

平成 1 2 年 度
包 括 外 部 監 査 結 果 報 告 書
(県 立 病 院 事 業 ・ 出 資 団 体 の 運 営)

徳 島 県 包 括 外 部 監 査 人
島 田 清

目 次

I	包括外部監査テーマの選定	
第1	テーマの選定理由	1
第2	包括外部監査人及び補助者	2
II	県立病院事業	
第1	病院会計について	3
1	県一般会計からの助成金	
2	病院概要	
3	病院事業についての関係法規	
4	病院会計が完全独立採算で行いけない理由	
第2	一般会計による経費負担について	11
1	一般会計から病院会計への繰出しと原価計算	
2	原価計算表の作成	
3	一般的問題点	
4	平成11年度原価計算に関する問題点	
第3	企業債について	28
1	企業債による資金借入れ	
2	企業債の返済と一般会計	
第4	県立病院における個別的事項についての監査結果	32
1	各病院職員の給与及び構成における他の公立病院 及び民間病院との比較	
2	棚卸資産の管理	
3	固定資産の管理（主に医療器機について）	
4	診療報酬未収金	
5	社会保険請求の過誤による雑損金	
6	委託契約	
III	出資団体の運営	
第1	徳島空港ビル株式会社	76
第2	徳島ハイウェイサービス株式会社	81
第3	阿佐海岸鉄道株式会社	84
第4	徳島ポートターミナル株式会社	89

第 5	株式会社徳島健康科学総合センター	— — 92
第 6	徳島工芸村株式会社	— — — — — — — — 95

I 包括外部監査テーマの選定

第1 テーマの選定理由

1 現在、県立中央病院の改築が計画されているが、県民からは良質な医療に対する期待と、多年にわたる赤字体質の改善についての要望が寄せられている。そこで、県立3病院における医療経営の実態につき監査をなし、次の諸点を検討した。

(1) 病院事業会計（以下「病院会計」という。）の処理が会計原則、諸規定にしたがって適正になされているか。

(2) 一般会計から病院会計への負担金交付金、補助金の支出が適正になされているか。

(3) 病院会計における赤字発生の原因とその対策はどのようなになされているか。

2 行政（第一セクター）と民間（第二セクター）とが共同出資により経営団体（第三セクター）を設立して、行政のもつ公共性と民間の効率性を併せもつ事業を行っている。ここでは、民間の人材及びノウハウの活用が期待されているが、全国的にみても累積赤字を抱える団体が多い。そして、これらの団体には行政からの補助金等が投入されている。

徳島県においては、第三セクターで利益をあげているものと赤字に苦しむものとのがあり、その経営等の実態をみる必要がある。

そこで、県が出資金の4分の1以上を出資している団体のうちで、独立採算経営になじむとされる株式会社組織である、次の第三セクター6社及びその所管課（室）をとりあげて監査をした。

	第三セクター	所管課(室)
1	徳島空港ビル株式会社	企画調整部交通政策室
2	徳島ハイウェイサービス株式会社	
3	阿佐海岸鉄道株式会社	
4	徳島ポートターミナル株式会社	土木部港湾空港整備局港湾課
5	株式会社徳島健康科学総合センター	商工労働部企業振興課
6	徳島工芸村株式会社	商工労働部交流推進局観光交流課

そして、次の諸点につき検討を行った。

- (1) 各第三セクターの存在理由及び経営管理の状況はどうか。
- (2) 会計の処理が会計原則、諸規定にしたがって適正になされているか。
- (3) 赤字発生の原因とその対策はどのようになされているか。
- (4) 利益をあげている会社については、その理由と利益処分がどのようになされているか。

第2 包括外部監査人及び補助者

- 1 包括外部監査人 島田 清 (弁護士)
 補助者 福山正雄 (公認会計士)
 補助者 井関佳穂理 (公認会計士)
- 2 包括外部監査人は、本監査の各テーマにつき、地方自治法第252条の29に定める利害関係はない。

Ⅱ 県立病院事業

第1 病院会計について

1 一般会計からの助成金

平成11年度（平成11年4月1日から同12年3月31日まで）の病院会計について、一般会計等から36億7,803万7,000円の補助金及び負担金交付金が病院会計に投入された。それでも、年度末の病院会計収支では3億1,764万6,346円の純損失（赤字）が出ている。

平成11年度の病院収支をみると、病院事業の中心である医業費用は171億2,848万8,435円であるのに、医業収入（入院、外来、室料差額等）は136億8,127万6,773円でしかない。

地方自治体の経営する病院（以下「自治体病院」という）の収支は、全国的に見て、そのほとんどが赤字経営となっている。徳島県もその例外ではない。

ちなみに、全国公私病院連盟による平成11年病院経営実態調査報告では、都道府県・指定都市経営病院の赤字率は96.7%であり、医療法人病院の赤字率27.6%とは対照的である。

そこで、自治体病院の持つ一般的、制度的な赤字要因及び徳島県立3病院の持つ個別的な赤字要因について監査、報告をすることにした。

2 病院概要

徳島県立病院は、中央病院、三好病院及び海部病院の3病院である。

各病院の設立経緯及び平成11年度における病院概要は次のとおりである。

(1) 中央病院

- ① 昭和20年12月1日、当時の陸軍病院から厚生省所管の「国立徳島病院」となり、昭和28年7月1日「国立病院特別会計所属の資産の譲渡等に関する特別措置法」に基づき徳島県に有償譲渡

されて「徳島県立中央病院」となった。

現在は17診療科を持ち、年間受診患者延数410、259人、1日平均患者数1、429.9人の病院である。

② 病床数、利用率及び職員数

	一般	結核	感染	精神	合計(平均)
病床数	430	10	0	100	540
利用率(%)	95.4	27.5	0	90.0	93.1

	事務職員	医師	歯科医師	看護婦(士)※	薬剤師	技師※
正規職員	38	55	1	297	14	34
臨時職員	5	0	0	76	4	6
非常勤特別職	0	20※	0	2	0	0

※技師は診療放射線技師及び臨床検査技師である。以下同じ。

※看護婦(士)には准看護婦(士)及び助産婦を含む。以下同じ。

※非常勤特別職医師は非常勤嘱託医及び臨床研修医である。以下同じ。

(2) 三好病院

① 昭和30年12月10日県立中央病院の出張診療所として外来診療を開始

昭和31年2月1日県立三好病院及び県立三好療養所を開院し、昭和32年4月1日県立三好療養所を県立三好病院に吸収合併した。

現在は12診療科を持ち、年間受診患者延数219,204人、1日平均患者数800.5人の病院である。

② 病床数、利用率及び職員数

	一般	結核	感染	精神	合計(平均)
病床数	206	26	4	0	236
利用率(%)	90.7	29.6	0	0	81.6

	事務職員	医師	歯科医師	看護婦(士)	薬剤師	技師
正規職員	19	23	0	120	7	15
臨時職員	2	0	0	43	0	4
非常勤特別職	0	4	0	0	0	0

(3) 海部病院

- ① 昭和38年4月1日牟岐町国保直営海部中央病院を牟岐町が県へ移譲し、県立海部病院として開院

現在は8診療科を持ち、年間受診患者延数126,625人、1日平均患者数468.5人の病院である。

- ② 病床数、利用率、職員数

	一般	結核	感染	精神	合計(平均)
病床数	102	4	4	0	110
利用率(%)	97.3	24.3	0	0	88.8

	事務職員	医師	歯科医師	看護婦(士)	薬剤師	技師
正規職員	12	13	0	58	4	7
臨時職員	4	0	0	22	2	2
非常勤特別職	0	6	0	0	0	0

3 病院事業についての関係法規

- (1) 自治体病院については、地方公営企業法、地方公営企業法施行令、地方公営企業法施行規則が適用される。

地方公営企業は、地方公共団体の内部にありながらも、一定の事業目的のために地域住民に財貨やサービスを供給し、その費用を受益者から料金の形で回収して生産活動を継続して行く。この点では民間企業と同様である。一般の行政活動とは異なる性格を有し、企業の能率的な経営を推進して経済性を発揮することが求められている。このため特別の経営

組織を設置し、経営成績と財務状況とを常に明確に把握できるようにしている。特に、経理については一般会計とは区別して当該事業についての特別会計を設け、民間企業と同じく発生主義の原則に基づく会計方式を採用している。

このような、行政の公益性と、民間企業と同じく企業としての経済性とを併せ持つ企業体であるため、地方公営企業法第3条に掲げられた公営企業経営の基本原則は「常に企業の経済性を発揮するとともに、その本来の目的である公共の福祉を増進するように運営されなければならない」とされている。

しかし、経済的合理性と公共福祉の増進とは時として相反する場面があり、この点が公営企業としての県立病院の経営を困難ならしめている。

- (2) 地方公営企業法第2条第2項によれば、財務に関する規定は県立病院に当然に適用される（当然適用）。しかし、職員の給与等、職員の身分取扱に関する規定は、県が条例で定めた場合にのみ県立病院にも適用をすることができるとされている（任意適用）。

職員の身分取扱に関する規定のうち、同法第38条の給与に関する規定によれば、企業職員の給与は、技能、職務遂行の困難度等の内容と責任に応じ、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ともに、民間事業の従事者の給与、当該公営企業の経営の状況等の事情を考慮して定めるとされている。

この規定は昭和41年に法改正されたものである。その趣旨は、一般地方公務員のような年功序列的色彩の強い給与体系を是正するため、給与決定にあたって企業の経営成績を考慮しなければならず、給与の基準を一般地方公務員と区別することができるものである。

しかし、徳島県は同法第38条を適用した条例に

はなっておらず、県立病院職員についても一般県職員と同様の年功序列的な給与体系が適用されている。

この点が、病院経費のうちで人件費の突出を招いている原因の1つである。

4 病院会計が完全独立採算で行いけない理由

- (1) 医療法はその第1条で、病院、診療所等の開設及び管理並びに施設整備の推進のための必要な事項を定め、医療提供体制の充実を図り国民の健康保持に寄与することを目的とすると定めている。

また、同法第30条の3では、都道府県は医療提供体制の確保に関する計画を定めるとされており、国民のための医療提供が公的病院（日赤病院等公的性格を有する病院を含む）や保健所を中心として推進されるべきことが行政目的として掲げられている。

つまり、国や地方公共団体が定めた医療計画に基づき、公的病院等を中心に医療が提供される形態が基本とされている社会体制のもとでは、本来の独立採算になじまない公益性の高い部分があり、しかも医療サービスの対価である診療報酬を完全公定価格とされて実質的な国の管理下に置かれている状況下では、県立病院が経済的合理性を掲げて事業運営を強力に推進することは至難の技であるともいえる。

- (2) ちなみに、公的病院を中心として設定されている徳島県の医療計画の一端を述べれば次のとおりである。

- ① 保健医療サービスの効率的提供を実施するため県内を1次から3次の医療圏に区分する。

ア 1次保健医療圏———日常の健康管理や初期医療サービスについての地域。市町村を各単位とする。

イ 2次保健医療圏———高度特殊な医療を除いて健康増進から予防、診断、治療、リハビリに至る包括的なサービス、一般疾病の受診を受け

持ち、一連の診療がおおむね完結しうる地域。
別図1のとおり、複数の市町村を含む6圏域である。

- ウ 3次保健医療圏——臓器移植や希少疾病の治療等、高度特殊な保健医療サービスを提供するための地域。県下全域を1圏域とする。
- エ 2次保健医療圏では各地域医療の中心となる共同利用型病院を次のとおり定めている。

圏域名	共同利用型病院
東部Ⅰ	県立中央病院、国立療養所東徳島病院、徳島市民病院、健康保険鳴門病院
東部Ⅱ	麻植共同病院、阿波病院
南部Ⅰ	小松島赤十字病院、阿南医師会中央病院
南部Ⅱ	県立海部病院
西部Ⅰ	検討中
西部Ⅱ	県立三好病院

※徳島大学医学部附属病院は教育施設に属しており診療のための病院とはされていない。

- ② 医療圏とは別途に、救急医療の機能を発揮するため1次（初期）から3次までの救急医療システムを整備している。
 - ア 1次（初期）救急医療施設——初期診療あるいは応急手当を行うとともに、更に診療及び入院が必要な救急患者を2次救急医療施設へ転送する機能を果たす施設
 - イ 2次救急医療施設——1次救急医療施設より転送されて治療又は入院が必要とされる救急患者に対処するための後方医療施設
 - ウ 3次救急医療施設——心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等の重篤救急患者の救命医療にあたる医療施設

エ 救急医療施設は次のとおりである。

1次	地元開業医、徳島市夜間休日急病診療所
2次	県立三好病院、徳島市民病院など49病院
3次	県立中央病院、小松島赤十字病院、徳島大学医学部附属病院

(3) 地方公営企業法は、公益性の高い事業部分を担当する県立病院のため、以下に述べる基準で、病院会計の一部を一般会計等から負担、補助することとしている。

① 一般会計等からの負担金交付金

地方公営企業法第17条の2並びに同法施行令第8条の5第1項第3号及び第2項第2号において、公立病院の事業経費のうち次のものについては一般会計等で負担すると定めている。

ア 性質上病院の事業収入をもって充てることが適当でない下記の経費

(7) 看護婦の養成事業に要する経費

(イ) 救急医療の確保に要する経費

(ウ) 集団検診、医療相談等保健衛生に関する行政として行われる事務に要する経費

イ 性質上能率的な経営を行っても経営収入のみでまかなうことが客観的に困難と認められる下記の経費

(7) 山間地、離島その他のへんぴな地域等における医療確保のため設置された病院、診療所で、その立地条件により採算を取ることが困難であると認められるものに要する経費

(イ) 病院所在地域における医療水準の向上を図るため必要な高度又は特殊な医療で採算を取ることが困難であると認められるものに要する経費

(ウ) 昭和42年追加による地方公営企業法施行令附則第14項において、当分の間、病院及び診療所の建設及び改良に要する経費（固定資産の新規取得又はその価値の増加のための経費）のうち、経営収入をもって充てることができない部分は一般会計等において負担するとされている。ここにいう経費とは建設改良費を得るための企業債（後述）の元利償還金を含んでいる。

② 一般会計等からの補助金

地方公営企業法第17条の3では、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には一般会計等から補助をすることができるとされている。

③ 一般会計等からの長期貸付金

地方公営企業法第18条の2では、①の外に一般会計等から病院会計に長期貸付をすることができるとされている。この場合には、病院は一般会計等に対して適正な利息を支払わなければならないとされており、あくまでも病院会計の独立性を維持することにしてている。

(4) 一般会計から病院会計への繰出金は、以上の規定に基づき徳島県が作成した別表1の繰出基準により支出されることになる。その実体がこれらの規定、基準に適合しているかどうかについて監査した結果は第2に記述したとおりである。

第2 一般会計による経費負担について

1 一般会計から病院会計への繰出しと原価計算

過去5年間における一般会計から各病院会計への繰出しの状況は別表2ないし4のとおりである。

繰出金のうちで最大規模は負担金交付金であり、平成11年度には3,076,845千円が繰り出されている。

(1) このうちで、公益的事業として一般会計が負担すべき金額の算出について、結核医療、精神医療、救急医療と、高度又は特殊医療のうちの未熟児医療及びICUに要する負担金交付金の算出は、次のように行っている。

① 結核医療、精神医療及び救急医療については、各部門における平成10年6月分収益と6月分費用との比率である収支比率を算出し、年間収益にこの収支比率を乗じた数値を年間費用として、負担金交付金とする（別表5-1）。

つまり、負担金交付金は前年度における収益と費用の差額（損失額）を当年度に繰出して補填するものである。

② 未熟児医療及びICU医療については、上記のとおりの方法で算出した収支比率を6月分収益に乗じて6月分費用額を出し、これを12倍する方法で年間費用額として負担金交付金とする（別表5-2）。

しかし、6月分収支比率を算出するためにはその前提として6月分費用の割り付けが必要であるのに、この収支比率を用いて6月分費用を算出することは論理矛盾である。しかも、6月分における収支比率を算出するのであれば、これを用いて①のごとく年間収益に乗じて年間費用額を算出すればよいのに、これと異なる方法を用いる理由は不明である。

- ③ このようにして算出された平成11年度の負担金交付金は次のとおりである。

(千円)

経費分類	中央病院	三好病院	海部病院
結核医療に要する経費	9,584	55,592	3,919
精神医療に要する経費	201,654	—	—
救急医療に要する経費	839,356	308,983	137,807
未熟児医療に要する経費	15,396	48,696	14,916
I C U医療に要する経費	136,224	—	—
合計	1,202,214	413,271	156,642

(2) ところで、上記各部門別における収益の個別集計は容易であるが、費用の個別集計は困難である。

- ① なぜなら、医師の給料、手当を例にとれば、医師は一般入院、外来部門の患者を診察するが、同時に救急医療、I C U医療等の部門でも患者を診察している。

その勤務が複数の部門にわたるため、給料手当を部門別費用として計上するためには、総額を各部門別に割り付けなければならない。

- ② このように、複数部門にわたり発生する費用を各部門別の費用（原価）として配賦する手続（いわゆる原価計算手続）が必要であり、県立病院がその公的基準として原価計算要綱を作成している。
- ③ したがって、上記した平成10年6月分費用とは、6月分事業コストを各部門に配賦した原価のことであり、その配賦表が別表6ないし8の平成10年度部門別原価計算表である。

この部門別原価計算表では、縦軸となっている各部門毎に給与、材料費等のコストの配賦がなされており、また、中央診療、薬剤、給食及び補助の各部門のコストは、入院、外来及び救急の各部門に再配賦がなされて、それぞれの収益に対応す

る費用として記載されている。

そして、この表により収益と費用（原価）との比率である収支比率が算出される。

2 原価計算表の作成

原価計算表は、各病院が原案を作り、県立病院室が修正したうえで財政課と協議のうえで確定している。

平成11年度の負担金交付金につき、各病院での平成10年度原価計算表原案の作成から最終的な決定までの過程は、概ね次のとおりである。

- (1) 平成10年7月～9月 各病院にて平成10年度原価計算表原案を作成
- (2) 平成10年10月中旬 これに基づき各病院が平成11年度予算案を作成
- (3) 平成10年10月下旬 県立病院室が各病院の担当者からヒアリングを行い、原価計算表原案及び予算案を修正
- (4) 平成10年11月中旬～12月末 県立病院室が財政課と折衝して、原価計算表及び予算案を確定
- (5) 平成11年1月下旬～2月初旬 知事査定
- (6) 平成11年3月 予算を議決（平成11年度負担金交付金が決定）。ただし、収支比率は確定しても、結核医療、精神医療、救急医療については年間収益が未確定のため負担金交付金額は確定しない。
- (7) 平成11年5月末 各病院の10年度決算によ

り、年間収益額が確定し、平成11年度負担金交付金のすべてが確定

3 一般的問題点

そこで、このような原価計算による負担金交付金の決定手続を監査した結果、各過程における問題点は以下のとおりである。なお、一連の手続についての監査は平成12年9月において行われたため、担当者から聴取し、かつ示された関係書類は平成11年度のものであって、これをもとにして得た内容は平成12年度の負担金交付金の決定手続についてのものであった。しかし、負担金交付金の決定手続過程は各年度において異なるところがないので、問題点は普遍的なものである。

(1) 各病院の原価計算表原案作成について

① 原価計算表作成担当者は大体2～3年毎に交替するが、前任者からの具体的な作成手続の引き継ぎが十分に行われていない。その理由は次のように考えられる。

ア 新任者は畑違いの部署から配属になるので、原価計算に関する専門知識がない場合が多い。

イ 担当者が原価計算を行う場合の公的基準は原価計算要綱である。しかし、この要綱によって作業を行うにあたり次のような困難がある。

(7) 要綱は7頁、5項目のものであり、原価計算についての基本的事項の記載しかない。このために、この要綱だけで原価計算を行うのには無理がある。

(1) 要綱は年度毎に作成されるが、内容の改訂はほとんどなく、実状と乖離しているものがある。

ウ 原価計算を行うには病院全体の組織、業務の流れについての知識と理解が必要である。

原価計算は業務の年間サイクルを経験して初めて理解できるものであり、引継期間内において前任者が新任者にすべてを理解させることは困難である。

- ② 原価計算表原案の作成手続につき、前任者から十分な引き継ぎを受けていない新任者が原案を作成する手法は、大略次のようなものである。
 - ア 今年度の原価計算要綱を前年度分と比較し、改訂部分がないかどうかを調べる。
 - イ 改訂がない場合には、前年度と同じ方法により原価計算表原案を作成すれば、本年度の原価計算要綱に則ったものであるとする。
 - ウ 前年度の原価計算表原案の作成過程を分析し、作成の元資料と照合して、その作成方法を抽出する。
 - エ 抽出した作成方法を正しいものとして、この作成方法により当年度の原価計算表原案を作成する。
- ③ ②の方法により原価計算を行っている結果、原価計算の目的（負担金交付金の適正な金額の算定）から逸脱してしまう危険がある。つまり、
 - ア 前年度には特殊事情があり、このため前任者が原則によることができずにその時点での最良と判断した方法を採用していた場合には、前年度の事情を知らない新任者は、特殊事情のない当年度においても前年度どおりの方法を採用してしまう。
 - イ いったん採用された方法は、前例となって次年度以降にも引き継がれていく。
- ④ 原価計算表原案は、次年度の予算案作成の基礎として9月中に作成される必要があるが、このため作成に向けて時間的に無理な作業をすることがある。

ア 原価計算の算定に用いる収益及び費用算出の期間は、収入の安定している6月1日～30日とされている（原価計算要綱1項）。

イ この外に、給与のうちの手当、手術時間数、救急患者数、薬品購入実績（4～7月集計）、診療報酬実績、賃金、報酬、未熟児数、結核患者数なども算定の基礎として使われる。しかし、これらの資料が確定するのは7月であり、これが集計、整理されたうえで原価計算担当者に届くのはもう少し後になる。

ウ したがって、9月末までに原価計算表原案を作成提出しなければならない担当者には、内容を十分に吟味するだけの時間的な余裕がない。

4 平成11年度原価計算に関する問題点

平成11年度原価計算表（前述のとおり平成12年度の負担金交付金の決定に使用される）及び平成11年度分原価計算要綱の各項目について、上記①～④を原因として発生したと思われる、負担金交付金算定手続上の不適切な点が以下のとおりあった。

(1) 中央病院

- ① 院長、副院長の時間数の配賦は、原価計算要綱5項の(1)(7)により、現場5対管理（一般）5の比率で行われている。中央病院では院長1名、副院長3名である。

ところで、職務については、院長は週1回の外来診療にたずさわる他は、対外折衝、院内諸会議等管理業務にあたり、これが8～9割の時間を占めている。副院長は院長が不在の場合の控えであるため、管理業務は1～2割の時間でしかない。したがって、院長及び副院長の時間数について現場5対管理一般5の比率で等しく配賦するのでは、実態に応じた原価計算はできない。

- ② 補助部門の1つである管理（一般）の部門費は、

原価計算要綱 6 項(1)により、主部門（他の補助部門へも配賦するが再配賦により最終的には主部門）へ正規職員の部門別給与時間比によって配賦している。管理（一般）の部門費の内容は、上記した院長及び副院長の給料手当のうち管理業務に対応する部分である。

- ③ 原価計算による収支差を用いて負担金交付金を算出している前記 5 項目（結核、精神、救急、未熟児、ICU）の経費のうち、救急医療に要する経費以外は、地方公営企業法第 17 条の 2 第 1 項第 2 号「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」（別表 1 の病院会計に対する一般会計からの繰出基準）のみが対象である。したがって、管理（一般）部門費を無条件に負担金交付金対象部門のすべてに配賦することは、能率的な経営を行ったか否かに関わらず一般会計が負担することになり、同条の趣旨に反する。

- ④ 中央病院で作成された平成 11 年度原価計算表原案と県立病院室で修正された最終原価計算表とを照合すると、次のような差異がある。

ア 給料手当については、医師、看護婦、医療技術員、事務員及び労務員のすべてについて、全部門で金額が相違している。

つまり、給料手当は換算平均単価（現実の支給額平均単価にベア・定昇分上昇率を剰じて算出した単価）に部門別勤務時間数を乗じて各部門に配賦しているが、換算平均単価の算出に用いるベア・定昇分のうちのベアの県人事委員会勧告は病院での原価計算表原案作成期限である 9 月末よりも後である 10～11 月に出される。

このため、病院で算出された換算平均単価と

県立病院室が決定した換算平均単価が相違することになる。

したがって、必然的に給料手当の全項目の全部門が相違することになる。しかし、額の相違がこの換算平均単価の相違率の範囲内であれば当然の相違である。

イ ところが、この範囲を越えた相違が次のとおりある。

(千円)

職種	部 門	中央病院	県立病院室
医師	入院・I C U	2,523	3,551
	入院・未熟児	125	170
	入院・結核	53	98
	外来・一般	18,386	14,901
	救 急	16,762	17,851
	中央診療・手術	8,718	10,645
看護婦	入院・未熟児	141	188
	入院・結核	404	681
	中央診療・手術	17,248	16,269

ウ 配賦方法からすれば、これらの相違の原因は部門別勤務時間数の相違である。上記に対応する部門別勤務時間数は次のとおりである。

(時間)

職種	部 門	中央病院	県立病院室
医師	入院・I C U	382	544
	入院・未熟児	19	26
	入院・結核	8	15
	外来・一般	2,784	2,283
	救 急	2,538	2,735
	中央診療・手術	1,320	1,631
看護婦	入院・未熟児	39	53
	入院・結核	104	182
	中央診療・手術	4,776	4,576

エ これらの職種別・部門別勤務時間数の相違の原因は次のとおりである。

(7) 医師・入院・ICU

時間数算定の基礎となる「ICUに患者の居る日（原価計算要綱5項(1)①(7)未熟児の居る日を読み替え）」の集計上、中央病院では土曜日及び日曜日を除いていたが、県立病院室ではこれを含めて集計した。

(イ) 医師・入院・未熟児

時間数算定の基礎となる「未熟児の居る日（原価計算要綱5項(1)①(7)）」の集計上につき、(7)と同様の集計方法の違いがある。

(ウ) 医師・入院・結核

原価計算表原案作成担当者の集計ミスを県立病院室が訂正した。

(エ) 医師・外来・一般

他部門の時間数が増加した分だけ、この部門での時間数を減少した。

(オ) 医師・救急

原価計算表原案作成担当者の集計ミスを県立病院室が訂正した。

(カ) 医師・中央診療・手術

原価計算表原案作成担当者の集計ミスを県立病院室が訂正した。

(キ) 看護婦・入院・未熟児

原価計算表原案作成担当者の集計ミスを県立病院室が訂正した。

(ク) 看護婦・入院・結核

時間数算定の基礎となる「6月の1日平均入院患者数を新看護体系の必要看護婦数で除した人員（原価計算要綱5項(1)(イ)）」につき、原案ではこれが0.583人/日であったのを県立病院室は1人/日に切り上げた。

(ケ) 看護婦・中央診療・手術

原価計算表原案作成担当者の集計ミスを県立病院室が訂正した。

オ 上記のとおり、相違の原因は大別して、原価計算要綱の解釈差異と原価計算表原案作成担当者の集計ミスである。

この時間数の差異による収支比率の差異及び負担金交付金の差異は、別表9（中央病院職種別部門別勤務時間数差異による負担金交付金差異計算表）のとおりである。結果的には、負担金交付金が39,575千円増加している。

カ 医師の時間数差異の原因につき原価計算表原案作成担当者の集計ミスが多いのは、看護婦は勤務場所（部門）が固定しており集計が容易であるのに対し、医師は日々の勤務場所（部門）が多岐にわたり、集計が複雑だからである。このため、原価計算要綱では看護婦が部門別配賦を原則としているのに対し、医師は個人ごとの実務時間把握を原則としている。（原価計算要綱5項(1)①ア）

しかし、現状は個人別部門別勤務時間の記録は行われておらず、所属区分、勤務時間帯、患者数比等により、原価計算表原案作成担当者が推定で把握する。このために集計ミスが多いと思われる。

原価計算に必要なのは6月分の時間資料のみであり、医師にとって部門別勤務時間を記録することが大きな負担になるとは思われない。

医師が部門別勤務時間を記録しておけば、原価計算表原案作成担当者の作業が単純化し、推定部分がなくなって原価計算が実態に近づいたものになると思われる。

⑤ 退職給与金

ア 退職給与金は年間支出見込み額の12分の1を各部門に配賦する（原価計算要綱5項(1)①(7)）。この配賦額と収支比率及び負担金交付金の相関関係は別表10のとおりである。退職給与金配賦額の多い年度の翌年度は負担金交付金が多くなっている。

退職給与金は、適正な企業会計の観点からは支給時の費用として認識すべきものではなく、職員の勤務期間の各年度に配分して費用計上すべきものである。

地方公営企業法第20条第1項では「地方公営企業においては、その経営成績を明らかにするため、すべての費用及び収益を、その発生の事実に基づいて計上し、かつ、その発生した年度に正しく割り当てなければならない。」と規定している。また、地方公営企業法施行令第11条第3項でも「地方公営企業の費用は、費用の発生の原因である事実の生じた日の属する年度に所属させる。」と規定している。これに基づき、徳島県病院事業の財務に関する特例を定める規則第86条では「退職給与引当金を決算整理計上しなければならない」と規定している。

したがって、これらの規定の趣旨からすれば、病院事業会計において退職給与引当金を計上し、発生主義に基づいた適正な期間損益計算を行う必要がある。

現状のように退職給与支出額の12分の1を計上する方法では、支出額の多い年度の翌年度に負担金交付金が多くなる。

一度に大量の退職者が発生した翌年度の負担金交付金をどうすべきかという問題と、すでに発生してしまっている退職給与に対する負担金交付金が未計上であるという問題を指摘してお

きたい。

イ 負担金交付金につき、発生年度に応じた適正な計上及び発生済の負担金交付金の引当を行うには、適正な期間損益計算に基づく退職給与引当金計上により負担金交付金の適正額を把握し、これを現年度で使用せずに積立てておくという方法が必要である。

しかし、一方では、支出の伴わない引当金計上に対して負担金交付金をどのように繰出しすべきかという問題もある。地方公営企業法第17条の2に基づく徳島県の繰出基準により積算をして一般会計が負担すべきことにすれば、何らかの方法で引当しておくことが可能と思われる。

⑥ 薬品費（投薬薬品費、注射薬品費、その他薬品費、保存血）の配賦の基となる金額は、使用済薬品についての支払い金額（以下「使用金額」という。）ではなく薬品購入金額（以下「支払金額」という。）を用いている。

しかし、原価計算は薬品の費消額を配賦するのが原則である。原価計算期間が6月1日から6月30日までの1ヵ月間であって、月初と月末の薬品在庫に差異の出る可能性が大きく、また、原価計算期間が1ヵ月であるため使用済薬品に限定した支払金額の把握もさほど困難ではないと思われる。

したがって、薬品費の配賦は支払金額ではなく使用金額によるべきである。

⑦ その他

ア 光熱水費は、原価計算要綱5項(3)②では電気代と水道代に区分し、次のように配賦するとされている。

電気代はモーター（空調、手術室冷房用、揚

水)、エレベーター、電燈、医療器械等に大別し、各部門に配賦する。

水道代は蛇口数比により各部門に配賦する。しかし、現状は面積比によって各部門に配賦している。

イ 通信運搬費は、原価計算要綱5項(3)⑥では次のように配賦するとされている。

私用電話料分を控除して、医師公舎等の負担分については管理(一般)に配賦し、その他は電話設置台数比により配賦する。しかし、現状は公用電話代の予算額12分の1を設置台数比により各部門に配賦している。

また、郵便切手、はがき、市バス回数券は管理(一般)に配賦する。

ウ 補助部門であるボイラー部門の部門費の主部門への再配賦は、原価計算要綱6項(3)では次のように配賦するとされている。

給湯と蒸気に区分し、給湯については使用量により配賦し、蒸気については面積により配賦する。

しかし、現状は全て面積比により配賦している。

エ 以上のように、原価計算要綱にもとづかないで原価計算が行われているものがある。

担当者が原価計算を行う場合の公的基準は原価計算要綱しかない。原価計算の結果により算出される収支比率によって翌年度の負担金交付金が算定されることを考えれば、原価計算要綱によらないで担当者の恣意が入り込む余地のある計算方法はやめるべきである。

しかし、原価計算要綱には原価計算の基本的事項の記載しかなく、この要綱だけで原価計算をすべて行うのは無理がある。要綱は年度毎に

作成されているが、内容の改訂はほとんどなく原価計算の実状と乖離している。しかも、県立3病院にあっては規模差、地域性差等があって、同一の要綱による原価計算は困難であると思われる。

(2) 三好病院

- ① 薬品費（投薬薬品費、注射薬品費、その他薬品費、保存血）の配賦の基となる金額が、使用金額ではなく支払金額になっている。

前記中央病院の⑥で述べたように、支払金額ではなく使用金額によるべきである。

(3) 海部病院

- ① 注射薬品費及び診療材料費の配賦の基となる金額が、使用金額ではなく支払金額になっている。

支払金額ではなく使用金額によるべきである。

- ② 医療消耗備品費は、原価計算要綱5項(2)④では「予算額の12分の1を6月の実績比により各部門に配賦する。」とされている。平成11年度の予算は4,045千円であるが実額は1,634千円であって、大幅な差異がある。

適正な原価計算からすれば実額の配賦が望ましい。

- ③ 診療材料費の平成11年度における配賦は「診療材料費の平成10年度部門別原価計算表の部門別割合」によっており、平成10年度の配賦は「平成9年度部門別原価計算表の部門別割合」によっている。このように、配賦が前年度の原価計算表の部門別割合によっているため、配賦割合は毎年度が同じである。適正な原価計算の趣旨からは乖離していると思われる。なお原価計算要綱5項(2)②では「各部門への払い出し額を毎日記入し、配賦する。」とされている。

- ④ 医療消耗備品費は、原価計算要綱5項(2)④では

「6月の実績比により各部門に配賦する。」とされている。しかし、実際には4～7月の実績比により配賦されている。

過去において担当者が特殊事情により採用した特例がそのまま踏襲されたものである。原則的な処理に復すべきである。

- (4) 救急部門の収益の計上方法について、原価計算要綱4項(3)では「救急は、処方箋により計上する。」と規定されている。しかし、中央病院、三好病院及び海部病院での計上方法は次のとおりである。

① 中央病院

ア 外来部門

$$\text{外来の収入} \times \frac{\text{時間外及び救急車の患者数}}{\text{外来患者数}}$$

イ 入院部門

3階病棟から生ずる収入からICU部門の収入を除いたもの

② 三好病院

$$\text{外来の収入} \times \frac{\text{時間外及び救急車の患者数}}{\text{外来患者数}}$$

③ 海部病院

時間外の来院者（平成11年度までは時間内における救急車での来院者は除いていた。ただし、平成12年度からは救急車での来院者はすべて入れる予定である。）のうち、

ア 入院せずに帰った患者からの収入の全部

イ 入院した患者の初診料及び再診料

- ④ 以上のように、3病院を比較すると救急部門の収益計上範囲は、中央病院が他の2病院で計上していない入院部門を含んでいるためにもっとも広い。また三好病院と海部病院とを比較すると、海部病院では救急車での時間内の来院者を除いている点で三好病院より狭い。

負担金交付金のうちで救急医療に要する経費は最も多い。平成11年度3病院合計の負担金交付金3,076,845千円のうち、救急医療に要する経費は1,286,146千円である。この負担金交付金が年間収益に収支比率を乗ずることによって算出されることを考えれば、救急部門の収益は3病院とも共通の適正基準によって集計する必要がある。

- ⑤ 原価計算要綱6項(8)により、補助部門である給食部門の部門費は入院患者数比により主部門へ再配賦されることになっている。

3病院ともに給食費を救急部門へ配賦している。

しかし、三好病院及び海部病院では、救急外来患者数と一般入院患者数との対比率により給食費を救急部門へ配賦している。このため、入院していない救急患者数が給食費を受ける計算に組み込まれている。また、救急部門の収益は上記したとおり、三好病院では外来収入のみ、海部病院は外来収入と入院の初診料及び再診料のみである。したがって、この両病院については給食費を救急部門へ配賦することは費用収益の対応原則から見て矛盾がある。

- (5) 以上のことから、担当者の恣意性を排除し、客観性及び継続性をもった適正な原価計算を実施するためには、次のようにすべきである。

- ① 原価計算要綱は年度毎に内容を改訂し、病院の現状に沿ったものにする。
- ② 原価計算要綱の内容で、現状でも実施困難なものは変更（あるいは削除）する。
- ③ 原価計算要綱を補充するものとして、各病院ごとに原価計算配賦基準マニュアルを作成する。
- ④ 各病院のマニュアルが原価計算要綱に沿ったものであるかどうかを県立病院室でチェックする。

- ⑤ マニュアルの内容は原価計算要綱の年度毎の改訂にあわせて改定する。
- ⑥ マニュアルは各病院の現状を反映しているものであるから、原価計算要綱の改訂にあたっては各病院のマニュアルをよく検討する。
- ⑦ 各病院の担当者の交替時には、前任者はマニュアル及びその基礎資料について後任者に遺漏なく引継ぎをする。
- ⑧ 県立病院室にて各病院の原価計算表を修正決定した場合、修正項目について各病院の担当者に説明する。

第3 企業債について

1 企業債による資金借入

徳島県立病院では「病院、職員宿舎等の整備事業」及び「医療、看護に必要な機械器具（取得価格20万円以上かつ耐用年数5年以上）の整備事業」に充てるための多額の資金を、大蔵省資金運用部、民間金融機関から企業債により借入れている。平成11年度までは、地方公営企業法の改正前の第22条及び附則第2項により、地方公共団体がこれらの建設、改良等に要する資金に充てるため起す地方債（企業債）については自治大臣の許可を受けなければならないとされていた。

しかし、平成12年度から同17年度までは、地方財政法第33条の7により総務大臣の許可を受けることとされている。

過去10年間における、各年度の借入額（企業債発行額）及び資金使途事業並びに各年度末における企業債の累積額は別表11ないし14のとおりである。平成11年度末の企業債未償還額は51億4,257万0,697円である。

2 企業債の返済と一般会計

企業債については借入利息金及び借入元金の支払が必要である。

(1) 徳島県では別表1の繰出基準のとおり、企業債利息金の3分の2については自治省通達により県の一般会計からの負担金交付金によって補填し、利息金の3分の1については徳島県病院事業補助金交付要綱に基づき一般会計から補助金として補填している。

したがって、病院は企業債の利息金を収益努力によって捻出する必要がない。

(2) 企業債元金の返済については、その使途が災害復旧に要するものである場合には、地方公営企業法第17条の3にいう補助金として一般会計から補填す

ることが可能である。

- (3) ところで、一般会計からの負担金交付金の繰出要件は、地方公営企業法第17条の2並びに同法施行令第8条の5第1項第3号及び第2項第2号並びに附則第14項において定められている。

つまり、9頁の①に記載したとおり、性質上病院の事業収入をもって充てることが適当でない行政的事務の経費及び性質上能率的な経営を行っても経営収入のみでまかなうことが客観的に困難と認められる経費に限定されている。

しかるに、企業債の借入理由は「病院等の整備事業」、「機械器具の整備事業」と大別してあるのみで、これが上記の要件に該当するか否かの十分な検討がなされていない。例えば、企業債の対象とする医療器機については救急医療あるいは高度又は特殊医療に関するもの以外もすべて含まれている。これが同法施行令附則第14項にいう、経営収入をもってあてることができない部分であるとするれば、県立病院では購入価額20万円以上でかつ耐用年数5年以上の医療器機については、すべて経営収入をもって支払うことができないということになる。その結果が不適切であることは明らかである。

現状では、負担金交付金としての補填要件を充たしていない医療器機購入資金が、企業債としての借入金により調達されるという過程を通じて、その購入コストの一部である利息金支払額がすべて負担金交付金の要件を充たすという扱いになっている。

- (4) 同様のことは、企業債への補助金による補填についても言うことができる。

一般会計からの補助金の繰出要件は地方公営企業法第17条の3によって定められており、災害の復旧その他特別の理由がある場合にのみなすことができる。

その「特別の理由」とは災害の復旧に準じるような公営企業外の要因又は要請があるために、独立採算制、受益者負担の原則を維持しながらも所要経費をまかなうことが客観的に困難又は不適當な場合のことであって、その判断は具体的事案に応じて個別に検討すべきものである。しかるに、上記した企業債の借入利息償還額の3分の1は常時補助金で負担している。

補助金に依存する体質から脱却すべきである。

- (5) 企業債による借入元金償還額については別表1の繰出基準のうち、1⑧に記載されている「高度特殊医療に要する経費」についての一般会計からの負担金交付金と関係がある。

つまり、この項目は本来は高度特殊医療のための医療器機について減価償却額の実質的補助をすることであるが、現実には高度特殊医療器機にかぎらず、企業債で購入したすべての医療器機（固定資産）に適用されている。

そして、減価償却費名目による一般会計からの負担金交付金を用いて、これを積み立てることなく、すべての医療器機（価格20万円以上、耐用年数5年以上）の購入における借入元金の償還金にあてているのが実情である。

- (6) このため、現状では企業債により借り入れて調達した医療器機について、その用途が高度特殊医療とは無関係に、償還元金及び利息を丸ごと一般会計で負担するという構図になっている。

県立病院については、特別会計としてこれを一般会計から分離し、できる限り企業としての経済性を発揮させるとの建前をとっている。その経費の中から本来的に独立採算になじまない公益性の高い部分を取り除いた部分については、独立採算性を貫徹させなければならない。しかるに、厳格な峻別手続を

経ない一般会計からの容易な補填は、かえって病院会計の独立性を阻害し、一般会計への依存を強めて経営の実体をあいまいにするとともに、企業としての独立心を阻喪せしめる。

第4 県立病院における個別的事項についての監査結果

1 各病院職員の給与及び構成における他の公立病院及び民間病院との比較

- (1) 県立病院の平成11年度給与費（人件費）等の医業収益及び医業費用に占める割合は別表15のとおりである。

ちなみに、平成11年度の民間医療法人における給与費の割合は医業収益に対し48.7%、医業費用に対し50.8%であり、都道府県・指定都市経営病院ではそれぞれ63.0%、52.6%である。一般論的に言えば、給与費が医業収益の50%以内であれば黒字、50%を超えれば赤字となっている（全国公私病院連盟、平成11年病院経営実態調査報告。以下別表16ないし30までの数値のうち、県立3病院以外の数値は同報告書を引用した。）。

- (2) 病院開設者別にみた常勤職員1人平均給与額（平成11年6月中の発生額で毎月決まって支給される給与額。以下同じ）の比較は別表16のとおりである。

県立病院を含む都道府県、指定都市及び市町村の経営する病院（自治体病院）と、医療法人及び個人病院（民間病院）との比較で次の事がわかる。

- ① 医師、看護婦の給与額においては大きな差はない。むしろ医師給与は個人病院が高い。
 - ② 准看護婦、看護補助者、医療技術員、技能労務員の給与は民間病院に比べて圧倒的に高い。
 - ③ 薬剤師、事務職員の給与は一般的には民間病院より高いが、三好病院の薬剤師は民間病院とほぼ同額である。
- (3) 給与額につき病床規模別の比較は別表17のとおりである。

各県立病院と同じ病床規模の他病院とを比較すると、准看護婦、看護補助者、医療技術員、技能労務

員は県立病院が高く、医師、看護婦はほぼ同じであり、薬剤師は低い。

- (4) 常勤職員のうち医師、看護要員、事務職員につき病院開設者別、病床規模別の100床当り職員数及び構成比の比較は別表18のとおりである。

これら看護要員の構成内訳をみると民間病院では看護補助者の構成比が高い。

看護要員の総数につき、海部病院では100床当り50.9人で他の病院に比して人数が少ないが、中央病院及び三好病院においては大きな差はない。

海部病院の職員構成では看護補助者がいない分だけ看護要員の総数が少なく、また事務職員数は民間病院よりも少ない。そのほかは民間病院とほぼ同じである。

- (5) 常勤職員のうち看護婦、准看護婦、看護補助者、薬剤師、医療技術員、事務職員について、同種職のうちで平均給与月額が30万円以上、40万円以上を受給する者の構成比率を、病院開設者別、病床規模別に比較すれば別表19ないし30のとおりである。これらによれば次のことがわかる。

① 開設病院別では、県立病院を含む都道府県、指定都市病院で高額給与者の割合が高く、民間病院では低い。准看護婦、医療技術員にこの傾向が強い。

② 病床規模別では、県立病院の看護婦、准看護婦、医療技術員で月額40万円以上の職員の構成比率が、中央病院の医療技術員をのぞいて、他の同一規模病院よりも高い。

③ 前述のとおり、徳島県の病院職員については一般県職員と同様の年功序列的給与体系となっている。このため、月額給与で高額者の割合が高くなるのは、病院職員の勤務年数が長いことを示している。

(6) 更に、以上の各表の月額給与をみるにあたっては、県立病院の常勤職員に正規職員と臨時職員を含んでいることに注意を要する。つまり、臨時職員とは地方公務員法第22条、職員の任用に関する規則第9条ないし第12条による職員であるが、これらの者には正規職員とは異なる給与体系がとられており、正規職員よりも低額である。したがって、正規職員のみを対象とした給与額の比較では、さらに民間病院との格差が生じると思われる。

2 棚卸資産の管理

(1) 棚卸資産の範囲

徳島県病院事業の財務に関する特例を定める規則（以下「規則」という。）第53条及び別表第3号によれば、棚卸資産は次のように列挙されている。

- ① 薬品
- ② 診療材料
- ③ 給食材料
- ④ 医療消耗備品
- ⑤ 消耗備品
- ⑥ 燃料
- ⑦ その他の貯蔵品

棚卸資産の受払いについては、物品受払簿を作成し、実地棚卸によって数量を確定する必要がある。

（規則第57条、56条、61条、62条等）

ただし、購入後直ちに使用する予定のものは、受払い記録を行わずに、費用処理をすることができる（規則第66条第1項）。

(2) 実地棚卸

実地棚卸は、適正な期間損益計算及び適正な在庫管理を行うための重要な手続きである。

① 実地棚卸の範囲

(1)で述べた通り、すべての棚卸資産は実地棚卸をすることが必要である。各病院の実地棚卸の範

囲は次のとおりである。

ア 中央病院

- 薬品・・・薬局にあるものは実地棚卸
各科病棟等に定数を定めて常時
配置しているもの（定数配置）
は帳簿棚卸
- 試薬・・・棚卸除外（試薬についての勘定
科目は薬品費で処理されている）
- 診療材料・・・中央材料室、手術室、集中
治療室にあるものの一部、
用度倉庫にあるもの及び中
央放射線室にあるフィルム
類は実地棚卸
- 給食材料・・・米、乾物、調味料等は実地
棚卸
- 燃料・・・燃料タンクにある重油は実地棚
卸
- その他の貯蔵品・・・トイレットペーパー、
ポリ袋等は実施棚卸

イ 三好病院

- 薬品、試薬・・・中央病院と同じ
- 診療材料・・・中央材料室、透析、放射線
科にあるものの一部及び液
体酸素は実地棚卸
- 給食材料・・・中央病院と同じ
- 燃料・・・中央病院と同じ
- その他の貯蔵品・・・伝票類、カルテ、薬
袋等は実地棚卸

ウ 海部病院

- 薬品・・・薬局にあるものは実地棚卸
病棟等にあるものについては注
射薬、外用薬の一部は実地棚卸
をし、内服薬は棚卸除外（病棟

等の薬品の配置について定数は定められていない)

試薬・・・未開封のものは実地棚卸

診療材料・・・放射線科のレントゲンフィルムについてのみ実地棚卸

給食材料・・・中央病院と同じ

燃料・・・中央病院と同じ

その他貯蔵品・・・伝票類、カルテ、薬袋等は実地棚卸

エ 各病院における問題点

(7) 中央病院と三好病院では試薬について棚卸除外としているが、未開封のものについては棚卸を実施すべきである。ちなみに、中央病院においては1ヵ月の試薬購入額は約2000万円であり、在庫の回転期間が1ヵ月から1.5ヵ月とすると、2000万円から30000万円の在庫量があると推定される。

(4) 中央病院と三好病院では病棟等の薬品の定数配置分について実地棚卸が実施されていない。年に2回ほど薬剤師が定数配置分をチェックをしているとのことであるが、年度末の実地棚卸をすべきである。

(ウ) 各病院ともに、診療材料の棚卸の範囲について、明確な基準がない。前年度に実施した項目を参考に棚卸表に品目を書き出し、これについて棚卸が実施されている。診療材料は品目、数量が多く、在庫場所も多岐にわたるので、すべてを棚卸の対象とすることが困難であるからと思われる。しかし、金銭的に重要性のないものは棚卸除外することは差し支えないが、高額な診療材料については実地棚卸する必要がある。棚卸範囲についての基準を設ける必要がある。

② 実地棚卸の実施状況（薬品）

薬品については年２回（９月、３月）棚卸が実施されている。

ア 平成１１年度末の実地棚卸日及び時間は次のとおりである。

- (ア) 中央病院 平成１２年３月２９日、内服薬につき外来診療終了後より、注射薬につき午後２時か３時ごろより
- (イ) 三好病院 平成１２年３月３０日、午後３時ごろより午後７時あるいは８時ごろまで
- (ウ) 海部病院 平成１２年３月２７日、注射薬につき朝から、内服薬につき午後から

３病院の棚卸実施日がそれぞれ異なるのは、県立病院室の職員及び他病院の薬剤師が棚卸に立会うためである。

イ 実施方法は次のとおりである。

(ア) 中央病院

用度係の作成した一覧表にカウント数を記入する。あとで担当者（中央病院ではそれぞれの薬品について担当者が決まっている。）が、記入漏れがないかどうか、異常な数量でないかをチェックをする。

棚卸中の薬品の払出しについては無視している。

(イ) 三好病院

二人一組で、だいたいの場所を決めてカウントする。棚卸中の払出しについては、付箋に記載してその場所に貼り、あとで調整する。

(ウ) 海部病院

二人一組で、だいたいの場所を決めてカウ

ントする。棚卸中の払出しについては無視している。

(エ) 問題点

実地棚卸は、カウントミス、カウント漏れ、記入ミス等を防ぐため二人一組で行われるのが一般的である。

また、棚卸中の在庫移動は原則的に行わない。しかし、病院では現実的に薬品の払出しをとめることはできないので、棚卸中の払出しがあれば、後にカウント数量を調整する必要がある。また、薬品の払出しは原則として翌日分を当日払い出しているため、薬品が払い出されていても実際はまだ投与されておらず、医業収益も発生していないものがある。医業収益と対応する形で実際の在庫数を把握するならば、これらの払出し分についても在庫としてカウントする必要がある。

一般事業会社の場合、売上の計上されていないものは、たとえ倉庫から出庫して積送中であったとしても、すべて在庫として計上するのが適正な会計処理である。

実地棚卸の立会人は、現在は実地棚卸が確かに行われているかどうかのみを確認しているにすぎない。しかし、立会人は、棚卸が適正に行われていることを確認する必要がある。すなわち、棚卸の方法が適正であるか、カウントミス、カウント漏れがないか、棚卸原票の書き方は適正か等について確認する必要がある。(当然、全部について確認する必要はなく抜き取り調査をする。)

通常、実地棚卸を行う場合には、適正な棚卸を実施するために、棚卸にかかわるすべてのものに、棚卸の目的、棚卸の範囲、カウ

ト方法、棚卸原票の記載の仕方等を周知させるため、実地棚卸実施要領を作成している。

棚卸の方法を再検討したうえで実地棚卸実施要領を作成し、画一的な棚卸が実施されるようにすることが必要である。

③ 棚卸原票について

棚卸原票とは、棚卸品目とその実地数量を記載した票であり、棚卸資産の数量を確定させる重要書類である。棚卸資産の金額は、各棚卸品目の単価に棚卸原票の数量を乗じて算定されるからである。したがって、記入者（カウントした者）及び在庫場所が明らかになっているのが通常である。

また、会計帳票類として保存されるべきものである。

しかし、棚卸原票が用度係（海部病院では庶務係又は経理係。以下同じ。）に保存されていた病院はない。たまたま、薬剤科の担当者や看護婦が手元に残していたものもあったが、多くは、用度係に提出するために清書された後に破棄されていた。

このため、実地棚卸が実施されたのかどうか、期末棚卸金額が実地数量に基づくものであるのかどうかの検証ができない。

また、適正な在庫管理を行うためには、在庫場所ごとの集計が必要である。しかし、棚卸集計は、数カ所のものをまとめて集計されている例があった。

④ 棚卸漏れについて

ア キンダリー液 在庫場所 透析室（中央病院、海部病院）

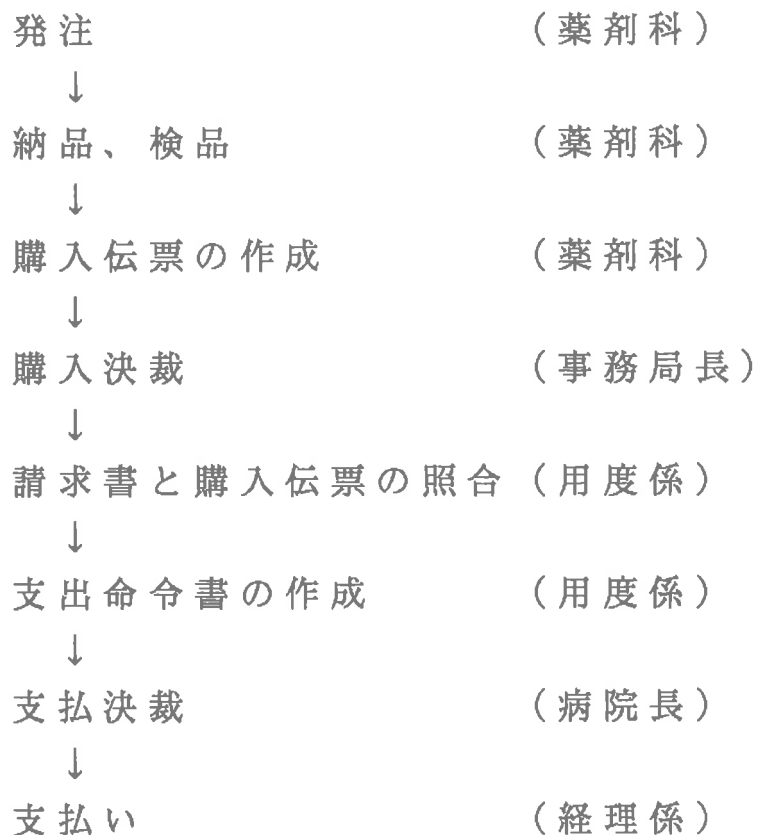
常に予備在庫をおいているが、薬局で検品した直後に透析室に払い出しの処理がなされるため、棚卸の対象から漏れていた。

イ ダイアニール 在庫場所 三好病院 3階倉庫
薬品請求伝票でまとめて払出したが、未使用
分が薬局に返却されず、棚卸の対象から漏れて
いた。

(3) 棚卸資産の購入（薬品及び診料材料について）

① 薬品

通常購入の場合のフローチャートは次のとおり
である。



ア 中央病院

薬剤師の全員が薬品ごとに発注管理の担当を
持っており発注簿を持っている。これに基づき
毎週1回発注をし、翌日の午前中に納品される。

全員が処方しているため、常に在庫量は把握
できる状態にあり、発注漏れ、発注過剰のチェ
ックはできるとのことである。約1週間分を在
庫としている。

イ 三好病院

薬局から各科へ薬品を払出すときに薬剤師がバーコード入力をしており、これによる払い出し量が発注書となる。

発注は毎日行っている。約2週間分を在庫としている。

ウ 海部病院

発注は原則として月曜日と木曜日に薬剤科が購入伝票を作成し、経理係を通して行っている（上記フローチャートと異なる。）。月木以外の日には薬剤科にて直接に発注を行い、その後購入伝票が経理係へまわされる。約2週間分を在庫としている。

エ 徳島県事務決裁規程によると、薬品は単価契約されているためその購入決裁権者は事務局長であるが、実際には薬品納品後、納品書兼検収書に基づき作成した購入伝票にて事後的に決裁をしている（海部病院の原則の場合を除く。）。

したがって、事実上の購入決裁権者は薬剤科長である。

薬品の購入単価については年間契約がなされており、また新薬の購入については病院内の薬事審議会の審議事項である。したがって、通常業務における薬品の購入決裁権者は薬剤科長で問題はないと考えられる。購入決裁権者を事務局長とし、これを厳格に運用しようとするれば事務作業が煩雑化し、かえって円満な業務遂行が阻害される恐れがある。

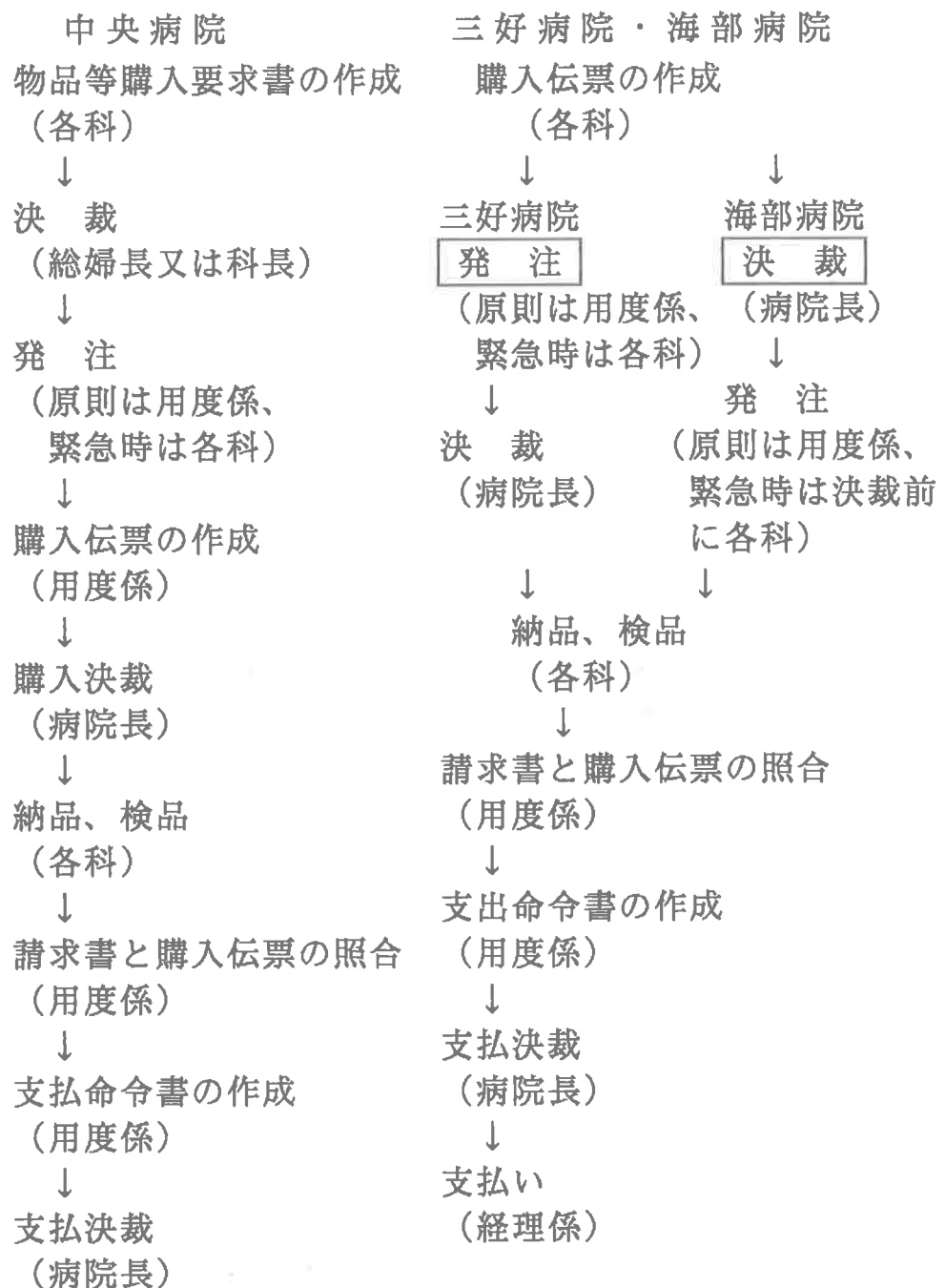
また、規程に従うために形式上だけの書類を作成するのは意味が無く、事務作業が煩雑化して、かえって無駄である。

権限を委譲したうえで、月次の購入実績報告を病院長、事務局長等に行い、これにより購入管理を行うことが有効である。

② 診療材料

診療材料のうち病院全体で共通して使用するものについては、中央材料室（中央病院では中央滅菌材料科）がまとめて購入し、ここから各科に払い出しをしている。しかし、診療材料のうち各科で個別に使用するものについては、各科から直接に用度係へ購入要求をなし、各科が直接に納品を受けている。

購入のフローチャートは次のとおりである。



↓
支払い
(経理係)

ア 診療材料は、中央材料室及び各科が購入伝票（中央病院では物品購入要求書が用度係に提出されて、用度係が購入伝票を作成する。）を用度係に提出し、業者に発注をしている。ただし、緊急の場合には、各科で発注した後に購入伝票が用度係にまわされる。診療材料の購入の決裁権者は病院長（1件50万円未満のものは事務局長）であるが、事後決裁となっている。事実上の購入決裁権者は、科係長または総看護婦長であり、診療材料の購入は各科の判断で行われている。

薬品の場合と同じく、日常業務上での購入決裁権者は、科係長または総看護婦長で問題はないと思われる。病院長の事前購入決裁を励行すれば、かえって事務作業が煩雑となり円滑な業務遂行を阻害しかねないからである。

権限を委譲する一方で、病院長、事務局長等は診療材料の月次購入実績についての報告を受け、効率的な購買活動が行われたかどうかを管理する必要がある。

現在、診療材料については、各科で何がどのくらい購入されているのかがまったく把握されていない。中央病院では、各科での購入金額を把握することは可能であるが、これを管理目的には使っていない。三好病院及び海部病院では、各科病棟の購入金額を把握することは不可能である。

診療材料が、適時に購入されて無駄なく使用されていることを確認するためには、まず、各科で何を購入しているのか、どのくらい購入さ

れているのかを把握することが必要である。

イ ちなみに、平成12年3月において保険に診療報酬請求された診療材料の金額は以下のとおりである。

中央病院 28,817千円

三好病院 19,398千円

海部病院 3,949千円

少なくとも、保険請求の対象となる診療材料については、購入及び払出しの管理が必要と考える。

(4) 棚卸資産の払出し（薬品、診療材料について）

① 薬品

ア 薬局からの薬品の払出しは、原則として処方箋によって行われている。処方箋は薬剤科から医事係に回され、医事係はこれを根拠として患者請求及び保険診療請求を行っている。したがって、通常は、払い出した薬品と患者請求及び保険診療請求とが対応しているので問題はない。

イ 薬局以外に各科にも薬品が置かれている。中央病院及び三好病院では、薬剤科が各科に常置するものについての定数を定めて管理している（定数配置）。海部病院では各科が定数を定めており（定数を定めていない科もある。）、薬剤科では各科の定数を管理していない。

ウ 以下にあげるものについては、医薬品請求伝票によってまとめて払出しがなされるため、払い出した薬品と投与した患者との対応が明確になっていない。

(7) 外来への払出し

中央病院では、予約のある外来患者については前日に前回と同じ処方箋が印字される。これを集計したものについてまとめて払い出しが行われている。払い出されたものと実際

の処方箋との照合は行われていない。

(イ) 手術部への払出し

手術部に定数配置されている薬品の補充分については、まとめて払出しが行われている（週1回ないし随時）。

(ウ) 定数配置の補充分

三好病院では定数配置の補充をなすにあたり、毎朝薬剤師が各科に出向いて薬品の数をカウントし、使用分については看護婦の記帳した使用簿と照合をしている。

しかし、使用簿と処方箋との照合は行っていない。使途不明の薬品についての追求はしていない。中央病院では、手術部を除き、定数補充分の払出しについては処方箋によっている。

(エ) 不明分

海部病院では、各科に常置している薬品についての不明使用分を補充する場合には、消耗品類請求伝票で払出しをしている。

(オ) キンダリー液購入分

キンダリー液については、薬局での検品後、直ちに透析室へ払出しがなされている。

(カ) 処置薬等の保険診療請求できないもの

エ 薬局から払い出された薬品については、上記(カ)を除きすべてのものが漏れなく保険診療請求される必要がある。したがって、薬局からの払い出しは保険診療請求の根拠となる書類によって行われる必要がある。

現状では、処方箋によらないもので薬局から払い出しがなされたものについては、これらが漏れなく保険診療請求されているかどうかの検証ができない。

特に、中央病院においては手術部に配置され

ている薬品が全体の27.7%を占めていることからすると、手術部において使用する薬品の量はかなり多いと推定できる。

手術部において使用した薬品名を記載した伝票は、薬剤科を通らずに医事係にまわっている。しかし、薬局からのすべての払出しが確実に保険診療請求されるためには、薬剤科から手術部への払出しを手術伝票によって行う必要がある。

このほか、薬品の盗難等を防止するためには薬剤科以外の人間の薬局への出入りをできるだけ制限する必要がある。現在、薬品の納入業者及び看護婦は自由に薬局内へ出入りしている。部外者が薬局内へ立入った場合には必ず薬剤科の職員が立会うべきである。三好病院では監査日に薬局のドアが開放されていたが、ドアは開け放しにすべきではない。各病院とも忙しい時間帯には部外者の出入りに気づかない恐れのある間取り、構造になっており、施錠する等の工夫が必要であろう。

② 診療材料

ア 上述したように、病院全体で共通して使用するものについては中央材料室がまとめて購入し、保管し、必要なものを各科に払い出している。また、各病院では、各科の在庫定数を定め、これを補充する形で払出しを行っている。

このため、中央材料室が病院全体の在庫量を管理している。

イ しかし、各科が個別に購入したものについては、特に払出しの管理は行われていない。

ちなみに、中央病院での平成11年度における中央滅菌材料科の診療材料の購入高は病院全体の約10%に過ぎない。最も多いのは手術部で、病院全体の約57%にものぼる。他の2病

院では各科毎の診療材料購入額に関する同じような傾向があると思われる。

(3)の棚卸資産の購入の項で述べたとおり、各科での診療材料の使用状況を把握するとともに、高額診療材料、保険診療請求が可能な診療材料については、払出しについての管理を行う必要がある。

(5) 薬品、診療材料等の受払い記録

(1)で述べたとおり、棚卸資産については受払い記録を行うことになっている。ただし、購入後直ちに使用するものについては、受払い記録を行わず、直接費用処理することができる。

① 薬品については、前年の購入額上位15%の品目（費薬日計品目）について毎日受払い記録を行い、毎日残高をカウントしている。

ア 中央病院では費薬日計品目は15品目である。

この他、さらに15%の品目（24品目）については3ヵ月ごとに棚卸を行い、実地数量と受入れ数量との差額を払出しとみなして3ヵ月ごとの受払い表を作成している。

イ 三好病院では33品目である。払出し数量は受入れ数量と前日と当日との実地数量の差額によっている。

ウ 海部病院では10品目である。受払い数量の月合計は算出していない。

管理品目の見直しは最近行われていない。

② しかし、受払い記録をつけているだけで在庫管理の目的には十分に生かされていない。

薬品は、その払出しが医業収益と直接結びつくものであり、医業費用の中で給与費に次いで発生額が多く重要な費目である。したがって、受払い記録により在庫管理を行う意義は大きい。受払い記録を行うことにより、払出しと収益が一致する

かどうか、帳簿在庫と実地在庫が一致するかどうか、異常な在庫量を保有していないかどうか等の在庫管理が可能となるからである。

薬品の取扱い品種は千数百種にも及ぶため、すべてについて払出し管理を行うとすれば、電算システムの導入が不可欠となり、容易ではない。薬品の受払い記録のシステムについては現在検討中とのことである。適正な在庫管理を行うため早期の導入が望まれる。

- ③ 診療材料については、中央材料室から各科への払出しについて記録されているのみである。

診療材料のすべてにつき受払い記録をつけることは現実的ではないが、少なくとも、保険診療請求ができる診療材料については受払い記録を行い、薬品と同様の在庫管理を行うことが必要と考える。

- ④ そのほか、規則からすると棚卸資産は受払い簿が必要とのことから、用度係にて薬品、試薬、診療材料の一部（即時に使用しないと考えられるもの）について受払い簿を作成している。しかし、これは1ヵ月の購入額の合計をそのまま払出し額としているだけのもので、意味のあるものとは思えない。帳簿とはすべて何らかの目的のために作成し、その目的達成のために使用するものである。不要な帳簿がないかどうかを再検討し、事務の効率化を図る必要がある。

- ⑤ また、伝票類及び文房具類についても、毎月棚卸をして受払い簿（数量及び金額記載）をつけているものがある。しかし、金額の重要性及び事務の効率化の観点からは、不要な事務作業がないかどうかを再検討する必要がある。

- (6) 破損、期限切れ等の処理

薬品を破損した場合には、破損伝票にて薬局より替わりの薬品が払い出され、この分について棚卸減

耗損の処理が行われている。

しかし、使途が不明で定数が不足しているものの補充については、医薬品請求伝票等で払い出されており、棚卸減耗損の処理が行われていない。通常の使用でない払出しについては、すべて棚卸減耗損で処理し、薬剤科長、総看護婦長、事務局長、病院長に報告する必要がある。

期限切れとなった薬品については棚卸減耗損の処理は行われていない。期限切れの薬品は、その都度、あるいはある程度まとめて廃棄処理を行っているが、薬品名、使用期限、金額は記録されていない。

そもそも、購入した薬品は期限内に使用すべきものである。期限切れにより廃棄されたものは、異常なものとして棚卸減耗損処理を行う必要がある。

また、期限切れという異常な事態を把握し、原因を追求して今後の管理体制を強化する必要がある。このため、期限切れ在庫についてはきちんとその記録を残し、病院長等に報告する体制をとるべきである。

ちなみに、三好病院での監査日現在において薬局が保有していた期限切れの薬品は185,143円であったが、前回の廃棄処分は約半年前になされたとのことであった。また、海部病院では古い劇薬等が多数廃棄されずに薬局内に保有されていたが、早期に廃棄すべきである。

(7) 保険診療請求との照合

薬品の払出しについて、漏れなく医業収入に計上されているかどうかを確かめることは重要なことである。もし、払い出した薬品について医業収入が計上されていないならば、その原因を追求し、計上漏れの無いようにしなければならない。

中央病院では、薬剤科が判断した約16品目について、払出し伝票（処方箋、医薬品請求伝票等）の

合計と保険診療請求分とを照合し、原因分析を行い必要な是正措置を行っている。三好病院及び海部病院では薬品の払出しとレセプトの照合は一切行っていない。

現在、薬品の受払い処理が行われている品目については、1ヵ月の払出し量が把握できるので、レセプトで保険診療請求した数量と薬局からの払い出し量の比較が可能である。

したがって、これらの品目の払出しについてはレセプトとの照合を行い、差異があれば、その原因を追求して必要な措置をとる必要がある。

ちなみに、平成12年3月における日計品目の払い出しと、レセプトとの照合結果は次のとおりである。

	日計品 目数	差異品 目数	払出しがレセプトより 多いもの	払出しがレセプトより 少ないもの	差異合計 金額
中央病院	15	13	1,347,623円	△626,385円	721,238円
三好病院	33	20	915,914円	△434,945円	480,968円
海部病院	10	7	85,764円	—	85,764円

ただし、払出しは患者への投与の前日あるいは前々日になされるものがあるため、月末については払い出しとレセプトが一致しないものがある。上記の数値はこの誤差を含んだものである。

(8) 単価契約

薬品の購入にあたっては、1年間の納入単価契約を卸売業者と結んでいる。契約の交渉は中央病院が3病院分をまとめて行っており、県内業者から見積書を取り、最も価格の低い業者と契約を結んでいる。ただし、薬品の卸売りが系列化しているため、ほとんど見積りが競合しないとのことである。

4月1日に仮単価契約を結び、その後の市況調査を経て、中央病院の購入額上位300品目（金額に

して約78%)について値引き交渉を行い、単価変更契約(367品目)を結んでいる。平均値引率は8.06%である。

中央病院の上位300品目には入っていないが、三好、海部病院で購入額の多い薬品については各病院で独自に値引き交渉をしている。

三好病院 再交渉品目 476品目
再契約品目 328品目
(三好独自101品目)
平均値引率 7.11%

海部病院 再交渉品目 495品目
再契約品目 399品目(海部独自
217品目)
平均値引率 7.64%

値引き交渉の担当者は用度係長(海部は経理担当者)が主に行っている。病院長は、中央病院では第1回目の交渉時にのみ参加するとのことである。海部病院では、平成11年度から院長が値引き交渉に参加し、若干値引率が上昇したとのことである。

3 固定資産の管理(主に医療器機について)

(1) 固定資産台帳と現物との照合

① 減価償却のもととなる減価償却明細表(決算書の固定資産金額はこれと一致する。)と固定資産台帳(資産一件ごとに作成される台帳)について、各病院の状況は以下のとおりである。

ア 中央病院

減価償却明細表は購入年度別となっており、固定資産台帳は設置場所毎となっているため、両者が一致しているかどうかの確認が困難である。

イ 三好病院、海部病院

減価償却明細表及び固定資産台帳は購入年度別になっている。両者の照合は容易であるが、

設置場所別一覧が無いため、資産現物との照合が困難である。また、三好病院では各科が独自に固定資産明細を持っており、現物の管理をしている。しかし、この明細もすべての現物を網羅しておらず、完全なものではない。そして、固定資産台帳との照合は行われたことが無い。

- ② 減価償却明細表、固定資産台帳及び資産現物は必ず一致していなければならない。しかし、医療器械、器具備品については数量が膨大にのぼるためか、これらの照合は行われていない。

決算書上に適正な固定資産価額を表示するために、また病院の財産を適正に保全するために、適正な固定資産の現物管理が行われる必要がある。そのためには、資産の設置場所である各科と用度係が連携して管理を行わなければならない。

ア まず、購入年度別となっている減価償却明細から固定資産の設置場所ごとの明細を作成し、これが資産現物と一致しているかどうかを確認する必要がある。中央病院では、設置場所ごとの明細（固定資産台帳と一致）と減価償却明細を照合させる必要がある。

イ また、設置場所ごとの明細は各科でも保有し、固定資産の異動があれば用度係と連絡をとって、明細の書替を行わなければならない。用度係は各科からの報告により、固定資産台帳に記入を行い減価償却明細表にこれを反映させる必要がある。

(2) 購入手続

- ① 購入のフローチャートは次のとおりである（主に医療器機について）。

固定資産更新5ヵ年計画 財政課と協議
↓
更新（買替え）器機について五年間の予算案決定

予算編成（購入前年度） 購入計画書の作成
↓ 新規器機、更新器機
について購入委員会
（病院内）で検討
財政課と協議
新規購入、更新分について予算案決定

執行（購入年度）

〔予定価格1000万円未満の器機の場合〕

見積書等資料収集（用度係）

器種選定仕様書の作成（各科）

↓

購入器種、購入方法の検討

↓

三好病院及び海部病院では購入委員会において、また中央病院では用度係と各科が相談して決定

購入何いの決裁（病院長）

↓

契約

〔予定価格1000万円以上の器機の場合〕

購入依頼（病院長→県立病院室）

↓

購入計画書の作成（県立病院室）

↓

購入方法の決定（資産購入審議会）

↓

購入何い決裁（3000万円未満は県立病院室長、5000万円未満は保健福祉部長、5000

万円以上は知事の決裁）

契約

② 固定資産購入の意思決定方法

更新（買替え）すべき医療器機の購入については5ヵ年計画で大まかに決定され、購入前年度における予算編成時に購入が実質的に確定する。新規購入器機についても、購入前年度の予算編成時に購入が実質的に確定する。

購入年度における購入委員会は、購入の是非を検討するというよりも、購入方法を決定するにすぎない。

医療器機の購入には多額の資金が必要であり、しかも病院経営は苦境にある。さらに医療器機購入のための企業債の利息及び医療器機の減価償却費は、一般会計からの負担金交付金、補助金でまかなわれている。言い換えれば、医療器機購入費用のほとんどが税金でまかなわれている。

したがって、医療器機の購入にあたっては別表1の繰出基準にある高度特殊医療器機の該当性を慎重に検討したうえで、次の点に注意すべきである。

ア 器機の更新については、現行器機の不具合の状況、修繕の実施状況などを個別具体的（故障の回数、修理の金額）に報告し、その更新の是非を検討すべきである。しかし、購入委員会資料には、耐用年数を超過し、老朽化に伴い故障が頻繁になった程度の記載しかない。

イ 医療器機購入計画書では収支差を算出して検討しているが、その収支差に企業債の利息金は考慮されていない。利息金は一般会計からの負担金交付金、補助金でまかなわれているとはいえ、収支を算定する際には当然考慮すべき項目である。また、更新器機の場合には、現行器機の収支差とも比較検討する必要がある。

参考までに過去5年間の医療器機購入実績及

び今後5年間の購入予定額を別表3-1に示した。

③ 購入方法について

地方自治法第234条、地方自治法施行令第167条及び第167条の2、徳島県契約事務規則第30条ないし第32条によれば、地方公共団体のなす契約は一般競争入札が原則であり、指名競争入札及び随意契約によることができる場合は限定されている。

ア 固定資産の購入方法につき次の場合には指名競争入札によることができる。

(ア) その性質又は目的が一般競争入札に適しないとき

(イ) その性質又は目的により競争に加わるべき者の数が一般競争入札に付する必要が無いと認められる程度に少数である契約をするとき

(ウ) 一般競争入札に付することが不利と認められるとき

イ また、次の場合には随意契約によることができる。

(ア) 160万円以下の購入

(イ) その性質又は目的が競争入札に適しないとき

(ウ) 緊急の必要により競争入札に付することができないとき

(エ) 競争入札に付することが不利と認められるとき

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

(カ) 競争入札で入札者が無いとき又は再度の入札に付し落札者が無いとき

(キ) 落札者が契約を締結しないとき

ウ 平成11年度における1000万円以上の医療器機の購入方法及びその理由説明は次のとお

りである。

単位千円

	品名	予算額	予定価格	契約額	購入方法	病院名	参加者数
1	調剤監査システム	11,493	10,395	10,395	指名競争入札	三好病院	5
2	外科用X線テレビ装置	13,293	10,815	7,245	指名競争入札	三好病院	6
3	全自動pH/血液ガス・電解質分析装置	12,705	11,025	10,290	随意契約	三好病院	1
4	化学発光酵素免疫測定装置	16,485	16,065	15,435	指名競争入札	中央病院	3
5	血液凝固線溶分析システム	25,337	25,200	24,675	指名競争入札	中央病院	3
6	プラズマ滅菌装置	26,628	25,830	25,200	指名競争入札	中央病院	3
7	核医学診断装置	89,817	79,800	71,190	一般競争入札	中央病院	4
8	長時間心電図記録解析装置	19,950	16,695	16,275	指名競争入札	中央病院	3
9	超音波診断装置	19,950	15,645	15,393	随意契約	中央病院	1
10	脳外科用手術顕微鏡	82,928	27,510	27,090	指名競争入札	中央病院	3

(7) No. 3 の随意契約理由

機種選定基準を満たす機種はA社のB機種のみであり、A社の県内代理店は1社のみである（上記イの(1)）。

(イ) No. 9 の随意契約理由

機種選定基準を満たす機種はC社のD機種のみである（上記イの(1)）。

(ウ) No. 1、2、4、5、6、8、10の指名競争入札の理由。

県内の代理店業者数が限られており、また一般競争入札によると購入までに日数を要し円滑な器機の更新が阻害されるおそれがある（上記アの(7)）。

(3) 除却手続

- ① 固定資産の除却手続は、年度末にまとめて除却資産のリストを作成し、除却の決裁を得る方法によっている。

基本的には、更新（買替え）されたものについてのみ除却を行っている。更新以外の除却手続については、特にルールは無い。したがって、用度係にて除却の事実が把握されず、会計上の除却処理が漏れる可能性のあることを否定できない。不要物品を空きスペースにストックしておき、まとめて廃棄していた例もあった。

また、除却資産について、いつどのような方法によって実際の除却処分が行われたか記録が無い。

- ② 各科において資産除却の都度に、資産名、除却の理由を記載して、決裁を得る必要がある。

さらに、実際に廃棄処分が行われたときには、いつ、どのような方法で廃棄されたかにつき各科から用度係に報告し、それに基づき用度係が台帳に廃棄の旨を記載するとともに、会計上の除却処理を行う必要がある。

適正な除却の手続が行われるためには、各科においてその保有する資産の明細を保持していなければならない。

(4) 減価償却

- ① 固定資産の減価償却は、定額法により購入年度の翌年度から行われている（規則第83条）。

固定資産は時の経過とともに減価していくとの考えにより、取得時から耐用年数にわたって減価償却が行われるものである。適正な期間損益計算を行うためには取得月からの減価償却を行うべきである。この方法は一般事業会社で広く行われている方法である。

平成11年度の取得資産について通常行われる

べき減価償却を行ったとすると、償却金額は以下の金額となる。

中央病院	8, 349千円
三好病院	8, 647千円
海部病院	2, 618千円

- ② 減価償却費の算定は、期間損益計算及び固定資産の貸借対照表価額に影響を与えるため、正確に行う必要がある。

三好病院の減価償却明細において、過年度の償却計算が間違っているものがあつた（1年間の減価償却額に資産の経過年数を乗じたものが減価償却累計額に一致していないものがあつた。）。また、海部病院の減価償却明細は新規取得資産について税込みの金額で記載されていた（新規取得資産については減価償却が行われていないため、損益に与える影響はなかつた）。

減価償却の算定を正確に行うために、減価償却明細の作成者以外の第三者がチェックを行う必要がある。

4 診療報酬未収金

- (1) 診療報酬は診療契約に基づく準委任報酬請求権か、あるいは公の施設の利用における使用料請求権か。

- ① 民法第170条によれば、医師、薬剤師等の治術、勤労及び調剤により発生した債権の消滅時効期間は3年と定めている。したがって、個人であれ医療法人であれ、診療契約にもとづく診療報酬請求権は3年で時効消滅する。

ところで、自治省による昭和34年5月26日及び昭和43年11月5日の行政実例では、地方公共団体の設立した病院の診療報酬は、地方自治法第225条に定める公の施設の利用における使用料であり、消滅時効期間は5年であるとの見解を示した。後述のとおり、徳島県では診療報酬の

患者負担分未収金について、5年の消滅時効を適用して不納欠損処分をしている。

② 我国の社会保険医療制度下における診療行為の法律関係は難解であるが、被保険者への保険給付が現物給付方式をとっていることから、次のように考えられる。

ア 保険者（国民健康保険における市町村、社会保険における共済組合、政府等）と医療機関との間において、第三者である被保険者（患者）のために診療をすとの「第三者のためにする準委任契約」（民法第537条）が成立する。この契約では保険者と医療機関との間で診療方針などの契約内容が取り決められるので、保険者における財政状態その他により医療給付の範囲、方針などを決定せざるを得ない（例えば疾病と使用する薬剤の種類、検査回数など）。このため医療給付の内容が制限的かつ規格的になりがちである。

イ しかし、診療を引き受けた医療機関は保険者との契約内容を実現するだけでは足りず、適切な治療のためには保険医療給付の枠を越えた治療をなすことが期待される。医療機関と患者との間にも、診療を目的とする準委任契約が直接的に成立する（東京地方裁判所47.1.25判決。判例タイムス277-185）。

ウ 他の裁判例でも、公立病院と患者との間における直接的診療契約の成立を前提とするものが多い。

③ 医療機関のなす診療行為が上記の各診療契約（準委任契約）にもとづきなされているのであれば、その報酬請求権は地方自治法第236条第1項の適用により、時効に関しては他の法律に定めがあるものを除くほかは5年間で時効消滅するこ

とになるが、民法がこの「他の法律」に該当することは明らかであるので、県立病院の診療報酬も3年間で時効消滅すると解される余地がある。

- ④ 思うに、公の施設という観念による考察方法は、これが目的、設置、管理、利用関係等の態様について民間施設と異なった特色を持っているからである。

前記のとおり、県立病院では高度特殊医療のごとく収支が相償うことが予定されていない部分と、民間病院と同じく独立採算により営むべき部分とが併存しており、この意味では、ある部分では使用料としての説明が、またある部分では契約報酬との説明が妥当していると言えよう。

- ⑤ 地方自治法の旧規定では、公の施設の使用料につき行政上の強制徴収をすることができると定められていたが、昭和38年の改正により、公の施設の使用料は「法律で定める使用料」に限りこれを強制徴収することができると改められた。現在では、公立病院の入院料等の滞納については公営住宅の使用料と同様に、法律に特別の定めがないので行政上の強制徴収はできず、地方自治法施行令第173条の2第3号の規定により民事上の強制執行手続によるほかはない。

前記自治省の行政実例が、地方自治法の改正前である昭和34年に出されたものをベースにしていることを考慮すれば、もはやその前提とした社会状況が変更しているとも考えられる。

ちなみに、保険者への診療報酬請求権の消滅時効期間は3年とされている。

- (2) 入院、外来患者に対する診療の報酬は、保険金請求分については各支払機関（国民健康保険は徳島県国保連合会、社会保険は徳島県社会保険診療報酬支払基金）へ請求することにより支払を受けることが

ほぼ確実であるが、患者の自己負担分については未払金が発生する。

外来患者の場合には患者負担分の金額が少額であり、病院から帰る際には会計窓口を通過するので未払は発生しにくい。まれに未払が発生するのは県外患者の救急治療の場合である。

しかし、入院患者の場合には請求金額が多額になることがあり、かつ、退院時に一括支払が困難な場合もあって未払が発生する。

- (3) 県立病院では、入院患者への患者負担金の請求のため毎月1日と15日に請求書を作成して患者に交付する。

中央病院と三好病院では請求書作成時にコンピューターに未収金として入力しておき、支払を受ける毎に入金の処理をしている。海部病院ではコンピューターシステムによる未収金管理を行っていないので、請求書綴りをつくり、入金のある毎にその綴りから除外している。

- (4) 入院患者が定期的な請求書作成日の前に退院する場合には、退院時に請求書を作成して患者に交付する。その際に次のような理由で診療費が支払われず未収となることがある。

- ① 病院事務の勤務時間外に退院するケースでは請求書の作成及び入金手続きができない（病院側の事情）。この場合には請求書作成及び患者への請求が退院後に行われる。
- ② 退院時には支払が出来ないことが予めわかっている患者がいる。この場合にはその旨の申出をうけて、後日に支払う旨の誓約書を作成してもらう。
- ③ 退院時に請求書を受け取りながら会計窓口に残らずにそのまま帰ってしまう患者がいる。この場合には退院後に外来通院して来る患者には窓口で請求をする。

- ④ 死亡退院時には急なことで請求書の作成ができていない場合がある。
 - ⑤ 死亡退院時に請求書の作成ができて患者の家族に交付することができても、即時に支払ってもらえない場合がある。
- (5) 各病院における過去10年間の未収金の発生及び理由別の状況は別表32ないし34のとおりである。
- ① 年度末の未収金額が大きいのは、保険診療請求分についてその支払が通常2ヵ月後に行われるため、2月分及び3月分の請求金額が未収額として計上されているからである。保険請求分については後述の過誤金額の場合を除いて未収金は確実に回収ができるので、翌年度末に繰り越すことはない。
 - ② 平成11年度発生にかかる医業未収金につき、平成12年3月31日時点における請求先の内訳は別表35のとおりである。このうち個人（患者）請求未収金が将来における不納欠損額及び累積未済の原因となる。
 - ③ 別表32ないし34における過年度発生分の収入未済額がいわゆる累積額であるが、経年的に漸増してきている。
- (6) 発生した未収金の請求及び回収手続については県立病院としての統一的な手続はなく、三病院が過去からの経験に基づく個別の方法で行っている。
- ① 中央病院
 - ア 企画経理係が患者退院2～3ヵ月後に未収金患者名及び未収金額のリストを作成し医事係に渡す。
 - イ 医事係は約2週間以内に患者あてに請求書送付、電話連絡などで支払を促し、未収患者のリストを作成して再び企画経理係へ渡す。
 - ウ さらに、企画経理係は年度の上半期と下半期

毎の同様のリストを重ねてつくる。

(例：平成11年4月～9月個人未収金一覧表)

その後は過年度分未収金患者リストを毎年作成する。

エ 平成12年3月までは以上の手続のみで患者に対する請求の状況を記録するものがなかった。

そこで平成12年4月からは医事係において患者の「未収金患者個人票」を作成し、これに督促、請求事実の状況を記録するように改善された。

しかし、この「未収金患者個人票」には記載事項欄に記録者の氏名表示欄がなく、記事内容についての責任の所在があいまいである。のみならず、記事記載欄が小さく、具体的事実を記録するのに適していない。

②三好病院

ア 入院（退院）患者の未収金発生後約1ヵ月のち（翌月の中旬ころ）に、入院係が未収患者名をコンピューターから打ち出して未収患者リストを作成する。

年度末に、入院係から経理係に未収金の管理を移管する。

イ 入院係は未収患者リストの作成時に電話あるいは文書をもって、また外来窓口で請求書綴を持ち外来に通院して来た患者に適宜の方法で請求をする。

経理係は未収金管理の移管時に、その後は年2回（8月あるいは9月、2月あるいは3月）文書により請求をする。

ウ 未収金発生年度の次年度末までに未収金の完済がない患者につき「未収金整理簿」に登載する。登載後も年2回の文書請求を繰り返す。

③海部病院

- ア 請求書は1ヵ月毎の綴りにして外来窓口で医事係が管理しており、外来に通院して来た患者には入院診療費の未収金の請求をしている。
- イ 未収金発生年度末までに未収金の完済がない患者については、経理係が「未収金整理簿」をつくり管理をする。
- ウ 経理係は「未収金整理簿」に基づいて年2回文書による請求をするほか、口頭による請求、患者宅への直接訪問などを不定期に行っている。

(7) 診療報酬未収金請求の宛先

- ① 徳島県病院事業管理規則第2条第1項では、入院しようとする者は、入院申込書に独立の生計を営む成年者であって身元確実な身元引受人が署名した身元引受書を添付して、病院長に提出しなければならないとされている。

そして、身元引受書は入院申込書とともに1枚の用紙に印刷されているが、身元引受人は「本人の入院費その他身元に関する一切の事項を引き受ける」旨が記載されている。

すなわち、身元引受人は診療報酬債務の支払保証あるいは重疊的債務引受をしているのであり、患者あるいは入院申込者にかわって支払をなす義務がある。

しかし、これまでの請求においては身元引受人に対する請求はなされたことがない。

前記「未収金整理簿」には患者名の記載はあるが、入院申込者欄あるいは身元引受人欄には氏名が記入されていない。このため未収金回収事務の引継を受けた担当者において身元引受人への請求がなされる下地がない。

- ② 身元引受書の用紙に身元引受人は入院者と同一の生計を営まない者とする旨の注記をしてある病院があるが、前記規則ではこのような制限はして

いない。

- ③ 受診患者と診療契約の申込者とは同じではない。子の治療のためにする診療契約は親と病院との間でなされる「第三者のためにする契約」である。幼児である小児科の患者の診療未収金につき、督促請求書を母親あてに出さず幼児あてに出している。

- ④ 未収金にかかる患者が死亡しているのに、死亡者あてに督促請求書及び診療費納付用紙を送付しているケースがある。また相続人に支払能力があると思われるケースもあり、相続債務者を確定したうえで請求すべきである。

(8) 不納欠損処分

- ① 前記のとおり、患者に対する診療報酬請求権の消滅時効は5年として処理されている（ただし、保険者に対する診療報酬請求金の時効は3年であるが、この場合の支払は確実である。）。

したがって、未収金の回収ができない場合には5年経過により不納欠損処分をしているが、不納欠損額については別表32-1、33-1、34-1のとおりである。

- ② 消滅時効の完成したものについては欠損処分調書を作成し、時効完成日、督促その他徴収に関する経過、調査結果を記載するようになっている。

しかし、すべての欠損処分調書において身元引受人欄は白地のままである。これは、入院患者の身元引受人には請求がなされていないことを示している。

- ③ 未収金の回収不能で消滅時効完成に至るための理由は患者本人の経済的困窮を理由としている。

しかし、患者以外で支払能力があると思われる者が未収金発生後に債務引受人となり分納誓約書

を作成しているのに、この債務引受人に対する請求をしないままで、患者に対する請求のみを続けて時効完成としたケースがある。

- ④ 時効完成の年月日を誤ったり、また時効が完成していない患者につき時効完成と誤って不納欠損処分をしているケースがある。
- ⑤ 中央病院では、平成11年度までは時効完成に至るまでの請求手続の記録がなされていなかった。このため、経過については「督促状、電話による督促を行って来たが納入されずに今日に至る」旨の紋切り型の理由のみが記載されており、具体的請求事実は不明のままである。
- ⑥ 前記したように、県立病院の利用関係全体を1つの原理で割り切ることは困難である。診療報酬請求権を契約報酬とみるか公の施設の使用料とみるかを一義的に判断することはできないが、それでは、いよいよ実務的な解決に至ることができない。

したがって、現状では前記の自治省の行政実例に従って消滅時効5年として処理するのは止むを得まいが、訴訟となった場合には3年と判断されることがありうると思われる。

5 社会保険診療報酬請求の過誤による雑損金

- (1) 保険診療による病院への診療報酬支払義務者は保険者である。

しかし、その支払手続における報酬額の審理と支払事務は、国保連合会、社会保険診療報酬支払基金等の支払機関が行っている。

このため、病院はこれら保険金支払機関へ診療報酬の請求手続をするが、支払を拒否される場合がある。

いわゆる保険金請求のチェックであるが、支払機関によるチェックは2段階でなされている。

第1段階では保険金支払機関独自のチェックにより診療報酬請求点数を減点し、その結果を請求者である病院と支払者である市町村、共済組合等の保険者に通知する。保険者はその通知内容を検討し支払機関に対して再減点要求の再審査請求を申し出ることができ、支払機関が再考した結果で第2段階での更減点を行う仕組みになっている。

第1段階のチェック結果に対し病院側からも点数復活のための再審査請求がなされるが、復活点数よりも再減点される点数がはるかに大きい。

- (2) 平成11年度における国保連合会及び社会保険診療報酬支払基金の査定による過誤点数及び金額、すなわち保険金支払拒否額は次のとおりである。

過誤点数

病院名	請求点数 (点)	減点数 (点)
中央病院	798,039,425	2,724,669
三好病院	351,451,729	3,609,349
海部病院	182,016,808	1,023,314

過誤金額

病院名	請求金額 (円)	減額 (円)
中央病院	6,516,240,312	22,417,790
三好病院	3,233,608,891	32,484,141
海部病院	1,631,605,736	9,342,572

なお、入院あるいは外来を問わず、保険金支払機関からの支払拒否理由は「過剰検査」を理由とするものが最多であった。

- (3) 我国の保険医療制度のもとでは、保険診療と自由診療との併存（混合診療）は認められていない。このため過誤分金額につき、これを現実に診療サービスを受領した患者本人に対して請求することは許されず、病院では損金として処理せざるを得ない。

(4) 前記したとおり、医療機関は保険者との診療契約により患者への診療を行うが、その診療基準及び方針は保険者から「医科点数表」という形で示される。

しかしその一方で、これとは別途に医療機関と患者との間では直接的な診療契約が成立するとされており、この契約による診療義務内容は保険者との契約内容の枠に拘束されないもっと広いものと一般に考えられている。

このため、保険者の示した診療基準及び方針に従った治療を行っていても、患者に対する診療としては不十分、あるいは適切を欠くということも起こりうる。

かくして、医療機関としては患者に対して必要かつ十分な治療を行わねば患者からは損害賠償請求を受け、しかし保険者の定めた診療基準を超えれば支払機関からの支払を拒否されるということになる。

そして、この支払拒否額については医療サービスの現実的収受者である患者本人にも請求してはならず、欠損金として処理せざるをえないとのジレンマに立たされるのである。

6 委託契約

(1) 平成11年度における県立病院の委託契約締結につき契約金額が100万円以上のものは別表36ないし38のとおり70件である。

徳島県病院事業の財務に関する特例を定める規則第73条、徳島県事務委任規則第9条、同規則別表第四の徳島県立病院の長の項四の1によれば、県立病院の病院長は1,000万円以上の固定資産の購入について決裁権限がなく、県立病院室の室長等に決裁権限があるが、業務委託契約については契約金額に制限なく、すべて病院長に契約締結権限がある。

(2) これら委託契約数70件のうちで一般競争入札による契約は0件である。中央病院のNo.34と三好病

院のNo. 1の2件のみが指名競争入札であり、他はすべて随意契約である。

地方公共団体のなす契約は一般競争入札が原則であり、指名競争入札及び随意契約による場合が限定されている。

委託契約関係については以下のとおりである。

- ① 指名競争入札によることができる場合
 - ア 性質又は目的が一般競争入札に適しないもの
 - イ 競争に加わるべき者の数が少なく一般競争入札に付する必要がないとき
 - ウ 一般競争入札に付することが不利と認められるとき
- ② 随意契約によることができる場合
 - ア 100万円以下の金額のもの
 - イ 性質又は目的が競争入札に適しないもの
 - ウ 緊急の必要により競売入札に付することができないとき
 - エ 競争入札にすることが不利と認められるとき
 - オ 時価に比して著しく有利な価格で契約ができる見込みのあるとき
 - カ 競争入札で入札者がいないとき又は再度の入札に付し落札者がいないとき
 - キ 落札者が契約を締結しないとき

(3) 各病院の委託契約関係文書の監査結果は次のとおりである。

- ① 中央病院
 - ア 別表36のとおり、100万円以上の委託契約34件中、1件のみが指名競争入札によるもので他はすべて随意契約である。
 - イ 番号7、8は委託契約の受注者が中小企業等協同組合法により設立された事業組合である。
 - (7) 同協同組合は建物の維持管理事業を営む組合員（法人）の設立した協同組合であり、定

款中には組合員のための「共同受注」なる事業を行う旨が掲げられている。

また、病院から共同受注（その意味するところは組合員の共同の利益のための受注と解するのであろう。そうでなければ組合は法人であるから組合が契約者として受注するのは組合の単独受注にほかならない）した受託業務について、これを組合員（法人）に入札、あるいは抽選により配分するとされているが、現実には委員会決定で下請（再委託）先を指定している。

ところが、番号7の契約書第7条では、受託者は業務の処理を他に委託し又は請け負わせてはならない。ただし、書面による病院の承諾を得たときはこの限りでない旨の、また番号8の契約書第6条では、受託者はいかなる場合においても委託事務の全部もしくは一部を第三者に再委託し、又はこの契約に生じる権利義務を第三者に譲渡してはならない旨の、それぞれ条項がある。

(イ) 徳島県契約事務規則第7条第1項第1号では、契約によって生ずる権利もしくは義務又は契約の目的を、いかなる方法をもってするを問わず、第三者に譲渡し、承継し、一括して下請もしくは委任等させてはならない、ただし特別の必要があって契約担当者の承諾を得たときはこの限りでないとの内容を契約書に記載して定めることが可能である、とされている。

(ウ) ところが、一括下請であれ部分下請であれ、これを禁止する条項があればかかる下請をしてはならず、また書面による承諾があれば下請が可能であるとしてもその承諾を示す書面

は一切作成されていない。そうであれば、下請を禁止した契約書による契約事業の遂行を下請により行っている実情は改めるべきである。

協同組合の事業が中小地場産業の保護育成を目的とするものであり、そのゆえに「特別の必要」があって一括あるいは部分下請をさせることが容認されるというのであれば、契約条項を実情にあったものに変更して再委託の事実を明示し、かつ、その「特別の必要」を説明すべきであろう。

- (エ) 中小地場産業の保護育成のため弱小企業者の団体たる組合に受注の機会を与えることと、それを入札とせずに随意契約とすることは同じ意味ではない。

ウ 番号 22、23、24 は臨床検査項目の検査業務委託である。

しかし、委託にかかる検査項目には各受託業者に共通の項目が多く、しかも委託料金がそれぞれに異なっていた。

各業者のいずれにおいても検査が可能であれば、検査料金を競争見積りさせた上で最も低い金額の業者に競争入札をさせることが可能である。

随意契約とした理由が、3業者ともに「適性検査の維持と過去の実績にもとづく信頼性、随時発注の確保のため」とされているが、いずれの業者にも同一の要件があてはまるのであれば、少なくとも共通検査項目については、競争見積りで最も低い料金額を示した業者との随意契約もできたはずである。

② 三好病院

ア 別表 37 のとおり、100万円以上の委託契

約 25 件につき一般競争入札のものではなく、1 件のみが指名競争入札によるものであった。その他はすべて随意契約の方法によっている。

イ 番号 16、17、18 は臨床検査項目の検査業務委託契約であるが、各業者に共通の検査項目があり、委託料金がそれぞれ異なっていた。業者のいずれでも検査委託ができるのであれば検査料金を競争見積りさせたうえで最も低い金額の業者に競争入札させることができる。これらを随意契約とした理由を「当該委託検査は特殊検査であり競争入札になじまない」と説明しているが、各受託者に共通する検査項目についてはかかる要件を充たしていない。また随意契約によるとしても、最も低い料金額を示す業者と契約をすることができたはずである。

ウ 番号 21 は MRI の保守委託契約である。

契約条項中に、業者の契約違反を理由に病院から保守委託を解除した場合は、病院から業者に対して損失補償を請求することができない旨の不可解な条項が取り決められていた。

この業者は中央病院とも MRI の保守委託契約を締結しているが、中央病院との契約書中にはかかる条項はない。

高額な委託契約であるので契約書締結については慎重でありたい。

③ 海部病院

ア 別表 38 のとおり、100 万円以上の委託契約 11 件のすべてが随意契約でなされている。

各契約は過去からの継続のものであるが、一度契約を締結すれば特別な理由がなければ随意契約による事実上の更新を繰り返しているものと思われる。

イ 番号 8、9 の 2 件はともに臨床検査項目の検

査業務委託契約である。

病院は委託料金の低い金額の業者と契約をするとの目的でこの2業者から競争見積りを取って金額を比較する手続きを経ていたが、現実には、異なる委託料金のままで2業者の双方とも同じ検査項目の委託契約を締結していた。

病院の説明では、検査委託申込用紙は業者毎に異なる用紙を使用しており、いずれの業者への申込用紙に記載をするかは医師が判断しているとのことである。

医師は各業者との委託料金を知らないままで検査申込をしており、これでは競争見積りを取り委託料金の低額の業者と契約を締結することとしたことが無意味である。

また、番号9の委託契約書中には自動更新期間の欄があるが空白のままとなっていた。

ウ 番号7、11については、平成10年4月1日作成にかかる平成10年度委託契約書に基づく自動更新の契約であるとして、平成11年4月1日に作成すべき委託契約書を作成していない。

しかし、地方自治法第234条第5項では普通地方公共団体が契約につき契約書を作成する場合においては、長又はその委任を受けた者が契約の相手方とともに契約書に記名押印しなければ当該契約は確定しないと定められている。また徳島県契約事務規則第5条では、契約書を作成しなくてもよいのは契約金額が100万円未満の場合などに限定されており、かつその場合でも請書その他これに準ずる書面を徴することとされている。

契約書に記名押印しなければ契約が確定しないとは、口頭による契約によって予約が成立し、

契約書に記名押印することによって本契約が成立すると解すべきものであるところ、この受託者は平成12年度も同じ業務を受託していながら契約書の作成がなされていないので、今後は契約書を作成すべきである。

エ 番号1は洗濯業務の委託であるが、随意契約とした理由は地方自治法施行令第167条の2第1項第1号によるとされている。

同条並びに徳島県契約事務規則第30条の2及び別表により、100万円以下の委託契約については随意契約によることができるとされていることを根拠にしている。

このような洗濯業務の委託等については年間の総支払額を予め特定しえないので、対象となる物件への作業単価をもって契約を締結することが多い。

しかし、単価契約にあっても通常はその予定期間及び予定数量等があり、これによって算出される予定支出総額（見積額）が100万円を超えるか、あるいは100万円以下であるかによって随意契約締結の可否を決すべきものである。

このため同契約を随意契約とした理由につき上記法令を根拠とすることはできない。

④ 臨床検査委託契約による委託金額は高額である。

これらの委託契約について受託者名を見ると、

ア 中央病院の番号22、三好病院の番号18、海部病院の番号8は同一業者である。

イ 中央病院の番号23、三好病院の番号16は同一業者である。

ウ 中央病院の番号24、三好病院の番号17、海部病院の番号9は同一業者である。

ところが、これら同一業者が3病院と各々締結

している委託契約書を見ると同一検査項目についての検査料が異なっていた。

地方自治法施行令第167条の2第1項第2号にいう「その他の契約でその性質又は目的が競争入札に適しないもの」の解釈については、契約の目的又は性質に照らして競争入札の方法による契約の締結が不可能又は著しく困難というべき場合のみがこれに該当すると限定的に解釈する必要はないと考えられるし、また委託契約については各病院長の権限とされているので各病院が独自の考えにもとづいて契約をなすべき必要性は理解しうる。しかし、同一の業者が同一検査項目について病院毎に異なった料金で契約をしているのはいささか奇妙である。

薬剤については3病院で統一して購入価額を決定しているのであるから、臨床検査についても3病院で共通の情報を持ち検査料につき最低額を示した業者と契約すべきであると考ええる。

中央病院ではかかる点を考慮して、平成12年10月から複数業者への委託方法ではあるが検査料を低額の金額に統一する契約内容にあらためたとのことである。

Ⅲ 出資団体の運営

第1 徳島空港ビル株式会社

1 会社概要 (平成12年3月31日現在)

所在地	徳島県板野郡松茂町満穂字満穂開拓473番地の1
資本金	4億8,000万円
株式数(県保有数)	4,800株(1,440株)
取締役数	常勤2名、非常勤10名
代表取締役	圓藤寿穂、西本辰年男
職員数	常勤8名、非常勤0名

2 会社の沿革

昭和37年10月に現徳島空港が海上自衛隊との併用空港として告示され、東京、大阪及び高知間等の定期航路開設により利用者が飛躍的に増大して行った。民間航空の発展のために民航専用施設の完備が必要となり、国が昭和40年度から民航専用施設を整備することになったことに呼応して、県市町村及び地元財界の協力を得て、徳島の空の玄関に相応しい空港ビルを建設するため、昭和40年9月11日徳島空港ビル株式会社(以下会社という。)が設立された。

大株主の構成は別表39のとおりである。

その後、現在に至るまでの状況は次のとおりである。

昭和41年10月	徳島空港ビル完成
同42年2月	新空港オープン供用開始 東京便1便、高知便1便、大阪便3便
同58年11月	DC-9-41型ジェット機就航(東京-徳島線)
同62年4月	滑走路2,000m運用開始
同62年6月	国際チャーター便運航(徳島-福岡-香港)

平成元年3月	徳島空港新旅客ビル完成
同6年10月	徳島－福岡線運航
同6年11月	徳島－東京線につき2社が就航（株式会社日本エアシステム、全日本空輸株式会社）
同8年8月	徳島－名古屋線運航
同9年11月	徳島空港旅客ビル増改築工事第1期工事完成
同10年7月	徳島空港旅客ビル増改築工事第2期工事完成
同11年1月	徳島－東京線のうち、株式会社日本エアシステム1往復減便
	徳島－大阪線1往復減便
同11年6月	徳島－東京線のうち、全日本空輸株式会社が1往復増便
	徳島－大阪便につき、YS11型機（64席）5往復をSA機（36席）3往復、YS11型機2往復に変更

3 事業内容

会社が所有する空港ターミナルビル（旅客ビル及び貨物ビル）の貸室、貸店舗及び貸設備業のほか、損害保険代理業、広告業等を行っている。

営業面積は、旅客ビル8,638.05㎡、貨物ビル1,300.52㎡、油脂庫20.00㎡の計9,958.57㎡である。入居者は旅客ビルに航空会社2社、航空会社代理店2社、レストラン3店、売店4店及び空港警備派出所1機関であり、貨物ビルに航空貨物関係4社である。

4 経営状況

(1) 経営成績

① 過去5年間の収支状況は別表4-1のとおりであ

る。

平成10年7月の旅客ビル増改築工事完成により、貸室収入、設備使用料収入及びこれに伴う管理収入が平成10年から相当に増加している。

② しかし、平成10年度及び平成11年度は食堂売店収入が減少している。これは、平成10年4月の明石海峡大橋開通及び昨今の経済不況により、徳島－大阪線の利用客が大幅に減少し、また平成11年1月及び6月には同線が減便及び機種変更したため、更に利用客が減少したからである。

③ 過去5年間の損益は毎年度黒字であるが、平成9年度からは当期利益が著しく減少している。この原因は次のとおりである。

ア 平成9年度（第33期）における営業外費用のうち、その他の費用48,210,084円は全日本空輸株式会社のプレハブの除却損であるが、これに対応する同社からの収入が、営業外収益のうちのその他の収益59,248,529円に計上されているので損益には影響がない。

したがって、減益の原因は平成9年11月に完成した旅客ビル増改築工事第1期工事に伴う次の諸費用の増加である。

(7) 一般管理費 国有地賃借料10,000千円、人件費9,200千円、清掃費5,000千円、水道光熱費3,000千円、修繕費6,900千円、出張旅費2,000千円、その他6,922千円。合計43,022千円

(イ) 減価償却費 6,806千円

イ 平成10年度（第34期）においては、平成

10年7月に旅客ビル増改築工事第2期工事が完成し営業収益は大きく増大したが、これに伴う次のような諸費用の増加がこれを上回った。

(7) 一般管理費 平成9年度に増加した諸費用が10年度は年間を通じて発生したため、前年度よりも20,161千円増加した。

(イ) 減価償却費 旅客ビル増改築工事第1期工事完成に伴う増加分が年間を通じて発生したこと及び同第2期工事完成により更に増加したため、前年度よりも65,462千円増加した。

(ウ) 支払利息 平成9年度に増加した借入金の利息を10年度に支払ったため、前年度よりも3,737千円増加した。

ウ 平成11年度においても、平成10年度と同様の諸費用負担が大きく、減益となった。

(2) 財政状態

過去5年間の財政状況は別表42のとおりである。

① 平成8年度においては、旅客ビル増改築工事着工に伴い建設仮勘定220,347千円及び短期借入金340,000千円が発生した。

② 平成9年度においては、旅客ビル増改築工事第1期工事完成に伴い、建物487,154千円及び長期借入金832,500千円（短期借入金からの振替340,000千円を含む）が増加した。

③ 平成10年度においては、旅客ビル増改築工事第2期工事完成に伴い、建物237,603千円及び機械装置63,914千円（建設仮勘定からの振替173,230千円を含む）が増加し、また現金と預金148,378千円が減少した。

5 問題点

- (1) 別表40、41によれば、平成11年度（第35期）の営業収益は平成2年度（第26期）と比較して107,049千円増加し、1.3倍となっている。しかし、同期間において経常利益は73,363千円減少して0.4倍となっている。この主たる原因は一般管理費及び減価償却費の増加172,328千円である。
- (2) 一般管理費及び減価償却費は平成9年度及び平成10年度の旅客ビル増改築工事に伴い131,207千円増加したが、営業収益は57,411千円しか増加していない。
- (3) 営業収益は、利用客の減少による食堂売店収入の減少によって平成11年度は減少に転じている。
- (4) 以上の経緯に鑑みれば、将来にわたって利益を確保し続けると楽観することはできない。増改築によって借入金が倍増したが、支払利息は平成2年度よりも少ない。しかし、借入金1,137,000千円のうち637,000千円は市中銀行4行からの借入金であって、現在の利率2.10%が将来において上昇する恐れも考えておく必要がある。
- (5) 営業費用のうち的一般管理費について、増改築による増加62,160千円が、増改築による営業収益の増加57,411千円よりも大きい。一般管理費の内容の分析及び見直しが必要であると思われる。

第2 徳島ハイウェイサービス株式会社

1 会社概要 (平成12年3月31日現在)

所在地	徳島市南末広町6番50号
資本金	1,400万円
株式数(県保有数)	280株(117株)
取締役数	常勤2名、非常勤6名
代表取締役	近藤通弘
職員数	常勤59名、非常勤14名

2 会社の沿革

大鳴門橋供用開始に伴う徳島、小松島港の港運事業の再編成により、余剰となる港湾労働者の雇用対策の一環として、県、関係業界、関係機関が出資して昭和59年12月28日設立された(以下会社という。)。株主の構成は別表43のとおりである。

3 事業内容

会社設立の経緯から、事業は本州四国連絡橋公団及び徳島県等からの委託業務が中心となっている。

(1) 本四道路の維持業務

鳴門インターチェンジから淡路南インターチェンジまでの本四道路の維持、清掃業務及び周辺の植栽業務。室津パーキングエリアの維持業務。

(2) 料金收受業務

鳴門北料金所、鳴門料金所で通行料金の收受業務。

(3) その他

みなと公園、マリニピア公園の植栽、清掃業務。県庁外来駐車場の整理業務。架橋記念館及び渦の道の清掃業務。

4 経営状況

(1) 経営成績

過去5年間の損益の状況は別表44のとおりである。

平成11年度は売上高3億1,889万円、当期利益2,454万円であり、損益の状況は非常によいといえる。最近5年間はいずれも当期利益が出ている。

営業外収益が年々減少してきているのは、①本四道路の回数券が廃止されたことによる手数料収入の減少、②ハイウェイカードの手数料率の引き下げ、③消費税の申告が簡易課税申告から一般課税申告に変わったことにより益税の発生がなくなった、④金利が低下し預金利息が減少した、⑤離職者に対する雇用の助成金等がなくなったことが主な要因である。

売上高の9割は、本州四国連絡橋公団及びその外郭団体に対するものであり、残り1割が県及びその外郭団体に対するものである。

平成11年度において、平成8年度、9年度、10年度について税務調査が行われたが、その結果、旅費交通費、交際費の一部については、役員賞与とみなされて修正申告を行っている。11年度についてはこのような支出はなくなっているとの説明を受けた。11年度の旅費交通費、交際費の金額は、10年度に比してそれぞれ32%、23%減少している。

(2) 財政状態

過去5年間の財政状態は別表45のとおりである。

平成11年度末における流動比率（流動資産÷流動負債：高いほうがよい）は456%、自己資本比率（資本合計÷総資産）：高いほうがよい）は82.7%であり、良好な状態にある。

利益処分は、将来に備えて配当を行わず、すべて内部留保している。

5 問題点

現在のところ、経営成績及び財政状態に問題はない。離職者対策という会社設立の経緯より、従来は、本州

四国連絡橋公団、徳島県及びこれらの外郭団体から優先的に受注を受けてきたという事情がある。しかし、設立後すでに年数が経過し、当初の会社設立の意義が薄れており、またこれら得意先の経営状態も厳しいため、毎年のように委託報酬額の値引き交渉が行われている。したがって、将来にわたって現状の収益を確保していくのは困難な状況になりつつある。長期的に会社を存続させるためには、新規事業の開拓が不可欠である。

第3 阿佐海岸鉄道株式会社

1 会社概要 (平成12年3月31日現在)

所在地	徳島県海部郡穴喰町大字久保字板取62番地
資本金	1億円
株式数(県保有数)	2,000株(700株)
取締役数	常勤1名、非常勤11名
代表取締役	坂本松雄、多田保政、坂東徳一
職員数	常勤12名、非常勤0名

2 会社の沿革

昭和48年10月、海部郡内の国鉄牟岐駅と海部駅間の鉄道が完成し、国鉄牟岐線の一部としての運行が開始され、昭和55年2月には海部と穴喰間のレール敷設が完了した。しかし、国鉄の経営再建を目的とする日本国有鉄道経営再建促進特別措置法が同年12月に施行されたことから、その後の整備工事が中断した。

そこで、海部と高知県安芸郡東洋町甲浦間の鉄道輸送の開始を目指した徳島県、高知県、関係市町村及び民間業者が出資して、昭和63年9月17日第三セクター阿佐海岸鉄道株式会社(以下会社という。)を設立し、同区間の鉄道事業を目指した。

平成4年3月には日本鉄道建設公団が海部と甲浦間の工事を完了し、日本国有鉄道清算事業団がその諸設備を阿佐海岸鉄道株式会社に無償譲渡した。こうして、同年3月26日から同会社による鉄道事業の運営が始まった。

平成12年12月1日現在の株主の構成は別表46のとおりである。

3 事業内容

鉄道車両2輦で鉄道事業を行うほか、旅行業法に基づく旅行業、損害保険代理業、貸自転車業、鉄道高架下土地を利用した駐車場、事務所用地、材料置場の賃

貸業などを行っている。

鉄道事業では旅客輸送が中心であるが、平成11年度の輸送量は117,651人（乗車延人員）で、この内定期人員が54,894人（乗車延人員）である。

このことから、利用客は地域に密着した定期利用客に限定されていること、及びその定期利用客は1日に約75人程度であることがわかる。

4 経営状況

(1) 経営成績

過去5年間にわたる収支状況は別表47のとおりである。

- ① 毎年度にわたり、営業収益の約2～4倍程度の営業費用が必要とされている。内訳は別表48のとおりである。

毎年度に経常損失が発生しているが、これと同額の補助金が翌年度に投入されている。

5年間の補助金投入額合計は2億9,527万5,007円である。

平成8年度、9年度及び11年度に当期利益が出ているのは、補助金の投入による結果である。

- ② 平成10年度の営業損失77,874,668円が例年より突出している（前年度の157.8%）。これは、10年度において車輛の法定検査（6年毎の全般検査及び3年毎の重要部検査）を行った費用が、修繕費31,526,553円となっているからである。

このため、同年度の経常損失は76,030,044円となり、同額が平成11年度に補助金として投入されている。

- ③ 平成11年度の累積赤字は40,575,554円となっている。

(2) 財政状態

過去5年間の財政状態は別表49のとおりである。

① 流動資産のうち、現金及び預金が平成10年度において減少し、また11年度で増加しているのは、上記したように10年度は車輛点検費用の支出があり、11年度は補助金額が増加したからである。

② 流動資産のうち、未収金が平成10年度、11年度で著しく増加しているのは、高知県からの補助金が4月に入金するため、年度末には未収金となっているためである。

ちなみに、平成11年度の未収金2,570,855円の内訳は、高知県からの補助金2,022,000円、四国旅客鉄道株式会社（JR四国）からの車輛清掃料など152,111円、阿佐東線連絡協議会からの補助金100,000円などである。

③ 鉄道会社で土地、建物、鉄道車輛、鉄道設備等を保有しながら、有形固定資産額が少ないのは、日本国有鉄道清算事業団からこれらの資産が無償で提供されたからである。

5 問題点

(1) 営業費用が営業収益の約2～4倍かかるため、過去5年間を見ても、毎年度約4,300万円から約7,800万円の営業損失となっている。

営業外損失を含めた経常損失が毎年度約4,100万円から7,600万円あり、これを埋めるための補助金が投入されている。累積赤字は4,057万円余である。

(2) 補助金の内訳は、徳島県、高知県及び海部郡6町からの補助金と、穴喰町鉄道経営安定基金（以下安定基金という）からの補助金である。

① 関係地方公共団体からの補助金は、会社の開業当初5年間において国から支給されていた「特定地方交通線転換鉄道等運営費補助金」にかわるも

のとして、当分の間として平成10年度から支出されている。

補助率は、国からの補助金と同様で、会社の前年度経常損失の40%を目安にしている。

- ② 安定基金は、関係地方公共団体及び民間団体の支出金（5億0,615万9,000円）によって、会社の経営助成を目的として平成元年3月20日に設置された。

基金は穴喰町の特別会計として管理、運用されている。

基金による補助率は、会社の前年度経常損失の60%を目安としている。

基金残高は、平成12年3月31日現在で3億9,361万0,300円である。

- ③ 会社の運営資金のほとんどが補助金に依存している状態にある。補助金額は前年度の経営状況に応じて交付されるため、常に、支出の必要時と交付時に1年間のタイムラグが生じる。

- (3) 会社の存続にあたり、今後も営業収益の増大は望めない状況にある。

旅客運輸収入はこの5年間で少しずつ減少して来ている。平成11年度には運輸雑収入が増加しているが、これは、海部駅と牟岐駅との間の車両運行につきJR四国から車両使用料の支払を受けているところ、平成10年度の車輛法定検査修繕費用が車両運行コストに算入され、平成11年度の車両使用料が増額したためである。

- (4) 損失補填の措置である地方公共団体からの補助金は、補填期間を「当分の間」としているため、補助継続期間は不確定である。また、安定基金は毎年度数千万円の単位で確実に減少している。

会社による鉄道事業の存続は四国東南部の過疎地における地域振興的配慮によるものであるが、今後

における補助金依存体質を変える方策はないと思われる。

第4 徳島ポートターミナル株式会社

1 会社概要 (平成12年3月31日現在)

所在地	徳島市東沖洲2丁目14番地
資本金	1億円
株式数(県保有数)	2,000株(840株)
取締役数	常勤1名、非常勤9名
代表取締役	圓藤寿穂、為実啓剛
職員数	常勤1名、非常勤0名

2 会社の沿革

平成6年9月に開港した関西国際空港へのアクセス航路を確保するとともに、既存の高速旅客線航路の基地を集約することで利用者の利便をはかるために県が旅客ターミナル施設を主体的に整備するが、効率的な施設管理を行うためには第三セクターによることが望ましいとして、平成4年12月8日に徳島ポートターミナル株式会社(以下会社という。)が設立された。

これは、平成3年の地方自治法改正によって、同法第244条の2第3項で、公の施設の管理を地方公共団体の出資法人に委託できるとの条項が新設されたのをうけて、徳島県が徳島県港湾施設条例第15条の3第2項を新設して、旅客ターミナル施設の管理を会社に委託することが定められたのである。

株主の構成は別表50のとおりである。

3 事業内容

徳島県との間の委託契約にもとづき、県所有の沖洲マリンターミナルビル及び沖洲マリンターミナル駐車場の管理運営業務を会社が受託している。

但し、上記改正による地方自治法第244条の2第4項及び徳島県港湾施設条例第15条の4第1項にもとづき、受託者である会社は施設利用者(ターミナルビル内の事務所入居者、駐車場利用者等)が支払う利

用料金を直接に会社の収入として収受することができるものとされ、この収入をもって受託業務の経費にあてられることとされた。

4 経営状況

(1) 経営成績

過去5年間の収支状況は別表51-1のとおりである。

平成10年4月5日における明石海峡大橋の開通以前においては、収入が支出を上まわっており利益が生じていた。同橋の開通以後においては収入が大幅に減少した。

これは、会社の収入のほとんどを駐車場の利用料金収入にたよっていたため、上記橋の開通によるバス輸送で船客が減少し、駐車場利用者が激減したことによる。過去5年間にわたる駐車場の利用状況は別表51-2のとおりである。

(2) 財政状態

平成11年度の決算報告における貸借対照表、損益計算書、販売費及び一般管理費の内容は別表52ないし54のとおりである。

5 問題点

(1) 実質的かつ経済的にみれば、会社が県に使用対価を支払って県所有のターミナルビル及び駐車場を借用して、これをビル入居者（会社）に貸与し、また駐車場利用者から駐車場使用料金を徴収しているがごときである。

しかしながら、地方自治法では公の施設を他に有償で貸与することが許されていないことで、上記のとおり管理運営業務の委託関係として構成しながら、本来は所有者である委託者が収受すべき利用者からの利用料を、業務受託者である会社自らの収入として収受するがごとき構成をとらざるを得ない。

- (2) 受託者である会社は、本来は集金代行的形態により公の施設利用者から徴収すべき利用料金を、自らの収入として収受するかわりに、ターミナルビルについては施設負担金を、また駐車場については地代を県へ支払う（いわば、これが経済的側面における賃料ともいうべきものである。）

このため、会社は業務受託者でありながら、本来ならば委託者であり施設所有者である県が施設利用者減によりこうむるべき損失を引受けることになった。

- (3) しかし、かかる契約構造上の問題点はともかくとして、会社の収入のほとんどが駐車場の利用収入であったことからすれば、上記のとおり明石海峡大橋開通による施設利用者減を逆転する妙策はないことから、今後における経営好転の見込みはない。

そして、航路利用客の激減によりターミナルビルから入居者らが撤退し、現在では和歌山港との高速船を運航する会社のみとなっている。

- (4) 尚、会社は平成13年2月14日臨時株主総会において解散決議をなし、施設の管理、運営は県が引き継ぐことになった。

第5 株式会社徳島健康科学総合センター

1 会社概要 (平成12年3月31日現在)

所在地	徳島市川内町平石住吉209番地5
資本金	18億4,920万円
株式数(県保有数)	36,984株(14,600株)
取締役数	常勤1名、非常勤18名
代表取締役	圓藤寿穂、小池正勝、江川徹也
職員数	常勤6名(うち出向者3名)、非常勤1名

2 会社の沿革

- (1) 昭和63年に制定された「頭脳立地法」に基づき、徳島県の研究、技術開発の集積と地域産業の高度化を目指し、その新しい推進拠点として平成元年4月に設立された(以下会社という。)

平成6年5月、社屋が竣工し頭脳集積団地「ブレインズパーク徳島」の中核支援施設として現在に至る。

大株主の構成は別表55のとおりである。

(2) 施設概要

- ① 敷地 7,000㎡(徳島市所有地)
② 建物 鉄筋コンクリート造 4階建(一部3階建) 3,980㎡

3 事業内容

(1) 研究開発事業

地域産業の高度化・活性化を目指した県中小企業振興公社、中小企業総合事業団からの補助金によって、企業が研究開発を行うのを支援する事業

(2) 人材育成事業

独自のパソコンスクール等の開催ならびに徳島県及び徳島市からの委託によって、研修会、講習会を開催する事業

(3) 情報提供事業

技術情報データベースにより、県内の大学・高専や徳島県立工業技術センターの研究所情報及び研究者情報を提供する事業

機関誌「健康科学インダストリー」を発行する事業

(4) 交流促進事業

異業種交流団体「テクノクラブ・エヴァ」や起業家育成塾のOB会「楽起意セブン」の運営事業

(5) 施設支援事業

研究開発用、または起業家用の貸室の提供及びパソコン等の研究設備機器を貸し出す事業

4 経営状況

(1) 経営成績

過去5年間の損益の状況は別表56のとおりである。

平成11年度は営業収益が伸び、当期損失が前年度の半分以上となった。これは通産省からの受託事業があったためであるが、2年間の継続事業であり、恒久的な収益増加の要因ではない。

平成11年度の営業収益のうち、国、徳島県及び徳島市ならびにこれらの外郭団体からの委託事業による収益が1億3,264万円にも上り、収益全体の約62%を占める。

平成11年度の減価償却費（定額法）は7,456万円である。

各年度の当期損失額は減価償却費を下回っているため、資産の社外流出をとまなう費用については、収益によってまかなわれていると言える。

(2) 財政状態

過去5年間の財政の状況は別表57のとおりである。

平成11年度末において欠損金が3億8,522万円あるが、流動比率（流動資産÷流動負債：高い

ほうがよい)は1,400%もあり、運転資金は十分にある。また、負債総額に対する流動資産の比率も154%あるため、長期借入の返済資金についても問題はない。自己資本比率(資本合計÷負債及び資本合計:高いほうがよい)は71.6%あり、高い値を示している。

資金が潤沢にあるのは、資本金と長期借入金合計約25億円のうち、固定資産に投資されたのが約16億円であったので、当初から約9億円の余剰資金があったためである。長期借入金は、当時の国の政策により第3セクターを支援するため日本開発銀行(現日本政策投資銀行)が無金利で貸し出したものである。

会社は資本金が5億円以上の商法上の大会社にあたるため、計算書類について会計監査人(公認会計士)による会計監査を受けており、監査報告書において適法に作成されている旨の意見が出されている。

5 問題点

- (1) 総資産が約20億円あるが、売上高はわずか2億円あまりの小規模な会社である。上記したとおり、当面の資金繰り及び長期借入金の返済に関しては問題ない。総資産に比して経営規模が小さいため、多額の減価償却費を補填するだけの収益を確保するのは難しい。根本的に経営方針を見直さない限り、欠損金は毎年増える一方である。
- (2) また、上記したように、営業収益のほとんどは国、県、市及びその外郭団体からのものであり、これらの収益が赤字部門である施設支援事業を支えている。国等からの受注事業はその時の政策に左右される可能性が高く、常に安定収入を確保できるとは限らない。会社存続のためには、新規事業、新規得意先の開拓が不可欠と思われる。

第 6 徳島工芸村株式会社

1 会社概要

(平成12年3月31日現在)

所在地	徳島市山城町東浜傍示1番地の1
資本金	6億3,000万円
株式数(県保有数)	12,600株(5,000株)
取締役数	常勤1名、非常勤12名
代表取締役	圓藤寿穂、小池正勝、神野 俊、青木 薫
職員数	常勤2名、非常勤0名

2 会社の沿革

県は、明石海峡大橋開通及び徳島自動車道進展等による本格的な高速交通時代の到来に向け、徳島県の人、物及び情報等の交流を促進し、本県の産業の発展と観光等の振興に寄与するため、平成2年に、徳島県立産業観光センター「アスティとくしま」を徳島市山城町に設置する計画・「山城地区開発基本計画」を策定した。

「アスティとくしま」は、徳島市山城町東浜にある貯木場跡公有水面の埋立て造成土地129,717㎡に、多目的ホール、会議室、多目的広場、観光施設及び商業施設等を有しており、平成3年7月に着工し平成5年10月に完成した。

徳島工芸村株式会社(以下会社という)は、このうちの商業施設を設置、賃貸及び管理するため平成3年5月8日に設立されたものである。

平成12年3月31日現在における株主の構成は別表58のとおりである。

3 事業内容

県内住民及び県外観光客の誘致をはかり、観光事業に資するため、下記業者に店舗を賃貸するとともに、出店業者に対し各種のイベント開催を委託している。

(1) 匠の技を一般に披露するとともに、制作体験もで

- きるようにした伝統工芸品の販売業者
- (2) 特産品及び土産品を一堂に集め、県外観光客や県内の人々の需要に応えられる販売業者
 - (3) 徳島の四季折々の特色のある食事や喫茶を提供する飲食店業者

平成12年3月31日現在における出店業者は別表59（徳島工芸村テナントの状況）及び別表60（徳島工芸村テナント配置図）のとおりであった。

4 経営状況

(1) 経営成績

過去5年間の収支状況は別表61、62のとおりである。

- ① 平成11年度には売上高合計が前年に比して約550万円減少しているが、その原因は次のとおりである。

ア 別表63のとおり、出店業者数が減少したことで、賃貸料収入が約220万円減少した。

イ 受託収入は、県の委託による伝統工芸体験コース実施の業務報酬として支払われるものであるが、受講者数が減少し実施回数が減ったことで、受託収入が約240万円減少した。

ウ 商品売上は、出店業者が商品等を販売する時に使用する包装紙、紙バックの出店業者への売り上げであるが、これが約90万円減少した。

- ② 平成11年度には販売費及び一般管理費が約320万円増加しているが、これは報酬・給料・賞与の増加と修繕費の増加等によるものである。

- ③ 平成11年度の当期損失は前年度の約4倍となっている。

(2) 財政状態

過去5年間の財政状況は別表64のとおりである。

平成10年度から長期借入金の償還が始まり、又平成11年度は出店業者数が減少している。このた

め、平成10年度までは増加（減価償却費が当期損失を上まわっていた）していた現金預金が、平成11年度には減少に転じている。

5 問題点

収入の約70%を占める賃貸料は、出店業者から面積に応じて（伝統工芸店3,800円/坪、物販店9,500円/坪）收受している。しかし、平成10年度末は14店舗だった出店業者が平成11年度には11店舗となり、出店業者の販売高及び来店者数も平成11年度は前年度に比して半減した。平成13年3月末には徳島そごうが撤退する予定となっており、現在の出店業者の内情も厳しいと推察されることから、今後における賃貸料の増収は困難と思われる。

