

(2) 計算結果を活用した分析の視点

本調査研究は、複数の病院の経営情報を統一的ルールに則り計上、配賦を行い診療科別原価を算出する仕組みを検討した。そのため、前述の通り、本調査研究では、病院別の部門別原価計算結果を比較することや、そこから得られた経営上の課題等を評価することを目指してはいないが、より多数の医療機関からデータを収集することにより、以下に示したような分析の視点に基づき比較を行うことが可能である。合わせて、協力医療機関に対しては経営管理を行う上で必要となる以下のような情報が提供可能である。

【分析の視点（例）】

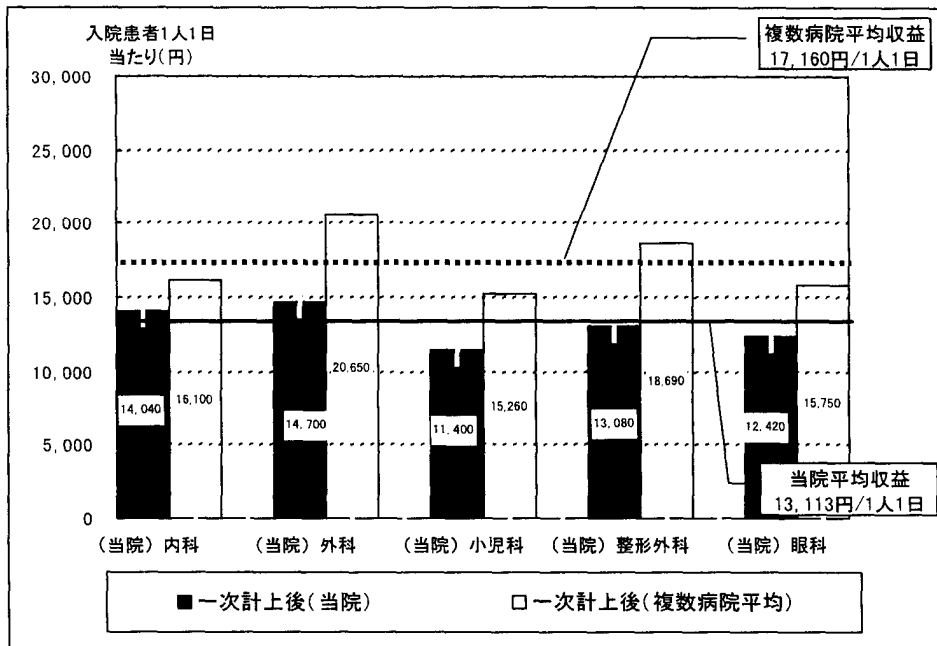
- ◇ 診療科別、患者1人当たり入院1日もしくは外来1回当たりの原価算出
- ◇ 各部門の医業収益合計に占める費用額の分析

【経営管理に資する情報提供（例）】

- ◇ 診療科別の経営実態を定量的に把握することができる。
- ◇ 病院内の診療科別比較の観点と合わせ、他施設のデータと比較が可能になる。
- ◇ 各病院の経営改善にあたっての課題を診療科別に明らかにすることが可能になる。
- ◇ 本調査研究では、診療科別原価計算方法を全て明らかにしているため、年度ごとのデータ等を蓄積し集計すれば、経年比較を行うことも可能となるため、各種対策実施後の評価も可能である。

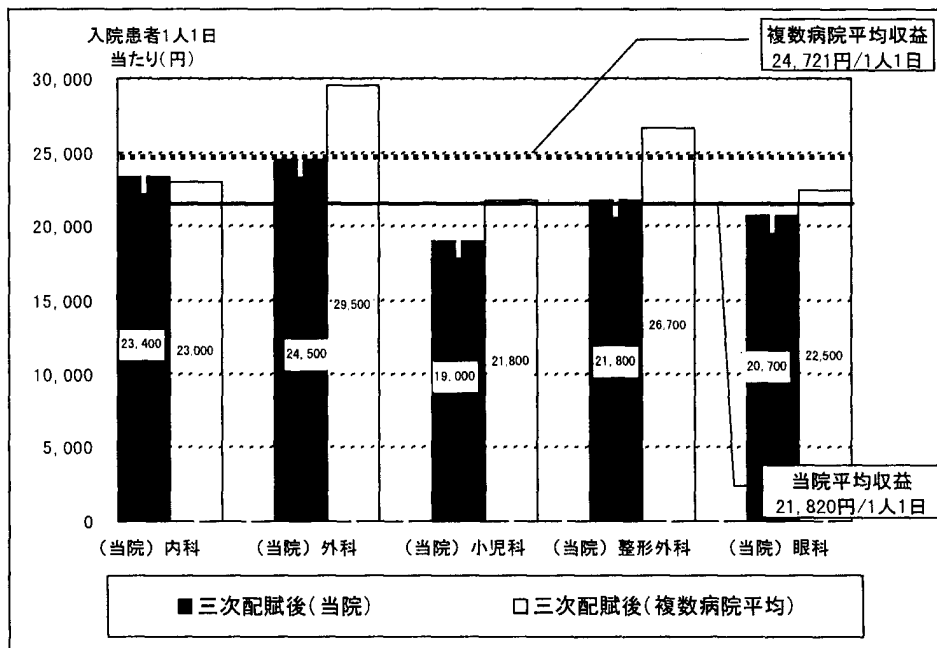
図表14・A 診療科別入院患者1人1日当たり医業収益
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)～

【一次計上】



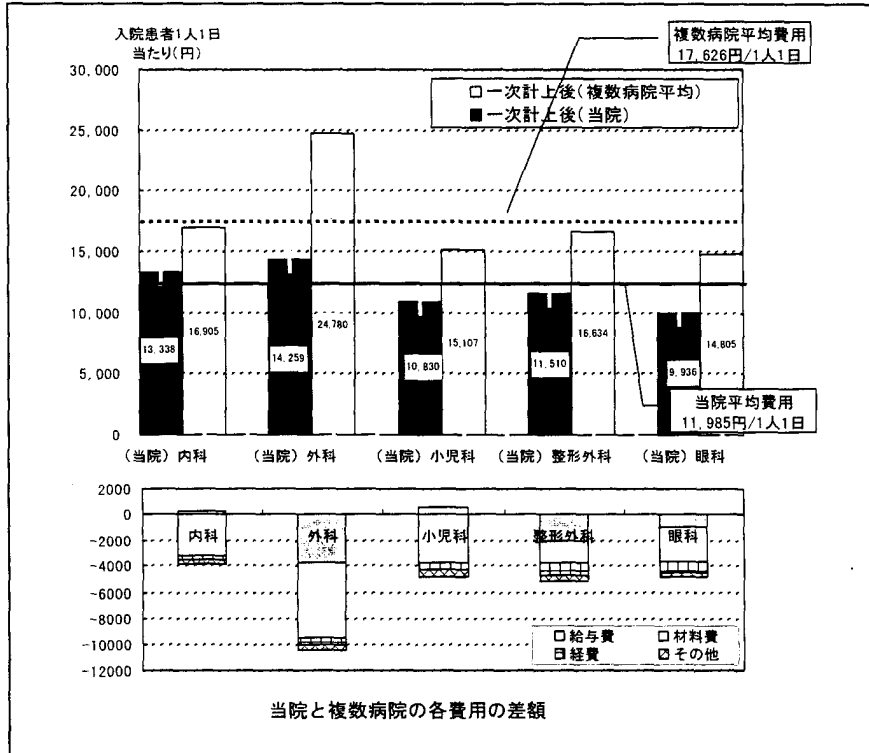
図表14・B 診療科別入院患者1人1日当たり医業収益
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)～

【三次配賦】



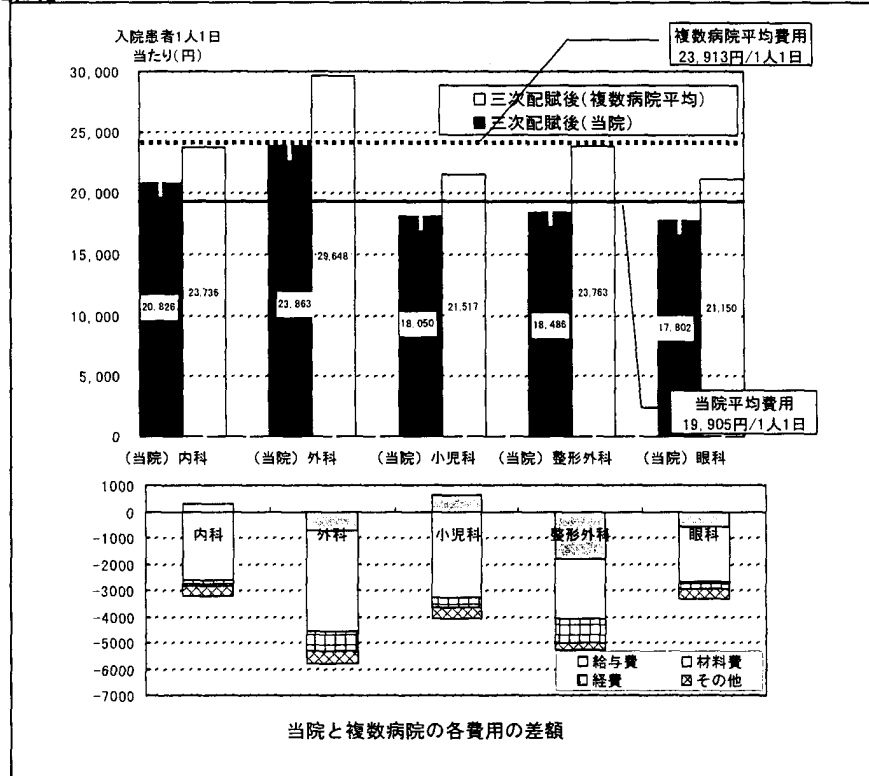
図表15・A 診療科別入院患者1人1日当たり医業費用
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)～

【一次計上】



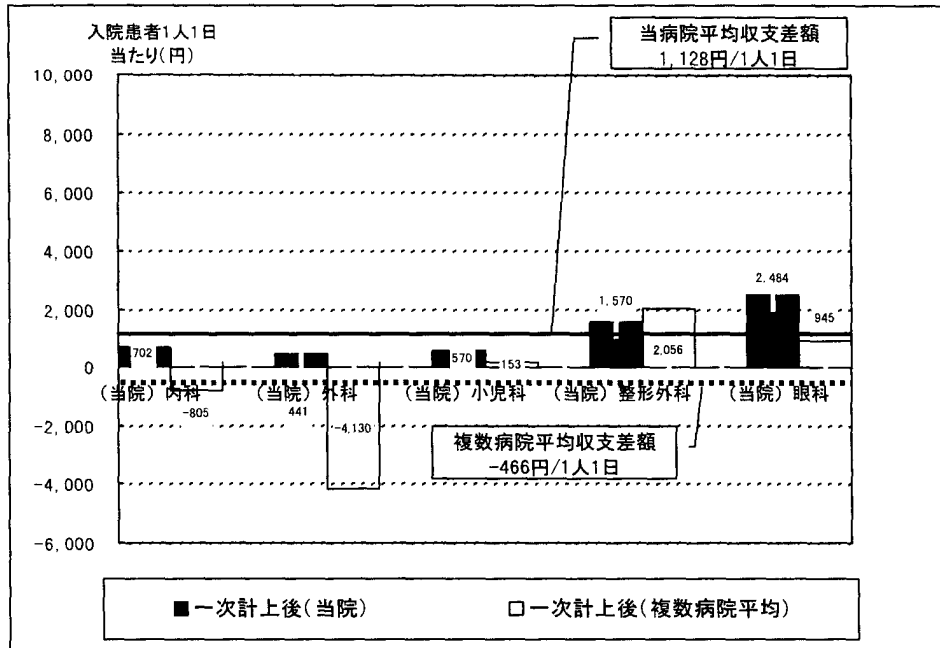
図表15・B 診療科別入院患者1人1日当たり医業費用
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)～

【三次配賦】



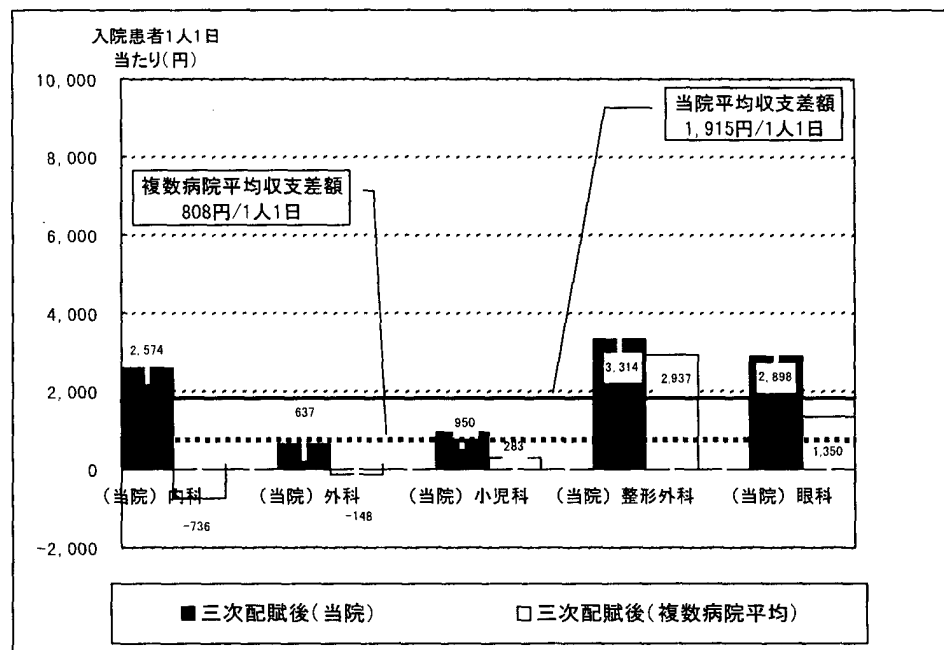
図表16・A 診療科別入院患者1人1日当たり収支差額
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)

【一次計上】



図表16・B 診療科別入院患者1人1日当たり収支差額
～当院, 複数病院平均の比較 (分析イメージ)～

【三次配賦】



図表16 分析（例）

○職員配置の分析	
医師（診療科別）	=常勤換算医師数÷入院患者延べ数（もしくは外来患者延べ数）×100
看護師（診療科別）	=常勤換算看護師数÷入院患者延べ数（もしくは外来患者延べ数）×100
医療技術員（病院全体）	=常勤換算医療技術員数÷入院患者延べ数（もしくは外来患者延べ数）×100
事務職員等（病院全体）	=常勤換算事務職員数÷入院患者延べ数（もしくは外来患者延べ数）×100
○収入関連の分析	
入院患者1日1人当たり収入	=入院収入÷入院患者1日当たり延べ数
外来患者1日1人当たり収入	=外来収入÷外来患者1日当たり延べ数
○費用関連の分析	
人件費比率	=給与費÷医業収益×100
材料費比率	=材料費÷医業収益×100
経費比率	=経費÷医業収益×100
委託費比率	=委託費÷医業収益×100
減価償却費比率	=減価償却費÷医業収益×100
○貢献利益率の分析	=（医業収益－変動費）÷医業収益×100
○労働生産性の分析	= { 医業収益－（材料費+経費+委託費+減価償却費） } ÷ 常勤換算職員数
○労働分配率の分析	= 給与費 ÷ { 医業収益－（材料費+経費+委託費+減価償却費） } × 100
○補助・管理部門費比率	= 医業収益 ÷ 配賦された補助・管理部門費 × 100
○中央・診療部門収入・費用比率	= 医業収益 ÷ 中央診療部門収入（もしくは費用） × 100

IV 考察

1. データ収集上の課題

(1) レセプト・データ

本調査研究においては、原価計算方法の性質上、レセプト・データの提供を必須としていたが、磁気媒体で、かつ、レセプト電算フォーマット形式（またはその類似形式。具体的にはE,Fファイル。）で提供可能であった病院は8病院中5病院であった。また、提供可能であった5病院においても2病院は集約データとE、Fファイルであり、完全なレセプト電算フォーマット形式は3病院であった。

各種配賦を行う上で重要な係数となるレセプト・データの収集にあたっては、協力病院を募る段階において、必要なデータ形式を具体的に定時して調整していくことが重要であることが明らかとなった。

(2) 勤務時間調査

本調査研究においては診療科別に5名程度の医師、看護師に回答を求めた。しかしながら、①実際にはそれを下回る数しか回収できなかった病院もあったこと、②回答者の勤務パターンが必ずしも標準的な勤務パターンではなかったこと、③交替勤務のタイミングにより調査対象期間7日分の全ての記載が得られなかったこと等から、以下のような問題が生じた。

- ・部門間の勤務時間に大きな違いが生じていたこと。
- ・入院、外来患者がいるにもかかわらず、医師、看護師の勤務時間があがらなかった診療科が生じていたこと。
- ・中央診療部門での勤務時間が不明確な（即ち書かれていない）ケースがあったこと。

以上を踏まえ、勤務時間調査の対象者数、記入日数については、現場職員の負担を勘案しつつも、調査対象病院の労務実態を踏まえ期間を限定した上で、悉皆調査を行う等の手法の検討が必要であることが明らかとなった。

(3) 基礎データ I（入力シート）等

基礎データ I については磁気ファイルへの直接入力方式によるデータ収集方法を採用した。そのため、部門別原価計算の処理時間の短縮には寄与した。一方、入力値の不備、無回答欄の処理にあたっては個別病院への問い合わせが必要であり、回収後の照会体制が不可欠であることが明らかとなった。

2. 計算方法に関する課題等

(1) 部門設定

本年度調査研究では、入院・外来別に診療科を単位とするコスト分析を行うことができた。

ただし、最終原価部門である診療科については、記述式の入力シート（基本データⅠ）とレセプト・データ間で診療科名が一致しない、もしくは患者数が計上されていても収益がカウントされていないといった問題が発生するケースがあることが分かった。

このため、協力病院への説明段階で部門設定の方針を調整した上でデータ収集を行うことの必要性が明らかになった。

加えて、今後は診療科単位の集計のみならず病棟単位での収益、コストを把握することを目的に、分析プログラムに再集計機能を付加していくことも検討する必要があると考えられる。

(2) 直課及び配賦等の共通ルール

前年度までの調査研究により、コストの部門別直課は病院個別のルールにより行なわれる傾向にあることが明らかになっている。そのため、本年度の一次計上では、純粋に直課可能な費目を除き基本的に共通のルールにより配賦を行うことで、病院の個別ルールの影響を減ずる工夫をしている。

しかしながら、病院間比較を前提とする場合の直課及び配賦に関する共通ルールには、費目及び部門、それぞれの基準についての妥当性など、今後さらに詳細な検討を行う必要がある。

また、今回の調査研究で用いた調査票は、平成15年度時点の病院会計準則に則ったものとしている。そのため、当該病院会計準則は委託費の細目記載を求めているので、委託の内容に応じた適切な直課、配賦の方法が選択されていない可能性もある。例えば、委託費に検査委託費が含まれている場合でも、延べ患者数を用いて全部門を対象に計上されることとなっており、委託の内容が把握できる調査票に変更するとともに、その内容に応じた適切な直課・配賦の方法を検討する必要があることが明らかとなった。

(3) 中央診療部門と診療行為

本調査研究では、レセプト・データを中央診療部門の各部門に分類する際に、基本的にはレセプト・データ上の診療識別コードを用い、例えば、手術部門には診療識別コードの「手術」、検査部門には「検査」を、画像診断部門には「画像診断」、「放射線治療」、リハビリテーション部門には「リハビリテーション」を、薬剤部門には「投薬」、人工透析部門には「人工腎臓」、栄養部門には「食事療養」、地域連携には「在宅医療」を対応付けた。

また、レセプト・データ上の診療識別による対応付けの難しいものについては診療行為（コード）による対応付けを行っている。このため、例えば中央診療部門に設定された「手術室」で行われる「D206 心臓カテーテル法による諸検査」が手術部門に計上・配賦されず、

診療報酬点数上の「検査」のまま検査部門へ計上・配賦されることになる。

このように中央診療部門内の各部門について、臨床現場における責任センターを単位に部門設定を行う場合があることから、レセプト・データの診療識別・診療行為（コード）により部門設定を行う際には、その対応関係の整理が必要であることが明らかとなった。

(4) 中央診療部門に設定された収益、費用の配賦に用いる「等価係数」

本年度調査研究では、中央診療部門から入院・外来部門へ収益、費用を配賦する際に、レセプト・データをもとに集計した医療行為の実施回数と、平成 13 年度調査研究で作成した「等価係数」の積を用いることで、より実態に即したサービス単位別の配賦を行なうことが可能となっている。

ただし、「等価係数」は平成 13 年度調査研究において手術部門、検査部門、画像診断部門においてのみ作成されており、中央診療部門のその他の部門（例：リハビリテーション部門、薬剤部門等）については「等価係数」を作成していない。また、既存の「等価係数」についても特定の病院データのみをもとに作成したものであり、各病院の実状に即したものであるかは確認できていない。上記 2 点に関しては今後の課題として、さらに検討を行う必要があると考えられる。