

第 2 がんセンター

1. 病院の概要

(平成27年3月31日現在)

病院名	がんセンター	
所在地	〒373-8550 太田市高林西町 617-1	
電話	(0276) 38-0771 (代)	
ホームページ	www.gunma-cc.jp	
開設年月日	昭和 30 年 11 月 21 日	
病床数	一般	357 床
	精神	—
	合計	357 床
診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、外科、呼吸器外科、婦人科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、気管食道科、放射線科、麻酔科、歯科、歯科口腔外科、形成外科、精神科、疼痛緩和内科、緩和ケア内科、リハビリテーション科、病理診断科	

【病院経営】

2. 病院の現状と課題

《財務指標等》

(単位：千円)

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
医業収益	5,661,711	6,022,311	6,742,502	7,106,855	7,326,099	7,282,455	7,669,139
入院収益	3,507,509	3,734,289	4,185,414	4,257,442	4,283,686	4,271,890	4,545,252
外来収益	1,917,458	2,013,235	2,298,209	2,557,691	2,747,389	2,751,859	2,827,872
その他医業収益	236,744	274,787	258,879	291,722	295,024	258,706	296,015
医業外収益	680,340	801,412	811,133	835,022	831,267	809,387	1,421,005
負担金・交付金	559,752	740,986	735,186	757,402	753,661	723,796	791,935
その他	120,588	60,426	75,947	77,620	77,606	85,591	629,070
特別利益	-	-	-	-	-	-	1,506
病院事業収益	6,342,051	6,823,723	7,553,635	7,941,877	8,157,366	8,091,842	9,091,651
医業費用	7,086,792	7,290,484	7,758,622	8,122,539	8,157,282	8,010,073	8,994,743
給与費	2,974,529	2,960,641	3,207,413	3,373,997	3,314,058	3,203,902	3,553,516
材料費	2,139,770	2,243,411	2,481,288	2,684,042	2,789,521	2,777,058	2,872,077
経費	1,076,209	1,165,511	1,213,658	1,277,567	1,342,085	1,437,084	1,476,285
減価償却費	791,709	742,571	770,341	690,295	594,243	477,101	947,264
資産減耗費	7,524	87,035	2,378	4,761	4,441	2,074	28,986
研究研修費	97,051	91,315	83,544	91,877	112,934	112,854	116,617
医業外費用	393,258	378,873	406,590	382,647	327,055	304,163	378,103
支払利息等	252,022	250,676	259,324	236,572	177,405	167,413	164,384
その他 (消費税他)	141,236	128,197	147,266	146,075	149,650	136,750	213,719
特別損失	0	0	0	2,401	58,056	5,923	1,354,175
病院事業費用	7,480,050	7,669,357	8,165,212	8,507,587	8,542,393	8,320,159	10,727,021
医業利益	-1,425,081	-1,268,173	-1,016,120	-1,015,684	-831,183	-727,618	-1,325,604
医業利益/医業収益	-25.2%	-21.1%	-15.1%	-14.3%	-11.3%	-10.0%	-17.3%
医業利益+ 減価償却費	-633,372	-525,602	-245,779	-325,389	-236,940	-250,517	-378,340
医業収支比率	79.9%	82.6%	86.9%	87.5%	89.8%	90.9%	85.3%
経常利益	-1,137,999	-845,634	-611,577	-563,309	-326,971	-222,394	-282,702
当年度純利益	-1,137,999	-845,634	-611,577	-565,710	-385,027	-228,317	-1,635,370

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度
給与費/医業収益	52.5%	49.2%	47.6%	47.5%	45.2%	44.0%	46.3%
材料費/医業収益	37.8%	37.3%	36.8%	37.8%	38.1%	38.1%	37.4%
経費/医業収益	19.0%	19.4%	18.0%	18.0%	18.3%	19.7%	19.2%
負担金・交付金/医業収益	9.9%	12.3%	10.9%	10.7%	10.3%	9.9%	10.3%
入院収益/医業収益	62.0%	62.0%	62.1%	59.9%	58.5%	58.7%	59.3%
外来収益/医業収益	33.9%	33.4%	34.1%	36.0%	37.5%	37.8%	36.9%
その他医業収益/医業収益	4.2%	4.6%	3.8%	4.1%	4.0%	3.6%	3.9%
《入院》							
新入院患者数（人）	4,291	4,704	5,106	5,388	5,579	5,526	5,993
延入院患者数（人）	87,865	90,694	96,457	96,299	92,019	89,351	90,604
患者1人1日当たり入院収益	39.9	41.2	43.4	44.2	46.6	47.8	50.2
平均在院日数	20.4	19.4	18.9	17.8	16.4	16.2	15.1
1日当たり患者数（人）	241	248	264	263	252	245	248
病床利用率	72.5%	74.8%	79.6%	79.3%	70.6%	68.6%	69.5%
《外来》							
新患者数	4,723	5,146	5,011	4,793	4,757	5,086	5,647
延患者数	75,896	79,621	87,486	90,716	94,809	96,595	99,911
平均通院回数（回）	16.3	15.7	17.8	19.3	20.1	19.6	18.2
患者1人1日当たり外来収益	25.3	25.3	26.3	28.2	29.0	28.5	28.3
外来診療日数	243	242	243	244	245	244	244
1日当たり患者数（人）	312	329	360	372	387	396	409

がんセンターは、昭和 30 年 11 月に結核予防対策の一環として設置された「群馬県立東毛療養所」に始まり、その後の結核の衰退にともない、昭和 40 年 4 月から一般診療科を加えて「群馬県立東毛病院」と改称された。その後、平成 10 年 4 月 1 日にがん対策の中心的役割を果たすため「群馬県立がんセンター」と改称され現在に至っている。

現在は県内唯一のがん専門病院として、専門的ながん医療を提供し、地域のがん診療の中心的な役割を果たすとともに、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っており、「地域がん診療連携拠点病院」に指定されている。

平成 17 年 3 月から病院の建て替えが行われ、平成 19 年 5 月に新病院が開院しており、当該開院と同時に外来で化学療法を行う通院治療センターが設置されている。また、緩和ケアに対するニーズの高まりを受け、県内東部の太田・館林 2 次医療圏に緩和ケア病棟がないことから、当センターにおいて緩和ケア病棟が新設され平成 26 年 6 月から運用を開始している。

当センターの経営状況としては、医業収支比率（医業収益/医業費用）は平成 25 年度までは改善傾向にある。平成 24 年度から平成 26 年度までを計画期間とした第二次群馬県県立病院改革プラン上の収支計画における医業収支、収益的収支（当年度純利益）の計画値については、平成 24 年、平成 25 年と実績値が計画値を上回っており、改革プランによる経営改善の効果が出てきているものと考えられる。

平成 26 年度においては、収入額は対前年比で増加し、また改革プラン上の計画値を実績値が上回ったものの、収支については、医業収支、収益的収支（当年度純利益）とも対前年比でマイナス幅が拡大し、計画値も下回った。

このように平成 26 年度において収支が悪化したのは、平成 26 年 6 月から運用を開始した緩和ケア病棟の新設による減価償却費の増加及び看護師等の人件費の増加、平成 26 年 3 月に竣工したりニアック（放射線治療）棟の増築、また平成 26 年度中に実施された手術部門システム更新等による減価償却費の増加により医業費用が大幅に増加したことが要因であると考えられる。更に、これらの要因に消費税増税によるコスト増が重なったことも収支を悪化させたものと考えられる。

緩和ケア病棟については、当面は、許可病床数 25 床に対して運用病床数 20 床とし、今後段階的に運用を拡大する方針であるとのことであるが、平成 26 年度中の運用病床数ベースでの病床利用率は 47.8%と、利用率は伸び悩んでいる。今後の収支改善のためには、投資コストを回収すべく緩和ケア病棟の利用率向上を図る必要があると考えられるが、そのためには緩和ケアに対応できる地域の医療機関との連携の促進や患者の緩和ケアに対する正しい理解をいかに図っていくかが課題である。

当センター全体の傾向として、実入院患者数そのものは増加しているものの医療技術の向上等による在院日数の短縮により病床利用率は低下してきている。当センターは平

成 28 年度に DPC 病院への移行を予定しており、それにより今後更なる在院日数の短縮が促進されると予想されるため、病床利用率の低下傾向は今後も継続するものと考えられる。

現在、手術を行う医師、看護師が不足しているため多数の手術待ちの患者を発生させており、それが入院患者受け入れのボトルネックとなり病床稼働の低下を招いている面もあることから、手術を行うための医師、看護師の確保をいかに行うか、という点も課題となっている。

一方外来患者数は増加傾向で平成 26 年度においては 1 日の平均患者数が 400 名を超過しており、現在、人的、物的リソースが不足している状況にある。高齢化に伴い全国的にがん患者数は増加傾向であることに加え、がん治療の外来シフト化が進んでいることが、外来患者の増加の背景にあるものと考えられる。

限られた人的、物的リソースを効率的に活用し、がん治療の外来シフト化に適切に対応するため、平成 28 年度から 5 階西の入院病棟 45 床を休止し、その空いたスペースに 1 階の通院治療センターを移転・拡充するということが検討されている。

手術や化学療法などの専門的な医療を当センターが担い、経過観察などを地域の病院で担うという、病院の機能分化を進める観点から、地域の病院への逆紹介を推進しており、逆紹介患者数の実績は平成 21 年度 1,701 件、22 年度 1,898 件、23 年度 2,114 件、24 年度 2,458 件、25 年度 2,971 件、26 年度 3,438 件と年々増加しており、当該取組は着実に成果を出している。

当センターとしては、上記のように病院を取り巻く環境変化に対し、現状の人員や設備の制約の中で、病床再編による設備の有効利用や増加する外来患者への対応の充実など、種々の施策を実施、検討している。

ただ、我が国全体として病床数を削減していくという方針の中で、当センターが属する 2 次医療圏もオーバーベッドの状態（特に太田・館林保険医療圏の平成 27 年 3 月末の既存病床超過率（既存病床数/基準病床数）は 147%と群馬県全体の 130%を大幅に上回っている）であり、病床利用率の低下、入院収益の減少傾向は今後更に加速すると考えられることから、堅実な財務基盤を保持しつつ高度医療を提供する県立病院として存続するために、今後の環境変化を踏まえつつ中長期的な病院機能のあり方について方向性を定め、それを実現するための人員の確保や設備の利用方法について具体的に検討を行う必要があるものと考えられる。

【意見 13】

医業収支比率（医業収益/医業費用）は平成 25 年度までは改善傾向にあったが、平成 26 年度においては、比率が低下し計画値も下回った。

平成 26 年度における収支の悪化は、主に平成 26 年 6 月から運用を開始した緩和ケア病棟の新設による減価償却費及び看護師等の人件費の増加や消費税増税によるコスト増加によるものと考えられる。

緩和ケア病棟については、平成 26 年度中の運用病床数ベースでの病床利用率は 47.8%と、利用率は伸び悩んでおり、緩和ケア病棟の利用率向上のため緩和ケアに対応できる地域の医療機関との連携の促進や患者の緩和ケアに対する正しい理解をいかに図っていくかということが課題である。

当センター全体として病床利用率は低下してきている一方、外来患者数が増加傾向であるという中、現状の人員や設備の制約の下で、病床再編による設備の有効利用や増加する外来患者への対応の充実など、種々の取組を実施・検討している。

しかしながら、当センターが属する 2 次医療圏がオーバーベッドと言われる中で、病床利用率の低下や入院診療収益の減少傾向は、今後、更に加速すると考えられることから、今後の環境変化を踏まえつつ中長期的な病院機能のあり方について方向性を定め、それを実現するための人員の確保や設備の利用方法について具体的に検討を行う必要があるものとする。

【会計】

3. 保留レセプトの取扱い

保留レセプトとは、診療行為は既に完了しているが、検査結果待ちや内容確認、また、過去に返戻となったレセプトの再請求待ち等の理由により、国保連又は支払基金等に對する診療報酬請求を留保しているものである。

がんセンターにおいて、長期間、請求保留となっているレセプトが多数散見された。平成 27 年 3 月時点で保留レセプトは合計で 219,121 点であり、発生期間別では、以下のような内訳となっている。

診療年月	請求点数	保留理由
平成 25 年 2 月	17,238 点	病名待ち
平成 25 年 7 月	714 点	返戻保留及び内容確認
平成 25 年 12 月	687 点	返戻保留
平成 26 年 1 月～3 月	4,472 点	返戻保留、診療券待ち等
平成 26 年 4 月～9 月	100,046 点	返戻保留、保険証誤り等
平成 26 年 10 月～平成 27 年 3 月	95,964 点	返戻保留、検査結果待ち
合計	219,121 点	

現在、保険請求業務を外部に委託しているが、このように請求が長期保留となった理由を適切に確認していないことは問題である。また、定期的開催される医療保険委員会では、査定減に対する審議や返戻減に関する報告などを行っているが、保留レセプトについての改善策などの検討は行われていない。

また、上記の保留レセプトのうち返戻によるものは、76,779点となっている。返戻レセプトは、返戻が判明した時点で、医業収益を減額処理することから、既に医療行為が終了しているにもかかわらず、医業収益が計上されない状況となっている。保留レセプトを最小とすべく、請求業務を速やかに請求する体制を整えるべきである。また、病院局総務課はその管理状況を適切に確認し、必要な措置を講ずべきであると考えられる。

【指摘事項 5】

がんセンターにおいて、長期間、請求保留となっているレセプトが多数散見された。現在、保険請求業務を外部に委託しているが、このように請求が長期保留となった理由を適切に確認していないことは問題であり、また、定期的開催される医療保険委員会では、保留レセプトについての改善策などの検討は行われていない。

既に診療行為が終了しているにもかかわらず、医業収益が計上されないため、財務会計上、医業収益が正確に計算されていない。また、診療月から長期間経過すると再請求がより困難化するおそれがあること、また、場合によっては時効が消滅（5年）してしまうこともある。保留レセプトを最小とすべく、請求業務を速やかに請求する体制を整えるべきである。また、病院局総務課はその管理状況を適切に確認し、必要な措置を講ずべきである。

4. 期を超えた返戻レセプトの会計処理

各月末締、翌月10日頃に診療報酬を審査支払機関に請求し、その返戻や査定レセプトについては請求（診療）月の翌々月5日頃に通知（点数による通知）される。そのうち、返戻レセプトについては、その再請求を、翌診療月の診療報酬分とともに速やかに保険者に行い、再度、医業収益の会計処理を翌月末付けで行っている。しかし、返戻・査定レセプトの会計処理は、その事実の通知があった時点ではなく、入金決定通知が到着した時点（社保・国保とともに請求（診療）月の翌々月の20日頃）の月末付けで医業収益と医業未収金を減額する会計処理を行っている。

例えば2月診療分に係る返戻・査定レセプトの通知は4月5日頃に通知されるが、この時点では会計処理は行われず、4月20日頃に入金決定通知が到着し、その月末時点すなわち4月30日付け（翌期）で「その他雑損失勘定」で医業収益の減額処理が行われている。一方、2月診療分の返戻レセプトについては、3月診療分の報酬請求とともに再請求が行われ、3月31日時点で医業収益の会計処理を行っている。

この場合、返戻・査定レセプトの会計処理（医業収益のマイナス）と、その再請求に係る会計処理（医業収益の計上）が異なる月に行われていることになり、特に、期末の決算締めにおいては、2月診療分の返戻レセプトの再請求分だけ二重に医業収益が計上されていることになる。

返戻レセプトは、主に保険変更や記載事項確認などの未整備のため発生するものであり、早期に原因を究明し、速やかに再請求することが経営上望ましいが、特に期末の決算では、返戻分の入金決定確定を待たずに、通知があった時点で（金額の確定を待たないため概算になるが）決算に反映することが正しい期間損益計算のためには望ましいと考える。また、査定レセプトは、再審査請求が困難なものが多いため、入金の見込みの可能性が少ないことから同様に当期中の損益に反映することが望ましい。

がんセンターでは、平成27年2月以前の診療に係る、4月20日頃確定分の査定及び返戻レセプトは、それぞれ8,244,650円及び21,504,652円であり、翌期の4月30日付で医業収益のマイナスの会計処理（過年度分として「その他雑損失」の勘定科目）を行っている。

【意見 14】

返戻や査定レセプトについては請求（診療）月の翌々月5日頃に通知（点数による通知）がなされ、そのうち、返戻レセプトについては、その再請求を、翌診療月の診療報酬分とともに速やかに保険者に行い、再度、医業収益の会計処理を翌月末付けで行っているが、その会計処理は、その事実の通知があった時点ではなく、入金決定通知が到着した時点（社保・国保とともに請求（診療）月の翌々月の20日頃）の月末付けで医業収益と医業未収金を減額する会計処理を行っている。この場合、返戻・査定レセプトの会計処理（医業収益のマイナス）と、その再請求に係る会計処理（医業収益の計上）が異なる月に行われていることになり、特に、期末の決算締めにおいては、前期診療分の返戻レセプトの再請求分だけ二重に医業収益が計上されていることになる。なお、査定レセプトは再請求が困難なケースが多く、二重に医業収益が計上されるリスクは大きくない。

返戻レセプトは、主に保険変更や記載事項確認などの未整備のため生ずるものであり、特に期末の決算では、返戻分の入金決定確定を待たずに、通知があった時点で（金額の確定を待たないため概算になるが）決算に反映することが正しい医業収益の計上のためには望ましいと考える。また、査定レセプトは、再審査請求が困難なものが多いため、入金の見込みの可能性が少ないことから同様に当期中の損益に反映することが望ましい。

5. 資本的支出と収益的支出

以下の設備投資の支出について、「固定資産」ではなく「修繕費」に計上されていた。

- ① パッケージ型自動消火設備設置工事 15,400,000円（平成26年4月30日に一部支払及び5月26日残額を未払計上）
- ② インターネット系ネットワーク機器更新 9,500,000円（平成26年8月29日支払）
- ③ PACS系無線ネットワーク工事 3,700,000円（平成27年3月31日支払）

上記の①は、緩和ケア病棟内に新設され、火災時には泡状のものが放出される消火設備であり、②は、病院内のインターネット系ネットワークのアクセスポイントの増設工事である。また、③は、病棟の回診時に撮影したデータを画像保存通信システムに有線のほか無線で送信可能とするためのアクセスポイントの増設工事である。

自動消火設備は、建物の外壁を壊して設置したものであるが、もともと自動消火設備がなかったところに設置しているため、新たな取得と考えることができる。そのため、修繕費として計上することは正しい処理とはいえず、建物附属設備の消火設備（耐用年数8年）として資本的支出とすることが正しいと考える。

インターネット系ネットワーク機器の設定内容は、「既存インターネット系無線接続に加え、無線セキュリティをレベルアップし、また、幹線ネットワークを増強し、伝送速度を増速している」とあるため、機能の追加や向上に該当するものと考えられ、修繕費として計上することは正しいとはいえない。よって、ルータや無線アクセスポイント、POEスイッチ等を一括で購入しているため、器具備品（器械備品）として6年で減価償却する処理が正しいと考える（ファイアーウォールはソフトウェアとして処理）。

また、PACS（画像保存通信システム）への画像データの送信方法を有線以外に無線でも対応可能とするための工事であり、より業務の効率性や便宜性を高めるネットワークの増設工事であると考えられるため、単なる現状維持のための支出である修繕費ではなく、固定資産として計上することが正しいと考える。この場合、無線アクセスポイントやL2POEスイッチから構成されるネットワーク工事であるため、器具備品（器械備品）として6年で減価償却する処理が正しいと考える。

「公営企業の経理の手引き」によれば、企業会計における資本的支出と収益的支出の区分の考え方は、公営企業会計における資本的支出と収益的支出の区分と相違ない。すなわち、固定資産について単に能力、耐用年数を維持するために支出した費用であれば、その固定資産の利用性及び耐用年数を延長させるものではなく、この場合は修繕費等の維持費（収益的支出）として、費用で処理することが正しい。一方、修繕と異なり、固定資産の能率を積極的に高めるものや耐用年数の延長を伴うものは資本的支出（固定資産の取得）と考えることができ、例えば設備全体の更新（取替）や改良、増設などが該当する。

なお、収益的支出と資本的支出の区分は実務上困難を伴うことも多いため、収益的支出の区分基準（修繕費支弁基準）等を策定して事務処理を行うことが適当である。すなわち、固定資産の項目ごと（建物や機械装置などの設備、器械備品等）に修繕費で処理可能な許容基準（例えば、改修又は取替が帳簿価額の 30%以内、定期的な支出である場合など）を定めておき、事務処理を行う際の拠り所とする方法である。

【指摘事項 6】

自動消火設備は、建物の外壁を壊し、新たに自動消火設備を設置（取得）しているため、修繕費として計上することは正しい処理とはいえず、建物附属設備の消火設備（耐用年数 8 年）として資本的支出とすることが正しいと考える。インターネット系ネットワーク機器の設定についても、無線セキュリティのレベルアップや幹線ネットワークの増強のほか、伝送速度の加速化という点で、機能の追加や向上に該当するものと考えられるため、修繕費ではなく、無線アクセスポイント、POE スイッチや L2 スイッチ等を一括で計上する場合は、器具備品（器械備品）として 6 年で減価償却する処理が正しいと考える。また、PACS（画像保存通信システム）系の無線ネットワーク工事についても、より業務の効率性や便宜性を高める増設工事であると考えられるため、単なる現状維持のための支出である修繕費ではなく、固定資産として計上することが正しいと考える。この場合、無線アクセスポイントや L2POE スイッチから構成されるネットワーク工事であるため、器具備品（器械備品）として 6 年で減価償却する処理が正しいと考える。

固定資産の能率を積極的に高めるものや耐用年数の延長を伴うものは収益的支出（修繕費）ではなく、資本的支出（固定資産の取得）と考えることができ、例えば設備全体の更新（取替）や改良、増設などが該当する。

なお、収益的支出と資本的支出の区分は実務上困難を伴うことも多いため、収益的支出の区分基準（修繕費支弁基準）等を策定して事務処理を行うことが適当である。

6. 査定率

がんセンターにおける査定率が他の県立病院と比較し、高い比率となっているといえる。既に DPC 制度を導入している他の県立病院では、DPC 制度導入後は一般的に、査定率が減少する傾向があるため、DPC 制度を導入する前と後の査定率を下記の表に掲載している。がんセンターでは、査定率は、平成 24 年度では 1.09%（71,091,012 円）、平成 25 年度では 1.33%（85,925,133 円）、平成 26 年度では 1.23%（81,322,250 円）であり、他の県立病院における DPC 導入前の査定率（小児医療センターにおける DPC 制度導入前の平成 25 年度では 0.53%、及び心臓血管センターにおける DPC 制度導入前の平成 22 年度では 0.24%）と比較しても高い比率であることがわかる。

	査定率（査定金額÷診療報酬請求額）	
がんセンター	1.09%（H24年度）、1.33%（H25年度）、1.23%（H26年度）	
他の県立病院 （（ ）内はDPC導入時期）	【DPC制度導入前】	【DPC制度導入後】
小児医療センター （H26.4月～）	0.53%（H25年度）	0.15%（H26年度）
心臓血管センター （H23.4月～）	0.24%（H22年度）	0.22%（H25年度） 0.12%（H26年度）
精神医療センター （DPC制度は未導入）	0.49%（H25年度）、0.36%（H26年度）	

他の県立病院とは、診療科の相違や診療内容などもそれぞれ異なるため、一律に比較することは難しい面もあるものの、査定減の金額は少額ではないことから、群馬県だけではなく、他県で類似する診療科の病院との比較分析なども行い、診療報酬の請求業務を行うことが望まれる。なお、平成28年4月から、DPC制度が本格的に導入されることから、既にDPC制度を導入している他県の類似病院との比較も容易となり、また、比較分析の有用性も高いと考えられる。

【意見 15】

がんセンターでは、平成24年度、平成25年度及び平成26年度の査定率が、1.09%（71,091,012円）、1.33%（85,925,133円）、1.23%（81,322,250円）と比率が高く、金額が少額であるとはいえない。他の県立病院の査定率と比較すると、DPC導入前の査定率（小児医療センターにおけるDPC制度導入前の平成25年度では0.53%、及び心臓血管センターにおけるDPC制度導入前の平成22年度では0.24%）と比較しても高い比率であることがわかる。

他の県立病院とは、診療科の相違や診療内容、地域性などそれぞれ異なるため、一律に比較することは難しい面もあるものの、査定率の金額は少額ではないことから、群馬県だけではなく、他県で類似する診療科の病院との比較分析なども行い、診療報酬の請求業務を行うことが望まれる。平成28年4月から、DPC制度が本格的に導入されることから、既にDPC制度を導入している他県の類似病院との比較も容易となり、また、比較分析の有用性も高いと考えられる。

7. 収益（売店設置手数料）・経費（光熱水費）の計上月のズレ

平成27年3月に計上されている病院本館電気料は平成27年2月分11,114,163円であり、平成27年3月分の病院本館電気料11,986,324円は平成27年4月に計上されて

いた。本館電気料以外の電気料やガス代及び水道料は毎月、当該月分（3月分を3月に処理）に未払い計上しているが、病院本館電気料については、未締め及び翌月10日頃の請求をサイクルとしており、病院本館電気料のみを現金主義（預金払い）で処理している。

同様に、平成27年3月分に計上されている売店設置手数料（その他医業外収益）は平成27年2月分の447,513円であり、平成27年3月分の売店設置手数料の529,105円は平成27年4月に収益計上されていた。売店設置手数料以外のテレビカード管理手数料や公衆電話代、職員宿舍使用料などの医業外収益は毎月、当該月（3月分を3月に処理）に収益計上（未収計上を含む）しているが、売店設置手数料については、未締め及び翌7日頃に報告書を入手しており、未収計上されているものの計上月が1か月遅れている。

地方公営企業法第20条第1項では「地方公営企業においては、その経営成績を明らかにするため、すべての費用及び収益を、その発生の事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。」としている。

資産の貸付料についても、「貸付その他収益の発生の原因である事実の存した期間の属する年度による」（地方公営企業法施行令第10条第2号）とされており、貸付等の事実のあった期間によってその期間の属する年度に計上することが必要である。

電気料についても、毎年度ほぼ平均して大差なく支払われている費用ではあるが、金額は僅少ではなく、また、病院本館電気料以外の光熱水費については3月分が未払計上されているため、正しい期間損益計算を行うためには、同様に未払計上することが望ましい。

【指摘事項 7】

平成27年3月分の病院本館電気料（未締め、翌月10日頃請求）11,986,324円が、平成27年4月に計上されており、現金主義（預金払い）で処理されている。

同様に、平成27年3月分の売店設置手数料の529,105円が平成27年4月にその他の医業外収益に計上され、未収計上されているものの、平成27年3月に計上されている売店設置手数料は2月分であり、計上される月が1か月遅れてしまっている。

地方公営企業法第20条第1項で、その経営成績を明らかにするため、すべての費用と収益を発生の事実に基づいて計上し、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している。資産の貸付料についても、貸付等の事実のあった期間に、その期間の属する年度に計上することが必要である（地方公営企業法施行令第10条第2号）。

電気料についても、金額は僅少ではなく、また、病院本館電気料以外の光熱水費については3月分が未払計上されているため、正しい期間損益計算を行うためには、同様に未払計上することが望ましい。

【人事管理】

8. 時間外勤務の承認簿

群馬県病院事業職員の給与の種類及び基準を定める条例は、時間外勤務手当に関して以下のように規定している。

(時間外勤務手当)

第十三条 時間外勤務手当は、正規の勤務時間外に勤務することを命ぜられた職員に対して、正規の勤務時間外に勤務した全時間について支給する。

群馬県病院局の処務及び文書管理等に関する規程第二条に基づき準用することとなる群馬県処務規程では、時間外勤務に関して以下のように規定されている。

(時間外勤務等)

第三十四の二 職員は、所属長の命令があったときは、正規の勤務時間以外の時間及び休日又は代休日であっても勤務に服さなければならない。

6 所属長は、第一項の命令をするとき又は第二項若しくは第四項の規定による職員に対して特に勤務することを命ずる場合で週休日の振替等若しくは休日の代休日の指定を行わないときは、時間外勤務命令・実績報告(別記様式第十号の四。総務事務システムを利用している所属においては、時間外勤務命令簿(別記様式第十号の四の二))により行うものとする。

時間外勤務等を行う際には、以下のような「時間外勤務命令・実績報告」を作成することとなっている。

(時間外勤務等命令・実績報告の主な記載内容)

- 職名、氏名、日時
- 具体的な業務内容
- 時間外勤務の予定時間
- 時間外勤務の実績時間
- 時間外勤務時間
- 所属長(所属長が指定する者を含む。以下この項において同じ。)の事前命令欄
- 所属長の事後確認欄

時間外勤務の基本的な流れ

- (1) 時間外勤務前に、所属長に確認の上、「時間外勤務等命令・実績報告」に業務内容、勤務予定時刻等を記入し、所属長の命令を受ける。
- (2) 時間外勤務を行う。
- (3) 時間外勤務後に、「時間外勤務等命令・実績報告」に勤務実績時間等を記入し、

所属長の確認を得る。

(4) 「時間外勤務等命令・実績報告」に基づいて、時間外勤務手当が算定される。

時間外勤務等命令・実績報告を閲覧したところ、医師だけ、県が指定する標準雛形（フォーマット）を使用していなかった。このフォーマットには、事前に所属長の命令印を押印する欄が設けられていないことから、事前に所属長の命令がなされていることは確認できない。

給与事務においては、時間外勤務等命令・実績報告に所属長の事前命令のないまま、時間外勤務手当が支給されていたことになる。

所属長においては、職員の勤務状況を把握しておらず、適切な労務管理を実施できていないことになりうる。時間外勤務が適切なものであるかどうかを事前に確認しておらず、時間外勤務手当の不適切な受給が行われていた場合に、それを防止することができない。

よって、時間外勤務を命じる場合には、適切な労務管理や不適切な受給の防止の観点から、原則として所属長の事前命令によるべきである。

【指摘事項 8】

時間外勤務等命令・実績報告を閲覧したところ、医師だけ、県が指定する標準雛形（フォーマット）を使用していなかった。このフォーマットには、事前に所属長の命令印を押印する欄が設けられていないことから、事前に所属長の命令がなされていることは確認できない。

給与事務においては、時間外勤務等命令・実績報告に所属長の事前命令のないまま、時間外勤務手当が支給されていたことになる。時間外勤務が適切なものであるかどうかを事前に確認しておらず、時間外勤務手当の不適切な受給が行われていた場合に、それを防止することができない。

よって、時間外勤務を命じる場合には、適切な労務管理や不適切な受給の防止の観点から、原則として所属長の事前命令によるべきである。

9. 時間外勤務特別延長手続の未実施

法定の労働時間を超えて労働（法定時間外労働）させる場合、又は、法定の休日に労働（法定休日労働）させる場合には、あらかじめ労使で書面による協定を締結し、これを所轄労働基準監督署長に届け出ることが必要である。この協定は、労働基準法第36条に規定されていることから、通称「36協定」と言われている。

法定労働時間とは、1日8時間、1週40時間（特例措置対象事業場については44時間）と定められており、変形労働時間制を採用する場合を除いて、この時間を超えて労働さ

せる場合は時間外労働となる。

各病院は、労働基準法第 36 条による法的拘束力を持つ「36 協定」締結対象職場となっている。そのため、労働基準法第 36 条に基づいて法定労働時間を超えて時間外労働を命じる場合には、組合と書面による協定を結ぶことが必要となっている。36 協定締結対象職場において、協定書の締結がないまま時間外勤務を命令することが法令上許されていない。

そこで、労働基準法第 36 条に定める時間外勤務等に関して、群馬県病院局長と群馬県病院局職員労働組合執行委員長は、「時間外勤務等に関する基本協定書」を締結している。さらに、各病院において、「時間外勤務等に関する基本協定書」に基づき労働基準法第 36 条の規定による協定を締結し、所轄労働基準監督署に当該協定書を届け出ている。

がんセンターにおいても、「時間外勤務等に関する基本協定書」に基づき、群馬県立がんセンター院長と群馬県病院職員労働組合がんセンター支部長との間で、労働基準法第 36 条の規定により「時間外勤務等に関する協定書」を締結し、所轄労働基準監督署に当該協定書を届け出ている。

「時間外勤務等に関する基本協定書」には、以下のような記載がある。

3 時間外勤務の限度時間

(1) 時間外勤務等の限度時間は、原則として、1日6時間、月45時間、年360時間の範囲内で、病院ごとに病院長と職場代表の協議により別記様式1及び別記様式2で毎年度協定を締結しなければならない。

5 限度時間等の特別延長

(1) 3の限度時間又は4の限度日数を超えて時間外勤務等を行わなければならない特別な事情が発生することが見込まれる場合、あらかじめ、病院長と職場代表との協議で合意したときは、特別事情による限度時間又は限度日数を定めることができる。

(2) 特別事情による1日の時間外勤務の限度時間は、8時間の範囲内とする。

(3) 特別事情による月及び年の時間外勤務の限度時間は、月80時間、年540時間の範囲内とする。ただし、月の限度時間を特別延長する回数は、年6回を上限とする。

(4) 特別事情による週休日の限度日数は1か月について4日、年24日、休日は年20日の範囲内とする。

(5) (3) 又は (4) による特別事情が生じた場合は、病院長は当該事情の生じるおそれのある月ごとに別記様式3により事前に職場代表に協議を申し入れ、確認する

ものとし、その内容を速やかに群馬県病院局長及び群馬県病院局職員労働組合執行委員長に報告するものとする。

- (6) (3) 及び (4) の規定にかかわらず、特別事情による限度時間又は限度時間を超える事情が生じた場合、病院長は、再度職場代表との協議で合意したときは、これらを超える時間又は日数を定めることができる。ただし、この定めをする場合は、群馬県病院局長への事前協議を要するものとする。

7 病院長の責務

- (1) 病院長は、別記様式 1 及び別記様式 2 により、年度当初速やかに時間外勤務等に関する協定を締結し、協定締結後、速やかに別記様式 1 及び別記様式 2 を所轄労働基準監督署に届け出なければならない。また、5 (6) による変更があった場合は、変更後の別記様式 1 及び別記様式 2 を所轄労働基準監督署に届け出なければならない。
- (2) 病院長は (1) により所轄労働基準監督署に届け出たときは、速やかに当該協定書の写しを群馬県病院局長あて提出するものとする。

「時間外勤務等に関する協定書」には、以下のような記載がある。

第 1 群馬県立がんセンター院長は、業務の遂行に必要なある場合、第 2 から第 7 項までに規定する事項の範囲内において、時間外勤務及び休日勤務を命じることができる。

第 2 時間外勤務（週休日勤務を含む。）を行う場合の時間外勤務の限度時間等はおりのとおりとする。（以下、事務、放射線業務のみ記載）

時間外勤務をさせる必要のある具体的事由	業務の種類	職員数	1 日	1 月	1 年
給与・予算等業務、その他突発的・緊急業務	事務、電気	13	6 時間	45 時間	360 時間
放射線業務、その他突発的、緊急業務	放射線業務	20	6 時間	45 時間	360 時間

第 4 特別な事情（臨時的なものに限る。）による時間外勤務の延長の特例については次のとおりとする。（以下、事務、放射線業務のみ記載）

時間外勤務をさせる必要のある具体的な事由	業務の種類	職員数	1日	1月	1年
施設維持管理、医療機器等のトラブル対応に関する業務、その他突発的・緊急業務	事務	13	8時間	80時間	540時間
医療機器等のトラブルに関する業務、急患への対応に係る業務、その他突発的・緊急業務	放射線業務	20	8時間	80時間	540時間

※1月についての延長時間が第2の限度時間を超える回数は6回までとする。なお、1月45時間を超え60時間までの時間外勤務に対する支給割合の割増率又は年間の時間外勤務が360時間を超えた場合の支給割合の割増率は百分の二十五とする。

上記の記載を簡単にまとめると、時間外勤務の時間に応じて3つのパターンに分かれ、以下のような手続が必要である。

- ①年度当初の協定書に締結した時間外勤務の限度時間【1日6時間、月45時間、年360時間】の範囲内で、時間外勤務が行われる場合。
- ②当初締結した限度【1日6時間、月45時間、年360時間】を超えて時間外勤務等をする特別な事情（臨時的なものに限る）があるときに、限度時間（特別延長が可能な時間）を【1日8時間、月80時間、年540時間】の範囲内で拡大して、時間外勤務が行われる場合。
- ③さらに、特別延長が可能な限度時間【1日8時間、月80時間、年540時間】を超過して、時間外勤務が行われる場合。

時間外勤務時間	必要な手続
①年度当初に締結した限度時間等を超えない場合	・不要
②特別延長が可能な限度時間等の範囲を上回らない場合	・病院長は、必要に応じて月ごとに職場代表と協議し、特別延長に関する確認書を締結する。
③特別延長が可能な限度時間等の範囲を上回る場合	<ul style="list-style-type: none"> ・所属長は、職場代表との協議前に病院局長と限度時間の引上げに関する協議を行う。 ・病院長は、職場代表と協議し特別延長に関する確認書を締結する。 ・特別延長に関する確認書を所轄労働基準監督署に届け出る。

平成 26 年度の各人別の時間外勤務実績数を確認したところ、月の限度時間に関して、①年度当初に締結した限度時間等を上回っている人が多数いた。例えば、事務の場合に、月 45 時間の限度時間を超過して、時間外勤務が行われている。しかしながら、特別延長に関する確認書を締結する手続が必要であるにもかかわらず、当該手続が実施されていなかった。

「時間外勤務等に関する基本協定書」に定められたことを実施しておらず、違反している状況である。また、長時間の時間外勤務は、職員の健康を守る労務管理上も問題となる。

よって、限度時間を超える時間外労働を抑制し、職員の権利や健康を守る等の観点から、「時間外勤務等に関する基本協定書」に定められた手続を実施することが必要である。

【指摘事項 9】

法定の労働時間を超えて労働（法定時間外労働）させる場合、又は、法定の休日に労働させる場合には、あらかじめ労使で書面による協定を締結し、これを所轄労働基準監督署長に届け出ることが必要となっている。「時間外勤務等に関する基本協定書」には、時間外勤務等の限度時間が定められており、この限度時間を超過した場合には別途手続が必要であることが明記されている。

平成 26 年度の各人別の時間外勤務実績数を確認したところ、月の限度時間を超過して、時間外勤務が行われていた。しかしながら、特別延長に関する確認書を締結する手続が必要であるにもかかわらず、当該手続が実施されていなかった。

「時間外勤務等に関する基本協定書」に定められたことを実施しておらず、違反している状況である。また、長時間の時間外勤務は、職員の健康を守る労務管理上も問題となる。

よって、限度時間を超える時間外労働を抑制し、職員の権利や健康を守る等の観点から、「時間外勤務等に関する基本協定書」に定められた手続を実施する必要がある。

【契約事務】

10. 指名競争入札契約

病院が指名競争入札を行うことができるのは病院局財務規程で以下のように定められている。

（指名競争入札）

第一百四十五条 指名競争入札によることができる場合は、次に掲げる場合とする。

一 工事又は製造の請負、物件の売買その他の契約で、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。

二 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。

三 一般競争入札に付することが不利と認められるとき。

(1) 指名業者の選定理由の明瞭化

【意見 16】

指名競争入札の指名の方法については病院局財務規程で定められているため病院は当該条項に従って入札を行う必要がある。

(指名競争入札の指名の方法)

第百四十六条 契約担当者は、指名競争入札を行う場合は、自治法施行令第百六十七条の十一第二項の規定により知事が定めた資格を有する者の中から、当該契約の種類及び金額に応じて指名するものとする。

2 契約担当者は、前項の規定により指名競争入札に参加させる者を指名するときは、次に掲げる事項を勘案して、当該契約の性質又は目的により適当と認められる者の中から三人以上の者を指名しなければならない。

一 経営状態及び信用状態の良否

二 契約の履行に関する地理的条件の適否

三 特殊な技術又は設備等を必要とするものにあつてはその有無

四 発注する工事又は物品の製造等と同種同程度の工事又は物品の製造等の実績の有無

五 過去において行った県との契約の履行についての誠実性及び確実性の有無

六 官公署との契約実績の有無

3 契約担当者は、前項の指名をしたときは、第百四十六条第二項に規定する事項を、その者に通知しなければならない。

契約担当者（病院）は指名競争に参加させる者を指名する際には、まず、知事が定めた資格を有する者（県で入札参加資格登録を行っている者）が前提であり、その次に第2項で規定されている一定の事項（経営状態及び信用状態の良否等々）を勘案した上で決定する必要がある。

当病院の指名競争入札案件の資料を閲覧したところ、指名競争入札に参加させる者を選定する際の選定基準の記載がないものに加え、記載はあるものの、入札参加資格を所持していること（登録名簿上のランクを限定している例もある）、県内に所在がある等に留まり、病院局財務規程に沿っているとは言い難いと考えられる。

指名競争入札は一般競争入札と異なり、入札に参加できるものを病院側の裁量で決定できるため、参加者の選定に当たってはその経緯（選定根拠等）を明確にすべきである。

(2) 指名業者の選定基準

【意見 17】

上述したように指名競争入札に参加させる者を選定する際には、病院局財務規程第146条第2項では6つの事項を勘案して指名しなければならないとある。

ここでいう6つの勘案事項の1番目として「経営状態及び信用状態の良否」（同条第2項第1号）がある。第2項の出だしの文章は、契約担当者であるが、これは契約の当事者である病院を意味する。しかしながら、病院側では県の登録業者から選定していることをもって指名競争入札に参加させる選定基準の1つである「経営状態及び信用状態の良否」を完了させており、主観的に勘案していない。

現状の実務においては病院側で主観的にこれを行わずとも県の登録業者となることで一定の良否は担保されていると考えられるが、県（具体的には会計局）が登録業者のランク等の判断を行う基準と病院側で指名競争入札に参加させる者を選定する基準はその趣旨が異なるため同条項が規定されているはずである。

以上より、今後は契約当事者である病院側で指名業者の「経営状態及び信用状態の良否」を主体的かつ定期的に評価するか、あるいは、病院局財務規程そのものを見直す（経営状態及び信用状態の良否と県の登録業者ランクとの関連性を明文化する等）ことが望まれる。

【固定資産管理】

11. 固定資産の管理

医療機関における固定資産は、資産全体における固定資産の金額的重要性は高く、また医療器械は医療業務に使用されることから質的重要性が高いため、その管理は重要な業務である。

固定資産は、長期にわたり使用する資産であることから時の経過とともに劣化し使用できない状態になっている可能性があることや、正規の手続を経ずに廃棄されることなどにより除却漏れが発生する可能性がある。

その場合、使用できない資産や現物がない資産が貸借対照表において資産計上されているなど、貸借対照表の固定資産の金額が実態を表していないこととなる。

そのため資産番号、資産名称、取得年月日、取得金額、耐用年数等を記載した固定資産台帳を整備し、定期的に固定資産の実査を行い、使用可能性、実在性を確認する必要がある。

がんセンターの有形固定資産の金額は、平成27年3月末において資産合計15,176,477千円に対して帳簿価額で12,676,412千円であり、総資産の84%となっている。

その内訳は、下記のとおりである。

(単位：千円)

科目	金額
土地	7,669
建物	9,916,296
構築物	515,050
機械備品	2,236,525
車両	99
その他有形固定資産	770
合計	12,676,412

がんセンターでは、毎年7月に各部署において固定資産の実査を行い、当年度に処分するもの及び所在不明なものについて8月末までに除却申請を行い、除却処理を行っている。また、その後も各部署から処分の報告があったものについては除却処分を行っている。

今回、取替が比較的頻繁に行われるため固定資産の台帳上現物との差異が発生し易い機械備品のうち、特に取得時期が古いものについてサンプルで17件（全体2,315件）を抽出し実査を行った。

その結果、実在しない機械備品が5件、実在するが現在使用されていないものが1件、使用されているが資産番号が違っているもの、不明なものが5件となっていた。

【指摘事項 10】

医療機関における固定資産は、資産全体における固定資産の金額的重要性は高く、また医療器械は医療業務に使用されることから質的重要性が高いため、その管理は重要な業務である。

固定資産は、法人にとって長期にわたり使用する資産であり、時の経過とともに劣化し使用できない状態になっている可能性があることや、正規の手続を経ずに廃棄されることなどにより除却漏れが発生する可能性がある。

その場合、使用できない資産や現物がない資産が貸借対照表において資産計上されているなど、貸借対照表の固定資産の金額が実態を表していないこととなる。

今回、取替が比較的頻繁に行われるため固定資産の台帳上現物との差異が発生し易い機械備品のうち、特に取得時期が古いものについてサンプルで17件（全体2,315件）抽出し実査を行った。

その結果、実在しない機械備品が5件、実在するが現在使用されていないものが1件、使用されているが資産番号のシールが違っているもの、不明なもの5件となっていた。固定資産のうち、機械備品については、車両等の他の固定資産に比べ、比較的頻繁に取替取得、廃棄等が行われることから、資産番号、資産名称、取得年月日、取得金額、耐

用年数等を記載した固定資産台帳を整備し管理する必要がある。

また、がんセンターでは、機械備品については年に1回7月に定期的にたな卸を実施しているが、実在しないもの又は所在が不明なものがある。

上記のような問題が発生しないためにも固定資産のたな卸の精度を上げ、実在性等を確認すべきである。

なお、今回の監査において実施した機械備品たな卸の結果、実在しないものについては除却処理を行う必要があり、その他の固定資産（構築物など）もたな卸を行い実在の有無を確認し、実在しないものについては除却の処理を行うべきである。

12. 固定資産の減損

地方公営企業会計基準が見直され、平成24年2月1日から新たな地方公営企業会計基準が施行され、平成26年度予算から同基準が適用となっている。

同基準の中では減損会計が適用となっている。

減損会計は、固定資産の帳簿価額が、資産価格の下落や収益性が低下することにより、実際の価値より過大となっている場合に、将来に損失を繰り延べるのではなく、過大な帳簿価額を適正な金額まで減額することを目的としている。

減損会計では、まず固定資産を他の固定資産又は固定資産グループのキャッシュ・フローからおおむね独立したキャッシュ・フローを生み出す最小の単位ごとにグループ化する必要がある。

次にグループごとに営業活動から生ずる損益又はキャッシュ・フローが継続してマイナス、経営環境の著しい悪化等の固定資産に投下した資本の回収に懸念がある状態である「減損の兆候」の有無の検討が行われる。

「減損の兆候」が有りとなると投下した資本の回収可能性の検討である「減損損失の認識」が検討され、回収可能性がないと判断されると「減損損失の測定」が行われ、減損損失が確定する。

遊休資産（現状未使用の資産で今後使用予定のない資産）については、独立したグループとして取り扱われ、遊休資産自体で回収可能性の検討を行う。

回収可能価額としては、使用価値か正味売却価額となるが、遊休資産の場合には使用されていないことから使用価値がないため、正味売却価額となる。

【指摘事項 11】

地方公営企業会計基準が見直され、平成24年2月1日から新たな地方公営企業会計基準が施行され、平成26年度予算から同基準が適用となっている。

同基準の中では減損会計が適用となっている。

減損会計は、固定資産の帳簿価額が、資産価格の下落や収益性が低下することにより、

実際の価値より過大となっている場合に、将来に損失を繰り延べるのではなく、過大な帳簿価額を適正な金額まで減額することを目的としている。

今回、がんセンターで有する固定資産のうち 17 件の機械備品について実査を行った結果、現物はあるが現在使用されていないものが 1 件あった。

当該センターでは、固定資産の減損の検討はまだ行われていないが、当該機械備品について、今後使用する予定が見込めなければ帳簿価額を回収可能価額まで減損処理を行う必要がある。

また、当該機械備品だけでなく固定資産の実査を行うことにより使用見込みのない固定資産を整理し、除却若しくは減損処理を行うべきである。

13. 元がんセンター院長公舎

【経緯】

昭和 39 年	土地購入
53 年 12 月	がんセンター東毛病院院長公舎として建設。
平成 7 年 3 月	空調給排水設備ほか更新工事
平成 16 年 4 月	院長交代に伴い空き家となる
平成 16 年 8 月	空き家では傷むため、事務局職員に使用許可する
平成 20 年 4 月	職員の異動に伴い空き家となる。
平成 20 年 11 月	県有地利用検討委員会長あて「県有地利用検討依頼書」を提出
平成 21 年 3 月	県庁内に利用希望無し。(管財課確認)
平成 21 年 9 月	市町村・国に利用希望無し。(管財課確認)

昭和 53 年 12 月にがんセンター東毛病院院長公舎として建設した。平成 16 年 4 月に院長交代に伴い空き家となる。同年 8 月に事務局員に使用許可するが、平成 20 年 4 月に職員の異動に伴い空き家となる。

その後がんセンターにおいて病院利用者又は職員駐車場として利用を検討したが、整地費用に 5,000 千円以上の経費を要すること、整地しても駐車可能台数が 17 台と少ないこと及び病院利用者、職員の駐車場は構内で確保できることから、平成 27 年度において元がんセンター院長公舎については、売却が検討されている。

元がんセンター院長公舎の帳簿価額及び不動産鑑定士による鑑定評価額は下記のとおりである。

(単位：千円)

財産区分	財産名称	所在地	地籍 (㎡)	鑑定評価額	台帳評価額
普通財産	元がんセンター 一院長公舎	太田市高林西 町563番地 2		14,600	568
普通財産	元がんセンター 一院長公舎跡 地	太田市高林西 町563番地 2	466.13		74
合計				14,600	643

【意見 18】

病院局総務課及びがんセンターでは、元がんセンター一院長公舎が平成20年4月に未利用となつてから、病院利用者や職員の駐車場としての利用の検討、県有地利用検討委員会での県庁内での利用の有無の確認の依頼、さらには管財課を通じた市町村・国への利用の有無の確認の依頼を行ってきた。

その結果、いずれにおいても利用が見込めないことから、売却が検討されている。資産の有効活用のためにも、今後は、入札の実施、入札が不調に終わった場合には県のホームページにおける掲載等売却に向けた積極的な対応を行うことが望まれる。

14. 職員宿舎の修繕計画

がんセンターの職員宿舎は、職員への福利厚生を目的として平成6年8月に建築された。平成20年度より1部屋は緊急待機用、1部屋は研修医用で使用されている。全戸36戸となっており、上記2戸を除くと使用可能な部屋は、34戸となる。それを考慮すると入居率は、建築当初は、90%台であったが、最近の入居率は、70%台から80%台となっている。

年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
入居率	88%	85%	82%	70%	85%
4月1日時点	(=30戸 /34戸× 100)	(=29戸 /34戸× 100)	(=28戸 /34戸× 100)	(=24戸 /34戸× 100)	(=29戸 /34戸× 100)

【意見 19】

がんセンターの職員宿舎は、職員への福利厚生を目的として平成6年8月に建築され

た。平成 20 年度より 1 部屋は緊急待機用、1 部屋は研修医用で使用されている。全戸 36 戸となっており、上記 2 戸を除くと使用可能な部屋は、34 戸となる。

それを考慮すると入居率は、建築当初は、90%台であったが、最近の入居率は、70%台から 80%台となっている。

年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度
入居率	88%	85%	82%	70%	85%
4 月 1 日時点	(=30 戸/34 戸×100)	(=29 戸/34 戸×100)	(=28 戸/34 戸×100)	(=24 戸/34 戸×100)	(=29 戸/34 戸×100)

建築後 20 年を経過していることから、給排水設備や外壁などの修繕も必要になることが見込まれるため、まずは検査を行い修繕の必要な箇所を特定する必要がある。それに基づいて修繕計画を作成し、将来の必要な資金手当を図る必要がある。

【たな卸資産管理】

15. 毒薬及び劇薬等の管理

毒薬及び劇薬等については、医薬品医療機器等法によりその管理が定められている。がんセンターでは、「医薬品の安全使用のための業務手順書」に詳細が規定されている。

これにより、朝・晩在庫数を確認し、「在庫管理表」に記載することにより管理しているが、平成 26 年度の在庫管理表では、毎日の担当者印はあるものの、上席者の承認印がない。少なくとも、決算時には、上席者も確認し、その証拠として押印する必要がある。

なお、平成 27 年 10 月の往査後、在庫管理表の見直しを行い、12 月の往査時点では新たに押印欄を設けて、上席者が確認するよう改善されている。

【意見 20】

平成 27 年 10 月時点において、毒薬及び劇薬について管理簿により管理しているが、上席者の承認印がなかった。毎年、決算時に帳簿を締めることにより、どれだけの残高があったのかを明確にする必要があるため、担当者及び上席者が押印するなどして、確認した事実を残しておくことが望ましい。

16. 薬貸出記録

がんセンターでは「配置薬取扱いマニュアル」により、一時借受けの手続を定めている。これによれば、「一時借受けの返却は、不要となり次第直ちに行うこととする。ま

た遅くとも1か月以内には返却する。返却の際には、貸出ノートに返却日を記載する」とあるが、平成26年度において返却の処理がなされていないものが散見された。このため、定期的に、返却されていない薬がないかどうかを確認する必要がある。

また、手書きの貸出簿が見にくくなった場合には、エクセルに転記しているが、転記ミスが発生するおそれがあるのであれば、転記せず一元化管理することが望ましい。

なお、平成27年10月の往査後、配置薬に関する担当者を2名定め、12月の往査時点では1か月経過後、継続して貸し出すか否かの確認を行うよう、改善されている。

【意見 21】

がんセンターでは「配置薬取扱いマニュアル」により、「一時借受けの返却は、不要となり次第直ちに行うこととする。また遅くとも1か月以内には返却する。返却の際には、貸出ノートに返却日を記載する」とあるが、平成26年度において返却の処理がなされていないものが散見されたことから、定期的に、返却されていない薬がないかどうかを確認する必要がある。

17. たな卸差異

平成27年3月期のたな卸においては、理論在庫と差異が発生している品目について、理論在庫と実在庫の差異金額を把握しておらず、差異分析がなされていない。平成27年3月期のたな卸差異のうち、理論在庫と実在庫の差異金額が10万円を超えるものについて抽出したところ62品目あり、うち差異が100万円を超えるものは以下の12件である。

剤形名	品名	理論在庫	在庫数	単価(円)	在庫金額(円)	たな卸差異(円)
注射薬	A	117	24	31,936	766,464	△2,970,048
注射薬	B	22	7	155,446	1,088,122	△2,331,690
注射薬	C	53	17	40,819	693,923	△1,469,484
注射薬	D	14	6	160,349	962,094	△1,282,792
注射薬	E	21	4	65,400	261,600	△1,111,800
注射薬	F	44	18	49,158	884,844	△1,278,108
注射薬	G	13	2	155,275	310,550	△1,708,025
注射薬	H	88	17	21,630	367,710	△1,535,730
注射薬	I	72	36	49,070	1,766,520	△1,766,520
注射薬	J	50	34	68,612	2,332,808	△1,097,792
注射薬	K	26	10	183,330	1,833,300	△2,933,280
注射薬	L	39	15	61,300	919,500	△1,471,200

たな卸を実施する目的は、決算に当たり、在庫数を確定させるだけでなく、たな卸資産が正しく管理されているか否かを確認することにもある。このため、なぜ差異が発生したのかを分析し、次期以降はたな卸差異を減らすように努める必要がある。

特に、がんセンターでは以下の通り、他の3病院と比較して、薬品費及び薬品の金額が多額であり、薬品の重要性も高いことから、より正確なたな卸資産管理が必要である。

平成26年度の薬品（期末在庫） （単位：千円）

	心臓血管	がんセンター	精神医療	小児医療	計
薬品	25,379	49,632	4,403	23,980	103,395

平成26年度 of 材料費内訳 （単位：千円）

	心臓血管	がんセンター	精神医療	小児医療	計
薬品費	387,525	2,346,070	98,807	548,758	3,381,161
診療材料費	2,720,814	457,435	12,197	475,537	3,665,984
給食材料費	37,750	59,369	39,750	20,804	157,675
医療消耗備品費	2,624	9,201	386	4,335	16,548
計	3,148,715	2,872,076	151,142	1,049,436	7,221,370

また、がんセンターの過去3か年の薬品（期末在庫）及び薬品費（1年間の費用金額）は以下のとおりである。

（単位：千円）

	平成25年3月	平成26年3月	平成27年3月
薬品	45,049	64,785	49,632
薬品費	2,329,600	2,288,761	2,346,070

【意見 22】

現状、理論在庫と実際の在庫との差異が発生している品目について、差異分析がなされていない。たな卸を実施する目的は、決算に当たり、在庫数を確定させるだけでなく、たな卸資産が正しく管理されているか否かを確認することにもある。このため、なぜ差異が発生したのかを分析し、次期以降はたな卸差異を減らすように努める必要がある。

18. 期中在庫数のマイナス

毎年年度末には、期首在庫数、期末在庫数、期中入庫数を入力し、期中在庫数は算式

により計算している。しかし、平成 27 年 3 月期において、期中出庫数がマイナスになっている品名が 48 品目あり、このうち、期中出庫額が△50,000 円を超えるものは、以下の 4 品目であった。

剤形名	品名	期首 在庫数	期中 入庫数	期中 出庫数	期末 在庫数	単価 (円)	期中出庫額 (円)
内服薬	M	0	0	-1	1	279,000	△279,000
内服薬	N	0	0	-1	1	51,800	△51,800
内服薬	O	0	0	-1	1	60,300	△60,300
注射薬	P	3	-2	-2	3	59,972	△119,944

原因としては、箱が空いているものはたな卸対象外としているが、たな卸時に誤ってカウントしてしまったために、出庫数がマイナスになったのではないかとのことである。

たな卸の精度を向上させるとともに、差異が発生した要因をきちんと分析し、次回以降のたな卸に活用する必要がある。

【意見 23】

毎年年度末には、期首在庫数、期末在庫数、期中入庫数を入力し、期中出庫数は算式により計算している。しかし、平成 27 年 3 月期において、期中出庫数がマイナスになっている品名が散見された。

たな卸の精度を向上させるとともに、差異が発生した要因をきちんと分析し、次回以降のたな卸に活用する必要がある。

19. 切手の管理

現在、毎日の払出し時に切手使用補助簿に手書きしており、毎月末に、担当者が消耗品出納整理カードに入力して実際の残高を確認している。しかし、担当者及び上席者の押印等がなく、実際に行ったことを証明する証跡が残されていない。実施した事実が分かるよう、押印する必要がある。

【意見 24】

現状、管理簿による切手の管理は行われているが、担当者及び上席者の押印等がなく、実際に行ったことを証明する証跡が残されていない。実施した事実が分かるよう、押印欄を設けて、押印する必要がある。

【システム管理】

システムの概要

診療情報システムは、電子カルテシステム・オーダーリングシステム・医事会計システムで構成されるクローズの院内LANシステムである。

ネットワーク接続の有無	ネットワーク接続なし
セキュリティ	ID・パスワード管理あり
パスワードの変更	規程あり
パスワードの共有	なし（各自にIDを付与し、各自でパスワード設定）
バックアップ	自動バックアップデータをサーバー室にて保管
バックアップ頻度	毎日
システムの導入時期	平成19年より稼働
情報システム管理者	病院長
情報システム運用責任者	事務局長
情報システム監査責任者	事務局次長

20. アクセス権の承認手続

群馬県立がんセンター総合医療情報システム運用管理規程は、以下のように規定している。

（アクセス管理）

第10条 情報システム管理者は、職務により定められた権限によるデータアクセス範囲を定め、必要に応じてハードウェア・ソフトウェアの設定を行う。また、その内容に沿って、アクセス状況の確認を行い、監査責任者に報告を行うものとする。

情報システム担当者は、各部門責任者からの登録申請あるいは異動情報を受けて、情報システムへのアクセス権限の登録及び変更を行っている。適切なアクセス権の登録及び変更によって、システム運用の健全化、情報漏えいの軽減等を図ることができる。

しかしながら、アクセス権の登録及び変更を行う際に、情報システム担当者は、情報システム運用責任者及び情報システム監査責任者の承認決裁を受けずに、登録及び変更を行っている。現状では、情報システム担当者が、アクセス権を付与すべきでない者にアクセス権を付与する等、アクセス権の登録及び変更を誤って実行してしまうことについてその誤りを発見又は防止する統制（承認手続）がない。

また、監査責任者は、アクセス権限に関して管理や監督をしなければならない立場にあるが、それを実行できていない。

よって、アクセス権の登録及び変更が誤って行われないようにするため、アクセス権

の登録及び変更の際には、情報システム運用責任者及び情報システム監査責任者の承認決裁を受けることが必要である。

【指摘事項 12】

情報システム担当者は、アクセス権の登録及び変更を行う際に、情報システム運用責任者及び情報システム監査責任者の承認決裁を受けずに、登録及び変更を行っている。現状では、情報システム担当者が、アクセス権の登録及び変更を誤って実行してしまうことについてその誤りを発見又は防止する統制がない。

また、情報システム監査責任者は、アクセス権限に関して管理や監督をしなければならない立場にあるが、それを実行できていない。

よって、アクセス権の登録及び変更が誤って行われないようにするため、アクセス権の登録及び変更の際には、情報システム運用責任者及び情報システム監査責任者の承認決裁を受けることが必要である。

21. アクセス権の抹消手続

アクセス権の抹消手続は、不要なアクセス権者によるシステムへのアクセスを防止し、情報漏えいの軽減を図る上で、重要な手続である。

他病院では、情報システム担当者は、退職者等の登録変更情報を受けて、情報システムへのアクセス権限の抹消手続をその都度行っている。

しかしながら、がんセンターでは、看護部を除いて、退職者が発生したとしても、退職者のアクセス権を抹消する手続を行っていない。

情報漏えい等の防止の観点から、アクセス権の抹消手続を実施すべきであるとする。

【指摘事項 13】

アクセス権の抹消手続は、不要なアクセス権者によるシステムへのアクセスを防止し、情報漏えいの軽減を図る上で、重要な手続である。

しかしながら、がんセンターでは、看護部を除いて、退職者が発生したとしても、退職者のアクセス権を抹消する手続を行っていない。

情報漏えい等の防止の観点から、アクセス権の抹消手続を実施すべきである。

22. システムにおけるセキュリティ対策

総合医療情報システム 情報セキュリティ実施手順は、以下のように規定している。

第5章 技術的セキュリティ

6 開発、保守及び運用の外部調達

(3) セキュリティ対策の確認

システム管理者は、外部委託の受託者（当該外部委託の受託者から下請家として受託している者も含む。）において次に掲げる情報セキュリティ対策が確保されていることを1年に1回以上確認する。

ア 不正な処理が行われていないこと。

イ 記録を指示している事項が記録されていること。

ウ 保管を義務づけているD A T類及び帳票類が指定された場所に保管されていること。

第7章 情報セキュリティ対策の評価及び見直し

1 情報システム監査

情報システムの情報セキュリティ対策については、1年に1回以上監査を受ける。

総合医療情報システムに関して、年に1回外部委託者に対してセキュリティ対策を実施していることの確認が必要になっているが、当該セキュリティ対策の確認が実施されていなかった。

また、年に1回以上受けることになっているシステムのセキュリティ監査も実施されていなかった。

平成19年度の包括外部監査においても、同様の意見があった。

総合医療情報システムにおけるセキュリティ対策について（心臓血管センター）

①総合医療情報システムに関して年に一度実施すべき外部委託者に対するセキュリティ対策が行われていない。

②年に1回以上受けることになっているシステムのセキュリティ監査が、行われていない。

総合医療情報システムの保守・運用業務は、外部業者に委託されていることから、システム管理者は、情報セキュリティ対策が行われていることを1年に1回以上確認すべきである。情報管理担当者は、チェックリスト等を作成し定期的なチェックを実施すべきである。

また、システム情報セキュリティ対策の一環として、1年に1回以上監査を受けるべきである。

【指摘事項 14】

総合医療情報システムに関して、年に1回外部委託者に対してセキュリティ対策を実施していることの確認が必要になっているが、当該セキュリティ対策の確認が実施され

ていなかった。

また、年に1回以上受けることになっているシステムのセキュリティ監査も実施されていなかった。

総合医療情報システムの保守・運用業務は、外部業者に委託されていることから、システム管理者は、情報セキュリティ対策が行われていることを1年に1回以上確認すべきである。情報管理担当者は、チェックリスト等を作成し定期的なチェックを実施すべきである。

また、システム情報セキュリティ対策の一環として、1年に1回以上監査を受けるべきである。