

米国病院原価計算についての一考察：価値ベースの マネジメントシステムに向けて

足立, 俊輔
九州大学大学院経済学府

<https://doi.org/10.15017/3000439>

出版情報：経済論究. 133, pp.1-17, 2009-03. 九州大学大学院経済学会
バージョン：
権利関係：

米国病院原価計算についての一考察

— 価値ベースのマネジメントシステムに向けて —

足 立 俊 輔

- 第1節 はじめに
- 第2節 価値ベースのマネジメントシステムとは何か
- 第3節 価値ベースのマネジメントシステムの3つの例示
- 第4節 医療マネジメントシステムと病院原価計算
- 第5節 終わりに

第1節 はじめに

国民医療費の増加を背景として、後期高齢者医療制度に代表されるように、近年では診療報酬制度を巡って様々な議論がなされている。また、その診療報酬制度に関していえば、平成15年度より特定機能病院等¹⁾で導入されたDPC（診断群分類包括評価）制度²⁾についても活発に議論がなされている。各病院は、このDPCが適用される状況下においては、診療科や疾病ごとの採算性を把握する必要性から病院原価計算の導入を進めており、そのため多くの病院や研究者から病院原価計算の実例報告がなされている。

しかし、人間の生命や安全を取り扱うため、医療分野は他の産業以上に公共性・社会性を有することが求められることになるが、病院原価計算はそうした医療の質的側面をフォローすることがないといった問題点が指摘されている。敷衍すれば、原価と品質のバランスの取り方が医療分野の主要な問題とされているのである。このような原価と品質を巡る議論は米国でも盛んになされているが、当該議論の背景には医療の利害関係者間で生じる様々な対立関係が存在していると考えられている³⁾（図表1参照）。そして、当該状況の打開策として1990年代より議論されているのが、「価値ベースのマネジメントシステム（価値重視の病院経営）」である。本稿では、この価値ベースのマネジメントシステムが何を意味するのかを明らかにした上で、当該マネジメントシステムと病院原価計算との関係を明らかにすることを目的としている。

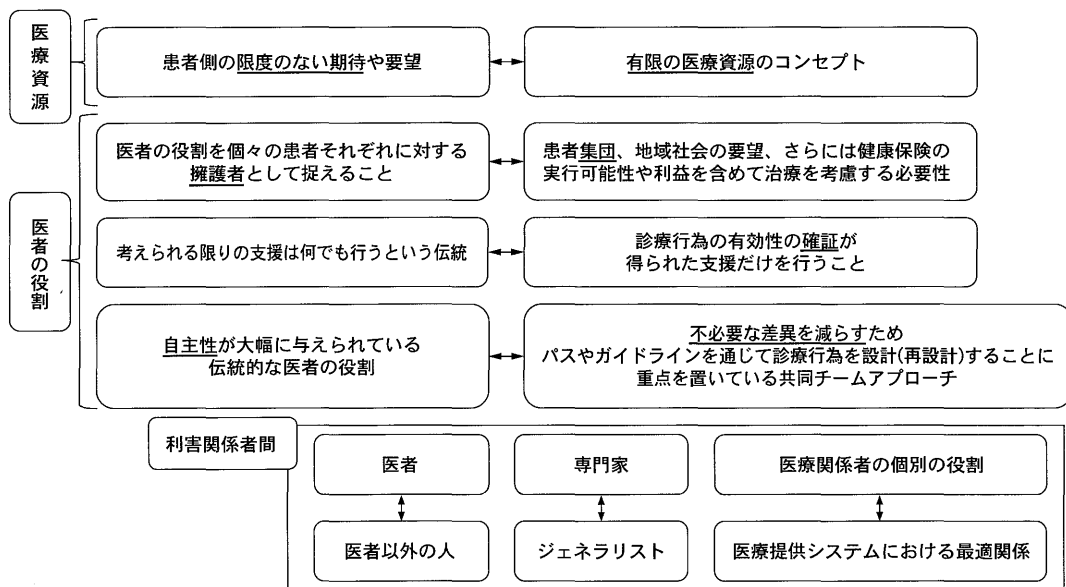
このために、本稿では以下の構成をとっている。第2節では、価値ベースのマネジメントシステムとはどういうものかについて明らかにしておく。第3節では、第2節で明らかにした価値ベースのマ

1) 特定機能病院は、一般の病院などから紹介された高度先端医療行為を必要とする患者に対応する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院である。なお、平成15年度のDPC導入病院は、全国の大学病院、国立がんセンター、そして国立循環器病センターの計82施設である。

2) この包括評価の範囲は、主にホスピタルフィーの要素（入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、及び1,000点未満の処置などの施設報酬）に限られているので注意しておきたい。DPC制度については、松田 [2007] に詳しい。

3) この対立関係の典型例としてマネジドケアの引き起こした問題が考えられる。マネジドケアの引き起こした問題については李 [2000]、113-143頁を参照されたい。

図表1 医療業界で生じる対立やテンション



(出所) Ross, A. and Fenster, F. L. [1995], p.19をもとに引用者が作成。

ネジメントシステムを手がかりに、個々の論者が提案するそれぞれのモデルをとりあげ、その共通点や相違点を観察することで、価値ベースのマネジメントシステムの内実をさらに検討していく。次いで第4節では、価値ベースのマネジメントシステムを含めた医療マネジメントシステムと病院原価計算の関係について考察していく。最後の第5節では全体を総括する。

第2節 価値ベースのマネジメントシステムとは何か

本節では、価値ベースのマネジメントシステムとは何かについて検討していく。そのために、価値ベースのマネジメントシステムがなぜ求められるようになったのか、その原因を分析することから始めておきたい。そこで、まず病院経営環境の変遷を辿ることにしよう。

1. 病院経営環境の変遷

1980年代まで米国では、病院サービスに対するブルークロスと医師の診断治療に対するブルーシールドの2つの民間医療保険が圧倒的なシェアを持っており、これら医療保険は基本的に医者・医療機関から請求された医療費をそのまま支払う体制を採用していた。また、政府はジョンソン大統領の「偉大な社会」建設の一環として、1965年に高齢者のための医療保険である連邦政府所管のメディケア (Medicare) を、他方で生活困窮者を対象とする州政府所管のメディケイド (Medicaid) をそれぞれ設立するようになった。これら医療保険の設立にあたって連邦政府は、アメリカ医師会との約束で医療サービスの料金を規制せず、当初はブルークロス、ブルーシールドと同様に医療機関から請求され

た医療費をそのまま支払っていた⁴⁾。

このように出来高払型の医療保険が適用されていたため、病院は原価を考慮する必要がなく、品質を重視した経営を行うことが可能であった。しかし、品質を重視する病院の経営方針や高齢化といった社会環境の変化は、医療費を高騰させる主要な原因のひとつとなった。

図表2 病院経営環境の変化

年代	事例
1983年	メディケア償還制度改革（診断群別包括支払い方式（DRG/PPS）の導入）
1980年代後半	マネジドケアの規模拡大
1987年	JCAHO ⁵⁾ （医療機関認定機構）の「医療の質」評価指導方針の変革

（出所）荒井 [2007]，3-5頁をもとに引用者が作成。

図表2は、1980年以後の病院経営環境の主要な変化として3つの事例をあげている。まず、高騰する医療費を背景に、連邦政府の所管するメディケアの財政は悪化し、1983年に病院の医療費を抑制するために入院に対する診断群別包括支払い方式⁶⁾（DRG/PPS）が導入された。続いて1992年には医師の診断サービスに対する公定価格が導入されている。これが1つ目の病院経営環境の変化としてあげられる。また、1980年代からの情報処理技術の進歩などを背景に、医師、病院などの診療実績などに関するデータの蓄積・分析が容易になり、急速に医療の標準化が進むようになった。これにより診療ガイドラインなどが作成され、それが急速に普及するようになり、保険会社はそうした診療ガイドラインなどを手にすることができるようになった⁷⁾。そういった状況下で、マネジドケア⁸⁾（Managed care）は格段に安い保険料を提示することで、企業や患者の大きな支持を得て1980年代後半に急速に拡大し、市場原理のもとで医療管理を強化していった。これが2つ目の病院経営環境の変化としてあげられる。3つ目の変化は、JCAHO（医療機関認定機構）が「医療の質」評価指導方針に総合的品質管理（Total Quality Management，以下TQMと略す）などの経営管理指標を加えたことである⁹⁾。

これら3つの病院経営環境の変化は、病院経営が総じて原価志向にシフトしたことを表していると考えられる。例えば、多くの病院は、マネジドケアの有する病院ネットワークに加入すれば安定的な

4) 以上の病院経営環境の詳細については、池上 [2002]，81-83頁を参照されたい。

5) JCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）の設立背景や普及状況については、河野 [2006]，104-114頁に詳しくまとめられているのでそちらを参照されたい。

6) DRG/PPPS（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System）が採用されている病院では、入院患者の診断を特定のDRG（診断群）に割り振り、該当するDRGに対する定額の治療費がメディケアから支払われるといった償還額支払方式が採用されることになる（河野 [2003]，28頁参照）。

7) 伊原 [2004]，67頁。

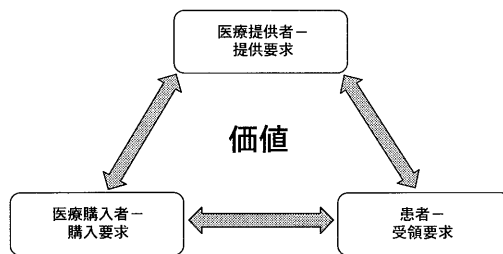
8) マネジドケアとは、保険会社と病院をセットにした民間医療保険会社と考えられる。そして、被保険者と医療機関が治療行為を授受する際、それぞれが医療保険上の何らかの制限を受けることになる（河野 [2003]，23頁参照）。その制限の度合いは、保険会社の形態によって異なることに注意したい。

9) 具体的にJCAHOは、「医療の質」評価指導方針の変革するため“Agenda for Change”という改革に取り組んでおり、この“Agenda for Change”は、①アウトカム指標の重視、②費用対効果の重視、③総合品質管理（Total Quality Management）の推進という方向で改革が進められている（荒井 [2007]，18頁）。アメリカの大多数の病院においてJCAHOの認定が病院経営の必須条件となっていたため、この評価指導方針の変革の影響は大きかったといえよう。

患者確保が保証されるため、マネジドケアと契約を結ぶようになったのであるが、契約を有利に進めるために病院原価計算の導入を促進させている。このように、病院は病院原価計算を導入することで積極的に疾病別や診療行為別の採算管理を行い、原価管理を重視した病院経営を行うようになっていった。

しかし、一方的に原価管理を推し進めれば、多くの利害関係者（保険者、医者、患者）が存在している医療業界においては、医療資源自体の拡大が望めない限り、対立関係や弊害が生じてくる。なぜなら、医療提供者である病院や医者は医療行為の提供に関連した要求を行うし、医療購入者と考えられる保険者は医療行為の購入に関連した要求を、そして患者は提供される医療行為の受領に関連した要求を行うことになるからである(図表 3)。つまり、当然のことながら医療を巡る利害関係者の要求が一致することはないのである¹⁰⁾。

図表 3 価値の三者関係 (The Value triad)



(出所) Benson, K. J. *et al.* [2003], p.22.

2. 病院組織からみた利害関係者の関係の変遷

病院経営を歴史的に辿ると、上述のように医療を巡る利害関係者の対立関係が表面化していることが明らかになる。ここで、この対立関係を整理するために、ウェスト (T. D. West) のモデルを用いて、利害関係者の観点から病院経営環境の変遷をみていくことにしよう。このために、以下では彼のモデルの特徴である病院組織変化マトリックス表を用いて、病院組織からみた利害関係者の関係を考察していく。

図表 4 は、病院の組織変化に対する医者と病院経営者の影響力の関係を示したマトリックス表である。この図表を説明すると、まず、病院経営者の組織変化への影響力が低い病院組織では、医者の影響力が高ければ品質重視の組織となり、医者の影響力が低ければ現状組織となる。品質重視の組織とは、医者を中心となって病院組織変化を進めていくため、診療プロセス改善を重視し、品質改善を進めていけば結果として原価抑制につながると仮定した組織である。一方で、現状組織は、病院組織変化に積極的な姿勢をみせない組織が想定されており、この組織の病院経営者は病院組織変化を行うた

10) これら利害関係者の要求が一致しない原因を、医療改革の阻害要因の側面からも考えることができる。この点、ヘルツリンガー (Herzlinger, R. E. [2006]) は、米国医療改革の阻害要因を①顧客の視点、②技術の視点、そして③ビジネスモデルの 3 つの視点から指摘しているので参考にされたい。

図表 4 病院の組織変化マトリックス表

		医師の組織変化に対する影響力	
		低い影響力	高い影響力
病院経営者の組織変化に対する影響力	高い影響力	原価重視の組織 ・原価抑制, 財務報告, メディケア原価報告書重視 ・診療行為の効果について直接的な理解がなされずに原価抑制が行われる	結果重視の組織 ・治療行為の効率性(原価)と効果性(品質)を重視 ・ある特別プロジェクトの特定診療行為プログラムに組織メンバーが協力的に取り組む
	低い影響力	現状組織 ・その日暮しの病院経営 ・病院経営者は, 資源制約が長期的な病院経営を危うくすることは理解している	品質重視の組織 ・診療プロセス改善を重視 ・「品質改善は最終的に原価抑制につながる」と仮定

(出所) West, T. D. [1998b], p.49.

めに必要な財源が不足していることを確信している。

次に, 病院経営者の組織変化に対する影響力が高く, 医師の組織変化に対する影響力が低い組織は, 原価重視の組織となる。この病院組織は, 臨床上の意義について適切な解釈がなされずに管理又は財務意思決定が行われてしまうことが多い組織であり, 原価抑制や財務報告に重点を置いている。

最後に, 医師と病院経営者の両方とも組織変化に対して影響力が高い組織は, 結果重視の組織となる。この病院組織は, 治療行為の効率性と効果性の両面を重視し, 患者を中心に捉える組織である。この結果重視の組織における医師と病院経営者の行動原理について, ウェストは次のように述べている。つまり, 「医師と病院経営者の提携関係において, 両専門グループは原価管理や結果改善に焦点を当てる。まず医師は, 最善の結果が達成できるような診療行為についてのコンセンサスを得なければならない。また病院経営者は, 診療プロセス変更が(手術材料のような)短期的なもの(合併症による再入院のような)長期的なもの両方の側面から原価に与える影響を示さなければならない」¹¹⁾。要するに, 結果重視の組織では, 病院経営者と医師は互いに協力し合い, 原価管理と品質改善において患者に焦点を当てた行動を取る組織が想定されている。

以上が病院組織変化マトリックス表の説明であるが, これをいま病院経営の歴史に当てはめてみよう¹²⁾。すると, 1983年以前の病院経営は, 出来高払型の医療保険が適用されていたため, 医師の裁量権が尊重されており, 病院経営者の組織変化に対する影響力が低かったといえる。ゆえに, 1983年以前の病院経営は, 現状組織か品質重視の組織のどちらかに当てはまる。その内, 診療プロセス改善に積極的に取り組んでいる病院であれば品質重視の組織であり, そうでなければ現状組織となる。

それが1983年のメディケアの診断群別包括支払い方式(DRG/PPS)の導入を契機に, 多くの病院で

11) West, T. D. [1998b], p.53.

12) ウェストは組織変化マトリックス表を用いて病院経営の歴史的展開に当てはめることはしていない。その代わり, マトリックス表を用いて病院組織のどこに当てはまるのかを理解することで, 全体的な組織変化を正しく評価することができ, 仮に必要であれば, 特定の機能領域で組織変化を改善するプランを展開することができるとしている(West, T. D. [1998b], p.48参照)。

病院経営者の組織変化に対する影響力が強まると同時に、医者への組織変化に対する影響力が相対的に低くなっている。これを病院組織の観点から考えると、病院経営者の組織変化に対する影響力が高い原価重視の組織が当てはまる。

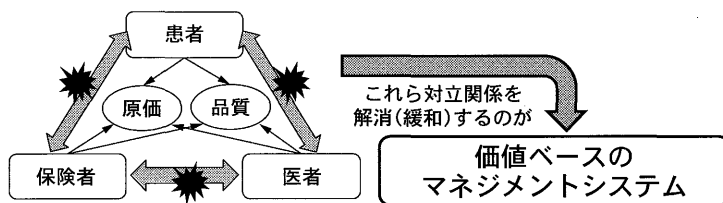
最後に結果重視の組織が残っているが、この病院組織は相対的に低くなった医者の組織変化に対する影響力を引き上げる組織に他ならない。つまり、当該組織は、医者がコスト・ベネフィットの関係から診療行為を判断するように保険会社から圧力をかけられている、といった原価重視の組織が抱える問題点を解決することが念頭に置かれていると考えられる。ゆえに、結果重視の組織は、医者と病院経営者の組織変化への影響力が共に強く、両者が協力関係にある点において従来の病院経営とは異なっている。また、ウェストが「組織変化が完了すると、病院は品質改善と原価削減の両面から圧力を受ける」¹³⁾と指摘していることから判断すれば、結果重視の組織は病院組織の最終目標であると捉えることができる。

3. 結び

以上、病院経営の歴史を利害関係者の観点から中心に分析してきたが、次の2点が明らかにされる。まず、従来の病院経営は、原価重視か品質重視のどちらかの病院経営に偏向している傾向があるということである。次に、近年の病院経営では、医者と病院経営者の協力関係や、患者中心の医療が要求されていることである。これらの中心には、原価と品質のバランスをどのようにとればよいのかという課題があるが、そのバランスの取り方は複雑で困難なものとなっている。当該状況下の解決策について多くの議論があるが、そこには注目すべき一つの考え方、そして、それを表現するコンセプトが生み出されている。それが「価値」というコンセプトである。

以上を踏まえて、本稿では、この価値ベースのマネジメントシステムをいま「原価と品質を巡る(保険者、医者、患者間の)利害の対立関係を解消(緩和)させるためのメカニズム」と定義した上で議論を進めていくことにする(図表5参照)。そして、次節では価値ベースのマネジメントシステムの具体的なモデルと考えられる3つのケースを取り上げ、その構造を分析し、その意図するところを明らかにしてみたい。

図表5 価値ベースのマネジメントシステムのイメージ図



13) West, T. D. [1998b], p.54.

第3節 価値ベースのマネジメントシステムの3つの例示

本節では、第2節で定義した価値ベースのマネジメントシステムを受けて、価値ベースのマネジメントシステムの具体的なケースとして、①ロス=フェンスター (Ross, A. and Fenster, F. L. [1995]), ②ポーター=タイスバーグ (Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004]), ③ベンソンら (Benson, K. J. *et al.* [2003]) の3者をあげることにする。以下、個々の論者ごとに検討していこう。

1. ロス=フェンスター (Ross, A. and Fenster, F. L. [1995])

価値ベースのマネジメントシステムの1つ目のモデルとして、ロス=フェンスターをあげることにする。彼らは独自の価値改善モデルを構築し、医療業界で生じるジレンマを解消するために病院はどのような経営方針を採用すればよいのかについて議論している。

ロス=フェンスターは、まず最初に価値の定義を行うことを推奨しており、「価値とは、診療行為の適切性、診療結果の品質、医療サービス、及び原価を含んだ機能方程式である」¹⁴⁾として、

$$\text{価値} = \text{診療行為の適切性} \times \frac{(\text{診療結果の品質} + \text{医療サービス})}{\text{原価}}$$

と価値を定義している¹⁵⁾。この価値方程式は、具体的に数値を当てはめるためのものではなく、価値がどのようなものから構成されるのかを示すものである。そして、その特徴は次の2点に集約することができる。

1点目は、価値は原価のみで構成されるのではなく、診療結果の品質や医療サービスといった要素も含まれているということである。つまり、原価を強制的に抑制し、その結果、診療結果の品質や医療サービスが低下するのであれば、価値が低下してしまう恐れもあるということである。2点目は、診療行為の適切性が乗数項目になっていることである。これは、診療結果の品質や医療サービスが改善され原価抑制がなされても、提供される診療行為が不適切であれば、価値は無いも同然であるからである。

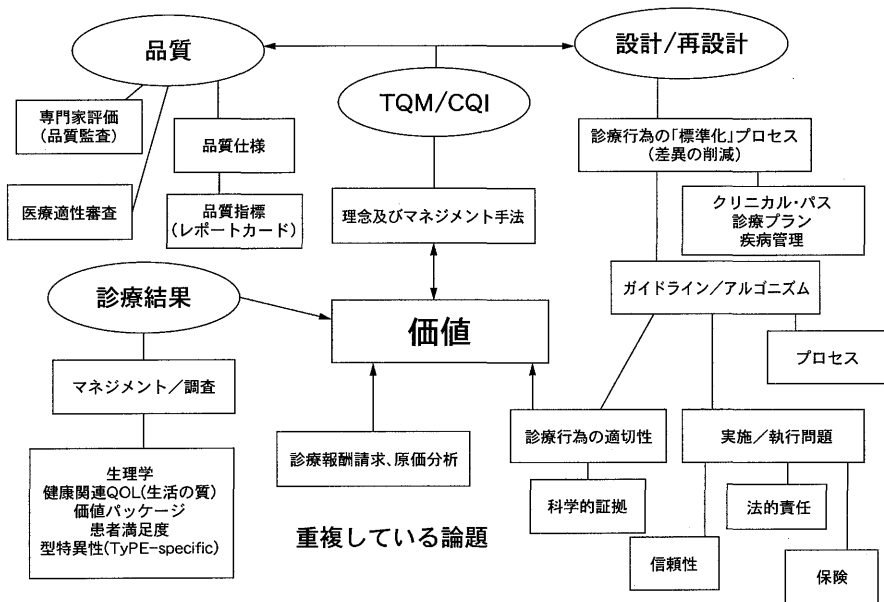
このように、ロス=フェンスターは価値方程式の定義することで、価値がどのようなものから構成されるのか、について言及している。その上で彼らは、価値を構成する要素間の関係を、独自の価値改善モデルのなかで位置づけているのである (図表6参照)。

図表6が示しているように、ロス=フェンスターの価値を構成する要素は、複雑で錯綜したものとなっている。多岐にわたる価値の要素の中で、最も重視されているのはTQM (総合的品質管理)、継続的品質改善 (Continuous Quality Improvement, 以下CQIと略す) であり、これらが病院の理念及

14) Ross, A. and Fenster, F. L. [1995], p.3.

15) この価値方程式は、ワシントン州のヴァージニア・メイソン医療センターで展開されているものである。アンドリアノス=ダイカン (Andrianos, J. and Dykan, M.) は、「病院における価値とは、適切な原価で適切な診療行為を提供することと定義される」(Andrianos, J. and Dykan, M. [1996], p.44.) として、この価値方程式をもとに原価計算の観点から病院経営について議論している。

図表6 価値改善モデル



(出所) Ross, A. and Fenster, F. L. [1995], p.12.

びマネジメント手法へのアプローチと位置づけられている。そして、ロス＝フェンスターによれば、TQM, CQIの最も重要な要素は、顧客志向性及び科学的方法であるとして、データ志向型 (data-driven)の医療組織を目指すべきと提案している。当該医療組織は、測定されたアウトプットを適切に解釈して診療プロセスや診療結果を理解し、また、患者中心の医療がなされる組織を意味している。つまり、医療業界の錯綜した状況下で生き残るためには、正確な情報データに基づいた病院経営を行わなければならないということがロス＝フェンスターの提案といえよう。

2. ポーター＝タイスバーグ (Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004])

次に、価値ベースのマネジメントシステムの2つ目のモデルとして、ポーター＝タイスバーグのそれをあげることにしよう。ポーター＝タイスバーグは、まず価値がどのようなものから構成されているかについて、次のように述べている。つまり、「正しい目標は、(原価に対する患者の健康状態の品質の割合である) 価値を改善することであり、価値は疾病や診療行為レベルでのみ測定することができる」¹⁶⁾と価値について定義を行っている。

この価値の定義を踏まえて、ポーター＝タイスバーグは「病院における根本的間違いは競争形態がゼロ・サム競争になっていることであり、価値を生み出すよりもむしろ価値を分け合っている」¹⁷⁾と競争形態から病院経営の問題点を指摘し、従来の病院は患者に焦点をあてた経営を行なってこなかったと問題提起を行っている。そこで、彼らは、従来の競争形態から「ポジティブ・サム競争」という医

16) Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004], p.22.

17) Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004], p.18.

療システム全体の原価を下げるような競争を行なわせるために利害関係者（保険会社、病院、企業、政府等）の競争形態を変化させることを提案している。

具体的には、疾病や診療行為レベルで病院間競争を行わせるために、病院情報の公表や透明な価格設定などを行うことを提案している。例えば、従来の病院は、様々な診療科を所有する大病院形態を目指して水平合併を繰り返してきたが、そこでは医療資源の効率的な消費がなされておらず、結果として医療システム全体の原価を引き上げることになっている¹⁸⁾。そして、高騰した医療費は予算を圧迫し、結果、患者負担を増加させることになる。そこで、ポーター＝タイスバーグは、各病院に専門性を持たせて役割を明確化し、疾病や診療行為レベルで競争すれば医療資源の効率化が達成されるのではないかと主張しているのである。

3. ベンソンら (Benson, K. J. et al. [2003])

最後に、価値ベースのマネジメントシステムの3つ目のモデルとして、ベンソンらをあげることにしよう。彼らも、医療業界を巡る価値がどのようなものから構成されるかについて議論したのち、最終的に価値は、原価、品質、及び「worth」の3つから構成されるとしている。原価と品質に関しては、ロス＝フェンスターやポーター＝タイスバーグと同じであるが、ベンソンらの特徴は「worth」という要素に着目している点であろう。

この「worth」については、ベンソンらは次のように述べている。「worthという要素は、医療分野で価値 (value) を考えるときに使われる原価・品質分析の重要な追加要素である。worthは、保険者・医者・患者の3者に自らの利益や品質改善に直結するわけではない相互関係に目を向けさせるものである¹⁹⁾。つまり、彼らのいう「worth」とは利害関係者の相互関係に着目することを意味している。従って、以下ではこの「worth」に「信頼関係」という訳語をあてておきたい。

そして、ベンソンらは上記の議論の結果を、利害関係者の相互関係を示したマトリックス表を用いて価値概念に集約させている(図表7参照)。図表7をみていくと、例えば保険者は、迅速な償還を行うことや、紹介状及び処方箋の制約条件を許容範囲内に納めることで、医者に価値を提供する²⁰⁾。一方で、医者は、(在院日数削減や職場復帰の適時性といった項目の)効率性や品質の測定可能な証拠を提供することで、保険者に価値を提供することになる。また、患者も、医療情報の収集に協力的に参加することなどで、医者や保険者に価値を提供できる。これら価値の授受は、お互いの信頼関係があって初めて成立することになる。結論として、ベンソンらの提案したいことは、病院経営には医療や経営に関する各方面の専門家が相互に協力するために信頼関係が構築されなければならないということであり、そしてそのことが価値を生み出すことであった。

18) Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004], pp.26-29.

19) Benson, K. J. et al. [2003], p.26.

20) この点、オケーン (O'Kane, M. E.) は、事業主の視点を「従業員の生産性」に着目させるべきであるとして、次のように説明している。「医療保険の購入者 (Purchasers) は、高品質の診療行為が価値に結びつくとして理解している。なぜならば、従業員の健康状態を維持することにより生産性を向上できるからである」(O'Kane, M. E. [2006], p.66)。このように、事業主と従業員の相互利益を考慮することで、事業主も価値重視の病院経営に貢献できると考えられる。

図表7 価値の三者関係 (the Value Triad) における価値測定

価値提供 価値受取	保険者	医者	患者
保険者	—	・(在院日数削減や職場復帰の適時性といった項目の) 効率性や品質について測定可能な証拠の提供	・病院利用データに従業員参加に関する人的資源情報をリンクさせる
医者	<ul style="list-style-type: none"> ・迅速な償還 ・紹介状及び処方箋の制約条件を許容範囲内に納める ・雇用主の証言 ・保険者主催の健康促進活動 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・医療関連情報の条項に対する誠実性 ・治療計画のコンプライアンスに関する証拠の提供
患者	<ul style="list-style-type: none"> ・予防医学の推進 ・必要なスクリーニング ・法外な医療費負担の回避 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療行為の適切性 ・診療行為の利便性 ・専門家の視点から適切とされる医療サービスの提供 	—

(出所) Benson, K. J. *et al.* [2003], p.26.

4. 結び

以上、価値を巡って議論している3人の論者を紹介してきたが、彼らのモデルの傾向として、原価と品質の他に、もう一つの項目を加えていることに特徴がみられる。これが、第2節で定義した「価値ベースのマネジメントシステム」ということになる。つまり、ロス=フェンスターのTQM, CQIを用いた科学的方法、ポーター=タイスバークの競争関係、そしてベンソンらの「信頼関係」は、それぞれアプローチ方法を異にしているとはいえ、「原価と品質を巡る利害の対立関係を解消(緩和)させるためのメカニズム」になっているといえる。次節では、以上の価値ベースのマネジメントシステムの議論を踏まえて、医療マネジメントシステムと病院原価計算との関係について議論していくことにしよう。

第4節 医療マネジメントシステムと病院原価計算

第3節では、価値ベースのマネジメントシステムについて議論してきたが、本節では、価値ベースのマネジメントシステムを含めた医療マネジメントシステムについて、病院原価計算との関係から論じていきたいと思う。

まず、米国病院経営の歴史は、戦前からの現状維持・品質重視の病院経営に始まり、1983年のメディケア償還制度改革や1980年代後半のマネジドケアの規模拡大によって原価重視の病院経営にシフトしていった²¹⁾。そして、1990年代後半のマネジドケアへの信頼低下を受けて、価値重視の方向に病院経営は向かっていることを確認しておきたい。以下、これら病院経営の歴史展開を踏まえて、医療マネジメントシステムと病院原価計算の関係を考察していく。

21) これら病院経営の名称は、第2節のウェストの病院組織変化マトリックス表を参考にした名称である。

1. 病院原価計算の種類

まず、病院原価計算との関係を議論する前提として、病院原価計算の種類を紹介しておく。病院原価計算は、大きく①部門別原価計算、②診療行為別原価計算、③疾病別原価計算に区分される。さらに、診療行為別原価計算は、診療報酬基準原価計算²²⁾ (Ratio of Cost to Charges method, 以下RCC法と略す)、相関価値単位法²³⁾ (Relative Value Unit method, 以下RVU法と略す)、そして活動基準原価計算 (Activity Based Costing, 以下ABCと略す) に細分される²⁴⁾。このRCC法、RVU法、及びABCの3つの原価計算は、導入研究や実践調査報告が多くの論文でなされているため、病院原価計算の議論の中心に位置づけられていると思われる。そこで以下では、これら原価計算の比較研究を行ったウェストラ (West, T. D. *et al.* [1996]) の報告をもとに、それぞれの原価計算から得られる情報について分析してみたい。

図表8 管理意思決定マトリックス

意思決定支援情報	代替的原価計算手法		
	RCC法	RVU法	ABC
①診療行為別情報の提供	○	○	○
②支出原価と資源消費の関連性		○	○
③資源消費量の把握			○

(出所) West, T. D. *et al.* [1996], p.55.

図表8が示しているように、3つの原価計算は全て診療行為別の情報を提供することができると思われる。しかし、RCC法は、診療報酬を基準として原価を配賦する原価計算であるため、支出原価と資源消費の関連性がない。また、RVU法は、支出原価と資源消費の関連性はあるが、全ての診療行為が同一であると仮定している原価計算であるため、資源消費量までは把握できない。その点、ABCは、資源消費量まで把握できる原価計算であり、RCC法やRVU法より正確な診療行為別原価を算定できる点で優れていることになる。

しかし、RVU法やABCは、RCC法に比べ正確な原価を把握できる反面、導入段階と運用段階において多大な時間とコストがかかる傾向がある。このように、正確な原価が把握されるだけでは原価計算の優劣が付けられない点には注意が必要である²⁵⁾。

22) RCC法 (診療報酬基準原価計算) とは、各診療行為の償還額の合計額に対する各診療行為原価の合計の割合 (RCC) に、そこに含まれる特定の診療行為の償還額を乗じて診療行為別原価を算出する方法である (Backer, J. J. [1998] 参照)。

23) RVU法 (相関価値単位法) は、各診療行為において消費される医療資源の相対値を測定してRVUを定め、それに基づいて原価が配賦される等級別原価計算に似た原価計算手法である (Backer, J. J. [1998] 参照)。

24) 他にも診療行為別原価計算として、直接材料費法や患者別所要時間法、Micro Costingなどが存在しているが (荒井 [2007], 35頁参照)、他の診療行為別原価計算と大差がないため本稿では省略することとしている。

25) 但し、本稿では、病院経営と病院原価計算の関係を正確な原価情報が得られる側面に限定して分析することとしている。

2. 病院経営と病院原価計算の関係

次に、上述の原価計算が、病院経営にどのような関係を持つのかについて考察していくことにしよう。結論として、病院経営と病院原価計算の関係は、以下のように示すことができる（図表9参照）。以下、この図表をもとに病院原価計算との関係を説明していくことにしよう。

図表9 病院経営と病院原価計算の関係

		戦前～1983年	1983年～1990年代後半	1990年代後半～現在
病院経営の 歴史的展開	病院経営	現状維持・品質重視の病院経営 ・出来高払型の医療保険 ・医師の裁量権の尊重 ・フリーアクセス制 ・医療提供者(医者や病院)の組織に対する影響力が相対的に大きい	原価重視の病院経営 ・1983年DRG-PPS導入 ・マネジドケアの規模拡大 ・病院経営者(保険者)の組織に対する影響力が大きい	価値ベースのマネジメントシステム(価値重視の病院経営) ・患者中心の病院経営 ・効率性と効果性の両方を重視 ・医療提供者も病院経営者も組織に対する影響力が大きい(協力関係にある)
	志向	償還最大化志向	償還最大化志向	相互扶助志向・部門間融和志向
	病院原価計算	・部門別原価計算(単一基準・階梯式配賦法) ・診療行為別原価計算(RCC法)	・部門別原価計算(単一基準・階梯式配賦法) ・診療行為別原価計算(RCC法)	・部門別原価計算(複数基準・相互配賦法) ・診療行為別原価計算(RVU法,ABC) ・疾病別原価計算
		経営管理志向		
		・部門別原価計算(複数基準・相互配賦法) ・診療行為別原価計算(RVU法,ABC) ・疾病別原価計算	・部門別原価計算(複数基準・相互配賦法) ・診療行為別原価計算(RVU法,ABC) ・疾病別原価計算	→BSCなど非財務指標を考慮するマネジメントツールと併用する →医療システム全体の原価を下げる政策の中で病院原価計算を位置づける

(1) 現状維持・品質重視の病院経営における病院原価計算

まず、戦前から1983年までの病院経営は、現状維持・品質重視の病院経営となる。これら病院経営では、提供した診療行為に対して支払われる償還額を最大化させるような志向性（償還最大化志向）を持つことになる。つまり、ここで用いられる病院原価計算は、医者に診療行為を委縮させるような影響を与える原価計算は望ましくないと考えられている。

ゆえに、病院原価計算は、部門別原価計算であれば単一基準・階梯式配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRCC法（診療報酬基準原価計算）が適用されるといえる。診療行為別原価計算にRCC法を選択したのは、RCC法は原価に見合うだけの償還がなされると仮定しているため、診療報酬を基準にして病院経営を考える現状維持・品質重視の病院経営に当てはまるからである。そして、RVU法やABC、疾病別原価計算といった詳細な原価計算方法を用いたコスト面からの管理は、当該病院経営には望ましい方法ではないと考えられる。

(2) 原価重視の病院経営における病院原価計算

次に、1983年から1990年代後半までの病院経営は、原価重視の病院経営となる。原価重視の病院経営では、マネジドケアとの契約を有利に進めようとする病院や、コスト・ベネフィットの観点から診療行為や医者を選定する病院が想定されている。すなわち、当該病院経営では、1983年までの償還最大化志向とは異なって経営管理志向が当然に強くなり、診療行為別や疾病別の原価を提供する原価計算が求められてくる。

ゆえに、適用される病院原価計算は精緻化されざるをえなくなってくる。これは、従来の単一基準・階梯式配賦法を適用した部門別原価計算やRCC法では、各診療行為や疾病の正確な原価が算定されないためである。ゆえに、部門別原価計算であれば複数基準・相互配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRVU法やABCが適用されることになる。なお、原価重視の病院経営においても償還最大化志向の病院原価計算が存在しているのは、マネジドケアの影響を受けずに現状維持・品質重視の病院経営を行っている病院も当然に存在していると考えられるからである。

(3) 価値ベースのマネジメントシステムに沿う病院原価計算

最後に、1990年代後半から議論されている病院経営は、前述の議論からして価値ベースのマネジメントシステムに沿ったものといえよう。当該病院経営は、ウェストの組織変化マトリックス表でいう結果重視の組織となり、保険者も医者も共に協力関係にあり、診療行為に対して効率性と効果性の両方を重視して患者中心の病院経営を行っていくことになる。こうした病院経営で適用される病院原価計算の方向性としては、以下の2点にまとめられることになる。

1点目は、病院原価計算に、相互扶助志向あるいは部門間融和志向をもたせることがあげられる。ここでいう相互扶助志向とは、経済合理性は低い社会的に維持する価値のあるサービスを存続させようとする行動をとることである。また、部門間融和志向とは、経済合理性の圧力が強い中での採算性の異なる部門間の軋轢を和らげようと意図することである²⁶⁾。これら志向性をもつということは、原価計算によって正確な原価を認識し、その原価情報をもとに積極的・意識的に内部相互補助を行うことを意味している。そして、その根底には「廃止を含むこうした診療科間の資源配分の差が、診療科間の社会的価値の差を反映したものであるならば仕方ない面もあるが、必ずしもそうとは限らない」²⁷⁾という意識が存在していると考えられる。一見、この根底にある意識は、品質重視の病院経営に当てはまるような一面があるが、正確な原価情報をもとに内部相互補助が行われる点からして、価値ベースのマネジメントシステムに沿ったものであるといえる。

こうした観点から病院原価計算を利用するに当たっては、当然に正確な原価を算定する原価計算が想定されなくてはならない。ゆえに、部門別原価計算であれば複数基準・相互配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRVU法やABC、それに疾病別原価計算が適用されることになる。

2点目には、経営管理志向の病院原価計算を、その原価計算自体が有する欠点を補うようなマネジメントツールを用いることによって、価値ベースのマネジメントシステムに貢献させることが考えら

26) 相互扶助志向及び部門間融和志向については、荒井 [2007]、267頁を参考にしている。

27) 荒井 [2007]、267頁。

れる。つまり、経営管理志向の病院原価計算を、今度はどのように利用するかに焦点が当たることになる。例えば、財務の指標と非財務の指標の両方を考慮するバランスト・スコアカード²⁸⁾ (Balanced Score Card, 以下BSCと略す)は、把握された原価情報を有効活用できるマネジメントツールの典型例としてあげられる。特に、このBSCは、医者と病院経営者が協力的に病院経営を行うことを支援することができると考えられるため、重要なツールとなる可能性が高い。要するに、経営管理志向の病院原価計算をBSCなどのマネジメントツールと融合させることによって、価値ベースのマネジメントシステムが達成されると考えられるのである。

また、ポーター＝タイスバークの提案するポジティブ・サム競争が示唆しているように、医療システム全体の原価を引き下げる政策の中に病院原価計算を位置づけることも一つの例として提案することができる。このように、原価計算とマネジメントツールを併用することで、効率性と効果性の両方を重視した患者中心の医療が実行できる可能性は高くなる。すなわち、原価計算の結果をより有効に利用するために一つのマネジメントツールの中にその結果を取り入れることで、価値ベースのマネジメントシステムが達成されると考えられるのである。

そこで、原価計算の結果を一つのマネジメントツールに融合させる場合には、どうしてもそれが精緻化されたものでなければならない。というのは、仮に歪められた原価に基づいてBSCのような管理手法が用いられたとしても有用性が失われてしまう可能性が多分に考えられるからである。つまり、価値重視の病院経営には、BSCのような管理手法が機能するための正確な原価情報が必要とされるのである。正確な原価情報が必要とされるとすれば、RVU法やABC、そして疾病別原価計算といった病院原価計算方法が求められることになる²⁹⁾。

3. 結び

以上、本節では価値ベースのマネジメントシステムを含めた医療マネジメントシステムと病院原価計算との関係のあり方について議論してきた。

まず、1983年以前の現状維持・品質重視の病院経営で用いられる病院原価計算は、部門別原価計算であれば単一基準・階梯式配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRCC法が適用されることとなる。次に、1983年以後の原価重視の病院経営では、経営管理志向の病院原価計算が加わり、部門別原価計算であれば複数基準・相互配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRVU法やABCが適用されるようになってきている。

28) BSCとは、企業のビジョンと戦略から導き出された目標と業績評価指標を、財務的視点、顧客の視点、社内ビジネス・プロセスの視点、学習と成長の視点という4つの視点から企業の業績を見るものである (Kaplan, R. S. and Norton, D. P. [1996], p.29. 邦訳 [1997], 29頁)。またBSCは、長期的財務目標から始まり、財務プロセスや社内ビジネス・プロセスなどでとらなければならない一連の行動に長期的財務目標をリンクさせ最終的には、従業員やシステムに長期経済的業績を向上させる、という筋書きの戦略である (Kaplan, R. S. and Norton, D. P. [1996], p.47. 邦訳 [1997], 75頁)。

29) 実際に、結果重視の組織を提案しているウェストは、病院組織の分析を踏まえた上で、ABCを利用した資源消費型損益計算書の作成を提案している。そして、資源消費型損益計算書を用いれば、病院経営者と医者が医療サービスの品質、原価、診療結果を含んだ問題を議論する際の共通の地盤が提供されると指摘している (West, T. D. [1998a], p. 101参照)。また、病院の経営形態は多様であるため、部門別原価計算や診療行為別原価計算におけるRCC法から得られる原価情報であっても、BSCのような管理手法が機能する病院が存在する可能性は否定できない。

最後に、価値ベースのマネジメントシステムについては、病院原価計算の関係を志向性別に議論してきた。まず、正確な原価情報をもとに積極的・意識的に内部相互補助を行うといった相互扶助志向・部門間融和志向の病院原価計算を提案した。次に、経営管理志向の病院原価計算は、BSCなど非財務指標を考慮するマネジメントツールと併用することと、医療システム全体の原価を下げる政策のなかで病院原価計算を位置づけることの2つの方向性を提案した。

第5節 終わりに

以上、価値ベースのマネジメントシステムの意義について述べた上で、そうした価値ベースのマネジメントシステムを支援できる病院原価計算とはどのようなものなのかを考察してきた。本稿の議論をまとめると、次の2点に集約できる。

まず、第2節では、価値ベースのマネジメントシステムを「原価と品質を巡る（保険者、医者、患者間の）利害の対立関係を解消（緩和）させるためのメカニズム」と定義した。1983年以後、原価志向が強くなった病院経営においては、原価と品質を巡って保険者側と病院側の対立関係が強くなり、結果として患者負担を増加させた。価値ベースのマネジメントシステムが求められてくるようになったのは、こうした病院経営を取り巻く環境変化が強く影響していることは間違いない。

このような流れを受けて、1990年代後半から価値ベースのマネジメントシステムについて議論が行われるようになり、本稿ではそのうち代表的な3者、ロス＝フェンスター、ポーター＝タイスバーク、そしてベンソンらの研究を紹介した。彼らの傾向として明らかになったことは、原価と品質の他に、もう一つの項目を加えて価値を語っていることである。つまり、もう一つの項目とは、ロス＝フェンスターのTQM、CQIを用いた科学的方法の採用の主張、ポーター＝タイスバークの新しい競争関係の提示、そしてベンソンらのいう「信頼関係」の提唱である。これらは、価値ベースのマネジメントシステムとして定義した「原価と品質を巡る（保険者、医者、患者間の）利害の対立関係を解消（緩和）させるためのメカニズム」となっていることが確認できた。

次に、価値ベースのマネジメントシステムを含めた医療マネジメントシステムとそれに沿う形での病院原価計算のあり方を考察した。そのうち、価値ベースのマネジメントシステムに沿う形での病院原価計算を2つの視点から提案している。

1つ目の視点には、積極的・意識的に内部相互補助を行うことを想定した相互扶助志向・部門間融和志向の病院原価計算を提案した。積極的・意識的に内部相互補助を行うに当たっては、歪められた原価情報では意思決定を誤る可能性があるため、正確な原価が算定される病院原価計算が採用されなければならない。ゆえに、部門別原価計算であれば複数基準・相互配賦法が適用され、診療行為別原価計算であればRVU法やABC、それに疾病別原価計算が適用されることとなる。

2つ目の視点として、経営管理志向の病院原価計算を価値ベースのマネジメントシステムに沿う形で活用するためには、経営管理の志向性を変えずに価値ベースに沿う形で経営方針を転換させる必要がある。そのための方法として、本稿では2つの方法を提示している。まず、非財務指標も考慮した病院経営を行うため、病院原価計算にBSC等のマネジメントシステムを併用することを提案した。

そして次に、病院原価計算を医療システム全体の原価を下げる政策の中で位置づけることを提案した。このように、原価計算の結果を有効活用するためにマネジメントツールを用いることが、価値ベースのマネジメントシステムに沿う形での病院原価計算の在り方の一例と考えられよう。

本稿は、価値ベースのマネジメントシステムをキーワードに、米国の医療界での問題状況を捕捉しようとしてきた。そこから判明したことは、価値ベースのマネジメントシステムが求めているものが、原価と品質を巡る利害関係者の対立関係を解消させる方策であることが分かった。これこそ、1983年より進められてきた原価重視の病院経営への警鐘に他ならなかった。また、この原価重視の病院経営の持つ本質的な問題は、現在の日本で議論されている医療・病院改革問題と重なる部分が多く、日米での医療制度に違いがあるとはいえ、改めて価値ベースのマネジメントシステムについて検討することは十分意義があろう。なお、本稿では日本の医療制度や病院原価計算の現状や問題点などについては取り上げなかったが、そうした日本の実情を価値ベースのマネジメントシステムの視点から検討することは極めて興味深い事柄であろう。これらについては今後の研究課題としておきたい。

参 考 文 献

- Andrianos, J. and Dykan, M. [1996], Using cost accounting data to improve clinical value, *Healthcare Financial Management*, Vol.50 Issue 5, pp.44-48.
- Baker, J. J. [1998], How Activity-Based Costing Works in Health Care, in Baker, J. J. ed., *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Aspen Publication.
- Benson, K. J., Maldonado, R. W. and L. D. Gamm [2003], The Role of Value in *Provider-Patient-Payer Relationships*, *Hospital Topics*, Vol.81 Issue 3, pp.21-27.
- Herzlinger, R. E. [2006], Why Innovation in Health Care Is So Hard, *Harvard Business Review*, Vol.84 Issue 5, pp.58-66.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. [1996], *THE BALANCED SCORECARD: Translating Strategy into Action*. Boston, MA: Harvard Business Press. (吉川武男訳 [1997] 『バランス・スコアカード～新しい経営指標による企業変革～』生産性出版)
- O'Kane, M. E. [2006], Redefining value in health care a new imperative, *Healthcare Financial Management*, Vol. 60 Issue 8, pp.64-68.
- Porter, M. E. and Teisberg, E. O. [2004], Fixing Competition in U.S. Health Care, *Harvard Business Review*, No. 7081.
- Ross, A. and Fenster, F. L. [1995], The Dilemma of Managing Value, *Frontiers of Health Service Management*, Vol.12 Issue 2, pp.3-32.
- West, T. D., Balas, A. and D. A. West [1996], Contrasting RCC, RVU, and ABC for managed care decisions, *Healthcare Financial Management*, Vol.50 Issue 8, pp.54-61.
- West, T. D. [1998a], Implementing a Resource Consumption-based Income Statement for Health Care Organizations, in Baker, J. J. ed., *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Aspen Publication.
- West, T. D. [1998b], Comparing Change Readiness, Quality Improvement, and Cost Management among Veterans Administration, For-Profit, and Non-profit Hospitals, *Journal of Health Care Finance*, Vol.25 Issue 1, pp.46-58.
- 荒井耕 [2007] 『医療原価計算 先駆的な英米医療界からの示唆』中央経済社。
- 池上直己 [2002] 『ベーシック 医療問題』日本経済新聞社。

- 伊原和人 [2004] 「マネジドケア—強まる反発と新しい展開—」伊原和人, 荒木謙著『揺れ動く米国の医療：政策・マネジドケア・医薬品企業』じほう。
- 河野圭子 [2003] 『病院の内側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社。
- 河野圭子 [2006] 『病院の外側から見たアメリカの医療システム 病院・保険・サービスの成り立ちと現況—市場主義経済における病院の生き残り戦略の参考として—』新興医学出版社。
- 松田晋哉 [2007] 『基礎から読み解くDPC—正しい理解と実践のために—』医学書院。
- 李啓充 [2000] 『アメリカ医療の光と影—医療過誤防止からマネジドケアまで』医学書院。