

1. 本論文の構成

本論文の構成は、次のとおりである。

序章 問題提起

- 第1節 病院原価管理論の必要性
- 第2節 本研究の視点と方法
- 第3節 本論文の構成

第I部 米国の病院における原価管理の展開～原価管理対象の多様化

第1章 原価管理対象の多様化の背景

- 第1節 83年メディケア償還制度改革と病院原価管理への影響
- 第2節 マネジドケアによる医療管理の強化と病院原価管理への影響

第2章 部門別原価計算・原価管理中心の時代～83年メディケア償還制度改革まで

- 第1節 部門別原価計算・原価管理の必要性の認識(65年メディケア創設以前)
- 第2節 部門別原価計算・原価管理の普及(65年メディケア創設以降)
- 第3節 部門別原価計算・原価管理の洗練化(83年改革及びマネジドケアの管理強化以降)
- 第4節 本章のまとめ

第3章 部門内各種サービス別原価計算・原価管理の本格化～83年メディケア償還制度改革以降

- 第1節 多様な部門内各種サービス別原価計算方法の内容と性質
- 第2節 部門内各種サービス別原価計算・原価管理の普及と洗練化(83年改革以降)
- 第3節 部門内各種サービス別原価計算・原価管理のさらなる洗練化・徹底化(80年代末以降)
- 第4節 本章のまとめ

第4章 疾病(DRG)別原価計算・原価管理の本格化～83年メディケア償還制度改革以降

- 第1節 疾病(DRG)別原価計算・原価管理の普及(83年改革以降)
- 第2節 普及していった疾病(DRG)別原価計算の計算構造～メディケア原価報告書方式の部門別原価計算を基本枠組みとした計算構造
- 第3節 疾病(DRG)別原価計算・原価管理の洗練化(80年代末以降)
- 第4節 本章のまとめ

第5章 医師別原価管理の本格化～マネジドケアによる医療管理の強化(80年代末)以降

- 第1節 医師別原価管理(医師プロファイリング)の展開
- 第2節 医師による原価管理の提唱
- 第3節 本章のまとめ

第I部補論 米国の病院におけるABC～計算構造・計算方法の観点から～

第II部 米国の病院における品質管理と原価管理の統合(80年代末以降)～原価管理思考の変化

第6章 品質・原価統合的管理の展開の背景

- 第1節 品質と原価の相互関係に関する認識の変化
- 第2節 JCAHO等によるTQMの推進
- 第3節 厳しい原価抑制下での品質低下の危機感に対処するための仕組み
- 第4節 品質・原価統合的管理の全体像
- 第5節 本章のまとめ

第7章 診療プロトコルマネジメントによる品質・原価統合的管理の展開

- 第1節 診療プロトコルマネジメントの展開
- 第2節 費用対アウトカム(医療の質)を考慮した診療プロトコル開発
- 第3節 診療プロトコルと実績との差異分析を通じた品質・原価の統合的管理
- 第4節 診療プロトコルマネジメントを支える情報システムの必要性
- 第5節 本章のまとめ

第8章 品質コストマネジメント手法による品質・原価統合的管理の展開

- 第1節 一般産業界における品質コストマネジメント手法の概要
- 第2節 病院における品質コストマネジメントの展開
- 第3節 本章のまとめ

第9章 ABMによる品質・原価統合的管理の展開

- 第1節 一般産業界におけるABMの概要
- 第2節 病院におけるABMの展開

第3節 本章のまとめ

第10章 品質・原価統合的管理の全体像

第1節 各品質・原価統合的管理手法の相互関係

第2節 品質・原価統合的管理の促進手段としての業績管理システム

第Ⅲ部 日本の病院における原価管理の現状

第11章 原価計算・原価管理の現状～インタビュー等に基づく実態調査

第1節 病院原価計算・原価管理の歴史的経緯

第2節 病院原価計算・原価管理の現状(90年代末以降)

第3節 先進的な事例: 聖路加国際病院における原価計算・原価管理

第12章 日本の病院における部門別原価管理実務の実態～全民間病院へのアンケート調査から

第1節 調査の概要

第2節 部門別採算管理実務の実態調査結果

アンケート調査分析結果資料

第Ⅳ部 日本の病院における原価管理上の今後の課題～米国における史的展開と日本の現状からの考察

第13章 日本の病院において今後なすべき課題

第1節 日本の今後の課題

第2節 今後の研究課題

2. 本論文の目的

本論文の目的は、米国における病院原価管理の史的展開を明らかにするとともに、日本における病院原価管理の現状を把握することを通じて、日本の病院原価管理上の今後の課題を導出することにある。

3. 序章 問題提起

医療財政の悪化を背景とした診療報酬抑制環境において、個々の病院が地域住民に効率的・効果的な医療サービスを安定的に提供し続けるためには、原価管理が不可欠である。実際、厳しい経営環境下におかれて、病院は経営を維持するために原価管理に対して以前よりも積極的になりつつある。この病院原価管理を、各病院が適切に実施していくためには、今後の原価管理上の課題を明確にする必要がある。その際、日本よりも先に本格的な医療費抑制策が採られたために既に多様な原価管理努力がなされてきた米国の病院における原価管理の史的展開から学ぶべき点は多い。また今後の課題を明確にするためには、日本の病院における現状を把握する必要がある。しかしこれまで、米国における史的展開についての研究も日本の現状についての研究もほとんどなされてこなかった。そこで本研究では、米国における病院原価管理の史的展開を明らかにするとともに、日本の病院原価管理の現状を把握することを通じて、日本の病院における原価管理上の今後の課題を導出した。

米国の病院における原価管理の史的展開の明確化に際しては、特に品質管理との関わりに留意した。品質管理が原価管理よりも相対的に重視されてきた医療界では、品質を維持・改善しつつ原価を管理する必要性がとりわけ高いからである。また特に83年メディケア償還制度改革(疾病別定額払い制導入)以降の病院原価管理の展開に重点を置いた。それは現在日本においても、疾病別定額払い制の本格的導入という83年メディケア償還制度改革に類似する医療制度改革が実施されようとしており、日本の病院における今後の課題の導出という本論文の視点からは83年以降が特に重要であるからである。

米国における病院原価管理の史的展開については、各種文献データベース等を用いた体系的な文献収集により得られた1000本近い各時期に発表された病院原価管理に関する文献をサーベイすることにより明らかにした。一方日本における病院原価管理の現状については、詳細な具体的内容の把握のためにはインタビュー調査等を用い、日本病院界全体としての大まかな実施状況の把握のためにはアンケート調査を用いて把握した。

4. 第Ⅰ部「米国の病院における原価管理の展開～原価管理対象の多様化」

(1)第1章「原価管理対象の多様化の背景」

原価管理対象の多様化をもたらした主要な背景として、83年メディケア償還制度改革によるDRG別定額払い制導入と、80年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化がある。

1983年の償還制度改革により、基本的にかかった原価を全額償還できる償還システムから、かかった原価に関係なく特定の疾病別患者群(DRG)ごとに定めた一定額のみが償還されるシステムになった。そのため病院側に採算割れのリスクが生じるようになり、原価管理を徹底する必要性が生じ、部門別原価管理よりもより徹底的な原価管理が可能となる部門内各種サービスレベルでの原価管理を実施する必要性が出てきた。また採算割れのリスクの下、疾病別患者群(DRG)が償還対象となったことから、疾病別患者群(DRG)を対象として本格的に採算管理・原価管理する必要性が生じた。

急速な医療費の膨張が社会問題化するにつれ、強力な医療費抑制機能を備えたマネジドケアと総称される医療保険機関(プラン)が登場した。マネジドケアは80年代後半以降急速に市場規模を拡大し、80年代末

以降には病院に対してかなりの影響力を持つようになってきた。このマネジドケアによる医療管理の強化は、1983年の償還制度改革の影響と相まって、80年代末以降、部門内各種サービス別原価管理及び疾病(DRG)別原価管理の普及を促進した他、医師(診療方法)を管理対象とする医師別原価管理の本格化をもたらしてきた。

(2)第2章「部門別原価計算・原価管理中心の時代～83年メディケア償還制度改革まで」

部門別原価計算・原価管理は、メディケア創設以前からその必要性は認識されていたが実際にはほとんどの病院では実施されていなかったと思われ、メディケア創設後60年代末以降急速に普及していった。その後83年メディケア償還制度改革及び80年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化の進行までの間、部門は病院における原価管理の中心的な対象であった。また病院における部門別原価計算は、従来、単一基準配賦法で階梯式配賦法により実施されてきているが、90年代に入ると階梯式配賦法から相互配賦法への洗練化や単一基準配賦法から複数基準配賦法への洗練化が強まってきている。さらに、時代と共に原価部門区分が詳細になりつつある他、原価償還額最大化の観点での配賦基準選択から正確な資源消費量の把握という観点での配賦基準選択への改善も見られる。

83年メディケア償還制度改革及び80年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化以降、部門内各種サービス別原価管理・疾病別原価管理・医師別原価管理という多様な対象による原価管理が本格化していき、部門別原価管理は必ずしも中心的な原価管理方法ではなくなってきている。しかし上述のように部門別原価計算・原価管理の洗練化の実践及び主張も積極的になされるようになってきており、部門別原価管理がなお重要な役割を持ちつつあることがわかる。

(3)第3章「部門内各種サービス別原価計算・原価管理の本格化～83年メディケア償還制度改革以降」

部門内各種サービス別原価管理の基礎となる部門内各種サービス別原価計算の実施方法としては、米国における諸文献を整理すると、①RCC(Ratio of Cost to Charge)法②直接材料費法③患者別所要時間法④RVUs(Relative Value Units)法⑤ABC(Activity Based Costing)⑥Micro Costingの6種類の方法が見られる。各計算方法は実測の頻度と因果関係を考慮する原価要素の範囲という測定面の特徴から、それぞれ情報処理コスト、正確性、情報の豊富さが異なっている。ABCやMicro Costingは情報処理コストは高いが正確性は高く情報の豊富さがあるのに対して、RCC法は情報処理コストは低いが通常正確性は低く情報の豊富さはほとんどない。またRVUs法等は情報処理コスト・正確性・情報の豊富さの各面において、ABC及びMicro CostingとRCC法との中間にある。

83年メディケア償還制度改革により、かかった原価を償還してもらえぬ仕組みから、かかった原価に関係なく一定額のみを償還される仕組みになったことから、病院は徹底した原価管理を実施する必要性(あるいはインセンティブ)が生じ、部門レベルでの原価管理よりも徹底的な原価管理をできる部門内各種サービスレベルでの原価管理に取り組む病院が増加していった。また83年改革以前においても一部の病院では部門内各種サービス別原価計算を実施していたが、ほとんどが正確性に問題のあるRCC法による実施であった。それが83年改革の影響に加えて、80年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化の影響も受けて、より正確でしかもより情報の豊富さを有する部門内各種サービス別原価計算を実施して、より徹底した部門内各種サービス別原価管理を実施するようになってきている。すなわち依然としてRCC法による実施も見られるものの、RVUs法や直接材料費法や患者別所要時間法、さらにはABCやMicro Costingが多用されるようになってきている。病院界におけるABCの急速な普及の背景には、病院経営環境の変化と一般産業界におけるABC/ABMの活発化に加えて、病院界にはすでに70年代からPAC(Patient Acuity Costing)法というABC原則に基づく計算方法が存在しているという病院界特有の要因がある。

(4)第4章「疾病(DRG)別原価計算・原価管理の本格化～83年メディケア償還制度改革以降」

83年メディケア償還制度改革での定額払い制の導入により病院側に採算割れのリスクが発生するようになったことから、新たに償還対象となった疾病別患者群(DRG)を対象として、採算が取れるよう徹底的な原価管理を実施したり、疾病別原価を算出して採算分析したり償還額交渉したりする必要性が出てきた。そのため従来は一部の例外的に先進的な病院を除きほとんど実施されることのなかった疾病別原価計算・原価管理が1983年以降本格的に実施されることになり、80年代末には約9割の病院で実施されるようになった。

83年以降急速に普及していった疾病別原価管理の基礎としての疾病別原価計算は、非償還対象部門の原価を償還対象部門に配賦して償還対象部門の各種サービスの原価に含めて疾病別患者群に配賦するという計算構造をしており、現在においてもそのような計算構造の疾病別原価計算が主流である。しかしそうした計算構造をした疾病別原価計算は非償還対象部門原価の疾病別患者群への配賦を歪めるため、正確性に問題がある。そのためマネジドケアによる医療管理の強化が進み、より厳格な疾病別原価管理が必要になってきた80年代末以降、そのような計算方法への批判が見られるようになった。従来の償還・非償還対象部門区分ではなく、新たな患者直接ケア機能部門と支援機能部門の区分を基にした新しい計算構造の疾病別原価計算が提唱されるようになってきたのである。すなわち諸部門を患者直接ケア機能部門と支援機能部門に区分し、患者直接ケア機能部門原価については疾病別患者群に対して直接的に原価を配賦し、また支援機能部門についても、支援機能部門と患者直接ケア機能部門の間にしっかりした因果関係がある場合を除き、支援機能部門からABC等の手法により直接的に疾病別患者群に原価を配賦すべきであるとの主張が現れてきた。

(5)第5章「医師別原価管理の本格化～マネジドケアによる医療管理の強化(80年代末)以降」

83年メディケア償還制度改革による定額払い制の導入や80年代末以降のマネジドケアによる医療管理の強化を背景として、医師プロファイリングと呼ばれる経営管理手法が80年代後半以降提唱され、特に80年代末以降、浸透してきている。医師プロファイリングは、各医師の各種の診療実績値を測定し、同僚医師の実績値や何等かの基準値と比較し、各医師に自身の診療方法を改善するように働きかける経営管理手法である。医師プロファイリングは原価管理手法としても品質管理手法としても利用されてきたが、90年代に入ると第6章で論じるような品質・原価統合的管理の必要性を背景として、品質・原価統合的管理手法としても利用されるようになっていった。本章の主対象である原価管理を目的とした医師プロファイリングは、Prospective Payment Assessment Commission[1994]によれば52%の病院で作成されており、また多くの論者により実施報告されたりしている。その際に比較される診療実績値としては、各医師が担当した疾病別患者群ごとの平均一入院当たり総原価あるいは平均一入院当たり部門内各種サービス利用量等の原価及び資源利用量実績の場合と、担当した疾病別患者群ごとの平均入院日数や平均一入院当たり総料金等の原価・資源消費量

の代理変数の実績の場合がある。実績と比較される基準値としては、病院内部で開発された診療プロトコル上の基準値を利用する場合と外部機関が公表している基準値を利用する場合がある。また医師プロファイリングを有効な管理手法とするための留意点として、次のような点が明らかとなった。それは、年齢・性・重症度・その他の要因に対して業績を調整すること、対応すべきであると医師らが同意する領域を調査すること、インセンティブが与えられる前に行動を変える機会を医師に与えること、患者に対する会計記録に基づく実績値では通常把握漏れがあるため医師の信頼を得られないこと、等である。

また病院における原価管理活動が診療方法の領域（医師権限領域）にまで広がっていく中で、そうした領域においてまで経営管理職が中心的な原価管理責任を担うことには管理可能性の観点から限界があった。そのため、医師が最も管理可能性を有している領域においては医師自身に原価管理責任を担ってもらうという主張が、医師別原価管理の主張と密接な関係を持ちつつほぼ同時期に見られるようになってきた。こうした主張は、経営管理職よりも医師の管理可能性が高い領域がまさに病院原価の潜在的な削減可能性の高い領域であるという調査結果からも、非常に有効な原価管理アプローチであるといえる。しかしこうした原価管理アプローチ（医師による原価管理）が有効に実行されるためには、医師による原価管理を支援するのに適切な医師別原価管理情報を医師に提供することが肝要である。

(6)補論「米国の病院におけるABC～計算構造・計算方法の観点から～」

一般産業界において活発化し病院界においても導入されてきているABCについて、その計算構造・計算方法の観点から議論した。米国の病院におけるABCとしては、疾病別患者群（DRG）を原価計算対象とする疾病別ABCと、部門内各種サービスを原価計算対象とする部門内各種サービス別ABCが議論されている。病院ABCの計算方法について議論している文献は多いが、体系的に詳細な議論をしている文献は限られている。そこで本補論では、ABC委員会の形成、ABC対象領域の明確化、活動の明確化、活動の集約、コストドライバーの明確化と原価配賦、ABCについての職員教育、ABCデータと結果の評価・分析、というABCの実施手順に沿ってABCの諸論点について議論し、最後にABC導入上の障害とABCの限界について論じた。

5. 第Ⅱ部「米国の病院における品質管理と原価管理の統合（80年代末以降）」

～原価管理思考の変化～

(1)第6章「品質・原価統合的管理の展開の背景」

品質・原価の相互関係に関する認識の変化、JCAHO等によるTQMの推進、厳しい原価抑制下での品質低下の危機感に対処するための仕組みの登場を大きな背景として、80年代末以降、品質と原価が統合的に管理されるようになってきている。

品質と原価はトレードオフの関係にあり、よい品質には高い原価がかかるという考え方が、医療界においては一般産業界以上に長い間支配的であり、70年代になっても続いていた。こうした品質・原価トレードオフ観が、品質と原価の相互関係に関する諸論者による理論的主張と実証研究結果を背景として、80年代を通じて徐々に変化し、90年代初頭までには品質と原価は必ずしもトレードオフ関係にあるわけではないとの認識がかなり一般的なものとなっていった。品質・原価トレードオフ観の下では、原価管理のためには品質を犠牲にしなければならないという考え方がなってしまうため、品質を犠牲にすることへの強い反発がある病院界においては、品質管理と原価管理を同時統合的に実施するという考え方にはなりづらい。品質と原価が必ずしもトレードオフの関係にあるわけではないという考え方が一般化することにより、医療職員の原価管理への協力が得られるようになり、医療職員と経営管理職員が一体となって品質と原価を統合的に管理するという状況が生まれてくるのである。

品質と原価は必ずしもトレードオフ関係にあるわけではないとの理論的主張には、経済学的視点からのものと、品質管理論の視点からのものがある。経済学的視点からの主張は、現実の医療現場においてはすべての医師が最良のプラクティスを提供しているわけではないし、最良の医師も常に最良の医療を提供しているとは限らないから、パレート最適状態にないのが現状であり、したがって必ずしも品質と原価はトレードオフにはないという主張である。一方品質管理論の視点からの主張は、設計品質についてはトレードオフの場合もあるが、適合品質についてはバラツキの削除により品質も原価も改善されるため、品質と原価は必ずしもトレードオフにあるわけではないとする主張である。

一方、品質と原価の相互関係に関する実証研究が70年代後半から90年代初頭くらいまで盛んになされ、多様な結果を示してきた。品質と原価がトレードオフ関係にあるという結果を示す研究やトレードオフ関係にないという結果を示す研究が見られるだけでなく、選択した品質尺度や原価尺度によって、また調査対象とした疾病別患者群によって、異なる関係を示す研究が公表されている。また同じ品質尺度・原価尺度の品質と原価の関係が品質レベル範囲によって異なる結果を示す研究も見られる。このような多様な結果を示す諸実証研究から品質と原価の相互関係には決定的な関係がないことが明らかとなり、少なくとも常にトレードオフの関係にあるわけでないことが認識されるようになってきた。

こうした理論的主張及び実証研究結果を背景とした品質・原価関係の認識の変化に加えて、こうした認識の変化を受けたJCAHO等によるTQM推進運動や諸論者によるTQM推進論も品質・原価統合的管理の実施を促進した。またマネジドケアによる厳しい原価抑制的管理が品質低下に繋がらないようにするために、マネジドケアの提供する医療サービスの質を確保するための仕組み（NCQAによる認証とHEDIS報告）や医療の質を診療報酬額に反映させるような仕組みが導入されるようになった。こうした原価抑制と品質維持という二つの側面への厳しい要請も品質・原価統合的管理の実施を不可避的なこととしていった。

以上のような品質・原価の相互関係に関する認識の変化、JCAHO等によるTQMの推進、厳しい原価抑制下での品質低下の危機感に対処するための仕組みの登場を背景として、80年代末以降、病院界において品質・原価統合的管理思考が浸透していった。その結果、診療プロトコルマネジメント、品質コストマネジメント、ABMという三種類の品質・原価統合的管理手法による管理が実施されるようになってきた。また品質・原価統合的管理思考の浸透を促進し、そのことを通じて三種類の具体的な品質・原価統合的管理手法の実施を促進する仕組みとして、品質（有効性）尺度と原価（効率性）尺度の両者を含む業績管理システム（品質・原価統合的業績管理システム）も見られるようになってきている。

(2)第7章「診療プロトコルマネジメントによる品質・原価統合的管理の展開」

診療プロトコルマネジメントは、次の2つの段階を通じて品質と原価を統合的に管理する方法である。まず特定の疾病患者に対する入院から退院までの一連の包括的な医療サービスを構成する諸プロセス(疾病別診療方法)を品質(アウトカム)面と原価面を同時考慮しつつ構築する(品質・原価の統合的源流管理)。次に構築された疾病別の標準的な資源消費量及びアウトカムを資源利用(原価)実績及びアウトカム実績と比較・差異分析して、品質と原価を統合的に管理する。診療プロトコルマネジメントは80年代半ばに提唱され、理念としては品質・原価統合的管理手法であったが、現実には80年代後半においては原価管理手法として利用されていた。しかし90年代に入ると、JCAHO等によるTQMの推進や原価抑制と品質維持の両者を強く求められる仕組みの登場(NCQAのHEDIS報告や医療の質の診療報酬額への反映)などを背景として、診療プロトコルマネジメントは品質・原価統合的管理手法として用いられるようになっていった。また90年代に入ると、メディケアによるDRG別定額払い制導入の影響の浸透、マネジドケアによる定額払い制の導入、JCAHOやNCQAや医療財政庁による診療プロトコル作成の要請、等を背景として、診療プロトコルマネジメントが急速に普及していき、現在ではどの病院にとっても必需品あるいは義務に近い存在にまでなってきた。90年代後半以降になると、統合的医療提供システム会社では、急性期医療段階の前後を含むより包括的な医療段階にわたる包括医療サービスを対象とした診療プロトコルマネジメントが実施されるようになってきている。

診療プロトコルの開発に際しては、まず診療プロトコルの作成対象を重症度等の違いも考慮しつつ選択し、選択した疾病の診療プロトコルの開発にふさわしい構成員からなるチームを編成した上で、医師プロファイリングなども参考に診療プロトコルを作成し、試行的に利用してより適切なものへと改訂する。診療プロトコルの開発・利用に際しては、専門家間の軋轢の緩和、サービスとアウトカムの関係の明確化、医師の協力の確保、目的の明確化、情報インフラの整備、といった点に留意すべきである。

診療プロトコルマネジメントには、品質と原価を同時考慮しつつ標準的な診療方法を構築する段階における品質・原価統合的管理という側面と、標準構築後の実績との比較・差異分析を通じた品質・原価統合的管理という側面の二つの側面がある。診療プロトコル開発段階における原価とアウトカム(品質)の統合的考慮の主張や実践には、測定を伴わない原価及びアウトカムの考慮等に止まったもの、原価及びアウトカムの測定を伴うもの、原価モデルによるシミュレーションを伴うもの、が見られる。一方診療プロトコルと実績との原価及びアウトカムの比較・差異分析・改善段階における品質・原価統合的管理の主張及び実践には、病院(医師全体)として標準的診療方法を改善していくものと、医師別に差異分析し各医師の診療方法の改善を促すものが見られる。

こうした品質・原価統合的管理手法としての診療プロトコルマネジメントを有効に実施していくためには、臨床情報システムと財務情報システムとの統合などいくつかの条件を備えた情報システムの整備が必要であると多くの論者が主張している。

(3)第8章「品質コスト・マネジメント手法による品質・原価統合的管理の展開」

品質コストマネジメントは、広い意味での品質管理活動に関係する原価を把握し、その各品質活動の原価をその品質活動の性質にしたがって予防活動、評価(検査)活動、失敗の是正活動の各品質活動種類に分類・分析し、潜在的な品質改善(品質コスト削減)領域とその潜在的可能性(品質改善・原価削減)の程度を明らかにし、品質・原価統合的管理の焦点(優先的領域)を明確にする。品質コストマネジメントにおける品質管理活動は、品質管理部門による活動といった狭い意味での品質管理活動ではなく、全職能領域の全職員、全階層レベルにおける品質に関係する活動を含んでいる。

このように品質コストマネジメントは潜在的な可能性を有するが、病院ではあまりなされてこなかった。それは医療サービス提供に特有な特徴から品質測定が相対的に困難であるためもあるが、基本的には、日常業務では臨床的要請と財務的要請に圧倒されているためにデータ収集努力をする余裕がないからである。しかし90年代に入ると、品質と原価の相互関係に関する認識の変化等を背景として、品質コストマネジメントは急速に病院界においても関心を集めてきている。実地適用研究の報告はまだ少ないが、病院への品質コストマネジメントの適用を提唱する文献は90年代以降多く見られるようになってきている。

病院における品質コストマネジメントのための品質コストシステムには、ある特定の品質改善活動の努力(費用)とその効果を測定し管理するための品質コストシステムと、ある一定期間の病院全体の品質関連の努力と効果を測定し管理するための品質コストシステムの二つの種類が見られる。こうした品質コストシステムを用いた分析により得られる情報は、戦略的計画の支援、経営管理者の指示の支援、改善方法の示唆、改善測定、外部報告などに利用される。

(4)第9章「ABMによる品質・原価統合的管理の展開」

ABMは、診療業務における諸活動とその原価及びそのコストドライバーに焦点を当てて、病院業務(医療サービス)を品質と原価の両面から改善することにより、医療サービスの価値を高めるという品質・原価統合的管理手法である。具体的には、診療業務における諸活動を明確にしたり、当該活動(原価)をその属性にしたがって多様に分類・分析(主要活動・二次的活動・支援活動分類分析、付加価値・非付加価値活動分類分析など)したりすることによって、また諸活動を医療従事者個人別に分類し分析したり、未利用キャパシティを分析したりすることによって、高品質・低原価を達成するための諸改善・諸計画の実施を可能にするとされる。病院ABMの諸文献においては一見すると原価管理中心的な議論が多い。しかしそうした諸文献においても病院ABMは品質・原価統合的管理手法として期待されており、少なくとも理念的には、単純に原価管理を追求するものではなく高品質・低原価を追求するものである。

マネジドケアによる品質改善・原価抑制圧力の強化等により品質と原価を統合的に管理する必要性が90年代に入って高まっていく中、一般産業界におけるABMの活発化もあり、患者価値(高品質・低原価)を高めるための活動ベースのマネジメントとしてABMが議論及び実施されるようになってきた。しかしこうした病院ABMは、その全体像や本質については必ずしも明確でなく、従来から用いられてきた活動ベースのマネジメント手法やそれを修正しただけの管理手法など、活動をベースとした各種の品質・原価統合的管理手法は何でも含まれるというのが実態である。病院ABMとして議論及び実践されている活動に焦点を当てた各種の品質・原価統合的管理手法は、このように必ずしもまったく新しい手法というわけではない。しかし病院ABMの名の下に紹介され強力で推進されたことから、手法自体やその実施方法がより洗練されたり、より多くの病院に普及したりという効果ももたらされてきた。

(5)第10章「品質・原価統合的管理の全体像」

7・8・9章で個別に議論した診療プロトコルマネジメント、品質コストマネジメント、ABC/ABMは、各手法独自の部分を持ち一応別々の手法であるが、各手法がばらばらに実施されているわけでは必ずしもなく、相互に連携しながら品質と原価の統合的管理を実施している。

ABC/ABMが診療プロトコル開発に先行して実施されている場合、ABC/ABM情報は、診療プロトコルマネジメントに有用な詳細な活動分析情報や構成プロセスの原価情報を提供する。逆に診療プロトコル開発がABC/ABM実施に先行してなされている疾病領域では、診療プロトコル情報が病院ABC/ABMに有効である。

診療プロトコルの構成処置を分析することにより、品質コストマネジメントにおける予防活動や品質評価活動を明確にすることが容易になるし、診療プロトコル構成諸処置と実績の差異分析から失敗コスト等の対象項目を抽出することが容易になる。逆に品質コストマネジメントにより、どのDRG領域あるいはどの職能領域で失敗コストが多く発生していて原価増を伴わずに品質改善できる余地が大きいかかが明らかになり、どのDRG領域の診療プロトコルを優先的に改善する必要があるのかが明確になる。また診療プロトコルのどの職能領域のどの時点に焦点を当てて予防的活動や評価的活動を組み込むべきかが明らかになる。

品質コストマネジメントに不可欠な諸品質管理活動の原価はABCにより算出される。またABCは、品質を管理しようとして組織内で生じる活動原価をより直接的にその原価を発生させる患者サービスに配賦する上での合理性を与える。逆に品質コストマネジメントは、どこにおける改善努力が最も高い効果を上げようであるかを示し、ABMを実施する重点領域を明確にする。またそのような重点的なABM活動の実施後の品質コストを実施前の品質コストと比較することにより、そのABM活動の効果の測定が可能になる。

品質・原価統合的管理への取り組みを促進させる仕組みとして、品質尺度(有効性尺度)と原価尺度(効率性尺度)の両者を含む業績管理システム(品質・原価統合的業績管理システム)がある。各病院や院内の部門・チームに対して品質尺度と原価尺度の両者を含む業績管理システムを提示することは、品質管理と原価管理の両者に同時に取り組むべきことを示唆することになるため、病院経営者や院内の部門長・チームリーダーが品質と原価を同時考慮しつつ経営管理することを促すことになる。品質・原価統合的業績管理システムは、上述の3つの具体的な統合的管理手法と直接的な関係にあるわけではない。しかし品質と原価を統合的に管理するという思考の浸透を支援し、その結果として具体的な各手法の実施を促進している。

品質・原価統合的業績管理システムにより、品質・原価統合的管理を促進させようという試みや主張は多く見られる。それらは大きくNCQAやJCAHO等の外部機関によるものと個々の病院あるいは病院グループ自身によるものに分けられる。

6. 第Ⅲ部「日本の病院における原価管理の現状」

(1)第11章「原価計算・原価管理の現状～インタビュー等に基づく実態調査」

病院理事長、病院長、その他医師管理職、事務長、企画室管理者、看護部長等、20近い病院の病院勤務者に加えて、病院経営コンサルタント、情報システム会社の病院担当者、病院管理研究者、病院を監督・支援する立場の厚生省担当者等からも病院における原価管理の現状を聞いた。こうした70～80人に及ぶ病院管理関係者の話に基づいて、部門別原価計算・原価管理、疾病別原価計算・原価管理等、経営管理指標による原価管理の別に、90年代末以降の原価管理の現状を調査した。

部門別原価計算・原価管理については、大半の病院はまったく実施したことがないか、実施したことがあったとしても一回やったことがあるといった状況であり、やや先進的な病院で年一回、先進的な病院で月次で実施しているという状況である。管理がほとんどない状態の病院が多く存在するのが現状であり、部門別原価管理以前にまずはまともな財務諸表を整備すべき段階の病院も多い。こうした状況である理由としては、数年前までは一般に考えられているほど厳しい経営状況ではなかったことや、院長が経営管理の専門家でないこともあり部門別原価管理の必要性の認識が不十分であったことなど多様な理由がある。しかしますます診療報酬抑制が厳しくなってきたことや疾病別定額払い制の本格導入の見通しが強まってきたことなどから、ここ2～3年で随分と状況が変わってきており、最近では、部門別原価計算は病院界全体の流行のような状況になってきている。部門別原価計算の目的としては、職員の前原価管理意識の向上や部門別損益分岐点分析、部門別予算策定、業績評価などが挙げられている。

部門別原価計算の導入、定期的実施を成功させるためには、各職種職員の抵抗感を和らげ、協力を得られるようにすることが大切である。一回は実施してみたものの反対にあって定期的には実施できない病院や、実施しているが強い反発がありその情報を活用できない病院や、病院グループ本部による実施の推進に抵抗して実施していない傘下病院などが多く見られる。しかし原価計算・原価管理に対する病院職員の抵抗感はかつてほどではなくなっているのも事実である。院長による原価計算実施に対する強力な支援やリーダーシップと経営管理能力を有する経営管理職員の下で、原価計算目的の事前の明確化や利用方法の工夫、原価計算方法開発への医療職員の参加、疑念への迅速かつ丁寧な対応など適切な導入実施方法を用いれば、原価計算を有効に機能させることができるようになってきている。

具体的な計算方法としては、先進的な病院であっても、単一基準の階梯式配賦法により、収益比やウエイトづけされてない件数比や患者数比などを用いて部門間原価配賦をしている。しかし定期的な部門別原価計算をある程度実施してきた先進的な病院では、収益比配賦に代わるより合理的な基準による配賦への改善努力が見られるようになってきている。

疾病別等の原価計算・原価管理については、ごく一部の特に先進的な病院においてのみ開発中あるいは導入したばかりという状況であるが、研究としての試みはかなり見られるようになってきている。

経営管理指標による原価管理については、かなりの病院で以前から実施されてきていると考えられる。ただ利用されている経営管理指標は全体として収益関連指標が多く原価関連指標は少ないため、原価管理上の有効性は限られたものであったと考えられる。また患者一人一日当たり診療報酬額といった収益指標を効率性指標として利用する傾向が見られ、問題が多い。また死亡率などの品質尺度は通常経営管理指標に含まれず、品質尺度については経営管理職が積極的に関与している状況ではない。

さらに本章第3節では先進的な事例として聖路加国際病院における原価計算・原価管理実務を取り上げ、事例研究をしている。これまで日本の病院の原価計算・原価管理実務について厳密かつ詳細にしかも包括的に記述した事例研究はなく、ましてやその発展過程を現場からの反応も含めて記述したものは全く見られ

ないが、本事例研究においてはそのような記述を試みた。本事例研究により、日本の先進的な病院における実態が明らかになるとともに、洗練された高度・高頻度な原価計算は一気に達成できるわけではなく、順を踏んで発展させていく必要があることも明らかになった。

(2)第12章「日本の病院における部門別原価管理実務の実態～全民間病院へのアンケート調査から」

部門別採算(原価)管理実施の現状について全民間病院(7430病院)を対象に郵送調査し、病院界全体としての実施状況を把握するとともに、その実施状況を病床規模や標榜診療科数(組織の複雑性)、他事業施設種類数(医療複合度)、開設者等の病院属性別に分析した。具体的には、診療科別採算管理及び診療科以外の部門別採算管理について、実施の有無と実施方法(会計士等の専門家に任せているのか、専門家の意見を得て病院内で実施しているのか、病院内で独自に実施しているのか)を調査した。

診療科別採算管理については、病院界全体としては64.9%の病院が実施していた。また実施している場合には66.8%の病院が院内で独自に実施していて、会計士等の外部専門家に任せて実施している病院は14.8%にすぎないことが判明した。病床規模が250床以上の病院、標榜診療科数が1~2とかなり組織複雑性が低い病院、地域医療支援病院で、有意水準0.05で統計的に有意に実施率が高かった。また病床規模が大きい病院、標榜診療科数が多い病院、他事業施設種類数が多い病院ほど、会計士等の外部専門家に任せず院内で独自に実施している病院の割合が高まる傾向が見られた。公益法人・社会福祉法人の病院、臨床研修指定病院、特定医療法人病院では、会計士等の外部専門家に依存している病院の割合が有意水準0.05で統計的に有意に低く、学校法人の病院では、院内で独自に実施している病院の割合が統計的に有意に高かった。

一方診療科以外の部門別採算管理については、病院界全体としては64.4%の病院が実施していた。また実施している場合には61.7%の病院が院内で独自に実施していて、会計士等の外部専門家に任せて実施している病院は17.2%にすぎないことが判明した。病床規模が250床以上の病院、他事業施設種類数が3以上の医療複合度が高い病院、地域医療支援病院で、有意水準0.05で統計的に有意に実施率が高かった。また病床規模が大きい病院ほど、また標榜診療科数が多い病院ほど、会計士等の外部専門家に任せず院内で独自に実施している病院の割合が高まる傾向が見られた。また他事業施設種類数が多い病院ほど会計士等の外部専門家に任せずに実施する割合が高まる傾向がみられたが、院内で独自に実施している病院の割合については高まる傾向があまり見られなかった。公益法人・社会福祉法人の病院、特定医療法人病院では、会計士等の外部専門家に依存している病院の割合が有意水準0.05で統計的に有意に低い。

部門別採算管理の実施率は診療科別もその他別も共に6割5分弱となっており、病院関係者の実感よりもやや高い結果となっているかもしれない。しかし本調査では必ずしも定期的な実施される部門別採算管理に限定していないことや、その実施手法には精粗様々なものが含まれていることに加えて、90年代末の2~3年における急速な部門別原価計算の普及を考慮すれば、意外な結果とはいえないであろう。

なお本章では、比率の差に統計的な有意性があった事項を中心にその理由について簡単に考察した。しかしまだ十分な考察はしきれておらず、今後病院関係者との議論等を通じて徹底した考察をする必要がある。

7. 第四部「日本の病院における原価管理上の今後の課題 ～米国における史的展開と日本の現状からの考察」

第13章「日本の病院において今後なすべき課題」

診療報酬の抑制が今後も続く中、病院経営を維持し医療サービスを安定的に提供し続けるためには、部門別の原価管理による医療資源の有効かつ効率的な利用が基本となる。そのため本来ほとんどの病院において部門別原価計算を実施することが望まれる。しかし第Ⅲ部で見てきたような現状からすると、部門別原価計算を最低限年1回定期的な実施するようにすることが当面の最低限の課題である。そして既に年一回の定期的な部門別原価計算を実施している病院では、月次の部門別原価計算への移行が一つの課題である。また年一回であれ月次であれ、定期的な部門別原価計算を実施している病院では、収益比配賦に代わるより適切な配賦基準による原価配賦への洗練化が重要な課題の一つである。

そこで部門別原価計算の普及を妨げている要因の体系的整理とその解消策について考察した。普及阻害要因は必要性の認識段階と導入段階と定期的実施への定着段階の3段階における要因に区分できる。このように区分される諸要因が現在どのような方向へ変化しようとしているのか、またどのようにしたら解消の方向へと変化させることができるのかについて議論した。

また部門別原価計算洗練化上まず取り組むべき収益比配賦の縮小のために、収益比配賦がいかに問題のある配賦方法であるかを明確にするとともに、そうした収益比配賦に現在の部門別原価計算がどの程度依存しているかを明確にする現状分析ツール(歪み度指標及び歪み度図)を提案した。直接歪み度や累計歪み度などの歪み度指標を用いた現状分析、時系列分析、部門群別詳細分析などを聖路加国際病院の事例を用いつつ提案するとともに、歪み度指標の利用上の注意点(限界)についても言及した。

日本の病院界においてもABCへの期待が一部病院関係者の間で見られるようになってきている。そこで部門別原価計算における原価部門設定の改善と配賦基準の改善に関係している診療科・病棟別ABCについて議論し、今後目指すべき方向を示した。また最後に病院団体等による原価計算要綱作成と原価計算普及・啓蒙活動の史的展開と現状について触れ、現代の経営環境・情報技術環境に合った新しい原価計算ガイドラインの作成・普及の必要性について述べた。

次に、包括的な患者治療サービスの種類ごとに医療資源の有効かつ効率的な利用がなされなければ、厳しい診療報酬抑制下で経営を維持することは難しいため、今後は疾病別原価計算・原価管理が必要となる。しかも今後疾病別定額払い制が本格的に導入される可能性が高いが、そうすると疾病別原価計算・原価管理を実施する価値は一層高まる。したがって今後は中核的な病院を中心に疾病別原価計算・原価管理を多くの病院に普及させていく必要がある。

今後は診療プロトコルが作成された疾病から順次、診療プロトコルデータを用いて疾病別原価計算を実施していくことが有効である。また疾病別原価計算には診療プロトコルに基づく疾病別原価計算のほか患者

別原価計算に基づく疾病別原価計算があり、この原価計算も有効な手法である。しかし日本の病院の原価計算実務及び情報システムの現状からすると情報収集・処理コストがかかりすぎるため、経常的な疾病別原価計算としては中期的な課題であると考えられる。

さらに、疾病別原価計算を実施するためにも、部門ごとの原価管理をより有効に実施するためにも、部門内各種サービス別原価計算を今後先進的な病院では少なくとも特殊原価調査として実施し、中期的には経常的な計算として実施できるようにする必要がある。その際、日本の病院界の現状を考えるならば、毎期、実測法やABCを用いることは当面困難であると考えられるため、RVUs法を多用すべきである。また計算コストの経済性を確保するため、RCC法を用いてもあまり不正確にならない領域を病院界として明確にし、そうした領域にはRCC法を用いたり、日本病院界標準のRVUsを設定し、当面はその標準RVUsを各病院用に多少修正したRVUsを利用するという方法も検討されるべきであろう。また部門内各種サービス別原価計算については、従来ほとんど体系的な実施研究がなされてこなかったため、各部門における各種サービス別原価計算の体系的な実施・利用方法論を確立していく必要性が高い。

加えて、疾病別原価管理をより有効に実施し経営を安定させるためには、医師別原価計算・原価管理及び医師による原価管理を推進していくことが望ましい。疾病別原価管理に際しては、各疾病に対する包括的な医療サービスを構成する諸処置の種類と量を管理することが基本であるが、この諸処置の利用量を最も管理可能なのは医師であるからである。医師別原価管理情報に支援された医師による原価管理は、医師が最も管理可能性が高い患者に対する直接サービス領域においては医師に原価管理と品質管理の両者を任せることになるため、品質と原価の統合的管理に発展する可能性も秘めている。

日本の病院界においては、一部の病院関係者を除く多くの病院関係者(特に医療職員)は、いまだ品質と原価は常にトレードオフにあるとの認識を持っているように思われる。このため品質・原価統合的管理を今後推進していくためには、品質・原価の相互関係に関する認識の転換が望まれる。また品質・原価統合的管理という思考を管理者や組織全体に浸透させるために、外部機関及び各病院自身による品質・原価統合的業績管理システムを整備する必要がある。

日本において今後品質・原価統合的管理を実施していくためには、病院にとって受け入れやすくしかも実施が相対的に容易な品質・原価統合的管理手法から適用していくことが肝要である。そうした観点からすると、診療プロトコルマネジメントを用いることが当面最も現実的であると考えられる。診療プロトコルマネジメントは、病院内発的に発展してきているため病院職員に受け入れられやすい経営管理手法であり、実際に日本においても大規模病院では一定の普及を見ているからである。現状では品質管理手法として用いられていることが多いが、診療プロトコルマネジメントが一定の普及をしつつある現状を考えれば、そろそろ原価管理面も重視し、品質・原価統合的管理手法として活用すべきである。また現状では成果測定システムの開発が遅れているため、実際に成果を測定しつつ診療プロトコルマネジメントを実施している病院は少ないとされている。このため今後は品質面と原価面の両者の成果をしっかりと測定して管理する仕組みを普及させていく必要がある。

またABC/ABMは、日本においてはまだごく一部の経営管理に関心の高い病院関係者のみに知られた経営管理手法である。しかし活動を明確化し主要活動と副次的活動を区分したりすることを通じてより効率的・効果的な診療業務フローを構築するという側面については、すぐにも適用可能であり、また今日必要性が高まっている品質・原価統合的管理である。一方品質コストマネジメントも病院において品質・原価統合的管理をする上で有効であると思われるが、米国においてもABC/ABMと比べて適用事例が少ないことからすると、この手法の活用は中期的な課題であるといえるだろう。

本章の最後には、こうして導出された日本の病院における原価管理上の今後の課題に対応するために、管理会計研究者が取り組むべき今後の研究課題等を示した。