

## < 書評 >

# 山下正喜著『医療原価計算』が、今、なぜ必要とされるか？

中 田 範 夫

少なくとも中期的に少子高齢化が継続することが想定される我が国では、収益を構成する片方の要素である患者数が減少することが推論される。さらに70歳以上の現役世代並み所得者の窓口負担増加(2006年10月より)、75歳以上の後期高齢者医療保険制度の創設(2008年4月より)、などの政策は患者数の減少を引き起こす可能性が大きい。

さらに収益を構成するもう一方の要素である一人当たり診療報酬の側では、最近の改訂では薬価に典型的に見られるように出来高診療報酬のベースになっている点数が引き下げられてきている。日本版DRGだといわれるDPCが導入されたのも診療報酬の引き下げを狙ったものであるといわれている(ただし、比較的早期にDPCを導入しているほとんどの病院は出来高報酬に比較して診療報酬が増大している)。DPCについても今後の推移について目を離せない状況である。

このように病院収益を構成する患者数ならびに一人当たり診療報酬の両方が減少傾向にあったのが最近の傾向であった。そしてこの傾向は短期的・中期的には大きな変化がないことが予想される。その理由は、日本の税収減少傾向と国の累積財政赤字である。我が国の医療制度は国民皆保険としての公的医療制度であるが、これは医療費の大きな部分が国の財政支出に依存していることを意味する。人口が減少し、結果として税収が減少すると、国が支出する医療費

補助はますます苦しくなるというものである。だからといって保険料や窓口負担を大幅に増大させることも容易ではない。

このような状況なので、病院経営はマクロ的には収益増大を目指すのではなく、原価の削減に目を向けざるを得なくなる。

本書は一般の会社で用いられている経営管理の手法を病院経営に対して用いることができる、という観点から書かれている。その場合、経営管理の手法としては管理会計領域のものが中心である。原価計算、CVP分析、BSCが具体的な管理会計手法として紹介されている。その中でも中心的なのは原価計算であるが、その種類として活動基準原価計算(以下ABCと省略)が取り上げられている。ABCをA大学医学部附属病院の検査部と放射線部(部門別計算)に適用した結果、著者はこの方法が「原価配分に正確で、有用であり、原価管理に効果的である」と評価している。ただし、原価管理目的のためにはABCは標準原価計算として実施される必要があるが、現在では標準原価計算のクリティカル・パスへの応用問題は診療行為別の標準時間の確定において課題が残っていると主張する。

さらに、著者は診療報酬の算出はコストに基づくべきだと主張する。この場合におけるコストは標準原価を意味している。したがって、標準原価は単に原価管理の手段であるだけでなく、より合理的な診療報酬の算定にも役立つことになる。原価計算の成果を診療報酬の算定に利用

すべきであるという立場であり、5項目を原価算定に反映させるべきだと主張している。その中でも特徴的なのは病院種類別規模別にコスト計算を実施すべきである、というものである。なぜならば、病院の種類・規模によってコストの大きさが異なることが予想されるからである。ただし、「現行の診療報酬体系」を抜本的に「原価計算方式にもとづく診療報酬体系」へと変更するのではなく、部分改善によって「コストを反映した現行の診療報酬体系」へと変更すべきであると主張する。

診療報酬体系の抜本的改善が早期には難しいとする理由は次の2点である。「(i) 我が国は、日本的風土、日本的なものがあり、アメリカのように急速な変革は難しい。(ii) 病院には民間企業のように今迄コスト、原価管理の認識が薄く、早急には難しい状況にある」と。

最近では病院や医療を対象にした原価計算や管理会計領域の著書が多く出版されている。そのような中で本書は次の3点において優れた特徴を持っていると考える。1つめは、書かれている内容の中心部分が自ら行った調査に基づいており、単なる理論や借り物でないという点である。この点については本書の全体に及んでいるので、改めて指摘する必要はないであろう。

2つめは、主張が非常にバランス感覚の優れたものであるということである。それは上記に指摘した原価計算の成果を診療報酬算定に利用する際の5項目の指摘、ならびにそれから導かれる診療報酬体系変更への考え方の中に現れている。

3つめは、病院の原価計算(部門別計算)に

対してABCを適用すべきだという意見であり、これは正鵠を得ていると考える。ただし、現状の我が国ではABCを採用している病院は過少である(注1)。また、ABCは本来製品別原価計算として提案されたものであるもので、部門別計算に止まらず疾患種類別計算として展開されることが期待される(注2)。米国では1983年のメディケアに対するDRG/PPSの導入が病院の原価計算システムの発展に対して影響を及ぼしていると考えられるが、果たして我が国では医療原価計算がどのような進展を見せるのであろうか。

#### 引用文献

注1：我が国の150床以上の病床数を有する病院に対する郵送調査では、ABCを利用していると回答した病院は4病院(2.2%)に過ぎなかった。ただし、「ABCを知っているか」という質問に対しては43病院(26.9%)が知っていると回答している。拙稿「大病院の経営管理機能についての期間比較 - 平成16年調査と18年調査 -」山口経済学雑誌、第55巻第5号、平成19年3月、および「中規模病院の経営管理機能についての期間比較 - 平成17年調査と18年調査 -」山口経済学雑誌、第56巻第1号、平成19年5月参照。

注2：米国では1994年にニューヨーク北地区の医療機関に対して行われた原価計算情報に関する調査があるが、当時すでにABCの優位性についてかなりの評価が行われていた。拙稿「病院に対するABCシステムの適用」山口経済学雑誌、第48巻第3号、平成12年5月参照。

