

第3章 業務分析

この章では、病院の根幹たる業務について、ヒアリング及び各種書類の閲覧を実施し、業務のフローの把握及び問題点の抽出を行った。業務の内訳は、医事、医薬品及び材料購買、固定資産(医療機器)の購入・除却及び移動、委託業務、人件費、原価計算の6つのプロセスである。

1. 医事プロセス

(1) 医事業務フロー

以下において、医事業務のフローについてヒアリングで把握した内容を記載するとともに、手続上の問題があると思われるところについて記載する。ヒアリングは医事課職員のほか、医事業務は委託業者によるところが大きいいため、委託業者も対象にして行った。

業務としては、受付、調定、返戻と査定、収納及び督促などを取り上げた。

① 受付業務

新患の場合には保険証、他院からの紹介であれば紹介状を持参した患者に、診療申込書を記入してもらい新患窓口で受付を行う。窓口の委託業者職員は保険証及び紹介状をコピーしたうえで、医事会計システムに患者基本情報を登録した後、チェック担当者によって登録に誤りがないかどうかをチェックする。医事会計システムとは、医療行為、薬品、材料に関する複雑な医療費の計算を行うコンピュータのことをいい、医事コン、レセコンなどともいわれる。

患者基本情報の登録が終わると、外来基本票(外来会計伝票)を医事会計システムから出力し、患者はそれを各診療科に持参して、診療科窓口に提出する。外来基本票には各診療科の外来処置伝票が添付され、各診療科での処置は処置伝票に記載される。

新患手続の場合には診療カードが作成される。再来の際には自動受付機を利用してこの診療カードで受付を行うと会計番号票が出力されて、各診療科・各病棟のクラークにこれを渡す流れとなる。

医事会計システムの患者基本情報が登録されると、オーダーリングシステム及び電子カルテシステムにも同時に基本データが作成される。オーダーリングシステムとは、処方箋や検査箋等のいわゆる医事伝票をシステム化したもので、医師や病院のスタッフが医療上の処置情報を入力するシステムである。また、電子カルテシステムとは、医師の所見など医師診療録(カルテ)に記載すべき情報を記録するシステムであるが、看護記録・X線写真などさまざまな情報を記録・保存・運用するシステムの総称となっている。

各診療科では処置伝票のほかに、オーダーリングシステムを利用しており、レントゲン・リハビリ・注射・投薬などのオーダ情報の予定と実績の管理を行い、実施済の入力を行うと電子カルテシステム及び医事会計システムのデータに反映される。

オーダーリングシステムへの入力権限は医師のみに付与されている。一度入力し確定したデータは削除することは可能であるが、システム上、削除したことの操作履歴は残ることになっている。

処置伝票を利用する場合には、委託業者の職員が医事会計システムに各診療科での処置情報を手入力する。処置伝票及びオーダーリングシステムが医事会計システムに適切に登録されているかどうかを医事会計システムの画面で委託業者の職員がチェックする。チェックは医事会計システムから未取り込みオーダープループリストを診療科別・患者別に出力して実施する。未取り込みオーダープループリストはオーダーリングシステム上では予定入力済みのデータが医事会計システムに取り込まれずにエラーとして出てくるリストであり、患者の会計（医療費の計算）に反映されていないことを示している。未取り込みオーダープループリストに患者名と未取り込みオーダーが記載されている場合、各診療科に確認してオーダーを実施済みに変更してもらうか、予定していたオーダーを実施していなければ中止入力を依頼するかについて確認次第、委託業者の職員が中止入力を実施して、患者に対する処置データを確定させる。オーダーを予定していても患者が帰ってしまっても各診療科で実施を受け付けていないケースもあり、中にはオーダー未取り込みのまま、会計を終了することもあるので、患者に確認して次回以降支払を依頼する。未取り込みリストはエラーのチェック完了後、1 ヶ月保管されたあと廃棄される。

再来の場合には、患者は診療カードを利用して自動再来機で受付を行う。過去5年以内の受診歴があれば再来機での受付が可能であるが、受付後、自動再来機から受付票が出力されるので各診療科に持参する。国民健康保険は1年単位の更新であるため、保険期間が切れている場合には、受付できないため、別途窓口で受付が必要となり、その旨が自動再来機に表示される。診療カードを失念した場合も同様の手続となる。

患者は診察後、基本票・処方箋が入ったファイルを各診療科から手渡されるので、計算窓口へ提出して診療費が計算される。結果的に、診療費不要となることもあり、その場合にはそのまま帰院し、診療費が必要な場合には、会計となるが、医療費の支払（患者の自己負担分）は自動精算機か会計窓口で精算を行う。

入院の場合には、入院申込書と病衣申込書を患者に記入してもらい、提出を受ける。委託業者は提出を受けると、オーダーリングシステムで入院予定日のリストで入院対象になっているかを確認し、入院済みの入力を行ったうえで、患者別の台帳を作成し、管理している。

② 調定業務

調定は患者ごとの医療費を計算して、各審査支払機関への診療報酬請求額の確定を行うことである。委託業者の職員は、医事会計システムから患者ごとの医療費（診療報酬）について、サマリ照会を行って、審査支払機関へ請求するか、請求保留するかを確認した後、請求保留とする場合には、当該データについて保留フラグをたてる処理を行う。診療報酬とは、保険診療の際に医療行為等の対価として計算される報酬、診療報酬点数表に基づいて計算されるものである。医科、歯科、調剤の3種類あり、厚生労働省によって告示され、

厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会(中医協)で審議が行われる。診療報酬の改定は2年に1度行われる。

請求保留とは、診療行為が終了しているが、何らかの理由で保険者に請求できないことを言う。生活保護受給者の受診資格である医療券が各福祉事務所から病院へ送付されてくるのを待つケース、保険資格の確認が必要なケースが多いが、様々なケースがある。保険者への請求はレセプト(診療報酬明細書。医療機関が保険者に医療費を請求する際の明細書にあたるもの。医療費の請求は、医療機関が行った医療行為に対し、「医科診療報酬点数表」に基づいて実施。)によって行われ、レセプトの基本データはオーダリングシステムからのデータ連携や処置伝票の内容を反映して、医事会計システム上で点数換算された上で集約される。

その後、委託業者は、レセプトの点検を行う。主病名のないもの、空病名となっているものの確認や、初診料を算定しているかどうか、当月開始日と実日数の確認を行い、医師にチェックを依頼する。チェック後、修正等がなされたレセプトが返ってくるので、医事会計システム上のデータ修正作業を行う。

電子レセプトと従前の紙媒体によるレセプトによる請求の2種類の請求がある。電子レセプトによる請求の場合、医事会計システム上、日々の患者精算済みの積算された会計データから、債権データとして呼び出し、実際に電子請求の対象となるデータを作成するため、請求保留データ及び紙媒体によるレセプトデータの削除を行い、債権データを確定させる。削除した後、MDF データと呼ばれる患者ごとの電子レセプトを医事会計システムで可視化できるデータを自動作成し、債権データと MDF データが一致しているか、ツールを使って自動照合をかけてチェックを行う。エラーが出る場合があるが、これは点数の不一致、そもそも債権データまたは MDF データの片方しかデータがない場合、適用となる保険が合致していない等、医事会計システム上でのチェックである。債権データは外来によるものが、翌月の4日か5日に確定される。実際には MDF データと債権データを一括で作成する。過去診療月分については保留フラグを解除していき、遡って MDF データを作成する。請求保留していた場合、保留した時点と実際請求する時点では点数が変わることもあるので、上記ツールのチェックは有用である。MDF データを作成すると、システムのオペレーションを担当している委託業者が電子請求するための CSV データを作成して、保険者に請求をかける。その際、保険者番号誤りや負担金の誤り等で送信エラーが出てきた場合にはデータを修正しつつ、再度送信を繰り返し、最終確定するのが毎月8日もしくは9日朝となる。送信結果の件数データがファイルサーバーにオペレータ委託業者が入れるので、医事委託業者の職員は送信件数と請求総括表の件数合計の一致を確認する。

公費負担等、紙媒体のレセプトの場合には、手作業で請求総括表を作成する。基金・国保の請求先別に医事会計システムから請求総括表を出力し、チェックを行う。電子請求のものに合わせて、医事委託業者職員は報告用資料の調定表を作成する。調定表は請求総括表から保険種別、入院・外来の別及び適用区分別に分けて集計を行い、請求総括表か

らの転記・集計が適切に行われているかどうかを点数、金額、件数など適用区分 1 件ずつ確認を行う。また、請求保留になった場合、請求から決定入金までのタイムラグ(通常1ヶ月半から2ヶ月程度)があるため、毎月国保・基金の入院の保留額と理由により月遅れ請求となった金額を医事課に報告している。

毎月 10 日の審査支払機関への請求が終わった段階で、紙媒体レセプトについては医事会計システム上、保留フラグとしていたので、保留解除を行い、15 日までに医事課に報告を行う。

医事課に報告する内容は、国保連合会(後期高齢者含む)社会保険資料報酬支払基金別に入院・外来別のレセプト請求内訳である。当該内訳は保険種別の明細及び総括の 2 種類である。

医事課では委託業者からの報告をもとに、財務会計システムに調定入力を行う。入力にあたっては保険者区分、医科・歯科別に医事課長の決裁を受けている。当該時点では、保険者への診療報酬の請求にあたっての調定であり、一般的には保険者に提出したレセプトのうち記載不備等で病院に戻ってくるレセプト(返戻)や診療内容の妥当性や診療報酬計算上の誤り等の理由で過大請求とみなされたもの(査定)があるのが通例であり、調定金額どおりには入金とはならない。したがって、当初入力した調定額を変更する必要があり、返戻と査定等を加味した増減額について財務会計システムで調定変更の入力を行う。

③ 返戻と査定

返戻とは、審査支払機関(基金・国保連合会)に提出したレセプトについて、審査が実施された結果、記載の不備などで戻されるレセプトをいう。査定減とは、保険者による審査の結果、診療内容の妥当性や診療報酬計算上の計算誤りなどの理由で過大請求とみなされた決定額をいう。過誤返戻とは、基金・国保連合会で審査されたレセプトが、保険者に送付され、保険者による点検が行われた結果、資格喪失や再審査委員会で医療機関の意見が必要とされ戻されたレセプトをいう。過誤増減とは、再審査委員会による査定減を過誤減といる。再審査委員会で、一旦、過大とみなされた診療報酬が認められるケースがあり、それを査定増、過誤増といる。

医事会計システム上に存在する、返戻・査定オペレーションは利用しておらず、別途台帳管理を実施している。返戻の場合には返戻月、診療月を記載し、病棟担当の方から各医師に照会をかけて、修正確認をしてもらい、月初めの返戻の場合で、10 日の請求に間に合うケースについては、併せて請求する。

査定データについても、査定内容については各医師に確認を行い、再審査が望ましいと判断したレセプトについては、保険者に依頼を行う。以下の表は、平成 22 年度と平成 23 年度の各月の当初の請求額が返戻及び査定されて、決定額となる関係を示したものである。基金と国保ごとに、これをさらに医科と歯科に分けて掲げている。なお、金額単位は円である。

平成 22 年度調定・決定状況(基金・医科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1 次後の 小計(D) 〈A-B-C〉	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) 〈D-E-F+G〉	入金(I)	不明額 〈H-I〉
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	817	458,353,641	27	2,800,036	29	39,416,686	416,136,919	20	142,692	12	15,441,422	3	63	400,552,868	402,035,216	
4 月外来	8,900	157,985,221	147	173,491	395	14,708,557	143,103,173	140	373,342	42	1,051,758	7	7,650	141,685,723	141,685,723	
計	9,717	616,338,862	174	2,973,527	424	54,125,243	559,240,092	160	516,034	54	16,493,180	10	7,713	542,238,591	543,720,939	-1,482,348
5 月入院	778	419,771,163	33	1,315,400	11	21,504,095	396,951,668	17	72,907	21	19,153,977	1	1,300	377,726,084	378,003,474	
5 月外来	8,051	133,761,405	111	181,313	54	1,937,314	131,642,778	194	451,571	29	332,137	4	15,694	130,874,764	130,874,764	
計	8,829	553,532,568	144	1,496,713	65	23,441,409	528,594,446	211	524,478	50	19,486,114	5	16,994	508,600,848	508,878,238	-277,390
6 月入院	818	496,642,244	43	2,120,931	10	11,747,695	482,773,618	16	64,589	13	5,460,695			477,248,334	475,103,796	
6 月外来	8,540	133,509,786	137	211,853	23	1,240,457	132,057,476	187	472,573	39	535,068	72	78,300	131,128,135	131,128,135	
計	9,358	630,152,030	180	2,332,784	33	12,988,152	614,831,094	203	537,162	52	5,995,763	72	78,300	608,376,469	606,231,931	2,144,538
7 月入院	787	437,346,869	37	988,833	11	10,511,143	425,846,893	15	48,752	8	4,220,715			421,577,426	424,730,414	
7 月外来	8,530	134,035,060	122	170,620	44	1,393,857	132,470,583	187	350,367	41	559,103	11	14,550	131,575,663	131,575,663	
計	9,317	571,381,929	159	1,159,453	55	11,905,000	558,317,476	202	399,119	49	4,779,818	11	14,550	553,153,089	556,306,077	-3,152,988
8 月入院	793	400,975,014	46	430,227	16	14,629,104	385,915,683	11	91,297	17	10,536,549			375,287,837	376,356,512	
8 月外来	8,407	133,351,926	145	200,772	29	561,164	132,589,990	196	496,680	43	508,968	25	62,470	131,646,812	131,646,812	
計	9,200	534,326,940	191	630,999	45	15,190,268	518,505,673	207	587,977	60	11,045,517	25	62,470	506,934,649	508,003,324	-1,068,675
9 月入院	759	417,206,899	30	920,348	9	14,118,079	402,168,472	11	44,229	14	11,050,860			391,073,383	391,345,262	
9 月外来	8,157	135,705,801	130	180,483	118	8,123,282	127,402,036	199	681,548	39	422,149	1	1,050	126,299,389	126,299,389	
計	8,916	552,912,700	160	1,100,831	127	22,241,361	529,570,508	210	725,777	53	11,473,009	1	1,050	517,372,772	517,644,651	-271,879
10 月入院	764	546,938,902	34	773,063	15	18,476,814	527,689,025	12	24,630	15	14,505,011			513,159,384	414,239,949	
10 月外来	8,183	136,065,588	121	221,069	40	3,980,466	131,864,053	175	746,437	35	1,096,723	1	13,958	130,034,851	130,034,851	
計	8,947	683,004,490	155	994,132	55	22,457,280	659,553,078	187	771,067	50	15,601,734	1	13,958	643,194,235	544,274,800	98,919,435

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1次後の 小計(D) 〈A-B-C〉	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2次後の 小計(H) 〈D-E-F+G〉	入金(I)	不明額 〈H-I〉
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11月入院	762	435,656,031	58	541,038	11	6,995,569	428,119,424	16	91,114	5	8,062,025	1	2,119	419,968,404	420,242,218	
11月外来	8,170	147,061,348	145	213,583	20	1,381,433	145,466,332	140	327,550	53	3,261,641	3	17,234	141,894,375	141,894,375	
計	8,932	582,717,379	203	754,621	31	8,377,002	573,585,756	156	418,664	58	11,323,666	4	19,353	561,862,779	562,136,593	-273,814
12月入院	72	417,052,694	38	644,231	13	16,727,089	399,681,374	22	157,357	16	10,091,418	1	8,633	389,441,232	390,290,605	
12月外来	8,305	146,510,123	137	312,165	18	624,293	145,573,665	189	676,531	46	1,427,183	6	23,276	143,493,227	143,493,227	
計	8,377	563,562,817	175	956,396	31	17,351,382	545,255,039	211	833,888	62	11,518,601	7	31,909	532,934,459	533,783,832	-849,373
1月入院	765	436,432,963	30	815,620	19	21,551,997	414,065,346	16	332,956	11	9,751,441			403,980,949	405,135,873	
1月外来	8,248	147,802,289	152	428,740	27	1,428,037	145,945,512	134	352,824	31	493,867	14	17,780	145,116,601	145,116,601	
計	9,013	584,235,252	182	1,244,360	46	22,980,034	560,010,858	150	685,780	42	10,245,308	14	17,780	549,097,550	550,252,474	-1,154,924
2月入院	801	404,184,426	35	507,549	10	10,394,486	393,282,391	9	81,568	7	6,970,845	2	511,015	386,740,993	387,073,177	
2月外来	7,652	137,348,114	111	493,910	17	197,647	136,656,557	160	368,824	23	370,356	7	12,339	135,929,716	135,929,716	
計	8,453	541,532,540	146	1,001,459	27	10,592,133	529,938,948	169	450,392	30	7,341,201	9	523,354	522,670,709	523,002,893	-332,184
3月入院	857	478,891,980	53	2,041,208	13	12,081,923	464,768,849	15	94,360	26	16,130,093	1	9,420	448,553,816	450,821,042	
3月外来	8,833	155,803,087	152	391,594	23	669,805	154,741,688	142	418,533	32	555,685	5	14,735	153,782,205	153,782,205	
計	9,690	634,695,067	205	2,432,802	36	12,751,728	619,510,537	157	512,893	58	16,685,778	6	24,155	602,336,021	604,603,247	-2,267,226
合計入院	8,773	5,349,452,826	464	13,898,484	167	198,154,680	5,137,399,662	180	1,246,451	165	131,375,051	9	532,550	5,005,310,710	4,915,377,538	
合計外来	99,976	1,698,939,748	1,610	3,179,593	808	36,246,312	1,659,513,843	1,876	5,716,780	453	10,614,638	156	279,036	1,643,461,461	1,643,461,461	
総合計	108,749	7,048,392,574	2,074	17,078,077	975	234,400,992	6,796,913,505	2,056	6,963,231	618	141,989,689	165	811,586	6,648,772,171	6,558,838,999	89,933,172

平成 22 年度調定・決定状況(基金・歯科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	12	1,862,841					1,862,841							1,862,841	1,862,841	
4 月外来	226	1,095,403					1,095,403							1,095,403	1,095,403	
計	238	2,958,244	0	0	0	0	2,958,244	0	0	0	0	0	0	2,958,244	2,958,244	0
5 月入院	7	742,135					742,135							742,135	747,259	
5 月外来	219	972,523			1	4,928	967,595			1	5,124			962,471	962,471	
計	226	1,714,658	0	0	1	4,928	1,709,730	0	0	1	5,124	0	0	1,704,606	1,709,730	-5,124
6 月入院	7	583,988					583,988							583,988	579,618	
6 月外来	225	1,113,310					1,113,310							1,113,310	1,113,310	
計	232	1,697,298	0	0	0	0	1,697,298	0	0	0	0	0	0	1,697,298	1,692,928	4,370
7 月入院	11	977,986					977,986							977,986	972,862	
7 月外来	256	1,412,987					1,412,987							1,412,987	1,412,987	
計	267	2,390,973	0	0	0	0	2,390,973	0	0	0	0	0	0	2,390,973	2,385,849	5,124
8 月入院	13	2,575,481					2,575,481							2,575,481	2,575,481	
8 月外来	233	1,345,088			1	4,326	1,340,762	2	2,584	1	2,289			1,335,889	1,335,889	
計	246	3,920,569	0	0	1	4,326	3,916,243	2	2,584	1	2,289	0	0	3,911,370	3,911,370	0
9 月入院	6	2,109,787					2,109,787							2,109,787	2,109,787	
9 月外来	217	1,122,716					1,122,716							1,122,716	1,122,716	
計	223	3,232,503	0	0	0	0	3,232,503	0	0	0	0	0	0	3,232,503	3,232,503	0
10 月入院	9	1,515,778	1	-7,000			1,522,778							1,522,778	1,522,778	
10 月外来	144	1,122,058					1,122,058			1	13,330			1,108,728	1,108,728	
計	153	2,637,836	1	-7,000	0	0	2,644,836	0	0	1	13,330	0	0	2,631,506	2,631,506	0

月\項目	調 定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(G)	不明額 <G-H>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	14	3,339,464	1	158	1	1,034,303	2,305,003							2,305,003	2,305,002	
11 月外来	229	1,298,255					1,298,255			1	4,550			1,293,705	1,293,705	
計	243	4,637,719	1	158	1	1,034,303	3,603,258	0	0	1	4,550	0	0	3,598,708	3,598,707	1
12 月入院	11	2,793,846	1	20			2,793,826							2,793,826	2,793,826	
12 月外来	186	1,366,701	1	280			1,366,421	1	6,720					1,359,701	1,359,701	
計	197	4,160,547	2	300	0	0	4,160,247	1	6,720	0	0	0	0	4,153,527	4,153,527	0
1 月入院	17	1,562,291	2	455			1,561,836							1,561,836	1,561,836	
1 月外来	216	1,433,339					1,433,339							1,433,339	1,433,339	
計	233	2,995,630	2	455	0	0	2,995,175	0	0	0	0	0	0	2,995,175	2,995,175	0
2 月入院	16	1,485,984	1	-2	1	194,391	1,291,595							1,291,595	1,291,595	
2 月外来	241	1,477,691					1,477,691			2	23,352			1,454,339	1,454,339	
計	257	2,963,675	1	-2	1	194,391	2,769,286	0	0	2	23,352	0	0	2,745,934	2,745,934	0
3 月入院	17	2,616,515					2,616,515							2,616,515	2,617,515	
3 月外来	232	1,714,804					1,714,804			2	16,779			1,698,025	1,698,025	
計	249	4,331,319	0	0	0	0	4,331,319	0	0	2	16,779	0	0	4,314,540	4,315,540	-1,000
合計入院	140	22,166,096	6	-6,369	2	1,228,694	20,943,771	0	0	0	0	0	0	20,943,771	20,940,400	
合計外来	2,624	15,474,875	1	280	2	9,254	56	3	9,304	8	65,424	0	0	15,390,613	15,390,613	
総合計	2,764	37,640,971	7	-6,089	4	1,237,948	20,943,827	3	9,304	8	65,424	0	0	36,334,384	36,331,013	3,371

平成 22 年度調定・決定状況(国保・医科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活 (G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	1,079	545,477,455	11	327,344	7	6,448,471	538,701,640	10	461,016	9	11,376,784	2	48,380	526,912,220	526,404,642	
4 月外来	12,471	213,691,846	152	125,330	12	515,951	213,050,565	115	349,417	57	2,710,928	2	26,918	210,017,138	210,017,138	
計	13,550	759,169,301	163	452,674	19	6,964,422	751,752,205	125	810,433	66	14,087,712	4	75,298	736,929,358	736,421,780	507,578
5 月入院	1,137	650,949,392	14	661,605	6	7,827,584	642,460,203	17	430,781	26	22,553,351			619,476,071	604,749,678	
5 月外来	10,582	178,333,953	119	272,477	11	459,354	177,602,122	136	418,502	20	271,261			176,912,359	176,912,359	
計	11,719	829,283,345	133	934,082	17	8,286,938	820,062,325	153	849,283	46	22,824,612	0	0	796,388,430	781,662,037	14,726,393
6 月入院	1,251	657,639,745	15	822,018	6	5,554,124	651,263,603	20	2,072,970	4	3,826,869			645,363,764	647,073,523	
6 月外来	11,733	198,020,337	68	75,109	7	237,481	197,707,747	146	489,641	9	559,387			196,658,719	196,658,719	
計	12,984	855,660,082	83	897,127	13	5,791,605	848,971,350	166	2,562,611	13	4,386,256	0	0	842,022,483	843,732,242	-1,709,759
7 月入院	1,129	676,897,273	18	74,653	2	2,269,950	674,552,670	16	487,296	4	10,324,988			663,740,386	665,149,300	
7 月外来	11,342	196,593,968	75	138,005	11	1,076,931	195,379,032	82	356,443	16	402,325			194,620,264	194,620,264	
計	12,471	873,491,241	93	212,658	13	3,346,881	869,931,702	98	843,739	20	10,727,313	0	0	858,360,650	859,769,564	-1,408,914
8 月入院	1,127	630,339,240	17	610,186	5	11,184,436	618,544,618	20	567,287	14	9,616,401			608,360,930	602,794,879	
8 月外来	8,716	196,751,951	48	58,741	14	565,339	196,127,871	110	351,627	20	331,223	1	7,164	195,452,185	195,452,185	
計	9,843	827,091,191	65	668,927	19	11,749,775	814,672,489	130	918,914	34	9,947,624	1	7,164	803,813,115	798,247,064	5,566,051
9 月入院	1,180	591,865,697	10	484,909	9	5,119,211	586,261,577	11	620,814	14	1,690,956	2	78,600	584,028,407	575,019,107	
9 月外来	11,363	192,333,000	70	119,119	10	554,973	191,658,908	122	444,366	15	302,174	3	19,890	190,932,258	190,932,258	
計	12,543	784,198,697	80	604,028	19	5,674,184	777,920,485	133	1,065,180	29	1,993,130	5	98,490	774,960,665	765,951,365	9,009,300
10 月入院	1,082	571,023,138	8	109,583	11	10,891,072	560,022,483	12	206,126	10	13,162,307	2	136,400	546,790,450	546,871,419	
10 月外来	11,465	197,466,792	23	33,298	6	417,287	197,016,207	73	230,792	22	358,005	3	5,600	196,433,010	196,433,010	
計	12,547	768,489,930	31	142,881	17	11,308,359	757,038,690	85	436,918	32	13,520,312	5	142,000	743,223,460	743,304,429	-80,969

月\項目	調 定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	1,195	646,254,005	14	419,281	8	8,115,651	637,719,073	14	238,525	19	15,757,066	3	286,812	622,010,294	622,606,556	
11 月外来	11,291	218,673,604	61	112,471	6	316,600	218,244,533	129	313,585	13	792,296	5	40,624	217,179,276	217,179,276	
計	12,486	864,927,609	75	531,752	14	8,432,251	855,963,606	143	552,110	32	16,549,362	8	327,436	839,189,570	839,785,832	-596,262
12 月入院	1,186	644,253,967	16	760,090	11	8,105,674	635,388,203	24	1,166,330	21	25,111,993	2	487,000	609,596,880	610,615,323	
12 月外来	11,183	193,856,677	30	50,714	6	442,244	193,363,719	108	319,699	8	79,661	15	419,827	193,384,186	193,384,186	
計	12,369	838,110,644	46	810,804	17	8,547,918	828,751,922	132	1,486,029	29	25,191,654	17	906,827	802,981,066	803,999,509	-1,018,443
1 月入院	1,011	569,023,216	19	532,347	5	4,326,046	564,164,823	14	656,200	29	39,330,846	3	129,060	524,306,837	521,915,133	
1 月外来	10,863	204,193,945	45	81,803	5	777,959	203,334,183	80	188,360	11	822,905	2	28,105	202,351,023	202,351,023	
計	11,874	773,217,161	64	614,150	10	5,104,005	767,499,006	94	844,560	40	40,153,751	5	157,165	726,657,860	724,266,156	2,391,704
2 月入院	1,073	594,152,161	17	551,926	5	7,453,448	586,146,787	19	1,208,405	22	27,893,935	8	215,440	557,259,887	557,659,176	
2 月外来	10,271	187,789,344	47	82,304	8	401,390	187,305,650	162	373,526	16	1,010,539	2	15,771	185,937,356	185,937,356	
計	11,344	781,941,505	64	634,230	13	7,854,838	773,452,437	181	1,581,931	38	28,904,474	10	231,211	743,197,243	743,596,532	-399,289
3 月入院	1,211	633,493,824	23	297,315	7	13,344,886	619,851,623	21	655,533	16	18,457,718	0	0	600,738,372	601,687,164	
3 月外来	11,697	209,642,725	53	111,059	6	80,526	209,451,140	123	369,832	28	721,378	11	78,005	208,437,935	208,437,935	
計	12,908	843,136,549	76	408,374	13	13,425,412	829,302,763	144	1,025,365	44	19,179,096	11	78,005	809,176,307	810,125,099	-948,792
合計入院	13,661	7,411,369,113	182	5,651,257	82	90,640,553	7,315,077,303	198	8,771,283	188	199,103,214	22	1,381,692	7,108,584,498	9,445,657,478	
合計外来	132,977	2,387,348,142	791	1,260,430	102	5,846,035	2,380,241,677	1,386	4,205,790	235	8,362,082	44	641,904	2,368,315,709	5,204,131	
総合計	146,638	9,798,717,255	973	6,911,687	184	96,486,588	9,695,318,980	1,584	12,977,073	423	207,465,296	66	2,023,596	9,476,900,207	9,450,861,609	26,038,598

平成 22 年度調定・決定状況(国保・歯科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	12	1,862,841					1,862,841							1,862,841	1,862,841	
4 月外来	226	1,095,403					1,095,403							1,095,403	1,095,403	
計	238	2,958,244	0	0	0	0	2,958,244	0	0	0	0	0	0	2,958,244	2,958,244	0
5 月入院	7	742,135					742,135							742,135	742,259	
5 月外来	219	972,523			1	4,928	967,595			1	5,124			962,471	962,471	
計	226	1,714,658	0	0	1	4,928	1,709,730	0	0	1	5,124	0	0	1,704,606	1,709,730	-5,124
6 月入院	7	583,988					583,988							583,988	579,618	
6 月外来	225	1,113,310					1,113,310							1,113,310	1,113,310	
計	232	1,697,298	0	0	0	0	1,697,298	0	0	0	0	0	0	1,697,298	1,692,928	4,370
7 月入院	11	977,986					977,986							977,986	972,862	
7 月外来	256	1,412,987					1,412,987							1,412,987	1,412,987	
計	267	2,390,973	0	0	0	0	2,390,973	0	0	0	0	0	0	2,390,973	2,385,849	5,124
8 月入院	13	2,575,481					2,575,481							2,575,481	2,575,481	
8 月外来	233	1,345,088			1	4,326	1,340,762	2	2,584	1	2,289			1,335,889	1,335,889	
計	246	3,920,569	0	0	1	4,326	3,916,243	2	2,584	1	2,289	0	0	3,911,370	3,911,370	0
9 月入院	6	2,109,787					2,109,787							2,109,787	2,109,787	
9 月外来	217	1,122,716					1,122,716							1,122,716	1,122,716	
計	223	3,232,503	0	0	0	0	3,232,503	0	0	0	0	0	0	3,232,503	3,232,503	0
10 月入院	9	1,515,778	1	-7,000			1,522,778							1,522,778	1,522,778	
10 月外来	144	1,122,058					1,122,058			1	13,330			1,108,728	1,108,728	
計	153	2,637,836	1	-7,000	0	0	2,644,836	0	0	1	13,330	0	0	2,631,506	2,631,506	0

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤返戻 (F)		再審査復活 (G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	14	3,339,464	1	158	1	1,034,303	2,305,003							2,305,003	2,305,002	
11 月外来	229	1,298,255					1,298,255			1	4,550			1,293,705	1,293,705	
計	243	4,637,719	1	158	1	1,034,303	3,603,258	0	0	1	4,550	0	0	3,598,708	3,598,707	1
12 月入院	11	2,793,846	1	20			2,793,826							2,793,826	2,793,826	
12 月外来	186	1,366,701	1	280			1,366,421	1	6,720					1,359,701	1,359,701	
計	197	4,160,547	2	300	0	0	4,160,247	1	6,720	0	0	0	0	4,153,527	4,153,527	0
1 月入院	17	1,562,291	2	455			1,561,836							1,561,836	1,561,836	
1 月外来	216	1,433,339					1,433,339							1,433,339	1,433,339	
計	233	2,995,630	2	455	0	0	2,995,175	0	0	0	0	0	0	2,995,175	2,995,175	0
2 月入院	16	1,485,984	1	-2	1	194,391	1,291,595							1,291,595	1,291,595	
2 月外来	241	1,477,691					1,477,691			2	23,352			1,454,339	1,454,339	
計	257	2,963,675	1	-2	1	194,391	2,769,286	0	0	2	23,352	0	0	2,745,934	2,745,934	0
3 月入院	17	2,616,515					2,616,515							2,616,515	2,617,515	
3 月外来	232	1,714,804					1,714,804			2	16,779			1,698,025	1,698,025	
計	249	4,331,319	0	0	0	0	4,331,319	0	0	2	16,779	0	0	4,314,540	4,315,540	-1,000
合計入院	140	22,166,096	6	-6,369	2	1,228,694	20,943,771	0	0	0	0	0	0	20,943,771	20,940,400	
合計外来	2,624	15,474,875	1	280	2	9,254	56	3	9,304	8	65,424	0	0	15,390,613	15,390,613	
総合計	2,764	37,640,971	7	-6,089	4	1,237,948	20,943,827	3	9,304	8	65,424	0	0	36,334,384	36,331,013	3,371

平成 23 年度調定・決定状況(基金・医科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	733	424,409,071	31	975,489	14	15,383,655	408,049,927	15	407,621	13	1,969,455	3	143,370	405,816,221	399,336,213	
4 月外来	7,718	134,155,862	112	278,463	26	769,049	133,108,350	117	371,828	20	2,717,731			130,018,791	130,018,791	
計	8,451	558,564,933	143	1,253,952	40	16,152,704	541,158,277	132	779,449	33	4,687,186	3	143,370	535,835,012	529,355,004	6,480,008
5 月入院	772	490,949,795	38	340,357	10	37,321,883	453,287,555	26	170,325	14	14,071,118	3	43,313	439,089,425	439,877,402	
5 月外来	7,799	133,637,317	136	215,168	16	179,897	133,242,252	172	463,412	16	476,541	1	3,150	132,305,449	132,305,449	
計	8,571	624,587,112	174	555,525	26	37,501,780	586,529,807	198	633,737	30	14,547,659	4	46,463	571,394,874	572,182,851	-787,977
6 月入院	794	463,460,679	55	1,541,781	8	8,388,898	453,530,000	14	55,204	10	9,240,225	1	11,550	444,246,121	444,836,306	
6 月外来	8,411	151,514,274	137	248,324	16	1,775,019	149,490,931	108	345,668	16	129,801	4	5,100	149,020,562	149,020,562	
計	9,205	614,974,953	192	1,790,105	24	10,163,917	603,020,931	122	400,872	26	9,370,026	5	16,650	593,266,683	593,856,868	-590,185
7 月入院	768	500,121,364	55	1,989,181	28	41,068,456	457,063,727	13	47,687	5	5,348,475	2	22,560	451,690,125	455,288,325	
7 月外来	7,956	127,591,518	105	256,761	24	2,380,250	124,954,507	119	318,188	16	218,867	1	2,205	124,419,657	124,419,657	
計	8,724	627,712,882	160	2,245,942	52	43,448,706	582,018,234	132	365,875	21	5,567,342	3	24,765	576,109,782	579,707,982	-3,598,200
8 月入院	819	482,450,534	68	1,181,549	5	8,117,096	473,151,889	14	38,477	9	3,810,015	0	0	469,303,397	475,630,351	
8 月外来	8,311	148,155,038	157	193,027	17	2,284,478	145,677,533	110	203,350	26	561,805	3	88,805	145,001,183	145,001,183	
計	9,130	630,605,572	225	1,374,576	22	10,401,574	618,829,422	124	241,827	35	4,371,820	3	88,805	614,304,580	620,631,534	-6,326,954
9 月入院	770	430,352,819	54	781,598	12	9,843,397	419,727,824	19	76,466	10	7,981,445	1	11,880	411,681,793	413,288,799	
9 月外来	7,836	138,928,827	110	183,085	17	299,747	138,445,995	123	506,714	17	1,603,257			136,336,024	136,336,024	
計	8,606	569,281,646	164	964,683	29	10,143,144	558,173,819	142	583,180	27	9,584,702	1	11,880	548,017,817	549,624,823	-1,607,006
10 月入院	784	425,710,484	43	841,746	14	10,579,500	414,289,238	11	46,288	15	15,645,227			398,597,723	399,393,051	
10 月外来	7,971	140,503,862	117	171,977	20	851,092	139,480,793	124	276,190	17	954,314	3	365,400	138,615,689	138,615,689	
計	8,755	566,214,346	160	1,013,723	34	11,430,592	553,770,031	135	322,478	32	16,599,541	3	365,400	537,213,412	538,008,740	-795,328

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤 (F)		再審査復活(G)		2次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11月入院	784	430,901,082	39	267,852	8	6,457,131	424,176,099	23	179,123	7	11,209,712	1	173,379	412,960,643	414,013,463	
11月外来	7,756	139,784,120	145	204,977	18	665,533	138,913,610	162	467,387	19	982,554	3	7,416	137,471,085	137,471,085	
計	8,540	570,685,202	184	472,829	26	7,122,664	563,089,709	185	646,510	26	12,192,266	4	180,795	550,431,728	551,484,548	-1,052,820
12月入院	784	409,163,733	38	290,338	6	5,495,444	403,377,951	12	38,917	15	17,103,775			386,235,259	389,612,224	
12月外来	7,911	159,081,284	151	257,857	21	709,884	158,113,543	117	438,340	16	253,335	5	4,800	157,426,668	157,426,668	
計	8,695	568,245,017	189	548,195	27	6,205,328	561,491,494	129	477,257	31	17,357,110	5	4,800	543,661,927	547,038,892	-3,376,965
1月入院	739	450,456,511	34	836,007	7	9,310,577	440,309,927	20	284,015	11	9,365,059			430,660,853	432,411,542	
1月外来	7,494	142,794,713	149	211,553	18	480,511	142,102,649	148	377,821	9	459,561	9	12,304	141,277,571	141,277,571	
計	8,233	593,251,224	183	1,047,560	25	9,791,088	582,412,576	168	661,836	20	9,824,620	9	12,304	571,938,424	573,689,113	-1,750,689
2月入院	810	497,120,730	32	1,995,411	6	14,765,634	480,359,685	17	75,826	8	15,870,972	1	24,540	464,437,427	465,710,113	
2月外来	7,513	141,360,239	142	248,582	23	932,263	140,179,394	56	134,828	15	878,146	5	4,062	139,170,482	139,170,482	
計	8,323	638,480,969	174	2,243,993	29	15,697,897	620,539,079	73	210,654	23	16,749,118	6	28,602	603,607,909	604,880,595	-1,272,686
3月入院	828	466,227,781	42	967,240	5	3,668,062	461,592,479	25	98,009	4	4,247,847	4	169,350	457,415,973	459,289,209	
3月外来	7,883	150,669,827	100	152,152	30	845,511	149,672,164	211	698,361	16	228,679	13	130,981	148,876,105	148,876,105	
計	8,711	616,897,608	142	1,119,392	35	4,513,573	611,264,643	236	796,370	20	4,476,526	17	300,331	606,292,078	608,165,314	-1,873,236
合計入院	9,385	5,471,324,583	529	12,008,549	123	170,399,733	5,288,916,301	209	1,517,958	121	115,863,325	16	599,942	5,172,134,960	5,188,686,998	
合計外来	94,559	1,708,176,881	1,561	2,621,926	246	12,173,234	1,693,381,721	1,462	4,602,087	203	9,464,591	47	624,223	1,679,939,266	1,679,939,266	
総合計	103,944	7,179,501,464	2,090	14,630,475	369	182,572,967	6,982,298,022	1,671	6,120,045	324	125,327,916	63	1,224,165	6,852,074,226	6,868,626,264	-16,552,038

平成 23 年度調定・決定状況(基金・歯科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過 誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	9	1,031,896	0	0			1,031,896							1,031,896	1,031,896	
4 月外来	207	1,219,677					1,219,677							1,219,677	1,219,677	
計	216	2,251,573	0	0	0	0	2,251,573	0	0	0	0	0	0	2,251,573	2,251,573	0
5 月入院	12	1,878,507	1	280			1,878,227							1,878,227	1,878,227	
5 月外来	196	1,116,155					1,116,155							1,116,155	1,116,155	
計	208	2,994,662	1	280	0	0	2,994,382	0	0	0	0	0	0	2,994,382	2,994,382	0
6 月入院	8	553,187					553,187							553,187	553,187	
6 月外来	241	1,504,483					1,504,483	4	7,060					1,497,423	1,497,423	
計	249	2,057,670	0	0	0	0	2,057,670	4	7,060	0	0	0	0	2,050,610	2,050,610	0
7 月入院	17	3,531,353	1	10,000			3,521,353							3,521,353	3,521,353	
7 月外来	220	1,670,174					1,670,174							1,670,174	1,670,174	
計	237	5,201,527	1	10,000	0	0	5,191,527	0	0	0	0	0	0	5,191,527	5,191,527	0
8 月入院	15	2,913,851					2,913,851							2,913,851	2,913,851	
8 月外来	197	1,280,482					1,280,482			1	20,178			1,260,304	1,260,304	
計	212	4,194,333	0	0	0	0	4,194,333	0	0	1	20,178	0	0	4,174,155	4,174,155	0
9 月入院	9	1,098,638					1,098,638							1,098,638	1,098,638	
9 月外来	210	1,151,914					1,151,914			1	14,148			1,137,766	1,137,766	
計	219	2,250,552	0	0	0	0	2,250,552	0	0	1	14,148	0	0	2,236,404	2,236,404	0
10 月入院	9	1,207,276					1,207,276							1,207,276	1,207,276	
10 月外来	194	1,090,696					1,090,696			2	3,087			1,087,609	1,087,609	
計	203	2,297,972	0	0	0	0	2,297,972	0	0	2	3,087	0	0	2,294,885	2,294,885	0

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過 誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	4	467,041					467,041							467,041	467,041	
11 月外来	186	1,153,643					1,153,643			1	378			1,153,265	1,153,265	
計	190	1,620,684	0	0	0	0	1,620,684	0	0	1	378	0	0	1,620,306	1,620,306	0
12 月入院	6	292,114	1	532			291,582							291,582	291,582	
12 月外来	168	1,106,073					1,106,073	1	1,288					1,104,785	1,104,785	
計	174	1,398,187	1	532	0	0	1,397,655	1	1,288	0	0	0	0	1,396,367	1,396,367	0
1 月入院	6	564,745					564,745							564,745	564,745	
1 月外来	176	1,075,713					1,075,713			1	2,740			1,072,973	1,072,973	
計	182	1,640,458	0	0	0	0	1,640,458	0	0	1	2,740	0	0	1,637,718	1,637,718	0
2 月入院	7	1,260,577	1	278			1,260,299							1,260,299	1,260,299	
2 月外来	167	937,371					937,371	1	56					937,315	937,315	
計	174	2,197,948	1	278	0	0	2,197,670	1	56	0	0	0	0	2,197,614	2,197,614	0
3 月入院	7	377,442					377,442							377,442	377,442	
3 月外来	176	1,076,543					1,076,543							1,076,543	1,076,543	
計	183	1,453,985	0	0	0	0	1,453,985	0	0	0	0	0	0	1,453,985	1,453,985	0
合計入院	109	15,176,627	4	11,090	0	0	15,165,537	0	0	0	0	0	0	15,165,537	15,165,537	
合計外来	2,338	14,382,924	0	0	0	0		6	8,404	6	40,531	0	0	14,333,989	14,333,989	
総合計	2,447	29,559,551	4	11,090	0	0	15,165,537	6	8,404	6	40,531	0	0	29,499,526	29,499,526	0

平成 23 年度調定・決定状況(国保・医科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4 月入院	1,133	621,570,356	14	856,774	13	18,754,760	601,958,822	25	584,292	38	41,739,976			559,634,554	566,143,327	
4 月外来	11,454	209,290,055	72	114,636	9	396,056	208,779,363	94	259,884	19	275,590	5	39,396	208,283,285	208,283,285	
計	12,587	830,860,411	86	971,410	22	19,150,816	810,738,185	119	844,176	57	42,015,566	5	39,396	767,917,839	774,426,612	-6,508,773
5 月入院	1,062	575,529,564	11	494,102	7	9,769,120	565,266,342	20	485,954	18	15,586,169			549,194,219	550,920,182	
5 月外来	10,887	192,024,844	88	144,531	17	913,449	190,966,864	118	460,260	19	439,712			190,066,892	190,066,892	
計	11,949	767,554,408	99	638,633	24	10,682,569	756,233,206	138	946,214	37	16,025,881	0	0	739,261,111	740,987,074	-1,725,963
6 月入院	1,112	686,938,980	70	1,977,105	11	10,733,114	674,228,761	38	404,798	24	31,183,838			642,640,125	645,334,355	
6 月外来	11,669	209,084,494	289	496,552	15	330,856	208,257,086	180	495,869	9	46,468			207,714,749	207,714,749	
計	12,781	896,023,474	359	2,473,657	26	11,063,970	882,485,847	218	900,667	33	31,230,306	0	0	850,354,874	853,049,104	-2,694,230
7 月入院	1,144	605,459,397	21	680,078	11	13,050,347	591,728,972	29	471,726	15	22,906,257	1	128,000	568,478,989	563,816,630	
7 月外来	11,027	198,953,722	141	32,053	3	130,038	198,791,631	76	239,040	8	152,094			198,400,497	198,400,497	
計	12,171	804,413,119	162	712,131	14	13,180,385	790,520,603	105	710,766	23	23,058,351	1	128,000	766,879,486	762,217,127	4,662,359
8 月入院	1,202	681,283,616	17	144,634	9	12,310,437	668,828,545	26	2,075,354	16	17,076,123			649,677,068	650,232,175	
8 月外来	11,212	201,856,515	103	211,817	15	724,848	200,919,850	74	133,005	8	519,206			200,267,639	200,267,639	
計	12,414	883,140,131	120	356,451	24	13,035,285	869,748,395	100	2,208,359	24	17,595,329	0	0	849,944,707	850,499,814	-555,107
9 月入院	1,131	588,569,336	14	243,025	8	4,085,690	584,240,621	12	536,320	18	19,705,217	2	39,882	564,038,966	565,227,430	
9 月外来	11,144	197,633,516	130	256,292	22	733,344	196,643,880	26	105,494	11	404,591	6	31,005	196,164,800	196,164,800	
計	12,275	786,202,852	144	499,317	30	4,819,034	780,884,501	38	641,814	29	20,109,808	8	70,887	760,203,766	761,392,230	-1,188,464
10 月入院	1,104	587,974,308	13	601,924	8	4,861,368	582,511,016	9	109,380	11	14,491,506	3	144,590	568,054,720	569,555,217	
10 月外来	11,348	204,282,205	88	164,606	27	566,127	203,551,472	34	70,257	21	524,547	1	459	202,957,127	202,957,127	
計	12,452	792,256,513	101	766,530	35	5,427,495	786,062,488	43	179,637	32	15,016,053	4	145,049	771,011,847	772,512,344	-1,500,497

月\項目	調 定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過 誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	1,192	645,850,011	23	848,979	6	5,290,559	639,710,473	16	201,080	9	9,954,864	9	489,459	630,043,988	628,994,443	
11 月外来	10,791	196,617,748	118	230,528	23	955,917	195,431,303	46	110,466	9	336,872	3	8,957	194,992,922	194,992,922	
計	11,983	842,467,759	141	1,079,507	29	6,246,476	835,141,776	62	311,546	18	10,291,736	12	498,416	825,036,910	823,987,365	1,049,545
12 月入院	1,031	547,888,873	26	567,962	5	7,866,243	539,454,668	10	448,958	18	14,711,233			524,294,477	524,976,297	
12 月外来	8,696	197,186,281	78	159,967	11	435,793	196,590,521	37	102,107	9	152,043	12	18,578	196,354,949	196,354,949	
計	9,727	745,075,154	104	727,929	16	8,302,036	736,045,189	47	551,065	27	14,863,276	12	18,578	720,649,426	721,331,246	-681,820
1 月入院	1,028	568,344,396	18	239,447	6	5,822,841	562,282,108	10	148,849	10	7,196,255	3	247,900	555,184,904	559,348,320	
1 月外来	10,183	192,062,867	67	117,430	6	250,714	191,694,723	43	151,605	5	339,419	1	14,378	191,218,077	191,218,077	
計	11,211	760,407,263	85	356,877	12	6,073,555	753,976,831	53	300,454	15	7,535,674	4	262,278	746,402,981	750,566,397	-4,163,416
2 月入院	1,123	610,612,278	19	662,807	10	13,363,243	596,586,228	14	392,768	5	2,788,316	2	65,880	593,471,024	594,868,347	
2 月外来	10,152	195,616,892	91	121,654	12	157,439	195,337,799	45	93,155	15	417,038	3	19,053	194,846,659	194,846,659	
計	11,275	806,229,170	110	784,461	22	13,520,682	791,924,027	59	485,923	20	3,205,354	5	84,933	788,317,683	789,715,006	-1,397,323
3 月入院	1,113	586,418,074	40	549,126	8	5,387,996	580,480,952	16	751,758	3	1,342,792	1	128,000	578,514,402	576,827,784	
3 月外来	10,895	192,444,132	69	106,892	3	65,465	192,271,775	41	95,844	12	93,971	6	93,960	192,175,920	192,175,920	
計	12,008	778,862,206	109	656,018	11	5,453,461	772,752,727	57	847,602	15	1,436,763	7	221,960	770,690,322	769,003,704	1,686,618
合計入院	13,375	7,306,439,189	286	7,865,963	102	111,295,718	7,187,277,508	225	6,611,237	185	198,682,546	21	1,243,711	6,983,227,436	9,364,253,763	
合計外来	129,458	2,387,053,271	1,334	2,156,958	163	5,660,046	2,379,236,267	814	2,316,986	145	3,701,551	37	225,786	2,373,443,516	5,434,260	
総合計	142,833	9,693,492,460	1,620	10,022,921	265	116,955,764	9,566,513,775	1,039	8,928,223	330	202,384,097	58	1,469,497	9,356,670,952	9,369,688,023	-13,017,071

平成 23 年度調定・決定状況(国保・歯科)

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返戻 (C)		1次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過誤 (F)		再審査復活(G)		2次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
4月入院	13	1,386,167					1,386,167							1,386,167	1,386,167	
4月外来	287	1,859,634			1	13,878	1,845,756							1,845,756	1,845,756	
計	300	3,245,801	0	0	1	13,878	3,231,923	0	0	0	0	0	0	3,231,923	3,231,923	0
5月入院	11	1,273,516					1,273,516							1,273,516	1,273,518	
5月外来	265	1,710,094					1,710,094			1	5,157			1,704,937	1,704,937	
計	276	2,983,610	0	0	0	0	2,983,610	0	0	1	5,157	0	0	2,978,453	2,978,455	-2
6月入院	9	701,654					701,654							701,654	701,654	
6月外来	279	1,689,767					1,689,767							1,689,767	1,689,767	
計	288	2,391,421	0	0	0	0	2,391,421	0	0	0	0	0	0	2,391,421	2,391,421	0
7月入院	11	1,004,022					1,004,022							1,004,022	1,004,022	
7月外来	281	1,563,687			2	14,004	1,549,683	1	70					1,549,613	1,549,613	
計	292	2,567,709	0	0	2	14,004	2,553,705	1	70	0	0	0	0	2,553,635	2,553,635	0
8月入院	8	938,778					938,778							938,778	938,774	
8月外来	296	1,544,658					1,544,658							1,544,658	1,544,658	
計	304	2,483,436	0	0	0	0	2,483,436	0	0	0	0	0	0	2,483,436	2,483,432	4
9月入院	9	796,671					796,671							796,671	796,714	
9月外来	266	1,351,245					1,351,245							1,351,245	1,351,245	
計	275	2,147,916	0	0	0	0	2,147,916	0	0	0	0	0	0	2,147,916	2,147,959	-43
10月入院	11	1,188,014					1,188,014							1,188,014	1,188,011	
10月外来	274	1,399,665					1,399,665			1	6,432			1,393,233	1,393,233	
計	285	2,587,679	0	0	0	0	2,587,679	0	0	1	6,432	0	0	2,581,247	2,581,244	3

月\項目	調定 (A)		一次査定 (B)		返 戻 (C)		1 次後の 小計(D) <A-B-C>	二次査定 (E)		過 誤 (F)		再審査復活(G)		2 次後の 小計(H) <D-E-F+G>	入 金(I)	不明額 <H-I>
	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	件数	金額	件数	金額	件数	金額	金額	金額	金額
11 月入院	17	3,825,274	1	40,900			3,784,374							3,784,374	3,784,374	
11 月外来	258	1,243,665					1,243,665			1	990			1,242,675	1,242,675	
計	275	5,068,939	1	40,900	0	0	5,028,039	0	0	1	990	0	0	5,027,049	5,027,049	0
12 月入院	13	1,686,338	1	960			1,685,378							1,685,378	1,685,376	
12 月外来	216	1,300,219					1,300,219							1,300,219	1,300,219	
計	229	2,986,557	1	960	0	0	2,985,597	0	0	0	0	0	0	2,985,597	2,985,595	2
1 月入院	8	1,485,406					1,485,406							1,485,406	1,485,406	
1 月外来	230	1,501,510					1,501,510							1,501,510	1,501,510	
計	238	2,986,916	0	0	0	0	2,986,916	0	0	0	0	0	0	2,986,916	2,986,916	0
2 月入院	7	595,165					595,165							595,165	595,159	
2 月外来	240	1,573,525					1,573,525							1,573,525	1,573,525	
計	247	2,168,690	0	0	0	0	2,168,690	0	0	0	0	0	0	2,168,690	2,168,684	6
3 月入院	14	1,306,129					1,306,129							1,306,129	1,306,247	
3 月外来	219	1,198,252			1	8,874	1,189,378	1	1,435					1,187,943	1,187,943	
計	233	2,504,381	0	0	1	8,874	2,495,507	1	1,435	0	0	0	0	2,494,072	2,494,190	-118
3 月入院							0							0	0	
3 月外来							0							0	0	
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計入院	131	16,187,134	2	41,860	0	0	16,145,274	0	0	0	0	0	0	16,145,274	34,017,924	
合計外来	3,111	17,935,921	0	0	4	36,756	17,899,165	2	1,505	3	12,579	0	0	17,885,081	12,579	
総合計	3,242	34,123,055	2	41,860	4	36,756	34,044,439	2	1,505	3	12,579	0	0	34,030,355	34,030,503	-148

いずれも、調定額から一次査定、返戻、二次査定、過誤返戻を差し引き、再審査復活分を加算した金額と決定入金となった金額の差額を不明額(誤謬増減)としている。当該不明額がどのような原因から発生しているかを分析することは肝要である。歯科については全体の診療収益が医科と比較して、小さいこともあるが、平成22年度、平成23年度ともに基金・国保どちらも調定件数及び金額がどちらも少額であり、不明額は大きく発生はしていない。

一方、医科については、基金の平成22年10月で不明額が98,919千円発生している。これは、委託業者から医事課への調定額の報告資料を作成するにあたっての桁違いの転記ミスによるものであった。審査支払機関への請求は点数ベースで行われているため、減額調定を行っただけであり、決定月に調定額を減額する処理を行っており、問題はなかった。また、国保連合会の平成22年5月の不明額が14,726千円発生している。多額に発生した場合については、実際に提出したレセプトの総合計とその基礎資料が合っているかを確認しており、ほとんどの場合は資料間の転記ミスにより発生している。不明額の分析はおよそ数百万円以上差額が出た場合に行っているが、病院内で報告を求められているわけではないので、担当者のみが分析を実施している。

不明額の分析については、審査支払機関からの患者ごとの入金額の通知がないために、詳細な分析ができていない状況である。しかしこれは市立札幌病院に限らずどの医療機関であっても同じである。

平成22年度の一次査定・二次査定の状況は下記のとおりである。

	一 次 査 定			二 次 査 定			合 計		
	件数	査定点数	査定率	件数	査定点数	査定率	件数	査定点数	査定率
H22. 4	338	355,137	0.24%	285	149,580	0.10%	623	504,717	0.34%
5	277	256,998	0.18%	365	158,260	0.11%	642	415,258	0.29%
6	263	347,312	0.22%	369	329,770	0.21%	632	677,082	0.43%
7	252	147,161	0.09%	300	139,797	0.09%	552	286,958	0.19%
8	256	139,878	0.09%	339	172,024	0.11%	595	311,902	0.20%
9	240	182,185	0.12%	343	204,940	0.14%	583	387,125	0.26%
H22 上期	1,626	1,428,671	0.16%	2,001	1,154,371	0.13%	3,627	2,583,042	0.28%
H22.10	188	121,781	0.08%	273	139,431	0.09%	461	261,212	0.17%
11	279	141,515	0.09%	299	112,938	0.07%	578	254,453	0.17%
12	223	186,128	0.12%	344	255,066	0.17%	567	441,194	0.30%
H23.1	248	197,311	0.13%	244	165,880	0.11%	492	363,191	0.25%
2	212	172,040	0.12%	350	221,795	0.16%	562	393,835	0.28%
3	283	307,973	0.19%	301	172,872	0.11%	584	480,845	0.30%
H22 下期	1,433	1,126,748	0.12%	1,811	1,067,982	0.12%	3,244	2,194,730	0.24%
合 計	3,059	2,555,419	0.14%	3,812	2,222,353	0.12%	6,871	4,777,772	0.26%

一次査定とは、審査支払機関での審査で査定対象となったものであり、二次査定とは、審査支払機関の審査後、保険者での審査で内容に疑義が生じた場合に、審査支払機関へ差し戻しとなったレセプトを意味している。査定率は厚生労働省から詳細なデータが公表されていないものの、かなり低い水準であると言える。病院では、査定レセプトについての各種委員会等の会議の場で、内容の周知が行われている。

④ 収納業務

医療費の収納は会計窓口の POS レジ、診療費自動精算機、金融機関(納付書払による振込)の 3 パターンである。ここでは患者の自己負担分の収納について記載する。

自動精算機での精算は、受付時に発券した会計番号票の番号が外来窓口のモニターに表示されると可能となる。会計番号の表示は、委託業者が患者の提出したファイルのうち基本票に基づいて必要事項を医事会計システムに入力し診療費が算定された後に行うことになる。

会計窓口での精算は、医事会計システムの収納サマリ画面より診療費納入通知書・領収書を発行して、順番になされる。患者から料金計算のために基本票等の提出を受けた段階で、窓口での支払であることの意味確認を行い、窓口支払い印を押印する。

次に日締めの処理であるが、これは精算方法によって異なる。

会計窓口の POS レジで受領した現金については、委託業者が窓口毎に現金と収入原符の合計額及び医事システム入金登録データを照合して一致を確認する。収入原符は領収書・病院控・金融機関振込のケースの場合の金融機関の控えの 3 枚綴りとなっている。また、窓口は外来が二つと時間外窓口(当直分)が一つあり、POS レジは窓口 10 番、11 番に各 1 台設置されている。

診療費自動精算機で精算を行った場合、収入原符は出力されず、患者へ領収書が出力されるのみである。委託業者において現金と医事システム入金登録データを照合し一致を確認する。

患者負担分で未収となった債権については、1 日単位で登録された調定額をまとめて集計されて、2 営業日後に確定する。当該分は、医事課担当者が、毎日手作業で財務会計システムへ登録を行い、調定整理書を出力する。調定書整理書は医事係→係長→課長まで決裁される。医事システムのデータ(調定内訳書)は医事課内の複数人(係長まで)で決裁する。決裁時には調定内訳書のコピーを添付している。確定した未収額については、日々起票されている。

金融機関振込分は毎営業日、前営業日に入金となった収入原符を医事課で受け取り、後に医事システムへの消込状況を確認するため、件数・金額を控えた後収入原符を経理係へ引き継ぐ。経理係で科目別に金額を確定させて、対応する未収を財務会計システムで消込を実施し、消込が終了した収入原符は、経理係が作成した当該入金分の集計表とともに医事課に再度引き継がれる。財務会計システムへの消込作業は、普通預金の科目で行われている。

医事課では、控えていた当該件数・金額と経理係より引き継いだ収入原符・集計表の金額が一致することを確認し、その後当該収入原符を委託業者に引き継ぎ、医事会計システ

ムへの消込作業を依頼する。

収入原符は消込終了後、再度医事課職員へ引き継がれる。医事課職員は正しく医事システムへ消込が反映されているか確認を行う。

クレジットカードでの支払は、自動精算機及び窓口いずれも可能である。患者が自動精算機でカードによる支払を行った場合、自動精算機から決済データが医事会計システムに送られ、カードによる入金として処理がなされる。この時点ではカードによる支払が認識されただけで、どのクレジットカード会社のカードによって決済されたかはデータ上不明である。1日の締めタイミングで自動精算機から、クレジット利用者の明細表と自動精算機ごとのカード日計表が出力されるので、これを委託業者から医事課職員へ手渡され、調定書が作られる。

翌日朝委託業者は、コピーしておいたカード日計表をもとに医事会計システムの入金区分をクレジットカード会社ごとに、登録修正をしていき、医事会計システムから科目別集計表を出力し、自動精算機から出力されたカード日計表と突合し、一致を確認したら医事課職員に科目別集計表を提出している。

窓口の場合には、患者がカードで決済をするたびに、委託業者は医事会計システムにカードで支払いを受けたことを登録していく。1日の締めの段階で、領収書控えと患者個人ごとのカード支払票を取りまとめて医事課職員へ渡して、調定表を作成してもらう。翌日朝、とりまとめられた領収書控えが戻ってくるので、クレジット会社ごとに領収書控えをまとめ直して、クレジットカード会社ごとに入金票を表紙として添付する。まとめ直したクレジットカード会社ごとに、医事会計システムの患者ごとの収納データにクレジットカード会社名を1件ずつ変更していき、修正内容を確認したうえで、科目別集計表を医事会計システムから出力する。医事課職員に領収書控えと一緒に科目別集計表が手渡される。医事課職員は科目別集計表とクレジットカード端末から出力したクレジットカード会社別の1日の決済金額の合計と件数と科目別集計表と照合して、一致していれば、ファイリングして保管する。

クレジットカード会社からの入金毎月1日から15日決済分は当月月末に、16日から月末決済分は翌月15日にされるので、医事会計システムから半月ごとにカード会社別の集計表を出力し、経理係に手渡される。

⑤ 督促管理

患者が何らかの事情で支払が行えない場合には、納付書が交付される。納付書は外来の場合受診日に交付されるが、当日渡せなければ受診日の翌々日に患者宛に郵送される。入院の場合には退院日に病棟で交付され、休日などの関係で渡せなければ1週間以内に郵送される。長期入院中の患者に対しては定期請求として、毎月10日に交付される。

納付期限は外来の場合が納付書発行日であり、入院の場合は、退院時に発行するものは退院日であり、郵送したものは発行日から20日以内、長期入院中の患者は発行日から20日以内となっている(札幌市病院事業使用料及び手数料条例第2条第5項)。

平成21年度から平成23年度の医業未収金(患者負担分)の推移は下記のとおりである。

(単位:円)

	平成21年度		
	本院	静療院	合計
前年度末残高	121,210,508	26,236,530	147,447,038
当年度減少額	11,616,017	3,734,162	15,350,179
当年度費用化額	24,989,760	3,487,694	28,477,454
当年度増加額	28,814,601	6,611,413	35,426,014
当年度末残高	113,419,332	25,626,087	139,045,419

	平成22年度		
	本院	静療院	合計
前年度末残高	113,419,332	25,626,087	139,045,419
当年度減少額	16,724,838	6,752,879	23,477,717
当年度費用化額	22,453,862	2,167,242	24,621,104
当年度増加額	26,248,283	3,071,759	29,320,042
当年度末残高	100,488,915	19,777,725	120,266,640

	平成23年度		
	本院	静療院	合計
前年度末残高	100,488,915	19,777,725	120,266,640
当年度減少額	4,691,862	1,865,509	6,557,371
当年度費用化額	31,033,037	5,086,288	36,119,325
当年度増加額	22,708,124	1,870,782	24,578,906
当年度末残高	87,472,140	14,696,710	102,168,850

当年度費用化額とは、院内での時効となった債権など、不納欠損に準じて貸し倒れとして処理されているものである。

札幌市病院局会計規程第44条に不納欠損について、

「経営企画課長は収入に欠損を生ずるものがあるときは、収入欠損額調書に基づいて所定の決裁を受け、これに基づいて振替伝票を発行しなければならない。」とあり、ここでいう「収入に欠損を生ずるもの」とは、札幌市病院局会計規程運用方針において、(a)法令等の規定に基づき債権が消滅したとき、(b)時効の完成により債権が消滅したとき、(c)債権を放棄したとき、(d)行政処分により債権が消滅したとき、(e)契約等により債権が消滅したときが該当するとされている。

診療報酬は私債権であるため、時効は3年であるが(民法第170条及び平成17年11月21日最高裁判所第二小法廷判決平成17年(受)第721号診療費等請求事件判決)、時効の援用がなくとも不納欠損をするためには債権放棄する必要があり、したがって、債権費用化は不納欠損と経理処理は同様であるが、債権の消滅を認識するわけではないので、不納欠損とは根本的に異なるものである。

現状の債権費用化の処理は各課で債権費用化調書作成後、不納欠損額調書を作成し

た上で、各課で振替伝票の入力を行う。各課では上記調書と振替伝票を添付し、起案を作成する。決裁については経営管理部長と経営企画課の合議が必要となっている。経営企画課では入力された振替伝票の確定処理を行い、各課から債権費用化調書等が経営企画課に提出される。

平成 21 年度から平成 23 年度の債権費用化の内訳は以下のとおりである。

(単位:円)

債権費用化(貸倒処理)	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
入院診療に係る債権	23,740,697	18,791,056	27,626,197
外来診療に係る債権	1,249,063	3,662,806	3,406,840
本院分小計	24,989,760	22,453,862	31,033,037
静療院分	3,487,694	2,167,242	5,086,288
合計	28,477,454	24,621,104	36,119,325

債権費用化については前記規程等に従い当該年度末時点で 3 年を経過している債権を対象にしている。年度別の残高からは、一見すると過去 3 年で減少しているように思えるが、費用化額も例年 20 百万円以上であり、回収が進んだわけではない。

患者が期限までに支払いができない場合には、窓口収納相談職員による窓口での分割納付・履行延期の相談が可能であるが、相談を利用しない場合には督促の対象となる。納付期限から 1 ヶ月が経過した場合、毎月 1 日から 15 日までの納付期限の納付書は当月末に、16 日から月末までの納付期限の納付書は翌月 15 日に督促状を発送する(札幌市債権管理条例 7 条、札幌市病院局債権管理規程 6 条)。督促状は対象債権ごとに作成され、医事課担当職員が医事会計システムから未収金額を検索してエクセルで作られた様式に入力して印刷の上各患者宛に送付される。

催告状は納付期限から 1 ヶ月超から 1 年以内を対象債権として 3 ヶ月ごとに送付され、患者 1 人に対して 1 枚に対象債権をすべて記載している。

平成 23 年度に実施された督促の状況は下表のとおりである(文書督促のみ)。

患者に対する督促の経過については、医事会計システムに入力ができるようになっているので、患者ごとに入力をしてデータを蓄積している。

月	件数	金額(円)	対象債権
4 月	0	0	
5 月	20	2,662,834	平成 22 年度中に、近日支払するとして支払せず、その後入金のない債権が中心。
6 月	61	10,021,346	平成 21 年度から平成 22 年度に発生した未収金のうち、主に入院に係るもので、1 件 30,000 円以上のもの。
7 月	28	3,234,070	平成 22 年度中に、近日支払するとして支払せず、その後入金のない債権が中心。
8 月	40	8,029,198	6 月に督促を実施した債権のうち、入金や交渉開始となったもの等を除き、再度催告(サービサー委託前の最終通告)。
9 月	0	0	

10月	58	5,313,321	平成21年度から平成23年度に発生した債権のうち、分割払、後日払の約束が守られていない者に係る債権が中心。
11月	31	4,229,291	同上
12月	14	871,833	同上
1月	1	352,119	同上
2月	12	1,000,970	同上
3月	0	0	
合計	265	35,714,982	

また、診療日から1年以上経過した債権については、平成22年8月から未収金に関する債権の入金案内等の業務を委託している。報酬は成功報酬であり、回収金額の40%である。委託した債権の範囲は1年以上経過した債権のうち、次のa)からg)の債権を除くものである。

- a) 訴訟等の法的措置を実施している債権
- b) 診療内容から債務者又は連帯保証人等が支払を拒む意思を明らかにしている債権
- c) 破産・免責となった債務者に係る債権
- d) 無所得などの経済的な理由で未払であることが明らかな債権
- e) 債務者が死亡し又は受刑中であり、連帯保証人がなく、かつ相続人が判明しない債権
- f) 分割納付中又は支払方法等について相談中の債権
- g) 債務者の未収金が合計1千円未満の債権

委託債権の回収状況は下記のとおりである。

平成22年度委託債権 66件 10,828,330円			
	件数	回収金額(円)	成功報酬(円)
12月	3	280,983	118,012
1月	3	142,793	59,972
2月	1	10,000	4,200
3月	2	493,776	25,200
合計	9	927,552	207,384
回収率(%)	13.6	8.6	-

平成23年度委託債権 57件 9,246,955円			
	件数	回収金額(円)	成功報酬(円)
4月	2	20,000	8,400
5月	1	10,000	4,200
6月	2	20,000	8,400
7月	0	0	0
8月	5	250,720	105,302
9月	2	20,000	8,400

10月	4	36,622	15,381
11月	1	10,000	4,200
12月	4	30,000	12,600
1月	1	20,000	8,400
2月	2	26,000	10,920
3月	1	14,547	6,110
合計	25	457,889	192,313
回収率(%)	43.9	5.0	-

平成23年度の委託債権の件数ベースの回収率は43.9%となっているが、これは、同じ患者でも重複して件数をカウントしていることによるものであり、重複してカウントしないとすると、件数は14件であり、件数ベースの回収率は24.6%である。平成22年12月から平成24年3月までに完済した債権は10件であった。

従前、病院では、督促業務についての指針となるものが存在しなかったため、札幌市病院局規程第8号札幌市病院局債権管理規程(平成24年5月28日)を制定し平成24年6月1日から施行して、運用している。

⑥ その他

平成23年度は該当がなかったが、平成24年度は診療報酬の改定があったため、医事会計システムの点数マスタの変更・追加という作業が行われた。変更・追加作業はベンダーであるNECのセンターマスタのうち、病院側で適用可能な加算項目など該当する点数マスタをユーザマスタにダウンロードして、医事課職員のユーザIDで点数マスタの更新処理を実施した。平成24年4月から当該点数は適用となっており、運用上の問題は生じていないということである。

医療材料のうち、点数を算出して請求可能な材料を特定用保険医療材料というが、特定用保険医療材料の請求漏れという観点からヒアリングを実施した。

病院では医療材料の物流管理業務(SPD、「2. 医薬品及び材料購入プロセス」で詳述)として委託業者(以下SPD業者という)が入っており、SPD業者の払出データと医事データ(処置など)を突合して不一致の場合に医事委託業者に「請求誤差調査表」という書類で文書によって連絡を行っている。医事委託業者では内容を分析して、コメントしている。特定用保険医療材料は高額なものも多く、診療報酬として請求可能であるのに、請求できていないとなれば、病院として収入を得る機会を失っているということになるので、それを防止するために行っている。

特定用保険医療材料の算定漏れについては、規模の大きい病院であれば、物流管理業務を委託しているケースが多く、SPD業者の払出データと医事の請求データを照合するというので、すべて抑止できるということは現実的には不可能であるものの、算定漏れのリスクを軽減しているといえ、望ましい体制を構築していると考えられる。照合の結果、誤差が生じる理由としての多いものは、別の医事コードで入力してレセプトを作成しているもの、医療材料持ち込みのケースがある。これは、本来は業者持ち込みであるが、緊急に使用する

ことがある。通常は SPD 業者から、各卸業者に対して医療材料の発注がなされるが、その場合には、各診療科から医療材料持ち込みリスト兼医療材料購入要求書を申請して SPD 業者または用度係から発注をしている。

(2) 医事関係システム

① システムの概要

医事業務に関連するシステムとしては医事会計システム、債権管理システム、オーダーリングシステム、DPC システムがあり、概要は以下のとおりである。

	医事会計システム	債権管理システム	オーダーリングシステム	DPCシステム
ソフトウェア 名称及び バージョン	MegaOak IBARS	PC-DASH	MegaOakHR (R2.5)	DPCNAVI
ソフトウェア・ ベンダー	NEC	NEC	NEC	NEC
導入時期	平成 19 年 4 月	平成 19 年 4 月	平成 20 年 1 月	平成 20 年 1 月

医事会計システムとは、点数計算を基本とした医療費を計算するシステムであり、医事業務の根幹をなすものである。オーダーリングシステムとは、医事会計システムを補完するものであり、処方箋や検査伝票などを電子化することにより、医師や看護師が患者の処置情報を管理することができるシステムである。規模の大きい病院では医事会計システムとオーダーリングシステムを連動させており、処方から調剤、診療費の会計までが一連に処理されることにより、スムーズに業務処理を行えると同時に、患者の待ち時間削減に寄与している。市立札幌病院では、オーダーリングシステムの対象を処方、注射、検査、画像整理、輸血、リハビリ、手術、予約、病理、食事、歯科処置の業務としている。債権管理システムも医事会計システムを補完するシステムであるが、これは未収金管理に特化しているシステムであるといえる。DPCシステムはDPCの運用に必要なシステムで、DPCの厚生労働省へ提出するためのデータ抽出や経営上有益と考えられる調査対象データの抽出及びDPCの請求を主な機能としている。なお、DPCについては「(3)DPC」で詳述している。

② システムと関連する内部統制

(a) オーダーリングシステム

オーダーリングシステムの利用者は、医師のみであり、一旦入力・確定したデータを修正・取消し・削除することは可能であるが、その操作履歴は残ることになっている。オーダーリングシステムで入力される情報は処方・検査等のオーダ情報が中心であり、結果として、医事会計システムに取り込まれ、診療報酬として請求される。ただし未取り込みのものはリストとして出力することができ、前診療日分の未取り込みリストを毎日レビューするとともに、10日毎に前10日分のレビューを再度実施している。オーダーリングシステムの点数マスタ及び患者

情報については、職員及び委託職員がシステム上権限を有している。

(b) 医事会計システム

医事会計システムの利用者は医師、外来看護師及び委託業者を含めた医事課の事務職員である。医事会計システムは算定、調定、収納など業務が細分化されているが、ユーザIDの権限付与の設定についてもユーザID（職員マスタ）ごとにカスタマイズが可能であり、職務に応じた権限が付与されている。職員マスタの追加依頼については、医事課で申請者の情報を集約して、情報担当課へ起案を実施し、決裁後に職員マスタが作成されている。

上記権限の利用者のうち、医事会計システムに一旦入力・確定したデータ（オーダリングシステムより取込んだデータ及び取込んだ以外のデータ）を削除すること、一旦入力・確定した内容の修正・取消を（データは削除せず、一部修正又はステータスを変更）することは可能であるが、データ入力・削除が行われた場合、当該処理の操作履歴が残ることになっている。履歴が残るのは使用された端末及び処理日時データであり、過去すべてのデータである。履歴のレビューは責任者によって不定期に行われている。なお、この履歴の削除・修正はシステムベンダーのみが実施可能となっており、病院の医事課職員や委託業者職員は実施できない。

算定業務は委託業者を含めた医事職員のユーザIDで行うことが可能である。医事会計システム上では算定や収納などに業務を分類する仕様とはなっていないため、組織における職務分掌上、算定処理と収納処理の担当者を分けることで内部牽制を有効にしている。

算定終了後、領収書発行処理により領収書が発行されるが、算定担当者が領収書を発行することになっているので、窓口の収納担当者は医事会計システムを操作することなく収納業務を行っている。振込による入金処理する場合には、一旦未収計上後、請求書が発行することになっている。なお、振込情報の明細と、医事会計システム上の振込による入金消込結果は医事課職員によって毎日確認されている。

業務の都合上、算定データを破棄（書損）するケースがある。当該書損の操作は委託業者を含めた医事職員のユーザIDで処理することが可能であり、書損リストは医事会計システムから出力が可能である。書損処理したデータについて再度請求情報を入力する必要がある場合、書損データと再入力データの紐付けができないため、再入力の段階では請求漏れを検知する仕組みとはなっていないが、書損の理由を確認することになっていることから、再度請求の漏れが発生するリスクは防止可能となっている。なお、システム上書損処理を行うことなく、領収済データを売上取り消し処理により、未収状態に変更することは可能であるが、請求金額の修正を行うことは不可能である。

医事会計システムにおいて、算定・収納・未収処理・未収データの削除・書損が行われた場合、当該操作履歴が残ることになっている。履歴としては、ユーザID、処理日時、端末ID、

処理区分のデータが残り、過去の全て(または1年以上の期間)の履歴がある。当該データについては不定期で医事会計システムの画面上で委託業者担当者がレビューを行っている。なお、履歴自体の削除・修正は不可能である。

(c) システムへのアクセス権限

上記のとおり、医事会計システムでは様々な処理を行うことができるが、一方で、運用に伴うリスクもあると考えられる。そのリスクを事前に回避するためには、システム利用者は必要最低限の者にしておく必要があり、権限の見直しについては定期的実施する必要があると考える。

権限付与は、電子カルテパスワード登録申請書で実施されている。各部署で当該申請書に記載後情報システム担当でとりまとめ、オペレーティングの委託業者に対して登録依頼を行い、委託業者が権限付与の操作を行う。退職などに伴う権限の抹消も同様の手続でなされる。

医事会計システム及びオーダリングシステムもこの電子カルテパスワード登録申請書によって、権限付与がなされる。本来、医事会計システムを利用する必要がない医師等にも権限は付与されているが、実際にアクセスすることはない。医事委託業者については、別の様式により申請を行っている。

医事会計システム上では、IJ1 から IJ4 までの権限設定ができ、権限の内容は以下のとおりである。

ID	操作権限の付与がされている業務内容
IJ2	新患登録、再来受付、病名登録、患者番号照会、会計、算定履歴照会、入退院登録、退院会計、定期請求、料金サマリ、入金登録、請求書発行、締め処理、一括登録、請求書発行サマリ、支払証明(照会)、受付状況照会、空床状況照会、病名一覧、入院患者照会、DPC 管理画面、レセプト編集、レセプトビューア、電算処理データ作成、レセ電算管理ツール、症状詳記管理画面、症状詳記入力患者一覧、レセプト対象患者一覧、請求情報登録、債権DB確定処理、統計、予約、入院データ取り込み、入院履歴基本診療取り込み、入院診療データ取り込み、オーダ情報DB整理、手術オーダ取込、DPC 取込、オーダ未取り込みリスト、外来診療データ移行、入院診療データ移行
IJ3	新患登録、再来受付、病名登録、患者番号照会、保険照会確認、会計、算定履歴照会、入退院登録、退院会計、定期請求、料金サマリ、入金登録、請求書発行、締め処理、一括登録、請求書発行サマリ、支払証明(照会)、受付状況照会、空床状況照会、レセプト編集、レセプトビューア、電算処理データ作成、レセ電算管理ツール、症状詳記管理画面、症状詳記入力患者一覧、レセプト対象患者一覧、サマリ照会、統計、外来管理算定一覧、患者リスト、入院患者リスト、点数マスタブック、予約、予約情報出力
IJ4	新患登録、再来受付、病名登録、患者番号照会、保険照会確認、会計、算定履歴照会、入退院登録、退院会計、定期請求、料金サマリ、入金登録、請求書発行、受付状況照会、空床状況照会、予約、予約情報出力。
IJ1	ほとんどすべて

IJ2～IJ4 が委託業者用であり、IJ1 は医事課職員用である。IJ2 は現在ほとんど利用されていないということである。IJ2 と IJ3 の大きな違いは、オーダ関係の取り込みができるか否かで

ある。

オーダリングシステムの権限付与については、決裁文書があるものの、医事会計システムと異なり、リスクの観点からすると、そもそも詳細な権限設定は求める必要がないと考えられる。

(3) DPC

DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは、診断群別包括評価を意味している。通常の診療報酬は出来高払いといわれ、細分化された一つ一つの医療行為毎に点数を設定し、その行為毎に点数を適用して医療費を計算する方法である。これに対してDPCは投薬・検査・注射をまとめて1日毎に何点かというように、医療行為に対する1日当たりの医療費が包括評価となっており、診療点数が決まっているのが特徴ではある。ただし、すべての医療行為が包括されているわけではなく、従前どおり出来高によって算定する医療行為もあるので、請求自体は包括部分と出来高部分を合算して行うことになる。手術・麻酔・放射線治療はすべて出来高算定となるが、検査・画像診断・投薬・注射などは包括部分と出来高部分が混在している。

DPCは平成15年から大学病院等の特定機能病院で導入されているが、市立札幌病院では平成20年8月から導入している。

DPCの運用においては約2,700の診断群分類が設けられ、このうち約1,900の診断群については、入院期間に応じた包括点数が設定されている。

DPCの報酬合計は以下の算式で計算される。

DPCにおける報酬合計

=「診断群分類による包括評価分」+「出来高評価」+「入院時食事療養費」

「診断群分類による包括評価分」はDPC対象病院用の診断群別点数表の1日当たり包括点数をもとに、次の式で算定される。

「診断群分類による包括評価分」

=「診断群別点数表の1日当たり包括点数」×「医療機関別係数」×「入院日数」

1日当たりの包括点数は3段階に設定されており、入院初期の点数が最も高く設定されている。これは、初期の方が医薬品・診療材料等の投入が多く必要であることが理由となっている。また診断群によっては当該投入のタイミングが異なることから、さらに4つに分類されて、設定されている。

医療機関別係数は、診療報酬が出来高から包括になることによって医療機関の収入が大きく変動しないようにするために(前年度の報酬を確保するように)、設定されたものであり、当初は調整係数と機能評価係数Ⅰ・Ⅱの係数の合計で表わされていた。その後平成22年の診療報酬改定時に調整係数を段階的に機能評価係数Ⅱに置き換えるように変更になったが、この置き換えが困難であるため、平成24年の診療報酬改定時には、新たに基礎係数が設定されることになり、改めて調整係数を基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換えることになった。調整係数の移行は平成30年の報酬改定時までに行われる予定である。

機能評価係数Ⅰは入院基本料や各種加算等、特定機能病院、専門病院等の病院の機

能を評価するためのもので、出来高を係数化したものであり、機能評価係数Ⅱは調整係数の代わりとなる医療機関の機能を評価するものであり、対象病院の診療データの作成・収集・提出できる体制を示したデータ提出指数、平均在院日数の短縮度合いを評価した効率性指数、各病院における患者構成の差を評価した複雑性指数、様々な疾病に対応できる体制を評価したカバー率指数、地域医療連携等を評価した地域医療指数、救急医療の対象患者の資源投入量の差を評価した救急医療指数から構成されている。この機能評価係数Ⅱは平成 22 年の診療報酬改定時で新設された係数である。

市立札幌病院の DPC 導入時から平成 23 年度までの医療機関別係数の変遷は下表のとおりである。

	機能係数	機能係数Ⅰ	機能係数Ⅱ	調整係数	係数合計
H20.8.1～9.30	0.1041			1.0476	1.1517
H20.10.1～21.4.30	0.1075			1.0476	1.1551
H21.5.1～5.31	0.1083			1.0476	1.1559
H21.6.1～22.3.31	0.1382			1.0476	1.1858
H22.4.1～7.31		0.1581	0.0194	1.0574	1.2349
H22.8.1～12.31		0.1581	0.0262	1.0537	1.2380
H23.1.1～3.31		0.1606	0.0262	1.0537	1.2405
H23.4.1～24.3.31		0.1606	0.0267	1.0537	1.2410

平成 20 年 10 月からは平成 22 年の診療報酬改定で新たに設定された加算項目である医師事務作業補助体制加算の算定が開始されたことにより機能係数が上昇し、平成 21 年 5 月からは当該加算のより上位基準の取得が可能となったため、さらに機能係数が上昇した。平成 21 年 6 月からは入院時医学管理加算の取得が可能となった上昇である。

機能評価係数Ⅰ以外の機能評価係数Ⅱ、調整係数、基礎係数については、厚生労働省に提出したデータをもとに計算されて、同省から通知を受けた係数である。

なお、現行の指数(平成 24 年 7 月 1 日から)は下記のとおりとなっている。

調整係数

基礎係数[Ⅲ群]	1.04180
暫定基礎係数	0.07840
小計 1	1.12020

機能係数Ⅰ

一般入院料1	0.10060
総合入院体制加算	0.02910
臨床研修病院入院診療加算Ⅰ	0.00120
診療録管理体制加算	0.00080

医師事務補助作業体制加算(50対1)	0.00800
急性期看護補助体制加算	0.01940
地域加算6	0.00120
患者サポート体制充実加算	0.00220
医療安全対策加算 I	0.00270
感染防止対策加算1	0.01250
感染防止対策地域連携加算	0.00310
データ提出加算1(200床以上)	0.00310
検体検査管理加算(IV)	0.01190
小計2	0.19580

機能係数 II

データ提出係数	0.00205
効率化係数	0.00319
複雑性係数	0.00488
カバー率係数	0.00517
救急医療係数	0.00251
地域医療係数	0.00360
小計3	0.02140
合計	1.33740

また、年に数回DPCコーディング委員会が開催されている。例えば、DPCによって計算された点数と従前の出来高により算定した点数を比較して、出来高により算定した点数が高かった場合に、適用したDPCのコードが適切であったかどうかの検証を行ったり、医師に対してコーディングについての事例を説明して、適切なコーディングについての理解を促したりしている。

(4) 改善すべき事項

① 指摘事項

- 督促の適時な実施と管理について

督促の対象となる債権及び債権回収業者へ委託の対象となる債権は医事会計システムから、対象債権を担当係が手作業で抽出している。札幌市の他の部局では、システム上督促の条件を設定することにより、自動で督促状が作成される仕組みを運用しているところもある。

患者に対する債権は、その構成主体が個々人の患者であるため、当然件数が多くなる傾向にあり、手作業での拾い出しでは、督促が全てなされたかどうかの検証に時間を要するため、可能であれば、システム改修等による自動化が必要と考える。

また、督促について、債権回収代行業者を利用してきたが、回収実績は芳しくなく、病院独自の督促の実施も平成 23 年度は文書督促・電話督促によって行われてはいるものの、計画的・規則的な督促はなされていなかった。他の業務との都合もあり、また、出張督促を行ったとして、費用対効果の観点から、コストをかけたとしてもそれに見合う回収が得られるとは限らないため、債権の滞留態様に応じて、計画的・規則的な督促業務の励行をお願いしたい。

- システムへのアクセス権限について

医事会計システムへのアクセス権限について、どのような操作権限がどの職位に与えられているかという管理表はシステムからは出力できず、また、別途管理しているものもないとのことであり、現時点での付与状況は確認できない状況である。現在は新規の付与時と抹消時という権限の改廃が文書として残っているのみである。また、権限付与自体は医事業務委託業者とは別にシステムオペレーションを委託している業者が実施している。

医事会計システム上の各種の操作履歴はシステム上残っているため、事後的に把握することはできるが、不正の事前予防としては、適切な職位に適切なアクセス権限が付与されているかどうかについて、病院側で、定期的に ID の棚卸をすることが必要であると考ええる。

さらに、電子カルテパスワード登録申請書ですべての関連するシステムのアクセス権限を付与しているということは、そもそも、職務分掌に即した権限付与となっておらず、やはり、システムごとに必要な職位の担当者に付与が可能となるように、手続を見直すことが必要であると考ええる。

医事課職員の ID が一つということであり、本来、関係のない医事会計システムの業務処理画面にアクセスが可能となっている。医事会計システムの ID は付与 ID ごとに、使用業務を指定し、職務分掌に応じた権限設定を行うべきである。

② 意見事項

● 未請求レセプトの収益計上について

市立札幌病院の現行の収益計上の方法では、保険者請求分は請求(調定)時に、財務会計システム上に本院収益として計上されるが、未請求レセプトについては、審査支払機関への請求行為がなされていないので、収益計上されていない。しかし、患者に対する医療サービスの提供はすでに終了しており、保険者負担以外分、すなわち、患者負担分については患者診療時に徴収しており、収益計上も当該徴収時に行われている。したがって、保険者請求分についても医療サービスの提供という事実の発生に基づいて収益計上すべきであると考えられる。未請求レセプトの古いものは診療月が平成22年7月というものがあるが、これは、臓器移植に関係したレセプトで、すべてのレセプトが揃わないと請求できないという特殊なレセプトであるものの、やはり医療サービスの提供という事実の発生に基づいて収益計上すべきである。

返戻未請求のレセプトについても同様のことがいえる。当該レセプトについては、審査支払機関への請求時に一旦収益として計上されてはいるものの、返戻通知があった時点で、減額調定となり、収益の減としての処理がなされている。返戻未請求のレセプトも請求時に再度計上されることになるが、一旦通常のレセプトと同様に請求時に収益計上したにも係わらず、減額処理がされていることから、結果的には、当該レセプトについても医療サービスの提供の終了時には収益計上がなされていないことになり、未請求レセプトと同様に、収益計上すべきものとする。

平成24年3月時点の未請求レセプトの点数と、一旦請求したものの何らかの理由で返戻となったレセプトの状況は以下のとおりである。

未請求

診療月	件数	点数
H22.7	2	82,849
H22.12	1	15,481
H23.8	1	9,604
H23.10	1	93
H23.12	1	16,284
H24.1	10	217,870
H24.2	57	1,438,624
H24.3	948	12,021,641
合計	1,021	13,802,446

返戻未請求

返戻通知月	件数	点数
H23.4 以前	1	1,332
H23.10	1	18,187
H23.11	3	350,761
H23.12	4	12,440
H24.1	6	234,007
H24.2	11	412,463
H24.3	44	902,323
合計	70	1,931,513

(注)いずれも、基金・国保・入院・外来の合計額

上表は点数ベースの記載となっており、金額ではない。未請求は一度も審査支払機関に請求されていないレセプトであり、返戻未請求はレセプトの記載に簡易な誤りがある等で、病院に戻ってきたレセプトで、まだ再請求を行っていないものである。

すべて3割負担の患者と仮定すると、15,733千点×70%分の約110百万円について収益計上すべきと考える。

なお、本来は毎月調定を行うのが原則であると考えるが、この処理が著しく煩雑であるならば、年度末での一括処理でも止むを得ないと思われる。

- 滞留債権の回収額の把握について

滞留債権管理表上の当年度減少額は、回収となった債権及び請求が削除になった債権である。

請求が削除になった債権とは、例えば、当初患者に診療費全額の請求を行っていたが、後になって保険証が出てきた場合、保険請求に切り替えが必要となるので、当該表上は減少としている場合がある。

減少額については医事課では回収となった債権がいくらか、回収以外の減少額がいくらかについては把握していない。回収した金額については、滞留債権管理表上の当年度末残高や前年度末残高等から逆算した結果ではなく、通帳などの入金データから把握可能なはずであり、これを把握すべきであると考える。

当該計算額と実際入金額の間に差額が生じた場合に、債権の消し込み誤りがあったとしても現在の方法では発見が困難になり、患者債権の数も多いことから、債権管理上問題になる可能性がある。

2. 医薬品及び材料購買プロセス

市立札幌病院では、医薬品・医療材料の物流管理業務については外部業者に委託している（SPD Supply Processing & Distribution）。SPD とは、病院が使用する物品について、発注から在庫・払出・消費・補充に係る一連の流れを一元管理して、病院の物流を効率化させる仕組みである。SPD の運用管理の基本は定数管理を中心に、物品を定数、定数外、臨時に区別して、カードの貼り付け、バーコードの読み取り、部署の定数をカウントし、補充を行い、消費データを補充データと等しくさせて、物品を供給するものである。運用方式としては、対象物品が病院購入品か業者預託品なのか、管理業務を病院が行うのか SPD 業者に委託するのか等により類型化されている。市立札幌病院では、医薬品については、対象物品は業者預託品であり、院内倉庫はあるものの、倉庫から払出をしない限りは、病院の購入とはならない。医療材料については、対象物品の多くは病院購入品であり、倉庫に入った時点で病院の所有となる。医薬品、医療材料ともに倉庫での管理は SPD 業者が行っている。

(1) 医薬品

① 医薬品費の概要

過去 3 年の医薬品費は下表のとおりである。

	消費金額 (A、薬価、千円)	医薬収益 (B、千円)	(A)/(B)
平成 21 年度	3,620,370	18,384,389	19.7%
平成 22 年度	3,813,624	19,732,959	19.3%
平成 23 年度	3,908,092	19,669,864	19.9%

消費金額でみると、毎年増えているように見えるが、医薬収益との割合で考えると 19%台であり、推移は安定している。

平成 22 年度から平成 23 年度にかけては、第 2 章「市立札幌病院の概要」に記載したとおり、入院・外来患者とも減少しているが、医薬品費の消費金額は増加している。その理由として、一つは高額な代謝性医薬品が 59,361 千円増加していることが挙げられる。これは関節リウマチ用注射薬のエンブレル皮下注が約 40,900 千円増加、ヒュミラ皮下注が約 20,500 千円増加、腎性貧血用注射薬のネスブ注射液が約 15,600 千円増加したことなどによっている。またその他には、眼科用剤についても 42,756 千円増加しており、ルセンティス硝子体注射液（加齢黄斑変性症用注射薬）が約 28,200 千円増加、ディスコビクス 1.0 眼粘弾剤（水晶体再建術補助薬）が約 9,300 千円増加したことなどによっている。ただし、これらの増減については、2 年に一度の診療報酬改定やその時々疾病構造の変化等もあり、結果的に医薬品費が増加したことの一因を示したものであり、一概には言えないという点も付け加えておきたい。

② 薬事委員会

病院で採用する医薬品については薬事委員会での承認が必要である。薬事委員会は 2 ヶ月に一度開催され、委員は医師・薬剤師・看護師・事務職員から構成されており、医師の 1 名が委員長を務める。委員の任期は 1 年である。

採用は通常の医薬品採用申請と臨時使用申請がある。新規医薬品を申請した場合、最初 6 ヶ月間臨時使用のための申請を行い、その効果を確認後、あらためて医薬品採用申請を行う。その際には、同時に臨時使用期間における臨床効果の判定を記載した「臨時使用効果判定書」を添付することになっている。医薬品採用申請の場合には「医薬品採用申請書」を、臨時採用申請の場合には「医薬品臨時使用申請書」を用いて申請を行う。臨時使用申請時の申請書には「月間使用見込量」の項目があるが、これは本採用審議時の実績評価としてモニタリングしているところである。

申請資格者は医師（研修医師、嘱託医師及び他病院の職員は除く）及び薬剤師である。採用品目数は 2,000 品目が上限であり、薬事委員会の審議を経て院長に答申される。

採用が決定した医薬品については薬事委員会のお知らせで院長名にて院内周知され、医薬品臨時使用、医薬品採用等の開始は原則として薬事委員会決定月の翌月 1 日から可能となる。また、薬事委員会で中止が決定した場合、院内の決裁を経て翌月の初旬をもって中止となり購入も停止される。

上記手続によらず、医薬品を緊急採用するケースがある。その場合、緊急採用申請書を薬剤部長または薬剤課長に提出し、薬事委員会の審議を省略し、薬事委員長の決定で院長の決裁を経て購入が可能となる。この条件としては①原則として薬価基準収載後発売されて間もない医薬品であること、②採用医薬品にはない薬効・効果が確実で、治療上緊急に使用する必要が認められる場合であること、③原則として患者を限定して使用すること、④採用医薬品の中に同一剤形・同一組製品がないこと、⑤申請時点において直近の薬事委員会に医薬品臨時使用を申請すること、⑥緊急購入期間は医薬品臨時使用可否判断が示されるまでの期間とすること、⑦院長の直接聞き取り調査に申請医師が答弁できることである。

採用の可否は、「臨時使用申請」に対しては薬事委員会において対象薬の有用性、安全性（類似名称、複数規格による誤認も含む）などを審議し 6 ヶ月間の試用期間が承認される。その期間での使用実績や臨床成績、有害事象の有無などの検討により本採用の審議を経て採用となる。

病院では採用薬品数を「1 薬剤採用時に 1 薬剤中止」でコントロールすることを目標にしており、代替中止薬などの調整が難航した場合や、薬剤の特性により 6 ヶ月では有用性評価が難しい場合、薬事委員会の判断により審議保留（臨時期間延長）となる。

平成 23 年度の薬事委員会の開催時期と採用品目、中止品目等は下記のとおりである。

品目数

開催日	新規採用数	臨時使用	切り替え	中止	院外専用	合計
H23.4.14	15	14	0	9	1	39
H23.6.9	12	6	0	14	9	41
H23.8.11	31	19	0	24	1	75
H23.10.13	20	15	1	13	1	50
H23.12.8	6	11	0	4	0	21
H24.2.9	21	3	3	8	0	35
合計	105	68	4	72	12	261

「院外専用」とは、入院・外来ともに病院内での処方をする事は出来ず、外来において「院外処方箋」を発行する際にのみオーダーが可能な採用区分である。当該医薬処方箋に記載されるのは、院外の調剤薬局で処方される医薬品であり、病院での採用薬品数にはカウントされず、購入契約もされていないもので、在庫は有していない。

③ 業務フロー

以下において、医薬品のマスタ登録、発注から納品(検品)及び請求に関するフローを記載した。

(a) マスタ登録

単価契約の手続が完了した後、薬剤部で「薬品採用マスタ入力通知票」が作成され、医事課に回付される。医事課では医事システムでの算定のために利用する医事コードを付し、通知票に記入する。記入後用度係に回付され、納入業者・単価・契約単位等を記載した上で、薬剤部に戻される。内容確認後 SPD 業者に回付されるので、通知票をもとに、マスタ管理システムにマスタ登録される。マスタ管理システムは業者の持ち込みであり、病院の所有ではない。通知票は複写式になっており、1 品目 1 枚であり、各部署で控えを保管する。SPD 業者は当該システムから新規登録した品目に限らず、従前から使用している品目を合わせて、用度係に報告する。用度係では、年度末の契約更新の際に利用される。

(b) 発注

発注は 1 日 2 回の定期発注がなされている。基本的には在庫管理システムを利用した EOS による自動発注であり、業者に対して発注データを送信することによって実施される。各品目には発注点が設定されており、SPD 倉庫の在庫数が発注点を下回ると自動で発注データが作成される。発注の締めタイミングは 13 時 25 分と 17 時 10 分であり、13 時 25 分に発注した品目については当日の 16 時に、17 時 10 分の段階で発注した品目については翌診療日の 10 時に納品となる。発注点が設定されている品目は総採用品目数の 7~8 割程度(平成 24 年 8 月 9 日時点で 2,032 品目中 1,484 品目が設定)である。発注点はおおむね 3 日分の在庫を目安としており、薬剤部からの指示や SPD 業者が在庫の動向を週単位で確認をしており、定期的に見直しを実施している。ゴールデンウィークなど連休につ

いては消費量を勘案のうえ発注点を増加させるなど、適切な発注点の設定に努めている。

発注締めタイミングには、在庫管理システムで発注予定一覧の画面を呼び出す。当該画面に発注点を下回った在庫数の品目が自動的にリストとして作成される。発注データを確定すると、発注書がシステムから出力され、納品時のチェック帳票として利用される。また、SPD に在庫していない品目は電話で発注し、在庫管理システムに発注データを登録して確定させ、発注書を出力する。

(c) 納品

納品は1日2回のタイミングで行われるが、検品はSPD業者のみで行われる。納入業者が現物と納品書を持参してくるので、SPD業者は現物を確認したうえで、発注書・納品書に○印をつけてチェックする。検品後、システムに1品目ずつ入荷登録を行い、2回の納品後、システムから在庫チェックリストを出力し、登録の内容をチェックした後、夕方に、薬剤部に提出する。

発注数どおりに納品にならない場合には、発注残としてデータを残していく。検品時に発注書上にも分納日付を記載しておく。在庫処理が完了すると、在庫管理システムから格納指示書を出力し、検品を終えた医薬品を格納指示書に基づいて、設定されている倉庫の各棚に収納される。

(d) 払出し

SPD倉庫から各部署への払出データは、SPD業者が各部署の在庫数をチェックのうえ、ハンディターミナル(PDA)に各部署への払出数量を入力し、在庫管理システムに送信する。その後ピッキングリストが在庫管理システムから出力されるので、払出時に現品をチェックしながら払出を行う。その他に、個人渡しの注射薬払出データを1日4回、USBフラッシュメモリーを通じて、CSVデータで在庫管理システムへ取り込むことによって払出データが認識される。個人渡しの注射薬については、アンブルピッカーと呼ばれる機械で、医師よりオーダーリングシステムに入力された処方情報をもとに、翌日9時から翌々日9時まで患者に投与する注射薬を自動で患者ごと投与ごとにトレーに分けて払い出す。また、注射処方せん発行や注射薬の注射薬のボトルに貼付するラベルの作成も自動で行なわれる。

(e) 請求

薬品倉庫に納品している卸売業者は14業者あり、消化仕入方式である(SPDの薬品倉庫に入った時点では病院の所有ではなく、SPD業者が払出を実施したものが請求される)。そのうち、6業者は病院に対しての請求は契約規格単位であるため、納入数量と請求数量は一致しない。残りの8業者は納入数量が請求数量となる。請求の締めは毎月末で、月末が土日の場合には金曜日の締めとなり、業者にもその旨を連絡する。SPD業者は業者別消費実績集計表、業者別消費実績明細、業者別納入実績集計表、業者別納入実績明細、納入実績明細、請求内訳書をデータと紙媒体で準備し、用度係へ送付。用度係は請求内訳書と消費実績明細を突合確認のうえ、請求内訳書を業者へ送付している。請求内訳書に業者が請求書の鑑をつけて請求書として用度係へ提出し、用度係では支出命令を起票

のうえ経理係へ回付する。納品の都度、支出負担行為を起票できないため支出負担行為をさかのぼって実施しており、当該支出負担行為伺に消費実績明細を添付している。

④ 在庫管理

SPD 業務の仕様に在庫品の有効期限切れの防止管理を行うことが盛り込まれており、期限切れの近い在庫品は、SPD において定期的に業者への返品や他の物品へ交換の交渉を行い、薬剤部の指示のもと他の部署での使用を促すための周知を実施している。定期的な、期限切れの確認は年2回 SPD 業者が実施している。その時点で使用期限が1年以内の医薬品をピックアップし、払出がなされているところに付け替える作業を行う。廃棄の状況は下記のとおりである。

薬価ベース、単位:円

	指示変更	破損・汚損	期限切れ
平成 21 年度	1,240,965	1,100,133	507,810
平成 22 年度	1,192,160	520,139	347,366
平成 23 年度	961,500	663,843	430,425

廃棄理由として指示変更というのがあるが、これは医師からの処方指示に基づき、薬品を開封してミキシングを行った後、投薬直前に患者の状況変化等により医師から処方中止または他の薬品への変更の指示が出たものであり、やむを得ないものである。廃棄率は0.06%から0.08%であり、極めて僅少であると言える。

特定の部署で在庫不動のものについては、払出がなされている部署での使用を促進し期限切れをさけている。

棚卸はSPD業者が日次、週次、月次、半年に1度のそれぞれのタイミングで実施している。理論在庫と実際在庫に齟齬が出た場合に、薬剤部に報告している。齟齬内容はすべて在庫管理システムの処理漏れ等の理由であり、完全に在庫が一致しなかったことはない。日次の棚卸は荷動きのあった品目のみを対象に、週次、月次、半年に1度の棚卸は全品を対象に実施している。

定数変更は年2回実施している。平成23年度においては平成23年9月と平成24年3月に実施した。

単位:千円

	H23.3	H23.9	H24.3
定数金額	18,860	19,435	20,328

定数の変更についても、SPD 契約の仕様に含まれており、SPD 業者が実施している。できる限り、臨時請求として各部署から行われている医薬品について、その請求が恒常化しつつあるものについては、定数管理品として設定するとともに、既に定数として設定されてい

る医薬品の払出実績がないものについては、払出実績を鑑みて、定数管理品から除外している。

平成 23 年 9 月から平成 24 年 3 月にかけて、増加した主な内容は中央処置室で高額な新規採用医薬品を定数設定したこと、CT 室 2 ヶ所と救急で造影剤を温める保温庫の増設に伴い造影剤の定数が大幅に増加となったことによるものである。

⑤ 後発医薬品

後発医薬品(ジェネリック医薬品)は特許が切れた医薬品を別の製薬会社が製造して、供給する医薬品である。新薬の特許が切れると、ほぼ同じ主成分を有する医薬品の製造販売が可能となる。後発医薬品の過去 5 年の採用品目数、購入金額、採用率は以下の状況である。

年度\項目	採用品目数(件)		購入金額(千円)		採用率(%)	
	後発医薬品	本採用	後発医薬品	総額	品目	金額
平成 19 年度	137	1,781	222,632	2,876,322	7.69	7.74
平成 20 年度	147	1,757	230,700	2,851,091	8.37	8.09
平成 21 年度	169	1,774	286,174	3,182,163	9.53	8.99
平成 22 年度	194	1,772	310,420	3,444,076	10.95	9.01
平成 23 年度	204	1,800	314,130	3,491,482	11.33	9.00

平成 19 年度から平成 23 年度にかけては、採用品目が増加し、金額ベース及び品目ベースでの採用率も上昇しているが、急性期病院であることを鑑みるとこれ以上の大幅な採用率の上昇は考えにくい。

⑥ SPD 運営委員会

SPD 運営委員会は平成 23 年度の開催は 11 月 17 日の 1 回のみであり、静療院の統合のための SPD 業務内容の変更と、平成 24 年度以降の SPD 業務委託入札のスケジュール等についてだけであり、日々の業務に係る報告、検討等については、各部会の中で行っている。SPD 消費管理部会については、年に 2 度 SPD 業者からの報告書をもとに運営内容を検討している。

⑦ 医事請求との差異

医事の箇所でも記載しているが、使用された医薬品が適切に医事で認識された上で診療費が算定されて漏れなく請求処理されているかの確認は、医療機関にとっては収入を確保するためには肝要である。

医薬品のうち、血漿分画製剤は血液製剤であることから、医薬品費も高額である。以下に、平成 23 年度における血漿分画製剤の SPD 払出と医事請求の比較をまとめた。

薬品名	薬価(円)	SPD 数量	医事数量	誤差
ノボセブン HI 静注用 5mg	450,177	55	55	0
ノボセブン HI 静注用 2mg	189,000	55	55	0
ノボセブン HI 静注用 1mg	98,024	0	0	0
ノイアート性有用 1500 単位	83,892	204	203	-1
アドベイド注射用 1000 単位/5mL	73,867	180	180	0
ボルヒール組織接着用 5mL	70,794	195	195	0
コージネイト FS バイオセット 注 1000	70,223	154	154	0
クロスエイト M 静注用 1000 単位	66,243	110	110	0
タココンブ組織接着用シート 9.5cm×4.8cm	60,092	125	125	0
ベタフェロン皮下注用 960 万国単位	54,975	1660	1660	0

上表のうち、SPD 数量とは、SPD 業者からの払出(病院での消費)数量を示したものであり、医事数量とは、診療報酬を請求するためのレセプト上に記載された数量である。薬価は、診療報酬改定の際に、それまでの市場の取引価格を鑑みて、診療報酬に合わせて決定されているものであり、病院の購入価格ではない。

調査した範囲において誤差は1品目であるが、SPD業者からは払出されており、この払出に基づいて病院に請求が来るので、病院の費用負担になる。病院側ではこの誤差理由は不明(紛失)とのことであり、したがって、診療報酬として請求していないことになる。

なお、現在は誤差理由を適時に解明し把握する体制になっている。

(2) 医療材料

① 医療材料費の概要

平成21年度から平成23年度にかけての医療材料費(医薬品費は除く)は以下のとおりとなっている。

年度\科目	医療材料費(A、千円)	医業収益(B、千円)	(A)/(B)
平成21年度	1,587,781	18,384,389	8.6%
平成22年度	1,722,892	19,732,959	8.7%
平成23年度	1,796,723	19,669,864	9.1%

医薬品と同様に、医療材料費の金額の推移だけ見ると、毎年増加しているように見えるが、医業収益も比例して増加しており、医療材料費/医業収益の割合で見ると9%前後で推移している。物品分類別の払出は下表のとおりである。

(単位:千円)

品名\年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
放射線フィルム	991	1,118	1,358
眼内レンズ	57,378	55,268	50,451
インプラント	143,824	140,701	135,052
手術材料	367,958	460,921	506,074
血管造影カテーテル	31,779	16,522	17,935
ガイドワイヤー	21,105	20,906	21,659
血管用ステント、バルーン	110,146	147,869	169,660
その他血管造影関連	21,612	34,432	45,510
透析関連	61,503	63,171	52,202
検査試薬	174,876	184,753	184,219
消毒薬	10,930	8,213	8,027
医療ガス	23,352	19,486	17,525
放射線部関連	6,300	5,854	8,786
検査関連	90,980	92,261	88,641
注射、輸液関連	114,306	112,510	101,362
ディスプレイネン類	30,385	30,630	28,786
衛生材料	89,075	91,953	90,897
ペースメーカー関連	52,387	47,337	64,072
消化管ステント	0	0	1,090
その他	177,689	187,390	203,309
合計	1,587,781	1,722,892	1,796,723

検査試薬は医薬品であるが、SPD業者の取扱として医療材料に含まれているため、ここに記載している。第2章「市立札幌病院の概要」に記載のとおり、手術件数は平成22年度から平成23年度にかけて7,460件から7,151件に減っているものの、上表のとおり医療材料のうち手術材料は増加している。これは、高額の材料を使用する整形外科の人工股関節、人工膝関節にかかる手術や心臓血管外科のステントグラフト術が増加したことによるものである。整形外科の手術件数は平成22年度738件から平成23年度770件と増加した

が、心臓血管外科は平成 22 年度 422 件から平成 23 年度 390 件と件数自体は減少しているが、その減少以上に高額な材料を用いたことによる。その他にも特定用保険医療材料の使用が増加したことも要因としてあるが、医薬品同様一概には言えない点もあることを含んでおく。

② 医療材料委員会

病院で採用する医療材料については医療材料委員会での承認が必要である。医療材料委員会は偶数月に開催され、委員は病院事業管理者が指名し、医師・薬剤師・看護師・事務職員等から構成されており、管理者が指名する委員長が 1 人決定される。委員の任期は 1 年となっている。

医療材料の採用は通常の新規採用申請、試用申請と緊急採用申請がある。新規医療材料の採用基準としては、申請する医療材料の医療上の有効性があることのほか、①同種の医療材料がある場合は、原則として 1 品目、②保険適用が認められていること、③その他病院の経営に資することである。申請は札幌市が雇用後 1 年以上を経過した医師（研修医師、嘱託医師を除く）、薬剤師、看護師、検査技師及び放射線技師が所属長の承認を得て医療材料委員会の開催の前月 10 日までに行う必要があるが、ただし、診療上不可欠な医療材料について、前述の採用期間を満たさない医師等が必要とする場合には、所属長の判断により、所属長が申請することができる。

試用申請する場合の条件としては、①未採用の材料であること、②既採用材料の規格と異なるものであること、③薬事法第 14 条並びに第 19 条の 2 の規定により承認の必要なものについては既に承認を得たものであること、④商品説明願書が提出され説明が終わっているものであることであり、「医療材料試用申請書」を医療材料委員会に提出する。

新規採用申請する場合は、試用申請の条件に加えて、①「医療材料試用申請書」が提出されてすでに試用が終わっているものであること（ただし試用のできないものについては省略が可能）、②見本及び薬事法第 63 条の 2 第 1 項の規定に基づく添付文書等を添付することが可能であること（ただし見本の添付ができないものについては省略が可能）。

採用の中止は「医療材料採用中止申請書」を医療材料委員会に提出する。また、新規採用申請時に提出する「医療材料新規採用申請書」に削除可能な品目がある場合、既採用であるが試用実績がない場合、その他病院の医療材料として採用を中止すべき理由が生じた場合には、必要手続きを経たうえで、医療材料委員会において採用中止について審議がなされる。

採用の可否の判断は主に必要性（既存の医材では対応できないこと）、経済性（既存の医材よりも高くならないこと）、機能向上（既存の医材使用の場合よりも衛生管理、仕事の効率が良くなるなど）の基準で判断される。採用の保留は、調査が不足している場合に行われる。医療材料委員会では当該観点から審議したうえで、その結果を病院事業管理者に答申し、採用決定した医療材料については「医療材料委員会お知らせ」として院内に周知される。これらは、SPD の在庫管理対象となるが、新規採用申請書の在庫方法欄において

倉庫在庫若しくは定数管理を希望したもので、当該在庫方法が医療材料委員会で認められたものに関しては、在庫管理対象となる。

過去3年間の登録品目・削除品目は下記のとおりである。

	登録品目数	削除品目数	年間増加品目数	登録品目使用金額(円)
平成21年度	434	156	278	112,695,041
平成22年度	498	243	255	166,471,327
平成23年度	393	210	183	92,305,056

原則的には、1品目採用すると1品目削除という方針ではあるが、医薬品と異なり、登録品目数が削除品目数を大きく上回っている。医師等にも新規申請の際には、原則削除品を提示する必要があることは周知しているが、下記の理由により削除品がないとしている。

- ・新規申請材料は代替の機能を有するものがない、全く新しい材料であるため、削除品として該当する採用済みの材料がないこと。
- ・新規申請材料は採用済みの材料とサイズが異なるため、治療内容によって使い分ける必要があり、採用済みの材料を削除できないこと。
- ・新規申請材料は、採用済みの材料の機能をすべて包含しているわけではないため、患者によって採用済みの材料を使用しなければならないケースも可能性としては今後十分にあり、採用済みの材料を削除できないこと。

材料によっては、同じ材料であっても規格が数十種類となる材料もあり、用途に応じて細かく規格が設定されていることから、削除品がないとするのはやむを得ないと考える。

なお、SPD業務の一部として委託業者と価格コンサルティング業務が含まれている。病院で、前年度に購入金額の多い医療材料について、SPD業者から市場平均価格の情報の提供を受けたいうえで、当該契約価格が高い品目について、用度係が単価交渉を実施している。

③ 業務フロー

以下において、医療材料のマスタ登録、発注から納品(検品)までの業務フローについても記述する。

(a) マスタ登録

医療材料委員会で採用が決定した医療材料については院長名で採用の通知が院内になされる。その採用一覧データは医事課に回付され、材料によっては診療報酬として請求できる材料もあるため(後述)、医事コードを付した後、用度係に回覧され、用度係で契約情報を記載し、SPD業者に回付される。SPD業者は当該データに基づいてマスタ管理システムに手入力で反映させ、登録した内容が合っているかどうかについてチェックを行う。

(b) 発注

発注は週 4 回なされる。月・火・木・金曜日の 12 時半時点で SPD 業者によって実施される。医薬品と同様に発注点が定められており、在庫数が発注点を下回ると自動発注される。在庫管理システムでは、自動発注作成処理というオペレーションで、発注予定数の確認を行う。発注予定数は、発注点と実在庫の差であり、自動的に入力されているので、SPD 業者は内容を確認しつつ、納入業者ごとに発注数を確定させていく。発注点を設定していない材料及び緊急発注の場合には品目ごとに発注予定登録をしていく作業が必要である。

各部署の払出は各部署に材料を払いだした際に添付されるバーコード付きの SPD カードを添付して行われ、各部署で当該材料使用時に SPD カードをはがし、回収ボックスへ投函する。SPD 業者は 8 時 30 分と 14 時の 2 回にわたって各部署をまわり SPD カードを回収して、回収したカードを診療科部署別の仕切りカードを入れて、バーコード部分をハンディでスキャンし、払出情報を在庫管理システムに反映させる。その後、在庫管理システム上、払出数量の情報が認識されるので、在庫が減ることになる。払出数量の情報が認識されると、在庫管理システムからピッキングリストが出力されるので、現物と貼付するカードをピッキングリストと照合する。発注点は週・月単位の使用数、入荷タイミングを考慮の上、SPD 業者が随時見直しを行っている。月に 1 度半年以上不動態在庫になっているものをピックアップする。

発注は、SPD 業者が仮の発注書を FAX で各業者に流すとともに、同じ内容の正式な発注書を紙で用度係へ回付し、用度係より業者へ渡している。発注書は、用度係と SPD 業者にて控えを保管している。電話での緊急発注の場合には、後のタイミングに、通常の仮発注、発注のリストに加えられ業者に渡される。

SPD カードで管理されていない材料は払出伝票をもとに手入力でシステムに払出の反映を行うとともに、システム上の在庫からおとされる。SPD カード自体は 1 枚 1 枚別のバーコードが付されている。回収の都度、読み取りは 1 度行ってしまうと読取不可能となるが、また、材料を払出する際にカードを添付する必要があり、その際に読取可能に設定したうえで払出がなされる。

(c) 納品

納品は毎日行われるが、タイミングはばらばらで午前中に 1 度、午後に 1 度のパターンで行われる。納入業者は材料現物と納品書を持参してくるので、SPD 業者が 1 度検品を実施した後、納品書を見ながらシステムに入庫入力を行う。入庫入力は、画面上で発注番号を入力して発注データ呼び出して、手入力をしていく。入力後、入庫照会の画面を呼び出して、該当日付・納入業者の入庫データを検索する。当該画面で、入庫チェックリストが出力されるので、当該リストと現物をもう 1 度確認して、担当者が収納の確認サインをする。在庫管理システム上は入庫チェックリスト出力時点で入庫が認識される。入庫チェックリストにはあらかじめ、在庫管理システムに登録された棚番が付されていて現物を棚に収納する際にもう 1 度現物との確認を行っている。発注残については月の最後にリストを出力して漏れがないかどうかを確認している。

④ 在庫管理

先述の月次での不物品の有無の管理のほかに、SPD 業者は、毎年1度、1年以上動きがないものの在庫をピックアップしている。平成21年度から平成23年度までの不物品は下表のとおりである。

	品目数	合計金額(円)	前年比
平成21年度	24	492,571	24.5%
平成22年度	11	280,634	57.0%
平成23年度	10	156,171	55.6%

不物品の金額は、いずれの年度も500千円以下であり、年度で1,600～1,700百万円前後の消費額であることを鑑みると、極めて低水準である。

医療材料についても医薬品と同様、定数の変更についてもSPD契約の仕様に含まれており、SPD業者が実施している。

⑤ 医事請求数量との払出数量の差異

医薬品と同様に、医療材料についても医事において、診療報酬請求漏れがないかどうかのチェックは重要である。医療材料の場合、医薬品と異なり、請求できる材料が限定されている。保険診療においては、通常は技術料として点数が設定されており、医療材料を利用しても算定することはできないが、治療内容が特定の場合に限って算定できる材料を特定保険医療材料という。特定保険医療材料は厚生省がその料金を材料価格基準として告示しており、診療報酬点数に変換するときには10円で除すことによって算出されている。

この特定保険医療材料について、病院では診療報酬請求時に、レセプトに記載された使用情報とSPD業者が有する払出データを突き合わせて、漏れなく報酬として請求しているかどうかを確認している。突き合わせた結果の相違する要因としては、それぞれ異なる医事コードで請求しているケース、1つのみ使用できるが、2つ使ってしまったことによって、要求されている使用数と異なる使用数となってしまったケース、緊急に利用する必要があったため、SPD払出ではなく、業者持ち込み分を利用したケース等がある。最後のケースの場合は、別途、医療材料購入要求書を担当部署で起案してもらい、医事課及びSPD業者に提出している。

SPDのシステムはSPD業者の持ち込みであるが、システムによっては各病棟・診療科から回収したSPDカードを何度も読みこむことができ、過大請求に基づいた支払が起きうるリスクがある。しかし、上述のように、医事請求データと払出データとを照合することによって、特定保険医療材料のみではあるものの、払出数と請求数が等しくなるという確認を、払出のSPD業者、各部署で実際に使用した医師等、医療費を算定する医事委託業者という三者間での照合があり、適切で有用なものといえる。

(3) 災害拠点病院

平成7年1月発生 of 阪神淡路大震災を受けて、厚生労働省は各都道府県知事宛に「災害時における初期救急医療の充実強化について」(平成8年5月10日健政発第451号健康政策局長通知)を発出し、災害が発生した場合に通常の医療体制では適切な医療を提供出来なくなる状況に備え、患者の広域搬送や応急用資器材の貸出や医療救護チームの派遣等に対応できるように、都道府県知事の要請により、災害拠点病院に指定された病院は傷病者の受け入れや医療救護チームの派遣等を行うこととなり、北海道内の25病院がこの指定を受けており(平成24年10月31日現在)、市立札幌病院も指定を受けている。

また、平成23年3月発生 of 東日本大震災を受けて、平成24年3月21日に厚生労働省は「災害時における医療体制の充実強化について」(医政発0321第2号)の通知を各都道府県知事宛に発出した。当該通知には、別紙として災害拠点病院の指定要件として、下記の記載がある(一部略)。

(2) 施設及び設備	
イ. 設備	
災害拠点病院として、必要な診療設備等を有すること	
(オ) 被災地における自己完結型の医療救護に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品 等	
ウ. その他	
食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難であることを想定しておくのが望ましい。	
また、食料、飲料水、医薬品等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと(ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。)	

市立札幌病院が災害拠点病院として、院内に購入手続を経て備蓄してあるものは下記表のとおり備蓄食材のみである。

項目	数量	項目	数量
パン缶	1,600 缶	レトルトハヤシライス	1,000 個
粥缶	1,400 缶	冷凍いんげん	40kg
アルファ米 白米	800 人分×5 回分	コーンポタージュ缶	800 缶
アルファ米 五目ごはん	800 人分×2 回分	野菜ジュース缶	800 缶
冷凍筑前煮	60kg	りんごジュース缶	800 缶
レトルトチキンカレー	600 個	ウーロン茶缶	800 缶

なお、食料や飲料水以外のものすなわち医薬品については、購入手続を経っていないものの病院が定めた一定量をSPD業者と連携して確保している。

(4) 改善すべき事項

① 指摘事項

- 棚卸資産の計上について

現在、貸借対照表上、医薬品、医療材料については棚卸資産として計上していない。

市立札幌病院では外部の業者に物流管理業務を委託(SPD)しており、特に医薬品は消化払い方式すなわち、病院が消費した分のみが請求されるということで、短期間で消費されるという認識で在庫としては計上していない。

平成24年9月末時点で病院の在庫は医薬品が7,609千円、医療材料が87,111千円(いずれも納入価ベース)であった。これはSPD業者が提出したデータによっている。SPD契約の仕様書には在庫管理を実施するものとあり、在庫データの集計までは盛り込まれてはいるが、保存義務がないため、平成24年3月末時点のデータはなかった。

医薬品と医療材料について貸借対照表に計上されていない経緯を確認したところ、担当者の推測ではあるが、医薬品・医療材料は消耗品であり短期間で消費すること、特に医薬品は消化払いを実施しており、院内にある薬品の大半が病院の資産ではないとの回答であった。しかし地方公営企業会計でも棚卸資産の計上が求められており、金額的に重要であれば計上すべきであると考える。

② 意見事項

意見事項はない。

3. 固定資産(医療機器)の購入、除却及び移動プロセス

(1) 医療機器の購入

① 予算計上

(a) 要求書の提出

毎年7月中旬から8月上旬にかけて、各部署より要求書が経営企画課用度係に提出される。要求件数は毎年200件くらいであり、要求のない診療科はリウマチ科や形成外科などである。

(b) ヒアリングの実施

毎年10月上旬頃ヒアリングを実施している。実施担当者は医療機器選考委員会の副院長、理事1人、同席者として臨床工学科担当課長である。臨床工学科担当課長は、診療科を越えての医療機器の情報を持っており、同じような医療機器の他の診療科への転用などのアドバイスが可能のため、ヒアリングの時に同席している。ヒアリングの目的は、要求書だけでは分からない本当に必要なものかどうかを見極めることである。要求理由はほとんどが老朽化による更新である。

(c) 購入予定リスト案の作成

ヒアリングをもとに、経営企画課用度係が「購入予定リスト案」を作成する。作成の際には臨床工学科担当課長のアドバイスを受けている。

(d) 医療機器選考委員会の開催

毎年11月くらいに実施している。委員は、副院長(1名)、理事(2名)、経営管理部長、放射線部長、検査部長、薬剤部長及び業務担当部長である。

「購入予定リスト案」をもとに購入品目を決定する。会議内容は議事録として記録し保管している。

(e) 病院事業管理者の決裁

医療機器選考委員会の審議内容を報告し、ここです承された購入等整備選考案をもって管理者への答申とし、管理者の決裁を受けている。

(f) 各診療科への購入決定のお知らせ

上記管理者の決裁後、各診療科に対して文書によって購入が決定となった医療機器を通知している。

② 予算執行

(a) 物品の購入の申請

経営企画課用度係の担当者は「医療機器整備事業費執行状況」「仕様書案」「積算書」「告示案」「要求書」等を添付して「物品購入等に関する伺(その1)」を申請する。これは事務専決規程に則って決裁される。

(b) 物品の購入の決定

経営企画課用度係の担当者は、「入札等執行調書」等を添付した「物品購入等に関する伺(その2)」を申請する。これも事務専決規程に則って決裁される。

決裁後、契約書を作成して、落札者と契約を締結する。

③ 物品の納入

物品の納入時に、業者より「納品書」を入手し、検査人及び立会人によって当該物品が契約事項に適合していることを確認し、用度係担当者が整理番号等を記載した固定資産整理票を物品に貼付する。納入後遅滞なく、経営企画課用度係の担当者が「検査報告書」を作成する。「検査報告書」は、事務専決規程に則って決裁される。

④ 固定資産の登録

(a) 固定資産出納簿の作成

用度係担当者は、固定資産納入後遅滞なく、分類コード(固定資産コード表より)、受入年月日(納品書より)、規格、設置場所、シリアル番号等を固定資産出納簿に記載する。

(b) 固定資産システムへの入力

経理係担当者は、年度の企業債及び固定資産取得金額の確定後、固定資産システムへの入力を行う。システムに登録すると自動で管理番号が付番される。取得価額については、用度係から回付された検査報告書や契約書をもとに入力し、財務データからの支出額でも確認している。財源のうち企業債については、購入金額の比率で各資産に按分された金額を入力している。その他耐用年数等の必要項目を入力している。

(c) 固定資産台帳の出力

固定資産システムへの入力が完了すると、このシステムから固定資産台帳を紙で出力して、台帳ファイルに追加して綴り保存している。このため、紙の固定資産台帳はかなりの冊数になっている。なお、台帳を紙で出力して保管しているのは、例年札幌市監査委員事務局の監査において提出が求められるからとのことである。

(d) 経営管理部長による承認

経理係担当者は、固定資産取得新規一覧表等を添付した有形固定資産及び無形固定資産の増減に係る振替とこれに伴う予算執行の伺書を年度末までに作成する。これらは関係者に回付され事務専決規程に則って決裁される。

(2) 医療機器の除却

現場担当者が、不用品返納書を作成して、所属長の承認を得る。現場担当者は、当該固定資産に貼り付けしてある固定資産整理票をはがし、不用品返納書と共に用度係へ提出する。用度係担当者は、不用品返納書をもとに不用品処分決定何を作成し、最終的に経営企画課長の決裁を受ける。経理係担当者は、当該コピーをもとに該当する固定資産の情報をシステムより紙で出力して保存する。年度末に経理係担当者は、不用品返納書等をもとに「固定資産除却明細書」(エクセルファイル)を作成するとともに、システム処理により「資産除却一覧表」を出力している。そして両資料の一致を確認している。確認後、「固定資産除却明細書」は有形固定資産及び無形固定資産の増減に係る振替とこれに伴う予算執行の伺書の資料として添付する。「資産除却一覧表」とファイルから取り出した固定資産台帳を固定資産ファイルに綴り保管している。

(3) 医療機器の移動

現場担当者が、不用品返納書を作成して、所属長の承認を得る。用度係担当者は、現物を確認して、当該固定資産に貼り付けしてある固定資産整理票をはがし、不用品返納書と共に持ち帰る。用度係担当者は、不用品返納書をもとに不用品処分決定何を作成し、最終的に経営企画課長の決裁を受ける。遅滞なく所属先を変更した新しい固定資産整理票を現物に貼り付けする。経理係担当者は、回付された不用品返納書をもとに保管場所の変更を固定資産システムに入力する。

(4) 固定資産の現物確認

以上が購入、除却及び移動に関するフローのプロセスである。ストックに関するプロセスとして現物確認が必要であるが、現在は行われていない。

なお、札幌市病院局公有財産規程の第12条(平常管理)の規定では、

(平常管理)

第12条 所管課長は、随時その所管する公有財産の現状を調査し、必要な事項については、適切な措置を講じなければならない。

2 前項に規定する調査すべき事項は、おおむね次のとおりとする。

- (1)維持、保存及び使用目的の適否
- (2)電気、ガス、給排水、避雷、防火等に係る施設の良否
- (3)所管する公有財産に係る帳簿類及び附属図面との照合
- (4)土地境界の確認
- (5)公有財産の使用状況の適否

とあり、平常管理として公有財産の現状調査をすることになっている。

(5) 改善すべき事項

① 指摘事項

- 固定資産の現物確認について

現在は札幌市病院局公有財産規程に則った現物確認が行われていない。今後適切な資産管理という観点から、定期的に固定資産の現物調査をすべきである。

② 意見事項

- 固定資産管理について

市立札幌病院では固定資産関係の帳簿が、経理係がシステム入力した「固定資産台帳」、用度係が手書きで作成した「固定資産出納簿」と二つ存在しており、このため一つの固定資産に二つの管理番号がある(経理係と用度係でそれぞれ付番している)。

今後はこのような二重管理は廃止して、業務の合理化を図るべきである。例えば、固定資産システムから出力される台帳に設置場所等のデータを追加して、現物管理にも対応可能な台帳とすることが考えられる。

なお、現在病院内にある固定資産について一斉に管理番号を統一することが実務上困難であれば、今後新規に取得する資産から順次統一化を図ることも考えられる。

- 固定資産台帳の保管方法について

固定資産システムの登録情報を紙で出力して固定資産台帳として保管しているが、場所や印刷コストなどを考えると不経済である。固定資産台帳は必要に応じて必要な分を出力すれば足りると思われるので、保管方法について検討するべきである。

4. 委託業務プロセス

(1) 業務の流れ

委託業務については、相手先との契約金額に応じてプロセスに違いがある。すなわち契約金額が100万円以上の場合、30万円以上100万円未満の場合、そして30万円未満の場合である。

① 契約金額が100万円以上

(a) 施行伺の作成

業務担当課の担当者が、仕様書、積算内訳書、契約書案その他資料を添付した「施行伺(役務の実施について)」を作成する。当該施行伺は、事務専決規程に則って決裁される。

(b) 選考委員会の開催

経営管理部長と経営管理部の各課長から構成されている札幌市病院局委託業務被指名者等選考委員会を開催し、指名競争入札参加者又は見積参加者を決定し、指名業者選考記録及び指名競争入札参加者選考調書又は見積参加者選考調書を作成する。

(c) 入札・見積執行及び役務契約締結伺の作成

用度係担当者は、見積参加者選考調書、指名見積通知書案等を添付した「入札・見積執行及び役務契約締結についての伺書」を作成する。当該伺書は、事務専決規程に則って決裁される。

(d) 契約締結報告書の作成

用度係担当者は、契約書、見積執行調書、見積書、予定価格調書等を添付した「契約締結報告書」を作成する。当該報告書は、事務専決規程に則って決裁される。

② 契約金額が30万円以上100万円未満

(a) 施行伺の作成

業務担当課の担当者が、仕様書、積算内訳書、契約書案その他資料を添付した「施行伺(役務の実施について)」を作成する。当該施行伺は、事務専決規程に則って決裁される。

(b) 見積執行及び役務契約締結伺の作成

用度係担当者は、見積参加者選考調書、指名見積通知書案等を添付した「見積執行及び役務契約締結についての伺書」を作成する。当該伺書は、事務専決規程に則って決裁される。

(c) 契約締結報告書の作成

用度係担当者は、契約書、見積執行調書、見積書等を添付した「契約締結報告書」を作成する。当該報告書は、事務専決規程に則って決裁される。

③ 契約金額が 30 万円未満

(a) 施行伺の作成

業務担当課の担当者が、仕様書、積算内訳書、契約書案その他資料を添付した「施行伺(役務の実施について)」を作成する。当該施行伺は、事務専決規程に則って決裁される。

(b) 見積執行及び役務契約締結伺の作成

業務担当課の担当者は、見積参加者選考調書、指名見積通知書案等を添付した「見積執行及び役務契約締結についての伺書」を作成する。当該伺書は、事務専決規程に則って決裁される。

(c) 契約締結報告書の作成

業務担当課の担当者は、契約書、見積執行調書、見積書等を添付した「契約締結報告書」を作成する。当該報告書は、事務専決規程に則って決裁される。

(2) 留意事例

平成 24 年度契約の中で以下のような留意すべき事例があった。

① 積算時における見積額と査定額の乖離

- ・ガスタービン設備保守業務において、建築保全業務積算基準(国土交通省監修)などの公の積算基準が存在しない業務のため、業者より徴収した参考見積書の額 2,154 千円に、過去の落札状況を勘案して決定した掛率 0.9 を乗じた 1,938 千円を査定額としている事例。
- ・地下水膜ろ過システム保守管理業務において、建築保全業務積算基準(国土交通省監修)などの公の積算基準が存在しない業務のため、業者より徴収した参考見積書と前年度の契約額を比較して、より低廉な価格である平成 23 年度契約単価を査定額としている事例。

② 積算額の訂正もれ

- ・病歴室運營業務において、積算額の計算相違により 10,248 円過大に計算している事例。

③ 伺書及びその添付資料の記載

- ・歯科技工委託業務において、施行伺の実施する理由の欄で、「上記の役務の調達について単価契約を締結したい。」というように、理由として適切でない記載がある事例。
- ・産業廃棄物収集運搬処理業務において、積算書で、採用した単価の説明として「平成 23 年度契約実績による」というような、検討が不十分であると誤解されかねない記載がある事例(実際は業者より見積書を入手して検討している)。
- ・保育園業務において、指名競争入札参加者選考調書の指名理由の欄で、「当該 5 社に事前に応札の意向を確認したところ」というような誤解を与えるような記載がある事例(応札の意向とは業務が可能かという意味で使用)。

(3) 改善すべき事項

① 指摘事項

指摘事項はない。

② 意見事項

- 積算額について

委託しようとする業務に関する積算が自らできるか否かについて理由を付して伺書上で明記すべきであると思われる。

算定可能な場合は、業者からの見積書と比較して何れか低い方を積算額としたことを伺書上に明記すべきであり、算定不能な場合は、業者からの見積書は根拠資料として伺書に必ず添付すべきである。

5. 人件費プロセス

(1) 人件費の分析

① 比率分析

医業収益に占める人件費(給与費)の割合を平成 21 年度から示すと以下のようになる。

項目\年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
医業収益(千円)	18,384,388	19,732,959	19,669,864
給与費(千円)	10,273,052	10,339,187	10,717,634
給与費比率	55.9%	52.4%	54.5%

一般的に、病院の人件費率は 50%が目安である。自治体病院の場合、これよりやや高めとなるといわれているが、そのとおりの結果となっている。

② 給与・手当等の内訳

職種別に最近 5 年度について推移をみると以下のようになる。(単位:千円)

項目\年度		平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
事務・技術	給料	220,579	217,812	215,398	219,441	224,876
	手当等	215,003	197,382	186,977	192,065	195,630
医師・歯科 医師	給料	668,087	670,295	741,118	738,676	794,056
	手当等	1,036,172	1,049,690	1,296,605	1,315,974	1,460,677
看護師・准 看護師	給料	2,260,083	2,363,544	2,440,025	2,393,031	2,397,223
	手当等	1,869,242	1,814,248	1,792,701	1,823,426	1,818,423
医療技術 者	給料	563,988	562,763	555,402	568,970	576,216
	手当等	472,689	460,552	421,218	426,074	421,842
業務・技能	給料	58,398	47,728	41,606	36,202	28,577
	手当等	34,681	26,473	20,361	16,335	10,859
病院事業計		7,398,922	7,410,487	7,711,411	7,730,194	7,928,379

医師・歯科医師の手当等が平成 20 年度から平成 21 年度にかけて急増している。これは規程等の改正によるものではなく、実際の時間外を申請するよう周知徹底した結果とのことである。また、平成 23 年度に手当等が増加しているのは、勤務 1 時間当たりの給与額の算定基礎に初任給調整手当を含めるようになったためである。

業務・技能は人員が減っているため大きく減少している。これは、看護助手・薬剤助手といった補助的な職種は新規に補充しない方針のためである。

また、看護師・准看護師に係る人件費は、人件費病院事業計の 55%前後と大きな割合を占めている。これは、医療法による配置基準の規制や診療報酬算定上の配置基準からも人数に考慮を要するためである。

③ 職種別職員数推移

職種別に最近5年度について人数の推移をみると以下のようになる。(単位:人)

項目\年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
事務職員	48	47	49	49	47
技術職員	960	964	1,042	1,055	1,073
うち医師	114	115	129	129	142
うち看護師	680	685	752	761	761
その他職員	14	12	11	10	8
計	1,022	1,023	1,102	1,114	1,128

医師、看護師の人数は、単なる人件費コストではなく、診療報酬算定からは収入に結び付くため、収入を確保するべく、また、十分な医療を提供するため、増加傾向を示している。一方で、事務職員は横ばいに抑えられていることが分かる。

④ 時間外勤務

医師と看護師について時間外勤務の状況を調べると以下のようになる。

項目\年度		平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
時間外勤務 時間数(h)	医師	7,132	6,530	15,880	16,425	16,406
	看護師	123,522	87,756	97,942	131,886	139,156
医師数(人)		114	115	129	129	142
看護師数(人)		680	685	752	761	761
一人当たり時間外 勤務時間数(h)	医師	63	57	123	127	116
	看護師	182	128	130	173	183

医師の時間外勤務時間が平成20年度から平成21年度にかけて急増しているのは、前記②の給与等の増減で記載したとおりである。

看護師の時間外勤務時間が平成19年度から平成20年度にかけて減少しているのは看護師を増員(約80名)したことから、個々の業務負担が少なくなったためであり、平成21年度から平成22年度にかけて増加しているのは職場内研修等の位置づけがあいまいだったのが、業務命令による時間外勤務として行うことが徹底されるようになったためである。

⑤ 年次有給休暇取得日数

札幌市病院局の職員が平均して何日有給休暇を取得しているかを調べた。

項目\年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
年次有給休暇 平均取得日数	7.7 日	7.2 日	8.6 日	7.6 日	7.9 日

札幌市役所全体の職員一人当たり平均取得日数が平成 23 年度で 13.6 日（「札幌市人事行政の運営等の状況」より）であることからすると、病院局は取得日数が少ない。

さらに、平成 23 年度の取得日数を職種別で見ると、事務職 9.4 日、医師 4.2 日、看護師 8.6 日となっており、全体の平均取得日数は、当然のことながら最も人数の構成比の高い看護師の平均取得日数に近くなっている。また、現場から離れることが難しい医師の平均取得日数が極端に少ないが、事務職も札幌市役所全体平均と比べると少なく、病院での多忙で特殊な業務を行うにも係わらず、公務員としての定員数がある事務職は業務量に比し人数が少ないことが伺える。

(2) 看護職員配置の適正水準

病棟配置の看護職員数は、診療報酬算定上の基準により左右される。その基準には、配置数の要件と、夜勤体制の要件がある。したがって、この両面から、配置数の過不足を検討する。

次の表は、平成24年4月1日時点での看護職員人員配置と必要数の状況である。

病棟\職員		看護師・准看護師							医療 補助員	合計	24年度 職員必要数					
		職員				臨時	非常 勤	計			看護 師			医療 補助員	合計	
		看	助	准	計						常勤	非常	小計			
1	外来	14			14			11	25	1	26	16	11	27	1	28
F	内視鏡画像センター	14			14			5	19		19	19	13	32		32
	2F 外来	20			20			12	32		32	18	10	28	1	29
	3F 外来	13	2		15			9	24	1	25	14	4	18		18
	手術室	34			34	2		1	37		37	36	2	38		38
	透析室	13			13			3	16		16	14	3	17		17
看護部	管理室	12	1		13				13	2	15	13		13	2	15
	中央材料	1			1				1		1	1		1		1
小 計		121	3	0	124	2		41	167	4	171	131	43	174	4	178
救命 救急	ICU	19			19				19		19					
	CCU	16			16				16		16	55		55	1	56
	HCU・PCCU	21			21	3			24	1	25					
	3F 東	23			23	1			24	1	25	24		24	1	25
	9F 東 MFICU		15		15				15		15	14		14		14
	9F 西 NICU	25	5		30				30		30	32		32		32
	精神医療センター	30		1	31				31	2	33	30		30	2	32
小 計		134	20	1	155	4			159	4	163	155		155	4	159
	4F 東	29			29	3			32	3	35	389		389	31	420
	4F 西	27			27	4			31	3	34					
	5F 東	27			27	2			29	3	32					
	5F 西	31			31	2			33	3	36					
	6F 東	32			32	3			35	4	39					
	6F 西	30			30	4			34	3	37					
	7F 東	27			27	3			30	3	33					
	7F 西	33			33	2			35	4	39					
	8F 東	26			26	3			29	4	33					
	8F 西	30			30	3			33	3	36					
	9F 東 産科	1	15	1	17	3			20	3	23					
	9F 西 新生児科	13	2		15	4			19	2	21					
	10F 東	27			27	3			30	3	33					
	10F 西	30			30	3			33	3	36					
小 計		363	17	1	381	42			423	44	467	389		389	31	420
合 計		618	40	2	660	48			749	52	801	675	43	718	39	757
非稼働		50			50				50		50					

上記の表で看とあるのは看護師、助は看護補助職員、准は准看護師であり、非稼働は産休などによる休職者である。また、育児等のために短時間勤務の者は常勤換算した人数である。

なお、前記の表中の「職員必要数」は、以下の式により算出されたもので、必要看護配置数にさらに勤務日数を考慮して、必要人数を算定したものである(7対1は、9F西新生児科は対象外となる)。

$$\text{「1日平均患者数」} \div 7 \text{人(7対1看護の場合)} \times 3 \text{交代} \times 365 \text{日} \div \text{勤務日数 215日}$$

大括りで「389」となっているのは、7対1看護の場合、病棟間での傾斜配置(病棟全体でのやりくり)が可能なためである。

① 配置数の要件

市立札幌病院は、7対1入院基本料を届け出ている。

「7対1」は、患者に対する看護職配置を示し、患者7人に対し1人の看護職が勤務している状態である。

診療報酬算定上の基準としては、「月平均1日当たり看護配置数 \geq 1日看護配置数」となっている必要がある。ここで前者の「月平均1日当たり看護配置数」は、看護師の実際の延勤務時間から算定した配置数であり、後者の「1日看護配置数」は、1日平均入院患者数を7(7対1入院基本料)で除した数字に3(3交代制)を乗じたもので、いわば「必要配置数」である。

上記の式の関係は、施設基準に係る届出添付書類より下記のとおりであるが、「月平均1日当たり看護配置数」が「1日看護配置数」を毎月10数人程度、上回っている。しかし、各病棟単位の毎月の看護配置数を見たところ(看護システム帳票「看護職員勤務時間表」)、実際配置数はかろうじて上回っている月や、下回っている月もあり、人力的にぎりぎりの人数で行っていることが伺えた。

また、下記のとおり、平成23年12月は基準を下回っているが、診療報酬算定の基準上、月を連続して下回らなければよいことになっている。12月は年末休暇が多くなり、実際の勤務時間数が少なくなることから、管理担当者はこの基準を下回っても止むを得ない月と考えており、その代わり、月を連続して下回らないよう、調整に注意が払われている。

	H23/10	H23/11	H23/12	H24/1	H24/2	H24/3	H24/4
月平均1日当たり看護配置数(人)	234.8	236	217.5	221	236.3	230.5	245.8
1日看護配置数(人)	222	222	222	221	220	218	218
月平均夜勤時間数(時間)	70	67.6	68.5	67.6	65.7	69	71.4

② 夜勤体制の要件

勤務時間は、日勤8:30～17:00、準夜勤16:30～1:00、深夜0:30～9:00の3交代制を採用し、準夜勤3人程度、深夜3人程度の夜勤体制となっている。

夜勤体制のひとつの目安として、三・八制というものがある。これは、1人夜勤の廃止に向け昭和40年人事院裁定で示された2人1組で夜勤月8回までを目標とした二・八制をさらに手厚くしたものである。この他、日本看護協会が策定している「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」(平成24年3月)でも、3交代勤務では、月8回以内の夜勤を基本としている。

各病棟の看護職員の必要配置数は、1ヶ月を30日として計算すると、準夜勤3人及び深夜勤3人の合計6名×30日÷月8回=23人と計算される。各病棟の人員配置は、この夜勤体制が要求されない9F東産科、9F西新生児科を除き、23人を10数人程度上回っている。

一方、この三・八制については、現在、7対1入院基本料算定要件に組み込まれ、病棟ごとの2名以上を最低基準とし、月の夜勤時間72時間が要件となっているが、この要件については、各病棟単位の毎月の夜勤時間を見たところ(看護システム帳票「看護職員勤務時間表」)、ぎりぎりの状態か、下回ることも多い状態となっている。

年間の看護職員の採用スケジュールを見ると、看護職員は毎年4月に臨時職員として採用され、7月に正規職員となるのが通例である。まだ採用から日が浅い職員には夜勤を任せるのは難しいという点があり、また、育児制度等を利用し夜勤は行えない職員もいる。このため、総人数では、上回っていても、実際の稼働人数による夜勤体制はぎりぎりとなっているのが現実である。

以上より、現在の看護職員配置は、それほどの余裕はないものと考えられる。

③ 届出書に記載する施設基準、職員必要数のチェック体制

平成 24 年 4 月に届出がなされた入院基本料等の施設基準に係る届出添付書類(様式9)を確認したところ、「月平均 1 日当たり看護配置数」に誤りがあり、正しくは「月平均 1 日当たり看護配置数」230.6 人となるどころ、299.7 人となっていた(「1 日看護配置数」は 230 人)。

原因は、基礎資料であるエクセルへの入力誤りであった。具体的には、看護職員の勤務時間の集計は、看護システム帳票である「看護職員勤務時間表」が看護課から医事課に渡され、これをもとに医事課担当者がエクセルに時間数を入力することによりなされるが、エクセルの計算式が一部誤っており、看護師の月間総勤務時間数が誤って集計されたことによるものである。

上記の②で記載したように、「月平均 1 日当たり看護配置数 \geq 1 日看護配置数」が要件であり、直接に基準の数値に関わる場所であることからしても、施設基準のチェック体制を強化する必要がある。施設基準の届出書類は膨大な量であり、作成者以外の者によるダブルチェックがなされにくい面がある。今回の例では、看護師の月間総勤務時間数が正しくは 57,041 時間であるところ 74,167 時間と 17,126 時間も多い時間となっていたが、基礎数値を毎年の実績と比較して、数値に異常がないかをみるような方法も有効と思われる。

また、(2)で示した「看護職員人員配置表」中の職員必要数は看護課長が算定しているが、採用のもとになる数字なだけに、職員係においても算定方法及び結果のチェックを行うのが望ましいと思われる。

(3) 採用の体制

平成 24 年度の診療報酬改定は 24 年 3 月に改定内容が決定するため、「救命救急入院料 1 の看護配置基準」の改正があったが、平成 23 年 10 月頃にはまだ、札幌市の職員定数増の要求には間に合わず、また、市立札幌病院で適用する際の厚生労働省の解釈(注)が定まらなかったため必要数の算定が平成 24 年 8 月頃までずれこみ、結果的に翌年度での定数増の決定となった。

今回の場合、平成 24 年 4 月の診療報酬改定後、平成 24 年 10 月に定数増を要求し、12 月にやっと定数増が認められることとなった。年度の後半に既卒者向けの採用試験を実施しても人がなかなか集まらず、本格的に行うのは平成 26 年 3 月新卒者からとなってしまう、採用は 2 年遅れとなってしまうことになる。このため、救命救急入院料1の算定に必要な人員の多くを現状の人員の配置転換でやりくりして確保せざるを得ず、基準を取れなくなる恐れもあるとのことである。さらに診療報酬の改定が 2 年ごとであることを考えると、せっかく 2 年後に増員したとして、その時の診療報酬改定で新たな基準に変更になった場合には、その新基準を満たさなくなることも考えられる。

もし、この基準を取れないとすれば、病院の概算で 1 億数千万円から 2 億円程度の収入減になるとのことであった。

地方公営企業法の全部適用を行っている場合、病院独自の採用基準・試験で独自採用できるが、実際には、規定定員の中で配置転換を行いながら効率的に人員の総数を制限するという定数管理が札幌市を含む各自治体で採られている。

このことから、定数増は病院局以外の札幌市部局全体としての定員増減の兼ね合いも考慮するために、病院が必要とする人員の確保がすぐには実現しない仕組みとなっている。病院の場合、診療報酬を満たすような看護師増により人件費が増えても、収入も伸びることからすれば、定数の例外となってもよいように思えるが、このような自治体病院の採用の硬直性は自治体病院共通の問題でもある。

さらに、少ない人員体制で次の補充まで持ちこたえているような過酷な勤務が負担で辞める職員もおり、市立札幌病院は忙しいとの評判が立って余計に人が集まらなくなる場合もあるとのことであった。また、民間病院であれば臨時・非常勤職員ではなく本採用されるどころ、市立札幌病院の場合、必要な定数増が確保できず定数外の臨時・非常勤職員として採用されることから、安定した雇用を求める者が敬遠する理由にもなっている。給与面や安定雇用という面では、一般的に公務員に人気が集まるが、市立病院で給与が伸びてくるのは、将来にわたり長く勤務する場合であり、短期的なやりがいや、自分に合った職場を選ぶ若い看護師には魅力とはならないのではないかとの話もあった。

これらの問題を和らげ、少しでも採用を円滑にするために、病院事業の定数の考え方を柔軟にするとともに、人員の採用活動を柔軟にすべきである。

(注)解釈とは、具体的には、救命救急入院料 1 の看護配置基準が「常時」4 対 1 又はその端数を増すごとに 1 以上となったが、①7 対 1 入院基本料と異なり、月の平均患者ではなく、日々で見

るため、最大患者数に備える必要があること、②「常時」の意味について、夜間と昼間では、業務量に違いがあるため、当病院では昼間に手厚く配置していたが、それは夜間（準夜・深夜の勤務）でも4対1以上の配置が必要である、というものである。

(4) 勤怠管理帳票の整備及び運用状況

人件費に関する帳票について、内部統制が有効に整備され、適切に運用されているかを検討するために、「出勤簿」への押印状況と「時間外・休日・夜間勤務票」の記載内容についてチェックしてみた。

① 出勤簿の押印状況

出勤簿にかかる事務手続は、以下のとおりである。

市立札幌病院の出勤簿は、全て紙であり、各職員が押印し、その部署の上長が日ごとに押印状況をチェックし、検印することになっている。どの部門も所属長の机の横に毎朝出勤簿が置かれ、これに押印がなされる。

(a) 監査手続

以下の部局の平成 23 年度 1 年間分の出勤簿を査閲し、押印状況を確認した。

職員数の多い部門として、診療部門、看護部門(任意に看護系の 7 階西病棟担当のみ)、薬剤部門、放射線部、検査部、事務部門(任意に経営管理部総務課のみ)を抽出して実施した。

(b) 監査結果

・診療部門の出勤簿の一部に日々の検印がない例が見られた。

診療現場は、繁忙を極めるため、後回しになる点も止むを得ないが、検印を確実に行うべきである。仮にこのような検印方法が既に実効性を失っているのであれば、他の方法を考えるべきである。

・放射線部の出勤簿に修正液での修正跡が多く見られた。

事後的なまとめ押しがあるとこのような修正が多くなるとされるため、今後はまとめ押印しないよう注意すべきである。

上記を除き、概ね押印されており、特に問題はなかった。

② 時間外・休日・夜間勤務手当

医師、医療技術者、事務職員の時間外・休日・夜間勤務の申請・承認フローは、勤務者が用務と勤務時間を「時間外・休日・夜間勤務票」に記入し、勤務の事前(就業時間の終わり)には命令者の課長・係長が押印、事後(翌朝)に所属長(多くの場合、課長)、現認者(多くの場合、係長)が押印するというものである。

ただし、看護師の場合は、申請を師長に行い、師長は看護システムに時間外等の勤務を入力し、これをシステム上で承認するという流れである。

(a) 監査手続

職種別に任意に医師 3 名、看護師 4 名、医療技術者 3 名、事務職員 3 名を選び、平成 24 年 2 月の「時間外勤務手当等支給額調書」の時間数と「時間外・休日・夜間勤務票」の時間数を突合し、記載の正確性を検証した。

また、「時間外・休日・夜間勤務票」に記載されている「勤務内容」欄または「用務」欄を確認した。さらに、命令者印、現認印、所属長印を確認した。

(b) 監査結果

「時間外勤務手当等支給額調書」と「時間外・休日・夜間勤務票」の時間数は全て一致していた。

「勤務内容」欄または「用務」欄は、「残務整理のため」や「庶務用務」といった押印がなされていたり、一律にすべて「〇〇業務」等と部署名をつけた業務名が記載されていたりする場合が多く、実際には機能していない。日々の業務で時間外勤務が発生することに間違いはなく、また、時間外では単一の業務を行っているわけではないことから、市役所ではこの様な書き方が行われていることが多いとのことである。現認の押印で、必要な時間外勤務であることは確認されているとも言えるが、第三者から見ても勤務内容が明らかとなるよう、例えば、予め登録した複数のコードから作業類型を選ぶというような方法も検討し、工夫すべきであると考ええる。

なお、命令者印、現認印、所属長印はすべて押印されていた。

(5) 時間外勤務時間集計作業の効率性

時間外等手当の集計のフローは以下のとおりである。

前記の「時間外・休日・夜間勤務票」は、各係で集計される。この勤務票の入力作業は、外部の業者に委託してデータ化している。

看護師、医療技術者等は「時間外・休日・夜間勤務票」をそのまま業者に渡しているが、医師と事務職員及びその他コメディカルの一部の分は、業者が見るための帳票(1名1行)への転記を職員係の時間外担当1名が手書きで行っている(「市立札幌病院 時間外・休日・特動手当データ」)。このように転記を行う理由は、以下のとおりである。

まず、医師の場合、業務が繁忙を極めており、さらに、事務職員と同様の事務処理を求めることが困難なことから、医師本人が記入する「時間外・休日・夜間勤務票」は、時間だけが記入されており、集計時間を記入していない場合などが非常に多く、このため転記が必要となるとのことであった。これが転記作業を行う職員係の事務量を多くする原因となっている。

次に、平成22年4月1日施行の改正労働基準法により、事務職員の月60時間超の部分の法定割増率が引き上げられた結果、月60時間超の深夜残業は75%割増となったが、業者のシステムがこの75%割増に対応していないためである。

これらの、時間外集計作業のおおよその総計は、7～8時間くらいとのことであった。

外部業者に渡す資料作成のためにわざわざ転記作業を行うのは非効率であり、システム化により解消できると思われる。札幌市では多くの部局が時間外勤務時間の集計を既にシステム化されており、紙での集計は病院局の他わずかの部局だけである。

今後は、札幌市自体の勤怠システムや、病院内で別に看護時間の把握の目的で稼働している看護システムに載せるといった方法も考えられる。札幌市自体の勤怠システムに載せる場合でも、札幌市のシステムは、医師が比較的時間に余裕のある深夜時間は稼働していないという問題もあり、さらに検討を要すると思われる。

また、データ化を委託している業者のシステムが、月60時間を超えて残業した場合の深夜残業75%割増に対応していなかったため、外部業者から受け取ったデータを本庁総務局が札幌市の給与システムに取り込んだ後に、再度病院の職員係担当者が給与システムから時間数を上書きして修正するという作業が二度手間となっている。さらに、端末上、その上書き修正ができる時間が札幌市全体の給与計算スケジュール(端末の締め時間)との兼ね合いで、午前11時から午後1時位の数時間に限られており、他の作業と重なると入力業務が間に合わなくなることも考えられる。

これについては、平成25年度からの業者へ渡す様式を変更し、深夜残業75%割増の入力にも対応してもらえるよう、仕様書の変更を検討している段階である。

(6) 退職金の期間負担について

① 退職金の割愛

医師は病院間の異動が頻繁にあり、市立札幌病院から他の大学病院や自治体病院、またはその逆に他の大学病院や自治体病院から市立札幌病院に異動が発生する。このような場合、「割愛」という制度がある。

「割愛」とは、公務員が異動後引き続き国または他の地方自治体の公務員として勤務するときに、退職時の国または地方自治体はその条例等で前歴の勤続期間を通算すると定められている場合には、前歴分も通算して退職金を支給するというものである。

この趣旨は、労働者の意思によらず異動がなされ、退職金が減額されることによる労働者の不利益を避ける点にある。

市立札幌病院でも「割愛」を以下の規程により定めている。

異動態様	規程	条項
公務員⇒札幌市	札幌市病院企業職員退職手当規程(平成18年度病院局規程第27号)	第9条第1項、第5項
国立大学法人⇒札幌市	札幌市病院企業職員退職手当規程(平成18年度病院局規程第27号)	第9条第1項、第5項
	札幌市職員退職手当条例(平成16年条例第9号)	附則第15項
独立行政法人⇒札幌市	札幌市病院企業職員退職手当規程(平成18年度病院局規程第27号)	第9条第1項、第10条第2項
札幌市⇒他公務員等	札幌市病院企業職員退職手当規程(平成18年度病院局規程第27号)	第9条第1項、第19条第2項

「割愛」は、医師以外の事務職員の公務員同士でも起こり得るが(専門技能を持った職員の派遣等)、市立札幌病院では例は少なく、ほとんどが医師である。医師の異動は大学医局の意向等に左右され、自治体の意向によらないにも係わらず、退職時の受入自治体が退職金全額を負担することになる。

市立札幌病院の事務処理としては、採用時に割愛採用であったかを確認し、割愛歴があった場合には、前職開始年月日を必ず人事システムに入力するようになっているので、国または他の地方自治体に在職期間に応じて退職金を負担してもらうということも可能であるが、現行制度上は上記のようになっている。

② 札幌市役所内での期間負担

札幌市では退職者の退職金は、退職時に在籍していた部局で全額負担することになっている。そのため、本庁から病院局への出向者が退職した場合の退職金は病院局で支払うことになる。最終的には札幌市が負担することには変わりはないが、病院局の適正な期間損益計算のためには、在職期間に応じた負担(費用計上)をすべきである。出向等の人事交流職員に係る退職手当については、他都市においても札幌市と同様の制度となっているため、制度的な改正は困難と思料されるが、公営企業として負担を適正なものとするためには、退職手当については正確な期間計算が必要と考えるので、今後の制度改正に当たっては、この観点も考慮することを求めるため、参考意見として記載することとする。

(7) 改善すべき事項

① 指摘事項

- 職員の採用について
看護師確保が困難となり、診療報酬の算定基準を満たすことができなくなるリスクがあるため、速やかな増員・補充ができるように、職員の採用体制を地方公営企業法の全部適用の長所を生かし、柔軟にするべきである。
- 重要な数値のチェックについて
施設基準や必要人員数の算定は病院収入に著しい影響を与えるため、算定担当者だけではなく、上席者や複数の者がチェックを行い、誤りを防止あるいは事前に発見する体制を整備すべきである。

② 意見事項

- 人件費に関する業務の改善について
出勤簿の押印や時間外勤務の申請に一部形骸化が疑われる事例が見られたため、日々の業務が繁忙を極めるという実態も考慮した上で、有効かつ効率的な方法を検討すべきである。
- 時間集計の効率化について
時間外勤務時間の集計作業の効率化のためには、システム化がもっとも望ましい方法であり、具体的な検討を進めるべきである。

6. 原価計算プロセス

(1) 現状の原価計算

市立札幌病院で原価計算を導入した経緯は、平成 12 年度の札幌市包括外部監査において診療科別病院原価計算の手法が提示され、病院経営の効率化のためにその実施が求められたことによる。

その後、平成 18 年度(平成 17 年度原価計算結果)以降、原価計算を院内で活用していくという考えのもと、その計算結果について経営層(事業管理会議、理事者会議及び運営会議)に報告がなされている。

① 目的及び利用方法

病院の経営層への報告内容は以下のとおりである。

最初に、当該年度の「原価計算の概要」が報告される。全科合計の医業収支の額、前期比(赤字縮小等)及びその増減原因がごく簡潔に、診療報酬プラス改定、手術件数増加といったように報告されている。

次に、医業利益が黒字であった診療科の数、名称が報告されている。さらに、前期との対比で、平成 22 年度の例で見ると「黒字である診療科は前年度の 8 科から 5 科増加し 13 科となった」といった事実が報告されている。

これに続き、医業利益の増加額が大きい診療科の上位 10 診療科が報告されている。

その他の添付書類として、各診療科長に対し、各診療科の原価計算の結果・主要指標一覧が示されており、その説明として、医業収支(利益)の増減理由が収益面の増減要因、費用面の増減要因により 2~5 行程度で記載されている。

以上が報告内容であるが、原価計算結果に基づく上記報告は業績評価に結び付いてはならず、特に目標を設定するものでもないため、単純に計算結果が報告されるだけになっている。また、収益面の増減要因、費用面の増減要因が 2~5 行程度にとどまっているため、医業収支(利益)は患者数の増減に負うもので、経営的には如何ともし難いといった議論になりがちとなる。このように、現状の原価計算は積極的な目的を有していないと考えられる。

経営層への報告を始めた平成 18 年度において想定していた活用方法としては、経営方針や中期計画の策定、各部門の予算策定、診療科・コメディカル等の部門別のコスト把握・コスト分析などがあったとのことである。

しかし、現状では、診療科別医業損益を前年度と比較するという「統計資料」という位置付けにあり、この計算を活用した具体的な取組は行われていない。その理由は、病院内で原価計算を行う目的が明確でないためである。

したがってここ数年は以下の表のとおり、原価計算の実施時期及びその報告時期も遅れてきている実態にある。

	事業管理会議	理事者会議	運営会議
平成17年度原価計算	平成18年10月31日	平成18年11月7日	平成18年11月8日
平成18年度原価計算	平成19年7月31日	平成19年8月7日	平成19年8月8日
平成19年度原価計算	平成20年10月7日	平成20年10月7日	平成20年10月22日
平成20年度原価計算	平成22年1月26日	平成22年1月26日	平成22年1月27日
平成21年度原価計算	平成23年3月29日	平成23年4月26日	平成23年4月27日
平成22年度原価計算	平成23年12月20日	平成23年12月27日	平成24年1月11日
平成23年度原価計算	未了	未了	未了

② 計算方法

原価の集計部門は以下のとおり設定されている。

区分	部門名
診療部門	31 診療科
補助部門	病理科、手術室、薬剤部、検査部、放射線部、栄養科
管理部門	医事課、看護課、総務課、経営企画課

次に現在用いられている配賦基準は、診療科における医業収益・医業費用、補助部門及び管理部門における収益・費用に分けて定められており以下のとおりである。

(a) 医業収益の原価部門集計及び配賦

項目	配賦基準
診療収益	<p>診療収益は業務統計数値をもとに各診療科に特定している。</p> <p>外来・入院収益は、決算統計により各診療科に特定している。また各診療科の処置・手術料に含まれている麻酔収益を抽出し、麻酔科の収益としている。</p> <p>救命救急センターについては費用特定の際、入院・外来の区別が困難であるため、その合計をもって入院部門としていることから、収益についても外来診療収益を入院診療収益に含めている。</p> <p>CT・MRI・RIなどによる撮影に伴う画像収益は、平成 18 年度までは各診療科から放射線診断科への読影依頼の有無に係わらず放射線診断科の収益に計上していたが、平成 19 年度の電子カルテ導入に伴い、読影依頼のあるものについては放射線診療科に、依頼のないものについては各科に収益を計上している（これに伴い、放射線診断科の収益は減少した）。</p>
その他医業収益	<p>受託検査料は、外部機関からの委託により実施した検査業務に係る収益であり、補助部門である検査部の収益としている。</p> <p>また、特別室料は「差額室料統計」に基づき配賦し、これら以外のもの（文書料・事務手数料等）は延べ患者数の割合で各診療科に按分している。</p>

(b) 医業費用の原価部門集計及び配賦

項目	配賦基準
給料、手当等、報酬、賃金	<p>医師は所属診療科を特定できるものの、入院・外来の区別ができないため、医師の従事状況について平成 11 年度と平成 12 年度に実施したアンケート調査に基づき、診療科別に集計した入院患者診療時間・外来患者診療時間の比率を用いて按分計算を行っている。手術時間は入院患者診療時間に含めている。</p> <p>なお、看護師・看護助手については、入院は病棟ごとの所属であり、外来は外来棟（1～3階）各階ごとの所属となっており、この所属単位で給与等が集計されている。複数の診療科が配置されている病棟（混合病棟）や外来フロア内では按分計算が必要となるため、各所属単位内の延患者数比率で按分している。</p>

項目	配賦基準
退職給与金	退職者の発生は臨時性が高く、かつ部門間の異動もあることから、退職時の所属部門に負担させるのは適当ではないと考えられるため、給料、手当等の部門集計額合計の比率で按分している。
法定福利費	正職員に係る共済負担金は各所属部門に特定している(看護師・看護助手は上記と同様に按分。)また、非常勤・臨時職員に係る社会保険料については非常勤・臨時職員数比率で、地方公務員災害補償基金負担金については正職員数比率で按分している。
薬品費	物品供給管理システム(SPD)による薬品庫の部署別薬品払出データ等を基に各原価部門へ特定している。部門を特定できないものについてはこれを調剤薬、注射薬、その他薬に区分し、それぞれを診療収益の内訳である投薬収入・注射収入等の金額比率で按分している。 なお、平成20年7月からDPC算定となったことから、入院料包括となる投薬料・注射料について、出来高算定ベースのデータを推定している。
医療材料費	薬品費同様、SPDの医療材料払出データ等を基に各原価部門へ特定している。部門を特定できないものは一括して診療収益中の処置・手術収入・検査収入・画像診断収入の合計金額比率で按分している。 なお、平成20年7月からDPC算定となったことから、入院料包括となる検査・画像収入について、出来高算定ベースのデータを推定している。
医療消耗備品費	財務会計データにより原価部門を特定している。これ以外(MEセンター等)については、各診療科の延べ患者数比率で按分している。
給食材料費	原価部門の特定が不可能なため、診療収入の内訳である食事療養費収入と特別食加算収入の合計金額を基準として按分している。
厚生福利費、報償費、交際費	原価部門の特定が不可能なため、その全額を按分計算の対象としている。主に、職員の業務量に関連して発生する費用であり、各原価部門の職員数比率で按分している。
旅費	財務会計データにより原価部門を特定している。これ以外(臨床研修医関係等)については、各部門の職員数比率で按分している。
消耗備品費、消耗品費	財務会計データにより原価部門を特定している。これ以外(中央材料室、病歴室関係等)については各部門の職員数比率で配賦している。
燃料費、光熱水費	原価部門の特定が不可能なため、その全額を按分計算の対象としている。当該費用は原価部門の業務量や業務の性質により発生の態様も異なると考えられるが、これを客観的かつ数量的に測定することが困難なため、本院建物施設全体に一様に発生していると仮定し、各原価部門の占有面積比率で按分している。
食糧費	各原価部門の職員数比率で按分している。
通信運搬費	原価部門の特定が不可能なため、その全額を按分計算の対象としている。すべて、職員の業務量に関連して発生する費用であり、各原価部門の職員数比率で按分している。
印刷製本費	財務会計データにより原価部門を特定している。これ以外(カルテやレセプト等)については、各診療科の延べ患者数比率で按分している。
被服費	各原価部門の職員数の比率で按分している。
借料及び損料	機器の借上げ等は使用部門に特定している。その他は、総合医療情報システムの端末機器や医事システムなどの賃貸借は各診療科の延べ患者数比率により、営業車の借上げ料は看護師数比率により按分してい

項目	配賦基準
	る。
修繕費	特定の原価部門に配置されている機械装置や器具備品の修繕に関する費用はその部門に特定し、建物修繕費その他については原価部門の占有面積比率で按分している。
手数料	臨床検査業務に係る手数料等は該当する原価部門に特定している。その他は内容に応じて、延べ患者数比率あるいは職員数比率を基準として按分している。
保険料	保険内容が医療行為による賠償が主なものであるため、医師、看護師職員の合計数比率で按分している。
負担金、補助金及び交付金	主として共済組合の人件費負担金や自治体病院協議会その他の公的団体の年会費、給与計算に関する自治体への負担金等であることから、職員数比率で按分している。
委託料	委託業務の内容に応じて原価部門を特定できるものはその部門に特定し、複数の原価部門に関係する業務や病院全体に係る業務の委託料はその業務の性格ごとに、占有面積比率、延べ患者数比率、職員数比率などで按分している。
雑費	雑費については職員数比率により按分している。
研究費、特別研究費、研修費	研究費、特別研究費、研修費については、当該職員の所属する原価部門に特定している。なお、医師は各診療科に所属しているが入院・外来の区別がないため、それぞれ1/2ずつを負担させている。また、所属する部署が特定できないものについては、経費の種類に応じて医師数あるいは看護師数比率で按分している。
賠償金	全診療科に対象となる費用であるため、医師、看護師の合計数比率で按分している。
減価償却費	配置部門を特定できる固定資産の減価償却費については、該当する原価部門へ特定し、その他の減価償却費は各原価部門の占有面積比率で按分している。
資産減耗費	原価部門を特定できるものは当該部門へ特定し、MEセンターに係る資産は、各診療科の延べ患者数比率で按分している。

(c) 補助部門の収益・費用の配賦

項目	配賦基準
病理科	病理科は、病変部位の組織や細胞の採取による診断、手術等により摘出した組織等の診断による予後判断、死亡者の解剖による死因や治療効果等の判断を行う部門であり、診療科への配賦に当たっては、病理学的検査及び診断穿刺・検体採取量の収入の合計数値を基準として配賦計算を行っている。
手術室	手術室は、各診療部門への手術場の整備と提供を主要業務とするため、その役務の提供の度合いは手術時間と相関関係があると考えられることから、当該数値をもって配賦計算を行っている。
薬剤部	薬剤部は、院内における薬品の購入計画、供給、保管及び品質管理業務、処方箋による調剤、服薬指導等行う部門であり、延べ患者数を基準として配賦計算を行っている。

検査部	検査部は、血液学的検査、細菌学的検査その他の検体検査や、生理学的検査その他の生体検査と、検査記録、検査結果の整理・保管を行う部門であり、配賦に当たっては、検査業務にかかわる収入（内視鏡検査や眼科学的検査、耳鼻いんこう科学的検査等を除く）を配賦基準としている。
放射線部	放射線部は入院・外来患者の엑스線装置等による撮影検査、造影撮影検査、放射線照射機器による放射線治療、及び関連機器の保守・管理業務を行う部門である。放射線部で使用するCT、MRI、RI等の機器ごとの撮影件数又は収益で配賦計算を行っている。
栄養科	栄養科は、給食関係業務、栄養相談等を主たる業務とすることから、延べ入院患者数を基に配賦計算を行っている。

(d) 管理部門の収益・費用の配賦

項目	配賦基準
医事課	医事課は外来患者の受付、入院患者の入退院手続、診療報酬の請求その他の医事業務を主たる業務とする部門であり、その役務提供の度合いは延べ患者数により測定されることから、当該数値を基準として診療科、補助部門の各部門に配賦している。
看護課	看護課の主たる業務は、看護職員の人事・労務管理、教育・研修等、看護業務全般に係る管理であり、看護師数を基準として配賦している。
総務課	総務課は、院内施設の維持管理や職員の人事、給与、福利厚生に関する業務、総務全般等を執り行う部門であり、職員数により業務を測定することが妥当であることから、当該数値をもって配賦している。
経営企画課	経営企画課は、病院事業会計の予算編成及び決算業務、金銭収支等に係る日常経理業務、薬品その他の物品購入及び借受契約の締結を主たる業務とし、職員数により配賦している。

これらの配賦基準でいくつかポイントを挙げてみると、診療収益の「業務統計数値」及び「決算統計」は、医事課の請求ベースの金額である。

薬品費につき、「部門を特定できない」原因は、①病棟は特定できるが複数の診療科がある、②SPD から薬剤部へ払出されたところまでは分かるが、薬剤部からどこの診療科に行ったかが分からないといったことである。この結果、薬品費は、ほとんど部門が特定できず、収益按分となっている。

同様に、材料費についても、①手術室に払出されたところまでは分かるがその後が特定不能、②中央処置室に払出されたところまでは分かるがその後が特定不能、といった原因である。

費用項目で、「財務会計データにより原価部門を特定している」となっているのは、会計仕訳の摘要欄や内容から特定するというような方法である。

次に配賦方法であるが、相互配賦法ではなく、簡易な階梯式配賦法が用いられている。具体的には、下記のように行われている。

項目	配賦方法
病院全体の収益、費用	部門別に分類・集計
管理部門の費用	診療部門及び補助部門に配賦
管理部門配賦後の補助部門の費用	診療部門に配賦

③ 計算方法の変更と作業時間

計算方法は、原価計算導入当初から大きな変更はないが、平成 20 年 7 月から DPC 算定が開始されており、この結果、入院に係る投薬・注射・検査・画像収益については、概ね包括となったり、また、診療科の分離などにより、原価計算対象の診療科の数が増減したりしたように会計事実の変化に対応する変更はあった。

次に原価計算を行う労力をみると、前記の計算は、原価計算担当者が一人で行っているが、他の業務も担当しており、その業務の合間に作業を行っている。1 日中原価計算に関する作業を行った場合の延作業時間は、1 日実働 8 時間として約 1 ヶ月程度とのことであった。

なお、原価計算は、専用のシステムによっては行われておらず、すべて表計算ソフト(エクセル)を使用して行われている。

(2) 原価計算の活用法

原価計算の利用が進まない原因のひとつに、配賦方法が精緻でないので算出された損益は意味がないといった考えや、赤字といっても診療報酬体系が利益は出ないようになっているのだから損益改善を求められても対応できないといった考えがある。しかし、仮に配賦方法が精緻でなくても、診療報酬体系以外の原因によるコスト増大を発見するために、「コスト」の観点から原価計算によるいろいろな分析も有用であると考えられる。現在原価計算以外でもコスト削減の方策を実施しているが、病院担当者によると、特にジェネリック医薬品の比率拡大、手術にかかるコストの効率化には、まだ努力できる部分があるとのことであった。

将来、システムの更新により原価計算に必要な情報の入手が容易になった際には、さらに原価計算を精緻に行い、「損益」の観点から病院経営に役立てることが考えられる。

① 目的の設定とそれに応じた計算・分析の実施

現状の原価計算は、会議で報告されるのみでそれ以上は利用されず、作成の事務コストが無駄になっている。作成自体が自己目的化してしまっているため、まず、なんらかの目的に利用するという病院としての意思決定と病院内への周知が必要である。

そして、目的を設定した上で、その目的に応じた原価計算を行うべきである。

一般に、原価計算は、以下のような目的に利用される。

- ・採算分析
- ・業績評価
- ・医療機器購入の意思決定
- ・経営改善(コスト削減)

上記の内、採算分析、業績評価、医療機器購入の意思決定に原価計算を利用するには、算定した損益で判断することから、配賦基準の精緻化が必要となる。

市立札幌病院では医療機器購入の意思決定については、金額基準は決まっていないが、1台当たりで差額原価調査(購入の投資回収計算の検討)が行われており、原価計算とは別にコストの集計がなされている。なお、物品購入担当者によれば、実際には、老朽化したものから更新していく投資がほとんどであり、その際に機能がアップした医療機器を更新することはあっても、今までにない全く新たな医療機器を購入することは少なく、投資意思決定が問題となる局面はほとんどないとのことであった。

一方、経営改善(コスト削減)に原価計算を利用する場合も考えられる。

上記で、目的の周知が必要であることを述べたが、原価計算の目的は部門別の採算管理をするためだけではないことを周知させることで病院全体の協力体制を得て、今後のいっそうの利用促進につなげることが必要と考える。

経営改善(コスト削減)に原価計算を利用する場合は、仮に精緻化を追求しなくとも(今と同じ方法としても)、以下のようなことが考えられる。

(a) ベンチマーク分析

最近では、ベンチマーク指標となる他病院のデータも入手できるものがかなり多くなっている。同規模の他病院の診療科別損益及びこれを用いた分析指標と当病院のものを比較し、当病院がかけているコストの多寡を検討することが可能となる。仮に、大きく異なる原因が配賦基準によるものであったとしても、その部分だけ配賦基準を見直して、その後、さらに他病院と比較していくこともできると考えられる。

(b) 年次推移分析

診療報酬体系のためにどうしても採算が取れない診療科があるといった場合でも、黒字か赤字かを見るのではなく、同じ診療科で年度の推移を見ることにより、コストの増減を把握することができる。

現在も収益・費用の前年比較及び各種比率の3年間の推移分析は行われているが、コスト削減に的を絞った費用項目の細分化はしていないために、詳細な増減原因の解明には至っておらず、十分に活かし切れていない状況である。

(c) 分析の対象となる費目の細分化

原価計算結果の費用項目は、報告段階では「人件費」「薬品費」「医療材料費」「給食材料費」「その他経費」「減価償却費等」のように分かれている。

これを例えば、費用の対前年比 10%以上の増減のあったものは、さらに理由を究明するといったことにより、原因を分析すべき対象をどんどん掘り下げることによって、増減内容がコスト削減可能なものを把握できると考えられる。

② 費目の区分と予算実績差異分析

費用項目を「費用の変動・固定の区分」「管理可能費と管理不能費の区分」する必要がある。現状はこの区分をしていないので、最初は労力を要すると思われるが、その後は新たな費目が発生した時に判断が必要になるだけである。

「費用の変動・固定の区分」を行って部門別変動予算を策定することによって、予算実績差異分析を行うことができ、損益分岐点分析も可能になる。前記の目的のところで、現在の計算方法を変えなくとも年次推移分析はできると記載したが、より主体的な管理のためには予算実績差異分析が有効である。

現在、退職給与金は、給料、手当等の部門集計額合計の比率で按分している。しかし、管理不能費として、按分計算・配賦の手間を省力化できる。

このように、「管理可能費と管理不能費の区分」を行って、診療科にとって管理可能な費用を把握し、コスト削減に目的を集中することが考えられる。

③ DPC別原価計算

DPC (Diagnosis Procedure Combination 診断群分類) 別による包括支払制度は、診断群別に入院1日当たりの医療費を支払うもので、従来の出来高払いに対し定額払いの制度である。

市立札幌病院では、診療科別入院期間尺度の分析として、入院期間の長いか短いかを検討するためパーセントイルを用いた分析を行っている。また、出来高払いと比べて増収となるか減収となるかの分析も行われている。

これらの分析に加え、ある診療行為がどの程度の原価で行われているかを分析し検討することも重要であると考えられる。このような点から原価計算が有効であると思われる。

診療科別原価計算の難点は、複合型の疾患に対する按分に手間を要することである。市立札幌病院においては合併症など複合型疾患の患者が多いようである。これに対処するためには、最近行われるようになってきた DPC 別原価計算により管理することも有効であると考えられる。

④ BSCへの活用

BSC (Balanced Scorecard バランス・スコアカード)とは、組織のビジョンや戦略を4つの視点(財務的視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点)における具体的な目標と業績評価指標に落とし込むことによって実行するフレームワークであり、非財務数値の目標も設定できるのがBSCの長所であるといわれている。

市立札幌病院ではまだ導入されてはいないが、全国の多くの病院でBSCによる取組が進められている。

BSCによる目標管理が最近の傾向で、原価計算による管理は下火になってきているとの見方もあるが、BSCの目標値のうち分かりやすい数値的目標(財務数値)の設定のためには、原価計算が有効であると考えられる。したがって、このような点からも原価計算を活用できるとと思われる。

(3) 現在の方法の見直し

原価計算を考える場合に必ず議論になるのが、計算のための事務コストと計算結果の有用性のバランスであるが、ある程度計算方法を精緻化し、原価計算を有効に活用しようとするれば以下のようなことが考えられる。

① 原価部門の見直し(活動基準原価計算)

より正確な計算のためには、既存の組織上の部門を原価部門とするのではなく、「活動」の観点から部門を細分化することが考えられる。

活動基準原価計算とは、既存の部門(コストプール)設定を「活動」という観点から見直し、活動別のより詳細なコストプール毎の活動に見合った適切な配賦基準(コストドライバー)により原価計算を行う手法である。

例えば、病理科は、病変部位の組織や細胞の採取による診断、手術等により摘出した組織等の診断による予後判断、死亡者の解剖による死因や治療効果等の判断を行う部門であるが、それぞれの活動が異なり、活動毎に原価のかかり方が異なる。同様に手術室でも、麻酔活動、手術活動で活動が異なり、検査部でも、血液学的検査、細菌学的検査等、同じ検査 1 件でも活動が異なり、放射線部でも、CT、MRI、RI等で活動が異なる。したがって、このような異なる活動を分けて原価を集計する方法が望ましい。

② 配賦基準の見直し

現行の診療報酬体系では収益が原価を反映していないため、収益比で費用を配賦すると診療科別原価を歪めてしまうおそれがあり、収益比率での配分を極力少なくするのが望ましいと思われる。

例として、補助部門である薬剤部に係る費用について、現在は延患者数を基準に配賦しているが、処方件数または薬品収益を基準に配賦するのが望ましいと思われる。ただし、薬価差益は病院の大きな利益源泉のひとつとなっているが、薬品収益を基準に配賦した場合、材料購入政策の巧拙が問われる各診療科の薬価差益率が平均化してしまうという欠点があることに留意が必要である。

その他、病理科や検査部に係る費用についても、収益基準ではなく、病理診断件数、検査件数を基準に配賦するのが望ましいと思われるが、病理診断や検査の種類は非常に多く、それぞれの基準での配賦は作業量が膨大になるという理由で、現在は収益を基準に配賦している。

③ 配賦方法の見直し

現状、簡易な階梯式配賦法(管理部門⇒補助部門⇒診療部門)が行われているが、将来的に経営管理に生かすための精緻な計算を行おうとするならば、(管理部門⇄補助部門)のように相互のサービス提供を考慮した相互配賦法により計算を行うことも考えられる。

なお、計算結果の精度を求めないということであれば、部門相互間のサービス提供を無

視した直接配賦法により、(管理部門・補助部門⇒診療部門)のように配賦計算を1度しか行わない方法もある。

④ システム化

原価計算を精緻化・省力化するには、システム化が必要だといわれている。

例えば、薬品費、材料費の部門別払出データを入手するための物流システムとの連携や、給与システム、固定資産システムとの連携などが挙げられる。

これとは別に、薬品や医療材料の区分の問題がある。同じ品目でも、財務会計システム、SPD システム、医事システムとで区分が異なる場合がある。例えば、財務会計では、注射薬となっても、SPD システムではその他薬品になっているものがある。これらに「共通マスタ」を設けるといった方法や、どちらかに他方のコードを持たせるといった方法によりシステム化することが考えられる。

(4) 改善すべき事項

① 指摘事項

指摘事項はない。

② 意見事項

● 原価計算の活用及び配賦基準などの見直しについて

前記の「(2)原価計算の活用法」で記載したとおり、現状行われている原価計算は、一定の労力を費やしているにも係わらず、積極的な意義を有していないため、病院内で目的の再定義をし、目的に応じた計算の精緻化、簡略化をした上で、業務の効率化などに活用すべきである。

計算の精緻化が必要になる場合には、前記の「(3)現在の方法の見直し」で記載した内容を参考に、より合理的な配賦基準や配賦方法などについて再検討してみるべきである。