

山口大学大学院東アジア研究科

博士論文

中国の病院における BSC  
—政策の歴史と実態調査を中心として—

平成 28 年 3 月

袁 宇

序章 問題の提起と論文の構成.....	1
第1章 中国における医療制度と医療改革.....	5
第1節 中国の基本医療保障制度.....	5
第2節 中国における医療衛生機構（医療組織）の構成.....	11
第3節 医療改革における国立病院の改革と病院の経営管理の必要性.....	20
第2章 病院における経営管理.....	24
第1節 経営管理手法.....	24
第2節 BSCの発展.....	30
第3節 医療におけるBSC.....	41
第3章 中国の病院における改革とBSC.....	46
第1節 国立病院改革の政策とBSCの関連性.....	46
第2節 中国の病院におけるBSCの導入事例.....	58
第3節 中国の病院における財務状況.....	65
第4章 日本の医療制度と病院の経営管理手法（BSC）.....	71
第1節 日本の医療保障制度の現状.....	71
第2節 日本の病院における医療機構の構成.....	76
第3節 日本の病院におけるBSCの利用状況.....	80
第4節 日本の医療機構における財務状況.....	86
第5章 日中両国の病院におけるBSCの導入に関する先行研究.....	91
第1節 中国の病院におけるBSCの導入に関する先行研究.....	91
第2節 日本の病院におけるBSCの導入に関する先行研究.....	97
第3節 先行研究による日中の病院におけるBSCの導入状況の比較.....	102
第6章 病院の経営管理手法に関する実態調査（日中の比較と分析）.....	104
第1節 アンケート調査.....	104
第2節 BSCに関するインタビュー調査.....	129
終章 結論と展望.....	142
参考文献.....	153
付属資料.....	160
謝辞.....	174

## 序章 問題の提起と論文の構成

### 1. 問題の提起

中国は、1978年の改革開放及び1992年の市場経済の変革に伴い、様々な政策、制度の整備・改革に迫られている。医療衛生事業の改革も例外ではなく様々な試行を行ってきた。この改革試行に伴って、病院は急速に発展する時期を迎えている。特に1992年の市場経済体制の変革とともに、国立病院は市場化に適応する必要性が生じた。すなわち、病院が提供する医療サービス価格は主に市場で決められるようになった。また、医師の収入も自身の提供した医療サービスによって決められ、職業道徳は商業化した。一方、2000年代に入ると、医療衛生事業の市場化のマイナス面が次々と出てきて、「看病難、看病貴（受診が難しく、受診費用が高い）」が社会問題になった。

2003年にSARS(重症急性呼吸器症候群)疫病が発生した時点で、政府は医療衛生事業における改革の欠点を検討し始めた。2005年に政府は医療改革に対する評価を実施し、基本的に失敗と判断した。更に、政府は失敗原因も指摘して、「この20年間の医療制度改革は医療衛生事業の市場化、商品化を引き起こした。この問題の出現は、政府の医療衛生事業に対する管理不足、資金投入の不足と直接関係がある」<sup>1</sup>とした。また、問題の解決方法に対しても「今後の医療改革の核心は、政府の責任を強化し、政府の主導力を発揮して、医療衛生事業の中の国立病院の職能を発揮すること」<sup>2</sup>と指摘した。そして、中国の医療衛生事業は新しい改革の探索を開始した。2009年から、中共中央、国務院は「関与深化医薬衛生体制改革の意見(中共中央国務院医薬衛生体制改革の意見の強化に関する意見)」(以下「意見」とする)を公布した。その後、政府は国立病院の改革に関して相次いで4文書を公布したが、その4文書はこの「意見」に基づいて制定されたものである。従って、本論文の記述部分ではこの「意見」を含めて5文書という表現をしているところがある。

また、経済の発展と共に、人民の健康レベルは目に見えて向上し、ニーズは多様化した。そのため、病院も経験的管理から科学的管理に向かって進んでいる。医療市場競争が日に日に激しくなるに従って、病院改革の深化と共に、各病院は経営理念を競い、新しい経営

---

<sup>1</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/GB/8198/57482/index.html> 2015/4/10。

<sup>2</sup> 同上。

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 (World Trade Organization) に加入し、衛生事業改革の深化とともに、科学的・調和的発展、及び持続可能な発展が現在ところ病院発展の主流方向になっている。管理方法の研究も病院管理の主たる内容になっている。

## 2. 本稿の目的と課題

このような状況を背景に、中国の特別な制度、国情の下で 90%以上が国立の医療機関であるが、そこで利用されている。経営管理手法にどのような影響が与えられているのだろうか。そして、国が導入を推進しているバランスト・スコアカードはどのような導入状況にあるのか。また、医療先進国と言われる日本での状況はどうだろうか。このような問題意識に基づき、本論文を企図するに至った。

本研究の目的は、中国の病院における BSC の特徴を明らかにすること、である。この目的を達成するために以下の 5 つの課題を設定し、それらの課題を明らかにすることによって論文の目的を達成するつもりである。

- (1) 中国の新医療改革における BSC 導入の必要性を明らかにする。
- (2) 中国が 2009 年から実施した新しい医療衛生事業改革後に、国が公布した医療衛生事業に関する政策文書 (5 文書) の内容を分析した上で、それらの文書が BSC とどのように関連するかを明らかにする。
- (3) 中国と日本における実態調査としての先行研究の分析を通じて、筆者のアンケート調査の課題を明確にする。
- (4) 筆者の実施した中国の病院に対する 2013 年のアンケート調査と 2014 年のインタビュー調査の結果分析から、近年の中国の病院における BSC の導入状況や運営実態を明らかにする。さらに、日本における中田のアンケート調査結果との比較を行う。
- (5) 中国の病院における BSC の導入と今後の BSC の発展の可能性を探る。

本論文の研究の大まかな流れは、まず、中国と日本の医療保障制度、病院における BSC に関する文献資料を分析し、中国の病院に対する経営管理手法の導入の必要性を論述する。次に、2009 年の新しい医療衛生事業改革の後に国から公布された医療衛生事業に関する 5 政策文書の分析を通して、国が公布した政策と BSC のつながりを明らかにする。また、先行研究をベースにして、中国において実態調査を行い、さらに、中国の実態調査

と日本調査とを比較する。その上で、文献資料に対する分析を踏まえ、中田氏のデータと筆者のデータを比較し、その相違点を見つけ、分析していく。最後に、研究課題のまとめ、研究目的について記述し、今後の研究課題を明示する。

### 3. 論文の構成

本論文の流れは次のようになっている。

第1章では、まず、中国における基本的な医療保障制度について説明した。次に、2009年以降の中国における医療機構の構成を、①医療衛生機構数、②病院数、③等級別病院数、④病院の病床数、⑤病院の利用状況、⑥医療事業従事者数の6点から分析した。これを通して、国立病院と私立病院との差異を明らかにした。また、中国では医療機関の中で95%以上が国立医療機関であり、その医療機関が主な診療とサービスを提供している。国立病院が量的に国立医療機関の主な位置を占めているため、医療制度改革における国立病院の改革と病院の経営管理の必要性について検討した。

第2章では、病院における経営管理手法を中心に論述した。まず病院におけるインフラ基盤としての電子カルテ、及び経営管理手法である目標管理、原価計算、及びバランスト・スコアカード（BSC）の4つを説明した。電子カルテは病院の情報基盤を構成するものであり、他の3つは代表的な経営管理手法である。次に、一般産業におけるBSCについて論述した。最後に、病院の経営管理におけるBSCについて論述した。

第3章では、まず、国立病院の改革に関して国が公布した政策の文書（5文書）を分析して、国からの国立病院に対する意見と要求を読み取った。中国は社会主義体制国家であるから、国は国立病院に対して、管理と監督をしている。また病院の発展のための計画を策定している。そこで、国が公布した政策と文書の分析を通して、中国における国立病院の発展と方向性を明らかにした。国からの国立病院に対する管理体制の要求から、病院のBSCに注目して、分析した。次に、実際に中国の病院がBSCをどのように導入しているかを明らかにするため、BSCの導入事例を一つ挙げて分析した。

第4章では日本の医療制度と病院の経営管理手法（BSC）について記述した。はじめに、日本の基本的な医療保障制度の構成及び医薬分業制度について述べた。次に、日本の病院における医療機構の構成を①医療機構数、②病院数、③病院のベッド数から分析した。最後に、日本の病院におけるBSC登場の背景を論述し、BSCの導入事例を一つ挙げて分析した。

第 5 章では、日中両国の病院における BSC の導入実態を比較・分析するため、両国の病院における BSC の導入と発展に関する先行研究を検討した。中国の病院における BSC 導入の実態を論述したものは、単純な理論面の論述研究、並びに一つの病院を事例とした研究は多いが、中国の病院の全体に着目して、BSC の導入の実態を研究したものは寡少である（ここでは、LIN[2014]の「Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China」調査を取り上げた）。そこで、中国の先行研究はこの LIN の研究に基づいて分析した。日本の病院における BSC の実態調査については、医療バランスト・スコアカード研究学会の会長高橋淑朗の調査が詳しく、緻密であると考え、日本の先行研究は高橋の調査を取り上げた。最後に、LIN の調査に関する疑問点をあげた。

第 6 章では、中国の病院における経営管理手法の導入実態を明らかにするために、筆者が 2013 年と 2014 年に、中国の病院で実施した実態調査（アンケート調査とインタビュー調査）と 2013 年に中田が日本で行った調査<sup>3</sup>を比較・分析した。

終章では、先に設定しておいた 5 つの課題に対しての結論を明かにし、次に本論文の目的についての結論を記述した。最後に、本研究の問題点を踏まえて今後の研究課題を明示した。

---

<sup>3</sup> 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—」『山口経済学雑誌』第 62 巻 第 5・6 号,pp.1-34。

## 第1章 中国における医療制度と医療改革

医療は国民の基本的なニーズであり、国の社会・経済の安定や発展に寄与するものである。中国では、改革開放と共に、経済体制の変革、少子高齢化の進展があり、社会保障制度の改革などが行われたが、これらはいずれも医療改革と深く関わっている。医療機関における経営管理を考える際に、医療制度の理解は欠かせない。

本章では、初めに中国における基本的な医療保障制度について説明する。次に、医療衛生機構の構成を分析し、国立病院と私立病院との差異を明らかにする。また、中国では医療機関の中で95%以上が国立医療機関であり、その医療機関が主な診療とサービスを提供している。国立病院が量的に国立医療機関の主な位置を占めているため、医療制度改革における国立病院の改革と病院の経営管理の必要性について検討する。

### 第1節 中国の基本医療保障制度

ここでは、中国の基本医療保障制度をみていく。初めに4つある中国の基本医療保障制度の内容を具体的に示す。次に、中国の新医療衛生改革政策により、これらの基本医療保障制度が確立された経緯をみる。

#### 1. 中国の基本医療保障制度の内容

中国には全国民に対する統一的な医療制度は存在していない。現在の中国の医療制度は「都市従業員基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療保険」及び「都市と農村医療救助制度」の4つであり、これらが中国の基本的な医療保障システムを構成している<sup>2</sup>。

以下、表1-1を参照しながら、これら4つの基本医療保険の内容を詳しく論述する。

---

<sup>1</sup> 中国の病院を種類別に分けると、公立病院と私立病院がある。日本の公立病院は地方公共団体が経営する医療機関である。中国の公立病院は国家が出資している医療機関であり、いわゆる、国立医療機関である。本論文は日本と区別するため、国立病院という言葉を用いる。

<sup>2</sup> 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医療衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,pp.69・79・中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社,pp.331・336。

表 1-1 中国の基本医療保障制度（2013 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 合作医療保険	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「新型農村合作医療保険制度を設立に関する通知」（2003）	民政部 <sup>3</sup> 、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	都市の被用者個人と退職者	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	2013 年 2.74 億人	2013 年 2.99 億人	2013 年 8.02 億人	—
保険料	雇用主と被用者の共同負担。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：陳文玲・易利華（2011）『2011 年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社（pp.69-79）・中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社（pp.331-336）より筆者作成。

### 1.1 都市従業員基本医療保険

1998 年、国務院は「城鎮職工基本医療保険的相關決定（都市従業員基本医療保険に関する決定）」〔国発（1998）44 号〕を公布し、全国規模で従業員基本医療保険制度の改革を行った。従来の「無料医療制度」を廃止し、都市部の全従業員を対象とした統一的な医療制度である「都市従業員基本医療保険」を作った。「都市従業員基本医療保険」は、表 1-1 に示したように都市の全雇用組織、すなわち、企業、行政部門、公共機関、社会团体及び民間企業の従業員を加入させるものである。

保険料は雇用組織と被用者の共同負担であり、「個人口座」と「医療保険基金」が創設された。「個人口座」では主に受診費用、入院費用の一部及び指定機関の薬の購入費用を負担する。「医療保険基金」は主に規定の入院医療費と重症の場合の費用を負担する。具体的な保険料は地域と地域の経済状況等によって決められる<sup>4</sup>。

個人の保険料の全額と企業拠出金の 30%程度を「個人口座」に、そして拠出金の余り部分を「医療保険基金」に積み立てる。医療費が発生した際には、まず「個人口座」から

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> 中国人民代表大会ウェブ

[http://www.npc.gov.cn/npc/ztxw/tctjcxsbtxjs/2014-05/20/content\\_1863725.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/ztxw/tctjcxsbtxjs/2014-05/20/content_1863725.htm) 2014/5/9.



支払い、口座の残高を超えた部分は患者の個人負担となる。なお、被保険者が指定機関以外の医療機関を受診する場合は全額自己負担になる<sup>5</sup>。

## 1.2 都市住民基本医療保険

都市従業員基本医療保険の制度が確立された後、都市部の従業員以外の住民の医療保障問題を解決するため、2007年7月、国務院は「関与城鎮居民基本医療保険試行地的指導意見（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]を公布し、「都市住民基本医療保険」を作った。「都市住民基本医療保険」は都市従業員基本医療保険適用外の学生（小・中・高・大学生）、乳幼児、高齢者及び無職者が自由に参加できる<sup>6</sup>。

保険料は当地の経済発展レベルと住民の財政負担能力によって合理的に決定する。そのため、地方によって保険料は異なり、政府の財政の補助率も異なる。この都市住民基本医療保険では個人口座はなく、「医療保険基金」のみである。「医療保険基金」は主に入院医療費と部分的に重病費用を負担する。都市住民医療基本保険の支払い率は一般的に50%で、最高金額は年間3~4万元であるが、経済発展地域の支払い率は60%で、最高支払金額も年間十数万元になっている<sup>7</sup>。

被保険者は先に病院に全額を支払い、その後、本人が指定機関で申請をし、審査などの手続きを経て、基金給付部分の金額が還付される。ただし、この保険の加入者は、指定された病院・医療機関で受診し、指定薬局に行かなければならない<sup>8</sup>。しかし、貧困者は先に受診費が払えないため、病気になっても、民間療法に頼ることが多い。これで治ればよいが、どんどん病気が悪化してから、病院に行くケースがある。それが「看病難、看病費」の原因の一つとなっている。

## 1.3 新型農村合作医療保険

2002年10月、中共中央と国務院は「関与加強農村衛生工作的決定（農村医療衛生事業の強化に関する決定）」を公布し、全国の農村部で合作医療制度を実施することを決めた。2003年1月、中共中央と国務院は「新型農村合作医療制度意見的通知（新型農村合

<sup>5</sup> 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,p.76。

<sup>6</sup> 中華人民共和國民政部

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/zdshbz/200712/20071200005823.shtml> 2014/5/9。

<sup>7</sup> 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,pp.77-78。

<sup>8</sup> 同上,p.77。

作医療制度の設立に関する通知」を公布した。「新型農村合作医療保険」は農民の「看病難、看病貴」問題を解決するための重要な措置である。「新型農村合作医療保険」は政府が組織し、誘導し、そして支持する。これは農村住民を対象とした家庭単位の任意加入方式である。資金調達には、①個人納付、②地域援助、③政府補助、の原則に基づいて行われる<sup>9</sup>。

2014年5月の財政部ウェブニュースによると、財政部・国家衛生計画生育委員会と人力資源社会保障部は4月25日に「2014年新型農村合作医療保険と都市住民基本医療保険資金調達の通知」を公布した。これにより新型農村合作医療保険の保険料は、各級財政の加入者1人当たり320元(2014年現在)と決められた。この中の中央財政の補助は120元である。200元の部分が西部地区で80%、中部地区で60%に比例する補助を行い、東部地区でも各省によって一定の比率に応じて補助を行っている<sup>10</sup>。

#### 1.4 都市と農村医療救助制度

2003年11月、民政部、衛生部及び財政部はまず、「実施農村医療救助的意見（農村医療救助を実施する意見）」を公布した。この中で、農村医療救済の目標、原則、医療救済対象者の選択、救済基金の調達と管理、サービス提供、組織及び実施などからより細分化された。つぎに、2005年に国務院は「関与建立城市医療救助制度試点工作意見的通知（都市医療救助制度に関する試行地意見の通知）」の文書を民政部、衛生部、労働部社会保障部及び財政部に回した<sup>11</sup>。こうして、都市と農村医療救助制度が整った。

都市と農村医療救助制度は、政府が資金を提供し、主に都市従業員基本医療保険に参加していた者で病気が原因で貧困となった者及び都市と農村の貧困者を救助するものである。この社会医療救助の対象者は貧困者であるため、保険料の支払が困難である。従って、資金は主に政府資金と寄付資金などである<sup>12</sup>。

以上は中国の4つの基本医療保障制度である。この4つの基本医療保障制度は大きく分けると3つに分けられる。まずは都市の住民に対する医療保障と農村の住民に対する

<sup>9</sup> 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,pp.76-77。

<sup>10</sup> 中国人民共和国財政部

[http://he.mof.gov.cn/lanmudaohang/tongzhitonggao/201410/t20141024\\_1154188.html](http://he.mof.gov.cn/lanmudaohang/tongzhitonggao/201410/t20141024_1154188.html) 2014/5/10。

<sup>11</sup> 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,p.78。

<sup>12</sup> 同上,p.78。

医療保障、都市と農村の貧困者に対する医療救助保障である。この中で、都市住民の医療保障には従業員と非従業員のための 2 種類がある。加入方法については、都市の従業員に対する医療保障は強制加入で、それ以外は任意である。全体的に見れば、中国の基本医療保障制度は、都市と農村の住民に分けられる保障制度である。

「看病難、看病貴」問題は依然として存在しているが、2009 年からその問題を緩和し、解決するために、国は以上の 4 つの基本医療保障制度の整備を推進し、全国に導入し、そして個人の医療費用の負担が効果的に軽減されるような新しい医療改革を開始した。

## 2. 中国の新医療衛生改革政策

2009 年 1 月 21 日、温家宝総理は国務院常務会議の中で、「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意见(中共中央国務院医薬衛生体制改革の強化に関する意見)」と「2009 年—2011 年医薬衛生体制改革近期重点实施方案(2009 年—2011 年医療衛生体制改革の早期の重点実施法案)」を許可した。同年の 4 月 6 日、国務院が全国にその意見と提案を公布した<sup>13</sup>。ここから、中央政府が主導する新医療衛生改革政策がスタートした。

「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意见(中共中央国務院医薬衛生体制改革の強化に関する意見)」によると、2009—2011 年までの医薬衛生体制改革の重点実施プランでは、短期的な改革目標が示されている。具体的には、①基本医療保障制度の整備、②国家基本医薬品制度の設立、③基層医療サービス・システムの健全化、④公衆衛生サービスの均等化、⑤国立病院改革の試行地の推進、である。この 5 項目の改革によって「看病難、看病貴」という社会問題が緩和され、解決されることが期待されている。新医療衛生改革政策は基本医療保障制度の整備を推進し、それを、都市部と農村部に導入し、結果として個人の医療費用の負担が効果的に軽減されるようにするものである<sup>14</sup>。

新改革の実施以降、改革の内容が着実に前進し、効果が徐々に現れてきた。「深化医薬衛生体制改革三年総結報告(医薬衛生体制改革推進に関する三年間の総括報告)」によると、2009 年—2011 年の間、全国の財政医療衛生のために累計で 15,166 億元が支出された。その中で、中央財政の投入は 4,506 億元である。2008 年と比べると、3 年間に 12,409 億元を新医療衛生体制改革の推進のために投入し、既定の 8,500 億元から 3,909 億元を増やしている。その中で、中央財政の投入も既定の 3,318 億元から 3,679 億元を増やした。

<sup>13</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2014/9/10。

<sup>14</sup> 陳文玲・易利華(2011)『2011 年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,pp.17-18。

国際金融危機の背景の下でも、医療改革のための財政投入を年々増加し、医療改革の各項目資金の需要を確保し、これによって中央と各政府は医療改革の決意と実行を表明した<sup>15</sup>。

「医薬衛生体制改革推進に関する三年間の総括報告」によると、3年を経過した改革により、都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険及び新型農村医療保険の3つの保険を主体として、都市と農村の医療救助制度、商業健康保険及びその他のさまざまな民間医療保険が存在する中国の特徴的医療保険制度システムが初歩的に形成された。都市部と農村部の住民には「病有所医（病気があれば、受診）」できるように制度の保障が提供された。2011年末までに、都市部と農村部の住民が3種の基本医療保険に参加した人数は13億人を超過しており、これは改革前より1.72億人増え、カバー率は95%以上に達した<sup>16</sup>。

『健康中国 2020』の研究報告によると、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ることができる社会の実現を目指す。そして、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状況を大幅に改善する。さらに、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歳まで引き上げ、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、全国民をカバーする医療保険の整備が重要になっている<sup>17</sup>。

以上のように、中国の基本医療保障制度は2009年から2011年までの3年間の改革を経て、都市従業員医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療保険の公的保険制度及び都市と農村医療救助制度が構築された。一方で、都市と農村の医療共済制度を基本とした民間の商業健康保険やさまざまな医療保険が補充をされ、中国独自の医療保障システムが形成され、都市部と農村部の住民に「病有所医」のための保障が提供されるようになっている。

---

<sup>15</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/BIG5/n/2012/0626/c70731-18378879.html> 2014/9/10。

<sup>16</sup> 同上。

<sup>17</sup> 健康中国 2020 戦略研究報告編委会『「健康中国 2020」戦略研究報告』人民衛生出版社、pp.11-14。

## 第2節 中国における医療衛生機構（医療組織）の構成

2009年の新医療衛生改革政策により、中国の医療衛生機構の構成は変化した。本節では、医療衛生機構の構成の変化を、①医療衛生機構数、②病院数、③等級別病院数、④病院の病床数、⑤病院の利用状況、⑥医療事業従事者数の6項目から分析する。

2009年から新しい医療改革に着手したため、それ以前のデータは比較のためには使用できない。従って、本節で使用するデータは2009年以降のものとする。

### 1. 医療衛生機構数

中国の医療衛生機構は多面的に発展している。国有、集団、株式合作、合弁、私営、台湾、香港マカオ投資、中国と外国の合資など、多様な形式の機構が存在している。しかし、政府が出資する国有の医療衛生機構が90%以上の診療と入院サービスを引き受けており、主導的な地位を占めている。そのため、他の医療衛生機構が規模や実力、医療サービスレベルなどにおいて競合することは難しい。以下では、医療衛生機構の構成を具体的に先に示した6つの観点から見ることにする。

2014年の中国統計年鑑によれば、中国の医療衛生機構は大きく病院、基礎医療衛生機構、専門公共衛生機構とその他の機構の4つに区分することができる。この中で、病院は経済類型によって区分すると、国立病院と私立病院の2種類がある。基礎医療衛生機構はコミュニティ衛生サービスが中心で、町内衛生院、郷鎮衛生院、村衛生院、外来受診部門、診療所を含んでいる。専門公共衛生機構は疾病予防コントロールが中心で、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、採供血機構、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。その他の機構は療養院、臨床検査センターなどを含んでいる<sup>18</sup>（表1-2）。

表1-2 中国の医療衛生機構の分類

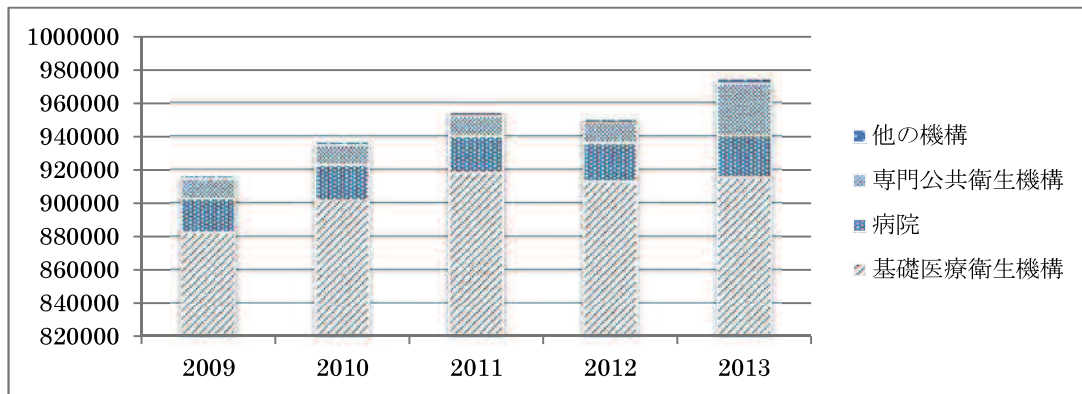
医療衛生機構	種類
病院	国立病院、私立病院
基礎医療衛生機構	町内衛生院、郷鎮衛生院、村衛生院、外来受診部門、診療所
専門公共衛生機構	専門疾病予防機構、健康教育機構、母子保健センター、救急センター、採供血機構、衛生監督機構、計画出産技術サービス機構
その他の機構	療養院、臨床検査センター

<sup>18</sup> 中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社,p.1.

出所：中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社,p.1。

2014年の中国衛生統計年鑑によると、2009年－2013年の間に医療衛生機構総数は916,571から974,398になり、6.3%増加した。その中で、病院数は20,291から24,709に増加した。増加率は21.8%である。2013年の病院数は医療衛生機構総数の2.5%を占めている。一方、基礎医療衛生機構数は882,153から915,368になり、3.8%増加した。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。専門公共衛生機構数は11,665から31,155になり、167.0%増加した。専門公共衛生機構数は医療衛生機構総数の3.2%を占めている。その他の機構の数は2,462から3,166になり、28.6%増加した。これは医療衛生機構総数の0.3%である<sup>19</sup>（図1-1）。

図1-1 医療衛生機構数の推移

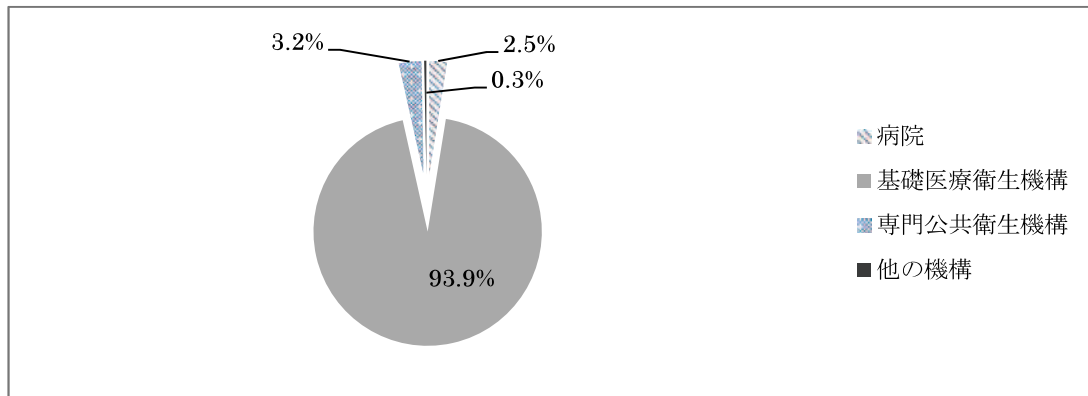


出所：中国衛生和計劃生育委員会（2010－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

図1-1は中国における医療衛生機構の各機構の増加動向図である。増加率の大きい順に見ると、専門公共衛生機構（167.0%）、他の機構（28.6%）、病院（21.8%）、基礎医療衛生機構（3.8%）である。専門公共衛生機構は急増しており、2.5倍以上になった。これは専門公共衛生機構の種類が多いことと関係があると考えられる。一方、病院の増加率は21.8%である。他の機構の増加率と比べると低い、中国では国立病院が主体で、新設が抑えられているからであろう。

<sup>19</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2010－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

図 1-2 2013 年の医療衛生機構構成



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2010-2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

図 1-2 は 2013 年の医療衛生機構の構成図である。基礎医療衛生機構は 93.9% を占め、圧倒的に多い。しかし、受診人数から見ると、2013 年まで病院の受診人数は総受診人数の 37.5%、基礎医療衛生機構は総受診人数の 59.1%、専門公共衛生機構は総受診人数の 3.3%、その他の機構は総受診人数の 0.1% である。従って、中国では病院は約 4 割の診療と医療サービスを提供しているが、病院は総医療衛生機構数の 2.5% とごくわずかである<sup>20</sup>。

## 2. 病院数

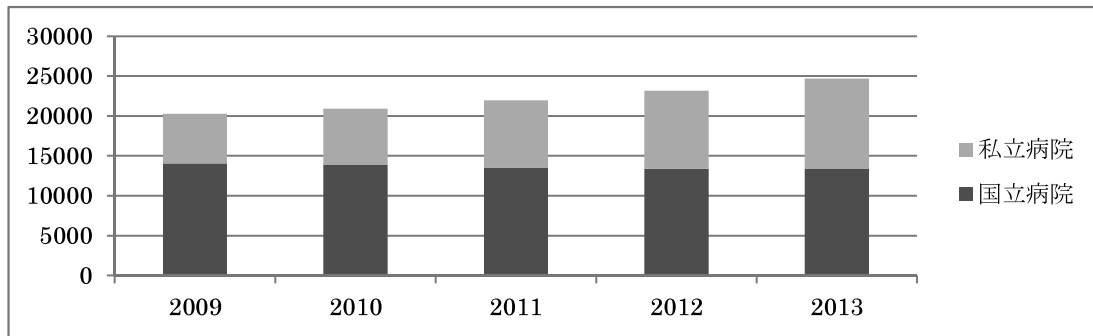
2014 年の中国衛生統計年鑑によると、2009-2013 年の間に、国立病院の数は 14,051 から 13,396 に減少し、減少率は 4.7% である。2013 年の国立病院数は病院総数の約 54.2% を占めている。一方で、私立病院数は 6,240 から 11,313 に増加し、増加率は 81.3% であり、これは病院総数の約 45.8% を占めている<sup>21</sup>。

図 1-3 に私立病院と国立病院の数の推移を示した。2009 年には国立病院対私立病院が 14,051 対 6,420 で国立病院の方が多かったが、2013 年には 13,396 対 11,313 になり、私立病院と国立病院の数は等しくなりつつある。

<sup>20</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

<sup>21</sup> 同上,p.10。

図 1-3 病院数の推移



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社 p.10 より筆者作成。

### 3. 等級別病院数

中国の病院は規模によって等級に分類され、それがまた甲、乙、丙などに分けられている。等級の高い順に、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 床以上であり、二級病院の病床数は 101 床以上 500 床未満、一級病院は 100 床以下である。三級病院は、中国衛生部や省衛生庁や市衛生局などの管轄を受けて、一定の医療環境基準を満たしているもの（大学付属病院など）である。二級は市所属の地区レベルの病院、そして、1 級は町や住宅地区レベルの病院である<sup>22</sup>。

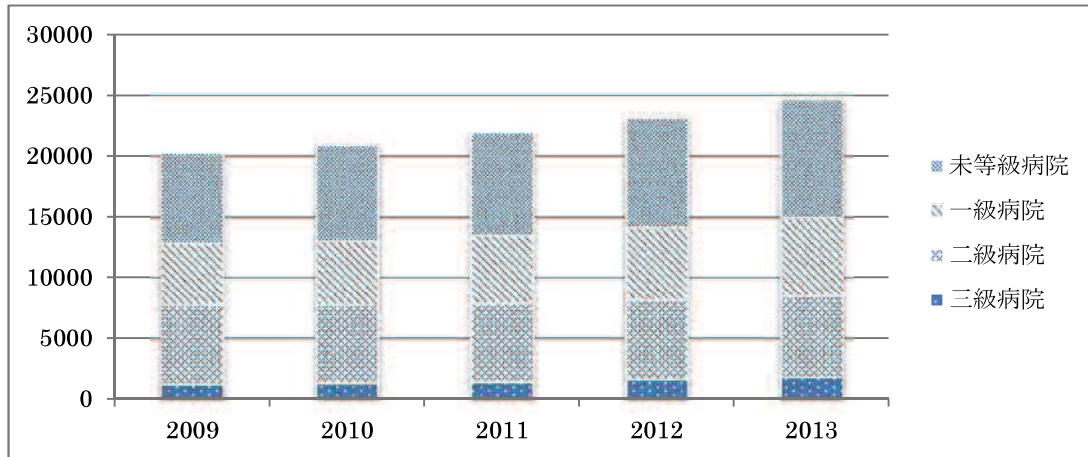
前述したように、2013 年の全病院数は 24,709 である。その中で、三級病院数は 2009 年—2013 年の間に、1,233 から 1,787 に増加した。増加率は 44.9%であり、2013 年には全病院数の 7.2%を占めている。二級病院数は 6,523 から 6,709 に増加し、増加率は 2.9%で、全病院数の 27.2%を占めている。一級病院数は 5,110 から 6,473 に増加し、26.7%増加し、2013 年の全病院数の 26.2%を占めている<sup>23</sup>。三級、二級と一級病院が 2013 年時点で 60.5%と病院全体の 6 割を占めている。なお、未等級病院が 4 割ある。

<sup>22</sup> 中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社。

<sup>23</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.10。



図 1-4 等級別病院数の推移



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2010-2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.10 より筆者作成。

図 1-4 に示したように、2013 年では一級と二級病院はほぼ同数だが、2012 年以前は二級病院の方が多かった。2013 年では三級病院は全体から見ると、少ないが（7.2%）、2009 年から 2013 年までに 44.9%増加した。

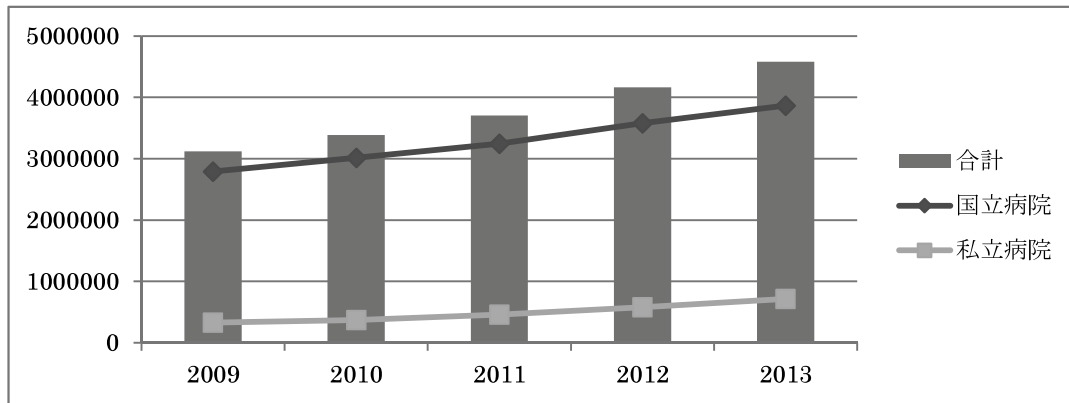
中国では経済発展に伴い、人々の生活レベルが高くなり、より良い医療技術、サービスを希望する者が多くなった。そのため、より高いレベルの病院で医療を受ける者が多くなり、三級病院が人々のニーズに対応して増加していると考えられる。

#### 4. 病院の病床数

2009 年-2013 年の間に、病院の総病床数は 3,120,773 床から 4,578,601 床に増加した。増加率は 46.7%である。その中で、国立病院の病床数は 2,792,544 床から 3,865,385 床となり、38.4%増加した。国立病院の病床数は病院総病床数の 84.4%を占めている。私立病院の病床数は 328,229 床から 713,216 床となり、117.3%増加した。2 倍以上になったが、私立病院の病床数は総病床数の 15.6%に過ぎない<sup>24</sup>（図 1-5）。

<sup>24</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.82。

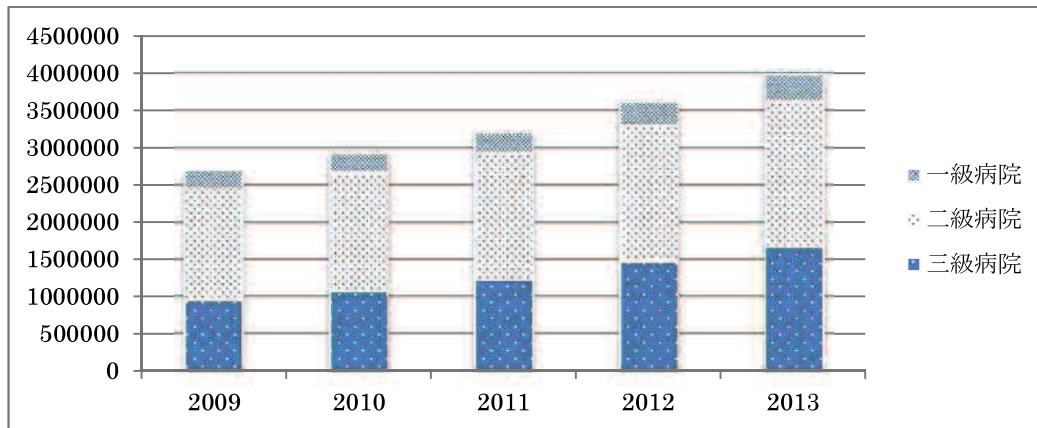
図 1-5 国立・私立病院の病床数の推移



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.82 より筆者作成。

2013年現在、国立病院は総病院数の52.3%を占めているが、病床数は総病床数の8割以上を占め、入院サービスの中核的役割を果たしている。一方、私立病院は病院総数の約45.8%を占めているが、病床数はわずか1割強である。病院の種類別にみると、中国の病院の入院サービスをほとんど国立病院が提供している。

図 1-6 等級別病院の病床数の推移



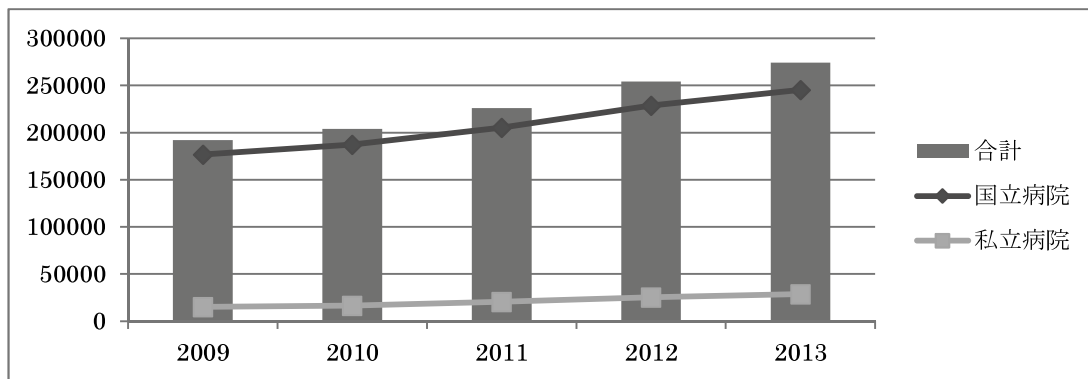
出所：中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.82 より筆者作成。

図 1-6 は等級別の病院の病床数の推移である。2009年から2013年の4年間に一級病院、二級病院、三級病院とも病床数は増加している。二級病院と三級病院の病床数を合わせると総病床数の約90%となり、入院サービスの提供に重要な役割を果たしていることは明らかである。

## 5. 病院の利用状況

病院の利用状況については、2009年の国立病院の患者の1病院当たりの受診回数は176,890.1回であったものが、2013年には245,510.6回になっており、37.8%増加した。国立病院の患者の1病院当たりの受診回数は総受診回数の89.5%を占めている。私立病院の患者の1病院当たりの受診回数は15,303.8回から28,667.1回になり、87.3%とほぼ2倍近く増加した。しかし、総患者の1病院当たりの受診回数の10.5%と約1割に過ぎない<sup>25</sup>（図1-7）。

図1-7 病院患者の受診回数



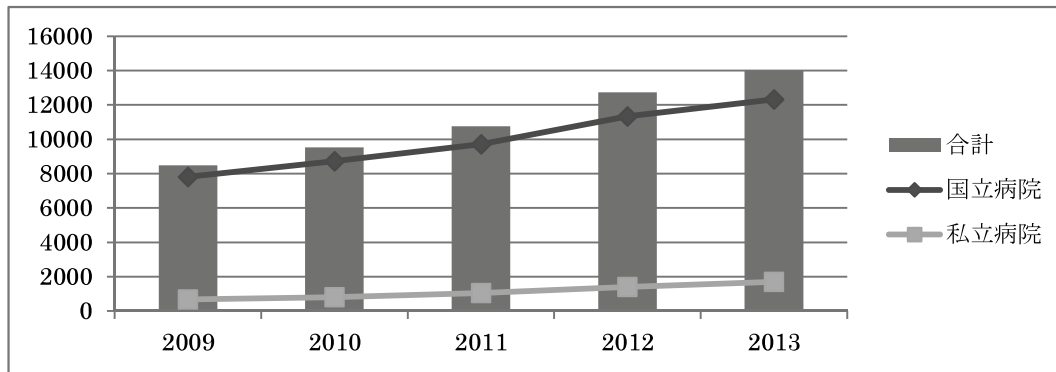
出所：中国衛生和計劃生育委員会（2009－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

病院の入院患者数については、図1-8に示すように、2009年から2013年の間に、国立病院の1病院当たりの入院患者数は7,809.7人から12,315.2人になり、57.6%増加した。国立病院の1病院当たりの入院患者数は1病院当たりの総入院患者数の87.9%を占めている。私立病院の1病院当たりの入院患者数は678.4人から1,692.3人となり、149.5%増加した<sup>26</sup>。単純に増加率を見れば急増しているが、1病院当たりの総入院患者数の僅か1割を占めているにすぎない。入院医療サービスにおいても、国立病院の占める比率は高い。

<sup>25</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2009－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

<sup>26</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.132。

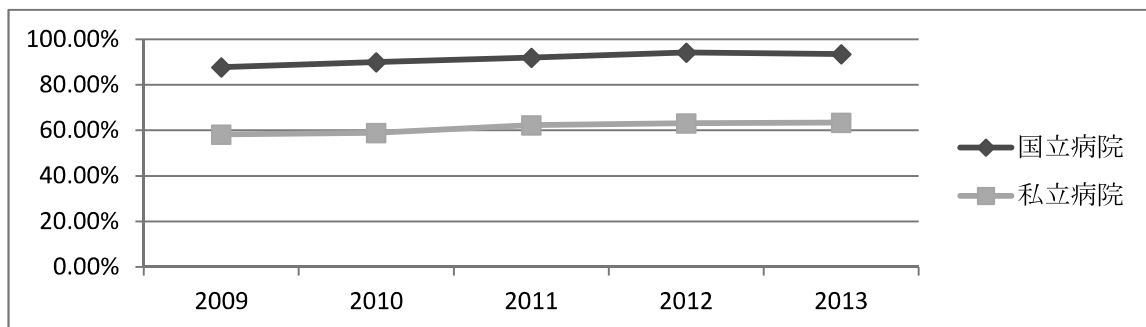
図 1-8 病院の入院患者数の推移



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.132 より筆者作成。

病床の使用率についてみると、2013年の全国の病院病床の使用率は89.0%である。その中で、国立病院の病床の使用率は93.5%であり、私立病院の病床の使用率は63.4%である<sup>27</sup>。2009年から2012年までに、国立病院、私立病院とも病床使用率はわずかに上がっているが、2012年から2013年の間の変化は見られない（図1-9）。

図 1-9 病床の使用率



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.138 より筆者作成。

以上のように国立病院と私立病院の総数は国立病院が54.2%、私立病院が45.8%と大差はないが、一方で、病院の利用状況については、受診回数、入院患者数、病床の使用率をみるといずれも、国立病院の方が高く約9割である。中国では国立病院が医療の重要な役割を担っていることが分かる。

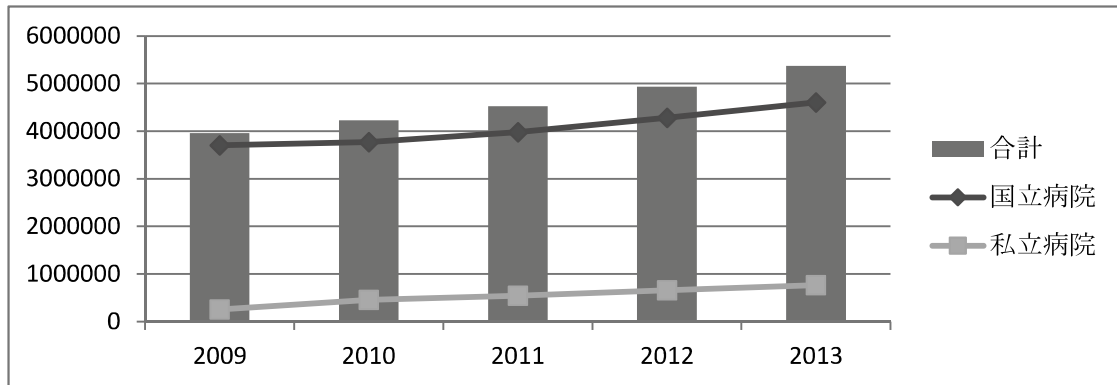
## 6. 医療事業従事者数

2013年の医療事業従事者数については、国立病院は4,606,153人であり、総医療事業

<sup>27</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.138。

従事者数の85.8%を占めている。私立病院は764,445人で、総医療事業従事者数の14.2%を占めている。国立病院の従事者の中で、衛生医師（医師、看護師、薬剤師、麻酔師など）は3,838,670人であり、私立病院では586,255人である<sup>28</sup>。

図1-10 医療事業従事者数



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2009－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

図1-10は2009年から2013年の5年間の医療事業従事者数の推移である。国立病院では3,701,604人から4,606,153人になり、24.4%増加した。私立病院では255,064人から764,445人になり、199.7%増加している。医療事業従事者は85%以上が国立病院に勤めていることが分かる。国立病院の従事者は、年々増えているが、私立病院の増加率の方が大きい。

以上のように、ここでは中国の医療衛生機構の構成を分析した。2009年から私立病院数が次第に増えてきているのは、同年に公布された「關於深化医薬衛生体制改革的意見(医薬衛生体制改革推進に関する意見)」によって、政府が多面的な衛生体制を設立し、社会资本の医療衛生事業も促進することを提案したことの影響である。すなわち、政府は民間資本が非営利組織を設立することを奨励し、保険医療の指定及び事業の実施などの面で国立病院と同様の扱いをすることになった<sup>29</sup>。

しかし、ここで見てきたように、2013年になると、国立病院と私立病院の数がほぼ同じになっても、両者には一定の差がある。私立病院は総病院数の45.8%を占めているに

<sup>28</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2009－2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

<sup>29</sup> 中華人民共和国中央人民政府ウェブ

[http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280057.htm](http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280057.htm) 2015/2/10。

もかわらず、病床数は総病床数の 15.6%で、患者の受診回数は総受診回数の 10.5%、入院患者数も総入院患者数の 12.1%、医療事業従事者も総医療事業従事者の 14.2%を占めているにすぎない。逆に、国立病院は総病院数の 54.2%を占めているが、病床数は総病床数の 84.4%、患者の受診回数は患者の受診回数の 89.5%、入院患者数も総入院患者数の 87.9%、医療事業従事者も総医療事業従事者の 85.8%を占めている。

このように、中国の医療は依然として国立病院が中心になっていることが分かる。従って、国立病院は中国で重要な役割を果たしているが、患者により良い医療サービスを提供するため、国立病院に対して、有効的な経営管理を導入する必要があると考えられる。

### 第3節 医療改革における国立病院の改革と病院の経営管理の必要性

中国は 2009 年から、「看病難、看病貴」問題を解決するため、新しい医療改革を推し進めている。中国では国家出資の医療衛生機関が主導的地位を占め、95%以上の診療と入院サービスを引き受けている<sup>30</sup>。そのため、国家出資の医療衛生機関、特に国立病院の改革は、国家の医療衛生事業の発展に直接影響している。本節では、国立病院の改革と病院の経営管理の必要性を明らかにしていく。

1949 年の建国から 2014 年までの 65 年間に、国立病院の改革は幾つかの発展段階を経てきた。様々な問題に直面することによって、改革に対する認識も次第に深化した。改革政策は主に当時の経済社会政策と密接に繋がっていた。

まず、1949 年から 1978 年までの計画経済体制下では、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需要を満たし、健康状態を高める役割を發揮した。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。新しい技術と新しい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。また、医療衛生サービス機関と医療従事者の積極性と創造性が十分に發揮されていなかった。このような状況が、患者の医療サービスに対する不満を引き起こし、資源浪費の現象も深刻な問題になっていた<sup>31</sup>。

1978 年の改革開放以降、医療衛生資源不足の解消と政府の負担の軽減及び医療サービスを向上させるため、国立病院の改革が開始された。1985 年、財源の医療領域への投入

<sup>30</sup> 中華人民共和国国家統計局 (2014)『中国統計年鑑』中国統計出版社。

<sup>31</sup> 曹榮桂 (2011)『医院管理学概論分冊第 2 版』人民衛生出版社,p.27。

不足について、国務院は「衛生工作改革若干問題報告（衛生業務改革に対する若干政策問題の報告）〔国発（1985） 62号〕公文書」を公布した。そのため、この年度は「医療改革元年」と呼ばれる。この公文書を公布して以来、単一の医療機関モデルが変わり、初めて民間資本を医療領域に投入することが許可された<sup>32</sup>。2003年までの25年間に、国立病院は管理体制と内部管理方式の面で一定の効果を獲得した。しかし、国立病院は経済的利益と規模拡大の面に関してはまだ改善されていなかった。そのため、国立病院が政府財政の負担を軽減すること、並びに病院の積極性を引き出すことが基本的姿勢と見なされた。国は医療サービスや医療の質に対しては関心をもっていなかったことが分かる。このような出発点の偏向により、国立病院の改革は国営企業改革のパターンを模倣し、自ら損益の責任を負い、自己発展するようになっていた<sup>33</sup>。

2003年になり、SARS（重症急性呼吸器症候群）が全国で発生した時点で、中国政府は経済と社会の協調発展及び調和社会を構築することを願い、過去25年間の医療衛生改革を再検討することを決めた。2005年5月24日、国家衛生部所属の『医院報』は国家衛生部政策法規部部長の劉新明の談話を掲載した。その内容は「医療衛生事業の市場化は医療改革の方向ではない。『看病難、看病貴』の根本原因は医療サービスの不公平性と医療資源配布の効率の低さが原因である。この2つの問題を解決する主体は政府であり、医療衛生体制改革は市場化の方向に向かうべきではない」<sup>34</sup>というものであった。

同年、国務院は医療衛生事業の改革に対する研究報告を発表した。報告では、「現在の医療改革に出現した問題は、この20年間の医療衛生事業の市場化、商品化が引き起こした。この問題の出現は、政府の医療衛生事業に対する管理不足、資金投入の不足と直接関係がある。そのため、今後の医療改革の核心は、政府の責任を強化し、政府の主導的な力を発揮して、医療衛生事業のうちの国立病院の職能を発揮することである」<sup>35</sup>とし、医療衛生事業改革は「基本的に失敗」と結論づけた。ここから、医療衛生事業における改革が中国で激しい議論を引き起こした。

2009年1月21日、温家宝総理は国務院常務会議の中で「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革の意見（中共中央国務院医薬衛生体制改革の意見の強化に関する意見）」と「2009年—2011年医薬衛生体制改革近期重点实施方案（2009年—2011年医療衛生体

<sup>32</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/n/2014/0429/c1001-24956267.html> 2014/3/20。

<sup>33</sup> 曹榮桂（2011）『医院管理学概論分冊第2版』人民衛生出版社,p.27。

<sup>34</sup> 人民ウェブ <http://opinion.people.com.cn/GB/8213/49719/index.html> 2015/4/10。

<sup>35</sup> 陳文玲・易利華（2011年）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社,p.263。

制改革の早期の重点実施案)」を許可した。同年の4月6日、国務院が全国にこの意見と案を公布した<sup>36</sup>。ここに、中央政府が主導する新医療衛生改革政策がスタートした。

新たな医療改革の主体は「1つの目標・4つの体系・8つの支持」であった。

「1つの目標」とは、都市と農村の住民をカバーする基本的な医療衛生制度の確立である。都市と農村の住民に安全で、便利で、安い医療衛生サービスを提供し、人々に必要な基本的な医療衛生サービスを提供することである<sup>37</sup>。

「4つの体系」とは、都市と農村の住民をカバーする公共の①衛生サービス体系、②医療サービス体系、③医療保障体系、④薬品供給保障体系の4つの体系を確立することである<sup>38</sup>。

「8つの支持」とは、①統一的な医薬衛生管理体制、②高効率で、規範的な医薬衛生運営メカニズム、③政府主導の多角的な衛生投入メカニズム、④科学的、合理的な医薬品価格の形成メカニズム、⑤厳格で、有効的な医薬衛生の監督体制、⑥持続的発展の医薬衛生、科学技術のパイオニア型メカニズムと人材保障メカニズム、⑦実用的で共有可能な医薬衛生情報システム、⑧医薬衛生に関する法律制度の確立、完備、の8つを政府が支持することである<sup>39</sup>。

2010年2月10日、中国衛生部、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つの部門は共同で「関与公立病院改革試点的指導意見（国立病院改革に関する試行地の指導意見）」を公布した。また、国立病院改革試行の任務を、①医療サービス・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、④国立病院の内部管理の強化、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の推進、とした<sup>40</sup>。

以上のように、中国の国立病院の改革はさまざまな改革の試行錯誤を経て、新しい任務を負い、管理体制の様々な面の改善に迫られている。国立病院の管理体制の改革には病院経営管理の手法が必要である。つまり、中国は市場経済体制の変革とともに、病院では医療改革に従って市場化の改革が行われている。国からの財務補助は計画経済体制下の全額

<sup>36</sup> 中国ウェブ [http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content\\_17564617.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content_17564617.htm) 2014/4/2

<sup>37</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2015/4/2。

<sup>38</sup> 同上。

<sup>39</sup> 同上。

<sup>40</sup> 新華ウェブ [http://news.xinhuanet.com/ziliao/2010-02/04/content\\_12928330.htm](http://news.xinhuanet.com/ziliao/2010-02/04/content_12928330.htm) 2014/4/2。



補助から、自ら損益の責任を負うようになった。国からは一部の財務が補助されるだけである。そのような背景の中で、病院は自身の発展のために、先進的な病院の経営管理理念と経営管理手法を導入する必要に迫られている。

一方、改革開放と市場経済の発展とともに、中国の経済は急激に発展している。また、国民の医療サービスの質に対する需要は増えている。病院間は、競争の関係になっており、病院間の競争は、医療サービスの質、医療技術、医療費用など様々な面に及んでいる。そのため、この点からも先進的な経営管理手法の導入が中国の病院に対して必要になっていると考えられる。

2009年から実施された新しい医療体制改革は、国立病院の改革を促した。2010年に国立病院改革の試行が開始され、管理体制に関する6つの任務と改革が始まった。このように、国からの改革政策に従って、中国の国立病院は管理体制に対して改革を始めている。そのため、先進の経営管理手法が重要になり、病院に対して経営管理手法の導入が必要になると考えられる。

本章では、以上の3節の分析を通して、中国の基本的医療保障制度、医療衛生機構構成と国立病院における経営管理の必要性について論述した。2009年の新医療改革を実施して以来、私立病院の数が次第に増えているが、第2節で示したように、中国の医療は依然として国立病院が中心になっていることが明らかである。

また、2009年の改革は、中国の医療衛生事業の主体としての国立病院が重点的な改革の対象となった。2010年の「関与公立医院改革試点的指導意見（国立病院改革に関する試行地の指導意見）」における国立病院の改革の任務は6つある。全て病院の管理体制と強く関連している。そのため、中国の国立病院の改革には、先進的な経営管理手法の導入が必要になる。

一方、中国では改革開放と市場経済の発展とともに、経済が急激に発展している。国民の医療サービスに対する需要は増えている。病院間の競争は、医療サービスの質、医療技術、医療費用など多方面に及んでいる。国民の医療サービスに対する需要と病院間の競争の2点から見れば、中国の病院における改革において、先進的な経営管理手法の導入が必要になっていることは明らかである。

## 第2章 病院における経営管理

第1章の論述を通して、中国の国立病院は国家の政策に従った改革を行っていること、さらに今日、病院間の競争にさらされていることを考えれば、先進的な経営管理手法の導入が必要であることが分かる。本章では、病院における経営管理手法を中心に論述していく。

企業は目標利益を獲得するシステムである。すなわち、営利を目的として、開発・生産・販売・アフターサービスなどの経済活動を営む組織体である。病院は、医療サービスの提供を主として行い、患者の健康にかかわる役割を担っている。病院経営の目的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、医療機関の運営を確保することは難しい。そこで、近年病院は新しい経営管理手法の導入を進めている。

本章では、まず病院における電子カルテ、目標管理、原価計算、及びバランスト・スコアカード（BSC）の4つを説明する。電子カルテは病院の情報基盤を構成するものであり、他の3つは代表的な経営管理手法である。次に、一般産業におけるBSCについて論述する。最後に、病院の経営管理におけるBSCについて論述する。

### 第1節 経営管理手法

病院における経営管理についてはさまざまな手法があるが、本論は電子カルテ、目標管理、原価計算、BSCを中心に論述する。電子カルテは病院のインフラ基盤となるものであり、目標管理は、営利組織と非営利組織として基本的なツールであり、目標を計画し、実現する仕組みである。原価計算は主に財務に関する情報をベースにして、経営管理のための情報を提供する。BSCは財務の面と非財務の面を含めた総合的な経営管理手法である。以下に具体的に説明する。

#### 1. 電子カルテ

IT化の発展に伴い、医療分野にもITが取り入れられてきている。病院では、医師、看護師、検査技師、事務員などが患者に良い医療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、部門間や職員間の連携を伝統的な紙カルテに頼っているのは、情

報の一元化は難しい。

電子カルテとは、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。堤幹宏は、「電子カルテの導入の目的は、『医療の質の向上』『患者サービスの向上』および『病院経営の貢献』にある」<sup>1</sup>としている。安野洋一は、「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」<sup>2</sup>と述べている。

この電子カルテのメリットには以下のようなものがある<sup>3</sup>。

- ① 診療現場で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い。
- ② 手書きの際の、読みにくい文字がなくなる。
- 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る。
- 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縮できる。
- ⑤ 自然災害によるカルテの消失を防ぐことができる。

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<sup>4</sup>。

- ① 電子カルテ導入はコストが高い。
- ② IT化の発展に伴い、ハッカーがいることで、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。

このように、電子カルテはメリットとデメリットの両方があるが、現在病院が置かれている状況から総合的に判断すれば、導入せざるを得ないであろう。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、導入時にはコストがかかっても、病院事務の効率化を向上させ、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ているが、病院経営においても導入する医療機関が増加している。中田によれば、目標管理とは、「一般に PDCA サイクルを通じた目標達

<sup>1</sup> 堤幹宏 (2006) 「電子カルテと医療」 奈良県立医科大学先端医学研究機構医療情報学教室,p.88。

<sup>2</sup> 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,p.2。

<sup>3</sup> 同上,pp.2・5。

<sup>4</sup> 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,p.995。

成のための経営管理手法だとされている。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)」<sup>5</sup>ことである。個人の目標設定及び自己コントロールを目的としており、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。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。まず、優越性については、以下の3点を上げている<sup>6</sup>。

- ① 管理業務が改善できる。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・従業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を増進させる。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ことである。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ことができる。
- ③ 人事考課に利用できる。目標管理方法は従業員の業績を評価することに非常に有効なツールである。新年度の業務開始時に、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<sup>7</sup>。

- ① 目標の設定がしにくい。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、目標設定の幹部と部下の交流をするには時間がかかる。
- ② 人事考課の問題がある。目標管理で評価をしても、最終的にトップが人事評価している場合がある。目標管理を含めた人事考課のルールを上司がよく理解しておらず、結局は上司の感覚で評価が決まってしまっている。このように、目標管理制度と人事評価制度がうまく連動していないことがある。

これらの意見を参考にすると、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、制約性を克服すれば、病院経営の

---

<sup>5</sup> 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,p.997。

<sup>6</sup> 魏晋才 (2010) 『医院绩效管理』人民卫生出版社,pp.245-249。

<sup>7</sup> 同上,pp.245-249。

安定に対して役に立つと考えられる。

### 3. 原価計算

原価計算の定義について、溝口一雄は、原価計算とは、「経営活動の結果、取得さるべき経営給付のために、失われる経済的資源の価値を測定するための計算技術の体系である」<sup>8</sup>としている。清水によれば、医療における原価とは、「経営の目的に適合した、病院・病院にとっては患者の診療・看護・介護に役立った、そのために使った物やサービス（人件費及び経費）の金額を集計したもの」<sup>9</sup>である。

原価計算は、一般的に企業の経営管理のために行われている。そのため、病院における原価計算の目的は製造業とは一部異なるところがある。病院では原価計算の実施は義務ではない。また、販売価格の決定もその目的とはならない。病院側に価格の決定権は与えられていないからである<sup>10</sup>。

企業における原価計算の一般的なステップは、費目別原価計算→部門別原価計算→製品別原価計算という順序で進めていく。病院の原価計算も同様なプロセスで行われるが、この場合は費目別計算、診療科別計算（部門別原価計算）、疾患別・患者別原価計算（製品別原価計算）という名称が使われる<sup>11</sup>。

病院の原価計算のプロセスは以下のようにになっている。

費目別原価計算とは、医薬などの材料費、医療従事者の給与などの労務費、設備の消耗品など発生した経費の原価を集計することである。病院における原価計算と企業における原価計算は大きな異同がないことが分かる<sup>12</sup>。

病院には様々な診療科がある。患者がそれらの診療科で受診した場合、その診療科の医師の指示に従い、それぞれの医療行為が実施される。各診療科は原価部門を設け、診療科ごとの責任単位を明確にし、各診療科の患者に係る収益と費用を集計し利益を算定する。診療科別原価計算は、費目別計算の手続きを経て実施される<sup>13</sup>。診療科別原価計算の集計

---

<sup>8</sup> 溝口一雄（1993）『最新例外原価計算<増補改訂版>』中央経済社,p.14。

<sup>9</sup> 清水至（2001）『病院原価計算ハンドブック』医学書院,p.2。

<sup>10</sup> あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン（2011）『病院コスト・マネジメント診療科別・疾患別原価計算の実務』中央経済社,p.13。

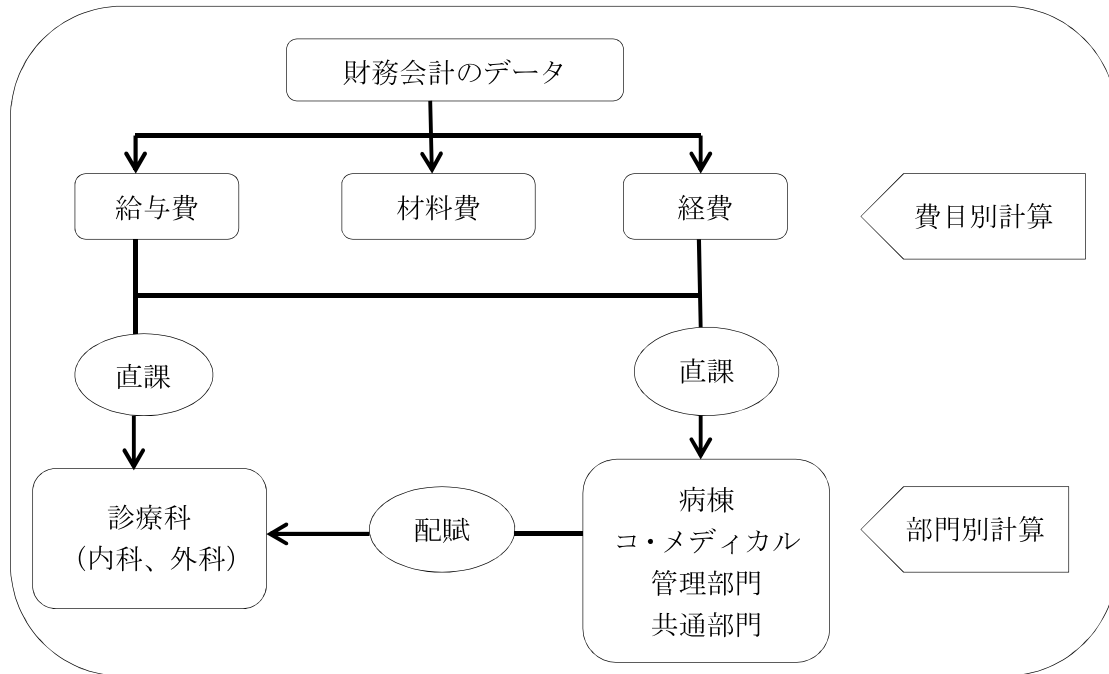
<sup>11</sup> 近藤祥平（2014）「病院管理会計に関する考察—原価計算とBSCを通して—」同志社大学 会計学研究会,p.18。

<sup>12</sup> 大崎美泉（2004）「病院原価計算の展開：疾患別原価計算によるコスト・マネジメントを目指して」『大分大学経済論集』大分大学経済学会 56巻 4号,p.10。

<sup>13</sup> 有限責任 あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン（2011）『病院コスト・マネジメント診療科別・疾患別原価計算の実務』中央経済社,pp.26-29。

手続きを図 2-1 に示した。

図 2-1 診療科別原価の集計手続き



出所：あずさ監査法人他編（2011）『病院コスト・マネジメント診療科別・疾患別原価計算の実務』中央経済社, p. 28。

新日本監査法人医療福祉部（2007）によれば、疾患別・患者別原価計算とは「各患者の原価を集計し、患者の疾病分類ごとにどのくらいコストがかかっているのかを把握し、今後の診療方針、原価管理目標を患者毎あるいは疾病ごとに設定していくもの」<sup>14</sup>である。診療科別原価計算と疾患別原価計算の違いを、表 2-1 に示したとおりである。

表 2-1 診療科別原価計算と疾患別原価計算の違い

原価計算の種類	診療科別原価計算	疾患別原価計算
収益・費用の集計単位	診療科ごと	疾患ごと
計算種別	部門別原価計算の一種	製品別原価計算に相当
集計単位の着眼点	医業活動を行ううえでの責任区分と業務区分	診療報酬算定の基礎となる区分
実施可能性	比較的实施が容易	導入障壁が高い

出所：あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン（2011）『病院コスト・マネジメント診療科別・疾患別原価計算の実務』中央経済社, p.94。

<sup>14</sup> 新日本監査法人医療福祉部（2007）『原価計算から始める病院経営入門』ぱる出版, p.18。

以上、病院にとって原価計算を実施することは医療行為の状況と経営状態をはっきりと把握することができるという理由で、原価計算は病院経営にとって非常に有益な経営管理手法である。

#### 4. BSC

BSC は提唱者であるハーバード・ビジネス・スクール教授のロバート S.キャプラン (Robert S.Kaplan) と経営コンサルタントであるデビッド P.ノートン (David P.Norton) 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。

Kaplan・Norton (西村・森田訳) によれば、BSC とは、「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」<sup>15</sup>ものである。

キャプランとノートン (吉川訳) によれば、BSC 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車的役割も担っている。この BSC 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」<sup>16</sup>ものである。

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<sup>17</sup>。

アメリカでは最初に医療 BSC が導入されている。荒井耕は、「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」<sup>18</sup>と述べている。

---

<sup>15</sup> Kaplan,Robert S.and David P.Norton,“The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance”, *Harvard BusinessReview*,Vo.70,No.1,January-February,1992 ,pp.71-79 (本田桂子訳「新しい経営指標“バランス度・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,pp.81-90) これについて、西村周三・森田直行 (2010)『部門別管理—目標管理制度の導入と実践』日本医療企画,p.6。

<sup>16</sup> ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 吉川武男訳 (2011)『バランス・スコアカード戦略経営への変革』生産性出版,p.52。

<sup>17</sup> 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』同門館出版 pp.30-35。

<sup>18</sup> 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,p.3。

高橋は、「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」<sup>19</sup>と述べている。

以上の病院における目標管理、原価計算と BSC の 3 種類の経営管理手法は異なる役割を發揮していると考えられる。本論文は病院における BSC がテーマであるので、次節で BSC の歴史を見ておくことにする。

## 第 2 節 BSC の発展

本節では BSC を中心に論述する。病院における BSC だけではなく、企業における BSC の発展についてもみていく。最初に、企業における BSC について論述し、次に病院における BSC について論述する。

『Harvard Business Review』によれば、BSC は「過去 75 年間で戦略マネジメントとして影響力が一番大きい (The most important management practices of the past 75 years)」<sup>20</sup>ことが指摘されている。すでに述べたように、BSC は最初、1990 年代にキャプランとノートンによって提唱されていた。今では、BSC は第 3 世代までに進化している。

以下では、BSC の 3 つの世代について述べていく。この BSC の進化は、図 2-2 のように区分されている。

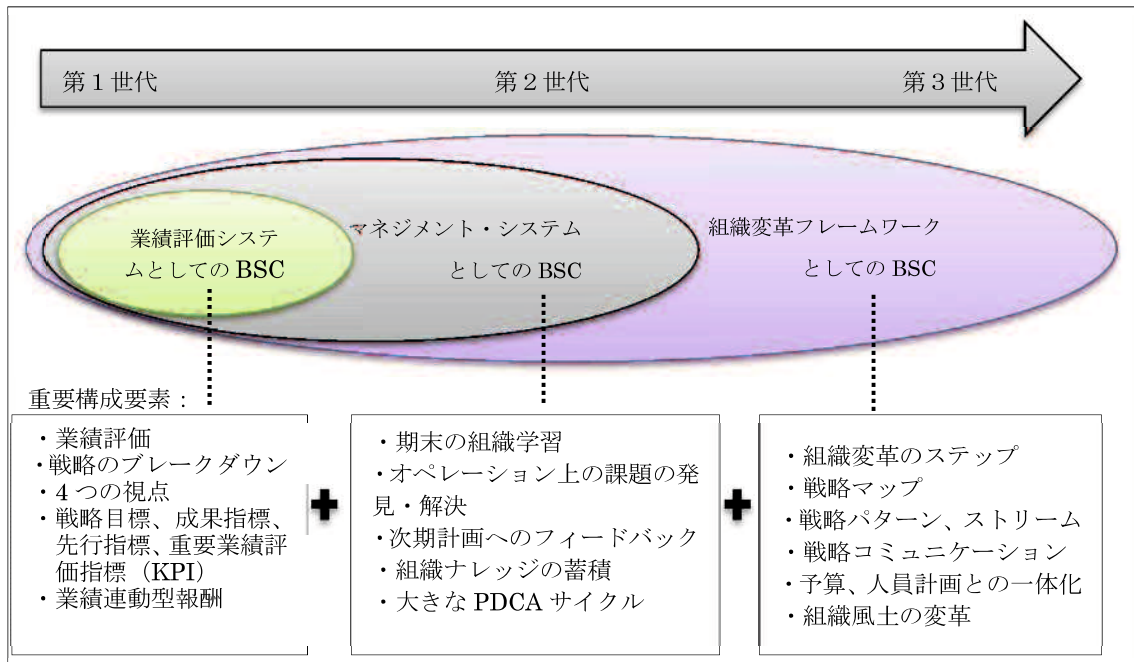
---

<sup>19</sup> 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,p. 8。

<sup>20</sup> Kaplan,Robert S.and David P.Norton (劉俊勇・孫薇中国訳) (2013) 『平衡計分カード化戦略為行動』広東経済出版社,pp.3-4。



図 2-2 BSC の進化



出所：森沢徹（2001）「バランス・スコアカードによる業績評価制度の改革」『知的資産創造』野村創造研究科,p.64。

## 1. BSC の 3 つの世代

### 1.1 第 1 世代の BSC

1990 年、情報化社会に適合した新たな業績評価システムを開発するため、ノーラン・ノートン研究所で研究プロジェクトが開始された。ノーラン・ノートン研究所の会長で経営コンサルタントのデビッド・P・ノートン（David P. Norton）はプロジェクト組長を担当し、ハーバード・ビジネス・スクール教授のロバート・S・キャプランは学術コンサルタントを担当し、12カ所の会社と共に研究プロジェクトを開始した。1992年、キャプランとノートンは『Harvard Business Review』誌上に初めて BSC の概念を発表した。この初期の BSC は「業績評価」を目的とすると位置付けられていた。吉川は「バランス・スコアカードの目標と業績評価指標は、企業のビジョンと戦略から導き出し、財務的視点、顧客の視点、社内ビジネス・プロセスの視点、学習と成長の視点という 4 つの視点から企業の業績を見る」<sup>21</sup> ことである。これらについて、梅田は、「この段階では視点間の因果関係は明確には考慮されていなかった。この初期段階の BSC は 4 つの視点の集計でし

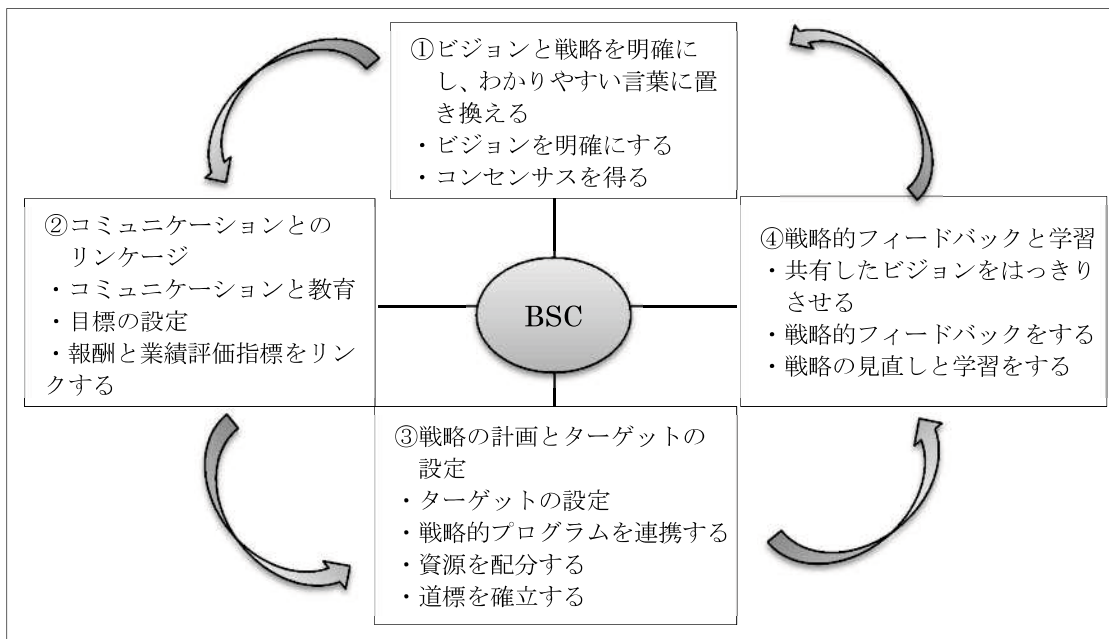
<sup>21</sup> ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 吉川武男 訳（2011）『バランス・スコアカードー新しい経営指標による企業変革』生産性出版,p.29。

がなく第1世代のBSCと呼ばれる」<sup>22</sup>と述べている。

## 1.2 第2世代のBSC

第1世代のBSCは視点間の因果関係は明らかにされていなかった。しかし、それぞれの視点は孤立しているのではなく、お互いに影響を及ぼしている。従って、キャプランとノートンは1993年に「Harvard Business Review」誌上に発表した論文において、「バランス・スコアカードは製品、プロセス、顧客、市場開拓といった重要な領域にブレークスルーをもたらすマネジメント・システムであり、単なる評価指標以上の意味を持っている」<sup>23</sup>と述べている。キャプランとノートンは、「初期にBSCを導入した企業が達成した成果の大きさと重要性をみることで、組織全体を戦略に方向づけるというBSCによるマネジメント・システムの大きな力が明らかになった」<sup>24</sup>としている。

図2-3 マネジメント・システムとしてのBSC（第2世代）



出所：柴山慎一・正岡幸伸・森沢徹・藤中英雄（2001）『実践バランス・スコアカードケースでわかる日本一企業の戦略推進ツール』日本経済新聞社,p.44。

図2-3には、第2世代のBSCのフレームワークを示した。この段階のBSCは4つの

<sup>22</sup> 梅田宙（2013）「バランス・スコアカードに関する文献検討と考察」『医療バランス・スコアカード研究』日本医療バランス・スコアカード研究学会 第9巻 第2号,p.96。

<sup>23</sup> Kaplan, Robert S. and David P. Norton, "Putting the Balanced Scorecard to Work", *Harvard Business Review*, Vo. 71, No. 5, September-October, 1993, pp. 134-147. (鈴木一功・森本博行訳（1994）「実践バランス・スコアカードによる企業変革」『DIAMOND ハーバード・ビジネス』第19巻 第1号,p.94。

<sup>24</sup> Kaplan, R.S. and Norton D.P. (2001), *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴監訳（2001）『キャプランとノートンの戦略バランス・スコアカード』東洋経済社,p.46)。

視点の因果関係を明示し、企業の全体のビジョンに基づき、戦略目標を設定する。設定したビジョンを達成するため、各部門が業績目標を立て、BSCのフレームワークを設定する。また、業績評価結果と報酬の関連により、企業従業員の積極性を引き出し、業績評価目標を達成できる環境を備える。そして、実際の数値目標と計画立てを行う。最後に、設定した業績指標と実際数値を比較し、次期の計画を着実に達成するため、設定した業績指標と実際数値を比較し、原因を明らかにし、戦略の見直しと学習をすることである<sup>25</sup>。

### 1.3 第3世代のBSC

第3世代に入ると、BSCは「単に経営管理手法でなく、組織をより戦略志向、戦略に焦点を合わせた状態へと変革するためのフレームワーク」<sup>26</sup>になっている。第3世代のBSCは4つの視点の中の学習と成長の視点について、大きな進展がある。企業の長期的な経営を考えると、従業員の知識や教育の訓練をしなければならない。

図2-4に示しているように、組織変革フレームとしてのBSCは①戦略を実行可能なオペレーション上の指標に翻訳する、②各部門、組織のベクトルを戦略と一致させる、③戦略を従業員「皆の日々のもの」にする、④戦略を持続的なものにする、⑤経営トップのリーダーシップにより変革を始動する、という5つの原理原則を提唱している。

第1の原理原則は個別組織の業績評価指標を設計する必要はなく、戦略マップの上に組織のミッションや重要業績評価指標を明確にして戦略分析を行って戦略を構築する。それによって、末端の従業員に対しても、自分の役割負担と自分のミッションを理解させることができる。これは企業でも個人でも有効になる<sup>27</sup>。

第2の原理原則は企業の小さな組織単位ごとに、戦略目標を達成するために、各組織の役割や共通目標を明確し、お互いに分担し、調整し、協力すべきである<sup>28</sup>。

第3の原理原則は企業の全従業員に対して、企業の戦略目標を理解させ、明確にさせる。また、戦略についてコミュニケーションをし、業務と戦略の監視と必要になる知識やスキルの学習を行うべきである<sup>29</sup>。

第4の原理原則は「BSCによる戦略コミュニケーション、業績評価管理サイクルを本

---

<sup>25</sup> 柴山慎一・正岡幸伸・森沢徹・藤中英雄（2001）『実践バランス・スコアカードケースでわかる日本一企業の戦略推進ツール』日本経済新聞社、pp.43-45。

<sup>26</sup> 同上、p.46。

<sup>27</sup> 同上、pp.46-48。

<sup>28</sup> 同上、p.49。

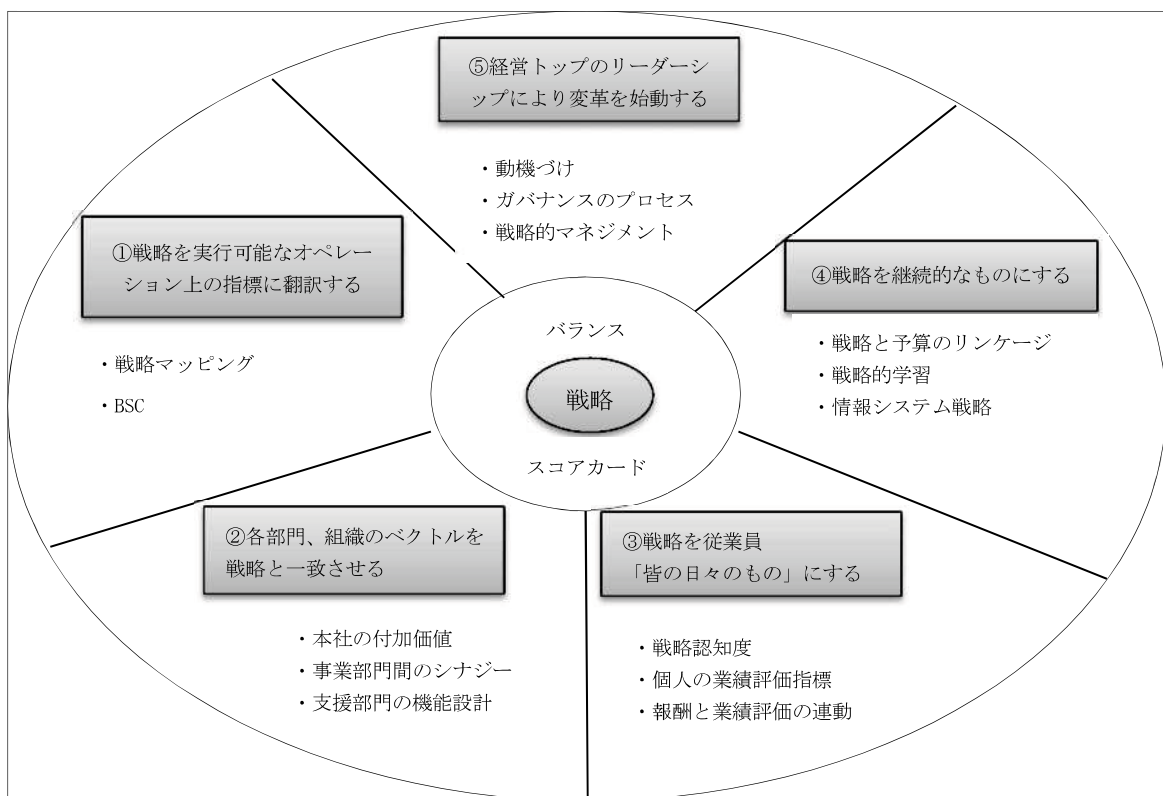
<sup>29</sup> 同上、pp.50-51。

当に定着させるためには、戦略、BSC、予算、オペレーションを一体化させる必要」がある<sup>30</sup>。

第5の原理原則はキャプランとノートンは「この段階で重要となる3つのフェーズを①動機づけと改革の後押し、②ガバナンス、③戦略的マネジメント・システムの完成」<sup>31</sup>と指摘した。

まず、「①動機づけと改革の後押し」とは、企業の経営改革は当社にとってどのような重要な位置に存在するかを、具体的に、丁寧に、熱意をもって、全従業員に伝えることである。「②ガバナンス」とは管理職や従業員が改革についてのオーナーシップに関わっていくよう経営者が彼らを指導するというフェーズである。「③戦略的マネジメント・システムの完成」とは柴山慎一等が示しているように、BSCとは従来の経営管理手法を排除するのではなく、それらを集大成し、さらに、進化させたままである、という位置づけが行われている<sup>32</sup>。

図2-4 組織変革フレームとしてのBSC（第3世代）



出所：柴山慎一・正岡幸伸・森沢徹・藤中英雄（2001）『実践バランス・スコアカードケースでわかる日本企業の戦略推進ツール』日本経済新聞社,p.44。

<sup>30</sup> 柴山慎一・正岡幸伸・森沢徹・藤中英雄（2001）『実践バランス・スコアカードケースでわかる日本一企業の戦略推進ツール』日本経済新聞社,p.52。

<sup>31</sup> 同上,p.55。

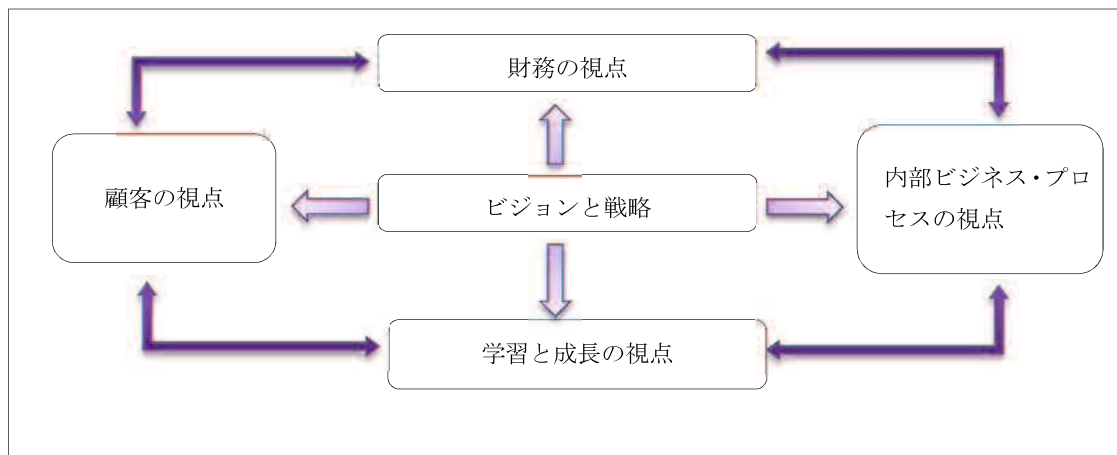
<sup>32</sup> 同上,pp.55-56。

このように、BSCは1992年に提唱されて以来、経営管理手法として「進化」してきた。

## 2. BSCの4つの視点

キャプランとノートン(1992)は、「BSCでは、これらの経営指標を『財務の視点』『顧客の視点』『ビジネス・プロセスの視点』『学習と成長の視点』の4つの視点に分類する。この分類に基づく情報をもたらすと同時に、経営指標の数を絞り込むことによって、情報過多とならないように注意されており、これによって『組織全体に戦略を理解させる』『個人の目標を戦略と連携させる』『戦略目標を長期目標や年間予算と関連づける』『戦略のスパイラル・アップができる』等の効果が生まれる」<sup>33</sup>と述べている。

図2-5 バランスド・スコアカードにおける4つの視点



出所：櫻井通晴(2008)『バランスド・スコアカード—理論とケース・スタディ』同門館出版社 P.32。

キャプランとノートンが提唱した典型的なBSCは、財務の視点、顧客の視点、内部ビジネス・プロセスの視点及び学習と成長の視点の4つの視点という枠組となっている<sup>34</sup>。図2-5に示したように、BSCはビジョンと戦略を中心にし、そのビジョンに基づいて、4つの視点を展開する。その4つの視点の矢印は因果関係ではなく、4つの視点が相互に

<sup>33</sup> Kaplan, Robert S. and David P. Norton, "The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance", *Harvard Business Review*, Vol. 70, No. 1, January-February, 1992, pp. 71-79 (本田桂子訳「新しい経営指標“バランスド・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、pp.81-90) これについて、西村周三・森田直行(2010)『部門別管理—目標管理制度の導入と実践』日本医療企画, p.6。

<sup>34</sup> Kaplan, Robert S. and David P. Norton, "The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance", *Harvard Business Review*, Vol. 70, No. 1, January-February, 1992, pp. 71-79 (本田桂子訳「新しい経営指標“バランスド・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、pp.81-90) これについて、西村周三・森田直行(2010)『部門別管理—目標管理制度の導入と実践』日本医療企画, p.6。

関連性を持っている<sup>35</sup>。

以下に4つの視点の説明を行う。

#### ①財務の視点

財務の視点における目標は、「成功するために株主に何を提示するのか」<sup>36</sup>という視点である。従業員たちの努力は企業の収益に対して、積極的な作用をもたらすかどうかということであり、これによって、財務目標は他の3つの視点における目標や業績評価指標の中心的役割を果たす。財務指標は利益、収入、総資本利益率、売上高成長率、キャッシュ・フローなどを含む。

BSCの財務の視点を作成するときは、企業のトップは、自分たちの戦略に合った適切な財務的評価指標を決定すべきである。キャプランとノートン（吉川訳）は「財務目標と業績評価指標は、次のような2つの役割を果たさなければならない。第1は、戦略に基づき期待する財務的業績評価指標を明らかにすること。第2は、顧客の視点、内部ビジネス・プロセスの視点及び学習と成長の視点の目標と業績評価指標のための最終的ターゲットとしての役割を果たすこと」<sup>37</sup>としている。

#### ②顧客の視点

荒井は、顧客の視点について、「ビジョンを達成するためには顧客に何を提示しなければならないのか、という視点であり、顧客満足度、新規顧客獲得数、市場占有率、短いリードタイム、納期等がこの視点の指標となりうる」<sup>38</sup>と述べている。

顧客の視点では、企業は自社の顧客と市場セグメントを明確にする。顧客は企業の利益の源泉である。顧客のニーズに応えることに企業は焦点を置くべきである。企業は長期的な財務的目標を達成するため、既存の顧客ニーズに合った製品やサービスを提供することが大切である。また、他社と競合するため、新規顧客を増やすことや新しい製品の開発なども重要であると考えられる。吉川武男は、顧客の視点は、「企業や組織のミッションと戦略をターゲットとする顧客や市場セグメントの目標にコミュニケーションできるように落とし込む事である」<sup>39</sup>と述べている。

<sup>35</sup> 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』同門館出版社,p.32。

<sup>36</sup> 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,p.3。

<sup>37</sup> ロバート・S・キャプラン デビッド・P・ノートン著 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,p.52。

<sup>38</sup> 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 p.4。

<sup>39</sup> ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 吉川武男訳（2011）『バランスト・スコアカー

### ③内部ビジネス・プロセスの視点

内部ビジネス・プロセスの視点は、「顧客を満足させるためにはどのビジネス・プロセスに卓越しなければならないのか？」<sup>40</sup>という視点である。企業は顧客や株主を満足させるため内部ビジネス・プロセスを明確化することが重要である。顧客に良い商品を提供するため、イノベーション、オペレーション及びアフターサービスで一連の業務プロセスを構築することが大切である。その中で、イノベーションとは現在と将来の顧客のニーズを明らかにし、そのニーズに対して顧客が満足できる製品を開発することである。オペレーションは既存の顧客に既存の製品やサービスを提供することであり、販売した製品に対する修理などのアフターサービスを行うことである。

### ③ 学習と成長の視点

吉川は学習と成長の視点について、『『ビジョンを達成するためには組織体はどのように学習し、改善していかなければならないのか?』という視点であり、従業員満足度や教育訓練回数などの指標がこれに含まれる』<sup>41</sup>と指摘している。BSCは、伝統的な考え方とは異なり、新設備や新製品の研究・開発が将来に向けられていることを認識し、長期的な投資の重要性を強調している。確かに、新しい物の研究・開発の投資は重要であるが、企業にとっては、それだけでは十分な投資とは言えない。企業は、伝統的な短期的な財務的成長だけでなく、長期的な財務的成長を達成するため、従業員やシステムなど基本的な整備にも投資しなければならない。それによって、学習と成長の視点は企業の組織における重要な役割を担うことになる。

BSCは当初、バランスの取れた多面的な業績評価手法として提唱された。BSCにおける「バランス」には、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、利害関係者（ステークホルダー）間のバランス、長期と短期のバランス、過去と未来のバランスなど、多様な意味のバランスが込められていた<sup>42</sup>。

次に、これらのバランスをみてみよう。

---

『戦略経営への変革』生産性出版,p.70。

<sup>40</sup> 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,p.4。

<sup>41</sup> 同上,p.4。

<sup>42</sup> 櫻井通晴（2008）『バランスト・スコアカードー理論とケース・スタディー』同門館出版,pp.30-35。

### ①財務指標と非財務指標のバランス

従来、企業では財務指標だけが重視されてきた(特に 1980 年代までの米国企業において)。もちろん、多くの企業や組織にとって、収益を増加させ、コストとリスクを削減することが、今でも非常に重要であることは変わらない。しかし、企業の成長のためには、財務指標以外の目に見えない指標も重要であることが認識される必要がある。櫻井は、「BSC では、財務指標だけではなく、将来の業績を高めるために非財務指標も重視される」<sup>43</sup>と指摘している。

BSC では、財務指標を中心とした「財務の視点」と非財務指標を中心とした「顧客の視点」、「内部ビジネス・プロセスの視点」及び「学習と成長の視点」を含めて、そのバランスを考えながら経営戦略を策定する。財務の視点における目標を達成するために、BSC の他の 3 つの視点と効果的に結びつけるべきである。吉川は、「収益の成長、生産性の向上と原価低減、資産の有効活用、リスクを低減するなどの財務的テーマは、BSC では、それが 4 つの視点と結びついていることの必要性を多くの企業に示唆している」<sup>44</sup>ことを指摘している。

### ②内部と外部のバランス

企業においては内部指標である「内部ビジネス・プロセスの視点」と「学習と成長の視点」、そして外部指標である「財務の視点」と「顧客の視点」のバランスを考えながら経営戦略を策定する必要がある。

### ③利害関係者間のバランス

企業には、さまざまなステークホルダーがいる。ステークホルダーとしては、株主、消費者（顧客）などの利害関係者と従業員、地域社会、得意先、金融機関などの利害関係者が挙げられる。全てのステークホルダーの利害関係は一致しないため、企業は利害関係者間のバランスを取りながら、経営戦略を策定することが重要である<sup>45</sup>。

---

<sup>43</sup> 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』 同門館出版,p.30。

<sup>44</sup> ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 吉川武男訳 (2011) 『バランス・スコアカード戦略経営への変革』 生産性出版,p.67。

<sup>45</sup> 伊藤一彦・上宮克己 (2011) 『バランス・スコアカードの創り方』 同友館,p.13。



#### ④長期と短期のバランス

伊藤・上宮は「日本国内では、バブル崩壊後のリストラに合わせて、短期的な利益の追求に偏った経営をする企業が数多く見られた」<sup>46</sup>と言っている。これは、アメリカ企業の経営と似ているように、短期的視野（株主重視）ということを重視している。短期的な利益を増加させるため、株主配当や株価の上昇を中心にしたため、従業員育成や設備投資などをコントロールし、長期的な成長を軽視したことが原因である。企業が人材育成費を抑制すると、確かに短期的には利益が向上するが、人材育成が行われなければ、長期的に成長を続けていくことは非常に困難になる。

#### ⑤過去と未来のバランス

財務の視点は、結果を表す過去の事象である。過去の経営状況を認識するために財務分析は非常に有効である。これに対して、顧客の視点、業務プロセスの視点は、財務の結果を生み出す現在を、そして学習と成長の視点は、結果が出るまで時間がかかるため未来を表す。BSC では、過去の結果からの戦略策定だけではなく、企業のビジョン（あるべき姿）に向けて、過去の結果を分析し、教訓をしっかりとまとめて、自由な発想で、未来に向けた戦略策定を行うことが求められている<sup>47</sup>。

このように、BSC は以上の 5 つのバランスを含んでいる。企業の目標を達成するためにアクションプランを作成する時に、「財務の視点」、「顧客の視点」、「内部ビジネス・プロセスの視点」、及び「学習と成長の視点」という 4 つの視点で考えることによって、さまざまなバランスを考慮した計画が策定できるようになる。BSC の特徴として、戦略とビジョンが管理プロセスの中で中心的地位を占めている。戦略とビジョンを打ちたて、社内・社外に対して会社の方向性を明確にするためのコミュニケーションを行う。そして、「財務」、「顧客」、「内部ビジネス・プロセス」及び「学習と成長」の 4 つの視点の連携と目標の相互関連性を確認しつつ 4 つの視点から目標の設定を行っていく必要がある。

### 3. 戦略マップ

キャプランは 1992 年に最初に提案した BSC に加えて、2000 年に「The Strategy-Focused Organization」によって、4 つの視点間で一貫性のある戦略を策定す

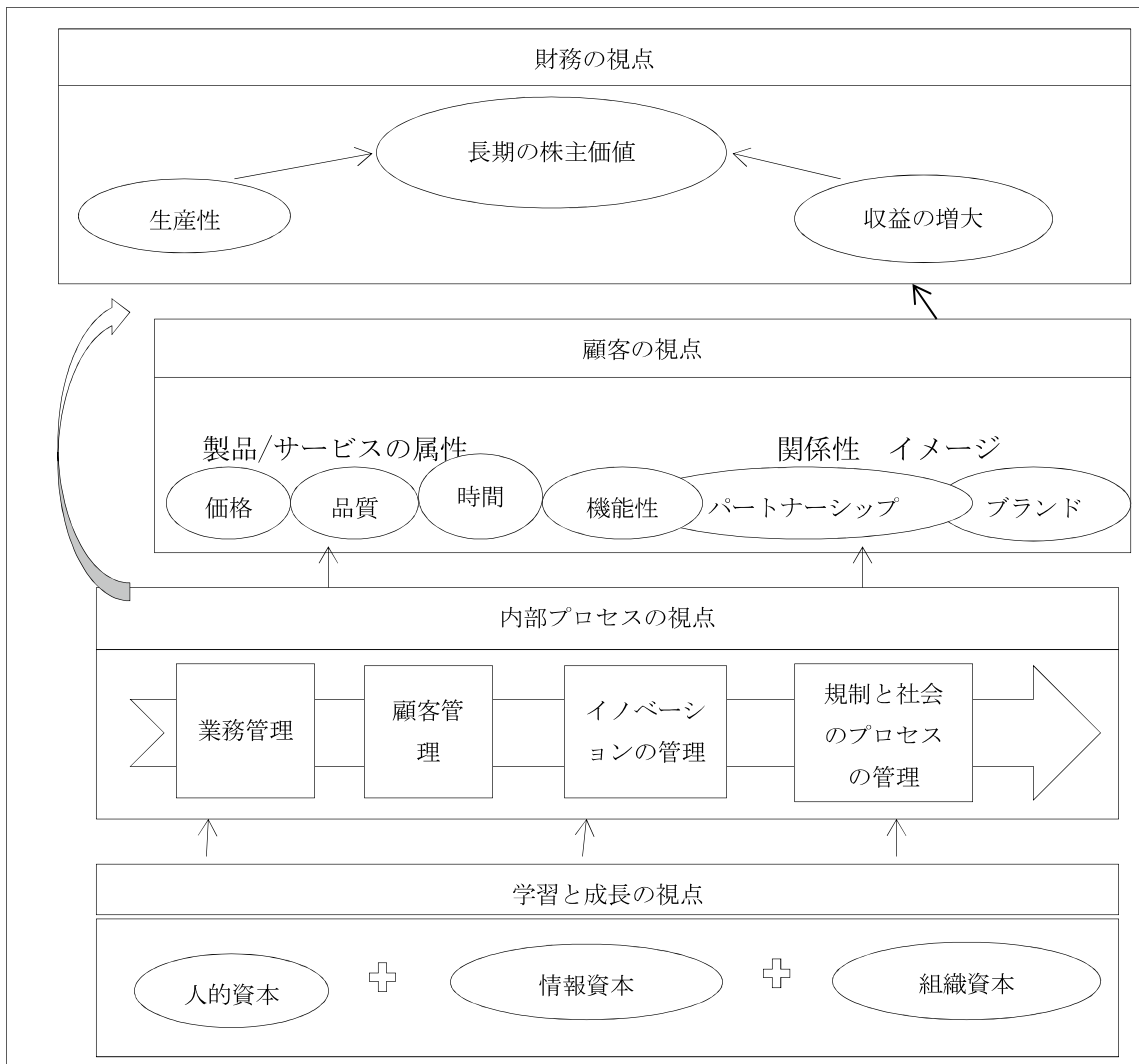
<sup>46</sup> 伊藤一彦・上宮克己（2011）『バランス・スコアカードの創り方』同友館,p.13。

<sup>47</sup> 同上,p.13。

るためのツールとして、戦略マップを提唱した。

戦略マップとは、「各視点の戦略的目標項目と他の戦略的目標項目ならびにビジョンとの関連を図示したものであり、ビジョンを達成するための戦略を明示した図である。ビジョンを達成するためのさまざまな目標項目・施策がどのように関連しあってビジョンにつながっていくかの道筋を図示する。そのための戦略が体系的に統合されているかどうかを明らかにしてくれる」<sup>48</sup>のものである。図 2-6 に戦略マップの基本図を示す。

図 2-6 戦略マップの基本図



出所：Kaplan and Norton (2004) 櫻井・伊藤・長谷川—監訳 (2005) 『戦略マップバランスト・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク』ランダムハウス講談社,p.62。

<sup>48</sup> 荒井耕 著 (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,p.6。

BSCは、戦略マップにおいて戦略目標と戦略目標との関係を矢印で結ぶことによって、全体における各戦略目標の位置づけを明確にすることを意図している。戦略マップは財務、顧客、内部プロセス及び学習と成長の4つの視点で戦略間の因果関係を表している。BSCでは、図2-6で示したように、戦略マップを用いることによって各視点の間で、各戦略目標間の因果連鎖がはっきりと認識できるようになる。戦略マップにより企業はビジョンの達成のためにどのような戦略、投資及び目標を設定すればよいのかが明確になり、適切な意思決定を行いやすくなる。また、企業のリーダーや従業員は戦略マップを通じて戦略目標を明確に認識することができる。企業の従業員にとっては、各自の部門の業務が企業の戦略目標の中でどのように関連しており、企業のビジョンにどのように位置づけられているかを明確に知ることができる。それによって、従業員は戦略目標に沿った行動を自ら行うことができるようになり、従業員の積極性も向上することになる<sup>49</sup>。

以上、企業におけるBSCの導入と発展について説明してきた。BSCは1990年代から提唱され、今は第3世代になっている。BSCには4つの視点があること、5種類の「バランス」が取れていること（「財務の視点」・「顧客の視点」及び「内部ビジネス・プロセスの視点」「学習と成長の視点」の「バランス」、「財務指標と非財務指標のバランス」、「内部と外部のバランス」、「利害関係者間のバランス」、「長期と短期のバランス」と「過去と未来のバランス」）、更に戦略マップの役割について説明してきた。このような特徴を持ったBSCは企業に対して全体の組織力、成長力、競争力を強化することができる

### 第3節 医療におけるBSC

これまでは病院におけるBSCについて述べてきたのであるが、本節では適用領域を広げて医療におけるBSCの導入と発展について論述していく。すなわち、BSCを病院だけでなく、一般診療所や歯科診療所へも適用可能な手法として考えている。

病院は患者のニーズを満足させるために、医療技術や医療サービス、職員の育成、知識の向上などの非財務指標を活用することが重要となっている。BSCは財務の視点のみならず、非財務の視点も重視し、幅広く利用できる有用な経営管理ツールである。そのため、経済的に厳しい経営環境下において、病院でも一般企業と同様にBSCの導入が期待され

---

<sup>49</sup> Kaplan and Norton (2004) 櫻井・伊藤・長谷川—監訳 (2005) 『戦略マップバランス・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク』ランダムハウス講談社,p.60-62。

ている。

前述したように、日本の医療界に BSC が浸透していったのは 90 年代後半以降である。日本の医療界において、最初、2002 年に『病院』（医学書院）という雑誌に、荒井が BSC についての論文を発表した。また、2003 年に、三重県立病院における BSC 導入の事例研究が公表された<sup>50</sup>。さらに、2003 に高橋が「日本医療バランスト・スコアカード研究学会」を設立した。現在では、日本の医療界において BSC が一定の程度（後述するように平成 25 年の中田による調査では 15.2%の病院が BSC を導入している）浸透している。

以下では、医療における BSC について論述する。

## 1. 医療における BSC の 4 つの視点

### ①財務の視点

病院運営を継続するためには財務が安定している必要がある。しかし、病院は非営利組織として、営利を目的としないことが多い。従って、「医療界においては、伝統的に『医療の質』（顧客・内部プロセス・学習と成長の視点）が上位にあって、『医療の質』を支えるために財務を考慮するという考え方（一般産業界と逆方向の因果連鎖の考え方）が基本である」<sup>51</sup>という指摘がある。

### ②顧客の視点

病院における顧客の視点はただ患者のニーズに合うだけではなく、病院と患者の信頼関係を構築することが重要である。従って、高橋は、顧客関係の重視戦略を、「医療機関と顧客の間関係性を重視する戦略であり、自病院などの戦略の理解を深めて、顧客が必要とするサービスを提供することによって顧客との関係を強固に結び付けてそれを維持する戦略である」<sup>52</sup>としている。病院側にとっては、医療の質を高め、必要なサービスを提供し、患者から信頼されることが重要である。

### ③業務プロセスの視点

高橋は医療機関における業務のプロセスを以下の 4 つに分類している。

---

<sup>50</sup> 荒井耕・正木義博（2010）『医療経営士テキスト バランスト・スコアカードーその理論と実践』日本医療企画,p.11。

<sup>51</sup> 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,p37。

<sup>52</sup> 高橋淑朗（2011）『医療経営のバランスト・スコアカード研究 実務編』生産性出版,pp.144・145。

- a 医療（経営）の革新のプロセス
- b 顧客管理のプロセス
- c 医療経営の業務管理のプロセス
- d 医療経営における規制と環境のプロセス

これらの4つのプロセスに従って、まず、新医療技術と医療サービスの開発をし（医療の革新のプロセス）、顧客の維持と管理をし、顧客との信頼関係強化をする（顧客管理のプロセス）。それらに加えて、医療機関における業務の効率性、原価低減、医療の質、病床と医療機器の稼働率の管理などのプロセスが重要である（医療経営業務管理のプロセス）。また、よき組織体を追求するためには、健康、安全な環境を創造しなければならない（医療経営における規制と環境のプロセス）<sup>53</sup>。

#### ④学習と成長の視点

学習と成長の視点は企業と同様に病院でも長期的に成長するために達成しなければならないことである。長期的な成長を達成するため、従業員らの新医療技術や知識の学習意欲を促進しなければならない。それによって、病院の発展も促進され、より良いサービスを提供することができる。荒井は、「学習は主として当該病院職員の医療サービス提供能力の向上（診療ノウハウの学習・蓄積）にかかわる要因であり、情報システムの一部と共に、当該病院の医療サービス水準に根本的な影響を与えるソフトウェアである」<sup>54</sup>と述べている。

## 2. 戦略マップ

医療機関におけるBSCの4つの視点の中で重視されているのは顧客の視点である。病院は非営利組織であるため、財務と同程度に医療の質が重要になっている。そうになると、戦略マップの構造も企業とは異なってくる。一般産業と病院における戦略マップの異同について、図2-7に示している。

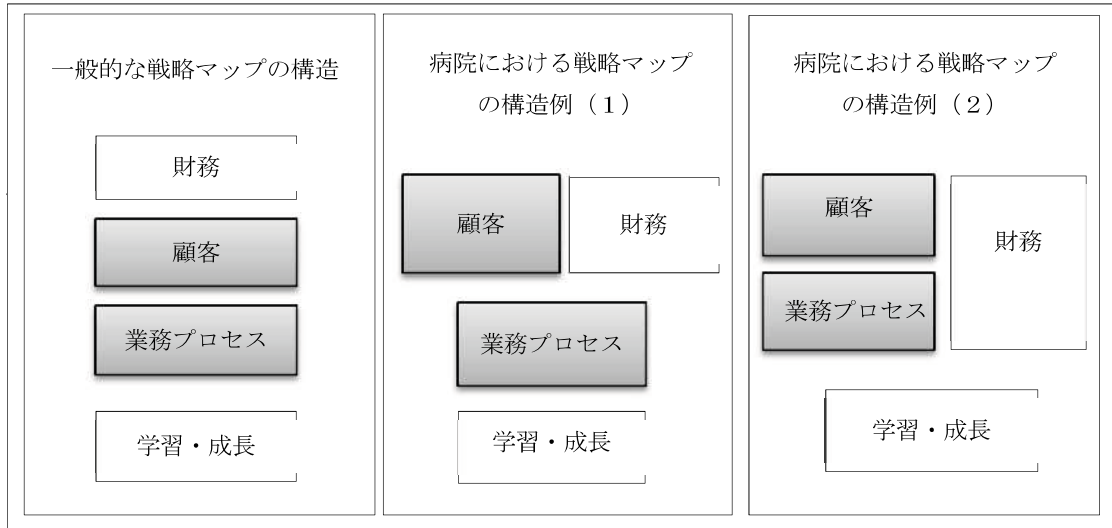
高橋は戦略マップについて、次のように述べている。すなわち、戦略マップは、「4つの視点に置かれる戦略目標を縦の因果連鎖で結びつけることによって、組織の戦略を最も示しやすい構造にするべきである」ということで、図2-7に示したように、病院の戦略

<sup>53</sup> 高橋淑朗（2011）『医療経営のバランスト・スコアカード研究 実務編』生産性出版,pp.145・147。

<sup>54</sup> 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,p.25。

マップでは、4つの視点の配置について企業の場合よりも自由度が高いことが指摘されている<sup>55</sup>。

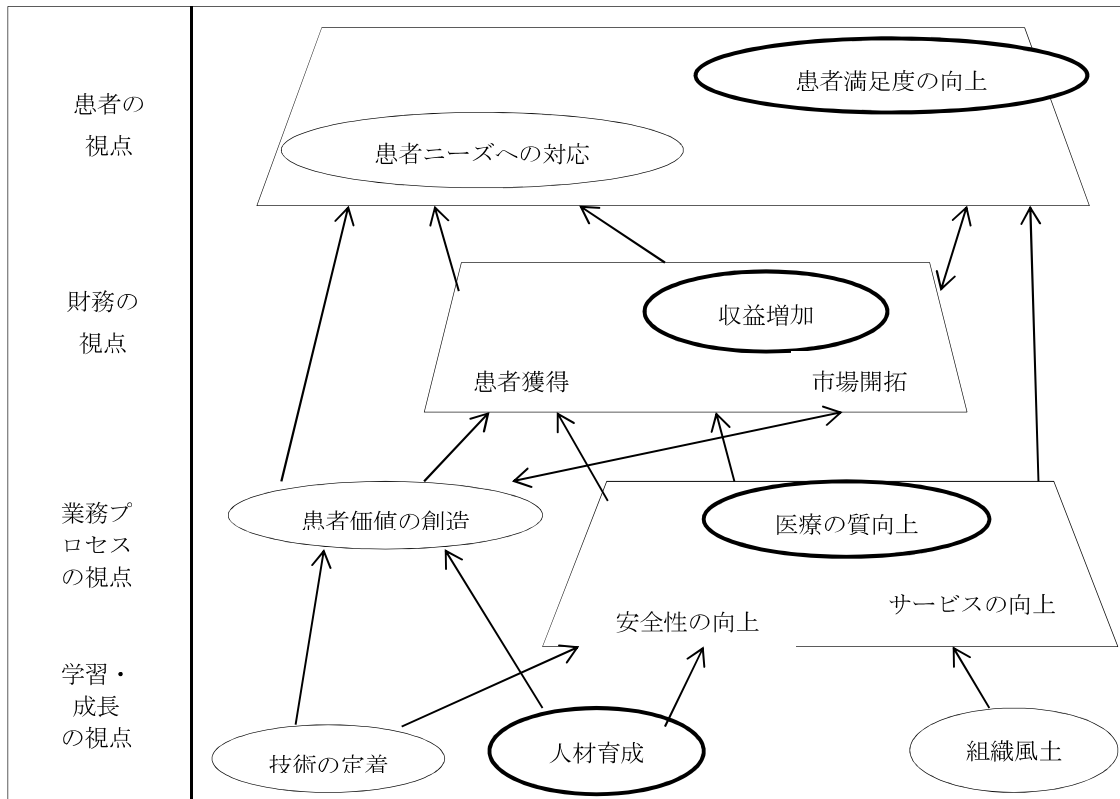
図 2-7 一般産業と病院における戦略マップ



出所：高橋淑朗（2005）『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版,pp.109-110。

次に、戦略マップについて、病院の BSC の利用例を紹介する。

図 2-8 旭中央病院の戦略マップ



出所：高橋淑朗（2005）『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版, p.167。

<sup>55</sup> 高橋淑朗（2005）『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版,p.110。

旭中央病院の戦略マップでは最上位に患者の視点が置かれている。その患者の視点には「患者ニーズへの対応」と「患者満足度の向上」という2つの戦略目標が設定されている。この2つの戦略目標に対して財務の視点における戦略目標（「患者獲得」・「市場開拓」・「収益増加」）が影響を及ぼし、同時に業務プロセスにおける視点的戦略目標（「患者価値の創造」及び「安全性の向上」・「サービスの向上」・「医療の質向上」）が影響を及ぼしている。この戦略マップは、4つの視点間の因果関係を表しているだけでなく、次のような特徴を有している。すなわち、例えば、財務の視点において「患者獲得」・「市場開拓」という戦略目標と「収益増加」という戦略目標との間にも因果関係があるということである。同じことは、業務プロセスの視点における戦略目標間にも存在する。

本節の最後に営利組織と病院におけるBSCの適用について、組織構造の観点からその違いについて述べておく。

病院は診療科をプロフィット・センターとして位置づけることができるので、BSCを診療科単位で適用することが容易である。すなわち、病院では診療科単位で診療報酬を計算できるし、その収益を獲得するために発生したコストの算出も可能である。従って、収益と費用との差額としての損益を計算することが出来る。一方、一般企業では各機能部門はコスト・センターであることが多く、従って、その単位ではBSCを適用しにくい（ただし、企業でも事業部制組織を採用する場合には事業部をプロフィット・センターとして設定できる。また、現実にはコスト・センターであるが、架空のプロフィット・センターを設定するために内部振替価格制度を利用するケースも見られる）。このように、病院では診療科単位でBSCを適用することが容易だという特徴を持っている。

以上、本章では、病院におけるインフラ基盤としての電子カルテ、経営管理手法としての目標管理、原価計算、BSCについて述べてきた。また、本論のテーマがBSCであるため、BSCの変遷、企業と病院におけるBSCの異同について論述した。

本章では理論を中心に述べてきた。次章は中国の病院と日本の病院の経営環境について述べていく。

## 第3章 中国の病院における改革とBSC

1978年の改革開放以降、中国の医療衛生事業は急速に発展してきており、人々の健康レベルは目に見えて向上している。病院経営は経験的管理から科学的管理に向かって進んでいる。一方、医療市場の競争が日に日に激化するに従って、病院改革は深化するとともに、各病院が経営理念を競い、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。前章で述べたように、経済的に厳しい経営環境下において、病院も一般企業と同様に経営管理を重視している。中国はWTOに加入し、衛生事業の改革の深化に伴って、科学、調和、持続可能な発展が今のところ病院発展の主流になっている。そのため、管理手法の研究も病院管理の主要な課題になっている。そこで、新医療改革政策が国立病院の経営管理にどのような影響を与えるのかについて、分析したい。

本章では、国が公布した政策を分析することにより、国立病院改革の政策とBSCとの関連性を探り、中国の病院におけるBSC導入の必要性を論述する。そして、実際に中国の病院がBSCを導入した効果を明らかにするため、導入事例を挙げて分析する。

### 第1節 国立病院改革の政策とBSCの関連性

改革開放後、中国は沿岸地区の経済発展戦略を実施してきたが、その時から都市と農村の格差問題が発生し始めた。中国では都市と農村の二重構造のもとで、医療衛生サービス・システムは都市地域と農村地域の組織方式との間に大きな格差が存在している。都市に集中している総合病院は規模や医療設備などを盲目的に追求し、病院内部の組織構築や発展の問題を軽視している傾向があり、資源の無駄が多発した。そのため、患者により良い医療サービスを提供し、資源を無駄にしないために、政府は有効な経営管理手法を活用する必要性を意識し始めた。政府はさまざまな経営管理手法の中で、BSCは財務指標と非財務指標を重視し、患者により良い医療サービスを提供することができ、医療技術、従業員の教育、そして内部ビジネス・プロセスの改善などを実現できると判断した。

本節では、中国における国立病院の改革に関して国が公布した政策の文書を分析し、国からの国立病院に対する意見と要求を読み取る。周知のように、中国は社会主義体制国家



であるから、国は国立病院に対して管理と監督をしている。また、病院の発展のための計画を策定している。そこで、国が公布した政策と文書の分析を通して、中国における国立病院の発展と方向性を明らかにする。また、国からの国立病院に対する管理体制の要求から、病院の BSC に注目して、国立病院改革政策と BSC の関連性について論述する。

中国は、2009 年に「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意見（中共中央国務院医薬衛生体制改革の強化に関する意見）」が公布された。この「意見」の公布は中国の国立病院の改革に対して重要な意義を持っている。

2009 年の医療衛生体制改革以降、中国はさまざまな改革の試行錯誤から脱却して、新たな医療衛生体制改革に進んでいく。そのため、本節では、2009 年に公布された「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意見（中共中央国務院医薬衛生体制改革の強化に関する意見）」及びその後に公布された政府文書を中心にして分析して行く。改革に対して政府が公布した文書は 5 種類あり、それらは、①2009 年の「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意見（中共中央国務院医薬衛生体制改革の強化に関する意見）」、②2009 年—2011 年の「医薬衛生体制改革近期重点实施方案（医療衛生体制改革の早期の重点実施案）」、③2010 年の「関与公立医院改革試点的指導意見（国立病院改革に関する試行地の指導意見）」、④2012 年の「十二五期間<sup>1</sup>深化医薬衛生体制改革規劃既实施方案的通知（十二五期間中における医療衛生体制改革計画の実施案の通知）」、⑤2015 年の「2015 年—2020 年全国医療衛生服務体系規劃綱要的通知（2015 年—2020 年全国医療衛生サービス・システムの計画綱要の通知）」である。

以下では、この 5 種類の文書を具体的に論述していく。

## 1. 「中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革的意見（中共中央国務院医薬衛生体制改革の意見の強化に関する意見）」（以下「意見」とする）

この「意見」は、中国が 2009 年から実施した新たな医療衛生体制改革の基本的な政策文書で、2009 年からの中国の医療改革事業に対して指導的な意義をもっている<sup>2</sup>。政府が公布した 5 文書中、他の 4 文書はこの「意見」に基づいて制定されたものである。

まず、この「意見」は、新中国の成立以降、特に、1978 年の改革開放政策の実施後、医薬衛生事業がもたらした成果を肯定した。具体的には次の内容が記されている。すなわ

<sup>1</sup> 「中華人民共和国国民経済と社会発展の第 12 次 5 カ年計画」の略称である。

<sup>2</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2015/4/15。

ち、医療保険制度は都市と農村をカバーする医療衛生サービス・システムが基本的に形成され、病気の予防能力が強くなり、医療保障される人口が増加した。そして、衛生医療の科学技術レベルが上がり、人民の健康レベルは目に見えて改善され、そのレベルは発展途上国の前列に立った。特に、2003年にSARSと闘って以来、国家と地方政府は医療衛生事業に対して各種の資金投入額を増やし、公共衛生、農村医療、都市の地区医療衛生事業の発展を促進し、新型の農村合作医療保険と都市住民の基本医療保険の発展は急速に進み、医療衛生体制改革の深化の良い基礎を作った<sup>3</sup>。

一方、その時に存在していた問題点も指摘している。たとえば、①現在、中国の医療衛生事業の発展レベルと人民の健康需要及び社会の調和的発展の要求が適応しないという矛盾が突出していること、②都市と農村、地域間の医療衛生事業の発展が均衡でないこと、③医療保障制度が完備しておらず、医薬品の生産、流通秩序が基準に合っていないこと、④病院の管理と運営のシステムが完備していないこと、⑤政府からの医療衛生に対する資金投入が不足していること、⑥医薬品費用の上昇が急激で、人々の負担が大きく、そのため、人々の不満が高いこと<sup>4</sup>、である。

これら6つの問題点に焦点を合わせ、この「意見」は医療衛生体制の改革の必要性、改革の深化、体制改善、重点改革、推進改革の5つの方面から意見を述べている。本研究は病院の経営管理手法（BSC）に注目しているので、この「意見」の体制改善の側面に着目して論述していく。

国立病院の体制改革に対する要求については、「意見」は以下のように述べている。

規範に適合する国立病院の運営システムを作り、国立病院の公益性と社会利益の原則を守る。患者の利益を中心にして、提供するサービス・システムを改善し、医薬品、検査と医療などの基準を確立する。運営システムの改革を深化し、病院の法人管理システムを改善する。管理者と実施者の職権を明確化し、決定し、実施、監督システムを作り、責任、激励、制限、競争、活力などがあるシステムを確立する。また、医療と医薬品を分けることを推進し、他の方式を模索し、薬を通して医療の財政を補うことを改善する。財務、会計の管理制度を整える。予算管理、財務監督と運営の監督を厳しく実施する。おおよそ以上のことが指摘されている<sup>5</sup>。

---

<sup>3</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2015/4/15。

<sup>4</sup> 同上。

<sup>5</sup> 同上。

具体的な財務管理方法は、①収支を審査し決定すること、②収入を支出に補充すること、③余剰の収入は上納すること、④赤字の一部分を政府が補助すること、⑤賞罰の明白化、⑥人事システムを改革して、分配の激励システムを整えること、⑦給料の総額管理を基準化すること、⑧サービスの質と仕事量を主として、総合的な業績審査及び業績給料制度を実施し、医療業務従事者の積極的動員をすることである<sup>6</sup>。

以上のように、中共中央・国務院からの国立病院の体制改革に対する要求の具体的な内容は、主に、内部システムの改革、患者の利益、財務改革、医療業務、従業員の学習と成長という5つの観点から述べられている。つまり、これは病院の経営管理手法としてのBSCにおける4つの視点、経営管理理念であり、①財務の視点、②患者の視点、③内部ビジネス・プロセスの視点、④学習と成長の視点と対応していると考えられる。

以上のように、国からの国立病院の体制改革に対する要求は、BSCの4つの視点と関連していると読み取ることが出来る。「意見」は、患者の視点が根本的な出発点であると述べている。「意見」は、人民の健康利益を守ることが一番重要であり、医療衛生事業は人民の健康に奉仕することを主旨とし、各人に基本的な医療衛生サービスを提供することを根本的な出発点と目標としているのである<sup>7</sup>。つまり、4つの視点の中で、患者を主にし、他の3つの視点にも着目して改革することが国立病院の改革の重点である。

以上は「意見」に掲載されている国立病院の改革に対する要求である。この「意見」は中国における医療衛生事業の改革及び国立病院の改革に対して、指導的な意義を持ち、次の4文書の改革の方向性を規定している、と考える。

## 2. 「2009年—2011年医療衛生体制改革近期重点实施方案（2009年—2011年医療衛生体制改革の早期の重点実施案）」（以下「実施案」とする）

上述の「意見」が公布された直後の2009年3月、国務院はこの「実施案」を公布した。内容から見れば、この「実施案」は「意見」の補足と具体的な方策を示している。冒頭の記述から、この「実施案」の目的は「意見」[中央発2009年6号]により、2009年から2011年の間に5つの改革を重点的に行うことであることが分かる。それらは、「①基本医療保障制度の建設の推進を速めること、②国家の基本医療制度を確立すること、③基層部の医療衛生サービス・システムを整えること、④基本的な公共衛生サービスの均等化を促

<sup>6</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2015/4/15。

<sup>7</sup> 同上。

すこと、⑤国立病院の改革の試行を推し進めること<sup>8</sup>、である。これら 5 つの改革の主旨は『看病難・看病貴』問題を解決することであり、基礎医療の保障制度を確立して、人民の医療負担を減らし、人民の健康に奉仕する<sup>9</sup>ことである。そのため、この「実施案」の根本目的は、患者の根本利益を守り、病院と患者の間の関係を改善することである。

この「実施案」を詳細に見れば、国立病院の改革の試行が提案されている。具体的な要求は、次のようなことである。まず、公立病院の管理体制、運営システムと監督システムを改革することである。国立病院は公益性と社会利益の原則を守るべきであり、患者の利益を中心にしなければならない。次に、病院内部の政治と事務、管理と実施を分けて行う形式を模索することである。そのためには、病院の法人管理の構成を整える必要がある。人事制度の改革を促進し、院長選挙の基準を作り、医療業務従事者の職務の評価制度を整える。医師の規範化養成制度を確立する。医療サービスの質的管理を強める。国立病院の臨床診察、診断、治療、医薬品使用と医療機器使用の行為を規範化する。基本的な医薬品と技術を優先的に使用する。国立病院の補償システムを改革する。これまでの医療サービス収入、医薬品収入、財務補助の 3 つのルートを経営サービス収入と財務補助の 2 つのルートに変える。医療と医薬品を分けることに努める。これによって生じる赤字は医療サービスの価格を上げることと政府からの投入を増加することにより解決できる。これらの国立病院に関する改革は、2009 年から施行し、2011 年から徐々に展開することとなっている<sup>10</sup>。

以上は「実施案」の国立病院改革に対する要求である。これは、国立病院の内部体制の改革、患者利益の保護、財務の改革、医療業務従事者の学習と成長という 4 つの観点から述べられている。即ち、病院の経営管理手法としての BSC における 4 つの視点と対応していると考えられる。その中で、財務の改革に関してはさらに詳しく要求している。すなわち、医療と医薬品を分けることを提案した上で、それまでの医療サービス収入、医薬品収入、財務収入の 3 つの収入ルートから医薬品収入を取り除いている。また、その後生じる赤字の補償措置についても詳しく述べている。つまり、この「実施案」は「意見」の補足と具体的な方策を示している。

---

<sup>8</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280057.htm](http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280057.htm) 2015/4/15。

<sup>9</sup> 同上。

<sup>10</sup> 同上。

### 3. 2010年の「関与公立医院改革試点的指導意見（国立病院改革に関する試行地の指導意見）」（以下「指導意見」とする）

この「指導意見」は、2010年に国家の衛生部、中央編集委員会事務室、国家発展改革委員会、財政部、人力資源社会保障部の5つの部署から共に公布された政策文書で、国立病院の具体的な改革の試行を目的としている。この「指導意見」は理論的指導だけではなく、指定された病院で具体的に実施することを意図していることは、5つの国家単位から共同で公布したことからも明らかである。また、文書の冒頭に「意見」と「実施案」を徹底的に貫くため、この『指導意見』を作る<sup>11</sup>として目的を明確にしている。

この「指導意見」は、「①指導思想と基本原則、②試行の総目標、主要任務と実施の段取り、③試行の主要内容、④試行の組織と指導」<sup>12</sup>の4つの面から述べている。また、北京市以外の各省、民族自治区、直轄市から1つか2つの都市を選んで試行都市とし、全国で16都市<sup>13</sup>を設定した。

「指導意見」の指導思想と基本原則については、「国立病院の公益性を堅持し、人民の健康の権利と利益を守ることを一番目に置いており、人民の基本医療の需要を満たし、『看病難、看病貴』問題を解決するものである<sup>14</sup>。この点は上述した2つの政策文書と同様で、患者の利益を守る」<sup>15</sup>ことが根本である。

次に、国立病院の改革に関する詳細は、上述した「③試行の主要内容」というカテゴリの中で述べられている。また、このカテゴリはさらに次のような9項目に分けられている。それらは、「①サービス・システムを整える、②管理体制を改革する、③法人管理システムを改革する、④内部運営システムを改革する、⑤補償システムを改革する、⑥管理を強化する、⑦監督システムを改革する、⑧医師の養成制度を確立する、⑨多方面からの投資により病院を築くルートを推進する」<sup>16</sup>ことである。

以上の9項目を見れば、①サービス・システム、②管理体制、③法人管理システム、④内部運営システム、⑥管理を強化する、⑦監督システムは全て国立病院の内部の体制とシ

<sup>11</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280057.htm](http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280057.htm) 2015/4/15。

<sup>12</sup> 同上。

<sup>13</sup> 東部：上海市、遼寧省：鞍山市、江蘇省：鎮江市、福建省：廈門市、山東省：濰坊市、広東省：深圳市。

中部：黒竜江省：七台河市、安徽省：芜湖市・馬鞍山市、河南省：洛陽市、湖北省：州市、湖南省：株州市。

西部：貴州省：遵義市、雲南省：昆明市、陝西省：宝鶏市、青海省：西寧市。

<sup>14</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280057.htm](http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280057.htm) 2015/4/15。

<sup>15</sup> 同上。

<sup>16</sup> 同上。

ステムのカテゴリーに所属する。BSC の視点から見れば、内部ビジネス・プロセスの視点に関連していると考えられる。一方、⑤補償システム、⑨多方面から投資し病院を築くルート of the 推進は財務のカテゴリーに所属し、BSC の視点から見れば、財務の視点に関連していると考えられる。⑧医師の養成制度の確立は医療業務従事者の技術の向上、学習のカテゴリーに属し、これは BSC の視点からみれば、学習と成長の視点に関連していると考えられる。

このように、国立病院の改革の試行の内容は BSC の 4 つの視点の中の 3 つの視点の内容と重なっている。残りの患者の視点は、実は中国における国立病院改革の根本の出発点（人民の健康利益を守ること）に関連している。それ故、今回の国立病院改革の試行は、BSC の 4 つの視点から解釈することが可能である。また、「指導意見」は医療業務従事者の給料制度に対して業績評価基準を明確に要求している。医療業務従事者の専門技術能力、業務業績と医療業務道徳の 3 つの側面を主な評価基準として、医療業務従事者の規則とする。また、彼らをインセンティブと関連付けし、彼らの積極性を引き出す<sup>17</sup>。

この「指導意見」の公布以降、国立病院の改革試行が中国の 16 都市で展開している。

#### 4. 2012 年の「十二五期間深化医療衛生体制改革規劃既实施方案的通知（十二五期間中における医療衛生体制改革計画の実施法案の通知）」（以下「実施法案」とする）

この「実施法案」は国務院が 2012 年に公布した政策部文書である。また、「意見」[中央発 2009 年 6 号]により制定されたものであり、2012 年—2015 年間の全国医療衛生体制改革の目標、重点と任務を明らかにしており、4 年間の医療衛生体制改革における指導的内容が盛り込まれている<sup>18</sup>。

「実施法案」は国立病院の改革について、冒頭に「国立病院の公益性を堅持する。医療と医薬品を分ける努力をする。国立病院の改革は農村の病院を重点的に対象とする。体制管理、補償システム、人事制度、医薬品供給、価格システムの面の改革を推進する。改革の試行は局所から全国に拡大する」<sup>19</sup>と述べている。この文言からみれば、「実施法案」もまた最初に患者の利益の保護を強調している。また、医療サービスと医薬品を分けることに注目している。さらに、この「実施法案」は、初めて「国立病院の改革は農村の病院

<sup>17</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content\\_1280057.htm](http://www.gov.cn/test/2009-04/08/content_1280057.htm) 2015/4/15。

<sup>18</sup> 中国ウェブ [http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content\\_24955976.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content_24955976.htm) 2015/4/15。

<sup>19</sup> 同上。

を重点的に行う」と明記している。改革の試行は、「指導意見」の 16 都市から全国に拡大して始まった。

改革の内容について、BSC の 4 つの視点と合わせて分析すれば、内部ビジネス・プロセスの視点と重なっている「体制管理、医薬品供給」があり、財務の視点と重なっている「補償システム、価格システム」があり、学習と成長の視点と重なっている「人事制度」もある。さらに、病院改革の根本としての「人民の健康利益を守ることを加えて、BSC の財務、顧客、内部ビジネス・プロセス、学習と成長という 4 つの視点と関連している側面がみられる。

「実施法案」における国立病院の改革を詳細にみれば、以下の 8 方面から述べられていることが分かる。それらは、「①国立病院における政府の責任を明確化し、公益性を守る、②補償システムの改革を推進し、医療サービスと医薬品を分けることに努める、補償システムを医療サービスと政府からの財務補助の 2 つのルートに変える、③医療費用の上昇を抑える、④政治と事務、管理と実施を分けるシステムを推進する、⑤法人管理制度を確立する、⑥病院の管理を強化し、患者を中心とするサービス理念を深化する、⑦県レベルの国立病院の改革を全面的に推進する、⑧都市レベルの国立病院の改革を深化する」<sup>20</sup>という内容である。

以上の「実施法案」における国立病院改革の内容を分析すると、これもまた BSC の 4 つの視点と関連していると考えられる。改革の試行については、2010 年からは 16 都市で実施していたものが、全国範囲で全面的に展開するところが「指導意見」とは異なっている。その上で、改革の重点は都市レベルの国立病院の改革の深化から、次第に県レベルの国立病院にも広がっている。

## 5. 「2015 年—2020 年全国医療衛生服務体系規劃綱要的通知（2015 年—2020 年全国医療衛生サービス・システムの計画綱要の通知）」（以下「綱要」とする）

この「綱要」も国務院が 2015 年に、「意見」[中央発 2009 年 6 号]により制定した政策文書である。「綱要」は 2015 年から 2020 年までの間に、中国の医療衛生事業を発展させるために提出した計画綱要であるため、改革の要求などだけではなく、非常に細かい項目まで言及している。

---

<sup>20</sup> 中国ウェブ [http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content\\_24955976\\_4.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content_24955976_4.htm) 2015/4/15。

「綱要」の原則は、「①人民の健康需要を満たすことと人民の健康利益を守ること、②医療衛生サービスの公平性と効率を堅持すること、③政府の指導と市場の調査を堅持すること、④医療衛生事業における都市と農村、現在と将来、中国医学と西洋医学などのシステムを整えること、⑤医療機関を異なるレベルによって分類して管理すること」<sup>21</sup>の5点である。

国立病院の改革に対する要求については、まず、公益性の保護を強調している。次に、国立病院は医療衛生事業システムの主体であることを述べ、基本的な医療サービスを提供するとある。国立病院は危険な病気、原因不明の病気の診断と治療を行い、中核的業務能力を発揮することを強調している。さらに、国立病院は医療衛生事業における人材養成、医学の科学研究などの任務を担うとしている<sup>22</sup>。

これらの他に、「綱要」は国立病院における病床数に対して厳しい要求をしている。即ち、国立病院は所在地の人口量により、1,000人当たり平均3.3床を設置することなどを要求している。

これらが「綱要」における国立病院改革の要求である。すでに述べた4つの政策文書と若干異なり、国立病院の改革に対する要求は病院の経営、管理及び改革に関わる理念と理論の要求ではなく、改革に関する具体的な計画を示している。その一方で、一番重要なのは国立病院の公益性を堅持し、患者の利益を守ることである、としている。

以上の5つの「意見」・「法案」・「指導意見」・「実施法案」・「綱要」は、2009年の中国における新しい医療改革の実施以降、政府が公布した医療衛生事業の改革の政策を示している。

表3-1は、これら5つの文書の内容とBSCとの関連性を示したものである。

表3-1 国立病院改革政策とBSCの関連性

政策文書名	公布年	公布機関	実施時間	国立病院改革に関する内容	BSCとの関連
中共中央国務院関与深化医薬衛生体制改革の意見	2009年 3月	中共中央 国務院	2009年 —	3つの不足点 ①病院の管理と運営システムの不完備 ②政府資金投入の不足 ③医療費用の上昇 要求について ①規範となる国立病院の運営システムを作成する ②国立病院の公益性と社会利益性を遵守	財務の視点： ⑥ 患者の視点： ②③ 内部ビジネス・プロセスの視点： ①④⑤

<sup>21</sup> 中華人民共和国中央人民政府ウェブ

[http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content\\_9560.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content_9560.htm) 2015/4/16。

<sup>22</sup> 同上。



				<p>する</p> <p>③患者の利益を中心に、医療サービス・システムの改善、医薬品、検査と医療などの基準の確立、運営システムの改革を深化する</p> <p>④病院の法人管理システムの改善、管理者と実施者の職権を明確化する</p> <p>⑤医療と医薬品を分業する</p> <p>⑥財務、会計の管理制度の整理、予算管理、財務監督と運営の監督を実施する</p> <p>⑦人事システムを改革し、分配の激励システムを整える。給料の総額管理を基準化する。サービスの質と労働量を主として、総合的業績審査及び業績給料制度を実施し、医療業務従事者の積極性を動員する</p>	<p>学習と成長の視点： ⑦</p>
<p>2009年－2011年医療衛生体制改革近期重点实施方案</p>	<p>2009年3月</p>	<p>国务院</p>	<p>2009年－2011年</p>	<p>要求について</p> <p>①国立病院の管理体制、運営システムと監督システムを改革する</p> <p>②国立病院は公益性と社会利益の原則を守る</p> <p>③病院内部の政治と事務、管理と実施をわけて行う形式を探す</p> <p>④病院の法人管理の構成を整える</p> <p>⑤人事制度の改革を促進し、院長選挙の基準を作る</p> <p>⑥医療業務従事者の職務の評価制度を整える</p> <p>⑦医師の規範化養成制度を確立する</p> <p>⑧国立病院の臨床診察、診断、治療、医薬品使用と医療機器使用の行為を規範化する</p> <p>⑨国立病院の補償システムを改革する。医療と医薬品を分けることに努める。赤字は医療サービスの価格を高めるため、政府からの投入を増加することにより解決する</p>	<p>財務の視点： ⑨</p> <p>患者の視点： ②</p> <p>内部ビジネス・プロセスの視点： ①③④⑤ ⑧</p> <p>学習と成長の視点： ⑥⑦</p>
<p>関与公立医院改革試点的指导意见</p>	<p>2010年2月</p>	<p>卫生部 中央編集委员会 国家发展改革委员会 财政部 人力资源社会保障部</p>	<p>2010年－2012年</p>	<p>要求について</p> <p>①国立病院の公益性を堅持し、人民の健康の権利と利益を守ることを一番に置く</p> <p>②人民の基本医療の需要を満たし『看病難、看病貴』を解決する</p> <p>③医療サービス・システムを整える</p> <p>④法人管理システムを改革する</p> <p>⑤内部運営システムを改革する</p> <p>⑥補償システムを改革する</p> <p>⑦監督システムを改革する</p> <p>⑧医師の養成制度を確立する</p> <p>⑨多方面から投資し病院を築くルートを推進する</p>	<p>財務の視点： ⑥⑨</p> <p>患者の視点： ①②</p> <p>内部ビジネス・プロセスの視点： ③④⑤⑦</p> <p>学習と成長の視点： ⑧</p>
<p>十二五期間深化医药卫生体制改革规划既实施方案的通知</p>	<p>2012年3月</p>	<p>国务院</p>	<p>2012年－2015年</p>	<p>新しい2点の政策</p> <p>①国立病院改革は県レベルの病院を重点的に対象とする</p> <p>②改革の試行は局部から全国に拡大する</p> <p>要求について</p> <p>①国立病院における政府の責任を明確化</p>	<p>財務の視点： ②③</p> <p>患者の視点： ①⑥</p> <p>内部ビジネス・プロセス</p>

				し、公益性を守る ②補償システムの改革を推進し、医療サービスと医薬品を分けることに努める。補償システムを医療サービスと政府からの財務補助の2つのルートに変える ③医療費用の上昇を抑える ④政治と事務、管理と実施を分けるシステムを推進する ⑤法人管理制度を確立する ⑥病院の管理を強化し、患者を中心とするサービス理念を深化する ⑦人事制度を整え、医療事業従事者の技術と科学研究を重視し、積極性の動員に努める	の視点： ④⑤ 学習と成長 の視点： ⑦
2015年－2020年全国医療衛生服务体系规划纲要的通知	2015年3月	国务院事务室	2015年－2020年	要求について ①公益性の保護を強調している ②国立病院は医療衛生事業システムの主体であること、基本的な医療サービスの提供、危険な病気、原因不明の病院の診断と治療を行う。中堅的業務能力を発揮することを強調している ③医療衛生事業における人材養成、医学科学研究などの任務を担う	患者の視点： ① 学習と成長 の視点： ③

出所：5文書を参考にしながら筆者が作成した。

表3-1は2009年の中国における新しい医療改革の実施以降、政府が公布した政策文書とBSCとの関連を示している。公布機関を見ると、ほとんどは中共中央・国务院が公布した文書であるが、「指導意見」は16都市で試行改革を行うため財政などの面に直接に及ぶため、卫生部、财政部などの5機関が共同で公布している。これらの機関は全て国家の中央機関であることから、国が重視している姿勢が窺える。内容からみれば、「意見」は2009年からの医療改革の政策文書であり、他の諸文書の指導の基準になっている。つまり、他の4文書は「意見」に基づき制定されたものである。

国立病院改革に関する内容について、「意見」は、①病院の管理と運営システムが完備していない、②政府からの医療衛生の資金投入が不足している、③医薬品の費用の上昇が速すぎて、患者の負担が重い、と指摘した<sup>23</sup>。これらは当時、中国の医療衛生事業に存在していた問題を指摘した上で改革を提出した。他の4文書も国立病院の改革に対して意見と要求を提出している。2012年の「実施案」は初めて2つの政策を提出した。それらは、①国立病院の改革は県レベルの病院を重点とすること、及び、②改革の試行は局所から全国に拡大すること、である。2015年に制定された「綱要」は3点の要求しか提出していないが、2015年から2020年までの5年間の医療衛生事業の発展計画であるため、こ

<sup>23</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2015/4/15。

の中で病床数などの具体的な要求が提出されている。

5 文書の内容の中、国立病院の改革に関する要求は、BSC と強い関連性があると考えられる。表 3-1 に示したように、BSC の財務の視点、患者の視点、内部ビジネス・プロセスの視点、及び学習と成長の視点という 4 つの視点は、5 文書が国立病院改革に要求するものと関連している。中国では、患者の視点は一層重視されており、国立病院改革の基本目標と根本主旨であると言える。他の 3 つの視点は患者の視点を達成するために実施していると考えられる。つまり、中国の国立病院改革では、人民の健康利益を守ることを、そのためには国立病院の公益性の堅持が基盤であり、出発点である。

中国における国立病院の改革は、BSC の 4 つの視点と関連しており、財務、患者、内部ビジネス・プロセス、及び学習と成長という 4 つの視点から展開されている。その 4 つの視点の間は、並列の関係ではなく、患者の視点が根本であり、他の 3 つの視点は患者の視点の達成のために、実施されるものと考えられる。つまり、財務の改革、内部ビジネス・プロセスの改革、医療業務従事者の学習と成長に関する改革は、全て人民（患者）の健康利益を守るために実施していることになる。

しかし、中国における医療衛生事業は、「看病難、看病貴」問題が当分は続くであろう。2014 年の中国衛生統計年鑑によると、2013 年の人口 1,000 人当たりの平均病床数は 4.55 床である<sup>24</sup>。一方、2013 年の OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) のデータによると、2012 年の日本の人口 1,000 人当たりの病床数は 13.36 床である<sup>25</sup>。中国の病院では病床が量的に不足している上に、医療資源も殆ど都市の総合病院に集中している。2014 年の中国衛生統計年鑑によると、都市では人口 1,000 人当たりの病床数は 7.36 床であり、農村では人口 1,000 人当たりの病床数は 3.35 床である<sup>26</sup>。人口 1,000 人当たりの病床数が 2 倍以上の数字で都市に集中している。ちなみに、総合病院の分布も都市に集中している。コミュニティと農村の医療資源の不足に伴って、人々は地元の基本医療機構で必要な治療を受けられず、都市の病院へ行かざるを得ないこともある。これが、「看病難」問題がまだ存在している原因の一つと考えられる。

また、政府の補助金は病院の平均総収入の僅か 7.9% である。国立病院における政府の補助金が不足しているため、国立病院の「以薬養医(薬剤収入により病院経営をすること)」

<sup>24</sup> 中国衛生和計劃生育委員会 (2014) 『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.78。

<sup>25</sup> OECD Economic Surveys

[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) 2015/4/20。

<sup>26</sup> 中国衛生和計劃生育委員会 (2014) 『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社,p.78。

がまだ続いている。2014年の中国衛生統計年鑑によると、2013年の医薬品の収入は病院の平均総収入の43.3%を占めている。また、2009年から2013年までの国立病院の数は14,051から13,396に減少した。しかし、患者の受診回数は2009年より37.8%増加し、入院の回数も2009年より57.6%増加した<sup>27</sup>。この間に、病院は規模、医療設備などを盲目的に拡大した。その結果、一部の国立病院は規模が大きすぎ、基礎医療衛生機構と民間資本の非営利組織の発展スペースを圧縮し、医療衛生サービス・システム全体の効率向上に悪影響を与えている<sup>28</sup>。

国立病院はこのような状況の下で、患者により良い医療サービスを提供すること、資源の無駄を防ぐため、有効な経営管理手法であるBSCを導入することが喫緊の課題であろう。

## 第2節 中国の病院におけるBSCの導入事例

前節では国が公布した政策とBSCとのつながりを明らかにし、そして、BSC導入の必要性を指摘した。本節ではBSCを導入している中国の病院の状況を事例から明らかにする。

東北地方の大都市のM軍隊中央病院は国立の総合病院であり、60年の歴史がある。三級甲等病院である。M病院は一般医療、救急、予防、保健、臨床医学教育、リハビリテーションなどをおこなっている。しかし、病床数、医療業務従事者数、高級専門医療技術人員数、中級専門医療技術人員数等については明らかにされていない。M病院は当該市の「都市従業員基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」及び「新型農村合作医療保険」の指定病院である<sup>29</sup>。

BSC導入前、M病院の資産は2005年の5,000万元から2008年は1億元になった。病院の収入は増えたが、表3-2における「内部の弱み」を見る限り、後述するように必ずしも総ての面で業績が良いとは言えない。病院のリーダーが何回も変わることが原因で、病院の発展は比較的遅れている。また、一般に軍隊病院は軍隊の医療任務を遂行するので、地方医療市場の競争があまりない。そのため、市場の中で不利な立場になる。新医療改革の実施と軍隊病院政策の調整により、継続的發展を期するために、M病院はそれまで運

<sup>27</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

<sup>28</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/n/2015/0330/c1001-26772250.html> 2015/04/21。

<sup>29</sup> 詹瑞吳（2012）「平衡計分卡在M軍医院应用研究」東北財経大学,p.9。

営形式、病院の特性から生ずる強み、弱み、機会と脅威等を改めて考えなければならなくなった。そこで、2009年に政府が公布した「意見」と上述した問題を考慮した結果、2010年にBSCの導入を検討し始め、2011年からBSCを試行することにした<sup>30</sup>。

M病院は自院の問題点と病院を取り巻く外部環境を把握するために、ミッションを設定し、その達成のための戦略を検討した。即ち、BSCを導入するに際し、自院の経営環境を分析し、理解することから始めた。病院の特徴からくるメリットとデメリットを勘案した。具体的には、M病院はSWOT分析方法によって、病院の外部環境と内部環境を分析し、当該病院の市場の地位と中心的競争力を明らかにした。表3-2はM病院のSWOTの結果である<sup>31</sup>。

表3-2 M病院のSWOT分析

内部の弱み	内部の強み
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 人件費の不足</li> <li>2. 技術人材の不足</li> <li>3. 保障任務負担が大きい</li> <li>4. 市場を開拓する方法が単純</li> <li>5. コストのコントロールが弱い</li> <li>6. イノベーション能力の不足</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 三級甲等病院、専科特徴の突出</li> <li>2. 病院管理の統一性</li> <li>3. 病院の環境がよい</li> <li>4. 各医療保険の指定病院</li> <li>5. 医療先端設備の整備</li> <li>6. 勤務部門の社会化<sup>32</sup></li> </ol>
外部の脅威	外部の機会
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者自身の保護意識の増強</li> <li>2. 当地住民の平均収入の増加</li> <li>3. 医療改革の試行地であるため、政府は地方の国立病院に財政の補助をする</li> <li>4. 当地には三級甲等病院が多い</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 周りの住民が集中する</li> <li>2. 軍隊病院の信用と評価がよい</li> <li>3. 患者のニーズが次第に高まる</li> <li>4. 上級機関の重視</li> </ol>

出所：詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在M軍医院応用研究」東北財経大学 p.17。

## 1. 内部の弱み

M病院は政策等の制限があるため、病院に人件費を提供することが弱いので、技術人材の流出を引き起こした。特に、専門家の技術人材が非常に不足している。普通の国立病院と比べると、軍隊の病院は軍備と保障任務の負担が大きいので、一定程度市場の競争能力が弱くなっている。また、以前から国家経費の支援があるため、病院の経営管理意識が弱く、イノベーションの力が不足している<sup>33</sup>。

## 2. 内部の強み

<sup>30</sup> 詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在M軍医院応用研究」東北財経大学, p.10。

<sup>31</sup> 同上,p.15。

<sup>32</sup> 社会化とは、個人が特定の社会文化的環境で、知識、スキル、言語、規範、価値観、社会的行動や性格特性を学習することである。

<sup>33</sup> 詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在M軍医院応用研究」東北財経大学 p.16。

M 病院は花壇などが整備された環境があり、患者にきれいな環境を提供し、交通も便利で、医療環境が相対的に良い。また、M 病院は都市住民基本医療保険、新農村合作医療保険と都市従業員基本医療保険の指定病院である。そして、医療先端技術設備は当該省でリードする位置に置かれている<sup>34</sup>。

### 3. 外部の脅威

まず、M 病院の所在地域の競争が熾烈である。三級甲等病院が多く、患者は病院を選ぶことができる。次に、当該市は医療改革の試行地であるため、政府が国立病院に財政の補助をしているため、競争力が強くなっている。また、近年の法律知識の普及によって、患者自分の権利意識が強くなっている<sup>35</sup>。

### 4. 外部の機会

M 病院は、M 軍隊の三級甲等病院ということで優れた特色を有しており、高度な専門性を有しており、同時に、政府がこの病院を重視しており、設備などの支援も提供されている。次に、M 病院は所在地域の住民からも多く利用されており、比較的優位な市場を持っている。また、人々の生活レベルの向上により、患者のニーズにも対応している。そして、病院はまだ一定の潜在的市場を有している。最後に、M 病院は長年の努力によって、地域の住民の厚い信頼と高い評価を得ている<sup>36</sup>。

このように、M 病院は外部環境と内部環境を分析したうえで、病院の戦略目標を決めた。M 病院の戦略目標は基本的に 3 つの角度から概括できる。①国家が軍隊病院に与えた特殊使命を完遂する。即ち、軍隊の医療の需要を保証した上で、地域住民により良い医療サービスを提供する。②患者の満足度を上げる。住民は軍隊病院が低費用、高質、安全な医療サービスを提供することを望んでいる。病院は、できるだけより良い環境と先端技術設備を提供する。③自院の発展目標を実現する。国家政策の下で、自院による自給自足を満たし、医療の質と技術レベルの持続発展を確保する。戦略目標を確定した後、戦略マップを制定した。図 3-1 に M 病院の戦略マップを示す<sup>37</sup>。

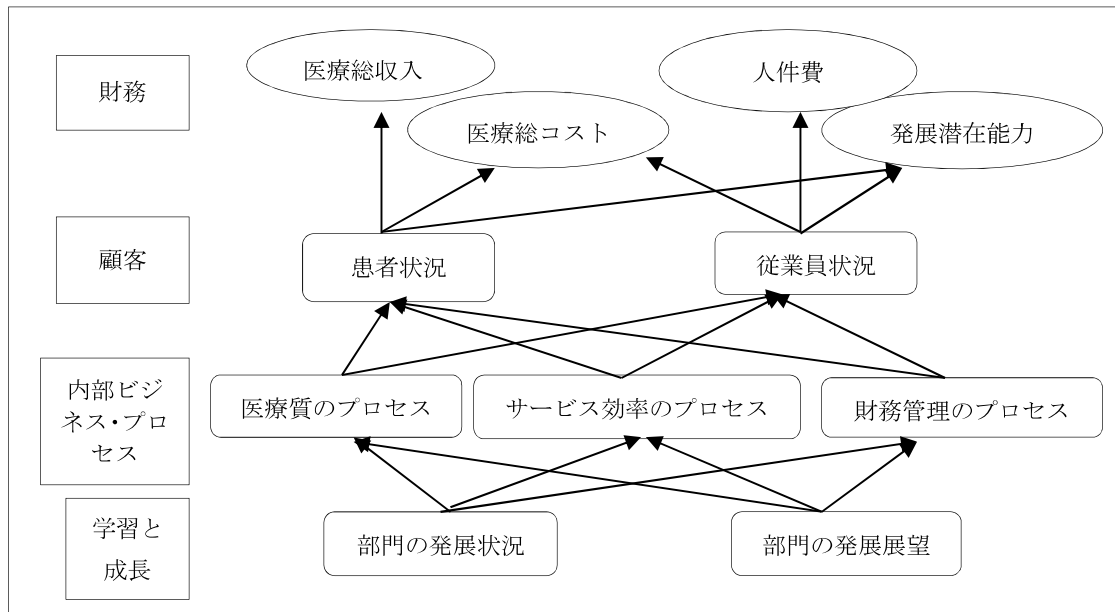
<sup>34</sup> 詹瑞吳 (2012) 「平衡計分卡在 M 軍医院応用研究」東北財経大学,p.16

<sup>35</sup> 同上。

<sup>36</sup> 同上。

<sup>37</sup> 同上,pp.17-18。

図 3-1 M 病院の戦略マップ



出所：詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在 M 軍医院応用研究」東北財経大学 p.17。

図 3-1 のように、学習と成長の視点は主に学科建設戦略及び人材育成戦略を含んでいる。軍隊病院は人材育成、研究レベル及び教学レベルに限ったことではなく、基礎医療技術レベルと自院の優秀学科の建設などを引き受けている。そして、二級目標の部門の発展状況と発展展望はその道筋から進化してきた。主に、人材育成費用及び研究経費の投入から評価する。その二級目標の中に年間研究経費収入、年間研究表彰項目数、論文発表数、年間申告研究プロジェクト数及び新規サービス項目数の 6 つの三級目標がある<sup>38</sup>。

内部ビジネス・プロセスの視点は医療の質のプロセス、医療サービス効率のプロセス及び財務管理のプロセスを含んでいる。医療の質のプロセスは医療技術レベル及び医療サービス効率を評価する。これらは主に、治癒率、院内感染率、3 日間の診断率及び入退院率の 4 つの三級目標がある。医療サービス効率のプロセスは 1 日当たり平均外来診療時間、病床使用率、病院回転回数及び平均入院日数の 4 つの三級目標がある。この業績評価目標は医療従事者のサービス、病床、救急と外来診療の効率を表すことができる。財務管理プロセスは医療保険支払の拒否発生率と物価料金基準の達成率である<sup>39</sup>。

顧客の視点は医療従事者の状況と患者の満足度を含んでいる。病院の文化環境は医療従事者の満足度とアンケート調査表から表すことができる。医療従事者の状況は病院文化活

<sup>38</sup> 詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在 M 軍医院応用研究」東北財経大学,p.18、21。

<sup>39</sup> 同上。

動回数、従業員に対する病院の文化満足度、仕事環境の満足度及び給料とボーナスの満足度である。患者の満足度は1人当たりの入院費用、1人当たりの外来医療費用、患者満足度などである<sup>40</sup>。

財務の視点は医療支出、部門発展状況、人件費、医療総収入を含んでいる。その中で、医療総収入は医薬品、外来診療、検査、入院等である。医療コストは病院の資源利用、減価償却費、消耗品費用等である<sup>41</sup>。

次の表3-3はM病院のBSC導入前の2010年と導入後の2011年のバランスト・スコアカードの業績比較である。

表3-3 M病院のBSC導入前・後の業績評価<sup>42</sup>

一級指標	二級指標	三級指標	2010年	2011年	
内部ビジネス・プロセス視点	医療サービス効率のプロセス	1. 1日当たり平均外来診療時間	0.0229	0.0257	
		2. 病床使用率	0.0132	0.0128	
		3. 病院回転回数	0.0227	0.0241	
		4. 平均入院日数	0.0153	0.0184	
	医療の質のプロセス	1. 治癒率	0.0214	0.0216	
		2. 院内感染率	0.0289	0.0364	
		3. 3日間の診断率	0.0506	0.0514	
		4. 入退院率	0.0552	0.0564	
	財務管理のプロセス	1. 医療保険支払の拒否発生率	0.0207	0.0490	
		2. 物価料金基準の達成率	0.0270	0.0278	
財務視点	医療支出	1. 減価償却費	0.0093	0.0083	
		2. 管理支出（衛生勤務訓練 <sup>43</sup> 、突発事件）	0.0086	0.0076	
		3. 医薬品、消耗品支出	0.0262	0.0179	
		4. 合作項目支出	0.0145	0.0125	
		5. 医療保険費用の比率	0.0224	0.0246	
	部門発展状況	1. 業務収入増加率	0.0157	0.0120	
		2. 部門収益増加率	0.0130	0.0198	
		3. 部門一人当たりの借金費用	0.0068	0.0112	
		4. 純資産の増加率	0.0360	0.0074	
		5. 総資産の増加率	0.0176	0.0070	
	人件費	従業員と軍人の給料の総収入の割合	0.0505	0.0411	
	医療総収入	1. 医薬品の総収入に対する割合	0.0090	0.0106	
		2. 1年間の外来収入	0.0124	0.0248	
		3. 1年間の入院収入	0.0119	0.0173	
		4. 各病床の年収入	0.0245	0.0285	
		5. 1人当たりの業務収入	0.0273	0.0341	
	学習と成長の視点	部門の発展展望	1. 年間研究表彰項目数	0.0134	0.0220
			2. 年間研究経費収入	0.0137	0.0283
			3. 年間申告研究プロジェクト数	0.0162	0.0300
4. 年間論文発表数			0.0116	0.0184	

<sup>40</sup> 詹瑞呉（2012）「平衡計分卡在M軍医院応用研究」東北财经大学,p.18、22。

<sup>41</sup> 同上,p.18。

<sup>42</sup> 数値の計算の仕方が示されていない。

<sup>43</sup> 衛生勤務は軍隊の人々の健康と傷病の予防と治療を行う仕事である。



	部門の発展状況	1. 年間人材育成費用	0.0400	0.0277
		2. 新規サービス項目数	0.0257	0.0417
顧客の視点	医療従事者の状況	1. 病院文化活動回数	0.0203	0.0087
		2. 従業員に対する病院の文化満足度	0.0215	0.0227
		3. 従業員に対する仕事環境の満足度	0.0407	0.0421
		4. 従業員に対する給料とボーナスの満足度	0.0235	0.0247
	患者の状況	1. 1人当たりの入院費用	0.0207	0.0200
		2. 1人当たりの外来費用	0.0217	0.0209
		3. 患者の満足度	0.0328	0.0334
		4. 患者の増加率	0.0279	0.0317

出所：詹瑞吳（2012）「平衡計分卡在 M 軍医院応用研究」東北財経大学,pp.11・12。

表 3-3 の内容は次のように説明できる。

#### ① 内部ビジネス・プロセスの視点：

内部ビジネス・プロセス視点の中で、二級指標である「医療サービス効率のプロセス」の1日当たり平均外来診療時間、病床使用率、病床回転回数と平均入院日数は2010年より悪くなっている。

二級指標である「医療の質のプロセス」の治癒率、3日間の診断率は2010年より良くなっている。院内感染率と入退院率は2010年より悪くなっている。

二級指標である「財務管理のプロセス」の医療保険支払拒否発生率は2010年より悪くなっている。物価料金基準の達成率は2010年とほぼ同じである。

#### ② 財務視点：

二級指標である「医療支出」の減価償却費、管理支出、医薬品と消耗品支出、合作項目支出（他の病院との合作項目）と医療保険費用の比率は2010年より良くなっている。医療支出は抑制することができた

二級指標である「部門発展状況」の部門収入増加率は2010年より良くなっている。業務収入増加率、部門一人当たりの借金費用、純資産の増加率と総資産の増加率は2010年より悪くなっている。

二級指標である「人件費」の従業員と軍人の給料の総収入に対する割合は2010年より良くなっている。

二級指標である「医療総収入」の一年当たりの外来収入、一年当たりの入院収入、各病床の年間収入と一人当たりの業務収入は2010年より良くなっている。医薬品の総収入の割合は2010年より悪くなっている。

#### ③ 学習と成長の視点

二級指標である「部門の発展展望」の年間研究表彰項目数、年間研究経費収入、年間申

告研究プロジェクト数と年間論文発表数は 2010 年より良くなっている。

二級指標である「部門の発展状況」の新規サービス項目数は 2010 年より多くなっている。年間人材育成費用は 2010 より低くなっている。部門の発展状況項目中の人材育成費用は導入前より低くなり、長期の運営を続けるために、人材育成に力を入れる必要がある。

#### ④ 顧客の視点

二級指標である「医療従事者の状況」の従業員に対する病院の文化満足度、従業員に対する仕事環境の満足度、従業員に対する給料とボーナスの満足度は 2010 年より満足度が高くなっている。病院文化活動回数は 2010 年より少なくなっている。

二級指標である「患者の状況」の患者の満足度と患者の増加率は 2010 年より良くなっている。1 人当たりの入院費用と 1 人当たりの外来医療費用は 2010 年より悪くなっている。

以上、4 つの視点に基づいて、M 病院の BSC 導入前と導入後の成果を説明した。M 病院は BSC を導入前に比較して一定の成果を得たが、まだ問題も存在している。全体的にみると、医療総収入は 2010 年より高くなっている。しかし、病院としては収入を増やすことだけではなく、患者のニーズに応得るため、より良い医療サービスを提供することがより必要である。

M 病院は BSC を導入して以来、病院のトップから一般の医療業務従事者まで整合性が取れ、各診療科間と各医療業務従事者は何を目標にどのような仕事をするのかを明らかにし、各々の領域で能力を発揮することができるようになった。しかし、業績評価の実施では、医療従事者の積極性を十分に引き出していない。また、全診療科の BSC の整合性が取れていないのも事実である。他の診療科の状況を把握し、自分の診療科は何ができるのかを再考する必要がある<sup>44</sup>。

以上、M 病院が BSC を導入した事例である。BSC を導入した 1 年後の状況を概観したが、ある程度の成果は現れていると判断する。しかし、期待するような成果を出せるかどうかはこれからの実践にかかっている。

---

<sup>44</sup> 倉瑞呉 (2012) 「平衡計分卡在 M 軍医院応用研究」東北財経大学,p.14。

### 第3節 中国の病院における財務状況

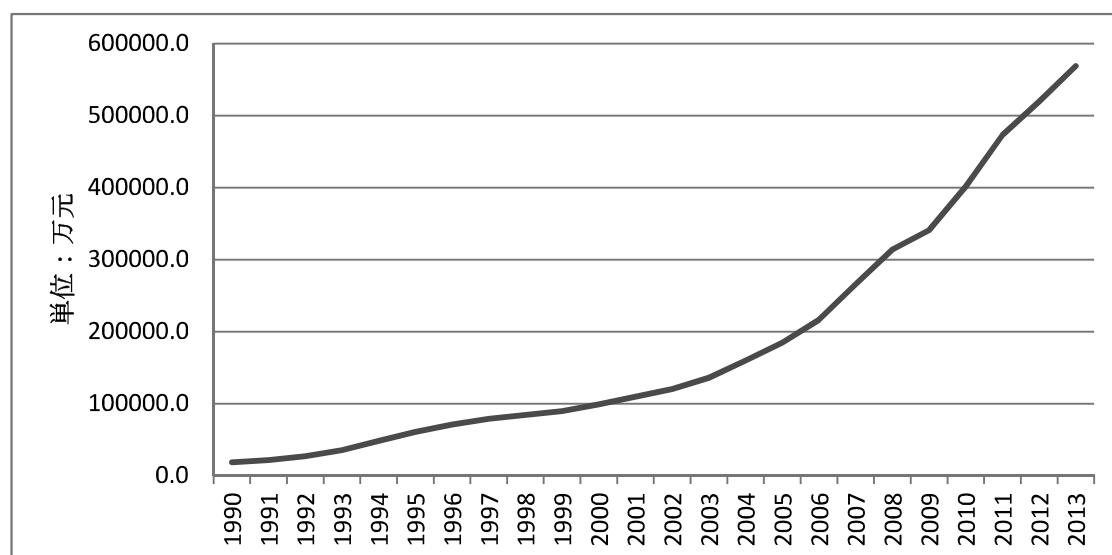
本節は中国の高度経済成長時期の下で、中国の経済成長率、国立と私立医療機構の損益状況及び診療報酬の改定率について明らかにする。

#### 1. 中国の経済成長率

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化改革の道を歩んできた。市場経済体制の実施以降、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、結果として空前の成功を達成した。

図3-1に示すように、1992年の市場経済の実施により、中国経済は市場化改革を通して大きな経済成長を遂げており、2013年には世界のGDPに占める比率は12.1%となった<sup>45</sup>。2004年から2013年までGDPの年平均成長率は15.1%であった。

図3-1 中国の名目GDPの推移



出所：中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社より筆者作成。

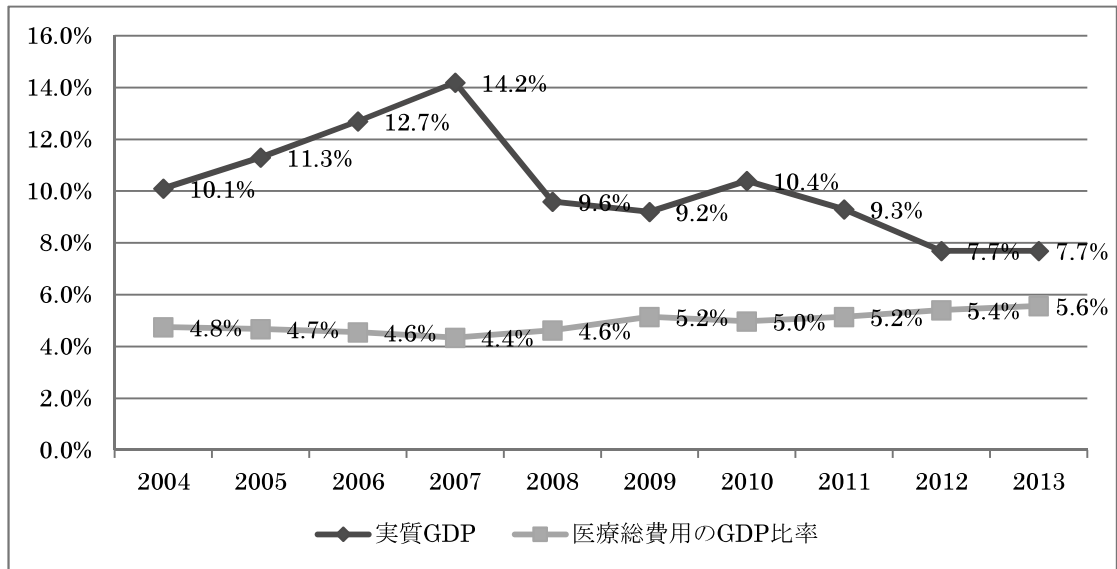
図3-2はここ10年間の中国の実質GDPとGDPに占める医療費比率の推移を示している。中国は2004年から2007年まで10%超の実質GDP成長率を記録した。しかし、2008

<sup>45</sup> 中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社。

年から成長率は 9.6%になり、2013 年には 7.7%に下った。

一方、中国の医療衛生総費用の GDP に占める比率は 1990 年から 4%に達した。2009 年から中国の医療衛生総費用の対 GDP 比率は 5%を達した。さらに、2013 年の中国の総医療衛生総費用の対 GDP の比率は 5.6%に達し、2020 年には 6.19%に達する見通しである。WHO は経済の発展に伴い総医療衛生費用の GDP 比率は 5%前後が適切としている。そうすると、中国の医療総費用は社会の負担になりつつあるといえる<sup>46</sup>。実質 GDP は 2007 年をピークに次第に減少傾向にある。医療総費用の GDP 比率は過ぎずつ上っており、今後も上昇することが予想される。

図 3-2 中国の実質 GDP と医療総費用の対 GDP 比率の推移

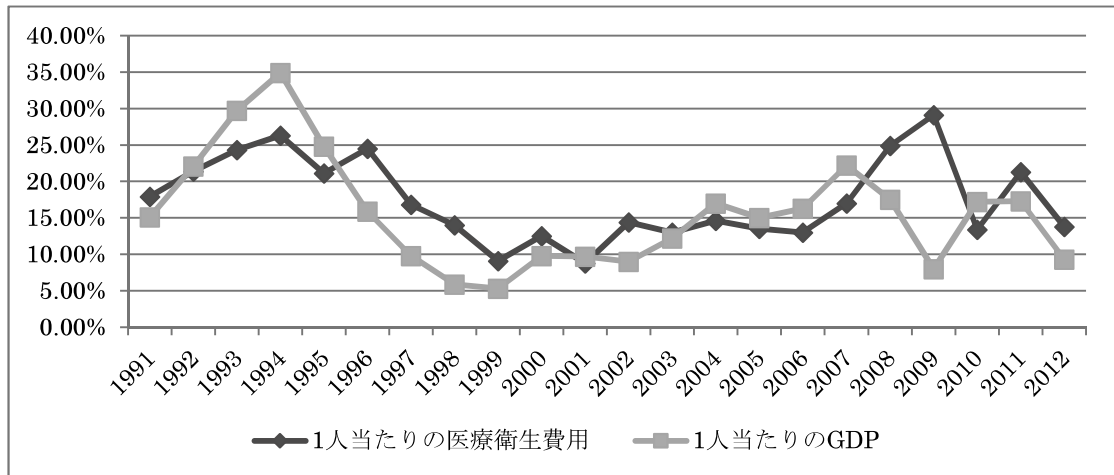


出所：中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社より筆者作成。

図 3-3 は中国の 1 人当たりの衛生費用と一人当たりの GDP の増加率の年次推移である。図 3-3 に示しているように、1996 年から 2002 年まで一人当たりの医療衛生費用の増加率は一人当たり GDP 増加率を上回っている。2003 年から 2007 年まではその関係が逆転しているが、2008 年以降は、相対的に医療衛生費用の方が GDP よりも増加率が大きい。それは、2009 年の新医療改革制度の成果が主因であるが、1 人当たりの医療衛生費用は GDP の増加率を上回っている。今後は患者のニーズを満たすために、医療サービスや医療の質の改善が継続するため、医療費がこれまで以上に増加するであろう。

<sup>46</sup> 新華ウェブ [http://news.xinhuanet.com/health/2015-04/09/c\\_127672400.htm](http://news.xinhuanet.com/health/2015-04/09/c_127672400.htm) 2015/11/27。

図 3-3 一人当たりの衛生費用と一人当たりの GDP の増加率

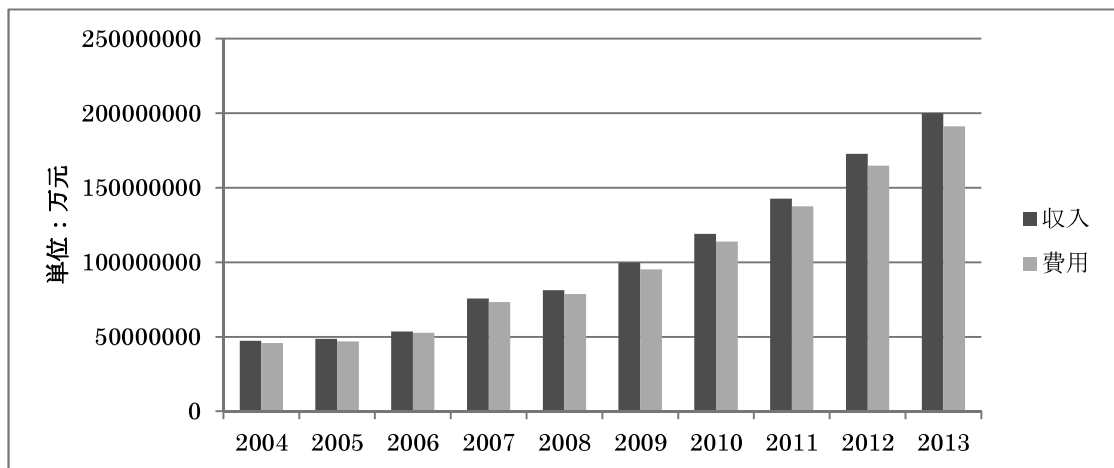


出所：中華人民共和国国家統計局（2014）『中国統計年鑑』中国統計出版社より筆者作成。

## 2. 中国の国立と私立医療機構の損益状況

図 3-4 は中国の国立医療機構の 9 年間の損益状況を示している。中国では 9 割以上の医療サービスを提供している国立医療機構は、2004 年から 2013 年まで黒字であったことが読み取れる。2004 年に 47,546,183 万元であった収入が、2013 年には 199,985,619 万元となり、収入が 4 倍以上に増えているが、同時にそれに対応して費用も増加している。

図 3-4 国立医療機構の損益状況の推移



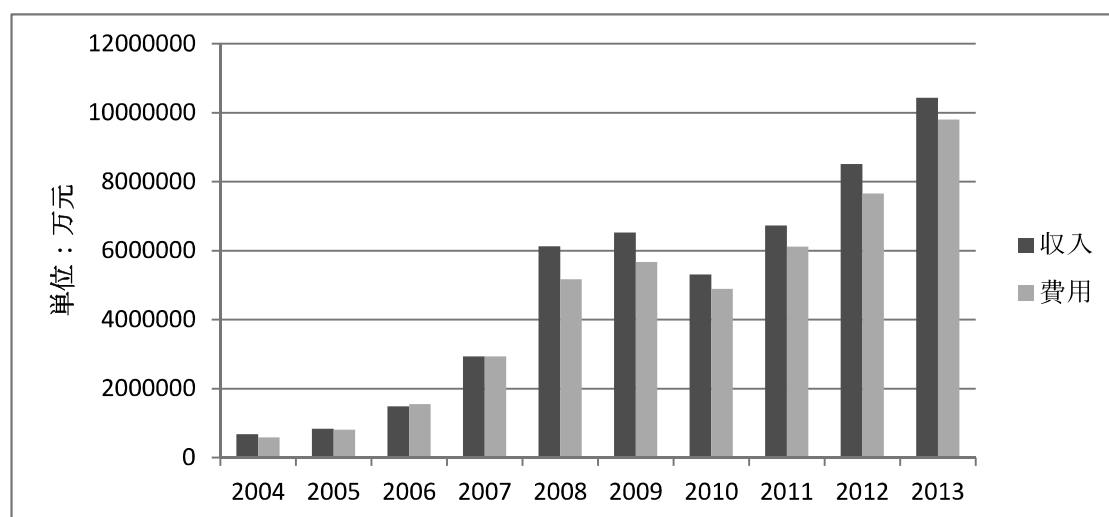
出所：中国衛生和計劃生育委員会（2005-2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

図 3-5 は 2004 年から 2013 年までの私立医療機構の損益状況の推移である。私立医

療機構も黒字であったことが読み取れる。2010年、私立医療機構の損益は一時的に下がったが、2011年以降は上っている。この9年間の損益状況をみると、2004年から2013年まで、私立医療機構の収入は673,332万元から10,436,573万元までに増加し、15倍以上になっている。

2009年の「意見」により、私立医療機構の設立が奨励されたこと、並びに近年の私立医療機構の損益の急激な増加から見ると、今後、私立医療機構は中国の医療衛生事業の中で重要な位置を占めると考えられる。

図3-5 私立医療機構の損益状況推移

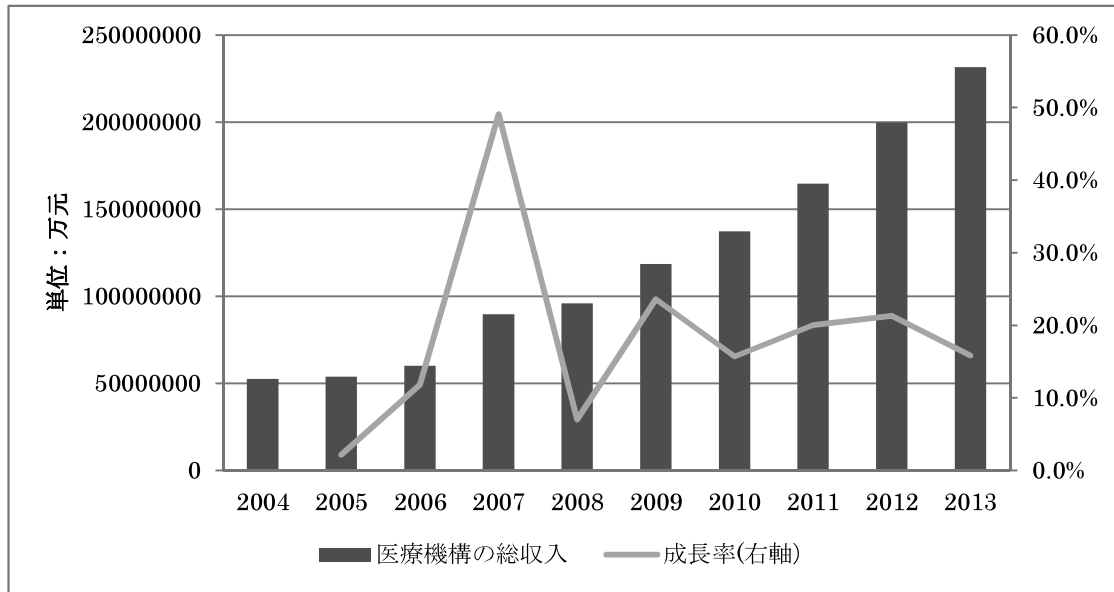


出所：中国衛生和計劃生育委員会（2005・2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

### 3. 医療機関の総収入

図3-6は2004年から2013年まで国立と私立を含めた全中国の医療機構の総収入と成長率の推移である。図3-6に示しているように、2004年から2013年まで中国の医療機構の総収入は年々増加している。2004年から2013年まで医療機構の総収入は52,641,804万元から231,475,480万元になり、4倍以上に増加した。

図 3-6 医療機構の総収入と成長率の推移



出所：中国衛生和計劃生育委員会（2005-2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社より筆者作成。

以上のように、中国では 1992 年の市場経済体制実施以降、国民経済の発展が加速することになった。1990 年から 2013 年まで GDP の年平均成長率は 15.1% になった。2009 年から中国の医療衛生総支出は実質 GDP に占める成長率は 5% に達した。また、医療機構の総収入とその中の国立と私立の医療機構の総収入も黒字であった。中国は高度経済成長期なので、診療報酬の高率プラス改定も容易であり、さらに、大多数の病院が黒字であったことが明らかになった。

本章では、始めに国立病院改革の政策と BSC の関連性を検討した。2009 年に政府は「意見」を公布した。この内容は医療衛生体制の改革の必要性、改革の深化、体制改善、重点改革、推進改革の 5 つの観点から意見を述べた。次に出された「実施案」、「指導意見」、「実施法案」と「綱要」は「意見」を遂行するためのものである。「意見」を分析つすると、政府の意図は BSC の 4 つの視点、すなわち、「財務の視点」、「顧客の視点」、「内部ビジネス・プロセスの視点」、及び「学習と成長の視点」に当てはまる。

中国では、BSC における患者の視点が一番重視されており、国立病院改革の基本目標と根本主旨であると言える。他の 3 つの視点は患者の視点を達成するために実施していると考えられる。つまり、中国の国立病院改革では、人民の健康利益を守ること、国立病院の公益性の堅持が基盤であり、出発点である。

中国の医療衛生事業の改革の流れから考えると、今しばらくは国有出資の国立病院が依然として主導的な地位を占めざるを得ない。その上で、政府が主導的に、国立病院の職能を発揮し、医療衛生事業の中の公共的医療サービスを提供することが望まれる。すなわち、政府が医療衛生事業において、政策で実施能力の優位性を利用すれば、BSCを導入することで、良好な医療衛生事業環境を提供できると考えられる。中国の政策環境の下では、BSCの導入が相対的に推進しやすい。これらのことから、中国の病院のBSCの導入率は高くなると推測できる。

また、中国の病院におけるBSCの導入事例を概観した。M軍隊病院はBSCを導入後、一年しかたっていないので、成果は顕著でないが、今後の展開に期待が待たれる。

中国では高度経済成長の下で、大多数の病院が黒字であったことが明らかになった。また、第1節で述べたように、中国における国立病院の改革は、BSCの4つの視点と関連しており、財務、患者、内部ビジネス・プロセス及び学習と成長の4つの視点から展開されている。その4つの視点の間は、並列の関係ではなく、患者の視点が根本であり、他の3つの視点は患者の視点の達成のために、実施されるものと考えられる。従って、中国のBSCの導入時期は高度経済成長期の下で、財務の視点というよりも、医療サービスの質の向上や個人としての能力向上（学習と成長の視点）の方がより重要であることが明らかになった。

2000年に入ってから中国の経済成長は著しい。名目GDPは急激に増え、とりわけ、2004年から急増している。一方で、実質GDPは2007年をピークに下降している。このまま進展すると、医療費が財政を圧迫する可能性がある。国立、私立医療機構とも収入は増えており、毎年の損益は黒字であった。これには、国の補助金が増加しているという事情もある。従って、国と病院の継続的発展のために、先進的な経営管理手法であるBSCの導入がますます重要になっていることは明白である。

ここでは、軍隊病院という特殊な例をみたが、中国の病院におけるBSCの導入状況について、筆者は2013年7月から10月にアンケートを実施し、また、2014年にインタビュー調査を実施した。アンケート調査とインタビュー調査の分析は第6章に示す。



## 第4章 日本の医療制度と病院の経営管理手法（BSC）

中国の医療保障制度は、第1章で述べたように、紆余曲折の変遷を経て全国民をカバーする保険制度が整った。しかし、「看病難、看病貴」問題は解決されつつあるが完璧とは言えない。日本国憲法は第25条で「全て国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」<sup>1</sup>と謳っており、人々の生活と健康は憲法によって守られている。

本章では、初めに全国民をカバーする世界に誇れる日本の医療保障制度と政策の歴史をたどり、次に、医療機構の構成、BSCの導入事例と病院の財務状況をみる。

### 第1節 日本の医療保障制度の現状

社会保障制度は人々の生活に緊密につながっている。厚生労働省によれば、社会保障制度は、「国民の『安心』や生活の『安定』を支えるセーフティネットである。人々の生活を支えるものは社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療と公衆衛生という保障制度である。」<sup>2</sup>と定義されている。その中の、保健医療に関する医療保障制度は人々の健康に直接関連している。

本節では日本の基本的な医療保障制度の構成及び医薬分業制度について説明する。

#### 1. 医療保障制度の概要

日本は1922年に法律第70号により「健康保険法」を制定し公布した。これは、日本の最初の医療保険制度である。「健康保険法」の制定時は工業・鉱業などの労働者を対象としたもので限定的であった。1927年1月1日には健康保険法が全面的に施行された。その後、農業収入の激減を理由に、農家では疾病の治療費を支払えない事態も生じた。農家の負担を軽減するため、1938年には、国民健康保険制度が成立し、同年7月から施行された。国民健康保険制度制定の目的は主に農民の救済であった。市町村を単位とする国民健康保険について、1942年ごろには約95%の市町村組合が設立されていた<sup>3</sup>。これについて、島崎は、「第2次世界大戦後の国民皆保険の達成との対比で『第1次皆保険の完遂』

<sup>1</sup> 日本国憲法は第25条による者。

<sup>2</sup> 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/21.html> 2015/4/20。

<sup>3</sup> 島崎謙治（2011）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会,pp.38-44。

と称される」<sup>4</sup>と述べている。そして、1958 年末に新国民健康保険法が制定、公布され、全国の市町村で原則として 1961 年 4 月 1 日から国民健康保険事業を実施することとなり、国民皆保険制度が確立された<sup>5</sup>。このような医療保障制度の歴史を経て、今日の全国民をカバーする日本の医療保障制度は確立した。

現在の日本の医療保険制度の構成は、まず、会社員、公務員、教職員、船員などを対象とする被用者保険制度、次に、農業者、自営業者、被用者保険の退職者を対象とする国民健康保険、そして、75 歳以上の後期高齢者を対象とする高齢者医療制度の 3 つに分かれる<sup>6</sup>。

表 4-1 に日本の医療保険制度の概要を示す。

表 4-1 日本の医療保険制度の概要

制度名		保険者 (2011年 3月末)	加入者数 (2011年3 月末) (本人:家族)	医療給付		財 源	
				医療給付 (一部負 担)	現金給付	保険料率	国家負担・補助
健康 保 険	一般被 用者 協会けんぽ	全国健康 保険協会	34,845 (19,580 : 15,265)	義務教育就 学後から 70歳未満: 3割 義務教育就 学前: 2割 70歳以上 75歳未 満:2割(原 役並み所得 者3割)	・傷病手 当金 ・出産育 児一時 金等	10.0% (全国平均)	給付費の16.4% (後期高齢者 支援金分 16.4%)
	組合	健康保険 組合	26,609 (15,574 : 14,035)		同上 (附加給 付あり)	各保険組合 によって異 なる	定額 (予算補助)
	健康保険法 第3条第2 項被保険者	全国健康 保険協会	18 (12 : 6)		・傷病手 当金 ・出産育 児一時 金等	1級日額390 円 11級 3,230 円	給付費の16.4% (後期高齢者 支援金分 16.4%)
船員保険		全国健康 保険協会	136 (60 : 76)	同上	同上	9.45% (疾病保険 料率)	定額
各 種 共 済	国家公務員	20 共済組 合	9,189 (4,523 : 4,665)	同上 (附加給 付あり)	同上	—	なし
	地方公務員 等	64 共済組 合			同上	—	
	私学教職員	1 事業 団			同上	—	
国 民 健	農業者 自営業者等	市町村	38,769 市町村 35,493 国保組合	・出産育 児一時 金 ・葬祭費	世代ごとに応 益割(定額) と応能割(負 担能力に応じ	給付費などの 41%	
		国保組合 165				給付費等の 47%	

<sup>4</sup> 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会,p.44。

<sup>5</sup> 同上,p.60。

<sup>6</sup> 厚生労働省

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html) 2015/4/30。

康 保 険	被用者保険 の退職者	市町村 1,723	3,277			て)を賦課 保険者によっ て賦課算定方 式は多少異な る	なし
後期高齢者医療 制度	[運営主体] 後期高齢 者医療広 域連合 47	14,341	1割(原役 並み所得者 3割)	葬祭費等	各広域連合に よって定めた 被保険者均等 割額と所得割 率によって算 定されている	・保険料約 10% ・支援金約 40% ・公費 約 50% (公費の内訳) 国：都道府県： 市町村 4：1：1	

出所：厚生労働白書（2011）資料編,p.28。 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12-2/dl/02.pdf>  
2015/4/20。

注：

1. 後期高齢者医療制度の被保険者は、75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者で一定の障害がある旨の広域連合の認定を受けた者。
2. 現役並み所得者は、住民税課税所得145万円（月収28万円以上）以上の者。（ただし、収入が高齢者複数世代で520万円未満若しくは高齢者単身世代で383万円未満の者は除く。）  
上位所得者は、月収53万円以上（国民健康保険においては世帯内の全ての加入者の総所得金額などから基礎控除額を差し引いた金額の合計額が600万円超）の者。低所得者は、市町村住民税非課税世帯に属する者等。特に所得の低い者は、年金収入80万円以下の者等。
3. 国保組合の定率国庫補助については、健保の適用除外承認を受けて、平成9年9月1日以降新規に加入する者及びその家族については協会けんぽ並とする。
4. 加入者数は四捨五入により、合計と内訳の和と一致しない場合がある。
5. 全国健康保険協会（一般被用者及び健康保険法第3条第2項被保険者）に対する国庫補助率は、平成22年7月から平成24年度までは、給付費の16.4%。
6. 船員保険の保険率は、被保険者保険料負担軽減措置（0.35%）による控除後の率。

以下では、表4-1を参照にしつつ、被用者保険制度、国民健康保険制度、高齢者医療制度の3つの制度について説明する。

## 1.1 被用者保険制度

被用者保険は全国健康保険協会、協会けんぽと健康保険組合、船員保険、共済組合を含んでいる。その中の、全国健康保険協会と健康保険組合は一般被用者保険である。

健康保険法によると、健康保険組合は、「適用事業所の事業主、その適用事業所に雇用される被保険者及び任意継続被保険者をもって組織する」<sup>7</sup>と規定されている。また、同法に基づき、全国健康保険協会は健康保険組合でない保険者、いわゆる中小企業の労働者とその扶養家族が加入できる保険である<sup>8</sup>。共済組合は、国家公務員、地方公務員と私立学校教職員組合が加入し、被保険者の扶養家族も対象になる<sup>9</sup>。

<sup>7</sup> 健康保険法第8条による者。

<sup>8</sup> 健康保険法第7条の2による者。

<sup>9</sup> 厚生労働省

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html)  
2015/4/20。

## 1.2 国民健康保険

上述したように、旧国民健康保険法は 1938 年に公布され、同年の 7 月から施行された。次に、旧国民健康保険法を全面的に改正し、被用者保険に加入していない者は国民健康保険に加入することになった。1958 年 12 月に新国民健康保険法が公布され、翌年の 1 月 1 日から施行された。その後、1961 年に全ての国民が医療保険制度に加入し、国民皆保険が実現した<sup>10</sup>。

国民健康保険の被保険者については、「市町村または特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」<sup>11</sup>と規定されている。また、外国人で在留期間が 3 カ月を超えて、在留資格がある場合は被保険者としている<sup>12</sup>。ただし、健康保険の被保険者及び被扶養者、船員保険の被保険者、国家公務員共済組合・地方公務員共済組合の組合員、私立学校教職員組合員、後期高齢者医療制度に加入する者及び外国人の在留期限が 3 カ月以下の者は、市町村が行う国民健康保険の被保険者としない<sup>13</sup>。

厚生労働省によると、日本の国民皆保険制度の特徴は、「①国民全員を公的医療保険で保障、②医療機関を自由に選べる、③安い医療費で高度な医療が受けられる、④社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入する」<sup>14</sup>ことである。

## 1.3 高齢者医療制度

高齢者医療制度は、2006 年 6 月に成立した「高齢者の医療の確保に関する法律」により、2008 年 4 月に創設された制度である。高齢者医療制度は前期高齢者医療制度と後期高齢者医療制度の 2 つがある<sup>15</sup>。

前期高齢者医療制度の加入者は、65 歳以上 75 歳未満の者である<sup>16</sup>。後期高齢者医療制度の加入者は、75 歳以上の高齢者（65 以上 75 歳未満の認定された障害者も含む）である<sup>17</sup>。

以上の 3 つの医療保険制度の成立により、日本では国民の安全・安心な生活を保障す

---

<sup>10</sup> 厚生労働白書（本文）（2011）「社会保障の検証と展望－国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀－」,pp.32-33。

<sup>11</sup> 国民健康保険法第 5 条による者。

<sup>12</sup> 国民健康保険法施行規則第 1 条による者。

<sup>13</sup> 国民健康保険法第 6 条による者。

<sup>14</sup> 厚生労働省

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html) 2015/4/20。

<sup>15</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律第 3 章と第 4 章による者。

<sup>16</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律第 3 章第 32 条による者。

<sup>17</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律第 3 章第 52 条による者。

る全国民をカバーした国民皆保険制度が確立した。日本には国民皆保険の理念があり、世界の医療保障制度の中でも希に見る誇れる制度となっている。

一方で、年々増加する医療費抑制と患者の負担を軽減するために薬価を改定し、医薬分業制度を推し進めている。なお、中国では、都市で働いている本人は都市従業員基本医療保険に加入し、その家族は都市住民基本医療保険に加入するようになっている。日本の被用者保険は本人とその家族も加入する。ここが中国と日本の大きい違いである。

以下、医薬分業制度をみってみる。

## 2. 日本の医薬分業制度

医薬分業とは、「医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し国民医療の質の向上を図るものである」<sup>18</sup>とされている。

日本の医薬分業の開始は1874年までさかのぼることができる。医薬分業を明確に示した最初の法律である「医制」は1874年に国から公布され、医師と薬剤師の2つの役割を明確化した。次に、1889年に「薬律」が制定された。「薬律」の1条は「薬剤師とは薬局を開設し医師の処方箋により薬剤を調剤するものをいう。薬剤師は薬剤の製造及び販売を為すことを得」<sup>19</sup>と規定している。その後、1956年に「医薬分業法」を制定し、医療費システムと薬価基準制度の確立によって、「医」、「薬」をそれぞれの専門家が分担するようになった。

医療費の高騰を抑えるため、1974年の自民党「国民医療大綱」に「地域強制医薬分業を、5年後に実施する」と掲載された<sup>20</sup>。早瀬幸俊は、「1974年は日本における医薬分業の元年であると言われている」<sup>21</sup>と述べている。

ここから、医薬分業がスタートし、徐々に成果が現れている。厚生労働白書によれば、医薬分業の利点は以下の5点がある<sup>22</sup>

①患者に必要な医薬剤を医師・歯科医師が自由に処方をするができる。

②処方箋によって、患者自身は何の薬を服用しているかが分かる。

---

<sup>18</sup> 厚生労働白書 資料編 (2011) p.98。

<sup>19</sup> 規制改革会議 公開ディスカッション (2015)「医薬分業における規制の見直しについて」日本薬剤師会,p.3。

<sup>20</sup> 同上 ,p.3。

<sup>21</sup> 早瀬幸俊 (2003)「医薬分業の問題点」『薬学雑誌』,p.124。

<sup>22</sup> 厚生労働白書 資料編 (2011) ,p.98。

- ③「かかりつけ薬局」は患者の薬歴を管理し、重複投薬や相互作用の有無等が確認でき、さらに、薬物療法の有効性・安全性を向上させることもできる。
- ④病院薬剤師の外来調剤業務を軽減し、入院患者に対する病棟活動が可能となる。
- ⑤薬物療法の有効性・安全性を向上させるため、薬剤師と処方した医師・歯科医師とが連携し、患者に薬の効果、副作用、用法等について説明（服用指導）することができる。

一方、早瀬（2003）は、以下のデメリットも存在していると指摘している<sup>23</sup>。

- ①受診のため病院や診療所に行き、受診した後薬局で処方箋により調剤してもらい、また、地域によっては、自宅周辺に薬局が存在しないこともあり、患者にとって、2度手間になる。
- ② 方箋料などの加算のため患者の一部負担金が増える。

医薬分業制度の評価として、5点のメリットと2点のデメリットをあげた。デメリットである患者に2度手間をかけさせ、処方箋料などの加算により患者の一部負担金が増えるという2点に比べると、メリットは確実に患者の利益につながっている。従って、医薬分業制度は、デメリットよりメリットの方が多いと考えられる。

以上は日本の医療保険制度の概要と医薬分業制度についての説明である。現在、日本の医療保険制度は全国民をカバーし、国民の負担をできるだけ軽減しようとしている。また、医薬分業については、メリットとデメリットの両方がある。しかし、医療費の内の薬剤率を見れば、1993年の28.5%から2011年は21.9%に減少し、一定の成果を得ている<sup>24</sup>。

また、中国の医療事業に存在している「以薬養医」問題と比べれば、日本の医薬分業制度は病院と薬局を分業させているため、病院の薬剤に対するコントロール力は弱い。一方、薬剤による収入は病院経営（財務）に影響を及ぼさない。そのため、結局は患者の医療費負担を軽減できると考えられる。中国は2009年の医療改革から、病院における医薬分業に努力している。しかし、現在でも著しい効果は現れていない。

## 第2節 日本の病院における医療機構の構成

本節では、日本における医療機構の構成を概観する。中国の医療機構の構成と比較するため、第3章と同じように、①医療機構数、②病院数、③病院のベッド数から分析して

<sup>23</sup> 早瀬幸俊（2003）「医薬分業の問題点」『医学雑誌』,p.123。

<sup>24</sup> 厚生労働省（2014）「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」,p.2。

いく。中国は2009年から新しい医療改革を始めたため、第3章の中国の病院機構の構成についての使用データは2009年以降にした。従って、日本の病院における医療機構の構成についての論述も、中国との比較に備えて、2009年以降のデータを用いる。

## 1. 医療機構数

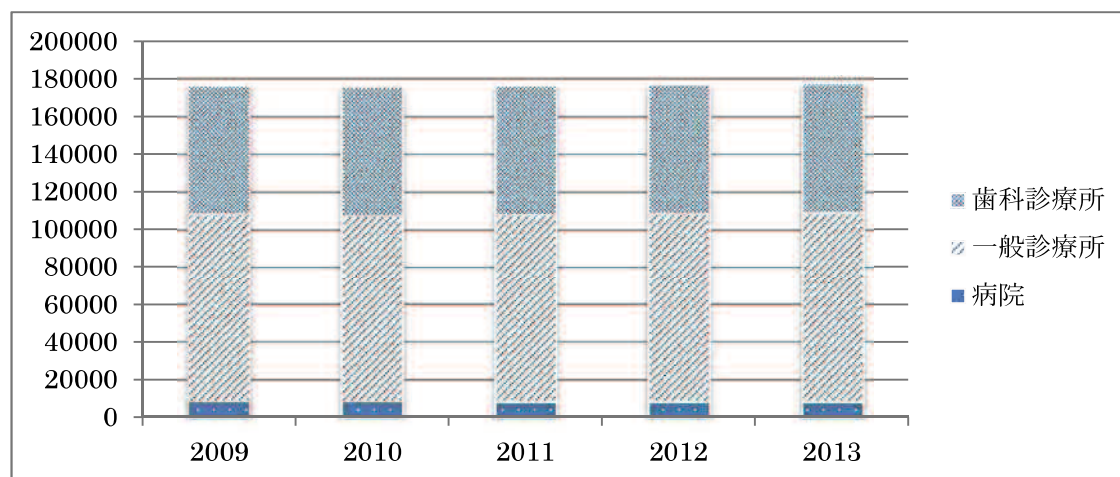
2013年の厚生労働白書によれば、日本の医療施設の種類は病院、一般診療所、歯科診療所の3区分とすることができる。病院は病床が20床以上で入院施設を有するものである。一般診療所と歯科診療所は病床が19床以下で入院施設を有するものまたは入院施設を有しないものである<sup>25</sup>。

病院の種類を区分すると、精神科病院、結核療養所と一般病院がある。病床の種類を区分すると、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床と介護療養病床がある。

病院の開設者からみると、国、公的医療機関、社会保険関係団体、医療法人、個人、その他がある<sup>26</sup>。

医療施設を種類別にみたものを図4-1に示した。2009年から2013年までは病院も一般診療所も歯科診療所の施設数もまたそれらの割合もほとんど増減は見られない。

図4-1 施設の種類の施設数



出所：厚生労働省統計情報・白書（2009-2013）「医療施設調査・病院報告」より筆者作成。

次に、開設者による病院の種類を表4-2に示した。国が運営しているは国立病院、都

<sup>25</sup> 厚生労働省統計情報白書（2013）

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01\\_tyousa.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01_tyousa.pdf) 2015/4/25。

<sup>26</sup> 同上。

道府県市町村が運営している公立病院、社会保険関係団体が運営している病院、個人と医療法人が運営している民間病院、その他がある。この中で、社会保険関係団体の病院は、佐藤によれば、「健康保険や厚生年金保険の被保険者等に対する医療提供施設として設置されてきた」<sup>27</sup>のである。

表 4-2 開設者による病院の分類

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、その他(国の機関) ※ 独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センターは、各々の法律により医療法の適用については国とみなされている。
公的医療機関	都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
社会保険関係団体	全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人
個人	個人
その他	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人

出所：厚生労働省統計情報白書（2013）

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01\\_tyousa.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01_tyousa.pdf) 2015/4/25。

以下のデータは全て開設者別のデータによって分析していく。

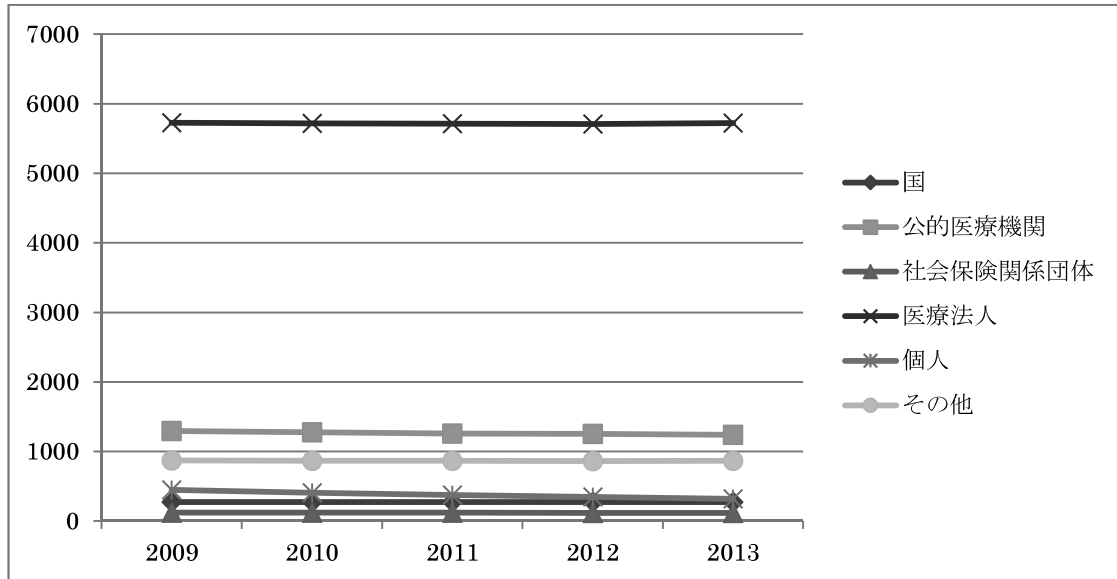
## 2. 医療施設数

図 4-2 は、開設者別の 2009 年から 2013 年までの病院数の推移である。2009 年から 2013 年まで病院数はほとんど変化ない。一番多いのは、医療法人が運営している病院で、個人の病院と合わせれば、民間病院の数が一番多いことが分かる。国が運営している病院は総病院数のわずか 3.1%にすぎない。

<sup>27</sup> 佐藤哲夫（2010）「社会保険病院等をめぐる経緯と課題－保険運営の見直しと地域医療の確保－」『立法と調査 311 号』厚生労働委員会調査室,p.31。



図 4-2 開設者別の病院数の推移

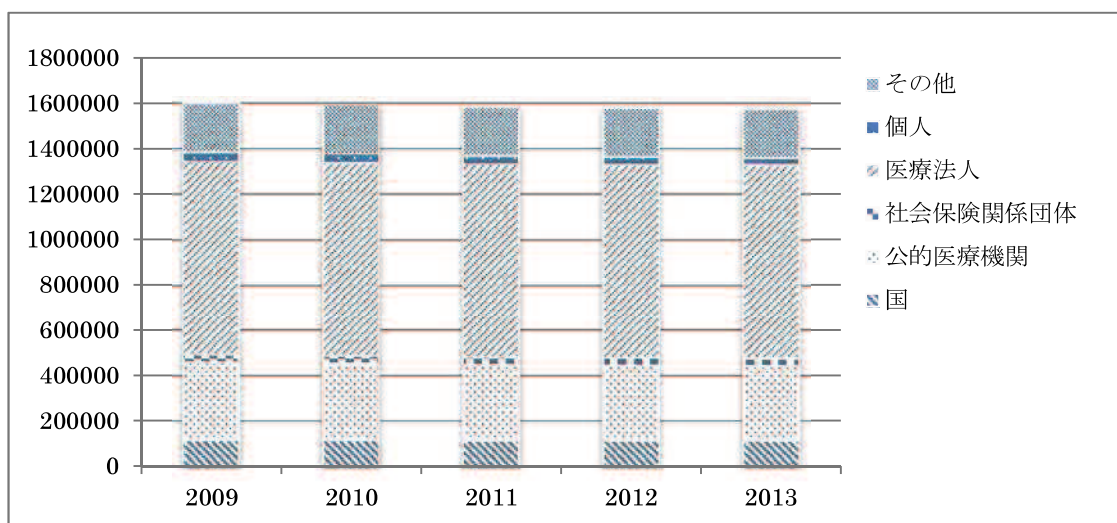


出所：厚生労働省統計情報・白書（2009－2013）「医療施設調査・病院報告」 p.7 より筆者作成。

### 3. 病院のベッド数

2009年－2013年の間に、病院の総ベッド数は1,601,476床から1,573,772床に減少しており、減少率1.8%である。2013年の国立病院のベッド数は病院総ベッド数の7.3%を占め、公的医療機関のベッド数は病院総ベッド数の20.6%、社会保険関係団体のベッド数は病院総ベッド数の2.1%、医療法人と個人のベッド数は病院総ベッド数の56.3%、その他の病院のベッド数は病院総ベッド数の1.4%を占めている<sup>28</sup>（図4-3）。

図 4-3 開設者別の病院ベッド数



出所：厚生労働省統計情報・白書（2009－2013）「医療施設調査・病院報告」 p.14 より筆者作成。

<sup>28</sup> 厚生労働省統計情報・白書（2009－2013）「医療施設調査・病院報告」厚生労働省。

図4-3が示すように、2009年から2013年までのベッド数はごくわずかずつ減少し続けている。これについて、荒井は、「90年代以降の診療報酬単価の継続的な強い抑制という厳しい財務環境の到来とともに、病院の数は90年代以降減り続けている」<sup>29</sup>と述べている。

日本の病院は中国と逆に、医療法人と個人が運営している民間病院のベッド数が、病院総ベッド数の半分以上を占め、公的医療機関のベッド数と合わせると、病院の総ベッド数の76.9%を占めている。国が運営している病院のベッド数は病院総ベッド数のわずか7.3%にすぎず、医療サービスの中の入院サービスの提供は、民間病院と公的病院が主になっていることが分かる。

中国の国立病院と比較すると、日本では国が出資する医療施設数も病床数もその数において病院全体の中で主要な位置を占めていない。日本の病院は開設者別に分けると、国、公的医療機関、社会保険関係団体、医療法人、個人、その他の6つがある。一方、中国の病院は開設者別に分けると、国と民間のみである。そして、国が出資する医療施設数は9割以上を占めている。

なお、第3章では開設者別の病院の利用状況と医療従事者数についても分析したが、日本では開設者別の病院の利用状況と医療従事者数についてはデータが簡単に手に入らないため、ここに載せることができなかった。

### 第3節 日本の病院におけるBSCの利用状況

本節は日本の病院におけるBSC登場の背景と導入事例について述べる。

#### 1. BSC登場の背景

1961年の国民皆保険の実施によって、医療環境の確保・促進と経済の発展と共に、病院は安定した経営環境の下で、80年代までは経営管理を考慮しなくても病院経営を容易に行うことができてきた。診療報酬が出来高払いであるので、多くの診療行為を行えば、収益を増加させることができた。しかし、90年代以降の診療報酬単価の抑制によって、財務環境が厳しくなり、病院の数は減少し続けている。残った病院は財務管理の必要性を感じて、2000年代初頭に、診療科別原価計算等の部門別原価計算に取り組み始めた<sup>30</sup>。

そして、患者により良い医療と医療サービスを提供する財務面と非財務面とのバランス

<sup>29</sup> 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカードー英米展開と日本の挑戦』中央経済社,p.70。

<sup>30</sup> 同上,pp.69-70。

の必要性を、病院の経営管理者は強く感じるようになってきた。日本の診療報酬の継続的抑制の下で、病院経営の環境はだんだん厳しくなっている。こうした環境と将来にわたる病院の経営環境から、財務面と非財務面のバランスを取ることが重要になり、このことが BSC への関心と繋がってきている<sup>31</sup>。高橋（2004）は、「BSC の登場により、財務以外のデータを従来よりも重視し、財務データを補完的に使用し、財務以外の指標を『可視化』し、豊富な指標を使い、因果関係を重視して、結果としての成果指標だけでなく、パフォーマンス・ドライバーを将来志向で考えることの重要性を示してくれることである」<sup>32</sup>と言っている。

また、BSC は財務指標と非財務指標のバランスの必要性、戦略的意思決定の必要性、アカウントビリティ要求、診療と経営の融合領域での経営管理の重要性の向上などに対応する戦略的経営システムとして日本の医療業界の関心が高まっている<sup>33</sup>。

日本医療バランスト・スコアカード研究会によれば、BSC は「従来の財務データ中心の経営分析と異なる特長として、『顧客の視点』や『内部ビジネス・プロセスの視点』といった、非財務的指標を定量データとして経営管理に適用させることができるため、患者のニーズや品質管理を経営管理システムとして取り入れることが可能となる。これらを定期的・定量的に評価することで、医療機関自身の経営改善のみならず、患者に対してもより安全で安心な医療提供につながることを期待される」<sup>34</sup>という特徴を持っている。

## 2. 日本の病院における BSC の導入事例

日本における病院の BSC の導入状況をみるため、2014 年発行の『医療バランスト・スコアカード研究』第 11 巻第 1 号に掲載された松山赤十字病院の事例をみてみよう。

愛媛県の県庁所在地の松山市にある松山赤十字病院は 1913 年に設立され、今年（2015 年）で 102 年目を迎えた。許可された病床数は 745 であるが、実働は 681 床である。2013 年 11 月の職員数は 1,439 名で、医師は 185 名（研修医 22 名を含む）、看護師 721 名である<sup>35</sup>。

松山赤十字病院が BSC と出会ったのは、2005 年 11 月に聖路加国際病院の渡辺名良医

<sup>31</sup> 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカードー英米展開と日本の挑戦』中央経済社,pp.69-70。

<sup>32</sup> 高橋淑朗（2005）『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版,p.8。

<sup>33</sup> 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカードー英米展開と日本の挑戦』中央経済社,p.88。

<sup>34</sup> 日本バランスト・スコアカード研究会 [http://www.hbsc.jp/about/02\\_polisy.html](http://www.hbsc.jp/about/02_polisy.html) 2015/5/1。

<sup>35</sup> 淵上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究会,p.5。

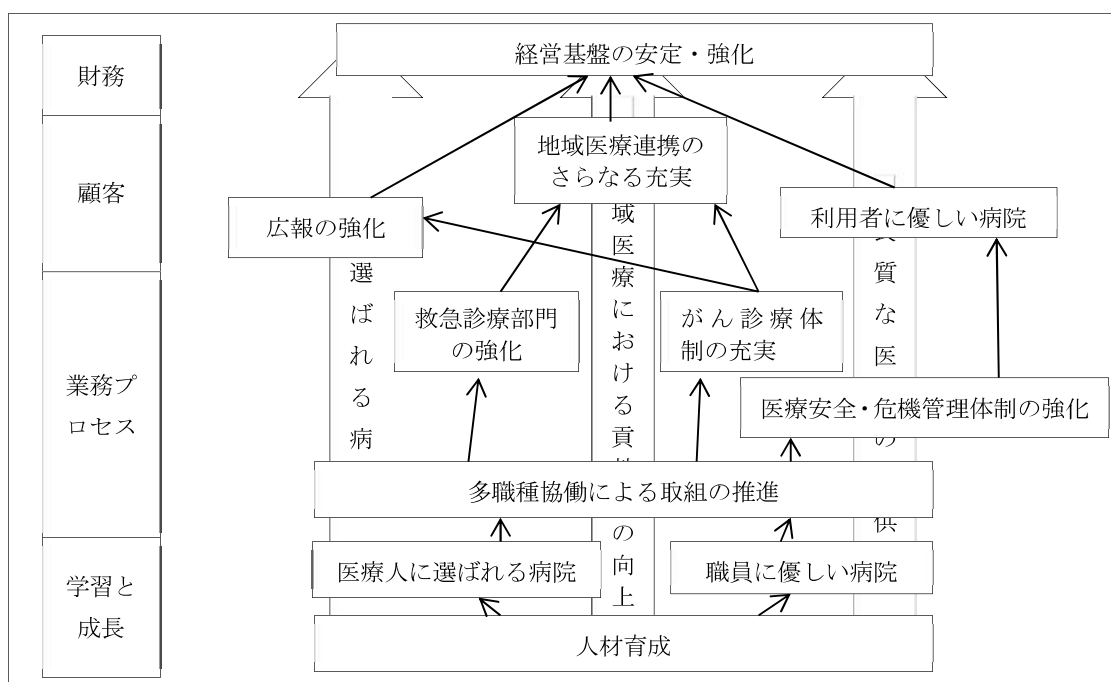
師の「病院における BSC の実践と課題」というテーマの講演を聞いた時で、松山赤十字病院でも適用できると考え 2006 年度に導入した。その後、2009 年 12 月に高橋淑朗日本大学商学部教授（HBSC 研究会会長）の講演も聞き、松山赤十字病院の BSC の取り組み方が間違っていないことを確認した<sup>36</sup>。松山赤十字病院の戦略目標は、「経営基盤を安定・強化することによって新病院の建築を実現し、病院の弱みを克服し、脅威を回避し、機会を活かすこと。また、地域医療への貢献をすること」<sup>37</sup>とした。

## 2.1 BSC の作成過程

2013 年度の戦略テーマとして、「選ばれる病院」、「地域医療における貢献度の向上」及び「良質な医療の提供」の 3 本の矢が設定された。そして、戦略目標間の因果連鎖と戦略テーマの縦の流れを構成している戦略マップが作成された。また、戦略的目標に基づき、各部署と各職員の BSC を作成した。

図 4-4 は、2013 年度の松山赤十字病院の BSC 戦略マップである<sup>38</sup>。

図 4-4 2013 年の松山赤十字病院の BSC の戦略マップ



出所：洲上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究会 p.8。

<sup>36</sup> 洲上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究会,p.7。

<sup>37</sup> 同上。

<sup>38</sup> 同上,pp.7-8。

## 2.2 松山赤十字病院における BSC の 4 つの視点

### ①学習と成長の視点

学習と成長の視点の戦略目標は、「①医療人に選ばれる病院、②人材育成、③職員に優しい病院」<sup>39</sup>の3つである。ここでは、医療従事者の育成・支援、中間管理職の育成が重要な成功要因である。

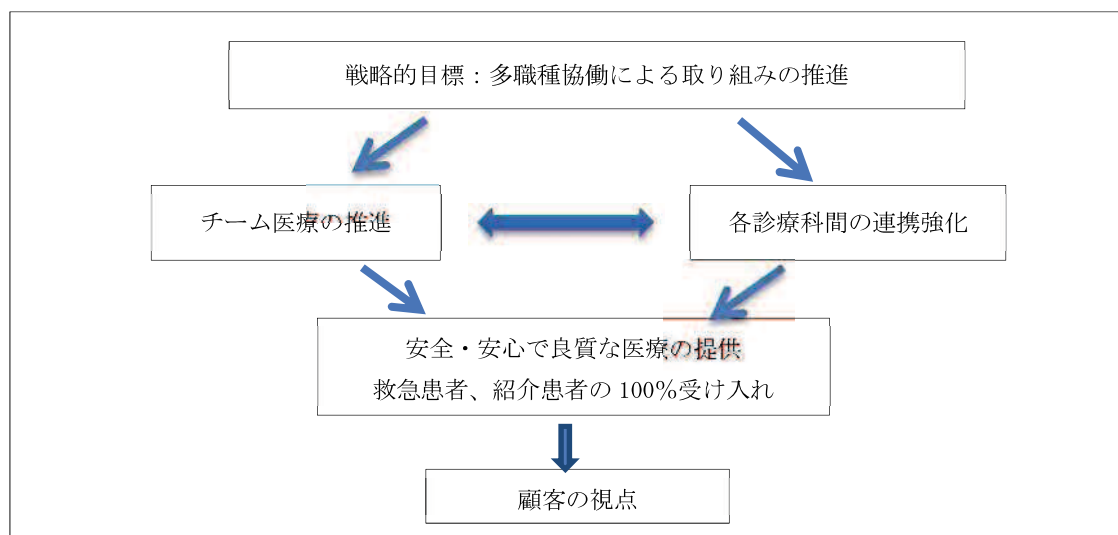
松山赤十字病院の医療従事者は、BSC 導入前の 2005 年度の 1,108 人から 2013 年度には 1,399 人に増加した。医療従事者の増加は、固定費の増加と繋がっているが、人的資源が拡大したことにより病院の収益も増加にした<sup>40</sup>。

### ②業務プロセスの視点

図 4-5 に示したように、業務プロセスの戦略目標は、多職種協働による取り組みの推進である。チーム医療の推進と各診療科間の連携を強化し、患者に、安全・安心な医療サービスを提供する。また、いかなる患者でも 100%受け入れることを可能にする。

業務プロセスの視点は、「多職種協働により、効率的な病床運営、医療情報部門の強化、業務改善の推進を重要成功要因とし、効率的な病院運営を目指している」<sup>41</sup>ことを重視している。

図 4-5 業務プロセスの視点



出所：瀧上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会,p.8。

<sup>39</sup> 瀧上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会同上,p.8。

<sup>40</sup> 同上。

<sup>41</sup> 同上。

### ③顧客の視点

顧客の視点は、図 4-4 のように、「利用者に優しい病院」、「地域医療連携のさらなる充実」及び「広報の強化」の 3 つの戦略的目標を有している。

「利用者に優しい病院」という戦略目標の重要な成功要因は、「相談機能の充実、あいさつ・接遇マナーの向上、ボランティア活動を推進する」<sup>42</sup>ことである。

「地域医療連携の更なる充実」では、地域住民、病院職員、従業員等のステークホルダーとの連携が重要である。そのためには、ステークホルダーとの相互理解が重要であり、多様なコミュニケーションにも対応する必要がある。

1999 年から医療機関との連携を目的として、地域医療連携室懇談会（年 1 回）を開設した。その後、2004 年には、2000 年から看護部が主催していた「病院と在宅看護・介護の連携」の合同研究会（年 1 回）を松山赤十字病院の主催に変えた。医療連携により「医療機関中心の『顔の見える連携』から、患者中心の『心の通う連携』へと目線が変わった」<sup>43</sup>と報告されている。

「広報の強化」に関しては、松山赤十字病院は、「ディスクロージャ（情報開示）に力を入れ、病院の可視化を図っている」<sup>44</sup>ことを広報し、病院の情報を患者や地域住民に伝えている。メディアへの公開数は 2011 年の 32 件から 2014 年には 190 件に増加している<sup>45</sup>。

### ④ 財務の視点

図 4-4 に示しているように、財務の視点は病院の経営基盤の安定・強化を目標としている。財務の視点を達成するために、学習と成長の視点（人材育成）、業務プロセスの視点（多職種協働による取り組みの推進）と顧客の視点（患者の満足度の向上）のそれぞれの目標を達成し、最終的に財務視点の目標に到達させる。そのような戦略目標の連携によって、結果として病院の経営基盤の安定・強化の目標も達成できる。

<sup>42</sup> 淵上忠彦（2014）「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会,p.8。

<sup>43</sup> 同上,p.9。

<sup>44</sup> 同上。

<sup>45</sup> 同上。

## 2.3 BSCの導入効果

松山赤十字病院のBSCの導入効果を、経営状況と病院運営の面からみておこう。

### ① 経営状況

松山赤十字病院は2006年にBSCを導入した。4年後の2010年の経常利益は11億7千万円になり、2011年には22億円を超えた。そして、2012年には22億2千万円になった。松山赤十字病院の現院長が就任する前には10億6千万円の赤字があったが、2014年には103億7千万の累積黒字になっている<sup>46</sup>。

また、医療収益もBSC導入前年の172億7千万円から、2012年度は218億2千万円と45億5千万円増加した。そして、年間借入金も2009年までに借入金がゼロになった。2012年の預金残高も82億1千万になった<sup>47</sup>。

### ② 職員参加の病院運営

松山赤十字病院では、「BSCの導入により、院長と病院幹部でやっていた病院運営が全職員参加型の病院運営に変わった」<sup>48</sup>と報告されている。各職員にとってはやりがいが生れ、モチベーションが上がり、コミュニケーションの向上へと繋がっている。

松山赤十字病院は成功要因として、以下のような結論を導いている。

- ・全職員が共有できる目標、戦略を定める。
- ・病院トップがリーダーとなり、BSC担当部署を明確にする。
- ・全職員参加型であること。特に医師の参加が重要である。
- ・自身の現状を把握し、課題を絞り込み、戦略に取り込む。
- ・成果を焦らない。次第に組織文化として定着する<sup>49</sup>。

以上、松山赤十字病院のBSCの導入事例を示した。松山赤十字病院はBSCを導入した後、病院の収支は赤字から黒字になり、収益も年々増え、特に、借入金がゼロになり、預金残高も発生している。資源に余裕ができ、新しい建物の建築や従業員の育成や新医療

<sup>46</sup> 浏览忠彦（2014）「松山赤十字病院におけるBSCの導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会,pp.9-10。

<sup>47</sup> 同上,pp.10-11。

<sup>48</sup> 同上,p.11。

<sup>49</sup> 同上,pp.11-12。

機器の購入等を通じて病院を改善することができた。そして、地域連携を推進し、地域病院と交流し、様々な要望に対応することが可能性になった。また、患者と心の通うコミュニケーションをすることもできた。BSCの導入により、松山赤十字病院はよい結果を得ている。

#### 第4節 日本の医療機構における財務状況

ここでは日本の低経済成長期の下での経済成長率、医療機関の損益状況及び診療報酬の改定率について明らかにする。

##### 1. 日本の経済成長率

1990年のバブル崩壊後、日本の経済は低成長期に落ち込んでいる。図4-6に示しているように、日本の名目GDPは、1995年には5兆348.8億ドルとなり、世界のGDPに占める比率は17.2%となった。2013年の名目GDPは4兆910.0億ドルで、世界のGDPに占める比率は6.5%に下った。2003年から2013年までGDPの年平均成長率は1.30%であった。

図4-6 名目GDPの年次推移



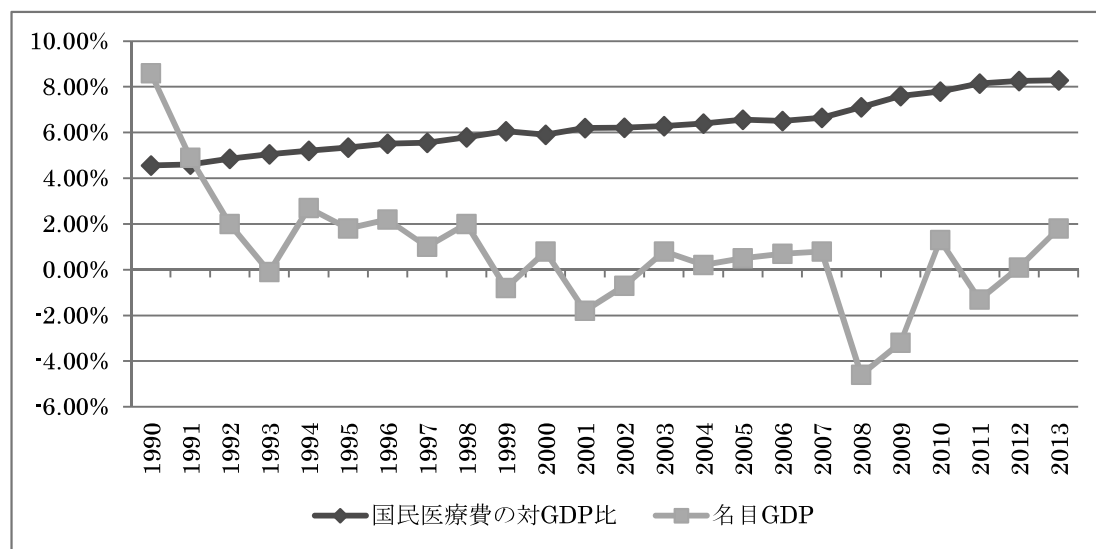
出所：内閣府国民経済計算（GDP統計）

[http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data\\_list/kakuhou/gaiyou/gaiyou\\_top.html](http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kakuhou/gaiyou/gaiyou_top.html) 2015/11/29 より筆者作成。



図 4-7 は 1990 年から 2013 年までの日本の名目 GDP 比率と GDP に占める医療費比率の推移である。1990 年から 2013 年までの国民医療費は 20 兆 6,074 億円から 40 兆 610 億円に増加し、約 2 倍になった。1990 年から 2013 年までの国民医療費の国内総生産(GDP)に対する率は 4.56%から 8.29%に増大している。

図 4-7 日本の名目 GDP（前年度比率）と国民医療費の対 GDP 比率の年次推移

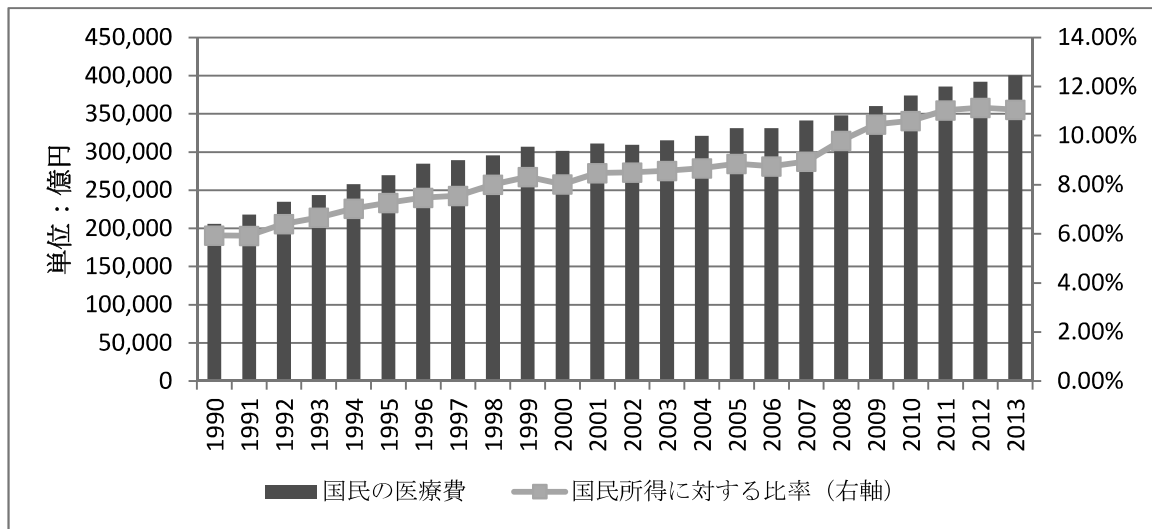


出所：厚生労働省 平成 25 年国民医療費の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/index.html> 2015/11/29 より筆者作成。

図 4-8 は 1990 年から 2013 年までの国民医療費と国民医療費の国民所得に対する比率の年次推移である。1990 年から 2013 年まで国民の所得は 346 兆 8,929 億円から 362 兆 550 億円になり、増加率は 4.4%であった。この 23 年間の日本の国民所得の伸びはあまり大きくない。しかし、この間の国民医療費の国民所得に対する比率は 5.94%から 11.06%となり、約 2 倍になった。

図 4-8 国民医療費と国民所得に対する比率の年次推移



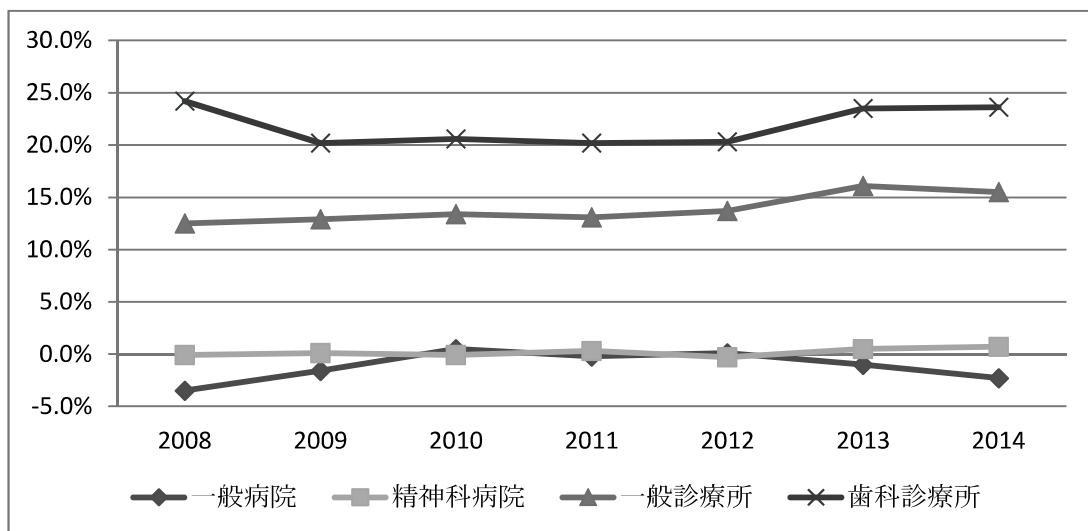
出所：厚生労働省 平成 25 年国民医療費の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/13/index.html> 2015/11/29 より筆者作成。

## 2. 日本医療機関の損益状況

図 4-9 は 2008 年から 2014 年までの日本の医療機関の損益差額の構成比率を表したものである。図 4-9 に示しているように、2010 年と 2012 年の一般病院は 2010 年から 2012 年は 0.5%、0.2%、0.1%と辛うじてプラスであったが、他の年は全てマイナスである。精神科病院もほぼプラス・マイナスゼロに近い。一方、一般診療所と歯科診療所は利益が出ている。

図 4-9 日本の医療機関の損益状況



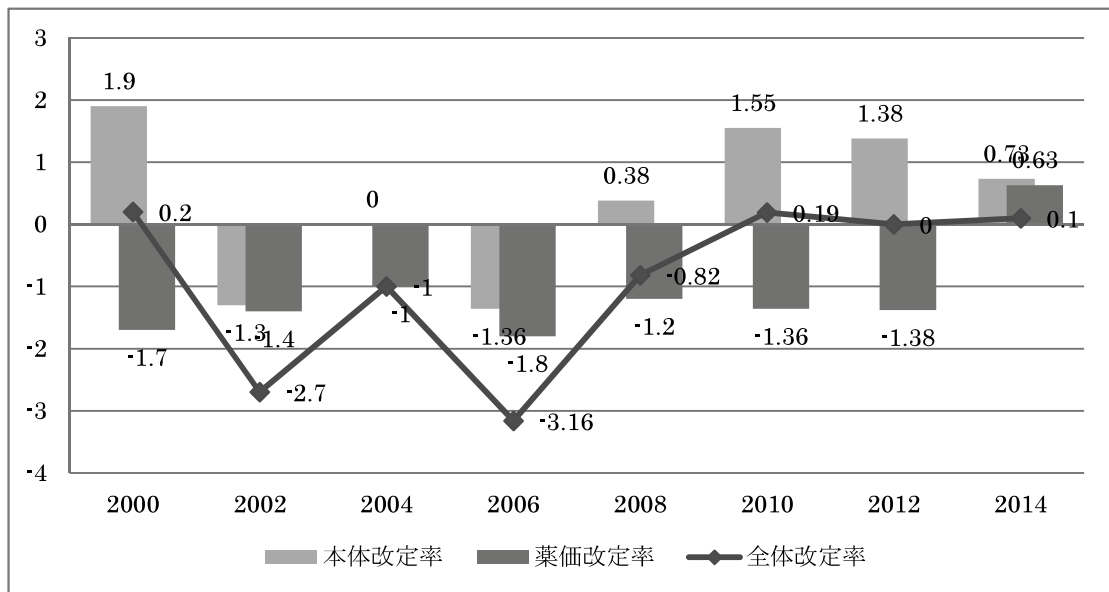
出所：厚生労働省「医療経済実態調査（医療機関等調査）第 18 回—第 20 回」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/iryokikan.html> 2015/12/9。

### 3. 診療報酬の改定

図4-10は2年に1度の診療報酬改定率の年次推移である。診療報酬改定は『診療報酬改定の基本方針』に沿って、診療報酬本体、薬価及び特定保健医療材料改革の改定を一体的に実施することにより、国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療を受けられるよう、医療費の適切な配分を行う<sup>50</sup>ものである。医療機関に支払われる診療報酬は「本体」（入院、外来、人件費や技術料等）と「薬価」（薬の公定価格）から構成される。診療報酬は2年に一度改定が行われる。病院の外来や手術等は内容によって単価が決められ、診療報酬は病院の損益に表れる。図4-10に示しているように、2001年から2008年まで全体の診療報酬が引き下げられていた。改訂年度によっては、本体部分のみが引き上げられているが、一方で、薬価部分はほとんどマイナス改定である。近年、本体・薬価とも上ったのは2014年でそれのごく僅かである。2010年から2013年まで全体の改定率は0%を僅かに上回っていることから、医療機関の収入は2010年前より増加しているが、その伸びは僅かであることが読み取れる。

図4-10 診療報酬の改定率の年次推移



出所：厚生労働省（2000-2014）「診療報酬改定について」より筆者作成。

以上のように、日本はバブル崩壊後に、国民経済の発展は低成長期に入っている。1995年から2013年まで世界のGDPに占める比率は17.5%から6.5%になった。GDPは成長

<sup>50</sup> 厚生労働省2014年「診療報酬改定について」より。

していないが、国民医療費は年々増加しているため、国民医療費の対 GDP 比率は次第に増えている。

診療報酬の改定率を見ると、診療報酬改定率はマイナスや低率引き上げとなったため、病院の経営は非常に困難になっていることが予想される。

本章では、日本の医療保障制度、医療機構の構成、病院 BSC の導入事例と医療機関の財務状況について論述した。

現在日本の医療保険制度は全国民をカバーし、誰でも高品質の医療サービスを比較的安価に享受できる仕組みが整えられている。

次に、日本の病院における BSC の導入事例では、松山赤十字病院をみた。この病院は BSC を導入した後、病院の経営は黒字になり、収益も年々増え、借入金もゼロになり、預金残高も発生し、よい結果が出ていた。日本の松山赤十字病院は中国の M 軍隊の病院より BSC の導入年度が長くなって、いい成果を出てきた。また、中国の M 軍隊病院は自病院の運営のためにのみ、BSC を導入していたが、一方で、日本の松山赤十字病院は自病院の運営を展開すると同時に、地域連携を推進し、地域病院と交流し、患者と心の通うコミュニケーションを行っていた。これが成功の要因とされている。この点は中国の病院における BSC の導入と運用の目標になるであろう。特に地域の病院・診療所との連携は病院が生き残るために、ますます重要になっていくと思われる。

日本では経済低成長期の下で、診療報酬の改定率がマイナスや低率引き上げとなったため、病院の経営は困難になっていると思われる。事例であげた松山赤十字病院が好成績を出しているのをみれば、病院が困難を乗り越え、持続的に発展するためには、BSC の導入が効果的だと考える。

## 第5章 日中両国の病院におけるBSCの導入に関する先行研究

本章では、日中両国の病院におけるBSCの導入実態を比較し、分析するため、両国の病院におけるBSCの導入と発展に関する先行研究を分析する。初めに中国の先行研究をみ、次に、日本をみる。そして、中国と日本におけるBSCの比較を行う。

### 第1節 中国の病院におけるBSCの導入に関する先行研究

本節では中国の病院におけるBSCの導入に関する先行研究について論述する。

中国の病院におけるBSCの導入実態を論述したものには、「論平衡計分卡在塑造病院文化中的積極作用(バランスト・スコアカードの病院文化に対する積極的な作用について)」<sup>1</sup>や「平衡計分卡理論在医院管理中的应用(病院管理におけるバランスト・スコアカードの理論応用)」<sup>2</sup>のような単純な理論面の研究が多い。また、「基于平衡計分卡的医院員工業効管理系統的設計与實現—以杭州市第一人民医院為例(バランスト・スコアカードにおける病院の業務人員に対する業績管理システムの設計と実現—杭州市第一人民医院を例として)」<sup>3</sup>や「基于平衡計分卡的医院業効管理研究—以TD医院為例(バランスト・スコアカードにおける病院の業績管理の研究—TD病院を例として)」<sup>4</sup>のような一つの病院を事例とした研究はあるが、国内の病院全体に着目した研究は少ない、そのような観点からBSCの導入の実態を研究したものとして、「Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China」が挙げられる。この研究論文はZhijun LIN(Capital University of Economics and Business, Beijing & Hong Kong Baptist University, Hong Kong, China)・Zengbiao YU(School of Economics and Management, Tsinghua University, Beijing, China)・Liqun ZHANG(National Institute of Accounting, Beijing, China)という3名の研究者の共著である。以下この研究書を第1著者の名前をとって「LINの研究」とする。本節では、この研究に基づいて論述していく。

<sup>1</sup> 王亜晟(2010)「論平衡計分卡在塑造病院文化中的積極作用」重慶医科大学。

<sup>2</sup> 馬世剛(2007)「平衡計分卡理論在医院管理中的应用」天津大学。

<sup>3</sup> 許斐(2009)「基于平衡計分卡的医院員工業効管理系統的設計与實現—以杭州市第一人民医院為例」浙江工業大学。

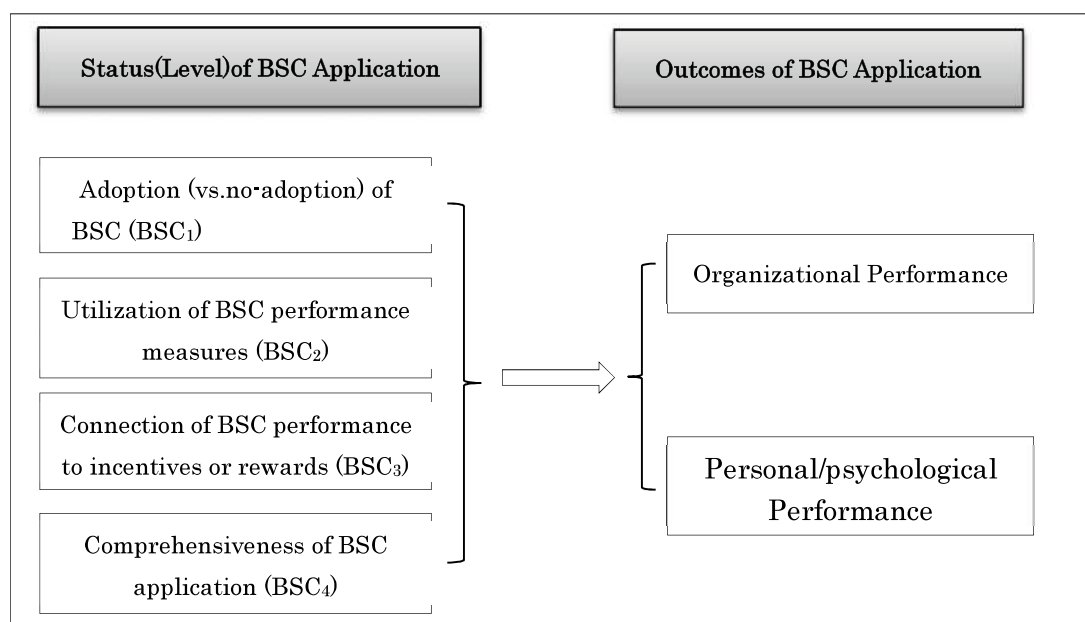
<sup>4</sup> 甘政鑫(2009)「基于平衡計分卡的医院業効管理研究—以TD医院為例」天津財経大学。

## 1. LIN の研究の枠組と仮説

LIN の研究は、中国の国立病院における BSC 導入の成果に焦点を当て、病院のパフォーマンス（組織と個人の両方）への BSC 導入の貢献を評価するものである。BSC は統合された戦略的な管理システムであるから、LIN は、BSC における業績指標を設定し、BSC のパフォーマンスとインセンティブの関連を探り、中国の国立病院における BSC の導入の成果を評価している<sup>5</sup>。

図 5-1 は、LIN の研究の枠組みである。

図 5-1 LIN の研究の枠組み



出所：Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30-1-15, p.5.

図 5-1 に示しているように、LIN は BSC の導入について 4 つの異なるレベルによって BSC の実施状況を分類している。第 1 のレベル (BSC<sub>1</sub>) の基準は、BSC が導入されているか否かである。第 2 のレベルは業績尺度としての BSC の利用である (BSC<sub>2</sub>)。第 3 のレベルは、導入後の業績評価、業績評価とインセンティブとの関連 (BSC<sub>3</sub>) であり、及び第 4 のレベルは組織における BSC の導入の包括性について (BSC<sub>4</sub>) である<sup>6</sup>。

LIN はこれら 4 つの枠組によって業績成果を分析している。この業績成果は病院の組

<sup>5</sup> Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30-1-15, p.5.

<sup>6</sup> 同上, p.5.

織の業績（直接成果）と医療業務従事者の個人の業績（間接成果）を含んでいる。個人の業績は、医療業務従事者の個人成果であり、例えば心理的満足度などである。

LINによれば、調査当時（2011年現在）の中国における国立病院では、医療業務従事者の業績収入とボーナスに対するインセンティブは、ごく少数の財務業績指標を基準としており、多くは病院の収入によって決定される。そのため、例えば、手術や医療機械検査や薬剤などの部門は多くの収入を得ることができる。また、小児科と中国医学学科はもっと顕著な収入を得る能力がある。結果として、それらの部門の医療従事者は他の部門の医療従事者より多くの給料とボーナスが得られる。そのため、部門の違いによって業績評価におけるインセンティブが異なるようになる。このような、医療従事者間の収入やボーナス等の配分の不均衡は組織と個人の緊張関係を生じさせ、部分的に医療事業従事者の士気と積極性にも影響し、病院の発展と部門間の交流を妨げることになる<sup>7</sup>。

BSCを導入すれば、医療事業従事者の業績評価におけるインセンティブは、医療サービスとコスト（財務）、患者の満足度と需要（顧客）、医療サービスの質とプロセス（内部プロセス）、医療研究と技術（学習と成長）といった全てに関連付けられるようになる。そのことが、インセンティブの基準を公平化・合理化させることにもなる。このことが医療事業従事者全体の士気と積極性を向上させることにもなり、これは医療事業従事者の心理面によい影響をもたらす。そして、医療事業従事者の満足度の向上は、最終的に組織業績の成果をもたらすことになる<sup>8</sup>。

以上のことから、LINは、次の2つの仮説をたて、検証している。

- ①BSC導入により、中国における国立病院の組織の業績を向上させることができる。
- ②BSC導入により、中国における国立病院の医療業務従事者の満足度と業績評価を向上させることができる<sup>9</sup>。

## 2. 調査の方法

LINはその調査を2011年に中国で実施した。調査対象病院は経済が発展している大都市と東部沿岸地域所在の国立病院である。回答率を確保するため、事前に地方公衆衛生行政部門と連絡をとった上で、アンケート調査票を地方公衆衛生行政部門に送り、その行

---

<sup>7</sup> Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG（2014）Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30–1–15,p4。

<sup>8</sup> 同上,pp.5-6。

<sup>9</sup> 同上,p.6。

政部門が管轄する地域の病院に 800 票を直接配布した。つぎに、公衆衛生行政部門の職員が調査病院の管理者と直接連絡をとり、研究目的を明示し、彼らの理解と支持を得た上で、回答を依頼した<sup>10</sup>。

640 票を回収したので、回収率は 80%である。その中で、47 票の不完全なものを除外したので、分析可能なアンケート票は 593 であり、実質的な回収率は 74.1%である。

回答者の属性（性別、年齢、学歴、役職、仕事の経験年数、専門資格等）は、270 票の回答者が部門長や医療サービスチームのリーダーであり、これが 46%占めている。323 票は、医師で、54%を占めている。回答者の職の経験年数は、平均約 6 年から 10 年、彼らの大半は中年以上で、専門的資格を持っている<sup>11</sup>。

表 5-1 は LIN の研究の BSC の導入状況を示している。この表に示したように、BSC の導入率は 83.1%を占め、中国の国立病院で広範囲に BSC を採用されていることが分かる。その中でも、総合病院と三級病院の導入率が高い。大規模な三級病院はより良い医療技術と評判を得るために、BSC を導入することを望んでいるという<sup>12</sup>。

表 5-1 BSC の導入状況

分類	合計（比率）	導入／数（比率）	非導入／数（比率）
病院類型			
総合病院	459 (77.4%)	390 (85.0%)	69 (15.0%)
専門病院	134 (22.6%)	103 (76.9%)	31 (23.1%)
合計（比率）	593 (100%)	493 (83.1%)	100 (16.9%)
病院等級			
三級病院	396 (66.8%)	341 (86.1%)	55 (13.9%)
非三級病院	197 (33.2%)	152 (77.2%)	45 (22.8%)
合計（比率）	593 (100%)	493 (83.1%)	100 (16.9%)

出所：Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30-1-15,p.9 表 3 一部利用。

### 3. 研究の結論

LIN は、都市と東部沿岸地域でサンプル国立病院の BSC の導入状況とその成果（たとえば、組織のパフォーマンスと BSC の業績評価における個人の満足度など）を分析した。

<sup>10</sup> Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30-1-15,p.5.

<sup>11</sup> 同上,p.7。

<sup>12</sup> 同上,p.9。



導入した病院は BSC の 4 つの視点を導入していた。調査時点の中国の国立病院では、BSC に基づく戦略的な業績評価システムはかなり大幅に適用されていた。特に、総合病院、三級病院と大学付属病院は、病院管理において BSC を採用したことで、より良い成果を達成している。国立病院における BSC の導入により、財務業績指標に向かって誘発される短期的な行動を克服することができ、医療業務従事者の積極性を動員でき、また、国立病院の組織のパフォーマンスと個人の満足度を高めることができた<sup>13</sup>。

結論として、LIN の研究は、以下の 4 点を上げている<sup>14</sup>。

① BSC の 4 つの視点（運用／財務、顧客／患者、サービス品質／操作方法、および学習と成長）から見れば、BSC を採用している病院は採用していない病院に比べて、より良い組織のパフォーマンス及び個人の満足度を達成することができる。そのため、病院は、単に病院管理を財務業績指標に依存するのではなく、顧客（患者の要求と満足度）、内部ビジネス・プロセス（サービス品質と操作手順）、及び学習と成長（研究研修）に関する業績指標の測定を強調すべきである<sup>15</sup>。

② BSC の 4 つの視点を全て導入している病院は、全てを導入していない病院と比べると、より良い組織の業績及び個人の満足度を達成できる。その原因は、BSC の 4 つの視点を全て導入している病院は財務以外の視点をより多く導入し、病院の組織と医療業務従事者の間の調和の統一、より良い組織のパフォーマンスを達成することができることである。

中国の病院における BSC の導入・発展のためには非財務の視点をより多く使用することが必要であり、これにより病院の組織と個人の統一をはかり、業績評価における組織の業績と医療業務従事者の個人の満足度を向上させることができる<sup>16</sup>。

③ 非財務視点の業績とインセンティブを連動させることにより、組織パフォーマンスと個人の満足度が一層高まる。より良い組織業績と個人の満足度の実現には、財務の視点以外の業績評価が必要であり、これにより、さらに公平で完璧な業績評価の指標を実現できる。このことが、医療事業従事者の満足度と士気を向上させ、病院の発展につながるようになる<sup>17</sup>。

---

<sup>13</sup> Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30–1–15, p.9.

<sup>14</sup> 同上, pp.11-12。

<sup>15</sup> 同上, p.11。

<sup>16</sup> 同上, pp.11-12。

<sup>17</sup> 同上, p.12。

④ BSC は財務指標と非財務指標から経営を評価し、バランスのとれた業績評価を行うための総合的経営管理手法である。たとえば、計画、予算、資源配分、実施、測定、フィードバック等の領域では、必然的に病院の組織業績と医業事業従事者個人の満足度を向上させる。これは中国の国立病院の業績を大幅に改善することに貢献する<sup>18</sup>。

以上の論証により、LIN の立てた仮説は成立している。すなわち、①BSC 導入により、中国における国立病院組織の業績が向上した、及び②BSC 導入により、中国における国立病院の医療業務従事者の満足度と業績評価が向上した。

一方、BSC は中国の国立病院に広く適用されているが、業績評価の段階に留まっている。従って、中国の病院における BSC は業績評価だけでなく、戦略的経営の方向へと拡大する必要がある。戦略目標の一致性と組織の協調、業務のコントロールと監視、フィードバックと評価、激励と奨励等を戦略と結びつけ、戦略的経営の立場から病院の業績を総合的に評価する必要がある。つまり、各病院は BSC を通じて、組織と個人の業績評価に積極的な影響を与える必要がある。

LIN の研究を通して、2011 年現在の中国の国立病院の BSC の導入実態が分かる。しかし、LIN の研究には課題もあると考えている。それらは以下の 3 点である。

まず第 1 点目は、調査方法に関してである。LIN は国家の公共衛生行政部門と交流しており、そのルートに依頼して、政府部門から管轄する地域の病院に直接調査票を配布した。そのために、回収率が高く、BSC の導入率も高いという結果が出たと考えられる。しかし、調査に政府部門を介在させたことによって、回答病院がプレッシャーを感じて、本当の姿が反映できなかったのではないかという疑いがある。すなわち、回答病院が政府部門の意図を配慮した回答になっているのではないかということである。

次に第 2 番目は、調査地区と対象病院に関してである。LIN は経済発展の著しい都市と東部沿岸部分に立地している国立病院に対して調査を行った。そして、三級病院は調査病院の 66.8%を占めている。このような状況であるので、調査地区と調査対象病院の観点から、LIN の調査が中国全体の BSC 導入の実態状況を把握していると評価するのは無理であろう。

第 3 番目は、調査内容に関してである。調査は国立病院における BSC の業績評価に重

---

<sup>18</sup> Zhijun LIN · Zengbiao YU · Liqun ZHANG (2014) Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30–1–15, p.12.

点を置いている。特に医療事業従事者のインセンティブと財務の関連性に着目し、インセンティブを財務の視点から分離させ、非財務的視点に向けることも提言している。しかし、LIN の調査の 1 年後の 2012 年に陳仲強が「医師には財務が要求されない、医師及び各部門にも財務要求を許さない」<sup>19</sup>と発言しており、LIN の調査の一年後に国の政策が大きく変わっている。従って、LIN の調査結果は現在の状況を現していない可能性が高い。

## 第 2 節 日本の病院における BSC の導入に関する先行研究

日中両国の病院における BSC の導入状況を比較するために、本節では日本の病院における先行研究について論述する。

日本の病院における BSC の実態調査は、「医療バランスト・スコアカード研究学会」会長の高橋淑朗の調査が詳しく、緻密であると考えられるため、ここでは高橋の調査を分析することにする。高橋の調査は 10 回実施されたが、残念なことに第 7 回（2009 年）から第 10 回の調査は BSC の導入率のデータしか公表されていない。そのため、本節では、BSC の導入率については第 10 回まで、そして、他のデータは第 6 回までのデータについて分析していく。

日本大学商学部の高橋淑朗研究室と株式会社日本能率協会総合研究所は、共同研究で現在の病院が抱えている経常課題及び日本の病院に普及しつつある BSC の実態を把握するために全国の病院を対象に、2004 年から 2013 年まで、年に 1 回調査を行い、これまでに 10 回の調査を実施している。

2004 年から 2013 年までの BSC の導入状況の推移を、図 5-2 に示した<sup>20</sup>。

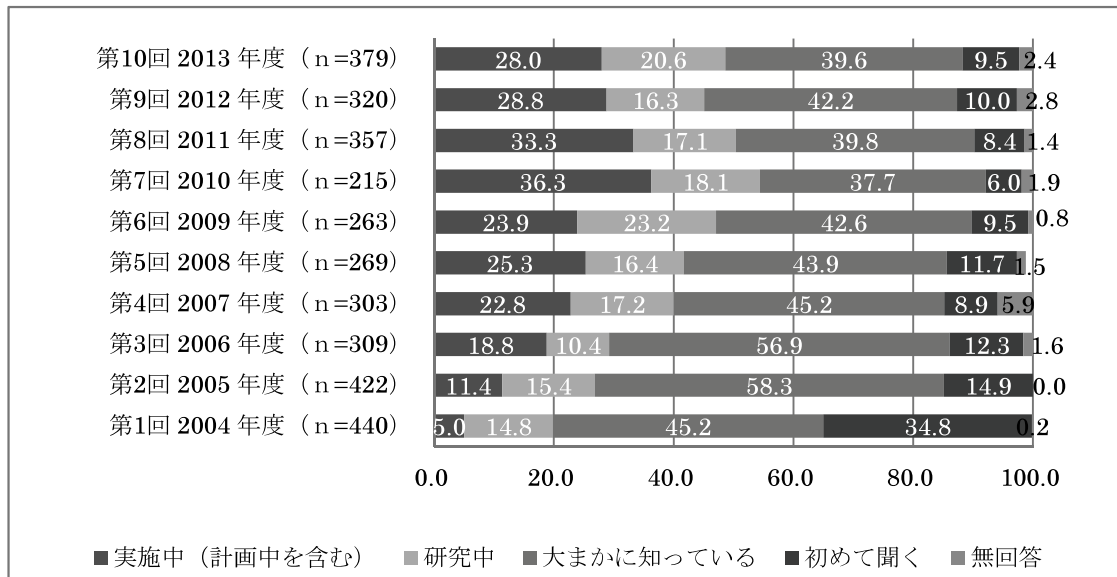
---

<sup>19</sup> 中国人民政治協商第十一期五回会

<http://lianghui.people.com.cn/2012cppcc/GB/239427/17345553.html> 2014/5/6。

<sup>20</sup> 高橋淑朗（2014）「BSC の基本構造の再確認と医療 BSC 導入・運用と将来展望」『日本バランスト・スコアカード研究学会』日本バランスト・スコアカード研究学会 第 11 巻 第 1 号,p.20。

図 5-2 日本の病院の BSC 導入状況の推移



出所：高橋淑朗（2014）「BSCの基本構造の再確認と医療BSC導入・運用と将来展望」『日本バランスト・スコアカード研究学会』日本バランスト・スコアカード研究学会 第11巻 第1号,p.21 図表8。

図 5-2 が示しているように、2004 年の第 1 回の調査から、BSC を「実施中」（計画中を含む）と「研究中」の数値は 2010 年度までは上昇している。しかし、2011 年度からはその伸びは止まっている。ただし、2013 年には合計で約 50% に近付いている。「実施中」という病院も第 1 回調査の 5.0% から第 10 回調査では 28.0% に達している。一方、BSC を「初めて聞く」という比率は、第 1 回調査の 34.8% から第 10 回調査では 9.5% に減少した。ここから見ると、BSC が経営において次第に認知されてきていることが分かる<sup>21</sup>。

以下では第 6 回（2009 年）までのデータについて分析していく。

表 5-2 6 年間の調査表の発送・回答・回答率

	2004年 第1回	2005年 第2回	2006年 第3回	2007年 第4回	2008年 第5回	2009年 第6回
病院総数	9,077	9,206	8,943	8,869	8,794	8,379
調査票発送数	2,169	2,267	2,320	2,329	2,240	4,093
回答数	440	442	309	303	269	263
回答率	20.3%	18.6%	13.3%	13.1%	11.1%	6.4%

出所：高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版 p.374。

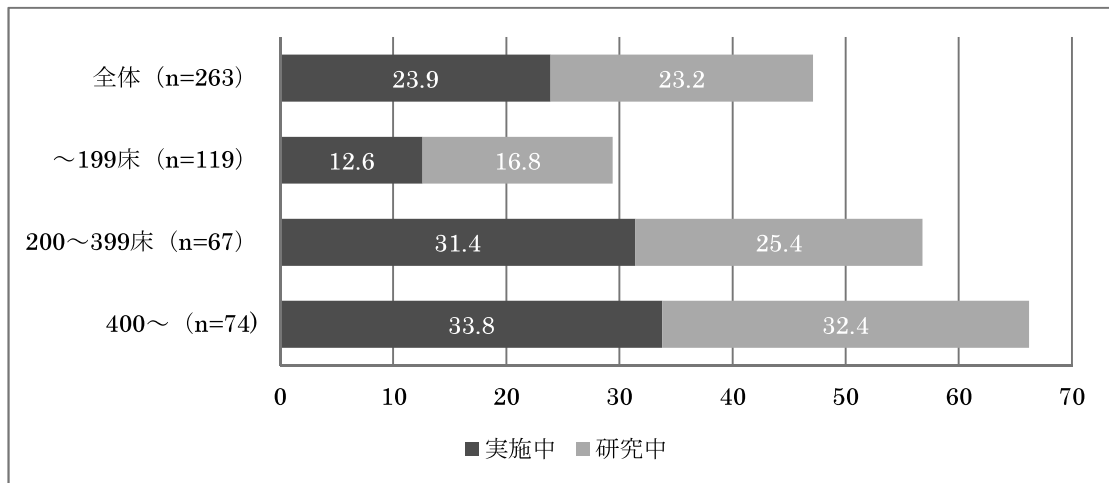
表 5-2 に示すように、第 1 回の調査は 2004 年に実施され、2009 年までに 6 回の調査

<sup>21</sup> 高橋淑朗（2014）「BSCの基本構造の再確認と医療BSC導入・運用と将来展望」『日本バランスト・スコアカード研究学会』日本バランスト・スコアカード研究学会 第11巻 第1号,p.21。

が実施されている。2009年の第6回の調査は、8月から10月にかけて全国の4,093病院に対して郵送により実施された。回答数は263病院であり、回収率は6.4%であった。

BSCを導入している病院を規模別にみると、199床以下の病院は12.6%、200～399床の病院は31.4%、400床以上の病院は33.8%である。以上のデータから規模の大きい病院ほどBSCの導入率の高いことが分かる<sup>22</sup>（図5-3）。

図5-3 病床の規模別BSCの導入状況（2009年度）



出所：高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版 p.364。

図5-4は導入後の経過年数である。400床以上の病院では導入後の経過年数1年未満が4.3%、1年以上3年未満が26.1%、3年以上は65.2%である。しかし、400床以上の病院では図5-3から導入「研究中」の病院は32.4%ある。高橋は「400床以上の大規模病院では、すでに1つの導入のピークが過ぎ、現在導入検討中の病院はすでに導入した病院の成果を見届けてから自病院での導入を決定するのではないかと推測される」<sup>23</sup>と述べている。

200～399床の病院は、導入後1年以上3年未満が47.4%、3年以上5年未満が36.8%、1年未満が5.3%である。200～399床の病院は、導入「研究中」が25.4%ある。高橋は「200～399床の病院は400床以上の病院の趨勢を2年ほど遅れて追いかけているものと推察される」<sup>24</sup>と述べている。

一方、199以下の病院は1年未満が18.2%、1年以上3年未満が27.3%、3年以上5

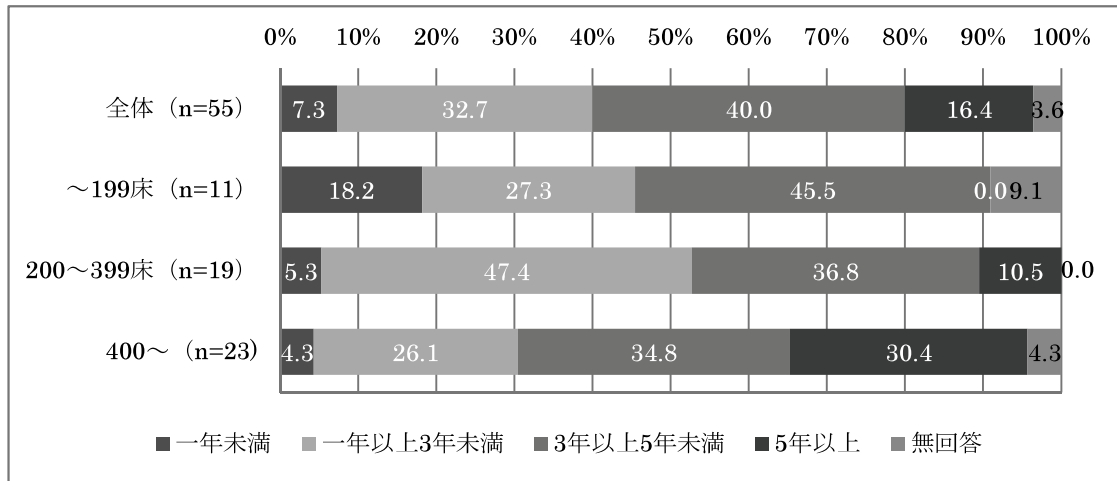
<sup>22</sup> 高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版,pp.363-364。

<sup>23</sup> 同上,pp.365。

<sup>24</sup> 同上,p.383。

年未満が 45.5%で、導入「研究中」は 16.8%である。

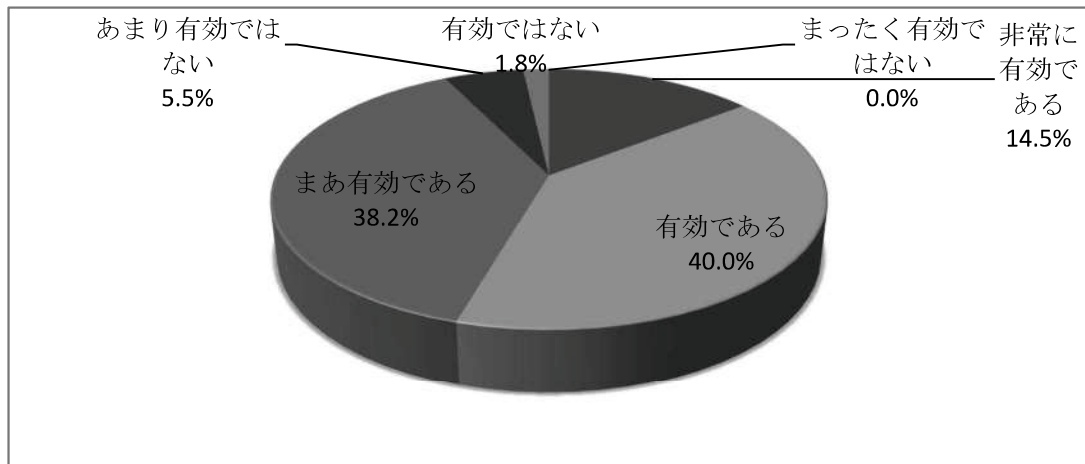
図 5-4 病床の規模別 BSC 導入の経過年数



出所：高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版 p.365。

日本の病院において、BSC の普及と浸透は 2010 年にピークを迎え、それ以降では導入率は減少傾向にある。BSC を導入した病院の評価については、図 5-5 に示すように、有効と回答した病院は「非常に有効である」、「有効である」と「まあ有効である」を合わせると、92.7%に達している。また、前 2 項目の合計では 54.5%である。これについて、高橋は「実際に導入を図ったほとんどの病院が BSC を有効な経営手法として評価していることが分かる」<sup>25</sup>と述べている。

図 5-5 BSC 導入の評価 (n=55)

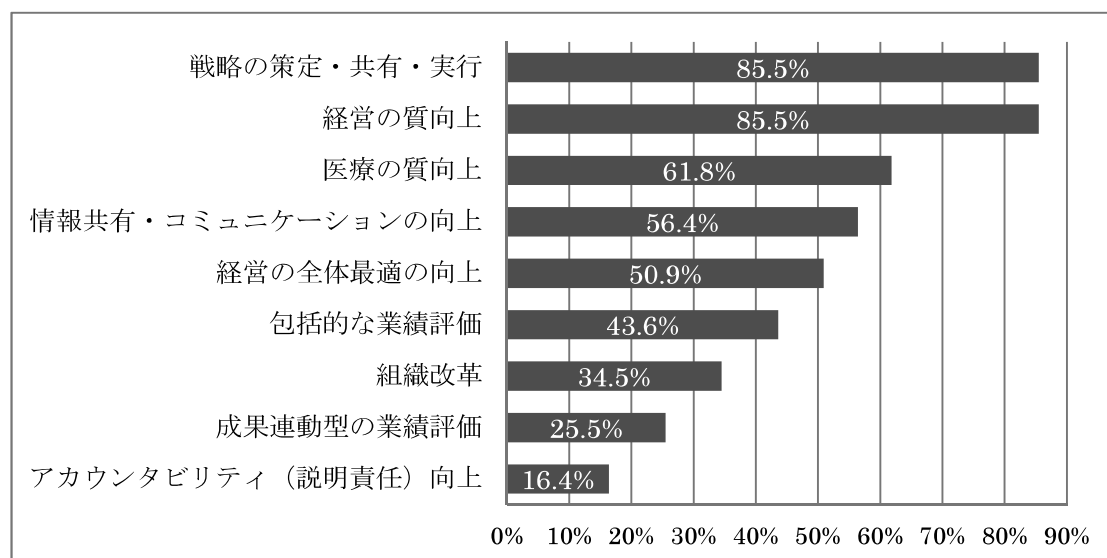


出所：高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版,p.366。

<sup>25</sup> 高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版, pp. 365-366。

BSCを導入した病院はBSCについてある程度の評価をしている。では、このような評価をしている病院は、どのような目的でBSCを導入したのであろうか。

図 5-6 BSCに取り組んだ目的（複数回答） (n=55)



出所：高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版 p.367。

図 5-6 に示したように、BSC 導入の目的で一番多いのは、「戦略の策定・共有・実行」と「経営の質向上」であり、ともに 85.5%である。次は、「医療の質向上」、「情報共有・コミュニケーションの向上」、「経営の全体最適の向上」の順でいずれも 50%を超えている。

第 1 世代の BSC は業績評価システムとしての経営管理手法であるが、「包括的業績評価」を目的としたのは 43.6%である。高橋は、「むしろ BSC がその後、戦略マネジメント・システムとして深化していったことに呼応するかのよう、日本の病院における BSC は経営の質の向上を目指した戦略策定・実行のための経営手法として導入が進められていることが分かる」<sup>26</sup>と述べている。

以上、高橋の調査から、2004 年以降 BSC の導入率は次第に上がり、BSC が浸透していることが分かる。病院の規模から見ると、大規模病院の導入率が高い。そして、導入した病院は BSC についてある程度の評価を与えている。最後に、日本の病院における BSC は第 1 世代の段階に留まっている病院が多少は見られるが、導入の目的が戦略マネジメ

<sup>26</sup> 高橋淑朗（2011）『医療バランスト・スコアカードー経営編』生産性出版,p.366。

ント・システムへと深化してきていることは明らかで、2009年の時点で第2世代であることは明らかである。

ところで、高橋の調査では、病院におけるBSCの導入に関して設問が様々な方面に及んでいるが、これらのデータは、2009年までである。ここ最近の日本の病院におけるBSCの導入及び発展状態の調査の公表が期待される。

### 第3節 先行研究による日中の病院におけるBSCの導入状況の比較

中国と日本の病院のBSCの導入状況調査を先行研究からみると、以下のような特徴がある。

中国の国立病院におけるBSCの導入は一定の成果を得ている。中国の国立病院は、80%以上がBSCの4つの視点を全て導入している。従って、BSCの経営管理手法は、中国の国立病院の発展に適合していると言える。特に、大型の総合病院や三級病院、大学付属病院のような高機能レベルの病院はBSCを導入することにより、良い成果を得ている。

一方、日本では、2004年から2010年まではBSCの導入率が年々増えており、病院におけるBSCが次第に浸透していた。病院の規模から見ると、大規模病院の導入率が高い。そして、導入した病院は、BSCに対してある程度の評価を与えている。日本の病院におけるBSCは第1世代の段階に留まっている病院は少なく、戦略マネジメント・システムへと深化している。

調査対象病院については、中国のLINの調査では全て国立病院を対象にして調査が実施されている。中国では80%以上の医療サービスは国立病院が提供しているため、LIN(2011)の調査は国立病院で実施されている。一方、日本では、高橋(2014)の調査対象病院は国公立、医療法人、個人などの様々な種類の病院に及んでいる。

2011年のBSCの導入率については、中国では、国立病院の83.1%が導入している。日本ではBSCの導入率が33.3%である。導入する目的については、中国では、LINは明確に述べていないが、彼の分析を通して、組織の業績評価と医療事業従事者の業績向上が想定できる。日本では戦略の策定・共有・実行、経営の質の向上及び医療の質の向上など様々な目的のためにBSCを導入している。

BSCの発展段階については、日本では第1世代(業績評価)に留まる病院は少なく、多くは第2世代段階であり、さらに第3世代の組織改革を目指している病院も見られる。一方、中国では、第1世代に留まっている病院が多い。



以上は先行研究の分析によって、明らかにされた日中両国の病院における BSC の導入実態である。しかし、この段階で、LIN の調査と高橋の調査と比べたとき、以下の 4 つの疑問が生じた。

- ① LIN の調査はアンケート調査の回収率が高く、BSC の導入率も非常に高いが、一方で高橋の調査では回収率も導入率も低いのはなぜか。
- ② LIN の調査は経済発展の著しい都市部と東部沿岸部分の国立病院を対象に行っている。中国の他の地域の BSC の導入実態はどうであろうか。
- ③ LIN の調査の 1 年後に医療衛生委員会副主任陈仲强は全国第十一期五期会議の記者会見で、「医師には財務のストレスがない、医師及び各部門にも財務要求を伝達したことがない。北京衛生局にも病院経営を行う際に、医師と各部門に財務要求をすることを許さない」<sup>27</sup>と発言した。この発言が、その後の中国の BSC の業績評価に影響を与えているだろうか。また、与えているとしたら、それはどのような影響を及ぼしているのだろうか。
- ④ 中国と日本での病院 BSC についての先行研究はあるが、両国の比較分析はまだ試みられていない。両国の病院における BSC 導入に関して、どのような違いがあるであろうか。

これらの 4 点を解明するために、中国と日本の病院における BSC 導入状況の調査結果を利用する。第 6 章にアンケート調査の結果(日本と中国の調査結果)とインタビュー調査の結果(中国の病院に対するもの)を示している。

---

<sup>27</sup> 中国人民政治協商第十一期五回会  
<http://lianghui.people.com.cn/2012cppcc/GB/239427/17345553.html> 2014/5/6。

## 第6章 病院の経営管理手法に関する実態調査（日中の比較と分析）

前章は日中の病院における BSC の導入に関する先行研究を紹介した。LIN の 2011 年に実施した中国の病院における BSC の導入の実態調査は、政府部門に依頼して実施したものである。各病院は自病院の良い面しか回答しなかった可能性がある。また、調査は病院における組織及び個人の業績評価に対する BSC の影響を中心に実施したものであり、BSC の他の面には及んでいない。その上、調査方式はアンケート調査だけで行われており、病院の管理者に対するインタビュー調査は実施されていない。そこで、LIN のアンケート調査実施の 2 年後、中国の病院における経営管理手法の導入の実態を一層明らかにするため、2013 年 7 月から 10 月まで、筆者は中国の病院について実態調査<sup>1</sup>（アンケート調査）と 2014 年 9 月から 12 月までの間にインタビュー調査を行った。

本章では、まず、2013 年に筆者が行った中国における病院の BSC の導入状況に関するアンケート調査の結果と同年に日本で行われた調査とを比較・分析する。次に 2014 年に筆者が中国の病院で行ったインタビュー調査を分析する。この 2 つの分析を通して、中国の病院における経営管理手法、特に BSC の導入の実態を明らかにする。

### 第1節 アンケート調査<sup>2</sup>

#### 1. アンケート調査結果の概要

アンケート調査は 2013 年 7 月から 10 月までの 4 ヶ月間行った。対象は中国の国立病院と私立病院で、1,056 票を配布し、207 票を回収した。病院の種類別にデータを集計するため、病院の種類が不明のものと不備なもの 61 票を除外した。結果として、分析に用いたのは 146 票で、有効回収率は 13.8%である。調査方法は郵送調査であり、無記名の調査として行った。

2013 年に中田範夫氏が日本で行った調査（中田氏は 2009・2010・2013 年に全く同じ設問項目を有する調査を行っている）<sup>3</sup>と筆者の中国での調査を比較する。調査内容は、

---

<sup>1</sup> 日本と比較するため、中田氏の調査を利用している。中国では 90%以上が国立医療機関である。日本では国立病院の数が少ないので、全ての病院種類を含めて調査している中田の調査を利用している。

<sup>2</sup> このアンケート調査に関しては下記の文献を利用した。袁宇（2015）「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—」『東アジア研究』No. 13, pp. 140-151。

<sup>3</sup> 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 及び原

「中田の 2013 年の第 6 回調査」<sup>4</sup>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、全く同じ内容とした。筆者の調査では、初めに、病院の所在地、種類、等級などを尋ねた。

中田の調査では、発送数は 1,795 で、回収数は 303、回収率は 16.9%である。回収数は病院の種類、病床数の記入のないものを除いた数である。調査対象は一般病床とそれ以外の病床数が 150 床以上の病院である。

図 6-1 に筆者が行った中国調査で回答のあった病院の所在地と回答票数を示した。

図 6-1 調査した病院の分布図



回答した病院の所在地は中国の中部と東部で、経済の発展が相対的に早い地域である。回答の多い順に、重慶市 22、上海市 20、黒竜江省 15、広東省 14、北京市 12、山東省 11、湖北省 10、江西省 10、江蘇省 7、天津市 5、湖南省 4、四川省 4、陝西省 3、福建省

価計算を中心として—『山口経済学雑誌』第 59 巻 第 1・2 号,pp.45-81。

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

—」『山口経済学雑誌』第 59 巻 第 6 号,pp.21-47。

中田範夫 (2011) 「中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

—」『山口経済学雑誌』第 60 巻 第 1 号,pp.1-25。

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—」『山口経済学雑誌』第 62 巻 第 5・6 号,pp.1-34。

<sup>4</sup> 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—」『山口経済学雑誌』第 62 巻 第 5・6 号 pp. 1-34。

3、河南省 2、安徽省 2、河北省 2 であり、合計 146 票である。

図 6-2 病院の種類

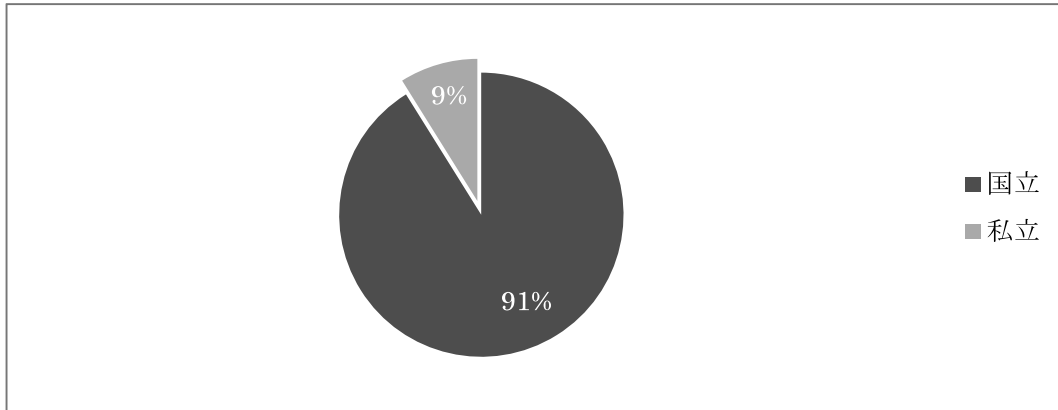


図 6-3 調査した病院の等級別

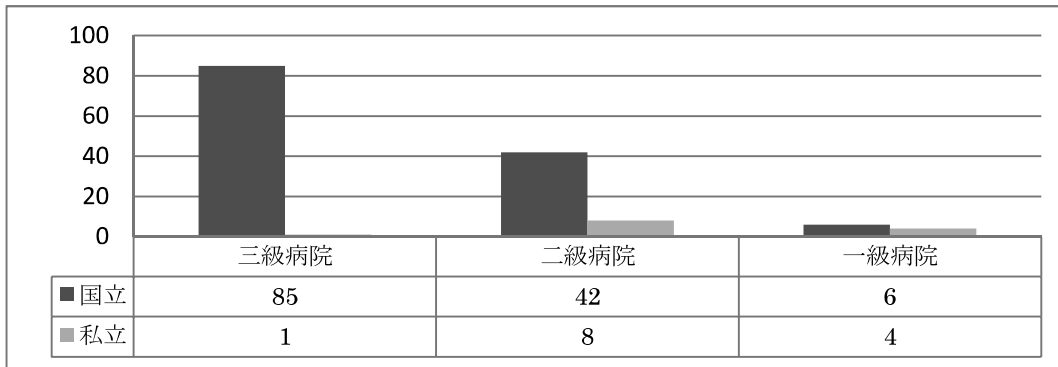


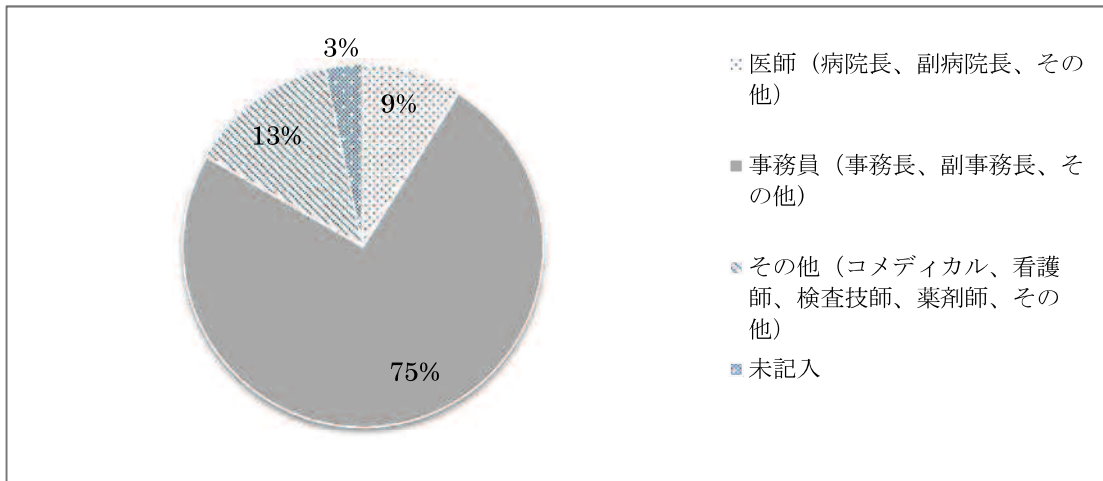
図 6-2 と図 6-3 は、調査した病院の種類と等級を示したものである。

中国の病院は経済類型に分けると、国立病院と私立病院があり、国立病院は 80%以上の医療サービスを提供している。私立病院について、曹凱は「大部分の私立病院は等級別と規模がまだ不明な状態になっている。ある省で等級別が確定した病院は当地の民営病院の 10%を占めている。私立病院の 4,000 カ所のうち、一級病院は 90%以上であり、二級病院は 8%を示し、三級病院は僅か 1.57%である。」<sup>5</sup>と述べているように、筆者の調査では、私立病院は等級が未記入であり、質問の回答に不備が多かったためそれらは排除した。結果として図 6-2 に示したように、国立病院が 91%、私立病院が 9%である。等級別については、図 6-3 のように、三級病院と二級病院が多い。

一方、図 6-4 に示しているように、アンケートを記入した人は事務員が 75%を占め、医師（病院長、副病院長、その他）は 9%で、その他が 13%となっている。

<sup>5</sup> 曹凱（2012）「民営医院等級評審開打」『中国病院院長』第 14 期 卓越医学伝媒集団出版社 p. 20。

図 6-4 記入する人の身分について

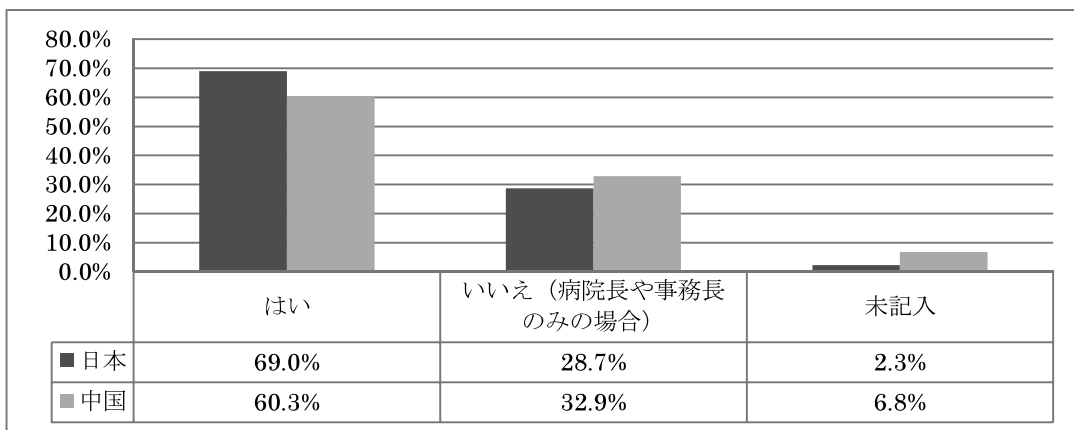


以下、中田氏の日本での 2013 年の調査（以下、「日本調査」とする）と筆者の 2013 年の中国での調査（以下、「中国調査」とする）とのデータを比較し、分析していく。

### 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、両調査に大差はない（図 6-5）。

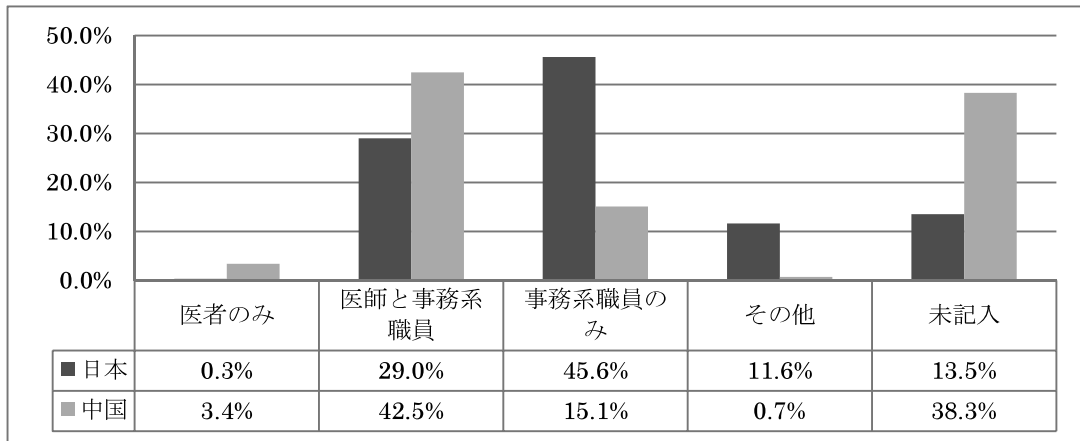
図 6-5 病院の経営管理の担当部署の設置



### 2. 経営管理を担当している部署や組織の構成

図 6-6 に示したように、日本調査では事務系職員のみで構成されているところが 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。

図 6-6 経営管理の構成員



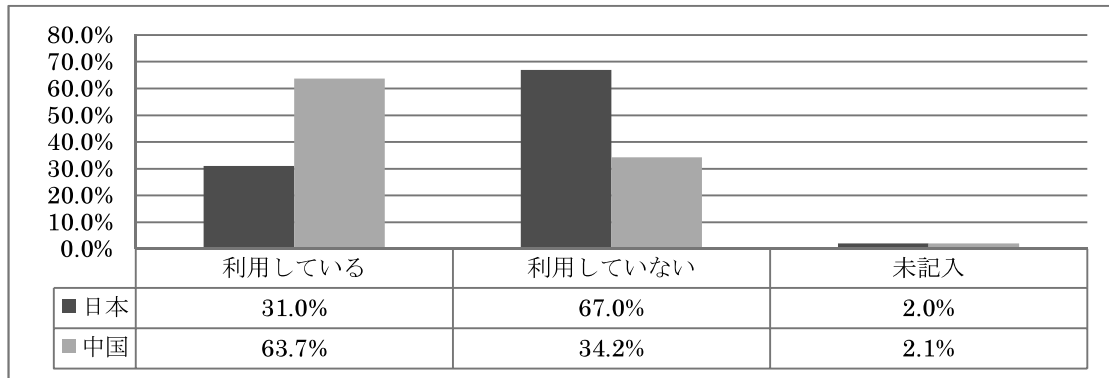
日本では、以前、事務員は病院管理に関して意識が低く、病院長や医師、事務長などが単独あるいは共同で経営管理を担当していた。しかし、医師と事務員は役割が異なるため、その役割がだんだんと分けられてきた。その結果、事務系職員のみの方が比率が高くなっている。

一方、中国では現在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。現在では医師も病院の経営管理を理解するため、医師は経営管理部門に属している。そのため、医師は、自病院の経営管理を理解し、自分が経営管理に関して何ができるか、自分で判断できる。また、医師は現場で働いているため、患者の立場から考えることができ、病院に対して有益な発言をすることができる。このことが、中国の方が「医師と事務系職員」の比率が高い原因になっていると考えられる。

### 3. 経営管理に関して外部コンサルタントなどの利用

図 6-7 に示しているように、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 2 倍以上となっている。

図 6-7 外部コンサルタントの利用



中国では外部コンサルタントを利用している病院が多い。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のである。中国調査の結果、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。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。これが日本との大きな違いであると思われる。

#### 4. 電子カルテ

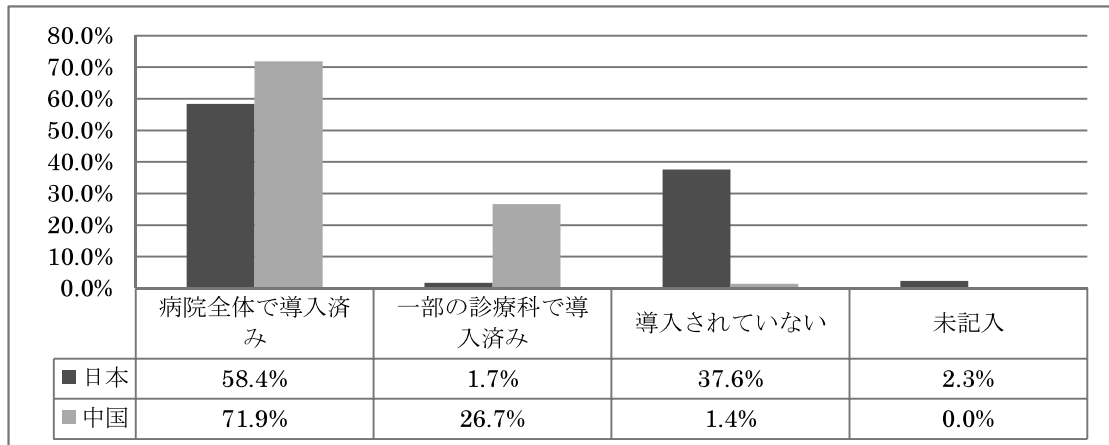
以下は、電子カルテに関する質問の結果分析である。カルテの導入状況と導入資金源の両方面から分析する。

##### 4.1 電子カルテの導入状況<sup>6</sup>

図 6-8 に示したように、電子カルテの導入状況は日本調査では病院全体（58.4%）と一部の診療科（1.7%）を合わせると 60.1 %であり、これに対して中国調査では病院全体（71.9%）と一部の診療科（26.7%）を合わせると 98.6%である。

<sup>6</sup> この電子カルテの導入状況に関しては下記の文献を利用した。袁宇（2015）「中国の新医療改革における病院の経営管理—2013年の経営管理機能に関するアンケート調査より—」『日本比較文化学会』NO. 115, pp. 185-186。

図 6-8 電子カルテの導入状況



日本での導入率が低いのは次の理由が考えられる。①導入時のコストが高い、②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、③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、④厚生労働省は電子カルテを増やしたいと述べているが、病院側は診療報酬上の利点がないため、積極的ではない。

しかし、中田氏が行った 2006 年の調査を見ると、電子カルテの導入状況は病院全体と一部の診療科を合わせると、28.3%であったものが 2013 年には 60.1%になり、2 倍以上になっている<sup>7</sup>。

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<sup>8</sup>。また、2009 年に「意見」を、2009 年-2011 年「法案」を公布した。これらにより、医療衛生の情報化は医療衛生体制改革の中の中心として位置付けられた。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<sup>9</sup>。政府の指導の下で、2010 年 10 月 14 日、衛生部は「電子病歴規範試行（電子カルテの試行案）」を出し、北京など 22 省（市、区）で電子カルテの試行を行なっている。

<sup>7</sup> 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—」『山口経済学雑誌』第 59 巻 第 6 号,p.22。

<sup>8</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content\\_1547432.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content_1547432.htm) 2014/10/2。

<sup>9</sup> 人民ウェブ <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> & <http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2014/10/2。



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<sup>10</sup>。

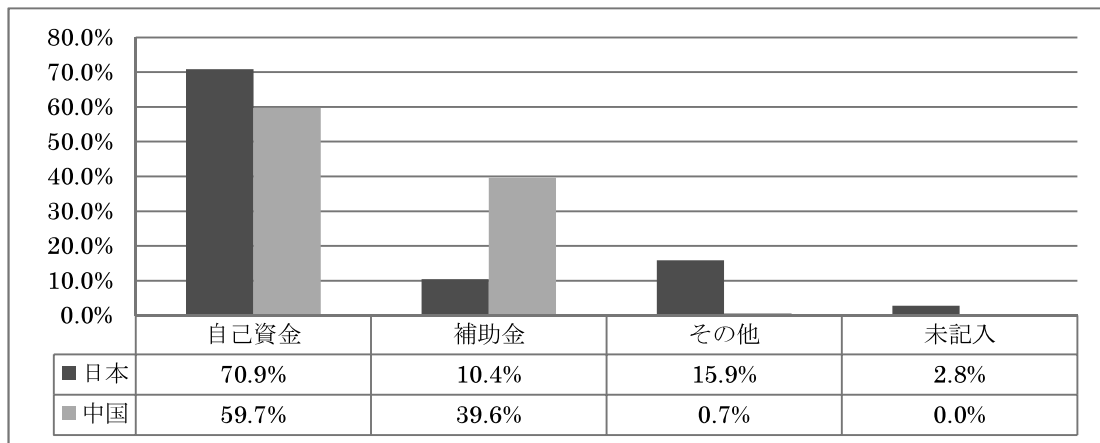
このような衛生部の活動により、中国では日本より電子カルテの導入が進んでいると思  
 われる。電子カルテを導入することによって、手書きのミスが少なくなり、文字が判読不  
 能といった問題がなくなり、紛失の恐れも少なくなる。そして、情報共有により検査の重  
 複がなくなり、コストと時間が節約され、便利さも増大する。

日本と中国の最も大きな違いは、日本の場合は電子カルテの導入に関しても誰にも強制  
 されることなく、まったくフリーハンドを有しているという点であろう。

#### 4.2 電子カルテ導入の資金源

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 6-9）。

図 6-9 電子カルテ導入の資金源



上述のように、中国の場合、政府からの強力な推進があるため、政府の補助金がある。  
 日本の場合は自己資金の利用が多く、一方で補助金が少ない。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。つまり、日本では、電子カルテ導入のメリットとデ  
 メリット(コスト負担増)を比較し、メリットがデメリットより大きいと判断した場合に、  
 自己資金を投じるということである。

<sup>10</sup> 中華人民共和国中央人民政府 [http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content\\_1547432.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content_1547432.htm) 2014/10/2。

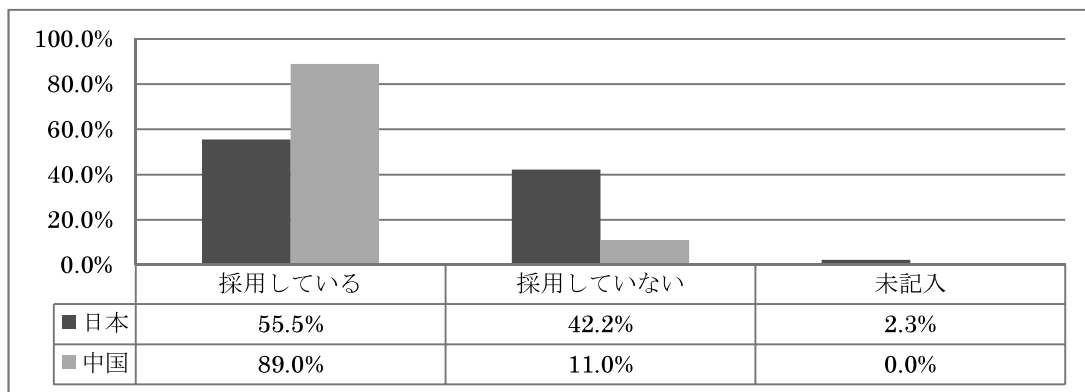
## 5. 目標管理

以下は目標管理に関する質問の結果分析である。導入状況、使用指標、対象、インセンティブとの関連の4方面から分析する。

### 5.1 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（図6-10）。中国では目標管理はインセンティブと関係がある。図6-13を見ると、何らかのインセンティブが与えられるが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調整し、インセンティブが与えられることによって、個人は努力を継続しやすく、結果的に病院全体として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<sup>11</sup>。

図6-10 目標管理の導入状況

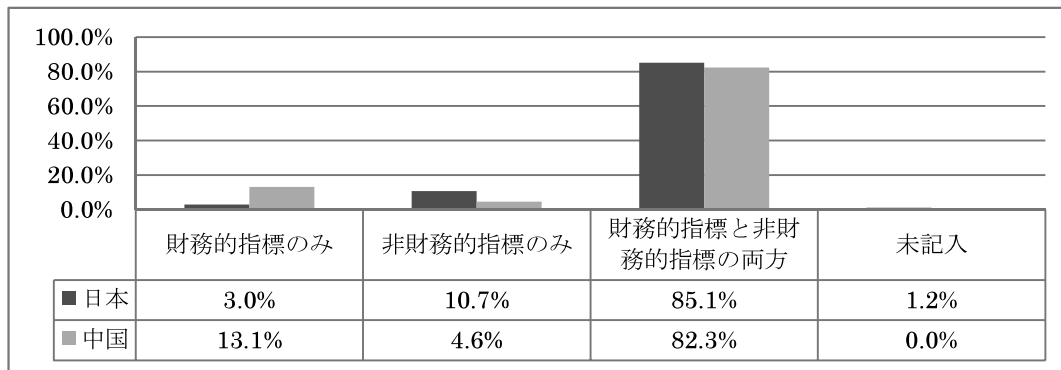


### 5.2 目標管理で使用される指標

目標管理で使用される指標に関しては、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%であり、中国調査では82.3%である（図6-11）。

<sup>11</sup> 袁宇（2015）「中国の新医療改革における病院の経営管理—2013年の経営管理機能に関するアンケート調査より—」『日本比較文化学会』NO. 115, p. 186。

図 6-11 目標管理で使用される指標

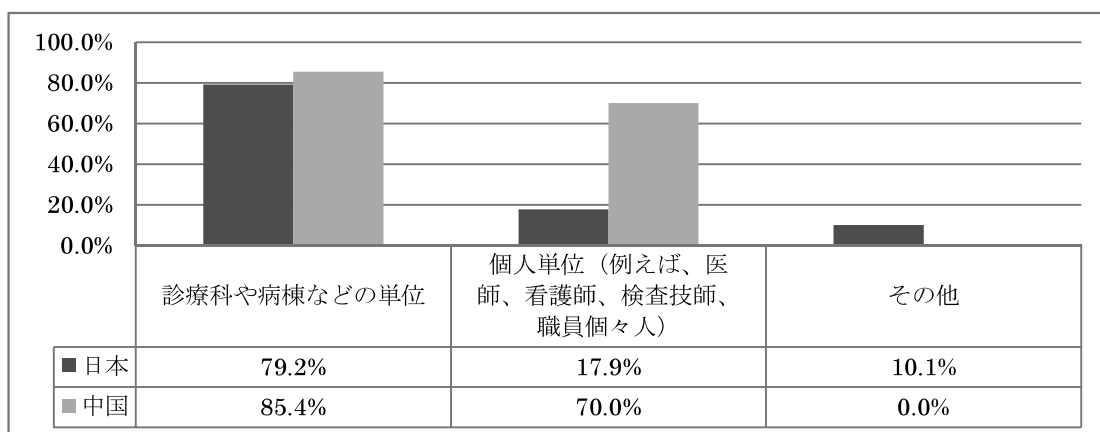


日本でも中国でも病院はもともと利益を目的とするのではなく、人々の健康を維持するための機関である。財務指標と非財務指標のバランスを取ることが、病院の経営管理には重要ということであろう。

### 5.3 目標管理の対象（複数回答）

図 6-12 に示したように、目標管理の対象は、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%であり、「診療科や病棟などの単位」と「個人単位」の両方で実施していると回答した病院が多い。

図 6-12 目標管理の対象（複数回答）



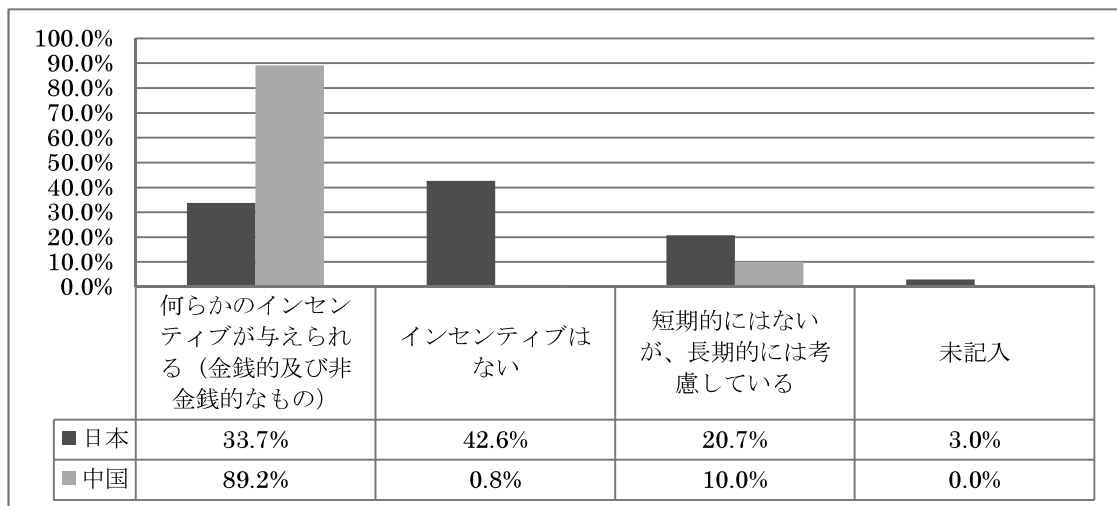
この調査結果の違いもインセンティブとの結びつきから説明することができる。中国では目標に対してインセンティブを与えることが多く、それによって、目標を達成しやすい。

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、個人単位での目標管理の導入率が低い。

#### 5.4 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%であり、「短期的にはないが、長期的には考慮している」が 20.7%であり、合わせるとインセンティブが与えられるのは 54.4%であり、ほぼ半数である。中国調査では、「何らかのインセンティブが与えられる」が 89.2%、「短期的にはないが、長期的には考慮している」が 10%であり、合わせると 99.2%となり、100%に近い病院がインセンティブを与えている<sup>12</sup>(図 6-13)。

図 6-13 目標管理とインセンティブ



中国では一般に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。病院でも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。

日本では緊縮予算の中、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ことが厳しい。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は、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

<sup>12</sup> 袁宇 (2015) 「中国の新医療改革における病院の経営管理—2013年の経営管理機能に関するアンケート調査より—」『日本比較文化学会』NO. 115, p. 186。

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。従って、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。

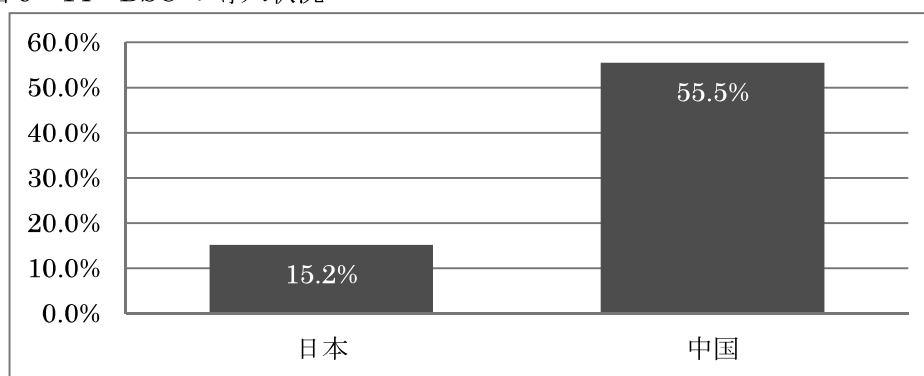
## 6. BSC<sup>13</sup>

以下は本論文の重要部分である BSC に関する結果分析である。導入状況、導入契機、適用対象など 14 方面から詳しく分析していく。

### 6.1 BSC の導入状況

日本調査では、BSC を導入しているのは 15.2% である。これに対して、中国調査では 55.5% である (図 6-14)。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<sup>14</sup>。

図 6-14 BSC の導入状況

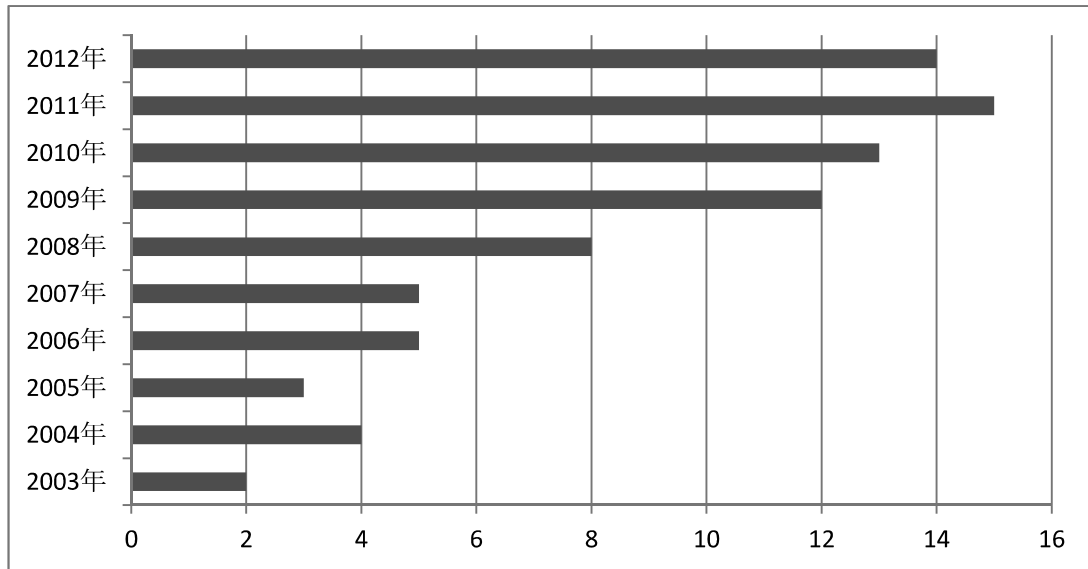


これは、次の「BSC 導入の契機」と関連がある。図 6-16 を見ると中国では、「厚生労働省、医師会、県庁などの開催する講演会や研修会で必要性を感じた」が 72.8% である。これは、中国では 90% 以上が国立医療機関であり、経営が極めて重要な意味を持ち、政府による計画と指導を通じて、効率的な病院運営、高い医療サービスを提供することが求められる。財務的指標と非財務的指標のバランスが要求されるため、病院経営管理者は BSC への関心を高めており、結果として、高度な経営管理が病院において展開されている。日本調査と中国調査によると、日本でも中国でも、BSC を導入している病院では、BSC の導入以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。

<sup>13</sup> この BSC については下記の文献を利用している。袁宇 (2015) 「中国の病院における医療バランスト・スコアカード—中国と日本調査の比較・分析—」『医療バランスト・スコアカード研』第 12 巻・第 1 号, pp. 164-169。

<sup>14</sup> 袁宇 (2015) 「中国の新医療改革における病院の経営管理—2013 年の経営管理機能に関するアンケート調査より—」『日本比較文化学会』NO. 115, p. 187。

図 6-15 BSC の導入年度

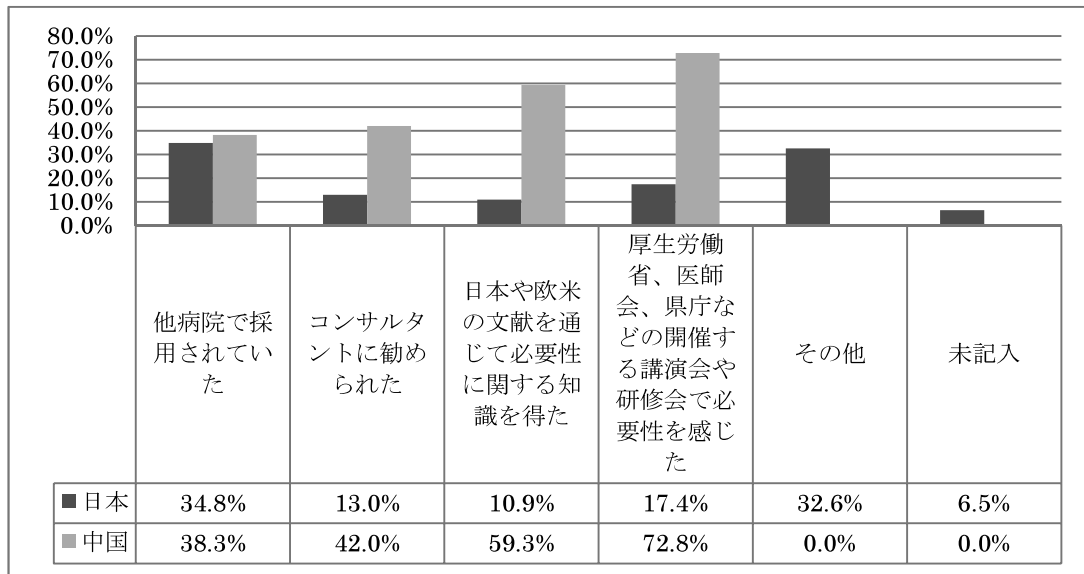


また、図 6-15(中国の調査資料より作成している)に示しているように、2009 年から BSC を導入している病院がだんだん多くなってきている。第 3 章で述べたように、2009 年から新医療改革を実施し始めており、政府が公布した政策文書の病院改革に関する要求は BSC と強い関連性があることが、2009 年から BSC を導入している病院が多くなっている原因と考えられる。

## 6.2 BSC 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「他病院で採用」が 34.8%、「その他」が 32.6%、「研修会」が 17.4%である。中国調査は「研修会」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 6-16）。

図 6-16 BSC の導入契機 (複数回答)

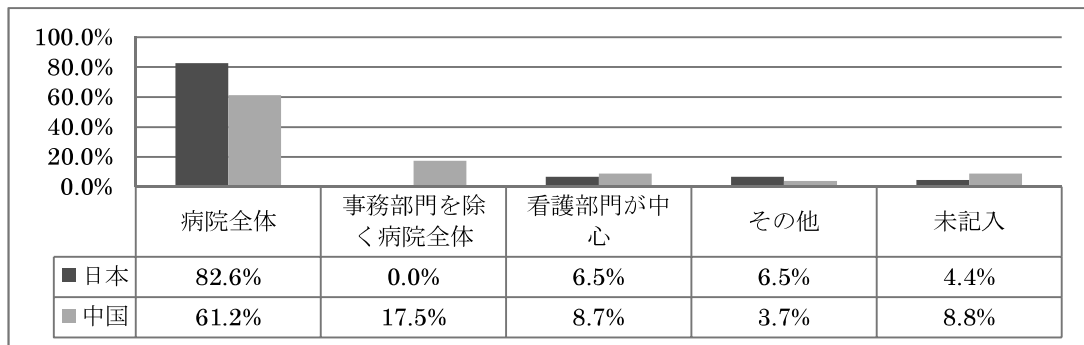


日本調査では、他病院で採用されていたという理由が最も多い。これに対して、中国では政府が開催した研修会等への参加を契機として、BSC を導入した病院が最も多いことが分かる。

### 6.3 採用した BSC 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%で、「事務部門を除く病院全体」は 0.0%である。中国調査では「病院全体」が 61.2%、「事務部門を除く病院全体」が 17.5%、「看護部門が中心」が 8.7%である (図 6-17)。日本では 0%である「事務部門を除く病院全体」が中国では 17.5%となっているのが特徴的である。

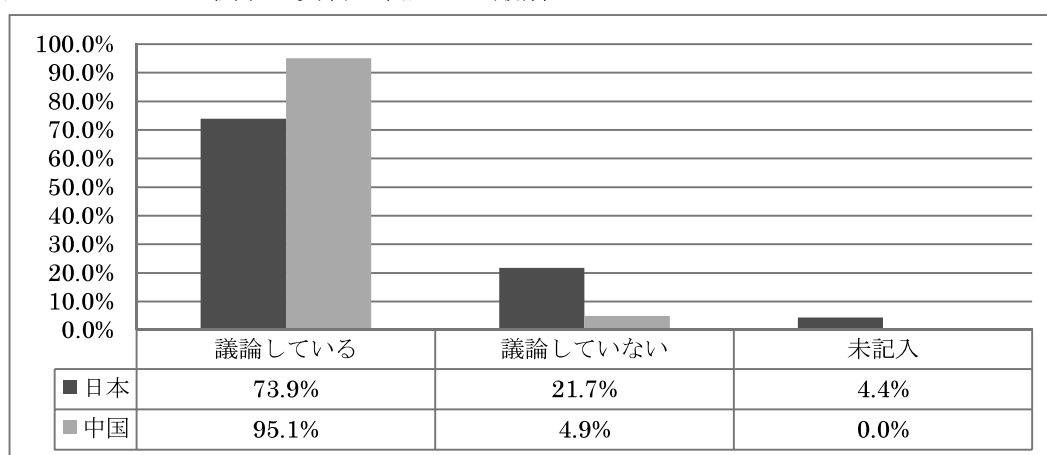
図 6-17 BSC の適用対象



#### 6.4 BSC に関する資料を利用した議論

この質問は BSC に関する資料を経営者会議・部門長会議のような重要な会議の資料として提出し、それに基づいて議論するかどうかというものである。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（図 6-18）。

図 6-18 BSC に関する資料を利用した議論

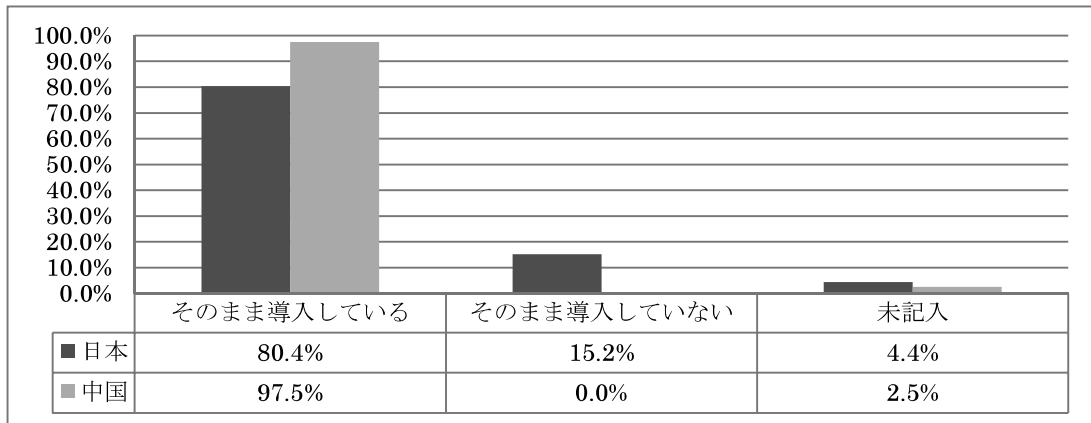


#### 6.5 BSC の 4 つの視点の使用

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。また、中国ではその 4 つの視点以外の視点を加えたり、どれかを削除して使用しているかの答えは 0.0%で、中国の病院では、病院が独自に決めた視点がほとんど用いられていないということが分かる（図 6-19）。



図 6-19 BSC の 4 つの視点の使用状況

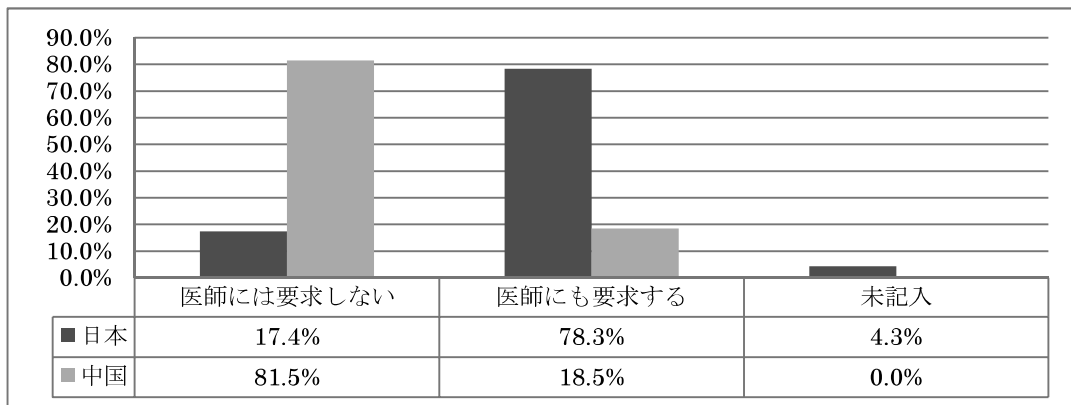


### 6.6 医師に対する「財務の視点」の要求

日本調査では財務の視点を「医師には要求しない」が 17.4%、中国調査では 81.5%である（図 6-20）。中国の病院は医師に財務を要求しないということが分かる。

一方、2012 年 3 月 4 日の第 11 回中国人民代表大会第 5 回の会議後に、陳仲強委員が「医師には財務が要求されない、医師及び各部門にも財務要求を許さない」<sup>15</sup>と発言したように、中国では医師には財務の視点が要求されない。図 6-20 の日中両国の調査結果は大きな差異がある。

図 6-20 医師に対する財務の視点の要求



### 6.7 BSC 導入による業務改善の効果

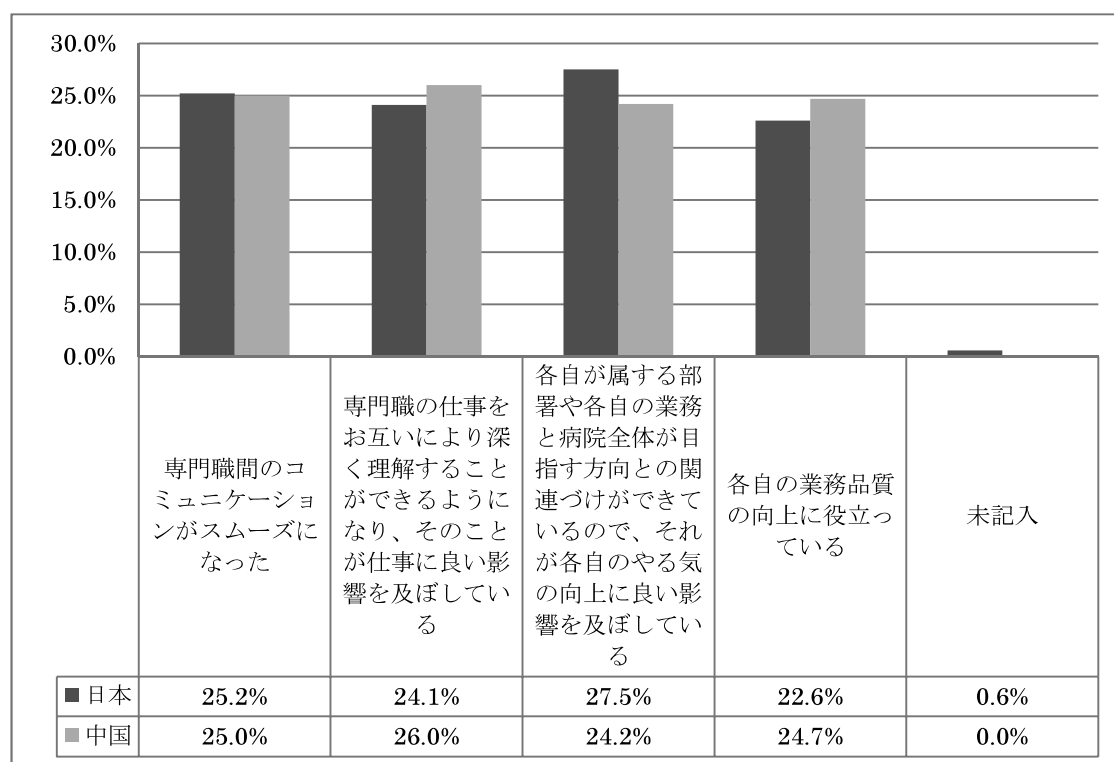
日本調査では「BSC を導入することにより、各自が属する部署や各自の業務と病院全

<sup>15</sup> 中国人民政治協商第十一期五回会

<http://lianghui.people.com.cn/2012cppcc/GB/239427/17345553.html> 2014/5/6。

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、両国はいずれの回答も 20%台で、大きな差はない（図 6-21）。

図 6-21 業務改善の効果



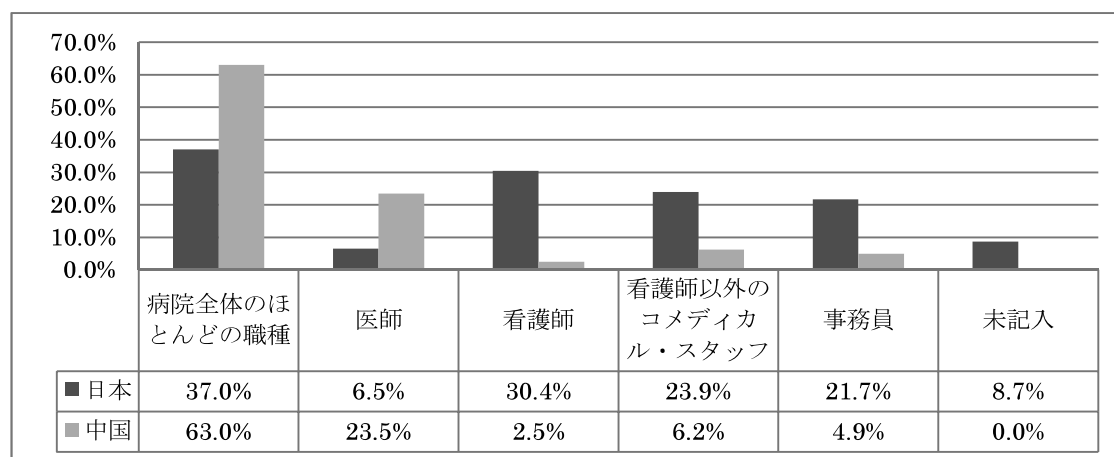
## 6.8 BSC 導入による業務改善（複数回答）

BSC 導入による業務改善職種は、図 6-22 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。

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、とりわけ中国では回答率が高い。

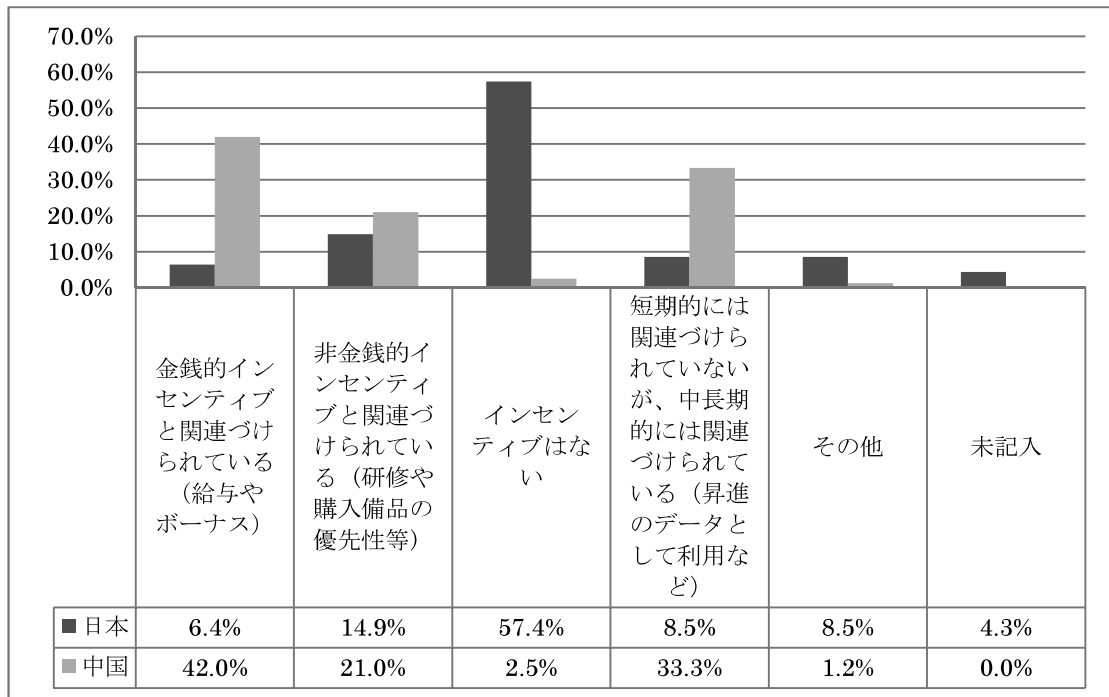
図 6-22 BSC 導入による業務改善職種（複数回答）



## 6.9 BSC とインセンティブとの関連

BSC とインセンティブとの関連は、図 6-23 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等）」が 14.9%、「金銭的インセンティブと関連付けられている（給与やボーナス）」が 6.4%である。中国調査では、「金銭的インセンティブと関連付けられている（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（図 6-23）。

図 6-23 BSC とインセンティブとの関連



中国調査によると、インセンティブと関連のある 3 項目の比率を合わせると **96.3%**と高い値が出た。中国で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 6-13 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考え方の表明である。

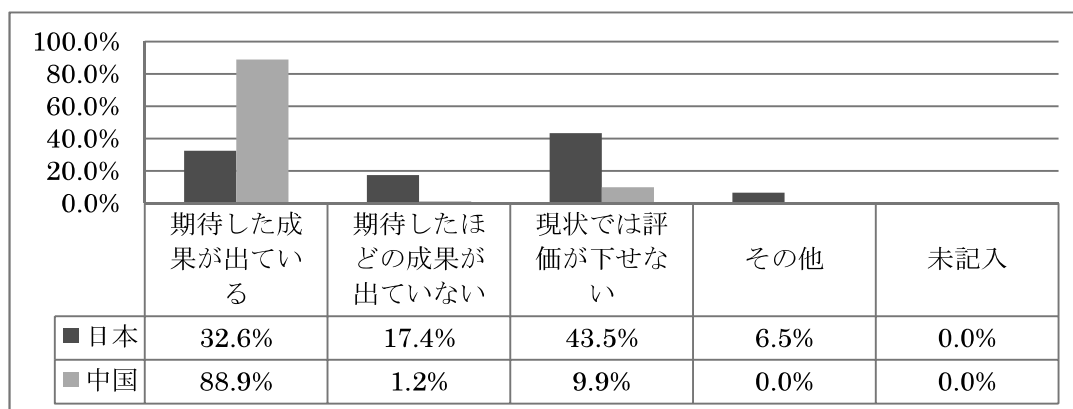
中国では、従業員の達成感、満足度を高めるために、従業員の業績評価を行う。そして、達成感によって、インセンティブを上げる。それにより、従業員の達成感及び満足度が満たされ、従業員の積極性を十分に引き出すことができると考えられる。一方、日本では「インセンティブはない」が約 6 割であり、中国と大きく異なる。日本ではインセンティブはないが、中国ではインセンティブが必要ということが分かる。

### 6.10 BSC 導入の成果

BSC 導入の成果は、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ていない」が 17.4%である。「現状では評価が下せない」と「期待したほどの成果が出ていない」と合わせると、**60.9%**となり、約 6 割が BSC 導入の効果を認めていない。これに対して、中国調査では「期待した成果が出ている」が **88.9%**と、ほぼ 9 割の病院が効果のあった

ことを認めている（図 6-24）。

図 6-24 BSC 導入の成果



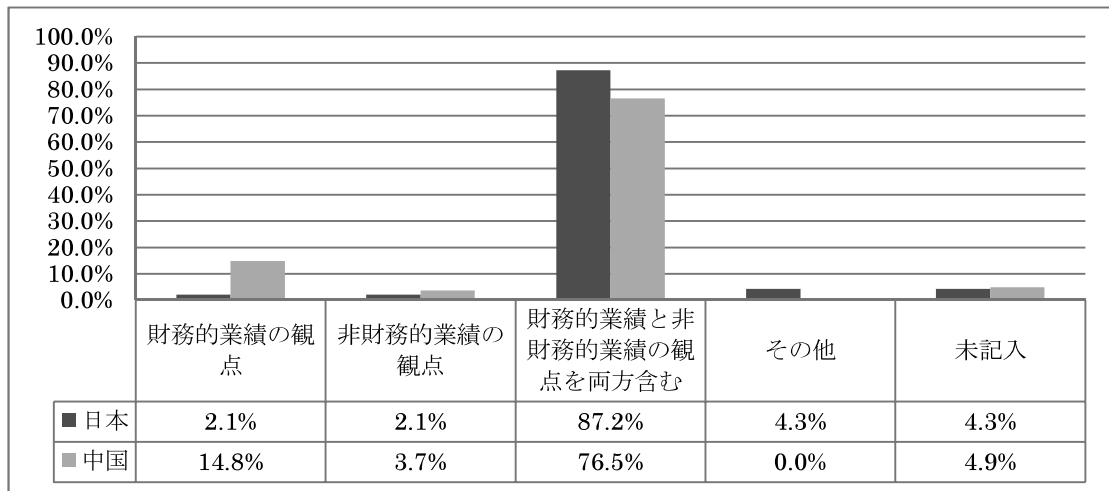
この差について、日本では、病院経営管理のために、BSC のみではなく、原価計算、品質管理などのツールを導入しているため、どの病院経営管理ツールが成果を出しているかが判断しにくいのであろう。同時に数種類のツールを利用しているために、ただ一つの経営管理ツールの成果について評価することが難しい<sup>16</sup>。日本では、導入経過期間は長いですが、BSC 導入に対する評価は必ずしも明らかになってない。これに対して中国では、導入した病院では期待した成果が出ていることは明白である。

### 6.11 BSC 導入の成果に関する評価

BSC 導入の成果に関する評価は、図 6-25 に示しているように、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 導入の成果を評価していることが分かる。

<sup>16</sup> 中田範夫 (2014) 「BSC に関する 6 回のアンケート調査—平成 16 年から 25 年における郵送調査」『日本バランスト・スコアカード研究学会』第 11 巻 第 1 号,p.101。

図 6-25 BSC 導入の成果に関する評価

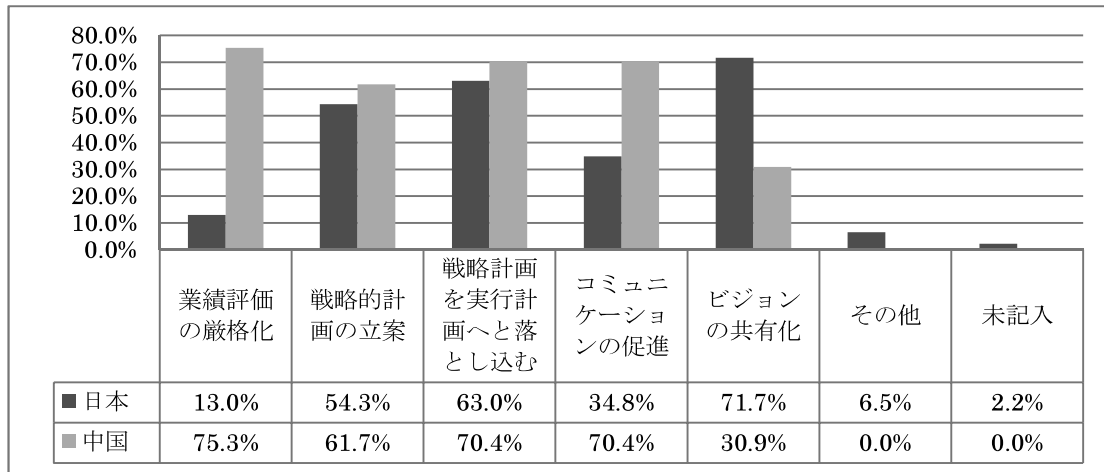


### 6.12 BSC 導入の目的（複数回答）

BSC 導入の目的は、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。（図 6-26）。

一方、図 6-23 に示しているように、インセンティブと関連がある項目を合わせると 96.3%となる。図 6-26 を見ると、「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%である。この 2 つのデータから、中国では病院で業績評価を非常に重視していることが分かる。

図 6-26 BSC 導入時の目的（複数回答）

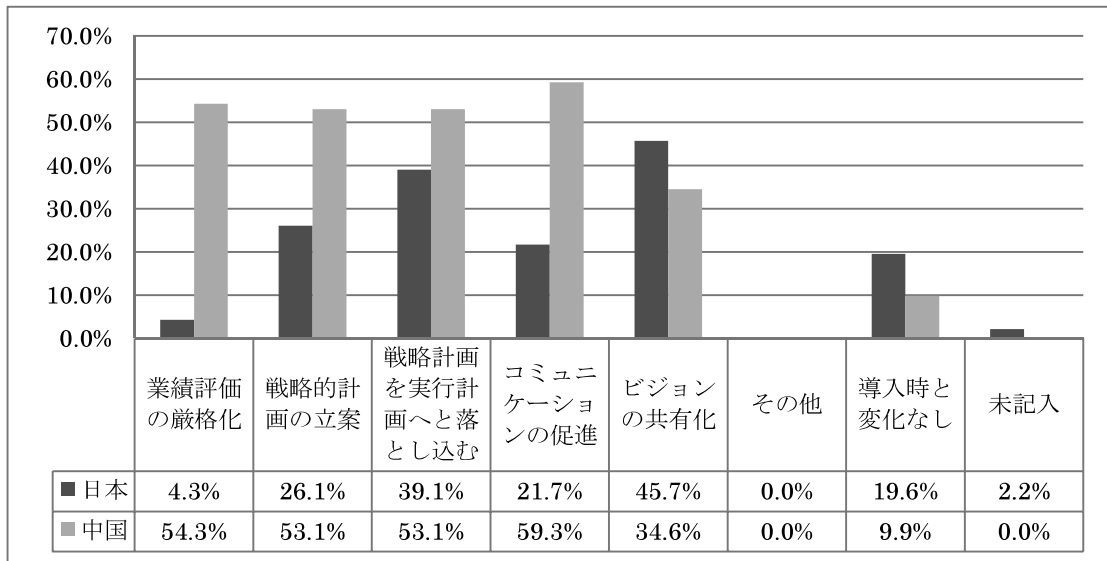


### 6.13 現在の BSC の課題・目標

BSC を導入して数年が経過しているが、最初の導入時と変化しているか。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（図 6-27）。

また、日本と中国で一番差が大きいのは「業績評価の厳格化」である。日本は 4.3%で、中国は 54.3%である。前項の 6.12 の「BSC 導入の目的」でみたように、中国では BSC を導入する目的は業績評価が一番多く（75.3%）、もたらした変化も「業績評価の厳格化」である。日本と比較すると、中国の病院は業績評価を非常に重視していることがわかる。また、「戦略的計画の立案」、「戦略計画を実行計画へと落とし込む」、及び「ビジョンの共有化」に関するデータを見ると、中国の病院は第 2 世代の BSC へと重点移行しつつある。

図 6-27 現在の BSC の課題・目標（複数回答）



#### 6.14 BSC 導入による業務への影響

BSC 導入による業務への影響は、図 6-28 と図 6-29 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%）」という回答割合は中国に比べると少ない。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（29.6%）」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 が普及していく。その後、導入した効果、課題及び改善点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（37.0%）」と「短くなった（56.8%）」という回答割合が中国の方が多。逆に日本は少なく、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、回数及び時間ともに「変化なし」とする回答が最も多く、このことから、BSC の導入が業務に対してあまり大きな負担となっていないことが分かる。逆に、これに対して、中国では「回数」に関しては、「多くなった」が、最も多く、このことから、業務に負担がかかっていることが推測できる。また、「時間」に関しては、「短くなった」が最も多く、これらのことから「回数」の増加を「時間」の短縮によって、負担を調整していることが推測される。

しかし、逆に、中国では「多くなった」と「長くなった」という回答割合は 2 番目に



高率であり、BSC を導入して以来、負担のかかっている病院もある。日本の場合は「変化なし」とする回答が多い。

図 6-28 BSC 導入による会議や打ち合わせの回数

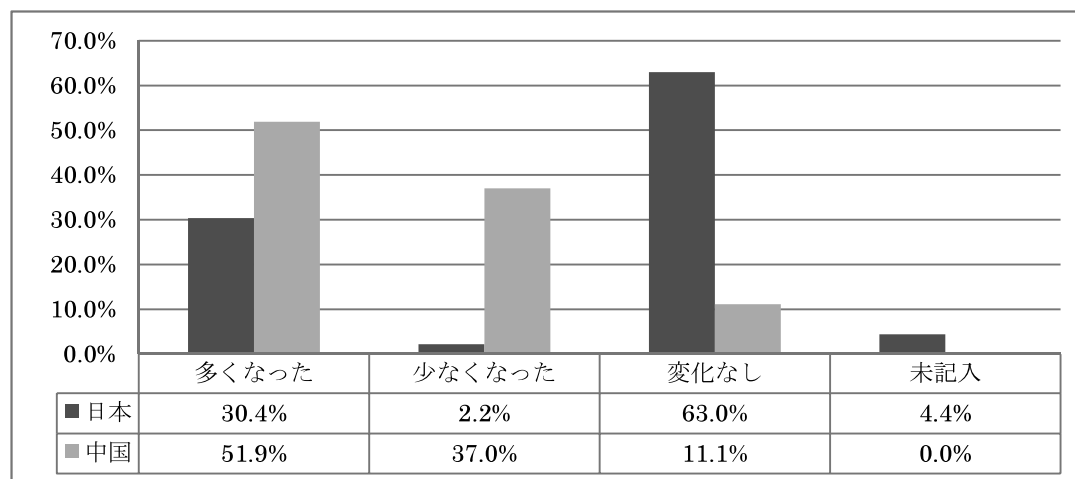
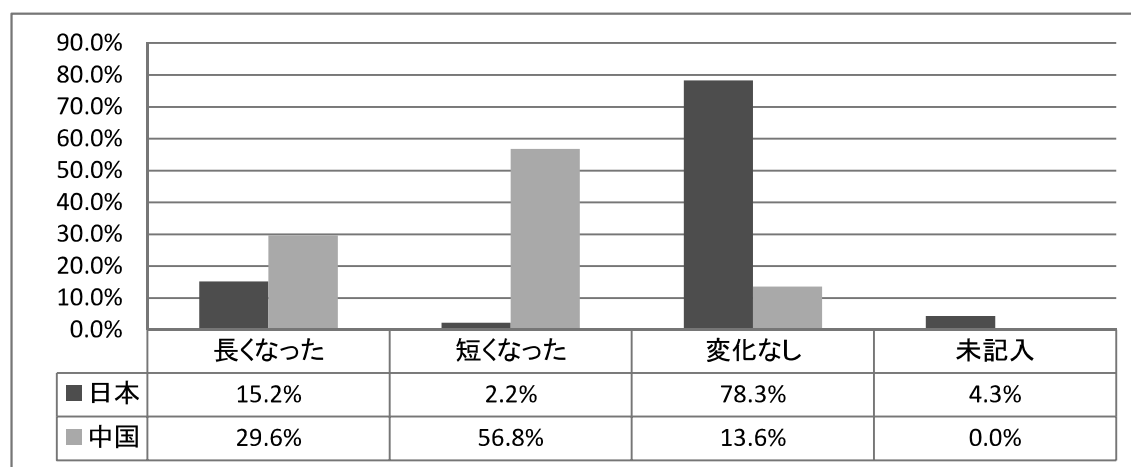


図 6-29 BSC 導入による会議や打ち合わせの時間



本節では、電子カルテ、目標管理、BSC についてのアンケート調査の結果を日本調査と中国調査とで比較分析した。3 種類の経営管理手法の導入率は中国が日本より高い。特に、電子カルテは「病院全体」と「一部の診療科」を合わせて、98.6%とほぼ 100%に達していた。目標管理と BSC は日本調査と中国調査とも、BSC を導入する際には必ず目標管理も導入されていた。目標管理は目標を立て、計画を実現する仕組みである。これは、企業でも病院でも基本的なツールとして存在している。

BSC の導入率について、中国 (55.5%) は日本 (15.2%) より高い。中国は導入の契機

から見ると、7割以上が政府部門の行った講演会がきっかけである。また、導入年度について、中国は2009年から急激に増えていた。第3章で述べたように、中国は2009年に新医療改革の政策を実施し始め、国立病院の改革も開始された。特に国の国立病院の改革はBSCの財務、顧客、内部ビジネス・プロセス、及び学習と成長の4つの視点と関連している。そのため、中国では2009年以降にBSCを導入した国立病院が多い。このように、国立病院の改革とBSCとの関連及びBSC導入の契機から見ると、中国の病院でBSCの導入率の高い原因は、政府の政策と関連性が強いと考えられる。

BSCの導入成果から見れば、中国では88.9%が期待した成果が出ている。一方、日本では32.6%である。さらに、BSC導入時の目標の結果を見ると、中国は「業績評価の厳格化」が75.3%に達しているが、日本では僅か13.0%である。現在のBSCの課題・目標は、中国では「業績評価の厳格化」が54.3%であるが、日本では4.3%である。このことから中国の病院は業績評価を非常に重視しており、BSCの導入目的と導入後の変化は全て業績評価と強く関連していると言えよう。つまり、中国の国立病院におけるBSCは業績評価の段階に留まっていると言える。この点はLINの研究結果と一致している。

中国調査と日本調査との比較・分析を行っているうちに、いくつかの疑問点が生じた。

最初に、医師への財務の要求について、中国調査は医師に財務の視点を要求しないが81.5%であり、日本調査は逆に医師に要求するが78.3%である。BSCという手法は、財務の視点を達成するために他の3つの視点を関連づけるという手段である。なぜ、中国の病院は医師に財務の視点を要求しないのであろうか。

次に、中国調査ではBSCの4つの視点を採用している病院が97.5%である。4つの視点の中の財務の視点を軽視すれば、病院の経営をどう守るのか。財務以外の視点を利用するのか。赤字が出れば、政府が補助金で赤字を解消するということであるのか。そうすると、病院の経営管理はどのように位置づけられているのであろうか。

また、BSCとインセンティブとの関連について、中国調査はインセンティブと関連ある項目の比率を合わせると93.3%であり、日本調査では「インセンティブはない」が57.4%である。中国ではなぜこのようにインセンティブを重視するのであろうか。そして、インセンティブはどの成果指標に関連づけられているのであろうか。

これらの疑問点を解明するために、筆者は中国の病院でインタビュー調査を行った。

## 第2節 BSCに関するインタビュー調査

2014年9月から12月末まで、中国でBSCを導入した三級の18病院にインタビュー調査を行った。調査した病院はアンケートに回答した三級病院から選んだ。これらの病院は、電話でのインタビュー調査に積極的に回答してくれた。調査地は8カ所で、調査した病院をアルファベットで示す。それらは、黒竜江省5カ所(A・B・C・D・E)、北京市3カ所(F・G・H)、重慶市3カ所(I・J・K)、山東省2カ所(L・M)、上海市2カ所(N・O)、広東市1カ所(P)、湖北省1カ所(Q)、四川省1カ所(R)である。

質問は次の10項目である。

- ① BSCの4つの視点を導入しているか。
- ② 医師に財務の視点を要求しているか。(要求している場合には、⑥以降の質問に回答してください)
- ③ 要求しない理由は何か。
- ④ 誰が財務の目標に責任を持つのか。財務を軽視しているか。あるいは、他の指標から要求をするか。
- ⑤ 財務のことは考慮しなくても、赤字が出れば、政府が補助金で赤字を解消することか。それだと、病院の経営管理ということはほとんど意味をなさないように思うが、この点はどうか。
- ⑥ BSCによる業績評価においてインセンティブと関連があるか。
- ⑦ どのようなインセンティブを与えているか。
- ⑧ そのインセンティブはどの成果指標に関連づけられているのか。
- ⑨ BSCの導入の成果、業績はどうか。
- ⑩ 2013年度の収支決算において経常費用(営業費用と営業外費用)に対する経常収益(営業収益プラス営業外収益)の比率は何パーセントか。

上記の10項目に対して、病院の管理者及び管理部門の従事者に質問した。以下は、その結果である。

### ・A病院

①4つの視点を導入している。②要求しない。③2013年の「九不準」の第1条に基づいて、医師に財務の要求をしない。④軽視ではなく、財務より医療の質を重視している。⑤政府の補助金が少ないので、病院の運営を行うため、経営管理が必要である。⑥関連がある。⑦ボーナスや研修など。⑧目標の達成度により、インセンティブを奨励する。⑨国

立病院であるため、非財務指標は重視している。BSC は従業員の業績を評価し、積極性を十分に引き出している。⑩105.2%である。

#### ・B 病院

①4つの視点を導入しているが、患者の視点と学習と成長の視点を重視している。②要求しない。③2013年の「九不準」の第1条に基づいて、医師に財務の要求をしない。④軽視ではなく、公益性病院であるので、医療の質を重視している。⑤病院の運営を守るため、経営管理が必要である。⑥関連がある。⑦昇進や研修など。⑧従業員の医療サービス、学術などの業績指標を設定し、それにより、インセンティブを与える。⑨従業員の積極性をよく引き出した。患者に対して医療サービスは良くなっている。⑩102.8%である。

#### ・C 病院

①4つの視点を導入しているが、患者の視点と学習と成長の視点を重視している。②2013年からはっきりと要求しない。③「九不準」の第1条の規定。④病院の運営を守るため、財務の視点が必要。⑤補助金が不足するので、財務は必要である。しかし、国立病院であるため、BSCの財務と非財務を重視することは、自病院にとって必要である。⑥関連がある。⑦昇進や研修や物質の奨励など。⑧アンケート調査を実施し、それによりインセンティブを与える。⑨医療サービスがよくなっている。⑩103.2%である。

#### ・D 病院

①4つの視点を導入しているが、財務の固定目標を設定しない。②要求しない。③「九不準」の第1条の規定により。④未回答。⑤一部分の補助金がある。⑥非常に重視している。⑦ボーナスなど。⑧個人の仕事量。⑨従業員の積極性を引き出し、一定の収入をもたらした。⑩101.9%である。

#### ・E 病院

①4つの視点を導入しているが、患者の視点を重視している。②要求しない。③法律で明確に規定された。④財務を重視している。⑤補助金が少ない。病院の経営管理が必要である。⑥関連がある。⑦職名の昇進、研修学習のチャンスなど。⑧医療の質、患者の満足度。⑨従業員の情熱と積極性を引き出せ、患者の満足度が高くなった。⑩102.4%である。

#### ・F 病院

①4つの視点から導入。②医師への主な要求は医療サービスの質である。③病院は財務の目標命令を下に伝えない。国の政策「九不準」により。④国立病院は公益性、非営利性病院である。高質医療サービスの目標を目指し、営利を目的としない。財務の目標は重視

すべきである。⑤合理的な業務収入と政府の補助金で一般的に赤字が出ない。財務のことは軽視ではなく、重要な位置になっていないが、存在しなくてはいけない。⑥関連がある。⑦業績給料、昇進、研修学習のチャンスなど。⑧毎月アンケート調査を行い、満足度や改善すべき点などを実施している。そのデータにより、インセンティブを与える。⑨有効な業績評価は従業員の仕事と学習の積極性を引き出し、サービスの質を高めた。⑩105.9%である。

#### ・G 病院

①4つの視点を導入している。②要求しない。③衛生計画生育委員会によって、医療衛生の職業気風を強化するため。「九不準」規定の第1条に規程がある。④財務目標はもちろん重視しているが、国立病院は公益性病院であり、営利を目的としない。⑤病院の経営管理は医療サービスと医療技術を有効に結合し、社会的効果を実現し、経済効果をもたらす。⑥関連がある。⑦物質奨励、研修学習機会の増加。⑧アンケート調査をし、それによってインセンティブを与える。⑨医師の技術レベルの向上。医師と患者の信頼関係を構築することができる。⑩106.3%である。

#### ・H 病院

①4つの視点から導入している。②要求するのは医療の質である。③国の政策によって、医師に財務の要求を加えることは禁止されている。④軽視ではない。⑤病院の経営管理が必要だと思っている。⑥関連がある。⑦研修回数の増加、昇進。⑧業績評価は医師たちの仕事の積極性と情熱を引き出せ、サービスの質も強化させ、医師たちのキャリアに良いと言える。⑨医師の職業生活と患者の満足度の両方から成果が期待できる。⑩107.5%である。

#### ・I 病院

① 導入している。学習と成長の視点を重視している。②医療の質よりも財務目標は下の位置になる。③医療衛生の職業気風を強化するため、医師に財務の要求を加えることを禁止する。④軽視ではない、合理的な診療をすることと合理的に収入を得ることをやり遂げなければならない。⑤正常業務の収入以外に、政府から適当な経済補償があり、病院の通常の業務は保証される。⑥関連がある。⑦昇進、年末ボーナス、旅行など。⑧医師のイノベーション、医療の質、患者の満足度、研究課題の成果など。⑨学習と成長の視点によって、医療従事者は新技術を勉強でき、学習意欲を促進することができる。患者の満足度を満たすことができる。⑩102.1%である。

#### ・J 病院

①導入している。4つの視点ともうまく利用できなかった。②要求しないが、財務目標がないのはいけない。合理的な収入を求める。③法外な負担金を取り立てることと患者負担を増やすことを防止する。④軽視ではない。医療の質より重視はしない。政府が医療サービスの質と患者満足度について厳しい調査と審査を行う。⑤一部の補助金が出るが、病院の通常の業務を守るため、経営管理が必要である。⑥関連がある。⑦名誉の奨励、昇進などいろいろある。⑧研究成果の発表数、学歴、患者の満足度など。⑨業績評価目標の達成度によって、インセンティブを奨励し、医療従事者の積極性を引き出し、病院の収益も上げている。⑩104.5%である。

#### ・K 病院

①導入している。②要求しない。③国の政策による。④軽視ではない、患者の方を重視している。⑤未回答。⑥関連ある。⑦昇進やボーナスなどいろいろである。⑧未回答。⑨経済効果が増加した。⑩100.1%である。

#### ・L 病院

①4つの視点を導入しているが、財務と患者の面は固定目標を要求していない。しかし、個人の業績評価に入る。②医師と各部門は固定目標を設定していないが、明確な業績評価方式があり、個人と各部門の業績と関連がある。③未回答。④未回答。⑤非営利性医療機関であり、政府の一部補助金がある。⑥非常に重視している。⑦個人の業務量の奨励。⑧仕事量、研究成果など。⑨個人の業績に焦点を合わせ、積極性が明らかに増加している。一定の収入をもたらした。⑩未回答

#### ・M 病院

①導入している。②要求しない。③国の政策の「個人所得と審査と薬の収入にリンクすることが許可されていない」という要求を基準とする。④軽視ではない。ほかの視点ほど重視しない。⑤一部の補助金があるが、病院の存在を守るため、経営管理が必要である。⑥関連している。⑦物資奨励、名誉の奨励など。⑧未回答。⑨導入して以来、医療サービスの向上により、医師と患者の信頼関係が良くなった。⑩2013年の経常収益は121,419,627元。経常費用113,355,510元。比率は107%である。

#### ・N 病院

①4つの視点から導入している。②要求していない。③衛生計画生育委員会が制定した「医療衛生職業気風建設の強化に関する『九不準』」規定の第1条で規定されている。④

重視している。国立病院であるので、国からの資金補助がある。⑤病院の経営管理は重要であるが、財務だけが注目されているわけではない。⑥関連がある。⑦国外研修、昇進など。⑧定期的にアンケート調査を実施して、満足度や改善すべき点など患者の視点から分析する。そのデータにより、業績評価をし、インセンティブを与える。⑨医師と患者の間にかけ橋が作られた。⑩103.8%である。

#### ・O 病院

①4つの視点から導入している。②要求するのは医療の質である。③国の政策によって、医師に財務の要求を加えることが禁止されている。④軽視ではない。⑤病院の経営管理が必要だと思っている。⑥関連がある。⑦名誉奨励、海外研修、先進病院での研修など。⑧医師や看護師や医療従事者などは各部門別に技術コンテストを開き、また、目標の達成度により、インセンティブを与える。⑨従業員の積極性を引き出せ、患者の満足度も上がっている。⑩106.2%である。

#### ・P 病院

①4つの視点を導入している。②要求していない。③国からの政策規定があるから。④財務はそれほど重要ではない。我々の国立病院は公益性を守るのが一番であり、患者が満足できる医療サービスを提供することが大切である。⑤国から一部補償がある。⑥関連している。⑦賞金や海外見学や個人名誉賞など。⑧様式が多様であり、例えば、医師の研究論文の発表や地区医療コンテストの優勝など。⑨BSCを導入して以来、医療従事者は仕事の積極性が向上し、医療の質も向上した。⑩未回答。

#### ・Q 病院

①導入している。患者の視点を重視している。②財務目標は設定していない。③衛生部の公布した「九不準」という政策規定がある。④財務の視点は患者の視点ほど重視していない。⑤赤字が出れば、国からの資金補助が可能であるが、今までは赤字が出ていない。財務の管理より、医療の質の管理が重要だと思っている。⑥関連がある。⑦年末ボーナス、旅行、研修など。⑧未回答。⑨病院と患者の関係が良くなった。⑩これは財務の管理者に聞いてみてください。

#### ・R 病院

①4つの視点を導入している。②未回答。③未回答。④軽視ではない。⑤病院の経営管理は自病院にとっては必要である。⑥非常に重視している。⑦海外研修や職名の昇進やボーナスなどいろいろある。⑧一定の期間ごとに患者にアンケート調査を行い、業績評価を

行う（これのみによって、業績評価を行っているわけではない）。⑨BSCを実施して以来、医療従事者の積極性が引き出せ、患者の満足度も高くなった。また、医師と患者の信頼関係の構築ができています。⑩104.3%である。

以上は18病院のインタビュー調査の回答であった。次に、18病院の回答に基づいて、質問項目別に整理していく。

### 1. BSCにおける4つの視点の導入状況

BSCにおける4つの視点の導入状況について、全ての病院は4つの視点を導入している。その中で、8病院（A・F・G・H・M・N・O・P）は全て4つの視点から導入している。他の10病院も4つの視点から導入しているが、一部を重点としている。2病院（B・C）は患者の視点と学習と成長の視点を重点としている。2病院（E・Q）は患者の視点のみ重点として、1病院（D）は財務以外の視点を重点としている。1病院（I）は学習と成長の視点のみ重点としている。1病院（L）は内部ビジネス・プロセスの視点と学習と成長の視点を重点としている。1病院（J）は4つの視点とも導入しているが、全てうまく利用していないと回答している。

中国の国立病院におけるBSCの導入状況は、全ての病院は4つの視点を全て導入しているが、各病院の必要性によって重点となるべき視点を選択して利用している。つまり、中国の国立病院におけるBSCの導入目的は、各病院の問題を解決するために導入するといった個別の目的性が強いようである。

### 2. 医師に対する財務の視点の要求

医師に財務の視点を要求するかについて、18病院は全て要求しないと回答している。その中、4病院（F・H・I・O）は財務よりは医療サービスの質を要求していると回答している。1病院（J）は利益が最優先ではないが、合理的収入は求めると回答している。このため、中国の国立病院は財務の視点より、国が提唱した病院の公益性をより重視している。

### 3. 医師に財務の視点を要求しない理由

18病院の回答理由は、法外な負担金を取り立てること、患者負担を増やすことを防止するため、病院に財務目標の命令を下に伝えないことという規定を公布したことにあつた。



医療衛生の職業気風を強化するため、「九不準」<sup>17</sup>規定の第1条に規程がある。それには、「医療従事者は、個人所得と診察と薬の収入にリンクすることが許可されていない」となっており、これは国家の医療と関連がある法律で、医師に財務の要求をすることが禁止されている。国の政策に基づいて、各病院は医師に財務の視点を要求していない。

#### 4. 財務に対する重視度

財務に対する重視度について、18病院のうち15病院は重視していると回答し、2病院は未回答で、1病院はあまり重視していないと回答した。重視している15病院のうち、7病院（A・B・F・G・J・P・Q）は財務より、質の高い医療サービスの提供が重要であると回答している。国立病院は公益性、非営利性病院である。高質のサービスを目標にし、営利を目的とせず、合理的に診療をし、合理的に収入を得ることに努めていることが分かる。また、国立病院は正常業務の収入以外に、政府からの適当な経済補償があり、病院の通常業務は保証されている。一方、政府は国立病院における医療サービスの質と患者の満足度を把握するため、定期的に調査と審査を行っている。そのため、中国の国立病院は、財務より、高質の医療サービスの提供、つまり、病院の公益性をより重視しているということが言える。

#### 5. 財務補助システムによる国立病院の経営管理の意義

18病院の回答をまとめて、以下で説明する。中国の国立病院は、国から赤字を補助してもらえるシステムがある。しかし、2014年の中国統計年鑑によると、2013年まで国立病院の政府の補助金は病院の平均総収入の僅か7.9%である<sup>18</sup>。政府の補助金が不足しているため、病院にとって財務の視点は存在すべきである。

病院の経営管理とは、医療サービスと医療技術を有効的に結合し、社会的効果を実現し、経済効果をもたらすことである。病院の経営管理は病院が存続するための現実的需要である。しかし、国の政策によって、国立病院は公益性を守るために、財務の視点は非財務の視点ほどには重視されていない。すなわち、財務を軽視するとは言えず、重要な位置付けになっていないが、一方で、疎かにしてはいけないとも回答している。中国における国

<sup>17</sup> 国家衛生計生委紀檢組監察局

<http://www.nhfpc.gov.cn/jcj/s7692/201312/09bd7a8be8f8420d91997a0041aa868e.shtml> 2015/5/20.

<sup>18</sup> 中国衛生和計劃生育委員会（2014）『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社 p.103.

立病院の経営管理は、財務の管理より、医療の質の改善をより重視している。

## 6. BSCによる業績評価とインセンティブとの関連

この問題については、18病院は全て関連があると回答している。

## 7. インセンティブの方法

インセンティブの与え方について、18病院には様々な方法があり、業績賞金、昇進及び物質奨励、研修学習機会の増加、海外研修、旅行、名誉の奨励及び年末ボーナスなど多様である。

## 8. インセンティブの評価基準（複数回答）

インセンティブの評価基準について、3病院の未回答を除き、15病院の内、7病院（E・F・G・I・J・N・R）は患者の満足度を基準にしている。また5病院（C・F・G・N・R）は定期的に患者にアンケート調査を実施して、満足度や改善すべき点などを患者の視点から探し出し、討論している。他の3病院は、仕事量、個人成果や個人の研究などを評価基準としている。このようなインセンティブと関連している業績評価は、医療業務従事者の仕事に対する積極性と情熱を引き出し、医療サービスの質も向上させ、医療業務従事者のキャリアに役に立つと回答している。

## 9. BSC 導入の成果（複数回答）

BSC 導入の成果について、18病院のうち、11病院（A・D・E・F・I・J・L・O・P・R）はインセンティブと業績評価のため、医療従事者の仕事の積極性が向上したと回答している。12病院（B・C・E・F・G・H・M・N・O・P・Q・R）は医療サービスの質が向上し、病院と患者の良い関係を築いたとしている。4病院（D・J・K・L）は経済的効果があったと回答している。

BSC を実施して以降、中国の国立病院は財務指標より非財務指標を重視し、特に業績評価を利用して、医療スタッフの積極性を引き出し、医療サービスの質を高め、患者の満足度を高めている。また、一部の病院は経済的効果もあったと回答している。BSC の導入は、医療スタッフの技術レベルを向上させ、病院と患者の信頼関係を築かせる。つまり、中国の国立病院における BSC の導入成果は、患者の視点、内部ビジネス・プロセスの視

点、学習と成長の視点に対して一定の効果をもたらしている。さらに、一部の病院は財務の成果も獲得している。

## 10. 2012年度の収支

2012年度の経常費用収益率について、18病院のうち、3病院は未回答であり、残る15病院の回答は全て100%を超えた。一番高いのはH病院の107.5%であった。平均値は104.2%である。全ての病院は財務の利益を獲得したことが分かる。つまり、BSCの導入は、財務面にも成果をもたらした（ただし、BSC導入前の経常費用収益率を調査していないので、厳密なことは言えない）。

以上はBSCを導入した18の国立病院に対して実施したインタビュー調査の結果である。

まず、アンケート調査の結果分析から生じた疑問点(第6章第1節に記載)について、インタビュー調査で明らかになったことを以下に記述する。

- ① 中国の国立病院は、医師に財務の視点を要求しないのは、国の政策によることが判明した。また、病院経営として、財務の視点を軽視しているのではなく、財務よりも、国が提唱した良質の医療サービスの提供、つまり、病院の公益性をより重視していることが分かった。つまり、中国の国立病院では、医師に財務の視点を要求しないのは、財務的結果を報酬と連動させないという意味であり、病院が財務を無視して良いというものではない。この部分は極めて重要である。
- ② BSCの4つの視点（財務・顧客・内部ビジネス・プロセス・学習と成長）を全て導入し、運用している病院はA・F・G・H・N・O・Pの7病院である。このうち、F・G・Hは中国の北京市にあり、N・Oは上海市にあり、A・Pは省都の病院で、いずれも三級甲等の大型総合病院である。他の11病院は地区の三級病院であり、4つの視点を導入しているが、この中の1視点から3視点までを重点運用している。つまり、中国の国立病院におけるBSCの導入と運用は、地域により差があり。大都市の三級病院は地方の三級病院より、BSCを良好に運用している（4つの視点を全て運用している）と考えられる。これらの病院では、病院の経営管理に財務の視点が不要ということではない。すなわち、現状では高い経済成長率を背景に診療報酬の高率プラス改定に十分耐えることが出来る。従って、普通に経営していれば、国立病院は黒字になっている。こ

のような理由から、現状では財務の視点に重点を置く必要が低いのである。

- ③ 中国では、業績評価においてはインセンティブとの関連性が密接である。業績賞金、昇進、研修、ボーナスなどを与え、医療業務従事者の積極性と情熱を引き出している。インタビュー調査によれば、インセンティブは患者の満足度や改善提案(顧客の視点)に関連付けられていることが多い。また、別の病院では、仕事量、個人成果や個人研究(学習と成長の視点)などが、インセンティブと関連付けられているという調査結果が出ている。

BSC の導入成果については、中国の国立病院は BSC を実施して以来、財務指標よりも非財務指標を重視し、特に業績評価を利用して、医療業務従事者の積極性を引き出し、医療サービスの質を高め、患者の満足度を高めている。また、BSC の導入は、医療業務従事者の技術レベルを向上させ、病院と患者の信頼関係を築かせる。その上、調査に回答した病院は全て財務的利益を獲得した(ただし、3 病院は未回答)。そのため、中国の国立病院における BSC の導入は、財務の視点、患者の視点、内部ビジネス・プロセスの視点、及び学習と成長の視点に一定の成果をもたらしている。

中国の国立病院における BSC は、インセンティブを重視する業績評価の段階に留まっている。中国の病院は、BSC における業績評価を重視し、インセンティブを通して医療業務従事者の積極性を動員し、彼らに良い医療サービスの提供(内部ビジネス・プロセスの視点)を促進させるようになり、この良い医療サービスの提供結果、多くの患者の信頼(顧客の視点)を得ている。そして、このことが病院の財務収益(財務の視点)につながっている。従って、中国の病院における BSC は、業績評価におけるインセンティブ(学習の成長の視点)に対する適用から、他の 3 視点にその効果が波及している。つまり、学習と成長の視点→内部ビジネス・プロセスの視点→患者の視点→財務の視点といった連鎖が生まれ、結果として業務の好循環が創造されている。

つぎに、LIN の先行研究において生じた疑問点(第 5 章第 1 節に記載)について、アンケート調査とインタビュー調査で明らかになったことを以下に記述する。

- ① 筆者の調査では BSC の導入率が 55.5%であり、これは LIN の 83.1%よりも著しく低い。LIN の調査は国の行政機関を介在させたので、回収率と回答率が極めて高率になったのではないかと推測する。
- ② LIN の調査は経済発展の著しい都市部と東部沿岸部分の国立病院を対象に行った。

筆者の調査は東北地区、中部地区、東部地区、西部地区の一部都市を含んでいた。実態調査の結果によると、大都市の病院は地方の病院より BSC を良好に運用していることが分かった。ただし、筆者の調査も大病院を中心として調査を行ったので、中・小病院の BSC の運用状況が把握できなかった。

- ③ LIN の調査以降、国が「九不準」規定により、病院の業績評価は非金銭的なインセンティブを重視していることが分かった。
- ④ 中国と日本の基本的な社会状況が違っており、BSC の導入の理由についても異同があった。中国では国が行った講演会や研究会等への参加を契機として、BSC を導入していた病院が多かった。日本では他病院で採用されていたという理由で、BSC を導入していた。このような状況で、中国の病院における BSC の導入が日本よりも高くなっている。

次に、LIN の調査と筆者の調査でも、中国の病院における BSC はまだ第 1 世代に留まっていることが分かる。ちなみに、筆者の調査では、大都市の三級病院は地方の三級病院よりも BSC を適切に運用していると考えられる。中国では日本よりも BSC の導入率は高いが、BSC の発展は日本より遅れていると考えらる。

最後に、アンケート調査とインタビュー調査の結果分析から本章の結論を記す。

電子カルテについては、中国の導入率ほぼ 100% である。中国では政府からの補助金があるからである。国は 2010 年に「電子カルテの試行案」を公布し、病院での電子カルテの普及を規定した。つまり、国の政策が、中国の病院における電子カルテの高い導入率の原因となっている。

目標管理の導入比率も中国の方が高い。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。日本調査と中国調査とも、病院が BSC を導入する際には必ず目標管理を導入していた。目標管理は目標を立て、計画を実現する仕組みである。企業でも病院でも基本的なツールとして利用されている。

BSC については、中国では導入率が日本より高く、導入の契機を見ると、7 割以上は政府部門の行った講演会への参加がきっかけである。中国の病院の BSC の高い導入率も政府の政策や管理と関連していることが分かる。

BSC に関するアンケート調査とインタビュー調査に基づく私見を以下に述べる。

## (1) 中国の病院における BSC の導入運用状況について

2013 年の中国調査から、BSC の導入率が 55.5%であることが分かる。中国では多くの総合大病院が BSC を導入しているのは事実である。そのうち、大都市の三級病院は地区の三級病院より、BSC が適切に運用されている。また、中国では、国有医療機構が全ての医療機構の 90%を占めているため、BSC の採用契機について、政府が開催した研修会等への参加をきっかけに、採用を開始する医療機構が多くなっていた。中国は社会主義国家であるので、国の政策、方針及び提案などは強制力があり、これは医療機構も同じである。これが中国の高い導入率の最大の原因だと考えられる。

次に、中国の国立病院における BSC の導入は、ほとんどの病院は 4 つの視点を全て導入しているが、各病院の需要によって重点とすべき視点を選択して BSC を利用している。つまり、中国の国立病院における BSC の導入は、各病院で生じている個別の問題を解決するために導入しているという意味で目的性が強いと言える（ただし、この点は日本でも中国と同様に病院各々の固有の問題を解決するために BSC が採用されているのかもしれない。ただ、日本の病院では、財務の視点が共通して重視されているという特徴が存在すると考えている）。

また、中国の国立病院における BSC は、財務の視点をそれほど重視していないが、必要な視点ではあることが判明している。そして、財務の視点を重視しているわけでは無いが、結果として BSC の導入後に、財務の利益を獲得しているケースが見られる。その原因は、中国の病院は、BSC における業績評価を重視し、インセンティブを通して医療業務従事者の積極性を動員し、彼らに良い医療サービスの提供（内部ビジネス・プロセスの視点）をさせるようになる。この良い医療サービス提供により、より多くの患者の信頼（顧客の視点）を得るようになる。その結果、病院の財務収益（財務の視点）が保証される。従って、中国の病院における BSC は、業績評価におけるインセンティブ（学習の成長の視点）に対する適用から、他の 3 視点に発展する。つまり、学習と成長の視点→内部ビジネス・プロセスの視点→患者の視点→財務の視点へと好循環が生まれている。

## (2) 中国の病院における BSC の問題点

まず、中国では BSC を利用している多数の病院は、業績評価を主要な目的としている。実施したアンケート調査とインタビュー調査の結果から、中国の病院における BSC は、インセンティブと強い関連性があり、業績評価を重要な位置に置いていることが分かっ

た。また、病院は BSC の 4 つの視点のうち顧客の視点と学習と成長の視点の 2 つを重視し、財務の視点と内部ビジネス・プロセスの視点はそれほど重視していない。ここから、中国の病院における BSC は北京と上海以外の地方都市の病院では依然として第 1 世代に留まっていることが推測できる。

また、インタビュー調査の結果から見れば、同じレベルの国立三級甲等病院の中では、大都市の北京市と上海市は BSC の運用状況が良いと言える。BSC の 4 つ視点からみれば、北京市と上海市の病院は、顧客の視点及び学習と成長の視点をより重視して運用しているが、さらに、内部ビジネス・プロセスの視点も地方の病院よりも良好に運用している。いずれにしても BSC の導入により、医療設備と医療技術の更新、病院経営、医療サービスの提供並びに、病院の宣伝を行い、患者の満足度が向上するという仕組みが出来つつある。

一方、中国の病院では業績評価の категория に留まっているところが大多数である。さらに、中国の病院における BSC の運用は、地域により不均衡の問題があると言える。

## 終章 結論と展望

本研究は、中国と日本の病院における経営管理手法、特に BSC の導入と発展を中心に論述した。中国では、国有医療衛生機構が全ての医療衛生機構の 90%以上を占めている。また、国立病院は全国の 80%以上の診療、入院といった医療サービスを提供している。そのため、本研究は中国の国立病院における BSC に着目して、それを研究した。

本研究は、まず政府が公布した医療政策についての分析を通して、中国の国立病院における BSC の必要性を明らかにした。次に、2013 と 2014 年に行った中国でのアンケート調査とインタビュー調査の結果分析を通して、現在の中国の病院における BSC の導入状況と発展状況を明らかにした。さらに、中国の病院における BSC の発展の可能性について分析した。以下では序章において設定しておいた 5 つの課題と目的に対する結論、及び今後の研究課題について記述する。

### 1. 5 つの課題

#### (1) 中国の病院における BSC の必要性

中国は 1978 年の改革開放以降、国立病院は様々な改革試行を経てきた。1992 年の市場経済体制の変革とともに、国立病院の発展は市場化に適応するため、病院が提供する医療サービスの価格は主に市場で決められるようになった。また、医師の収入も自身の提供した医療サービスによって決められ、職業道徳は商業化した。一方、2000 年代に入ると、医療衛生事業の市場化のマイナス面が次々と出てきて、社会世論では「看病難、看病貴」についての議論も多くなった。

2003 年に SARS 疫病が発生した時点で、政府は医療衛生事業における改革の欠点を検討し始めた。2005 年に政府は医療改革に対する評価をし、基本的に失敗とした。更に、失敗原因も指摘して、「この 20 年間に医療衛生事業の市場化、商品化を引き起こした。この問題の出現は、政府の医療衛生事業に対する管理不足、資金投入の不足と直接関係がある」<sup>1</sup>とした。また、問題の解決方法についても「今後の医療改革の核心は、政府の責任を強化し、政府の主導力を発揮して、医療衛生事業の中の国立病院の職能を発揮するこ

---

<sup>1</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/GB/8198/57482/index.html> 2015/4/10.



と」<sup>2</sup>と指摘した。そして、中国の医療衛生事業は新しい改革の探索を開始した。2009年から、中国は「1つの目標・4つの体系・8つの支持」を主体思想とした医療改革を開始した。

2009年4月6日、中共中央、国務院は「意見」を公布した。これは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った。それによって、国家全体の医療衛生レベルを向上させ、人々の健康を保障し、政府は医師と患者の矛盾を解決することを表明した。「意見」では、中国の医療衛生事業の主体としての国立病院が重点的に改革の対象になった。2010年の「指導意見」における国立病院の改革の任務は5つあり、これら全てが病院の管理体制と強く関連していた。そのため、中国の国立病院の改革には、先進的な経営管理手法の導入が必要になった。

一方、中国は改革開放と市場経済の発展とともに、医療衛生事業も急速に発展してきた。人々の健康レベルは目に見えて向上し、病院も経験的管理から科学的管理に向かって進んでいる。医療市場競争が日に日に激しくなるにつれ、病院改革の深化と共に、各病院が経営理念を競い、新しい経営理念と管理手法を導入し、病院は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になっている。管理方法の研究も病院管理の主な業務になっている。そのため、先進的な経営管理手法の導入が中国の病院に対して必要になっていると考えられる。

以上の中国の医療衛生事業改革における国立病院改革と経済の発展、そして、国民の高い医療サービスに対する需要を満たすための病院間の競争という2つの局面から見れば、中国の病院における改革のためには、先進的な経営管理手法の導入が必要になっていることは明らかであった。

## （2）中国の国立病院改革とBSCとの関連性

改革開放後、中国は沿岸地区の経済発展戦略を実施してきたが、その時から都市と農村の格差問題が発生し始めた。中国では都市と農村の二重構造のもとで、都市地域と農村地域の組織方式との間に大きな格差が存在し、医療衛生サービス・システムは都市に集中し

---

<sup>2</sup> 人民ウェブ <http://politics.people.com.cn/GB/8198/57482/index.html> 2015/4/10。

ている。総合病院は規模、医療設備などを盲目的に追求し、病院内部の組織構築及び発展の問題を軽視している傾向があり、資源の無駄が多発した。そのため、患者により良い医療サービスを提供し、資源を無駄にしないために、政府は有効な経営管理手法を活用する必要性を意識し始めた。政府はさまざまな経営管理手法の中で BSC が財務指標と非財務指標を重視し、患者により良い医療サービスを提供することができ、医療技術、従業員の教育、そして内部ビジネス・プロセスの改善などを実現できると判断した。

中国は社会主義体制国家であるから、国は国立病院に対して管理と監督をしている。国は 2009 年に「意見」を公布し、「意見」は、①病院の管理と運営システムが完備していない、②政府からの医療衛生の資金投入が不足している、③医薬品の費用の上昇が速すぎて、患者の負担が重い、と指摘した。これらは当時、中国の医療衛生事業に存在していた問題を指摘した上で改革を提起している。この政策の公布は中国の国立病院の改革に対して重要な意義を持っている。国は相次いで 5 つの政策文書を公布したが、「意見」以外の他の 4 文書はこの「意見」に基づいて制定されたものである。

2009 年—2011 年の「実施案」における 5 つの重点改革の中で国立病院改革の試行を推し進めること、並びに 2010 年の「指導意見」の具体的な試行要求について提起した。2012 年の「実施法案」は初めて 2 つの政策を提起した。それらは、①国立病院の改革は県レベルの病院を重点とすること、及び、②改革の試行は局所から全国に拡大すること、である。2015 年に制定された「綱要」は 3 点の要求しか提起していないが、2015 年から 2020 年までの 5 年間の医療衛生事業の発展計画であるため、この中で病床数などの具体的な要求が提起されている。

この 5 文書では、第 3 章の表 3-1 に示したように、中国における国立病院の改革は、BSC の 4 つの視点と関連しており、財務、顧客、内部ビジネス・プロセス及び学習と成長の 4 つの視点から展開されていると解釈した。その 4 つの視点の間は、並列の関係ではなく、患者の視点が根本であり、他の 3 つの視点は患者の視点の達成のために、実施されるものと考えられる。つまり、財務の視点・内部ビジネス・プロセスの視点・医療業務従事者の学習と成長の視点についての改革は、全て人民（患者）の健康利益を守るために実施されている。このように、5 文書の内容をみれば、国立病院の改革に関する要求は、BSC と強い関連性があると考えられる。

### (3) 中国と日本の病院における経営管理 (BSC) のあり方

LIN の研究は、2 つの仮説 (①BSC 導入により、中国における国立病院の組織の業績を向上させることができる。②BSC 導入により、中国における国立病院の医療業務従事者の満足度と業績評価を向上させることができる。) を設定し、それを検証したものであった。しかし、この研究については疑問を感じる点もあり、そのことが筆者にとっての研究上のモチベーションにもなっていた。日本の先行研究として取り上げた高橋の研究は 10 年間にわたる実態調査をベースにしたものであるが、公表されている資料はその中 6 回分なのでそれを利用した。その調査結果から、日本の病院における BSC は、多くが 2009 年時点で第 2 世代であることが明らかになっているという点が重要である。

調査データから見れば、中国では日本より BSC の導入率が高くなっている。しかし、アンケートとインタビュー調査の結果を見て、中国はまだ BSC の第 1 世代の業績評価の段階に留まっていることが分かる。また、第 5 章で述べたように、高橋は「日本の病院における BSC は経営の質の向上を目指した戦略策定・実行のための経営手法として導入が進められていることが分かる」<sup>3</sup>と述べている。そして、2013 年の中田の調査によると、BSC 導入の目的と導入後の回答は戦略の策定とビジョンの共有化の比率が高く、業績評価の比率は低くなっている。従って、中国は日本より BSC の導入率が高くなっているにもかかわらず、BSC の発展は日本より遅れていると考えられる。

### (4) アンケート調査とインタビュー調査による知見

中国における BSC の導入状況と運用状況について、2013 年のアンケート調査と 2014 年のインタビュー調査から、次のことが明らかになった。

- ① 2013 年のアンケート調査の結果から、中国の病院における BSC の採用状況については、導入率が 55.5%であることが分かった。中国では多くの総合大病院が BSC を導入していたことが明らかになった。
- ② 中国の国立病院では、全ての病院は BSC の 4 つの視点を全て導入しているが、一方で、地方の三級病院では 4 つの視点の中 1 視点から 3 視点までを重点的に運用している。大都市の三級病院は地方の三級病院より、BSC が良好に運用されている (4 つの視点を全て運用している) と考えられる。各病院の需要によって重点を選択して BSC

---

<sup>3</sup> 高橋淑朗 (2011) 『医療バランス・スコアカードー経営編』生産性出版, p. 366。

を利用し、発展していた。つまり、中国の国立病院における BSC の導入は、各病院の問題を解決するために導入するという意味で個別病院の目的性が強いと言える。

- ③ BSC の採用契機については、政府の開催した研修会等への参加をきっかけにしたところが最多であった。また、BSC の導入年度のデータを見れば、2009 年から急激に増えていることが分かる。そして、アンケートの結果と新医療改革とを合わせてみると、中国の病院では BSC を導入する際に、国の政策と直接関連のあることが明らかになった。中国は社会主義国家であるので、国の政策、方針及び提案などは強制力がある。医療機構も例外ではない。これが中国の高い導入率の最大の原因だと考えられる。
- ④ 筆者は 2013 年の 7 月から 10 月の間に、中国の病院に対してアンケート調査を行った。その結果、BSC の 4 つの視点を採用しているのが 97.5%であり、BSC と金銭的インセンティブとを関連付けているのが 42%であった。しかし、医師に財務の視点を要求しないという回答率が 81.5%であった。それは、2012 年 3 月 4 日の第 11 回中国人民代表大会第 5 回の会議後に、陈仲强委員が「医師には財務が要求されない、医師及び各部門にも財務要求を許さない」<sup>4</sup>という発言に原因があると考えられる。その時点では、陈仲强委員の発言はあったが、政策はまだ実施されていなかった。従って、BSC と金銭的インセンティブとを関連付けているという回答率が高かったと考えられる。その後、医療衛生の職業気風を強化するため、2013 年 12 月に公布された「九不准」<sup>5</sup>規定の第 1 条規程が公布された。それには、「医療従事者は、個人所得と診察と薬の収入にリンクすることが許可されていない」となっており、これは国家の医療と関連がある法律で、医師には財務の要求をすることが禁止されている。従って、2013 年 12 月以降は国の政策に基づいて、各病院は医師には財務の視点を要求することは出来ない。その後の 2014 年の筆者のインタビュー調査でも、18 病院は全て要求しないと回答している。インセンティブもほとんど非金銭的なインセンティブに変えていた。このように、中国の医療政策は病院の経営管理に対して強制的な拘束力があるということである。

一方、中国の国立病院における BSC の発展には次の問題も存在している。

---

<sup>4</sup> 中国人民政治協商第十一期五回会

<http://lianghui.people.com.cn/2012cppcc/GB/239427/17345553.html> 2014/5/6.

<sup>5</sup> 国家衛生計生委紀檢組監察局

<http://www.nhfp.gov.cn/jcj/s7692/201312/09bd7a8be8f8420d91997a0041aa868e.shtml> 2015/5/20.

- ① BSC を利用している多くの国立病院は、業績評価という目的を重視している。実施したアンケート調査とインタビュー調査の結果から、中国の病院における BSC は、インセンティブと強い関連性があり、業績評価を重要な位置に置いていることが分かった。また、近年、中国政府は患者負担を減らすため、病院は医師に財務目標を要求しないということを規定した。その一方で、政府は良質の医療サービスを提供することを決めた。この結果、医師と患者の間に良好な関係が保持される。このように、病院は BSC の 4 つの視点のうち 2 つの視点（顧客と学習・成長の視点）を重視し、財務と業務プロセスの視点は重視されていない。現在 BSC は第 3 世代まで進展している病院もあるが、中国の病院における BSC、特に地方都市（北京、上海以外の都市）の病院は依然として BSC の第 1 世代に留まっていることが推測される。
- ② インタビュー調査の結果から見れば、同じレベルの国立三級甲等病院では、北京市と上海市では BSC の運用状況が良い。BSC の 4 つ視点からみれば、北京市と上海市の病院は、顧客の視点、及び学習と成長の視点をより重視して運用しているが、さらに、内部ビジネス・プロセスの視点も地方の病院よりもより適切に運用している。
- 他方で、中国の病院での BSC は業績評価目的に留まっているところが大多数である。さらに、BSC の運用に関しては、地域により不均衡という問題がみられる。

#### （5）中国の病院における BSC の発展についての展望

中国では国有の医療機構が 8 割以上の医療サービスを提供している。国有医療機関であるため、国の政策によって、病院の公益性が守られている。また、第 3 章に述べたように、2009 年以降の新医療改革政策の内容は BSC の 4 つの視点と強い関連性がある。特に、BSC の非財務視点を意味する内部ビジネス・プロセス・医療業務従事者の学習と成長の視点に関する改革は、全て人民（患者）の健康利益を守るために実施されている。中国では 9 割以上が国有医療機関であるため、BSC は迅速かつ、効果的に発展する余地があると考えられる。中国の病院では BSC が今後ますます発展すると考えられる。

中国の BSC は業績評価の段階に留まっていると評価できるが、しかし、今後は中・長期的な発展を目指す必要がある。そのために、各部門間のコミュニケーションの促進や戦略計画の作成という機能を充実させなければならない。中田の発言のように、「病院全体の理念やビジョンに基づき、戦略目標を設定する。戦略マップと BSC とを組み合わせることによって、中・長期計画と短期計画とのバランスが取れるように戦略目標を実現して

いく」<sup>6</sup>が必要である。つまり、中国の病院における BSC を、全体的に発展させる必要がある。

今の中国の国立病院は公益性が強く、それゆえに政府からの補助金を受けており、過度に財務状況を重視する必要はない。財務よりも患者の満足度が上位になっている。しかし、第3章第3節の中国の病院の財務状況から見ると、中国の医療費は次第に増え、2020年には GDP の6%以上に増加する見通しである。このような状況になると、中国の医療費は社会の負担になるであろう。従って、国からの補助金が減らされたら、財務の視点を考えざるを得なくなる。そのような状況が現れるならば、現在では重視されていない「財務の視点」の重要性が浮上してくる。その時には、日本で多く見られるような戦略マップの形、すなわち、最重要視点として「財務の視点」が位置づけられるような戦略マップを中国でも考慮するような時代が来るかもしれない。

## 2. 本稿の目的

本稿の目的は、中国の病院における BSC の特徴を明らかにすることであった。これまでの研究によって判明したその特徴を以下に挙げておく。

- ① 財務の視点よりも他の視点が重視される BSC であること。このような BSC の特徴は主に次の2つのことが理由として挙げられる。1つめの理由は、中国の BSC は中国の経済が高度に発展する時期に採用されていることである。中国の GDP の成長率が診療報酬の改定率よりも高いので、病院収入は年々増加している。このような時期なので、BSC を導入する以前から、元々病院の損益は黒字基調であった。従って、BSC を導入する目的は、財務の視点からのものではなく、医療の質や顧客満足度（顧客の視点）を目的にしたものであった。2つめの理由は、BSC の導入は中国政府の医療制度改革の流れの中で促進されたものであることである。従って、BSC の導入は個別病院のニーズに基づくものというよりも、政府指導に基づいて進められている。そのような形で導入されたからであろうか、BSC の発展段階がほとんど進まずほとんどの病院が第1世代段階に留まっている（ただし、一度導入が決定された後の運用においては、個別病院の独自の課題を強く反映した BSC であるという特徴も備えている）。

---

<sup>6</sup> 中田範夫（2007）『小児看護』『病院の経営管理』へるす出版 第30巻 第8号 p.997。

② 財務の視点を重視しない BSC であるが、形式的にはカプランが提案したままの 4 つの視点を有する BSC であること。病院の財務に対しては、本来は医師が最も大きな影響力を持っているはずである。それは、診療報酬はホスピタルフィーとドクターズフィーから成るが、ドクターズフィーに関しては医師の存在が大きいからである。看護師、薬剤師、検査技師などの業務も医師の指示無しには成り立たない。中国におけるアンケート調査によると、「医師には財務を要求しない」という結果が出ている。それでは、医師の代わりに誰が財務について責任を持つのであろうか。実は、医師に代わる責任者が明確でない。このような状況では本来の BSC とは言えない。つまり、米国や日本の多くの BSC は、財務の視点が最も重要であり、他の視点との連携を通じていかに財務の視点を達成するか仕組みが BSC の特徴だと言える。しかし、中国では、財務は BSC の中心的な課題ではない。BSC 導入前から、病院は黒字であり、財務の改善のために BSC を導入した訳ではない。そのように考えると、中国の病院における BSC の戦略マップは、本来、財務の視点を最終目標にしたマップでなく、顧客の視点や学習と成長の視点を最終目標にしたマップにすべきであると思うが、そのようなマップはほとんど見られない。思うに、これは形式と実態の不一致であると考ええる。

② BSC の発展段階は第 1 世代が多いが、しかし、第 2 世代状況にある病院も増えていること。第 6 章の 6.12 と 6.13 に述べたように、6.12 の「BSC 導入の目的」から見て、日本と中国の「業績評価の厳格化」という項目に対する回答は、日本では 13.0%で、中国では 75.3%である。6.13 の「現在の BSC の課題・目標」で見たように、「業績評価の厳格化」という項目についての回答は、日本では 4.3%で、中国では 54.3%である。また、これらの「戦略的計画の立案」、「戦略計画を実行計画へと落とし込む」、及び「ビジョンの共有化」項目から見ると、中国の数値も相対的に高くなっている。従って、中国の病院は第 2 世代に該当する病院も増えていると推測される。しかし、日本の方は「業績評価の厳格化」は他の項目に対する回答比率と比較して、著しく低い状況にある。BSC の普及率は 55.5%と日本と比較して非常に高いが、他方でその発展段階は低い状態にある。その理由はどこにあるのであろうか。1 つのめ理由は、中国の病院における BSC の導入は、個別の病院におけるニーズに基づいて行われたものではなく、政府の指導に基づいて行われたものであるということである。この理由から、BSC の本来の効果的な利用につい

て自分のこととして真剣に考えられていないのではないか、と考えられる。2つめの理由は、中国経済は今日まで高い経済成長率を示してきたので、財務視点を重視する必要がなかったということである。第2世代のBSCや第3世代のBSCは、第1世代のBSCと同様に財務の視点をより効果的に達成するための仕組みとして発展してきている。しかし、財務を重視しない場合にはそうした仕組みが十分に発揮しにくい可能性がある。例えば、戦略マネジメントという目的のためには、PDCAサイクルを回して、計画が適切なものであるかどうかをチェックする必要がある。このための具体的な指標は、財務指標が最もわかりやすい。貨幣金額は、自診療科の指標としてでなく、他診療科との比較や病院全体の指標としても利用できる。それに対して、他の指標は財務の指標ほどには具体的で、比較可能でかつ総合的な指標でないことが多い。例えば、医療の質を表す指標は、なかなか客観的な測定値にはなりにくい。どうしても主観的な要素が入ってしまう。従って、質の測定値を利用して病院全体のPDCAサイクルを回すことは困難である。これが出来ないと、戦略的マネジメントという機能を発揮することは出来ない。

以上の理由で、財務指標を重要視しないという特徴を持つ中国のBSCは、その病院への適用において日本の病院と比較して第1世代に留まっている病院が依然として多いのではないかと推測する。

- ④ BSCの業績評価機能と医療従事者のインセンティブとが関連付けられていること。中国では一般的に成果主義的な傾向が強い。従って、病院でも個人の業績とインセンティブとを関連付けるという傾向があることは当然であろう。ただし、2013年12月に公布された「九不準」規定の第1条の影響から、財務業績はインセンティブには関連付けられていない。顧客の視点や学習と成長の視点における指標とインセンティブとが関連付けられているのみである。
- ⑤ 中国の都市部と地方の国立病院ではBSCの運用において差が生じている。すなわち、都市部の国立病院ではBSCの4つの視点が全て利用されているケースが見られるのに対して、地方の国立病院ではそのうち1から3つの視点のみが利用されていたり、またその運用状況においても程度の差が見られる。

### 3. 今後の研究課題

- ① 調査対象を拡大すること。今回の中国で実施したアンケート調査はただ一部の国立病



院・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把握できていないという限界がある。今後は国立病院でも中・小病院に対して調査を拡大する必要がある。一方で、現在急速に増加している私立病院に対しても調査を行う必要があると考える。

第1章に述べたように、2013年までに国立病院と私立病院の数がほぼ同じになっている。病院数、患者の受診回数、入院患者数、医療従事者数等はまだまだ大きな差があるが、2009年から2013年までの病院数をみると、私立病院は非常な勢いで増大してきている。今後の厳しい経営環境の中で病院が生き残るためには、大病院のみならず、中・小病院及び私立病院においてもBSCの考え方が普及していくことが推測できる。また、多様化する患者のニーズに応えるために、急性期病院、診療所、介護等の単独病院から地域社会全体の医療機関が十分に連携する必要がある、このことによって、より質の高い医療サービスを提供することができる。この点で、日本では地域連携の手法の1つとしてBSCが利用されているケースが見られる。このように、地域医療貢献を果たすためにも、BSCはますます必要とされるであろう。

- ② 本論文では医療の質と医療サービス提供のために支出される医療費との関係については無視してきた。今後の研究ではこの関係を考慮する必要がある。さらに、病院の収入である診療報酬についても考慮する必要がある。周知のように、日本の医療サービスはその量と質において世界的に高水準だと評価されている。この点から果たして中国の病院ではどのようなレベルで医療サービスが提供されているのであろうか。

同時に医療サービス提供の見返りとしての診療報酬、及び費用についても研究する必要がある。多くの先進国においては、医療サービスの量と質は高いが、一方でその費用が高額になっており、その費用に見合った収益を保証することが問題になっている。つまり、今後、中国の病院においてサービスレベルが高くなったとき、そのサービスに対応して費用が上昇することが予想される。その際に病院が黒字であり続けるためには、費用に見合った診療報酬を保証する必要がある。この診療報酬をどのような仕組みで提供するか、また誰が診療報酬を負担するかということが重要になる。

以上の理由から、今後の研究課題として、医療サービスの量と質、サービス提供のための費用、及び診療報酬という観点をBSCの中に取り入れてより現実的な研究に発展させたいと考えている。

今の中国の国立病院は公益性が強く、政府からの補助金を受けている。それゆえに、過度に財務状況を重視する必要はない。財務の視点以上に、患者の満足度が上位に置かれている。しかし、第3章第3節の中国の病院の財務状況から見ると、中国の医療費は次第に増え、2020年にはGDPの6%以上に増えている見通しである。そういった状況になると、中国の医療費は社会の負担になるであろう。診療報酬の改定率が国のGDPの伸び率を上回るような時代が到来するならば、財務の視点を考えざるを得なくなる。そのような時代になれば、財務指標と非財務指標をいずれも重視している本来のBSCがその機能を発揮することになるかもしれない。

## 参考文献

### <日本語文献>

荒井耕(2002)「病院界における経営指標に基づく経営管理の現状と課題：聖路加国際病院の事例を中心として」『経営研究』第52巻 第4号,pp.155-170。

荒井耕 (2002)「病院における部門別原価計算の現状」『原価計算研究』第26巻 第2号,pp.40-51。

荒井耕 (2002)「米国病院界におけるバランスト・スコアカード1」『病院』第61巻 第5号,pp.396-401。

荒井耕 (2002)「米国における病院バランスト・スコアカードの因果連鎖：現状と課題」『経営研究』第53巻 第1号,pp.61-76。

荒井耕 (2002)「米国病院における BSC 浸透の背景・期待と評価」『企業会計』第54巻 第6号,pp.115-123。

荒井耕 (2002)「米国病院界におけるバランスト・スコアカード2」『病院』第61巻 第6号,pp.487-492。

荒井耕 (2002)「米国病院界におけるバランスト・スコアカード3」『病院』第61巻 第7号,pp.566-570。

荒井耕 (2003)「北米医療界におけるバランスト・スコアカードの現状と日本における可能性 5 三重県立病院の導入事例：病院事業庁主体で始まったバランスト・スコアカードの活動」『社会保険旬報』第2168号,pp.22-30。

荒井耕 (2005)『医療バランスト・スコアカードー英米の展開と日本の挑戦ー』中央経済社。

安里洋美・兼城綾子・花城三千男・仲田清剛 (2014)「ISO9001に基づく QMS の改善による BSC 推進への効果について」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会,pp.72-76。

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。

あずさ監査法人・KPMG ヘルスケアジャパン (2011)『病院コスト・マネジメント診療科別・疾患別原価計算の実務』中央経済社。

- 伊藤一彦 上宮克己 著 (2011)『バランス・スコアカードの創り方』同友館。
- 梅田宙 (2013)「バランスト・スコアカードに関する文献検討と考察」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会 第9巻 第2号, pp.95-101。
- 袁宇 (2015)「中国の病院における医療バランスト・スコアカード—中国と日本調査の比較・分析—」『医療バランスト・スコアカード研』第12巻・第1号,pp.161-173。
- 袁宇 (2015)「中国の新医療改革における病院の経営管理—2013年の経営管理機能に関するアンケート調査より—」『日本比較文化学会』NO.115,pp.181-188。
- 袁宇 (2015)「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—」『東アジア研究』No,13,pp.133-155。
- 近藤祥平 (2014)「病院管理会計に関する考察—原価計算とBSCを通して—」同志社大学会計学研究会。
- 規制改革会議 公開ディスカッション「医薬分業における規制の見直しについて」日本薬剤師会。
- 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。
- 溝口一雄 (1993)『最新例外原価計算<増補改訂版>』中央経済社。
- 厚生労働白書 (本文) (2011)「社会保障の検証と展望—国民皆保険・皆年金制度実現から半世紀—」。
- 厚生労働省 (2014)「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」。
- 厚生労働省統計情報・白書 (2009—2013)「医療施設調査・病院報告」厚生労働省。
- 厚生労働省 (2014)「薬価改定の経緯と薬剤費及び推定乖離率の年次推移」厚生労働省。
- 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』同門館出版。
- 佐藤哲夫 (2010)「社会保険病院等をめぐる経緯と課題—保険運営の見直しと地域医療の確保—」『立法と調査 311号』厚生労働委員会調査室,pp.31-42。
- 柴山慎一・正岡幸伸・森沢徹・藤中英雄 (2001)『実践バランス・スコアカード—ケースでわかる日本企業の戦略推進ツール』日本経済新聞社。
- 島崎謙治 (2011)『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- 新日本監査法人医療福祉部 (2007)『原価計算から始める病院経営入門』ぱる出版。
- 清水至 (2001)『病院原価計算ハンドブック』医学書院。
- 大崎美泉 (2004)「病院原価計算の展開：疾患別原価計算によるコスト・マネジメントを目指して」『大分大学経済論集』大分大学経済学会 56巻 4号,pp1-18。

- 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。
- 高橋淑朗 (2011) 『医療経営のバランスト・スコアカード研究 実務編』 生産性出版。
- 高橋淑朗 (2011) 『医療経営のバランスト・スコアカード研究 経営編』 生産性出版。
- 高橋淑朗 (2014) 「BSC の基本構造の再確認と医療 BSC 導入・運用と将来展望」『日本バランスト・スコアカード研究学会』日本バランスト・スコアカード研究学会 第 11 卷 第 1 号,pp13-26。
- 田多英範 (2004) 『現代中国の社会保障制度』 流通経済大学出版社。
- 堤幹宏 (2006) 「電子カルテと医療」奈良県立医科大学先端医学研究機構医療情報学教室。
- 中田範夫 (2007) 「病院の経営管理」『小児看護』第 30 卷 第 8 号 へるす出版,pp.995-999。
- 中田範夫 (2010) 「病院における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 及び原価計算を中心にして—」『山口経済学雑誌』第 59 卷 第 1.2 号、pp.45-81。
- 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 卷 第 6 号 pp.21-47。
- 中田範夫 (2011) 「中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—」『山口経済学雑誌』第 60 卷 第 1 号 pp.1-25。
- 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 卷 第 5・6 号 pp.1-34。
- 中田範夫 (2014) 「BSC に関する 6 回のアンケート調査—平成 16 年から 25 年における郵送調査—」『日本バランスト・スコアカード研究学会』第 11 卷 第 1 号,pp93-104。
- 早瀬幸俊 (2003) 「医薬分業の問題点」『薬学雑誌』 123,pp121-132。
- 淵上忠彦 (2014) 「松山赤十字病院における BSC の導入経緯と導入効果」『医療バランスト・スコアカード研究』日本医療バランスト・スコアカード研究学会 第 11 卷 第 1 号,pp5-12。
- 羅小娟 (2011 年) 『中国における医療保障制度の改革と再構築』株式会社日本僑報社。
- 李宣 (2013) 「中国における新医療制度改革—都市と農村の医療格差からみる再分配の課題—」横浜国立大学大学院国際社会科学研究所。
- 劉曉梅 (2002) 『中国の改革開放と社会保障』 汐文社。
- ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 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。
- ロバート・S・キャプラン&デビッド・P・ノートン著 吉川武男 訳 (2011) 『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・ノートン著 吉川武男 訳 (2011)『バランス・スコアカード戦略経営への変革』。

Kaplan,Robert S.and David P.Norton,“The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance”, *Harvard BusinessReview*,Vo.70,No.1,January-February,1992 (本田桂子訳「新しい経営指標“バランス度・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、pp.81-90) これについて、西村周三・森田直行 (2010)『部門別管理—目標管理制度の導入と実践』日本医療企画。

Kaplan,Robert S.and David P.Norton,“Putting the Balanced Scorecard to Work” ,*HarvardBusiness Review*,Vo.71,No.5,September-October,1993,p142.(鈴木一功・森本博行訳 (1994)「実践バランスト・スコアカードによる企業革新」『DIAMOND ハーバード・ビジネス』第19巻 第1号 pp.94-109。

Kaplan,R.S.and Norton D.P(2001), *The Strategy-Focused Organization:How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*,Harvard Business School Press.(櫻井通晴監訳 (2001)『キャプランとノートンの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済社)。

#### <中国語文献>

曹凱 (2012)「民営医院等級評審開打」『中国病院院長』第14期 卓越医学伝媒集団出版社。

曹榮桂 (2011)『医院管理学概論分冊第2版』人民衛生出版社。

陳竺 (2013)『現代養生B』「健康中国2020 戦略研究報告」2013巻2期,pp5-7。

陳文玲・易利華 (2011)『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社。

葛延風 (2005)「对中国の医療衛生体制改革的評価与建議(概要与重点)」『中国發展評論』國務院發展研究中心 増刊1期,pp1-14。

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。

黄樹則・林士笑 (1986)『当代中国的衛生事業』(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。

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,pp26-28。

唐月紅 (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』第11期,pp37-39。

- 健康中国 2020 戰略研究報告編委會 『「健康中国 2020」 戰略研究報告』 人民衛生出版社。
- 李培林・陳光金・張翼（2013）『社会藍皮書 2014 年中国社会形勢分析与予測』 北京社会科学文献出版社。
- 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,pp736-738。
- 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,pp56-59。
- 张英夫（2005）「平衡计分卡在医院的实施」 『中国医院』 第 10 期,pp19-25。
- 鄭功成（1994）『中国社会保障論』 湖北人民出版社。
- 翟树悦（2004）「平衡计分卡在国外医院绩效管理中的应用」 『中国医院管理』 第 4 期。
- 中華人民共和國國家統計局（2010—2014）『中国統計年鑑』 中国統計出版社。
- 中国衛生和計劃生育委員會（2010—2014）『中国衛生統計年鑑』 中国協和医科大学出版社。
- 中共中央文献研究室編（1992）『建国以来重要文献選編・第二冊』 中央文献出版社。
- 中国衛生部（1989）「病院分級管理方法（試行）」 全国人大常委会工作委員會 『中華人民共和國法律法規全書（第十卷）・行政法』 中国民主法性出版社。
- Kaplan,Robert S.and David P.Norton（劉俊勇・孫薇中国訳）（2013）『平衡計分卡—化戰略為行動』 廣東經濟出版社。
- Zhijun LIN・Zengbiao YU・Liqun ZHANG（2014） Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China, *China Economic Review* 30-1-15。

<参考 URL>

<日本の URL>

厚生労働省「戦後社会保障制度史」

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/21.html> 2015/4/20。

厚生労働省「日本の医療保険制度について」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_hoken01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_hoken01/index.html) 2015/4/20。

厚生労働省統計情報白書（2013）

[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01\\_tyousa.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/dl/01_tyousa.pdf)2015/4/25。

日本バランスト・スコアカード研究学会

[http://www.hbsc.jp/about/02\\_policy.html](http://www.hbsc.jp/about/02_policy.html) 2015/5/1。

日本の法令「健康保険法」。

<http://law.e-gov.go.jp/htldata/T11/T11HO070.html> 2015/4/20。

日本の法令「国民健康保険法」

<http://law.e-gov.go.jp/htldata/S33/S33HO192.html> 2015/4/20。

日本の法令「高齢者の医療の確保に関する法律」

<http://law.e-gov.go.jp/htldata/S57/S57HO080.html> 2015/4/20。

#### <中国の URL>

国家衛生計生委紀検組監察局「九不準」

<http://www.nhfpc.gov.cn/jcj/s7692/201312/09bd7a8be8f8420d91997a0041aa868e.shtml> 2015/5/20。

国家衛生計生委和計画生育監督中心「城鎮医薬衛生体制改革的指導意見」

<http://www.jdzz.net.cn/article/402881e4094442080109473d4662001f/2009/3/402881e4094442080109489009b9002e.html>。

人民ウェブ「深化医薬衛生体制改革的意見」

<http://finance.people.com.cn/GB/9083061.html> 2014/9/10。

人民ウェブ「深化医薬衛生体制改革三年總結報告」

<http://politics.people.com.cn/BIG5/n/2012/0626/c70731-18378879.html>2014/9/10。

人民ウェブ「医療改革」

<http://politics.people.com.cn/n/2014/0429/c1001-24956267.html>2014/9/10。

人民ウェブ「薬物制度建設」



<http://politics.people.com.cn/GB/1024/10632516.html> 2014/9/15。  
人民ウェブ 「法律法規」

<http://www.people.com.cn/item/flfgk/gwyfg/1985/gwyfg1985.html> 2014/9/19。  
人民ウェブ 「医療改革」

<http://opinion.people.com.cn/GB/8213/49719/index.html> 2014/10/10。  
人民ウェブ 「医薬衛生体制改革」

<http://politics.people.com.cn/GB/8198/57482/index.html> 2015/4/10。  
新華ウェブ 「公立病院改革試点的指導意見」

[http://news.xinhuanet.com/ziliao/2010-02/04/content\\_12928330.htm](http://news.xinhuanet.com/ziliao/2010-02/04/content_12928330.htm) 2014/4/2。  
中国人民代表大会ウェブ 「国务院閣建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」

[http://www.npc.gov.cn/npc/ztxw/tctjcxsbtxjs/2014-05/20/content\\_1863725.htm](http://www.npc.gov.cn/npc/ztxw/tctjcxsbtxjs/2014-05/20/content_1863725.htm)  
2014/5/9。  
中華人民共和國民政部 「鎮職住民基本医療保険」

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/zdshbz/200712/20071200005823.shtml>  
2014/5/9。

中国人民共和国財政部 「2014 年新型農村合作医療と城鎮居民基本医療保険」

[http://he.mof.gov.cn/lanmudaohang/tongzhitonggao/201410/t20141024\\_1154188.html](http://he.mof.gov.cn/lanmudaohang/tongzhitonggao/201410/t20141024_1154188.html) 2014/5/10。

中国ウェブ 「医薬衛生体制改革近期重点实施方案」

[http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content\\_17564617.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2009-04/07/content_17564617.htm)2015/4/15。

中国ウェブ 「十二五期間深化医薬衛生体制改革規格及实施方案」

[http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content\\_24955976.htm](http://www.china.com.cn/policy/txt/2012-03/22/content_24955976.htm)2015/4/15。

中国ウェブ 「中国医療衛生体制改革的回顧与展望」

[http://www.china.com.cn/guoqing/2012-04/09/content\\_25095787.htm](http://www.china.com.cn/guoqing/2012-04/09/content_25095787.htm) 2015/4/20。

中華人民共和國中央人民政府ウェブ 「全国医療衛生服務体系規劃綱要」

[http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content\\_9560.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-03/30/content_9560.htm) 2015/4/15。

中華人民共和國中央人民政府 「電子病歴」

[http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content\\_1547432.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2010-03/04/content_1547432.htm) 2014/10/2。

OECD Economic Surveys

[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) 2015/4/20。

# 付属資料

## アンケート調査表

## 付属資料 1

# 中国病院管理におけるアンケート調査

調査実施者： 袁 宇

日本国立山口大学大学院東アジア研究科博士課程

医療は人間の基本的なニーズで、人々が安心して生活できる社会を築くためには、将来にわたって運営できる安定した医療制度を構築する事が非常に重要です。中国では「看病難、看病貴」（診療を受けるのが難しく、受けられても医療費が高い）が社会問題化しています。中国の病院における病院管理などの基本状況を正しく把握するため、病院管理のアンケート調査を行います。調査データは、研究以外に使用する事はありません。

ご協力のほど、どうぞよろしくお願いいたします。

記入方法：

- (1) 回答は、全てこの用紙に記入してください。
- (2) 各質問について、特に指示がない場合は、選択肢から選んで、その番号に○をしてください。

### 設問 1. 医療機関の基本状況

病院の住所：
病院の種類： <input type="checkbox"/> 公立病院 <input type="checkbox"/> 民営病院
病院の級別： <input type="checkbox"/> 三級病院 <input type="checkbox"/> 二級病院 <input type="checkbox"/> 一級病院
病院のベッド数：

### 設問 2. アンケート記入する人の身分について

1. 医師（病院長、副病院長、その他）
2. 事務員（事務長、副事務長、その他）
3. その他（コメディカル・スタッフ、看護師、検査技師、薬剤師、その他）

**設問 3.** 貴病院における経営管理を担当する部署についてお聞きします。病院の内部に経営管理を担当する部署が設けられていますか？

1. はい（担当組織・部局の名称： \_\_\_\_\_ )

2.いいえ（病院長や事務長のみの病院）

**設問 4.** 経営管理を担当している部署や組織は医師のみで構成されていますか、それとも事務系の職員も含まれていますか？

1. 医師のみ
2. 医師と事務系職員
3. 事務系職員のみ
4. その他( )

**設問 5.** 経営管理について外部コンサルタントなどを利用していますか？

1. はい
2. いいえ

**設問 6.** 電子カルテの導入についてお聞きします。病院では既に電子カルテを導入されていますか？

1. 病院全体で導入済み
2. 一部の診療科で導入済み
3. 導入されていない

**設問 7.** 設問 4 で電子カルテを導入していると回答された病院にお聞きします。その導入のための資金は、次の中のどれでしたか。

1. 自己資金
2. 補助金
3. その他(具体的にご記入ください: )

**設問 8.** 目標管理の実施についてお聞きします。目標管理とは事前に責任単位（部署や担当者）ごとに目標を設定し（Plan）、一定の時間経過（Do）後にその目標がどの程度達成されているかを事後的に評価し（Check）、その結果を次期の計画に役立たせる（Action）ための仕組みです。このような仕組みを採用していますか。

1. 採用している
2. 採用していない

**設問 9.** 設問 8 で「採用している」と回答された病院に質問します。その場合の目標としては財務的指標（医業収益、医業費用、医業利益など）と非財務的指標（在院日数、病床稼働率、患者紹介率、患者の満足度など）が考えられますが、どちらを利用していますか？

1. 財務的指標のみ
2. 非財務的指標のみ
3. 財務的指標と非財務的指標の両方

**設問 10.** 設問 8 で「採用している」と回答された病院に質問します。目標管理を実施している場合、その対象は次のどれに該当しますか？該当するものに全て丸印をつけてください。複数回答可能

1. 診療科や病棟などの単位
2. 個人単位（たとえば、医師、看護師、検査技師、職員個人）
3. その他（ ）

**設問 11.** 設問 8 で「採用している」と回答された病院に質問します。目標管理を実施した結果をどのように利用しているかをお聞きします。たとえば、事前に設定した目標よりも実績が良かった場合あるいは悪かった場合のことです。

1. 何らかのインセンティブが与えられる（金銭的および非金銭的なもの）
2. インセンティブは無い
3. 短期的には無いが、長期的には考慮している

**設問 12.** 貴病院では BSC（バランスト・スコアカード）が導入されていますか。

1. 導入している（いつからですか？： 年度から）
2. 導入していない
3. 導入を検討している

以下は設問 12 で「導入している」と回答された病院にお聞きします。

**設問 13.** 貴病院が BSC を採用された契機についてお聞きします。以下の中のどれに該当しますか？複数回答可能

1. 他病院で採用されていた
2. コンサルタントに勧められた
3. 日本や欧米の文献を通じて必要性に関する知識を得た
4. 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
5. その他（具体的に： ）

**設問 14.** BSC を採用されている病院にお聞きします。採用されている BSC は次の中どれを対象としていますか？

1. 病院全体

2. 事務部門を除く病院全体
3. 看護部門が中心
4. その他（具体的に：  ）

**設問 15.** BSC を採用されている病院にお聞きします。BSC に関する資料を経営者会議・部門長会議のような重要な会議の資料として提出し、それに基づいて議論しますか？

1. はい
2. いいえ（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）

**設問 16.** BSC を採用されている病院にお聞きします。BSC の 4 つの視点（財務の視点、顧客の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点）以外の視点を加えたり、あるいは 4 つの視点の中のどれかを削除して使用していますか？

1. いいえ（そのまま 4 つの視点を利用している場合）
2. はい
  - （4 つの視点以外で新たに加えている場合；具体的に：  の視点）
  - （4 つの視点の中どれかを削除している場合；具体的に：  の視点）

**設問 17.** BSC を採用されている病院にお聞きします。4 つの視点の中で医師には「財務の視点」を要求しないという病院も見られます。貴病院はこれに該当しますか？

1. はい（医師には要求しない）
2. いいえ（医師にも要求する）

**設問 18.** BSC を採用されている病院にお聞きします。BSC には業務改善効果があるといわれていますが、貴病院では次のような効果が現れていますか？各項目について、1（大いに効果がある）、2（ある程度の効果が認められる）、3（効果がほとんど認められない）、4（効果は認められない）、5（効果がわからない）をつけてください。

- ①BSC を採用することにより専門職間のコミュニケーションがスムーズになった（  ）
- ②BSC を採用することにより専門職の仕事をお互いにより深く理解する事ができるようになり、そのことが仕事により影響を及ぼしている（  ）
- ③BSC を採用する事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（  ）
- ④BSC の導入が、各自の業務品質の向上に役立っている（  ）

**設問 19.** 設問 18 における業務改善効果は以下の職種の中のどれで見られますか？複数回

答可能

1. 病院全体のほとんどの職種
2. 医師
3. 看護師
4. 看護師以外のコメディカル・スタッフ
5. 事務員

**設問 20.** BSC を採用されている病院にお聞きします。採用されている BSC はインセンティブと関連付けられていますか？

1. 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）
2. 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）
3. インセンティブはない
4. 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するなど）
5. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

**設問 21.** BSC の導入の成果についてどのように評価されていますか？

1. 期待した成果が出ている
2. 期待したほどの成果が出ていない
3. 現状では評価が下せない
4. その他(具体的に： \_\_\_\_\_ )

**設問 22.** 設問 21 に回答された病院にお聞きします。BSC の導入の成果に関する評価はどのような観点から行っていますか。

1. 財務的業績の観点
2. 非財務的の業績の観点
3. 財務的業績と非財務的業績の観点の両方含む
4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

**設問 23.** 最初に BSC を導入されたときの課題（目的）は次のうちのどれでしたか。該当するものに全て丸印を付けてください。複数回答可能

1. 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）
2. より良い戦略的計画を立案するため

3. 戦略計画を実行計画（業務計画）へと落とし込むため
4. 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のコミュニケーション、あるいは診療科内部・部門内部のコミュニケーション）
5. 職員全体でビジョンを共有するため
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

**設問 24.** BSC を導入して数年経過していますが、BSC の課題は最初の導入時と変化していますか。より重要になった課題があれば印を付けてください。複数回答可能

1. 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）
2. より良い戦略的計画を立案するため
3. 戦略計画を実行計画（業務計画）へと落とし込むため
4. 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のコミュニケーション、あるいは診療科内部・部門内部のコミュニケーション）
5. 職員全体でビジョンを共有するため
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
7. 導入時と変化が見られない

**設問 25.** BSC を導入したことによって導入前に比べて以下の業務に変化が生じましたか。該当する項目に丸印を付けてください。

1. 会議や打ち合わせの回数
  - a) 多くなった
  - b) 少なくなった
  - c) 変化なし
2. 会議や打ち合わせの時間
  - a) 長くなった
  - b) 短くなった
  - c) 変化なし



## 关于中国医院管理的问卷调查

調查实施者： 袁 宇

日本国立山口大学大学院东亚研究科博士課程

医疗是人们最基本的生活需要，为了构建安定和谐社会，有效安定的医疗制度就变得非常重要。看病难，看病贵，已经成为了一个社会问题。为了准确掌握我国医院在医院管理等方面的基本情况、以科学发展观为指导，开展一次医院管理的问卷调查。本调查数据只限研究使用，您的答案将对整个研究提供有益的帮助。

计入方法：

- (1) 回答请全部计入在该张纸上
- (2) 每个问题，如果没有特别提出的话，请您选最适当的答案，在答案前面的序号上画圈表示即可。

**问题 1.**您的身份：

1. 医生（院长，副院长，其他）
2. 办公人员（主任，副主任，其他）
3. 其他（护理人员，护士，实验室技术人员，药剂师，其他）

**问题 2.**您所在医疗机构的基本情况

医院所在省市：
医院性质： <input type="checkbox"/> 公立医院 <input type="checkbox"/> 私立医院
医院级别： <input type="checkbox"/> 三级医院 <input type="checkbox"/> 二级医院 <input type="checkbox"/> 一级医院
医院床位数：

**问题 3.**在贵医院有经营管理部门吗，医院内部有无设置经营管理责任者。

- 1.有（部门的名称：\_\_\_\_\_）
- 2.没有

**问题 4.**经营管理部门只是由医生组成的吗，有没有专门的事务人员。

1. 只有医生

2. 医生和事务人员
3. 只有事物人员
4. 其他( )

**问题 5.**关于经营管理有无外部顾问的设置?

1. 有
2. 没有

**问题 6.**关于电子病历的调查，贵医院所有科目都引用电子病历了吗?

1. 医院整体引用
2. 只有一部分科室引用
3. 没有引用

**问题 7.**关于问题 6 中「引用」电子病历的医院，其资金的来源。

1. 本医院的资金
2. 补助金（国家）
3. 其他（请具体说明： )

**问题 8.**下面是关于实行目标管理的问题。所谓目标管理是事前责任单位（部门和管理者）设定目标，经过一定的时间后对设定的目标所达到的程度，进行评价，以供下次计划参考的策划方案，引用这样的策划了吗?

1. 引用
2. 没有引用

**问题 9.**关于问题 8 中已经「引用」的医院，作为目标，财务指标（医疗收益，医疗实践成本，医疗利润等）和非财务指标（住院天数，病床运转率，患者介绍率，患者的满足度等）会引用那个?

1. 只引用财务目标
2. 只引用非财务目标
3. 财务目标和非财务目标都引用

**问题 10.**关于问题 8 中已经「引用」的医院，在实施目标管理的时候，是以什么为对象。复数回答可。

1. 诊疗科或住院楼等单位
2. 个人单位（例如：医生，护士，检查技师，职员等）
3. 其他( )

**问题 11.**关于问题 8 中已经「引用」的医院，怎样对待「目标管理」的结果，比如说，如果结果超出最先预定的目标，会有相应的奖励措施吗？

1. 有奖励（奖金或是其它）
2. 没有鼓励
3. 近期没有，不过正在考虑中

**问题 12.**贵医院有没有引用 BSC（Balance Score Card,平衡计分卡是由哈佛商学院罗伯特·卡普兰和戴维·诺顿于 1992 年发明的一种绩效管理和绩效考核的工具）

1. 已引用（什么时候引用约：\_\_\_\_\_年开始）
2. 没有引用
3. 正在探讨中

**以下是对已引用 BSC 的医院进行调查。**

**问题 13.**关于贵医院引用 BSC 的契机，请在对应的选项上画圈，可复数回答。

1. 因为别的医院引用了
2. 医院经营管理顾问的劝说
3. 通过对欧美日本等发达国家的文献进行研究了解到 BSC 的重要性
4. 通过参加国家卫生部，医院协会，省市政府等开设的演讲会或研究会之后，觉得有必要实施 BSC
5. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 14.**在贵医院引用 BSC 的部门有哪些？

1. 全体医院
2. 除去办公部门的全体医院
3. 主要是看护部门
4. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 15.**贵医院在院长会议，专家会议等重要会议上，有没有分发 BSC 的相关资料进行讨论？

1. 有
2. 没有（例如：院长手里拿有材料，但没有作为会议资料进行分发。或是没有作为会议的资料进行分发，但是在平时工作中会向各科室责任者和专家们分发）

**问题 16.**BSC 的出发点有四个方面（财务，顾客，内部流程，学习与创新方面）。贵医院在

BSC 的实施中也是从这方面进行的吗？还是有所增加或削减。

1. 是从以上四个出发点进行的
2. 有所增加或削减

（四个方面以外新加了，具体：\_\_\_\_\_）

（从四个方面中削减了，具体：\_\_\_\_\_）

**问题 17.**在以上 BSC 的四个方面中，有的医院没有对医生进行「财务」方面要求。贵医院是这样吗？

1. 是（没有对医生进行「财务」要求）
2. 没有（对医生有进行「财务」方面要求）

**问题 18.**BSC 被认为是有改善工作效果的。贵医院有表现出以下的效果吗？项目：a.（有很大的效果），b.（承认有一定的效果），c.（不太承认有效果），d.（不承认有效果），e.（效果不明确）请在下面的括号内选择相应的数字。

1. 引用 BSC 之后各部门间的交流变得顺畅（\_\_\_\_\_）
2. 引用 BSC 之后各部门间能互相交流理解，给工作带来了积极地影响（\_\_\_\_\_）
3. 引用 BSC 之后各部门各自的业务和整体医院的目标有机联合在一起，各部门都有了干劲，带来了积极向上的影响（\_\_\_\_\_）
4. 引用 BSC 之后各部门的工作质量有所提升

**问题 19.**问题 18 中，关于改善工作的效果，从以下哪个职务中能表现出来？

1. 医院所有的职务
2. 医生
3. 护士
4. 护士以外的医务专职人员（理疗师，语言理疗师，生活顾问等）
5. 办公人员

**问题 20.**贵医院 BSC 的实施和奖励相关联吗？

1. 和金钱相关（工资或奖金）
2. 和非金钱鼓励相关（进修或可优先购买设备）
3. 没有关联
4. 短期没有关联，中长期有关联（比如职位，职称的晋升等）
5. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 21** 贵医院在引用 BSC 后有怎样的成果？

1. 达到预期期望的成果
2. 未达到预期期望的成果
3. 根据现状还不能做评价
4. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 22.**上题中关于引用 BSC 的后果评价，贵医院是从哪个角度进行评价的。

1. 财务业绩
2. 非财务业绩
3. 包括财务业绩和非财务业绩两个方面
4. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 23.**贵医院最初引用 BSC 时的目的是什么？可复数回答

1. 为了进行严谨的业绩评价（医生个人业绩或诊疗科，部门等组织单位）
2. 为了拟定更好的战略计划
3. 为了落实从战略计划向业务规划的过渡
4. 为了促进交流（和其它诊疗科部门间的交流，或诊疗科内部·部门内部的交流）
5. 为了使全体员工都有好的前景
6. 其他（具体：\_\_\_\_\_）

**问题 24.**贵医院从引用 BSC 至今，BSC 的目的和最初引用时相比有无变化。如果以下项目中有新产生的更重要 BSC 的目的的话，请选择。可复数回答。

1. 为了进行严谨的业绩评价（医生个人业绩或诊疗科，部门等组织单位）
2. 为了更好地拟定战略计划
3. 为了落实从战略计划向业务规划的过渡
4. 为了促进交流（和其它诊疗科部门间的交流，或诊疗科内部·部门内部的交流）
5. 为了使全体员工都有好的前景
6. 其他（具体：\_\_\_\_\_）
7. 和引用时没有变化

**问题 25.**贵医院在引用 BSC 后和之前相比以下的业务项目有什么变化吗？请选择。

1. 会议和研讨的次数
  - a. 变多
  - b. 变少
  - c. 没有变化
2. 会议和研讨的时间
  - a. 变长
  - b. 变短
  - c. 没有变化

### 付属資料 3

## バランスト・スコアカードにおけるインタビュー調査

調査実施者： 袁 宇

日本国立山口大学大学院東アジア研究科博士課程

医療は人間の基本的なニーズで、人々が安心して生活できる社会を築くためには、将来にわたって運営できる安定した医療制度を構築する事が非常に重要です。中国では「看病難、看病貴」（診療を受けるのが難しく、受けられても医療費が高い）が社会問題化しています。中国病院における病院経営管理などの基本状況を正しく把握するため、病院経営管理のアンケート調査を行います。調査データは、研究以外に使用する事はありません。

ご協力のほどどうぞよろしくお願いいたします。

1. BSC の 4 つの視点を導入しているか。
2. 医師に財務の視点を要求しているか。（要求している場合には、⑥以降の質問に回答してください）
3. 要求しない理由は何か。
4. 誰が財務の目標に責任を持つのか。財務を軽視しているか。あるいは、他の指標から要求をするか。
5. 財務のことは考慮しなくても、赤字が出れば、政府が補助金で赤字を解消するというとか。それだと、病院の経営管理ということはほとんど意味をなさないように思うが、この点はどうであるか。
6. BSC による業績評価においてインセンティブと関連があるか。
7. どのようなインセンティブを与えているか。
8. そのインセンティブはどの成果指標に関連づけられているのか。
9. BSC の導入の成果、業績はどうであるか。
10. 2013 年度の収支決算において経常費用（営業費用プラス営業外費用）に対する経常収益（営業収益プラス営業外収益）の比率は何パーセントか。

## 关于平衡计分卡的采访调查

調查实施者： 袁 宇

日本国立山口大学大学院东亚研究科博士課程

医疗是人们最基本的生活需要，为了构建安定和谐社会，有效安定的医疗制度就变得非常重要。看病难，看病贵，已经成为了一个社会问题。为了准确掌握我国医院在医院管理等方面的基本情况、以科学发展观为指导，开展一次医院管理的问卷调查。本调查数据只限研究使用，您的答案将对整个研究提供有益的帮助。

1. 贵医院在平衡计分卡（BSC）的实施中也是从 BSC 的四个方面（财务，顾客，内部流程，学习与创新方面）进行的吗？如果不是的话，有其它方面是什么？
2. 对医生有财务方面的要求吗？
3. 如果没有要求的话，原因是什么？
4. 谁来承担财务的目标，对财务目标不重视吗？
5. 如果不考虑财务目标，出现了赤字，是由政府的补助金来补填缓解亏损吗？如果是这样的话，医院的经营管理就没有什么意义所在了，关于这点怎么看？
6. 关于平衡计分卡的绩效评价和员工的奖励相关联吗？
7. 一般会有什么样的奖励？
8. 这个奖励和成果目标有什么关联吗？
9. 引用平衡计分卡后的成果和绩效怎么样？
10. 2014 年度的收支决算，经常收益（营业收益加上营业额外的收益）÷经常费用（营业费用加上营业外费用）的比例是多少。

感谢您的合作！

# 謝辞

本論文を執筆するにあたって、多くの方々に支えられ、助けられた。この場を借りて感謝の気持ちとお礼を申し上げたい。

まず、指導教授である山口大学東アジア研究科社会動態講座の中田範夫先生にお礼を申し上げたい。本研究に関して終始厳しくご指導・ご鞭撻をいただいた。また、やさしく励ましてくださったことを通じて、筆者自身の至らなさを実感することができたことは今後の研究の糧になるものである。長きにわたり、丁寧かつ熱心なご指導をしてくださり、いつも支えてくださる中田先生に心より感謝申し上げます。

また、本論文をご精読頂き有用なコメントをいただいた同社会動態講座の城下賢吾先生と有村貞則先生、そして、東アジア研究科の先生たちには、いつも有益なご助言、ご指導をいただき、心より感謝申し上げます。また、私の拙い日本語を丁寧に直してくださった、日本の友人にも大変お世話になった。心よりお礼を申し上げます。

さらに、アンケート調査とインタビュー調査の実施に当たり、多忙な時間を割いて、調査に協力し、貴重なご意見、ご感想をくださった方たちに感謝の意を表したい。

最後に、これまで筆者が思う道を進むことに対し、温かく見守り、辛抱強く支援してくれた両親に対しても感謝の意を表したい。また、同じく博士研究に励みながら生活のプレッシャーを分担してくれた夫にも感謝の意を表したい。

なお、本論文における不備や誤りは全て筆者の責任であることを付記しておきたい。