

熊本学園大学産業経営研究第24号抜刷

2005年3月発行

診療報酬とコスト問題

山下正喜

熊本学園大学

産業経営研究所

診療報酬とコスト問題

山下正喜

要旨

医療費問題のうち大きなものとして、診療報酬の決定がある。診療報酬は今迄コスト(原価)を主に参考にして決定されてきたのであるが、アメリカのように原価計算方式による決定には至っていない。厚生労働省も、現行の診療報酬は原価との乖離が生じており、原価を反映した体系に変えていくべきとの考えがある。現行の診療報酬を完全な原価計算方式で算定した体系に変えていくことは、早期には困難としても、厚生労働省も認識しているように診療報酬に出来るだけコストを反映させるようにしなければならない。本稿においては、この診療報酬をコストとの関連でどのように考え、どのように診療報酬にコストを反映したらよいかを検討する。同時に診療報酬・コストに関連する大きなものとして、資本コスト、医師の技術評価がある。これらの問題も同じように考えていく。

キーワード 診療報酬体系、診療報酬コスト、資本コスト、医師の技術評価

目次

1. 診療報酬体系の改善 (1)～(5)
2. 資本コスト (6)～(9)
3. 医師の技術評価 (10)～(12)

1. 診療報酬体系の改善

(1) 診療報酬体系の改善の検討にはいる前に、原価計算、特に共通費(間接費)の配分について診療報酬の専門家からでさえ不信感がある¹⁾ことにふれておかねばならない。勿論、従来も一般民間企業でも問題に上ったことはあった。

今迄工場では製品生産の共通費を作業時間によって各部門、各製品に配分してきて、大体共通費が適正に配分されてきたとみていたのである。ところが工場の生産状況が変わり、共通費の内容が主に作業時間のみには比例するものではなく、設計費、ソフト代など作業時間に比例しないものが大きな比重を占めるようになってきた。そこで、例えば、設計、段取、倉庫作業など共通費の内容となるものを種類別に分類集計し、各製品がその各々をどれ程使ったかにより、負担分を決める方法に代わってきた。これが我国でも現在企業で普及しつつある活動基準原価計算(activity based costing-ABC計算と略)である。

例えばA国立大学病院で検査部の微生物検査室の原価測定を行ったことがある²⁾。29の検査項目があり、それは検査に要する手間である、機器の操作性、検査時間、検査結果の判断の難易度などいくらかの点で各々異なる。そこでその中でこの3つの側面をとりあげ、各々の等価係数を決めた。

1) 社会保障研究所『医療保障と医療費』1996。

2) 山下正喜「検査部の原価測定」『熊本学園商学論集』33, 2003, 9-10。

(a) 機器の操作性について自動を1, 用手2, 複雑な操作を4点とし, (b) 検査の所要時間は, 1日以内1, 2日以上2点, (c) 検査結果の判断の難易度は, 判断を要しない1, 要する2, 高度な判断を要する4点とする。例えば, 薬剤感受性2菌検査は(a)1点(b)2点(c)2点, 計5点であり, 5点×年間総件数2,000件=10,000(積数)となる。微生物室の29項目の積数の合

計を100,000とし, 微生物室の29検査項目の共通費が5,000万円とする。この5,000万円を積数の合計100,000で除すると, 積数1あたりの共通費負担分が500円と算出され, 薬剤感受性2菌検査の負担分は500万円となる(500円×10,000積数)。1件当たり(500万円÷2,000件=)2,500円となる。

例示(仮の数値)

薬剤感受性2菌検査の等価係数の合計	5点
同上の年間総件数	2,000件, 5点×2,000件=10,000積数
29項目の積数の合計例えば100,000積数	
微生物の29検査に共通の人員費や他の共通の費用5,000万円	
$5,000 \text{ 万円} \times \frac{10,000 \text{ (2菌検査の積数)}}{100,000 \text{ (積数の合計)}} = 500 \text{ 万円 (薬剤感受性2菌検査の共通費負担分)}$	

従来は検査部門の総費用を総検査件数で除して1件あたりの検査コストを算定していた³⁾。(たとえば微生物検査室の年間総検査件数を10,000件とすると, 1件当たり5,000万円÷10,000件=5,000円となり, 薬剤感受性2菌検査の負担分, 5,000円×2,000件=10,000,000円となり, この検査の1件当たりも5,000円と2倍になる。さきのABC計算によるものが, 実感(実際コスト)に近い。その検査に消費された主なすべてのものが算定されるからである。)これでは, 先の診療報酬の専門家でも, こうした配分は資源配分上の効率性とは無関係だと思えるのも無理のないところである。一般民間企業でも高いコストのはずの製品コストが安く算出され, 低いコストのはずの製品コストが高く算出されることがしばしばあった。これは共通費の配分基準の妥当性に問題があるからであった。企業の場合, 販売市価があるので, それとの関係で原価が販売で支障を来たすことは避けられる。しかし診療報酬には市価がなく国で決めるので, 真実より高いコスト, 低いコストは重要な問題になる。

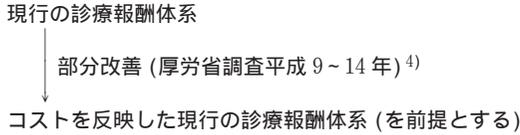
先の大学病院での微生物検査項目について, そのようなABC計算法を使った方法は, 先進的な病院でもとってないようである。(平成16年3月, 6大学病院について聞き取り調査, 他民間大病院では論文で調査)。これは, 一度ABC分析をして, 等価係数(先の1, 2, 4点など)を決めておけば, さして難しいことではないのである。特に診療報酬の決定では, 必ずこういうABC計算法を用いて決定する必要がある。

このように診療報酬の専門家が原価計算の限界を大いに感ずるほど, 共通費の配分がいいかげんになされていることはないし, 原価計算によってより適切なコストは算定できるのである。実務界において, アメリカをはじめ日本その他の先進国において, このABC原価計算法により適切な原価を算定し, 原価算定, 製品戦略, 経営戦略に役立てているのである。

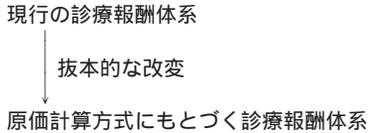
3) 注4「報告書」。

(2)

(図表 1)



(図表 2)



(図表 3) 原価計算において原価算定に反映させる必要のあるもの (図表 1. 2 において)

規模別原価算定	実際原価 - ABC 原価計算, クリティカルパス, タイム・スタディ ⁶⁾
1. 病院 A (大)	
病院 B (中, 小)	資本コストの算入
2. 診療所 A (大)	医師の技術評価 ⁷⁾
診療所 B (中, 小)	
	医療費の自然増
3. 療養所 A ⁵⁾ (大)	
療養所 B (中, 小)	

(3) 図表 1 において診療報酬は、現在コスト要因を考慮してスライド制を使用して算定されている。医業費用の各構成費用 (世帯支出 (= 医師生計費), 人件費, 医薬品衛生材料代, 物件費, 経費) を各上昇率で補正する方式である。現在はこの算定、算定基準が公開されていない、診療報

酬の引き下げ、その中での調整が行われている。例えば風邪で 2 日通院の場合 (診療所, 2004 年度) 初診料が 40 円値上げされ、薬代が 20 円値下げされている。

前式で、最近では左辺の診療報酬を引下げ、それに見合うものとして本人の負担を 2 割から

-
- 4) 医療経済研究機構 (以下同じ) 『医療の原価に関する研究』— 4 病院における患者別特種別原価計算報告, 平成 9 年 (平成 8 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書)。
 『平成 10 年度患者別特種別原価調査報告書』平成 11 年 (平成 10 年社会保険庁運営部による委託事業)。
 『平成 11 年度患者別特種別原価調査報告書』平成 12 年 (平成 11 年社会保険庁運営部による委託事業)。
 『部門別収支計算 (調査) に関する基礎研究報告書』平成 14 年 3 月 (平成 13 年度保険局医療課による委託事業)。
 『診療報酬改定の影響分析報告書』平成 15 年 3 月 (平成 14 年度厚生労働科学省研究費補助金による研究報告書)。
 『医療機関の資本コスト評価に関する研究報告書』平成 12 年 3 月 (平成 11 年度老人保健健康増進等事業による研究報告書)。
- 5) 二木 立 「21 世紀初頭の医療改革と民間病院の役割 — 幻想の「抜本改革」から着実な部分改革と自己改革へ (前編・中篇・後編)」『病院』62 (2), (3), (4), 2003。
- 6) 山下正喜・後藤伸一 「放射線部の原価測定」『熊本学園商学論集』34, 2002。
- 7) 西村真理子 「診療報酬改定のメカニズムに関する歴史的考察」(社会保障研究所編 『医療保険と医療費』) 1996, 38。

ところで診療報酬は次のような負担で構成される。

診療報酬	=	本人負担支出	+	(本人保険料支出	+	雇用主保険料支出)	+	国の補填支出
100%	=	33%	+	17%	+	17%	+	33%
31兆円	=	10.23兆円	+	5.27兆円	+	5.27兆円	+	10.23兆円
								(平成13年度概算)

3割に引上げ、国の財政支出の膨張を抑えている。

ここでの問題は、診療報酬はコストを考慮して算定・決定されるが、特に国の財政支出が逼迫している現在ではいろいろの実状を勘案して、この4つの項目のいずれかを引下げ、引上げて全体の調整がはかれるところに民間企業とは違った複雑なものを抱えているのである。いわば民間企業のように自らだけの力で単純にコストによって決定し解決をはかるといよりは、多分に国の財政支出の余裕度合や各国民層の負担力の如何によって診療報酬はコストを中心として部分的に修正・決定され、バランスをはかっているといつてよい。しかし診療報酬は、適正なコストによって決めるのを中心とすべきである。

(4) 現行の診療報酬体系(図表1)を原価計算方式にもとづいて抜本的に改善することは(図表2)、早期には難しいであろう。しかし、国民の納得、医療費削減からも、それを目的として進まなければならないことは必須のことである。それにクリティカルパスの作成は盛んになってきたし、病院の原価計算、原価削減も実行のほりつつある(平成15.3.28「医療保険制度体系及び診療報酬に関する基本方針」—(2)医療機関のコスト等の適切な反映)。

体系の変更が早期に難しいといったのは、(i) 我国は(医業界のみではないが)、日本の風土、日本的なものがあり、アメリカのように急速な変更は難しい。(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。

(5) 次に図表2における原価計算において、

原価算定に反映させる必要のあるものについてふれる。

規模別原価算定

まず、医療施設を三つ、規模を二つに分けて、そこでの原価算定をする必要がある。それは(現在、厚労省が行っている調査では病院A、Bに相当するもの(図表3)をひとつくりにして、7病院を同一レベルで行っている⁸⁾)、(i) 施設の種類・規模の大きさによって標準コストは異なってくるからである。

(ii) 次に通常なら、例えば病院Aクラス規模の7つの原価調査をやる場合、出来るだけクリティカルパスなど条件の等しい所が、等しくするのが望ましいが現状では殆ど不可能であるので、調査病院の平均コストということになる。

(iii) 現在の診療報酬体系はこのように区分されたものではなく、全国統一のもので種類である。初診料やDRG/PPS、DPC採用病院において診療報酬点数に差異を設けているが、ほぼ一つとみてよい。ただ診療報酬体系は一つとしても、各々の施設のコストは診療報酬に反映すべきである。

(iv) 一般民間企業であれば、商品市価は市場で決まり、自社で採算に合うかどうか判断する。弱い企業は自然に淘汰される。特に企業ではここ20年位で、合併などによる大型化が行われ、一方零細小売店などは消滅の危機にある。病院は一般民間企業と事情は別である。しかし、或る程度の統廃合は進むであろう。

実際原価

クリティカルパスについては、ここ数年急速に病院で研究開発され普及しつつある。これは、

8) 注4「報告書」, 1, 7頁。

主要な疾病について、医学水準からみた最適なプロセスと期待されるアウトカム(治療成績)を規定するために、入院患者に対して提供する医療サービスをあらかじめセットしたパス(経路)として用意するものである⁹⁾。

クリティカルパスについては、一般民間企業では数十年も前から普及しているものであるが、医業界では今後も一層研究開発され、原価削減も行われるであろう。

また、このクリティカルパスの手法は、病院内における他の業務・事務、その他の業務にも利用されるであろう。

診療報酬決定のためのコスト計算には、標準時間、標準価格の考え方が必要である。例えば胃の手術のクリティカルパスによる標準手術時間であり、試薬、薬剤、医療機器の標準価格などである。薬は国で市価を調査し、標準価格を提示している。

しかし厚生省の調査は、標準的な考えは一部あるが、病院の現状の実際原価の平均である。この点は一般民間企業の考えの普及が必要である。

電気、通信費、その他の商品価格は国際比較が可能である。医療行為、医療機器についても可能と考える。

日本では医療機器が世界的に見て高いといわれている。一般に医療機器は人命に関するものであり高いのであるが、最近のCT、MRIを中心として医療機器の開発・普及はめざましい。

ところで、医療費問題において、この利用機器の購入資金、特にその償却費が(高額なため)問題になっており、この償却費計上で病院は赤字になるといわれている。この償却費は当然、診療報酬に算入すべきであるがこれについては別扱いするののも一つの考えである¹⁰⁾。(7頁、
(9) ~)

2. 資本コスト

(6) 資本コストは、医療機関の建物、大型診療機器等といった医療事業を遂行するための投資的経費であり、人件費などと同じように診療報酬のコストを形成する。ここで、資本コストが、コストの一つとして特に取り上げられるのは、材料費のようにこれを全部診療報酬で保障すると過剰投資を招くとか、資本コストを診療報酬に反映させるとしても、医療機関別、医療機能別に考慮すべきである等の多くの問題があるからである。

まず基本的には国は次のように考えている¹¹⁾。

診療に要するコストの全体は、医師の技術料のほか医療提供組織としての人件費や材料費等の維持管理費、建物・設備の減価償却費等の投資的経費、関連サービス等の諸経費も含めて成り立っている。しかしながら、医療費の償還に関する体系である診療報酬体系には、元来、投資的経費、維持管理費等について、医療機関の形態を考慮して評価する仕組みがない。このため、現在の診療報酬体系に代えて、投資的経費等を含む医療費の全体を適切に評価する新たな医療体系の必要性が指摘されている。

投資的経費については、厚生省の医療保健福祉審議会がまとめた診療報酬体系のあり方についての意見具申(平成11年4月16日)において、一律な価格となる診療報酬ですべて対応するのではなく、補助金等の他の仕組みとの組み合わせで対応すべきとの方針が示され、現在、中央社会保健医療協議会の場で具体的な方策について検討が行われている。(規制改革についての第2次見解(平成11年12月14日行政改革推進本部規制改革委員会(抜粋))そして投資的経費は、医療機関の機能別に基本的費用を入院基本料・外来基本料の中で評価。補助金を維持・充実するが、医療機関の自主的な努力にゆだねることも必要である。(診療報酬体系見直し作業委員会報告書(平成11年1月13日)(抜粋))

9) 『報告書』，4頁。

10) 『報告書』は、資本コストについての詳細な調査である。

11) 注(4) 『報告書』，6，2頁。

(7) 一般によく知られている所であるが、医療機器の機能的耐用年数が、著しい技術革新により物理的耐用年数や法定耐用年数より短く、この点は診療報酬に反映されず、投下した資本の回収を図るべく過剰な診療が行われる誘因も否定できない¹²⁾。そして、高度な機器を医療行為に使った場合は、当然コストの観点から診

療報酬に反映させている。

こうした議論をうけ、実際に、平成12年4月の診療報酬改定では、CT(コンピュータ断層撮影装置)、MRI(磁気共鳴コンピュータ断層撮影装置)といった機器について、性能(グレード)によって点数を変えた。低廉な機器を用いた場合には診療報酬点数は低く、特殊・高度な撮影については高くなっている。

資本コストの内容は次のものである。

(図表4) 評価の対象とすべき資本コストの範囲(PLベースの整理)

	所有する場合		貸借・リースする場合
	購入に伴う費用	所有に伴う費用	
建物	建物建設費(減価償却費) 公租公課 支払利息	公租公課 メンテナンス費用	建物賃貸料(公租公課・支払利息は含まれる) メンテナンス費用(範囲は契約次第)
機器	機器購入費用(減価償却費) 公租公課 支払利息	メンテナンス費用	機器賃貸料(利息は含まれる) メンテナンス費用(範囲は契約次第)
土地	土地購入費(PL計上なし) 都市計画税等の公租公課 支払利息	固定資産税等の公租公課	土地賃借料(公租公課・支払利息は含まれる)

(注1) 建物建設費、機器購入費は資産計上項目

(注2) 減価償却費はキャッシュフロー上はプラス要素となる

(8) 先程あげたように、厚労省は医療経済研究機構に委託して資本コストについて我国病院の最近の動向に関する情報を収集・整理し、その分析を行っている¹³⁾。(最近の動向について、たとえば、私的病院数は100床未満は減少、100床以上は増加、しかし病床稼働率は公的病院等と比較して大きく落込み、医療機器の重装備化の傾向はあるが、稼働率は良好とはいえない。二次救急病院の4分の3は私的病院が占め、私的病院の設備投資は自治体病院と比較し遅れ気味であり、私的病院の収支状況は、全体としてほぼ同じ水準で推移している。)そして民間医療機関経営者からのヒアリング等

をもとに、数種類の病院類型に応じた設備投資資金の資金回収シミュレーション分析を行っている。(民間企業の多くは、病院建物の耐用年数等からみて建替えの時期にきているのではないかと推測されるなか、平均的な収益水準の民間病院といくつかの民間病院のモデルケースについて、自己資金と銀行借入れ等により設備投資資金を調達することができ、また、病院建替え用の敷地を確保しているなど一定の仮定の下、病院の建替え投資を行った場合に投下資本が回収できるかどうかシミュレーション分析を行ったところ、いくつかの条件を満たした場合には法定耐用年数までの間に投下資本は回収さ

12) 『報告書』、8頁。

13) 注4 『報告書』17-106頁。

れるとの結果が得られた。この結果からすぐに、「その他医業収入」等も含めた平均的な収益水準の病院における建替え投資は困難ではないと結論することは無理があるものの、現在は、これまでに例をみないほど低金利水準が続き、また、建築コストもそれほど高くなっていないなど、ある意味で建替えに適した時期と考えられる。なお、この結果はあくまでモデルケースについて、いくつかの前提条件を置いて行ったものであり、実際の建替え投資の判断に際しては、その病院の機能や財務状況、立地条件、地域要因を考慮して、投下資本の回収が可能かどうかの判断がなされるものと考えられる。）

厚生省はこれらの分析結果を診療報酬に資本コスト部分を反映させようとしている。

(9) 以上みたように、資本コストはその金額が大きく、これを診療報酬に全部反映させることは困難で、国も部分的に反映させることを考えそのようにしている。そこでこの問題を解決するために、資本コストを別の方法で考慮することが考えられる。

資本コストは診療報酬に含まれるという考え方を貫く¹⁴⁾。ここでは、診療報酬(医療費)の9.5%を占める寝具、給食、室料という生活部分への給付を廃止し、これをたとえば資本コストへまわす。給食などは、自費で賄うべきものであり、入院しなくても要るものだからである。また薬剤比率が同様に29.1% (投薬、注射、1992年社会医療診療行為別調査)と高率であるから、欧米のように一般的な薬剤の保険から除外する。

施設・設備整備のための補助金を交付する。これは部分的には行われていることである。医療施設は、社会資本として国家や地方公共団体、または公的な組織に属するという考え方で整備する。公設民営という考え方である。この考え方は、現在の国の考え方とかなりのへだたりがある。

ほかの視点からもしばしば言われることであるが、濃沼は公共事業関連費 40 兆円のわずか 2.5% を削減し (1 兆円) 資本コストにまわせば、現在床数 (178 万床) より若干少ない 120 万床を常に更新できるとしている (1993 年)。

3. 医師の技術評価

(10) 診療報酬に技術評価を入れるべきであるというのが、第3の問題である。昭和17年に健康保険法が改正され、「それまで診療報酬に加味されていた技術料(医師間の技術差・点数で考慮)がいったん廃止された。改正前の医師会点数表では、疾病程度、技術難易度によって、診察料、審査・手術料が最高最低の幅(初診料3-15点、往診料3-50点、細菌学の培養検査10-20点、虫様突起切除術200-400点等)をもった点数に設定することで、個人の技術差が考慮されていた¹⁵⁾。」

昭和19年(1994)には再び技術料は復活したが、昭和38年(1963)には再び廃止されることになる。この頃は、診療報酬は診察料と薬治料からなり、この薬治料には薬価差益と潜在技術

14) 濃沼信夫「資本コストをめぐる診療報酬体系」『病院』53(5), 1994, 430-431。

15) 西村万里子前掲稿 39 頁, 続いて 39-45 頁。

なお、西村によると、人的考慮の廃止については、調べたかぎりでは、具体的に記述された資料はない。

1948年8月、全国統一単価に戻ること、1950年10月には社会保障制度審議会から提出された『社会保障制度に関する勧告のなかで、「全国画一的方法の実施を避け」「限られた範囲で、技術差を認めるような措置を講じることが望ましい」とする主張がなされた(これは1950年代時点では地域差の考慮がないことを表している)。これらの2つの点から、1948年に地域差が簡略化されると同時に、人的考慮が廃止されたと推測できる。厚生省(『診療報酬の経緯』健康保険組合連合会『中医協をめぐる動き』1992.5) pp.51-52。「これからの診療報酬を考える(1) 地域差(上)」『社会保険旬報』No.1803, 1993.6.21 pp.6-12を参照。(西村 67 頁)

料が含まれていた。

ところでGHQから医薬分業が提議され、数年にわたって討議され、昭和30年(1955)から医薬分業が実施された。この討議で、日本医師会は次の技術料を提案した(昭和25年-1950)。技術料は時間で評価する通常原価計算法ではなく、まず、各診療行為の相対的難易度を最高を100とする指数として各診療科学会が決定した後、それらを当時の単価10円で換算することで技術料を算出したこと、そして医師賃金には実際の賃金とはかけ離れた非常に高い水準を仮定して、診療報酬の水準を当時の1.5倍(=日医慣行料金水準)と算定した点で厚生省もこれに応じて、技術の難易度も含めた原価調査を行い、両者は昭和26年(1951)『臨時診療報酬調査会の答申』で一応の合意に達した。

ところが医師会はこれでは収入減になることがわかり、数年にわたって討議され、昭和31年(1956)厚生省、日本医師会は合意に達した。それは処方箋料、薬剤師調剤料のみの改正にすべきであるという診療側の主張が取り入れられて、当時の処方箋料5点を削除して処方薬剤料として新設し、それを薬価に応じて上昇する形とした。この改正では、処方薬剤料を新設して処方料を使用する薬価によって変動させることで、潜在技術料を医師に残すことで、暫定案の合意が得られたということである。

(11)「その後も厚生省は、「専門委員会4部会」を設置して(昭和31-1956)さらに抜本的な改正を進め、「基本診察料(診察、投薬、簡単な注射・検査等を包括化)と特掲診察料(技術の難易度、所要時間を考慮)を基礎とした甲表を新設、甲表は厳密に原価計算にもとづくのではなく、原価計算的なものをより所として新点数表を作成するというものであった」¹⁶⁾。そして「新医療費体系は、技術者としての医師の生活保障と医療再生産性を考慮し

(減価償却費等資本ストックを考慮)、8.5%の改定率上昇とする診療報酬の量的な保証を行うことで、診療側との妥協が成立したものとなった。それに続く1961年の国民皆保険以降の保険給付・保険適用者の拡大過程では、診療報酬の改定においては量的な拡大のみが改善されて、質的な考慮は注目されることがなくなっていった。それゆえ、全国一律の診療報酬体系の下で、医療機関の経営財源確保の点から、薬価の潜在技術料に依存する状況が拡大してゆくのである。」¹⁷⁾

(12) 以上のように診療報酬に医師の技術的評価を入れるということは、基本的にはあり、また時として改廃があるが、実行されてきたのである。しかしその後スライド制の単純化とその廃止、医療費の抑制策がなされ(1965-1990)、再び現在のコスト要因を考慮してスライド制が診療報酬の決定に使用されている。(スライド制とは診療報酬は単価が10円と定められ、改定率の算出には医薬費用の各構成費用1世帯支出(=医師生計費)、人件費、薬品衛生材料費、物件費、経費)を各上昇率で補正するものである。)
「現在、中医協では、改定ルール化の確立と薬価の実勢価格への接近を背景として、医療コストにもとづく原価計算方式が再び検討し始められている。これまでの考察から、各診療行為と薬価に内包される総技術料=医師所得の水準をどう評価するかが、診療報酬改定議論における基本的な問題であることが明らかであろう。」¹⁸⁾

参考文献

1. 荒井 耕「病院界における部門別原価計算システムの現状」『企業会計』56(2), 2004, 4.2, 263-269。
2. 荒井 耕 他「日本における病院マネジメント研究の展開と展望」『経営研究』54(4), 2004, 4.2,

16) 西村万里子 46 頁。

17) 西村万里子 47 頁。

18) 西村万里子 65 頁。

- 97-121。
3. 石川義光「診療報酬の昭和史(上・中・下)」『社会保険旬報』1640-42, 1989, 1.21, 2.1, 2.11。
 4. 岩佐 潔・菅谷 章・鈴木 淳 編「公衆衛生・社会福祉・社会保障 特殊病院管理」『病院管理体系 第5巻』1970, 339-395。
 5. 宇田左近「医療マネジメント革命」— 院内死亡率低減への挑戦, 1-12, 『週刊東洋経済』2004, 5.15-7.31, 第1回 日本の医療経営に求められる革命の基軸他~12回。
 6. 小川鼎三『日本医学史概要1・2』平凡社, 1982。
 7. キャンベル・ジョン・C, 増山幹高「日本における診療報酬政策の展開」『季刊 社会保障研究』29(4), 1994, 359-368。
 8. 木下照嶽 他『現代ヘルスケア論— 病医院の環境/経営/会計—』税務経理協会, 2001。
 9. 厚生省保険局『健康保険三十年史』1958。
 10. 厚生省保険局 編纂『健康保険二十五年史』1953。
 11. 社会保険研究所『医科診療報酬点数表』2004。
 12. 社会保険研究所『特定機能病院における入院医療の包括評価の概要』2003。
 13. 日本医師会「健康保険診療報酬単価の歴史」『日本医師会雑誌』48(9), 1962, 11.1。
 14. 日本医師会「診療報酬(支払方式)の歴史と展望」『国民医療年鑑』1964。
 15. 濃沼信夫「資本コストをめぐる診療報酬体系」『病院』53(5), 1994, May, 428-432。
 16. 長谷川敏彦『クリティカル・パスと病院マネジメント』じほう, 2000。
 17. 広井良典「診療報酬の政治経済学」『医療と社会』3(2), 1994, 3, 93-117。
 18. 広井良典「第4章 診療報酬の政治経済学」『医療の経済学』1994, 93-126。
 19. 富士川游『日本医学史』形成社, 1972。
 20. 松浦十四郎 他『診療報酬体系の過去・現在・未来 第1-26回』『現代社会保険』70-95, 1983-1985。
 21. 吉原健二『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1999。
 22. レジナ・E・ヘルツリンガー『消費者が動かす医療サービス市場』シュプリンガー・フェアラーク東京, 2003。
 23. 堀真奈美, 印南一路「米国医療におけるアカウンタビリティーの概念と動向」『会計検査研究』23, 2001。
 24. 伊藤嘉博『品質コストマネジメント— 品質管理と原価計算の融合』中央出版, 1999。
 25. 山本周五郎『赤ひげ診療譚』新潮社, 2001。
 26. 医療経済研究機構『医療白書2000年度版』日本医師企画, 2000。
 27. 医療経済研究機構『医療原価モニタリングシステムに関する調査研究報告書』2002。
 28. 梅津亮子『看護サービスの原価測定と評価』公益情報サービス, 2003。
 29. 竹下昌三「診療報酬と厚生省の医療行政」『岡山商大論叢』33(1), 1997。
 30. 医療経済研究機構『「医療費に関する研究」『急性期形5病院における診療単価の原価調査報告書』1996。
 31. 医療経済研究機構『「医療費の原価に関する研究」報告書・統合版』1997。
 32. 医療経済研究機構『「医療費の原価に関する研究」医療機関機能別の診療行為内容分析報告書』1997。
 33. 医療経済研究機構『「医療費の原価に関する研究」4病院における患者特性別原価調査報告書』1997。
 34. 医療経済研究機構『21世紀の高齢者医療を考える— その費用負担と診療報酬を中心に—』
 35. 福井次夫「エビジェンス・ベイト・メディスンとクリティカル・パス」『クリティカル・パスと病院マネジメント』じほう, 1998, 39-49。
 36. 長谷川敏彦『序論』同書, 3-12。
 37. 今中雄一「医療におけるクリティカル・パスの基本と展開」同書, 13-28。
 38. 宇野由美子「DPC導入と運用実際 鹿児島大学医学部・歯学部付属病院の場合— 病院DWHによる病院経営分析支援システムの開発」『薬事』46(1), 2004。
 39. 熊本一郎「DPC(Diagnosis-Procedure-Combination)導入による病院体制の見直しとシステム対応」『医療情報学』22(5), 2002。
 40. 檜田信男『先端医療と医療論— 会計学研究者の視点から—』『学術の動向』2002.5。
 41. 山本武志「患者による病院サービスの質の評価」『病院管理』41(1), 2004.1。
 42. 中泉真樹『モラルハザードのもとでの医療保険

- と診療報酬制度」『会計検査研究』27, 2003. 3。
43. Cooper, R. and R.S.Kaplan, The Design of Cost Management System, Prentice-hall, 1991.
44. Eggers, L. J., Activity-based costing, Journal /American Water Works Association, Vol. 90, Issue 6, 1998, pp.63-69.
45. Innes, J. and F. Mitchell, A survey of activity based costing in the U.K.'s largest companies, Management Accounting Research, June 1995, pp.137-153.
46. Judith, J. B., Cost accounting for healthcare -A guide to utilizing information and technology for effective decision making-, Healthcare Financial Management Association, 1999.
47. Eriksen BO Almdahl SM Hensrud A, et al. Assessing health benefit from hospitalization: Agreement between expert panels. Int J Technol Assess Health Care 1996; 12: 126-135.
48. Sackett DL Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidencebased medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312: 71-72, 1996.
49. 福井次矢 Decision Sciences — 認知心理学 Cognitive Psychology Decision Analysis. 『日本医学教育学会教育技法委員会(編): 臨床教育マニュアル』 pp.25-38. 篠原出版, 1994.

Diagnosis fee and its cost problem

Masaki Yamashita

Abstract

One of the main medical service cost problems is the determination of diagnosis fees. Diagnosis fees have been determined on basing upon mainly costs until now, but are not exactly based on cost accounting as U.S.A. The welfare and labor ministry thinks that the present diagnosis fees are estranged from costs, so these fees are shifted from the present fees to exact fees on based upon cost accounting. This immediate shifting is difficult, but the ministry must reflect costs in the diagnosis fees. In this paper, I study how we think the relation of diagnosis fees and costs, and how we think reflecting costs in the diagnosis fees. At the same time we have the problem of capital costs and the valuation of doctor's technique on diagnosis. I study these problems similarly.

Keywords : diagnosis fees system, cost, capital costs, doctor's technique valuation