

中国の病院におけるコスト・マネジメント —実態調査を中心にして—

中 田 範 夫
高 星

第1節 はじめに

第2節 病院におけるコスト・マネジメントの必要性

第3節 アンケート調査

第4節 調査に基づく愚見

第5節 おわりに

第1節 はじめに

周知のように、中国は経済改革に着手して以来この20年間に急速に発展してきた。経済改革とともに、社会構造も変わってきており、従来の「無料医療」はすでに時代の要求に応えられないものになっている。また、膨大な医療費を抑制するために、いろいろな医療制度改革が実行されてきた。医療費抑制環境において、個々の病院が地域住民に効率的・効果的な医療サービスを安定的に提供し続けるためには、コスト・マネジメントが不可欠である。実際、厳しい経営環境下に置かれている病院は経営を維持するためにコスト・マネジメントに対して、以前よりも積極的になりつつある。

コスト・マネジメントを、各病院が適切に実施していくためには、各コスト・マネジメント手法の病院への適応可能性を検討する必要がある。その際、製造業で発展してきた各コスト・マネジメント手法の特徴を明確にするとともに、病院への適応可能性を検討していく必要がある。本稿ではその準備と

して、中国の病院における現状を把握するために、中国の病院における原価管理の実態調査を行い、原価計算を中心とした原価管理の現状を把握する。この調査を通じて中国の病院におけるコスト・マネジメントに関する今後の課題を導出する。

まず、第2節では、中国の病院を取り巻く経営環境の変化を分析し、病院経営においてコスト・マネジメントの必要性を検討していく。

第3節では、アンケート調査を行うことによって得られたデータに基づいて、中国の病院における原価管理の現状を分析している。

厳しい経営環境に置かれた病院では、コスト・マネジメントに対する関心が高まってきており、2005年に調査した時点で、調査した病院のうち87.5%の病院はすでに原価計算を実施していた。原価計算を実施している病院のすべては、部門別原価計算を採用している。部門レベルの原価管理を行うことにより、コストの低減や業績の改善などの効果があった。しかしながら、間接費を各部門へ分類集計する際、その大部分を各部門の収益による按分配賦という簡便な計算方法を採用している。今後、一層有効な原価管理情報を提供するためには、精度の高い原価計算を構築することが肝要である。

第4節ではアンケート調査および訪問調査に基づく愚見を述べる。

最後に第5節では、中国の病院におけるコスト・マネジメント上の今後の課題と問題点を述べる。

定期的な部門別原価計算を実施している病院では、収益比配賦に代わるより適切な配賦基準による原価配賦への洗練化が重要な課題の一つである。

また、昨今の医療制度改革、将来のDRG/PPSの導入を考えると、究極的には疾患ごとの採算を把握することができる疾患別原価計算が必要になるものと思われる。

さらに、病院が公共性と経済性を両立するために、品質・原価統合的な管理が望ましい。

第2節 病院におけるコスト・マネジメントの必要性

中国が計画経済から市場経済への劇的な転換を始めてからすでに20年が経った。経済体制改革の進展にしたがって、社会的な構造が変化しつつあり、病院を取り巻く経営環境も大きく変わってきた。1980年代から、高齢化と市場経済化の進展を背景に、中国の医療保険制度改革が着手された。従来の「無料医療」を中心とする労働保険制度・公費医療制度が廃止され、都市部統一の公的医療保険制度が誕生した。医療保険制度改革の進展とともに、薬価基準の大幅引き下げや、薬価リストによる保険使用薬剤の制限、医薬分業、医療機関の予算管理制、医療行為の標準化といった改正が行われてきた。これらのいずれも、医療費急増の抑制と医療財政の改善を目的としたものである。さらに、DRG/PPSの試行や外国資本の新規参入などの新しい現象も現れた。従来の出来高払制の下でコスト管理をおろそかにした病院経営体制はもはや現在の経営環境に適応できなくなりつつある。厳しい経営環境において、コスト・マネジメントが病院経営の重要なツールとなりつつある。

(1) 医療制度改革からの要請

上述のように、1980年代から始まった各地の試験的医療制度改革を踏まえて、「都市職員・従業員基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」（以下「決定」）が1998年12月に公布されたが、この決定によって、これまでの「無料医療」が中心であった労働保険制度、公費医療が廃止され、都市部統一の公的医療保険制度が誕生している（注1）。以下では李氏の論文を引用しながら説明を行っていく。

1 旧医療保険制度のあらまし

従来の都市部の医療制度は、次の2つの「制度」から成り立っている。「中国労働保険条例」の公布によって成立した「労働保険医療制度」（1951年）と、「政府・党・団体および所属政府機関の職員に対する公費負担医療と予

防措置の実施に関する通達」によって発足した「公費医療制度」(1952年)である。

これら2つの「制度」は給付対象と財源の観点から区別される。まず、給付対象の観点から、「労働保険医療制度」の対象は、主に国有企業と一部集団所有制企業の従業員および退職者である。一方、「公費医療制度」は、主に政府機関・事業団体の職員および退職者、大学の在校生および農村居住の2等乙級以上の退役障害者軍人を対象とする制度である。

つぎに、財源の観点からは、「労働保険医療制度」の場合はその財源が企業の福利基金および営業外支出からなるが、不足部分は企業利益から繰り入れられる。要するに、この「制度」の際には全額企業負担で、個人負担なしの「無料医療制度」ということになる。これに対して、「公費医療制度」の場合はその財源が国家予算であり、自己負担が少額の受診料に限定されている。したがって、この「制度」の際にも結局「無料医療制度」に近いということになる。

この「無料医療制度」とともに、医療費の公的価格制度ともいえる診療報酬制度が確立した。その基本は「出来高払方式」の原則である。これは、個別の診療行為、検査、薬剤などに対して全国一律の公定価格が規定され、各診療行為等を積み上げて報酬額(医療費)を算出する方法である。

このように「新中国」建国後まもなく設立された「労働保険医療制度」と「公費医療制度」は、企業による福利厚生と国家による福祉政策といった特徴を備えていたと言えよう。その背景の下では、病院は福利事業として非営利性を規定されており、病院の予算は国から全額保証されていた。また出来高払制がとられていたため病院にとって経営はそれほど重要な事ではなく、病院は診療面に専念していれば良かった。

2 改革へのインセンティブ

ここでは、上述のように企業の福利厚生と国の福祉政策の一環としての医療制度は、市場経済導入後の経済と社会状況の激変によって次第に維持でき

なくなってきたが、その背景について李氏の指摘を引用しながら説明をする。すなわち、それは、①高齢化の進展、②旧制度の非効率性、③国有企業の改革、そして④医療格差の拡大の4点である（注2）。

① 高齢化の進展

李氏によれば「中国は、2001年に高齢化国の一員となった。その高齢化の進展速度は日本に匹敵するものと予測され、2050年には高齢化率がピークの26.1%に達するとみられている」と高齢化について指摘されている。さらに、人口構造の変化は、医療技術の発展や生活水準の向上なども加わり、疾病構造も変化させている。悪性新生物、心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患が退職世代の主な死亡原因となっており、その割合は死亡原因の63.4%（悪性新生物24.4%、脳血管疾患21.3%、心疾患17.7%）にも達しており、すでに先進国の状況と大差ない状況である。人口構造の変化と疾病構造の変化は、医療費を押し上げる大きな要因となる。その結果、「医療給付費は、1988年から98年までの約10年間に120元から469元へと（一人当たり年平均名目値）、約4倍になっている。国有セクターの医療給付費総額は、1978～97年の年平均伸び率が19%であり、同期間のGDP成長率の9%や歳入伸び率の11%を大きく上回っている」という状況となっている。

② 旧制度の非効率性

中国の旧医療制度は、医療サービスの需要者側と供給者側の双方に問題を発生させる遠因をもっていたと言う。まず、需要者側にとっては、自己負担額が過少であるため、「保健薬を家族で使いまわしたり、『人情方』（人情処方）で家族分の投薬を依頼したりするといった行為が頻繁に起きていた。また、日本でも問題になっている老人の『社会的入院』も多くみられる」という。一方、供給者側では、出来高払制度が採用されているため、「高額な医薬品や栄養補助食品、医薬部外品の大量投入や、必要以上の新技術の使用、過剰な検査の強要や入院期間の引き延ばしといった、医療サービスの過剰な提供が随所に発生していた」という。

③ 国有企業改革

「国有企業の社会保険と福利厚生にかかわる社会保障負担は賃金総額の44%以上(1998年)にのぼっているので、社会保障制度を企業から分離することが国有企業改革の大きな焦点となっていた。改革開放の推進による競争激化は、結果的に国営企業の経営を悪化させ、急増する医療費の負担に耐えられない国営企業を多く生み出した。とくに退職者への医療費の還付を滞納する企業が増加し、大きな社会問題にまで発展した」と指摘されている。

④ 医療格差の拡大

「旧医療制度の対象は国有セクターに限られる。急成長している非国有セクターは絶えず無保険者を生み出し、高福祉を目指した旧制度と大きく矛盾している。1981年には全人口の29%であった無保険者の割合は、93年には79%にまで上昇した」と。

3 医療制度改革後の現状

以上のような状況から、「1980年代に始まった各地の試験的改革を踏まえて、1998年12月14日には『決定』が公布された。これまでの労働保険制度と公費医療制度が廃止され、都市部に統一された医療保険制度が誕生した。また、1999年から、薬価基準の大幅引き下げや、薬価リストによる保険使用薬剤の制限、医療機関選択の制限、医療機関の予算管理制度、医療行為の標準化といった改正も次々と行われてきた」と。

新制度の特徴は、「最低限の公的保障と自己責任の原則」に基づいており、社会医療保険基金に社会プール医療保険基金と個人口座が設けられている点である。その主な内容は以下の通りであるという。

「①保険対象は、都市部すべての法人に所属している従業員および退職者となっている。自営業者、個人企業従業員、自由業者、郷鎮企業従業員が対象外であるが、地域(北京・上海など)によっては任意加入が認められる」

「②保険料は労使で負担し、基本的には企業より従業員総賃金の6%、個人より給料の2%が納付され、このうち個人納入の全額と企業納入の30%

が、保険加入者の個人口座(合計保険料の3.8%)へ繰り入れられる」
「③給付については、当該地区の年平均賃金の10%を基準にして、基準以下の医療費については個人口座からの支払いが自費負担となり、基準以上の費用については、一部自己負担を除いて社会プール基金から給付される。最高給付額は、年平均賃金の4倍と制限されており、それ以上は任意加入民間保険にゆだねる」(注3)。

「無料医療」と特徴付けることのできる旧医療制度の下では、個人負担がほとんどなかったことで、過剰医療行為が多発していた。病院側は、患者数の伸びに努力するだけで報酬が確保でき、収入を順調に増加することができた。新医療制度が導入されて後、医療費の一部は患者の負担となり、過度な受診は抑制された。また、自己負担を低減するために、患者自身が医療行為の監督者となっており、過剰な検査や過剰な投薬、入院期間の引き延ばしなどを拒否するようになっている。「無料医療」によって支えられてきた医療需要が、改革に伴う自己負担率の上昇によって大幅に抑制されており、これまでの収入増加志向の経営には限界が生じてきた。したがって、このような経営環境の変化の下では、売上の増加よりもコストの削減に努力しなければならない。医療サービスを行う際に発生した無駄なコストを探り出し、医療サービスのプロセスを改善させることにより、すなわち、コスト・マネジメントにより、利益の増加を実現することが可能となる。

(2) DRG/PPS導入からの要請

医療行為の標準化・合理化を促進し、患者の医療費負担を軽減するために、2004年8月17日に、中国衛生部が「疾病定額払い制試行工作の展開の通知」を公布し、天津市、遼寧省、山東省、黒竜江省、河南省、山西省、青海省を拠点として、DRG/PPS導入の試行が本格的に開始された。DRG/PPS(注4)は、米国において1983年からメディケアの入院費用に対する償還方法として適用され始めた。このDRG/PPSに対する評価は肯定的なものから批判的なもの(注5)まで見られる。しかし、このうちDRGに基づく定額支払い方

式が欧米を中心とした他の国々でも採用されていることから、その費用削減効果を肯定的に捉えることができるのではないかと判断している。

米国におけるDRG/PPS導入では以下のような変化が見られたことが報告されている。

- 「1. 医療費の伸び率の鈍化：メディケアでは1980年から1990年の10年間で年平均180億ドルの医療費が削減され、年間の入院患者数も3,500万人から3,100万人に減り、医療費の伸び率が対前年比で平均14%から3%下がった。
2. 平均在院日数が短縮された。
3. 1983年から1988年の5年間で病院数が184、ベッドが約6万床、病床利用率も約8%減少した。
4. ①ナーシングホームへの転院、②在宅ケア、③外来サービスの比率、④日帰り手術が増える一方、⑤ICU,CCUの利用率も増加した。
5. 退院後6週間以内の死亡率は変わらず、再入院率は微増した。
6. 病院ごとの治療水準の差が明確になったので、良い治療の方法 (Treatment Protocol) が普及し、医療の質が向上するきっかけとなった。」

(注6)

このように、米国ではDRG/PPSの導入が病院経営に対して及ぼした影響は決して小さくなかったと判断する。既述のように中国でも、DRG/PPS導入の試行はすでに始まっており、今後全国的に普及していくことが予想される。

DRG/PPSの米国での影響を勘案すると、中国の病院でも従来の出来高払制を前提とした収入増加志向という経営体質は今後は通用しなくなると考えられる。つまり、病院にとって収入増加と同時に支出の削減がより必要とされる時代になると考える。病院の本業である診療業務での収入増加が困難だと推測される以上、支出に対する管理に重点を移行すべきであろう。

(3) グローバリゼーションからの要請

他の産業領域と同様に、医療分野のグローバリゼーションは、これまでの医療システムを変換させる重要なマクロ環境要因であろう。

2001年12月11日、中国は143番目の加盟国として、正式に世界貿易機関に加盟した。結ばれた合意によって、中国の行った14サービス分野の市場開放は、同分野への外資参入制限を縮小しようとするもので、医療分野を含むサービス業全般が対象となっている。開放の程度は業種によって異なるが、加盟後数年の間に、外資の合弁または独資による参入を認め、あるいは出資比率制限、地域制限、取扱業務制限を緩和・廃止することを内容としている。

医療分野への外国資本の新規参入について、以下のように規定されている。医療分野への外国資本の新規参入については、合併経営が認められ、単独資本経営は認められない。また、外資が医療機関に参入する投資プロジェクトは、総投資額が2,000万元以上でなければならず、中国側の持ち株比率が少なくとも30%を占めている必要がある。今のところ、200以上の外資病院が中国で業務を展開している。

外資病院は外国の先進的な医療技術を持っていることに加えて、すぐれた経営管理方式を採用している。良質な医療サービスを提供することにより、外資病院の市場シェアはだんだんと伸びてきた。したがって外資参入により、医療サービス業における競争が激しくなりつつあると考えられる。競争のなかで生き残るために、病院は経営管理に注力しなければならず、原価管理の強化、収益性の向上を図ることが求められる。

第3節 アンケート調査

平成17年8月中旬から9月中旬にかけて、中国山東省の大病院における原価管理の実態について、アンケート調査を行った（もちろん、原価管理といっても様々な手段によって実施されていると考える。今回は原価計算に基づく原価管理を中心に考えて調査を実施している）。対象は病床を500床以上有す

比較的規模の大きい総合病院とした。中国の病院に原価管理が導入されてきた歴史が短く、また小規模の病院にはまだ普及していないと予想されたため、比較的、業績も管理も優れているという理由で大病院のみを対象とした。この調査を通じて、中国の総合大病院における原価計算の利用状況を明らかにし、その原価計算システムの状況を分析しようと思う。平成16年には中田が同じ規模の病院を対象として、日本の急性期病院における原価計算の利用度調査を行っている。以下では、中田が日本で行った調査結果（注7）と比較しながら、集計結果を表示していく。

次の表はアンケートの発送数と回収数・回収率を表したものである。

	三級甲等	三級乙等	合計
発送数	24	18	42
回収数	18	14	32
回収率 (%)	75	77.8	76.2

中国の病院は幾つかのレベルに分類されている。三級甲等が一番レベルが高く、三級乙等、三級丙等、さらに二級甲等…と続く。三級の病院は市衛生局や国衛生部直轄で、病床を500床以上持ち、一定の医療環境基準を満たすものである。また、病院の規模、医療技術水準、サービスの質、経営管理などによって、甲等、乙等、丙等に分けられる。

設問1 貴病院では電子カルテが導入されていますか。

- A. 病院全体で導入済み
- B. 一部の診療科で導入済み
- C. 導入されていない

	A	B	C	合計
甲等	7	4	7	18
乙等	0	1	13	14
総計	7 (21.9%)	5 (15.6%)	20 (62.5%)	32 (100%)

高の調査では37.5%（AとBとを合わせた）の病院は電子カルテを導入済

みと回答された。中田の調査では、回答者の17.6%が導入済みと回答した。中国の病院では電子カルテが多く導入されていると考えられるが、実はその殆どは院内で利用されており、病一病連携や病一診連携への利用はまだ考慮されていない。また、単にカルテを電子的に記入する「ペーパーレス」という意味での導入ケースも少なくない。

訪問調査により電子カルテを導入した病院に導入の目的を聞いたところ、院内診療科間の情報連携を考慮していること、患者負担の軽減や医療効率の向上を目指していることが分かった。初期投資額は多額となるが、保管庫が不要となり、空いたスペースは別の医療機能の場所を生み出すことにもなる。同時にカルテ、フィルムを管理する人員を省力化でき、これは結果的に人件費の削減につながる。

設問2 設問1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、次の中どれでしたか。

- A. 自己資金
- B. 補助金
- C. その他 ()

設問1で「導入済み」と回答された病院の中、1軒の病院はCと回答されて、「自己資金プラス補助金」という内容であった。その他の病院は全て「自己資金」と回答された。

設問3 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、一定の時間経過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、その結果を次期の計画に役立たせるための仕組みです。このような仕組みを採用していますか。

- A. 採用している
- B. 採用していない

	A	B	合計
甲等	15	3	18
乙等	11	3	14
総計	26 (81.25%)	6 (18.75%)	32 (100%)

業績を向上させるため、多くの病院は目標管理を採用している。回答数の81.25%の病院が目標管理を採用しているという事実が判明した。中田の調査では、回答病院の57.6%が目標管理システムを採用していた。中国の場合の方が比較的採用率が高い。目標による管理は、単なる人事管理のための制度ではなく、マネジメントの手法そのものである。「目標による管理」は、目標の設定、実行、統制、評価という業務プロセスを自己の責任において自主的に管理することを指向するシステムである。そして個人の動機付けによる企業組織の活性化が、その真の目的である。

設問4 設問3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、利益など）と非財務的指標（在院日数、病床稼働率、患者数、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。

- A. 財務的指標のみ
- B. 非財務的指標のみ
- C. 財務的指標と非財務的指標

	A	B	C	合計
甲等	0	0	15	15
乙等	1	0	10	11
総計	1 (3.85%)	0 (0%)	25 (96.15%)	26 (100%)

財務的指標と非財務的指標との両方を目標指標として採用している病院は96.15%にも及んでおり、圧倒的に多い。中田の調査でも、同じ様な結果が示されている。病院は非営利組織として、従来は比較的保護された経営環境の下で、非財務的指標だけを重視してきた。一方、経営環境が厳しくなるに

つれて、病院は非財務的指標に加えて、財務的指標も重視するようになりつつある。財務的指標と非財務的指標をうまくバランスさせた目標管理は、病院の経営管理に絶大な力を発揮すると考えられる。

設問5 設問3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当たりますか。

- A. 診療科や病室などの単位
- B. 個人単位（例えば、医師、看護婦、検査技師、職員個人）
- C. その他（ ）

	A	B	C	合計
甲等	14	1	0	15
乙等	8	1	2	11
総計	22 (84.6%)	2 (7.7%)	2 (7.7%)	26 (100%)

Cと回答された病院は2件あるが、AとB両方に配慮を加えるという内容だった。回答により、診療科や病室を目標管理の実施対象とするケースが多いことが分る。

設問6 設問3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。例えば、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。

- A. 金銭的なインセンティブが与えられる
- B. 非金銭的なインセンティブが与えられる
- C. インセンティブは無い
- D. 短期的に無いが、長期的には考慮している

	A	B	C	D	合計
甲等	7	0	1	7	15
乙等	5	0	0	6	11
総計	12 (46.2%)	0	1 (3.8%)	13 (50%)	26 (100%)

企業は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て、モチベーションを最大限に引き出し、企業内部の効率化を促進させようとする。調査からみると、回答された病院のほとんどが動機付けの重要性を認識していることが分かる。この結果に対して、中田の調査では、インセンティブがないと回答された病院が41.5%にもぼっている。「2」と「3」の回答(高の調査におけるCとDに相当する)の多さ(合計66.9%)から、日本では個人単位ベース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、中国の病院ほどには金銭的インセンティブを重視していないことが分かる。

設問7 貴病院は原価計算システム(少なくとも、診療科や病棟ごとに原価の集計を毎年あるいは毎月行っている状態)を導入していますか。

- A. 導入している
- B. 導入していない

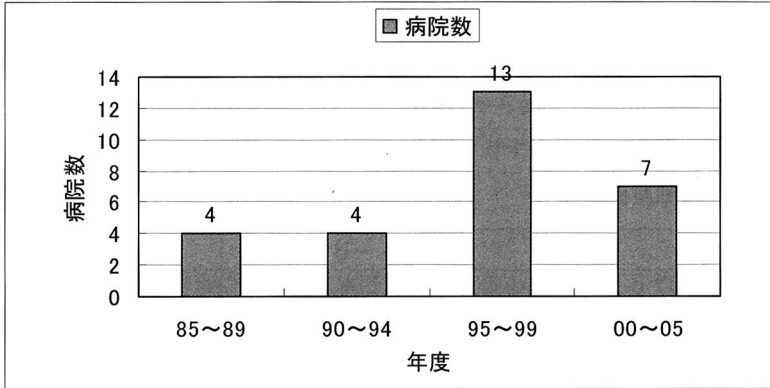
	A	B	合計
甲等	17	1	18
乙等	11	3	14
総計	28 (87.5%)	4 (12.5%)	32 (100%)

経営環境の悪化の下で病院は生存と発展のため、コスト管理の重要性を認識して、コスト管理による経営の改善に取り込む必要がある。調査の結果によって、回答された病院の87.5%が原価計算を導入していることがわかった。これに対して、中田の調査では、「原価計算を導入している」と回答された病院は回答数の30.2%に止まっている。

高の調査は山東省の総合大病院に対してしか行われなかったもので、中小病院における原価計算の採用状況は分からない。しかし、経営環境の変化につれて、コスト・マネジメントの重要性は段々と認識されていくので、総合大病院だけではなく、中小病院にも原価計算システムの導入は普及していくと思われる。

設問8 貴病院はいつから原価計算システムを導入しましたか。

() 年



統計の結果から見ると、導入が一番早い病院は1985年である。その後大病院は次々と導入し、一番導入の遅い病院は2005年であった。導入の期間は1995年～1999年に集中している。このことは中国の医療制度改革と経営環境の変化にしたがってコスト管理に対する認識が変わってきたことを反映していると思われる。

設問9 貴病院で採用されている原価計算システムは制度的原価計算（簿記の機構と結合している状態）として実施されていますか、それとも特殊原価調査（簿記の主要簿とは切り離れた状態）として実施されていますか。

- A. 制度的原価計算として実施
- B. 特殊原価調査として実施

	A	B	合計
甲等	13	4	17
乙等	8	3	11
総計	21 (75%)	7 (25%)	28 (100%)

高の調査では、制度的原価計算として実施している病院が75%見られ、中田の調査では、制度的原価計算として実施している病院が56.5%見られる。

中国でも日本でも病院の経営管理において原価計算の果たす役割がだんだんと理解されるようになってきていることが推察される。

設問10 採用されている原価計算は実際原価計算ですか、それとも標準原価計算ですか。

- A. 実際原価計算
- B. 標準原価計算

	A	B	合計
甲等	14	3	17
乙等	10	1	11
総計	24 (85.7%)	4 (14.3%)	28 (100%)

高の調査では、「標準原価計算」と回答された病院は14.3%に過ぎないが、中田の調査では、「標準原価計算」と回答された病院は48.4%にも及んでいる。現状では中国の多くの病院が実際原価計算を採用している状況である。医療サービス標準化の困難性が標準原価計算の導入の障害となっていると考えられる。

設問11 採用されている原価計算システムによって算出される原価の集計単位についてお聞きします。該当する項目に全て丸印を付けてください。

- A. 診療科や病棟
- B. 診断群分類ごと
- C. 医師ごと
- D. その他 ()

	A	B	C	D	合計
甲等	17	0	0	0	17
乙等	11	0	0	0	11
総計	28(100%)	0	0	0	28(100%)

高の調査では、全ての病院は診療科や病棟を原価の集計単位にしていた。

中田の調査では診療科や病棟を原価の集計単位にした病院が圧倒的に多いが、疾患ごと、医師ごとに原価を集計する病院も見られる。日本では、2003年4月より特定機能病院においてDPC（日本版のDRG）が適用されているので、それへの対応として疾患別原価計算の導入への動きが散見された。中国では、DRG/PPS導入の試行は2004年8月から始まったが、病院側の対応が進んでいないことが分かる。今後、病院に対する疾患別原価計算の導入が期待される。

設問12 原価は一定単位の製品に集計される原価の範囲によって、全部原価と部分原価に区分される。貴病院はどちらの原価を集計していますか。

- A. 全部原価
- B. 部分原価

	A	B	合計
甲等	13	4	17
乙等	8	3	11
総計	21 (75%)	7 (25%)	28 (100%)

部分原価を集計する病院は回答数の25%を占めており、そのほとんどは減価償却費を原価に計上しない。病院の運営管理費が原価に計上されないケースもある。

設問13 原価計算によって得られる情報をどのような目的のために利用していますか。該当する項目にすべてに丸印を付けてください。

- A. 戦略的計画策定（例えば、新しいサービスを提供するなどの長期の目的）
- B. 予算編成
- C. 診療科の収益性分析
- D. 疾患分類ごとの収益性分析
- E. 医師ごとの収益性分析

F. CVP (損益分岐分析)

G. その他 ()

(複数回答可能)

	A	B	C	D	E	F	G
甲等	8	4	14	7	4	4	0
乙等	4	3	9	1	3	3	0
総計	12	7	23	8	7	7	0

調査結果から見ると、診療科の収益性が最も重視されていることが分かった。続いて、長期的な計画策定のために原価計算から得られる情報を利用しようとしている。こうした傾向は中田の調査結果とほぼ一致している。

設問14 標準原価計算システムが採用されている病院にお聞きします。原価差異分析は次の中のどのレベルで実施されていますか。

- A. 部門レベル (事務部門や検査部門などを含む全ての部門)
- B. 診療部門レベル (実際に患者を処置する部門)
- C. 疾患分類レベル
- D. 個人レベル (看護婦や検査技師などを含む全ての従業員)
- E. 医師レベル
- F. その他 ()

	A	B	C	D	E	F
甲等	2	1	0	0	0	0
乙等	1	0	0	0	0	0
総計	3	1	0	0	0	0

調査によれば、標準原価計算を採用している病院は少ないが (14.3%)、そのいずれも部門レベルあるいは診療部門レベルで差異分析を行っている。この点においては、日本の実情と変わらない。疾患分類レベルの標準原価計算は原価管理により有用であるので、DRG/PPSの導入後には、標準原価計算の導入がより進むかもしれない。その導入が望まれる。

設問15 原価計算システムの提供する情報の中重要なものはどれですか。

- A. 診療科別原価情報
- B. 疾患別（診断群別を含む）原価情報
- C. 意思決定（計画）のための原価情報
- D. 業績評価（統制）のための原価情報
- E. その他（ ）

（複数回答可能）

	A	B	C	D	E
甲等	8	3	9	8	0
乙等	3	0	0	9	0
総計	11	3	9	17	0

高の調査では、業績評価のための原価情報と回答されたものが最も多く、続いて診療科別原価情報の回答が多い。これに対して、中田の調査では、診療科別原価情報の回答が最も多い。その中身を見ると、AとDあるいはAとCに同時に印を付けているケースが多い。中国の病院の多くは月ごとに業績評価を行っているため、診療科において業績評価のための原価情報が利用されていると考えられる。

設問16 原価計算を導入されていますが、現段階では導入されているシステムは成功していると思いますか。

- A. 成功している
- B. 成功していない
- C. どちらとも言えない

	A	B	C	合計
甲等	4	2	11	17
乙等	4	1	6	11
総計	8 (28.6%)	3 (10.7%)	17 (60.7%)	28 (100%)

原価計算システムを導入した結果、そのシステムがどのように評価されているかを質問したものである。残念ながら、「成功している」と回答された病院が少なく、28.6%に過ぎない。「どちらとも言えない」と回答された病院は60.7%にも及んでいる。この回答は中田の調査結果とほぼ一致している。中国では1995年以降に原価計算システムを導入しているケースが71.4%もあるので、まだその評価ができていないという回答も理解できる。

設問17 設問18で「成功していない」と評価された病院にお聞きします。より良いシステムとするには何が必要だと思いますか。

導入した原価計算システムに対して、「成功していない」と回答した病院は以下の理由を述べていた。

「現在導入している原価計算システムは、製造業の原価計算を真似したものであり、病院の特質に合わないところがあり、病院の経営状況を真実に反映していないため、診療科収益性分析や意思決定に有用な情報を提供しにくい」

「原価計算をスムーズに実施するためには、合理的な配賦基準が必要であり、医師などの職員の協力も必要となる」

設問18 原価計算システムを導入していない病院にお聞きします。近い将来(2-3年以内)において導入の予定がありますか。

A. ある

理由は ()

B. ない

理由は ()

この質問は原価計算が導入されていない病院について、今後導入の予定があるかどうか聞いたものである。導入していない4件の病院のうち、3件の病院は原価計算を導入する予定があった。その理由として、「病院を発展させるためのニーズ」・「コストの削減」・「利益管理の要請」などが挙げられた。

第4節 調査に基づく愚見

2005年8月から9月にかけて、中国の病院に対して郵送調査を実施しながら3ヶ所の病院を訪問調査した。ここでは郵送調査から得られた情報に訪問調査から得られた知見を加えて、中国の病院でどのようなコスト・マネジメントが実施されているかを分析していく。そして、今後どのようなコスト・マネジメントが期待されるかについて、検討する。

中国では、1980年代以降、高齢化と市場経済化の進展を背景に医療財政が悪化する一途を辿ってきた。それに対応するために、いろいろな試験的な医療制度改革が行われ、最終的に「無料医療」から「都市部統一の公的医療制度」への転換が実現した。この一連の改革によって、医療費の伸びが抑制され、病院が真剣に経営に取り組みなければならない局面へと追い込まれてきた。経営環境変化に対応して、病院が経営に力を入れ始めた。これは、原価計算が病院に導入された時期とほぼ一致している。調査した病院のうち、一番早く原価計算を導入したのは1985年であった。そして、85年以降原価計算を導入した病院はだんだん多くなり、「都市部統一の公的医療制度」が確立された1998年の前後、すなわち1995～1999年の間に、病院が原価計算を導入したピークとなっている。原価計算はコスト・マネジメントの基礎となっているので、原価計算の導入時期から病院がその時期に原価管理に対して関心を高めてきたことが推測できる。2005年に調査した時点で、調査した病院のうち87.5%の病院がすでに原価計算を実施していた。

中国では、多くの総合大病院が原価計算を導入したのは事実であるが、その原価計算システムから得られる情報は十分に経営管理に役立つものとは言えない。導入されている原価計算システムの合理性について、まだ検討する余地があると思われる。

原価計算を導入した病院のほとんどは実際原価計算を実施しており、標準原価計算を実施している病院はわずか14.3%である。これまでの出来高払制の普及と医療サービス標準化の困難性が標準原価計算の導入の障害となって

いると考えられる。もっとも、実際原価計算だけでも病院経営管理に役立つのであるが、そこには限界があると思われる。実際原価は価格、能率、操業度などの偶然的要素によって、その金額が大きく左右される。実績はどうかであったかという事実については計算できるものの、実際原価それだけでは、その実績が果たして能率的であったかどうかを分析することは難しい。したがって、実際原価の短所を補うために、標準原価計算を導入すべきである。実際原価と標準原価との差異分析を行うことによって、標準からみた非能率的な部分を明確にし、コスト・マネジメントに役立つ原価情報を提供することが期待される。また、標準原価計算は計算の迅速性や予算管理に役立つなどの利点を有すると思われる。だが、標準原価を策定したといっても、製造業のように厳格に設定することはできないので、結果として厳格な評価ができないことに注意しなければならない。医療サービスは患者の病状の重さ、年齢、体質などによって、処置のフローや消費される医療資源が違ってくるため、標準原価の設定や標準原価・実際原価比較を行う場合には、このような事情を考慮する必要がある。

調査の集計結果から見ると、すべての病院が部門別原価計算を採用していることが分かった。また、原価計算から得られる情報を業績評価の基準として利用している病院が最も多いことが判明した。部門別原価計算を行い、各部門の利益を算出し、その結果に基づいて各部門の職員の業績を評価する。この場合、目標を達成しあるいは超過している場合は、ボーナスが出るが、目標を下回っている場合は、ボーナスは出ない。部門の利益に個人の利益を連動させる業績評価システムは職員の動機付けの原動力になっている。ここで述べておくべきことがある。目標を設定する時、すべての部門の目標を同一にすることは出来ない。日本で見られるように、小児科、内科などの損失が出やすい部門に対しては、特別の条件が与えられる。それは、病院には地域社会への貢献という社会的な側面があるから、業績が悪いといっても、待遇差別を大きくつけ、モチベーションを低下させることは得策でない。このような目標管理は、職員の動機付け要因となり、結果として病院の利益に影響

響を及ぼすことになる。聞き取り調査により、目標管理の効果として以下のものがあることが判明した。

- ① 職員が自主的に遊休時間を短縮したこと。
- ② 薬品の消費期限管理、在庫管理がきちんに行われるようになり、期限切れによるコストの無駄および薬品の流失を減少させたこと。
- ③ 人情検査（無料で検査を実施すること）を防いだこと。
- ④ 病床の回転率が上昇したこと。
- ⑤ 入院患者数が増えたこと。
- ⑥ 病院の収益が増えたこと。

②と③は職員の原価管理意識の向上ともいえるだろう。部門別原価計算に基づいたコスト・マネジメントは上記のような効果を通じて利益を上げるといふ役割を果たしてきた。

一方、調査した病院の60.7%は「成功と失敗、どちらも言えない」と回答された。聞き取り調査の折に、その理由を聞かせていただいた。その結果、現在実施されている原価計算システムには以下の問題点があると推測した。

第一には、間接費の合理的な配賦が実施されていないこと。具体的な計算方法としては、先進的な病院であっても、簡便な按分配賦法により収益比や患者数比などを用いて部門原価配賦をしている（なお、この場合の配賦とは日本流に言えば補助部門原価を製造部門へと配賦する場合を想定している）。

第二には、部門のコスト・利益管理が個人の業績と連動されていることから、過度な利益追求を引き起こしやすく、この点でマイナスの影響も出てくる。例えば、検査、入院の強要などである。

第三には、大型医療機器の減価償却費も原価として計上されるので、新しい医療機器の導入により、コストが上昇することになる。そのコストを上回る収益が望めない限り、そのような医療機器の導入は抑制されることになる。

第5節 おわりに

最近では部門別原価計算は病院界全体の流行のような状況になってきている。医療費の抑制が今後も続く中、病院経営を維持し医療サービスを安定的に提供し続けるためには、部門別の原価管理は不可欠である。だが、既存の原価計算システムは収益あるいは患者数による按分配賦という簡便な計算方法をとっている。原価管理に役立つ原価情報を提供するために、収益比配賦・患者数比配賦に代わるより適切な配賦基準による原価配賦への洗練化が重要な課題の一つである。

次に、包括的な患者治療サービスの種類ごとに医療資源の有効かつ効率的な利用が為されなければ、厳しい医療費抑制政策の下で経営を維持することは難しいため、今後は疾患別原価計算によるコスト・マネジメントが必要となる。しかも、今後疾患別定額払制が本格的に導入される可能性が高いので、そうなると疾患別原価計算を実施する価値は一層高まる。診療報酬包括化をはじめとする環境変化に対応するために、究極的には疾患ごとの採算を把握できる疾患別原価計算が必要になるものと思われる。

さらに、病院は社会的な側面を持っているから、「健全な経営」を追求する際に、「良質な医療」を維持しなければならない。このため、品質・原価統合的管理を推進していく必要がある。ABC/ABMは診療業務における諸活動とその原価およびコスト・ドライバーに焦点を当てて、医療サービスを品質と原価の両面から改善することができるので、品質・原価統合的な管理手法として期待されている(注8)。

一方、品質コスト・マネジメントが病院において品質・原価統合的管理を実施する上で有効であると思われるが、病院原価管理が進んでいる米国においても適用事例が少ないことからすると、この手法の活用は長期的な課題であるといえるだろう。我々が品質原価計算から得ている知識は、「品質とコストとの関係」、「発生コストと決定コストの違い」、および「コストとその投入時期の関係」である。医療分野のマネジメントにおいてもこれらの知識

は重要になるのではないかと考えている。たとえば、「コストとその投入時期の関係」の観点から、病院では一般の産業に比較してサービスの品質が重要なので失敗コスト、特に外部失敗コストを発生させることは極力避けなければならない。品質原価の総額として発生するコストが同額だとしても、それを予防原価や評価原価として発生させる必要がある。現実の病院では品質原価の知識はなくてもおおよそ品質原価計算に基づいたのと同様の行動を採用しているかもしれない。しかし、そのような行動を正当化するための裏付けとして品質原価計算を利用することができるかもしれない。というのは、原価計算の正確な知識を持たない方の中には、「原価計算というのは品質を無視してコストの削減のみを意図する手段である」と誤解している方も見られるからである。

中国で実施したアンケート調査はごく一部の総合大病院に対して行われたので、中国病院の全体像を十分に説明できていないという限界はある。しかし、今後の厳しい経営環境の中で生き残るために、大病院がコスト・マネジメントを重視しつつあることが伺えることから、中小病院にもコスト・マネジメントの考え方が普及していくことが推測できる。本稿の第2節で述べたように、「医療制度改革」、「DRG/PPS」そして「グローバリゼーション」といった事柄が、病院におけるコスト・マネジメントの導入を推し進めることを期待する。

注

(1) 李 為民稿「地域格差からみた中国の医療改革」上村泰裕・末廣 昭編集『東アジアの福祉システムの構築』の第8章相当, 東京大学社会科学研究所, 2003年10月, p.145。

(2) 同上, pp.146-148。

(3) 以上の引用および参照は上記の李為民氏の上記論文を利用した。

(4) DRG/PPSについては次の拙稿を参照のこと。中田範夫稿「病院に対するABCシステムの適用」山口経済学雑誌, 第48巻第3号, 平成12年5月, pp.43-44。

(5) ケースミックスとしてのDRGの問題点については次の拙稿を参照のこと。「病院における原価計算の必要性—DRG/PPSの観点から—」山口経済学雑誌, 第49巻第2号, 平成13年3月, p.85。

(6) 朝日監査法人・アーサーアンダーセン著『原価計算による病院マネジメント』中央経済社, 平成12年7月, p.24より引用。

(7) 中田範夫稿「病院における原価計算の利用度調査—急性期病院に対する郵送調査から—」山口経済学雑誌, 第53巻第1号, 平成16年5月。

(8) DRG/PPSの病院原価計算システムへの影響ならびに病院に対するABCシステムの適用の必要性については, 次の拙稿を参照のこと。「DRG/PPSの下での病院原価計算システムの課題—『メトロポリタン・シカゴ地区病院の調査』を中心にして—」山口経済学雑誌, 第50巻第6号, 平成14年11月, ならびに「病院に対するABCシステムの適用」山口経済学雑誌, 第48巻第3号, 平成12年5月。

(本稿は中田と高との共同論文である。高の山口大学経済学部大学院経済学研究科修士論文を中田が加筆・修正した。したがって, 文責はすべて中田にある。)