

令和2年3月27日
千葉県報第13516号別冊
(2分冊の2)

令和元年度

千葉県包括外部監査結果報告書

千葉県包括外部監査人
公認会計士 岡村俊克

第3 監査の結果

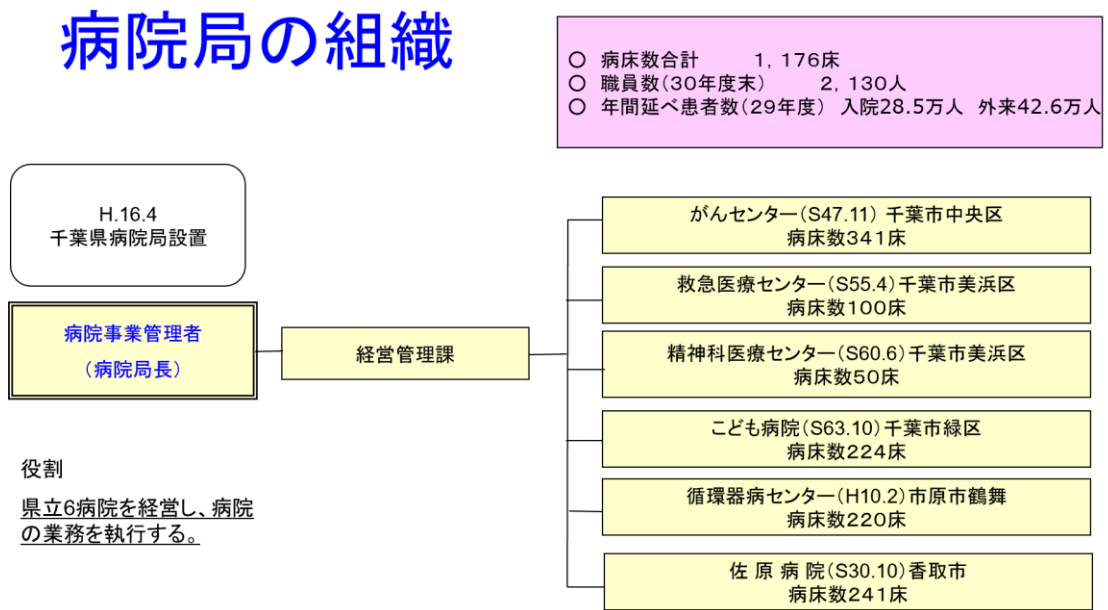
I 総括的事項に関する監査の結果

1 病院局の体制について

1. 病院局の体制と業務について

病院局作成の組織図によれば、病院局は経営管理課一課体制で、6つの県立病院の運営を統括し、管理している。

(図9) 病院局の組織



2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 病院局の組織及び事務分掌を把握する	組織規程、職務分掌規程を入手し、査閲する
(2) 病院局担当者の業務及び課題を把握する	病院局長、経営管理課担当者へのヒアリングを実施する
(3) 病院局と各病院の連携状況を把握する	病院局経営管理課担当者、各病院担当者へのヒアリング実施及び関連資料査閲をする

3. 実施結果

(1) 経営管理課の体制について

病院局経営管理課の各班・室の人員と経験年数及び事務分掌は次のとおりである。

(表 9) 経営管理課の体制

班・室	人員 (外数)	平均在籍年数 (併・兼務者除く)	事務分掌その他
課長・副課長	2名	1.5年	
人事班	4名	3年	1.職員の定数及び組織に関すること 2.職員の任免、分限、懲戒、服務その他人事に関すること
給与福利班	7名 (併2名)	1.4年	1.職員の給与、諸手当、旅費及び費用弁償に関すること 2.職員の労務管理に関すること 3.職員の健康管理及び福利厚生に関すること 4.局内の連絡調整に関すること 5.県議会に関すること
経営企画戦略室	8名 (兼6名)	5.2年 (但し看護師、育児休業取得を除くと3.1年)	1.県立病院改革プランに関すること 2.経営状況把握・分析に関すること 3.県立病院の災害対策、健康危機管理に関すること 4.県立病院の業務改善に関すること 5.診療報酬請求事務の適正化に関すること 6.職能別会議に関すること 7.入札・契約に関すること 8.IT化の推進に関すること 9.医薬品及び診療材料等の共同購入に関すること 10.県立病院の広報に関すること ※病院事務経験者1名、看護師1名
財務室	6名	2.5年	1.予算原案の作成及び予算の執行管理に関すること 2.企業債・国庫補助金に関すること 3.会計検査に関すること 4.公舎管理に関すること 5.決算審査及び例月出納検査に関すること 6.未収金対策に関すること
医療安全安心推進室	4名 (兼6名)	14.2年	1.県立病院の安全安心な医療提供の推進に関すること 2.医療事故の訟務等に関すること ※半数が看護師で構成される

医師・看護師確保対策室	6名	19.8年	1.医師確保対策に関すること 2.看護師の確保・定着対策に関すること 3.医師の臨床研修及びレジデント制度に関すること 4.看護師等修学資金に関すること ※半数が看護師で構成される
病院建設室	18名 (兼1名)	2.3年	1.県立病院の施設整備に関すること ※がんセンターの新棟建設 ※総合救急医療センターの整備
特別監察室	0名 (兼5名)	—	1.特別監察に関すること ※専属者なし。問題や事故等が発生した時に稼働

(2) 人材と専門性の不足について

現状として、病院局経営管理課の各病院に対する管理、指導、介入が不足している。

事務職員だと（表9）のとおり、病院局での平均在職年数が2～3年となっており、十分な経験を積む前に異動してしまい、結果として、スキルがある人材が育たず、専門家の育成にも課題がある。

病院局としても、その必要性は認めており、民間病院での事務経験を有する職員を任用(年1名～3名採用)したり、過去に県立病院事務や健康福祉部在籍経験がある者を配置したりしているが、成果としては未だ十分とは言えない。

一般的には、県職員の人事制度の中で、知事部局人事とのバランスや各職員の希望等への配慮も必要であり、抜本的な人事方針の変更は難しいと思慮するし、病院局の責任者からの回答でもその傾向は感じられた（現に、病院局経営管理課の担当主任はまだ1年程度の在籍であるし、前任者も1年で交代している。また、往査した県立病院では事務局長に全く病院経験の無い者が着任していた例もあった）。

ただし、経営管理課の説明では、各職員の希望等を踏まえる必要はあるが、制度として、病院局の都合を優先して、弾力的に特定人材の受入れや外部人材の雇用、病院局の在職年数の長期化等も可能とのことであった。

(3) 病院側の課題について

① 専門性の不足

医療行為は、医師、看護師、コメディカル（医師以外の医療従事者）等が実施し、医事、医薬・診療材料の発注、検収、在庫管理等は委託業者が行っている。

県職員として、病院運営や委託業者が実施する日常業務の管理監督を担うべき事務方には管理職を含め、病院運営、医療事務の知識・経験を有する専門家が不足している。

② 医師数の不足

各病院とも収支悪化の主原因は医師数の確保ができないこととしている。医師数の確保については、病院長自らが大学医局等に働きかけたり、一部の病院では民間人材紹介会社の活用等も行っているが、県の採用試験に合格が必要だったり、民間病院等との採用条件や勤務形態の違い等の課題があり、未だ十分な医師数を確保できていない。

③ 当事者意識の希薄

各病院の運営・管理体制では、医業未収金管理、診療報酬請求事務、固定資産管理、実地棚卸手続、現金等価物管理、IT 管理、負担金・交付金請求額算定事務などの業務において様々なミスや課題が発見された。

これらは、棚卸などを SPD (Supply Processing and Distribution) 業者に任せっ切りで、差異があっても分析指示しないなど、委託業者任せの体質や、契約上委託業者に報告義務があるものでも、長年報告すら受けていないなどの報告事項スルー体質、診療科別収支などの数値情報を的確に算出・把握していない状況、電子カルテのバグを 6 年間気付かず使用していた注意不足などに現れている。

意見 (人材と専門性の不足への対応について)

経営管理課の回答では、病院局として制約なく弾力的な人事制度の運用が可能とのことであり、それを前提とすれば、民間病院事務経験者や診療情報管理士、病院コンピュータシステムの専門家等の外部人材の大幅な採用 (例えば今後数年間は毎年 10 名程度) により病院事業の専門家の割合を増やし、併せて病院局配属職員の在籍長期化 (例えば最低 5 年から 10 年程度) させ、この間に経営管理課と各病院の事務局両方を経験させることなどにより、経営管理課及び各病院とも事務局職員の専門性と人材が徹底的に不足していることを早急に解消する必要がある。

さらに、各病院では日常の病院運営管理で、何が問題か、何をすべきかなどを充分理解していないケースも多く見受けられるので、その教育も必要である。経営管理課職員が頻繁に各病院に出向き (十分な専門的スキルを身に着けていることが前提)、管理状況のチェックや不備な部分の改善指導などを実施すべきであるし、研修会の開催や外部のコンサルの活用などの検討も必要である。

2 各種会議体について

1. 各種会議体について

(1) 会議体の規程上の扱い

病院局の各病院及び経営管理課における会議体の設置及び開催に関する県が定める一般的な規程・通知等はなく、各病院及び経営管理課において従来からの継続や現時点での必要性や負担等を考慮して、それぞれ設置し運営している。

(2) 会議体の医療法及び診療報酬請求上の扱い

医療法または診療報酬請求上必要とされるものは、以下のとおりである。

医療法

医療法施行規則第1条11第1項、2項

保険診療・診療報酬請求、算定に関する主な法令等は次のとおりである。

厚生労働省令：保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）

健康保険法施行規則、国民健康保険法施行規則 等

告示：診療報酬の算定方法 別表第1 医科診療報酬点数表 等

通知：診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

基本診療料の施設基準等、特掲診療料の施設基準等

診療報酬請求書等の記載要領等について

これらの決まりに基づいて、通常必要とされる会議体は以下のとおり。

(表 10) 会議体一覧

区分	一般的な名称	条文/規定
医療法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理委員会 ・ 院内感染対策委員会 ・ 医療機器安全管理委員会 ・ 医薬品安全管理委員会 	医療法施行規則 第1条11第1 項、2項
診療 報酬	(必須) <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療安全管理委員会 ・ 院内感染対策委員会 ・ 褥瘡対策委員会 ・ 栄養管理委員会 	(省令、告示に関 連する通知) 平成30年3月 5日保医発0305 第2号 平成28年3月 4日保医発0304 第5号

	<p>(届出項目により必須)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床研修委員会 ・輸血療法委員会 ・診療記録管理委員会 ・適切なコーディング委員会 (DPC) ・透析機器安全管理委員会 ・医療機器安全管理委員会 ・医療従事者 (勤務医、看護職等) 負担軽減委員会 ・チーム医療に係る委員会又は会議 (例: NST・ICT) ・地域、医療連携に係る委員会又は会議 	<p>(省令、告示に関連する通知) 平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号、2 号、 3 号</p>
--	--	--

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 各病院における会議体の設置や運営状況を把握する	各病院往査時に会議体一覧を入手し、法律・規程・診療報酬算定上必要な会議体の特定や運営状況についてヒアリングを実施する
(2) 各会議での議題や検討状況を把握する	重要会議について議事録等を閲覧する
(3) 経営管理課と各病院との会議体の運営状況を把握する	経営管理課経営企画戦略室の担当者へ、ヒアリングを実施する

3. 実施結果

(1) がんセンター

① 概況

会議数が大変多く、83 の会議・委員会・部会がある。また会議時間も長い。このうち法令・診療報酬基準等で必須なものは 20 会議体となっている。

なお、がんセンターでは令和元年 5 月から 1 会議当たり 30 分～60 分に制限する目標を立てている。

また、会議資料は大半が紙ベースであるため、平成 31 年 3 月のセンター会議において、会議数を 50%削減する目標とともに、医師に PC を支給し紙資料削減に取り組むことが承認された。

② 主な会議

センター会議

最も重要な会議。院内の基本的事項を検討・決定

出席者は診療部長以上+薬剤部長

(2) 循環器病センター

① 概況

会議数が多く、52の会議体（自主的チームミーティング13含む）がある。このうち、法令、診療報酬基準などで必須な会議体は20となっている。

② 主な会議

運営会議

すべての事項の最終決定会議の位置づけである。

月2回8時30分から開催し、病院長以下、医療局長、各診療部長、看護、検査、薬剤部長、事務局長などが出席

議題としては、病棟データの報告をはじめとした病院全体に係る方針、院内研修、地域との連携、6階レストランの運営事業者の公募などである。

(3) 佐原病院

① 概況

会議数が多く、44の会議体がある。このうち法令・診療報酬基準等で必須なものは15会議体となっている。

出席者の負担が大きいのと、資料（紙の消費）、時間外手当等の負担など、様々な課題が生じている。

② 主な会議

経営会議

平成30年4月設置。月一回第4火曜日16時から開催。

出席者：病院長、医療局長、事務局長、各診療科部長、看護局長、各看護師長、薬剤部長、検査科部長、栄養科部長、コンサル会社など。

議題としては、

1. 目標値（KPI：医師不足、病床過多、諸施策などを加味した見込み値に一定の目標を織込んだ数値）に対する実績値報告、前年比較、差異原因分析、対処策検討。
2. 毎月テーマや分野を決めて（例：地域包括ケア病棟の活用、紹介患者数、修繕費、薬品費、診療材料費などの）目標値、前期比較、改善策等の検討や、脳神経外科における救急外来患者受入増に向けてなどについて話し合っている。
3. 周知事項（例：厚生局適時調査結果など）の連絡などをテーマとしている。

(4) 県立 6 病院の横断的な会議

各病院同士の横の情報共有や課題・意見の検討のため、経営（病院長）会議、事務局長会議、看護局長会議、薬剤部長会議などの職能別会議を実施している。

なお、診療科の会議や経営企画戦略室と各病院への兼務者（派遣者）の連絡会議等は実施していない。

意見（各会議体の洗い直しについて）

各会議体の重要度等を再度洗い直し、重要度が低い会議、内容が重複する会議等はなるべく統合し、会議資料は電子ファイル化、大部分が通知事項の会議は LAN 等で対応などの検討が望ましい。

会議での決定事項、周知事項に対して、目標達成、未達成に対するインセンティブが無いが、年間評価等が例えばボーナス査定等に反映されるなどのインセンティブ対応を検討できないか。

また、重要決定事項、確認事項については、一部の病院では議事録を作成せず、ボイスレコーダーへの録音などを行っているとのことであるが、参加者やそれ以外の職員が簡単に確認・振返りができるように、簡易でも議事メモがあったほうが良いと考える。

さらに、6 病院間の情報共有や課題、意見の共有、病院局としての課題対応等を図るため 6 病院の各階層での会議は必要である。特に現在は実施されていない経営企画戦略室と各病院への兼務者（派遣者）の会議や各担当レベルでの会議は、各担当者が自病院の業務だけでは気づかないことも発見できるようなメリットがある。

3 新公立病院改革プランについて

1. 新公立病院改革プランについて

県が公表している県立病院新改革プラン（以下、新改革プランという）の概要は次のとおりである。

千葉県立病院新改革プランの概要

県立病院の現状と課題

- ・平成 26 年度にがんセンターの腹腔鏡下手術による死亡事例が問題化したことや、佐原病院を始めとする医師不足等の影響により、平成 26 年度以降は経常赤字が続いている状況。
- ・収益改善を図るためには、医療安全対策の徹底による県民の信頼回復や、医師不足の解消等が重要。
- ・老朽化・狭隘化が問題となっているがんセンターの新棟建設や、救急医療センターと精神科医療センターの一体的整備、佐原病院の耐震補強工事等が必要。

① 保健医療計画及び地域医療構想を踏まえた役割の明確化

(1) 保健医療計画及び地域医療構想を踏まえた各県立病院の果たすべき役割

・高度・特殊な専門医療を担う 4 病院

がんセンター、救急医療センター、精神科医療センター、こども病院の 4 病院は、引き続き大学病院や地域の中核病院等と役割分担しながら、圏域では対応できない医療の最後の砦としての役割を担っていく。

・循環器に関する高度・専門医療と地域における中核医療を担う 1 病院（循環器病センター）

循環器系疾患で千葉県内で高いシェアを占めている一方で、立地上の課題もあり、将来的な専門医療と地域医療のそれぞれのあり方については、全県的な視点と当該構想区域の状況を踏まえて検討が必要。

・地域における中核医療を担う 1 病院（佐原病院）

佐原病院は、地域の中核病院としての役割を担うとともに、平成 28 年度に地域包括ケア病棟を設置するなど在宅医療の強化に取り組んでいる。佐原病院が将来的に地域で担うべき役割については、構想区域内の地域医療構想調整会議等で協議・調整していく必要がある。

(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けて県立病院が果たすべき役割

・佐原病院

佐原病院では、訪問看護ステーションや地域包括ケア病棟の設置、地域の訪問看護を行う人材育成など、在宅医療に取り組んでいる。

今後、自治体等が主体となって構築される地域包括ケアシステムにおいて、佐原病院が担うべき役割を地域の関係者と協議・検討し、地域の医療・介護施設と密接に連携を図りながら佐原病院に求められる役割を果たしていく。

② 経営の効率化

ガイドラインでは、平成 32 年度までに病院局全体で経常収支黒字化を達成することが求められているが、平成 32 年度以降、大規模投資に伴い減価償却費が数十億円規模で増加することが見込まれ、計画期間中の経常収支の黒字化は極めて困難な状況。

- ・平成 32 年度時点で約 24 億円の経常赤字の見込。
- ・現段階の試算では、平成 37 年度を目途に病院局全体で経常収支の黒字化を達成する見込み。

③ 再編・ネットワーク化計画（主なもの）

（1）救急医療センター、精神科医療センターの一体的整備

県内唯一の高度救命救急センターである救急医療センターは、精神科医療センターとともに施設の老朽化・狭隘化や、高齢化に伴う身体・精神合併救急患者の増加等への対応が喫緊の課題となっていることから、この 2 病院を統合して整備し、全県対応の救急・災害医療ネットワークを構築する。

なお、精神保健福祉センターを同じ建物内に整備することにより、精神保健医療福祉の円滑な提携を図る。

（2）香取海匝圏域における医療提供体制のあり方

香取市では、国保小見川総合病院の建て替え整備を進めるとともに、地域医療のあり方についての検討を行っており、また、隣接する成田市では、平成 29 年 4 月に国際医療福祉大学が医学部を新設し、平成 32 年に 640 床規模の附属病院の開院が予定されている。

こうした地域の医療提供体制を踏まえつつ、県立佐原病院が現在担っている地域医療の役割を果たせるよう耐震性を確保するとともに、安定した医師確保により効果的・効率的な地域の医療提供体制を確保するため、県内の大学医学部、地域の公立医療機関等とネットワークを構築していくことが必要。

（3）循環器系疾患の全県（複数圏域）対応型医療提供体制のあり方

循環器病センターは、循環器病に係る高度専門医療を提供するとともに地域の一般医療も担っている。市原医療圏や隣接の山武長生夷隅医療圏に相次いで救命救急センターが指定されたことを踏まえ、これらの医療機関との役割分担と連携に係るネットワークについて関係者と協議を進めていく。

④ 経営形態の見直し

公立病院の経営形態は、地方公営企業法（全部適用）、地方独立行政法人、指定管理者制度、民間譲渡の 4 つの選択肢が考えられるが、千葉県病院局では、平成 16 年 4 月から地方公営企業法（全部適用）により病院運営を行って

いる。全国でも平成 26 年度現在、360 病院が全部適用を採用している。(平成 29 年度現在、375 病院)

今後の方向性としては、現状の経営形態（地方公営企業法全部適用）を基本に、経営の効率化に努め、将来的には「地方独立行政法人」への移行も視野に入れて継続的に検討していくこととする。

(表 11) 各病院の収支計画（経常収支）

(単位：百万円)

	がんセンター			救急医療センター			精神科医療センター		
	H28 決算	H32 計画	H37 計画	H28 決算	H32 計画	H37 計画	H28 決算	H32 計画	H37 計画
収益	12,898	18,037	20,730	5,073	5,609	6,598	1,538	1,660	1,862
費用	13,476	19,013	19,656	5,283	5,492	6,681	1,487	1,584	1,891
収支差	△578	△976	1,074	△210	117	△83	51	75	△29

	こども病院			循環器病センター			佐原病院		
	H28 決算	H32 計画	H37 計画	H28 決算	H32 計画	H37 計画	H28 決算	H32 計画	H37 計画
収益	9,751	10,739	10,794	7,672	8,799	9,155	3,879	4,483	5,104
費用	9,394	10,212	10,303	8,239	8,850	8,937	5,034	5,219	5,378
収支差	357	527	491	△567	△51	218	△1,155	△736	△274

	経営管理課			病院局全体		
	H28 決算	H32 計画	H37 計画	H28 決算	H32 計画	H37 計画
収益	535	496	496	41,346	49,823	54,739
費用	1,808	1,883	1,883	44,721	52,253	54,729
収支差	△1,273	△1,387	△1,387	△3,375	△2,430	10

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 新改革プランの内容と現状を把握する	新改革プランを入手し、病院局担当者へヒアリングを実施する
(2) 各病院の状況を把握する	往査した各病院で、新改革プランについての状況と課題、考えをヒアリングする
(3) 更新の可能性を把握する	病院局長より新改革プランについての見解をヒアリングする

3. 実施結果

(1) 前提条件の変更に伴う対応について

(がんセンター)

平成30年度は、令和2年度からの新病院開業（341床⇒450床で先行して医師、看護師等のスタッフを増員）のため人件費がかさみ、赤字が続く見込みである。

がんセンターの病院長の方針では、令和2年秋以降新病院を開業予定であるが、開業後1～2年は390床前後（1病棟はクローズ）で始めて、5年後を目途にフルオープンし、病床利用率80%を目指すとのことである。

なお、新改革プラン上では開業当初からフルオープンの方針であったため、病床数という大きな前提が異なることになるが、新改革プランでは、病院局の方針で、令和2年度まで見直しは行わず、令和3年度から見直しプランを運用する予定である。

(循環器病センター)

大半の医師を派遣してもらっている国立大学法人の大学医学部での方針変更により、循環器病センターに派遣されていた脳卒中診療を担う医師数名が引き上げられた。これにより脳神経外科及び神経内科における脳卒中診療体制は大幅に縮小し、同部門は利益率も高かったため病院全体の利益額にも影響があると予想される。病院としては代わりに心臓血管カテーテル手術などの増加を目指している。

(佐原病院)

現在、許可病床6病棟241床であるが、耐震改修後の設置予定病床は5病棟203床となる。また、現在の稼働病床は174床（令和元年10月現在155床）で、実質病床利用率69%（120床）である。

このような状況で、佐原病院側の希望では、地域の医療ニーズや医療安全の視点、災害等の突発的事態への対応バックベッド等を考慮しても199床が適

正であり、今後は外部に保管（保管料年額約 800 万円）しなくてはならない 241-199=42 ベッドについては、削減したい考えである。

ベッド数を減らし、病棟を統合することにより、医師一人当たりの対応病床を軽減するとともに余剰となった看護師を訪問看護ステーションや在宅医療要員へ転換、さらに 199 床以下を要件とする在宅療養支援病院を届け出ることにより収益体質の改善や地域医療機関との連携強化を図り、また同要件により令和 2 年 4 月 1 日から施行される臨床研修の地域医療分野の対象病院化などの一連の改善策を実施したい希望があるが、病院局では現時点で従来の方針からの転換はしておらず、現新改革プランでも見直しは予定されていない。

意見（計画の適時な見直しについて）

大きな前提条件変更があるのに、計画の適時な見直しをせずに、結果が出てから計画と実績の差異分析で、差異の要因として前提条件が変わったことを指摘するのでは、適切な PDCA(PLAN→DO→CHECK→ACTION)サイクルが機能しない。

新改革プランに基づく計画値は、病院局全体及び各病院において、赤字額の年々増加、患者数の減少、医師数減少、病床利用率低迷(病床数過剰)、繰入金(負担金・交付金)増加などの状況を改善するための主要な指標となるものである。

正式な見直しには策定時と同様の承認プロセスが必要ということであれば、正規のプランとは別建てで見直しバージョンとして策定し、適切に計画・実績管理をする必要がある。

計画値は、実現可能な範囲でなければ、現場の達成意欲はわかないし、達成自体も困難である。新改革プランの内容は良く、専門家による検討を経て策定したもので、これをすぐに修正・更新することは求めないが、病院局として前提条件を更新した、頑張れば実現可能な水準の目標値を各病院に提示して、各現場はそれを達成するために努力・工夫する形を作るべきである。

4 経営形態について

1. 新改革プランについて

「公立病院改革の推進について」（平成 27 年 3 月 31 日付け総務省自治財政局長通知）において示された新公立病院改革ガイドラインでは、都道府県が策定する地域医療構想を踏まえ、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」の 4 つの視点に沿った新改革プランを、平成 32 年度（令和 2 年度）までの期間を対象として策定することを求めている。

新公立病院改革ガイドラインの 4 つの視点のうち「経営形態の見直し」については以下の説明がなされている。

（1）経営形態の見直しに係る計画の明記

新改革プランにおいては、民間的経営手法の導入等の観点から行おうとする経営形態の見直しについて、新経営形態への移行計画の概要（移行スケジュールを含む。）を記載する。

なお、前ガイドラインによる公立病院改革プランに基づき、既に経営形態の見直しに取り組んでいる場合には、現在の取組状況や成果を検証するとともに、更なる見直しの必要性について検討する。

（2）経営形態の見直しに係る選択肢と留意事項

経営形態の見直しに関し、考えられる選択肢並びにその利点及び課題などの留意事項は次のとおりである。（中略）

① 地方公営企業法の全部適用

地方公営企業法（昭和 27 年法律第 292 号）の全部適用は、同法第 2 条第 3 項の規定により、病院事業に対し、財務規定等のみならず、同法の規定の全部を適用するものである。これにより、事業管理者に対し、人事・予算等に係る権限が付与され、より自律的な経営が可能となることが期待されるものである。

ただし、地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組みやすい反面、経営の自由度拡大の範囲は、地方独立行政法人化に比べて限定的であり、また、制度運用上、事業管理者の実質的な権限と責任の明確化を図らなければ、民間的経営手法の導入が不徹底に終わる可能性がある。

このため、同法の全部適用によって所期の効果が達成されない場合には、地方独立行政法人化など、更なる経営形態の見直しに向け直ちにに取り組むことが適当である。

② 地方独立行政法人化（非公務員型）

非公務員型の地方独立行政法人化は、地方独立行政法人法の規定に基づき、地方独立行政法人を設立し、経営を譲渡するものである。地方公共団体と別の

法人格を有する経営主体に経営が委ねられることにより、地方公共団体が直営で事業を実施する場合に比べ、例えば予算・財務・契約、職員定数・人事などの面でより自律的・弾力的な経営が可能となり、権限と責任の明確化に資することが期待される。(中略)

③ 指定管理者制度の導入

(中略)

④ 民間譲渡

(中略)

⑤ 事業形態の見直し

(以下省略)

出所：新公立病院改革ガイドライン

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 新改革プランに記載の経営形態の見直しの進捗状況を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・新改革プランに記載の経営形態の見直しの進捗状況について、病院局担当者へヒアリングを実施する ・往査した各病院で、経営形態の見直しに関する見解をヒアリングする ・病院局長より経営形態の見直しに関する見解をヒアリングする

3. 実施結果

(1) 新改革プランにおける経営形態の見直しに係る検討状況について

千葉県病院局では、国の新公立病院改革ガイドラインを踏まえ、平成 29 年度から平成 32 年度(令和 2 年度)を計画期間とする「千葉県立病院新改革プラン」を策定している。

「千葉県立病院新改革プラン」においては、現状の経営形態(地方公営企業法全部適用)を基本に、経営の効率化に努め、将来的には「地方独立行政法人」への移行も視野に入れて継続的に検討していくとしている。

しかし、「千葉県立病院新改革プラン」が平成 29 年 6 月に策定されて数年が経過しているものの、地方独立行政法人への移行に関する検討がなされていない状況である。

なお、「千葉県立病院新改革プラン」における経営形態の見直しに係る記載は以下のとおりである。

(「千葉県立病院新改革プラン」における経営形態の見直しに係る記載)

3 経営形態見直し計画の概要

現在千葉県病院局が導入する地方公営企業法（全部適用）の課題として、採用・人事給与、予算編成等にあたり、制度上関係部局との調整が必要になり、意思決定と実行までに時間がかかることがあり、自律性、弾力性に欠ける場面があることが一般的には挙げられます。

この点で、「地方独立行政法人（非公務員型）」は、一定の公共性を担保しつつ、予算・財務・契約、職員定数・人事等の面での制約が少ないことから、病院運営の自由度が広がると言われています。また、権限と責任がより明確化されるため、病院を事業として捉えた場合、メリットが大きいとの意見も寄せられています。一方で、職員の処遇問題について十分な調整が必要となるほか、雇用保険法に基づく事業主負担額や退職給付引当金等の新たな財務負担の増加、及び移行に伴うコストが発生することも課題となります。

国立大学や公立大学の独立行政法人化の動きや、地方独立行政法人化に移行した医療機関において、人事面・財務面での自律性が向上し、経営上の効果を挙げている事例が多いことを鑑みると、「地方独立行政法人」は、千葉県立病院の将来的な経営形態のあり方の選択肢の一つとして検討に値すると考えられます。

以上を踏まえ、今後の方向性としては、現状の経営形態（地方公営企業法全部適用）を基本に、経営の効率化に努め、将来的には「地方独立行政法人」への移行も視野に入れて継続的に検討していきます。

意見（経営形態の見直しの検討不足について）

「千葉県立病院新改革プラン」が平成 29 年 6 月に策定されて数年が経過しているものの、地方独立行政法人への移行に関する検討がなされていない状況である。

千葉県病院事業には一例として以下の課題が確認されているところであるが、経営形態を地方独立行政法人へ移行することにより、改善が図られることも見込まれる。

以下を踏まえ、千葉県病院事業についても地方独立行政法人への移行等の経営形態の見直しについて、十分な検討を行われたい。

(表 12) 課題及び独立行政法人のメリット

課題	地方独立行政法人のメリット
(1) 各病院における医師の定員割れ	職員は地方公務員ではなく、就業規則により兼業兼職が可能となり、医師確保に有利に働くことが想定される
(2) 公務員試験の必要性を背景に、看護師検査技師、放射線技師をはじめとするコメディカルの機動的な採用・補充ができない	職員は地方公務員ではなく、随時採用が可能
(3) 短期に異動がある県一般職員の特徴を背景とする、事務職員の専門性の不足	プロパー職員の採用・教育により専門性をもった事務職員の採用・育成が可能となる

なお、上記のメリットについては、先行して地方独立行政法人へ経営形態を移行した静岡県立病院機構においても実績として以下のように公表されている。

(表 13) 静岡県立病院機構実績

	平成 21 年度 (地方独立行政法人化初年度)	平成 28 年度	増減数 (増減率)
医師数	283 人	395 人	+112 人 (+39%)
看護師数	1,107 人	1,387 人	+280 人 (+25%)
プロパー職員数 (事務職員)	9 人	64 人	+55 人 (+611%)

出所: 総務省 地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会 第 2 回資料 2

このほか、医療機能の面でも、先行事例である神奈川県立病院機構において以下のようにまとめられている。

(表 14) 神奈川県立病院機構実績

病院名	取組項目	取組内容
足柄上病院	救急医療体制の充実	総合診療科医師の確保により、救急体制を充実し、救急患者の受入れを増加
	産婦人科医療体制の充実	産婦人科医師の確保と助産師の活用により、産婦人科医療体制を充実し、分娩件数を増加
こども医療センター	手術実施体制の充実	心臓血管外科医師を増員し、心臓血管外科の手術体制を2チーム編成へ強化して、手術件数を増加
	小児の緩和ケア体制の整備	専任スタッフの配置による緩和ケアチームを設置し、苦痛の緩和ケアを実施
	食物アレルギーに対する特異的経口耐性誘導療法プロジェクトの実施	アレルギー科医師を増員し、食物アレルギーの療法モデルを作成し、地域医療機関や研究機関に技術提供を実施
精神医療センター	精神医療センター総合整備の推進	医療観察法の指定入院医療機関としての病棟を整備するとともに、施設の老朽化に対応するため、総合整備を推進
	精神科救急の拡充	精神保健福祉センターなど関係機関との連携を図り、自傷、他害のおそれのある救急患者の受入れを増加
がんセンター	がんセンター総合整備をPFI事業として実施	都道府県がん診療連携拠点病院としての機能充実を図るため、平成25年度の新病院開業に向けて整備
	放射線治療の充実	高度化が進むがんの放射線治療に対応し、放射線治療装置の導入と診療放射線技師の増員により、放射線治療件数を増加
	手術実施体制の充実	医師等を増員して手術室部門の人員体制を確保し、手術室6室稼働により手術件数を増加

	7対1看護基準への対応	看護師を増員し、診療報酬上最高の7対1看護基準を取得し、手厚い看護を実施
循環器呼吸器病センター	心臓カテーテル治療体制の充実	循環器科医師を増員し、心臓カテーテル室2室を並列で稼働できる体制を整備して、PCI（冠状動脈形成術）を増加
	肺がん治療の充実	呼吸器外科医師等を増員し、身体への負担が少ない胸腔鏡下手術を増加
	7対1看護基準への対応	看護師を増員し、診療報酬上最高の7対1看護基準を取得し、手厚い看護を実施

(出所)：神奈川県立病院機構ホームページ

平成31年4月1日現在において、病院を運営する60の公営企業型の地方独立行政法人が設立されている。このうち、都府県立は21法人であり、首都圏においても栃木県・東京都・神奈川県・山梨県において公営企業型地方独立行政法人が設立されている。このほか、東京都の都立8病院については、平成30年1月「今後の都立病院のあり方について」（都立病院経営委員会）において「地方独立行政法人が今後の都立病院にふさわしい経営形態である」とされ、さらに小池百合子知事は令和元年12月3日の都議会本会議における所信表明演説で、都立8病院に加え東京都保険医療公社が運営する6病院も含めた地方独立行政法人化を表明した。埼玉県の県立4病院についても平成30年11月「埼玉県立病院の在り方に関する検討報告書」（埼玉県立病院の在り方検討委員会）において「県立病院の経営形態は地方独立行政法人が望ましい」とされている。

(参考) 地方独立行政法人への移行について

地方独立行政法人へ移行する際には例として以下の事項について検討する必要がある。また移行には通常、2年程度の移行事務に関する対応期間が必要である。

論点整理・スケジュール管理 ・地方独立行政法人へ移行するにあたっての検討項目の整理 ・全体スケジュール調整、管理
目標管理制度の構築 ・中期目標、中期計画、年度計画の策定 ・評価委員会の設置、運営
組織・運営に係る事項 ・定款の策定 ・業務方法書の策定 ・組織体制の検討 ・各種規程の整備 ・総務省への認可申請をはじめとする各種申請手続
出資・権利義務の承継 ・承継資産、負債の整理及び評価（特に、不動産及び退職給付債務の評価） ・開始貸借対照表、移行後損益計算書のシミュレーション
財務会計制度の構築 ・財務会計諸規程の整備 ・予算、勘定科目の決定 ・財務会計システムの導入（あるいは公営企業にて使用しているシステムの継続使用の可否の検討）
人事給与制度の構築 ・人事給与制度の検討 ・人事給与諸規程の整備 ・職員への移行の希望調査 ・人事給与システムの導入

5 ベンチマークシステムについて

1. ベンチマークシステムについて

(1) ベンチマークシステムとは

ベンチマークシステムとは、病院の主たる費用である医薬品、診療材料等について、病院とベンチマークシステム業者が契約を締結し、同システムに参加している他の医療機関の購入価格をインターネットで相互参照し、自院の価格と比較・分析することができるシステムである。

病院の経費削減の一環として利用されるシステムであり、参加している他の医療機関の平均価格等と比較して、卸売業者等との価格交渉を行ううえでの判断材料となるものである。

なお、千葉県病院局において、診療材料については全病院でベンチマークシステムを使用開始しているが、医薬品について令和元年11月においては、佐原病院を除き使用しておらず今後活用予定となっている。

(2) ベンチマークシステムの購入価格比較結果情報

ベンチマークシステムへの登録品目について、以下の区分で構成比を示す。Sが多いほど平均よりも安く購入しており D 区分が多いほど高く購入していることを示す。

記号の意味

S : 最小値

A : B 判定と S 判定の間

B : 平均から最大最小に各 10% の範囲

C : B 判定と D 判定の間

D : 最大値

(表 15) 購入価格比較結果情報 (データ取得時点: 平成 31 年 3 月 11 日)

(単位: 千円)

	S	A	B	C	D	合計金額
01 がんセンター	1.33%	17.20%	17.26%	52.58%	11.63%	190,554
02 救急医療センター	4.67%	46.35%	23.94%	23.19%	1.85%	168,518
03 精神科医療センター	36.74%	18.45%	11.04%	29.22%	4.55%	1,016
04 こども病院	1.91%	21.58%	22.12%	41.64%	12.74%	118,262
05 循環器病センター	1.38%	45.63%	24.59%	27.72%	0.68%	248,090
06 佐原病院	3.20%	28.13%	36.60%	31.07%	1.00%	68,052

(表 16) 購入価格比較結果情報 (データ取得時点：令和元年 11 月 20 日)

(単位：千円)

	S	A	B	C	D	合計金額
01 がんセンター	2.24%	17.87%	18.78%	51.13%	9.99%	213,336
02 救急医療センター	1.36%	48.94%	26.99%	21.97%	0.74%	178,344
03 精神科医療センター	30.34%	19.88%	3.61%	39.87%	6.31%	1,095
04 こども病院	1.31%	29.66%	22.76%	41.35%	4.92%	111,779
05 循環器病センター	0.90%	50.06%	25.50%	22.85%	0.69%	259,773
06 佐原病院	3.70%	43.60%	24.27%	27.63%	0.79%	58,002

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 医薬品、診療材料の価格交渉について、病院局として導入しているベンチマークシステムを活用しているか。また、医薬品、診療材料等を過度に高い価格で購入していないか	ベンチマークシステムの活用状況について、関連資料の閲覧及び担当者への質問により確認する

3. 実施結果

(1) ベンチマークシステムの活用について

① 病院局

各病院が使用実績等のアップロードを実施する必要があるために、毎月、経営管理課の担当者がアップロードの状況(更新日や何月分までアップロードされたか)の確認を実施しているとのことである。また、6病院の状況(院内の制度やその運用、病院担当者のスキル)が異なるために、一律の取り扱いを求めるような通知は出していないものの、各病院の用度担当者を集めた研修会において、ベンチマークシステムをテーマとして取り上げ、活用方法について説明し、情報交換を実施し、その中でベンチマークシステム提供者による説明も1度実施されているとのことである。

しかし、ベンチマークシステム導入による適時適切なタイミングでの効果測定や病院ごとの具体的な削減目標の設定など、病院局としてモニタリング体制が十分とは言えない状況である。

② がんセンター

ベンチマークシステム導入後、担当者によるベンチマークシステムの使用はなされていたとのことであるが、令和元年8月の監査の際に、ベンチマークシステムを組織的に活用していることがわかる返答や資料等の提示がなされな

かった。そのため、平成31年2月の導入後、令和元年8月までの個別の新規採用品目の価格決定において、ベンチマークシステムが活用された実績を確認することができなかった。

その後、既存品について定期的な価格更新のタイミングである令和元年の10月の更新においては、業者ごとの購入金額等からがんセンターの現状の把握に努め、令和元年度10月からの診療材料契約に向けて、担当者レベルではあるものの「業者」「メーカー」「品目」の価格分析を行った。この結果については、分析資料を事務局長とも共有している。ただし、前述のがんセンターのベンチマークシステムの表によると、C区分が50%超と高い比率となっている。また、C区分D区分の合計の約60%が平均よりも高い価格で購入しており、全体的に購入価格が高めであるとの共通認識を持ったことから、購入金額の多い6業者を対象として話し合いの場を設け、価格の見直しを図っている。

③ 循環器病センター

ベンチマークシステムを利用しており、既存品について病院のベンチマークシステム登録品目について、病院独自に前述の表をベンチマークシステムから取得し、現状分析を実施していた。

また、ベンチマークシステム導入前から購入価格については削減努力をしているとのことであり、前述の表からもA区分、B区分の比率が他病院に比較して高いことがわかる。

さらに、平成31年3月11日時点と令和元年11月20日時点と比較すると、A区分が45.63%から50.06%に改善されている。

④ 佐原病院

ベンチマークシステムは新規品目を取引する際に使用しており、標準価額より高い価額で取引しないよう注意しているとのことであった。

既存の品目については、定期的な価格更新のタイミングである令和元年10月の改定時にベンチマークを活用し始めた。その結果、平成31年3月11日時点と令和元年11月20日時点と比較すると、A区分が28.13%から43.60%に改善されている。

指 摘（ベンチマークシステムの病院局によるモニタリングについて）

平成31年2月にベンチマークシステムを導入しているものの、利活用の程度は各病院に委ねられている状況といえ、ベンチマークシステム導入による適時適切なタイミングでの効果測定や病院ごとの具体的な削減目標の設定・達成

状況の確認などの、病院局としてモニタリング体制が十分とは言えない状況である。

ベンチマークシステムを病院局として導入しているため、各病院に一任するのではなく、病院局として各病院において十分に活用できるようにモニタリング体制を整備、運用する必要がある。

意見（ベンチマークシステムの活用について）

ベンチマークシステムによるとがんセンター、こども病院では、材料の購入実績価格が全体平均の価格よりも高い価格で購入しているウエイトが高いとの実績が示されている。令和元年度の契約更新に当たり、ベンチマークシステムを活用し、平均より高い金額で仕入れている診療材料については、ベンチマークの情報を基に品目の変更や価格交渉等により価格の適正化を目指すとともにさらなる費用削減に役立てる必要がある。

意見（ベンチマークシステムの情報の活用について）

他法人において医薬品の入札にあたり、医薬品卸大手4社の談合疑惑が令和元年12月に報道されていることから、直接的に談合の兆候等を検出することは期待されないものの、過度に高い価格での医薬品の購入を防止し医薬品費を削減する観点から、佐原病院以外の病院においても医薬品についてベンチマークシステムの早期の活用が望まれる。

6 財務会計システムについて

1. 財務会計システムの未収金管理表について

財務会計システムにおいて、「未収金」の内訳明細である「未収金管理表」は、未収金科目・補助科目・債務者・原調定月ごとに、前月残高、(当月)調定額、(当月)収納額、未収残高の情報を提供する帳票である。特定の区分ごとの未収債権について、発生月ごとに発生、回収状況をモニタリングすることが可能な帳票であることから、様々な属性をもつ債権を有する病院事業において、債権の滞留状況を確認し、必要に応じ督促等の対応をとるための重要な帳票である。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 未収金管理表を用いて有効な債権管理を行っているか	・未収金管理表を閲覧する ・未収金管理表の利用実態について質問する

3. 実施結果

(1) 未収金管理表のマイナス残高について

上記のように「未収金管理表」は様々な属性を持つ債権を有する病院事業において、重要な帳票といえる。しかし、今回現地調査対象として選定した3病院のいずれにおいても、当該帳票において、未収残高がマイナスとなっており備考欄に「残高エラー」と表示されるデータが多数存在している。

この点について経営管理課に質問したところ、財務会計システムの入替えの際に前システムから円滑に引き継ぐことができなかったエラーデータであり、マイナス残高は存在するものの、対となるプラス残高が存在することから未収金総額としての誤りはないとの回答であった。

なお、未収金総額としての誤りがないかについてはマイナス残高のデータ数の多さ等を要因として検証できていない。

指 摘 (未収金管理表上のマイナス残高について)

今回現地調査対象として選定した3病院のいずれにおいても、未収金管理表において、未収金項目の残高がマイナスとなっており備考欄に「残高エラー」と表示されるデータが多数存在している。

財務会計システムの入替えの際に前システムから円滑に引き継ぐことができなかったエラーデータであり、マイナス残高は存在するものの、対となるプラス残高が存在することから未収金総額としての誤りはないとの説明を受けたが、こ

れが仮に正しいとしても、各病院における効率的な債権管理の視点から、マイナス残高の整理を行う必要がある。なお、必要に応じ財務会計システムのベンダーとも協議すべきである。

II がんセンターに関する監査の結果

1 繰入金（負担金・交付金）算定事務について

1. 繰入金（負担金・交付金）について

（1）制度概要

① 県立病院の繰入金とは

県立病院は、原則として独立採算を求められている。一方で、地方公営企業法の第17条の2により、特定の条件を満たす経費については、自治体が公営企業（千葉県立病院は地方公営企業に該当）への繰出金（公営企業側から見た場合は繰入金）として、経費を負担することとされている。これにより、県立病院事業の場合には、自治体が政策医療に関わる経費に対して、負担金等の繰入れを行っている。

【地方公営企業法第17条の2】

第17条の2 次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする。

- 一 その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費
 - 二 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費
- 2 地方公営企業の特別会計においては、その経費は、前項の規定により地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において負担するものを除き、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てなければならない。

② 基準外の繰入金

公立病院への繰入について、実務上の一般会計と公営企業との経費負担区分のルールは、総務省より毎年度「繰出基準」として通知が行われている。この基準に示された項目と計算に基づく繰入金を、一般に「基準内繰入金」と呼び、基準に基づかず自治体が独自に行う繰入金は「基準外繰入金」と呼ばれている。

（参考）公立病院事業について総務省繰出基準に定められている項目

1. 病院の建設改良に要する経費
3. 不採算地区病院の運営に関する経費
4. 結核医療に要する経費

5. 精神医療に要する経費
6. 感染症医療に要する経費
7. リハビリテーション医療に要する経費
8. 周産期医療に要する経費
9. 小児医療に要する経費
10. 救急医療の確保に要する経費
11. 高度医療に要する経費
13. 院内保育所の運営に要する経費
15. 保健衛生行政事務に要する経費
16. 経営基盤強化対策に要する経費
- 16(5)医師確保対策に要する経費

※総務省「地方公営企業繰出金について」より一部抜粋

(2) 過去実績 (3 条繰入金)

3 条繰入金の過去実績は以下のとおりである。

(表 17) 3 条繰入金実績

(単位：百万円)

病院名等	H30 年度	H29 年度	H28 年度	H27 年度	H26 年度
合計 (病院局全体)	11,775	11,397	10,000	9,999	9,999
経営管理課 (旧東金病院分を含む)	491	471	486	566	456
がんセンター	2,892	2,816	2,242	2,404	2,460
救急医療センター	2,344	2,165	1,886	1,726	1,790
精神科医療センター	539	489	499	467	448
こども病院	3,139	3,051	2,591	2,486	2,475
循環器病センター	1,698	1,750	1,652	1,672	1,705
佐原病院	670	652	643	678	665

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 制度概要及び金額規模等を把握する	千葉県病院事業決算及び事業報告書、病院局決算数値過年度推移表などを入手し把握する
(2) 算定～決定までの手続概要を把握する	算定担当者、取りまとめ担当者ほかからヒアリングする
(3) 各病院の算定手続を検討する	繰出金算出資料及び各算出額の集計資料ほかを入手し、医事経営課繰出金計算担当者からヒアリングする

3. 実施結果

(1) 手続概要

① 繰入額決定までのスケジュール

繰入額決定までのスケジュールは以下のとおりである。

毎年 9 月初旬に病院において翌年度の収入と支出の見込み額を算定するのと併せて、繰入額を繰出基準に基づき算定し、病院局経営管理課に予算要求を行う。

↓

経営管理課でとりまとめ後、知事部局総務部財政課に予算要求を行う。

↓

1 月下旬までに財政課で査定を行い、予算案を決定

↓

1 月下旬に予算案として議会に説明し公表（記者発表）。

↓

1 月下旬に病院に通知（内示）

↓

2 月議会に提出し審議・議決。

② 繰出基準

総務省が定める一般会計繰出基準に基づき、知事部局と病院局において協議して定めた算定式に基づき算定し、その範囲内で繰入額を決定している。繰出基準及び算定式については、交付項目、項目内要素などについて、平成 16 年頃から大幅な変更は無い。

基準外は過去に女性診療で、特別に女性医師を手配する費用が認められた程度であった。

③ 現況

毎年度の繰入額については、病院局の収支状況を勘案し、決定している。平成 28 年度までは、100 億円程度を目安としていたが、がんセンターにおいて腹腔鏡下手術における死亡事例が相次いだことから病院局の収支が悪化したため、平成 29 年度から繰出基準における最大額を繰入れた結果、総額で 14 億円程度増額している。

繰入金（負担金・交付金）は、高度医療を中心に交付されるので、がんセンターは高度医療が大半という性格上繰入金が多く、収支は良くなっている。

(2) 計算要素及び金額の根拠

繰入金申請金額に 91,078 千円計上漏れがあった。

千葉県病院事業に係る一般会計繰出基準での「7 高度医療に要する経費(2)(高度医療を行うための職員に要する経費)」において、計算式上、常勤医師給与額（他の項目で算定したものを除く）と非常勤医師給与額が算定の対象となるが、非常勤医師分について算定の際に漏れてしまった。

非常勤医師年間平均給与額 106,029 千円×病床利用率 85.9%=91,078 千円が過少額となっていた。

指 摘（繰入金申請金額の計上漏れについて）

繰入金（負担金・交付金）は毎年 110 億円以上が県の一般会計から支出される重要な資金であり、県としての高度医療、救急医療、不採算医療等を支える大事なものである。

したがって、その使い方だけでなく、県からの繰入金額（負担額・交付額）を算定することも慎重にかつ適切に行われる必要がある。

がんセンターでは、一般会計繰出基準で認められた対象項目や計算要素の意味、その集計方法を各担当者や管理者が正しく理解し、計算された申請額が正確かどうかも管理者により検証されることが必要である。

2 電子カルテシステムのバグ（不具合）について

1. IT 管理の担当部署について

(1) 担当部署について

県庁の知事部局に関わる基幹 IT システムの導入やハード、ソフトの全般管理については、知事部局の IT 部門（情報システム課）が総括している。しかし公営企業である病院局はその管轄対象となっておらず、病院局独自で管理運営している。がんセンターにおいては、電子カルテシステムにかかわる部署として、経営戦略部医療情報システム室が担当しており、電子カルテシステムの不具合が、医療安全に関わる場合においては、医療の質・安全管理部と連携して対応している。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 電子カルテシステムにおけるバグの内容及び発生状況を把握する	医療の質・安全管理部発の内部報告書及び担当システム会社発行の報告書を入手し、内容を査閲する
(2) 事故発生後の病院側及びシステム会社の対応状況や改善策を把握する	がんセンター内の対策責任者である副病院長へヒアリングを実施する

3. 実施結果

(1) 電子カルテシステムのバグ（不具合）の状況について

「尿検査結果誤報告について（平成 30 年 11 月 26 日）」によれば、プログラムの不具合により、尿一般検査の入力した検査結果が他の患者の結果に置き換わってしまう事象が 6 年前から発生していたことが、平成 30 年 10 月に発覚したと報告されている。また、システム会社は本不具合を既知のものとして平成 24 年度に他病院へは修正対応していたが、がんセンターには通知しなかった。

6 年間なぜ気づかなかったか？システム会社が当院に通知してこなかったのはなぜか？という問いに対し、電子カルテ管理責任者及び担当したシステム会社の見解は以下のとおりである。

① 電子カルテ管理責任者の副病院長の見解

尿一般検査の内、今回不具合が生じた沈査検査は、主に膀胱炎や腎障害などの診断の補助に使用されており、がんの診断上は、それほど的重要性はないため、極端な違和感がない限り医師も気が付かなかったと思われる。なお、データが残っている平成 27 年 3 月から平成 30 年 10 月までの患者入れ違いによる診断の誤りや診療方針への影響の有無については、結果として影響はないとの

確認を得たとのことであるが、それ以前の平成 24 年 7 月から平成 27 年 2 月までの事案については不明となっている。

また今回の不具合が生じた部分は電子カルテ導入時に病院側で独自にカスタマイズを依頼した部分であり不具合が起りやすかったとのことである。

新しくシステムを導入した時、さらにそこにカスタマイズした部分があれば、より念入りに導入時検査を行うのが常識であり、さらに稼働後も検査部での入力時に、必ずサンプルベースでも別担当者によるダブルチェックを実施していれば、より早期に発見できたはずである。

電子カルテを信じ込みすぎることは、他の項目においても危険である。

② 担当システム会社の見解

システム会社が病院へ知らせてこなかったのは、完全にシステム会社のミスである。担当者が通知と改修プログラムの送付を忘れたのが原因である。

システム会社は、発覚後、電子カルテシステムのすべての内容につき総再点検を行い、他の部分ではバグ等の問題はなかった。通知についても漏れが無いようにダブルチェック体制を導入したとのことである。

指 摘（電子カルテシステムの定期的な検証について）

電子カルテシステムは、病院での診療行為に係る重要情報を管理する根幹のシステムである。これを利用しようとする限りは、システムの正確性・信頼性は必須条件である。そのシステムの欠陥は軽微ではあるにせよ 6 年間も気が付かなかったというのは、そのような体制下で、そもそも電子カルテシステムを使ってもいいのかとの疑問すら生じる。

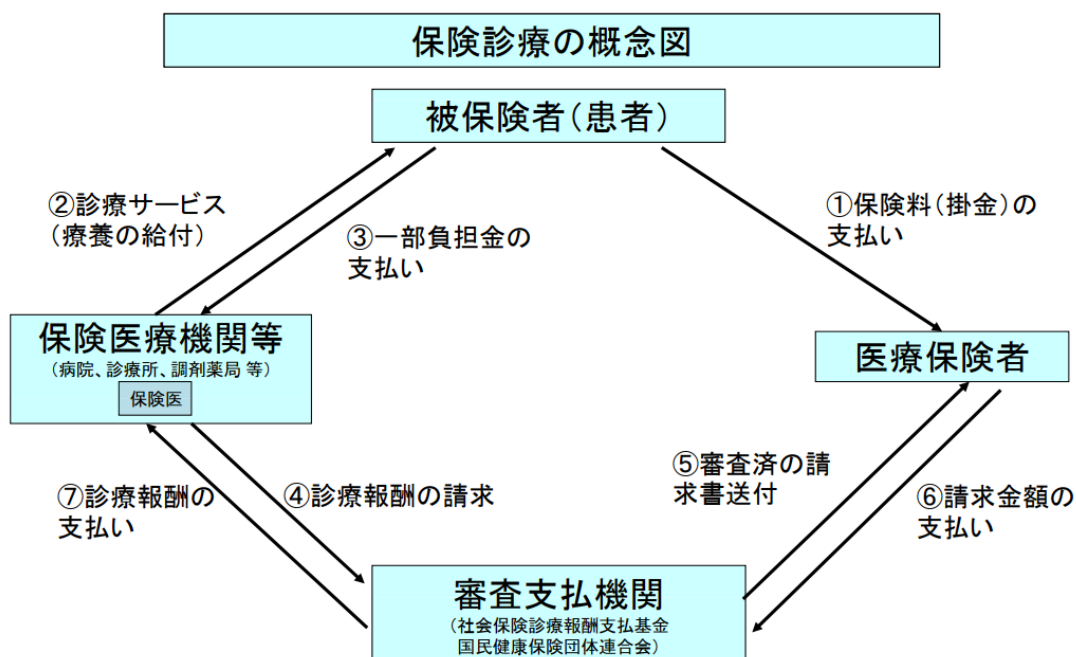
データ入力者とは別な者（別な部署）による入力チェック、インプットとアウトプットの整合性の定期的なサンプルチェックなどを実施するとともに、前提として医療従事者がシステムを含めて正当な注意義務を果たすこと、さらにベンダー、システム管理会社との密接なコミュニケーションの維持も必要である。

3 診療報酬請求管理について

1. 病院における診療報酬請求、算定について

診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が提供する保険医療サービスに対する対価（公定価格）であり保険者（市町村・健保組合等）から受け取る報酬である。

(図 10) 保険診療概念図



(出典：厚生労働省ホームページより)

診療報酬は診療報酬点数表で計算される。診療報酬点数表では、個々の技術、サービスを点数化（1点10円）して評価している。

診療報酬点数表には「別表第1」から「別表第3」まであり、医科の医療機関が算定する「別表第1」の中には、第1章の「基本診療料」と第2章の「特掲診療料」があり、両者を足し合わせて算定される。

また、保険診療として診療報酬が支払われるには、次の条件を満たさなければならない。

- ・ 保険医が、保険医療機関において
- ・ 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等の各種関係法令の規定を遵守し
- ・ 『療養担当規則』の規定を遵守し、医学的に妥当適切な診療を行い
- ・ 『診療報酬点数表（医科等）』に定められたとおりに請求を行っていること

なお、保険診療・診療報酬請求、算定に関する主な法令は次のとおりである。

厚生労働省令	保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則） 健康保険法施行規則 国民健康保険法施行規則 等
告示	診療報酬の算定方法 別表第1 医科診療報酬点数表 等
通知	診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について 基本診療料の施設基準等 特掲診療料の施設基準等 診療報酬請求書等の記載要領等について

2. 着眼点及び監査手続

保険医と保険医療機関が、保険診療及び診療報酬請求のルールをよく理解し適正な請求、算定手続がされているか確認する。

着眼点	監査手続
(1) 【組織体制】 診療報酬請求業務を適切に行えるような体制になっているか	業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れはないかについて確かめる
(2) 【業務プロセス】 診療報酬を正しく請求できるような業務プロセスが構築されているか	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬請求データ作成過程における精度を検証し、保険請求業務遂行にあたり漏れ等が生じていないかについて確認する 各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する
(3) 【施設基準】 施設基準の算定要件は順守され、返還等のリスクが生じていないか	<ul style="list-style-type: none"> 施設基準（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確認する 各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する
(4) 【カルテ記載】 診療報酬請求上求められている算定要件がカルテに記載され、返還等のリスクが生じていないか	<ul style="list-style-type: none"> 診療報酬（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確かめる 電子カルテ（紙記録含）内の医師記録・診療諸記録等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する

なお、用語の説明は以下のとおりである。

- ・「施設基準」とは、一定の基準を満たした医療機関が診療報酬の加算を受けられる基準のことである。
- ・「〇〇加算」とは、「基本診療料」及び「特掲診療料」に「加算」されるものである。それぞれについて項目と基準が明確になっており、この基準を満たしていることを所定の書類により厚生局に届出を行うことによって、診療報酬にそれぞれの加算を行うことができる。
- ・「(医学管理名) 〇〇管理料」とは、主に医師などが患者に対して行う診療上の計画的な指導管理や療養指導の対価として評価されたものをいう。それぞれの管理料・指導料を診療報酬に加算することができる。

3. 実施結果

(1) 診療報酬請求における「組織体制・業務フロー実施状況」について

組織図、議事録等を閲覧し、業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れがないことを確認した。業務フローや業務マニュアルについては作成されていなかった。そのため、マニュアルで定めるべき診療報酬請求に係る医事業務に関する担当者や上長の業務が規定されていなかった。これにより発生している支障は以下のとおりである。

- ・医事業務について、上長による正規職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされていない。
- ・各業務について担当者任せとなっており診療報酬請求、算定に係る業務ごとの把握、管理、コンプライアンスを含めたリスク管理が十分でない。
- ・上長による委託業者への業務確認やモニタリングが十分でない。
- ・医事業務は縦割りで細分化されており、個々の職員の業務内容が可視化されていない。

意見（診療報酬請求における組織体制・業務フロー実施状況について）

上長による職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされておらず、また担当者任せとなっており、委託業者への業務確認やモニタリングも十分されていない。

診療報酬請求、算定においては、診療報酬の要件、医師のカルテ記載を順守して、査定返戻、返還などが生じないように、根拠に基づいた診療報酬請求が行われる必要がある。

上長はそれぞれの業務内容を整理・把握しダブルチェックを行い、委託業者へは契約書・仕様どおり業務が遂行されているか業務報告を受けモニタリングをするなど評価を行う体制の構築が必要である。

また、各請求業務が把握、管理できないリスクや異動など担当者交代に伴い請求業務実施体制が維持されないリスクがあるため、業務フロー・マニュアルを作成することにより医事業務の適切な管理を行われたい。

(2) 個室料金の算定「特別の療養環境の提供に係る室料差額の徴収」について

病室使用同意書と医事システムの会計データを照合したところ、個室入室日以降に病室使用同意書が提出されているにもかかわらず、病室使用同意書が提出された日以前の個室入室期間において、患者より室料差額の徴収がされているものがあった。

(表 18) 特別の療養環境の提供に係る室料差額の徴収

		事例 1 [一般個室]	事例 2 [緩和特別個室]
入院日		3月24日	3月23日
同意書署名日		3月26日	3月25日
個室入室日		3月24日	3月23日
現状	徴収期間	3月24日～31日 8日間	3月23日～31日 9日間
	徴収額	50,960円	89,370円
正	徴収期間	3月26日～31日 6日間	3月25日～31日 7日間
	徴収額	38,220円	69,510円

厚生労働大臣が定める保険医療機関及び保険医療養担当規則 - 特別の療養環境に係る基準事項 (通知) (7) -②③- (8) ①に「特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、患者側の同意を確認の上入院させること。またこの同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、次の例が挙げられるとして、同意書による同意の確認を行っていない場合 (省略) など」が定められており、個室入室日以降に病室使用同意書が提出されているにもかかわらず、個室入室日から室料差額が計算される処理は誤りである。

指 摘 (個室料金の算定「室料差額の徴収」について)

個室入室日以降に病室使用同意書が患者から提出されているケースにおいて、個室入室全期間において患者より室料の徴収がされている。室料差額の徴収は患者の同意が書面でなされた以後について行われるべきであるため、個室使用日と同意書の署名記載日を確認し、同意された日から徴収を行う必要がある。

厚生局の適時調査等において指摘事項とされた例もあるため留意が必要である。

(3) 「重症者等療養環境特別加算 (A221)」について

重症者等療養環境特別加算は、病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者や手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した患者の場合に加算されるものである。

加算の要件の一つに「届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の8%未満とし(省略)」と定められているが、令和元年6月の加算様式23-1及び2のデータについて閲覧したところ、8%未満であるか否かに関わる%の算出及び表記がされていなかった。また令和元年5月以前の8%に係る資料を求めたところ作成されていなかった。

指 摘 (重症者等療養環境特別加算 (A221) について)

重症者等療養環境特別加算については、毎月の検証数値及び患者リストの保管を行い、かつ検証数値と対象の病床数の整合性を確認する必要がある。そのため、加算重症部屋に係るデータを毎月収集し算定要件を満たしているか等を確認のうえ、当該加算に係る情報を適切に把握・管理する必要がある。

(4) 「患者サポート体制充実加算 (A234-3)」について

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制を評価し加算されるものである。

加算の要件の一つに「患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており(省略)」と定められているが、相談報告記録(議事録)を閲覧し確認したところ、平成31年4月以降の開催について確認できない週が1週(4月23日)あった。

指 摘 (患者サポート体制充実加算 (A234-3) について)

患者サポート体制充実加算は、患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスの実施記録が必要であることから、毎週のカンファレンスの開催と各部担当者の出席及び議事内容について適切に記録する必要がある。

(5) 入院基本料算定要件の一つである「入院診療計画」の記載について

入院診療計画とは、入院患者に対して、医師や看護師などの共同により策定さ

れた総合的な入院診療計画である。

入院基本料算定要件の一つとして「病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であり、入院した日から起算して7日以内に当該患者に対し、入院診療計画が文書により交付され説明がなされるものであること」が定められている。

電子カルテ内の入院診療計画書をサンプルで8件閲覧したところ、全てのサンプルにおいて、記載項目が空欄（未記載）のままとなっていた。なお、空欄（未記載）の項目は「症状」、「検査内容及び日程」、「手術内容及び日程」、「その他」であった。

また、主治医氏名の記載においてシステムでの印字のみで主治医の押印又はサインがなかった。

指 摘（入院基本料算定要件の一つである「入院診療計画」の記載について）

電子カルテ内の入院診療計画書をサンプルで確認したところ、記載項目が空欄（未記載）のままとなっていた。また、主治医氏名の記載においてシステムでの印字のみで主治医の押印又はサインがなかった。

記載項目に該当がない場合であっても、該当欄に「(該当) なし」又は「未定」、「パスに記載」と記載する等、空欄、未記載を残さない旨、及び主治医氏名においてはフルネームで適切に印字（記載）し主治医の押印又はサインが必要である旨を関係職種及び医師に対して周知徹底する必要がある。なお、主治医の押印等については指摘されている医療機関もあるため改善する必要がある。

4 医業未収金管理について

1. 医業未収金の管理について

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び千葉県国民健康保険組合連合会）へ請求する診療報酬は、請求額から審査支払機関及び保険者による審査により返戻あるいは査定された金額が控除された決定額が、保険医療機関へ支払われる。

ただし、診療報酬が点数で請求され、入金額は1点を10円で換算した金額で入金されること、患者負担額や公費制度の存在によりその請求プロセスが複雑であること等に起因して、保険医療機関が認識している請求額から返戻額や査定額を差し引いた金額と決定額との間には差額が生じていることがある。当該差額をがんセンターでは調整金と呼んでいる。

<請求額と入金額の関係>

$$\text{請求額} - \text{決定額} = \text{入金差額} = \text{返戻額} + \text{査定額} + \text{調整金}$$

なお、用語の定義は以下のとおりである。

請求額：保険医療機関から審査支払機関へ診療報酬を請求した金額。

返戻額：審査の段階でレセプトの内容に不備が見つかり、保険医療機関へ差し戻されること。保険証の番号の記載ミスなどが主な原因である。保険者から返戻されたレセプトについては「過誤返戻額」と区別して呼ぶこともある。

査定額：審査の段階で過剰診療等と見做された場合、適正な診療報酬額となるよう、増減点がなされること。なお、審査は減点となる場合がほとんどである。保険者から査定されたレセプトについては「過誤増減額」と区別して呼ぶこともある。

決定額：審査支払機関から通知された入金額。

入金差額：請求額と決定額との差額。

調整金：入金差額から返戻額及び査定額を差し引いた金額。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 診療報酬の保険請求額と入金額との差額について、内訳を把握しているか	・ 保険請求額と入金額との差額分析資料あるいは入金額の根拠証憑を閲覧し、入金差額の分析がなされているか確認する
(2) 内訳を把握している場合、調整金が多額に発生していればその要因を調査しているか	・ 上記分析がなされている場合、調整金の金額推移を確認し、多額に発生していればその理由及び調査状況を質問する

3. 実施結果

(1)調整金の分析について

がんセンターにおいては、医事委託先において入金差額を分析し調整金を算出しているものの、センター職員へはその分析結果が共有されておらず、またセンター職員からの求めもなかった。

医事委託先が算定した、平成 31 年 4 月から令和元年 8 月までの調整金の金額を含む診療報酬請求内訳書の内容は以下のとおりであった。なお、令和元年 5 月診療分・社保外来の調整金 13,693 千円を筆頭に多額の調整金が発生しているものの、その要因について調査はなされていない。

(表 19) 診療請求内訳書の内容

(単位：千円)

	請求先	科目	請求額	査定額	返戻額	決定額	調整金	
平成 31 年 4 月	社保	医科	入院	145,995	442	10,145	135,034	373
		医科	外来	130,944	510	3,519	126,902	14
		歯科	外来	471	1	8	461	0
	国保	医科	入院	309,691	620	7,671	298,149	3,252
		医科	外来	262,469	178	2,174	257,814	2,304
		歯科	外来	1,496	2	9	1,486	△1
令和元年 5 月	社保	医科	入院	148,588	△7	14,836	133,751	9
		医科	外来	141,247	435	1,825	125,294	13,693
		歯科	外来	605	0	0	529	76
	国保	医科	入院	290,430	205	9,311	280,699	216
		医科	外来	275,944	167	7,648	269,428	△1,300
		歯科	外来	1,396	70	0	1,350	46
令和元年 6 月	社保	医科	入院	177,478	162	14,155	163,162	0
		医科	外来	137,206	331	8,128	129,250	△504
		歯科	外来	638	1	28	608	0
	国保	医科	入院	307,714	161	9,047	296,622	1,884
		医科	外来	283,031	236	6,280	275,558	957
		歯科	外来	1,345	2	75	1,300	△33
令和元年 7 月	社保	医科	入院	191,581	301	12,744	178,329	208
		医科	外来	144,384	418	833	138,537	4,596
		歯科	外来	683	322	0	663	19
	国保	医科	入院	301,698	△165	13,517	291,395	△3,048
		医科	外来	299,508	225	2,391	296,343	549
		歯科	外来	1,340	2	29	1,311	△1
令和元年 8 月	社保	医科	入院	196,212	1,230	12,029	180,849	2,104
		医科	外来	145,523	346	5,169	140,226	△218
		歯科	外来	544	1	2	539	2
	国保	医科	入院	272,908	100	13,042	261,440	△1,674
		医科	外来	293,158	356	4,991	287,585	225
		歯科	外来	1,399	0	43	1,358	△2

指 摘（入金差額の分析について）

がんセンターにおいては、医事委託先において入金差額を分析し、調整金を算出しているものの、センター職員へはその分析結果が共有されておらず、またセンター職員からの求めもなかった。

調整金は請求額、査定額、返戻額、決定額の差額として算出されることから、調整金が発生するという事はこれらのいずれかあるいは複数の金額が誤っていることとなる。

会計処理の視点からこれらに誤りがある場合の影響は以下のとおりである。なお、決定額は点数ではなく円単位で通知されることから、転記誤りを除き影響はない。

- 請求額…毎月計上される保険請求に係る未収金及び診療収益の金額が誤っていることから、決算書における未収金及び診療収益の正確性に影響を及ぼす。
- 査定額及び返戻額…がんセンターでは入金差額を全て一括して会計処理していることから、実質的には会計上の影響はないといえる。

また、調整金の発生原因は、単純な転記ミスや手計算による点数から円への換算誤りを除くと、医事会計システムによる点数から円への換算精度に問題がある可能性もあり、医事経営データによる正確な経営成績の把握・分析の観点からも問題がある。

未収金及び診療収益計上額の正確性を担保するため、また医事会計システムによる点数から円への換算精度を検証するためにも、医事委託先と協働して調整金の発生状況を月次でモニタリングし、多額の調整金の発生が認められる場合には、その原因を調査し適切に措置することが必要である。

5 患者未収金残高管理について

1. 患者未収金残高管理について

患者負担金額は医事会計システムにより計算され、窓口等において請求額を回収できなかった際には未収金となる。入院の定期請求等一部の例外を除き、ある月に発生した未収金額のうち月末にもなお未収の金額については、未収金として財務会計システム上も計上される。

医事会計システム上の患者未収金残高及び財務会計システム上の患者未収金残高は以下の特徴を有しており、両者が整合していること、もしくは、発生した差異が合理的に説明可能であることについて、年度末を含め定期的に確認することにより、双方の残高の正確性を検証することが必要である。

【医事会計システム】

請求、入金、再計算等により日々更新されておりその残高は原則として常に患者に対する実際の未収残高であるものの、窓口現金事故に伴って不正に未収金額が操作されるリスクがある。

【財務会計システム】

原則として医事会計システム側の残高変動なしに未収金額が増減することはない。また、財務会計システムの金額に基づいて決算書が作成される。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 患者未収金について医事会計システム上の未収金額と財務会計システム上の未収金額とが整合しているか	・患者未収金に係る医事会計システム残高及び財務会計システム残高の提示を受け、両者の整合性を確認する ・上記が不整合の場合、その理由を質問する
(2) 上記の前提として、患者未収金の計上時期が会計ルール・規程に沿ったものであるか	・患者未収金計上時期について質問及び関連証憑を閲覧する

3. 実施結果

(1) 医事会計システム上の未収金額と財務会計上の未収金額の整合性について
がんセンターにおける平成 31 年 3 月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの平成 30 年度発生債権の金額は以下のとおりである。

医事会計システム：35,402 千円

財務会計システム：49,067 千円

なお、不一致原因について質問したところ、要因と考えられる点は以下のとおりであった。なお、当該要因による影響額は把握されていない。

- ・医事会計システムは日々、計算を行う都度未収金額が更新される一方、財務会計システム上は、請求書発行日が属する月に未収金が計上される。このため、入院の定期請求（退院せず継続して入院しており、入院期間が月をまたぐ場合には、月ごとに請求書が発行される）等の患者に関する未収金額は、差異の要因となる。
- ・医事会計システムにおいて、未収金発生後に、保険種別の変更等により未収金額が計算変更となる場合があるが、当該金額の変更を財務会計システム上の未収金額へ反映するのは原則翌年度である。当該運用においては、計算変更された場合にはその変更額は医事会計システムと財務会計システムとの差額となる。

指 摘（医事会計システムと財務会計システムの未収金額の不一致について）

がんセンターにおける平成 31 年 3 月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの平成 30 年度発生債権の金額に差異が生じている。

また、差異について分析は行っておらず、差異要因は一定程度把握されているものの、その影響額は把握されていないことから、当該差異について説明することができない。

適切な未収金残高管理のため、少なくとも年度末等、定期的に両者の残高を照合し、整合性を確保することが必要である。また、残高が不整合の場合、その原因の調査を行い適切な措置を行うことが必要である。

（2）患者未収金の計上時期について

がんセンターにおいて、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としている。これを診療日が属する月との関係で整理するならば、外来診療費の請求や入院診療費の請求のうち退院時請求については診療月と同月に請求書が発行されるため、診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致するが、入院診療費のうち定期請求（退院せず継続して入院しており、入院期間が月をまたぐ場合には、月ごとに請求書が発行される）の場合には診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致しないこととなる（上記（1）も参照）。

地方公営企業の会計は、企業会計原則に基づくことが地方公営企業法第 20 条、地方公営企業法施行令第 9 条において定められており、企業会計原則における収益の計上基準は発生主義（実現主義）である。また、千葉県病院局経営管理課によって定められている「千葉県病院局会計事務処理要領」の「5. 経理の方法（5）」

未収・未払計上」においても次のように定められている。

「診療を行った月内に収納されない個人負担分及び診療報酬請求分は、診療月（再請求分を除く）の末日付けで未収計上を行います。」

がんセンターにおける患者未収金の計上時期は、「千葉県病院局会計事務処理要領」が求める未収金の計上時期と異なっている。

なお、審査支払機関（保険請求分。社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）への請求に関しては、請求は診療月の翌月になされるものの、未収金（及び収益）の計上は診療月で計上されている。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、当該金額の変更を財務会計システム上の未収金額へ反映するのは原則翌年度である。

この点、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては以下のように規定しており、特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計上反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させるべきものである。

「まだ収納されていない未収計上の段階で、負担割合の変更等で調定額が変更された場合に増減額調定を行います。診療報酬請求に係る査定減等と同様に、判明の時期の関係で、未収計上年度内で増減額調定ができなかった場合は、翌年度の収益計上又は不納欠損処理で対応します。」

指 摘（患者未収金の計上時期について）

がんセンターにおいて、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としているが、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては請求書発行日が属する月ではなく、診療月で計上することとされている。

地方公営企業会計が依るべき企業会計原則及び上記要領に沿う観点から、また保険請求分との整合性からも、患者未収金は診療月で計上すべきである。なお、診療月と請求月が同一のケースの処理を変更する必要はない。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、財務会計システムへの反映は翌年度になされている。

「千葉県病院局会計事務処理要領」においては特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計システム上へ反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させる必要がある。

6 SPD 業者及び棚卸資産の管理について

1. 委託先（SPD 業者）管理の概要

がんセンターは、SPD 業者へ棚卸資産管理等の一部を業務委託している。SPD（Supply Processing and Distribution）とは、病院が使用・消費する物品（診療材料、消耗品など）の在庫やそれを使用する場所への供給等の物流・物流管理を外注することにより、現場の業務負担や診療物品を柔軟かつ円滑に管理する方法で、多くの病院において採用されている。

(1) SPD 業務委託契約について

がんセンターと鴻池メディカル株式会社との間で業務委託契約を締結しており、材料購買の多くの局面において SPD 業者へ業務委託している。SPD 契約の概要は以下のとおりである。

契約相手	鴻池メディカル株式会社
契約期間	平成 29 年 4 月 1 日～令和 2 年 3 月 31 日
契約金額	月額 6 百万円（消費税抜き）
目的	<ul style="list-style-type: none">・中央物流センターにおいて、物品管理業務が効果的に運営されることを目的として業務を行う。・中央材料室において、滅菌業務の運営及び滅菌物の効果的な管理を目的として業務を行う。・薬剤部において、薬品管理業務が効果的に運営されることを目的として、業務を行う。
詳細な実施事項	契約書の仕様書（別紙 2）及び（別紙 3）において業務一覧が詳細に定められている。

上述 SPD 業者との業務委託契約書第 11 条において、検査及び引渡しについて定めがあり、病院は SPD 業者の業務の検査を実施する必要がある。

<p>第 11 条 乙（鴻池メディカル株式会社）は、委託業務を完了したときは遅滞なく甲（千葉県）に対して業務完了報告書を提出しなければならない。</p> <p>2 甲は前項の業務完了報告書を受領したときは、その日から 10 日以内に検査を行わなければならない。</p> <p>3 前項の検査の結果不合格になり、補正を命ぜられたときは乙は遅滞なく当該補正を行い甲に補正完了の届を提出して再検査を受けなければならない。この場合再検査の期日については前項を準用する。</p>
--

(2) 実地棚卸について

実地棚卸については、千葉県病院局財務規程、千葉県がんセンター実地棚卸実

施マニュアルに基づき実施される。

実地棚卸は毎年、9月末日及び3月末日に実施され、マニュアルには棚卸対象品目、棚卸方法等が定められている。

(3) 廃棄管理について

不用品の処分については、千葉県病院局財務規程に基づき実施される。不用品の処分の概要は以下のとおりである。

(不用品の処分)	
<p>第八十三条 課長及び病院長は、棚卸資産のうち、不用となり、又は使用に耐えなくなった棚卸資産を不用品として整理するときは、不用品処分回議書（別記第六十七号様式）により、当該棚卸資産を不用品として整理すること及び売却（買受人がない不用品又は売却価格が売却に要する費用の額に達しない不用品にあつては、廃棄）をすることについて、局長の決裁を受けなければならない。</p>	
<p>2 物品取扱員は、前項の決裁に基づき棚卸資産を売却し、又は廃棄したときは、直ちに在庫伝票を発行し、棚卸資産整理簿に記帳し、及び出納員に通知しなければならない。</p>	
(物品の売却及び廃棄)	
<p>第九十一条 物品の売却及び廃棄の手続は、第八十三条に規定する不用品の処分の手続の例による。</p>	

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) SPD 業務委託契約について、SPD 業者により適切に実施されているか、また病院による委託業務の完了確認が適切に実施されているか	<ul style="list-style-type: none"> ・仕様書（別紙）に記載の業務について、SPD 業者への質問及び資料の閲覧により委託業務が適切に実施されていることを確かめる ・また、業務の完了確認を実施していることを病院職員への質問及び資料の閲覧により確かめる
(2) 実地棚卸が、棚卸資産残高を漏れなく正確に把握できる体制となっているか	実地棚卸資料及び実地棚卸マニュアルの閲覧及び担当者への質問により、実地棚卸が適切であることを確かめる
(3) 廃棄について、金額、理由等が十分に把握されているか。また、廃棄情報を棚卸資産管理に活用しているか 千葉県病院局財務規程及び千葉県	廃棄に関する資料の閲覧及び担当者への質問により、廃棄管理が適切であることを確かめる

がんセンター実地棚卸実施マニュアルに基づき廃棄が実施されているか	
----------------------------------	--

3. 実施結果

(1) 委託先の管理について

業務委託契約において実施事項として定めがあるものの、以下抜粋項目について病院による業務の完了確認が不十分である。

(表 20) 仕様書記載の内容

仕様書	項目
I 在庫管理 一棚卸業務	年 2 回の実地棚卸と、棚卸誤差の追求。(9 月末・3 月末)
II 消費管理 一請求漏れ対策	①医事部門との突合業務による毎月末の請求漏れ管理品目に関する院内各使用部署との照合ができること。 ②電子カルテと連携することにより、医事請求データ等より使用量を集計、確認し、患者別消費量の解析ができること。 ③医事部門との消費管理におけるデータ連携及びチェック体制ができること。 ④請求漏れの防止として、材料への保険請求ラベルの貼付を検討していく。 ⑤医事請求数量と払出し実績の照合は、ホストコンピューターと物流コンピューターとの整合性を図る必要があるため、順次段階的に管理運営を推進していく。
III 総合管理 一月次報告書の作成	②月次単位でのデータ比較、分析とその報告。 必要データ ・部署別末端在庫金額と品目数 ・分類別中央在庫金額と品目数 ・部署別使用金額と品目数 ・購入金額

① 在庫管理一棚卸業務について

SPD 業者が病院へ棚卸誤差の内容及び理由を報告していないため、病院は棚卸誤差の内容及び理由を把握できていない。

また、実地棚卸マニュアルにおいては、帳簿数量側に問題がある場合、承認済みの「差異理由書」に基づき帳簿数量の修正処理を行うことが定められている。しかし、SPD 業者が在庫システム上の数量修正（帳簿数量を実カウント数量へ修正）を行っているため、承認済みの「差異理由書」に基づいた帳簿数量の修正処理を行っていない。

また、会計処理上通常診療材料費の中に当該差分が含まれている。

千葉県がんセンター実地棚卸実施マニュアル

10. 集計結果と過不足の調査・修正

(3) 過不足の修正手続

① 帳簿数量側に問題がある場合

受払時の起票ミス（破損品等を含む）、起票漏れ、紛失・盗難、簿外品の発生等、帳簿数量側に差異の原因があった場合には承認済みの差異理由書に基づき帳簿数量の修正処理を行うこと。

指 摘（棚卸誤差について）

SPD 業者が病院へ棚卸誤差の内容及び理由を報告していないため、病院は棚卸誤差の内容及び理由を把握できていない。

棚卸資産管理上棚卸誤差は不適切な払出しがなかったか、払出し時等の処理誤りがなかったかなどを調査するために有用な情報であるため、棚卸誤差の発生内容、原因を病院職員へ伝達するように SPD 業者に求めるべきである。

また、SPD 業者が直接、帳簿数量を実カウント数量へ修正しているため、承認済みの「差異理由書」に基づいた修正処理となっていない。実地棚卸マニュアルに定めたとおり、承認済みの「差異理由書」に基づいて帳簿数量の修正処理を行う必要がある。

また、通常の診療材料費とは区別して伝票処理する必要がある。

②消費管理－請求漏れ対策について

診療材料について、整形外科と脳外科のインプラントのみ医事経営課へ診療材料の使用量を提供しているが、他の診療材料（償還材料）については、医事請求数量との照合が実施されていない。

意 見（請求漏れ対策について）

SPD の業務委託契約書の仕様書のⅡ消費管理－請求漏れ対策において①～⑤のような記載もあることから、整形外科と脳外科のインプラント以外の診療材料（償還材料）についても医事経営課へ診療材料の使用量を提供することについて、SPD 業者へ業務依頼や業務支援要請を検討することが望ましい。

③総合管理一月次報告書の作成

診療材料について、SPD 業者より月次報告書を受領しているものの、仕様書に定めのある項目のうち以下に記載のものが受領されていない。

- ・ 部署別末端在庫金額と品目数・・・受領していない

- ・分類別中央在庫金額と品目数・・・品目数を受領していない
- ・部署別使用金額と品目数・・・・・・受領していない

指 摘（月次報告書の作成について）

診療材料について SPD 業者より月次報告書を受領しているが、仕様書に定めのある項目のうち部署別末端在庫金額と品目数、部署別使用金額と品目数を受領していない。また、分類別中央在庫金額と品目数のうち品目数を受領していない。

管理コストの増大や在庫水準の増加といったリスクへつながるおそれもあることから適切な在庫管理のために SPD 業者から仕様書に定めのある全ての情報を受領する必要がある。

意 見（月次報告書の活用について）

SPD 業者からの受領報告書については、材料費削減等に活用することが望ましい。例えば、過度に増加している品目がないか、在庫期間が長い品目がないか、新規採用品の多い部署についてその必要性を検討しているか等の分析を実施することも材料費削減の上で重要となる。

（2）棚卸業務について

実地棚卸資料を閲覧し、担当者にヒアリングを実施した。その結果以下の事項が検出された。実地棚卸を漏れなく正確に実施するために、以下の検出事項について改善する必要がある。

① 棚卸資料の保管状況について

薬剤部にて、実地棚卸資料を閲覧したところ、エクセルデータで出力した清書のみが保管されており、実際に棚卸を実施した際の手書きの棚卸資料については廃棄していた。

指 摘（実地棚卸資料の保管について）

実際に棚卸を実施した際の手書きの棚卸資料については廃棄していた。

事後の検証可能性を担保するため、また適切に棚卸が実施されたことの証明として、手書きの棚卸資料も決裁資料の添付書類として保管する必要がある。

② 棚卸実施状況について

実地棚卸は、千葉県病院局財務規程、千葉県がんセンター実地棚卸実施マニュアルに従って実施することになるが、実地棚卸の実施方法や留意点についての事前周知がなされていない。そのため、マニュアルに従った方法で実施され

ていないという指摘事項が発見されている。なお、実地棚卸実施マニュアルでは、以下のように定められている。

千葉県がんセンター実地棚卸実施マニュアル【棚卸実施責任者業務内容】

1 事前準備

(5) 棚卸実施者等に対する情報共有

実地棚卸の関係者を事前に集めて、実地棚卸の際の留意点などを周知する。

診療材料の棚卸実施時における記録について、千葉県がんセンター実地棚卸実施マニュアルには、以下のとおり定められているが、棚卸表の記入が鉛筆で行われていた。

千葉県がんセンター実地棚卸実施マニュアル

9. 実査記録と集計方法

(1) ②棚卸表の記入は、必ず黒のボールペン又はサインペンで行う。

鉛筆又はシャープペンシル等の簡単に消せる筆記具の使用は不可とする。

また、診療材料の実地棚卸時における記録に、数量がブランクになっていた品目が散見された。

実地棚卸において、在庫リストの順番で現物をカウントする方法となっている部署があった。在庫リストに記載されている在庫から現物を確認にいくため、現物があるにもかかわらずカウント漏れが発生する可能性がある。

また、薬剤部から病棟へ払い出した薬品については、実地棚卸がされておらず、払い出し時に費用処理されている。

指 摘（規程、マニュアルの周知徹底について）

実地棚卸の実施方法や留意点について事前周知がなされていない。指摘事項が多数あることから、よくある誤り事例を示すなど明瞭で簡潔な資料を使用し、マニュアルに従い事前に実地棚卸担当者に周知の場を設ける必要がある。

指 摘（棚卸表の記載に使用する筆記用具について）

棚卸表の記載がマニュアルどおり行われていない。マニュアルに記載のとおり、ボールペン又はサインペンで記入する必要がある。

指 摘（数量 0 の品目の棚卸表への記載方法について）

診療材料の实地棚卸時における記録に、数量がブランクになっていた品目が散見されたが、数量が 0 である品目については、不適切な数量変更等の防止、カウントの事実を明確に示すために、「0」や「-」を記載すべきである。

指 摘（棚卸のカウント方法について）

棚卸を実施する際に、在庫リストの順番で現物をカウントする方法となっている部署がある。棚卸のカウント漏れを防止するためには、現物から在庫リストの順番でカウントする必要がある。

指 摘（病棟保管分の薬品に関する棚卸について）

病棟保管分の薬品は概算で 500 万円程度あるとのことである。適正な費用、棚卸資産を計上するためにも年度末においては棚卸の対象とすることが必要である。

（3）廃棄管理について

SPD 業者は廃棄情報を物流システムへ廃棄登録しているが、診療材料に係る廃棄情報について、SPD 業者から病院への報告がされていない。

なお、廃棄情報については、棚卸資産の有効活用の度合いや SPD 業者の棚卸資産管理レベルの把握、さらには不正防止の観点からも極めて重要な情報である。

また、千葉県病院局財務規程については、P145（3）廃棄管理についてで述べたとおりである。

指 摘（SPD 業者からの廃棄情報について）

病院は SPD 業者より廃棄情報の報告を受け、廃棄品目、廃棄額及びその理由を把握する必要がある。また、当該把握結果につき院内決裁を行う必要がある。なお、会計上は目「資産減耗費」節「棚卸資産減耗費」として処理し、通常の診療材料費とは区別する必要がある。

7 固定資産管理について

1. 固定資産の管理について

(1) 固定資産の管理について

① 固定資産とは

固定資産とは、千葉県病院局財務規程第 92 条において以下のとおり規定されている。

千葉県病院局財務規程（平成 16 年 4 月 1 日病院局管理規程第 22 号） （固定資産の範囲） 第九十二条 この管理規程において固定資産とは、次の各号に掲げる資産をいう。 一 有形固定資産 イ 土地 ロ 建物 ハ 構築物 ニ 機械及び装置 ホ 車両運搬具 へ 耐用年数一年以上かつ取得額 10 万円以上の工具、器具及び備品 ト リース資産（ファイナンス・リース取引におけるリース物件の借主である資産であって、当該リース物件がイからへまで及びリからルまでに掲げるものである場合に限る。） チ 建設仮勘定 リ 放射性同位元素 ヌ 立木 ル その他の有形資産であって、有形固定資産に属する資産とすべきもの 二 無形固定資産 イ 借地権 ロ 地上権 ハ 特許権 ニ リース資産（ファイナンス・リース取引におけるリース物件の借主である資産であって、当該リース物件がイからハまで及びホからチまでに掲げるものである場合に限る。） ホ 有償で取得した電話加入権 へ 地役権 ト 施設利用権 チ その他の無形資産であって、無形固定資産に属する資産とすべきもの 三 投資その他の資産 イ 投資有価証券 ロ 出資金 ハ 長期貸付金 ニ 長期前払消費税 ホ その他の固定資産であって、投資その他の資産に属する資産とすべきもの
--

② 固定資産の管理について

病院局及び千葉県立病院にて所有する固定資産は土地や建物に加え、高度医療機器等、診察や検査等病院業務の主目的で使用する重要な備品が多く存在するため、固定資産を適切に管理することが重要である。

病院局においては、適切な固定資産管理を目的として、「千葉県病院局固定資産管理規程」及び「千葉県病院局固定資産管理要領」を制定し、当該規程や要領の中で、固定資産台帳の備付や、固定資産の実地調査を定めている。

特に、固定資産実査は、固定資産台帳に登録されている資産が実際に存在するのか、劣化・陳腐化している資産はないかといった資産の状況を把握できるため重要な手続きであり、「千葉県病院局固定資産管理要領」において、以下のとおり定めている。

千葉県病院局固定資産管理規程

(平成 16 年 4 月 1 日病院局管理規程第 24 号)

(総括事務及び管理)

第七條 副局長は、固定資産の事務を総括する。

- 2 課長及び病院長は、その所掌に属する固定資産について、管理を行う。

(帳簿)

第八條 次の各号に掲げる者は、それぞれ当該各号に掲げる帳簿を備え、必要な事項を記録しなければならない。

- 一 課長 次に掲げる帳簿
- イ 固定資産台帳 (別記第一号様式)

(維持及び保全)

第十四條 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。

- 一 固定資産の使用目的
- 二 土地にあつては、その境界
- 三 建物にあつては、電気、ガス、給排水等の施設
- 四 使用を許可し、又は貸し付けた固定資産にあつては、その使用状況
- 五 関係帳簿及び附属図書と固定資産の現況との照合

(実地調査等)

第四十條 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。

千葉県病院局固定資産管理要領

(固定資産実査の実施)

- 第四条** 規程第 14 条に規定する現況調査（実査）は、毎事業年度に実施し、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責任者が管理する固定資産に対し行い、課長または病院長に報告する。
 - 4 課長または病院長は規程第 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。

（現物不在の固定資産の処理）

- 第五条** 固定資産管理責任者は、実査またはそれ以外の時に、固定資産保管簿に登載されているにもかかわらず、現物不在の固定資産がある場合は、速やかに課長または病院長に報告する。
- 2 前項の報告を受けた場合、課長または病院長は、関係者の聞き取りや、その他必要な調査を行い、その結果及びその他の現状から、現物不在の固定資産があることを確認した場合は、当該年度内に処分された場合を除き、不在固定資産報告書（様式 3）により副局長に報告する。

（2）がんセンターにおける固定資産管理事務について

がんセンターでは、平成 30 年度末時点で以下のとおり、計 3,573 件、総額約 66 億円の固定資産を保有している。

（表 21）がんセンター固定資産概要

（単位：千円）

勘定科目名称	件数	帳簿価額 （減価償却累計控除後）
建物	104	3,410,529
器械備品	3,434	1,934,518
土地	2	1,276,993
構築物	6	6,272
電話加入権	1	72
その他有形固定資産	23	773
その他無形固定資産	3	41,194
総計	3,573	6,670,355

がんセンターでは、千葉県病院局固定資産管理規程第 8 条に基づき、管理課長の責任の下、固定資産台帳を作成し随時更新している。また、実査に関しては、千葉県病院局固定資産管理規程第 14 条及び第 40 条、並びに千葉県病院局固定資産管理要領第 4 条に基づいて、病院局より局長名で毎年 8 月頃に基準日を 9 月 30 日、報告日期限を 10 月 31 日とする実査依頼が各病院へなされる。当該実査

においては、病院局長からの指示により、毎年全ての固定資産について実査を行うこととしている。

がんセンターにおいても、毎年 10 月に 1 か月をかけて固定資産実査を行い、実査結果を「固定資産実査報告書」「不在固定資産報告書」により病院長に報告、決裁の上、病院局長へ報告を行っている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 固定資産の管理は、適切になされているか	固定資産実査資料の閲覧及び担当者への質問により実査の実施状況を確認する

3. 実施結果

(1) 固定資産実査に関する規程について

千葉県病院局固定資産管理要領の第 4 条（固定資産実査の実施）において、固定資産の現況調査（実査）は、毎事業年度に実施し、その基準日は事業年度の末日とすると定めている。しかし、病院局より毎年 8 月頃に基準日を 9 月 30 日、報告日期限を 10 月 31 日とする実査依頼が各病院へなされている。

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

指 摘（固定資産実査の基準日について）

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日は 9 月 30 日であるが、固定資産管理要領で定めている固定資産実査の基準日は 3 月 31 日であり、基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

固定資産管理要領に基づいて固定資産実査を行う必要がある。

(2) 固定資産実査の実施状況について

平成 30 年度の固定資産実査資料を閲覧したところ、実査確認欄に「不明」との記載や空欄が散見された。また、いずれも最終的な顛末が不明確であり、最終的に会計上除却処理されたのは 9 件のみであり、その他の固定資産は顛末が不明のまま放置されている。

(表 22) 平成 30 年度固定資産実査の結果について（一部抜粋）

	不明	空欄	総件数
看護局	28 件	102 件	約 400 件
呼吸器外科	29 件	2 件	43 件
呼吸器内科	0 件	46 件	59 件

指 摘（固定資産実査により判明した不明資産について）

平成 30 年度に実施した固定資産実査の資料において、実査確認欄が「空欄」である資産や「不明」と記載されている資産が散見された。固定資産実査は、固定資産台帳の正確性を確保する重要な手続であるため、顛末が不明のまま放置することなく適切に実施されたい。

また、現在の不明資産については再度調査を行うことで最終的な顛末を確認し、存在していない固定資産については、適切な承認のもと固定資産の除却処理をする必要がある。

8 勤怠管理について

1. 勤怠管理について

病院局の勤怠管理のうち具体的な勤務時間等については、千葉県病院局職員服務規程、及び病院に勤務する職員の勤務時間等に関する規程に定められている。

同規定においては、所属長は、職員に勤務時間外又は休日に勤務を命ずることができることされており、職員は、勤務時間外又は休日に勤務を命ぜられた場合には、庶務共通事務処理システムによりその命令に関する所要事項を入力し、当該命令を受領した旨の確認を行わなければならない旨が定められている。

千葉県病院局職員服務規程（平成16年3月30日病院局管理規程第17号）

（勤務時間等）（一部抜粋）

第六条 職員の勤務時間は、一週間につき三十八時間四十五分とする。

8 職員の勤務時間及び休憩時間は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 勤務時間 午前八時三十分から午後五時十五分まで。ただし、別に定めるところにより、所属長（勤務時間及び休憩時間の割振りについて所属長に準ずる者として局長が別に定める者を含む。以下この項及び次項において同じ。）が指定する職員にあっては、午前七時三十分から午後四時十五分まで、午前八時から午後四時四十五分まで、午前八時十五分から午後五時まで、午前九時から午後五時四十五分まで又は午前九時三十分から午後六時十五分まで
- 二 休憩時間 午後零時から午後一時まで。ただし、所属長が指定する職員にあっては、午前十一時から午後零時まで又は午後一時から午後二時まで

9 一日の勤務時間が六時間を超え八時間以下の場合において、別に定めるところにより次の各号に掲げる場合に該当する職員から申出があり、かつ、所属長が公務の運営に支障がないと認めるときの当該職員の休憩時間は、前項第二号の規定にかかわらず、午後零時から午後零時四十五分まで（所属長が指定する職員にあっては、午前十一時十五分から午後零時まで又は午後一時から午後一時四十五分まで）とする。この場合における同項第一号の規定の適用については、同号中「午後五時十五分」とあるのは「午後五時」と、「午後四時十五分」とあるのは「午後四時」と、「午後四時四十五分」とあるのは「午後四時三十分」と、「午後五時まで」とあるのは「午後四時四十五分まで」と、「午後五時四十五分」とあるのは「午後五時三十分」と、「午後六時十五分」とあるのは「午後六時」とする。

10 所属長は、前項第五号に掲げる場合に該当する職員から第八項第二号又は前項に規定する休憩時間の時間帯以外の時間帯に休憩時間を置くことについて申出があり、かつ、公務の運営に支障がないと認められるときは、同号又は同項に規定する休憩時間を分割し、同号に規定する休憩時間にあつては十五分間又は三十分間の、同項に規定する休憩時間にあつては十五分間の休憩時間を当該時間帯に置くことができる。

11 第六項から前項までの規定にかかわらず、局長は、病院に勤務する職員については、四週間ごとの期間につき一週間当たり一日以上の割合で週休日（育児短時間勤務職員等にあつては、四週間を超えない期間につき一週間当たり一日以上の割合で当該育児短時間勤務等の内容に従った週休日）を設ける場合に限り、週休日及び勤務時間及び勤務時間の割振りについて別に定め、又は休憩時間若しくは休息時間を別に定めることができる。

12 局長は、職員に第六項又は前項の規定による週休日において特に勤務することを命ずる必要がある場合には、別に定めるところにより、第七項又は前項の規定により勤務時間が割り振られた日（以下「勤務日」という。）のうち局長が別に定める期間内にある勤務日を週休日に変更して当該勤務日に割り振られた勤務時間を当該勤務することを命ずる必要がある日に割り振り、又は当該期間内にある勤務日の勤務時間のうち四時間を当該勤務日に割り振ることをやめて当該四時間を当該勤務することを命ずる必要がある日に割り振ることができる。

（時間外及び休日の勤務）

第八条 所属長は、労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）第三十三条又は第三十六条の規定により、職員に勤務時間外又は休日に勤務を命ずることができる。

2 育児短時間勤務職員等についての前項の規定の適用については、同項中「職員」とあるのは「育児短時間勤務職員等」と、「命ずる」とあるのは「命じなければ公務の運営に著しい支障が生ずると認められるときに限り、育児短時間勤務職員等に当該勤務を命ずる」とする。

（時間外勤務命令）

第十五条 職員は、勤務時間外又は休日に勤務を命ぜられた場合には、庶務共通事務処理システムによりその命令に関する所要事項を入力し、当該命令を受領した旨の確認を行わなければならない。

病院に勤務する職員の勤務時間等に関する規程（平成16年3月30日病院局管理規程第18号）

（勤務時間）

第二条 職員の勤務時間は、次の各号に掲げる職員の区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるとおりとする。

一 がんセンターに勤務する職員のうち放射線技師、臨床検査技師、薬剤師及び看護師である職員、救急医療センターに勤務する職員のうち医師、臨床検査技師、放射線技師、薬剤師及び看護師である職員、精神科医療センターに勤務する職員のうち医師、精神保健福祉相談員及び看護師である職員、こども病院に勤務する職員のうち臨床検査技師、放射線技師、薬剤師及び看護師である職員、循環器病センターに勤務する職員のうち医師、臨床検査技師、放射線技師、薬剤師、看護師及び准看護師である職員並びに佐原病院に勤務する職員のうち医師、放射線技師、臨床検査技師、薬剤師、助産師、看護師及び准看護師である職員（以下「医

<p>師等」という。) 一日十五時間三十分以内とし、かつ、四週間を平均して一週間につき三十八時間四十五分とする。</p> <p>二 医師等以外の職員 一日七時間四十五分又は三時間五十五分とし、かつ、四週間を平均して一週間につき三十八時間四十五分とする。</p>
--

また、千葉県は、職員の休暇の取得や週休日の振替、時間外勤務命令等に関する労務管理事項について、千葉県病院局処務規程で決裁権限を定め、各規定に沿った運用を行っている。

所属職員の時間外勤務命令及び休日勤務命令に関することに関しては、事務局長の専決事項となっている。

(参考) 千葉県病院局処務規程 (平成 16 年 4 月 1 日病院局管理規程第 25 号) 第九条 2 病院長、出先機関局長、前立腺センター部長等及び出先機関室長は、別表に定めるところにより、それぞれ専決することができる。

別表 (第九条第二項抜粋)

局名	病院長専決事項	出先機関局長専決事項
事務局	(省略)	六 所属職員の時間外勤務命令及び休日勤務命令に関すること。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) がんセンターの勤怠管理の運用状況を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・がんセンターにおける勤怠管理について、概要を把握する ・勤怠管理において承認を必要とするものについて、承認証跡を確認する

3. 実施結果

(1) 勤怠管理の状況について

がんセンターにおける勤怠管理の概要は、以下のとおりである。

① 事務局職員に関する勤怠管理について

- ・事務局職員については、千葉県の庶務共通事務処理システム (以下『しよむ 2』という。) によって行われる。
- ・職員が PC (『しよむ 2』搭載の個人用パソコン) を起動した際、タイムレコードが記録され、同時に出勤簿に各人が押印する。PC をシャットダウンすると同時にタイムレコードが記録される。
- ・時間外勤務については、事前の承認 (処務規程上では「時間外命令」) は上長の口頭による承認となっており、承認証跡がない。規程上は、時間外勤務時間

を『しょむ2』に登録し、指定のワークフローにより上長の承認を得ることとなっている。

- ・非常勤職員については、『しょむ2』による勤怠管理は実施されておらず、勤務時間数を時間外勤務等命令簿で報告し、上長の承認を得ることとなっている。

② 医師に関する勤怠管理について

- ・がんセンターにおける医師の勤怠管理（時間外勤務）は、時間外勤務終了後、本人が時間外勤務等命令簿を提出し、事務局担当者が『しょむ2』に代理入力することになっている。
- ・時間外勤務等命令簿の提出時には上長の承認を得たものが提出されるが、入力に関してのチェックは行われていないため、入力時にミスがあったとしても気づかれない恐れがある。

③ 勤怠管理における承認について

職員の勤怠管理自体は、千葉県が使用する勤怠管理システム『しょむ2』によっていることから、『しょむ2』で承認が要求されているものについては、もれなく承認がなされている。しかしながら、時間外勤務の事前承認については、『しょむ2』に登録することなく、口頭によって行っているため、承認証跡が残らない。

また、医師等の時間外勤務等命令簿により時間外勤務の申請を運用しているものについては、上長の承認がなされていることを閲覧により確認した。

指 摘（時間外勤務の事前承認について）

千葉県が使用している『しょむ2』には、時間外勤務の事前承認に関する機能が装備されているが、がんセンターの事務局職員は、当該機能を利用せず口頭による事前承認を行っている。時間外勤務については、上長の事前承認、及び事後承認を必要とするが、事前承認については上長の口頭によって行っており承認証跡が残らない。『しょむ2』の事前承認のワークフローを使用することで、事前承認時に報告した時間外勤務時間と実際の時間外勤務時間を比較することが可能となり、実際の業務時間を正確に把握することができ、過剰な時間外勤務を削減するなど労務管理に資すると考えられる。

『しょむ2』の事前承認のワークフローを使用し、承認証跡を残すとともに、事前申請の時間外勤務時間、及び実際の時間外勤務時間との差が把握できるような仕組みとすることを検討すべきである。

意見（医師の勤怠入力について）

医師の勤怠についてのシステム入力は、医師より提出された時間外勤務命令簿による勤務実績を基に事務局の担当者が入力しているが、入力した時間数等について、正しく入力されているかをチェックする体制が整備されていない。そのため、入力ミスがあっても発見できない可能性がある。入力に関し、担当者以外の者が、入力の正確性をチェックする体制を整える必要がある。

9 現預金管理について

1. 現預金の管理について

現金の管理は、一般的には現金の出し入れがあった場合には、その日のうちに記録をするとともに、実際の現金有高と照合することが重要とされている。

預金の管理についても同様であり、預金の出し入れがあった場合には、その日のうちに記録を行い、帳簿残高と預金の残高を照合することが重要とされている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
現金及び預金の管理状況を把握する	<ul style="list-style-type: none">・ 現金、預金通帳、その他金券類の金庫内の保管状況を確認し、簿外となっている現金や預金通帳等がないかを確認する・ 現金実査をする・ 期末日時点の手持ち現金及び預金の残高を把握する

3. 実施結果

(1) 現金の管理状況について

往査当日、事務局に設置してある金庫の中を確認したところ、現金、預金通帳、その他金券類が分けて保管されていた。また、預金通帳と銀行届出印については、別々に保管されていた。

金庫内に保管されている手持ち金庫の現金有高を実査し、帳簿残高との一致を確認した。また、平成 31 年 3 月 31 日現在の手持ち現金について、帳簿上は 0 円となっていたが、資金前渡通帳を確認したところ、手持ち現金の入金は平成 31 年 4 月 1 日となっており、平成 31 年 3 月 31 日時点では手持ち現金 77 千円が存在したことが判明した。これは、3 月 31 日に手持ち現金がある場合には、全額金融機関の預金に預け入れる運用を行っているとのことであるが、3 月 31 日が日曜日であったため、4 月 1 日に預け入れたためであった。

意見 (3 月 31 日現在の手持ち現金について)

3 月 31 日時点での手持ち現金については、帳簿上 0 円となっているにもかかわらず、実際には 77 千円残っており、帳簿と合致していない。3 月 31 日が土日に該当する場合には、現在の運用を前提とするのであれば、手持ち現金による精算が終了した時点で残額を預金に預け入れ、期末日時点での手持ち現金を 0 円とする必要がある。

(2) 通帳の管理状況について

① 長期未使用の通帳について

がんセンター作成の平成30年度預金一覧表を入手し、通帳と照合することで、預金の実在性を確認した。当該通帳の中に1年以上使用していないが解約していない以下の通帳が存在した。

(表23) 1年以上使用していない通帳一覧

口座名義	金融機関	用途概要	最終記帳日	残高
武田科学研究奨励	千葉銀行	研究費受入及び管理	H29.3.14	185,248 円
千葉がんシンポジウム会長	千葉銀行	開催費受入及びその管理	H30.6.18	232,313 円

意見（長期間使用していない通帳について）

通帳については、余分な通帳を保有していることで、管理が煩雑になるとともに、不正に使用される恐れがあるため、通常使用する通帳を除き、必要性を検討のうえ不要なものについては解約することが望ましい。

② 科学研究費補助金の通帳について

がんセンターで管理している通帳のうち、科学研究費補助金に関する通帳は24冊あるが、このうち19冊については過年度（平成30年度以前）の科研費に関するものであり、残高が10,000円以上あるにもかかわらず、精算していない。

科学研究費補助金は、研究者の自由な発想に基づく学術研究に対し、学術振興を目的として交付される助成金であり、文部科学省と日本学術振興会が公募し、関連分野の研究者による審査を経て、交付されるものである。

科学研究費補助金は、原則としてかかった費用に対する給付として受け取ることとなっており、余剰が発生した場合には、精算する。ただし、残金が10,000円未満の場合には、精算しなくてもよいとされている。

(表 24) 過年度の科学研究費補助金用通帳

口座名義	金融機関	使途概要	研究年度	残高
文部科学省 次世代がん研究シリーズ戦略的育成プログラム	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26	4 円
厚生労働省 革新的がん医療実用化研究事業	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	29,559 円
厚生労働省 革新的がん医療実用化研究事業	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	35,338 円
厚生労働省 革新的がん医療実用化研究事業(清水班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	38,811 円
厚生労働省 革新的がん医療実用化研究事業(寺島班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	33,555 円
厚生労働省 革新的がん医療実用化研究事業(技園班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	45,208 円
AMED 次世代がん研究シリーズ戦略的育成プログラム	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～27	45,988 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(中島班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	0 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(岩本班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	0 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(寺島班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	0 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(清水班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	1 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(松島班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H27	346 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(丸山班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	2 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(濱口班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	0 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(増田班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	0 円
AMED 臨床研究・治験推進事業(木下班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	4 円
AMED 難治性疾患実用化研究事業	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	162 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業	千葉銀行	研究費受入及び管理	H27	5 円
AMED 革命的がん医療実用化研究事業(金田班)	千葉銀行	研究費受入及び管理	H26～28	4 円

なお、上記表中の「AMED」は国立研究開発法人日本医療研究開発機構の略である。

指 摘（科研費の通帳について）

過年度の科学研究費補助金については、すでに精算期間が終了している。そのため、残金について交付元への返金の可否を早急に調査するとともに、交付元に返金することが不可能であるならば、総務部の担当部署と相談のうえ、残金について早期に整理をする必要がある。

10 未払金管理について

1. 未払金の管理について

現在の財務会計システムにおいては、未払金計上時に支払い条件に応じて支払予定時期の登録も行うため、支払時には計上した未払金が漏れなく消し込まれるように、システム上の仕組みができています。

しかし、現在の財務会計システムによる未払金管理への移行前の残高については、システムによる消し込みの漏れチェックがなされていない可能性がある。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 未払金の残高が適切なものか、滞留残高がないか	未払金管理表を閲覧し、滞留残高等がないかを確認する

3. 実施結果

(1) 未払金の管理状況について

平成 31 年 3 月末の未払金管理表を確認したところ、以下の債権者について、取引先コードの相違等により残高の入り繰りが生じている状態になっている。いずれも過年度における処理誤りが原因と考えられる。

I については、平成 22 年 7 月の精算時に平成 21 年度分の労働保険料が 850,133 円に確定したため、59 円が戻入となったが、その際借方を「過年度医業未払金（法定福利費）」とするところ、「過年度医業未払金（預り金）」としてしまっている。

II については、平成 21 年度末に未払金を計上した後に、支払いの相手先が変更となり変更後の相手方に支払ったことで、変更前後の各債権者の取引先コードで残高が残存している。

III については、同一の債権者で複数の取引先コードが存在しており、平成 15 年度末に未払計上をした際の取引先コードと支払いを行った際の取引先コードが異なっていたため、取引先コードが相違し各取引先コードで当該債権者の残高が残存している。

(表 25) 未払金管理表

(単位：千円)

No	未払金科目	補助科目	取引先コード /債権者	平成 31 年 3 月末残高
I	10050802 過年医業未払金	10100602 預り金	000000006004520 千葉労働局	△0.059
I	10050802 過年医業未払金	18020210 法定福利費(給与)	000000006004520 千葉労働局	0.059
II	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	***** 〇〇 〇〇 (個人 A 氏)	△20,000
II	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	***** 〇〇 〇〇 (個人で上記 A 氏と同姓)	40,000
II	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	***** 〇〇 〇〇 (個人で上記 A 氏と同姓)	△10,000
II	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	***** 〇〇 〇〇 (個人で上記 A 氏と同姓)	△10,000
III	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	***** ●● ●● (個人 B 氏)	27
III	10051002 過年医業外未払金	18041406 その他雑損失	*****a***** ●● ●● (個人で上記 B 氏 と同一債権者)	△27

指 摘 (赤残となっている未払金について)

事実関係を調査し、過去の会計処理におけるコード相違を原因とするものであれば、残高の入り繰りを整理する必要がある。また、定期的に未払金の明細を確認し、同様の事案が生じないような体制を整備することが必要である。

Ⅲ 循環器病センターに関する監査の結果

1 繰入金（負担金・交付金）算定事務について

1. 繰入金（負担金・交付金）について

（1）制度概要

① 県立病院の繰入金とは

県立病院は、原則として独立採算を求められている。一方で、地方公営企業法の第17条の2により、特定の条件を満たす経費については、自治体が公営企業（千葉県立病院は地方公営企業に該当）への繰出金（公営企業側から見た場合は繰入金）として、経費を負担することとされている。これにより、県立病院事業の場合には、自治体が政策医療にかかわる経費に対して、負担金等の繰入れを行っている。

（2）過去実績（3条繰入金）

3条繰入金の過去実績は以下のとおりである。

（表 26）3条繰入金の過去実績

（単位：百万円）

病院名等	H30年度	H29年度	H28年度	H27年度	H26年度
循環器病センター	1,698	1,750	1,652	1,672	1,705
病院局全体	11,775	11,397	10,000	9,999	9,999

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
（1）制度概要及び金額規模等を把握する	千葉県病院事業決算及び事業報告書、病院局決算数値過年度推移表などを入手し把握する
（2）算定～決定までの手続概要を把握する	算定担当者、取りまとめ担当者ほかからヒアリングする
（3）各病院の算定手続を検討する	繰出金算出資料及び各算出額の集計資料ほかを入手し、医事経営課繰出金計算担当者からヒアリングする

3. 実施結果

（1）現況

繰入金（負担金・交付金）は、高度医療を中心に交付されるので、循環器病センターは高度医療分野の診療を多く扱っているため繰入金は比較的多額で、他の県立病院に比べると収支は良くなる。一方で地域医療としての一般診療も多く手

がけており、その部分は繰入金対象外であるためセンター全体としては、収支は悪化傾向にある。

一般診療（地域医療）は基本的には地元自治体の市立病院等が中心となって実施するものであり、赤字額（H30年度は7.8億円）の多くは、本来、市町村が負担する分を県が負担しているという見方もある。

（2）計算要素及び金額の根拠

記載方法に数件の誤りはあるが、計算自体に明らかな誤りは認められない。

ただし、自動計算に任せて、計算式を把握していないもの（高度な医療に要する経費）、要素の意味と計算方法が不明なもの（経費の患者数割、職員数割、面積割）があった。

従来からの踏襲であるが、担当者が計算要素の意味と集計方法を理解しないまま申請額を計算している状態である。

指 摘（計算要素及び金額の根拠の理解不足について）

負担金・交付金は毎年110億円以上が県の一般会計から支出される重要な資金であり、県としての高度医療、救急医療、不採算医療等を支える大事なものである。したがって、その使い方だけでなく、県からの負担額・交付額を算定することも慎重にかつ適切に行われる必要がある。

循環器病センターでは、大部分が従来からの引継ぎを踏襲して、本来の負担基準や算定基礎となる数値の意味をよく理解せずに負担額・交付額の申請額を計算していた。

一般会計繰出基準で認められた対象項目や計算要素の意味、その集計方法を各担当者や管理者が正しく理解し、計算された申請額が正確かどうかは管理者により検証されることが必要である。また、一部の計算要素については、病院局経営管理課においても理解されていないとのことであり、一層の徹底が求められる。

2 診療報酬請求管理について

1. 病院における診療報酬請求、算定について

診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が提供する保険医療サービスに対する対価（公定価格）であり保険者（市町村・健保組合等）から受け取る報酬である。

診療報酬は診療報酬点数表で計算される。診療報酬点数表では、個々の技術、サービスを点数化（1点10円）して評価している。

また、保険診療として診療報酬が支払われるには、次の条件を満たさなければならない。

- ・保険医が、保険医療機関において
- ・健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等の各種関係法令の規定を遵守し
- ・『療養担当規則』の規定を遵守し、医学的に妥当適切な診療を行い
- ・『診療報酬点数表（医科等）』に定められたとおりに請求を行っていること

なお、保険診療・診療報酬請求、算定に関する主な法令は次のとおりである。

厚生労働省令	保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則） 健康保険法施行規則 国民健康保険法施行規則 等
告示	診療報酬の算定方法 別表第1 医科診療報酬点数表 等
通知	診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について 基本診療料の施設基準等 特掲診療料の施設基準等 診療報酬請求書等の記載要領等について

2. 着眼点及び監査手続

保険医と保険医療機関が、保険診療及び診療報酬請求のルールをよく理解し適正な請求、算定手続がされているか確認する。

着眼点	監査手続
(1) 【組織体制】 診療報酬請求業務を適切に行えるような体制になっているか	業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れはないかについて確かめる
(2) 【業務プロセス】 診療報酬を正しく請求できるような業務プロセスが構築されているか	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬請求データ作成過程における精度を検証し、保険請求業務遂行にあたり漏れ等が生じていないかについて確認する ・各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する

<p>(3) 【施設基準】 施設基準の算定要件は順守され、返還等のリスクが生じていないか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設基準（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確認する ・各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する
<p>(4) 【カルテ記載】 診療報酬請求上求められている算定要件がカルテに記載され、返還等のリスクが生じていないか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確かめる ・電子カルテ（紙記録含）内の医師記録・診療諸記録等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する

なお、用語の説明は以下のとおりである。

- ・「施設基準」とは、一定の基準を満たした医療機関が診療報酬の加算を受けられる基準のことである。
- ・「〇〇加算」とは、「基本診療料」及び「特掲診療料」に「加算」されるものである。それぞれについて項目と基準が明確になっており、この基準を満たしていることを所定の書類により厚生局に届出を行うことによって、診療報酬にそれぞれの加算を行うことができる。
- ・「(医学管理名) 〇〇管理料」とは、主に医師などが患者に対して行う診療上の計画的な指導管理や療養指導の対価として評価されたものをいう。それぞれの管理料・指導料を診療報酬に加算することができる。

3. 実施結果

(1) 診療報酬請求における「組織体制・業務フロー実施状況」について

組織図、議事録等を閲覧し、業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れがないことを確認した。業務フローや業務マニュアルについては委託業者の簡易業務フローは確認できたが正規職員の業務に係る資料（もしくはマニュアル等）は作成されていなかった。そのため、マニュアルで定めるべき診療報酬請求に係る医事業務に関する担当者や上長の業務が規定されていなかった。これにより発生している支障は以下のとおりである。

- ・医事業務について、上長による正規職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされていない。
- ・各業務について担当者任せとなっており診療報酬請求、算定に係る業務ごとの把握、管理、コンプライアンスを含めたリスク管理が十分でない。

- ・上長による委託業者への業務確認やモニタリングが十分でない。
- ・医事業務は縦割りで細分化されており、個々の職員の業務内容が可視化されていない。

意見（診療報酬請求における組織体制・業務フロー実施状況について）

上長による職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされておらず、また担当者任せとなっており、委託業者への業務確認やモニタリングも十分されていない。

診療報酬請求、算定においては、診療報酬の要件、医師のカルテ記載を順守して、査定返戻、返還などが生じないように、根拠に基づいた診療報酬請求が行われる必要がある。

上長はそれぞれの業務内容を整理・把握しダブルチェックを行い委託業者へは契約書、仕様どおり業務が遂行されているか業務報告を受けモニタリングをするなど評価を行う体制の構築が必要である。

また、各請求業務が把握、管理できないリスクや異動など担当者交代に伴い請求業務実施体制が維持されないリスクがあるため、業務フロー・マニュアルを作成することにより医事業務の適切な管理を行われたい。

（２）システム間の整合性の確認について

循環器病センターで使用しているシステムは電子カルテ、オーダーリングシステム、医事会計システムである。通常オーダーリングシステムからチェックリストを出力して、電子カルテ及び医事会計システムの情報と整合性が取れているか否かを確認することが行われている。しかし循環器病センターではチェックリストを出力せず、オーダーリングシステムの画面により目視で週１回確認がされていた。

意見（システム間の整合性の確認について）

業務委託者の医事業務委託特記仕様書には、日ごとの確認作業を行うとは明記されていないが、一般的には毎日確認作業がチェックリストを用いて実施されるものである。システム間の整合性が取れていないため請求漏れが生じる可能性もあるため、システム間の整合性の確認は毎日実施し、かつチェックした証跡をチェックリストなどに残すことを検討されたい。

（３）「診療録管理体制加算１（A207）」における診療情報の提供について

診療録管理体制加算は、適切な診療記録の管理を行っている体制が整備されていると評価された場合に加算対象となる。

加算の要件の一つに「患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、診療情報の提供等に関する指針の策定について（平成15年9月12日医政発第0912001号）を参考にすること」と定められており、診療記録の開示に関する申請者記載の診療情報提供申出書の項目に理由欄を設けることはできない。しかし、申出書について閲覧したところ、申出書の項目に理由欄が設けてあった。

指 摘（診療録管理体制加算1（A207）における診療情報の提供について）

書式に理由欄を設けることなどにより申立ての理由の記載を要求することや、理由を尋ねることは、厚労省の既通知（「診療情報の提供等に関する指針の一部改正（医政発0917第15号平成22年9月17日）」）において不適切であるとされていることから書式の見直しが必要である。

（4）「重症者等療養環境特別加算（A221）」について

重症者等療養環境特別加算は、病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者や手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した患者の場合に加算されるものである。

加算の要件の一つに「届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の8%未満とし（省略）」と定められているが、平成30年度基準変更月の加算様式23-1及び2のデータについて閲覧したところ、8%未満であるか否かに関わる%の算出及び表記はされていた。しかし、令和元年8月以前の8%に係る資料を求めたところ作成されていなかった。

指 摘（重症者等療養環境特別加算（A221）について）

重症者等療養環境特別加算については、毎月の検証数値及び患者リストの保管を行い、かつ検証数値と対象の病床数の整合性を確認する必要がある。そのため、加算重症部屋に係るデータを毎月収集し算定要件を満たしているか等を確認のうえ、当該加算にかかる情報を適切に把握・管理する必要がある。

（5）「患者サポート体制充実加算（A234-3）」について

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制を評価し加算されるものである。

加算の要件の一つに「患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており（省略）」と定められているが、患者サポートカンファレンス報告書（議事録）を閲覧し確認したところ、平成31年4月以降の開催について確認できない週が4週（6月7日、6月14日、8月2日、9月6日）あった。

指 摘（患者サポート体制充実加算（A234-3）について）

患者サポート体制充実加算においては、患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスの実施記録が必要であることから、毎週のカンファレンスの開催と各部担当者の出席及び議事内容について適切に記録する必要がある。

(6) 診療録の記載における「カルテの様式第一号（カルテ最初のページ）」について

保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第一号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならないと定められている。

療養担当規則第22条第1項（診療録の記載）に定められている様式第一号（一）の1-2-3について、電子カルテから正しく印字され必要な項目が網羅されているか照会したところ、様式第一号（一）の1については患者番号、氏名、病院名の3項目しか出力印字されなかった。他にも記載されなければならないと定められた項目があるにもかかわらず、患者データの出力はされているものの出力印字はされなかった。

指 摘（診療録の記載における「カルテの様式第一号」について）

療養担当規則第22条第1項で定められた様式第一号（一）の1については、定められている項目が出力印字出来るようにシステム改修が必要である。

なお厚生支局の指摘事例として、診療録については、様式第一号（一）の1から3までの様式からなるものであることを認識し、そのすべての記録管理について適切に行うよう留意すること等がある。

(7) 「麻酔管理料Ⅰ（L009）」のカルテの記載について

麻酔管理料は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

要件の一つに「麻酔管理料（Ⅰ）を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する」と定められているが、電子カルテ内の医師記録を

サンプルで 5 件閲覧したところ、4 件については当該医師記録に術前（麻酔前）又は術後（麻酔後）の麻酔科医の診察記録が記載されていなかった。

指 摘（麻酔管理料 I（L009）のカルテの記載について）

電子カルテ内の医師記録に術前（麻酔前）又は術後（麻酔後）の麻酔科医の診察記録が記載されていない事例があった。手術（麻酔）日以外の術前（麻酔前）又は術後（麻酔後）の麻酔科医師の診察体制の確認と、当該診察結果については医師記録に適切に記載する旨を麻酔科医師に対して周知徹底する必要がある。また、算定及び請求の際に医師記録の状況を確認する等のチェック体制を構築する必要がある。

なお、厚生局の個別・共同指導において指摘事項とされ、過年度に遡及して高額な返還になった事例もあるため留意されたい。

3 医業未収金管理について

1. 医業未収金の管理について

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び千葉県国民健康保険組合連合会）へ請求する診療報酬は、請求額から審査支払機関及び保険者による審査により返戻あるいは査定された金額が控除された決定額が、保険医療機関へ支払われる。

ただし、診療報酬が点数で請求され、入金額は1点を10円で換算した金額で入金されること、患者負担額や公費制度の存在によりその請求プロセスが複雑であること等に起因して、保険医療機関が認識している請求額から返戻額や査定額を差し引いた金額と決定額との間には差額が生じていることがある。当該差額を以下、不明差額とする。

<請求額と入金額の関係>

$$\text{請求額} - \text{決定額} = \text{入金差額} = \text{返戻額} + \text{査定額} + \text{不明差額}$$

なお、用語の定義は以下のとおりである。

請求額：保険医療機関から審査支払機関へ診療報酬を請求した金額。

返戻額：審査の段階でレセプトの内容に不備が見つかり、保険医療機関へ差し戻されること。保険証の番号の記載ミスなどが主な原因である。保険者から返戻されたレセプトについては「過誤返戻額」と区別して呼ぶこともある。

査定額：審査の段階で過剰診療等と見做された場合、適正な診療報酬額となるよう、増減点がなされること。なお、審査は減点となる場合がほとんどである。保険者から査定されたレセプトについては「過誤増減額」と区別して呼ぶこともある。

決定額：審査支払機関から通知された入金額。

入金差額：請求額と決定額との差額。

不明差額：入金差額から返戻額及び査定額を差し引いた金額。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 診療報酬の保険請求額と入金額との差額について、内訳を把握しているか。	<ul style="list-style-type: none">・診療報酬の審査支払機関への請求額と入金額との差額について、毎月分析を行っているか担当者へ質問して確かめる。・分析を行っている場合、分析資料を閲覧し、内訳が適切な金額であるか確かめる。・分析が行われていない場合、入金差額の分析を行い、差額内訳を把握する。

3. 実施結果

(1) 診療報酬の不明差額について

循環器病センターでは、医事委託先又は担当者による入金差額の内訳に関する分析は行っておらず、原因不明の入金差額がどの程度生じているかにつき把握していなかった。

今回、各種関連資料から平成 30 年度の診療報酬請求額と実際入金額について差異分析を行った結果が（表 27）平成 30 年度の審査支払機関への請求額と入金額の差額分析である。

なお、入金差額の会計処理は、入金月に医業未収金を消込み、消し込まれなかった入金差額については収益をマイナスする処理を行っているため、滞留債権として会計上は残らない。

(表 27) 平成 30 年度の審査支払機関への請求額と入金額の差額分析

(単位：千円)

医科	審査機関	入/外	請求金額	入金額	査定額	返戻額	不明差額
平成 30 年 4 月	社保	入院	50,655	61,855	1,272	4,842	8,052
		外来	16,631		54	91	
	国保	入院	302,929	339,325			
		外来	45,278				
平成 30 年 5 月	社保	入院	65,524	81,155	998	7,426	△3,902
		外来	17,093		72	227	
	国保	入院	248,653	293,578			
		外来	48,285				
平成 30 年 6 月	社保	入院	117,742	131,092	1,343	8,254	△2
		外来	16,995		74	360	
	国保	入院	242,127	282,897			
		外来	47,155				
平成 30 年 7 月	社保	入院	72,541	90,365	5,843	1,297	6,982
		外来	18,441		222	511	
	国保	入院	241,950	275,828			
		外来	48,117				
平成 30 年 8 月	社保	入院	114,061	127,077	2,754	6,042	7,653
		外来	19,177		160	504	
	国保	入院	278,365	314,594			
		外来	47,183				
平成 30 年 9 月	社保	入院	72,918	79,711	346	3,912	19,650
		外来	17,294		66	266	
	国保	入院	215,834	242,220			
		外来	40,126				
平成 30 年 10 月	社保	入院	83,984	91,380	1,461	6,021	36,063
		外来	18,851		102	213	
	国保	入院	269,075	288,687			
		外来	52,019				
平成 30 年 11 月	社保	入院	90,742	104,497	2,209	12,404	△2,864
		外来	18,834		59	928	
	国保	入院	294,494	333,445			
		外来	46,609				
平成 30 年 12 月	社保	入院	70,070	82,140	1,318	19,798	△1,555
		外来	15,840		131	219	
	国保	入院	283,966	315,300			
		外来	47,476				
平成 31 年 1 月	社保	入院	82,355	98,742	2,293	21,251	△13,107
		外来	19,218		112	206	
	国保	入院	291,765	332,624			
		外来	48,784				

平成 31 年 2 月	社保	入院	90,285	98,614	1,243	11,293	8,820
		外来	17,047		97	210	
	国保	入院	255,815	288,440			
		外来	45,571				
平成 31 年 3 月	社保	入院	87,674	98,794	868	4,821	24,592
		外来	18,671		119	637	
	国保	入院	309,017	333,817			
		外来	48,287				
年間合計			5,011,543	4,786,187	23,227	111,743	90,384

※査定及び返戻は、社保分と国保分に分けて管理されていないため、両者の合計額を用いて分析している。合計額は社保の欄に記入しているため、国保の欄に斜線を引いている。

理論上、請求額、返戻額及び査定額が適切に算定されていれば、不明差額は発生しない。しかし、主保険の種類により患者負担割合が変わることに加え、公費申請状況や高額療養費制度による患者自己負担の上限額の違いなど、保険制度そのものが複雑であることが不明差額の発生要因となっている。不明差額が多額な場合、請求額、返戻額、査定額のいずれか、あるいは複数の算定金額が誤っている可能性が考えられる。そのため、毎月の収益計上額が過大もしくは過少となるだけでなく、決算時には医業未収金の計上誤りにつながることから算定額の正確性を確認するために、毎月の入金差額の分析は重要である。

表 1 のとおり平成 30 年度の入金差額の分析を行ったところ、不明差額が最も多い月は平成 30 年 10 月分で、423,930 千円の請求額に対し 36,063 千円（8.52%）の不明差額が生じていた。年間合計では、5,011,543 千円の請求額に対し 90,384 千円（1.80%）の不明差額が生じていたが、当該差異の原因を調査することなく、放置している。

指 摘（入金差額の分析について）

循環器病センターでは、医事業務委託先又は担当者による入金差額の内訳に関する分析は行っておらず、原因不明の入金差額がどの程度生じているかにつき把握していなかった。

不明差額は、請求額、査定額、返戻額、決定額の差額として算出されるため、不明差額の原因分析がされず、適時に修正されない場合には、上記のいずれかあるいは複数の金額が誤っていることとなる。特に請求額が誤っていた場合には決算書の未収金及び診療収益の金額が誤っていることになる。

また、医事会計システムによる点数から円への換算精度に問題がある可能性も考

えられる。

医事業務委託先と協働して不明差額の発生状況を月次でモニタリングし、多額の不明差額の発生が認められる場合には、その原因を調査し適切に措置することが必要である。

参考：入金差額の分析様式について

循環器病センターでは、入金差額の分析を行っていなかったため、参考として入金差額の分析様式を以下に示す。なお、分析にあたって査定額及び返戻額は、社保分と国保分を分けて、さらには1次審査分と2次審査（過誤分）に分けて把握し、分析することが効果的であるため参考にされたい。

(表 28) 入金差額の分析様式 (例)

(単位：円)

			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
	審査 機関	入/ 外	請求	入金	入金 差額	査定	返戻	過誤 増減	過誤 返戻	不明 差額	不明 率%
○年 ○月	社保	入院									
		外来									
	国保	入院									
		外来									
○年 ○月	社保	入院									
		外来									
	国保	入院									
		外来									

③ = ① - ②

⑧ = ③ - ④ - ⑤ - ⑥ - ⑦

⑨ = ⑧ / ①

4 患者未収金残高管理について

1. 患者未収金残高管理について

患者負担金額は医事会計システムにより計算され、窓口等において請求額を回収できなかった際には未収金となる。入院の定期請求等一部の例外を除き、ある月に発生した未収金額のうち月末にもなお未収の金額については、未収金として財務会計システム上も計上される。

医事会計システム上の患者未収金残高及び財務会計システム上の患者未収金残高は以下の特徴を有しており、両者が整合していること、もしくは、発生した差異が合理的に説明可能であることについて、年度末を含め定期的に確認することにより、双方の残高の正確性を検証することが必要である。

【医事会計システム】 請求、入金、再計算等により日々更新されておりその残高は原則として常に患者に対する実際の未収残高であるものの、窓口現金事故に伴って不正に未収金額が操作されるリスクがある。
【財務会計システム】 原則として医事会計システム側の残高変動なしに未収金額が増減することはない。また、財務会計システムの金額に基づいて決算書が作成される。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 患者未収金について医事会計システム上の未収金額と財務会計システム上の未収金額とが整合しているか	・患者未収金に係る医事会計システム残高及び財務会計システム残高の提示を受け、両者の整合性を確認する ・上記が不整合の場合、その理由を質問する
(2) 上記の前提として、患者未収金の計上時期が会計ルール・規程に沿ったものであるか	・患者未収金計上時期について質問及び関連証憑を閲覧する

3. 実施結果

(1) 医事会計システム上の未収金額と財務会計上の未収金額の整合性について
循環器病センターにおける令和元年8月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの令和元年度発生債権の金額は以下のとおりである。

医事会計システム：入院 5,042 千円 外来 1,463 千円

財務会計システム：入院 5,487 千円 外来 3,218 千円

上記の不一致について要因と考えられる点は P141～P142 のがんセンターの記載を参照されたい。なお、当該要因による影響額は把握されていない。

指 摘（医事会計システムと財務会計システムの未収金額の不一致について）

循環器病センターにおける令和元年 8 月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの令和元年度発生債権の金額に差異が生じている。

また、差異について分析は行っておらず、差異要因は一定程度把握されているものの、その影響額は把握されていない。

適切な未収金残高管理のため、少なくとも年度末等、定期的に両者の残高を照合し、整合性を確保することが必要である。また、残高が不整合の場合、その原因の調査を行い、適切な措置をとることが必要である。

（2）患者未収金の計上時期について

循環器病センターにおいて、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としている。外来診療費の請求や入院診療費の請求のうち退院時請求については診療月と同月に請求書が発行されるため、診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致するが、入院診療費のうち定期請求の場合には診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致しないこととなる（上記（1）も参照）。

循環器病センターにおける患者未収金の計上時期は、「千葉県病院局会計事務処理要領」が求める未収金の計上時期と異なっている。

なお、審査支払機関（保険請求分。社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）への請求に関しては、請求は診療月の翌月になされるものの、未収金（及び収益）の計上は診療月で計上されている。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、当該金額の変更を財務会計システム上の未収金額へ反映するのは原則年度末であり、かつ当該年度の 2、3 月に計算変更された場合には、その反映は翌年度になされる。

「千葉県病院局会計事務処理要領」においては特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計上反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させるべきものである。

指 摘（患者未収金の計上時期について）

循環器病センターにおいて、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としているが、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては請求書発行日が属する月ではなく、診療月で計上することとされている。

上記要領に沿う観点から、また保険請求分との整合性からも、患者未収金は診

療月で計上すべきである。なお、診療月と請求月が同一のケースの処理を変更する必要はない。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、当該年度の2、3月に計算変更された場合には、財務会計システムへの反映は翌年度になされているが、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計上反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させる必要がある。

5 SPD 業者及び棚卸資産の管理について

1. 委託先（SPD 業者）管理の概要

循環器病センターは、SPD 業者へ棚卸資産管理等の一部を業務委託している。SPD（Supply Processing and Distribution）とは、病院が使用・消費する物品（診療材料、消耗品など）の在庫やそれを使用する場所への供給等の物流・物流管理を外注することにより、現場の業務負担や診療物品を柔軟かつ円滑に管理する方法で、多くの病院において採用されている。

（1）SPD 業務委託契約について

以下のとおり循環器病センターと鴻池メディカル株式会社との間で業務委託契約を締結しており、材料購買の多くの局面において SPD 業者へ業務委託している。

契約相手	鴻池メディカル株式会社
契約期間	平成 29 年 4 月 1 日～令和 2 年 3 月 31 日
契約金額	月額 3.9 百万円（消費税抜き）
目的	<ul style="list-style-type: none">・中央物流センターにおいて、物品管理業務が効果的に運営されることを目的として業務を行う。・中央材料室において、滅菌業務の運営及び滅菌物の効果的な管理を目的として業務を行う。・薬剤部において、薬品管理業務が効果的に運営されることを目的として、業務を行う。
詳細な実施事項	契約書の仕様書において業務一覧が詳細に定められている。

上述 SPD 業者との業務委託契約書第 11 条において、検査及び引渡しについて定めがあり、病院は SPD 業者の業務の検査を実施することが求められる。

<p>第 11 条 乙（鴻池メディカル株式会社）は、委託業務を完了したときは遅滞なく甲（千葉県）に対して業務完了報告書を提出しなければならない。</p> <p>2 甲は前項の業務完了報告書を受領したときは、その日から 10 日以内に検査を行わなければならない。</p> <p>3 前項の検査の結果不合格になり、補正を命ぜられたときは乙は遅滞なく当該補正を行い甲に補正完了の届を提出して再検査を受けなければならない。この場合再検査の期日については前項を準用する。</p>
--

（2）実地棚卸について

実地棚卸については、千葉県病院局財務規程に基づき実施される。

(3) 廃棄管理について

不用品の処分については、千葉県病院局財務規程に基づき実施される。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) SPD 業務委託契約について、SPD 業者により適切に実施されているか、また病院による委託業務の完了確認が適切に実施されているか	・仕様書(別紙)に記載の業務について、SPD 業者への質問及び資料の閲覧により委託業務が適切に実施されていることを確かめる ・病院職員に対して業務の完了確認を実施していることを質問及び資料の閲覧により確かめる
(2) 実地棚卸が、棚卸資産残高を漏れなく正確に把握できる体制となっているか	実地棚卸資料及び実地棚卸マニュアルの閲覧及び担当者への質問により、実地棚卸が適切であるかを確かめる
(3) 廃棄について、金額、理由等が十分に把握されているか。また、廃棄情報を在庫管理に活用しているか。千葉県病院局財務規程及び千葉県循環器病センター棚卸実施マニュアルに基づき廃棄が実施されているか	廃棄に関する資料の閲覧及び担当者への質問により、廃棄管理が適切であることを確かめる

3. 実施結果

(1) 委託先の管理について

① 業務完了報告書について

診療材料については、SPD 業者に発注、検品、棚卸等を委託している。契約書に記載があるが、委託の SPD 業者は業務完了報告書を提出することになっており、業務完了報告書には担当者印が押されている。

業務完了報告書は、事務局担当者に提出される。事務局担当者が業務完了を確認するための印を押す欄はあるが、押印が漏れている業務完了報告書が散見された。

意見(業務完了報告書による業務完了確認について)

委託業者から契約書とおりに業務完了報告書を受け取っており、業務完了報告書には委託業者の実施者印が押印されている。病院担当者は、業務完了報告書を受け取ると、業務の完了を確認したうえで確認印を押印することになっているが、押印の漏れている業務完了報告書がある。病院担当者の押印漏れは、委託業者の業務の完了を確認していないことと同義である。業務完了報告書は委託業者が業務の完了を報告する重要な書類であることから、日々の業務につ

いて完了を確認したうえで押印されたい。

② 棚卸の結果報告について

業務委託契約に添付されている仕様書では、下記のように定められている。

仕様書	項目
I 在庫管理 — 棚卸業務	年 2 回の实地棚卸と、棚卸誤差の追求。(9 月末・3 月末)

当該項目については、SPD 業者が適正に業務を遂行しているかを、各種資料を閲覧することによって確かめた。その結果、SPD 業者は年 2 回の实地棚卸と、棚卸差異が発生した場合には当該棚卸誤差の原因を追求することになっているが、SPD 業者から病院に対し棚卸誤差の内容、理由について報告した資料は発見されなかった。また、棚卸結果に関する資料を閲覧したところ、品目によっては実数量と帳簿数量が 30%（帳簿在庫 83 に対して実カウント在庫 58）も乖離している品目があるが、原因調査された証跡がなく、SPD 業者からの報告もないため、病院職員は棚卸誤差の原因を把握できていない。また、会計処理上通常の診療材料費の中に当該差分が含まれている。

指 摘（棚卸誤差について）

棚卸資産管理上棚卸誤差は不適切な払出がなかったか、払出時等の処理誤りがなかったかなどを調査するために有用な情報であるため、棚卸誤差の発生内容、原因を病院職員へ伝達するように SPD 業者に求めるべきである。また、当該結果を踏まえ「差異理由書」を作成の上、システム上の修正処理を行うべきである。また通常の診療材料費とは区別して伝票処理する必要がある。

(2) 棚卸業務について

实地棚卸資料を閲覧した結果以下の事項が検出された。

① 棚卸実施マニュアルの周知徹底について

棚卸は、病院ごとに扱っている品目、倉庫における配置や保管状況、病棟における棚卸資産の保管状況等が異なっていることから、病院独自の棚卸実施マニュアルを作成することが求められる。循環器病センターでは、病院における棚卸実施マニュアルは作成されていたが、担当者がマニュアルの存在を把握していなかったため、棚卸実施マニュアルの周知、徹底がなされていない。

指 摘（棚卸実施マニュアルの周知徹底について）

棚卸実施マニュアルは、棚卸を正確に実施するため、病院ごとに作成されるべきものである。マニュアルには、棚卸の実施方法や留意点について定められている。棚卸を適切に実施するため、マニュアルの事前の周知徹底は必須である。

② 棚卸資料の保管状況について

薬剤部にて、実地棚卸資料を閲覧したところ、エクセルデータで出力した清書のみが保管されており、実際に棚卸を実施した際の手書きの棚卸資料については廃棄していた。

指 摘（実地棚卸資料の保管について）

薬剤部において手書きの棚卸資料が報告資料に添付されておらず現場管理とされている。事後の検証可能性を担保するため、また適切に棚卸が実施されたことの証明として、手書きの棚卸資料も決裁資料の添付書類として保管する必要がある。

③ 棚卸実施状況について

実地棚卸資料を閲覧したところ、数量がブランクの品目が散見された。また、実地棚卸において、在庫リストの順番で現物をカウントする方法となっている部署があった。在庫リストに記載されている在庫から現物を確認するため、現物があるにもかかわらずカウント漏れが発生する可能性がある。

指 摘（数量0の品目の棚卸表への記載方法について）

数量がブランクの品目が散見される。不適切な数量変更等の防止、カウントの事実を明確に示すために、ゼロであれば、「0」や「-」を記載する必要がある。

指 摘（棚卸のカウント方法について）

在庫リストの順番で現物をカウントする方法となっている部署がある。棚卸の網羅性を担保するため、モノ（棚）からリストの順でカウントする必要がある。

④ SPD 業者の管理監督

診療材料については、SPD 業者が棚卸を実施するが、棚卸実施時に病院担当者の立会がない。

指 摘（病院担当者の立会について）

SPD 業者へ棚卸業務が一任となっている。SPD 業者が適切に棚卸を実施しているかを、例えば、病院職員による棚卸実施中の巡回視察や、サンプルテストカウントを実施するなどして確認する必要がある。

（3）廃棄管理について

薬品及び診療材料に係る廃棄情報について、SPD 業者から薬剤部や担当者への報告がない。廃棄情報については、棚卸資産の有効活用の度合いや SPD 業者の在庫管理レベルの把握、さらには不正防止の観点からも極めて重要な情報である。

千葉県病院局財務規程（P145）によると、廃棄については棚卸資産整理簿に記帳し、出納員に通知することとなっている。出納員は当該情報に基づき会計伝票を起票し、廃棄についての処理を行うこととなる。しかしながら、廃棄に関する情報が SPD 業者から伝達されないため、廃棄損として別途把握されるべきものが把握されずに診療材料費として処理される。

指 摘（SPD 業者からの廃棄情報について）

薬剤部及び SPD 業者より廃棄情報の報告を受け、廃棄品目、廃棄額及びその理由を把握する必要がある。また、当該把握結果を院内閲覧等で共有する必要がある。さらに会計上は目「資産減耗費」節「棚卸資産減耗費」として処理し、通常の診療材料費とは区別する必要がある。

6 固定資産管理について

1. 固定資産の管理について

(1) 固定資産の管理について

病院局及び千葉県立病院にて所有する固定資産は土地や建物に加え、高度医療機器等、診察や検査等病院業務の主目的で使用する重要な備品が多く存在するため、固定資産を適切に管理することが重要である。

病院局においては、適切な固定資産管理を目的として、「千葉県病院局固定資産管理規程」及び「千葉県病院局固定資産管理要領」を制定し、当該規程や要領の中で、固定資産台帳の備付や、固定資産の実地調査を定めている。

特に、固定資産実査は、固定資産台帳に登録されている資産が実際に存在するのか、劣化・陳腐化している資産はないかといった資産の状況を把握できるため重要な手続きであり、「千葉県病院局固定資産管理要領」において、以下のとおり定めている。

千葉県病院局固定資産管理要領

(固定資産実査の実施)

第四条 規程第 14 条に規定する現況調査（実査）は、毎事業年度に実施し、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責任者が管理する固定資産に対し行い、課長または病院長に報告する。
- 4 課長または病院長は規程第 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。

(現物不在の固定資産の処理)

第五条 固定資産管理責任者は、実査またはそれ以外の時に、固定資産保管簿に登載されているにもかかわらず、現物不在の固定資産がある場合は、速やかに課長または病院長に報告する。

- 2 前項の報告を受けた場合、課長または病院長は、関係者の聞き取りや、その他必要な調査を行い、その結果及びその他の現状から、現物不在の固定資産があることを確認した場合は、当該年度内に処分された場合を除き、不在固定資産報告書（様式 3）により副局長に報告する。

(2) 循環器病センターにおける固定資産管理事務について

循環器病センターでは、平成 30 年度末時点で以下のとおり、計 2,128 件、総額約 78 億円の固定資産を保有している。

(表 29) 循環器病センター固定資産概要

(単位：千円)

勘定科目名称	件数	帳簿価額 (減価償却累計控除後)
建物	43	6,624,142
器械備品	2,045	952,697
土地	17	121,420
構築物	6	17,846
電話加入権	8	494
車両	2	2,758
放射線同位元素	1	2,836
リース資産(有形)	2	9,077
その他有形固定資産	2	30,135
その他無形固定資産	2	112,699
総計	2,128	7,874,108

循環器病センターでは、千葉県病院局固定資産管理規程第 8 条に基づき、管理課長の責任の下、固定資産台帳を作成し随時更新している。また、実査に関しては、千葉県病院局固定資産管理規程第 14 条及び第 40 条、並びに千葉県病院局固定資産管理要領第 4 条に基づいて、病院局より毎年 8 月頃に基準日を 9 月 30 日、報告期限を 10 月 31 日とする実査依頼が経営管理課及び各病院へなされる。循環器病センターにおいても、毎年 10 月に固定資産実査を行い、実査結果を病院長に報告の上、病院局長へ報告する形式をとっている。なお、当該実査においては、病院局長からの指示により、毎年全ての固定資産について実査を行うこととしている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 固定資産の管理は、適切になされているか	<ul style="list-style-type: none"> 取得した固定資産については、固定資産台帳に記載され、固定資産管理シールが貼付されているかを確認する 備品について、備品台帳の整備状況を確認するとともに、棚卸がなされているかについても確認する

3. 実施結果

(1) 固定資産実査に関する規程について

千葉県病院局固定資産管理要領の第 4 条(固定資産実査の実施)において、固定資産の現況調査(実査)は、毎事業年度に実施し、その基準日は事業年度の末

日とすると定めている。しかし、病院局より毎年 8 月頃に基準日を 9 月 30 日、報告日期限を 10 月 31 日とする実査依頼が各病院へなされている。

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

指 摘（固定資産実査の基準日について）

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日は 9 月 30 日であるが、固定資産管理要領で定めている固定資産実査の基準日は 3 月 31 日であり、基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

固定資産管理要領に基づいて固定資産実査を行う必要がある。

（2）固定資産の管理状況及び管理台帳について

固定資産の視察時に、固定資産に固定資産管理シールが貼付されているかを確認したところ、平成 30 年度に購入した固定資産の一部に固定資産管理シールが貼付漏れとなっているものがあつた。また、過年度に購入した固定資産について、固定資産管理シールの貼付漏れが多数あつた。

指 摘（固定資産管理シールの貼付漏れについて）

平成 30 年度に購入した固定資産の一部において、固定資産管理シールが貼付漏れとなっている資産があつた。また、過年度に購入した 9 割以上の固定資産について固定資産管理シールの貼付がない状態であつた。

固定資産管理シールは当該固定資産が固定資産台帳のいずれに該当するかを示す重要なものであり、実査の際には固定資産管理シールをもって当該固定資産の実物を確認できるといった現物確認の意味合いがある。また、固定資産管理シールは当該資産が病院の所有する資産であることを明示し、盗難を防止する効果もある。

そのため、固定資産管理シールの貼付されていない固定資産についても、適正な固定資産管理及び盗難防止のため、固定資産管理シールを貼付する必要がある。

なお、医療機器等、その性質により固定資産管理シールの貼付が困難な場合もあるが、その場合には、固定資産の所在場所と写真等により固定資産が特定できるようにする必要がある。

（3）固定資産実査の実施状況について

固定資産実査の実施状況についてヒアリングしたところ、経営管理課から、年に 1 度、病院局長名にて固定資産台帳を基に全件棚卸を実施し報告するよう指示が出ている。

循環器病センターでは、ロケーションごとに固定資産台帳を配布し、現場担当者が実査を実施している。また、事務局固定資産担当者は、ローテーションにより立会を行っているとのことであった。当該立会は、平成 30 年度に事務局固定資産担当者が交代になってから始まっており、平成 30 年度は検査科、令和元年度は手術室の立会を行っている。ローテーションの選定は適宜決めており、3 年で一巡するなどの決まりはないとのことであった。

なお、平成 30 年度より前については、高額医療機器や患者の生命に直接影響を及ぼす医療機器等を抽出して、立会を実施していたとのことであった。

意見（固定資産実査の立会について）

固定資産の実査は、年に 1 度全件実施しているが、事務局固定資産担当者の立会はローテーションにより実施されていた。当該ローテーションについては、担当者が適宜立会場所を決めて実施しており、計画的に実施されているわけではない。

ローテーションにより立会を実施する場合には、ローテーションのスケジュールを決定し、複数年の間ですべてのロケーションに対して立会が実施できるように計画することが重要となる。ローテーションによる立会の漏れや重複をなくすためにも、ローテーションの計画と実施したロケーションを記録に残すとともに、正しく引継ぎを行うことで適切に立会を実施することが望まれる。

7 勤怠管理について

1. 勤怠管理について

病院局の勤怠管理のうち具体的な勤務時間等については、千葉県病院局職員勤務規程、及び病院に勤務する職員の勤務時間等に関する規程に定められている。

同規定においては、所属長は、職員に勤務時間外又は休日に勤務を命ずることができることとされており、職員は、勤務時間外又は休日に勤務を命ぜられた場合には、庶務共事事務処理システムによりその命令に関する所要事項を入力し、当該命令を受領した旨の確認を行わなければならない旨が定められている。

千葉県は、職員の休暇の取得や週休日の振替、時間外勤務命令等に関する労務管理事項について、千葉県病院局処務規程で決裁権限を定め、各規定に沿った運用を行っている。

所属職員の時間外勤務命令及び休日勤務命令に関することに関しては、事務局長の専決事項となっている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 勤怠管理が適切に行われているか	<ul style="list-style-type: none">・出勤簿の閲覧や担当者へのヒアリングを通して、適切な勤怠管理体制がとられていることを確認する・出勤簿と庶務共事事務処理システム（『しよむ2』）を閲覧し、両者のデータが合致していることを確認する
(2) 時間外勤務の管理が適切に行われているか	<ul style="list-style-type: none">・時間外勤務等命令簿と庶務共事事務処理システム（『しよむ2』）を閲覧し、両者のデータが合致していることを確認する・時間外勤務等命令簿や庶務共事事務処理システム（『しよむ2』）を閲覧し、適切な業務内容で時間外勤務を行っていることを上長が確認の上、承認していることを確認する

3. 実施結果

(1) 勤怠管理の状況について

循環器病センターでは、労務管理の運用方法については、医師以外の常勤職員と医師及び非常勤職員で異なっている。

① 医師以外の常勤職員の勤怠管理の概要

医師以外の常勤職員は、各自が出勤簿に記載するとともに、出勤簿に基づき本人が庶務共事事務処理システム（以下『しよむ2』という。）に実際に勤務した時間数や休暇を登録する。そして、直属の上長及び事務局長が承認する。

また、時間外勤務に関しては、出勤簿への記載はない。時間外勤務の事前承認（処務規程上では「時間外命令」）は、原則として千葉県の『しょむ2』に登録することにより承認を得るが、常勤職員全員が『しょむ2』による事前承認を行っているわけではない。事前承認は、口頭による承認となっている場合もあり、その場合は事後的に『しょむ2』へ直接本人が登録し直属の上長及び事務局長が承認する形となっている。

② 医師及び非常勤職員の勤怠管理の概要

医師及び非常勤職員に関しては、本人が勤務時間や休暇を出勤簿に記載し、翌月初めに管理課に提出する。管理課の担当者は、提出された出勤簿に基づき『しょむ2』へ勤務時間や休暇の入力を行う。そして、入力内容を管理課長と事務局長が承認を行う。また、時間外勤務に関しては、事後的に時間外勤務等命令簿で直属の上長から承認印を得る。そして、出勤簿の提出と同時に管理課へ時間外勤務等命令簿を提出する。管理課の担当者は当該命令簿をもとに『しょむ2』に代理で時間外勤務時間を入力し、管理課長と事務局長が承認する。

(2) 勤怠管理について

出勤簿や『しょむ2』の閲覧、及び担当者へのヒアリングを通して、勤怠管理状況を確認した。その結果、医師以外の常勤職員については、『しょむ2』上で直属の上長が休暇や時間外勤務を承認していた。一方で、医師及び非常勤職員に関しては、実際の勤務状況を把握していない事務局が『しょむ2』の入力と承認を行っており、『しょむ2』の元データとなる出勤簿についても、あくまで自己申告となっており上長が承認する仕組みとなっていなかった。

意見（勤怠管理について）

医師及び非常勤職員に関しては、実際の勤務時間数を把握していない事務局が『しょむ2』の入力と承認を行い、また、『しょむ2』の元データとなる出勤簿についても自己申告であるため、直属の上長が承認しているものではない。そのため、例えば、出勤簿に記載された休暇は実際に取得されたものなのか、反対に、出勤簿に記載された出勤日に本当に出勤がされているのかが明確ではない。そして、そのまま当該出勤簿を基にして『しょむ2』に出勤内容が代理入力、承認がされてしまっている状況である。本来、出勤や休暇の取得は直属の上司が把握していることを鑑みると、直属の上司が管理把握していることを電子的もしくは書類上残しておくことで、適切な勤怠管理ができるものとする。したがって、直属の上司が勤怠管理を適切に行っていることが分かるように出勤簿を作成されることを検討されたい。

意見（庶務共通事務処理システム（『しょむ2』）の使用について）

医師については、全員にパソコンが貸与されていないことから、『しょむ2』を使用しにくい状況にある。また、非常勤職員については、一般会計部局と同様の運用をするため、『しょむ2』を使用していない。そのため、休暇や出勤、時間外勤務については管理課の担当者が代理入力している。しかし、毎月100人を超える医師及び非常勤職員の出勤簿や時間外勤務等命令簿を期限までに回収し、代理入力することは管理課担当者の負担が大きく、また、非効率である。さらに入力の誤りが生じる可能性もある。よって、医師や非常勤職員でも常勤職員と同様に『しょむ2』を使用して本人が自身の休暇や時間外勤務をシステムで登録できるような業務フローを検討されたい。

（3）時間外勤務の管理について

時間外勤務等命令簿と『しょむ2』のデータが合致していることを確認するため、常勤職員から2件、非常勤職員から2件、医師から2件のサンプルを抽出し、当該サンプルについて一致しているかを確認した。その結果、全てのサンプルについて時間外勤務等命令簿と『しょむ2』が一致していた。

また、適切な業務内容で時間外勤務を行っていることを上長が確認の上、承認していることを確認するため、常勤職員から2件、非常勤職員から2件、医師から2件のサンプルを抽出し、時間外勤務等命令簿と『しょむ2』に承認があることを確認した。常勤職員については、『しょむ2』のみを使用して時間外勤務を申請し承認を得る運用となっており、全てのサンプルについて直属の上長が承認していた。一方で、医師及び非常勤職員は紙の時間外勤務等命令簿に時間外勤務時間と業務内容を記載し、直属の上長が承認する運用となっているが、時間外勤務等命令簿を閲覧したところ、サンプルの2件について直属の上長の承認印がなかった。また、代理入力者である管理課にヒアリングしたところ、管理課は代理入力の際に承認印がないことを許容し『しょむ2』に代理入力を行っているとの回答であった。

指 摘（時間外勤務の承認について）

医師及び非常勤職員の時間外勤務等命令簿に直属の上長の承認印がないものがあり、事前に時間外勤務命令が行われていない状態であった。また、代理入力者である管理課も承認印がないことを許容し『しょむ2』に代理入力を行っていた。時間外勤務時間の管理は適切な労務管理の基本であり、適切な給与支払いにも直結する。よって、時間外勤務にあたっては適切な承認が必要であることを改

めて周知されたい。加えて、代理入力を行う管理課担当者においては、適切な承認がなされていることを今一度確認の上、代理入力を行うよう徹底されたい。

8 医療情報システムについて

1. 医療情報システムの ID 管理について

医療情報システムの利用者 ID 管理は、千葉県循環器病センター医療情報システム運用管理規程（平成 28 年 4 月 1 日改定）に基づき運用されている。

また、千葉県循環器病センターで使用している医療情報システムは、利用者 ID を削除すると当該 ID を用いて入力したデータもシステムから削除されることから、利用資格を失った利用者 ID は、パスワードの有効期限を利用資格失効日に設定することで管理している。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 医療情報システムの利用者 ID 管理は適切に行われているか	医療情報システムの利用者 ID 一覧を閲覧及び担当者への質問により、利用者 ID 管理が適切であるか確かめる

3. 実施結果

(1) 利用者 ID の管理状況について

パスワードの有効期限が監査実施日以後に設定されている利用者 ID 一覧を抽出し、該当者の病院在籍状況を担当者へ質問したところ、834 件中 82 件は既に退職した元職員または他病院へ移籍した職員の利用者 ID であった。

利用者 ID の管理運用については、利用者 ID を取得するための運用は千葉県循環器病センター医療情報システム運用管理規程に定められているが、退職者に付与されていた利用者 ID の失効方法（パスワード有効期限を退職日に変更する等）については、具体的な運用方法は定められていない。

なお、千葉県循環器病センター医療情報システム運用管理規程は以下のとおりである。

千葉県循環器病センター医療情報システム運用管理規程

第 8 条 3 利用者は次の責務を負う。

- (1) 医療情報システムの利用にあたっては、利用者認証に関する情報（以下「ID 及びパスワード」という。）を取得するために、医療情報システム利用申請書（第 1 号様式）により利用申請を行い、利用許可を得た後、利用誓約書（第 2 号様式）に署名押印すること。
- (5) 利用者が医療情報システムの利用資格を失った場合及び利用しなくなった場合並びに利用状況に変更があった場合には、運用責任者及び監視責任者に速やかに報告しなければならない。

また、千葉県情報セキュリティ対策基準では、10.技術的セキュリティ 10.2 アクセス制御 (1) イ (イ)「職員等は、業務上必要がなくなった場合は、利用者登録を抹消するよう、統括ネットワーク管理者又は情報システム管理者に通知しなければならない。」とされている。

千葉県情報セキュリティ対策基準

10. 技術的セキュリティ 10. 2 アクセス制御

(1) アクセス制御等

イ 利用者 ID の取扱い

- (ア) 統括ネットワーク管理者及び情報システム管理者は、利用者の登録、変更、抹消等の情報管理、職員等の異動、出向、退職者に伴う利用者 ID の取扱い等の方法を定めなければならない。
- (イ) 職員等は、業務上必要がなくなった場合は、利用者登録を抹消するよう、統括ネットワーク管理者又は情報システム管理者に通知しなければならない。
- (ウ) 統括ネットワーク管理者及び情報システム管理者は、利用されていない ID が放置されないよう、人事管理部門と連携し、点検しなければならない。

指 摘 (退職者の利用者 ID の失効対応について)

既に退職している元職員や他病院へ移籍した職員の利用者 ID が、医療情報システムへのアクセス可能な状態のまま多数放置されている。至急、パスワード有効期限を変更し、失効させる必要がある。

指 摘 (利用資格を失った場合の運用の明確化について)

利用者が医療情報システムの利用資格を失った場合等について、運用責任者及び監視責任者に速やかに報告することにはなっているが、利用者 ID 失効方法については運用が定められていない。

「利用者が医療情報システムの利用資格を失った場合」「利用しなくなった場合」「利用状況に変更があった場合」では漠然としているため、具体的な失効条件を定め、利用者 ID 失効届の様式を用意するなど具体的な失効方法の運用を定める必要がある。

指 摘 (利用者 ID の棚卸の実施について)

利用者 ID の付与状況及び失効状況が適切であるかにつき、定期的な点検が行われていない。

利用者 ID の付与状況及び失効状況を網羅的に把握し、利用者 ID 失効忘れを発見するために、千葉県情報セキュリティ対策基準の 10.技術的セキュリティ

10.2 アクセス制御（1）イ（ウ）「統括ネットワーク管理者及び情報システム管理者は、利用されていない ID が放置されないよう、人事管理部門と連携し、点検しなければならない。」に従い、例えば 6 ヶ月に 1 度のように、定期的に利用者 ID の棚卸を実施する必要がある。

意見（退職医師による医療情報システムへのアクセスについて）

退職した元職員や他病院へ移籍した職員の利用者 ID が失効されないままとなっているため、既に退職または移籍している医師等が臨床医学研究等の目的で電子カルテへの閲覧を希望する際、在籍当時の利用者 ID を使って誰でもアクセスできる状況にあり、実際に医療情報システムにアクセスして閲覧しているとの回答であった。

医療情報システムには患者の個人情報が集積されているため、業務外でのアクセスは原則禁止とし、例外利用の運用規程を整備することが望ましい。具体的には、臨床医学研究等の目的で退職者や移籍者がアクセスを希望する場合には、事前に利用者届を提出したうえで、アクセス日毎に臨時利用者 ID を付与する運用などが考えられる。

9 未払金管理について

1. 未払金の管理について

現在の財務会計システムにおいては、未払金計上時に支払い条件に応じて支払予定時期の登録も行うため、支払時には計上した未払金が漏れなく消し込まれるように、システム上の仕組みができています。

しかし、現在の財務会計システムによる未払金管理への移行前の残高については、システムによる消し込みの漏れチェックがなされていない可能性がある。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 未払金の残高が適切なものか、滞留残高がないか	未払金管理表を閲覧し、滞留残高等がないかを確認する

3. 実施結果

(1) 未払金の管理状況について

平成 31 年 3 月末の未払金管理表を確認したところ、以下の債権者について、債権者コードの相違等により残高の入り繰りが生じている状態になっている。いずれも原因は不明であるとのことであった。

(表 30) 未払金管理表

(単位：千円)

未払金科目	補助科目	債権者	平成 31 年 3 月末残高
10050802 過年医業未払金	18020604 報償費（経費）	000000000100011 循環器病セン資金前渡	49
10050802 過年医業未払金	04020402 当座預金	000000000100011 循環器病セン資金前渡	20
10050802 過年医業未払金	18020208 報酬	00000***** 千葉南税務署	-69
10050802 過年医業未払金	18020622 修繕費	*****aaaa** A社	3,150
10050802 過年医業未払金	18020622 修繕費	*****bbbb*** A社	△3,150
10050802 過年医業未払金	18020626 賃借料	*****ccccc**** B社	3,003
10050802 過年医業未払金	18020626 賃借料	*****ddddd**** B社	△3,003

指 摘（未払金の管理について）

事実関係を調査し原因を特定したうえで、未払金としての実態がない債権者については削除処理をするなどの対応により整理する必要がある。また、定期的に未払金の明細を確認し、同様の事案が生じないような体制を整備することが必要である。

IV 佐原病院に関する監査の結果

1 繰入金（負担金・交付金）算定事務について

1. 繰入金（負担金・交付金）について

(1) 制度概要

① 県立病院の繰入金とは

県立病院は、原則として独立採算を求められている。一方で、地方公営企業法の第17条の2により、特定の条件を満たす経費については、自治体が公営企業（千葉県立病院は地方公営企業に該当）への繰出金（公営企業側から見た場合は繰入金）として、経費を負担することとされている。これにより、県立病院事業の場合には、自治体が政策医療にかかわる経費に対して、負担金等の繰入れを行っている。

(2) 過去実績（3条繰入金）

3条繰入金の過去実績は以下のとおりである。

(表 31) 3条繰入金

(単位：百万円)

病院名等	H30 年度	H29 年度	H28 年度	H27 年度	H26 年度
佐原病院	670	652	643	678	665
病院局全体	11,775	11,397	10,000	9,999	9,999

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 制度概要及び金額規模等を把握する	千葉県病院事業決算及び事業報告書、病院局決算数値過年度推移表などを入手し把握する
(2) 算定～決定までの手続概要を把握する	算定担当者、取りまとめ担当者ほかからヒアリングする
(3) 各病院の算定手続を検討する	繰出金算出資料及び各算出額の集計資料ほかを入手し、医事経営課繰出金計算担当者からヒアリングする

3. 実施結果

(1) 現況

繰入金（負担金・交付金）は、高度医療を中心に交付されるので、がんセンターのように高度医療が大半という病院は繰入金が多く、収支は良くなる。一方、佐原病院は、一般診療中心のため、繰入金は少なく収支も悪化している。

一般診療（地域医療）は基本的には地元自治体の市立病院等が中心となって実施するものであり、赤字額（H30年度は11.6億円）の多くは、本来、市町村が負担する分を県が負担しているという見方もある。

（2）計算要素及び金額の根拠

計算要素及び金額の根拠不明なものが見られた。

① 計上数値の根拠不明箇所が8か所存在

以下の金額は、計上根拠があやふやなまま、申請額又は申請額を算定する際の計算式に計上されている金額である。

18,250千円、1,162千円、32,024千円、250千円、100千円、13,200千円、4,164千円、580千円 合計69,730千円

② 申請額を計算するにあたり、根拠不明な調整計算をしているもの

- ・「1 高度医療に要する経費（2）高度医療に要する経費 環境充実分」において、計算額16,495千円に対し病院全体病床数1床当たりの常勤医師数（0.07人）を乗じて申請額は1,162千円としている
- ・「1 高度医療に要する経費（1）高度医療を行うための職員充実に要する経費 医師基準外配置分」において、計算額454,341千円に対し病院全体病床数1床当たりの常勤医師数（0.07人）を乗じて申請額は32,024千円としている
上記2点の差額を合計すると、根拠が明確でない調整額は、437,650千円となっている。

指 摘（計算要素及び金額の根拠不明な繰入金の算定について）

繰入金（負担金・交付金）は毎年110億円以上が県の一般会計から支出される重要な資金であり、県としての高度医療、救急医療、不採算医療等を支える大事なものである。

したがって、その使い方だけでなく、県からの繰入金額（負担額・交付額）を算定することも慎重にかつ適切に行われる必要がある。

佐原病院では、大部分が従来からの引継ぎを踏襲して、本来の負担基準や算定基礎となる数値の意味をよく理解せずに負担額・交付額の申請額を計算していた。

一般会計繰出基準で認められた対象項目や計算要素の意味、その集計方法を各担当者や管理者が正しく理解し、計算された申請額が正確かどうかは管理者により検証されることが必要である。また、一部の計算要素については、病院局経営管理課においても理解されていないとのことであり、一層の徹底が求められる。

2 診療報酬請求管理について

1. 病院における診療報酬請求、算定について

診療報酬とは、保険医療機関及び保険薬局が提供する保険医療サービスに対する対価（公定価格）であり保険者（市町村・健保組合等）から受け取る報酬である。

診療報酬は診療報酬点数表で計算される。診療報酬点数表では、個々の技術、サービスを点数化（1点10円）して評価している。

また、保険診療として診療報酬が支払われるには、次の条件を満たさなければならない。

- ・保険医が、保険医療機関において
- ・健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等の各種関係法令の規定を遵守し
- ・『療養担当規則』の規定を遵守し、医学的に妥当適切な診療を行い
- ・『診療報酬点数表（医科等）』に定められたとおりに請求を行っていること

なお、保険診療・診療報酬請求、算定に関する主な法令は次のとおりである。

厚生労働省令	保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則） 健康保険法施行規則 国民健康保険法施行規則 等
告示	診療報酬の算定方法 別表第1 医科診療報酬点数表 等
通知	診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について 基本診療料の施設基準等 特掲診療料の施設基準等 診療報酬請求書等の記載要領等について

2. 着眼点及び監査手続

保険医と保険医療機関が、保険診療及び診療報酬請求のルールをよく理解し適正な請求、算定手続がされているか確認する。

着眼点	監査手続
(1) 【組織体制】 診療報酬請求業務を適切に行えるような体制になっているか	・業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れはないかについて確かめる
(2) 【業務プロセス】 診療報酬を正しく請求できるような業務プロセスが構築されているか	・診療報酬請求データ作成過程における精度を検証し、保険請求業務遂行にあたり漏れ等が生じていないかについて確認する ・各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する

<p>(3)【施設基準】 施設基準の算定要件は順守され、返還等のリスクが生じていないか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設基準（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確認する ・各種管理簿・整理簿等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する
<p>(4)【カルテ記載】 診療報酬請求上求められている算定要件がカルテに記載され、返還等のリスクが生じていないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬（基本・特掲診療料）の算定にあたり要件（告示・通知事項）を順守し請求内容と根拠資料の整合性が取られているか確かめる。 ・電子カルテ（紙記録含）内の医師記録・診療諸記録等、診療報酬請求手続に必要な書類・データが毎月整備され更新がされているか確認する

なお、用語の説明は以下のとおりである。

- ・「施設基準」とは、一定の基準を満たした医療機関が診療報酬の加算を受けられる基準のことである。
- ・「〇〇加算」とは、「基本診療料」及び「特掲診療料」に「加算」されるものである。それぞれについて項目と基準が明確になっており、この基準を満たしていることを所定の書類により厚生局に届出を行うことによって、診療報酬にそれぞれの加算を行うことができる。
- ・「(医学管理名) 〇〇管理料」とは、主に医師などが患者に対して行う診療上の計画的な指導管理や療養指導の対価として評価されたものをいう。それぞれの管理料・指導料を診療報酬に加算することができる。

3. 実施結果

(1) 診療報酬請求における「組織体制・業務フロー実施状況」について

組織図、議事録等を閲覧し、業務分掌等が作成され組織体制の内容に漏れがないことを確認した。業務フローや業務マニュアルについては作成されていなかった。そのため、マニュアルで定めるべき診療報酬請求に係る医事業務に関する担当者や上長の業務が規定されていなかった。これにより発生している支障は以下のとおりである。

- ・医事業務について、上長による正規職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされていない。
- ・各業務について担当者任せとなっており診療報酬請求、算定に係る業務ごとの把握、管理、コンプライアンスを含めたリスク管理が十分でない。
- ・上長による委託業者への業務確認やモニタリングが十分でない。

- ・医事業務は縦割りで細分化されており、個々の職員の業務内容が可視化されていない。

意見（診療報酬請求における組織体制・業務フロー実施状況について）

上長による職員及び委託業者の業務の十分な把握・管理がされておらず、また担当者任せとなっており、委託業者への業務確認やモニタリングも十分にされていない。

診療報酬請求、算定においては、診療報酬の要件、医師のカルテ記載を順守して、査定返戻、返還などが生じないように、根拠に基づいた診療報酬請求が行われる必要がある。

上長はそれぞれの業務内容を整理・把握しダブルチェックを行い、委託業者へは契約書・仕様どおり業務が遂行されているか業務報告を受けモニタリングをするなど評価を行う体制の構築が必要である。

また、各請求業務が把握、管理できないリスクや異動など担当者交代に伴い請求業務実施体制が維持されないリスクがあるため、業務フロー・マニュアルを作成することにより医事業務の適切な管理を行われたい。

(2)「重症者等療養環境特別加算（A221）」について

重症者等療養環境特別加算は、病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者や手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した患者の場合に加算されるものである。

加算の要件の一つに「届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の8%未満とし（省略）」と定められているが、令和元年8月の加算様式23-1及び2のデータについて閲覧したところ、8%未満であるか否かに関わる%の算出及び表記はされていた。しかし、令和元年7月以前の8%に係る資料を求めたところ作成されていなかったが、年1～2回8%に係る確認はされている旨の説明があった。

指 摘（重症者等療養環境特別加算（A221）について）

重症者等療養環境特別加算については、毎月の検証数値及び患者リストの保管を行い、かつ検証数値と対象の病床数の整合性を確認する必要がある。そのため、加算重症部屋に係るデータを毎月収集し算定要件を満たしているか等を確認のうえ、当該加算にかかる情報を適切に把握・管理する必要がある。

(3) 「患者サポート体制充実加算 (A234-3)」について

患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等に対する支援体制を評価し加算されるものである。

加算の要件の一つで「患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており(省略)」と定められているが、患者支援に係るカンファレンス記録(議事録)を閲覧し確認したところ、平成31年4月以降の開催について確認できない週が5週(7月3日、7月17日、7月31日、8月21日、8月28日)あった。

指 摘 (患者サポート体制充実加算 (A234-3) について)

患者サポート体制充実加算は、患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスの実施記録が必要であることから、毎週のカンファレンスの開催と各部担当者の出席及び議事内容について適切に記録する必要がある。

(4) 「悪性腫瘍特異物質治療管理料 (B001-3)」のカルテ記載について

悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断された患者について腫瘍マーカー検査を実施し、計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り診療報酬請求できるものである。

要件の一つに「腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録(カルテ)に記載する」と定められているが、電子カルテ内の医師記録をサンプルで6件閲覧したところ、2件については当該医師記録に腫瘍マーカーの検査結果の数値が記載されていなかった。

指 摘 (悪性腫瘍特異物質治療管理料 (B001-3) のカルテ記載について)

電子カルテ内の医師記録に腫瘍マーカーの検査結果の数値が記載されていない事例があった。電子カルテ内の検査結果参照機能が医師記録に該当しないことや、腫瘍マーカー検査結果の数値及び当該治療計画の要点を医師記録に適切に記載する旨を医師に対して周知徹底する必要がある。

また、検査結果参照機能から検査数値を引用する又は電子カルテのテンプレート機能を利用する等の対応を行い、算定及び請求の際に医師記録の状況を確認する等のチェック体制を構築する必要がある。

なお、厚生局の個別・共同指導において指摘事項とされ過年度に遡及され高額な返還になった事例があるため留意されたい。

3 患者未収金残高管理について

1. 患者未収金残高管理について

患者負担金額は医事会計システムにより計算され、窓口等において請求額を回収できなかった際には未収金となる。入院の定期請求等一部の例外を除き、ある月に発生した未収金額のうち月末にもなお未収の金額については、未収金として財務会計システム上も計上される。

医事会計システム上の患者未収金残高及び財務会計システム上の患者未収金残高は以下の特徴を有しており、両者が整合していること、もしくは、発生した差異が合理的に説明可能であることについて、年度末を含め定期的に確認することにより、双方の残高の正確性を検証することが必要である。

【医事会計システム】

請求、入金、再計算等により日々更新されておりその残高は原則として常に患者に対する実際の未収残高であるものの、窓口現金事故に伴って不正に未収金額が操作されるリスクがある。

【財務会計システム】

原則として医事会計システム側の残高変動なしに未収金額が増減することはない。また、財務会計システムの金額に基づいて決算書が作成される。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 患者未収金について医事会計システム上の未収金額と財務会計システム上の未収金額とが整合しているか	・ 患者未収金に係る医事会計システム残高及び財務会計システム残高の提示を受け、両者の整合性を確認する ・ 上記が不整合の場合、その理由を質問する
(2) 上記の前提として、患者未収金の計上時期が会計ルール・規程に沿ったものであるか	・ 患者未収金計上時期について質問及び関連証憑を閲覧する

3. 実施結果

(1) 医事会計システム上の未収金額と財務会計上の未収金額の整合性について

佐原病院における平成 31 年 3 月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの平成 30 年度発生債権の金額は以下のとおりである。

医事会計システム：13,609 千円

財務会計システム：15,682 千円

上記の不一致原因について質問したところ、要因と考えられる点は以下のとおりであった。なお、当該要因による影響額は把握されていない。

- ・医事会計システムは日々、計算を行う都度未収金額が更新される一方、財務会計上は、請求書発行日が属する月に未収金が計上される。このため、入院の定期請求等の患者に対する未収金額は、差異の要因となる。
- ・医事会計システムにおいて、未収金発生後に、入力誤り等により未収金額が計算変更となる場合があるが、当該金額の変更を財務会計システム上の未収金額へ反映するのは原則年度末であり、かつ当該年度の 2 月及び 3 月に計算変更された場合には、その反映は翌年度になされる。当該運用においては、2 月及び 3 月に計算変更された場合にはその変更額は医事会計システムと財務会計システムとの差額となる。

指 摘（医事会計システムと財務会計システムの未収金額の不一致について）

佐原病院における平成 31 年 3 月末日現在の、医事会計システム及び財務会計システムの平成 30 年度発生債権の金額に差異が生じている。また、差異について分析は行っておらず、差異要因は一定程度把握されているものの、その影響額は把握されていない。

適切な未収金残高管理のためには、少なくとも年度末等、定期的に両者の残高を照合し、整合性を確保することが必要である。また、残高が不整合の場合、その原因の調査を行い適切な措置を行うことが必要となる。

（2）患者未収金の計上時期について

佐原病院において、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としている。外来診療費の請求や入院診療費の請求のうち退院時請求については診療月と同月に請求書が発行されるため、診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致するが、入院診療費のうち定期請求（退院せず継続して入院しており、入院期間が月をまたぐ場合には、月ごとに請求書が発行される）の場合には診療月と請求月すなわち未収金（及び収益）計上月が一致しないこととなる（上記（1）も参照）。

佐原病院における患者未収金の計上時期は、「千葉県病院局会計事務処理要領」が求める未収金の計上時期と異なっている。

なお、審査支払機関（保険請求分。社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）への請求に関しては、請求は診療月の翌月になされるものの、未収金（及び収益）の計上は診療月で計上されている。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、

当該金額の変更を財務会計システム上の未収金額へ反映するのは原則年度末であり、かつ当該年度の2月及び3月に計算変更された場合には、その反映は翌年度になされる。

「千葉県病院局会計事務処理要領」においては、特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計上反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させるべきものである。

指 摘（患者未収金の計上時期について）

佐原病院において、患者負担金の未収金（及び収益）の計上時期は、請求書発行日が属する月としているが、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては請求書発行日が属する月ではなく、診療月で計上することとされている。

上記要領に沿う観点から、また保険請求分との整合性からも、患者未収金は診療月で計上すべきである。なお、診療月と請求月が同一のケースの処理を変更する必要はない。

また、未収金計上後に負担割合の変更等で請求額が変更されることがあるが、当該年度の2月及び3月に計算変更された場合には、財務会計システムへの反映は翌年度になされているが、「千葉県病院局会計事務処理要領」においては特段の事情がある場合のみ翌年度に財務会計上反映させることが認められているにすぎず、原則として年度内に反映させる必要がある。

4 患者未収金の督促体制について

1. 患者未収金の督促について

(1) 患者未収金の督促の重要性

病院事業の運営には設備投資、人件費や材料費支出といった様々な運営コストが必要であることから、診療行為の対価を確実に収納することは、事業を継続して運営するにあたり重要である。このため、「千葉県病院局財務規程」第26条において未納金の督促について定められているとともに、より具体的な未収金の管理、発生防止、督促を行うため、「未収金取扱要領」「未収金発生防止・未収金回収対策マニュアル」が定められている。

佐原病院では訪問看護ステーションさわらを併設しており、平成28年7月に開設後、平成29年7月には機能強化型に移行しており、訪問看護利用者・職員数も順調に伸ばしていることから、病院と訪問看護ステーションにおいて未収金の管理が必要となる。

(2) 患者未収金の滞留状況

患者未収金に関して滞留債権の定義は定められていないが、参考として、平成30年度末において発生（請求日）から3か月を経過した債権は以下のとおりである。

(表 32) 患者未収金滞留状況

(単位：千円)

区分	入院		外来		訪問看護	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
平成26年度以前	10件	3,316	6件	150	-	-
平成27年度	2件	824	3件	75	-	-
平成28年度	8件	1,019	40件	423	-	-
平成29年度	18件	1,353	50件	775	2件	15
平成30年度	10件	996	52件	715	3件	25
合計	48件	7,510	151件	2,140	5件	40

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 病院における督促体制整備状況を把握する	入院・外来の担当別に、督促の実施体制がマニュアルに沿ったものかヒアリングするとともに、督促記録たる未収金整理票を閲覧しマニュアルへの準拠性を確認する

(2) 訪問看護ステーションにおける督促体制整備状況を把握する	訪問看護ステーションについて、上記の手続を実施する
---------------------------------	---------------------------

3. 実施結果

(1) 病院における患者未収金の督促体制について

「未収金取扱要領」第2条2項においては、「病院長は、未収金が発生し、その回収に日時を要すると認めるときは、未収金整理票を作成するものとする。」とされている。また、「未収金発生防止・未収金回収対策マニュアル」において、「督促状、催告書等の発送日の記録、電話催告や臨戸の際の未納者との交渉内容をできるだけ詳細に個人別未収金整理票に記載します。」とされている。

これらで定められている未収金整理票は、未収金を有する患者への連絡、督促状況を記録するものであり、当該患者への督促を実施するにあたり把握すべき情報が集約されたものであることから、適時適切かつ網羅的な記録が必要といえる。

佐原病院における督促の体制等をヒアリングした結果、入院・外来ともに未収金の初動の督促は医事業務委託先が実施し、その後なお未回収のものは職員へ引き継がれるとのことであったが、入院については、医事業務委託先による初動の督促内容が未収金整理票へ記載されていなかった。

指 摘（入院患者に対する未収金への督促内容の未収金整理票への反映について）

佐原病院では入院・外来ともに未収金の初動の督促は医事業務委託先が実施し、その後なお未回収のものは職員へ引き継がれるが、入院については、医事業務委託先による初動の督促内容が未収金整理票へ記載されていない。

引き継ぎ後の督促の効率性・有効性向上のため、入院の初動の督促について、督促内容を未収金整理票へ記載することが必要である。

なお、平成25年度の包括外部監査でがんセンターにおいて指摘を受けている「回収体制と弁護士法第72条について」（P237）についても留意のうえ対応されたい。

(2) 訪問看護ステーションにおける患者未収金の督促体制について

「千葉県病院局財務規程」第21条2項において、納入通知書に記載する納期限について定めている。その内容は以下のとおりである。

千葉県病院局財務規程 第21条2項

納入通知書に記載する納期限は、特別の定めがあるものを除き、納入通知書の発行の日から十五日以内の日としなければならない。ただし、当該納期限が次の各号に掲げる日（以下「休日等」という。）に当たる場合にあっては、その

日後において最も近い休日等でない日を納期限とする。

- 一 日曜日及び土曜日
- 二 国民の祝日に関する法律（昭和二十三年法律第百七十八号）に規定する休日（以下「休日」という。）
- 三 十二月三十一日から翌年の一月三日までの日（休日を除く。）

しかし、訪問看護ステーションさわらが発行する患者自己負担額の請求書において納期限の記載がされていない。

また、訪問看護ステーションさわらにおける未収金督促体制等についてヒアリングしたところ、督促は電話や訪問担当看護師による声かけなどによりなされているものの、マニュアルに沿って統一的に実施されているとはいえない状況であるとのことであった。

さらに、督促記録は未収金整理票へ記載されていなかった。

指 摘（訪問看護ステーションさわらに係る患者未収金の督促体制について）

訪問看護ステーションさわらに関して、患者自己負担額の請求書において納期限の記載がない。納期限の記載がない場合、いつから督促を実施すべきか不明確であることから、督促の前提として、「千葉県病院局財務規程」に従い、患者にとっての支払期日を請求書に記載する必要がある。

また、督促は電話や訪問担当看護師による声かけなどによりなされているが、マニュアルに沿って統一的に実施されているとはいえない状況である。そのため、訪問看護ステーションも病院の「未収金発生防止・未収金回収対策マニュアル」に従って業務を実施する必要がある。また、「未収金発生防止・未収金回収対策マニュアル」に基づいて業務を実施するための体制の整備も必要である。

さらに、適切な未収金管理のため、「未収金取扱要領」に沿って督促記録を未収金整理票へ記載する必要がある。

5 SPD 業者及び棚卸資産の管理について

1. 委託先（SPD 業者）管理の概要

診療材料については、一般競争入札により病院ごとに SPD 業者に発注、検品、棚卸等を委託している。（SPD 業者への業務委託契約は病院局一括での契約となっているが、病院ごとに委託内容に若干の差がある。）委託の概要は、契約書に添付されている仕様書に記載のとおりとなっており、SPD 業者は月報により業務報告をしている。

佐原病院と SPD 業者である鴻池メディカル株式会社との間の業務委託契約の概要は、下記のとおりとなっている。

契約相手	鴻池メディカル株式会社
契約期間	平成 29 年 4 月 1 日～令和 2 年 3 月 31 日
契約金額	月額 810 千円（消費税抜き）
目的	千葉県佐原病院における院内の診療材料管理業務、及び診療材料搬送業務を一括して行い、院内物流の効率化を図ることを目的とする。
詳細な実施事項	契約書の仕様書第 6（基本事項）(1) において、以下のように定めている。 （基本事項） 第 6 （1）この仕様書は業務の大要を示すものであるから、これに定めのない事項であっても、甲（佐原病院）が管理及び安全上必要と認める事項については、行わなければならない。

SPD 業者と佐原病院との業務委託契約書第 11 条において、検査及び引き渡しについて定めがあり、病院は SPD 業者の業務の検査を実施することが求められる。

<p>（検査及び引渡）</p> <p>第 11 条 乙（鴻池メディカル）は、委託業務を完了したときは遅滞なく甲（佐原病院）に対して業務完了報告書を提出しなければならない。</p> <p>2 甲は前項の業務完了報告書を受領したときは、その日から 10 日以内に検査を行わなければならない。</p> <p>3 前項の検査の結果不合格になり、補正を命ぜられたときは乙は遅滞なく当該補正を行い甲に補正完了の届を提出して再検査を受けなければならない。この場合再検査の期日については前項を準用する。</p>

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 委託先の管理について、運用状況を把握する。	委託先の業務につき、委託者である佐原病院の担当者による適切な監督が行われているか、視察、業務完了報告書の閲覧等により検討する。

3. 実施結果

(1) 委託先の管理について

① 委託先からの業務完了報告書について

診療材料については、SPD 業者に発注、検品、棚卸等を委託している。契約書によれば、委託の SPD 業者は業務完了報告書を提出することになっているが、月次、日次等の定めはない。佐原病院の仕様書では、第 1 章総則第 6 条 (7) において、業務完了報告書の様式等を定めており、そこでは「業務完了報告書 (毎月)・・・別紙様式第 4 号」とあることから、月次での報告を求めている。また、様式では、報告書には業務日誌及び業務従事者勤務表を添付することとなっている。

佐原病院で保管されていた所定の業務完了報告書には、表紙及び該当月における実施した業務を日次で記載した「物品搬送供給業務完了報告書」が添付されていた。また、提出された業務完了報告書を閲覧することにより、月次で SPD 業者が実施した業務と、当該業務の完了について確認したうえで、検収調書を作成し、担当課長が押印をしている。

佐原病院の場合、月次で作成される業務完了報告書に日次で実施した業務に関する記載が添付されているが、報告自体が月次であることから、業務完了の確認は月次で行われている。

なお、業務完了報告書の他に、日次で『千葉県立佐原病院「診療材料室」業務日誌』が SPD 業者から提示されているが、当該書類の作成及び提出は必須ではないため、病院の中央材料室担当者、又は棚卸資産担当者の確認印は押印されていない。

意見 (業務日誌の位置づけについて)

佐原病院では、SPD 業者から日々の業務について業務日誌が提出されているが、契約書、仕様書等で定められている書類ではないことから、受領の上保管しているものの、日々の業務の完了確認等には使用していない。

SPD 業者が行う業務は、発注、検品、システム登録等、日々確実に実行されなければならない項目であることから、業務の確認についても日次で行うことが望ましい。よって、仕様書において業務日誌の提出を義務付け、日次で業務

完了確認を実施することが望ましい。

② 検品業務について

委託先の業務に発注したものが正しく納品されているかを確認する検品業務がある。検品は業者からの納品があるごとに、発注書と納品された現物を委託業者がチェックするのみであり、そこに病院の中央材料室担当者、棚卸資産担当者等の立会はない。

意見（納品時の立会について）

日々の納品時のチェックについては、委託業者に任せきりになっており、病院担当者のチェックがほとんど実施されていない。病院担当者は、適切な検品業務が行われているかを監督するため、少なくとも抜き打ちにより検品時の立会を実施することが必要である。

(2) 棚卸業務について

SPD 業者との業務委託契約において実施事項として定めがあるものの、以下の項目について業務完了の確認が不十分である。

仕様書	項目
I 在庫管理 －棚卸業務	年 2 回の実地棚卸と、棚卸誤差の追求。(9 月末、3 月末)

SPD 業者が病院へ棚卸誤差の内容、理由について報告していない。棚卸資料を閲覧したところ、品目によっては実数量と帳簿数量が 12%（帳簿在庫 283 に対して実カウント在庫 318）も乖離している品目があるが、原因調査された証跡がなく、病院担当者は棚卸誤差の原因を把握できていない。この点、参考として他の県立病院の実地棚卸実施マニュアルにおいては、帳簿数量側に問題がある場合、承認済みの「差異理由書」に基づき帳簿数量の修正処理を行うことが定められている。

他の県立病院実地棚卸実施マニュアル

10. 集計結果と過不足の調査・趨勢

(3) 過不足の修正手続

① 帳簿数量側に問題がある場合

受払時の起票ミス（破損品等を含む）、起票漏れ、紛失・盗難、簿外品の発生等、帳簿数量側に差異の原因があった場合には承認済みの差異理由書に基づき帳簿数量の修正処理を行うこと。

指 摘（棚卸実施マニュアルの作成について）

棚卸は、病院ごとにロケーション、扱っている品目、倉庫における保管状況、病棟における棚卸の保管状況等が異なっていることから、各病院で独自の棚卸実施マニュアルを作成することが求められる。しかし、千葉県立佐原病院では、病院における棚卸実施マニュアルが作成されていない。棚卸を正確に実施するためにも、棚卸実施マニュアルの作成が必要である。

指 摘（棚卸誤差について）

在庫管理上棚卸誤差は、不適切な払出がなかったか、払出時等の処理誤りがなかったかなどを調査するために有用な情報であるため、棚卸誤差の発生内容、原因を病院担当者へ報告するよう SPD 業者に求める必要がある。

意 見（実地棚卸における立会について）

SPD 業者が実施する診療材料等の棚卸について、病院担当者の立会を実施していない。委託業者が仕様どおりに棚卸を実施しているか否かについて監督するため、病院担当者の立会が望まれる。

6 検査試薬品の管理について

1. 検査試薬品の在庫管理について

検査試薬品については、発注時にノートに記載し、検品時に発注ノートに入庫日を記入することによって管理されている。継続的な出庫記録は残っておらず、発注ノートのみが管理簿となっている。そのため、理論在庫が把握できず、棚卸数量に単価をかけたものが棚卸資産として会計上記録され、差額によって仕入の金額が確定されることになり、棚卸差額については把握できていない。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 検査試薬品の管理について、適切に行われているか	<ul style="list-style-type: none">・検査試薬品の仕入状況等についてヒアリングするとともに、発注ノートを開覧することにより状況を把握する・入出庫記録については、発注ノート及び仕入仕訳以外の記録の有無についてヒアリングにより把握するとともに、実際の伝票を開覧することにより、棚卸状況についても検討する

3. 実施結果

(1) 継続的な記録と棚卸について

検査試薬品については、発注時に発注ノートに記載し、検品時に発注ノートに入庫日付を記入することにより仕入が管理されている。出庫時に日付及び個数を記載した管理簿がないことから、検査試薬品については、理論在庫が把握できていない。そのため、実際の棚卸数量と理論在庫数量を比較した際に発生する棚卸差額を把握することができない。試薬品の期限切れのみが廃棄として把握されるのみであり、仮に払い出しミスや盗難等にあったとしても、気づかない状況である。

また、棚卸については期末のみ実施しており、期中における在庫数量等については、適時把握していない。

令和元年10月1日より、医薬品だけでなく検査試薬品についても、厚生労働省の指導で入庫、出庫を明らかにするため入出庫の記録を継続的に取るとともに、在庫数量を確定するよう求められることになった。入出庫の記録については試薬管理システムを導入し、日々入力しているとのことであるが、令和元年9月30日時点の在庫数量をカウントしていないことから、試薬管理システム入力スタートする令和元年10月1日時点の在庫数量が明らかになっていない。令和元年10月1日時点の在庫数量については、発注ノートと使用記録を基に遡及計算することで、理論在庫数量を確定するとのことである。

意見（入出庫の継続的な記録について）

検査試薬品については、監査対象年度である平成 30 年度では、システムを導入する前であるため、入出庫の継続的な記録がなく、正確な理論在庫の把握ができない。そのため、理論在庫と実際の在庫との差として把握される棚卸差異が把握できていない。入出庫記録を取ることで、理論在庫を算定することが必要である。

意見（試薬管理システム導入に係る在庫数について）

令和元年 9 月 30 日時点で検査試薬品の棚卸を実施していないことから、令和元年 10 月 1 日時点での正確な棚卸数量が把握できていない。これでは、令和元年 10 月 1 日以降、正確な入出庫の記録を取ったとしても、正しい在庫数量が把握できない。令和元年 9 月 30 日時点での在庫数量については遡及計算することにより確定するとのことであるが、計算で導かれた理論値としての数量が正しい数量であるかについては疑問である。

今後は、入出庫が試薬管理システム入力により記録されることから、令和 2 年 3 月末での実地棚卸を適切に行い、令和 2 年度の期首在庫を確定したうえで、令和 2 年 9 月末に実地棚卸を実施することで、令和 2 年 4 月から 9 月までの日常の入出庫記録の正確性の程度が確認できる。また、その結果を踏まえて令和 3 年 3 月の実地棚卸の改善に役立てることができ、棚卸資産残高の適正性も確保できる。

前述したような業務改善に役立てるためにも、試薬管理システムの入出庫記録から算定された理論在庫数と、実際の在庫数との差である棚卸差異を把握し、発生要因を分析し、適切に会計上反映する体制を整える必要がある。

7 固定資産管理について

1. 固定資産の管理について

(1) 固定資産の管理について

病院局及び千葉県立病院にて所有する固定資産は土地や建物に加え、高度医療機器等、診察や検査等病院業務の主目的で使用する重要な備品が多く存在するため、固定資産を適切に管理することが重要である。

病院局においては、適切な固定資産管理を目的として、「千葉県病院局固定資産管理規程」及び「千葉県病院局固定資産管理要領」を制定し、当該規程や要領の中で、固定資産台帳の備付や、固定資産の実地調査を定めている。

特に、固定資産実査は、固定資産台帳に登録されている資産が実際に存在するのか、劣化・陳腐化している資産はないかといった資産の状況を把握できるため重要な手続であり、「千葉県病院局固定資産管理要領」において、以下のとおり定めている。

千葉県病院局固定資産管理要領

(固定資産実査の実施)

第四条 規程第 14 条に規定する現況調査（実査）は、毎事業年度に実施し、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責任者が管理する固定資産に対し行い、課長または病院長に報告する。
- 4 課長または病院長は規程第 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。

(現物不在の固定資産の処理)

第五条 固定資産管理責任者は、実査またはそれ以外の時に、固定資産保管簿に登載されているにもかかわらず、現物不在の固定資産がある場合は、速やかに課長または病院長に報告する。

- 2 前項の報告を受けた場合、課長または病院長は、関係者の聞き取りや、その他必要な調査を行い、その結果及びその他の現状から、現物不在の固定資産があることを確認した場合は、当該年度内に処分された場合を除き、不在固定資産報告書（様式 3）により副局長に報告する。

(2) 佐原病院における固定資産管理事務について

佐原病院では、平成 30 年度末時点で以下のとおり、計 1,108 件、総額約 30 億円の固定資産を保有している。

(表 33) 佐原病院固定資産概要

(単位：千円)

勘定科目名称	件数	帳簿価額 (減価償却累計控除後)
建物	92	2,404,491
器械備品	967	527,876
土地	8	67,985
構築物	13	12,399
電話加入権	19	1,421
車両	7	415
その他無形固定資産	2	3,086
総計	1,108	3,017,676

佐原病院では、千葉県病院局固定資産管理規程第 8 条に基づき、管理課長の責任の下、固定資産台帳を作成し随時更新している。また、実査に関しては、千葉県病院局固定資産管理規程第 14 条及び第 40 条、並びに千葉県病院局固定資産管理要領第 4 条に基づいて、病院局より毎年 8 月頃に基準日を 9 月 30 日、報告日期限を 10 月 31 日とする実査依頼が各病院へなされる。佐原病院においても、毎年 10 月の 1 か月で固定資産実査を行い、実査結果を病院長に報告の上、病院局長へ報告する形式をとっている。なお、当該実査においては、病院局長からの指示により、毎年全ての固定資産について実査を行うこととしている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 固定資産の管理状況及び管理台帳が適切であるか	<ul style="list-style-type: none"> 平成 30 年度に取得した固定資産が固定資産台帳へ登録されていることをサンプルテストで確かめる。 固定資産台帳に記録されている取得日付が平成 30 年度の固定資産について、実際に存在していることをサンプルテストで確かめる。 固定資産の視察を実施し、固定資産管理シールの貼付状況を確認する。
(2) 固定資産実査が適切に行われているか	<ul style="list-style-type: none"> 昨年度実施された固定資産実査の結果について決裁書を閲覧する。 担当者に質問を行い、適切に固定資産実査が行われていることを確認する。

3. 実施結果

(1) 固定資産実査に関する規程について

千葉県病院局固定資産管理要領の第4条（固定資産実査の実施）において、固定資産の現況調査（実査）は、毎事業年度に実施し、その基準日は事業年度の末日とすると定めている。しかし、病院局より毎年8月頃に基準日を9月30日、報告日期限を10月31日とする実査依頼が各病院へなされている。

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

指 摘（固定資産実査の基準日について）

病院局より各病院に対して依頼している固定資産実査の基準日は9月30日であるが、固定資産管理要領で定めている固定資産実査の基準日は3月31日であり、基準日が固定資産管理要領に準拠していない。

固定資産管理要領に基づいて固定資産実査を行う必要がある。

(2) 固定資産の管理状況及び管理台帳について

平成30年度に取得した固定資産が適切に固定資産台帳へ登録されていることを確認するため、同事業年度に取得した固定資産の中から10件のサンプルを抽出し、固定資産台帳に記録されていることを確かめた。その結果、全サンプルについて固定資産台帳に記録されていた。また、固定資産台帳に記録されている固定資産のうち取得日付が平成30年度となっている固定資産の中から10件のサンプルを抽出し、当該資産が実際に存在していることを確かめた。その結果、全サンプルについて固定資産が実在していた。一方、固定資産の視察時に、固定資産に固定資産管理シールが貼付されているかを確認したところ、平成27年度以前に取得された固定資産のほとんどで固定資産管理シールが貼付されていなかった。

指 摘（固定資産管理シールの貼付漏れについて）

平成27年度以前に取得された固定資産のほとんどで固定資産管理シールが貼られていなかった。一方、平成28年度以降は担当者の変更に伴い、取得時に固定資産管理シールを貼付するよう徹底したことから、当年度以降取得した固定資産については固定資産管理シールが貼付されていた。

固定資産管理シールは当該固定資産が固定資産台帳のいずれに該当するかを示す重要なものであり、実査の際には固定資産管理シールをもって当該固定資産の実物を確認できるといった現物確認の意味合いがある。また、固定資産管理シ

ールは当該資産が佐原病院の所有する資産であることを明示し、盗難を防止する効果もある。

そのため、固定資産管理シールの貼付がされていない固定資産についても、適正な固定資産管理及び盗難防止のため、固定資産管理シールを貼付する必要がある。

(3) 固定資産実査の実施状況について

昨年度実施された固定資産実査の結果について決裁書を閲覧し、適切に固定資産実査が行われているかを確認した。まず、平成30年度に佐原病院にて実施された固定資産実査の決裁書と病院局への報告書を閲覧したところ、基準日を平成30年9月30日、実施期間を平成30年10月8日から10月26日として実査を行ったこと、また、実査の結果、不明資産は0件であることの報告がなされていた。

しかし、監査の結果、ほとんどの固定資産について実査を行っていないにもかかわらず、実施しているとの報告を上げていることが判明した。なお、実査が未実施となっている固定資産は固定資産管理シールが貼られていない固定資産であった。

指 摘（固定資産実査の未実施について）

ほとんどの固定資産について実査を行っていないにもかかわらず、実施しているとの報告を上げていた。加えて、病院局からも、時間の経過とともに守られなくなったとの回答であった。

また、固定資産の件数が1,000件を超えているにもかかわらず不明資産が1件もないことや、上述したとおり固定資産管理シールの貼付漏れが多くあることを鑑みると、固定資産の実査が未実施であることは明白である。実査が未実施となっていた理由は、実査対象の固定資産が膨大な件数であるにもかかわらず、基準日から報告日までの日数が1か月と短いことや、多くの固定資産で過去何十年にもわたって固定資産管理シールを貼っていなかったため、実際の固定資産が固定資産台帳のどの管理番号の資産に該当するのか不明であることが挙げられる。

前述のとおり、固定資産実査は固定資産の実在性及び評価を確認する重要な手続であり、「千葉県病院局固定資産管理規程」及び「千葉県病院局固定資産管理要領」においても求められているものである。また、固定資産の実査をせずに実施報告をすることは許されるものではない。すべての固定資産について実査を毎年実施しなければならないこと及び実施結果につき正しい報告を上げることが関係者に周知・徹底されたい。

8 勤怠管理について

1. 勤怠管理について

病院局の勤怠管理のうち具体的な勤務時間等については、千葉県病院局職員勤務規程、及び病院に勤務する職員の勤務時間等に関する規程に定められている。

同規定においては、所属長は、職員に勤務時間外又は休日に勤務を命ずることができることされており、職員は、勤務時間外又は休日に勤務を命ぜられた場合には、庶務共通事務処理システムによりその命令に関する所要事項を入力し、当該命令を受領した旨の確認を行わなければならない旨が定められている。

千葉県は、職員の休暇の取得や週休日の振替、時間外勤務命令等に関する労務管理事項について、千葉県病院局処務規程で決裁権限を定め、各規定に沿った運用を行っている。

所属職員の時間外勤務命令及び休日勤務命令に関することに関しては、事務局長の専決事項となっている。

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 佐原病院の勤怠管理は、適切に行われているか。	・佐原病院における勤怠管理について、概要を把握する。 ・勤怠管理において承認を必要とするものについて、承認証跡を確認する。

3. 実施結果

(1) 勤怠管理の状況について

佐原病院における勤怠管理の概要は、以下のとおりである。

① 事務局職員に関する勤怠管理について

- ・事務局職員については、千葉県の庶務共通事務処理システム（以下『しよむ2』という。）によって行われる。
- ・職員がPC（『しよむ2』搭載の個人用パソコン）を起動した際、タイムレコードが記録され、同時に出勤簿に各人が押印する。PCをシャットダウンすると同時にタイムレコードが記録される。
- ・時間外勤務については、事前の承認は上長の口頭により行って（処務規程上では「時間外命令」）おり、承認証跡がない。マニュアルでは、時間外勤務時間を『しよむ2』に登録し、指定のワークフローにより上長の決裁を得ることとなっている。
- ・非常勤職員については、『しよむ2』による勤怠管理は実施されておらず、勤務時間数を時間外勤務等命令簿で報告し、上長の決裁を得ることとなっている。

②医師に関する勤怠管理について

- ・佐原病院における医師の勤怠管理（時間外勤務）は、時間外勤務終了後、本人が『しょむ 2』に入力することになっている。
- ・『しょむ 2』に入力した時間外勤務についても、ワークフローに従い事務局長まで決裁を受けている。

③勤怠管理における承認について

職員の勤怠管理自体は、千葉県が使用する勤怠管理システム『しょむ 2』によっていることから、『しょむ 2』で決裁が要求されているものについては、もれなく決裁がなされている。しかしながら、時間外勤務の事前承認については、『しょむ 2』に登録することなく、口頭等により行っているため、承認証跡が残らない。

また、非常勤職員等の時間外勤務等命令簿により時間外勤務の申請を運用しているものについては、上長の承認がなされていることを閲覧により確認した。

指 摘（時間外勤務の事前承認について）

千葉県が使用している『しょむ 2』には、時間外勤務の事前承認に関する機能が装備されているが、佐原病院の事務局職員は、当該機能を利用せず口頭等による事前承認を行っている。時間外勤務時間については、上長の事前承認、及び事後決裁を必要とするが、事前承認については上長の口頭等で行っており承認証跡が残らない。『しょむ 2』の事前決裁のワークフローを使用することで、事前決裁時に報告した時間外勤務時間と実際の時間外勤務時間を比較することが可能となり、実際の業務時間を正確に把握することができ、過剰な時間外勤務を削減するなど労務管理に資すると考えられる。

『しょむ 2』の事前承認のワークフローを使用し、承認証跡を残すとともに、事前申請の時間外勤務時間、及び実際の時間外勤務時間との差が把握できるような仕組みとすることを検討すべきである。

V 過年度指摘事項に関する監査の結果

1 平成 25 年度包括外部監査の結果等について

1. 平成 25 年度包括外部監査の結果等について

(1) 平成 25 年度包括外部監査の結果等について

平成 25 年度の包括外部監査は、「病院事業における財務事務の執行及び経営に係る事業の管理について」をテーマに実施された。その結果、指摘事項 115 件、意見 123 件と結果報告がされた。指摘事項の主なものは、① 診療報酬請求の会計処理、② 医業未収金の管理方法、③ 医薬品及び診療材料の管理体制、④ 固定資産の管理方法であった。なお、所属別の指摘事項等の件数は以下のとおりであった。

(表 34) 指摘事項等件数

部課別	指摘	意見
経営管理課	12 件	36 件
がんセンター	18 件	17 件
救急医療センター	10 件	12 件
精神科医療センター	13 件	8 件
こども病院	15 件	14 件
循環器病センター	14 件	16 件
東金病院	15 件	5 件
佐原病院	18 件	15 件
合計	115 件	123 件

(2) 平成 25 年度包括外部監査の措置状況について

平成 25 年度の包括外部監査の指摘事項 115 件に対して措置済みは 107 件、継続中は 8 件となっている。また、意見については各所属において業務遂行の参考として受け止めるものの、措置状況の公表はしていなかった（平成 30 年度の包括外部監査の意見から、講じた措置を「対応状況」として公表することとなっている。）。なお、指摘に対する措置状況は公表されており、年度別の措置状況は以下のとおりであった。

(表 35) 年度別措置件数

(単位：件)

部課別	H25 指摘	H26 措置	H27 措置	H28-H30 措置	継続 件数
経営管理課	12	11	0	0	1
がんセンター	18	17	0	0	1
救急医療センター	10	9	0	0	1
精神科医療センター	13	12	0	0	1
こども病院	15	14	0	0	1
循環器病センター	14	12	1	0	1
東金病院	15	14	0	0	1
佐原病院	18	15	2	0	1
合計	115	104	3	0	8

2. 着眼点及び監査手続

着眼点	監査手続
(1) 過去の包括外部監査における指摘は適切に措置されているか。	平成 25 年度の包括外部監査における措置状況を確認する。

3. 実施結果

(1) 平成 25 年度包括外部監査の指摘に対する措置状況の確認結果について

平成 25 年度の包括外部監査の指摘事項 115 件に対して措置済みは 107 件、継続中は 8 件と公表されている。しかし、今回の包括外部監査において、平成 25 年度の包括外部監査における措置状況を確認した結果、措置済みとして公表しているが一部未措置及び未措置となっている指摘が 21 件存在していた。病院局で当該状況を取りまとめた結果は、以下のとおりである。

(表 36) 措置状況確認結果

(単位：件)

部課別	H25 指摘	措置済報告件数				継続 件数
		合計	措置済	一部未措置	未措置	
経営管理課	12	11	8	3	0	1
がんセンター	18	17	12	4	1	1
救急医療センター	10	9	6	1	2	1
精神科医療センター	13	12	7	2	3	1
こども病院	15	14	14	0	0	1
循環器病センター	14	13	13	0	0	1
東金病院	15	14	14	0	0	1
佐原病院	18	17	12	3	2	1
合計	115	107	86	13	8	8

平成 25 年度の包括外部監査における措置状況を確認した。その結果、一部未措置となっている指摘事項の内容は以下のとおりであった。

(総括的意見)

<p>○事項名 3.診療報酬の請求業務について 3-2.返戻レセプトの会計処理について ① 現状の返戻レセプトの会計処理に係る問題点について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 各病院の医事経営課等における実務として、例月の返戻の発生、再請求の確認、長期返戻案件の滞留状況に対する牽制等を明文上ルール化し、返戻レセプトに係る再請求実務を効果的、効率的に実施できる仕組みを構築されたい。</p>
<p>○公表した措置状況 各病院等と現状を調査し協議を行ったところ、各病院とも返戻・再請求については、一覧表を作成し管理していた。滞留状況については、医事経営課等の職員により月 1 回以上の牽制を行うこととした。また、会計事務処理要領への明文化をすることとし、検討を進めている。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 会計事務処理要領への明文化がされていない。</p>

<p>○事項名 3.診療報酬の請求業務について 3-3.保留レセプトの会計処理について ① 保留レセプトの管理について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 各病院の医事経営課等における実務として、例月の保留レセプトの発生、請求の確認、長期保留案件の滞留状況に対する牽制等の実施を明文上ルール化し、保留レセプトに係る請求実務を効果的、効率的に実施できる仕組みを構築されたい。</p>
<p>○公表した措置状況 各病院等と現状を調査し協議を行ったところ、各病院等とも保留レセプトについては発生時に一覧表による管理を行っている。 また、医事経営課等の職員により月 1 回以上の牽制を行うこととした。 また、会計事務処理要領への明文化をすることとし、検討を進めている。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 会計事務処理要領への明文化がされていない。</p>

<p>○事項名 3.診療報酬の請求業務について</p>

<p>3-3.保留レセプトの会計処理について</p> <p>② 現状の保留レセプトの会計処理に係る問題点について(指摘)</p>
<p>○結果の内容</p> <p>企業会計原則における発生主義の原則（収益の実現主義の原則）の趣旨に鑑みると、診療行為が完了した時点において、役務提供の完了と対価の確定という実現の 2 要件を充足することから、保留レセプトについても収益計上することが適切であると考えられる。そのため、会計要領における保留レセプトの会計処理の記載については修正されたい。</p>
<p>○公表した措置状況</p> <p>会計事務処理要領を修正することとし、修正内容について検討を進めている。</p>
<p>○令和元年度の状況</p> <p>一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容</p> <p>会計事務処理要領への明文化がされていない。</p>

(がんセンターに係る事項)

<p>○事項名</p> <p>2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について</p> <p>① 保証人の保証意思の確認について(指摘)</p>
<p>○結果の内容</p> <p>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。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。</p>
<p>○公表した措置状況</p> <p>保証意思の確認方法について、マニュアルに記載することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況</p> <p>措置を行っていない。</p>
<p>○未措置の内容</p> <p>保証意思の確認方法について、マニュアルに未記載。</p>

<p>○事項名</p> <p>2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について</p> <p>③ 保証人への督促について（指摘）</p>
<p>○結果の内容</p> <p>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。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。</p>
<p>○公表した措置状況</p>

<p>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するようマニュアルを改正することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 患者本人への督促後支払いがない場合であっても、患者本人との交渉が継続している場合には、ただちに全保証人に対する督促は実施していない。</p>

<p>○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑤ 相続人への請求について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 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。</p>
<p>○公表した措置状況 患者が死亡した場合は、相続人を確定したうえで、各人の法定相続分に応じて請求するようマニュアルを改正することとした。 また、保証人の相続人への請求についても、マニュアルに記載することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 相続人に対して法定相続分に応じた請求を行うところまではできていない。</p>

<p>○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑥ 分納申請について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 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。</p>
<p>○公表した措置状況 地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認するようマニュアルを改正することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 過年度分について、納付金額や期限の変更に伴う分納の再申請、また時効中断のための債務承認をとる目的で申請書の提出を求めることがあり、担当者レベ</p>

ルで申請を承認（受理）している事案もあった。

○事項名 2. 未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑩ 回収体制と弁護士法第 72 条について(指摘)
○結果の内容 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。
○公表した措置状況 未収金の回収業務について、民間会社に関与させる業務は弁護士法第 72 条に抵触しない範囲となるようマニュアルに記載することとした。 また、外部委託の可能性を含めて、より効果的な回収体制を構築することも検討していくこととした。
○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。
○未措置の内容 当院の未収金については、現年分は医事の委託業者が、過年度分は医事経営課が対応を行っている。現年度分であっても督促状・催告書の送付に関する決裁及び臨戸徴収については医事経営課で行っているが、督促状発送後もそれまでの経緯から、医事の委託業者に連絡が入る場合が多く、また、対象患者数も多いことから、実際には電話や分納の対応をお願いしている。なお、回収困難な事案や、以降の来院予定がない場合等については、担当変更し医事経営課で対応している。

（救急医療センターに係る事項）

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ② 保証人への督促について(指摘)
○結果の内容 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。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。
○公表した措置状況 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するようマニュアルを改正することとした。

○令和元年度の状況 措置を行っていない。
○未措置の内容 1年以上経過した後に送付しているものがある。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ④ 相続人への請求について(指摘)
○結果の内容 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。
○公表した措置状況 患者が死亡した場合は、相続人を確定したうえで、各人の法定相続分に応じて請求するようマニュアルを改正することとした。 また、保証人の相続人への請求についても、マニュアルに記載することとした。
○令和元年度の状況 措置を行っていない。
○未措置の内容 相続分に応じて請求ではなく代表に一括で支払ってもらうことが多い。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑤ 分納申請について(指摘)
○結果の内容 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。
○公表した措置状況 地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認するようマニュアルを改正することとした。
○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。
○未措置の内容 資料を十分収集できていない案件がある。

(精神科医療センターに係る事項)

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について

① 保証人の保証意思の確認について(指摘)
○結果の内容 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。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。
○公表した措置状況 保証意思の確認方法について、マニュアルに記載することとした。
○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。
○未措置の内容 保証意思については、入院願に記載してもらう際に確認しているが、保証人の連絡先に適切な手段で連絡を行うことまではできていない。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ③ 保証人への督促について(指摘)
○結果の内容 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。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。
○公表した措置状況 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するようマニュアルを改正することとした。
○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。
○未措置の内容 これまでは患者本人にも督促を行えていなかったという状況があった。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑤ 相続人への請求について(指摘)
○結果の内容 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。

<p>○公表した措置状況 患者が死亡した場合は、相続人を確定したうえで、各人の法定相続分に応じて請求するようマニュアルを改正することとした。 また、保証人の相続人への請求についても、マニュアルに記載することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 患者が死亡した場合の相続人の特定までは行っていない状況である。</p>

<p>○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑥ 分納申請について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 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。</p>
<p>○公表した措置状況 地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認するようマニュアルを改正することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容 決裁を受けた上で分納を承認することは行っているが、地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足するために必要な資料の収集まではできていない。</p>

<p>○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ⑨ 不納欠損処理について(指摘)</p>
<p>○結果の内容 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。</p>
<p>○公表した措置状況 今後も地方自治法等に基づき、適切な債権回収を行っていく。 また、医業未収金の貸倒引当金は、平成 25 年度から設定したところであり、公正な情報開示のあり方については、今後、経営管理課と協議を進めることとした。</p>
<p>○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。</p>

○未措置の内容
精神科の特性上、一部、マニュアルどおりに債権回収ができていない面もある。

(佐原病院に係る事項)

○事項名 1.診療報酬請求業務等について ④ 再請求について(指摘)
○結果の内容 再請求の方針について特にルールを定めておらず、またその必要性もないとの認識を持っている現状において、担当医師の判断で独自に再審査請求を断念する余地を残すことは病院経営上も好ましい状態ではない。したがって、再度、病院としての再請求の方針を確認するとともに、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、医事経営課において適正に管理できるように検討されたい。
○公表した措置状況 診療報酬検討委員会等を設置し、当院としての再請求の方針を決めて、医師・医療スタッフ及び委託事業者に周知し、病院としての診療報酬業務に取り組むことができるよう検討することとした。
○令和元年度の状況 措置を行っていない。
○未措置の内容 診療報酬検討委員会等が未設置となっている。また、病院としての再請求の方針が未決定となっている。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ① 保証人の保証意思の確認について(指摘)
○結果の内容 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。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。
○公表した措置状況 保証意思の確認方法について、マニュアルに記載することとした。
○令和元年度の状況 一部実施していない措置がある。
○未措置の内容 保証意思の確認方法について、病院局のマニュアルの改訂は未実施の状況となっている。

○事項名 2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について ③ 保証人への督促について(指摘)

<p>○結果の内容</p> <p>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。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。</p>
<p>○公表した措置状況</p> <p>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するようマニュアルを改正することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況</p> <p>一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容</p> <p>患者本人への請求を優先しており、すべての保証人への督促は実施できていない状況（平成 28 年度に 9 件、平成 27 年度に 11 件、平成 26 年度に 1 件実施）。</p>

<p>○事項名</p> <p>2.未収金管理（患者自己負担分未収金等）について</p> <p>⑤ 相続人への請求について(指摘)</p>
<p>○結果の内容</p> <p>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。</p>
<p>○公表した措置状況</p> <p>患者が死亡した場合は、相続人を確定したうえで、各人の法定相続分に応じて請求するようマニュアルを改正することとした。</p> <p>また、保証人の相続人への請求についても、マニュアルに記載することとした。</p>
<p>○令和元年度の状況</p> <p>一部実施していない措置がある。</p>
<p>○未措置の内容</p> <p>マニュアルの記載に従い、配偶者がいる場合に、配偶者へ全額請求した事例はあり。その他、配偶者がいない場合等に相続分に応じた請求については、別の患者本人や配偶者への請求を優先しているため、平成 26 年度以降では実施なし。</p>

<p>○事項名</p> <p>4.固定資産管理について</p> <p>② 固定資産の台帳管理について(指摘)</p>
<p>○結果の内容</p> <p>今後は佐原病院が所有し管理している固定資産全体について、網羅的に、かつ、定期的に実査を行うための仕組みづくりを構築されたい。</p>

○公表した措置状況 平成 26 年 2 月から 3 月にかけて、院内全部署において固定資産の実査を実施した。今後も、毎年度末の実査を適正に実施していく。
○令和元年度の状況 措置を行っていない。
○未措置の内容 固定資産の実査を行うことができていない。

指 摘（措置済として公表した指摘に一部未措置が含まれていることについて）

平成 25 年度の包括外部監査の指摘事項 115 件に対して措置済みは 107 件、継続中は 8 件と公表していたが、今回の包括外部監査において措置状況を再度ヒアリングしたところ、措置済み 107 件のうち 21 件（19.6%）が全部未措置及び一部未措置となっていた。これは、所管課が「検討を進めている」、「することとした」という段階で措置済みとして報告していること、また、その後の状況について本庁の経営管理課などのしかるべき部署が継続的にモニタリングをしていないことから生じたものである。

今後、同様の事態が生じないように、措置済みとする時点や措置済みとされ報告された事項が確実に完了されるように体制を構築されたい。

また、上記において措置を一部実施していない事項、もしくは、措置を実施していない事項のうち、対処が必要とされるものを以下に示すので対応されたい。

（総括的事項）

指 摘（返戻レセプトの処理の明文化について）

各病院の医事経営課等における実務として、例月の返戻の発生、再請求の確認、長期返戻案件の滞留状況に対する牽制等について、会計事務処理要領等への明文化をされたい。

指 摘（保留レセプトの処理の明文化について）

各病院の医事経営課等における実務として、例月の保留レセプトの発生、請求の確認、長期保留案件の滞留状況に対する牽制等の実施について、会計事務処理要領等への明文化をされたい。

（がんセンター）

指 摘（保証意思の確認方法のマニュアルへの明文化について）

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、保証意思を確認する方法についてマニュアルに記載されたい。

指 摘（保証人への督促について）

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することとしている。しかし、患者本人への督促後支払いがない場合であっても、患者本人との交渉が継続している場合には、ただちに全保証人に対しての督促は実施していない。相当の期間を経過しても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。

指 摘（相続人への請求について）

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るが、相続人に対して法定相続分に応じた請求を行うことができていないため、適切に対応されたい。

指 摘（分納申請について）

地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認すべきであるが、過年度分について、納付金額や期限の変更に伴う分納の再申請、また時効中断のための債務承認をとる目的で申請書の提出を求めることがあり、担当者レベルで申請を承認（受理）している事案もあったため改められたい。

指 摘（回収体制と弁護士法第 72 条について）

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、民間会社に関与させる業務は弁護士法第 72 条に抵触しない範囲とすべきである。

現状、過年度分と現年度分の督促状・催告書の送付に関する決裁及び臨戸徴収については医事経営課で行っているが、督促状発送後もそれまでの経緯から、回収困難な事案や以降の来院予定がない場合等以外は、医事の委託業者に連絡が入る場合が多く、また、対象患者数も多いことから、医事の委託業者へ現年分の電話や分納の対応をお願いしている。組織的な体制の見直しを検討されたい。

（救急医療センター）

指 摘（保証人への督促について）

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することとしている。しかし、入院患者への督促後 1 年以上経過した後に保証人に対しての督促を実施している場合があるため適切に対応されたい。

指 摘（相続人への請求について）

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るが、相続人に対して法定相続分に応じた請求を行わず代表者に一括で支払ってもらうことが多いため適切に対応されたい。

指 摘（分納申請について）

地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認すべきであるが、資料を十分収集できていない案件があるため改められたい。

（精神科医療センター）

指 摘（保証意思の確認について）

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、保証意思を確認する必要があるが、入院願を記載してもらう際に確認するに留まり、保証人の連絡先に適切な手段で連絡を行うことまではできていないため改められたい。

指 摘（保証人への督促について）

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することとしている。しかし、これまでは患者本人にも督促を行えていなかったという状況があったため、今後は保証人まで督促ができる体制を整えられたい。

指 摘（相続人への請求について）

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るが、これまでは患者が死亡した場合の相続人の特定までは行えていない状況であるため、今後は相続人を特定し請求を行う体制を整えられたい。

指 摘（分納申請について）

地方自治法施行令第 171 条の 6 各号の要件を充足する聴取と必要な資料の収集を行い、適切に決裁を行ったうえで、分納を承認すべきであるが、必要な資料を収集できていない案件があるため改められたい。

(佐原病院)

指 摘 (再請求について)

診療報酬検討委員会等を設置し、病院としての再請求の方針を決めて、医師・医療スタッフ及び委託事業者に周知し、病院全体として診療報酬業務に取り組むことができるようにすべきであるが、診療報酬検討委員会等が未設置となっており、病院としての再請求の方針が未決定となっているため適切に対応されたい。

指 摘 (保証人への督促について)

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することとしている。しかし、患者本人への請求を優先しており、すべての保証人への督促は実施できていない状況であるため適切に対応されたい。

指 摘 (相続人への請求について)

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るが、別の患者本人や配偶者への請求を優先しているため、平成 26 年度以降での実施がないため適切に対応されたい。