

<委員>

(五十音順)

氏 名	所 属
石井 孝宜	石井公認会計士事務所所長
猪口 雄二	医療法人財団寿康会理事長
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授
勝原 裕美子	聖隷浜松病院副院長兼総看護部長
川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院教授・薬剤部長
小山 信彌	東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科教授
近藤 俊之	社団法人全国社会保険協会連合会顧問
佐柳 進	国立病院機構関門医療センター院長
椎名 正樹	健康保険組合連合会参与
須田 英明	東京医科歯科大学理事
○ 田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
西田 在賢	静岡県立大学大学院経営情報学研究所教授・大学院附属地域経営研究センター長
松田 晋哉	産業医科大学公衆衛生学教授
渡辺 明良	聖路加国際病院事業管理部財務経理課マネジャー

○印は分科会長

「医療機関の部門別収支に関する調査」に関するこれまでの経過

1. 本調査の目的

本調査は、平成 15 年 3 月 28 日の閣議決定（「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」）に基づき、診療報酬体系に医療機関のコスト等を適切に反映させるため、医療機関の診療科部門別収支の統一的な計算手法を開発することを目的とし、平成 15 年度から調査研究を開始した。

2. これまでの経過

○ 平成 15 年度以降、「医療機関のコスト調査分科会」において研究・検討を重ね、平成 20 年度は、5 年間の調査研究の成果を用いた調査を試行的に実施した。具体的には、①病院における診療科別の収支を算定するための「一般原価調査」と、②病院の中央診療部門における費用を各診療科に配賦するための係数を作成するための「特殊原価調査」を実施した。

○ 平成 20 年度調査は平成 21 年 7 月 10 日に開催されたコスト調査分科会及び 7 月 29 日に開催された中医協・基本問題小委員会に報告され、調査結果については、平成 19 年度までの調査研究での結果と概ね同様の傾向を示しており、現行の調査手法については、「精度の高いものが確立した」と評価することができるとされたところである。

○ 一方、平成 20 年度調査の結果、以下のような問題点も明らかとなった。

① 調査項目によっては本調査のために別途詳細なデータをとるなど、調査客体医療機関の負担が大きいため、調査対象病院の確保が難しく、調査に参加しても途中で辞退する病院も多いこと。

(参考) 平成 20 年度試行的調査の実績

調査対象とする病院の目標数	1 4 0 病院
調査参加を依頼した病院数	5 9 7 病院
参加応諾した病院数	1 9 0 病院
最後まで調査に参加した病院数	1 2 7 病院

② 結果的に最後まで参加できた病院は、DPC 対象病院と DPC 準備病院だけとなっていること。

○ こうした状況を踏まえ、本調査が一定の精度を確保しつつ可能な限り多様な医療機関のデータを収集できるものとなるよう、平成 21 年度においては、本調査における負担や問題点等に関するアンケート調査を実施し、その結果を参考に今後の調査に向けての簡素化の方法について検討することとなった。

二次配賦基準

		補助・管理部門					
		診療支援系			運営管理系		
		医事	用度	情報管理	総務	施設管理	図書室
医業費用	給与費	延べ患者数比率			職員数比率	面積比率	医師数比率
	委託費						
	設備関係費						
	研究研修費	延べ患者数比率					
	経費				職員数比率	面積比率	医師数比率
	控除対象外 消費税等負担額	-	-	-	(材料費+委託費)比率		
本部費配賦額				職員数比率			-
医業外収益	-	-	-	職員数比率			-
医業外費用	-	-	-	職員数比率			-

平成21年度「医療機関の部門別収支調査の実施に関するアンケート調査報告」の概要

1. 調査対象

「平成20年度医療機関の部門別収支に関する調査」に参加した全病院（途中辞退病院を含む）

- ①一般原価調査 190病院（平成20年度調査の集計対象は127病院）
- ②特殊原価調査 15病院（平成20年度調査の集計対象は14病院）

2. 調査期間

平成21年11月2日～12月12日

3. 回収数・回収率

- ①一般原価調査 97病院（回収率：51.1%）
- ②特殊原価調査 9病院（回収率：60.0%）

4. 調査結果の概要

一般原価調査

- ・一般原価調査は、
第1ステップ：レセプト調査
第2ステップ：部門設定調査
第3ステップ：収支状況調査、実施場所調査、医師勤務調査
の3段階、合計5つの調査により構成される。

(1)レセプト調査（報告書p6～7）

病院のレセプト又はEファイル（出来高ファイル）（DPC対象病院はDファイル〈包括ファイル〉を含む）をMOに入れて提出する調査

（概要）

約94%（92病院）は既存データの活用により作成できるとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「自院のレセプトに診療科コードが入ってなかった」「提出方法の判断に迷った」等の回答があった。（図表0-2-1及び0-2-2）

三次配賦基準

科目	中央診療部門										
	手術	検査	画像診断	リハ	人工透析	放射線	栄養	地域連携	健診	その他	
医業収益	入院収益	外来収益	その他の医業収益	K手術_1Y点 数比	D検査_1Y点 数比	E画像診断 _1Y点数比	Hリハ_1Y点 数比	J038人工 _1Y点数比	F放射線_1Y 点数比	C在宅患者 診療・指導 _1Y点数比	その他_1Y 点数比
医業費用	医薬品費	検査材料費	医療消耗器具備品費	給与費	検査委託費	給食委託費	道具委託費	図書委託費	清掃委託費	保守委託費	その他の委託費
	材料費	診療材料費	医療消耗器具備品費	給与費	検査委託費	給食委託費	道具委託費	図書委託費	清掃委託費	保守委託費	その他の委託費
	設備関係費	研究研修費	経費	控除対象外消費税等	本部費配賦額	医業外収益	医業外費用				

(注1) SI：診療行為、IY：医薬品、TO：特定保険医療材料科

(2)部門別設定調査〈報告書 p8～10〉

個々の病院の診療科や部署を部門別調査で指定した部署、診療科（レセプト診療科）、診療科群に対応づける調査

(概要)

入院部門・外来部門の対応づけについては約 89% (86 病院)、中央診療部門・補助・管理部門の対応づけについては約 87% (84 病院)、レセプト診療科と診療科群の対応づけについては約 95% (92 病院) が、既存データの活用により作成できるとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「リハビリテーション科、放射線科、歯科等の取扱の判断に迷った」等の回答があった。(図表 0-2-5～0-2-10)

(3)収支状況調査〈報告書 p11～26〉

診療科別収支計算の基礎となる病棟・診療科別の患者数、損益計算書、職種別の人員数・勤務時間・給与、保険外収益、部門毎の職員数・延床面積についてのデータを収集する調査

①病棟・診療科別の患者数

入院部門については約 89% (86 病院)、外来部門については約 92% (89 病院) は既存データの活用により作成できるとの回答であった。(図表 0-2-11 及び 0-2-13)

②1ヶ月分の損益計算書

約 87% (82 病院) は既存データの活用により作成できるとの回答であった。(図表 0-2-17)

③職種別人員数・勤務時間・給与

約 29% (28 病院) は既存データが活用できないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「人数や給与・賞与を職種別に分けるのが難しかった」といった回答が多く、自由記入欄では「非常勤医師の勤務時間把握に手間がかかる」等の意見が多く寄せられた。(図表 0-2-23 及び 0-2-24)

回答の負担軽減の観点から「現在の調査票よりも職種の単位をまとめて記入するとした場合の負担の変化」を聞いたところ、約 35% (33 病院) は負担が「軽くなる」との回答であった。(図表 0-2-25)

④保険外収益

部署別の保険外収益金額について約 36% (34 病院) が既存データの活用ができないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「保険外収益を診療科別、部署別に把握していないので金額の記入は難しい」といった回答が多かった。(図表 0-2-27 及び 0-2-28)

中央診療部門の保険外収益を各診療科へ割り振る作業については約 44% (42 病院) が既存データの活用ができないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「中央診療部門の保険外収益は把握していない」「診療科毎には把握していないが保険外収益総額だけであれば記入可能」といった回答が多く、また、「保険外収益の定義がわかりにくく、該当するものを具体的に示してほしい」という指摘もあった。(図表 0-2-29 及び 0-2-30)

さらに、介護保険収益が発生する部署、自由診療収益が主に計上される診療科や部署を聞いたところ、収益が計上される部署は病院により異なるものの、いくつかのパターンがあることがわかった。(図表 0-2-32、0-2-33、0-2-36)

⑤部門毎の職員数と延床面積

(職員数)

部門毎の職員数(職種別)について約 41% (39 病院) が既存データの活用ができないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「複数部署を兼務する職員の人員数の書き方が難しかった」といった回答が多かった。(図表 0-2-37 及び 0-2-38)

回答の負担軽減の観点から「入院部門、外来部門それぞれの合計人数のみを記入する」とした場合に負担が軽くなるとした回答は約 47% (44 病院)、また、「職種をある程度まとめて記入する」とした場合に負担が軽くなるとした回答は約 43% (40 病院) であった。(図表 0-2-41)

(延床面積)

部門別の延床面積について約 31% (29 病院) が既存データの活用ができないと回答、作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「同じ部屋の中に複数の部門が存在する場合の把握が難しかった」「日常的に面積を把握していない」といった回答が多かった。(図表 0-2-39 及び 0-2-40)

また、病院における日常的な延床面積管理方法を聞いたところ、「共有スペースを除いた面積を当該部署の面積として認識」「部署毎の面積は特に意識していない」という回答が多かった。また、回答の負担軽減の観

点から、回答病院にとって記入しやすい方法を自由回答で聞いたところ、共有スペースの取扱いについて改善を求める意見が多かった。(図表 0-2-42 及び 0-2-43)

(4)実施場所調査〈報告書 p 27～29〉

手術部門、検査部門、画像診断部門の費用配賦をより正確に実施するために、手術・検査・画像診断の実施場所の割合を調べる調査

(概要)

手術、検査、画像診断の実施場所調査について、手術は約 29% (28 病院)、検査は約 35% (33 病院)、画像診断は約 29% (28 病院) が既存データの活用できないとの回答であった。(図表 0-2-44、0-2-46、0-2-48)

作成にあたって困難を感じた点等を聞いたところ、共通して「同一診療行為でも関わる職種や場所が異なる場合」「診療行為の実施場所とオーダー元が異なる場合」等の判断に迷うといった回答があった。また、自由記入欄では「診療行為によっては実施場所が固定しない」「実施場所の特定が困難」といった意見が複数あった。(図表 0-2-45、0-2-47、0-2-49)

また、回答の負担軽減の観点から、「実施場所調査について 10 種類程度の診療行為に限定して調査することとした場合」について聞いたところ、約 69% (66 病院) が「軽くなる」との回答であった。(図表 0-2-50)

(5)医師勤務調査〈報告書 p 30～34〉

診療科別医師の一人一人の月給や勤務時間割合に関する調査

(概要)

医師個人の月給について約 32% (31 病院) が既存データの活用ができないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「医師の人数が多いので作業量が多い」といった回答が多かった。(図表 0-2-51 及び 0-2-52)

医師個人の勤務時間について約 49% (47 病院) が既存データの活用ができないとの回答であった。作成に当たって困難を感じた点等を聞いたところ、「複数診療科医師の記載方法に迷った」といった回答が多かった。(図表 0-2-53 及び 0-2-54)

回答の負担軽減の観点から「個々の医師の給与は調査せず、勤務時間割合についても診療科医師全体について代表者が記入する」という方式に変更した場合の負担の変化を聞いたところ、約 49% (47 病院) が「軽くなる」との回答であった。(図表 0-2-56)

特殊原価調査

・特殊原価調査は、等価係数を作成するために、①手術、②検査、③画像診断の 3 部門について、給与費、材料費、設備関係費等のデータを収集する調査である。

(1)手術〈報告書 p 38～39〉

手術 1 件あたりのコストを算出するため、手術台帳を基に、個々の手術に関する医師個人の特定、関与スタッフ人数、執刀・麻酔時間、使用した薬剤・材料の特定と点数、看護師・医療技術員の給与、医師個人の経験年数・給与等について調べる調査

個々の手術に使用した薬剤・材料の特定について 9 病院中 2 病院、個々の手術に使用した薬剤・材料の点数について 3 病院が最終的に作成できなかったが、他の項目については最終的に作成できなかった病院はなかった。(図表 0-3-1)

(2)検査・画像診断〈報告書 p 39～41〉

検査 1 件あたり、画像診断 1 件あたりのコストを算出するため、個々の検査や画像診断に関する標準的な関与スタッフ数、標準的な時間を調べる調査

別途病院内で調査作成しているところが大半であったが、最終的に作成できなかった病院はなかった。(図表 0-3-5 及び 0-3-8)