

河北総合病院原価計算プロジェクトの実際

河北総合病院

I. 原価計算プロジェクトの構造

1. 原価計算の意義・目的

(1) QSI (Quality Safety Initiative) ~ Clinical-Financial database

当院では、QSI-Quality Safety Initiative をスローガンに掲げて、オーダーリングや電子カルテまたレセプト電算のシステム構築やクリニカルパスの作成が進行中であり、EBM-Evidence Based Medicine を実践するためのインフラ整備がおこなわれている。しかし、膨れ上がったわが国の国民医療費には数々の抑制手段が施され医療機関の経営状況も厳しくなっていく昨今、患者に対して提供した医療サービスの質とコスト分析は必要不可欠なものとなっている。QSI 構想においても、診療に関する情報の蓄積プラス、そこに投入された物的・人的資源のコスト情報を同時に蓄積していく必要がある。(図1)

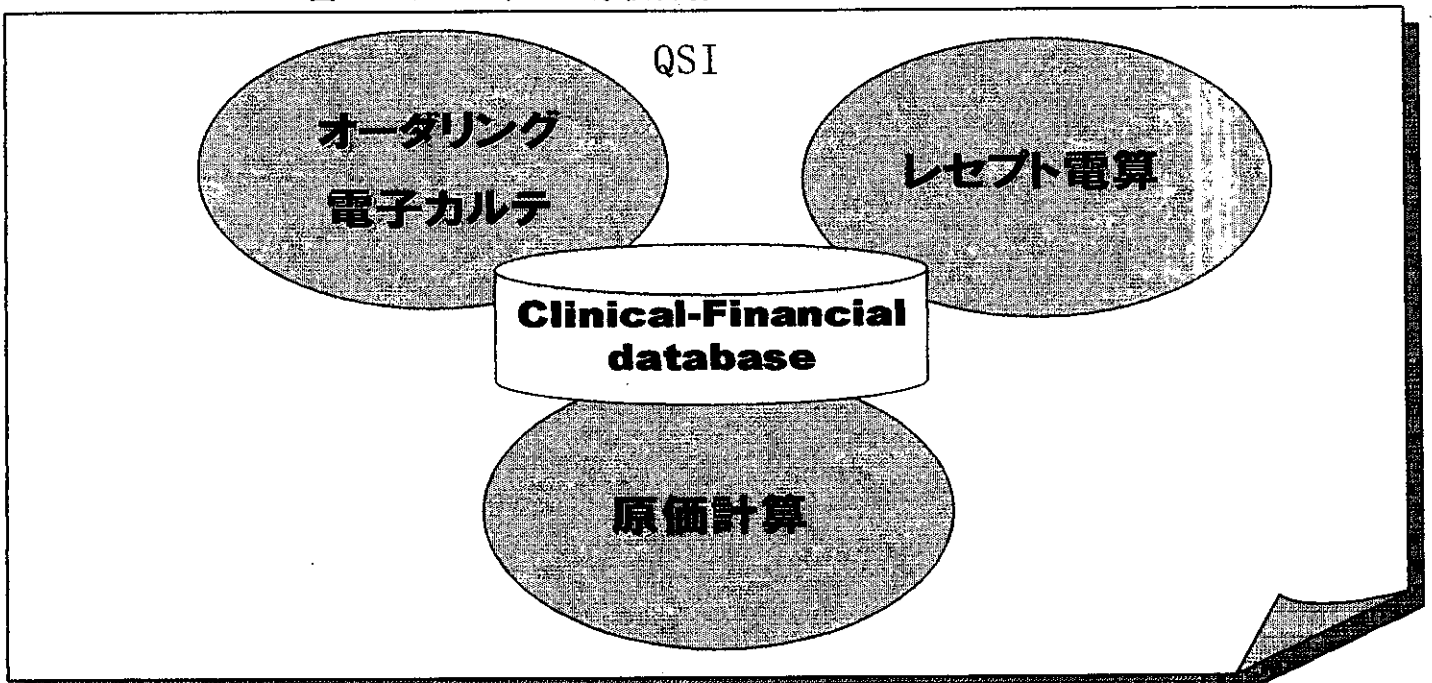
(2) 部門別・行為別マネジメント視標としての活用

各部門(部署)の管理者(当院ではマネジャーと称す)が担当するセクションをマネジメントするための一つの視標・参考データとして提供することができる。それによって、病院職員全体で経営面について考えていくきっかけづくりにもなる。

(3) DPC (Diagnosis-Procedure Combination)

きたる診断群包括払制度への事前対応としても、患者別原価を把握して分析する必要がある。また、当院でも作成されている Clinical Pathway (以下、CPと称す)と組み合わせることによって、最適な医療サービスに最適なコストを設定して、患者や地域住民に提供していくことができる。

図1 QSIの中での原価計算プロジェクトの位置付け



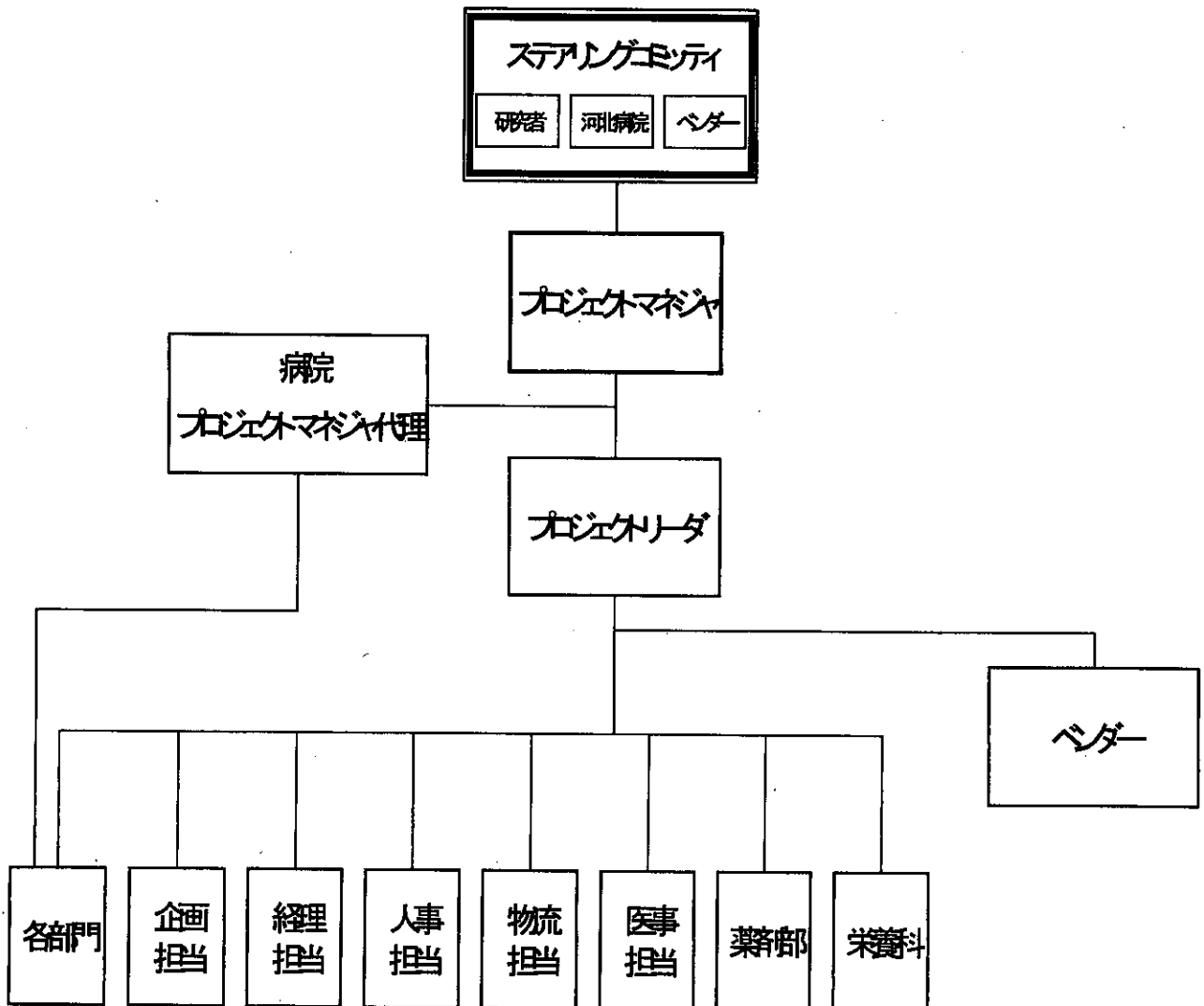
2. プロジェクト体制・入手可能データの種類や経路

当院における本プロジェクトの構成メンバーは以下のとおりである。

プロジェクトマネジャー	副院長（内科医師）
同 代理	事業部長兼医療情報部長
財団本部事務サイド	総合病院事務次長（医事課出身）
	シニアマネジャー
	財務課マネジャー
	人事課マネジャー
	ロジスティックスマネジャー
	システム室マネジャー
システム開発サイド	ベンダー

本プロジェクトの第1phaseは、2002年9月から開始され、2003年3月末をもって完了した。第1phaseの最終到達地点は、患者別の原価計算が行われるまでとした。

図2 河北総合病院原価計算プロジェクト推進機能図



(1) 財団本部事務へのアプローチ：コストデータ・基礎データの収集

部門別・患者別・疾患別原価計算を行おうとする時には、コストの大部分を占める人件費あるいは給与費、そこに投入される物的資源である材料費、諸経費・委託費や減価償却費等の情報が必要になることから、財団本部内の各セクション（財務課・人事課・医事課など）に協力要請を行い、コストに関する情報が提供された。

人事課 ⇒ 人事データ : 給与費・研究研修費、職員数とその配置状況など
財務課 ⇒ 財務データ : 諸経費・委託費・減価償却費・資産など
医事課 ⇒ 会計カードデータ : 患者に直課された医薬品や診療材料費、患者数
その他 ⇒ 材料費・材料マスター（ロジスティクス）、施設面積（POM 部）、
医療廃棄物（業務課）

(2) 臨床サイド・コメディカル部門へのアプローチ：臨床サイドの実態把握

入退院患者数や収集したコストデータ等の数字上の分析から、単純に原価計算を行うことはできないので、臨床サイドや現場の実態を情報収集する必要がある。そのため、当院では、臨床サイドからは内科医師である副院長に本プロジェクトに参加してもらった。臨床サイドへのコンセンサス、つまり、本プロジェクトに対する理解と協力を得るためである。その結果として、外来部門や病棟部門における医師や看護師・患者の動態など多くの情報が収集できた。

【医師】

病棟や外来また画像等の検査部門への動きが多いため個人ごとにタイムスタディを収集して部署（診療行為が行われる場所）ごとに給与費を配分していかなければならない。そこで、毎月定例で行われる「医局会」にて副院長とともに医師のタイムスタディをとる趣旨を説明してもらい、院長や診療部科長、研修医を問わず全医師に協力してもらうことになった。ただし、非常勤医師についてはアプローチできなかったためタイムスタディの対象外になってしまった。

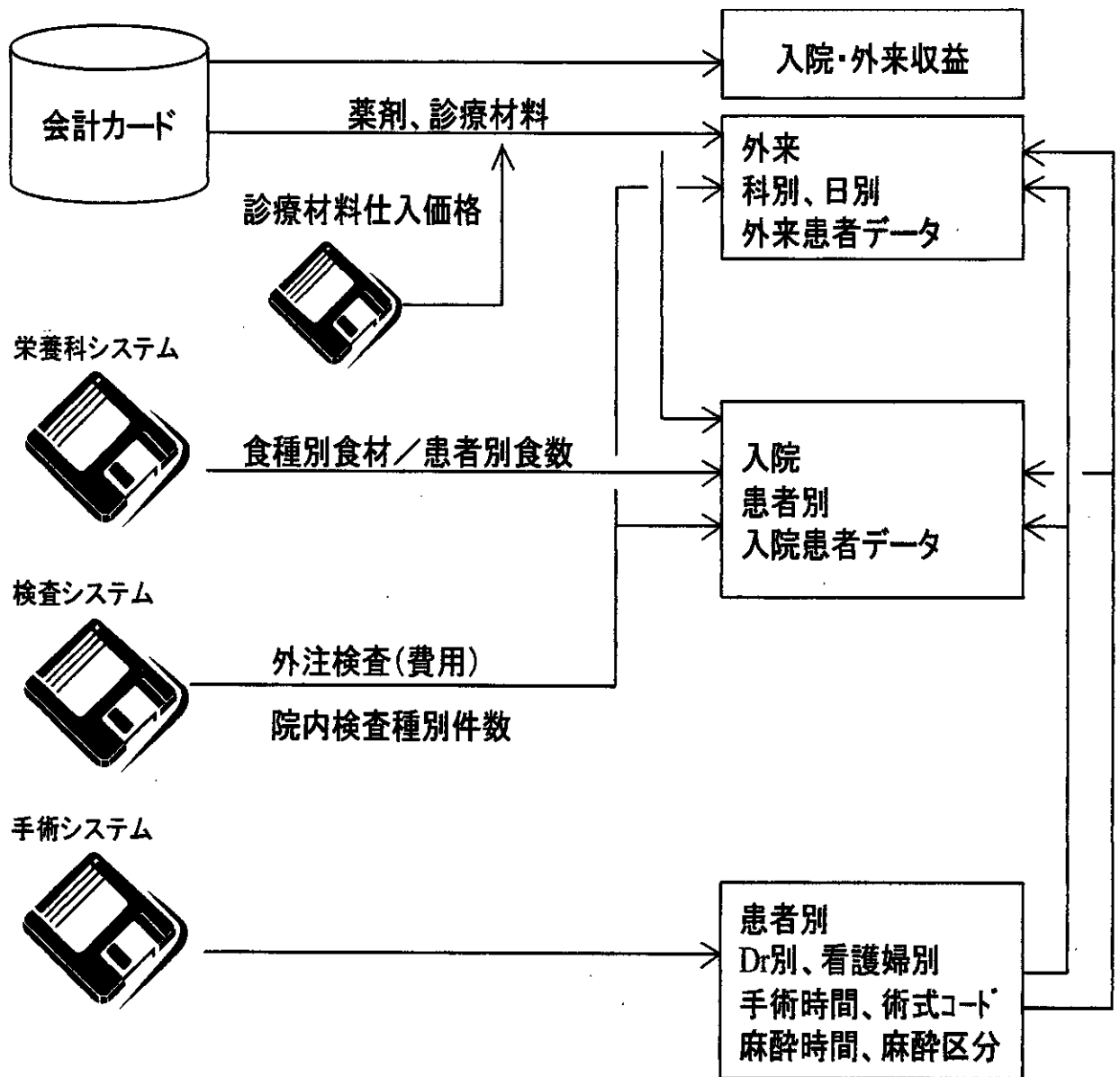
【看護師など】

病棟部門・外来部門どちら概ね人員配置は固定されており給与費に関してもとくに大幅な変動はないと想定し、タイムスタディはとらなかった。ただし、外来部門において、日単位で若干の員数変動があることを把握し、システム上ではそれが反映されている。

【コメディカル】

中央検査科や画像診断部門、それぞれの部門がもつ特殊性や専門性により部署単位・部屋単位でさらに細分化して状況を把握する必要があった。ので数回にわたってヒアリングが実施された。また、各部署で使用している管理システムやそのデータ構成や内容等、在庫管理の状況についてもヒアリングが行われた。

図3 おもなデータの入手先と経路



(3) システム開発サイド

システムは、本プロジェクトによる結果を出す重要なツールであることから、開発専用の部屋とスペースが確保され、SEクラスが2~3名がそこに常駐し開発が進められていった。今回の開発は、既存のパッケージソフトに機能追加がなされて開発していくため、実態を忠実にプログラムに反映させる設定項目が多岐にわたるため、連日のように財団本部事務サイドや、現場サイドへの詳細なヒアリングが行われていった。その際のコーディネーションはプロジェクトリーダーの役目である。

3. システムの概要

この章では当院の原価計算システムの概要について述べる。

1) システムの特徴

① 原価計算方法の特徴

当院の原価計算システムは次のような二つの特徴をもっている。

次図（図 A）に示すように、一つは患者別原価を求めてから部門別原価を求めていること、二つには患者に直接使用した薬剤や医療材料を直課していることである。

はじめに部門別原価を求め、この部門別原価を配賦によって患者に計上する方法の場合、患者に正しく反映されないことがあると考えたためである。なお、患者に直課している材料費を集約すれば完全ではないがサービス部署別原価を求めることも可能である。

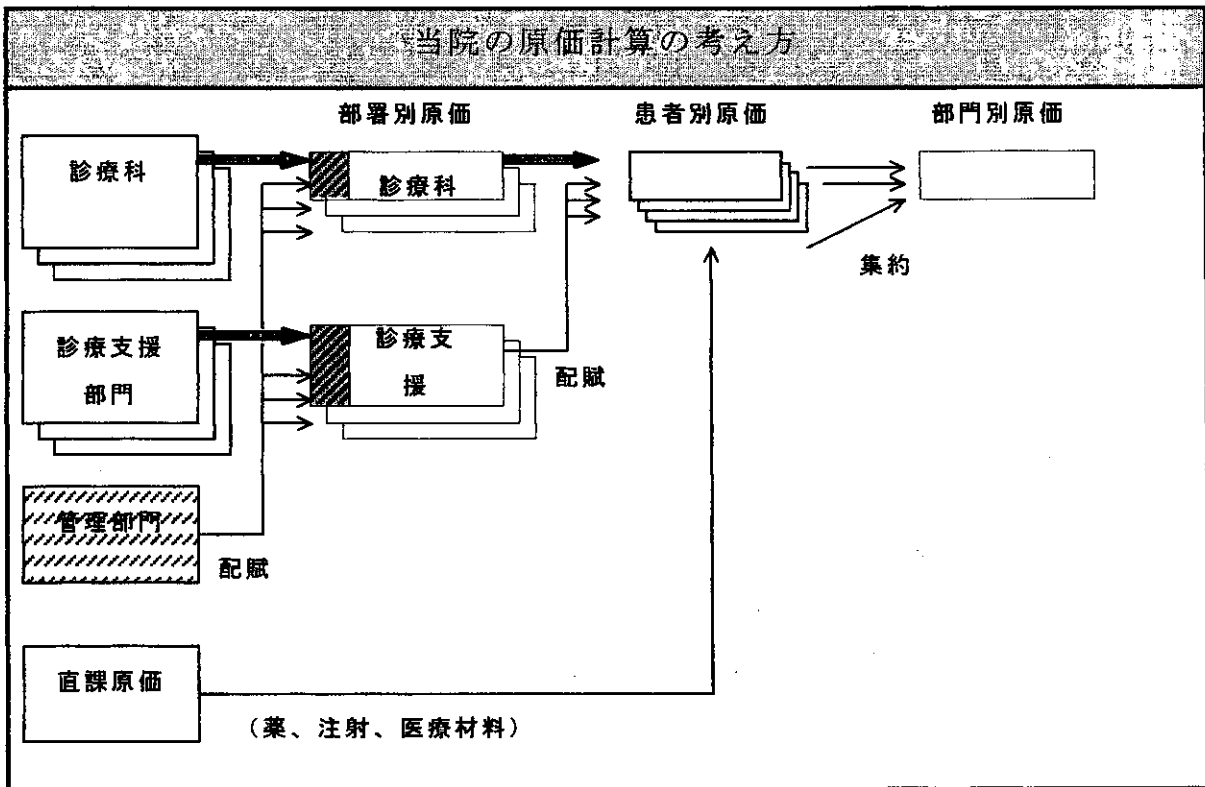


図 A 原価計算方法の特徴

② ソフトウェア構造の特徴

原価計算処理用のソフトウェアについては次図（図 B）のように基本部分はベンダーのパッケージを採用し、当院独自の考え方による部分は別途プログラムを開発している。

(イ) システムの構成

システム構成は次図（図 C）の通りである。

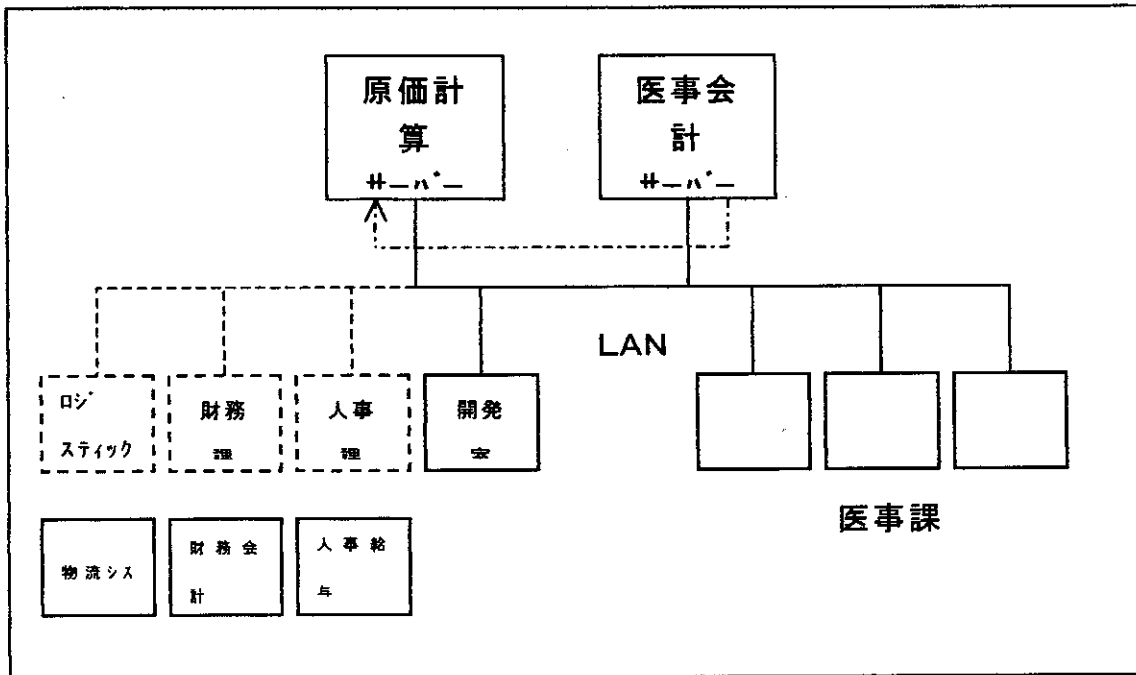


図 C システム構成

図 C のように医事会計システムとは原価計算システムとして原価計算用サーバーを設置している。システムを同居させた場合の医事会計システムへの影響を危惧したこと、及び今後原価計算を第一歩として経営分析、経営管理システムへと発展させることを見据えているためである。

この原稿作成の段階では図の人事課、財務課、ロジスティックスにはクライアントが設定されていないため、開発室の原価計算用クライアントから各種データの登録、設定を行っているが近々各課にクライアントを設置し Web ベースで直接データを登録するようになる。

また、次の段階では各課で動いているスタンドアロン・システムとの接続も計画している。

(ウ) 計算の流れ

原価計算処理の流れは次図（図 D）の通りである。

図について簡単に説明を加える。

- ① 先ずシステムにマスターをセットする。人事課では職員マスター、財務課では勘定科目マスター、ロジスティックスでは部署マスターを登録する。
- ② 各課で配賦基準マスターを登録する。外来患者数や入院患者数のように医事会計データから作成される配賦基準もあるが、医師のタイムスタディによる給与の配賦基準や利用面積比等は別途登録する必要があるためである。
- ③ 続いて原価計算に必要なデータを取込む。
 - ③-1 医事課では月次の稼働額統計作成処理の後に医事会計インタフェース作成処理を実行することにより、医事会計データが作成される。このデータは、日別患者別診療行為別に作成されており、当院では約46万レコードになる。この稼働額統計データを原価計算システムに取り込めるようにCSVファイルの形に変換する。これがIFデータである。
 - ③-2 人事課では各職員の給与データを人事システムから媒体の形で入手し、原価システムに取込む。この際原価システムの標準インタフェースであるCSVファイル形式に変換する。これが図中の変換処理である。
 - ③-3 財務課では財務会計システムから仕訳日記帳を出力し、これに基づいて原価計算に必要な財務データを登録する（手入力）。経費や委託費等である。
 - ③-4 ロジスティックス（院内物流を統制する部署）では部署別材料費一覧、栄養科からは栄養科報告書、中央材料室からは払出集計表を入手し、これらのデータを原価計算システムに登録する（手入力）。また、手術室の手術及び麻酔に関する実施データ（術式や手術の開始時間、終了時間等）を手術システムより媒体の形で入手し、原価計算システムに取込む。

- ④ 以上のデータが準備され、原価計算処理がスタートする。
- ④-1 図中原価計算処理はパッケージの部分であるが、先ず、患者に直課しない全ての費用（給与、経費、委託費等）を各部署に配賦する。給与は概ねその職員の所属する部署に配賦されるが、配賦先が必ずしも明確でない水道光熱費や修繕費のような費用は利用面積比や職員数比により配賦される。
- 続いて各部署を直接部門と間接部門に分け、間接部門の給与、経費等を直接部門に配賦する。（例えば、職員数／総職員数比で配賦する。）なお、ここで言う間接部門とは人事課、財務課、医事課、情報システム、ロジスティクス等。直接部門とは各診療科、病棟、及び各検査科、薬剤部等を言う。これらの処理により図中の原価テーブルが作成される。
- ④-2 図中パッケージの原価テーブルからCSVファイルを作成し部門収支データを作成しているのは今回プログラム開発した部分であり、部署別原価一覧を作成するためである。但し、先述したように患者へ直課する薬剤、医療材料費を完全に部署に配賦することができないため、完全な部署別原価を求めることができていない。
- ⑤ 患者別原価処理を実施する。（この部分は今回開発したところである。）
- ⑤-1 先ず、医事会計データから患者に直課するデータ（薬剤、診療材料）及び診療行為の回数を求める。（ここでは受診回数や検査の種類別の回数等）これが患者直課データ作成処理であり、これによって外来と入院の患者データファイルが作成される。
- ⑤-2 続いて配賦基準情報作成処理を行う。この配賦基準には検査のように種類によって担当者や担当者の投入時間、あるいは使用する材料の異なるものがあるため、ここでは一回あたりの単価（標準単価ではなく、実績から求めた単価である）を求めている。図中部門収支データを入力としているのはこのためである。
- また、ここでは病棟別の総入院日数や科別総外来患者数等を集計している。

- ⑤-3 患者別原価作成処理では各勘定科目ごとに例えばその該当者の来院回数／科別総外来患者数の比で配賦する。検査は一回あたり単価に該当患者の受けた検査の回数を掛けて費用を求める等の処理を行っている。これにより患者別原価データが作成される。
 - ⑤-4 患者別原価データはデータ加工することにより、外来については科別日別原価としてまとめ（個別患者のデータでは多すぎるため）、入院については患者別原価としてEXCEL表を作成している。
- ⑥ 最後に部門別原価を求める。
患者別原価を集約することにより、外来科別、入院科別原価を求める。
（この部分はEXCELを使って実施している。）

4. 今後の課題

(1) タイムスタディの反映

今回は、医師のみ個人ごとのタイムスタディをとったが、その医師が辞め次の医師が入職するたびにタイムスタディをとっていかなければならない。今回のタイムスタディ集計結果から、科別・キャリア別などのパターン化ができるかどうか。パターン化されたものが、新入職医師に適用可能なかどうか検証していかなければならない。

(2) 物流システム

当院では、今後 SPD (Supply Processing Distribution) のシステムを導入し、払出～消費までの情報を的確かつリアルタイムで収集できるようになるが、現段階においてはそれが無いので、非保険償還分の診療材料などは配賦係数を設定して部署ごとに配費している。今後はもっと実態に沿った配賦ができるように部署や患者、疾患別に配賦する基準を見直す必要があるのではないか。部門・部署別払出量や患者個人ごと・疾患ごとに、何が・どれだけ・いつ使用されたのかを出来るだけ正確に捉えていく必要はある。“材料マスター”の全国的統一と“統一コード”の確定は待ってられないので、SPD システムの導入時におけるマスターの作りこみ段階では、ある程度共通コードはもたせるが、当院独自のコードも併用せざるを得ない。

(3) 医療法人河北総合病院の施設全体への適用

当財団では、今回原価計算システムを開発した「総合病院」をはじめ、「透析センター」・「リハビリテーション病院」「健診センター」の施設をもっており、今後も施設を増やしていく計画である。それぞれを事業所としており、事業所別に収支を管理しているが、事業所ごとに、今回のような原価計算・管理までしていくことができるのか。また、応用できるのか。

(4) 財団本部事務内システム

① システムの一元化

人事課・財務課・ロジスティックスがそれぞれヒト・モノの Cost を、別個のシステムで管理しているため、今後 Interface をどうしていくのか。一元化させたシステムを導入して、それぞれのコストデータを中央化させたい。そのためには、部門・部署・職種のコード体系を見直すと同時に、過去のデータをどう取り扱っていくのか、財団本部事務内で検討していくことになる。

② 原価計算処理実施部署

出来上がった「原価計算処理システム」のオペレーション部署をどこにすべきか。会計情報や患者の個人情報扱われるので、病院としての Privacy Policy にのっとり、誰でもが容易く閲覧できるような場所で処理が実行されてはならない。したがって、今後はセキュリティの面から、また、どこで結果が集約されればその情報を必要とする部門・部署に速やかに提供することができるのかを決める。

当院の Privacy Policy「個人情報保護方針」は図7に示すとおり。

図7 医療法人財団河北総合病院の個人情報保護方針

生きがい・健康・尊厳

河北総合病院は1928年（昭和3年）にこの地に創立して以来、今日まで地域の医療機関として、近隣の皆様から求められる医療を確かな形で責任をもって提供できるよう努めてまいりました。とりわけ昨今の医学の進歩、医療技術の高度化は目を見張るものがあり、当院もそれに合わせ継続的に診療内容の改善、設備等の整備をおこなってまいりました。

また当院ではすでに、「私たちの病院の目標（公正な医療をめざして）」（1995.4）と題し以下の項目を掲げ、個人情報保護も謳っております。

- ・医師による説明と患者さんの選択に基づく医療を提供すること
- ・診療情報を患者さん自身に提供すること
- ・患者さんの人生が最後まで豊かであるように、その意志を尊重すること
- ・患者さんのプライバシーを尊重すること
- ・より良い医療を行うように研鑽、研修に励むこと

今日の医療機関は、医学の進歩や医療技術の高度化に加えて、慢性疾患の増加や終末期医療が一般的になる中、常に患者さんと医療者とがコミュニケーションをはかり、患者さんの意思を反映した医療を実践しなければなりません。

このような状況の下で患者さん自らが医療に参加し、安心して診療を受けることができる前提として、個人のプライバシーの尊重がより重要になってまいりました。当院はよりよい医療を提供するため、以下の取り扱い方針を宣言致します。

1. 患者さん個人が自らの権利と責任において、最適な診療を得られるよう本人の意思を尊重する。
2. 個人情報の「収集」「利用」「提供」において、公正な規定に従い適切な運用をおこなう。
3. 財団の保有する個人情報への不正アクセスや、個人情報の紛失、破壊、改ざん、漏えいの予防措置を講じる。
4. 個人情報に関する法令、内部規定の遵守に努める。
5. 財団で策定する「コンプライアンス・プログラム」を随時見直し、継続的改善を図る。
6. 個人情報保護措置の運用について定期的な内部監査を実施する。

(5) Clinical Pathway と原価計算結果

「CP」同様、標準型の患者別・行為別・疾患別原価計算モデルには当然バリエーションがはたらく。

① 患者別・疾患別・部署別収益の日次把握と原価処理

現在の保険診療報酬制度においては、患者や疾患ごとの収益を医療サービス継続中に算定していくことは難しい。診療報酬が確定しないと収益としてセッティングできない。医療サービス継続中の段階で、「質」と「安全性」を確保しながら原価管理をおこなっていくことが可能なかどうか。アメリカにおいては、“マネージドケア：Managed Care” システムが、「経済性」と「質」の両面から試行錯誤を繰り返して数十年経過したが、未だに「質」の低下が懸念されつづけている。

病院独自が行う「原価計算」はあくまでも結果論であり、それを蓄積していくことを続けていくことが大切である。現段階・現時点においては、例えば、「CP」をもとに施行された診療行為に対する“経済的な評価”と割り切って捉えることしかできない。

② 賦課・配賦係数処理の限界

「CP」により設定される行為別・疾患別モデルに対して、原価計算処理で導き出されたモデルを単純に当てはめることがどこまで可能なのか。究極の原価計算を追求するならば“ヒト”と“モノ”の動きを正確に捉えなければならない。本プロジェクト外では、パッケージソフトを使用し、そこにヒアリングで得た情報から設定された係数が投入されプログラムが実行されたが、実態とは相違する結果が算出されていることが散見された。配賦係数を慎重にできるだけ正確に設定しても、プログラムロジックには限界がある。したがって、様々な係数をあらゆる角度からパラメータとしてデータ提供できるような柔軟性のあるシステムが構築されていくことが期待される。

(6) 疾患別データの取り込み

電子カルテやオーダリングのプロジェクトが進む中、当院においても疾患名の統一化がコーディングとともに始められていくが、過去分の取扱をどうしていくのか。また、当院では診療情報管理室で疾患に関係するデータの収集が行われ、ICD-10 コーディングをおこなっているが、今回作成されたシステムにいかにしてそれらのデータを取り込んでいくのか。

今回は、過去のある単月にフォーカスをあて ICD コードを付したデータを使用して「患者別」「疾患別」の原価計算まで行った。次の段階では同時に、疾患別に得られた原価計算結果をいかに分析し、モデルケースを設定して「CP」と組み合わせていくのかも課題である。

II. 原価計算の実際

1. 原価項目の設定

当院の原価計算の原価項目は次の表の通りである。基本的には病院会計準則に基づいている。

表 A 原価項目一覧

	勘定科目	説明	データの入手先
材料費	医薬品費	投薬用薬品, 注射用薬品(血液, プラズマ含む), その他の薬品	医事会計システム
	診療材料費	レントゲンフィルム, 歯科用材料, 酸素, ギブス粉, 包帯, ガーゼ, 脱脂綿, 縫合糸, 氷, 注射針, 注射筒, ゴム管, 薬瓶, 試験管, シャーレ, 体温計, 氷枕, 放射性同位元素等償還分及び非償還分	医事会計システム
	医薬用消耗備品	診療用具, 患者給食用具などで減価償却を必要としないもの	医事会計システム
	給食材料費	患者給食のための消費食品, 患者給食用具(泡立器, ざる, たわし, 食器, 洗剤など)及び職員のための給食材料費	栄養科システム
給与費	医師給与	常勤の医師及び歯科医師に対する給料, 手当(賞与も含む)非常勤は常勤換算	人事給与システム
	看護師給与	常勤の保健婦, 助産婦, 看護婦, 看護師, 准看護婦に対する給与, 手当	人事給与システム
	医療技術員給	常勤の薬剤師, 診療エックス線技師, 衛生検査技師, 歯科衛生士, 歯科技工士, マッサージ師, 物療技術者, 栄養士などに対する給料, 手当など	人事給与システム
	事務員給	常勤の事務員, タイピストなどに対する給料, 手当	人事給与システム
	技能労務員給	常勤の看護業務補助者, 各種医療技術補助者, 自動車運転手, 電話交換手, 営繕手, 調理師, 炊夫(婦), 配膳婦(夫)などに対する給料, 手当	人事給与システム
	賞与引当金繰入	賞与に引当てる繰入れ分	人事給与システム
	退職引当金繰入	退職に対する引当金繰入れ及び一部業務災害補償金	人事給与システム
	法定福利費	健康保険法, 厚生年金保険法, 失業保険法, 労働者災害補償保険法, 各種の共済組合法などの法令に基づく事業主負担額	人事給与システム

	勘定科目	説明	データの入手先
経費	福利厚生費	従業員及びその家族に対する法定外福利費 ・診療，健康診断，予防接種などを行った場合における減免額 ・各種のレクレーション，文化活動などに要する費用 ・食堂，売店などを利用する場合における事業主負担額 ・慶弔禍福に際し，一定の基準により支給される金品，記念日に供与される飲食，金品代など	財務会計システム
	旅費交通費	業務のための出張旅費など	財務会計システム
	職員被服費	従業員に支給又は貸与する白衣，予防衣，診察衣，作業衣などの費用	財務会計システム
	通信費	電話料，郵便料など	財務会計システム
	消耗品費	事務用，管理用などに使用するもの1年以内に消耗するもの（帳簿，諸用紙，印肉，ゴム印などの事務用品，洗剤，清掃用品などの費用）	ロジスティクス
	消耗備品費	事務用，管理用の用具などで減価償却を必要としないもののうち1年を越えて使用できるもの	財務会計システム
	車輛費	車輛取得にかかる費用及び保守費用	同上
	会議費	総会，理事会，運営会議など	同上
	光熱水費	電気料，ガス料，水道料に分類することが望ましい	同上
	修繕費	固定資産などの維持のみに必要な費用	同上
	賃借料	医療機器，検査機器，一般機器のリース代	同上
	不動産賃借料	土地，建物，設備機械の使用料など	同上
	保険料	火災保険料，自動車損害賠償責任保険など	同上
	交際費	交際及び接待など	同上
	諸会費	各種団体などに対する会費	同上
租税公課	固定資産税，事業税，自動車税，登録税，不動産取得税，各利子税など原則として税法上損金に算入されるもの	同上	
雑費	前記の科目に属さない費用	同上	

	勘定科目	説明	データの入手先
委託費	検査委託費	外注検査科	財務会計システム
	寝具委託費	寝具に関わる委託費	同上
	清掃・洗濯委託費	清掃、洗濯に関わる委託費	同上
	器機保守委託費	機器の保守料	同上
研究研修費	謝金	研究会，講師代	財務会計システム
	図書費	研究，研修用図書（定期刊行物も含む）	同上
	旅費交通費	学会出席などの旅費	同上
	研究雑費	印刷費，消耗品費，研修会費などの前記の科目に属さない費用（英会話の講師代）	同上
減価償却費	建物減価償却費	建物に対する減価償却費	財務会計システム
	建物付属設備減価償却費	建物付属設備に対する減価償却費（給排水，空調）	同上
	構築物減価償却費	構築物に対する減価償却費（壁，塗装，植栽）	同上
	医療設備機器減価償却費	医療設備機器に対する減価償却費	同上
	車輛減価償却費	車輛に対する減価償却費	同上
	他器械備品減価償却費	その他有形固定資産に対する減価償却費	同上
	繰延資産償却費	創業費やソフトウェア等の無形固定資産に対する原価償却費	財務会計システム

(付記) 研究研修費

(1) 賦課・配賦方法の設定

研究研修費については次表のように配賦している。

表 B 研究研修費配賦表

	項目	配賦先	配賦方法
研究 研修 費	図書費	各部署	図書費の費用は診療科の常勤Drの人数比で按分します。
	出張研修費	各部署	年間費用の1/12を直接部門の常勤職員数の割合で配賦します。
	研究雑費	各部署	諸会の参加費は各部署別年間費用の1/12を各部署に配賦します。英会話、講演会の講師代は財団本部に配賦します。
	謝金	財団本部	一旦財団本部に配賦します。

財務課のデータには例えば図書費のように請求元の部署が記載されているものもあるが、図書棚の設置場所と利用者の所属部署が異なっているように必ずしも実際を表現していないケースが多いことが判明したため上記のように配賦方法を考えた。

また、出張研修費(含学会出張費)と研究雑費については季節変動幅が大きいため年間の平均値を使うこととし、前期の値の1/12を常勤職員数比に基づき各部署に配賦している。

(2) 研究研修データの収集

研究研修費に関するデータは全て財務課で捉えているデータを使っている。また、配賦先については実際の費用の使われ方の調査をすることなく、常勤職員数や常勤の医師の数により按分している。従って職員又は医師の所属している部署に限って配賦されることになっている。

2. 部署・サービス区分

患者に直課できないとくにコメディカル部門や財団本部事務職員の給与費については、いったん部署（ユニット）別に配賦する必要があったことから、2002年12月時点の当院組織図と平面図をもとに部署単位に分けた。さらに、診療行為そのものが行われている場所もそれぞれ部署として設定した。ここでは、それぞれの部署・サービス区分の設定においてとくに特徴的な部門・部署を紹介する。

(1) 外来部門

現在当院では、内科外来ブース×7・外科外来ブース×3・整形外科外来ブース×5であるが、その3科についてブース単位でのデータ取りは困難であったことから、ブース単位まで分けることはしないで“内科外来”“外科外来”“整形外科外来”とした。内視鏡室は、外科でも使用するユニットではあるが概ね“内科”として設定した。

(2) 病棟部門

当院の“本館2階病棟”は循環器病棟であり、“CCU”もあるが、病棟とは区別して独立したユニットとして設定した。また、“院内透析室”があり当院附属施設の「透析センター」からのスタッフによって運営されてはいるが、材料費は当院（本院）に計上しているので、1ユニットとして独立させた。

(3) 手術部門

手術部門については、手術室部分と麻酔科部分に分けられるが、人の動き等が混在するエリアなので、“手術室”という単一ユニットとして捉えることにした。

(4) コメディカル部門

「中央検査科」については、スタッフの配置を“一般検体検査”・“細菌検査”・“生理機能検査”・“病理検査”・“輸血室”の5つのセクションに区別しているため、それぞれを独立したユニットとして設定（図4）。その結果として原価計算上で、「中央検査科」というセクションは存在しなくなってしまう。

同様に、「画像診断部門」においてもユニットによって画像検査の内容が異なる。そこで、“X線撮影室”・“RI室”・“CT室”・“MRI室”・“US室”・“骨密度室”・“テレビ室”・“心カテ室”に細分化した。（図5）

図4 中央検査科の区分

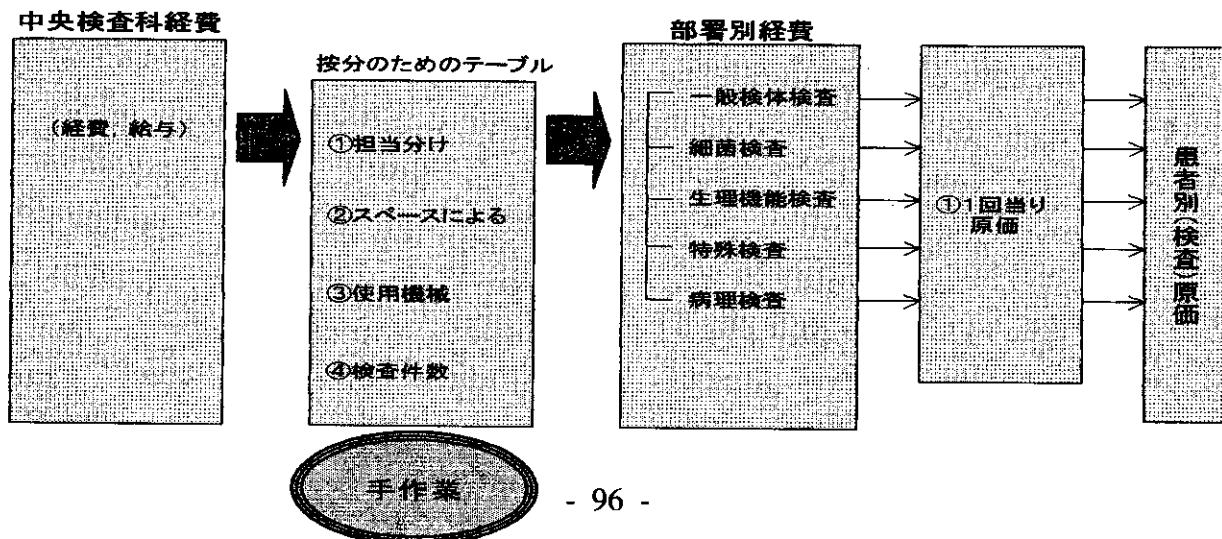
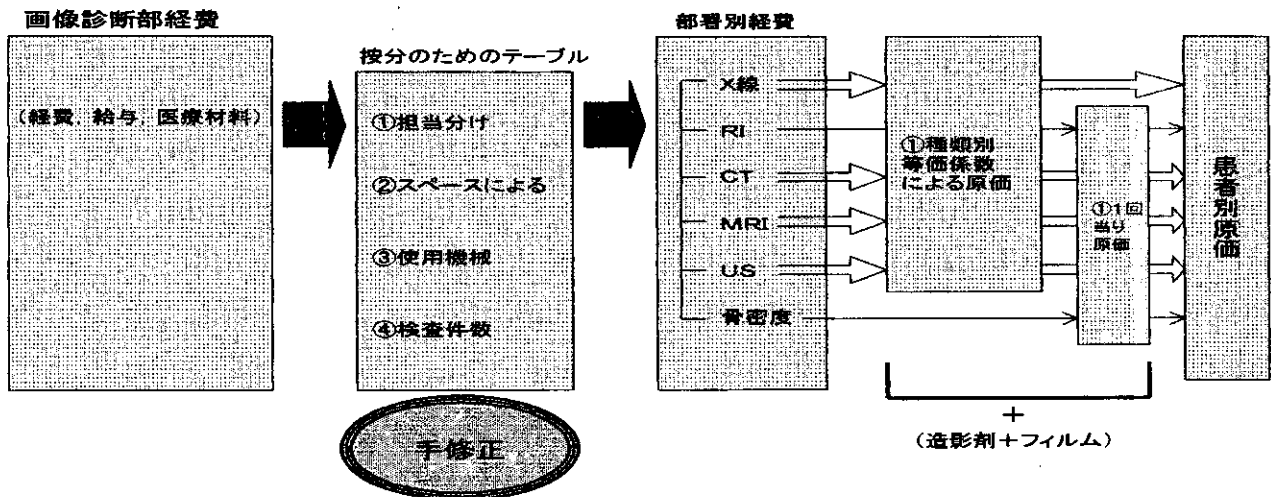


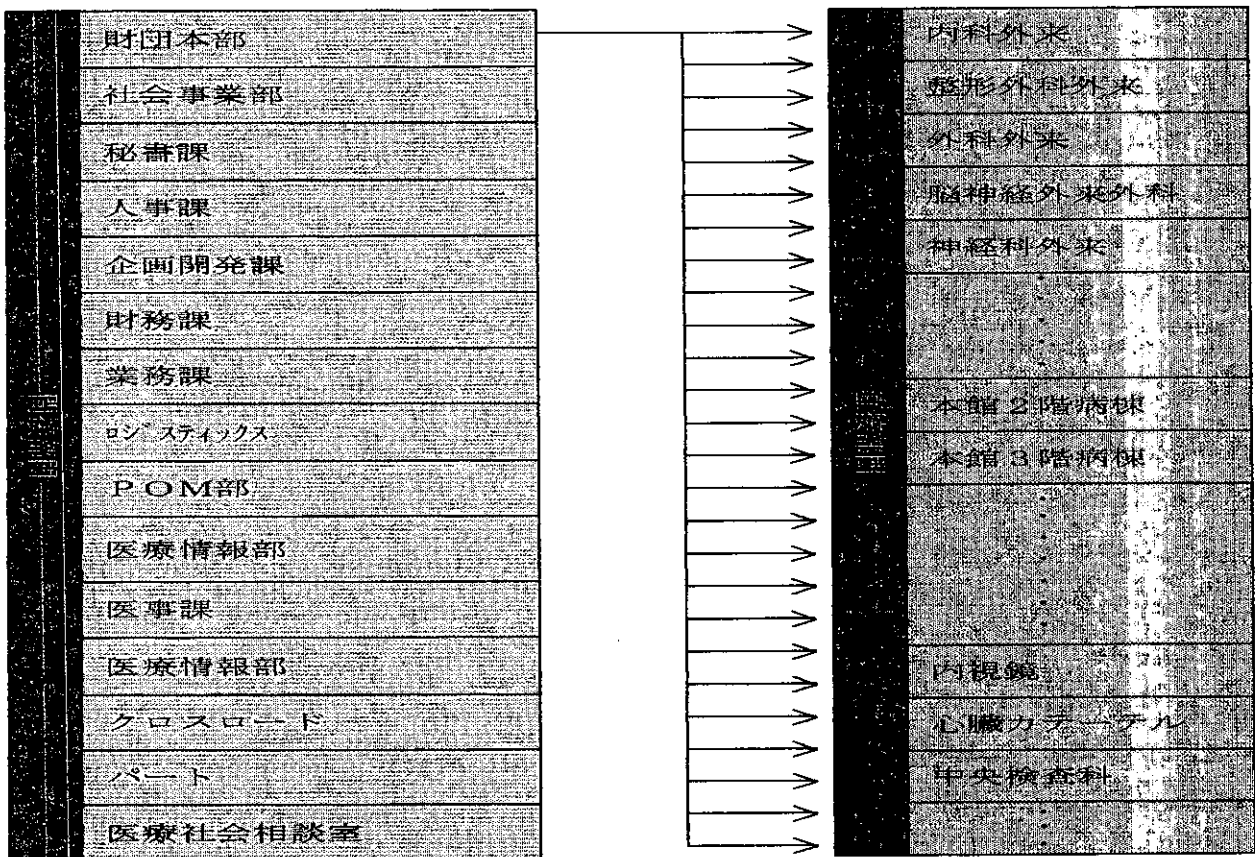
図5 画像診断部の区分



3. 「直接部門」と「間接部門」

本プロジェクトにおいては、1)そこで診療行為が行われて診療報酬により直接収益を生み出すセクションを「直接部門」とし、2)医事課や財団本部その他の事務部門などは「間接部門」として設定した。間接部門のコストは図6に示すとおりであり、各直接部門に配賦・賦課される仕組みになっている。

図6 間接部門から直接部門への配賦概要



4. 各部門費の算出

1) 給与費

(1) 人件費原価計算方法の決定

人件費原価計算方法については、所属部署及び職種による分類を行い、分類毎に給与の配賦方法を決定した。

医師：タイムスタディに基づき、稼動した各部署へ配賦する。

看護師：所属部署毎に調査を行い、結果に基づいて各配置部署へ配賦する。

医療技術員：職員の属する部署へ配賦する。

事務員：財団本部所属の事務員に関しては、本院稼動分の割合（平均値）に基づいて、財団本部へ配賦する。

医事課職員については、所属部署である医事課に配賦する。

技能労務員：職員の属する部署へ配賦する。

表a. 給与費の配賦基準

給与費		部署別原価計算・配賦基準
常勤職員給与	医師給	1. 基本的にタイムスタディの結果から各部署に配賦 2. タイムスタディをとれなかったDrは、類似ケースにより配賦
	看護師給	病棟配置表と外来所属調査の結果から配賦
	医療技術員給	所属部署の放射線技師・薬剤師・栄養士・検査技師・PT・OT・ST・MEなどの給与
	事務員給	常勤換算職員数で配賦した財団本部・事務部職員給、延患者数で配賦した医事課の職員給、クレーク・トランスクリパーの給与
	技能労務員給	各部署所属のナースイトなどの給与費、面積比で配賦したPOM部員の給与費
非常勤職員給与	医師給	1. 基本的にタイムスタディの結果から各部署に配賦 2. タイムスタディをとれなかったDrは、所属科に配賦
	看護師給	病棟配置表と外来所属調査の結果から配賦
	医療技術員給	該当なし
	事務員給	常勤換算職員数で配賦した財団本部・事務員給与費、延患者数で配賦した医事課のパート給、クレークの給与
	技能労務員給	常勤換算職員数で配賦した業務課パート・ナースイト・助産師のパート給
その他	賞与引当金繰入	上記割り当て額の比率で配賦
	退職引当金繰入	同上
	法定福利費	同上