

2. 県西部浜松医療センター平成11年度決算及び管理運営について

目次

第1章 監査の対象とした特定事件及びその概要

県西部浜松医療センターの概要

- (1) 医療センターと浜松市の病院事業
- (2) 医療センター設立の目的と役割
- (3) 医療センターの現況

第2章 外部監査の概要

1. 外部監査対象
2. 外部監査対象期間
3. 外部監査の方法
 - (1) 外部監査の着眼点
 - (2) 主な監査手続
4. 外部監査の実施期間

第3章 外部監査の結果

1. 医療センターの平成11年度決算について
 - 1-1. 外部監査人試算の決算書
 - 1-2. 補足説明
2. 医療センターの管理運営について
 - 2-1. 決算手続、帳簿不備
 - 2-2. 損益ゼロ方式
 - 2-3. ドンブリ勘定脱却
 - 2-4. 赤字解消のための方法
 - 2-5. 予算作成方法
 - 2-6. 職員定数
 - 2-7. 同規模市立病院との比較
 - 2-8. 医療センターの管理運営体制
3. 決算修正事項について

第4章 利害関係

第1章 監査の対象とした特定事件及びその概要

1. 県西部浜松医療センター(以下、「医療センター」という)の概要

(1) 医療センターと浜松市の病院事業

イ. 医療センターが主力病院

浜松市が行っている病院事業は現在2つあります。

1つは平成11年度中開業したばかりの「リハビリテーション病院」(以下、「リハビリ病院」という)事業、もう1つが本報告書で監査対象としてとりあげる「医療センター」の事業です。

医療センターは一般病床600・伝染病床25の一般病院です。

平成11年度の医業収益は、医療センターがリハビリ病院の54倍(ただし「リハビリ病院」は設立初年度のため4ヶ月間)、平成11年度末の総資産でも6倍で、医療センターが主力病院となっています。

両病院は浜松市の組織上、病院管理部の両病院名を冠した管理課のもと、独立の会計単位で管理され、決算書も個々に開示されます。

ロ. 管理は医療公社に委託

浜松市の病院事業は、直営によらず、「医療公社(財団法人浜松市医療公社)」に管理を委託しています。

医療センターの病院事業で生ずるすべての費用・収益、すべての資産・負債は、原則として市の病院事業会計に帰属させています。

他方、「人」に関しては、医療センターに勤務する医師・看護婦その他の職員のすべてが医療公社の職員として従事しています。

市から医療センターに出向している人のうち市職員の役職と医療公社の役職を併せ持つ8名は、その人件費が市の病院事業会計側に載ります。

管理を委託されている医療公社の決算書を見ると、費用のほとんどは人件費であり、一方収入源のほとんどは市の病院事業会計から支給される「交付金」です。

なお、医療公社では医療センターとリハビリ病院とも、個々に人員配置して管理し、両病院個々に人件費や交付金の授受等を記帳しています。

以上から、医療センターの財務・経営内容の総体は、市の病院事業会計と医療公社会計の医療センター分を連結することではっきりします。

(2) 「医療センター」設立の目的と役割

イ．設立の目的と役割

医療センターは昭和 48 年(1973 年)3 月竣工・同年 4 月開業の公設病院としては比較的新しい病院です。

医療公社の設立趣意書 (S47.10) 等から、医療センターの目的・基本方針・特色は、以下のとおり要約されます。

県西部地域の医療の確保をはかる

「医療施設は静岡県が全国で下から 2 番目という劣勢で県内各都市の中でも浜松が最下位」と、当時の市長(平山博三氏)が医療センター10 周年記念誌の中で述べています。

設立構想の段階から、「全国平均の下位にある県西部地域の医療水準(施設数、医療従事者数)を向上させたい」 - - - という懸案課題解決が悲願となっていました。

「高度な設備と機能を備えた(高度な医療器械とすぐれた施設を整えた)」地域の中核病院とする

新しい診療形態「オープン・システム」導入

「オープン・システム」は、昭和 30 年代から 40 年の始めにかけて集中して設立された医師会病院で初めて採用された方式です。

開業医が高度高額な診断治療施設を個人で調達することは困難かつ無駄である一方、そのような設備を備えた開業医に開放された病院が持てれば効果はすこぶる大、という特徴を持つ開放型病院のことを言います。

(参考：上記記念誌 渡辺 元・市医師会副会長、大久保 元・市医師会理事エッセイ)

「病診連携」：「オープン・システム」と関係ある言葉

「病診連携」は、「軽症患者は開業医へ、重症患者や高度な検査が必要な患者は医療センターへ」とすることで診療区分を明確にする、これによって、医療センターと地域の開業医との競合もなく、医療センターの高度な医療を本当に必要な患者に提供できるようになる、というものです。(参考：上記記念誌二橋 元・医療センター事務局長エッセイ)

医療従事者の研修の場とする

上記 と関係しているほか、研修医・専修医の受け入れ等を行っています。

ロ．設立母体

「医療センター」には母体病院があります。昭和 37 年設立の浜松市医師会の病院（医師会中央病院）がそれです。

浜松市は、医師会中央病院設立に際しても、敷地貸与と建設費支援等で協調してきたいきさつがあり、以来、地元浜松市医師会との関係が密です。

以上、「医療センター」の設立の目的と役割に関し、関係資料を見る限り、行政又は医療側の熱い思いで設立に至った、医療センターの性格の一端がうかがわれます。

(3) 「医療センター」の現況

最近5年間の財務指標と主な実績

(「医療センター」病院事業会計)

貸借対照表

(単位:百万円)

会計年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
総資産 = 負債資本合計	20,871	22,164	23,945	23,810	23,751
(うち、有形固定資産)	(17,448)	(18,870)	(20,892)	(20,668)	(20,401)
負債資本合計中					
一時借入金	1,415	0	1,480	1,275	1,220
企業債	13,748	14,997	16,946	16,932	16,607
(有利子借入金合計)	15,163	14,997	18,426	18,207	17,827
資本合計(企業債を除く)	4,210	4,380	4,499	4,543	4,723

損益計算書

(単位:百万円)

会計年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
総収益	12,248	12,390	12,774	13,455	13,795
うち、入院収益	6,326	6,702	7,128	7,954	8,051
外来収益	2,756	2,595	2,411	2,599	2,639
その他(注1)	2,646	2,554	2,679	2,286	2,464
総費用	12,248	12,390	12,774	13,455	13,795
うち、給与費+交付金(注2)	5,878	6,025	6,341	6,626	6,816
材料費	3,202	3,045	2,949	3,140	3,193
減価償却費	952	935	930	997	1,058
支払利息	621	634	662	684	669
当年度純利益	0	0	0	0	0

(注1) その他は国・県・市から受給している補助金及び負担金の合計額である。(P12参照)

(注2) 「交付金」を給与費と合算して示しているのは、その内容のほとんどが人件費にあたるため(前述(1)参照)

財政状態を要約すると、資産全体の85%が有形固定資産（土地建物や器械備品）で占められ、その8割が企業債（長期借入）で工面されています。

「装置産業」型の財務構造です。

経営成績（損益）は、最終損益が毎年ゼロ、実態はどのようなのでしょうか。これについては、第3章（2 - 2）並びに後続の節で触れます。

運営は、入院主力で行われており、外来は収益で入院の（1/3）程度です。

また、事業内容として公的事業が少ないところから、国・県・市から各種補助金・負担金等を受給しており、その額は大きく、ほぼ外来収益に匹敵しています。

総費用の内訳としては、その半分が人件費で、次に材料費（薬品費と診療材料費が大半）、減価償却費、支払利息となっています。

第2章 外部監査の概要

1. 外部監査対象

県西部浜松医療センター平成11年度決算並びに管理運営について

2. 外部監査対象期間

「平成11年度(平成11年4月1日から平成12年3月31日まで)」

3. 外部監査の方法

対象を、医療センター(市の病院事業会計並びに医療公社会計の医療センター分)とし、以下のとおり実施しました。

(1) 外部監査の着眼点

決算書が経営実態を正しく示しているか
公共性・経済性発揮のため、管理運営上どのような改善課題があるか
課題解決の道筋として、どのようなものがありうるか

(2) 主な監査手続

決算関係資料並びに病院統計資料等の閲覧及び分析
責任者及び担当者への照会
現場視察

手続実施にあたっては、試査によっています。

4. 外部監査の実施期間

平成12年6月1日より平成13年2月28日まで

第3章 外部監査の結果

1. 医療センターの平成11年度決算について

一般の企業会計を監査する視点から見た決算「1-1 外部監査人試算の決算書」(表1、表2参照)と、実際に医療センターで作成されている決算との間には差異がありました。

差異の修正を行った場合、「当期純損益」として61億円の損失が未計上であると試算されました。主な差異原因は、金額の大きなものから次のとおりです。

- (1) 退職給与引当金が設定されていない：(79%) ()は差異総額に占める割合
- (2) 負担金収入中、損益計算書になじまないもの：(9%)
- (3) 資産性を認めがたい、繰延勘定の中身：(9%)

* 上記以外の差異内容の説明は後掲3-1「決算修正事項について」にて述べます。

表1： 外部監査人試算の貸借対照表

(単位：百万円)

		H11年度 病院事業会計 決算書	修正後 貸借対照表	修正	備考
固定資産	土地	(2,409)	(2,409)		
	建物	(15,904)	(15,749)	154	
	構築物	(88)	(88)	(0)	
	器械及び備品	(1,960)	(1,939)	22	
	車両	(41)	(40)	0	
	電話加入権	(4)	(4)		
	固定資産計	(20,405)	(20,229)		
流動資産	現金・預金	(27)	(27)		
	未収金	(2,624)	(2,649)	(26)	
	貯蔵品	(165)	(165)		
	その他流動資産	(1)	(1)		
	流動資産計	(2,816)	(2,842)		
繰延勘定	控除対象外消費税	(530)	0	530	
	資産合計	(23,751)	(23,071)	680	
固定負債	退職給与引当金	0	4,816	4,816	
流動負債	一時借入金	1,220	1,220		
	未払金	1,199	1,199		
	未払費用	0	47	47	
	その他流動負債	2	2		
資本金 (注1)	自己資本金	2,966	2,966		
	企業債(借入資本金)	16,607	16,607		
剰余金	資本剰余金	1,757	2,334	577	
	利益剰余金	0	(6,120)	(6,120)	

(注1)

「地方公営企業 法施行規則」に よる場合	負債合計(企業債含まず)	2,421	7,284	4,863
	資本合計(企業債を含む)	21,331	15,787	(5,543)
	負債資本合計	23,751	23,071	(680)
一般の企業会計 方式による場合	負債合計(企業債を含む)	19,028	23,891	4,863
	資本合計(企業債含まず)	4,723	(820)	(5,543)
	負債資本合計	23,751	23,071	(680)

(注2) 表示単位未満四捨五入で示しています。

(注3) 借方残高並びに借方修正額は、カッコ付きで金額表記しています。

(注4) 修正内容は、次のとおりです。

当年度除却処理漏れ修正72百万円、耐用年数短縮漏れ修正72百万円、ほか
除却処理漏れに係る修正：過年度分19百万円・当年度分3百万円、ほか
会計伝票削除に係る、誤り修正
資産性ない繰延勘定を費用処理
退職給与引当金計上漏れ修正(期末要支給額の100%)
企業債に係る支払利息の期末未払計上漏れ修正
損益でなく資本的収入相当の負担金収入を振替

表 2 : 外部監査人試算の損益計算書

(単位:百万円)

		H11年度 病院事業会計 決算書	修正後 損益計算書	修正	備考
医業収益	入院収益	8,051	8,077	26	
	外来収益	2,639	2,639		
	その他医業収益	847	847		
医業費用	給与費及び交付金	(6,816)	(7,198)	(382)	
	材料費	(3,193)	(3,193)		
	経費	(1,574)	(1,574)		
	委託費	(122)	(122)		
	減価償却費	(1,058)	(1,131)	(72)	
	資産減耗費	(21)	(106)	(85)	
	研究研修費	(44)	(44)		
医業損益		(1,291)	(1,806)		
医業外収益	受取利息配当金	0	0		
	他会計負担金及び支出金	1,797	1,220	(577)	
	県支出金	119	119		
	国庫支出金	107	107		
	委託費	158	158		
	その他医業外収益	77	77		
医業外費用	支払利息及び企業債取扱諸費	(669)	(668)	1	
	繰延勘定償却	(33)	(33)		
	雑支出	(229)	(255)	(26)	
経常損益		35	(1,081)		
特別損失	過年度損益修正損	(35)	(5,039)	(5,004)	
当期純損益		0	(6,120)	(6,120)	

(注1) 表示単位未満四捨五入で示しています。

(注2) 費用項目並びに各区分損益の「損失」にはカッコを付けて表記しています。

(注3) 修正内容は、次のとおりです。

会計伝票削除に係る、誤り修正
 退職給与引当金計上漏れ修正(当年度発生分)
 建物の耐用年数短縮漏れ修正
 各種有形固定資産からの振替漏れ修正
 損益でなく資本的収入相当の負担金収入を振替
 資産性ない繰延勘定(当年度発生分)を費用処理
 退職給与引当金計上漏れ修正(過年度発生分)4,433百万円、
 資産性ない繰延勘定(過年度発生分)を費用処理504百万円、ほか

1 - 2 . 補足説明

主な差異内容について説明します。

(1) 退職給与引当金をどれだけ引き当てるか

(現行の取り扱い)

退職時にはじめて、支給した退職給与を費用処理する方法によっており、事業年度末現在では退職給与の引当は行っていません。

(企業会計監査の視点)

平成 11 年度末現在の在職者が、自己都合で全員退職したとした場合の退職金要支給額全額を引き当てます。

(補足説明)

退職金は、退職時にはじめて支給されるものですが、規程に基づいて計算上の要支給額は毎年増加していきます。この部分を未認識のままとした決算書では、財政状態の判断を誤りかねません。(実体よりも良好に見えてしまう)

企業会計の視点では、退職金の引き当ては必要なものと判断します。

事業年度末現在で合理的に見積もられる退職金給付負担額を計算し、年々既存の引当残との差額を費用として積み増していく方式となります。

なお、引当金を新設する場合、前事業年度末現在の要支給額に相当する分は、前期損益修正損として、医業損益や経常損益に影響させない扱いとします。

(2) 負担金収入のうち、損益計算書にどこまで載せうると扱うか

(現行の取り扱い)

損益計算書に、浜松市からの一般会計負担金収入(1)として、総額 1,941 百万円を計上しています。このうち 283 百万円の負担金を損益計算書の「医業収益」区分で扱い、657 百万円の負担金と「繰出基準」分(1,000 百万円)の合計 1,658 百万円を、損益計算書の「医業外収益」区分で扱っています。

(1 の内容については P 12 [表 2 補 補助金・負担金等の内訳整理](#) 参照)

(企業会計監査の視点)

上記「繰出基準」分 1,000 百万円のうち、576 百万円の内容は、損益計算書上の収入計上になじまないもので、資本的収入とすべきものです。

建設改良に充てるもの	226 百万円
企業債償還に充てるもの	349 百万円
計	576 百万円

これは、「医業外収益」ではなく、貸借対照表の資本の部（資本剰余金）に計上します。

(補足説明)

上記 に対応する出費は、貸借対照表の有形固定資産の当事業年度増加額に含まれ、費用ではありません。

また、上記 に対応する出費も、貸借対照表の企業債の当事業年度減少額に含まれ、費用ではありません。

これらの収入を決算上、損益計算書に計上してしまうと、費用収益は対応せず、経営成績が正しく表示されません。

表2補： 補助金・負担金等の内訳整理

(単位： 百万円)

連結ベースの「補助金・負担金等」の内訳構成				補足説明	「表3」での表記	「表2」での表記	公表損益計算書での表示区分	
「補助金・負担金等」の、連結ベースの受給額 2,471	市の病院事業会計の受給額 2,464 < 第1章(3) >	市の一般会計からの受給額 2,239	負担金収入 1,942	「1号」 284	イ	医業収益の他会計負担金 284	その他医業収益 847に含まれる	医業収益
				「2号」 657	ロ	医業外収益の他会計負担金等	他会計負担金及び補助金 1,797	医業外収益
				「繰出基準」 1,001	ハ	「ホ」と合算で1,816		
			補助金収入 139		ニ	他会計補助金 139		
			委託費収入 158		ホ	医業外収益の他会計負担金等の一部	委託費 158	
			国からの受給額 107		ヘ	国から 107	国庫支出金 107	
		県からの受給額 119		ト		県支出金 119		
	医療公社の受給額 7	県からの受給額 7		チ	県から 126	県補助金 7	事業外収入	

イ： 「地方公営企業法」第17条の2第1項1号の、「その性質上、当該地方公営企業の経営に伴う収入をもってあてることが適当でない経費」該当として、市の一般会計から受給している。具体的内容の主なものは、表3の「P4」参照。

ロ： 「地方公営企業法」第17条の2第1項2号の、「当該地方公営企業の性質上、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費」該当として、市の一般会計から受給している。具体的内容の主なものは、表3の「P5」参照。

ハ： 自治省財政局長通知「地方公営企業繰出金について」が示す、地方交付税等交付の必要条件となる列挙された対象事業の趣旨をふまえ、市の一般会計から受給している。具体的内容の主なものは、表3の「P6」参照。

ニ： 市の一般会計から、市の病院事業会計に対し「赤字補填」している分。 2 - 2 参照。

ホ： 市の一般会計から、市の病院事業会計に含まれている研究施設「先端医療技術センター」に関し、委託費として市の一般会計から受給している。

ヘ： 国からの受給額。具体的内容の主なものは、表3の「P1」参照。

ト： 県からの受給額。具体的内容の主なものは、表3の「P2」参照。

チ： 県からの受給額。有子看護婦確保事業費補助金で、医療公社が直接受給している。

なお、市の一般事業会計と医療公社との間の支給・受給関係は、「連結」上、相殺済みのため現れない。

(3) 資産性を認めがたい、繰延勘定の中身(控除対象外消費税)

(現行の取り扱い)

控除対象外消費税は、貸借対照表の資産の部に、繰延勘定として計上しています。繰延勘定として計上した年度から「20 事業年度以内に毎事業年度、均等額以上を償却する」方法によっています。

取り扱いとしては地方公営企業法施行規則第 10 条の 2 で、計上「できる」とされていることをふまえた、同規則への合規性自体には抵触しない処理です。

(企業会計監査の視点)

合理的な処理方法は、発生した事業年度の費用として処理する方法と判断されます。

(補足説明)

控除対象外消費税をいったん資産計上し、5 年以上の期間に亘って費用振替していく方法は、法人税課税上 5 年以上の期間に亘って均等償却した額が損金として認められることを背景に、企業会計での実務慣行があります。

ところが、当医療センター(浜松市並びに医療公社)は法人税課税の対象外です。よって、将来の法人税軽減の効果もなく、資産計上できる前提の「将来の収益に対応せしめるべき費用」としての性格がありません。

資産として計上した決算では、財政状態・経営成績が実際よりも良好であるかのように見えてしまうことが考えられます。

本件については上記のとおり、企業会計監査の視点(合理性)から、修正項目に加えています。

なお、上記地方公営企業法施行規則第 10 条の 2 の「できる」規定の解釈についての「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の一部改正」に照らしても、発生時費用処理は地方公営企業法施行規則にも「合則」でかつ望ましいものです。

2. 医療センターの管理運営について

2-1. 決算手続、帳簿不備

会計の根本に関わる、適当でない決算手続並びに帳簿不備があります。質的に重要な事項です。

2-1-1 総勘定元帳の打ち出し省略

「総勘定元帳」は会計処理した内容を点検して、個別の処理が正しく処理できているか、あるいは作成した決算数字の基礎を、月次の集計等を介して個別伝票の裏付けまで明らかにできる唯一の手段で、主要簿といわれるものです。

主要簿で必ず網羅出力すべき「総勘定元帳」が、医療センターの平成11年度決算では、打ち出しが省略されています。

このように、打ち出しを省略し、行ってきた取引記録が十分に点検されずに運用されることがあるとすると、今後の決算の正確性・信頼性が損なわれる可能性があり、会計の根本の問題となります。

次項2-1-2は、上記の運用の実害の一例です。

総勘定元帳を出力して内容や集計の点検が行われる制度・運用になっていれば、発見統制がかかり、本決算に影響を持ち込まずに手を打てたものです。

総勘定元帳点検による統制は、人を増やして追加的管理が必要になると考えるまでもなく、通常の業務を整理するとともに、ある担当が行った処理が、別人によって合理的に点検される方法によって補われるものと考えます。

出力に枚数・時間がともにかさむことや前任者も同様の運用だったことが、出力省略の理由に挙げられています。

ちなみに、医療センターの病院事業会計分の平成11年度の総仕訳件数は、8千件弱です。

なお、取引仕訳データを、電子データとして切り出す機能が、財務会計システムにあります。使える形に加工する作業を要する点、使い勝手の悪さが若干はありますが、仕訳データの分析・点検にとって利用価値が相当に大きいものですが、利用されていません。

また、仮にこれを利用した場合でも、「総勘定元帳」の打ち出し省略ができるものではありません。

2 - 1 - 2 残高試算表と総勘定元帳に乖離がある

平成 11 年度決算は、運用上、合計残高試算表をもとに作成されています。

これと総勘定元帳（2 - 1 - 1 参照）とは同期するのが当然のところ、乖離が生じています。

調査の結果、使っている財務会計ソフトが、過去月への遡及修正を設定いかなでできる仕様になっていることを背景に、財務会計システムの運用が、設計者の想定しない方法でなされた事情によるものと判断しました。

「過去月への遡及修正は、システム上不可能」な設定にすべきです。

なお、以下の具体的経緯と関連仕訳を検討した結果、次のように判断し、については「監査人試算の決算書」で修正として反映させています。

< 事案と経緯 >

合計残高試算表は、以下の仕訳があったものとして処理されていますが、監査日に出力した総勘定元帳によれば、すでに削除されています。

また、以下の仕訳の根拠となる会計伝票も破棄されています。

9 月：（借方）修繕料 8,733,987 円 / （貸方）未払経費 8,733,987 円

6 月：（借方）入院収益 25,709,928 円 / （貸方）医業未収金 25,709,928 円

調査の結果、原因は月次決算の確定後、前月以前に起票・入力した仕訳データを「削除」したことに伴うものと判断しました。

すなわち、上記 は、9 月度月次決算上、これと同額の仕訳を重複計上したまま確定していました。翌 10 月度でこれに気づき逆仕訳をして修正しました。

加えて、確定済みのはずの 9 月度仕訳データ自体の削除を行ったのに伴い、総勘定元帳データが連動して変わりました。

他方、合計残高試算表データは削除の影響を受けていないため、総勘定元帳データとの同期が崩れたものと判断しました。

上記 では、6 月度にこの仕訳を行って月次決算を確定後、後日当該仕訳の削除処理をしたため総勘定元帳データが連動して変わり、他方合計残高試算表データは削除の影響を受けないため、総勘定元帳データとの同期が崩れたものと判断しました。

< 必要な決算修正等 >

に関しては、正しくするためには総勘定元帳並びに会計伝票データにつき、削除されてしまった分の復元を要する一方、決算額すなわち残高試算表データは結果的にこれでよい

に関し、決算を正しくするためには、掲げた仕訳の逆仕訳（金額は同じで貸借科目を入れ替えた仕訳）分だけ決算額、すなわち残高試算表データの修正を要する一方、総勘定元帳並びに会計伝票データはこれでよい

2 - 2 損益ゼロ方式

2 - 2 - 1 病院事業会計（市の会計）で行われている、毎年「損益ゼロ」にする決算調整（赤字補填方式）は、取りやめることを提案します。

現行では、「一般会計補助金」の名目で、損益計算上、最終損益を形式的にゼロにすべく補助金額を調整して補填する方式によっています（平成11年度実績139百万円）。

この方式は、まず、経営実績の適正開示という面から問題があります。

現行の方式ですと、決算書の読者には、「損益はトントンでやれていて何の問題もない」というような認識を与え、その結果として関心を持ってもらえず、チェックを受ける機会を失うこととなります。

情報公開や説明責任の精神に立ちかえる必要があり、管理上も大きな問題をかかえています。

すなわち、「損益実績にフタ」をすることになり、コスト意識をマヒさせる可能性があります。

損が出ても市の一般会計で調整してくれるという感覚を持たれないようにすべきです。

なお、財政支援がどうしても必要という合意があるのであれば、現行の「一般会計補助金」を損益計算書でなく貸借対照表の資本の部に入る資本的収入として処理すべきです。しかし、定型的に財政支援していく方式も、現行の方式よりはよくても、「コスト意識」という観点からは疑問があります。

2 - 2 - 2 医療公社の決算を毎年「損益ゼロ」にする決算調整（交付金調整方式）は取りやめることを提案します。

市の病院事業会計と同様、医療公社の決算も、現行では、市の病院事業会計から支給する「交付金」を調整することによって、公社の損益計算書の最終損益を毎年ゼロにしています。

これは、実費精算方式（かかったものは全額負担）としていることとなります。コスト意識をマヒさせないために、見直すべきです。

上記2 - 2 - 1とみかけはそっくりですが、本件については、これができるための環境を作っておかなければいけません。

必要な環境とは、後述（2 - 3、2 - 5）のとおり、事業の（公・般）を区分けして、所定の事業計画のもとそれぞれを明確に予算化できるようにし、「この（算式）枠の範囲をこえるものは補正の対象にならない」ということができる環境です。

2 - 3. ドンプリ勘定脱却

浜松市病院事業の設置等に関する条例 第3条「経営の基本」として、「病院事業は、常に企業の経済性を発揮するとともに、公共の福祉を増進するよう運営されなければならない」との明記がされています。

「公共性」とともに、車の両輪のもう一方である「経済性」が発揮されることが命題となっています。

現在、医療センターの事業成績を示す損益計算書は、冒頭の第1章（3）「医療センターの現況」で示した損益状況のもとになった、年次報告の損益計算書がすべてです。

「公共性」・「経済性」がともに発揮されているかどうか、費目別に全体集計された年次報告の損益計算書からでは判断はできません。

本節では、現在のデータ環境（ドンプリ勘定）を脱却して、経済性を発揮すべき領域を具体的に評価できる雛形の提示を試みます。

分析の前提とした「公共性」・「経済性」の考え方も、所見を示します。

2 - 3 - 1 医療センター全体の事業成績を、(公的/一般)に区分する。

表3は、(公的/一般)事業損益を区分した試算結果です。

< 試算に用いた前提条件 >

(公的)事業部分： 現行の「補助金・負担金等対象事業」を認められた公的事业と考え、(公的)事業とみなします。

「補助金・負担金等対象事業」の損益： 医療センター管理課提供の、個々の事業(30余)毎に把握された当該事業関連損益をもとに集計しています。

(一般)事業部分： 事業全体から、上記(公的)事業部分を差し引いた残りとしています。

「公共性」・「経済性」をともに発揮すべきことを抽象的にうたいあげても、それだけでは評価の糸口も得られず、展開ありません。

現実の事業を具体的に変換して、それらの対象領域を暫定的にせよ定義し、計数的にも取り出せるようにすべきです。本報告書では、「公共性」が発揮されるべき事業領域・「経済性」が発揮されるべき事業領域を、それぞれ(公的)(一般)というように呼ぶこととします。

(公的/一般)の区分けを重視するのは、それぞれが拠って立つべき原則が全く異なる、と考えるためです。

公的事业部分は、市民の「合意」「透明性(ガラス張り)」ということです。

仮に不採算であったとしても、市民の合意が得られる限り、公共性を発揮して、市が手がけなければならない領域です。これに対し、一般事業部分は、独立採算が基本で、経済性が発揮されるべき領域です。

この試算結果によれば、全体から(公的)事業領域を除いた、独立採算が基本となるべき(一般)事業損益は、最終損益では6億円の赤字となり、医業収益から医業費用を差し引いた、医業損益では2億円強の赤字と読みとれます。

ドンブリ勘定から、第1段の切り口で(公的/一般)に区分した結果、(一般)事業において「経済性」が発揮されているとは判断できません。

上記の金額水準の実質赤字が解消できることを目安に、効率性を高めていく必要があると考えます。

なお、効率性を高めていくということは、医療行為の成果や患者の満足を落とすことなく、不合理をそぎ落としていく趣旨です。

次節では、(一般)事業において、当面の目標を、「医業損益の2億円強の赤字解消に向けた効率性」を設定したとして、そのための糸口を得るための第2段の切り口を示します。

2-3-2 (一般)事業損益を更に診療科別に分解します。

(全体)事業について、2-3-1に示したような(公的/一般)に仕切りを入れた損益を得た結果、「独立採算が原則とされる一般事業部分が、この程度の赤字状態なのか」ということがわかったことは成果ですが、これだけでは判断に限界があります。

どこをどうしていけば、上記2-3-1で示した意味の効率性を引き上げる余地があるのか、その判断には、更に「情報」が必要です。

改善行動に具体的に結びつける糸口を得るには、損益実態はもっと細分化して、どこの部門のどういうところがどのくらい問題なのか、端緒を見つけられる情報が突破口として用意されなければなりません。

それが診療科別損益です。大事なことは、診療科別損益から更に(一般)事業部分を取り出すことです。

表4は、(一般)事業の「医業損益」段階までを、診療科別に区分した試算結果です。この表は、以下の()の手続の結果求めたものです。

(全体)事業につき、診療科別損益を捉える

(公的)事業につき、診療科別損益を捉える

試算の結果、医業損益で診療科別の赤字・黒字科数と金額の分布は、別紙のとおりです。また、にあたっての<試算に用いた前提条件>は、**表5**のとおりです。

表3： (公的/一般)事業損益を区分した試算結果

(単位：百万円)

損益要約科目	連結ベース (注1)	< -- 補助金・負担金等対象事業： みなし「公的事业」損益(注2) -- >							差引： 「一般事業」損益
		国から	県から	(赤字補填)	(1号負担金)	(2号負担金)	(繰出基準負担金)	(先端医療技術センター)	
入院収益	8,051	0	926	0	0	1,338	0	0	5,787
外来収益	2,639	0	0	0	0	38	0	0	2,601
室料差額収益	222	0	0	0	(17)	0	0	0	239
医療相談収益	139	0	0	0	146	0	0	0	(7)
公衆衛生活動収益	65	0	0	0	68	0	0	0	(3)
他会計負担金(医業収益)	284	0	0	0	284	0	0	0	0
その他医業収益	151	0	1	0	0	0	0	0	150
医業収益 計	11,550	0	928	0	480	1,375	0	0	8,767
給与費	(6,816)	(103)	(569)	0	(252)	(938)	0	(77)	(4,877)
薬品費	(1,927)	0	(228)	0	(19)	(223)	0	0	(1,457)
診療材料費	(1,131)	(1)	(313)	0	(25)	(340)	0	0	(451)
減価償却費	(1,058)	0	(43)	0	(9)	(345)	0	0	(661)
委託料等	(647)	0	(22)	0	(7)	(23)	0	(31)	(564)
光熱水費	(327)	(5)	(25)	0	(9)	(50)	0	(11)	(228)
その他医業費用	(950)	(2)	(34)	0	(17)	(124)	0	(20)	(754)
医業費用 計	(12,857)	(111)	(1,235)	0	(337)	(2,044)	0	(138)	(8,992)
医業損益	(1,307)	(111)	(307)	0	143	(669)	0	(138)	(225)
他会計負担金等	1,816	0	0	0	0	657	1,001	158	0
他会計補助金	139	0	0	139	0	0	0	0	0
都道府県補助金	126	0	126	0	0	0	0	0	0
国庫補助金	107	107	0	0	0	0	0	0	0
受取利息及び配当金	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他医業外収益	86	0	0	0	2	0	0	0	84
医業外収益 計	2,273	107	126	139	2	657	1,001	158	84
企業債利息	(656)	0	(63)	0	0	0	(437)	0	(155)
一時借入金利息	(14)	0	0	0	0	0	0	0	(14)
その他医業外費用	(262)	0	0	0	0	0	0	0	(262)
医業外費用 計	(931)	0	(63)	0	0	0	(437)	0	(431)
経常損益	35	(4)	(244)	139	144	(12)	564	20	(572)
特別損失	(35)	0	0	0	0	0	0	0	(35)
当期損益	0	(4)	(244)	139	144	(12)	564	20	(607)

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5 P 6

経済性がい
かんなく発
揮されるべ
き事業領域

- (注1) 医療センターに係る、市の病院事業会計分・医療公社分の損益計算書データを連結したものです。
- (注2) 本報告書では、損益分析上、「補助金・負担金等対象事業」をオーソライズされた「公的事业」と考え、「公的事业」すなわち「補助金・負担金等対象事業」とみなして取り扱っています。
- (注3) 各補助金・負担金等対象事業の損益は、医療センター管理課(以下「管理課」という)提供の個々の事業毎に把握された当該事業関連損益を、合算して作成しています。
- (注4) 費用項目並びに各区分損益の「損失」にはカッコを付けて表記しています。

対象事業の主な内容： P 1 P 2 P 3 P 4 P 5 P 6

主)	臨床教育実習	救命医療施設運営	(赤字補填)	救命救急収支不足	周産期医療	企業債利子
受給額	104	86	139	123	83	395
受給前損益	(104)	(238)		()	(83)	(408)
受給後損益	0	(152)			0	(13)

副)	臨床研修費補助	感染症病床管理運営	集団検診・保健衛生の行政経費	放射線治療システム装置リニアック(高度医療)	企業債償還金充当
受給額	3	16	69	78	350
受給前損益	(7)	(41)	(69)	(78)	0
受給後損益	(4)	(25)	0	0	350

その他)	他3事業	他5事業	他14事業	他2事業
受給額	24	92	496	256
受給前損益	(90)	(70)	(508)	(29)
受給後損益	(67)	22	(12)	227

() 前掲”P 2”「救命医療施設運営」の収支不足を、市が補うものです。

表4：（一般）事業損益の、診療科別試算結果

（単位：百万円）

	一般事業計	< 診療部門 >						診療補助部門3科計	共通その他部門計
		循環器科	小児科	胸部外科	歯科口腔外科	その他14赤字診療科計	8黒字診療科計		
入院収益	5,787	565	181	205	95	2,151	2,590	1	(1)
外来収益	2,601	171	79	34	53	704	1,550	10	0
室料差額収益	239	8	1	7	3	63	157	0	0
医療相談収益	(7)	0	0	0	0	0	0	0	(7)
公衆衛生活動収益	(3)	0	0	0	0	0	0	0	(3)
他会計負担金（医業収益）	0	(41)	24	0	0	49	(31)	0	0
その他医業収益	150	14	4	3	2	48	75	0	4
医業収益計	8,767	717	287	249	154	3,015	4,340	11	(7)
人件費	(4,877)	(168)	(244)	(201)	(122)	(1,639)	(2,036)	(325)	(143)
薬品費	(1,457)	(23)	(49)	(31)	(23)	(668)	(683)	(0)	20
診療材料費	(451)	(407)	1	(6)	(3)	(175)	113	0	25
減価償却費	(661)	(23)	(25)	(14)	(17)	(156)	(127)	(288)	(11)
委託料	(564)	(33)	(25)	(18)	(13)	(191)	(271)	(33)	19
光熱水費	(228)	(13)	(15)	(9)	(6)	(90)	(123)	(0)	28
その他医業費用	(754)	(77)	(28)	(22)	(14)	(265)	(311)	(52)	15
医業費用計	(8,992)	(743)	(385)	(300)	(197)	(3,182)	(3,439)	(699)	(47)
医業損益 仮計	225	26	98	51	43	167	901	687	54
共通部門費配賦（注1）：	0	(2)	(3)	(2)	(1)	(20)	(25)	0	54
補助部門費配賦（注2）：	0	(157)	(4)	(21)	(13)	(192)	(300)	687	0
医業損益（配賦後）	225	184	105	74	58	380	577	0	0
同利益率		-25%	-35%	-29%	-37%	-13%	13%		

変動費率	（注3）	60%	17%	14%	16%	28%	13%
固定費	（注4）	470	341	285	185	2,532	3,168
医業損益分岐点売上	（注5）	1,172	409	333	222	3,514	3,648
安全余裕率	（注6）	-63%	-42%	-34%	-44%	-17%	16%

赤字軽減の方法

本文2 - 4 参照

（注1）人件費の比で各診療部門に配賦しています。

（注2）放射線科・麻酔科・臨床病理科の各補助部門別に、各合理的とみられる基準により配賦しています。

（注3）変動費項目は、薬品費＋診療材料費とみなし、医業収益で除しています。
追加的收益を得るのに連動してかかると見込まれる費用割合を求めています。

（注4）医業費用中の変動費項目以外に、共通・補助部門費配賦額を加えたものです。
医業収益（以下「売上」という）の多寡に関係なく固定的にかかると見込まれるコストを求めて

（注5）現行の損益構造のもと、医業損益がトントンになるための、逆算売上高です。

（注6）現行の売上水準から見て、売上が何%落ちると損益トントンかの余裕率（現・黒字の場合）、
現・赤字の場合、損益トントンに達するには売上が現売上の何%要するかを示します。

表5： < の試算に用いた前提条件 >

= (全体) 事業の診療科別分解手法

項目	百万円	データの出典又は行った手法
入院収益	8,051	医療センター事業年報P.92～93「入院診療科別診療額調べ」による。これは、医事システムの請求ベース出力リスト「診療科別診療行為別診療額調べ」(H11年度)をもとに、査定減等を織り込んだ経理データに還元されたものです。
外来収益	2,639	医療センター事業年報P.96「外来診療科別診療額調べ」による。資料の性格は上記「入院診療科別診療額調べ」と同じ。
室料差額収益	222	医療センター事業年報P.93「入院診療科別診療額調べ」による。
医療相談収益	139	共通部門に直課。
公衆衛生活動収益	65	共通部門に直課。
他会計負担金(医業収益)	284	次掲 = (公的) 事業の診療科別分解手法 記載の手法により、診療科別に串刺し集計された結果として求めている。
その他医業収益	151	以上、入院収益から公衆衛生活動収益までの診療科別合算額の比で、比例配分している。
医業収益計	11,550	
人件費	(6,816)	1. 医療公社総務課(以下、総務課という)作成の、医療公社分に係る職種別・担当場所別「給料手当」・「賃金」並びに一部報酬を含む年間データに基づき、次のように処理している。すなわち、5つに分けた職種毎に、(1)診療科に直接対応するものは、当該診療科に直課。(2)(入院病棟/外来)区分のみできるものについては、入院病棟対応分は、医療センター事業年報P.12「診療科別入院患者数調べ」に示されている在院患者延数の診療科別比率により配分、外来対応分は、医療センター事業年報P.16「診療科別外来患者数調べ」に示されている延べ外来患者数の診療科別比率により配分。(3)上記以外のものについては、原則として、5つに分けた職種毎に診療科別の上記までの仮計額を基準に診療科別比例配分を行って把握している。2. なお、市の病院事業会計と医療公社との、連結ベースの人件費総額のうち、以上1. でカバーされないもの、すなわち法定福利費並びに8名の市職員人件費等から構成される分については、上記1. による診療科別比率により、比例配分している。
薬品費	(1,927)	診療科別払出原価データを直接把握できない環境のため、(1)総務課から、医事システムで把握された請求ベースの診療科別(投薬料/注射料)データを入力し、(2)これら2区分の各診療科別比率並びに両区分合算の診療科別比率を求めておき、(3)これらの比率を、薬品費経理残の内訳としての「投薬料」「注射料」などのサブ外額に乗じて求めている。
診療材料費	(1,131)	診療科別払出原価データを直接把握できない環境のため、(1)医事システム出力「診療科別診療行為別診療額調べ補助表」中、以下を抽出して診療科別に合算。独立親項目の「特定材料料」、投薬料以下麻酔料までの親項目の一部を構成する「特定材料料」。(2)診療材料費の経理残に、上記(1)の診療科別比率を乗じて求めている。
減価償却費	(1,058)	償却資産が供用部門別に登録・償却計算される環境にないため、以下(1)(2)の合計として把握している。(1)「器械備品」：医療公社財務課が物品購入請求データに基づき把握・作成した、直近7年間の取得価額ベースの器械備品取得額の所属別資料に基づき診療科別取得価額比を計算し、これに器械備品償却費の経理残を乗じて求めている。(2)建物等、器械備品以外：総務課把握のワークシート別占有延床面積データに基づき、(入院/外来)の比率を求め器械備品以外の償却費経理残に乘じ、(入院/外来)の区分毎に、上記人件費計算で用いた診療科別延患者数比で再配分して求めている。
委託料	(647)	(1)委託契約中診療科別の対応が合理的にとりうると判断されたものについてはこの配分結果。(2)それ以外については、上記人件費の診療科別比率により配分している。
光熱水費	(327)	上記減価償却費配分の(2)と共通の基準により配分している。
その他医業費用	(950)	以上、人件費から光熱水費までの、診療科別営業費用合算額の比で、比例配分している。
医業費用計	(12,857)	
他会計負担金	1,816	次掲 = (公的) 事業の診療科別分解手法 記載の手法により、診療科別に串刺し集計された結果として求めている。
他会計補助金	139	次掲 = (公的) 事業の診療科別分解手法 記載の手法により、診療科別に串刺し集計された結果として求めている。
都道府県補助金	126	次掲 = (公的) 事業の診療科別分解手法 記載の手法により、診療科別に串刺し集計された結果として求めている。
国庫補助金	107	次掲 = (公的) 事業の診療科別分解手法 記載の手法により、診療科別に串刺し集計された結果として求めている。
受取利息及び配当金	0	共通部門に直課。
その他医業外収益	86	共通部門に直課。
医業外収益 計	2,273	
企業債利息	(656)	補助金・負担金等対象事業に係る2事業分以外は、共通部門に直課。
一時借入金利息	(14)	共通部門に直課。
その他医業外費用	(262)	共通部門に直課。
医業外費用 計	(931)	
特別損失	(35)	共通部門に直課。

= (公的) 事業の診療科別分解手法

項目	データの出典又は行った手法
各補助金・負担金等対象事業の関連損益	医療センター管理課提供資料により把握。これらは実績値を直接に把握できない環境下、予算策定時に積算した各収益・費用内訳予算金額をベースに、予算合計に対する実績合計の比で実績値還元して求められた金額である。
各補助金・負担金等対象事業の関連診療科並びに配分基準	医療公社医事課をはじめとする関係者への照会結果をもとに、約30の対象事業毎に関係診療科を識別し、各々合理的とみられる基準を設定している。
診療科別の損益把握	各対象事業毎に、上記配分基準を各々適用し、この結果を串刺し集計している。

本説で提示する診療科別内容は、「模擬試算」結果です。結果そのものではなく、こうした枠の一端から、今後の改善を考えていく段取りを持っていただくことが眼目です。

「模擬試算」という理由は、こういう情報を作ることを想定していない現行のデータのもと、＜試算に用いた前提条件＞に示したとおり、あえて設定したいいくつかの「みなし」条件のもと算出した暫定試算結果であるためです。

2 - 4 . 赤字解消のための方法

前節2 - 3 - 2の試算結果表は、述べたとおり、診療科別で、全体損益から公的事業損益を差し引く手続を経て、取り出した独立採算が基本となる事業領域の損益です。表記しているのは「医業損益 225 百万円」までです。

最終的には、（一般事業）最終損益（「当期損益 607 百万円」）の収支があってはじめて独立採算が達成されたこととなります。

（2 - 3 - 1の表右端下参照）

当面の目標として、「医業損益」までをとりあげて、赤字解消（軽減）のための方法を検討した結果は、次のとおりです。

イ. 「循環器科」

（損益構造）

著しく高い変動費率と大きい固定費の損益構造となっています。

そのため、操業を上げる（収入の増加）だけで医業損益の収支を合わせるには収入が6割以上増えないといけない計算です。

（補足情報）

- ・診療材料費で突出しているのがPTCA代（1）です。
- ・固定費の(1/3)は補助部門費負担で、撮影診断で放射線科から用役提供を多く受ける事情に起因します。補助部門費負担の主な内容は放射線科の償却費の負担です。
- ・当科固有の固定費の過半を占める人件費の7割が（看護婦+医師）に対するものです。
- ・心臓血管外科の併設があるため、循環器科の側面支援（強み）になっています。

- 1 PTCA :経皮的冠動脈形成術(俗称「風船療法」)。
冠動脈狭窄部に針金を通し、これに添って管を挿入し、空気を送って膨らめることで狭窄部を拡げる治療法で、身体への負担が小さい。
一連の高価な材料が使用される。

(所見)

変動費率を下げ、損益構造を変えていくことが、基本的に目指したい方向性と考えます。

最有力とみられるのは、PTCA 使用の数量要因で、PTCA 使用にあたり、歩留率を高める手法を制度的・組織的に今後改善されたとすると、損益向上への影響が大きく、最大注目点になると見込まれます。

次に、当科で直接管理可能な固定費を、成果を落とさない前提で合理的に節減できるかを吟味していくことも重要となります。

(固定費節減のこの趣旨は、全科共通で、以下の科では省略します。)

ロ. 「小児科」

(損益構造)

固定費が診療収入を上回る状況です。

診療収入あたりの利潤は十分にあるものの、かかっている固定費に対し、診療収入が低すぎる状況です。

(補足情報)

- ・ 科の性格上、労働集約型(患者は小さい子どもで個々の診療行為に人手と時間がかかる)である一方、保険制度上では、請求に転嫁できる部分は限られています。
- ・ 小児病床は、個室と大部屋に関し、受給が不均衡(個室はいつも足りない)になっています。単に区切るような簡易な措置での対応は困難とされます。また、一般病床の融通は、隣接患者の苦情等から現実には難しいと思われれます。
- ・ 外来診療は、現在の医師の稼働状況では時間的余力がほとんどない状態です。
- ・ 固定費の7割を占める人件費の職種別内訳は、試算では看護婦が半分、医師とその他が(1/4)づつ、という計算です。

(所見)

(需要 > 供給) 状態の小児個室病床数が確保でき、有効に回転する状況が、損益改善の第1の柱になると思われます。

いわゆる「社会的入院(家庭の受入体制が原因で退院できない)」が長引かないようにする解決は、医療成果を落とさない前提で合理的に病床回転を良くする立場から、有力な懸案課題の1つです。

小児個室病床の増床は、新たな固定費が不可避で損益構造が変わるため、両刃の刃です。需要がどの位あるのかの判断と、関連して増える固定費を読み誤らないことが共に重要です。

増床するよりは、赤字幅の押さえる方が優る、という判断もあり得ます。

八. 「胸窩外科」

(損益構造)

前述の「小児科」とほとんど同様に見える損益構造(固定費 > 診療収入 かつ、変動費率小)です。

(補足情報)

- ・ 手術を要する典型的な肺疾患の場合、患者数は人口あたりでは統計的に決まった人数になる一方、当浜松地区ではこれに対応する医療施設に「数としては」供給不足なし、という環境です。
- ・ 入院が主体で病床は、基本的に全病棟が混合科病棟となっている関係で、病床稼働率のゆとりは当科固有のものではなく共通です。病床稼働率自体は既に、当センター独自の病床管理システムのもと、上限に近づきつつあります。
- ・ 固定費の7割を占める人件費の職種別内訳は、試算では看護婦がその4割、医師(3割強)、その他、という計算です。

(所見)

診療収入当たりの利潤は、医業損益黒字診療科平均に準じており、計算上は、当科の診療収入を、高い固定費がまかなえる規模までどう合理的に高めていけるかが損益改善の鍵となります。

ただし、小児科の場合と異なり、科の供給能力が制約となって受入ができないという状況は見えません。

従って、「強みをアピールして紹介を誘致する」ことが選択肢になり得ると考えます。

二. 「歯科口腔外科」

(損益構造)

これも、前述の「小児科」「胸部外科」と、みかけは似かよった損益構造（固定費 > 診療収入 かつ、変動費率小）です。

(補足情報)

- ・ 平成7年から新設の診療科です。
- ・ 当科の外来は、他科と異なり「完全紹介制」が例外的に採られています。従って一般的な歯科治療の外来は入ってきません。
- ・ 手術が占める割合が高くびっしり予定が詰まっており、常勤医師2名 + 専修医1名の体制下での供給余力は、入院・外来含めてほとんどない状態です。
- ・ 掲げた4科の中では、外来の構成比が相対的に一番高くなっています。
- ・ 固定費の(2/3)を占める人件費の職種別内訳は、試算では看護婦がその4割弱、医師が3割強、その他3割弱、という計算です。

(所見)

診療収入当たりの利潤自体は決して低くなく、損益改善をはかるには、高い固定費をまかなえるような収入水準に、どう合理的に高めていけるかが、注目点となります。

ただし、固定費の考え方は、固定費を削減するのがいつも望ましい訳ではなく、収入水準を抜本的に引き上げ、損益構造を改善できる戦略的固定費（活きた固定費）の支出は、検討されてよいものです。

たとえば、中堅（手術を安心して頼める）の医師を増員して対応（固定の増加）した場合に、紹介への対応が速まると同時に紹介件数が増えることで収入増の効果が期待できます。

しかし、収入増の程度や損益への影響を読み誤ると逆効果となります。逆効果となるよりは、赤字幅を押さえ込む方が優る、という判断もあり得ますが、なによりも大事なことはそのような検討を尽くすことにあると思われま

2 - 5 . 予算作成方法

本節では、医療センターの管理運営が、より効率的に行えるようにできる手法として、予算作成段階並びに実績管理からの効率性追求を提案します。

1 . 効率性追求の立場から行いたいのは、一連の制度づくりです。

予算そのものを（公的／一般）に分け、さらにそれぞれを事業別・診療科責任者別等に明確に設定すること

予算化した内容に対し、実績がどれだけだったかを直接求めうる制度・環境を作ること

（予算額をもとにして実績額に比率按分で還元して求める方法は、経過的になくしていけるようにする）

予算化した内容に対し、実績を明らかにする運用を行って、実績に責任者が「対峙」できるようにすること

現在、市からの負担金等対象事業については、市の一般会計から負担金等を受給する必要条件として、その予算自体を、積算のうえ作成しています。

県・国からの補助金収入対象事業についてもこれに準じています。

すなわち、この事業に関してどういう収入がどれくらい見込まれ、所要費用がどういふ積算条件のもとにどういふ金額となるか、従って差引赤字額がいくらと計算されるか、という予算化過程は書面化されています。

現行の予算化過程で足りないのは、

- 1 . （公的）部分を事業別に（総計）で予算化するだけでなく、診療科責任者別等に展開して明確に設定する
- 2 . （一般）部分についても「診療科責任者別等」に展開して明確に設定する

予算化段階から実績管理までを、上記のとおり新しい方法で進めていく制度ができることは、効率化のための有力な手段と考えます。

2 - 6 . 職員定数

本節では、医療センターの管理運営が、より効率的に行えるよう、最大の費目である人件費の抑制の手段として「職員定数」の考え方を提案します。

職員定数は、「基本計画」（後述2 - 8 . 参照）とこれに連なる合理的な事業計画のもとに積算される職種別の所要人数を、計数的に踏まえて求めるようにします。

現員数との差については長期的、計画的に調整をはかっていくようにします。

現在の職員定数の決め方は、毎年、「職員定数」を規程化し、この範囲でおさめる管理手法によっています。

職種別の所要人数の積算から人数を決める過程が、一部を除いて明らかでないため、前年度の定数をもとに、（総合的判断から）これを加減して決める方式です。

現行の方式を踏襲すると、常勤職員数が年度ごとに「自然増」することとなります。

仮に、所要数に対し「過員」が生じた場合、定年による自然減が主たる手だてというのでは、「効率性」への道は遠くなります。業務上の需要に応じた柔軟で積極的な適材適所の配置が必要と考えます。

2 - 7 同規模市立病院との比較

本節では、医療センターの管理運営が、より効率的に行えるよう、公表されている病院統計を、統制に利用する手法と考え方を、参考に供します。

全国の市立病院との、職員数等比較分析結果を、「[表6](#)」に示します。

公表されている最新の病院統計「地方公営企業年鑑（病院）編 対象：平成10年度」に基づいて、当医療センターと病床数が近い（一般病床数 600 床前後）、全国の市立病院を調べた結果から当医療センターを含め 12 の病院を抽出し、比較したものです。

表6： 全国の市立病院との、職員数等比較分析結果

出典：「地方公営企業年鑑」（H11.3/31終了事業年度）

	(1)施設・業務概況、(2)P/L			平均	標準偏差	中央値	P.206		P.233		P.200		P.265		P.264		P.265		P.251		P.279		P.277		P.308		P.317			
	(5)費用構成表						函館市	順位	山形市	順位	横浜市	順位	富士市	順位	静岡市	順位	焼津市	順位	富山市	順位	東大阪市	順位	豊中市	順位	佐世保市	順位	鹿児島市	順位	順位	順位
	(6)経営分析			函館病院	順位	市立病院済生館	順位	市民病院	順位	中央病院	順位	静岡病院	順位	総合病院	順位	富山市民病院	順位	市立総合病院	順位	豊中病院	順位	総合病院	順位	市立病院	順位	順位	順位	順位	順位	
	(7)職種別給与			平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値	平均	標準偏差	中央値
事業開始年月日、病院施設	S48年4月	1					T11年8月	10	M37年4月	11	S35年10月	2	S24年3月	6	M22年4月	12	S33年4月	4	S21年12月	7	S33年11月	3	S29年7月	5	S9年6月	9	S15年4月	8		
鉄骨鉄筋又はコンクリート造（㎡）	40,371	4	60	20,100	21,016	25,920	25,920	12	41,897	2	40,242	5	30,812	11	36,794	8	30,842	9	41,679	3	38,867	6	66,128	1	30,822	10	38,027	7		
耐火構造（㎡）																														
木造（㎡）							216	1																						
1床当り償却資産（千円）	30,921	3	55	21,901	16,678	13,820	5,285	12	24,160	4	23,815	5	13,022	7	14,618	6	11,266	10	12,956	8	42,063	2	63,239	1	12,127	9	9,345	11		
建物	27,209	3	56	17,995	14,739	10,188	3,286	12	21,843	4	20,848	5	10,097	7	10,278	6	9,135	10	9,894	8	32,076	2	55,364	1	9,195	9	6,719	11		
器械・備品	3,493	4	51	3,391	1,992	2,488	1,921	12	2,040	10	2,427	7	2,416	9	4,210	3	1,982	11	2,706	5	8,491	1	6,037	2	2,549	6	2,418	8		
その他償却資産	219	8	45	515	561	317	78	12	277	7	540	3	509	4	130	11	149	10	356	6	1,496	2	1,838	1	383	5	208	9		
病床数合計	625	6	48	632	42	622	701	2	595	11	637	5	610	8	650	4	601	9	710	1	573	12	619	7	600	10	661	3		
一般	600	4	57	589	14	600	604	1	575	9	600	4	580	8	600	4	601	2	570	11	573	10	599	7	570	11	601	2		
結核				33	23	30	62	1					10	4																
精神				100		100													100	1										
伝染	25	5		28		23													40	2										
病床利用率																														
一般	93.2%	4	53	91.7%	4.2%	92.4%	89.9%	10	91.3%	8	90.8%	9	84.4%	12	92.5%	6	93.1%	5	93.7%	3	84.8%	11	92.2%	7	95.0%	2	100.0%	1		
結核				43.1%	24.8%	33.9%	24.2%	3					33.9%	2																
精神				96.1%		96.1%													96.1%	1										
伝染	4.5%	1	72	1.3%	1.5%	0.4%	0.3%	7	1.1%	4	3.0%	2	0.4%	5	0.4%	5			0.2%	9			2.1%	3	0.2%	9	0.3%	7		
平均在院日数（一般病床）	19.6	7	44	21.3	2.9	19.7	27.9	1	19.2	9	19.1	11	19.8	6	19.4	8	19.2	9	22.5	4	18.9	12	21.4	5	24.0	3	25.1	2		
1日平均患者数																														
入院	560	3	52	552	40	556	558	5	525	10	546	9	493	11	555	7	559	4	630	1	482	12	553	8	556	6	601	2		
外来	1,094	12	34	1,488	242	1,524	1,213	11	1,548	5	1,912	1	1,306	10	1,615	3	1,855	2	1,548	5	1,499	7	1,555	4	1,364	8	1,343	9		
外来入院患者比率	131.0%	12	34	181.7%	31.7%	182.9%	146.5%	11	197.8%	4	235.0%	1	177.8%	7	195.3%	5	222.6%	2	165.0%	8	207.0%	3	188.0%	6	164.7%	9	150.0%	10		
入院収益と外来収益（百万円）																														
入院収益	7,954	3	62	6,939	844	6,777	7,344	4	5,722	12	7,055	5	6,150	10	7,955	2	6,558	9	6,739	8	5,853	11	6,748	7	6,806	6	8,381	1		
外来収益	2,599	12	38	3,525	766	3,425	2,887	10	3,967	4	5,183	1	3,364	7	4,253	3	4,274	2	3,542	5	2,808	11	3,485	6	3,022	8	2,923	9		
基本給と手当、並びに委託料（百万円）																														
基本給	3,077	2	64	2,579	362	2,498	2,201	11	2,004	12	3,143	1	2,342	9	2,893	4	2,434	8	2,634	5	2,471	7	2,934	3	2,293	10	2,525	6		
手当	2,630	1	65	2,101	347	1,971	2,010	6	1,584	12	2,602	2	1,932	7	2,267	4	1,849	10	1,893	8	1,868	9	2,566	3	1,826	11	2,185	5		
委託料（注5）	681	7	47	764	328	687	601	9	967	4	151	12	824	5	1,066	3	692	6	582	10	1,326	1	1,174	2	441	11	661	8		
病床100床当り職員数	129.6	1	66	110.6	12.0	106.8	96.1	12	101.1	10	125.9	2	108.7	6	123.2	3	120.3	4	101.5	9	102.6	8	116.9	5	104.8	7	96.5	11		
医師	14.7	4	56	13.7	1.8	13.9	11.1	12	12.7	9	15.5	3	13.6	8	15.6	2	13.8	7	11.6	10	16.4	1	14.5	5	13.9	6	11.2	11		
看護部門	77.8	3	62	70.0	6.4	68.9	61.9	12	64.7	10	79.0	1	71.2	5	78.7	2	75.6	4	63.1	11	66.9	7	70.8	6	65.6	8	65.2	9		
薬剤部門	2.3	12	35	3.4	0.7	3.6	3.6	5	4.3	1	3.3	8	4.3	1	3.8	4	3.5	7	2.8	9	3.6	5	4.2	3	2.5	10	2.5	10		
事務部門	8.7	2	60	7.4	1.3	7.2	6.6	9	6.9	7	8.2	3	6.9	7	10.1	1	7.9	5	6.1	11	5.1	12	8.2	3	7.4	6	6.4	10		
給食部門	3.3	5	51	3.0	2.3	2.5	0.9	9	1.4	8	1.8	7	0.5	11	0.5	11	6.0	1	6.0	1	0.8	10	5.7	4	5.8	3	3.1	6		
放射線部門	3.8	2	57	3.2	0.8	3.1	2.5	11	2.6	10	5.3	1	3.2	5	3.8	2	3.3	4	3.0	7	3.2	5	3.0	7	2.8	9	2.3	12		
臨床検査部門	8.0	1	70	5.4	1.3	5.2	4.6	9	5.4	6	7.0	2	5.7	5	6.2	3	6.0	4	4.9	7	3.4	12	4.8	8	4.4	10	4.1	11		
その他部門	11.0	1	77	4.5	2.4	4.1	4.9	4	3.1	10	5.8	2	3.3	8	4.5	5	4.2	6	4.0	7	3.2	9	5.7	3	2.4	11	1.7	12		
医師1人当り患者数																														
入院	6.4	8	46	6.9	1.3	6.8	7.4	4	7.2	5	5.2	11	6.2	9	5.9	10	6.8	6	8.1	3	5.2	11	9.4	1	6.8	6	8.4	2		
外来	8.4	12	34	12.4	2.4	11.9	10.8	10	14.2	3	12.1	6	11.0	9	11.6	7	15.1	2	13.4	4	10.8	10	17.8	1	11.2	8	12.5	5		
看護婦1人当り患者数																														
入院	1.2	6	48	1.3	0.3	1.2	1.3	5	1.4	4	1.1	11	1.2	6	1.2	6	1.2	6	1.5	2	1.2	6	1.9	1	1.5	2	0.4	12		
外来	1.6	12	33	2.4	0.5	2.4	2.0	11	2.8	2	2.6	4	2.1	10	2.3	8	2.7	3	2.4	6	2.6	4	3.6	1	2.4	6	2.2	9		
患者1人1日当り診療収入（千円）																														
入院	38,881	2	57	31,959	9,335	33,489	36,050	4	29,851	10	35,404	5	4,179	12	39,263	1	32,121	9	29,307	11	33,256	8	33,438	7	33,539	6	38,216	3		
外来	9,694	5	51	9,640	942	9,539	9,674	6	10,460	4	11,065	1	10,517	3	10,747	2	9,404	7	9,337</											

- A1. 病床 100 床当たり職員数トータルは、12 病院中最多。
- A2. 職員数は、職種別には、「臨床検査部門」「その他部門」で 12 病院中最多。
- A3. 職員数は、職種別には、「事務部門」「放射線部門」職員数が、12 病院中 2 番目に多い。
- B1. 検査技師 1 人当たり検査収入は、12 病院中最小。

例えば「事務部門」職員については典型的に、委託化の進み具合が統計の「職員数」に影響を大きく与える事情があります。表 6 に掲げた「委託料」は、人に関するもの以外も含まれているはずですが、内訳までの統計はありません。

(結果)

このように、統計分析だけで実質的な人数の多寡を即断することはできません。しかし他方で、統計(も)有力な道具として、「職員数に関し、合理的な所要数を超えて雇用しているのではないか」という仮説を打ち消せる説明ができるか、統制がかけられる必要があります。

特に考え方として重要なことは、「うちは人手のかかる公的事業をたくさんやっている」から、「だから人がたくさん要る」で説明ができ完結したことには、なっていないということです。

次項では、上記のような趣旨を含め、運営管理体制に関連して、主に「内部統制」の見地から述べます。

2 - 8 . 医療センターの管理運営体制

医療センターの管理運営体制、医療公社の位置づけ、並びに市との役割分担・責任に関連して、以下を提案します。

2 - 8 - 1 医療センター運営の基本計画 「マスタープラン」 を明らかにする

医療センターを、設立以来 28 年の環境変化をふまえ、どのような基本的理念（経営理念）に立ち、今後どのような方向に持っていき、何年後位にはどのような姿で機能させたいか。

医療センターでは、どのような公的事業をどこまで「市」の守備範囲と定めるか。

28 年の環境変化は、第 1 章（2）医療センター設立の目的と役割のイ. で述べた医療施設の整備状況・分布図をかなり大きく変えてきているのではないのでしょうか。そうであれば、医療センターの存在そのものの意義・役割を再定義し、それに従った基本計画（単年度予算を基本計画に繋げる）が、待たれていると考えます。

医療センターの理念・構想・基本方針等に係る文書類が、久しく再定義されない状況です。

設立時に作成された「財団法人浜松市医療公社設立趣意書(S47.10)」全 2 ページ、「財団法人浜松市医療公社寄付行為(S47)」第 3 条(目的)、のほかは、設立 10 周年(S57)を機に「医療センター将来計画検討委員会」が立ち上がった当時の資料が一部残っているのを除き、少なくとも以降十数年を経て、環境変化をふまえた宣言が望まれます。

2 - 8 - 2 「公社方式」の課題

企業会計の言葉で表現すれば、「医療公社」は浜松市の 100%子会社です。

親会社である市は、病院事業も全体の 1 つとして連結グループ経営の立場から、各事業に対する資源配分を決めていく必要があります。

現在、医療公社理事会での決定が、市の病院事業会計の予算に重要な影響を与えることがあります。

それに対し、医療公社理事会での決定は、市議会の承認を前提とせず行えるものです。

従って、病院事業経営を「公社方式」で運営する限り、医療公社理事会での決定が、市民の利益を反映して適切に行なわれる、という措置がないと均衡を保てなくなることに留意する必要があります。

<一例をあげると、>

例えば医療公社議事録（平成 12 年 3 月 28 日開催）によれば、第 8 号議案で医療公社の職員給与規程改正を決めています。内容は退職給与を含めた給与水準を市職員と同等にする趣旨のものです。

人件費は病院事業において総費用の半分を占める最大費目で、病院事業自体の経営採算への関わりは決定的なものです。

地方公営企業法第 38 条 2 項では、「企業職員の給与は、その職務に必要とされる技能、職務遂行の困難度等職務の内容と責任に応ずるものであり、かつ、職員の発揮した能率が十分に考慮されるものでなければならない。」とされています。

昭和 41 年に大幅改正された規定で、当時企業職員の給与が一般地方公務員の給与と同様の取り扱いがなされ年功序列的色彩が強く、職務内容と無関係に年功とともに直線的に上昇していく結果となり、不合理性が指摘され改善が叫ばれたことが背景とされます（「改訂地方公営企業法逐条解説」）。

現在、理事構成は、市の要職を配置することで、理事会運営が市の意向に反しない形で行われる配慮がなされていると思われます。

しかし、市の要職や議員が医療公社理事会に加わっている<参考 2>ことで、市民の代表者の機関である市議会により、上記規定の趣旨等をふまえ、審議がされ議決したことと同視はできません。（市職員の給与規定改正は市議会の議決を要する）

医療公社理事会議決事項に委ねられるもの・しからざるものの峻別が、公社方式をとる限りきわめて重要と考えます。

<参考 1> 医療公社理事会全 20 名の理事構成（平成 13 年 1 月 1 日現在）

理事は規程又は慣行上、

浜松市から（4 名）： 浜松市長・助役・財政部長・市病院管理部長。

市議会関係（4 名）： 市議会議長・市議会議員 3 名（前注）。

医療公社内部から（6 名）： 医療センター院長・医療センター副院長 2 名・医療センター事務部長・リハビリ病院院長・リハビリ病院事務部長。

業界団体から（5 名）： 市医師会会長・市医師会副会長 2 名・市薬剤師会会長・市歯科医師会会長

その他から（1 名）： 市自治会連合会会長

<参考 2> 国の指導により議員が理事を兼ねられなくなることが既定で、現在は経過措置中です。

2 - 8 - 3 医療公社の位置づけ並びに市との役割分担・責任

医療公社の位置づけ並びに市との役割分担・責任については、以下を提案します。

1. 根幹にかかわる重要な事項について、浜松市民の利益を十分反映できる制度において、「市」が決定する。
2. 事業戦略並びに事業計画についてもこれに準じる。
3. 企画・計画の素案は、医療と病院事業経営に精通した「市」の特別班がとりまとめる。
4. 素案の成案化に先立ち、医療全般統括と病院経営との結節点として明確な権限と責任が付与された院長、並びに事務部長が参画し、財政課がこれに関与する。
5. 医療専門家をはじめとする各種専門家等に、諮問機関として十分に機能してもらおう。
6. 具体的運営の達成目標を明確にしたうえ、細目については、受託者（医療公社）の創意工夫に委ねる。
7. 浜松市は受託者（医療公社）の業績を定期的に評価し、目標達成を実現させる。

2 - 8 - 4 補足（医療公社職員が、設立当時の熱い思いと期待に応え全力を出せるための、「目標」を見いだせる環境にする）

医療センターの設立に際し、市の直営方式によらず、「医療公社」に管理運営を委ねることを決定した当時には、「経済性」発揮に対する期待が込められていました。

前身の市医師会中央病院は民間病院であり、医療センターは、この職員を中核としてスタートしました。官営ではできにくいかもしれないこと、端的に言って公共性に埋没せず経済性・効率性を実現できる適任者集団と考えられ、職員もその自負を持って臨んできたものと思われまます。

設立後 28 年たった現在、あらためて当時に入れられていた期待と直営方式によらない利点から「現状を見る」と次のような状況です。

1. 人件費： 平成 15 年度までを目途に、退職給与を含めた給与水準を、市職員と同等とする作業が進められている模様です。仮に要員数が等しければ、「医療公社」に委託する意味は何か。
2. 要員数： 前述 2 - 7 で示したとおり、同規模病床数の全国の 11 市立病院比で、数の上で最多。

「医療公社」の人員が、医療センターだけでも既に 8 百人を擁するに至っています。浜松市の一部門化する道をゆかず、全国他の一般市民病院では実現できない成果を生む制度の確立が必要と考えます。……「公共性」を追求する公的事業と「経済性」を追求する一般事業（独立採算が基本）に区分し、診療科別予算・実績損益計算制度）……委託者である市が、管理可能な目標を設定できる環境を作り出し、その目標のもとで評価し、自律的に人が動き、成果を生む循環に乗せていくことが期待されます。本報告書がその手助けになれば幸いです。

3 - 1 決算修正事項について

病院事業会計の中で、その中核をなすと見られる有形固定資産、薬剤関係、人件費に重点を置き、監査を実施しました。監査の結果、修正項目は、次のとおりとなっています。修正項目の内容については、以下において、説明させていただきます。

1.有形固定資産について

2.無形固定資産について

3.未収入金について

4.貯蔵品について

5.委託契約・賃貸借契約

6.企業債

7.退職給与引当金

8.保険契約

修正内容一覧

(単位 千円)

修正内容	金額	借方	貸方
平成 11 年度に建物を除却したにもかかわらず、帳簿上、現存するものとして計上したままになっている。	120,494	資産減耗損	建物
	48,218	建物減価償却累計額	資産減耗損
平成 11 年度に器械備品を除却したにもかかわらず、帳簿上、現存するものとして計上したままになっている。	12,350	資産減耗損	器械備品
	9,225	器械備品減価償却累計額	資産減耗損
平成 11 年度の建物勘定計上額のうち、旧来の建物を解体・撤去・取壊しした費用が含まれているものがあつた。	9,909	資産減耗損	建物
車両 1 台が廃却済であるにもかかわらず、資産計上されていた。	1,022	資産減耗損	車両
	971	車両減価償却累計額	資産減耗損
器械備品の棚卸の結果、現存しなかったものがあつた。	372,985	過年度損益修正損	器械備品
	354,336	器械備品減価償却累計額	過年度損益修正損
建物の耐用年数が短縮されているが、旧来の耐用年数で減価償却していたことによる償却不足額。	72,238	減価償却費	建物減価償却累計額
過年度の償却計算の誤り	40	建物減価償却累計額	過年度損益修正益
	30	構築物減価償却累計額	過年度損益修正益
	1	器械備品減価償却累計額	過年度損益修正益
退職給与引当金の計上(期末要支給額の 100%を計上)	4,433,377	過年度損益修正損	退職給与引当金
	382,351	退職給与引当金繰入額	退職給与引当金
企業債に係る支払利息の期末未払計上	48,386	過年度損益修正損	支払利息
	47,475	支払利息	未払費用

1.有形固定資産について

(1)有形固定資産監査の目的

貸借対照表で明らかですが、病院事業会計における資産の中で、有形固定資産の占める比率は非常に高いものとなっています(85.9%)。従いまして、有形固定資産をいかに合理的かつ効率的に購入、使用、維持管理するかは、病院経営に大きな影響を与えることは間違いありません。一方、公営企業会計と自治体会計との狭間で、最もその歪みが出やすいところであると言えます。そこで、有形固定資産監査を実施することによって、問題点を認識し、解決することが重要と判断しました。

(2)平成11年度決算時点での管理状況

1)固定資産管理と会計との分離

固定資産の購入と現物の管理は、用度係が、決算数値のもととなる、会計記録は、財務係が行っています。

(用度係の管理について)

用度係では、資産管理台帳をパソコン管理しており、これによって、どの資産がどの科にあるか、が分かるようになっています。ただし、このようなパソコン管理を始めたのが、平成5年頃からで、それ以前のものについては、手書きの台帳があるのみであり、その後の移動、廃却についての信頼性に欠けます。また、資産管理が主な目的のため、減価償却費の計算は、考慮されていません。

(財務係の管理について)

財務係でも、固定資産台帳を持っています。しかし、この固定資産台帳は、手書きのものであり、閲覧したところ、現状を正しく反映しているとは、言い難いものです(決算数値にも使用していない)。また、減価償却費の計算のために、償却明細をパソコンで作成していますが、これも病院事業会計の特性で、次のような計算になっているため、償却明細上で、平成11年度末の有形固定資産の状況を確認することはできません。

<特性> 減価償却の計算は、取得年度からとせず、翌事業年度からとするため、償却明細には、当期取得固定資産が計上されない。

廃却固定資産の減価償却費は、期末に廃却したものとして、減価償却を行うため、償却明細には、当期に廃却した固定資産も計上される。

以上より、用度係、財務係で、それぞれ類似の台帳をつけているが、結局、正確な固定資産台帳は「存在しない」という状況でした。

2) 償却計算の検討

有形固定資産の決算数値は、上記1)の償却明細に当期の取得分を加え、当期の廃却分を減じて算定しているため、この償却明細の妥当性を検討しました。

その結果、償却明細の減価償却累計額と、決算書上の減価償却累計額との間に12,583千円差異がありました(決算書上の減価償却累計額が大)。このうち、ほんの一部は、償却計算の誤りと確認できましたが、実質ほとんど全額、原因解明に至っていません。

内容	対象資産	件数	金額(千円)
過年度減価償却過小	建物	4	26
	器械備品	2	50
過年度減価償却過大	建物	2	66
	構築物	3	30
	器械備品	4	51

また、「地方公営企業法施行規則」の改正により、平成11年度から、建物の耐用年数の短縮が行われることになっています。本来は、規則改定後は、それまでに取得していた建物についても耐用年数の短縮を行なうこととなりますが、規則改正後取得分についてのみ実施していました。規則改正後の耐用年数で、平成11年度の償却計算を行った場合72,238千円当期の減価償却額が不足していたこととなります。

(参考) 企業会計では、法人税法の改正により、平成10年度から、耐用年数の見直しが行われましたが、公営企業会計では、その実施時期が平成11年度からとなっています(自治企-第88号「地方公営企業法施行規則の一部を改正する省令の施行について」)。

3) 有形固定資産の実在性の検討

償却計算の検討を実施した際に、下記の有形固定資産の廃却処理もれ（当期に廃却したにもかかわらず、会計上、資産計上したままになっていたもの）が検出されました。

（単位 千円）

資産種類	件数	取得価額	帳簿価額
建 物	22	120,494	72,277
器 械 備 品	1	12,350	3,125
車 両	1	1,022	51
（合 計）	24	133,866	75,453

上記の結果や、現在まで、有形固定資産の棚卸を実施していないことを踏まえ、次の手続により、有形固定資産の実在性を確認しました。

イ) 有形固定資産の棚卸の実施

ロ) 見積書、契約書等の分析により、修繕費用、取壊し費用が、固定資産に計上されていないかどうか、の確認

イ) 有形固定資産の棚卸の実施

前述のとおり、決算書に計上されている有形固定資産の記録として、使用されているのは、償却明細です。しかし、この明細には、資産 NO.のみならず、所在場所の記載也没有。そこで、所在場所の記載がある、用度係の固定資産台帳と照合（名称のつけ方、区分の仕方が異なるものがあるため）させた上で、所在場所を特定し、棚卸を実施することにしました。

このような状況下、監査上の時間的制約もあるため、次のような範囲で、棚卸を実施しました。

資産種類	棚 卸 方 法
建 物	任意に抽出し、実施
構 築 物	任意に抽出し、実施
車 両	省略
器 械 備 品	取得価額 300 万円以上のもの

各資産の棚卸金額と、実施割合 (単位 千円)

資産種類	取得価額	実施割合
建 物	17,303,370	80.7%
構 築 物	69,579	37.6%
器 械 備 品	4,888,273	80.7%

棚卸の結果、建物、構築物について、問題はありませんでした。

また、器械備品については、廃却処理もれ（現物は廃却済となっているが、帳簿上は資産として記録されているもの）となっているものが、以下のとおり散見されました。なお、これらは、いずれも耐用年数を経過した減価償却を完了した資産です。

(器械備品の棚卸結果) (単位 千円)

実施件数	実施金額	不明件数	不明分
342 件	取得価額 4,888,273	41 件	取得価額 372,985
	帳簿価額 1,658,870		帳簿価額 18,649

(3) 現状の分析と検討課題

決算資料の基礎となるべき資料で、決算数値の確認ができない状況は、異常な状況といえます。まずは、早期に資料間の不整合部分の原因究明を行い、有形固定資産の現在の状況を正確に表示した、固定資産台帳を作成することが急務となります。また、用度係と財務係とで、別個に管理している体制を一元化し、全点棚卸を実施するなど、組織面での整備も重要になります。資産管理NO.をつけ、管理票を貼付した上で、定期的に棚卸を行なうことを制度化することが望まれます（その際、遊休資産、不要資産の抽出を行い、資産の利用状況を常に確認し、有効活用できる状況にする）。

なお、有形固定資産の廃却水準は、年度によって変動し、その結果、浜松市からの補助金金額が変動することになります。廃却済の固定資産を帳簿に残しておいた背景には、補助金水準を平準化する意図があったようです。「当年度の赤字」をその都度補填する現在の制度では、このようなことは起こりうることですが、改善することが必要です。

(4) 補足説明

監査の実施以前から、病院側でも、有形固定資産管理の不備については、認識しており、一元管理ができる制度に移行（平成 13 年度開始目標）を検討していました。移行に際しては、現状を正しく是正することが、先決であり、その意味でも、今回の固定資産棚卸を、全資産に対象を広げて実施することが必要になるものと考えられます。

2. 無形固定資産について

(1) 無形固定資産監査の目的

無形固定資産は、目に見えないものであるため、ともすると管理もれとなる場合があります。しかしながら、現金・預金などの資産と同様、病院資産を構成するものであり、その実在性、資産性を確認する必要がある、と判断しました。

(2) 電話加入権について

電話加入権について、用度係の資料と財務係台帳との照合を行いました。その結果、移動による所在場所の相違等、修正を要する事項はありましたが、全回線との対応関係を確認できました（実在性に問題なし）。

ただし、回線の内容を見ると、現在の回線数は 76 回線で、そのうち使用しているものが 49 回線、残りの 27 回線が休止状態となっていました（休止手続済）。

(3) 現状の分析と検討課題

台帳の所在場所を実際の状況に修正する必要があります。また、休止状態の回線については、今後、病院内で使用見込みがないのであれば、浜松市の他の部門での転用を図るなど、対応を検討することが望ましいと考えます。

(参考) 新規に回線を増設すると、1 回線 76,440 円(税込) 要するが、転用すれば一般工事費 2,000 円のみとなる。<NTT への照会結果>

3. 未収金について

(1) 未収金監査の目的

未収金残高の主な内訳は、次の通りになっています。

(単位 千円)

内訳	金額	内容
医業未収金	1,762,105	入院、外来の保険請求、患者負担額ほか
医業外未収金	845,763	一般会計負担金、補助金、国・県補助金ほか
資本的収入	15,800	県補助金
(合計)	2,623,668	

毎年、未収金から回収不能額（不納欠損額）として、数百万円が費用計上されています。医業収益 11,537 百万円からすれば、微々たるものではありませんが、最終的に赤字分を税金で賄っている現状からは、無視しえないものと考え、監査を実施しました。

医業未収金のうち、その回収可能性に問題がある、患者（利用者）に対する未収金について、調査を行いました。なお、未収先の未収理由は、以下のとおりとなっています。

(単位 千円)

未収理由	延べ人数	金額
所在不明	6	697
生活困難	89	15,662
死亡	7	4,242
分割納付	51	18,604
その他（出国等）	18	7,282
(合計)	171	46,487

(2) 未収金の発生形態

夜間診療...医療事務職員がいないため、保険証提示のみで、会計はしない。当日は、書面にて、翌日以降に精算を依頼するのみ。

健康診断...会社単位で実施。会社に請求書を送付し、支払を受ける。これまでのところ、長期に未収になる例は、発生していない。

外来 ...基本的には、発生しない。ただし、例外的に以下のような場合では、発生する。

- ・ 保険証がない場合（全額自己負担）など、請求額が多額になり、一度に支払えない場合
- ・ たまたま、持ち合わせがない場合（通常は短期に精算）
- ・ 受診後、精算をせずに帰ってしまう場合

入院患者...入院患者については、10日毎（毎月10日、20日、末日）に売上計上、精算となっているため、滞納者を除き、一時的に生じるのみである。

退院患者については、退院時に残額を精算することになるため、通常、発生しない。ただし、金額が多額になることもあるため、分割払いにすることもあり、その場合には、未収が長期に残ることもある。

また、土・日退院の場合には、会計をしないため、後日、請求書の送付となる。このため、支払までの期間、未収となる。

（3）未収が起こらないための対応

入院患者については、入院病棟の婦長が相談を受け、健康保険の貸付制度、医療センターの分割払いの制度、生活保護申請などが必要と見られる患者に対しては、医療相談室での相談を勧め、早期の対応を図っています。

（4）未収が発生した場合の対応

支払期日の属する月末後、概ね2ヶ月後を目途に、催告状を送付することにしていきます。（厳格にこの規則を守っている訳ではなく、その時の担当者の仕事量によっては、前後することもある）

催告状送付後、概ね半年間経過した場合には、再催告状を送付している。

（厳格にこの規則を守っている訳ではなく、その時の担当者の仕事量によっては、前後することもある）

上記とは別に、高額未収先などに対しては、必要に応じて、電話による督促も行なうことにしている。

なお、上記対応は、財務係が行っていますが、標準化はされていません。また、訪問による回収は、かつて行っていたこともありましたが、効果がうすく、経費も嵩むため、現在は実施していません。

未収患者が、その後、外来、入院で、再び来院した場合には、未納者である旨、表示されるため、その場で、支払を督促しています。ただし、診療については、拒めないため、新たに残額が発生し、未収が解消されないこともあります。

(5) 回収対応の効果について

初回の催告状により、ある程度(50%程度)回収ができていますが、2回目の催告状、電話催告に関しては、効果が上がっていないようです。また、分割払いの患者を除き、1年以上経過した未収金の回収はほとんど、期待できない状況です。

以上より、入院患者に対しては、退院までの詰めが、外来患者については、治療時の精算(現状、時間外患者については、会計をしていないため、現体制ではできない)が、重要となります。

(6) 未収金の不納欠損処理について

未収金の不納欠損処理は、未収発生年度末後、5年経過をもって時効とし、不納欠損処理をしています。

5年の根拠は、地方自治法第236条第1項であり、判例でも「公立病院の医療費は、公の施設の使用料であり、公法関係に基づくものと解されるので、その請求権は公法上の金銭債権として本条第1項の規定が適用される」(昭和43年11月5日)とされており、妥当と解されます。

(7) 未収金のその後の回収状況

(単位 千円)

発生年度 \ 決算年度	平成10年度末	平成11年度末	当期回収額	回収率(%)
平成6年度	2,934	2,933	0	0
平成7年度	5,029	4,656	373	7.4
平成8年度	7,105	6,387	718	10.1
平成9年度	8,406	7,166	1,240	14.7
平成10年度	10,543	9,583	960	9.1
平成11年度		18,694		
(合計)	34,017	46,487	3,291	9.6

(注) 二重枠の金額は、平成11年度に不納欠損額として費用処理された金額です。

仮に平成 11 年度に発生した未収金 18,694 千円が、上記と同様の回収率を辿ったとすると、最終的に不納欠損となる金額は、12,066 千円にもなりません。平成 11 年度未収金残高 46,487 千円を上記の回収率で、回収した場合の見積不納欠損額は、総額 35,408 千円になります。

(平成 11 年度発生未収金の不納欠損額の推定計算)

$$18,694 \text{ 千円} \times (1-0.091)(1-0.147)(1-0.101)(1-0.074)(1-0.00)=12,066 \text{ 千円}$$

(不納欠損見積額)	(単位 千円)
発生年度	金額
平成 7 年度	4,656
平成 8 年度	5,915
平成 9 年度	5,966
平成 10 年度	6,805
平成 11 年度	12,066
(合計)	35,408

未収金の態様を見ていくと、近年、医療相談室での相談により、分割返済を利用する人数・金額とも増大しています。この区分に属する人の回収率がどの程度になるかによって、上記金額は大きく変動する可能性があります。

(8) 現状の分析と検討課題

未収金は、5年経過後に不納欠損として処理されますが、実際には、1年経過した未収金(分割払いを除く)の回収率が著しく低下しています。したがって、未収金を生じさせない対応、具体的には退院までの患者及び家族との協議、未収先に対する催告の早期実施などが効果的と思われます。ただし、実際問題として、対応できる人員に限りもあるため、分割払いの促進と、可能ならば回収業務の浜松市などへの移管を検討し、管理対象とする未収先を減らすことが肝要と考えます。

4. 貯蔵品について

(1) 貯蔵品監査の目的

貯蔵品の内訳は、次の通りになっています。 (単位 千円)

内訳	内容	金額
薬品	注射薬、内服薬、外用薬など	104,038
診療材料	カテーテル、注射器など	60,412
給食材料	食材	65
(合計)		164,515

貯蔵品の大半を占める薬品、診療材料は、年間使用金額が 1,927 百万円にもなっており、在庫水準の適否は、資金調達に大きな影響を与えます。また、薬品の管理状況によっては、重要な社会問題にもなりかねません。そこで、監査を実施することにより、管理状況に問題点がないか、在庫水準に問題はないか、適正に請求がなされているか、といった点を明らかにすることが重要と考えました。

(2) 薬品の管理

(薬剤科)

1) 注射薬

注射倉庫(薬剤科)が、用度係への発注、薬品の受入・検収から、病棟、外来への払出しまでを、パソコンで受払い管理しています。また、毎月、注射薬については、棚卸を1本単位で実施しており、ここでの管理は問題ないといえます。

2) 内服薬、外用薬

注射倉庫(薬剤科)が、用度係への発注をし、薬品庫(薬剤科)が受入・検収から、病棟、外来、検査科への払出しまでを、パソコンで受払い管理(箱単位)しています。薬品庫から調剤(薬剤科)へ払い出す時に払出し処理を行い、調剤室にある在庫については、受払い管理の対象から除かれます。棚卸は、薬品庫在庫(箱単位)について実施し、調剤室の在庫については、棚卸対象からも除かれています。

(病棟 外来)

1) 注射薬

病棟での、注射薬の受入には、2通りあります。1つは、医師の処方に基づく、受け入れであり、これについては、使用する患者も特定しています。もう1つは、緊急時、土・日・祭日に備えて、常備しておく注射薬の受け入れです。医師の処方に基づく、受け入れは問題ないが、常備しておく注射薬については、受払い管理がなされていない(一部、特殊注射薬を除く)状況です。また、棚卸も、3月(末日ではない)に薬剤科職員が実施するのみとなっています。(9月に、使用期限が迫っている医薬品を回収し、有効活用することは、行っている。)

2) 内服薬、外用薬

内服薬、外用薬についても、ほぼ、注射薬と同様であるが、常備薬については、種類、数量とも少量となっています。

(検査科)

検査科では、検査試薬を使用しています。用度課からの受入については、数量、金額とも把握していますが、使用量の把握はしていません(適正在庫を設け、在庫量での管理はしている)。棚卸については、3月(末日ではない)に検査科が実施しています。

(医事課)

病棟、外来、検査科からの資料をもとに、保険請求、患者請求しています。この資料は、注文制度により各科での入力を受入れています(注射薬、処置、手術、病名のみ、手書き伝票)。医事課では、この資料をもとに保険請求の点数計算を実施し、毎月、請求しています。

(3) 使用薬剤と保険（及び患者）請求との対応関係

使用しないし投与した薬剤に関しては、伝票、注文によって、医事課に資料が集められ、請求にまわることとなります。ここでの請求「洩れ」は想定しにくく、可能性としては、請求誤り、入力もれ程度と考えられます。

ただし、薬剤科では、購入と各科への払出しを管理し、医事課では、使用した薬剤に関して請求するための資料管理をしており、それぞれ別管理で、一貫した管理となっておりません。また、途中、病棟、検査科、および調剤で、受払い管理が途絶えてしまっているため、現状では、統一した管理は困難な状態です。また、3月末の在庫金額に関しても、棚卸を3月中旬に実施している（調剤室の医薬品は棚卸も実施していない）ことから、正確な実在庫も把握できていません。

以上の結果、いわゆる受払い管理による在庫理論値を算定し、これと期末在庫とを比較分析する、ということができない状況でした。

そこで、医事課の薬剤に関する年間請求額と、決算資料をもとに算定した年間薬剤使用金額（検査試薬を除く）とを比較して見ました。

医事課年間請求額 (A)	年間薬剤使用金額 (B)	(A)/(B) × 100
1,659,676 千円	1,535,645 千円	108%

パーセンテージが 100 を超えているのは、医事課請求には、薬価差（薬の種類毎に異なる）が含まれているためです。従って、薬価差が 10%前後と考えると、異常値とはいえない値といえそうです。ただし、1%ずれても 1 千数百万円影響することを考えますと、妥当だという結論を下すことはできません。次に、個別の薬剤について、一部、薬剤科で把握している、薬剤科からの出庫金額（=消費、と仮定）と医事課の請求金額とを比較しました。

（単位 千円）

薬品名	出庫額（税抜）	請求額（収益）	請求率	薬価差
チエナム点滴用 500mg	24,343	27,641	113.5	113.6
エホゾン注 3000 国際単位	26,903	28,911	107.5	107.6
リュープリン注射用 3.75	27,988	30,057	107.4	109.9
イオハミロン 300 シリンジ 61.24% 100mg	17,709	19,921	112.5	111.3
アルブミン 25% 50mg	15,298	14,701	104.1	105.7

（注）注射薬のみ実施。リュープリンについては、薬価が8月より変更になっている。

上記、5件からは、異常と見られる差異は、検出されませんでした。

(4) 麻薬等の管理体制について

盗難、不正使用等の危険がある薬物に関して、現場視察と現場責任者からの聞き取りにより、その管理体制を確認しました。

そもそも、麻薬、向精神薬は、法律上、厳重なる管理基準が定められており、当病院もその基準にのっとり、適正な管理がなされていました。さらに、筋弛緩薬についても、麻薬、向精神薬と同等の管理を行っており、問題ないものといえます。

(5) 現状の分析と課題

薬剤購入から請求まで、資料管理できる体制づくりが必要

医事課と薬剤科との連動がなく、途中、分からなくなっている部門もあります。病院運営上、受払い管理を徹底することは困難だとしても、年間薬品費が 1,927 百万円にも及んでいることから、管理精度を高めることが必要と考えます。例えば、病棟在庫を期末は定数としたり、調剤についても棚卸を実施するか、これも定数化するなどして、棚卸の精度を高めることも一法かと思えます。

棚卸の有効性

棚卸には、次の 2 つの効果があると考えられます。

- ・ 期末時点の在庫金額を確定し、決算数値を求める。
- ・ 実際にもものに当たることにより、異常在庫（数量過剰、使用期限切れ）、不動在庫の確認ができる。

現在のところ、棚卸は、3 月末日に実施しているわけではないため、上記の目的のうち、2 つ目の役割しか果たせていません。棚卸結果は、決算数値にも使用していますが、これは、3 月末数値としては正しい値ではありません。

従って、3 月末日の実施が不可能であるならば、例えば、3 月末の在庫は、できるかぎり、各病棟の定数とし、3 月末は棚卸を実施せず、定数を期末残高としてしまっても、1 つ目の目的からは、問題ないのではないかと考えます。

なお、現状の棚卸を継続する場合でも、財務係への結果報告が、現在のところ、各病棟毎、金額での報告のみとなっています。棚卸帳票を定め、それに従った書類一式を提出する方式に改善することが必要です。また、棚卸時には、財務係等の現場担当者以外の立会いが必要となります(浜松市病院事業会計規程 58 条)。

在庫水準の適正化

平成 12 年度から、注射薬について、薬剤料が箱ないしはロット単位で、病棟に渡すのではなく、1 本単位で渡す方法に変更しています(実施率 44.6%)。この結果、平成 12 年 3 月末(実施前)と 10 月末とで、病棟(救命救急含む)在庫金額および在庫日数が大幅に改善されています。

	3 月末	10 月末	差異
在庫金額	23,240 千円	13,797 千円	9,443 千円
在庫日数	10.29 日	7.18 日	3.11 日

年間薬品費 1,927 百万円(注射薬、内服・外用薬、検査試薬)に対して、薬品在庫 104 百万円(約 20 日分)となっていますが、注射薬だけではなく、全体としても、減少させる余地はあると考えられます。

例)内服・外用薬は、薬品庫と調剤室の両方で相当量保有しています。

これは、調剤室の在庫をつかんでいないために、病院全体としての適正在庫が見えにくい状態になっていることも原因と考えられます。

また、流通網の発達により、最近、名古屋で発生した水害時でも、必要な薬剤は、ほぼ翌日には入手できたとのことであり、相当の在庫水準の引下げが可能かと考えられます。

在庫削減は、在庫管理を容易にし、資金繰りにも無駄がなくなるため、効果は大きいものと考えます。

(参考)

診療材料についても、ユニセル方式(病棟毎、トレーに定数を載せた診療材料を、毎週、トレー毎交換)をとって、これが在庫が嵩む原因になっていました(在庫 60 百万円、診療材料費 1,130 百万円)。これに関しては、平成 12 年 11 月 13 日から、物品センターを設けて、毎日、使用量を補充する形式にし、在庫量の削減を図ることにしています。

廃却薬品の削減について

薬品の廃却が、平成 11 年度で、4,125 千円となっています。この内訳としては、破損（落下など）の他、使用期限切れがあります。使用期限切れの中には、次のような理由によるものも相当量あると、考えられますので、旧薬品がなくなり次第、新しい薬品を使用するなど、是正措置が必要と考えます。

例) 薬品の切り替えを行った場合、その切り替え時期が一律、特定月初となっている。この場合、旧薬品の残り在庫が、滞留し廃却処分される場合がある。

5. 委託契約、賃貸借契約

(1) 監査の目的

委託業務契約を 75 件、年間 632 百万円、電算関係の賃貸借契約を甲社に対して、年間 258 百万円結んでいます。

両者とも、多額の費用を每期計上しており、当該契約が、適正になされているかどうか、を確認することは、合規性のみならず経済性の観点からも重要なものと位置付けられるため、監査を実施しました。

(2) 委託契約の現状

外部委託は、専門性が高いものが多いことから、1 社発注が大半となっており、複数見積が行なわれているものが少ないのが現状です。

委託業務件数：75 件（うち、特命または随意契約 70 件）

年間委託金額：632,943 千円（うち、特命または随意契約 551,969 千円）

特命または随意契約の内訳

(単位 千円)

設置業者のため	32 件	115,177
少額のため	14	3,535
継続業者	16	353,985
専門業者	8	79,271
(合計)	70 件	551,969

少額とは地方自治法施行令 167 の 2 に、随意契約によることができる場合として列挙した事項のうち、別表第三で示された金額以下のもの

(2) 賃貸借契約の現状

一部、医療機器でリース取引がありますが、その他は電算関係のリース契約であり、甲社と契約しています。

1 社のみとの契約になっている理由は、その専門性（機種メーカーと同系列）と継続サービスの効果によるものです。

(3) 現状の分析と課題

1) 外部委託

外部委託については、内部で行なった場合に比較して経費削減となることが前提となるため、適正な原価計算の上で、委託料を決定していくことが必要と考えられます。また、たとえ専門性が高いものでも、代替業者がいる場合には、定期的に競争入札とすることが必要です。

この原則に照らして、契約がなされているかどうか、を任意に7件の契約を抽出し、関係書類を閲覧することにより、確認しました。

イ) 委託契約額の推移

(単位 千円)

業者	委託内容	平成8年度	平成9年度	平成10年度	平成11年度
A	設備保守	7,982	10,762	9,850	17,535
B	器械保守	3,779	3,853	4,047	4,047
C	清掃業務	47,956	48,888	54,747	54,747
D	警備業務	16,643	17,815	17,837	18,593
E	診療科受付	64,171	43,005	47,205	61,488
F	看護補助	43,200	53,865	57,645	59,950
G	食事提供	62,047	62,186	63,000	63,441

経過時間に応じて、規模の異なる保守が必要となったり(A社)、契約内容が変更されていたり(E社)しているため、金額にばらつきが見られますが、積極的な値引交渉が行われている状況は、契約書、決裁書を閲覧した限りでは、感じることができませんでした。また、専門性が高い(設備業者)や代替業者の不在ということから、これら7件は、いずれも業者変更はありませんでした。(ただし、清掃業務につきましては、入札を実施した結果、C社になっています。)

現下の経済状況から考えると、経費の現状維持に満足することなく、引下げのための協力を積極的に要請していくことが肝要と考えます。

ロ) 個別の契約内容

D 社の例

警備業務を委託しています。通常の警備に加え、夜間の救急の事務補助も行っているため、代替がしにくく、特命契約になっています。

救急の事務補助までも警備会社に委託することが問題ないか、確認することが必要と考えます。また、警備と医療事務を分けずれば、警備・医療事務とも、競争入札が可能になり、また、夜間診療の会計も可能になります（現在は、夜間・休日の外来精算は行っていない）。効果と犠牲を勘案して、検討が必要と考えます。

E 社の例

E 社に、診療科受付業務を委託している。この契約額の算定は、時間単価に週間見積時間を掛け、これに年間 52 週を掛けた額が基となっています（E 社側が作成）。しかし、この見積時間に対する検討と、実績との比較は、行なっていません（契約書上は、実績の報告を受けることになっているが、平成 11 年度は、実績の報告を受けていなかった = 稼働時間の把握を病院側で行っていなかった）。

委託金額が、見積時間を基準にしている以上、見積時間の吟味と、実績時間の把握、両者の比較分析が最重要となります。必ず、入手し検討材料とすることが必要です。

A 社 B 社のような例

保守点検は、多くの場合、設備設置業者が、請け負うことが多いようです。しかしながら、設備購入時の決裁書類等を閲覧したかぎりでは、設備代金の検討はしても、保守点検費用まで含めた総経費で、検討している場合が見受けられませんでした。長く使用する設備ほど、保守点検費用は巨額になるため、総経費での検討が必要になります。

また、保守点検費用のうち、任意に行っているものについては、その点検項目の再確認を行い、病院自体の保守点検規定を作成し、点検水準のばらつきをなくすことが必要と考えます。

実例) B 社との保守契約の保守内容を、平成 12 年度に見直した結果、契約額を約 18%削減できた。

2) 賃貸借契約

コンピュータ - 関連の契約については、複数業者との契約がしにくい、ということとは理解できることではありますが、借り替えの時には、可能なかぎり競争入札の形をとり、1 社発注の弊害が生じないようにしていくのが肝要と考えます。

また、契約内容によっては、賃貸借というよりも分割払いの色彩の濃いものもあります。分割払いということであれば、支払総額を資産計上(未払計上)し、使用期間に応じて費用化していくこととなりますので、確認ください。

例) 2000 年対応システム (賃貸期間 99 年 3 月 ~ 2004 年 2 月)

6. 企業債

(1) 監査の目的

企業債の残高は、平成 12 年 3 月末現在、16,607 百万円と、総資産の約 7 割の源泉になっています。企業債は、借金である以上、今後、返済ならびに利払いが必要になります。資金調達の上で、病院事業会計に与える影響が多いため、監査対象としました。

(2) 企業債の償還予定

現行残高の償還がすべて終わるのは、平成 40 年 3 月 1 日となっています。この間、毎年、どれだけ償還され、利払いが発生するか、の資料は整備・把握されています。

これによると、これからの 10 年で元利償還が、120 億円予定されています。このうち 2/3 は、繰出基準により浜松市一般会計負担金として賄われますが、残りの 40 億円は、内部留保で調達することになります。

(3) 現状の分析と課題

現在の財務状態で、内部留保により 40 億円を調達することは、困難と考えられるため、新たな企業債の発行が必要になると予想されます。

また、設備の老朽化、高度医療設備の更新など、今後とも資金需要はなくならないものと予想できます。

前述のとおり、現在の企業債残高については、各年度の償還予定額、利払い額を把握していますが、今後の発行（調達）についての資料が整備されていません。病院事業のように、巨額の資金を長期に亘って回収していく場合には、資金管理が最重要になります。長期計画の策定が必要と考えます。

また、利息の計上は、その償還時（利払い時）に計上されており、企業会計のような発生時に費用計上することはしていません。

平成 12 年 3 月末時点で、未払利息を計上した場合、その金額は、47,475 千円となり、この分だけ、費用が過小となっています。

7. 退職給与引当金……前述 1 - 2 で説明のとおり

(1) 現状の分析と課題

平成 12 年 3 月末時点で、要引当必要額は、4,816 百万円という結果になりました。もちろん、この金額がすぐに資金として手当てしなくてはならないわけではありません。しかし、将来的に必ず負担しなければならない資金であることも確かです。

(補足説明)

これまで、浜松市医療公社の退職金支給基準は、浜松市職員のそれを基準としながらも、実際にはそれを上回る状況になっていました。

このため、当期から退職金支給基準の見直しを行うことにより、浜松市職員と同水準に段階的に引下げることになりました（平成 17 年 3 月完了）。これにより、今後の引当額の増大に歯止めがかけられることが、期待できます。

ただ、今回の改訂は、従来、浜松市職員と支給水準が異なっていた給与・手当を同時に見直しており、これによって、給与は増額され、手当は削減されています。全体では、若干の引き下げとなる見込みですが、年々の支払額は、当面、増加すると予想されます。浜松市職員と歩調を合わせるような給与（退職金）体系である必要があるのか、疑問が残るところです。金額の議論も重要ですが、支給体系自体を再度確認することも重要と考えます。

8. 保険契約

(1) 監査の目的

前述のとおり、浜松医療センターの設備には、多額の資金が投入されています。また、病院の性格上、多くの市民が集まるところでもあります。医療事故に関する問題も、新聞等でよく耳にするところです。

このように、病院事業を取り巻く危機管理は、数多く、また、その影響は計り知れないものとなります。

そこで、火災などの危険に対する備えをどの程度とっているか、確認することにしました。

(2) 保険契約

保険契約については、総務係が保有している契約資料を閲覧しました。医療事故保険、建物、器械に対する保険、自動車の損害保険のほか、火災等による人身保険も入っており、大きなもれはないものと考えられます。

また、医療事故に対しては、医療事故対策委員会を設け、医療事故の防止、万が一発生した場合の、原因究明、対応等の検討をしています。

(3) 現状の分析と課題

保険対象の大きなもれはないとの印象ですが、例えば、こういった医療機器に保険をかけるかや、各種保険をかける場合に、どの程度（範囲・保障金額等）の保険内容にするかといった付保には、一貫した基準がないように感じられました。病院内での保険の基準を明確にし、再度、現行契約について、見直しを図ることが、望ましいと考えられます。

また、保険対象とならない事象（故意、重過失による事故など）が起こった場合の、浜松市と公社との責任関係が不明確になっています。想定したくない事象ではありますが、あらかじめ定めておくことが必要と考えます。

第4章 利害関係

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