

千葉県がんセンター公的研究費内部監査規程

令和元年8月29日制定

令和3年4月1日改正

(趣旨)

第1条 本規程は、「千葉県がんセンター公的研究費不正防止計画」(以下「不正防止計画」という。)の2の(15)の①に規定する内部監査について、必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 内部監査(以下「監査」という。)は、千葉県がんセンター(以下「センター」という。)における、競争的研究資金を中心とした公募型の公的研究費(以下「研究費」という。)の管理について、センター全体の視点から公正かつ客観的に調査及び検証し、その監査結果に基づき、助言、提言を行うことにより、不正の発生の可能性を最小にすることを目的とする。

(監査体制)

第3条 監査は、不正防止計画の2の(1)の①に規定する最高管理責任者である千葉県がんセンター病院長(以下「病院長」という。)の統括のもとに行う。

2 不正防止計画の2の(1)の①に規定する内部監査部門(以下「監査部門」という。)は、病院長直轄の組織に位置付け、監査部門の責任者(以下「部門責任者」という。)に副病院長を置き、監査に必要な権限を付与する。

3 監査員は、不正防止計画の2の(15)の①に規定する監査担当者、すなわちセンター事務局職員のうち、研究費経理担当者を除く者をもって充て、監査部門を構成する。

4 監査部門は、監査の効果を発揮するため、センターのコンプライアンスを包括する部署や外部からの相談を受ける窓口等、センター内のあらゆる組織と連携する。

(監査の実施)

第4条 監査部門は、毎年度定期的に、ルールに照らして会計書類の形式的要件等が具備されているかなど、財務情報に対するチェックを複数回実施する。

2 監査部門は、センター全体のモニタリングが有効に機能する体制となっているか否かを確認・検証するなど、センター全体の見地に立った検証機能を果たすため、研究費の管理体制の不備の検証を行う。

3 監査部門は、上記1、2に加え、不正防止計画の2の(15)の①に規定する不正防止計画推進部署との連携を強化し、不正が発生するリスクに対して、重点的にサンプルを抽出し、抜き打ちなどを含めた監査を実施する。

4 監査部門は、監事との連携を強化し、必要な情報提供等を行うとともに、センター内の不正防止に関する内部統制の整備・運用状況や、モニタリング、内部監査の手法、競争的研究費等の運営・管理の在り方等について定期的な意見交換を行い、効率的・効果的かつ多角的な監査を実施する。

5 監査は、別に定める「千葉県がんセンター公的研究費内部監査手順書」に基づき実施する。

(監査の種類・方法)

第5条 監査は、通常監査、特別監査、リスクアプローチ監査及び臨時監査とし、書面調査、実地調査及びヒアリング調査により行う。

- (1) 通常監査とは、毎年度一定時期に行う収支簿の確認、証拠書類（領収書、見積書、納品書等）の確認、備品（消耗備品及び固定資産）の管理・保管・寄付手続きの確認等、研究費の適正な執行を確認する書面調査をいう。
- (2) 特別監査とは、通常監査に加えて実施するものであり、特に備品の管理・保管状況の実査確認を含めた調査をいう。
- (3) リスクアプローチ監査とは、センターの体制や実態に即し、不正が発生し易い要因を分析し、不正が発生するリスクに対して重点的にサンプルを抽出し、抜き打ちなどを含めた監査を実施するものであり、次のことを行う。
 - ア 研究者の出張（目的、概要、宿泊場所等）に関するヒアリング
 - イ 臨時勤務者の勤務実態（勤務内容、勤務時間等）に関するヒアリング
 - ウ 換金性の高い物品に関する管理状況の確認
 - エ 予算執行が研究計画に比して著しく遅れている研究者へのヒアリング
 - オ その他必要と認められる事項
- (4) 臨時監査とは、病院長が必要と認めたときに行う監査をいう。

(権限)

第6条 監査員は、監査を実施するにあたり、被監査部署または対象者に必要な帳票類の提出及び関係者からの説明を求めることができる。

- 2 被監査部署または対象者は、監査員が実施する監査の遂行に協力しなければならない。

(監査計画)

第7条 監査を実施するときは、部門責任者は監査項目、監査日程、監査員氏名、その他必要事項を記載した監査計画書を作成し、監査実施の10日前までに被監査部署または対象者に文書で通知しなければならない。

- 2 前項にもかかわらず、リスクアプローチ監査を実施する際は、被監査部署または対象者に対する文書による事前の通知を必ずしも要しないものとする。
- 3 監査計画は、過去の内部監査や、統括管理責任者及びコンプライアンス総括責任者が実施するモニタリングを通じて把握された不正発生要因に応じて随時見直し効率化・適正化を図る。

(監査報告)

第8条 部門責任者は、監査結果について報告書（以下「監査報告書」という。）を作成し、病院長に提出しなければならない。

- 2 部門責任者は、監査の結果、是正または改善を要する事項を認めたときは、その旨を監査報告書に記載しなければならない。
- 3 病院長は、監査報告書により是正または改善が必要な事項を確認した場合、被監査部署または対象者の所属長に対し、是正・改善措置を指示し、指定する期日までに是正・改善報告書を提出させることとする。

- 4 病院長は、監査結果について、コンプライアンス教育の一環として、センター内で周知を図り、類似事例の再発防止を徹底する。
- 5 不正防止計画推進部署は、監査結果を不正防止計画に反映させる。

(監査報告書の保存)

第9条 監査報告書及び関係書類は、監査部門にて5年間保存する。

(改廃)

第10条 この規程の改廃は、不正防止計画及び関連する諸規程が改訂された場合の他、研究費の管理上必要と認めた場合に、病院長の決裁をもって行う。

附 則

この規程は、令和元年8月29日から施行する。

この規程は、令和3年4月1日から施行する。