

(2) 事後調査

本調査研究の作業状況・調査票の難易度や、参加病院から見た本調査研究の計算結果に関する意見及び本調査研究への要望等を聴取するために、調査終了後にアンケート調査(事後調査)を実施した。

① 事後調査概要

(a) 回答状況

- 調査対象  
全調査対象病院：88病院
- 回答率  
72.7% (64病院/88病院)
- 回答者  
本調査研究担当者・病院の原価計算担当者

② 事後調査結果

(a) 本調査研究の実施状況

ステップ1、2、3のそれぞれの調査における調査票作成・提出状況は以下のとおりであり、「収支計算ファイル」と「医師勤務調査」について作成が難しいと感じる病院が多かったものの、いずれのステップにおいても「作成に問題なく提出」あるいは「概ね期日前後に提出」と回答した病院が概ね90%程度であった。

図表 3-3-11 調査票作成状況

	ステップ1	ステップ2	ステップ3		
	レセプト・E ファイル	部門設定調 査	収支計算 ファイル	医師勤務調 査	実施場所調 査
	n=64 n (%)	n=64 n (%)	n=64 n (%)	n=64 n (%)	n=64 n (%)
・作成に問題なく提出	55 (86%)	31 (48%)	13 (20%)	11 (17%)	23 (36%)
・難しい箇所があったが、概ね期日後に提出	7 (11%)	30 (47%)	45 (70%)	46 (72%)	36 (56%)
・難しい箇所があり、期日に間に合わなかった	1 (2%)	2 (3%)	6 (9%)	7 (11%)	3 (5%)
・その他	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)

次に、上記の各調査票のうち特に難しいと感じる病院が多かった「収支計算ファイル」「医師勤務調査」について、難しいと感じた箇所の集計結果を、図表 3-3-12 に示す。

図表 3-3-12 調査票作成で難しかった点

	n	(%)
入院部門・病棟別・診療科別患者の数え方	13	(20%)
病院の会計科目と調査票の科目あわせ	25	(39%)
1ヶ月の収支計上	13	(20%)
職種別給与費および賞与の記入	21	(33%)
歯科及び保険外診療医業収益の診療科への振り分け	18	(28%)
歯科及び保険外診療医業収益の中央診療部門への振り分け	26	(41%)
診療科兼任の看護師・職員の人数の算出	30	(47%)
複数部門で共有する面積の算出	28	(44%)
調査票内のチェック用数値との整合	26	(41%)
記入要領がわかりづらい	13	(20%)
その他	3	(5%)

	n	(%)
医師勤務時間の部門別振り分け	43	(67%)
診療科に属していない医師の記入	16	(25%)
救急外来など複数の診療科担当の場合の記入	25	(39%)
医師の勤務体系や経験年数などの記入	15	(23%)
診療時間以外の時間の記入	26	(41%)
時間数の算出方法	11	(17%)
その他	6	(9%)

また、平成19年度調査は平成18年度調査における病院の意見を踏まえ、調査実施の順番や調査票に工夫を施した。平成18年度から本調査研究に協力している病院に平成18年度と比較した調査票作成作業について調査したところ、回答のあった49病院における状況は以下のとおりであった。

図表 3-3-13 平成18年度と比較した調査票作成状況

	n	(%)
平成18年度と比べると楽になった	18	(37%)
平成18年度と比べると難しくなった	10	(20%)
特に違いは感じなかった	21	(43%)

回答病院のうちの43%の病院が「特に違いを感じない」と回答した。また、平成18年度との差を感じた具体的な内容については、「調査全体の手順や流れが変わったこと」「調査票にチェック用数値が付加されたこと」等によって作業が楽になったと感じる病院が多く、「歯科・保険外収益の部門別の割り振り方法の変更」等については作業が難しくなったと感じた病院が多かった。

(b) 本調査研究の計算結果についての意見

収支計算が終了した病院に対して本調査研究の計算結果の概要を送付し、診療科別収支に関する病院の認識と一致しているかどうかについて調査した。回答があった60病院の意見は以下のとおりである。

入院・外来の収支の比率、入院診療科・外来診療科の収支のバランスについて、「完全に一致している」と答えた病院は少なかったものの、半数以上の病院が「一致している・ほぼ一致している」と回答した。

図表 3-3-14 診療科別収支計算結果への意見

入院部門・外来部門の比率が貴病院の認識と一致するか		n = 60	
	n	(%)	
一致している	3	(5%)	
ほぼ一致している	33	(55%)	
一致していない	10	(17%)	
不明・わからない	14	(23%)	

入院部門の診療科間のバランスが貴病院の認識と一致するか		n = 60	
	n	(%)	
一致している	2	(3%)	
ほぼ一致している	32	(53%)	
一致していない	9	(15%)	
不明・わからない	17	(28%)	

外来部門の診療科間のバランスが貴病院の認識と一致するか		n = 60	
	n	(%)	
一致している	1	(2%)	
ほぼ一致している	32	(53%)	
一致していない	8	(13%)	
不明・わからない	19	(32%)	

(c) 本調査研究に対する要望

調査対象病院はこの部門別調査研究からどのような情報を知りたいかについて、いくつかの案を提示してその意向を調査したところ、「他院の診療科別収支計算結果を知りたい」という要望が多かった。また、自院の原価計算の参考にするために、本調査研究の計算方法の手引書や計算ソフト、等価係数のデータ等に関心を示す病院も多かった。各案に対する要望の集計は図表 3-3-15 のとおりである。なお、それぞれの項目についてより具体的な要望の記入を求めたところ、「3. 他院の診療科別計算結果」について、「地域、開設主体、病床規模や外来規模が同じ病院の結果と比較して、自院の問題点を把握したい」という意見が多数を占めた。

図表 3-3-15 本調査研究からの情報入手の要望

情報入手の要望(複数回答)		n = 64	
	n	(%)	
1 自院のレセプト診療科別計算結果	36	(56%)	
2 自院の標榜診療科計算結果	29	(45%)	
3 他院の診療科別計算結果	49	(77%)	
4 自院および他院の、レセプト診療科以外の区分で算定した収支(手術部門等)	37	(58%)	
5 計算方法の手引書	45	(70%)	
6 計算ソフト	41	(64%)	
7 等価係数の全データ	38	(59%)	
8 調査研究報告書	37	(58%)	
9 その他	5	(8%)	

また、本調査研究の結果を各病院でどのように活用できるかを聞いたところ、ここでも「他院との比較、ベンチマークを実施する」という意見が多かった。

図表 3-3-16 病院における本調査研究の利活用

病院における本調査研究の利活用(複数回答)		n = 64	
	n	(%)	
病院全体の診療科別収支状況を把握する	36	(56%)	
本調査研究の手法を部分的にとり入れる	27	(42%)	
他病院と比較して、ベンチマークの手段	43	(67%)	
継続参加により、自院の収支を経年的にチェックする	21	(33%)	
自院の経営企画の参考資料として用いる	31	(48%)	
その他	4	(6%)	

#### 4. ヒアリング調査

前述の「事前調査」から、院内での積極的な診療科部門別原価計算の実施・活用の状況がうかがえた以下の5病院に対して、病院での原価計算実施状況や本調査研究に対する意見を聴取するためのヒアリング調査を実施した。

##### (1) ヒアリング調査対象病院

	G病院	H病院	I病院	J病院	K病院
病床数	200～199床	500床以上	500床以上	200～199床	20～199床
開設主体	医療法人	国立・公立	医療法人	医療法人	医療法人
収支把握開始年度	平成16年	平成15年	平成8年	平成2年	平成15年

##### (2) ヒアリング内容

###### ① ヒアリング対象者

- 病院経営層（理事長・院長等） ●診療科別部門収支の報告を受ける立場（診療科長等）
- 診療科部門別収支や原価計算の担当者 等

###### ② ヒアリング項目

- 病院での原価計算実施状況 ●病院での原価計算利活用状況
- 本調査研究への意見・要望 ●その他医療の原価等についての意見

##### (3) ヒアリング調査結果

各病院からのヒアリング内容は、以下のとおりである。

###### ① ヒアリング結果概要

###### (a) 病院での原価計算実施状況

各病院は、病院の特性や目的にあわせて原価計算方法を工夫しており、その算定方法及び結果の利用方法は様々であった。

特に間接原価の配賦については、「病院内で職員の納得を得るために、費用は極力診療科に直課する方針」（H病院）、「日常的な収支の算定においては直課可能な経費だけを対象としている」（K病院）という例があった。また、間接原価を配賦している場合でも、「配賦基準については院内で意見が寄せられることがあるが、毎年同一基準で実施しているということで職員の納得を得ている」（I病院）という病院もあり、原価計算方法、特に間接原価の配賦については、院内の職員の納得性を重視して仕組みを構築していることがうかがえた。このような計算方法に関する検討も含めた原価計算の実施は手間のかかることではあるが、各病院では、原価計算は院内の経営管理の手段として利用価値が高いという認識のもとに取り組んでいる様子であった。特に、以前から原価計算を実施している病院では、病院の経営判断や院内の管理のために原価計算が有効に活用され、継続的に実施されていた。

診療科別収支や部門別収支の計算手段としては、病院が独自に作成した仕組みや管理会

計システムで対応しているところが多かった。収支計算の一部について外部の民間コンサルタントを利用している病院からは、「他の病院との比較ができる点が良い。ただし、計算過程が開示されないのが難点」（G病院）という声があった。

###### (b) 病院での原価計算の利活用状況

ヒアリング対象病院においては、原価計算を原価管理、業績評価、投資の判断等の目的のために有効に利活用していた。利活用している情報は、収支金額に限らず、原価計算実施過程の情報（職員タイムスタディの情報（H病院））、経時的なトレンド（I病院、J病院）等も含まれ、各病院がそれぞれの目的にあったものを選択していた。具体的な利活用の目的を例示すると、以下のとおりである。

- 原価管理、予算管理
- 診療科の再構成等の判断
- 診療科・部署・職員の業績評価
- 医療機器購入・職員の採用等の判断
- 診療科別・部門別原価のモニタリング
- 業務フローの見直し
- （社外のコンサルタント等に依頼している場合）他病院との比較

利活用の方針については、全ての病院が「ある時点での診療科や部門の収支金額（赤字か黒字か）だけで診療科の評価や存続の判断をするつもりはない」という点で一致していた。その理由としては、「医療は、収支の赤字・黒字によって継続を判断するようなものではない」「診療科は独立したものでないため、不採算な診療科を辞めるといった判断にはならない」「診療科の収支には診療報酬点数の違い等が影響しており、ある時点の結果で評価するべきではない」等という考え方が挙げられた。

具体的な利活用の方法として、「収支が悪い診療科のモチベーションが下がらないような改善策を考えるために利用する」（G病院）、「院内で原価計算を実施する過程そのものが業務改善につながる」（H病院）、「経時的な変化の情報を経営改善につなげる」（I病院）、「収支だけでなく他の活動実績（病床回転率等）をあわせて判断する」（J病院）、「経営層として病院のどの部分で利益が確保できているかを判断する」（K病院）といったことが挙げられた。

###### (c) 本調査研究への意見・要望

各病院に本調査研究の計算結果（速報値）を提示し、その数値や院内での利活用の可能性について意見を聞いたところ、「レセプト診療科と院内で管理する部門との相違等があるので、そのまま院内の評価に利用するのは難しい部分がある」という病院が多かった。一方、いずれの病院も「統一手法で計算された結果を他の病院と比較できることは有効である」という意見であった。その場合、「自院と特性を同じくする病院（病床規模・開設主体・機能等）と比較したいので、病院特性（病床規模・開設主体等）別の集計、あるいは

は特性等を明示した個別病院の計算結果があるとよい」との共通した要望が挙げられた。その他、「主要疾患や中央診療部門等の区分での計算結果があれば有益」(G・H病院)、「各病院の回答の精度」(H病院)、算定根拠となっている基礎データ(K病院)、医療の成果・アウトカム(G病院)が併記されるとよい」という意見等があった。また、本調査研究の計算ソフトや等価係数データの提供に関心をもつ病院があった(G・I病院)。本調査研究の結果に対する主な要望をまとめると以下のとおりである。

- 他の病院との収支の比較資料の開示
- 調査対象病院の平均的な収支状況の開示
- 調査対象病院の病院ごとの収支の開示  
(上記いずれも、病床規模・開設主体等の病院の特性別)
- 主要疾患や中央診療部門等、レセプト診療科以外の区分での原価計算結果
- 計算ソフトや原価計算ツール(等価係数等)の提供
- 収支が良好な病院の特徴等、病院の経営改善につながるような資料の提供
- 算定の基礎データ(回答の精度や基礎数値)、アウトカム等の併記

(d) その他医療の原価等に対する意見

ヒアリング対象者から、診療報酬や医療の原価に関する見解を聞いたところ、「手術の報酬がより難易度・危険度を反映させたものになれば望ましい」(J・K病院)、「診療報酬は原価だけでなく、原価に算入されないアイドルコスト(救急の空きベッド等)や医療安全のコスト等を加味すべきである」(H病院)等の意見があった。

② 病院別ヒアリング結果

各病院からのヒアリング結果は、以下のとおりである。

(a) G病院

開設主体	医療法人	原価計算開始年度	平成16年
総病床数	200~499床		
ヒアリング回答者	院長、常務理事、事務部長、医療情報部・経営企画部・財務部職員		

病院での診療科別原価計算実施状況	計算単位・計算頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 月次で病院、クリニック別(健診、リハビリ、訪問看護等)の収支を把握している。</li> <li>• 上半期・下半期ごとに、DPC分類別・診療科別に入院部門の収支計算結果を把握している。</li> </ul>
	計算方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院、クリニック別の収支計算は自院のシステムを用いている。</li> <li>• DPC分類別・診療科別の収支は民間会社に委託している。他社との比較に関しては、アウトカム等がわからないので参考にしきれない部分がある。</li> </ul>
病院での診療科別原価計算利用状況	方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院はある診療科が赤字だからといってやめるわけにはいかない。収支の悪い診療科の職員のモチベーションが下がらないように、その原因を明らかにして施策を考えるために原価計算を使用する。</li> </ul>
	利活用実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>• かつて小児科が赤字だったが、①内服 ②注射 ③処置 ④検査について検討、そのなかで改善可能な②注射の材料の見直しを行った結果、収支が改善して黒字になった。</li> </ul>
「部門別調査」への要望・意見	計算結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入院と外来の比率がおおよそ8:2になっているのは、外来を主に併設のクリニックで診ているためと考えられるので、計算結果に違和感はない。</li> <li>• 病院の認識と相違する箇所は、病院の管理する診療科とレセプト診療科に含まれているものが異なるためと思われる。</li> <li>• 当院の現在のレセプト診療科の内科には、呼吸器科・循環器科等が含まれている。調査結果の有効な活用のために、今後はレセプト診療科の区分を実態にあうように変更する予定。</li> </ul>
	利活用の可能性・要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 規模・機能・開設者などで分けてベンチマークができるとよい。</li> <li>• 診療科別の収支状況だけでなく、医療の成果・アウトカムや、さらに細かく主要疾患別の収支計算結果がわかれば参考になる。</li> <li>• 特殊原価調査による「等価係数」の値を知りたい。</li> </ul>

## (b) H病院

開設主体	国立・公立	原価計算開始年度	平成15年
総病床数	500床以上		
ヒアリング回答者	院長、診療科長、事務局長、経営企画職員		

病院での診療科別原価計算実施状況	計算単位・計算頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な時に、診療科、病棟別の収支が把握できるようにしている。患者別、診療行為別の原価の算定も検討している。</li> </ul>
	計算方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内システム（電子カルテ等）のデータを用いて病院独自の仕組みを構築。院内職員への説得性を考えて、費用は極力診療科に直課する方針。</li> <li>患者の重症度や一人あたり資源投入量の重み付けのために、電子カルテのアクセスログを用いる方法を考えた。</li> <li>年に2週間、職員のタイムスタディを実施する。手術については、個別の手術に関する実際の発生原価を算定している。</li> </ul>
病院での診療科別原価計算活用状況	方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科別収支そのものよりも、院内で原価計算を実施する過程が業務の見直しや改善につながる、という副次的な効果を重視している。</li> <li>原価計算結果をもとに、院内の部署間（診療科と検査室等）で病院運営や診療に関する議論ができるとよいと考えている。</li> <li>自治体病院は自らコントロールできる費目が少ないので、原価計算を経営管理のツールとして利用していきたい。</li> </ul>
	利活用実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>職員のタイムスタディを実施することにより、例えば看護師のカンファレンス時間を半分に短縮することができた。</li> <li>原価計算をもとにしたCVP分析<sup>2</sup>により、医療機器（MRI,CT）の適切な稼働量や追加購入の必要性を判断することができた。</li> </ul>
「部門別調査」への要望・意見	計算結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>レセプト診療科は院内の管理と異なる部分があるため、そのまま判断ができない。</li> <li>入院部門と外来部門との比率が、自院で把握しているものと違う。</li> </ul>
	利活用の可能性・要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>統一手法での複数病院の計算結果は貴重なので、ベンチマーキングの材料として、特に同一開設主体間での比較がしたい。</li> <li>自院、他院の中央診療部門の収支が見たい。</li> <li>計算結果の提示の中で参加病院がどの程度の精度で回答したかが明示できれば、比較する際に他病院の結果の信頼性の判断の助けとなり、参考になる。</li> <li>医師勤務調査・実施場所調査の負荷が高い。</li> </ul>
その他医療の原価等に対する意見		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療報酬は原価だけでなく、必要なアイドルコストや医療安全のコストを加味すべき。</li> </ul>

## (c) I病院

開設主体	医療法人	原価計算開始年度	平成8年
総病床数	500床以上		
ヒアリング回答者	院長、理事、経営企画室職員		

病院での診療科別原価計算実施状況	計算単位・計算頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>月次で診療科別の収支計算を実施。</li> <li>診療科別と同時に、「部門」（院内でいくつかの診療科をまとめて6「部門」を設定。例えば、救急、中央診療等）別、病棟別の収支を計算している。</li> </ul>
	計算方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院のシステムで計算。</li> </ul>
病院での診療科別原価計算活用状況	方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科によってはどうしても黒字にできないところがあるので、診療科間の比較には使用しない。病院は固定費部分が多いので、赤字の疾患であっても稼働率上昇が収支にとってプラスになると考える。</li> <li>「部門」別の収支は、毎月の部門会議で報告する。</li> <li>月次数値の経時的な推移から、イレギュラーな変化がないかを見ている。</li> </ul>
	利活用実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>経時的な推移の中でイレギュラーな変化があれば、原因を追究している。</li> </ul>
「部門別調査」への要望・意見	計算結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>当院の計算結果と比べ、入院と外来の比率は概ね一致しているが、診療科別に見ると異なる箇所がある（入院では、形成外科・耳鼻科は類似、小児科・内科が不一致。外来では、精神科・脳神経外科は類似、循環器内科と外科は不一致）。</li> <li>当院と比べ、入院部門全体としては医薬品費、給与費が多く出ている（但し診療科別には異なる結果である）。</li> </ul>
	利活用の可能性・要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>計算結果を比較したい病院はあるので、病院ごとに結果が公表されれば参考にしたい。</li> <li>材料費等レセプトデータに基づいた情報はベンチマーク等比較の対象となりやすい。</li> <li>規模別に収支結果を示したほうがいい。</li> <li>収支結果に付随して、ケアミックスや重症度の情報もほしい。</li> <li>計算ソフトを提供してもらえると望ましい。</li> <li>他の調査と時期が重なり負担が大きかった。他の調査項目、ソフト等を調整してもらえるとありがたい。</li> </ul>
その他医療の原価等に対する意見		<ul style="list-style-type: none"> <li>開業医、医師会からの協力を得て1次～3次の救急に対応しており、採算もとれている。</li> </ul>

<sup>2</sup> CVP分析（cost-volume-profit analysis）：原価・営業数・利益の関係の分析

## (d) J病院

開設主体	医療法人	原価計算開始年度	平成2年
総病床数	200～499床		
ヒアリング回答者	事務部長、診療情報管理室・診療情報室職員		

病院での診療科別原価計算実施状況	計算単位・計算頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>月次で病棟別、診療科別の収支計算を実施。診療科別収支は、病棟別の数値を配賦して作成。</li> <li>上記病棟別、診療科別に、収支計算だけでなく、その他の活動実績（病床回転率、平均在院日数、救急受入数等）や患者単価等も集計し、病棟運営の参考となるようにしている。</li> </ul>
	計算方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院で開発した管理会計システムで算定。間接経費は各病棟、診療科に配賦している。</li> </ul>
病院での診療科別原価計算利用状況	方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科・病棟別収支の金額を重視するだけでなく、その他の活動実績もあわせた経時的な変化を見て、判断する。</li> <li>病棟別収支を毎月病院のイントラネット上に開示し、管理者が他の病棟の実績も閲覧できるようにしている。</li> </ul>
	利活用実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>収支計算を業績評価に利用しているが、毎年一定の基準で算定していること、他の活動実績とあわせた経時的な推移による評価であること等から、職員からの納得は得られている。</li> <li>職員採用、病床配分、医療機器購入等にも利用している。新しい医療機器はどの診療科も購入要望があるので、診療科の収支や活動状況、既存機器の稼働状況等の客観的なデータをもとに判断する。</li> <li>業績評価、病院の運営方針を職員に納得・浸透させるには、客観的なデータの裏づけを提示することが有効である。</li> </ul>
「部門別調査」への要望・意見	計算結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院・外来の比率や利益率は、概ね病院の認識と一致している。一部、入院の外科が低く出ている。</li> </ul>
	利活用の可能性・要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科別の収支結果だと、参考にしにくい部分がある。収支だけでなく、収支がよい病院の高収益の要因など、病院の経営改善に役立つ情報が得られると有益。</li> <li>少なくとも、病院機能別、病床規模別、開設主体別といった特性ごとに比較したい。</li> <li>調査票は昨年と比べて改善されており、原価計算のソフトとしては作業がしやすい。</li> </ul>
その他医療の原価等に対する意見		<ul style="list-style-type: none"> <li>現行の報酬では、手術部門の技術料が過小に評価されている印象を持っている。より難易度を反映させたものにできれば望ましい。</li> </ul>

## (e) K病院

開設主体	医療法人	原価計算開始年度	平成15年
総病床数	20～199床		
ヒアリング回答者	院長、財務担当顧問、診療情報管理課職員		

病院での診療科別原価計算実施状況	計算単位・計算頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床数が少ないので、院内を「部門」（2階病棟、外来、透析等）に区分し、その単位で月次で収支計算を実施。</li> <li>職種別、職員別、症例別の収支も把握。</li> </ul>
	計算方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院のシステムを用いて独自に計算。ただし、直課できる費用だけを対象とし、間接費用の配賦は行っていない。</li> <li>特別な目的がある場合（診療科の立ち上げ等）のみ、当該部門の間接費用を推計することがある。</li> </ul>
病院での診療科別原価計算利用状況	方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内の診療科は相互に深い関わりがあるため、「不採算部門を切る」という発想はない。当院の使命を果たすために、どの部門で利益が確保できているのか、を判断する上での参考にする。</li> </ul>
	利活用実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>日々の原価管理のほか、診療科の再構成等の病院の運営計画策定時に使用する。</li> <li>病棟看護師等の業績評価時に、病棟別収支を参考にしている。</li> </ul>
「部門別調査」への要望・意見	計算結果	<ul style="list-style-type: none"> <li>完全な混合病棟であり院内で診療科別収支を把握していないため、本調査結果を判断できない部分がある。</li> <li>外科の収支がよいのは、当院は透析が外科に含まれているからかと考える。</li> <li>病院の規模が小さいので、対象期間が1ヶ月だと変動が大きく、ある程度の期間について計算しないと判断が難しいと思う。</li> </ul>
	利活用の可能性・要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院によって人員配置や検査委託の状況等が異なるので、比較をするにあたっては特性が同じ病院であることが必要。病院ごとのデータが公表されて、自院と条件に近い病院の結果が閲覧可能であれば、有意義である。</li> <li>結果の中で、職種別の給与費や、計算の前提となっている診療科別の医師数、患者数、面積等を提示すると、自院の状況を判断する上で理解が深まる。</li> <li>調査票作成（医師のタイムスタディ、面積等）が難しく、さらに詳しいマニュアルがあった方がよい。</li> </ul>
その他医療の原価等に対する意見		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療行為の原価計算が検討されれば、ガイドライン的な治療法の確立にも役にたつ。</li> <li>手術に関して、危険度や難易度をより反映させるべき。</li> <li>当院は重症患者を多く診ているので、このような重症度や病院特性が報酬上どう評価されるかが気になる。</li> </ul>

## 第4章 考察

### 1. 一般原価調査

#### (1) 平成19年度調査結果に関する考察

平成19年度の調査対象病院の診療科別収支計算結果と見ると、入院収支と外来収支のバランス、診療科別収支のバランスに関して平成18年度調査とほぼ同様の傾向が見られ、診療科別計算手法についての安定性が確認できたものと考えられる。

#### (2) 平成19年度における診療科区分に関する検討

本調査研究では、原則として入院・外来のレセプト診療科を基本とした「基本診療科」を収支計算単位としている。病院においては、それぞれの標榜診療科を近似するレセプト診療科に対応づけしており、その取扱いには各病院に委ねられている。病院間のより適切な比較のために、調査対象病院の調査データ等から本調査研究の収支計算単位について検討した。具体的には、①病院の標榜診療科とレセプト診療科の対応関係 ②レセプト診療科に含まれる診療行為 ③レセプト診療科を基本とした診療科別収支の提示方法等について検討した。

##### ① 病院の標榜診療科とレセプト診療科の対応関係

平成19年度の調査対象病院の標榜診療科とレセプト診療科の対応関係は、図表4-1-2、図表4-1-3のとおりである。病院の標榜診療科とレセプト診療科の対応関係には明確なルールがないため、同じ標榜診療科が病院によって異なるレセプト診療科に対応づけされている例があった。(例：標榜診療科で「救急科(入院)」を有する6病院は、レセプト診療科の「内科」「外科」「麻酔科」にそれぞれ2件ずつ対応づけしていた。)

また、標榜診療科が該当すると思われるレセプト診療科に対応づけられていない例もあった。(例：標榜診療科の「呼吸器科」「消化器科」「循環器科」等について、該当のレセプト診療科の「呼吸器科」「消化器科」「循環器科」ではなく、まとめて「内科」としてレセプト請求をしている病院も存在していた。)

##### ② レセプト診療科に含まれる診療行為

レセプト診療科区分のうち、診療行為の重複が多いと想定される「産科・婦人科・産婦人科」と「整形外科・リハビリテーション科」について、本調査研究での取得データの範囲で統合の妥当性について検討した。「産科・婦人科・産婦人科」の三科については、上記標榜診療科とレセプト診療科の関係において相互に共通する部分が多く、また算定される手術の特掲診療料(Kコード)の内容についても重複が多かった。一方で、それぞれにおける保険診療の占める割合を見ると、「産科」については保険外診療の占める割合が非常に高かった。

次に「整形外科・リハビリテーション科」について、それぞれの診療科で算定される手

術・リハの特掲診療料(Kコード、Hコード)の内容を比較した。両科で実施されている手術(Kコード)の種類については重複が多いものの、そもそもリハビリテーション科で実施される手術数は非常に少なかった。また両科で実施されるリハの内容(Hコード)の傾向はそれぞれ異なる傾向があった(図表4-1-1)。

図表 4-1-1 整形外科・リハ科におけるHコード算定状況

診療科	H000-00		I0001-00		H002-00		H003-00		H003-02		H004-00		H005-00		合計
	心大血管疾患リハ	病院数	脳血管疾患等リハ	病院数	運動器リハ	病院数	呼吸器リハ	病院数	リハ総合計画	病院数	担具機能療法	病院数	機能訓練	病院数	
整形外科(入院)	16	2	3,321	10	53,011	72	91	6	1,584	46	360	15	0	0	58,383
整形外科(入院外)	0	0	6+6	27	11,210	54	4	2	144	15	25	3	0	0	12,031
リハ科(入院)	276	2	29,743	17	11,698	15	603	5	475	12	734	9	0	0	13,529
リハ科(入院外)	27	3	2,433	26	6,032	27	47	6	149	10	45	7	0	0	10,733

#### ③ レセプト診療科を基本とした診療科別収支の提示方法

上記の標榜診療科とレセプト診療科の関係、レセプト診療科における特掲診療料の重複状況等から、レセプト診療科の運営状況は各病院で異なる状況であることがわかった。従って、レセプト診療科を基本とした結果の提示にあたっては、レセプト診療科単位の計算結果に加えて、レセプト診療科によっては他のレセプト診療科と診療行為の重複の多い診療科があること等を踏まえ、類似診療科についてより大括りでの集計を行い、病院間での診療科に関する認識の相違に左右されない区分での集計を目的に応じた適宜行うことが望ましい。

このような観点から、今回はレセプト診療科を基本とした「基本診療科」の結果に加え、以下の区分での再集計値を示すこととした。

■内科系合計＝内科＋神経内科＋呼吸器科＋消化器科＋循環器科＋皮膚科＋アレルギー科＋リウマチ科

■外科系合計＝外科＋整形外科＋形成外科＋脳神経外科＋呼吸器外科＋心臓血管外科＋小児外科＋泌尿器科＋こう門科＋眼科＋耳鼻いんこう・気管食道科＋リハビリテーション科

■産婦人科系合計＝産科＋婦人科＋産婦人科





### (3) 平成19年度調査実施にあたっての改善点

平成19年度調査では、平成18年度調査の結果を踏まえて調査票を改善し、データ不備の削減や病院のデータ提供の負担低減を目指した。平成19年度調査における改善点と、それでもなお平成19年度に発生した主なデータ不備状況を調査ごとに整理した。

#### ① レセプトデータもしくはEファイル

##### (a) レセプト診療科コード

本調査において使用する診療科は、Eファイルの中の「レセプト電算処理システム用診療科コード(診療科コード)」(E-19)である。平成18年度はこの「診療科コード」(E-19)に適切な情報が入っていない病院があったため、平成19年度は調査依頼時に「E-19に正しい診療科情報が入っていること」の必要性を明示したが、実際は正しい診療科情報が「診療科コード」(E-19)ではなく「診療科区分」(E-20)に格納されているケースが少数あり、個別に「診療科区分」(E-20)の診療科を「診療科コード」(E-19)に変換する作業を実施した。これは病院側のシステム状況等に起因するものであるため、今後も個別対応が発生する可能性がある。

##### (b) レセプトデータもしくはEファイルのファイル形式

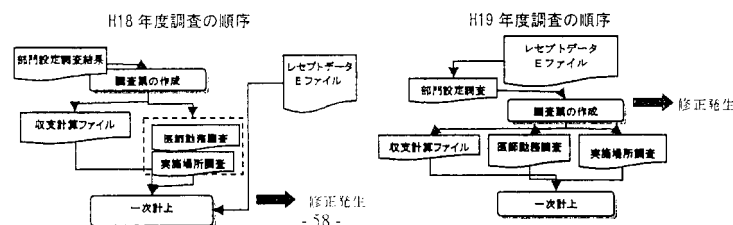
平成18年度に発生したレセプトデータもしくはEファイルに関する匿名化ソフトのトラブルは、平成19年度は病院ごとに異なるファイル形式(「カンマ区切り」または「タブ区切り」)での対応を可能なものとしたため、発生件数は少数にとどまった。

#### ② 部門設定調査

##### (a) 部門設定調査の順番変更と調査票カスタマイズ

平成18年度は、調査最初の「部門設定調査」で設定したレセプト診療科とその後に入手したレセプトデータもしくはEファイルの診療科とが整合しないケースが多数発生し、収支計算に影響が出る例があった。このため平成19年度調査では、「部門設定調査」より前にレセプトデータもしくはEファイルを収集して各病院のレセプト診療科を整理し、これを部門設定調査票に反映させ、その後「部門設定調査」を実施するように調査の順番を変更した。この結果、不一致があった場合でも本調査(病院の収支状況や診療科別患者延数、職員数などの調査)に与える影響は減少した。但し、それでも平成19年度も多くの病院で不一致が発生したため、この部分については不整合の発生を想定して調査を実施する必要がある。

図表 4-1-4 「レセプトもしくはEファイル」「部門設定調査」「収支計算ファイル」の順序



##### (b) 診療科の設定

主に以下の点につき、病院への個別照会・対応事例が発生したが、今後はこのようなケースが発生することを想定して記入要領や調査票を微修正することにより発生数の削減が可能であると考ええる。

###### ■ 患者のいない診療科

レセプトデータもしくはEファイルで確認された診療科を「部門設定調査」でのレセプト診療科としたが、実際に当該期間での患者がいないケースがあった。当該診療科に計上される点数や診療実日数も確認する等の対応で改善できるものと考えられる。

###### ■ リハビリテーション科

リハビリテーションを実施している部門に関しては、30%程度の病院が外来部門及び中央診療部門の双方に存在しているにも関わらず、中央診療部門にだけ当該部門を設定していた。これについては、各病院に、外来部門のリハビリテーション科が中央診療部門とは別に専用の部屋を有し、リハビリテーション科の外来患者として点数の算定があることを確認した上で、外来部門及び中央診療部門の双方への設定を行った。今後は、記入要領に条件、設定方法を明示することで不備削減可能と考ええる。

###### ■ 補助・管理部門

補助・管理部門に関して、同一の部屋を複数の部門(総務や施設管理、情報管理など)が共有している病院から記入方法の問合せがあった。今後は、記入要領に記載を追加する。

##### (c) センター方式の取扱い

平成18年度調査ではセンター方式に関する調査票がわかりにくいという意見があったが、平成19年度の調査手法による改善効果があり、照会が必要なケースは少数であった。

#### ③ 収支計算ファイル

平成19年度の収支計算ファイルでは、記入した数値の妥当性のチェックに資するような関連データを表示する、調査票間の数値の整合をチェックしてある一定のチェック基準を超える場合はアラームを表示する機能を追加する、等の改善を加え、誤記入や調査班からの照会数の削減をはかった。平成19年度の照会状況は以下のとおりである。

##### (a) 参考データとのチェック機能

平成18年度は、例えばリハビリテーション科に過大な患者延数が記入される例があったため、平成19年度はこのような誤記入の事前チェックのために、入院部門・外来部門の患者延数や診療科別に診療実日数の集計値を参考データとして追加した。その結果、平成19年度は当該問題の発生はほぼ解消された。

また、病院の収支に関する調査シートでは、医業費用の科目ごとに調査月データと前年度年間データの1/12値との比較によるチェックを実施しているが、租税公課や交際費、保険料、医療消耗器具備品費、会議費、その他修繕費などの科目で差がみられ、ほぼ全ての病院に対して照会を行うことになった。科目によっては厳密に調査月データとせず、前年度年間データの1/12値により代替可能とする等の工夫を行う余地があると考えられる。

上記結果を受けて、平成19年度で試行的に設けたチェック機能の許容範囲をより広く設定する等の対応で、チェック効率の向上を図ることが可能と考えられる。

#### (b) 歯科及び保険外診療医業収益

レセプトデータもしくはEファイルから取得できない歯科及び保険外診療医業収益に関する調査シートについては、本シートの歯科及び保険外分の収益とEファイルに基づく収益の合算値が病院全体の収益と乖離していた30%程度の病院に対して照会を行った。本シート記入上の誤りもあったが、DPC対象病院については、Eファイルに基づく出来高ベースの収益が、当該病院の本来の包括ベースの収益ではないことも一因と考えられることから、今後は包括点数の把握が可能なファイルの収集も検討すべきと考えられる。

#### (c) 個別の病院組織事情に対する対応

基礎情報（部門別の職種別職員数・面積等）に関する調査シートでは、設定された部門に患者がいても職員がいないケースや職員がいても患者がいないケース、面積の記入もれなどのケースがあり、ほぼ全ての病院に対して照会を行った。また、リハビリテーション及び人工透析に関しては、外来部門と中央診療部門の双方にあるにも関わらず職員がいずれかに偏在する傾向にあり、患者の流れや職員の配置などを照会した。これらは調査シート上にアラーム機能を追加、記入要領に注書きを付加することで、ある程度改善が可能と考えられる。

#### ④ 医師勤務時間調査

本調査では、他の調査との診療科名の不整合、外来患者がいる診療科で外来医師の勤務実績がないケース等が発生したが、今後は記入要領に注書きを付加することで、ある程度改善可能と考えられる。

#### ⑤ 実施場所調査

Eファイル上で実施実績のない診療科に診療行為の実施割合が記入されてくるケースがあった。これは調査シート上にアラーム機能を追加することで、改善が可能と考えられる。

#### ⑥ 調査全般

平成19年度調査は、調査実施主体側で段階的に病院ごとにカスタマイズされた調査票を作成し、さらに調査票内に参考値を併記することで記入時のチェックが可能となるよう工夫を施した。これにより、結果として個々の病院のデータ不備の調査への影響は軽減したと考えられる。但し、上記のとおり、引き続き個別に対応が必要な事例は発生した。これらについては、平成19年度に発生した問題点を調査シート上にアラーム機能として追加、記入要領に注書きを付加、また、平成19年度で試行的に実施したチェックプログラムの判定基準をより適切に設定することで、改善が可能と考えられる。

## 2. 特殊原価調査

### (1) 平成19年度調査結果に関する考察

平成19年度は5病院を対象として手術に関する特殊原価調査を実施し、平成18年度までの等価係数のデータとあわせて算定した結果、等価係数が存在する手術の実施件数割合（実施件数カバー率）が平成18年度の87%から89%に向上した（図表3-2-4）。

また、この調査結果を踏まえて、今後の継続的な調査において安定的に等価係数を作成するために、調査委員会とは別に「特殊原価調査」に関する作業委員会（「特殊原価調査WG」）を設置し、現行の「特殊原価調査」について集中的に課題の検討を実施した。この検討結果について、以下に示す。

### (2) 平成19年度の標準的等価係数に関する変更点

本調査研究では、「特殊原価調査」を実施した病院について病院ごとの「等価係数」を作成すると同時に、全ての病院の収支計算時に共通して使用する標準的等価係数を作成している。平成18年度までの計算で使用した標準的等価係数<sup>3)</sup>の算出方法は、まず病院ごとに資源投入量を求め、その病院ごとのデータについて標準化をしている。この方法は、病院における手術実施件数が必ずしも反映されていないこと、データを得られた病院数がKコードごとに多いわけではないことから、調査データ数（病院数）の増減に対する安定性が高いとはいえない。そこで、調査データ数（病院数）の増減に対する安定性を向上させ、かつ病院ごとの手術実施件数の違いを反映させるために、標準的等価係数の算定方法を検討し、平成19年度から以下の方法で算定することとした。

<p>①職種別に投入量「手術時間×人数」の平均値<sup>*</sup>を算出する            当該Kコードの医師の平均値、看護師の平均値、医療技術員の平均値            ※平成18年度までの算出方法と異なり、病院の垣根をとりはらって求めた平均値であり、病院ごとの平均値を手術実施件数で加重平均した値と一致する。</p>
<p>②職種別に給与費単価の平均値を算出する            病院のそれぞれの医師数・看護師数・医療技術員数での加重平均値</p>
<p>③コストを算出する  <math display="block">\text{コスト} = \text{医師の投入量の平均値} \times \text{医師の平均給与費単価}</math> <math display="block">+ \text{看護師の投入量の平均値} \times \text{看護師の平均給与費単価}</math> <math display="block">+ \text{医療技術員の投入量の平均値} \times \text{医療技術員の平均給与費単価}</math></p>

<sup>3)</sup> 平成17年度報告書に記載されている等価係数。病院別・職種別にKコードごとの平均の投入量（手術時間×人数）を求めた後、職種別に平均投入量の全病院の中央値を求め、それに全病院の平均人件費単価（職種別）を乗じてコストを求めている。