

病院の経営管理手法についての中日病院比較

— 2013年の中国の調査と日本の調査 —

A Comparative Study between Chinese and Japanese Hospital Management Method — a Survey of China and Japan in 2013 —

袁 宇*

Yu Yuan

(要旨)

改革開放以降、中国の医療衛生事業は急速に発展してきた。人民の健康レベルは目に見えて向上し、病院も経験管理から科学的管理に向かって進んでいる。医療市場の競争が日に日に激烈になるに従って、病院改革の深化とともに、各病院は経営合理化を競い、新しい経営理念と管理手法を導入し、現代的管理を行うようになってきた。中国はWTOに加入し、衛生事業の改革を深化させるに伴って、科学、調和、持続可能な発展が今のところ病院発展の主流方向になっている。病院は、医療サービスの提供を主として、患者の健康にかかわる役割を担っている。病院経営は営利を目的とせず、患者により良い医療技術や医療サービスを提供することである。しかし、現在の厳しい医療環境の下で、医療機関の運営に必要な収入を確保することは難しいと思われる。そのため、管理方法の研究をすることも病院運営の主たる任務になっている。

はじめに：

中国は地域によって医療格差が存在している。改革開放以降、沿岸地区の経済が先に発展したため、沿岸地区と内陸には財政支持力や住民所得に格差がある。そのため、都市部と農村部の住民生活、収入、基本医療サービス及び保険などの基本的な生活保障の格差もある。医療衛生資源が主に経済発展レベルの高い都市部に提供されるため、農村地区の医療衛生基礎は遅れており、人材と人員の技術レベルやサービス提供レベルも低いと考えられる。中国衛生統計データセンターによると、2014年7月末の基礎医療衛生機構数は医療衛

生機構総数の93.9%を占めている。そして、90%以上の医療サービスが国有の医療機関から提供されている（中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会 2014）。したがって、中国においては、国の経済体制と政策が病院の管理に関して大きな影響を与えていると思われる。

本研究は、中国における経済体制の変革並びに従来の医療制度や社会の発展が、現代の中国の医療制度に対して影響していることについて検討する。そして、中国の独特の制度、国情が病院の管理手法にどのような影響を与えているかを知るために、病院の経営管理手法に関して、主に電子カルテ、目標管理、パ

* 山口大学大学院東アジア研究科 (The Graduate School of Asian Studies, Yamaguchi University)

ランスト・スコアカードについて調査を行った。調査から得られた情報によって中国の病院で経営管理手法がどのように実施されているかを分析する。本稿では中田範夫氏の2013年の日本の調査（中田 2014 pp1-7, pp18-26）と筆者の2013年の中国の調査のうち、病院についてのデータを取り出して比較分析する。最後に両方の調査結果の相違がみられた項目を中心にまとめて行う。また、本研究は中国の様々なこれまでの医療政策の展開との関係、すなわち国家制度論として病院が導入する経営管理手法とその機能性が決定されていることを明らかにし、今後の理論構築に向けて示唆を与えることである。

1. 中国の経済体制の変革が医療改革にもたらした影響

中国の計画経済期間における医療衛生体制は、当時の政治目標及び経済体制と非常に密接な関係がある。まず、第二次世界大戦後に独立した多数の発展途上国と異なり、新中国は農民革命の基礎の上に誕生した。それは、社会的平等理念が強いという理由からである。次に、近代の中国欧米諸国 のことを勉強した上で、相対的に独自の判断能力を維持しており、従って、制度の革新問題の上に自由裁量権を保持している。

従って、建国初期、中央政府が提出した新中国衛生事業の4つの方針は、①労農兵¹に向け、②予防を中心とし、③漢方薬と西洋薬の併用、④衛生事業と民衆運動を組み合わせるといったものであった。政府は当初の動員能力が強いことと社会組織のレベルが高いという利点を十分に発揮し、計画経済体制を構築する上で、医薬品、医療設備及び基本的な医療サービス価格は政府がコントロールし、都市と農村住民のために、効率性の高い公共保健

医療サービス・システムを構築した。例えば、わずか30年の間に、新生児の死亡率²が著しく改善された（中華人民共和国国家統計局 1991）。文革時期³に大きな衝突があった時も、このシステムは自身の役割を十分に発揮し続けていた（黄・林 1986 p56）。

改革開放とは、鄧小平の指導体制の下で、1978年12月に開催された中国共産党第十一期中央委員会第3回全体会議で提出され、その後、これに従って中国国内体制の改革および対外開放政策が開始されたことである。国内体制の改革は真っ先に農村から開始された。1978年に安徽省鳳陽県の小岡村で実施した「家庭生産請負責任制」が国内改革の幕を開けた（人民日報 1978）。一方、対外開放は中国の基本国策の一つで、強国を目指す道であり、社会主義事業の発展のための強大な原動力である。中国の経済改革は、80年代の摸索を経て90年代初頭に社会主義市場経済論を打ち出した（人民日報 1978）。1992年、中国共産党第十四期全体会議で社会主義市場経済論の改革目標が提出された。このように、中国は社会主義の理念を維持しながら、共産党による強力な指導を背景に独自の市場改革の道を歩んできた（葛・貢 2007 p14）。

中国では1978年の改革開放以降、経済制度は計画経済から社会主義市場経済へと転換することとなった。その後中国政府は常に経済建設を念頭に進んできた。国民経済の発展を加速することは、経済体制改革と対外開放の目的であり、空前の成功を達成した。中国経済の急速な発展に伴い、経済体制の全面的な改革は進展し、改革開放と経済発展の相互促進の良質な局面が形成された（葛 2005 p2）。しかし、陳によれば、経済発展を重視しすぎたことによって、社会領域の問題の軽視を引き起こし、社会政策面の改革は明らかに遅れていた。改革初期は、社会政策の調整は経済

体制の改革を必要としていたことにおいて、その目的を共有していた。90年代中期以降、社会問題が絶えずに現れ、中国共産党中央委員会（以下、中共中央とする）は社会政策に関する問題を重視し始めた。ただ、ある程度の、社会政策の改革は経済体制改革に奉仕し、あるいは経済的体制改革のマイナス面を緩和するための改革であった（陳 2005 p16）。

一方、経済体制改革は改革以降の中国医療衛生体制に非常に顕著な影響を及ぼしてきた。社会政策の重要な課題の一つとして、中国医療衛生体制改革は経済体制改革より明らかに遅れていたことが挙げられる。1980年代中期、既存の医療機関のサービス能力と急速に増加した人々の健康ニーズとの格差はさらに大きくなって、「看病難、住院難、手術難（受診が困難、入院が困難、手術が困難）」の問題が生じた。その後、中共中央は医療衛生体制の改革を始めたが、主に経済的体制改革が目標で、結果として社会発展目標のための改革ではなかった（葛 2005 p18）。羅は、「従来の医療保険制度は、計画経済体制時代の産物であり、経済体制改革や社会主義市場経済の進展に適応できなくなり、さまざまな欠陥が露呈している」と述べている（羅 2011 p75）。たとえば、経済体制改革によって国有企業も市場競争の中に参入しなければならなくなった。従来の国有企業は就職・養老・医療・住宅保障などの社会サービスや社会管理、社会保障を負担していた。従って、国有企業の改革のためには、都市部の労働医療保険の改革をせざるを得ない。具体的な医療改革の内容や方法などは経済体制の影響を受け、多くの計画は経済体制の枠組みに準じて進められるため、医療衛生事業独自の法則は考えられていない。そのため、医療衛生事業の発展と改革には様々な問題が現れるのは当然のことであろう。

2. 中国における医療改革の推進期

葛によれば、1978年の改革開放以降、医療改革は全く新しい発展期を迎えた。この医療改革30年の間に、中国の衛生医療体制には大きな変化が現れてきた。この段階の医療サービス機関、医師及びベッド数などは計画経済時期より明らかに増加した。しかし、衛生医療サービスの公平性は若干下がり、衛生投入のマクロ効率も低下した（葛 2005 p28）。豊かな社会構成員の医療ニーズは十分に満たされたが、一方で、多くの社会構成員（農村住民及び一部の都市住民）の衛生医療ニーズは経済的要因により満たされていない。貧困層は基本的な医療衛生サービスさえも受けられなかった。2000年の世界保健機構（WHO）の実施した世界191カ国における衛生体制と分配の公正性調査によると、中国は下から4番目であり、国民の健康レベルにおける都市と農村の格差問題と医療資源の配分の不均衡は著しい。衛生面の資金投入のマクロ効率の面では、全社会の資金投入レベルは上がっているが、住民総合健康指標はまだ明らかに改善されていない。特に公共衛生領域、健康指標は改善されていなかった（葛 2005 p5）。

中国の医療保険制度を、表1に示した。現在でも、全国民に対して統一の医療制度は存在していない。基本の医療保険制度は「都市従業員基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療」及び「都市と農村医療救助制度」の4つである。

2009年から、中国政府は医療改革を重視し始めて、真剣な姿勢を表した。江藤は「2000年のWHOの指摘を踏まえ、中国政府は医療保険加入率と医療供給力の向上に重点を置いて改革を実施してきたが、さらなる医療の充実のために2009年4月に『健康中国2020研究報告』を発表した。中国政府は、2020年まで

表1 中国の基本的医療保険制度（2012年）

項目	都市従業員 基本医療保険	都市住民 基本医療保険	新型農村 合作医療	都市と農村医療 救助制度
法規	中国国務院「都市従業員基本医療保険に関する決定」[国発（1998）44号]	中国国務院「都市住民基本医療保険試行地に関する指導意見」[国発（2007）20号]	中国国務院「新型農村合作医療制度の設立に関する通知」（2003）	民政部 ⁴ 、衛生部、財政部「農村医療救助を実施する意見」（2003） 「都市医療救助制度試行地業務意見」（2005）
対象者	都市全体従業員または退職者	都市従業員基本医療保険適用外の学生、児童、高齢者及び無職者	農村戸籍者（世帯単位）	病気になった低所得者と貧困者
加入方法	強制	任意	任意	——
加入者数	2012年 2.65億人	2012年 2.71億人	2012年 8.05億人	——
保険料	雇用部門と被用者の共同負担になる。雇用部門が6%、被用者が給料の2%を負担する。退職者は基本医療保険費を支払わない。	個人負担と政府補助	個人負担及び中央財政と地方政府補助	中央財政と地方財政の共同負担

出所：『2011年中国医薬衛生体制改革報告』（pp69-79）・『2013年中国衛生統計年鑑』（pp344-347）より筆者作成。

に国民全体を対象にした基本的医療サービスの提供の実現を目指している」と述べている（江藤 2001 p11）。

「健康中国2020研究報告」により、中国は2020年までに、都市部や農村部の住民をカバーする基本的な医療・衛生制度を整備し、人々が基本的な医療・衛生サービスを受けられる社会の実現を目指すことになった。医療保障の水準を継続的に向上させ、衛生サービスの利用率を大幅に改善する。地域による人々の健康の差をさらに縮め、国民の健康水準を中等先進国の水準にまで引き上げ、平均寿命も77歳まで上げ、5歳以下の乳幼児の死亡率を1千分の3、妊産婦の死亡率を10万分の20までに引き下げる方針である。2020年までに基本的な医療保障を実現するため、全国民医療保険の達成は重要な課題になっている（中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会 2012）。

3. 中国の医療改革の病院経営管理への影響

曹によれば、中国の計画経済体制の下での病院管理は、内部の構成のシステム管理を重視し、上級からの各項目医療保健任務を高効率に完成することを追求することである（曹 2011 p26）。市場経済の開始から、医療の品質、医療技術、病院のハード条件及び病院規模などの面は急速に発展している。一方で、外資系病院と営利性病院の競争や医療費用の高騰、患者の医療に対する高いニーズなど様々な問題が発生してきた。

中国では国の全額出資の国立医療衛生機関が主導であり、95%以上の診療と入院サービスを引き受けている。その他の医療機関の規模、実力また医療サービスレベルなどの面は、国立医療衛生機関と比べて非常に大きな差がある。新中国の成立から65年の間の国立医療衛生機関の改革は、異なる発展段階を経てきた。改革政策は主に当時の経済社会政策と繋がっている。問題の異同によって、改革に対

しての認識も次第に深化している。曹(2011)は中国の国立病院の改革はおおよそ3段階に分けられるとしている。以下に曹の「3段階の改革」を分析していく。

第1段階：1949年～1978年

この時期の特徴は計画経済体制の下で、政府は主に医薬衛生資源を配置し、国立病院に対して大部分の財源を補助した。国立病院は人々の基本医療サービスのニーズを満足させ、健康状態を向上させるという役割を發揮した。しかし、政府は財源を負担しすぎ、補助金が不足するようになった。さらに、収入はコストより低く、医療衛生資源が著しく欠乏した。新技術と新設備は十分に活用されず、医療衛生サービスのレベルは非常に低かった。医療衛生サービス機関と医療従業員の積極性と創造性は十分に發揮されていなかった。公費医療と労働保険制度は、患者の医療サービスに対する不満を引き起こし、中でも資源浪費の現象が深刻な問題になっていた(曹 2011 p27)。

第2段階：1978年～2003年

1978年の改革開放政策の実施から、中国は医療衛生資源の不足と政府の負担の軽減、及び医療サービスの向上のため、国立医療機構の改革を開始した。1985年、医療領域への資金投入不足の問題に対して、国務院は「衛生業務改革若干政策問題の報告」を公布した。そのため、この年は医療改革元年と呼ばれる。この公文書の実施にしたがって、単一の医療機関モデルが変わり、初めて民間資本が医療領域に参入することが許可された。その上、医療費用制度の改革で、医療費用が市場価格に近付いていった。これは、明らかに医療衛生領域が市場経済体制に引き込まれたことを意味する。1978年から2003年までの25年間、国立病院は管理体制と内部管理方式の面で一定の成果を得た。しかし、国立病院は経

済的利益と規模拡大の面に関して、まだ改善されていなかった。この25年間の改革過程を見ると、国立病院は政府財政の負担を軽減すること、病院の積極的運営をすることが基本的姿勢であった。つまり、医療サービスや医療の品質に対しては関心をもっていなかったと思われる。このような出発点に偏向し、一部の政策立案者は国营企業改革のパターンを模倣した。国立病院は企業のように、自ら損益の責任を負うこと、自己発展することなど、今日でも解決が困難な問題も残っている(曹 2011 p28)。

第3段階：2003～

2003年に重症急性呼吸器症候群(SARS)が発生した時点で、中国政府は経済と社会の調和的発展及び調和社会の構築を願い、1978年から2003年までの25年間の医療衛生改革を検討し、再認識することを決めた。政府、研究者は「看病難、看病貴(受診が難しく、受診費用が高い)」という社会問題に注目し始めた。2009年1月21日、温家宝総理は国務院常務会議の席で「医薬衛生体制改革を推進することに関する意見」と「2009-2011年に医薬衛生体制改革を推進する実施方案」を許可して、同年の4月6日、国務院は全国に向け、その意見と方案を公布した。ここから、中央政府主導の新医療衛生改革政策がスタートしたと言える(曹 2011 p29)。

2010年2月10日、中華人民共和国衛生部、中央機構編制委員会、国家發展改革委員会、財政部及び人的資源社会保障部の5部門は共に、「国立病院改革試行に関する指導意見」を公布した。国立病院改革試行の任務は、①サービス・システムの改善、②国立病院の管理体制、運営、監督メカニズムの改革、③補償システムの改革を通じて、病院が薬で儲ける体制を徐々に解消し、医療技術を要するサービス費用を政府資金投入費用から補助す

るシステムの実現、④国立病院の内部管理の強化、及び医療サービスの質の向上、⑤多元的病院運営構造の推進、民間資本による非営利病院設立の奨励、⑥行政管理部門と事業部門を分業し、法人化管理システムの改革推進の6つである（中華人民共和国衛生部など2010）。

以上から見れば、中国は社会主義体制国家であるから、国家の政策は非常に重要な作用をもたらす。病院の経営管理領域でも、国の医療改革政策の影響を深く受けていると言える。1978年の改革開放から、国は医療改革の試行を始め、一定の成果を果たしたが、医療のサービスと質の面はまだ改善が必要であった。2003年から、国は医療改革を重視して、医療体制の改革にも着目していた。2010年の「国立病院改革試行に関する指導意見」の公布には、国の医療改革に対する真剣な態度が見える。病院の経営管理も、国の要求に左右され、積極的に展開していくと考えられる。

4. 病院における経営管理手法について

病院における経営管理手法については電子カルテ、目標管理、バランスト・スコアカード（Balanced Score Card、以下BSCとする）の3種類が基本である。この3種類の管理手法はそれぞれ役割を有しており、病院の経営管理の重要手法と言える。以下に3種類の管理手法を分析する。

(1) 電子カルテ

IT化の発展に伴い、電子カルテは医療分野にも取り入れられてきている。病院では、医師、看護師、検査技師、事務員及び各種部門などが患者に良いサービスを提供するため、それぞれの役割を遂行している。しかし、部門間や医師間の連携を伝統的な紙カルテに

頼り、情報の一元化がなされていない。電子カルテは、これまでの紙カルテの代わりに、パソコンに医療情報を書きこんでいくシステムのことである。

安野・根本は「電子カルテシステムは、時間差を意識することなく、各部門・部署が情報を共有することを可能にした」と述べている（安野・根本 2005 p2）。また、安野・根本は電子カルテシステムのメリットを次のように記している。

- ①患者が各部門間を受診する時、データを運んだり、保管したりする必要がなくなった。
- ②手書きの際の、読みにくい文字がなくなった。
- ③検査データの変化や症状の推移などを自在にグラフ化して患者に示すことで、病状の説明が容易になった。
- ④データベースによりデータを抽出し、診察が終わってから会計までの時間が短くなった。
- ⑤自然災害によるカルテの消失を防ぐことができる（安野・根本 2005 p2）。

一方、中田は、以下の2点のデメリットも存在していると述べている。

- ①電子カルテ導入はコストが高い。
- ②IT化の発展に伴い、ハッカーの存在があることで、情報漏れなどを防止するため、セキュリティの問題が存在する（中田 2007 p995）。

以上の論述から見れば、電子カルテの導入はメリットとデメリットの両方があるが、病院にとってはやりがいがあると考えられる。伝統的な紙カルテと比べると、電子カルテシステムを導入することは、病院事務を効率化させ、人件費と経費の削減もできる。最も重要なのは、患者により良いサービスを提供することができるようになることである。

(2) 目標管理

目標管理は一般企業において導入され、病院経営においても導入する医療機関も増加している。中田は「目標管理（management by objective: MBO）とは、一般にPDCAサイクルを通じた目標達成のための経営管理手法」と定義している。まず、目標を立て（Plan）、それを実行に移す（Do）。その実績を把握し（Check）、実績と目標との乖離を分析し、そのデータを改善のために生かしていく（Action）。個人の目標設定及び自己コントロールを目的として、企業にとって望ましい目標を達成することが目標管理の方式である（中田2007 p997）。

目標管理の導入の優越性と制約性について、魏は次のように述べている（魏 2010 pp245-249）。まず、優越性については、以下の3点である。

- ①管理の仕事の改善。経営計画を策定したトップがその内容を理解しており、末端の従業員にまで計画の内容が伝わる。トップの目指す方向と、各部門・社員個人の認識を同一化して、全社が経営計画の目標を達成するために行動する。
- ②従業員の意欲と能力の増進。目標管理の最大のメリットはインセンティブを利用して、従業員が目標を達成するよう励ます。従業員が、担当する業務に関して期間内に達成すべき目標を実現するよう、意識的に努力することによって、業績向上と能力向上を図る。
- ③人事考課の利用。目標管理方法は従業員の業績を評価することが非常に有効なツールとなる。新年度開始時に、従業員一人ひとりが目標を立て、年度終了時にその結果について明確な評価ができる。

次に、制約性については、以下の2点を上げている。

- ①目標を設定しにくい。目標を立てるとき、

科学的、実状によく適合した目標を設定することが重要である。しかし、本来の業務活動の時間を大幅に割いてまで、目標設定の上級と下級の疎通に時間がかかる。

- ②人事考課の問題。目標管理で評価をしても、最終的にトップが評価している。目標管理を含めた人事考課のルールがよく理解されておらず、結局は上司の感覚で評価が決まってしまうている。目標管理制度と評価制度がうまく連動していないことがある。

以上の分析から見れば、目標管理という手法はまだ優越性と制約性の2面があるが、本来の目標を達成するために、優越性を発揮して、制約性を抑えて実施すれば、病院の未来構築に対して役に立つと考えられる。

(3) バランスト・スコアカード (BSC)

バランスト・スコアカードは提唱者であるハーバード・ビジネス・スクールのロバート S.キャプラン (Robert S.Kaplan) による長年の研究成果として生まれた新しい戦略マネジメント・システムである。

1992年、キャプランとノートンによって発表されたBSCは企業の現在と将来の成功の基礎を築くことを目的として開発されており、トップ・マネジャーが事業を迅速かつ総合的な視点から見ることができるとされている (Kaplan・Norton 1992 p89について西村・森田 2010 p6)。

キャプランとノートン (吉川訳) によれば、「バランスト・スコアカードは、一方では財務的目標を達成することを強調しているが、他方では財務的目標を達成する牽引的役割も担っている。このバランスト・スコアカードは、財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、人材と変革の視点という、4つのバランスのとれた視点に沿って企業の業績を評価するものである。」(キャプラン・ノートン 吉川訳 2011 p52)。

BSCにおける「バランス」とは、財務指標と非財務指標とのバランス、外部の視点（「顧客の視点」と「財務の視点」と内部の視点（「学習と成長の視点」及び「内部ビジネス・プロセスの視点」）とのバランス、先行指標と遅行指標のバランス、利害関係者（ステークホルダー）間のバランスで、その4つの視点のバランスがとれていることが重要である（櫻井 2008 pp30-35）。

戦略マップとBSCについて、中田によれば、「当初のBSCは多面的な業績評価基準の設定を可能にする手段であったが、それらの視点間の関係を明示するものではなかった。戦略マップはこの点を明示するために導入されたものである。病院全体の理念やビジョンに基づき、その実現のために戦略目標を設定する。その時、4つの視点の関連性を考慮した戦略目標を立てるべきである。この戦略マップとBSCとを組み合わせることによって、中・長期計画と実行計画とを関連づけることが可能になる。換言するならば、中・長期計画と短期計画とのバランスが取れるようになるのである」ことである（中田 2007 p997）。

医療BSCが最初に導入されたのは、医療界においてはアメリカを中心とした北米である。荒井は、「医療BSCに関する幅広い文献サーベイに基づけば、ほとんど全ての事例報告は98年（特に99年）以降であり、医療界にBSCが浸透していったのは90年代後半（特に90年代末）以降であることが窺われる」と述べている（荒井 2005 p3）。

高橋は、「BSCはビジョンと戦略を常に意識しながら、複眼的に、品質や効率などの業績面のバランス、財務指標と非財務指標のバランス、長期と短期のバランス、先行指標と遅行指標のバランス、ステークホルダー間のバランスなどを考えながら、戦略を成功させるための戦略的経営システムである。BSC

は、病院全体、病院の各部門、各チーム、個人の業績を客観的に見ることができると、さまざまな分野で応用できる可能性がある。つまりデータとして『可視化』できるという特徴が様々な応用範囲を広げるといえる」と述べている（高橋 2004 pp5-8）。

BSCは、今後、医療界に導入され、改良され、また、的確な医療BSC批判を謙虚に受け止め、病院経営のツールとしてその進化が望まれる。

以上の病院における3種類の経営管理手法はメリットもデメリットもあり、異なる役割を發揮していると考えられる。一方、先述したように、中国における病院の経営管理は、1978年の改革開放以降、試行中である、2003年から国は医療改革を重視し、特に2010年の「国立病院改革試行に関する指導意見」では国の医療改革に対する真剣な姿勢が見える。現在、中国の病院における経営管理手法の導入はどのような状況であろうか。

5. 中国の病院における経営管理に関するアンケート調査

(1) 調査の概要

中国の病院における経営管理手法の導入の実態を明らかにするため、2013年7月から10月まで、筆者はアンケート調査を行った。対象は国立病院と私立病院であるが、回収した結果、病院は基本的に国立病院の三級病院と二級病院が中心である。アンケート用紙には病院の種類と等級を記入するよう依頼した。病院の種類別にデータを集計しているため、病院の種類が不明のものは集計数から除外している。

アンケートの調査結果を分析する前に中国の病院について説明する。中国の病院は等級で分類されている。等級の高い方から順に、

三級（甲等、乙等、丙等）、二級（甲等、乙等、丙等）、一級（甲等、乙等、丙等）である。三級病院の病床数は500床以上で、二級病院の病床数は101床以上～500床未満で、一級病院は100床以下である。三級甲等の病院は、中国衛生部、省衛生庁、市衛生局の管轄であり、一定の医療環境基準を満たすもの（大学付属病院など）、二級は市所属の地区レベルの病院、そして、一級は町や住宅地区レベルの病院である（叶・朱 1993 pp15-17）。

中国の医療機構は3つに分類されている。病院、基礎医療衛生機構、専門公共衛生機構の3つで、別に他の機構がある。病院は経済類型に分けると、国立病院と民営病院がある。基礎医療衛生機構はコミュニティ衛生サービス中心で、町内衛生院、郷鎮衛生院、村衛生院、外来診療部門、クリニックを含んでいる。専門公共衛生機構は疾病予防コントロールセンター、専門疾病予防機構、健康教育機構、母子保健センター、救急センター、採給血機構、衛生監督機構と計画出産技術サービス機構な

どを含んでいる。

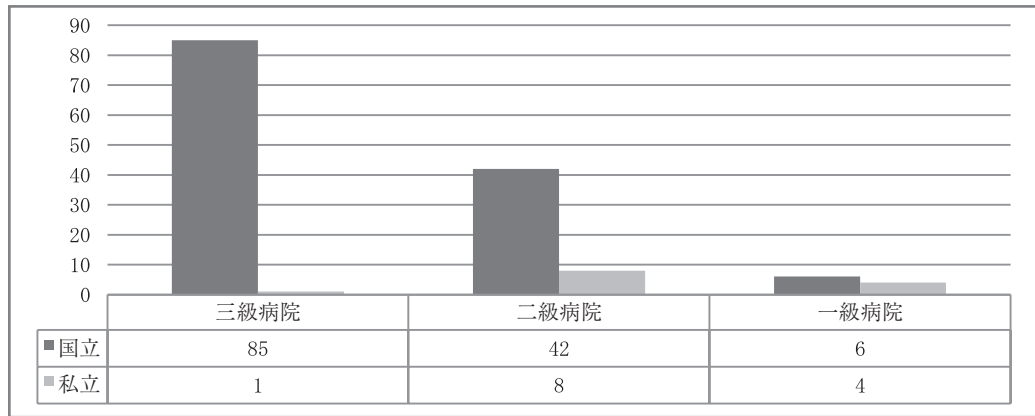
中国衛生統計センター（2014）によると、2014年の中国の医療衛生機構総数は980,508個である。その中で病院数は25,190個で、国立病院は13,360個で、私立病院は11,830個である。私立病院は2010年からだんだん増えてきた。これは上述したように、「国立病院改革試行に関する指導意見」によって、民間資本による非営利病院設立も奨励されているからである。私立病院は総病院数の47%を占めているが、90%以上の医療サービスは依然として国立病院から提供されている（曹 2012 p2）。

本論文の目的は、2013年に中田氏が日本で行った調査と筆者が中国で行った調査を比較し、病院経営管理手法の観点から何らかの結論を引き出すことである。そのため調査内容は「中田氏の2013年の第6回調査」を参考にし、経営管理、電子カルテ、目標管理、BSCに関連したものは、同じ内容とした。調査方法は郵送である。中田氏の調査では、発送数は

図1 調査した病院の分布図



図2 調査した病院の級別 (単位：カ所)



1,795で、回収数は303、回収率は16.9%である。一方、筆者の調査では、発送数は1,056で、回収数は146、回収率は13.8%である。調査地を図1に示し、回収した件数も示した。調査した地域は黒龍江省、四川省、陝西省、湖北省、湖南省及び沿岸部の省市である。

調査した病院の性質と等級を図2に示す。今回は国立病院を中心として調査を行ったため、回答のあった病院のうち、国立病院は133であり、調査した総数の約91%を占めている。病院の等級は図2に示したように三級病院と二級病院が中心になっている。

次から、中田氏の日本での2013年の調査(以下、日本調査とする)と筆者の2013年の中国

での調査(以下、中国調査とする)とのデータを比較し、分析していく。

(2) 病院の経営管理

① 病院の経営管理の担当部署の設置

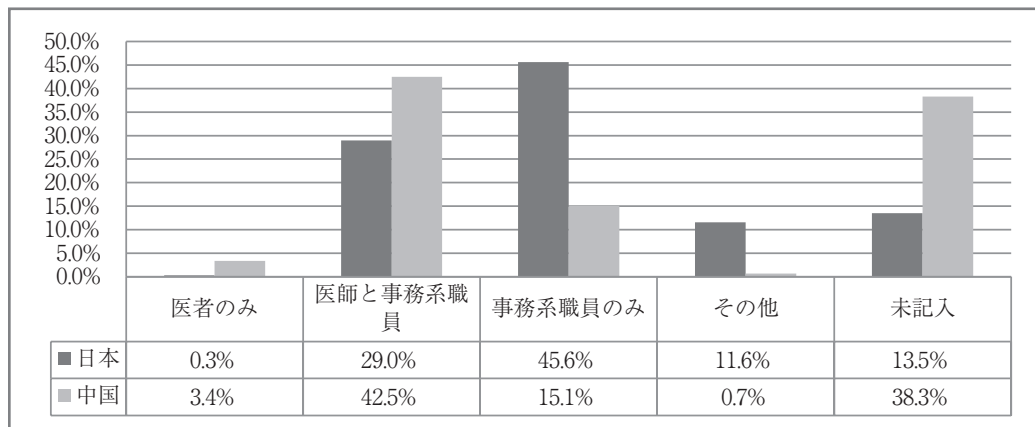
病院の内部に経営管理を担当する部署が設けられているのは、日本調査では69.0%で、中国調査では、60.3%で、両調査にあまり大きな差が見られない。

② 経営管理を担当している部署や組織の構成

図3に示したように、日本調査では事務系職員のみが45.6%と一番高い。中国調査では、比率の一番高いのが医師と事務系職員(42.5%)である。

日本では、以前、事務員は病院管理に関し

図3 経営管理の構成員



て意識が低く、病院長、医師及び事務長などが一緒に経営管理を担当していた。しかし、医師と事務員は役割が異なるため、その役割がだんだんと分けられてきた。その結果、事務系職員のみ比率が高い。

一方、中国では医師も経営管理部門に属している。もともとは経営管理部門と臨床部門とのコミュニケーションが不良で、そのため医師は医療経営管理について知識が不足していた。現在では、医師も経営管理部門に属しているため、管理部門の知識も必要で、学習しているため「医師と事務系職員」が高い。

③経営管理に関して外部コンサルタントなどの利用

日本調査では、「利用している」が31.0%である。中国調査では63.7%で、日本の倍以上となっている。中国では外部コンサルタントを利用している病院が多く、医師と事務員は病院の経営管理に関する知識を得るためにコンサルタントを利用している。調査結果によると、中国では管理部署を設定していない場合でもコンサルタントを利用している病院が38.5%ある。医師や管理部門との間のかけ橋として、外部コンサルタントは良好なチームワークを生み出す要因になっている。そして、医師の管理理念が事務系部門から業務部

門に浸透することによって、病院全体の臨床の仕事が進展する。

一方で、中国は病院経営管理について模索段階であり、外部コンサルタントの指導が必要ということである。これは日本と大きな違いであると思われる。

(3) 電子カルテ

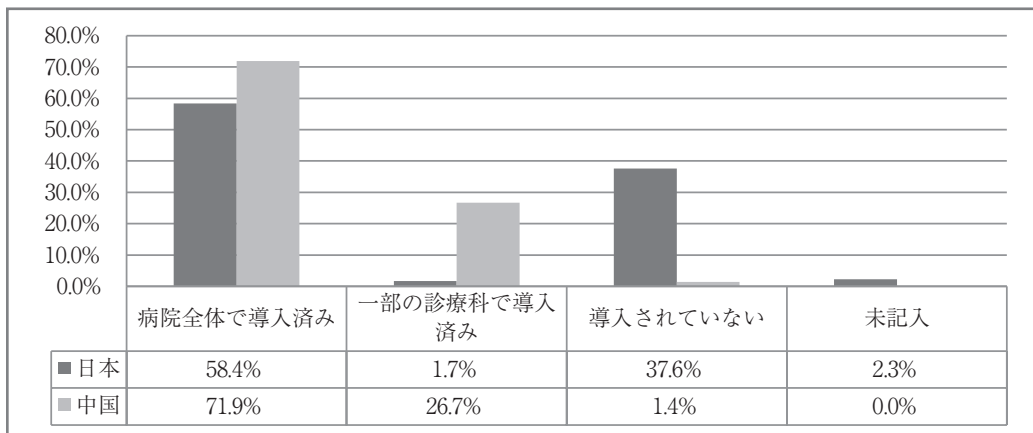
①電子カルテの導入状況

図4に示したように、電子カルテの採用状況は日本調査では「導入している」は60.1%（病院全体及び一部の診療科で導入済み）、これに対して中国調査では98.6%である。

日本での導入率が低いのは次の理由が考えられる。a. 導入時のコストが高い。b. 電子カルテを採用した場合、ハッカーが侵入し、情報を書き換える可能性がある。c. データ交換の標準化・共通化があまり行われていないため、病院間のデータ交換できない。d. 厚生労働省は電子カルテを増やしたいと述べているが、病院側は診療報酬の利点がないため、積極的ではない。しかし、中田氏が行った2010年の調査から見ると、電子カルテの導入状況は2013年までに24.8%に増大した。

ところで、中国で電子カルテの導入率がほぼ100%であるのはなぜであろうか。2007年、中国衛生部電子カルテ研究委員会は衛生部情

図4 電子カルテの導入状況



報化ワークチームの指導の下で、医療機構、医療情報研究機構、政府機構と情報技術プロバイダーに対して電子カルテについての知識を普及させ、利用を促進させている。2009年、中共中央は「医療衛生体制を深化するための改革の意見」と「医療体制改革の重点実施案(2009年-2011年)」を公布した。医療衛生の情報化は医療衛生体制改革の中の中心になっている。医療衛生の情報システムについて病院間で共通化が要求されており、医療衛生情報化が強力に推進されている。データ交換の標準化と共有化も推進されている。政府の指導の下で、2010年10月14日、衛生部「電子カルテの試行案」は北京など22省(市、区)で電子カルテの試行を行なっている。そして、衛生部は2011年5月24日より電子カルテを中心として、病院IT化の建設を推し進めている。このような衛生部の活動により、中国では日本より電子カルテ導入が進んでいると思われる。電子カルテを導入することによって、手書きのミスが少なくなり、文字が判読不能といった問題がなくなり、紛失の恐れも少なくなる。そして、情報共有により検査の重複がなくなり、コストと時間が節約され、便利さも増大する。

② 電子カルテ導入の資金源

中国調査では「自己資金」は59.7%であり、「補助金」は39.6%である。それに対して、日本調査では、「自己資金」は70.9%であり、「補助金」は10.4%である(図5)。

中国の場合、政府からの強力な推進があるため、補助金がある。日本の場合は自己資金が多い一方、補助金が少ない。そのため、電子カルテを導入することにより慎重になっている。

(4) 目標管理

① 目標管理の導入状況

目標管理を導入しているのは、日本調査では55.5%、中国調査では89.0%である。

中国では目標管理とインセンティブと関係がある。図8を見ると、何らかのインセンティブを与えられるのが89.2%である。目標管理を導入して、個人の目標と病院の目標を協調し、インセンティブを与えられることによって、個人は努力を達成しやすく、全体的に目標が達成されるということである。このことが、中国の採用率が高い要因になっていると考えられる。

② 目標管理の使用の指標

両国とも「財務的指標と非財務的指標の両方」が一番多く、日本調査では85.1%で、中国調査では82.3%である。

図5 電子カルテ導入の資金源

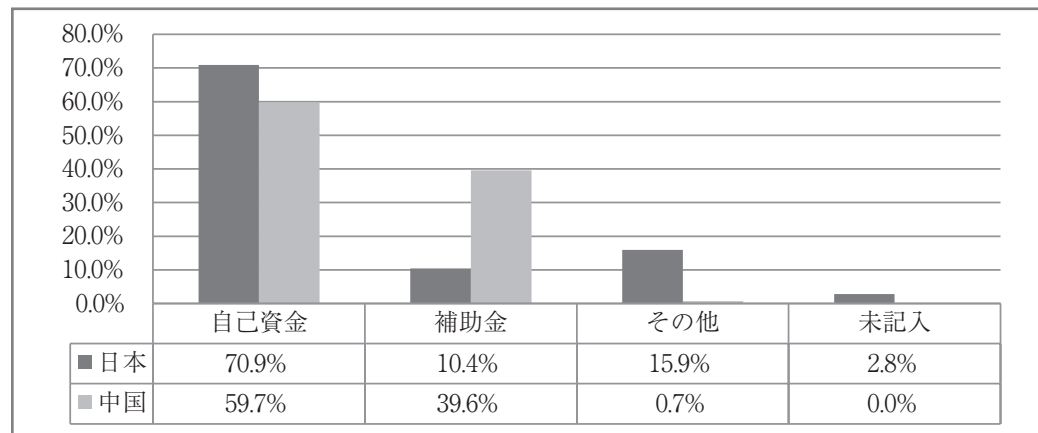
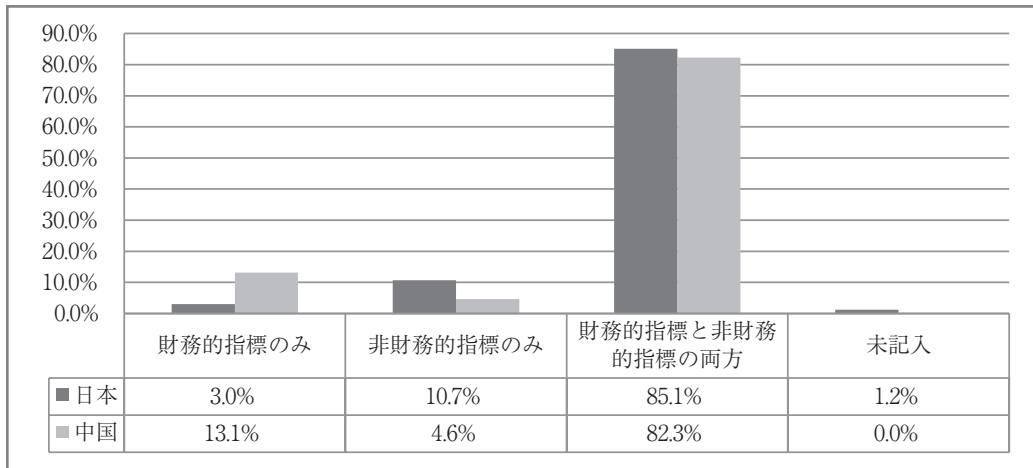


図6 目標管理の使用の指標



日本でも中国でも病院はもともと利益を目的とするのではなく、人々の健康を維持するための機関である。目標達成よりも非財務的指標のほうを重視して利用する。財務指標と非財務指標のバランスを取ることが、病院の経営管理には重要ということであろう(図6)。

③目標管理の対象(複数回答)

図7に示したように、日本調査では「診療科や病棟などの単位」が79.2%、「個人単位」が17.9%である。一方、中国調査では「診療科や病棟などの単位」が85.4%、そして「個人単位」が70.0%で、「診療科や病棟などの単位」と「個人単位」の両方実施していると

回答した病院が多い。これもインセンティブとの結びつきが強いからである。中国では目標についてインセンティブを与えられることが多く、それによって、目標を達成しやすい。従って、個人単位でも目標管理を導入する率が高い。日本では個人単位の評価があまり行われていないということとも関連して、個人単位の導入率が低い。

④目標管理とインセンティブの関連

日本調査では「何らかのインセンティブが与えられる」が33.7%、「インセンティブはない」が42.6%、「短期的にはないが、長期的には考慮している」が20.7%である。中国

図7 目標管理の対象(複数回答)

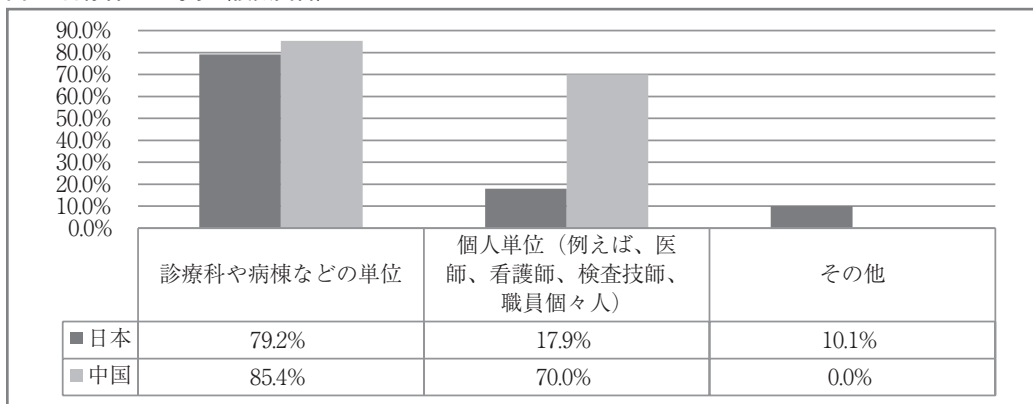
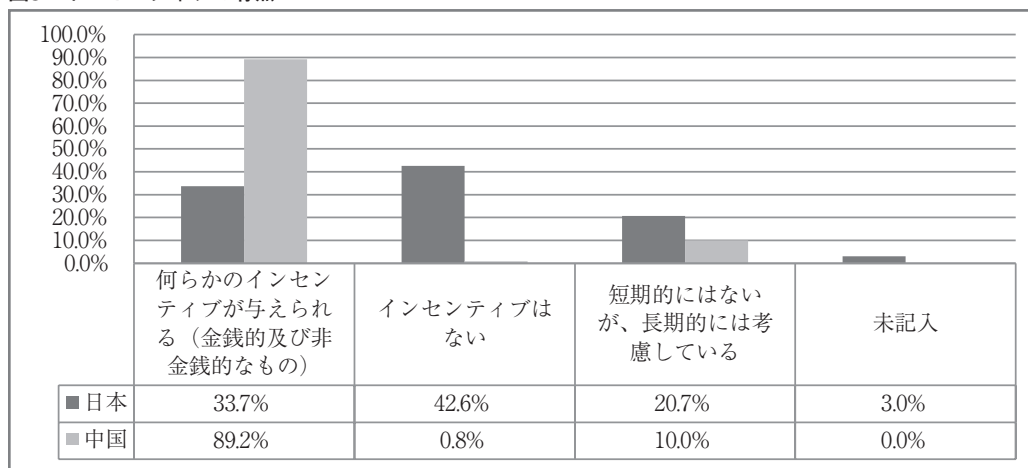


図8 インセンティブの有無



調査では、「何らかのインセンティブが与えられる」が89.2%、「インセンティブはない」が0.8%、「短期的にはないが、長期的には考慮している」が10%である。

中国では個人単位で評価することが多い。多く働いた者が多く収入を得るということである。目標を達成するために、従業員に何らかのインセンティブを与えれば、動機づけを最大限に引き出し、病院内部の効率化を高めることができる。

日本では緊縮経済の中、従業員への給料支払が厳しい状況下で、給料の増加によって、インセンティブを与えるのが難しい。バブル崩壊後、企業は費用を抑制し、従業員に対して給料を下げる可能性がある。バブル崩壊後のデフレーションの状況下においても、診療報酬は引き下げられてきた。診療報酬を引き下げるとは収入減につながり、病院にとってはインセンティブを与えるのが難しいということである。したがって、日本では中国の病院ほどに金銭的インセンティブを重視していないことが分かる。

(5) BSC

①BSCの導入状況

日本調査では導入しているのは15.2%であ

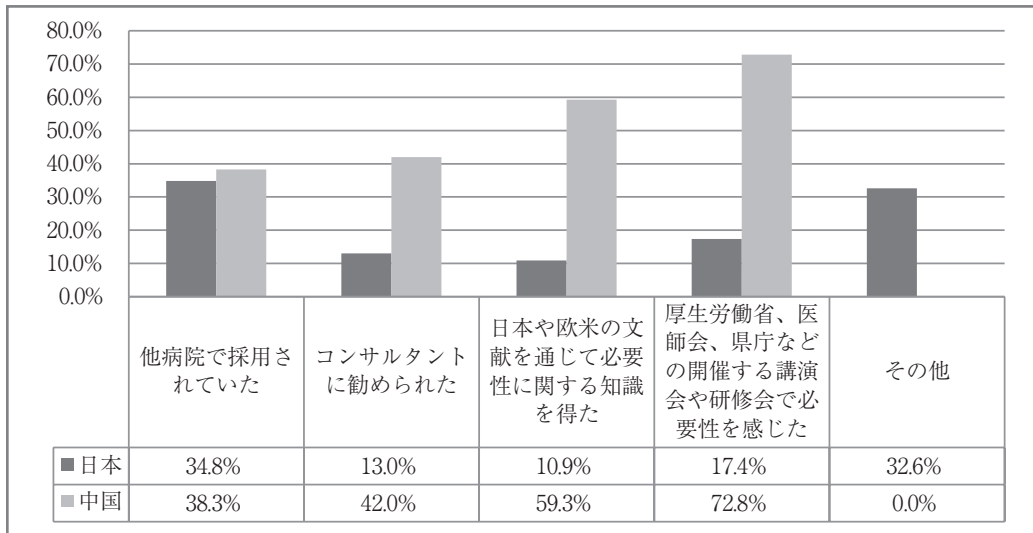
る。これに対して、中国調査では55.5%である。この結果により、中国におけるBSC導入が日本よりも進展していることがわかる。

これは、次の「BSC導入の契機」と関連がある。図9を見ると「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72.8%である。これは、中国では90%以上が国立病院機関であり、経営が極めて重要な意味を持ち、政府による計画と指導を通じて、効率的な病院運営、高い医療サービスを提供することが求められる。財務的指標と非財務的指標のバランスが要求されるため、病院経営管理者はBSCへの関心を高めており、結果として、高度な経営管理が病院において展開されている。日本調査と中国調査によると、日本でも中国でも、BSCを導入している病院では、BSCの導入以前に必ずといってよいほど目標管理制度が採用されていた。この意味で目標管理制度は、BSC導入のいくつかの前提のなかの1つであることは明白である。

②BSC導入の契機（複数回答）

BSC導入の契機を数値の高い順に見ると、日本調査では「他病院で導入されていた」が34.8%、「その他」が32.6%、「厚生労働省、

図9 BSCの導入契機（複数回答）



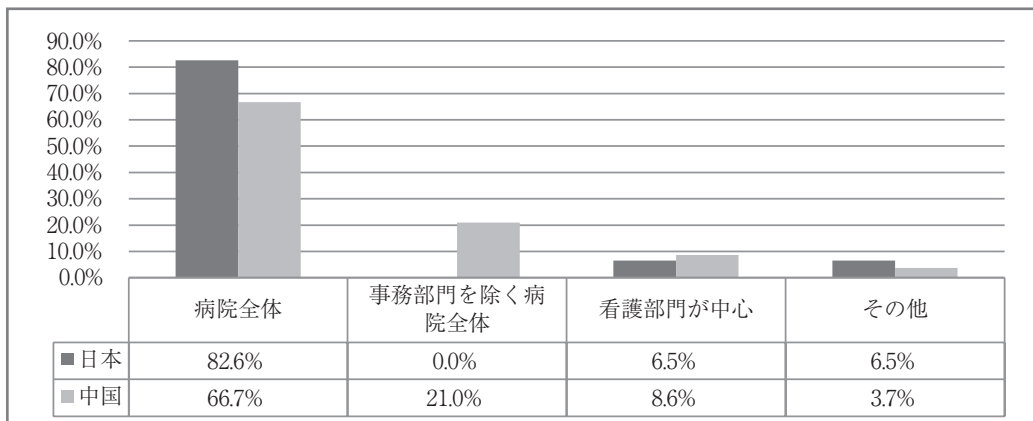
医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた」が17.4%である。中国調査は「厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた」が72.8%、「日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た」が59.3%、「コンサルタントに勧められた」が42.0%である（図9）。日本調査では、他病院で導入されていたという理由が最も多い。これに対して、中国では政府が開催した研修会等への参加以降、BSCを導入した病院が最も多い。

③BSCの適用対象

日本調査では多い順に、「病院全体」が82.6%、「看護部門が中心」が6.5%、「事務部門を除く病院全体」が0.0%である。中国調査は「病院全体」が66.7%、「事務部門を除く病院全体」が21.0%、「看護部門が中心」が8.6%である（図10）。中国でも日本でも違いはそれほど大きくない。

病院BSCという経営手法は、それだけが独立した手法として病院内で機能しているわけではなく、他の経営手法と相互作用しながら病院全体の管理会計システムの一構成要素として機能している。また、病院BSCは病院内

図10 BSCの適用対象



の他の経営手法と相互作用しているだけでなく、診療圏レベルの管理会計システムや一国の医療提供システム全体の経営のための管理会計システムとの相互作用も有している。

④BSCに関する資料の議論

日本調査では「議論している」が73.9%で、中国調査では95.1%である。日本でも中国でもBSCに基づく資料が公式の資料として用いられてきていることは明らかである。

⑤BSCの4つの視点の使用

キャプランとノートンの提案したBSCの4つの視点を、日本調査では「そのまま導入している」が80.4%で、中国調査では97.5%である。よって、中国ではBSCを導入する場合は4つの視点をそのまま導入していることがわかる。BSCにおいて重要なのは4つの視点のバランスがとれているということである。

⑥医師に対する「財務の視点」の要求

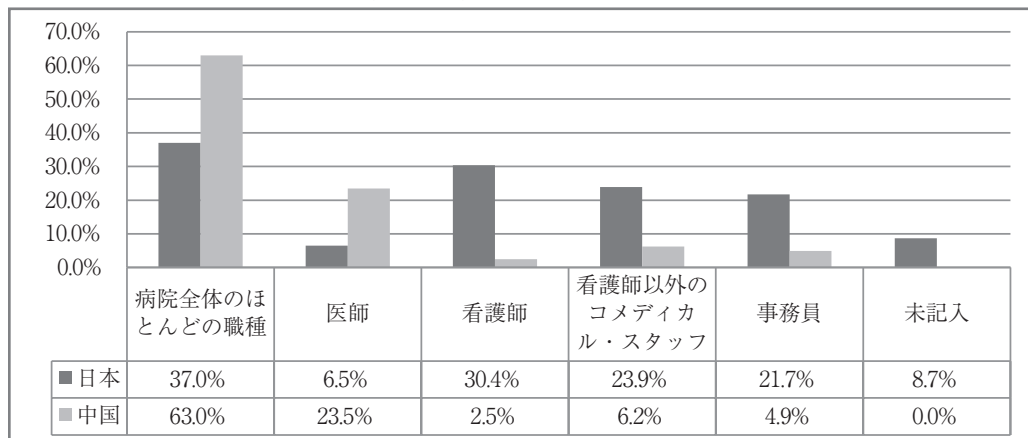
日本調査では「医師には要求しない」が17.4%、中国調査では81.5%である。中国は医師に財務を要求しないということが分かる。その理由は、2012年3月4日の第11回中国人民代表大会第5回の会議で、陳仲強委員は、医師には財務が要求されないこと、医師及び各部門にも財務指標が要求されないこと、及び衛生局も病院管理においても財務要求は許

されない、と規定した（中共中央・国務院2012）。

⑦BSC導入による業務改善の効果

日本調査では「BSCを導入することにより各自が属する部署や各自の業務と病院全体が目指す方向との関連づけができているので、それが各自のやる気の向上に良い影響を及ぼしている」が27.5%、「各自の業務品質の向上に役立っている」が22.6%、「専門職の仕事をお互いにより深く理解することができるようになり、そのことが仕事に良い影響を及ぼしている」が24.1%、そして、「専門職間のコミュニケーションがスムーズになった」が25.2%である。これに対して中国調査では、「専門職の仕事をお互いにより深く理解することができるようになって、そのことが仕事に良い影響を及ぼしている」が26.0%、「専門職間のコミュニケーションがスムーズになった」が25.0%、「各自の業務品質の向上に役立っている」が24.7%、「各自が属する部署や各自の業務と病院全体が目指す方向との関連づけができているので、それが各自のやる気の向上に良い影響を及ぼしている」が24.3%である。BSCの導入による業務改善の効果については、両国はいずれも20%で、大きな差はない。

図11 BSC導入による業務改善職種（複数回答）



⑧BSC導入による業務改善職種（複数回答）

図11に示すように、日本調査では比率が高い順に、「病院全体のほとんどの職種」が37.0%、「看護師」が30.4%、「看護師以外のコメディカル・スタッフ」が23.9%である。中国調査では「病院全体のほとんどの職種」が63.0%、「医師」が23.5%、「看護師以外のコメディカル・スタッフ」が6.2%である。

参考のために、中田氏の日本の2009年の調査を見ると、BSCの業務改善効果は「看護師の職場」において発揮されていたが、今回は、「病院全体のほとんどの職種」へと拡張している（中田 2010 p76）。中国でも日本でも2013年時点ではBSCの導入により「病院全体のほとんどの職種」で業務改善効果が出ているが、とりわけ中国では効果が高い。

⑨BSCとインセンティブとの関連

図12に示したように、日本調査では、比率が高い順に、「インセンティブはない」が57.4%、「非金銭的インセンティブと関連づけられている（研修や購入備品の優先性など）」が14.9%、「金銭的インセンティブと関連づけられている（給与やボーナス）」が6.4%である。中国調査では「期待した成果が出ている」が88.9%、「現状では評価が下せない」が9.9%、「期待したほどの成果が出ている」が32.6%、「期待したほどの成果が出ない」が17.4%である。中国調査では「期待した成果が出ている」が88.9%、「現状では評価が下せない」が9.9%、「期待したほどの成果が出ない」が1.2%

である。中国調査では、「金銭的インセンティブと関連づけられている（給与やボーナス）」が42.0%、「短期的には関連づけられていないが、中長期的には関連づけられている（昇進のデータとして利用など）」が33.3%、「非金銭的インセンティブと関連づけられている（研修や購入備品の優先性など）」が21.0%である。

中国調査によると、比率の高い3項目は、いずれも広い意味におけるインセンティブと関連付けがある。これは図8の目標管理とインセンティブでも見たように、多く働いた者が多くの収入を得るということである。日本ではインセンティブはないが、中国ではインセンティブが必要ということが分かる。

⑩BSC導入の成果

日本調査では、比率が高い順に、「現状では評価が下せない」が43.5%、「期待した成果が出ている」が32.6%、「期待したほどの成果が出ない」が17.4%である。中国調査では「期待した成果が出ている」が88.9%、「現状では評価が下せない」が9.9%、「期待したほどの成果が出ない」が1.2%

図12 BSCとインセンティブとの関連

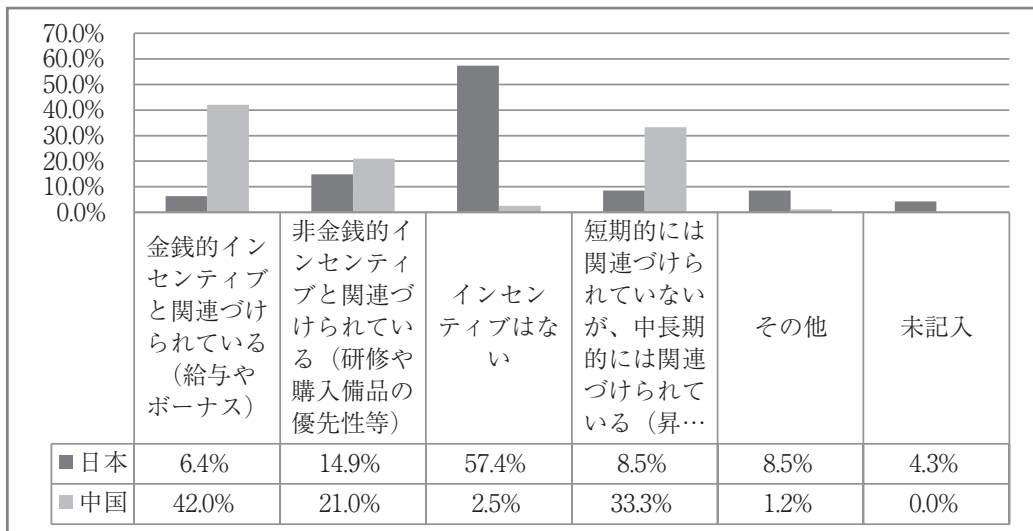
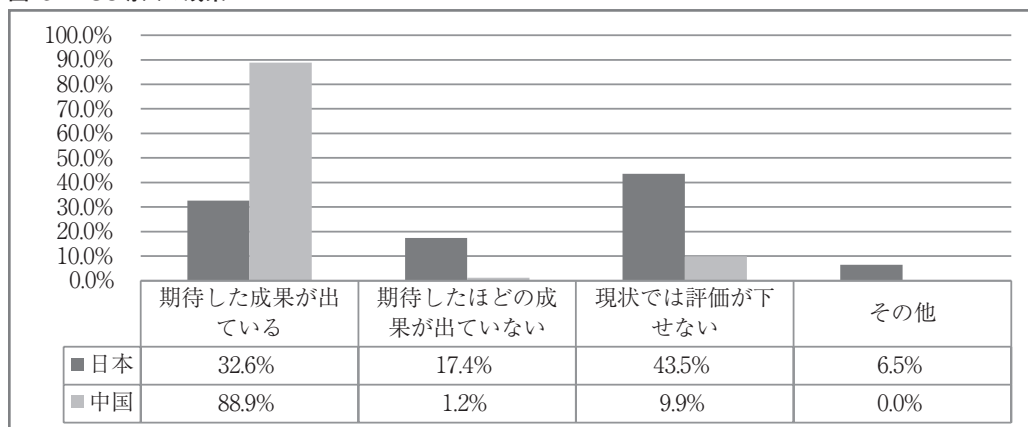


図13 BSC導入の成果



である (図13)。

日本では、病院経営管理を利用して、BSCのみではなく、原価計算、品質管理などを導入しているため、どの病院経営管理ツールが成果を出しているかが判断しにくいのであろう。病院経営管理ツールにとっては、お互いに影響があり、ただ一つの経営管理ツールの成果について評価することが難しいと思われる。日本では、導入経過期間は長い、BSC導入に対する評価は必ずしも明らかになっていないようである。中国では、導入した病院では期待した成果が出ていることは明白である。

⑪BSC導入の成果に関する評価

日本調査では「財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む」が87.2%であり、中国調査では76.5%である。日本でも中国でも、病院では財務・非財務の両指標に基づいてBSC導入の成果を評価する傾向があることが分かる。

⑫BSC導入の目的 (複数回答)

日本調査では、多い順に、「職員全体でビジョンを共有するため」が71.7%、「戦略計画を実行計画 (業務計画) へと落とし込むため」が63.0%、「より良い戦略的計画を立案するため」が54.3%である。中国調査では、「業績評価を厳格に行うため (個人の業績あるい

は診療科や部門などの組織単位)」が75.3%、「戦略計画を実行計画 (業務計画) へと落とし込むため」と「コミュニケーションを促進するため (他の診療科や部門間、あるいは診療科内部・部門内部)」は同じ比率の70.4%であり、「より良い戦略的計画を立案するため」が61.7%である。両国とも期待を持って、導入したことが分かる。

⑬BSC導入がもたらした変化

日本調査では、一番多いのは「職員全体でビジョンを共有する」(45.7%)であるが、中国調査では「コミュニケーションを促進する (他の診療科や部門間、あるいは診療科内部・部門内部)」(59.3%)である。

⑭BSC導入による業務への影響

図14と15に示したように、日本調査では、「会議や打ち合わせの回数」と「会議や打ち合わせの時間」が「多くなった(30.4%)」と「長くなった(15.2%)」という回答割合は少ない。中国調査では日本より回答割合が多く、「多くなった(51.9%)」と「長くなった(29.7%)」である。

先進的な管理理念を導入する時、病院長の指導の下で、推進チームが編成され、その活動を通じて病院全体にBSCが普及されていく。その後、導入した効果、不足点及び改善

するところについて会議が行われる。そうしたことが、会議の回数と時間が多くなる原因の一つであろう。

「少なくなった (36.7%)」と「短くなった (56.8%)」という回答割合が中国の方が多い。逆に日本は少ない、両方とも2.2%である。日本の場合は、新しい経営理念を導入しても、もともとの仕事もあり、加えて新しいツールに関しての会議や時間が多くなると思われる。このことが、日本の回答割合が少ない原因の一つと考える。逆に中国の方は新しい経営理念を利用する時、もともとの会議と入れ替えたり、調整したりしている可能性が大きい。こうすると、会議の回数と時間が少なくなる。この設問の回答からみると、このこと

が中国では日本よりBSCの導入率が高い原因の一つになっていると考えられる。「変化なし」とする回答は日本の方が多い。したがって、中国の方はBSCの導入率が高い原因の一つと思う。

おわりに

中国の病院に対して実施したアンケート調査結果から、中国の病院で電子カルテ、目標管理及びBSCがどのように実施されているかを分析した結果から、以下のことが分かった。
①電子カルテは「病院全体で導入済み」という回答が日本調査と比較して中国調査のほうが多く、導入率は98.6%になっている。

図14 BSC導入による会議や打ち合わせの回数の変化

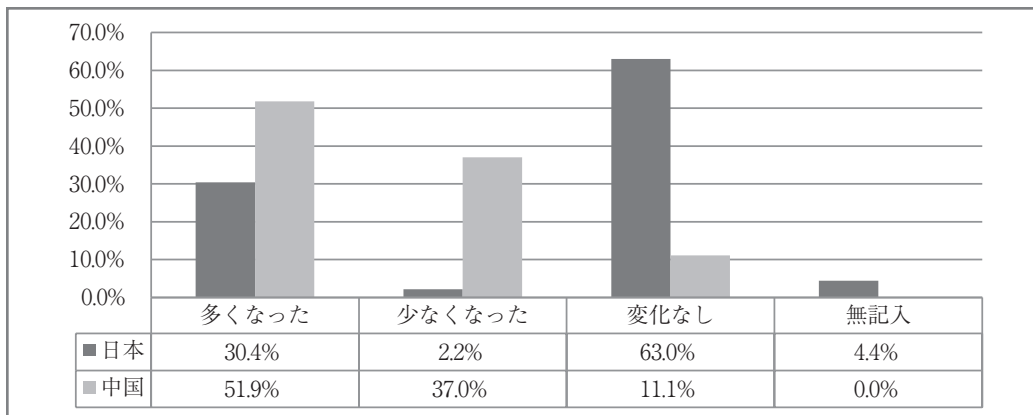
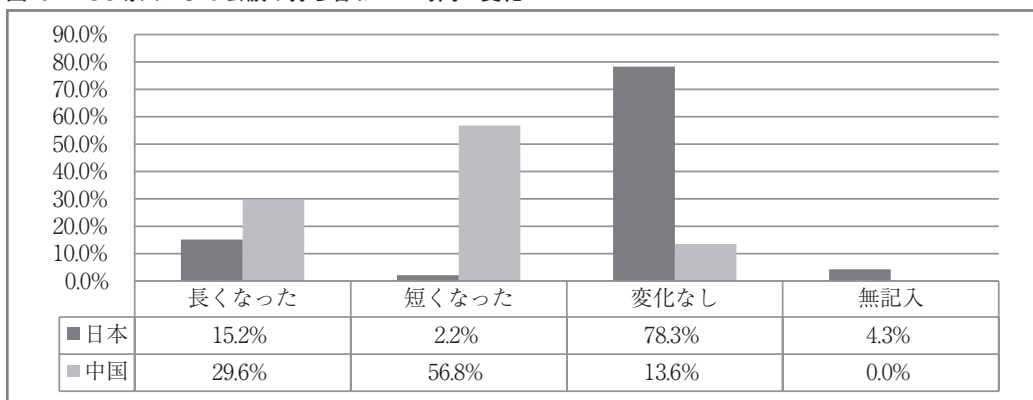


図15 BSC導入による会議や打ち合わせの時間の変化



導入のための資金については「自己資金」が両調査ともに多かった。しかし、中国では「補助金」も39.0%で、日本の約4倍である。

②目標管理の採用割合は中国の方が高い。目標管理の結果をインセンティブと関連付けている病院は中国では99.2%である。日本の2006年の調査と2013年調査を比較すると、目標管理をインセンティブと関連付けている病院は少し増加している。

③BSCを、導入している病院は中国の方が高い。中国では、導入に際して期待した成果が出ている。日本の2006年の調査（中田2011 p36）と2013年の調査を比較すると、2013年の調査では「評価を下せない」という回答は2006年の58.1%から43.5%に減少しているが、これは導入後の経過期間が長くなっていることが理由だと思われる。これに対して、「期待した結果が出ている」という回答は2006年の29%から32.6%に増加している。

中国は、1978年の改革開放、1992年の市場経済への転換及び社会体制の変化に伴い、様々な政策、制度の整備・改革を迫られている。一方、衛生事業も改革に伴って、病院は急速に発展する時期を迎えていた。今日、病院は経営管理がだんだん重要になってきている。中国調査と日本調査を比較し、中国と日本について経営管理の違いを分析した。中国の病院における経営管理は発展段階でこそあるが、電子カルテという基盤情報、目標管理及びBSC についての導入率が高いことがわかった。調査した病院のうち、一番早くBSCを導入したのは2000年であった。そして、2005年からBSCを導入する病院はだんだん多くなっている。2013年の調査時点で、調査した病院のうち、55.5%の病院がBSCを導入していた。中国では多くの総合大病院がBSCを

導入しているのは明白である。

その原因は、中国では国立医療機構が全医療機関の90%以上を占めており、国の政策が医療機構に対して大きく影響し、強力な指導の下に置かれていることから、経営管理ツールの利用率が高いと推測できる。また、中国は国立医療機構を支え、多くの資金投入をしている。資金の保障は、中国の病院にいろいろな経営管理手法を展開させやすくしていると考えられ、将来の発展もより期待できると考えられる。

中国の国立医療機構の高い経営管理手法の利用の一方で、病院の経営管理の発展に制限もある。

まず、医療サービスについて、保険料から見ると、加入率は90%以上をカバーしている。しかし、保険からの支払及び政府からの補助金が少ないため、ほとんどの医療費が患者の自己負担になる。たとえば、都市住民医療保険に関して、2007年7月、国務院は「都市住民基本医療保険試行地に関する指導意見」を公布した。これは被保険者が受診料を先に一括払いし、その後、本人が指定機関で申請し、審査などの手続きをすれば、基金給付部分の金額が還付されるというものである。その際には、指定病院・医療機関及び指定薬局で受診しなければならない。しかし、貧困者は先に受診料が払えないため、病気になっても、民間に伝わる薬に頼る場合が多い。それが「看病難、看病貴」の一つの原因になっていると考えられる。日本では、ほぼ全員が何らかの保険に加入しているので、病院での費用はだいたい低い割合の負担でよい。それは、国民にとって、だれでも高水準の医療サービスを受けられるということである。

次に、平等の問題がある。日本の病院では、差別されることなく、平等に受診できる。しかし、中国では、特別なルートがあり、ある

者は列に並ばずに受診できるようなことが多い。

また、医療サービスの品質保障の問題もある。日本では、認証を評価する組織が設置され、病院全体の評価を実施し、より良い医療サービスを提供している。中国でも、国の医療政策改革によって、質の高い医療サービスを提供するためにいろいろな政策が公布された。しかし、日本のような病院を評価する組織が設置されていないため、現場の医療サービスが保証されていない。

しかし、中国もこれらの医療問題に着目し、改善し始めている。2009年4月6日、中共中央、國務院は「医薬衛生体制改革を推進することに関する意見」を公布した。3年間に8,500億元（日本円で約14兆4,500億円）を新医療改革に投入しようという計画である。それによって、国家全体の医療衛生レベルを向上させて、人々の健康を保障し、政府は医療の矛盾を解決することを表明している。上記の「意見」では、国立病院の改革は新医療改革の中の主たる内容になっている。具体的には①医療衛生機構の公益性を確保すること、②国立病院の経営管理レベルを高めること、③患者を中心にする、④サービスプロセスを最適化すること、⑤サービスの効率を高めることの5つに着目している。国の真剣な姿勢により、今後、中国の医療改革の明るい発展が望めるであろう。また、この医療環境の下での医療機構の経営の発展も期待できる。

このように、中国では医療制度の改革は模索段階にあり、いろいろな社会問題に対応して、改善が行われている。

本論では、筆者はこれらの医療システムにおける課題の解決及び中国の実情に相応しい持続可能な福祉社会の実現可能性を検討することを研究課題とした。中国では医療に関す

る研究が非常に不足していると考えられる。また、中国の医療経営管理に対する示唆という視点からみると、日本の医療システムについての立ち入った研究は未開拓の状態にある。中国と日本の文献調査を散見すると、日中間の医療経営管理（医療バランスト・スコアカードを含む）における比較研究もあまり行われていない。

中国における国立医療機関の数は医療機関の総数の90%以上を占めており、国の95%以上の医療を提供している。国有出資の医療衛生機関であるため、国の政策と制度に直接に影響されている。よって、国立医療機関の経営管理は国の政策に従って、改革しなければならないと考えられる。これが、中国における医療機関の経営管理手法の導入率が日本より高い原因であると想定できる。経営管理手法の導入率が高い一方、「看病難、看病貴」は中国の目下の重大な社会問題である。つまり、中国の医療機関のサービスはまだ低く、日本と差がある。

今回の調査は、インタビュー調査を実施していないため、現場の利用状況と利用の質について十分に説明できていない。また、中国で実施したアンケート調査はただ一部の総合大病院に対して行ったので、中国の病院の全体像を十分に解明できていない。しかし、今後の厳しい経営環境の中で生き残るために、大病院が経営管理を重視しつつあることは明白である。中小病院においても経営管理手法、特にBSCの考え方が普及していくことが推測できる。アンケート調査については、改善の余地を残すものであるため、今後、このような調査についても一層精緻なものを行い、より充実した現状分析や実態把握に努めていきたい。

- 1 労農兵とは、労働者・農民と兵士の3つの言葉を総称することである。
- 2 1949年の中国の新生児の死亡率は20%であった。1979年には、5.81%になった。
- 3 文革時期とは、1966年から1977年までの文化大革命時期である。
- 4 中華人民共和国民政部は中華人民共和国国務院に属する行政部門であり、社会行政事務を主管する。

参考文献：

日本語文献

- 安野洋一・根本大介（2005）『ナースのための電子カルテ導入・活用ガイド』学習研究社
- 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカード－英米の展開と日本の挑戦－』中央経済社
- 伊藤一彦・上宮克己（2011）『バランスト・スコアカードの創り方』同友館
- 江藤宗彦（2011）『成長する中国の医療市場と医療改革の現状』富士通総研
- Kaplan, Robert S. and David P. Norton, "The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance", *Harvard Business Review*, Vo.70, No.1, January-February, 1992 (本田桂子訳「新しい経営指標“バランスト・スコアカード”」)『DIAMONDハーバード・ビジネス』第17巻, 第3号, 1992年5月, pp81-90) これについて, 西村周三・森田直行（2011）『部門別管理－目標管理制度の導入と実践』日本医療企画
- 田多英範（2004）『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版会
- 江藤宗彦（2011）『成長する中国の医療市場と医療改革の現状』富士通総研
- 櫻井通晴（2008）『バランスト・スコアカード－理論とケース・スタディー－』同文館出版社
- 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカード－英米の展開と日本の挑戦－』中央経済社
- 高橋淑朗（2004）『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版社
- 高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカード研究 経営編』生産性出版
- 高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカード研究 実務編』生産性出版
- 陳金霞（2005）「中国における医療システム改革－日本の経験からの示唆」千葉大学大学院社会文化科学研究科
- 中田範夫（2007）「病院の経営管理」『小児看護』

第30巻 第8号 へるす出版

- 中田範夫（2011）「大規模病院の経営管理機能についての時点比較－平成18年調査と平成22年調査－」『山口大学経済学雑誌』第59巻第6号
- 中田範夫（2014）「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－」『山口大学経済学雑誌』第62巻第5・6号
- 中田範夫・高星（2006）「中国の病院におけるコスト・マネジメント－実態調査を中心にして－」『山口大学経済学雑誌』第55巻第1号
- 中田範夫（2010）「病院の経営管理機能についての第5回調査－電子カルテ、目標管理、BSCおよび原価計算を中心として－」『山口大学経済学雑誌』第59巻第1,2号
- ポール.R.ニヴン・清水考（2009）『BSC戦略マネジメントハンドブック』中央経済社
- 羅小娟（2001）『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社
- ロバート.S.キャプラン・デビッド.P.ノートン（吉川武男訳）（2005）『バランスト・スコアカード－新しい経営指標による企業変革－』生産性出版
- ロバート.S.キャプラン・デビッド.P.ノートン（吉川武男訳）（2011）『バランスト・スコアカード 戦略経営への変革』生産性出版社

中国語文献

- 曹栄桂（2011）『病院管理学』人民衛生出版社
- 曹凱（2012）「中国病院院長」（第4期）吉林省出版社
- 陳竺（2013）『現代養生B』「健康中国2020戦略研究報告」2013巻1期
- 甘政鑫（2009）「基于平衡计分卡的医院绩效管理研究－以TD医院为例－」天津财经大学
- 葛延風（2005）『对中国医療衛生体制改革評価和建議』中国發展評論
- 葛延風・賁森（2007）『中国医改問題・根源・出路』北京市中国發展出版社
- 黄樹則・林士笑（1986）『当代中国衛生事業』（上）中国社会科学出版社
- 姜合作（2007）『平衡计分卡在医院管理中的应用』军事医学科学出版社
- 柳随年・吳群敢（1984）『中国社会經濟歴史』黒竜江省人民出版社
- 翟树悦（2004）「平衡计分卡在外国医院绩效管理中的应用」『中国医院管理』第4期
- 譚醒朝（2003）「医疗服务新思维-平衡积分卡理论与实务」『当代医学』第10期

唐月红 (2007) 「构建公立医院绩效评价的平衡计分卡指标体系」『中国卫生经济』

魏晋才 (2010) 『医院绩效管理』人民卫生出版社

许斐 (2009) 「基于平衡计分卡的医院员工绩效管理系统的设计与实现 - 以杭州市第一人民医院为例 -」浙江工业大学

杨传松・姜合作 (2007) 『平衡计分卡在医院管理中的应用』军事医学科学出版社

叶政書・朱名媛 (1993) 『現代病院分級管理』北京科学技術出版社

张大同 (2011) 「新医改背景下的我国公立医院平衡计分卡应用研究 - 以KF市人民医院为例 -」西南财经大学

张帆 (2005) 「平衡计分卡引入医院管理的可行性探讨」『中华医院管理杂志』第11期

张培林 (2006) 「运用平衡计分卡对医院经营管理的改革探索」『中国卫生经济』第5期

张英夫 (2005) 「平衡计分卡在医院的实施」『中国医院』第8期

中華人民共和国衛生部 (2014) 『2013年中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社

参考URL

中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会「2014年7月底全国医療衛生機構数」2014年9月19日公布 <http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8208/list.shtml> 2014年9月20日

中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会「健康中国2020研究報告」2012年8月20日公布 <http://www.moh.gov.cn/mohghcws/s3574/20>

1208/55678.shtml 2015年1月5日

中華人民共和国国家統計局「中国統計年鑑」1991年版 <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/> 2014年6月26日

人民日報ホームページ <http://58.68.146.103/epaper/55/20141011/p1.html> 1978年第1版 2014年6月23日

中共中央・国務院「第11回全国代表大会工作報告」2012年3月4日公布 中国人民ホームページ www.people.com.cn 2015年1月3日

中共中央・国務院「衛生業務改革若干政策問題の報告」1985年4月25日公布 国發62号公文書 中国人民ホームページ www.people.com.cn 2015年1月2日

中共中央・国務院「都市住民基本医療保険試行地に関する指導意見」2007年7月公布 2015年1月3日

中共中央・国務院「医薬衛生体制改革を推進することに関する意見」中發2009 6号文書 2009年4月6日公布 中国人民ホームページ www.people.com.cn 2015年1月2日

中共中央・国務院「2009-2011年に医薬衛生体制改革を推進する実施方案」国發2009 12号文書 2009年4月6日公布 中国人民ホームページ www.people.com.cn 2015年1月2日

中華人民共和国衛生部・中央機構編制委員会・国家發展改革委員会・財政部・人的資源社会保障部「国立病院改革試行に関する指導意見」衛医管發2010 20号文書 <http://wsb.moh.gov.cn> 2015年1月3日