

病院におけるBSCの取組みについての一考察

河 合 晋*

要 旨

自治体病院の経営状況は厳しい。自治体病院はその公共性と経済性のジレンマで苦しんでいるのが実情である。国・自治体の財政難の中、自治体病院の経営改善は喫緊の課題であり、そのために管理会計の導入が重要である。本稿では、病院BSCについての概略、導入メリットや実行可能性について考察した。また、先駆的に病院BSCを導入した三重県立病院のBSCに基づき、その導入から定着に至る過程と効果について考察した。

Abstract

The management situation of the municipality hospitals is severe. Improvement of management of the municipality hospitals is a pressing problem. Introduction of a management accounting is important for it. In this paper, I considered about a summary, the introduction merit and an execution possibility about BSC in the hospitals. And I considered about the process and the effect from introduction to settling based on BSC in the Mie prefectural hospital which introduced BSC in the hospitals leadingly.

1 はじめに

今日、我が国の病院の経営状況は厳しい。いわゆる小泉構造改革のもとで行われた診療報酬の引き下げ等で、経営状況はさらに困難な状況となっている。

経営状況が悪化しているのは、特に自治体病院である。平成16年度から4年連続で経常損失が1,000億円を超え、平成19年度には2,000億円を超えた。平成19年度医業経常損益ベースでは全体の75.1%が赤字となり、2年連続で70%を超え、一段と経営状況が厳しくなっている。

自治体病院はその性格上、高い公共性が要請される。平成18年度では、全国の大規模病院（300床以上の病院）1,317のうち、自治体病院は316で24%を占めており、地域の基幹病院として、地域医療に重要な役割を果たしている。また、へき地医療拠点病院は、全体の72.6%が自治体病院であり、民間医療機関による医療サービスが期待されない場所での医療確保に重要な役割がある。さらに、救命救急センターの38.3%は自治体病院に設置されていることから、採算の合わない医療分野での役割も果たしている。

しかし、自治体病院が赤字であると、自治体財政に大きな負担を強いることになる。国・自治体の財

政が逼迫している今日、多くの自治体病院では、経営改善の必要性が増しており、民間管理会計の導入も検討されている。

三重県立病院では、全国の病院に先駆けてバランスト・スコアカード（Balanced Scorecard：以下BSCと称す）を導入し経営改善を図ろうとした。1990年代のアメリカで民間企業のために開発されたBSCが、病院などの非営利法人にも活用されている。

本稿では、第2節でBSCについての概要をみる。1990年代に提唱されたBSCとはどのようなものであり、どう発展したのかを述べる。第3節でそれを病院に導入した場合のメリットや特徴、実行可能性について検討する。第4節で三重県立病院でのBSC導入から定着までの取組みについて、どう変化し、どのような効果があったかを検討する。第5節でまとめとして、今後の課題を検討する。

2 BSCについて

BSCとは、Robert S.Kaplanと、David P.Nortonが、複数の米国企業の協力を得て、1990年代に開発したマネジメント・システムである。BSCは、財務的尺度偏重であった従来の業績評価システムに、顧客の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点とい

* 岡崎女子短期大学経営実務科

う非財務的尺度をバランスに配慮して取り入れた業績評価システムとして登場した。その後BSCの理論は発展し、現在では単なる業績評価システムではなく、戦略的なマネジメント・システムへと変貌している¹。

1992年に発表された論文では、BSCは業績評価システムと考えられており、その前提は、財務指標だけで業績を評価することは組織を誤った方向へ向かわせるといったものであった²。すなわち、過去の行動の結果である成果に関する報告が財務であり、財務指標は遅行指標（lag indicator）となる。財務指標のみに頼った業績評価は、組織の成長・発展に必要な長期の視点よりも、短期の業績を向上させるインセンティブが働き、短期行動を促すことになる。

この点は、Kaplanが1987年に活動基準原価計算（Activity-Based Costing：ABC）を提唱した“Relevance Lost”の中で、伝統的な管理会計の手法では急激に変化する環境に対応できず、管理会計の有用性が喪失している³と指摘したことに共通する。

そこで、Kaplanらは、喪失した管理会計の有用性を取り戻すため、経営学的な考え方⁴を取り入れてBSCを誕生させた。BSCは、遅行指標である財務指標以外に、将来の財務業績を左右する先行指標（lead indicators）たる顧客の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点という非財務的指標で財務指標を補足する。

では、先行指標により将来の業績の適切な尺度とするために何が必要かについて、Kaplanは、戦略を測定すれば、BSC上で表されたすべての目標と尺度が、財務尺度、非財務尺度のいかに関わらず、組織体のビジョンを戦略から導き出される⁵としている。ここに、BSCと戦略が結びついたことで、戦略的なマネジメント・システムへと変貌したのである。

図表1 財務尺度重視とBSCの比較

財務尺度重視	BSCによる解決	BSCの狙い
財務以外の指標を重視しない	財務以外の視点による多彩な指標	財務以外の視点の重視・可視化
成果重視	4つの視点の因果関係重視	将来も重視
部分最適化	戦略と関連づける	全体最適化
コミュニケーション不足	職員参加型による情報共有	コミュニケーション向上
短期的	戦略と関連づける	中・長期的

（注）Robert S. Kaplan and David P. Norton “THE BALANCED SCORECARD— Translating Strategy Into Action—” Harvard Business School Press, 1996年（吉川武男訳『バランス・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、1997年、pp.45-67）などを参考に筆者作成。

BSCは、1990年代後半にはモービル社をはじめと

する多くのアメリカ企業で導入され、日本でも2000年前後にリコーなどが導入している。こうした民間企業でBSCの導入が広がる中、非営利組織にその概念が広く受け入れられ、導入されていった。2000年前後にアメリカでは、ノースカロライナ州のシャーロット市をはじめ、多くの非営利法人でBSCが導入されたが、日本では東京都千代田区が2003年度から導入している。そして、病院では2004年度に導入した聖路加国際病院などの民間病院があるが、注目されるのは、自治体病院でありながら2002年度に全国の病院に先駆けて導入した三重県立病院である（三重県立病院でのBSCの取組みについては、第4節で述べる）。

3 病院BSC導入のメリットと特徴及び実行可能性

病院は非営利法人（医療法第7条）であり、利潤追求を究極的な目的とする民間企業とは異なる。特に自治体病院は、地域医療に貢献することが本来の使命として重視される。

BSCはそもそも民間企業を対象とした、株主利益の最大化のためのマネジメント・システムである。組織はビジョンや戦略を持ち、その遂行のため財務指標に非財務指標を加えたすべての戦略目標が、因果関係のあるひとつの線で結ばれ、それを可視化したものがBSCである。そこでは、財務の視点が最上位に位置し、財務の戦略目標が達成されるために、顧客の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点の非財務の戦略目標が実行に移される。

したがって、Kaplanらの提唱するBSCをそのまま病院に適用することは、非営利法人たる病院の理念に適合しない。実際、三重県立病院でBSCを導入する際、「病院経営はもうけることだけではない」という意見が噴出したという⁶。

しかし、病院でもBSCが導入されたのは、非営利法人といえども財務の健全化が図れなければ、質の高い医療を継続して提供できないからである。累積赤字が115億円に膨れ上がっていた三重県立病院は、地域医療に貢献し質の高い医療を提供するという公共性と、財務の健全性という経済性を両立するには、BSCの導入が最も適していると判断したのである。

高橋淑郎教授は、病院BSCのメリットを以下のように指摘しておられる⁷。

- ①病院の目的を戦略に沿って効率的に達成する
- ②病院と職員が同じ方向に向かって心をひとつにする
- ③コミュニケーションを活性化し、組織を強化する

- ④病院を客観的・多角的に評価する
- ⑤スタッフの働く意欲を高め、意識改革を行う
- ⑥非財務的指標を使用することで、職員に納得がいくような患者価値を生み出すプロセスを確認できる
- ⑦経験という暗黙知を、BSCの持つコミュニケーション向上力によって伝承することができる
- ⑧BSCを作成するプロセスで、いままでみえていないものがみえてくるといふ「気づき」が起こることで院内が活性化される

この指摘はやや抽象的であるが、一般的にいわれる病院の問題点と比較するとよく理解できる。

病院の問題点は、厚生労働省による護送船団方式下では、多くの病院に明確なビジョンや戦略がなく、専門家集団の病院では、病院職員の目的も各々である。また、大病院になるほどタテ割・セクショナリズムが生じ、部門間コミュニケーションが図りにくく、部門内の伝承もされない状況にある。さらに、客観的・多面的な業績評価ができず、問題は数々あるもののそれが漠然としていて、多くの非財務指標が有効に活用されていない。

病院に明確なビジョンや戦略がない問題点は、病院BSCでビジョンや戦略を策定し、効果的に達成しやすくなる。病院職員の目的が各々である点は、病院BSCでビジョンの達成という同じ目的に方向づけをし、意識改革ができる。部門間コミュニケーションや部門内の伝承が図りにくい点は、病院BSCによりコミュニケーションが活発化し情報の共有化が図れる。客観的・多面的な業績評価ができず、多くの非財務指標が有効に活用されていない点は、病院BSCで非財務指標を数値化し、客観的・多角的評価ができるようになる。

以上のようなメリットが病院BSCにはあり、病院の問題点を解決する手段になる。まとめると、図表2のようになる。

図表2 病院の問題点と病院BSCのメリット

病院に明確なビジョンや戦略がない	→	ビジョンや戦略を策定し、効果的に達成しやすくなる
病院職員の目的は各々である	→	ビジョンの達成という同じ目的に方向づけをし、意識改革ができる
タテ割・セクショナリズムが生じ、コミュニケーションがない	→	コミュニケーションが活発化する(情報の共有化)
問題が漠然としている	→	問題が数値化・可視化できる
客観的・多面的な評価ができない	→	客観的・多面的な評価ができる
多くの非財務指標が有効に活用されていない	→	非財務指標が有効に活用されるようになる
部門内の経験が伝承されない	→	コミュニケーションの向上で伝承されやすくなる

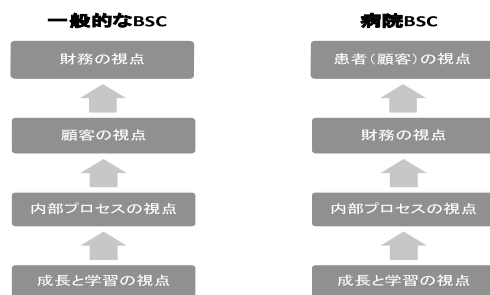
(注) 図表内の病院BSCのメリットは、高橋淑郎教授の指摘による(注釈7)。その他は、筆者作成。

次に、Kaplanらの提唱するBSCをそのまま病院に適用することは、病院の理念に適合しない点において、病院BSCは工夫がなされている。

BSCの4つの視点は階層化される。民間企業では、株主利益の最大化またはそれに類するものがビジョンに据えられるので、最終目標である財務の視点が最上位に置かれる。逆に、組織の成長を目標とする学習と成長の視点は、成果を出すのに最も時間を要するので土台に置かれる。

しかし、病院では質の高い医療を提供するとか、患者が満足する医療を提供するといったビジョンが据えられるので、財務よりも患者(顧客)の視点⁸が最上位に来る。三重県立病院でも、累積欠損金を解消するという財務の健全性は重視しながらも、あくまで県立病院としてのビジョン(理念)は「良質で満足度の高い医療を提供し、県民の健康で文化的な社会の実現に貢献する」⁹として、患者(顧客)の視点を最上位に置いている。

図表3 病院BSCの特徴



(注) 筆者作成

なお、さらに特徴的な病院BSCには、民間病院で先進的な病院で知られる聖路加国際病院のBSCがある。聖路加国際病院では、患者の視点を「患者満足の視点」と「臨床的アウトカムの視点」(後に、「安全・安心・信頼の視点」に変更される)に分割し、視点が5つ存在するBSCとなっている。これは、患者の視点の中に戦略目標として「臨床的アウトカム」と「ホテルサービスに対する満足度」を設定しようとしたが、「臨床的アウトカム」という戦略目標が視点や指標とマッチしないという議論が生じたため、患者の視点を分割したためである¹⁰。また、財務の視点を土台にしている点も特徴的である。これは、財務指標の達成が最終目標ではなく、医療の質の向上が最終的な経営上の達成目標であり、財務の視点はその基礎であると考えたからである¹¹。

では、民間企業のために開発されたBSCが、病院で実行される可能性についてであるが、方針管理・

目標管理（Management by Objectives:MBO）の管理手法が行われている病院では導入しやすい。

方針管理とは、PDCA（Plan-Do-Check-Action）のサイクルにしたがって、ある目標に対して効果的に管理する手法のことである。ある具体的な目標に対して、これを達成するための方策を順次展開し、月次などに評価して次の是正活動をとる管理が行われる。

例えば、今月は新規の外来患者を増加させるという目標に対して、診療所への個別訪問により紹介率を上げるという方策を展開し、月次評価に基づいて翌月の是正活動を考えるなどの管理手法である。

方針管理では、トップの方針に対して具体的な活動までが管理の対象になるので、それはBSCでのアクションプランに相当し、両者に共通点がある。したがって、BSCの導入において、具体的なアクションプランまでの策定には類似した経験が生かされる。

しかし、方針管理では、一つの目標を展開していくにすぎず、さまざまな指標を因果連鎖的に構築していくBSCとは大きく異なっている¹²。また、方針管理は記述が定性的で曖昧になっていく傾向がある点¹³で、非財務指標も数値化するBSCとは異なる。

一方、目標管理とは、病院職員の意欲を向上させるため、個人に達成すべき目標を設定させ、その達成度により業績評価する管理が行われる。組織成員が目標設定に自主的に参画し、自らこの目標に挑戦することで自己啓発がなされ、その結果、個人および組織の活性化につながる¹⁴と考えられている。

目標管理では、個人が達成すべき目標を設定するので、非財務的な目標も多くなり、それはBSCの顧客の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点での目標に相当し、両者に共通点がある。したがって、BSCの導入において、顧客の視点・内部プロセスの視点・学習と成長の視点の目標選定には類似した経験が生かされる。

実際、三重県立病院では、BSCの導入以前にチャレンジシートと呼ばれる目標管理制度が整備された。当初は指標による管理に病院職員は慣れていなかったが、BSCの導入時には、目標管理制度が実施されていたため、職員の6割5分を占める看護師やその他の医療技術者・事務職員の納得がほぼ得られたという¹⁵。病院でBSCを導入するのに、看護師はじめ病院職員に大きな抵抗感を持たせないためには、目標管理は有効な前提手段といえる。

しかし、目標管理では、個人がそれぞれ目標を設

定するので、財務的な目標と非財務的な目標に因果関係はない。また、これまでわが国の企業や病院で行われてきた目標管理は、設定時に、全社的な戦略と関係づけて考えることはあまりしてこなかった¹⁶。すなわち、目標管理は組織全体の目標と個人の目標が因果関係の薄いものとなっており、すべての戦略目標を因果関係のある線で結んだBSCとは異なる。この点は、Kaplanも「目標管理は、実質的に、現行の職務をよりうまく遂行できるように従業員をうながすための伝統的な職務規定の方法にすぎない」¹⁷とBSCとの相違を述べておられる。

三重県立病院の目標管理制度は、BSCの導入をスムーズにした要因ではあるが、看護師は、「職員一人ひとりの目標は単なる自分自身の目標にすぎず、自分の目標が病院のビジョンや戦略とどのようにつながっているのか、また、病院の目標にどのように貢献しているのかが分からなかったため、担当者にはやらされ感のみが残っていました」¹⁸と述べておられるのが、目標管理とBSCの相違を如実に表わしているといえる。

図表4 方針管理・目標管理とBSCの比較

管理手法	定義	BSCとの共通点	BSCとの相違点
目標管理	病院職員の意欲を向上させるため、個人に達成すべき目標を設定させ、その達成度により業績評価する	非財務的な目標も多い	財務的な目標と非財務的な目標に因果連鎖はない
方針管理	戦略をPDCAサイクルにより、効果的に管理する	具体的な活動まで管理の対象となる（BSCではアクションプラン）	目標とされるものは少数である定性的な記述が多くなる

（注）櫻井通晴『企業価値を創造する3つのツールEVA・ABC・BSC』中央経済社、2002年、p.128や高橋淑郎編著『医療経営のバランス・スコアカード』生産性出版、2004年、p.43を参考に筆者作成。

4 三重県立病院でのBSCの取組み

4.1 経営計画の策定

三重県立病院が、BSCを導入した背景には、1998年度から2001年度までの4年間を対象にした第1次経営健全化計画の存在がある。三重県立病院は、1987年度以降は毎年度が赤字となり、1996年度末には累積欠損金115億円に膨らんでいた。県議会では民営化の必要性が議論され、2期目に入った北川正恭知事（当時）による全庁的な「生活者起点の行政システム改革」の中で、第1次経営健全化計画が策定された。

この計画では、計画期間中に収支均衡を達成す

る（収支の健全化）という明確な目標が示された。計画の推進をする中で大きな成果は、地方公営企業法の全部適用により、病院事業庁・病院事業管理者を設置し、権限の移譲をしたこと、また、経営健全化推進プランとして250項目の指標と目標値を設定し¹⁹、目標管理の整備をしたことである²⁰。

その後、目標管理に対する前述の「やらされ感」への反省や、収支の健全化（財務のみによる業績管理）への限界を感じ、2002年度から2003年度を対象にした第2次経営健全化計画を策定することになる。

第1次経営健全化計画に対する病院職員アンケートを参考に、トップダウンでは病院のビジョンが現場に浸透しないため、全職員がビジョンや戦略を共有できるシステムが必要であり、なぜ収支均衡なのかを組織全体に浸透させることが課題となった²¹。そこで、部門間や階層間のコミュニケーションを図ることで全職員参加型のシステムを構築するため、BSCのメリットを活用しようとした。

図表5 三重県立病院BSCのフォーム

ビジョン							
経営方針							
視 点	経営シナリオ (戦略マップ)	目 標	主な成果 (重要成功要因)	業績評価指標	実 績 値	目 標 値	アクション プラン
顧客の視点							
財務の視点							
内部プロセス の視点							
学習と成長 の視点							

(注) 三重県立病院事業庁『第2次三重県立病院事業経営健全化計画』、2002年から抜粋。なお、三重県立病院では、BSCをマネジメントシートと呼んでいる。

この第2次経営健全化計画の中で、全国の病院に先がけてBSCを導入したのだが、当初は病院職員にBSCに対する知識がなかったため、病院事業庁がリードしながらBSCの展開をしていった。具体的には、BSC導入に際して、まず各病院長の理解・納得を得るため、各病院長へのBSCに関する研修を行いながら、病院事業庁が主体となってBSCを作成した²²。これは、特に2002年度の各病院BSCが、病院事業庁BSCに一部修正を加えただけでほぼ同じ戦略マップや目標になっていることから分かる。

しかし、2004年度から2006年度を対象にした中期経営計画（1年延長し、2007年度まで実施）では、全職員参加型BSCの定着のため、各病院・部門独自のBSCが作成される。具体的には、病院事

業庁が示したビジョンである、「良質で満足度の高い医療サービスを実践するとともに、様々な取組みを通じて県の保健医療政策をリードし、県民の健康で文化的な社会の実現に貢献します」²³を各病院が意識しながらも、戦略マップや目標は病院ごとに独自かつ多岐に渡っている。病院事業庁全体のビジョンを意識しながらも、各病院・部門独自の戦略を重視したBSCが展開されていることが分かる。

中期経営計画では、各病院・部門の指標が細分化されていることが特徴である。これは、BSCの情報システム化やBSC作成マニュアルの開発が第2次経営健全化計画の中で同時に行われていたことが大きい。第2次経営健全化計画で、BSCを全職員に定着させようとした表れである。

以上のように、第1次経営健全化計画がBSC導入の前提であり、第2次経営健全化計画がBSCの導入期となり、中期経営計画はBSCの定着期といえる。

4.2 BSCの指標数の変化

三重県立病院でのBSCの導入から定着までの様子を、病院事業庁および各病院（2004年度からは県立病院経営チームも加わる）BSCの指標数の変化でみると、図表6になる。この指標数の変化により、三重県立病院ではBSCをどのように導入し、定着していくのかを探ってみる。

図表6 各視点の指標数の変化

病院事業庁

視 点	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度	2007 年度	合 計	割 合
顧客	3	4	10	10	10	11	48	48%
財務	4	1	1	1	1	1	9	9%
内部プロセス	2	2	5	6	6	7	28	28%
学習と成長	3	3	2	2	2	4	16	16%

総合医療センター

視 点	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度	2007 年度	合 計	割 合
顧客	5	3	35	37	45	44	169	33%
財務	4	4	11	14	15	17	65	13%
内部プロセス	4	5	43	39	47	51	189	36%
学習と成長	3	3	21	21	25	23	96	18%

こころの医療センター

視 点	2002 年度	2003 年度	2004 年度	2005 年度	2006 年度	2007 年度	合 計	割 合
顧客	3	3	34	37	51	40	168	40%
財務	4	4	10	11	10	10	49	12%
内部プロセス	4	1	28	26	27	28	114	27%
学習と成長	3	1	24	24	20	19	91	21%

一志病院

視点	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	合計	割合
顧客	4	2	21	24	19	23	93	32%
財務	4	4	8	8	7	6	37	13%
内部プロセス	4	9	22	23	26	21	105	37%
学習と成長	3	5	9	10	13	13	53	18%

志摩病院

視点	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	合計	割合
顧客	4	4	35	29	29	29	130	29%
財務	4	3	17	17	16	17	74	16%
内部プロセス	4	6	53	38	32	41	174	39%
学習と成長	3	2	19	16	15	18	73	16%

病院経営チーム

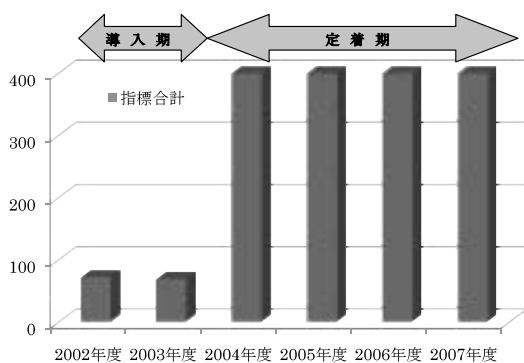
視点	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	合計	割合
顧客	—	—	7	7	7	6	27	47%
財務	—	—	1	1	1	1	4	7%
内部プロセス	—	—	4	4	4	4	16	28%
学習と成長	—	—	3	3	2	2	10	18%

(注)三重県立病院 BSCに基づき、筆者が指標数を数えた。病院経営チームは2004年度から実施。筆者作成。

BSC導入期における2002年度の病院事業庁および各病院の指標数合計が72、2003年度が69であるのに対し、BSC定着期における病院事業庁および各病院の指標数合計（県立病院経営チームも加わる）は、2004年度が423、2005年度が408、2006年度が430、中期経営計画が終了した2007年度では436と大幅に増加している。

BSC導入期の年度平均が70.5に対し、BSC定着期の年度平均が424.3となるのは、BSC定着期において指標が一気に細分化されたことを表している（図表7参照）。

図表7 指標合計の変化



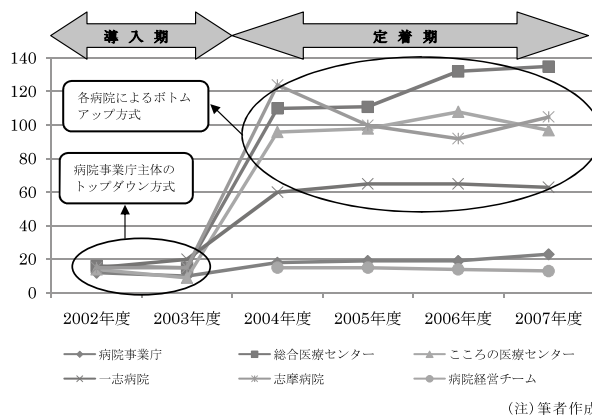
(注)筆者作成

さらに、BSC導入期における病院事業庁の2002年度の指標数が12、2003年度は10で、各病院の指標数の平均が2002年度は15.0、2003年度は14.8とほとんど同じになっているのに対し、BSC定着期

になると、病院事業庁（県立病院経営チームも含む）の指標数は、2004年度が33、2005年度が34、2006年度が33、2007年度では36と微増に留まる一方、各病院の指標数の平均は、2004年度が97.5、2005年度が93.5、2006年度が99.3、2007年度では100.0と増加している。

これは、BSC導入期には病院事業庁主体で行われていたものが、BSC定着期において各病院・部門独自のBSCが作成されたことを表している。すなわち、BSC導入期は、病院事業庁主体のトップダウン方式で各病院に類似のBSCが作成されていたが、BSC定着期には、各病院によるボトムアップ方式で病院ごとに独自のBSCを作成したことが、指標数の変化に表れている（図表8参照）。

図表8 組織ごとの指標数の変化



(注)筆者作成

以上から、三重県立病院は、BSCの導入期では、病院事業庁主体のトップダウンにより各病院のBSCを作成することで、各病院にBSCの理解と浸透を図り、BSCの定着期には、各病院のボトムアップによりBSCの定着を図り、病院ごとの戦略目標が反映される結果となっている。

病院が違えば戦略が変わると同じで、同じ病院内でも、部門が変わればおのずと戦略が変わるのは当然である。BSC定着期の2004年度からは病院内の部門別にBSCを作成しているが、それをみると、ビジョンはどれも同じであるが、戦略は大きく異なっているものもある。

例えば、平成16年度の総合医療センターの部門別BSCをみると、運営調整部では、職員満足度の向上が患者満足度を高めるという戦略マップの流れになっており、職員満足度の向上が顧客の視点に入っているのに対し、中央放射線部では、職員のスキルアップが職員満足度の向上につながり、それが医療の質の向上につながるという戦略マッ

プの流れになっており、職員満足度の向上は内部プロセスの視点に入っている。

同じ職員満足度の向上という戦略目標でも、各部門で考える戦略マップが異なれば、それが属する視点も異なる現象である。

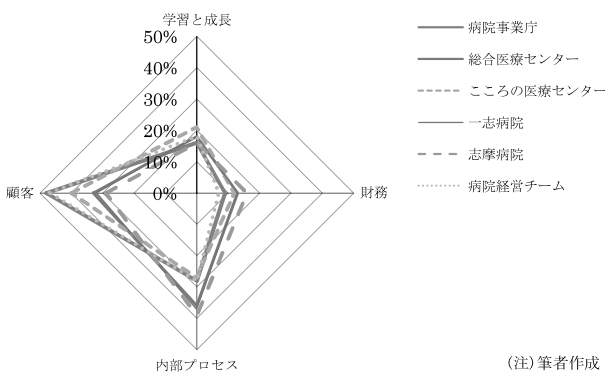
また、職員のスキルアップや技師の育成といった戦略は、通常学習と成長の視点にくるものだが、診療部は医師の育成が顧客の視点になっている。医師の育成こそが顧客のためになるということだが、その主な成果指標が臨床研修医の育成であり、業績評価指標は臨床研修医受入数となっている。ここに、医師不足の状況を垣間見ることができた。ちなみに、このアクションプランは、魅力的な臨床研修プログラムの開発となっている。

このように、各部門が独自の事情と戦略でBSCを作成している。90床と小規模な一志病院までもが、部門別BSCをしているのだから、いかにBSCが三重県立病院に浸透していったかが分かる。

4.3 BSCの効果

ところで、図表6の各視点の指標数の変化をみると、病院事業庁および各病院のすべてで、顧客の視点または内部プロセスの視点の割合が多いことに気づく。その一方で、財務の視点は、BSC導入期は他の視点とほぼ同じ指標数であるにも拘わらず、BSC定着後は最終的に病院事業庁および各病院のすべてで最少割合となっている（図表9参照）。

図表9 視点ごとの割合



この点、BSCの導入期から定着期において、顧客の視点または内部プロセスの視点が重視されているが、病院にどのような効果があったであろうか。年度ごとにその戦略目標は変化するので、経年比較で評価しにくいですが、年度を通じて同じ戦略目標であった代表的なものについて、その効果を

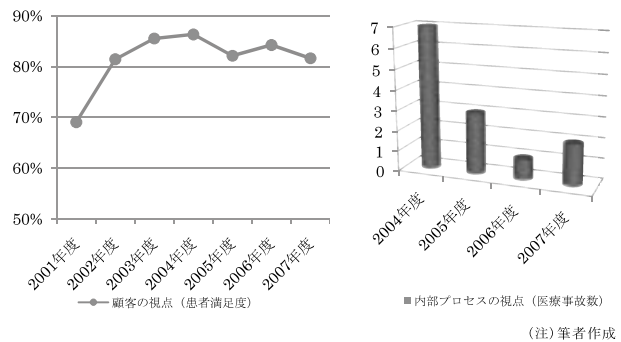
みてみる。

病院事業庁BSCでは、2002年度から2007年度を通じて、顧客の視点の中の重要成功要因として「患者満足度の向上」がある。その業績評価指標は「患者満足度」（親しい家族・友人へ当院を紹介するかという入院・外来患者へのアンケート）である。BSC導入前の2001年度は69.0%であるが、2007年度には81.6%に上昇している。

また、2004年度から、内部プロセスの視点の中の重要成功要因として「リスクマネジメントの確立・実践」がある。その業績評価指標は「医療事故数」である。2004年度は7件、2005年度は3件、2006年度は1件、2007年度は2件と減少傾向にある。

このように、顧客の視点または内部プロセスの視点を重視したことは、その細分化された目標を達成すべく努力した成果として表れている。

図表10 顧客の視点（患者満足度） 内部プロセスの視点（医療事故数）



一方で、BSC導入による財務の効果は、それほど目立たない。病院事業庁BSCでは、2002年度から2007年度を通じて、財務の視点の中の重要成功要因として「経常利益の確保」がある。その業績評価指標のひとつは「経常収支比率」である。BSC導入前の2001年度は95.6%、BSC導入後の2002年度は101.1%、2003年度は102.1%、2004年

図表11 財務の視点（経常収支比率）



度は97.4%、2005年度は99.6%、2006年度は94.6%、2007年度は94.9%となっており、2004年度以降は目標に達していない。

病院事業庁BSCのフォームは、前述のように、非営利法人であることに鑑み、顧客の視点が最上位に来ている。しかし、戦略マップ上では、4つの視点の因果関係を表す矢印が、学習と成長の視点→内部プロセスの視点→顧客の視点→財務の視点と、最終的に財務の視点に向かっている。上記の結果は、内部プロセスの視点→顧客の視点は効果が出ているものの、最終的な財務の視点には効果が出ていないことになる。診療報酬の引き下げなどの影響があることも考えられるが、三重県立病院では、非財務指標の成果が財務指標の成果へと結び付けられていないといえる。

5 まとめ

三重県立病院でのBSC導入期は、病院事業庁主体により作成されたBSCで、財務の視点も重視したものであった。その後、BSC定着期で各病院・部門の現場主体で作成されるようになったBSCでは、顧客の視点や内部プロセスの視点が重視され、医療の質は向上したが、財務的な効果はみられない。医療の専門家集団が現場主体で作成するため、顧客の視点や内部プロセスの視点が重視され、財務の視点が軽視されがちなことは必然であった。

もっとも、中長期的な視点（顧客の視点・内部プロセスの視点）と短期的な視点（財務の視点）は、時間軸が異なるため、顧客の視点・内部プロセスの視点の効果が即座に財務の視点の効果として表れるわけではない。戦略マップ上の因果関係の妥当性を判断するのに、時間軸の異なる両者の視点を短期で判断するのは困難である。

三重県立病院の戦略マップが、最終的に財務の視点に向かっている以上、顧客の視点や内部プロセスの視点での効果が、財務の視点と因果関係で結ばれ、効果が表れるようにすることが今後の課題となる。

【注釈・引用文献】

- 1 岡本清・廣本敏郎・尾畑裕・挽文子『管理会計』中央経済社、2003年、p.214
- 2 Robert S.Kaplan and David P.Norton “The Balanced Scorecard : Measures that Drive Performance” Harvard Business Review、

Vol.70, No.1、1992年、pp.71-72

- 3 H.Thomas Johnson and Robert S.Kaplan “Relevance Lost : The Rise and Fall of Management Accounting” Harvard Business Scholl Press、1987年（鳥居宏史訳『レレバンス・ロスト-管理会計の盛衰-』白桃書房、1992年）の中で頻繁に使われている。
- 4 高橋淑郎教授は、ドラッカー・方針管理（日本）・TQC/TQM（日本）・アメリカ的なCQI・ABC（因果関係を見る）・マルコムボルドリッジ賞・コーポレートスコアカードなどが影響していると指摘されている。日本医療バランスト・スコアカード研究学会編『医療バランスト・スコアカード導入のすべて』生産性出版、2007年、p.31
- 5 Robert S.Kaplan and David P.Norton “THE STRATEGY-FOCUSED ORGANIZATION” Harvard Business Scholl Press、2001年（櫻井通晴監訳『キャプランとノートンの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社、2001年、p.18）
- 6 月刊『ガバナンス』No.36、ぎょうせい、2004年、p.75
- 7 高橋淑郎監修、日本能率協会総合研究所編『病院価値を高めるバランスト・スコアカード-BSC推進者のための実践ガイドブック-』メデイカル・パブリケーションズ、2005年、p.17
- 8 病院BSCでは、顧客の視点は患者の視点と呼称することが多い。
- 9 三重県病院事業庁『第2次三重県病院事業経営健全化計画』2002年、p.5
- 10 三谷嘉章（聖路加国際病院総務課）「聖路加国際病院の事業計画策定におけるBSCの活用」『医療バランスト・スコアカード研究Vol.1.1』日本医療バランスト・スコアカード研究学会、2004年、p.44
- 11 『同上書』p.44
- 12 櫻井通晴『企業価値を創造する3つのツールEVA・ABC・BSC』中央経済社、2002年、p.128
- 13 高橋淑郎編著『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版、2004年、p.43
- 14 櫻井通晴『前掲書』p.127で引用されており、原文は飯塚悦功監修、長田洋編著『TQM時代の戦略的方針管理』日科技連、1996年、p.9
- 15 荒井耕『医療バランスト・スコアカード』中央

- 経済社、2005年、p.101
- 16 高橋淑郎編著『前掲書』 p.42
 - 17 Robert S.Kaplan and David P.Norton “前掲書”
(櫻井通晴監訳『前掲書』 p.293)
 - 18 山本浩和（前三重県病院事業庁総括室長）編
『各科対応16シートBSC記載事例集』日総研出版、2007年、p.62
 - 19 三重県病院事業経営健全化推進本部『三重県病院事業経営健全化推進プラン』1998年を見ると、定量的数値がなくとりあえず項目が挙げられているものや、複数の指標が同一の目標値となっているものもあり、大雑把な感もある。
 - 20 三重県では、この当時、県立病院だけでなく全庁をあげて「目標管理型行政システム」の構築を目指していた。吉村裕之『三重県の行政システムはどう変化したか』三重中京大学地域社会研究所叢書7、2006年、pp.131-133を参照されたい。
 - 21 三重県病院事業庁『三重県病院事業経営健全化計画取組成果報告』2002年、p.3
 - 22 荒井耕『前掲書』 p.102
 - 23 三重県病院事業庁『前掲書（注釈9）』 p.14

【参考文献】

- ・ 荒井耕『医療原価計算』中央経済社、2007年
- ・ 「医療バランスト・スコアカード研究」編集委員会『医療バランスト・スコアカード研究Vol 2.1』日本医療バランスト・スコアカード研究学会、2006年
- ・ 自治体病院経営研究会編『自治体病院経営ハンドブック第15次改定版』ぎょうせい、2008年
- ・ 羽生正宗『財務的視野によるバランスト・スコアカードを活かした病院経営』日総研出版、2006年
- ・ 三重県立病院事業庁『平成19年度三重県立病院概要』2007年
- ・ Dawn Vonderheide-Liem, RN, MAN, CPHQ and Bud Pate, REHS “Applying Quality Methodologies to Improve Healthcare” HCPro. Inc. 2004年
- ・ Robert S.Kaplan and David P.Norto “STRATEGY MAPS” Harvard Business Scholl Press, 2004年（櫻井通晴他監訳『戦略マップ』ランダムハウス講談社、2005年）

