいものが多く、病院収益を歪める結果となっている。特に、平成25年3月末の案件で保留理由に「病院」と記載された17件、6,094,681点（単純金額換算で60,946,810円）は問題である。

なお、年度跨ぎ保留分の診療科別・保留理由別内訳（入院のみ）は次の表のとおりであった。

【診療科別・保留理由別内訳（入院）】

区 分	診療科	年度跨ぎ 保留件数	保留理由内訳（*1）			
			A	B	C	D
平成 24 年度	感染科	1	1	0	0	0
	内分泌科	3	3	0	0	0
	代謝科	2	2	0	0	0
	アレルギー科	3	2	0	0	1
	血腫科	8	5	0	0	3
	新生児科	23	6	15	0	2
	腎科	2	0	0	0	2
	循環器科	13	7	5	1	0
	神経科	1	0	0	0	1
	精神科	0	0	0	0	0
	小児外科	3	1	0	1	1
	整形外科	7	6	0	0	1
	脳外科	5	3	0	0	2
	眼科	1	1	0	0	0
	耳鼻科	0	0	0	0	0
	形成外科	9	4	0	4	1
	泌尿器科	1	0	0	0	1
	心外科	7	4	0	0	3
	歯科	0	0	0	0	0
	救急診療科	2	1	1	0	0
産科	1	0	0	0	1	
	合 計	92	46	21	6	19

（こども病院提出資料を集計）

この問題案件である年度末の保留案件（保留理由「病院」）が大きく発生している理由について、経営幹部に質問したところ、医師の作業が遅れないよう注意喚起はしているが、年度末に医師の異動があり、繁忙期となることを勘案して、年度内の収益計上のための症状詳記を促すことまでは強制しておらず、逆に翌年度の処理となることを容認してしまったという回答であった。

この回答内容は、保留理由C（病名・コメント待ち）についての回答とも見受けられるが、保留理由D（その他）についてはその扱いが明瞭ではない。

総括的意見（62～63頁）で記載されているとおり、本来、診療月に医業収益を計上することが損益会計上必要であり、これらの内容についても、財務会計上、決算年度内に収益計上を行う必要がある。金額ベースでの集計を合わせて行うことにより、正規の簿記の原則、費用収益対応の原則にのっとった会計処理を行うよう、徹底されたい。

また、保留案件についての会計処理は、財務規程にも記載されているが、その規定の見直しについても検討されたい。

#### ⑦ 生活保護受診者のリストの運用について（指 摘）

こども病院においては、生活保護受診者の書類の確認作業のため、月別・個人別の一覧表を作成し、受診日、受診科、市町村、依頼状況、医療券等入手状況を記載して管理している。しかし、平成24年5月分の一覧表を確認したところ、次の表に示すとおり、依頼状況の欄（「依」）、医療券等入手状況の欄（「入」）が空欄となっているものが散見された。

##### 【生活保護受診者一覧（平成24年5月分）】

「依」チェックあり、「入」チェックあり	23件
「依」チェックあり、「入」チェックなし	3件
「依」チェックなし、「入」チェックあり	23件
「依」チェックなし、「入」チェックなし	6件
合 計	55件

上記の一覧表によれば、生活保護受診者で、診療報酬の請求に至っていない案件は、9件存在するものと考えられる。現状では、一覧表への記入漏れなのか、請求漏れなのか明確となっておらず、管理上不十分である。また、当該一覧表の記録と前述の保留レセプト一覧との整合性を確認したところ、1件のみ確認が取れたが、他のものは確認が取れなかった。一覧表での管理上、依頼、資料入手等についての状況を「✓」で記録するだけでなく、その処理日等が分かるよう日付の記入を

行うことを検討されたい。

なお、後日確認したところ、医療券等入手状況欄に記入のなかった9件については、全て請求済みであるという回答を得た。

#### ⑧ 業務委託契約について（意見）

こども病院においては、契約満了前に医事経営課が主体となってこれまでの業務内容を評価して、次の契約に向けた仕様内容の変更等を行っている。

医事経営課は、医事課（委託事業者）の業務を日々観察し、定期的な打合せにおいては、病院に設置された御意見箱の内容や接遇マナーについての協議を行い、また委託事業者の課長や支店長が訪れた際には、業務について協議をすることがあるということである。しかし、日々の業務の観察の際や契約満了前の評価に際して、業務の観察のためのチェック項目や契約満了前の評価における具体的な確認点等を明示したものは存在しない。

委託契約を締結するに際しては、少なくとも仕様書どおりの業務を行っているか、支払金額に見合った業務を効果的、効率的に履行しているかなどについて確認する必要がある。これらの内容を確認するためには、個々の業務について確認すべきポイントをリストアップし、定期的に業務のモニタリングを行い、医事業務委託の業務水準を一定水準以上に保つよう相互に牽制していくことが必要である。したがって、モニタリングのあり方について再度検討することを要望する。

#### ⑨ 医師事務作業補助について（意見）

こども病院においては、平成25年度に10名の医師事務作業補助者を配置している。前述の保留の箇所で記載したとおり、年度末の医師の業務が多忙になることが年度跨ぎの保留案件を生じさせる要因の一つになっているということであれば、医師の事務負担の軽減が図られるよう対策を講じることが求められる。したがって、医師事務作業補助が真に医師の事務作業を補助できるように、医師事務作業補助者の業務の範囲の見直しや権限付与のあり方等の再考を行うよう要望する。

## 2. 未収金管理（患者自己負担分未収金等）について

### （1）概要

こども病院の平成25年3月31日時点での、患者自己負担分の未収金（以下、「未収金」という。）は、合計で2,734万円であり、このうち現年度分の未収金が910

万円で、過年度分の未収金が 1,824 万円である。なお、過年度分のうち、50 万円以上の滞納者は 9 名であり、未収金の金額が 200 万円を超える滞納者が存在している。(上記金額は経営管理課が把握している金額であり、文書作成料の未収金を除けば、未収金は 2,298 万円である。)

過年度分の未収金については、平成 24 年 3 月 31 日時点での未収金の合計額が 3,378 万円であり、その後、平成 24 年度の間には 1,026 万円を回収し、527 万円を不納欠損処理している。過年度の徴収率は約 30% である。この数値は、7 つの県立病院の過年度分の徴収率の平均約 43% を約 13% 下回っている。

## (2) 手 続

当該事項に係る監査の実施に当たっては、外部監査人が必要と考えた全般的監査手続及び各病院の現場での回収事務の監査手続に従った。当該事項について実施した監査手続の概要は次のとおりである。

- ① 平成 24 年度における未収金の金額の内訳、回収手続について、経営管理課等から説明を受け、各病院の現場における担当者に必要な質問を行った。
- ② 未収金回収マニュアル、患者等から提出を受けた資料等を閲覧し、未収金回収事務の合規性、合理性に関する検証を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることにする。

### ① 保証人の保証意思の確認について（指 摘）

こども病院では、患者が入院する際に、患者に対し医療費の支払義務についての保証人を付すことを要求している。こども病院では患者が未成年であるため、親等の保護者が入院手続を採っている。その際、親が保証人になることが多いものの、2 人目の保証人については患者の祖父等になることもあり、保護者以外の保証人との間の保証契約の成立については、入院願の保証人欄への署名・押印のみをもって、保証意思の確認を行っているが、当該保証人欄への署名・押印を保証人が実際に行った否かについて、全ての事例で直接的な確認はなされていない。

また、こども病院では、患者の保護者から未収金の分納誓約書の提出を受けるときに、併せて保護者以外の保証人から未収金の支払についての誓約書の提出を受けて

いる。確約書についてもこども病院の窓口で保証人が記入する運用ではなく、分納誓約書作成時に患者の保護者に空欄の確約書を渡し、後日、必要事項を記載の上でこども病院に提出する運用を行っていることから、当該保証人欄への署名・押印を保証人が実際に行った否かについて、全ての事例で直接的な確認はなされていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（125～126 頁）を参照のこと。

## ② 督促の時期について（指 摘）

こども病院では、医事経営課が外来患者の未収金について受診日から 2～3 か月後に督促状を送付している。また、入院患者の未収金については、原則として退院時まで督促はせず、医事経営課が退院後 3 か月程度を目処に督促状を送付している。そのため、現在の運用は、納期限から 20 日以内に督促しなければならないと規定している財務規程第 26 条に違反している。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（126 頁）を参照のこと。

## ③ 保証人への督促について（指 摘）

こども病院では、入院患者と保護者に対し連名で督促状を送付している一方で、保護者以外の保証人に対しては、保護者からの回収が困難であると判断した場合に連絡はするものの、文書による督促は行っていない。なお、保証人への請求時期については客観的な基準は存在しておらず、事案によっては納期限後 1 年以上支払がない場合にも保証人へは請求していない。また、保証人に連絡した結果、保証人が「保証人になった覚えはない」と述べるなど、保証契約の成立について否認した場合には、その後の連絡を行っていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

なお、保証否認の主張への対応については、こども病院における当初の保証意思の確認作業に不十分な点があるものの、担当者で判断すべきではなく、原則として裁判手続による判断を仰がりたい。

## ④ 法的措置について（指 摘）

こども病院では、督促後も支払いを行わない債務者に対して、その後、書面、電話及び臨戸訪問による催告を行うものの、それでも支払いを行わない債務者に対

して、訴訟手続を採っていない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（127 頁）を参照のこと。

#### ⑤ 分納申請について（指 摘）

こども病院では、債務者から延納及び分納の要請があった場合、医事経営課で対応し、債務者から資力に関する必要な判断資料の提出を受けていないが、ひと月の給与や預金等の状況を徴取したうえで、分納の可否を判断し、分納申請書と確約書の提出を受けることで、担当者が事実上分納を承認し、分納申請書の写しを債務者に交付している。なお、分納金額が少額の場合は分納を承認しないこともある。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128 頁）を参照のこと。

#### ⑥ 遅延損害金の請求について（指 摘）

こども病院においては、当初の支払期限を経過した債務者に対して、遅延損害金を請求していない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（128～129 頁）を参照のこと。

#### ⑦ 時効管理について（指 摘）

こども病院では、医業未収金の時効完成日について、支払いがあった場合は入金日の翌日から 3 年後として管理しており、最終入金日後に債務者から支払猶予の申出があったとしても時効の中断事由として管理していない。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

#### ⑧ 不納欠損処理について（指 摘）

こども病院では、督促状送付年度から 3 年が経過した時点で、時効を理由に不納欠損処理を行い、不納欠損処理を行った債権については簿外管理を行っている。

この項の指摘意見については、がんセンターの個別意見箇所（129 頁）を参照のこと。

### ⑨ 回収体制と弁護士法第 72 条について（意見）

こども病院では、医事経営課の職員 2 名で回収業務を担当している。

しかし、2 名の担当者では法的措置まで含めて対応することは、通常業務に支障を来す可能性があり、経営管理課と協議し、弁護士等への外部委託の可能性を含めて、より効果的な回収体制等を構築することを要望する。

なお、外部委託を行う場合の弁護士法との関係についての注意点は、がんセンターの個別意見箇所（130 頁）を参照のこと。

## 3. 医薬品及び診療材料等について

### （1）概要

#### ① 医薬品の受払及び管理について

こども病院は県立 7 病院の中でもがんセンターに次いで薬品費の金額が大きい病院であり、取り扱う医薬品の数も多い状況にある。医薬品は薬剤部の所管であるが、効率的な受払管理を行うため、医薬品の発注や調剤は薬剤師が担当するものの、定期補充や在庫管理、購買管理などの全般にわたって生ずる薬剤部補助業務は診療材料の物流管理を行う業者と同一の委託事業者により行われている。

#### ② 診療材料の受払及び管理について

こども病院では中央倉庫において診療材料の管理を行っており、病棟などへは定数管理に基づき払出しを行っている。主要な診療材料は医材管理システムにおいて管理されており、中央倉庫から払い出された診療材料を病棟などで使用した場合には、予め中央倉庫で診療材料のパッケージに貼り付けられていたカードを剥がし、これを中央倉庫において回収することにより、医材管理システム上、病棟などで診療材料が使用されたことを把握するとともに、定数に応じて不足する診療材料を新たに払い出す方式を採用し、主要な診療材料の継続管理を行っている。

診療材料管理業務は、院内物流の効率化を図ることを目的として発注確定などの一部業務を除き多くの部分を民間事業者へ委託している。

## (2) 手 続

財務規程、会計要領及び実地棚卸実施要領等の関連規程に基づき、棚卸資産の物品管理や調達業務等の事務が適正に執行されているかどうかを確かめるため、次の監査手続を実施した。

- i こども病院の在庫管理の状況を視察した。
- ii 棚卸表（財務規程別記第 68 号様式）を査閲した。
- iii 棚卸資産の購入契約書や物品管理に関連する委託契約書を査閲した。
- iv 担当課へ必要と認めた質問を行った。

## (3) 結 果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項を述べることとする。

### ① 薬品の廃棄に係る財務処理について（指 摘）

こども病院においては、毎月薬品の棚卸を実施しており、やむを得ず使用することなく使用期限を迎えた薬品は毎月廃棄処理を行っている。平成 24 年度の廃棄薬品は「廃棄一覧表」によると上期に 28 万円、下期に 30 万円の合計 58 万円であった。

会計要領によると、貯蔵品の破損、変質等による減耗費は棚卸資産減耗費として処理することとされており、薬品は貯蔵品の細目であることから、使用期限切れによる廃棄は棚卸資産減耗費として処理されるべきである。しかし、実際には棚卸資産減耗費の計上が行われておらず、月々の薬品費（材料費の細目）に混入していた。

どちらも医業費用であることには変わりはないものの、会計要領は医業収益の獲得に直接要した薬品費と管理上の問題（使用期限切れ）により生じた資産減耗費を区分することを求めているため、要領に従い処理されたい。

### ② 診療材料の在庫金額について（指 摘）

こども病院における実地棚卸は実地棚卸実施要領に基づき 9 月と 3 月の年 2 回行っているが、病棟やオペ室などに保管されている診療材料については定数管理されているという前提に立ち、診療材料室のみを棚卸対象として実施している。平成 25 年 3 月に実施した棚卸結果は次のとおりであった。



机上在庫額	45,437 千円
実棚在庫額	45,380 千円
差引棚卸減耗費	57 千円

しかし、試算表によると平成 25 年 3 月末の診療材料残高は 4,610 万円となっており、上記の実棚在庫額と 72 万円の差額が生じていることから、診療材料残高の整合性について確かめたところ棚卸表の作成誤りであることが判明した。

棚卸結果を総括している「棚卸表」は表計算システムにて作成されている。診療材料は同一品目でありながら部署によって取扱単位が異なるケースが多数ある（例えば、A という材料について病棟 1 では 1 袋 10 本入りの袋単位で管理し、病棟 2 では 1 本単位で管理しているなど）。棚卸表を作成する際、これらの材料については最小単位に変換した後、再度足し上げる作業を行うが、その時点での変換ミスや棚卸表への転記ミスが発生していることから、棚卸表に集計されている診療材料の棚卸額に誤りが生じた。これは、試算表と棚卸表の突合を行えば発見できる誤りであることから、棚卸表の作成に当たっては帳票間の突合を行い、整合性を検証されたい。

### ③ 診療材料の戻入れについて（指 摘）

こども病院において、一度診療材料を病棟などに払い出したものの、当該診療材料を使用する患者がいなくなった等の理由により未使用のままとなっている診療材料について、有効活用の観点から診療材料室において戻し入れているケースがあった。これらのうち、一部の材料については定番の材料ではないため、医材システムの管理外として購入時に購入即払出し処理を行っており、医材システムのマスタ登録が行われていないものがある。戻し入れられた診療材料は通常の診療材料とは別の棚で管理されているが、医材システム上の処理を経ず、他の手法による帳簿管理も行っていないため、帳簿外での管理となっていた。

財務規程第 81 条によると、払い出された物品に残品が生じた場合は、当該残品を棚卸資産として戻し入れなければならないことと定められているため、再入庫された診療材料を医材システムにおいて受入処理するか、又は表計算等で別途受払管理を行うか等検討を行い、期末の在庫金額に適切に反映されたい。

【簿外管理となっている診療材料】



④ 診療材料の实地棚卸範囲について（指 摘）

こども病院において作成されている棚卸表には、診療材料の全体が総括され、一見、財務規程第 84 条に規定する棚卸資産の範囲を全て实地で棚卸し集計しているように見える。しかし、実際の实地棚卸は診療材料室（中央倉庫）のみで行われており、他のロケーションについては医材システム上の帳簿残高をそのまま集計している。その結果、次の表に示すとおり、OP 室など診療材料残高が高額になっている部署と比較すると、实地棚卸の対象となっている中央倉庫の在庫金額は全体のわずか 15.90%であった。

【平成 25 年 3 月末のロケーション別診療材料在庫金額】

ロケーション	在庫金額	構成比
OP 室	22,246 千円	48.25%
中央倉庫	7,329 千円	15.90%
検査科 2 階	2,331 千円	5.06%
外来器材庫	2,077 千円	4.51%
ICU	1,656 千円	3.59%
NICU	1,554 千円	3.37%
その他（27 拠点）	8,911 千円	19.32%
合計	46,107 千円	100.0%

各ロケーションにおいては基本的に定数管理を行っており、特に診療材料残高が多額である OP 室においては定期的に定数との一致をチェックし、簡易なチェック記録も残されている。

一方で、診療材料の資産としての重要性から、实地棚卸実施要領第 3 条では、「病院内の薬剤倉庫、診療材料倉庫、各病棟、中央管理室、手術室、臨床検査室、外来処置室、事務室等で保管する全ての棚卸資産について实地棚卸を実施する」とことと

されている。

こども病院において財務的にも重要であるOP室の診療材料を、独自の定数チェック方式で把握したとすることは、財務規程に基づく実地棚卸の代替的把握方法としては、金額的重要性の面やOP室任せで財務的な牽制が欠落している点において適当ではない。

実地棚卸を行っている中央倉庫は、民間事業者に物流管理業務を委託しており、委託仕様書のなかで年2回の棚卸実施と棚卸差の原因追求を明記している。今回の監査で実地棚卸上の問題点が把握されたOP室をはじめとする他の部署においては、委託業務の範囲外であり、事務局が中心となって関連部門を関与させて実地棚卸を行う必要があることから、年2回の実地棚卸の実施に当たっては所管課が全体を把握し、実地棚卸実施要領等に基づき各部署に必要な指示を出すとともに、棚卸結果を網羅的に取りまとめる仕組みを構築されたい。

#### 4. 固定資産管理について

##### (1) 概要

平成24年度末において、こども病院が保有する有形固定資産の概要(取得価額、減価償却累計額及び帳簿価額並びに病院局全体の固定資産額に占める割合)は次のとおりである(貸借対照表ベース：平成23年度対比)。

この表からも分かるとおり、こども病院の固定資産が病院局全体に占める割合は、18.2%と高く、特に駐車場や調整池等の帳簿価額が残っている構築物の割合(帳簿価額ベース：26.0%)が高いことが分かる。

区 分	こども病院				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
<b>固定資産</b>	<b>7,023,264,525</b>	<b>6,815,293,757</b>	<b>18.2%</b>	<b>97.0%</b>	<b>37,767,873,734</b>	<b>37,345,602,648</b>	<b>98.9%</b>
有形固定資産	7,023,116,741	6,815,145,973	18.3%	97.0%	37,759,253,698	37,337,666,811	98.9%
土地	862,229,272	862,229,272	23.3%	100.0%	3,707,173,449	3,707,173,449	100.0%
建物	9,395,207,181	9,429,158,181	17.2%	100.4%	54,364,857,396	54,754,865,272	100.7%
建物減価償却累計額	△ 5,060,217,380	△ 5,199,513,822	17.3%	102.8%	△ 28,908,264,767	△ 30,024,713,364	103.9%
帳簿価額	<b>4,334,989,801</b>	<b>4,229,644,359</b>	<b>17.1%</b>	<b>97.6%</b>	<b>25,456,592,629</b>	<b>24,730,151,908</b>	<b>97.1%</b>
構築物	318,614,108	318,614,108	27.4%	100.0%	1,162,505,369	1,162,505,369	100.0%
構築物減価償却累計額	△ 221,451,577	△ 225,877,578	28.0%	102.0%	△ 788,882,510	△ 805,381,261	102.1%
帳簿価額	<b>97,162,531</b>	<b>92,736,530</b>	<b>26.0%</b>	<b>95.4%</b>	<b>373,622,859</b>	<b>357,124,108</b>	<b>95.6%</b>
器械備品	4,963,298,504	4,952,396,330	19.2%	99.8%	26,066,197,734	25,792,775,967	99.0%
器械備品減価償却累計額	△ 3,234,893,113	△ 3,322,190,264	19.3%	102.7%	△ 17,896,585,332	△ 17,229,498,366	96.3%
帳簿価額	<b>1,728,405,391</b>	<b>1,630,206,066</b>	<b>19.0%</b>	<b>94.3%</b>	<b>8,169,612,402</b>	<b>8,563,277,601</b>	<b>104.8%</b>
車両	6,594,916	6,594,916	14.6%	100.0%	45,133,383	45,133,383	100.0%
車両減価償却累計額	△ 6,265,170	△ 6,265,170	22.2%	100.0%	△ 28,179,754	△ 28,259,489	100.3%
帳簿価額	<b>329,746</b>	<b>329,746</b>	<b>2.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>16,953,629</b>	<b>16,873,894</b>	<b>99.5%</b>
建設仮勘定	0	0	0.0%	-	1,490,010	1,490,010	100.0%
その他有形固定資産	0	0	0.0%	-	33,808,720	33,808,720	100.0%
無形固定資産	147,784	147,784	1.9%	100.0%	8,620,036	7,935,837	92.1%
電話加入権	147,784	147,784	4.0%	100.0%	3,723,712	3,723,712	100.0%
その他無形固定資産	0	0	0.0%	-	4,896,324	4,212,125	86.0%

また、固定資産の減価償却費の発生状況は次の表のとおりである。こども病院の減価償却費が病院局全体に占める割合は、19.6%と高く、特に耐用年数50年の設定の調整池や平成22年度及び平成23年度に取得した駐車場の減価償却費（構築物：26.8%）や平成23年度に取得した重症部門モニタリングシステムや分娩監視装置等器械備品の減価償却費（25.5%）が高い割合を示している。

【こども病院 固定資産種類別減価償却費発生額 平成24年度及び前年度比較】 (単位：円、%)

区 分	こども病院				病院局総合計		
	平成23年度	平成24年度	構成割合	増減率	平成23年度	平成24年度	増減率
減価償却費	353,373,697	480,443,332	19.6%	136.0%	2,459,261,756	2,453,677,175	99.8%
建物減価償却費	99,283,619	139,296,442	12.5%	140.3%	1,162,565,525	1,116,448,597	96.0%
構築物減価償却費	3,699,173	4,426,001	26.8%	119.6%	18,975,673	16,498,751	86.9%
器械備品減価償却費	250,390,905	336,720,889	25.5%	134.5%	1,276,956,624	1,319,965,893	103.4%
車両減価償却費	0	0	0.0%	-	79,735	79,735	100.0%
無形固定資産減価償却費	0	0	0.0%	-	684,199	684,199	100.0%
固定資産除却費	2,798,991	13,193,603	8.3%	471.4%	49,976,158	158,044,229	316.2%

さらに、こども病院が管理する固定資産の老朽化の目安は次の表に示すとおりである。県立7病院の平均老朽化率と比較して、建物、構築物及び器械備品は平均よりも低めである。

【こども病院 固定資産老朽化率】 (単位：円、%)

区 分	こども病院	構成比	県立7病院合計
<b>建物老朽化率</b>	<b>56.0%</b>		<b>57.8%</b>
取得価額	9,429,158,178	17.2%	54,754,595,269
減価償却累計額	5,199,513,822	17.3%	30,024,713,364
帳簿価額	4,229,644,356	17.1%	24,729,881,905
充当：資本剰余金	144,075,552	5.1%	2,830,986,699
<b>構築物老朽化率</b>	<b>72.5%</b>		<b>81.1%</b>
取得価額	318,614,108	27.4%	1,162,505,369
減価償却累計額	225,877,578	28.0%	805,381,261
帳簿価額	92,736,530	26.0%	357,124,108
充当：資本剰余金	6,914,494	4.1%	170,018,253
<b>器械備品老朽化率</b>	<b>72.6%</b>		<b>74.4%</b>
取得価額	4,952,396,329	19.3%	25,675,563,304
減価償却累計額	3,322,190,264	19.3%	17,221,222,918
帳簿価額	1,630,206,065	19.3%	8,454,340,386
充当：資本剰余金	376,887,804	14.9%	2,524,562,354

注：平成24年度末現在の固定資産台帳の金額により作成した。

## (2) 手 続

- i 固定資産の取得及び処分の事務処理について、質問等により確認し、必要に応じて関係書類を閲覧し、事務手続等の合規性について検証した。
- ii 固定資産の台帳管理及び現物管理の状況について、質問により状況を把握し、必要に応じて現物実査を行い、固定資産の実在性及び網羅性について検証した。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、次のとおり指摘事項及び意見を述べることとする。

#### ① 固定資産台帳の一元化について（意見）

こども病院については、ナンバーシールに基づき定期的に実査が行われ、現物管理が行われている。しかし、以下の i ～ iv のように台帳がいくつも作成され固定資産台帳の一元化がされていない。

- i 病院全体の固定資産台帳
- ii 病院全体の備品台帳（2万円以上の消耗備品や2万円未満でも備品として扱うことが適当であると判断したものを含む。）
- iii 臨床工学科の医療機器台帳
- iv iiiの医療機器を除く医療機器台帳（事務局で作成）

i の固定資産番号とは別に、ii の台帳記載番号で統一したナンバーシールを作成して、消耗備品（2万円以上又は備品として扱うことが適当なもの）又は固定資産（10万円以上の器械備品）に貼付している。ii ～ iv の台帳に基づいて行われる実査では、表計算ソフト（エクセル）で作成した台帳の番号と現物のナンバーシールを照合することで行われる。しかし、i の病院全体の固定資産台帳との照合は、ii から iv の台帳に全ての固定資産が整理されているわけではないため、整合性を検証することができない。また、i の病院全体の固定資産台帳は財務会計数値との整合性は確認できるものの、現物との照合は困難である（備考欄にナンバーシールの番号が記載されてはいるが、集計等できないため、この台帳を基に実査等はできない。）

がんセンターの個別意見箇所（139～140頁：「①固定資産の現物管理について」）で記載のとおり、固定資産管理規程及び固定資産管理要領では、固定資産台帳に基づき定期的な実査を行い、固定資産実査報告書を作成するよう規定されている。

したがって、現在、各部科において実施されている個別の実査に加えて、病院全体として固定資産の実物管理の整合性が図られるよう、固定資産台帳の一元化の整備を進めていくことを要望する。

## ② 医療機器購入時予定価格について（意見）

こども病院では平成 24 年度に心血管造影装置を一般競争入札により購入しており、その結果は次のとおりとなっている。

予算額 : 140,000,000 円  
参考見積書 : 139,999,965 円 (W社より入手)  
積算額 : 139,999,965 円  
予定価格 : (未公表)  
落札金額 : 139,755,000 円 (W社 1 社入札)  
落札率 : (ほぼ 100%)

1 社の見積書を参考にして予定価格を決定し、同見積書を入手した会社 1 社のみの応札で落札している。心血管造影装置の他社との競合性を考慮すると、結果として見積書の金額とほぼ同額での落札額となることは容易に推測することができる。

したがって、予定価格の設定については見積書を参考に決定する場合、複数社から入手する努力を行うことや他病院での購入事例を調査するなど、入札に当たっての適正な予定価格作成に努め、また、見積書徴取及び入札実施に当たっては、複数業者から選定する旨のアナウンスを事前に行うことで競争性を高めることなどの工夫を行うよう要望する。

## ③ 固定資産の除却について（意見）

固定資産の除却について事務処理のマニュアル等は作成されていない。担当者への質問等に基づきまとめると、固定資産の除却に係る事務処理の流れは次のとおりである。

各部課から管理課へ口頭で除却依頼の連絡がある。

↓

管理課担当者は現物を確認。倉庫へ移動。

↓

産業廃棄物処理業者へ引き渡す場合はマニフェストをその都度残しているが、機器の更新等により納入業者が引き取っていく場合、証憑は残らない。マニフェストは綴られているが、どの固定資産を処分したものは不明。

↓

業者引渡し時に剥がしたナンバーシールを保管。



年度末に経営管理課へ除却した資産の一覧を送付し、経営管理課で除却の処理（台帳上、財務会計上）を行う。

除却資産が確かに廃棄されたこと（又は引渡しが行なわれたこと）、また、その実施年月日が分かるようにしておくべきである。例えば「固定資産処分申出書」に廃棄年月日や廃棄業者等を記入し廃棄したことを確認できるようにする必要がある。

したがって、固定資産の除却に係る事務処理（申請→確認→承認→廃棄）の仕組みを文書により構築されるよう要望する（各病院共通）。

#### ④ 平成 24 年度固定資産調査に係る除却処理について（指 摘）

平成 24 年度に実施された重要物品（5 百万円以上）の使用状況等調査の結果に関して、こども病院においては、既に廃棄済みである重要物品が台帳に残ったまま除却処理されていなかったものが 28 件存在した。当時、これらは全て除却処理の対象とされたが、そのうち、次の 15 件については予算の都合上、平成 24 年度中に除却処理されず残されたという回答であった。

除却処理を行うことにより損益計算書上は固定資産除却損が計上され、貸借対照表上は固定資産勘定や他会計負担金勘定が減少する。これを予算の都合で調整するということは、決算における損益調整を意味するものと考えられる。

当年度までに廃棄されたものについては全て当年度中に除却処理し、そのための予算も確保し、適正な除却処理を行われるよう、周知徹底されたい。

（単位：千円）

機器の名称	取得年月日	取得価格	簿価	他会計負担金
抗生物質感受性測定装置	S63. 9. 6	16, 000	800	0
純水製造装置システム	S63. 9. 16	9, 400	470	0
手術用無影灯（手術室 2, 3, 5 用）	S63. 9. 16	10, 809	540	0
冷凍庫他	S63. 9. 20	7, 385	369	0
純水製造装置（消毒用）	S63. 9. 22	6, 000	300	0
大型高圧蒸気滅菌装置	S63. 9. 26	25, 530	1, 276	0
手術室心電図・血圧モニター	S63. 10. 31	32, 570	1, 628	0
ICU・CCU 患者監視装置	S63. 10. 31	43, 060	2, 153	0
軟性内視鏡	H1. 1. 31	5, 066	253	0
血液ガス電解質測定装置	H7. 8. 1	9, 476	4, 305	4, 032
フルデジタル電子スキャン超音波診断装置	H7. 8. 1	23, 175	10, 528	9, 862

臨床検査多機能端末機	H7. 9. 1	5, 459	2, 480	2, 323
手術用顕微鏡 (OMS-600)	H9. 8. 29	7, 455	372	0
食器洗浄機	H9. 9. 30	5, 470	273	0
天井吊り下げ式全身麻酔器	H10. 3. 25	4, 982	4, 982	4, 982
合 計		211, 839	30, 733	21, 201

これらの他にも、平成 24 年度に使用状況調査の対象とされなかった重要物品以外の資産（5 百万円未満）について至急、調査が必要である。5 百万円未満の資産で、取得時から 20 年以上経過したものを集計すると次のとおりである。これについての実査の結果を早急に固定資産台帳や決算に反映されたい。

**【20 年以上経過、5 百万円未満の機器・備品】** (単位：件、千円)

件 数	取得価額	償却累計額	簿 価	負担金
365	274, 581	260, 852	13, 729	0

⑤ 周産期センターの運営について（意 見）

周産期センターは平成 24 年 3 月に開設され、胎児診断、分娩機能を含めた周産期医療体制が整い、遺伝カウンセラーも配置された。千葉大学医学部附属病院との連携を図りつつ、胎児から出生後まで継続的に診療することで、異常新生児の搬送リスクの軽減及び母子分離による家族不安の解消が期待された。

しかし、平成 24 年度及び平成 25 年 11 月までの実績は次のとおりであり、稼働率は、非常に低い状況と判断される。

ア 周産期センターの稼働状況について

**【平成 24 年度周産期センター稼働状況】**

区 分	産 科
病床利用率	7.8%
入院患者数	延べ 173 人 (0.5 人/日) 注
手術件数	7 件
平均在院日数	6.4 日
外来患者数	延べ 99 人 (0.3 人/日)
分娩件数	20 件
遺伝カウンセラー相談件数	産科 0 件、新生児科 20 件

注：他科の患者の受入を含めれば、入院患者数は延べ 399 名 (1.1 人/日) である。



【平成25年11月までの周産期センター稼働状況】

区 分	産 科
病床利用率	29.3%
入院患者数	延べ207人(0.8人/日)*
手術件数	13件
平均在院日数	8.2日
外来患者数	延べ109人(0.5人/日)
分娩件数	22件

注：他科の患者の受入を含めれば、入院患者数は延べ994名(4.1人/日)である。

イ 周産期センターにおける入院・外来収益について

周産期センターにおいて、その設立時点からの当初予算及び2月補正予算で計上されていた入院患者数及び入院収益並びに外来患者数及び外来収益の年度推移は次の表のとおりであった。

【計画上の利用患者数、医業収益見込(年度推移)】

年度 項目	平成23年度		平成24年度		平成25年度	
	当初予算	2月補正予算後	当初予算	2月補正予算後	当初予算	2月補正予算後
入院患者数(人)	330	110	1,500	179	420	301
入院収益(円)	13,570,284	4,777,800	71,667,000	16,633,789	37,534,980	22,520,652
外来患者数(人)	240	80	1,200	110	216	169
外来収益(円)	576,000	192,000	2,880,000	1,711,580	3,569,184	2,263,546

これに対して、入院患者数及び入院収益並びに外来患者数及び外来収益の実績は次のとおりである。

【実績としての利用患者数、医業収益(年度推移)】

年度 項目	平成23年度	平成24年度	平成25年度
	実績	実績	実績(11月まで)
入院患者数(人)	0	173	207
入院収益(円)	0	14,658,621	17,090,614
外来患者数(人)	0	99	109
外来収益(円)	0	1,466,830	1,460,230

したがって、入院患者数及び入院収益並びに外来患者数及び外来収益の計画に対する実績比較は次の表のとおりである。当初予算との比較をみると、その計画と実績との間に大きな乖離があることが分かる。

【計画(当初・補正予算)と実績比較:利用患者数及び医業収益(年度推移)】

項目	平成23年度		平成24年度		平成25年度	
	当初予算比較	補正後比較	当初予算比較	補正後比較	当初予算比較	実績(11月まで)
入院患者数(人)	△ 330	△ 110	△ 1,327	△ 6	△ 213	△ 94
入院収益 (円)	△ 13,570,284	△ 4,777,800	△ 57,008,379	△ 1,975,168	△ 20,444,366	△ 5,430,037
外来患者数(人)	△ 240	△ 80	△ 1,101	△ 11	△ 107	△ 60
外来収益 (円)	△ 576,000	△ 192,000	△ 1,413,170	△ 244,750	△ 2,108,954	△ 803,316

ウ 周産期センターの固定資産の状況について

平成 23 年度の取得として固定資産台帳に記載されている周産期センターの建物と器械備品の概要は次のとおりである。なお、建物は名称に周産期センターの名称があるもの、器械備品は設置場所が産科病棟と判断されるものを抽出した。

周産期センターの建物及び器械備品の合計では、取得価額が 12 億 3,212 万円で平成 24 年度末現在の帳簿価額は 11 億 4,659 万円であった。減価償却費は 8,554 万円であり、医業収益等で回収すべき原価の主要項目として認識する必要がある。

(単位：件、千円)

勘定科目	件数	取得金額	平成 24 年度 減価償却額	簿価	負担金
建物	6	965,093	40,025	925,068	3,189
器械備品	133	267,029	45,511	221,517	12,809

このように周産期センターにおいては、償却経費の負担が重くのしかかっているが、最大の課題は稼働率の低さである。その主たる要因の一つは、医師不足であると病院側は認識している。

周産期センターの設立段階では産科医 3 名を予定していたが、現在の産科医は 2 名である。当初の予定より少ない 2 名の産科医によって、無理のない範囲で紹介を受けていることから患者数も伸びないという認識である。

しかし、平成 24 年度の遺伝カウンセラーの相談件数がゼロであったことや胎児診断の利用がないことから、現状のままで、ただ医師を増員すればよいということではないと考えられる。当初の設立趣旨に沿った周産期に係る医療の需要に対する掘り起こし努力や認知度を高める施策等の対応が求められているものとする。

したがって、こども病院としても現在実施している稼働率向上の努力をさらに高めるために、関係部門との連携を図りながら、産婦人科医会を通じてこども病院周産期センターの知名度を高める複数の方策を恒常的に実施し、また、千葉大学医学部附属病院との積極的な連携や人員確保等をさらに働きかける等の努力を継続されるよう要望する。

## 5. 医療安全対策について

### (1) 概要

#### ① 医療安全管理体制について

こども病院は、医療法及び医療安全管理指針に基づいて、医療安全対策要綱、院内感染対策のための指針等を定め、医療安全管理委員会、院内感染対策委員会、リスクマネジメント部会等を定期的に開催している。

#### ② 医療事故発生時の流れについて

レベル0及び1の医療事故が発生した場合、事故の当事者又は発見者は、翌日までにインシデント・アクシデントレポートによりリスクマネージャーへ報告する。

レベル2以上又はレベル不明な医療事故が発生した場合、事故の当事者又は発見者は、速やかにリスクマネージャーへ報告し、係る報告を受けたリスクマネージャーは医療安全管理者へ報告する。並行して、事故の当事者又は発見者は、インシデント・アクシデントレポートシステムにより報告を行う。

こども病院における平成24年度のインシデント・アクシデントの発生件数は次のとおりである。

事故レベル	レベル0～レベル1	レベル2～レベル5
件数	1,253	133

### (2) 手続

法令や医療安全管理指針等に基づき、医療安全対策が適切に講じられているかを確認するため、次の監査手続を実施した。

- i こども病院の医療安全対策要綱、院内感染対策のための指針等を査閲した。
- ii 医療安全管理委員会及び院内感染対策委員会の議事録、医療事故報告書等を査閲した。
- iii 担当課へ必要と認めた質問を行った。

### (3) 結果

上記の監査手続を実施した結果、特に指摘事項はなかった。なお、次のとおり意見を述べることとする。

#### ① 患者窓口規約の整備について（意見）

こども病院は、病院局の医療安全管理指針第7の規定に基づき、患者相談窓口を設置している。しかし、係る患者相談窓口について、平成18年に医療相談室の運用基準を作成して以来、改定を行っていない。医療相談室の運用基準は、相談情報の秘密保護、管理者への報告等に関する規定が存在せず、対応時間等実際の相談窓口の運用と異なる点も散見された。

については、医療安全管理指針に基づき、患者相談窓口の規約を整備するよう要望する。併せて、患者相談窓口の案内において、担当者及びその責任者並びに電話相談窓口の電話番号を記載するよう要望する。

#### ② 院内感染の報告について（意見）

こども病院は、院内感染対策のための指針第4項において、病院内で流行性疾患が発生した場合は、速やかに院内感染発生報告書を提出し、各部署に回覧する旨定めている。また、院内感染マニュアルにおいても、発生報告ルートをフローチャートで示している。

もともと、上記報告のフローの中に、病院局や保健所への報告基準は規定されていない。そのため、病院局や保健所に対する報告基準も指針等において定め、適切な報告がなされるよう要望する。

なお、こども病院においては、平成24年4月にロタウイルス17件、MRSA9件、同年10月にRSウイルス10件、MRSA4件、同年11月にノロウイルス20件の院内感染が発生しているものの、同年11月のノロウイルスについてしか病院局への報告書の提出がなされていない。

しかし、病院局では、「病院局へ報告すべき医療事故等の基準」において、重大な感染症が発生した場合の具体例として院内感染が発生した場合を挙げており、院内感染が発生した場合には病院局へ報告すべきこととなっている。

そのため、このような病院局の報告基準を勘案して、病院局に対する報告基準を定めるよう要望する。