

医療供給体制を支える「価値改善モデル」と病院原価計算

足立, 俊輔
九州大学大学院経済学府

<https://doi.org/10.15017/3000450>

出版情報：経済論究. 134, pp.1-16, 2009-07. 九州大学大学院経済学会
バージョン：
権利関係：

医療供給体制を支える「価値改善モデル」と病院原価計算

足 立 俊 輔

- 第1節 はじめに
- 第2節 医療が抱えるジレンマとは何か？
- 第3節 価値改善モデルの提唱
- 第4節 病院原価計算の果たすべき役割
- 第5節 終わりに

第1節 はじめに

近年議論されている医療問題を概観すれば、社会保障費の増大を原因として、診療報酬抑制と医療制度改革の2つの側面から捉えることができよう。例えば、2003年に特定機能病院等¹⁾で導入されたDPC（診断群分類）包括評価の背景には診療報酬抑制が関連しており²⁾、地方の自治体病院・公立病院が抱える医師不足問題は、2004年から導入された新臨床研修制度という医療制度改革が顕在化させている³⁾。

つまり、現在の医療を取り巻く状況は、社会保険庁を中心とした国の予算の側面からみても、地方の自治体や民間が経営する個々の病院のマネジメントの側面からみても悪化していると判断できる。さらに、医療技術の進歩や医療制度の複雑化、高齢化の進展により今後も社会保障費の上昇は避けられず、将来的にも医療を取り巻く状況が好転する可能性は低い。このような状況下では、「将来的に効率的でかつ質の高い医療サービスの提供を可能にするため⁴⁾」の対応策が必要になり、そこでは医療を「管理」する必要性が生じてくる。具体的に医療を管理するためには、提供された医療行為に関する原価データが必要不可欠となってくることは言うまでもない。

しかし、我が国では、近年になってようやく病院原価計算の経常的な実践の報告がなされているが、未だその普及状況は十分と言えるものではない。さらに、戦後から1980年代までに伝統的に実施されてきた病院原価計算は、主として診療報酬改定を目的としており、その実態は特殊原価調査による部門別原価計算というものであった⁵⁾。この伝統的な病院原価計算で算定される原価データは、部門自体

-
- 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。
 - 2) DPC制度については、松田 [2007] に詳しい。また、DPC制度導入にあたり参考とされた米国のDRG (Diagnosis Related Groups) は当初、診療報酬支払制度のためではなく、病院を対象としたマネジメントツールの開発で研究されていたことに注意しておきたい (川淵 [2001], 27頁)。
 - 3) 東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学 (宮城県) 寄付講座編 [2008] 参照。
 - 4) この文言は、DPC試行調査目的で診断群分類の活用を検討する意義として述べられたものである (松田 [2007], 15頁参照)。
 - 5) 荒井 [2009], 2-22頁。

を最終原価計算対象としたものであり⁶⁾、精緻化されたものとはいえない。つまり、これまで病院は、医療原価を考慮することなく、診療報酬に依存した経営を行うことができたのである。

ここで問題となるのは、診療報酬に原価データが対応していない場合を想定していないことである。さらに、診療報酬に対応させた原価データの収集は、全国の公私病院が行っているわけではなく、個々の病院では保険適応外の医療行為も行われている。ならば、各病院は自身の病院でも原価データの収集に尽力することで、他病院との競争に原価面で優位に立たなければ、診療報酬が抑制されている今日では生き残ることができない。

そこで本稿は、診療報酬抑制と医師不足などの問題を抱える日本の医療の方向性を考察するために、「価値改善モデル」を提唱することを目的としている。また、この価値改善モデルの中に病院原価計算を位置付けることで、日本の病院原価計算のあるべき方向性も検討することにしていく。

以上を説明するために、本稿は次のような構成をとっている。まず第2節は、医療問題の背景を分析すべく、「医療の質」の議論を中心に医療が抱えるジレンマとは何かを明らかにする。さらに、ここで議論の対象となっているのは「医師—患者」の側面に限定されたものであるため、この「医師—患者」の関係に「保険者」を加えて利害対立関係の複雑性を示していく。第3節は、上記のジレンマを解消するための価値改善モデルを提唱する。まず、価値改善モデルの中心となる医療供給体制の適正化が必要とされる背景について述べた上で、その価値改善モデルを説明し、それを支援するマネジメント手法を紹介する。続く、第4節では、価値改善モデルを踏まえた病院原価計算の果たすべき役割を示すために、まず病院原価計算と「価値」概念の関係の議論をまとめ、そして日本の病院原価計算のあるべき方向性を提示する。第5節では、以上の議論を総括する。

第2節 医療が抱えるジレンマとは何か？

従来、医療で対象とされるジレンマとは、医師の立場から、どのような医療を提供すべきかについて議論されてきた。すなわち、医師が直面するジレンマとは、倫理的ジレンマを指すことが多く、その倫理的ジレンマがなぜ発生するかは次のように述べられている。「なぜなら医師は、良いと思われる全ての医療を提供して欲しいという患者の要求に対する責任と義務が存在する一方で、社会的責任上、または、提供する医療行為が社会や病院施設の承認に依存している以上、金銭的コストを理由に、患者個人に対して達成しうる最大の健康利益に至らない程度に医療を抑えなければならないという要求を受け入れなければならないからである⁷⁾」。つまり、医療提供者は、患者に際限なく医療提供を行いたいという要求と、できる限り医療費を抑えて利潤を獲得するという要求が常にせめぎ合っている状況に置かれているのである。診療報酬抑制下の近年では、特にこのジレンマが強く現れる可能性が高い。

このような医療提供者が抱えるジレンマの問題について積極的に答えようとしているのが、米国で古くから議論されてきた「医療の質」や臨床倫理である。そこで、本節では、現在の医療問題の背景

6) 荒井 [2009], 19頁。

7) Donabedian, A. [1980], p. 15. 訳出にあたり、邦訳 [2007], 16頁を参考とした。

を分析するための手がかりとして、医療が抱えるジレンマを明らかにし、医療を巡る利害対立の複雑性を示していく。

1. 「医療の質」と臨床倫理から捉えたジレンマ

従来、医療の質の議論は、提供された医療行為が適切であるかを評価するために用いられてきた。この医療の質の評価方法について、現在でも広く用いられているのがドナベディアン (Donabedian, A. [1980]) の医療の質の定義である。ドナベディアンは、医療の質を評価する基本的な方法として、構造、過程、結果をあげている。

まず、構造とは、医療の提供者、または提供者が使える道具や資源、その働く組織的な場所の比較的安定した特徴を意味し、医療を生み出す「環境」としての機能をもったものである。次に、過程とは、医療提供者と患者の間及び彼らの内部またはお互いの中で起こっている活動を意味している。最後に、結果は、医療によって患者にもたらされた現在とその後との健康変化を意味している。これら要素の間には機能的な関係が存在しており、

構造→過程→結果

という関係になっている。ドナベディアンは、医療の質を評価する要素を上記のように定義した上で、各要素間の関係を明示することで、医療の質の様々な個別的な指標を作成・分類することが容易になると指摘している。

しかしながら、伝統的な医療の質の定義や評価における関心の標的は、時代が進むにつれ徐々に拡大することになる (図表1)。

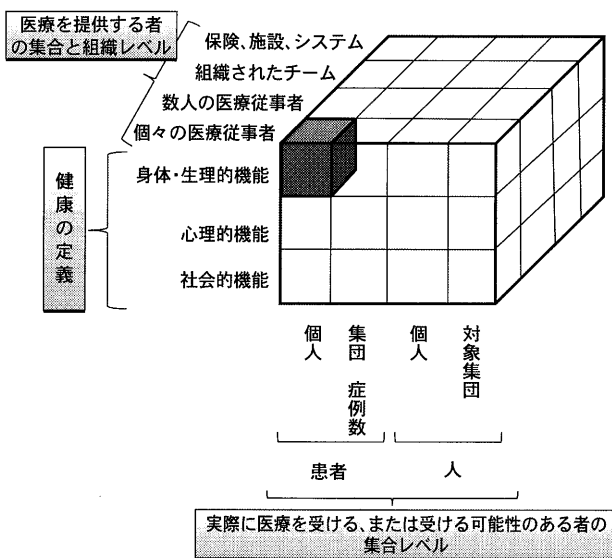
次頁の図表1を説明すると、従来、医療の質の定義や評価が対象としていたのは、個別の医療者によって身体生理的な機能を改善もしくは保持するといった観点で患者個人に提供される医療であった。それが、医療を提供する者の集合と組織レベル、健康の定義、そして医療を受ける側のレベルの側面から、対象とする範囲を拡大させることになっている。すなわち、医療の質の定義や評価も、その対象とする範囲が拡大することによって複雑化し、困難になっていることが伺える。

例えば、質の定義と健康の定義の関係を上げてみると、これら定義は、医療システムが人間の健康や機能に対する適切な責任と、その責任を遂行する手段を与えられ、かつそれらが受け入れられる範囲においてのみ対応することになる⁸⁾。そのため、心理的機能や社会的機能を含む健康の定義がなされ、医療範囲外の「健康」の側面を考慮しなくなればならなくなった場合、医療の質の定義と対応しなくなってしまうのである。

また、医療提供者の側面から指摘すれば、関わっている医療者がそれぞれ違う職種や職業の場合には、質の定義とそれを評価する手法には、それぞれの医療職の異なる役割、価値観、目的、技術を反映しなければならず、診療行為の継続性と整合性が求められる⁹⁾。こうした状況から、医療の質の

8) Donabedian, A. [1980], p.18, 邦訳 [2007], 18頁。

図表1 医療の質を定義する要素としての対象のレベルと範囲に関する枠組み



(出所) Donabedian, A. [1980], p.17, 邦訳 [2007], 18頁に一部加筆。

定義や評価の複雑化や困難性を理解することができよう。

次に、医療が抱えるジレンマについて、臨床倫理の側面から議論しているロウ (Low, B. [2000]) の分析から明らかにしていこう¹⁰⁾。彼は、なぜ利害の対立が医師にとって倫理的に問題なのかについて述べており、その理由として、①医師が臨床診断を下す際に、自身や第三者の利益を優先すれば、患者の身体的危害が加えられる可能性があること、②たとえ患者が危害を被らなかつたとしても、医学的判断における医師の高潔さが脅かされることになること、③利害の対立は、患者の信頼を傷付けること、の3点をあげている¹¹⁾。

そしてロウは、この利害の対立への対処について、次の4つをあげている。

1. 患者の利益が最優先であることを再確認する
2. 利害の対立の存在を開示する
3. 患者保護のための予防策を講じる
4. 特定の行動や状況を禁じる¹²⁾

ここで特に重視されているのが、患者の利益を最優先させることである。例えば、マネジド・ケア

9) Donabedian, A. [1980], p.18, 邦訳 [2007], 19頁。

10) この臨床倫理とは、ある一連の医療行為を正当化する根拠を分析するものであり、これは相反する2つの倫理的根拠があって、その根拠に優劣をつけがたい場合に生じる「倫理ジレンマ」へのアプローチとされている (Low, B. [2000], pp.3-6, 邦訳 [2003], 2-6頁参照)。

11) Low, B. [2000], p.232, 邦訳 [2003], 263頁。

12) これは、情報開示や予防策によっても患者保護に不十分な場合を想定したものである。例えば、製薬会社が主催する卒後教育プログラムは、テーマが偏っている可能性や、テーマの一側面しか取り扱われない可能性があるので制限しなければならないと指摘している (Low, B. [2000], p.235, 邦訳 [2003], 267頁)。

システムの下での医師は、もし仮に出来高払い制度であったならば、自分はその治療を行っていたかを問い掛けるとよいだろう、と提案している¹³⁾。

2. 保険者機能の強化と課題

このように、米国で議論されてきた「医療の質」の評価方法や臨床倫理の議論は、主として医師としての立場から検証されたものである。つまり、ここで議論されている論点は、「医師—患者」の臨床のあり方が問われており、そこでは医療費を巡る財源問題が含まれていない。あくまで医師個人としてどう患者と向き合うかについて分析されている。

しかし、医療問題を実際に議論するにあたっては、質の高い医療を効率的に提供することが目標とされている。これは何を意味するのか。結論からいえば、上述の「医療の質」評価を中心とした倫理的ジレンマの議論が進められても、その医療費を支払う「保険者」存在を含めて議論しなければ、医療行為の制約条件はなおざりにされたままなのである。言い換えれば、医療の質や倫理ジレンマの議論には、「保険者」が果たすべき役割についての議論が含まれていない。ゆえに、医療問題を取り扱うためには、「医師—患者」間の臨床問題ではなく、「医師—患者—保険者」の関係で考察しなければならないのである。

こうして医療を巡る問題を取り扱うには、保険者を含めた経済的側面も考慮する必要性が生じ、利害関係は複雑化するの明白である。この点、当時、医療産業が経済学者から注意が払われてこなかった理由について分析しているヒュックス (Fuchs, V. R. [1968]) の意見が参考になる。

ヒュックスは、医療産業が経済学者から大きな注意を払われてこなかった理由に、概念上と統計上の難しさを指摘している¹⁴⁾。つまり、医療産業では、産出高を定義する上でも、測定する上でも困難性を伴うのである。例えば、医療産業の産出高をイメージするのに、自動車産業に置き換えてみると、自動車を生産し販売するまでが「治療」、自動車を用いて快適な生活を過ごすことが「治癒」若しくは「健康」といえる。そして、伝統的に医療産業では、産出高は医師の往診の回数や、患者の入院日数で測定されてきた。言い換えれば、医療を提供する側が「治療」の側面で評価されることに対して、医療を受ける側は「治癒」、「健康」を要求しているのである。ここに医療サービスの評価・測定の困難性や、利害関係を複雑化させている原因が存在しているのである。

但し、日本で保険者機能を検討してみると、利害関係者の対立関係は米国に比べそれほど複雑化していないと考えられる。それを示しているのが加藤の保険者機能についての評価であるが、加藤は、情報収集におけるコスト問題と、指導・監査権限が厚生労働大臣に限定されていることの2つの理由から、本来の意味での保険者機能は果たせていないと指摘している¹⁵⁾。情報収集におけるコスト問題について説明を加えると、個別の保険者では当該保険集団内部の情報しか収集・蓄積できないために

13) Low, B. [2000], p.234, 邦訳 [2003], 266頁。

14) Fuchs, V. R. [1968], p.116, 邦訳 [1974], 141頁。この点、ヒュックスは、医療産業の実質産出高の変化を測定する問題は、①さまざまな産出の型が定義されなければならない、②それぞれの型の変化が数量化されなくてはならない、③さまざまな型を共通化して、その変化がドルと等価なものに換算されなければならない、と3つの部分から成り立っていると指摘している (Fuchs, V. R. [1968], p.117, 邦訳 [1974], 142-143頁)。

15) 加藤 [2003], 150-151頁。

その分析・活用には自ずと限界があり、従来は保険者横断的に大量に分析しうる体制が整っていなかったという背景から説明されている¹⁶⁾。

しかし、将来的に診療報酬抑制が進められ、保険者機能の強化が図られるのであれば、「医師—患者—保険者」の三者関係のバランスが保たれなくなる可能性が生じてくる。この点、保険者機能の強化がもたらす弊害を、医療を経済的に取り扱う困難性を踏まえつつ検討してみると理解が得られると思われる。

但し、医療のコストと質のバランスを客観的に評価するための第三者機関として保険者を考えた場合、「医療の質」を低下させずにコスト削減を担保する役割を保険者機能はもつことが可能となる¹⁷⁾。こうして保険者機能を捉えると、保険者機能と後述の病院原価計算との関連性が浮かび上がってくる。つまり、保険者機能の役割は、医療を経済的に取り扱うという効率性の側面と、医療の質を確保するという効果性の側面の2つの側面を有しているため、そのバランスの取り方が困難なものとなっている。言い換えれば、「医療の質を確保する一方で、適切妥当な給付を実現するため、保険者は権限と責任を一体のものとして保持する必要がある¹⁸⁾」のである。

以上、医療の質や臨床倫理で議論の対象となっている「医師—患者」の関係や、保険者機能の強化がもたらす意味と課題を示すことで、医療が抱えるジレンマを明らかにしようとしてきた。そこでは、まず、医療の質や臨床倫理の領域では、提供される医療行為について考慮しなければならない事項が、従来に比べその対象範囲を拡大させていることが判明した。そして、医療の質や臨床倫理の議論に保険者を加えると、医療財源を巡って利害対立が複雑化することが分かった。診療報酬抑制が掲げられている現行の医療供給体制においては、この保険者機能が強化され、利害対立が顕著に表れてくる可能性が高い。そこで、次節では、この医療財源を巡る利害対立を改善するために、試みに医療の「価値改善モデル」を図示することにしよう。

第3節 価値改善モデルの提唱

本節では、上述の医療が抱えるジレンマを解消するための価値改善モデルを提唱することを目的としている。そのために、まず価値改善モデルの中心となる医療供給体制の適正化が必要とされる背景について説明する。その上で、価値改善モデルの説明を行い、それを支援するマネジメント手法を紹介する。

16) 加藤 [2003], 150-151頁。この点について加藤は、「日本医療機能評価機構」やDRG/PPSの導入が進められ、レポートの情報を大量かつ客観的に収集・分析し活用することができ、それらを被保険者に還元提供する機能を果たせるならば、保険者の機能は大きく変化すると付け加えている（加藤 [2003], 151-152頁参照）。

17) こうした取り組みの例として、P4P (Pay for Performance) による医療の質に対する支払方式をあげることができる。P4Pとは、医療ケアの質の高い施設に高い診療報酬のボーナスを与える支払方式のことである。医療の質は、臨床指標、患者満足度、IT指標の3つの指標の内、主として臨床指標で測定され、その成績に応じて診療報酬の上乗せが行われることになる（P4P研究会 [2007], 8-16頁参照）。

18) 加藤 [2003], 148頁。

1. なぜ医療供給体制の適正化が必要なのか？

医療供給体制の適正化が必要となる背景について、まず日本の医療システムの特徴を説明することから始めていこう。

日本の医療システムの特徴については、吉田が次のようにコメントしている。「日本の医療システムの特徴は、分権的な保険者による保険の提供、参入・退出が原則自由な医療機関による医療サービスの供給、政府による医療サービスの価格統制、保険間の財政調整にある。分権的な需要者と供給者が自由にサービスの取引ができるという市場経済の特徴を持つ一方で、サービスの取引価格は政府によって統制され、また、保険間で所得移転も行われるという中央集権的な計画経済の特徴を持つ。この2つをどうバランスさせるかが、日本の医療システムを考えるうえで重要なのである¹⁹⁾」。すなわち、日本の医療システムは、病院経営に関しては市場経済の特徴を持ち、診療報酬に関しては中央集権的な計画経済の特徴をもっているといえよう。

このような特徴をもつ日本の医療システムではあるが、現行の医療制度の問題点として、社会的共通資本の視点から宇沢は、保険点数制度にもとづく診療報酬制度をあげている。具体的には、①保険点数表は、物的なものを中心として評価がなされていて、技術料に相当するものが極端に低く評価されていること、②保健点数表は、各医師の経験、技術水準などが全く無視されていることの2つの問題点を指摘している。そして、宇沢は、「医療制度を考察するとき、国民医療費の大きさなどといういわゆる市場経済的尺度は重要な問題ではなく、医療的基準と経営的基準の乖離ということがもっとも革新的な問題であるといつてよい²⁰⁾」と述べている。それゆえ、社会的共通資本としての医療を考えるにあたっては、「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるべきである²¹⁾」というのが基本的意識となっているのである。

実際、2002年から2006年までの社会保障費抑制を今後5年間継続するとした『経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006』や、主要な経営指標について数値目標を掲げ、経営の効率化を図ることが明記されている『公立病院改革ガイドライン』は、まさに医療を経済に合わせたものとなっている²²⁾。

このように、診療報酬改訂や医療制度改革により圧力を掛けられている現行の医療制度の下では、従来の医療供給体制を維持することが困難になっている。そのため、こうした現行の医療制度が抱える問題を考えるにあたっては、医療供給体制の適正化を目指す必要がある。そこでは、医師の確保および適正配置は当然ながら、不採算な産科、救急、へき地医療などを担ってきた自治体病院の存在意義などを再検証すべく、医療機関の役割分担と連携が要求されてくるのである。

2. 医療供給体制の適正化に向けて

次に、医療供給体制の適正化を達成するために価値改善モデルを提案していきたいが、上述の議論

19) 吉田 [2009], vi頁。

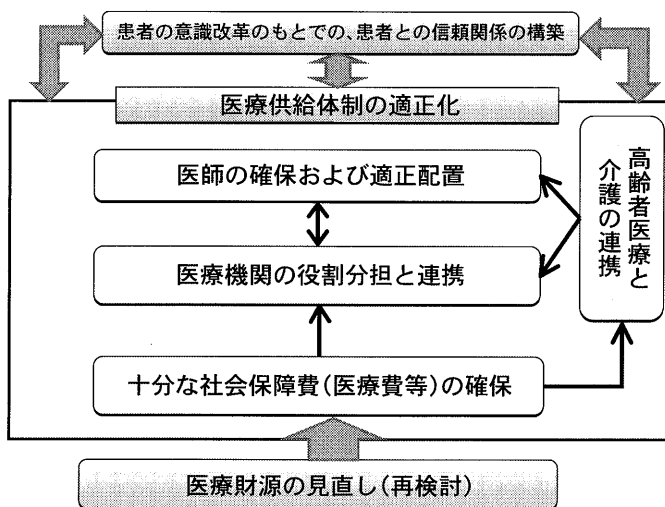
20) 宇沢 [2008], 175頁。

21) 宇沢 [2008], 176頁。

22) 例えば、『公立病院改革ガイドライン』では、病床利用率70%を3年連続で下回る公立病院には、病床数の削減、病院の診療所化(20床未満)など改革案を各自治体に提出させるよう指示した内容が記載されている(総務省[2007], 8頁参照)。

を踏まえると、当該モデルの核となる要素は、「医師の確保および適正配置」と「医療機関の役割分担と連携」となる。これを示した価値改善モデルは、次のようになる²³⁾ (図表2)。以下、この価値改善モデルについて説明していこう。

図表2 価値改善モデル



(出所) 筆者作成。

まず、この価値改善モデルで中心に位置づけられている医療機関の役割分担と連携であるが、これは日本で認められている自由標榜制を制限する意味で用いている。すなわち、病院の機能を集約し、機能を充実させるため、入院治療は病院、外来治療は開業医でという、医療機関の役割分担を明確にする必要がある²⁴⁾。

この医療機関の役割分担と連携の重要性については、米国の医療サービスを市場の側面から分析しているヘルツリンガー (Herzlinger, R. E. [1997]) の「医療フォーカスト・ファクトリー (Focused Factory)」が参考になる。この医療フォーカスト・ファクトリーを導入することは、買収・合併による垂直・水平統合で巨大化したり、リストラで縮小したりするのではなく、既存の総合病院をまず専門分野に焦点を絞り込んだ専門病院に変身させることを意味している。こうした医療フォーカスト・ファクトリーを実践した病院は、取り扱う症例数を増加させ、結果として医療原価を下げている²⁵⁾。つまり、各病院の特性を反映させた医療機関の計画的配置を行うことが、医療供給体制の適正化に向かうことになると考えられる。

23) この価値改善モデルは、田中[2008]を参考に作成している。また、価値改善モデルには、高齢者医療と介護の連携が含まれているが、本稿はこれらの項目を議論の対象としていないため取り扱わない。なお、高齢者医療と介護の連携についての説明については、田中 [2008], 169頁を参照されたい。

24) 田中 [2008], 162頁。

25) Herzlinger, R. E. [1997], p.178, 邦訳 [2000], 247頁。

そして、医療供給体制の適正化のもう一つの柱として掲げられているのが医師の確保および適正位置である。これは、特に地方の自治体病院・公立病院が抱えている医師不足の問題を反映したものである。つまり、医師の確保と適正位置が実現されなければ、地方の医療機関は、医療機関の役割分担と連携が到底達成できない。そのため、両者は表裏一体となって役割を果たすことになる。

さらに、医療供給体制の適正化が達成された場合でも、それが患者に焦点を当てたものでなければならぬ。これは、前述のヒュックスの「治療」と「治癒」、「健康」の議論からも指摘できる。そして、医療供給体制の適正化が患者に対してなされたものになれば、患者との信頼関係が構築される。患者との信頼関係が構築されれば、患者の医療改革に対する理解も深まると考えられる。

最後に、自然増がみられる社会保障費が2002年より断続的に抑制されている昨今の状況から判断すれば、もはや病院の自助努力では賄いきれないといえる。つまり、適正な社会保障費が算定され、その額が確保されなければならない。このため、価値改善モデルでは、医療財源の見直しによる十分な社会保障費の確保をあげている。

3. 価値改善モデルを支援するマネジメント手法

次に、この価値改善モデルを支援するマネジメント手法について検討してみよう。これは、価値改善モデルというビジネスモデルを支えるマネジメント手法の存在により、医療供給体制の適正化が担保されるという関係を意味している。

そこで以下では、医療バランスト・スコアカード²⁶⁾ (Balanced Score card, 以下BSCと略) と統合ヘルスケアネットワーク (Integrated Healthcare Network, 以下IHNと略) の2つを取り上げて解説を加えておきたい。これら2つのマネジメント手法は、前者は主として個々の病院に適用され、後者は地域医療圏に適用されるため、議論の次元を異にしている。しかし、これら手法には、近年の病院経営環境の変化により、自院の機能を明確化させ、患者中心の医療へ実質的な変換が求められているという共通した背景が存在している²⁷⁾。まさにこれは、上述の医療供給体制の適正化の実現に向けた価値改善モデルを支援するツールとなりうることが理解できよう。

(1) 医療BSC

まず、価値改善モデルを支援するマネジメント手法の一つ目に、バランスト・スコアカード (BSC) から取り上げていく。BSCが、なぜ病院組織で有効に機能するのかについては、次のような理由が考えられる。例えば、「BSCの非財務的データは、財務データよりも、職員の動機付けが強く、ある意味で個人の目標と業績評価がリンクしやすいので、動機付けしやすい²⁸⁾」といった動機付けの側面から説明できる。また、「これまで戦略の理解もされてこなかった医師を含む現場の人々に、分かりやすく現

26) 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)。

27) 高橋 [2004], 4頁; 松山・河野 [2005], iii頁参照。

28) 高橋 [2004], 8頁。

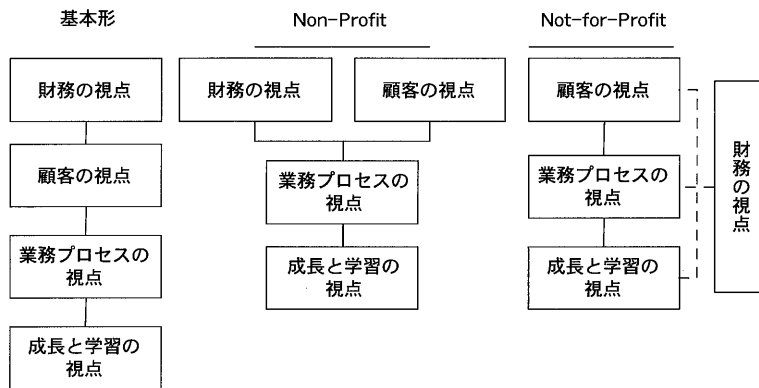
29) 高橋 [2004], 8頁。

場の言葉で戦略を伝えることができるので、行動の指針としてのビジョンと戦略が自分のものとして行動に生きてくる²⁹⁾と現場からの理解も得られやすい。

それゆえ、BSCの実践報告がなされている病院は数多く存在しており、2003年より病院全体に導入している済生会熊本病院や、2004年から看護部門に導入されている聖路加国際病院が代表的な病院としてあげられる。特に、済生会熊本病院では、1996年より作成されている「3ヵ年ビジョン」を機に毎年行動計画書が作成されており、これに基づいて既に“BSC的”行動を行っていたため、BSC導入が比較的容易であったと報告されている³⁰⁾。

また、BSCの基本形は、財務の視点がトップに据えられているが、非営利性が求められる病院では、顧客（患者など）の視点もトップに据えた階層構造も考えられるだろう³¹⁾（図表3参照）。

図表3 非営利組織のBSC



（出所）高橋 [2005]，23頁。

(2) IHN

次に、価値改善モデルを支援するマネジメント手法の二つ目として、統合ヘルスケアネットワーク（IHN）をあげることにしよう。IHNには様々なタイプが存在しているが、定義するならば、「人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、クリニック、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する医療事業体³²⁾」となる。このIHNは、急性期ケア病院から在宅ケア事業所まで様々な医療関連施設を統合し数千名の独立開業医が自主参加することが求められている。そして、IHNのマネジメントが成功するには、医療の質向上とコスト節約の二兎を追うことを可能に

30) 正木 [2004]，137-162頁；内重 [2007]，119-138頁参照。なお、聖路加国際病院に関しては、佐藤・高井 [2007]，194-204頁を参照されたい。

31) なお、図表3のNon-Profitの組織とは、利益を出すが分配はしないという組織であり、Not-for-Profitの組織とは、初めから利益を考えておらず、長期的に収支均衡であればよいという組織である（高橋 [2005]，23頁）。それゆえ、Not-for-Profitの組織のBSCでは、財務の視点が他の3つの視点をサポートする形になっていると考えられる。

32) 松山・河野 [2005]，52-53頁。

する求心力が不可欠とされている³³⁾。

また、IHNに類似したマネジメント手法として、地域医療の中核的役割を果たし、医師不足医療圏で有効に機能すると想定されている「マグネット・ホスピタル³⁴⁾」の配置も、医療供給体制の適正化に役立つツールとなると考えられる。

以上、医療問題を取り扱う価値改善モデルを中心に議論し、そのモデルを支援するマネジメント手法を紹介してきた。まず、現行の診療報酬制度や医療制度改革が抱える問題点を俯瞰し、これら問題点を解決するために医療供給体制の適正化を据えた価値改善モデルを提唱した。当該モデルの中心には、「医療機関の役割分担と連携」と「医師の確保および適正配置」の2つが配置されている。また、価値改善モデルを実行に移すためのマネジメント手法には、BSCやIHNを例としてあげている。

このように価値改善モデルを成功裏に納めるには、それを支援するマネジメント手法が必要と考えられるが、そのマネジメント手法が正しく実行されるためには、入手されるデータ情報、特に原価データに正確性が要求されてくる。そこで、次節では、本節の価値改善モデルの議論を踏まえて、原価データを算出する病院原価計算について検討することにしてしよう。

第4節 病院原価計算の果たすべき役割

本節では、価値改善モデルの中で病院原価計算が果たすべき役割を示すことを目的として、まず「価値」概念を巡る病院原価計算の近年の議論を説明し、その上で日本の病院原価計算のあるべき方向性を提示する。

1. 「価値」概念と病院原価計算

米国では、1990年代後半から「価値」概念をキーワードにした病院経営のあり方が議論されてきた。その議論の中心には、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り、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。このような「価値」概念を軸としたマネジメント手法（いわゆる価値重視の病院経営）は、「原価と品質を巡る（保険者、医師、患者間の）利害の対立

33) 松山・河野 [2005], 71頁。この求心力の源泉としては、①重複投資解消による財源創出、②医療サプライチェーン改革によるコスト節約、③eCareによる医療情報共有、④医療ベンチマーキングに基づくたゆまぬ改善努力、⑤IHN全体が医科大学となることで患者と人材を獲得すること、⑥臨床プロトコルによる標準化の6つがあげられている（松山・河野 [2005], 71-91頁参照）。

34) マグネット・ホスピタルとは、約20万人の圏域人口における、医師の教育環境が整備されている病床数が500床前後の病院を指す（伊藤 [2008], 100-101頁）。なお、マグネット・ホスピタルは元々、米国の看護協会の「マグネット・ホスピタル（看護指数が激減する中、労働環境が整って看護師を引きつける優秀な病院）」から借用し、医療圏の会議で中核的病院を指す分かりやすい用語として使い始めたものである（伊藤 [2008], 8-9頁参照）。

35) 具体的な「価値」概念を巡る議論については、足立 [2009] を参照されたい。また、当該議論が取り扱う対立関係の解消（緩和）について、荒井は「倫理」を用いて説明しようとしている（荒井 [2009], 71-75頁参照）。ここでいう「倫理」とは、医療者と経営管理者、医療の原価・利益・質管理、の全てに関わることであり、医療経営を巡る医療職の伝統的な思考枠組みでは対立すると考えられてきた各要素を関連させるものである。すなわち、「医療者と経営管理者は対立関係ではなく、相互支援しつつ一体となって、原価と利益と質の管理を倫理によって統合的に実践するのである」（荒井 [2009], 73頁）。

関係を解消（緩和）させるためのメカニズム」でまとめられ、従来の病院経営を解決しようとしてきた³⁵⁾。

そして、価値重視の病院経営に沿う形での病院原価計算は、2つの視点から考えることが可能である。まず、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が考えられる。そして、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重視の病院経営に沿う形で活用するために、原価計算の結果を有効活用するためのマネジメントツールを併用することが考えられる。

これら2つの病院原価計算は、歪められた原価情報が算定されれば、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相関価値単位法³⁶⁾ (Relative Value Unit Method, 以下RVU法と略)や活動基準原価計算 (Activity-based costing, 以下ABCと略)、それに疾病別原価計算が適用されることとなる³⁷⁾。

2. 日本の病院原価計算の方向性

次に、前節で提案した価値改善モデルに病院原価計算がどのように位置付けられるかを示した上で、日本の病院原価計算の方向性について検討してみよう。

まず、日本では国民皆保険制度が適用されているため、医療財源の適正配分が政府に要求されていることを確認しておきたい。この要求から病院原価計算は、経営管理目的の他に、診療報酬適正化目的で利用することが考えられる。そこで、診療報酬適正化と経営管理の2つの目的で病院原価計算を用いると想定して、前述の価値改善モデルを修正すると図表4のように示すことができる。

この価値改善モデルにおいて、病院原価計算は、医療の質の確保とコスト意識の2つの側面から、医療供給体制の適正化を支援するものと考えられる。最初に、病院原価計算と医療の質の確保の関係から説明していこう。医療の質の確保に関連する病院原価計算は、まず品質コストを算定する品質原価計算が考えられよう。また、原価情報を加味した診療報酬制度の進展により、質向上のインセンティブを取り入れた価格と原価の関係のモデル化・透明化を考案することも可能である³⁸⁾。

この他、DPC制度のような診断群分類と包括支払いが組み合わせられた場合、コストに対する意識が高まり、過少診療が行われる可能性が生じてくる。過少診療により医療の質が損なわれないようにするためにも、診断群分類別原価が適正に評価されたDPCが設定されるように病院原価計算が必要とされてくると思われる³⁹⁾。

次に、医療供給体制の適正化をコスト意識の側面から支援することは、病院原価計算が原価情報を提供することから容易に理解できると思われる。但し、経営管理目的で利用する場合や診療報酬適正化目的で利用する場合など、病院原価計算が用いられる目的により、集計される原価やその算出方法

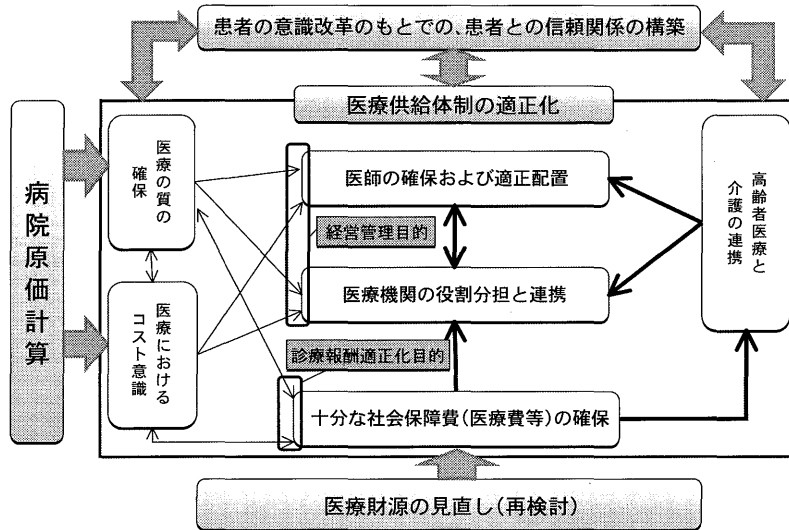
36) RVU法は、各診療行為において消費される医療資源の相対値を測定して相関価値単位 (RVU) を定め、それに基づき原価配賦がなされる等級別原価計算に似た原価計算手法である (Baker, J. J. [1998] 参照)。

37) 以上の「価値」概念と病院原価計算の議論については、足立 [2009], 12-14頁を参照されたい。

38) 今井 [2006] 参照。

39) 松田 [2007], 41-42頁参照。

図表4 価値改善モデルでの病院原価計算の位置付け



(出所) 筆者作成。

が異なる場合があることに注意しておきたい。

以上の価値改善モデルでの病院原価計算の位置付けを踏まえて、病院原価計算の方向性を示すと次のようになる(図表5)。

図表5が示しているように、米国では現状維持・品質重視、原価重視、そして価値重視と病院経営に歴史的展開がみられている⁴⁰⁾。こうした米国の病院経営の歴史を踏まえた場合、日本の病院経営は、出来高払型の医療保険やフリーアクセス性が主流となっている状況から判断すれば、現状維持・品質重視の病院経営を行っていると考えられる。そこで日本の病院原価計算の方向性は、価値ベースのマネジメントから捉えた方向性の他、上述の価値改善モデルで確認したように診療報酬適正化を目的とした方向性も考えられる。この診療報酬適正化目的の病院原価計算は、診療報酬に原価を反映させる「原価償還志向」や、現場の期待評価も加味された上で診療報酬に原価を反映させる「期待原価償還志向」をもつことになる⁴¹⁾。当該病院原価計算は、診療報酬の適正化に役立つ詳細な原価が算定されるような原価計算が想定されることになるだろう。

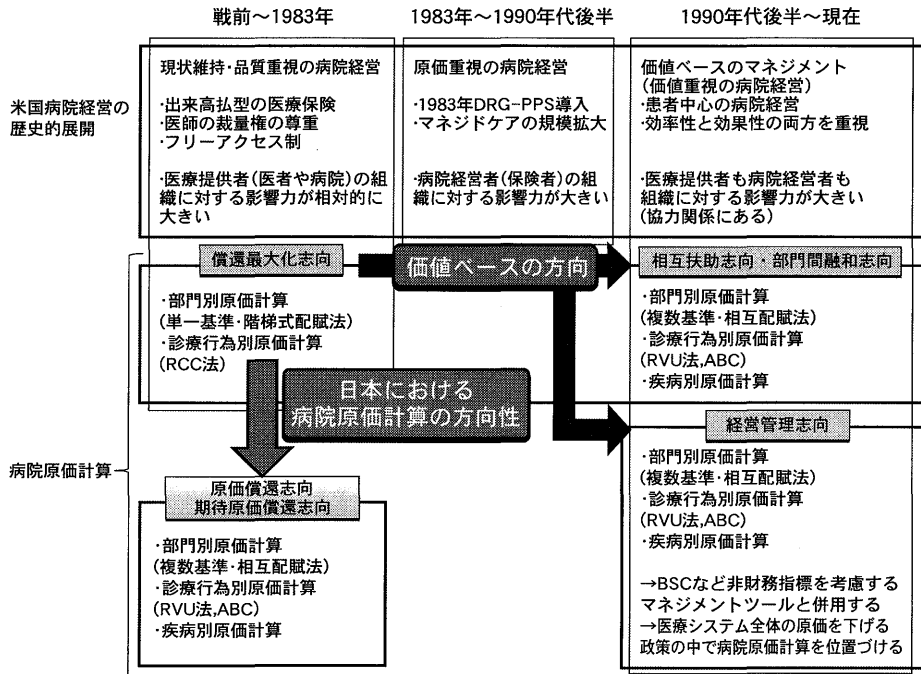
この点に関して荒井は、公立病院においては「地方公営企業法」の財務規定で掲げられている企業の経済性と公共の福祉を達成するために、病院総費用を政策医療関連原価と一般医療関連原価に区分する重要性を指摘している。これは、政策医療関連原価に政策医療非効率赤字額が混在していること

40) この米国の病院経営の歴史的展開については、足立 [2009]、2-6頁を参照されたい。

41) 病院原価計算の志向性については、荒井 [2007]、269-272頁を参考にしている。

42) 政策医療関連原価は、①代行医療活動経費、②政策医療分診療報酬、③不採算医療適正赤字補填経費、④政策医療非効率赤字額からなる。なお、代行医療活動経費については、その活動に対応させた部門を設定し、部門別原価計算を実施することで算出可能であり、不採算医療活動については、疾病別実際原価と疾病別診療プロトコル原価の差として政策医療非効率赤字額が算出可能としている(荒井 [2009]、287-289頁参照)。

図表 5 日本の病院原価計算の方向性



(出所) 筆者作成。

を問題視しているからであり、当該原価が算定されるための病院原価計算を提唱している⁴²⁾。この政策医療関連原価を算出するための病院原価計算は、診療報酬適正化を目的とする原価償還志向の病院原価計算として、日本の病院原価計算の方向性の一つの例と考えられるであろう。

以上、「価値」概念を巡る病院原価計算の近年の議論を分析し、その上で日本の病院原価計算の方向性を提示してきた。まず、病院原価計算は、経営管理目的と診療報酬適正化目的の2つの目的で利用され、価値改善モデルを医療の質の確保とコスト意識の2つの側面から支援することが判明した。そして、日本の病院原価計算の方向性としては、国民皆保険制度を支援する原価償還志向や期待原価償還志向の病院原価計算のさらなる導入研究や実践報告が求められてくると考えられる。将来的に医療を「管理」する必要があるのならば、こうした志向性をもつ病院原価計算の研究は必要不可欠である。

第5節 終わりに

本稿は、診療報酬抑制や医師不足などの日本が抱える医療問題を取り扱うために、独自の価値改善モデルを提案し、それを踏まえて病院原価計算の方向性を検討してきた。本稿で得られた結論は、以下のようにまとめられる。まず、医療問題を解決するための価値改善モデルは、医療機関の役割分担

と連携、医師の確保および適正配置が中心に存在しており、十分な社会保障費の確保や患者との信頼関係の構築も含まれるということであった。この価値改善モデルを実現するためには、BSCやIHNといったマネジメント手法は必要不可欠である。次に、病院原価計算は、医療の質の確保とコスト意識の側面から価値改善モデルを支援することになる。そして、日本の病院原価計算のあるべき方向性としては、診療報酬適正化を目的とした原価償還志向や期待原価償還志向で病院原価計算を用いるということであった。

こうした分析結果を踏まえた場合、日本での今後の病院原価計算のあり方としては、統一した病院原価計算のガイドラインを作成し、各病院に原価計算を義務化させることを考えることができよう⁴³⁾。ただ原価計算ガイドラインの導入当初は、従来とは異なる経営方針をとらざるを得ない病院が増え、多くの反対意見が提出されることが予想される。それゆえ、保険者機能との関連性から述べたように、病院原価計算は、医療の効率性の側面だけを重視した原価計算であってはならず、あくまで医療の底上げを目的とした導入を意識しなければならない。

また、原価計算ガイドラインにより病院に原価計算を義務化させた結果、原価データの「同質性」を診療行為に見出すことができれば、利用目的上それは重要な事項となりうるだろう。本稿では、この原価の「同質性」について議論しなかったが、「同質性」をキーワードに米国の相関価値単位法(RVU法)のような病院原価計算を改めて検討することで、具体的な病院原価計算の方向性の理解が深まると思われる。当該事項については、今後の研究課題としておきたい。

参 考 文 献

- 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.
- Donabedian, A. [1980], *Explorations in quality assessment and monitoring, Volume 1 The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press. (東尚弘訳 [2007]『医療の質の定義と評価方法』NPO法人健康医療評価機構)
- Fuchs, V. R. [1968], *The service economy*, National Bureau of Economic Research. (江見康一訳 [1974]『サービスの経済学』日本経済新聞社)
- Herzlinger, R. E. [1997], *Market-driven health care: who wins, who loses in the transformation of America's largest service industry*, Perseus Books. (岡部陽二監訳 [2000]『医療サービス市場の勝者—米国の医療サービス変革に学ぶ』シュプリングー・フェアラーク東京株式会社)
- 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)
- Low, B. [2000], *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*, 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins. (北野喜良, 中澤英之, 小宮良輔監訳 [2003]『医療の倫理ジレンマ 解決への手引き—患者の心を理解するために』西村書店)
- 足立俊輔 [2009]「米国病院原価計算に関する一考察 —価値ベースのマネジメントシステムに向けて—」『経済論究』(九州大学大学院) 第133号。
- 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。

43) この病院原価計算のガイドラインの参考例として、英国のNHS (National Health Service) が開発・作成した病院原価計算のマニュアルがあげられる (荒井 [2007] 参照)。

- ・荒井耕 [2009] 『病院原価計算—医療制度適用への経営改革—』中央経済社。
- ・伊藤恒敏 [2008] 「シンポジウム講演録を刊行するにあたって」 「医師が集まる「マグネット・ホスピタル」の提言」 東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学（宮城県）寄付講座編『東北大学地域医療シンポジウム講演録 医師不足と地域医療の崩壊 Vol. 2 現場からの「提言」医療再生へのビジョン』日本医療企画。
- ・今中雄一 [2006] 「医療の質と原価の評価 —根拠に基づく医療提供制度の設計・経営・政策に向けて」 田中滋，二本立編『保健・医療提供制度』勁草書房。
- ・宇沢弘文 [2000] 『社会的共通資本』岩波書店。
- ・内重烈 [2007] 「済生会熊本病院—戦略マネジメントに何をもちたか」 日本医療BSC研究会編『医療バランスト・スコアカード導入のすべて 構築・展開・成果』生産性出版。
- ・加藤智章 [2003] 「医療保険制度における保険者機能」 山崎泰彦，尾形裕也編『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社。
- ・川淵孝一 [2001] 「DRGをいかに使うか」 川淵孝一，有馬秀晃著『医療改革の工程表 DRG&ICDは急性期病院の常識』医学書院。
- ・佐藤エキ子・高井今日子 [2007] 「聖路加国際病院（看護部）—看護部門にどのように展開したか」 日本医療BSC研究会編『医療バランスト・スコアカード導入のすべて 構築・展開・成果』生産性出版。
- ・総務省 [2007] 『公立病院改革ガイドライン』（http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/191225_guideline.pdf，最終参照日：2009/6/9）
- ・高橋淑郎 [2004] 「バランスト・スコアカードによる戦略的病院経営」 高橋淑郎編『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版。
- ・高橋淑郎 [2005] 「医療施設におけるBSCの潮流」 日本能率協会総合研究所編『病院価値を高めるバランスト・スコアカード —BSC推進者のための実践ガイドブッカー』メディカル・パブリケーションズ。
- ・田中秀一 [2008] 「解説・読売新聞「医療改革」提言 信頼できる医療体制の確立を」 『中央公論』中央公論新社。
- ・東北大学大学院医学系研究科地域医療システム学（宮城県）寄付講座編 [2008] 『東北大学地域医療シンポジウム講演録 医師不足と地域医療の崩壊 Vol. 2 現場からの「提言」医療再生へのビジョン』日本医療企画。
- ・P4P研究会 [2007] 「P4Pが変える日本の診療報酬体系」 P4P研究会編『P4Pのすべて —医療の質に基づく支払方式とは』医療タイムス社。
- ・正木義博 [2004] 「急性期病院のバランスト・スコアカード—済生会熊本病院」 高橋淑郎編『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版。
- ・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。
- ・松山幸弘・河野圭子 [2005] 『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』東洋経済新報社。
- ・吉田あつし [2009] 『日本の医療のなにかが問題か』NTT出版株式会社。