

秋田県立病院機構の内部統制

〈V e r . 1 〉

2020年3月23日

地方独立行政法人秋田県立病院機構

【目 次】

はじめに	-----	1
I	コーポレートガバナンス体制	
1	意思決定の仕組み	2
2	情報伝達の仕組み	3
	(1) 理事長の指示等を役職員に伝達する仕組み	
	(2) 職員から役員に必要な情報が伝達される仕組み	
3	内部の状況を把握するための仕組み	4
	(1) 監査	
	(2) 公益通報	
II	業務の適正を確保するための仕組み	
1	基本的な考え方	6
2	各業務分野におけるリスク	7
III	リスクや危機に的確に対応するための仕組み	
1	基本的な対応	8
	(1) 対応方針	
	(2) 危機発生時の対応（ダメージコントロール）	
	(3) 危機収束時の対応	
2	推進体制	10
	(1) リスク管理委員会	
	(2) 各所属におけるリスク管理体制	
	(3) 危機対策本部	
	(4) 懲戒委員会	
3	指針、運用マニュアル等	12
	(1) 全体マニュアル	
	(2) 業務分野別マニュアル	
	(3) 業務手順書	
IV	内部統制を効果的に機能させるための仕組み	
1	推進体制	13
	(1) 内部統制委員会	
	(2) その他の推進体制	
2	モニタリング	13
	(1) 日常的モニタリング	
	(2) 独立的評価	
【別表】	適正確保に向けた具体的な取組	14

文中の用語は、原則として以下のとおりに略記されています。

略記	正式名称等
法	地方独立行政法人法（平成15年法律第118号）
定款	地方独立行政法人秋田県立病院機構定款
〇〇〇規程	地方独立行政法人秋田県立病院機構〇〇〇規程
両センター	循環器・脳脊髄センター及びリハビリテーション・精神医療センター
各所属	本部事務局及び両センター

はじめに

地方独立行政法人秋田県立病院機構は、秋田県により設立された地方独立行政法人であり、法人運営の理念及び基本方針を次のとおり定めています。

地方独立行政法人秋田県立病院機構の理念及び基本方針

秋田県立病院機構は、循環器・脳脊髄センターとリハビリテーション・精神医療センターを一体的に運営し、循環器疾患、脳脊髄疾患、精神疾患、認知症疾患に対しリハビリテーションを含めた質の高い専門医療を提供することにより、秋田県民の健康を支えます。

基本方針

- 県立病院機構の総力を結集し、健康寿命日本一に向け医療・医学の発展に努めます。
- 質の高い医療従事者の確保・育成を行います。
- 専門的な最新医療の提供に必要な医療設備・機器の導入に努めます。
- 患者の皆さまの権利を尊重し、快適で安全な療養環境を提供します。
- 県内医療機関・介護福祉施設との連携を強化します。
- 過重労働のない、働きやすい職場づくりを行います。
- 安定した経営基盤に立った病院運営を目指します。

当法人は、こうした理念等に基づく法人運営を行いながら、自らに課せられた公共的使命及び社会的責任を果たし、県民からの信頼を得ることができる組織となっていく必要があります。このため、法令等を遵守した公正な業務遂行はもとより、法人運営の健全性や透明性を高めていくことが極めて重要であり、そのために有用な手段が、内部統制体制の整備であると考えています。

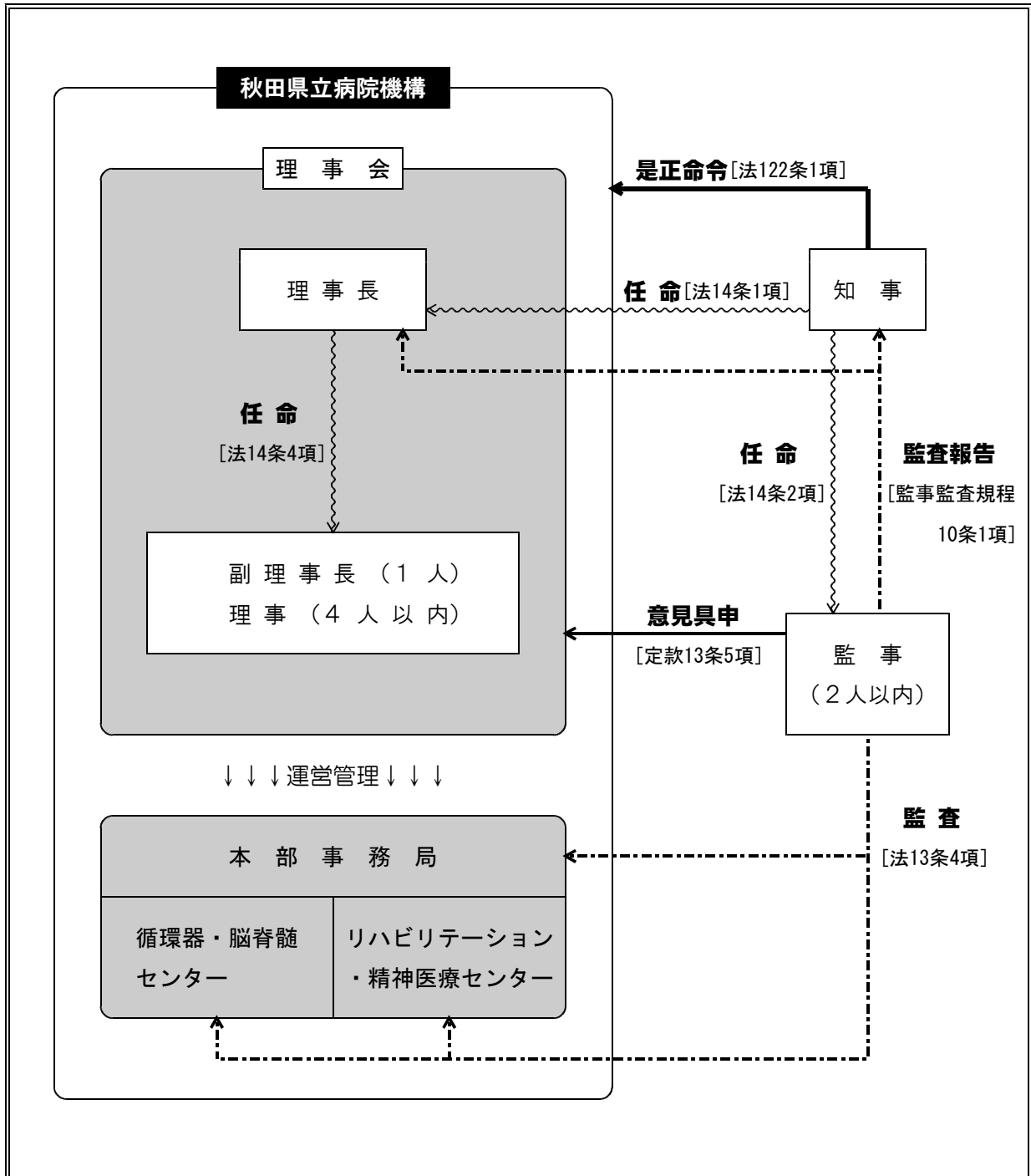
当法人では、内部統制推進規程の中で「内部統制」の定義を「中期目標及び中期計画に基づき法令等を遵守しつつ業務を行い、法人の使命を効果的かつ効率的に果たすために整備・運用する仕組み」と定めています。

この定義を踏まえつつ、当法人における業務適正化に向けた様々な取組をさらに促進していくため、「Ⅰ コーポレートガバナンス体制」「Ⅱ 業務の適正を確保するための仕組み」「Ⅲ リスクや危機に的確に対応するための仕組み」「Ⅳ 内部統制を効果的に機能させるための仕組み」という4つのセクターからなる内部統制体制を構築しています。

I コーポレートガバナンス体制

1 意思決定の仕組み

地方独立行政法人法の規定により、当法人の理事長及び監事は知事が任命することとなっており、意思決定にかかる組織体制については、法人運営の最上位機関である理事会を中心として以下のとおりとなっています。



●理事会の権限

定款により、以下のとおり定められています。

【定 款】 第14条 次に掲げる事項は、理事会の議を経るものとする。

- 一 法により知事の認可又は承認を受けなければならない事項
- 二 年度計画に関する事項
- 三 予算の作成及び決算に関する事項
- 四 診療科その他の重要な組織の設置又は廃止に関する事項
- 五 重要な規程の制定又は改廃に関する事項
- 六 前各号に掲げるもののほか、理事長が定める重要事項

2 情報伝達の仕組み

(1)理事長の指示等を役職員に伝達する仕組み

理事長を本部長とする運営本部会議を定期的で開催し、法人の業務運営方針に関する事項など法人運営にかかる重要案件について、本部員の認識共有を図るとともに、理事長の指示等が各本部員を通じて法人内に周知される体制を構築しています。

また、職員向け広報紙「病院機構ニュース」を適宜発行し、決算指標や県による中期計画等の評価結果など、法人経営に係る重要な資料について、職員に対する随時の周知・啓発を図っています。

●運営本部会議の構成

- | | | |
|------------|--------------|-------|
| ◇理事長（議長） | ◇副理事長 | ◇常勤理事 |
| ◇両センターの病院長 | ◇両センターの事務部長 | |
| ◇本部事務局長 | ◇本部事務局総務企画部長 | |

(2)職員から役員に必要な情報が伝達される仕組み

当法人では、リスク管理規程において「危機に関する通報等」に対する職員等の報告義務を規定しているほか、危機管理に関する情報や内部統制に関する情報など、組織的な対応が必要となる重要な情報について、理事長をはじめ役員への伝達が速やかに行われるよう、情報伝達に関する制度や体制の整備を図っています。

制度面の整備：公益通報制度、インシデントレポート報告システム など

体制面の整備：各種通報窓口（ハラスメント苦情相談員・相談調整員、研究費不正使用通報窓口、研究不正通報窓口など）、災害発生時等の緊急連絡体制 など

3 内部の状況を把握するための仕組み

(1) 監査

監査については以下のとおり実施されており、それぞれの監査結果が理事長に報告されるほか、監事監査については知事への報告も行われることとなり、指摘事項等に基づく業務の改善等が図られることとなります。

① 監事監査

法人の業務の合理的かつ効率的な運営を図るとともに、会計経理の適正を期することを目的として、監事による監査を実施することとしています。

● 監査の対象

- ・ 中期計画及び年度計画に定める業務の実施状況
- ・ 組織及び制度全般の運営状況
- ・ 予算の執行に関する事項
- ・ 財務諸表、事業報告書及び決算報告書に関する事項
- ・ その他監査の目的を達成するため必要な事項

② 内部監査

業務の適正かつ能率的な執行を図るとともに、会計処理の適正を期すため、監査責任者（法人の役員の中から理事長が任命）による監査を実施することとしています。

● 監査の区分

- ◇ 会計監査：財務諸表及び決算報告書等の記載内容と収入及び支出の内容とが、会計諸規程、会計基準及び関係法令に照らし適正に行われているかどうかを判断する監査
- ◇ 業務監査：次に掲げる業務の内容が確保されているかどうかを判断する監査
 - ア 業務の運営が、法令及び規程等を遵守し適正に行われていること。
 - イ 業務の運営が、計画的かつ能率的に行われていること。
 - ウ 業務の運営にあたって、経済性の確保等が図られていること。

(2)公益通報

法人における不正行為等の発生抑制、早期発見及び是正を図ることを目的として、公益通報者の保護や公益通報の処理などに関する制度を整備しています。

①通報の窓口 各所属の総務管理課

②通報後の措置

窓口において公益通報を受けたときは、各所属の所属長を経由し、速やかにその内容を内部統制統括責任者（副理事長）、理事長及び監事に報告します。

③是正措置等

理事長は、不正が明らかになった場合は、是正措置及び再発防止措置等を講じるとともに、不正に関与した者に対して、就業規則に基づく処分を行うことができることとしています。

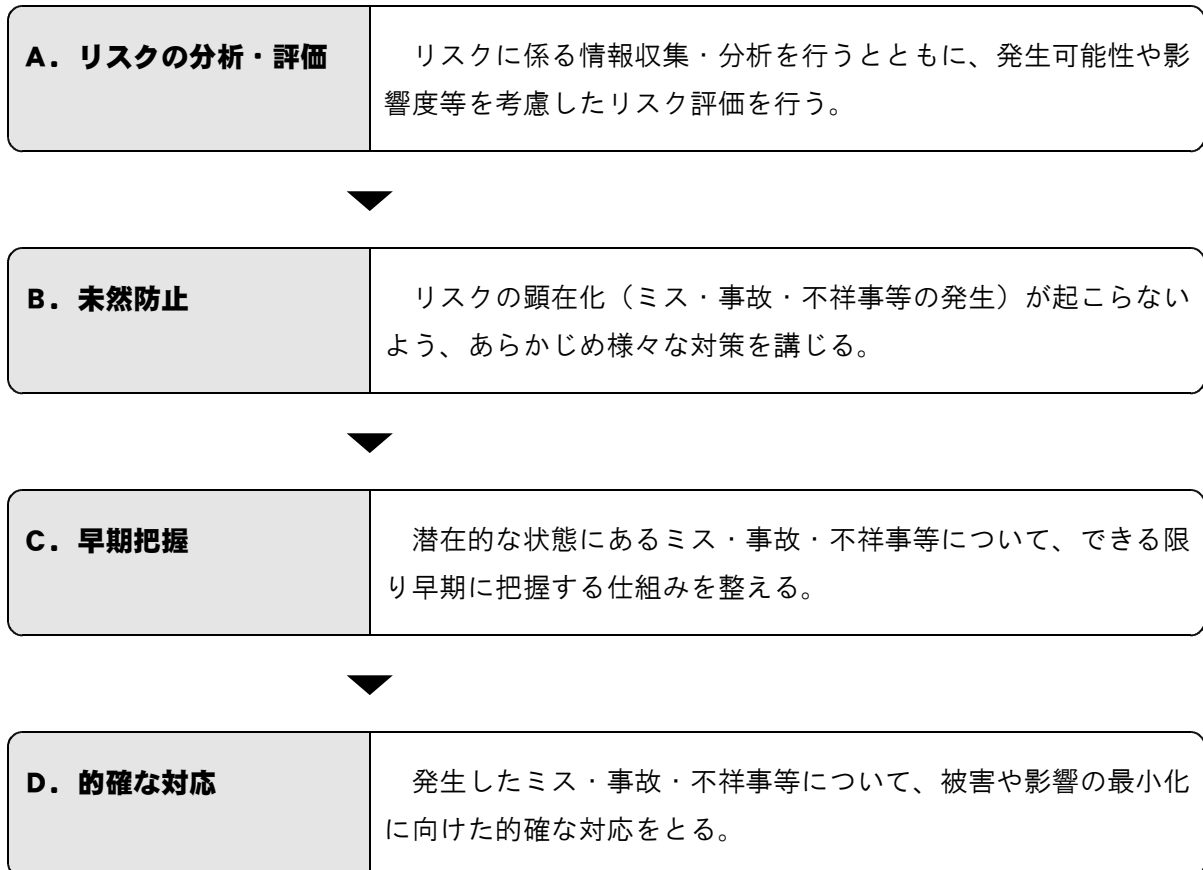
④公益通報者の保護

法人は、法人の職員等が公益通報又は公益通報に関する相談を行ったことを理由として、当該職員等に対していかなる不利益な取扱いも行ってはならないこととしています。

Ⅱ 業務の適正を確保するための仕組み

1 基本的な考え方

当法人では、想定される各種リスクに対し、組織として適切に対処することにより業務の適正を確保することが重要であると考えており、以下のフローに添ったリスク対応を基本として、様々な仕組みの構築を図っています。



2 各業務分野におけるリスク

当法人は、2つの県立病院（循環器・脳脊髄センター及びリハビリテーション・精神医療センター）を経営しており、また循環器・脳脊髄センターに研究所を設置しています。こうした特性も踏まえながら、各業務分野におけるリスクを以下のとおり分類・整理しています。

なお、個別分野における適正確保に向けた具体的な取組は、別表（⇒14頁参照）のとおりです。

業務分野等		リスクの内容
事務処理	一般的な事務や業務、各種申請手続など	軽微なミスや事務処理誤り等が常態化することによるコンプライアンス意識の低下
	支払事務、資金管理契約事務、業者選定	故意又は重過失による不適正事案がもたらす経済的損失（横領、着服、業者との癒着、手続き上のミス・亡失）
ハラスメント		各種ハラスメント行為の看過に伴う職場環境の悪化等
情報セキュリティ		個人情報等の流出・漏洩、カルテ情報の流出・漏洩
医療安全	医療安全管理	患者の生命・健康に関する被害
	感染対策	患者・来院者・職員の生命・健康に関する被害
	医薬品安全管理	患者の生命・健康に関する被害
	医療機器安全管理	患者の生命・健康に関する被害
	医療情報管理	正確・精緻な情報記録の不履行
研究開発	研究評価	競争性の欠如に伴う研究の質の低下、研究費返還
	適正な予算配分	研究テーマの戦略性・重点性の欠如・喪失
	研究費経理	研究費の不正使用・着服（架空請求に係る業者への預け金、取引業者との癒着、虚偽請求）
	利益相反、寄附受領	研究の提携先との不適切な関係
	研究不正	研究データ等の捏造・改竄・盗用、当該行為の証拠隠滅・立証妨害
	研究倫理	被験者の生命・健康・尊厳・自己決定権の喪失、個人情報流出

Ⅲ リスクや危機に的確に対応するための仕組み

1 基本的な対応

(1)対応方針

顕在化したリスクや危機に対して、被害や影響の最小化に向けて、以下の点を踏まえた的確な対応をとることとしています。

- ◆社会的信用の維持・向上を図るため、特に次の点に留意しつつ対応する。
 - ・被害を受けた方への十分な説明と謝意
 - ・公表等による社会的な説明責任
- ◆患者、来院者、職員等の安全と健康を確保する。
- ◆職場環境の悪化や職員のモチベーション低下を回避する。
- ◆法人資産（資金、財産、データ等）の保全、回復を図る。
- ◆当法人としての継続的かつ安定的な業務の遂行を図る。

(2)危機発生時の対応（ダメージコントロール）

①事案の把握

発生した事案についてリスク管理責任者等が調査を行い、当該事案による危機に係る状況の確認および情報収集を行い必要な措置を講ずるとともに、リスク管理統括責任者に報告します。

②マニュアルに沿った処理

事案を把握した結果、事前予防のプロセスで策定された各種マニュアルによる処理が可能と判断された場合は、そのマニュアルに基づき迅速に対応します。

③対処方針の検討

重大な事案や処理過程においてリスクや危機が拡大または拡大が予想され、マニュアルの未整備やマニュアルでの対応が困難と判断された場合は、危機対策本部において速やかに対処方針の検討に移行します。

④対処方針に基づく処理

危機対策本部において決定された対応方針に基づき、事案を処理します。この際、状況の変化と対策の効果を常時監視し、リスクや危機が拡大しないように十分注意を払う必要があります。また、さらなるリスクや危機の拡大が予想される場合は処理方策の再検討を行います。

⑤事態の収拾

事案の処理が完了したときには、事案の発生から事案の処理完了までの一連の経緯を文書にまとめます。なお、危機対策本部が設置された事案については報告書を作成します。

(3)危機収束時の対応

再発防止および発生時の迅速な対応のため、マニュアルの見直しなどを行うとともに、原因となった事務や業務の根本的な改善についても検討を行います。

- ①リスク処理の見直し
- ②リスクの優先順位付け
- ③リスク対応の選択
- ④マニュアルの再整備
- ⑤職員研修の実施

収束時には、以上の対応を速やかに進めるとともに、「今回や過去に経験したこと」、「現在、抱えている問題」または「将来起こりそうな事態」など、日常業務に関するリスク洗い出し、その業務の工程管理を行い、リスク対応を組み込んだ業務マニュアルを再整備します。

リスクの洗い出しや業務の工程管理は、継続的かつ定期的に行い、業務マニュアルをブラッシュアップしていきます。業務の工程管理やマニュアルの整備に際しては、リスクの発生頻度や影響度に応じ、優先順位を付けて行います。

また、職員の意識改革として、倫理意識の保持・向上、コンプライアンス意識、危機管理意識の醸成、内部統制およびリスク管理に関する研修機会を多く確保し、全職員向けに実施します。

発生した危機収束時におけるもう一つの対応として、

- ㊶不祥事等とその対応策の情報共有（隠したりローカル化しない）、
- ㊷失敗した者を責めたり批判したりしない姿勢、
- ㊸失敗を組織全体のレベルアップにつなげようとする前向きな姿勢

を大切にし、日頃から気軽に相談できる、ものが言える、風通しのよい職場づくりを目指し、職場のコミュニケーション向上を目指します。

2 推進体制

(1) リスク管理委員会

法人全体のリスク管理に関し必要な事項を審議するため、リスク管理委員会を設置しています。

● 構成

- ◇ 委員長：リスク管理最高責任者（理事長）
- ◇ 構成員：リスク管理統括責任者（副理事長）
リスク管理責任者（各所属長）

● 審議事項

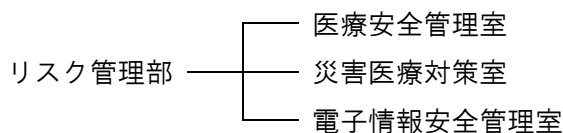
- ・ リスク管理の企画及び立案に関すること
- ・ リスク管理に係る基本方針等の策定に関すること
- ・ リスクの評価等に関すること
- ・ リスクの動向の把握及び調査に関すること
- ・ リスク管理に係る教育、研修の企画、立案及び訓練に関すること
- ・ 危機対応マニュアルの策定等に関すること
- ・ リスクに係る対策の評価及び見直しに関すること

(2) 各所属におけるリスク管理体制

当法人では、リスク対策の実施組織は各所属となっており、それぞれの体制整備については次のようになっています。

- ① 本部事務局においては、リスク管理責任者（本部事務局長）をトップに、関係課長からなるリスク管理体制を敷くこととしています。
- ② 循環器・脳脊髄センター及びリハビリテーション・精神医療センターにおいて、以下のとおり管理体制を構築しています。

● リスク管理部門の設置



● 安全管理関係会議・委員会の設置

標榜する診療科など両センターの特性に応じて、医療安全対策、院内感染対策、医薬品安全管理、医療機器安全管理など、様々な委員会等を設置し、医療機関としての安全管理対策に取り組んでいます。

(3)危機対策本部

リスク管理最高責任者（理事長）は、法人全体において対応を要する重大な危機が発生したと判断したときは、危機対策本部を設置することとしています。

●構成

◇本部長：理事長 ◇副本部長：副理事長 ◇本部員：理事、各所属長

●業務

- ・危機に係る情報の収集及び分析に関すること
- ・危機に係る必要な対策の決定及び実施に関すること
- ・危機に係る情報の役職員等への提供に関すること
- ・危機に関する関係機関との連絡調整に関すること
- ・危機に関する報道機関への情報提供に関すること

(4)懲戒委員会

法人の職員に非違行為に該当するおそれのある事故が発生した場合、理事長の判断により、懲戒委員会を設置し、当該事案の調査及び審議を付託することとしています。

懲戒委員会の調査結果などを基に、理事長が処分量定を行うこととなります。

●構成

- ◇副理事長及び理事のうち理事長が指名する者 1名 【委員長】
- ◇事案ごとに所属長等の中から理事長が指名する者 2名
- ◇総務企画部長

3 指針、運用マニュアル等

(1)全体マニュアル

リスク対応の基本的な考え方や具体的な行動指針を以下のとおり取りまとめ、的確なリスク管理の推進を図ることとしています。

- ◇リスク管理に係る基本方針
- ◇リスク管理に係るガイドライン

(2)業務分野別マニュアル

当法人の業務の各分野において、それぞれの実情や特性に応じたリスク管理の推進を図るため、以下の業務分野ごとに独自のマニュアル等を整備しています。

- ◇医療安全対策
- ◇院内感染対策
- ◇医薬品安全管理
- ◇医療機器安全管理
- ◇職場におけるハラスメント
- ◇大規模災害対応、病院業務継続計画

(3)業務手順書

特に事務系の業務においては、業務の流れや手順、判断の分岐点・判断基準、決裁等のルールなどを可視化・一覧化することが、業務に内在するリスクの低減策として有効であることから、以下のとおり業務手順書の整備・活用を図ることとします。

①共通業務の手順書

会計・支払事務、契約事務、各種申請手続など、共通的な業務においては、実務上の必要性に応じて、業務手順書または事務概要などを作成することとします。

②個別業務の手順書

個々の事務や業務において、作業フローや年間スケジュール、作業のポイント、ノウハウなどを記載した業務手順書を活用し、個別業務に内在するリスクを把握するとともに、その低減策を講じることとしています。なお、この手順書は、業務の効率化に資するものであるとともに、人事異動等に伴う業務引継を円滑に行うことにも役立つものとなります。

IV 内部統制を効果的に機能させるための仕組み

1 推進体制

(1)内部統制委員会

内部統制システムに関する重要事項を審議するため、役員を構成員とする内部統制委員会を置くこととしています。

◇委員長：理事長

◇構成員：副理事長、理事、監事

◇審議事項：内部統制システムに関する重要事項

(2)その他の推進体制

以下の体制により、内部統制システムに関する事務の推進を図ることとしています。

◇内部統制統括責任者：副理事長

◇内部統制推進責任者：本部事務局長、両病院長

◇実施事項：モニタリングに関する事項

役員及び職員への周知に関する事項

研修に関する事項

ほか

2 モニタリング

内部統制システムが有効に機能していることを継続的に評価するため、以下の取組を行うこととしています。

(1)日常的モニタリング

各業務において日常的に役職員が自己点検や相互牽制、承認手続を行う中で、リスクの内容を見直すとともに、未然防止や早期把握のための取組の有効性について検証を行い、必要に応じて改善していくこととしています。

(2)独立的评价

内部統制統括責任者は、内部統制システムに係る問題の把握や法令違反等に係る事案の確認などを目的として、内部統制に関する制度や体制、仕組み等について、以下のとおりモニタリングを行うこととしています。

◇定期モニタリング：内部監査（年1回）に併せて実施します。

◇随時モニタリング：時期を定めず、特定のテーマに関して実施します。

【別表】適正確保に向けた具体的な取組 令和元年12月現在の状況

		a. リスクの内容	b. 未然防止のための仕組み	c. 早期把握のための仕組み
事務処理	一般的な事務や業務、各種申請手続など	軽微なミスや事務処理誤り等が常態化することによるコンプライアンス意識の低下	日常的な上司等のチェック・指導	日常的な上司等のチェック・指導
	支払事務 資金管理	故意又は重過失による不適正事案がもたらす経済的損失(横領、着服、業者との癒着、手続き上のミス・亡失)	一連の業務の複数名による分担 上司等による決裁	月1回の口座チェック、月次決算
	契約事務 業者選定		上司等の決裁 契約監視委員会	上司等の決裁 契約監視委員会
ハラスメント		各種ハラスメント行為の看過に伴う職場環境の悪化等	苦情相談対応指針 職員研修	苦情相談対応指針、苦情相談員・相談調整員 直属の上司による定期的な面接
情報セキュリティ		個人情報等の流出・漏洩 カルテ情報の流出・漏洩	電カルデータ持出に関するルールの設定 治験関係業者からの誓約書徴取	自己点検、情報セキュリティ監査
医療安全	医療安全管理	患者の生命・健康に関する被害	インシデント・医療事故報告に基づく再発防止策の検討、研修	インシデント・医療事故報告
	感染対策	患者・来院者・職員の生命・健康に関する被害	インシデント・医療事故報告に基づく再発防止策の検討、発生状況院内報告(感染症・耐性菌)	インシデント・医療事故報告 院内ラウンド
	医薬品安全管理	患者の生命・健康に関する被害	インシデント・医療事故報告に基づく再発防止策の検討、業務手順書に基づく研修 専門機関からの情報の周知	インシデント・医療事故報告 病棟に配置された薬剤師による指導
	医療機器安全管理	患者の生命・健康に関する被害	インシデント・医療事故報告に基づく再発防止策の検討、研修(機器新規導入時、1年後など)、専門機関からの情報の周知	インシデント・医療事故報告 医療現場での取扱指導
	医療情報管理	正確・精緻な情報記録の不履行	医療クラークによるサポート	医療クラークによるサポート
研究開発	研究評価	競争性の欠如に伴う研究の質の低下、研究費返還	研究テーマの公募制度 研究評価制度(事前・中間・事後)	定期的なカンファレンス等(週1回) 研究所運営会議(月1回)
	適正な予算配分	研究テーマの戦略性・重点性の欠如・喪失	研究テーマの公募制度 研究評価制度(事前・中間・事後)	研究評価制度(事前・中間・事後)
	研究費経理	研究費の不正使用・着服(架空請求に係る業者への預け金、取引業者との癒着、虚偽請求)	総務担当者のチェック、相談窓口の設置、行動規範の策定、研修会等の開催、誓約書の徴取、不正使用防止計画の策定	通報窓口の設置 公的研究費の不正使用に係る調査委員会 公的研究費取扱要項に基づく監査
	利益相反 寄附受領	研究の提携先との不適切な関係	企業等との経済的な利益関係の申告・審査 COI委員会による管理措置の実施	COI委員会による管理措置の実施
	研究不正	研究データ等の捏造・改竄・盗用、当該行為の証拠隠滅・立証妨害	研究倫理教育責任者(事務部長・各研究部長)による研修会等の実施、受講状況の管理監督、研究者等に対する研究倫理の指導	相談・通報窓口の設置、定期的なカンファレンス、研究評価(中間) 研究活動における不正行為に係る調査委員会
	研究倫理	被験者の生命・健康・尊厳・自己決定権の喪失、個人情報流出	倫理委員会による審査等(被験者からの同意書の審査など)	倫理委員会による審査等(同意書の内容の順守状況のモニタリングなど)

地方独立行政法人秋田県立病院機構

TEL 018-833-0115(代) FAX 018-834-0733

担当：本部事務局 経営企画課

<http://www.akita-hos.or.jp/pc/about/philosophy/id24.php>