



医療情報ヘッドライン

「健康寿命」は男性 70.42 歳、女性 73.62 歳
社会保障負担軽減に平均寿命との差の縮小目指す

厚生労働省

個別化医療を含め「日本の医療の海外展開」強調
経産省 産業構造審議会 新産業構造部会開く

経済産業省



経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成24年1月号



経営情報レポート

労務管理トラブルを未然に防ぐ
医療機関に潜む労務リスク対応策



経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理と予算管理

診療報酬請求業務の問題改善

医療行為データ分析と業績管理

医療情報

ヘッドライン① 厚生労働省

「健康寿命」は男性 70.42 歳、女性 73.62 歳 社会保障負担軽減に平均寿命との差の縮小目指す

厚生労働省は6月1日、「健康寿命」が、平成22年で男性が70.42歳、女性が73.62歳だったとする算出結果を提示した。平成25年度から始まる次期健康づくり計画について検討する厚生科学審議会の地域保健健康増進栄養部会で、介護を受けたり寝たきりになったりせず、制限なく健康な日常生活を送ることが可能な期間を示す「健康寿命」の数値を表している。同省は次期健康づくり計画に、平均寿命の伸び幅を健康寿命の伸び幅が上回るとする目標などを盛り込む方針を示した。

少子高齢化が進む中、次期健康づくり計画では、健康な状態で長生きするための社会環境づくりを目指している。厚労省が健康寿命を算出したのは初めてで、計画は6月中旬にも正式決定される見通しとなっている。

■次期「健康日本21」の告示は7月中 ～健康寿命の延びなどに具体目標

厚生労働省は6月1日、健康寿命を延ばすことなどを目標に掲げる2013年度からの次期「国民健康づくり運動プラン（健康日本21）」を、7月中に告示する方針を固めた。同日に会合を開いた厚生科学審議会部会で、厚労省の専門家委員会がまとめた次期プラン案をめぐって議論を行った。同省は部会委員からの意見を踏まえて修正した案について20日に部会へ諮問し、同日中に答申を受ける。

政府が進める健康づくり運動「健康日本21」の第2次計画（2013～22年度）の内

容は生活習慣病の予防や心の健康など5分野53項目の目標を設定している。介護が必要なく自立して元気に過ごせる期間を示す「健康寿命」を延ばす目標を初めて盛り込むとともに、がん予防や運動の促進、食生活など幅広い分野について改善を目指す。

厚労省によると、10年の健康寿命は男性が70.42年（平均寿命79.55歳）、女性が73.62年（同86.30歳）、健康寿命の具体的な数値目標は示さず、22年度までの延び幅が平均寿命の延び幅を上回ることを目標とした。

生活習慣病予防では、がん、脳卒中、心臓病の三大死因の死亡率低下や糖尿病に関する目標値が盛り込まれている。成人の喫煙率は10年の19.5%から12%に、飲食店での受動喫煙は50%から15%にそれぞれ減らすこととする。

運動に関しては、20～64歳で男性が7841歩、女性が6883歩だった10年の1日の平均歩数を、22年度にそれぞれ9000歩（約6.3km）、8500歩（約6km）に引き上げることを目指す。食生活の目標は、日本人に多いといわれる1日当たりの食塩摂取量を同年の10.6gから8gとし、また野菜の摂取量は282gから350gと定めている。

第1次では全59項目のうち、数値目標を達成したのはメタボリックシンドロームの認知や歯の健康など10項目（17%）にとどまり、1日の歩数やカルシウムの摂取など9項目（15%）では悪化する結果となった。

個別化医療を含め「日本の医療の海外展開」強調 経産省 産業構造審議会 新産業構造部会開く

経済産業省は5月31日、産業構造審議会の新産業構造部会を開き、「日本の医療の海外展開を推進する」ことなどを打ち出す報告書をまとめた。これはヘルスケア産業など今後の成長が期待される分野を官民あげて支援することで、日本経済全体を牽引してもらおうという戦略を具体化したものである。

現在、日本は未曾有の円高や、東日本大震災復興など、非常に厳しい状況下に置かれており、官民をあげて「今後、何で稼ぎ、何で雇用するのか」を検討し、実行していくために本部会が設置されている。その中の一つとして、新興国向けに医療の海外戦略が練られている。

報告書では、付加価値の創出・転換へと経済構造を変化させることが不可欠としており、そのために(1)日本人の感性や技術力を発揮して、潜在内需を掘起すとともに、グローバル市場を獲得する「経済成長ビジョン」、(2)1人1人が置かれた環境と能力に応じて価値創造に参画し、成長を分配する「人を活かす社会ビジョン」、という2つのビジョンを提示している。

このうち、(1)においては、我が国における高齢化の進展、新興国での健康意識の高ま

りと、医療・医療機器サービスのニーズ拡大などを見越し、「ヘルスケア産業」等を中心に新産業の創出や産業構造の転換を図っていくことを提唱している。

具体的には、(a)医療・介護機関や民間サービス事業者等の連携によるサービス提供を通じて、サービスの有効性や安全性・持続可能性等を担保する仕組みの構築、(b)世界最先端の医療機器の研究開発を進めるとともに、高度な技術をもつ異業種／中小企業の新規参入と医療機関との連携を支援する、(c)医療機関が医療機器メーカー等と連携して海外展開を行うために、海外での医療・検査センターの運営や海外の医療人材育成サービスのための企画立案や、事業性調査を行う、という取り組みを打出している。

とくに(c)では、「海外医療機関との連携を支える検査、診断、治療、疾病管理プロセスが一体となったシステムや技術の国内外における開発」を進めて、『個別化医療を含む日本の医療の海外展開を推進する』ことを強調している。

なお、経産省は新産業により、2020年には医療保険等で300万人の雇用を創出することを目論んでいる。

最近の医療費の動向

平成24年1月号

1 制度別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上	(再掲)75歳以上	
			本人	家族						
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
10～3月	18.5	9.4	5.3	2.8	2.5	4.2	0.8	8.2	6.4	0.9
平成23年4～1月	31.2	15.6	8.6	4.6	4.1	7.0	1.2	14.1	11.0	1.6
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～1月	12.6	6.3	3.5	1.8	1.7	2.8	0.5	5.7	4.5	0.6
12月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
1月	3.1	1.5	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70歳以上」には後期高齢者医療の対象（平成19年度以前は老人医療受給対象）となる65歳以上70歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費			調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成19年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成20年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成21年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成22年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
10～3月	18.5	14.9	7.1	6.5	1.3	3.1	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
平成23年4～1月	31.2	25.1	11.9	11.0	2.2	5.4	0.7	0.07	12.6	16.3	2.2
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～1月	12.6	10.1	4.8	4.4	0.9	2.2	0.3	0.03	5.1	6.6	0.9
12月	3.2	2.5	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
1月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	0.2

注1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別 医療費の動向

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科 病院					医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 サービス
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成19年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	▲12.3	2.0	▲0.2	8.9	8.4
平成20年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲0.0	2.4	▲14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成21年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲4.2	1.9	▲0.7	7.9	10.8
平成22年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	▲5.4	1.2	1.4	3.0	12.7
10～3月	3.9	3.9	5.1	8.0	5.2	4.7	▲6.1	1.2	2.2	4.3	10.9
平成23年4～1月	2.7	1.7	2.0	4.0	1.7	2.0	▲6.5	1.0	2.1	7.8	8.8
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～1月	2.6	1.6	1.9	3.2	1.7	2.0	▲5.6	0.8	1.9	7.3	9.2
12月	2.5	1.4	1.6	3.2	1.2	1.8	▲5.8	0.7	1.0	8.0	8.8
1月	2.6	1.8	2.1	3.0	2.4	2.0	▲5.7	0.9	2.8	6.4	9.6

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所 医療費の動向

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所									
	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成 19 年度	2.0	2.2	▲ 2.4	▲ 0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
4～9月	1.2	1.1	3.3	▲ 3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～3月	1.2	0.8	1.9	▲ 2.8	1.8	2.1	1.1	1.6	9.1	0.6
平成 23 年 4～1 月	1.0	0.8	0.7	▲ 0.6	3.0	2.0	▲ 1.0	0.9	▲ 0.8	1.9
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～1月	0.8	0.5	▲ 1.3	▲ 0.5	3.2	2.2	▲ 1.0	1.6	▲ 2.6	2.5
12月	0.7	0.7	▲ 2.4	▲ 0.7	2.1	3.9	▲ 1.1	0.3	▲ 2.1	2.4
1月	0.9	0.2	4.2	▲ 0.5	3.1	0.2	▲ 1.5	3.4	▲ 3.8	2.7

(3)入院 医科病院医療費の動向

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院				
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～3月	7.3	7.9	8.0	6.0	6.8
平成 23 年 4～1 月	2.9	1.8	3.6	2.4	2.4
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0
10～1月	2.5	1.5	3.3	2.1	1.4
12月	2.1	0.4	2.7	1.9	0.8
1月	2.9	1.9	4.2	2.2	1.7

注. 1 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注. 2 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

労務管理トラブルを未然に防ぐ 医療機関に潜む労務リスク対応策

ポイント

- ① 医療機関の労務管理の現状と課題
- ② 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点
- ③ 原因別にみる労務リスクとその対策



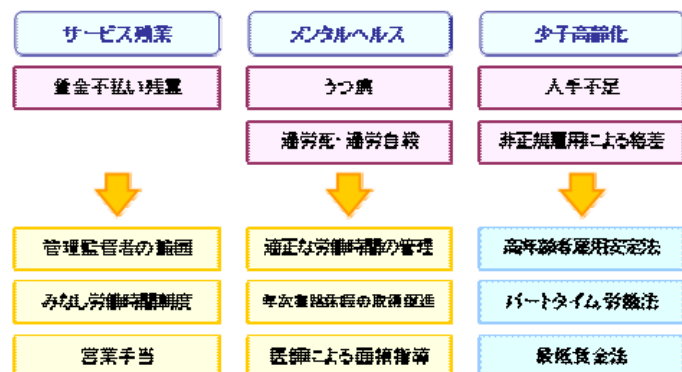
1 医療機関の労務管理の現状と課題

■ 医療機関における労務管理の今日的課題

今日、業種を問わずサービス残業や過重労働の増加が問題となっています。「名ばかり管理職」や「未払い残業代」に関わる報道も珍しいものではありません。しかし、医療機関では労務に関する情報と知識が少ないことが影響して、自院における脅威の可能性を認識することができないままのケースも多く見られます。

こうしたなか、退職した労働者からの「申告」によって労働基準監督官が臨検を行ったり、事業所に対して、労働基準監督署へ出頭するよう命令したりする事例が増加しつつあります。医療機関も決して例外ではないものの、一般に労働基準監督署が取り上げた重点指導項目との関係が薄くみえてしまい、関心が低くなりがちなこと事実は事実です。しかし、医療機関は他の業種の企業等と比べ、労働環境の整備が遅れているところが比較的多く、表面化していないトラブルを抱えている可能性があります。

◆ 医療機関が抱える労務管理の主な課題



医療機関は職員個々の能力を集結させて運営される組織であり、職員の力がなければ日常業務を行うことが不可能です。

そのため、労務問題は医療機関にとって最大の経営課題なのだと認識しなければなりません。

■ 院内コンプライアンスと労務環境管理

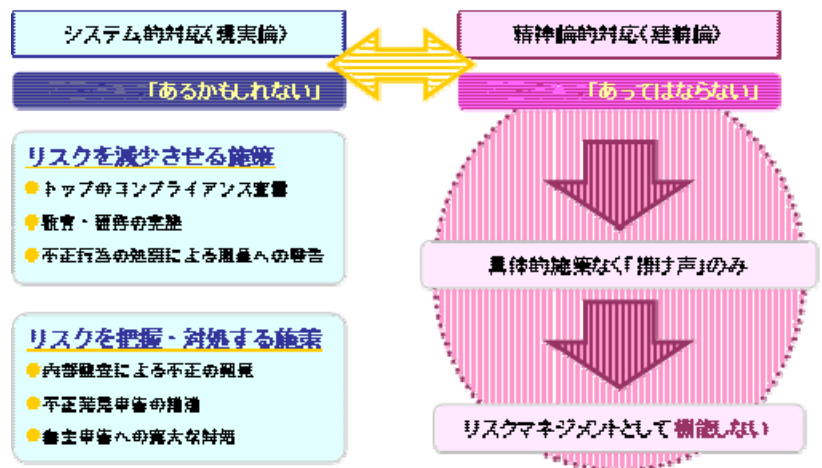
職員数が少ない診療所では特に、一人の職員が一定の業務を長期間担当することも珍しくありません。こうした事情が院内で不正行為が行われる背景にあると指摘されることがありますが、就業規則をはじめとした各種規程が整備され、適切な労務管理のもとで業務を行うことができれば、自らが働く組織（診療所）への帰属意識向上にもつながり、不正行為などルールを逸脱する行為の抑止力になるという考え方もあります。職員定着率の低下についても、労務管理状況に問題が存在し、帰属意識が希薄であることが理由となっているケースもみられるのです。

これらの状況を打開するためには、院内のコンプライアンス確立を宣言すべく、トップである院長が院内ルールの提示と、安定した労務環境の整備を職員に約束することが必要です。

◆院内の内部統制対策の考え方 ～ 理論と現実 ～

労務管理にリスクを抱えていながら、事業主側がそれらに気付かずに放置することによって、労務トラブルを招いてしまう可能性は、次第に高くなります。

就業規則やその他院内規定の整備で対応可能なもの、また組織づくりの見直しで職員の意識を変えようとする取り組みなど、医療機関が必要な労務トラブル回避策をとるためには、前提として労務をめぐるリスクを把握する必要があります。



■ 最近の労働関連法改正への対応は必須事項

高度で専門的な領域の業務であるために、医療職あるいは医療機関従事者は、伝統的に自身の職務に対する意識と能力向上への意欲が高いといわれます。このように、高い職業意識に裏打ちされた献身的な業務提供を社会から求められてきた結果、医療機関は一般的に労務環境整備に関する対応が遅れがちな傾向にあるのではないかと、という指摘もあります。

◆事業主に対応が求められている事項 ～ 潜在する労務リスクに関連する法改正等 ～

- ① 男女雇用機会均等法改正による雇用環境整備
禁止差別事項の追加、セクシャル・ハラスメント対策の義務化
- ② パートタイマーの雇用環境整備
「パート労働法」改正による労働条件文書交付と紛争解決の義務化
- ③ 育児・介護休業取得対象、期間の拡大
1年以上雇用の契約職員も取得可能に、子の年齢が最大1歳6か月まで
- ④ 時間外労働管理の重視
36協定、職員の労働時間の把握と身体的・精神的健康管理の必要性

一方で、労働者側である職員は、近年の労働者権利の意識高揚の影響もあり、様々な情報を入力することが可能となりました。

このため、労働者側が積極的に環境・待遇改善に声を上げるケースも増えてきていますが、同時に事業主である医療機関が対応できる体制が整っていない現状もうかがわれます。

したがって、医療機関としては、就業規則改定などで効果が期待できるリスクに関しては、早急な対応が求められることは当然ですが、その他潜在する労務リスクに対して、原因別に対策を講じる必要があります。

2 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点

■ 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」

一般企業では、近年「労働時間管理」が労務管理最大のテーマになっています。医療機関においても、労務トラブルが表面化するケースが増えており、さらにはその原因が多岐にわたっているため、複合化・複雑化している現状があります。

◆ 医療機関の特性からみる労務問題の課題と対応策

課題	問題点	対応策
ハイリスク職場	職場による労働負荷の差	適正な人員配置
個人主義傾向	長時間労働	定期的面談
コミュニケーションスキル不足	組織の不調和	参加型の意思決定
仕事量の増加	人員削減、成果主義による支援減少	リスナー、コーチング研修
パーキンソンの法則(*)	サービス残業の常態化	支援を人事考課要素にする
女性就労継続	管理職モデルが少ない	適正仕事量への配慮
		相談窓口・ホットライン
		女性管理職研修

(*) パーキンソンの法則：歴史政治学者シリル・ノースコート・パーキンソン（英国）
第1法則「仕事の量は、完成のために与えられた時間をすべて満たすまで膨張する」

多職種が協働し、日々の業務に取り組む医療機関にとっては、労務トラブルによって組織としての活動が停滞してしまう事態は、回避しなければなりません。

■ 組織として理念の共有と意欲の向上を図る

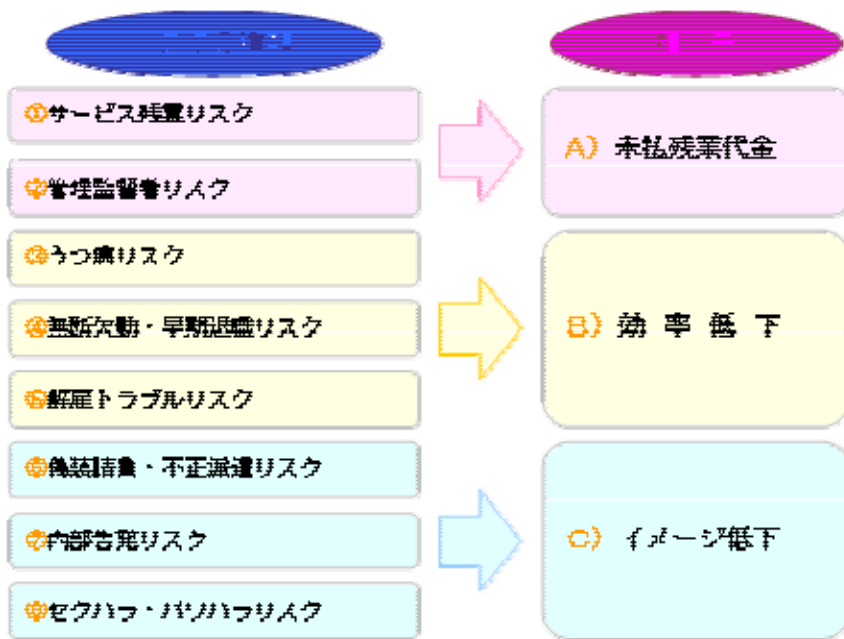
医療機関における労務トラブルを軽減するためには、組織としての目的を共有することが必要です。医療機関職員は、元来、貢献意欲とモチベーションが高いため、自身が共感できる目的や目標達成に向けて、個人の努力を組織のために寄与していこうという意思を持っているものです。したがって、理念を掲げ、組織の一員として行動する基本方針を定めることにより、組織文化を浸透させ、併せて価値観を共有し、帰属意識の向上を促して、職員個々の職務あるいは労働環境に対する納得性を高めることにつながるのです。

そのためには、院長自らが、研修や院内行事の場を通じ、経営トップのメッセージとして、組織が共有すべき目的と理念、そして基本方針を職員に伝えていくことが求められます。

3 原因別にみる労務リスクとその対策

■ 医療機関に潜在する労務リスクとは

医療機関における労務リスクは、その原因別に8つに分類されます。それにより、未払残業代の支払や業務の効率低下、さらに社会的なイメージ低下などの損失が発生する可能性があります。



◆8つの労務リスクとそれにより生じる損失

金銭支払などの直接の経済的損害ばかりではなく、イメージ低下、あるいは風評等による社会的損害は、その損失の大きさを予測することが不可能であり、地域から得てきた信頼を失うばかりでなく、患者数の減少など、長期間にわたって将来の医療機関経営を圧迫する要因にもなりかねないものです。

■ 主要な労務リスクと対応策

現在の労務管理の3大テーマとしては、「労働時間管理」「退職・解雇管理」「セクハラ・パワハラ問題」が挙げられます。前述した8つの労務リスクのうち、①・②が労働時間管理に、④・⑤が退職管理、さらに⑧がセクハラ・パワハラ問題に関連しますが、その損失の大きさが予測不能であるため、防止するための対応策が一層の重要性を増すこととなります。

■ 労働時間管理をめぐるリスクへの対応策

労働時間管理をめぐるリスクへの対応策には、就業規則と36協定の整備で対処します。

■ 退職・解雇をめぐるリスクへの対応策

負荷を感じている職員に早期対応するための取り組みを設け、無断欠勤を繰り返す職員には、就業規則上に懲戒事由を定めルールとして認識させます。

■ 組織内モラルをめぐるリスクへの対応策

セクシャル・ハラスメントやパワー・ハラスメントについて、どうして問題行動であるかを組織で共有するようにします。

経営データベース ①

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理



診療報酬請求業務の問題改善

院内システム不備による診療報酬請求業務の問題を改善するための取り組みを教えてください。



院内システムの不備に対しては、次のような対応策が挙げられます。

■コンピュータのシステム管理

コンピューターチェックシステム活用による入力者判断ミス等の軽減を実施する。

【具体的項目】

- 初診料 算定不可チェック
- 外来管理加算 算定不可チェック
- 特定疾患療養指導料 算定不可チェック
- 長期投与 不可チェック
- レセプト記載事項の自動化（算定日、部位記載） ⇒ 診療情報提供料、手術日、部位（左・右）

■医事点数マスターの管理

- 点数マスター管理者の選任
- 新規採用薬剤、治療材料購入及び価格変更の伝達ルートの確立
- 登録マスターに点数区分・解釈を付記し算定根拠の明確化

■チェック表の作成

- 請求漏れの頻度が高い項目について、チェックリスト作成による確認励行（即日入院時の初診料、検査料・画像診断料の時間外加算、退院時指導料、退院時リハビリテーション指導料）

■チェック体制を確立

【医事担当部署の内部体制】

- ダブルチェックシステムのルール化
（医事担当職員のレベルの向上、レセプト作業時の点検業務の軽減）

【コ・メディカルとの連携によるチェック体制】

- 薬局の薬剤出庫数とレセプト算定薬剤使用量との集計比較（ABC分析）
- 薬剤管理指導料の実施回数と医事算定回数の集計比較
- 外注（院内）検査センターからの請求明細とレセプト算定回数チェック
- 画像診断造影剤出庫量とレセプト算定造影剤使用量との比較チェック

経営データベース ②

ジャンル：業績管理 > サブジャンル：業績管理と予算管理



医療行為データ分析と業績管理

医療行為データを分析することは、業績管理にどのように役立つのでしょうか？
また、部門別原価計算のメリットを教えてください。



業績管理において、単に診療報酬請求額の合計額をみるだけでは、その報酬が適切な処理により算定された適正な報酬額であるかどうかということは判断できません。

したがって、医療行為別データ管理の分析や、レセプト請求時における請求漏れの有無をチェックするなど、適正な診療報酬を得ていることの確認が必要です。

適正な報酬請求の前提として、医事担当職員も診療報酬の基本点数や加算に関する十分な知識を持つことは当然のことです。一方で、医師も請求漏れがないように、診療録やレセプトの適正な記載・記入を心がける必要があります。

また、診療行為の発生源は全て医師なので、請求事務を行う医事担当職員との間で協力関係がなければ、医療行為データを詳細に分析したとしても、収入増に直結するわけではありません。このような観点から、医療行為別分析は、業績管理を行うために不可欠な作業なのです。

さらに、多くの診療科目を標榜し、入院機能を備えている病院においては、部門別原価管理体制を整備することで、次のような効果が期待できます。

- ① DRG（診断群）とEBM（科学的根拠に基づいた医療）の有効性の検証
⇒ 部門別原価制度の構築が不可欠
- ② 部門別原価計算の導入は、医療現場と管理部門との経営情報の接点となり、ナレッジマネジメント（知識・知恵の活用）の基礎になる
⇒ 現場にも経営に対する意識を醸成できる
- ③ 部門別原価計算を財務諸表（P/L、B/S、C/F）と連動させることにより、全院的視野と各部門（診療科別・職種別・入院外来等）的視野の調整が可能になる
⇒ 財務諸表の活用で、経営資源を投下すべき部分を選定できる
- ④ 部門別原価計算の情報は、予算編成の基礎資料に有用
⇒ 原価計算制度と予算制度の有機的な整備・運用を実現できる