

石川県包括外部監査報告書

平成18年3月

石川県包括外部監査人

松 木 浩 一

本書は、包括外部監査人から提出された「平成 17 年度包括外部監査報告書」を石川県が印刷・発行したものです。

目次

I 外部監査の概要	1
1. 外部監査の種類	1
2. 選定した特定の事件	1
3. 事件として選定した理由	1
4. 外部監査の対象	2
5. 外部監査の方法	2
6. 外部監査の実施期間	3
7. 外部監査人補助者の資格と人数	3
8. 利害関係	4
9. 表示数値について	4
II 病院の概要	5
1. 沿革	5
2. 概要	7
3. 病院組織と職員数（平成17年4月1日現在）	11
4. 患者の状況	13
5. 財務の状況	14
III 監査の結果	25
(ア) 財務に関する事務の執行に関する事項	25
1. 医業未収金	25
2. 棚卸資産	35
3. 固定資産	46
4. 委託料	76
5. 人件費	93
6. 繰入金	99
7. 情報システム	112
8. 診療科別原価計算	135
(イ) 経営に係る事業の管理に関する事項	155
1. 中央病院の役割と現状	155
2. 経営状況分析	190
3. 現状の問題点の要約	220
4. 改善の方向性	227

I 外部監査の概要

1. 外部監査の種類

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

2. 選定した特定の事件

石川県立中央病院(以下「中央病院」という。)の財務に関する事務の執行及び経営に係る事業の管理

3. 事件として選定した理由

近年、病院を巡る環境が厳しくなっている。政府は、平成 15 年 3 月 28 日に「規制改革推進 3 か年計画(再改定)」を閣議決定し、その中で、地域医療計画(病床規制)の見直しとして次の提言をしている。

「出来高払い方式が基本である現在の公的医療保険制度の下では、入院医療費と病床数とは相関関係にあるとの基本的な考え方から、現在の地域医療計画では、医療機関(病床数)の量的なコントロールを行っている。

一方で、地域医療計画に基づき病床規制が行われている結果、医療機関の競争が働きにくいため、経営努力をしない者まで保護することになり、医療機関の許可病床数がいわば「既得権益化」しており、当該地域に質の高い医療機関が参入することを妨げているという問題点が指摘されている。また、都道府県によっては、対人口比の地域格差が 3 倍となっていたり、地域の実情・ニーズに応じた適切な機能別病床数の確保が出来ていないなどの問題点も指摘されている。

従って、地域医療計画の策定に当たっては、急性期、慢性期、特殊診療などの病床の機能について、地域の実情・ニーズを適切に踏まえた基準病床数の算定基準を公正かつ厳格に設定した上で、適切な病床数に収斂するように管理が徹底されるように措置する。また、医療内容の標準化と平均在院日数の短縮化など医療の質の面での医療機関相互の競争を促進することを通じ、適正な医療提供体制の確保を図る観点から、診断群別定額報酬払い制度の導入に向けた検討と併せ、病床規制の在り方を含め医療計画について検討し、措置する。」

一方、厚生労働省においては、平成 15 年 8 月 1 日から「医療計画の見直し等に関

する検討会」等を開催している。また、石川県においては、平成17年4月から「県立病院のあり方検討会」を開催し、県内の基幹病院としての役割、業務の民間委託の拡大、効率的な運営体制の検討等が行われている。

このような中、中央病院は、平成15年度については、260百万円の当期純利益、平成16年度については、67百万円の当期純利益を計上しているものの、平成16年度末の繰越欠損金は91億29百万円と多額に上っている。また、一般会計負担金が、①経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、②能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費について繰出されており、平成16年度では収益的部分が5億43百万円で、資本的部分が8億60百万円となっている。

平成11年度には包括外部監査の対象として「県立病院事業」が選定されているが、上記のように病院を巡る環境が激変しており、石川県はもとより中央病院自ら積極的な取り組みが急務ともなっている。

そこで、石川県の中核病院としての中央病院を対象を絞り、財務及び経営管理上の問題点を明らかにしていくことが有意義であると考え、「石川県立中央病院の財務に関する事務の執行及び経営に係る事業の管理」を特定の事件として選定したものである。

4. 外部監査の対象

(1) 対象部署

石川県立中央病院、石川県健康福祉部

(2) 対象年度

平成16年度（ただし、必要に応じて過年度に遡り、また平成17年度予算額等も参考とする。）

5. 外部監査の方法

(1) 監査の要点

- ① 地方公営企業法第3条に規定する経営の基本原則に沿って運営されているか。
- ② 地域における中央病院の役割は適切か。
- ③ 財務に関する事務手続は、地方公営企業法の財務規程等の趣旨に従い、適

切に行われているか。

- ④ 会計処理は、石川県営病院の財務に関する特例を定める規則に従い、適切に行われているか。
- ⑤ 医業未収金の管理は十分に行われているか。
- ⑥ 固定資産及び棚卸資産の管理は適切に行われているか。
- ⑦ 委託、物品購入等の契約事務は適切に行われているか。
- ⑧ 給与等の事務処理が関係法令等に準拠しているか。
- ⑨ 一般会計負担金は地方公営企業法の規定等に従い、適切な計算根拠により合理的に算出されているか。
- ⑩ 損益管理は適切に行われているか。
- ⑪ 情報システムの整備・運営状況は適切か。

(2) 監査の手続

- ① 関係者からの説明聴取及び資料入手
- ② 経年比較、比率分析、他病院比較などの分析的手続
- ③ 事務手続の会計規則への準拠性についての検討
- ④ 総勘定元帳、補助簿について内容を分析し、関連項目の整合性を検討
- ⑤ 証憑の整備保管状況の把握及び関連帳簿記録との突合
- ⑥ 上記以外で必要と認められた手続

なお、監査手続の適用において、サンプルを抽出している場合は試査によっており、その範囲は、外部監査人が金額的、質的重要性を考慮して判断した。

6. 外部監査の実施期間

平成 17 年 6 月 1 日から平成 18 年 2 月 28 日まで

7. 外部監査人補助者の資格と人数

公認会計士	7 人
システム監査技術者	1 人
会計士補	1 人

8. 利害関係

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

9. 表示数値について

報告書の表の合計(又は差額)は、単位未満の端数の関係で、総数と内訳の合計(又は差額)とが一致しない場合がある。

II 病院の概要

1. 沿革

昭和 23 年 11 月、県立病院として発足。昭和 28 年 6 月に移転整備され、県民一般の医療機関として広く利用されてきた。昭和 51 年 6 月、医療技術の進歩と需要の変化に対応して現在地へ移転新築し、現在に至っている。

昭和23年11月	特殊法人日本医療団より県に移管、県立病院として金沢市彦三5番丁において診療開始
昭和28年6月	金沢市西御影町に移転。診療科内科、外科、小児科、病床数50床
昭和29年4月	耳鼻いんこう科増設
昭和30年1月	眼科増設
昭和30年2月	産婦人科増設
昭和30年4月	病棟増築、病床数250床
昭和34年7月	皮膚泌尿器科増設
昭和37年7月	放射線科増設
昭和39年6月	病棟増築、病床数350床(一般256、結核94)
昭和41年4月	麻酔科増設
昭和42年5月	整形外科増設
昭和46年4月	皮膚ひ尿器科を皮膚科、ひ尿器科に分離 歯科増設
昭和48年10月	県立中央病院建設懇談会(昭和48年6月設置)において移転改築基本構想及び建設工事計画了承
昭和49年5月	移転改築工事起工(起工式昭和49年5月17日)
昭和51年3月	看護婦宿舎(現職員宿舎)完成
昭和51年4月	病院棟完成(竣工式昭和51年6月4日) 病院開設許可、病床数400床(一般380、結核20) 神経内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、形成外科、脳神経外科増設(既設とあわせて18科目)
昭和51年6月	移転(金沢市南新保町又153番地)、外来診療開始
昭和51年10月	へき地中核病院指定
昭和52年1月	臨床研修病院指定

昭和52年10月	病床数のうち結核20床を一般に変更
昭和52年11月	看護婦宿舎(現職員宿舎)増築及び院内保育所完成
昭和54年4月	呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科増設(既設とあわせて21科目)
昭和55年8月	脳血管・救命救急センター完成(竣工式昭和55年9月8日) 開設許可、病床数60床(既設とあわせて一般病床460床) (使用開始9月10日)
昭和55年9月	院内保育所移転(開所10月20日)
昭和56年5月	特殊診療棟一部完成(11月7日)
昭和57年5月	開設許可、病床数52床(既設とあわせて一般病床537床) (使用開始5月1日)
昭和57年6月	開設許可、病床数41床(既設とあわせて一般病床578床) (使用開始6月1日)
昭和57年10月	病院施設設備工事着工(10月26日) 特殊診療棟完成(10月30日)
昭和58年5月	開設許可、病床数82床(既設とあわせて一般病床660床) (使用開始5月10日)
昭和58年7月	放射線治療棟完成(7月25日)(医療用リニアック使用開始 (10月17日))
昭和59年10月	疼痛診療センター開設
昭和60年3月	病院施設整備工事(手術室、医局)完成
平成元年5月	病院施設整備工事(MRI棟、放射線外来)完成
平成5年1月	全病棟基準看護特3類に承認
平成6年10月	新看護体制(2対1看護)へ移行
平成8年7月	開設許可、病床数2床(既設とあわせて一般病床662床) (使用開始10月1日)
平成8年12月	歯科口腔外科増設(既設とあわせて22科目)
平成9年2月	基幹災害医療センター指定
平成9年4月	エイズ治療の地方ブロック拠点病院指定
平成9年9月	完全土曜閉院試行(平成10年4月実施)
平成10年12月	臓器提供病院となる

平成11年7月	災害備蓄倉庫完成
平成12年9月	理念・基本方針を制定
平成14年10月	土地区画整理により住居表示変更(金沢市鞍月東2丁目1番地)
平成15年4月	へき地医療支援機構設置
平成16年4月	地域医療連携室設置

2. 概要

(1) 全景

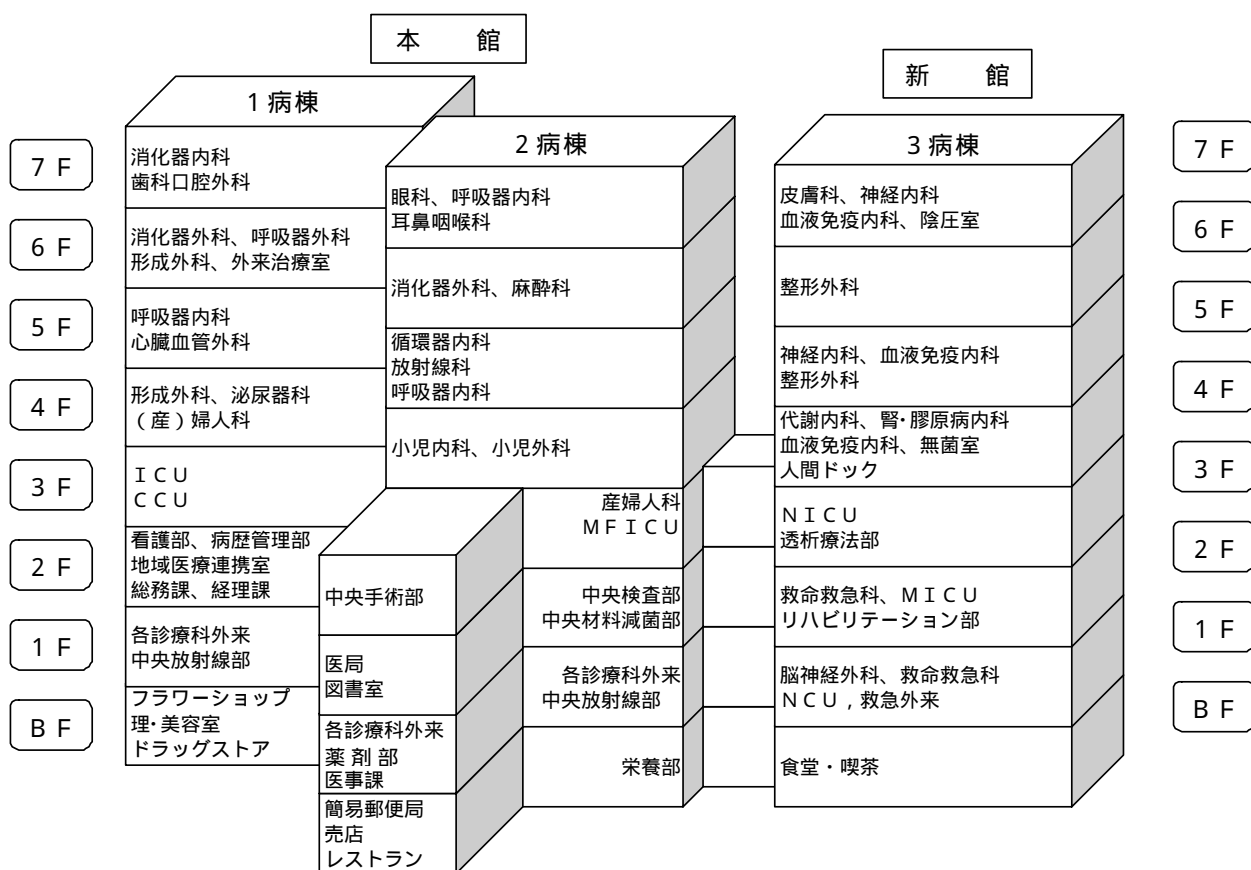


(2) 概要

所在地	金沢市鞍月東2丁目1番地
事業開始年月日	昭和23年11月1日
院長	山田 哲司
診療科目	内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、呼吸器外科、心臓血管外科、歯科、歯科口腔外科、小児外科 計22科目(院内標榜診療科目28科目)

病床数	一般	662 床
施設	敷地面積	84,365 m ²
	建築延面積	54,294 m ² (内訳) 病棟部門 17,768 m ² 診療部門 19,449 m ² 管理部門 13,550 m ² その他 3,527 m ²

(3) 病棟



ICU : 集中治療室 CCU : 冠動脈集中治療室 MICU : 代謝集中治療室

NCU : 脳神経集中治療室 NICU : 新生児集中治療室 MFICU : 母体胎児集中治療室

区分	病棟名	病床数	主な診療科等
本館	1病棟3階	16床	ICU、CCU
	1病棟4階	44床	形成外科、泌尿器科、産婦人科
	1病棟5階	46床	呼吸器内科、心臓血管外科
	1病棟6階	34床	消化器外科、呼吸器外科、形成外科、外来治療室
	1病棟7階	46床	消化器内科、歯科口腔外科
	2病棟3階	22床	産婦人科、MFICU
	2病棟4階	30床	小児内科、小児外科
	2病棟5階	47床	循環器内科、放射線科、呼吸器内科
	2病棟6階	46床	消化器外科、麻酔科
	2病棟7階	41床	眼科、呼吸器内科、耳鼻咽喉科
新館	3病棟1階	59床	脳神経外科、救命救急科、NCU
	3病棟2階	18床	救命救急科、MICU、リハビリテーション部
	3病棟3階	25床	NICU、透析療法部
	3病棟4階	62床	代謝内科、腎・膠原病内科、血液免疫内科、無菌室、人間ドック
	3病棟5階	42床	神経内科、血液免疫内科、整形外科
	3病棟6階	42床	整形外科
	3病棟7階	42床	皮膚科、神経内科、血液免疫内科、陰圧室
計		662床	

(4) 理念

理 念

私たちは

医療者としての倫理を守り

思いやりの心をもって

24時間

より質の高い医療の提供を行い

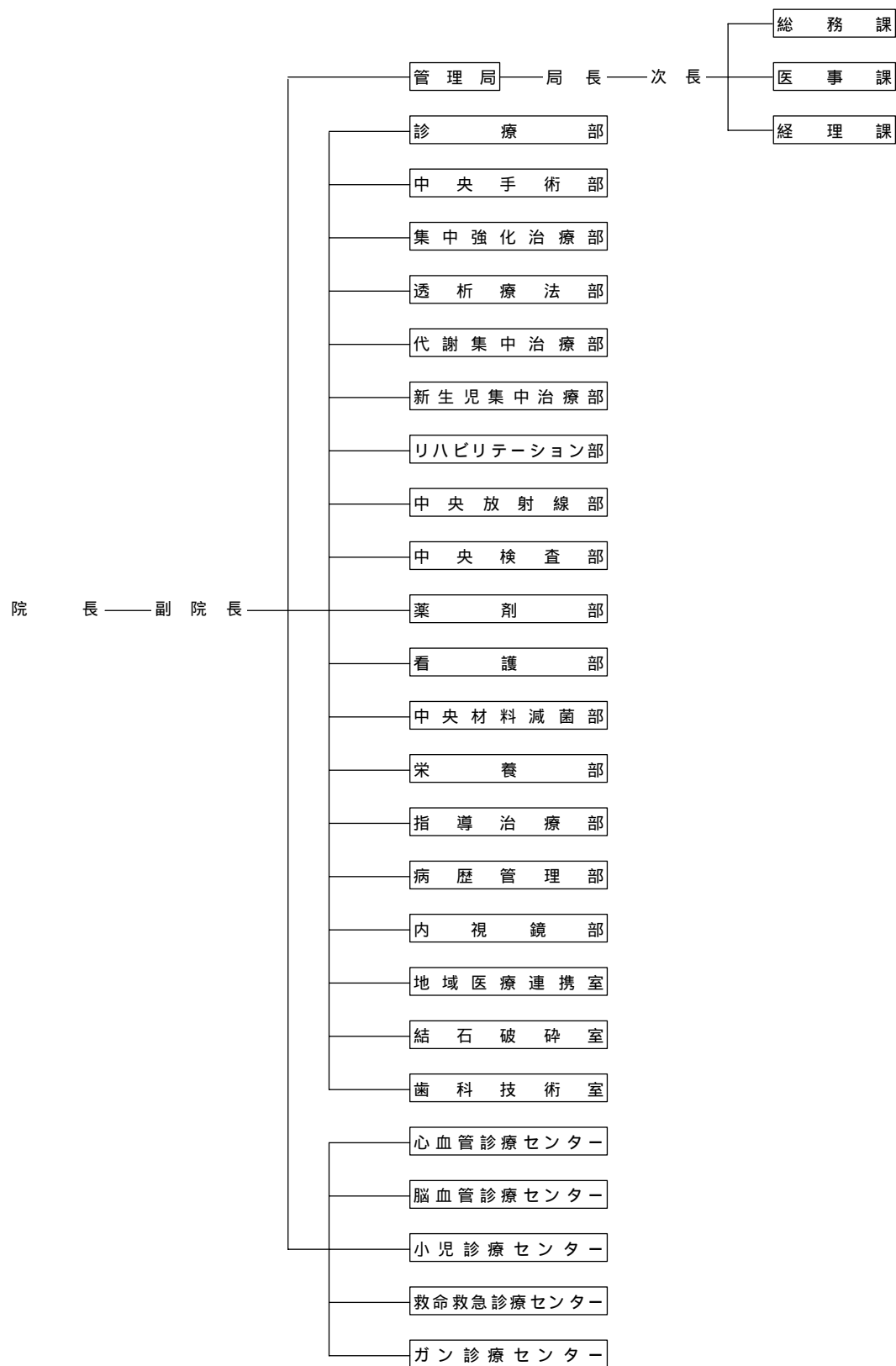
安心・満足・信頼していただける

病院をめざします

石川県立中央病院

3. 病院組織と職員数(平成 17 年 4 月 1 日現在)

(1) 組織図



(2) 部門別職員数

部門別	職種	現員(単位:人)		
		定数内	定数外 (嘱託・臨時)	計
診療部	医師	81	27	108
	歯科医師	3	1	4
リハビリテーション部	理学・作業療法士等	20	4	24
	診療事務員		1	1
中央放射線部	放射線技師	21	3	24
	診療事務員		4	4
中央検査部	検査技師等	34	9	43
	助手・診療事務員	2	3	5
薬剤部	薬剤師	17	9	26
	助手	1	1	2
看護部	看護師	438	31	469
	助手	1	7	8
栄養部	栄養士	5	6	11
	調理師	16	6	22
	診療技術員等	1		1
指導治療部	診療事務員		1	1
病歴管理部	一般事務	1		1
	診療技術員等	4		4
	診療事務員		39	39
地域医療連携室	診療事務員		1	1
歯科技術室	歯科技工・衛生士	6	3	9
管理局	一般事務	32	1	33
	ソーシャルワーカー	2		2
	臨床工学技士	4		4
	運転手	1		1
	診療技術員等	9	13	22
合 計		699	170	869

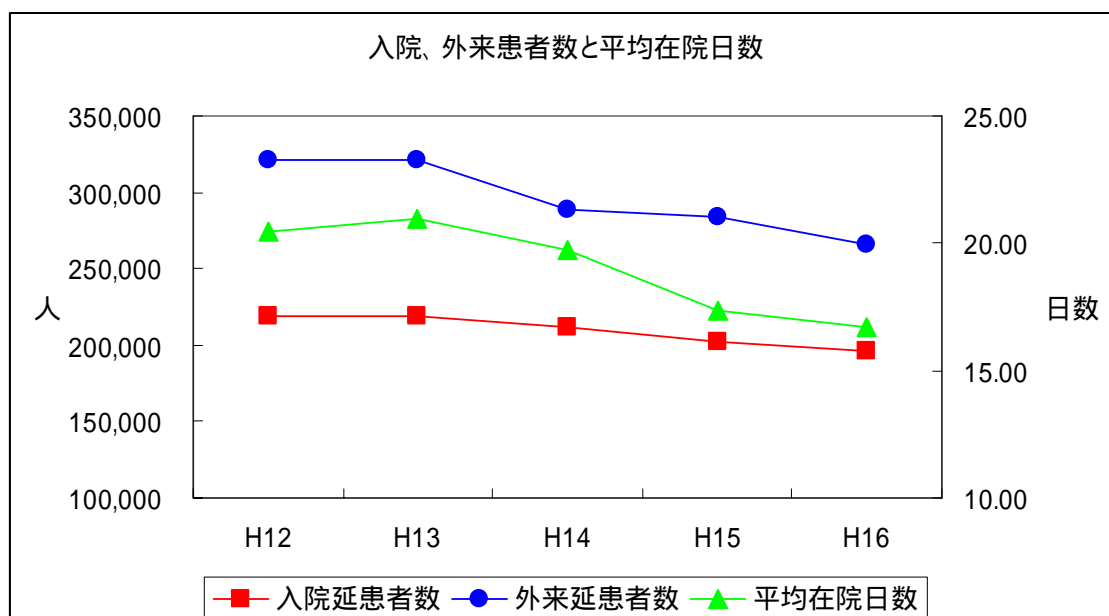
4. 患者の状況

(1) 入院、外来患者数等

年度		12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	全国平均※
入院	延患者数(人)	218,714	218,883	211,749	202,107	195,909	
	1日平均(人)	599	600	580	552	537	578
	平均在院日数(日)	21.5	21.9	20.7	18.4	17.7	16.7
	病床利用率(率)	90.5	90.6	87.6	83.4	81.1	87.7
外来	延患者数(人)	321,200	321,311	288,314	284,266	266,171	
	1日平均(人)	1,311	1,311	1,177	1,156	1,095	1,276

※ 平成 15 年度地方公営企業年鑑

一般病床数 500 床以上で、療養、結核、精神等の病床 100 床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)



入院延患者数は若干の減少傾向が見られ、外来延患者数は減少傾向にある。また、平均在院日数は平成 14 年度以降減少傾向にある。これは、平成 14 年度から臨床パスを導入し、平均在院日数の短縮を図ったためであり、その結果、入院延患者数が若干、減少している。

外来延患者数が減少している理由は、平成 14 年度から長期投薬の制限が原則廃止されたことの影響と考えられる。

5. 財務の状況

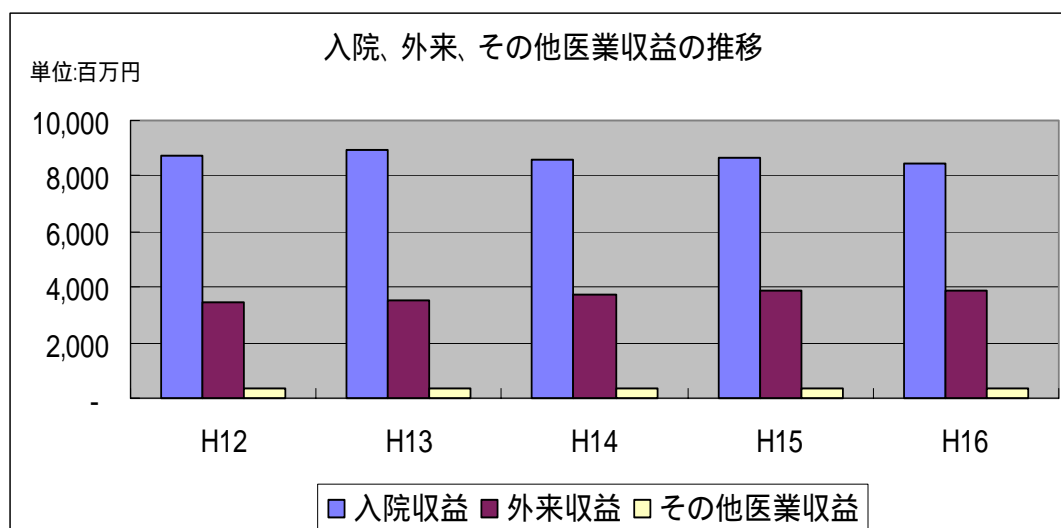
(1) 医業収益

医業収益は、入院収益、外来収益、その他医業収益からなる。中央病院の医業収益は、平成 16 年度は 12,703 百万円と前年度よりわずかに減少した。最近 5 年間の医業収益については、入院収益が若干の減少傾向、外来収益が若干の増加傾向が見られ、全体として概ね横ばいで推移している。

○医業収益の推移

(単位：千円)

	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
入院収益	8,741,083	8,968,503	8,607,296	8,634,456	8,454,888
外来収益	3,453,412	3,496,611	3,697,504	3,863,479	3,884,815
その他医業収益	386,569	364,616	357,890	351,236	363,944
計	12,581,064	12,829,731	12,662,690	12,849,172	12,703,648



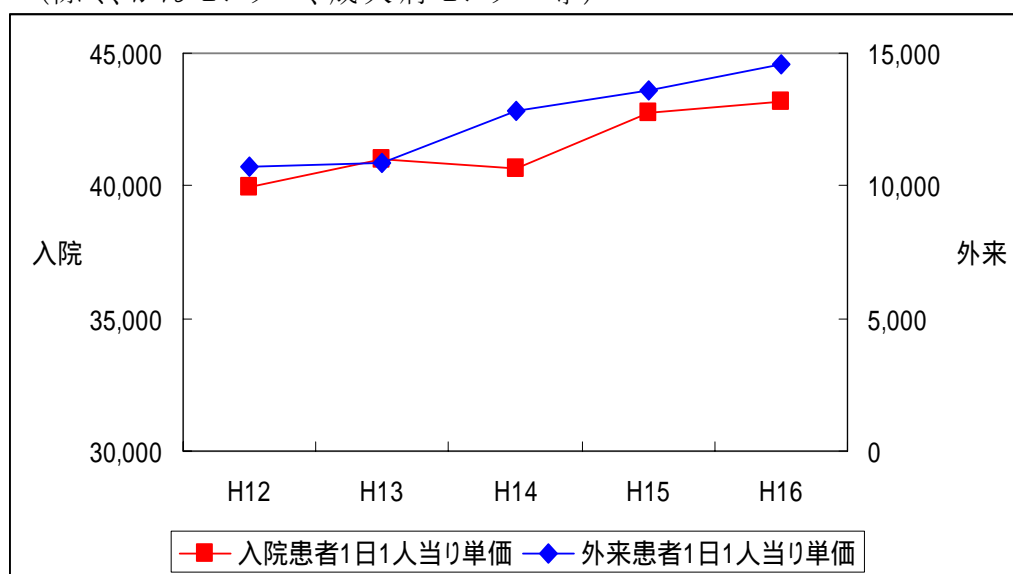
○患者 1 人 1 日 当り 収 益

(単位:円)

	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	全国平均※
入院	39,966	40,974	40,649	42,722	43,157	42,604
外来	10,752	10,882	12,825	13,591	14,595	9,548

※ 平成 15 年度 地方 公 営 企 業 年 鑑

一般病床数 500 床以上で、療養、結核、精神等の病床 100 床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)



最近 5 年間の 1 日 1 人 当り 単 価 は、入 院、外 来 と も に 上 昇 傾 向 に あ る。

○診療行為別患者 1 人 1 日 当り 収 益 の 全 国 平 均 と の 比 較

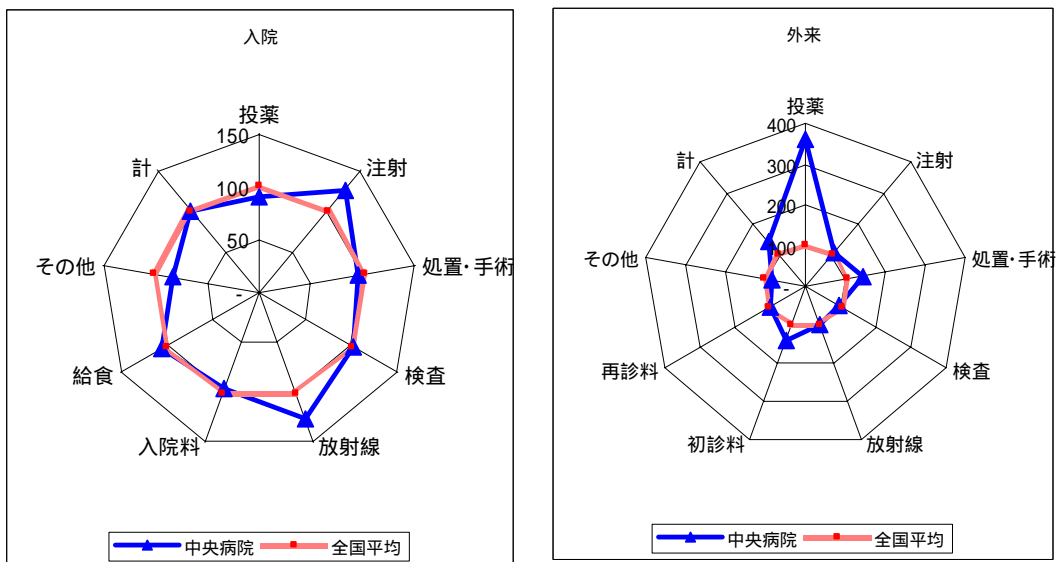
(単位:円)

入院	投薬	注射	処置 手術	検査	放射線	入院料	給食	その他	計
中央病院	877	5,747	10,876	2,666	1,958	16,782	2,005	1,810	42,722
全国平均※	980	4,537	11,462	2,617	1,546	17,351	1,902	2,209	42,604
外来	投薬	注射	処置 手術	検査	放射線	初診料	再診療	その他	計
中央病院	5,191	1,106	1,209	2,282	1,480	516	546	1,261	13,591
全国平均※	1,438	1,012	823	2,399	1,450	362	554	1,511	9,548

※ 平成 15 年度地方公営企業年鑑

一般病床数 500 床以上で、療養、結核、精神等の病床 100 床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)

(全国平均を 100 とした場合)



診療行為別患者 1 人 1 日 当り 収益の 全国 平均 に関 して は、入 院 の 場 合、注 射、放 射 線 が 全 国 平 均 を 上 回 っ て い る 一 方 で、投 薬 等 が 全 国 平 均 を 下 回 り 全 体 と し て は 全 国 平 均 に 近 い 数 値 と な っ て い る。ま た、外 来 の 場 合、投 薬 が 全 国 平 均 を 大 幅 に 上 回 り、ま た、処 置 ・手 術 及 び 初 診 料 が 全 国 平 均 を 上 回 っ て い る た め、全 体 と し て は、全 国 平 均 を 40% 強 上 回 っ て い る。

(2) 医業費用

医業費用は、給与費、材料費、経費、研究研修費、減価償却費、資産減耗費からなる。中央病院の医業費用は横ばいで推移している。

○医業費用の構成と増減

(単位:百万円)

	15年度		16年度		増減 金額	全国平均※ 比率(%)
	金額	比率(%)	金額	比率(%)		
医業収益	12,849	100.0	12,703	100.0	△145	100.0
医業費用	12,471	97.1	12,580	99.0	110	108.7
給与費	6,337	49.3	6,416	50.5	79	54.3
材料費	4,702	36.6	4,740	37.3	38	30.0
経費	1,100	8.6	1,083	8.5	△16	16.0
減価償却費	280	2.2	283	2.2	2	7.7
その他	50	0.4	56	0.5	7	0.7

※ 平成15年度地方公営企業年鑑

一般病床数500床以上で、療養、結核、精神等の病床100床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)

医業収益に対する医業費用の割合を全国平均と比較すると、平成15年度の医業収益対医業費用は97.1%と全国平均108.7%より低い。これは、材料費が全国平均より高いが、給与費が全国平均より若干低く、経費、減価償却費が全国平均より大幅に低いためといえる。

材料費が全国平均より高い理由は、院外処方比率が低いためである。減価償却費が大幅に低い理由は、みなし償却制度を採用しているためである。(みなし償却制度については、III.(イ)2.経営状況分析参照)

(3) 医業外損益

(単位:千円)

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
医業外収益	819,762	746,594	728,243	637,890	685,088
負担金交付金	622,230	549,877	517,192	490,693	481,406
他会計補助金	91,166	94,776	95,009	19,371	20,398
国庫補助金	33,455	24,797	34,188	43,260	90,186
その他	72,911	77,144	81,854	84,566	93,098
医業外費用	861,742	820,052	788,983	742,840	730,233
支払利息等	494,195	445,353	401,207	358,108	314,923
その他	367,547	374,699	387,776	384,732	415,310

負担金交付金は、主として高度医療費に対する一般会計からの繰入金、企業債利息に対する一般会計からの繰入金である。企業債利息は、企業債が減少傾向にあること、高金利の企業債の償還が進んでいることから、減少傾向にあり、その結果、企業債利息に対する繰入金も減少傾向となっている。15年度から、他会計補助金が減少している理由は、14年度まで基礎年金拠出金に対し、一般会計からの補助があったが、15年度以降、当該補助金がなくなったためである。

他会計繰入金の全国比較

(単位:千円)

		15年度	全国平均※
収益的収入の他会計繰入金	A	567,064	2,135,240
医業収益	B	12,849,172	14,119,755
Aの対医業収益比率	$C=A \div B$	4.4%	16.5%
資本的収入の他一般会計繰入金	D	849,565	402,056
Dの対医業収益比率	$E=D \div B$	6.6%	2.8%
A及びDの対医業収益比率	$C+E$	11.0%	19.3%

※ 平成15年度地方公営企業年鑑

一般病床数500床以上で、療養、結核、精神等の病床100床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)

中央病院は、他会計繰入金の対医業収益比率が低い。また、収益的収入に対す

る他会計繰入金が少ない一方で、資本的収入に対する他会計繰入金が多いという特徴がある。

(4) 資本金及び剰余金

(単位:百万円)

金額	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
資本金	18,837	18,558	18,167	17,687	16,877
自己資本金	10,148	10,148	10,148	10,148	10,148
借入資本金	8,689	8,409	8,019	7,539	6,729
剰余金	△6,447	△5,325	△4,395	△3,509	△2,568
資本剰余金	3,370	4,203	5,062	5,687	6,561
利益剰余金	△9,817	△9,528	△9,457	△9,197	△9,130
資本合計	12,390	13,233	13,772	14,177	14,309
負債・資本合計	16,036	16,627	17,208	17,490	17,849

(単位:%)

比率	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
資本金	117.5	111.6	105.6	101.1	94.6
自己資本金	63.3	61.0	59.0	58.0	56.9
借入資本金	54.2	50.6	46.6	43.1	37.7
剰余金	△40.2	△32.0	△25.5	△20.1	△14.4
資本剰余金	21.0	25.3	29.4	32.5	36.8
利益剰余金	△61.2	△57.3	△55.0	△52.6	△51.2
資本合計	77.3	79.6	80.0	81.1	80.2
負債・資本合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

企業債の償還が進んでいるため、借入資本金が減少傾向にある。そのため、企業債の償還に伴う負担金交付金により、資本剰余金が増加傾向にある。利益剰余金は、最近の事業損益を反映し、マイナス額が減少している。

(5) 比較貸借対照表

(単位:千円)

項目 節	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
固定資産	13,533,383	14,172,187	14,762,347	15,009,772	15,213,820
有形固定資産	13,529,942	14,168,746	14,758,906	15,006,331	15,210,379
土地	1,641,789	1,641,789	1,851,685	1,851,685	1,851,685
建物	8,811,154	8,919,929	8,980,438	9,281,735	9,329,153
器具備品	2,870,227	3,404,311	3,564,887	3,591,000	3,744,603
その他	206,772	202,717	361,896	281,911	284,939
無形固定資産	1,441	1,441	1,441	1,441	1,441
投資	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
流動資産	2,398,758	2,341,968	2,339,281	2,371,175	2,537,434
現金預金	163,927	133,070	52,707	67,771	111,235
未収金	2,071,475	2,071,428	2,134,247	2,137,651	2,255,563
貯蔵品	153,355	127,470	142,327	155,754	160,637
その他流動資産	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
繰延資産	103,496	112,461	106,425	108,885	97,499
資産合計	16,035,637	16,626,617	17,208,054	17,489,832	17,848,753
固定負債	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
他会計借入金	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000	1,000,000
流動負債	2,645,620	2,394,065	2,435,731	2,312,817	2,540,194
一時借入金	1,150,000	580,000	1,128,000	928,000	1,165,000
未払金	1,382,684	1,743,768	1,251,571	1,335,845	1,326,926
未払費用	47,626	1	0	0	0
その他流動負債	65,310	70,296	56,160	48,971	48,268
負債合計	3,645,620	3,394,065	3,435,731	3,312,817	3,540,194

(単位:千円)

項目	節	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
資本金		18,836,630	18,557,918	18,167,004	17,686,505	16,876,981
自己資本金		10,147,964	10,147,964	10,147,964	10,147,964	10,147,964
借入資本金		8,688,666	8,409,954	8,019,039	7,538,541	6,729,017
企業債		8,688,666	8,409,954	8,019,039	7,538,541	6,729,017
剰余金		-6,446,613	-5,325,366	-4,394,681	-3,509,490	-2,568,423
資本剰余金		3,370,122	4,202,968	5,062,317	5,687,417	6,561,196
受贈財産評価額		57,647	65,506	71,993	75,907	79,265
寄附金		100,000	100,000	100,000	110,000	110,000
その他資本剰余金		3,212,475	4,037,462	4,890,324	5,501,510	6,371,932
利益剰余金		-9,816,734	-9,528,334	-9,456,998	-9,196,907	-9,129,619
未処理欠損金		-9,816,734	-9,528,334	-9,456,998	-9,196,907	-9,129,619
資本合計		12,390,017	13,232,552	13,772,323	14,177,015	14,308,559
負債・資本合計		16,035,637	16,626,617	17,208,054	17,489,832	17,848,753

(6) 比較損益計算書

(単位:千円)

項目	節	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
医業収益		12,581,065	12,829,732	12,662,691	12,849,172	12,703,648
	入院収益	8,741,083	8,968,503	8,607,296	8,634,457	8,454,888
	外来収益	3,453,412	3,496,612	3,697,504	3,863,479	3,884,816
	その他医業収益	386,569	364,617	357,890	351,236	363,945
	室料差額収益	217,027	217,118	196,804	188,476	192,407
	医療相談収益	35,973	32,849	32,436	32,210	31,759
	受託検査施設利用収益	47	34	18	12	12
	一般会計負担金	-	40,000	57,000	57,000	57,000
	その他医業収益	133,522	74,616	71,632	73,538	82,767
医業費用		12,181,442	12,462,709	12,522,704	12,471,298	12,580,623
	給与費	6,374,266	6,471,344	6,478,545	6,337,342	6,416,157
	給料	2,996,193	3,043,958	3,107,063	3,036,855	3,021,709
	手当	2,330,819	2,386,210	2,323,617	2,248,483	2,284,173
	賃金	23,214	22,817	13,127	15,426	23,252
	報酬	467,481	449,003	455,525	466,619	495,070
	法定福利費	556,560	569,355	579,213	569,959	591,954
	材料費	4,301,697	4,512,917	4,583,845	4,702,688	4,740,788
	薬品費	2,939,747	3,005,756	3,068,838	3,195,791	3,204,928
	診療材料費	1,200,516	1,342,824	1,358,000	1,358,141	1,390,396
	給食材料費	151,187	153,951	148,783	141,616	139,869
	医療消耗備品費	10,245	10,385	8,224	7,139	5,596
	経費	1,197,016	1,163,260	1,135,431	1,100,216	1,083,643
	厚生福利費	2,770	2,168	1,550	2,194	2,036
	報償費	26,595	18,697	19,667	14,062	13,939
	旅費交通費	2,664	2,515	1,963	1,770	2,520
	職員被服費	8,594	8,145	7,871	7,942	8,136
	消耗品費	47,788	53,591	56,597	56,726	54,357
	消耗備品費	5,414	6,047	5,206	3,830	2,923
	光熱水費	231,009	247,193	228,625	199,519	193,246
	燃料費	46,422	43,059	37,809	43,888	52,871
	食糧費	192	140	143	129	116
	印刷製本費	40,039	45,486	39,496	41,732	38,377
	修繕費	105,684	140,431	117,979	105,353	90,124
	保険料	10,126	10,223	14,720	14,793	37,771

(単位:千円)

項目	節	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
	賃借料	152,813	86,502	76,304	74,819	77,247
	通信運搬費	8,346	6,860	7,169	7,198	7,079
	委託料	470,308	453,549	479,242	483,970	456,923
	諸会費	3,207	1,563	1,682	1,691	1,595
	雑費	35,044	37,090	39,406	40,601	44,383
	減価償却費	254,444	254,956	276,490	280,630	283,140
	建物減価償却費	109,932	109,943	112,286	113,693	115,258
	構築物減価償却費	10,704	9,800	9,623	18,596	16,112
	器械備品減価償却費	133,195	134,599	153,968	147,728	151,239
	車両減価償却費	614	614	614	614	532
	資産減耗費	18,092	21,294	7,984	9,037	11,253
	棚卸資産減耗費	2,239	2,199	2,259	2,497	2,708
	固定資産除却費	15,853	19,095	5,724	6,540	8,545
	研究研修費	35,928	38,938	40,409	41,385	45,642
	研究材料費	253	786	845	992	1,135
	謝金	147	131	187	277	923
	図書費	9,903	9,895	10,632	11,021	10,306
	旅費	18,407	21,750	21,471	21,054	23,039
	研究雑費	7,216	6,376	7,274	8,042	10,239
	医業利益	399,623	367,023	139,987	377,875	123,026
	医業外収益	819,762	746,594	728,243	637,890	685,088
	受取利息及び配当金	227	142	26	12	12
	他会計補助金	91,166	94,776	95,009	19,371	20,398
	国庫補助金	33,455	24,797	34,188	43,260	90,186
	負担金交付金	622,230	549,877	517,192	490,693	481,406
	その他医業外収益	72,683	77,002	81,828	84,554	93,086
	不用品売却収益	285	84	30	178	147
	その他医業外収益	72,399	76,918	81,798	84,377	92,939
	医業外費用	861,742	820,052	788,983	742,840	730,233
	支払利息及び企業債取扱諸費	494,195	445,353	401,207	358,108	314,923
	企業債利息	485,941	442,547	399,513	356,680	313,780
	一時借入金利息	8,254	2,805	1,695	1,427	1,143
	厚生福利施設費	61,300	60,300	62,978	56,235	53,541
	雑損失	271,485	279,204	286,395	293,279	325,900
	繰延勘定償却	34,761	35,195	38,403	35,218	35,870
	経常利益	357,643	293,565	79,246	272,925	77,881

(単位:千円)

項目	節	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
	特別利益	-	-	72,499	-	-
	特別損失	6,254	5,165	80,409	12,835	10,593
	過年度修正損	6,254	5,165	7,909	12,835	10,593
	その他特別損失	-	-	72,499	-	-
	当年度純利益	351,389	288,401	71,336	260,090	67,288

III 監査の結果

(ア) 財務に関する事務の執行に関する事項

1. 医業未収金

(1) 概要

医業未収金は医療行為に伴い発生する医業収益に対する現金未入金分であり、病院の資産として計上される債権の中では、最も重要なものである。医業収益の計上や医業未収金の管理に不備があり、病院が実施した医療行為の見返りとしての入金となされない場合には、病院は多大な損失を被ることとなる。

医業未収金は、主として患者自己負担分と健康保険等への請求分とに分けられる。

- ① 患者自己負担分(患者未収金)は、患者が病院の医事課窓口で支払うもの、後日、銀行振込等により患者から病院に振り込まれるものに分けられる。各診療科窓口又は各病棟で診療行為を記入した計算伝票に基づいて、医事課で診療点数、診療費を計算し、患者に請求書を発行する。患者は、自己負担分を窓口で精算するか、後日、銀行から振り込む。
- ② 健康保険等への請求分について、医事課で、毎月末、当月の診療行為に係る診療報酬明細書を作成し、翌月 10 日までに県内の社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会等の審査・支払機関へ請求を行う。審査・支払機関では、病院から提出された診療報酬明細書を審査し、必要があれば請求額を査定し、請求の翌月に支払いを行う。これらは最終的に各種保険者へ請求されることとなる。

(2) 監査の要点

医業未収金に関して、次の監査を実施した。

- ・ 病院での診療報酬計算の業務プロセス及びチェック体制を質問し、診療報酬計算上の内部統制の整備・運用状況を把握・検討する。
- ・ 審査・支払機関の査定による返戻、増減点の状況を把握し、病院での防止対策の実施状況を検討する。
- ・ サンプルテストにより、診療報酬の計上漏れがないか検討する。
- ・ 特定月の医業未収金残高について、医事課作成資料から財務会計資料への計上額の整合性の検討を行う。
- ・ 医業収益、医業未収金の計上時期の妥当性を検討する。
- ・ 医業未収金の管理に関する内部統制の整備・運用状況を把握・検討する。

- ・ 長期未納となっている未収金の管理状況、不納欠損処理の状況を検討する。
- ・ 外来窓口におけるつり銭等の小口現金の管理状況を検討する。
- ・ 平成 11 年度包括外部監査報告書記載内容の改善状況の検討を行う。

(3) 監査の結果

1) 診療報酬請求業務にかかる内部統制の状況

病院が実施している診療報酬請求業務に関するチェックは次のようになっている。

- ・ 外来診療科では看護師又は医療事務嘱託職員がカルテに従い診療行為を計算伝票に記入する。また、病棟では、医師又は看護師が計算伝票を記入する。計算伝票起票者の診療報酬に対する知識には個人差があるが、診療科窓口又は病棟で起票者以外の者が記入内容を再チェックすることはしていない。
- ・ 医事課では、医事会計システムへの入力担当者が計算伝票の内容に矛盾があると考えた場合には、診療科窓口又は病棟に内容を問い合わせる。
- ・ 月末締め後に、診療報酬明細書を出力し、医師によるチェックを実施しているが、診療報酬明細書の枚数は膨大であるため、網羅的にチェックができていない。
- ・ 審査・支払機関から査定結果が報告された後、医事課で返戻、増減点の内容をとりまとめ、各診療科医師に告知し、再発防止を促している。
- ・ 年 1 回ないし 2 回、診療報酬請求適正化委員会を開催し、審査・支払機関による査定の状況を報告するとともに各部門責任者間での意見交換を行っている。

中央病院が作成した資料によれば、過年度における病院の返戻・増減点の実績は次のとおりである。これによれば、増減点の割合は減少傾向にあるが、返戻・過誤による差し戻しの金額、割合はむしろ増加傾向にある。

(単位:千円)

年 度	請求額	返戻・過誤		増減点	
平成 13 年度	10,972,485	△655,695	△6.0%	△102,318	△0.9%
平成 14 年度	10,575,446	△563,346	△5.3%	△144,246	△1.4%
平成 15 年度	10,686,700	△827,269	△7.7%	△58,520	△0.5%
平成 16 年度	10,556,943	△919,195	△8.7%	△54,991	△0.5%

返戻・過誤の主な原因は、患者の保険資格の喪失、保険記号・番号誤りなどが多

い。また、増減点の主な原因は、病名と投薬等の不一致、適応外の投薬、注射、検査、過剰な投薬、注射、検査などである。

返戻・過誤あるいは増減点の原因は、病院側の責任に帰することができない項目も多く含まれるが、中央病院が独自に実施した調査によれば、県内の他の大規模病院と比較し、中央病院の増減点の割合は高いとの認識であり、改善の余地はあると考えられる。

(指摘事項)

上記の状況から、請求誤りの防止策として、今後、次のような点を検討することが必要と考える。

- ・ 医師、看護師、医事課担当者における診療点数に関する知識の向上。
- ・ 窓口又は病棟での計算伝票起票の際のチェック体制の強化。
- ・ 目標査定率(返戻・過誤率、増減点率)を設定し、各診療科別に実績との比較を実施し、報告する。
- ・ 高額診療材料の受払データや紹介患者集計など医事データ以外のデータと、診療点数データとの整合性チェックの実施。

2) 医事課作成資料から財務会計資料への計上額の整合性の検討

平成 17 年 3 月末及び平成 17 年 6 月末で医事課作成資料(医業収益明細報告書等)及び財務会計資料(試算表)との間の整合性の検証を実施した。

結果、次のとおり、平成 17 年 3 月末において、未収金総額は一致しているが、医業未収金と医業外未収金とに若干額(650 円)の入り繰りが生じている。また、平成 17 年 6 月末においては、過年度発生未収金部分に関して医事課作成資料と財務会計資料との間での差異の調整がなされていなかった。これらについては、追加の調査を依頼した結果、医事課未収金データを財務会計に取り込む際の、データの転送ミスであることが判明した。

平成 17 年 3 月末

(単位:円)

勘定科目	医事課作成資料	財務会計資料	差異
現年度医業未収金	2,153,305,417	2,153,305,417	0
過年度医業未収金	94,532,671	94,533,321	650
医業外未収金	7,442,740	7,442,090	△650
合 計	2,255,280,828	2,255,280,828	0

平成 17 年 6 月末

(単位:円)

勘定科目	医事課作成資料	財務会計資料	差異
現年度医業未収金	2,101,181,481	2,101,181,481	0
過年度医業未収金	205,395,630	215,905,146	10,509,516
医業外未収金	440,712	440,062	△650
合 計	2,307,017,823	2,317,526,689	10,508,866

(指摘事項)

財務会計資料は、病院事業決算書を作成するための基礎資料であり、医事課作成の医業収益明細報告書はその補助簿としての位置づけとなる。両者は常に整合的である必要がある。

現状、年度決算では総額の不一致は生じていないが、内訳の相違、あるいは月次決算で相違がある場合がある。医事課と経理課とは連携を密にし、毎月、両者の管理する未収金残高が整合的であることを確認し、部門責任者が照合印を押印するなどの手続きを定型業務化する必要がある。

3) 医業収益、医業未収金の計上時期の妥当性の検討

医業収益及び医業未収金は診療月に計上されているが、審査・支払機関の査定による返戻額、増減額については、入金時に処理されている。ただし、主要な請求先である社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会については、請求月の翌々月初旬に診療報酬決定通知が到着し、その月の 20 日前後に入金がなされるため、原則として、会計処理の月ズレは生じていない。

4) 医業未収金の管理に関する内部統制の整備・運用状況

医事課における医業未収金の残高管理は、医事会計システムから出力される未収金台帳等により管理しているのではなく、医事会計システムから出力される帳票等を基に、表計算ソフトで作成した台帳により管理している。

医業未収金の残高管理を医事会計システム上で行っていないのは、患者未収金の一部が入金された場合に、医事会計システム上、一部入金という処理ができないなど、病院が現在使用している医事会計システムの未収金管理の機能が弱いことに起因する。現在、医事課では、過年度からの滞留患者未収金の入金消込み及び残高管理については、台帳を用い入金消込を手作業で行うことにより対応している。

(意見)

医事会計システム上で未収金残高の管理が行えないのは、医事会計システム上の問題であり、このようなシステム上の問題を改善することで業務の正確性、効率性が向上するのであるならば、早期に改善すべきである。

将来の医事会計システムの再構築の際には、未収金管理機能の強化が望まれる。

5) 長期未納となっている未収金の管理状況、不納欠損の処理状況の検討

平成17年3月末において1年以上滞留している患者未収金の状況は次のとおりである。

参照資料：過年度未収金収入状況調

(単位：千円)

滞留発生年度	滞留発生額 (1年後の年度末残高) ①	5年後不 納欠損額 ②	平成16年 度末残高 ③	貸倒実績 率 ②÷①
平成5年度以前	—	—	334	—
平成6年度	10,575	6,254	—	59.1%
平成7年度	10,005	5,038	187	50.4%
平成8年度	11,408	7,955	425	69.7%
平成9年度	20,221	12,292	1,132	60.8%
平成10年度	15,160	10,543	314	69.5%
平成11年度	21,610	—	15,180	—
平成12年度	37,968	—	32,592	—
平成13年度	13,110	—	2,461	—
平成14年度	29,964	—	13,520	—
平成15年度	28,631	—	28,631	—
平成17年3月末残高			94,776	

(注) 過去3年間の平均貸倒実績率・・・66.7%

上表のとおり、1年以上滞留した患者未収金については、その6割前後が5年後に不納欠損金となっている。

(意見)

現状、医業未収金に対する貸倒れ処理は、地方自治法第236条(金銭債権の消滅)により発生後5年経過した時点で不納欠損処理されているのみで、貸倒引当金は計上されていない。

これに対して、病院会計準則では、「貸倒引当金は、債務者の財政状態及び経営成績等に応じて、合理的な基準により算定した見積高をもって計上しなければならない(第24.2.)」とある。ここでは、過去3年の滞留患者未収金の貸倒実績率をもって、平成17年3月末時点における貸倒引当金概算額を計算すると次のようになり、検討

が望まれる。

平成 16 年度末貸倒引当金の見積り

(単位:千円)

滞留発生年度	滞留発生額 (1年後の 年度末残高) ①	平均貸倒 実績率②	平均貸倒実 績率による貸 倒予想額 ③=①×②	平成 16 年 度末時点 残高④	貸倒引当金 要計上額 ③と④の いずれか小
平成 11 年度	21,610	66.7%	14,412	15,180	14,412
平成 12 年度	37,968	66.7%	25,321	32,592	25,321
平成 13 年度	13,110	66.7%	8,743	2,461	2,461
平成 14 年度	29,964	66.7%	19,983	13,520	13,520
平成 15 年度	28,631	66.7%	19,095	28,631	19,095
平成 16 年度	(注) 28,229	66.7%	18,827	28,229	18,827
合計					93,636

(注)平成 16 年度の滞留発生額(①)については、現時点で、1年経過後の滞留未収金残高が判明しないため、平成 16 年度末患者未収金残高に過去の滞留実績率を乗じて推定した。

貸倒引当金の要計上額(平成 16 年度末)・・・93,636 千円

貸倒引当金の要計上額(平成 15 年度末)・・・93,837 千円

予め貸倒引当金を計上していた場合、特別損失として不納欠損処理している金額は貸倒引当金から充当されることになり、引当金の要計上額の増加額を貸倒引当金繰入額として費用計上することになる。貸倒引当金の増減明細は以下ようになる。

(単位:千円)

年度	期首残高	当期繰入額	当期減少額	期末残高
平成 15 年度	92,055	14,694	12,912	93,837
平成 16 年度	93,837	10,494	10,696	93,636

6) 外来窓口におけるつり銭の小口現金の管理状況

医事課窓口におけるつり銭は、時間帯ごとに経理課から医事課レジに渡される。医事課レジ業務は、銀行又は医事事務専門業者に委託しており、経理課は、これらの外部委託者とつり銭の受け渡しをしている。

(指摘事項)

つり銭を交換するごとに現金在高を確認しているが、つり銭現金の管理簿、受渡記録簿はなく、誰が実査を行い誰が金庫に保管したか、という記録も残っておらず、管理責任の所在が明確でない。つり銭用現金の受け渡し管理簿を設け、管理責任を明確にすることが必要である。

7) 平成 11 年度包括外部監査報告書記載内容の改善状況について

① 診療報酬の請求漏れ及び更正増減額の管理について

(内容)

- ・ 診療報酬の請求漏れが発見された。これを回避するため、次の対策が必要である。
- ・ 定期的にカルテとレセプトを照合し、請求漏れ等の発生の有無を確認する。
- ・ 請求漏れ等が発見されたときには、その原因を発生場所別、内容別に分類し、請求漏れ等防止のために院内各部門がどう協力すべきかを検討する必要がある。

(改善措置の状況)

- ・ 毎月初に担当医師が診療科ごとに集まりレセプトの点検を行い、必要に応じてカルテとの照合を行っている。
- ・ 診療請求に関する研修会を月 1 回開催することとしたが、実際、1 年に 1 回程度しか実施されていない。
- ・ 毎月、医事課で審査・支払機関による減点等審査結果を科別、原因別、患者別にまとめた資料を作成し、各診療科に回付している。

平成 13 年度から平成 16 年度の実績によれば、審査による増減点は減少しているものの、返戻・過誤は増加傾向にある。また、当初、毎月開催を計画していた研修会は年 1~2 回程度しか実施されておらず、研修会によって診療請求の精度が向上したかは疑問である。前述のとおり、関係各部署と協議の上、より実効性があり、かつ効率的な診療請求の点検方法を検討する必要がある。

② 診療報酬等の増減点の会計処理の期間帰属の妥当性について

(内容)

診療報酬等の請求に誤りが判明し、請求額を増減する必要が生じた場合、入出金があった時点で更正するのではなく、増減の判明した時点で更正する必要がある。

(改善措置の状況)

審査機関からの通知があった月内に、請求額との差額を返戻・過誤あるいは増減点として処理している。

③ 過年度請求額の更正増減額の処理科目について

(内容)

当月の医業収益は、当月発生 of 医業収益から当月確定した審査機関等からの保険調整額を控除して計上されている。一方、例年、2月、3月分の保険調整額は、翌期4月、5月の特別損失に計上しているため、医業収益は4月から翌年1月までと2月、3月ではその性格を異にしている。この結果、損益計算書上の医業収益は適正に表示されないことになる。

(改善措置の状況)

2月、3月分の保険調整額も、他の月と同様、医業収益の控除項目とすることに修正された。

④ 医業収益等の日計事務について

(内容)

日々の医業収益等の金額は、手作業で窓口時間内と時間外とに分離して集計されているが、この作業には大変手数がかかっている。医事会計システムでは医業収益等は勘定科目別に算出されており、手作業で窓口時間内と時間外とに分離して集計する意義は乏しいと考えられ、作業を省略化することが望ましい。

(改善措置の状況)

平成16年3月から新しい医事会計システムが導入されており、これにより、手作業による集計は軽減された。

⑤ 窓口の現金過不足の処理について

(内容)

窓口での現金収納額と実際の現金有高とに差異がある場合には、「現金過不足」を雑損失又はその他医業外損益に計上して帳簿残高を修正することが望ましい。

(改善措置の状況)

現金過不足の金額に重要性はないとの判断から具体的な改善はなされていない。

上述のとおり、つり銭用現金の受け渡し管理簿を設け、管理責任を明確にするとともに、会計上、現金過不足を適切に処理する必要がある。

2. 棚卸資産

(1) 概要

棚卸資産には、医薬品、診療材料、給食材料がある。医薬品及び診療材料の購入金額は多額であり、その購入及び管理は所定の手続を経て実施される必要がある。多額な棚卸資産の管理は、病院の効率的経営にとっても重要な問題である。

(2) 監査の要点

監査を実施するに当たって、次の点から手続を実施した。

- ・ 医薬品の購買管理手続の概要を把握する。
- ・ 医薬品の選定、見積に関する手続を確かめる。
- ・ 医薬品の発注、納品、検収に関する手続を確かめる。
- ・ 医業未払金の支払手続を検証する。
- ・ 医薬品の受払簿の正確性を確かめる。
- ・ 医薬品の実地棚卸手続を質問し、手続の妥当性を確かめる。
- ・ 医薬品の不動態在庫の有無、期限管理の状況を把握する。
- ・ 診療材料、給食材料に関して、医薬品と同様の手続を準用する。

(3) 監査の結果

1) 医薬品の選定、見積に関する手続

医薬品は、薬事委員会において効能、効果、安全性、経済性を考慮した上で採用品目を決定し、単価契約により購入している。単価契約に当たっては、年度初めに複数の業者から見積を入手し、最も低い単価を提示した業者と契約を締結している。なお、毎年 12 月頃から契約業者と価格の再交渉を行い、年度末付近に当初の契約単価の引下げを行っている。平成 16 年度は、全体で 10.45%の引下率で再契約し、年初に遡って再契約単価に基づく支払の精算を行っている。

再交渉によって当初見積価格を洗替えているのであるから、当初見積で選定した業者が最終的に最も有利な条件を提示していたかどうかについては不明である。

2)の取引業者の推移を見ても、固定的な取引関係が窺える。

2) 医薬品の購入先及び契約単価の推移

平成 16 年度を基準として、年間購入金額の上位 10 品目について抽出した結果は以下のとおりである。

(単位:千円)

順位	医薬品名	購入先	平成16年度 購入金額
1	イムネース注 35万単位	A社	48,992
2	ガスター錠 20mg	B社	38,511
3	カソデックス錠 80mg	B社	34,777
4	グリベックカプセル 100mg	A社	34,248
5	イレッサ錠 250mg	B社	34,159
6	シナジス筋注射用 100mg	B社	32,354
7	リーバクト顆粒 4.74g	A社	30,624
8	リツキサン注 500mg 50ml	A社	29,440
9	オムニパーク300 シリンジ 64.71% 100ml	C社	28,270
10	ティーエスワンカプセル 20mg	B社	26,127

上記10品目の最近5年間の購入先の推移は次のとおりである。

医薬品名	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
イムネース注 35万単位	A社	同左	同左	同左	同左
ガスター錠 20mg	—	—	—	B社	同左
カソデックス錠 80mg	B社	同左	同左	同左	同左
グリベックカプセル 100mg	—	A社	同左	同左	同左
イレッサ錠 250mg	—	—	B社	同左	同左
シナジス筋注射用 100mg	—	—	B社	同左	同左
リーバクト顆粒 4.74g	B社	同左	—	A社	同左
リツキサン注 500mg 50ml	—	A社	同左	同左	同左
オムニパーク300 シリンジ 64.71% 100ml	—	C社	同左	同左	同左
ティーエスワンカプセル 20mg	—	B社	同左	同左	同左

結果として、業者の変更が認められたのは1件のみであり、これも1度使用を止めた後に再使用するタイミングで変わっていることから、実質的には固定されているともいえ

る。安定供給確保のために、北陸3県の特定の業者に集中している結果と考えられるが、十分な競争原理が機能しているとは言い難い状況にある。

取引業者が硬直化していることを具体的に示す例として、見積価格の推移の一部を以下に示す。1)で記載したように、価格交渉は当初見積入手時と年度末の2回行われており、「前」は当初契約時の、「後」は再契約後の単価を示している。

(単位:円)

薬品名		14年度	15年度	16年度
カソデックス錠 80mg	前	省略	省略	37,470
	後	省略	36,430	36,530
グリベックカプセル 100mg	前	省略	376,000	省略
	後	374,000	365,000	省略
ティーエスワンカプセル 20mg	前	省略	省略	94,350
	後	省略	92,730	93,310

(意見)

いずれも当初契約単価が前年の再契約単価を上回っている事例である。

この現象は、価格再交渉において各業者取引「総額」でどの程度の値下率を提示できているかを重視しているため発生していると推測され、品目単位で見ても有効な見積を入手できているかについては疑問がある。さらに、3品目のうち2品目については再契約単価が前年の再契約単価を上回っている。薬価引下の流れに逆行したものであり、結果的に違う業者との間でより安価な取引ができた可能性は否めないといえよう。

さらに、年度末の価格交渉により交渉後の単価を年初に遡って仕入金額を計算し直す事務コストを考慮すれば、現在の取引慣行を見直す余地もあるのではないかと考えられる。

3) 棚卸資産の評価方法

棚卸資産の評価方法は、「石川県営病院の財務に関する特例を定める規則」第46条により、先入先出法又は移動平均法のいずれかを採用することになっており、中央病院では移動平均法を継続して採用している。医薬品のうち、注射薬については調剤補給室が受入後保管責任部署となり、受払記録がとられている。しかし、注射薬以外

の内服薬、外用薬については、調剤補給室で受入後、即調剤室へ払出す処理を行っており、受払記録は調剤補給室、調剤室のいずれにおいてもとられていない。診療材料については、定数管理品は中央材料滅菌部が、定数管理外の物品については経理課が受入記録を管理している。このうち、定数管理品についてのみ、中央材料滅菌部における受払はあるものの、それ以外の受払管理は行われていない。

(指摘事項)

以上から、実際に受払記録があるのは調剤補給室での医薬品(注射薬)及び中央材料滅菌部での診療材料(定数管理品)のみである。すなわち、注射薬については調剤補給室を、定数管理品については中央材料滅菌部を各々基準とした移動平均法の計算がなされている。それ以外の医薬品及び診療材料は年度の購入金額及び期首在庫から算出される総平均法により評価されており、移動平均計算が行われているとはいえない。後述のように、高額医薬品については部分的な受払管理が行われているが、全部署において受払記録を網羅し、適切な在庫評価を実施する必要がある。

4) 月次決算

地方公営企業は、毎月の経理状況報告を翌月 20 日までに行う(地方公営企業法第 31 条)必要があるが、実地棚卸が年度末にしか行われていないこと、受払記録が網羅的に整備されていないことから受払記録がない棚卸資産については前年度末の金額を据え置いている。

(指摘事項)

受払記録のないものについては、各月の購入金額が材料費として報告されており、発生主義に基づくものとはいえない。

5) 発注、納品、検収に関する手続の概要

内服薬約 1,000、外用薬約 300、注射薬約 300 の計約 1,600 アイテムの発注は、目分量で行われている。システム上定点発注機能は付されているものの、最適発注量を入力しても必要量が変動すること、システムに対する信頼性がないことを理由に利用していない。

(意見)

中央病院は、院外処方箋率が 8.98%と低く、その分取扱う医薬品種類も多岐にわたる。適正な在庫水準を維持するためには、システムの信頼性を検証した上で最適発注を行うことが有効であると考ええる。

6) 定量在庫管理

病棟、手術室では、使用頻度の高い医薬品、診療材料を予め定められた数量で保管し、定期的に補充することになっている。

任意に定数の管理状況を確認したところ、中央手術部と2病棟において以下の問題点が発見された。

(指摘事項)

中央手術部では、定数を変更して運用していた。定数は利用する環境に最適となるよう見直す必要はあるが、現場で定数を自由に変更すると最適な発注が阻害されてしまうため、定数を変更する場合には、その理由を明らかにした上で、発注部署へ漏れなく報告される体制の整備が必要である。

2病棟では、特定の患者向けに確保していたものの、結果として利用されなかった向精神薬(ユーロジン)を調剤管理室に返却しなかった結果、定数5錠に対して 12 錠を保管していた。向精神薬は施錠管理されているものの、明らかに2病棟で保管する必要性のないものであり、定数管理を遵守すべきである。

7) 高額医薬品の管理

注射薬以外の医薬品が受払管理されていないのは 3)に記載のとおりであるが、前回の包括外部監査の指摘により、一定の高額品については例外的に受払管理を実施している。

管理対象は、開始当初の薬価ベースで定め、内服薬は 2,000 円以上、外用薬は 10,000 円以上のものとしたとのことである。

(指摘事項)

管理の根拠となる文書は保存されておらず、現在の管理品目を検証した結果以下のことが判明した。

(内服薬)

薬剤名	薬価(円)	払出管理の有無
イレッサ錠 250mg	7,074.20	無
グリベックカプセル 100mg	3,348.00	無
ユービット錠 100mg	3,276.60	無
ロイコボリン錠 25mg	2,434.80	無
ユーゼル錠 25mg	2,434.80	無
塩酸モルヒネ	2,334.90	無
ビリアード錠 300mg	2,111.90	無
ベプシドS50mg	1,968.90	有

(外用薬)

薬剤名	薬価(円)	払出管理の有無
デュロテップパッチ 10mg	12,627.80	無
フィブラストスプレー500 µg	11,685.50	無

管理対象基準金額を超えているにも拘らず、管理対象から漏れている品目がある他、内服薬については、管理対象基準金額未滿で受払管理を行っている品目がある。受払管理の開始当初から取扱う医薬品が追加されたり、薬価が下がったにも拘らず、管理品目の見直しを行っていなかった結果と言える。そもそも、棚卸資産については全品目について受払管理を行って現物管理を行うべきであるが、重要性の観点から管理すると決定したものについては、管理のルールを文書として整備し、当該ルールに基づき継続して運用する必要がある。

8) 棚卸減耗の管理

棚卸減耗は、「注射薬破損、廃棄伝票」による日々の発生額を年度末に集計した上で廃棄伺の決裁を経て、棚卸資産減耗費に計上している(平成 16 年度 2,707 千円)。

(指摘事項)

「注射薬破損、廃棄伝票」は、原則として日々決裁・会計処理されるべきである。廃棄荷は年度末の集計額を発生部署や発生原因別に分析して再発防止策の措置を講ずる意味での承認であれば意味があるものの、現在は、棚卸資産減耗費を決算額として計上するための決裁となっている。

また、棚卸減耗費はこのような仕損のみならず、減耗、紛失を補正する費目である。受払記録が網羅的に整備されていないために棚卸資産減耗費の内容は限定的なものとなっているが、受払管理が存在する調剤補給室の棚卸差異すら把握されていない。受払記録を網羅的に確保することが必要であるが、棚卸資産の帳簿数量と棚卸結果を適切に決算に反映する体制の整備が必要である。

9) 病棟における医薬品の要求と管理手続

定数管理外で処方箋のいない医薬品の要求は、3枚複写である「薬品要求伝票」の要求部署控である1枚を保管し、残り2枚を払出部署へ渡すことによって行われる。払出部署では現物と伝票を2名が確認した上で、1枚を払出部署の控として保管し、1枚を現物に添えて要求部署に渡している。要求部署では要求した物品であることを確認して、確認者が受領者名を記入して保管することになっているが、実際の運用においては破棄されていた。

(指摘事項)

医療事故はあってはならないものである。そもそも薬品要求伝票を3枚複写にしているのは、要求部署において要求物品と要求部署控、払出部署から戻される伝票とを照合し、受入時にその責任を明らかにするために保管することを意図したものである。にも拘らず、これを廃棄することは投薬ミスを増大させるリスクがあるため、院内で定めたルールに従い、受領者名を記録した控えを保管しておくべきである。

10) 実地棚卸体制

実地棚卸は、「石川県営病院の財務に関する特例を定める規則」第50条に基づき、「たな卸実施要領」により周知され、年度末に一斉に行われている。対象資産は、医薬品、診療材料、給食材料、燃料であり、受払に関与しない職員が立ち会うことになっている。

金額的、質的にも重要と考えられる医薬品、診療材料の実地棚卸について、質問

と文書による検討を行った結果は次のとおりである。

① 医薬品

購入実績のあるものを「実地棚卸し調査表」としてすべて出力し、各部署に回覧している。いわゆるリスト方式による棚卸であるが、部署を考慮せずに全て(44枚)を出力していることから、部署によっては全く利用していないページが多数ある。

「実地棚卸し調査表」に、自部署にある医薬品の数を記載して、各立会人が立会印を押印している。

(指摘事項)

立会人はサンプルカウントを行っている訳ではなく、棚卸作業を観察しているにとどまっている。棚卸作業が適切に行われていることを確かめるために、記録された数量が実際に存在するか、あるいは任意に抽出した医薬品の実在数量が、正確に記録されているかを、サンプルベースで立会人自ら確認すべきである。

また、リストは棚卸終了後回収されるが、回収の網羅性は確認されていない。適切に棚卸が行われたとしても、回収漏れがあると集計対象から外れてしまうため、全てのリストが回収されたことを確認する必要がある。

以下の部署のリストの枚数を確認した結果、全て回収されていることを確認した。

調剤室	44枚
補給室	44
1-3病棟	44
1-4病棟	44
1-5病棟	44(鉛筆書)
1-6病棟	44
1-7病棟	44

(指摘事項)

1-5病棟だけが鉛筆書されており、ペン書きに改めるべきである。

なお、各部署から回収された調査表は表計算ファイルに入力された後、アイテム別に集計され、残高が補正されている。

(指摘事項)

表計算ファイルへの入力チェックは行われていない。正確性を確保するためには入力した数量と、入力原票である「実地棚卸し調査表」の数量との照合を実施するべきである。

② 診療材料

定数品については診療材料定数表に基づき、定数外品については「棚卸ワークシート」に基づき各部署の数量を記載している。

(指摘事項)

棚卸ワークシートはいわゆるリスト方式を目指したものであるが、手書で品目を追加しており、網羅性を確保するリストにはなっていない。リスト方式は、どこに何があるかが明確な場合にはカウントすべき品目を網羅的に捕捉することが可能であるが、品目を追加することができる状況においては、リストに記載されていない品目が丸ごとカウント漏れとなる可能性がある。アイテム追加用にブランクの用紙を配布しているものの、連番管理が行われていないために、網羅的な回収も保証されていない。

どこに何が配置されているかを明確にした上でリスト方式の採用を継続するか、これが困難な場合には、カウントしたものについては1品1葉で棚卸原票を貼付する方式の採用を検討する必要がある。

また、回収されたリストは部署別に入力し、アイテム別に集計して残高補正を行っているが、薬品と同様、入力チェックは行われていない。

③ 備蓄倉庫

備蓄倉庫の食料は、購入即消費の前提で資産計上されていないが、現物確認のために倉庫を視察した。

倉庫の品物は定期的に現物確認され、品名、数量、消費期限が明記されたリストが出力されている。

(指摘事項)

2月28日付でリスト出力されているにも拘らず、消費期限が2月22日のものがあつ

た。新しい日付のものに交換されているはずであるということだったが現物がなく、再調査した結果栄養部にもものがあつた。ただし、箱から取り出され消費期限がばらばらであつた。消費期限を統一するためには梱包単位で保管・使用する必要がある。

また、2月28日付のリストによれば備蓄倉庫の食材合計金額は5,420,718円である。災害等緊急時に備えて消費期限管理を行い、期限切れ前に給食材料として使用しながら補充して経済価値を維持させているのであるから、資産計上の対象とするべきではないかと考える。

④ 不用品管理

不用品は、各現場で有効期限を目見で確認している以外に実施していない。受払管理が調剤補給室に限定されているためであるが、調剤補給室においても受払記録を利用した不用品在庫の把握は行っていない。

(指摘事項)

総合的な受払管理を導入するべきであるが、現在受払がある調剤補給室に限定してでも不用品リストを出力し、不用品であれば返品あるいは購入量の縮減も検討するべきである。

11) 平成 11 年度包括外部監査報告書記載内容の改善状況について

前回事項	内容	改善措置の状況
棚卸の物品出納	<p>補給室以外の受払記録が整備されていない</p> <p>網羅的に受払記録を整備するのが現実的でなければ金額的、質的に重要なものについての受払管理を整備すべき</p>	<p>上述のとおり受払記録は整備されていない</p> <p>上述のとおり高額医薬品の管理を導入したが、管理対象品目の見直しが行われていない</p>
資産減耗費	<p>「注射破損、廃棄伝票」による棚卸資産減耗が材料費として計上されており、資産減耗費として処理されていない</p>	<p>左記については改善されているが、資産減耗費を網羅的に把握するためには受払記録が必要であることは上述のとおりである</p>
棚卸資産の払出価額	<p>注射薬以外の棚卸資産の評価が移動平均法による計算になっていない</p> <p>在庫金額を圧縮させ、又は購入単価を下げるために同一効能の薬品を一本化できる可能性を検討すべき</p>	<p>上述のとおり未改善</p> <p>同一成分、同一効能の薬品で複数の製品がある場合には1品目しか採用していない</p>

3. 固定資産

(1) 概要

固定資産とは、次に掲げるものをいう(石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第 58 条)

- 1 有形固定資産…土地、建物、構築物、車両、放射性同位元素、建設仮勘定、その他有形固定資産並びに耐用年数 1 年以上かつ 1 単位の取得価格が 10 万円以上の器具及び備品をいう。
- 2 無形固定資産…有償で取得した借地権、地上権、施設利用権その他の無形固定資産をいう。
- 3 投資…投資有価証券、長期貸付金、出資金、基金及びその他の投資をいう。

固定資産は長期間にわたって使用に供され、かつ、その額も多額にのぼるため、設備投資は計画的に行うことが極めて重要である。固定資産取得の前提となっている投資計画の妥当性の吟味と、その進行過程における細心の管理は、病院経営上きわめて大切な意義を有する。

(2) 監査の要点

次の視点から監査を実施した。

- ・ 中央病院の図面、固定資産台帳等を入手し、施設設備の概要を把握する。
- ・ 固定資産に関する会計処理の原則及び手続並びに表示の方法について把握する。
- ・ 固定資産台帳を閲覧し、整然と作成されているかを確認、あわせて固定資産台帳の計上額と決算書の計上額が一致しているかどうかを確認する。
- ・ 減価償却につき、耐用年数、償却方法、償却開始時期等の設定が合理的かどうかを確認する。また、起債によって取得した固定資産の減価償却が合理的かどうかを確認する。
- ・ 固定資産の現物確認を実施し、固定資産の実在性、遊休資産の有無を把握する。
- ・ 医療器械の保守点検の状況を把握し、適切な保守点検がなされているかを把握する。
- ・ 固定資産の取得手続について担当者に質問する。あわせて契約書等の関連証憑を閲覧することで、取得手続の合規性に問題がないかを確認する。
- ・ 固定資産が経済的に取得されているか、入札又は随意契約の契約状況を検討することにより確認する。また、機種選定が適切な手順を踏んで行われているか、

機種選定委員会の議事録を閲覧することにより確かめる。

- ・ 資本的支出と収益的支出の区分の妥当性について検討する。
- ・ 賃貸している固定資産について、賃貸目的の合理性、賃貸料算定方法の正確性を検討する。
- ・ 付保の明細書入手し、重要な資産について付保の網羅性が確保されているかを確認する。
- ・ 起債により取得した固定資産について、起債時の収支見通しの妥当性及び事後評価の妥当性を検証する。

(3) 監査の結果

1) 固定資産台帳について

① 固定資産台帳と総勘定元帳の照合

石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第 11 条第 4 項で、病院の業務に関する取引を記録し、計算し、及び整理するための帳簿として固定資産台帳を備えることが規定されている。

固定資産台帳の資産計上額と平成 16 年度末の貸借対照表を照合したところ、建物及び器械備品について、固定資産台帳の計上額と貸借対照表の計上額に差異が発生していた。この差異は、固定資産台帳への入力と経理システムへの入力が別個のものとなっており、固定資産台帳と経理システムが連動しないために発生したものである。

建物及び器械備品について発生した差異の内容は以下のとおりである。

(単位:千円)

科目		固定資産台帳	16 年度決算書 貸借対照表	差異金額
建物	取得価格	18,014,718	18,014,718	-
	減価償却累計額	8,684,465	8,685,565	△1,100
	帳簿価格	9,330,253	9,329,153	1,100
器械 備品	取得価格	5,509,642	5,509,642	-
	減価償却累計額	1,773,640	1,765,039	8,601
	帳簿価格	3,736,002	3,744,603	△8,601

(指摘事項)

個別の資産を集計した固定資産台帳の資産計上額が正確であると考えられるため、このような差異が発生した原因を分析の上、貸借対照表を正しい金額に修正する必

要がある。また、石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第 14 条で帳簿は随時照合してその正確な残高を確認するように努めなければならないと規定されており、定期的な照合が必要である。

② 複数資産の台帳登録方法について

固定資産台帳を閲覧したところ、以下のように複数の資産を一括して台帳登録が行われているものがあった。

(単位:千円)

資産番号	資産名称	勘定科目	所属	取得日	取得価格	償却累計額	帳簿価格
0003514127	厨房器械備品一式	器械備品	栄養部	昭和 56 年 3 月 31 日	31,132	29,575	1,557
0003584279	給食設備一式	器械備品	栄養部	昭和 59 年 3 月 31 日	46,351	44,033	2,318
0004124128	ファクシミリ以下98件	器械備品	経理課	平成 13 年 3 月 31 日	8,053	- (注)	8,053

(注) 石川県からの受贈資産であるため、借方に資産を計上し、貸方に同額で資本剰余金を計上している。地方公営企業法施行規則第 8 条第 4 項に従い、資産の減価償却は実施しない(みなし償却)ため、償却累計額はゼロになっている。

(指摘事項)

このように、複数の資産を「一式」等としてまとめて計上した場合に、資産の一部を除却しても、除却処理が漏れるリスクがある。例えば、上記「資産番号 0003514127 厨房器械備品一式」の取得は昭和 56 年であり、当時の器械備品が全てそのまま使用されているとは考えにくく、除却漏れが発生している可能性がある。

また、石川県営病院の財務に関する特例を定める規則では、1 件 10 万円以上の器具及び備品を有形固定資産として計上することとなっている。「一式」の合計金額は 10 万円以上でも、個別資産の取得価格は 10 万円未満であり、資産計上すべきでないものが混入するリスクがある。例えば、上記「資産番号 0004124128 ファクシミリ以下 98 件」の明細をレビューしたところ取得価格 10 万円未満の器械備品が多数存在し、これらが資産計上される結果となっている。

除却漏れの防止及び資産計上基準の遵守のため、台帳への登録を個別資産ごとに行う必要がある。

③ 除却済固定資産の台帳管理について

除却資産が台帳上、取得価格及び減価償却累計額ゼロ円で残存している。

(指摘事項)

台帳は現に病院が有する資産の一覧表であり、台帳管理の適正化及び台帳登録件数の増加による不測の誤謬防止のため、除却資産は固定資産台帳から消去する必要がある。

④ 固定資産台帳と保守管理台帳との整合性について

人工呼吸器、輸液ポンプ、保育器など、保守管理が必要な医療器械については、保守管理台帳を作成している。また、上記保守管理台帳は固定資産台帳とは別個に作成されている。保守管理台帳をレビューしたところ、固定資産台帳に記載されているが保守管理台帳に記載されていない保守管理が必要な医療器械や、逆に保守管理台帳に記載されているが固定資産台帳に記載されていない医療器械が散見された。これらは保守管理台帳の更新が適時に行われなかったために発生したものである。

(指摘事項)

保守管理台帳と固定資産台帳を別個に作成している状況では、保守管理台帳への登録漏れに起因する保守管理漏れ、或いは固定資産台帳上での除却漏れが発生する可能性がある。これらを防止するためには、保守管理台帳に固定資産台帳の資産番号を記入するとともに、定期的に両者を照合する必要がある。

⑤ 減価償却計算の正確性について

固定資産の減価償却は、定額法により取得の翌年度から行っている(石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第70条)。また、耐用年数は地方公営企業法施行規則に規定されている。

平成16年度の固定資産台帳から、取得の古いもの及び帳簿価格の大きいものを中心に33件を抽出し、減価償却費を再計算した結果、いずれも適切な額が計上されていた。そして、減価償却費について、固定資産台帳と平成16年度決算書の減価償

却費勘定は一致しており、問題点は発見していない。

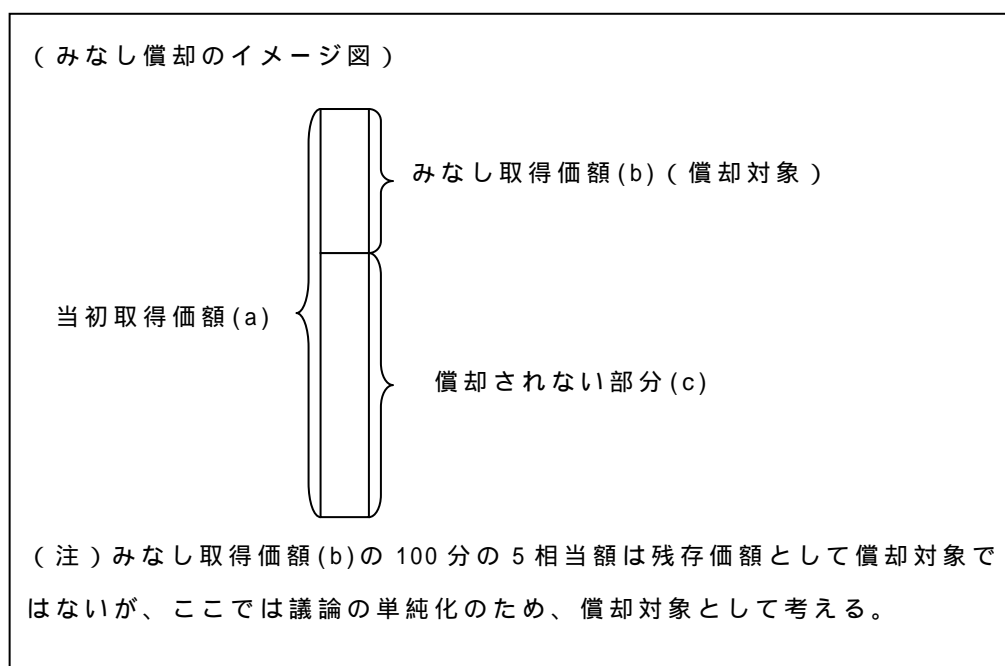
(意見)

現在の減価償却開始時期は、合規性の点から問題とはならないものの、企業会計の観点から検討した場合、資産の効用が発揮される、取得時点から償却を行うのが本来の会計処理と考える。この前提で計算した場合、平成15年度、平成16年度においては、以下のような償却不足が認められる。

【償却開始時期の遅れによる償却不足額】

平成15年度	88,886千円
平成16年度	61,366千円

さらに、中央病院では、地方公営企業法施行規則第8条第4項に基づくみなし償却制度を採用している。みなし償却制度では、国庫補助金及び一般会計からの財政支援相当(負担金)をもって取得した有形固定資産については、当該有形固定資産の取得に要した価額(下図(a))から、その取得のために充当した補助金等の金額に相当する金額を控除した金額を取得価額とみなし(下図(b))、この取得価額を基礎として減価償却費を算出する。また、補助金等はその収入時にその他資本剰余金として計上し(仕訳:(借)現金預金(貸)その他資本剰余金)、補助等の対象となった有形固定資産の除売却時に当該有形固定資産の未償却部分(下図(c))をその他資本剰余金と相殺する(仕訳:(借)その他資本剰余金(貸)有形固定資産)。



このため中央病院では、補助金等の金額及びこれに対応する減価償却費が資本取引として処理されるため、損益計算書には計上されておらず、実際の減価償却費相当額及び対応する補助金等相当額が不明確となっている。

そこで、当初取得価額(前頁図(a))を基礎として減価償却費を算出した場合、平成15年度、平成16年度において以下のような償却不足が認められる。

【みなし償却による償却不足額】

平成15年度	558,673 千円
平成16年度	526,867 千円

以上は、強制されるものではないが、病院の運営コストを正確に計る上では見直しが見られる。

2) 固定資産の現物確認について

中央病院の平成 17 年 3 月 31 日現在の貸借対照表に計上されている有形固定資産について、サンプル抽出を行い現物確認を実施した。昭和 51 年度(病院設立時)から昭和 60 年度までに取得された比較的古い資産、又は取得価格が 1 億円以上の高額 of 資産を中心にサンプル抽出を行った。現物確認の実施結果は以下のとおりであった。

(単位:千円)

勘定科目		合計	現物が存在し同一物認定ができたもの	現物が存在するが、シールが貼付されていない等の理由で同一物認定には至らなかったもの	廃棄済等の理由により存在しないもの
土地	抽出件数	2 件	2 件	-	-
	帳簿価格	209,895	209,895	-	-
建物	抽出件数	2 件	1 件	-	1 件
	帳簿価格	191,065	190,785	-	280
構築物	抽出件数	2 件	-	2 件	-
	帳簿価格	1,645	-	1,645	-
器械	抽出件数	27 件	17 件	10 件	-
	帳簿価格	1,361,201	1,251,765	109,436	-
備品	抽出件数	4 件	4 件	-	-
	帳簿価格	14,849	14,849	-	-
合計	抽出件数	37 件	24 件	12 件	1 件
	帳簿価格	1,778,654	1,667,294	111,080	280

(注)上記の他に、固定資産の存在する部屋が使用中であったため等の理由により、現物確認が実施できなかったものが 3 件 1,897 千円ある。

上記のとおり、1 件について現物が存在しなかった。また、現物が存在した資産についても、比較的取得が古いものを中心に、シールが貼付されていない等の理由により、現物の同一物認定に至らなかったものが 12 件あった。

(指摘事項)

固定資産の現物確認が網羅的に実施されていない。保守管理が必要な一部医療器械については、保守管理の事実をもって現物を確認しているが、他の資産については現物確認が行われていない。石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第59条において、院長は、善良な管理者の注意をもって固定資産の管理を行なわなければならないと規定されており、定期的かつ網羅的な現物確認が必要である。

具体的な現物確認の方法として、帳簿と現物の同一物認定を行うため、現物には資産名、固定資産番号、管理部署、取得日を記載したシールを貼付する必要がある。人体に直接装着する器械等、シール貼付することができない資産については、シール不貼付資産の一覧を作成することにより、同一物認定を容易にする必要がある。そして、年度末近辺の一定の日に、病院一斉に行うことが望ましい。

(意見)

平成16年度末の有形固定資産は台帳上3,582件存在する。これらの全ての固定資産について、管理局の人員だけで日常の管理及び定期的な現物確認を行うことは物理的に困難と思われる。特に医療器械は、専門的な機械であることから、当該機械に関して相当の知識を持ち、日常的に取り扱う者が遊休状態の把握、廃棄の要否の把握を行うことが望ましい。そこで、効率的な管理のためには、各々の固定資産について管理責任部署を定め、当該部署において日常の管理及び定期的な現物確認を実施することが望ましい。現状では固定資産の管理責任部署が特に定められていないため、管理責任部署を定める必要がある。また、固定資産台帳に管理責任部署を登録することで、より効率的な管理が期待できる。

3) 遊休資産について

固定資産の現物確認、固定資産台帳レビュー及び担当者への質問の結果、重要な遊休資産は発見していない。ただし、必ずしも有効活用がなされているとは言えない職員宿舎については、以下の改善を要する。

(指摘事項)

中央病院に勤務する職員の福利厚生のため、病院敷地内に職員宿舎が設置されている。設置は病院設立と同じ昭和51年で、定員は101人である。病院設立当初は、職員宿舎の入居率はほぼ100%であったが、平成17年3月31日現在の入居者数は

15人であり、入居率は15%弱にとどまっている。これは、病院設立当時は近隣に住宅が少なく、職員宿舎入居の需要が多かったものの、その後の開発による宅地化及び施設の老朽化により、入居希望者が減少したためである。入居者から徴収する使用料は2千円/月であるのに対し、職員宿舎維持のために要する費用は平成16年度の実績で、人件費等の維持管理費が8,297千円、減価償却費が2,359千円の合計10,656千円であり、大幅な赤字となっている。

このような状況をふまえ、職員宿舎の廃止を含めた資産の効率的な活用を検討する必要がある。

4) 医療器械の保守点検について

各診療科で専属的に使用される医療器械は、各診療科所属の技師が保守点検を行っている。一方、人工呼吸器、輸液ポンプ、保育器等、診療科間で共通使用される医療器械は、点検漏れを防止するため、経理課施設係が一括して保守管理台帳を作成している。保守管理台帳レビューの結果、比較的長期にわたり保守点検がなされていない器械があった。保守管理担当者にヒアリングしたところ、そのほとんどが保守点検実施時に当該器械が使用中であったためという理由であった。また、保守点検がなされたか、不明の器械も散見された。

下表は比較的長期にわたり保守点検がなされていない器械の集計表である。

種類	保守管理台帳上の台数 (平成16年度末)	左記の内訳		
		過去3年以内に保守点検がなされた台数	過去3年以内に保守点検がなされなかった台数	過去3年以内に保守点検がなされたか不明の台数
人工呼吸器	21	20	1	0
シリンジポンプ	41	38	0	3
輸液ポンプ	247	244	1	2
保育器	29	29	0	0

(意見)

薬事法第77条の3第3項で、病院は、医療器械の保守点検を適切に実施するよう努めなければならないとされている。同法には具体的な保守点検方法については規

定されておらず、法令違反には該当しないと考えられる。ただし、医療器械の安全性を確保するため、定期的かつ確実に点検を実施することが望まれる。

また、保守管理台帳のうち、人工透析装置、自動血圧計、放射線機器は点検の状況が一覧できるような資料は作成されていない。これらについては少なくとも過去数年分の点検実績を記載し、点検の状況が一覧できるよう、台帳の整備を行うことが望ましい。

5) 固定資産の除却手続について

固定資産が著しく損耗した等の理由により除却を行う場合には、除却伺いを各診療科から管理局に提出し、これをもとに管理局経理課では除却の経理処理を行う。

固定資産の現物確認その他の監査の過程で発見された、除却が漏れていた資産は以下のとおりである。

(単位:千円)

資産番号	資産名称	勘定科目	所属	取得日	取得価格	償却累計額	帳簿価格
0003512009	カーテン (本館)	建物	本館	昭和 51 年 6 月 1 日	5,602	5,322	280
0003604049	薬品 保冷庫	器械 備品	中央 検査部	昭和 60 年 9 月 21 日	182	173	9

(指摘事項)

除却漏れが発生した原因は、各診療科からの申請が漏れてしまったためと考えられる。上記で指摘したように、定期的な固定資産の現物確認による除却漏れの防止が必要である。

6) みなし償却適用資産に関する資本剰余金の管理について

固定資産の受贈、寄附金及び企業債の償還時の県からの負担金は、払込資本の性格をもつ財源として、それぞれ資本剰余金の「受贈財産評価額」「寄附金」「その他資本剰余金」勘定に計上される。従って、これらの財源により取得した固定資産と、資本剰余金に計上された各勘定科目とはひも付きの関係にあり、当該固定資産を除却、売却した場合には、対応する資本剰余金を取り崩す必要がある。

なお、固定資産台帳上、取得財源の記載があるが、取得財源別固定資産残高と

資本剰余金の各勘定科目残高は一致しない。具体的には下表のとおりである。これは、固定資産の取得と負担金の交付時期が相違しているためである。

(単位：千円)

固定資産台帳		貸借対照表	
減価償却対象外財源の区分	金額	資本剰余金の各勘定科目	金額
負担金	7,221,377	受贈財産評価額	79,265
他会計補助	533,455	寄附金	110,000
国庫補助金	306,445	その他資本剰余金	6,371,932
受贈財源	67,313		
他対象外	4,248,632		
合計	12,377,222	合計	6,561,196

(指摘事項)

現状では資本剰余金の各勘定科目について管理簿の作成がなされていない。資本剰余金の取り崩し漏れを防止するため、管理簿を作成する必要がある。

7) 固定資産取得手続について

① 固定資産取得手続の概要

i) 医療器械について

医療器械の取得手続は、特別更新分(概ね 5 千万円以上の高額医療器械)と年次計画分(特別更新分以外の医療器械)で異なる。

まず、特別更新分については、院長を委員長とした 9 名で構成する医療器械整備委員会において必要性、緊急度等を総合的に勘案した医療器械整備 7 年計画に基づき計画的に整備を行っている。

一方、年次計画分については、毎年、各診療科からの整備要望についてヒアリングを実施し、特別更新分と同様に医療器械整備委員会において必要性、緊急度等を総合的に勘案して決定する。

また、原則的に 5 百万円以上の器械については、要求科や関係科の医師等及び管理局職員で構成する機種選定小委員会で購入機種を審議し決定する。

医療器械の購入に際しては積算を実施する。積算は管理局にて行い、医療器械の定価を調査した上で、同メーカーの類似機種における過去の定価からの値引率、及び近隣の県立病院の納入価格を勘案して予定価格を決定する。

ii) 施設整備について

施設整備は工事を伴う案件である。この取得手続は、管理局にて必要性、緊急度等を総合的に勘案した中央病院施設整備事業に関する長期計画を策定し、整備を行っている。

また、現状復旧のための工事は、必要に応じて随時実施し、修繕費として処理している。

工事の実施にあたっては積算を実施する。積算は管理局にて行い、直接工事費＋共通仮設費＋諸経費（現場経費＋一般管理費）を各々算定し、予定価格を決定する。

② 契約方法について

中央病院での固定資産取得時の契約方法は、取得予定価格により下記のように運用される。

金額の範囲 (千円)	契約方法		根拠条文等
	備品購入	工事請負	
2,430,000 以上	一般競争入札	一般競争入札	<ul style="list-style-type: none"> ・地方公共団体の物品等又は特定役務の調達手続の特例を定める政令第3条第1項に規定する総務大臣の定める区分及び総務大臣の定める額を定める件の施行について(通知) ・地方自治法 ・地方自治法施行令 ・石川県財務規則 ・石川県財務規則取扱要領 ・石川県会計事務の手引
32,000 以上 ～2,430,000 未満		指名競争入札 (8～10 者)	
2,500 超 ～32,000 未満	指名競争入札 (8～10 者)	随意契約 (見積3 者以上)	
1,600 超 ～2,500 以下			
500 超 ～1,600 以下	随意契約 (見積4 者以上)	随意契約 (見積2 者以上)	
100 超 ～500 以下	随意契約 (見積3 者以上)	随意契約 (見積1 者以上)	
100 以下	随意契約 (見積1 者以上)	随意契約 (見積1 者以上)	

一般競争入札の場合には、石川県公報に入札公告を掲載した上で入札が行われる。指名競争入札の場合には、石川県が発行する「競争入札参加資格者名簿」に掲載された業者のうち、過去の実績及び緊急時の修理対応可否を勘案して指名業者を選定し、入札が行われる。随意契約の場合には、指名競争入札と同様の方法で業者を選定し、金額に応じた業者数の見積合わせを行う。これらの手続きを経て契約金額が決定される。

③ 平成 16 年度の医療器械取得の状況

平成 16 年度に取得した医療器械は 92 件であった。このうち、契約金額 10 百万円以上の医療器械の取得状況は以下のとおりである。

(単位:千円)

No	件名	契約金額 (税込)(A)	予定価格 (税込)(B)	契約率 (A)/(B)	契約方法	仕様書における メーカー指定(注)	納入 業者
1	多目的オールテレビ タルX線テレビシステ ム	67,083	103,530	64.80%	4者による 一般競争入札	指定なし	A社
2	超音波診断装 置	31,710	31,815	99.67%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	B社
3	生体情報監視 装置(2台) 他	29,033	29,033	100.00%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	B社
4	冠動脈血管内超音 波イメージングシステ ム 他	21,840	22,050	99.05%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	C社
5	胎児集中監視シ ステム 他	15,750	15,866	99.27%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	B社
6	電動手術台 他	12,390	12,453	99.49%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	B社
7	人工呼吸器 他	11,550	11,550	100.00%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 1社を指定	B社

(注)複数の医療器械の発注を行っている場合には、金額の最も大きい器械についての指定メーカ
一数を記載した。

上表の No.1 は、一般競争入札であり、契約率が 64.80%と低くなっている。しかし、No.2 から No.7 は、いずれも指名競争入札であり、契約率が 99%以上となっており、予定価格に極めて近い金額での契約となっている。

指名競争入札において契約率が高くなる原因は、次のように推察できる。

予定価格算定の基礎となる積算は、医療器械の定価を調査した上で、類似機種における過去の値引率及び近隣の県立病院の納入価格を勘案して行う。医療器械の定価はメーカー或いは卸業者に問い合わせして調査するが、指名業者は卸業者が選定されることが多い。このため、指名業者は医療器械の定価を知りうる立場にある。

また、指名業者は過去の実績及び緊急時対応の有無を勘案して選定されるため、

毎回固定的な業者が選定される傾向にある。このため、毎回のように入札に参加する業者は、過去の値引率を知ることができる。そして近隣の県立病院の納入価格はメーカー経由で情報を入手することが可能である。これらの要因により、業者は予定価格をかなり正確に予測することができる状況であると思われる。

指名業者はメーカーの卸業者が選定されることが多いから、特定のメーカーの機種を選定すると、必然的にそのメーカーと結びつきの強い業者が価格競争上有利になる。機種選定を特定のメーカーに絞った時点で落札業者が概ね予想される展開となり、結果的に業者間での競争が働きにくい状態になっているのではなかろうか。

下表は、平成 16 年度に取得した医療器械のうち、契約率が 90%未満であった案件の一覧である。複数のメーカーが選定されているもの、又はメーカーの指定のないものが多いことが見て取れる。機種を特定のメーカーに限定せず、競争を促すことが、入札結果に強い影響を及ぼしているものと思われる。

特に No.8 の透析用監視装置は、契約率が 13.33%と非常に低くなっている。これは、従来中央病院では D 社製の装置のみを選定していたものを、今回新たに E 社製の装置も候補として選定した。その結果各メーカーと結びつきの強い卸業者の競争が働き、落札価格が大幅に低くなったとのことである。

(単位:千円)

No	件名	契約金額 (税込)(A)	予定価格 (税込)(B)	契約率 (A)/(B)	契約方法	仕様書における メーカー指定(注)	納入 業者
8	透析用監視 装置(7台)	1,470	11,025	13.33%	10者による 指名競争入札	特定のメーカー 2社を指定	F社
9	検食用冷蔵 庫	247	494	50.00%	随意契約 (3者見積)	指定なし	G社
10	回診用X線 撮影装置	1,943	2,543	76.38%	8者による 指名競争入札	特定のメーカー 2社を指定	H社
11	車椅子訓練 装置	396	467	84.71%	随意契約 (3者見積)	特定のメーカー 1社を指定	I社
12	脳血流診療 用パソコン	277	321	86.32%	随意契約 (3者見積)	指定なし	J社
13	個人用逆浸透 精製水製造装 置	924	1,050	88.00%	随意契約 (4者見積)	特定のメーカー 3社を指定	F社
14	自転車エル ゴメータ	124	141	88.36%	随意契約 (3者見積)	特定のメーカー 1社を指定	I社
15	看護勤務計 画システム	1,365	1,544	88.44%	随意契約 (4者見積)	特定のメーカー 1社を指定	K社
16	ウロダイナミク ス検査装置	2,982	3,360	88.75%	8者による 指名競争入札	特定のメーカー 3社を指定	H社

注) 複数の医療器械の発注を行っている場合には、金額の最も大きい器械についての指定メーカー数を記載した。

(意見)

効率的な調達のためには、医療器械の機種選定を特定の1メーカーに絞り込まず、なるべく多くのメーカーから選定する必要がある。しかし、実際に医療器械を扱う医師は特定のメーカーの機種を強く要望する傾向がある。また、人工呼吸器など生命に直結する器械については、メーカーを統一することで、医療事故を防止する必要もある。

医療の質を確保しながら、経済性を追求することは難しい課題ではある。しかし、比較的医療事故の起こりにくい器械から複数メーカーの選定を行うなど、さらなる努力が必要であろう。また、近隣の県立病院に同機種の納入がある場合には、納入価格を調査して不当に高額の契約とならないよう留意しているとのことであるが、調査の対象を民

間病院にも広げるなど、事例収集の工夫も必要であろう。

④ 施設設備工事の状況

平成 16 年度に実施した施設設備工事は 14 件であった。このうち、契約金額 30 百万円以上の施設設備工事は以下のとおりである。

(単位:千円)

No	件名	契約金額 (税込)(A)	予定価格 (税込)(B)	契約率 (A)/(B)	契約方法	落札 業者
1	3階整備工事 (建築)	59,325	62,675	94.66%	指名競争入札	L社
2	3階整備工事 (電気設備)	34,650	36,141	95.87%	指名競争入札	M社
3	3階整備工事 (空調設備)	74,550	78,845	94.55%	指名競争入札	N社
4	特別施設整備工事 (空調設備)	53,025	55,724	93.57%	指名競争入札	N社

3 階整備工事は、「いしかわ総合母子医療センター」関連の工事である。「いしかわ総合母子医療センター」は母体・胎児集中治療室(MFICU)、新生児集中治療室(NICU)を備えた総合施設である。少子化対策のプロジェクトとして平成 14 年度から総額 671 百万円を投入して順次整備され、平成 17 年秋に開設された。

特別施設整備工事は、既存施設に関する設備工事である。

いずれも契約率は 95%前後となっているが、指名競争入札の場合、予定価格は指名業者に公表されるためであると推察される。

8) 資本的支出と収益的支出の区分について

公営企業法等の関係法令には、収益的支出と資本的支出の具体的な区分方法についての明文規定はない。しかし、病院会計準則別表「勘定科目の説明」において、修繕費とは「有形固定資産に損傷、摩滅、汚損などが生じたとき、原状回復に要した通常の修繕のための費用」と定義されており、税法、企業会計においてもおおむね上記の定義と同様である。

中央病院においても、上記の定義に照らし、収益的支出と資本的支出の区分を行う必要があると考える。

そこで、収益的支出のうちに資本的支出として処理すべき支出が含まれていない

かを確認するため、平成 16 年度総勘定元帳の修繕費勘定をレビューした。

1 件 1 百万円以上の支出について検討を行った結果、資本的支出として処理するべきと考えられる支出は、以下のとおりであった。

日付	業者	摘要	予算執行額 (税込)(千円)	修繕費/資本的支出判定
平成 16 年 10 月 27 日	O 社	駐車場出口 整備工事	1,764	駐車場に新規に出口を設置する工事であり、資本的支出として処理するべき
平成 16 年 11 月 30 日	P 社	温水洗浄便 座設置工事	2,048	既設洋式便器 8 箇所に温水洗浄便座の取付を行う工事である。新たな価値の付加であるため、資本的支出として処理するべき

(指摘事項)

上記の 2 案件については資本的支出として処理し、固定資産に計上する必要がある。資本的支出と収益的支出の区分にあたっては、その実質に着目し、適切な処理を行うことが必要である。

9) 無形固定資産に計上されている電話加入権について

無形固定資産の区分に計上されている電話加入権 1,440 千円の内容は、電話回線 40 回線分である。明細をレビューしたところ、携帯電話が 3 回線含まれていた。以前は、携帯電話の加入にあたっては固定電話同様、電話加入権が必要であったことから、携帯電話加入当時、加入権相当額を資産計上したと推測される。

(指摘事項)

携帯電話の加入権は 1996 年に廃止されており、その資産価値は消滅していることから、費用として処理する必要がある。なお、固定電話の加入権に関しても、その廃止が議論されているところである。今後、固定電話の加入権が廃止された場合には、適時に費用として処理することに留意が必要である。

10) 賃貸固定資産について

売店、食堂、理髪店、ATM 機械設置等の目的で、病院施設の一部を賃貸している。

賃貸料は石川県行政財産使用料条例に従って設定されている。賃貸の目的及び賃貸料に関し、担当者への質問及びサンプルベースで使用料の再計算を行った結果、問題点は発見していない。

11) 有形固定資産への付保状況について

有形固定資産については、火災等の災害により重大な損害が発生する可能性があるため、万一の場合に備えて、設備の再投資等に十分な額の保険を付す必要がある。石川県では、建物全てと取得価格 10 百万円以上の物品について損害保険を付しており、中央病院もこれに準じて建物全てと取得価格 10 百万円以上の機械備品について付保を行っている。

重要な資産について付保漏れがないか、また実在しない資産に付保されていないかを確認するため、固定資産台帳から取得価格 100 万円以上の固定資産を抽出し、付保の明細書と照合した。その結果、台帳と付保の明細書は一致し、重要な資産について付保の網羅性及び実在性に問題点は発見していない。

12) 有形固定資産の投資の評価について

中央病院では、100 百万円以上の医療機器の購入に関して収支見通しを作成している。この収支見通しは、企業債を発行するに当たり、任意資料として総務省に提出が求められているものである。

また、収支見通しに対し、一定期間経過後に、その実績を集計し事後評価をしている。今回、平成 12 年度～平成 15 年度の起債案件全件(3件)に関して、収支見通しの妥当性及び事後評価の妥当性を検証した。

① 収支見通しの概要

1) 全身用コンピューター断層撮影装置(平成 15 年度購入)

価格	220,000 千円
購入理由	<p>① 現有機器は、11 年経過 (H3.10 整備) し、経年劣化により陳腐化が著しい。</p> <p>② 新装置の撮影速度は、現有機の約 5 倍であり、放射線を浴びる量が少なく、また、息止め時間の短縮により、小児や高齢者の負担が軽減される。</p> <p>③ 複数列の画像を組み合わせて立体画像が得られることから、わずかな病変を早期に発見でき詳細かつ的確な診断が可能となる。</p> <p>④ 一度に広範囲の撮影ができるうえ、心臓・冠状動脈のような動きのある臓器の撮影も可能となり、心筋梗塞、脳動脈瘤の術前検査や経過観察などにも応用できる。</p> <p>(耐用年数 6 年)</p> <p>※現有 2 台保有のうち、1 台更新</p>

収 益 ・ 費 用 見 込 み	1. 収入			
	検査料 (年間 14,775 人/2 台、@16,515)			
		$16,515 \text{ 円} \times 14,775 \times 1/2 \times 6 \text{ 年} =$	732,027	千円
	<hr/>			
	2. 支出			
	減価償却費(本体)			
		$220,000 \text{ 千円} \times 1/2 \times 0.9 =$	99,000	千円
	材料費	$26,750 \text{ 千円} \times 6 \text{ 年} =$	160,500	千円
	電気料	$1,000 \text{ 千円} \times 6 \text{ 年} =$	6,000	千円
	X線管球	$27,720 \text{ 千円} \times 6 \text{ 年} =$	166,320	千円
	年間保守料	$10,000 \text{ 千円} \times 6 \text{ 年} =$	60,000	千円
	職員費			
	医師	$17,330 \text{ 千円} \times 1 \text{ 人} \times 6 \text{ 年} =$	103,980	千円
	技師	$10,313 \text{ 千円} \times 1 \text{ 人} \times 6 \text{ 年} =$	61,878	千円
看護師		26,190	千円	
受付		7,440	千円	
支出合計		691,308	千円	
<hr/>				
差引		40,719	千円	
<hr/>				

収益・費用見込みの補足	
検査料	前年度の検査実績及び実績単価に基づき積算
減価償却費	投資金額に補助金収入として見込まれる額である 50%を掛け、残存価格 10%を除いた金額を 6 年(法定耐用年数)で除して計算している。(公営企業法に基づくみなし償却による償却費相当額)
材料費	見込件数(前年度の実績)に対する必要数量を見込み、定価を掛けて積算している。
電気料	待機電力、稼働電力の月額電力料を見積り、月額電気料金を

収益・費用見込みの補足	
	掛け合わせて積算している。
X線管球	交換回数を年1回と見積り、定価を掛け算出している。
年間保守料	前回の機器の実績を基に、見込金額を算出している。
職員費	人件費単価を、医師、技師、看護師、受付に分類し、平均人件費の実績を計算した上で、必要人数を掛けて積算している。 他部門との兼務等は0.5人とみなしている。

2) 磁気共鳴断層診断撮影装置(平成13年度購入)

価格	518,000 千円
購入理由	<p>MRI装置を1台増設する。</p> <p>また、現有機のアップグレードを図り、合わせて2台整備する。</p> <p>① MRIの増設</p> <p>現在は、平成元年に導入したもの1台で診療しているが、最新の機種は、画像品質や性能が高まっており、超高速撮影により処理スピードが速く、脳血管などの抹消血管も撮影可能なことから、鮮明画像により早期診断できる。(耐用年数6年)</p> <p>② 現有機のアップグレード</p> <p>心臓部であるマグネットは高い品質をもっていることから、周辺部品の交換で新規に導入するMRIに近い性能を確保することができる。(耐用年数6年)</p> <p>2台とする理由</p> <p>年間の検査件数が多く、常時、約240人が順番待ち状態で予約調整が難しく、一部外注を行っている。また、検査中に救急患者が運び込まれた場合、対応ができないなど支障となっている。以上のことから、増設、アップグレードをするものである。</p>

収 益 ・ 費 用 見 込 み	1. 収入		
	検査料 (年間 6,960 人、@23,700)		
		23,700 円 × 6,960 件 × 6 年 =	989,712 千円
	CT の減収	△1,582 千円 × 6 年 =	△9,492 千円
	収入合計		980,220 千円
	2. 支出		
	減価償却費(本体)	25,900 千円 × 6 年 =	155,400 千円
	減価償却費(建物)	3,348 千円 × 6 年 =	20,088 千円
	材料費	27,078 千円 × 6 年 =	162,468 千円
	電気料	11,435 千円 × 6 年 =	68,610 千円
	年間保守料	22,680 千円 × 6 年 =	136,080 千円
	職員費		
	医師	14,000 千円 × 1.5 人 × 6 年 =	126,000 千円
	技師	6,500 千円 × 2 人 × 6 年 =	78,000 千円
	支出合計		746,646 千円
差引		233,574 千円	

収益・費用見込みの補足	
検査料	最大稼働件数に前年実績単価を掛けて積算(前年度の稼働がフル稼働であったため)
減価償却費(本体)	投資金額に補助金収入として見込まれる額 66.7%を掛け、残存価格 10%を除いた金額を 6 年(法定耐用年数)で除して計算している。(公営企業法に基づくみなし償却による償却費相当額)
減価償却費(建物)	平成元年に建設した MRI 棟工事に係る減価償却費
材料費	見込件数(前年度の検査実績)に対する必要数量を見込み、定価を掛けて積算している。

収益・費用見込みの補足	
電力料	待機電力、稼働電力の月額電力料を見積り、月額電気料金を掛け合わせて積算している。
年間保守料	前回の機器の実績を基に、見込金額を算出している。
職員費	人件費単価を、医師、技師に分類し、平均人件費の実績を計算した上で、必要人数を掛けて積算している。他部門との兼務等は 0.5 人とみなしている。

3) 検出型ガンマカメラ(平成 12 年度購入)

価格	195,000 千円
購入理由	<p>当該装置は、放射性医薬品を使用しガンの画像診断(骨シンチグラム、腫瘍シンチグラム)や、脳、心臓、肝臓、腎臓などの画像診断、機能診断を行うものである。</p> <p>現有機は、昭和 62 年 3 月に購入して 13 年を経過し、故障も多く業務に支障をきたしている。また、1 検出型のため検出時間が長くかかり、患者に苦痛を与えている。データ処理のためのコンピューターは操作性も悪く古いため、診断に有用な新しいソフトが使用できない。現有装置では腫瘍、心臓病、脳血管障害、痴呆の診断に威力を発揮する最先端画像診断技術の PET が行えない。</p> <p>以上のことから更新整備するものである。</p> <p>(耐用年数 6 年)</p>

収益・費用 見込み	1. 収入			
		核医学検査、診断		
		骨シンチグラム	53,824 円 × 1,500 件 × 6 年 =	484,416 千円
		腫瘍シンチグラム	53,051 円 × 390 件 × 6 年 =	124,139 千円
		心プール	68,191 円 × 150 件 × 6 年 =	61,372 千円
		収入合計		669,927 千円
		2. 支出		
		減価償却費	27,746 千円 × 6 年 =	166,476 千円
		材料費	52,640 千円 × 6 年 =	315,840 千円
		年間保守料	4,000 千円 × 6 年 =	24,000 千円
		職員費		
		医師	14,000 千円 × 1 人 × 6 年 =	84,000 千円
		技師	6,500 千円 × 1 人 × 6 年 =	39,000 千円
		支出合計		629,316 千円
	3. 差引		40,611 千円	

収益・費用見込みの補足	
核医学検査、診断	前年実績件数に前年実績単価を掛けて積算
減価償却費	計算根拠不明
材料費	見込件数(前年度の検査実績)に対する必要数量を見込み、定価を掛けて積算
年間保守料	前回の機器の実績を基に、見込み金額算出
職員費	人件費単価を、医師、技師に分類し、平均給与の実績を計算した上で、必要人数を掛けて積算。他部門との兼務等は 0.5 人としている。

② 事後評価

1) 全身用コンピューター断層撮影装置(平成 15 年度購入)

(単位:千円)

計画		実績		(H16 年度)
収入	金額	収入	金額	
検査料	122,005	検査料	147,868	
支出		支出		
減価償却費	16,500	減価償却費	11,032	※1
材料費	26,750	材料費	34,021	
電気料	1,000	電気料	888	
X線管球	27,720	X線管球	—	※2
年間保守料	10,000	年間保守料	—	※3
職員費	33,248	職員費	31,438	
計	115,218	計	77,379	
差引	6,787	差引	70,489	

※1 当初 220,000 千円の装置が 147,095 千円で購入できたことにより、減価償却費が 147,095 千円 \times 1/2(補助金) \times 0.9 \times 1/6(耐用年数) = 11,032 千円ですんだため。

※2 X線管球の取替を年 1 回と見積もっていたが、初年度は交換が必要なかった。翌年度の見込み 16,800 千円

※3 購入後 1 年間は無償保証が付いているため、保守契約の必要がなかったため。翌年度の見込み 7,875 千円

2)磁気共鳴断層診断撮影装置(平成13年度購入)

(単位:千円)

計画		実績		(H14年度)
収入	金額	収入	金額	
検査料	163,370	検査料	106,603	※1
支出		支出		
減価償却費(本体)	25,900	減価償却費(本体)	算出され ていない。	
減価償却費(建物)	3,348	減価償却費(建物)		
材料費	27,078	材料費		
電気料	11,436	電気料		
年間保守料	22,680	年間保守料		
職員費	20,500	職員費		
計	110,942	計		
差引	52,428	差引		

※1 平成13年度MRI検査の保険点数が約30%減額されたため。また、当初見込み件数6,960件に対し、実績は5,349件であったため。

平成15年度の検査料実績127,103千円、平成16年度の検査料実績126,634千円

3)検出型ガンマカメラ(平成12年度購入)

実績は集計されていない。

③ 意見

i)収支見通しに関して

磁気共鳴断層診断撮影装置及び検出型ガンマカメラについては、人件費の見積金額が、給与手当のみとなっており、法定福利費が含まれていない。

その他、検出型ガンマカメラについては、電力料が見積もられていない。また、受付の人員が1名いるが、人件費の見積額に含まれていない。

収支の見通しに関して、正確な見積りが望まれる。

ii) 投資の事後評価に関して

検出型ガンマカメラに関しては、投資の事後評価が行われていない。また、磁気共鳴断層診断撮影装置についても費用面の検証が行われていない。網羅的な投資の事後評価が望まれる。

iii) 資本コストに関して

資本コストとは、設備投資に必要な資金の調達コストのことをいい、設備投資を行う以上、その投資は資本コストを上回る利益をもたらす投資でなければならないが、中央病院の収益・費用見込みでは、資本コストが考慮されていない。適正な設備投資の経済性計算を実施する上でも、資本コストを考慮した評価が望まれる。

一般的には資本コストを考慮した設備投資の判断基準として、正味現在価値が用いられる。正味現在価値とは、ある投資から得られるであろう将来のキャッシュ・フロー（下記算式ではCF）を資本コストで割り引いた現在価値から投資額を差し引いた金額で表される。

$$\begin{aligned} \text{正味現在価値} = & \frac{\text{投資 1 年後のキャッシュ・フロー}(CF_1)}{\text{投資 1 年後の割引率}(1+r)} + \frac{CF_2}{(1+r)^2} + \frac{CF_3}{(1+r)^3} \\ & + \dots + \frac{CF_N}{(1+r)^n} - \text{投資額} \end{aligned}$$

「正味現在価値 > 0」であれば、設備投資を行い当該設備を利用した結果、利用期間を通算して純利益になることを示している。

資本コスト(上記算式では割引率 r)が高ければ高いほど、正味現在価値は小さくなるため、資本コストを意識せず(r=0 と想定)に採算性を考えた場合、設備投資の採算性を過大に評価してしまう危険がある。言い換えれば、設備投資の採算性を検討する際に、必要となる調達資金に係る利息を考慮対象外としていることと同じである。

13) 平成 11 年度包括外部監査報告書記載内容の改善状況について

前回事項	内容	改善措置の状況
固定資産台帳について	<p>器械備品及び車両は電算処理されているが、建物及び構築物は手書き台帳のままである。</p> <p>償却計算の効率性や資料の一覧性の観点から電算処理することが望ましい。</p>	<p>平成 13 年度に実施した財務会計システムの更新に合わせ改善を図った。</p>
	<p>健康推進課から受贈した器械備品を電算処理せず別資料により管理している。一元的に管理することが望ましい。</p>	<p>平成 13 年度に実施した財務会計システムの更新に合わせ改善を図った。</p>
	<p>器械備品について固定資産台帳と総勘定元帳との間で、2,126 千円差異が生じている。平成 8 年度以前に生じていたものであり、内容は不明。</p>	<p>平成 12 年度末に関係帳簿を点検の上、整理を行ったとのことだが、上述のとおり、平成 16 年度末において、建物については 1,100 千円、器械備品については 8,601 千円差異が生じている。なお、改善が必要</p>
	<p>器械備品の現品確認を行っていない。</p> <p>現品確認及び使用状況の調査を行い、遊休備品等を把握するとともに必要な処理を講じる必要がある。</p>	<p>上述のとおり、保守管理の必要な医療器械等については、保守管理台帳により現品確認が実施されている。しかし、その他の器械備品については定期的な現品確認がなされていない。</p>
<p>固定資産の廃棄処分決裁伺について</p>	<p>決裁伺が年度末に一括して事後的に行われている。</p> <p>事前に決裁伺を行い、廃棄すべきである。</p>	<p>事前決裁により処理した。</p>
<p>医療機器への投資について</p>	<p>患者監視装置(51台 123,526千円)及び超音波診断装置(22</p>	<p>医療器械の整備については、各科で共通利用できるものについ</p>

前回事項	内容	改善措置の状況
	<p>台 130,668 千円)は各病棟又は各診療科ごとに設置されている状況にある。</p> <p>必ずしも各科で共通利用できるものとは限らないが、重複投資を避け、効率的、経済的な投資を行うことが必要である。</p>	<p>では、重複投資を避け、また採算等も考慮し、整備を図ることとした。</p> <p>また、人工呼吸器など、各科で共通利用できるものについては、管理部にて一括管理し、効率的な利用を行っている。</p>
<p>駐車場</p>	<p>駐車場は 1,300 台収容であるが、外来患者(1 日平均 1,334 人)用のスペースは 300 台と少ない。</p> <p>無人車両入出庫装置の導入や職員等の車両通勤抑制の実施が望まれる。</p>	<p>平成 14 年度に職員駐車場を整備し、合計 1,525 台収容となった。これにより、駐車場不足はほぼ解消している。</p>
<p>果樹園</p>	<p>患者給食用の供給価値 130 万円に対し、管理委託料 240 万円を要し、赤字経営である。</p> <p>継続是否等の検討が望まれる。</p>	<p>患者のケアに必要と考えており、又、将来の改築時の貴重な用地でもあることから、当面は継続することとし、今後、環境の変化に応じて検討するとしている。</p> <p>なお、果樹園 3,789 m²のうち、1,394 m²は、NICU 仮設病棟用地等に転用された。平成 16 年度の果樹園管理委託料は 1,512 千円</p>
<p>未利用地</p>	<p>6,578 m² 126,590 千円の未利用地がある。</p> <p>経営改善計画の中で有効利用の検討が望まれる。</p>	<p>平成 14 年度に職員駐車場として整備された。</p>

4. 委託料

(1) 概要

地方公共団体は、諸種の事務作業を行っているが、本質的に地方公共団体自身が行わなければならないものは別として、それ以外の事務事業については、他の機関あるいは特定の者に委託して行わせることができる。

委託できる事務作業については、例えば、証券の取立ての再委託、歳入の徴収又は収納の委託、支出事務の委託、公の施設の管理委託、事務の委託と、私法上の契約（一般的に委託契約と呼ばれるもののほか、運送契約、信託契約、手形契約と呼ばれるものも含まれる）とがある。

これらは、地方公共団体が直接実施するよりも、他の者に委託して実施させることのほうが効率的であるもの、例えば、特殊の技術又は特殊の設備等を必要とするもの、あるいは高度の専門的な知識を必要とする事務事業、調査、研究といったものがある。

近年の地方公共団体の財政危機の中で、委託料の支出においても、経済性・効率性・有効性が求められている。

1) 委託料(病院事業費用・医業費用・経費)の推移等

委託料の過去の推移は次のとおりである。平成16年度の委託料は457百万円であり、医業収益の3.6%を占めている。

(単位:千円)

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
委託料	470,308	453,549	479,242	483,970	456,923
医業収益	12,581,065	12,829,732	12,662,691	12,849,172	12,703,648
対医業収益比	3.7%	3.5%	3.8%	3.8%	3.6%

(資料:決算書)

2) 委託業務の内容

平成 15 年度及び平成 16 年度の委託料の内訳は次のとおりである。

(単位:千円)

契約件名	契約別	16 年度 契約金額 A	15 年度 契約金額 B	増減 A-B
医事業務	随契	52,815	52,815	0
保安警備業務及び駐車場整理等業務	指名	18,375	18,522	△ 147
栄養給食補助業務	指名	14,098	18,191	△ 4,093
オートエンボッサ保守	随契	441	441	0
電子計算機保守管理業務	—	—	14,726	△ 14,726
電子計算機プログラム改訂	随契	3,360	2,625	735
電子計算機無停電電源装置保守	—	—	116	△ 116
清掃等業務	一般	72,450	82,950	△ 10,500
設備保守管理等業務	随契	114,072	115,920	△ 1,848
果樹園管理業務	随契	1,512	1,512	0
花壇、周辺園地管理	指名	8,085	7,928	158
エレベーター保守管理	随契	9,979	11,164	△ 1,184
院内環境衛生管理	指名	1,449	1,460	△ 11
医療ガス設備保守点検業務	随契	3,336	3,321	15
無菌室環境殺菌清掃業務	随契	2,205	2,310	△ 105
駐車場ゲート保守	随契	735	672	63
現金出納事務	随契	3,150	—	3,150
医療器械保守				
<内訳>CT スキャナー(2台)	随契	6,993	11,472	△ 4,479
超音波洗浄装置等	随契	344	344	0
ガンマカメラ(2台)	随契	9,692	9,692	0
血液細胞自動分析装置	随契	497	1,992	△ 1,495
結石破砕装置	随契	4,725	—	4,725
X 線画像診断装置	随契	4,200	3,906	294
MRI 装置(2台)	随契	25,935	25,935	0

(単位:千円)

契約件名	契約別	16年度 契約金額 A	15年度 契約金額 B	増減 A-B
オートクレーブシステム	随契	1,846	1,849	△ 3
放射線治療システム	随契	8,232	8,232	0
生化学自動検査システム	随契	3,413	3,413	0
心臓血管撮影装置	随契	4,547	3,549	998
輸血用血液放射線照射装置	随契	683	682	0
血管造影撮影装置	随契	4,200	4,200	0
検体検査	随契	72,820	74,762	△ 1,942
歯科技工	随契	2,262	2,232	30
一般・産業廃棄物収集運搬処理業務	指名	9,419	9,346	74
産業廃棄物収集運搬処理業務	随契	373	545	△ 173
医療廃棄物収集運搬処理業務	随契	9,684	9,436	248
合計		475,924	506,258	△ 30,333

(注) 金額は消費税込みとなっているため、決算書の委託料合計の金額(消費税抜き)と一致しない。また検体検査、医療廃棄物収集運搬処理業務については単価契約による実績金額である。

3) 契約形態

入札基準について、地方公共団体の各種の契約の締結は一般競争入札の方法によることを原則としているが、専門性を要するなど契約の相手方がある程度特定され、不特定多数の業者を競争させる一般競争入札に適さないと判断される場合は、指名競争入札を行うものとしている。具体的な法令は以下のとおりである。

地方自治法第 234 条第 2 項は、一般競争入札以外の方法(指名競争入札、随意契約、せり売り)による契約の締結を、政令に該当する場合に限定して認める旨を規定している。指名競争入札が認められるのは、下記のとおりである。

(地方自治法施行令第 167 条)

(1) その性質又は目的が一般競争入札に適しないものをするとき。

(2) その性質又は目的により競争に加わるべき者の数が一般競争入札に付する必

要がないと認められる程度に少数である契約をするとき。

(3) 一般競争入札に付することが不利と認めれるとき。

また、これとは別に平成 8 年 1 月 1 日から施行されている「地方公共団体の物品等又は特定役務の調達手続の特例を定める政令」により、予定価格が 3,200 万円以上(平成 16 年度以降に締結される調達契約の場合)の業務については、一般競争入札によることが定められている。

入札ではなく随意契約によることができるケースは、まず地方自治法施行令第 167 条の 2 に規定されている場合である。

(1) その性質又は目的が競争入札に適しないものをするとき。

(2) 緊急の必要により競争入札に付することができないとき。

(3) 競争入札に付することが不利と認められるとき。

(4) 時価に比して著しく有利な価格で契約を締結することができる見込みのあるとき。

(5) 競争入札に付し入札者がいないとき又は再度の入札に付し落札者がいないとき。

(6) 落札者が契約を締結しないとき。

さらに石川県財務規則第 129 条において随意契約によることができる場合の限度額が定められている。

(1) 工事又は製造の請負でその予定価格が 250 万円を超えないもの。

(2) 財産の買入れでその予定価格が 160 万円を超えないもの。

(3) 物件の借入れでその予定賃借料の年額又は総額が 80 万円を超えないもの。

(4) 財産の売払いでその予定価格が 50 万円を超えないもの。

(5) 物件の貸付けでその予定賃貸料の年額又は総額が 30 万円を超えないもの。

(6) 上記以外の契約でその予定価格が 100 万円を超えないもの。

中央病院において、平成 16 年度の委託費の契約形態は、一般競争入札 1 件、指名競争入札 5 件、随意契約 27 件となっている。

4) 過去5年間の主な委託業務と金額の推移

主要な委託業務(概ね1千万円以上)の過去5年間の委託料の推移は次のとおりである。

(単位:千円)

委託業務名	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
医事業務	53,890	55,153	54,447	52,815	52,815
保安警備業務及び駐車場整理等業務	18,778	18,778	18,848	18,522	18,375
検体検査業務	72,647	66,948	70,882	74,762	72,820
栄養給食補助業務	18,690	18,794	17,325	18,191	14,098
MRI装置保守	12,600	7,888	12,600	25,935	25,935
CTスキャナーシステム保守	13,230	13,230	13,230	11,472	6,993
清掃等業務	87,360	73,490	82,950	82,950	72,450
設備保守管理等業務	112,875	117,285	117,600	115,920	114,072
エレベーター保守管理	12,209	12,209	11,579	11,164	9,979
一般・産業廃棄物収集運搬処理業務	9,376	9,188	9,345	9,345	9,419
医療廃棄物収集運搬処理業務	7,422	7,620	8,658	9,436	9,684
主要委託費の合計	419,079	400,582	417,464	430,512	406,640

(2) 監査の要点

委託料の支出に関しては、次のような視点から監査を行った。

- ・ 委託の内容は適切か、性質上委託することが不適切なものはないか。また、その効果の確認は行われているか。
- ・ 委託の相手方及び選定方法は適切か。
- ・ 委託料の算定根拠は、合理的な基準に基づき行われているか。
- ・ 委託料の支出は適切な時期に行われているか。
- ・ 委託料の支出、精算報告は委託契約書の内容に基づき適正に行われているか。
- ・ 委託内容の履行確認は適正に行われているか。また、履行期限は守られているか。
- ・ 契約等に反し、受託事務の全部を再委託しているものはないか。
- ・ 委託の成果物は契約書に基づき適正に受領されているか。

(3) 監査の結果

(1)4)に記載した主な委託業務について、平成16年度の入札金額、予定価格、入札率、入札件数を見てみると次のようになる。特に、3年以上同一の業者に委託している業務について、過去の入札状況を検討するとともに、随意契約の理由に合理性があるかどうか検討した。

(単位:千円)

委託業務名	委託先	入札金額	予定価格	入札率	入札件数
医事業務	A	52,815	52,960	99.7%	随意契約
保安警備業務及び駐車場整理等業務	B	18,375	18,585	98.9%	指名 5 者
検体検査業務	C(*)	単価契約	単価契約		随意契約
栄養給食補助業務	D	14,098	19,142	73.7%	指名 5 者
MRI 装置保守	E	25,935	26,103	99.4%	随意契約
CT スキャナーシステム保守	E	6,993	7,014	99.7%	随意契約
清掃等業務	F	72,450	89,131	81.3%	一般 4 者
設備保守管理等業務	G	114,072	114,251	99.8%	随意契約
エレベーター保守管理	H	9,979	10,149	98.3%	随意契約
一般・産業廃棄物収集運搬処理業務	I	9,419	9,533	98.8%	指名 5 者
医療廃棄物収集運搬処理業務	I	単価契約	単価契約		随意契約

(*):検査項目毎に 3 者と契約している。

1) 医事業務

窓口受付及びカルテ等の作成、索引、登録、会計及び請求書発行等の業務、診療報酬請求明細書(レセプト)等の作成業務を委託している。

レセプト作成業務及び窓口受付等は、医療事務に精通した者でなければ十分に対応できない業務であり、契約の性質又は目的が競争入札に適さないと認められることから、地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定により随意契約としている。また業者選定の理由は、医療秘書科修了者を派出し、これまで当院の医事業務を継続的に受託し当院の実情を熟知しているため、業務を滞りなく円滑に履行できる唯一の者であることから A 社と契約している。

予定価格の内訳は委託に必要な人員の人件費が中心となっており、平成 16 年度は必要人員 15 名分の人件費を積算している。積算根拠資料によると平成 16 年度の給与月額、平成 15 年度積算額に県の財政事情から委託料予算の一律 1%カットを考慮し、0.99 を乗じた額を使用している。社会保険料は実際の料率を使用しており、諸経費として人件費合計の 15%を加算している。

A 社とは昭和 58 年度より継続して契約しており、過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
契約額	53,890	55,153	54,447	52,815	52,815
予定価格	54,023	55,294	54,821	52,822	52,960
入札率	99.8%	99.7%	99.3%	99.99%	99.7%
契約方法	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者

(指摘事項)

予定価格は、平成16年度が必要人員15名分の人件費を積算しているのに対して、平成12年度から平成15年度は17名分の人件費を積算していた。病院関係者によると実際に医事業務者として委託先から派遣されているのは15名であり、ここ数年は15名で増減はないとのことである。積算は実際の人数に基づき実施すべきである。

また、平成16年度から時間外手当・通勤手当を積算項目に加えている。病院関係者によると平成15年度まで17人に積算していたのを、実態にあわせて15人で積算することになり、時間外手当についても実態にあわせて前年度実績に当年度の見込みを加味して積算に含めることにしたとのことである。前年度実績については委託先からの報告によるものであるため、病院側でも適時に時間外の作業時間をチェックし、契約上の業務内容に対して従事人員数が適切であったかの評価を行うことが必要である。

(意見)

当該医事業務については、業務を滞りなく円滑に実施する観点から随意契約としていますが、平成17年10月に「長期継続契約を締結することができる契約を定める条例」が石川県条例で公布され、複数年契約が可能になっている。他の業者を含めた複数年契約を前提とする入札の実施により、業務に支障を生じさせることがなく、競争原理を取り入れることができるようになっていいると考えられ、今後の検討が望まれる。

2) 保安警備業務及び駐車場整理等業務

保安警備業務として病院施設内外の警備業務、救急患者・来院者に対する応対業務、電話交換及び放送業務、ドクターカー助手業務等を、駐車場整理等業務として、自動車での来院者に対する誘導、身体障害者に対する誘導・介助、不法駐車チェック及び報告等を委託している。

契約の方法はその性質又は目的が一般競争入札に適しないとして地方自治法施行令第 167 条第 1 号の規定により指名競争入札としている。

平成 14 年度は、監査委員定期監査の事前調査において現場指導されたことを機に、それまでの随意契約から指名競争入札に変更している。毎年 5 者が入札に参加しているが、平成 16 年度は、他社とはわずかな差で随意契約の時から契約している B 社が落札している。過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
契約額	18,778	18,778	18,848	18,522	18,375
予定価格	18,970	18,900	18,933	18,639	18,585
入札率	99.0%	99.4%	99.6%	99.4%	98.9%
契約方法	随契 1 者	随契 1 者	指名 5 者	指名 5 者	指名 5 者

(意見)

平成 14 年度から指名競争入札により契約しているが、上記のとおり入札率は予定価格に近い水準にあり、契約方法を見直した成果は表れていない。指名業者は県の有資格者名簿より県有施設での実績等を勘案して選定されているとのことであるが、指名業者 5 者は平成 14 年度から変更されていない。より競争性を高めるためには、指名業者の入れ替えや指名業者数を増やすなどの検討が望まれる。

3) 検体検査業務

検査項目毎に単価契約により 3 者へ業務委託している(その他に毎月の実績額で委託している検査項目が一部ある)。

伺書によると検体検査は、患者の治療に必要不可欠であり、迅速かつ正確なデータが要求されるものであり、対応可能な施設を有する者に限定されること、及び検査項目毎に診療報酬が定められており、診療報酬との差額が大きいほど病院経営上有利であり、地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 4 号の規定により随意契約とし、検査項目毎に見積徴収を行っている。

平成 16 年度は検査項目毎に 3 者から見積りを徴収して、原則として最も低い価格を提示した業者と契約している。

過去 5 年間の業者別支払額の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度		13 年度		14 年度		15 年度		16 年度	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
業者イ	31,901	44%	27,086	40%	25,871	36%	25,761	34%	23,165	32%
業者ロ	21,006	29%	19,672	29%	22,247	31%	25,674	34%	22,823	31%
業者ハ	18,423	25%	19,102	29%	21,400	30%	21,951	29%	25,887	36%
その他	1,317	2%	1,087	2%	1,365	2%	1,376	2%	945	1%
計	72,647	100%	66,948	100%	70,882	100%	74,762	100%	72,820	100%
項目数	210		189		537		198		205	

(注) 項目数はその他を含まない。また平成 14 年度は試験的にそれまで実績額で委託していた項目まで単価契約としているため、項目数が多くなっている。

また平成 16 年度の金額上位 5 項目の推移は以下のとおりである。

検査項目名	業者名		13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
A	ロ	契約単価(円)	19,800	19,800	19,800	19,800
		支払額(千円)	4,455	5,485	6,613	4,752
B	ロ	契約単価(円)	1,360	1,170	1,170	1,150
		支払額(千円)	5,875	5,456	3,971	4,114
C	ハ	契約単価(円)	3,400	3,400	3,400	3,500
		支払額(千円)	2,343	2,965	3,543	4,071
D	ハ	契約単価(円)	2,500	2,500	2,500	2,600
		支払額(千円)	3,055	2,958	3,213	3,864
E	ハ	契約単価(円)	1,450	1,450	1,450	1,500
		支払額(千円)	2,526	2,952	2,946	3,140

(意見)

検体検査については過去 5 年間同一の業者から見積りを徴収しているが、単価契約の同には見積りを徴収する業者を 3 者としている理由について、明示されていない。

また上記のとおり過去 5 年間の各業者の委託額の構成比に大幅な変動はなく、金額上位 5 項目の業者に変更はみられない。競争性を高めるために見積りを徴収する業者数を増やすなどの検討が望まれる。

4) 栄養給食補助業務

下膳車の各病棟への配置、回収、残食処理といった下膳業務や食器洗浄・消毒業務を委託している。

平成 16 年度の指名競争入札では、3 者が入札に参加して最低金額を提示した D 社に決まった。過去 4 年間契約していた業者が変更となり、入札率も大幅に下がった。病院関係者によると、近年指名しても入札に参加する業者数が減少していた中、平成 16 年度は新たに指名した業者が落札したが、当該業者に積算誤りがあり入札価格が下がっていたことが、後日判明した。

その後、平成 17 年度には過去落札していた業者と、平成 15 年度以前と同水準での委託契約(予定価格 19,167 千円に対し不調随意契約 19,114 千円)をしている。

過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
契約額	18,690	18,794	17,325	18,191	14,098
予定価格	18,691	18,795	19,320	19,110	19,142
入札率	99.99%	99.99%	89.7%	95.2%	73.7%
契約方法	指名 4 者	指名 4 者	指名 4 者	指名 4 者	指名 3 者

(指摘事項)

平成 16 年度の入札執行伺において、契約の方法として指名競争入札とする根拠(条文)が記載されていない。指名競争入札を選択する場合には地方自治法施行令に定めるような明確な根拠が必要となるため、入札執行伺において地方自治法施行令の根拠条文を記載する必要がある。

5) MRI装置保守・CTスキャナーシステム保守

MRI 装置及び CT スキャナーシステムの保守については、機器の診断精度の低下及び重大な事故を予防し、また、機器の故障復帰に迅速に対応しなければならないとして、地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定により保守点検修理の専門家を擁している製造メーカーの北陸地区唯一の取扱店と随意契約を結んでいる。

過去 5 年間の入札率の推移は次のとおりである。

MRI 装置保守

(単位:千円)

区分	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
契約額	12,600	12,600	12,600	25,935	25,935
予定価格	12,674	12,674	12,674	26,103	26,103
入札率	99.4%	99.4%	99.4%	99.4%	99.4%
契約方法	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者

(注)平成13年度は年度途中で7,887千円へ減額している。

CT スキャナーシステム保守

(単位:千円)

区分	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
契約額	13,230	13,230	13,230	12,957	6,993
予定価格	13,319	13,319	13,455	13,006	7,014
入札率	99.3%	99.3%	98.3%	99.6%	99.7%
契約方法	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者	随契1者

(注)平成15年度は年度途中で11,472千円へ減額している。

(意見)

これらの保守契約は、契約額の設計時に定期点検及び定期外点検の回数と保守部品代を見積もっているが、点検回数はメーカー主導で決定されている状況にある。担当者によると今後適正な点検回数についてメーカーと協議していくとのことであるが、早急に対応することが望まれる。

また実際の故障原因は様々であるが、契約時に支払額を一括契約する現状の形態は、保守業者及び病院の双方にとってリスクのあるものと言える。当初は定期点検の実施回数に基づき契約し、定期外点検や部品代については実績額で支払う契約形態への変更がより有利と考える。

6) 清掃等業務

業務の内容は、日常清掃として管理・共用部門、構内敷地、職員宿舎、保育所の清掃、定期清掃として床面クリーニング(カーペット以外)を年 4 回、特別清掃としてカーペット、ガラス、外壁、ブラインドの清掃、ごみの院内収集、カルテ、リネン、薬品等の搬送業務と多岐に及んでいる。

平成 16 年度の委託料は、委託先が同じであったにもかかわらず、82,950 千円から 72,450 千円へと大幅に下がった。病院関係者によるとその理由は、はじめて県外業者の参入があるかもしれないという危機感から、価格を大幅に引き下げたものではないかとのことである。この期間の業務内容は従来と同様であって、価格低下による質の変化はなかったとしている。

その後平成 17 年度は、県外業者は入札に参加せず、引き続き F 社が 81,900 千円(予定価格 86,141 千円、入札率 95.1%)で落札し、平成 15 年度と同水準での委託契約をしている。

過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
契約額	87,360	73,489	82,950	82,950	72,450
予定価格	88,007	93,555	93,870	91,070	89,131
入札率	99.3%	78.6%	88.4%	91.1%	81.3%
契約方法	一般 5 者	一般 4 者	一般 4 者	一般 4 者	一般 4 者

7) 設備保守管理等業務

日常管理業務として運転監視業務、記録測定並びに日常点検業務、保管業務(備品等の保管整理整頓)、特殊設備保守点検業務(消防用設備、自動ドア)、電話交換業務等を委託している。

病院の設備保守管理業務については、病院の使命である人命を預かる機関としての特殊で精密な設備の保守管理能力が要求される。特に中央病院は、建設後 28 年を経過した建物であり、設備の老朽化による機能の低下を極力なくし、保持・継続させるための保守管理能力が必要とされることから、中央病院の設計を行い、かつ、開院時より保守管理業務の実績があり、中央病院の設備に精通している G 社と、地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定により随意契約としている。

過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
契約額	112,875	117,285	117,600	115,920	114,072
予定価格	114,716	117,488	118,079	116,247	114,251
入札率	98.4%	99.8%	99.6%	99.7%	99.8%
契約方法	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者

(指摘事項)

随意契約を採用していることについて理由を確認したところ、その理由は上記のとおり、病院業務の特殊性から経験が必要とされることとであった。

しかし、同業種の経験のある者又は一定の技術を有する業者を選定して業務委託の仕様書を細部にわたり明記することにより目的は達成出来ると思われるため、随意契約の理由として以上の事項のみでは不十分と考える。

業務委託契約を行うにあたっては、競争入札が原則であり、随意契約は例外的なものと考えられるので検討が必要である。

参考として平成 16 年度の県庁舎の設備保守業務の委託状況は以下のとおりである。

(単位:千円)

名称	契約方法	契約金額
石川県庁舎空調設備保全業務(熱源機器等)	指名	13,965
石川県庁舎空調設備保全業務(自動制御設備等)	随契	25,200
石川県庁舎空調設備保全業務(警察本部庁舎自動制御設備)	随契	8,925
石川県庁舎電気設備保全業務(受変電設備等)	指名	13,650
石川県庁舎電気設備保全業務(自家発電設備)	指名	3,885
石川県庁舎電話設備保全業務	随契	7,560

8) エレベーター保守管理業務

理由書によると、エレベーターの保守管理業務については、常に安全を維持し、本来の機能を十分に発揮できるように保守する能力が特に要求されることから、当院の保守管理業務に長年の実績が有り、業務に精通しており、かつ、製造メーカーの県内メンテナンスサービス会社である H 社と、地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定により随意契約としている。

過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
契約額	12,209	12,209	11,579	11,164	9,979
予定価格	12,341	12,283	11,649	11,524	10,149
入札率	98.9%	99.4%	99.4%	96.9%	98.3%
契約方法	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者	随契 1 者

(意見)

製造メーカーのメンテナンス会社へ委託することが業務の安定性の観点から有用であることは否定しないが、下記の理由により、当該委託業務については、現在の単独随意契約を見直し、競争入札による委託契約を検討することが望ましいと考える。

- ・製造メーカー及びそのメンテナンス会社以外の企業が全く受託できない業務ではない。
- ・これまでの経験や実績を単独随意契約の理由とすることは、新規業者の参入を当初から否定する結果となり合理性に欠ける。
- ・病院関係者によると、現実に他の自治体病院ではエレベーターの保守管理業務を競争入札により委託契約しているところもあると聞いている。

9) 一般・産業廃棄物収集運搬処理業務

可燃物、不燃物、ガラス、鉄くず、廃プラスチック、乾電池、蛍光灯、廃油、廃棄機械類、ペットボトル、リサイクル用紙、重要書類の収集運搬処理業務を委託している。

契約の方法は、その性質又は目的が一般競争入札に適しないとして、地方自治法施行令第 167 条第 1 号の規定により指名競争入札としている。

平成 16 年度の予定価格は予定数量に予定単価を乗じて算出しているが、予定単価は 4~5 年前から変化なく、予定数量については平成 14 年度処理実績を用いている(ただし、廃プラスチック I (焼却)及び重要書類については、カルテ廃棄を実施したことにより例年に比べて著しく増加したため、平成 13 年度の実績を採用している)。これに対して、実績数量に予定単価を乗じた金額は 9,781 千円であった。

過去 5 年間の入札率の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
契約額	9,376	9,188	9,345	9,345	9,419
予定価格	単価契約	9,238	9,467	9,445	9,533
入札率		99.5%	98.7%	99.0%	98.8%
契約方法	指名5者	指名5者	指名4者	指名5者	指名5者

10) 医療廃棄物収集運搬処理業務

感染性廃棄物の収集運搬処理業務の委託であり、単価契約であるが、設計単価は5年間変動していない。平成15年度まで2者による指名競争入札を行っていたが、そのうちの1者が指名停止となったため、平成16年度はもう1者と随意契約を結んでいる。

感染性廃棄物の収集運搬及び処理業務については、石川県または金沢市の許可を受けた業者でなければ実施できない。石川県又は金沢市の許可を受け、感染性廃棄物の収集運搬及び処理ができ、また、十分な処理能力と確立した処理方法を有するものは、石川県競争入札参加資格者において1社のみであるため、地方自治法施行令第167条の2第1項第2号の規定により随意契約としている。

設計単価は以下の算式によって設定されている。

1回当たり収集運搬費(800kg積載専用トラック)20,000円

1回当たり処理費(800kg×75円×0.85)51,000円 計71,000円

1kg当たり収集運搬処理費 71000円÷800kg=88円

病院関係者によると平成12年度の委託開始以来、ダイオキシン関係の規制の強化、金沢市廃棄物処理手数料の改正に伴う埋立処分費の増加等があり設計単価の増額要請もあるが、設計単価の見直しは現在のところ行っていない。

過去のキログラム当たり単価(円)の設計額と契約額の推移は以下のとおりである。

(単位:千円)

区分	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度
契約額	85	85	87	88	88
設計額	88	88	88	88	88
契約方法	指名2者	指名2者	指名2者	指名2者	随契1者

11) 院内保育管理委託料

「6. 繰入金」で院内保育所運営費の検討を行った結果、管理委託料に言及している。

検討内容については、「6. 6)院内保育所運営費」の末尾に記載した(指摘事項)を参照されたい。

12) 業務委託全般

① 委託業務の範囲の見直しについて(意見)

中央病院の中期経営計画(H15)においても医事業務、保守管理業務等の民間委託の推進を目標にしており、民間委託の拡大による経営の効率化を検討しているところである。

しかしながら、一般競争入札を実施している定型的な業務や、指名競争入札を実施している特定の業務に関しても、新規の競争相手の参加が非常にまれであり、現状で満足しているように感じられる。保安警備業務及び駐車場整理等業務委託や設備保守管理等業務委託のように複数の業務を一体化して委託しているものは個々の業務に分散して委託することや、一般・産業廃棄物収集運搬処理業務や医療廃棄物収集運搬業務のような内容の類似している業務については一体化・集約化することで、サービスの質を維持しながら費用を削減できるか検討が望まれる。

② 委託業務の単年度契約と目標による業務改善について(意見)

現在中央病院では委託料の算定にあたって、単年度契約を基本にして、業務内容の仕様と見積費用の積算を行い予定価格の算定を行っている。

単年度契約により受託業者が毎年変わった場合に、中央病院は次のようなリスクを負う可能性があると考ええる。

- ・業務の安定性・効率性の阻害:業務内容から考えて、中央病院の設備特性に習熟した業者が長期にわたって受注することが業務の安定性・効率性の観点からは有用である。受託者が頻繁に変わることによって、業務の安定性・効率性が阻害される可能性がある。
- ・時間等コストの負担の増加:新規の契約者が受注した場合には、委託業務の研修のため数ヶ月間の準備期間が必要になる場合があり、受託者が毎年変わるようなケースでは、中央病院にとっても、時間的に大きなロスとなる可能性がある。

委託業務の多くは、本来継続的な役務の提供を目的とする業務であることから、長期間の契約の下で業務の安定性・効率性の実現が期待される性格のものである。このような委託業務の性格を考えると、契約期間が1年である現在の単年度の契約方式はミスマッチしていると思われる。また単年度契約の下では、業者も病院側と同様のリスクを負うことから、入札による場合、積極的に入札に参加しようというインセンティブも働かない。

これらの問題点を改善するためにも、少なくとも3～5年程度の複数年契約による方法を検討することが望ましい。複数年契約については、平成17年10月に「長期継続契約を締結することができる契約を定める条例」が石川県条例で公布されている。数年に1回の入札ということであれば、中央病院の事務作業の効率化にもなると思われる。

また委託する業務内容は、人的資源の管理を中心にする労働集約的な業務が多く、費用としても人件費の比率が高い。そのような業務に関して、どのようにしてサービスの質を向上しながら、費用を削減していくかは、経営改革の重要な課題である。

これについては、上述したように業務委託の複数年化が有効であると考えられる。委託業務の受託者に一定程度の権限と責任を与えることにより、業務改善へのインセンティブを与え、そのメリットを中央病院と共有できるような方法の検討が望まれる。

③ 委託業務の質の評価(意見)

現在委託している業務の多くは、労働集約的な業務であり、医療サービスの質に影響を与えるものも多いと思われる。中央病院では、これまで委託業務の質の評価は実施されていない。

委託業務の受託者には、その業務が一定の質を維持し、さらに業務改善できるようなマネジメントの仕組みが導入されていることが必要であるため、重要な委託先及び継続的な委託先に関しては、一定年度経過毎に、マネジメントの仕組みを評価し、サービスの改善に結びつけていくことが求められる。

5. 人件費

(1) 概要

人件費は医療サービスの基本であり、医業収益に占める割合は高い。過去 5 年間の推移は次のとおりである。

1) 人件費の過去 5 年間の推移

(単位:千円)

	12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度
給料	2,996,193	3,043,958	3,107,063	3,036,855	3,021,709
手当	2,330,819	2,386,210	2,323,617	2,248,483	2,284,173
報酬	467,481	449,003	455,525	466,619	495,070
賃金	23,214	22,817	13,127	15,426	23,252
法定福利費	556,560	569,355	579,213	569,959	591,954
合計	6,374,266	6,471,344	6,478,545	6,337,342	6,416,157
医業収益	12,581,065	12,829,732	12,662,691	12,849,172	12,703,648
医業収益に 占める割合	50.7%	50.4%	51.2%	49.3%	50.5%

医業収益に占める割合は 50%前後で安定的に推移している。

2) 職種別平均給与月額推移

項目		12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度	全国 平均※
事務職員	職員数(人)	31	31	31	32	34	38
	基本給(円)	401,453	397,462	390,613	380,479	366,161	378,096
	手当(円)	272,978	266,938	260,185	245,135	248,819	233,610
	合計	674,431	664,401	650,798	625,615	614,980	611,706
	平均年齢(歳)	47	44	43	43	43	43
医師	職員数(人)	77	84	83	82	83	91
	基本給(円)	577,335	567,818	574,418	564,936	557,606	545,824
	手当(円)	689,418	685,617	672,668	651,571	667,129	657,206

項目		12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	全国 平均※
	合計	1,266,753	1,253,436	1,244,086	1,216,507	1,224,735	1,203,030
	平均年齢(歳)	46	45	45	45	45	43
看護師	職員数(人)	433	426	436	433	429	450
	基本給(円)	318,804	326,357	334,869	329,319	333,629	319,612
	手当(円)	197,860	200,352	193,949	188,199	194,367	197,174
	合計	516,664	526,709	528,818	517,518	527,996	516,785
	平均年齢(歳)	37	38	38	39	39	36
准看護師	職員数(人)	18	17	15	15	13	8
	基本給(円)	451,947	457,314	456,772	450,472	448,032	440,500
	手当(円)	265,938	263,132	248,389	242,294	247,513	247,427
	合計	717,884	720,446	705,161	692,767	695,545	687,926
	平均年齢(歳)	54	55	55	56	56	52
医療技術員	職員数(人)	101	100	103	104	106	94
	基本給(円)	376,688	384,626	382,193	384,710	385,794	366,062
	手当(円)	236,679	242,524	231,105	236,018	239,196	230,411
	合計	613,367	627,150	613,298	620,728	624,990	
	平均年齢(歳)	42	43	43	44	44	42
その他職員	職員数(人)	45	43	42	37	35	38
	基本給(円)	370,017	373,907	375,323	365,089	357,519	363,901
	手当(円)	211,954	214,817	206,204	201,162	205,076	193,756
	合計	581,970	588,724	581,528	566,251	562,595	557,656
	平均年齢(歳)	52	53	48	47	48	47
全職員	職員数(人)	705	701	710	703	700	716
	基本給(円)	366,105	372,683	376,881	371,707	372,462	359,816
	手当(円)	263,880	269,564	260,194	253,648	260,266	261,388
	合計	629,985	642,248	637,075	625,355	632,728	621,204
	平均年齢(歳)	40	41	41	41	42	39

※ 平成 15 年度地方公営企業年鑑

一般病床数 500 床以上で、療養、結核、精神等の病床 100 床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)

事務職員の基本給、手当が減少傾向にあるのは、人事異動等による事務職員の平均年齢の低下によるものである。

また、平成 15 年度に手当が減少しているのは、平成 15 年 11 月 28 日付けの「一般職の職員の給与に関する条例の一部を改正する条例」により、民間給与と職員給与の格差を 12 月勤勉手当から調整したこと、扶養手当及び住宅手当の減額改定等によるものである。

(2) 監査の要点

- ・ 諸手当の事務処理が「一般職の職員の給与に関する条例」、「一般職の職員の給与に関する条例の施行規則」及びその他関係法令等に準拠しているか否か
- ・ 一般会計との間で人件費の負担につき不合理となっているものがないかどうか
- ・ 退職金の負担状況とその妥当性

(3) 監査の結果

1) 嘱託職員等に対する社会保険料の徴収

健康保険料、厚生年金保険料の源泉徴収は、健康保険法第 167 条第 1 項、厚生年金保険法第 84 条第 1 項にて、「事業主は、被保険者に対して通貨をもって報酬を支払う場合においては、被保険者の負担すべき前月の標準報酬月額に係る保険料(被保険者がその事業所に使用されなくなった場合においては、前月及びその月の標準報酬月額に係る保険料)を報酬から控除することができる。」と定められている。

(指摘事項)

中央病院の嘱託職員等に対する社会保険料は、当月の報酬から当月の保険料を源泉徴収しており上記法に反している。これについては、平成 17 年度に行われた県の内部調査にて出納課指導方法によっていないと指摘を受けている。この指摘に対し中央病院では、給与システムの変更が必要なため、次期システム導入時に対応することとしているが、法令違反であり、迅速な改善が必要である。

2) 正職員に対する退職手当

中央病院の正職員に対する退職手当は、「石川県職員退職手当条例」等に基づき支給され、その退職手当の基礎となる勤続期間の計算方法は、第7条に規定されている。これによれば、中央病院の正職員は病院での勤務期間にかかわらず、公務員として勤務した期間に対し退職手当が算出される。この退職手当については、全て一般会計で予算措置を行い支出している。

一般会計で予算措置を行っている理由を求めたところ、「経緯は不明であるが、大きな理由として、病院会計において、年度ごとに大きく変動する退職手当を支給する資金的余裕がなかったためと考えられる」との回答であった。

地方公営企業法第17条の2「経費の負担の原則」では、地方公営企業は、独立採算を維持することが原則とされているが、以下の経費については、地方公共団体の一般会計等において負担することになっている。

- ① その性質上地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費
- ② 当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

(意見)

退職手当が全て上記項目に該当するとは考えにくく、検討を要する。地方公営企業においては、発生主義による費用計上を原則としており(地方公営企業法施行令第11条)、財務体質の健全化を図ることも当然要求されていることから(地方公営企業法施行令第9条第6項)、勤務期間に応じた退職給与引当金(退職給付引当金(注))を病院会計で計上し、病院会計の透明性を図ることが望まれる。

なお、退職給与引当金に関する各都道府県の状況は次のとおりである。

(平成17年5月:鳥取県調査)

引当金計上	引当金未計上	引当金未計上 一般会計で負担	不明
19	13	4	11

(注) 現行の会計制度では「退職給付引当金」が用いられている。「退職給与引当金」の科目名称は、地方公営企業法施行規則別表第1号に基づくものである。

3) 嘱託職員への退職慰労金

嘱託職員が2年以上引き続き勤務し退職する場合に、退職慰労金を支給しており、報償費で処理している。

(意見)

上記、正職員に対する退職手当と同様に退職給与引当金の計上を検討することが望まれる。

4) 自治医科大学の研修医に対する給与等

自治医科大学の医学部学生は、自治医科大学と修学資金貸与契約を締結し、在学中は授業料等の修学に要する費用を貸与されたうえで勉学し、卒業後は、出身都道府県に戻り、通常9年間のいわゆる義務年限を知事の指定するへき地等の公的医療機関で医師として勤務することになる。この9年間のうち、中央病院では1,2年目(臨床研修)及び6,7年目(後期研修)に勤務しているが、当該勤務に対する給与等は、一般会計で予算措置を行い支出している。この理由を求めたところ、「へき地診療所等に勤務し、診療する上で必要な研修を中央病院が受入れているためであり、中央病院が診療収入確保の必要性から実施している研修とは異なるため。」との回答であった。

(意見)

実態として、研修医は通常の診療行為を行っており、中央病院としても役務の提供を受けている側面があることから、地方公営企業法第17条の2「経費の負担の原則」の趣旨に従えば、病院会計での計上も検討すべきである。

なお、当該人件費に関する各都道府県の状況(臨床研修のみ(注))は次のとおりであり、一般会計で計上している割合は高い。(平成16年度医療対策課調査)

病院で計上	一般会計で計上	未回答等その他
8	32	7

(注)いわゆる後期研修は義務化されていないため、調査は臨床研修時分に限って実施されている。

5) 地方公務員共済組合の追加費用

追加費用とは、地方公務員等共済組合の長期給付制度において、当該制度発足前の恩給制度の期間を引き継いだことによる債務の支払をいい、組合員の給与等を基に計算されるものであるが、この追加費用は一般会計で予算措置が行われ支出されている。

(意見)

総務省自治財政局長通知「地方公営企業繰出金について」において共済追加費用が列挙されていることから、総務省は繰出金としての負担を想定し、少なくとも全てを一般会計で直接負担することは想定していないと考えられる。

従って、地方公営企業法第17条の2「経費の負担の原則」の趣旨に従い、追加費用を病院会計で計上し、病院会計の透明性を図ることが望まれる。

なお、当該経費に関する各都道府県の状況は次のとおりである。

(平成16年度一般会計繰入金の都道府県調査結果)

病院で計上	一般会計で計上	折半
37	2	8

6. 繰入金

(1) 概要

地方公営企業たる病院では、受益者負担の原則になじまない経費については、当該地方公共団体の一般会計又は他の特別会計が負担するものとし、これらの経費以外の経費については経営に伴う収入をもって賄うべきであるとする、いわゆる独立採算制の原則が適用されている。

地方公営企業法第 17 条の 2 では、経費負担の原則を次のとおり定めている。

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については、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。

① その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費

② 当該地方公営企業の性質上、能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費

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って充てなければならない。

①は、地方公共団体の一般行政事務を企業が肩代わりして行っている場合のように本来の企業活動とはいえないような性格の事務に要する経費である。

②は、元来不採算となることが明らかでありながら、地方公営企業の公共性の見地から採算性を度外視して企業活動を行わなければならない場合に必要とされる経費である。

この規定を受け、地方公営企業法施行令では、病院事業において上記①及び②に該当するものとして以下の経費を挙げている。

①に該当する経費(第 8 条の 5 第 1 項第 3 号)

- ・看護師の確保を図るため行う養成事業に要する経費
- ・救急の医療を確保するために要する経費
- ・集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

②に該当する経費(第8条の5第2項第2号)

- ・山間地、離島その他のへんぴな地域等における医療の確保を図るため設置された病院又は診療所でその立地条件により採算をとることが困難であると認められるものに要する経費
- ・病院の所在する地域における医療水準の向上を図るため必要な高度又は特殊な医療で採算をとることが困難であると認められるものに要する経費

このほか、地方公営企業の実情を踏まえて、繰出しの趣旨と基準を明らかにするために「地方公営企業繰出金について(総務省自治財政局長通知)」が出され、さらに詳細な例示がなされており、地方公営企業法第17条の2を補完する取り扱いとなっている。

また、地方公営企業法第17条の3に補助金に関する次の規定がある。

第17条の3 地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助することができる。

中央病院の直近5期間の一般会計からの繰入金の内訳は以下のとおりである。

(単位:千円)

区 分		12 年度	13 年度	14 年度	15 年度	16 年度		
収益的収入	負担金	救命救急センター運営費	58,000	40,000	57,000	57,000	57,000	
		高度医療費	232,000	237,000	230,000	235,000	241,000	
		企業債利息	324,528	295,594	266,859	237,968	209,292	
		医療器械借上料	53,040	3,920	3,920	3,180	706	
		特殊診療部門運営費	12,662	12,662	12,662	12,662	12,270	
		災害拠点病院備蓄品購入費	—	701	3,751	697	3,159	
		へき地支援機構運営費	—	—	—	1,186	1,186	
		周産期母子医療費	—	—	—	—	13,793	
		小計	680,230	589,877	574,192	547,693	538,406	
	補助金	研究研修費	15,833	15,086	15,086	15,086	15,164	
		基礎年金拠出金	71,010	75,507	75,840	—	—	
		院内保育所運営費	2,844	2,844	2,901	2,901	4,133	
		保健衛生行政経費	1,479	1,339	1,182	984	1,101	
		SARS 対策費	—	—	—	400	—	
		小計	91,166	94,776	95,009	19,371	20,398	
	計	771,396	684,653	669,201	567,064	558,804		
	資本的収入	負担金	企業債償還金	757,406	767,367	838,442	849,565	860,317
			小計	757,406	767,367	838,442	849,565	860,317
		補助金	SARS 対策費	—	—	—	266	—
小計			—	—	—	266	—	
計		757,406	767,367	838,442	849,831	860,317		
合 計		1,528,802	1,452,020	1,507,643	1,416,895	1,419,121		

一般会計との負担区分の具体的な算出方法(平成 16 年度)

区分	内容	算出方法
救命救急センター運営費	救命医療の確保の経費	空床確保として9床分の入院基本料、室料、初期加算相当額
高度医療費	高度医療の経費	過去4年間の高度医療費の平均の4分の1
企業債利息	企業債支払利息	企業債支払利息の3分の2 平成15年度分より2分の1
医療器械借上料	医療器械整備の経費	借上料の3分の2
特殊診療部門運営費	がん診療施設、小児診療施設、医学的リハビリテーション施設運営経費	国庫補助基準相当額の3分の1
災害拠点病院備蓄品購入費	有効期限切れとなる災害用備蓄倉庫食料品の更新	予算購入額
へき地支援機構運営費	へき地医療支援機構運営のための兼務職員人件費、事務費	専任担当官経費は国庫補助基準相当額の2分の1、その他運営経費は実費相当額
周産期母子医療費	いしかわ総合母子医療センター運営費	MFICU に対する国庫補助基準相当額
研究研修費	医師の研究研修の経費	研究研修に要する経費から国庫補助金・治験収入等を差し引いた残額の2分の1
院内保育所運営費	院内保育所の運営費	国庫補助基準相当額の3分の1
保健衛生行政経費	総合看護専門学校への講師派遣に要する経費	予定単価(謝金相当額)に講義時間を乗じた額
企業債償還金	企業債償還元金	償還元金の3分の2 H15年度分より2分の1

平成 15 年度における中央病院の医業収益に対する一般会計繰入金の比率は、「Ⅱ 病院の概要」の「5. 財務の状況」に示したところであるが、一床当りの収益的収入の状況も併せて再掲すると次のとおりであり、数値で見ると高い水準にはないことが窺える。

他会計繰入金の全国平均比較

(単位:千円)

	15年度	全国平均※
収益的収入の他会計繰入金	567,064	2,135,240
医業収益に対する割合	4.4%	16.5%
一床当り繰入額	857	3,178

※ 平成15年度地方公営企業年鑑

一般病床数500床以上で、療養、結核、精神等の病床100床以下の県立病院
(除く、がんセンター、成人病センター等)

(2) 監査の要点

- ・他会計補助金、負担金、出資金の計算根拠及び金額の妥当性を検討する。
- ・経費負担の原則が、地方公営企業法の規定に適合しているかどうか確かめる。

(3) 監査の結果

一般会計からの繰入金の内容及び金額に関する監査の結果、一般会計の負担額が、前述した地方公営企業法及び同施行令の規定に照らして過少となっている可能性のある項目は次のとおりである。なお、判断基準となる数値として中央病院での試算結果(参考数値であり、正確性は検証していない)をそのまま使用している。

1) 救命救急センター運営費

「救急の医療を確保するために要する経費」は、病院事業の独立採算原則の例外として、地方公営企業法第17条の2第1項第1号に規定している「地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費」に該当する。

また総務省自治財政局長通知にも、「救急病院における医師数の待機及び空床の確保等救急医療の確保に必要な経費に相当する額」を一般会計が負担することを定めている。

中央病院と一般会計との負担区分の取り決めにおいては、空床確保としての9床分の年間入院基本料及び初期加算を補填することになっており、平成16年度の補填金額は57百万円である。

中央病院で試算された平成15年度の救命救急センター部門の収支は、収入955

百万円に対して支出が 1,073 百万円で、差し引き 119 百万円の赤字である。収支不足額の 3 分の 1 については国庫補助を受けており、平成 15 年度は補正も含めて 38 百万円の国庫補助金収入があった。

よって国庫補助金加算後の赤字は 81 百万円となり、補填率はその約 70%にとどまっていることになる。

救命救急センター損益状況(平成 15 年度)

収益	955 百万円	(外来及び入院とも患者数按分)
給与費	651	(専任医師 3 人、宿直医師 6 人、看護師 8 人等)
材料費	358	(診療収入で按分)
経費	57	(光熱水費、委託料等を患者数、面積等で按分)
その他	8	
費用計	<u>1,073</u>	
損益	△119	

2) 高度医療費

病院事業の独立採算原則の例外として、地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 2 号に規定している「能率的な経営を行ってもなお、その経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」として「高度医療に要する経費」がある。

総務省自治財政局長通知にも「高度な医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する金額」とあるが、何を高度医療の対象にするかによって算定金額が異なってくる。

中央病院と一般会計との負担区分の取り決めにおいては、医療法上の必要人員以上に配置された医師・看護師を高度医療を行うものとみなし、その人件費と高度医療機器(1 点 10,000 千円以上)購入に係る企業債元利償還金の 3 分の 1 の過去 4 年間平均の 4 分の 1 を補填することになっている。

中央病院で試算された平成 15 年度の高度医療部門(中央病院では ICU(集中治療室)、NCU(脳神経集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)、MICU(代謝集中治療室)の 4 つの集中治療室が該当する)の収支は、収入 734 百万円に対して支出が 1,282 百万円で、差し引き 548 百万円の赤字であり、下表のようにいずれの集中治

療室でも赤字が生じている。

平成 16 年度の補填金額は 241 百万円であり、この金額と赤字額を比較すると 307 百万円不足しており、補填率は約 44%にとどまっている。

集中治療部門収支試算表(平成 15 年度)

(単位:百万円)

区 分	ICU	NCU	NICU	MICU	計
収益	161	84	304	186	734
直接費					
給与費	299	166	269	184	918
材料費	73	27	36	49	185
経費・その他	24	13	21	14	72
計	396	205	326	247	1,175
共通費					
人件費	28	16	26	18	88
その他	7	3	4	5	19
計	36	19	30	22	107
費用計	432	225	356	270	1,282
損 益	△271	△141	△53	△84	△548

3) 小児部門(小児科、小児外科、NICU)運営費

小児医療の実施に要する経費は、病院事業の独立採算原則の例外として2号経費に該当し、総務省自治財政局長通知にも「小児医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」を一般会計が負担することを定めている。

中央病院で試算された平成 16 年度の小児部門の収支見込み(平成 16 年 10 月現在)は、収入 1,004 百万円に対して支出が 1,022 百万円で、差し引き 18 百万円の赤字である。これに対し負担金の算出方法は、小児医療施設に対して国庫補助基準相当額 15 百万円に、中央病院と県との取り決めである 3 分の 1 を乗じた 5 百万円である(特殊診療部門運営費に含まれている)。

現状では、小児部門の赤字見込み額の約 27%を補填している状況である。

4) リハビリテーション部門運営費

リハビリテーション医療の実施に要する経費は、病院事業の独立採算原則の例外として2号経費に該当し、総務省自治財政局長通知にも「リハビリテーション医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」を一般会計が負担することを定めている。

中央病院で試算された平成 15 年度のリハビリテーション部門の収支は、収入 151 百万円に対して支出が 210 百万円で、差し引き 59 百万円の赤字である。これに対し負担金の算出方法は、医学的リハビリテーション医療施設に対して国庫補助基準相当額 7 百万円に、中央病院と県との取り決めである 3 分の 1 を乗じた 2 百万円である(特殊診療部門運営費に含まれている)。

現状では、リハビリテーション部門の赤字額の約4%を補填している状況である。

リハビリテーション部門損益状況(平成 15 年度)

収益	151 百万円
直接費	
給与費	169
材料費	1
経費	8
減価償却	4
その他	10
計	191
共通費	
人件費	16
その他	3
計	19
費用計	210
損益	△59

5) 周産期母子医療費

周産期医療の実施に要する経費は、病院事業の独立採算原則の例外として 2 号経費に該当し、総務省自治財政局長通知にも「周産期医療の実施に要する経費のうち、これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」を一般会計が負担することを定めている。

中央病院では重症妊娠高血圧症候群や切迫流産などリスクの高い妊婦のための母体・胎児集中治療室(MFICU)を平成 16 年 12 月に新設、さらに新生児集中治療室(NICU)を拡充し、24 時間体制で高度な周産期医療を行えるいしかわ総合母子医療センターを整備し、平成 17 年 10 月にオープンした。

中央病院で試算された平成 16 年度の産婦人科の収支(平成 16 年 10 月現在の見込み数値)は、収入 714 百万円に対して支出が 748 百万円で、差し引き 34 百万円の赤字である。

これに対し負担金は、総合周産期母子医療センター運営事業に対して国が定めている補助金交付額の基準額(MFICU12 床以上の運営の場合 83 百万円、12 床未満の場合は1床当たり 7 百万円を減額)の 4 か月分である 14 百万円となっている。これは MFICU の開設が年度途中であり、NICU の整備が完了していないため補助金が交付されないことから、補助金基準額の月割額を補填するものとしていることによるものである。

この結果負担金額と平成 16 年度の赤字見込み額 34 百万円を比較すると、20 百万円の不足しており、補填率は約 41%となっている。

以上は、石川県が取り決めた一般会計との負担区分と、病院から提示を受けた試算結果を照らして補填率を計算したものである。補填率が低いことが、即、一般会計からの補填を増額させるべきとの結論を導くものではない。この点については、「(イ)4. 改善の方向性」において改めて検討することとする。

6) 院内保育所運営費

院内保育所に係る経費は、地方公営企業法第 17 条の 3 の規定に基づき補助されている。

院内保育所の運営費については、国庫補助金制度があるので一般会計からの財政支出がなされていなかったが、平成 9 年度に国庫補助金制度が廃止されたために、

平成 10 年度より、一般会計から従来の国庫補助金相当額が支出されている。しかし、国庫補助金相当額は、算出基準の 3 分の 1 しか支払われないため、平成 16 年度で約 34 百万円の赤字となっている。また、平成 16 年度の年間平均在籍児童数は 28 人であり、定員 60 人の約 47%にとどまっている。

院内保育所損益状況（平成 16 年度）

収益	10 百万円
補助金	<u>4</u>
収益計	14
費用	<u>48</u>
損益	△ 34

対象児童年齢：0 歳から 3 歳未満

開所日：月曜から土曜（うち月曜と木曜は 24 時間保育）

保育料：児童 1 人当り平成 16 年度から月額 32,000 円

（ただし、2 人在籍時又は嘱託職員は 1 人半額）

（参考）保育料月額 32,000 円を他と比較するために金沢市の保育料をみると以下のとおりである。

主 な 区 分	保 育 料
世帯の所得税の額： 64,000 円以上 76,000 円未満	35,100 円
112,000 円以上 160,000 円未満	42,700 円
408,000 円以上	46,300 円

費用（管理委託料）の内訳

人件費	43 百万円（保母正規 6 人、栄養士 1 人、臨時 3 人）
管理費	2
材料費	1
事務費・諸経費	<u>2</u>
計	48

院内保育所在籍児童数及び管理委託料の推移

(単位:百万円)

年度	年平均児童数(人)	保育料	管理委託料	差額
12	43.3	14	56	△42
13	45.5	15	55	△40
14	47.6	15	58	△43
15	29.3	9	51	△42
16	28.2	10	48	△38

(注)保育所の管理は、財団法人石川県立中央病院共済会に委託されている。

(意見)

院内保育所は、慢性的に赤字が発生している施設であることから、金沢市の保育料と比較すると低い水準にある保育料の値上げ等による損益の改善や保育所の廃止を含めて検討する必要があると思われる。

(指摘事項)

院内保育所の管理委託料は、職員宿舎の管理委託料とともに中央病院から支払われ、共済会側では委託料収入として計上されている。共済会では、中央病院からの委託事業を公益事業会計、売店や食堂の運営等自ら行う事業を収益事業会計に区分して経理しているが、公益事業会計の委託料収入から管理委託料実績額を差し引いた額を事務費として、収益事業会計へ振替えている。病院関係者によると委託事業の給与計算事務や会計事務等を収益事業会計の人員が実施することによる費用負担とのことであるが明確な算定基準は存在しない。公益事業会計は、中央病院の厚生福利施設管理委託料(医業外費用)の積算の重要な根拠になるものであるため、収益事業会計と厳密に区分すべきであり、算定基準のはっきりしない事務費の振替を行うべきではない。

7) 人件費

前項「5. 人件費」で述べたように、「正職員に対する退職手当」、「自治医科大の研修医に対する給与等」、「地方公務員共済組合の追加費用」が、いずれも一般会計で予算措置が行われ、直接支出がなされている。

収益的収入の一般会計繰入額の水準が低く映るのは、この点にも原因があると考えられる。

(意見)

一般会計が直接支出しているこれらの人件費については、まず病院会計において適正額を費用計上し、必要額として繰出された金額を収益として両建計上することが、病院の実態を明示する観点から望ましい処理と言えよう。

繰入金については、これらの点を総合的に踏まえてその水準や繰出基準の妥当性を吟味する必要がある。これについては「(イ)4. 改善の方向性」で改めて検討したい。

8) 平成 11 年度包括外部監査報告書記載内容の改善状況について

① 医療相談に要する費用

(前回の内容)

医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費は1号経費であり、中央病院では医療相談室の費用が該当し、平成 10 年度のソーシャルワーカー2名分の給与費 16,825 千円につき、一般会計と負担区分の取り決めがなされていない。

(改善措置の状況)

平成 16 年度においても一般会計と負担区分の取り決めがなされていない。平成 16 年度はソーシャルワーカーは 2 名おり、給与費 16,221 千円となっている。

② 一般会計の負担等の会計処理について

(前回の内容)

県の一般会計からの病院会計への「負担金」及び「補助金」は、区別されることなくすべて一括して、医業外収益の「他会計補助金」で表示されている。

(改善措置の状況)

平成 12 年度より適切に改善されている。

7. 情報システム

(1) 概要

近年、情報システム(IT)活用の重要性はますます高まっており、その導入を検討する医療機関が増えている。厚生労働省においても、平成13年12月に「保険医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」を発表し、21世紀の情報化社会において、いかに医療の情報化を進めて行くかは極めて重要な課題であるとしている。このような中、中央病院においても、総合的な医療システムの導入を決定し、平成18年10月にオーダリングシステムを、平成19年3月に電子カルテシステムの稼動を予定している。これにより、医療業務の効率化だけでなく、診療情報の総合的管理・活用等、患者中心の医療サービスの実現が期待される一方で、コンピューターに蓄積される診療情報の漏洩等によるプライバシー侵害のリスクが大きくなると予想される。

また、平成17年4月より個人情報保護法の完全施行となり、個人情報の管理に対する安全管理体制を構築することが必要となっている。

そこで、包括外部監査の一部として、システム監査を実施することとした。なお、今回のシステム監査は、すでに中央病院が新システムの導入を決定していることから、現行のシステムを利用しなくなる場合も想定し、運用面が中心となる情報セキュリティに関する事項に限定した。また、対象となるシステムも、病院内の多様なシステムの中から、質的、量的に重要であると思われる医事会計システム及び検体検査システムを対象とした。

1) 医事会計システム

① システム概要

医事会計システムは、患者の受付から入退院、会計、収納までの一連の事務処理を行う中央病院の基幹システムであり、検査部門、放射線部門、薬剤部門、その他部門(病歴管理、栄養)の各システムと接続し、データの授受を行っている。医事会計システムの利用者は、医事課(約30名)及び病歴管理部(約15名)の職員であり、システムには、約47万件の氏名、性別、年齢、住所などの患者に関する基本情報が収録されている。

医事会計システムは、A社製のパッケージソフトウェアに一部カスタマイズを実施し、平成16年3月に稼動した。

システムの運用管理は、総務課企画情報係が所管し、システムの保守をA社に

委託している。

② 業務の概要

医事会計システムにより行う主な業務は以下のとおりである。

業務種類	業務の概要
患者受付登録業務	新患者登録。診察券・外来総括票等の発行。再来受付。患者情報の検索。
入退院業務	入院登録。退院時の計算書発行。負担金の請求。
診療会計業務	診療行為の登録。負担金計算。請求書発行。
会計カード検索業務	診療行為の検索、変更。
収納業務	入金、未収、再発行、再計算などの計算書の状態や内容の確認。
個人病名登録変更業務	病名の登録・変更・削除。入力情報のレセプト(請求明細)表示。
受付状況照会業務	受付患者件数、会計済患者件数、未会計患者件数の確認。受付患者の確認。外来総括票(基本伝票)の再発行。
外来個別予約業務	予約登録・確認。予約券発行。
外来一括予約業務	一括予約登録。
日次バッチ処理	薬剤部へのデータ送信。バックアップ作業 など。

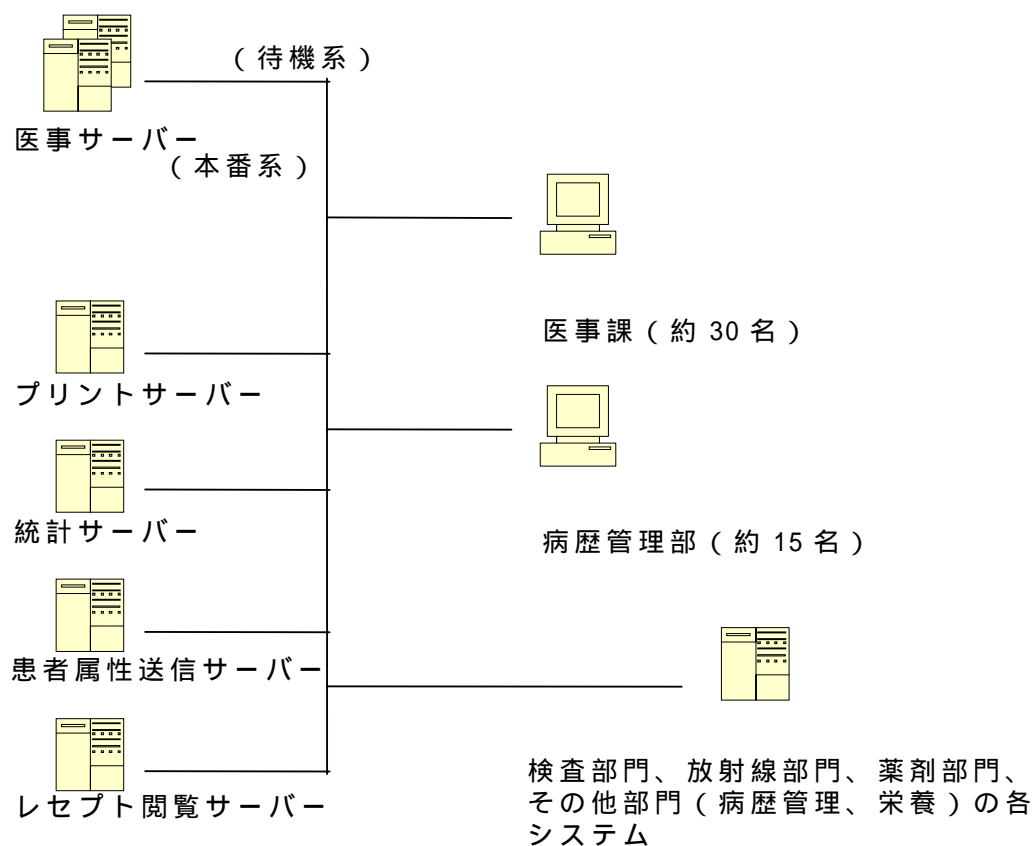
③ システム構成

医事会計システムは、下記のサーバー6台及び端末約50台から成るクライアント/サーバー型のシステム構成である。

- ・ 医事サーバー 2台(本番系1台、待機系1台)
- ・ プリントサーバー 1台
- ・ 統計サーバー 1台
- ・ 患者属性送信サーバー 1台
- ・ レセプト閲覧サーバー 1台

④ ネットワークの構成

医事会計システムのネットワークの概略は、以下のとおりである。



医事会計システム LAN 概念図

2) 検体検査システム

① システム概要

検体検査システムは、生化学検査、血液検査、血清検査及び尿検査に関する各検査装置と接続され、検査結果が自動的にシステムに取り込まれる。ただし、一部手で検査するものについては、検査結果が端末から手入力される。外注検査結果も外部記憶媒体を介してシステムに入力される。また、医事会計システムと接続しており、検体検査システムの端末からリクエストをするとリアルタイムで医事会計システムに収録されている患者属性データを取り込む仕組みとなっている。検体検査システムの利用者は、検体検査部門の約 20 名及び医師数名であり、主に医師が外来検査室にて検査結果を照会する。

検体検査システムは、B社製のパッケージソフトウェアにカスタマイズを実施し、平成9年に生化学と免疫血清部分が導入され、平成11年に尿検査、血液検査部分が追加された。

システムの運用管理は、中央検査部が所管し、障害が発生した時には、B社又はB社の子会社であるC社にその都度修理を依頼することとしている。

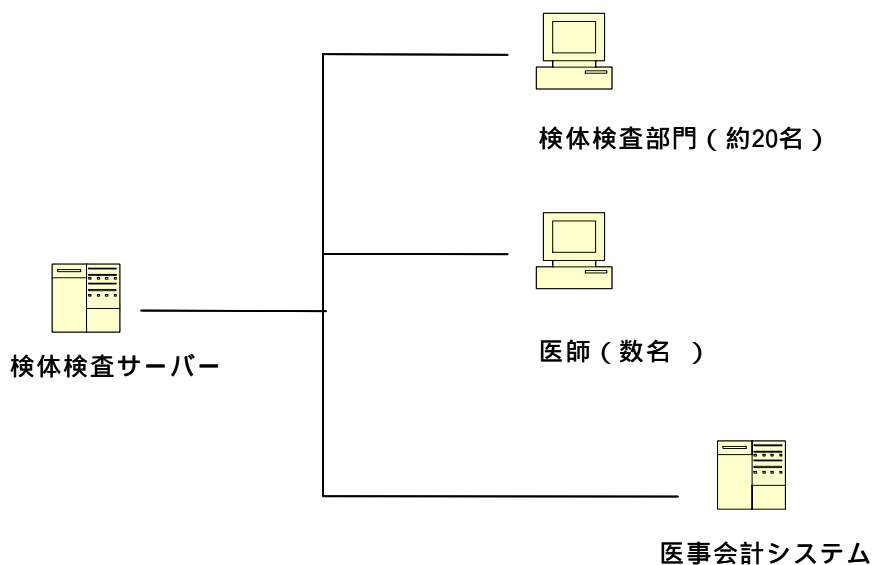
② システム構成

検体検査システムは、下記のサーバー1台及び端末約30台から成るクライアント/サーバー型のシステム構成である。

- ・検体検査サーバー 1台

③ ネットワークの構成

検体検査システムのネットワークの概略は、以下のとおりである。



検体検査システムLAN概要図

(2) 監査の要点

① 情報セキュリティに関する体制・規程が整備されているか

情報セキュリティに関する体制・規程の整備状況については、「セキュリティ管理基準(地方公共団体情報セキュリティ監査ガイドライン(総務省)平成15年12月)」などを参考とし、実効性のある体制や規程・手順が整備されているかについて検討する。

② 情報セキュリティに対するコントロールが規程・手順に準拠し、かつ有効に機能しているか

情報セキュリティに対するコントロールの運用状況については、中央病院にて制定された規程・手順に準拠し、かつ有効に機能しているかどうかについて検討する。規程・手順等は、以下のものを参考とした。

- ・石川県個人情報保護条例
- ・石川県立中央病院情報管理規程
- ・石川県立中央病院情報セキュリティポリシー対策基準
- ・石川県立中央病院医事会計システム情報管理規程
- ・石川県立中央病院情報担当員設置規程
- ・検査システム運用手順書

とりわけ、「石川県立中央病院情報管理規程」及びその下位規程として病院の情報セキュリティを統一的に定めた「石川県立中央病院情報セキュリティポリシー対策基準」、個別システムにおける情報保護の観点から、必要と認めて規定した「石川県立中央病院医事会計システム情報管理規程」について、その整備・運用状況を確認した。

石川県立中央病院情報管理規程	石川県立中央病院セキュリティポリシー対策基準
<p>趣旨</p> <p>定義</p> <p>想定される脅威</p> <p>適用範囲</p> <p>職員の義務</p> <p>情報資産の分類</p> <p>情報セキュリティ対策の種類</p>	<p>趣旨</p> <p>情報の分類管理</p> <p>外部記憶媒体の管理</p> <p>情報機器の管理</p> <p>情報機器の保守</p> <p>情報機器の廃棄及びリース返却</p> <p>個人所有の情報機器</p> <p>外部委託業者の持込機器</p> <p>外部委託業者の管理</p> <p>関係団体等職員の管理</p> <p>利用者管理</p> <p>外部とのデータ交換セキュリティ管理</p> <p>コンピュータウイルス対策</p> <p>ソフトウェア管理</p> <p>ネットワーク管理</p> <p>情報システム運用手順</p> <p>情報セキュリティ事故時の対応</p>
<p>情報セキュリティポリシー対策基準等</p> <p>情報セキュリティのための委員会等の設置</p> <p>情報セキュリティ責任者の設置</p> <p>情報システム管理者の設置</p> <p>情報システム担当者の設置</p> <p>情報担当者の設置</p> <p>情報システムに関する監査の実施</p>	石川県立中央病院医事会計システム情報管理規程
<p>個別システムの対応</p>	<p>目的</p> <p>定義</p> <p>管理運用の組織</p> <p>利用者の範囲</p> <p>利用の目的</p> <p>利用の手続</p> <p>利用権限・責務等</p> <p>医事会計情報の保全</p> <p>医事会計情報の取扱</p> <p>医事会計情報の機密保護</p> <p>規程違反の罰則</p> <p>事務</p>

(3) 監査の結果

1) 医事会計システム

1. 情報の分類管理(指摘事項)

① 医事会計情報の保管期間に関する規程の整備

総務課では、病院統計用の基礎データや調査のためにレセプトデータ(請求明細)及び患者別の処方情報(薬、検査、処置、手術等の情報)を前システム稼動以来7年間データベースに保管しているが、保管目的や保管期間を定めた規程はない。

レセプトデータ及び処方情報は、プライバシーにかかわる個人情報でもあるため、特に厳格な管理が必要である。データ種類毎に保管の目的及び必要な保管期間について院内で合意の上、医事会計システム情報管理規程に保管期間を定め、保管期間中は情報の重要性に適した保管管理を行うとともに、期間経過後は速やかに削除することにより情報漏えいや紛失などが発生しないようにする必要がある。また、統計処理のために長期保管が必要であれば、特定の個人が識別できないよう、氏名、住所などを削除することを検討すべきである。

2. 外部記憶媒体の管理

(意見)

① 外部記録媒体への出力制限

利用者用端末は、FD、CDによる外部記憶媒体に情報を出力できないよう制限しているが、USBメモリーの使用は制限していない。

利用者用端末は、個人情報の漏えいや紛失を防止するため、USBメモリーにも情報を出力できないよう制限することが望まれる。

(指摘事項)

② 外部記録媒体の管理簿作成と棚卸

総務課企画情報係では、上記①の例外として、システムから医事会計情報等の患者別データを抽出して集計・加工したデータを月1回、医事会計情報等の生データを年1回、外部記憶媒体に出力し、医事課に提供している。外部記憶媒体の取り扱いに関する管理簿がないため、外部記憶媒体が適切に取り扱われているか、

確認する基となるものがない状況にある。

『いつ、誰が、何の目的で、誰の許可の下、外部記憶媒体を使用するか』を記録する管理簿を作成すること及び管理簿を基に定期的に外部記憶媒体の棚卸を行うことを定め、保管している外部記憶媒体が目的外に利用されていないか又は紛失していないか、定期的に確認する必要がある。

また、企画情報係では、不要となった外部記憶媒体は物理的に破壊し、判読不能な状態にしているが、破壊の記録は残していないとのことである。

外部記憶媒体を廃棄した場合は、管理簿に『いつ、誰が、誰の許可の下、どの外部記憶媒体を廃棄したか』を記録する管理簿を作成する必要がある。

③ 外部記録媒体授受時の暗号化

重要な情報を記録した外部記憶媒体を送付する場合は、親展の表示、手渡し又は暗号化等の情報漏えい対策を講じさせる旨の規定があるものの、外部記憶媒体に収録された患者別データは、テキスト形式(市販のプログラムで簡単に読み書きが可能なフォーマット)で作成されているため判読が容易である。データにパスワードは設定されておらず、暗号化も行われていない。

病院内での手渡しによるデータ授受といえども情報が万一漏れた場合の被害を最小限にするためにデータにパスワードを設定するなどし、暗号化することが望まれる。重要な情報を記録した外部記憶媒体を送付する場合は、送付する手段にかかわらず暗号化による情報漏えい対策を講じさせるよう規程の見直しが必要である。

3. 情報機器の管理(意見)

① 管理体制の見直し

総務課企画情報係がシステムの保守管理を担当しているが、企画専門員1名で切り盛りしている。企画専門員は、医事会計システムだけではなく、院内LANと医師等のパソコンの保守作業を受け持っており、相当の負担となっている。

医事会計システムの保守管理及びLAN、PCの保守作業を1名で担当するのは、作業量からして限界を超えていると思われる。また、1名体制のため内部牽制が働かない、スキル継承が行われないなど体制面にも問題があるため、複数名体制にするなどの改善が望まれる。

4. 情報機器の保守(指摘事項)

① 保守作業の明確化

平成 16 年度以降の委託先による機器の保守点検は、平成 16 年 6 月 16 日、平成 17 年 2 月 15 日に行われたが、委託先であるA社との保守業務委託契約には、定期的保守のサイクルとサイクルに応じた点検項目及び点検内容が記載されていない。

企画情報係は、委託業者と十分な協議の上、機器の故障を早期に発見又は予防するために必要な保守サイクルや点検内容を契約に明記し、点検漏れがないよう管理する必要がある。

② 保守作業記録の保管期間に関する規程の整備

企画情報係は、保守を実施した後に保守業者から提出される保守作業結果を保管しているが、保守作業結果の保管期間の定めがなく、システムが稼動し続ける限り保守作業結果を保管するとのことである。

保守作業結果は、セキュリティ事故(情報漏えい、コンピュータウイルス感染など)が発生したときの監査証跡(原因などをトレースするための証拠資料)となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。

5. 情報機器の廃棄及びリース返却(指摘事項)

① 情報機器廃棄時等の記録の保管期間に関する規程の整備

不要となった旧システムのコンピュータは、A社に委託し廃棄を行った(平成 16 年 3 月)。このときは、A社から廃棄物のマニフェスト(産業廃棄物管理票)を提出させ、現在も保管している。病院セキュリティ基準には、廃棄証明書の保管期間の定めがないため、マニフェストが今後も継続保管される保障はない。

マニフェストは、セキュリティ事故(情報漏えい)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。

6. 個人所有の情報機器(指摘事項)

① 個人所有機器のネットワーク接続の禁止

医事会計システムとしては、個人所有の情報機器を当該システムのネットワークに接続することは認めていないが、ルールとして明確化されていない。コンピュータ

ウィルスに感染したパソコンをネットワークに接続すると、ネットワーク全体にウィルスが蔓延する可能性がある。

医事会計システム情報管理規程に個人所有の情報機器をネットワーク接続することは許可しないことを定め、改めて周知徹底する必要がある。

7. 外部委託業者の持込機器(指摘事項)

① 機器持込時の許可記録の保管

システム保守点検の際に、情報機器を外部委託業者が持ち込むことがあり、情報機器をネットワークに接続する場合は、許可を与え作業をさせている。ただし、許可を与えた記録は保管していない。

病院セキュリティ基準に情報機器を外部委託業者が持ち込む場合の申請書雛形を定め、申請書に情報システム管理者の許可を記録する必要がある。

② 機器持込時のセキュリティ対策の確認の記録

外部委託業者が持ち込んだ情報機器をネットワークに接続する場合、必要な対策を講じているか、外部委託業者に口頭で確認している。なお、ネットワークに接続する情報機器は、アンチウイルスソフトの入ったパソコンでのみ実施させている。

病院セキュリティ基準に情報機器を外部委託業者が持ち込む場合のセキュリティチェックリストを定め、チェックリストに情報システム管理者が確認した内容を記録する必要がある。

8. 外部委託業者の管理(指摘事項)

① 外部委託業者の再委託の内容確認

システムにかかる委託業務は、機器・システムの保守及びプログラム改定の2種類で、いずれもA社に委託されている。委託に係る契約は、中央病院とA社間で締結しているが、保守記録によると、実際の保守作業は、A社の子会社であるD社が実施していた。

機器・システムの保守業務は、中央病院の契約先であるA社からD社へ再委託されているため、再委託の内容を確認し、再委託を承諾するか否かの判断が必要である。再委託を承諾する場合には、再委託先からデータが漏れるなどリスクがあるため、企画情報係は、委託先に再委託先のセキュリティ管理状況を定期的に報告させ、その内容に問題がないか確認する必要がある。

② 作業要員の確認

システムの保守を行う外部委託先作業要員は、いつも同一人であるが、名簿の提出はさせていないため、正規の要員かどうかの確認は行なわれていない。

再委託先も含め委託先から要員名簿を提出させ、作業のため保守要員がマシン室等に入室する場合は、その都度名簿と社員証等の身分証明書を照合する必要がある。

③ 外部委託先との契約条項の見直し

石川県立中央病院情報セキュリティポリシー対策基準において、外部委託契約には、以下の項目を含めるものとしている。

<必ず含めるべきもの>

- (1) 守秘義務
- (2) 病院の承諾を得ない第三者への再委託の禁止

<必要に応じて含めるもの>

- (3) 委託先での情報資産の保護対策
- (4) 知的財産権の保護
- (5) 成果物に対する病院の承諾を得ない他人への閲覧及び譲渡の禁止並びに著作物の帰属
- (6) 契約終了時点における情報資産の返却又は廃棄
- (7) 情報セキュリティ事故発生時の報告及び調査
- (8) 情報セキュリティに係る調査を行う権利
- (9) 情報セキュリティ事故発生時の侵害責任及び賠償範囲
- (10) 作業報告書における定期報告
- (11) 管理規程及び病院セキュリティ基準の遵守
- (12) 外部委託業者から再委託先に対する管理規程及び病院セキュリティ基準の遵守
- (13) セキュリティに関する教育の実施

機器・システム保守に関する委託契約書(平成16年4月)は、上記(2)及び(3)～(11)、プログラム改定に関する委託契約書(「消費税法改正に伴う税額表示見直し(平成16年4月)」)は、(3)～(13)の記述がない。

機器・システムの保守及びプログラム改定に関する委託業務には、個人情報に

アクセスできる可能性があるため、病院セキュリティ基準に記述された項目から業務上必要と思われる項目を契約に盛り込むとともに定期的にその実施状況を確認する必要がある。

9. 利用者管理(指摘事項)

① 利用者記録の保管

医事会計システムの利用者一覧はあるが、メンテナンスしていないため、旧利用者也記載されたままである。

利用者一覧を適宜メンテナンスすることにより最新状態がわかるようにするとともに、いつからいつまでシステムを利用したかの記録を保管する必要がある。利用の記録は、セキュリティ事故(情報漏えい、紛失など)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期限を病院として統一的に定め、病院セキュリティ基準に追加する必要がある。

② 離席時のプログラム終了

入院窓口職員(正規職員 5 名)は座席が固定し、基本的に 1 人 1 台の端末が配備されているが、外来窓口(委託業者約 15 名)は、業務時間中に席が入れ替わることが多い。その際は、端末の画面が開いたままとなっており、他人のユーザ ID でそのまま端末を利用しているケースもあるとのことである。

「データ入力中に端末から離れる場合は、初期画面(ID・パスワード入力画面)まで戻すものとする。」との規定どおり、席をはずすときは、プログラムを終了させ、再度端末を使用するときにユーザー ID を改めて入力することを徹底させる必要がある。

③ ユーザーID の登録手続きの規程の整備

医事会計システム端末のユーザ ID 登録に関する具体的な手続きは定められていない。

医事会計システム情報管理規程に、ユーザ ID の利用・廃止・変更申請書の雛形及びその運用に関する具体的な手続きを定め、情報システム管理者の許可の下、ユーザ ID の厳格な登録管理を行う必要がある。

④ ユーザーID の定期的棚卸

医事会計システム端末のユーザ ID の定期的な棚卸しを実施されず、現行システムの開発時の開発者用ユーザ ID が残存している。

不要なユーザ ID は削除するとともに医事会計システム情報管理規程に、ユーザ ID の定期的な棚卸しを定め、不要なユーザ ID が残っていないか定期的に確認する必要がある。

⑤ 利用ログの保管期間に関する規程の整備

医事会計システムには、利用ログ(操作履歴)採取機能はないが、平成 17 年度に機能追加される予定である。ただし、利用ログの保管期間は定められていない。

利用ログは、セキュリティ事故(情報漏えい、紛失など)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。

⑥ パスワードの設定

発行された医事会計システム端末のユーザーID には必ずパスワードを設定する旨の規定があるにもかかわらず、システム管理者用(企画情報係)のパスワードしかなく、利用者用のパスワードが、設定されていない。

利用者用のパスワードを設定し、本人以外が知り得ないよう厳格なパスワード管理が必要である。

⑦ パスワードの定期的変更

医事会計システム端末のパスワードは、システムの制約からシステム管理者しか変更できないようになっているため、利用者本人によるパスワード変更が行えない状況となっている。パスワードは、利用者本人による厳格な管理が必要で、システム管理者といえども他人のパスワードを知る立場にいることは適切ではない。

利用者本人によるパスワード変更機能をパッケージソフトウェア機能として標準装備するようベンダーに要請するべきである。

また、パスワードの具体的な変更サイクルを定め、定期的に変更する必要がある。

10. コンピュータウイルス対策(指摘事項)

① セキュリティパッチ当て作業

サーバーのOS等に関するセキュリティパッチ当て作業(セキュリティホール等が発覚した時に配布される修正プログラムをインストールする作業)は、ネットワークがインターネットに接続していないこと及びパッチ当て作業によりシステムが不安定になる懸念があるため実施していない。A社からもパッチ当て作業の実施に関する提案はない。

当システムの導入・保守業者であるA社に対し、OS等セキュリティパッチ当て作業に関するリスクやメリット、デメリットを確認し、病院として正式に作業の実施可否についての方針を決定する必要がある。

② ウィルス駆除対策の手順の整備

コンピュータウイルス駆除手順等のウィルス駆除対策は、特に明文化されていない。

コンピュータウイルスに感染した時の被害の拡大を防止し、駆除などによる回復作業を正確、迅速に行うために、情報システム運用手順等にコンピュータウイルス対策の手順を定める必要がある。

11. ソフトウェア管理(指摘事項)

① ソフトウェアのインストール禁止に関する規程の整備

ソフトウェアのライセンス契約違反の防止、及び不正なソフトウェアの導入防止のため、ユーザのソフトウェアのインストールは、運用上禁止しているが、特に明文化されていない。

ソフトウェアのインストールの禁止について定め、周知徹底を図る必要がある。

12. ネットワーク管理(指摘事項)

① ネットワーク障害時の復旧手順に関する規程の整備

ネットワーク機器の保守作業は、医事会計システムの保守契約に含まれ、A社に委託している。ネットワーク障害時の障害切り分け等の対応手順については、特に明文化していない。

ネットワーク障害時の早期復旧のために、情報システム運用手順等に復旧手順

を定める必要がある。

13. 情報システム運用手順

(意見)

① バッチジョブの自動化

バッチジョブ(定型業務)の実行方法には、自動実行と手動実行がある。システム管理者(企画情報係)がバッチジョブを端末から起動すると、医事課に設置されたプリンタに管理資料が出力される手動実行による作業が行われている。手動による人為ミスを防ぐため、自動によりバッチジョブを実施するようシステム改善が望まれる。

(指摘事項)

② バックアップデータの隔離保管

バックアップデータは外部保管を行わず、マシン室に保管している。

バックアップデータは、災害等の対策のために隔離保管する運用を行う必要がある。

③ 機器障害時の復旧手順に関する規程の整備

プリンタ故障のマニュアルはあるが、サーバーその他の機器の障害時の対応手順については、特に明文化していない。機器障害時の早期復旧のために、情報システム運用手順等に復旧手順を定める必要がある。

④ 不要ソフトウェアの削除

必要のないソフトウェアは、サーバーに原則インストールしていないが、システム導入時に必要のない機能(サービス)の停止や必要のないソフトウェアの削除は行っていないとのことである。

不正な利用が行われないようにするために、A社にインストールしたソフトウェアのリストを提出させ、実機にインストールされたソフトウェアと適時突合し、不要なソフトウェアがインストールされていないか確認する必要がある。

14. 情報セキュリティ事故時の対応(指摘事項)

① 緊急時対応計画書(回復手順)の策定

情報セキュリティ事故発生時における回復手順については、特に明文化していない。

情報セキュリティ事故発生時の早期復旧のために、原因の究明や回復手順等を定めた緊急時対応計画書を策定する必要がある。

② 緊急時対応計画書(報告手順)の策定

情報セキュリティ事故発生時における報告手順については、特に明文化していない。

情報セキュリティ事故発生時の連絡、報告を速やかに漏れなく行うために、具体的な報告手順等を定めた緊急時対応計画書を策定する必要がある。

15. 電子計算室の入退室管理(指摘事項)

① 電子計算室の入退室パスワードの定期的変更

総務課、中央監視室、業者(A社 SE、エアコン業者)がマシン室入りロドア電子錠のパスワードを知っており、また、機械の不具合などで業者の出入りも多い。パスワードを適時及び定期的に変更する運用は行っていない。

情報漏えい等を防止するために、マシン室入りロドアのパスワードを知っている職員が異動になったり、業者が変更になったりした場合など適時及び定期的に変更することを医事会計システム情報管理規程に定め、厳格な運用を行う必要がある。

② 入退出記録簿の記入と保管

マシン室の入退出記録簿はあるが、利用されていない。

入退出記録簿の記入を励行することを医事会計システム情報管理規程に定め、事故が発生したときの証拠資料として適切に保管する必要がある。入退出記録簿は、セキュリティ事故(情報漏えい、紛失など)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。

2) 検体検査システム

1. 情報の分類管理(指摘事項)

① 検体検査情報の保管期間に関する規程の整備

検体検査システムに収録されている検査結果データの保管目的や保管期間は、特に規程で定めていないが、カルテの5年保管ルールを準用し、5年以上は保管することになっている。データを保管しているディスクが一定容量に達するとデータが上書きされ、古いデータが消える仕組みになっているが、システムが本格稼動した平成11年以降のデータは、すべて保存されており、データ量の推移からして今後も最低6年分は保存可能なディスク容量が確保されている。

検査結果データは、プライバシーにかかわる個人情報でもあるため特に厳格な管理が必要である。保管の目的及び必要な保管期間について院内で合意の上、システム運用手順書に保管期間を定め、保管期間中は情報の重要性に適した保管管理を行うとともに、期間経過後は速やかに削除することにより情報漏えいや紛失などが発生しないようにする必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

2. 外部記憶媒体の管理(指摘事項)

① 外部記憶媒体授受時の確認と記録の保管

検査業者が行った外注検査の結果データは、外部記憶媒体により授受しているが、授受表等を用いた内容の確認は行っていない。

外注検査結果の紛失を防止するために、授受表もしくは納品書等を用いて納品物の数量や相手先の確認を行うとともに授受記録を保管する必要がある。また、授受記録は、セキュリティ事故(情報漏えい、紛失など)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。

3. 情報機器の管理(指摘事項)

① 情報機器の持ち出しの記録

検体検査システムの端末が故障した際に、修理及び再セットアップのため保守業者が端末を持ち帰ることがある。システムサービス伝票(平成16年6月29日)に故障機器を持ち帰る旨の記載はあるが、情報システム管理者の許可を得た記録は残っていない。また、持ち帰った機器の号機(機器管理番号)の記載がない

め、機器の特定ができない状態であった。

病院セキュリティ基準に情報機器を病院外へ持ち出す場合の申請書雛形を定め、申請書に情報システム管理者の許可を記録する必要がある。

4. 情報機器の保守(指摘事項)

① 情報機器の定期的保守

検体検査システムの情報機器に関する保守契約は締結せず、故障時にB社等に修理を依頼している。修理は、速やかに行われており、対応するまでに時間がかかるということはなく、今までに診療に支障をきたすようなシステム障害は発生していない。万一診療に支障をきたすようなシステム障害が発生したときは、手作業に切り替える予定である。平成16年度に軽微な故障が、7回発生している(16年6月29日、16年7月12日、16年9月28日、16年10月4日、17年1月4日、17年2月1日、17年3月31日)。

定期的保守により障害を未然に防止する効果も期待できるため、規程どおり情報機器の定期的保守を実施する必要がある。

② 情報機器の保守時の立会い記録

原則情報機器の保守作業中は、システム管理者が立会うこととしている。立会い時には、保守作業結果「システムサービス伝票又は作業報告書」にサインを行い、立会い記録としているが、サイン漏れが散見された(16年7月12日、16年9月28日、17年1月4日、17年2月1日)。

保守時の検収サインは、確認や立会いの記録となるため漏れないように確実に記録する必要がある。

③ 保守作業記録の保管期間に関する規程の整備

中央検査部の運用管理担当は、保守を実施した後に保守業者から提出される保守作業結果を保管しているが保守作業結果の保管期間についての定めはない。

保守作業結果は、セキュリティ事故(情報漏えい、コンピュータウィルス感染など)が発生したときの監査証跡(原因などをトレースするための証拠資料)となるため、

他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

5. 情報機器の廃棄及びリース返却

① 不要な情報機器の廃棄(意見)

平成 11 年にミニコンから現在のシステムにリプレースしたが、ミニコンは現在も廃棄せず保管している。

情報漏えい等を防止するために、不要になった機器は、速やかに廃棄することが望まれる。

② 情報機器廃棄時等の記録の保管期間に関する規程の整備(指摘事項)

情報機器の廃棄及びリース返却に関する記録の保管期間の定めはない。

情報機器の廃棄及びリース返却に関する記録は、セキュリティ事故(情報漏えい)が発生したときの監査証跡となるため、他の監査証跡とともに保管期間を病院として統一的に定める必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

6. 個人所有の情報機器(指摘事項)

① 個人所有機器のネットワーク接続の禁止

検体検査システムとしては、個人所有の情報機器を当該システムのネットワークに接続することは認めていないが、ルールとして明確化されていない。コンピュータウィルスに感染したパソコンをネットワークに接続すると、ネットワーク全体にウィルスが蔓延する可能性がある。

検査システム運用手順書等に個人所有の情報機器をネットワーク接続することは許可しないことを定め、改めて周知徹底する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

7. 外部委託業者の機器持込(指摘事項)

① 機器持込時の許可記録の保管

システム保守点検の際に、情報機器を外部委託業者が持ち込むことがあり、情報機器をネットワークに接続する場合は、許可を与え作業をさせている。ただし、許可を与えた記録は保管していない。

病院セキュリティ基準に情報機器を外部委託業者が持ち込む場合の申請書雛形を定め、申請書に情報システム管理者の許可を記録する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

② 機器持込時のセキュリティ対策の確認の記録

外部委託業者が持ち込んだ情報機器をネットワークに接続する場合、必要な対策を講じているか、外部委託業者に口頭で確認している。なお、ネットワークに接続する情報機器は、アンチウィルスソフトの入ったパソコンでのみ実施させている。

病院セキュリティ基準に情報機器を外部委託業者が持ち込む場合のセキュリティチェックリストを定め、チェックリストに情報システム管理者が確認した内容を記録する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

8. 外部委託業者の管理(指摘事項)

① 作業要員の確認

システムの保守を行う外部委託先作業要員は、いつも同一人であるが、名簿の提出はさせていないため、正規の要員かどうかの確認は行なわれていない。

保守業者から要員名簿を提出させ、作業のため保守要員がマシン室等に入室する場合は、その都度名簿と社員証等の身分証明書を照合する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

② 外部委託先との契約条項の見直し

石川県立中央病院情報セキュリティポリシー対策基準において、外部委託契約には、以下の項目を含めるものとしている。

＜必ず含めるべきもの＞

- (1) 守秘義務
- (2) 病院の承諾を得ない第三者への再委託の禁止

＜必要に応じて含めるもの＞

- (3) 委託先での情報資産の保護対策
- (4) 知的財産権の保護
- (5) 成果物に対する病院の承諾を得ない他人への閲覧及び譲渡の禁止並びに著作物の帰属
- (6) 契約終了時点における情報資産の返却又は廃棄

- (7) 情報セキュリティ事故発生時の報告及び調査
- (8) 情報セキュリティに係る調査を行う権利
- (9) 情報セキュリティ事故発生時の侵害責任及び賠償範囲
- (10) 作業報告書における定期報告
- (11) 管理規程及び病院セキュリティ基準の遵守
- (12) 外部委託業者から再委託先に対する管理規程及び病院セキュリティ基準の遵守
- (13) セキュリティに関する教育の実施

システムや機器の定期的な保守契約を締結せず、障害等発生時にB社等にその都度修理を依頼している。B社は、現行システムの導入業者であり、障害時等に備えネットワーク構成図を保有している。

ネットワーク構成図等の設計書は、セキュリティ上重要な情報であるため、覚書を締結し、守秘義務を定める必要がある。

機器・システムの保守及びプログラム改定に関する委託業務には、個人情報にアクセスできる可能性があるため、病院セキュリティ基準に記述された項目から業務上必要と思われる項目を契約に盛り込むとともに定期的にその実施状況を確認する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

9. 利用者管理(指摘事項)

① アクセス管理機能の追加

検体検査システムには、ユーザ ID 及びパスワードによるアクセス管理機能がなく、権限のない者でも端末の操作が可能である。

情報漏えい等の事故を防止するため、ユーザ ID 及びパスワードによるアクセス管理機能の追加に関する検討が必要である。

10. コンピュータウイルス対策(指摘事項)

① セキュリティパッチ当て作業

サーバーの OS 等セキュリティパッチ当て作業(セキュリティホール等が発覚した時に配布される修正プログラムをインストールする作業)は、実施していない。

検体検査システムの導入・保守業者であるB社等に対し、OS 等セキュリティパッチ当て作業に関するリスクやメリット、デメリットを確認し、病院として正式に作業の実施可否についての方針を決定する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘

事項》

② ウィルス駆除対策の手順の整備

コンピュータウィルス駆除手順等のウィルス駆除対策は、特に明文化されていない。

コンピュータウィルスに感染した時の被害の拡大を防止し、駆除などによる回復作業を正確、迅速に行うために、検査システム運用手順書等にコンピュータウィルス対策の手順を定める必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

11. 情報システム運用手順(指摘事項)

① バックアップ運用の見直し

データのバックアップ作業を日次実施しているが、同一カセット磁気テープに上書きされる運用となっている。また、カセット磁気テープは5本あり、週次で交換される。このため、前日分と4週毎の1日分が保管されるといった変則的なバックアップ運用になっており、バックアップ中に障害が発生すると前日のデータが破壊され、1週間前の状態にしかリカバリーできないことになる。

最悪でもデータが前日の状態に戻せるようにするために、日次のバックアップ作業毎にカセット磁気テープを交換する運用に変更する必要がある。

② 不要ソフトウェアの削除

システム導入時に必要のない機能(サービス)の停止や必要のないソフトウェアの削除は行っていないとのことである。

不正な利用が行われないようにするために、B社等にインストールしたソフトウェアのリストを提出させ、実機にインストールされたソフトウェアと適時突合し、不要なソフトウェアがインストールされていないか確認する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

③ 情報システムの変更履歴の保管

マスターファイルのレイアウトの変更などの際に、変更時の記録等は保管していない。

システムを継続的に維持するためには、ドキュメントの変更管理を確実にし、

変更履歴が分かるよう記録する必要がある。規程どおり、システム変更時の記録等を保管する必要がある。

12. 情報セキュリティ事故時の対応(指摘事項)

① 緊急時対応計画書(回復手順)の策定

情報セキュリティ事故発生時における回復手順については、特に明文化していない。

情報セキュリティ事故発生時の早期復旧のために、原因の究明や回復手順等を定めた緊急時対応計画書を策定する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

② 緊急時対応計画書(報告手順)の策定

情報セキュリティ事故発生時における報告手順については、特に明文化していない。

情報セキュリティ事故発生時の連絡、報告を速やかに漏れなく行うために、具体的な報告手順等を定めた緊急時対応計画書を策定する必要がある。《医事会計システムと同様の指摘事項》

8. 診療科別原価計算

(1) 病院における原価計算の意義

従来、わが国における病院は、人口増加、経済成長に伴う生活水準の向上などと相まって、世界でも高水準の医療の提供を実現してきたとともに、安定した収入を確保し、その経営規模を拡大し続けることができたといわれる。

しかしながら、近年、医療制度を取り巻く環境は大きく変化している。急速な少子高齢化社会の進展により医療費は年々増大しているが、医療費を賄う主財源である保険料は伸び悩んでおり、医療保険財政は各制度とも厳しい状況が続いている。このような中で、わが国の医療行政においては、今後、医療費を如何に適正化していくかが重要な課題となっており、診療報酬の包括化やマイナス改定を含めた報酬体系の見直しが行われているのは周知のとおりである。

このように病院をとりまく経営環境が変化する中、病院はかつてのように診療に専念していれば安定的経営を確保できるという時代ではなくなってきている。こうした状況を踏まえ、平成 15 年 3 月 28 日に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」(以下、「基本方針」)や同年 8 月の厚生労働省による「医療提供体制の改革ビジョン」においても、「良質かつ効率的な医療の確保」や「医業経営の近代化・効率化」の必要性が強調されているところである。

医業経営の近代化・効率化に不可欠なのがコスト管理であり、その代表的なツールが原価計算とされる。わが国の企業会計における原価計算の指針である「原価計算基準」(企業会計審議会 昭和 37 年 11 月 8 日)によれば、原価計算の主たる目的としては、①財務諸表作成目的、②価格計算目的、③原価管理目的、④利益管理目的、⑤経営意思決定目的が挙げられている。「原価計算基準」は、一般的には製造業を対象として作成されているが、今日における病院経営環境を鑑みれば、これらの原価計算目的のうち少なくとも、③原価管理目的、④利益管理目的及び⑤経営意思決定目的は、病院経営にも当てはまると考えられる。上述の「基本方針」においても、今後の診療報酬の改定は「医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)」等の基本的な考え方に立って見直しを進める、とあり、将来の診療報酬の改定への対応という観点からも、病院における原価計算は、より必要性が高まると考えられる。

病院における原価計算には、主として、診療科別原価計算と疾病別原価計算がある。診療科別原価計算は、病院で発生した収益・費用を診療科別に分類・集計する

計算手法であり、診療科別の損益管理、コスト管理に資することを主たる目的としている。一方、疾病別原価計算は、疾病別に収益・費用を分類・集計する計算手法であり、特定機能病院において導入される診療報酬の包括化に対応した、診療科別原価計算よりもより高いレベルでのコスト管理を目的としたものである。わが国における病院のコスト管理の現状では、診療科別原価計算の普及も不十分であると考えられるため、ここでは、診療科別原価計算について検討対象とすることとした。

(2) 監査の要点

診療科別原価計算に関して、次の視点から監査を実施した。

- ・ 中央病院において、現状、診療科別原価計算が実施されているか(病院の診療科別原価計算の現状)。
- ・ 中央病院で実施されている診療科別原価計算の計算方法は、一般に公正妥当と認められる計算方法といえるかどうか(病院実施の診療科別原価計算の妥当性)。
- ・ 診療科別原価計算を、可能な限り一般に公正妥当と認められる計算方法によって実施した場合、各診療科の損益はどのようになるか(診療科別原価計算の再実施)。
- ・ 中央病院で実施されている診療科別原価計算は、病院経営に際して、有効に活用されているか(病院経営への活用について)。

(3) 病院の診療科別原価計算の現状

中央病院においては、平成9年度より、「部門別・診療科別収支計算」を実施している。計算方法は、全国公私病院連盟の原価計算方法を基礎に、中央病院用に加工したものである、としている。これらの収支計算作業は、病院の管理局経理課で行われ、前年度1年分について、例年7月頃から着手し11月～翌年2月頃に完成している。

このとおり収支計算作業は相当の時間をかけて行われているが、作成された「部門別・診療科別収支計算」は、現状、院長等の経営管理者層への報告は行われておらず、管理局内での参考資料にとどまっている。

管理局経理課としては、現在実施している「部門別・診療科別収支計算」には、次のような問題点があり、計算精度が低く正確性に欠けている、と認識している。

- ① 審査・支払機関の査定結果が医事会計システムのデータに反映されていない。
- ② 入院において同月内に患者が転科した場合、医事会計システム上、月末の診療科に収入データが集約される。
- ③ 診療材料、薬品の払出実績を診療科別、部門別にデータ管理していないため、

診療材料費、薬品費の部門別の集計に際して、主として診療行為別収入データを基に配賦しており、コストの実態を正確には反映していない。

- ④ 人件費について、医師、看護師の詳細な勤務日誌を記録しているわけではないため、具体的なデータに基づく配賦となっていない。
- ⑤ 財務会計上、経費を部門別に管理していないため、部門経費を共通経費として集計している場合がある。
- ⑥ 各部門への配賦基準が一般に公正妥当と認められる原価計算方法であるかどうかの検証がなされていない。
- ⑦ 原価計算を担当するのは経理課職員 1 名であり、院内で部門別原価計算を行うシステムが確立していないため、データの収集が困難な場合がある。

(4) 監査の結果

1) 病院実施の診療科別原価計算の検討と再計算の実施(意見)

① 病院実施の診療科別原価計算の検討

上記の現状を踏まえ、中央病院が実施した平成 15 年度分の「部門別・診療科別収支計算」の計算過程を検討し、その計算結果の妥当性について検討した。検討した結果、病院が認識している上記の問題点のほか、つぎのような問題点が発見された。

i) 費用の配賦計算の手順について

一般的に診療科別原価計算を行う場合、費目別計算、部門別計算の順序で行う。費目別計算は、財務計算における科目別の費用計算である。部門別計算は、費目別計算の結果を受けて、各費目別に集計された費用を、部門別に把握できるものは部門ごとに集計し、部門ごとに直接把握できない費用は適切な配賦基準により、各部門に配賦する(これを部門別計算の第 1 次配賦という)。次に、第 1 次配賦により管理部門に集計された管理部門費を、管理部門の役務提供度合いに応じた適切な配賦基準により、各診療科、各コメディカル部門(検査部門、薬剤部門などの補助部門をいう)、病棟部門に配賦する(第 2 次配賦)。第 1 次配賦及び第 2 次配賦により各コメディカル部門、病棟部門に集計された費用を、収入部門である各診療科への役務提供度合いに応じた適切な配賦基準により、各診療科に配賦する(第 3 次配賦)。診療科別原価計算は、これらの費目別計算、部門別計算の第 1 次配賦、第 2 次配賦、第 3 次配賦の手続きを適切に行う必要がある。

中央病院での「部門別・診療科別収支計算」の計算過程を検討した結果、次のような問題点が指摘される。

病院の部門別計算は、基本的には第1次配賦で終了しており、第2次配賦、第3次配賦までは行われていない。従って、コメディカル部門等のコストは、各診療科への役務提供度合いに応じて適切に各診療科に配賦されていない。

人件費など一部の費用については、第1次配賦、第2次配賦計算がなされているが、配賦方法、配賦基準が適切でないと考えられるものがある。

ii) 部門の設定について

診療科別原価計算を行う場合、病院の部門を診療科(入院部門、外来部門)、コメディカル部門、病棟部門、管理部門等に区分する必要があるが、病院が実施した「部門別・診療科別収支計算」では、つぎのような問題点があると考えられる。

- A) 各診療科について、入院部門と外来部門に区別されていない。各診療科の収益・費用は、入院部門と外来部門に区別して集計するのが望ましい。
- B) 一部のコメディカル部門について、原価部門として設定されていないため、コメディカル部門における費用の集計が不正確となっている。コストの発生が認識されるコメディカル部門の設定は漏れなく行い、費用の第1次配賦でコメディカル部門に発生した費用の集計を行う必要がある。
- C) 病棟部門については、外来看護師部門を含めて「看護部門」として1つに集約されているため、病棟別の費用集計が行われていない。費用の第1次配賦で各病棟に発生した費用の集計を行う必要がある。

iii) 配賦基準について

部門別計算は、可能な限りコストの発生実態に応じた配賦基準を用いて行う必要がある。病院が採用している配賦基準には、例えば、次のような問題点があると考えられる。

- A) 病院は、医師人件費について、病院全体の医師平均給与手当を用いて各診療科に配賦しているが、医師人件費は、原則として個別に診療科ごとに把握することが可能であり、個別に把握できる費用として各診療科に直課するのが望ましい。
- B) カテーテルなどの高額な診療材料の消費額は、おおよその経験値により「循環器内科:放射線科:脳神経外科に、8:1:1の割合で配分する」などの方法をとられているものもあるが、これらについては、カテーテルの実績件数等により配賦するのが

望ましい。

- C) リハビリ部門、放射線部門、検査部門、薬剤部門、栄養部門にかかる人件費は、総医業収入を配賦基準として各診療科に配賦されているが、総医業収入はこれらの部門の「役務提供度合いに応じた適切な配賦基準」とはいいがたく、配賦基準として適切でない。

【図1】診療科別計算の手順

診療科別原価計算における費用の配賦手順

診療科別計算の順序		診療科（入院）		診療科（外来）		コメディカル部門		病棟部門		管理部門	
		内科	外科	内科	外科	手術	検査	1棟1F	1棟2F	医事	管理
第1次配賦	医業収益	診療科収入		診療科収入		-	-	-	-	-	-
	医業費用	診療科個別費用		診療科個別費用		コメディカル部門個別費用		病棟部門個別費用		管理部門費	
第2次配賦	管理部門費配賦	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額	管理部門費配賦額
	コメディカル部門費の配賦	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額	コメディカル部門費配賦額
第3次配賦	病棟部門費の配賦	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額	病棟部門費配賦額
	合計	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××

- ① 医業収益をレセプトデータ等にしたがい、各診療科別に集計する。
- ② 医業費用を財務会計記録等により、部門別に集計する（費用の第1次配賦）。
- ③ 第1次配賦で管理部門に集約された費用を、役務提供の程度により、各診療科、コメディカル部門、病棟に配賦する（第2次配賦）。
- ④ 第1次配賦で各コメディカル部門に集約された費用及び再配賦された管理部門費配賦額を、役務提供の程度により、各診療科に配賦する（第3次配賦）。
- ⑤ 第1次配賦で各病棟部門に集約された費用及び再配賦された管理部門費配賦額を、役務提供の程度により、各診療科に配賦する（第3次配賦）。
- ⑥ 以上から、各診療科に集計された収益と費用との差額が診療科損益となる。

② 診療科別原価計算の再実施

平成 15 年度の診療科別原価計算について、上述した問題点を考慮し、再計算を行った。(平成 15 年度を検討対象としたのは、中央病院において平成 16 年度の調査・計算がまだ行われていないためである。)

i) 診療科別原価計算(再計算)の前提

病院が作成した平成 15 年度事業決算書及び部門別・診療科別収支計算の計算結果をできる限り使用した。

上述した問題点のうち、医事会計システムのデータに審査・支払機関の査定結果が反映されていない、などのシステム上の問題点については現行システムでは修正が不可能であり、計算の正確性において一定の限界があるのはやむを得ないとした。

ii) 再計算における修正内容について

A) 中央病院が認識している診療科別計算方法の限界については、次のように対応した。

No.	病院の認識	再計算での対応
(1)	審査・支払機関の査定結果が医事会計システムのデータに反映されていない。	現行の医事会計システムのシステム上の限界であり、修正できないのはやむを得ないとした。 このようなシステム上の問題については、将来の医事会計システムの改善項目とすべきである。
(2)	入院において同月内に患者が転科した場合、医事会計システム上、月末の診療科に収入データが集約される。	同上
(3)	診療材料、薬品の払出し実績を診療科別、部門別にデータ管理していないため、診療材料費、薬品費の部門別の集計に際して、主として診療行為別収入データを基に配賦してお	診療行為別収入データを基に、可能な限り実態に近い配賦に修正した。 また、より正確に診療材料、薬品の在庫データを入手するためには、オ

No.	病院の認識	再計算での対応
	り、コストの実態を正確には反映していない。	ーダリング・システム等の導入が必要となる。
(4)	人件費について、医師、看護師の詳細な勤務日誌を記録しているわけではないため、具体的なデータに基づく配賦となっていない。	外来診療日程、宿直日程、ヒアリング等により、可能な限り実態に近い配賦に修正した。 また、より正確に人件費の配賦計算を行うためには、すべての医師、看護師、技師等が勤務時間実績表などを作成し、実績時間を集計する必要がある。
(5)	財務会計上、経費を部門別に管理していないため、部門経費を共通経費として集計している場合がある。	ヒアリング等により、可能な限り実態に近い配賦に修正した。
(6)	各部門への配賦基準が一般に公正妥当と認められる原価計算方法であるかどうかの検証がなされていない。	一般に公正妥当と認められる原価計算方法に修正した。
(7)	原価計算を担当するのは経理課職員1名であり、院内で部門別原価計算を行うシステムが確立していないため、データの収集が困難な場合がある。	必要なデータの集計、作成を担当部門に依頼し、可能な限り実態に近い配賦に修正した。

B) 原価部門の設定については、次のような修正を行った。

項目	病院の計算方法	修正後の計算方法
診療科	26 の標榜診療科を原価部門として設置(残る2科はコメディカル部門他)。	原則として左に同じ。 ただし、実態として一般外科は消化器外科と一体であるため、計 25 部門とした。また、診療科を入院部門と外来部門に区分した。
コメディカル部門	リハビリ部、放射線部、検査部、薬剤部、栄養部について設置されている(計 5 部門)。	左記に加えて、病理科、中央手術部、透析療法部、心カテ室、中央材料滅菌部、内視鏡部、中央処置室、歯科技術室をコメディカル部門として設けた(計 13 部門)。
病棟部門	看護部門として一括して集計されている。	各病棟を原価部門として設置した(18 部門)。
管理部門	病歴部門と管理部門の2部門を設置。	病歴部門、医事部門、施設部門、用度部門、管理部門の5部門とした。

C) 部門別計算の第1次配賦に関して、主として次のような修正を行った。

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
医師人件費	医師人件費について、病院全体の医師平均給与手当等を用いて、延べ配置人員数により各診療科に配賦している。	医師人件費は、原則として個別に各診療科に直課し、その後、外来診療日程表、宿日直表に基づき、医師の勤務時間を外来診察時間、コメディカル担当時間、救急診察時間、入院診察時間、管理部門費に区分し、これらの時間比で医師人件費を外来部門、コメディカル部門、救急部門、入院部門、管理部門に配賦した。
看護師人件費	看護師人件費は、看護部門に一括集計した上で、延べ人員数により「外来」「入院」「手術」「中央	看護師人件費は、各部門に所属する看護師人数比で按分した。外来部門看護師人件費については、外来業務分担表に基づき、1 週間の延べ

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
	材料」の4部門に分け、外来部門は診療科別の延べ外来患者数により、入院部門はウエイト付けした延べ患者数により、手術部門は延べ手術時間により、中央材料部門は、延べ患者数により各診療科に配賦している。	看護師配置数の比で各診療科に配賦した。また、入院部門から外来部門への看護師の応援は、過去の調査資料から、一定の調整を行った。
診療材料費	カテーテルなどの高額な診療材料の消費額は、おおよその経験値により「循環器内科：放射線科：脳神経外科に、8：1：1の割合で配分する」などの方法がとられている。	カテーテルなどの高額な診療材料の消費額は、カテーテルの実績件数等により配賦した。
委託費、賃借料等	経費の負担部門について、負担すべき診療科に誤りがあった。また、従来、外来診療科、病棟の区別を明確にしていなかった。	経費の負担部門を修正した。
医業外収入・費用	医業外収入・費用を各診療科に配賦している。	医業外収入・費用は、診療科別原価計算の対象外とした。

D) 部門別計算の第2次配賦に関して、主として次のような修正を行った。

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
管理部門費の配賦	病歴部門、管理部門に集約された費用は、これらの費用を除く各診療科総	第1次配賦で病歴、医事、施設、用度、管理の5部門に集計された費用を、次の配賦基準で各診療科、コメ

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
	費用の比で各診療科に配賦している。	<p>ディカル部門、病棟部門に配賦した。</p> <p>病歴・・・延べ患者数</p> <p>医事・・・延べ患者数</p> <p>設備・・・床面積</p> <p>用度・・・薬剤費・診療材料費</p> <p>管理・・・職員人件費</p>

E) 部門別計算の第3次配賦に関して、主として次のような修正を行った。

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
病理科	コメディカル部門として設定はしていない。病理科医師人件費は、各診療科に均等に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、病理検査件数の比で各診療科に配賦した。
中央手術部	コメディカル部門として設定はしていない。手術部所属の看護師人件費は、手術時間の比で各診療科に直接、配賦している。器具備品減価償却費は、手術件数の比で各診療科に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、手術時間の比で各診療科に配賦した。
透析療法部	コメディカル部門として設定はしていない。透析療法部に個別的に把握できる経費については、腎臓内科に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、透析収入の比で各診療科に配賦した。
リハビリ部	部門に帰属する人件費については、総医業収入	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、リハビリ

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
	を配賦基準として各診療科に配賦している。その他の材料費、経費等については、第1次配賦で直接、各診療科に配賦している。	収入の比で各診療科に配賦した。
中央放射線部	部門に帰属する人件費については、総医業収入を配賦基準として各診療科に配賦している。その他の材料費、経費等については、第1次配賦で直接、各診療科に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、放射線検査収入等の比で各診療科に配賦した。
心カテ室	コメディカル部門として設定はしていない。当該部門の費用は、各診療科に直接配賦されている。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、カテーテル時間の比で各診療科に配賦した。
中央検査部	部門に帰属する人件費については、総医業収入を配賦基準として各診療科に配賦している。その他の材料費、経費等については、第1次配賦で直接、各診療科に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、検査収入(中央検査部で実施していない放射線検査等の収入は除く)の比で各診療科に配賦した。
薬剤部	部門に帰属する人件費については、総医業収入を配賦基準として各診療科に配賦している。その他の材料費、経費等につ	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、処方業務と投薬指導業務に分けて、それぞれ処方箋枚数と投薬指導回数の比で各診療科に配賦した。

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
	いては、第1次配賦で直接、各診療科に配賦している。	
中央材料滅菌部	コメディカル部門として設定はしていない。当該部門の費用は、各診療科に直接配賦されている。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、各部門の診療材料費等の比で各診療科に配賦した。
栄養部	部門に帰属する人件費については、総医業収入を配賦基準として各診療科に配賦している。その他の材料費、経費等については、第1次配賦で直接、各診療科に配賦している。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、給食料収入の比で各診療科に配賦した。
内視鏡部	コメディカル部門として設定はしていない。器具備品減価償却費はすべて消化器内科に配賦するなど、当該部門の費用は、各診療科に直接配賦されている。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、内視鏡検査収入の比で各診療科に配賦した。
中央処理室	コメディカル部門として設定はしていない。当該部門の費用は、各診療科に直接配賦されている。	第1、2次配賦で当該部門に集計した人件費、材料費、経費を、注射件数等の比で各診療科に配賦した。
歯科技術室	歯科口腔外科の費用としている。	歯科口腔外科の費用としている。
病棟	病棟は、原価部門として設定されていないが、病棟看護師の人件費は、	第1、2次配賦で各病棟に集計した人件費、材料費、経費を、病棟ごとの延べ患者数の比で各診療科に配

項目	病院の配賦基準	修正後の配賦基準
	病棟ごとに患者の重篤度を考慮しウエイト付けした延べ患者数の比によって、各診療科に配賦されている。その他の病棟費用は、各診療科に直接配賦されている。	賦した。

③ 診療科別原価計算(再計算)の結果について

病院の診療科別原価計算を修正し、再計算実施した結果は次のとおりである。

【表1】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(入院部門)

【表2】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(外来部門)

【表3】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(入院・外来計)

【表4】平成15年度 再計算と病院の計算結果との比較

【表1】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(入院部門)

【入院部門】

(単位:千円)

科	CD	医業収入	人件費	材料費	経費等	医業費用計	医業損益	損益率
一般外科	1							
消化器外科	2	944,719	533,660	199,906	105,231	838,798	105,921	11%
心臓血管外科	3	313,439	161,365	143,028	26,335	330,728	△ 17,289	△6%
呼吸器外科	4	290,220	143,409	131,772	31,451	306,632	△ 16,412	△6%
小児外科	5	216,735	98,545	36,230	16,505	151,280	65,455	30%
一般内科	6	5,093	2,408	1,933	483	4,825	268	5%
循環器内科	7	888,249	399,965	450,091	81,794	931,851	△ 43,602	△5%
神経内科	8	306,270	242,200	74,495	49,900	366,595	△ 60,325	△20%
血液免疫内科	9	836,391	282,168	393,784	70,235	746,188	90,203	11%
代謝内科	10	209,599	158,770	38,790	32,820	230,380	△ 20,781	△10%
腎臓内科	11	134,481	113,444	41,050	21,356	175,850	△ 41,369	△31%
消化器内科	12	428,127	209,179	105,994	45,489	360,662	67,465	16%
呼吸器内科	13	590,605	354,121	165,301	80,290	599,713	△ 9,108	△2%
整形外科	14	910,633	455,659	243,801	106,214	805,674	104,959	12%
脳神経外科	15	516,210	383,968	145,097	83,451	612,516	△ 96,306	△19%
産婦人科	16	653,659	373,735	178,422	69,188	621,346	32,313	5%
小児内科	17	586,889	431,793	83,002	57,440	572,235	14,654	2%
泌尿器科	18	284,172	151,239	61,115	31,552	243,905	40,267	14%
皮膚科	19	43,909	32,193	11,109	5,942	49,244	△ 5,335	△12%
形成外科	20	87,020	66,311	14,063	10,545	90,918	△ 3,898	△4%
耳鼻咽喉科	21	120,015	80,887	18,960	14,169	114,016	5,999	5%
眼科	22	237,487	110,008	52,300	21,118	183,426	54,061	23%
放射線科	23	7,928	7,882	3,157	1,847	12,885	△ 4,957	△63%
麻酔科	24	26,482	15,807	4,508	3,269	23,585	2,897	11%
救急	25	84,897	55,365	24,090	9,284	88,739	△ 3,842	△5%
歯科口腔外科	26	129,412	123,111	28,513	18,632	170,256	△ 40,844	△32%
合計		8,852,641	4,987,194	2,650,513	994,540	8,632,247	220,394	2%

【表2】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(外来部門)

【外来部門】

(単位:千円)

科	CD	医業収入	人件費	材料費	経費等	医業費用計	医業損益	損益率
一般外科	1							
消化器外科	2	342,576	85,754	214,939	30,561	331,253	11,323	3%
心臓血管外科	3	44,321	13,382	29,559	4,012	46,953	△ 2,632	△6%
呼吸器外科	4	52,170	19,918	25,861	6,954	52,733	△ 563	△1%
小児外科	5	20,740	16,494	6,577	3,185	26,256	△ 5,516	△27%
一般内科	6	92,369	54,049	23,317	12,576	89,942	2,427	3%
循環器内科	7	340,735	67,009	240,292	21,583	328,885	11,850	3%
神経内科	8	108,920	38,766	65,937	11,086	115,788	△ 6,868	△6%
血液免疫内科	9	198,702	30,935	138,540	9,963	179,437	19,265	10%
代謝内科	10	320,085	63,210	177,812	20,175	261,197	58,888	18%
腎臓内科	11	398,716	120,310	172,100	40,402	332,812	65,904	17%
消化器内科	12	350,607	103,352	209,928	32,211	345,492	5,115	1%
呼吸器内科	13	215,399	44,373	113,801	49,393	207,566	7,833	4%
整形外科	14	221,853	102,632	78,857	32,989	214,479	7,374	3%
脳神経外科	15	118,921	58,571	45,734	19,208	123,513	△ 4,592	△4%
産婦人科	16	130,911	66,158	52,235	18,871	137,265	△ 6,354	△5%
小児内科	17	199,065	99,919	73,350	20,561	193,829	5,236	3%
泌尿器科	18	317,632	74,177	197,929	29,792	301,898	15,734	5%
皮膚科	19	88,846	54,294	48,321	9,925	112,540	△ 23,694	△27%
形成外科	20	41,839	29,373	4,462	5,896	39,731	2,108	5%
耳鼻咽喉科	21	44,068	43,563	15,506	7,499	66,568	△ 22,500	△51%
眼科	22	124,192	57,263	43,357	11,844	112,464	11,728	9%
放射線科	23	51,782	21,718	36,156	13,798	71,672	△ 19,890	△38%
麻酔科	24	11,267	7,948	11,422	7,591	26,961	△ 15,694	△139%
救急	25	12,251	10,290	8,679	2,153	21,122	△ 8,871	△72%
歯科口腔外科	26	89,593	66,690	17,504	14,501	98,695	△ 9,102	△10%
合計		3,937,560	1,350,148	2,052,175	436,729	3,839,052	98,508	3%

【表3】平成15年度 診療科別原価計算の再計算の結果(入院、外来合計)

【入院+外来】

(単位:千円)

科	CD	医業収入	人件費	材料費	経費等	医業費用計	医業損益	損益率
一般外科	1							
消化器外科	2	1,287,295	619,414	414,846	135,792	1,170,052	117,243	9%
心臓血管外科	3	357,760	174,747	172,587	30,347	377,681	△ 19,921	△6%
呼吸器外科	4	342,390	163,327	157,633	38,405	359,365	△ 16,975	△5%
小児外科	5	237,475	115,039	42,807	19,690	177,536	59,939	25%
一般内科	6	97,462	56,457	25,250	13,059	94,767	2,695	3%
循環器内科	7	1,228,984	466,975	690,383	103,378	1,260,736	△ 31,752	△3%
神経内科	8	415,190	280,966	140,432	60,986	482,383	△ 67,193	△16%
血液免疫内科	9	1,035,093	313,103	532,324	80,198	925,625	109,468	11%
代謝内科	10	529,684	221,981	216,602	52,995	491,577	38,107	7%
腎臓内科	11	533,197	233,754	213,150	61,758	508,663	24,534	5%
消化器内科	12	778,734	312,532	315,923	77,700	706,154	72,580	9%
呼吸器内科	13	806,004	398,495	279,102	129,683	807,279	△ 1,275	△0%
整形外科	14	1,132,486	558,292	322,658	139,203	1,020,153	112,333	10%
脳神経外科	15	635,131	442,539	190,832	102,659	736,029	△ 100,898	△16%
産婦人科	16	784,570	439,894	230,658	88,059	758,611	25,959	3%
小児内科	17	785,954	531,712	156,351	78,001	766,064	19,890	3%
泌尿器科	18	601,804	225,416	259,043	61,343	545,802	56,002	9%
皮膚科	19	132,755	86,486	59,430	15,867	161,784	△ 29,029	△22%
形成外科	20	128,859	95,683	18,525	16,441	130,649	△ 1,790	△1%
耳鼻咽喉科	21	164,083	124,449	34,466	21,669	180,583	△ 16,500	△10%
眼科	22	361,679	167,271	95,658	32,962	295,891	65,788	18%
放射線科	23	59,710	29,600	39,313	15,645	84,557	△ 24,847	△42%
麻酔科	24	37,749	23,755	15,931	10,860	50,545	△ 12,796	△34%
救急	25	97,148	65,655	32,769	11,437	109,861	△ 12,713	△13%
歯科口腔外科	26	219,005	189,801	46,017	33,131	268,950	△ 49,945	△23%
管理共通		58,971	0	0	0	0	58,971	100%
合計		12,849,172	6,337,342	4,702,688	1,431,268	12,471,297	377,875	3%

【表4】平成 15 年度 再計算と病院の計算結果との比較

(単位:千円)

科	CD	①中央病院による計算結果					②今回の集計結果					①-②差額												
		医療収入	人件費	材料費	経費等	医療費用計	医療収入	人件費	材料費	経費等	医療費用計	医療収入	人件費	材料費	経費等	医療費用計								
		△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△								
一般外科	1	112,625	42,376	15,611	9,075	45,563	112,625	42,376	15,611	9,075	45,563	△	0	0	0	0								
消化器外科	2	1,174,836	583,195	381,081	118,212	1,082,488	1,287,295	619,414	414,946	135,792	1,170,062	△	112,459	△	33,765	△	17,880	△	87,564	△	24,895			
心臓血管外科	3	357,787	151,696	143,985	30,888	326,569	337,760	174,747	172,587	33,347	377,681	△	19,921	△	28,602	△	541	△	51,112	△	51,139			
呼吸器外科	4	342,424	185,886	154,538	40,135	380,559	342,390	183,327	157,833	38,465	359,385	△	16,975	△	3,095	△	1,730	△	21,194	△	21,160			
小児外科	5	237,503	125,846	55,089	19,485	200,420	37,083	237,475	115,039	42,807	177,536	△	59,939	△	2,282	△	2,205	△	22,884	△	23,856			
一般内科	6	97,637	43,305	24,618	14,710	82,633	15,024	97,462	56,457	25,250	13,059	94,767	△	2,695	△	632	△	1,651	△	12,134	△	12,329		
泌尿器内科	7	1,228,037	445,394	716,452	124,924	1,286,760	△	57,723	1,228,984	466,975	690,383	103,378	1,260,736	△	31,752	△	26,069	△	21,546	△	26,024	△	25,971	
神経内科	8	415,223	256,159	137,247	52,688	446,094	△	30,871	415,190	280,966	140,432	60,986	482,383	△	67,193	△	3,185	△	8,298	△	36,289	△	36,322	
血液免疫内科	9	1,035,150	347,025	536,281	95,791	979,097	56,053	1,035,093	313,103	532,324	80,198	925,625	109,468	57	33,922	3,957	15,593	53,472	△	53,415	△	53,415		
代謝内科	10	529,777	216,804	215,166	56,425	488,395	41,382	529,684	221,981	216,602	52,995	491,577	38,107	93	△	5,177	△	1,436	3,430	△	3,182	△	3,275	
腎臓内科	11	533,279	259,169	210,169	54,194	523,532	9,747	533,197	233,754	213,150	61,758	508,663	24,534	82	25,415	△	2,981	△	7,564	△	14,869	△	14,787	
消化器内科	12	778,814	284,555	342,660	88,223	715,838	63,376	778,774	312,532	315,923	77,700	706,154	72,580	80	△	27,976	26,737	10,523	9,284	△	9,204	△	9,204	
呼吸器内科	13	806,065	391,042	280,846	124,224	796,112	9,953	806,004	398,495	279,102	129,683	807,279	△	1,275	△	7,452	△	5,459	△	11,167	△	11,228		
整形外科	14	1,132,671	535,698	323,346	118,267	977,311	155,360	1,132,486	558,292	322,658	139,203	1,020,153	112,333	185	△	22,593	688	△	20,936	△	42,842	△	43,027	
脳神経外科	15	635,225	394,049	174,914	78,628	647,591	△	12,366	635,131	442,539	190,832	102,659	736,029	94	△	48,490	△	15,918	△	24,031	△	88,438	△	88,532
産婦人科	16	784,862	471,373	225,285	81,161	777,819	7,043	784,570	439,894	230,658	88,059	758,611	25,959	292	31,480	△	5,373	△	6,898	19,209	△	18,917		
小児内科	17	786,145	553,870	139,645	79,492	773,007	13,138	785,954	531,712	156,351	78,001	766,064	19,890	191	22,158	△	16,706	1,491	6,943	△	6,752			
泌尿器科	18	601,860	226,696	262,701	68,456	557,863	44,007	601,804	225,416	259,043	61,343	545,802	56,002	56	1,280	3,658	7,413	12,951	△	11,995				
皮膚科	19	132,784	77,273	59,336	19,020	156,629	△	22,845	132,755	86,486	59,430	15,867	161,784	29	9,213	△	94	3,153	△	6,154	6,183			
形成外科	20	128,895	91,844	22,836	15,462	130,142	△	1,247	128,859	95,683	18,525	16,441	130,649	36	△	3,839	4,311	△	979	△	507	543		
耳鼻咽喉科	21	164,126	122,058	40,031	22,993	185,082	△	20,956	164,083	124,449	34,466	21,669	180,583	43	2,391	5,565	1,324	4,499	△	4,456				
眼科	22	361,738	173,004	117,580	42,145	332,729	29,009	361,679	167,271	95,658	32,962	295,891	65,788	59	5,733	21,922	9,183	36,838	△	36,779				
放射線科	23	59,711	37,609	35,244	18,921	91,774	△	32,063	59,710	29,600	39,313	15,645	84,567	1	8,009	△	4,069	3,276	7,217	△	7,216			
麻酔科	24	37,755	55,264	16,492	10,865	82,621	△	44,866	37,749	23,755	15,931	10,860	50,545	6	31,509	561	5	32,976	△	32,070				
救急	25	97,184	71,104	26,031	12,883	110,018	△	12,834	97,148	65,655	32,769	11,437	109,861	36	5,449	△	6,738	1,446	157	△	121			
歯科口腔外科	26	219,039	195,053	45,504	34,001	274,558	△	55,519	219,005	189,801	46,017	33,131	268,950	34	5,252	△	513	870	5,608	△	5,574			
管理共通		57,000					0	57,000	58,971	0	0	58,971	△	1,971	0	0	0	0	0	0	0	1,971		
合計		12,849,172	6,337,342	4,702,688	1,431,268	12,471,297	377,878	12,849,172	6,337,342	4,702,688	1,431,268	12,471,297	377,875	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

(注) 1.病院の診療科別の計算には、医療外損益、特別損失が含まれていたため、上表では医療外損益、特別損失を控除している。
2.医療損益の差額が30万円以上の診療科について、差異の原因を分析した。

④ 中央病院の計算結果と修正後の計算結果との差異の要因

※1:一般外科及び消化器外科の差異要因

中央病院の計算では、一般外科と消化器外科とを区別して計算しているが、実際には一般外科の患者は消化器外科の医師により診療されており、両者を区分する意味は無く、また、両部門のコストを区分することも困難である。

※2:心臓血管外科の人件費の差異要因

中央病院の計算結果では、心臓血管外科の人件費と材料費が過少に配賦されている。人件費については、本来、同科の医師は3名であるが、2名分の医師人件費しか配賦されていない(17 百万円の配賦不足)。1名分は、呼吸器外科との入り繰りとなっている。

※3:神経内科、整形外科、脳神経外科の人件費及び経費の差異要因

中央病院では、リハビリ部、放射線部等の費用の配賦にあたり、病院全体の総収入の比で配賦しているが、リハビリ部門等は特定の診療科に集中して使用されるコメディカル部門であるため、総収入を配賦基準とすることは適切ではない。今回の修正では、リハビリ部の費用はリハビリ収入の比で配賦するなどの修正を行った。修正の結果、人件費配賦額が神経内科で 25 百万円、整形外科で 34 百万円、脳神経外科で 31 百万円の過少であると判明した。

また、経費についても同様の基準で配賦されているため、過少配賦となっている。

※4:血液免疫内科の人件費及び差異要因

上記(※3)とは逆に、総収入は大きいリハビリ部門の使用が少ない血液免疫内科などは、リハビリ部門等の人件費が過大に配賦されている(16 百万円)。また、経費についても同様である。

※5:心臓血管外科、脳神経外科及び循環器内科の材料費の差異要因

心カテ室の診療材料が心臓血管外科で 19 百万円、脳神経外科で 10 百万円それぞれ配賦不足である。中央病院では、心カテ室の診療材料の配賦基準を、「循環器:放射線:心臓血管=8:1:1」としていたが、より適切な配賦基準と考えられるカテーテル件数の比での配賦に修正したところ、過少配賦であることが判明した。一方、循環器内科については、44 百万円の過大配賦であった。

※6:眼科の材料費の差異要因

中央病院では、手術室の一般診療材料費(診療科が特定できないもの)につい

て、手術件数で各診療科に配賦しているが、その結果、一般診療材料の使用は少ないが手術件数の多い眼科に診療材料費が過大に配賦される結果となっていた。今回、これを延べ手術時間を配賦基準に修正したところ、19百万円の過大配賦が判明した。

※7:麻酔科の person 費の差額要因について

麻酔科に所属する医師及び看護師は、主として手術患者に対して役務を提供しているため、今回の修正においては、その person 費をできる限り手術室に配賦することとしたため、差異が生じた。

2) 病院経営への診療科別原価計算の活用について(指摘事項)

前述のとおり、相当の時間をかけて病院では収支計算作業を行っているが、作成された「部門別・診療科別収支計算」は、院長等の経営管理者層への報告は行われていない。経営管理者層への報告がなされていないのは、診療科別収支計算に関して医師の理解が得られないことを危惧しているほか、診療科別収支計算の活用方法がよくわからないため、あるいは計算の正確性に自信がないため、としている。

しかしながら、自治体病院であろうとも、組織の経営者は、組織内の経営資源の無駄の排除、経営資源の適切な配分、あるいは効率的な組織運営に責任を有するのであり、組織内の経営資源の配分状況を示す診療科別原価計算の内容を検討し、より効率的な病院運営に資する責任がある。前述のとおり、病院が作成した「部門別・診療科別収支計算」の計算方法には一定の問題点はあるが、全体としての病院のコスト状況は概ね反映されていると考えられ、これを原価管理、利益管理、経営意思決定に利用することは可能と考えられる。

(イ) 経営に係る事業の管理に関する事項

1. 中央病院の役割と現状

(1) 自治体病院としての社会的役割と医療制度改革の動向

1) 自治体病院としての社会的役割

医療法第1条の3に基づき、国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するよう努める責務を有している。

そのため、各自治体は、医療計画制度を通じて医療サービスに係るルールを調整し、医療サービスの安全性や医療サービスへのアクセスの公平性を監視するとともに、自治体病院の設置を通じて直接医療サービスを提供している。

自治体病院は、それぞれの地域の実情に応じ、住民の医療を確保するため地方公共団体が自ら設置、経営しているものであり、その役割はそれぞれの病院の立地等医療環境により異なっているが、大まかに分類すると次のとおりである。

- ①高度医療を行う病院
- ②地域の医療水準の向上に資するような地域中核病院
- ③へき地医療を担う不採算地区病院
- ④成人病センター、がんセンターなどのように保健行政的な医療を行う病院
- ⑤精神病院など特殊な医療を行う病院

このように、自治体病院の役割は、高度・特殊・先駆的医療その他民間医療機関では提供できない或いは提供困難な医療の担い手といえることができる。

中央病院においても、現在地への移転改築を行う際に作成された「県立中央病院移転改築の基本構想」(石川県厚生部昭和48年)によれば、その機能を以下のように位置づけており、政策医療の担い手として期待されてきたことが分かる。

- ①当面の医療行政の重要施策である循環器疾患、小児及び救急に関する医療を重点的に扱う中枢機関としての機能をもたせることを主とし、その他一般疾患に対しては高度な専門的医療を行うものとする。
- ②臨床研究を強化し、さらに十分な研修の機能を備えるものとする。
- ③地域の医療機関との機能の連携と役割の分担に努め、とくに地域公立病院に対しては、その連携において中核的、指導的役割を果たすものとする。
- ④広域にわたる地域保健活動を効率的に行うため、必要とする特殊専門的診断、検査、調査及び情報の収集・管理を臨床活動と有機的関連のもとで行

い、将来は県レベルでの保健医療に関するデータバンク的機能を合わせもつものとする。

現在においても、中央病院は県内公的医療機関の基幹病院として、地域医療機関との機能連携や役割分担に努めながら、循環器医療、小児医療、がん診療及び救急医療等を重点に高度医療の確保と施設・設備の充実強化に努め、県民福祉の向上に寄与することを理念・基本方針としている。

理念：「私たちは、医療者としての倫理を守り思いやりの心を持って 24 時間より質の高い医療の提供を行い、安心・満足・信頼していただける病院をめざします」

基本方針：

- I 患者さん本位の医療の推進に努めます
 - ・患者さんの権利を遵守します
 - ・患者さんに対する十分な説明と同意のもとに医療を提供します
 - ・診療情報を積極的に開示します
- II 地域医療の確保に努めます
 - ・救急医療を充実します
 - ・地域医療機関との連携を強化します
 - ・医療・健康公開講座などを開設し、地域医療に貢献します
- III 医療水準の向上に努めます
 - ・高度・特殊・政策医療に取り組みます
 - ・新医師臨床研修機関として優秀な人材を育成します
 - ・研究・研修及び教育の機会を拡充します
- IV 安全管理の徹底に努めます
 - ・施設・設備を適正に管理・運用します
 - ・チーム医療を推進します
 - ・安全教育を強化します
- V 健全経営の確保に努めます

また、この理念・基本方針に基づき、平成 15 年度～平成 19 年度にかけての中期経営計画が作成され、実行に移されている。

石川県でも、この中期経営計画に基づき負担・補助金を予算化し、その後押しを行っている。

(中央病院平成 17 年度主要施策と県予算)

(1) いしかわ総合母子医療センターの整備	176,591 千円	(146,000 千円)
(2) 医療情報総合システムの導入	630,000 千円	(5,000 千円)
(3) 高度医療機器の整備	165,000 千円	(355,000 千円)
(4) 救急医療の確保	317,792 千円	(318,429 千円)
(5) 内視鏡センターの整備	26,000 千円	(- 千円)
(6) 施設の整備	102,412 千円	(118,798 千円)

()内の数値は平成 16 年度予算金額

上記より、平成 17 年度は救急医療の確保に、継続的に重点を置いていることがわかる(三次救急医療体制の県の中核的存在)。

また、突出した予算として医療情報総合システムの導入があるが、これは、内容的にはオーダーリングシステム、電子カルテシステムの導入であり診療機能充実のための IT 化の促進を目的としている。

2) 医療制度改革の動向

わが国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっている。

わが国の医療提供体制における課題として、「21 世紀の医療提供の姿」(厚生労働省平成 13 年 9 月)の中では下記事項が指摘された。

①医療提供体制の効率性

我が国の医療提供体制は、病院については、諸外国に比べ人口当たりの病床数は多いが、全体としてみれば、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数が長い現状にある。また、機能分化が十分に進んでいないことから、専門的な治療等について、個々の医療機関における技術の集積が進みにくい現状にある。このため、全体として重点化・効率化を進めることが課題となっている。また、

医療機関の地域偏在、公的医療機関等の役割の明確化等の課題も指摘されている。

②競争が働きにくい医療提供体制

医療については、患者保護の観点から広告が規制されていることに加え、客観的情報も不足し、患者が医療機関を選択しにくい状況にある。このため、患者の選択を通じた医療機関相互の競争が働きにくくなっている。

③国民の安心できる医療の確保

近年の医療安全や、小児救急をはじめとした救急時の医療など、安心できる医療の確保への要請が強い。また、診療内容や治療の選択肢に関する情報や、他の医師・歯科医の意見を求めることなどへの患者ニーズが増大している。

④医療提供に共通する情報基盤等の近代化・効率化

医療におけるIT化の推進や病名等の用語・様式等の標準化が遅れており、医療サービスに関する比較可能な客観的情報の提供を困難にし、医療の近代化・効率化を結果として妨げているという指摘がある。また、医療経営に関する近代化・効率化が課題となる中で、関連制度の再検討も課題となっている。

これを受けて、平成15年8月に「医療提供体制の改革のビジョン」(厚生労働省)がまとめられ、医療提供体制の改革の方向性を次のように示している。

①患者の視点の尊重

- ・医療に関する情報提供の推進
- ・安全で、安心できる医療の再構築

②質が高く効率的な医療の提供

- ・質の高い効率的な医療提供体制の構築
- ・医療を担う人材の確保と資質の向上

③医療の基盤整備

- ・生命の世紀の医療を支える基盤の整備

この中で病院経営に重要な影響を及ぼす項目である「質の高い効率的な医療提供体制の構築」では、将来像のイメージと当面進めるべき施策として下記事項を記載している。

将来像のイメージ

- ・患者の選択を通じた医療の質の向上と効率化
- ・医療機関の機能分化と連携

- ・急性期医療の効率化・重点化と質の向上、一般病床の機能分化
- ・長期療養のための療養環境の向上
- ・かかりつけ医等の役割と在宅医療の充実
- ・地域で充足する医療
- ・医業経営の近代化、効率化

当面進めるべき施策

- ①医療機関の機能分化・重点化・効率化
 - ・一般病床と療養病床の区分の推進
 - ・機能分化の推進
 - ・病診連携、地域医療連携等の推進
- ②地域における必要な医療提供の確保
 - ・救急医療体制等の整備
 - ・小児医療等の充実
 - ・へき地医療の確保
 - ・がん対策の推進
 - ・精神医療の充実
 - ・公的病院等の在り方
 - ・終末期医療の在り方
- ③医業経営の近代化・効率化

これらの中には、既に改革に着手されたものもあれば、現在検討が進められているものもあるが、医療の質を高めるために平成 16 年 4 月 1 日より導入された、臨床研修制度の義務化により医師が都市部へ集中し、地域での医師不足に拍車をかける結果になっていることは、最近の報道でも論じられているところである。

とりわけ「公的病院等の在り方」に関する記述については、自治体病院に直接影響を及ぼす内容となっている。

「公的病院等の在り方」

- ・二次医療圏などに、公的病院等、民間医療機関、行政機関などの関係者の協議の場を設置した上で、医療計画において、二次医療圏における公的病院等の特定の役割や医療機関相互の連携方策等を定め、地域の実情に則して公的病院等の在り方を根本的に見直し、必要に応じ病床数を削減する。
- ・公的病院等の会計基準を見直すことにより、民間の病院と比較可能な財務分析を行い、積極的な財務情報の提供を推進し、公的病院等の運営の効率化を

促進する。

これらは、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」にも見て取れる。

当該検討会の「医療サービスの質の向上と効率化に向けた医療計画制度の弾力的運用方策(案)」では以下の方策提示がなされている。

方策1

小児救急医療など地域で必要な医療を確保するための医療計画制度の弾力的運用

方策2

地域で必要な医療を支援するための公立病院の病床の有効活用措置

方策3

医療機関における人員配置状況の情報開示と改善に向けた検討

方策2は、公立病院の年間平均病床利用率(一般病床、療養病床に限る)が50%を下回る場合に当該病院の許可病床数を減少させ、同時に地域で必要な医療のために病床の再配分を行おうというものである。対象病院を公立病院としているのは、地域で必要な医療を担う提供主体を官から民へ加速するためである。

中央病院の病床利用率は50%を上回っており、即座に対象となる訳ではないが、地域で必要な医療を提供する役割が今後改めて問われる可能性を示唆しているものといえよう。

また、「医療制度構造改革試案」(平成17年10月 厚生労働省)では、以下の提言がなされている。

I 予防重視と医療の質の向上・効率化のための新たな取組

(1)生活習慣病予防のための本格的な取組

(2)患者本位の医療提供体制の実現

①医療計画制度の見直しや地域における高齢者の生活機能の重視

<p>②医療に関する積極的な情報提供</p> <p>医療計画の内容の地域住民への周知を徹底するとともに、医療機関に関する情報提供の制度化、医療機関等が広告可能な事項の拡大等により、患者・国民の医療機関の選択を支援する等</p> <p>③根拠に基づく医療（EBM）の推進</p> <p>④医療法人制度改革</p> <p>⑤医療安全対策の総合的推進及び医療従事者の資質向上</p> <p>⑥地域・診療科による医師偏在問題への対応</p> <p>(3)都道府県医療費適正化計画（仮称）との整合性の確保</p>
<p>II 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進</p>
<p>(1) 中長期的な医療費の適正化</p> <p>(2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等</p>
<p>III 都道府県単位を軸とする医療保険者の再統合等</p>
<p>(1) 国民健康保険</p> <p>(2) 被用者保険</p> <p>(3) 地域の関係者が連携して行う医療費適正化に関する取組</p>

I (2)において、医療計画制度の見直しの他、広告規制緩和の位置付けで医療機関の情報提供が検討されている。医療計画による自治体の開示制度の充実を経て、各医療機関の情報開示になると見込まれるが、医療機関が患者に選別される時代への本格的な突入と言えよう。この点は、平成 18 年 2 月 10 日に閣議決定された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」の要綱においても明示されている。

第一 改正の趣旨

良質な医療を提供する体制を確立するため、都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の導入等医療に関する選択に資する情報の提供の推進、医療の安全を確保するための体制の整備、医療計画制度の拡充・強化等を通じた医療提供体制の確保の推進、地域における医療従事者の確保の推進、非営利性の強化等医療法人に関する制度の見直し、行政処分を受けた医師等に対する再教育制度の創設等医療従事者の資質の向上等の措置を講ずること。

(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案要綱より)

どのような指標が開示要求されるかは、医療法改正案第6条の3第1項において厚生労働省令に委ねられているために現時点で不明であるが、然るべき準備・対応が必要となろう。

また、自治体病院を含むすべての医療機関の収入を決定する診療報酬制度においても、賃金・物価の動向や厳しい経済動向を反映して、近年はその引き下げ改定が続いており、平成18年度については過去最大の引き下げとなる予定である。

	平成14年度	平成16年度	平成18年度
本体報酬	△ 1.3%	0.0%	△ 1.36%
薬価・材料	△ 1.4%	△ 1.0%	△ 1.8%
合計	△ 2.7%	△ 1.0%	△ 3.16%

(注)平成18年度については、平成17年12月18日の政府方針決定による。

このような診療報酬のマイナス改定の下では、漫然と従来どおりの経営を行っているだけの医療機関は立ち行かなくなることは明らかであり、経営の合理化・効率化を継続的に進めていくことが求められている。

3) 自治体病院に求められている対応

医療提供体制に関する改革の重点は、機能分化と連携強化により医療の質を確保しながら効率性を高める点にあり、自治体病院は率先してその範となることが期待されている。

今後は、これまで以上に地域で求められている自らの役割を再認識し、その強化に努める一方で、病床過剰地域などを中心に地域が真に必要とする医療サービスを提供する医療機関の参入を阻害することがないように対応していく必要がある。

また、自治体病院は、このような公共性の観点の他、地方公営企業として経済性の追求も併せて求められている。

しかし、地方公営企業年鑑(平成15年度)によれば、平成11年度から平成15年度までの5年間に関しては、自治体病院全体の医業収支比率(医業収益/医業費用)は90%~92%と大幅な赤字が続いており、厳しい財政運営を行っている各自治体にとって非常に大きな負担となっている。

いわゆる三位一体の改革の基本的方向の中で国から地方への税源委譲が実現すれば、住民は今まで以上に、自治体の税の使い道に対し厳しい目を向けることになる。公共性の高い自治体病院といえども、重複投資がなされたり、赤字だからといって理屈なしに病院会計に繰り出すようなことには、批判を伴うことは当然である。

今後は、より一層の経営効率化に努めるとともに、一般会計からの繰り出しについても住民の理解の得られる公共性の高いものであることを説明していくことが必要となる。

なお、病院については、診療報酬による収入体系等経営構造が病院間で同じであり、他の事業と比べても企業間比較を行いやすい環境にあるため、民間の病院や他の黒字自治体病院との対比を行うことにより、改善すべき事項を洗い出すことも有効と考えられる。

自治体病院に対する社会的な役割期待を踏まえて、以下では、中央病院がこのような役割期待に現実にはどの程度応えられているかに関して診療圏分析、地域連携の状況を検討するとともに、決算書分析を通じて経済性の観点からも考察を行うこととする。

(2) 診療圏分析

1) 石川県の医療圏

石川県は、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するための、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的単位である「医療圏」を以下のように設定している。

① 二次医療圏

特殊な医療を除く一般の医療需要に対応するために設定する区域

医療圏名	構成市町村	面積 (km ²)	人口 (人)	人口密度 (人/km ²)
南加賀	小松市、加賀市、山中町、根上町、寺井町、辰口町、川北町	775.73	237,184	305.76
石川中央	金沢市、松任市、美川町、鶴来町、野々市町、河内村、吉野谷村、鳥越村、尾口村、白峰村、津幡町、高松町、七塚町、宇ノ気町、内灘町	1,432.08	704,530	491.96
能登中部	七尾市、羽咋市、富来町、志雄町、志賀町、押水町、田鶴浜町、鳥屋町、中島町、鹿島町、能登島町、鹿西町	847.47	149,940	176.93
能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、門前町、能都町、柳田村、内浦町	1,130.11	89,323	79.04
計		4,185.39	1,180,977	282.17

(注) 出典は「第4次石川県保健医療計画」(平成14年4月)。構成市町村名は、保健医療計画策定時の表記である。

② 三次医療圏

先進的な技術や特殊な医療機器の使用など、特殊な医療需要に対応するために設定する区域 一県全域—

2) 基準病床数

基準病床数は、医療法第30条の3第2項第3号の規定に基づき、病床の適正配置を促進し、効率的な医療提供体制を確立するために設定するものである。

療養病床及び一般病床については二次医療圏の区域ごと、精神病床、結核病床及び感染症病床については県の区域ごとに算定している。

病床種別	区域	基準病床数	既存病床数 (平成17年3月31日)	過不足病床数
療養病床 及び 一般病床	南加賀	床 2,485	床 2,927	床 442
	石川中央	8,776	10,159	1,383
	能登中部	1,796	1,870	74
	能登北部	1,057	1,099	42
	計	14,114	16,055	1,941
精神病床	県全域	3,457	3,899	442
結核病床	県全域	163	142	△21
感染症病床	県全域	18	18	0

(注) 基準病床数の出典は「第4次石川県保健医療計画」(平成14年4月)であり、既存病床数は石川県医療対策課資料である。

3) 医療機関の役割分担

石川県では、初期医療から二次、三次医療に至る各医療機関の役割分担と連携強化を図っている。各医療機関の役割は以下のように位置付けられている。

① 初期医療

初期医療とは、風邪を引いたとか、肩が凝るなどといった日常の疾病を対象とする医療であり、住民に身近な開業医が初期医療機関として位置付けられる。

② 二次医療

二次医療とは、比較的専門性の高い外来医療や、一般的な入院医療を対象とする

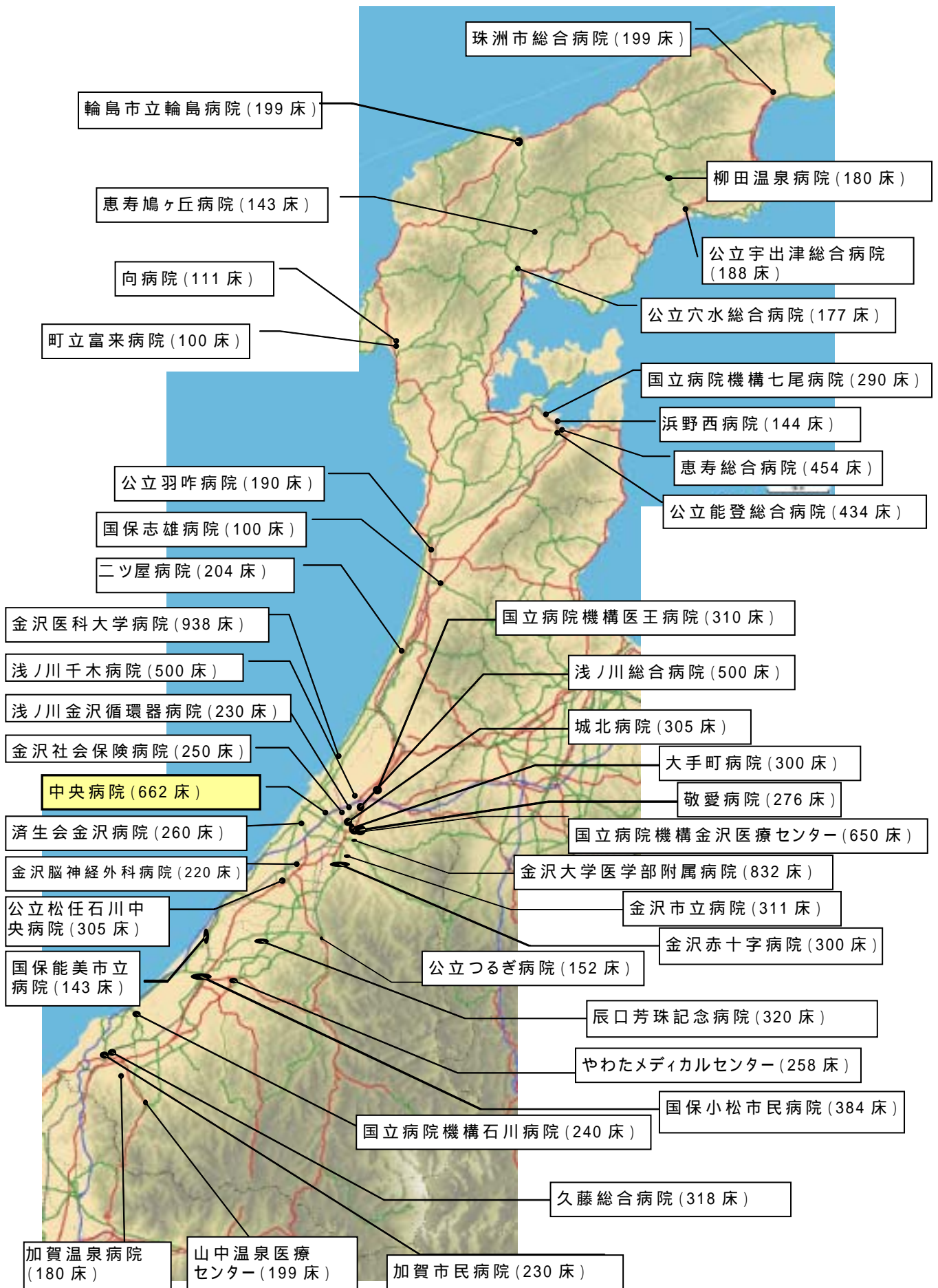
医療であり、入院施設のある病院が二次医療機関として位置付けられる。

③ 三次医療

三次医療とは、脳卒中や心筋梗塞などの生命が危険な状態にある患者や、集中治療室での治療が必要な小児や未熟児などを対象とした高度、特殊、専門的な医療であり、石川県においては金沢大学医学部附属病院、金沢医科大学病院、国立病院機構金沢医療センター及び中央病院が三次医療機関として位置付けられている。

4) 石川県内の主要医療機関

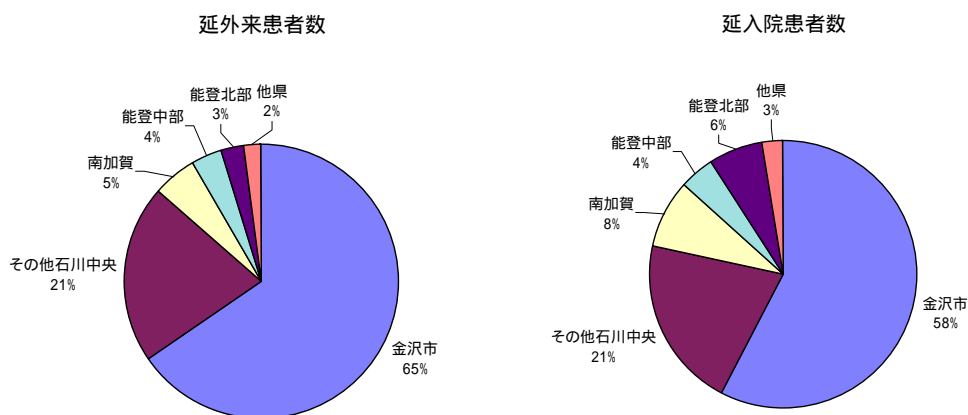
(注)石川県内の病床数 100 床以上の病院を中心に重要と思われる医療機関を抽出した。(主として精神病床である病院は除く)



5) 中央病院の診療圏の設定

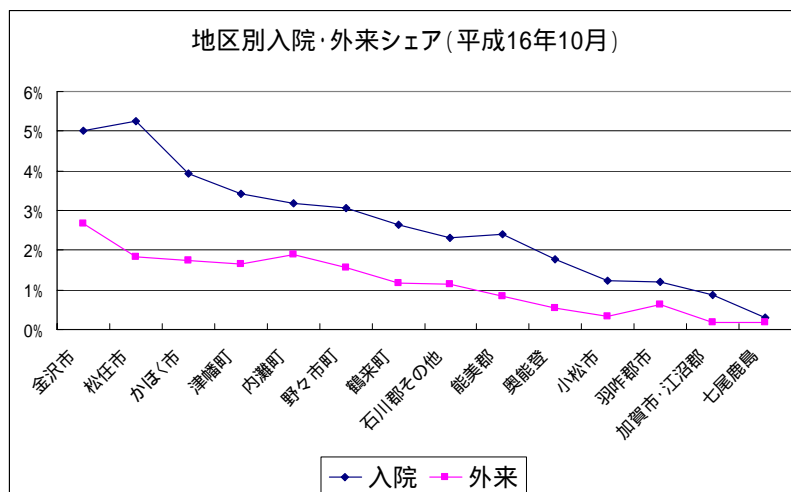
① 地域別患者数

中央病院の直近の患者統計資料によれば、平成16年度の外来患者の87%及び入院患者の79%は、石川中央(二次医療圏)在住者である



② 地区別患者シェア

中央病院が所在する金沢市及び周辺市町村におけるシェアが相対的に高く、距離が離れるにつれシェアが低くなっている。ただし、比較的医療機関が充実している七尾鹿島地区でのシェアが低い一方で、距離的には離れているものの、高度急性期医療を行う医療機関が少ない奥能登地区でのシェアは高い。



(注)各地区の推定患者総数は、市町村別人口(年齢階層別、男女別)に受療率(厚生労働省「患者調査(平成14年10月)」)を乗じて算定している。

各地区の中央病院患者数は、地区別患者数(入院・外来、中央病院経理課資料)を用いている。

③ 診療圏の設定

上記①②より、中央病院の診療圏は石川県全県に及んでいるものの、主として石川中央(二次医療圏)と考えられる。

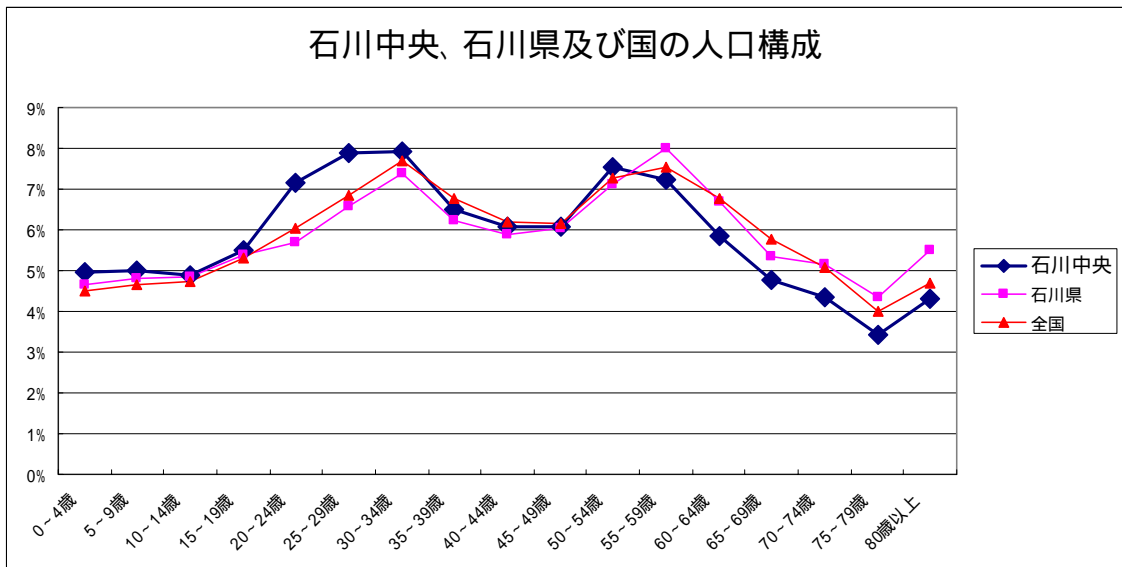
診療圏の分析を行うに際しては、石川中央を対象とする。

6) 診療圏の特徴

① 人口構成

石川中央は、金沢市及びその周辺地域(白山市、かほく市、野々市町、津幡町、内灘町)であり、人口は石川県の60%を占めている。

石川中央の人口構成比を全国平均及び石川県と比較すると、幼年期及び20歳～40歳程度の人口の占める割合が高く、60歳以上の人口構成比が低い。



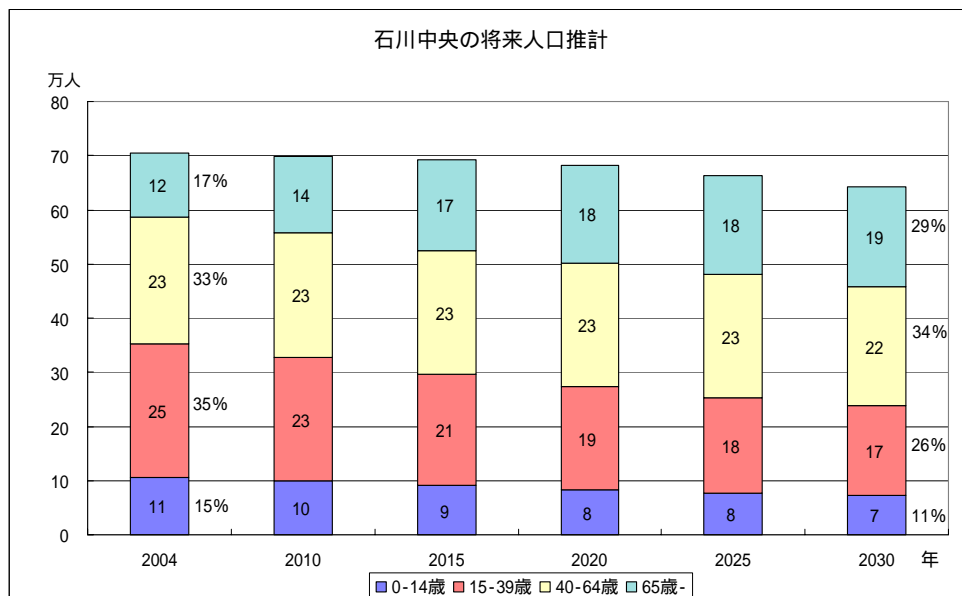
出所:総務省統計局「国勢調査」(平成16年10月)

石川県「市町村別、年齢別、男女別人口」(平成16年10月)

7) 将来人口及び将来患者数の推定

① 将来人口

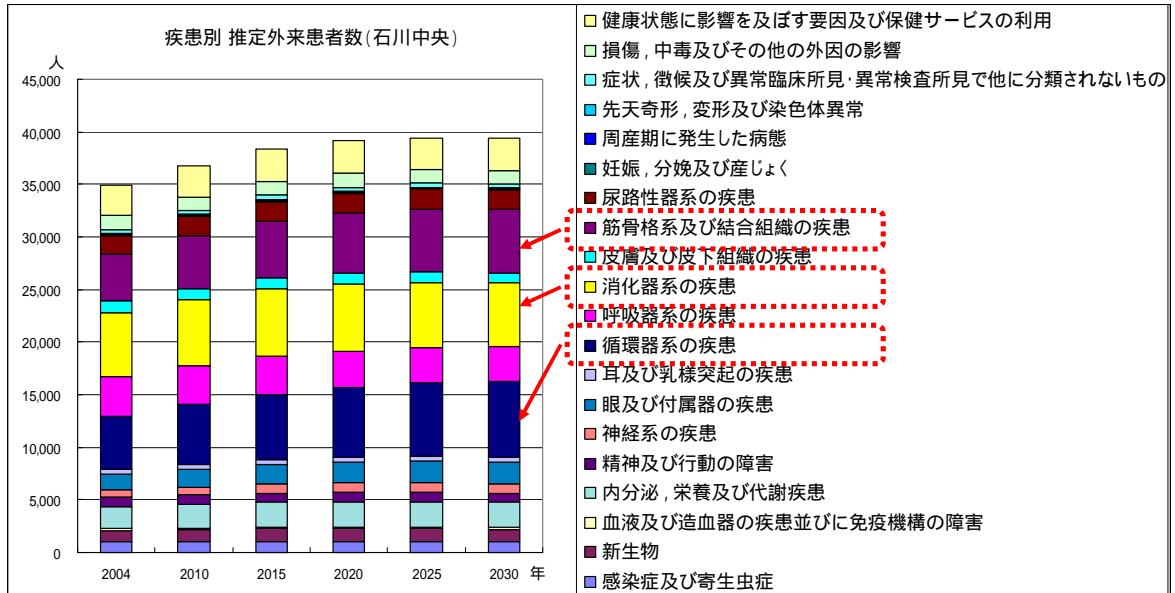
石川中央の人口は減少傾向であると推定されている。ただし、65歳以上の人口は増加し続け、2030年には全体の29%を占めるに至ると推定されている。



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」（平成15年12月推計）

② 将来患者数(外来)

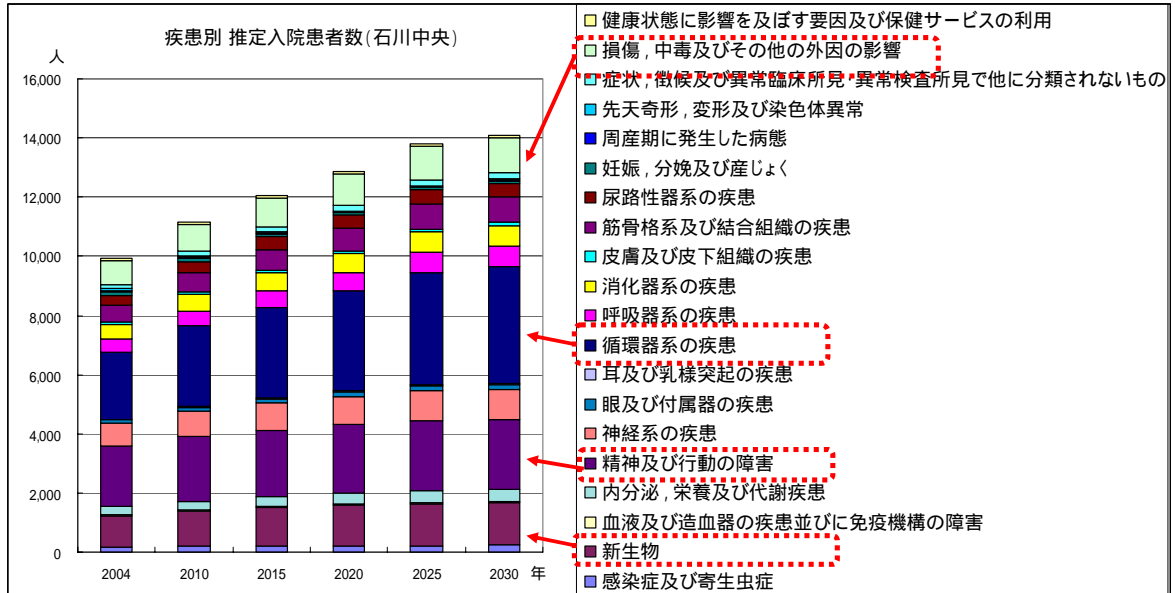
人口は減少するものの、高齢者の増加に伴い当面は外来患者数は増加すると推定される。疾患別には、循環器系及び整形外科系の患者増加が顕著である。



前出の国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(平成15年12月推計)に、
受療率(厚生労働省「患者調査」(平成14年10月))を乗じて算出した。

③ 将来患者数(入院)

人口は減少するものの、高齢者の増加に伴い入院患者数は増加すると考えられる。特に高齢者に多い循環器系の疾患による入院患者の増加が大きい。

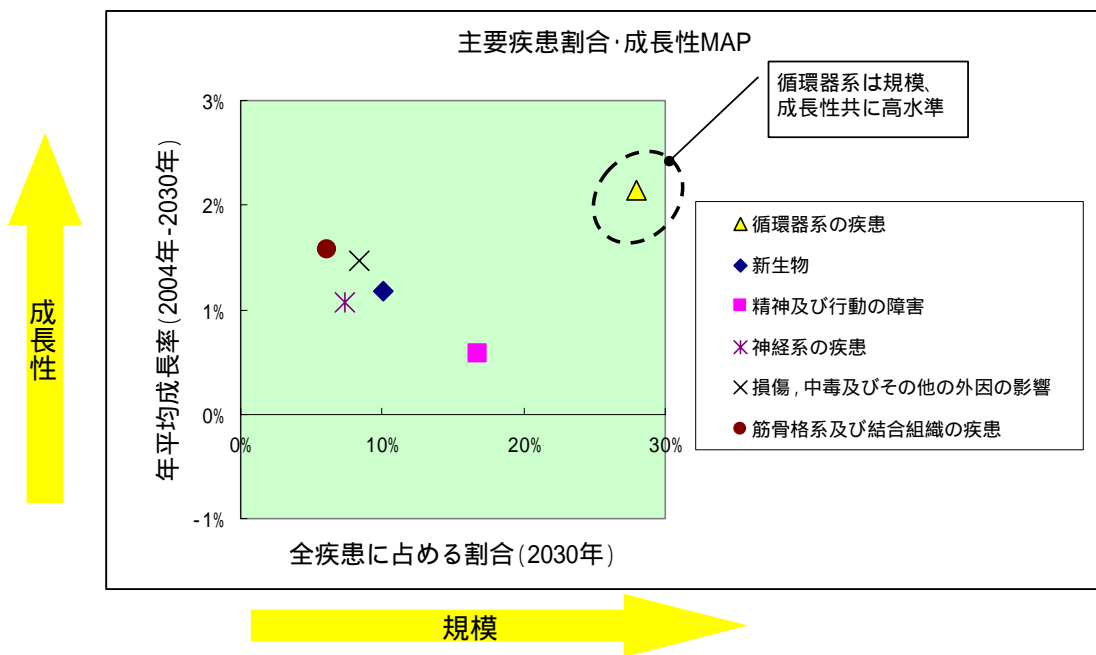


前出の国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(平成15年12月推計)

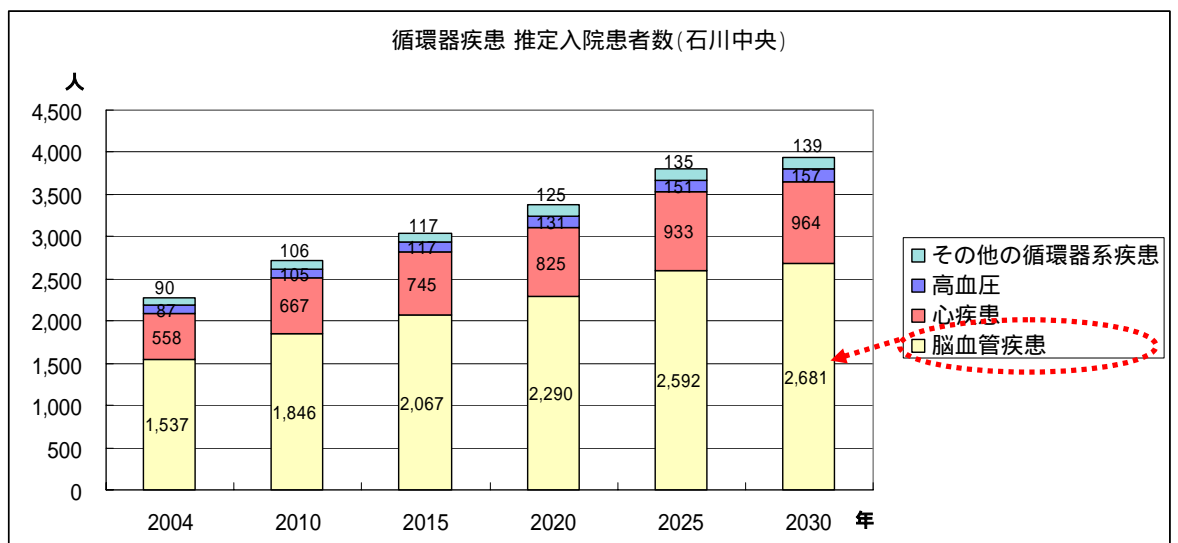
に、受療率(厚生労働省「患者調査」(平成14年10月))を乗じて算出した。

上記の将来入院患者の推定結果のうち、比較的規模の大きな疾患である新生物、精神、循環器等について、2030年における患者規模と2004年から2030年までの平均成長率でプロットしたものが下図である。

主要な疾患はいずれも成長率がプラスとなっているが、中でも循環器系は規模、成長率ともに大きく、今後の受療ニーズが増加するものと考えられる。



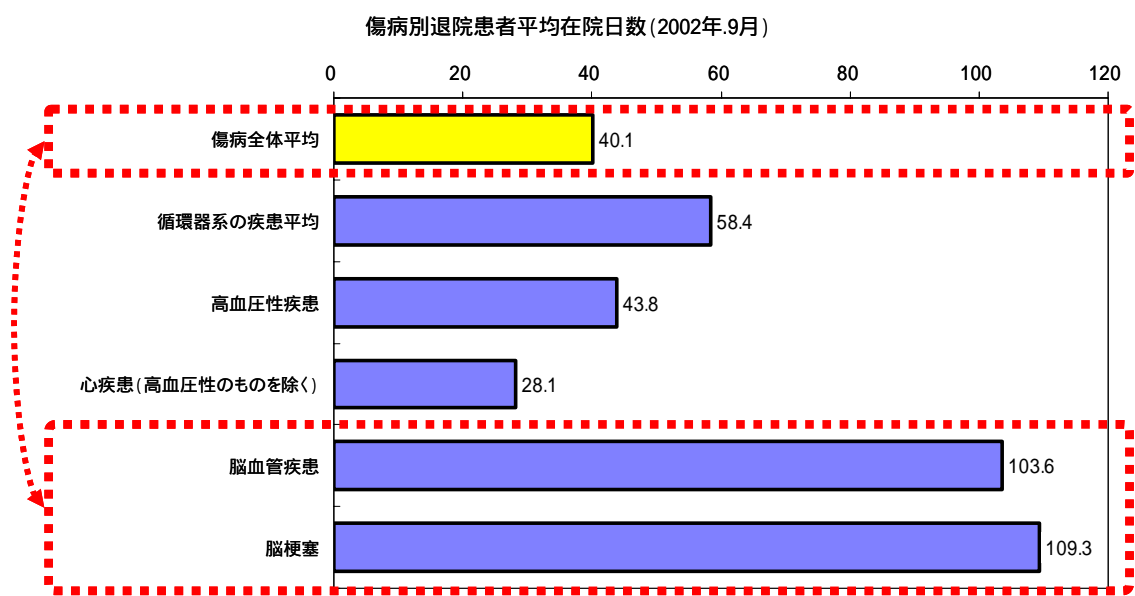
受療ニーズが高まると予想される循環器疾患による入院患者の中でも特に脳梗塞をはじめとする脳血管疾患による入院患者数が増加すると推定される。



前出の国立社会保障・人口問題研究所「日本の市区町村別将来推計人口」(平成15年12月推計)

に、受療率(厚生労働省「患者調査」(平成14年10月))を乗じて算出した。

なお、脳梗塞をはじめとする脳血管疾患患者は麻痺症状などにより早期退院が困難な場合が多く、平均在院日数が長くなることから、延入院患者数に占める割合が大きくなっているという面もある。



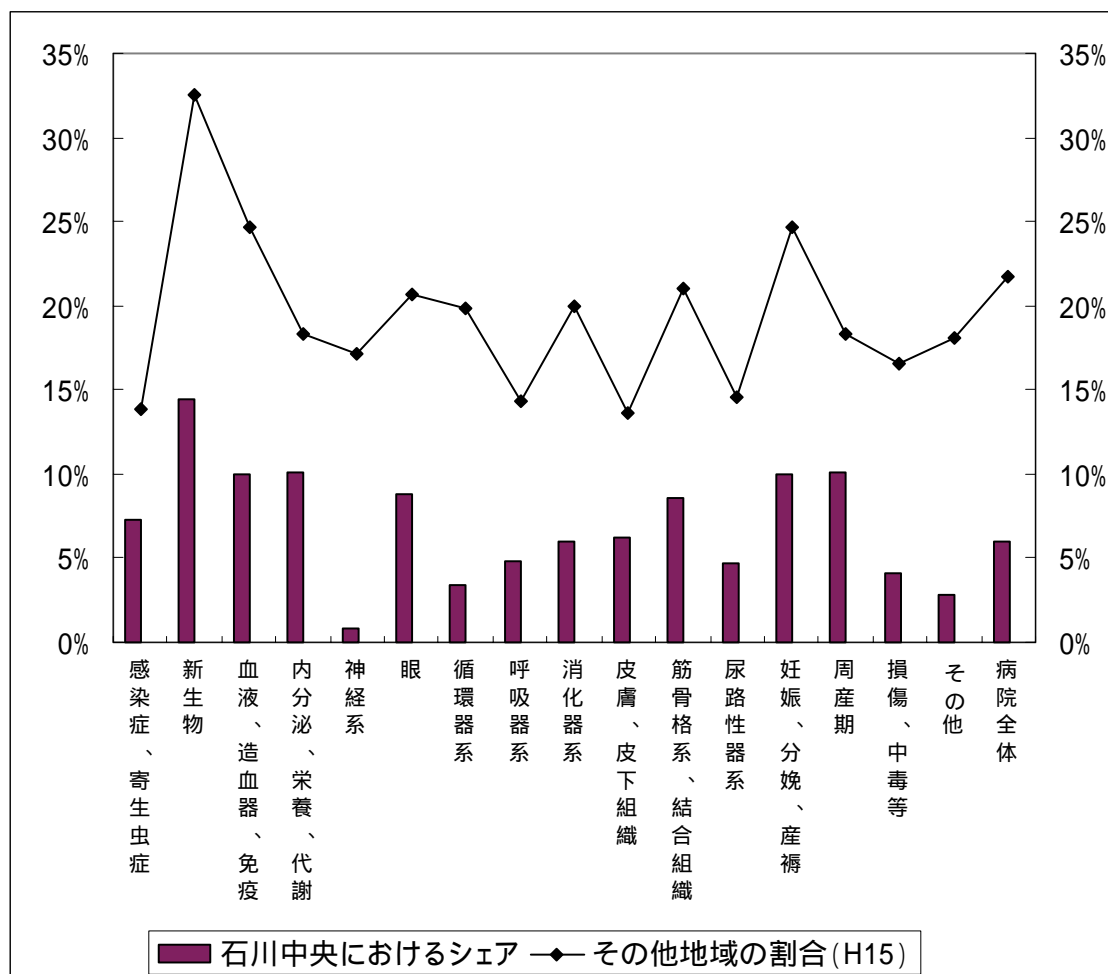
出所:厚生労働省「患者調査」(平成 14 年 10 月)

8) 疾患別の状況

① 診療圏における疾患別の状況

下グラフでは、平成 16 年 10 月における石川中央内の延入院患者数疾患別シェアを棒グラフで、平成 15 年(1 月～12 月)における各疾患別の実退院患者に占める石川中央以外の割合を折れ線で示したものである。

棒グラフは、診療圏である石川中央内での競争力を示しており、折れ線は診療圏の広さを示している。



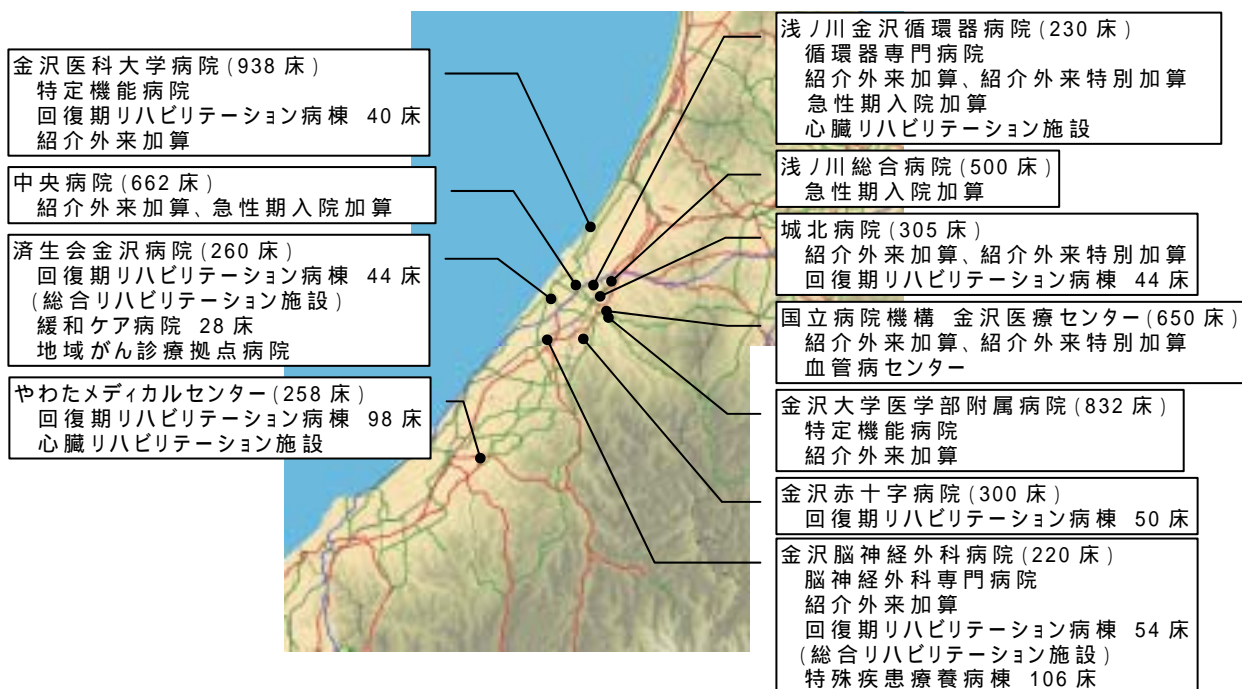
◆ 循環器系

今後受療ニーズが高まることが予想される「循環器系」については、石川中央におけるシェア及びその他地域の割合ともに全体平均を下回っている。これは、受療ニーズが大きいことから県内の各病院が循環器系の専門病院及び専門病床を運営しているため、相対的にシェアが低くなっているものと考えられる。

前述のように、循環器系の大半を占める脳血管疾患患者については、麻痺症状が残ることからリハビリテーション医療が重視されている。

中央病院が循環器系での競争力を高めるためには、回復期リハビリテーション病棟の設置やリハビリテーション施設の改善（総合リハビリテーション施設化）などの対応が必要と考えられる。

(循環器系疾患に力を入れている主要な病院)



◆ 新生物

「新生物」については、石川中央におけるシェア及びその他地域の割合ともに高い水準にあり、石川県内のがん診療において重要な役割を果たしている。

平成 15 年における、全疾患の退院患者に占める死亡者数が 3.9% に対しがんの退院患者に占める死亡者数は 11.2% (220 名) と高い水準となっている。

がん診療の中核病院として今後も競争力を高めていくためには、治癒を目的とした治療が有効でなくなった患者に対する緩和ケア医療の供給体制を確立することが求められる。

石川県内の緩和ケア病床は済生会金沢病院が運営する 28 床しかなく、末期がん患者に対する終末期医療の強化が望まれる。

◆ 筋骨格系及び結合組織

整形外科系の疾患である「筋骨格系及び結合組織」については、石川中央におけるシェアは平均を上回っており、その他地域の割合は平均程度となっている。当該疾患についても循環器系と同様に、患者数の増加を図るためにはリハビリテーション機能の強化が求められる。

◆ 妊娠、分娩、周産期医療

「妊娠、分娩、産褥」及び「周産期」については、石川中央におけるシェアは平均を上回っており、その他地域の割合は平均程度となっている。

なお、平成17年10月に整備されたいしかわ総合母子医療センターの稼動により、周産期医療の供給体制の強化が図られている。

(3) 病診連携の状況

1) 概要

上記診療圏分析でも記述したように、中央病院は三次医療を担う病院として機能することが期待されている。我が国の医療政策においても、医療の機能分化は強力的に推進されており、三次医療機関は一次、二次医療機関と連携していくことが望まれている。

医療政策の一環である診療報酬制度においても、紹介率による報酬区分を行って機能分化を誘導しており、以下のように紹介率によって算定される診療報酬に差異が設けられている。なお、ここで紹介率とは以下のように算出する。

$$\frac{\text{文書により紹介された患者の数} + \text{救急用自動車で搬送された患者の数}}{\text{初診患者の数(時間外・休日又は深夜に受診した6歳未満小児は除く)}} \times 100$$

【外来】

●初診料加算

区分	紹介率	紹介患者加算
紹介患者加算1	80%以上	400点
紹介患者加算2	60%以上	300点
紹介患者加算3	50%以上	250点
紹介患者加算4	30%以上	150点
紹介患者加算5	20%以上	75点
紹介患者加算6	20%未満	40点

(注)紹介患者加算1、2は特定機能病院、地域医療支援病院のみが対象である。

【入院】

●紹介外来加算、紹介外来特別加算

	紹介外来加算	紹介外来特別加算
	200床以上、紹介率30%以上	
		入院外来比1.5以下
特定機能病院以外の場合	100点	左記に50点を加算
特定機能病院の場合	140点	左記に50点を加算

(注)いずれも1日当たり(14日を限度)

下記の急性期入院加算、急性期特定入院加算を同時に算定することは可能であるが、その場合には差額のみ加算

●急性期入院加算

紹介率:30%以上(紹介患者加算1~4の届出が必要)

加算額:1日につき155点(14日を限度)

その他:平均在院日数17日以内、医療安全管理体制の基準を満たしていること等の要件が必要

●急性期特定入院加算

紹介率:30%以上(紹介患者加算1~4の届出が必要)

加算額:1日につき200点(14日を限度)

その他:急性期入院加算よりも厳しい施設基準をクリアすることが必要

2) 中央病院の現況

①紹介率の推移

中央病院は、平成16年4月1日から地域医療連携室を設けて病診連携を強化しており、紹介率は以下のとおり推移している。

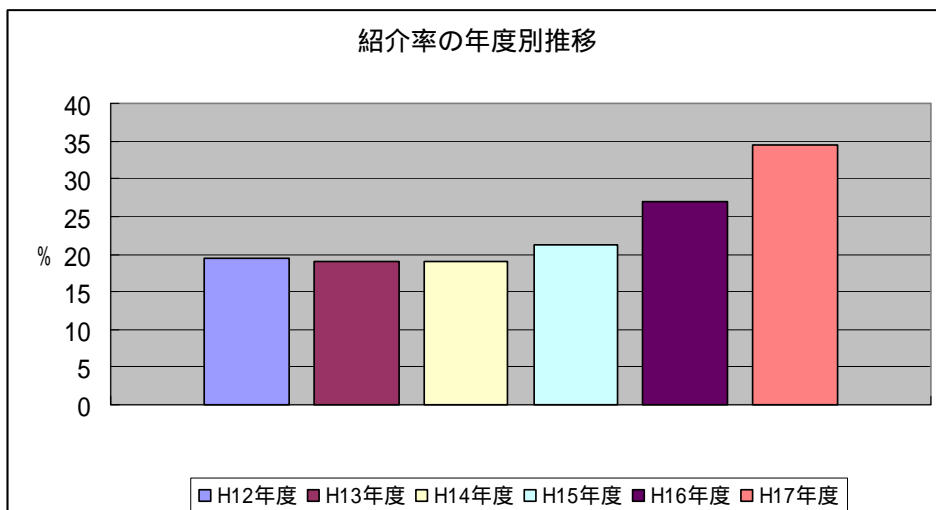
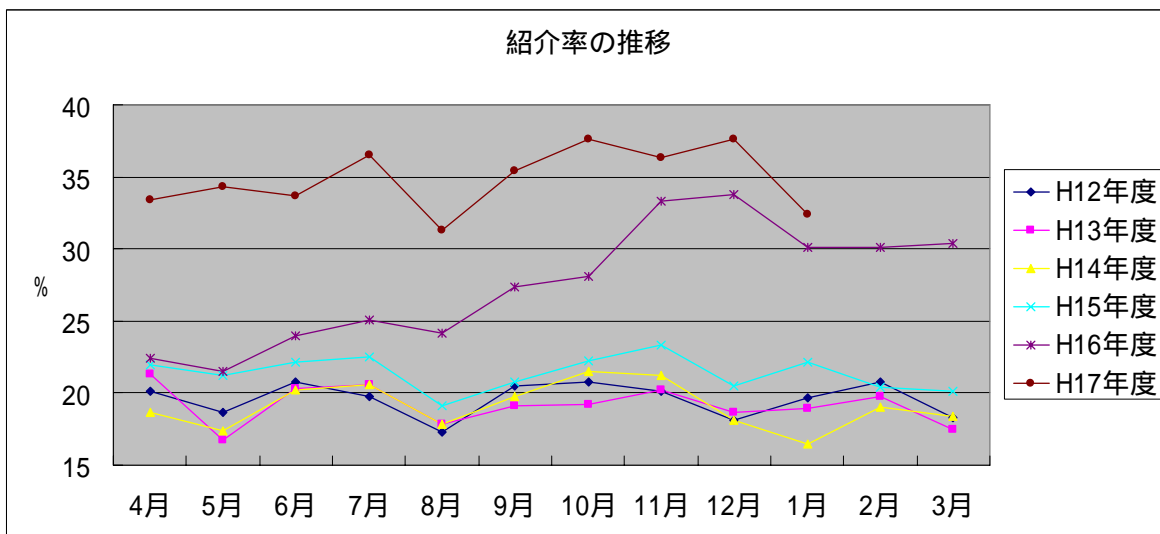
(単位:%)

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
4月	20.1	21.3	18.7	22.0	22.4	33.4
5月	18.7	16.7	17.4	21.2	21.5	34.3
6月	20.8	20.3	20.2	22.1	24.0	33.7
7月	19.8	20.6	20.6	22.5	25.1	36.5
8月	17.3	17.8	17.8	19.1	24.2	31.3
9月	20.5	19.1	19.8	20.8	27.4	35.4
10月	20.8	19.2	21.5	22.2	28.1	37.6
11月	20.1	20.2	21.2	23.3	33.3	36.3
12月	18.1	18.7	18.1	20.5	33.8	37.6

(単位:%)

	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
1月	19.7	18.9	16.5	22.1	30.1	32.4
2月	20.8	19.8	19.0	20.4	30.1	
3月	18.3	17.5	18.4	20.1	30.4	
計	19.5	19.1	19.0	21.3	26.9	

(地域医療連携室作成資料)



平成 16 年度以降は着実に上昇しており、平成 17 年 3 月から急性期入院加算を算定しているものの、決して高い水準にあるとはいえない。

②紹介率の水準

全国公私病院連盟による平成 16 年 6 月(単月)における、紹介率の病院分布は次のとおりである。

紹介率階級	総数	~9.9%	10.0 ~19.9	20.0 ~29.9	30.0 ~39.9	40.0 ~49.9	50.0 ~59.9	60.0 ~69.9	70.0 ~79.9	80.0 ~89.9	90.0 ~99.9	100.0%
総数	1,069	232	299	187	208	87	29	11	8	1	4	3
自治体	622	153	175	104	112	43	17	7	5	1	3	2
都道府県・指定都市	191	23	40	36	44	22	11	6	4	1	3	1
市町村・組合	431	130	135	68	68	21	6	1	1	0	0	1

(表中の数字は病院数であり、上から全病院、自治体、自治体を都道府県・指定都市、市町村・組合毎に区分して記載したものである。)

また、中央病院が平成 17 年 3 月(単月)を基準として調査した近隣病院の紹介率は、次のとおりである。

病院名	紹介率(%)
中央病院	30.4
金沢大学医学部附属病院	49.1
富山県立中央病院	38.0
国立機構病院金沢医療センター	37.9
金沢医科大学病院	33.6
福井県立病院	26.8

③紹介患者の分析(意見)

中央病院の集計結果によれば、平成 16 年度の紹介件数は 1,027 医療機関で 7,182 件であった。この内上位 10 医療機関からの紹介が 1,006 件となっており、全紹介元医療機関の 0.97%から 14.00%の紹介を受けていることになる。

さらに、上位 10 件のうち診療所は 5 件で、これらは全て中央病院近隣に位置しており、現在の紹介患者は近隣診療所との距離的關係への依存度が高いことが窺える。診療圏分析において、患者のシェアが石川中央に偏った傾向にあったことが、ここで裏付けられていると考えられる。

紹介患者の統計は、毎月医事課が単月ベースで診療科別に算定し、院長、副院长、医師、コメディカル、看護師により構成される運営連絡会議で提出しているものの、診療科別や時系列に推移を分析するには至っていない。三次医療機関として、県内全域から広く紹介患者を受入れる上では、地域別あるいはどの医師宛の紹介が多か

った等の分析を加えて紹介率を一層上げていくための要因を追究していくことが望まれる。

④中央病院が実施したアンケート

中央病院は、平成 16 年 2 月 17 日から 3 月 15 日の期間に県内の病院、診療所 838 箇所に対してアンケートを実施している(回収率 52%)。

アンケートは記名式で以下のように行われた。

当院との医療連携を進めるにあたり、ご意見をお聞かせ下さい。

1) 患者の紹介に際して、現在どのようなことに不満をお感じですか。(複数選択可)

1. 当院との連絡がとりにくい。(紹介の窓口が分からない)
2. 紹介患者を断られたことがある。
3. 紹介患者の経過報告をしてくれない。
4. 紹介したが、患者からのクレームがあった。
5. 逆紹介をしてくれない。
6. 紹介患者の状況を知らせてもらえない。(どこに行ったかわからない)。
7. 紹介したが、担当する医師がいなかった。
8. 紹介に必要な病院の情報がわからない。
9. 特に不満を感じたことはない。
10. その他()

2) 患者さんを紹介する際、どのようにして連絡をとることが最も多いですか。

1. 医師と直接連絡をとる。
2. 外来看護師に連絡する。
3. 医師と連絡の上紹介状を持たせる
4. 紹介状を直接患者に持たせる。
5. 紹介状を直接送付する。
6. E-mail で送る
7. 看護部長に連絡をする
8. その他()

3) 患者を紹介する理由として、最も多い理由はどのようなものでしょうか。

1. 患者の症状が自分の専門外のため。
2. 自院で必要な検査ができないため。
3. 自院で必要な治療ができないため。
4. 手術など入院加療が必要なため。
5. 患者の希望があるため。
6. その他()

4) 逆紹介患者の受入れに際して、どのようなことに不満をお感じですか。(複数選択可)

1. 患者の受入れに際しての事前相談・連絡がない。
2. 対応できない患者を紹介してくる。
3. 逆紹介患者の情報が少ない。
4. 特に不満を感じたことはない
5. その他()

5) 病院からの逆紹介患者の受入れに際して、どのような手順が望ましいとお考えですか。

1. 受入れ可能かどうかの事前相談
2. 紹介したことの事前連絡
3. 事前相談・連絡は特に必要ない
4. その他()

6) 逆紹介患者の受入れが可能かどうかの病院からの事前相談に際して、最低限必要な患者情報はどのようなものですか。(複数選択可)

1. 患者の基本情報(氏名・性別・年齢・住所・保険など)
2. 病名・主要症状
3. 既往歴
4. 家族歴
5. 検査データ・所見などの記述情報
6. レントゲン画像などの画像情報(フィルムなど)
7. 治療経過
8. 現在の処方
9. 手術・処置の記録
10. 看護記録
11. その他()

当院との医療機能連携を進めるにあたって、ご意見をお聞かせください。

7) 当院との医療機能連携に期待することはどのようなものですか。(複数選択可)

1. 貴院から当院へ患者さんの紹介
2. 当院から貴院へ患者さんの逆紹介
3. 貴院が患者さんを紹介する際の優先的配慮
4. 紹介患者さんの事前予約
5. 症例研究会などの講習・研修会へ、当院医師の参加
6. 新しい医療情報の提供
7. 貴院からの紹介患者さんの夜間・休日緊急時の優先的受け入れ
8. 紹介患者さんの共同診療
9. 当院医師との交流会
10. 医学図書・医学論文などの情報入手
11. 連携に参加している他の医療機関との交流会
12. 紹介するための情報の公開

該当する内容に○をつけてください。(複数回答可)

- ①外来担当表(診療科、診療時間、休診情報)
- ②保有している医療機器
- ③可能な検査・手術
- ④病院の得意分野、治療方針
- ⑤病院の症例実績
- ⑥医療施設機能評価などによる病院の評価結果
- ⑦検査の順番待ち・予約状況
- ⑧空床状況
- ⑨紹介、逆紹介手順情報
- ⑩紹介に対しての連絡先
- ⑪医師の詳細情報 ア)卒業大学・年度、 イ)出身教室・医局
 ウ)所属学会・学会認定医、エ)勤務経験をした医療施設
 オ)得意分野、治療方針 カ)顔写真 キ)その他()

13. 検査予約
14. 検査画像の診断
15. その他()

最後に、当院との医療機能連携に関して、ご意見等ございましたらお聞かせください。

以上でアンケートの終了です。ご協力ありがとうございました。

アンケートの結果を詳細に記述することは行わないが、不満の有無については紹介、逆紹介ともに特に不満を感じたことはないとの回答が最も多かった。一見問題がないようにも思われるが、「当院との医療機能連携に期待することはどのようなものですか。」の質問に対する集計結果を抜粋してみることにする。

質問項目	回答件数
1. 貴院から当院へ患者さんの紹介	337
2. 当院から貴院へ患者さんの逆紹介	243
3. 貴院が患者さんを紹介する際の優先的な配慮	104
4. 紹介患者さんの事前予約	100
5. 症例研究会などの講習・研修会へ、当院医師の参加	37
6. 新しい医療情報の提供	81
7. 貴院からの紹介患者さんの夜間・休日緊急時の優先的受け入れ	142
8. 紹介患者さんの共同診療	27
9. 当院医師との交流会	31
10. 医学図書・医学論文などの情報入手	17
11. 連携に参加している他の医療機関との交流会	9

質問項目	回答件数
12. 紹介するための情報の公開	
①外来担当表(診療科、診療時間、休診情報)	211
②保有している医療機器	80
③可能な検査・手術	90
④病院の得意分野、治療方針	100
⑤病院の症例実績	45
⑥医療施設機能評価などによる病院の評価結果	18
⑦検査の順番待ち・予約状況	61
⑧空床状況	84
⑨紹介、逆紹介手順情報	48
⑩紹介に対しての連絡先	59
⑪医師の詳細情報	
ア)卒業大学・年度	17
イ)出身教室・医局	12
ウ)所属学会・学会認定医	11
エ)勤務経験をした医療施設	7
オ)得意分野・治療方針	44
カ)顔写真	9
キ)その他	0
13. 検査予約	76
14. 検査画像の診断	34
15. その他	0

紹介、逆紹介を前提としていること、受入れに当たって優先的な配慮を望んでいることは、紹介元にとって当然のことと考えられる。

注目すべきは、紹介するための情報公開として、「保有している医療機器」、「病院の症例実績」、「医師の得意分野、治療方針」への回答件数が決して多くないことである。推測の域を出ないが、紹介元がこれらの情報に強い関心をもたないのは、紹介実績が近隣診療所に集中していたように、紹介が顔見知りであること等人的な繋がりを頼

りに行われているか、あるいはこれらに期待していないのではないかと考えられる。これまで以上に診療所、病院との連携を深めていかなければならない時代を迎え、かかりつけ医は患者の症状にマッチした医療機関を紹介する能力が、受入れる医療機関はどのような医療体制を有しているかについての弛まぬ情報発信が必要となるであろう。三次医療機関として、また県の中央病院として、潜在的に県下の患者を受入れる使命を担う上で、例えば共同診療、症例研究会や開放病床を積極的に展開していくことが必要である。さらに、将来的には地域連携クリニカルパスの導入や生存率等の医療の実績情報(アウトカム指標)の開示により、患者にも選別される時代が到来するとも言われることも踏まえた情報公開に向けての準備も必要となろう。

このような努力を積み重ねることにより、診療所、病院、患者を包括した県下に信頼される病院として、紹介率の高い病院になることができるのではないであろうか。このことは、中央病院の基本方針にも現れているのである。

基本方針

1 患者さん本位の医療の推進に努めます。

- ・患者さんの権利を遵守します。
- ・患者さんに対する十分な説明と同意のもとに医療を提供します。
- ・診療情報を積極的に開示します。

2 地域医療の確保に努めます。

- ・救急医療を充実します。
- ・地域医療機関との連携を強化します。
- ・医療・健康公開講座などを開設し、地域医療に貢献します。

3 医療水準の向上に努めます。

- ・高度・特殊・政策医療に取り組みます。
- ・新医師臨床研修機関として優秀な人材を育成します。
- ・研究・研修及び教育の機会を拡充します。

4 安全管理の徹底に努めます。

- ・施設・設備を適正に管理・運用します。
- ・チーム医療を推進します。
- ・安全教育を強化します。

5 健全経営の確保に努めます。

(下線は筆者が強調)

2. 経営状況分析

(1) 修正財務諸表の作成(意見)

中央病院の決算書は地方公営企業法に基づき作成されているが、地方公営企業会計制度には民間の企業会計とは異なる特有の会計処理がある。

また、「(ア)財務に関する事務の執行に関する事項」の各項で述べたように、中央病院で発生していると考えられる費用のうち、一般会計で予算措置を行い支出されているものがある。

これらを列挙すると下記のとおりである。

〈地方公営企業会計制度特有の項目など、民間の企業会計と異なる会計処理〉

- ◆ 固定資産について、みなし償却制度を採用している
- ◆ 固定資産の減価償却を取得の翌年度から開始している
- ◆ 医業未収金に対する貸倒引当金が計上されていない
- ◆ 退職給付引当金が計上されていない

〈病院事業で発生していると考えられる費用のうち、一般会計で計上されている項目〉

- ◆ 正職員の退職手当
- ◆ 自治医大出身医師に対する給与等
- ◆ 地方公務員共済組合の追加費用

中央病院の経営実態をより正確に把握し、経営状況の分析を行うため、上記項目に関して民間の企業会計ベースに修正した場合の平成 15 年度及び平成 16 年度の修正損益計算書を作成した。

なお、一般会計と病院会計との負担関係については、ここでは見直していないため、一般会計で予算措置を行い支出されている項目については、病院会計の医業費用として計上し、同額を医業外収益で受入れたものとして修正している。これにより、医業損益レベルにおいて、病院の経営実態が明らかになると考える。

また、作成に際しては、両年度の修正後の損益を算出することを目的としているため、平成 15 年度期首における過年度損益修正額を特別損益の部に計上することは行っていない。

1) 修正事項

修正の内容と修正理由は下記のとおりである。

なお、参考として各修正項目について「病院会計準則」(平成 16 年 8 月厚生労働省)及び「地方公営企業会計制度研究会<報告書>」(平成 17 年 3 月総務省)においてどのように取り扱われているかについて併せて記載する。

○病院会計準則について

病院会計準則は、病院の経営成績と財政状態を適正に把握し、病院経営の改善向上に資することを目的として昭和 40 年 10 月に制定されたが、その後 30 年余りを経過し、病院を取り巻く経営環境の著しい変化、医療サービスに係わる構造変化、新たな会計基準の導入を背景に、平成 16 年 8 月に改正された。病院会計準則の基本的認識は、すべての病院開設主体が病院の経営実態を把握し、その改善向上を図ることにあり、異なる開設主体間の会計情報の比較可能性を確保することにある。

「病院会計準則ガイドライン」(平成 16 年 9 月厚生労働省)の「第 2 病院会計準則と開設主体の会計基準等に相違がある場合の基本的取扱い」の「2. 会計処理等の取扱い」において次のように記載されている。

開設主体の会計基準において、病院会計準則と異なる会計処理となる場合(会計方針の選択適用が認められている場合における病院会計準則と異なる会計処理を選択した場合を含む。)、又は、異なる財務諸表の名称や様式等が定められている場合などについては、下記のいずれかにより取り扱うこととする。

- (1) 病院会計準則に準拠した財務諸表を別途作成するものとする。
- (2) 一組の帳簿組織において認識された取引記録を前提として、異なる会計基準等に準拠した財務諸表を作成するための手法である財務諸表の組替を行うこととし、一つの会計基準に準拠した帳簿記録又は財務諸表から精算表を利用して別の会計基準に準拠した財務諸表を作成するものとする。
- (3) 開設主体の会計基準に従った財務諸表に、病院会計準則との違いを明らかにした情報を「比較のための情報」として注記することとする。

当報告では、上記(1)の考え方にに基づき一定の修正を行ったものである。

○地方公営企業会計制度研究会〈報告書〉について

地方公営企業会計制度研究会〈報告書〉は、各地方公共団体の実務担当者から構成されるワーキンググループから出された意見を基に、実務的な観点から検討を加え、報告されたものである。

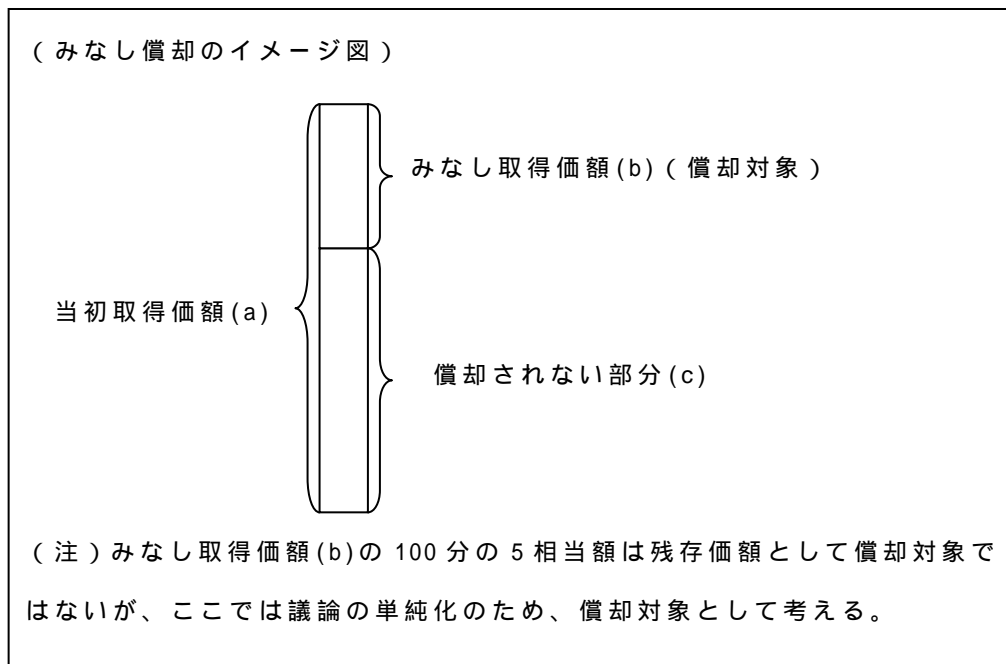
その「はじめに」において、地方公営企業は、経営の健全化、効率化等経営基盤強化への取り組みが求められるだけでなく、経営の透明性を向上させること等が求められており、一方、企業会計においても新会計基準導入の流れが本格化しており、地方公営企業にふさわしいあり方を検討する必要があると記載されている。

当該報告書は、強制力を持つものではないが、病院事業を含む地方公営企業のあるべき会計基準を示していることから、これを参考に一定の修正を行ったものである。

① みなし償却の不適用

中央病院では、地方公営企業法施行規則第 8 条第 4 項に基づき、みなし償却制度を採用している。みなし償却制度については、「Ⅲ(ア)固定資産」で記述したところであるが、分かり辛いところであり、再度記述することとしたい。

この制度は、国庫補助金及び一般会計からの財政支援相当(負担金)をもって取得した有形固定資産について、当該有形固定資産の取得に要した価額(次頁図(a))から、その取得のために充当した補助金等の金額に相当する金額を控除した金額を取得価額とみなし(次頁図(b))、この取得価額を基礎として減価償却費を算出する。また、補助金等はその収入時にその他資本剰余金として計上し(仕訳:(借)現金預金(貸)その他資本剰余金)、補助等の対象となった有形固定資産の除売却時に当該有形固定資産の未償却部分(次頁図(c))をその他資本剰余金と相殺する(仕訳:(借)その他資本剰余金(貸)有形固定資産)というものである。



このため中央病院では、補助金等の金額及びこれに対応する減価償却費が資本取引として処理されるため、損益計算書には計上されておらず、実際の減価償却費相当額及び対応する補助金等相当額が不明確となっている。

そこで、修正損益計算書作成に当たっては、当初取得価額(上図(a))を基礎として減価償却費を算出するとともに、その減価償却に対応した補助金収入を収益として計上することとした。修正仕訳は「(借)減価償却費(貸)医業外収益」となり、純損益への影響はないものの、医業損益及び経常損益といった途中段階の損益に影響を及ぼしている。

(修正仕訳)

(単位:千円)

平成15年度	(借)減価償却費	558,673	(貸)医業外収益	558,673
平成16年度	(借)減価償却費	526,867	(貸)医業外収益	526,867

(参考)

「病院会計準則」では、みなし償却を認めていない。そのため、補助金については、非償却資産の取得に充てられるものを除き、これを負債の部に記載し、業務の進行に応じて収益に計上することとなっている。

また、「地方公営企業会計制度研究会〈報告書〉」においては、みなし償却制度の存続が適切でない理由及びフル償却（及び補助金等の年割額を每期収益計上）とした場合のメリット・デメリットについて以下のように記載されている。

<メリット>

- ・損益計算書上において減価償却費をどのような財源（補助金か料金か、又はその割合は如何ほどか）で賄ったかが明確になること。
- ・全事業がフル償却されるため、他事業、他団体との比較可能性の点で優れていること。
- ・資産価値の実態を適切に表示するものとなること。

<デメリット>

- ・みなし償却からフル償却に変更するには、移行処理が必要となるが、実務的に相当困難となること。

② 減価償却の開始時期

中央病院では、定額法により有形固定資産の取得の翌年度から減価償却を行っている（石川県営病院の財務に関する特例を定める規則第70条）。

このため、有形固定資産の取得年度における減価償却費が計算されず、当該資産の使用による便益に対応する費用が計上漏れとなっている。

そこで、修正損益計算書の作成に当たっては、有形固定資産の取得月から減価償却を開始したものとして減価償却費を計上することとした。

（修正仕訳）

（単位：千円）

平成15年度（借）減価償却費	88,886	（貸）減価償却累計額	88,886
平成16年度（借）減価償却費	61,366	（貸）減価償却累計額	61,366

（参考）

「病院会計準則」及び「地方公営企業会計制度研究会〈報告書〉」のいずれでも特に触れられてはいない。

③ 医業未収金に対する貸倒引当金

中央病院では、医業未収金の発生後未回収のまま5年経過した時点で不納欠損額を特別損失に計上しているのみで、貸倒引当金は計上されていない。滞留している医業未収金の相当程度が将来に貸倒れるものと考えられるため、医業未収金の評価額をより実態に近づけるためには、将来において貸倒れると見込まれる金額を貸倒引当金として計上する必要がある。

そこで、修正損益計算書の作成に当たっては、過去3年の滞留医業未収金の貸倒実績率に基づき貸倒引当金を計上することとした。

(修正仕訳)

(単位:千円)

平成15年度	(借)貸倒引当金繰入	14,694	(貸)特別損失	12,912
			(貸)貸倒引当金	1,782
平成16年度	(借)貸倒引当金繰入	10,494	(貸)特別損失	10,696
	(借)貸倒引当金	202		

(参考)

「病院会計準則」では、貸倒引当金は、債務者の財政状態及び経営成績等に応じて、合理的な基準により算定した見積額をもって計上しなければならない」とされている。一方で、「地方公営企業会計制度研究会<報告書>」においては、特に触れられていない。

④ 退職給付引当金(正職員)

中央病院の正職員の退職手当は、全て一般会計で予算措置され支出されている。そのため、中央病院の正職員の退職給付に係る費用は、中央病院の損益計算書には計上されていない。

退職手当は賃金の後払的性格を有しており、民間の企業会計では、退職給付に係る費用を発生に応じて費用計上している。

そこで、修正損益計算書の作成に当たっては、「退職給付に係る会計基準」の簡便法、すなわち期末要支給額に基づく退職給付費用を計上するとともに、その同額を一般会計からの補助金として医業外収益に計上した。

(修正仕訳)

(単位:千円)

平成 15 年度 (借)退職給付費用	618,874	(貸)医業外収益	618,874
平成 16 年度 (借)退職給付費用	716,013	(貸)医業外収益	716,013

(参考)

「病院会計準則」では、退職給付引当金を計上することとなっている。

また、「地方公営企業会計制度研究会<報告書>」では、基本的な方針として次のように記載されている。

「退職給付引当金を計上することが適当とするが、今後、さらに地方公共団体の実態を踏まえ、そのあり方について検討する。なお、検討にあたっては、①激変緩和措置として、一定の経過措置を設けること、②小規模企業等に配慮して簡便法によることも可とすること。また、会計間での人事交流が頻繁である場合に、簡便な計上方法によることも可能とすることについて検討すること、が妥当である。」

⑤ 退職給付引当金(嘱託職員)

中央病院の嘱託職員の退職手当は、中央病院で予算措置され支出されているが、その計上基準は現金主義によっている。

退職手当は賃金の後払的性格を有しており、民間の企業会計では、発生に応じて退職給付に係る費用を計上している。

そこで、修正損益計算書の作成に当たっては、費用計上額を「退職給付に係る会計基準」の簡便法に基づく退職給付費用額に修正した。

(修正仕訳)

(単位:千円)

平成 15 年度 (借)退職給付費用	519	(貸)退職給付引当金	519
平成 16 年度 (借)退職給付費用	3,092	(貸)退職給付引当金	3,092

⑥ 病院事業の費用のうち、一般会計で計上されている項目

(自治医科大学出身医師に対する給与等及び地方公務員共済組合の追加費用)

自治医科大学出身医師に対する給与等及び地方公務員共済組合の追加費用は、全て一般会計で予算措置され支出されているため、中央病院の損益計算書には計上されていない。

これらの費用は、中央病院に勤務する人員に係る人件費であり、中央病院で負担、計上すべきものであると考えられる。

そこで、修正損益計算書の作成に当たっては、各費用の発生額を給与費として計上するとともに、その同額を一般会計からの補助金として医業外収益に計上した。

(修正仕訳)

自治医科大学出身医師に対する給与等

(単位:千円)

平成 15 年度 (借)給与費	100,829	(貸)医業外収益	100,829
平成 16 年度 (借)給与費	92,903	(貸)医業外収益	92,903

地方公務員共済組合の追加費用

(単位:千円)

平成 15 年度 (借)給与費	329,125	(貸)医業外収益	329,125
平成 16 年度 (借)給与費	302,766	(貸)医業外収益	302,766

(参考)

「病院会計準則」及び「地方公営企業会計制度研究会<報告書>」のいずれでも特に触れられてはいない。

2) 修正損益計算書

作成した修正損益計算書は以下のとおりである。

平成16年度では、修正前で123百万円であった医業利益が、修正後では1,590百万円の赤字となっている。また、修正損益計算書で費用項目別の増減額を見ると、給与費の伸びが顕著である。

【修正損益計算書】 (千円)

項目	H15年度		H16年度		増減	
医業収益	12,849,172		12,703,648		145,524	
医業費用						
給与費	7,386,688		7,530,930		144,242	
材料費	4,702,688		4,740,788		38,099	
経費	1,114,911		1,094,137		20,773	
減価償却費	928,189		871,373		56,817	
資産減耗費	9,037		11,253		2,216	
研究研修費	41,385	14,182,897	45,642	14,294,123	4,257	111,226
医業損益	1,333,725		1,590,474		256,749	
医業外収益	2,245,391		2,323,636		78,245	
医業外費用	742,840		730,233		12,607	
経常損益	168,826		2,928		165,898	
特別損益	78		104		26	
当期純損益	168,903		3,032		165,872	

【修正前損益計算書】

項目	H15年度		H16年度		増減	
医業収益	12,849,172		12,703,648		145,524	
医業費用						
給与費	6,337,342		6,416,157		78,815	
材料費	4,702,688		4,740,788		38,099	
経費	1,100,216		1,083,643		16,573	
減価償却費	280,630		283,140		2,510	
資産減耗費	9,037		11,253		2,216	
研究研修費	41,385	12,471,298	45,642	12,580,623	4,257	109,325
医業損益	377,875		123,026		254,849	
医業外収益	637,890		685,088		47,198	
医業外費用	742,840		730,233		12,607	
経常損益	272,925		77,881		195,044	
特別損益	12,835		10,593		2,242	
当期純損益	260,090		67,288		192,802	

(2) 同規模都道府県立病院との財務指標比較分析(意見)

1) はじめに

前項の修正損益計算書によれば、中央病院の医業損益は大幅なマイナスとなっている。そこで以下では、中央病院の強み弱みを把握し、医業損益改善のための方向性を探るため、同規模の都道府県立病院との医業損益の比較分析を行う。

なお、比較他病院の会計方針は所与のものであり、中央病院の損益計算書に対して行っているような修正・加工は行っていないことに留意が必要である。

(比較対象とした病院の抽出基準)

- ◆ 病床数 500 床以上の都道府県立病院である
- ◆ 一般病床以外の病床が 100 床以下である
- ◆ がんセンター、成人病センターでない

中央病院の規模は、病床数及び医業収益額ともに比較対象とした 23 病院の平均程度である。比較対象とした各病院は医業損益がマイナスの病院が多く、医業損益がプラスとなっているのは、岐阜県立岐阜病院、愛媛県立中央病院の 2 病院のみである。

<平成 16 年度>

都道府県	病院名	一般 病床	その他 病床	病床計	医業収益 (千円)	医業損益 (千円)
岐阜県	岐阜病院	555	0	555	12,415,614	765,142
愛媛県	中央病院	825	39	864	17,947,077	581,679
岩手県	中央病院	685	45	730	13,771,155	△ 339,506
新潟県	中央病院	524	14	538	12,938,732	△ 469,270
富山県	中央病院	710	100	810	16,414,843	△ 535,313
兵庫県	尼崎病院	500	0	500	10,207,800	△ 567,298
佐賀県	県立病院好生館	535	6	541	9,612,649	△ 609,733
沖縄県	中部病院	546	4	550	11,684,341	△ 638,027

都道府県	病院名	一般 病床	その他 病床	病床計	医業収益 (千円)	医業損益 (千円)
静岡県	総合病院	620	100	720	14,213,290	△ 744,666
山形県	中央病院	658	2	660	14,524,009	△ 943,207
大分県	県立病院	610	16	626	9,953,246	△ 988,253
香川県	中央病院	626	5	631	11,561,249	△ 1,074,255
広島県	県立広島病院	715	50	765	13,326,832	△ 1,237,790
山形県	日本海病院	524	4	528	7,919,852	△ 1,342,936
宮崎県	宮崎病院	613	17	630	8,208,628	△ 1,536,438
青森県	中央病院	689	16	705	13,705,269	△ 2,138,234
東京都	府中病院	737	83	820	17,081,657	△ 2,290,358
島根県	中央病院	635	52	687	13,366,916	△ 2,305,368
山梨県	中央病院	669	22	691	11,681,818	△ 2,475,563
東京都	大塚病院	508	0	508	8,548,263	△ 2,684,203
大阪府	急性期・総合医療センター	734	44	778	13,544,772	△ 2,910,802
東京都	墨東病院	726	46	772	17,588,400	△ 3,234,281
東京都	駒込病院	896	10	906	16,679,795	△ 3,713,759
比較病院平均		645	29	675	12,908,531	△ 1,366,628

<参考>

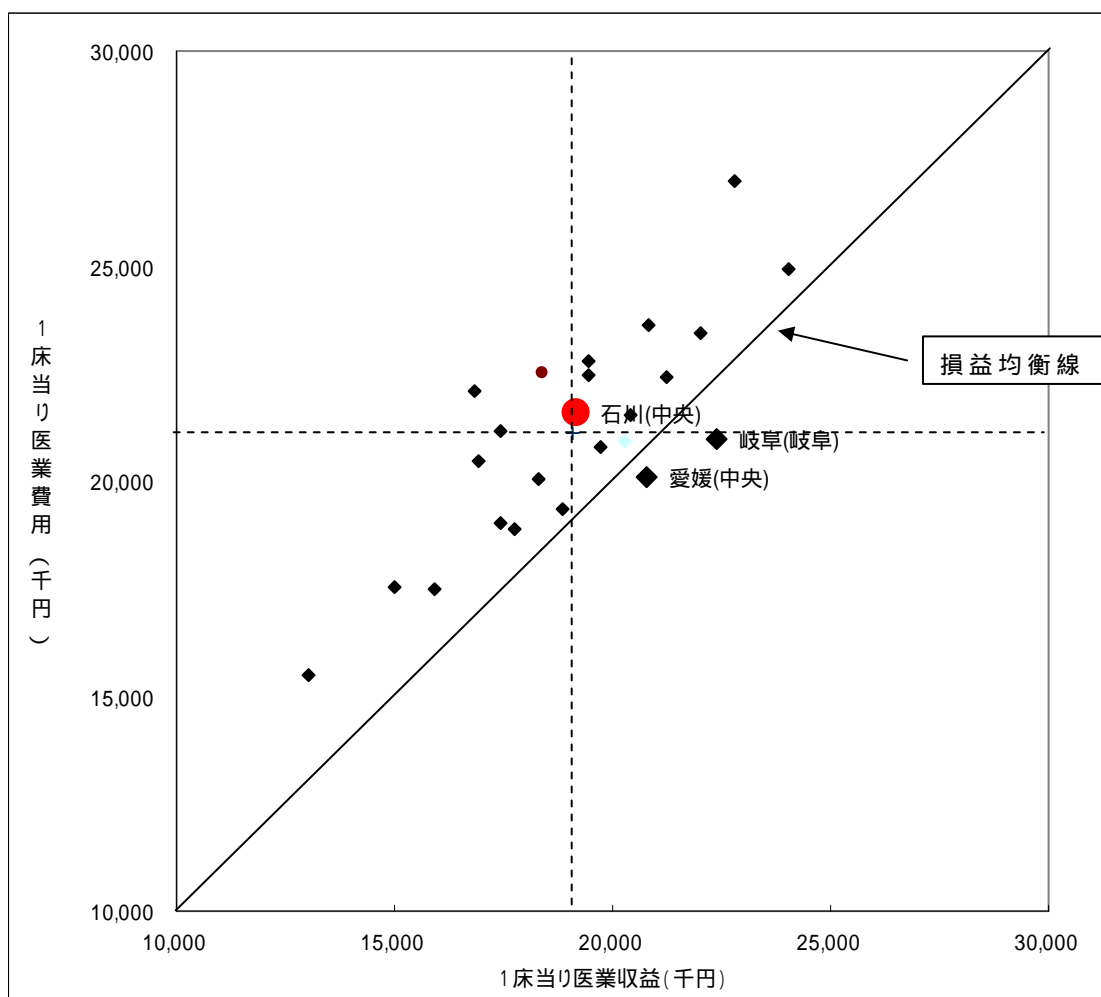
石川県	中央病院 (修正損益計算書)	662	0	662	12,703,648	△1,590,474
-----	-------------------	-----	---	-----	------------	------------

2) 1床当り医業損益

中央病院は、1床当り医業収益及び1床当り医業費用ともに平均程度となっており、結果として医業損益はマイナス(赤字)となっている。

岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は、中央病院と比べると1床当り医業収益が高く、1床

当り医業費用が低い。

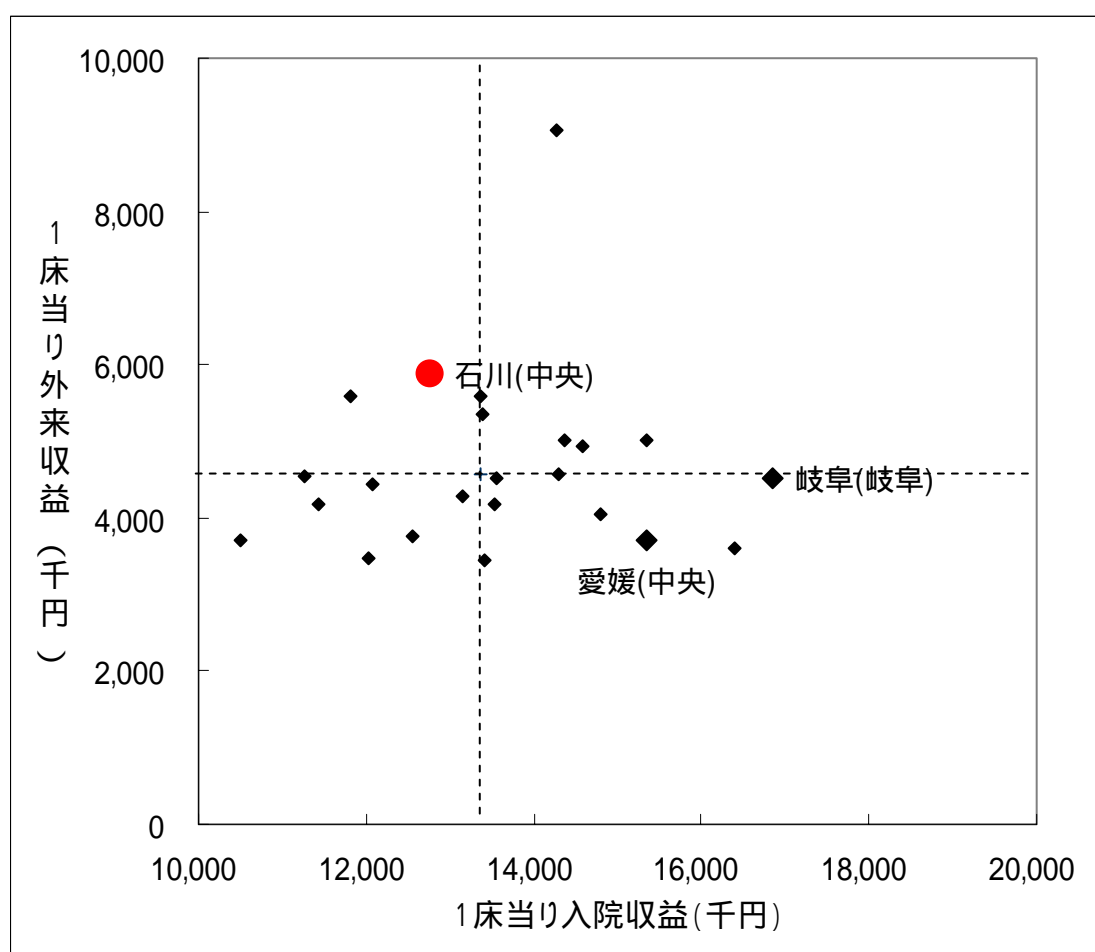


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

3) 医業収益

1床当り医業収益を入院・外来に分解すると、中央病院は1床当り外来収益が平均を超え、1床当り入院収益は平均を下回っている状況であり、相対的に外来収益への依存度が高い。

一方で、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は1床当り入院収益が平均を大きく上回り、1床当り外来収益は平均以下となっており、相対的に入院中心の収益構造となっている。

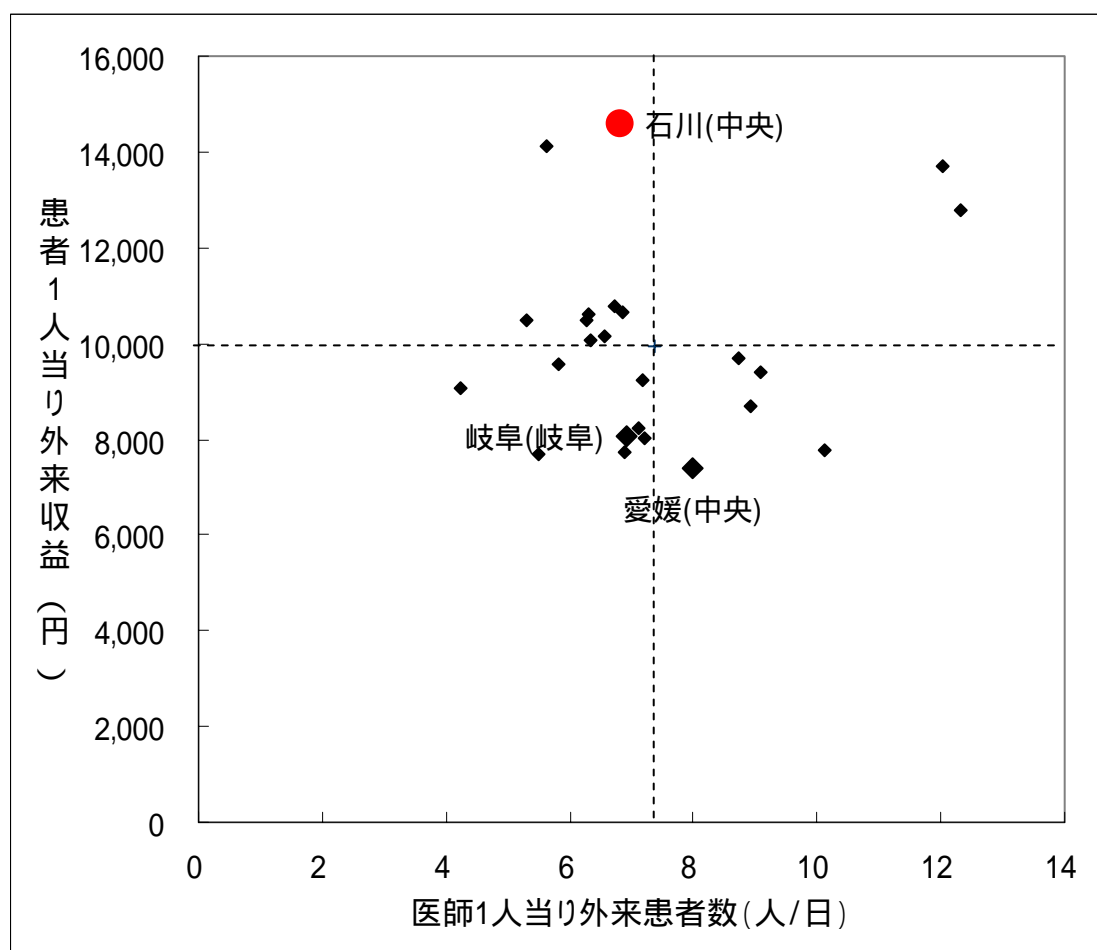


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

① 外来収益

外来収益を「単価」と「数量」に分解して検討するため、「患者1人当り外来収益」と「医師1人当り外来患者数」を比較した結果、中央病院は数量指標である「医師1人当り外来患者数」は平均程度であるが、単価指標である「患者1人当り外来収益」が平均を大きく上回っている。

一方で、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は、単価指標である「患者1人当り外来収益」が平均を下回っている。

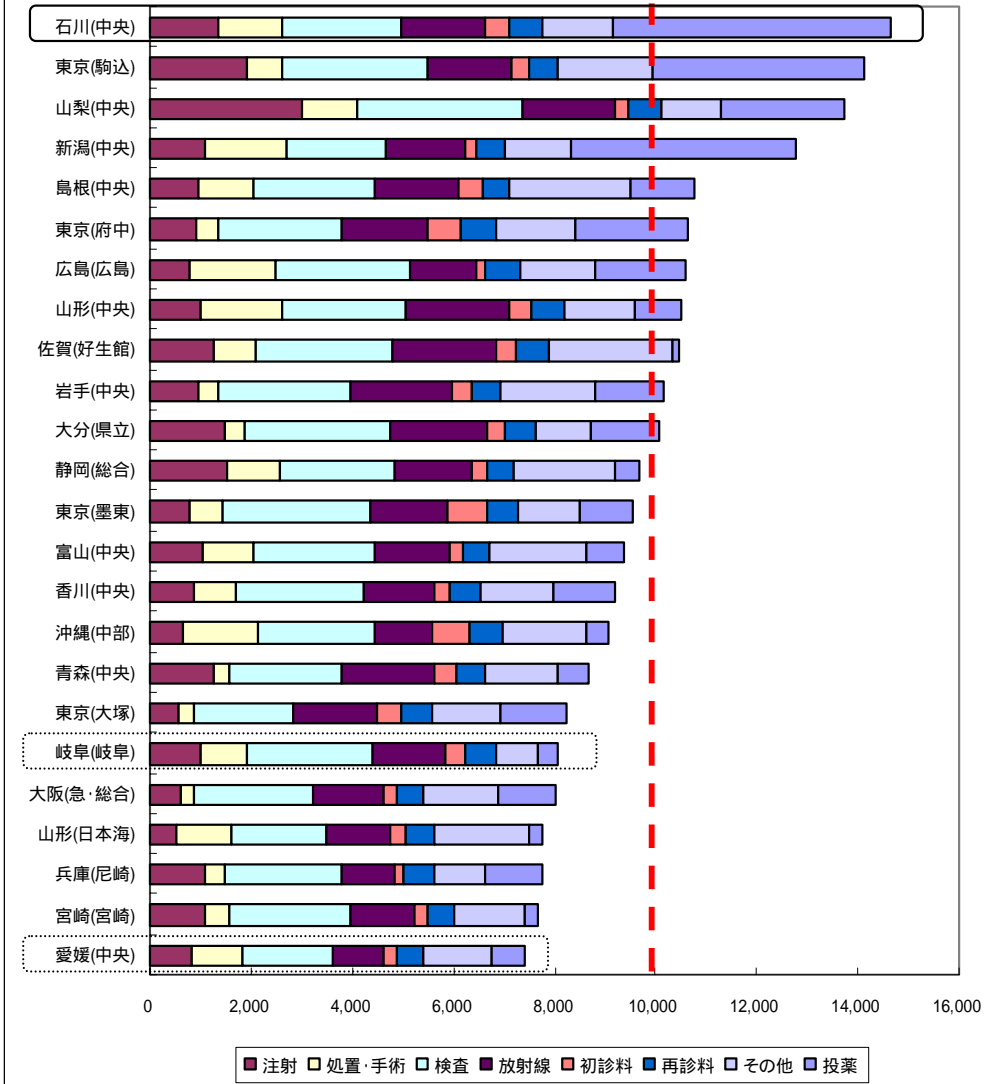


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

患者1人当り外来収益を内容別に分解して比較すると、中央病院は他病院と比べて投薬収入が大きいことが分かる。これは院外処方の割合が他病院に比べて低いことを示している。なお、投薬収入を除くと平均を若干上回る程度となっている。

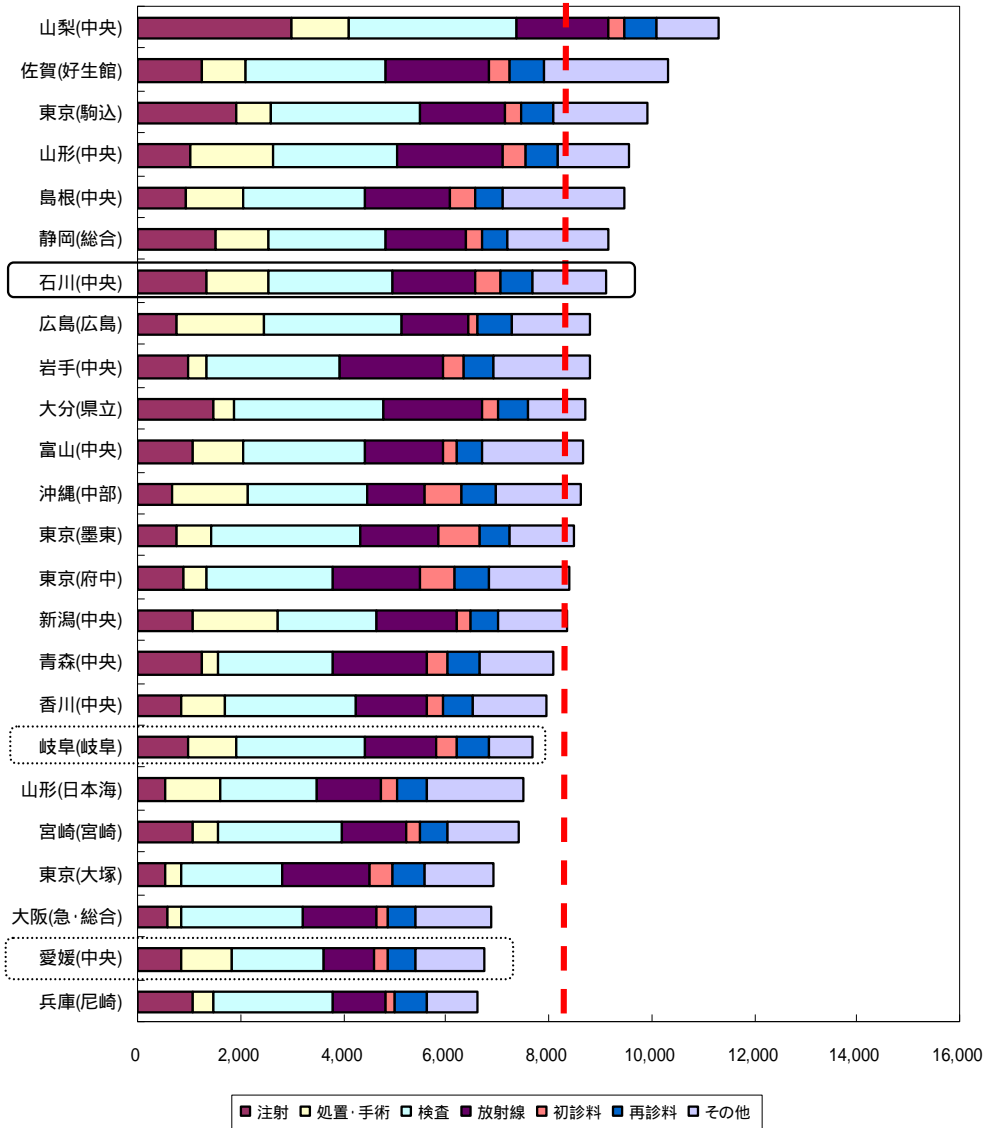
一方で、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は、投薬収入が低いため患者1人当り外来収益が低くなっていることが分かる。

患者1日当り外来収益(円)



(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

患者1日当り外来収益(投薬除く、円)

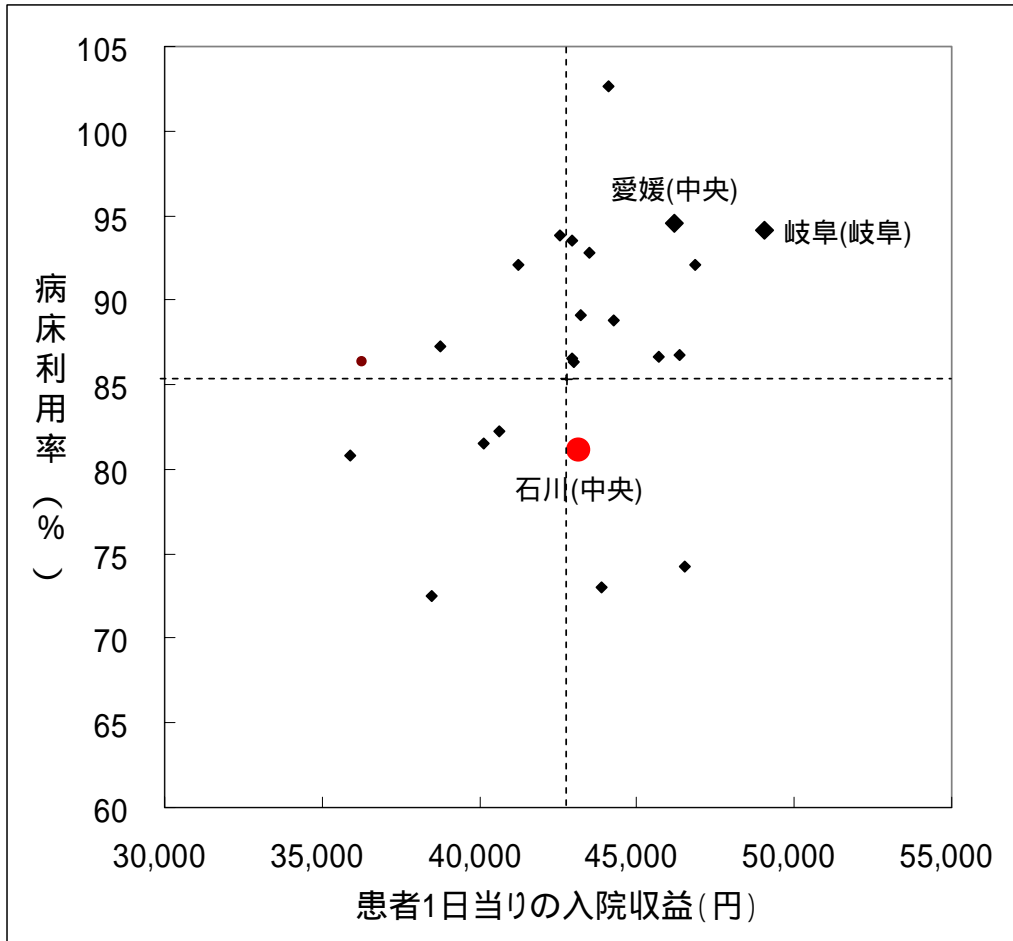


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

② 入院収益

入院収益を「単価」と「数量」に分解して検討するため、「患者1日当りの入院収益」と「病床利用率」を比較した結果、中央病院は単価指標である「患者1日当りの入院収益」は平均程度であるが、数量指標である「病床利用率」が平均を下回っている。

一方で、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は、患者1日当りの入院収益、病床利用率ともに平均を上回っている。

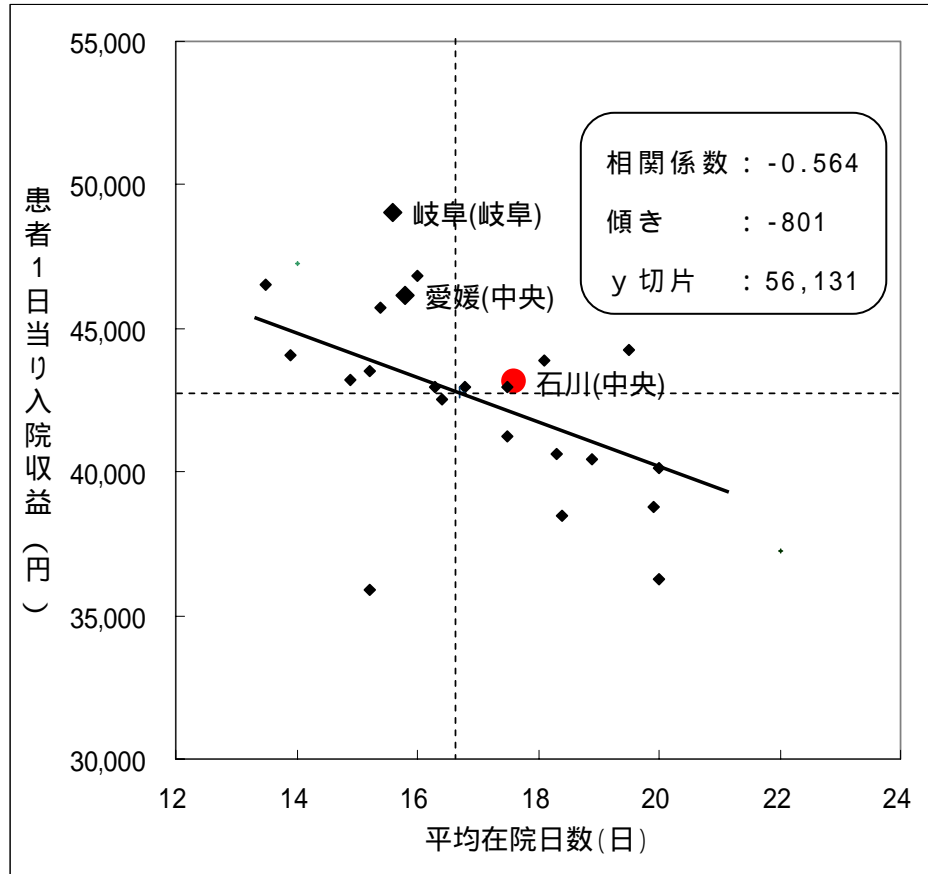


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

さらに、病床利用率は、「1床当り実入院患者数」と「平均在院日数」に分解できるが、「平均在院日数」は平均が16.7日に対し、中央病院は17.7日となっており、病床利用率が低い要因は、「1床当り実入院患者数」が他病院に比べて低いためとすることができる。

岐阜(岐阜)の平均在院日数は15.6日、愛媛(中央)は15.8日と平均を下回っており、平均在院日数の短縮を図りながら高い病床利用率も達成している。

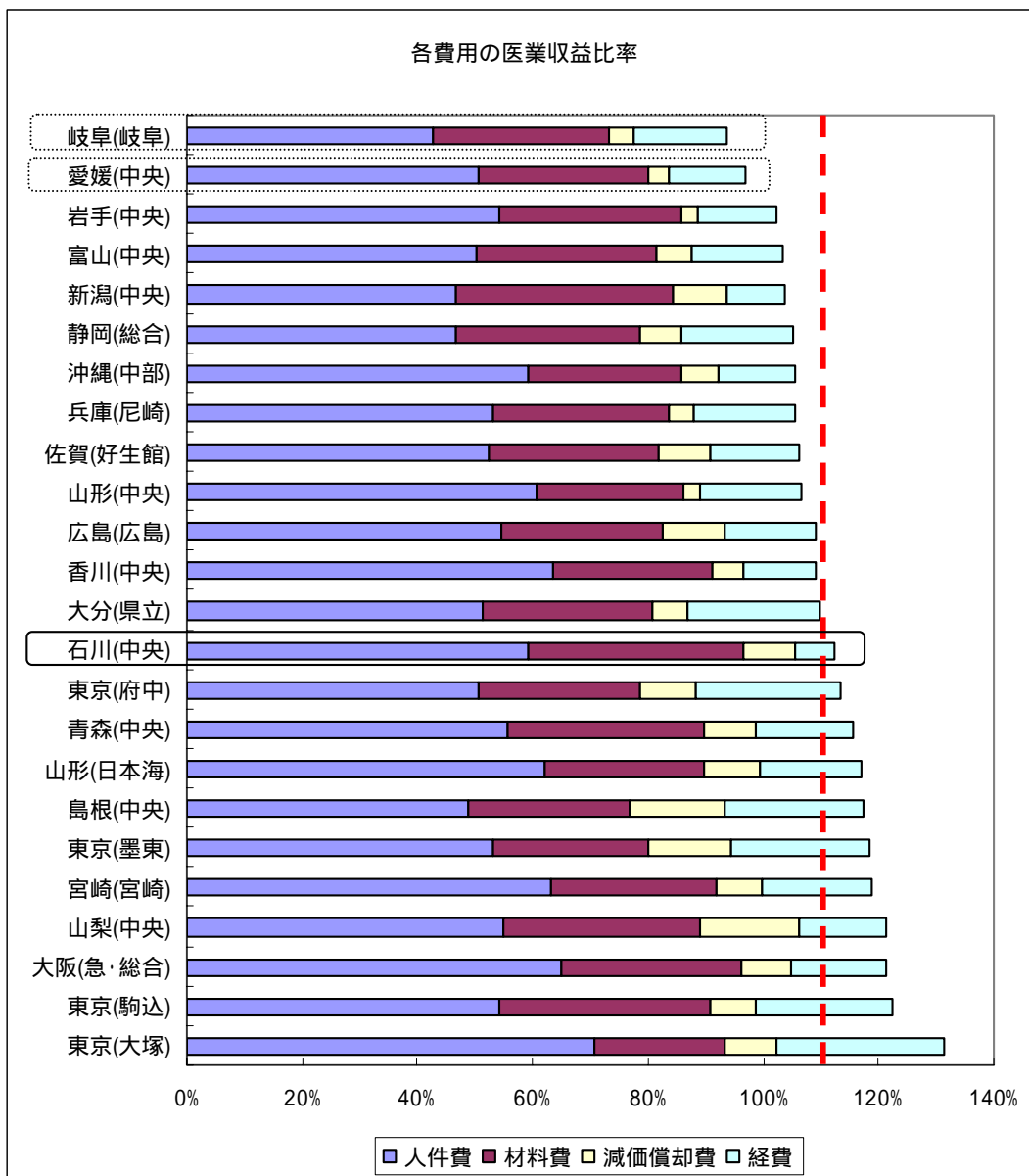
なお、平均在院日数と患者1日当りの入院収益との間には、かなり高い相関関係がある。平均在院日数の短さは提供する医療の密度を示しており、平均在院日数の短縮により、患者1日当りの入院収益は増加する関係にある。



(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

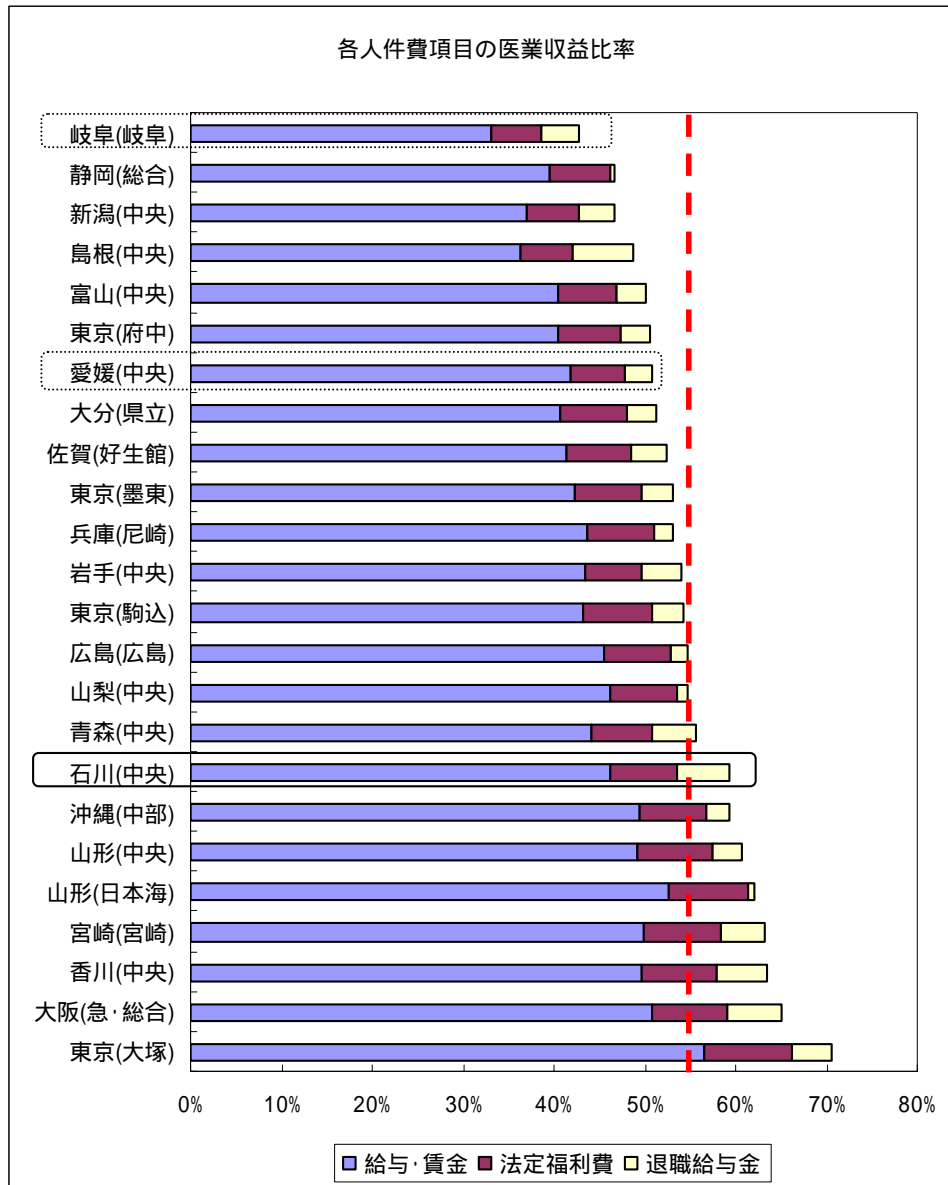
4) 医業費用

医業収益に対する医業費用の比率については、中央病院は平均程度となっている。
項目別に見ると特に経費の比率が低い一方で、材料費の比率は高くなっている。



① 人件費

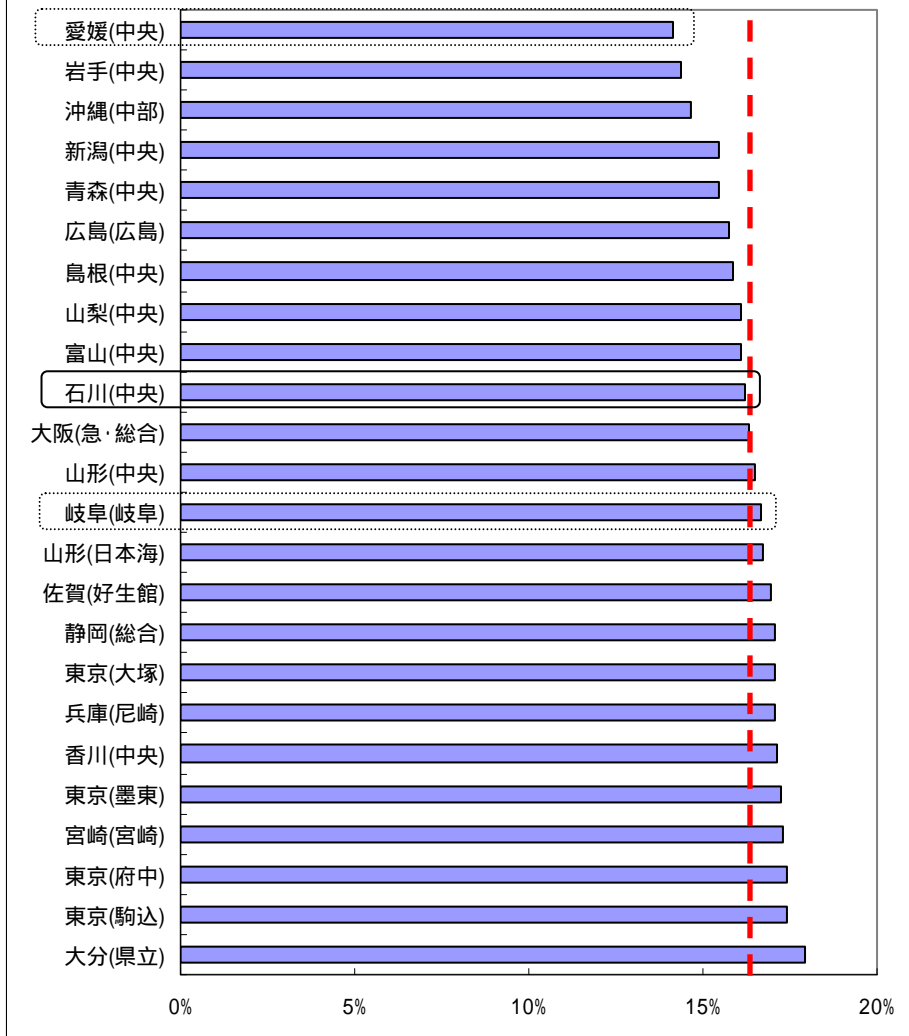
中央病院の人件費の医業収益比率は、平均を上回っている一方で、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は平均を下回っている。



項目別に見ると、退職給与金は病院によって計上額にバラつきがあり、退職給与金の計上方法が病院によって異なることが読み取れる。

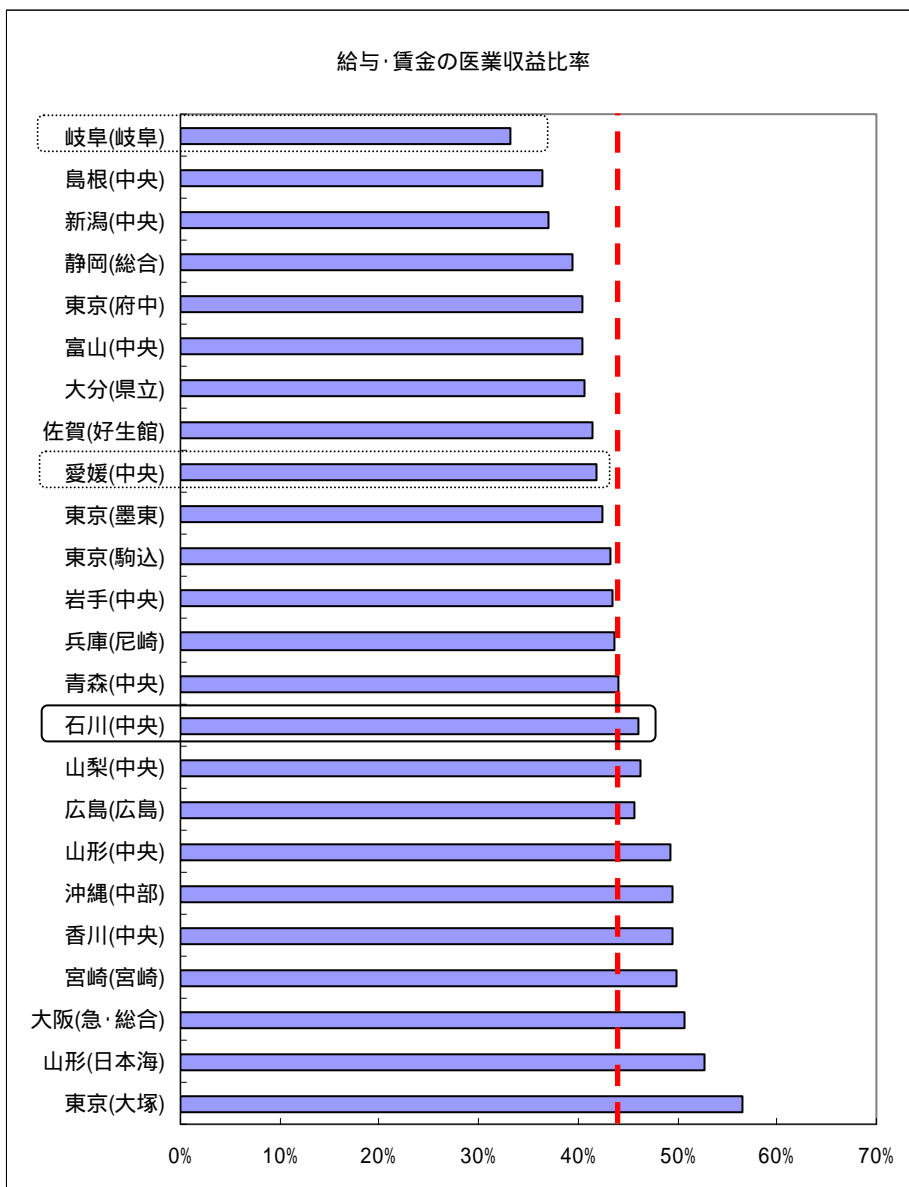
また、給与・賃金に対する法定福利費の割合は平均程度の水準となっており、地方公務員共済組合の「追加費用」については、各病院ともに病院会計で計上しているものと推測される。

給与・賃金に対する法定福利費の比率



(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

給与・賃金については中央病院は平均とほぼ同水準となっているが、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)は平均を下回っている。

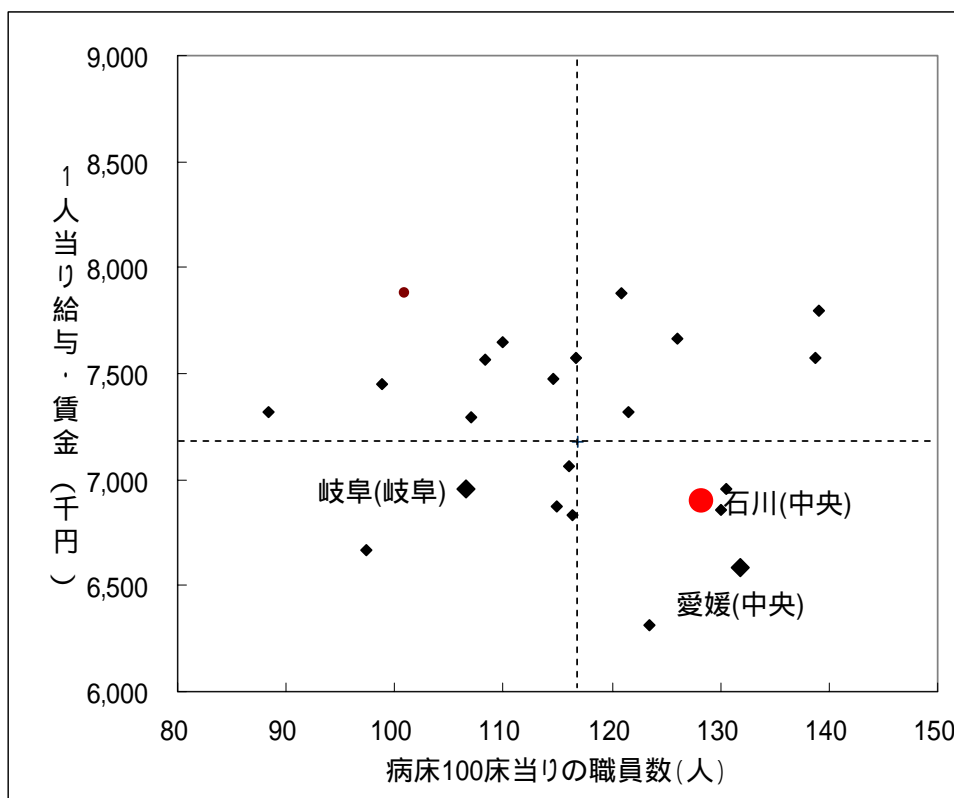


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

さらに、給与・賃金を「単価」と「数量」に分解して検討するため、「1人当り給与・賃金」と「病床100床当りの職員数」を比較した。

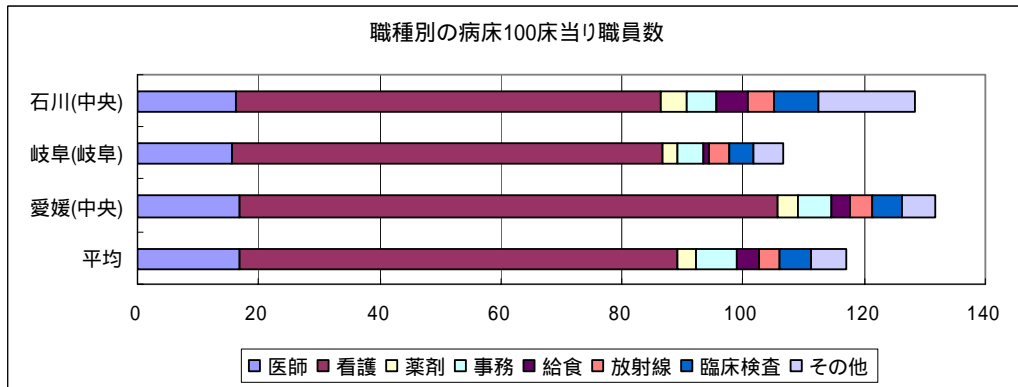
中央病院及び愛媛(中央)は、単価指標である「1人当り給与・賃金」は平均以下であるが、数量指標である「病床100床当りの職員数」が平均を上回っている。

岐阜(岐阜)は、「1人当り給与・賃金」及び「病床100床当りの職員数」ともに平均を下回っている。

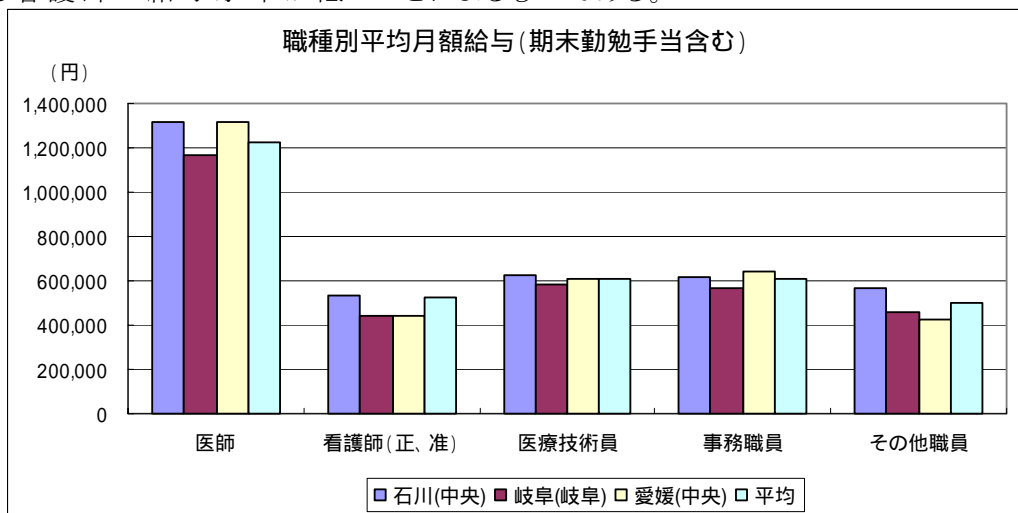


(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

中央病院が、「1人当り給与・賃金」は平均以下で「病床100床当りの職員数」が平均を上回っているのは、給与水準の低い臨時職員等が他病院に比べて多いことによるものと考えられる。これは、後述する委託料が他病院に比べて低く抑えられていることと対応しているものと考えられる。

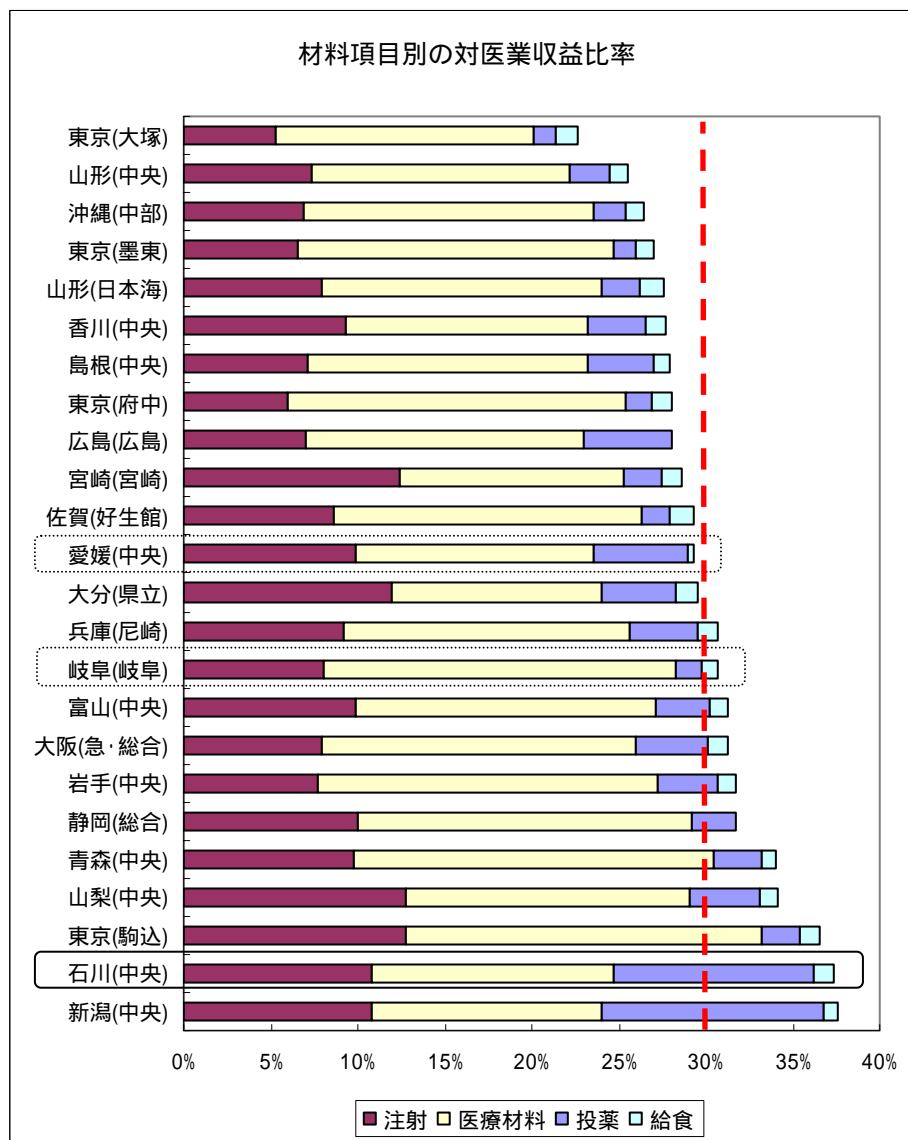


岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)の「1人当り給与・賃金」が低いのは、職員数の過半を占める看護師の給与水準が低いことによるものである。



② 材料費

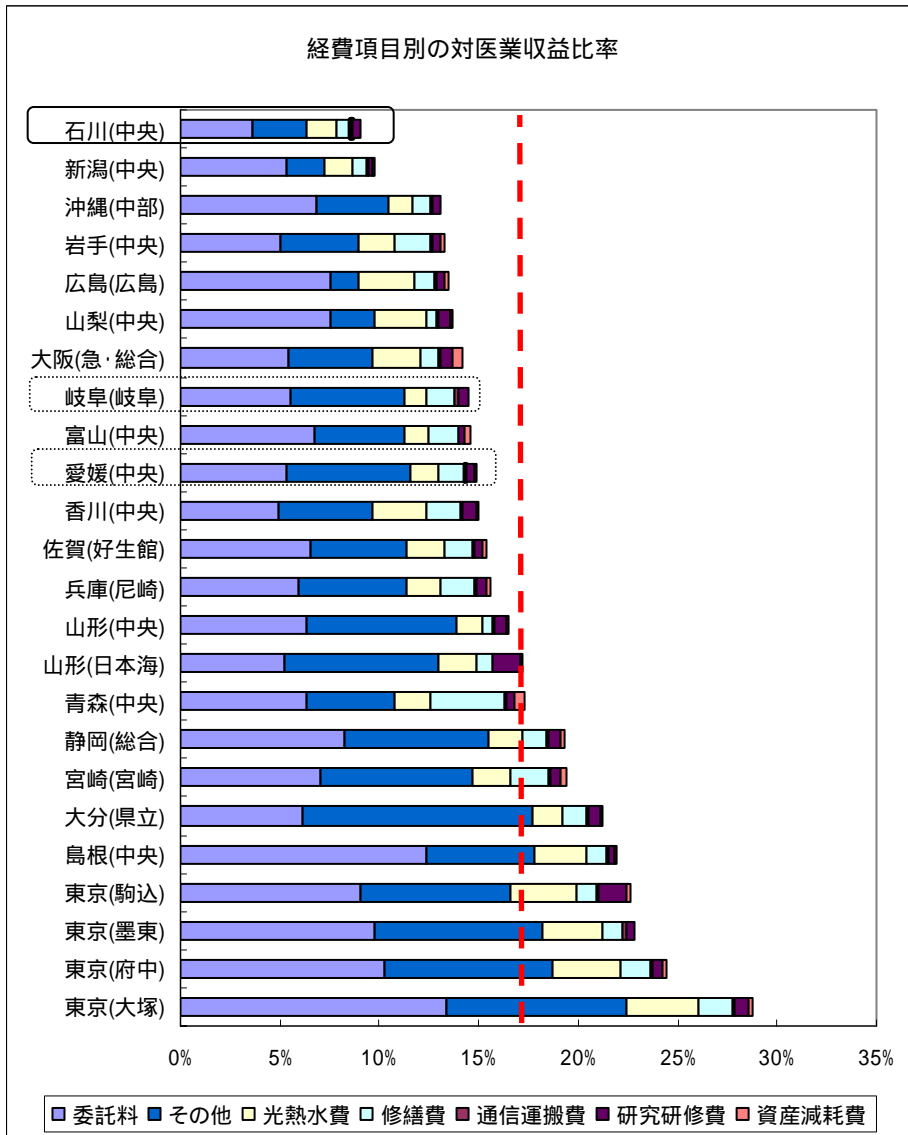
中央病院の材料費率は比較病院平均を上回っている。特に「投薬」に係る材料費が大きくなっている。これは、外来の投薬収入が大きいことに対応したものであると考えられる。



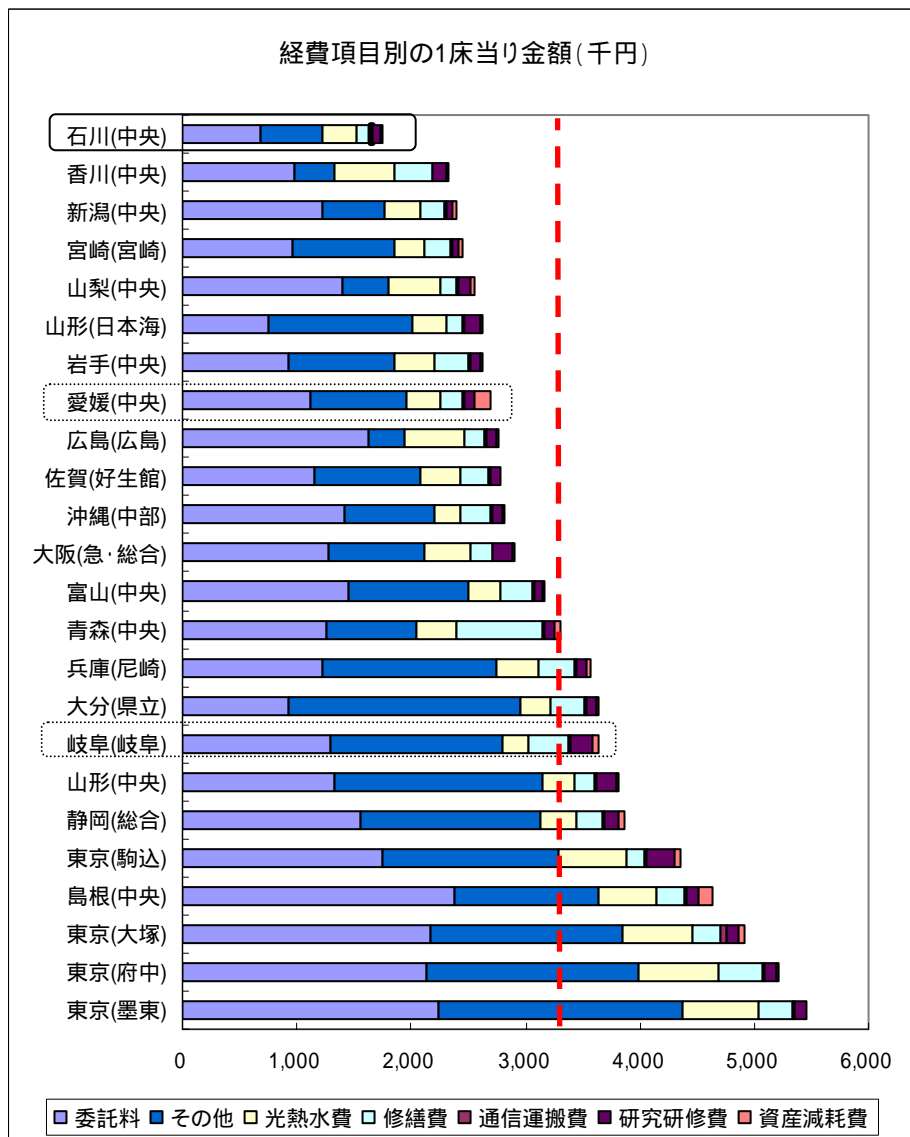
(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

③ 経費

経費の対医業収益比率及び1床当りの経費額を他病院と比較した。



(注) 破線は比較病院の平均値を示している。



(注) 破線は比較病院の平均値を示している。

これによれば、中央病院の経费率及び1床当り経費額ともに比較病院の中で最も低い水準となっている。特に委託料及びその他経費(消耗品費、賃借料など)が低くなっている。

委託料が低い理由は、前述の臨時職員の利用により、他病院では外部委託しているような業務についても病院職員で対応していることによるものと考えられる。

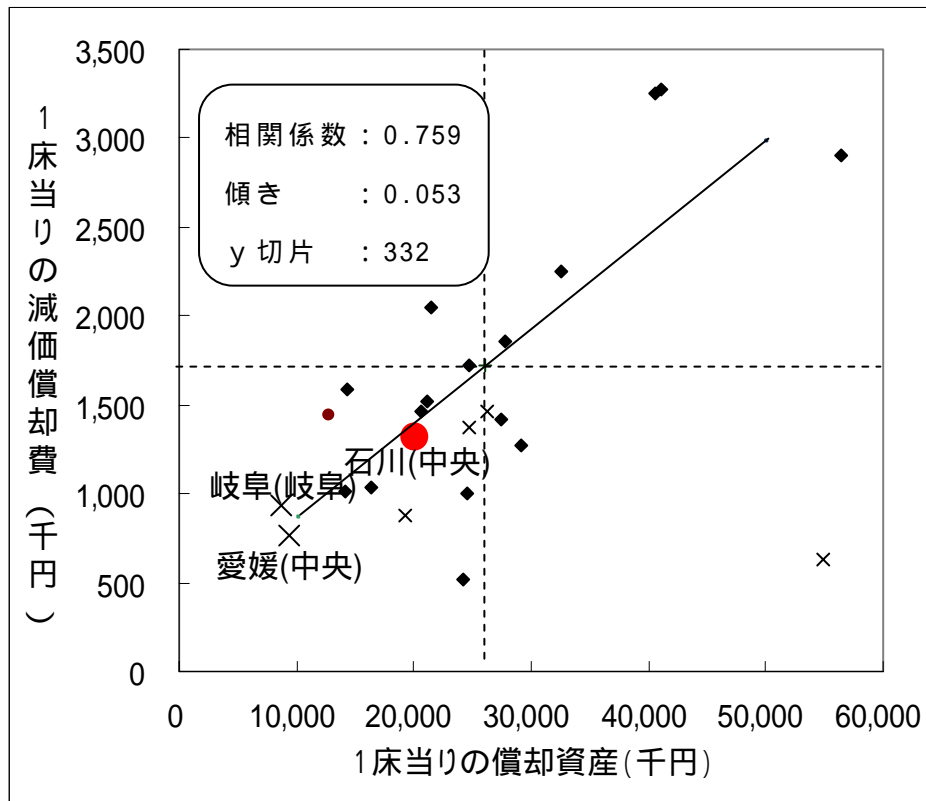
その他経費については、各病院の詳細が不明であるため、他病院との差異要因を明確にすることは難しいが、中央病院ではリース契約などに基づく賃借料が少ないことが考えられる。

④ 減価償却費

減価償却費については、前述のみなし償却制度を採用しているか否かで大きく影響が出る場合がある。

そこで、みなし償却を採用していない病院を対象に比較すると、1床当りの減価償却費と1床当りの償却資産はかなり高い相関関係があることが分かる。下表の実線は、両者の相関関数を示している。

これによれば、中央病院は1床当りの償却資産が平均を下回っており、それに伴って1床当り減価償却費も平均を下回っている。



(注) 「×」はみなし償却制度を採用している病院を示している。

また、破線はみなし償却を採用していない病院の平均値を示している。

なお、岐阜(岐阜)及び愛媛(中央)の1床当り減価償却費は平均を大きく下回っている。両病院は、みなし償却制度を採用しており、この影響もあると考えられる。しかし、償却費と償却資産の相関関数との乖離は少ないため、1床当り減価償却費が少ない理由は、主として1床当り償却資産が小さいことによるものと考えられる。

5) 比較分析結果要約

① 中央病院の特徴

- ◆ 外来収益：院外処方割合が低いため、投薬収入が他病院に比べて多い。
- ◆ 入院収益：平均在院日数が長い割に病床利用率が低く、実入院患者数が少ない。
- ◆ 人件費：平均を上回っている。
- ◆ 材料費：投薬収入(外来)の多さに対応して、材料費率は高い。
- ◆ 経費：委託料などの経費が他病院に比べて少ない。
- ◆ 減価償却費：1床当りの償却資産が平均を下回っているため、償却費も平均以下。

② 黒字病院の特徴(岐阜県立岐阜病院、愛媛県立中央病院)

- ◆ 外来収益：院外処方割合が高いため、投薬収入が他病院に比べて少ない。
- ◆ 入院収益：平均在院日数が短く入院単価が平均を大きく上回っている。また、短い平均在院日数の下で高い病床利用率を確保しており、実入院患者数が多い。
- ◆ 人件費：人員の過半を占める看護師の給与水準が低い。
- ◆ 材料費：投薬収入(外来)の少なさに対応して、材料費率は低い。
- ◆ 経費：平均的な水準である。
- ◆ 減価償却費：1床当りの償却資産が平均を下回っているため、償却費も平均以下。

病院名		石川県	岐阜県	愛媛県	平均	
		中央病院	岐阜病院	中央病院		
病床数		662	555	825	646	
医業収益	1床当り収益（百万円）	19	22	21	19	
	外来収益	1床当り外来収益（百万円）	6	5	4	5
		外来単価（千円）	15	8	7	10
		医師1人当り外来患者数（人）	7	7	8	7
	入院収益	1床当り入院収益（百万円）	13	17	15	13
		入院単価（千円）	43	49	46	43
		病床利用率（％）	81	94	95	85
		平均在院日数（日）	18	16	16	17
医業費用	対医業収益比率（％）	112	97	94	111	
	人件費 対医業収益比率（％）	59	51	43	55	
	材料費 対医業収益比率（％）	37	29	31	30	
	経費 対医業収益比率（％）	7	13	16	18	
	減価償却費 対医業収益比率（％）	9	4	4	8	

（注）網掛け箇所は、平均を上回っている箇所

③中央病院の課題

以上の考察の結果、中央病院には次の課題があると考えられる。

- ◆ 平均在院日数の短縮が求められる中、実入院患者数の増加により病床利用率を維持・向上する必要がある。
- ◆ 人件費水準が高いレベルにある。

これらの点については、「4. 改善の方向性」において検討を行うこととする。

3. 現状の問題点の要約

今回の中央病院に対する包括外部監査は、地方自治法に基づき「財務に関する事務の執行」及び「経営に係る事業の管理」について、監査を実施している(法252の37①、②)。

ここでいう財務とは、財政を運営するための具体的な仕組のことであり、地方自治法の第9章財務にいう予算、収入、支出、決算、契約、現金及び有価証券、財産等を意味している。これに基づき、中央病院の財務に関しては、他の地方公共団体の監査において、過去に比較的問題点が多かったと思われる、医業未収金、棚卸資産、固定資産、委託料、人件費、繰入金、情報システム、診療科別原価計算をテーマとして選択し、監査を実施したものである。

また、「経営に係る事業の管理」については、中央病院の役割と現状、診療圏分析、病診連携の状況、経営状況分析を通じて、問題点の把握に努めてきた。

最後に、監査人としての提言事項をまとめるために問題点を要約したいと思う。ただし、これまでに記載した全ての項目を列挙することが目的ではなく、中央病院の改善の方向性を検討するに当たって重要と思われる項目を整理することが目的である。

問題点の整理に当たっては、内外の環境分析結果も踏まえた戦略的思考を取り入れるため、SWOT分析を試みた。SWOT分析は戦略立案のフレームワークであり、組織の強み(Strength)、弱み(Weakness)、機会(Opportunity)、脅威(Threat)の4つの指標を以下に示す2×2のマトリクスにプロットし、戦略案を検討するものである。公的病院といえども基本的には独立採算の下に経営を行ない、組織体として永続していく必要性があり、その視点を明らかにする上では一つの方向性を示すものとする。

		外部環境分析	
		機会	脅威
内部環境分析	強み	積極的攻勢	差別化戦略
	弱み	段階的施策	防衛または撤退

(積極的攻勢)

強みと機会が交差する箇所である。強みを活かして機会を最大限に享受すること、場合によっては強みを外部環境に働きかけることにより機会を作り出す戦略を立案することもある。

(差別化戦略)

強みと脅威が交差する箇所である。脅威に対して自己の強みでこれを回避すること、場合によっては強みを外部環境に働きかけることにより脅威でないものに変えてしまう戦略を立案することもある。

(段階的施策)

弱みと機会が交差する箇所である。機会があるにも拘らず、弱みが原因で機会を享受できなくなることを回避するために、弱みを分析し強みに変える必要があるか、必要がある場合にそれが可能であるかどうかを検討することである。

(防衛または撤退)

弱みと脅威が交差する箇所である。脅威に対して強みがないため、そのままでは淘汰される領域である。淘汰されないために弱みをいかに克服するかを検討することが重要となる。

SWOT 分析の限界は、各要因を認知する客観的な方法がないことである。分析する者により環境の捉え方は様々であり、その結果策定される戦略案も一様ではない。以下の分析過程は、監査人が限られた時間の中で把握し得た状況から捉えたものであり、唯一絶対のものではないことを付言しておく。

では、以下順に 4 つの指標を検討してみることにする。

① 強み

項目	内容	記載箇所
知名度	名前のとおり、中央病院は石川県の中核病院として位置付けられており、知名度は相当高い。	Ⅱ．病院の概要
立地条件	平成 15 年 1 月に移転した石川県庁舎の目前に位置しており、交通のアクセス面からも利便性が高く立地条件が良い。	Ⅱ．病院の概要
病院規模	県下の病院規模では、662 床と金沢医科大学病院(938 床)、金沢大学医学部附属病院(832 床)に次ぐものであり、標榜診療科も 28 科目と多い。	Ⅲ．監査の結果 (イ) 1-(2) 診療圏分析
がんのシェア	「新生物」の石川中央診療圏内でのシェアが他の疾患に比して高い水準にあり、また他の診療圏の患者も多い	Ⅲ．監査の結果 (イ) 1-(2) 診療圏分析

② 弱み

項目	内容	記載箇所
人件費	決算書上は黒字病院であるものの、修正財務諸表を用いた他病院比較の結果、人件費水準が高いことが判明した。	Ⅲ．監査の結果 (イ) - 2 経営状況分析
病床利用率	同様に、他病院比較の結果、病床利用率を維持・向上させる必要があることを指摘している。	同上
診療科別計算	経営成績を分析する一つの重要なツールである診療科別損益計算が病院内でコンセンサスを得るまでの制度化、計算の精緻化が図られていない。ハード、ソフト両面において以下の問題点	Ⅲ．監査の結果 (ア) - 3 診療科別原価計算

項目	内容	記載箇所
	<p>がある。</p> <p>ハード面：転科による診療収益を適切に把握するための医事会計システムや材料費に関して払出実績を科別に把握するためのオーダリング、電子カルテシステム等IT面での改善</p> <p>ソフト面：計算結果を評価、吟味する組織面での改善</p>	
地域連携	<p>地域医療連携室の開設が平成 16 年 4 月であり、連携強化方針が緒について間もなく、県下全域レベルの連携関係構築には至っていない。</p>	<p>Ⅲ. 監査の結果</p> <p>(イ) 1-(3) 病診連携の状況</p>
繰出基準	<p>修正財務諸表を作成する原因となった退職金や追加費用の問題等、中央病院の決算に現れない形で一般会計が負担している費用について、負担関係の見直し、財務の透明化を図る上で見直しが必要。</p>	<p>Ⅲ. 監査の結果</p> <p>(イ)-2 経営状況分析</p>

③ 機会

項目	内容	記載箇所
がん、循環器系疾患の増加	<p>県下の将来患者シミュレーションによれば、がん、循環器系の疾患が増加することが見込まれている。</p>	<p>Ⅲ. 監査の結果</p> <p>(イ) 1-(2) 診療圏分析</p>
役割	<p>医療の機能分化を求められる中で、中央病院をはじめとする大規模病院においては高度・不採算医療への従事、医療連携の中核病院となることが期待されている。</p>	<p>Ⅲ. 監査の結果</p> <p>(イ) 1-(1) 自治体病院としての社会的役割と医療制度改革の動向</p>

④ 脅威

項目	内容	記載箇所
医療制度改革	診療報酬は段階的・継続的に引き下げられている。DPC(診断群分類)による定額払いの導入や情報開示の拡大、促進	Ⅲ. 監査の結果 (イ)1-(1)自治体病院としての社会的役割と医療制度改革の動向
医療計画	公立病院の役割が問われている中で、医療計画の制定に際しては、地域が必要としている医療を確保するため、民間医療機関を含めた機能分担等が検討されることとなっている。	Ⅲ. 監査の結果 (イ)1-(1)自治体病院としての社会的役割と医療制度改革の動向
医師不足	地方における慢性的な医師不足により、医師の確保が困難な状況になっている。	Ⅲ. 監査の結果 (イ)1-(1)自治体病院としての社会的役割と医療制度改革の動向

これらを整理してマトリクスを作成してみる。

		外部環境分析	
		機会	脅威
内部環境分析	強み 知名度 立地条件 病院規模 がんのシェアが高い	積極的攻勢 高度不採算医療への資源の重点配分	差別化戦略 病院規模を生かし、臨床研修の場を幅広く提供することによる医師の確保
	弱み 人件費水準 病床利用率 科別計算 IT整備 組織運営 繰入金負担 地域連携強化	段階的施策 特定の診療科、疾病群の損益状況の把握 地域連携の強化	防衛または撤退 財務の透明化、健全化 DPC導入に耐え得る原価計算制度の構築 医療制度改革に乗り遅れない組織体制の構築

(積極的攻勢)

今後のがん、循環器系の患者が増加すること、より高度不採算医療への期待が高まる中で、中央病院におけるがん診療のシェアは高い。加えて、診療科別計算結果によれば、がん診療のメインとなると考えられる消化器外科の医業利益は病院全体の医療利益の31%(=117,243千円/377,875千円)、入院部門では実に48%(=105,921千円/220,394千円)を占めており、利益貢献度も高い。

患者のみならず医療従事者に対する知名度を向上させるためには、これらの領域に重点配分を行い、病院の存在をアピールしていくことが必要であろう。

「医療制度構造改革試案」に謳われている様に、今後は情報開示が求められることが予想される。全国平均よりも、がんの死亡率が高い大阪府が地域別、部位別あるいは病院別の生存率の成績を公表しており参考になろう。

(差別化戦略)

臨床研修制度の改正後、医師の都市部への集中が顕著となり、石川県でも能登北部地域での医師不足が深刻化している。この問題に歯止めをかけるべく、石川県では地域医療サポートセンターを開設、医師の確保に努めており、臨床研修終了(見込)の医師に対する4年間の地域医療支援医師養成研修プログラムの1年目で中央病院を専門研修先として指定する等、県からも期待されているところである。県下の医師供給の一翼を担う病院として、中央病院自体も医師の確保が課題になることが予測される中で、臨床研修の場として幅広く高度な医療を体現できる環境の整備が必要となる。

(段階的施策)

高度不採算医療を定義付けすることは難しい。IT化の促進も相俟って医療技術は日進月歩であり、5年前と現在の高度医療が全く異なっているものであっても不思議ではない。しかし、とりわけ「不採算」を把握することは可能であるはずである。その分析ツールとしての第一歩が診療科別損益計算であり、DPCによる定額払いの導入に備えた疾病別・患者別の原価計算制度の導入も視野に入れるべきであろう。

地域連携の強化も重要である。地域医療の中核病院となるためには、患者、地域

医療従事者に対する適切な説明と開示が必要であるが、理解される病院となるためには医療水準の向上が不可欠であり、それを支えるための安定的な組織と財務的基盤が必要である。

(防衛または撤退)

医療制度改革が進む中で診療報酬は継続的・段階的に引き下げられ、医療の機能分化を促進するべく、経営に目を向けない医療機関ほど淘汰の憂き目に遭遇する時代に突入し、それは自治体病院とて例外ではなくなっている。

監査人は医療従事者ではない。それ故かも知れないが、激変する環境の中で中央病院が生き残っていくためには、安定的な組織と財務的基盤に関する問題点を改善しなければならないと考えている。

経営努力過程においては、人件費水準の改善や病床利用率の向上により、財務的基盤の強化が必要となろう。さらに、財務的基盤を含め強力なリーダーシップを発揮して安定した組織運営を行うための方策も検討しなければならない。これらを怠れば、強みは弱みへ、機会は脅威へとたちまち入れ替わってしまうであろう。

何よりも必要なことは、これらの分析を通じて戦略を決定し、それを実現するための計画を立案し、実行していくことであろう。

次の「改善の方向性」では、以下の提言を試みる。

- 経営分析からの考察
- 原価計算システムの構築
- 一般会計と事業会計の負担度合及び負担方法
- 医療連携機能の充実
- 改善計画案(中期経営計画書)の作成
- 経営体制の再構築

4. 改善の方向性

前項「3. 現状の問題点の要約」の末尾に記載した項目について、最後に改善の方向性を提示する。

(1) 経営分析からの考察(意見)

「Ⅲ(イ)2. 経営状況分析」で検討したように、中央病院の弱みは、①平均在院日数が長い割に病床利用率が低く、実入院患者数が少ないこと、及び②人件費水準の高さであろう。

1) 平均在院日数及び病床利用率

これについては、入院収益の増減に直結するところでもあり、平均在院日数の短縮と病床利用率の向上に対する原因の究明と対策が求められる。

① 平均在院日数

「Ⅲ(イ)2(2)同規模都道府県立病院との財務指標比較分析」によれば、平成16年度平均在院日数は比較平均が16.7日であるのに対して中央病院は17.7日であった。黒字である岐阜(15.6日)、愛媛(15.8日)の平均15.7日を目標値と考えた場合、2.0日の短縮が必要となる。1日短縮することで801円の入院収益の増加が見込めるのであるから(※)、 $2.0 \text{ 日} \times 801 \text{ 円} = 1,602 \text{ 円}$ の増加となる。平成16年度の延べ入院患者数は195,908人であり、 $1,602 \text{ 円} \times 195,908 \text{ 人} = 313,845 \text{ 千円}$ の入院収益の増加が、計算上見込まれる。

(※)他病院比較において、平均在院日数と患者一日当り入院収益との相関関係が高いことが示され、その関係式は「患者一日当り入院収益 = $56,131 \text{ 円} - 801 \text{ 円} \times \text{平均在院日数}$ 」と示された。この関係式の意味は、平均在院日数がマイナスつまり短縮されれば、患者一日当り入院収益が増加することを示している。

一般的に、平均在院日数を短縮すると病床利用率が低下するが、岐阜、愛媛は中央病院より高い病床利用率を実現しており、達成不能な仮定ではないと考えられる。

対策のためには、①地域連携体制の強化、②クリニカルパスによる入院診療における計画性の強化、③手術室利用の柔軟性等が検討課題になると思われるが、必ずし

も在院日数が短ければよいというものではなく、地域医療連携体制における中央病院の置かれた立場、役割から判断すべきもので、例えば、急性期病院に特化するということであれば、更に目標としての在院日数の短縮が求められてくる、と考えるべきであろう。

この在院日数短縮の点については、既に中央病院においても上記①～③を中心として対策を進めてきており、平成 17 年度は 12 月までで平均在院日数 15.7 日と短縮されていることが報告されている。

② 病床利用率

この問題については、「診療科別病床利用率」及び「入院待機患者数」等を集計分析し、例えば、待機患者がいるにも拘らず空床であったような場合には、空床把握などの病床を一元管理する体制に問題がなかったのか、病床の配分が適正であったのか、あるいはベッドコントロールの権限者による指示がタイムリーであったのか、などの内部的な側面からチェックする体制が重要となってくる。

中央病院においては、平成 17 年 6 月頃より、病床の一元管理体制を実現するために、院内 LAN システム内で空きベッドを公開して空床対策を進めているが、病床利用率については平成 17 年度 12 月累計で 79.5%と漸減の傾向を示しており、上記システムを利用してこれをいかに高めていくかという運用方法等については、今後の課題となっている。

上記以外、中央病院においては、既に病床利用率向上のための改善策もいくつか検討されており、平成 18 年度は救急病床の充実、MICU(代謝集中治療室)の廃止による一般病床の増床、午前退院・午後入院や閉院日における土曜退院・日曜入院を促進することによる病床利用率の向上、病床効率運用のための診療科別定床の見直し等が予定され、今後の成果が期待される。

また、地域医療連携体制に基づく入院患者数が他病院と比較してどうなのか、また病床利用率を高めるために必要な患者紹介率が、どの診療科でどの程度増加すればよいのか、といった収益面からの分析検討も考えられ、中央病院が地域医療連携を視野に入れながら病院の機能分化と自病院の特性に即した事業運営によって、病床利

用率の向上を図っていくことも重要な検討課題だと考える。

2) 人件費水準の高さ

経営状況分析より指摘される 2 番目の問題点は、人件費水準の高さである。分析資料から判断できることは、中央病院においては、「1人当り給与・賃金」が平均以下であるが、「病床 100 床当りの職員数」が平均を上回っていることである。これは、給与水準の低い臨時職員等が他病院より多いことが理由の一つとして考えられる。

この臨時職員の考え方は、その雇用契約が短期的ということで、費用的には業務量に応じて雇用を増減させるという、いわゆる変動費的な運用が可能な性格を有し、人件費という固定費を変動費化させるメリットを持つ。

しかしながら、中央病院がこのメリットを享受できていないと思われるのは、短期の契約を習慣的に更新してしまい、長期雇用者となんら変わらない運用になっているのではないか、という懸念である。今一度運用方針についての見直しを求めたいと思う。

また、職員の意識改革、効率性の向上については、経営形態の変更によっても効果が期待できるため、人件費水準を下げるためには経営管理体制の項も参照していただきたいと思う。

その他、業務委託との関係についていえば、これは人件費コストを変動費化するという利点を有する。従って、前述のように中央病院においては委託料の割合が平均より低いことが指摘されるため、臨時職員の雇用によっても人件費が固定化するようであれば、業務委託の増加についても大いに検討を重ねていただきたい事項である。

人件費については、更に民間の給与水準とも比較検証すると次のようになる。

全国公私病院連盟「平成 16 年 病院経営実態調査報告書」を用いて、中央病院の人件費と民間黒字病院の人件費レベルを比較してみた。数値は「常勤職員1人当たり平均給与月額(黒字病院)」を用いており、民間水準の人件費の目安として、開設者区分が「医療法人」の数値と病床規模区分の「600～699 床」の数値の平均値とした(医療法人の病床規模別のデータは記載されていないため)。医療法人のみの場合、零細な法人も含まれていると考えられることから、規模を補正するための措置である。

	中央病院				医療法人 平均	600～699床 平均	平均 =(+)/2	乖離 割合 = /	加重平均 割合 = ×	
	職員数(人)	給与額	平均月額 = /	加重平均値 = /						
医師	78	78,288千円	1,004千円	23%	1,124千円	933千円	1,029千円	102%	24%	
看護師	412	167,294千円	406千円	50%	310千円	348千円	329千円	81%	41%	
准看護師	13	6,650千円	512千円	2%	278千円	362千円	320千円	63%	1%	
医療技術員	薬剤師	16	9,243千円	578千円	3%	314千円	416千円	365千円	63%	2%
	その他	88	40,905千円	465千円	12%	282千円	389千円	336千円	72%	9%
事務職員	34	16,559千円	487千円	5%	279千円	358千円	319千円	65%	3%	
技能労務員	看護業務補助者	1	380千円	380千円	0%	189千円	231千円	210千円	55%	0%
	その他	33	14,863千円	450千円	4%	230千円	293千円	262千円	58%	3%
合計	675	334,182千円		100%					82%	

(注) 全国公私病院連盟「平成 16 年 病院経営実態調査報告書」は、平成 16 年 6 月の単月レベルの給与費を集計したものであり、中央病院も調査協力していることから当該調査結果と比較した。なお、この調査における給与費には以下の算式で計算される賞与、退職金が含まれている。

賞与：今年度基本給/前年度基本給×前年度賞与支給総額×1/12

退職金：(当期末における退職金の所要額－前期末における退職金の所要額)×1/12

(ただし、計算が困難な場合には、6 月分の本給支給総額の 10%)

全職種の加重平均との比較結果は、上記のとおり民間水準の人件費が中央病院の人件費の 82%程度の水準にあることが判明した。「Ⅲ (ア) 5. 人件費」では他病院(比較対象は「Ⅲ (イ) 2 (2) 同規模都道府県立病院との財務指標比較分析」と同様)に比べて中央病院の平均年齢が高いことが示されており、これも一因と考えられるが、平成 16 年度の人件費総額 6,416,157 千円の 18% (=100%-82%) は、実に 1,154,908 千円と計算される。

従って人件費については、中央病院の費用全体の中でも最も大きな割合(平成 16 年度、医業費用の 51%)を占めており、地方公務員制度、医療法又は診療報酬算定上の制約があるとはいえ、類似病院との比較により職員数の分析等問題点の把握に努め、人件費の適正化について検討を図ることは、病院経営上最も重要な課題であるといえる。

(2) 原価計算システムの構築(意見)

自治体病院の経営分析、経営効率化の検討に関しては、一般的に次のような問題点があるといわれている(全国自治体病院協議会他)。

1. 企業としての経営手法の遅れ
2. 業績評価の不備
3. 原価計算の未活用
4. DPC に基づく疾病別原価管理の欠落
5. 政策医療の収支把握の困難性

中央病院においても例外ではなく、このうち、3の原価計算についても部門別・診療科別原価計算の取組みが行われてはいるが、診療収益については転科の情報が、材料費については科別の払出実績がない等、まだまだデータとしての緻密性・迅速性に欠けることを指摘している。

今後は、原価計算を本格的に行う体制を整備する必要があり、そのための前提条件として電子カルテや情報システムの導入が求められてくるが、現在取り組み中ということで、成果については今後に期待したい。

この診療科別原価計算を行うということは、財務分析では全体でしか把握できなかった原価を、診療科別に対収益で分析・評価を可能にすることを意味する。このため、

- ① 病院の意思決定への活用により、将来計画・中長期計画の策定の精度を高めること、
 - ② 部門・診療科等の収益性を把握し、期間比較・同種同規模病院との比較により問題点の把握が可能となること、
 - ③ 医療従事者のコスト意識向上が図れること(予算統制)、
 - ④ クリニカルパス作成情報の提供に役立つこと、
- 等様々なメリットがある。

また、計算結果は次のような意思決定情報を提供する点にも留意したいところである。

- ① 各診療科の採算性を検討し、極端な不採算診療科がないか検討する。
- ② 各診療科の人件費コストの内容を分析し、各診療科の人員配置が適切かどうかの検討を行う。
- ③ 各診療科の固定費に対して、医業収入規模が適切であるか検討する。
- ④ 時系列比較を実施し、各診療科の経営状況の変化をタイムリーに把握する。
- ⑤ 設備投資の必要性の検討に資する。
- ⑥ 自病院での運営あるいは外部委託(例えば一部の検査の外部委託など)が効

率的かなどの検討に資する。

- ⑦ 各診療科部門長の業績評価基準として利用する。
- ⑧ 将来の診療報酬の包括化に備え、疾病別原価計算の導入を検討する。これに関しては、新オーダーリング・システム、医事会計システムの導入に当り、疾病別原価計算が実施可能なシステム環境の整備を検討する必要がある。

これらの分析・検討に、全国公私病院連盟の「医師一人当り職員数及び患者数」「病院診療科別原価計算調査」等の統計資料を用いて他病院との比較分析なども有効と考えられる。

また、県の医療行政の観点からも病院の診療科別収支計算の結果は、有用な情報提供になると考えられる。医療行政の観点からは、次のような点で利用されるべきと考ええる。

- ① 医療機器等の設備投資の必要性、採算性の検討に資する。
- ② 繰出金の金額の妥当性の検討に資する。
- ③ 病院経営者の業績評価基準としての利用を検討する。

前述したように、中央病院で取り組み中である診療科別原価計算の方法・精度を確認した結果、まだまだ粗いものであることが指摘され、このため診療科別原価計算を経営分析等に活用するまでには至っておらず、当初の目的が果たせていない。技術的には、費用の配賦基準等検討を要する難しい点もいくつか残されているが、監査人が試算した診療科別原価計算を参考にさせていただき、今後更に精度を高められることを期待したい。

加えて、今後更に検討が求められてくるものとして、疾病別原価計算がある。これは今後の病院を取り巻く経営環境の変化を考えたとき、更に高いレベルでのコスト管理の必要が生じる可能性を意味する。つまり、メーカーでいえば製品別に相当する疾病別にコストを管理する疾病別原価計算の必要性が高まるということである。既に一部の特定機能病院以外の病院でもDPCに基づく定額支払い制度が平成16年度から試行されているが、今後本格的に導入されてくると、疾患ごとの収益はその診療方法のいかんにかかわらず定額となり、病院経営を安定させるために十分な利益を獲得するためには、より緻密なコスト管理が重要課題となってくる。

また、このDPCによる疾病分類は、傷病名を基本としていることから、急性期から慢

性期まで広く連続性・汎用性を持つため、地域患者のデータを分析することによって地域別、医療機関特性別など、さまざまな医療資源の必要状況が解析できる利点を持つ。

このため、地域医療計画においても、予防保健と医療の連携、救急医療体制、医療機関の相互連携、医療設備の整備、医療資源の適正配分などの応用へも期待され、今後ますますDPCの普及が進むものと予想される。従って、中央病院においても、公表されている患者別・診断群分類別原価計算標準マニュアル等を参考にしながら、疾病別原価計算の取り組みについて検討されることを期待したい。

また、一方ではこの原価計算の取り組みによって、これまで不明瞭といわれてきた政策医療収支の内容がある程度明瞭化することが期待でき、方針の確立が難しいといわれてきた一般医療と政策医療の区分把握に、一つの指針を与える可能性が大きくなってくる。

この政策医療については、自治体病院が公共的な観点から、採算を度外視しても実施しなければならない医療や業務として地方公営企業法第17条の2第1項第1号(1号該当経費、行政経費)、第2号(2号該当経費、不採算経費)に規定があることは、これまで見てきたとおりである(「Ⅲ(ア)6.繰入金」参照)。

1号該当経費は①看護師の確保を図るために行う養成事業に要する経費、②救急の医療を確保するために要する経費、③保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費、であり、

2号該当経費は へき地医療の確保に要する経費、 高度・特殊医療に要する経費、を意味する。

このうち政策医療の経費区分上、把握が困難なものとして高度・特殊医療に要する経費の問題があるが、この最大の理由は、高度・特殊医療の定義づけの困難性に起因している。時間的、地域的な条件により状況が異なり、高度・特殊性の統一的な取扱いが異なるためである。

そこで、この問題の解決のため検討されているのが、DPCの利用ということになる。DPCは、国際疾病分類に従って各患者の病名を特定し、医療資源の必要度から統計上意味のある病名グループに整理・分類する方法である。従って、この各DPCが高度・特殊医療に該当するかどうかの判定が可能であれば、利用可能性は高まるといえる。

このために考えられているのが、

診療情報管理士の関与

高度・特殊医療に該当する疾病の決定に診療の内容という実質的な面から関与

客観的数値による判断

各患者の疾患が高度か否かを、各種指標を利用して数値的に判断
(指標としては、特定疾患、高度先進医療、紹介の有無等)

である。

以上の過程を踏まえて政策医療の対象疾患が確定すれば、当該疾病別原価計算の集計と損益を計算し、政策医療分の損益が算出できることになる。

(3) 一般会計と事業会計の負担割合及び負担方法(意見)

「繰入金」の項で詳述したように、中央病院は公営企業として独立採算を基本とするが、公営企業の公共的性格から行政経費、不採算経費については、政策医療として、一般会計より負担金が繰り入れられることになっている。

この負担金については、県民に対する説明責任上、県としても繰出基準を明確にする必要があり、従って、「繰入金」の項ではこの政策医療に対する負担金の繰出基準及び算定方法・算定基礎数値について検証を行ったものである。

地方公営企業法第17条の2は、上述のように公営企業は独立採算制を原則とするも、一般行政的経費、不採算経費については一般会計が負担するという立場をとっている。しかしながら、その根底には採算性の問題があり、採算性を検討して初めて負担金の問題が浮上すると考えるべきで、支出した経費の何割かを負担するという基準は、一般会計からの繰出基準としては説得力に欠ける。

「繰入金」の項で見たように、中央病院の繰出基準の大きな特徴は、この採算性の視点、換言すれば原価計算的な視点からの検討が欠けている、といえる。つまり、対象医療を定め、対象医療の人件費、経費、材料費等の関係費用から入院収益、外来収益等の関係収入を差し引いた差額を負担対象額とする方式にはなっていないということである。このことは、前述の「繰入金」の項で、赤字補填の程度を検証するために病院独自の損益計算(検証は行っていない)と繰入金の金額を比較した結果、殆んどの繰入金が高い赤字補填率となっていることにも表れている。

高度医療費に例をとってみれば、繰入金額の算出方法は、過去4年間の高度医療

費の平均の4分の1、となっている。この基準の定め方自体が、なぜ地方公営企業法第17条の2に規定する、関連収入のみをもって充てることが客観的に困難な経費に該当することになるのか、説明が明確ではない。前項で述べたように高度医療の範囲の定義、関連原価の集計及びその損益計算の結果から赤字補填分を負担する、という算定根拠にはなっていないからである。

高度医療の範囲については、時の経過によって捉え方が異なってくるなど、範囲を明確に区分するには困難を伴うこと、また収益及び関連費用の集計にしても診療科別損益計算が十分ではない現状から、上記のような簡便的な繰出基準となったものと想定されるが、今後は、地方公営企業法の立法趣旨から、採算性を加味した説得力のある基準の構築が求められてくるのは間違いのないところであり、重要な検討課題だと考える。

その解決方法として最近注目されているものに DPC の利用があることは、前項で詳述した。もとより、医療の高度性については絶対的な評価は困難であり、相対的な評価が中心となるが、この DPC という単位を用いることによって高度医療の定義づけが、より明確になってくることも述べた。従って、この DPC による定額払いの大きなメリットは、これに対応させて構築する疾病別原価計算及び損益計算の結果を基礎として高度医療の赤字補填分を算定すれば、一般会計からの負担金に対する説明が容易になる、ということである。

一方、採算性を検討する上で見逃してはならない事項として、正職員の退職手当、自治医科大学の研修医に対する給与等及び共済組合追加費用が一般会計で支出されている点がある。これについては「人件費」の項で述べたように、地方公営企業法の財務規定上、病院会計で計上すべき項目であり、一般会計での支出は、実質、中央病院への繰入金としての性格を有している。従って、損益計算を基礎として繰入金の金額を算定する、という地方公営企業法第17条の2の立法趣旨から判断すれば、これら人件費についても病院会計で計上し、その後繰入金の算定をするという算定方法の見直しが必須となる。

これについては、繰入金と一般会計の人件費負担を含めたところで総合的に繰入金金額の妥当性を判断すればよい、という政策的な解釈も成り立つが、政策医療分の赤字補填を原則とする地方公営企業法の負担金の立場からは、金額の合理性を含めて説明が困難であり不明瞭さは避けられない。また一方で、公表された決算書では、一

般会計が負担している病院正職員の退職手当や共済組合追加費用の注記が要求されていないため、県民に対する情報公開が乏しいものになっていることも付け加えねばならない。

いずれにしても、中央病院においては、困難性はあるにしても政策医療と一般医療の収支の区別を明確にし、政策医療についてのみ一般会計からの負担金としての繰入金額を算出することが、県民の理解を得るため、あるいは県民に対する説明責任を果たすためには最低限必要なことであり、また最大の課題であると思料する。

また、政策医療の損益計算を、より精緻化すると考えられる DPC への対応については、平成 20 年 3 月期からの導入を目標として検討が進められており、従って診療科別原価計算はもとより、疾病別原価計算の取り組みについても、並行して検討されることを再度強調しておきたい。

更に、政策医療と一般医療との収支区分の何より大きな効果は、民間医療機関との経営比較が容易になる、ということである。財務指標等の比較を中心として、ベンチマークの設定あるいはPDCAサイクルを機動的に運用することにより、中央病院の一層の効率化努力への期待と、効率的運営を通してサービス水準の向上あるいは一般会計からの政策医療に対する繰入金金の減少という結果になれば、まさに地方自治法第 2 条第 14 項にいう最小経費で最大効果の実現に貢献することになる。

(4) 医療連携機能の充実(意見)

中期経営計画にも示されているように、中央病院については救急医療の充実・より高度な医療の推進が、質の高い医療の提供の重要な柱となっている。

救急医療の充実については、体制(救命救急センター)の充実等がその内容となっており、高度先進的医療の充実については、3大疾病対策の充実等がその主な内容となっている。

中期経営計画は、地域医療の役割分担・機能分担が推進される中、医療政策的に中央病院の役割についての方向性をある程度明確にしたものといえるが、他の医療機関との関係における役割分担が明確ではない。

医療連携体制は、最近の疾病構造の変化から、一つの医療機関だけで医療を完結することが困難な状況を踏まえて、厚生労働省でも「医療計画制度の見直しの方向性」(中間まとめ)」を平成 17 年 7 月に公表し、強力に推進する方向となっている。

中央病院においても、平成 16 年 4 月に地域医療連携室を設置させ、地域連携体制の構築・強化に向けて業務が進められており、その主な業務内容は、

- ・医療連携の推進
- ・患者紹介、逆紹介によるかかりつけ医や地域医療機関との機能分担の推進
- ・CT、MR 装置の共同利用
- ・広報活動

となっているが、開設して間もないということもあって、現在の実際の業務の中心は、紹介患者の受付対応が大部分であると訊いている。ただし、患者紹介率については、当面の目標であった 30%以上を平成16年11月以降より達成しており(「Ⅲ(イ)1.(3)病診連携の状況」参照)、地域医療連携室の設置が有効であったことが窺える。

地域医療連携室(または地域医療連携推進委員会)が、その本来的な業務である医療連携体制の構築、あるいは体制内において患者に対して治療開始から終了までの全体的な治療計画(地域連携クリニカルパス)の作成等、中央病院が今後どのような役割・機能分担を負っていくのかの検討を更に進め、病院の行動指針を明確にしていけば、中期経営計画の三大数値目標の一つである紹介患者率についても必然的に向上していき、目標値を高く設定することも可能と思われる。

もとより、医療連携体制の構築にあたっては、中央病院独自に検討できるものではないと思われるが、少なくとも中央病院の役割・機能の方向性を示すことによって中央病院の医療需要(高度な医療技術や専門性)が明確になり、またその検討過程の中で、中央病院が政策医療に特化するのか一般医療をも含むのかがある程度明確になる。その結果、中期経営計画に示されている三大数値目標である①平均在院日数の短縮(16日以下)、②紹介患者率の向上(30%以上)、③病床利用率の向上(90%以上)のいずれにもつながり、例えば、政策医療の特化度合によっては、紹介患者率は80%を超える可能性もある、ということである。換言すれば、医療連携体制の方向性が見えないために、現行の三大数値目標も平均水準が目標となってしまう、独自性が発揮されていないのではないかと懸念がある。従って、重要なことは、中央病院の役

割分担としての存在意義を明白にし、最終的には基本理念の序文にある、県民へ良質かつ安定的な医療の提供を目標としながら、次項で検討する改善計画案の作成に取り組むことが望ましい、と考える。

(5) 改善計画案(中期経営計画書)の作成(意見)

中央病院については、石川県における公的医療機関の基幹病院として、地域医療機関との機能連携や役割分担に努めながら、循環器医療、小児医療、がん診療及び救急医療等を重点に高度医療の確保と施設・設備の充実強化に努め、県民福祉の向上に寄与することが期待されており、その理念・基本方針は次のようになっている。

理念：「私たちは、医療者としての倫理を守り思いやりの心を持って 24 時間より質の高い医療の提供を行い、安心・満足・信頼していただける病院をめざします」

基本方針：

- I 患者さん本位の医療の推進に努めます
 - ・患者さんの権利を遵守します
 - ・患者さんに対する十分な説明と同意のもとに医療を提供します
 - ・診療情報を積極的に開示します
- II 地域医療の確保に努めます
 - ・救急医療を充実します
 - ・地域医療機関との連携を強化します
 - ・医療・健康公開講座などを開設し、地域医療に貢献します
- III 医療水準の向上に努めます
 - ・高度・特殊・政策医療に取り組みます
 - ・新医師臨床研修機関として優秀な人材を育成します
 - ・研究・研修及び教育の機会を拡充します
- IV 安全管理の徹底に努めます
 - ・施設・設備を適正に管理・運用します
 - ・チーム医療を推進します
 - ・安全教育を強化します
- V 健全経営の確保に努めます

また、この理念・基本方針に基づき、中期経営計画（平成 15 年～平成 19 年）が作成され、実行に移されている。

しかしながら、財務面から検討を加えた中期収支予算の作成にまでは至っていないため、収支改善を求める計画としては目標値に欠け、収支改善実績を評価・検討するための実効性に乏しいものと思われる。つまり、中期経営計画に掲げる「挑戦する三大目標」である（1）平均在院日数の短縮、（2）紹介患者率の向上、病床利用率の向上が、収支計画と連動していないために、仮に目標を達成しえたとしても収支に対する改善効果が見えてこない、ということである。

この点は、総務省が平成 16 年 4 月 13 日に通知している「地方公営企業の総点検について」に示されている中期経営計画の策定が参考となる。

この通知では、基本的留意事項の一つとして、中期財政収支計画及び設備投資計画を明示すること、とあり、また中期経営計画への記載項目の例も示されている。更に、中期経営計画策定の実効を挙げるためには、継続的に計画と実績を比較することによって、計画の達成度を評価し、また、計画と実績の差異の原因を分析し、その結果を計画修正や次期計画の策定等企業経営に反映させる PLAN－DO－CHECK－ACTION のサイクルを導入することが必要である、ことも強調している。

まさに、地方公営企業の経営基盤強化のために民間的経営手法の導入を推進しようという趣旨であり、中央病院も例外ではない。従って、今後は、中期経営計画を収支予算にまで拡大し、目標数値を明確にした上で計画を作成実行に移すべきで、この数値を前提にして初めて計画、実行、評価、改善のPDCAサイクルの運用が可能になり、効果的な病院経営管理に結びつくものとする。

（6）経営体制の再構築（意見）

1) 中央病院の経営管理体制

自治体病院である中央病院の組織・経営管理体制は民間病院とは大きく異なっている。

その大きな差異の一つは、県立病院の場合、開設者は首長たる知事であり、病院トップとしての病院長は医師が就任していることである。実はこのことが、これまで自治体病院の経営改善を進めていく上で、大きな障害になってきたことも指摘されている（全

国自治体病院協議会)。

たとえば、

1. 開設者である首長は病院経営にその役割と責任を十分に果たしているか、
2. 首長自身が経営実態の把握や経営分析等の認識があるか、ほとんどの開設者は財務に対する関心が低く、病院職員の顔すら知らないのではないか、
3. 病院長については単なる医局のトップ、医療行為者の代表者ではなく、経営に全責任をもっているか、
4. 開設者と病院長は、役割分担の下で責任と自覚を持って、お互いが任せきりや無関心ではなく、病院経営の理念、経営方針について絶えずコミュニケーションを持ち、一致していなければならないが、そうはなっていないのではないか、

が指摘されているからである。

中央病院においても例外ではなく、中期経営計画の基本において、「効率的で安定した経営基盤の確立」が掲げられているが、その中で、将来の病院の経営形態のあり方として、上記問題点の存在を認識し、地方公営企業法の全部適用、公の施設の指定管理者制度の活用及び地方独立行政法人化等の病院事業を取り巻く各種の制度についても研究を進めることが謳われている。

上記各種手法による経営形態・組織の内容を比較すれば、次のようになる。

○組織のあり方の比較

項目	一部適用	全部適用	地方独立行政法人	指定管理者制度
責任者	地方公共団体の長	公営企業の長	理事長 (設立団体の長による任命、解任)	地方公共団体の長(委託による運営責任は、運営受託業者)
予算年度	単年度	単年度	複数年度 (3～5年)	単年度
年度計画	毎年度毎に予算書他必要書類を作成し、	毎年度毎に予算書他必要書類を作成し、	中期目標に基づき、中期計画を作成し、	毎年度毎に予算書他必要書類を作成し、

項目	一部適用	全部適用	地方独立行政 法人	指定管理者制 度
	議会の議決を 経る	議会の議決を 経る	設立団体の長 の許可を受け る	議会の議決を 経る
予算の繰越	繰越明許費を 除き、不可	繰越明許費を 除き、不可	財源別に必要 額を付与 (運営費交付 金、施設費等)	可能
組織	定員管理	定員管理	法人の長が決 定	受託業者が決 定
職員身分	公務員型	公務員型	非公務員型も 可能	非公務員型
給与制度	条例による	技能・能率等 を考慮の上条 例で定める	法人の長が決 定	受託業者が決 定
事後評価	制度としては規 定されない	制度としては規 定されない	地方独立行政 法人評価委員 会による評価	委託契約の検 証という形で実 施される
会計監査	決算等の監査 委員監査	決算等の監査 委員監査	外部者による 監査	決算等の監査 委員監査

○各制度のメリット

(地方公営企業法全部適用)

項目	内容
長の権限が強化される	予算及び決算の調製 組織設計、職員の身分の取扱い 業務管理規程の制定
人事の弾力化	技能・能率等を考慮の上条例で定める

(地方独立行政法人)

項目	内容
長の権限が強化される	中期経営計画及び年度計画の策定 役員及び職員の任命権 組織、人事待遇の設計及び管理 人事をはじめ各種規程の制定
人事の弾力化	法人の長の裁量が生かしやすい 定員管理の対象外 適材適所の人員配置が可能 報酬・給与は、法人の業績、勤務成績を考慮 原則として非公務員型
複数年予算	3～5年、契約や財務運営等の面で弾力的な経営が可能
余剰金の繰越	運営費交付金は使途の制限のない財源 年度を越えた繰越しが可能(中期目標期間を超える繰越しは不可) 中期計画で定めた範囲内での剰余金の繰越が可能 目標達成へのインセンティブを期待

(指定管理者制度)

項目	内容
民間ノウハウの活用	民間事業者の自主性と創意工夫を生かした質の高いサービスの提供を実現

いずれも一部適用に比べて管理コストは増加すると考えられるが、経営の柔軟性は高まると考えられる。

2) 全部適用の検討

以上より、全部適用のメリットをまとめると、

1. 経営責任の明確化と自立性の拡大による効率的・効果的な運営体制の確立が可能となる。これは、
 - ① 組織の独立と管理者の設置により、経営責任の明確化と自立性の拡大が図れること、
 - ② 知事権限が専任の管理者に移るとともに、病院長への権限委譲により、運営の機動性が図れる、ためである。
2. 職員の意識改革の促進が図れること。これは、
 - ① 病院長等幹部職員の経営者意識が向上する、
 - ② 独立した企業体の職員としての自覚が促され、コスト意識と経営参画意識が醸成される、
 - ③ 経営健全化の取組み、改善実績に応じた評価・褒賞の導入が容易になり、職員の士気高揚と職場の活性化が図れる、こと等による。

またこれ以外にも、適切な公的負担による独立採算の確保、さらに患者サービスの向上にもつながることが、メリットとしてあげられる。

ちなみに、全部適用の導入は近年急増しており、事業数で70、病院数で180となっている(平成17年12月 平成16年度地方公営企業決算の概況 総務省自治財政局)。

3) 地方独立行政法人の検討

地方公営企業法全部適用による場合にも、経営の限界があることが指摘されており、地方独立行政法人へ移行することも検討してよい。

全部適用の場合、予算の単年度主義や契約などによる地方自治法の規定に制約されて、本来の企業的経営の趣旨に沿った経営が行いにくいことから、地方独立行政法人化を進め、これにより地方公共団体の組織から分離し、柔軟な経営により質の高い行政サービスの提供を可能にしていこう、というものである。

地方独立行政法人制度の下では、中期経営計画を作成し評価委員会の評価を受けることが義務付けられている。地方独立行政法人制度の採用により、前期の改善計画案を病院経営の中で制度化し、PDCAサイクルをより強固なものとするメリットも挙げられる。

ただし、各種規定やシステム変更のコスト、あるいは移行の際の争議行為による診療停滞などのデメリットなどがあるため、慎重な対応が求められてくることも留意する必要がある。

4) 指定管理者制度の検討

民間の経営方法をよりダイレクトに取り入れるのが指定管理者制度である。

より柔軟な経営が可能となる反面、経営に市場原理が色濃く反映される結果、地域として必要な医療の提供を維持できなくなる可能性や、既存職員の処遇にも配慮が必要であり、中央病院の存在意義そのものを問うた上で、採用の可否を検討する余地もある。

上記方式については、いずれも自治体病院の経営の自立性を高め、経営の効率化、活性化を図る目的で検討されているものである。従って、最適な経営形態を選択するポイントは、

- (1) 病院経営の経済性が自治体の運営方針によって阻害されないかどうか、
- (2) 中央病院の財務、組織、人事管理等が、地方自治制度の基本的枠組みからどの程度自由になれるか、

だと思われるが、現行の一部適用による経営形態では、前述のように自由度という点では限界があり、中期経営計画でもこのことを問題点として、より望ましい経営形態を検討課題としているものと思われる。

ただし、この外部監査では、どの方式が現段階で最良かを判断し指摘する立場にはなく、今後は「病院のあり方検討会」で、現在あるいは将来の中央病院に期待する県民ニーズを念頭に置きながら、最も効率的・効果的な望ましい経営形態とはどんなものなのか、上記各種方式のメリット・デメリットを参考として、県民福祉の向上という視点から更なる検討に着手されることを求めたい、と考える。