

# 原価情報の活用方案

## － 診療費支払制度を中心に



정성호 (チョンソンツル) 代表ガルレブABC コンサルティング部門

### 1. 序論

国家の医療システムにおいて最も重要な課題の一つは、持続可能な医療保障システムを構成することである。健康保険の財政を持続可能とし、健康保険の保障性を拡大するためには、調達面では財源を安定に確保し、支出面では医療サービスの効率的かつ合理的な支払いが必要である。この一年間、葛藤を繰り返した7疾病群包括が成立しその全面施行と、公共医療機関中心の新包括数価試験事業などは、支払制度を通じた持続可能な医療保障システムへの試みである。

4つの深刻な疾病の保障強化もいくつかの視点から見る事ができるが、問題の核心は保障性の範囲(coverage)すなわち支払いの範囲である。

本稿では、財源の支出面では診療費支払制度を原価情報の活用の観点から眺める。具体的には支払制度の原価情報が必要な理由を確認し(2章)、他国では原価情報をどのように収集し、活用しているか(3章)、韓国の原価資料の活用状況を述べ(4章)、支払制度の運営のためのコスト情報収集と活用方法を提示(5章)する。

### 2. 診療費支払制度と原価資料の必要性

診療費支払制度<sup>1)</sup>は診療費の支払いを含む契約行為で会計責任などを包括したシステムを意味する。厳密には医療サービスの対価の支払方法を意味する(The World Bank, 2009)。

医療サービスにおける対価すなわち価格は、一般の商品やサービス取引のように市場(製造者と購入者)で決定せず政府が規制する。

医療市場は独占でないが、情報の非対称性が大きい市場なので規制機関が価格決定(給与項目)に関与している。価格が市場で形成されない場合は、主に原価情報によって適正対価が算定されるが<sup>2)</sup>、医療サービスの場合、コスト情報は支払制度の3つの軸(支払対象、基準情報、価格)の一つとして価格決定のための基礎情報の役割を担っている。

診療費支払制度は支払対象に応じていくつかに分類されるが、コスト情報はこれらの支払制度の特性に応じた数価決定に多様に活用されている。韓国と米国(医師サービス)では行為別点数制における相対価値算定の原価情報が使用され、指数算定の参照情報として活用される。

欧州各国(主に入院サービス)と米国(医師費用以外の入院サービス)の制度<sup>3)</sup>においても、コストが重みの計算に使用され、基準比率の算定に参照情報として活用されるだけでなく、患者の分類にも資源の同質性検証のレベルで原価情報が活用されている。

日当制の下では診療科ごとの日別のコストが必要であり、人頭制では患者の特性ごとにリスク調整係数を算定する際に活用される。

医療サービスにおけるコストは公正な支払対価の算定に不可欠である。医療サービス提供のためのリソース消費の程度が客観的に反映されていなければ、リソースの消費と関連ない不適切な補償(過剰または過小支払い)をすることになる。

韓国の病院の小児青少年科、産婦人科、緊急治療室、集中治療室が赤字を脱せない現実はこの弊害を示している。

支払制度の種類別コスト情報活用の程度は次表のように要約できる。

表 支払制度種類別原価資料活用 の程度

지불제도	원가정보 활용정도	지불대상분류	수가검정	
			상대 가중치	단위가격
행위별수가제 (Fee For Service ; 이하 FFS)	상		상대가치 산정	환산지수 산정
사례지불제 (Case-Based Payment ; 이하 CBP)	상	환자분류 타당성 검증	원가중치 산정	기준비율 산정
일당제 (Per-diem)	중		진료과별 재원일별 원가 산정	
인두제 (Capitation ; Per capita)	중		위험조정계수 산정 (인당 위험조정계수를 적용할 경우)	
총액예산제 (Global Budget)	하		진료과별 총액 산정 (진료과별 총액을 적용할 경우)	

支払制度	原価情報 活用程度	支払対象分類	数値決定	
			相对加重値	單位價格
行為別数値制(Fee for Service ;FFS)	上		相对値算定	患者指数算定
事例支払制(Case Base Payment :CBP)	上	患者分類 妥当性検証	原価加重値算定	基準比率算定
一日制(Per diem)	中		診療科別在院日別原価算定	
人頭制(Capitation Per capita)	中		危険調整係数算定 (人当調整係수를適用する場合)	
総額予算性(Global Budget)	下		診療科別総額算定 (診療科別総額を適用する場合)	

支払先 (DRGまたは行為) ごとのコスト情報は、コストの重み (DRG) と相対値 (FFS) の算定の基礎となるが正しく反映されない場合<sup>4)</sup> は、病院のサービス提供形態を歪曲させる。

サービスの原価補償が適切でないために胸部外科の専門医がサポートせず<sup>5)</sup>、高額の数価を得る高価な装置の検査増加する現象が生じる<sup>6)</sup>。歪曲された原価情報は非効率医療サービスをもたらす社会的コストを増加させる。病院で支払対象別原価情報が公開されれば病院サービスの透明性が高まり、情報の外部効果 (externalities) が増加する。また、支払い対象別原価中心点と構成要素の比較が可能となり、病院の効率化に貢献する。

DRGシステムの下でのコストは、資源の同質性 (resource homogeneity) を判断する情報を提供する。信頼性のないコストはリソースの親和性によるDRGの分類を歪める。リソースの親和性は医学的同質性 (clinical coherence) とDRGの分類の重要な資料の機能を果たして継続的なDRG制度の改善を支援する。

### 3.各国の原価資料収集及び活用

医療サービスの価格決定のために多くの国は、医療機関からコスト情報を収集している。以下に、EU (とくにイギリスとドイツ)、アメリカ (メディケア) と日本のコストデータ活用事例を紹介する。

#### 가. EU

ヨーロッパのほとんどの国の病院の入院サービスはDRG支払制度で運営している。原価計算はDRGの決定に重要な役割を果たすことが認識されているので、より正確な原価計算のために多大の努力が傾けられている。

病院の支払目的に活用するため、EuroDRG<sup>7)</sup>への参加国の過半数は、国が原価計算の手順を制定している。英国、オランダ、ポルトガルではすべての病院が原価計算を強制的に実行している。

原価計算は概略的な方法であるトップダウンの原価計算 (top-down costing)<sup>8)</sup>方式から徐々に洗練され、原価計算方式である患者別原価計算 (patient level costing)<sup>9)</sup>に発展している。EU加盟国のうち、比較的コ

スト情報の活用が活発な英国とドイツに関して具体的に述べる。

英国は、1998年から参照コスト（reference cost）制度を運営している。参照コストは、英国の保健省（Department of Health、以下DH）の主導で実施されている医療サービス（National Health Service、以下NHS）の主な原価計算ツールとして数価決定に活用されている。とくに2004年に導入された支払制度の結果による支払い（Payment by Results、以下PbR）は、原価計算の役割をさらに深化させた。

保健省は、病院が提出した平均原価に基づいて数価を適切に算出しており、この過程で参照原価制度は医療提供者と委託者（政府）との価格交渉において病院間の差を解消し、病院の全体的な効率性を高める方向に運営されている。

すべての病院は、治療が終了した事例（Finished Consultant Episode、以下FCE）に基づいて活動し、単位コストとの調整明細書（帳簿上のアカウントの科目の数値との調整）を提供しなければならない。保健省は、病院のコストデータを収集し、平均原価を算出し、これに基づいて数価を算出している。

保健省は、そのためにコストの範囲は、原価集計方法およびコスト分配の方法を詳細に記述した原価計算書の提出についての詳細な説明を盛り込んだ資料収集のガイドラインを事前に提供し、個々の病院が一貫した原価計算を実行して資料を提出するように支援する。

提出された資料は、監査院による監査および評価を受けて3年後の数価決定の基礎資料として活用している（DH、2009/10）。最近では原価計算のレベルを精巧にするために病院では自発的に患者ごとの原価計算（Patient-Level Information and Costing System、以下PLICS）および診療科別原価計算（Service Line Reporting、以下SLR）を導入するよう勧告している。

これらの原価計算の過程で、より信頼性の高いコスト情報を算出し、同時に内部効率を向上できるように活動基準原価計算（Activity-Based Costing、以下ABC）の方法を導入する必要性を提起している（Chapman、2010）。

ドイツ<sup>10</sup>は、社会保険（Social Health Insurance、以下SHI）制度を運営する国<sup>11</sup>として、2000年に入院患者の支払を制御するために、既存の日当定額制を廃止してDRGを導入した。G-DRG（German DRG）と呼ばれるこの制度は、英国よりもはるかに洗練されたレベルの原価計算制度によって支えられている。

G-DRG支払いのために病院協会と保険者団体が参加しているInEK（Institute for the Payment system in Hospitals）という病院の支払機構を新設し、DRGシステムの運用（DRGコード開発と補完、関係機関の協力）と原価計算（コストの重み、加減量と付加支払額算出）を担当するようにした。

この機関で発行される原価計算書は、コストの範囲は会計処理データの収集、原価集計、分配に至るまで詳細な内容を含めて原価資料の提出病院が一貫した方法でDRG別コスト計算を実行する。DRG別の単位原価は原価要素別、原価中心の形で病院に公開され、個々の病院は平均原価と比較して効率の改善に活用する。英国とは異なり、すべての病院が義務付けられてはいないが、2010年ベースで約12%（253か所）の病院がコストデータを提供している。すべての原価データは、監査を受けた財務諸表から出発する。

InEKは、各病院が自発的にコスト資料を提出するよう奨励しており、コストデータを提供する病院に量と質に応じた金銭的なインセンティブを付与している。収集されたコストデータは、機械的なエラー検証を経て、2次的に医学的、経済的エラー検証を経て整合性を確保した後、2年後の数価決定のための基礎資料として活用される。

#### 4. オーストラリア

オーストラリア<sup>12</sup>は、ビクトリア州など各州はケースミックス支払い（casemix funding）<sup>13</sup>制度の運営のために古くからコストデータを収集してきた。2012年7月からは連邦政府が公立病院のサービス提供のために負担してきた予算総額で、活動目安支払い（Activity-Based Funding：ABF）<sup>14</sup>に変更した。この過程で、原価データの収集と数価決定のために独立した機関である病院支払機関（Independent Hospital Payment Authority：IHPA）を設立し、全国的に統一した原価計算のガイドラインを制定し、原価計算を奨励し、そのデータを活用して数価を決定している。

オーストラリアの病院の患者の原価計算基準（Australian Hospital Patient Costing Standards：AHPCS）は、病院実務の専門家が多数参加して作られたものなので、診療原価計算基準の病院の理解と受容性が非常に高い。この手順については、コストのデータ収集のための分類体系を標準化し、原価計算方法の優先順位

を付与し、最も合理的な分配の基準の使用を推奨したのが特徴的である。

オーストラリアのコストデータの提供は2種類に区分される。ひとつは原価モデル (cost-modeling) を適用してコストデータを提供するものであり、他の一つは、患者別原価計算 (patient-costing) を実行して、コストの資料を提供するものである。

患者別原価計算を実行する病院はAHPCS原価計算の手順でガイドラインに従うが、詳細基準の適用は、病院が自律的に判断して適用する。ほとんどの病院は独自の専門原価計算ソフトウェアを使用して原価計算を行うが、基幹システム利用度と元の計算能力が低い病院は、コストモデルを適用するために、患者ごとのコスト計算のための分配基準として他の病院の資料を活用したサービスの重み (service weight) を主に使用する。州政府は、高品質のコストデータを提供できるように公立病院の原価計算システムの構築をサポートしている。

コストの重みは100%コスト情報に依存して算定されており、貨幣変換のための標準価格は、原価情報に基づいて交渉する。

回避不能なコストの差を数価で別々に調整 (adjustment) しており、病院のレベルからの患者レベルの変動までコストの違いに関連した変動に対する体系的な探索と統計分析を行い、それを異常価格に反映している。

このような過程を通じて2012年に適用された価格では集中治療室(ICU)、小児患者、僻奥地患者等の価格調整率に反映した<sup>15)</sup>。

## ㉔. 米国

米国<sup>16)</sup> は、メディケアの支払いマニュアル (Provider Reimbursement Manual、以下 PRM) からの診療原価支払いのための原則 (principles of reimbursement for provider costs) を準備して、医療サービスの合理的原価の決定の原則を設定している。また、このマニュアルは国家的に統一された原価規定を適用して、毎年恒例の原価報告書の作成において医療機関をサポートするために詳細な作成方法を説明しており、原価の決定と関連した情動的、手順的内容を収録している。

メディケアからの支払いを受ける医療機関 (医師および診療所を除く) は、毎年メディケア原価レポート (Medicare Cost Reports、以下 MCR) を作成し、5ヶ月以内に提出しなければならない。

数価算定のためにメディケアは、原価レポートと請求資料を活用しなければならない。原価をそのまま支払額に保全している場合 (teachingのコストなど) もあるが、大部分は原価情報を数価算定に活用している。

制限的な病院会計資料を盛り込んだ監査報告書とは異なり、MCRはほとんどの病院から提供されるので各種の病院の分析に活用している。

しかし、財務諸表との金額差異、貸倒償却、慈善診療、医療外収益などで適切な詳細情報不足などの問題が指摘されたりしている (Nancy M. Kaneのほか、2001)。

## ㉔. 日本

日本<sup>17)</sup> は政府主導によるコストデータ収集は行っていない。厚生労働省は原価調査が非常に困難なので診療科別の数価統制を政府が行うのは難しいと判断しており、原価情報を数価の決定に活用しない状態である。

ただし中央社会保険医療協議会傘下のcost分科委員会で「医療機関の部門別収支に関する調査」を通じて原価データを収集しており、2012年現在125カ所の病院の診療科別、部門別原価情報が算出されている。

これは、DPCを適用する1500病院の8.3%の水準で、今後は標本数を増やして原価データが蓄積されると支払い政策に活用することが期待されている。

医療機関の部門別収支に関する調査は、医療機関の医業経営実態などを診療科別に把握し、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的にしている。

機能評価係数は病院の特性を反映し、基礎係数で病院群の特性を反映している。調査は二種類で行われるが診療科、実施部門別基礎資料 (収益、費用、統計資料) を収集する一般的な原価調査の中央診療部門

で診療科配布のための配布基準である等価係数を算定するための特殊原価調査で構成されている。

## 4. 示唆点

英国では、国の保健サービス（National Health Service）方式で原価情報を積極的に使用している。ドイツと日本は社会保険（Social Health Insurance）方式で医療制度を運営しているが、民間レベルでコストデータを収集している。日本に比べてドイツは非常に活発に原価情報を活用している。

米国は民間保険に依存している状態であるが、メディケアではやはり原価情報が必要になっている。これらの限定的な事例で性急な結論を下すことはできないが、医療制度の差異と原価情報の活用には明らかな相関関係はないと判断される。

その理由は、財源の調達方法（租税、保険）には差異があるが、情報の非対称性が大きい医療サービスの価格決定のための基礎資料、すなわち原価情報は共通の重要な情報であるためである。

## 4. 韓国の原価情報の活用状況

韓国では急性期病院のサービスには行為別点数制を適用している。2012年7月からは、白内障手術など7疾患に包括数価制を実施（総合病院と上級総合病院は、2013年7月から実施）し、40の地域拠点公共病院では、新包括数価制度を実施している。

行為別点数は、[相対価値点数×換算指数]の算式で計算する。相対価値点数には米国の資源相対価値（Resource-Based Relative Value Scaleは、以下RBRVS）方式を導入し、医師の業務量と診療費を考慮して算定し、2001年から適用された後、2006年に個人の価値の研究でリスクをさらに反映して現在に至っている。

また、換算指数は原価を基礎として算定した結果を参考にしている<sup>18)</sup>。相対価値評価算定の場合、標本病院数が少なく、常に原価データの代表性の問題を秘めており、科目間の合計点を固定しているので診療科別の不均衡の問題は未だ解決されていない。また、医療行為の実施時間が正しく反映されない場合もあり<sup>19)</sup>、同じ行為に対しても診療科別の特性が反映されない場合もある<sup>20)</sup>。

DRG点数はほぼ原価情報ベースで決定される。国家間及び一国においても個別のDRG病院の原価差を生じる要因は大きく、患者の特性（診断名、年齢、性別、出世時体重、重症度など）、治療特性（入院の形態、処置の種類、退院形態、在院日数など）や病院の構造的特性の三種類に分類される患者特性と治療特性は、DRGの原価加重に反映して、病院の構造的特性は、基準割合（base rate）に反映することがDRG支払制度の基本的なモデルである（Andrew Streetほか、2010）。

すなわち、DRG点数は [原価荷重（cost weight）×標準比率（base rate）]で計算される。しかし、韓国の場合、DRGを開発するための原価データが確保できず、7疾患に対する包括することができずと新包括することができずすべてのコストの重みでDRGが算定されなかった行為別診療費をもとに算定している。したがって、行為別点数の相対価値評価は、病院間、診療科間の医療サービスのリソースの消費程度を合理的に反映していないという問題がそのまま拡大している。

韓国の病院の場合、1990年代に数か所の大病院を中心に診療科と部門別原価計算が実施されており、2000年代に入りABC方式が適用され、拡散されてコスト情報の適正性と活用度が高くなった。

50以上の病院（主に総合病院と上級総合病院）がABC方法に基づいた原価計算を実行して、診療科別原価、施行と別原価や医師ごとのコスト情報を算出している。これらの病院は、主に内部管理への活用を目的に原価計算システムを自発的に構築して運営している。20以上の病院は数価別原価計算を実行するなど、高度な原価計算システムを運営している。

EU諸国、オーストラリアなどは外部目的（数価決定のための原価情報提供）のための原価計算を実施しているのとは異なり、韓国の病院の原価計算の実践は、徹底的な内部管理目的である。このため、情報の幅（コスト情報の多様性）と深さ（詳細原価情報）において遥かに優れた情報を計算しているといえる。問題は、これらの情報が数価決定に活用されていないということである。

コストデータ活用の観点から、現行の支払制度の問題点を整理する。まず、数少ない病院のデータを標本にした原価計算の代表性に問題がある。第二に、算定された原価情報

が数価決定に適用されていない（科間の相対価値合計点数固定がその代表例である）。

第三に、原価の起点となる会計決算資料の信頼性が検証されていない（監査を受けていない会計資料が外部公開されず、適正性の検証が行われていない）。第四に、同じ基準の原価情報が活用できるように統一された原価データの収集手順と原価計算の手順がないこと。

第五に、病院の種類と規模に応じた原価計算ができる能力に大きな差異があることである。医院では原価計算はおろか会計データの収集すら容易でない状態である。

第六に、病院のコストデータを快く提供する環境の未整備である。第七に、原価データの出力に払われている多くの努力が報われず、資料提供病院に適切に刺激を与えていないことである。

## 5. 支払制度のための原価情報の活用方法

以上の議論を踏まえ、我が国の支払制度運用のための原価情報活用方法を提案する。

第一に、コストに対する認識転換の必要についてである。支払制度は医療システムの成否を左右する重要な機能である。市場価格が決めにくい医療サービスは、原価が価格決定の重要な役割を果たしている。そのため、医療サービスの対価には、リソースの消費量が反映するという認識の転換が何よりも重要である。原価はまず、支払い単位となる医療サービスの相対的な重みを決定するために極めて必要である<sup>21)</sup>。

医療サービス間のリソース消費量は相対レベルを決定する情報として重要である。それにもかかわらず、数価決定にコスト情報の必要はないとの認識を持っている人々は、現在の相対価値点数が資源の消費を適切に反映していると信じているか、マクロ指標にでき水準を決定すれば良いと考えている（そして各項目間の不均衡は枝葉末節の問題と認識している）。

第二に、コスト情報の体系的収集のためのガイドラインを制定しなければならない。原価情報を数価決定に活用するほとんどの国は、国家的な"コストデータの収集"と"原価計算"のためのガイドラインを制定して運用している。

我が国も原価データの収集手順については、医療機関原価計算の手順とすることができ算定ガイドラインを開発し、持続的に発展させる必要がある。

また、原価計算のための財務数値は、原価中心点で正確に集計できるように明示して基礎資料が適切に計算できるようにする必要がある。最も基本的な情報の会計数値は監査を受けるようにして信頼性と透明性を高めなければならない。

第三に、原価計算から数価算定を行う独立機関が必要である。ドイツ、フランス、オーストラリアなどではコストデータの収集と数価算定とは別の独立した機構があるように、我が国もこのような機能を実行する独立機関を設置する必要がある。

ドイツの場合はInEKが算出したコストの重みには異議を提起しない。その理由は、利害関係者が理事会メンバーとして活動する独立した公信力のある機関が標準化されたガイドラインに基づいて計算された病院原価情報によるコストの重みが算出され、信頼が高いからである。

とくに我が国は医療費を巡る利害関係者間の対立がどの国よりも深刻である。独立機関を設立することなく、既存の組織が原価データの収集と数価算定を担当した場合、病院からの積極的な参加を引き出すことが容易でなくなる。独立性の維持は、予算を別にするか（ドイツ）、予算は政府の財政を充てるが法的に活動を独立して実行するように規定する（オーストラリア）ことが考えられる。

第四に、十分なサンプルを確保するためのデータ収集を制度的に支えることである。我が国の場合、原価情報参照のための病院サンプルがあまりにも限定的であり、常に代表性が弱いという指摘を受ける。意味のあるサンプルを通じ、原価計算結果を効果的に活用できるように資料の提出を義務化し、参加病院を奨励する必要がある。奨励する方法としては、データ収集プロセスの原価計算システムの構築を希望する病院のシステム構築費用の一部を支援する案や、資料提供の対価を支給する案がある。資料提供の対価支払いは、民間病院の割合が大きい我が国では効果があると思われる。金銭的なインセンティブのほか、病院間のベンチマークシステム構築や、原価計算の最終結果の単価だけでなく、原価要素別原価の数値と統計情報を提供して、他の病院との比較を可能とすれば、その病院の効率向上のサポートになり、病院に多いな助けになるだろう。

第五に、原価計算システムの操作に病院の能力が伴わなければならない。オーストラリアの事例のように病院の規模や特性に応じてデータの収集方法を変える必要もある。原価計算システムの運営病院（現在は約50か所）は、原価計算結果のデータを収集するようにして、原価計算システムは未保有の病院、小規模病院や医院の場合は、基礎資料を収集し、原価計算を実行するようにする。また、病院の実務について体系的教育を行い、コスト分析能力を高め、専門人材を養成することも重要である。

我が国では病院の自発的原価計算の実務慣行が大幅に上がっている。現在、これらの原価計算や活用力と蓄積された情報をもとに科学的で客観的な意思決定がなされ、利害関係者間の紛争による社会的コストが大幅に減少することを期待する。

文末注

- 1) Payment System、Reimbursement System、Funding Systemなどの用語が使用される。
- 2) 電気代、水道代、ガス料、バス料金など韓国の主要な公共料金はほとんど原価主義の方法で価格が決定されている。
- 3) 事例 (case) を支払単位とした支払い制度として、ここでの事例 (case) は、DRGの分類体系下の例で (episode) である。そのため、事例支払制 (CBP) は、診断名 (DRG) の基準包括数価制と類似の概念である。
- 4) 医療機関コストのかなりの部分は固定費であり、単位当たりの固定費は、稼働率の高低に応じて変動する。このため、医療サービスのコストへの反映は適正稼働率の算定に関連している。
- 5) 2009年7月に、これらの副作用を緩和する胸部外科加算料が新設された。
- 6) 2012年7月、政府はこれらのチェックは収益性が高いと判断し、CT、MRI、PETイメージング装置を削減した。
- 7) ヨーロッパの個々の国が運営してきたDRG制度がEUという単一市場の下で、国家間の境界を往来する医療サービスの提供と医療費補償という新たな挑戦を合わせており、EUはこのような課題に直面してEuroDRGというプロジェクトを通じて、DRG支払制度を構成する主な要素を研究し、DRGの統合のための代案を模索している。
- 8) 上位部門のコストを下位部門に配布し、患者ごとに最終配布する方式である。
- 9) 患者のレベルで集計することができるコストを最大限に直接帰属しており（主に材料費と手術時間を利用した医師人件費）残りのコストは配分する。
- 10) ドイツの事例は、主に次の資料を参照した：Oliver Tiemann、Reinhard Busse、Jonas Schreyogg / The use of cost accounting methodologies to determine prices in German health care (Discussion Paper)、2005。  
ドイツのG-DRGベンチマーク訪問結果報告書、カレブABC、2011。
- 11) 我が国とドイツはすべてSHI方式の医療システムであるが、我が国は保険者が唯一の（国民健康保険公団）という面では、保険者が多数であるドイツとの差がある。
- 12) オーストラリアの事例は、主に次の資料を参照した。Daniel Borovnicar、Mani Suleiman、Tyrone Paterson / Defining outlier payments under activity-based funding for acute inpatients : An overview of Victoria's experience、2011; The Pricing Framework for Australian Public Hospital Services、IHPA、2012年。5。オーストラリアActivity-Based Fundingベンチマーク訪問結果報告書、カレブABC、2012。
- 13) オーストラリアの包括支払制度で1993年にビクトリア州で最初に導入された後、他の主に広がっていた。
- 14) ここでの活動 (activity) は、診療量としてcase mixと同じ意味で使用した。
- 15) 3次病院、教育と研究の病院は、別の価格設定が行われなかった。IHPA CEOはその理由を、主に3次医療機関で頻繁に行われる教育、研究については別途区分支払い (block funding) となっているので、これらのコストを排除した状態で、原価は数価調整に影響を与えないと説明している。
- 16) 米国の事例は、主に次の資料を参照した：www.medpac.gov、Hospital acute inpatient services payment system、revised 2011.10
- 17) 日本の事例は、主に次の資料を参照した：医療機関の部門別収支に関する調査報告書案、2010;日本のDPCベンチマーク訪問結果報告書、カレブABC、2012。12
- 18) このような方法を原価基準換算指数とする。このほか、コストではなく、ジョージオンリユルを適用するSGR (sustainable growth rate) および指数モデルも活用する。
- 19) 例えば、注射手技料、服薬指導料などがこれに該当する。
- 20) 例えば、診療科間の同じ数を適用する薬代の場合、一般的に初診は10分、分類されたが5分で調査されるが神経や精神科など特定の診療科は30分以上かかるのが現状である。
- 21) もちろん、貨幣換算単位（換算指数、基準比率など）の算定のためにも活用することができる。

## 参考文献

1. The World Bank. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems How To Manuals, The International Bank for Reconstruction and Development, 2009
2. 2009/10 NHS Costing Manual; Reference costs and collection guidance, Department of Health
3. Chapman and Anja Kern. Costing in the National Health Service: from reporting to managing, Christopher S, 2010.
4. Nancy M. Kane, Stephen A. Magnus. The Medicare Cost Report and the Limits of Hospital Accountability: Improving Financial Accounting Data, 2001.
5. Andrew Street, David Scheller, Alexander Geissler and Reinhard Busse. Determinants of hospital costs and performance variation methods, models and variables for the EuroDRG project (Working Paper) 2010. 5