



参照原価制度下の NHS 原価計算の展開

大阪市立大学大学院経営学研究科 助教授

荒井 耕

この発表資料を見ても明らかに私は異質な研究者で、医療系のフォーラムでしゃべるのは慣れていないので緊張します。このような全然異質な領域の研究者にも助成するという、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の懐の深さに感謝しております。

助成を受けて研究してきたことをここで発表させていただきたいと思います。

【ポスター1】

イギリスの NHS では、原価計算の取り組みが 80 年代からなされていて、20 年以上の歴史があるのですが、今日は時間の関係もありますので、現行の参照原価制度下で原価計算がどうなっているのかということに絞りたいと思います。それでも 10 年間の歴史があるわけですが。

まず、NHS ではどのレベルの原価計算がなされているのかということを簡単にお話します。

最初に、帳簿上の総勘定元帳から原価計算に含める原価額を確定するという段階があるのです。それをレベル1と言っています。それから今度、診療科別の原価計算をする段階があります。それがレベル2です。更に、診療科毎に入院の場合とか外来の場合とかといった、場合別に原価計算するレベル3というのがあります。それよりも更に細かいレベル4という形で、診断群分類毎の原価計算があります。

このように順番に細くなるような原価計算なのですが、実はレベル3までとレベル4では原価計算の方法が全く違います。レベル3までは、病院全体でこれ位コストがかかったというコストを配分していくという方法によって原価計算しています。それに対して、診断群分類のコストというのは、診断群分類毎の標準的なやり方（プロフィール）を明らかにして、それに実際原価レートを適用して積み上げ型で計算するということになっています。そういう4段階レベルの原価計算が NHS ではなされているということ、まず全体像として知っていただきたいと思います。

ポスター1



【ポスター2】

次に NHS 原価計算の特徴の変化ということですが、97 年以前の内部市場制度時代から参照原価制度に変わったときに NHS の原価計算がどう変化したかということに焦点

を当てて、ここには書いてあります。

まず90年代前半の時には、契約価格交渉において原価情報を使うという目的で原価計算が構築されていました。それが、97年以降、病院間のコストをベンチマークしよう、あるいはそれ以上に、アカウタビリティ・・・つまり、より多くの投資を医療界にする代わりに、国民にその説明をしなさい、どういうことにどれだけコストがかかっているのかをはっきりしなさいという、財務的なアカウタビリティの観点というのかなり強いのですが、そういう目的に原価計算が使われていくようになりました。それから、かつては原価計算の情報は非公開で、契約をする地方医療当局と病院との間の情報共有でしかなかったのですが、この97年以降は、それを国民一般に全部公開するという仕組みになりました。更に、かつては診療科別原価計算というのが中心だったのが、97年以降、診断群分類毎の原価計算というものが焦点になっていきます。

それから、97年以前が原則は任意で原価計算することとなっていたのですが、この参照原価制度の下では、義務で、強制で、絶対にやらなくてはならないものとなりました。

かつては、病院と契約当事者の地方医療当局との間で原価計算の方法に関する合意があればよかったのですが、97年以降、ベンチマークであるとか、共通の枠組みで財務的なアカウタビリティを果たすということなので、病院間で統一の方法によって原価が計算されるのでなければ、結果としての原価情報の比較可能性がないということなので、原価計算方法の統一性を確保しようということに躍起になっていきます。それがまた特徴の一つです。

それから、原価計算のためのマニュアルを作っているのですが、これは90年代前半もそうなのですが、後半のこの参照原価制度の下では、マニュアルに準拠しているということを義務化すると同時に、ちゃんと準拠しているかどうか監査していくということもやっていくことになっています。

こういうところが、特徴の変化です。

【ポスター3】

それから、先ほど申し上げたように、NHSの原価計算には4つのレベルの原価計算があるのですが、中でも診断群分類別原価計算に、皆さんおそらく関心があると思うので、その部分に今焦点を当てて、どう発展してきたのかということ、このポスタ

ポスター2

NHS原価計算の特徴の変化

- ・ 1990年代前半には、原価計算は主に「コスト・コントロール」のためのツールとして使われていた。
- ・ 1997年以降、原価計算は「ベンチマーク」や「アカウタビリティ」のためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「透明性」を高めるためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「競争」を促進するためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「説明責任」を明らかにするためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「効率性」を高めるためのツールとして使われるようになった。

ポスター3

参照原価計算の経緯

- ・ 1990年代前半には、原価計算は主に「コスト・コントロール」のためのツールとして使われていた。
- ・ 1997年以降、原価計算は「ベンチマーク」や「アカウタビリティ」のためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「透明性」を高めるためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「競争」を促進するためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「説明責任」を明らかにするためのツールとして使われるようになった。
- ・ 1997年以降、原価計算は「効率性」を高めるためのツールとして使われるようになった。

ー3に書いてあります。

内部市場時代も、マニュアルに従って診断群分類毎に原価を報告することを要求されていたのですが、また、契約交渉で利用するのが望ましいとされていたのですが、現実には診療科別の原価計算までというのが限界でして、診断群分類別の原価計算というのは基本的にはなされていませんでした。

97年の参照原価制度の導入によって、急性期病院から順次義務になったために、HRG別の原価計算が本格化してくるのです。ただし、かつて一部の病院ではHRG別の原価計算というのをやっていた。その時は予測原価だったのですが、この97年以降の場合は、実際原価に基づいて計算するということ、それからこの原価計算のコストデータと財務諸表のデータ・・・つまり貸借対照表や損益計算書のデータとの整合性があるということを昔は要求されていなかったのですが、この参照原価制度の下では、その整合性を要求する。つまり、それだけ原価の信頼性を高めようということなのですけれども、そういう方向になってきました。

そして先ほど申し上げたように、ベンチマークにも使うので、手法の統一化を図ろうという流れが出てきています。

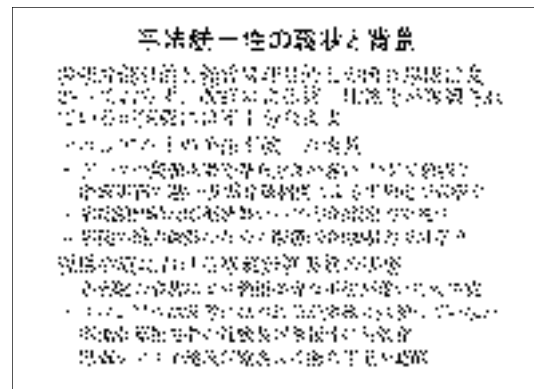
【ポスター4】

では、どれ位手法が統一されたのかということですが、実は、マニュアルについては、何度も何度も統一性を強化しないといけないということで、新しいマニュアルができたし、その後も第4版まで改訂し続けているのですが、結果としては、少しは統一性が強化されるのですが、あまり強化されませんでした。

その背景として何があるのかということですが、まず、マニュアル上の手法が不統一のままの背景の1つ目として、データの整備水準とか保有方法が病院によって違いすぎるということです。そういう状況の下で統一性を強化すると、データの整備水準を低いところに合わせざるを得ない。そうすると、どこの病院も非常に精度の低い原価計算になってしまうという問題があるので、整備水準が高いところと低いところの中間的なところを想定しながらやっておいて、整備水準の低いところには「今後改善しなさいよ」ということで、ある程度手法の統一性を犠牲にして多様性を残しておいた方が、正確性を高めるということで、統一性が取れなかった。ただ、これに関しては、だんだん整備水準が高まっていけば、やがて解消され得るものなので、まだいいのですが、これが克服されたとしても、次に診療実務の違いというものがあります。

診療実務の違いがある下では、統一の原価計算方法にすると正確性が失われるのです。それぞれの診療実務に合わせて、それを反映するような原価計算手法を選択の方が正確性という観点からはいいわけです。ですから、診療実務の大きな違いがある下で手法の統一性を追求して

ポスター4



しまうと、正確性が著しく失われるということもあって、完全に統一化できていない。ただ、これに関しても、保健省などでは参照原価制度でベンチマークが進んでいけば診療実務が似通ってくるから、やがてこの問題は解消されるというような主張もされます。

しかし、更にそれが克服されても、今度は病院個別的な原価情報ニーズに対応しなくてはならないという問題があります。医療界の方にはあまり理解されていないと思うのですが、原価計算の原価情報は何でもいいというわけではなく、一つ一つの異なる経営課題、戦略、目的によって原価情報の種類は違うのです。個々の病院毎の経営課題によって原価が構成される適切な中身が違うのですけれども、手法を統一させてしまうと、個々の病院の経営管理ニーズに対応した原価情報が算出されなくなってしまいうという問題があるのです。また、政府が病院にやってもらう以上、病院にもメリットのある形でやらないといけないので、完全な手法の統一性を政府が規制してしまうと病院の個別的な原価情報ニーズに対応できず、協力を得られないという問題もあって、完全に統一化できないということが言えます。

では、個々の病院の経営管理目的での原価情報という観点からマニュアルを作るのを諦めて、ベンチマーキングとか国定価格を設定するための原価計算に限定してしまえば、もっと統一性のとれたマニュアルを作れるのではないかということになるのですが、こうなると、なかなか病院の協力が得られないという悩みがあります。もちろん、それに対しては公的強制力でやらせるという手もありますけれども、そうすると「やらされている」ということで、質の高い原価情報が出てこないという、これもまた悩みがあるということです。とは言え、イギリスでは、現実には強制力でやっているわけです。

このようにマニュアル上では手法が不統一なのですが、では現場レベルではどうなのか。マニュアルが完全に統一されていなくても、病院の実務としてはだいたいみんな同じような方法でやっているということもあり得るわけです。しかし、実務に関しても、いくつかの病院にインタビューしたところ、やはり全然病院により違います。各病院の原価計算に対する積極的か消極的かという姿勢によって、大雑把なものから非常に詳細なものまで、いろんな手法が用いられていて、病院による原価計算実務は不統一でした。そして、マニュアルも参考にはされるのですが、厳密には従っていません。結局、各病院の原価計算担当者の経験とか積極性にかかなり依存してしまっている。経験豊かな担当者がある病院ではかなり精度の高い原価計算が試みられているということが言えます。

それと、現場病院のレベルに聞きに行くと、原価のシフトの余地がまだまだいっぱいあるということと、原価計算監査をする監査人の能力が高くないから、病院の方がこれがいい方法だと言えば、簡単に監査人を言いくるめられると、現場レベルでは認識されているという現状があります。

【ポスター5】

これがNHS原価計算の現状ですが、そうこうするうちに、ペイメント・バイ・リザルツという新しい資金供給システムが出てきて、2008年から本格適用、2003年から段

階的に移行し始めています。この新しい資金供給システムとNHSの原価計算との関係がどうなっているかということ、次に見ていきたいと思います。

まず、80年代から長い間試みられてきた原価計算が背景になって、やっと2003年になって新しい資金供給システムが導入可能になっているという関係にあります。何故かと言うと、この新しい資金供給システムでは、診断群分類毎の価格を

設定して、より多くの患者さんを診たところにはより多くの金を供給するという仕組みになりました。昔は基本的には予算みたいな形で、提供した量に関係なかったのです。そのために、病院側にあまり患者を診るインセンティブがなかった。だから、診た患者数に応じて資金を供給する仕組みにしたいというのがあったわけですが、そのためには診断群分類毎の価格設定と、それによる資金供給がなされないといけないのですが、そのためには診断群分類毎のコストが分からないと価格設定ができないということがあったわけです。その点、診断群分類毎の原価計算ができるようになってきたという5年位の歴史が出てきて、それなりに原価計算の信頼がおけるようになってきたということで、ペイメント・バイ・リザルツという制度が導入できるようになってきたということです。そういう意味でペイメント・バイ・リザルツの根底を原価計算が支えているということが言えます。

日本の場合も、DPCに限らず、今までのいろいろな診療行為毎の価格は国が設定しているわけですが、日本の場合は原価情報に基づかないでやっても、許容される国なのですが、イギリスの場合すごくエビデンスというものを重視しますので、日本のような状況は許されません。「原価情報が無いのに、何故価格を国が設定できるのか」と、イギリスでは逆に日本の状況に対して驚かれてしまうという状況なのです。イギリスではしっかりとした原価情報が無いと価格は設定できないということで、原価計算の発達を待ってきたのですが、いよいよプライシングができるようになってきているということが言えます。

一方で、逆に、この支払制度が原価計算の方法にも影響を与えています。例えば、診断群分類が原価計算の対象なのですが、その再設計や単位数測定法を、統一性が取りやすいような方法に変更したりします。あるいは、計算方法自体を改善したり、統一性の強化も更に図ります。もちろんベンチマーク時代も統一性は非常に重要なのですが、今度はお金の支払いとリンクされるようになったので、原価計算の方法に対してもっと病院がある意味ナーバスになるのです。だから、各病院の納得性という観点からも原価計算方法の統一性強化が、今まで以上に重要になってきました。

【ポスター6】

また、国定価格を設定するという目的がNHS原価計算の中心になってきたので、今までの方法とは違う代替的な原価計算制度でもいいのではないかということで、代替

ポスター5

新資金供給システムとNHS原価計算

- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ 英国の資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ 英国の資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。
- ・ NHSの資金供給システムは、診断群分類（DRG）に基づいて設定されている。

的な原価計算制度も検討されます。それがこれなのですが、どういう代替的なものかと言うと、1個目は時間の都合からパスすることにして、今までは国全体の、つまり全ての病院の全データを基に原価計算して、その原価を基にベンチマークをしたり、アカウンタビリティをしたり、内部経営管理に使ってもらったりしていたわけなのですが、国定価格設定のためだったら、全病院の全データでなくても、サンプル的な方法でもいいのではないかということです。それならば、原価計算のコストを下げられるということです。あるいは、質の高い原価計算システムを持っていることで知られている病院だけにやってもらって、それでもいいのではないか。あるいは規範的なアプローチを導入して、最良の診療方法と一部のサンプルによる実際原価と合わせて、国定価格設定のための原価情報を得ればいいのではないかという代替的な方法が提案されました。

ただ、いずれの代替案も当面は採用せずと結論づけられました。何故かと言うと、国定価格目的に中心は移ってきているのですけれども、そのためだけに原価計算は実施されているわけではなくて、やはり各病院での経営管理目的、あるいは各病院に財務的なアカウンタビリティを果たしてもらう目的ということがあるということで、実は病院が最初義務でやれと言われたときには、みんなやりたくないから、仕方なく義務だからやるという感じだったのですが、何年か経つと、今度は病院側が経営管理上重要な情報として必要な状況になってしまっているわけです。だから、政府が一部の病院だけでやればいいと言うと、今度は病院側が「いや、経営管理目的にも使っているから、今まで通り、全部の病院でやりましょう」というように、義務でやられたものも数年経つと自分たちの意思決定をする上での必要な情報になってしまっているのです。そういうこともあって、そのまま全部の病院を対象にしてやろうということに、今のところなっています。

【ポスター7】

これは日本とイギリスの医療原価計算を簡単に比較してまとめたものです。

イギリスでは、原価計算のマニュアルが早くから開発されて普及し、マニュアルによって原価計算の普及を図ることがなされてきました。ご存知のように、日本では一部の研究という形で原価計算マニュアルが作られていますけれども、最近のことですし、また、病院間に普及しているとは言えないという状況です。むしろ、先進的な病院が自分たちのやり方でやっているというのが、日本の現状だと思います。

ポスター6



ポスター7



それから、イギリスの場合、政府主導の義務的導入をやってきて、当初抵抗を生んだのですが、それがきっかけとなって病院で原価計算が実施されて、政府が意図していたアカウンタビリティとかベンチマーキングという目的だけではなくて、各病院での経営管理上も一定の成果をもたらしてきたと言えます。十分な成果とは言わないけれども一定の成果をもたらしてきたと言えます。それから日本と違って、全ての病院で手法の統一性がある程度あって、ある程度の精度もある、診療科とか診断群分類とかの多様な対象の原価計算が経常的に実施されるようになった。そういう意味では義務にしたことによる一定の効果があつた。但し、保健省が義務的に求めてきたので、本格的な取り組みはあまりなされてこなかった。それから、イギリスの病院の場合は、経営トップが医療職集団のトップとしての医師ではないので、実効性のある原価計算活用は十分になされてきたとは言えなかったと言えます。

それからもう一点、イギリスの場合、国としての価格設定だとか、政策立案評価、あるいはアカウンタビリティを果たさせるための原価計算というものが出てきているわけですが、日本の場合、この一国の医療システムを運営するための原価計算制度というのが未発達だということが、比較した場合に言えます。

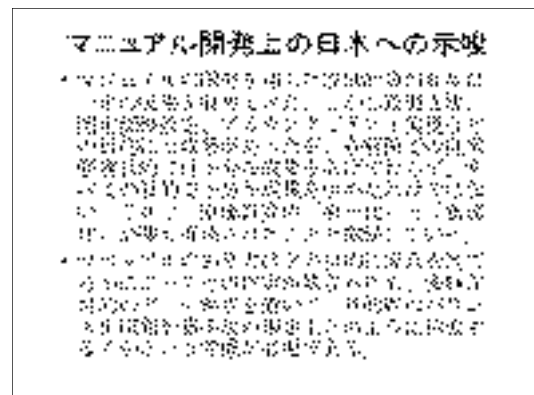
【ポスター-8】

こう見てきたときに、マニュアル開発上および原価計算制度構築上の日本への示唆として、こういったところが挙げられます。簡単に言いますと、マニュアルの開発を通じた原価計算の普及というのは一定の成果を収めてきた。政策支援とか、国定価格設定とか、アカウンタビリティの実現のためにはかなりの成果があつたのですが、各病院での経営管理という目的には十分な成果を挙げていない。それは、原価計算の統一化と義務化が強く推進されたことと関係しているのですが、そのために、どの程度統一性を図るのか、どの程度義務化するのかということは原価計算の目的との関係で考えていかないといけない。だから、マニュアルのあり方はどの目的に焦点を当てるかによってその内容が異なるので、多様な目的のどこに焦点を置いて、目的間のバランスを手法の規定上どのように達成するのかという考慮が必要です。

【ポスター-9】

目的が異なれば原価計算が異なるので、一つの原価計算制度で全ての目的に対応するのは困難です。特に診療報酬の

ポスター-8



ポスター-9

原価計算制度構築上の日本への示唆

- 中心目的を考慮して、異なる手法統一度を有し、異なる原価計算対象と対象病院範囲を設定し、異なる強制度を課す。異なる原価計算制度を構築する必要がある。

原価計算の 中心目的	中心目的の統一性	原価計算対象	対象病院範囲	強制性
診療報酬	ある程度統一性あり（診療報酬 の算出に必要である）	診療科 診断群分類	全国	性 格別
コスト削減	統一性あり（コスト削減の ためである）	診療科	全国	性 格別
経営管理	統一性あり（経営管理の ためである）	診療科 診断群分類	全国	性 格別
政策立案評価	統一性あり（政策立案評価の ためである）	診療科 診断群分類	全国	性 格別

価格設定のようなものと、経営管理のための原価計算は違うのです。だから、一つの原価計算制度で対応することは本来的に困難なのです。そこで、基本的に異なる目的には異なる原価計算制度を構築しないと、理論上ダメなのです。

では、どういうふうにするかという、原価計算の中心目的を考慮して、異なる手法統一度を有し、異なる原価計算対象と対象病院範囲を設定して、異なる強制度を課す、異なる原価計算制度を構築する必要がある。

大きく分けると3つ位考えられまして、一つは経営管理。各病院の経営管理を目的の中心に置いて、ある程度共通化しつつも、かなり病院裁量を大きくした原価計算制度というものを、診療科別原価計算及び診断群分類別原価計算を対象として構築して、全病院を対象に、任意で推進するということが、一層目の、一番下の原価計算制度としてあります。その上に、アカウンタビリティであるとか、政策意思決定評価、診療報酬設定という目的を中心にした、統一的な手法で、病院裁量が小さい、診療科を対象とした原価計算制度を、民間を含む全ての大病院を対象に、政府が強制的にやるというものではなくて、社会的な要請としての義務で推進することが重要ではないか。更にその上に、公的病院とか、任意参加の民間病院もあっていいのですが、そういった少数のところを対象に、診療報酬設定であるとか、政策意思決定評価といったことを中心目的とした、統一性をかなり強化した診療科別原価計算及び診断群分類別原価計算を、これは政府主導で義務としてやる。こういうような、中心目的毎に、それに相応しい原価計算制度を普及させていかないと無理なのではないかと思います。

質疑応答

座長： コスト管理、あるいは診療報酬改定と医療費の問題は、非常に密接なところなのですが、時間がきてしまいました。大変熱のこもったプレゼンテーションで、前の2題とは異なった意味で、こういった方々が頑張ってくださいと、診療報酬体系も良くなるのではないかと期待します。