

# 中規模病院における経営管理技法の利用度調査

中 田 範 夫

〈目次〉

第1節 はじめに

第2節 設問項目と集計結果

第3節 おわりに

The mail survey concerning the management function of the hospital was done to the hospitals in Japan from February through April 2005. The objects are hospitals that have 150-300 beds for general patients.

## 第1節 はじめに

このたび平成17年2月から4月にかけて一般病床150床から300床程度を有する全国の病院に対して管理会計を中心とした経営管理技法の利用度についての郵送調査を行った。この調査の項目は前年度に行った比較的規模の大きい病院に対して実施した調査とほとんど同じ項目である（注1）。

さて、調査では経営管理組織、経営管理について外部コンサルタントの利用、電子カルテの導入及びその資金源泉、目標管理制度の導入およびインセンティブ制度の導入、BSC（バランスト・スコアカード）の利用、原価計算システムの導入、医薬品・診療用材料・医療用機器の共同購入、高額医療機器の共同利用、第三者評価などについて質問している。

## 第2節 設問項目と集計結果

まず最初に病院の名前を上げていただいた。名前を出したくない場合は病院の種類を明らかにしていただいた。その結果、以下のような結果となった。昨年度の調査との比較では、調査対象として今回は新たにCの市町村立病院、Kの個人病院、及びLの学校法人・その他を加えている。Dは日本赤十字病院・済生会病院である。Lの中12件は学校法人、そして5件は「その他」である。これは、病院名についての記述がなく、病院種類についても印が付いていない場合、あるいは「その他」に印が付けられている場合で他に確認の方法が見つからなかったものを含めている。

さらに、昨年度の調査では病院の種類や地域について調整することを意識したのであるが、今回はこの調整を意識しなかった。すなわち、精神病院を除く病院の中で一般病床が150から300床までの病床を有する病院に対してアンケート用紙を郵送したのである。その結果、Hの医療法人には543通を発送し、逆にL学校法人・その他には17通のみの発送となっている。

昨年度実施した大病院の調査結果と比較すると、全体的には回収率が1%低かった(昨年度は24.2%であった)。その中でも特に、A(前年度:28.8%)、B(前年度:37.4%)、F(前年度:40.7%)、I(前年度:21.3%)などが前年度よりも10%以上低くなっている。

### 回収データ

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
発送数	70	80	172	43	70	21	101	543	18	70	62	17	1,267
回収数	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294
回収率%	17.1	23.8	30.8	20.9	18.6	23.8	27.7	22.3	11.1	22.9	17.7	29.4	23.2

A 国立、国その他(独立行政法人を含む)

B 都道府県立

C 市町村立

- D 日本赤十字病院, 済生会病院
- E 厚生連・厚生団・社会事業協会・全社連病院
- F 共済組合
- G 公益法人
- H 医療法人
- I 会社
- J 国民健康保険組合及びその他の法人
- K 個人病院
- L 学校法人・その他

設問1 貴病院における経営管理を担当する部署についてお聞きします。病院の内部に経営管理を担当する部署が設けられていますか。

1. はい (担当組織・部局の名称: )
2. いいえ (病院長や事務長のみの場合)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	9	9	33	4	6	3	17	70	1	7	2	1	162(55.1%)
2	3	10	19	4	7	2	11	49	1	9	9	4	128(43.5%)
無記入	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	4(1.4%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

ここでは経営管理を常設の部署が組織的に行っているか、それとも病院長や事務長という責任者が個人的に行っているかを質問している。全体的には「1」の組織的に対応しているケースの方が「2」の個人的に対応しているケースよりもわずかに多い。その中でも組織的に対応している数値の高いのはA(75%), C(62%)である。逆に個人的に対応している数値の高いのはK(82%), L(80%)である。

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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	1	5( 1.7%)
2	5	5	24	4	7	2	17	76	2	6	8	1	157( 53.4%)
3	4	8	18	2	3	2	5	26	0	5	0	2	75( 25.5%)
未記入	3	6	11	3	2	1	5	17	0	5	3	1	57( 19.4%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

経営管理を担当している構成員について質問している。「2. 医師と事務系職員」が53.4%で最も多かった。なお、設問の回答には、医師、事務系職員だけしか示していなかったが、それ以外に看護系職員や技術系職員が経営管理組織を構成しているという指摘が見られた。「未記入」の中にはそのような回答の可能性があることを述べておきたい。

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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	2	8	6	2	1	11	40	1	4	4	1	81( 27.5%)
2	11	16	45	3	11	4	17	79	0	12	7	4	209( 71.1%)
未記入	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	4( 1.4%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

病院の経営管理のために外部資源を利用しているかどうかをを質問している。全体的には「1」の利用しているとする回答は27.5%と多くない。しかし、その中ではD(66.7%), G(39.3%), K(36.4%)そしてH(33.1%), が比較的高い数値を示している。これとは逆に、A(8.3%), B(10.5%), C(15.1%)そしてE(15.4%)が低い数値を示している。これら低い数値を示してい

る病院群はいずれも公的病院の性格を持っているものであり、この結果から公的病院では未だ経営管理的発想が乏しいのではなかろうかと推察する。

設問4 電子カルテの導入についてお聞きします。貴病院ではすでに電子カルテが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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	1	4	0	0	2	2	14	1	2	0	0	26( 8.8%)
2	0	0	1	2	0	0	0	3	0	1	0	0	7( 2.4%)
3	12	18	48	7	13	3	26	104	1	13	11	5	261( 88.8%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

電子カルテの導入状況について質問している。予想したように「1.病院全体で導入済み」は8.8%と極めて低く、「2.一部の診療科で導入」を含めても11.2%である。病院群の中で導入状況が飛び抜けて高い数値を示しているものは見られないが、逆に0%を示している群は幾つか見られる。A, D, E, KおよびLにおいて全く導入されていないという結果が示されている。

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します。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: )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	2	1	0	2	0	14	1	2	0	0	22
2	0	1	1	2	0	1	1	11	0	0	0	0	17
3	0	1	2	0	0	0	1	4	0	1	0	0	9

(解答が1及び2という場合もあったので合計はしていない。)

電子カルテ導入に関わる資金の出所を質問している。「1. 自己資金」のケースが最も多いが、その次は「2. 補助金」のケースである。資金の出所が2カ所以上のケースは「3」として示しておいた。

設問6 目標管理の実施についてお聞きします。目標管理とは事前に責任単位(部署や担当者)ごとに目標を設定し(plan)、一定の時間経過(do)後にその目標がどの程度達成されているかを事後的に評価し(see)、その結果を次期の計画に役立たせるための仕組みです。このような仕組みを採用していますか。

1. 採用している
2. 採用していない

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	7	5	14	4	4	4	13	59	2	5	1	3	121(41.2%)
2	5	14	37	5	9	1	15	62	0	11	9	2	170(57.8%)
未記入	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3(1.0%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

目標管理システムは41.2%の病院において導入されていた。採用率の高い病院群は、I(100%)、F(80.0%)、L(60.0%)、A(58.3%)などである。逆に採用率の低い病院群は、K(9.1%)、B(26.3%)、C(26.4%)などである。

設問7 設問6で「採用している」と回答された病院に質問します。その場合の目標としては財務的指標(医業収益、医業費用、利益など)と非財務的指標(在院日数、病床利用率、患者紹介率、患者の満足度など)が考えられますが、どちらを利用していますか。

1. 財務的指標のみ
2. 非財務的指標のみ
3. 財務的指標と非財務的指標の両方

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	2	0	0	0	1	6	0	0	0	1	9(7.4%)
2	1	1	1	1	2	1	1	6	1	1	0	1	17(14.1%)
3	6	4	12	3	2	3	11	47	1	4	1	1	95(78.5%)
合計	7	5	14	4	4	4	13	59	2	5	1	3	121(100.0%)

病院では、元来病床利用率や外来紹介率などの非財務的指標が目標として利用されてきたという経緯があるが、この回答では「3. 財務的指標と非財務的指標の両方」が利用されているケースがダントツに多い。したがって、病院でも財務的指標が目標値として利用されるようになっていることが分かる。

設問8 設問6で「採用している」と回答された病院に質問します。目標管理を実施している場合、その対象は次のどれに該当しますか。該当するものにすべて丸印を付けてください。

1. 診療科や病棟などの単位
2. 個人単位 (たとえば、医師、看護師、検査技師、職員個人)
3. その他 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	7	3	11	4	2	3	9	44	2	4	1	3	93
2	1	2	1	1	1	3	2	18	0	1	0	1	31
3	0	2	3	0	1	1	3	7	0	0	0	0	17
未記入	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2

「3」の回答のうち「病院全体へ適用」を除くとそのほとんどが「1」に含めることのできる性質であることが分かる。したがって「1」の回答は実質的により多くなると思われる。このことから目標管理の方法が病院では職場単位で適用されることが多いが、しかし、「2」の個人単位に適用されるケースも少しずつ見られるようになっているといえる。

設問9 設問6で「採用している」と回答された病院に質問します。目標管理を実施した結果をどのように利用しているかをお聞きします。たとえば、事前に設定した目標よりも実績が良かった場合あるいは悪かった場合のことです。

1. 何らかのインセンティブが与えられる（金銭的および非金銭的なもの）
2. インセンティブは無い
3. 短期的には無いが、長期的には考慮している

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	1	1	2	0	2	5	18	1	1	0	0	32(26.5%)
2	5	4	10	1	1	0	5	14	0	2	1	3	46(38.0%)
3	1	0	3	1	3	2	3	27	1	2	0	0	43(35.5%)
合計	7	5	14	4	4	4	13	59	2	5	1	3	121(100.0%)

目標管理を実施していても「2. インセンティブは無い」とする回答が最も多く（38.0%）、次に「3. 短期的には無いが、長期的には考慮している」が多い（35.5%）。そのような状況だが、「1. 何らかのインセンティブが与えられる」にも26.5%の印が付けられている。

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
2. 導入していない
3. 導入を検討している

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	2	0	0	0	1	1	8	1	0	0	1	15(5.1%)
2	11	15	48	6	11	4	23	87	1	13	10	4	233(79.3%)
3	0	2	2	2	2	0	3	24	0	2	1	0	38(12.9%)
未記入	0	0	3	1	0	0	1	2	0	1	0	0	8(2.7%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)



(Eの「3」について2件のうち1件は、17年度より実施予定である。)

目標管理システムをBSCという形でより体系的に適用しているかどうかを質問している。「1. 導入している」とする回答は5.1%と極めて少ない状況である。しかし、「3. 導入を検討している」を含めると18%になる。

設問11 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年あるいは毎月行っている状態）を導入されていますか。

1. はい（何年の経験がありますか？）
2. いいえ（いいえと回答された場合は設問23へとお進みください）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	2	1	8	2	1	4	6	32	0	3	0	1	60(20.4%)
2	10	18	45	7	12	1	22	89	2	13	11	4	234(79.6%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

- A「1」 2件はいずれも1年。
- C「1」 8件のうち、1年2件、2年3件、3年1件、そして4年1件である。
- E「1」 1件は7年である。
- F「1」 4件のうち、3年1件、8年1件、9年1件、そして10年1件である。
- G「1」 6件のうち、1年2件、10年1件、15年1件、そして50年1件である。
- H「1」 32件のうち、1年3件、2年6件、3年5件、5年3件、7年1件、10年2件、15年1件、そして17年2件である。
- J「1」 3件のうち10年1件である。

病院に対して適用される病院会計準則では原価計算を義務づけていない。それにもかかわらず、20.4%の病院が原価計算を実施している。その中でも、Fが80%と採用率が飛び抜けて高く、続いてH26.4%、D22.2%という具合

である。逆に、採用率が低いのは、IとKが0%、B5.3%、E7.7%である。

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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	2	1	3	0	1	3	4	16	0	2	0	0	32(53.3%)
2	0	0	5	2	0	1	2	15	0	1	0	1	27(45.0%)
未記入	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1(1.7%)
合計	2	1	8	2	1	4	6	32	0	3	0	1	60(100.0%)

原価計算システムを採用している病院のうち「1. 制度的原価計算として実施」しているものが53.3%、そして「2. 特殊原価調査として実施」しているものが45.0%であり、ほぼ同じ比率を示している。

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 ( )

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	2	0	1	4	4	19	0	0	0	1	31(51.7%)
2	2	0	4	1	0	0	1	8	0	1	0	0	17(28.3%)
3	0	1	1	0	0	0	1	4	0	1	0	0	8(13.3%)
4	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4(6.7%)
合計	2	1	8	2	1	4	6	32	0	3	0	1	60(100.0%)

回答によれば、「1. 内部開発」が51.7%であり、「2. 外部から購入」が28.3%である。

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原価の集計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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	1	3	1	0	1	3	13	0	0	0	0	23(38.3%)
2	1	0	4	1	1	3	3	17	0	3	0	1	34(56.7%)
	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3(5.0%)
合計	2	1	8	2	1	4	6	32	0	3	0	1	60(100.0%)

「1. 実際原価計算システム」(38.3%)よりも「2. 標準原価計算システム」の採用割合(56.7%)の方が上回っている。昨年の調査報告にも書いたように、この結果を単純に受け入れることはできないと考える。なぜならば、通常の製造業の場合に比べて病院というサービス業では標準原価計算で利用される標準原価の設定にはより多くの困難が想定されるからである。製造業における見込生産では完全な反復作業が達成されているが、病院では診療や手術において完全な反復作業は達成されていない。したがって、たとえそれがクリティカルパスを前提に作成されたものであっても、標準原価を構成する数量面において統計的・科学的に設定できるだけの正確性は現状では達成されていないと考える。

おそらく、標準原価計算システムと回答された病院では、コストを単に事後的にとらえるのではなく業務量の予測に基づいて事前に予測しているという程度で運用されているのではないかと推測する。ただし、「原価計算基準」が対象とする標準原価の範囲においても予定原価が広義の標準原価の枠内に



いますか。該当する項目にすべて丸印を付けてください。

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 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	1	1	0	1	0	2	17	0	2	0	0	25
2	2	0	1	1	0	1	5	13	0	1	0	1	25
3	2	0	7	2	1	4	5	26	0	1	0	1	49
4	0	0	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	6
5	0	0	2	0	0	0	4	7	0	0	0	0	13
6	1	1	2	0	0	2	5	9	0	1	0	1	22
7	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3

(C「7」について1件は、不採算部門の繰越金算出目的。)

原価計算情報の利用目的として最も多いのは「3. 診療科の収益性分析」である。次に多いのは「1. 戦略的計画策定」・「2. 予算編成 (短期の目的)」,そして「6. CVP (損益分岐分析)」などである。次に「5. 医師ごとの収益性分析」が来て、最後に「4. 疾患分類ごとの収益性分析」の順番になっている。

設問17 原価計算システムは下記のソフトウェアと関連づけられていますか。該当する項目にすべて丸印を付けてください。

1. 簿記のシステム

2. オーダリング・システム

3. 電子カルテ

4. その他 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	2	0	1	0	1	2	4	17	0	2	0	0	29
2	0	0	5	0	0	1	3	7	0	0	0	0	16
3	0	0	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	5
4	0	0	0	1	1	0	0	4	0	1	0	0	7
未記入	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	6

原価計算と関連づけられている他のソフトウェアの種類を質問したものである。「1. 簿記のシステム」が29で最も多く、次に「2. オーダリング・システム」が多い。

設問18 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。

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. 疾患分類レベル
5. 診断群分類レベル
6. 医師レベル
7. その他 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	0	3	0	1	1	1	10	0	2	0	1	20
2	1	0	4	0	0	3	2	12	0	0	0	0	22
3	1	0	3	0	0	1	1	5	0	2	0	1	14

4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
7	0	0	0	1	0	0	7	0	0	0	0	0	8

(D「7」1件は、病院間の比較を意味する。)

標準原価計算システムを導入していると回答された病院に対して質問したものである。「2. 診療部門レベル (実際に患者を処置する部門)」が最も多く、次に多いのは「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)」である。3番目に多いのは「3. 病棟レベル」である。逆に「4. 疾患分類レベル」, 「5. 診断群分類レベル」そして「6. 医師レベル」ではほとんど差異分析が行われていない。このような結果を設問14との関係でより詳細に分析する必要がある。

設問19 原価計算システムの導入意思決定と導入後の運用に対する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。

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 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	0	0	0	0	0	5	9	0	0	0	0	15
2	1	0	1	1	1	2	3	13	0	3	0	1	26
3	0	0	2	0	0	0	2	6	0	0	0	0	10
4	0	1	6	0	0	2	2	12	0	0	0	0	23
5	1	0	1	1	0	1	0	5	0	0	0	0	9
未記入	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3

- A 「5」 についての1件は本部の指示による。
- D 「5」 についての1件は全社的事業。
- F 「5」 についての1件は本部の指示による
- H 「5」 についての5件のうち理事長が2件、そしてコンサルタントが1件である。

原価計算システムの導入に関して誰あるいはどのような組織が権限を持っていたかを質問している。この質問に対しては、「2. 事務長」と「4. 経理部門など常設の組織」が多かった。次に「1. 病院長」そして「3. 導入を検討するための特別の組織」という順番であった。

設問20 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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	1	0	1	0	3	7	0	1	0	0	13( 21.7%)
2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4( 6.7%)
3	2	1	7	2	0	2	3	21	0	2	0	1	41( 68.3%)
未記入	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2( 3.3%)
合計	2	1	8	2	1	4	6	32	0	3	0	1	60(100.0%)

この設問に対して圧倒的に多くの病院は「3. どちらとも言えない」と回答している (68.3%)。しかし、「1. 成功している」と回答している病院が21.7%あり、これに対して「2. 成功していない」と回答している病院は6.7%に過ぎない。

設問21 設問20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重要だと思えますか。重要だと考えられるも



のを3つ挙げてください。

次のよう意見が上げられていた。

システムの正確性, 精密生, 迅速性

疾患分類, 診断群分類, 医師別まで出せるシステム

分析を活かす人事・経理の制度

正確性 (実績把握が困難な場合の配賦基準が確立されていない)

目的 (このデータを評価する目的が不十分である)

正当性 (正確性にやや難があるため, 各診療科全てに認知されない)

設問22 設問20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。

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 ( )

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	1	0	1	0	3	4	0	0	0	0	9
2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	1	0	3	2	0	0	0	0	6
4	0	0	0	0	0	0	3	4	0	1	0	0	8
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

原価計算システムの導入に「成功している」と回答された病院に対して質問したものである。「1. 診療科別原価情報」, 「4. 業績評価 (統制) のための原価情報」, 「3. 意思決定 (計画) のための原価情報」そして「2. 疾患別 (診断群別を含む) 原価情報」の順番に回答数が多かった。「2」の回

答が少ないのは、設問15や設問16の回答結果と首尾一貫している。

設問23 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。過去において導入した経験がありますか。

1. ある
2. ない

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	0	0	3	2	0	0	1	5	1	0	0	0	12( 5.1%)
2	10	17	41	5	12	1	21	82	1	13	10	4	217( 92.7%)
未記入	0	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	5( 2.2%)
合計	10	18	45	7	12	1	22	89	2	13	11	4	234(100.0%)

現在、原価計算システムを導入していない病院のうち、過去においても導入を経験したことがない病院が92.7%も存在する。5.1%の病院のみが過去において原価計算システムを導入した経験を持っているが、現在では導入していないということである。この回答結果から、大部分の病院はこれまで原価計算システムを導入した経験を持っていないことがわかる。

設問24 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

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	6	19	6	5	0	10	41	2	4	4	1	99( 42.3%)
2	8	12	25	1	7	1	12	48	0	9	7	2	132( 56.4%)
未記入	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3( 1.3%)
合計	10	18	45	7	12	1	22	89	2	13	11	4	234(100.0%)

現在原価計算システムを導入していない病院でも42.3%が近い将来において導入の予定があると回答している。採用の予定に関する数値が高いのはI



10	0	4	2	0	0	0	0	8	0	1	0	0	15
未記入	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6

B 「10」 4 件のうち 3 件についての理由は次のもの。「共通費の配賦に関してどのようにしたら妥当かが分からないため」, 「他の方法による算定を行っているため」そして「平成17年3月31日に病院が廃止されるため」。

C 「10」 2 件は, 「運営方針等を検討中」そして「平成19年4月統合予定」である。

H 「10」 8 件について次のような理由が挙げられていた。コスト・コントロールと医療の質との間には, トレードオフとの関係があるとの認識がある。原価計算には関連企業が関わっているので, その必要性を感じない。原価計算とは別の独自システムで情報管理をしている。情報をタイムリーに入手するシステム及び体制の整備が確立していない。

J 「10」 1 件は, 平成17年3月末に廃止予定である事。

現在原価計算システムを導入しておらず, また近い将来に対しても導入の予定がない病院に導入しない理由を質問している。最も多いのは「9. どのようなシステムが適切であるか判断がつかない」である。次に「3. 現在の病院の情報(財務)システムが, 原価計算システムと両立できない」や「4. 原価計算システムの導入は優先的事項でない」が多い。

設問26-1 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。共同購入を実施している項目に丸印を付けて下さい。

1. 医薬品
2. 診療用材料
3. 医療用機器

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	6	10	5	0	4	1	3	13	0	3	1	2	48

2	2	5	2	1	5	1	4	13	1	2	1	1	38
3	0	1	0	0	1	2	0	7	0	1	0	0	12
未記入	6	9	46	8	7	2	21	97	1	10	10	2	219

ここで共同購入とは自病院以外の他の病院との間で実施されているかどうかを質問したつもりである。この結果は、「1. 医薬品」→「2. 診療用材料」→「3. 医療用機器」の順に採用数が多かった。

設問26-2 高額医療用機器の共同利用についてお聞きします。あなたの病院の機器を共同利用していますか。

1. している
2. していない

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	4	3	12	5	5	1	12	38	1	1	0	0	82(27.9%)
2	6	12	31	3	8	4	13	70	1	14	9	4	175(59.5%)
未記入	2	4	10	1	0	0	3	13	0	1	2	1	37(12.6%)
合計	12	19	53	9	13	5	28	121	2	16	11	5	294(100.0%)

高額医療用機器の共同利用は27.9%しか実施されていない。高額医療用機器を持っていても利用度が少なく「採算がとれない」という噂を聞くことがあるが、それにしても利用度を高めるための努力が行われていないのではないかという調査結果が示されている。

設問27 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している項目に丸印を付けて下さい。

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・貸借), 医療廃棄物処理, 患者用給食, 滅菌消毒, 検体検査, 守衛, 看護助手

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
清掃業務	12	18	48	9	12	5	24	104	2	15	9	5	263
施設のメンテナンス	9	12	38	7	8	4	15	54	1	9	2	3	162
患者搬送	0	2	1	0	2	0	1	12	0	5	0	0	23
医療事務	11	16	43	7	7	3	10	37	2	8	2	1	147
リネンサプライ	12	18	45	8	10	5	24	110	2	15	10	4	263
医療廃棄物処理	12	18	46	8	13	5	22	106	2	15	9	5	261
患者用給食	6	8	23	4	3	3	9	66	2	4	6	1	135
滅菌消毒	1	6	15	3	3	0	4	22	2	4	0	4	64
検体検査	8	12	31	7	7	5	12	88	1	10	5	4	190
守衛	4	14	40	8	8	5	14	53	2	10	1	2	161
看護助手	4	4	5	2	3	0	3	6	1	1	1	0	30

アウトソーシングの実施について質問している。「清掃業務」、「リネンサプライ」、「医療廃棄物処理」などはほとんどの病院においてアウトソーシングされていることが分かる。それに続いて「検体検査」、「施設のメンテナンス」、「守衛」、「医療事務」、「患者用給食」などがアウトソーシング率が高い。アウトソーシング率が低いのは、「患者搬送」、「看護助手」、「滅菌消毒」である。

なお、この設問においては単にアウトソーシングを実施しているかどうかを質問している。したがって、全体のうちの10%実施はアウトソーシングしていることに該当するのか、それとも50%以上アウトソーシングしていなければ該当しないのかということが明確でなかった。回答していただいた担当者の方にはご迷惑をおかけしました。回答者の中には、わざわざ「一部」アウトソーシングという印を付けていただいた方もおられました。

設問28 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下さい。

1. 日本医療機能評価機構
2. ISO 9000シリーズ

### 3. ISO 14000シリーズ

複数回答可能

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	総計
1	1	7	16	4	9	2	11	51	1	5	0	1	108
2	0	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	1	12
3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
未記入	11	12	36	4	4	3	16	66	1	10	11	3	177

H「1」51件の中には予定が6件含まれている。H「2」8件の中には予定が2件含まれている。  
 C「3」1件は平成15年まで実施。  
 G「1」11件の中には6月からの予定が1件含まれている。

回答結果から、第三者評価のほとんどは「1. 日本医療機能評価機構」である。わずかであるが「2. ISO 9000シリーズ」を取得している病院も見られる。「3. ISO 14000シリーズ」の取得については、2件であるが、そのうちの1件は平成15年度までの実施であるので、実質的には1件のみということになる。

### 第3節 おわりに

病院という組織は通常の営利企業とは違って、公共性という側面を持っている。しかし、その公共性という側面を充足するためにも病院は少なくとも継続的に存在しなければならない。そして、その存続のために努力を行う必要がある。せつかく、一般企業において有効に利用されている経営管理技法があるのにそれを用いない理由はない。米国の病院では1983年のDRG/PPSの導入を契機にしてより精度の高い原価計算の利用度が高まったという報告がある(注3)。

今回の調査を実施して気づいたことがある。それは、国が設立主体となっている病院に関してである。2002年度版の「全国病院名鑑」を利用して発送

したのであるが、多くのアンケート用紙が宛先不明で戻ってきてしまっている。その理由を調査をしてみると、統合・廃止などの理由によるものが多かった。さらに、アンケートは回答された上で回収されたのであるが、一般病床150から300床という基準に合わなくなっているものも見られた。つまり、今回の調査を通じて国立を代表として中規模病院において大きな組織的变化が生じているのを実感した。

次稿においては今年度の調査結果と昨年度の調査結果、すなわち中規模病院における結果と大規模病院における結果を比較してみたいと思っている。一般的に経営の領域においては大規模経営の方が中小規模経営よりも経営管理技法において優れているという認識が存在しているが、果たしてこのことが病院という領域においても妥当するかどうかを明らかにしたいからである。

#### 注

(1) 平成16年度の調査では比較的規模の大きい急性期病院（原則的に50人以上の常勤医師あるいは500床以上のベッド数を有する病院を対象にした。しかし、病院の種類や地域によってはこの基準を満たさない場合があったので、そのような場合には常勤医師30人以上あるいは300床以上のベッド数を有する病院を対象とした）を対象にしている。なお昨年の調査結果については次の文献を参照のこと。中田範夫稿「病院における原価計算の利用度調査—急性期病院に対する郵送調査から—」山口経済学雑誌，第53巻第1号（平成16年5月）。

(2) 溝口一雄著『最新 例解原価計算』増補改訂版，中央経済社，昭和61年，pp.266-270。

(3) 次の拙稿を参照のこと。「病院における原価計算の必要性—DRG/PPSの観点から—」山口経済学雑誌，第49巻第2号，平成13年3月，並びに，「DRG/PPSの下での病院原価計算システムの課題—『メトロポリタン・シカゴ地区病院の調査』を中心にして—」山口経済学雑誌，第50巻第6号，平成14年11月。また，別稿において，昨年小生が行った調査結果と1980年代にアメリカで行われた幾つかの調査結果とを比較している。興味をお持ちの方は次の文献を参照のこと。「病院における原価計算の利用状況について—日米比較—」山



口経済学雑誌, 第53巻第5号 (平成17年1月)。

## 追記

本稿は「山口大学経済学部学術振興基金」および山口大学東アジア研究科「5年プロジェクト」予算の支援を受けて作成されたものである。そのことを記して感謝としたい。