

公立病院改革の現状分析

－組織・内部環境・マネジメント手法の観点から－

中 田 範 夫

第1節 はじめに

公立病院改革の必要性が叫ばれている。その事情は改めて説明するまでもないが、公立病院の経常収支がそれ以外の病院種類のものよりも悪くて、それが自治体の財政負担になっているということからである。ただし、平成20年度には経常収支赤字病院が70.3%であったが、平成24年度には49.6%（平成25年度には53.6%）になっていることから、改善の兆しが見られる¹⁾。このような改善が行われている要因として、公立病院が公立病院改革プランに基づき改革を行っていること、並びに診療報酬のプラス改定（平成22年度と平成24年度診療報酬改定）が行われてきたことが挙げられている²⁾。

そこで、公立病院の改革がどのくらい進んでいるのか、またそれはどのような観点から測定できるのかということに興味を覚えた。公立病院の組織形態（地方公営企業法適用、公務員型地方独立行政法人、非公務員型地方独立行政法人、指定管理者制度など）、マネジメント手法（目標管理制度、バランス・スコアカード、原価計算など）、及び病院内部環境（経営管理組織、電子カルテ、看護配置7対1の取得、及びDPCなど）の相違が財務・非財

- 1) 『自治体病院経営ハンドブック 第21次改定版【平成26年】』自治体病院経営研究会編、株式会社ぎょうせい、平成26年8月、p.87、及び『自治体病院経営ハンドブック 第23次改定版【平成28年】』自治体病院経営研究会編、株式会社ぎょうせい、平成28年8月、p.85を参照した。
- 2) 『自治体病院経営ハンドブック 第21次改定版【平成26年】』p.87を参照した。なお、総務省は、各地方公共団体に対して新公立病院改革ガイドラインを通知した。この新ガイドラインは、従来の3つの視点（「経営の効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」）を継承しつつ、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えて、4つの視点を柱にしている。『自治体病院経営ハンドブック 第23次改定版【平成28年】』自治体病院経営研究会編、株式会社ぎょうせい、平成28年8月、pp.87-88を参照した。

務業績に影響を及ぼしているのではないか、という課題を設定し、それについて研究することにした。

本稿は、このような研究を行うために公立病院の状況を把握することに焦点を当てている。すなわち、組織形態、病院内部環境、BSCと原価計算というマネジメント手法、及び病院の業績（財務業績と非財務業績）に関する情報をアンケート調査によって集計・整理することである。後日、この情報に基づき、どのような要因が公立病院の業績に影響を及ぼしているかについての研究につなげるつもりである。

第2節 アンケートの設問項目

平成28年9月から10月にかけて全国の公立病院・診療所に対して郵送調査を実施した。発送総数1,095箇所であったが、回収数は304箇所であった。そのうち、11箇所からの回収数は必要な記述（例えば、病院種類や規模の区分など）が行われていないという理由でアンケート集計数からは削除したので、有効回答数は293であった（発送数に対する割合は26.8%であった）。これまでの研究では、中規模以上の病院のみを対象にしてきた。しかし、今回の調査では、20床以上149床までの小規模病院をも対象にしていること、並びに診療所も対象にしている。それは、公立に運営されている（市町村や都道府県）病院や診療所の実態をすべて把握するためである。

有効回答数の内訳は次の通りであった。

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
小計	14	36	49	29	88	12	17	10	18	20
総計	50		166			39			18	20

表 a 回収した公立病院の区分

なお、ここで使用している規模については次のように規定している。小規模病院とは20床以上149床以下の病院、中規模病院とは150床以上299床以下の病院、そして大規模病院とは300床以上の病院である。

町村立病院のうち小規模病院では「いいえ」と回答しているものが42.0%ある。診療所については「有床」で50.0%，そして「無床」で36.1%とそのような部署を有している比率は低くなっている。

設問2 経営管理を担当している部署や組織は医師のみで構成されていますか、それとも事務系の職員も含まれていますか？

- 1. 医師のみ
- 2. 医師と事務系職員
- 3. 事務系職員のみ
- 4. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11(84.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2	1(14.3)	7(53.8)	1(2.2)	5(25.0)	12(23.5)	1(7.7)	3(25.0)	1(14.3)	4(22.2)	1(7.7)
3	6(85.7)	5(38.5)	39(86.7)	13(65.0)	37(72.5)	0(0.0)	9(75.0)	5(71.4)	14(77.8)	8(61.5)
4	0(0.0)	1(7.7)	5(11.1)	2(10.0)	2(4.0)	1(7.7)	0(0.0)	1(14.3)	0(0.0)	4(30.8)
合計	7(100.0)	13(100.0)	45(100.0)	20(100.0)	51(100.0)	13(100.0)☆	12(100.0)	7(100.0)	18(100.0)	13(100.0)

表2 経営管理の組織

☆：1と4に同時に印をつけている病院があった。

ほとんどのケースで「事務系職員のみ」が一番多く（無床診療所では「医師と事務系職員」が多い。また、都道府県立の大規模病院では「医師のみ」が圧倒的である）、次に多いのが「医師と事務系職員」である。

設問3 経営管理について外部コンサルなどを利用していますか？

- 1. はい
- 2. いいえ

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	3(8.3)	22(44.9)	8(27.6)	11(12.5)	4(33.3)	3(17.6)	0(0.0)	3(16.7)	6(30.0)
2	14(100.0)	33(91.7)	27(55.1)	21(72.4)	77(87.5)	8(66.7)	14(82.4)	10(100.0)	15(83.3)	14(70.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表3 外部コンサルタントの利用

どのケースでも外部コンサルなどを利用していないという回答が一番多い。特に診療所ではその比率が高い。外部コンサルを利用しているのが比較的多いのが、市町村立の大規模病院、都道府県立の大規模病院および組合立病院である。

設問4 電子カルテの導入についてお聞きます。貴病院では既に電子カルテを導入されていますか？

- 1. 病院全体で導入済み
- 2. 一部の診療科で導入済み
- 3. 導入されていない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	5(35.7)	12(33.3)	48(98.0)	24(82.8)	44(50.0)	12(100.0)	13(76.5)	4(40.0)	7(94.4)	16(80.0)
2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)	2(2.3)	0(0.0)	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3	9(64.3)	24(66.7)	1(2.0)	4(13.8)	42(47.7)	0(0.0)	2(11.8)	6(60.0)	1(5.6)	4(20.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表4 電子カルテの導入

病院ではほとんどのケースにおいて電子カルテを「病院全体で導入済み」という回答が一番多い。ただし、市町村立病院と都道府県立病院における小規模病院において「導入されていない」という回答が他のケースに比べて高くなっている。これに対して、診療所ではおよそ3分の2が「導入されていない」状況である。

設問5 設問4で電子カルテを導入していると回答された病院にお聞きます。その導入のための資金は、次の中どれでしたか？

- 1. 自己資金
- 2. 補助金
- 3. その他（具体的に御記入ください：）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	1(20.0)	5(41.7)	22(45.8)	12(48.0)	8(17.4)	8(66.7)	14(93.3)	2(50.0)	5(27.8)	10(62.5)
1+2☆	1(20.0)	0(0.0)	3(6.3)	3(12.0)	5(10.9)	1(8.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.6)	3(18.8)
2	0(0.0)	4(33.3)	0(0.0)	1(4.0)	14(30.4)	3(25.0)	1(6.7)	0(0.0)	2(11.1)	1(6.3)
3	3(60.0)	1(8.3)	23(47.9)	8(32.0)	19(41.3)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)	10(55.6)	2(12.5)
無回答	0(0.0)	2(16.7)	0(0.0)	1(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	5(100.0)	12(100.0)	48(100.0)	25(100.0)	46(100.0)	12(100.0)	15(100.0)	4(100.0)	18(100.0)	16(100.0)

表5 電子カルテ導入の資金

☆：自己資金+補助金

3：1，1+2，および2以外のすべてをこの中に含めている。

病院において最も比率が高いのは「自己資金」である。二番目に高い「そ

の他」には地方債などの債権及び債権と他の資金源（自己資金と補助金）を含めているが、独立行政法人病院と市町村立病院では「その他」が他のケースに比べて多くなっている。

設問6 看護配置についてお聞きします。一般病棟に対して7対1看護配置を採用されていますか？

1. 採用している（いつからですか： 年度から）
2. 採用していない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	45(91.8)	8(27.6)	2(2.3)	10(83.3)	9(52.9)	0(0.0)	11(61.1)	7(35.0)
2	13(92.9)	18(50.0)	3(6.1)	21(72.4)	85(96.6)	2(16.7)	8(47.1)	10(100.0)	7(38.9)	13(65.0)
無回答	1(7.1)	18(50.0)	1(2.1)	0(0.0)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表6 看護配置7対1の採用

7対1看護配置は、市町村立病院及び都道府県立病院における大規模病院において採用割合が高い。また、独立行政法人病院でも61.1%及び都道府県立中規模病院でも52.9%の割合を示している。それ以外の病院及び診療所では「採用されていない」という比率がより高い。

	17年以前	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
市町村（大）	1	4	5	9	6	4	3	5	4	1	1	0
市町村（中）	0	1	0	3	0	0	1	0	0	1	1	0
市町村（小）	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
都道府県立（大）	0	2	1	2	2	1	0	0	0	1	1	0
都道府県立（中）	1	3	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0
都道府県立（小）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
独立行政法人	0	4	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0
組合立	0	2	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0
合計	2	16	9	18	11	5	5	5	6	7	3	0

表6-a 看護配置7対1の導入年度

この表から、7対1の導入年度のピークは平成18年度から21年度の間にあったことが分かる。

設問7 前問で「採用していない」と回答された病院にお聞きします。主要な病棟の看護配置はどのようになっていますか？ 最も多いもの1つを記入

してください。

(対 1)

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
10対1	4(30.8)	0(0.0)	3(100.0)	18(85.7)	51(60.0)	1(50.0)	1(12.5)	5(50.0)	5(71.4)	10(76.9)
15対1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.8)	16(18.8)	1(50.0)	5(62.5)	3(30.0)	1(14.3)	2(15.4)
13対1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.8)	14(16.5)	0(0.0)	1(12.5)	1(10.0)	0(0.0)	1(7.7)
その他☆	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
無回答	9(69.2)	18(100.0)	0(0.0)	1(4.8)	2(2.4)	0(0.0)	1(12.5)	1(10.0)	1(14.3)	0(0.0)
合計	13(100.0)	18(100.0)	3(100.0)	21(100.0)	85(100.0)	2(100.0)	8(100.0)	10(100.0)	7(100.0)	13(100.0)

表7 主要な病棟の看護配置

☆「その他」：市町村立病院の小規模病院において20対1と25対1が各1件あった。

病院では「10対1」が圧倒的に高い比率を示している。次に高いのが「15対1」である。これに対して、診療所では多くが「無回答」であり、これは規模が小さく、ほとんどの場合、看護配置が該当しないということであろう。

設問8 DPC（正確にはDPC/PDPSであるが、以下ではDPCと表現している）を採用していますか？

1. 採用している（いつからですか： 年度から）
2. 採用していない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	49(100.0)	15(51.7)	5(5.7)	10(83.3)	8(47.1)	0(0.0)	10(55.6)	9(45.0)
2	12(85.7)	36(100.0)	0(0.0)	14(48.3)	83(94.3)	2(16.7)	8(47.1)	10(100.0)	8(44.4)	11(55.0)
無回答	2(14.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表8 DPCの採用

DPCを採用している比率は市町村立病院でも都道府県立病院でも大規模病院が最も高率であり、規模が小さくなるにしたがって採用率が低くなっている。公立病院の中でも「組合立病院」では、「採用していない」比率の方が「採用している」比率より高くなっている。これは、規模が関係してい

る可能性がある。これに対して、診療所ではDPCは全く採用されていない(該当しない)。

	17年以前	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
市町村(大)	0	3	1	15	17	2	2	2	1	0	0	0
市町村(中)	0	0	1	2	5	0	1	2	0	0	0	3
市町村(小)	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1
都道県立(大)	0	1	0	2	3	1	0	1	0	0	1	0
都道県立(中)	0	2	0	2	3	0	0	0	0	1	0	0
都道県立(小)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
独立行政法人	2	1	0	2	2	1	0	0	1	1	0	0
組合立	0	2	0	1	3	1	0	0	0	1	0	0
合計	2	9	2	25	35	5	3	5	2	3	1	4

表8-a DPCの採用年度

この表から、DPCの導入年度のピークは平成18年度から21年度の間にあったことが分かる。

設問9 そのDPCは次のうちのどれですか？

1. 第1群 2. 第2群 3. 第3群

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		1(10.0)	0(0.0)
2			4(8.2)	0(0.0)	1(20.0)	6(60.0)	0(0.0)		2(20.0)	2(22.2)
3			45(91.8)	14(93.3)	4(80.0)	4(40.0)	8(100.0)		6(60.0)	6(66.7)
無回答			0(0.0)	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		1(10.0)	1(11.1)
合計			49(100.0)	15(100.0)	5(100.0)	10(100.0)	8(100.0)		10(100.0)	9(100.0)

表9 DPCの種類

全体的には採用されているDPCのうち最も多いのは「第3群」である。都道府県立病院の中の大規模病院だけが「第2群」を多く採用している。

設問10 貴病院ではBSC(バランスト・スコアカード)が導入されていますか？

1. 導入している(いつからですか: 年度から)
 2. 導入していない 3. 導入を検討している

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	9(18.4)	3(10.3)	3(3.4)	3(25.0)	4(23.5)	2(20.0)	2(11.1)	2(10.0)

2	14(100.0)	36(100.0)	36(73.5)	26(89.7)	80(90.9)	9(75.0)	13(76.5)	7(70.0)	15(83.3)	18(90.0)
3	0(0.0)	0(0.0)	4(8.2)	0(0.0)	3(3.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.6)	0(0.0)
無回答	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表10 BSCの採用

病院においてはどのケースでもBSCを採用しているのは大規模病院の比率が最も高く、次に中規模病院、そして小規模病院と続く。今回の調査に限ったことではないが、公立病院ではBSCを利用している病院は未だ少ない。これに対して、診療所ではBSCが全く採用されていない。

	17年以前	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
市町村(大)	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1
市町村(中)	0	0	1	2	5	0	1	2	0	0	0	3
市町村(小)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
都道県立(大)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
都道県立(中)	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
都道県立(小)	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
独立行政法人	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
組合立	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
合計	5	3	6	3	6	0	1	5	0	2	0	4

表10-a BSCの採用年度

この表から、BSCの導入年度のピークは平成21年度くらいまでだが、それ以降でもいくらか採用されていることが分かる。

設問10-2 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。

BSCの導入の成果についてどのように評価されていますか？

1. 期待した成果が出ている
2. 期待したほどの成果が出ていない
3. 現状では評価が下せない
4. その他(具体的に:)

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	6(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	2(66.7)	2(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)
2	/	/	1(11.1)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3	/	/	2(22.2)	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	2(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	2(100.0)
4	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)
無回答	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)
合計	/	/	9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表10-2 DPC導入の成果

「期待した成果が出ている」という回答が多いのは、市町村立病院でも都道府県立病院でも大規模病院及び中規模病院である。規模が小さくなるにつれてそのような回答が少なくなり、「現状では評価が下せない」という回答が多くなる傾向がある。どの病院の場合も「期待したほどの成果が出ていない」という回答はほとんど見られない。

設問10-3 設問10-2に回答された病院にお聞きします。BSCの導入の成果に関する評価はどのような観点から行っていますか？

1. 財務的業績の観点
2. 非財務的業績の観点
3. 財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む
4. その他（具体的に： _____）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2			3(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3			5(55.6)	3(100.0)	2(66.7)	3(100.0)	2(50.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)
4			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
無回答			1(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計			9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表10-3 BSC導入成果についての評価

圧倒的に多い回答は「財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む」である。「財務的業績の観点」は市町村立小規模病院のみで1件見られる。「非財務的業績の観点」は市町村立大規模病院と都道府県立中規模病院で見られる。

設問10-4 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。最初にBSCを導入されたときの課題（目的）は次のうちのどれでしたか？該当するものに優先順位を付けてください。最も優先順位の高いものから1位、2位、3位を付けてください（3位まで）。

1. 業績評価を厳格に行うため（個人の業績あるいは診療科や部門などの組織単位）（ _____ 位）
2. より良い戦略的計画を立案するため（ _____ 位）
3. 戦略計画を実行計画（業務計画）へと落とし込むため（ _____ 位）

- 4. コミュニケーションを促進するため（他の診療科や部門間のコミュニケーション，あるいは診療科内部・部門内部のコミュニケーション）
（ 位）
- 5. 職員全体でビジョンを共有するため（ 位）
- 6. その他（具体的に： _____）（ 位）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	5	1	0	0	6	0	1	0
2	/	/	9	6	6	4	3	3	3	8
3	/	/	16	6	9	6	1	1	3	4
4	/	/	25	3	1	0	0	0	2	0
5	/	/	20	11	11	13	8	8	3	6
6☆	/	/	0	0	0	5	5	5	0	0

表10-4 最初にBSCを導入した際の目的

1位に5点，2位に3点，そして3位に1点を付けている。

☆「その他」：都道府県立病院；大規模：財務業績。小規模：患者ニーズに対応。

全体的に、「職員全体でビジョンを共有するため」→「戦略計画を実行計画（業務計画）へと落とし込むため」→「より良い戦略的計画を立案するため」の順番で優先度が高い。市町村立大規模病院では「コミュニケーションを促進するため」が最も優先されている。

設問10-5 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。BSCを導入して数年が経過していますが，BSCの課題は最初の導入時と変化していますか？現在の優先順位を付けてください。優先順位の高いものから1位，2位，3位を付けてください（3位まで）。

- 1. 業績評価を厳格に行うため（個人の業績あるいは診療科や部門などの組織単位）（ 位）
- 2. より良い戦略的計画を立案するため（ 位）
- 3. 戦略計画を実行計画（業務計画）へと落とし込むため（ 位）
- 4. コミュニケーションを促進するため（他の診療科や部門間のコミュニケーション，あるいは診療科内部・部門内部のコミュニケーション）

(位)

5. 職員全体でビジョンを共有するため (位)

6. その他 (具体的に:) (位)

7. 導入時と変化が見られない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	0	0	5	0	6	0	1	0
2	/	/	3	0	8	0	0	0	3	5
3	/	/	1	0	1	0	11	0	2	3
4	/	/	0	0	0	0	1	0	0	0
5	/	/	3	0	3	0	9	0	0	1
6	/	/	0	0	5	0	0	0	0	0
7☆	/	/	35	15	0	15	5	10	3	5

表10-5 BSC 導入の現在の目的

1位に5点, 2位に3点, そして3位に1点を付けている。

☆「その他」:市町村立病院;小規模:今年からの導入で,現時点では評価できない。

ほとんどのケースで,導入時と現在とでBSCの優先度には変化がないという回答が圧倒的に多い。

設問10-6 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。BSCを導入したことによって導入前に比べて以下の業務に変化が生じたか? 該当する項目に丸印を付けてください。

1. 会議や打ち合わせの回数

a. 多くなった b. 少なくなった c. 変化なし

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
a	/	/	5(55.6)	2(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	2(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)
b	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
c	/	/	3(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	2(66.7)	2(50.0)	2(100.0)	2(100.0)	1(50.0)
無回答	/	/	1(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	/	/	9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表10-6-a 会議や打ち合わせの回数

市町村立病院では全体的に「多くなった」という回答が多い。それに対し

て、都道府県立病院では「変化なし」という回答が多い。

2. 会議や打ち合わせの時間

- a. 長くなった b. 短くなった c. 変化なし

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
a			3(33.3)	2(66.7)	2(66.7)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
b			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
c			5(55.6)	1(33.3)	1(33.3)	2(66.7)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)
無回答			1(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計			9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表10-6-b 会議や打ち合わせの時間

多くのケースにおいて「変化なし」とする回答が最も多い。しかし、市町村立病院における中規模・小規模病院においては「長くなった」という回答割合が多い。

BSCを採用した場合、会議の回数と時間について都道府県立病院では負担に感じていないが、一方で市町村立病院では負担に感じていることが推測できる。

設問11 ここからは貴病院において原価計算システムが採用されているかどうかに関する質問を行います。原価計算システム（少なくとも、診療科や病棟ごとに原価の集計を毎月行っている状態）を導入されていますか？

1. はい（いつからですか？： 年度から）
 2. いいえ（いいえと回答された場合は設問22へとお進みください）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	17(34.7)	1(3.4)	1(1.1)	0(0.0)	1(5.9)	0(0.0)	3(16.7)	4(20.0)
2	14(100.0)	36(100.0)	32(65.3)	28(96.6)	87(98.9)	12(100.0)	16(94.1)	10(100.0)	15(83.3)	16(80.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表11 原価計算システムの採用

病院においては原価計算システムが導入されていないという回答が圧倒的に多い。市町村立大規模病院（34.7%）、組合立病院（20.0%）そして独立行政法人病院（16.7%）においていくらか採用割合が目立つ程度である。この

状況を過去の調査に比較すると、特に都道府県立大規模病院において今回の調査では極端に低い数値が出ている。

	17年以前	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
市町村 (大)	4	0	0	1	0	1	2	1	2	2	2	1
市町村 (中)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
市町村 (小)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
都道県立 (大)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
都道県立 (中)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
都道県立 (小)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
独立行政法人	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
組合立	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1
合計	4	0	0	1	0	1	2	1	4	3	4	3

表11-a 原価計算システムの採用年度

この表から、原価計算の導入はここ数年市町村立大規模病院において継続的に進んでいることが分かる。

設問12 設問11で「はい」と回答された病院にお聞きします。貴病院で採用されている原価計算システムは制度的原価計算（簿記の機構と結合している状態）として実施されていますか、それとも特殊原価調査（簿記の主要簿とは切り離れた状態）として実施されていますか？

1. 制度的原価計算として実施

2. 特殊原価調査として実施

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			6(35.3)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)		2(66.7)	2(50.0)
2			11(64.7)	1(100.0)	0(0.0)		1(100.0)		1(33.3)	2(50.0)
合計			17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)

表12 制度的原価計算か特殊原価調査か

原価計算を導入している件数自体が少ないのであるが、「特殊原価調査として実施」している病院が「制度的原価計算として実施」している病院よりも僅かに多い状況である。

設問13 その原価計算システムは病院内で開発されましたか、それとも外部から購入されましたか？

1. 内部開発

2. 外部から購入

3. 外部購入したものを内部で加工している 4. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)		1(100.0)		0(0.0)	1(25.0)
2			15(88.2)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)		3(100.0)	3(75.0)
3			0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
4			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
合計			17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)

表13 原価計算システムの自製・購入

ほとんどのケースにおいて「外部から購入」した原価計算システムを利用している。

設問14 その原価計算システムは実際原価計算システムですか、それとも標準原価計算システムですか（ちなみに、一般の産業では、実際原価計算システムは主に公表財務諸表作成目的のために採用され、一方、標準原価計算システムは原価管理「計画や統制」目的のために利用されています）？

- 1. 実際原価計算システム
- 2. 標準原価計算システム
- 3. 上記の2種類のシステムを同時に採用している。

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			2(11.8)	1(100.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
2			15(88.2)	0(0.0)	0(0.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)
3			0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
合計			17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)

表14 実際原価計算か標準原価計算か

ほとんどのケースにおいて「標準原価計算システム」として利用されることが分かる。これに対して、「実際原価計算システム」としての利用は市町村立大規模病院の2件と中規模病院の1件のみである。これらのことから、公立病院における原価計算の利用は、実績数値の集計ではなく、原価管理のために利用されていることが分かる。

設問15 採用されている原価計算システムによって算出される原価の集計単位についてお聞きします。該当する項目にすべて丸印を付けてください。複

数回答可能

1. 診療科や病棟
2. 疾患分類ごと (貴病院独自の分類)
3. 診断群分類ごと (厚生労働省の分類)
4. 医師ごと
5. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	4(100.0)
2	/	/	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	2(50.0)
3	/	/	5(29.4)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	2(50.0)
4	/	/	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	2(50.0)
5	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)

表15 原価の集計単位

原価の集計単位としては、すべてのケースで「診療科や病棟」が採用されている。それ以外の集計単位も採用が増えてきている。

設問16 原価計算によって得られる情報をどのような目的のために利用していますか？ 該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 戦略的計画策定 (たとえば新しいサービスを提供するなどの長期の目的)
2. 予算編成 (短期の目的)
3. 診療科の収益性分析
4. 疾患分類ごとの収益性分析
5. 医師ごとの収益性分析
6. CVP (損益分岐分析)
7. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	1(5.9)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	1(25.0)
2	/	/	1(5.9)	1(100.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	0(0.0)
3	/	/	15(88.2)	1(100.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	4(100.0)
4	/	/	4(23.5)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	3(75.0)
5	/	/	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	2(66.7)	1(25.0)
6	/	/	3(17.6)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	1(25.0)
7☆	/	/	2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	1(25.0)

表16 原価計算の利用目的

☆「その他」：市町村立病院：大規模；月次の経営分析。

最も多いのは「診療科の収益性分析」である。その次は「疾患分類ごとの収益性分析」であり、他の目的もいくらか挙げられている。

設問17 設問14で採用している原価計算システムが「標準原価計算システム」であると回答された病院にお聞きします。原価差異分析は次の中のどのレベルで実施されていますか？ 該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

- 1. 部門レベル（事務部門や検査部門などを含むすべての部門）
- 2. 診療部門レベル（実際に患者を処置する部門）
- 3. 病棟レベル
- 4. 貴病院独自の疾患分類レベル
- 5. 厚生労働省の診断群分類レベル
- 6. 医師レベル
- 7. その他（ ）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	4(26.7)	/	/	/	0(0.0)	/	0(0.0)	3(75.0)
2	/	/	12(80.0)	/	/	/	1(100.0)	/	1(33.3)	2(50.0)
3	/	/	3(20.0)	/	/	/	1(100.0)	/	1(33.3)	1(25.0)
4	/	/	4(26.7)	/	/	/	1(100.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
5	/	/	1(6.7)	/	/	/	1(100.0)	/	0(0.0)	2(50.0)
6	/	/	0(0.0)	/	/	/	1(100.0)	/	0(0.0)	1(25.0)
7☆	/	/	1(6.7)	/	/	/	0(0.0)	/	2(66.7)	0(0.0)

表17 原価差異分析のレベル

☆「その他」：独立法人病院：試行中。

市町村立大規模病院：実施していない。

最も多いのは「診療部門レベル（実際に患者を処置する部門）」である。次に多いのは「部門レベル（事務部門や検査部門などを含むすべての部門）」であり、その次は「貴病院独自の疾患分類レベル」・「病棟レベル」・「厚生労働省の診断群分類レベル」へと続く。この結果は、設問16の結果とほぼ対応している。

設問18 原価計算システムの導入意思決定と導入後のスタッフの関与についてお聞きします。導入意思決定（内部開発の場合と購入の場合の両方を含む）には、主に誰が関与しましたか？ 複数回答可能

1. 病院長 2. 事務長 3. 導入を検討するための特別の組織
4. 経理部門など常設の組織 5. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	5(29.4)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	2(66.7)	2(50.0)
2	/	/	4(23.5)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	2(66.7)	2(50.0)
3	/	/	4(23.5)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	2(50.0)
4	/	/	6(35.3)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	2(50.0)
5☆	/	/	1(5.9)	1(100.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	1(33.3)	1(25.0)

表18 原価計算システムの導入意思決定時のスタッフの関与

☆「その他」：独立法人病院；副理事長。

導入時の意思決定に誰があるいはどの組織が関与したかを問うているが、一番多い回答は「経理部門など常設の組織」であり、これに続いて「病院長」・「事務長」という回答が多い。ただし、一番多い回答と2番目に多い回答との間には数値的に大きな差異はない。

設問18-2 原価計算システム導入後のスタッフの関与についてお聞きします。主に誰が関与していますか？ 複数回答可能

1. 病院長 2. 事務長 3. 導入を検討するための特別の組織
4. 経理部門など常設の組織 5. その他 ()

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	0(0.0)
2	/	/	1(5.9)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	0(0.0)
3	/	/	1(5.9)	1(100.0)	0(0.0)	/	1(100.0)	/	1(33.3)	0(0.0)
4	/	/	17(100.0)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	3(100.0)	3(75.0)
5	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	1(25.0)

表18-2 原価計算システム導入後のスタッフの関与

導入後の維持・管理に誰があるいはどの組織が関与しているかを問うているが、「経理部門など常設の組織」がダントツに多い。2番目の回答は、いずれも寡少である。設問18の設問に対する回答と比較すると、「経理部門など常設の組織」で原価計算システムに関わる業務が行われていることが分かる。

設問19 原価計算システムを導入されていますが、現段階では導入されているシステムは成功していると思いますか？

1. 成功している 2. 成功していない 3. どちらとも言えない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			4(23.5)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
2			2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
3			9(52.9)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)
無回答			2(11.8)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
合計			17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)

表19 原価計算システムの成功・失敗

原価計算システムの評価について質問している。ほとんどの回答は「どちらとも言えない」ということである。市町村立大規模病院において「成功している」や「成功していない」という回答もみられるが、いずれも少ない。設問10-2ではBSCの評価について質問しているが、その場合には「期待した成果が出ている」という評価が一番多かった。原価計算システムとBSCの両方について導入後の経過年数などには大きな差がみられないことから、BSCの成果に比較して原価計算の成果が見えにくいのかかもしれない。

設問20 設問19で「成功していない」と回答された病院にお聞きします。より良いシステムとするには何が必要だと思いますか？ 重要だと考えられるものを3つ以内で挙げてください。

- ・分析方法や配賦ルールの透明性、具体的な運営方針。
- ・システムのデータ精度（決算値との乖離があり、参考データとしてしか使えない）。

上記の意見は、市町村立大規模病院のものである。

設問21 設問19で「成功している」と回答された病院にお聞きします。原価計算システムの提供する情報の中重要なものはどれですか？ 該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 診療科別原価情報 2. 疾患別（診断群別を含む）原価情報
3. 意思決定（計画）のための原価情報

4. 業績評価（統制）のための原価情報

5. その他（)

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	4(100.0)	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	1(25.0)	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	2(50.0)	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	1(25.0)	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	0(0.0)	/	/	/	/	/	/	/

表21 「成功している」病院の上げる重要情報

成功していると評価している病院が、原価計算システムが提供する情報の中で何を重要だと考えているかを質問している。一番多いのが「診療科別原価情報」であり、次に多いのが「意思決定（計画）のための原価情報」である。この回答は設問16についての回答とほぼ一致している。

設問22 現在、原価計算システムを導入していない病院にお聞きします。近い将来（2－3年以内）において導入の予定がありますか？

1. ある 2. ない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	1(2.8)	8(25.0)	8(28.6)	6(6.8)	2(16.7)	3(18.8)	1(10.0)	3(20.0)	0(0.0)
2	14(100.0)	34(94.4)	24(75.0)	20(71.4)	81(92.1)	10(83.3)	12(75.0)	9(90.0)	12(80.0)	16(100.0)
無回答	0(0.0)	1(2.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	32(100.0)	28(100.0)	87(100.0)	12(100.0)	16(100.0)	10(100.0)	15(100.0)	16(100.0)

表22 近い将来導入予定があるか

導入予定が「ない」という回答がすべてのケースで一貫して多い。導入予定が「ある」とする回答は、市町村立病院と都道府県立病院の大規模病院・中規模病院および独立行政法人病院において16.7%から28.6%の範囲である。組合立病院では導入予定はほとんど「ない」状況である。診療所については全体的には予想された結果であるが、無床診療所において「ある」と回答されていることに「驚き」を感じる。いずれにしても、この調査結果から、公立病院においては今後それほど原価計算システムの導入が進まないことが予

想される。

設問23 貴病院ではABC（活動基準原価計算）を利用していますか？

1. 利用している 2. 利用していない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2	14(100.0)	36(100.0)	48(98.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	16(94.1)	10(100.0)	18(100.0)	19(95.0)
無回答	0(0.0)	0(0.0)	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表23 ABCの利用

ABCについては全く利用されていないという状況である。ただし、都道府県立中規模病院において1病院（5.9%）において利用されている。日本の病院では原価計算の採用、特にABCの採用がなぜ少ないかについては、別稿を参照されたい³⁾。

設問23-2 設問23で「利用していない」と回答された病院にお聞きします。ABCについてご存じですか？

1. 知っている 2. 知らない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	1(2.8)	9(18.7)	10(34.5)	10(11.4)	1(8.3)	3(18.8)	3(30.0)	6(33.3)	1(5.3)
2	14(100.0)	34(94.4)	37(77.1)	18(62.1)	77(87.5)	11(91.7)	13(81.2)	6(60.0)	12(66.7)	17(89.5)
無回答	0(0.0)	1(2.8)	2(4.2)	1(3.4)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(5.3)
合計	14(100.0)	36(100.0)	48(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	16(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	19(100.0)

表23-2 ABCを知っているか

診療所でも病院でもABCについて「知らない」（60.0%から100%の範囲）という回答が圧倒的である。不思議なのは都道府県立病院では小規模病院において「知っている」という回答が大規模病院・中規模病院よりも多いということである。これも単なる偶然なのであろうか。

設問24 医薬品・診療用材料・医療用機器の共同購入についてお聞きします。

- 3) 次の拙稿を参照のこと。「病院の原価計算に関する調査結果－DPCの採用は原価計算の導入・発展に影響を及ぼしたか－」山口経済学雑誌、第64巻第3・4号、平成27年11月、pp.132-134。

共同購入を実施している項目に丸印を付けてください。複数回答可能

1. 医薬品

2. 診療用材料

3. 医療用機器

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	4(11.1)	7(14.3)	7(24.1)	13(14.8)	7(58.3)	9(52.9)	3(30.0)	6(33.3)	3(15.0)
2	1(7.1)	0(0.0)	11(22.4)	4(13.8)	13(14.8)	6(50.0)	9(52.9)	4(40.0)	2(11.1)	5(25.0)
3	1(7.1)	0(0.0)	3(6.1)	4(13.8)	1(1.1)	0(0.0)	5(29.4)	1(10.0)	1(5.6)	0(0.0)

表24 医薬品・診療用材料・医療用機器の共同購入

共同購入については「医薬品」と「診療用材料」についてある程度実施されている。それに対して、「医療用機器」については共同購入の比率が少ない。

設問25 高額医療用機器の共同利用についてお聞きします。貴病院の機器を共同利用（他病院間で）していますか？

1. している

2. していない

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	2(5.6)	19(38.8)	5(17.2)	10(11.4)	2(16.7)	2(11.8)	2(20.0)	5(27.8)	5(25.0)
2	14(100.0)	31(86.1)	29(59.2)	24(82.8)	77(87.5)	10(83.3)	15(88.2)	8(80.0)	13(72.2)	14(70.0)
無回答	0(0.0)	3(8.3)	1(2.0)	0(0.0)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.0)
合計	14(100.0)	36(100.0)	49(100.0)	29(100.0)	88(100.0)	12(100.0)	17(100.0)	10(100.0)	18(100.0)	20(100.0)

表25 高額医療用機器の共同利用

高額医療用機器の共同利用については、公立病院において「している」という回答は11.4%から38.8%の範囲で実施されている。これに対して、診療所ではほとんど行われていない。これは、診療所には高額医療用機器がほとんどないという理由からであろう。

設問26 アウトソーシングについてお聞きします。次の項目のうちアウトソーシング（その業務にかかわる費用のうち50%以上のものに○印、10%以上50%未満の場合は△印）している項目に印を付けてください。清掃業務、施設のメンテナンス、患者の搬送、医療事務、リネンサプライ（寝具洗濯・交換）、医療用廃棄物処理、患者用給食、滅菌消毒、検体検査、守衛、看護助手

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
清掃	8(57.1)	15(41.7)	47(95.9)	28(96.6)	75(85.2)	12(100.0)	16(94.1)	10(100.0)	18(100.0)	15(75.0)
メンテ	5(35.7)	10(27.8)	46(93.9)	16(55.2)	46(52.3)	11(91.7)	12(70.6)	8(80.0)	15(83.3)	10(50.0)
搬送	0(0.0)	0(0.0)	2(4.1)	2(6.9)	8(9.1)	0(0.0)	4(23.5)	0(0.0)	1(5.6)	1(5.0)
事務	4(28.6)	13(36.1)	45(91.8)	21(72.4)	60(68.2)	12(100.0)	16(94.1)	9(90.0)	12(66.7)	11(55.0)
リネン	10(71.4)	15(41.7)	46(93.9)	28(96.6)	81(92.0)	11(91.7)	15(88.2)	10(100.0)	17(94.4)	17(85.0)
廃棄物	11(78.6)	21(58.3)	46(93.9)	27(93.1)	85(96.6)	12(100.0)	15(88.2)	10(100.0)	18(100.0)	17(85.0)
給食	2(14.3)	1(2.8)	40(81.6)	22(75.9)	63(71.6)	9(75.0)	10(58.8)	6(60.0)	15(83.3)	8(40.0)
消毒	3(21.4)	0(0.0)	38(77.6)	11(37.9)	17(19.3)	11(91.7)	7(41.2)	5(50.0)	7(38.9)	9(45.0)
検査	6(42.9)	13(36.1)	13(26.5)	12(41.4)	21(23.9)	2(16.7)	3(17.6)	3(30.0)	3(16.7)	5(25.0)
守衛	2(14.3)	9(25.0)	43(87.8)	23(79.3)	58(65.9)	11(91.7)	14(82.4)	7(70.0)	16(88.9)	13(65.0)
助手	1(7.1)	0(0.0)	3(6.1)	0(0.0)	2(2.3)	0(0.0)	1(5.9)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)

表26 アウトソーシングの程度

ここに集計しているのは、アウトソーシングの比率が50%以上のものである。

アウトソーシングについて多い順に「廃棄物」→「リネン」→「清掃」→「守衛」である。逆にアウトソーシングの少ないものは「助手」が一番であり、次に「搬送」が少ない。

設問27 第三者評価（外部評価）についてお聞きします。次の項目のうち認定を受けているもの、あるいは取得しているものに丸印を付けてください。
複数回答可能

1. 日本医療機能評価機構（いつからですか?： 年度より）
2. ISO9001シリーズ（品質マネジメント・システム）
（いつからですか?： 年度より）
3. ISO14001シリーズ（環境マネジメント・システム）
（いつからですか?： 年度より）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	39(79.6)	13(44.8)	8(9.1)	7(58.3)	7(41.2)	2(20.0)	10(55.6)	8(40.0)
2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(3.4)	1(1.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3	1(7.1)	1(2.8)	1(2.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(11.8)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)

表27 第三者評価の導入

調査したのが9月から10月にかけてであったためか、ほとんどすべての病院・診療所のデータは平成27年度のものであった。医業費用収益率の高い病院種類は、市町村立大規模病院（94.63%）・中規模病院（89.20%）、組合立病院（90.28%）、そして都道府県立大規模病院（86.19%）などである。意外にも、概して市町村立病院の方が都道府県立病院よりも医業費用収益率が高い結果が出ている。一方で、診療所では有床の比率の方が無床よりも低い状況である。

設問29-2 設問28で「1. 増大した」と回答された病院にお聞きします。医業利益が増大した主な理由は次の中どれですか？

1. 医業収益増大
2. 医業費用減少
3. 医業収益の増大および医業費用の減少

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	1(100.0)	1(100.0)	12(75.0)	6(66.7)	12(52.2)	2(100.0)	4(80.0)	1(100.0)	4(66.7)	3(60.0)
2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(11.1)	4(17.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3	0(0.0)	0(0.0)	4(25.0)	2(22.2)	3(13.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	2(33.3)	2(40.0)
無回答	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(17.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	1(100.0)	1(100.0)	16(100.0)	9(100.0)	23(100.0)	2(100.0)	5(100.0)	1(100.0)	6(100.0)	5(100.0)

表29-2 医業利益の増大理由

医業利益が「増大した」と回答された病院にその理由を質問したところ、すべての病院において「医業収益増大」が最も多かった。次に多いのが「医業収益の増大および医業費用の減少」であり、これに対して、「医業費用減少」はほとんど見られなかった。一方で、診療所においては「医業収益増大」のみが挙げられていた。

設問29-3 設問29-2で「1. 医業収益増大」あるいは「3. 医業収益の増大および医業費用の減少」と回答された病院にお聞きします。収益増大に貢献した主な要因は次の中どれですか？複数回答可能

1. DPCの導入
2. 看護配置7対1の導入
3. 診療報酬改定の影響
4. 病床稼働率の向上
5. その他（具体的に要因をお書き下さい：)

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	0(0.0)	0(0.0)	1(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(20.0)
2	0(0.0)	0(0.0)	1(6.3)	1(12.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
3	0(0.0)	0(0.0)	1(6.3)	1(12.5)	1(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(40.0)
4	0(0.0)	0(0.0)	6(37.5)	6(75.0)	9(60.0)	0(0.0)	1(20.0)	0(0.0)	4(66.7)	3(60.0)
5☆	1(100.0)	1(100.0)	11(68.8)	3(37.5)	8(53.3)	1(50.0)	3(60.0)	1(100.0)	4(66.7)	2(40.0)

表29-3 医業収益の増大要因

☆「その他」：市町村立病院；大規模：地域包括ケア病棟。新たな施設基準の取得。指定管理者への組織変更。会計制度変更。稼働病床数の増加。診療単価の増加。中規模：救急体制の充実。外来単価の増加。会計制度の改正，後発薬品採用増。小規模：薬品費の引き上げ率の向上，医師の部分休業による給与費減。予算科目の増加。健康診断。予防接種の増加。特別損失の減少。手術実施件数の増加。平成25年は会計制度改正のため特別損失の増大。検査件数の増加。町からの繰り入れ。地域包括ケア病院への転換（一部）（2件）。入院および外来単価の増。

：都道府県立病院；中規模：高い施設基準の堅持。精神科救急入院病棟の増加（急性期→スーパー救急）。外来収益の向上。小規模：医師の増員。

：組合立病院：会計の変更。

：独立行政法人病院：診療単価の増加。病床数の増加。

：診療所：無床：患者数の増加。有床：外来患者数の増加。

医業収益増大に対して貢献した要因について質問したところ、「その他」が一番多く、次に「病床稼働率の向上」が多かった。診療所では「その他」のみが挙げられていた。

設問29-4 設問29-2で「2. 医業費用減少」あるいは「3. 医業収益の増大および医業費用の減少」と回答された病院にお聞きします。費用減少に貢献した主な要因は次の中どれですか？複数回答可能

1. 経営管理技法の導入（BSC，原価計算，品質管理など）
2. 薬剤・消耗品などの大量購入・共同購入など
3. 人員整理
4. 設備の共同利用

5. 不採算診療科（部門）の閉鎖

6. 業務の縮小

7. その他（具体的に要因をお書き下さい：）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
2	/	/	1(25.0)	0(0.0)	3(42.9)	/	0(0.0)	/	1(50.0)	0(0.0)
3	/	/	1(25.0)	0(0.0)	1(14.3)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
4	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
5	/	/	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
6	/	/	0(0.0)	1(33.3)	1(14.3)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
7☆	/	/	3(75.0)	3(100.0)	3(42.9)	/	1(100.0)	/	1(50.0)	1(50.0)

表29-4 医業費用の減少要因

☆「その他」：組合立病院；材料費、経費（委託費）の減少。

：独立行政法人病院；院外処方の導入。

：市町村立；大規模：人員削減。光熱費の減少、ガス・電気の単価下降。減価償却費の減少（耐用年数の経過）。中規模；医薬品のジェネリックへの変更推進。経常的経費（光熱費・施設維持費）の削減。小規模；人員整理でない職員数の減少。特別損失の減少（2件）。派遣期間満了に伴う退職で人員減少。

費用減少に貢献した要因について質問したところ、全体的には「その他」が多かった。それ以外では、「薬剤・消耗品などの大量購入・共同購入など」が僅かに挙げられていた。これに対して、「経営管理技法の導入（BSC、原価計算、品質管理など）」は費用減少の要因として全く考えられていなかった。

設問29-5 設問29-4に回答された病院にお聞きします。費用削減に成功されたわけですが、削減できた費用は次の中どれですか？複数回答可能

1. 人件費（医師、看護師、薬剤師、事務員など） 2. 薬剤費
3. 経費 4. 外注費 5. その他（具体的にお書き下さい：）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	1(25.0)	0(0.0)	6(85.7)	/	0(0.0)	/	1(50.0)	0(0.0)

2			2(50.0)	3(100.0)	4(57.1)		0(0.0)		1(50.0)	1(50.0)
3			3(75.0)	0(0.0)	5(71.4)		0(0.0)		0(0.0)	1(50.0)
4			1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
5☆			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)		0(0.0)	1(50.0)

表29-5 削減できた医業費用

☆「その他」：組合立病院：診療用材料。

費用削減が実現した病院に対して、どの費用が削減できたかを質問している。一番多いのが「薬剤費」であり、二番目に「経費」そして三番目に「人件費」が挙げられていた。

設問29-6 設問28で「2. 減少した」と回答された病院にお聞きします。

医業利益が減少した理由は次の中どれですか？複数回答可能

1. 医業収益減少
2. 医業費用増大
3. 医業収益は増大したが医業費用がそれ以上に増大した

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	9(100.0)	17(81.0)	10(33.3)	12(70.6)	34(59.6)	2(28.6)	5(41.7)	5(83.3)	5(45.5)	8(72.7)
2	2(22.2)	3(14.3)	13(43.3)	4(23.5)	20(35.1)	2(28.6)	5(41.7)	4(66.7)	3(27.3)	4(36.4)
3	0(0.0)	0(0.0)	16(53.3)	2(11.8)	14(24.6)	5(71.4)	5(41.7)	1(16.7)	5(45.5)	2(18.2)

表29-6 医業利益が減少した理由

医業利益が減少した診療所・病院に対してその理由を質問した。病院では全体的に「医業収益減少」が一番多く、次に「医業費用増大」そして最後に「医業収益は増大したが医業費用がそれ以上に増大した」という順番であった。一方で、診療所では、その順序は同じであるが、しかし、「医業収益減少」が圧倒的に多く、「医業費用増大」は寡少であった。「医業収益は増大したが医業費用がそれ以上に増大した」は全く挙げられていなかった。

設問29-7 設問29-6で「1. 医業収益減少」と回答された病院にお聞きします。収益減少の主要原因は次の中どれですか？複数回答可能

1. 政府の政策による診療報酬点数の引き下げ
2. 患者数の減少（外来患者，入院患者）
3. 病床稼働率の減少
4. その他（具体的に原因をお書き下さい；）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	1(11.1)	1(5.9)	2(20.0)	4(33.3)	3(8.8)	1(50.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)	1(12.5)
2	8(88.9)	17(100.0)	9(90.0)	10(83.3)	30(88.2)	2(100.0)	5(100.0)	4(80.0)	4(80.0)	7(87.5)
3	3(33.3)	0(0.0)	8(80.0)	8(66.7)	20(58.8)	1(50.0)	3(60.0)	4(80.0)	3(60.0)	6(75.0)
4☆	0(0.0)	1(5.9)	5(50.0)	4(33.3)	2(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)

表29-7 医業収益減少の主要原因

☆「その他」：組合立病院；消費税。

：市町村立病院：大規模；移転準備による患者制限。医師の減少（3件）。
 特定健診科における常勤医師の不在。中規模；医師数の減少に伴う患者数の減少（3件）。一般会計繰入の減少。小規模；医師体調不良による2診療科の休診。医師の移動，退職。

医業収益減少の主要原因について質問している。病院では、「患者数の減少（外来患者，入院患者）」が最も多く，次に「病床稼働率の減少」そして「その他」，最後に「政府の政策による診療報酬点数の引き下げ」という順番であった。診療所においてもほぼ同様の順番で収益減少の原因が挙げられている（ただし，3位と4位が病院の場合と逆になっている）。

設問29-8 設問29-6で「2. 医業費用増大」あるいは「3. 医業収益は増大したが医業費用がそれ以上に増大した」と回答された病院にお聞きします。費用増大は次の中主にどの費目で生じていますか？複数回答可能

1. 人件費（医師，看護師，薬剤師，事務員など）
2. 薬剤費
3. 経費（建物・設備の減価償却費，光熱費など）
4. 外注費
5. その他（具体的にお書き下さい：)

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	1(50.0)	0(0.0)	28(96.6)	4(66.7)	15(44.1)	6(85.7)	9(90.0)	4(80.0)	6(75.0)	5(83.3)
2	0(0.0)	1(33.3)	19(65.5)	3(50.0)	2(5.9)	2(28.6)	3(30.0)	3(60.0)	3(37.5)	3(50.0)
3	1(50.0)	0(0.0)	16(55.2)	4(66.7)	9(26.5)	0(0.0)	6(60.0)	2(40.0)	4(50.0)	4(66.7)
4	0(0.0)	0(0.0)	6(20.7)	2(33.3)	3(8.8)	0(0.0)	5(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
5	0(0.0)	0(0.0)	2(6.9)	0(0.0)	2(5.9)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)	1(12.5)	1(16.7)

表29-8 医業費用増大の費目

費用増大が主にどの費目で生じているかを質問している。病院では、「人件費」が一番に多く、次に「経費」そして三番目に「薬剤費」が挙げられている。診療所では回答数が少ないが、上記の費用がそれぞれ1件ずつ挙げられている。

設問30 非財務的成果についてお聞きます。平成27年度の平均在院日数及び病床稼働率について記入ください（確定していない場合は、平成26年度分を記入ください）。

1. 平均在院日数（一般病床； 日）・（精神病床； 日）
2. 病床稼働率（一般病床； %）・（精神病床； %）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1：一般	14.35		12.58	18.17	22.74	12.45	13.25	35.98	14.93	16.96
：精神			74.44	42.86	74.00	90.80	151.60	366.00	117.44	141.90
2：一般	41.52		79.21	73.33	71.83	81.89	69.68	68.21	77.38	75.26
：精神			59.89	60.70	69.2	68.27	80.77	80.00	82.70	47.53

表30 平均在院日数と病床稼働率

病院の場合の一般病床の平均在院日数は、12.45日（都道府県立大規模病院）から35.98日（都道府県立小規模病院）の範囲である。精神病床の平均在院日数は、42.86日（市町村立中規模病院）から366.0日（都道府県立小規模病院）の範囲である。これに対して、一般病床の病床稼働率は、81.89%（都道府県立大規模病院）から68.21%（都道府県立小規模病院）の範囲である。精神病床の病床稼働率は、82.70%（独立行政法人病院）から47.53%（組合立病院）の範囲である。一般病床では市町村立病院と都道府県立病院をそれぞれ規模別に比較してみると、在院日数において小規模病院を除いて都道府県立病院の方が在院日数が短いことが分かる。さらに病床稼働率の観点から同様な比較をすると、大規模病院を除いて、市町村立病院のほうが稼働率の高いことが分かる。

設問A 貴病院がBSCを採用された契機についてお聞きます。以下のうちのどれに該当しますか？ 複数回答可能

1. 他病院で採用されていた
2. コンサルタントに勧められた
3. 日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た
4. 厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた
5. その他（具体的に： _____）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	4(44.4)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)
2	/	/	2(22.2)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)
3	/	/	1(11.1)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
4	/	/	3(33.3)	0(0.0)	2(66.7)	0(0.0)	1(25.0)	1(50.0)	2(100.0)	1(50.0)
5	/	/	1(11.1)	0(0.0)	0(0.0)	3(100.0)	2(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)

表A BSCの採用契機

BSCを採用した理由を質問している。一番多い理由は、「厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた」であり、次に「他病院で採用されていた」と「その他」が続く。「日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た」という理由は寡少であることが分かる。

設問B BSCを採用されている病院にお聞きします。BSCに関する資料を経営者会議・部門長会議のような重要な会議の資料として提出し、それに基づいて議論しますか？

1. はい
2. いいえ（たとえば、院長が手持ち資料として持っているが、会議の資料としては提示しない。あるいは、会議の資料としては提示しないが、診療科や部門の責任者にはその資料を提供するなど）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	6(66.7)	1(33.3)	3(100.0)	2(66.7)	3(75.0)	2(100.0)	1(50.0)	2(100.0)
2	/	/	3(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	1(33.3)	1(25.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)
無回答	/	/	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計	/	/	9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表B 重要会議の資料にしているか

BSCに関する資料を重要な会議の資料として利用しているという回答がそうでないという回答に比較して3倍弱の状態である。これは過去において日本におけるすべての病院種類に対して実施したアンケート調査（主に急性期病院を対象）の結果とほぼ一致している⁴⁾。

設問C BSCを採用されている病院にお聞きします。採用されているBSCはインセンティブと関連づけられていますか？

1. 金銭的インセンティブと関連づけられている（給与やボーナス）
2. 非金銭的インセンティブと関連づけられている（研修や購入備品の優先性など）
3. インセンティブはない
4. 短期的には関連づけられていないが、中長期的には関連づけられている（昇進のデータとして利用など）
5. その他（具体的に： ）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			3(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
2			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)
3			6(66.7)	1(33.3)	2(66.7)	2(66.7)	3(75.0)	1(50.0)	1(50.0)	1(50.0)
4			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)
5			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
無回答			0(0.0)	1(33.3)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
合計			9(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	3(100.0)	4(100.0)	2(100.0)	2(100.0)	2(100.0)

表C インセンティブとの関連付け

BSCがインセンティブと関連付けられているかどうかを質問している。最も多い回答は「インセンティブはない」というものであり、この回答が圧倒的である。次に多いのが「金銭的インセンティブと関連づけられている（給与やボーナス）」であるが、これは市町村立病院に限定されている。

設問D 貴病院が原価計算を採用された契機についてお聞きします。以下の

4) 次の拙稿を参照のこと。「BSCに関する6回のアンケート調査-平成16年から25年における郵送調査-」医療バランス・スコアカード研、第11巻第1号、平成26年9月、P.98。

うちのどれに該当しますか？ 複数回答可能

1. 他病院で採用されていた
2. コンサルタントに勧められた
3. 日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た
4. 厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた
5. その他（具体的に： ）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	6(35.3)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	2(66.7)	2(50.0)
2	/	/	3(17.6)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	1(25.0)
3	/	/	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	0(0.0)	0(0.0)
4	/	/	3(17.6)	0(0.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	1(33.3)	0(0.0)
5	/	/	3(17.6)	1(100.0)	0(0.0)	/	0(0.0)	/	1(33.3)	2(50.0)
無回答	/	/	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	/	1(100.0)	/	0(0.0)	0(0.0)

表D 原価計算の採用契機

原価計算を採用した契機について質問している。一番多いのが「他病院で採用されていた」である。「日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た」が最も少ない回答であり、残りのものはほぼ同じ回答数である。

設問E 以下ではDPC（診断群分類別包括評価制度）を採用されている病院に質問いたします。DPCを採用された理由は次のうちどれですか？（DPCを採用されていない場合は、これで終了です）2つ以内で選択ください。

1. 経営（財務）にとって有利だから（収益が増加するから）
2. DPCの採用を契機として、クリティカルパスの作成などの業務改善効果が期待されたから
3. 他の病院が採用していたから、あるいは採用しそうであったから
4. 政府（厚生労働省）の方針だったから
5. その他（具体的に： ）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1	/	/	38(77.6)	6(40.0)	0(0.0)	7(70.0)	5(62.5)	/	7(70.0)	4(44.4)
2	/	/	10(20.4)	2(13.3)	0(0.0)	6(60.0)	1(12.5)	/	4(40.0)	3(33.3)

3			1(2.0)	1(6.7)	0(0.0)	1(10.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
4			20(40.8)	3(20.0)	0(0.0)	3(30.0)	3(37.5)		5(50.0)	3(33.3)
5			0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)		1(10.0)	1(11.1)
無回答			0(0.0)	0(0.0)	5(100.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)

表E DPCの採用理由

DPCを採用した理由について質問している。最も多い回答は「経営（財務）にとって有利だから（収益が増加するから）」であり、二番目に多いのが「政府（厚生労働省）の方針だったから」、そして三番目は「DPCの採用を契機として、クリティカルパスの作成などの業務改善効果が期待されたから」である。

設問F 診断群分類別原価計算（あるいは診断群分類別損益計算）を経営者会議・部門長会議などの重要な会議の資料として利用していますか？

1. 利用している
2. 利用していない（たとえば、院長が手持ち資料として持っているが、会議の資料としては提示しない。あるいは、会議の資料としては提示しないが、診療科や部門の責任者にはその資料を提供するなど）

	診療所		市町村立病院			都道府県立病院			独立行政法人	組合立病院
	有床	無床	大規模	中規模	小規模	大規模	中規模	小規模		
1			3(17.6)	0(0.0)	0(0.0)		1(100.0)		0(0.0)	1(25.0)
2			13(76.5)	1(100.0)	0(0.0)		0(0.0)		3(100.0)	3(75.0)
無回答			1(5.9)	0(0.0)	1(100.0)		0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)
合計			17(100.0)	1(100.0)	1(100.0)		1(100.0)		3(100.0)	4(100.0)

表F 重要な会議の資料にするか

診断群別原価計算を重要な会議の資料としているかどうかを質問している。これに対して、ほとんどの病院が「利用していない」（73. 1%）と回答している。

第4節 おわりに

本稿の締めくくりとして、今回の調査の特徴及び次稿の予定について述べておく。

(1) 今回の調査の特徴

今回の調査は公立病院・診療所の状況を把握する目的であったため、調査対象をそれらに限定している。それに対して、平成16年から平成25年までに実施した6回の調査ではほぼすべての病院種類（ただし、平成16年に実施した調査では公立病院の中、市町村立病院を対象にしていなかったことを述べておく）を対象にしてきた。

ここでは、これまでの調査結果⁵⁾と今回の調査結果との違いについて明らかにしておきたい。

- ① まず、今回の調査では、BSCの採用について市町村立病院では全体で9.0%、そして都道府県立病院では同じく23.1%である。これと過去6回の調査結果を比較すると、市町村立病院ではやや高め（ただし、直近の平成25年度調査では11.8%であったため、それとほぼ同程度と言えよう）に出ていると言える。また、都道府県立病院ではだいぶ少なめにしている。

それに対して、原価計算に関しては、今回の調査では市町村立病院全体では11.4%、そして都道府県立病院では2.6%である。これを過去6回の調査と比較すると、市町村立病院では2倍近い採用割合になっている。逆に、都道府県立病院では3分の1から7分の1の採用割合になっている（平成18年から25年までの調査と比較）。

5) 拙稿、「公立病院の原価計算に関する調査結果－6回の調査結果より－」山口経済学雑誌、第64巻第6号、平成28年3月、pp.1-30。拙稿、「公立病院におけるBSC採用に関する現状－合計6回の調査より－」山口経済学雑誌、第63巻第5号、平成27年3月、pp.119-140。拙稿、「病院の原価計算に関する調査結果－DPCの採用は原価計算の導入・発展に影響を及ぼしたか－」山口経済学雑誌、第64巻第3・4号、平成27年11月、pp.101-136。拙稿、「BSCに関する6回のアンケート調査－平成16年から25年における郵送調査－」医療バランスト・スコアカード研、第11巻第1号、平成26年9月、pp.93-104。）

以上のことから、特に、原価計算についてのデータにおいて都道府県立病院に関して十分な情報収集が行われていなかったのではないかという疑いがある。このことが、次稿以降の分析に影響を及ぼすことが予想される。

- ② 今回初めて情報を収集した診療所について病院と比較し、簡単なまとめをしておく。

まず、病院に対する調査結果と診療所に対するそれが大きく異なっている部分について説明する。看護配置7対1、DPCの採用、BSC・原価計算システムの採用などである。

これに対して、病院の方が診療所よりも採用率の高い傾向がみられるのは、電子カルテの導入状況（有床診療所では35.7%が診療所全体で導入済み）、電子カルテ導入のための自己資金（無床診療所では41.7%）、アウトソーシングの状況（全体的に各項目ともに病院よりも比率は低いが「廃棄物」、「リネン」、「清掃」が多く、それに対して「助手」や「搬送」が少ないという傾向は病院と同じである）である。

また、病院と診療所の調査結果においてほとんど同様の傾向を示しているのは平成25年度決算利益に比較した平成27年度決算利益の状況（「減少した」という回答率）である。同様な傾向は医業費用収益率である。今回の調査区分では、市町村立病院（3区分）、都道府県立病院（3区分）、独立法人病院（1区分）、組合立病院（1区分）、そして診療所（2区分）という10グループに区分しているが、有床診療所が9番目に低く（66.65%）そして無床診療所が8番目に低い（77.17%）。

そして今回の調査で気になったのは、診療所の中には「経営的なことは配慮していない」、「診療所単独の決算を実施していない」という意見を表明されているものがあつたことである。病院ではこの種の意見を表明されているものは見られないことから、このような意見に接してある意味でショックを受けた。しかし、このような意見が、一部の診療所にのける意見を代表しているのかもしれない。

(2) 次稿の予定

次稿では公立病院における『組織形態－マネジメント手法－財務・非財務業績』の関係を明らかにしたい。公立病院の組織形態としては、地方公営企業法適用（一部・全部）、公務員型地方独立行政法人、非公務員型地方独立行政法人、指定管理者制度などを考慮するつもりである。

マネジメント手法としては、目標管理制度、バランスト・スコアカード、原価計算を考えている。ただし、目標管理制度については過去の調査において公立病院を含むすべての病院において「導入されている」ことが判明しているため、今後の分析には含めない。

財務業績としては医業費用収益率、そして非財務業績としては平均在院日数と病床稼働率を利用する。

また、病院の経営についてファンダメンタルとなっている経営管理組織、電子カルテ、医療の質及び経営にも影響を及ぼしている看護配置7対1の取得、及びDPC（これらは病院にとっての内部環境として捉えている）についても財務・非財務業績に影響を及ぼす要素として考慮するつもりである。

このような分析を行うことによって、どのような条件を整えている病院（どのような組織形態を利用し、どのような内部環境を整え、そしてどのようなマネジメント手法等を利用している病院）が、より良好な財務・非財務業績を残しているかを明らかにすることができる。そして、この考え方を公立病院以外の病院にも適用することによって新たな知見が生まれるのではないかと期待している。

本稿は平成28年度科学研究費補助金（基盤経費C）の支援を受けて作成している。