

平成 14 年 度
包括外部監査の結果報告書に
添えて提出する意見書

(岐阜市病院事業の財務に関する事務の執行及び経営に係る事業の管理)

岐阜市包括外部監査人

阪 井 義 孝

目 次

	頁
1 . はじめに	1
2 . 会計諸問題の解決	3
3 . 原価計算	5
4 . 医業収益にかかる査定減について	9
5 . 未収金の管理について	11
6 . 診療材料について	13

1. はじめに

(1) 経営の現状

現在、病院運営は委員会方式を採用しており、累積欠損金の早期解消のため、経営合理化を行いより収益性の高い病院経営を目指している。その結果、この数年は黒字経営で欠損金は減少してきている。

反面、単年度黒字を大前提とするため、厳しい予算管理のため経営のダイナミックス、すなわち本来目指すべき病院の姿を見失うのではないかという危惧も感じられた。

しかし、そのなか、平成14年度には病院機能評価の認定を受け、また脳死判定による臓器提供病院として東海地方初の臓器提供を行うなど自治体病院の本来の役割を担うべき積極的な姿勢が見られる。

また、経営管理改善への意識は病院全体として高いと感じられた。

(2) 中長期経営計画の必要性

単年度の黒字経営を目指すなかで、公的病院としてより最適な地域医療サービスの提供を行うという本来の役割を果たすためには中長期経営計画を明文化する必要がある。

経営および医療サービス目標、基本方針を明確にするとともに、医療サービス達成計画、収支計画、利益計画、設備計画などの中長期的な計画を策定する手法を導入することによりより有効な経営ができる。

(3) 現状把握の必要性

病院経営をより有効に行うためには、現状把握を的確に行う必要がある。必要以上に詳細なことは無用であるが、目的達成に必要な範囲、たとえば問題点の所在を明確にするために必要な現状把握は行う必要がある。

よって、より正確な現状把握のために次の点について検討を要する。

会計諸問題の解消

外部監査の結果、より適正な財務諸表の作成のために会計上の問題点を指摘したが、より正確な現状把握のためにはこれらの問題点を解決した財務諸表の作成が必要である。

特に重要性のある退職給与引当金の計上方法、減価償却費の計上方法を後述する。

診療科別原価計算方法の導入

現在病院全体の損益のみディスクローズされているが、現状の把握をより詳細に行うためには診療科別の損益の把握は最小限必要と考え、診療科別原価計算を後述する。

一般会計繰入金基準の明文化

自治体病院の役割は地域の実情にあった地域医療の確保であり、地域医療計画やその他の医療機関の状況を踏まえ、住民にとってより最適な医療サービスを提供することである。そのため、自治体病院では収益性のみを求め赤字部門の診療を行わないという経営姿勢だけでは成り立たない。たえず、住民を意識した経営体であるべきである。

よって、地方公営企業法では、一般会計等から負担する経費（一般会計繰入金）を規定している。すなわち、自治体病院が自助努力しても不採算になる経費など、要因によって経営に伴う収入をもって充てることができないもの、充てることが客観的に困難なものは一般会計等から負担することになっている。

しかし、地方公営企業法は独立採算を前提としており、その他の経費は病院の自助努力により経営努力し、黒字経営を目指さなければならないことは当然である。

本来地方公営企業法第17条の2に規定されている一般会計が負担すべき経費は現行の従来からの慣行による方法は不明瞭な点、恣意性の介入する余地があるので、より公正かつ明瞭にするため一般会計繰入金基準を明文化する必要がある。

(4) 収益改善策

外部監査の結果経営改善が必要とされた医業収益の査定減の改善方法、未収金の管理方法の改善策等々後述する。

2. 会計諸問題の解決

(1) 退職給与引当金の計上方法

現状

監査結果のとおり、退職給与引当金は現在未計上である。

退職給与引当金残高としては年度末在籍職員の自己都合退職における退職金要支給額の合計額で計上するのが一般的である。

ただし、地方公営企業としては損益計算書を作成するに際し、発生主義の原則により費用として計上が必要なのは当該年度の退職給与の発生額すなわち要支給額の増分だけである。地方公営企業では損益計算書上で退職給与引当金繰入額と計上しなければならない。

退職給与引当金の残高を分析すると、病院だけに勤務する職員は病院として全額負担すべきものであるが、過去に他の勤務場所から配置転換された職員は病院負担分と他の勤務場所との負担分の合計額になる。

・病院だけ勤務の職員の退職給与引当金残高

年度末自己都合による退職金要支給額
全額病院負担（原則病院の損益計算書に計上）

・病院と過去に他の勤務場所とを勤務の職員の退職給与引当金残高

年度末自己都合による退職金要支給額	
過去勤務場所負担分	病院負担（原則病院の損益計算書に計上）

単年度の損益計算書に計上する退職給与引当金繰入額の計算は次のとおりである。

退職給与引当金繰入額 = (年度末在職職員期末要支給額 - 左記職員の前年度末要支給額)

しかし、市の一般会計等は原則収支計算書だけのため退職金を支出時に認識すれば良く、発生主義の会計処理方法は採用されていない。市民病院の会計処理も一般会計を踏襲した形でこれまで来たと思われる。

退職給与引当金計算における問題点およびその計上方法

退職給与引当金の計算上必要な退職金の支給対象となる全職員の個人別の期末要支給額を病院側で把握する必要がある。

個人別の人事ファイルに過去の勤務場所別の負担退職金金額をデータとして持ち、その累積を年度末の期末要支給額とする方法等が考えられる。

年度末自己都合による退職金要支給額			
勤務場所 1	勤務場所 2	勤務場所 3	勤務場所 4（病院）
退職金負担額 1	退職金負担額 2	退職金負担額 3	退職金負担額 4

・損益計算書

年度末の期末要支給額のデータにより、損益計算上は上記で述べた計算方法で退職給与引当金繰入額を計上すれば良い。

・貸借対照表

二つの方法が考えられる。

a.現勤務場所（病院）で期末要支給額全額を計上する方法

b.各勤務場所で作る退職金負担額を計上する方法

個人別の退職金の累積データに基づき、いずれの方法も考えられるが、現在一般会計等では、貸借対照表、損益計算書の作成が義務づけられていない点および勤務場所間の過去負担分の経理処理が面倒な点を考えると、各勤務場所で作る退職金負担額を計上する方法が現実的と思われる。

（２）減価償却の計上方法

現状

岐阜市民病院の財務に関する特例を定める規則第 67 条で取得の翌年度から減価償却を行うことになっている。これは地方公営企業法の財務規定等を適用する事業に関する財務規則第 145 条第 1 項に基づくものである。

問題点と意見

取得事業年度で収益を得るために稼働している資産に対する減価償却費が計上されていないことは、収益と費用の対応がなく、期間損益が適正に計上されていないことになる。

地方公営企業法施行令第 8 条第 6 項では、事業年度の中で取得した有形固定資産の減価償却について使用の当月または翌月から月数に応じて行うことを妨げない旨の規定がある。

費用と収益を対応させるためには、岐阜市民病院の財務に関する特例を定める規則第 67 条の見直しを検討し事業の用に供した年度から月割で減価償却すべきものと思われる。

なお、最近 3 年間に取得した器械備品の次年度の減価償却費は

平成 11 年度取得分の翌年度償却額 18,807 千円

平成 12 年度取得分の翌年度償却額 20,070 千円

平成 13 年度取得分の翌年度償却額予定額 24,935 千円

となっている。器械備品を使用に供した日時が明確でないため、償却開始月が確定できないが、年間に渡って平均して取得したと仮定すれば、上記金額の 1/2 (毎年 9 百万円から 12 百万円)の減価償却不足が発生している。

3．原価計算

1．概要

病院の経営状態をより詳細に把握し、病院経営に活用するためには、原価の発生状況を把握する必要がある。

現在原価計算を行うためのシステムがあり、作成しているが、厳密な収益・原価の発生メカニズムの分析等に充分活用されてはいない。

病院における原価計算には、診療科別に原価を把握する方法（診療科別原価計算）、患者別に原価を把握する方法（患者別原価計算）、疾病別に原価を把握する方法（疾病別原価計算）、診療行為別に原価を把握する方法（診療行為別原価計算）などが考えられる。

ただ、様々な原価計算を行うためには、多くのデータ収集・整理とシステムの再構築が必要なものもあるため、まずは現在の診療科別原価計算の精度を高める取組みが望まれる。

2．診療科別原価計算

診療科別原価計算は、病院で発生する原価を診療科という単位で集計する方法である。

ここでは、原価をまず発生場所別に直接部門、間接部門、共通部門に大きく分類する。

診療部門は外来部門と入院部門に分類し、外来部門はさらに第一内科、外科、整形外科などの診療科に分類される。また、入院部門はさらに内科・外科などの各病棟に分類される。

各診療科別にすべての原価を集計した場合には、診療科別の業績評価が明らかになる。

この診療科別の業績評価により、どこの診療科が利益をあげているかの把握が可能となり、病院における経営資源を最適配分するための判断材料ともなる。

ただ、一方で中央検査部や事務局などの間接部門で発生した費用を各診療科に負担させるには、合理的な負担基準についての全病院的合意が必要となる。

この負担基準については、例えば事務局で発生した費用ならば、各診療科ごとの医業収益や患者数などにより負担するなど、様々な負担基準が考えられる。

3．各診療科に直接負担させられる費用のみで算出する診療科別原価計算

負担基準については、全病院における合意が得られないならば、各診療科に直接負担させられる費用のみで算出する原価計算も考えられる。

そこで、各診療科に直接負担させられる費用のみで算出する原価計算を提案する。

各科目の把握は次のとおりである。

人件費(固定費)：金額の多額な医師給・看護師給・賃金・報酬・退職金

診療科が複数ある混合病棟の看護師給については、診療科への直接的な負担はできないが、金額的に多額であるため、費用の発生態様を考慮して合理的と思われる「月ごとの入院患者数」で按分している。

薬品費(変動費)：診療科ごとに把握されたデータはなかったが、金額的に多額であるため、各診療科の注射・投薬料で按分している。

診療材料費(変動費)：各診療科ごとに把握

間接部門

-) 診療支援部門・・・診療報酬の稼得に直接貢献するが、それが同時に各診療科、各病棟などの直接部門へのサービス提供を行う部門。
具体的には、中央検査部、中央手術部、中央放射線部、集中治療部、麻酔科部、救急治療部、薬剤部、地域連携部などが該当する。
-) 管理部門・・・・・・収益の稼得に直接関連せず、組織の運営を円滑にするために必要な機能を発揮する事務局が該当する。

4. 原価計算の結果

計算結果は次表「直接部門の各診療科別原価計算」のとおりであるが、各診療科の責任者は、個々に計算された収益や費用、利益に対して一義的に責任を持つ必要がある。

病院経営における実際の活用方法としては、月次で算出することにより、診療科別の損益を把握し、原因分析する方法が考えられる。

また、別途、診療科別に直接負担することができない間接部門の費用(中央検査部や事務局など)については、全体でその発生態様を原因分析する必要がある。

(直接部門の各診療科別原価計算)

	第一内科	第二内科	外科	乳腺外科	脳神経外科	整形外科	リハビリテーション科	小児科
A 医業収益	3,576	2,607	1,159	227	444	746	99	548

診療科別に直接認識ができる費用

薬品費	580	622	194	63	62	38	1	124
診療材料費	1,053	249	78	12	29	46	6	37
B 主な変動費合計	1,633	871	272	75	90	84	7	162
C A - B	1,943	1,736	887	152	354	662	92	387

医師給	172	149	96	16	56	73	31	63
看護給	375	418	181	19	73	164	0	131
賃金	1	1	1	1	1	2	3	0
報酬	7	7	0	2	0	0	3	5
パート医師給	1	2	0	0	1	0	0	0
退職金	2	1	1	0	14	9	0	0
D 主な固定費合計	558	578	279	38	145	249	37	199
E C - D	1,385	1,158	608	114	208	413	56	187

(単位:百万円 四捨五入)

産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	呼吸器科	歯科	放射線科	精神神経科	合計
631	166	299	143	388	1,113	49	86	423	12,703

70	17	38	33	64	138	1	2	26	2,073
41	20	20	10	35	85	12	4	25	1,761
111	37	58	43	99	223	14	6	51	3,834
520	129	241	100	289	889	35	80	372	8,869

68	32	35	32	38	84	24	34	54	1,058
102	23	63	31	58	196	2	46	162	2,044
2	2	2	0	2	2	1	0	2	24
2	0	1	1	4	0	0	0	0	32
0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
0	0	0	0	0	0	0	0	1	30
174	57	101	65	102	283	27	80	220	3,193
345	73	140	35	187	606	8	0	152	5,675

中央検査部の費用など、間接部門の費用 5,233

医業利益 443

5. 全ての原価を診療科に配賦する診療科別原価計算の方法

(1) 基本的考え方

費用は、原則、全ての診療科ごとに実際発生費用を把握する必要があるが、全ての診療科ごとの実際発生費用の把握が困難な場合は、医療従事者の納得が得られるよう費用を合理的な配賦基準により配賦することになる。

ここで、費用の配賦方法としては、階梯式配賦法による方法が考えられ、具体的には、以下のような方法で費用の配賦を行う。

)全ての費用を部門個別費(どの部門で発生したか特定できる費用)と部門共通費(複数の部門にまたがって発生する費用)に区分する。

)部門共通費は合理的配賦基準により個別部門(直接部門、間接部門)に配賦する。

)間接部門の費用の内、管理部門の費用を直接部門と診療支援部門に配賦する。

)診療支援部門の費用を直接部門に配賦する。

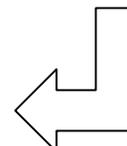
階梯式配賦法のイメージは、次のとおりとなる。

階梯式配賦法による費用配賦のイメージ

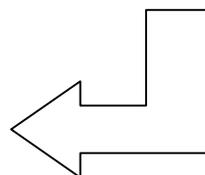
個別部門							共通部門
直接部門			間接部門				
診療科		病棟	診療支援部門		管理部門		
第一内科	外科等	病棟	中央検査部	薬剤部等	病院総務課	医事課	
診療科費用	診療科費用	病棟費用	中央検査部費用	薬剤部費用	管理費用	管理費用	部門共通費

診療科費用	診療科費用	病棟費用	薬剤部費用	検査部費用	管理費用	管理費用
部門共通費						

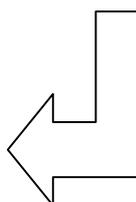
診療科費用	診療科費用	病棟費用	薬剤部費用	検査部費用
部門共通費	部門共通費	部門共通費	部門共通費	部門共通費
管理部門費用配賦分	管理部門費用配賦額	管理部門費用配賦分	管理部門費用配賦分	管理部門費用配賦分



診療科費用	診療科費用	病棟費用
部門共通費	部門共通費	部門共通費
管理部門費用配賦分	管理部門費用配賦額	管理部門費用配賦分
診療支援部門配賦分	診療支援部門配賦額	診療支援部門配賦分



診療科費用	診療科費用
部門共通費	部門共通費
管理部門費用配賦分	管理部門費用配賦額
診療支援部門配賦分	診療支援部門配賦額
病棟費用配賦分	病棟費用配賦額



4. 医業収益にかかる査定減について

(1) 毎月の査定減について

病院経営をより一層改善するためには、毎月の診療請求額に対して査定減がいくらあったのかを把握するとともに、その原因を分析し、同じ原因による査定減が発生しないように防止に努める必要がある。

そこで、毎月の査定減について、その内容を確認するとともに、原因は何か、原因分析を病院がどのように行っているか、どのように病院経営に役立っているかを確認した。

(2) 査定減の事由別内訳について

病院は、毎月の審査結果に基づき、事由別集計や、薬品・医療材料等の審査状況、再審査請求の状況を把握するとともに、毎月の病院運営委員会で検討している。

平成13年度の事由別一次査定減の推移は次の表のとおりとなっており、年間の減点数は1,932,599点となっている。

査定減事由別推移表

合計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平成13年度合計
A	45,533	63,789	52,427	34,848	37,070	15,469	37,111	18,209	28,673	34,661	28,746	29,295	425,831
B	53,261	54,199	140,076	89,244	113,097	58,027	72,791	82,669	110,274	179,113	63,706	113,132	1,129,589
C	0	190	0	42	1,114	0	140	0	0	160	286	2,152	4,084
D	56,798	30,166	14,559	15,543	30,537	23,512	6,723	38,878	22,600	12,618	54,994	153,548	460,476
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	102	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124
S(増点数)	9,563	1,230	1,263	4,772	1,570	2,032	34,374	6,179	7,032	7,890	6,289	5,326	87,520
1次査定減分総合計	146,146	147,136	205,799	134,905	180,248	94,976	82,391	133,577	154,515	218,662	141,443	292,801	1,932,599
請求点数	92,063,120	102,200,047	98,716,472	102,887,731	106,055,418	91,154,689	100,648,343	100,094,951	98,835,140	102,321,180	97,750,875	103,125,270	1,195,853,236
1次査定減率(増点数含む)	0.159%	0.144%	0.208%	0.131%	0.170%	0.104%	0.082%	0.133%	0.156%	0.214%	0.145%	0.284%	0.162%

1. 診療内容に関するもの

- A 適応と認められないもの
- B 過剰と認められるもの
- C 重複と認められるもの
- D 前各号の外不適当(疑義解釈通知等に照らして不適当なものを含む)又は不必要と認められるもの

2. 事務上に関するもの

- F 固定点数が誤っているもの
- G 乗算、横計、加算が誤っているもの
- H 縦計計算が誤っているもの
- K その他

左記は、通常、診療報酬審査委員会から通知される増減点事由である。

原因別には、Bの「過剰と認められるもの」が一番多く、ついで、Dの「不適当(疑義解釈通知等に照らして不適当なものを含む)又は不必要と認められるもの」、Aの「適応と認められないもの」の順になっている。

査定減のうち、手技料等は、人件費を除いては病院の負担とはならないが、薬品・診療材料の査定減については、保険請求できないため、病院の実質負担となる。

従って、Bの「過剰と認められるもの」などを減少させることが必要であるが、この点については、次項(3)で述べる。

(3)薬品・診療材料の査定減について

平成 13 年度の薬品の査定減額は、一次審査・二次審査合計で 19,590 千円となっている。

岐阜市民病院の取扱い薬品数は平成 13 年度で約 1,700 件であるが、薬品査定減額 19,590 千円のうち、毎月査定減となっている高額な薬品もあり、5,000 点以上的高額薬品の査定減は全体の約 4 割を占めている。

また、診療材料の査定減額は、一次審査・二次審査合計で 790 千円となっている。

平成 13 年度の再審査による復活額合計は、処置料等も含めて 4,293 千円（平成 14 年 3 月末現在で、再審査請求中であるが未決定のもの 513 千円もある。）があるが、これを考慮した場合でも、保険請求できず病院負担による実質損失となった金額は 16,087 千円となっている。

	査定減額
薬品査定減額	19,590 千円
診療材料査定減額	790 千円
再審査による復活額	+ 4,293 千円
差引（病院負担による実質損失）	16,087 千円

主な原因としては、以下の点が挙げられる。

保険請求できる投与期間が限定されている薬品を使用した。

正当な理由がある場合には、においても保険請求できるが、カルテに使用理由を十分に記載しなかったために査定減になってしまった。

再審査請求の検討が十分とはいえない。

良質な医療を行うために、病院は、萎縮診療にならないような配慮は当然必要であるが、一方で病院の実質損失とならないような工夫も必要である。

方策としては、薬品使用時に、規定された投与期間・投与量を超えているかどうかを注意することが挙げられる。

また、正当な理由により期間・投与量を超えて使用する場合には、医師がカルテの書き方を工夫し、使用理由を明確に書くことが挙げられる。

さらに、病棟クランクや医療事務請求者も、特に高額な薬品について投与期間・投与量の確認をし、カルテへの記載事項の十分性を確かめることも必要である。

加えて、診断の正当性を主張するためにも、再審査請求の可否を十分に検討するべきである。

薬品・診療材料の査定減推移表

		(単位:千円)												
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平成13年度合計
薬品	1次審査分	1,026	724	1,217	840	1,014	310	560	740	1,080	1,542	564	865	10,482
	2次審査分	625	631	655	927	739	923	752	874	709	669	784	820	9,108
	合計査定減	1,651	1,355	1,872	1,767	1,753	1,233	1,312	1,614	1,789	2,211	1,348	1,685	19,590
診療材料		19	10	20	5	159	5	28	7	79	174	139	145	790

再審査請求による認定 4,293
16,087

5 . 未収金の管理について

(1)徴収不能未収金のうち病院側の原因によるものとして次の3点が考えられる。

請求手続の遅れによるもの

追加請求が発生するもの

医療トラブル、医療関係者への不満によるもの

上記の については、3年前までは1ヶ月締め請求を行っていたが、請求時点が遅くなり金額が多額になるとのことで、10日目ごとの締め切りにして、請求金額を少なくし、早期の回収を図ろうとしたが、3年間の回収実績が伸びなく、むしろ事務手続が複雑になり請求ミスが多発し、患者とのトラブルが多くなったため平成14年度より、従来の月1回の請求に戻し、レセプトとのチェックを行ない、3ヵ月後に請求することとなっている。ただし、請求事務の複雑さから過去には年1回のみ請求もあった。

従って請求事務手続のマニュアルを作成し、発生日より少なくとも2ヶ月後には請求書が完全に発送される必要がある。そして先方に未着で返却されたもの及び、その後入金のないものについては、電話請求等、代替的手続を行い早期請求事務の漏れを防ぐ必要がある。

については、医療現場での請求漏れの発生防止マニュアルを整備する必要がある。

については、患者対応マニュアルの整備等が挙げられる。

(2)患者側の原因によるものは次の3点が挙げられる。

経済的理由により支払能力がない場合

追加請求等病院関係者の対応の悪さを理由に支払わない場合

住所移転、行方不明、死亡等により連絡不能となる場合

については入院時に保険証がなく保証人もいない場合は、本人との相談により福祉関連部署と連絡をとり、生活保護の対象となる指導を行っている。

ただし、生活困窮者(生活保護まではいかないが収入不安定者、定職を持たない者、多重債務者、国民健康保険料の滞納により高額医療費貸付制度が利用できない者)の場合は医療相談員との面談の早期実施や分割納入の促進に努めているが、長期滞納者には徴収員が対応しており、その効果はあまり表れていない。

過去の不納欠損金発生の原因をもとに、生活困窮者対応マニュアルを整備し、早期回収に向けた検討を行う必要がある。

については、患者とのトラブルが原因となっているため、病院側で患者対応マニュアルを整備し実施されれば減少すると考える。

の住所移転については、移転先の住所への追求は困難なため、と同様そのような事態にならないようにする早期回収に向けた検討を行う必要がある。

6．徴収不能見込額の検討

平成 13 年度決算では、平成 9 年度から平成 13 年度までに発生した未収金について、発生時より 5 年間経過していないため欠損処理が行われていない。過去 5 年間の欠損処理実績の累計額は 61,308 千円と、毎年約 12 百万円の欠損処理が行われている。

過去の欠損処理実績に基づいて、平成 13 年度の未収金残高に対して徴収不能見込額を算出すると約 6 千万円となる。

6 . 診療材料について

(1)購入形態の見直しについて

現在、S P D方式による購入を採用している診療材料は、常時使用するもののみであるが、このS P D方式を採用するかどうかは各病棟の判断で決定している。

S P D方式であれば、病院の在庫負担は減少することになると思われる。

また、伝票による請求の場合は、請求から納品までタイムラグ(請求から5～6日後)があるため、どうしても病棟で多く在庫を抱えようとするとも考えられる。

現在の請求伝票による購入形態から、S P D方式による購入形態に変更できる余地がないかを検討すべきである。

(2)定量管理について

現在、診療材料については定量管理を行っていない。

診療材料費を抑えるためには、定量管理が望ましい。

特に、単価契約を行っていないものは種類が多く、定量管理ができない状態となっている。

診療材料については、同種・同効果のものがないかを検討し、種類を絞ることで定量管理も可能になると判断される。また、スケールメリットが得られ、購入量をまとめることで価格交渉を有利に進めることも可能になる。

ただ、きめ細やかな患者サービスの点ではマイナスとなるため、別途配慮が必要である。

また、(1)のS P D方式による購入は、病院の在庫負担の軽減及び請求から納品までのタイムラグが少なくなることから望ましいが、一方で使用分だけ補充されるため、使用量に歯止めが利かなくなることも考えられる。

S P D方式であっても、定量管理を行う工夫が必要である。

さらに、各診療科でどれだけ使っているか、月次で把握は行っているが、資料を作成しているだけであり、診療材料委員会に報告しているわけではない。

診療材料委員会で報告し、前年同月との比較などを行い原因分析することで、診療材料費が減る余地があると判断する。