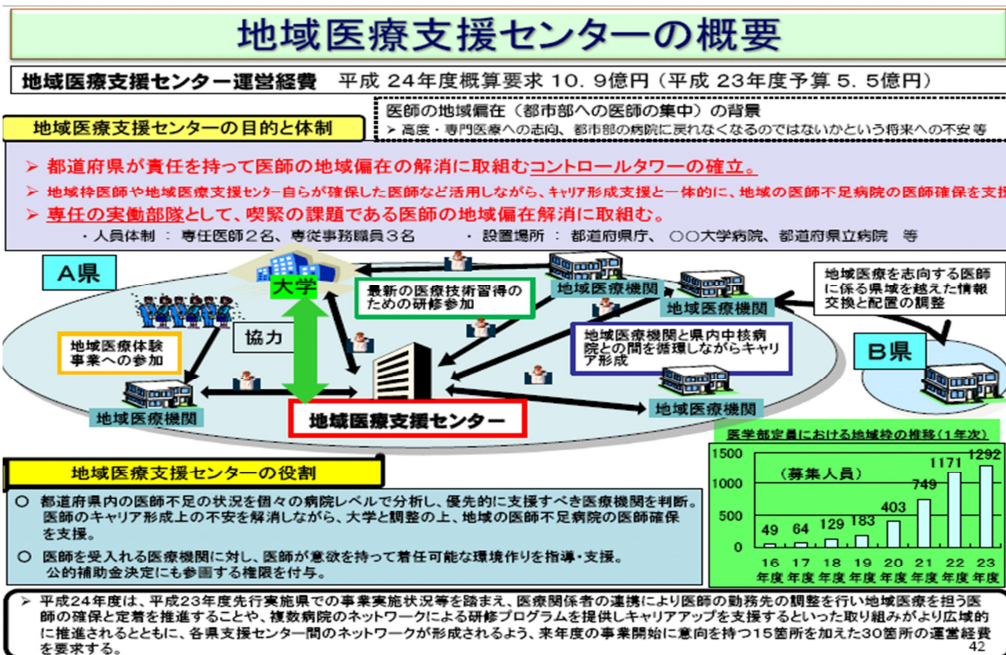


で適正な医療圏を設定するように都道府県に働きかける考えである。

そして、地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、都道府県が実施する「地域医療支援センター」（仮称）の運営について財政支援（5.5億円）を行い、各都道府県の医師確保対策の取組を支援するとしている。さらに平成24年度は7.3億円が予算措置されているところである。

従って、茨城県においても医師等医療従事者不足が深刻であるため、「地域医療支援センター」（仮称）について研究し、迅速な対応をお願いしたい。（厚労省資料参照）



地域医療支援センターの業務



【医師確保の支援】

【情報分析・方針策定】

➢ 必要医師数実態調査の結果や必要に応じた個別病院へのヒアリング等により、都道府県内の医師不足の状況や活用できる医師の情報を把握・分析し、優先的に対応すべき地域や診療科等の方針を策定する。

【医師不足病院の医師確保支援】

➢ 地域枠医師やセンター自らが確保した医師などを活用し、本人の意向を踏まえながら、医師不足病院の医師確保を支援するほか、円滑な業務運営を行うための大学（医局）への働きかけ等必要な調整を実施する。

【地域医療に従事することへの不安解消】

【キャリア形成の不安を解消】

➢ 本人の意向も尊重しながら、地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験する中で、地域の医療機関で指導医として活躍したり、専門医（認定医）を取得したり出来るよう、キャリア形成を支援する。

【指導を受けられる環境を整備】

➢ 若い医師が様々な地域で医療技術を磨けるよう、地域医療の経験者等を指導医として計画的に養成する。

【学びの機会を提供】

➢ 代替医師を確保して、地域医療に従事する医師に、キャリアに応じた中核病院での研修や学会への出席等最新の医療に触れられる機会を提供する。

【情報発信・コーディネート】

【様々な相談への対応】

➢ 県内外の医師、医学生、高校生などからの様々な相談に対応する。また、HPを開設し、求人・求職情報や県内の医師確保対策の内容などの情報を発信する。

【協力関係の構築】

➢ 大学、中核病院、医師会等との意見調整等を行う。また、地域で医師を受け入れる医療機関に、医師が意欲を持って着任できるような環境整備のための指導・支援をする。

43

8. 茨城県立病院改革プランの概要

このプランは、平成19年12月に国（総務省）から示された「公立病院改革ガイドライン」の「経営効率化」、「再編及びネットワーク化」及び「経営形態の見直し」に関する3つの視点に沿って、第2期改革期間（平成22～25年度）の病院事業経営の改革に総合的に取り組むための指針となるものである。

はじめに

県立病院は、多額の繰入金を投入しながら、必ずしも県民の医療ニーズに十分に答えるだけの成果がみられなかったことから、平成18年4月から地方公営企業法の全部を適用した県立病院改革が開始された。この改革の推進により、県立3病院（8.においては中央・友部・こども病院をいう）は、県の基幹病院として専門性の高いがん医療や救急診療、精神医療及び小児医療などを県民に提供し、他の医療機関との密接な連携を通じて県民が求める良質で安心・安全な医療サービスの確保に努めているところである。

ア 中央病院

- ・ 救急医療の充実
- ・ 手術、放射線、化学療法等を組み合わせた集学的治療の実施（都道府県がん診療連携拠点病院）
- ・ 循環器疾患拠点病院として診療体制の充実・強化
- ・ 質の高い総合診療体制に必要な一定の診療要員の確保
- ・ 身体合併症を持つ精神科患者さんの治療に係る友部病院との連携、人事交流

イ 友部病院

- ・ 措置入院患者の24時間365日受入れの開始

- ・民間病院では不採算となる児童・思春期医療
 - ・睡眠障害医療など新たな精神科医療への取組み
 - ・職員の意識改革の推進と綱紀粛正
 - ・中央病院との人事交流による看護師のスキルアップ
- ウ こども病院
- ・小児科医が不足している中であって特に県北・県央地域における小児救急医療の中核施設としての役割
 - ・小児医療及び新生児医療の中核的役割を担うための診療体制の充実
 - ・専門的診療機能拡充に伴い既存施設の機能不足を補うための増築計画の実施

(1) 今後の経営目標等

1 今後目指す診療体制

	平成 18～21 年度	平成 22～25 年度
中央病院	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療体制の確立（救急専門医招聘、ICU 稼働） ・都道府県がん診療拠点病院としての機能充実 （化学療法・放射線治療・透析センター整備） ・循環器内科本格稼働 ・小児科再開 ・救急センター・循環器センターの整備着手 	<ul style="list-style-type: none"> ・二次・三次救急の充実（救急センター開設） ・循環器センターの充実（心臓外科開設） ・産科の再開、婦人科の診療体制の充実 ・小児科の診療体制の充実 ・筑波大学との連携による教育研修機能・医師派遣機能等の充実・強化（地域医療再生計画の活用等）
友部病院	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急体制の確立（措置入院患者の 24 時間 365 日受入） ・児童・思春期医療、薬物医療の充実、睡眠障害医療への対応 ・新病院整備着手 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科の総合的診療体制の充実 ・新病院開院 ・医療観察法病棟開設
こども病院	<ul style="list-style-type: none"> ・新生児医療の充実強化（NICU9→12 床、GCU24→27 床） ・脳神経外科開設、泌尿器専門医確保、形成外科開設 ・医師等の執務環境の改善のための整備着手 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護教育・研修センター機能の充実 ・脳神経外科、形成外科手術体制の充実 ・高次救命救急体制の整備と人材確保（ドクターヘリの活用等） ・地域連携による県央・県北の初期救急応需体制の整備

		<ul style="list-style-type: none"> ・急性期リハ、消化器、神経、画像・病理等の診断・診療体制の整備 ・こどもの心の診療部の整備・充実(友部病院・こども福祉医療センター等との連携)
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2 経営改善のための数値目標（平成25年度）

	中央病院		友部病院		こども病院	
	目標	H20実績	目標	H20実績	目標	H20実績
経常収支比率 ※1	100%	96.7%	100%	100.2%	100%	106.8%
病床利用率 ※2	80%	78.9%	90%	86.2%	90%	83.9%
職員給与費対医業収益比率	58%	62.4%	90%	106.0%	70%	71.2%
救急搬送件数	5,000件	3,796件	650件	607件	780件	771件

備考) ※1 友部・こどもはH20が一時的な黒字達成であり、今後の目標としても黒字の維持(経常収支100%)を目指す(友部病院は新病院開院のため減価償却費等の負担を考慮し目標年次は平成28年度)。

※2 中央病院は一般病床475床、友部病院287床、こども病院111床に対する数値。H20実績は、稼働病床数(中央病院443床、友部病院286床、こども病院105床)に対する数値を目標の病床ベースに置き換えたもの。

(2) 再編・ネットワーク化に係る取り組み

県立3病院については、政策医療を担う病院としての役割を最大限発揮させるため、より一層の診療連携の強化を図りつつ、病院経営の健全化が必要である。水戸地域で課題となっている二次救急医療体制について、救急患者の最終的な受け皿となるコア的機能を持つ病院としての役割を担うことを検討しつつ、救急に実績のある病院を中心として連携を深め、より機能する救急医療体制づくりに貢献することが必要である。在宅医療を支援する高齢者医療の後方支援病院としての機能を担うことが求められている笠間市立病院との連携(急性期を過ぎた回復期・亜急性期患者の受け入れなど)に取り組んでいく。

【ネットワーク化への具体的な取り組みについて】

- 県立中央病院と笠間市立病院・笠間市医師会との連携による救急体制の再編：平成22年4月より、笠間市立病院にて平日夜間および日曜昼間の一次救急の診療体制を確立す

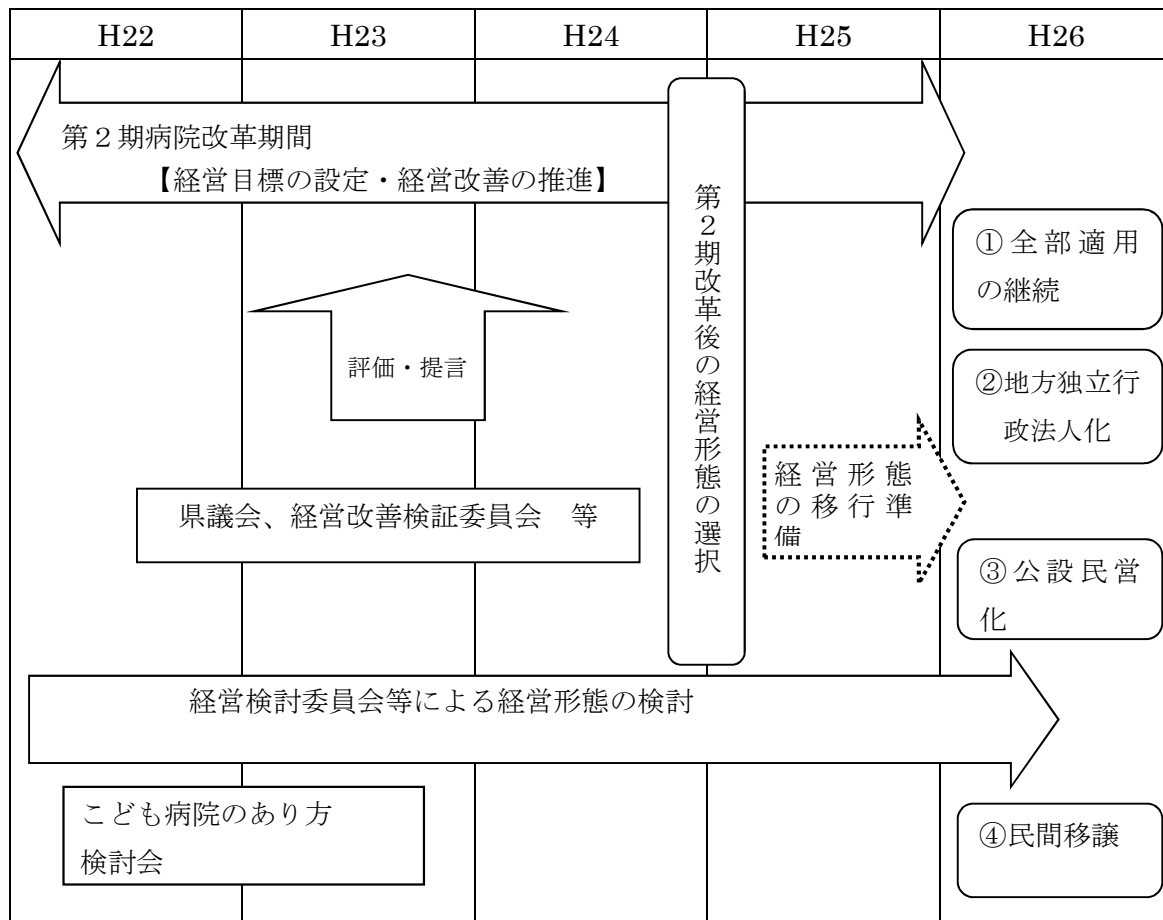
ることにより、軽症の患者を地元医師会等が担い重篤な患者を基幹病院が担うという機能分担や役割が明確化し、開業医・勤務医が連携して地域医療を支え、住民が安心して切れ目のない医療サービスが受けられる体制を構築する。

- 地域連携診療情報提供システムについて：県立中央病院の電子カルテ情報を参照できる専用端末を笠間市立病院や地域の医療機関に設置し、県民が県立中央病院と地域の医療機関間で継続した質の高い医療が受けられる体制を構築することで、患者サービスの向上、医療安全や診療の効率化に寄与する。

(3) 経営形態見直しに係る検討

平成 18 年度～平成 21 年度の第 1 期改革期間の病院改革への取り組みの結果、救急医療など政策医療の推進や医業収益面の改善など一定の成果が見られたが、診療体制の充実・経営内容の改善等多くの課題が残っている。第 2 期改革期間の 4 年間においては、一般会計からの繰入金について原則として国基準としたうえで収支均衡の達成を目指し、これらの課題に全力で取り組むとともに、地方公営企業の全部適用の継続、地方独立行政法人化、公設民営化、民間移譲など病院改革を進めるに相応しい経営形態について引き続き検討していく。

【経営形態見直しに係る検討スケジュール】



IV. 病院事業の財務状況

1. 県立中央病院

(1) 比較財務諸表分析

① 貸借対照表分析

(単位:千円)

勘定科目 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
固定資産	10,924,191	12,702,658	14,441,258	113.7%
有形固定資産	10,922,272	12,700,739	14,219,339	112.0%
土地	202,135	202,135	202,135	100.0%
建物	6,575,770	7,563,166	8,258,678	109.2%
構築物	596,188	565,280	662,779	117.2%
器械備品	3,076,014	4,276,877	5,063,184	118.4%
車両	1,051	254	190	74.7%
放射性同位元素	64	64	64	100.0%
建設仮勘定	471,050	92,963	32,310	34.8%
無形固定資産	1,919	1,919	1,919	100.0%
電話加入権	1,919	1,919	1,919	100.0%
投資			220,000	
その他投資			220,000	
流動資産	1,620,333	2,307,332	2,558,925	110.9%
現金預金	109,976	347,859	639,319	183.8%
未収金	1,464,703	1,929,877	1,872,763	97.0%
貯蔵品	37,590	29,596	46,843	158.3%
前払金	8,064			
資産計	12,544,524	15,009,991	17,000,184	113.3%
固定負債			1,000	
引当金			1,000	
流動負債	1,520,922	2,283,930	1,910,367	83.6%
未払金	1,496,161	2,254,774	1,879,556	83.4%
その他流動負債	24,761	29,155	30,811	105.7%
負債計	1,520,922	2,283,930	1,911,367	83.7%
資本金	13,551,104	13,845,064	13,416,621	96.9%
自己資本金	5,065,596	5,065,596	5,065,596	100.0%
借入資本金	8,485,507	8,779,467	8,351,024	95.1%

(単位:千円)

勘定科目 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
剰余金	△2,527,502	△1,119,003	1,672,196	△149.4%
資本剰余金	3,521,312	5,551,891	8,132,884	146.5%
受贈財産評価額	284,427	356,982	404,039	113.2%
補助金	1,121,765	1,121,765	1,163,485	103.7%
寄附金	1,516	1,516	1,516	100.0%
受託事業収入	32,846	43,657	48,055	110.1%
負担金	2,070,316	4,017,528	6,505,347	161.9%
諸収入	10,443	10,443	10,443	100.0%
利益剰余金	△6,048,814	△6,670,893	△6,460,689	96.8%
未処分利益剰余金	△6,048,814	△6,670,893	△6,460,689	96.8%
資本計	11,023,602	12,726,061	15,088,816	118.6%
負債・資本合計	12,544,524	15,009,991	17,000,184	113.3%

資料：茨城県経営数値資料(病院局作成)

※1 建設仮勘定

平成 21 年度末残高の主な内容は、救急センター増築工事、設計委託等 39,942 千円及び救急センター増築、電気設備、機械設備工事 21,360 千円であるが、救急センター棟が平成 23 年 2 月に開設され、それに伴い建物へ振替えられたため、残高が大幅に減少した。

※2 その他投資

平成 26 年度に満期一括償還予定の市場公募型地方債（大好きいばらき県民債）償還のために積み立てたものである。

※3 現金預金

平成 22 年度は平成 21 年度に比べ、収益が改善したことにより年度末残高が増加した。

※4 引当金

退職給与引当金を設定したことによるものである。

※5 負担金

原子力安全等推進基金の取崩し 1,817,342 千円、地域医療再生基金の取崩し 29,135 千円及び企業債元金償還分の一般会計繰入金 641,341 千円により、平成 22 年度末残高が大幅に増加した。

② 損益計算書分析

(単位:千円)

勘定科目	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
医業収益		8,498,450	9,531,004	10,519,759	110.4%
入院収益		5,728,600	6,132,049	6,740,051	109.9%
外来収益		2,505,626	3,103,847	3,446,071	111.0%
その他医業収益		264,225	295,107	333,637	113.1%
医業費用		10,283,332	11,548,880	11,243,059	97.4%
給与費		5,530,810	6,302,717	5,966,470	94.7%
材料費		2,485,907	2,851,285	3,024,602	106.1%
経費		1,608,089	1,652,908	1,401,529	84.8%
減価償却費		600,836	616,484	790,181	128.2%
資産減耗費		4,094	73,109	15,426	21.1%
研究研修費		53,597	52,378	44,851	85.6%
医業損益		△1,784,882	△2,017,876	△723,301	35.8%
医業外収益		2,136,834	2,080,734	1,655,430	79.6%
受取利息配当金		1,816	564	637	113.0%
他会計補助金		36,672	39,503	62,923	159.3%
他会計負担金		1,990,810	1,774,780	1,436,565	80.9%
その他医業外収益		107,536	265,886	155,305	58.4%
営業外費用		716,021	678,530	650,344	95.8%
支払利息及び企業 債取扱諸費		379,044	320,725	300,147	93.6%
雑損失		336,976	357,804	350,198	97.9%
経常損益		△364,069	△615,672	281,785	△45.8%
特別利益		163,540	6,580	3,041	46.2%
過年度損益修正益		163,540	6,580	3,041	46.2%
特別損失		35,283	4,929	74,621	1,514.0%
過年度損益修正損		35,278	4,929	74,621	1,514.0%
その他特別損失		5			
当年度純損益		△235,811	△614,021	210,205	△34.2%

資料：茨城県経営数値資料(病院局作成)

※過年度損益修正損

医療費の還付等のほか、減額・返戻レセプトに伴うものである。減額・返戻レセプ

ト（2・3月分）の経理処理は、平成22年度に変更したため、前年度と比較して大幅に増加した。

(2) 経営指標分析

① 安全性分析

分析指標 \ 年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
流動比率	106.5%	101.0%	133.9%
固定比率	99.1%	99.8%	95.7%
自己資本比率	87.9%	84.8%	88.8%

資料：茨城県経営数値資料(病院局作成)

※1 流動比率

流動資産が増加し、流動負債が減少したために、流動比率が大幅に増加した。流動資産の増加原因は現金預金が増加したことによるものである。一方、流動負債の減少原因は未払金が増加したことによるものである。

当該比率が100%以上であれば、1年以内に支払不能になる可能性が低いことを意味している。よって、当該比率が上昇しているということは安全性が高くなっているということの意味する。

※2 固定比率

固定比率とは、固定資産のうちどの程度が自己資本で賄われているかを示す指標である。当該比率は100%未満であることが望ましく、この指標が100%以上となった場合、固定資産の調達について他人資本にも依存していることを意味する。

※3 自己資本比率

自己資本比率とは、総資産に占める自己資本の割合を示す指標である。一般的にこの比率が高いほど、資本構成が安定しており経営の安全度が高いことを意味する。

② 収益性分析

分析指標 \ 年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
医業利益率(医業損益/医業収益)	△21.0%	△21.2%	△6.9%
経常利益率(経常損益/医業収益)	△4.3%	△6.5%	2.7%
最終利益率(純損益/医業収益)	△2.8%	△6.4%	2.0%
他会計負担金対経常収益比率 (他会計負担金/(医業収益+医業外収益))	18.7%	15.3%	11.8%

資料：茨城県経営数値資料(病院局作成)

※医業利益率、経常利益率、最終利益率及び他会計負担金対経常収益比率

平成 22 年度については、いずれの指標も改善されている。その主な原因としては計算式の分母である医業収益（入院収益及び外来収益）が増加したことによるものである。

入院収益の増加原因は「④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入」に記載のあるように、平成 22 年度の患者 1 人 1 日当たり診療収入が改善したことによるものである。

外来収益については「④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入」に記載のあるように、平成 22 年度の患者 1 人 1 日当たり診療収入が改善したこと、及び「⑦ 外来患者数」に記載のあるように、平成 22 年度の外来患者数が増加したことによるものである。

③ 収益・費用増減比率分析

分析指標	年度		
	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業収益増減率(前年度比較)	3.55%	12.15%	10.37%
医業費用増減率(前年度比較)	3.44%	12.31%	△2.65%
人件費増減率(前年度比較)	5.19%	13.96%	△5.33%
材料費増減率(前年度比較)	△0.94%	14.70%	6.08%
経費増減率(前年度比較)	6.77%	2.79%	△15.21%

資料：茨城県経営数値資料(病院局作成)

※1 医業収益増減率

「収益性分析」で記載したように、入院収益及び外来収益ともに増加している。平成 22 年度の医業収益増減率について入院収益及び外来収益別の内訳を示すと以下の通りである。

	増減率	診療報酬改定によるもの	左記以外の要因によるもの
入院収益	9.9%	6.1%	3.8%
外来収益	11.0%	8.5%	2.5%

(注) 診療報酬改定による影響は、全国自治体病院協議会調査結果（DPC 対象病院 400～500 床）に基づいている。

医業収益増減率が改善した主な要因は、診療報酬改定によるところが大きいですが、加算の取得や患者数の増加等の他の要因によっても改善している。

※2 医業費用増減率

徹底した見直しにより材料費及び経費の支出を削減したことにより減少している。

※3 人件費増減率

人件費増減率がマイナスであることの主な原因は退職者数が減少したためである。平成 21 年度の退職給与は 625,019 千円であり、平成 22 年度の退職給与は 221,261

千円であるため、403,758千円減少した。

※4 材料費増減率

材料費増減率がプラスであることの主な原因は医業収益の増加に伴い、それに対する材料費が増加したためである。一方、材料費率（材料費／医業収益）は平成21年度が29.9%であり、平成22年度が28.8%であるため、材料費率は1.1%低下している。材料費率が低下した主な原因は、在庫管理の徹底や購入方法の工夫等により診療材料費を削減できたためである。

※5 経費増減率

経費増減率がマイナスであることの主な原因は、委託契約等の見直しにより経費を削減したこと及び平成21年度に支出した損害賠償金が平成22年度にはなかったことによるものである。

経費の減少額の主な内容は、病棟補助の委託契約を嘱託へ変更したことによる減少額47,239千円、医療事務の委託契約の見直しによる減少額21,263千円、アンギオCTのリース契約終了による減少額54,863千円及び損害賠償金の支払いがなかったことによる減少額151,428千円である。

④ 患者1人1日当たり診療収入

(単位:円)

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	同規模 自治体病院
入院	42,763	47,261	51,655	50,700
外来	12,789	15,169	16,343	12,500

資料：同規模自治体病院：病院経営実態調査報告（平成22年6月調査）

病院データ：病院年報

※1 入院

入院患者1人1日当たり診療収入は増加傾向にあり、同規模自治体病院よりも高い数値となっている。入院患者1人1日当たり診療収入が増加した原因は、診療報酬の改定によるもの及び地域医療再生基金を活用した筑波大学との連携等による診療機能が向上したことにより、入院診療収益が増加したためである。

※2 外来

外来患者1人1日当たり診療収入は増加傾向にあり、同規模自治体病院よりも高い数値となっている。外来患者1人1日当たり診療収入が増加した主な原因は、診療報酬の改定により、外来診療収益が増加したためである。

⑤ 病床利用率／平均在院日数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	同規模 自治体病院
病床利用率	84.6%	71.7%	70.0%	78.7%
平均在院日数	14.9	13.7	13.8	13.6

資料：同規模自治体病院：病院経営実態調査報告（平成 22 年 6 月調査）

病院データ：病院年報

※1 病床利用率

病床利用率は低下傾向にあり、同規模自治体病院より低い数値となっている。

※2 平均在院日数

平均在院日数は低下傾向にあったが、平成 22 年度は若干上昇している。同規模自治体病院とほぼ同様の日数となっている。

⑥ 入院患者数

(単位:人)

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
新入院患者数	8,579	8,735	8,556
退院患者数	8,590	8,698	8,642
延患者数	136,757	128,316	127,701
1日平均患者数	375	352	350

資料：病院年報

※延患者数

延患者数は減少傾向にある。

⑦ 外来患者数

(単位:人)

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
初診患者数	21,232	22,399	23,040
延患者数	194,912	203,019	209,368
1日平均患者数	802	839	865

資料：病院年報

※延患者数

延患者数は増加傾向にある。主な診療科の増加割合は透析センターをもつ腎臓内科で 62%増加、化学療法センターをもつ腫瘍内科で 38%増加及び内科で 34%増加である。

⑧ 医師 1 人 1 日当たり診療収入

(単位:円)

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	195,394	184,607	198,598
外来	125,103	141,391	155,380

資料：業務報告書

※1 入院

医師 1 人 1 日当たり診療収入の増加原因は、「④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入」に記載のあるように、入院診療収益が増加したためである。

平成 21 年度に医師 1 人 1 日当たり診療収入が減少しているが、これは医師数が増加したことによる。

※2 外来

医師 1 人 1 日当たり診療収入の増加原因は、「④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入」に記載のあるように、外来診療収益が増加したためである。

⑨ 医師 1 人 1 日当たり患者数

(単位:人)

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	4.6	3.9	3.8
外来	9.8	9.3	9.5

資料：業務報告書

※1 入院

医師 1 人 1 日当たり患者数の増加原因は、「⑥ 入院患者数」に記載のあるように、延患者数が増加したためである。

※2 外来

医師 1 人 1 日当たり患者数の減少原因は、「⑦ 外来患者数」に記載のあるように、延患者数が減少したためである。平成 21 年度に医師 1 人 1 日当たり診療収入が減少しているが、これは医師数が増加したことによる。

2. 県立こころの医療センター

(1) 比較財務諸表分析

① 貸借対照表分析

(単位：千円)

勘定科目	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
固定資産		2,115,261	2,907,044	6,313,137	217.2
有形固定資産		2,114,566	2,906,349	6,312,442	217.2
土地		6,511	6,511	6,511	100.0
建物		1,810,505	1,524,623	1,460,557	95.8
構築物		41,533	37,778	39,728	105.2
器械備品		64,846	68,867	477,953	※1 694.0
車両		1,197	1,063	2,768	260.4
建設仮勘定		189,974	1,267,506	4,324,925	※2 341.2
無形固定資産		696	696	696	100.0
電話加入権		696	696	696	100.0
流動資産		595,269	1,145,383	1,990,375	173.8
現金預金		240,896	783,985	1,592,098	※3 203.1
未収金		349,764	357,787	394,058	110.1
貯蔵品		4,609	3,611	4,219	116.8
資産計		2,710,531	4,052,427	8,303,512	204.9
固定負債				52,000	-
引当金				52,000	※4 -
流動負債		319,296	506,882	1,057,740	208.7
未払金		308,152	496,804	1,046,658	※5 210.7
その他流動負債		11,144	10,078	11,082	110.0
負債合計		319,296	506,882	1,109,740	218.9
資本金		3,963,726	4,881,551	7,805,651	159.9
自己資本金		3,835,426	3,852,951	3,852,951	100.0
借入資本金		128,300	1,028,600	3,952,700	※6 384.3
剰余金	△	1,572,491	△ 1,336,006	△ 611,879	45.8
資本剰余金		241,204	651,661	1,354,005	207.8
負担金			2,961	70,518	2,381.6
補助金		238,273	645,769	1,276,356	※7 197.6
受贈財産評価額		2,931	2,931	2,931	100.0
諸収入				4,200	-
利益剰余金	△	1,813,695	△ 1,987,667	△ 1,965,884	98.9
未処分利益剰余金	△	1,813,695	△ 1,987,667	△ 1,965,884	98.9
資本合計		2,391,235	3,545,545	7,193,772	202.9
負債・資本合計		2,710,531	4,052,427	8,303,512	204.9

資料：茨城県公営企業会計決算書

- ※1 統合医療情報システム他当期設備購入による影響。
- ※2 新病院新築工事による影響。
- ※3 借入資本金の増加 2,924 百万円等を中心とする診療院建設資金の増加による影響。
- ※4 平成 22 年度より退職給与引当金を計上し始めた事による影響。
- ※5 新病院建設費用及び資産等購入費用による影響。
- ※6 新病院建設に伴う企業債増加による影響。
- ※7 新病院建設に伴う国庫補助金増加による影響。

② 損益計算書分析

(単位：千円)

勘定科目 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
医業収益	2,128,200	2,219,771	2,188,826	98.6
入院収益	1,465,399	1,477,504	1,440,254	97.5
外来収益	423,603	432,579	458,504	106.0
その他医業収益	239,198	309,689	290,068	93.7
医業費用	3,021,462	3,282,075	3,120,445	95.1
給与費	2,261,848	2,305,696	2,424,954	105.2
材料費	304,616	297,750	235,984	79.3
経費	353,990	310,194	367,318	118.4
減価償却費	94,700	82,203	79,419	96.6
資産減耗費	120	279,697		0.0
研究研修費	6,188	6,535	12,770	※1 195.4
医業損益	-893,262	-1,062,304	-931,620	87.7
医業外収益	946,666	976,206	1,158,499	118.7
受取利息	1,151	372	441	118.7
他会計補助金	9,469	10,457	215,934	※2 2,065.0
他会計負担金	922,276	951,907	924,141	97.1
患者外給食収益	5,417	4,972	3,276	65.9
その他医業外収益	8,353	8,498	14,707	※3 173.1
医業外費用	48,210	96,902	228,042	235.3
支払利息	431	2,478	21,549	※4 869.6
患者外給食材料費	4,411	4,229		0.0
雑費用	43,367	90,195	206,493	※5 228.9
経常損益	5,195	-183,000	-1,163	0.6
特別利益	8,769	17,038	45,877	269.3
過年度損益修正益	8,769	17,038	45,877	※6 269.3
特別損失	12,843	8,010	22,931	286.3
過年度損益修正損	12,718	8,010	22,022	※7 274.9
その他特別損失	126		909	-
当年度損益	1,121	-173,972	21,783	△ 12.5

資料：茨城県公営企業会計決算書

- ※1 平成 23 年度から医療観察法病棟の運用を開始するに当たって配置予定職員が関係会議への参加や他県施設における研修等を受けたことによる影響。
- ※2 医療観察法病棟に係る国庫補助金の計上による増加。
- ※3 医療機関からの研修医の受入れが増加した影響。
- ※4 企業債残高の増加による影響。
- ※5 新病院建設改良費の増加に伴い消費税調整額が増加したため。(支出に係る消費税相当額は、「消費税調整額」として雑費用に計上)
- ※6 社会保険診療報酬支払基金等に対する過年度団体医業報酬請求が増加したため。(レセプトの返戻・保留分)
- ※7 社会保険診療報酬支払基金等に対する過年度団体医業未収金の返戻・査定減等の額の増加による影響。

(2) 経営指標分析

① 安全性分析

勘定科目	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
流動比率		186.4%	226.0%	188.2%
固定比率		93.5%	115.5%	194.8%
自己資本比率		88.2%	87.5%	86.6%

※流動比率は高水準であり、短期的な資金繰りに問題はない。

※固定比率が急上昇しており、自己資本で固定資産が賅えなくなっている状況にある。

※借入資本金を資本金としているため、自己資本比率は高く算定される。

② 収益性分析

経営指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業利益率 (医業損益/医業収益)		42.0%	△ 47.9%	△ 42.6%
経常利益率 (経常損益/医業収益)		0.2%	△ 8.2%	△ 0.1%
最終利益率 (純損益/医業収益)		0.1%	△ 7.8%	1.0%
他会計負担金対経常収益 比率 (他会計負担金/(医業収益+医業外収益))		30.0%	29.8%	27.6%

③ 収益・費用増減比率分析

経営指標 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業収益増減率 (前年度比較)	8.1%	4.3%	△ 1.4%
医業費用増減率 (前年度比較)	△ 3.8%	8.6%	△ 4.9%
人件費増減率 (前年度比較)	△ 4.8%	1.9%	5.2%
材料費増減率 (前年度比較)	△ 0.5%	△ 2.3%	△ 20.7%
経費増減率 (前年度比較)	△ 2.0%	△ 12.4%	18.4%

※過去 2 期医業収益率・経常収益率マイナスである。

※経常収益（医業収益＋医業外収益）に占める他会計負担金の割合は減少傾向にある。

④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	16,286	16,858	16,231
外来	8,517	8,697	8,650

資料：病院概況

⑤ 平均在院日数／病床利用率

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
病床利用率	86.2%	84.0%	85.0%
平均在院日数	115	115	103

資料：病院概況

※平成 22 年度は平均在院日数が低下したため患者 1 人に対する効率性は上昇した。

⑥ 入院患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
新入院患者数	776	768	858
退院患者数	790	756	860
延患者数	89,981	87,642	88,733
1日平均患者数	245.8	240.1	243.1

資料：病院概況

⑦ 外来患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
初診患者数	1,293	1,332	1,449
再診患者数	48,442	48,405	51,559
延患者数	49,735	49,737	53,008
1日平均患者数	204.7	205.5	216.4

資料：病院概況

※外来患者数は増加傾向にある。

⑧ 医師・看護部門 1 人 1 日当たり診療収入

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医師	420	400	365
看護部門	32	33	33

資料：病院概況

※医師 1 人 1 日当たりの診療収入は減少傾向にある。

⑨ 医師 1 人 1 日当たり患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	20.0	18.4	17.1
外来	11.0	10.4	10.2

資料：病院概況

※入院・外来ともに医師 1 人 1 日当たりの患者数は減少傾向にある。

⑩ 看護部門 1 人 1 日当たり患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	1.5	1.5	1.5
外来	0.9	0.9	0.9

資料：病院概況

※入院・外来の看護部門 1 人 1 日当たりの患者数は変動がない。

3. 県立こども病院

(1) 比較財務諸表分析

① 貸借対照表分析

(単位：千円)

勘定科目	年 度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
固定資産		5,701,966	5,917,345	6,461,713	109.2
有形固定資産		5,700,876	5,916,254	6,460,623	109.2
土地		1,259,996	1,259,996	1,259,996	100.0
建物		3,214,440	3,063,059	3,113,364	101.6
構築物		128,007	122,192	118,276	96.8
器械備品		1,066,507	1,370,513	1,937,122	※1 141.3
車両		31,926	31,864	31,864	100.0
建設仮勘定			68,630		0.0
無形固定資産		1,090	1,090	1,090	100.0
電話加入権		1,090	1,090	1,090	100.0
流動資産		2,884,364	3,458,964	3,757,914	108.6
現金預金		2,121,516	2,743,739	3,083,470	112.4
未収金		762,848	715,225	674,445	94.3
資産計		8,586,330	9,376,309	10,219,628	109.0
流動負債		101,393	93,810	560,308	597.3
未払金		100,709	93,301	559,900	※2 600.1
その他流動負債		684	510	408	80.1
負債計		101,393	93,810	560,308	597.3
資本金		7,117,811	7,138,984	7,378,068	103.3
自己資本金		3,649,141	3,649,141	3,649,141	100.0
借入資本金		3,468,670	3,489,843	3,728,927	※3 106.9
剰余金		1,367,125	2,143,515	2,281,251	106.4
資本剰余金		1,047,158	1,609,419	1,663,123	103.3
負担金		104,742	596,298	650,002	109.0
補助金		908,658	979,363	979,363	100.0
受贈財産評価額		239	239	239	100.0
諸収入		33,519	33,519	33,519	100.0
利益剰余金		319,967	534,095	618,128	115.7
未処分利益剰余金		319,967	534,095	618,128	115.7
資本計		8,484,937	9,282,498	9,659,319	104.1
負債・資本合計		8,586,330	9,376,309	10,219,628	109.0

資料：茨城県公営企業会計決算書

※1 統合医療情報システム他当期設備購入による影響。

※2 統合医療情報システムの未払金残高が多い。

※3 借入資本金は実質的には長期債務であり、資本金の約 50%を構成している。

② 損益計算書分析

(単位：千円)

勘定科目	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	前年度比較
医業収益		2,640,839	2,830,799	3,147,824	111.2
入院収益		2,142,608	2,250,111	2,467,982	109.7
外来収益		456,868	554,280	646,708	116.7
その他医業収益		41,363	26,409	33,133	125.5
医業費用		3,472,667	3,598,003	4,012,212	111.5
給与費		1,880,576	1,990,449	2,089,379	105.0
材料費		684,055	765,602	927,371	121.1
経費		625,057	559,964	694,503	124.0
減価償却費		248,856	244,188	270,032	110.6
資産減耗費		12,437	12,580	4,468	※1 35.5
研究研修費		21,685	25,221	26,459	104.9
医業損益		△ 831,828	△ 767,204	△ 864,388	112.7
医業外収益		1,240,862	1,104,631	1,074,530	97.3
受取利息		12,717	6,889	3,645	※2 52.9
他会計補助金		25,597	25,637	24,832	96.9
他会計負担金		1,173,148	1,042,120	960,708	92.2
その他医業外収益		29,400	29,985	85,344	※3 284.6
医業外費用		158,572	161,338	177,953	110.3
支払利息		116,974	110,611	106,149	96.0
雑費用		41,598	50,727	71,804	141.5
経常損益		250,462	176,089	32,188	18.3
特別利益		13,434	78,601	76,624	97.5
過年度損益修正益		13,434	78,601	76,624	97.5
特別損失		16,381	40,561	24,780	61.1
過年度損益修正損		16,381	40,561	24,780	61.1
当年度純損益		247,516	214,128	84,033	39.2

資料：茨城県公営企業会計決算書

※1 固定資産の除却が減少したため。(平成 21 年：96 件、平成 22 年：72 件)

※2 定期預金金利低下による影響。

※3 医療事故責任賠償保険金の受領による影響。

(2) 経営指標分析

① 安全性分析

勘定科目 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
流動比率	2,844.7%	3,687.2%	670.7%
固定比率	113.7%	102.2%	109.0%
自己資本比率	58.4%	61.8%	58.0%

資料：病院年報

※平成 22 年度末の未払金の急増を原因として流動比率が極端に低下している。

※固定比率は固定資産がどの程度自己資本で賄われているかを示す指標であるが、100%を超過しているため一部借入資本金で賄われている状況にある。

※借入資本金を資本金としているため、自己資本比率は高く算出される。

② 収益性分析

経営指標 \ 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業利益率 (医業損益/医業収益)	-31.5%	-27.1%	-27.5%
経常利益率 (経常損益/医業収益)	9.5%	6.2%	1.0%
最終利益率 (純損益/医業収益)	9.4%	7.6%	2.7%
他会計負担金対経常収益比率 (他会計負担金/(医業収益+ 医業外収益))	30.2%	26.5%	22.8%

※平成 22 年度の医業利益率は前期と同程度だが経常・最終利益率が大幅に悪化している。

※経常収益に占める他会計負担金の割合は減少傾向にある。

③ 収益・費用増減比率分析

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業収益増減率 (前年度比較)	9.3%	7.2%	11.2%
医業費用増減率 (前年度比較)	3.7%	3.6%	11.5%
人件費増減率 (前年度比較)	6.0%	5.8%	5.0%
材料費増減率 (前年度比較)	15.9%	11.9%	21.1%
経費増減率 (前年度比較)	-9.4%	-10.4%	24.0%

※平成 22 年度は医業収益の増加を医業費用の増加により相殺されている。

④ 患者 1 人 1 日当たり診療収入

入院	66,596	67,916	68,203
外来	15,856	17,982	19,883

資料：病院年報

※入院患者 1 人 1 日当たりの診療単価は増加傾向にある。

⑤ 平均在院日数／病床利用率

病床利用率	83.9%	84.2%	91.8%
平均在院日数	17.5	16.6	16.2

資料：病院年報

※病床利用率も増加傾向にある。

※平均在院日数は短縮化の傾向にある。

⑥ 入院患者数

新入院患者数	1,846	1,998	2,233
退院患者数	1,835	1,993	2,239
延患者数	32,173	33,131	36,186
1 日平均患者数	88.1	90.8	99.1

資料：病院年報

⑦ 外来患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
新患者数	2,422	2,736	2,941
延患者数	28,813	30,825	32,526
1日平均患者数	118.6	127.4	133.9

資料：病院年報

※入院患者数、外来患者数ともに増加傾向にある。

⑧ 医師 1 人 1 日当たり患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	3.3	3.3	3.3
外来	3.0	3.1	3.0

資料：病院年報

⑨ 看護部門 1 人 1 日当たり患者数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院	0.6	0.6	0.6
外来	0.5	0.5	0.5

資料：病院年報

※医師及び看護部門の 1 人 1 日当たり患者数は横ばいである。

4. 県立医療大学付属病院

(1) 比較財務諸表分析

① 特別会計決算額年次推移表

県立医療大学付属病院については、リハビリテーション病院という性格上採算を取るのが困難なことから、公営企業方式を採用せず、特別会計により運営されている。

その為、公営企業会計を適用している他の県立 3 病院と比較して、付属病院では、貸借対照表が作成されていない。

決算は歳入、歳出の観点から管理されているという特徴があり、当期損益という概念がない。
(単位：千円)

<歳入>

科目名	平成20年度	平成21年度	平成22年度	増減	増減率
県立医療大学付属病院 収入	2,419,650	2,273,086	2,361,005	87,919	3.9%
使用料及び手数料	1,071,982	1,127,502	1,239,592	112,090	9.9%
入院	864,096	904,122	999,194	95,071	10.5%
外来	174,290	185,863	201,755	15,892	8.6%
その他の収入	33,595	37,516	38,643	1,126	3.0%
財産収入	6,710	3,528	3,545	16	0.5%
財産貸付	647	618	973	354	57.4%
利子及び配当金	2,417	54	239	184	340.8%
公舎利用料	3,646	2,855	2,332	△ 522	-18.3%
繰入金	1,055,048	974,323	991,867	17,544	1.8%
諸収入	15,074	7,867	7,123	△ 744	-9.5%
繰越金	146,456	159,864	118,877	△ 40,987	-25.6%
国庫支出金	88,777	0	0	0	—
県債	35,600	0	0	0	—

<歳出>

科目名	平成20年度	平成21年度	平成22年度	増減	増減率
県立医療大学付属病院 支出	2,259,785	2,154,208	2,198,812	44,603	2.1%
病院運営費	1,809,781	1,691,116	1,727,495	36,379	2.2%
人件費	923,566	951,687	973,875	22,188	2.3%
医薬材料費	82,885	84,475	99,865	15,390	18.2%
経費	457,979	301,934	299,699	△ 2,235	-0.7%
委託料	345,350	353,018	354,055	1,036	0.3%
研究研修費	10,680	3,838	3,357	△ 481	-12.5%
病院事業償還金	439,323	459,254	467,959	8,705	1.9%
予備費	0	0	0	0	—

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	増減	増減率
<収支> 収入 :	2,419,650	2,273,086	2,361,005	87,919	3.9%
支出 :	2,259,785	2,154,208	2,198,812	44,603	2.1%
繰越金 :	159,864	118,877	162,193	43,315	36.4%

(主な増減内容)

増減項目	増減理由
○歳入について	
「使用料及び手数料」のうち、「入院」の増加理由	入院患者増加のため。
「使用料及び手数料」のうち、「外来」の増加理由	1人当たり診療単価が増加したため。

増減項目	増減理由
「財産収入」のうち、「財産貸付」の増加理由	洗濯機・乾燥機を設置したため。
「財産収入」のうち、「利子および配当金」の増加	運用利子の増加による増加。
「財産収入」のうち、「公舎利用料」の減少理由	公舎利用者が減少したため。
「諸収入」の減少理由	「諸収入」のうち、「受託事業収入」について、H21年度は新型インフルエンザワクチン接種受託事業があったため。
○歳出について	
「病院運営費」の細目分析	
①「報酬」が前期比+13,854千円	雇員人数（非常勤嘱託）の増のため。
②「給料」が前期比△6,348千円	給与改定、調整額の引下げのため。
③「時間外勤務手当」が前期比+1,727千円	患者増による業務量増加のため。
④「休日勤務手当」が前期比+1,410千円	産休・育休職員の増加により代休が取れなかったため。
⑤「宿日直手当」が前期比△1,060千円	研修医（非常勤嘱託）が当直を実施したことから、報酬より支給したため。
⑥「期末手当」が前期比△6,539千円	支給割合の引き下げのため。
⑦「共済費」が前期比+21,465千円	負担率の変更のため。
⑧「消耗品費」が前期比+3,688千円	情報システム関連消耗品費の増加。
⑨「燃料費」が前期比+4,977千円	猛暑の影響及び燃料単価上昇のため。
⑩「医療材料費」が前期比+15,390千円	患者の増加のため。
⑪「工事請負費」が前期比△3,547千円	震災の影響で一部工事が繰越しとなったため。
⑫「備品購入費」が前期比△15,769千円	22年度は高額機器の購入がなかったため。
⑬「負担金,補助及び交付金」が前期比△1,269千円	長期間の研修がなかったため。

(2) 経営指標分析

① 収益性分析

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
医業利益率（注1）		△69.8%	△50.3%	△39.6%
経常利益率（注2）		6.0%	11.1%	15.0%
他会計繰入率（注3）		97.8%	86.1%	79.8%

資料：歳入歳出決算書及び年報

付属病院は特別会計で運営されているため、当期利益の概念がない。そのため、収益性分析に際して以下の計算式によって比率を算出した。

注1：医業利益率＝（「使用料及び手数料」－「病院運営費」－「研究研修費」）／「使用料及び手数料」

注2：経常利益率＝{（「使用料及び手数料」＋「財産収入」＋「繰入金」）－（「歳出」－「償還金(元本分)」）}／（「使用料及び手数料」＋「財産収入」＋「繰入金」）

注3：他会計繰入率＝繰入金／（「使用料及び手数料」＋「財産収入」）

（主な増減内容）

増減項目	増減理由
医業利益率の改善(H21：△50.3%→H22：△39.6%) 経常利益率の改善(H21：11.1%→H22：15.0%)	入院患者増加のため、入院使用料が前期比＋10.5%となった。また、1人当たりの診療単価が増加したため外来使用料が前期比＋8.6%などにより、「使用料及び手数料」が全体で9.9%増加した一方で、病院運営費の増加が2.2%で収まったことによる。
他会計繰入率の改善(H21：86.1%→H22：79.8%)	「利用料及び手数料」と「財産収入」の合計額が前期比＋112,107千円（増加率＋9.9%）したことにより、繰入額がほぼ平成21年度と同じ額（＋1.8%の増加）に留まったため。

② 収益・費用増減比率分析

分析指標	年度		
	平成20年度	平成21年度	平成22年度
医業収益増減率	6.5%	5.2%	9.9%
病院運営費増減率	△1.1%	△6.6%	2.2%
人件費増減率	2.2%	3.0%	2.3%
材料費増減率	5.4%	1.9%	18.2%
経費増減率	△5.2%	△18.5%	△0.2%

資料：歳入歳出決算書及び年報

（主な増減内容）

増減項目	増減理由
医業収益増減率（H22年度：9.9%）	入院患者増加のため、入院使用料が前期比＋10.5%。1人当たりの診療単価

増減項目	増減理由
	が増加したため(外来患者数は H21 年度とほぼ同数)、外来使用料が前期比+8.6%などにより、「使用料及び手数料」が全体で 9.9%増加したため。
材料費増減率 (H22 年度 : 18.2%)	患者数の増加のため、使用した薬品・診療材料が比例して増加したことによる。

③ 患者 1 人 1 日当たり収益

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院 (円)		27,796	29,032	29,503
外来 (円)		6,920	7,110	7,718
全体 (円)		19,050	19,683	20,657

資料：歳入歳出決算書及び年報

(主な増減内容)

増減項目	増減理由
全体で、H21 年度:19,683 円から H22 年度:20,657 円に増加	1 人当たりの診療単価が増加したため。(外来使用料は前期比+8.6%)

④ 病床利用率／平均在院日数

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
病床利用率		70.97%	71.10%	77.32%
平均在院日数 (日)		76.72	72.37	72.56

資料：歳入歳出決算書及び年報

摘要：病床利用率については稼働病床数で算定している。

(主な増減内容)

増減項目	増減理由
病床利用率の向上について	入院患者が増加したことにより、利用率が改善した。
平均在院日数の長期化について	入院患者数の増加による。

⑤ 入院／外来患者数

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院（人）		31,087	31,142	33,867
外来（人）		25,186	26,140	26,142
全体（人）		56,273	57,282	60,009

資料：歳入歳出決算書及び年報

⑥ 医師 1 人 1 日当たり診療収入

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院（円）		236,739	247,705	219,001
外来（円）		36,002	38,986	46,126
全体（円）		126,246	133,949	138,711

資料：歳入歳出決算書及び年報

（主な増減内容）

増減項目	増減理由
医師 1 人 1 日当たり診療収入の増加理由について	「外来」は、診療単価が増加したため、外来利用料が増加したことによる。 「入院」は、入院利用料及び入院患者数も増加しているが、延べ医者数がそれ以上に増加しているため、医師 1 人 1 日当たり入院診療収入は前期比で△28,704 円と減少している。

⑦ 医師 1 人 1 日当たり患者数

分析指標	年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度
入院（人）		8.52	8.53	7.42
外来（人）		5.20	5.48	5.98
全体（人）		6.63	6.81	6.72

資料：歳入歳出決算書及び年報

（主な増減内容）

増減項目	増減理由
医師 1 人 1 日当たり患者数(入院)の減少について	延べ患者数(入院)が、前期比で 2,725 人(+8.8%)増加しているが、延べ医師数も前期比で 25.0%と大きく増加して

増減項目	増減理由
	いるため。
医師 1 人 1 日当たり患者数(外来)の増加について	延べ患者数(外来)は前期比で+2 人とほぼ横ばいだったのに対し、延べ医師数(外来)は前期比で△8.2%減少しているため、医師 1 人 1 日当たり患者数(外来)としては増加している。

V. 監査結果（総論）

1. 経営形態の見直し

1. [1-1]茨城県立医療大学及び附属病院の公立大学法人化の推進について

I 外部監査の概要、5 外部監査の方法に記載の通り、経営形態の見直しについては今回の包括外部監査の監査要点にしている。

地方独立行政法人の一形態としての公立大学法人化については多くの論点（利点、課題）、検討事項があり、それらを総合的に判断して決定するのであるが、ここでは茨城県立医療大学（以下医療大学という）及び附属病院の経営の実態把握のシステムを中心に検討する。

（注）今回の包括外部監査は病院事業の財務事務の執行及び事業の管理運営についてということで附属病院を対象にしたものだが、事業の管理運営という観点からして大学とその臨床教育・研究の場としての附属病院の側面から、附属病院を含めた医療大学を対象にした公立大学法人化について検討することとする。

（1）現在までの検討状況

平成 19 年 4 月作成の「茨城県立医療大学改革プラン報告書」における検討内容は次のように整理されている。

- ① 効率的・効果的な大学運営
- ② 高い資質の人材育成
- ③ 地域貢献の推進
- ④ 附属病院の機能の充実及び経営改善

この中の①において経営的観点を踏まえた大学運営の検討内容に「公立大学法人制度の検討」がある。その一文を記載する。

「平成 16 年 4 月に地方独立行政法人法が施行され、公立大学が独立行政法人となる道が開かれた結果、平成 18 年 12 月現在で、76 の公立大学のうち、23 大学が独立行政法人に移行している。

このような現状において、本学においても、大学として発展するための将来の運営形態として、公立大学法人制度を検討する必要性は高い。

公立大学法人化の利点及び課題については、以下のように整理できる。

①公立大学法人化の利点

- a 組織編制、教職員数、予算編成などにおいて、大学の自主性、自立性が確保され、創意工夫を活かした大学運営が可能となる。
- b 権限と責任を法人のトップである理事長に集中させることにより、トップダウン式の機動的・効率的な大学運営が可能となる。

- c 任用及び人事考課において、より柔軟な対応が可能となり、人事の活性化につながる。
- d 費用間の流用や年度を超えた予算執行など、機動的、弾力的な財政運営が可能となる。

②公立大学法人化の課題

- a 大学運営のための安定した財源の確保
- b 独自の財務会計システムの導入・維持に必要な経費の増大
- c 事務局の事務量の増大に伴う人員の確保
- d 付属病院の経営的観点からの検証

少子化の進行や教育改革の進展など大学を巡る環境の変化に迅速かつ適切に対応するためには、上記の法人化による利点は、大きな効果を発揮すると考えられる。他方、法人化の課題については、法人化した大学の状況を見極めつつ、それぞれの項目について、詳細な検証を行い、具体的な対応策を検討していく。」

この「茨城県立医療大学改革プラン報告書」を受けて

平成 19 年度には病院を有する大学で公立大学化した 2 大学について財務システムの変更に係る経費、運営交付金、付属病院の財政的見通し、法人化後の変化等について調査を実施した。

平成 20 年度にも公立大学化した 2 大学について法人化決定の要因、現在の状況等について調査を実施した。茨城県立医療大学運営協議会においては先行事例の調査報告及び自大学の状況について討議された。

(2) 医療大学及び付属病院の現在の運営形態

医療大学は一般会計で運営されている。

付属病院は茨城県立医療大学付属病院特別会計で運営されている。

(3) 平成 22 年度における医療大学と付属病院の決算及び財政負担

決算は公会計（官庁会計）であり、現金主義会計であるので現金収支ということになる。期間の収益、費用が発生主義で計上されているものではない。また公債費も償還元本と利息と一緒に計上され、退職給与引当金等引当金も計上されているものではない。

そういった前提で見る必要がある。

以下に決算と財政負担状態を医療大学と付属病院を連結して示すと次のようになる。

22年度医療大学及び付属病院の決算及び財政負担

(単位:千円)

会計区分		一般会計	特別会計	合計
一般会計 の款項目	科目	医療大学	付属病院	
歳入				
9款	国庫支出金	24,647		24,647
8款	使用料及び手数料		1,239,592	1,239,592
1項	使用料			
4目	保健福祉使用料			
	入学料及び授業料	500,763		500,763
11款	寄附金	4,000		4,000
14款	諸収入	10,201	7,123	17,324
	財産収入		3,545	3,545
	歳入合計	539,612	1,250,261	1,789,873
歳出				
5款	保健福祉費			
7項	医薬費			
6目	大学費			
	報酬	101,890	73,110	175,000
	給料	581,539	431,937	1,013,476
	職員手当等	300,479	284,653	585,132
	共済費	234,875	175,903	410,778
	賃金	15,703	8,271	23,974
	報償費	34,656	9,360	44,016
	公債費元本	※ 32,120	298,866	330,986
	公債費利子	87,896	169,092	256,988
	その他	707,125	747,621	1,454,746
	歳出合計	2,096,283	2,198,813	4,295,096
	差引財政負担額	-1,556,671	-948,552	-2,505,223

- 注1 歳入は収入済額、歳出は支出済額
 2 歳入には繰入金、繰越金を除き歳出では繰出金を除く
 3 医療大学の歳入内訳及び歳出の内共済費及び公債費は厚生総務課調べ
 4 上記3以外は歳入歳出決算書及び歳入歳出決算事項別明細書、事業別歳出
 理表より

以上からこの表に関する限り年間約 15 億円の財政負担ということになる。

但し、平成 22 年度の上記※の金額は通常年末調整より償還額が少なく、因みに平成 24 年度は 366,582 千円であるので、実質は 19 億円弱になる。一般会計で約 19 億円、特別会計 10 億円の合計で実は約 29 億円の財政負担なのである。

公立大学法人になった場合はこの金額が運営費交付金等によって運営されることが明確に出てくる。

この財政負担額はあくまで各書類の数字を拾い出し、また金額を切り出してもらったことで算出できたものであり、誰も今のままではこれだけの財政負担をしながら、財政負担金額が認識できない。

(4) 決算及び財政負担の可視化の問題

本来上記のような資料は県民目線でいけば医療大学や附属病院がどんな状態なのか知ることができる必要があるし、すぐに分からなくても調べれば分かる状態であるべきである。しかし、上記の決算と財政負担を医療大学と附属病院を連結した表はこのような形で掲載されることはないし、特に医療大学の方はこのような記載の仕方はされていない。

①医療大学は一般会計で運営されている。

これは可視化からすると大きな問題を含んでいる。その原因は次のとおり。

歳入は上記の表の「一般会計の款項目」に款、項、目にそれぞれ分かれて掲載される。しかも歳入の内訳については歳入歳出決算書及び決算に関する附属書類である、歳入歳出決算事項別明細書で抽出できないため、厚生総務課に依頼して作成したものである。

歳出のうち公債費及び共済費は、医療大学分が他の一般会計の公債費及び共済費と一緒に管理されているため、医療大学独自の数字が公になることはない。

つまり、収支の対応を検証して経営状態を判断するのはできない状態である。

歳入歳出決算書レベルどころか、別途に関連当事者、第三者に理解してもらうような資料もない状態である。

収支状態が明瞭に簡単に分かるのでなければ、経営情報は可視化されていないことになる。

②附属病院については特別会計になっているので、上記の表の数値は歳入歳出決算事項別明細書まで見れば明らかになる。また年報という形で200部作成し県の関係機関やリハビリテーション連携医療機関に配布している。

このように経営収支の状態が可視化されていないのは、当事者の責任ではなく、現在の運営が一般会計・特別会計で行われていることに起因する。

(5) 財政状態及び経営成績把握の問題

一般会計・特別会計で運営されることの欠点は現金主義であることにより、本来の経営成績を発生主義で正確に測定できないことも挙げられる。またこれによってさらに経営成績の分析（類似比較や部門別計算）をすることが困難になる。数値による予算目標自体が現金主義で非常に設定できにくい。

また、財政状態（どのような資産がどれだけあるのか、それが有効に活用されているのか、負債はどれだけあるのか）も明らかにならない。

(6) 公立大学法人の仕組み

①情報公開

決算は財務諸表等によって表示される。財務諸表は事業報告書及び予算の区分に従い作成した決算報告書を添え、監事（会計監査人の監査を受けなければならない法人にあつては監事及び会計監査人）の意見を付けて毎事業年度終了後3か月以内に設立団体の長（県知事）に提出、承認をうける。

設立団体の長の承認を受けた時は公立大学法人は遅滞なく財務諸表を公告し、かつ、財務諸表並びに事業報告書、決算報告書及び監事の意見を記載した書面を各事務所に6年間備置し、一般の閲覧に供しなければならない。

②第三者評価

毎事業年度の業務の実績評価や、中期（6年）目標、中期計画に対する意見をし、中期目標の期間における業務の実績について評価する評価委員会を設置し、評価を受ける。

③会計制度

財政状態・運営状況の開示（目的達成とそれに要したコストとのバランス開示）するため、複式簿記、発生主義（現金の授受にかかわらず財産価値の減少・増加・移動の事実の発生の時を基準として計算整理）で以下の財務諸表を作成する。

- 貸借対照表
- 損益計算書
- キャッシュフロー計算書
- 利益の処分又は損失の処理に関する書類
- 行政サービス実施コスト計算書
- 附属明細書

これによって公立大学法人としての財政状態・運営状況が明らかになり、さらに部門別の処理等を加えると、業績評価の重要な資料になる。

(7) 平成23年4月1日現在における公立大学の公立大学法人化の状況

上記のように平成18年12月現在で、76の公立大学のうち、23大学、30.2%が独立行政法人に移行していたが平成23年4月1日現在では81校の公立大学の内58校、71.6%が公立大学法人に移行している。急速度で公立大学法人化していることが分かる。

なお、保健医療系学部のみを設置している単科大学は20校中9校である。

公立大学の法人化状況

平成23年4月1日現在

No	大学名	法人名	法人数	法人大学数	設立団体	法人化された年度							
						H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
1	札幌医科大学	◎ 北海道公立大学法人札幌医科大学	1	1	北海道				○				
2	釧路公立大学				釧路公立大学事務局組合								
3	公立ほこだて未来大学	公立大学法人公立ほこだて未来大学	2	2	函館圏公立大学広域連合				○				
4	名寄市立大学	◎			名寄市								
5	札幌市立大学	◎ 公立大学法人札幌市立大学	3	3	札幌市			○					
6	青森県立保健大学	◎ 公立大学法人青森県立保健大学	4	4	青森県				○				
7	青森公立大学	◎ 公立大学法人青森公立大学	5	5	青森市					○			
8	岩手県立大学	◎ 公立大学法人岩手県立大学	6	6	岩手県		○						
9	宮城大学	◎ 公立大学法人宮城大学	7	7	宮城県					○			
10	秋田県立大学	公立大学法人秋田県立大学	8	8	秋田県			○					
11	国際教養大学	公立大学法人国際教養大学	9	9	秋田県	○							
12	山形県立保健医療大学	◎ 公立大学法人山形県立保健医療大学	10	10	山形県					○			
13	福島県立医科大学	◎ 公立大学法人福島県立医科大学	11	11	福島県			○					
14	金津大学	公立大学法人金津大学	12	12	福島県			○					
15	茨城県立医療大学	◎			茨城県								
16	群馬県立女子大学				群馬県								
17	群馬県立県民健康科学大学	◎			群馬県								
18	高崎経済大学	公立大学法人高崎経済大学	13	13	高崎市								○
19	前橋工科大学				前橋市								
20	埼玉立大学	◎ 公立大学法人埼玉立大学	14	14	埼玉県							○	
21	千葉県立保健医療大学	◎			千葉県					新設			
22	首都大学東京	◎ 公立大学法人首都大学東京	15	15	東京都		○						
23	産業技術大学院大学			16	(新設)								
24	神奈川県立保健福祉大学	◎			神奈川県								
25	横浜国立大学	公立大学法人横浜国立大学	16	17	横浜市		○						
26	新潟県立大学	公立大学法人新潟県立大学	17	18	新潟県					○(新設)			
27	新潟県立看護大学	◎			新潟県								
28	山梨県立大学	◎ 公立大学法人山梨県立大学	18	19	山梨県							○	
29	都留文科大学	◎ 公立大学法人都留文科大学	19	20	都留市					○			
30	長野県看護大学	◎			長野県								
31	富山県立大学				富山県								
32	石川県立看護大学	◎ 石川県公立大学法人	20	21	石川県								○
33	石川県立大学			22	石川県								○
34	金沢美術工芸大学	公立大学法人金沢美術工芸大学	21	23	金沢市								○
35	福井県立大学	◎ 公立大学法人福井県立大学	22	24	福井県				○				
36	岐阜県立看護大学	◎ 公立大学法人岐阜県立看護大学	23	25	岐阜県								○
37	情報科学芸術大学院大学				岐阜県								
38	岐阜薬科大学				岐阜市								
39	静岡県立大学	◎ 静岡県公立大学法人	24	26	静岡県			○					
40	静岡文化芸術大学	公立大学法人静岡文化芸術大学	25	27								○(新設)	
41	愛知県立大学	◎ 愛知県公立大学法人	26	28	愛知県				○				
42	愛知県立芸術大学	(注)愛知県立大学と愛知県立看護大学が統合	26	29									
43	名古屋市立大学	◎ 公立大学法人名古屋市立大学	27	30	名古屋市			○					
44	三重県立看護大学	◎ 公立大学法人三重県立看護大学	28	31	三重県					○			
45	滋賀県立大学	◎ 公立大学法人滋賀県立大学	29	32	滋賀県			○					
46	京都府立大学	◎ 京都府公立大学法人	30	33	京都府					○			
47	京都府立医科大学	◎		34	京都市								
48	京都市立芸術大学				京都市								
49	大阪府立大学	◎ 公立大学法人大阪府立大学	31	35	大阪府		○						
50	大阪市立大学	◎ 公立大学法人大阪市立大学	32	36	大阪市			○					
51	兵庫立大学	◎			兵庫県								
52	神戸市外国語大学	公立大学法人神戸市外国語大学	33	37	神戸市				○				
53	神戸市看護大学	◎			神戸市								
54	奈良県立医科大学	◎ 公立大学法人奈良県立医科大学	34	38	奈良県				○				
55	奈良県立大学				奈良県								
56	和歌山県立医科大学	◎ 公立大学法人和歌山県立医科大学	35	39	和歌山県			○					
57	鳥根県立大学	公立大学法人鳥根県立大学	36	40	鳥根県				○				
58	岡山県立大学	◎ 公立大学法人岡山県立大学	37	41	岡山県				○				
59	新見公立大学	◎ 公立大学法人新見公立大学	38	42	新見市							○(新設)	
60	県立広島大学	◎ 公立大学法人県立広島大学	39	43	広島県				○				
61	広島市立大学	公立大学法人広島市立大学	40	44	広島市							○	
62	尾道大学				尾道市								
63	福山市立大学				福山市								新設
64	山口県立大学	◎ 公立大学法人山口県立大学	41	45	山口県			○					
65	下関市立大学	公立大学法人下関市立大学	42	46	下関市					○			
66	香川県立保健医療大学	◎			香川県								
67	愛媛県立医療技術大学	◎ 公立大学法人愛媛県立医療技術大学	43	47	愛媛県								○
68	高知工科大学	公立大学法人高知工科大学	44	48	高知県					○(新設)			
69	高知県立大学	◎ 高知県公立大学法人	45	49	高知県								○
70	九州歯科大学	公立大学法人九州歯科大学	46	50	福岡県				○				
71	福岡女子大学	公立大学法人福岡女子大学	47	51	福岡県				○				
72	福岡県立大学	◎ 公立大学法人福岡県立大学	48	52	福岡県				○				
73	北九州市立大学	公立大学法人北九州市立大学	49	53	北九州市			○					
74	長崎県立大学	◎ 長崎県公立大学法人	50	54	長崎県			○					
75	熊本県立大学	公立大学法人熊本県立大学	51	55	熊本県				○				
76	大分県立看護科学大学	◎ 公立大学法人大分県立看護科学大学	52	56	大分県				○				
77	宮崎県立看護大学	◎			宮崎県								
78	宮崎公立大学	公立大学法人宮崎公立大学	53	57	宮崎公立大学事務局組合				○				
79	沖縄県立芸術大学				沖縄県								
80	沖縄県立看護大学	◎			沖縄県								
81	名桜大学	◎ 公立大学法人名桜大学	54	58	北部広域市町村圏事務組合								○(新設)
81		45		54	58	1	6	14	11	3	7	9	4

■ 公立大学81大学のうち、公立大学法人となっている大学は58大学(54法人)

■ 保健医療系大学(◎)45大学のうち公立大学法人となっている大学は33大学

保健医療系学部のみ設置の単科大学の法人化状況

H23.4.1			
大学名	法人化	保健医療系学部のみを 設置している単科大	
1 札幌医科大学	1	○	
2 釧路公立大学			
3 公立ほこだて未来大学	2	○	
4 名寄市立大学			○
5 札幌市立大学	3	○	
6 青森県立保健大学	4	○	1 ○
7 青森公立大学	5	○	
8 岩手県立大学	6	○	
9 宮城大学	7	○	
10 秋田県立大学	8	○	
11 国際教養大学	9	○	
12 山形県立保健医療大学	10	○	2 ○
13 福島県立医科大学	11	○	
14 会津大学	12	○	
15 茨城県立医療大学			○
16 群馬県立女子大学			
17 群馬県立県民健康科学大学			○
18 高崎経済大学	13	○	
19 前橋工科大学			
20 埼玉県立大学	14	○	3 ○
21 千葉県立保健医療大学			○
22 首都大学東京	15	○	
23 産業技術大学院大学	16	○	
24 神奈川県立保健福祉大学			○
25 横浜市立大学	17	○	
26 新潟県立看護大学			○
27 新潟県立大学	18	○	
28 山梨県立大学	19	○	
29 都留文科大学	20	○	
30 長野県看護大学			○
31 富山県立大学			
32 石川県立看護大学	21	○	4 ○
33 石川県立大学	22	○	
34 金沢美術工芸大学	23	○	
35 福井県立大学	24	○	
36 岐阜県立看護大学	25	○	5 ○
37 情報科学芸術大学院大学			
38 岐阜薬科大学			
39 静岡県立大学	26	○	
40 静岡文化芸術大学	27	○	
41 愛知県立大学	28	○	
42 愛知県立芸術大学	29	○	
43 名古屋市立大学	30	○	
44 三重県立看護大学	31	○	6 ○
45 滋賀県立大学	32	○	
46 京都府立大学	33	○	
47 京都府立医科大学	34	○	
48 京都市立芸術大学			
49 大阪府立大学	35	○	
50 大阪市立大学	36	○	
51 兵庫県立大学			
52 神戸市外国語大学	37	○	
53 神戸市看護大学			○
54 奈良県立医科大学	38	○	
55 奈良県立大学			
56 和歌山県立医科大学	39	○	
57 島根県立大学	40	○	
58 岡山県立大学	41	○	
59 新島公立大学	42	○	7 ○
60 県立広島大学	43	○	
61 広島市立大学	44	○	
62 尾道大学			
63 福山市立大学			
64 山口県立大学	45	○	
65 下関市立大学	46	○	
66 香川県立保健医療大学			○
67 愛媛県立医療技術大学	47	○	8 ○
68 高知県立大学	48	○	
69 高知工科大学	49	○	
70 九州歯科大学	50	○	
71 福岡女子大学	51	○	
72 福岡県立大学	52	○	
73 北九州市立大学	53	○	
74 長崎県立大学	55	○	
75 熊本県立大学	56	○	
76 大分県立看護科学大学	54	○	9 ○
77 宮崎県立看護大学			○
78 宮崎公立大学	57	○	
79 沖縄県立芸術大学			○
80 沖縄県立看護大学			○
81 名桜大学	58	○	
		58	20

・全81校中、58校が法人化(71.6%)しているが、保健医療系学部のみを設置している単科大学では20校中、9校(45%)である。

平成 13 年度に国において行政機関の独立行政法人化が始まり、国立大学法人においても平成 16 年度において国立大学法人化が行われた。その成果については立場等によって種々の評価がなされるが、少なくとも行政組織から離れて法人としての可視化がされたことは間違いのないところであり、それがまた国民、県民等による分析、評価を可能にしている。

公立大学としての医療大学及び付属病院は茨城県の行政組織の中にあつて、現在の茨城県の公営企業法適用事業と並んで独立機能型（独立採算という意味ではない）の組織といえる。

もとより、行政の諸施策の成果の評価は簡単なものではない。本来であれば行政の全施策についてセグメント（事業種別）別に収支等について明確にできればよいところであるが現行の公会計制度においては限界がある。（地方自治法 233 条 5 項の主要施策の成果に関する報告書は施策毎の予算及び決算の金額等の記載があるが、全施策ではない上、収支を施策毎に反映させているとはいえない等、このような要請に十分ではない）

しかし本来、医療大学及び付属病院は少なくともどれだけの支出をし、結果どれだけの成果があったかについての測定ができ易い主体である。

しかも、上記のように財政負担は毎年約 29 億円にも達する規模でありながら、その実態は可視化されておらず、把握は非常に困難である。

【指摘】

公立大学法人化の是非には確かに利点や課題があり、その研究や調査もされている。

公立大学法人は、上記のように財務諸表等によって事業年度における、また現在までの累積でも経営成果を明らかにし業績評価を的確に把握できること（経営状態の可視化等）や県からの運営費交付金・施設整備補助金等によって運営されている実態を明確に表わすことができ、評価委員会による第三者評価も受ける。これが県民に対するアカウンタビリティ（説明責任）であり、現在においては一番重要な課題の一つである。公立大学に占める公立大学法人化の進捗も上記のように 71.6%までに進んでいるのもその証左といえる。

公立大学法人化を早急に進めていくべきである。

1. [1-2]病院局が所管する県立 3 病院の経営形態見直しの状況について

病院局が所管する県立病院は、県立中央病院、県立こころの医療センター及び県立こども病院である。

茨城県立病院改革プラン、県立病院改革に関する資料、県立 3 病院の平成 22 年度決算に関する資料などを閲覧し、経営形態の見直しに関する検討が進んでいるか以下検討する。

(1) 地方公営企業法の全部適用に至る経緯

県立 3 病院の経営形態の見直しは、平成 17 年 2 月に設置された「県立病院の経営形態に関する検討委員会」で本格的に議論された。この委員会では、県立病院の現状、これまでの経営改善の取組みと課題、経営形態に関する考察、茨城県が導入すべき経営形態について議論された。また、新経営形態のもとで取組むべき主な改革事項も示された。経営形態に関する答申では、早急に「地方公営企業法の全部適用を導入したうえで、新たに設置される病院事業管理者のもとで、徹底した経営改善に努めていくことが適当である」とした。

これを受けて、県は、経営形態を見直し平成 18 年度から地方公営企業法を全部適用して、病院改革に取り組んでいる。

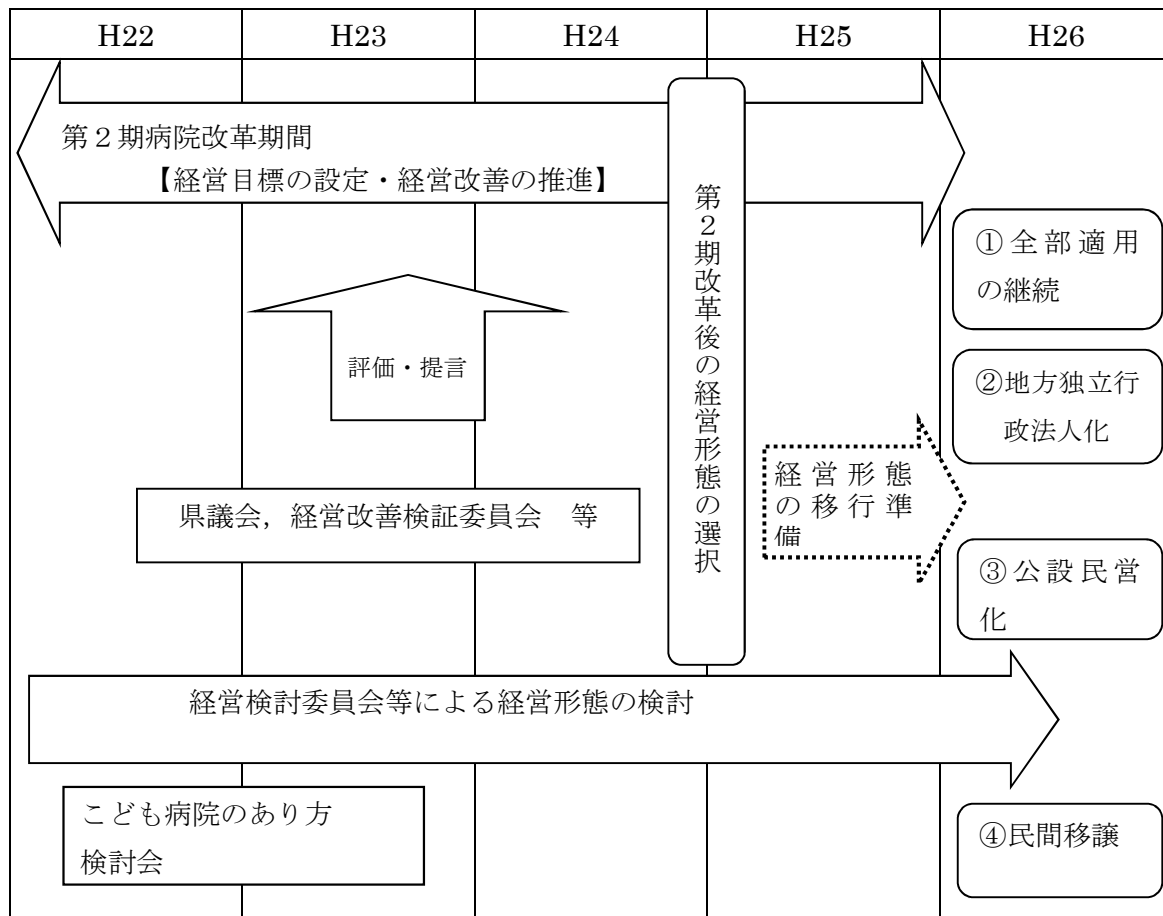
県では地方公営企業法全部適用の効果としては、次のものをあげている。

- ・ 病院事業管理者が組織、職員定数、給与、契約等について独立した権限を有することから、強力なリーダーシップに基づいた迅速な取組みが可能となる。
- ・ 経済性を発揮した病院経営を行い、政策医療の実施などを通して地方の公共の福祉向上に貢献できる。

(2) 茨城県立病院改革プランにおける経営形態の見直しスケジュール

県は、平成 19 年 12 月に総務省から示された「公立病院改革ガイドライン」に基づき「茨城県立病院改革プラン」を作成した。この改革プランの概要は、Ⅲ.茨城県の医療対策に記載されているとおりである。

【経営形態見直しに係る検討スケジュール】



県では、平成 26 年度に選択する経営形態は、今後の病院改革の取組の結果をみて、ゼロベースで検討するとしている。選択する経営形態は、地方公営企業法の全部適用の継続、地方独立行政法人化、公設民営、民間移譲のいずれかとなる。現在、検討が進められている。

包括外部監査人としては、病院局所管の県立 3 病院の経営形態見直しについては、この検討を見守ることとする。

2. 病院局と医療大学及び附属病院の連携

病院局は県立 3 病院（県立中央病院、県立こころの医療センター、県立こども病院）を擁する。

医療大学は看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、診療放射線技師を養成する。

付属病院はリハビリテーション医療において茨城県の中核的存在である。

この関係からすれば、非常に密接な関係の必要性があると考えられる。

病院局は急性期医療を行っている。その後病診連携により診療所や在宅医療に繋がる場合もあれば、リハビリテーション医療が必要な場合もある。この場合付属病院との情報・医療の連携が問われることになる。また、看護師養成の医療大学と病院局の連携の必要性は論を待たない。下記の表に示されるように医療大学保健医療学部看護学科の卒業生の就職者の中の平成 20、21、22 年度県内定着率は次表のとおりである。

茨城県内看護師等学校養成所の県内就業率推移 (県内への就業者数/就業者数)

区分	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度
筑波大学医学専門学群	33.3%	44.0%	41.0%
県立医療大学保健医療学部	68.4%	68.5%	51.0%
茨城キリスト教大学看護学部	60.3%	66.2%	72.7%
つくば国際短期大学看護学部	75.9%	—	—
つくば国際大学看護学部	—	—	47.7%
小計(大学・短大)	57.1%	58.6%	55.8%
水戸医療センター附属桜の郷看護学校	82.2%	87.0%	82.5%
県立中央看護専門学院	80.8%	93.8%	94.3%
県立つくば看護専門学校	92.9%	88.4%	86.0%
土浦協同病院附属看護専門学校	98.7%	94.7%	100.0%
東京医科大学霞ヶ浦看護専門学校	100.0%	93.2%	80.4%
宮本看護専門学校	76.0%	100.0%	95.7%
茨城県きぬ看護専門学校	94.6%	95.7%	90.0%
茨城県結城看護専門学校	87.5%	82.4%	80.0%
白十字看護専門学校	66.7%	73.3%	50.0%
筑波学園看護専門学校	96.2%	86.4%	78.6%
晃陽看護栄養専門学校	50.0%	41.7%	55.0%
小計(3年課程)	86.7%	86.2%	84.3%
県立中央看護専門学院(2年課程)	82.0%	95.3%	88.3%
県立岩瀬高等学校(専攻科)	81.8%	80.0%	81.5%
日立マカリンカ看護学院(看護科)	77.4%	87.5%	77.1%
水戸市医師会看護専門学院(看護学科)	97.8%	97.1%	97.2%
小計(2年課程)	85.3%	91.6%	86.7%
大成女子高等学校看護科	100.0%	82.8%	80.8%
県立岩瀬高等学校(衛生看護科)	—	—	—
小計(5年一貫)	100.0%	82.8%	80.8%
看護師計	79.1%	80.1%	76.8%
水戸市医師会看護専門学院(准看護学科)	95.7%	97.7%	97.4%
古河市医師会附属准看護学院	60.0%	61.3%	75.0%
真壁郡市医師会准看護学院	93.1%	92.9%	79.4%
土浦市医師会附属准看護学院	100.0%	90.6%	88.0%
日立マカリンカ看護学院(准看護科)	100.0%	100.0%	93.9%
鹿島市郡医師会附属准看護学院	89.5%	72.7%	62.1%
県立岩瀬高等学校(衛生看護科)	100.0%	—	—
准看護師計	91.6%	87.8%	84.4%
県立中央看護専門学院 助産学科	83.3%	87.0%	85.0%
看護職員計	81.4%	81.9%	78.4%

【指摘】

今までも病院局の病院管理者と医療大学、付属病院の管理者も討議が無かったわけではないようであるが、定期的協議の制度を構築し、事務方レベルでも茨城県の所管課レベルでも3者連携を深めることが必要である。

3. 緊急被ばく医療体制とその見直しの状況

福島第一原子力発電所の事故は、その周辺住民が多数避難する事態となり、今まで想定されなかった大規模原子力災害となった。茨城県では、東海第二発電所が地震とその後の津波で被害を受けたが自動停止し、その後、定期検査に入り、現在停止中である。

茨城県の場合、東海第二発電所の周辺の常住人口は、半径5km圏内5万9千人、半径10km圏内23万6千人、半径20km圏内72万1千人、半径30km圏内94万2千人で、約100万人が住んでおり、半径30km圏内に限っては日本の原子力発電所の中で周辺人口が一番多い。

被ばく医療体制は、平成11年に起きた茨城県東海村のジェー・シー・オー（JCO）臨界事故を教訓に新しい体制の整備が進められてきた。今回の事故は、今まで想定していなかった大規模原子力災害であり、このような事故が本県で発生した際の対処として、茨城県の緊急被ばく医療体制の見直しが急がれる。

そこで、茨城県の緊急被ばく医療体制とその見直しの状況についてヒアリングを行った。

(1) 茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）

茨城県では「災害対策基本法」及び「原子力災害対策特別措置法」に基づき茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）を作成している。この計画の中に、緊急被ばく医療体制の整備も含まれている。

今回の東日本大震災での課題等を踏まえ、この計画の改定作業は下記のスケジュールで進められている。

- ・平成23年7月14日から10月11日

茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）課題抽出ワーキンググループ開催（4回開催）

（現計画等における課題の抽出作業実施）

- ・平成23年9月9日

第1回地域防災計画改定委員会及び第1回原子力災害対策検討部会

（東日本大震災の検証、課題抽出）

- ・平成23年11月18日

第2回原子力災害対策検討部会

（課題抽出）

- ・平成24年2月（予定）

第3回原子力災害対策検討部会

(課題の対応策検討)

- ・平成24年4月以降 継続して検討

(2) 緊急被ばく医療体制について

茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）第2章第10節に「緊急被ばく医療体制の確立」が書かれている。

県は、関係機関の協力を得て、初期被ばく医療、二次被ばく医療の体制を整備するとともに、三次被ばく医療との連携により緊急被ばく医療体制を確立するとしている。初期、二次、三次の体制の意味や医療機関は下記（4）に記載している。

その他に、次の項目が書かれている。

- ・関係機関の協力の確保
- ・原子力事業者における緊急被ばく医療体制の整備促進
- ・緊急被ばく医療ネットワーク化の促進
- ・情報提供システムの充実・活用
- ・安定ヨウ素剤の投与体制の確立
- ・救命の優先等

また、緊急被ばく医療体制に関しては、具体的な手順等を示す「茨城県緊急被ばく医療活動・健康影響調査マニュアル」が作成されている。

緊急被ばく医療体制や具体的なマニュアルは、茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）の改定作業と併せて見直しが進められる。

【意見】

ヒアリングの中で上記計画に対して緊急被ばく医療のネットワーク化の促進と情報提供システムの充実・活用について状況を質問した。三次被ばく医療機関、二次被ばく医療機関、受入可能な医療機関とのネットワークシステムについては具体的な構築が遅れている。広域災害・救急医療情報システムは現状ない。いずれも改善が望まれるところである。

(3) 茨城県、原子力事業所、医療関係者間の定期的な協議や情報交換について

下記の覚書や連絡会規約に基づき行われている。

- ・緊急被ばく医療体制に関する覚書

茨城県、社団法人茨城県医師会及び18の原子力事業所は、緊急被ばく医療体制の整備を推進するため、覚書を締結している。この覚書に基づいて、緊急被ばく医療関連情報連絡会が組織されている。

- ・緊急被ばく医療関連情報連絡会規約

茨城県、市町村、社団法人茨城県医師会、市郡医師会、初期被ばく医療機関、二次被ば

く医療機関、三次被ばく医療機関、18の原子力事業所を会員として、定期的な会合を開催し、緊急被ばく医療に関する協議・情報交換を行っている。なお、平成23年度は福島原発事故を受けて会員の対応が困難であったため、緊急被ばく医療に関する訓練等の連絡会の活動はなかった。

(4) 緊急被ばく医療機関

緊急被ばく医療体制の枠組みは、一般の救急医療に準じており、①初期診療や救急診療を行う「初期被ばく医療機関」、②専門的な診療を行う「二次被ばく医療機関」、③高度専門的な診療を行う「三次被ばく医療機関」から構成されており、茨城県の場合は次のとおりである。

	医療機関名	所在地
初期被ばく医療機関	医療法人群羊会久慈茅根病院	日立市
	医療法人渡辺会大洗海岸病院	大洗町
	株式会社日立製作所日立総合病院	日立市
	独立行政法人国立病院機構茨城東病院	東海村
	水戸赤十字病院	水戸市
二次被ばく医療機関	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	茨城町
	県立中央病院	笠間市
三次被ばく医療機関	独立行政法人放射線医学総合研究所	千葉市

上記の初期及び二次被ばく医療機関は、東海第二発電所から30km圏内にある。

(5) 原子力発電所の緊急時計画区域改定に伴う緊急被ばく医療機関追加の検討

原子力発電所に係る防災対策を重点的に充実すべき地域について、これまでの緊急時計画区域に代えて、緊急事態発生の初期段階で実施する防護措置の準備のために、新たに以下の区分が設けられた。

区分	内容	範囲
予防的防護措置を準備する区域 (PAZ)	急速に進展する事故を考慮し、重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態区分に基づき、直ちに避難を実施するなど、主として放射性物質の環境への放出前の予防的防護措置（避難等）を準備する区域を設ける。	概ね5km
緊急時防護措置を準備する区域 (UPZ)	国際基準に従って、確率的影響を可能な限り回避するため、環境モニタリン	概ね30km

	グ等の結果等に基づき避難、屋内退避、安定ヨウ素剤の予防服用等を準備する区域を設ける。	
--	--------------------------------------------	--

上記（４）で記載した初期被ばく医療機関、二次被ばく医療機関は、すべてこの半径 30 k m圏内にあり、この体制で十分な緊急被ばく医療は難しい。

そのため、茨城県地域防災計画（原子力災害対策計画編）の改定に併せて、見直しについて検討が進められており、初期被ばく医療機関、二次被ばく医療機関の追加指定の検討が課題となっている。また、県立中央病院内にある茨城県放射線検査センターについても、計画区域の改定により、その規模及び施設で十分な対応が可能か検討課題となっている。

4. 医業未収金の回収不能見込額及び不納欠損処分について

①回収不能見込額

平成 22 年度末現在の過年度個人医業未収金の残高及びその内の消滅時効経過分は次の通り

単位：千円

	過年度個人医業未収金の残高	回収不能見込額（時効経過分）
中央病院	162,068	107,083
こころの医療センター	47,663	9,445
こども病院	11,105	7,616
付属病院	10,700	3,603
合計	231,536	127,747

付属病院については過年度個人医業未収金の残高は平成 23 年 10 月 12 日現在の金額

②不納欠損処分について

平成 17 年 11 月 21 日の最高裁判決により公立病院の医業未収金の消滅時効は地方自治法 236 条第 1 項の公金時効の債権発生後 5 年（公債権）であるという解釈から、民法 170 条第 1 項の 3 年を時効（私債権）とする解釈に確定した。

公債権であれば、債務者の援用を要せずに時効完成後は回収できないことが確定することから、即ち不納欠損に繋がっていた。

しかしながら、私債権となると消滅時効は 3 年と短縮になるが、一方、時効が完成後でも債務者が払う事は問題がなく、債務者が消滅時効を援用して消滅時効の利益を受けるという意思表示があって初めて確定的に債権が消滅する。

平成 17 年度以降不納欠損は行っていない。不納欠損処分はこの債権の消滅をもって行

うということである。

この問題は地方公共団体の公立病院について同種の問題を引き起こし、包括外部監査においても多く取り上げられる問題である。

納期を経過しても支払われない債権の回収活動（滞納整理や滞納処分という言葉は私債権なので、使わないこととする）で回収できない場合は強制回収手続きをし、それでも回収不能であれば貸倒れとする、つまり不納欠損とするのが、通常の見え方である。

時効になっていて、実際上なんら回収活動を行わないにも関わらず、不納欠損を行わなければ、このままでは、決算上、未収金（収入未済額）は累々と膨れ上がるばかりである。これを是とすることは膨大な回収不能債権を資産として未収金（収入未済額）として抱えることになる。そのまま放っておくことは無理なことは分かるはずである。

もともと不納欠損は単なる決算上の処理であって、債権の消滅とは一致しないとする考え方もある。これによれば、債権の消滅との関係は一致しないが、健全な財務状態を表示することができる。

また債権管理上も回収できない債権を置いておくことは非常に煩雑である、管理コストは増大してくる。

【指摘】

ア. 未収金（収入未済額）で既に時効の到来した債権を回収不能見込額とすると、平成 23 年 3 月 31 日現在（一部平成 23 年 10 月 12 日現在のものが含まれる）が 127,747 千円ある。これらの金額は資産性がないので、処理が必要である。

イ. 債権管理は、時効にならぬようにするのが重要なのであって、公債権でも私債権でも時効を迎えてしまえば回収活動をすることは困難である。

現実問題、回収不能に陥ることは十分な回収活動をしていても発生するので、その場合その都度不納欠損をするべきである。

私債権だからといって、債務者の援用がなければ不納欠損しないのでは不納欠損処分は殆ど行わないことになる。不納欠損処分を法律的に完全に消滅した時と考えるのは、いかにも法律的に適合していると現在は考えるかもしれないが、それでは将来は未収金（収入未済額）は膨れ上がり、しかも実質回収不能ばかりが積み上がってくれば、行政が非難される時がくる。

基本に立ち戻り、本来の回収可能性の判断を下した上で、不納欠損を行うべきである。少なくとも、時効経過分については不納欠損を行うべきである。

また、平成 20 年 3 月 31 日に東京都は東京都債権管理条例を公布した。

この条例は債権管理の手續について制定されているが、第 13 条（債権の放棄）において「都の私債権について消滅時効に係る時効期間が経過し、かつ、債務者が時効の援用をすると見込まれるときは当該債権及びこれに係る損害賠償金等に係る私債権を放棄することができる。」

この条例は実際に債務者が時効の援用をしなくても、すると見込まれる場合には債権

放棄をするということで条例化することで、債権の消滅と不納欠損の整合をはかるとい
う意味では、いくつかの地方公共団体でも採用されているので、茨城県においてもこの
ような条例の制定も検討すべきである。

5. 一般会計から病院局所管の県立3病院への繰入金について

(1) 一般会計繰入金の状況

病院局所管の県立3病院（県立中央病院、県立こころの医療センター、県立こども病院）
は、県民が求める安全・安心な質の高い医療を提供することを基本としており、一般医療
のほか、公的医療機関でなければできない政策医療や高度専門医療を提供している。その
ため、一般医療については独立採算が求められているところであるが、政策医療や高度専
門医療に関する経費については、地方公営企業法に基づき一般会計から補てんされている。
これを一般会計繰入金又は繰入金という。

一般会計繰入金の個別の検討は各病院で実施している。ここでは、一般会計繰入金の推
移を比較し、平成21年度の中央病院の資金状況、平成22年度のこども病院の繰入金の削
減、平成22年度の繰出基準の見直しについてヒアリングを行った。

一般会計繰入金の2期間比較及び平成17年度からの推移は次のとおりである。

【平成22年度一般会計繰入金の推移】

(単位：百万円)

	中央病院		こころの医療センター (友部病院)		こども病院		本庁		合計	
	平成21年度	平成22年度	平成21年度	平成22年度	平成21年度	平成22年度	平成21年度	平成22年度	平成21年度	平成22年度
収益的収入分	1,920	1,628	1,254	1,199	1,063	988	300	272	4,537	4,087
資本的収入分	682	641	18	-	491	54	-	-	1,191	695
合計	2,602	2,269	1,272	1,199	1,554	1,042	300	272	5,728	4,782

【一般会計繰入金の推移（病院別）】

(単位：百万円)

年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
中央病院	1,972 (213)	1,645	1,679 (66)	2,104 (540)	2,602 (623)	2,269 (179)	2,220 (144)
こころの医療センター (友部病院)	1,540 (216)	1,409 (280)	1,235 (290)	1,177 (177)	1,271 (372)	1,199 (311)	1,073 (175)
こども病院	1,362 -	1,287 -	1,230 -	1,314 -	1,555 -	1,042 -	1,113 -
本庁	- -	341 -	264 -	274 -	300 -	272 -	304 -
計	4,874 (429)	4,682 (280)	4,408 (356)	4,869 (717)	5,728 (995)	4,782 (490)	4,711 (319)

※1. 上段は繰入額（収益的収入＋資本的収入）、下段はうち退職給与金に要する繰入額

※2. 経済対策交付金事業 0.5億円（こども病院資本的収支分：病棟防水工事、空調設備更新工事）
こども病院経営改善による減額分 H21年度の純利益214百万円の半額107百万円

※3. H17～22は決算額、H23は当初予算額

一般会計繰入金総額は、平成 17 年度 4,874 百万円、平成 22 年度 4,782 百万円と県立病院の改革が進んでいる中、削減が進んでいない。

平成 21 年度の繰入金は 5,728 百万円と突出している。この年度は、中央病院において、退職給与金の増加、建物に係る起債元利金償還負担の増加により、収益の改善効果が減殺され資金不足の状態になった。このため、資金補てんを行う必要があり、建設改良費に係る繰出基準の変更（230 百万円）、平成 20 年度分の退職給与金の余剰精算の繰延（215 百万円）により対応した。通常の年度とは違った資金補てんが行われた。

平成 22 年度のこども病院の繰入金が 512 百万円減少している。その中にはこども病院の平成 21 年度純利益の一部に相当する 107 百万円の繰入金削減が含まれている。経営改善により純利益を計上して、その純利益を原資に繰入金が削減できた例である。運転資金などが十分に確保できていれば、繰入金が純利益を原資に削減できるのである。そこで、各病院の資金の状況を確認した。現金預金残高の推移を示すと次のとおりである。

各年度末の現金預金残高 (単位:百万円)

	平成 20 年度末	平成 21 年度末	平成 22 年度末
本庁	33	52	26
中央病院	109	347	639
こころの医療センター	240	783	1,592
こども病院	2,121	2,743	3,083
合計	2,505	3,928	5,341

中央病院、こころの医療センターとも現金預金残高に十分余裕のある状況にはない。こども病院は、事業規模に比して、現金預金残高は多額であり、運転資金が十分確保できている状況にある。

【意見】

県の逼迫した財政状況を考えると、一般会計繰入金の総額の削減が課題になっている。こども病院では、平成 22 年度に前年の純利益を財源にした繰入金の削減が行われた。これは、運転資金などを十分に確保できていれば、繰入金が純利益を原資に削減できるということである。このような繰入金削減の取組を継続されたい。

また、こども病院は、多額の現金預金を保有している。これらの現金預金について、高額医療費機器の更新や大規模修繕など将来の設備投資や病院事業債の繰上げ償還など具体的な活用策について検討されたい。

(2) 繰出基準について

一般会計から県立3病院への繰入金算出方法は、県が定めた繰出基準に基づいている。具体的には、「地方公営企業法に基づく一般会計からの繰出金についての算定方式」によっている。

繰出基準には、国が定める繰出基準がある。県では、平成22年度から、県が定める繰出基準のうち、国の繰出基準との差額が過大な項目及び国基準外の項目の見直しを行った。

見直しは次のとおりである。

対象項目	選定理由	本県実績（見直し前）	（見直し後）
(1) 建設改良費	国基準との差額が大きい	減価償却費×2/3	元金償還金×2/3 (H15～:1/2)
		利息 ×2/3	利息 ×2/3 (H15～:1/2)
高度医療機器	建設改良費と合わせて検討すべき事項	(1千万以上) 減価償却費×10/10	(～H14: 1千万以上) (H15～: 5千万以上) 元利償還金×1/2 (建設改良費と合わせて10/10)
(2) 救急医療に要する経費	<ul style="list-style-type: none"> 他県実績との差額が大きい 病院間で算定の考え方が異なる 	収支差 収入：時間外救急収入 支出：追加人件費＋診材費＋薬品費	医師の待機及び空床の確保等救急の確保に必要な経費
(3) 医師確保に要する経費	H21に国の繰出基準に新たに追加	—	(H21新規項目) 医師の待遇改善
(4) ①本庁運営経費	国の繰出基準外の項目	本庁職員給与費等×10/10	原則として議会对応等の経費を繰出対象。ただし、H15以降の退職給与金に係る病院局超過負担を本庁経費で精算。このため、H21ベースの本庁経費を全額繰出(～H28)
②退職給与金	同上	退職給与金全額について、政策医療割合を除いて病院事業が負担※ H21は一般会計10/10中央・友部 (～H21)	H18以降の病院局在籍期間分について、政策医療割合を除いて病院事業が負担

建設改良費については、国の基準に変更された。退職給与金は、国の繰出基準外の項目である。一般会計と病院事業の負担割合が変更になり、過去の精算分については本庁運営経費で精算するとしている。

6. 病院局所管の県立3病院の退職給与引当金について

退職給与引当金は、職員が退職する場合に予想される多額の退職金の支給に備えて、あ

らかじめ各年度の費用として計上したものを引当てておくものである。過去の包括外部監査において、地方公営企業法の趣旨からすると退職給与引当金を計上すべきであるとの指摘を受けていたが、多額の累積欠損金があることや収益的収支が赤字であったことから、その計上が見送られてきた。

病院局では、平成 22 年度に収益的収支の黒字化が見込まれたこと、退職給与金の一般会計との負担割合が整理されたことなどから、退職給与引当金の計上を開始した。

平成 22 年度の各病院の退職給与引当金計上額は、次のとおりである。

平成 22 年度病院別退職給与引当金明細表 (単位 千円)

	期首残高	当期増加額	当期減少額	期末残高
中央病院	-	1,000	-	1,000
こころの医療センター	-	52,000	-	52,000
こども病院	-	-	-	-
合計	-	53,000	-	53,000

現行の地方公営企業法では、退職給与引当金の計上は任意である。また、詳細な会計上の取扱いはなく、「依命通達」(注 1)があるだけである。そこで、「依命通達」に規定のあるものはその規定に従い、規定のない部分は民間企業で適用されている退職給付会計基準を参考にして、計上方法を検討する。

(注 1) 地方公営企業法及び同法施行に関する命令の実施についての依命通達

(1) 病院局の退職給与引当金の計上方法について

①引当金の計上方法

簡便法(期末要支給額)による計算方法と説明しているが、実際の考え方は、今後、一般会計と病院事業の負担割合が変動することから 10 年後(引当完了年度)の引当額を試算し、引当期間 10 年で分割計上するものである。当年度は平成 22 年度の期末要支給額を 10 年後の引当額とみなして計算している。10 年後の引当額は、2 年毎に見直し、見直し年度の期末要支給額とする。

②病院事業負担割合は、10 年後の負担割合を試算して使用している。負担割合は、2 年に 1 度、実績値により修正する。

③退職給与金の病院事業負担は、平成 18 年度以降に病院局に在籍した期間分(政策医療割合を除く)である。

④中央病院は、年度引当目標額 90 百万円、実際の計上額は 1 百万円、差引 89 百万円の引当未計上である。こころの医療センターは、年度引当目標 52 百万円、全額引当計上している。こども病院は、この計上方法とは別に平成 23 年度に 7 百万円一括計上を予定している。

(2) 引当金の計上方法の検討

病院局の引当金の計上方法の問題点は、次のとおりである。

① 退職給付債務の計算について

退職給付債務の計算方法には、原則法と簡便法がある。簡便法は、退職給付債務を期末要支給額で計算する方法である。「依命通達」では簡便法が適当とされており、病院局の平成 22 年度末の退職給付債務の計算に問題はないが、今後、2 年おきに期末要支給額を計算するとしている点と 10 年後の引当額を計上しようとする考え方が退職給付会計基準とは異なる。簡便法の場合は、毎年、期末要支給額を計算して退職給付債務を確定させる。

② 引当期間 10 年について

あらたに退職給与引当金を計上する場合、何年で引当するかについては、退職給付会計基準の会計基準変更時差異の取扱いに準じて 15 年以内の期間での引当は認められると考える。引当期間 10 年は妥当な範囲である。

③ 会計基準変更時差異の分割計上

引当期間 10 年で分割計上できるのは、前期末までの期末要支給額（会計基準変更時差異）である。病院局の計算では、前期末ではなく当期末の期末要支給額を分割計上しており、退職給付会計基準と異なる。

④ 当年度の退職給与引当金の計上額

最も単純な簡便法の計算は次のとおりである。

当年度退職給与引当金繰入

$$= \text{当年度末要支給額} - (\text{前年度末の退職給与引当金} - \text{当年度の退職給与金})$$

現在、このような会計処理はなされていない。

⑤ 病院事業の負担割合について

この 10 年後の負担割合で計算する考え方は簡便法の会計実務にはない。

⑥ 退職給与引当金と退職給与引当預金との関係について

中央病院は、年度引当目標額 90 百万円、実際の計上額は 1 百万円、差引 89 百万円の引当が計上されていない。この理由は、資金的に余裕がなかったとのことである。会計上、退職給与引当金の計上は、これに見合う預金等が必ず必要ということではない点、考え方が異なる。

【意見】

現在の病院局の退職給与引当金の計上方法は、以上のとおり退職給付会計基準と比較すると大きな違いがある。また、平成 26 年度に導入が予定されている新しい地方公営企業会計で示されている簡便法とも考え方が異なる。新しい地方公営企業会計において、退職給与引当金の計上が義務化されることから、引当金の計上方法について見直しが必要である。

(3) 退職給与引当金の引当不足について

平成 22 年度の期末要支給額(平成 23 年 3 月 31 日に全員普通退職したと仮定して計算した退職手当総額(一部概算))は次のとおりである。

平成 22 年度期末要支給額とその内訳 (単位 千円)

	期末要支給額 (①)	病院事業会計負担分 (②)	一般会計負担分 (①-②)
中央病院	3,017,006	602,331	2,414,675
こころの医療センター	2,156,906	281,325	1,875,581
こども病院	141,052	7,027	134,025
計	5,314,965	890,683	4,424,281

退職給与引当金の引当不足は、次のとおりである。

(単位 千円)

	期末要支給額 病院事業会計負担分 (①)	退職給与引当金計上 (②)	退職給与引当金 引当不足額 (①-②)
中央病院	602,331	1,000	601,331
こころの医療センター	281,325	52,000	229,325
こども病院	7,027	-	7,027
計	890,683	53,000	837,683

平成 22 年度末現在、期末要支給額のうち病院事業会計負担分は 890 百万円、退職給与引当金計上額は 53 百万円、差額 837 百万円が退職給与引当金の引当不足額である。引当不足額は計画的に計上する必要がある。また、期末要支給額のうち一般会計負担分は 4,424 百万円であり、将来の退職金負担が大きいことを示している。

【意見】

平成 22 年度末現在、期末要支給額のうち病院事業会計負担分は 890 百万円、退職給与引当金計上額は 53 百万円、差額 837 百万円が退職給与引当金の引当不足額である。これが決算書に計上されていない、いわゆる隠れ債務である。病院局の決算書において財政状態を正しく把握するため、退職給与引当金の引当不足額は、計画的に引当計上する必要がある。

(4) 茨城県病院局会計規程について

茨城県病院局会計規程に、退職給与引当金に関連する規定があるか確認したところ、その定めはなかった。規程本文に退職給与引当金の定めを置くとともに、別表第 2 病院事業勘定科目にも追加する必要がある。

【指摘】

茨城県病院局会計規程に、退職給与引当金に関連する規定を追加する必要がある。

7. 起案文書（決裁文書）の管理について

起案文書については包括外部監査対象のどの病院においても番号を付されていない。決裁に関する権限規程において誰に決裁を受けなければならないかは記載されているものの、その起案文書のファイルをどうするかなどの規程はない。従って起案文書としてファイルすることはなく、例えば特定の規程改訂に関する決裁書であれば、その改訂された規程にファイルしている。

しかし、起案文書は組織として実施した意思決定についてその過程と結果を表す重要文書であり、これに一連の意味ある番号が付されないと、過去の意思決定の検索ができなくなることになる。またこれがファイルされないと意思決定の全てであるという網羅性を確認できないことになる。

【意見】

起案文書には特定の一連番号を付し、何時でもこの番号で検索できるようにし、起案文書とその番号順にファイルする必要がある。

VI. 中央病院における監査結果（各論）

1. 病院の現状

平成 18 年の第五次医療法改正においては、地域の各医療機関が急性期から回復期を経て在宅医療に至るまで、適切に役割を分担し連携することにより限られた医療資源を有効に活用し切れ目のない効率的で質の高い医療を実現することを目的としている。

茨城県では平成 18 年度より病院事業管理者制度を導入し病院局を設置して、「病院経営の合理化」、「質の高い安心・安全の医療サービス」、「職員の意識改革」という改革三原則を標榜し、医療機能の向上と経営状況の改善を目的とした改革に取り組んでいる。

二次・三次医療をさらに充実させるため、医療資源が乏しく、また、高齢化社会の進展や疾病構造の変化等により今後も救急需要の増加が予想される県北・県央地域の救急医療体制を支えるため救急機能の拡充を図った。また、地域災害拠点病院及び二次被ばく医療施設として原子力災害を含めた災害時の医療支援機能を担うとともに、県北・県央地域の救急医療体制を支える救急センターの役割を果たすため、県ドクターヘリの基地病院も想定し、ヘリ搬送患者の受入機能を整備した。

- ・救急・循環器センターの整備（平成 23 年 2 月）救急 2 月、循環器 4 月
- ・ヘリポートの整備（平成 23 年 3 月）

(1) 中央病院の果たすべき役割

中央病院は全県を対象とした質の高い医療が提供できる総合病院として政策医療を幅広く担っていく必要がある。そのために、平成 23 年 5 月 30 日に地域医療支援病院として承認されている。地域医療支援病院とは、他の医療機関からの紹介患者に対する医療提供や、医療機器の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医を支援することや在宅支援医療を支援する能力を備え、かつ必要な構造設備等を有するものとして都道府県知事が承認するものである。具体的には下記のようなになる。

① 救急医療体制の充実

病院長の「救急患者を断らない」という方針のもと、病院職員が一丸となって救急患者の受入れに応じ、救急車搬送件数では、改革前に比べ、約 1.5 倍の搬送を受入れている。

また、院内の常勤医師 2 名が救急専門医の資格を取得するなど質の向上にも努めた。

県北・県央地域の救急体制は十分でないので、急増する救急患者へのさらなる対応が求められる。

② 診療機能の強化充実

県のがん対策の拠点病院としてとりわけ難治性がん等への集学的治療体制を整えがん治療への対応を強化している。

下記の表のように県原子力安全推進基金を活用し、化学療法センター、放射線治療センター、透析センターを整備し、がん対策を中心とした診療拠点の整備を図った。

○化学療法センター [6床→20床] H20.12稼働

○透析センター H20.12稼働

○放射線治療センター H21.4稼働

化学療法センター [6床→20床] H20.12稼働

年 度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
化学療法件数	2,912件	3,076件	3,108件	3,367件	5,366件	7,871件
月平均	243件	256件	259件	281件	447件	656件

放射線治療センター [リニアックを2台に増設等] H21.4稼働

年 度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
リニアック件数	9,747件	11,720件	12,130件	10,295件	10,723件	8,728件
月平均	812件	977件	1,011件	858件	894件	727件

透析センター [11床→20床] H20.12稼働

年 度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
人工透析件数	3,253件	2,720件	462件	1,507件	5,840件	7,177件
月平均	271件	227件	39件	126件	487件	598件

③ 若手医師や看護師の養成・研修機能の充実

地域医療再生基金事業を活用し、県内で唯一医学部教育を受け持つ筑波大学などと連携しつつ、診療・教育レベルの強化を目指している。

(2) 救急医療実績 (救急センター・循環器センター)

県北・県央の救急実施体制における中軸的役割を果たすため、救急専門医の育成・確保に努め年間搬送件数 5,000 件を目標としている。過去五年間の実績は下記の表の通りで救急患者数は毎年増加しており、中央病院はその役割を全うしている。

救急患者数年度別推移(救急搬送件数)

	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
一次救急	8,842	9,645	10,110	9,520	9,690
二次救急	2,445	2,618	2,738	2,933	2,845
三次救急	197	299	391	338	476
合 計	11,484	12,562	13,239	12,791	13,011
うち救急車搬送件数	2,493	3,344	3,796	3,336	4,162

平成 23 年度救急患者数月別推移(救急搬送件数)

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月
一次救急	666	799	724	914	967
二次救急	238	254	225	248	245
三次救急	31	44	41	37	58
合 計	935	1,097	990	1,199	1,270
うち救急車搬送件数	311	306	308	373	383

平成 23 年 4 月 19 日より CCU6 床の循環器センターが稼働した。今後の手術による機能強化が期待される。8 月から心臓カテーテルが増加しているのは本館の機械の入れ替えのため本館分の患者が含まれているからである。

平成 23 年度手術件数

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月
循環器内科心臓カテーテル治療及び検査	26	9	16	31	63	69	73
循環器外科手術件数	0	2	4	2	3	1	2

(3) がん診療

中央病院は、地域がん診療連携拠点病院の役割に加え、都道府県がん診療連携拠点病院の役割として、県全体の医療機関を対象とした研修、診療支援、情報提供等や県がん診療連携協議会の設置・運営等を行い、県のがん医療水準の向上を図るための拠点となっている。

県がん診療連携協議会は、中央病院を中心に県立こども病院をはじめ 19 名の委員で構成され、研修会を中心として情報交換をしている。ただし、まだ診療連携は進んでいない。また、県がん診療連携協議会のなかにはがん登録部会があり、がん登録の質を高めるため研修会や会議を行っている。がん登録情報は国立がん研究センターにデータとして送られるが、このデータは保健予防課で管理する重要な情報であるため精度を上げるためにがん登録部会は必要である。中央病院の平成 22 年 1 月から 12 月までの部位別の新規がん登録患者は下記表の通りであり、水戸医療圏からの登録患者は全体の 61.3%となっている。

がん相談窓口は、県の医療提供体制の図表 1 5 の通り水戸医療圏と土浦医療圏、つくば医療圏を中心に圏内 17 カ所あるが県北地域は日製日立総合病院しかなく筑西下妻医療圏はない。今後は、診療の地域連携を推進し、がん診療連携病院ごとの強みを生かした診療が望まれる。

H22.1月～12月

	全部位		食道 (C15)		胃 (C16)		結腸及び直腸 (C18-20)		肝 (C22)		胆嚢及び肝外胆管 (C23-24)		膵 (C25)		気管支及び肺 (C33-34)		乳房 (C50)		子宮 (C53-55)		前立腺 (C61)		その他	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
全件数	1,428	100.0%	59	4.1%	201	14.1%	231	16.2%	93	6.5%	43	3.0%	61	4.3%	231	16.2%	85	6.0%	12	0.8%	111	7.8%	301	21.1%
水戸保健医療圏	876	61.3%	29	49.2%	129	64.2%	152	65.8%	53	57.0%	24	55.8%	42	68.9%	126	54.5%	52	61.2%	8	66.7%	82	73.9%	179	59.5%
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	174	12.2%	12	20.3%	24	11.9%	21	9.1%	22	23.7%	4	9.3%	8	13.1%	28	12.1%	6	7.1%		0.0%	9	8.1%	40	13.3%
日立保健医療圏	35	2.5%	4	6.8%	6	3.0%	5	2.2%	3	3.2%	1	2.3%			5	2.2%	1	1.2%	1	8.3%			9	3.0%
鹿行保健医療圏	88	6.2%	5	8.5%	10	5.0%	7	3.0%	8	8.6%	2	4.7%	2	3.3%	23	10.0%	3	3.5%	2	16.7%	6	5.4%	20	6.6%
土浦保健医療圏	101	7.1%	7	11.9%	11	5.5%	19	8.2%	3	3.2%	4	9.3%	3	4.9%	21	9.1%	9	10.6%			6	5.4%	18	6.0%
取手・竜ヶ崎保健医療圏	3	0.2%			2	1.0%									1	0.4%								
筑西・下妻保健医療圏	111	7.8%	2	3.4%	15	7.5%	22	9.5%	2	2.2%	6	14.0%	4	6.6%	17	7.4%	11	12.9%			6	5.4%	26	8.6%
古河・坂東保健医療圏	6	0.4%					2	0.9%	1	1.1%					1	0.4%	1	1.2%					1	0.3%
つくば保健医療圏	0	0.0%																						
県外	34	2.4%			4	2.0%	3	1.3%	1	1.1%	2	4.7%	2	3.3%	9	3.9%	2	2.4%	1	8.3%	2	1.8%	8	2.7%

* 疑診, セカンドオピニオンは除く

H23.6.30作成

2. 診療圏分析及び病院機能分析

(1) 概要

中央病院の入院患者数及び外来患者数は病院局作成の下記の表1の通り、笠間市と水戸市で約60%を占める。特に外来患者のうち約50%が笠間市である。そこで笠間市からの外来患者を詳しく町丁目別に分析するために平成23年8月の延べ外来患者を地区別に振り分けたのが表2と図1である。さらに述べ患者数の多い地区順に並べると100人以上の地区合計で84.44%となるのでこれらの地区を分析することとする（表3と図1・図2）。

延べ患者数が多い地区は、表3の通り順に下郷・笠間・鯉淵・旭町・平町・太田町・東平・小原・稲田・南友部の順となる（図3）。10地区のうち中央病院から半径2km圏内に5地区、半径5km圏内ではさらに2地区があり残りの3地区は半径5km圏外である。ただしこれらの3地区は幹線道路の近くであり自家用車による来院は不便ではない。

(表1)

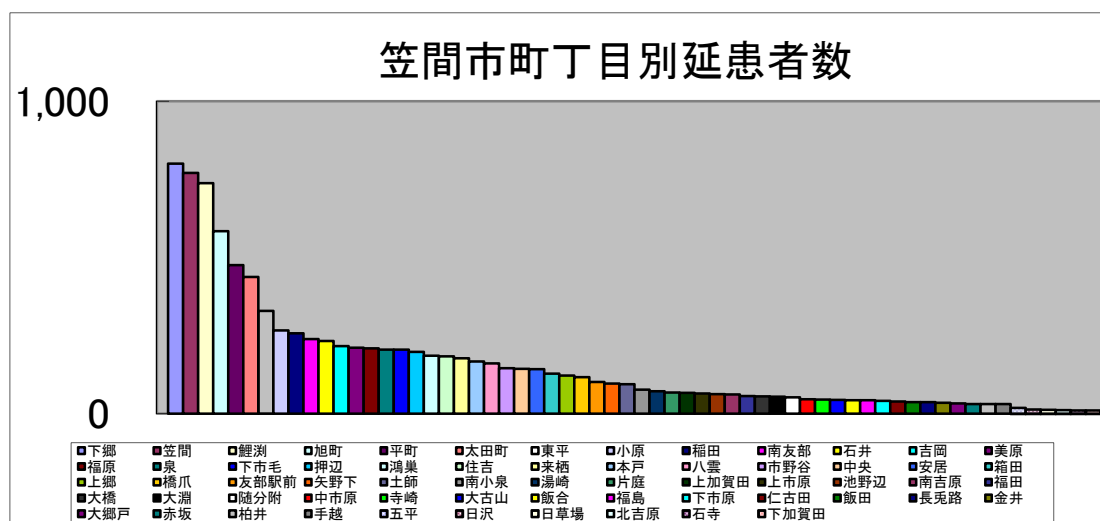
	平成19年度		平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
笠間市	53,168	38.9%	52,598	38.5%	49,303	38.4%	51,235	40.1%
水戸市	23,741	17.3%	23,849	17.4%	22,712	17.7%	21,770	17.0%
小美玉市	9,142	6.7%	8,670	6.3%	8,229	6.4%	7,258	5.7%
石岡市	8,931	6.5%	8,626	6.3%	8,443	6.6%	7,122	5.6%
茨城町	5,691	4.2%	5,774	4.2%	5,723	4.5%	6,001	4.7%
桜川市	5,859	4.3%	6,698	4.9%	6,245	4.9%	8,062	6.3%
ひたちなか市	6,302	4.6%	4,555	3.3%	4,067	3.2%	3,709	2.9%
城里町	3,592	2.6%	3,047	2.2%	4,063	3.2%	4,310	3.4%
鉾田市	1,533	1.1%	2,502	1.8%	1,935	1.5%	1,482	1.2%
那珂市	1,970	1.4%	2,274	1.7%	1,649	1.3%	1,525	1.2%
その他の県内	13,283	9.7%	15,534	11.4%	13,642	10.6%	13,166	10.3%
県内計	133,212	97.3%	134,127	98.1%	126,011	98.2%	125,640	98.4%
県外	3,636	2.7%	2,630	1.9%	2,305	1.8%	2,061	1.6%
合計	136,848	100%	136,757	100%	128,316	100%	127,701	100%

	平成19年度		平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比	患者数	構成比
笠間市	102,007	50.3%	95,492	49.0%	99,777	49.1%	102,519	49.0%
水戸市	29,671	14.6%	28,862	14.8%	28,826	14.2%	29,840	14.3%
小美玉市	14,957	7.4%	13,987	7.2%	13,845	6.8%	13,526	6.5%
石岡市	15,160	7.5%	14,582	7.5%	14,842	7.3%	14,633	7.0%
茨城町	7,287	3.6%	7,313	3.8%	7,598	3.7%	7,765	3.7%
桜川市	5,160	2.5%	6,210	3.2%	7,172	3.5%	8,092	3.9%
ひたちなか市	4,553	2.2%	4,271	2.2%	4,441	2.2%	4,258	2.0%
城里町	3,507	1.7%	3,647	1.9%	4,203	2.1%	4,154	2.0%
鉾田市	2,619	1.3%	2,502	1.3%	2,546	1.3%	2,666	1.3%
那珂市	1,836	0.9%	1,943	1.0%	2,076	1.0%	2,117	1.0%
その他の県内	13,561	6.7%	13,642	7.0%	14,952	7.4%	16,921	8.1%
県内計	200,318	98.7%	192,451	98.7%	200,278	98.6%	206,491	98.6%
県外	2,681	1.3%	2,461	1.3%	2,741	1.4%	2,877	1.4%
合計	202,999	100%	194,912	100%	203,019	100%	209,368	100%

(表2)

郵便番号	町丁目名	8月外来延患者数	患者構成比	郵便番号	町丁目名	8月外来延患者数	患者構成比
3190202	下郷	800	8.28%	3091725	南小泉	77	0.80%
3091611	笠間	771	7.98%	3091715	湯崎	72	0.75%
3091703	鯉渕	738	7.64%	3091637	片庭	68	0.70%
3091717	旭町	584	6.05%	3091623	上加賀田	67	0.69%
3091722	平町	476	4.93%	3091731	上市原	65	0.67%
3091738	太田町	438	4.54%	3091602	池野辺	63	0.65%
3091705	東平	329	3.41%	3091622	南吉原	62	0.64%
3091701	小原	267	2.76%	3091603	福田	57	0.59%
3091635	稲田	257	2.66%	3091601	大橋	56	0.58%
3091734	南友部	239	2.47%	3091604	大淵	55	0.57%
3091613	石井	233	2.41%	3091711	随分附	53	0.55%
3190203	吉岡	216	2.24%	3091732	中市原	46	0.48%
3091704	美原	211	2.18%	3091614	寺崎	45	0.47%
3091634	福原	209	2.16%	3091724	大古山	44	0.46%
3190209	泉	205	2.12%	3091632	飯合	43	0.45%
3091626	下市毛	205	2.12%	3190207	福島	43	0.45%
3190205	押辺	198	2.05%	3091733	下市原	41	0.42%
3091706	鴻巣	186	1.93%	3091714	仁古田	39	0.40%
3091716	住吉	184	1.91%	3091605	飯田	37	0.38%
3091625	来栖	178	1.84%	3091712	長兔路	37	0.38%
3091633	本戸	167	1.73%	3091615	金井	35	0.36%
3091736	八雲	161	1.67%	3091636	大郷戸	33	0.34%
3190208	市野谷	146	1.51%	3091616	赤坂	31	0.32%
3091737	中央	144	1.49%	3091713	柏井	31	0.32%
3190206	安居	143	1.48%	3091621	手越	31	0.32%
3091631	箱田	128	1.33%	3091702	五平	19	0.20%
3190201	上郷	122	1.26%	3091606	日沢	14	0.14%
3091721	橋爪	117	1.21%	3091612	日草場	13	0.13%
3091735	友部駅前	102	1.06%	3091624	北吉原	12	0.12%
地域小計		8154	84.44%	3091607	石寺	11	0.11%
3091723	矢野下	97	1.00%	3091726	下加賀田	11	0.11%
3190204	土師	95	0.98%		合計	9657	100%

(図1)



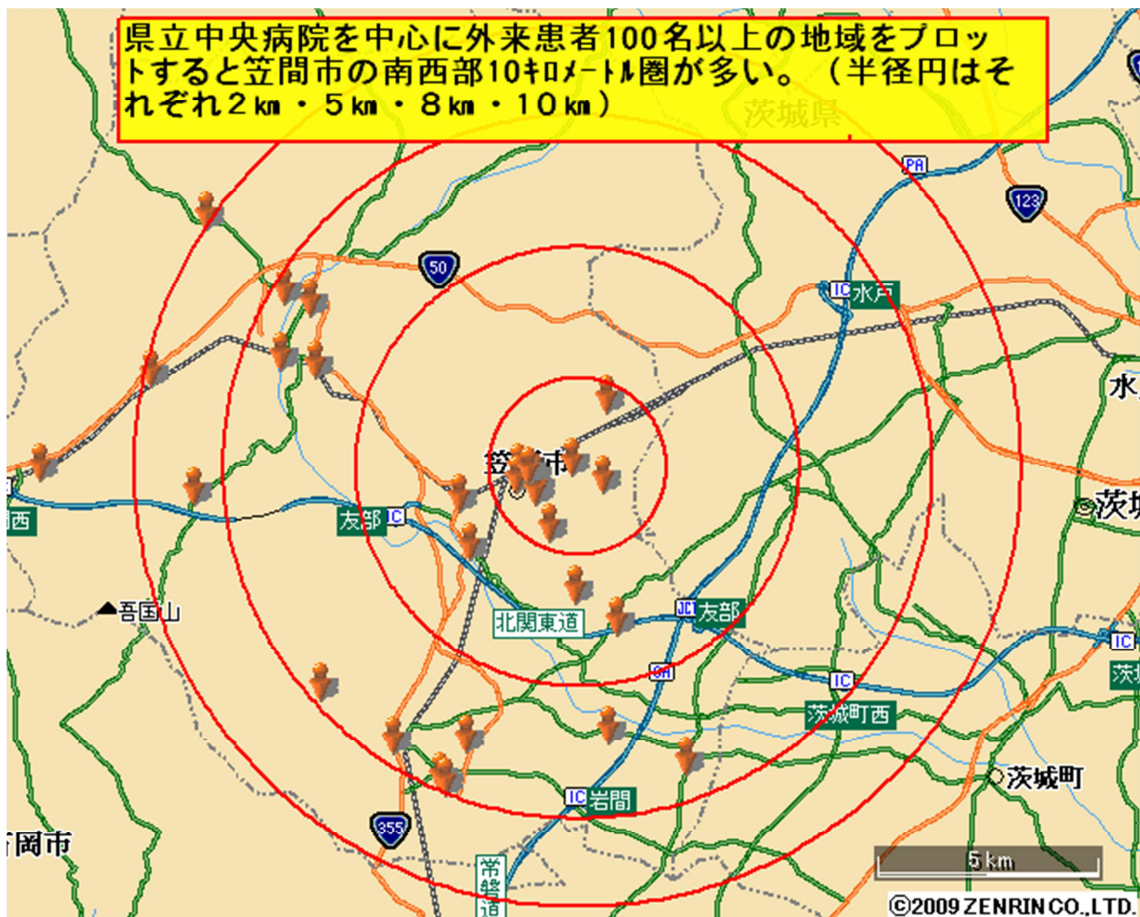
平成 23 年 8 月笠間市在住の延べ患者数 100 人以上の地域

(表 3)

患者数 順位	町丁目名	8 月外来 延患者数	患者構成 比	22/4/1 現在 地域人口	人口構成 比	診療圏強度	
1	下郷	800	8.28%	6073	7.56%	1.10	
2	笠間	771	7.98%	7321	9.11%	0.88	
3	鯉淵	738	7.64%	5110	6.36%	1.20	⑨
4	旭町	584	6.05%	5549	6.90%	0.88	
5	平町	476	4.93%	3581	4.46%	1.11	
6	太田町	438	4.54%	3260	4.06%	1.12	
7	東平	329	3.41%	1763	2.19%	1.55	②
8	小原	267	2.76%	2083	2.59%	1.07	
9	稲田	257	2.66%	2399	2.99%	0.89	
10	南友部	239	2.47%	1476	1.84%	1.35	⑥
11	石井	233	2.41%	2780	3.46%	0.70	
12	吉岡	216	2.24%	1744	2.17%	1.03	
13	美原	211	2.18%	1295	1.61%	1.36	⑤
14	福原	209	2.16%	2287	2.85%	0.76	
15	泉	205	2.12%	1587	1.97%	1.07	
16	下市毛	205	2.12%	2163	2.69%	0.79	
17	押辺	198	2.05%	2031	2.53%	0.81	
18	鴻巣	186	1.93%	1064	1.32%	1.45	③

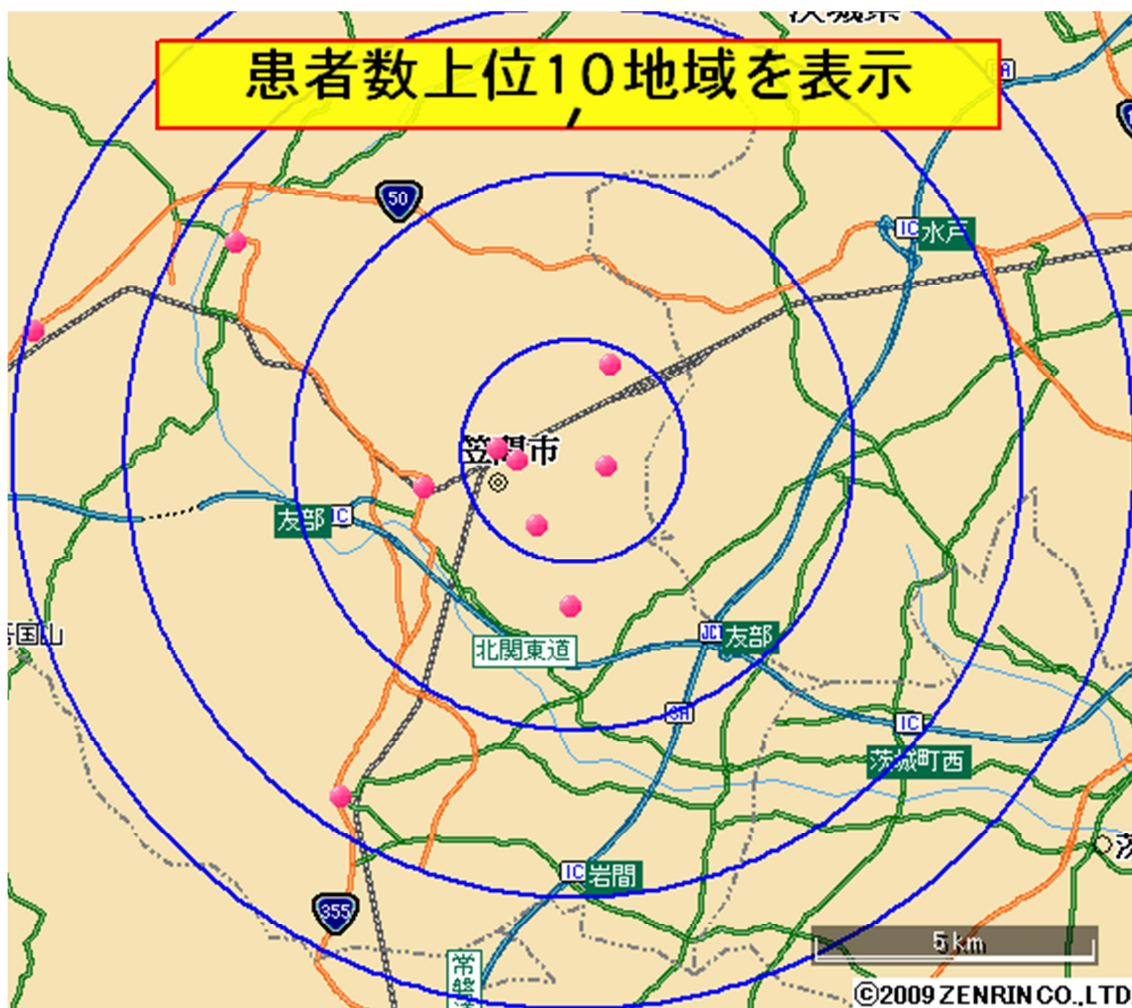
19	住吉	184	1.91%	1668	2.08%	0.92	
20	来栖	178	1.84%	1328	1.65%	1.12	
21	本戸	167	1.73%	1321	1.64%	1.05	
22	八雲	161	1.67%	965	1.20%	1.39	④
23	市野谷	146	1.51%	1456	1.81%	0.83	
24	中央	144	1.49%	977	1.22%	1.23	⑦
25	安居	143	1.48%	1245	1.55%	0.96	
26	箱田	128	1.33%	1345	1.67%	0.79	
27	上郷	122	1.26%	874	1.09%	1.16	⑩
28	橋爪	117	1.21%	798	0.99%	1.22	⑧
29	友部駅前	102	1.06%	240	0.30%	3.54	①

(図2) ゼンリン電子地図帳 Zi 7 Professional



患者は半径 10 km 圏内の幹線道路にアクセスしやすい地域に多いことがわかる。笠間市の地域医療を担当していることが分かる。

(図3) ゼンリン電子地図帳 Zi 7 Professional



患者数が多い順上位 10 地区は、さらに近くの半径 5 km 圏内に多い。

(2) 診療圏強度分析

(診療圏強度とは次の式で算出する。)

$$\text{診療圏強度} = \text{来院患者数の構成比} \div \text{居住する人口構成比}$$

診療圏強度の考え方は、人口の構成比と来院患者数の構成比を比較し、人口の構成比より来院患者数の構成比が大きい場合はその地区の患者の吸引率が高い、つまり強度が高いことを意味する。このような分析の結果、自院の診療圏内で、強い地区、弱い地区を把握し、弱い地区は、その原因、理由を考察し、対策を立てるために活用する。

診療圏強度が強い 10 地区は表 3 の通り、友部駅前・東平・鴻巣・八雲・美原・南友部・中央・橋爪・鯉淵・上郷の順である。これらの地区を地図上にプロットすると図 4 の通り 8 地区は中央病院から半径 2 km 圏内である。図 5 の診療圏強度が突出して大きい友部駅前地区は人口も多く中央病院に近いという理由で外来患者が多いと推定できる。図 6 は中央病院から半径 2 km 圏内の人口分布図である。この図 6 によると 2005 年のデータではある

が中央病院から半径 2 kmには約 15000 人の人口があり常磐線友部駅の南西部にかけて人口が多いことが分かる。下郷・笠間・鯉淵・旭町平町・太田町地区の患者数が多いが、診療圏強度はさほど大きくない。人口が多いにもかかわらずこれらの地区の外来患者数割合が少ないのは中央病院付近の診療所に外来患者が通院し、そこで完結しているのだろうか。

病診連携が近くの診療所とできているならば問題ないが、患者から支持されないという理由では問題である。

【意見】

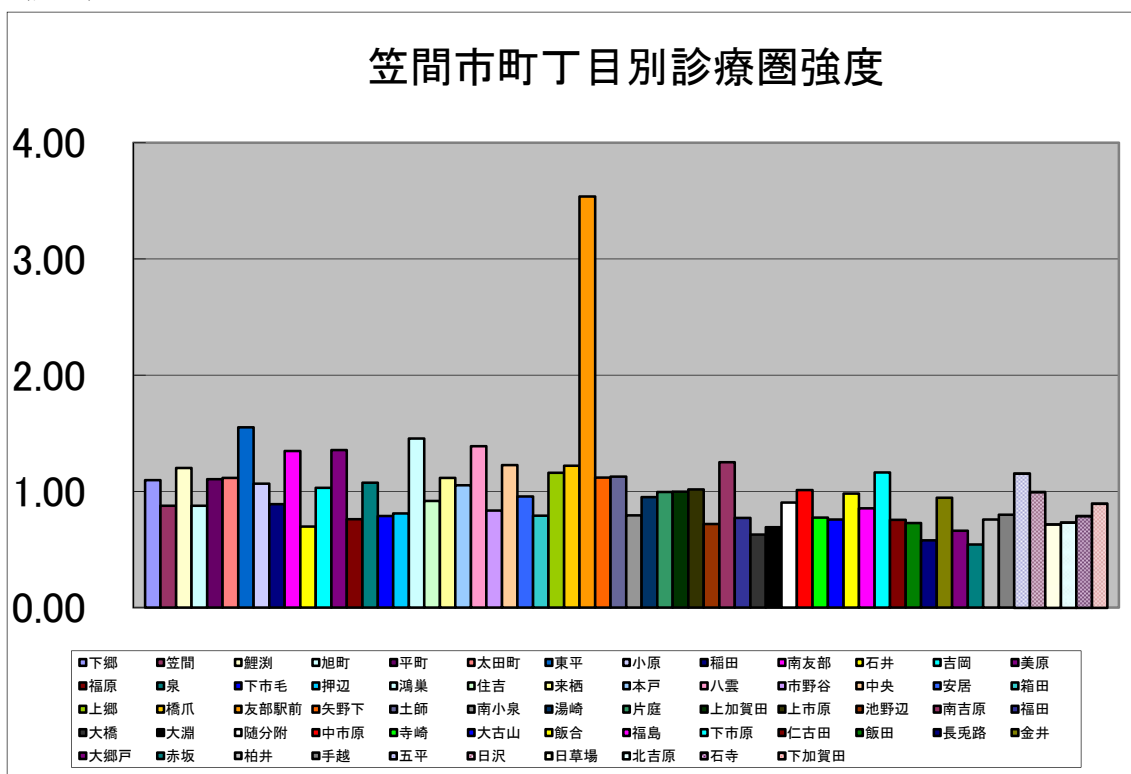
患者アンケートや診療所医師との情報交換等から診療圏強度の弱い地域の患者動向調査を実施して原因分析をすべきである。

(図4) ゼンリン電子地図帳 Zi 7 Professional

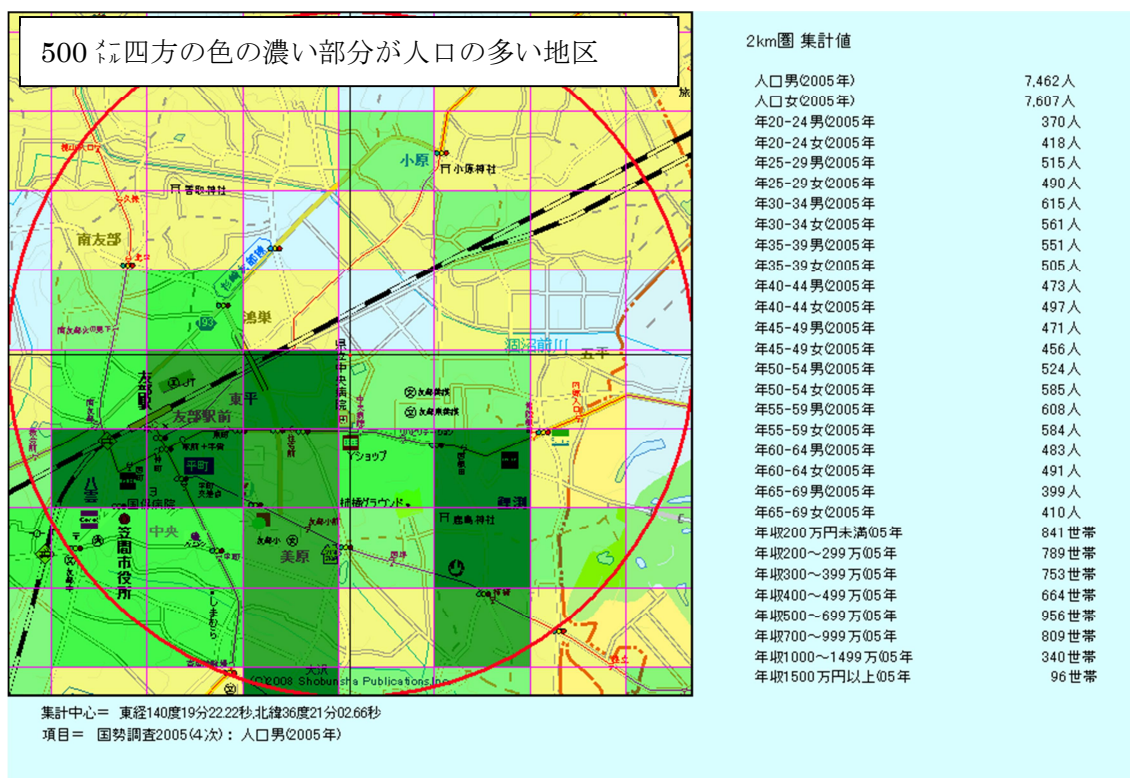


人口に対して患者が来院する割合はさらに狭く半径 2 km圏内に多い

人口が多い地域は、(図6) の色の濃い地域であり、常磐線の南側の地域である
(図5)



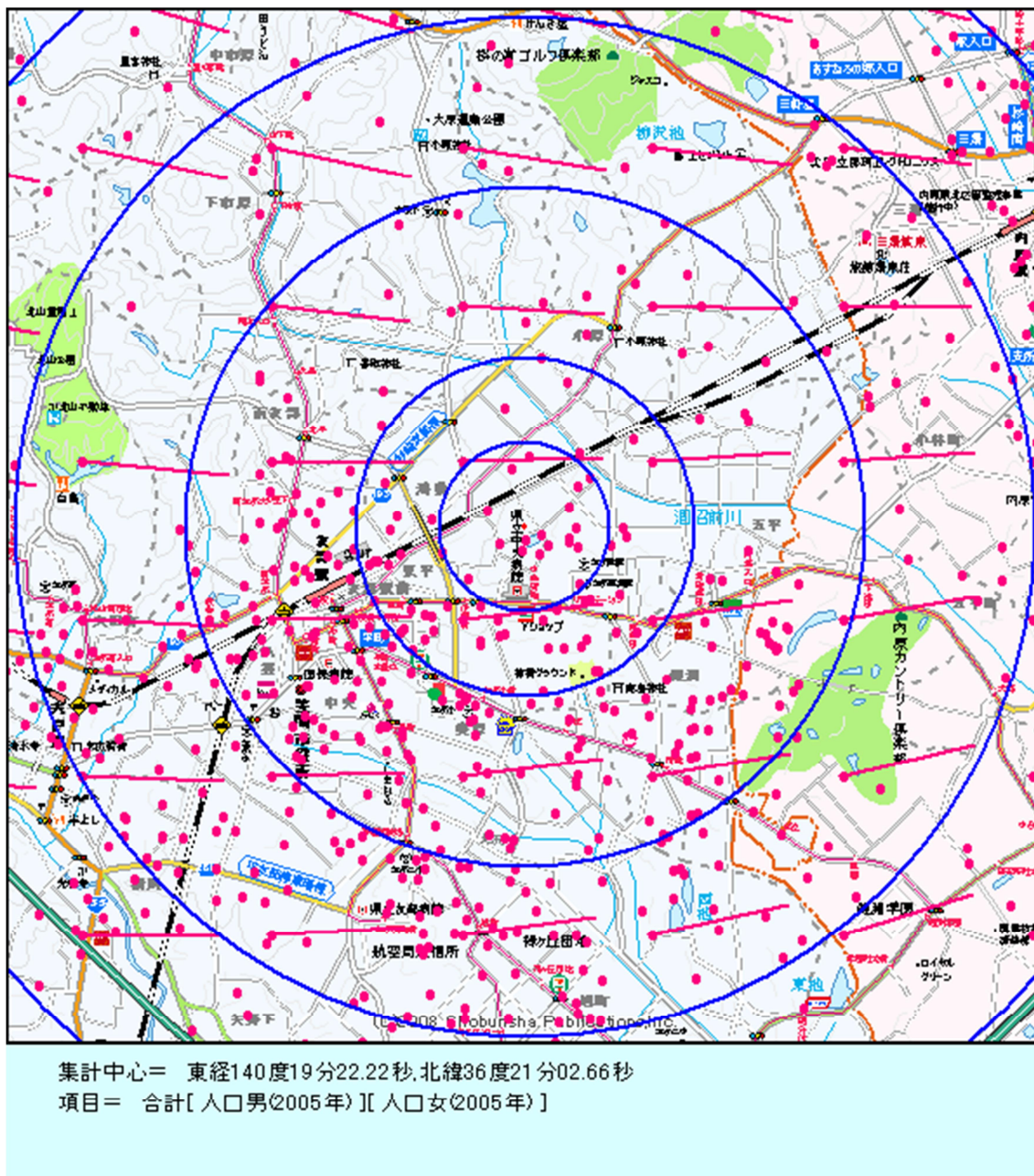
(図6) 使用ソフトソルブ社統計てきめん 背景 Super Mapple Digital Ver.9



(3) 生活行動圏分析

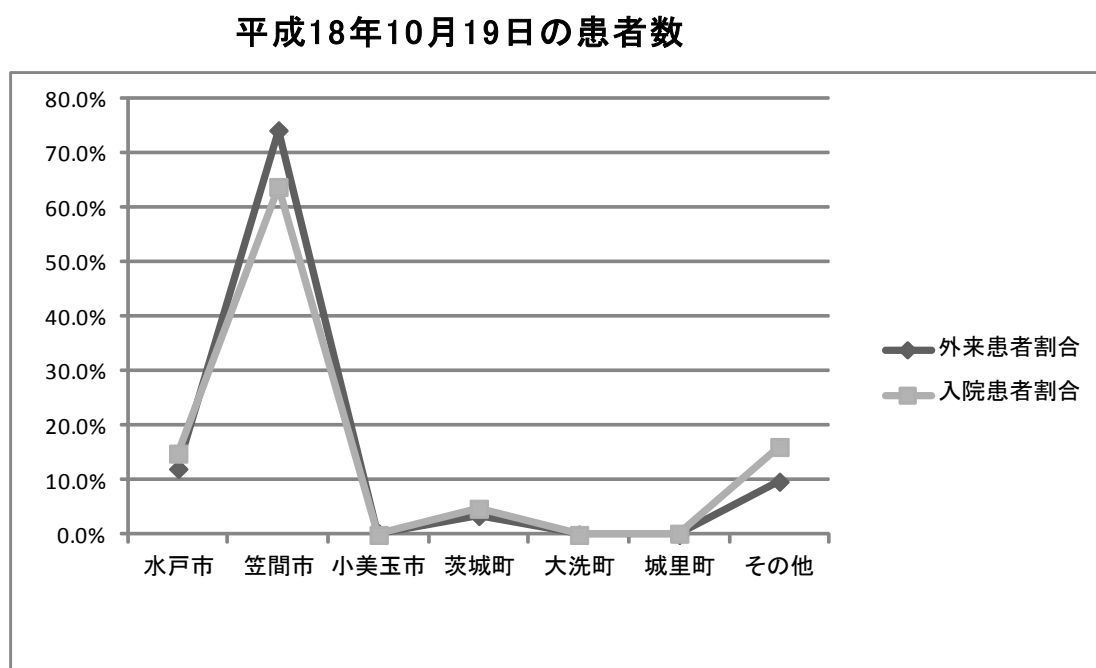
下記の図7の●―はこの地域の住民が購買行動をする際に向かうと思われる方向を表している。この図7は2005年のデータによるものであり、さらに実際の聞き取り調査に基づかないので(ソルブ社統計てきめん2による)、必ずしも今日の状況を表しているとはいえないが主に水戸方面に消費者の購買行動は向いている。そして現在は国道50号線沿いの大型商業施設(京成百貨店・山新グランステージ水戸・イオン水戸内原ショッピングセンター・笠間ショッピングセンター等)に向けた買い物行動もあると思われる。従って常磐線友部駅の北側の地域は水戸方面の医療機関を意識した行動をしていると推定できる。

(図7) 使用ソフトソルブ社製統計てきめん 背景 Super Mapple Digital Ver.9



少し古いデータではあるが平成18年10月19日に行われた茨城県患者調査によると笠間市在住の外来患者のうち笠間市での受療者は74.2%、水戸市での受療者は12.1%となっている。また入院患者内訳も同様に笠間市で63.9%、水戸市で14.9%となっており日常の買い物等行動とはほぼ一致していると思われる(下記の図8と表を参照)。

(図8)



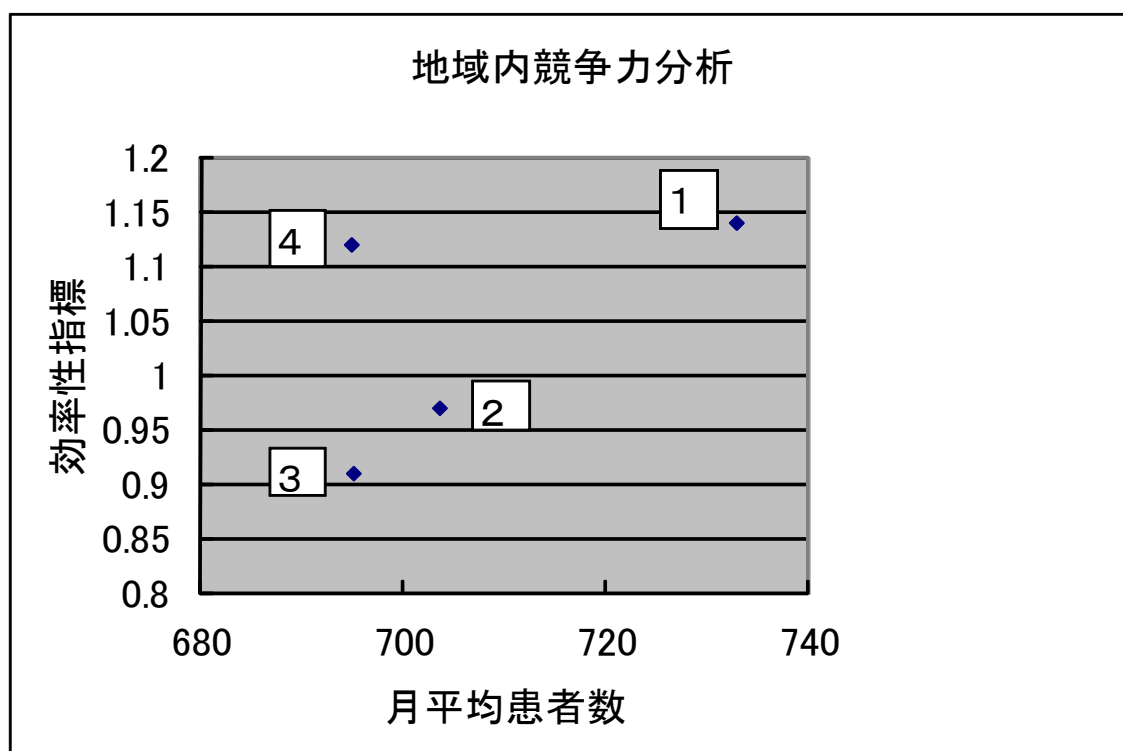
	水戸市	笠間市	小美玉市	茨城町	大洗町	城里町	その他	総数
外来患者	160	980	4	46	1	0	129	1320

(4) 地域内競争力分析

DPC 参加病院であれば病院情報局からの公表データをもとに病院間の競争力分析ができる。この地域の DPC 参加病院は下記の 4 病院であり (図 9)、月平均患者数と DPC の効率性指標とを縦軸と横軸にとりプロットすると 1 番の水戸済生会総合病院の競争力が強い。この病院は地域において相対的に患者が集まり、かつ平均在院日数が短く効率的な医療を提供しているといえる。4 番の県立中央病院の効率性指標は水戸済生会総合病院とほぼ同じであるが月平均患者数で劣る。外来患者においては地域特性を考えると、今後笠間市在住の患者からいかに選ばれるかを検討すべきである。中央病院の基本理念にある「患者さんに優しい、質の高い、県民に信頼される医療」を継続的にかつ、安定的に提供することにより口コミで来院する患者が増えると思われる。

(図9)

病院情報局21年度資料より				
地域内競争力分析(DPC参加病院)				
番号	病 院 名	所在地	月平均患者数	効率性指標
1	水戸済生会総合病院	水戸市	732.8	1.14
2	水戸赤十字病院	水戸市	703.5	0.97
3	独立行政法人水戸医療センター	茨城町	695	0.91
4	茨城県立中央病院	笠間市	694.8	1.12



(5) 地域医療支援病院としての役割

中央病院は平成23年5月30日に地域医療支援病院として承認されているが、承認要件である患者の紹介率と逆紹介率は下記の通り紹介率60%以上、逆紹介率30%以上である。

県の政策により中央病院は救急患者の受け入れやがん患者の治療など二次・三次医療を担当しているが、笠間市や城里町近辺には500床規模の大病院がないため一次診療も受け持っている。患者の医療機関の選択基準は、地理的に通院しやすいことが60%半ばを超えていることが平成18年9月に実施した県政世論調査結果からわかる。そして、最初にかかる医療機関がクリニック（診療所）である県民が60.2%と最も多いが、比較的大きな病院（200床以上）を選択する県民も21.9%いる。

【意見】

今後は、本来の二次・三次医療を担当しながら、地元のかかりつけ医への逆紹介率を高める必要がある。そして現在行われている予約なしでの診療については、初診はかかりつけ医に診てもらい必要に応じて紹介状をもって中央病院に来院してもらうことである。現

在 60%の紹介率をさらに向上させる施策を期待したい。

紹介率分析表

22年度	初診患者	紹介			逆紹介	
		紹介	救急	紹介率	逆紹介	逆紹介率
4月	1,849	961	90	56.8%	456	24.7%
5月	1,650	852	107	58.1%	458	27.8%
6月	1,980	1,112	79	60.2%	575	29.0%
7月	2,083	1,215	95	62.9%	567	27.2%
8月	2,108	1,186	134	62.6%	643	30.5%
9月	1,874	1,181	106	68.7%	619	33.0%
10月	1,820	1,148	89	68.0%	626	34.4%
11月	1,834	1,168	101	69.2%	620	33.8%
12月	1,616	961	128	67.4%	563	34.8%
1月	1,709	995	119	65.2%	556	32.5%
2月	1,618	899	120	63.0%	591	36.5%
3月	1,586	793	94	55.9%	608	38.3%
計	21,727	12,471	1,262	63.2%	6,882	31.7%

(6) 患者満足度調査分析

平成 22 年度の患者満足度調査はアンケート形式で、外来は平成 22 年 12 月 20 日及び 22 日の二日間、入院を平成 23 年 1 月 12 日から 25 日の二週間実施した。そして外来は 295 人、入院は 181 人から回答を得た。その結果、県立中央病院を選択した理由で、外来は次の順であった。

- ①専門医がいる
- ②医療設備が整っている
- ③自宅・職場に近い
- ④他の病院・診療所からの紹介

地域医療支援病院であれば本来「④他の病院・診療所からの紹介」が上位にきていなければならないが、中央病院の場合、地域医療支援病院になったばかりであり今後の紹介率が上がることを期待したい。

次に、職員の対応については、満足・やや満足が全体の 75%を占めており、ドクターやスタッフの対応が親切で優しいとしている。

病院内の案内や環境整備については、わかりやすいが 57%、どちらともいえないが 34%であり、掲示板の番号がわかりにくいやサインの文字が小さい等のわかりにくいという意見もあった。高齢者等に配慮して受け付けに 2 人の案内係がいるがユニホームが他の事務職と同じであり目立たない。もっとユニホームの色を工夫して目立つようにすべきと思われる。

診察の待ち時間については、大病院にありがちな結果であり、30 分未満が 19%、1 時間未満が 38%、1 時間 30 分未満が 18%となっている。

入院患者のアンケート結果の病院を選択した理由は、下記の順であり、他の病院・診療

所からの紹介が 27%と第一順位である。今後は紹介率をさらに向上するように地域連携を強めていくべきである。

- ①他の病院・診療所からの紹介
- ②専門医がいる
- ③医療設備が整っている
- ④診療科目が多い

入院生活はいかがでしたかという質問には、満足が 46%、やや満足が 21%、普通が 28% であり、不満とする意見は、スタッフの態度が悪いとか看護師を中心としたスタッフと患者の関係性が悪いためトラブルが起きているということである。

【指摘】

患者の不満の理由を再度確認し、スタッフと患者との関係が悪いことによるトラブルならば早急に解決すべきである。そして今後医療スタッフの研修を徹底する必要がある。

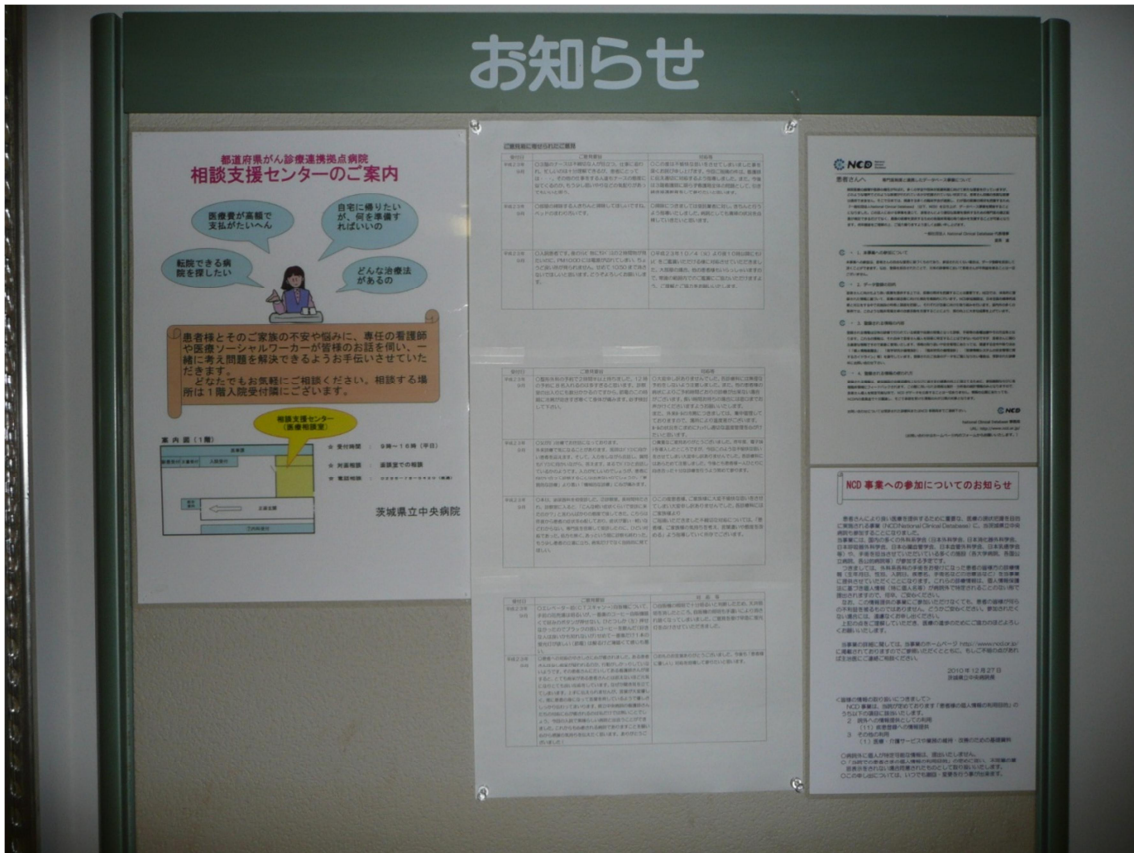
(7) ご意見箱

患者やその家族からの不満や苦情を把握するために外来入り口をはじめ、全部で 8 カ所にご意見箱を設置している。毎週火曜日に投函用紙を回収し、木曜日の幹部会で報告し、翌月曜日に関係する全体の課に報告して対応策の回答を得てそれを掲示板で患者やその家族に伝えている。

ご意見箱



ご意見に対する対応等の掲示



ご意見箱の投書内容報告によると（平成 23 年 9 月 14 日から 9 月 20 日分）、トイレの使い勝手が悪いとか汚い、休日は看護師が少ないので病室に誰でも入れる等セキュリティの強化要望があった。また、医師の名前を具体的に挙げ手術後の姿を見て侮辱されたというものもあった。10 月 4 日のご意見箱には、元県職員という人から中央病院は「看護師が医師を使う病院」として有名であり、患者の対応が不親切であるとあった。また、10 月 5 日のご意見箱には放射線治療をしている患者からお礼の投書もあった。現在の中央病院は患者やその家族との対応は医師・看護師等スタッフの個人的スキルによって行われているようである。

【意見】

患者は単に病気が治ることを目的に病院を選択したのではない。その先にある患者のこちらの充足感、病気が治った未来の自分を描いて選択していると考えられるため、医療スタッフのこころない一言がいかに患者の負担となっているかを考え、マナー等の研鑽をすべきである。

(8) 病院機能評価

2009 年 4 月 16 日発行の病院機能評価審査結果報告書によると、2008 年 12 月 9 日から

12月11日まで病院機能評価の更新審査を受けている。中央病院のホームページにも掲載されているように全体的に良い評価となっている。今後も業務改善と患者サービス向上のため第三者による病院機能評価の継続を続けていくべきである。

(9) 地域完結型医療の推進

医療経営情報 2009年2月号 (No.188) によると、1996年九州大学大学院医療システム学教室の信友浩一教授は「医療法の改正で総合病院の規程が廃止され地域医療支援病院が新設された意図は地域全体を一つの総合病院と見立てた地域完結型医療の推進にある」と講演している。

地域完結型医療の基本は、病院は入院を担当し、クリニックは外来を担当するということである。ただし現実問題として地域の病院が外来すべてなくすことは経営的にも難しいので、病院は一般外来患者を減らして紹介患者を増やす努力を必要とする。共存と競争がポイントで、各医療機関がそれぞれの機能に応じた役割を担うため補完関係による共存体制ができる一方、連携が密になることで要求も高度となり競争意識が働く。

ここで具体的な対策として注目されるのが、医師会を中心に構築される地域連携クリティカルパスである。これは、脳卒中対策、糖尿病対策、がん対策などの主要事業ごとに地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画を共有するとともに、在宅医療に戻るまでを一つの連続性を持って提供するというものである。中堅病院においては、自院が地域連携クリティカルパスの中でどの機能を提供していくか、機能配分が問題となる。

日本の医療保険制度の特徴はフリーアクセスであるが、そのために医療機関ごとの機能は明確に分かれておらず、地域完結型医療はなじみが薄い。また、休日や夜間の患者の容態の急変時には診療所では対応できず、大病院指向の一因となっている。これらについても地域連携クリティカルパスのもと、カルテ情報を共有化して病院側で対応する仕組みが明確であれば解決できよう。

中央病院においては、電子カルテの診療情報をすでに笠間市内の14医療機関と共有しているが、笠間市近辺の登録医療機関にも広げるべきである。患者満足度調査においても、「③自宅・職場に近い」が病院を選択する理由にあり、笠間市・城里町を中心にバーチャルな総合病院を期待する住民は多いと思われる。

(10) 笠間市立病院との連携

笠間市立病院は、平成22年度病院改革プランによると常勤医師2名、許可病床30床で実際稼働は25床の病院である。病床稼働率は25床換算として62%（平成22年度）で、医業収益から医業費用を差し引いた21年度の経常損益はマイナス16,347千円、累積欠損金424,668千円となっている。（笠間市HPより）今後、入院施設を持った医療機関はDPC対応が求められることになるので、現在の医療従事者数と15対1の看護基準ではDPC対

応が難しい。

選択と集中の観点からすると、市立病院は無床診療所として、平日夜間と日曜日の初期診療、地域住民の高齢化に伴う在宅医療に特化することが考えられる。すでに電子カルテが共有されている地域連携の中で診療所と中央病院との間で一般外来・平日夜間と日曜日の初期診療及び在宅医療を担当することが考えられよう。

【意見】

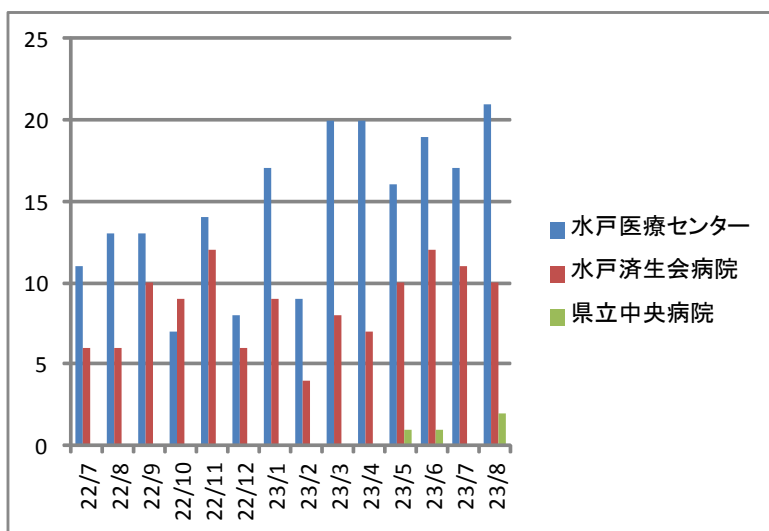
茨城県の医療体制から考えれば、市立病院は無床の公的医療機関として、一次の外来診療と地域の夜間・休日診療及び在宅医療を担当し、二次診療以上の入院患者はすべて中央病院等に紹介することで、市立病院の経営状況も改善すると考える。

(11) ドクターヘリについて

ドクターヘリの基地病院は、水戸医療センターと水戸済生会病院である。平成23年8月までの運行実績は下記の通りである。医師による治療を早期に開始することにより救命率の向上や後遺障害の軽減を図ることを目的としており、ほとんど基地病院に搬送されている。県南は医療機関が多いので、救急患者の多くは北部・筑西・鹿行地域と思われるが、県立中央病院への搬送はヘリポートが完成した平成23年4月以降8月までで4人であり、他の受入病院と同程度である。

ドクターヘリ運行実績(搬送人数)

	22/7	22/8	22/9	22/10	22/11	22/12	23/1	23/2	23/3	23/4	23/5	23/6	23/7	23/8
水戸医療センター	11	13	13	7	14	8	17	9	20	20	16	19	17	21
水戸済生会病院	6	6	10	9	12	6	9	4	8	7	10	12	11	10
県立中央病院											1	1		2



(注) 搬送人数は、総搬送人員のうち3病院に搬送されたものを集計した。また、ド

クターヘリ出動後に救急車で病院に収容されたものを含む。

【意見】

県立中央病院は受入病院であるため、基地病院である水戸医療センター及び水戸済生会病院に比べ搬送回数が少ないが、ヘリポート整備により、救急センター内への患者搬送の時間短縮や患者負担が軽減され、救命効果も高いと思われるので、施設の有効利用を考えて、基地病院と十分な連携を図るとともに、受入体制の整備に努められたい。

(12) ボランティア活動

中央病院にはボランティア委員会規程があり医療行為以外の患者等に対する援護サービスを行っている。具体的には、ボランティア登録が許可された団体として受け付け案内をするシルバー人材センターがある。

職員のボランティアサークルがあり、院内の有志を募り被災地へのボランティア活動を平成23年5月28日から10月までで7回行っている。そして今後も継続的に支援する予定となっている。被災地へのボランティア活動は社会的にも賞賛される活動であり是非継続願いたい。

3. 管理項目毎の監査結果

(1) 未収金管理

① 債権管理事務マニュアルについて

中央病院の未収金管理事務について、患者個人に対する未収金管理事務に関しては「医業未収金マニュアル」、社会保険診療基金等に対する未収金管理事務に関しては「医事課業務マニュアル」が整備されているが、当該マニュアルには未収金管理事務の全体的な手順や手続の期限等の詳細な記載がなく事実上は実務上の運用に即したマニュアルになっていない。

【指摘】

各手続きの具体的な実施期限や実施時期等を明確にし、実務上の運用に即したマニュアルに改訂する必要がある。

【意見】

未収金管理業務の理解や業務マニュアル等の見直し、業務の改善等を効率的かつ効果的に実施するため未収金管理業務全般と個々の債権管理業務との関連性や各業務の位置づけを明確にした業務フローチャート等を作成・整備することが望まれる。

② 医業未収金の回収不能見込額について

平成23年3月31日現在の過年度個人医業未収金残高162,068千円(下表1)のうち時効期間経過分や住所不明等で事実上債権回収が不能であると想定される債権が多数・多額含まれている。

〔(表 1) 過年度個人医業未収金残高前期比較〕

(単位：千円)

発生年度	平成 21 年度末	平成 22 年度末	差額
平成 21 年度		20,735	
平成 20 年度	31,407	23,000	△8,407
平成 19 年度	15,981	14,906	△1,075
平成 18 年度	18,540	16,691	△1,848
平成 17 年度	15,453	13,934	△1,519
平成 16 年度	15,888	14,997	△890
平成 15 年度	14,414	13,871	△543
平成 14 年度	13,411	12,736	△674
平成 13 年度	11,237	10,750	△487
平成 12 年度	12,096	11,562	△534
平成 11 年度	7,361	7,222	△139
平成 10 年度	969	969	—
平成 9 年度	435	435	—
平成 8 年度	5	5	—
平成 7 年度	250	250	—
合計	157,454	162,068	△16,120

〔(表 2)平成 23 年 3 月過年度個人医業未収金残高内訳〕

(単位：千円)

無保険	資格証 明書発 行世帯	自己負担分 支払不可	外国人 ※	本人死 亡後相 続放棄	住所不明	合計	うち、時 効期間経 過分
13,581	743	127,731	16,507	747	2,759	162,068	107,083

※無保険・住所不明等の外国人

【指摘】

過年度個人医業未収金の中で時効期間経過分を回収不能見込額とすれば、107,083 千円の回収不能見込額があり、資産性はない。

③ 個人未収金の高額滞納者の回収管理について

過年度個人医業未収金残高のうち 100 万円以上の未収者については通常の未収者管理簿の他に別途高額未収者としてリストアップし、臨戸訪問を中心に滞納者との接触を積極的に図りながら債務承認による債権の保全や分割返済計画作成による個別具体的な債権回収

を実施している。しかし、当該未収者は大多数が生活困窮者であるため分割返済額が数万円程度にしかならない場合が多く、結果的に返済期間が超長期になってしまっていたり、慢性疾患を抱えている未収者の場合には継続治療の必要性から、治療の度に分割返済額以上の治療費が発生してしまっている。

〔(表 3) 平成 23 年 3 月 31 日現在 100 万円以上未収者〕

(単位:千円)

No	国籍	年齢	入院/外来区分	金額	状況
1	外国	47	入院・外来	10,170	分納中、慢性疾患
2	日本	65	入院・外来	8,192	生活困窮
3	日本	76	入院・外来	3,099	一部納付
4	外国	40	入院	2,758	一部納付
5	日本	26	入院・外来	2,599	分納中
6	外国	48	入院	2,645	分納中
7	日本	62	入院・外来	2,304	本人死亡
8	日本	18	入院・外来	2,142	生活困窮
9	日本	52	入院	1,996	生活困窮
10	日本	17	入院	1,736	分納中
11	外国	65	入院	1,597	分納中
12	日本	61	入院	1,397	生活困窮
13	日本	58	入院・外来	1,234	分納中
14	日本	69	入院・外来	1,132	分納中
15	日本	56	入院	1,140	生活困窮
16	日本	61	入院	1,130	生活困窮
17	日本	58	入院・外来	1,125	生活困窮
18	日本	57	入院	1,075	生活困窮
19	日本	42	入院・外来	1,424	保険会社より一括入金予定
20	日本	78	入院・外来	1,067	生活困窮
21	日本	53	入院・外来	1,045	生活困窮
	平均	53	合計	51,016	

【指摘】

過年度個人医業未収金残高に占める高額未収者合計額の割合は約 31.5%、未収者の平均年齢は約 53 歳と、ともに高水準であり、また高額未収者全般が生活困窮状況であることを勘案すると通常の分割返済では事実上未収金総額の回収は不可能であると考えられる。これらの中には時効経過分と時効未経過分がある。時効未経過分については、債権保全の手続きを徹底するとともに、早期回収あるいは、債務者の実態に応じた処理を進めるべきであ

る。

【意見】

過年度個人医業未収金残高に占める外国籍の高額未収者合計額の割合は約 10.6%、高額未収金合計額に占める割合は約 33.7%とともに高水準であり（表 3 参照）、この中には慢性疾患による継続治療を行っている患者も含まれている。これら外国籍の高額未収者に対しては債権保全をより確実なものとするために、祖国に対する求償の可否や公費等による制度的な保障等、現状の未収金回収方法の枠を超えた抜本的な対応策を国等に要望していくことが望まれる。

④ 入院保証金・誓約書・保証書の入手について

入院に際し平成 21 年 12 月 1 日から 5 万円の保証金を患者から受領している（「入院のご案内」の中にお知らせとしてその旨の記載のある書類が添付されている書類より）。また、入院時に必要な書類として誓約書・保証書の提出を受けている（「入院のご案内」より）。平成 23 年 3 月 31 日に入院した患者をサンプルとして抽出し保証金及び誓約書・保証書の受領状況を調査したところ以下の結果が判明した。

〔表 4〕平成 23 年 3 月 31 日入院患者保証金及び誓約書・保証書入手状況

退院日	人数※	保証金受領者数	誓約書・保証書受領者数	未収残
3 月 31 日(木)	2 名	—	—	なし
4 月 1 日(金)	5 名	—	2 名	なし
4 月 2 日(土)	4 名	—	3 名	なし
4 月 4 日(月)	1 名	—	—	なし
4 月 5 日(火)	6 名	2 名	3 名	なし
4 月 6 日(水)	2 名	—	—	なし
4 月 7 日(木)	2 名	—	—	なし
4 月 9 日(土)	1 名	1 名	1 名	なし
4 月 13 日(水)	1 名	—	—	なし
4 月 14 日(木)	3 名	1 名	2 名	なし
4 月 15 日(金)	1 名	1 名	1 名	なし
4 月 21 日(木)	1 名	1 名	1 名	なし
5 月 7 日(土)	1 名	—	—	なし
5 月 31 日(火)	1 名	—	1 名	なし
6 月 4 日(土)	1 名	1 名	1 名	なし
合計	32 名	7 名	15 名	

※生活保護等公費適用対象者 3 名含む

【指摘】

ア.平成 23 年 3 月 31 日入院者に占める保証金受領割合は約 21.9%、誓約書・保証書受領割合は約 46.9%であり受領が徹底されているとはいえない(表 4 参照)。幸いサンプル対象者の中には未収が発生している患者はいないが保証金及び保証書の入手は未収金保全の重要な手段であるため受領を徹底する必要がある。

イ.誓約書・保証書を受領した 15 名の入院患者のうち誓約書日付欄の記載不備が 2 件、保証書日付欄の記載不備が 5 件発見された。誓約書・保証書の正確な記載を徹底する必要がある。

【意見】

保証金や誓約書・保証書受領の実効性を高めるためにも可能な限り入院日前に入院時の手続内容を周知できる体制を整えることが望ましい。

⑤ 退院時における入院費用精算について

入院費用の精算は原則として退院日当日に会計窓口にて行われるが、退院日が休日である場合には前日の金曜日までに前倒して精算できるように取り行っている。平成 23 年 3 月 21 日(月)から平成 23 年 3 月 27 日(日)までの退院患者をサンプルとして抽出して精算日の状況を調査したところ以下の結果が判明した。

〔表 5〕退院日と入金日の状況

退院日	退院患者数	入金日			
		当日	3 月	4 月	未払い
21 日 (月)	3 名	—	2 名	1 名	—
22 日 (火)	11 名	5 名	2 名	4 名	—
23 日 (水)	15 名	8 名	4 名	3 名	—
24 日 (木)	10 名	7 名	2 名	1 名	—
25 日 (金)	16 名	15 名	—	—	1 名
26 日 (土)	12 名	1 名	5 名	5 名	1 名
27 日 (日)	5 名	—	1 名	4 名	—
合計	72 名	36 名	16 名	18 名	2 名

※未払者は公費利用者と支払拒否者

【指摘】

退院日に精算している患者の割合は半数である。確かに 25 日(金)退院日の状況をみると金曜日の当日精算意識は高いと推測できるが、26 日(土)、27 日(日)の精算状況からは金曜日前倒し精算が漏れなく実施されているとは推測できない(表 5 参照)。平日の当日

精算及び休日退院の場合の期限前精算を徹底する必要がある。

⑥ 返戻レセプトの会計処理について

診療報酬請求書であるレセプトを作成する際、保険番号の誤り等の事務的な問題がある場合や審査機関がレセプトの内容に疑問がある場合にはレセプトが医療機関に差し戻される。この差し戻されたレセプトを返戻レセプトというが、この返戻レセプトの会計処理としては①返戻時点では会計処理を行わない方法と②返戻時点で一旦医業収益を取消し処理する方法が考えられる。ここで中央病院の処理方法は返戻を受けた時点で一旦医業収益を取消し処理を行い（返戻相当額だけ医業未収金も取消される）、再請求を行った時に改めて医業収益の計上を行う（返戻相当額だけ医業未収金も計上される）上記②の方法を採用している。確かにこの方法の場合には再請求分について当初請求時点と再請求時点とで収益が二重に計上される心配がないという事務処理上のメリットがあるが、返戻による取消し処理を行った月と再請求による計上処理を行った月が異なる場合には各々の月の医業収益及び医業未収金の実態と乖離してしまうデメリットがある。特に、年度末に再請求未了のまま残っている返戻レセプトについては翌年度以降実際に再請求された年度の医業収益及び医業未収金として認識されることになるため、当該返戻レセプトの金額の多寡によっては年次の病院実績を大きく歪める可能性がある。

〔表6〕 期末再請求未了返戻レセプト一覧

（単位：千円）

診療年月	社保		国保	
	入院	外来	入院	外来
平成22年 5月	—	211	—	—
平成22年 11月	829	—	17,270	—
平成22年 12月	1,811	—	—	—
平成23年 1月	10,350	1,308	4,279	417
計	12,990	1,519	21,549	417
合計	36,476			

【指摘】

返戻は単なる請求手続きの不備等により収益の回収が遅れるだけであり、会計理論的には返戻時点で医業収益を修正する必要のあるものではない。従って返戻を受けた時点では基本的に会計処理は行う必要はなく返戻相当額を取消し処理は適切ではない。但し、月次決算を別にすれば、返戻による取消し処理を行った月と再請求による計上処理を行った月が同一年度内であれば結果的に期中の処理は年度数値に影響を与えないため、最終的には期末再請求未了の返戻レセプトについてのみ修正処理を行えば足りることになる。

また、返戻レセプトは病院側で自ら請求を取り下げない限り再度請求できる性質のもので

あることを鑑みれば、返戻レセプトは再請求権という権利であるとも考えられる。従って、この請求権という意味においても期末再請求未了の返戻レセプト相当額については期末に未収計上が必要になる。

以上より、期末再請求未了の返戻レセプト相当額 36,476 千円については年間の病院実績を適切に反映させるため再計上処理する必要がある（表 6 参照）。

⑦ 過誤返戻レセプトの会計処理について

過誤返戻とは一旦基金等を通じて診療報酬として支払を受けたレセプトについて保険者の審議により何らかの疑義が生じたために再度基金等に差し戻されたものである。この過誤返戻は既に受領済みの診療報酬に対する差し戻しであるため、本来は保険者に対して過誤返戻相当額の返還が確定した段階で直前の診療報酬と相殺処理する方法が適切であると考えられるが、実際は保険者に対し再請求が可能な段階、すなわち過誤返戻として基金等に差し戻した時点でその時点の直前の診療報酬と相殺されている。従って、中央病院でもこの過誤返戻の会計処理については通常に戻戻と同様に扱い、診療報酬の入金時に過誤返戻相当額だけ一旦医業収益を取消す処理を行い（過誤返戻相当額だけ医業未収金も取消される）、再請求を行った時に改めて医業収益の計上を行う（過誤返戻相当額だけ医業未収金も計上される）方法を採用している。しかし、この処理方法では返戻の処理と同様に、過誤返戻による取消し処理を行った月と再請求による計上処理を行った月が異なる場合には各々の月の医業収益及び医業未収金が過誤返戻相当額だけ過少に計上され実態と乖離してしまうという問題が生じることになる。特に、年度末に再請求未了のまま残っている過誤返戻レセプトについては翌年度以降実際に再請求された年度の医業収益及び医業未収金として認識されることとなるため当該過誤返戻レセプトの金額の多寡によっては年度の病院業績が過誤返戻という過年度損益修正項目の影響を多大に受ける可能性がある。

〔表 7〕 期末再請求未了過誤返戻レセプト一覧

（単位：千円）

診療年月	社保		国保	
	入院	外来	入院	外来
平成 20 年 11 月	—	82	—	—
平成 21 年 1 月	—	80	—	—
平成 21 年 5 月	—	80	—	—
平成 21 年 10 月	—	—	—	1
平成 22 年 1 月	—	—	—	7
平成 22 年 4 月	354	34	223	10
平成 22 年 5 月	517	339	—	5
平成 22 年 6 月	27	161	—	12

平成 22 年 7 月	—	—	—	735
平成 22 年 8 月	—	1,232	—	13
平成 22 年 9 月	—	16	4,214	69
平成 22 年 10 月	—	392	6,593	66
平成 22 年 11 月	—	—	1,299	13
計	898	2,416	12,329	931
合計				16,574

【指摘】

過誤返戻の再請求が不能な場合等、事実上過誤返戻相当額の返還が確定している場合を除いて、会計理論的には過誤返戻時点で医業収益を修正する必要のあるものではない。従って過誤返戻を受けた時点では基本的に会計処理を行う必要はなく過誤返戻相当額を取消す処理は適切ではない。但し、月次決算を別にすれば、過誤返戻による取消し処理を行った月と再請求による計上処理を行った月が同一年度内であれば結果的に期中の処理は年度数値に影響を与えないため、最終的には期末再請求未了の過誤返戻レセプトについてのみ修正処理を行えば足りることになる。

また、過誤返戻レセプトは病院側で自ら請求を取り下げない限り再度請求できる性質のものであることを鑑みれば、過誤返戻レセプトは再請求権という権利であるとも考えられる。

従って、この請求権という意味においても期末再請求未了の過誤返戻レセプト相当額については期末に未収計上が必要になる。

以上より、期末再請求未了の過誤返戻レセプト相当額 16,574 千円については年次の病院実績を適切に反映するために再計上処理する必要がある（表 7 参照）。

⑧ 請求保留レセプトの会計処理について

請求保留レセプトとは診療行為は完了しているが医療券の発券待ちや公費の申請等の形式的な理由により基金等に対する請求を留保しているものである。この請求保留レセプトの会計処理については、実際に請求した時点でその時点の医業収益及び医業未収金として認識されることになる。従って、当期診療分のレセプトのうち期末までに請求が保留されているレセプトについては診療行為が完了しているにも関わらず医業収益及び医業未収金が診療年度に計上されないことになり不適切である。特に当該請求保留レセプトの金額の多寡によっては年次の病院実績を大きく歪める可能性がある。

【指摘】

診療行為が完了した時点で医業収益及び医業未収金を計上することが費用収益対応の観点から適切な処理である。また、請求保留レセプト以外の通常のレセプトについては診療月に医業収益及び医業未収金が認識されるため、この処理との整合性からも期末請求保留

レセプトについては期末に医業収益及び医業未収金を計上する必要がある。

以上より、請求保留レセプト相当額 8,774 千円について年次の病院実績を適切に反映するために再計上処理する必要がある。

⑨ 過年度団体医業未収金の処理について

過年度団体医業未収金は主に基金等に対して前年度以前に生じた未収金を計上する勘定科目であるが、その中には発生年度が相当古い未収金が多く含まれている。

【指摘】

過年度団体医業未収金期末残高 48,605 千円のうち発生年度が古く回収が見込まれないと認められる未収金については損失処理をする必要がある。

⑩ その他指摘事項

【指摘】

平成 22 年度の様式第 42 号 現金出納カードの確認印の押印漏れが 1 件発見された。

(2) 固定資産管理

① 遊休財産について

従来勤務する医師が入居するための施設である医師公舎として利用していた土地及び建物について、現在は全く利用しておらず遊休状態となっている。築年数が 40 年ほどと長期間経過しており、かつ、ここ数年使用していないため、建物は非常に老朽化している。最近撮影した写真を閲覧したところ、住宅および庭周辺は使用に堪えない状況であり、利用価値はほとんどないと思われる。

また、当該施設について、除草のための支出などの維持費用は毎年計上されている。なお、担当者によれば、将来的には、建物を解体したうえで土地を売却する方針とのことであるが、原義書等によって具体的に意思決定されたわけではない。

さらに、看護師の宿舎として使用していた建物（女子宿舎）について、利用希望者が減少していることなどの理由により、宿舎としての利用を停止している。当該女子宿舎については、現在は、その一部の部屋を X 線フィルム、古くなったカルテ類、災害備蓄用品類などの一時保管のための倉庫などに利用しているものの、今後の利用方法などの意思決定はなされていない。

建物名称	科目	内容	簿価（平成 22 年度末）
水戸医師公舎	土地	水戸市文京 1 丁目（3,579 m ² ）	21,355 千円
	建物及び構築物	医師公舎 5 棟（昭和 48 年築）	3,269 千円
女子宿舎（中央）	建物	昭和 38 年および 47 年築。	224,379 千円

病院敷地内)		一部、倉庫として利用しているが、大部分は未使用状態。	
--------	--	----------------------------	--

その他、老朽化や産科休止等の事情により、医療機器等の器械備品 12 件（平成 22 年度末簿価合計 783 千円）が遊休状態になっているとのことである。

【指摘】

遊休財産についての処分方針が存在しないために、当面の間、放置されることになる。

このような遊休財産は、財産の運用状況として、効率的ではなく、有効利用できない場合、無駄に維持費用が支出することが想定され、また、老朽化に伴う事故発生などの管理責任が問われる可能性がある。

早急に有効利用できるかどうか検討の上、売却や廃棄等の方針を決定し、適切に管理する必要がある。

② 固定資産台帳の登録情報について

固定資産台帳に登録されている資産が、どの資産なのかを具体的に判別できるように、固定資産台帳には各種情報が登録されている。すなわち、資産の具体的内容が端的にわかるように、「固定資産名称」を、資産の存在する場所を明らかにするために、資産の設置場所を登録することになっている。

しかしながら、固定資産台帳を通査したところ、固定資産名称が適切でないため、該当資産の特定が困難であるものが多数存在した。また、設置場所が「不明」「その他」となっているものが散見された。

以下に、問題のあった登録情報の具体的な内容を示す。

資産内容	科目	資産番号	台帳上の登録
駐車場として利用	構築物	1988000065	資産名称が「テニスコート」となっている。 現在、テニスコートではなく、駐車場として利用されているため、台帳からは資産の特定ができない。
門など（詳細は不明）	構築物	1971000001	資産名称が「高層棟」となっている。 高層棟としか記載がないため、台帳からは資産の特定ができない。
院内放送設備	建物	1994000043	設置場所が「不明」となっている。設置場所が「不明」「その他」となっている固定資産はこれ以外にも多数ある。

【指摘】

固定資産台帳の登録情報不備といえるものが多数存在するため、固定資産台帳の登録情報を見直し、適切に修正する必要がある。

固定資産登録情報の不備によって、該当する資産の特定ができない場合、資産の管理部署の移動や売却、廃棄処理を実施する際に、固定資産台帳の移動処理や売却、廃棄処理ができないため、結果として、実在性のない資産が財産として帳簿上存在することとなる可能性が高くなる。また、固定資産実査も実施困難となり、現物確認ができないこととなる。

したがって、固定資産台帳の登録情報について、現物資産が特定できるように、改めて登録情報を見直し、適切に修正する必要がある。

③ 資産の廃棄処理漏れについて

会計課の固定資産担当者に対するヒアリング及び廃棄に関する伺い書の閲覧を実施し、資産の廃棄処理漏れがないかどうかを確認したところ、廃棄処理漏れが多数存在することが判明した。

廃棄処理漏れがある場合、固定資産台帳に実在しない資産が存在することとなるため、管理すべき財産の範囲が不明確となり、また、帳簿上に実在しない資産が残高となるため、結果的に決算書における貸借対照表が適切な財産の状況を表さないこととなる。

現時点で、明らかに現物が存在せず、資産の廃棄処理漏れであることが判明したものの一覧は以下のとおりである。

資産番号	科目	固定資産名称	取得価額	簿価（平成 22 年度末）	備考
2000000040	器械備品	診断用 X 線 TV 装置	108,000 千円	38,650 千円（補助金充当 35 百万円）	※ 1
1987000203	〃	X 線撮影装置	65,000 千円	3,362 千円	
1987000202	〃	X 線撮影装置	54,000 千円	2,700 千円	
1987000228	〃	放射線治療計画装置	27,000 千円	1,350 千円	
1987000206	〃	X 線テレビジョン装置	41,000 千円	7,750 千円（補助金充当 6,500 千円）	

※ 1 平成 22 年 12 月を処分期限とする放射線機器処分依頼書を業者に対して発行している。上記の他、医療機器等の器械備品 55 件（平成 22 年度末簿価合計 6,140 千円）が廃棄処理漏れになっているとのことである。

【指摘】

上記のとおり、資産の除却処理漏れが存在するため、除却処理を実施する必要がある。また、資産登録情報の不備により、固定資産台帳に記録されている資産の特定が困難であるものについては、調査の上、除却済みの資産を特定し、除却処理を実施する必要がある。

【意見】

このような資産の除却処理漏れが生じてしまう原因として、固定資産の定期的な現物照合を実施していないこと、固定資産台帳の登録情報に不備があることがあるが、その他に、固定資産台帳上の廃棄処理を、年度末において一括して行っているという業務処理上の問題点もあると考える。

すなわち、不用固定資産の処分に関する事務局への通知についてはその都度行うものの、固定資産台帳上の廃棄処理は年度末に一括して行っている。これでは、廃棄処理件数が多くなるため、処理漏れが生じてしまう可能性が高くなる。

不用固定資産の処分の都度、固定資産台帳上の廃棄処理を実施することが望ましい。

④ 固定資産の現物確認について

ア.固定資産の用途の廃止、資産の処分の処理は、茨城県病院局会計規程第 91 条ないし第 93 条に基づき、その都度行われているものの、年度末などの一定時点における現物確認は実施していない。固定資産の利用状況の把握、交換や廃棄資産の把握等や現物確認のために、定期的な固定資産の現物確認及び固定資産台帳との照合が必要となると考えられる。

また、固定資産の現物確認手続の実施を定めた規程や手続要領を文書化した現物確認実施マニュアル等が存在しない。

【指摘】

ア.定期的に固定資産の現物確認を実施することが必要である。

病院事業という性質上、特に、医療機器などの機器備品については、その機能的特異性から高額となり、また、日進月歩の医療技術に伴う新しい機器導入のため、比較的頻繁に資産の移動や更新が行われる。そのため、年度毎など一定期間ごとの固定資産実査の意義は大きいと考えられる。

なお、平成 13 年 3 月 15 日付で公表された包括外部監査の結果報告書に、当病院に対して同様の指摘がなされており、その後平成 18 年 2 月から 3 月にかけて固定資産の現物確認が行われたようだが、その後はまた実施されていないという事実は、その措置状況について不十分であるといわざるをえない。

イ.固定資産実査を行うにあたり、会計規程などにその手続の実施を定める必要がある。

さらに、手続の実施に関して具体的詳細について、作業内容を標準化するために、固定資産の現物確認マニュアルを作成する必要がある。

⑤ 固定資産管理シールを付す時期について

固定資産の管理のため、茨城県病院局会計規程第 65 条の 5 において、固定資産現物に標識（固定資産管理シールの意）を付すことが定められている。しかしながら、固定資産現物に付す時期について、物品納入検品時ではなく、納入後、年度末等の一定の時期にまとめて固定資産管理シールを付している。

【指摘】

固定資産管理目的の観点からすれば、物品の納入検品された時点において、直ちに固定資産管理シールを付し、備品であることを表示するとともに、管理対象資産として管理する必要がある。

平成 23 年 10 月 12 日の監査実施時に固定資産管理シールが付されていなかったものは以下のとおりであった。

固定資産管理番号	科目	名称	納入	設置	取得額
2011060119	器械備品	移動型 X 線装置(インバーター式コードレス)	平成 23 年 9 月 7 日	救急・循環器センター	3,097 千円

⑥ 借受資産の管理について

茨城県病院局会計規程第 92 条において、借受固定資産台帳の作成を定めているが、当病院においては、リース契約等によって借り受けている固定資産について、借受固定資産台帳を作成していない。

借受固定資産は、所有物ではないにしても、使用中における資産の管理義務は負っており、契約終了後は、正常な状態での返却が求められていることから、借受固定資産台帳を作成し、管理する必要がある。

【指摘】

茨城県病院局会計規程に基づき、借受固定資産台帳を作成し、借受資産を適切に管理する必要がある。

⑦ 文書の保管状況について

固定資産の取得に係る一連の文書、すなわち、入札に係る文書、契約書等の契約に係る文書、会計伝票などの文書の保存状況を観察し、また、担当者に対して文書の整理方法に関するヒアリングを実施した。

その結果、固定資産の取得に係る文書については、茨城県病院局文書等整理保存規程第 6 条第 3 項の一件別整理がなされており、取引案件ごとにおおむね日付順に整理されているものの、順序や文書の種類がまちまちで、ファイルされている各文書には番号が付されておらず、またファイルされている文書の一覧表が作成されていないため、文書の完全性や秩序性、明瞭性について十分とは言えない状況であった。

【指摘】

入札に係る文書、契約書等の契約に係る文書、会計伝票などの重要文書は、完全性、秩序性、明瞭性をもって整理保存する必要がある。特に、取引案件ごとに文書整理をする一件別整理にあつては、各個人で整理の仕方が変わってしまう傾向にあり、整理保存方法を標

準化する必要があると考える。

具体的には、個々の文書には番号を付した上で、ファイルごとに文書の一覧表を作成し、日付順に整理することが考えられる。

(3) 棚卸資産管理

平成 22 年度の決算書その他関係資料から抽出した、中央病院の薬品・診療材料に関する各データは以下のとおりである。

実地棚卸の対象在庫	保管場所	平成 22 年度末棚卸資産計上額
薬品	薬剤科倉庫	35,300 千円
診療材料	SPD 倉庫	6,967 千円
合計貯蔵品計上額		42,263 千円

① 薬品・診療材料の受払管理システムと運用状態

薬品に関する受払いは、薬品在庫管理システム（以下、「在庫管理システム」という。）によって、運用されている。

一方、診療材料に関する受払いは、外部委託先（委託先：㈱自治体病院共済会）が担当する診療材料物流・情報管理システム（以下「SPD システム」という。）によって運営されている。

ただし、これらの管理システムによって管理されている棚卸資産は上記 2 倉庫内にあるものに限られており、倉庫払出し後、病棟などに保管されている在庫（以下「院内在庫」という）については、貸借対照表に棚卸資産として計上していない。

薬品および診療材料の受入処理状況については、平成 22 年度における発注書の内容と、在庫管理システム及び SPD システムにおける受入数量が整合していることを、サンプリングテストにより検証し、その一致を確かめた。また、払出処理状況については、平成 22 年度における払出請求票と在庫管理システム及び SPD システムにおける払出数量が整合していることを、サンプリングテストにより検証し、その一致を確かめた。

② 棚卸資産に計上されていない院内在庫について

薬品の院内在庫については、定数管理を実施しているが、倉庫払出後の受払や在庫数量・金額の把握はされていない。

一方、診療材料の院内在庫についても、定数管理を実施しているが、倉庫払出後の受払や在庫数量・金額の把握はされていない。

診療材料に関する院内在庫については、この定数に基づき、集計された金額・品目数について、監査時点での上位 5 位までの主な部署別内訳及び在庫残高合計は以下の通りである。当該表の金額は各部署で定数管理している在庫についての、定数に基づく在庫残高となっ

ている。

No.	保管部署名	定数在庫合計金額	構成比	品目数	構成比
1	手術室	15,418 千円	24.8%	482	9.9%
2	内視鏡室	4,690 千円	7.6%	153	3.1%
3	循環器センター 手術室	4,510 千円	7.3%	181	3.7%
4	臨床検査室 生化学	4,409 千円	7.1%	167	3.4%
5	透析センター	3,560 千円	5.7%	134	2.7%
	その他	29,496 千円	47.5%	3,781	77.2%
	合計	62,085 千円	100.0%	4,898	100.0%

出典：SPD システムデータ「部署別定数在庫保有状況 ABC」

注：「部署別定数在庫保有状況 ABC」表における「定数在庫合計金額」及び「品目数」には、中央病院の在庫には計上されない預託分が含まれているため、上記表においては当該預託分は除いて算定している。

上記のように薬品・診療材料に関する院内在庫について、消費済の処理になっていて、棚卸資産計上されていない。院内在庫が期末時点でどれほどあるかは算定されていないが、薬品についてはそれ程多くの金額ではないが、以下の診療材料の金額を考えれば、期末に棚卸資産に計上されている倉庫在庫金額より多額の在庫が院内に保管されているものと予測される。これらの金額が棚卸資産に計上されていないことは不適切である。

【指摘】

ア.診療材料の院内在庫の棚卸資産未計上について

診療材料に関する院内在庫について、上記監査時点での診療材料上位 5 位までの主な部署別定数在庫残高の金額 62,085 千円をみても、期末に棚卸資産に計上されている倉庫在庫金額よりはるかに多く金額的重要性が認められる。

よって、診療材料の院内在庫は患者に販売又は投与して費消するまでは当病院の資産として適切に管理・記録する必要があり、棚卸資産として計上すべきである。

院内在庫は定数管理は行っているため、当該金額を棚卸資産に計上することも認められる方法である。

イ.院内在庫の受払管理について

定数管理の対象となっている薬品・診療材料については、金額的・質的重要な在庫については継続的な受払記録をとるべきである。

③ 実地棚卸

実地棚卸は、毎月末実施している。実地棚卸の対象となる在庫は、「薬剤科倉庫」で保管されている薬品、及び「SPD 倉庫」で保管されている診療材料である。薬品については在庫管理システム、診療材料については SPD システムにおいて、受払に関する継続記録が作

成されている。両倉庫から払い出された後の院内在庫については、受払管理及び実地棚卸は行われていない。

薬剤科倉庫及びSPD倉庫内で実施される実地棚卸の結果と帳簿残高との間の不明差異については、払出数量で調整され、在庫システム上の月末（又は年度末）在庫残高は、最終的に実地棚卸残高に修正されている。今回の調査の際に実施した監査人によるテストカウントの結果、1件注射薬について帳簿残高と実地棚卸との差異が生じていたが、その他の在庫については帳簿在庫通りの在庫数が確認された。

SPD倉庫では実地棚卸の実施結果を記録した棚卸原票はSPDシステム入力後すぐに破棄されているため、往査時点ではドキュメントとして保管されていなかった。

薬剤科倉庫及びSPD倉庫から払い出された後の、院内在庫については品目ごとに定数が定められており、その定数による管理が行われている。薬品等毎にバーコードが貼付されており、薬品等を使用した際にバーコードを剥がして病棟に保管しておき、当該バーコードを定期的に回収して使用分を補充する方法を採用している。

【指摘】

ア.棚卸原票の保管

実際に実地棚卸した結果の記録について、在庫金額を確定させるための重要な資料であるため、直ぐに廃棄するのではなく、保管期間に関する規定を定めて保管しておくべきである。

イ.テストカウントの不一致について

往査時に実施した薬剤科倉庫在庫について実施した10件のテストカウントのうち、以下の在庫について実地棚卸高と帳簿残高とが不一致であった。

物品名	物品コード	帳簿残高	実地棚卸	差異
ラニチジン注射液 50mg	ラニチ 0020	117	110	7

該当品は注射薬で使用頻度が高い薬品であり、テストカウント時には薬剤科に全ての払い出し請求伝票が集計しきれていないためであるとの回答であった。下記④の棚卸差異分析についてにあるとおり、注射薬は棚卸差異が多く生じやすい品目であるため、日々の管理を重視する必要がある。

[薬剤科倉庫]



[SPD 倉庫]



④ 棚卸差異分析について

【指摘】

平成 23 年 3 月末時点の薬剤科倉庫における棚卸差異表によると、注射薬を中心に以下の不明差異が生じており、差分金額は合計 331,191 円であった。差異が多い在庫については、差異原因を調査・分析を行うべきである。

(単位：円)

物品名	差分数量	差分金額	物品名	差分数量	差分金額
アドナ注 50ml1A	△4	△235	ネフリン注 250mg2.5%	△2	△170
アドピソ硫酸塩注 0.5mg	3	281	ネファゲン静注 20ml	△13	△633
オクゲリン点滴静注 40mg	△13	△9,009	パントール注 100mg1ml	△9	△471
ガスター注射液 20mg1A	△12	△3,164	ビタミン静注 1V	△11	△1,316
カルコール注射液 8.5%	△2	△121	ビーフリード輸液 500ml	△15	△7,040
カルボプラチン点滴静注	△2	△5,400	フェジン静注 40mg2ml1A	△13	△721
グランジシジ 75 0.3ml	△30	△294,021	(局)ブドウ糖注 5%20ml	183	10,819
グリセロール注 200ml1V	△3	△811	大塚糖液 5%250ml	△6	△665
ゲンタシン注 10 1ml 1A	△1	△130	大塚糖液 50%20ml1PA	△78	△4,516
ゲンタシン注 60 1.5ml 1A	8	2,658	プリンペラン注射液 10mg	△32	△1,704
(局)注射用蒸留水 20ml	71	3,865	水溶液プロトニン 20mg	△9	△1,759
(局)注射用蒸留水 500ml	△20	△2,494	メイロン静注 7%20ml 1A	△9	△739
(局)生理食塩液ヒカリ 5	△30	△3,354	ランックス注 20mg2ml 1A	△8	△441
(局)生理食塩液 20ml1A	42	2,286	レボホリナート点滴静注用	△5	△7,222
セネス注 0.5%1ml 1A	△19	△1,741	アスコルビン酸注射液	41	2,423
タグメット注 200mg2ml1A	△8	△1,062	ソルデム 3A 輸液 200ml	13	1,317
タチオン注 100mg 1A	△31	△2,127	ソルデム 3AG 輸液 500ml	△8	△853
トランサミン注 10%10ml	△3	△388	ソルデム 6 輸液 500ml1V	4	414
(局)塩化ナトリウム注 10	△14	△789	ラニジン注射液 50mg	△13	△1,137
ネアミュー輸液 200ml	△2	△1,021		差分合計	△331,191

(注) 差分数量・差分金額が正の値の場合は帳簿数量より棚卸数量が多く、負の値の場合は帳簿数量より棚卸数量が少ない状態である。

不明差異が生じているのは多くが注射薬であり、注射薬は使用頻度が高く払い出し先が多岐に渡ることから、差異が生じやすくなっている。

⑤ 棚卸減耗損の計上について

【指摘】

当年度における差分金額は 331 千円と全体からみると金額的に大きくはないが、会計的

には実地棚卸と継続記録との差額は「棚卸減耗損」として認識し、当年度の払出額と混同させないことが必要となる。棚卸減耗損を明確にすることで、在庫管理に対する管理責任が明確になること、また、棚卸差異の発生額を小さくすることは医薬品の利用効率を高めることにもつながるため、病院経営上、重要な意味を持つことから、棚卸差異は棚卸減耗損として認識することが必要になる。

⑥ 棚卸の結果報告

【指摘】

茨城県病院局会計規程「第6章棚卸資産」第63条第2項によると、「企業出納員は、実地たな卸の結果現品に不足があった場合は、その原因及び現状を調査し、前項の報告に併せて管理者及び公所長に報告しなければならない。」となっている。現状では実地棚卸の結果及び実地棚卸の結果現品に不足があった場合であっても、必ずしも管理者及び公所長に報告されていない。

実地棚卸の結果、過不足があった場合においては、管理者及び公所長に報告する必要がある。

(4) 出納管理

① 資金運用の状況及び資金運用先の検討プロセスについて

当病院の資金繰りは、資金が不足する水準まで減少する時期と比較的資金繰りにゆとりが生じる水準である時期があり、年間を通して手許資金の残高が大きく増減する。

このような中で、当病院は時期によっては生じる余剰資金と判断した資金について、譲渡性預金等を中心として資金運用を行っている。

譲渡性預金等は、当病院が安全性の高いと判断した金融機関にて運用されており、運用利率も一般的な普通預金の金利水準と比較して高い水準にある。

病院経営上、余剰資金があるにも係らず、普通預金等の運用利率の低い金融商品にて運用が行われると、一般的に元本保証等の安全性が高く、普通預金等と比べると若干高い金融商品等で運用したならば本来得られたであろう運用収入について、機会損失が発生する。

当病院は、安全性等に留意しながら、運用利率等のより高い金融商品にて資金運用を行おうとしており、余剰資金の運用という面から、一定の成果があるものと判断される。

但し、例えば複数の金融機関から相見積をとり、より安全性が高く有利な運用利率である金融商品での運用を行うといった検討を病院経営上行っていない。

【意見】

余剰資金の運用は、複数の金融機関に対して見積・提案を要請し、金融機関同士を競合させ、競争原理により、安全性が高くより有利な運用利率である金融商品を選択し、病院経営上、収益性の向上に貢献するよう努力する必要がある。

② 資金管理規程の整備

上記の資金運用について関連するが資金管理について、規程類が整備されていない。

資金管理水準を向上させるため、資金管理規程等により、資金運用方針等の資金管理方針を定め、またそれ以外にも資金の調達、資金繰り計画の作成・報告、資金管理実績の報告、適切な権限者の設定、種々の資金管理に関する意思決定プロセスの設定等について、ルールを文書化することが考えられる。

資金運用は、本来普通預金等での低利率の運用であっても、ペイオフ解禁後のわが国では、デフォルトのリスクがゼロであるわけではない。

そのため、普通預金等を含むいかなる金融商品についても、資金運用上のデフォルトのリスクがあり、適宜資金運用上のポートフォリオを見直すべきである。

また、どのような金融商品で運用するか決定が、明確な資金運用方針がなく、担当者の判断によった場合、安全性に疑問のある金融商品にて余剰資金が運用される可能性があり、当病院の資金運用に一定の規制がされない可能性がある。

そのような可能性を排除し、適切な会議体での検討及び適切な権限者のチェックを受けた後、資金運用上のポートフォリオが決定されることが必要である。

また、現在余剰資金について概括的な定義がなく、資金運用額も担当部局の判断によって決められている。運用金額の水準を概括的にルール化し、過度な資金運用により、手許資金が枯渇するリスクを回避するためにも、資金管理規程でのルール化が必要である。

【意見】

資金運用については、文書化された資金運用方針を定め、資金運用方針に沿った資金運用を行うことが必要である。

③ 金庫の施錠管理

現金、通帳等を保管している金庫は当病院内に2か所ある。

2つの金庫のうち、1つは鍵とダイヤルで二重に施錠できるものを使用しており、もう1つはダイヤルのみで二重に施錠できるものを使用している。

前者の金庫の鍵は会計課課長が管理し、ダイヤルナンバーは使用していない。また、後者の金庫は、暗証番号のみのダイヤルナンバーであり、鍵がついていない。現金、通帳等の貴重品を保管しているため、安全面からより厳格な管理を行う必要がある。

【指摘】

金庫は鍵とダイヤルにより二重に施錠し、ダイヤルは定期的に変更することで厳重に管理することが必要である。

④ 領収証の管理

当病院は、主に文書作成料等について病院事務局として現金回収があり、領収証を発行している。

領収証綴りは使用中及び未使用は金庫に保管しておらず、領収証の不正発行による着服リスクがある。すなわち、様々な架空の名目にて領収証を不正に発行し、不正に現金を着服できる可能性を排除できていない。

本来、領収証綴りは小切手帳等と同様に不正・着服に使用されるケースがあり、当病院として厳重に管理及び保管する必要がある。

【指摘】

領収証綴りの管理簿による領収証綴りの払出管理及び各領収証綴りの連番管理により、領収証の不正使用を未然に防ぐことが必要である。

⑤ 現金過不足の取扱い

料金収納窓口業務はほとんどのレジ及び自動精算機について、民間一般事業者に委託している。委託業者は業務終了時にレジ精算レシートと実際の現金残高について医事課担当者も立会いの上で照合を行う。また、一部レジについては、料金収納窓口業務は医事課担当者が回収している。その結果、現金過不足が生じる可能性がある。

現金過不足が生じたケースは過去にないとのことであるが、生じる可能性がある以上、このような事務処理を規定上明確にするべきである。

【意見】

現金過不足が生じた場合、所定の担当者が原因を調査し、適切な権限者に報告し決裁をうけることを所定の管理業務として規定化するべきである。

⑥ 出納業務と経理業務の職務分掌について

出納業務及び経理業務が、会計課課長の査閲は受けているものの、同一の担当者によって行われている。

【指摘】

適切な職務分掌の観点から、出納業務を行う担当者は、経理業務を行わず、経理業務を行う担当者は出納業務を行わないとすることが必要である。

⑦ 病院内売店、レストランからの施設使用料の徴収

当病院内に業者が売店等を設置する場合、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）、「茨城県行政財産の使用料徴収条例」（昭和 39 年条例第 8 号）及び「行政財産の使用許可に関する取扱基準」（管第 884 号総務部長通達）に基づき、茨城県行政財産の使用に関し施設使用料を徴収することになっている。

当病院内に、売店は 2 か所あり、それぞれ別の運営主体が運営を行っている。また、そのうち片方の売店を出店している業者はレストランも出店している。

これら売店の運営主体のうち、一方の業者からは施設使用料を徴収しているが、もう一方の業者からは施設使用料を徴収していない。

これは、「行政財産の使用許可に関する取扱基準」（管第 884 号総務部長通達）第 5 の規定、同取扱基準別表第 2（使用料減免基準）及び「茨城県行政財産の使用料徴収条例」（昭和 39 年条例第 8 号）第 8 条に規定されており、職員の組織する生活協同組合が、直接、直動売店、理髪所等を設置するために使用するとき、施設使用料の減免率が 10 / 10、すなわち施設使用料が全額免除になっているためである。

しかし、当該施設は当該生活協同組合の組合員だけでなく、広く一般の来院者が利用できる状態にあり、また利用されている。

形式的には法令に沿った運用は行われているが、病院内で売店を運営しているという観点からは、施設使用料を徴収していない業者の売店ともう一方の売店と何ら変わらない。

この点から、施設使用料の徴収に対し、不平等な運用が行われていると考えられる。

当該法令の趣旨は当病院に勤務する職員の福利厚生に資する目的であり、職員のみが利用する場合等限定的なケースに適用するべきとも考えられる。

【意見】

病院経営の収益性の改善の観点からも、また取引業者間の平等な取扱の観点からも、当該業者から施設使用料を徴収する必要の是非について、検討するべきである。

(5) 人事管理

① 時間外勤務、休日及び夜間勤務命令簿の承認について

平成 22 年度の時間外勤務、休日及び夜間勤務命令簿について、通査を行ったところ、上席者による時間外執務の承認がないケースが非常に多く検出された。

また、時間外執務の承認の根拠となる勤務の内容について、抽象的な表現の記載が多く、実態的な勤務内容が分かりにくいケースが多く検出された。

【指摘】

時間外勤務、休日及び夜間勤務命令簿については、労務管理上、必ず適切な上席者の承認が必要である。

また、時間外執務の内容について、どの患者に対し、どのような診療等を行ったか等について具体的に記載する必要がある。

② 看護師の確保に向けて

当病院では、適正な人員確保に向けて、諸々の対策を講じているが、看護師が不足している状況が慢性的に発生している。

そのため、より質の高い医療体制を構築するために看護師の確保が経営的な課題の一つになっている。

看護師の不足は、当病院のみの課題ではなく、医療業界全体の問題であり、看護師の確

保という観点からは、公立病院である当病院も例外ではなく、一般の民間病院と競争状態にある。

民間病院の場合、例えば就学費補助（看護師になる前の在学中就学費をその後勤務する病院が補助し、一定期間勤務すると就学費の負担が免除される制度）等の制度を設けて、経済的なインセンティブを導入している。しかし当病院はそのような制度等はなく、看護師が就職先を選択する上での経済的なインセンティブは特段ない状況にある。

【意見】

看護師の確保は、適切な医療体制を構築する上で、必要不可欠な要素であり、民間病院と競合状態にあるという前提をふまえ、看護師にとって有用性の高い確保策を採用することを検討するべきであると考えます。

(6) 委託契約管理

① 契約方法について

執行伺いの不備

委託名 茨城県病院事業に属する出納事務に係る派出事務委託契約

契約額 1,049,942円(税込)

契約方法 随意

当委託契約について、執行伺いの作成が漏れていた。

当契約は常陽銀行側から事務取扱者を一定期間病院内に常駐させ、茨城県病院事業に属する出納事務を行うことを委託するもので、これまで継続して同様の内容で行われてきた委託事業のため、契約内容に大きな変更がなかったため執行伺いの作成を失念していたものと思われるとのことであった。

【指摘】

同じ内容による委託契約であったとしても、手続き上執行伺いの作成は必須であるため、今後は作成の漏れがないようにすべきである。特に、当契約は随意契約であることから、随意契約理由の判断も必要となるため、執行伺いは必ず作成されなくてはならない。

(7) 部門別計算

① 原価計算システムの原価の配賦方法

中央病院に導入された原価計算システムは各診療科及び中央診療部門を部門として設定するシステムである。この原価計算システムにおいて医業収益は医事会計システムよりデータをとり込むにことにより各診療科別に医業収益を集計している。一方、医業収益以外の医業外収益及び経費については以下の方法により各診療科へ数値を配賦している。

医業外収益の各診療科・部門への配賦方法

区分	配賦方法
繰入金	医業収入に対する割合で按分
国庫補助金	医業収入に対する割合で按分
過年度損益修正益	医業収入に対する割合で按分

主な経費等の各診療科・部門への配賦方法

区分	配賦方法
人件費	所属する診療科、中央診療部門については関連する診療行為の点数比率で按分 福利厚生費は人数比率で按分
薬品費	保険請求薬剤について、レセプト記載の診療科に対して診療点数比率で按分
診療材料費	保険請求材料について、レセプト記載の診療科に対して診療点数比率で按分
減価償却費	各診療科・部門に対して、面積比率で按分
光熱水費	各診療科・部門に対して、光熱は面積比率、水道は患者数比率で按分
支払利息	各診療科・部門に対して、診療点数比率で按分

薬品や診療材料については、診療科が実施した処法・処置などの医療行為に対してレセプトに記載された内容に従って按分されている。また、検査・薬剤、放射線など中央診療部門や間接部門の経費については、それぞれの医療行為を依頼した診療科に対して診療報酬に応じて按分される。

さらに減価償却費や光熱水費、支払利息などは、各診療科・部門の面積比率や患者数比率で按分する方法をとっており、適切に配賦されていると考えられる。

しかし、前述の薬品や診療材料の内レセプトに記載されていないもの（算定基準越えなどによる請求対象外のものやガーゼ等の消耗品等）については全診療科に対して診療点数に応じた按分となり、実際に使用された各診療科・部門の責任が不明確となっている。

【意見】

現在一部残っている各診療科に直課していない原価については、原価の発生部門ごとに集計し、適切な配賦基準を設定し、各診療科へ配賦する必要がある。

② 原価計算システムの不備

平成23年度から原価計算システムの運用を開始して、主な診療科別の損益情報を「経

「経営戦略室会議」「診療全体会議」等の幹部会議において「管理会計」という形で報告している。当該原価計算システムへ入力される主な項目は以下の通りである（表1）。なお、「一般会計繰入金」等、診療収入以外の「その他収入」については、原価計算システムへ入力する項目がないため、年間予算額の月割額を集計金額としている。

『(表1) 原価計算システムへ入力される主な項目』

科目名 (※1)		入力される数値
収入	包括収入 (※2)	医事会計システムによる実績値
	手技 (※2)	医事会計システムによる実績値
原価	医師人件費	給与システムによる実績値
	看護師人件費	給与システムによる実績値
	薬品費	薬品管理システムによる実績値
	診療材料費	診療材料管理システムによる実績値
	委託費	年間予算額の95%の月割額
	減価償却費・資産減耗費	年間予算額の月割額

※1 科目名は「診療科別収入／原価（入外別）一覧表」より

※2 内容は診療収入である。

一方、上記の幹部会議において「損益集計表」という形で病院全体の損益について報告される。「損益集計表」は表計算ソフトで作成されており、集計される主な項目は以下の通りである（表2）。

『(表2) 「損益集計表」に集計される主な項目』

科目名 (※1)		入力される数値
収入	入院収益	医事会計システムによる実績値
	外来収益	医事会計システムによる実績値
	ドック・室料・文書	財務会計システムによる実績値
	一般会計繰入金	年間予算額の月割額
支出	給料	給与システムによる実績値
	手当	給与システムによる実績値
	薬品費	薬品管理システムによる実績値
	診療材料費	診療材料管理システムによる実績値
	委託費	年間予算額の月割額
	減価償却	年間予算額の月割額

※1 科目名は「損益集計表」より

「管理会計」と「損益集計表」では、全ての収入項目と支出項目が集計されてくるため（ドック等は入力数値が違っている）、算出される収支差額は概ね合致するはずであるが、両者の数値は以下のように不一致となっている（表3）。

『(表 3) 収支差額の差異』

(単位:千円)

年月	①管理会計	②損益集計表	①-②差異	差異発生理由
平成 23 年 4 月	△ 75,190	△ 81,539	6,349	※1
平成 23 年 5 月	△ 32,390	△ 34,777	2,387	※1
平成 23 年 6 月	△ 1,422	△ 208	△ 1,214	※1
平成 23 年 7 月	△ 3,353	△ 8,859	5,506	※1及び※2
平成 23 年 8 月	1,805	2,466	△ 661	※1
平成 23 年 9 月	20,335	22,523	△ 2,188	※1
計	△ 90,215	△ 100,394	10,179	

※1 同じ医事会計システムから診療報酬についてのデータを入手しているにもかかわらず、診療報酬データを各システムで処理する際に、何らかの異なるデータ処理がなされるため、金額の不一致が生じたもの

※2 給与システムから人件費データを原価計算システムに取り込む際に、何らかの不具合により適切にデータの移行が行われなかったため、金額の不一致が生じたもの

当該原価計算システムは平成 22 年 3 月に富士通株式会社より電子カルテシステムを導入した際に、同時に導入されたものである。当該原価計算システム運用についてのマニュアルは、データ入力等の基本操作の分についてのみ整備されているが、データの検証などに必要な詳細なマニュアルは提供されていない。開発会社である株式会社エム・オー・エム・テクノロジーに疑問点を問い合わせても、調査に時間を要するなど適時に回答がない。なお、当該原価計算システムについては監査時点では運用保守契約の締結交渉中であり、契約されていない。

【指摘】

原価計算システムについての現行のマニュアルがデータ入力等の基本操作についての記載しかなく、適切に原価計算システムを運用するには不十分である。従って、データの検証などに必要なより詳細なマニュアルの提供を株式会社エム・オー・エム・テクノロジーに対して依頼すべきである。また、早急に、新たに運用保守契約を締結し、原価計算システムについて適時に保守を受けることができる体制を構築すべきである。

VII. こころの医療センターにおける監査結果（各論）

1. 病院の現状

(1) こころの医療センターの果たすべき役割

精神医療の基幹病院として、精神障害者の診断治療から社会復帰までの一貫した医療を提供する。また、政策医療として、薬物中毒医療や精神科救急医療、児童・思春期医療の実施、医療観察法に基づく鑑定入院患者及び指定通院患者の受け入れを行う。さらに睡眠障害医療や電気痙攣（けいれん）療法などの取り組みを行っている。尚、平成 23 年 10 月 1 日に新病院がリニューアルオープンした。そして医療観察法による指定入院医療機関となるとともに 16 列の CT、3 テスラ 32CH の MRI 等の高度医療機器を導入した。

(2) 診療状況

県立 3 病院が連携し、中央病院でこころの医療センターの精神科医が週 4 回外来診療を行っているほか、精神的に不穏な状態にある入院患者の回診（リエゾン回診）を週 2 回行っている。また、中央病院の内科医がこころの医療センターへ週 2 回訪問し、合併症入院患者の治療を行っている。

このほか平成 22 年度から自殺予防対策モデル事業を開始し、筑波大学・中央病院との連携のもと、笠間市をモデル地区として自殺未遂者の実態調査に取り組んでいる。また、県内唯一児童・思春期医療の入院施設を有し、今後さらにこども病院と連携し、医療の充実を積極的に実践していく予定である。

精神保健福祉法 24 条に基づく患者に対しては、日中は民間病院とともに受け入れ、休日と夜間はこころの医療センターが医師 2 名を常駐させて対応している。

震災時の対応としては、3 月 15 日にいわき開成病院等から 40 名の患者を受け入れ、さらに 3 月 24 日までに合計 101 名の患者を受け入れた。

毎日の診療は紹介患者のほかに一般診療患者も受け入れており、8 時から病院の受付は開始され、祝祭日・土曜日を除き朝 9 時から午後 5 時まで診察する。ただし、児童・思春期の患者が多く、学校が終了してから来院するため終了は 5 時以降になることが多い。

平成 22 年度と平成 21 年度の紹介患者と逆紹介患者のデータは次の通りであるが、紹介率も逆紹介率も低い。

	診療患者数	うち紹介患者数	救急入院患者数	紹介率	逆紹介数	逆紹介率
平成22年度	2,187	432	218	33.9%	466	26.7%
平成21年度	1,980	422	253	40.2%	513	30.5%

※救急入院患者には精神保健福祉法24条、救急車搬入、休日夜間の入院患者を含む

(3) 地域連携

精神医療は、心の病とよばれるストレスの増大に伴ううつ病やストレス関連障害に対応して行う治療であるため、広告宣伝が当てはまる診療科目ではない。そのような環境の中でこころの医療センターは、民間病院では対応が難しい患者の受け入れのほかに地域の精神科・心療内科としての病院機能を受け持っている。そこで地域での認知度をさらに高めるため福祉連携サービス部を設け、アウトリーチ事業として地域医療連携室が小美玉市・笠間市を中心にこころの医療連携会議を毎月定期的に行っている。また公開講座を定期的に企画し、約 100 名の県民をこころの医療センターに集め、ドクターを講師として行っている。これらは地域連携の基本として重要である。

(4) 患者満足度調査及び病院機能評価

患者満足度調査は、平成 22 年度に初めて実施された。平成 22 年 7 月 16 日から 8 月 13 日までの期間で 290 枚のアンケート回収があったが、最初の実施であり該当がない患者のチェック欄がないため該当しない項目はすべて無回答として集計されている。また、項目がドクター、看護師、ワーカー、心理判定担当職員、臨床検査担当職員・放射線担当職員、デイケア担当職員、作業療法担当職員、外来担当職員、訪問担当職員、薬局担当職員、会計担当職員別となっており患者から見るとよく分からないと思われる。

アンケート結果を見ると診察までの待ち時間が長いという不満が圧倒的に多い。これは精神科の特徴でドクターが患者の話をよく聞くことがすでに治療であることによるということであった。また、ドクター、看護師、電話対応の態度が悪いという不満も少しあったが、その日の患者の精神状態によっていろいろ変わるので対応は難しいという説明であった。病院のトイレも汚いという不満もあったが新病棟になり解消されている。

また、第三者による病院機能評価は実施していない。

【意見】

10 月 1 日よりリニューアルオープンしたことであり、半年経過したところでもう一度アンケートをするべきである。その際にはもっとわかりやすい項目に変え患者ばかりでなく家族にも実施してほしい。そして、定期的にホームページで公開すべきである。

苦情処理については、入り口の総合案内に「ご意見箱」を設け毎月内容を確認し、改善項目は各担当部署が内容を検討し対処している。

【意見】

第三者による病院機能評価は下記の効果があるので認定を受けるか検討されたい。

- i) 自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものとなる。
- ii) 幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができる。
- iii) 地域住民、患者、就職を希望する人材、連携しようとする他の医療機関への情報提供の内容が保証される。

- iv)職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進される。
- v)患者が安心して受診でき、信頼性を高めることができる。

総合案内とご意見箱



(5) ボランティア活動によるイベント等

10月からボランティアほほえみの活動が始まり、総合案内のところでコミュニケーションと案内活動を行い好評である。精神科という特殊性を考えさらに患者のこころを重視した活動をされることを期待したい。

また、児童・思春期親の会「つくしの会」があり、平成21年度は4回の行事を行っている。同年度の入院患者対象としてのレクレーション行事は、海浜公園への遠足等5回行われている。

広報誌は平成23年5月25日号を創刊号とした「こもれば」が奇数の各月で発行され、こころの医療センターの広報活動に役立っている。

2. 診療圏分析

精神科の患者は内科系とは違い、その特殊性から必ずしも自宅から近い医療機関で診察を受けるとは限らない。こころの医療センターの平成 21 年度外来患者数と平成 22 年 3 月 31 日現在の入院患者が多い市町村から並べ外来患者は 100 人以上、入院患者は 10 人以上で区切ると下記の色をついたところで分かれる。これをもとに患者数をグラフと地図で示すと下記のようになり、こころの医療センターは県北と県央を中心とした付近を受け持っている。担当者からのヒアリングによると、他の地区は筑波大学附属病院のほか指定病院と呼ばれる民間医療機関が受け持っており、定期的な情報交換が行われているという。しかし、基幹病院であるこころの医療センターがリーダーシップをとって行われる会合ではない。

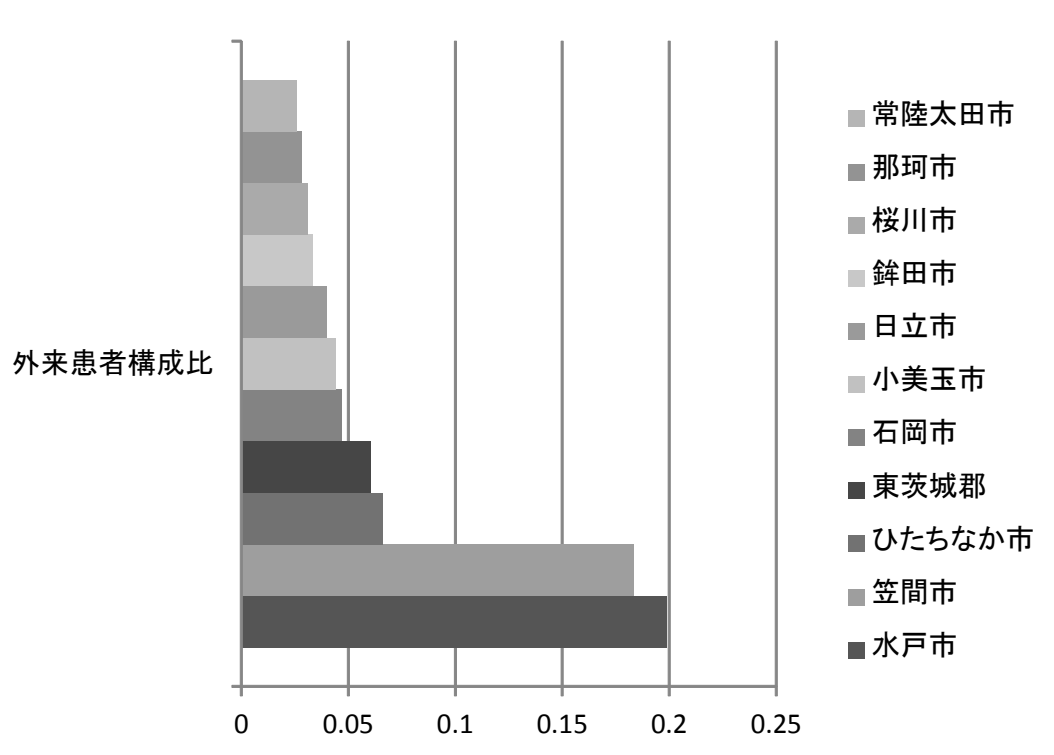
(表1) こころの医療センター患者数

平成21年度外来患者数

平成22年3月31日在院患者

地 域	患者数	構成比	累計構成比	地 域	患者数	構成比	累計構成比
水戸市	910	19.9%	19.9%	水戸市	50	20.3%	20.3%
笠間市	838	18.3%	38.2%	笠間市	27	11.0%	31.3%
ひたちなか市	303	6.6%	44.8%	東茨城郡	17	6.9%	38.2%
東茨城郡	277	6.1%	50.9%	日立市	16	6.5%	44.7%
石岡市	215	4.7%	55.6%	ひたちなか市	13	5.3%	50.0%
小美玉市	202	4.4%	60.0%	土浦市	12	4.9%	54.9%
日立市	183	4.0%	64.0%	小美玉市	12	4.9%	59.8%
鉾田市	154	3.4%	67.4%	石岡市	11	4.5%	64.2%
桜川市	143	3.1%	70.5%	常陸太田市	11	4.5%	68.7%
那珂市	130	2.8%	73.3%	桜川市	9	3.7%	72.4%
常陸太田市	118	2.6%	75.9%	那珂市	7	2.8%	75.2%
筑西市	93	2.0%	78.0%	筑西市	7	2.8%	78.0%
常陸大宮市	81	1.8%	79.7%	高萩市	4	1.6%	79.7%
土浦市	74	1.6%	81.4%	牛久市	4	1.6%	81.3%
行方市	74	1.6%	83.0%	常総市	4	1.6%	82.9%
つくば市	61	1.3%	84.3%	古河市	3	1.2%	84.1%
那珂郡	59	1.3%	85.6%	鉾田市	3	1.2%	85.4%
鹿島市	56	1.2%	86.8%	結城市	2	0.8%	86.2%
神栖市	52	1.1%	88.0%	竜ヶ崎市	2	0.8%	87.0%
かすみがうら市	46	1.0%	89.0%	常陸大宮市	2	0.8%	87.8%
結城市	45	1.0%	89.9%	神栖市	2	0.8%	88.6%
高萩市	23	0.5%	90.4%	行方市	2	0.8%	89.4%
稲敷郡	23	0.5%	90.9%	稲敷郡	2	0.8%	90.2%
牛久市	22	0.5%	91.4%	猿島郡	2	0.8%	91.1%
潮来市	22	0.5%	91.9%	北茨城市	1	0.4%	91.5%
北茨城市	21	0.5%	92.4%	取手市	1	0.4%	91.9%
下妻市	20	0.4%	92.8%	つくば市	1	0.4%	92.3%
竜ヶ崎市	18	0.4%	93.2%	鹿島市	1	0.4%	92.7%
久慈郡	18	0.4%	93.6%	潮来市	1	0.4%	93.1%
常総市	15	0.3%	93.9%	かすみがうら市	1	0.4%	93.5%
古河市	13	0.3%	94.2%	つくばみらい市	1	0.4%	93.9%
稲敷市	13	0.3%	94.5%	那珂郡	1	0.4%	94.3%
取手市	12	0.3%	94.8%	結城郡	1	0.4%	94.7%
つくばみらい市	12	0.3%	95.0%	北相馬郡	1	0.4%	95.1%
猿島郡	9	0.2%	95.2%	下妻市	0	0.0%	95.1%
坂東市	8	0.2%	95.4%	守谷市	0	0.0%	95.1%
結城郡	8	0.2%	95.6%	坂東市	0	0.0%	95.1%
守谷市	5	0.1%	95.7%	稲敷市	0	0.0%	95.1%
北相馬郡	2	0.0%	95.7%	久慈郡	0	0.0%	95.1%
県外	196	4.3%	100.0%	県外	12	4.9%	100.0%
合 計	4,574	100.0%		合 計	246	100.0%	

(100人以上地域の外来患者構成比)



1人以上の入院患者構成比

