

責任検証WG 御中

「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)の調査及び
報告等業務」における調査票の誤発送及び震災配慮地域の
選出誤りに関する事故原因と再発防止に向けて(報告)

みずほ情報総研株式会社

1. 本件事案発生に対する認識

弊社が受託し実施させていただいている「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)の調査及び報告等業務」(以下、医療経済実態調査)において、6月7日以降、調査票を発送いたしましたでしたが、誤って、東日本大震災の影響を配慮して送付を行わないなどとした調査対象施設にも発送してしまうという重大な事故を発生させてしまいました。

本件調査業務は、国の施策立案に必要な重要なデータを収集、整理するものであり、今般、データへの信頼性を揺るがしかねない事務処理誤りを発生させましたことは、弊社におきまして大変に重大な問題であると認識しています。

誤送付しました調査対象施設の関係者の方々、調査の実施主体である中央社会保険医療協議会・厚生労働省の方々をはじめ、関係者の皆様に多大なるご迷惑をお掛けしましたことを深くお詫び申し上げます。

弊社は、今回の問題の重大性に真摯に向き合い、確実に本件業務を遂行するため、単に業務受託部署である社会経済コンサルティング部(以下、対応部署)のみの問題とするのではなく、全社的な体制により原因究明・再発防止ならびに信頼回復に努めていく所存です。

2. 弊社としての対応の基本スタンス

今回の問題の重要性に鑑み、より抜本的な対応を図るため、通常の報告・対応に加えた体制を整備し、事案対応の統括部署を、対応部署ではなく、対応部署が所属するコンサルティンググループの統括部署であるコンサルティング業務部(以下、統括部署)とし、全社的に事案の直接原因や根本原因・背景を探りました。

本件事案発生の原因は、要すれば、外部委託先管理の不徹底、事務処理手順の不備・不徹底や業務遂行における確実性確保のための取り組み不足ですが、それらを見逃してしまった背景には、事務手続書や外部発注規程等が制定されているものの、その周知が徹底されていなかった、コンサルティング業務における業務実施プロセスを直接規定した明確なル

ールがなかったという問題があったものと考えます。そのため、弊社として、次に示す再発防止策を策定し、取り組みを進めています。

3. 具体的な対応方策

今回の問題が発覚した直後より、対応部署、統括部署、全社的なルールを所管しているコーポレート部門各部が一体となって全社的な対応を行っており7月29日には、それまで初期対応していた社内組織を正式に「事故対応検討PT」として明確に位置づけ、コーポレート部門担当役員をトップとして事案処理に対する指示・指導等を行っております。

具体的な事務処理に確実を期すため、これまで以下のような枠組により、組織体制の強化、新規ルールの制定、チェックリストの作成と実行、社内研修による再発防止に取り組んでいます。

(1) 原因究明・再発防止に向けた社内体制の構築

全社的な対応を「事故対応検討PT」として明確に組織化(実施済)

- ・ 本事故に対する原因究明と再発防止策の策定を担当。
- ・ 対応部署への指示を行い、実施状況のモニタリング及び指導を実施。
- ・ コーポレート部門担当役員をPT長、グループ担当役員を副PT長、コーポレート部門各部の部長等をメンバーに構成。

(2) 再発防止に向けた対応

今般発生した誤送付問題を契機に、既存の各種手続き、チェックシート等を再整理した下記の2種類の「ガイドライン」を新たに作成。

外部委託先管理業務ガイドライン(作成中)

アンケート調査実施ガイドライン(初版作成済)

社内作業の正確性確保のために「作業指示書」等、必要な書類の制定を行い、文書による指示の徹底及びチェックリスト等による作業結果確認の徹底を推進(作成中)。

外部委託先の選定において、業務の重要性に応じ、品質面をより重

視した外部委託先選定スキームを導入し、弊社が外部委託先と密接な連携体制を構築した上で、業務を実施する体制を整備(整備中)。再発防止徹底を図るため、当該発生事項および原因の共有と「ガイドライン」等の再発防止策徹底のための研修を実施(一部実施済み。今後も継続実施)。

(3) 確実な業務遂行に向けた体制整備

マネジメント体制の強化

- ・ 医療経済実態調査の実務経験も豊富な管理職を、新たにプロジェクトリーダーとして実施メンバーのトップに配置(配置済)。

チェック体制の強化

- ・ 統括部署内に事務管理担当を配置し、かつ対応部署内に事務処理チェック担当を配置して、外部委託や社内スタッフが実施する作業については、両担当共同の上、業務遂行上の第三者チェックを推進(配置済)。

リスク管理体制の強化

- ・ 業務実施状況について、対応部署が統括部署、グループ担当役員(隔週)、社長(原則月1回)に定期的に報告を実施(実施中)。
- ・ なお、定期的な報告に加え、状況に応じて、適時、報告を実施。

今般、全社的な「事故対応検討PT」を設置し、発生した事象、事故経緯、みずほ情報総研における事故発生後の対応、事故の発生原因、再発防止に向けた取組及び確実な業務遂行に向けた体制整備についてとりまとめましたので、ご報告させていただきます。

なお、本件事故発生に伴う影響を最小限に食い止めるべく、今後とも、弊社としてできる限りの対応をさせていただくことをお約束申し上げます。

みずほ情報総研株式会社

目 次

1	発生した事象	1
	(1) 調査票の誤送付	1
	(2) 震災配慮地域の選出誤り	2
2	事故発生の経緯	3
	(1) 調査票の誤送付	3
	(2) 震災配慮地域の選出誤り	7
3	みずほ情報総研における事故発生後の対応	9
	(1) 発生報告	9
	(2) 初期対応	9
	(3) 経過報告	11
4	事故の発生原因	12
	(1) 事故発生の直接的原因	12
	(2) 事故発生の根本原因	19
5	再発防止に向けた取り組み	22
	(1) 弊社としての対応の基本スタンス	22
	(2) 再発防止に向けた取り組み	22
	(3) 再発防止策の実施スケジュール	25
6	確実な業務遂行に向けた体制整備	26

1 発生した事象

(1) 調査票の誤送付

医療経済実態調査は、病院、一般診療所および歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的に実施しており、国の施策立案に必要なデータを集約、整理する重要な調査業務です。

今般の第18回医療経済実態調査においては、東日本大震災の発生に伴い、被災地等の調査負担を考慮するため、6月3日に開催された中央社会保険医療協議会（以下、中医協）総会において、調査票の発送にあたり一定の配慮を行った上で調査を実施することが決定されました。

具体的には、(社)日本損害保険協会が認定した全損区域、郵便事業(株)によって郵便物等の配達困難地域となっている区域、原子力災害対策特別措置法の規定による避難指示等の対象となっている区域等に所在する保険医療機関等（以下、発送対象外医療機関等）については『調査票の発送を行わない』、さらに、東日本大震災に対処するための特別の財政援助および助成に関する法律に規定する特定被災区域に所在する保険医療機関等（以下、要事前連絡医療機関等）に対しては、『事前に個別連絡を行い、調査協力の了承を得た上で、調査票の発送を行う』こととされました（以下、発送対象外医療機関等と要事前連絡医療機関等を合わせて震災配慮施設とします）。

弊社では、厚生労働省から受領した今回調査の対象となる保険医療機関等の情報を基に、震災配慮施設をあらかじめ選出し、その後、6月3日の中医協総会での正式決定を経て、まず、震災配慮施設以外の施設（以下、通常発送先）についてのみ調査票を発送することとし作業を開始しましたが、その際、震災配慮施設を含むすべての施設に対して調査票を発送するという事故を発生させてしまいました。

この事故により、本来発送しないとされた発送対象外医療機関等へ8件（誤発送18件、うち10件は配達前に回収）、要事前連絡医療機関等

へ 8 2 4 件（誤発送 8 9 5 件、うち 7 1 件は配達前に回収）の調査票が配達されてしまいました。

（ 2 ）震災配慮地域の選出誤り

弊社が、厚生労働省から受領した情報を基に、震災配慮施設を選出するにあたっては、郵便番号をキー項目として対象施設を特定する手法を用いました。しかし、弊社が行った受領データの加工・抽出作業に誤りがあり、本来、震災配慮施設として抽出しなければならない施設を抽出しないという選出自体の誤りを発生させてしまいました。

具体的には、震災配慮地域（全損区域、郵便物等の配達困難地域、原子力災害対策特別措置法の規定による避難指示等の対象になっている区域、特定被災区域。以下、同様。）の選出にあたり、郵便番号が“ 0 ”から始まる一部の市町村の抽出過程において、先頭の“ 0 ”が抜け落ちてしまったことにより、震災配慮施設の数に正確には 9 1 3 施設となることを 7 8 4 施設として選出する誤りを発生させてしまいました。

なお、震災配慮地域の一部となる全損区域等（調査票の発送を行わない区域）が当初は流動的であったことから、6月10日の誤送付に関する厚生労働省への報告では、市町村単位で計上したため 9 9 件としていますが、本件事故の発生・判明直後の区域情報をもとに町丁目・地番で精査し直した結果、1 8 件として報告を訂正いたしました。

2 事故発生の経緯

(1) 調査票の誤送付

弊社が本件業務を受託した時点から、調査票の誤送付が判明した直後までの事故発生経緯は以下のとおりです。

(委託先選定の経緯)

- 4月1日(金) 本件入札への参加準備のため、印刷・発送業務に関して、弊社が委託先として登録している2社から見積もりの提出を受けました。なお、弊社では、外部委託にあたり、事務リスク、法務リスク、コンプライアンス、情報管理、苦情対応等の観点からチェックを行い、業務履行能力のある委託先企業を登録する管理方法を採用しています。
- 4月7日(木) 一般競争入札(総合評価落札方式)により、本件業務を弊社が受託しました。
- 4月21日(木) 印刷・発送業務について、見積もりの提出を受けた2社のうち一社を委託先として選定し、4月28日(木)に発注契約を締結しました。

(震災対応に係る指示)

- 4月25日(月) 厚生労働省より、弊社担当者に対して、震災対応について、原発事故の避難地域は送付対象から除外すること、その他被災3県(岩手、宮城、福島)は事業実態の状況を踏まえて送付の可否を判断すること、の2点について実施可否の問い合わせがありました。
- 4月27日(水) 当該問い合わせについて、弊社担当者は、厚生労働省に対して、「震災対応はオペレーション上、特に問題ない。」と回答しました。

- 5月11日(水)厚生労働省より、弊社担当者が暫定版調査客体名簿をメールで受領しました。
- 5月12日(木)厚生労働省より、弊社担当者に対して、震災配慮地域の考え方・区分などについて情報提供がありました。
- 5月18日(水)厚生労働省より、同日開催の中医協の結果を踏まえ、調査票の発送を一時保留するよう弊社担当者に対して指示がありました。また、同日、弊社担当者は、厚生労働省より、確定版調査客体名簿(以下、対象先リスト)をメールで受領しました。

(通常発送地域への発送の準備)

- 5月31日(火)弊社担当者から印刷・発送業務を委託している企業(以下、委託先)の営業担当者に対して対象先リストをメールで送付しました。その際、弊社は、震災配慮地域に所在する医療機関等にはフラグを立てており、フラグが“0”の医療機関等が通常発送先であることをメールで伝えました。加えて、委託先の営業担当者に対して通常発送地域への発送準備作業を開始するよう指示をしました。
- 6月1日(水)委託先の営業担当者より、宛名シールのサンプルが弊社に届けられ、弊社は内容に問題ないことを確認しました。また、通常発送先の施設種類別発送数について委託先より確認のメールを受領し、内容に問題ないことを確認しました。
- 6月3日(金)厚生労働省より、弊社担当者に対して、同日開催の中医協の結果を踏まえ、調査票の発送を開始するよう指示がありました。同日、弊社は、委託先の営業担当者に対して、通常発送先の宛名シールの印刷を開始するよう口頭で指示し、あわせて調査票を送付しない医療機関等があることについて口頭で注意喚起をしました。

6月6日(月) 委託先の営業担当者は、宛名シール等の印刷を開始するよう現場責任者に指示をしました。その際、委託先の営業担当者は、震災配慮施設も含めてすべての宛名シールを印刷し、震災配慮施設の宛名シールは別封筒に入れて保管するよう現場責任者に指示しました。

(発送から事故の発生報告まで)

6月7日(火) 委託先は、通常発送先の調査票について、発送数が多いことからこれを二度に分けて発送することとし、第一回目として、通常発送先の一部を配達業者に引き渡しました。

同日、厚生労働省より、弊社担当者に対して、発送物サンプルにおいて、内容物の印刷色相違が確認されたため、発送作業を一時中断するよう指示がありました。それを受け、弊社担当者は、委託先の営業担当者に対して、至急、第二回目の発送作業を一時中断するよう指示をしました。

その後、弊社担当者は、厚生労働省に対して、発送済みの調査票を回収し再印刷した場合のスケジュールを報告しました。検討の結果、厚生労働省より、スケジュールの関係から、現行のままで発送することの指示をいただきました。それを受けて、弊社担当者は、委託先の営業担当者に対して発送を再開するよう指示をしました。

委託先の営業担当者は、委託先の現場責任者に対して、電話で発送作業の再開を指示しました。その際、営業担当者は、引き続き震災配慮地域の医療機関等を発送対象から除くことは当然のことと考え、現場責任者には特に注意喚起を行いませんでした。一方、現場責任者は、指示内容が『全ての発送物(震災配慮施設を含む)に対する発送指示』であると誤解をして、発送作業を再開しま

した。

6月8日(水)委託先は、残りの全ての発送物(震災配慮施設を含む)を配達業者に引き渡しました。その際、営業担当者が作業現場で発送物の確認を実施しましたが、封入物の中身のみの確認であり、発送件数の確認は行いませんでした。同日、弊社担当者は、委託先の営業担当者より、発送作業完了の報告を口頭で受けました。その際、弊社担当者は、震災配慮施設の取り扱いおよび最終的な発送件数についての確認はしませんでした。

6月9日(木)問合せフリーダイヤルへ、震災配慮施設である保険薬局から、調査票が届いたが震災の影響で回答できないという問い合わせがありました。弊社担当者は、当該問い合わせの報告を受領した後、即座に委託先の営業担当者へ発送状況の確認を電話で指示しました。その後、委託先の営業担当者より誤送付の報告を電話で受けました。弊社担当者は、至急、厚生労働省に対して誤送付されたことを電話で報告し、その後訪問して、その時点で把握している状況を報告しました。

(2) 震災配慮地域の選出誤り

厚生労働省から震災対応に係る指示を受けた後、震災配慮施設の選出誤りが判明した直後までの事故発生経緯は以下のとおりです。

5月11日(水)厚生労働省より、弊社担当者が暫定版調査客体名簿をメールで受領しました。

5月12日(木)厚生労働省より、弊社担当者に対して震災配慮地域に該当する地域について情報提供がありました。

5月13日(金)～5月16日(月)弊社において、暫定版調査客体名簿を元に、情報提供を受けた地域に所在する震災配慮施設を抽出する方法について検討を行いました。検討の結果、抽出は郵便番号を用いた方法で行うことを決定し、作業を開始しました。その後、弊社担当者は、収集した郵便番号から震災配慮施設を特定し、厚生労働省に対して、東北被災3県(岩手、宮城、福島)の発送見込み数をメールで報告しました。

5月18日(水)厚生労働省より、弊社担当者に対して、同日開催の中医協において医療経済実態調査の実施について決定がなされなかったことから、調査票の発送を一時保留するよう指示がありました。また、同日、厚生労働省より、弊社担当者が確定版調査客体名簿をメールで受領しました。

5月20日(金)厚生労働省より、弊社担当者に対して、震災配慮地域に該当する地域についての情報提供がありました。

5月23日(月)～5月30日(月)弊社において、震災配慮施設の抽出作業を行いました。

弊社の作業指示者と作業実施者は、震災配慮施設として対象者リストより選出された医療機関等について、発送対象外医療機関等および要事前連絡医療機関等であるこ

とを目視で確認しました。

6月10日(金)誤送付の事故発生が判明した直後、誤送付した施設数を
確認する過程で、弊社担当者が震災配慮施設の選出に誤
りのあったことに気づきました。

3 みずほ情報総研における事故発生後の対応

(1) 発生報告

今回の問題は6月9日(木)に判明し、6月10日(金)、業務受託部署である社会経済コンサルティング部(以下、対応部署)の部長が社内規程に基づき関係役員および全社的なルールを所管しているコーポレート部門各部、対応部署が所属するコンサルティンググループの統括部署であるコンサルティング業務部(以下、統括部署)へ報告を行いました。

また、本件の重要性に鑑み、業務受託部署担当役員(以下、グループ担当役員)が、6月10日(金)、社長に対して直接事故発生を報告し、社長指示により、厚生労働省と連絡調整を密に図り、その指示のもと、ご迷惑をおかけした誤送付先へのお詫びなど初期対応を最優先に、コーポレート部門各部を加えた全社で対応することとしました。

(2) 初期対応

初期対応は、統括部署と対応部署が、関係役員を含めたコーポレート部門各部と協議の上、共同して行いました。具体的には、事故発生直後より誤送付先施設へのお詫びの電話や個別訪問を厚生労働省とともに実施しました。

(誤送付先医療機関等へのお詫び)

本件の事故が判明した直後から、統括部署と対応部署が共同し、関係役員を含めたコーポレート部門各部と協議の上、初期対応を行いました。

具体的には、本件判明直後の6月10日(金)から6月20日(月)まで、弊社と委託先が分担して、誤送付先913施設のすべてに対し、お詫びの電話を行いました。

また、調査票が誤送付された要事前連絡医療機関等のうち調査への協力についてご辞退の意向をお示しになった施設および送付対象外医療機

関等で調査票配達済みの施設に対して、弊社が直接おうかがいしてお詫びするためのお願い（電話）を6月28日（火）から7月25日（月）まで実施しました。その結果、3施設について、厚生労働省と弊社でお詫びにうかがいました。

（全社的な原因究明等）

6月10日（金）グループ担当役員が、社長に対して事故発生を報告し、統括部署と対応部署が共同して対応することに加え、社長指示のもと、原因究明等をコーポレート部門各部と密接に協議して行うこととしました。

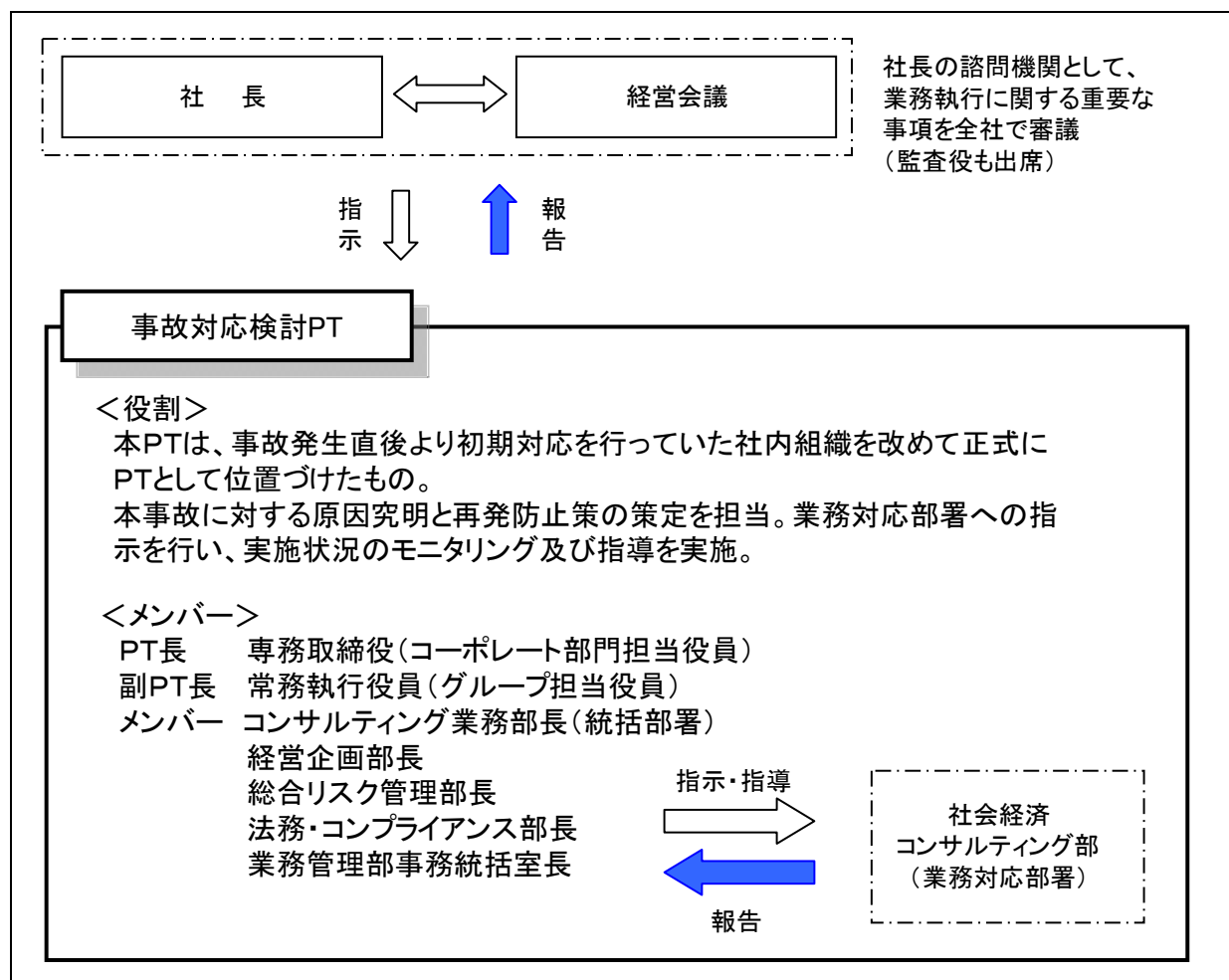
これを受け、6月10日（金）、対応部署の部長が発生報告に加えコーポレート部門各部長に説明を行うとともに、各部の指示に基づき対応を開始しました。さらに、6月15日（水）に再度、コーポレート部門各部へその時点での状況を報告し、追加の対応方針および原因究明等の協議を行いました。

その後も継続的にコーポレート部門各部と対応部署が協議を行い、6月23日（木）にグループ担当役員が原因究明の状況と対応状況について社長、コーポレート部門担当役員に再度報告を行いました。

6月28日（火）グループ担当役員が経営会議において本件を報告しました。

事故発生が判明した当初は、誤送付先施設へのお詫びを最優先に取り組み、合わせて発生原因の特定、再発防止策等の検討を進めていましたが、誤送付先施設へのお詫びに目処がついた時点で、それまで初期対応していた社内組織を正式に「事故対応検討PT」として位置づけ（7月29日（金））、全社的なルールを所管しているコーポレート部門担当役員をトップとして事案処理に対する指示・指導等並びに原因究明および再発防止に向けた取り組みを進めています。本PTでは引き続き原因究明を進め、その結果を踏まえた再発防止策の立案、対応部署への指示、再発防止策の実施状況のモニタリングを行います。

図表 1 原因究明・再発防止に向けた社内体制



(3) 経過報告

対応部署部長が、社長、コーポレート部門担当役員、グループ担当役員、コーポレート部門各部、統括部署へ定期的に経過報告を行っていません（経過報告：週 1 回、詳細な対応状況報告：2 週間に 1 回）。なお、定期的な報告に加え、状況に応じて、適時、報告を行っていません。

また、事故対応を分掌する部署の室長が監査役へ定期報告を行う中で本件についても経過報告を行うとともに、合わせて持ち株会社である株式会社みずほフィナンシャルグループに報告を行っていません。

4 事故の発生原因

(1) 事故発生の直接的原因

(調査票の誤送付)

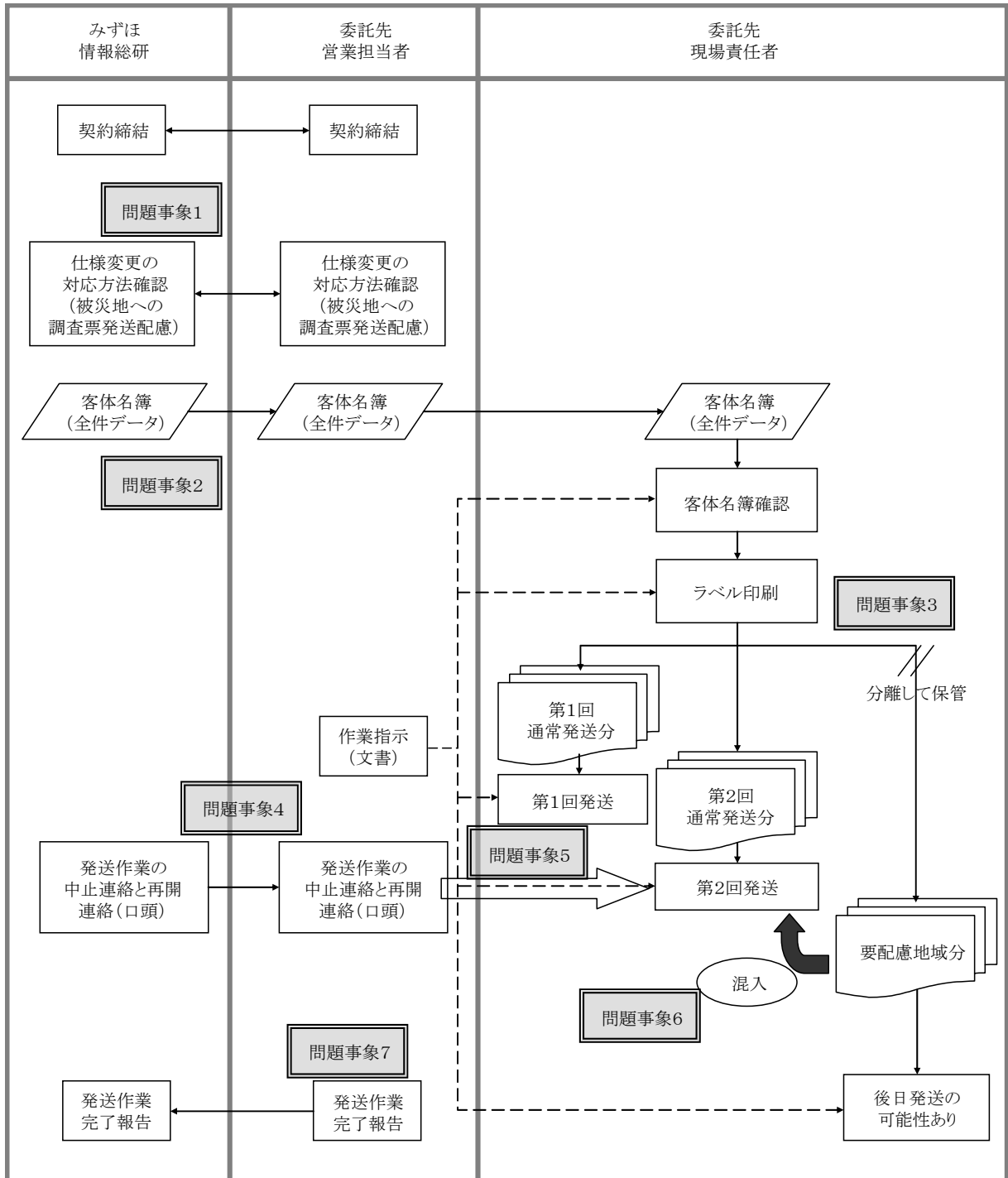
調査票の誤送付という事故発生に至るまでの作業過程の中で、いくつかの問題事象が明らかになりました。このうち今回の問題を発生させたもっとも直接的な原因は、弊社担当者、委託先営業担当者、委託先現場担当者間での意思疎通、情報共有が適切に行われず、結果として、指示の伝達誤りが起きたことです（問題事象 4 および 5 ）。

加えて、震災地域への配慮が決定した時点で弊社担当者が委託先営業担当者に対して文書による明確な指示を行わなかったこと（問題事象 1 ）、弊社担当者が委託先営業担当者に発送未確定な施設を含む対象者リストを渡し、明確な説明を行わなかったこと（問題事象 2 ）、委託先営業担当者が通常発送先以外の震災配慮施設のラベルも同時に印刷したこと（問題事象 3 ）など、発送準備段階において、誤送付防止のための対応に不十分な点もありました。

そして、発送後の委託先営業担当者による発送件数の確認（問題事象 6 ）および弊社担当者による発送件数を含めた作業完了報告の確認を行っていたら、より早期に今回の問題への対応を行うことが可能でした。

このような、委託先との情報共有、作業の指示・実施確認が十分でなかったことが、今回の問題を発生させてしまった直接の原因であると考えます。

図表2 アンケート票の印刷・発送作業（作業フロー）



問題事象 1

委託先に業務を発注した当初は、封入封緘した調査票を対象者リストに従い発送する作業でしたが、震災対応に伴い、想定されていなかった仕分け（通常発送先、電話確認後発送する先、発送しない先の三区分で仕分け）作業が発生しました。本来であれば、これが判明した時点で、弊社担当者は、委託先に対して、新しい発送件数や作業内容の変更等について書面で指示・確認を行うべきでしたが、口頭での打合せを通じて、特に問題なく対応可能と考え具体的な指示は行いませんでした。誤りを防ぐためには、弊社担当者は、作業内容の一部変更が明らかになった時点で作業指示書等により対応方法を明確に指示すべきでした。

問題事象 2

対象先リストでは、発送が確定している施設（通常発送先）と、発送が未確定な施設（震災配慮施設）を、フラグを立てる方法で管理していましたが、弊社担当者は、印刷・発送業務を委託している委託先の営業担当者に対して、発送が未確定な震災配慮施設も含めた全件の対象先リストを渡しました。これは、「フラグを立てておけば、全件の対象先リストから一部を抽出して印刷することは可能である。」と、両社担当者がともに考えたためです。誤りを防ぐためには、弊社担当者は、発送が未確定な震災配慮施設の取り扱いについて、フラグの意味を含め明確な指示を文書で行うか、発送が確定した分のみの対象先リストを渡すべきでした。

問題事象 3

委託先の営業担当者は、上記「問題事象 2」のフラグの意味を認識しており、現場責任者への作業指示書に「通常発送分のみ使用」と明記しました。しかし、一方で委託先の営業担当者は、通常発送先以外の震災配慮施設のラベルも同時に印刷することを現場責任者に指示し、別封筒で保管することとしました。委託先の営業担当者は、印刷したラベルを

結果的に破棄するとしても、弊社から発送指示が来たときに少しでも早く対応できるように準備しておこうと考え、全件を印刷しました。この行為（発送が未確定な震災配慮施設のラベルを印刷し、別封筒にて同じ整理棚に保管するという対応）が、今回の事故を発生させた原因のひとつとなっています。誤りを防ぐためには、委託先の営業担当者は、通常発送先のみラベルを印刷するか、全件印刷する場合は、保管場所を明確に分けた上で、当該ラベルの意味を明示しておくとともに、その意図を確実に現場責任者と情報共有しておくべきでした。

問題事象 4

通常発送先の発送作業を行っている過程で、弊社担当者から委託先の営業担当者に対して「発送中断」、「発送再開」という突発的な作業指示がなされ、かつ、これが口頭のみで行われていました。委託先では、当初の作業指示は文書で行うことが徹底されていましたが、「中断・再開」は「一時的に中断したものを再開するのみ」であることから、営業担当者は「発送停止の解除を行い、止めた作業を再開」すると、口頭のみで指示を行いました。弊社および営業担当者から現場責任者に対する指示が口頭のみであったことが、次の問題事象 5 を引き起こす原因になっています。誤りを防ぐためには、弊社担当者および委託先の営業担当者は、突発的な作業変更を電話（口頭）連絡のみで指示するのではなく、文書も含め明確に指示すべきでした。

問題事象 5

委託先の現場責任者が、上記「問題事象 4」にある営業担当者からの発送再開指示を、「全件発送」と誤解して作業を行いました。現場責任者には、別封筒に分けて保管していたラベルが震災配慮施設のものであるという意味を伝えていなかったことが直接的な原因であると考えます。誤りを防ぐためには、弊社担当者は、対象先リストのフラグの意味を委託先の営業担当者に正確に伝え、委託先社内において情報共有を徹底す

るよう、文書で明確に指示すべきでした。

問題事象 6

委託先の営業担当者は、発送直前に抜出しチェックを行いましたが、今回の誤りを見つけることはできませんでした。営業担当者が実施した抜出しチェックは、封入点数の種類が多くミス発生の可能性が高いと考えられた封入内容物の確認のみであり、発送件数についての確認を行いませんでした。誤りを防ぐためには、弊社担当者および委託先の営業担当者は、発送件数も含め、事前に誤発送等のリスクを洗い出し、当該リスク事項に対して網羅的に確認をすべきでした。

問題事象 7

委託先の営業担当者から弊社担当者への発送作業の完了報告が口頭で行われており、弊社担当者は発送件数の確認をしませんでした。これは、弊社担当者が、発送作業の完了報告を委託先の営業担当者に明確に要求していなかったためです。誤りを防ぐためには、弊社担当者は、発送作業の完了時に、発送件数を含めて委託先から文書で作業完了報告を受けることを徹底すべきでした。

(震災配慮地域の選出誤り)

震災配慮施設の選出誤りという事故発生に至るまでの作業過程の中で、いくつかの問題事象が明らかになりました。

問題事象 1

アンケート票送付先リストの作成にあたり、作業実施者が郵便番号の CSV ファイルをエクセルにインポートした際、郵便番号が数値として認識されたため郵便番号の最初の“ 0 ”が抜け落ちることを失念していました。その後、作業実施者自らがチェックする段階においても内容のチェックではなく、先頭部分のレコードに注目して、インポートされていることのみを確認する作業であったことが、選出誤り発生の直接的な原因であると考えます。誤りを防ぐためには、作業実施者は、厳格な目視チェックを徹底することに加えて、データソートや集計等によるクロスチェックをすべきでした。

問題事象 2

作業実施者は、郵便番号をキーとして震災配慮施設の選出を行いました。発送名簿の郵便番号にはハイフンが含まれていますが、前記「問題事象 1」でインポートしたファイルの郵便番号にはハイフンが含まれていませんでした。作業実施者は、形式を統一するため、前記「問題事象 1」の郵便番号にハイフンを追加した際に、正しい桁数になっていないことを発見できませんでした（例：020-1234 が 201-234 と表示）。これは、作業実施者が内容のチェックではなく、先頭部分のレコードに注目して、ハイフンが入っているかということしか確認していなかったことが直接的な原因であると考えます。誤りを防ぐためには、問題事象 1 と同様、作業実施者が厳格な目視チェックを徹底することに加えて、データソートや集計等によるクロスチェックをすべきでした。

問題事象 3

作業実施者が、上記「問題事象 2」において郵便番号の設定を誤ったため、選出された震災配慮施設のデータには、本来、含まれているべき施設が含まれていないという状態になっていました。そのうえ、作業実施者が選出結果の確認にあたり、選出された震災配慮施設のデータについてのみ確認を行い、そこに含まれていない（本来は含まれていなければならない）震災配慮施設があることに気が付きませんでした。誤りを防ぐためには、作業実施者は、厳格な目視チェックを徹底することに加えて、データソートや集計等によるクロスチェックをすべきであったと考えます。

問題事象 4

作業指示者が、作業実施者と同じ方法で再確認を行いました。二重チェックが形式的なチェックとなっていたことが、選出誤りを見逃したひとつの原因であったと考えます。

(2) 事故発生の根本原因

(本件業務の重要性に対する意識共有の不徹底)

東日本大震災被災地域への配慮については、中医協において十分に議論されたうえで決定がなされたという重要な事実に対して、弊社に認識の甘さがあったものと考えます。弊社担当者は、中医協総会を傍聴し、厚生労働省との打ち合わせの中でもその重要性を十分に認識していましたが、当該重要性について総会を傍聴していないその他の担当者との共有が十分に行われていませんでした。本来であれば、中医協総会で震災地域への配慮について議論がなされた時点で、委託先も含めた担当者間で情報共有を行い、本業務に携わるすべての担当者がその重要性について十分な認識を持つべきでした。このような情報共有が図られなかった結果として、組織全体としての重要性に対する認識が不十分になったことが、本件事故を発生させた根本原因のひとつであると考えます。

(業務実施プロセスの不備・不徹底)

今回の事故は、「調査票の誤送付」と「震災配慮施設の選出誤り」というふたつの誤りが同時に発生したものです。それぞれの誤りの直接的な原因は異なりますが、その背景には、以下の業務プロセス上の問題があったものと考えます。

アンケート実施手順書の不備

アンケート調査の実施については、外部発注に係る手続や情報管理に係る手続は制定されていますが、調査実施の業務プロセスに直接係るルールは制定されていません。

アンケート調査実施の業務プロセスに直接係るルールを制定していない背景には、コンサルティング業務は、既に用意された商品・サービスを提供するものと異なり、個別業務ごとに仕様を定めることから、業務プロセスの内容を「社内共通事務手続」レベルに反映させることが難し

いという考えがあります。しかし、国の施策決定をはじめ、お客さまの意思決定に深く関わるコンサルティング業務は、提出する情報が確実に正確であることは言うまでもなく、情報の収集、整理・分析、取りまとめ等の業務プロセスにおける手続に誤りがあった場合には、情報そのものの信頼を揺るがすことになるため、アンケート調査実施の業務プロセスに係るルールを制定することが必要だと考えます。

事務処理全般における堅確性確保の取り組み不足

今回、「文書で指示すべき事項が口頭でなされていた」、「作業の結果確認が形式的であった」という事実が確認されました。これら当然のことが本業務において行われていませんでした。このことが、指示の伝達誤りや理解の相違を生み、あるいは、チェック漏れを誘発した原因の一つになったと考えます。さらに、これらの事務処理誤りが、担当者間のチェックでは発見できなかったことから、対応部署のチェック体制が脆弱であったと考えています。

事故発生の根本原因の一つとして、対応部署における事務処理全般に係る堅確性確保の取り組み不足があったと考えます。

外部委託先管理の不徹底

弊社では、外部委託先の選定について、事務リスク、法務リスク、コンプライアンス、情報管理、苦情対応等の観点から様々なルールが適切に定められています。さらに、システム開発業務においては、委託先に求める報告要件や進捗管理・課題管理の方法など品質管理に関する詳細なルールが定められています。

しかし、今回のコンサルティング業務で起きた問題では、「仕様変更すべきときに適切な連絡がなされていない」、「外部委託先からの確認報告を確実に得ていない」などコミュニケーション面の疎漏のほか、「発注者である弊社自身がチェックすべき事項をチェックしていない」など検収面の疎漏がありました。

事故発生の根本原因の一つとして、コンサルティング業務において、委託した業務の品質を確保するための外部委託先管理ルールの不徹底と不足があったと考えます。

5 再発防止に向けた取り組み

(1) 弊社としての対応の基本スタンス

弊社では、今回の問題の重要性に鑑み、より抜本的な対応を図るため、通常の報告・対応に加えた体制を整備し、事案対応の統括部署を、業務受託部署である社会経済コンサルティング部ではなく、グループ統括部署であるコンサルティング業務部とし、全社的に事案の直接原因や根本原因・背景を探りました。

本件事案発生の原因は、要すれば、外部委託先管理の不徹底、事務処理手順の不備・不徹底や業務遂行における確実性確保のための取り組み不足ですが、それらを見逃してしまった背景には、事務手続書や外部発注規程等が制定されているものの、その周知が徹底されていなかった、コンサルティング業務における業務実施プロセスを直接規定した明確なルールがなかったという問題があったものと考えます。そのため、弊社として、次に示す再発防止策を策定し、取り組みを進めています。

(2) 再発防止に向けた取り組み

(アンケート実施手順の再徹底【アンケート調査実施ガイドラインの作成】)

アンケート調査は、多数の対象に対して一方向的に配布するため、間違いがあった場合、その修復に多大な労力を要することから、調査実施者は、細心の注意を払い、確認作業を行う必要があります。また、アンケート調査によって把握した統計データは、調査対象母集団全体の傾向を表すものとして取り扱われることから、そのデータの正確性を担保するため、結果の入力・集計・分析にも細心の注意を払い、複数段階での確認作業を行うことが必要になります。

このように正確性の担保に細心の注意が必要です。そのため、弊社では、これまで「アンケート調査チェックシート」において情報管理や外部委託手続の確認をしておりましたが、具体的な作業手順は、現場の個々

の状況に合わせた判断を中心としてきており、このことが一部、指示の不十分さや確認・報告の不徹底を引き起こしたものと考えています。

このような反省に立ち、弊社では、コンサルティング業務におけるアンケート調査の実施において、現場の個々の判断のみに任せるのではなく、標準的な業務フローや具体的な実施手順（ステップごとの確認すべき事項、守るべき手続き、判断の基準等）、標準様式などを定め、誰もが正確に信頼性の高いアンケート調査を実施できるよう努めていきます。

（社内作業の正確性確保）

今回、「文書で指示すべき事項が口頭でなされていた」、「作業の結果確認が形式的であった」という事実が確認されました。このことが、指示の伝達誤りや理解の相違を生み、あるいは、チェック漏れを誘発した原因の一つになったと考えます。

そのため、「作業指示書」等必要な書類の制定を行い、文書による指示の徹底およびチェックリスト等による作業結果確認の徹底を推進します。

（事務処理管理体制の強化【グループ統括部署への事務管理担当者の配置】）

今回の問題では、外部委託先管理の不徹底、アンケート実施手順の不備・不徹底、業務遂行における堅確性確保のための取り組み不足などがあったことから、コンサルティンググループ全体の事務処理全般における管理体制強化が必要と考えます。

今般、グループ全体の事務処理管理体制の構築、厳格な事務処理遂行に向けたルール化を推進するために、統括部署であるコンサルティング業務部内に事務管理担当者を配置します。

（業務の重要性に応じた品質重視の委託先選定スキームの導入）

外部委託先の選定においては、従来、品質・価格の両面を考慮して行ってきましたが、コンサルティング業務では、特に複雑かつ重要な業務について、品質最優先の業務執行体制の構築が必要であると考えます。

そのため、コンサルティンググループでは、業務の重要性に応じて、品質面をより重視した外部委託先選定スキームを導入し、弊社が外部委託先と密接な連携体制を構築した上で、業務を実施する体制を整備します。

(外部委託先管理の堅確化【外部委託先管理業務ガイドラインの作成】)

今回の問題では、「仕様変更すべきときに適切な連絡がなされていない」、「外部委託先からの確認報告を確実に得ていない」、「発注者である弊社自身がチェックすべき事項がチェックされていない」などといった、外部委託先管理に関する一部不十分な点が確認されました。また、委託先においても、結果として作業指示の内容が周知徹底されておらず、その状況を委託者として十分に把握できていなかったことが確認されました。

弊社では、外部委託先管理は「事務手続書」において規定されていますが、コンサルティング業務における直接の業務執行の観点からの細かな作業手順は明確化されておらず、そのことが、不十分な対応を生じさせる一因になったものと考えます。

そのため、コンサルティンググループとして外部委託先管理業務に係るガイドラインを策定し、グループ共通の問題として外部委託先管理業務の堅確化に取り組みます。なお、ガイドライン(上記、「アンケート調査実施ガイドライン」を含む)は、当社規程に則り制定し、通達および当社規程・手続集への掲載を行い、周知徹底を図ります。

また、今回、委託先も含め十分な情報共有、意識共有が図られていなかったことの反省に立ち、外部委託先管理において、委託先も含めた担当者間で情報共有を行い、すべての担当者が同じ意識で業務に携わることができるよう周知徹底します。

(研修の実施)

再発防止策が実効性のあるものとして継続的に機能するためには、今

回の問題の発生原因も含め、各部員が上記ガイドライン等を確実に理解することが必要だと考えます。

そこで、コンサルティンググループ各部に対して上記ガイドラインをもとにした研修を実施し、再発防止に向けた取り組みを推進します。

(3) 再発防止策の実施スケジュール

再発防止に向けた取り組みでは、「事務処理管理体制の強化」として、統括部署内への事務管理担当者の配置を既の実施し、グループ全体の事務処理管理体制の構築、厳格な事務処理遂行に向けたルール化を推進しています。

また、「研修の実施」については、対応部署において、本問題の発生原因や再発防止に関する研修を既に二度実施するとともに、コンサルティンググループ内各部で情報共有や注意喚起等を実施していますが、今後は、8月末を目途にガイドライン等を取りまとめ、その後、ガイドライン等に基づく「アンケート実施手順の再徹底」、「社内作業の正確性確保」、「外部委託先管理の堅確化」に関する研修を9月末までを目途に実施していきます。

「業務の重要性に応じた品質重視の委託先選定スキームの導入」については、下期以降に向けた課題として、既に統括部署において検討を開始しています。

これら再発防止策の取り組み状況は、全社的組織である「事故対応検討PT」が引き続きモニタリングを行うとともに、必要な指示・指導を行い、結果を厚生労働省へ報告します。

6 確実な業務遂行に向けた体制整備

弊社では、国の施策立案に必要な重要データへの信頼性を揺るがしかねない今回の事故を重大な問題と受け止め、全社的な体制により再発防止ならびに信頼回復に今後も努めていく所存です。

これに加え、第18回医療経済実態調査の完遂に向けては、業務全体のマネジメント機能強化、事務処理誤り再発防止のためのチェック機能強化、報告・連絡・指示・確認等の徹底に向けたリスク管理体制の強化に取り組んでいきます。

(業務全体のマネジメント機能強化)【ポイント】

医療経済実態調査の実務経験も豊富な管理職を、新たにプロジェクトリーダーとして実施メンバーのトップに配置します(配置済)。

なお、旧プロジェクトリーダーは、サブリーダーとします。

(事務処理誤り再発防止のためのチェック機能強化)【ポイント】

業務の重要性に鑑み、統括部署内に事務管理担当を配置し、かつ対応部署内に事務処理チェック担当を配置して、外部委託や社内スタッフが実施する作業については、両担当共同の上、業務遂行上の第三者チェックを推進します(配置済)。

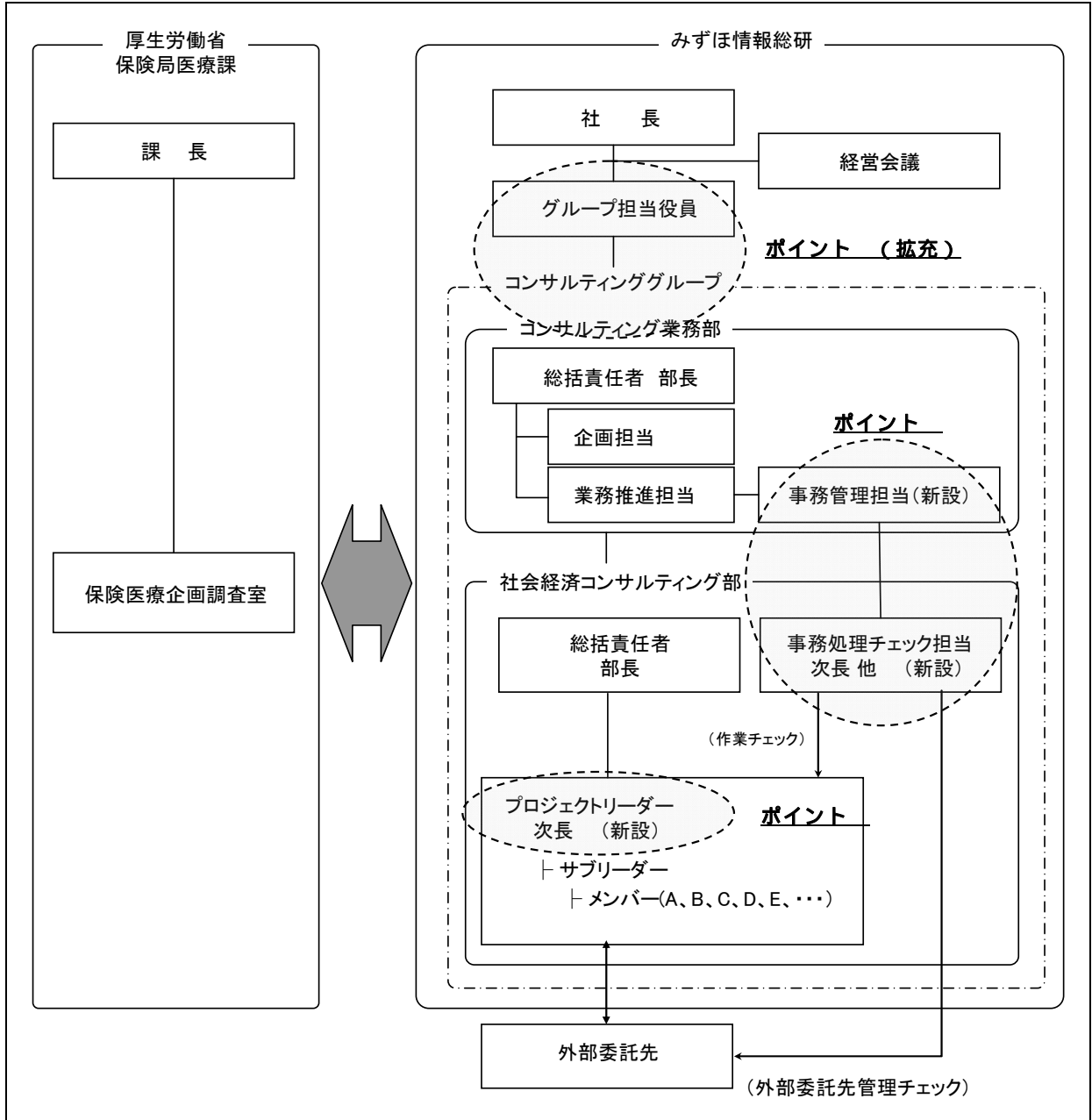
(リスク管理体制の強化)【ポイント】

前述の再発防止策の検討とは別に、業務実施状況について、2週間に1度、コンサルティング業務部およびグループ担当役員へ報告を実施します。さらに社長へも、原則月に1度、報告を実施します(実施中)。なお、定期的な報告に加え、状況に応じて、適時、報告を行っています。

今後は、アンケート調査で得られた医業経営等の実態把握に係るデータ入力・精査・集計の作業があります。これらの作業については、従来の業務で行っていたとおり、データを取り扱う重要なポイント（調査票受付時、データ入力時、疑義照会時、データ精査時、データ集計時）ごとに、複数名による目視チェック、ベリファイ（2度入力）による入力データの突合、チェック用プログラムによる論理チェック、自動集計と手集計の突合確認など、複合的なデータチェックを一定の判断基準やデータ精査に係る確認手順書に基づき行い、データの信頼性確保に取り組んでいきます。

さらに、これら作業が正確に実施されていることを事務処理チェック担当者および統括部署に配置された事務管理担当者がチェックすることで、さらなるデータの正確性・信頼性の確保に取り組んでいきます。

図表3 今後の業務実施体制



以上