

公立病院の原価計算に関する調査結果

- 6回の調査結果より -

中 田 範 夫

I はじめに

まず、本稿の課題について明らかにしておく。

前稿では、DPCの導入が、我が国の病院における原価計算の精緻化や発展に対して影響を及ぼしてきたか、という課題について取り扱ってきた。

結論的には、次のことを明らかにした。(1) 我が国では、DPCの採用が原価計算の普及および精緻化に影響を及ぼしていないこと。また、DPC原価計算がDPC採用後もほとんど実施されていないこと、及びその原価情報が重要な会議の資料として利用されていないこと。

(2) 米国ではDRG/PPSが医療費の高騰を抑えるために導入されたという経緯があるが、我が国ではそのような目的のために導入されたものではないこと。事実、アンケートによってDPCの採用理由の1つは、収益(診療報酬)増大のためであることが、明らかになっていること。

そこで、本稿では上記のような傾向が公立病院ではどのように表れているか、を明らかにすることを課題とする。すなわち、我が国におけるすべての病院に及ぶ傾向が公立病院についてもそのまま妥当するのか、それとも違う傾向を示しているのかを明らかにする。

II 先行研究

公立病院の原価計算に関して実態調査に基づいた研究は少ない。ましてや、公立病院の特徴をそれ以外の病院との比較で明らかにしているような研究は皆無であろう¹⁾。

1) 拙稿「病院の原価計算に関する調査結果-DPCの採用は原価計算の導入・発展に影響を及ぼしたか-」山口経済学雑誌、第64巻第3・4号、平成27年11月、pp.101-136を参照のこと。

なお、本稿ではすべての病院種別を次のように区分している。まず、公立病院と公立病院以外の病院という2種別に区分している。前者の公立病院はさらに「都道府県立病院」と「市町村立病院」とに区分される。後者の病院を「他の病院」と呼んで、すべての病院種別のうちから2種類の公立病院を差し引いた病院種別が表現されている。

Ⅲ 設問項目、回答及び若干の解釈

	16年	17年	18年	21年	22年	25年
設問11-25	○	○	○	○	○	○
設問19-2, 設問25-2	×	×	○	○	○	○
設問23-2, 25-3, 設問I-N	×	×	×	○	○	○
発送数	847	1,267	1,821	440	1,781	1,795
有効回収数	205	294	442	133	317	303
回収比率 (%)	24.2	23.2	24.3	30.2	17.8	16.9

図表1 発送数と有効回収数²⁾

原価計算に関する調査を平成16年から平成25年にかけて6回実施している。このうち、「設問11-25」の項目は、平成16年から25年までの調査のすべてにおいて実施されていることを表している。これに対して、「設問19-2, 設問25-2」の項目は、平成18年から25年までの調査において実施されている。平成16年の調査では発送数が少ないが、これは300以上のベッド数を有する一般病床病院を対象にしている。これに対して、平成17年調査では、150床以上299床までの一般病床病院を調査対象にしている。平成21年調査における発送先は、平成16年から平成18年までの3回の調査において回答していただいた病院の中から病院名が判明している病院のみを対象にして実施している³⁾。

Ⅳ 調査結果

平成16年から平成25年にかけて全国の病院に対して経営管理機能についての郵送調査を行った（平成16・17・18・21・22・25年）。

2) 同上, p.117の図表11を利用した。

3) 同上, p.117を利用した。

対象病院種類

A：国立（独立行政法人）病院，国その他の病院，B：都道府県立（地方独立行政法人）病院，C：市町村立病院，D：日本赤十字病院，E：厚生連・厚生団・社会事業協会・全社連病院，F：共済組合病院，G：公益法人病院，H：医療法人病院，I：会社病院，J：健康保険組合病院及びその他の法人病院，K：済生会病院，L：個人病院及びその他の病院（その他の場合；）

設問11 ここからは貴病院において原価計算システムが採用されているかどうかに関する質問を行います。原価計算システム（少なくとも、診療科や病棟ごとに原価の集計を毎月行っている状態）を導入されていますか。

	平成16年	平成17年	平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
都道府県立病院	25.0 (10/40)	5.3 (1/19)	17.0 (9/53)	18.8 (3/16)	12.5 (5/40)	10.0 (3/30)
市町村立病院	×	15.1 (8/53)	17.3 (14/81)	12.0 (3/25)	6.4 (3/47)	5.9 (3/51)
他の病院	31.5 (52/165)	23.0 (51/222)	33.1 (102/308)	23.9 (22/92)	24.3 (56/230)	26.1 (58/222)
病院全体	30.2 (62/205)	20.4 (60/294)	28.3 (125/442)	21.1 (28/133)	25.2 (64/317)	21.1 (64/303)

図表2 調査年ごとの原価計算の採用率（×印は集計データの無いことを表している）

6回すべての調査において次のことが読み取れる。すなわち、「都道府県立病院」と「市町村立病院」の原価計算採用率は、「他の病院」の採用率よりも低い。さらに、公立病院の中でも、平成21年以降の調査では「都道府県立病院」の採用率は「市町村立病院」の採用率よりも高率であることである。

さらに、採用率の観点から見ると、採用率はそれほど伸びているわけではなく、病院全体においても20.4%から30.2%の範囲であり、公立病院においては「都道府県立病院」においてもまた「市町村立病院」においても採用のピークは過ぎ去り、ここ数年は減少傾向にあることが読み取れる（平成16年の原価計算システムの採用率は他の5回の調査に比較して高い。その理由は、次のことにあると考えられる。平成16年調査では、原価の集計を年間に1回以上行っているケースを原価計算システムの採用として算入している。

それに対して、平成17年以降の調査では、少なくとも原価の集計を毎月行っているケースを条件としている)⁴⁾。

	14年以前	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
25年調査	9	6	7	1	1	2	2	5(1)	5	2(1)	8(1)	4(1)
22年調査	21(1)	3(1)	10(1)	6(1)	7(2)	8	5	4				
21年調査	5(1)	2(1)	4	3	5(3)	1	4					

図表3 原価計算の採用年度⁵⁾

原価計算の採用年度を示しているが、カッコの中の数字は、都道府県立病院と市町村立病院を合計した数字（それぞれの年の採用病院の内数）を示している。

設問12 設問11で「はい」と回答された病院にお聞きします。貴病院で採用されている原価計算システムは制度的原価計算（簿記の機構と結合している状態）として実施されていますか、それとも特殊原価調査（簿記の主要簿とは切り離れた状態）として実施されていますか。

1. 制度的原価計算として実施 2. 特殊原価調査として実施

		平成16年	平成17年	平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
1	都道府県立病院	60.0	100.0	44.4	33.3	40.0	33.3
	市町村立病院		37.5	57.1	33.3	66.7	33.3
	他の病院	55.8	54.9	72.5	50.0	51.8	59.3
2	都道府県立病院	40.0	0.0	55.6	66.7	60.0	66.7
	市町村立病院		62.5	42.9	66.7	33.3	33.3
	他の病院	40.4	43.1	27.5	45.5	46.4	35.6
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.4
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	33.4
	他の病院	3.8	2.0	0.0	4.5	1.8	5.1
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

図表4 制度的原価計算か、又は特殊原価調査か

「他の病院」では6回の調査において、「制度的原価計算として実施」の方が「特殊原価調査として実施」よりも比率が高い。このうち、平成18年調査では、72.5%と最も高い比率で制度的原価計算が実施されている。これに対して、公立病院では総体的に「特殊原価調査として実施」の方が高率である（ただし、都道府県立病院の16年と17年並びに「市町村立病院の18年と22年において「制度的原価計算として実施」の方がそれぞれ高率である」。

4) 同上, p.118を利用した。

5) 同上, p.118の図表13に若干手を加えている。

2	都道府県立病院	60.0	0.0	33.3	33.3	40.0	0.0
	市町村立病院		50.0	35.7	33.3	66.7	0.0
	他の病院	46.1	58.8	34.3	72.8	44.6	36.2
3	都道府県立病院		0.0	11.1	0.0	20.0	0.0
	市町村立病院		12.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院		3.9	5.9	9.1	3.6	6.9
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	0.0	3.9	0.0	1.8	5.2
全体		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

図表6 実際原価計算か標準原価計算か

「他の病院」においては、17年と21年を除いて実際原価計算の方が標準原価計算よりも採用率が高く、また、2種類の原価計算システムを同時に採用しているケースは3.6%から9.1%の範囲である。

これに対して、「都道府県立病院」では、16年を除き、そして「市町村立病院」では、17年と22年を除き実際原価計算の採用率の方が高い。したがって、この項目についての回答傾向は、公立病院のそれと「他の病院」のそれとは同じである。ただし、「2種類のシステムを同時に採用している」という回答項目については、「他の病院」ほどには公立病院の方では高くはないという状況である（ただし、「都道府県立病院」における18年・22年調査を除く）。

設問15 採用されている原価計算システムによって算出される原価の集計単位についてお聞きします。該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 診療科や病棟
2. 疾患分類ごと（貴病院独自の分類）
3. 診断群分類ごと（厚生労働省の分類）
4. 医師ごと
5. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	100.0	100.0	88.9	100.0	100.0	66.7
	市町村立病院		100.0	100.0	100.0	100.0	66.7
	他の病院	98.1	88.2	98.0	100.0	96.4	86.9
2	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3
	市町村立病院		12.5	0.0	0.0	0.0	33.3
	他の病院	15.4	11.8	2.0	4.5	12.5	4.9
3	都道府県立病院	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	100.0
	市町村立病院		12.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	7.7	5.9	5.9	18.2	12.5	9.8

4	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	33.3
	市町村立病院		0.0	7.1	100.0	33.3	0.0
	他の病院	17.3	19.6	10.8	13.6	17.9	13.1
5	都道府県立病院	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
	他の病院	3.8	2.0	3.9	4.5	7.1	1.6

図表7 原価の集計単位

「他の病院」においては、すべての調査において「診療科や病棟」が最も高率である。これに対して、「都道府県立病院」では、25年調査を除き、そして「市町村立病院」では、総ての調査年において「診療科や病棟」が高率である。したがって、この項目については、「他の病院」と公立病院とで同じ回答傾向である。ただし「都道府県立病院」における25年調査では「診断群分類ごと（厚生労働省の分類）」が最も高率であり、また「市町村立病院」における21年調査では「医師ごと」も高率である。これらのデータについてはさらなる調査が必要であると考える。

「医師ごと」の集計については、6回の調査すべてについて総体的に低い状況にある。すなわち、この回答については「他の病院」において10.8%から19.6%の範囲に止まっている。

設問16 原価計算によって得られる情報をどのような目的のために利用していますか。該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 戦略的計画策定（たとえば新しいサービスを提供するなどの長期の目的）
2. 予算編成（短期の目的）
3. 診療科の収益性分析
4. 疾患分類ごとの収益性分析
5. 医師ごとの収益性分析
6. CVP（損益分岐分析）
7. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	60.0	100.0	33.3	33.3	0.0	0.0
	市町村立病院		12.5	7.1	0.0	0.0	33.3
	他の病院	42.3	45.1	30.4	31.8	19.6	14.8
2	都道府県立病院	30.0	0.0	22.2	0.0	60.0	0.0
	市町村立病院		12.5	21.4	33.3	66.7	33.3
	他の病院	46.2	47.1	40.2	36.4	32.1	29.5
3	都道府県立病院	90.0	0.0	88.9	100.0	40.0	66.7
	市町村立病院		87.5	71.4	100.0	100.0	33.3
	他の病院	90.4	82.4	86.3	86.4	87.5	80.3
4	都道府県立病院	10.0	0.0	11.1	0.0	0.0	33.3
	市町村立病院		12.5	0.0	0.0	0.0	0.0

	他の病院	15.4	9.8	7.8	22.7	14.3	11.5
5	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		25.0	7.1	13.6	33.3	0.0
	他の病院	19.2	21.6	9.8	27.3	17.9	11.5
6	都道府県立病院	20.0	100.0	0.0	33.3	20.0	33.3
	市町村立病院		25.0	14.3	0.0	0.0	33.3
	他の病院	25.0	37.3	34.3	4.5	21.4	24.6
7	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0
	市町村立病院		12.5	7.1	0.0	0.0	0.0
	他の病院	5.8	3.9	5.9	0.0	5.4	3.3

図表8 原価計算を実施する目的

「他の病院」においては、「診療科の収益性分析」が最も高率であり、2番目は「予算編成」、3番目は「戦略的計画策定」である。2種類の公立病院でも「診療科の収益性分析」が最も高率なのは同じであるが、2番目や3番目に挙げられる項目は判然としない。すなわち、「市町村立病院」では、2番目は「予算編成」であるが、都道府県立病院では、「予算編成」項目は調査年によって比率が大きく変化しているし、また、「戦略的計画策定」は22年と25年では0%である。この病院種類では、むしろ「CVP（損益分岐点分析）」が平均的な比率を示している。

前稿でも指摘しているが、「戦略的計画策定」の比率が減少している理由は、戦略的計画策定の必要性を認識していないのではなく、戦略的計画を立てても、あるいは戦略的計画を立てたくても、余りに高い不確実性のために、それが役に立たなくなっているのではないかと推測する。すなわち、2年に1回の診療報酬改定、少子高齢化に対応して医療ニーズが変化する、更にT P P交渉の行方などの不確実性である⁶⁾。

設問17 原価計算システムは下記のソフトウェアと関連づけられていますか。該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 簿記のシステム
2. オーダリング・システム
3. 電子カルテ
4. その他 ()

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	40.0	0.0	33.3	33.3	60.0	0.0
	市町村立病院		12.5	28.6	33.3	0.0	0.0
	他の病院	53.8	54.9	57.8	59.1	58.9	54.1

6) 同上, p.121を利用した。

2	都道府県立病院	30.0	0.0	44.4	66.7	40.0	0.0
	市町村立病院		62.5	21.4	33.3	0.0	0.0
	他の病院	28.8	21.6	25.5	31.8	25.0	18.0
3	都道府県立病院	0.0	0.0	22.2	66.7	20.0	0.0
	市町村立病院		25.0	7.1	33.3	66.7	0.0
	他の病院	7.7	5.9	6.9	9.1	12.5	26.2
4	都道府県立病院	30.0	0.0	0.0	33.3	20.0	66.7
	市町村立病院		0.0	28.6	0.0	33.3	0.0
	他の病院	23.1	13.7	12.7	22.7	21.4	18.0
無回答	都道府県立病院	0.0	100.0	0.0	0.0	20.0	33.3
	市町村立病院		12.5	14.3	33.3	0.0	100.0
	他の病院	0.0	7.8	9.8	4.5	14.3	11.5

図表9 ソフトウェアとの関連付け

「他の病院」では、「簿記のシステム」が一貫して最も高率である。2番目は「オーダーリング・システム」である。これに対して、「都道府県立病院」では、「簿記のシステム」と「オーダーリング・システム」の採用率が同等である。「市町村立病院」では、調査年によって採用率が異なるが、「簿記のシステム」・「オーダーリング・システム」・「電子カルテ」などの採用率が高い。「電子カルテ」については、「他の病院」においては少しずつ増大している。

設問18 設問14で採用している原価計算システムが「標準原価計算システム」であると回答された病院にお聞きます。原価差異分析は次の中のどのレベルで実施されていますか。該当する項目にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 部門レベル（事務部門や検査部門などを含むすべての部門）
2. 診療部門レベル（実際に患者を処置する部門）
3. 病棟レベル
4. 疾患分類レベル
5. 断群分類レベル
6. 医師レベル
7. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	50.0		55.6	100.0	0.0	
	市町村立病院		75.0	14.3	100.0	50.0	
	他の病院	42.3	56.7	32.4	75.0	66.7	81.0
2	都道府県立病院	100.0		55.6	100.0	33.3	
	市町村立病院		100.0	21.4	100.0	100.0	
	他の病院	46.2	60.0	33.3	68.8	87.5	95.2
3	都道府県立病院	16.7		22.2	100.0	66.7	
	市町村立病院		75.0	14.3	100.0	0.0	
	他の病院	26.9	36.7	21.6	25.0	54.2	42.9
4	都道府県立病院	0.0		0.0	0.0	0.0	
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	

	他の病院	9.6	3.3	2.0	6.3	8.3	19.0
5	都道府県立病院	0.0		0.0	0.0	0.0	
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	
	他の病院	1.9	3.3	1.0	12.5	8.3	9.5
6	都道府県立病院	0.0		0.0	0.0	0.0	
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	
	他の病院	7.7	6.7	8.8	12.5	12.5	13.8
7	都道府県立病院	16.7		0.0	0.0	0.0	
	市町村立病院		0.0	7.1	0.0	0.0	
	他の病院	0.0	26.7	1.0	18.9	4.2	9.5

図表10 原価差異分析の実施レベル

「他の病院」では、「診療部門レベル」が最も高率であり、次に「部門レベル」が高率である。この傾向は2種類の公立病院においても同様である。

「疾患分類レベル」、「診断群分類レベル」及び「医師レベル」については「他の病院」では増加傾向にあるが、これに対して2種類の公立病院では全く採用されていない状況である。

設問19 原価計算システムの導入意思決定と導入後のスタッフの関与についてお聞きします。導入意思決定（内部開発の場合と購入の場合の両方を含む）には、主に誰が関与しましたか。複数回答可能

1. 病院長
2. 事務長
3. 導入を検討するための特別の組織
4. 経理部門など常設の組織
5. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	40.0	0.0	33.3	33.3	0.0	33.3
	市町村立病院		0.0	14.3	0.0	33.3	33.3
	他の病院	42.3	29.4	27.5	40.9	46.4	34.4
2	都道府県立病院	50.0	0.0	22.2	33.3	0.0	0.0
	市町村立病院		12.5	21.4	0.0	33.3	33.3
	他の病院	25.0	49.0	36.2	45.5	50.0	39.3
3	都道府県立病院	10.0	0.0	11.1	66.7	20.0	0.0
	市町村立病院		25.0	14.3	66.7	0.0	0.0
	他の病院	9.6	15.7	17.6	22.7	10.7	11.5
4	都道府県立病院	20.0	100.0	33.3	0.0	20.0	100.0
	市町村立病院		75.0	28.6	33.3	33.3	100.0
	他の病院	38.5	31.4	38.2	36.4	30.4	47.5
5	都道府県立病院	20.0	0.0	44.4	33.3	60.0	0.0
	市町村立病院		12.5	21.4	0.0	66.7	0.0
	他の病院	17.3	15.7	16.7	27.3	16.1	3.3
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		0.0	7.1	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	5.9	1.0	0.0	3.6	0.0

図表11 導入意思決定への関与

「他の病院」では、「事務長」・「病院長」・「経理部門などの常設の組織」が高率である。これに対して、「都道府県立病院」では、「経理部などの常設の組織」が総体的に高率である。

設問19-2 原価計算システム導入後のスタッフの関与についてお聞きします。主に誰が関与していますか。複数回答可能

1. 病院長 2. 事務長 3. 導入を検討するための特別の組織
4. 経理部門など常設の組織 5. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院			0.0	66.7	0.0	33.3
	市町村立病院			7.1	0.0	33.3	33.3
	他の病院			18.6	13.6	26.8	11.5
2	都道府県立病院			0.0	100.0	0.0	0.0
	市町村立病院			7.1	0.0	33.3	33.3
	他の病院			33.3	18.2	37.5	34.4
3	都道府県立病院			33.3	33.3	20.0	0.0
	市町村立病院			14.3	33.3	0.0	0.0
	他の病院			15.7	18.2	10.7	4.9
4	都道府県立病院			66.7	66.7	60.0	100.0
	市町村立病院			50.0	66.7	100.0	66.7
	他の病院			69.6	63.6	67.9	75.4
5	都道府県立病院			0.0	33.3	20.0	0.0
	市町村立病院			21.4	0.0	0.0	0.0
	他の病院			6.9	4.5	5.4	0.0
無回答	都道府県立病院			0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院			0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院			1.0	0.0	3.6	1.6

図表12 導入後への関与

「他の病院」および2種類の公立病院において、「経理部などの常設の組織」が圧倒的に高率となっている。このように一度導入された原価計算システムの維持・管理については、「経理部などの常設の組織」が関与しているという結果が出ている。

設問20 原価計算システムを導入されていますが、現段階では導入されているシステムは成功していると思いますか。

1. 成功している 2. 成功していない 3. どちらとも言えない

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	10.0	0.0	11.1	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		12.5	14.3	0.0	33.3	33.3
	他の病院	30.8	23.5	28.4	18.2	32.1	15.5
2	都道府県立病院	10.0	0.0	55.6	33.3	40.0	33.3

	市町村立病院		0.0	14.3	33.3	0.0	33.3
	他の病院	7.7	7.8	15.7	13.6	25.0	19.0
3	都道府県立病院	80.0	100.0	33.3	66.7	60.0	66.7
	市町村立病院		87.5	71.4	66.7	66.7	33.3
	他の病院	61.5	64.7	53.9	63.6	39.3	63.8
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	3.9	2.0	4.5	3.6	1.7

図表13 成功か否か

3つに分類した病院グループすべてにおいて、最も回答率の高いのは「どちらとも言えない」である。「他の病院」では、「成功している」の方が「成功していない」よりも高率な傾向がある。これに対して、「都道府県立病院」では、「成功している」という回答はほとんど見られない。「市町村立病院」では「成功している」という回答も「成功していない」という回答と同程度見られる。

設問21 設問20で「成功していない」と回答された病院にお聞きます。より良いシステムとするには何が必要だと思いますか。重要だと考えられるものを3つ以内で挙げてください。

この設問については、すべての病院種類についての「成功していない」理由をすでに別稿において掲載している⁷⁾。ここでは、平成25年調査における「都道府県立病院」と「市町村立病院」の理由のみを再掲する（ただし、後者の病院については1件も理由が挙げられていない）。

a. 「都道府県立病院」の場合

- ・経営状況を評価する指標をまとめること。
- ・原価計算が示す数字に対する合意形成。
- ・原価計算を実施するスタッフ体制と結果の精度とのバランス。

設問22 設問20で「成功している」と回答された病院にお聞きます。原価計算システムの提供する情報の中重要なものはどれですか。該当する項目

7) 「病院の経営管理機能についての第6回調査－電子カルテ、原価計算、BSC及び財務を中心として－」山口経済学雑誌、第62巻第5・6号、pp.12-13。興味をお持ちの方は、次の拙稿も参照されたい。「病院の原価計算に関する調査結果－DPCの採用は原価計算の導入・発展に影響を及ぼしたか－」山口経済学雑誌、第64巻第3・4号、平成27年11月、p.124。

にすべて丸印を付けてください。複数回答可能

1. 診療科別原価情報
2. 疾患別（診断群別を含む）原価情報
3. 意思決定（計画）のための原価情報
4. 業績評価（統制）のための原価情報
5. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	100.0		0.0			
	市町村立病院		100.0	100.0		100.0	100.0
	他の病院	93.8	66.7	86.2	100.0	77.8	77.8
2	都道府県立病院	0.0		100.0			
	市町村立病院		0.0	0.0		0.0	0.0
	他の病院	31.3	25.0	6.9	25.0	16.7	11.1
3	都道府県立病院	100.0		100.0			
	市町村立病院		0.0	0.0		0.0	100.0
	他の病院	81.3	50.0	51.7	50.0	66.7	33.3
4	都道府県立病院	100.0		0.0			
	市町村立病院		0.0	0.0		0.0	100.0
	他の病院	75.0	66.7	62.1	50.0	72.2	33.3
5	都道府県立病院	0.0		0.0			
	市町村立病院		0.0	0.0		0.0	0.0
	他の病院	0.0	0.0	3.4	25.0	0.0	0.0

図表14 何が重要な情報か

「他の病院」では、「診療科別原価情報」が最も高率であり、次に「意思決定のための原価情報」と「業績評価のための原価情報」が同程度である。これに対して、「都道府県立病院」では、16年と18年のみの資料であるが、16年では「診療科別原価情報」・「意思決定のための原価情報」・「業績評価のための原価情報」、そして18年では「疾患別原価情報」・「意思決定のための原価情報」がそれぞれ高率である。「市町村立病院」では、「他の病院」と同様に「診療科別原価情報」が最も高率であり、しかもすべての年で100%となっている。

設問16の解答を合わせて分析すると、我が国の病院では診療科単位の管理に焦点が当てられていることが分かる⁸⁾。

設問23 現在、原価計算システムを導入していない病院にお聞きます。過去において導入した経験がありますか。

8) 「病院の原価計算に関する調査結果 - DPCの採用は原価計算の導入・発展に影響を及ぼしたか -」 p.125。

1. ある 2. ない

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	6.7	0.0	2.3	0.0	8.6	14.8
	市町村立病院		6.7	3.0	4.5	6.8	14.6
	他の病院	10.6	5.2	11.7	18.6	9.2	12.1
2	都道府県立病院	90.0	94.4	88.6	100.0	88.6	77.8
	市町村立病院		91.1	95.5	90.9	88.6	77.1
	他の病院	86.7	93.0	85.0	78.6	87.9	84.0
無回答	都道府県立病院	3.3	5.6	9.1	0.0	2.9	7.4
	市町村立病院		2.2	1.5	4.5	4.5	8.3
	他の病院	2.7	1.8	3.4	2.9	2.9	3.8

図表15 導入経験の有無

3種類の病院グループにおいて、過去において導入した経験が「ない」という回答が圧倒的に高率である。したがって、「ある」という回答は寡少である。

設問23-2 設問23で「1. ある」と回答された病院にお聞きします。導入を中止した理由を3つ以内で上げてください。

各病院の種類ごとの導入中止理由はすでに別稿で掲載している。ここでは、平成25年調査における「都道府県立病院」と「市町村立病院」の中止理由のみを再掲する。

a. 「都道府県立病院」の場合

- ・導入に向けて試行したものの、配賦基準が困難であったため、原価計算を正確に行いたいと考え、計算ロジックが複雑となり、1回の処理に時間を要した。
- ・アクセススペースのソフトであったため、データが膨大になるにつれフリーズを起こすようになり実用に耐えられなくなった。
- ・本庁でそれらしきものは作成しているようであるが、活用されているとは言えない。
- ・労力とそこから得られる結果、分析が付きあわない。

b. 「市町村立病院」の場合

- ・配賦がうまくいかずに、正確な情報が得られなかったため。
- ・単発的に実施。システム上で自動的に作成されないため導入コストが高い。内製による導入を検討中。

- ・配賦の合意が得にくい。
- ・共通する経費の配賦問題。
- ・有効なものができなかった。

設問24 現在、原価計算システムを導入していない病院にお聞きします。近い将来（2 - 3年以内）において導入の予定がありますか。

1. ある 2. ない

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	56.7	33.3	43.2	30.8	11.4	11.1
	市町村立病院		42.2	41.8	27.3	31.8	18.8
	他の病院	76.1	43.3	52.4	40.0	38.5	26.3
2	都道府県立病院	43.3	66.7	47.7	61.5	82.9	74.1
	市町村立病院		55.6	58.2	72.7	65.9	68.7
	他の病院	21.2	55.6	42.7	54.3	56.3	64.1
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	9.1	7.7	5.7	14.8
	市町村立病院		2.2	0.0	0.0	2.3	12.5
	他の病院	2.7	1.2	4.9	5.7	5.2	9.6

図表16 導入の予定

「他の病院」では、近い将来導入の予定が「ある」という回答はだんだんと減少傾向にあることが分かる。それに対応して、導入予定が「ない」という回答は増大傾向にある。2種類の公立病院においても上記の傾向は同じである。しかし、「ある」という回答は「他の病院」よりも低率であり、逆に「ない」という回答は「他の病院」よりも高率である。このことから、我が国の病院では、大きな環境変化が生じない限り、原価計算の採用が進展しないことが予測される。

設問25 現在導入しておらず、さらに近い将来においても導入予定がない病院に対してお聞きします。導入しない理由は次の中どれですか。該当するもの全てに丸印を付けてください。複数回答可能

1. 原価計算情報は重要でない
2. 原価計算に関わるコストがベネフィットを上回る
3. 現在の病院の情報（財務）システムが、原価計算システムと両立できない
4. 原価計算システムの導入は優先的事項でない
5. 原価計算システムには余りに多くのコストがかかる

6. 信頼できる原価計算システムが手に入らない
7. 原価計算システムを使いこなせる優秀なスタッフがない
8. 原価計算システムを導入することに対するスタッフ（医師，看護師，検査技師など）の了解が得られない
9. どのようなシステムが適切であるか判断がつかない
10. その他（ ）

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院	0.0	0.0	4.8	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		0.0	0.0	0.0	0.0	6.1
	他の病院	4.2	5.3	4.5	2.6	4.1	5.0
2	都道府県立病院	0.0	0.0	4.8	0.0	6.9	15.0
	市町村立病院		8.0	5.1	0.0	6.9	15.2
	他の病院	12.5	7.4	9.1	7.9	11.2	19.0
3	都道府県立病院	30.8	41.7	19.0	50.0	34.5	20.0
	市町村立病院		28.0	38.5	37.5	27.6	27.3
	他の病院	50.0	32.6	38.6	28.9	26.5	27.0
4	都道府県立病院	23.1	16.7	33.3	0.0	48.3	35.0
	市町村立病院		20.0	33.3	37.5	31.0	27.3
	他の病院	37.5	37.9	38.6	42.1	38.8	34.0
5	都道府県立病院	23.1	8.3	38.1	12.5	44.8	20.0
	市町村立病院		36.0	28.2	37.5	17.2	33.3
	他の病院	25.0	21.1	29.5	31.6	27.6	35.0
6	都道府県立病院	7.7	0.0	14.3	12.5	3.4	5.0
	市町村立病院		12.0	10.3	6.3	13.8	18.2
	他の病院	20.8	9.5	13.6	31.6	23.5	27.0
7	都道府県立病院	15.4	8.3	14.3	0.0	6.9	10.0
	市町村立病院		4.0	20.5	18.8	10.3	24.2
	他の病院	16.7	18.9	18.2	21.1	22.4	28.0
8	都道府県立病院	0.0	8.3	0.0	12.5	10.3	5.0
	市町村立病院		0.0	2.6	6.3	13.8	15.2
	他の病院	0.0	7.4	5.7	13.2	16.3	13.0
9	都道府県立病院	38.5	41.7	28.6	12.5	31.0	35.0
	市町村立病院		40.0	51.3	43.8	34.5	30.3
	他の病院	29.2	34.7	26.1	26.3	27.6	28.0
10	都道府県立病院	15.4	33.3	14.3	37.5	13.8	5.0
	市町村立病院		8.0	10.3	12.5	17.2	12.1
	他の病院	12.5	9.5	5.7	2.6	12.2	9.0
無回答	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院		12.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	3.2	0.0	2.6	0.0	0.0

図表17 導入しない理由

「他の病院」では、「現在の病院の情報（財務）システムが、原価計算システムと両立できない」と「原価計算システムの導入は優先的事項でない」についての回答率が高い。続いて、「原価計算システムには余りに多くのコス

トがかかる」が高率である。公立病院でも同様な傾向であり、「都道府県立病院」では、「現在の病院の情報（財務）システムが、原価計算システムと両立できない」、「原価計算システムの導入は優先的事項でない」、及び「原価計算システムには余りに多くのコストがかかる」が同程度に高率である。「市町村立病院」では、「どのようなシステムが適切であるか判断がつかない」がダントツに高率であり、次に高率なのは、「現在の病院の情報（財務）システムが、原価計算システムと両立できない」、「原価計算システムの導入は優先的事項でない」、及び「原価計算システムには余りに多くのコストがかかる」である。

設問25-2 貴病院ではABC（活動基準原価計算）を利用していますか。

1. 利用している

2. 利用していない

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院			1.9	6.3	0.0	3.3
	市町村立病院			0.0	0.0	0.0	3.9
	他の病院			2.3	4.3	0.9	4.5
2	都道府県立病院			92.5	87.5	87.5	96.7
	市町村立病院			93.8	88.0	89.4	90.2
	他の病院			88.0	89.1	79.6	89.2
無回答	都道府県立病院			5.7	6.3	12.5	0.0
	市町村立病院			6.2	12.0	10.6	5.9
	他の病院			9.7	6.5	19.6	6.3

図表18 ABCを利用しているか

「他の病院」では、ABCを用いている病院は0.9%から4.5%の範囲に止まっている。2種類の公立病院では「他の病院」以上に採用しているケースは少なく、特に「市町村立病院」では、25年のみが3.9%であり、それ以外の年にはゼロ%である。

設問25-3 設問25-2で「利用していない」と回答された病院にお聞きします。ABCについてご存じですか。

1. 知っている

2. 知らない

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院			7.5	21.4	17.1	24.1
	市町村立病院			14.5	27.3	11.9	19.6
	他の病院			13.7	29.3	28.4	24.3
2	都道府県立病院			86.8	78.6	80.0	41.4
	市町村立病院			84.2	63.6	85.7	80.4
	他の病院			79.4	61.0	68.3	74.2

は、「他の病院」における回答率よりも「都道府県立病院」における回答率の方が高率である。このことから、DPCの導入目的が公立病院においては「他の病院」よりも意識されているのではないかと推測する。

設問K 原価計算の導入時期とDPCの採用時期との関連性についてお聞きします。

1. 原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった
2. DPCの採用時期の方が原価計算の導入時期よりも早かった
3. 両者をほぼ同時期に採用した

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院				100.0	100.0	33.3
	市町村立病院				33.3		0.0
	他の病院				42.9	71.4	50.0
2	都道府県立病院				0.0	0.0	66.7
	市町村立病院				0.0		66.7
	他の病院				28.6	22.9	35.7
3	都道府県立病院				0.0	0.0	0.0
	市町村立病院				0.0		33.0
	他の病院				28.6	5.7	14.3
無回答	都道府県立病院				0.0	0.0	0.0
	市町村立病院				66.7		0.0
	他の病院				0.0	0.0	0.0

図表22 原価計算の導入時期とDPCの採用時期との関連性

「他の病院」では、「原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった」とする回答が一貫して高率である。次に多いのは「DPCの採用時期の方が原価計算の導入時期よりも早かった」とする回答である。「都道府県立病院」でも、「原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった」とする回答が高率である。「市町村立病院」では、DPC採用病院は寡少であり、データが極端に表れている。

設問L 設問Kで「1」と回答された病院にお聞きします。DPCを採用する際に診断群分類別原価計算を実施し、診断群分類別損益を算出するなど、原価計算に基づく情報を利用されましたか？

1. 利用した
2. 利用しなかった

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院				0.0	50.0	0.0
	市町村立病院				0.0		0.0

	他の病院				16.7	8.0	4.8
2	都道府県立病院				100.0	50.0	100.0
	市町村立病院				100.0		0.0
	他の病院				83.3	92.0	95.2

図表23 DPC 採用時に DPC 原価計算情報を利用したか

「他の病院」でも「都道府県立病院」でも、「利用しなかった」という回答率が極端に高い。したがって、日本では、DPC よりも原価計算を先に採用した病院が、DPC を採用する際に「原価計算に基づく情報を利用しなかった」と回答していることが明確であり、これは公立病院においても同様な傾向を示していることが分かる。

以上、設問 J から設問 L までの回答から、我が国では公立病院においても、DPC の採用時に原価計算情報が利用されなかったことが分かる。

設問 M DPC を採用した後の診断群分類別原価計算の利用についてお聞きします。継続的に（毎月）診断群分類別原価計算を実施していますか？

1. 実施している 2. 実施していない 3. 必要な場合に実施している

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院				0.0	50.0	33.3
	市町村立病院				0.0		0.0
	他の病院				35.7	22.9	21.4
2	都道府県立病院				0.0	50.0	66.7
	市町村立病院				0.0		100.0
	他の病院				42.9	54.3	54.8
3	都道府県立病院				100.0	0.0	0.0
	市町村立病院				0.0		0.0
	他の病院				14.3	11.4	21.4
無回答	都道府県立病院				0.0	0.0	0.0
	市町村立病院				100.0		0.0
	他の病院				7.1	11.4	2.4

図表24 継続的に DPC 原価計算を実施しているか

診断群分類別原価計算の利用について質問しているが、「他の病院」において一貫して最も高い回答は「実施していない」というものであり、その率は 2 番目に高い「実施している」の 2 倍以上に及ぶこともある。「都道府県立病院」においても「他の病院」と同様な傾向がみられる。「市町村立病院」では、25年調査において「実施していない」が100%である。

設問 N 診断群分類別原価計算（あるいは診断群分類別損益計算）を経営者会議・部門長会議などの重要な会議の資料として利用していますか？

1. 利用している
2. 利用していない (たとえば, 院長が手持ち資料として持っているが, 会議の資料としては提示しない。あるいは, 会議の資料としては提示しないが, 診療科や部門の責任者にはその資料を提供するなど)

		16年	17年	18年	21年	22年	25年
1	都道府県立病院				0.0	50.0	0.0
	市町村立病院				0.0		33.3
	他の病院				28.6	25.7	19.0
2	都道府県立病院				100.0	50.0	100.0
	市町村立病院				0.0		66.7
	他の病院				64.3	51.4	76.2
無回答	都道府県立病院				0.0	0.0	0.0
	市町村立病院				100.0		0.0
	他の病院				7.1	22.9	4.8

図表25 DPC 原価計算情報を重要な会議の資料として利用しているか

診断群分類別原価計算の情報を重要な会議の資料として「利用している」という回答は「他の病院」においても19.0%から28.6%の範囲に止まっている。逆に「利用していない」は51.4%から76.2%に及んでいる。「都道府県立病院」においては、この傾向はより顕著に表れている。すなわち、「利用していない」が、21年と25年とで100.0%になっている。「市町村立病院」では21年では「無回答」が100.0%であるが、25年では「利用していない」が66.7%を示しており、「他の病院」と同様な傾向を示している。以上のことから、公立病院においても、DPCを採用後もDPCに基づく原価計算情報が重要な会議の資料として利用されていないことが分かる。

V おわりに

最後に、本稿によって判明した事実から、最初に設定しておいた課題を含めてその結論について記述する。

(1) 獲得された知見

まず、最初に言えることは、次のことである。我が国では、DPCの採用が原価計算の普及および精緻化に影響を及ぼしていないこと(図表22「原価計算の導入時期とDPCの採用時期との関連性」、図表23「DPC採用時にDPC原価計算情報を利用したか」)。また、DPC原価計算がDPC採用後も

ほとんど実施されていないこと（図表24「継続的にDPC原価計算を実施しているか」）、及びその原価情報が重要な会議の資料として利用されていないこと（図表25「DPC原価計算情報を重要な会議の資料として利用しているか」）。

上記の傾向は、公立病院においても妥当した。

2つ目に言えることは、米国ではDRG/PPSが医療費の高騰を抑えるために導入されたという経緯があるが、我が国ではそのような目的のために導入されたものではないこと、事実、アンケートによってDPCの採用理由の1つは、収益（診療報酬）増大のためであることが、明らかになっていることである。このことは、公立病院においても妥当する。

以下では、上記の結論に関連する事項として、主要な設問項目について本稿の課題である2種類の公立病院と「他の病院」との比較を意識しながら、それらの間の異同について説明している。

1) 原価計算の採用率（図表2）

「都道府県立病院」と「市町村立病院」の原価計算の採用率は、「他の病院」の採用率よりも低い。さらに、公立病院の中でも「市町村立病院」の採用率は「都道府県立病院」の採用率よりも低率であることである。

さらに、採用率を時間経過の観点から見ると、採用率はそれほど伸びているわけではなく、「他の病院」においても23.0%から33.1%の範囲であり、公立病院においては「都道府県立病院」においてもまた「市町村立病院」においても採用のピークは過ぎ去り、ここ数年は減少傾向にあることが読み取れる。

2) 原価計算の採用年度（図表3）

3年間分のデータを見る限り、公立病院の採用年度において特徴的なことは見られない。ただし、19年と20年の2年間については、原価計算を採用した公立病院は見られない。

3) 制度的原価計算か、又は特殊原価調査か（図表4）

「他の病院」では6回の調査において、「制度的原価計算として実施」の方が「特殊原価調査として実施」よりも比率が高い。これに対して、公立病院では総体的に「特殊原価調査として実施」の方が高率である。これらの状況から、次のことが言えよう。すなわち、「他の病院」では、原価計算が簿記との連動性をもって継続的に実施されているが、他方で公立病院の場合には必要な都度、簿記との連動性がなく原価計算を実施しているということである。後者の場合には、月次に診療科別原価計算が実施されていないということであり、その意味で原価計算データに基づく経営管理がそれほど実施されていないことが推測される。

4) 内部開発か否か (図表5)

「他の病院」では、21年と22年調査を除き「内部開発」の比率が高い。これに対して、「都道府県立病院」では、16年と22年、そして「市町村立病院」では21年と25年調査においてのみ「内部開発」の比率が高い。特に「都道府県立病院」においては、「外部から購入」及び「外部購入したものを内部で加工している」の合計が高率であり、これは明らかに「他の病院」の状況とは違った傾向を表している。

5) 実際原価計算か標準原価計算か (図表6)

この設問についての回答傾向は、公立病院のそれと「他の病院」のそれとは同じである。ただし、「2種類のシステムを同時に採用している」という回答項目については、「他の病院」ほどには公立病院の方では高くないという状況である。

6) 原価の集計単位 (図表7)

この設問に対しては、「他の病院」も公立病院も総体的に「診療科や病棟」に原価を集計していると回答している。ただし「都道府県立病院」における25年調査では「診断群分類ごと (厚生労働省の分類)」が最も高率であり、また「市町村立病院」における21年調査では「医師ごと」が最も高率である。これらのデータについてはさらなる調査が必要であると考えられる。

「医師ごと」の集計については、6回の調査すべてについて総体的に低い状況にある。

7) 原価計算を実施する目的 (図表8)

「他の病院」においては、「診療科の収益性分析」が最も高率であり、2番目は「予算編成」、3番目は「戦略的計画策定」である。2種類の公立病院でも「診療科の収益性分析」が最も高率なのは同じであるが、2番目や3番目に挙げられる項目は判然としない。すなわち、「市町村立病院」では、2番目は「予算編成」であるが、都道府県立病院では、「予算編成」項目は調査年によって比率が大きく変化しているし、また、「戦略的計画策定」は22年と25年では0%である。この病院種類では、むしろ「CVP (損益分岐点分析)」が平均的な比率を示している。

前稿でも指摘しているが、「戦略的計画策定」の比率が減少している理由は、戦略的計画策定の必要性を認識していないのではなく、戦略的計画を立てても、あるいは戦略的計画を立てたくても、余りに高い不確実性のために、それが役に立たなくなっているのではないかと推測する。すなわち、2年に1回の診療報酬改定、少子高齢化に対応して医療ニーズが変化する、更にT P P交渉の行方などの不確実性が考えられる。

8) ソフトウェアとの関連付け (図表9)

どの病院においても「簿記のシステム」が一貫して高率であり、続いて「オーダーリング・システム」や「電子カルテ」が高率である。この設問に対しては、病院種類についての差異は無いようである。

9) 原価差異分析の実施レベル (図表10)

すべての病院種類において「診療部門レベル」が最も高率であり、2番目に「部門レベル」が高率である。

これに対して、「疾患分類レベル」、「診断群分類レベル」及び「医師レベル」については「他の病院」では増加傾向にあるが、しかし、2種類の公立病院では全く採用されていない状況である。

10) 導入意思決定への関与 (図表11)

「他の病院」では、「事務長」・「病院長」・「経理部門などの常設の組織」が高率である。これに対して、「都道府県立病院」では、「経理部などの常設の組織」が総体的に高率である。

11) 導入後への関与 (図表12)

すべての病院種類において、「経理部などの常設の組織」が圧倒的に高率となっている。このように一度導入された原価計算システムの維持・管理については、「経理部などの常設の組織」が関与しているという結果が出ている。

12) 成功か否か (図表13)

すべての病院種類において最も回答率の高いのは「どちらとも言えない」である。「他の病院」では、「成功している」の方が「成功していない」よりも高率な傾向がある。これに対して、「都道府県立病院」では、「成功している」という回答はほとんど見られない。「市町村立病院」では「成功している」という回答も「成功していない」という回答と同程度見られる。

13) 成功していない理由

設問21における説明を参照のこと。

14) 何が重要な情報なのか (図表14)

「他の病院」では、「診療科別原価情報」が最も高率であり、次に「意思決定のための原価情報」と「業績評価のための原価情報」が同程度である。これに対して、2種類の公立病院でも「診療科別原価情報」が最も高率であるという結果は出ているが、データ数が少なく全体の傾向を表しているかについて不安がある。

15) 導入経験の有無 (図表15)

すべての病院種類において、過去において導入した経験が「ない」という回答が圧倒的に高率である。

16) 導入を中止した理由

設問23-2における説明を参照のこと。

17) 導入の予定 (図表16)

「他の病院」では、近い将来導入の予定が「ある」という回答はだんだんと減少傾向にあることが分かる。それに対応して、導入予定が「ない」という回答は増大傾向にある。2種類の公立病院においても上記の傾向は同じである。すなわち、「ある」という回答は「他の病院」よりも低率であり、逆に「ない」という回答は「他の病院」よりも高率である。このことから、我が国の病院では、大きな環境変化が生じない限り、原価計算の採用が進展しないことが予測される。

18) 導入しない理由 (図表17)

「他の病院」では、「現在の病院の情報(財務)システムが、原価計算システムと両立できない」と「原価計算システムの導入は優先的事項でない」についての回答率が高い。続いて、「原価計算システムには余りに多くのコストがかかる」が高率である。「都道府県立病院」では、「現在の病院の情報(財務)システムが、原価計算システムと両立できない」、「原価計算システムの導入は優先的事項でない」、及び「原価計算システムには余りに多くのコストがかかる」が同程度に高率である。「市町村立病院」では、「どのようなシステムが適切であるか判断がつかない」がダントツに高率である。

19) ABC を利用しているか (図表18)

「他の病院」では、ABC を用いている病院は0.9%から4.5%の範囲に止まっている。2種類の公立病院では「他の病院」以上に採用しているケースは少なく、特に「市町村立病院」では、25年のみが3.9%であり、それ以外の年にはゼロ%である。

20) ABC の認知度 (図表19)

ABC を採用していない病院にABCを知っているかどうかを聞いているが、「他の病院」において、「知っている」という回答は13.7%から29.3%の範囲に止まっている。こうした傾向は、公立病院でも同様であ

る。ただし、公立病院では、「知っている」が「他の病院」よりもより低率である傾向にある。

21) 原価計算導入の契機 (図表20)

すべての病院種類において、総体的には「その他」の回答率が高い。そのほとんどは、系列病院の方針である。「都道府県立病院」では、「厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた」が高率である(平成22年を除いて)。これに対して、「市町村立病院」では、「コンサルタントに勧められた」も高率である。

22) DPC 採用の理由 (図表21)

「他の病院」では、「経営(財務)にとって有利だから(収益が増加するから)」および「政府(厚生労働省)の方針だったから」が同程度に高率である。2種類の公立病院では、「経営(財務)にとって有利だから(収益が増加するから)」が最も高率である。「DPCの採用を契機として、クリティカルパスの作成などの業務改善効果が期待されたから」という項目については、「他の病院」における回答率よりも「都道府県立病院」における回答率の方が高率である。このことから、DPCの導入目的が公立病院においては「他の病院」よりも意識されているのではないかと推測する。

23) 原価計算の導入時期と DPC の採用時期との関連性 (図表22)

「他の病院」と「都道府県立病院」では、「原価計算の導入時期の方がDPCの採用時期よりも早かった」とする回答が高率である。「市町村立病院」では、DPC採用病院は寡少であり、データに信頼性がないと思われる。

24) DPC 採用時に DPC 原価計算情報を利用したか (図表23)

「他の病院」でも「都道府県立病院」でも、「利用しなかった」という回答率が極端に高い。したがって、日本では、DPCよりも原価計算を先に採用した病院が、DPCを採用する際に「原価計算に基づく情報を利用しなかった」と回答していることが明確であり、これは公立病院に

においても同様な傾向を示していることが分かる。

設問Jから設問Lまでの回答から、我が国では公立病院においても、DPCの採用時に原価計算情報が利用されなかったことが分かる。

25) 継続的にDPC原価計算を実施しているか(図表24)

診断群分類別原価計算の利用について質問しているが、「他の病院」と「都道府県立病院」において一貫して最も高い回答は「実施していない」というものである。「市町村立病院」ではデータ数が寡少であるが、25年調査において「実施していない」が100%である。

26) DPC原価計算情報を重要な会議の資料として利用しているか(図表25)

診断群分類別原価計算の情報を重要な会議の資料として「利用していない」という回答は「他の病院」では51.4%から76.2%に及んでいる。「都道府県立病院」においては、この傾向はより顕著に表れている。すなわち、21年と25年とで100.0%になっている。「市町村立病院」では21年では「無回答」が100.0%であるが、25年では「利用していない」が66.7%を示しており、「他の病院」と同様な傾向を示している。以上のことから、公立病院においても、DPCを採用後もDPCに基づく原価計算情報が重要な会議の資料として利用されていないことが分かる。

(2) 今後の課題

本稿では、前稿に引き続き、公立病院における原価計算の導入・発展状況を6回の調査結果に基づいて明らかにしてきた。これと同様な手法によって、BSC採用についても調査研究成果を報告している⁹⁾。

そこで、次の課題としては、原価計算とBSCという2種類の経営管理手法が病院の財務状況に対してどのような影響を及ぼしているかを明らかにすることである。より具体的には、①2種類の手法のうち1種類のみを導入している病院とどちらの手法も利用していない病院とで財務的成果が異なるの

9) 拙稿「公立病院におけるBSC採用に関する現状－合計6回の調査より－」山口経済学雑誌、第63巻第5号、平成27年3月、pp.119-140。

か、②2種類の経営管理手法のうちどちらがより強く財務成果に影響を及ぼしているのか、また、③1つの手法しか利用されていない病院と2種類の手法が同時に利用されている病院とで財務成果に対して違った影響を及ぼしているのか、といったことを研究することが今後の研究課題である。

本稿は平成25年度科学研究費補助金（基盤研究C）の研究成果である。