

- 外部からのファイナンスによるプロジェクト¹

上記のすべての活動は病院／治療センターの患者のための正規の活動とはみなされず、したがって、その治療活動のコストに含めてはならない。

この段階でのコスト計算が終了した後に残ったコストは、KPP による計算では医療サービスの本来的なコストとみなされ、それぞれのケア・サービスを介して、個々のケア・コンタクトに配分される。

しかし、実際には、それぞれのユニットの総合コストの決算を行う前に、上記の活動のコストを除外して計算することは困難である。特に、一つのクリニックの活動にさまざまな活動分野が含まれ、それらを一緒にした会計方法が適用されている場合はそうである。そのような場合は、総合コストの決算を行った後に上記の活動のコストを除外する。

3.4 第 2 段階 — 共通活動のためのコストの識別と配分

病院または治療センターについて第 1 段階で算出したコストは、患者に関する活動のコストと共通活動のためのコストに分ける。

患者に関する活動は、個々のケア・コンタクトに直接結び付けることができるケア・サービスを生み出す。第 2 段階において、患者に関する活動はそれぞれのコストを保留する。

患者に関する活動としては、例えば下記のものがある：

- 治療部門と診察室
- 準医療活動
- 麻酔クリニック、ラボラトリー、手術部門、レントゲン部門

患者に関する活動のコストに関しては、それらを当該ユニットが提供するサービスを介して、「正しい」ケア・コンタクトにできるだけ多く結び付けようとする努力が行われている。理論的な KPP 会計では、患者に関する活動のコストの大部分は個々の患者に結び付けることができる。

共通活動とは、経営統率機能や間接的支援機能を指す。

共通活動には、例えば下記のものがある：

- 不動産管理

¹ これは、例えば、FoUU（研究・開発・教育訓練）ではなく、国または県以外の外部組織の委託を受けて行われるプロジェクトを指す。治療方法や開発プロジェクトを研究開発するために外部から受ける援助資金およびそれに要する費用は、当該部門のケア活動には関係なく、したがって、そのコストは除外しなければならない。

- 電話交換と受付
- 警備および施設内部での輸送
- 清掃またはそれに類する作業
- 組織のさまざまなレベルでの管理

この段階で共通活動から患者に関係する活動のコストを分離しようとする目的は、共通活動のコストを患者に関係する活動に配分して、各ユニットの総コストの決算が作成できるようにすることにある。

総コストの決算は、病院または治療センターのすべてのユニットのコストを把握しやすくするために作成されることがしばしばある。KPP の関係では、患者に関係する活動の総コストの決算は、治療ユニットのケア・サービスのコスト計算の基礎資料を作成するのに欠かすことのできない段階である。

治療ユニットであるか、医療サービスのユニットであるかに関係なく、一つの活動の総コスト決算には当該ユニットに属するすべてのコストが含まれる。また、これには、当該ユニットの直接コスト、例えば給料や材料の他に、他のユニットからのサービスのコスト、ならびに管理コスト、運営、保守などの間接的な共通コストに占める当該のユニットの割合も含まれる。当該ユニットにそのユニットのすべてのコストを計上する際は、その前にケア・サービスの価格を正確に設定しなければならない。

このコスト計算は 1 年間有効であり、活動の継続的な管理に適用できる。決算の後は、事前計算されたコスト²と数量の事後計算を行う。事後計算では、ケア・サービスを生産するすべてのユニットはゼロ結果 (zero result) を示すこと、すなわち、内部サービスの価格設定では主として原価原則が適用されることを前提条件とする。その結果、当該年度ではすべてのコストが実際の経済的結果に対応する事後計算された KPP になる。その後の分析と比較には、これらの情報を適用することができる。

これにより、患者に関係するすべての活動は、それが病院自身のクリニックであろうと、他の方法で組織化された活動であろうと、当該のユニット自身のコスト、外部ユニットから代金請求されるサービス・コスト (invoiced costs) および共通コストに配分された総コストで構成されるコスト像の全容を把握することができる。ケア・サービスの記述とコスト計算は、そこからスタートする。

3.5 第3段階 — ケア・サービスを記述し、コスト計算する

治療ユニットへの患者の訪問または滞在は、既に述べたごとく、当該の治療ユニットが提供するケア・サービスの利用とみなすことができる。患者に自分が負担すべきコストを負

² 事前計算されるコスト＝特定の措置またはサービスについて事前に算出されるコスト

担させるには、それらのケア・サービスの各々のコストを計算しなければならない。

各治療ユニットはそのケア・サービスを識別し、記述し、次に価格設定しなければならない。つまり、そのユニットのコストを各サービスに配分しなければならない。これは、当該の医療施設の幹部職員が相当な労力と綿密さで対応しなければならない作業である。

ケア・サービスとは何を指すかは、当該の活動のタイプにより異なることは言うまでもない。ラボラトリーの場合、ケア・サービスとは分析作業を指し、手術部門では手術の種類と所要時間の組み合わせを指す。また、治療部門にとっては、ケア・サービスとは患者の入院日数、治療に要する特別な資材または薬剤などを意味する。

総合コストの決算に含まれるコストのうち、治療ユニット自身のコストおよび共通コストに占める当該の治療ユニットの分は、そのユニットが生産する各種のケア・サービスに配分される。外部ユニットから代金請求されるサービス・コスト (invoiced costs) は、そのサービスを生産する外部ユニットを経由して当該のケア・コンタクトに計上される。

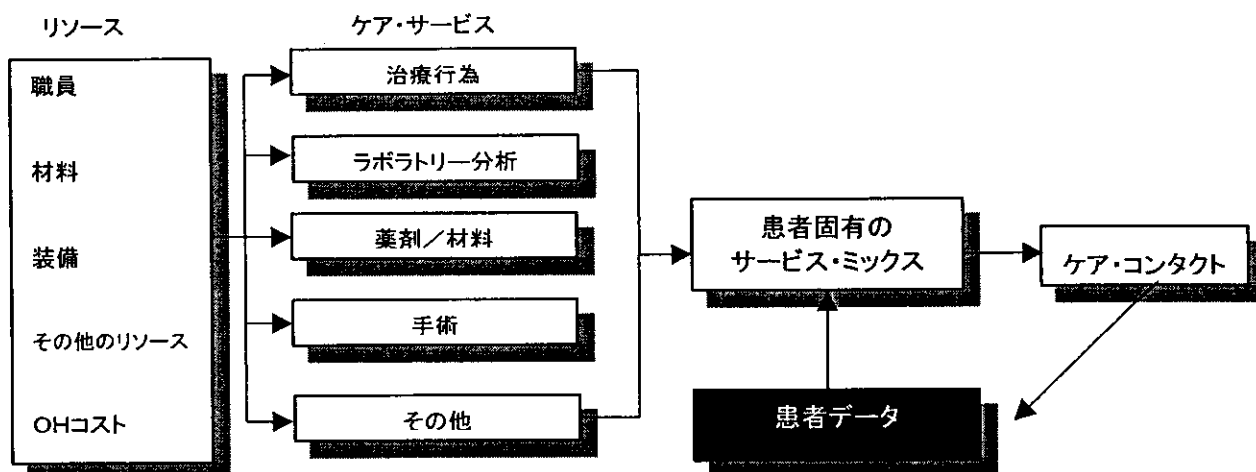
コストをケア・サービスに配分する場合は、その前に共通コストと患者に関するコストを別々にする。これら二つのコストのケア・サービスへの配分は、それぞれ異なった方法で行われる。すなわち、患者に関するコストでは、リソースの消費をそれを利用した患者に可能なかぎり結び付けて配分する。

しかし、共通コストでは、原則として、リソースの消費は特定の患者には結び付けられない。共通活動のコストは一定の基準に従ってケア・サービスに配分される。

ケア・サービスのコストのうち、どれくらいを患者ごとに異なった配分の対象にすべきか、あるいは個々の患者とは無関係に一定の基準で一律に配分すべきか (基礎コストの配分) は、治療ユニットの超過勤務時間の多少に影響を及ぼす。例えば、あるユニットでの KPP 数値管理の最初の段階では、多分、一律に配分されるコスト分が大きいだろうが、時の経過と共に患者ごとに異なって配分されるコストが増えてくるであろう。ケア・サービスのコストをこの二つのコストに分ける際は、既に述べたように、コスト配分の基準をどこに置くかにより配分の割合が異なる。

下の図 2 は、コスト負担者 (carrier) としての患者のモデルを示したものである。

図2 コスト負担者としての患者



上の図は、投入されたすべてのリソースがケア・サービスごとに仕分けされた後、患者固有の「ケア・サービス・ミックス」に含まれる個々のケア・コンタクトに結び付けられることを示している。第5章では、それぞれのケア・サービスをどのように記述するか、そのコスト計算をどのようにするかが説明されている。

3.6 第4段階 — ケア・サービスの消費を個々のケア・コンタクトに結び付ける

治療ユニットのサービスのコスト計算の次には、その他の患者データを有するサービスとコストを個々のケア・コンタクトに結び付ける作業が残っている。これは、さまざまな理由からデータ・システムを利用して行わなければならない。すべての活動のコスト・データとその他の患者データを組み合わせて、正しいケア・コンタクトに結び付ける。この場合、例えばラボラトリーにおけるすべての分析データのように非常に大きい量のデータを処理しなければならないことがしばしばある。そのような場合は、ケア・サービスを生む各ユニットのために複数のコンピュータ化された入力システムを利用しなければならない。ほとんどの場合、KPPによる数値管理の目的で、患者に関する活動で既に利用されているデータ・システムを適用することができる。但し、その場合、新しい情報をKPPでの計算のためにだけ入力することは避けなければならない。

入力システムでは、ケア・サービスに関する情報をKPPシステムに送って、正しいケア・コンタクトに結び付ける。コストは、ケア・サービスと一緒に送られるか、あるいは後に複数の表を経由して送られる。その他の患者データは、通常の場合、既存のローカルな治療管理システムから得られる。

KPPシステムをコンピュータでデータ処理するもう一つの理由は、情報を正しいケア・コンタクトに継続的に結び付けなければならないことにある。そうしないと、KPPシステムは治療ユニットの活動管理で有効に利用できない。KPP方式に利用できるコンピュータ・システムは、スウェーデンで数種類販売されており、病院によっては独自のシステムを開発して使用している。

図3 KPP システムの機能に関する原則的な全容

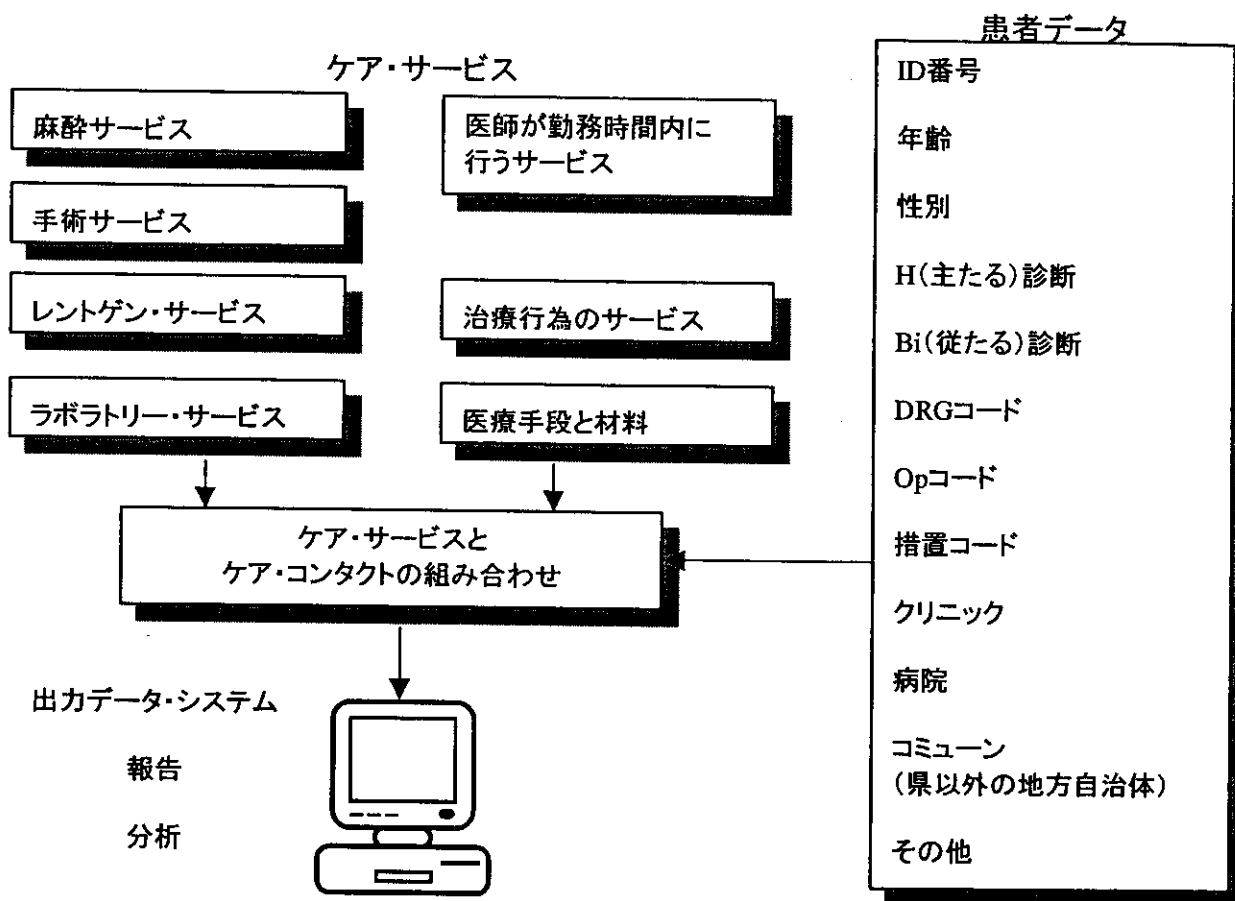


図3には、KPP システムではデータがどのように捕捉されるかが示されている。すなわち、この図はデータ統合モデルに基づくデータ捕捉を示すものである。すなわち、さまざまなシステムから供給されるデータは統合されて、それぞれの患者に結び付けられる。カルテをコンピュータ処理している活動体では、医療情報を個々の患者に結び付けて、整理した形で保存している。その場合、出力データについて面倒なことがある。すなわち、今日利用されているコンピュータ化されたカルテからは KPP データを得ることができないという問題がある。

データを統一する場合は、既存の入力システムと会計システムのコード構造に要件が課される。それぞれのシステムのコードは他のシステムが理解できるコードまたはコード表を介して翻訳できるものでなければならない。

KPP システムには、ケア・コンタクトに結合されるコスト・データとケア・サービスの他に、個々のケア・コンタクトについて登録されている患者データも入力される。

患者データは、ローカルな医療管理システムに登録されている患者に関するすべての情報に関するものである。例えば、主たる診断、出力コード、その他の措置コード、DRG コー

ド、患者の年齢、性別、治療提供者コード、往診形式、本籍コミュニティ、治療を行っているクリニックなどの情報に関するデータである。KPP システムでは、これらのデータは国民番号またはケア・コンタクト識別コードを介してコスト・データに結び付いている。次に、それを出発点にして、バリエーション（変数）またはその組み合わせを選んで、バリエーションに富んだ報告を作成することができる。

下記に、KPP システムにおいて、さまざまなケア・サービスのコストを患者データと組み合わせる方法について説明する。

まず、すべての総まとめレベル（summing-up levels）にさまざまなバリエーションの値を入力する。それにより、患者データと組み合わせられたコスト情報を有するさまざまな報告を作成することができる。このシステムは、例えばある種の診断に必要とされる調査の件数などを知りたい場合など、医療実務にも利用できる。しかし、この種の情報を得るには、調査、診断などについて基礎的分類を済ませておかなければならない。KPP システムには、患者について登録されているあらゆる情報やデータを適用することができる。

図4 総まとめレベル

ケア・サービス	合計	レントゲン	ラボラトリー検査	手術	治療部門	その他
患者データ						
病院						
クリニック						
DRG						
診断						
患者ID						
年齢						
その他						

一次分類と二次分類は診断そのものの遂行に適用される他、その診断に基づき行うグループ分けにも適用される。診断の件数は非常に多いので、もっと簡単にケア・サービスの生産を分析するために、および／または代替システムとして利用するために、DRG 分類システムまたはそれに類する他のシステムのごとき何らかの形の二次的グループ分けを行わなければならない。DRG 分類システムは、診断と措置を医学的意義を有し、コスト的にも均質なくつかのグループに分けた後、それぞれのグループにそのリソース消費に応じて適当なウェイトをかけることから成っている。KPP は DRG ウェイトのコスト・ベースを形成し、実際のリソース消費が期待値に対応しているか否かもチェックする大切な手段である。

KPP データに含まれる情報は個人レベルで構成されているので、あらゆる分類レベルでまとめることができる。患者分類の品質をローカル・レベルで保証することは非常に大切なことである。そうしなければ、KPP システムのみならず、ケア統計全体でもエラーが組み込まれることになる。(一次的および二次的)患者分類には違いがあるため、コスト部分を共通原則で計算できても、両者を比較することはできない。

勿論、その他の患者データ(例えばケア管理に関する用語)に共通の定義を与えるように努力することは非常に大切である。但し、分類と定義付けに関する問題は KPP プロジェクトがカバーする問題ではない。

KPP データの比較をする場合、ある種の定義の範囲を決めることは非常に重要である。例えば、ケア・コンタクトによっては、その定義の範囲は簡単に限定できない。この点について、今日、ほとんどの県当局は大きな問題を抱えている。例えば、手術をする前に行われるある種の予備調査を手術の一部とみなすべきか、独立のケア・コンタクトとみなすべきかが問題になる。同じことは、退院後に適用される措置についても言える。この問題について、県当局と協議をスタートさせる必要がある。

用語の範囲を限定する必要があるもう一つの例としては、telemedicine(註4)のごとき新しいテクノロジーや新しい医療措置を挙げることができる。また、今のところ統計には現れていないが、特定の患者を対象として行われる医師協議ミーティングや、プライマリーケアに関する専門医によるコンサルテーションもそうである。それらのコストを算出するには、まず統計上で具体的に見える形にしなければならない。

4. KPP 方式による計算に含めるべきコストに関するガイドラインへの提案

この章では、KPP 方式による計算に含めるべき医療サービス・コストに関する暫定的ガイドラインについて提案する。我々が追加または削除すべきであると提案する項目については 4.1 項で説明する。4.2 項では、提案された項目のいくつかに関する計算原則について説明する。

4.1 KPP による計算と関係している医療サービス・コストの項目

KPP 計算の出発点として作成される総合的な医療コストには、病院や治療センターで発生するコストのほとんどが含まれる。大きなコスト項目で、総合的な医療コストに含めるべきものと含めないものを下記に挙げる。

総合的な医療コストに含めるべき項目：

- 人件費、これには有給休暇手当の未払い分の増減分、当直手当・非常勤務手当、ST 医師報酬、AT 医師報酬および PO 付加分を含む。
- 保証年金、年金債務の増減分、(年金) 超過分
- 資材
- 入院治療および外来治療に使用する薬剤
当該の施設の内部で他のユニットおよび施設外部から購入したすべてのサービス
- 管理サービス、これにはクリニック／治療センターのレベル、病院レベルのサービス、および組織全体を統合するためのコーディネーションのサービスも含む。
- 自己所有の部屋やスペースの賃貸分
- 清掃、洗濯、輸送、郵便&メッセンジャーなどの一般的サービス
- 企業（社内）保健サービス
- 患者の輸送と食事
- リース／減価償却費、資本サービス・コスト、在庫増減分および利息

総合的な医療コストに含めない項目：

- 政治家（議員）への報酬、政治家管理事務、発注者組織にかかる費用
- 患者を県外の医療施設に委託した場合に購入した医療サービス
- 緊急出動（救急車）コスト
- 一回払いの多額のコスト（例えば特別減価償却または処分に要した費用）
- 往診

上記の医療コストに含めないコスト項目はできるだけ少なくし、除外する理由が納得できるものでなければならない。

総コストから除外すべき活動：

- FoUU（国および県から資金援助されている）
- 外部に販売しているサービス — 例えば、外部（自己の組織に属さない）の顧客のために実施したラボラトリー検査
- 外部からファイナンスされるプロジェクト³

残りのコストは適正な医療サービス・コストとみなすことができる。

4.2 選択された種類のコストに関する計算原則

総コストに含まれるある種のコスト項目に関する計算原則は、県、または治療ユニットによってさまざまである。それらに関する情報が相互比較できるようにするために、我々は下記のごとく提案する：

- リース料 — 保健サービス（保健活動）と医療サービス（医療活動）に利用される部屋やスペースを処理する方法は県により大きく異なる。県が不動産管理会社を設立して、それにそのような場所の管理を任せたり、治療ユニットにそのような場所を直接所有管理させたり、県当局がすべての場所を集中管理したり、管理の形はさまざまである。その結果、リースのコストも多様である。適用される価格も、市場価格、原価、一律価格と一定していない。

我々は、県当局の規則に基づき治療ユニットに賦課される賃貸料も、すべて KPP 計算に含めることを提案する。これは、原則として患者一人当たりのコストの違いはリース料の違いである程度は説明できることを意味する。医療施設またはユニットを相互比較する場合に備えて、総コストに占めるリースのコストの割合を示すコメントを付けておくか、ケア・コンタクトごとの平均的なリース・コストを示すキー数字を示す必要がある。

- 年金 — 県連合は、年金への PO 付加の増加分に関する勧告を毎年各県に提出している。我々は、この勧告を KPP 計算にも適用するように提案する。
- 中央管理 — 自己の組織内のあらゆるレベルでのコスト管理および自己の組織外でコーディネートされて投入される医療サービスの管理を指す。これは、医療サービスを生産するために働く政治家と公務員は計算に含めるが、注文者組織と民主主義的な総

³ 例えば、FoUU ではないが、自己の組織以外の依頼に基づき実施されるプロジェクト。医療に関する方法または開発プロジェクトの開発に必要な外部からの資金やコストは、通常の治療サービスとは別に会計処理しなければならない。

括管理のために働く政治家と公務員は計算に含めないことを意味する。

- 外来治療で使用される薬剤 — 原則的には、これも含めるべきである。しかし、この分野には更に解明すべき点がかなりあるので、現在ではこの項目を含めない方が適切とされている。現在のシステムでは県当局が薬剤処方コストについて責任を負う形になっているが、これは比較的新しいやり方である。この問題をどのように処理するかは県当局によって相当に異なり、新しいシステムが処方箋を作成する側にどのような効果を及ぼしているかはまだ不明である。いずれにしても、外来治療における KPP 方式による薬剤の扱い方については、我々が提案する前にもっと分析する必要がある。

外来治療における薬剤に関するいくつかの問題点を次に例示する：治療提供者の間の責任関係をどのように設定するか、および処方作成者のさまざまなパターンがそれぞれのユニットのコストの状態にどのように影響するか。薬剤コストはどこに、いつ発生するか。薬剤の処方をどうすれば診断と正しく結び付けることができるか。

5. 患者に関係するケア・サービスを記述し、コスト計算する方法に関するガイドラインに関する提案

KPP 記述の第3段階は、当該ユニットのケア・サービスの記述または製品化（註5）する部分、およびケア・サービスのコスト計算をする部分の二つの部分から成っている。本章ではケア・サービスの「製品化」とコスト計算の概要について説明する。コスト計算の記述とは、KPP 情報を国の中央データ・ベースに報告するための将来の「フロア」（floor）に関するガイドラインに関する暫定的な提案とみなすべきである。

5.1 ケア・サービスの記述

ユニット自身のケア・サービスを記述することは、作業を開始する前に、その作業のアンビション・レベル（ambition level）を決めるという重要で広範囲な仕事であることがしばしばある。医療ユニットの活動は、おそらく非常に細かくケア・サービス／部分製品に分別することができるであろうが、そうすることは果たして医学的にも、コスト的にも、時間的にもどの程度まで引き合うだろうか。

言うまでもないが、患者に関係する個々の活動体におけるケア・サービスは、活動の性格が一定していない。下記にケア・サービスの製品化の例をいくつか挙げておく：

ケア部門では、診察、薬剤投与、看護、ホテル機能などのさまざまなサービスが行われる。その内容は、活動体により変わり、時の経過と共に変化する。

治療部門で行われるケア・サービスを記述する場合、看護分野における患者分類（PIO、他の文書のケア・ウェイト測定に相当する用語）がしばしばコンポーネントとして含まれる看護サービスをいくつか設定するのが一般的である。患者分類は、治療に関与する職員のコストを分類し、それにより看護サービスをそれぞれのコスト・レベルに分ける基準としての機能を有している。

医師は所属するユニットのケア・サービスのために時間を利用する。この「医師時間」の製品化は、何らかの時間研究（time study）がなされることを前提にしている。現在適用されている KPP システムでは、医師時間は看護サービスの定型化されたコンポーネントの形で適用されていることが多い。

看護部門では、高価な薬剤や材料を区別する方法を案出する必要がある。高価な薬剤や材料はそれを直接消費するケア・コンタクトに結び付けるべきである。それらを、例えば看護サービスなどのケア・サービスに含めると、特定の患者に使用されるリソースのコストが当該ユニットのすべての患者に賦課されることになる。但し、消費材や安価な薬剤は当該ユニットの看護サービスに含めても問題は生じない。

外来治療部門でも、入院治療部門と同じように、多くのケア・サービスが生産される。例えば、薬剤や材料を個々の患者に直接結び付ける方法のように、後者の部門について言わ

れることの多くは、前者についても適用できる。しかし、入院治療部門の看護職員の時間は、外来治療部門とは非常に異なっている。精神病ではなく、肉体的な看護（somatic care）に関しては、ケア・ウェイトのカテゴリーからケア・サービスのコストを算出することはあまり意味がない。この場合は、例えばさまざまなタイプの往診に関するケア・サービスは、その往診に費やされた時間数と組み合わせてコスト計算すべきである。このような場合は、一回の往診の「標準的な」内容の他に、当該の往診でなされた治療措置と診断の製品リストも用意する必要がある。

準医療専門家（paramedical specialists）は、その活動状態をケア・サービスの形で記述すべきである。準医療分野のサービスは非常に多くの種類の患者に利用される。したがって、個々の患者に特有の形にする（patient-specific）必要がある。今日の医療組織ではそれ自身のユニットでも、他のクリニックや医療施設の一部にも準医療分野のサービスが行われている。ケア・サービスについては、組織のいかにかわらず、いくつか記述することができる。外来治療部門の場合も、入院治療部門と同じように往診のタイプを消費時間と組み合わせるのが適切である。

レントゲン部門では、ケア・サービスは個々の診断に応じて定義される。

ラボラトリー部門のケア・サービスは、主として個々の分析または検査に基づいている。

手術部門のケア・サービスはさまざまな方法で記述できる。手術時間をケア・サービスの唯一のスタート点にすることができる。通常は、手術時間を手術のタイプおよび／またはさまざまなサービスに利用される高価な材料の消費量と組み合わせられる。

麻酔部門に関しては、手術部門と同じように、活動を記述するにはいくつかの方法がある。通常は、麻酔時間または手術時間からスタートさせる。麻酔時間と手術室で手術をするか否かを組み合わせて、それに従って「製品化」する例もある。もう一つのスタート点として利用できるのは、麻酔時間と高価な材料の消費の組み合わせである。

集中治療部門（IVA）では、活動を製品化した場合のさまざまなバリエーションがみられる。通常は、IVAでのケア・ウェイト測定のさまざまな方法を時間の長短と組み合わせたものがスタート点として利用されている。時間または日数を単位とするケア時間もケア・サービスとして利用される。

今日では、手術後の活動（予後活動）（UVA）には、時間数または日数を時間単位とするものがスタート点として利用されている。IVAと同じように、ケア・ウェイト測定もスタート点として利用されている。

活動のリストは完全なものではないが、現在、ケア・サービスの大手生産者たちがケア・サービスの記述と製品化をどのように進めているかを示す例として役立つ。我々はKPP計算の基礎であるケア・サービスという必要性を本報告の出発点にしているが、この分野で行われている作業の多くはそれ以外の必要性をその起源としている。

病院または治療センターでは、通常、上記のケア・サービスを記録するいくつかの予備処

理システムが使われている。KPP システムでは、それらの予備システムは患者の診断および患者固有のサービス・ミックスのための措置に関する情報を得るのに利用されている。しかし、KPP 情報を得るには、コスト・データをケア・サービスに結び付けなければならない。その方法のガイドラインに関する暫定的な提案は 5.2 項で説明されている。

5.2 ケア・サービスのコスト計算

患者に関係する活動が識別され、そのケア・サービスと製品が記述されると、それらのコストを計算し、それらのサービスを利用する者にとっての価格を算出しなければならない。実際には、この場合のコスト計算は、ユニット自体のコストと共通コストをさまざまなケア・サービスに関係付けて得ることを意味している。

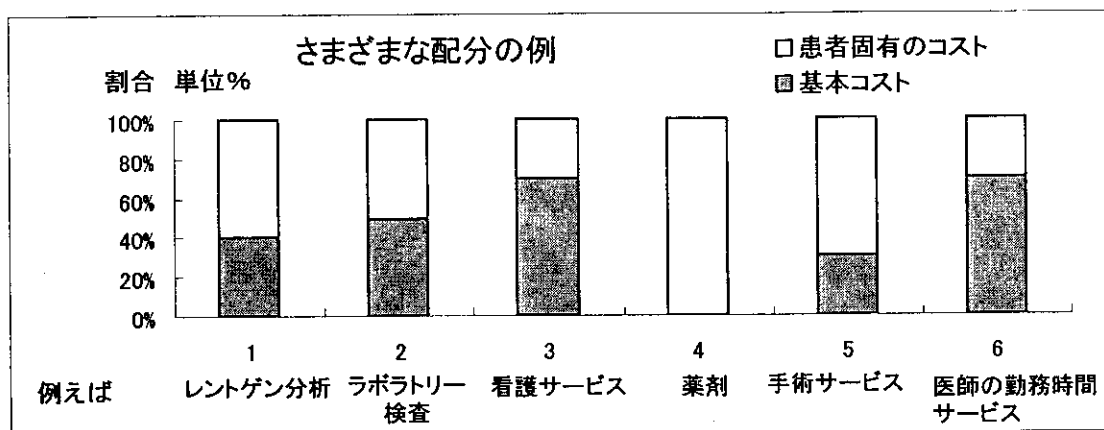
ユニットの生産コストを構成している高価な薬剤や材料は例外として、ほとんどのケア・サービスにはさまざまな種類のコストのミックスされたコストが賦課される。但し、コスト・ミックスには、患者に関係する活動のコストと共通活動のコストの両方が含まれる。患者に関係する活動のコストのうち、どれ位が患者固有のコストなのかは、それぞれのユニットのコスト精度向上への可能性とアンビション、ならびに計算対象のサービスのタイプにより異なる。

ある病院のケア・サービスのコスト・ミックスが、ある段階では下記の図 5 のようであると仮定する。「基本コスト」とは、定型化されたコストを指し、「患者固有のコスト」とは特定の患者のリソース消費に関するコストを指す。

コスト計算の過程では、現在の分類で得られる情報をもっと詳しくならないかぎり、コスト計算を段階的に改善または簡易化することができる。コスト計算の精度とコスト計算を行うために利用するリソースの間にバランスを保つことは大切なことである。その点に気を付けないと、「小さな蚊は網目から逃がして、駱駝はそのまま飲み込んでしまう」ような不都合な事態を招きかねない。

図 5 はコスト配分の総体的なパースペクティヴに基づくものであることを指摘しておくべきであろう。一人の患者の医療について主たる責任を負うクリニックでは、KPP 情報を解釈する者が自分のクリニックで発生したコストだけに注目することがしばしばある。クリニックが他のユニットから調達または購入するケア・サービスのコスト、例えばレントゲンや手術のコストは、クリニックのパースペクティヴからは患者固有のコストとして総体的に見なければならない。

図5 さまざまなケア・サービスにおいて、患者固有のコストと基本コストが占める割合



共通コストは、少数の例外を除き、常にコスト配分の基本コストとされている。総コスト決算が作成されると、病院またはそれに類する施設の各ユニットに共通コストの一定部分が割り当てられる。その他にも、総体的な管理に必要な間接的コストも割り当てられる。これらのコストはさまざまな配分率に基づきそれぞれのケア・サービスに配分されるので、その結果、各患者は共通コストの予め決められた部分を負担することになる。

管理サービス、および掃除、警備、電話交換などに要する間接的なコストは、基本コストとして分析サービスや診断サービスに配分される。

部屋、装備、資本のコストもケア・サービスに賦課される。ほとんどの場合、これらのコストの配分方法には上記と同じ考えが適用される。しかし、ある種のリース・コストや減価償却コストは特別な患者カテゴリーと強い関係を有しているため、すべてのサービスに一律配分してはならず、例外を認めなければならない。病院での暖房活動がその例外的なケースの一例で、暖房設備と暖房使用時間のコストに基づき価格設定される暖房活動独特のケア・サービスのコストは、最終的には個々のケア・コンタクトに配分される。

患者に関するコストは、この計算方式においては洗練化 (refining) に対するアンビションと可能性に応じて患者に関するコストまたは基本コストのいずれかに仕分けられる。この場合、できるだけ多くのコストを「正しい」患者に賦課することが、KPP 情報の信頼性を維持する上で非常に大切である。

患者に関するコストを配分する方法は、コストがどのような活動で発生したものかにより異なる。医療サービスに関しては、人件費と材料費は、分析、診断または治療に賦課されるが、賦課分はそれらのサービスに消費されたリソースの量を計算して決定される。このようにして、個々の患者は自分が消費したリソースのコストを負担することになる。

治療サービスに関しては、看護職員のコストは最も大きいコスト項目である。伝統的には医療サービスのコスト全体の約 70% は人件費で占められている。そのため、この大きいコスト項目を細かく差別化することが重要である。IVA/UVA ユニットのケア・サービスに

についても同じことが言える。

このコスト項目を患者に関係するコストで差別化するには、何らかの形のケア・ウェイト測定 (care weight measuring) またはそれに類する測定方法を適用すべきである。スウェーデンおよび外国では何種類かのケア・ウェイト測定方式が開発されている。

医師の勤務時間に関するコストは、現在の KPP システムでは一律に配分されており、ある種の製品については基本コストの一部を形成している。看護部門と治療部門では、医師の勤務時間に関するコストは主として個々の患者の必要性に応じて消費される。入院患者の医療では、医師のサービス・コストは入院の初期の救急段階で最も多く消費され、その後は次第に減少傾向をたどるのが一般的である。外来患者の医療では、医師のサービス・コストは多様に変化し、個々の患者の診断と治療にどれだけの時間を費やすかにより大きく異なる。したがって、このコストの配分に当たっては、個々の患者との関連性を強く反映させなければならない。医師が個々の患者に費やすコンサルテーション時間についても同じことが言える。

高価な薬剤や材料のコストについては、当該ユニットがそれらを購入する際の原価で計上するのが一般的である。薬剤や材料をユニットで看護を受けるすべての患者に使わない場合は、個々の患者の必要量に応じて配分すべきである。このコストは、それを消費するケア・コンタクトに直接賦課する。高価な材料の例としてはペースメーカーのように体内に埋め込む装置を挙げることができる。高価な薬剤の例としては、さまざまなタイプの細胞増殖抑制剤がある。消費材料と安価な薬剤はそれぞれのケア・サービスに一律に割り当てることができる。

今日では、高価な薬剤や材料のコストでも治療サービスや治療日数サービスに一律に賦課されることがしばしばある。高価な薬剤をそのように形式的に各ユニットに配分することは、KPP システムにとっては大きな問題となる。なぜならば、当該ユニットに属するすべての患者のコスト計算に大きなエラーが生じるからである。したがって、現在では高価な薬剤や材料のコストは、その正確な配分を期すために、看護職員が手作業で記録し、それぞれの患者に賦課している。コンピュータによるカルテ作成は、この問題を解決する一つの方法とみなされている。その場合は、KPP システムは必要とする情報やデータをカルテから直接得ることができる。但し、現在ではそれを自動的に行う KPP システムはまだ開発されていない。

外来患者の治療のための薬剤とその問題は、4.2 項に述べたごとく、まだ十分に研究すべき課題である。

最後に、ケア・サービスで記述されたすべてのコストはケア・サービスごとのコスト・ミックスに配分される。このようにして算出されたコストは、次に患者の医療に関する活動体のすべてのケア・サービスの価格リストに使用することができる。このようにして、KPP システムは患者の医療に関する活動体の予備システムから得る情報を正しいケア・コンタクトに配分する。

付録1 KPP プロジェクトへの協力者

Styrgrupp

Lennart Tingvall	Ordförande, tf chefekonom, Landstingsförbundet
Jonas Abrahamsson	Läkare, Sahlgrenska sjukhuset
Ingemar Eckerlund	Chefekonom, Socialstyrelsen
Fred Elmqvist	Utvecklingschef, Landstinget Västernorrland
Johan Fredriksson	Avdelningschef, Stockholms läns landsting
Sven Friberg	Divisionschef, Norrlands Universitetssjukhus
Leif Granath	Sjukhusdirektör, Universitetssjukhuset i Lund
Lennart Hagwall	Controller, Västra Götalandsregionen
Göran Hedsund	Ekonomidirektör, Region Skåne
Åke Rosandher	Ekonomidirektör, Landstinget i Östergötland
Ingvar Sjögren	Sjukvårdsdirektör, Landstinget i Uppsala län
Anders Sätterberg	Direktör för sjukhusgruppen, Landstinget Dalarna
Tore Öberg	Sjukhusdirektör, Sunderby sjukhus

Projektledare

Håkan Nilsson	Projektledare, Landstingsförbundet
---------------	------------------------------------

Projektgrupp

Lena Bäckström	Projektledare, Landstingsförbundet
Birgitta Edström	Statistiker, Landstingsförbundet
Mona Heurgren	Ekonom, Landstingsförbundet
Åsa Hjortsberg	Ekonom, Landstingsförbundet
Agneta Peterz	Ekonom, Landstingsförbundet
Fredrik Westander	Projektanställd, Landstingsförbundet

Expertgrupp

Göran Atterfors	Controller, Universitetssjukhuset i Linköping
Sven Blomé	Controller, Universitetssjukhuset i Lund
Hans Carlsson	Planeringssekreterare, Landstinget i Värmland
Göran Hedsund	Ekonomidirektör, Region Skåne
Anders Lindkvist	Planeringschef, Akademiska sjukhuset
Mats Lindqvist	Ekonomichef, Norrlands Universitetssjukhus
Lena Schelin	Ekonomidirektör, Huddinge sjukhus
Per Sjöli	Ekonom, Skaraborgs sjukhus
Leif Sundberg	Controller, Sahlgrenska sjukhuset
Mats Ove Svensson	Bitr sjukhusdirektör, Kungälv sjukhus
Hasse Zettergren	Ekonomichef, Regionsjukhuset i Örebro

Kontaktpersoner i landstingen

Peter Ölund	Controller, Stockholms län landsting
Åsa Åkerman	Ekonom, Landstinget i Uppsala län
Jan-Erik Johansson	Ekonomichef/controller, Landstinget Sörmland
Mikael Karlsson	Projektledare, Landstinget i Östergötland
Peter Yngve	Budget- och redovisningschef, Landstinget i Jönköpings län
Britt-Louise Hartsson	Utredare, Landstinget Kronoberg
Ingvar Nilsson	Redovisningschef, Landstinget i Kalmar län
Eva Pilblad	Ekonom, Landstinget Blekinge
Göran Hedsund	Ekonomidirektör, Region Skåne
Bengt Tallmer	Programansvarig, Landstinget Halland
Leif Sundberg	Controller, Västra Götalandsregionen
Hans Carlsson	Planeringssekreterare, Landstinget i Värmland
Peter Tellberg	Controller, Örebro läns landsting
Christina Broman	Controller, Landstinget Västmanland
Kjell Nyström	Ekonomichef, Landstinget Dalarna
Bengt Fäldt	Controller, Landstinget Gävleborg
Tony Tjärnlund	Ekonomichef, Landstinget Västernorrland
Claes Malmquist	Processägare, Jämtlands läns landsting
Göran Olofsson	Controller, Västerbottens läns landsting
Annika Åström	Controller, Norrbottens läns landsting

付録2 KPP プロジェクトから送られる計画された部分報告

1999 年

- 患者一人当たりのコストの計算 (KPP) — その目的と原則
- KPP システムを医療サービスに導入すること — 問題点と可能性

2000 年

- ケア・サービスなどの記述とコスト計算
- 治療部門における患者の分類
- 精神病分野での KPP
- KPP および保健サービスと医療サービスのコントロール
- 1998 年における KPP 情報に基づく分析の例
- プライマリーケアにおける KPP

2001 年

- KPP に関するガイドライン — 要約報告

付録3 参考文献

Abrahamsson, J et al. – *Kostnad per vårdtillfälle inom sluten pediatrik vård*. SPRIs förlag, Stockholm 1996 (Spri förmedlar 3)

Gavatin, P. – *Kalkylering i vården*. SPRIs förlag, 1996 (Spri rapport 431)

Myrén K-J, et al. – *Vårdkostnader 1996, DRG-jämförelser av sjukhus och kliniker*. SPRIs förlag, Stockholm 1996 (Spri rapport 474)

Weibull et al. – *Vad kostar vården? Patientrelaterad kostnadsredovisning i KPP-projektet*. SPRIs förlag, Stockholm 1996 (Spri förmedlar 2)

Nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso- och sjukvårdsstatistiken. Landstingsförbundet, Stockholm 1998

Informationsbehov för styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet, Stockholm 1998

訳註

1. Landstingsförbundet、英語の正式名称は the Federation of Swedish County Councils、直訳は「スウェーデン県協議会連合」、実質的には「各県の執行部の連合体」を意味し、意訳して「県連合」と呼ぶことにする。landsting だけならば「県当局」と呼ぶ。
2. DRG = 診断関係のグループ。
3. 北欧では「klinik」とは一般に診療所、それも開業医の「医院」を指すことが多い。勿論、総合病院のひとつの科を指すこともある。
4. テレビを利用して遠隔的に行われる医学的研究のことかと思われる。
5. produktifiera、著者の造語であって、どの言語にも存在しない。英語に直訳すると「productify」になり、「製品化する」の意味と思われる。