

(愛媛県報平成15年4月8日第1446号外1別冊)

平成14年度

包括外部監査の結果報告書

県立病院事業の経営と事務の管理について

平成15年3月

愛媛県包括外部監査人

眞 鍋 清

目 次

第1 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（監査テーマ）	1
(1) 外部監査の対象	1
(2) 監査対象期間	1
3. 特定の事件を選定した理由	1
4. 外部監査の方法	1
(1) 監査の要点	1
(2) 監査手続	3
5. 外部監査の実施期間	5
6. 外部監査人補助者の資格及び人数	5
7. 利害関係	5
第2 病院事業の概要	6
1. 各県立病院の概要	6
2. 組織図	8
3. 財務の状況	9
(1) 5年間の損益推移・財務状況（H9～H13）	9
(2) 6県立病院比較（平成13年度決算）	10
第3 監査の結果	11
1. 病院事業の課題	11
(1) 愛媛県が行革大綱と病院事業の課題	11
(2) 県立病院の財政健全化計画	12
2. 経営管理上の問題点	14
(1) 経営責任体制の確立	14
(2) 管理会計システム	15
(3) 人事・給与制度の改革	15
(4) 施設管理	16
(5) その他参考意見	17

3. 不採算病院	18
(1) 県立病院設置の必要性	18
(2) 赤字の3病院の経営状況	18
(3) 北宇和病院の経営の現状と必要性	19
4. 会計処理及び表示に関する事項	23
(1) 一般会計負担金	23
(2) 附帯事業費用の表示	24
(3) 退職給与引当金の会計処理	25
(4) 退職金の支給事務	26
5. 固定資産管理	27
(1) 有形固定資産残高と減価償却計算システムの不一致	27
(2) 有形固定資産の現物照合の状況	28
(3) 無形固定資産（電話加入権）の実在性	29
(4) 修繕費の資本的支出の状況	29
(5) 医療機器の選定状況	30
(6) 医療機器の契約状況	32
(7) 高額医療機器の稼働状況と経済性	34
6. 購買及び在庫管理	35
(1) 購買事務の6病院一元化の必要性	35
(2) 薬品・診療材料等の契約状況	38
(3) 診療材料費と消耗品費の科目区分	40
(4) 統一的な在庫管理	40
(5) 薬品の期末在庫の実在性	40
(6) 診療材料の期末在庫の実在性	41
(7) 給食部門の採算性	43
7. 債権管理及び医事事務	44
(1) 入院患者の医業収益診療報酬計上時期のずれ	44
(2) 未収金の管理	45
(3) 診療報酬の請求実績と減額、返戻	49

8. 人件費関係	53
(1) 深夜、準夜勤務の看護師の休憩時間の取扱い.....	53
(2) 超過勤務承認書.....	54
(3) 超過勤務の終了時間の確認方法.....	54
(4) 超過勤務の状況.....	55
9. 委託業務関係	56
(1) 清掃業務の作業検収方法.....	56
(2) 委託業務の予定価格のあり方.....	57
(3) 保守管理業務の契約価格.....	58
10. 一般経費その他の事項	59
(1) 職員被服費の事務.....	59
(2) 免税事業者に対する消費税の上乗せ支払い.....	60

報告書中の表の合計は、端数処理の関係で、総数と内訳の合計とが一致しない場合がある。

第1 外部監査の概要

1. 外部監査の種類

地方自治法（以下、「法」という。）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（監査テーマ）

(1) 外部監査の対象

県立病院事業の経営と事務の管理について

(2) 監査対象期間

原則として平成13年度（必要に応じて、過年度についても対象とした）

3. 特定の事件を選定した理由

愛媛県病院事業は、公営企業として経営されている。公営企業としての経費の負担に関して地方公共団体から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる場合として、地方財政法第6条及び地方公営企業法第17条の2及び3によれば、①経費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地方公営企業の性質上能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費、③災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合に限定されており、公営企業の経営は、独立採算原則が要求されている。

しかし、近年の経営状況は赤字体質にあり、平成13年度損益計算書では、平成14年3月末現在の未処理欠損金は218億56百万円と多額になっている。また、昨今の医療・保険制度の改革に伴い今後患者の減少が予想されており、病院事業の経営状況の改善は緊急の課題である。そこで、財務及び経営管理上の問題点を明らかにし経営改善に結びつけることは有意義であると考え愛媛県病院事業の経営に係る事務の管理を特定の事件として選定したものである。

4. 外部監査の方法

(1) 監査の要点

①病院事業の課題

「行政システム改革大綱」を読むと、愛媛県は行政改革に積極的に取り組む姿勢であることを感じるが、病院経営上の問題点として理解し、改革に対処すべきかについて問題点を整理した。

愛媛県は、累積赤字が200億円を超えたことを契機に「県立病院財政健全化5カ年計画」

を策定し、平成11年度から改善に取り組んでいるが、十分な改革がなされているとはいえない。今後は、病院事業の独立採算性を確保し、その結果、厳しい財政状況にある一般会計からの繰入金を減少させる対策を含め、病院のあり方等にも踏み込んだ根本的な構造改革を断行する必要がある。

②経営管理上の問題点

病院経営における経済性・効率性の視点から次の項目を取り上げて、問題点の指摘と改善提案を行った。

- ・ 経営責任体制の確立
- ・ 管理会計システム
- ・ 人事給与・制度
- ・ 施設管理ほか

③不採算病院

企業として運営する以上、民間企業同様に経済性・合理性が求められる。経常損益（一般会計負担金繰入後）が赤字である3病院について、事業継続の合理性も含めて検討した。

④会計処理及び表示に関する事項

次の事項について会計処理と表示が適正に処理されているかについて監査を行った。

- ・ 一般会計負担金
- ・ 附帯事業費用
- ・ 退職給与引当金及び退職金の支給

⑤固定資産の購入事務及び資産管理

有形固定資産の購入事務、帳簿管理及び現品管理が適切に行われているか監査を行った。

⑥購買及び在庫管理

薬品及び診療材料等の棚卸資産の購買事務、受払事務及び現品管理事務が適切に行われているかについて監査を行った。

⑦債権管理及び医事事務

債権管理及び医事業務（レセプト業務を含む）が規定に基づき適切になされているかについて監査を行った。

⑧人件費関係の事務

給与及び手当の支給が規定に基づき適切になされているかについて監査を行った。

⑨委託業務関係の事務

業務委託に関する発注業務及び支払業務が適切に行われているかについて監査を行った。

⑩一般経費その他の事務

上記⑧及び⑨の監査過程において特に気付いた点を検討した。

(2) 監査手続

監査の要点を検証するため、公営企業管理局の総務課及び県立病院課に対してヒアリングを行うと共に県立6病院のうち中央病院、新居浜病院、北宇和病院の3病院について往査を実施した。なお、3病院の選択は、中央病院は愛媛県下の基幹病院であること、新居浜病院は中規模都市の中核病院として、さらに北宇和病院については小規模の地域密着型病院としてそれぞれ異なる機能と特色を有していることによる。

①病院事業の課題

②経営管理上の問題点

③不採算病院

以上、3項目について

愛媛県が作成した次の資料を詳細に閲覧して行政及び企業の合理化、効率的運営の取組み方を理解し、財政健全化計画の内容と実施状況を検討した。

- ・「行政システム改革大綱」（平成14年3月）
- ・「県立病院財政健全化計画」（平成11年3月、14年3月・中間見直し）
- ・「平成13年度決算関係資料」

また、公営企業管理局の局長、総務課及び県立病院課の責任者に面接して事業運営の方法、現状の問題点、今後の改善策等を質問して現状の把握並びに意見を聴取した。

病院事業に関する各種財務データに基づいた経営分析を実施し、実質的な損益を把握し独立採算原則が達成されているかどうかを確かめた。

また、経営に関する意思決定や事業計画の立案、実施など経営管理体制の整備、運用状況が合理的なものであるか検討した。

さらに、病院間の損益状況や診療科別の損益状況の分析を実施し病院事業会計の損益構造の概況の把握を前提に、病院事業の必要性（目的適合性）の検討を行うとともに対策案を検討した。

④会計処理及び表示に関する事項

病院事業会計が採用する会計処理方法を調査し、これが地方公営企業法第20条に規定されている発生主義の原則に基づき適正に処理されているかどうか検討を行った。

また、実際の会計処理が愛媛県公営企業会計規程等に従って適正に処理されているかについて検討を行った。

一般会計繰入金の算定においても「地方公営企業繰出金について（総務省自治財政局長通知）」に見られるように独立採算の原則を基本としているが、実際の金額の算定根拠や繰入金の内容がこれらの原則に従った合理的なものであるかについて検討した。また、損益計算書の表示方法の妥当性についても検討した。

附帯事業費用については、科目の内訳明細表を入手分析して、損益計算書の表示方法の妥当性を検討した。また、損益状況を分析し事業運営の必要性を検討した。

退職給与引当金については計上基準と会計処理の方法を確かめた。また、引当金計上不足額を試算するとともに、望ましい会計処理方法を提示した。

また、退職金の支給について「愛媛県企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」、「愛媛県企業職員の給与に関する規程」及び「愛媛県職員退職手当条例」に基づき適切に行われているかを確かめた。

⑤固定資産の購入事務及び資産管理

有形固定資産の購入事務、帳簿管理及び現品管理が適切に行われているか監査を行った。

⑥購買及び在庫管理

薬品及び診療材料等の棚卸資産の購買事務、受払事務及び現品管理事務が適切に行われているかについて監査を行った。

⑦債権管理及び医事事務

未収金について発生主義の原則に基づき計上されていることを確かめるとともに、その資産性について検討した。滞留債権については、債務者に対する支払請求が適切に行われているかなど回収に向けた合理的な手続きが実施されているか検討を行った。

診療報酬の請求については、請求漏れを防ぐために合理的な対応が行われているかについて検討した。また、遅滞なく返戻、減点の処理が行われているかどうかについて検討した。

⑧人件費関係の事務

給与・諸手当の支給状況について「愛媛県企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」等の規定に基づき適切に行われているかを確かめた。

⑨委託業務関係の事務

委託業務の内容を検討し、委託先の選定方法などサンプルベースで発注業務が合理的に実施されているかどうかを確かめた。また、委託料について経年比較等を実施し金額の妥

当性を検討するとともにサンプルベースで支払業務が愛媛県公営企業会計規程に基づいて実施されていることを確かめた。

さらに、委託の方針について確認し、損益状況の改善に資するものとなっているかを検討した。

⑩一般経費その他の事務

委託業務の検討過程の中で派生的に検出した事項である職員被服費の会計処理・契約方法の妥当性、委託業者に対する消費税の支払状況の妥当性について別途検討を行った。

5. 外部監査の実施期間

平成14年6月3日から平成15年2月12日まで

6. 外部監査人補助者の資格及び人数

公認会計士 5名

7. 利害関係

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

第2 病院事業の概要

1. 各県立病院の概要

平成14年4月1日現在

	中央病院	今治病院	伊予三島病院	南宇和病院	北宇和病院	新居浜病院
所在地	松山市	今治市	伊予三島市	城辺町	広見町	新居浜市
開設年月	昭和23年6月	昭和23年6月	昭和23年6月	昭和23年6月	昭和37年4月	昭和28年1月
診療科目	内科 呼吸器科 小児科 外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 歯科 放射線科 整形外科 形成外科 精神科 麻酔科 消化器科 循環器科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科 小児外科 リハビリテーション科 アレルギー科 神経内科 (24科)	内科 呼吸器科 小児科 外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 整形外科 精神科 麻酔科 消化器科 循環器科 脳神経外科 心療内科 (17科)	内科 呼吸器科 小児科 外科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 整形外科 麻酔科 循環器科 脳神経外科 (13科)	内科 呼吸器科 小児科 外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 整形外科 麻酔科 脳神経外科 (13科)	内科 呼吸器科 外科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 整形外科 麻酔科 循環器科 (9科)	内科 呼吸器科 小児科 外科 皮膚科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 歯科(休診中) 放射線科 整形外科 麻酔科 消化器科 循環器科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科 (17科)
病床数	864床	332床	183床	199床	100床	350床

愛媛県では昭和23年に中央病院、今治病院、伊予三島病院及び南宇和病院の4病院により病院事業を開始した。その後、昭和28年に新居浜療養所（現新居浜病院）、昭和37年に北宇和病院が加わり、現在、愛媛県では6病院によって病院事業が運営されている。

①中央病院

県下の基幹病院として、救命救急センター、周産期センター、東洋医学研究所等を併設し、救急医療、周産期・小児救急医療等の高度・特殊医療や骨髄移植等の先駆的医療に取り組むとともに、災害基幹拠点病院として、災害時の医療体制確保に努めている。また、臨床研修医の教育・研修を通じて地域の医療水準向上の機能を果たしている。

②今治病院

今治圏域でも有数の総合機能を有する病院として、救急医療、循環器疾患等の高度医療に的確に対応するとともに、今後、心臓血管外科の設置や脳神経外科、小児救急の充実など、基幹病院として求められる機能の整備に努めることとしており、地域にとって欠くことのできない存在となっている。

③伊予三島病院

宇摩圏域の中核的病院として、地域に不足する医療を補完するとともに、ICUや高度医療機器を整備し、緊急度の高い循環器疾患や脳疾患に対応できる体制により救急医療を行っているほか、感染症対応や平成12年度から腎移植を開始するなど、高度・特殊医療にも取り組んでいる。

④南宇和病院

南宇和郡で唯一総合機能を有する病院として、質的・量的に乏しい地域の医療水準の向上を図っている。また、ICUや高度医療機器を整備し、緊急度の高い循環器疾患や脳疾患に対応できる体制を構築して、郡内の救急患者の約9割のみならず、隣県患者も受け入れるなど、地域の救急医療の確保に大きな役割を果たしている。

⑤北宇和病院

高齢者の多い地域特性に配慮した地域密着型の病院である。平成9年度の新築移転に際し、眼科、循環器科、泌尿器科の新設など、診療機能の見直しを行い、高齢者に重点を置いた医療の提供を行っている。

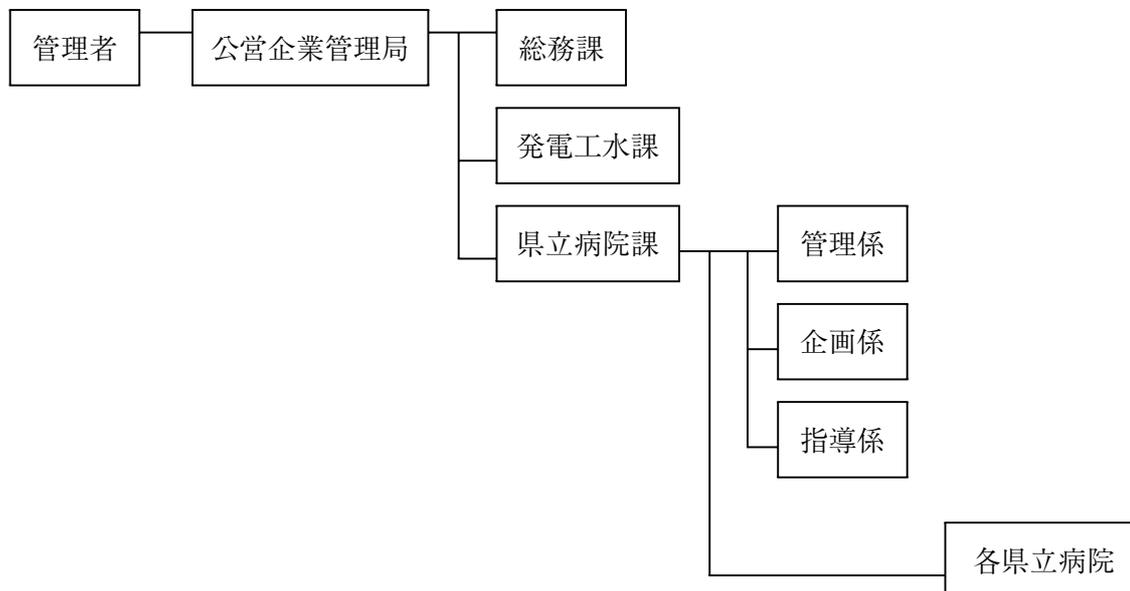
⑥新居浜病院

新居浜・西条圏域の中核的病院としての役割を果たしている。また、平成4年の東予救命救急センター設置以降は、東予地域における3次救急の拠点として、その役割を果たすとともに、同センターを有効に活用した病院運営を行っている。

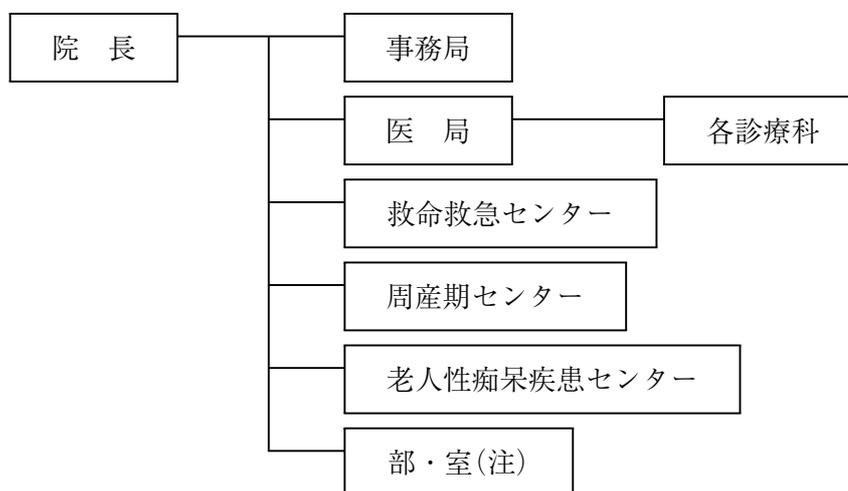
2. 組織図

公営企業管理局及び中央病院の組織図は以下のとおりである。(平成14年4月1日現在)

(1) 公営企業管理局



(2) 中央病院



(注)手術部・中央材料部・検査部・放射線部・リハビリテーション部・栄養部・人間ドック部・輸血部・内視鏡室・人工透析室・ICU室・薬剤部・看護部

東洋医学研究所

3. 財務の状況

一般会計負担金受け入れ前の損益状況を見るために、公表された損益計算書を次表のとおり組み替えて表示した。

(1) 5年間の損益推移・財務状況（H9～H13）

（単位：百万円）

	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	
医業収益	31,183	31,767	32,364	30,730	31,214	100%
医業費用 (A)	34,900	35,183	35,752	33,950	34,295	110%
医業損失	△ 3,717	△ 3,416	△ 3,388	△ 3,220	△ 3,081	-10%
医業外収益	265	296	313	284	285	1%
医業外費用 (B)	2,535	2,522	2,474	2,301	2,264	7%
附帯事業費用(C)	148	156	166	161	159	1%
一般会計負担金 計上前経常損失	△ 6,135	△ 5,798	△ 5,715	△ 5,398	△ 5,219	-17%
一般会計負担金 (医業収益)	1,367	1,210	1,829	1,798	1,980	6%
(医業外収益)	2,453	2,515	3,651	3,674	3,486	11%
合計	3,820	3,725	5,480	5,472	5,466	18%
経常損益	△ 2,315	△ 2,073	△ 235	74	247	1%
当年度純利益 (△損失)	△ 2,269	△ 2,080	△ 234	73	247	1%
総費用(A+B+C)	37,583	37,861	38,392	36,412	36,718	
累積欠損金	△ 19,862	△ 21,942	△ 22,176	△ 22,103	△ 21,856	

平成11年度より一般会計負担金の繰入基準に変更があり、繰入額が約17億円増加している。経常損益が11年度から大きく好転しているのは主としてこの理由による。また、平成12年度より退職給与引当金を計上しており、医業費用に12年度540百万円、13年度517百万円の退職給与引当金繰入額が含まれている。

(2) 6 県立病院比較 (平成13年度決算)

(単位：百万円)

	県立病院 合計	中央 病院	今治 病院	新居浜 病院	伊予三島 病院	南宇和 病院	北宇和 病院
病床数 (床)	2,028	864	332	350	183	199	100
医業収益	31,214	15,895	4,967	3,927	2,564	2,713	1,148
入院収益	22,923	12,379	3,400	3,002	1,575	1,794	773
外来収益	7,349	2,989	1,431	824	911	856	338
その他	942	527	136	101	78	63	37
医業費用	34,295	16,193	5,320	4,721	3,059	3,280	1,722
給与費	18,016	8,115	2,714	2,672	1,704	1,822	989
材料費	8,715	4,700	1,429	1,085	599	695	207
経費	5,683	2,677	917	741	526	523	299
・委託料	1,816	813	293	240	152	164	154
・その他	3,867	1,864	624	501	374	359	145
減価償却費	1,881	701	260	223	230	240	227
医業損失	△ 3,081	△ 298	△ 353	△ 794	△ 495	△ 567	△ 574
医業外収益	285	179	20	20	11	49	6
医業外費用	2,423	1,014	404	261	310	309	125
経常損失 (A)	△ 5,219	△ 1,133	△ 737	△ 1,035	△ 794	△ 827	△ 693
一般会計負担金							
・医業	1,980	1,002	99	814	34	28	3
・医業外	3,486	1,437	643	392	389	444	181
負担金計 (B)	5,466	2,439	742	1,206	423	472	184
負担金繰入後 経常損益(A+B)	247	1,306	5	171	△ 371	△ 355	△ 509

(注) 中央病院の医業外費用には東洋医学研究所の附帯事業費用 159 百万円が含まれている。

第3 監査の結果

1. 病院事業の課題

(1) 愛媛県の行革大綱と病院事業の課題

平成14年3月に愛媛県は「行政システム改革大綱」（以下、「行革大綱」という。）を発表した。行革大綱の取りまとめに当っては、企業経営者を含む県内有識者で構成される「愛媛県行政改革・地方分権推進委員会」委員の意見を参考にしている。

行革大綱の内容は病院経営のあり方にも通ずる基本事項が記載されているため、行革大綱より経営管理に関する部分を抽出・要約し、病院事業経営の問題点を記載する。

①現状認識

（行革大綱）

財政指標（注）は他府県に比べて相対的に良いといえども、経済の低成長が続く中、少子高齢化やIT革命の進展など県民ニーズへの対応を考えれば、愛媛県の財政状況は危険水域にあるといえる。

仕事の進め方や制度・システム、いわゆる行政システム自体を徹底的に見直すことが必要な時期に来ている。

（注）起債制限比率（H13年度、都道府県平均12.6%、本県5.6%）

経常収支比率（H13年度、都道府県平均88.9%、本県78.9%）

（病院事業の問題点）

病院事業会計に対する平成13年度の一般会計からの繰入金は、64億円（収益的収支54億円＋資本的収支10億円）であり、一般会計の財政悪化の要因の一つとなっている。

自治体が行わなければならない事業と、民間に任せるべき事業の再検討が必要ではないか。また、採算性の低い部門又は病院について如何に対処すべきか検討を要する。（指摘の詳細は3を参照）

②行政改革の目的

（行革大綱）

端的に言えば、「地域経営体」としての体質を改善・強化することである。

行政コストは県民の税負担により賄われているという原点に立ち、民間の経営管理手法も導入しながら、最少のコストで最大の県民満足が得られるようにする。

（病院事業の問題点）

管理者が平成11年8月以降任命されておらず、いわば最高経営責任者が不在であるとともに、本局の管理組織の有効性を検討する必要がある。（指摘の詳細は2(1)①を参照）

③過去の取組み状況

（行革大綱）

第1次及び第2次の行革大綱において、行政コストの削減に焦点を当てて、次の事項に取り組んだ。

- ・事務事業の廃止・縮小
- ・組織・機構の簡素化
- ・職員定数の削減

これらの事項について病院経営においてどのように取り組んできたであろうか。

(病院事業の問題点)

病院でも事業の縮小・廃止の是非を具体的に検討すべき時期に来ていると考える。

病院事業全体を管理するシステムについて、一元化と簡素化の検討をする必要がある。

(指摘の詳細は2(1)②を参照)

④システム見直しの必要

(行革大綱)

1) IT革命の進展

行政の場にITを積極導入し、内部管理業務についても、従来の慣例とルールにとらわれた仕事の進め方や制度・システムを抜本的に見直し、効率化を図る必要がある。

2) 公務員制度の改革

本県においても「年功中心から能力・業績中心」の人事給与システムへの転換が求められている。

(病院事業の問題点)

平成13年度に財務会計オンラインシステム(注)が運用開始されたものの、管理会計システム機能がないため、経営管理資料の作成が手作業に近い状態であり不効率かつタイムリー性に欠ける。

また、医業費用に占める給与費の割合が高く経営の採算性を悪くしており、年功中心の制度から能力・業績中心の制度に改めるべき時期に来ている。(指摘の詳細は2(2)(3)を参照)

(注) 各病院の経理事務(伝票の作成・仕訳・転記等)をオンライン化したコンピュータシステム

(2) 県立病院の財政健全化計画

(取り組みの現状)

県立病院は、施設の近代化、高度医療機器の整備等を図り、県民医療の確保と医療水準の向上に努めてきたが、国の総医療費抑制策による診療報酬の伸び悩みや薬価の引き下げが行われる一方で、県民の医療ニーズに適切に対応するため、伊予三島病院、南宇和病院、北宇和病院の移転新築や周産期センター、東予救命救急センター、今治病院高度診療棟の開設などの病院機能拡充や看護体制の整備を行った結果、それに伴う固定費の増大により、

大幅な赤字経営を余儀なくされたことから、「県立病院経営改善計画」（平成6～10年度）を策定し、経営改善に努めてきた。

しかしながら、累積赤字が200億円を超えるなど依然として赤字の状況が続いたことから、「県立病院財政健全化計画」（平成11～15年度）を策定し、経営収支目標を設定して経営改善に取り組んでいる。その結果、診療科の新規標榜等の収益増加対策や病床数の見直し、職員の適正配置等の経費節減対策による自助努力を行うとともに、一般会計からの繰入金の見直しが行われたことにより、平成11～13年度はその収支目標を達成することができた。

主たる収支改善効果を要約すると、これまで、総務省繰出基準に示されている基準までの繰入れが行われておらず、経営の負担となっていた救命救急センター運営等の不採算医療に対する一般会計からの繰入金を基準どおり繰り入れるなどの見直しが行われ、平成11年度に一般会計からの繰入金の水準が前年度の37億円から54億円に引き上げられたことと、病床数の見直しや職員の適正配置に伴う職員給与の減少効果（約2.4億円）により全体の収支が改善されたことが大きな要素となっている。

愛媛県は全国の自治体レベルでは相対的に優れた数値（注）を示しているが、一般会計繰入金を加味しても不採算（赤字）である病院（伊予三島、南宇和、北宇和）については、経営効率上の問題として赤字解消の対策をとる必要がある。

（注）一般会計繰入金の1床あたりの金額は全国都道府県の中では33位であることや、繰入金を除く収支比率（繰入を除く収益÷費用）が85.8%で全国第8位である。

企業経営の視点から考えれば、管理者及び病院長は赤字解消の責任があり、赤字解消もできず明確な県立病院の存在意義（県が運営する必要性）を十分説明できない場合には事業の縮小又は撤退することも検討に含める必要がある。

現在、新たな財政健全化5カ年計画を策定中であるが、今後は、赤字病院の採算性を向上させるとともに、厳しい財政状況にある一般会計からの繰入金を減少させるためにも、6病院そのもののあり方にまで踏み込んだ根本的な構造改革を断行するための対策と目標となる計画が必要である。

（改善提案）

- (A) 今後の「新財政健全化5カ年計画」の策定にあたり、病院別に目標損益計算書及び予想貸借対照表を作成し、特に不採算病院の改善目標を数値で明確に示すこと。
- (B) 財務会計オンラインシステムを見直し、月次に病院別、診療科別損益計算書をタイムリーに作成できるシステムを構築すること。
- (C) 努力目標となる費用予算を設定し、病院別、診療科別に予算と実績を比較して損益管理ができるようにすること。

2. 経営管理上の問題点

病院事業は自治体が経営する企業経営であり、独立採算制が求められているにもかかわらず全国の公立病院は多額の累積赤字を抱えている。

現在の病院経営の継続を前提として経営上の問題点を指摘して改善策が採られたとしても構造改革がなされない限り財政問題は解決しないと思われる。

構造改革とは、自治体が経営をしなくてもよい病院事業の廃止も含めた検討、経営管理体制及び人事給与システムの改革である。事業の存続・廃止は政治的問題であるかもしれないし、経営体制は組織と人の問題であるが、いずれも病院経営にかかわる最重要課題であると考えられる。

以下、問題点の指摘と改善提案（課題）を記載する。

(1) 経営責任体制の確立

①管理者の配置

病院事業に地方公営企業法を全部適用している9県の状況を見ると、愛媛県を除く全ての県が病院局と企業局の組織を別にしており、病院事業については、高知県を除きいずれも病院事業専任の管理者を設置している。

愛媛県では、4事業（病院、発電、工業用水、土地造成）を通じて1人の管理者を設置することにしているが、平成11年8月以降不在となっている。

公営企業の管理者は、地方公営企業法により企業経営について広範な権限を与えられている反面その経営責任も重い。管理者は民間企業の社長または最高経営責任者に相当する重要な職務である。

責任体制の確立という面から、管理者の配置が必要である。

なお、民間の経営手法の活用の視点から民間経営者、病院経営の経験者の登用も検討に値する。

②本局の経営管理体制（病院局の設置）

病院事業の管理業務は、公営企業管理局の総務課と県立病院課が行っている。病院事業における事務分掌をみても二つの課は良く似ており、総務課は予算、決算並びに人事を所掌しており知事部局との窓口にもなっている。

6病院、約2,000人の職員を抱える病院事業について、より一層指導力を発揮し、責任執行体制を明確にするためには、総務課で行っている病院の予算・決算業務を県立病院課へ移管し、一元化することが効果的であり、管理業務は合理化できる可能性がある。

さらには、他の公営企業とは独立した組織として「病院局」を設置して病院局局长が独立した管理者として経営責任を負う組織を検討すべきである。

(2) 管理会計システム

経営は基本的には会計数値に基づいて状況を判断しなければならない。

財務会計オンラインシステムは、病院で発生する日々の取引を各病院で入力し、正確で迅速な事務処理を行うため、平成13年4月から運用開始され、これまで手作業で行っていた伝票整理のオンライン化により、出納・決算業務においてはそれなりの効果が認められる。

しかし、このシステムでは病院経営に必要な経営分析や管理会計目的のデータは作成されないし、他の業務管理システムからのデータを活用する工夫もされていない。

予算資料や統計に必要なデータは、担当者が必要な資料を収集しパソコンの表計算ソフトを利用して手作業で作成しているのが実状である。

経営管理情報として病院別損益計算書や診療科別損益計算書をタイムリーに作成するシステムが必要であり、会計数値により経営責任を明らかにする制度が必要である。

病院別・診療科別の損益計算書作成システムの構築は、一般会計負担金繰入額の算定根拠を明確にする、施設別・診療科別の損益情報を提供する、財政健全化計画の策定資料とし、計画と実績比較をすることにより経営実態を客観的に把握することができ財政健全化推進のためにも不可欠である。

(3) 人事・給与制度改革

経営管理体制で最も重要なことは、知事部局から独立した権限と責任のある経営者の存在と職員の能力を発揮させるのに適した人事・給与システムの構築である。

国立病院や大学附属病院の独立行政法人化の方針が既に決定しているが、現在国においては、地方独立行政法人化の検討もなされており、今後地方公営企業のあり方についての議論が高まってくることが予想される。

病院事業についても、これらの動向を見ながら、より機動的かつ柔軟な経営が求められる。そのためには年功中心から能力・業績中心の人事・給与システムへの転換が必要である。

現在、人事・給与制度は、ほとんど知事部局に準拠しているが、企業の独自性が発揮できるような仕組み、即ち、具体的には下記の事項について検討すべきである。

①弾力的な職員採用

医師については、必要に応じて採用・異動が行われているが、それ以外の医療従事職員については年に1回の採用試験となっている。

一般行政と異なり、機動性が求められる企業経営に当っては、中途退職等に迅速に対応できる採用制度の導入の検討が求められる。

②県立病院間の職員の弾力的な職員配置

病院ごと職種ごとの定数にとらわれることなく、運営上必要な場合には、条例定数の範囲内で弾力的に職員配置を行う。

6病院間において、随時必要に応じた「職員の異動」「短期派遣」「兼務制度の活用」等を行い、弾力的、機動的な人材の有効活用を図るべきである。

③事務職員の適正配置

院長と事務局長は車の両輪でなければ病院経営は成功しない、と言っても過言ではない。

専門家集団である医療職に対応できる能力を持つ職員を配置するほか、異動年数も一般行政よりある程度長期的に考えるべきである。

また、病院経営に興味・意欲を持つ職員については「プロパー化」を図ることも制度的に検討すべきである。

④職務給・能力給制度の採用

企業としての病院は、業績を上げればそれに見合う報酬を支払うことによって更なる意欲を喚起し、治療成績や経営成績の向上につながる。

特に優秀な医師の確保は、より高度で適正な医療を県民に提供するというだけでなく、病院経営上極めて大きな要素である。優秀な人材を確保するため、技量、能力に応じた年俸制の導入や、期間を定めた契約雇用制度などを検討することが求められる。また、看護職員等医療職についても、一般行政職と同様、年齢と経験年数に応じて昇給しているが、能力に応じた昇給制度の採用を検討すべきである。

現在は年功により等級と給与が上がる仕組みになっているが、経営的には原則として年齢に関係なく能力・業績に応じた給与とすることが合理的であり、給与の上昇に歯止めをかけることができる。

(4) 施設管理

①施設管理者の配置の必要性

現在、県立6病院は、中央病院の建替え問題等を含めて老朽化した施設をいくつか抱えている。しかしながら、施設の改修等に関して専門知識を有する人材がいないため、設計監理等の営繕業務の多くが外部委託となっている。

そのため、数多くの大規模な施設を有しているにもかかわらず、機動的に施設の保守点検や営繕を実施しにくい傾向がある。結果として、適切な時期に適切な処置を講ずることができずに、施設の寿命を短くしてしまう危険性がある。

全病院の施設を総合的かつ計画的に管理するために固定資産管理部署を設け、専任の担当者を配置することを検討されたい。

②長期計画の必要性

財政健全化計画によると、中央病院の建替えと新居浜病院の大規模修繕計画が検討課題

にあがっており、建替え、改築が必要とされる病院側からの理由（要求）は次のとおりである。

「中央病院本院は、建築後28年を経過し、その老朽化もさることながら、建築当時と比べ、患者数が大幅に増加しており、また、検査・手術件数の増加、高度医療の進展に伴う大型医療機器の導入などにより、病院施設機能は限界に達している。」

また、「新居浜病院本館が建築後26年を経過し、病室等の経年劣化による老朽化が著しく、患者アンケート調査においても、病室、トイレ等の改善要望が多いことから、本格的な改修を行うこととしている。」

しかしながら、専門家による建物診断等に基づく合理的な長期改修計画がなく、施設の維持管理における効率性と経済性に問題があると言える。

中央病院や新居浜病院の機能が限界に達する前に増改築や修繕計画を中長期計画として策定していなかったことは、経営管理上の問題として認識が不足していたと思われる。

③建物診断の必要性

鉄筋コンクリートの建造物は、維持管理の仕方次第で50年以上使用できるものであり、建物の性能を維持するための改修を行いながら有効利用すべきものとする。

そのためには、一定の年数を経た建物について専門家による建物診断が必要であり、その結果により、長期修繕計画並びに増改築計画を策定する必要がある。

④未利用施設の処分

未利用の院長・職員公舎跡地（今治、伊予三島、新居浜）があり、一部は入札したが不調であった。売却可能価額を再調査し、未利用地を早期に処分すべきである。

(5) その他参考意見

①院内保育所と託児所の開設及び運営（意見）

中央病院と新居浜病院には院内保育所がある。院内保育所ならびに託児所は看護師のためだけでなく、外来患者等のためにも必要である。現在運営はプロパー職員により行われ、不採算部分は一般会計負担金の繰入も行われている。

専門性と経営効率性の視点から、専門の外注業者に委託することが望ましい。

他の病院でも院内保育所や託児所は必要と思われるが、個々の病院で判断するのではなく、全病院で検討することが望ましい。

②院内売店の代わりにコンビニの運営（意見）

新居浜病院では敷地が広く相当の余裕がある。通路の傍に院内売店があるが品揃えが少なく必要なものが揃わない。敷地の一部を活用してコンビニ業者を導入してはどうか。入院患者及び外来者にとって便利であると同時に、道路に面した外部からも利用できるように設置すれば事業として成り立つと考えられる。

3. 不採算病院

(1) 県立病院設置の必要性

県立病院設置の意義を大まかに言えば、次のとおりと考えられる。

- ・民間では実施困難な「高度医療」「特殊医療」「救急医療」等を担い、県民の生命を守ること
- ・医療資源の乏しい地域（僻地等）における地域医療の確保

多くの県立病院は、第2次世界大戦後間もなく設立されており、医療資源の比較的乏しい時代において自治体による病院経営の必要性が強く求められ、公共的意義が認められた。

今日では、民間の総合病院も各地に存在し、道路・交通事情の発達により僻地医療の目的のための医療施設の必要性はほとんどなくなったと考えられる。

県立病院の必要性を改めて検討し、事業継続の是非と対策を問うべき時期に来ているといえる。

「高度医療」「特殊医療」「救急医療」等が民間では実施困難といわれる所以は施設や設備機器の充実に高額な投資を要し、また、その利用度合いも安定的でなく、明らかに採算性が悪いことにある。これらの事業は自治体が担うべきものであり、当該費用については地方公営企業法により一般会計からの繰入金で認められている。

県立病院が独立採算を原則とする公営企業である以上、今後、関係者（知事、議会、公営企業管理者）で議論を重ねながら、次の事項についての検討が望まれる。

即ち、地域に医療資源が乏しいため、県立病院が赤字を出してでも運営していかなければならない、という許容範囲はどこまでなのか、等について改めて検討し、

- ・地域の医療機関に任せられる部分は任せる（事業の縮小）
- ・地域の医療機関との連携強化を図る（事業の分担）

などを徹底していくことが求められる。

(2) 赤字の3病院の経営状況

「第2 3.財務の状況 (2)6 県立病院比較（平成13年度決算）」を参照されたい。

伊予三島病院、南宇和病院及び北宇和病院は一般会計負担金繰入後の経常損益が赤字であり、病院別の独立採算が成り立っていない状態にある。

赤字の3病院はいずれも病床数が200床未満の小規模病院であり、給与費や設備費（減価償却費、企業債利息）等の固定費の負担が大きく損益分岐点を満たす医業収益をあげることが困難な状況にある。

県立病院の繰越欠損金の平成13年度末残高は218億円であるが、赤字3病院で180億円（82%）を占めている。

現状のままで事業を継続することは、累積損失の拡大につながるため、損失を減らすた

めには事業を縮小して人件費等を削減することが財政健全化の最も有効な方法と考える。

南宇和病院と伊予三島病院は二次救急医療施設(注)でもあり、公共病院としての必要性は認められるが、採算性向上のために具体的な戦略計画を推し進める必要がある。

次に、最も経営状況の厳しい北宇和病院については経営状況をさらに詳しく検討するとともに事業の必要性の視点からも検討を加えることとする。

(注) 休日及び夜間における手術や入院治療を要する重症の救急患者を受け入れ、診療を行う施設

(3) 北宇和病院の経営の現状と必要性

①損益分析と財政状態

平成8年度から平成13年度までの損益の推移は「(別表)北宇和病院の損益の推移(H8～H13)及び(注)」のとおりである。

平成13年度の医業収益は1,148百万円、一般会計負担金繰入前の経常損失は693百万円、一般会計負担金184百万円を収益に加算後の当期経常損失は509百万円である。医業費用は1,722百万円で、うち給与費989百万円と材料費207百万円の合計だけで医業収益1,148百万円を超えている。

一般会計負担金繰入前の収支比率は62.5%と他病院と比較しても格段に悪い。

累積欠損金は4,482百万円であり、県立病院の累積欠損金21,856百万円の20%を占めている。

赤字原因としては医業収益に対する給与費の比率が86.1%と全国同規模病院の54%(H12年度)に比べ大幅に上回っていることと、平成9年度の新築による減価償却費と企業債利息の負担が大きい。新築の総事業費は約41億円であり、1床当たり41百万円になる。

新築前の年度でも経常赤字であったが、新築後の各年度の一般会計負担金繰入前経常損失は約3億円増加している(H8:△410百万円、H13:△693百万円)。

②今後の採算性

当病院は、平成9年の建替え・新築により、減価償却費、人件費等の固定費が大きな負担となっているほか、他病院と比較して、職員の年齢構成や人員配置の関係で給与費が高いため、採算が極めて悪い状態が続いている。

宇和島市の病院施設の充実により北宇和病院の患者の増加は期待できず、病床数100床の小規模病院が経営努力によって採算が合うようにすることは極めて困難である。

公営企業の独立採算性は法的には公営企業全体として求められものであるにしても、病院は地域において独立して事業運営されており、経営的には、事業部門である病院毎の独立採算が求められる。独立採算性の点からは北宇和病院の経営継続は困難と判断される。

(別表) 北宇和病院の損益の推移

(単位：百万円)

区 分	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度
医業収益	887	1,169	1,197	1,334	1,296	1,148
医業費用	1,269	2,048	1,754	1,861	1,828	1,722
給与費	689	940	886	913	973	989
材料費	303	399	364	404	334	207
経費等	237	486	276	309	290	299
減価償却費	39	223	228	234	231	227
医業損失	△ 382	△ 879	△ 557	△ 526	△ 532	△ 574
医業外収益	3	6	7	25	6	6
医業外費用	30	133	142	141	133	125
企業債利息	11	102	109	106	102	98
一般会計負担金繰入前 経常損失	△ 410	△ 1,006	△ 692	△ 643	△ 659	△ 693
一般会計負担金	89	120	127	197	185	184
医業収益	1.4	2.6	2.6	2.6	2.7	2.6
医業外収益	87	117	125	194	182	182
経常損失	△ 321	△ 886	△ 565	△ 446	△ 474	△ 509

- (注) ・新築の影響：平成9年度の経費には旧病院解体等に伴う固定資産除却費 235百万円が含まれており、また、毎年の固定費の費用として給与費、減価償却費、企業債利息が著しく増加した。
- ・給与費には、退職給与引当金繰入額が12年度及び13年度各々65百万円含まれている。
 - ・一般会計負担金：建設改良費負担金、共済組合追加費用負担金等が約1億円（H13－H8）増加している。
 - ・一般会計負担金繰入後の損失も平成9年度の診療機能拡充後は更に悪化している。

③宇和島市周辺の病院事業の環境

県立北宇和病院の患者は主として鬼北3町村（広見町、松野町、日吉村）の住民である。北宇和病院が立地する広見町から宇和島市内へは車・バス・JRで約20～40分である。

以下に示すとおり、市立宇和島病院の建替え計画や、宇和島市内での民間総合病院の進出（開設許可済み）を考えると、県立北宇和病院（100床）の一般病院としての必要性は今後益々弱くなる。

○市立宇和島病院の建替え計画

宇和島市では、市立宇和島病院の老朽化が進み、建替えが緊急の課題になっている。約260億円の年間予算規模に対し、100～200億円（試算）の大事業だが、市の台所事情は財政健全化途上でもあり厳しい状況と報じられている。（愛媛新聞H14.2.21）

機能の拡充と縮小の見直しを行い、市立宇和島病院は急性期患者を対象とし、合併予定の町立病院（津島町・吉田町）はサテライト病院として外来と療養期患者を対象に機能分担する案も想定される。平成16年度中の着工、18年度末の完成を目指している。

○民間総合病院の進出計画

年中無休（24時間オープン）を基本に全国展開している徳洲会病院が、平成13年12月に県の開設許可を受け、宇和島市で平成15年度開設を目指して建築中である。

概要：300床、12科、職員数約300人。平成15年度完成予定、24時間オープン

○国立療養所南愛媛病院（広見町）の民間委譲

平成14年4月に南予の重症心身障害児（者）医療の中核機関である同病院を民間の社会福祉法人へ譲渡することが決定された。

経営委譲は平成15年12月1日の予定である。

④監査結果

自治体が病院経営を行うに当たっては、救急医療、高度・特殊医療、僻地対応等の視点からの必要性が求められる。北宇和病院には対応する高度医療設備等が少なく、救急医療や高度・特殊医療は近隣の市立宇和島病院に依存していると考えられ、立地的にも僻地とはいえないことから県立病院事業の必要性は特に認められない。

以上の結果、このまま病院事業を継続することは累積赤字を増加させる一方であり、県立病院経営の必要性も特に認められない以上、県は、北宇和病院の事業を廃止する方向で検討すべきと考える。

なお、県が病院経営から撤退することを検討するに当たっては、北宇和病院利用者への影響に配慮するとともに、できるかぎり病院施設の有効利用が行われるように対応策の検討ならびに移行の支援をすることが望まれる。

⑤対応策の提案（意見）

県立病院としての事業の廃止に伴う対応策については、次のような案が考えられる。

- ・民間へ譲渡する。
- ・市立病院改築予定の宇和島市へ譲渡する。
- ・一部事務組合を設立し、組合へ譲渡する。
- ・高齢化社会対応の長期療養施設へ用途変更する。

なお、譲渡に当たっては、施設を譲渡先が受け入れやすくする方策が必要であり、施設の低廉譲渡・貸与または補助金等による県の支援も必要と考えられる。

次に、対応策のうち、宇和島市へ譲渡する案と病院事務組合を設立する案について参考意見として記載する。

(a) 宇和島市へ譲渡する案（意見）

宇和島市へ施設を譲渡し、市立宇和島病院の建替え計画の中で北宇和病院の施設の活用が

検討されるとすれば、市立病院のサテライト病院として外来と慢性期（療養病床）の患者への医療を中心に行う施設として生かす可能性が考えられる。

宇和島市内中心部から北宇和病院まで車で約20分の距離であり、鬼北3町村（広見町、松野町、日吉村）の住民のうち宇和島市の会社へ勤務している者も多く、市立病院を利用している者も少なくない。鬼北地域の患者の約半数は地域外へ流出しており、特に入院患者の45%は宇和島市の病院を利用しているのが現状である。

(b) 宇和島圏病院事務組合の提案（意見）

「病院組合」とは地方自治法に基づいて医療行政をするために設置された「特別地方公共団体」で、正式には「一部事務組合」といわれ、地方公営企業法が適用される。

宇和島市、北宇和郡、南宇和郡の12市町村（以下、「宇和島圏」という）は平成6年9月に地方の自立的成長を牽引する可能性を秘めた一つのまとまりを持った地域として「宇和島圏地方拠点都市地域」の指定を受けており、広域消防ほか圏域の共通課題を共同で処理するために宇和島地区広域事務組合が設置されている。

愛媛県救急医療体制図の宇和島圏域で救急医療や高度医療ができるのは、市立宇和島病院と県立南宇和病院だけである。

宇和島圏域は人口の減少と高齢化の進展が予想される地域であり、自治体ごとに医療・保険制度を検討するのではなく、近隣自治体が共同で効率的に公共サービスを提供する体制を構築すべき時代に来ていると思われる。

広域病院事務組合を設立して、県立南宇和病院と北宇和病院の施設ならびに宇和島圏の市町村が運営する病院・診療所を事務組合へ現物出資することにより、医療施設が最も充実している市立宇和島病院を中心とする宇和島圏域の広域医療体制ができる可能性があり、検討に値すると考えられる。

一部事務組合での病院経営としては次のような事例がある。（参考）

イ．公立周桑病院（周桑病院企業団）

昭和36年に愛媛県周桑郡内4町（現在、東予市ほか2町）が病院組合を設立し、今日に至る。

ロ．高知県・高知市病院組合

平成10年11月に高知県と高知市が設立した。

高知県立中央病院と高知市民病院を統合し、新病院として平成17年3月に開院する予定である。なお、病院施設の建設・運営はPFIを活用する計画のようである。

ハ．公立豊岡病院組合（兵庫県）

豊岡病院を中心として公立5病院を運営する広域的な一部事務組合として全国屈指の規模と歴史を誇る。

4. 会計処理及び表示に関する事項

(1) 一般会計負担金

平成13年度の病院別明細及び繰入基準は次のとおりである。

平成13年度一般会計負担金明細書

(単位：百万円)

	合計	中央	今治	新居浜	伊予三島	南宇和	北宇和	本局	繰入基準
医業収益									
① 救命救急センター運営費	1,110	441		669					運営収支差額
② 周産期センター運営費	393	393							運営収支差額
③ 未熟児施設運営費	53		16		19	18			運営収支差額
④ 医師研究研修費	58	28	9	7	5	6	3		研修費の1/2
⑤ 結核等病床運営費	296	97	70	129					運営収支差額
⑥ その他	70	43	4	9	10	4			
計 A	1,980	1,002	99	814	34	28	3	0	
医業外収益									
⑦ 建設改良費（企業債利息、リース料）	2,282	898	467	210	271	322	113		全額
⑧ 基礎年金拠出金負担金	191	85	28	28	19	19	11	1	全額
⑨ 共済組合追加費用負担金	978	436	142	144	96	99	56	5	全額
⑩ その他	35	5		5				25	
計 B	3,486	1,424	637	387	386	440	180	31	
収益合計 C (A+B)	5,466	2,426	736	1,201	420	468	183	31	
資本的収支									
⑪ 建設資金元本	971	341	208	107	104	109	101		償還元金 X 2/3
⑫ その他	19	12		7					
資本的収支合計 D	990	353	208	114	104	109	101	0	
繰入金合計 (C+D)	6,456	2,779	944	1,315	524	577	284	31	

(損益計算書における表示方法)

県の損益計算書では、一般会計負担金は医業収益と医業外収益に区分表示されているが、地方公営企業法施行規則に照らせば全て医業外収益の区分で表示すべきである。

公営企業の損益計算書の項目と内容は、地方公営企業法施行規則別表第1号の勘定科目表に示されている。それによると医業外収益(項)の内訳科目(目)として「他会計補助金」、「負担金交付金」が示されており、一般会計負担金は医業外収益の科目に含まれると解される。

(負担金の内容と算定基準の準拠性)

一般会計からの繰入金の内容は、地方公営企業法第17条の2第1項第1号及び第2号に基づく負担金であり、一部(前表の⑦⑨の項目)について総務省通知の繰入基準を超える基準により算定されているが、その内容は「地方公営企業繰出金について」(総務省自治財政局通知)に基づく合理的な項目であると認められた。

なお、①②⑦⑨の項目について平成11年度に財政健全化の目的で一般会計繰入金の基準が改定され、前年度まで3分の2基準としていたところを全額負担とした。これにより一般会計負担金は約17億円(平成10年度の37億円に対し43%増)増加して、平成12年度に早期に健全化計画を達成したと説明されていることの主因となっている。

(2) 附帯事業費用の表示

公表の損益計算書では、医業外費用の次に附帯事業費用159百万円が区分表示されている(第2.3(1)参照)。

附帯事業費用は中央病院の附属機関である東洋医学研究所の費用であるが、東洋医学研究所は鍼灸施術と漢方薬による治療研究施設である。

鍼灸施術にともなう業務収益は医業収益の外来収益に含まれているが、費用(材料費、人件費、経費)は附帯事業費用として区分表示されている。費用収益対応の原則から費用は医業費用に含めるべきである。

表示を修正すると、医業損失は東洋医学研究所の費用相当額159百万円だけ損失が増加し、中央病院の一般会計負担金繰入前の医業損失298百万円は修正後457百万円となる。

医業収益の外来収益に含まれる東洋医学研究所の収益は109百万円であり、附帯事業費用159百万円を控除すると50百万円の赤字となっている。附帯事業費用には減価償却費6.5百万円と企業債利息13.8百万円が含まれておらず、これを加えると70百万円の赤字となる。

同研究所は、西洋医学による難治性疾患のうち、東洋医学を適用した対応や地域の鍼灸師の技術の向上に寄与しているが、事業費159百万円のうち給与費が117百万円(医師ほか12名、臨時1名)と73.6%を占めている状況にある。現在、院内における総合診療科の支援も行っているところであるが、今後は、院内での連携強化、診療体制の合理化などに

より費用を抑えるとともに、総合診療部門への経費按分を明確にし、附帯事業自体の収支の改善と明確化を図る必要がある。

(3) 退職給与引当金の会計処理

平成12年度より退職給与引当金を計上しており、その処理の妥当性を検討した。なお、退職金要支給額の試算は、計算の条件・方法を示して総務課に依頼した。

(引当金計上基準)

給与総額の15%を退職給与金として予算計上し、毎年度の退職金支給額と退職給与引当金繰入額との合計額が実績給料総額の15%相当額となるように引当金繰入額を計上している。

退職給与引当金の残高基準はなく、年度末在職者の退職金債務を試算したのも今回が初めてである。

15%基準とした根拠は、今後15年間（平成13～27年）の退職給与金を試算すると年平均支給見込額は1,141百万円となり、平成12年度実績給料総額の15%相当となったためである。

(普通退職金要支給額の試算)

(単位：百万円)

	事務職以外	事務職	合 計	貸借対照表 退職給与引当金残高
平成13年3月末	7,767	743	8,510	540
平成14年3月末	8,650	797	9,447	1,057
平成14年3月末 支給対象人数	1,766人	73人	1,839人	

(注) 事務職：県職員として採用され公営企業管理局で勤務している者
事務職以外：医師、看護師等の医療職及び技能労務職職員

以下において、病院事業の退職給与引当金の問題は事務職以外の者を対象として検討する。事務職は病院事業の勤務年数も短期間（3～5年）であり金額の重要性が低いため、引当金の対象外とする。

(監査結果)

全国的に多くの公営企業で退職給与引当金を計上する会計慣行が未成熟である現状において、愛媛県が過去の支給実態に照らして給料の一定割合を退職給与引当金として計上していることは、前向きの姿勢として評価できる。しかしながら、その引当額は十分とはいえず、期末要支給額を計上する方法に改める必要がある。

監査の結果、平成13年度末の貸借対照表では退職給与債務が7,593百万円（期末要支給額8,650百万円－退職給与引当金残高1,057百万円）過小計上されており、財政状態を適正に表示していない。公営企業管理局採用の職員について、今後一定の期間内に過年度の

引当不足額を計上する必要がある。

また、損益計算書の給与費・退職給与金は、退職金支給額と退職給与引当金繰入額の合計で給料の15%となるように引当計上しているが、発生主義の原則により当年度の退職給付債務増加額を費用処理する会計処理の方法を採用すべきである。

(会計処理案)

引当額：過去の引当不足額と当年度の引当額に分けて会計処理を行う。

- (A) 過去の引当不足額は、損益計算書の特別損失・前期損益修正損として一括計上することが望ましいが、一定期間内に均等額を引当計上することも認められる。
- (B) 当年度の引当金増加額（期末在籍者の期末要支給額と期首要支給額との差額）は、医療費用・給与費・退職給与金に計上する。

取崩額：支払った退職給与金(期末の未払退職金を含む)相当額の引当金を取り崩す。

残高基準：期末退職給付債務の額から過年度分の未引当残高を控除した額

なお、現在一般に公正妥当と認められている企業会計の基準では、将来の定年退職時の退職給付債務を見積もり現在価値に換算した金額を退職給与引当金残高として算定しているが、このためには詳細な年金数理計算を要するので上記の計算ではこの計算方法によらず、いわゆる、簡便法により自己都合退職（普通退職）の場合の平成13年度末退職金要支給額を引当金残高として試算した数値を用いている。

(4) 退職金の支給事務

知事部局と公営企業管理局との取り扱いとして、公営企業管理局で勤務歴がある職員の退職手当の支給について次のように処理されている。

- ・ 定年退職及び勸奨退職の場合

(イ)退職時の所属が公営企業であるとき

公営企業の在職期間が2分の1以上ならば企業会計で支給

公営企業の在職期間が2分の1未満ならば一般会計（総務部付）から支給

(ロ)退職時の所属が公営企業以外であるときは、一般会計から支給

- ・ 定年退職及び勸奨退職以外の場合

退職時の所属の会計から支給

(監査結果)

上記の退職金支給の処理は、在職場所と費用負担場所が対応しておらず、費用負担の会計年度もずれており、妥当な会計処理とはいえない。

在職期間と役務提供の場所に対応した発生主義に基づく費用計上を行って適正な損益計算書を作成するとともに、必要な退職給付債務を引当金として貸借対照表に計上する会計処理を採用すべきである。

すなわち、毎年発生した退職給付債務増加額を退職給与引当金として計上すれば、毎年度の引当金計上時点で病院が負担すべき退職給与金の計上は行われていることになる。

したがって、①公営企業で退職したときは、病院事業会計で退職金を支払うとともに、知事部局で在職した期間に相当する退職金を知事部局へ負担金として請求する仕組みを作るのが妥当と考えられる。また、②知事部局へ異動したときは、公営企業管理局を退職したとみなして、退職給与引当金から長期未払金へ振替しておき、退職時には公営企業の負担金として支払い処理することが考えられる。

5. 固定資産管理

質問、サンプルテスト及び分析的手続を中心に、愛媛県公営企業会計規程に従って、有形固定資産の購入事務が適切に実施されているかどうか、減価償却計算やその実在性を確かめるために実地棚卸や除却等の処理が合理的に実施されているか検討した。

さらに、有形固定資産の有効活用の観点から医療機器の利用状況や経済性、重要な遊休資産等の有無を検討した。

以上の結果、下記の指摘事項及び改善提案事項(意見)が発見された。

(1) 有形固定資産残高と減価償却計算システムの不一致

現在、愛媛県公営企業会計規程第11条に基づき、膨大な数の固定資産について手書きにより固定資産原簿を作成して管理している。ただし、決算における有形固定資産の減価償却費を計算するために、固定資産原簿とは別に電子計算機(減価償却計算システム)を利用している。したがって、固定資産原簿の帳簿残高と補助簿となる減価償却計算システムは、必ず一致する必要がある。

しかしながら、両者を突合した結果、以下のような不一致が発見された。

(単位：千円)

病院名	中央病院			新居浜病院		
	貸借対照表	減価償却計算システム	差異	貸借対照表	減価償却計算システム	差異
機器及び備品	5,089,832	5,092,231	(2,399)	2,436,880	2,457,992	(21,112)
減価償却累計額	(8,285,930)	(8,289,348)	3,418	(2,793,613)	(2,804,262)	10,649

原因としては、固定資産原簿側の除却処理を減価償却計算システム側で処理を忘れてたり、システムへの入力誤り等が推定されるが、過去からの累積であり差異原因を特定できなかった。現物と固定資産原簿及び減価償却計算システムを突合し、両者の整合性を確保する必要がある。

また、このような誤りを防ぎ、事務処理の省力化を図るためには、手書きによる管理ではなく、公営企業管理局と各病院間をオンラインで結び固定資産の現物管理や減価償却計

算等を統合した固定資産管理システムの導入を検討することも考えられる。

(2) 有形固定資産の現物照合の状況

愛媛県公営企業会計規程第120条によると、「固定資産を年1回以上照合し、固定資産増減明細表を作成しなければならない」となっている。しかしながら、過去、固定資産増減明細表は作成しているものの、固定資産の年1回以上の照合(現物照合)をしていなかった。

そこで、今回、平成14年8～9月にかけて平成14年3月末時点の固定資産について現物照合を依頼した。その結果、帳簿価額ベースで総額34,560千円(資産件数700件)の固定資産の除却漏れが判明した。

(固定資産除却漏れの明細)

(単位：千円)

病院名	件数	取得価額	帳簿価額
中央	407	371,182	19,768
今治	37	23,502	1,184
伊予三島	47	48,582	2,426
南宇和	27	34,997	2,531
北宇和	32	18,714	1,439
新居浜	150	142,579	7,212
計	700	639,556	34,560

原因としては、過去の建物の大幅な改装・建て直し時の除却漏れや単純な処理忘れと考えられるが、過去からの累積であり差異原因を特定できなかった。

今後は、定期的に現物照合を実施し、現物と固定資産原簿を照合するべきである。

ただし、実務上、有形固定資産の現物照合を実施するためには、現在の固定資産原簿とは別に、病院内の有形固定資産管理に適した台帳を整備する必要がある。

つまり、現行の固定資産原簿では、一覧性がなく各病院単位でしか管理されておらず、病院内のどこにあるかすぐに分からない(病院内で場所を移動してしまうこともある)。

さらに、現場の管理責任者も担当部署にどれだけの管理すべき固定資産が存在するかを認識できていない。

そこで、今回の現物照合を契機に、新居浜病院では、院内の固定資産を場所別に管理し、各病棟の責任者に固定資産台帳を配布し管理するように改めている。これにより、毎年の現物照合も省力化され、除却漏れや部署間の移動漏れ等を防ぐことが期待されるため、他の5病院についても病院別・場所別に固定資産を管理し責任者を定めて、毎年1回以上固定資産の現物照合を実施するべきである。

(3) 無形固定資産（電話加入権）の実在性

無形固定資産として電話加入権が6,048千円(平成14年3月末時点)計上されている。その実在性について確認したところ、無形固定資産の固定資産原簿が整備されていなかった。そこで、実際の電話加入権の回線数と平成14年3月末の貸借対照表残高を1回線72,000円と仮定して理論回線数を求め比較した結果、以下のような差異が生じた。

(単位：千円／回線数)

病院名	帳簿残高	理論回線数	実 際 の 電話回線数	差異
中央	3,983	55	92	(37)
今治	420	6	42	(36)
伊予三島	396	6	15	(9)
南宇和	223	3	22	(19)
北宇和	462	6	9	(3)
新居浜	540	8	21	(13)
公営企業管理局	24	0	2	(2)
合計	6,048	84	203	(119)

原因としては、新設の電話工事費用をすべて通信費等の収益的支出で処理してしまった等が考えられるが、過去からの処理誤りの累積であるため原因は特定できなかった。

現在、電話加入権の廃止等が議論されているが、県有資産である電話加入権の現物管理の観点からは、少なくともどの病院にいくつの回線があるといった固定資産原簿を愛媛県公営企業会計規程第11条に基づき整備する必要がある。

(4) 修繕費の資本的支出の状況

修繕費は、公営企業管理局承認となる特別修繕（1回当たりの支出金額100万円以上）と各病院の権限で執行できる通常修繕（1回当たりの支出金額100万円未満）に区分され、あらかじめ資本的支出と見込まれる建物等の大規模な改良等は、4条予算として予算編成段階で織り込んでいる。

地方公営企業法施行令第21条によると、修繕費の処理は、収益的支出と資本的支出を区分する必要がある。これに対して、病院事業における修繕費の処理は、支出内容が固定資産の改良・増設等の資本的支出に該当する場合でも修繕費として執行された支出は、すべて収益的支出として処理している。

原因としては、改良・増設等の支出があった場合、資本的支出として処理する基準が文書等により明確になっていないことが考えられる。したがって、県の公営事業の一つである電気事業が定めている電気事業固定資産単位物品表等を参考に、少なくとも一定の区分基準を病院事業においても整備する必要がある。

平成13年度の特別修繕費のうち、資本的支出が含まれると推定される主な支出

(単位：千円)

病院名	修繕内容	金額
中央	本院2階中央材料室改修	18,491
	本院2階トイレ増設	3,833
	周産期センター無停電電源装置工事	8,873
	PHS導入	3,528
新居浜	MR I コンピュータ室エアコン増設	1,731
	食堂新設	8,627
	センター冷水2次ポンプ増設	1,957

平成13年度の修繕費のうち、資本的支出が含まれると推定される主な支出（中央病院）

(単位：千円)

日付	修繕内容	金額
6月13日	空冷ヒートポンプエアコン納入	955
9月21日	中央監視装置用プリンター	299
1月9日	ゴミ倉庫／鉄骨工事	861
1月16日	ゴミ倉庫／壁パネル、屋根工事	787
1月23日	ゴミ倉庫／基礎、シャッター、間仕切工事	451

なお、上記のうち、1月9日、16日、23日の支出については、1回あたりの支出金額は100万円未満であるため、中央病院の権限で執行されているが、3回の支出一体でゴミ倉庫設置工事という一つの工事と推定され、本来であれば公営企業管理局の承認を必要とする特別修繕と考えられる。つまり、執行権限に抵触しないように意図的に請求書を分割させ、1回あたりの支出金額が100万円未満になるようにしている点が内部手続上問題である。

(5) 医療機器の選定状況

現在、医療機器の選定に際しては、各病院の固定資産整備検討委員会等が要望する機器を決定して購入要求書を提出した後、公営企業管理局の審査を経て医療機器の選定がなされる。医療機器は、その特殊性から必ずしも同等品であれば価格が安い方が良いという性格のものではないため、公営企業管理局では、購入する各病院の役割機能を踏まえて、その選定要素として、金額以外に機能・能力、採算性等を含めて多面的に検討している。

ただし、医療機器の選定段階における問題点としては、以下のような点が挙げられる。

①必要とする医療機器の機能・能力の比較検討すべき項目が統一化されていない点

必要とする医療機器の機能項目は、同じ医療行為に利用する医療機器であっても各病院（購入部署の医師や技師等）の判断により選定基準となる機能項目が異なるため、結果として、購入部署が希望する機種が選定されやすいように誘導する購入要求書が作成される危険性がある。

例えば、この弊害として、同程度の機能を有する複数の医療機器が存在しても病院側が必要とする機能要件を一つでも満たさない場合は選定から外され、結果として入札前の段階で特定のメーカーの医療機器に限定されることが挙げられる。

確かに、患者の生死に直接関わる医療機器については、機能だけでなくその機器の操作性や慣れといった医師の嗜好的な要素も考慮しなければ、医療の質や医療事故のリスクに影響を与えることがある。

しかしながら、選定段階で1機種に指定することは、後述する入札状況の分析結果からも明らかのように契約に当たり競争原理が実質機能しているか疑問が残る。

つまり、医療機器の選定は、入札等による契約行為の前提要件となるため、公立病院としては、必要とする同程度の機能・能力を有する医療機器を最も有利な価格で契約することが要請される。

したがって、6病院全体で協議するなどして、病院の規模や役割を区分した上で、医療機器ごとに必要とする統一した機能要件を定め、購入の都度、選定に当たっての機能項目が異なることを避け、原則として複数の医療機器メーカーの医療機器を選定すべきである。

②高額な医療機器導入による経済性の検討が収入ベースの簡便的なものである点

まず、同一機器でも診察・治療方法によりレセプト請求額にはかなり幅があるにもかかわらず、単純な概算金額であること、さらに、機器導入及び導入後（保守メンテナンス）に伴う費用面が考慮されておらず収入面しか検討していない点が挙げられる。

確かに、公立病院の性格として、必ずしも経済性だけを追求するものではないが、一定水準の経済性の分析は必要である。一方、経済性が確保できない場合は、公立病院としての購入の必要性や役割を説明できる記録を残すべきである。

③院内の機器選定過程の透明性や公営企業管理局の審査機能に限界がある点

各病院の固定資産整備検討委員会での討議の過程を示す議事録が必ずしも整備されておらず、機器選定の透明性に疑問が残る病院があった。また、購入要求書の公営企業管理局の審査に当たり、審査側に医療に精通した人材が不足しているうえにその対象となる医療機器の範囲や分野が幅広いため、表面的・形式的な審査しかできない傾向にある。つまり、院内での機器選定や公営企業管理局の審査機能には、この様な限界があることから選定過

程の透明性を確保するために、①特定の高額医療機器は6病院全体の視点から審査に当たり公営企業管理局以外に他の5病院の関係者や外部の専門家も交えた審査体制の構築、②各病院の固定資産整備検討委員会や公営企業管理局の審査の討議内容の議事録を整備して具体的な選定過程を記録するべきである。

(6) 医療機器の契約状況

医療機器の契約は、「政府調達に関する協定」に基づき、税込3,300万円以上（平成14年度より2,900万円以上に改正されている）の医療機器については一般競争入札とし、それ未満の医療機器については指名競争入札としている。また、一定額以上の高度医療機器リース物件についても、平成8年以降一般競争入札の対象となっている。

このように制度の趣旨を鑑みれば、金額的に高額である医療機器の選定は、原則として同程度の機能を有する複数の医療機器を選定して、競争原理が働きやすい一般（指名）競争入札を行うことが望ましいと考える。また、入札制度が有効に機能するためには、予定価格の適切な積算が必要不可欠といえる。

①契約における競争原理の有効性

前述したように、医療機器の選定段階で1機種に指定され、それに対して複数の卸業者による入札となることがある。

そこで、平成13年度の医療機器の入札状況（リースを除く）を医療機器1機種指定の場合と2機種以上の場合とを比較すると値引率は以下のようにになっている。なお、値引率は、 $(\text{定価} - \text{落札価格}) \div \text{定価}$ （メーカーが定める希望小売価格）で求めている。

区 分	入札件数	入札割合	値引率
1機種指定	131	55.5%	34.9%
2機種以上	105	44.5%	58.2%
合計	236	100.0%	46.8%

値引率は、1機種指定の方が2機種以上の入札の場合よりも低く、割高な価格で購入している傾向が見受けられる。また、選定段階で医療機器が1機種に指定されている入札は、平成13年度では入札全体の半分以上を占めている。

次に、平成13年6月～11月にかけて実施された医療機器の指名競争入札86回分について、医療機器1機種指定における場合と2機種以上における場合を分析比較すると以下のようにになっている。なお、「落札率」は落札価格÷予定価格で求め、「入札参加業者数」とは86回分の入札に参加した平均業者数、「予定価格以下の入札をした業者数」とは86回分の入札において予定価格以下の価格を入札した平均業者数である。

区 分	件数	入札参加業者数	予定価格以下の入札をした業者数	落札率
1 機種指定	54	6.1社	1.5社	97.3%
2 機種以上	32	6.1社	2.0社	84.7%
合計	86	6.1社	1.7社	91.2%

1 機種指定の場合と 2 機種以上とを比較すると、1 機種指定の場合は、落札率が約97%と予定価格近辺に集中し、入札参加業者数が平均 6.1 社参加しているにもかかわらず、予定価格以下の価格を提示した業者数はわずか 1.5 社であり、入札による競争原理が実質機能しているか疑問が残る。

上記の二つの分析結果から、1 機種指定の場合の指名競争入札は、① 2 機種以上の機器の入札に比べて値引率が低いことから割高な価格での購入をしている、② 落札率が予定価格近辺に集中し（落札率97.3%）、入札参加業者数 6.1 社に比べて、実際に予定価格以下の金額を入札した業者数がわずか平均 1.5 社であり落札業者が特定されているのではないかという疑問が残る。

したがって、①指名競争入札を採用する場合は、原則として 2 機種以上の医療機器を選定する、②一般競争入札の適用範囲（金額基準以外に、機器選定段階で 1 機種になる場合は金額に関わらず一般競争入札とする等）を拡大し、数多くの業者に門戸を広げ競争原理が機能する方策を検討するべきである。

ただし、一方で一般競争入札の問題点としては、調達予定物件についてメーカーや機種名を具体的に挙げて特定することはできず、技術仕様書により行なうことを特徴とするが、仕様書作成にあたっては、各病院の導入希望部署の直接の担当者が自ら希望する数機種を前提として作成しているため、仕様書によりほぼ機種は特定されていると考えられる。

特定機種以外を競争から排除しないという一般競争入札の趣旨からすれば、どの程度の幅をもった仕様が適切かを導入希望部署以外の専門性を持った第三者がチェックする必要があると考えられる。具体的には、購入希望病院以外の 5 病院の専門家と民間病院の有識者等で構成することが考えられる。

② 予定価格の妥当性（意見）

現在、医療機器の予定価格は、業者の見積書と過去の納入実績（金額・値引率等）を基準に決めており、初めて納入する医療機器を除いては、他の自治体病院の納入状況やその他の市場調査等のリサーチを積極的には実施していない。

また、前述したような複数の医療機器選定による指名競争入札や一般競争入札の適用範囲を広げても競争原理が実質機能しない状況が改善されるかどうかは不明である。

つまり、医療機器の予定価格の特徴として、①そもそも発注側に適正な予定価格を見積もるだけの知識と経験を積んだ人材が不足し、②工事とは異なり、製造業者（機種）が限

られるとともに機能差があっても品質水準は一定であるため、本質的には市場の実勢価格に委ねる性格のものである。

したがって、1機種指定の指名競争入札であっても競争原理に基づく適正な市場価格での購入を促すためには、予定価格の公表も一つの方策と考えられる。つまり、予定価格の公表により他の公立病院や民間病院等の第三者の目に触れることにより長期的には適正な市場価格に収束されていく効果があると考えられる。

(7) 高額医療機器の稼働状況と経済性

病院名	機器名	購入価格 (千円)	稼働件数			診療報酬点数/単位:点			3年間の収入 (千円)	回収率
			H11	H12	H13	最大	最小	平均		
今治	脳神経外科用手術顕微鏡	20,790	15	24	38	84,100	13,500	48,800	37,576	180.7%
	胸・腹腔鏡下外科手術システム	16,905	54	50	42	58,000	18,000	38,000	55,480	328.2%
	アルゴン・ダイレーザ-光凝固装置	15,450	138	129	165	21,500	10,800	16,150	69,768	451.6%
	超音波手術器	6,489	11	25	17	84,100	8,450	46,275	24,526	378.0%
伊予三島	レーザー碎石装置	28,840	2	0	1	14,800	7,990	11,395	342	1.2%
	外科用X線テレビ装置	11,845	190	190	182	4,400	1,660	3,030	17,029	143.8%
	大動脈バルーンポンプ	7,210	3	2	1	8,780	3,680	6,230	374	5.2%
	デジタル脳波計	6,324	26	22	34	790	540	665	545	8.6%
	ウロダイナミックス検査装置	5,670	35	30	30	570	255	413	392	6.9%
	関節鏡ビデオカメラシステム	5,355	33	27	25	13,370	600	6,985	5,937	110.9%
南宇和	X線骨密度測定装置	19,261	19	27	19	360	140	250	163	0.8%
	外科用X線テレビ装置	12,669	129	98	118	4,400	1,660	3,030	10,454	82.5%
	経皮的椎間板髄核摘出セット	5,555	0	2	0	10,100	10,100	10,100	202	3.6%
	胸腔鏡手術セット	5,250	10	15	7	58,000	31,700	44,850	14,352	273.4%
	大動脈バルーンポンプ	5,040	4	8	2	6,770	6,770	6,770	948	18.8%
北宇和	泌尿器科用X線撮影装置	19,158	80	80	85	150	150	150	368	1.9%
	超音波白内障手術装置	16,995	220	77	29	7,430	4,910	6,170	20,114	118.4%
	眼科用手術顕微鏡	14,914	220	77	32	39,600	260	19,930	65,570	439.7%
	整形外科用手術顕微鏡	13,575	0	1	0	56,700	5,770	31,235	312	2.3%
	X線乳房撮影装置	11,289	58	48	29	150	150	150	203	1.8%
	泌尿器科用内視鏡システム	9,631	8	16	16	17,100	900	9,000	3,600	37.4%
	腹腔鏡下手術器械セット	6,798	7	5	8	22,400	6,830	14,615	2,923	43.0%
新居浜	全身麻酔器	9,870	11	4	27	16,300	7,500	11,900	4,998	50.6%
	低体温療法システム	8,925	14	12	15	32,600	24,200	28,400	11,644	130.5%
	腹腔・胸腔ビデオスコープ	7,035	58	41	44	58,000	13,500	35,750	51,123	726.7%
	自己血回収装置	6,825	61	34	18	5,000	5,000	5,000	5,650	82.8%
	超音波手術器	6,489	5	4	2	84,100	8,450	46,275	5,090	78.4%
	計	304,157							409,680	134.7%

※なお、中央病院については、購入金額上位30件の医療機器について、使用回数が183回未満に該当する機器がなかったため、上表には中央病院の記載がない。

公立病院の役割として、救命救急、僻地医療や高度最先端の医療機関としての役割を果たすために、採算性のみにとらわれない医療機器の整備が必要な面もある。そこで、購入後、少なくとも高額な医療機器については、その目的の達成状況や利用頻度等の一定の経済性を評価することも病院の経営管理上重要である。

そこで、高額医療機器の稼動状況を検証するために、各病院の購入価格 500 万円以上で上位30件の高額医療機器（リース契約含む）のリストを入手し、平成13年度の使用回数が183回（2日に1回程度の症例）未満の高額医療機器のうち、レセプト請求額が算定可能で過去3年間の使用回数が集計できている機器について、レセプト請求額とその経済性を検討した。

なお、過去3年間の収入は、実際のレセプト請求額を求めることが困難であるため、簡便的に当該機器利用によるレセプト請求の最高点と最低点の平均点×10円×使用回数で計算し、回収率は、過去3年間収入と当該機器の購入価格との比率から求めている。

分析の結果、全体としては、回収率は100%を超え少なくとも購入価額を診療収入によって回収できていると分析される。ただし、明らかに一部の機器については、ほとんど利用されておらず採算が採れていない機器もあり、規模の小さい北宇和病院、南宇和病院や伊予三島病院などに回収率の悪い機器が多くある傾向にある。

現状の問題点として、医療機器の選定時点では、購入理由や一定の経済性を検討しておきながら、その導入後は、医療機器の購入目的の達成度や利用頻度等の経済性については全く分析していない。

したがって、特定の高額な医療機器については、①機器選定段階での経済性の検討と予測、②購入後は利用回数や診療収入と費用を把握して、当初の予測と実績を比較分析し、③その結果を他病院への活用や次回の設備投資の見直しに利用するべきである。

6. 購買及び在庫管理

質問、サンプルテスト及び分析的手続きを中心に、愛媛県公営企業会計規程に従って、棚卸資産の購買事務、受払事務が適切に実施されているかどうかを検討した。また、薬品及び診療材料等の棚卸資産の残高についてその実在性を確かめた。さらに、給食部門の採算性についても検討した。

以上の結果、下記の指摘事項及び改善提案事項(意見)が発見された。

(1) 購買事務の6病院一元化の必要性

現在、購買は病院単位で行われているが、薬品については、6病院全体で価格交渉・購入価格の決定を一括して行っており、同一の単価が採用されている。また、併売品の統一、同種同効能品の削減、低使用頻度薬品の削減、後発品の採用等を6病院全体で検討してい

る。

一方、薬品以外の診療材料は、同一品であっても病院間で購入単価に格差が生じており、薬品のようなアイテムの整理統合が十分にできていない。

①薬品の購入単価の状況

薬品は、納入業者が県内全域に営業網を整備していることもあり、同一品の購入単価は、過去の納入価格や全国自治体病院協議会が発行している薬品の単価情報等を参考に6病院すべて同一単価となっている（試薬及び一部臨時購入品を除く）。

しかしながら、中央病院の薬品購入金額ベースで上位の薬品購入単価について、全国自治体病院協議会（平成13年度版）の平均単価と関西地区のある急性期民間病院（病床数約350床）の購入単価について比較した結果、全国自治体病院協議会の平均単価よりは下回っているが、いずれも比較した民間病院の購入単価よりは高くなっていた。

（単位：円）

品名	購入単価	全国自治体病院協議会	民間病院	格差
A薬品	45,000	45,190	39,900	112.8%
B薬品	53,185	53,185	49,000	108.5%
C薬品	41,150	40,610	38,710	106.3%
D薬品	57,050	59,120	50,380	113.2%
F薬品	45,340	45,590	40,750	111.3%
G薬品	67,000	70,226	49,650	134.9%
H薬品	28,500	28,755	25,900	110.0%

確かに、サンプル数が1つであり、地理的な格差や薬品の購入ロットの影響もあるため、はっきりとした原因は分からないが、全国的にはまだまだ自治体病院の薬品購入単価が割高な傾向にあると考えられる。

したがって、統一単価を採用しているとはいえ、薬品仕入量は、比較した民間病院に比べて、明らかに病床数が約2,000床ある県立病院の方が多いためと考えられ、交渉力や分析力が民間病院に比べるとまだ十分ではなく、6病院全体のスケールメリットが単価交渉に十分生かされていない可能性がある。

②診療材料の購入単価の状況

診療材料は、病院ごとに購入業者を選定しているため、同一品であっても各病院間で単価に格差が生じているものがある。例えば、中央病院の診療材料購入金額上位100品目のうち他の5病院でも購入している診療材料について単価比較した結果、価格差の大きい診療材料上位10品目は以下のようになり、全体としては、平均約105%程度の購入単価の格

差が生じていた。

(単位：円)

	中央	今治	伊予三島	南宇和	北宇和	新居浜	最大格差
診療材料A	650		450			600	144.4%
診療材料B	4,300	4,300				5,583	129.8%
診療材料C	4,300	4,300		5,280		5,583	129.8%
診療材料D	244,674					204,100	119.9%
診療材料E	21,630	25,290		23,000	23,900		116.9%
診療材料F	2,800	3,080	2,650				116.2%
診療材料G	38,800		33,460				116.0%
診療材料H	270		240				112.5%
診療材料I	236,700	236,700		236,700		215,100	110.0%
診療材料J	56,000	59,500		56,000			106.3%

今後は、SPD(物品管理システム)の導入に伴い病院間比較が容易にできるようになるため、スケールメリットによる単価引下効果も期待できることから薬品と同様に診療材料についても6病院統一の購入単価に変更するべきである。

③診療材料のアイテムの整理統合

(単位：円)

品目	中央	今治	伊予三島	南宇和	北宇和	新居浜	最大格差
手袋A	250		320	220		500	227.3%
手袋B	1,170	1,600					136.8%
手袋C	430	800					186.0%
手袋D	2,450	2,900	2,190	2,640	3,750	2,800	171.2%
ガーゼA	1,235	1,880	2,150	1,650	1,580	1,640	174.1%
綿球	111	148	185	160	150	130	166.7%
マスクA	810	540	1,400		750	500	280.0%
マスクB	1,530				1,600	1,400	114.3%
酸素	22	61	65	51	50	60	295.5%

診療材料は、前述したような単価の統一以外に、薬品のように6病院全体の視点からの同種同効能品や併売品の統一といったアイテムの整理統合ができていない。診療材料の中でも直接医療行為に大きな影響を与えない汎用的な診療消耗品などは、6病院全体でアイテムを統一して購入口ットを拡大すれば、単価引下効果が大きく期待できると考える。

例えば、現在6病院が使用している診療材料のうち、手袋やガーゼなどの汎用品について同程度の品質ごとに単価比較した結果、以上のような単価格差が生じている。

したがって、民間病院と同様に購買活動を一元化すれば、アイテムの整理統合・共同仕入等による単価引下げなど価格交渉の余地はまだまだ残されていると考えられる。ただし、このような購買活動の一元化を有効に機能させるためには、その責任と権限を明確にし6

病院全体を統括する管理部署を公営企業管理局又は中央病院に配置し、責任者を置く必要がある。

(2) 薬品・診療材料等の契約状況

物品調達等の契約は、法第 234 条及び地方公共団体の物品等又は役務の調達手続の特例を定める政令に基づき、税込 2,900 万円以上の契約については一般競争入札とし、それ未満の契約については指名競争入札又は随意契約としている。

このような制度の趣旨を鑑みれば、原則として、競争原理が最も機能しやすい一般競争入札による契約を行うことが望ましいと考える（法第 234 条）。ただし、固定資産の契約と異なり、契約品目数が多く大量に反復して取引され、特殊な薬品・診療材料については、メーカーと卸業者が 1 社に特定され複数の業者からの納入が困難なケースもある。

したがって、その内容が一般競争入札に適しない場合や入札者がいない場合などは、指名競争入札や随意契約も認められる（法施行令第 167 条、第 167 条の 2）。

また、入札制度が有効に機能するためには、予定価格の適切な積算が必要不可欠といえる。

①契約における競争原理の有効性

薬品は、愛媛県の場合、製薬メーカーの系列の関係もあり、大手四社の薬卸に集約されている。そのため、業者の選定に関しては、ある程度限定された選択肢の中で、薬品ごとに指名競争入札によっている。したがって、薬品の場合は、アイテム数の絞込みによる購入ロットの拡大や後発品の活用等による購入単価の引下げ等が中心となり、納入業者間の競争原理の効果は限定的と考えられる。

一方、診療材料は、各病院単位で契約行為を執行しているが、過去 5 年間の納入業者数推移からは業者数はあまり増減なく固定化され、指名競争入札を実施しても 1 社だけしか回答せず実質特定の業者との随意契約となっているようなケースも見受けられる。

そこで、平成 13 年度の中央・南宇和・新居浜の 3 病院の診療材料の全品目のうち 1 社からしか入札（又は相見積もり）がなかった品目と 2 社以上の入札（又は相見積もり）による品目を分析した結果、以下のようになっている。

なお、値引率は、 $(\text{定価} - \text{契約単価}) \div \text{定価}$ （メーカーが定める希望小売価格）で求められている。

内訳	中央病院			南宇和病院			新居浜病院		
	品目	割合	値引率	品目	割合	値引率	品目	割合	値引率
1 社のみ	3,932	75.2%	14.3%	1,661	86.1%	14.5%	990	76.0%	19.5%
2 社以上	1,294	24.8%	20.3%	269	13.9%	26.6%	313	24.0%	30.2%
全体	5,226	100.0%	14.5%	1,930	100.0%	15.4%	1,303	100.0%	21.2%

確かに、特殊な診療材料については、メーカーと卸業者が1社に特定され複数の業者からの納入が困難なケースもある。

しかしながら、明らかに1社のみ随意契約の方が、値引率が低く割高な単価で納入されている傾向にあり、また、中央病院では、診療材料のうち酸素等の一部の品目については平成11年度より一般競争入札に変更したことにより、以下のような効果を生んでいる。

内 訳		10年度	11年度	12年度	13年度	14年度
液体酸素	1 kg	64円	30円	30円	28円	22円
亜酸化窒素	30kg	75,000円	60,000円	60,000円	55,000円	53,000円

また、医療機器の選定と同様に、選定段階において、特定のメーカーの診療材料が選定され、結果として卸業者が1社に限定されてしまうケースもある。

したがって、①診療材料の選定に当たり、品質や機能に著しい差が認められる場合を除き、原則として同種同効能品を2品目以上採用する、②一般競争入札の適用範囲（金額基準以外に、1品種に限定される場合は金額に関わらず一般競争入札とする等）を拡大し、少なくとも現行の硬直的な取引関係を改め、競争原理が反映されるような診療材料の複数選定や数多くの業者に門戸を広げる必要がある。

②予定価格の妥当性（意見）

薬品や診療材料等の予定価格の算定に当たっては、そのアイテム数が膨大な数に及ぶことから、その算定根拠は曖昧で病院によってその算定方法が異なる。

例えば、中央病院の場合は、一律、定価に一定率を乗じて予定価格とし、北宇和病院では、事前に業者から見積もりを入手してその中で最も安い金額を予定価格とし、新居浜病院の場合は、過去の実績等を考慮して総合的に予定価格を設定している。

前述したように入札業者が実質1社に限定され、かつ、予定価格の算定方法が前例主義的で、その根拠についても明確な基準がない状況を鑑みれば、診療材料の購入に当たり競争原理に基づく有利な価格での購入が執行されているか疑問が残る。

さらに、前述したような複数の医療機器選定による指名競争入札や一般競争入札の適用範囲を広げても競争原理が実質機能しない状況が改善されるかどうかは不明である。

したがって、少なくとも特殊品で納入業者が限定される薬品や診療材料の予定価格については、業者の見積もりだけでなく、他の自治体病院や民間病院等と連携して情報収集し、適切な予定価格の設定が望まれる。

また、医療機器と同様に、薬品や診療材料については、本質的には市場の実勢価格に委ねる性格のものである。したがって、今後は予定価格を公表して適正な市場価格へ収束させる効果を期待することも一つの方策と考えられる。

(3) 診療材料費と消耗品費の科目区分

愛媛県公営企業会計規程第16条第2項の別表第1によると、診療材料費は、「(ア)診療用材料として直接消費されるもの、(イ)診療用具等であって1年内に消費するもの」と定められている。これに対して、中央病院の診療材料費の3月分の検収調書を閲覧した結果、プリンタのインクカートリッジ、カラーファイル、フロッピーディスク、CD-R、壁掛時計等の購入を発見した。

確かに、最近の医療機器は、写真の代わりにデータをCD-Rで保存したり、プリンタで自由に印刷できる機器が多くなっている。しかしながら、新居浜病院や北宇和病院では、上記のような物品は消耗品費で処理し、中央病院でも他のメーカーのインクカートリッジは消耗品費で処理するなどしていることから、予算の流用として処理し、正しい勘定科目で処理するべきである。

したがって、診療材料費と消耗品費の区分を明確にし、昨今の医療環境の変化により診療材料の範囲が広がってきているのであれば、それに応じて6病院全体が統一した形で予算の設定や科目処理を行うべきである。

(4) 統一的な在庫管理

(意見)

在庫管理の状況は、中央病院を中心に高額な薬品やペースメーカー、患者により規格が異なる診療材料等については、預り在庫として実際に消費した分だけを購入し、事前に使用する日時が判っている薬品については、予約制を導入して在庫を削減し、診療材料はSPD(物品管理システム)を導入して適正在庫及び適正発注に努めている。ただし、6病院全体として、これらの改善活動が統一的に実施されておらず、各病院の担当者の判断により個別に対策を講じている。

したがって、購買活動の一元化と同様に、在庫管理についても6病院全体の問題として、実地棚卸計画、定数管理、預り在庫や予約制度の採用などの在庫管理活動を統一的に実施していくべきである。

(5) 薬品の期末在庫の实在性

①薬品の期末在庫の推移

6病院の過去3年間の薬品在庫金額と在庫回転期間の推移は、以下のようになっている。なお、回転期間は、各年度末の在庫金額÷(各年度の薬品費÷12ヵ月)で簡便的に計算している。

(金額：千円，回転期間：月数)

	中央		今治		伊予三島		南宇和		北宇和		新居浜	
	在庫金額	回転期間										
H11	55,683	0.19	55,459	0.55	38,659	0.56	22,385	0.25	15,853	0.62	4,214	<u>0.07</u>
H12	46,428	0.22	49,047	0.67	29,519	0.75	27,266	0.43	7,177	0.28	11,398	<u>0.33</u>
H13	56,600	0.26	40,906	0.57	29,241	0.96	23,684	0.68	9,703	0.82	8,256	<u>0.17</u>

全体的には、抗がん剤等の高額薬品の期末在庫量の影響を受けるものの、医薬分業が進んだ影響により、薬品在庫金額は減少傾向にある。

ただし、上記の分析の結果、新居浜病院は、他の同規模病院に比べて薬品在庫回転期間が短く、その要因を確認したところ、過去から特定の薬品だけを在庫計上して「たな卸資産たな卸明細表」を作成していたことが判明し、平成13年度末では、約15,000千円前後の薬品在庫の計上が漏れていたと試算された。

②薬品の受払管理と実地棚卸の状況

愛媛県公営企業会計規程第93条によると「…、常にたな卸資産出納簿の残高をこれと関係のある帳簿と照合し、その正確な額の確認につとめなければならない。」となっている。しかしながら、今回往査した3病院（中央・北宇和・新居浜）については、いずれも日々の払出処理ができていないため、麻薬等の法律上の規制を受ける薬品以外は、継続記録法に基づき在庫管理ができていない。

そこで、毎月末又は年2回の実地棚卸により、期首在庫量＋受入数量－期末実地棚卸高＝期中払出量を推定し、たな卸資産たな卸明細表（様式69号）を作成している。

確かに、薬品の払出処理は、処方箋が患者単位になっているため、オーダーリングシステム等を導入しなければ、実務上、手書きによる薬品の受払管理は困難であり、現状では実地棚卸の正確性が重要となる。

しかしながら、6病院全体で統一的な実地棚卸計画がなく、棚卸資産の範囲やその方法等が病院ごとに異なっており、すべての薬品について正確な在庫金額を把握できているかどうか確認できなかった。また、病院経営の観点からは、薬品在庫は保険請求できていない貴重な県有財産であり適切に管理し、極力在庫を削減する必要がある。

したがって、統一的な実地棚卸計画に基づき、正確な在庫数量と金額の把握を行う必要がある。

(6) 診療材料の期末在庫の実在性

①診療材料の期末在庫の推移

6病院の過去3年間の診療材料在庫金額と在庫回転期間の推移は、以下のようになっている。なお、回転期間は、各年度末の在庫金額÷（各年度の診療材料費÷12ヵ月）で簡便

的に計算している。SPDは平成13年12月以降から中央病院で導入され、平成14年度下期中には、今治及び新居浜病院についても導入が予定されている。

(金額：千円，回転期間：月数)

	中央		今治		伊予三島		南宇和		北宇和		新居浜	
	在庫金額	回転期間	在庫金額	回転期間	在庫金額	回転期間	在庫金額	回転期間	在庫金額	回転期間	在庫金額	回転期間
H11	29,559	0.21	2,291	0.06	5,806	0.36	8,545	0.40	3,126	0.40	6,644	0.24
H12	34,312	0.22	2,470	0.06	18,247	1.18	7,557	0.35	1,273	0.21	3,326	0.12
H13	159,472	0.98	2,331	0.06	14,117	0.88	7,046	0.35	1,943	0.37	1,712	0.05

中央病院は、SPD導入前（平成12年度以前）と導入後（平成13年度）では診療材料の在庫金額が大きく変化している。要因として、過去は、中央材料室の管理物品以外の各病棟や手術室等にある診療材料までは在庫としてカウントしていなかったため、在庫金額が実際よりも少なくなっていた。また、平成14年3月末の实地棚卸（平成13年度下期）では、SPDの帳簿金額に比べて11,326千円实地棚卸高の方が少なかったにも関わらず減耗損処理せず、平成14年度の期首で費用処理していた。

次に、北宇和病院も中央材料室の管理物品以外は在庫として計上していなかった。今回、平成14年9月末（平成14年度上期）の实地棚卸では、手術室等の現場にある在庫まで集計した結果、平成14年3月末に比べて診療材料在庫の金額が、約7,500千円増加している。

また、中央病院に次ぐ規模を有しながら今治病院や新居浜病院の診療材料在庫は、明らかに少なく、正確に診療材料の实地棚卸をしていない状況がうかがえる。仮に、今治病院と新居浜病院の診療材料の在庫が、中央病院と同じ約1ヵ月分存在すると仮定すれば、平成13年度末現在で約73,000千円の在庫が計上漏れになっていると試算される。

②診療材料の受払管理と实地棚卸の状況

診療材料は、薬品よりも購入部署が広範囲であり内容が多岐にわたるため、現場では購入＝払出の傾向が強く、大半の物品について日々の受払の継続記録ができていない。さらに、实地棚卸も中央材料室の管理物品等の一定の場所の在庫しか棚卸していなかった。

確かに、薬品と同様に、診療材料の受払の継続記録は、実務上、手書きによる管理は困難である。

しかしながら、診療材料は、貴重な県有財産であり適切に管理し、極力在庫を削減する必要がある。そこで、中央病院では、平成13年12月以降からSPDを導入し、診療材料の在庫を把握することが容易になった。さらに、平成14年度下期中には、今治及び新居浜病院についてもSPDの導入が予定されている。

したがって、今後は、中央・今治・新居浜病院のSPDの導入により、今までブラックボックスであった診療材料の在庫について適時に適量を把握することができ、前述した購買・在庫活動の一元化との相乗効果により大きなコストダウンが図れることが期待され

る。また、残りの3病院については、費用対効果の関係でSPDが導入されなくても中央材料室以外の現場にある診療材料まで実地棚卸をする必要がある。

(7) 給食部門の採算性

現在、給食業務は、北宇和病院と中央病院（救命救急センター除く）が外部委託し、それ以外の病院が自前で栄養士や調理の職員を抱えている。給食部門の採算性を分析するために、給食収入と、直接費用として人件費（給料・手当、退職給与引当金、雑給、法定福利費を含む）、給食材料費及び委託費までを集計した結果、次表のようになった。

給食業務の収支概算

（単位：千円）

		中央	今治	伊予三島	南宇和	北宇和	新居浜	合計
給食収入 (①)		514,935	198,232	105,267	107,111	56,036	166,283	1,147,864
直接費用	人件費 (②)	136,371	76,462	60,427	54,245	3,454	105,436	436,395
	給食材料費 (③)	135,500	61,449	35,522	35,948	837	54,777	324,033
	委託費	115,802	370	1,996	273	44,014	2,522	164,977
直接費用		387,673	138,281	97,945	90,466	48,305	162,735	925,405
直接費用控除後の収支 (④)		127,262	59,951	7,322	16,645	7,731	3,548	222,459
比率等	人件費率 (②÷①)	26.5%	38.6%	57.4%	50.6%	6.2%	63.4%	38.0%
	給食材料費率 (③÷①)	26.3%	31.0%	33.7%	33.6%	1.5%	32.9%	28.2%
	直接費用控除後収支率 (④÷①)	24.7%	30.2%	7.0%	15.5%	13.8%	2.1%	19.4%
	一人当たり人件費 (②÷⑤)	4,011	4,024	5,036	4,520	3,454	6,202	4,594

職員数(人)

正規職員計	15	10	8	7	1	10	51
臨時職員計	19	9	4	5	0	7	44
職員合計 (⑤)	34	19	12	12	1	17	95

※臨時職員数は年間人役換算している。

平成13年度	中央	今治	伊予三島	南宇和	北宇和	新居浜	合計
期末要支給金額 (A)	92,188	57,597	13,340	10,201	—	64,022	237,348
引当金計上額 (B)	17,144	11,474	6,866	3,399	—	11,778	50,661
うち13年度繰入額	8,687	5,819	3,494	317	—	5,958	24,275
引当金未計上額(A-B)	75,044	46,123	6,474	6,802	—	52,244	186,687

伊予三島病院や新居浜病院は、直接費用を差し引いた段階ですでに収支率が10%を下回り、給食収入に占める人件費の割合も50%を超えており、①給食の質の低下を招くことから給食材料費率の削減余地が限られている点と②今後昇給や正規職員の退職手当の増加により人件費が確実に上昇していく点を鑑みれば、将来的に赤字になることが予想される。

一方、外部委託している北宇和病院は、採算性は決して高くはないが、将来の退職手当の負担がなく、中央病院もスケールメリットを生かして当面採算が悪化する可能性は低い

と考えられる。

したがって、公立病院における給食部門としては、少なくとも赤字になることだけは避けるべきであり、現行の人事制度では人件費の増大は避けられず、今後、給食部門については、外部委託へ移行していくことを検討する必要がある。

7. 債権管理及び医事事務

(1) 入院患者の医業収益診療報酬計上時期のずれ

入院患者の医業収益は、請求事務管理を行う医事課(係)からの報告に基づき会計係又は庶務係で調査決定(調定)を行い収益計上される。地方公営企業法第20条1項によれば「すべての費用及び収益は、その発生の実に基づいて計上し、かつ、その発生した年度に正しく割り当てなければならない。」とあり、収益は「発生の実」のあった年度に計上することが定められている。したがって、医業行為の収益計上は、診療行為のあった年度に計上されるべきである。

新居浜病院では、入院患者に対する診療報酬の医業収益計上は、診療行為のあった月ではなく翌月に計上されているケースがある。そのため、下記Bのケースでは3月に行われた診療報酬の医業収益計上が翌年度に行われることになる。

(例示)	
3月/	4月/
28日	29日
30日	31日
	1日
	2日……………5日
	(定期請求の処理日)
A : →	
B : →	
C : →	
(注：矢印は入院期間を示す。)	
ケースA (3月30日に退院)	: 退院日である3月30日日付で収益計上
ケースB (3月中から診療行為が行われ、定期請求処理日に退院)	: 3月中の診療行為分を含めて退院日(4月2日付)で売上処理
ケースC (翌月の定期請求処理日以降に退院)	: 3月中の診療行為については3月分として収益計上し、4月中の診療行為については4月分として収益処理

診療行為が行われた年度に収益計上するように改める必要がある。なお、中央病院では事務量が多いことから年度途中は翌月の計上とし、年度末についてのみ診療行為のあった月に調定を行っており、発生の実のあった年度に計上されているが、収益管理を適切に行うためには、年度途中においても診療行為の発生月に調定を行うよう業務を見直すべき

である。

(2) 未収金の管理

①未収金の状況

雇用状況など経営環境の悪化に伴い、病院事業会計の滞留債権残高は増加傾向にある。各県立病院の平成14年9月末現在での収益の発生年度別患者負担分医事未収金残高は以下のとおりである。

(単位：千円)

病院名	10年度以前	11年度	12年度	13年度	合計残高
中央	37,660	20,913	21,748	40,689	121,010
今治	7,550	2,508	7,123	9,351	26,532
伊予三島	4,079	3,267	3,369	2,270	12,985
南宇和	4,899	2,076	2,952	5,425	15,352
北宇和	267	1,232	75	302	1,876
新居浜	4,712	1,000	1,343	4,237	11,292
合計	59,168	30,996	36,609	62,275	189,048

(注)：平成14年9月末現在の未収金から交通事故損害賠償保険請求額を控除した金額である。

②滞留債権に対する事務管理体制

(滞留債権に対する考え方)

滞留債権は増加傾向にあり、債権管理の徹底は病院経営にとって緊急の課題である。医療業務は診察と同時に医療費を回収することを前提としている。そのため、請求業務の重要性については強く認識されているが、債権管理に関する認識は必ずしも高いものではない。

例えば、医事会計システム(注)において債権回収時の消し込みの機能が活用されていない病院もあり、別途パソコンや手書きにより管理するなど効率化が図られていないことや医事会計システムと財務会計オンラインシステムが連動しておらず、債権管理の観点からのシステム設計となっていないことが、滞留債権増加への対応遅れなどの根底にある。

滞留債権を削減させるためには、滞留債権を発生させないことと合わせて、次に述べるように債務者ごとの債権分類など病院側が主体的に債権管理に取り組むことが必要である。診療行為は原則として患者の経済状況によって拒否することは出来ない。そのため、滞留債権の削減は、医療機関側が主体的に取り組む必要がある。

(注) 各病院内の料金計算処理、診療報酬請求書(レセプト)等を作成するコンピュータシステム

(組織的対応と責任者の明確化)

未収金の増加は、病院経営の負担の増大につながり損益悪化の重大な原因となる。これに対して病院の債権管理の意識は低く、回収業務を担当する医事課(係)任せになっている傾向がある。

各病院の医事係の平成11年度末と平成13年度末時点での職員数及び平成11年、12年、13年度末の病院別未収金残高の推移は、以下のとおりである。

(単位：千円)

病院名	医事係職員数		滞留債権残高		
	11年度末	13年度末	11年度末	12年度末	13年度末
中央	9人	8人	49,254	73,594	86,669
今治	4人	4人	10,595	12,766	26,416
伊予三島	2人	2人	9,148	10,776	10,883
南宇和	2人	2人	5,823	7,874	10,461
北宇和	2人	2人	779	2,347	1,612
新居浜	4人	4人	7,262	7,806	7,129
合計	23人	22人	82,862	115,164	143,170

滞留債権は増加傾向にあるものの医事係の職員は平成11年度末から平成13年度末にかけて増加はなく、職員1人あたりの負担が増大していることが予想できる。

財政状況の悪化などを考慮すると今後、職員の増加は期待できないことを考えると医事課職員に限らず総務課、業務課や本局職員を含めた職員一丸となって債権回収に取り組む必要がある。

なお、未収金の回収については、平成14年5～6月に病院事務局職員及び本局職員が合同で臨戸訪問を実施し、169万円を回収するなどの成果をあげていることから、その継続的な実施が望まれる。

また、滞留債権の削減には、臨戸訪問の徹底のほか入院期間中の患者への指導など各職員がそれぞれの担当職場で取り組むべき課題が多く、病院全職員の債権管理の意識を高める必要がある。

未収金回収に向けては、職員一丸となった取り組みが重要であるが、さらに未収金回収を担当する責任者を設置し、担当者はより専門性をもって回収に取り組むべきである。

(滞留債権回収に向けた対応の統一)

滞留債権の管理は、『収入調定簿』によって個人別、発生年度別(調定月日別)に把握されている。また、臨戸訪問や電話による催促など滞留債権回収のための取り組みに関する顛末は『未収金整理簿』で個人別に把握されている。

しかし、北宇和病院や新居浜病院のように逐一債務者との対応を記録されている病院がある一方で、中央病院では債務者との対応過程の記録が不十分である。債務者との交渉方法やその記録について「愛媛県病院事業未収金取扱要領」に基づき、対応の統一を強化する必要がある。

(滞留債権に対するシステム対応)

患者に対する請求業務は、医事会計システムを利用して行われている。しかし、医事会

計システムでは、未収金残高は把握できるが回収状況が明らかでないなど債権管理としての機能が十分ではない。また、医事会計システムでは、通常のとおり回収のある債権と滞留債権との区分がなされておらず債権分類についても十分ではない。

そのため、医事会計システムでは滞留債権の督促状発行などを自動的に処理することができない。現在、債権管理には医事会計システムが利用されているが、債権分類など滞留債権のためのデータ作成には手書き資料が利用されており、データ作成に時間を要するため実際の債権回収業務に十分な時間が割けない状況にある。

滞留債権の状況や回収実績を把握する機能を有したシステムの設計、利用が必要である。

また、債権を一元管理するため医事会計システムと財務会計オンラインシステムを連動させる必要がある。

③債務者に対する対応

(入院患者に対する対応)

入院患者について滞留債権発生の原因は、所得の状況に比べて医療費負担が過大である場合や医療保険への未加入の場合などある程度特定できる。また、入院を機に患者が職業を失い、そのことが原因で医療費の支払いが滞るケースもある。

そこで、入院期間中の早い段階から医療保険への加入状況など患者の支払能力を調査し、入院期間中から医療費回収に向けた患者との医療相談を行うことで、滞留債権の発生を未然に防ぐことが可能である。

そこで、患者との医療相談を充実させるため、専門教育を受けたメディカル・ソーシャル・ワーカーを設けるなどし、退院後にどの医療機関で治療を受けるかといった医療の地域連携への対応、保険加入の促進、基礎自治体の福祉課との連携など、病院側で入院期間中の幅広い医療相談に対応する体制を整える必要がある。

なお、中央病院では、平成14年6月に地域医療連携室を設置し、患者の入退院時の相談を医事課と連携しながら実施しているところであるが、今後、患者ニーズにあった相談の充実を図っていくことが課題である。

また、医療費回収に向けた取り組みを入院期間中の早い段階で行うことは、入院患者にとっても退院後の生計を考える上でも参考になる。

(委任払い制度の充実)

入院患者については、医療費が高額に及ぶケースが多く、医療保険加入者であっても自己負担分の支払に窮することがある。そのため、自己負担分の一部を保険者から貸付を受け医療費の支払に充当する制度があり、幅広く活用されている（高額療養費貸付制度）。同制度は、入院患者の債権回収を行うのに有効な手法であることから、これらの制度を活用し、納入相談の更なる充実を図っていく必要がある。

なお、国民健康保険においては、一部の市町村で高額療養費貸付金を被保険者からの受領委任を受けて、直接医療機関に支払う制度を実施している。この制度は医療費の回収に有効であるため、未対応の市町村に対して、実施を要請していく必要がある。

(外来患者に対する対応)

外来患者について滞留債権の発生原因は、患者が医療行為後支払いを済まらずに帰宅することである。外来患者の場合、一旦滞留債権が生じてしまうと債務者の捕捉が困難な場合が多い。また滞留金額も入院患者に比べ僅少であることが多いため、債権回収を進めるにあたっては費用対効果を考慮すると損失が生じることが多い。そこで、外来患者の滞留債権を削減するためには債務者の捕捉を効率的、確実に行うことが重要となる。

中央病院の医事会計システムでは、外来患者の滞留債権の有無は、医療行為終了後の会計窓口での精算時点で明らかになる。しかし、滞留債権の発生は、外来患者が会計窓口での精算を行わず帰宅することが原因であり、精算時点で滞留状況が明らかになったのでは滞留債権のある外来患者の捕捉には役立たない。

医療行為前の受付時に、滞留債権の有無が明らかになるようにシステムの変更を行い、債務者の捕捉に努め、債務者との面談、接触の機会を確保する必要がある。また、滞留債権の状況をカルテに表示するなど、医療現場でも債権回収に協力できる体制を整えることも必要である（滞留債権の有無など患者の経済状況に関する情報の中には、医療行為に有益なものがあることも考えられる）。各病院では、再診受付時に外来患者の滞留債権の状況を明らかにし、本人に周知するとともに早期の回収を進めるべきである。

新居浜病院では、外来患者に対して滞留債権が発生した場合には、カルテに滞留債権がある旨を示す付箋を添付することで次回の外来受付時に窓口において滞留債権があることが分かるように工夫している。また、新居浜病院では休日及び夜間の外来患者に対する滞留債権の発生を防ぐため、6ヶ月以上の通院歴がなく保険証を持参していない患者及び県外在住の患者については、一律10,000円の預り金を徴している。

さらに、診療時間内であっても6ヶ月以上の通院歴がなく保険証を持参していない患者については、所持金の範囲内で医療費を患者から預かり、後日保険証を提示された時点で保険者負担分について返還するなど預り金制度が徹底されている。その結果、新居浜病院は他の県立病院に比べ未収金の発生が少なく、これらの措置によって一定の効果が上がっているものと考えられる。

他の県立病院についても新居浜病院のように預り金徴収の徹底は、滞留債権発生削減に有効である。

(債務者の分類管理)

滞留債権が増加傾向にあるなかで、債権回収にあたる職員数は限られており、効率的に

回収成果をあげる必要がある。そこで、債務者を積極的に回収すべき債務者とそうでない者とに分類するなど対応方法の違いによって債務者を分類し、重点的、効率的に回収にあたる必要がある。

中央病院では現在、全ての債務者について2、3ヶ月ごとに連絡を入れることとされているが、重点的に取り組む必要のある債務者については、より頻繁に連絡を入れる必要がある。

また、債務者の分類管理の方法には対応方法の違いによる分類のほか、回収の進行状況による分類が考えられる。

(3) 診療報酬の請求実績と減額、返戻

診療報酬請求事務におけるレセプトの請求事務は、実施された医療行為によって発生する医療収入額のうち、患者負担部分以外の医療収入額を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対して請求を行う事務である。

請求事務は、医療行為実施の翌月10日頃に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対して請求を行うことになる。本調査において往査を実施した中央病院、北宇和病院、新居浜病院について診療報酬請求事務に関する事務処理の合理性を検討するためレセプト等の関係書類の査閲等を行った。その結果、以下の事項が発見された。

① 県立病院の返戻率、査定率の状況

中央病院、北宇和病院及び新居浜病院と四国4県の県立病院の最近3年度の返戻、査定の状況は以下のとおりである。

(単位：千円)

病院名	年度	請求金額	返 戻		査 定	
			返戻金額	返戻率	査定金額	査定率
中 央	H11	12,650,584	521,318	4.12%	60,642	0.48%
	H12	12,559,785	534,969	4.26%	73,292	0.58%
	H13	13,188,017	478,630	3.63%	77,261	0.59%
北宇和	H11	1,165,544	37,248	3.20%	3,735	0.32%
	H12	1,109,077	43,719	3.94%	1,504	0.14%
	H13	967,640	21,532	2.23%	1,525	0.16%
新居浜	H11	3,595,709	138,585	3.85%	21,288	0.59%
	H12	3,164,363	44,835	1.42%	12,115	0.38%
	H13	3,445,259	71,150	2.07%	11,293	0.33%

(単位：%)

	愛媛県		香川県		徳島県		高知県		四国4県	
	返戻率	査定率								
H11	3.39	0.45	2.27	0.40	2.49	0.58	2.52	0.42	2.81	0.45
H12	3.42	0.49	2.89	0.37	3.10	0.37	2.09	0.51	2.97	0.45
H13	3.01	0.48	2.67	0.29	2.90	0.38	2.93	0.49	2.90	0.42

(注) 病院から提出されたレセプトは、各保険者から診療報酬の審査、支払業務を委託されている社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会によって診療報酬点数表など保険医療の基準に従っているか審査が行われる。

返戻とは、審査の過程でレセプトに記載された病名や被保険者番号に記入漏れ等の不備が認められた場合に審査機関から病院側に内容照会のためにレセプトを返却することをいう。

これに対し査定とは、審査の結果、レセプトに記載された保険請求項目について、その妥当性が認められない場合に請求から除外されることをいう。査定では、査定内容に異議がある場合は審査機関に対して再審査請求を行うことができる。

返戻率については、中央病院が4%前後で推移し、他の病院は3%前後で推移している。四国4県で比較すると愛媛県のみ3%台で推移しており、他県に比べて返戻率が高いことがうかがえる。また中央病院の査定率は、0.6%弱で推移しており他病院に比べても高い。

北宇和病院の平成12年度、平成13年度の査定率は、0.1%台で推移しており、平成11年度と比べて減少傾向にあり、他の病院と比べても低くなっている。新居浜病院についても平成12年度以降の査定率は、減少傾向にある。

これは、平成10年度に診療報酬等査定検討小委員会を設置し、査定の削減に努めた結果である。なお、愛媛県の査定率を四国4県と比較すると高知県と並んで高い。

そこで返戻率及び査定率削減に関する取り組みとして以下の項目が必要である。

②返戻率削減に向けた取り組み

返戻の発生理由は、記号・番号の転記誤りや保険資格喪失後の受診など事務処理上の誤りによるものが多い。返戻率削減に向けては、保険証確認やダブルチェックの徹底を図ることで転記誤りなど事務処理上の誤りを防ぐ必要がある（一部の保険者が先行導入した保険情報の個人カードを活用したバーコード入力が入力誤りの防止に有効である）。

また、全ての県立病院において、月初めに保険証確認を実施するなど保険資格確認の徹底を図る必要がある。

③査定率削減に向けた取り組み

（査定原因の分析の必要性）

社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会からの査定事由を把握するため、中央病院では、平成14年度から国民健康保険団体連合会からの『増減、返戻通知書』の事由分類に基づき入院外来別、科別に査定事由を分類し一覧表（『入外別増減点事由表』）を月単位で作成している。平成13年度までは、このような査定事由の分析は行われておらず、査定削減の努力が不十分であった一因であった。

査定事由としては、病名の未記入、誤記入と言った単純な誤りも多く（特に外来については）医事課内の内部統制の充実が必要である。また、レセプト請求制度の変更により205円以下の薬剤については、薬剤の名称をレセプトに記載することとなったが、その薬剤に対する病名の記載が徹底されておらず査定の一因となっているため、病名の記載について

徹底を図るように医師を指導する必要がある。

北宇和病院では、平成8年度から受託業者である『日本医療事務センター』内で査定事由の分析検討を行っており、平成14年度からは入院外来別、科別、保険別の査定理由一覧表を医事係長に報告が行われるようになった。査定事由の分析を進めることによって平成11年度をピークに査定率は減少傾向にある。

また、新居浜病院では、査定削減のため社会保険・国民保険別、診療科別、理由別、査定内容別に査定事由を分析している。査定事由の分析は委託業者が行い、委託業者は分析結果を病院側に通知する。病院側は分析結果を受け、今後の対策について委託側に指示する。さらに院長、副院長を始めとする医師への改善依頼については、軽微なものについては委託業者が、ある程度、重要なものは医事課が医師に依頼する。

査定率削減の第一歩は査定事由の分析から始まる。全ての病院において査定事由の分析を実施し、医事課(係)長から医局へ報告し、どのような事由で査定が生じているか各医師へ周知を徹底すべきである。

なお、平成14年4月から6月にかけての中央病院の査定事由は以下のとおりである。

事 由	件数	点数(点)
A. 適応と認められないもの	571件	416,285
B. 過剰と認められるもの	721件	760,243
C. 重複と認められるもの	3件	286
D. 上記以外の不適當又は不必要と認められるもの	1,260件	772,425
療養担当規則に反するもの	117件	14,132
合 計	2,672件	1,963,371

(注) 社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険団体連合会の査定は、上記の事由に分類され病院に通知される。

(査定の医師別分析の必要性)

中央病院では、平成14年度から診療科別の査定事由分析を実施し各診療科の代表部長を中心にした査定削減に努めている。しかし実際に査定率を削減するためには、各医師が保険医療の基準に従った医療に努める必要がある。査定率は診療科ごとに違いがあり、診療科別の査定率の分析は不可欠であるが、さらに査定率を削減するためには、医師ごとの査定率を把握するなど医師別分析の実施が必要がある。

一方、北宇和病院では医師総数が11名と小規模であるため、医師間の意識統一は図られており、一部の医師について査定率が高いということはない。北宇和病院では、査定率の削減のためには、医師と医事係職員さらには委託先との協力関係を強化するなど医師のレセプト請求に関する知識の向上が必要となる。

④再審査請求

(再審査請求の徹底)

一定の医療水準を確保するためには、保険診療報酬に定められる点数表とは異なった医

療の実施が必要とされるケースもあり、査定が生じることにやむをえない点もある。しかし、医療水準を落とすことなく削減が可能な査定事由については、査定の削減を図るべきである。

また、社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会から査定のある医療行為についても合理性のあるものについては再審査請求が可能であり、事由によっては積極的に再審査請求を実施すべきである。

中央病院、北宇和病院及び新居浜病院の再審査請求及び復活の状況は以下のとおりである。

病院名	年度	査 定		再審査請求			復 活		
		査定金額 (千円)	査定率	件数	点数	率	件数	点数	率
中 央	H11	60,642	0.48%	72	572,575	9.44%	27	165,162	28.85%
	H12	73,292	0.58%	78	255,676	3.49%	24	33,142	12.96%
	H13	77,261	0.59%	38	264,970	3.43%	14	26,306	9.93%
	H14	16,760	—	35	250,001	14.92%	9	22,723	9.09%
北宇和	H11	3,735	0.32%	27	36,248	9.70%	16	6,797	18.75%
	H12	1,504	0.14%	10	11,172	7.43%	6	1,327	11.88%
	H13	1,525	0.16%	9	20,624	13.52%	5	15,903	77.11%
	H14	201	—	1	3	0.01%	0	0	0%
新居浜	H11	21,288	0.59%	281	522,494	24.54%	85	81,184	15.54%
	H12	12,115	0.38%	279	665,835	54.96%	93	171,204	25.71%
	H13	11,293	0.33%	279	319,846	28.32%	78	39,979	12.50%
	H14	4,467	—	62	136,873	30.64%	10	5,539	4.05%

(注)：平成14年度については4月から6月

中央病院では、平成13年度について言えば、査定額77,261千円のうち再審査請求が行われているのは3.4%に過ぎない。診察内容に関しても減点の事由は、「適応と認められないもの」、「過剰と認められるもの」、「重複の認められるもの」、「その他の不適當」の4つに分類されているが、そのうちの「適応と認められないもの」について医療行為に関する見解の相違の性格によるものが含まれており、査定事由を確認のうえ再審査請求を行うべきと考えられる。

平成14年4月から6月にかけての中央病院で「適応と認められないもの」として減点の対象になったものは1,963,371点のうち416,285点(21.2%)を占めている。これに比べて平成13年度の再審査請求率の3.4%は著しく低い。査定内容を確認、検討し再審査請求の実施率を向上させる必要がある。

また、新居浜病院では、社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会からの通知を基礎に医師別に『査定結果一覧表』(患者別、理由別、査定内容)を作成し、再審査請求が可能かどうかの判断を医師に求めている。

しかし、新居浜病院においても平成13年度について言えば、査定額11,293千円のうち再審査請求が行われているのは28.3%に過ぎない。再審査請求の実施率を向上させる必要が

ある。

(再審査請求を見送った査定についての対応)

中央病院では減点の対象となったものについては、減点の事由が合理的であるかどうかについて社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会からの減点連絡表を各診療科の代表部長に回覧し、代表部長の指導のもと各医師が減点事由の合理性を検討する。この際、医師が再審査請求と判断したものについては、再審査請求申請書が起案されるが、再審査請求を見送ったものについてはその理由が明らかにされていない。減点の減少や再審査請求の漏れを防ぐためには、再審査請求を見送ったものについてもその顛末を明らかにすべきである。

減点の削減や再審査請求率の向上のために、一部の診療科では、診療科内でのミーティング（カンファレンス）に減点の削減をテーマに含めているところがある。過剰、重複の医療を削減し医療の品質の統一を図るためにも、減点削減をテーマにカンファレンスを実施することは有効である。全ての診療科におけるカンファレンスのテーマに減点削減を含めるべきである。

8. 人件費関係

給与・諸手当の支給状況について「愛媛県企業職員の給与の種類及び基準に関する条例」等の規則に基づき適切に行われているかを確認した結果、下記事項を除き概ね適正に処理されているものと認められた。

(1) 深夜、準夜勤務の看護師の休憩時間の取扱い

深夜勤務（0:30～9:15）、準夜勤務（16:30～翌日1:15）の看護師について、勤務時間中に本来取るべきである休憩時間45分（愛媛県企業職員特殊勤務者就業規程第5条）の休憩を取らなかったものとして、当該45分を超過勤務手当の支給対象としている病院がある。

県立6病院のうち、中央病院と今治病院については、45分間を原則どおり休憩時間として、超過勤務手当の支給対象とはしていないが、残りの4病院は下記のとおり、深夜・準夜勤務者の全員を支給対象としている。

平成14年3月の45分間分の超過勤務手当支給実績

(単位：千円)

病院名	支給人数	3月支給実績
新居浜	158名	2,191
北宇和	41名	629
南宇和	96名	1,550
伊予三島	82名	1,142
計		5,512

上記の数値から推計すると、年間では65百万円程度の支給実績があるものと推測できる。

本来、看護師の深夜・準夜業務では、その業務の特殊性からして、特定の時間を休憩時間として連続的に取ることは不可能であり、勤務時間中に断続的に休憩せざるを得ないことは十分理解できるが、断続的休憩時間を通算すれば45分間は休憩しているのではないだろうか。

看護師の休憩実態は6病院とも同様であり、上記4病院だけを超過勤務手当の支給対象とする必然性は認められない。少なくとも、4病院については実際の休憩時間の有無にかかわらず、長年にわたっての慣習から超過勤務扱いにしていたものであり、直ちに実態に応じた支給方法に是正すべきである。

(2) 超過勤務承認書

(意見)

超過勤務を行う際、その申請・承認の本来の流れは、

- ① 職員別の「超過勤務、休日勤務及び夜勤命令簿」の勤務命令欄に本人が事前に記載し、押印する。
- ② 所属長が命令簿の事前記載内容を確認し押印する。
- ③ 勤務終了後に本人が命令簿の勤務開始・終了時間欄に実際勤務時間を記載する。
- ④ 所属長が実際勤務時間を確認し押印する。

ことになっているが、実務的には新居浜病院を除く他の5病院は、それぞれ独自に「超過勤務承認書」等の名称の用紙を使用し、その内容に基づく超過勤務時間を各病院の事務担当者が「超過勤務、休日勤務及び夜勤命令簿」に転記している。

これは、同命令簿は1冊の綴りであり、各人に回覧すると記載に時間を要し、業務が停滞するため、各病院の自然的発案でオリジナルな「超過勤務承認書」が生まれたものである。

これは十分合理的な現場の意見であり、この用紙に「予定勤務時間」、「実際勤務時間」、「休憩時間」欄等を設けることにより、超過勤務手当の過払いを防止することができる統一した様式にすることが必要である。

(3) 超過勤務の終了時間の確認方法

超過勤務の終了時間の確認方法については、往査した3病院の現況は下記のとおりである。

・中央病院

退庁時に打刻機に「超過勤務承認書」を通す(日付、時間が印字される)ことにより、承認書に時間が明記される。ただし、打刻機への打印忘れも一部認められる。

・北宇和病院

退庁時に本人が「超過勤務命令書」に超過勤務実施時間（開始時間と終了時間）を記載し、警備会社の宿直者の印鑑か同僚・所属長の事後承認印鑑で確認している。したがって、第三者が見て確認できるような正式な退庁時間は命令書では確認できない。

・新居浜病院

新居浜病院は他の5病院とは唯一異なり、原則どおり「超過勤務、休日勤務及び夜勤命令簿」で管理しているが、それについては本人が命令簿に直接、超過勤務時間を手書きで記入し、翌日に所属長の事後確認印をもらうものであり、やはり第三者が見て退庁時間の妥当性が確認できるものではない。

・その他の3病院（今治、南宇和、伊予三島）

「超過勤務承認書」の実例を確認したが、今治病院を除き第三者が見て退庁時間の妥当性が確認できるものにはなっていない。

以上の点から共通して言えることは次のとおりである。

- ① 超過勤務終了時間が事後客観的に証明できるものになっていない。
- ② 所属長の確認・承認は翌日以降になるため、事実上は確認が十分になされず押印、承認されている。

したがって、仮に退庁時間を1時間遅く記載したとしても、そのまま超過勤務時間として手当支給対象になることが発生するシステムである。もちろん、所属長による事後確認は行っているが、民間病院の確認方法に比べると甘いものと言わざるを得ない。

本来であれば、超過勤務に際しては事前承認を厳格に行うのが原則であるが、病院業務の特殊性から実務上は事前承認を完璧に実施することは困難と思われる。その代わりとして超過勤務の終了時間を十分確認することが、超過勤務の実態の透明性を高めるためにも不可欠である。今後の終了時間の確認方法の改善及び6病院の統一的な確認方法の構築が必要である。

(4) 超過勤務の状況

(意見)

中央病院での平成13年度の超過勤務状況は下記のとおりである。

平成13年度末の正規職員数	922 人中
500～599時間／年	31 人
600～799	26
800～999	22
<u>1,000時間／年以上</u>	<u>14</u>
計	93 人

中央病院の正規職員の約10%が年間500時間の超過勤務時間となっており、これはすべて超過勤務手当の支給対象になっている。

これを前提に平成14年8月の中央病院の「超過勤務承認書」を閲覧した結果、次のような問題点が認められる。なお、平成14年8月分を対象としたのは、中央病院では同承認書枚数が膨大になり、2～3か月程度で処分しているため、保存している直近分を閲覧したことによる。

①心臓血管外科の医師の超過勤務時間が特に多い。

これは、緊急手術及び術後管理に多大な時間を要するためとのことである。

ただし、同科では同科の長が超過勤務承認書の記載内容を積極的に確認しており、信頼性が認められる。このような確認作業を実施しているのは、往査した3病院の中で確認できたのはこの診療科だけであった。

他の病院、部署でも承認書の確認を実施すれば、超過勤務時間の管理が徹底されと考える。民間病院では、平成14年4月からの診療報酬単価の減額改定に対応すべく、厳格な超過勤務時間コントロールがなされているのが現状であるが、往査した3病院については、超過勤務時間の管理方法の検討が必要である。

②長時間の連続勤務がある。

例えば、看護師の休日勤務で8:30～17:30まで休憩なしの連続勤務、施設管理担当者の22:00～翌日6:45までの休憩なしの夜間連続勤務、栄養士の休日勤務で7:00～17:45まで休憩なし等の連続勤務があり、これらは全時間が超過勤務手当の支給対象になっている。

労働基準法第34条では、労働時間が6時間を超える場合は45分、8時間を超える場合は1時間、途中で休憩時間を与えなければならないことになっている。実際勤務時間が上記どおりであるのが現状ならば、適正な休憩時間が付与できるよう、勤務体制等の見直しをする必要がある。

9. 委託業務関係

委託業務の内容を検討し、委託先の選定方法などサンプルベースで発注業務が合理的に実施されているかどうかを確かめた。また、委託料について経年比較等を実施し金額の妥当性を検討するとともにサンプルベースで支払業務が「愛媛県公営企業会計規程」に基づいて実施されていることを確かめた結果、下記の問題点が認められた。

(1) 清掃業務の作業検収方法

院内清掃業務委託については、入札により業者を決定した後、契約書の仕様書に基づく業者の作業及び病院側での作業内容の検収確認という流れになっているが、この検収確認

方法が適切に実施されていない点が認められた。

中央病院では「清掃状況検収日誌」を業者が作成し、病院の各担当者が確認の捺印を行っているが、月1回、3か月に1回といったワックス塗布等の随時清掃については仕様書どおりの作業がなされたかを確認していない。

また、仕様書によれば月1回、業者と病院内の担当者が院内巡回し、チェックリストで確認することとなっているが、現実には実施していない。

北宇和病院では検収日誌が平成13年度まで作成されておらず、平成14年6月より業者が「清掃作業点検日誌」を作成し、庶務係長が確認の捺印を行っている。しかし、現実的には詳細な現場確認を行わず捺印しており、その検収体制は不十分である。

また、仕様書上は毎日の清掃箇所であるべきエリアで、殆ど清掃されていない箇所があり（サービスホール、カンファレンス室、リハビリ室、会議室）、仕様書＝契約書どおりの作業が実施されていない。

新居浜病院では仕様書上は日々検収する定めがないため、検収日誌等は作成されていない。この点は平成14年度から作成する方向に改善されている。

また、仕様書上は事務室、会議室の床清掃は毎日清掃になっているが、業者の作成する「作業実施表」では週1回の清掃になっており、仕様書（契約書）に違反している。

つまり、清掃作業については、次の問題点があり、検収・確認体制、業者との契約内容の見直し等の改善が必要である。

(イ)病院側の作業検収体制が不十分である。

(ロ)仕様書どおりの作業が実施されていないケースがあり、仕様書の作業内容を見直しで契約金額の減額改訂等が必要になる。

(2) 委託業務の予定価格のあり方

(意見)

- ① 中央病院の平成13年度廃棄物処理業務委託について、積算上、前年実績×101.1%（県人事委員会調査に基づく県内の民間給与対前年上昇率）を落札予定価格としている。

落札予定価格55,904千円に対し、実際落札価格は55,849千円（対予定価格99.9%）の結果となったが、そもそも廃棄物処理業務のすべてを人件費相当額とみなし、すべてに対して101.1%の掛け率とすることはおかしいのではないだろうか。

廃棄物処理業務のすべてが人件費をもって構成されているわけではないため、例えば事前に入札業者から費用明細の見積書等を入手して契約価格がどのような経費から構成されているかを精査し、それをもって予定価格決定の基礎とすべきである。

なお、平成14年度からは契約内容を変更し、「感染性廃棄物」と「感染性以外の廃棄物」の2種類に分けて従量制により契約する方法に変更しているが、従量制が著しく高価にな

る場合は再び一定定額制度に契約を戻すことも検討されているため、その際には人件費とその他の費用の区分検討が必要となる。

- ② 医事会計、電話交換業務等、人件費を主な構成要素とする委託業務の平成13年度予定価格算定にあたって、県人事委員会勧告による県職員給与対前年上昇率（A：100.14%）と県人事委員会調査による県内民間給与対前年上昇率（B：101.1%）の両方の率の使い分けが不明確になっている。

すなわち、医事会計業務については前年実績×Aを、電話交換業務については前年実績×Bを落札予定価格として設定している。

本来、予定価格は契約価格の一応の基準となる価格であり、取引の実例価格、需給の状況等を考慮し定められるものである。昨今の経済状況を考えると、前年度の実績価格に単純に人件費上昇率を乗じたものをもって予定価格とすることは適切でなく、契約当事者として更なる合理的な価格低減努力を行うべきである。

例えば、「予定価格の事前公表」を行うことにすれば、すべての業者が同一条件で競争原理を働かせることが可能となり、従来からの契約価格にかかわらず価格低減の可能性が生じることになるため、予定価格の事前公表制度についても検討する必要がある。

(3) 保守管理業務の契約価格

(意見)

高額医療機器、エレベーター等の保守点検業務については、その機器の性質上、随意契約による委託によらざるを得ないが、その契約価格の算定方法については、業者から見積書を入手して金額交渉し、事前に金額を確定させ、その確定金額を予定価格として「予定価格調書」を作成している。しかし、業者見積価格の妥当性について、十分な検討がなされていないため、業者見積価格＝県の予定価格＝実際契約価格となっているケースが大半であり、結果的にはここ数年間同一金額で契約価格が推移している。

これは機器の特殊性から病院側では予定単価の見積もりが不可能であるためとのことであるが、価格の値引き交渉がほとんど行われていないのが実情である。民間病院では、最近のデフレ傾向を反映させて、機器メンテ費用についても絶えず対前年価格よりもダウンさせることに注力しており、そうしたコスト意識が県立病院にも求められる。今後は每期価格交渉する等のコスト削減策に真剣に取り組むことが望まれる。

また、高額医療機器の購入・リース契約に際しては、本体価格だけの競争見積もりにとどまらず、その後の耐用年数期間等の総メンテナンス費用も加味した上で入札することとすれば、全体としてのコスト削減につながる事が期待される。

10. 一般経費その他の事項

委託業務の検討過程の中で派生的に検出した事項である職員被服費の会計処理・購入処理の妥当性、委託業者に対する消費税の支払状況の妥当性について別途検討を行った結果、下記の問題点が認められた。

(1) 職員被服費の事務

①購入の会計処理

平成14年3月の検収で、看護衣半袖上着及び看護衣ズボンをそれぞれ2,802着、16百万円で業者より購入し、平成13年度の職員被服費として処理している。

各病院の検収調書による検収状況は下記のとおりである。

			<u>検収日</u>
中央病院	上着（半袖）	1,326 着	H14.3.29
	ズボン	1,326	H14.3.29
今治病院	上着（半袖）	418	H14.3.28
	ズボン	418	H14.3.28
伊予三島病院	上着（半袖）	244	H14.3.29
	ズボン	244	H14.3.29
南宇和病院	上着（半袖）	276	H14.3.29
	ズボン	276	H14.3.29
北宇和病院	上着（半袖）	134	H14.3.28
	上着（長袖）	2	H14.3.28
	ズボン	136	H14.3.28
新居浜病院	上着（半袖）	402	H14.3.29
	ズボン	402	H14.3.29

上記については、看護師の希望者に対して1人当たりそれぞれ2着を無償貸与し、退職時には、病院に返却させることとしている。

これについては平成13年度末ぎりぎりの検収日付であるため、その実際の使用状況を確認したが、そもそも看護衣ズボンは従来まで着用しておらず、平成14年4月1日付の「愛媛県企業職員被服貸与規程」の一部改正により新たに貸与被服になったもので、4月1日以降でないと着用できないものである。着用状況を現場に確認した結果では、4月以降の着用との回答を得ている。また、3月末の在庫にも計上されているわけではない。

つまり、本来的には平成13年度の費用処理ではなく、発生主義に基づき平成14年度に費

用処理すべきものである。規程改訂や衣替えの都合により、着用前年度に物品購入することは特に問題ないが、実際の使用状況に合わせた会計処理を行う必要があり、上記の事例では平成13年度決算では費用計上ではなく、資産「貯蔵品」に計上することが正しい会計処理であったといえる。

また、被服貸与規程では「被服貸与申請書」、「被服貸与台帳」の作成及びその様式が定められているが、各病院がそれぞれ異なる様式で管理している。申請書・台帳の作成方法について規程の見直しとその様式の全病院統一化が必要である。

②購入契約の方法

新居浜病院の看護衣・予防衣等の通常被服の購入に際して、比較見積を省略できるように請求書を30万円以下に分割させて、特定の業者と継続的購入を行っている事例が認められたが、愛媛県公営企業会計規程第176条（愛媛県会計規則第147条を準用）によれば、複数の業者による随意契約を採用すべきものである。

(例) 平成14年3月5日付請求	67千円
7日付請求	39
12日付請求	238
14日付請求	212
19日付請求	264

(2) 免税事業者に対する消費税の上乗せ支払い

消費税法第9条では課税売上高が年3,000万円以下の事業者については、消費税の納税義務を免除する（いわゆる免税事業者）旨の規定が置かれている。また、愛媛県においても特に明文化された規定があるわけではないが、平成5年3月19日に農林水産事務次官から中国四国農政局宛て「補助事業等における消費税相当額の取扱いについて」（5経第311号）の内容を援用して、免税事業者には消費税の上乗せ支払いは行わないことを黙示的ルールとしている。

例えば、公営企業管理局が発注する土木工事関係の委託費用については、業者から事前に「課税業者届出書」を提出させ、課税事業者か免税事業者かの確認を行い、免税事業者である場合は消費税を上乗せしないこととしている。ただし、土木工事以外の委託費用や物品購入については、こうした確認行為は行っていない。

この結果、免税事業者に消費税を上乗せ支給している次の事例が発見された。

受託業者（A病院の洗濯業務）の平成13年の課税売上高が3,000万円以下であり、免税業者に該当しているが、年間で1,234千円の消費税を上乗せして支払いしている。

結果的には、消費税上乗せ支給額＝過払い額が発生していることとなる。

このようないわゆる「益税」については、国としても解消すべく消費税免税点の引き下げや簡易課税制度の見直しを検討していることもあり、本来的には好ましいものではない。

今後は委託業務、物品購入業務についても、課税事業者か免税事業者かの確認方法ならびに免税事業者である場合の消費税上乗せ支払いの取り止めを検討する必要がある。

以 上