

クリニカルパスによる原価管理技法の研究

吉田 康久

Research for Cost Accounting Methodology on Clinical Path

Yasuhisa Yoshida

はじめに

医療機関を取り巻く環境は急速に変容している。なかでも、注目されているのが独立行政法人への法人格移行の制度改正と、DRG (Diagnosis Related Groups)・PPS (prospective Payment System) の導入に向けた診療報酬制度の制度改革である。これらの医療機関の外的環境変化は、医療機関における経営管理を論じるにあたって、原価管理という視点からの考察を抜きに語れないことを意味する。

医療機関における治療行為および看護活動は、その対象が人間であり生命を扱う行為であるため、ある種、灰色の領域であると考えられていた。それにより、医療機関において、原価管理の視点から、治療行為および看護活動についてあまり論じられていなかった。だが、治療行為および看護活動そのものが、灰色の領域であるというわけではなく、行為それ自体は、治療行為および看護活動という活動の役務の提供に他ならないという理解から、医療機関でも外的環境変化に対応するべく原価管理への道に目を向け始めている。すなわち、それは資源を消費し原価を発生させる要因は、治療行為および看護活動の活動そのものであるという認識を持ったのである。

医療機関における原価管理への取り組みは、その管理すべき組織体の特質が、一般企業の組織体と比べて特異な点がある。よって、一般企業での原価管理の遂行とは異なるプロ

セスを適用しなければならない。医療機関は、組織体の設立趣旨からして特質を有し、会計構造も確立されているわけではないため、資源消費に対応した収益が獲得できるというものではない。しかし、原価管理におけるスタンドポイントは、資源消費額を適切に認識し、適正な管理体系によって統制することであり、医療機関もその例外ではない。

昨年度の調査研究では、医療機関における看護活動を分析し、その原価測定を行い原価管理への道筋を開いた。しかし、まだ床にいたばかりであり、順次原価管理の枠と手法を拡大し展開しなければならない。本稿は、医療機関での原価管理におけるスタートポイントを示すべく、思案を述べるものである。

1. 医療法人の概要

医療法人は、法人格を有していても民法上の公益法人とは区別され、商法上の法人格とは異なるものである。医療法人は、医療法によって営利法人たることを否定されているのである。端的には、医業経営において一部の法人格を除き、設立に関わる出資者の持分は否認され、解散時においても行政の監督・指導の下に置かれる。また、医業経営から生じる剰余金においても、配当が禁止されている。医療法人に対しては、医療法などによって厳格な規定によって定められている。医療法人が法人格を有していても、法人概念が異なるものなのである。

医業収益においても、一般的法人概念は適

用されない。医業収益は、国などの保険者から、診療の出来高に応じて支払われる診療報酬によって構成される。通常の市場におけるような市場原理や自由取引に基づく価値取引は存在しない。医業収益は、診療の良否には無関係に、診療の量に比して増大する。昨今の医療費抑制の議論は、このことに端を発する。

1. 1 医療法人の設立

医療法人の設立は、医療法第39条によって規定されている。医療法第39条には、「病院、医師もしくは歯科医師が常時勤務する診療所又は老人保険施設を開設しようとする社団又は財団は、この法律の規定により、これを法人とすることができる」と記されている。

医療法人は、また、医療法第44条によって「医療法人は、都道府県知事の認可を受けなければ、これを設立することはできない」とされ適格要件に関して審査が介在する。医療法人の設立は、昭和25年の医療法の改正によって具現化され、改正の趣旨は、病院経営の経済的難易性を、医療事業の経営主体に対し法人格取得の途を開くことで、資金集積の方法を容易にし、医療経営の健全化と継続性を保持させることにある。

医療法人の区分としては、社団医療法人と財団医療法人、そして1人医療法人がある。また、認可において都道府県知事の他に財務大臣の認可を要する特定医療法人や厚生労働大臣（大臣か都道府県知事のいずれか）の認可を要する特別医療法人がある。

社団医療法人は、複数人の出資によって設立され、出資者は出資額によって社員持分を有する。そして退社・解散時には、出資持分に応じた払い戻しと分配を請求することができる。対して、財団医療法人は、個人又は法人などによって設立されるが、この場合は出資額は無償提供による寄付であり、社員持分は有しない。医療法人の解散時は、理事会において残余財産の処分を決定し、都道府県知

事の許可を得て処分することになる。

特定医療法人は、財団の医療法人又は社団たる医療法人で持分の定めがなく、租税特別措置法施行令第39条の25及び、租税特別措置法施行規則22条の15に定める基準に適合し、医療法人の行う事業が医療の普及および向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ、公的に運営されていることを要請される。また、公益性の観点から税率に関して軽減措置が図られている。

特別医療法人は、財団の医療法人又は社団たる医療法人で持分の定めがなく、医療法第42条及びこれに基づく医療法施行規則第30条の35及び第30条の36に定める基準に適合し、地域において安定的かつ公正的に医療を提供でき、法人の財産が個人に帰することがなく、社会福祉法人等と同様に公的な運営が確保されていることを要請される。特別医療法人は、医療法第42条の第2項における「医療法人が開設する病院、診療所又は老人保健施設の業務に支障のない限り、定款又は寄附行為の定めるところにより、その収益を当該特別医療法人が開設する病院、診療所又は老人保健施設の経営に充てることを目的として、厚生労働大臣の定める業務を行うことができる」という規定から、収益事業を行うことが容認されていることが特徴である。特別医療法人が行える収益事業には、医療業務に付随する物品販売業、物品貸付業、一般飲食業、請負業、運送業、情報サービス業、出版業、理容業、クリーニング業、浴場業、駐車場業が挙げられている。

収益事業の実施にあたっての留意事項として、収益業務の実施にあたっては、収益業務に多額の投資を行うことによって法人の経営状態が悪化したり、医療業務に必要な範囲を越えて収益業務の収入が確保されているなどの法人の収益業務の継続が法人本来の業務である病院、診療所又は老人保健施設の経営に支障が生ずることのないよう、また、不公正取引を禁じる経済法規等に違反しているおそ

れがあるなどの社会的批判が惹起されないよう留意するものであることが表明されている。

特別医療法人の収益事業においては、規則に準拠することの他、次のような概念が表記されている。

- ①一定の計画の下に収益を得ることを目的として反復継続して行われる行為であって、社会通念上事業と認められる程度のものであること。
- ②医療法人の社会的信用を傷つける恐れがないものであること。
- ③経営が投機的に行われるものでないこと。
- ④当該業務を行うことにより、当該医療法人が開設する病院等の業務の円滑な遂行を妨げる恐れがないものであること。
- ⑤当該医療法人以外の者に対する名義の貸与その他不当な方法で経営されるものでないこと。

上記から、特別医療法人が行う収益事業は、社員持分を有する利潤獲得を意図するものではなく、公益的利潤の確保に資するためのものである。但し、特別医療法人の行う収益事業が容認されていることを背景として、特定医療法人に適用される軽減税率の措置はなく、通常の税率が適用される。

1. 2 収益の構造

医療保険制度は、昭和2年に試行された健康保険法に遡及する。それ以前は、国民の医療における社会保障はなく、医療環境は十分に整備されていなかった。昭和2年の施行後、健康保険法は条文の追加、修正、削除、改正等によって、その体系を整備してきた。その後の人口増加により、健康保険法により医療を受ける者が激増し、要請に応えるように昭和22年施行の労働者災害報償保険法や昭和28年施行の日雇労働者健康法などの施行を経て、昭和34年の国民健康保険法の施行によって、国民全体の医療保障制度が確立された。

その後、老人保健法や退職者医療制度などの改廃と創設を行い、時代環境に適応するように変遷を遂げている。また、近年、2000年施行の介護保険法など、国民の福祉にも重点が置かれている。憲法第25条では、「すべての国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とし、医療保障制度はこのなかに包摂されるものである。最近では、被保険者の負担金が、定額から定率へと改訂され、国の財政的圧迫を、その負担金に吸収させようとしている。少子高齢化の進展にともなって、医療保障財源が貧窮し、保障制度そのものの骨子を揺るがしている。国である保険者と、医療保障制度における被保険者の共生が今後は益々求められることになる。

医療保障制度には、大別して医療保険制度と公費負担医療制度がある。医療保障制度には、健康保険法、船員保険法、国家公務員等共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済組合法、国民健康保険法、老人保健法等がある。また、公費負担医療制度は、社会福祉関係と公衆衛生関係に細分される。社会福祉関係では、生活保護法、身体障害者福祉法、児童福祉法、戦傷病者特別援護法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、母子健康保険法、特定疾患治療研究事業等がある。公衆衛生関係では、結核予防法、精神保護及び精神障害者福祉に関する法律、伝染病予防法、性病予防法、優生保護法、公害健康被害の保障等に関する法律等がある。

これらの医療保障制度のなか、医療法人における医業収益は、主に保障と負担金によって構成されている。医業収益を構成する保障は、国や自治体、組合などの保険者から診療報酬という仕組みによって給付される。診療報酬は、点数制になっており、手術、処置、検査、投薬などの治療行為区分によって点数計算され、医療における総点数に応じた報酬

金額が算定される。

診療報酬制度は、治療行為の出来高に比例して算定されることになり、医業収益の増大は、治療行為の量的増加によって実現される。よって、診療報酬制度は、治療行為の質的側面に配慮するものではなく、量的側面に連動する。医業収益の評価が、治療行為の良否ではなく、量的な診療件数の消化に傾注することになり、本来的な質的医療を否めるという危険性が内在している。医業収益には、他に労働災害報償保険や自動車損害賠償責任保険などの自由診療収益となるものがあるが、医療保障制度は、医療機関においては、医療収益を支えかつ規制する重要な位置にあるのである。診療報酬の査定においては、医療の妥当性と必要性、算定計算の正確性、不正請求防止などの厳格な監査が求められる。

2. 医療法人の原価管理の必要性

医療機関を取り巻く環境では、DRG・PPSという制度の導入検討や診療報酬制度の改革などの議論が盛んに行なわれている。これは、医療機関の診療報酬制度が、医療の質などは問わず量的な出来高払制となっているため、医療保障制度の財政が貧窮していることが理由として挙げられる。また、国立病院などは独立行政法人化されることが目前となっているため、避けては通れない問題となっている。医療機関にも、市場競争による独立採算制に向けた経営管理手法の構築が求められている。これまで、医療機関において経営管理を遂行している組織はほとんど無かったといってよい。会計的側面からみても、病院会計準則に準じた医療機関もあまり見受けられない。これまでの医療機関は、社会制度的な報酬制度によって内部的な経営管理には注意を払わず、報酬額を増大させることに傾注しすぎていた。今後、DRG・PPSという制度の導入や診療報酬制度が改革されれば、報酬制度に上限枠が制定されることになり、

内部的な原価低減による経営改善への目が向けられることになるであろう。

最近では、独自に経営管理手法を取り入れようとする医療機関も増えてきている。将来を見据えた視点であり、有効な手法が構築されようとしている。そのなかで、注視すべき手法として治療行為および看護活動を標準化し、それらの原価標準を設定し管理しようとするものである。治療行為および看護活動における標準化については、クリニカルパス (clinical path) とのリンケイジを前提として考察しなければならない

2. 1 ABMの導入

これまで医療機関は、治療行為および看護活動の技術的管理については先行して行っていた。しかし、治療行為および看護活動が資源を消費する主体であるという観点からの原価管理は軽視していた。日本では、医療機関の収益は、診療報酬制度による出来高払制に依存しているため、原価管理による収益性の改善よりも、出来高払制による診療報酬の増大に傾注していたからであろう。

近年、日本の医療機関は、これまで治療行為および看護活動を資源を消費する主体であるとして原価管理を遂行しなかった態度を反省し、その必要性を認識するとともに、その取り組みに励み始めている。現在、医療機関が取り組む原価管理技法として注目されているのがABM (Activity-Based Management) アプローチである。米国では、ABMアプローチによる原価管理を導入している事例は多く見受けられる。Baker J Judithの著でも米国における医療機関の導入事例が紹介されている¹⁾。Baker J Judithは、ABMの基礎概念であるABC (Activity-Based Costing) による原価管理は、従来の原価計算制度と比較して、①サービス提供のコストを適正に示すことができる、②収益的サービスや非収益的サービスそしてサービスラインを識別する、③価格戦略や契約・請負戦略を改善する、④管理意

思決定能力を改善する、⑤関連原価の確定に役立つ、⑥非付加価値原価の低減に役立つという6つの利点を挙げ、ABCが示すデータは従来の原価計算制度より潜在的に優れていると述べている²⁾。日本では、医療機関を取り巻く環境が、米国のそれと幾分か異なるが原価管理における視点を模索する上で手掛かりになることは間違いない。

ABMアプローチによる原価管理が、医療機関に適していると考えられるわけは、治療行為および看護活動が人的活動を主としているからであろう。従来の原価計算制度では、支出原価を原価対象へ賦課する場合、原価計算上の無機的なセグメントを用いていた。しかし、ABMアプローチでは、活動実態に合致させた有機的な活動というセグメントを用いる。よって、従来の原価計算制度より、ABMアプローチの方が、その計算構造からみて、資源の消費形態や消費度合いをより相関的に表すことができる。ABMアプローチによる原価管理は、従来の原価計算制度では表面化しなかった資源の消費態様を明らかにすることができる。

医療機関は、患者へ行った治療行為および看護活動の原価を測定し、それに利益を付加して診療費を算定しているわけではない。そのため、資源の消費による費用と診療費としての収益が必ずしも対応するものではない。工業製品のような価格決定の手続きを有していないのである。このような面においても、医療機関での原価管理における意識の低さを理解することができる。医療機関における費用・収益の構造が、制度的に制約されていることを所与とすれば、収益率を高めるためには、ABMアプローチによる原価低減が不可欠のものとなる。

最近、医療機関でのABMアプローチによる原価管理において、役立つ有効なツールとして認知されているものがある。それは、疾患に対する治療行為および看護活動を1つのマップに活動連関表として表したクリニカル

パスである³⁾。これは、クリティカルパス法(Critical Path Method)⁴⁾の考え方を応用したものである。クリニカルパスが役立つ有効なツールとして認知される理由は、治療行為および看護活動が集約されているため、それらの活動原価を測定し集計すれば疾患医療で必要とされる消費資源の原価測定が可能となり、原価管理への道を開くのである。もっとも、ABMアプローチの理念に、合致していることは言うまでもない。

2. 2 クリニカルパスによる原価管理

医療におけるクリニカルパスは、約15年程の経過を経ている⁵⁾。クリニカルパスとは、疾患別の治療行為および看護活動を1つの表に集約し記載したものであるが、一種の作業指示書に近いものである。医療機関においてクリニカルパスを使用する目的は、医療に附帯して看護計画を立案し、管理するためのものである。そして、法的な治療行為を公的な記録として保持するための意図も含まれる。端的には、疾患別に類別し、その治療の標準化を図り、効率的かつ効果的な治療を実現し、併せて各患者の特質に個別化した治療を集積し、最終的には疾患別の医療行為の継続的改善を狙うものである。

クリニカルパスには、不可欠な事項としてアウトカムがある。アウトカムは、客観的ではなく主観的に設定される。これは、アウトカムを数値的に係数化することが困難であることによる。よって、アウトカム達成度の測定も主観的になる。クリニカルパスに設定されるアウトカムは、臨床によるものが主体となる。アウトカムは、ケアごとの達成目標でもあるため、看護だけでなく治療行為全体が目標となる。アウトカムは、1つの目標に対して、異なった職種の医療が関わる。患者が受けるケアに関して予想される生理的または精神的な反応を記述するものであり、患者の療後の状態をいうものであり治療および看護の内容を示すものではない。クリニカルパ

スにおいてアウトカムを設定することは、患者に対するケアの方向性を明確にし、医療スタッフの行動規範として機能することで、治療の達成度を測定する尺度と成り得る。

そして、アウトカムには3つのレベルがある。1つは、マクロレベルといわれ、疾患群に関わらず疾患患者全体を指すものである。例えば、外傷による損傷や、また合併症が認知されるなどのレベルである。2つは、疾患レベルであり、胃切除の部分摘出か全部摘出かという例が挙げられる。そして3つは、患者レベルであり、患者の慢性疾患やアレルギー、または文化的環境による輸血の是非などが例としてあろう。これらを考慮すれば、1つのパスにおいても多様なアウトカムの設定が要求されるのである。また、アウトカムは4つのカテゴリーに分類される。健康アウトカム、機能アウトカム、知識アウトカム、合併アウトカムである。健康アウトカムは、治療、ケアなどの療法に対する生理的・精神的な反応を示す。例えば、切開手術の後の不具合や接合部位の状態などをいう。このアウトカムは、最も測定が容易なものとして認識される。機能アウトカムは、患者の身体機能に関するものである。例として、患者が介助なく歩行が可能であるとか、食事を独力で行えるなどのことである。機能アウトカムは、健康アウトカムと同様に治療やケアの直接的症状を具現化するものであり、認知においては客観的である。知識のアウトカムは、患者が自己の疾患を治療するために必要な情報をいう。医療機関の設備や疾患の内容、そして治療方法に関する医学的根拠などがアウトカムの例となる。合併アウトカムは、合併症の兆候の有無をいう。1つの治療が完遂されても、予期せぬ合併症が誘発される危険は常にある。合併アウトカムは治療やケアの行為によるものよりも、患者の有する肉体的特有性に依存する。

クリニカルパスにおいては、アウトカムの他にバリエーションという障害要因がある。これ

は、設定されたアウトカムが達成されなかった場合をいう。バリエーションには、患者・家族のバリエーション、臨床医の介入バリエーション、病院システムのバリエーション、地域自治のバリエーションがある。これらのなかで、患者・家族のバリエーション以外のものは、ケアシステムの構造的な問題に関わり、治療行為に制度的な制約を与える要因となってしまう。よって、早急に解決策が施されなければならない。

完成度の高いクリニカルパスを作り上げるためには、臨床医の介入バリエーション、病院システムのバリエーション、地域自治のバリエーションを解決するとともに、患者・家族のバリエーションに対応可能な柔軟なパスとアウトカムを設定する必要がある。バリエーションの認識と対処法への接近は、原価管理において必然である。なぜなら、想定されるバリエーションに対して処置策を有しなければ、資源消費の無駄を発生させるからである。

1つのクリニカルパスは、医療における行動指針が示され、また医療の達成度を評価するためのあらゆる情報が集約される源泉なのである。医療機関においては、クリニカルパスの存在が不可欠になるものと考えられるのである。

2. 3 クリニカルパス活用の重要性

Baker, Barr and Vromanは、医療機関でのクリニカルパスにおいて考慮を必要とする事項として6つを挙げている。①患者のアウトカム観察、②タイムライン測定、③共同研究、④包括的ケア体系の含有、⑤ケアマネージャーの存在、⑥原価測定の実現可能性である⁶⁾。6つ目に原価測定の実現可能性を取り上げていることから、クリニカルパスを治療行為の観点と原価管理の観点から研究する必要性が高まっていることが解る。

クリニカルパスを原価管理に活用する上で重要なことは、治療行為および看護活動の活動原価の測定に終始すればよいということではなく、アウトカムの評価を基礎にその原価

差異分析に着目しなければならない。端的には、クリニカルパス全体として集計されるクリニカルパス・コストを、標準原価と実際原価という原価パラメータをもとに、アウトカムの達成度ならびに治療行為および看護活動の遂行度を評価基準として、比較・分析することである。

クリニカルパス・コストにおける規範としての標準原価を評価するためには、治療行為および看護活動における活動原価標準を設定し、それをクリニカルパスにリンケイジさせたリンケイジマップを構築することが必要である。活動原価標準の設定により、クリティカルパスへリンケイジしたリンケイジマップによる評価されるクリティカルパス・コストは、単なる原価評価だけではなく、クリティカルパスにリンケイジされる個々の活動相互間への情報となる⁷⁾。いわば、活動相互が、互いに情報を共有することができるということである。これは、情報の共有化による非効率連鎖の排除や、事前なる原価高騰を回避させるなどの改善措置を施すことを促進させる。活動原価標準の設定によるクリティカルパスへのリンケイジによるリンケイジマップを活用したクリティカルパス・コストの評価は、治療行為全体のプロセスを可視的にさせる有効性がある。活動原価標準の設定は、単なる活動原価情報だけに留まらない。いうまでもなく、クリティカルパス・コストは、収益計画・立案において意思決定を支援する重要な情報となることは間違いない。

クリニカルパスによる原価管理において求められることは、クリニカルパス・コストのマクロ的評価・分析だけではなく、クリニカルパスの構成要素であるアウトカムのミクロ的評価・分析にも目を向けなければならない。Baker, Barr and Vromanによって、クリニカルパスにおけるアウトカムには2つの基本タイプがあるといわれている⁸⁾。それは、コストアウトカム (Cost Outcomes) とクリニカルアウトカム (Clinical Outcomes) であ

る。これらのアウトカムは、治療行為および看護活動における医療行為上のアウトカムのみを示すのではなく、広義に抽象化されたアウトカムとして解釈されている。原価管理という観点をクリニカルパスに持ち込んでいるため当然の帰結である。また、Baker, Barr and Vromanは、コストアウトカムとクリニカルアウトカムを認識し、これらの差異分析を行うことによって、治療行為および看護活動における管理責任、運営管理責任、財務管理責任の相乗的な改善を図ることが可能になるとしている⁹⁾。原価効率ならびに品質を達成するためには、バリエーションを考慮しながらコストアウトカムとクリニカルアウトカムの相互関係の適正化に向けて是正することが責務となる。

3. クリニカルパス指向の活動原価標準

治療行為および看護活動における活動は、患者に対する看護から医師治療に相当する行為、そして治療開発に関わる臨床実験や治療研究など多岐に及ぶ。特に看護活動における看護活動は、医師による治療行為よりも、その技術的深度は浅くとも行為範囲は広いと考えられる。医療機関における看護活動は、欠くことのできない活動であり、医療経営における重点的管理対象となることに疑念はない。このことは、1995年のWHOにおける特別委員会でも提言されている¹⁰⁾。だが、治療行為および看護活動の標準化といっても容易にできるものではない。行為や活動が人的業務であることに加え、それを消費する客体も患者であることが大きな考慮要素である。資源の浪費は、あらゆる不の経済をもたらす。WHO特別委員会でも看護活動の重要性に照らして、費用対効果の測定に関しても議論が盛んに行われている¹¹⁾。医療機関での治療行為および看護活動の活動を標準化することにおいて、設定数値にやみくもに厳格性を高めることは避けなければならない。標準値に高

い厳格性を持たせることは、その達成に向けた業績を誘因するが、標準値の設定に際して、達成可能性が包含されていることが重要である¹²⁾。許容スラックが低い標準値を設定することは、原価効率ならびに品質維持の側面において、結果的に業績を悪化させる要因になる¹³⁾。クリニカルパスにリンクされる治療行為および看護活動の活動原価標準の設定においては、治療行為および看護活動の活動特性に注視し、それに合致させながらも柔軟的な対応が望まれる。

4. クリニカルパス原価標準の目的観

活動原価標準がクリニカルパスにリンクされると、それによって測定されるクリニカルパス・コストはクリニカルパス自体の原価標準を表すことになる。いわば、疾患に対する治療行為および看護活動の標準としての原価が明らかになる。医療機関で、今まで算定していなかった原価が具現化する。現状の医療報酬制度に照らしてみると、いかに標準値としてクリニカルパス・コストによる原価管理が有益であるかが解りえる。

クリニカルパス原価標準や治療行為および看護活動の活動原価標準に共通していえることは、設定される原価標準は何をもっての標準であるかという目的観を明確にしておかなければならない。それは、原価標準にどのような意図あるいは意義が内在するのかを把握し明らかにすることである。なぜなら、それによってクリニカルパス原価管理における行動計画に違いが生じるからである。Baker, Barr and Vromanは、標準原価には3つのタイプがあるという¹⁴⁾。1つは、技術標準(Engineered Standards)であり、2つは適応標準(Customized Standards)である、そして3つは継続的改善標準(Continuous Improvement Standars)である。技術標準は、治療行為および看護活動の活動が、行動学上の理論値に障害なく一致し、インプットとア

ウトプットの関係が明確になるものであり論理的な標準である。また、適応標準は、医療機関組織の実態を考慮し、管理実態に照らして柔軟的に対応評価させるものであり、治療行為および看護活動と医療機関の特徴を加味した標準である。そして、継続的改善標準は、医療機関における治療行為および看護活動の活動プロセスの改善を狙ったものであり、政策的な標準である。3つのタイプの標準原価は、それぞれに実行的価値を有するものであり、原価管理上でいずれの標準原価を適用するかは、医療機関ごとの目的観に委ねられることになる。

標準原価の目的観の明確化は、クリニカルパス原価管理の展開に統制的機能を与えることになる。クリニカルパス・コストの具現化によって、クリニカルパスごとの収益性の高低が表面化し、意図的なクリニカルパスの構築が促進される。医療機関を取り巻く環境の制度改正・改革が進展すれば、医療機関は経営管理の点から、収益率の高い疾患に故意に治療行為および看護活動を行おうとする。倫理にかなう行動であれば良いが、倫理に反する行動は慎まなければならない。クリニカルパスによる原価管理の有効性は、諸刃の剣でもある。いずれにせよ、クリニカルパスによる原価管理が進展すれば、医療機関はクリニカルパスを商品として認識することになるであろう。医療機関の公益的立場が否められ、患者を疾患別に選別すると衝動を誘発し、患者が全国的に均一的な治療行為および看護活動を受けられないという事態を招くことだけは回避したいものである。

最後に述べておくが、医療機関におけるクリニカルパスによる原価管理は、経営の健全性を維持することに役立つであろう。しかし、それは会計数値によって映し出される会計的意義の写像であり、治療行為および看護活動の医療健全性を保証するものではないことを忘れてはならない。

おわりに

クリニカルパスによる原価管理は、医療機関において注目を集めている。しかし、多くの医療機関で、クリニカルパスが作業手順書として少なからず構築されているが、全ての疾患において構築はされていない。未だ、構築の途上にある。ましてや、本稿で述べたような原価管理への適用は皆無に近い。組織特性や管理実態の特質を考慮すべきであるが、展開のスピードは遅い。

医療行為の品質は、原価管理を行うことによって必ずしも否められるものではなく、効果的な原価管理は医療行為の品質を高める効用を持ち合わせている。原価管理によって、医療行為の品質を高めるためには、そのシステムの設計において組織体全体へ浸透すべき潜在性を秘めていなければならない。原価管理システムを導入し運用するためには、実行可能性を優先課題として検討すべきである。原価管理システムは、組織実態に合わせて多種多様な設計が生まれる。一義的な方法論は、存在しないのである。最後に、医療機関における原価管理が、公益組織として社会的地位を高めるための一助となることを願う旨を申し述べたい。

【注 釈】

- 1) Judith, J. Baker *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Aspen Publishers, Inc., 1998
- 2) Judith, J. Baker, "How Activity-Based Costing Works in Health Care", (*Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*, Aspen Publishers, Inc., 1998, p.27).
- 3) Critical Path 法の Gantt Chart 方式によるものを中心として、複数の医療行為を実行計画表に表したものである。
- 4) Finkler, Steven A., Ward, David M., *Cost Accounting for Health Care Organizations: Concepts and Applications*, 2ed, Aspen Publishers, 1999, p.608.
- 5) マサチューセッツ州ボストンのニューイングランド・メディカルセンター病院で、クリニカルパスを開発したメンバーの1人であるカレンサンダーによって、広く認知されている。
- 6) Judith, J. Baker, Victor, R. Barr and Karen, S. Vroman, "A Planning Model for the National Benevolent Association's Skilled Nursing facility Costed Clinical Pathways: A Case Study", (Judith, J. Baker, op. cit., 1998., p.254.).
- 7) Turney, Peterr B.B., "BEYOND TQM: With Workforce Activity-Based Management", *Management Accounting*, Vol.75, No.3 (September 1993), pp.28-31.の考えにもとづくものである
- 8) Judith, J. Baker, Victor, R. Barr and Karen, S. Vroman, op. cit., p.255.
- 9) *ibid.*, p.256
- 10) Report of a WHO Expert Committee: Technical Report Series 860, Nursing Practice, World Health Organization, 1996.
- 11) *ibid.*, pp.5-10.
- 12) Banker, D. Rajiv, Chang, Hsihui, Das, Somnath, "Standard Estimation, Standard Tightness and Benchmarking: A Method with an Application to Nursing Services", *Journal of Management Accounting Research*, American Accounting Association, Vol.10, 1994, p.135.
- 13) *ibid.*, p.135. 標準原価に高い厳格性を設定する場合、優れた業績を達成しようとする動機付けになるが、結果的にストレスを与え、達成可能性を阻害する要因ともなる。
- 14) Judith, J. Baker, Clark, B. Bitzer, "Standard Setting, Benchmarking and Pareto Analysis", (Judith, J. Baker, op. cit., 1998., pp.137-145).