

学籍番号：CD122004

医療機関におけるバランスト・スコアカードの
活用状況と効果に関する実証研究
(要 旨)

大学院商学研究科
博士後期課程 会計・金融専攻
渡邊 亮

目次

目次	・・・	(1)
第1章 序論		
第1節 研究の背景と目的	・・・	(3)
第2節 本論文の構成	・・・	(4)
第2章 医療機関におけるマネジメントの特徴		
第1節 非営利組織としての医療機関	・・・	(6)
第2節 日本の医療経営を取り巻く環境	・・・	(13)
第3章 先行研究レビュー		
第1節 バランスト・スコアカードの効果検証	・・・	(23)
第2節 日本の医療機関におけるバランスト・スコアカードの 活用と効果	・・・	(40)
第4章 医療機関におけるバランスト・スコアカード活用と効果の定性的調査		
第1節 バランスト・スコアカード活用と効果に関する調査の 意義と概要	・・・	(45)
第2節 インタビュー調査に基づく医療機関における バランスト・スコアカードの事例	・・・	(46)
第3節 考察	・・・	(68)
第5章 医療機関におけるバランスト・スコアカード活用と効果の定量的調査		
第1節 アンケート調査に基づく医療機関における バランスト・スコアカードの活用と効果	・・・	(73)
第2節 バランスト・スコアカードの効果にその運用状況や 組織特性が与える影響	・・・	(84)

第6章 結論と今後の展望

第1節	本論文の結論	・・・(90)
第2節	本論文の貢献	・・・(91)
第3節	課題と今後の展望	・・・(92)

参考文献

欧文著書・論文	・・・(93)
和文著書・論文	・・・(98)

Appendix.1

Appendix.2

謝辞

第 1 章 序論

第1節 研究の背景と目的

世界に例を見ない急激な高齢化と医療の高度化に伴い、日本における社会保障費は増大の一途をたどっており、平成 25 年度には 29 兆円(予算)を超えて一般会計の 30%以上を占めている。長引く景気の低迷によって政府は財政再建の必要に迫られ、社会保障費の増加を抑制する取り組みを進めている。日本の医療にかかる費用は診療報酬点数という形で国が定める公定価格である。診療報酬点数は、1985 年ずっと右肩上がりだったが、バブル崩壊後 2002 年には薬剤費を除く医療費本体部分でもマイナス改定となり、その後も改定率は低い水準で推移している。

診療報酬が右肩上がりであった時代には、医療機関の経営環境は安定的であったが、医療費の抑制に加えて、高度医療機器や情報システムなどの導入、より安全な医療提供環境に対する要請などもあり、1990 年中盤以降、医療機関の経営環境は悪化しつつある。また 2003 年には、診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度（DPC/PDPS）が大学病院本院に導入され、その後急性期病院を中心として拡大、現在では 1500 を超える病院で導入されている（厚生労働省, 2014）。DPC/PDPS では、患者に提供された医療サービスの明細が可視化されることで病院間での医療内容に対する差異などを比較したり、医療の質を測定することが容易になるため、医療の質を継続的に改善する取り組みが求められるようになった。一方、今までは個々の医療サービス毎に診療報酬が支払われていた(出来高支払制度)のに対して、DPC/PDPS では疾病毎に 1 日当たりの診療報酬が定められ(1 日当たり定額制)、手術などを除く検査・処置などは包括されることになった。

このような劇的な経営環境の変化に伴って、今まであまりマネジメントの視点が重要視されてこなかった医療機関に於いても、原価計算をはじめとした管理会計的手法を導入する病院が増えており(荒井, 2009)、2012 年時点で DPC/PDPS を導入している病院の約 50%で診療科別等の部門別原価計算を実施しているという調査報告もある(荒井・他, 2013)。しかし非営利組織である医療機関では、一般に財務的な視点を重視することに対する抵抗感が根強く、むしろ医療の質など臨床的な指標の管理が重視されてきた。一方、一般の営利企業でも、財務指標によってのみ業績を評価することの弊害から、非財務指標も含んだ多

面的な視点を包含するマネジメント・システムとしてバランスト・スコアカード(Balanced Scorecard; BSC)が Kaplan and Norton (1992)によって提唱され、日本でも BSC を導入する企業が増加した。医療機関においても、先進的な病院では 1998 年頃から BSC の導入が見られるようになった。医療の質など非財務的側面を重要視する病院にとって、多様な業績側面を総合的に評価する BSC の相性が良いと考える者も多い。

医療機関における BSC の活用については、個々の導入病院におけるケーススタディを中心に様々な報告がある。しかし、日本の病院における BSC の導入状況や活用について体系的に調査・研究を行ったものは限られている。また、医療機関によっては、Kaplan and Norton(1992)が提唱する BSC とは異なる形態—例えば戦略マップが作成されていなかったり、戦略目標間の因果関係が十分に検討されていなかったり—で、実態としては評価指標スコアカードに近い形態で運用されているケースが見受けられ、その利用実態には様々な特性があることが窺える。また、BSC を医療機関に導入した効果に関して定量的に検証を行った研究は世界的に見ても少なく、また国の文化によっても BSC がもたらす効果は異なる可能性がある。そこで本論文では、日本の医療機関における BSC の活用状況に関する基礎情報を収集した上で、医療機関における BSC 活用の効果や有用性、BSC 活用の課題について定量的・定性的に検証することを目的とする。

この研究を通じて、BSC をはじめとしたマネジメント・システムが医療機関で適切に活用され、医療機関のマネジメントの質向上に繋がり、ひいては医療の質向上に資することがあれば幸いである。

第2節 本論文の構成

本論文は全 6 章から構成されており、医療機関における BSC の活用状況と効果に関して明らかにすることを目的としている。

第 2 章では、本論文が医療機関における BSC を取り上げる背景として、医療機関におけるマネジメントの特徴について明らかにする。医療機関は非営利組織と言うだけではなく、産業自体に様々な特性が存在している。そこで、まず医療機関を取り巻く環境や背景について説明した上で、医療機関のマネジメントの特徴と課題について指摘する。

第 3 章では、2 種類の先行研究レビューを行う。本研究では医療機関における BSC の効果検証を行うが、過去に BSC の効果検証がどのような方法で行われ、どのような結果を導

いているかについてシステマティック・レビューを行い、続いて日本の医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用と効果に関する先行研究についてまとめる。

第4章では、日本の医療機関におけるBSCの活用状況とその効果について明らかにするために実施した、5つの医療機関に対するインタビュー調査の結果について示し、定性的にBSCの活用状況と効果について考察を行う。

第5章では、同じく日本の医療機関におけるBSCの活用状況とその効果について明らかにするために、DPC/PDPS病院を対象として行ったアンケート調査に基づいた定量分析の結果を示し、定量的にBSCの活用状況と効果について考察を行う。

第6章では、第5章までの議論を総括した上で、本研究から得られた知見をまとめて結論を述べ、本論文の貢献について示す。最後に、本研究に残された課題と今後の展望について述べて本論を結ぶ。

第2章 医療機関におけるマネジメントの特徴

第1節 非営利組織としての医療機関

1.1 医療機関の開設者に対する非営利性の要求

日本では大半の医療機関が非営利組織と認識されており、実際に医療法第七条第五項では「営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第一項の許可を与えないことができる」として、病院・診療所・助産院の開設主体が営利を目的とする場合、開設を不許可とする可能性を明記している。同規定の実際の運用では、より厳格に開設主体の営利性が問われており、平成5年2月3日総第5号指第9号健康政策局総務課長・指導課長連名通知(以下、「厚生省平成5年課長通知」という。)(最終改正平成24年3月30日)の中で、実質的に医療機関の開設者が営利を目的とするものでないことを求めている。この通知では医療機関の開設許可を与える衛生主管部長に対して、開設主体の非営利性について

- (1) 医療機関の開設主体が営利を目的とする法人でないこと。
ただし、専ら当該法人の職員の福利厚生を目的とする場合はこの限りでないこと。
- (2) 医療機関の運営上生じる剰余金を役職員や第三者に配分しないこと。
- (3) 医療法人の場合は、法令により認められているものを除き、収益事業を営営していないこと。
- (4) 営利法人が福利厚生を目的とする病院の開設許可を行う場合及び医師でない個人に対し病院の開設許可を行う場合は、事前に当職まで協議すること。

の4項目を確認するように求めている。

医療機関が非営利性を要求される理由として、田中(2006)は「医療法人に公益性を要求する理由は、日本の全住民が参加する医療保険制度から費用の大半を獲得しているからである」と指摘している。医療保険から獲得する費用の他にも、生活保護法に基づく医療扶助や乳幼児医療費助成など、直接国や地方自治体の条例に基づいて公費により負担される医療も存在することから、非営利性・公益性が求められている。

1.2 非営利組織の定義

そもそも非営利組織の定義には様々なものがあるが、例えば Anthony & Young(2003)は、非営利組織を「組織の所有者のために利益を獲得する以外の目的を有する組織」としている。一方でアメリカ会計学会のフリーマン委員会は non-profit と not-for-profit を区別しており、non-profit の中で not-for-profit に該当しないケースを指摘し、not-for-profit の組織の定義として以下の4点を挙げている。

- ・ 意図的あるいは意識的な利益に対する動機がない
- ・ 持分や支配権の個人的・独立的な所有がない
- ・ 持分が売られたり、やり取りされない
- ・ 出資者や支援者に対して、定期的にも不定期的にも直接的・比例的な金銭的利益配分がない

Hansmann (1980)は、非営利組織の本質として、「純利益の配分が禁止されている組織」としている。ただし、利益を獲得すること自体が非営利組織に禁じられているのではなく、あくまでも利益配分の禁止ということである。その上で Hansmann は非営利組織の形態を資金調達の方法(financing)と支配

		支配	
		相互型 (mutual)	企業家型 (entrepreneurial)
資金調達	寄附型 (donative)	(I) 寄附型 相互型	(II) 寄附型 企業家型
	商行為型 (commercial)	(III) 商行為型 相互型	(IV) 商行為型 企業家型

※Hansmann(1980)をもとに著者作成

図表2-1

配(control)の点から分類している。資金調達方法による分類としては、主に「寄附」から収益を得る組織(donative)と、主に「商行為」から収益を得る組織(commercial)が考えられ、前者の例としては赤十字社(Red Cross)等の組織を、そして後者の例として医療機関(hospitals)を挙げている。支配による分類としては、組織の寄附者や会員などが支配する「相互型」組織(mutual)と、寄附者や会員などからの支配を受けずに永続的な理事会をしばしば構成する「企業家型」組織(entrepreneurial)とが考えられ、前者の例としてメンバーから理事長を互選で選出するカントリークラブを、後者の例として大半の医療機関を挙げている。

る。この2次元によって Hansmann は非営利組織を4つのカテゴリーに分類しており(図表2-1)、この分類に依れば、日本の医療機関の多くは(IV)の商行為型・企業家型に分類される。

1.3 医療機関の開設主体と非営利性について

医療機関の開設主体には非営利性という制約が求められているが、その点を除くと開設主体の法人種別に制約はなく、医療機関の開設主体は様々である。医療法第31条では、都道府県など地方自治体が開設する医療機関に加えて、日本赤十字社・済生会・国民健康保険団体連合会などが開設する医療機関を公的医療機関と定めているが、その他の開設主体としては国・社会保険関係団体に加えて医療法人やその他

図表2-2 医療機関施設数(施設種別)

施設種別	施設数
・病院	
一般病院	7,474
精神科病院	1,066
計	8,540
・一般診療所	
有床診療所	9,249
無床診療所	91,279
計	100,528
・歯科診療所	
有床歯科診療所	37
無床歯科診療所	68,664
計	68,701
総数	177,769

出典：平成25年医療施設調査(厚生労働省)より著者作成

の法人が挙げられる。これらの開設主体間で非営利性には差が見られる。

国・社会保険関係団体や公的医療機関などの開設主体は、Anthony & Young(2003)の非営利組織の定義、フリーマン委員会による not-for-profit の組織の定義に合致し、さらに Hansmann (1980)の非営利組織の本質にも当てはまることは論を俟たない。

一方、平成25年医療施設調査によると、日本の8,540病院(2013年)のうち約67%を占める開設主体が医療法人である(図表2-2, 図表2-3)。医療法人とは医療法を根拠法とする社団または財団であるが、社団は出資持分の定めがある(持分あり)法人と出資持分の定めのない(持分無し)法人に分類される。以前は出資持分に関して定款で定めること、つまり解散

時の残余財産の分配が可能な出資持分あり法人の設立が認められていた。しかし、この点
はかねてから実質的な剰余金の配当にあたることが指摘されており、厚生労働省の「医業
経営の非営利性等に関する検討会」がまとめた報告書の中では、社団医療法人について「出
資持分の定めのない法人へ移行し、『非営利性』を徹底しつつ、『医療の永続性・継続性』
の確保を図る方向に沿って対処することが望ましい」と結論づけた(厚生労働省, 2003)。そ
の結果、平成 19 年に施行された第 5 次医療法改正によって、持分あり法人の設立は認めら
れなくなった。だが平成 19 年以前に設立された医療法人で持分の定めがある法人について
は当分の間経過措置が取られることになっており、平成 26 年 3 月 31 日現在、全 49,889 医
療法人のうち依然として 41,476 法人(83.1%)が持分あり法人であり¹、持分無しに移行する
医療法人は限られている(厚生労働省, 2010)。

つまり、出資持分ありの社団医療法人について、その非営利性について検討すると、
Anthony & Young(2003)の非営利組織の定義や Hansmann (1980)の非営利組織の本質に該
当せず、フリーマン委員会の not-for-profit の定義以前に non-profit の定義にも合致しない
可能性がある。つまり、医療法人の大半は、非営利性が必ずしも強くない法人であると考
えられる。

¹ 厚生労働省「医療法人数の推移」『医療法人・医業経営のホームページ』

図表2-3 開設者別病院数・病床数

開設者	病院数		病床数	
	合計	うち 一般病院	合計	うち 一般病床
国				
厚生労働省	14	14	5,782	5,782
独立行政法人国立病院機構	144	141	55,385	48,143
国立大学法人	48	48	32,626	30,668
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	34	13,072	13,060
国立高度専門医療研究センター	8	8	4,376	3,944
その他	25	25	3,805	3,104
小計	273	270	115,046	104,701
公的医療機関				
都道府県	212	186	56,682	45,322
市町村	667	662	143,252	125,231
地方独立行政法人	78	69	29,824	25,548
日赤	92	92	36,880	34,913
済生会	79	78	22,035	20,052
北海道社会事業協会	7	7	1,862	1,234
厚生連	107	104	34,325	29,841
小計	1,242	1,198	324,860	282,141
社会保険関係団体				
全国社会保険協会連合会	48	48	12,926	12,537
厚生年金事業振興団	7	7	2,738	2,516
船員保険会	3	3	786	786
健康保険組合及びその連合会	10	10	2,107	1,948
共済組合及びその連合会	46	46	14,755	13,794
国民健康保険組合	1	1	320	320
小計	115	115	33,632	31,901
公益法人	312	257	73,876	40,318
医療法人	5,722	4,812	854,932	314,460
私立学校法人	109	107	55,158	52,597
社会福祉法人	193	182	34,001	22,469
医療生協	85	83	14,218	10,755
会社	59	59	12,514	11,802
その他の法人	110	99	24,756	15,467
個人	320	292	30,779	10,769
総数	8,540	7,474	1,573,772	897,380

出典：平成25年医療施設調査(厚生労働省)より著者作成

ただし、医療施設調査によれば、いわゆる急性期医療を提供する一般病床約 89 万 7 千床(平成 25 年 10 月 1 日現在)のうち、医療法人が開設する医療機関が提供する病床は約 31 万 4 千床(35.0%)にすぎない(図表 2-3)。医療法人が開設する医療機関は、相対的に診療所や規模の小さな病院が多く、一方で規模が大きな(病床数が多い)医療機関は、医療法人以外の開設主体(国立病院や公的病院など)によるものが多いためである(図表 2-4)。また、急性期医療を提供する医療法人のなかには、出資持分のないことが必要な社会医療法人の割合も多いと考えられ、相対的に出資持分のない医療法人の割合が高い、つまり非営利性が高い法人が多いことが想定される。

1.4 小括

本節では、医療機関の非営利組織としての位置づけについて概観してきた。日本において、原則として医療機関は非営利性が求められているものの、非営利組織の定義には幾通りもの定義が存在することが分かった。しかし、いくつかの非営利組織の定義に共通する点が、利益配分の禁止である。一方で、平成 19 年に施行された第 5 次医療法改正以前には、解散時に残余財産の分配が可能な「出資持分あり」の医療法人社団を設立することが認められており、実質的には利益配分が可能と考えられる。従って、出資持ち分のある医療機関については、非営利性が希薄であると言えよう。

第 5 次医療法改正で出資持分のある法人設立は禁止され、出資持分のある既存の法人についても厚生労働省は出資持分無しに移行することを推奨しているものの、平成 26 年末時点では経過措置が適用されており、依然として 8 割を超える医療法人では出資持分がある。

ただし病院の病床の中でも、急性期医療を提供する「一般病床」に占める、医療法人の病床数は全体の 35%に限られる。これは、医療法人が運営する病院の病床規模が相対的に小さいことが影響している。逆に病床規模が相対的に大きい病院では、公的病院等の割合が多く、また医療法人の中でも出資持分が禁じられている社会医療法人が多いと考えられ、比較的規模の大きな病院については、非営利性の高い組織が多いことが示唆される。

図表2-4 一般病院病院数(開設者別・病床規模別)

開設者	病床規模											総数		
	～29床	～39	～49	～99	～149	～199	～299	～399	～499	～599	～699		～799	～899
国	1	1	1	13	10	12	35	58	50	26	34	11	9	270
割合	0.4%	0.4%	0.4%	4.8%	3.7%	4.4%	13.0%	21.5%	18.5%	9.6%	12.6%	4.1%	3.3%	100.0%
公的	9	27	40	222	152	142	151	173	116	83	39	21	13	1,198
医療機関	0.8%	2.3%	3.3%	18.5%	12.7%	11.9%	12.6%	14.4%	9.7%	6.9%	3.3%	1.8%	1.1%	100.0%
社会保険 関係団体	0	0	2	4	6	24	31	23	14	7	2	1	1	115
割合	0.0%	0.0%	1.7%	3.5%	5.2%	20.9%	27.0%	20.0%	12.2%	6.1%	1.7%	0.9%	0.9%	100.0%
公益法人	1	1	7	49	39	49	50	32	15	5	5	1	1	257
割合	0.4%	0.4%	2.7%	19.1%	15.2%	19.1%	19.5%	12.5%	5.8%	1.9%	1.9%	0.4%	0.4%	100.0%
医療法人	85	243	400	1,608	919	746	448	225	74	37	11	6	2	4,812
割合	1.8%	5.0%	8.3%	33.4%	19.1%	15.5%	9.3%	4.7%	1.5%	0.8%	0.2%	0.1%	0.0%	100.0%
私立 学校法人	6	5	4	5	3	6	7	11	11	11	6	4	3	107
割合	5.6%	4.7%	3.7%	4.7%	2.8%	5.6%	6.5%	10.3%	10.3%	10.3%	5.6%	3.7%	2.8%	100.0%
社会 福祉法人	1	2	6	50	46	34	20	9	8	3	1	1	0	182
割合	0.5%	1.1%	3.3%	27.5%	25.3%	18.7%	11.0%	4.9%	4.4%	1.6%	0.5%	0.5%	0.0%	100.0%
医療生協	1	0	2	15	26	18	11	8	2	0	0	0	0	83
割合	1.2%	0.0%	2.4%	18.1%	31.3%	21.7%	13.3%	9.6%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
会社	0	0	1	20	10	9	3	8	4	2	1	0	0	59
割合	0.0%	0.0%	1.7%	33.9%	16.9%	15.3%	5.1%	13.6%	6.8%	3.4%	1.7%	0.0%	0.0%	100.0%
その他の 法人	2	0	2	22	14	23	16	7	7	1	1	1	2	99
割合	2.0%	0.0%	2.0%	22.2%	14.1%	23.2%	16.2%	7.1%	7.1%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	100.0%
個人	15	42	55	110	29	19	10	7	3	0	0	2	0	292
割合	5.1%	14.4%	18.8%	37.7%	9.9%	6.5%	3.4%	2.4%	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	100.0%
総数	121	321	520	2,118	1,254	1,082	782	561	304	175	100	48	31	7,474
割合	1.6%	4.3%	7.0%	28.3%	16.8%	14.5%	10.5%	7.5%	4.1%	2.3%	1.3%	0.6%	0.4%	100.0%

出典：平成25年医療施設調査(厚生労働省)より筆者作成

第2節 日本の医療経営を取り巻く環境

2.1 我が国の医療提供体制の特徴

戦後の日本は急速な経済成長と共に、平均寿命も急激に改善し、1980年以降は世界でも長寿な社会を謳歌している。その要因として Ikeda et al. (2011)は、公衆衛生環境の改善による感染性疾患による死亡率の低下、非感染性疾患に対する1次・2次予防対策の推進による死亡率の低下、文化的背景や所得格差・健康格差の低下による死亡率の低下を指摘している。このうち所得格差・健康格差については、1990年代のバブル崩壊に端を発した長期不況によって、格差の拡大傾向が懸念されているものの(Kagamimori, Gaina, & Nasermoaddeli, 2009; Watanabe & Hashimoto, 2012)、依然として日本は最長寿国家の一つである。

非感染性疾患に対する1次・2次予防対策の推進に大きく関与しているのが国民皆保険制度である。日本は1961年までに、ほぼ全国民が原則として被用者保険制度または国民健康保険制度のいずれかの公的保険制度によって医療保険が適用された。その後様々な制度の改定があったものの、現在でもこれら保険制度及び75歳以上が加入する後期高齢者医療制度(2008年導入)のいずれかによりほぼ全ての国民が医療保険に参加している。このような国民皆保険制度のメリットとして、島崎(2005)は「疾病リスクの相違や所得の多寡にかかわらず国民誰もが一定の自己負担で医療にアクセスできることにある」として、国民皆保険が日本国民の医療に対するアクセシビリティを担保していることを指摘している。

医療に対するアクセシビリティの観点で言及されるのは、日本の保険医療制度ではフリーアクセスが保証されてきたという点である。田中(2006)はフリーアクセスの意味について「患者も、時に提供者も、フリーアクセスを『好きな医療機関に行ける』と理解してきた」としている。例えば英国の公的医療は、財源の大部分が租税に基づいた国営保健サービス(National Health Service, NHS)の元、全住民の医療費は原則として無料で提供されている反面、治療初期は予め登録したGP(家庭医, General Practitioner)の診察を受ける必要があり(救急サービスを除く)、高次医療機関や専門医を直接受診することは出来ない(尾形, 2006)。これに対して日本では、無床診療所にせよ大学病院にせよ、基本的にどの医療機関を受診することも制限されない。しかし厚生労働省は近年、医療資源の有効活用や質の高い医療を提供するために医療機関の機能分化と連携を推進しており(厚生労働省, 2012)、田中(2006)は、フリーアクセスを「『医療システムへのアクセスがバリアフリーであ

る』と理解する方が正しい」と指摘している。

田中 (2006)はまた、日本における医療提供体制のもう一つの特徴として、いわゆる「自由開業制」を挙げている。自由開業制とは、無床診療所であれば原則として「届け出によってどこでも開業できる」ことを指している(田中, 2006)。このシステムにより、明治維新や第二次世界大戦以降に極めて厳しい財政状態であった国・自治体が変わって、民間の医療機関による医療供給が促進されたと考えられている(西田, 2001)。

一方、高度成長期を経た日本では、入院病床数の供給が急速に進み、1980年代半ばまでに病床の量的な充足が達成された一方で、地域的な偏在や医療機能の分担の不明確さ、また過剰な病床配置が懸念されるようになった(厚生労働省, 2007)。この問題に対応するため、1985年に医療法が改正され、現在では「医療計画」の策定が義務づけられている。当初の医療計画で策定が求められていたのは圏域ごとの病床数上限を示した「必要病床数」とその圏域を示す「医療圏²」のみであったという(池上, 2006)。しかし今日では、医療サービスの需要拡大や多様化に伴い医療機能の分化や医療機関間・医療介護間での連携の促進が要請されており、都道府県が策定を求められる医療計画では、疾病構造・病床機能を踏まえ、特に5疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患)・5事業(救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・小児医療)・在宅医療については、必要となる医療機能を定めた上、各機能を担う医療機関を明示することが求められている。

2.2 診療報酬制度

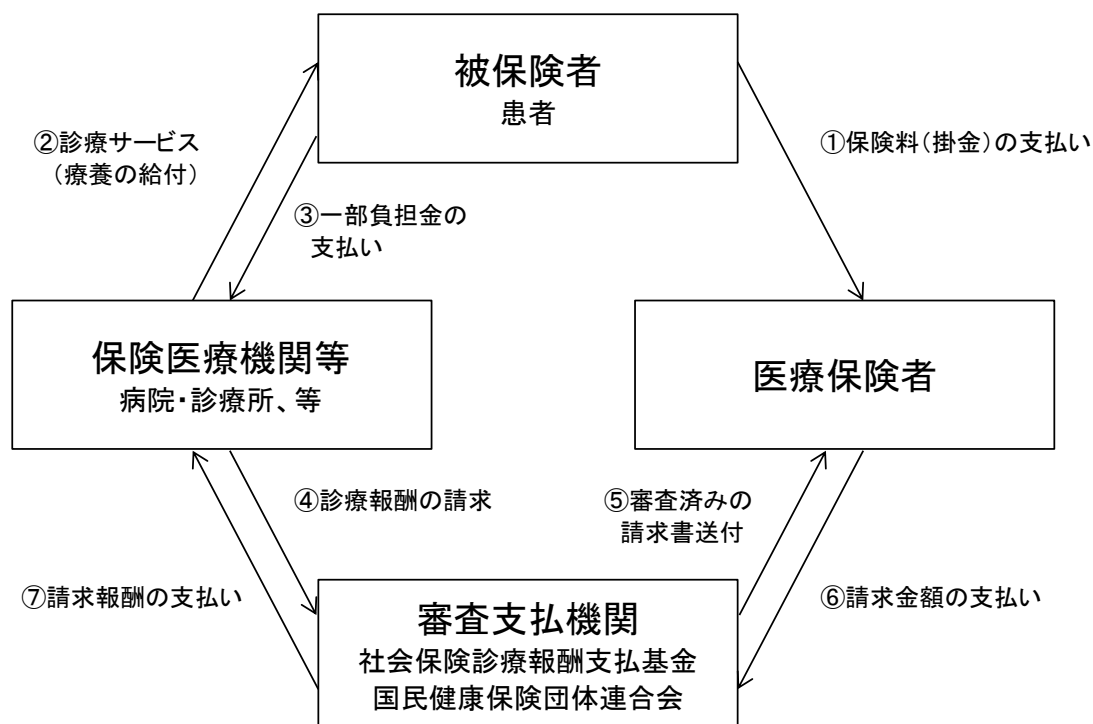
国民皆保険制度の下、大半の医療機関は保険医療機関として公的保険制度加入者に対する医療を提供している。保険医療機関が提供する医療技術・サービス・物(医薬品)の対価は診療報酬と呼ばれ、個々の技術・サービス・物はそれぞれ点数化されている。この点数は厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえて決定し、厚生労働大臣の告示として定められており、個別の点数は告示の別表(通称「診療報酬点数表」)に記載されている。2015年1月現在、診療報酬点数は1点10円として計算されている。診療報

²医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を都道府県が定めることを求められている。二次医療圏とは一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定される。また三次医療圏とは、都道府県の区域を単位として設定する。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。平成22年現在、二次医療圏は349、三次医療圏は52存在する(厚生労働省, 2012b)。

酬点数は2年に1度見直しが行われるが、その改定に当たっては、全体の改定率を内閣が決定し、「診療報酬改定に係る基本方針」を厚生労働省の社会保障審議会の各部会等が定め、その方針に基づいて中医協が具体的な診療報酬の設定に係る審議を行うこととされている(厚生労働省, 2005)。

保険医療機関は、以上のプロセスを経て定められた診療報酬に沿って医療費の請求を行うことになる。すなわち、医療提供に係る費用は全て公定価格として定められているということである。遠藤(2005)は理論的・実証的に、公定価格に基づく資源配分の非効率性を指摘する一方、「①公的医療保険により患者の自己負担が軽減されていること、②医師と患者間の医療に関する情報の非対称性によって、『市場』に委ねた結果形成された価格が効率的な資源配分を導くとは言えない」点を挙げ、価格メカニズムの補完と政策誘導という公定価格化の機能が、政策的に重要な意味を持つことを示している。

図表2-5 保険診療の概念図



出典:厚生労働省「保険診療の概念図」『我が国の医療保険について』

保険医療機関が患者に対して提供した医療技術・サービス・物に対する診療報酬の支払いは、患者が支払う一定の一部負担金(一般の被保険者は30%)を除いて、医療保険者から審査支払機関を経て支払われる(図表2-5)。一部負担分を除く診療報酬について、保険医療

機関は患者毎に診療報酬明細書(レセプト)を作成し、月単位で審査支払機関に提出して請求を行う。審査支払機関は請求内容について詳細なチェックを行い、その結果及び請求書を保険者に報告、請求に対する了承をした保険者は審査支払機関に請求金額を支払った後、審査支払機関が保険医療機関に診療報酬請求を支払う。保険医療機関が請求した内容について審査支払機関及び保険者が納得できない点がある場合は、保険医療機関に差し戻される(「返戻」と呼ばれる)。この一連のプロセスには約2ヶ月を要し、売上債権の回収に時間を要する一方、貸倒れのリスクは極めて低いことが特徴である(西田, 2001)。

日本では診療報酬の支払方式として主に出来高払制を採用してきた。出来高払制とは、提供サービス量に応じて支払いが行われる方式であり、医療提供者にとって財務的にはサービスの最大化というインセンティブが働く。医療提供者に与えるインセンティブは支払方式によって異なり、国や制度によって採用する支払方式は様々である。Schneider(2007)によると、支払方式が与えるインセンティブは図表 2-6 のようにまとめられるという。

図表2-6 診療報酬支払い方式毎の医療提供者に与える財務的インセンティブ

支払い方法	医療提供者に与える財務的インセンティブ
○プライマリケア	
項目別予算制	病床数・スタッフ等を増やし予算を使い切る
出来高払制	患者あたりサービス提供を増やす
性年齢調整人頭制	予算内で治療を行うか、最悪の場合は低水準の治療を提供し、ハイリスク患者を制限して専門医・病院に紹介する
出来高払い・人頭割混合制	予算内で治療を行い、出来高で支払われるサービスを増やす
給与制	医師の生産性と責任を低下させる。医療の質・患者満足・サービス量の増加に繋がる財務的インセンティブは何もない
質に基づく支払制	医療の質指標を高める医療サービスを増やす
○病院ケア	
項目別予算制	スタッフ数・病床数等を増やし、入院数を減らす。病床稼働率を低く維持するが、在院患者の平均在院日数は伸ばし、ハイリスク/集中治療が必要な患者は他医に紹介する
入院日数制	入院患者数を増やし、平均在院日数を伸ばす
1入院包括支払制	在院日数を低下させ、各患者へのケアの量を減らす
診断群別包括支払制	入院患者数を増やし、平均在院日数を短縮、ケースミックスの低い患者を選択する
総額予算制	総額予算内でサービスを提供する

出典: Schneider, 2007

2003年、特定機能病院（大学病院の本院など）等を対象として「診断群分類包括評価を用いた入院医療費の1日当たり定額支払い制度（DPC/PDPS）」が導入された。この制度は、急性期病院を中心に2014年末現在1500を超える病院で導入されている（厚生労働省，2014）。個々の提供サービス毎に医療費が支払われる出来高払制とは異なり、DPC/PDPSを導入する病院では入院医療に関して、疾患と治療行為の組み合わせで決定する診断群分類ごとに定められた1日当たりの定額報酬に、注射・処置・検査などの報酬が包括されるようになった。DPC/PDPSの制度下では1日1患者ごとの定額報酬で必要十分な治療を行うことが求められ、上記のSchneider（2007）に準じて医療提供者に与える財務的インセンティブを考えた場合、入院日数制・1入院包括支払制・診断群別包括支払制の特徴が入り交じったインセンティブが誘発されると考えられる。すなわち、「入院患者数を増やし、入院中の患者へのケアの量を減らし、ケースミックスの低い患者を選択する」ことが考えられる。ただし、在院日数に対するインセンティブについては、若干複雑である。DPC/PDPSの制度はDRG/PPSと異なり1入院当たりではなく1日当たりの点数が設定されており、その点は入院日数制と類似した制度となっている。しかし、DPC/PDPSの制度上、在院日数

が当該診断群分類の全国平均と比較して長くなると 1 日当たりの点数が低減する仕組みとなっていることから、在院日数の延長に対するインセンティブには歯止めが掛けられている。従って、DPC/PDPS の環境下では、新規入院患者の獲得可能性がない場合には平均在院日数を伸ばすインセンティブが働く可能性があるが、逆に新規入院患者の獲得可能性がある場合には、寧ろ平均在院日数を短縮して新たな入院患者を受け入れるインセンティブが働く可能性が高い。

2.3 規制産業としての医療

医療機関のマネジメントにおける最大の特徴は、医療が様々な規制を受ける産業であるということである。羽田 (2013)は、病院経営上の具体的な規制として経済的規制と社会的規制に分類した上で、前者の例として診療報酬が公定価格である点と非営利法人としての剰余金の配当禁止を、後者の例として医療計画に連動した病床の新設・増設に関する制限と専門職(医師・看護師等)による業務独占に加えて医療法人の理事長要件を挙げている。

医療法第十条では、病院・診療所の管理者について臨床研修等を修了した医師(歯科病院・診療所では歯科医師)に管理させることを規定している。同法では、医療機関の開設者に対する定めは特段設けていないが、医療法人については特に理事長について原則として「医師又は歯科医師である理事のうちから選出する(第四六条の三)」としており、但し書きで「都道府県知事の認可を受けた場合」のみ非医師・歯科医師の理事から選出することができるとしている。つまり病院長(管理者)に非医師が就任することはできず、医療機関を開設する医療法人の理事長も原則として非医師は就任できない。ただし昭和 61 年 6 月 26 日健政発第 410 号健康政策局長通知(最終改正平成 24 年 3 月 30 日)では、医療法第四十六条の三の但し書きで規定する非医師が理事長に就任するための都道府県知事の認可の要件として、「理事長が死亡し、又は重度の傷病により理事長の職務を継続することが不可能となった際に、その子女が、医科又は歯科大学(医学部又は歯学部)在学中か、又は卒業後、臨床研修その他の研修を終えるまでの間、医師又は歯科医師でない配偶者等が理事長に就任しようとするような場合」に加えて

- ① 特定医療法人又は社会医療法人
- ② 地域医療支援病院を経営している医療法人
- ③ 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う病院機能評価による認定を受けた医療機関を経営している医療法人

についても非医師の理事長就任の可能性を挙げている。また、上記 3 項目以外の医療法人であっても、「候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、適正かつ安定的な法人運営を損なうおそれがないと認められる場合」には、非医師の理事長が認可される可能性があるとしている。

このように、非医師が医療機関の経営責任者となることに対して高い障壁を置いていることについて、同通知では「医師又は歯科医師でない者の実質的な支配下にある医療法人において、医学的知識の欠落に起因し問題が惹起されるような事態を未然に防止しようとする」趣旨であると説明している。一方この定めには批判もあり、西田(2001)は「理事長の役割が医療法人の最高経営責任者であることを無視する結果となった(p.16)」こと、また「医師には医業の他に、他の先進国には見られないような医療施設の開設権と管理権についても独占を許すことになった」ことを指摘している。

このほかにも、医療機関のマネジメントには様々な制約が存在する。例えば医療法では医業等の業務等に対する広告について、患者等利用者保護の観点から様々な規制がされている。元々、医療広告は限定的に認められた事項を除いて原則として禁止されていたが、平成 19 年の医療法改正で、患者への情報提供を目的として広告規制が大きく緩和された。もっとも、広告可能な内容には引き続き規制があり、その詳細については同法改正に合わせて「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」が定められている。

2.4 日本の医療機関におけるマネジメントの特徴と課題

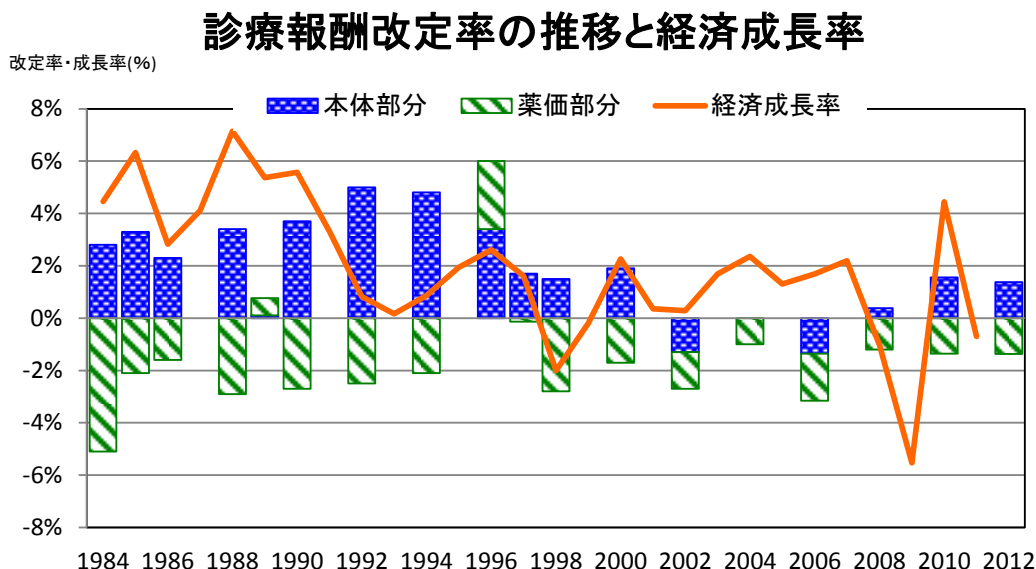
前項で示したとおり、医療機関の経営には様々な規制や制約が存在する。非営利組織として利益の再配分が認められていないこと、入院病床の増床や病床機能に関する制約が存在すること、医療機関の主たる収入である医療費は診療報酬という形で国の定める公定価格によっていること、そして医療施設の開設権者と管理者も原則として医師の業務独占となっていることである。

病院を開設する法人のうち、医療法人の理事長はほぼ全員が医師であり、病院の管理者も医師である。西田 (2001)は、このように「医業のほかに、医療施設の開設権と管理権についても事実上医師の独占業務としているのは、世界の先進国の中でも日本だけである」と指摘している。しかし、医師の多くはマネジメントについて体系的に学んだり経験したりする機会は持ち合わせず、いつしか経営に責任を持つ職位に就く場合が多い。そのため、医

療機関の経営層には「中長期的視野で見る戦略的経営に不慣れ」な人材が多いことが課題の1つとしてあげられる(西田, 2001)。また医療機関に勤務する事務職においても、同様の課題を抱える場合が多い。厚生労働省がみずほ銀行に委託した「平成 21 年度 医療施設経営安定化推進事業医療施設経営管理部門の人材開発のあり方等に関する調査研究」では、地域医療崩壊の危機は「広い視野から医療経営に取り組むことのできる人材不足」が一つの原因であると指摘し、さらに「医療の効率化、生産性の向上を実現する高度な医療マネジメント(経営管理)を病院内で遂行できる事務職人材の育成が喫緊の課題」としている。この調査研究では、病院における事務職の人材開発の実態把握を目的として、全国の医療機関2,235施設(開設主体の累計毎に無作為抽出)を対象とした質問紙郵送法調査を実施している。その結果、医療機関において①経営計画等の中に事務職の人材開発が位置づけられていないこと、②将来の経営管理層の育成を意識した取り組みが少ないこと、③人材開発の方法の開発・体系化が遅れていること、④経営管理部門の核となるべき人材が内部から育ておらず施設外部からの人材に頼りがちなこと、等を指摘している(みずほ情報総研株式会社, 2010)。この問題は、地方自治体が運営する病院でさらに顕著である。自治体病院の事務職員の大半は病院専門職員ではなく、自治体の行政職員として採用されているため、病院に配属されても3年程度で病院以外の所属に異動となることが多い(山之内・石原, 2013)。このような状況では、医療経営に対する知識や経験以前に、そもそも組織に対する帰属意識など醸成されず、専門性・規制が強い医療機関の経営に資する人材として成長することは極めて困難なことが予想される。

以上のように医療機関では経営に携わる人材の不足が顕著であるものの、医療機関に支払われる診療報酬は、経済成長にも支えられて右肩上がりに推移し、近年までは医療機関

図表2-7 診療報酬改定率の推移と経済成長率



の経営は安定的な状態にあったことから、そのことが大きな問題として浮上しては来なかった。しかしバブル崩壊に端を発した長期不況による国の財政悪化に伴って、医療行為の対価として医療機関に支払われる診療報酬は 1990 年代以降頭打ちとなり、2002 年の診療報酬改定では史上初めてマイナスの改定率となるなど、安定的に拡大し続けた収益の鈍化をもたらした(図表 2-7)。さらに、医療技術の進歩や医療機関に対する患者の要求水準の高まりを背景としてコスト負担は拡大し続け、医療経営環境は悪化している(荒井, 2005, p70)。

また前述したとおり、2003 年から診断群分類包括評価を用いた入院医療費の 1 日当たり定額支払い制度 (DPC/PDPS) が急性期病院を中心として導入され、現在では 1500 を超える病院で導入されている(厚生労働省, 2014)。DPC/PDPS の環境下では、今まで以上に医療サービス提供の質とコストマネジメントの両立が重視されるようになるなど、環境変化への対応が重要となっている(Hamada et al., 2012)。マネジメント・スキルの教育やトレーニングを受けなかった経営層と事務職員でも医療機関の運営が成立してきた時代は終焉に近づき、マネジメント能力の高い人材が病院・医療機関経営に参画する必要性は極めて高まっている。

実際、マネジメント部門に優秀な人材を採用する医療機関も増加しており、そのような医療機関では原価計算をはじめとした管理会計への取り組みが少しずつ増えつつある。衣笠(2013)は、医療においてマネジメント志向が導入されたことにより医療機関を対象とした管理会計研究が増加していることを指摘している。また、DPC/PDPS をきっかけとして原価計算の積極的な活用が導入された病院が多いことも示唆されており、荒井ほか(2013)が DPC/PDPS 導入病院を対象とした質問票調査の結果によると、部門別原価計算を導入している病院の約 7 割が、DPC/PDPS 導入前後に部門別原価計算を始めている。医療界全体ではマネジメント体制構築の遅れが課題であるが、今が過渡期であるとも考えられ、原価計算や BSC などの管理会計に関する知識を持った事務職人材の確保は、医療機関にとって重要度が高まっている。

第3章 先行研究レビュー

第1節 バランスト・スコアカードの効果検証

1.1 バランスト・スコアカードの効果検証に関する先行研究レビューの必要性

Kaplan and Norton (1992)がバランスト・スコアカードを提唱して以来、多くの企業や非営利組織でBSCが導入・活用されてきた。BSCを活用する目的は組織によって様々であるが、導入には多大なエネルギーを要することもあり、BSCに関する報告には導入の経緯を明らかにしたものが少なくない。一方で、BSCの有用性については、個々の導入事例などからの知見が多く、効果検証を網羅的に実施した研究は限られている。

そこで本節では、BSCの効果検証に関する先行研究を体系的にレビューし、今までに得られているBSCの効果に関する知見を整理する。

1.2 レビューの目的

本レビューの目的は以下の通りである

- ・ BSCの効果検証に関する研究データベースを構築し、研究手法・効果測定対象別に分類する
- ・ BSCの効果について測定対象別に吟味する
- ・ BSCの効果測定手法についてまとめる

1.3 レビューの方法

文献の抽出に当たっては、本レビューの目的を踏まえて、まず検索語及び検索式を以下の通り定めた。

“balanced scorecard” AND (effect OR impact OR outcome OR result)

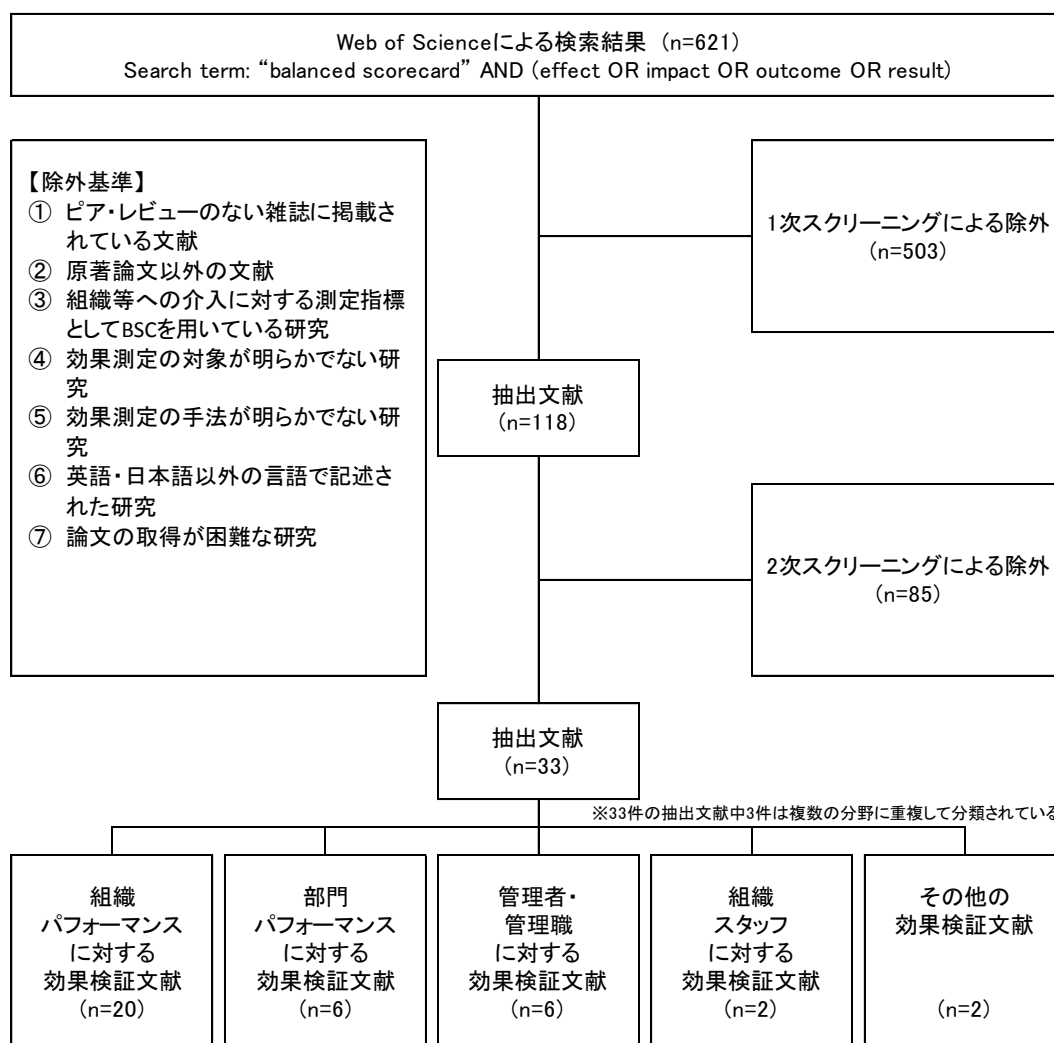
書誌情報の検索には THOMSON REUTERS 社が提供するオンライン学術文献データベース Web of Science を用いることとした。

検索された文献について、1次スクリーニングとして文献タイトル及び抄録を検討し、さらに2次スクリーニングでは本文を検討して研究対象文献を抽出した。対象文献の採択基準は、BSCの効果に関する検証を行っている研究とし、除外基準としては1)ピア・レビュー

一のない雑誌に掲載されている文献、2)原著論文以外の文献、3)組織等への介入に対する測定指標として BSC を用いている研究、4)効果測定の対象が明らかでない研究、5)効果測定の手法が明らかでない研究、6)英語・日本語以外の言語で記述された研究、7)論文の取得が困難な研究とした。なお、直接的に BSC の効果を測定しているのではなくとも、業績測定システム (performance measurement system) や多面的・包括的業績評価 (multiple/comprehensive performance measure) として BSC を取り上げている研究は、本レビューの対象に加えた。

対象文献については、効果測定の対象(組織全体・部門・個人、など)別に、測定効果とその指標及び検証方法を明らかにして一覧表として示し、BSC の導入効果について検討した上で、記述的に結果をまとめることとした。

図表3-1 レビュー対象文献抽出フロー



1.4 結果

定めた検索式に基づいて Web of Science による書誌検索を実施したところ、621 件の書誌が該当した(検索日 2014 年 11 月 24 日)。これらの文献全てについて、title(表題)と abstract(論文要旨)に基づいた 1 次スクリーニングを行った結果、除外基準に該当した 503 編を除く 118 編を抽出した。この 118 編について論文全文を対象とした 2 次スクリーニングを行った後、33 編がレビュー対象となった。

33 編の論文レビューに基づき、BSC の効果測定対象を①組織パフォーマンス(20 編) ②部門パフォーマンス(6 編) ③管理者のパフォーマンス(6 編) ④組織スタッフのパフォーマンス(2 編) ⑤その他(2 編) の 5 つに分類した。なお、33 編のうち 3 編については複数の効果測定対象について検証が行われていたことから、重複して分類した(図表 3-1)。

① BSC の組織パフォーマンスに対する効果検証

BSC を導入する事で組織のパフォーマンスにどのような影響を与えるかを検証した論文は、20 編が抽出された。ここで組織のパフォーマンスとして測定・定義されているのは、主に ROI (Return on Investment, 投資利益率)や ROA(Return on Assets, 総資産利益率)などの財務指標、顧客満足度や職員の退職率などの非財務指標、複数の指標から生成した総合的なパフォーマンス指標に加えて、組織の特定の業務プロセスに関連する指標(例えば医療の質やコスト削減)等が挙げられていた。

組織の財務指標に対する効果について検証した研究として、Ittner, Larcker, and Randall (2003)はアメリカの金融サービス企業 600 社の幹部を対象としたウェブ質問票調査を実施し、140 社から得た回答に基づいた重回帰分析の結果、売上高成長率や 1 年後及び 3 年後の株式リターンと BSC の利用とは、経済価値指標や因果ビジネスモデルの活用の影響を調整しても、統計的に有意な関係性は見いだせなかったばかりではなく、ROA (Return on Assets, 総資産利益率)に至っては BSC の利用と有意に負の関係が見られたとしている。一方 Braam and Nijssen (2004)は、BSC の活用方法によってその関係が異なる可能性に基づいて、オランダの BtoB (Business-to-Business, 企業間取引)企業 100 社を対象とした質問票調査(郵送調査)を実施し、41 社からの回答に基づいて階層的回帰分析を行った結果、総合的業績・ROI・主観的会社業績の全てに対して、多面的な業績評価システムとして BSC を用いた場合は有意に負の関係が見られるものの、戦略実行のために BSC を用いた場合は有意に正の関係が見られることを明らかにした。また Gumbus and Lussier (2006)は、ア

アメリカの中小企業3社を対象としたケーススタディに基づいて、BSCの活用が費用(製品当たり費用)の低減や利益の増大に繋がると結論づけている。さらに Capelo and Dias (2009)は、ポルトガルの大学生と石油企業の職員を対象としたシミュレーション実験結果についてパス解析を用いて検証し、戦略マップとスコアカードの活用度が組織スタッフのメンタルモデルの相似性を高めることにより、財務的業績が高まることを示唆している。

BSCが非財務指標に対して与える効果を検証した研究として、Kaplan and Norton (2006)は、カナダの警察機関とアメリカの化学メーカーを対象としてアンケート調査及びケーススタディを行い、BSCの活用が顧客満足度の増大に繋がると明らかにした。Naranjo-Gil (2009)は、スペインの公的病院に勤める看護師長(ナースマネージャ)218人を対象としたアンケート調査を実施し、114件の有効回答結果について偏最小2乗回帰分析を用いて解析し、BSCをインタラクティブに活用している場合は組織のコスト削減及び医療の質の向上に効果がある反面、BSCを診断的にのみ利用している場合は組織のコスト削減及び医療の質の向上に対して負の影響を与えることを示した。Bento and White (2010)は組織の人的資源や組織業績に着目し、アメリカ1990社を対象としてアンケート調査を実施し、1680社からの回答に基づいてパス解析を実施した結果、組織が用いる戦略的業績測定システムのBSC準拠度が高いと、人的資源マネジメントや組織業績に正の影響があるとしている。

財務指標や非財務指標を統合してBSCの効果を測定する研究も行われている。De Geuser and Oyon (2000)は、「マネジメントへの評価」「費用対効果に対する評価」「キーとなるマネジメントプロセスの統合」「事業単位の自主性」に対するBSCの主観的効果についてヨーロッパのBSCカンファレンスに出席した164人に対して調査を行い、24社76人の回答を単純集計・重回帰分析し、総合的にBSCが効果をもたらすと結論づけた。また Lin, Yu, and Zhang (2014)は、5件法による主観的評価6要素に基づいて組織のパフォーマンスを定義した上で、中国の公立病院を対象とした質問票調査結果593件をもとにt検定及びウィルコクソンの順位和検定を実施し、①スコアカードを利用している、②評価指標の数が平均的な指標数と比べて多い、③指標に占める非財務指標の割合が多いことが、高い組織パフォーマンスに繋がると示唆している。

そのほかにBSCが組織マネジメントに与える効果の測定についても複数の研究が行われている。Sundin, Granlund, and Brown (2010)はオーストラリアの電力会社に対するケーススタディを通じて、BSCが①ステイクホルダーの興味を明確にする、②目標間のトレー

ドオフになる意思決定プロセスでバランスを取るといった役割を果たすと結論づけている。また Ukko, Tenhunen, and Rantanen (2007)がフィンランドの8企業、計24人に対するインタビュー調査によってBSCがマネジメントに対して与える影響について、組織が正しい成長のためのターゲットを見つけることが出来ることや、以前より戦略や戦略ゴールを見つける手助けになると考察している。一方で、Kraus and Lind (2010)によれば、スウェーデンの国際的企業15社の計20人を対象としたインタビュー調査に基づく言語分析の結果、BSCが会社のコントロールに対して与えている影響は少なく、財務指標がより大きな影響を与えていることを明らかにした。

以上は、BSCが組織パフォーマンスに与える影響についての研究であるが、戦略的管理会計(strategic management accounting)・戦略的業績測定システム(strategic performance measurement system)・動的業績測定システム(dynamic performance measurement system)など、BSCに準じた、あるいはBSCを内包したシステムが組織パフォーマンスに対して与える影響を検証した論文もいくつか見られる。Bisbe and Malagueno(2012)は戦略的業績測定システムとROA及びROS(Return on Sales, 売上高利益率)といった組織の財務業績の係数に着目し、スペインの中企業以上に対するアンケート調査と民間企業が提供する企業決算情報データベースを突合した267企業を分析対象としてブートストラッピング法による検証を行い、戦略的業績測定システムが戦略的意思決定の包括性を通じて有意に組織業績(ROA,ROS)を高めることを検証した。同様に Homburg, Artz, and Wieseke (2012)は、組織業績として①ROS、②ROA、及び③目標マーケットシェアの達成と包括的市場業績測定システムとの関係について、ドイツ企業のマーケティング部門または管理会計部門のマネージャ1500名を対象としたアンケート調査を行い、201件の有効回答を分析した結果、それぞれの組織業績と包括的市場業績測定システムの導入とに正の関係があることを明らかにした。また Lee and Yang (2011)は、台湾の上場企業667社のCFOを対象として業績評価システムの利用と組織業績—粗利益・ROI・顧客満足・製品・サービスの質・従業員の生産性に関する主観的評価を統合(Hoque & James, 2000)—について尋ねた質問票調査の168件を回帰分析(OLS・順序Logit・二値Logit)によって解析した結果、①統合的指標を使うことの組織業績への好影響は、有機的組織よりも機構的組織で有意に強く表れるが、②包括的因果モデルでインセンティブに連動した業績評価システムの利用が組織業績へ与える影響は、機構的組織と有機的組織とで有意な差は見られず、③競争が激しい環境下において、統合的指標の利用と組織業績とに有意な関連性も見られないものの、④

市場競争が激しい環境下では、包括的因果モデルでインセンティブに連動した業績評価システムの利用が組織業績と有意に正の関連を示すと結論づけた。

Henri (2010)は、動的業績評価システムについてカナダの製造業トップマネージャ 1692 人を対象としてアンケート調査を実施し、有効回答 383 件に対して相関分析・最小二乗法による回帰分析を行った結果、dynamic な業績測定システムは総合的な組織パフォーマンスの向上に正の関連があることを示した上で、①経営環境や組織に求められるものが著しく変化する現在においても製造業が定期的に業績評価システムの見直しを行っていないことを明らかにした上で、②定期的な業績指標の見直しは得るものが大きいものの、内部・外部環境の変化によって指標に求められるものは異なるため、その見直しがいつも適切なものであるとは限らない、③大きな変化の環境にある場合、動的な業績評価システムを持たないことは、例え不要であったとしても動的業績評価システムを持っていることよりもずっと有害であるとして、業績評価が定期的に見直される”dynamism”の重要性を指摘している。また Cadez and Guilding (2008)は、戦略的管理会計の利用と組織業績との関連についてスロベニア商工会議所の Top500 売上高企業及びスロベニア銀行協会所属企業 20 行のうち 388 社を対象とした郵送質問票調査を実施し、193 社の回答を元に共分散構造分析による解析を行い、会社のマーケット指向性を調整してもなお、戦略的管理会計の利用と組織業績 (Hoque & James, 2000)とで有意に正の関連があることを示した。仮説検証の質に一定の留保が必要なものの、de Waal, Kourtit, and Nijkamp (2009)は戦略的業績指標システムの導入が組織に与える恩恵について、オランダの営利企業 17 社 52 人を対象とした構造化インタビュー調査により検証し、戦略的業績指標システムの導入は組織に量的な恩恵があり、一部質的な恩恵も受けられると結論づけている。

② BSC の部門パフォーマンスに対する効果検証

BSC が部門のパフォーマンスに与える影響を検証した論文は、6 編が抽出された。部門パフォーマンスとして定義されているものは、組織業績に比べると個別的あるいは定性的な指標が目立っている。また理由は定かではないが、部門パフォーマンスに与える影響に関して医療機関の部門における研究が多いのが特徴的であった。

Chu, Wang, and Dai (2009)は、インセンティブプランと連動した BSC が導入された台湾の国立大学病院看護部 13 グループ毎に各種指標を取得し、BSC 導入前後の値に対して対応のある t 検定を実施して、その導入効果を検討した。その結果、インセンティブプランと

連動した BSC の導入が 4 つの視点毎に設定した複数の尺度を有意に改善(患者満足度・血液製剤エラー率・部門毎に設定した目標達成率)し、Analytic Hierarchy Proces (Satty & Vargas, 2001)を用いて重み付けしたパフォーマンス指標も有意に上昇したことから、部門のパフォーマンスに好影響があるとしている。Meliones (2000)は、自身が勤務するアメリカの小児病院における BSC 導入に関する経験を踏まえて、BSC が各部門の①患者満足度の上昇、②平均在院日数の短縮、③再入院率低下、④職員満足度の上昇、⑤患者 1 人当たりコストの低減、⑥利益増加に繋がったと報告した。また個別的な効果測定ではあるが、Chen, Hou, and Chang (2012)は台湾の公的大学病院医療部門における時系列データを用いて、BSC が多面的に管理する指標に定めた「警告システム」の発動によって①病床利用率、②院内感染率が顕著に改善したことを一般化線形混合モデルを用いて証明した。Hwa, Sharpe, and Wachter (2013)もアメリカの州立大学病院における BSC 導入の経験を踏まえたアクションリサーチから、BSC の導入が①業績に対して広い視点を持たせる、②透明性と説明責任をもたらす、③リーダーと医学部教員との間のコミュニケーションプラットフォームとして BSC が作用して、各教員に目標を明らかにし、また教員の取り組みが組織のパフォーマンスにインパクトを与えることを気付かせる、④戦略的決定に対して情報利用をもたらす効果があることを指摘した。また Kaplan and Norton (2006)は、組織パフォーマンスに対する効果検証と同様のサンプル及び検証方法(カナダの警察機関とアメリカの化学メーカーを対象としたアンケート調査及びケーススタディ)に基づき、部門にとって企業のプライオリティに関するコミュニケーションが BSC の活用により高まるとしている。加えて、包括的業績測定システムが部門パフォーマンスにもたらす効果検証として、Hall (2008)はオーストラリアの製造業の SBU マネージャ 83 名から得た調査結果に基づくパス解析の結果、包括的業績評価システムが、役割明確化や心理学的エンパワーメントを通じて、戦略的事業単位の経營業績に間接的に影響があることを示している。

③ BSC の管理者・管理職に対する効果検証

BSC が組織の管理者や部門の管理者に対して与える効果を測定・検証した研究論文は 6 編抽出された。うち 1 編は組織の上級管理者に対する効果を検証しており、4 編は部門等の責任者・監督者に対する、残る 1 編は意思決定者全般に対する効果を論じている。

BSC が経営陣・上級管理職に与える影響について、Chang, Tung, Huang, and Yang (2008)は BSC 導入を経験した台湾の大規模医療機関(2149 床)におけるケーススタディに基

づいて考察し、BSC の導入により①BSC が経営陣や上級管理職が経営戦略を明らかにすることを促進し、管理者間でのコンセンサスをもたらすようになった、②ターゲットとなる指標や目標が明確になることで経営層に対する信頼性が増加した、③高額無形資産に対する経営陣の投資判断が迅速化した、さらに④BSC は学習と継続的改善を促すことで、上級管理者の市場や競争環境に対する洞察をサポートした、としている。

BSC がマネージャの意思決定に与える影響について論じたのが Cheng and Humphreys (2012)である。この研究では、管理会計のコースを履修する大学院生を対象とした実験研究を実施し、その結果として①マネージャの持つ情報の妥当性に戦略マップが影響を与えることで、②戦略の適切さに対するマネージャの判断が高まる、ただし③スコアカードは、戦略目標が戦略マップ無しに示されている場合に限って、戦略の適切さに関するマネージャの判断に好影響を与える（つまり戦略マップが示されている場合、スコアカードは戦略の適切さに関する判断に影響を及ぼさない）ことを明らかにしている。

BSC と組織パフォーマンスとの関係について検証を行った Sundin et al. (2010)は、同研究の中で BSC が意思決定者に与える影響についても検討を行っており、オーストラリアの電力会社に対するケーススタディを通じて BSC は意思決定者に対して組織のバリューをしみこませる役割があるとしている。

直接的に BSC の効果検証ではないものの多重業績目標や業績評価システム、そして主観的業績評価が管理者・管理職に与える影響に関する研究も複数存在している。BSC は複数の視点を設定し、それぞれの視点毎に数個ずつの戦略目標及び成果尺度を設定するため、多重業績目標の要素が存在するが、多重業績目標が部門責任者に与える課題について Cheng, Luckett, and Mahama (2007)は検証している。Cheng et al. (2007)では、オーストラリアの国際通信会社が持つ 18 のコールセンターのセールスコンサルタントを対象としたアンケート調査結果(n=44)について PLS 解析を実施し、多重業績目標の持つ目標間の対立と目標の認識困難さが部門責任者の職務業績に対して有意に負の影響をもたらすことを明らかにした。Artz, Homburg, and Rajab (2012)は、機能別サブユニットの業績測定習慣が、機能組織のトップに与える影響についてドイツの 2200 社のマーケティング部門 VP を対象としたアンケート調査結果を踏まえて論じ、機能別サブユニット特有の測定指標が設定されている場合、業績指標の意思決定促進的利用は機能別サブユニットのトップが行う戦略的決定影響に正の効果を与えると結論づけた。Moers (2005)は、スーパーバイザーが主観的評価を用いる影響について、オランダの造船会社における管理者の部下に対する評価デ

ータ 124 件を解析し、部下の評価指標として主観的指標と客観的指標が存在した際にスーパーバイザーが主観的評価指標を重視する傾向を明らかにした。

④ BSC の組織スタッフに対する効果検証

組織スタッフに BSC が及ぼす効果測定に関する研究は 2 編が抽出されたが、うち 1 編は組織パフォーマンスに及ぼす効果測定で挙げた 1 編と重複している。Lin et al (2014)は、BSC が組織スタッフに与えた影響について、組織パフォーマンスに及ぼす測定と同様、中国の公立病院に対して実施した質問票調査(有効回答 593 件)の結果を検証し、①スコアカードの利用がある方が組織個人の満足度が高く、②全体の平均的な指標数と比べて評価指標の数が多い方が組織個人の満足度が高く、さらに③非財務指標のウェイトが指標全体に占める割合が高いほど組織個人の満足度が高いと結論づけている。Cheng and Coyte (2014)はスコアカードの役割に着目して、オーストラリアのビジネススクール大学院生 120 人(ゆうこう回答 96 件)が参加したロールプレイング実験に基づいた分散分析を行ったが、人的無形資産の重要性について戦略マップによって伝達すると、知識共有に対するスタッフの意思が高まるという仮説には、統計的有意性を認められなかった。

⑤ BSC のその他の効果検証

BSC のその他の効果検証として、医療の質に与える影響について論じた研究が 2 編抽出された。まず Chong, Verma, Mythily, Poon, and McGorry (2008)は、シンガポール全体で BSC のコンセプトを用いた精神医療の質向上プログラムによって、シンガポールの精神疾患に対する①疾患治療開始までの期間が短縮し、②通院継続確率が高まり、③処方薬が減少し、④機能向上及び就業が増加し、さらに自殺数の減少が見られたと報告している。また Stopper, Raddatz, Grassmann, Stuard, Menzer, Possnien, Scatizzi, and Marcelli (2011)は、透析提供医療機関が運営する 460 の透析病院における BSC 導入の効果を検証し、約 37,000 症例の結果から BSC により医療の質が高まり、具体的には①透析患者の透析効果の上昇、②入院率の減少、③B 型肝炎のリスク保有率の低下があったと結論づけている。

1.5 考察

BSC の組織パフォーマンスに対する効果検証では、測定効果として様々な指標が採用されていた。財務指標に関する効果検証として BSC や戦略的業績測定システムの活用有無に

よる ROI や ROA の変化に着目した研究が見られた (Ittner et al, 2003; Braam & Nijssen, 2004; Bisbe & Malagueno, 2012)。BSC と財務指標との関係は研究によって異質性 (heterogeneity) が存在するよう見られる。しかし、この異質性は Braam and Nijssen(2004)が明らかにしているとおおり、BSC を戦略的に用いる場合と指標的に用いる場合に生じるものと考えられる。つまり、BSC の活用方法によって組織の財務指標に対する影響が異なる可能性があり、これは業績測定 of 戦略的利用が組織財務指標に正の影響を与える結果とも整合的である (Bisbe & Malagueno, 2012)。また、Naranjo-Gil (2009)の研究では、BSC をインタラクティブに活用している場合は組織のコスト削減に効果があることを指摘している。加えて Capelo and Dias (2009)によれば、戦略マップの活用は財務業績とポジティブな影響を与える。以上のことから、BSC の戦略的利用は組織の財務指標に対して正の効果があると考えられる。

非財務指標に対する BSC の効果では、顧客満足度や人的資源マネジメントに対して好影響をもたらすと結論づけられた (Kaplan & Norton, 2006; Gumbus & Lussier, 2006; Bento & White, 2010)。BSC を戦略的に用いる場合とそうでない場合の比較検証は実施されていないが、BSC は組織の非財務的なパフォーマンスに対しても具体的な効果が得られることが示唆された。

BSC が部門パフォーマンスに与える影響については、組織全体のプライオリティを部門とコミュニケーションする役割や、部門の役割明確化とエンパワーメントをもたらすことなどが指摘されており、その結果として BSC は部門の業績にもポジティブな影響があると考えられる (Kaplan & Norton, 2006; Hall, 2008)。また、部門の業務プロセス改善にも BSC は有効であることが示唆されており、例えば医療機関の各部門医療の質の向上に対する BSC の効果に関しては複数の報告が見られた。このような業務プロセス改善部分については、BSC の KPI スコアカード的な役割の影響が大きい可能性がある反面、ビジョンや戦略に基づいて評価尺度の選択を行っていることも考えられることから、BSC の持つ戦略性も一定の影響があると思われる。

BSC が管理者や管理職に対する効果としては、BSC を通じて組織の戦略やバリューを部門管理職・責任者が理解し、部門レベルでの適切な意思決定を支援することが明らかになった (Chang et al., 2008; Cheng & Humphreys, 2012; Sundin et al., 2010; Artz et al., 2012)。一方、多面的・多重的な業績評価の側面を持つ BSC は、目標間の対立によって部門責任者に目標の認識を困難にさせる側面があることが分かった (Cheng, et al., 2007)。こ

のことは、Kaplan and Norton (1996)がスコアカードの視点毎に設定する評価尺度数を制限すべきという指摘が重要であることを裏付けている。

BSC の組織スタッフに対する効果としては、スコアカードの利用や非財務指標の導入がスタッフの満足度を高めることが指摘されている。現場スタッフは財務パフォーマンスに先行するプロセスを担っていることから、スタッフに対して非財務面を含めた多面的な目標設定や業績評価が重要であることを示唆している。

以上まとめると、BSC は組織の財務的・非財務的パフォーマンスに良い影響をもたらすが、BSC が戦略的システムとしてではなく指標的ツールとして用いられた場合は、財務的パフォーマンスにむしろ好ましくない影響を与える可能性が示唆された。また、組織パフォーマンスに対する好影響は、各部門及び部門責任者が組織全体のプライオリティや経営層の考える戦略を理解し、部門の役割を明確に把握することによって部門レベルでの意思決定が適切に行われることによると考えられた。

本レビューの限界点として、まず測定する効果が研究によって異なり、従って統合的な結果の解釈が困難な点が挙げられる。例えば財務業績でさえも、定義が異なったりデータ取得時点が異なることから、単純な比較は困難である。同様に、本レビューでは研究対象の国や業種について制約をしておらず、国や業種に依存する文化や慣習の影響については検討していない。また、各研究における仮説検証の質及び方法には大きなバラツキが存在している。本レビューでは研究の質に関してレビューの除外基準に含んでいないため、本レビューから導出される結論は、質の低い研究結果に影響される恐れがある。さらに、本レビューで抽出された研究は、BSC に対して好意的・肯定的なものが多かった。測定対象が多岐に亘るため検証は困難であるものの、効果検証という点からは出版バイアスの可能性を否定することは出来ない。

OBSCの組織パフォーマンスに対する効果検証(1)

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	Ittner, Larcker, and Randall (2003)	BSCの利用と、①売上成長率 ②1年後株式配当 ③3年後株式配当の間の関係	アメリカの金融サービス業600社を対象としたウェブ質問票調査(回答数140社)に基づいた重回帰分析	BSCの利用は、①売上成長率、②1年後株式配当、③3年後株式配当との関係に統計的な有意差無し。④ROAとは有意に負の関連が認められる。
	Braam and Nijssen (2004)	BSCの戦略的利用及び指標の利用と、①会社の総合的なパフォーマンス、②ROIの変化、③主観的な会社のパフォーマンスとの関係	オランダのBtoB企業100社を対象とした郵送調査(43社から回答)に基づいた回帰分析	BSCの戦略的利用は、①会社の総合的なパフォーマンス、②ROIの変化、③主観的な会社のパフォーマンスそれぞれに対して有意に正の関係が見られる。 BSCの指標的利用は、①会社の総合的なパフォーマンス、②ROIの変化、それぞれに対して有意に負の関係が見られる。また、③主観的な会社のパフォーマンスについては統計的有意差がなかった。
	Gumbus and Lussier (2006)	BSCの利用と、①会社の利益、②戦略の実行、③必要とする能力を備えた人材の採用とコミュニケーション、④費用(特に製品1つあたり)の低減との関係	アメリカの中小企業3社を対象としたケーススタディ	BSCの利用は、①利益の増加、②戦略の実行、③(会社が)必要とする能力を備えた人材の採用とコミュニケーションに対して有効であり、加えて1製品あたりの費用低減に資する
	Capelo and Dias (2009)	①スコアカードの活用度とスタッフのメンタルモデルの相似性との関係、②戦略マップの活用度とスタッフのメンタルモデルの相似性との関係、③スタッフのメンタルモデルの相似性と業績(財務)との関係	リスボンの4年生学部生14名とポルトガル最大の石油企業の職員、計73名を3群に割り付けた実験をもとに、コンピュータシミュレーションによるシステム・ダイナミクスモデルの結果をパース解析によって検証	①スコアカードの活用度とメンタルモデルの相似性とは統計的有意差が認められなかった、②戦略マップの活用度はメンタルモデルの相似性を有意に高める、③メンタルモデルの相似性とは財務業績とは正の関係が見られる
	Kaplan and Norton (2006)	BSCの導入による顧客満足の向上	カナダの警察及びアメリカの化学メーカーを対象としたアンケート調査及びケーススタディ	BSCの導入により、顧客満足度が高まる
	Naranjo-Gil (2009)	BSCの活用と、①組織のコスト削減、②医療の質の向上	スペインの公的病院に勤める看護師長(ナースマネージャ)218人を対象としたアンケート調査(有効回答114件)結果に基づいて偏最小二乗重回帰分析によって解析	BSCの活用と、①組織のコスト削減、②医療の質の向上共に、BSCをインタラクティブに活用している場合は正の関係が見られるが、BSCを診断的な活用をしている場合は負の関係が見られる
	Bento and White (2010)	①求人や退職率など ②業績への影響	アメリカ公認会計士協会から得た1990社のリストを対象としたアンケート調査(有効回答1680社)について、パース解析を実施。各効果指標は、5件法による主観的な効果	①戦略的業績測定システムのBSC準拠度が高いと、求人や退職率などの人的資源マネジメントに正の影響 ②戦略的業績測定システムのBSC準拠度が高いと、組織の業績に正の影響

OBSCの組織パフォーマンスに対する効果検証(2)

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	De Geuser and Oyon (2000)	主観的経営評価(マネジメントへの評価・費用対効果に対する評価・キーワードによるマネジメントプロセスの統合・事業単位の自主性・統合した経営評価)	ヨーロッパのBSCカンファレンスに出席した164人に対して調査を行い、24社76人から回答を得て、単純集計・重回帰分析を実施	BSCの利用は主観的経営評価(マネジメントへの評価・費用対効果に対する評価・キーワードによるマネジメントプロセスの統合・事業単位の自主性・統合した経営評価)それぞれに正の影響
	Lin, Yu, and Zhang (2014)	組織のパフォーマンス(6次元の5件法による主観的評価のスコア)	中国本土の800の公立病院を対象とした質問票調査(有効回答593件)について、t検定及びウィルコクソンの順位和検定を実施	①スコアカードの利用がある方が組織のパフォーマンスが高い ②評価指標の数が、平均的な指標数と比べて多い方が組織のパフォーマンスが高い ③指標のうち、非財務指標のウェイトが高いほど組織のパフォーマンスが高い
	Sundin, Granlund, and Brown (2010)	BSCの組織における役割	オーストラリアの電力会社に対するケーススタディ	BSCは ①ステイクホルダーの興味を明確にする ②目標間のトレードオフになる意思決定プロセスでバランスを取る
	Ukko, Tenhunen, and Rantanen (2007)	BSCの組織における役割	フィンランドの8企業24名に対するインタビュー調査	①BSCを活用することによって、正しい成長のためのターゲットを見つけることが出来る ②BSCを活用することによって、以前より戦略や戦略ゴールを見つけやすくなる手助けになる
	Kraus and Lind (2010)	BSCが、会社のコントロールに対する影響	スウェーデンにおける世界的にビジネスを行っている15社20人を対象としたインタビュー調査に基づく言語分析	会社のコントロールに対するBSCのインパクトは弱い
strategic performance system	Bisbe and Malagueno (2012)	戦略的業績測定システムと、組織業績(ROA, ROS)	スペインの中企業以上に對する郵送調査法による349の有効回答のうち、SABIデータと突合出来た267企業を分析対象とし、ブーストラップピング法による検証を実施	戦略的業績測定システムは、組織業績(ROA, ROS)に対して、戦略的意思決定の包括性を通じて有意に正に働く
comprehensive marketing performance measurement system	Homburg, Artz, and Wieseke (2012)	包括的市場業績測定システムの活用と、①ROS、②ROA、③目標マーケティングシェアの達成との関係	ドイツの各種企業のマーケティングに関するトップマネージャ・マネージャ、管理会計に関するマネージャ1500名を対象とし、201人(約13%)から得た回答を共分散構造分析及び重回帰分析	包括的市場業績測定システムの活用によって、マーケティングとの整合性や知識を把握することで、①ROS、②ROA、③目標マーケティングシェアの達成に正の効果がある

OBSCの組織パフォーマンスに対する効果検証(3)

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
performance measurement system	Lee and Yang (2011)	業績評価システムの利用と、組織業績(粗利益・ROI・顧客満足・製品・サービスの質・従業員の生産性に関する主観的評価を統合)	台湾の上場667社のCFOを対象として質問票調査を行い、有効回答168件について回帰分析(OLS・順序Logit・二値Logit)を実施	①統合的指標を使うことの組織業績への好影響は、有機的組織よりも機構的組織で有意に強く表れる ②包括的因果モデルでインセンティブに運動した業績評価システムの利用が組織業績へ与える影響は、機構的組織と有機的組織とで有意な差無し ③競争が激しい環境下では、統合的指標の利用と組織業績とに有意な関連性無し ④市場競争が激しい環境下では、包括的因果モデルでインセンティブに運動した業績評価システムの利用が組織業績と有意に正の関連を示す
dynamic performance measurement system	Henri (2010)	組織パフォーマンス(売上・ROI・利益を組み合わせた総合指標)	カナダの製造業トップマネージャ1692人を対象としたアンケート調査(有効回答数383件)の結果に基づいた相関分析・最小二乗法による回帰分析	dynamicな業績測定システムは、組織パフォーマンスの向上に正の関連がある
strategic management accounting	Cadez and Guilding (2008)	戦略的管理会計の利用と、組織業績(粗利益・ROI・顧客満足・製品・サービスの質・従業員の生産性に関する主観的評価を統合)	スロベニア商工会議所のTop500売上高企業及びスロベニア銀行協会所属企業20行のうち、従業員が100名未満を除いた388社を対象とした郵送質問票調査を実施し、193社が回答。共分散構造分析による解析を実施	戦略的管理会計の利用は組織業績に正の関連がある
strategic performance measurement system	de Waal, Kourtit, and Nijkamp (2009)	戦略的業績指標システムの導入が組織に与える恩恵	オランダの営利企業を対象として、17社52人にインタビュー調査を実施、構造化質問法により戦略的業績測定システムの長所や短所についてリッカースケール(5件法)で尋ね、平均値を計算	戦略的業績指標システムの導入が進んでいるほど、組織は量的恩恵を受けることができ、一部質的恩恵を受けることも出来る

OBSCの部門パフォーマンスに対する効果検証

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	Chu, Wang, and Dai (2009)	インセンティブプランと連動したBSCの導入が部門パフォーマンス(4つの視点に設定した尺度をAHPを用いて重み付けしたパフォーマンス指標)に有意に改善(患者満足度・血液製剤エラー率・部門毎に設定した目標達成率)し、AHPを用いて重み付けしたパフォーマンス指標も有意に上昇した	台湾の国立大学病院看護部にある13のグループの各種指標について、BSC導入前後で対応のあるt検定を実施	インセンティブプランと連動したBSCの導入が4つの視点毎に設定した複数の尺度を有意に改善(患者満足度・血液製剤エラー率・部門毎に設定した目標達成率)し、AHPを用いて重み付けしたパフォーマンス指標も有意に上昇した
	Meliones (2000)	BSCの導入と、部門の各種アウトカム指標	著者が勤務するアメリカの小児病院におけるBSC導入の経験に基づいたケーススタディ	BSCの導入は、各部門の①患者満足度の上昇、②平均在院日数の短縮、③再入院率低下、④職員満足度の上昇、⑤患者1人当たりコストの低減、⑥利益増加に繋がる
	Chen, Hou, and Chang (2012)	BSCの警告システムの警告発動と、①病床利用率、②院内感染率の関係	ある台湾の公的大学病院における医療部門における指標の時系列データについて一般化線形混合モデル分析	BSCの警告システムにより、①病床利用率、②院内感染率が顕著に改善
	Hwa, Sharpe, and Wachter (2013)		アメリカの州立大学病院におけるアクションリサーチ	BSCの導入により、①業績に対して広い視点を持たせる、②透明性と説明責任をもたらし、③目標を明らかにし教員に参加させる、④戦略的決定に対して情報利用をもたらし
	Kaplan and Norton (2006)	BSCの導入による、企業のパライオリティに関するコミュニケーション	カナダの警察及びアメリカの化学メーカーを対象としたアンケート調査及びケーススタディ	部門に対して、企業のパライオリティに関するコミュニケーションが高まる
comprehensive performance measurement system	Hall (2008)	包括的業績評価システムと戦略的事業単位の経営業績	オーストラリアの製造業のSBUマネージャ1000名から400名を抽出、そのうち369名にインタビューを取り、83名から回答を得てパース解析を実施した。	包括的業績評価システムの導入は、役割明確化や心理学的エンパワーメントを通じて、戦略的事業単位の経営業績に間接的に影響がある

OBSCの管理者・管理職に対する効果検証

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	Chang, Tung, Huang, and Yang (2008)	BSCが経営陣や上級管理職に与える影響	BSC導入を経験した台湾の大規模医療機関(2149床)におけるケーススタディ	BSCの導入によって、 ①経営陣や上級管理職が経営戦略を明らかにするようになり、コンセンサスをもたらすようになった ②経営層に対する信頼性が増加 ③高額無形資産への投資に対する、経営陣の意思決定が迅速化 ④BSCが上級管理者が市場や競争環境の検討をサポート
	Cheng and Humphreys (2012)	BSCがマネージャの意思決定に与える影響	管理会計のコースを履修する89人の大学院生を対象とした実験研究に基づいた検証	①戦略マップにより、情報の妥当性と戦略との適切性に対するマネージャの理解を促進する ②戦略マップにより、戦略の適切さに対するマネージャの判断が高まる ③スコアカードにより戦略マップが無い状態で戦略目標が示されているときは、戦略の適切さに対するマネージャの判断が高まる
	Sundin et al. (2010) (再掲)	BSCが意思決定者に与える影響	オーストラリアの電力会社に対するケーススタディ	BSCは意思決定者に対して組織のバリューをしみこませる役割がある
multiple performance goal	Cheng, Luckett, and Mahama (2007)	多重業績目標が部門責任者に与える影響	オーストラリアの国際通信会社が持つ18のコールセンターの320人のセールスコンサルタントを対象として実施したアンケート調査を実施、回答を得た185人のうち、職員番号公開に同意した44人の回答を対象としてPLS解析	多重業績目標は部門責任者の ①認識目標の難しさが目標の対立を有意に生む ②目標対立が職務業績に負の影響を有意にもたらす ③認識目標の難しさが目標対立を通じて職務業績に対して有意に負の影響をもたらす
performance measurement system	Artz, Homburg, and Rajab (2012)	(機能別組織の)機能別業績測定習慣が、機能組織のトップに与える影響	ドイツの2200社のマーケティング部門VPを対象としたアンケート調査を実施、260社(12%)から回答を得た。アンケート結果と商業ビジネスデータを突き合わせて、重回帰分析を実施	指標が機能別サブユニット特有に設定されている場合、業績指標の意思決定促進的利用は機能別サブユニットのトップが行う戦略的決定影響に正の効果を与える
subjective performance measure	Moers (2005)	監督者が部下に対する評価を行う際の主観的評価指標の影響	オランダの造船会社124の部下に対する評価データをtobitモデルを用いて解析	監督者(supervisor)の部下に対する評価(Rating):主観的評価指標が客観的指標よりも重視される傾向

OBSCの組織スタッフに対する効果検証

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	Lin et al. (2014) (再掲)	BSCが組織スタッフに与える影響	中国全土の800の公立病院を対象とした質問票調査(有効回答593件)について、t検定及びウィルコクソンの順位和検定を実施	①スコアカードの利用がある方が組織個人の満足度が高い ②評価指標の数が、平均的な指標数と比べて多い方が組織個人の満足度が高い ③指標のうち、非財務指標のウエイトが高いほど組織個人の満足度が高い
strategy map	Cheng and Coyte (2014)	戦略マップがスタッフの知識共有に与える効果	オーストラリアのビジネススクール大学院生200人を対象とし、120人が参加、有効回答は96件	スタッフの知識共有に対する意思: 人的無形資産の重要性を戦略マップを用いて伝えると高まるといふ仮説は、統計的有意性を認められなかった

OBSCのその他の効果検証

検証システム	著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
balanced scorecard	Chong, Verma, Mythily, Poon, and McGorry (2008)	BSCが医療の質に与える影響	シンガポール全土の症例に関する単純集計結果	BSCのコンセプトを用いたシンガポール全体における精神医療の質向上プログラムによって ①精神疾患治療開始までの期間短縮 ②通院継続 ③処方薬の減少 ④機能向上及び就業の増加 ⑤自殺数の減少 が見られた
	Stopper, Raddatz, Grassmann, Stuard, Menzer, Possnien, Scatizzi, and Marcelli (2011)	BSCが医療の質に与える影響	460透析病院37000人の症例	医療の質の上昇: ①透析患者の透析効果の上昇、②入院率の減少、③B型肝炎のリスク保有率の低下

第2節 日本の医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用と効果

2.1 日本の医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用と効果のレビューの必要性

日本の医療機関でも 1990 年代後半に BSC が導入され始めて以来、2000 年に入って BSC に対する関心はさらに高まっている(荒井, 2005)。BSC の導入を試行した病院からは、様々なケーススタディが報告されているが、これらを体系的にまとめた研究は限られており、特に BSC の導入による効果に着目してレビューを行った研究は、尻無濱 (2013)が非営利組織への BSC 導入効果についてレビューを行っているものを除いては、稀である。

そこで本節では、日本の医療機関における BSC の活用状況と効果に言及した先行研究を体系的にレビューし、BSC の活用状況及び効果検証に関する先行研究の結果を検討する。

2.2 レビューの目的

本レビューの目的は以下の通りである

- ・ 日本の医療機関における BSC の活用状況及び効果に言及した研究のデータベースを構築する
- ・ BSC を導入している日本の医療機関で指摘されている BSC の効果についてまとめる

2.3 レビューの方法

文献の抽出に当たっては、本レビューの目的を踏まえて、まず検索語及び検索式を以下の通り定めた。

(“バランス スコアカード” OR “バランスト スコアカード” OR “バランスト スコアカード”) AND (“病院” OR “医療”)

書誌情報の検索には国立情報学研究所が提供するオンライン学術文献データベース CiNii articles を用いることとした。

検索された文献について、1 次スクリーニングとして文献タイトル及び抄録を検討し、さらに 2 次スクリーニングでは本文を検討して研究対象文献を抽出した。対象文献の採択基準は、医療機関の BSC の活用状況(導入部門についての言及がある)及び効果に言及している研究とし、除外基準としては 1)商業雑誌(原則として査読論文を掲載する雑誌及び各分野で特に権威が認められている雑誌以外)に掲載されている文献、2)原著論文以外の文献、3)BSC の解説書・教科書やそれに準じた文献、4)BSC 導入の効果へ言及がない文献、5)英

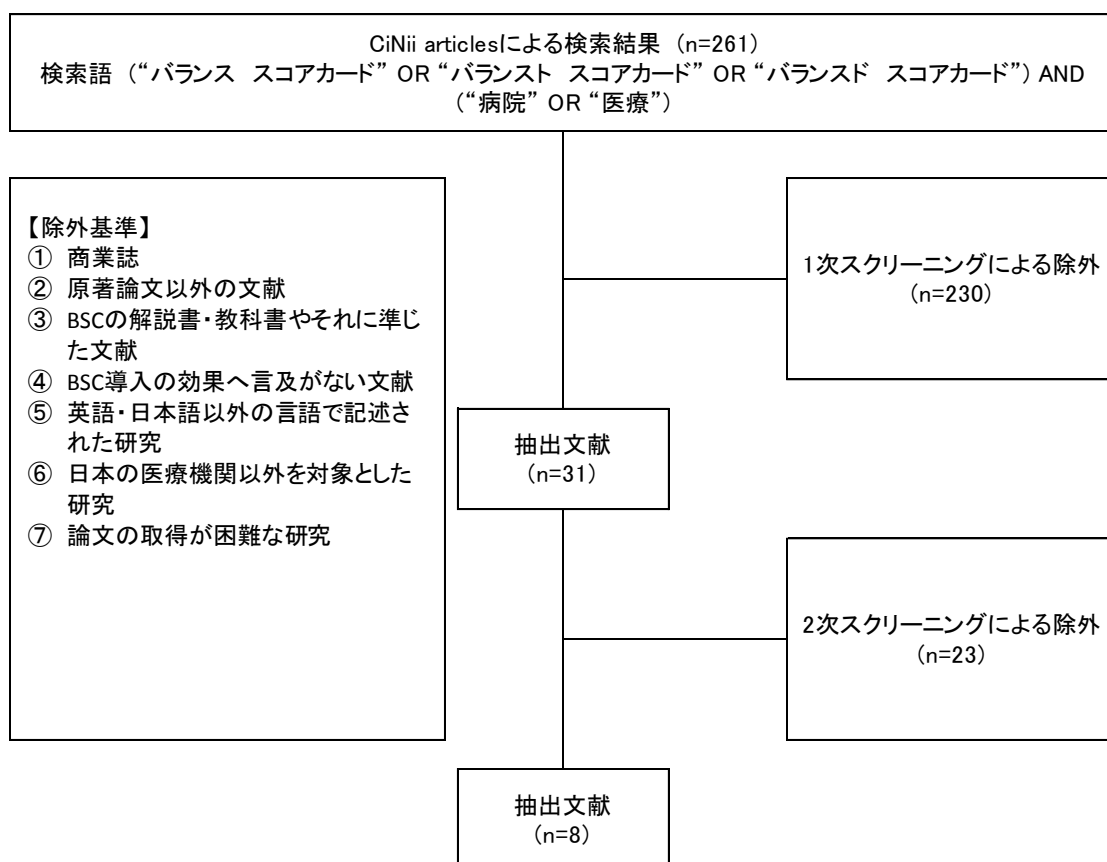
語・日本語以外の言語で記述された研究、6)日本以外の医療機関を対象とした研究 7)論文の取得が困難な文献とした。

対象文献については、導入医療機関ごとに活用状況(導入時期・導入部門)と BSC の効果及び、その検証方法について一覧表としてまとめることとした。

2.4 結果

定めた検索式に基づいて CiNii articles による書誌検索を実施したところ、261 件の書誌が該当した(検索日 2014 年 12 月 18 日)。これらの文献全てについて、title(表題)と abstract(論文要旨)に基づいて 1 次スクリーニングを行った結果、除外基準に該当した 230 編を除く 31 編を抽出した。この 31 編について論文全文を対象として 2 次スクリーニングを行った後、8 編がレビュー対象となった。(図表 3-3)。

図表3-3 レビュー対象文献抽出フロー



日本の医療機関における BSC の活用に関連してその効果に言及した論文は 8 編が抽出された。効果の定義や測定方法、さらに検証方法の質にはかなり大きなバラツキが見られた。

はじめに、岩佐 (2014) は 2000～2011 年に BSC を導入した全国の 17 自治体病院を対象として、BSC が財務指標に与える影響に着目した研究を行っている。この研究では、各 17 病院の BSC 導入前後の財務指標を平均し、導入後の財務数値が改善していることから、BSC が財務指標に好影響を与えることを示唆している。しかし、本研究では、BSC 導入前後の財務数値の平均の取り方や、診療報酬改定の影響など諸要因に対する統制や限界が明らかにされておらず、結果については十分留意して解釈する必要がある。

渡邊 (2012) は、BSC を導入した 2 法人 3 医療機関の職員を対象としたアンケート調査を実施して、BSC・戦略・組織の関係性について共分散構造分析を用いて検証した。その結果、BSC によるインタラクティブなコントロール機能が診断的機能より強い場合、業務に対する自律性から組織に貢献するような学習意識への関係に対する影響力がより強いことや、財務意識・患者意識から構成される戦略意識は、学習意識を媒介して自律性から正の影響を受けることを明らかにしている。この研究は BSC が組織のアウトカムに対する効果を直接検証している訳ではないが、BSC が組織で活用されてアウトカムに結びつくメカニズムを明らかにしている点で意義がある。

奥野ほか (2011) は、筆者らが勤務する公的病院で BSC を導入した結果について報告している。導入の効果についての定量的・定性的な分析は明示的に示されていないが、BSC 導入後の諸活動を通じて、病院のビジョン・ミッションを師長や係長が共有できたこと部署内小チームの活性化、部門の連携強化が達成されたと結論づけている。

渡邊 (2011) は、BSC を導入した公的病院の職員に対する経年的なインタビュー調査とアンケート調査に基づき、BSC が財務意識・患者意識・学習意識・目標達成意識に与える影響を検証している。その結果、各部門の意識の不統一感が緩和した反面、一時職員満足度 (ES) は低下した。その理由について著者は、目標達成への動機付けによって過度な意識の変化を感じた可能性を指摘している。その後対策を講じて ES は回復し、また財務意識の有意な増加が見られたと結論づけている。

羽田 (2010) は、自身がコンサルタントとして BSC 導入に携わった公的病院に対するアンケート調査に基づき、BSC の導入によってある程度戦略・ビジョンの共有は図られたが、管理職と一般職員とで浸透に差があり、効果は限定的であったと報告している。

大野ほか (2008)は、自身が勤務する公的病院が経営的に困難な状況にあり、BSC の導入を決定して実際に運用した結果について報告している。この病院では、病院全体で BSC と戦略マップを作成し、各部署では行動計画書を作成した。BSC 導入後に病院方針・業績の理解度について職員を対象としたアンケート調査を実施した結果、65%の職員が病院方針や業績などの情報が伝わってくると回答した。ただし、BSC 導入前後の比較は行われておらず、また幹部職員に比べると一般職員では理解度が低いことも指摘している。

渡邊 (2009)は、BSC の利用が戦略意識に対して与える影響を明らかにするため、3つの公的病院において職員に対するアンケート調査を実施し、看護師 90 人から得た回答に基づいて共分散構造分析を実施した。その結果、戦略意識を向上させる基盤は、個人の継続的な学習意識にあり、自発的な学習継続によって財務や患者サービスの知識を蓄積しやすくなることを明らかにし、戦略意識の向上に対して、学習と成長の視点が重要であることを示唆している。

2.5 考察

以上、日本の医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用と効果について論じた先行研究をレビューした。先述したとおり、レビュー対象となった 8 件の研究は、それぞれ BSC の効果として測定・検証している対象が大きく異なり、8 件から共通して結論づけられることは限られている。

一方で、複数の研究結果から BSC の活用によって、スタッフが組織の方針を共有やすくなるという効果が明らかにされた。多くの研究で、仮説検証の方法論にはまだ改善の余地があるため、これらの結果について追試が必要であり、より多くのサンプルサイズを対象として、適切なデザインで仮説検証を行う必要性が確認された。

○日本の医療機関におけるバランス・スコアカードの活用と効果に関するレビュー論文
対象病院とBSC導入状況

著者	測定効果	サンプルと検証方法	結果
岩佐 (2014)	2000～2011年にBSCを導入した全国の17自治体病院 BSCの導入前後における様々な財務指標(流動比率・経常収支比率・収支分岐点比率・病床利用率等)	総務省地域公営企業年鑑の病院財務請求表とに基づいて17病院の多様な財務指標(21指標)をBSC導入前と後とで平均値をとり、平均値の差の検定(検定)を実施	BSC導入後には、収益性の指標をはじめとした財務指標が改善する
渡邊 (2012)	中頭病院・ちばなクリニック;沖繩にある民間病院(同一法人)。2006年下半期にBSCを導入 福井済生会病院:福井県にある公的病院。 2003年にまず「医事課」にBSCを導入	2法人3医療機関の職員、計2149人を対象として質問票調査を実施。有効回答数は1913人(回答率89.02%)。共分散構造分析でパスモデルを検証。	BSCによるインタラクティブなコントロール機能が診断的機能より強い場合、業務に対する自律性から組織に貢献するような学習意識への関係に対する影響力がより強い。財務意識・患者意識から構成される戦略意識は、学習意識を媒介して自律性から正の影響を受ける。
奥野ほか (2011)	長浜赤十字病院:岐阜県にある公的病院。 2007年より看護部で導入。各病棟・小集団へ落とし込んでいる	病院のビジョン・ミッションを師長や係長が共有できた。部署内チームの活性化、部門の連携強化が達成。	病棟のビジョン・ミッションを師長や係長が共有できた。部署内チームの活性化、部門の連携強化が達成。
渡邊 (2011)	福井県済生会病院:福井県にある公的病院。 BSCは2003年に「医事課」に導入され、看護部等に順次導入された。	同院職員に対する経年的なアンケート調査及びインタビュー調査(2008～2010)。アンケートは毎年約1000名近くを対象に交付し、回収率は9割以上。 財務意識尺度・患者意識尺度・学習意識尺度・目標達成意識尺度の4尺度を作成し、経年変化についてDunnnettのt検定を用いた多重比較検定を実施	各部門の意識の不統一感が緩和。目標達成への動機付けによって、過度な意識の変化を感じた可能性があり、一時ESIは低下した。その後対策を講じてESIは回復した。財務意識の有意な増加が見られた
羽田 (2010)	F病院:東北地方に所在する総合病棟(359床)。 2006年4月よりBSCを病院全体で運用開始	アクションリサーチ、及びアンケート調査。アンケート対象は医師・現業職スタッフを除く326名で、280人から回答(86%)。アンケート結果は単純集計。及び管理職と一般職員との回答について検定を実施(等分散性の分析?)	戦略・ビジョンの共有効果は限定的。 管理職と一般職員とで浸透に差がある
大野ほか (2008)	成田赤十字病院:千葉県に所在する公的病院(503床)。2006年にBSCを導入した。病院全体でBSC及びスコアカードを作成し、各部署では行動計画書を作成	職員を対象としたアンケート調査	65%の職員が病棟方針や業績などの情報が伝わっていると回答(BSC導入前との比較はない)。2006年に黒字化。幹部職員に比べると、スタッフでの理解度は低下。
渡邊 (2009)	済生会熊本病院:熊本県に所在する公的病院(400床)。2003年にBSCを導入。 済生会新潟第二病院:新潟県に所在する公的病院(427床)。2005年にBSCを導入。 福井県済生会病院:福井県に所在する公的病院(466床)。2003年にBSCを導入	各病院でアンケート調査を実施。看護師の回答計904件を対象として共分散構造分析を実施。	戦略意識を向上させる基盤は、個人の継続的な学習意識にある。自発的な学習継続によって財務や患者サービスの知識を蓄積しやすくなる。戦略意識の向上に対して、学習と成長の視点が重要であることを示唆。
谷 (2005)	新須磨病院:兵庫県に所在する民間病院(約150床)。病院全体でBSCを導入する準備として、整形外科に2003年3月BSCを導入。	19ヶ月のアンケート調査を用いた逐次法回帰分析を実施	BSCの準備(業績測定前)によって、ベッドの有効利用・手術室の有効利用が促進された。 BSC導入後(業績測定以後)、他院からの紹介率が上がった。その他には変化が見られなかった

第4章 医療機関におけるバランスト・スコアカード活用と効果の定性的調査

第1節 バランスト・スコアカード活用と効果に関する調査の意義と概要

医療機関における BSC の活用については、個々の BSC 導入病院におけるケーススタディを中心に様々な報告がある。高橋(2004)は国内における複数の急性期病院を中心に、自治体や診療所も含めた BSC 導入の事例を具体的に紹介している。また荒井(2005)は、北米の病院と日本の病院における BSC の活用状況について事例を示しながら対比し、日本の医療機関での活用方法に関する提案を行った上で、戦略管理システムとしての BSC が、業務管理のための予算管理システムや診療プロトコルマネジメント、原価計算システムと相互に関連し合いながら経常的に機能していることを指摘している。Takahashi(2008)は、国内の約 2000 病院を対象として 2004~2006 年に質問票調査を実施し、回答のあった病院(2004 年:440 病院、2005 年:442 病院、2006 年:309 病院)において BSC 導入率が 5.0%(2004 年)、11.4% (2005 年)、18.8% (2006 年) と増加している傾向を明らかにした。荒井ほか(2013)では、BSC の活用状況についての調査ではないものの、DPC/PDPS 病院が策定する事業計画に、財務関連指標以外の多面的な事項が含まれているかを調査しており、患者満足度や人材・学習関連に関する事項についてまで事業計画に含んでいる病院は 2~3 割程度と限定的であることを明らかにしている。

しかしながら、第 3 章の先行研究に関するレビューでも明らかにしたとおり、日本の病院における BSC の導入状況や活用について体系的に調査・研究を行ったものは限られている。加えて、戦略マップが作成されていなかったり、戦略目標間の因果関係が十分に検討されていなかったりするなど、Kaplan & Norton が提唱する BSC とは異なる形態で運用されているケースが見受けられた。医療機関が BSC と認識していたとしても、その利用実態には様々な特性があることが窺える。従って、日本の医療機関における BSC の活用状況に関する基礎情報を収集し、加えて BSC の効果検証を行うことには重要な意義がある。

そこで、本章と次章では医療機関における BSC の活用状況とその効果を明らかにするために、主に 2 通りの方法で調査を行うこととした。第 1 に、BSC 導入病院を対象としてインタビュー調査を行い、BSC の具体的な活用状況や特徴、さらに BSC 活用の効果について検討を加えることとする。第 2 に、DPC/PDPS 導入病院を対象としたアンケート調査によ

り、定量的に BSC の活用状況及び効果を把握する。

第2節 インタビュー調査に基づく医療機関におけるバランスト・スコアカードの事例

2.1 調査の対象と方法

本インタビュー調査と並行して実施したインタビュー調査(第5章参照)の結果及び日本の医療機関における BSC の活用状況に関する先行レビューを元に、病院全体で BSC を活用している病院の中から 8 病院を選定し、インタビュー調査を依頼した。調査依頼病院の選定に当たっては、可能な限り病院種別・所在地・病床規模が多様になることを心がけた。

最終的に 5 病院がインタビュー調査に応じた。インタビュー対象病院の概要は図表 4-1 の通りである。インタビューは各 5 病院の院内で実施し、インタビューの調査の合計時間はおよそ 8 時間、1 病院辺りのインタビュー時間は約 60 分から 130 分程度であった。なお調査対象病院には、調査に先だって「インタビュー調査における倫理的配慮について」という書面を提出し、①許可がある場合を除く匿名性の遵守、②研究協力の任意性、③インタビューにおける録音の実施及び厳重な保管、④研究結果の利用に関する制約について提示し、全調査対象病院に同意・署名を頂いた。

インタビューは著者自身が担当し、インタビュー対象者は、病院幹部(院長・副院長・事務部長)および BSC 導入・運用担当者に依頼した。また同意に基づいて、インタビューは全て録音し、インタビュー後に逐語録を作成している。

図表4-1 インタビュー調査対象一覧

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
病院種別	公的病院	民間病院	公的病院	公的病院	民間病院
所在地(地方)	北海道	九州	九州	四国	中部
病床規模(床)	401～600	201～400	201～400	601～800	21～200
職員数(人)	1001～1200	1001～1200	1601～1800	1401～1500	201～400
DPC導入時期	2006年	2004年	2006年	2008年	未導入
インタビュー時期	2013年10月	2013年11月	2014年1月	2014年1月	2014年7月
インタビュー時間	63分	76分	65分	133分	112分
インタビュー対象	病院長・副院長・ 看護部長・事務部 長・企画課長	事務部長・法人事 務局主任	経営企画部室長・ 室長代理・医事企 画室長・他	病院長・事務部 長・副事務部長・ 事務部課長・係 長・他	病院長・副院長・ 看護部長・事務 長・診療技術部 長・法人経営企画

インタビューは半構造化面接法として実施し、下記のテーマに沿って進めた。

- ・ BSC 導入を決めたいきさつと導入の経緯(準備期間や推進部署など)
- ・ 導入後の運用状況(導入部署・運用部署・活用頻度・見直しの状態など)
- ・ BSC の運用に掛かる時間・マンパワー・コスト
- ・ BSC に対するスタッフの認識
- ・ BSC が組織に与えた影響
- ・ 現状の BSC の課題や改善点
- ・ その他 BSC について

なお本調査に当たっては、病院名の匿名化を前提としたため、本節では各調査対象病院を A 病院から E 病院と示している。各病院の開設主体は、大学(国公立・私立大学の附属病院等)・国公立(国立・自治体立・独立行政法人等の病院)・公的(日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・社団法人全国社会保険協会連合会等の病院)・民間(医療法人社団・医療法人財団等の病院)の 4 カテゴリーに分類した。病床数の区分については 200 床ごとの区分で示している。

2.2 A 病院における BSC の活用事例

【A 病院の概要】

北海道に位置する A 病院は、母体となる法人が全国にグループ病院を持つ公的病院であり、主に急性期医療を提供する比較的大規模の医療機関である。30 近い診療科を標榜し、救命救急センターも開設している。

【BSC 導入の背景と経緯】

A 病院では BSC を 2009 年に病院全体で導入したが、看護部では 2005 年頃から病院全体に先だって BSC の導入を始めた。看護部では、BSC を導入する以前から看護部の目標を個人レベルまで落とし込む目標管理制度を取り入れていたが、目標管理を運用する上で抽象的な目標が設定された場合の評価が困難であるという課題を抱えていた。その折に当時の病院長(インタビュー実施時点での病院長の前任者、以後「前院長」とする)が研修会で BSC について学ぶ機会があり、看護部長に BSC の活用を提案したという。看護部長はそれ

までの目標管理制度に BSC を適用することを決定、約半年を掛けて目標管理と連動した BSC の運用を開始した。看護部での運用開始に当たって、特に外部のコンサルタント等は導入せず、看護部長自ら書籍・研修等で学んだ上で、看護部内における運用方法を検討していった。

一方、当時病院ではかなり大きな赤字が続いており、財務面での改善が急務だった。しかし財務上の課題を職員に伝えても、財務面に直結しづらい業務に従事している職員もあり、職員のモチベーションが上がらず経営改善にも繋がらないという問題を抱えていたという。そこで、やはり財務的な観点からだけではなく、教育や業務内容などのバランスを取りながら職員の方向性を統一していく必要性を病院幹部は感じていた。そこで、「病院の目指す方向と、各部門の目指す方向の整合性を図る」とことと「複数の視点から数値目標を設定して、より達成度を分かりやすく、明確に評価する」ことを目的として、看護部で先行導入していた BSC を病院全体に導入することが決まった。

導入準備に当たって、病院は 2009 年 BSC プロジェクト推進チーム(以下「プロジェクトチーム」とする)を発足させ、当時副院長であった現院長をプロジェクトリーダーとして、看護副部長・事務副部長・企画課長・人事係長をメンバーに据え、企画課が事務局を勤めた他、各部門に「BSC 推進者」という担当者を配置した。同年夏にはプロジェクトチームのメンバーが中心となり日本医療バランスト・スコアカード学会(以降「医療 BSC 学会」とする)が主催する BSC 導入ワークショップに参加した。

その後プロジェクトチームは、病院全体の BSC を作成する前段階として、従来の理念及び基本方針を具体化して病院のミッション・ビジョンを定義、また SWOT 分析を実施した上で、病院の戦略マップと BSC を完成させた。さらに各部署に配置した BSC 推進者を対象とした院内説明会を開催して、BSC の基礎と BSC 作成に向けた作業の流れを説明、その後も何度か各部門が集まって BSC 作成会を行った。また、各部門が作成した BSC を発表する会を開催し、以降毎年病院全体・各部門で BSC を作成・更新している。

【BSC の作成とカスケード】

BSC の作成部門であるが、病院全体の BSC に基づき、各部門にカスケードされている。だが BSC の運用開始から調査時点に至る段階では、診療部(各診療科＝医師部門)で BSC は運用されていない。事務部門及び医療技術部門(放射線科・検査科・栄養科等)等は課レベルまで BSC が展開されている。看護部については、各入院病棟・手術室・各外来などの部署

別に戦略マップと BSC が作成されており、さらに個人レベルまで BSC が作り込まれている。なお、各部課以下の部門で作成される BSC では、病院全体の戦略マップや BSC を踏まえて、それぞれの部門で実行可能な尺度が選択され、必要に応じて独自の戦略目標や成果尺度が追加される。ただし、病院全体で定めた戦略テーマは必ず統一することが求められている。

BSC の作成と見直しは以下のようなスケジュールで運用されている

時期	内容
前年度 12 月～2 月	次期 BSC 作成に向けた幹部の議論・作成準備
前年度 2 月	病院 BSC 説明会(各部門対象)
前年度 2～3 月	部門 BSC 作成(病院 BSC の内容を踏まえて作成)
4 月	部門 BSC 発表会(各部門が今年度の取り組みを発表)
5 月	4 月の発表会における優秀部門の表彰
11 月	部門 BSC 発表会(4～10 月の達成状況を発表)
12 月	11 月の発表における優秀部門の表彰
次年度 6 月	前期病院 BSC 達成状況報告会

ある年度の BSC を準備するに当たって、病院幹部は前年 12 月頃から準備を開始する。具体的には上級幹部全員とプロジェクトチームが集まり、集中的に 2 日間掛けて病院の課題や戦略について議論を行う。この議論の過程で必要であれば SWOT 分析を実施し、最終的に戦略マップを作成する。幹部職員の議論を経て作成した戦略マップに基づいて企画課がスコアカードを作成、さらに戦略目標毎に設定された成果尺度の目標値を達成するためのアクションプランは、課長職以上がグループに分かれて検討しながら作成している。以上の段階を経て決定した病院 BSC は 2 月頃に各部門の BSC 推進者を対象とした説明会で発表される。この病院 BSC に基づき、BSC 推進者を中心として各部門 BSC が作成される。作成された各部門の BSC は、4 月に開催される BSC 発表会で全職員を対象として発表される(発表会については、後に詳細を示す)、作成された BSC の内容及びプレゼンテーションを踏まえて優秀部門が選出されて、5 月には優秀部門の表彰が行われる。このように策定された当該年度の病院及び部門 BSC に沿って各部門の業務は遂行されていくが、11 月には 2 回目の BSC 発表会が開催される。この発表会では、4 月に策定された BSC に基づいた活動

の達成状況について各部門の発表が行われ、第 1 回と同様優秀部門が選出される。優秀部門は 12 月に開催される忘年会で表彰が行われる。当該年度終了後、つまり次年度の 6 月には、当該年度の病院 BSC に関する達成状況報告会が開催される。

【BSC の導入部署】

先に記したとおり、A 病院ではほぼ全部門で BSC が導入されているが、医師によって構成される各診療科(診療部)では導入されていない。病院長によると

“最終的には各診療科別にね、作ってもらおうと思っていますけれども、まだそこまで出来ていないと言うことです”

としており、現時点では医師部門への導入は見合わせているものの、将来的な導入に関しては前向きに検討しているという。病院長には、一番財務面に直結するのは医師が関与する部分であるという認識がある反面、「あんまりそこから進んでいくと、話が上手くいかない」ため、「少し外堀を埋めていく」ことにしている。

【インセンティブとの連動】

現時点で、BSC とその実績とに連動したインセンティブは設定されていない。各部門の BSC について発表が行われる BSC 発表会の結果によって表彰が行われ、最優秀部門にはカップが贈呈されるというが、その他に目標達成による給与・賞与との連動等は存在していない。法人グループ内には業績評価と特別昇給とを連動させるようなインセンティブの仕組みを導入している病院もあると言うが、A 病院の病院長として、現在のところ BSC と個人の人事考課とを連動させることは考えていないとのことである。その理由として病院長は

“(目標について)どちらかというとそれぞれの部門のやっぱり、アクティビティをあげると (いうことが目的) ですから、数字に振り回されて疲れ切ってしまうんじゃない困るんで、むしろ、やっぱり、各スタッフが頑張っって元気になろうと、そのための目標設定じゃなくちゃいけないんですよね。”

と述べていた。ただし看護部に関しては看護部 BSC が個人まで落とし込まれており、多少なりとも人事評価に BSC の影響が存在するようである。その点での BSC の限界として看護部長は下記のような指摘をしている。

“やっぱり数値で管理するって言うのは、本当のこう、成果しか見られないってい

うのですかね。ですから、努力している部分とか、そういったところへの評価ですね。そこはやっぱり上手く面接を通して、サポートしないと、すごく味気ない感じって言うのですかね、冷たい感じなので、看護部は最初の年度の目標設定、個人目標設定、BSCを設定した段階と、あと年度末にも必ず目標面接をするんですけど、「評価面接」ですから、どうしてこれが達成出来たか出来なかったかとか、達成出来なかったけれど努力したっていうことをきちんと伝えるとかね、そういう風なことを一緒にコーチングしながらやらないと、BSCの本当の数値だけ、紙面だけで見ると、やっぱりうーん、頑張っている人に対しては、やっぱりちょっと物足りなさを感じるのかな、って思うんですよね。”

【BSC 発表会】

A 病院では、年 2 回、4 月と 11 月に「BSC 発表会」を開催している。4 月の発表会では、主に当該年度の為に各部門が作成した BSC を発表し、11 月の発表会では、4 月に作成・発表した BSC に基づいた半年間の成果について報告する。発表は病院全体に公開され、日中の勤務時間が終わる夕方以降から 1 日 2 時間、2 日に分けて開催されている。各日とも約 100 人、延べ 200 人の職員が集まり、各部門が 1 部門辺り 7 分間発表を行った後に質疑応答が行われる。各部門の発表から複数の優秀部門が選出され、グランプリ・病院長賞・オーディエンス賞などが決定する。優秀部門は別の機会に行われる職員参加イベント(忘年会等)で院長より表彰を受ける。

この発表会の意義について事務部長は

“(BSC 発表会を通じて)各部門が全体の前で発表して宣言するわけですよ、私らはこれをやりますと。だからそう言うのって非常にこう、なんて言うか、やりがいもきっとあるんだろうし、やらないきゃならないね、って言う気持ちにもなるんじゃないかなと思うんですよね。それが病院の方針に基づいたもので作られていますので、そういう意味で非常に良いなって思います”

と肯定的に捉えている。

【BSC 導入の効果】

A 病院では、BSC を導入するそもそもの目的として、組織の方向性を統一することがその一つであったことは先に述べた。この点について病院長は次のように話している。

“一番大きな目的というのは、職員のベクトルあわせですね。病院が一つの方向に向かって進んでいかなくてはいけないというときに、1,000人の職員がいますから、しかも専門職の集団ですからね、病院というのは。それぞれが言いたいことがあるんですよ。それぞれのやりたいことが全然バラバラであれば、大きなエネルギーを使ったとしても一つの方向には向かっていかないと。それを少しでも、エネルギーを同じ方向に向けていこうということで、このバランス・スコアカードが生きてくるだろうと考えて、導入したわけですね”

このような期待に対して、BSCは応えたのだろうか。看護部長は、BSCを導入した影響について、

“看護部門は病院がきちんとBSCという形をとってからは、病院の方針って言うものを理解して動きが同じ方向を向いてやれるようになったというか、それを意識するようになったと(思います)。看護部だけが目標管理してる時には、どちらかと言えば看護部(だけ)の課題みたいなものが多かったんですけども、今はどちらかって言えば病院の方針から降りてきて、病院と同じ方向を向いていく中での取り組みになっているっていう、そういったところは変わってきたところだと思いますねえ。”

と指摘しており、今まで看護部内で目標管理を実施していたときは部門最適化になりがちになっていたのに対して、病院全体の方針・戦略に基づいて目標設定を行う気運が高まったことが示唆されている。

また病院長も、BSCによって、病院幹部が何を考えているのかというのが職員に伝わるようになったという実感を持っているという。また各部門がBSCを発表する機会を持つことで、それぞれの部門が何をやりたいのか何を考えているのかが通じて他の部署に伝わり、結果としてお互いのコミュニケーションが良くなることを指摘した上で、コミュニケーションの改善が組織全体の活性化に繋がっているとのことだった。

さらに、BSC発表会において、それぞれの部門がBSCを発表することで、目的やアクションプランに対するコミットメントが強まる点も大きな要素であり、BSC導入以前にそのような機会がA病院では無かったという。

このように、A病院ではBSC導入によって水平的・垂直的なコミュニケーションが促進され、また目的に対するコミットメントが高まったと考えられる。A病院はBSC導入時点で赤字基調が続いていたが、BSC導入翌年から黒字基調となり、その傾向は継続している。

BSC と財務的改善との因果関係を立証することは困難であるが、BSC による病院全体の方向性統一が、その改善に好影響を示している可能性は十分に考えられる。

2.3 B 病院における BSC の活用事例

【B 病院の概要】

B 病院は、約 30 年前に設立された民間の社会医療法人である。病床数は中規模であるが、急性期医療に特化しており、民間病院としては非常に早い時点で DPC 制度にも参加している。

【BSC 導入の背景と経緯】

B 病院には同一法人が運営するクリニックが併設されている。当初 BSC は、クリニックの院長が先導して 2006 年にクリニックで作成が開始された。ただし、この際は特別な準備機会があったわけではなく、「実践型学習会」と名付けられた会で試行的に作成されたことを踏まえて、次年度以降継続的に BSC の運用を行うことになったという。そして 2008 年からは法人全体、つまりクリニックに加えて B 病院にも BSC が導入された。BSC 導入に当たって、特に BSC に詳しい職員がいたわけではなく、またコンサルタント等の支援は受けなかったものの、医療 BSC 学会から講師を招き、勉強会を開催した。また、病院にも BSC 取り入れた次の年の 2009 年にも医療 BSC 学会から講師を再度招聘して、所属長向けに勉強会を開催している。

BSC 導入の背景として事務部長は

“当時、組織内の意識統一が取れていなかった、病院側の方針が職員に伝わっていないという現状があって BSC を導入した”

として、法人全体で BSC に取り組むことになったという。なお、財務的には順調に利益を計上していたものの、新病院の建築予定が決まっていたことや利益率が若干低下気味であったことも導入の一因だと考えられている。そしてクリニックでの BSC 活用の結果、目標毎に指標が設定され、その指標に対してのアウトカムが見える形になったということから、上層部の中で法人全体に導入することが決まった。なお、法人全体の BSC 運用準備に当たっては、法人事務局の経営企画部が主に事務局を担当した。

【BSC の作成とカスケード】

B 病院では、B 病院の開設者である法人全体の BSC を頂点として、B 病院及び併設クリニックそれぞれが BSC を作成、B 病院では病院 BSC を踏まえて部門毎に BSC が展開されている。なお各部門 BSC は、当初は Kaplan and Norton (1992) が提唱する基本の 4 つの視点(財務・顧客・業務プロセス・学習と成長)を用いて作成されていたが、現在では原則として「財務」を除いた 3 つの視点(顧客・業務プロセス・学習と成長)で部門 BSC を作成するようになっている。A 病院では診療科(医師部門)に対して BSC の導入を差し控えていたのに対して、B 病院では診療科に対しても BSC の作成を求めている。各診療科には、各科診療部長を対象に作成依頼をしているが、導入当時に診療科から直接的な反対・反発はなかったという。この点について事務部長は

“BSC の取り組み自体にはかなりエネルギーが必要なものの BSC 導入以前から QC 活動に病院全体として取り組んでいた経験などから、部署毎の改善活動に対する下地があった”

からではないか、と指摘している。なお B 病院でも、病院全体の BSC に基づいて各部門へのカスケードが行われているが、部門 BSC では、病院全体の戦略マップや BSC を踏まえて、それぞれの部門等実行可能な戦略目標や尺度が選択されている。

BSC の作成と見直しは以下のようなスケジュールで運用されている

時期	内容
前年度 10 月～1 月	次期 BSC 作成に向けた幹部の議論・作成準備
前年度 1 月	年始式で病院 BSC 説明
前年度 2～3 月	部門 BSC 作成、前年度実績報告を兼ねた作成報告
〃	院長・看護部長・事務部長による部門ヒアリング
4 月	当該 BSC による活動開始
11 月	BSC 大会の開催

B 病院における BSC の作成フローは年度によって少しずつ異なるものの、作成準備はおよそ前年度 10 月頃にはじまる。法人及び病院全体の戦略マップとスコアカードを法人理事である 12 名の医師や経営企画部が 1 月までに作成、最終的に評価尺度や目標値は最終的に理事会で承認されることになる。病院全体の戦略マップ及びスコアカードは年初に開催される年始式で職員に発表され、この病院 BSC を踏まえて各部門の BSC が 2 ヶ月ほど掛けて準備される。この間、院長・事務部長・看護部長が各部門に対するヒアリングを行う。

ヒアリングでは、前年度の BSC を踏まえた実績報告を兼ねつつ、当該年度の BSC について説明を行う。以上のようなプロセスを経て当該年度の BSC は 4 月に稼働を開始し、11 月には BSC 大会と呼ばれる全病院イベントで中間報告が行われている。

【BSC の導入部署】

B 病院では法人 BSC が病院 BSC 及びクリニック BSC にカスケードされ、病院 BSC はさらに各診療科を含めた各部門へ展開されている。先にも指摘したとおり、診療科に対して BSC 作成を求めた際に、特段強い反発はなく、その理由の一つとして以前から QC 活動などで病院挙げての取り組みに参加してきたことがあるという。さらに

“例えば医師部門での運用はちょっと困難だから、医師部門はやめて他の部署だけやろうってやったら、「何で医師部門やらないの？うちの部署はやらなきゃいけないの(ってなると思います)”

と BSC の運用を担当する事務局主任は指摘しており、病院での取り組みに対して医師を例外とせずに関与する文化が根付いていることが窺える。ただし、非常に多忙な医師が多いためなかで BSC に割ける時間が限られているのは事実のようである。そこで、B 病院では事務・情報部門が BSC の評価尺度・目標値の設定に必要な情報を提供したり、施設基準で認められるようになった医師事務作業補助者がフォローに入ったりして、医師の負荷軽減を図っている。

【インセンティブとの連動】

B 病院においても、BSC の実績に連動したインセンティブは設定されていない。一方で寧ろ医師からは BSC へコミットする代わりに何らかの評価に繋げて欲しいという声もあるという。そのため、事務部門としては将来的に BSC の成果と報酬とを連動させることを検討する必要性を感じているものの、今の時点で具体的な検討は行われていない。

【BSC 大会】

毎年 1 回 11 月頃に、BSC の取り組みに関して中間報告を各部署が行う BSC 大会が開催される。この大会には約 70 部近い部署のおよそ 500 名が参加し、夕方から約 3 時間かけて 4 カ所に分かれて行われる。各発表の座長は理事や管理職が務め、各部門の発表時間

は 5 分程度、その後質疑応答がある。会場の振り分けは事務局で行うが、各診療科と、その科に関連する病棟などは可能な限り同じ会場で発表が行われるように心がけている。各診療科の発表には特に強い関心が集まるといい、その理由としては

“先生方が日頃どうしているのかとか、中々知る機会が無いと言うことで、その場(BSC 大会)で「こういうことをやっていたんだ！」ということを知れる (というのが、診療科の発表に関心が集まる理由)”

からではないか、と事務部長は指摘している。また、優秀な発表や成果を上げた部門には表彰が行われている。

【BSC 導入の効果】

B 病院は BSC 以前から取り組んでいた QC 活動などの下地もあり、組織横断的な取り組みが行われていたことが窺える。それでもなお、上記の通り BSC 大会で各診療科の発表に関心が集まるなど、他部門の情報が共有されることは、大きな価値になっているようである。

また部門長からは、今までよりも「スタッフの目標を立てやすくなった」という声があるという。部門毎に SWOT 分析を実施しており、部門毎の課題が明確になっていることや、病院全体の戦略が提示されることを通じて部門長自身が部門の役割を認識し、結果としてスタッフの目標について考えやすくなった可能性がある。

2.4 C 病院における行動計画の活用事例

【C 病院の概要】

C 病院は、80 年近くの歴史を持つ公的病院である。急性期医療・専門医療に取り組んでいる他、救急医療も積極的に提供しており、年間約 2 万人の救急患者を受け入れている(同サイズの病院としては、かなり受入数が多い)。また、地域医療支援病院として地域の医療機能分化に重要な役割を果たしている。

【行動計画とは】

大前提として、C 病院では BSC と類似した性格を持っているものの、現在同院では BSC とは異なった「行動計画」と呼ばれる仕組みが部門毎に作成されている。病院には理念・基本方針に基づいた中期事業計画が策定されており、中期事業計画は単年度事業計画に落

とし込まれているが、病院の単年度計画を実現するために各部署が取り組むべき内容を明示したものが行動計画である。

中期事業計画は、4年間を想定して策定しており、敢えて診療報酬改定の時期を外しているという。この理由について企画広報室長代行は次のように述べている。

“診療報酬改定を避けたいという思いがあります。(診療報酬改定に合わせてしまうと)目先の改定に(事業計画を)合わせることに考え方がシフトしてしまいがちということがありますので、それが無い期間のほうが、もう少し広い目で事業計画をたてられるのではないか、と考えています”

なお、長期事業計画は立てていない。環境の変化が激しい現在、長期計画を立ててもぼんやりした物になってしまう恐れがあり、実行可能な計画はせいぜい中期計画までが限度だと考えるためであるという。

この行動計画は部門毎に作成されている。BSCの「視点」という考え方が明示的に示されていないものの、部門毎に「目指す姿」を定めて、その姿を実現するための「評価指標」とその「目標値」、さらにその目標を達成するための「アクションプラン」として「だれが・どこで」「何をするか」「いつまでに」がまとめられている。単年度事業計画と行動計画の作成と運用は下記のようなスケジュールで行われている

時期	内容
前年度 6月～9月	事業計画策定のための内部・外部環境分析の実施
前年度 10～12月	幹部研修の実施準備・打合せ
前年度 12月	幹部研修の実施、次年度事業計画の策定
前年度 1月	方針発表会の実施、事業計画の概要発表
前年度 2～3月	部署別行動計画策定研修の実施と行動計画作成
4月	行動計画書の発行
以後各月	各月月初に進捗状況の確認、実行の促進
以後 3ヶ月毎	実績値と自己評価の入力とイントラネットへの実績公開

C病院では、事業計画と行動計画について、PDS マネジメントサイクル(Plan:立案、Do:実行、See:評価・統制)を強く意識しながら準備・運用している。以下、PDS それぞれにつ

いて、スケジュールに沿って見ていく。

【事業計画・行動計画の立案(Plan)】

C 病院では、事業計画を策定する前年度の 6 月頃から、早くも準備が始まっている。最初に着手するのは内部・外部環境分析である。企画広報室が中心となり、外部環境については政治・経済・社会・国際情勢・医療情勢等について、内部環境については組織・財務・業務プロセス・顧客等について情報収集を行った上で、分析を進める。そして、事業計画を策定する上で大変重要視されている幹部研修が前年度 12 月に実施されている。この幹部研修に先立って、企画広報室は環境分析結果に基づき幹部講習で議論すべきテーマを定める。幹部研修には、院長など上級幹部職員から看護師長・技師長・副技師長・室長に至る 80～100 名程度の幹部が参加し、事業計画策定のための検討を行う。この幹部研修は週末 1～2 日かけて院外で集中的に実施され、予め定められたテーマ毎にそれぞれ約 15 人ずつ割り当てられ議論が行われる。ただし、議論すべきテーマが決まり次第、予め各テーマ毎にメンバー割り当ては定められており、各テーマのリーダーや事務局は実際の幹部研修に先だって議論の方向性を話し合ったり事前データの収集を行う。幹部研修の重要性について企画広報室長代行は

“この幹部研修というのは当院の事業計画を作る上で非常に重きを置いているものです。この幹部研修で話し合われた内容が事業計画の骨子になって、それが年度末にちゃんとした事業計画になると言うことで、非常に要になるものですし、この幹部研修では、非常に多くの人を呼びます。院長・副院長・事務長の限られた人数ではなくて、中々事業計画に携わらないような人たち、つまり病院全体ですね、所属長を含めて事業計画を作っていこうというのが当院のスタンスです。そこで反対意見も出ながら話していくことで、最終的には、これだけ時間を掛けますので、「こう言う方向性」というのが決まります。”

と述べている。このように、幹部研修で話し合われた結果は事業計画策定の骨子となるが、さらに企画広報室で実行可能性などを再度検証の上、最終的に 1 月の「方針発表会」において職員に発表される。方針発表会は、契約社員や派遣社員も含めた全職員を対象として、事業計画の概要を 1 時間半ほど掛けて丁寧に説明、周知徹底させている。

病院全体の 1 年間の計画である事業計画に基づき、次は各部署が病院の事業計画を達成するために行動計画を策定する。行動計画を作成する上では、部署毎の研修会を設けてい

る。診療部門の行動計画を準備する際は、研修会に事務系部門も入り、必要なデータの提供や、計画の立て方などについての説明をした上で、改めて事業計画の説明をしたり、原価計算や紹介逆紹介実績等の情報も提示ながら各部署の行動計画策定を促進し最終的に 4 月に行動計画書が発行される。

【行動計画の実行(Do)】

4 月に発行された各部署の行動計画が適切に実行されるために、C 病院ではいくつかの組織的な取り組みを行っている。例えばプロジェクトマネジメントと内部広報である。

まずプロジェクトマネジメントについてであるが、行動計画の中で部署完結的に実行に出来ない、つまり部署横断型の課題については、プロジェクトチームを立ち上げて企画広報室が入り、プロジェクトマネジメントを行っている。

さらに C 病院では、行動計画の適切な実行には内部に向けた広報・伝達も必要だと考えている。自分たちの取組みを組織内で共有されることによって、「見守られている」という実感を各部署に持ってもらうことで、モチベーションの向上も図っている。その方法については、目的によっていくつかのメディアを組み合わせているという。まず広く各部署の取り組みを知ってもらうためには、院内で行われる発表会、院内誌(週 1 回発行)、広報誌(年 4 回発行)を活用し、より具体的な取り組みやタイムリーな情報共有にはイントラネット、そしてアクションに結びつくような広報としては行動計画書が挙げられる。

【事業計画・行動計画の評価・統制(See)】

行動計画の進捗管理・実施状況の評価・統制は、かなり細かく 3 通りの方法で行われている。具体的には、①期月に状況を確認、②実績値と自己評価入力、③イントラネット上での公開がタイムリーに実施されている。4 月以降毎月月初に、各部署は自部門が設定したアクションプランの進捗状況を確認する。四半期毎には、各アクションプランの達成状況について、実績値及び達成度合いの自己評価(○、△、×)をシステム上に入力する。さらにその状況はイントラネット上で公開される。進捗状況に課題・遅れが生じている部署には、必要性和部署の要望に応じて企画広報部が改善支援のために介入を行う。このように、策定した計画の実施状況をタイムリーにモニタリングし、課題が生じた際には必要であれば早期に介入を行う体制を整えている。

【インセンティブとの連動】

現時点でインセンティブとの強い連動はないものの、やはり目標の達成度は所属長や診療科の評価に若干反映されているという。ただし、目標値の設定について明確な基準があるわけではなく、その点は課題であると担当者は考えている。

【行動計画活用の効果】

行動計画の前提となる事業計画策定のために実施される「幹部研修」に対する重要性の認識は上でも示したとおりであるが、担当者はこの幹部研修の効果について

“(最終的な事業計画に対して)コンセンサスを得られやすいです。進めやすくなるんです。その意味もあって、事業計画を作る上での要のイベントだという風に思っています。”

と話している。80名以上の役職者が集まって次年度の事業計画を策定することにより、病院全体の方針が幹部で共有されるため、その後も事業計画を強く意識しながら部署レベルの行動計画を立てることが出来ると考えられる。つまり、この過程は、病院BSCを役職者が分担しながら作成している状況に近いと言えるだろう。

2.5 D病院におけるBSCの活用事例

【D病院の概要】

四国地方にあるD病院は、全国に同グループ病院を持つ大規模な公的病院である。病院としての歴史はかなり長く、最近100周年を迎えた。地域医療支援病院であり、紹介率は7割を超えるなど、地域の基幹病院の一つである。

【BSC導入の背景と経緯】

約10年前にD病院に病院長が就任した際、同院の経営状態は極めて困難を極めており、10億円を超える累積赤字を抱えていた。院長は就任直後から経営状態改善のために、各部署に対する院長ヒアリングと原価計算を開始した。単年度黒字は比較的短期に実現できたものの、院長就任直前に発生した地震の影響により病院の建物が相当な被害を受けており、病院建て替えも視野に入れる必要があったが、当時の経営状態では建て替えに備えられるほどの利益を確保するのは不可能だった。そこで、セミナーや書籍などを通じてBSCの可能性を直感していた病院長は全職員を巻き込んで経営改善に取り組むことを目指して2005

年夏の経営改革会議で BSC 導入を提案、2006 年の運用開始が決定した。

導入に先立つ 2005 年 11 月には、既に BSC を活用して実績を上げている病院の BSC 担当者を招いて講演会を行っている。この講演会に併せて、病院全体での BSC を準備することと次年度(2006 年)に向けて各部署にも BSC の作成を依頼する旨が伝えられ、BSC に対する気運を高めている。ただし、院内で BSC について詳しい知識を持ったスタッフが存在していたわけではなく、BSC に関する書籍を購入して職員が学びながら試行錯誤しつつ、幹部職員が議論をして病院 BSC を完成させた。その後、2006 年 3 月には病院 BSC に関する説明会を各部署に対して開催、具体的な作成方法やフォーマットを提示した上で、部署 BSC の作成を各部署に求めた。部署 BSC は 2006 年 5 月に完成し、正式導入となった。

【BSC の作成とカスケード】

D 病院では病院 BSC に基づいて、各診療科(医師部門)を含む約 40 の部門と 30 の委員会で部署 BSC 作成が義務づけられている。看護部に関しては病棟等の各部署へ、事務部に関しても各課へ落とし込んだ BSC 作成が求められている。

病院全体の BSC は、将来構想委員会のメンバーである院長・副院長・事務部長・看護部長をはじめ、技師長や副部長など約 15 名で構成される BSC 作成検討会で SWOT 分析の段階から検討が始められる。具体的なスケジュールは後述するが、かなり密度と頻度の高い議論を経て病院 BSC が作成されると、その戦略マップ・スコアカードが各部署にカスケードされる。各部署では、病院戦略マップ・スコアカードに基づいてスコアカードの作成を行う。この際、戦略マップは病院全体のマップを用いるが、戦略的目標については病院の目標に対して各部署が貢献できる戦略的目標を定義し直し、その独自目標に基づいた評価し尺度や目標値の設定を行っている。

BSC の作成と見直しは以下のようなスケジュールで運用されている

時期	内容
前年度 11 月～12 月	次期 BSC 作成に向けた BSC 作成検討会会議(全 10 回程度)
前年度 1 月	経営対策会議で病院 BSC を報告し、最終決定
前年度 1～2 月	病院 BSC 説明会開催、部署 BSC 作成依頼
前年度 2～3 月	各部署 BSC 作成

4月	当該年度 BSC 実行
4月下旬～	各部署に対する第1回院長ヒアリング
8月上旬～	各部署に対する第2回院長ヒアリング
11月下旬～	各部署に対する第3回院長ヒアリング

D病院では、病院 BSC を作成するために、BSC 作成検討会が11月頃から開かれる。この会議メンバーは病院の将来構想委員会と経営対策会議メンバー等上級幹部職約15名で構成されている。この作成検討会は11月から12月のおよそ2ヶ月間で10回前後の会合を集中的に開催する。検討会では、SWOT 分析・マトリックス分析・戦略マップ作成・病院スコアカードの作成をとりまとめるが、取りまとめる前に検討会の構成員全員が予め個別に分析・作成したものを持ち寄ることとなっている。

この検討会を踏まえて策定された病院 BSC について、年明け1月頃下旬～2月に業務連絡会議の構成員(係職以上の役職者)を対象として説明会が開催される。なお、この説明会には役職者以外の職員も、会場のスペースに余裕がある場合はだれでも希望すれば参加が可能である。この発表会では、病院 BSC の説明に加えて、各部署の BSC 作成方法やスケジュールについても改めて周知される。

病院 BSC の完成を受けて、次に2～3月の間に各部署で BSC の作成が行われる。各部署は部署 BSC を3月下旬までに確定・提出することが求められ、4月から完成した BSC に基づいて業務を実行することになるが、一部の部署、特に医師部門については最終版の確定が4月にずれ込むこともあるという。これは4月になって人事異動が多い部署が存在し、最終的な目標値の設定などに手間取ることがあるため、とのことである。

4月以降は作成された BSC の実行とモニタリングが行われる。4月下旬・8月初旬・11月下旬頃にそれぞれ各部署を対象とした院長ヒアリングが行われ、この中で BSC の実行・達成状況の評価確認が行われる。院長ヒアリングについては、後で詳述する。

【BSC の導入部署】

D病院では先に述べたとおり各診療科(医師部門)を含む約40の部門と30の委員会で部署 BSC 作成されている。さらに看護部は病棟等の各部署へ、事務部は各課へ落とし込んだ BSC を作成している。特に医師部門への BSC 運用は病院長の強い意欲とリーダーシップで、D病院で BSC を最初に導入した当初から行われていた。病院長は医師部門への導入について、

“多職種共同と言ってもね、医師が抜けたらまずダメですよ。今チーム医療で、医

療職がこう、患者さんの廻りをぐるっと取り巻くような形になっていますけれど、
医師が引いたらもうこれはどうにもならないですよ。”

と、医師が BSC の運用に参加する重要性を強調している。

【インセンティブとの連動】

D 病院において、BSC の目標達成と給与・賞与などと連動させるというインセンティブ制度は導入していない。しかしながら、次で詳説する院長ヒアリングにおいて、各部署から人員・設備等の要望が提出され、その要望に対する優先順位については、BSC の目標達成実績などが加味して判断されている。ただし、具体的な点数化や判断基準が存在しているわけではない。

【院長ヒアリング】

D 病院では、BSC が導入される前年度から院長ヒアリングが開始されており、現在も約 40 の部署(各診療科・看護部・各中央診療部)に対して年 3 回、毎年実施されている。ヒアリングは院長・副院長・事務部長・看護部長等の上級管理職と、各部署の部門長や部署スタッフ 3 名程度が出席する。ヒアリング対象が診療科の場合は、関連する外来・病棟の師長等も参加する。各ヒアリングは 1 部署辺り約 30 分の予定で行われている。

年 3 回のうち 1 回目は 4 月下旬から 5 月中旬にかけて、2 回目は 8 月いっぱい、3 回目は 11 月下旬から 12 月にかけて集中的に開催される。このうち第 1 回目は、前年度 BSC の最終評価の後、各部署から当該年度 BSC の説明や要望事項の提示があり、さらに診療科に対しては DPC 分析データの結果が示される。第 2 回目の院長ヒアリングでは、主に前年度原価計算結果の提示が診療科に対して行われ、加えて、各部署 BSC 第 1 四半期の評価が行われる。また、第 1 回ヒアリングで示された部署からの要望事項への対応状況についても説明が行われる。年末に実施される第 3 回ヒアリングでは、前期原価計算結果の提示と BSC 上半期の評価が行われ、再度 DPC 分析結果の提示と要望事項対応状況のアップデートが行われる。

以上のように、院長ヒアリングは原価計算・DPC 分析結果の提示や各部署の要望聞き取りなど BSC 以外のテーマも扱うが、BSC の進捗管理の要素も持っている。なお、年度初めのヒアリングで各部署は当該年度 BSC を提示するが、院長側から指標や目標値の変更などを求めることはない。

【BSC 導入の効果】

D 病院は、元々大赤字であった状況が大きく改善して、10 億を超える単年度黒字が計上されるまでになった。この財務的改善を全て BSC に帰結させることはできないものの、D 病院の院長や幹部は BSC の与えた良い効果を様々に感じているという。組織に対する変化として、やはり院内のコミュニケーションが非常に良くなってきた点がある。院長ヒアリングでの BSC を用いたやり取りによって、病院幹部と各部署とのコミュニケーションの頻度も質も上がり、その結果組織全体のベクトルが同じ方向を向いてきたことを実感しているという。また、院長ヒアリングに臨む診療科は関連する病棟等と共に参加することにより、診療科の BSC が他部門にも共有される。そのため、診療科の考え方が看護部門にも共有されるなど、縦のコミュニケーションだけではなく、横のコミュニケーションを促進することにも繋がっているようである。

具体的な成果としては、病院 BSC の成果尺度として新入院患者数を設定した結果、新入院患者数は増加基調をたどり、その結果患者紹介率も大きく向上した。新入院患者数は病床稼働率の上昇、ひいては収益の増加にも繋がる。もちろん、BSC の成果尺度に採用したことのみで患者数は増加しないものの、職員のなかに新入院患者数を増やさなければいけないという共通の認識が生まれ、そのことが奏功した可能性もある。

2.6 E 病院における BSC の活用事例

【E 病院の概要】

E 病院は中部地方にある民間病院であるが、今まで見てきた 4 つの病院と異なり、比較的小規模のケアミックス病院(病床の種類が急性期病床とそれ以外の回復期などの病床が混在している病院)であり、DPC の導入も行っていない。

【BSC 導入の背景と経緯】

E 病院では、BSC を導入する以前から、院長には病院の経営会議に相当する運営会議に対する問題意識が芽生えていた。病院の運営会議であるにもかかわらず、財務数値の発表のみが行われており、病院の理念を実現するための方針に結びつかないのではないか、という思いを院長は持ち始めていた。ちょうどその 2004 年頃、院長は医療 BSC 学会の主催する講習会に偶然参加して、また同学会長等と北米の病院を視察する機会を得て、BSC に

強い関心を持ったという。北米視察から帰国後、病院長は院内で管理職に対する報告会を実施し、その際に BSC についても「財務面だけではなく、学習と成長の視点など非財務面を評価しており、とても重要な考え方だ」と紹介した。その報告会に出席していた看護部長も当時、看護部で行われていた目標管理のあり方に行き詰まりを覚えていたが、BSC の多面的な視点や数値で目標を管理するという点に可能性を感じて、BSC 導入を推進することにしたという。

院長の報告会が行われたのは 2004 年の 10 月だったが、BSC の導入は直ぐに決定され、2005 年導入を目指すべく、直ぐにメンバーを参集して話し合いを開始し、SWOT 分析の実施と BSC の試作を始めた。病院全体の BSC は院長・看護部長ら管理者会議のメンバーで作成し、部署長会議を通じて各部門にも提出を求めている。ただし、BSC に対する理解は殆ど書籍やインターネット上に三重県病院事業庁が公開している資料などからだけだったため、初年度に完成した BSC は極めて項目数も多くなっていたという。2005 年には、第 3 回医療 BSC 学会で E 病院における取り組みを紹介、識者や先行して導入する医療機関などから様々な指摘を受けたこともあり、2006 年度には外部講師を 2 回招いて院内勉強会を実施した。その後は、毎年病院全体の BSC と部門 BSC を作成し、現在に至っている。

【BSC の作成とカスケード】

E 病院では 2005 年の BSC 運用開始当初から、病院 BSC に基づいた部署 BSC 作成を行っている。作成対象となっているのは診療科(医師部門)を除く 18 部署で、この中には各病棟も部署として含まれており、病院に併設されている通所・入所老人保健施設についても BSC の作成が求められている。

BSC の管轄は、今まで主に副院長・看護部長を中心に担当しており、部署としての事務局はなかった。しかし 2013 年頃から比較的若手の中間管理職(師長や課長職)10 名程度をファシリテーターとして選任し、病院 BSC についてはファシリテーターを中心に構築し、最終的に管理者会議で決定するという流れになっている。

BSC の作成と見直しは年度によってスケジュールの動きがあるものの、おおよそ以下のようなスケジュールで運用されている

時期	内容
----	----

前年度 10 月	各部署に対する院長面接
前年度 2 月頃まで	次期病院 BSC 作成のための議論開始(ファシリテーター)
前年度 2 月中	各部署に対する院長面接
前年度 2 月下旬	病院 BSC 完成、部署 BSC 作成依頼
3 月中旬	部署 BSC 完成、提出
4 月	当該年度 BSC 実行
4 月以降	毎月の管理者研修で必要に応じてモニタリング
10 月	管理者研修にて、前期報告会
2 月	管理者研修にて、年間報告会

E 病院では、近年 BSC の策定スケジュールや方針を見直しているが、現在では上述のように中間管理職から構成されるファシリテーターが病院 BSC を作成する。病院 BSC の作成は前年度の 2 月頃までに完成される。E 病院では毎月管理者研修と呼ばれる勉強会兼会議が開催されているが、ファシリテーターの多くはこの会議メンバーでもある。従って、大半の部署長が、病院 BSC の検討状況についてタイムリーに把握している。そのため、2 月下旬頃までに病院 BSC が完成して管理者会議で確定した後、約 2 週間で部署 BSC の作成も行われるというスケジュールになっている。また、10 月と 2 月には院長が各部署と面談を行う院長面接を行っている。この面接は上級管理職と各部署長とで行われ、人員や機器などの要望を聞く他、BSC の取り組み状況についてもヒアリングを行うという。4 月から稼働が開始された BSC は、毎月の管理者研修で必要に応じてモニタリングが行われる。また、10 月と 2 月の管理者研修会はそれぞれ、前期報告会・年間報告会と位置づけられており、各部署が BSC を用いた目標の達成状況について発表をしている。出席者で各部署の発表に対する投票を行って、上位に選出された部門は表彰されている。

【BSC の導入部署】

E 病院では各診療科(医師部門)に対して BSC 導入は行っていない。ただし、看護部長は医師部門への導入については以下のように述べ、期待感を表している。

“病院全体でやるべきなんだけれども、医師が入るってことが、中々難しいところがあって。でも、やっぱり成果ってなると、病院の経営の成果はやっぱりドクタ

ーが中心だと私は思うんですね。いまの医療の方法論がやっぱりドクターがどのような治療をしていくかということが中心となっているものだから、でもなかなかドクターを入れてBSCを運用するってことが難しい”

また、現時点では導入していないが、病院の各委員会へBSCを落とし込むことを検討したいとしている。ただ、BSCの専門家からは委員会という組織にBSCは馴染まないというアドバイスを受けたと言うことで、引き続き院内で検討しているとのことだった。

【インセンティブとの連動】

BSCの目標達成と連動したインセンティブ評価はないものの、BSCに積極的に関与した職員に対しては、人事評価の項目内で学会発表等と並び一定程度評価が行われる。この人事評価結果は賞与に影響するが、必ずしもそのインパクトは大きくないという。

【BSC導入の効果】

E病院では、BSC導入の効果について、まず非常に根本的なところだが、今まであまりマネジメントについて考えてこなかった(考える必要が無かった)のに対して、BSCを導入することで病院のビジョンや目標、実績値が可視化されるようになり、その結果としてマネジメント意識の高まりがあったようだ。さらに、BSCの作成改定でビジョン・戦略を共有することにより、組織の連帯感や一体感、そして「ベクトルを一つにしていこう」という空気が醸成されていったという。これらが、BSCを導入したことによる組織への影響・効果だとE病院では考えていた。

第3節 考察

3.1 定性的調査に基づく、BSCの活用状況

本章では、BSCを導入した病院に対するインタビュー調査に基づいて、BSCの活用状況について見てきた。5つの異なる背景を持った病院であるが、以下、BSCの活用における共通点や相違点について考察を加える。

a)BSC導入の要因

BSC導入の要因は、病院によって様々であったものの、A病院とD病院ではかなり大き

な赤字を抱えており、財務的改善の必要性をそれぞれの病院長は認識していた。一方で B 病院・C 病院については特に財務的なリスクが顕在化していたわけではなかった。しかし、B 病院を含め多くの病院で共通していたことは、組織の目指す方向性に職員を合わせていく必要性を感じていた点である。従って、財務的リスクのように喫緊の課題が BSC 導入検討のきっかけになることもあるが、むしろ組織の方向性統一を通じて、病院の課題(その課題は病院の置かれた環境によって異なる)に立ち向かうことを目的として、BSC の導入が検討される場合が多いと考えられる。

b)導入までの体制

今回取り上げた 5 つのケースの大半では、病院長などのトップマネジメントによる強いリーダーシップによって BSC 導入を決定しており、導入にはリーダーのコミットメントが求められることが示唆された。一方で、各病院とも、病院長とは別のスタッフあるいは部門が BSC の具体的な導入に向けた準備を担っていた。A～D 病院はそれぞれ事務・企画系の部門が BSC 導入・管理を担当しており、E 病院では看護部長が導入までの準備を担当している。多忙な院長が病院全体の BSC 導入にむけた具体的な道ならしをすることは不可能であり、院長のリーダーシップと共に、その方針をサポートする役割も重要だと考えられる。

c)BSC の導入部門

病院全体の BSC を各部門に落とし込む段階では、いくつかの相違点や論点が見られた。その最たる点が診療科(医師部門)に対する導入である。B 病院・C 病院・D 病院では診療科を含めた運用を行っており、特に D 病院長は医師部門を含める必要性を強調していた。医師は収益(売上)を発生させる起点を作る唯一の職能であり、診療科への BSC 導入が大きな意味合いを持つことは確かだと考えられる。その点は診療科に BSC を導入していない E 病院でも看護部長が同様の指摘している。さらに、A 病院でも診療科への導入する意向自体はあり、病院として診療科を含めた BSC 運用を期待していることが分かった。A 病院と E 病院では BSC を医師部門に導入することによって医師から反発を受けることを懸念していた。その一方で、B 病院・C 病院・D 病院に対する調査によると、あまり医師部門からの反発は無かったようである。B 病院では TQM 活動、D 病院では院長ヒアリングや原価計算などが BSC の導入に先行されていたことから、組織文化として既に医師部門を巻き込みやすい環

境にあった可能性もあるが、その一方でトップマネジメントのリーダーシップによっては、医師部門を含めた BSC 運用が実現できるものと考えられる。なお、D 病院では通常の部署に加えて、組織横断的に構成される委員会に対しても、BSC の作成を求めていることは特徴的である。

d)病院 BSC 改定の流れ

調査対象とした病院では、1年に1度の頻度で BSC を見直していた。病院 BSC の改定に際しては、病院上級幹部を中心として集中的な議論の場を設けている場合が多かった。A 病院は上級幹部職員による1~2日の集中的議論、B 病院では約2ヶ月に亘る上級幹部職員の意見交換、C 病院では幹部職員による合宿、D 病院では10回にのぼる上級幹部職員の議論、E 病院でも上級幹部職員(現在は中間管理職に委譲している)による議論を経て、病院全体の戦略マップとスコアカードを作成していた。病院レベルの BSC は、その後部門 BSC への落とし込み期間を踏まえて1~2月までに完成し、病院職員全体、または各部門長を対象として発表されている場合が多かった。

e)部門 BSC 改定の流れとカスケードの方法

部門 BSC を作成するタイミングは、多くの病院で年明けに病院 BSC が提示されて以降、3月までを目処に準備が行われ、4月から運用開始という流れだった。

病院 BSC を部門に落とし込む方法は病院によっていくつか相違が見られた。A 病院・D 病院・E 病院では病院 BSC の視点枠組みと戦略テーマはそのままに、戦略目標・成果指標などは各部門がコントロールしやすい目標・指標などに置き換えて設定していた。なお A 病院では、看護部のみ個人まで落とし込んだ BSC を作成して、目標管理と連動させていた。B 病院も A 病院・D 病院と同様であるが、視点枠組みのうち財務の視点については、部門 BSC から除外していた。伊藤 (2007)は、組織階層との関係性に基づいてカスケードのタイプを3つに分類しており、事業部もしくは部門で戦略マップ及びスコアカードを作成し、下位組織はそのスコアカードに従って尺度・戦略的実行項目を落とし込むパターンをタイプ 1、部・課などの戦略実行組織に視点・戦略目標・尺度を展開していき階層毎に戦略目標を構築し直すタイプをタイプ 2、さらに個人レベルまで4つの視点で尺度・目標値等を落とし込んでいくパターンをタイプ 3 と定義している。その点で、今回確認した多くの病院でタイプ 2 のカスケードを行っていた。A 病院に関しては看護部でタイプ 3 のカスケードを行っ

ていた。伊藤 (2007)は、このようなカスケーディングは「戦略実行の責任を個人に落とし込んでしまい、結果として戦略責任の不在を招く」恐れを指摘し、事業部長や部長の戦略目標を下位にカスケードするには方針管理ツールを活用すべきと指摘している。現時点では、BSC を用いて部門より下位組織に落とし込むことによる不利益を、今回のインタビュー調査からは感じられなかったが、より戦略性が高いマネジメントが必要になった際は、カスケーディングの方法についてもより厳密に検討していく必要があるかも知れない。

f) インセンティブとの連動

今回のインタビュー対象病院では、BSC の実績が何らかのインセンティブに直結しているケースは存在しなかった。ただし D 病院では、次年度の人員・設備希望に対して BSC の実績をある程度加味するとしていた。B 病院では、現時点での連動はないものの、将来的にはインセンティブとの連動について検討する必要性を感じていた。いままで医療機関では、実績に応じた給与・賞与制度というのはあまり取り組まれてこなかったが、BSC のように実績が可視化されるツールの導入によって、将来的にはインセンティブ制度の導入が拡がる可能性が考えられる。一方で、BSC の目標値設定に関しては、目標水準の客観的な設定方法が難しく、この点は今後の課題となり得る。

g) BSC 作成・測定に関連する取り組み

A 病院・B 病院・E 病院では、BSC の作成結果や取り組み結果について発表する「BSC 大会」「BSC 発表会」を年に 1~2 回開催しており、発表結果に応じて表彰まで行っていた。各病院によれば、このような取り組みは BSC に対するモチベーションを高め、また通常知ることが出来ない他部門の取り組みを知ることが出来る点で、重要であることが強調されていた。

また、B 病院・D 病院・E 病院では、各部門の BSC の進捗状況を確認したり、次年度の目標設定について議論したり、人員・設備希望などを聴取するために、病院長をはじめとしたマネジメント層が各部門に対するインタビュー(ヒアリング)を行っていた。このような機会がマネジメント層と部門長とのコミュニケーション・部門に対する戦略伝達の役割を担っていると考えられる。

5 つの限られた医療機関に対するインタビュー調査の結果とはいえ、各医療機関における

BSC の導入・活用方法には共通点が見られており、他の医療機関における BSC の円滑な導入・活用にも有用な情報であると考えられる。

3.2 定性的調査に基づく、BSC の効果

前項では、定性的調査に基づく BSC の活用状況についてまとめたが、本項では定性的調査に基づき、BSC の効果についてまとめる。

a) ビジョンと戦略に基づいて組織のベクトルを合わせて、ビジョンと戦略を共有する

各病院のインタビューに共通して出てきたキーワードが「ベクトル」である。今まで、病院の各部署は個別に最適化を進めていたものの、病院全体が組織として同じ方向を見ていなかった可能性がある。そのような状況に対して、BSC は組織のビジョンと戦略を病院幹部や各部署に浸透・共有させ、結果として組織全体が同じ方角を向くための役割を果たしていると考えられる。

b) 組織の垂直的・水平的なコミュニケーションを促進する

上述の効果が発揮される背景として、BSC の作成・運用過程において、組織内でのコミュニケーションが活発化することが考えられる。病院 BSC を部署や部署長に提示する際に、各病院は部署に対するヒアリングや説明会など、様々な手段でコミュニケーションを取っていた。特に部署に対してヒアリング形式を取っている病院では、部署個別的に病院幹部と部門長とが意見を交わすこととなり、密接なコミュニケーションが行われる。このような垂直的なやり取りは、BSC 以前にはあまり機会が無かった病院が多く、このことが組織のベクトルを揃える役割に影響を与えていた可能性がある。

部署 BSC によって部署毎の役割や目標が可視化されることや、院内における BSC 発表会を通じて、部署間、つまり組織水平的な情報の共有・コミュニケーションの活発化が図られていることも確認された。どのような組織であっても、部署を隔てることで役割コンフリクトが発生しうるが、他の部署が組織中でどのような役割を担っているかを理解することは、重要であろう。

第5章 医療機関におけるバランスト・スコアカード活用と効果の定量的調査

第1節 アンケート調査に基づく医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用と効果

1.1 調査の対象と方法

医療機関におけるBSC活用の現状とその期待される効果についてアンケート調査を実施した。実施時期は2013年11月～12月、対象は2013年度にDPC/PDPSを導入している1496病院とし、郵送質問票調査法で実施した。ここでDPC/PDPSを導入している病院を対象としたのは、第2章でも指摘したとおり、DPC/PDPSの導入を機に管理会計への取り組みが増えていることが示唆されていることによる。

本調査は、BSCの活用状況に関する基礎情報を入手することとBSCの効果を探索的に調査し、BSCの効果に対する促進要因と阻害要因を検証すること、及び将来的にBSCの効果に関する測定尺度を洗練化させることを目的として、下記の点について調査を行った。

- ① 対象病院の特性
 1. 病床数
 2. 職員数
 3. 年間収益
- ② BSCの導入状況
 1. BSC導入部門 BSC
 2. BSC導入時期
 3. BSC導入に要した準備期間
 4. BSCの運用状況(実施項目：ミッションの明文化・SWOT分析・等)
- ③ BSC運用の目的
- ④ BSC運用の効果

対象病院の特性は、病院の規模によってBSC導入状況や効果が異なる可能性を想定して、病院の規模を示す病床数・職員数・年間収益について尋ねた。BSCの導入状況は、そもそもBSCが導入されているか否か、また導入されている場合はどの部門でどの程度の期間運用しているのかを確認した。特に、BSC導入時期は、DPC/PDPSの導入との関連性や、BSC

導入の効果にも影響がある可能性を踏まえて尋ねた。また、病院が BSC と認識していても、病院によって実際に活用している BSC の形態は様々であることから、BSC を運用する際にどのような項目を実施しているかについて調査を行った。具体的には「ミッションの明文化」「ビジョンの明文化」「SWOT 分析の実施」「重要成功要因(KSF)の明文化」「重要業績評価指標(KPI)の設定」「KPI間の因果関係の考慮」「戦略マップの作成」「KPIの見直し」「視点の種類」について尋ね、KPI の見直しをしている場合はその頻度を確認している。SWOT 分析や KSF(戦略目標)・KPI(成果尺度)など、用語の選択や使い方にバラツキがあると思われるものについては、用語説明を加えた。BSC 運用の目的と効果については、先行研究(Kaplan & Norton, 1992; 吉川, 2003; 高橋, 2007; 荒井ほか, 2013)や医療機関に対する事前のインタビュー調査を参考に 10 項目を選定し、各々の項目について当てはまり具合を 5 件法で尋ねた。ここで目的及び効果に関する質問項目を 10 項目に限定したのは、探索的調査の位置づけで回答数を維持することを目的として設問数を設定している。

本質問票の作成にあたっては 3 人の研究者で質問項目を協議した上で、内容妥当性・表面妥当性については調査対象となる DPC/PDPS 病院のうち先行研究などで予め BSC の運用を把握していた 3 病院の BSC 担当者に確認を行った。なお、本質問票の効果検証に関する 10 項目については、下位尺度となる設問数が限定されていることから信頼性検証は行わなかった。

また、インタビュー調査などを通じて、医療機関の中には職員の経営手法に対する警戒感を下げる目的で、敢えて BSC という名称を使わないケースがあったため、BSC という名称でなくとも、「多面的な視点から業績を測定し、業績指標や視点間の因果関係を重視した手法」で実質的に BSC と同様の仕組みを採用している場合は、BSC として回答するように依頼した。この質問票は BSC の導入・運用担当者に回答するよう依頼した。

加えて、回答病院の情報を補完するため、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)の調査結果資料「施設概要表」(厚生労働省, 2013)を元に、各病院の DPC/PDPS 参入年度に関するデータ等を取得した。

返送された質問票は Excel に回答を入力してデータセットを作成した。分析・統計処理は Stata ver.12 を用いた。なお、作成した質問票は appendix.1 に掲載した。

1.2 結果

a) 回答病院の属性と BSC の導入状況

調査対象 1496 病院のうち 209 病院から回答を得た（回収率 14.0%）。図表 5-1 は回答病院の開設主体を大学(国公立・私立大学の附属病院等)・国公立(国立・自治体立・独立行政法人等の病院)・公的(日本赤十字社・社会福祉法人恩賜財団済生会・社団法人全国社会保険協会連合会等の病院)・民間(医療法人社団・医療法人財団等の病院)の 4 カテゴリーに分類し、総病床数別に分類したものである。開設主体別に見ると国公立病院が最も多く、民間病院・公的病院と続いた。最も回答数が多い国公立病院では、401～600 床規模病院の回答が多いが、民間病院では 200 床以下の回答が多かった。なお DPC/PDPS 対象全 1496 病院の病床規模分布と概ね同様の分布だったが、大規模病院の回答が若干多い傾向が見られた。

図表5-1 開設主体・病床規模別回答病院数

病床規模	大学	公立	公的	民間	不明	総計
～200床		5	4	30		39
201～400床		28	18	20		66
401～600床	3	37	11	10		61
601～800床	5	12	5	2		24
801床～	8	1		1		10
無回答・不明		3		1	5	9
総計	16	86	38	64	5	209

BSC の導入状況について尋ねたところ、回答病院のうち 4 割を超える病院で病院全体か一部の部門で BSC を導入しており、3 割の病院では病院全体で BSC を導入していることが分かった。また四分の一の病院では、病院全体の BSC をカスケードさせて部門毎に BSC を作成していることが分かった。限られた病院では、病院全体と一部の部門で導入しながらも、病院全体の BSC と部門 BSC とが連動せずに運用している病院も存在した。一方でおよそ 10% の病院では、病院全体では BSC を運用していないものの一部の部門(看護部・事務部門など)のみで BSC を運用していた(図表 5-2)。

図表5-2 BSCの導入状況

項目	件数	割合	累積割合
病院全体+各部門(カスケードあり)	53	25.4%	25.4%
病院全体+各部門(カスケードなし)	5	2.4%	27.8%
病院全体のみ	8	3.8%	31.6%
一部の部門のみ	20	9.6%	41.1%
導入部門なし	123	58.9%	100.0%
合計	209	100.0%	

b) 病院全体に BSC を導入している病院の導入状況

図表 5-3 は、病院全体で BSC を導入している 66 病院について、BSC を病院全体に導入した時期について示した。過半数の病院で 2006～2010 年に導入していたが、1990 年代に導入している先進的な病院もあった。また図表 5-4 では、DPC/PDPS 導入と BSC 導入との関連を検討するために DPC/PDPS 対象病院になった年を基準として BSC を導入した時期について示している。BSC 導入が対象病院になる前後 1 年以内であった病院は 4 割弱であり、7 割超の病院が前後 3 年以内に導入していた。

BSC の導入準備に費やした時間を尋ねたところ、約半数の病院では半年程度の準備を経て BSC を本格稼働させており、大半の病院で準備期間は 1 年以内だった(図表 5-5)。

図表5-3 病院全体で運用するBSCの導入年

項目	件数	割合	累積割合
～1999年	1	1.6%	1.6%
2000～2005年	17	26.6%	28.1%
2006～2010年	34	53.1%	81.3%
2011年～	12	18.8%	100.0%
合計	64	100.0%	

図表5-4 病院全体で運用するBSCの導入とDPC/PDPS実施年度の関係

項目	件数	割合	累積割合
4年以上前	8	12.9%	12.9%
2～3年前	10	16.1%	29.0%
1年前～1年後	23	37.1%	66.1%
2～3年後	12	19.4%	85.5%
4年以上後	9	14.5%	100.0%
合計	62	100.0%	
(無回答・無効)	4		

図表5-5 BSCの導入準備期間

項目	件数	割合	累積割合
3ヶ月以下	14	23.7%	23.7%
6ヶ月以下	29	49.2%	72.9%
12ヶ月以下	14	23.7%	96.6%
24ヶ月以下	2	3.4%	100.0%
合計	59	100.0%	
(無回答・無効)	7		

c) 病院全体に BSC を導入している病院の運用状況

BSC の運用に当たって、ミッションを明確化することに加えて、内部・環境分析を経てビジョンと戦略を明確にすることが求められる。また、戦略目標の因果関係を考慮するために重要な戦略マップも BSC 運用上のコアである。このような BSC を運用する上での要素に関する実施状況について尋ねた結果を図表 5-6 に示した。

図表5-6 BSCの運用における各実施事項

項目	実施	不実施	実施率	回答なし
ミッションの明文化	60	4	93.8%	2
ビジョンの明文化	63	1	98.4%	2
SWOT分析の実施	48	16	75.0%	2
戦略目標の明文化	49	15	76.6%	2
評価指標の設定	54	10	84.4%	2
評価指標間の因果関係の考慮	33	31	51.6%	2
戦略マップの作成	48	16	75.0%	2
評価指標の見直し	47	17	73.4%	2

BSC の策定に先駆けて、ミッション・ビジョンの明確化は、大半の病院で行われていた。他方、環境分析ツールである SWOT 分析は 25%の病院では実施されていなかった。戦略目標と評価指標の明文化・設定については、それぞれ 76.6%、84.4%だった。また、評価指標間の因果関係の考慮は半数強にとどまり、戦略マップについても、25%の病院で作成されていなかった。なお、評価指標の見直しは約 73%の病院で実施されており、その頻度は図表 5-7 で示したとおり 1 年毎に見直している病院が 63.8%と最も多かったが、半年に 1 度が 25.5%、四半期毎に見直している病院も 1 割強あった。

図表5-7 評価指標見直しの頻度

評価指標見直しの頻度	件数	割合	累積割合
四半期毎	5	10.6%	10.6%
半年1回	12	25.5%	36.2%
1年毎	30	63.8%	100.0%
合計	47	100.0%	

BSC は非財務指標も含んだ多面的な視点を持つことが特徴であり、Kaplan and Norton (1992)は基本的なモデルとして4つの視点(財務・顧客・業務プロセス・学習と成長)を提唱しているが、実際の視点枠組みと視点の数について聞いた(図表 5-8a)。また、併せて採用した視点の数についても尋ねた(図表 5-8b)。大半の病院で、基本の4つの視点を採用していることが分かった。一方、それ以外の指標を取り入れている病院もあり、「医療の質」「資源の再投資」「人材」「組織管理」といった視点を採用していた。採用視点数は、大半の病院で4視点だったが、基本以外の指標を含む5視点で運用している病院もあり、逆に1視点のみで運用していると回答した医療機関も存在した。

図表5-8a 視点の採用状況

視点	実施	不実施	実施率	回答なし
財務の視点	63	1	98.4%	2
顧客の視点	63	1	98.4%	2
業務プロセスの視点	62	2	96.9%	2
学習と成長の視点	62	2	96.9%	2
その他の視点	4	60	6.3%	2

図表5-8b 視点の数

採用視点数	件数	割合	累積割合
1視点	1	1.6%	1.6%
3視点	1	1.6%	3.1%
4視点	58	90.6%	93.8%
5視点	4	6.3%	100.0%
合計	64	100.0%	
(無回答・無効)	2		

d)BSC 導入の目的と効果

BSC 導入時に期待する目的とその項目に関する効果に関する当てはまり具合を5件法で尋ねた結果を図表 5-9 に示す。導入の目的としては、BSC 本来の役割である「ミッションやビジョンを組織に浸透させる」や「病院戦略の組織への浸透」、また「病院の戦略策定」そのものや「部門目標設定」について高い値が示された。他方、「スタッフの業績管理」や「コスト削減」「スタッフ間のコミュニケーション向上」については、必ずしも目的として

高く意識されていなかった。

図表5-9 BSC運用の目的と効果

	目的			効果		
	N	Mean	(S.D.)	N	Mean	(S.D.)
ミッションやビジョンを組織に浸透させる	63	4.70	(0.53)	62	4.00	(0.75)
病院の戦略策定	63	4.56	(0.59)	62	4.02	(0.71)
病院戦略の組織への浸透	63	4.59	(0.59)	62	3.94	(0.72)
部門目標設定	63	4.40	(0.77)	61	3.97	(0.73)
スタッフの業績管理	63	3.24	(1.25)	60	3.15	(0.86)
スタッフ間のコミュニケーション向上	63	3.73	(1.00)	61	3.43	(0.83)
増患	63	3.81	(1.01)	61	3.21	(0.71)
コスト削減	63	3.71	(0.92)	62	3.32	(0.76)
医療の質向上	63	4.17	(0.85)	60	3.48	(0.75)
患者満足度の向上	63	4.25	(0.69)	61	3.51	(0.65)

1.3 考察

a)BSC の導入状況

回収率が低い場合無回答バイアスの影響に留意する必要があるものの、約4割の病院で、病院全体または一部においてBSCが導入されていた。2013年に荒井ほか(2013)がDPC/PDPS対象病院に対して実施した調査によれば、事業計画は92.1%の病院で作成されている一方で部門別予算は収益予算でも22.9%に留まっており、BSCの導入割合が他のマネジメント・コントロール・システムに比べて比較的高い可能性を示している。過去にTakahashi(2008)が病院を対象として実施した調査では2006年にBSCを導入していた医療機関は18.8%だったのに対して、本研究では2013年のBSC導入率が41.1%と2倍を超える結果だった。本研究において、病院全体にBSCを導入し、かつBSC導入時期を回答した64病院中、2006年までにBSCを導入していたのは25病院に留まっていたことから、2006年以降もBSCを導入する病院が漸増していたことが窺える。また、BSC導入の時期がDPC/PDPS対象病院となる前後3年に集中していることから、DPC/PDPS参入の影響がある可能性も示唆された。DPC/PDPS導入に際して医療機関は様々な組織整備を進める

必要が生じるが、その過程でマネジメント・コントロールの重要性が高まり、結果としてBSCの導入が促進された可能性もある。

BSC導入部門については、BSCを導入している大半の病院で組織全体と各部門とをカスケードさせたBSCを運用していた。一部の部門に限定してBSCを導入している病院も10%近くあったが、この中には病院全体での運用に先駆けてパイロット的に運用を行っているケースがあるものと思われる。ただ、BSC本来の役割である戦略の実行という点において、病院全体の戦略からカスケードがされず、組織全体のビジョンや戦略との整合性を持たないBSCが組織全体の目標に有効に作用するかの検証は今後の課題である。

b)BSCの運用状況

ミッション・ビジョンの明文化については9割近い病院が実施していた。過去に実施したインタビューなどから、予め明文化されている病院は比較的少なかったことから推察すると、BSC導入を契機として、ミッション・ビジョンの明文化が促進されたことが考えられ、BSC導入過程において病院に対する学習・改善効果があるのではないかとと思われる。その一方、SWOT分析の実施率は75%に留まっていた。本調査ではSWOT分析以外の枠組みによる病院の環境分析について尋ねていないが、環境分析に基づく戦略が策定されていない病院が存在することが示唆された。

戦略目標・評価指標についても、15~25%程度の病院では設定をしていなかった。スコアカードを作成する際に評価指標は必須の要素であり、これらの病院で運用している仕組みを実質的にはBSCとは言えない可能性がある。また、評価指標間の因果関係の考慮は約50%に留まり、BSCの戦略的経営システムとしての活用可能性がまだ十分に理解されていないことも伺えた。ただ、戦略マップについては約75%の病院で作成していることから、戦略マップの作成を適切に実行する過程で、因果関係の考慮についても検討が進むこと可能性もあると考えられる。

評価指標の見直しについては多くの病院(63.8%)で1年に1度見直しを行っていた。しかし、環境の変化が激しい昨今、評価指標に設定された目標値の達成は困難になる場合もある。その際には、四半期や半年ごとに指標を測定し、目標値から大きく乖離していた場合などは目標達成のための方策や目標値自体の修正、さらには評価指標の妥当性を再検討する必要もあり得るだろう。

一部の例外を除き、日本の医療機関は非営利組織によって運営されている。Kaplan and

Norton(2001, 134)は非営利組織における BSC では、財務の視点を階層の頂点に置く構造を修正することを提唱している。また、荒井(2005, 37-38)も「医療界においては、伝統的に『医療の質』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が基本である」とし、医学的なアウトカムという視点を含めた 5 つの視点からなる因果連鎖を提案している。一方、今回の調査によると、視点の枠組みとして、大半の病院で伝統的な財務・顧客・業務プロセス・学習と成長の 4 つの視点を採用していた。これには、いくつかの理由が推察できる。一つには顧客や業務プロセスの視点に医療の質に関する戦略目標を内包することで基本の 4 視点でも足りるという考え方に沿っている可能性もあるが、むしろ医療機関自体が基本の 4 視点を超えて BSC を自由にデザインして良い、というアイデアがあまり共有されていない可能性があるように思われる。組織のミッション・ビジョン・戦略に即した BSC の構築が今後の課題となり得る。

伊藤(2007)が指摘するように、Kaplan and Norton が 1992 年に初めて BSC を提唱した後、少しずつ新たな概念を BSC に導入するなどその定義は時代によって変遷している。だが、現在では BSC は業績評価システムを超えて戦略マネジメント・システムとして認識されており、戦略目標や尺度の設定、戦略目標間の因果関係を可視化させる戦略マップ等の存在は BSC を構築・運用するにあたって不可欠なものであると言えるだろう。しかし本研究の結果では、戦略との関連性が乏しく、BSC というよりも多面的評価に重きを置いた評価指標スコアカードとしての要素が強いケースも多く見られた。その要因は明らかではないが、医療機関における BSC に対する理論的理解や戦略思考の希薄さ、導入における専門コンサルタント等の不在などが影響している可能性がある。BSC が本来期待される効果を発揮するためには、医療機関のトップマネジメント層や経営企画部門に対する研修や専門家による支援を通じて、BSC の本来的な活用方法とその効果について啓発することが必要になるだろう。

c)BSC 運用の目的と効果

多くの病院で、BSC 導入の目的としてミッション・ビジョンの浸透、戦略策定と組織への浸透、部門目標設定を挙げていた。これらの目的に対応して、多くの病院で BSC 運用の効果をポジティブに感じていることが分かった。しかし、目的の当てはまりに対する値と比べて効果の実感に関する値は、それぞれの項目で効果の実感に関する値のほうが低かった。それぞれ同一の測定尺度ではないため一概に目標と効果に関する値を比較することは

難しいものの、全体的には、BSC に期待した以上の効果を感じている病院は少なかったことが推察される。ただし、この結果が BSC 固有の限界によるものなのか、BSC 運用上の課題に起因するものなのかについては、引き続き検証が必要である。

d)本研究の限界と課題

本稿では、2013 年秋に行った質問紙調査の結果について基本的な結果を報告した。BSC 導入の効果を検証するためには、病院の背景や BSC の運用状況などを踏まえたさらなる分析が必要である。

本質問紙調査では回収率が 14.0%と低く、結果の代表性については一定の限界がある。また、DPC/PDPS を導入していない病院、とりわけ急性期以外の病院群における BSC の活用状況は追加的な研究が必要である。ただし、DPC/PDPS 対象病院は相対的に規模の大きい医療機関が多く、管理会計の実践度が高い病院群が多いと考えられるため、DPC/PDPS 対象外病院での BSC 運用率は低いと思われる。

本研究の結果、戦略目標や尺度の設定が欠けていたり、戦略マップの作成等が作成されていなかったり、あるいは戦略との関連性が乏しいスコアカードが作成されているケースがみられた。これらは本来、BSC というよりも評価指標スコアカードと呼ばれるべきものであるかもしれない。しかし本研究では、医療機関としては BSC と認識して導入しているものや BSC に近似しているものを含めた実態を調査した。そのため、Kaplan and Norton (1996)が提唱・定義する BSC に合致していない仕組みも含まれていることに留意する必要がある。

なお、本研究における調査では、質問票の制約などから戦略マップの修正・戦略的实施項目の設定・評価指標の数値目標設定について調査を行っていない。これらは、BSC を運用する上で不可欠なものであるため、今後の研究ではこれらの要素に関しても調査を加える必要があると考えている。

第2節 バランスト・スコアカードの効果にその運用状況や組織特性が与える影響

2.1 仮説の構築

前節では、アンケート調査の結果について単純集計を行い、病院背景及び運用状況が BSC の導入効果に影響する可能性を指摘した。BSC の効果については、設問によってバラツキに差が見られたが、その要因として様々な要素が BSC の効果に影響を与えること、そしてその影響は効果の内容によって差が生じることが考えられる。そこで本節では、医療機関において、BSC の運用状況や組織特性が BSC の効果に与える影響について検討を行う。

BSC の効果に与える要素として考えられることの一つは、BSC の運用状況である。中でも BSC の運用期間は、その効果に大きく影響すると考えられる。BSC では各目標に設定する尺度を四半期～1 年程度で評価しているが、伊藤(2007)が指摘するとおり BSC は短期的ツールでは無く、中期計画の戦略修正という役割がある。すなわち、BSC が運用開始から短い場合、効果が発現しづらい項目が存在する可能性がある。

またアンケート調査の結果から、BSC を活用していても、病院全体の BSC が部門にカスケードされずに運用している医療機関が認められた。戦略の実行という点からは、適切にカスケードがされていない BSC の場合、本来発揮されるべき BSC の効果が薄まる項目があることが予想される。

一方、医療機関の背景も、BSC の発揮する効果に影響を与える可能性がある。特に医療機関の開設主体によって、病院のガバナンスには差が生まれることが考えられる。国の開設する医療機関・公的医療機関・社会保険関係団体が開設する医療機関に比べると、医療法人等が設立する民間医療機関では、非営利性に差があり、加えてマネジメントの自由度や熟練度にも差があると考えられ、これらが BSC の効果に何らかの影響を及ぼしうる。

そこで、①BSC の運用期間、②BSC のカスケードの有無、③病院種別が BSC の効果に与える影響を検討する。図表 5-10 は、3 要素が BSC の効果に与える影響の仮説を示している。+が振られている項目は、当該要素が BSC の及ぼす効果に正の影響を与えると仮説を置くもの、逆に-が振られている項目は当該要素が BSC の与える効果に負の影響を及ぼすと仮説を置くものである。ただし、負に働くと仮説を置く項目は無かった。

図表5-10 各要素がBSCの影響に与える影響の仮説

	BSCの運用期間が長い	BSCのカスケードあり	病院種別が民間
ミッションやビジョンを組織に浸透させる	+	+	
病院の戦略策定	+	+	
病院戦略の組織への浸透	+	+	
部門目標設定		+	
スタッフの業績管理		+	+
スタッフ間のコミュニケーション向上	+	+	
増患	+	+	+
コスト削減	+	+	
医療の質向上	+	+	
患者満足度の向上	+	+	

上記の仮説導出の背景は以下の通りである。

まず BSC が本来的に期待されている「ミッションやビジョンを組織に浸透させる」「病院戦略の組織への浸透」「病院の戦略策定」に対する BSC の効果は、病院種別はあまり影響しない一方、BSC 運用期間が長いことは効果の増大に繋がり、また病院 BSC からしっかりと部門へとカスケードされることもその効果を高めると考えた。

また、「部門目標設定」や「スタッフの業績管理」は BSC が運用される過程として効果が生じると考え、BSC の運用期間の影響よりも、カスケードがあることによって組織目標が部門やスタッフに落としこみやすいという効果を想定した。スタッフの業績管理は、民間病院のほうが人事システムの柔軟性が高く、スタッフレベルまで積極的に行っていると考えた。

「スタッフ間のコミュニケーション向上」は、第 4 章におけるインタビュー調査の結果を踏まえて、カスケードの存在が効果を高めると考え、また BSC の運用が長くなることも

効果が高めると仮定した。

「増患」「コスト削減」「医療の質」「患者満足度」の各項目は、ある程度間接的・遅効的なアウトカムで、BSCの運用を開始した後に効果が発現するまでには時間を要すると考え、BSC導入期間が長い医療機関ほど効果が高まると想定した。また、そのような効果は、病院の戦略が各部門に浸透し、各部門が戦略を実行すること、つまりカスケードがしっかりと行われていることで効果が生じやすいと考えた。また増患に関しては、補助金や税金からの繰入金に限定されており利益の確保がとりわけ重要な民間病院で、BSCの効果が高まると考えた。

2.2 検証の対象と方法

前節でも紹介した、医療機関におけるBSC活用の現状とその期待される効果を定量的に把握することを目的としたアンケート調査(2013年11月～12月実施)結果を用いた。対象は2013年度にDPC/PDPSを導入している1496病院とし、郵送質問票調査法で実施した。

アンケート調査結果のうち、本検証で用いたのはBSCの導入部門・BSCの導入時期・BSC効果について尋ねた部分である。また、病院種別を確認するために、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC評価分科会)の調査結果資料「施設概要表」(厚生労働省2013)等を用いて、各病院の病院種別を取得した。

BSCの効果に関する設問(問5)では、各項目5件法でBSCの効果の有無について5件法で尋ねている。例えば、「病院の戦略策定」に対するBSCの効果について、効果があると感じる場合は5と回答し、効果が無いと感じる場合は1と回答するようにした。また設問(問1)では、BSC導入部門について尋ねており、この回答に基づいて「病院全体でBSCを作成し、各部署に落とし込んだBSCを部門毎に作成している」すなわちカスケードを行っている病院と、それ以外の病院に分類した。さらに質問票(問3-1)では、病院全体で運用するBSCの導入年を尋ねているが、(問3-1)の回答年と調査実施時点の2013年との差を算出し、各病院のBSC運用年数を算出した。さらに、BSC運用年数の50%マイル値で2群に分け、BSC運用が長い群(6年以上)と短い群(5年以下)とに分類した。また、病院名から病院種別を確認し、民間病院とそれ以外(国・公的・社会保険関係病院)とに区分した。

(問5)のBSCの効果に関する回答を被説明変数、BSCのカスケードの有無・BSC運用期間の長短・病院種別を説明変数とした回帰分析を行うこととした。被説明変数は順序尺度のため、分析にはordered probit modelを用いた。有意水準は10%とした。

2.3 結果

分析対象となったのは、各設問に回答があり、病院の設置主体が分かった 58 病院である。各 10 項目の順序プロビット回帰の結果を図表 5-11 に示す。+及び-の印は、それぞれ係数の符号を表しており、統計的に有意では無かったものは n.s.と示している。なお、各回帰分析の結果は、appendix.2 に示した。

BSC の運用期間は、多くの項目で BSC の効果と関係が見られた。「戦略策定」「部門目標設定」「スタッフの業績管理」「スタッフ間のコミュニケーション能力向上」以外の項目では、BSC の運用期間が長いほど、BSC の効果が高い傾向が見られた。

一方、カスケードがあることは、「病院の戦略策定」と「部門目標設定」のみで BSC の効果に対して有意に正の効果が見られた。

さらに病院種別は、「ミッションとビジョンを組織に浸透させる」と「スタッフ間のコミュニケーション向上」のみで、民間病院以外のほうが BSC の効果を実感していることが分かった。

図表5-11 各要素がBSCの効果に与える影響の仮説と結果

	BSCの運用期間が長い		BSCのカスケードあり		病院種別が民間	
	仮説	検証	仮説	検証	仮説	検証
ミッションやビジョンを組織に浸透させる	+	+	+	n.s.		-
病院の戦略策定	+	n.s.	+	+		n.s.
病院戦略の組織への浸透	+	+	+	n.s.		n.s.
部門目標設定		n.s.	+	+		n.s.
スタッフの業績管理		n.s.	+	n.s.	+	n.s.
スタッフ間のコミュニケーション向上		n.s.	+	n.s.		-
増患	+	+	+	n.s.	+	n.s.
コスト削減	+	+	+	n.s.		n.s.
医療の質向上	+	+	+	n.s.		n.s.
患者満足度の向上	+	+	+	n.s.		-

2.4 考察

BSC の運用期間、BSC のカスケードの有無、病院種別が BSC の効果に与える影響について検討を行った。その結果、BSC の運用期間が長いことは、全体として BSC の効果を高める傾向がうかがわれた。特に増患やコスト削減、医療の質や患者満足度などは、改善結果が具体化し効果を実感するまでにはある程度の時間が必要であると考えられ、BSC の運用期間が長いほど、その効果を実感している可能性がある。また、BSC を導入した病院を対象としたインタビュー調査の結果によると、大半の病院では BSC 導入に際して専門家が導入に直接関与するのではなく、自病院の限られた職員が参考書や勉強会に参加したり、専門家による講演会を行ったりしつつ、予備知識が限られているメンバーが試行錯誤しながら実運用に至っているケースが見られる。そこで導入当初の BSC よりも、導入 2 年目以降 BSC の活用に組織・職員が慣れていくことで、より効率的な BSC の活用が出来る可能性があり、そのことが運用期間の長さが多くの項目に正の影響を与えている理由の一端であると考えられる。ただし病院の戦略策定に対しては、仮説と異なり運用期間の長さが効果を高める結果とならなかった。これは、BSC の運用を開始する時点で戦略の策定は行われることから、運用期間に依存せず効果が生じるためと考えられる。また部門目標設定・スタッフの業績管理・スタッフ間のコミュニケーション向上に関する効果も、運用期間との関連が見られなかった。部門目標管理と業績管理は、戦略の策定と同様、運用を開始する時点でその効果が発現し、運用期間に影響を受けづらいためではないか。

一方、カスケードの有無が与える影響は、病院の戦略策定と部門目標設定のみで観察された。戦略を策定する際には、各部門の経営資源や内部・外部環境を把握することが期待されるが、部門にカスケードされた BSC を作成している病院では、幹部と部門との対話が活発されることがアンケート調査からも窺える。そのことが戦略策定に寄与しているのでは無か。また、BSC が部門目標設定に対する効果を高める上で、組織の目標が部門と連動している必要性は当然であり、カスケードが部門目標設定に正の効果を与える結果は論理的だと言える。しかし、この他の項目では BSC の効果にカスケードの有無が与える有意な影響は観察できなかった。本アンケートから明らかにすることは出来ないが、インタビュー調査によれば、部門にカスケードされた BSC を導入している病院の中にも診療科(医師部門)への導入を見送っているケースがあった。診療科という部門単位は患者数をはじめとした病院の活動における重要な責任センターであり、医師は全ての診療行為の起点となる存

在である。従って、診療科に BSC をカスケードさせない場合、本来期待されるカスケードの役割は大幅に減じてしまう懸念がある。この点は、今後検証すべき重要な点である。

病院種別の影響は、ミッションとビジョンの浸透とスタッフ間のコミュニケーション向上のみで有意な差が見られた。公的病院ほどミッションとビジョンの浸透に BSC の効果が見られ、またスタッフ間コミュニケーション向上に対しても公的病院ほど BSC の効果が認められることが示唆された。この結果は、民間病院で BSC の効果が低いということよりも、公的病院ではベースラインとしてミッション・ビジョンの浸透やコミュニケーションが不足していることも影響していると考えられる。特に自治体病院などでは、事務職員を中心に数年で職員が異動になってしまう。そのような医療機関では、ミッション・ビジョンの浸透や職員間・経営層とスタッフ間のコミュニケーションが困難であるが、BSC はそのような医療機関のコミュニケーション改善に効果があったのではないか。仮説では、民間病院のほうがスタッフの業績管理と増患に BSC の効果を高く認識すると考えていたが、共に有意な結果は見られなかった。スタッフの業績管理は、民間病院のほうが柔軟な人事制度設計が可能であったとしても、BSC の導入に依らず既に業績管理を導入している可能性が影響したと考えられる。また繰入金・補助金等に限られる民間病院のほうが効果的に BSC を増患に結びつけることを想定したが、公立病院に対する総務省の病院経営改革の強い要請等により、増患に対しては公的・民間とで差が生じなかったと考えられる。

本検証の限界としては、サンプル数が低いことによる検出力の弱さが挙げられる。また、病院の背景について、より BSC の活用と関係するような変数を用いることで、モデルの精緻化が進めることができると考えられ、この点も今後の課題である。特にカスケードについては、病院 BSC から部門 BSC へのカスケードを行っていると言っても、インタビュー調査によれば診療科へカスケードをする病院とそうでない病院があるなど、様々な形態でカスケードが行われている可能性があり、より詳細にカスケードの分類を行った上で追試を行う必要がある。また、本検証における効果指標はあくまでも主観的指標であるため、報告バイアスが生じている可能性がある。効果に関する測定可能な客観指標を取得することは困難であるが、探索的な本調査結果に基づいて、より客観的な指標の作成と活用を検討したい。

第6章 結論と今後の展望

第1節 本論文の結論

本論文では、医療機関における BSC の活用状況と効果を検証することを目的として、定性的・定量的な調査・研究を踏まえて論じてきた。本節では、各章の議論を要約し、結論を述べる。

第2章では医療機関の組織や置かれた環境の特性について明らかにした。医療機関は非営利組織としての一般に捉えられているが、医療法人においては必ずしも非営利性が強くない反面、公的病院等は非営利性の強い組織であることを指摘した。また医療の規制産業的な特性を明らかにした上で、新たな制度の導入などにより、医療機関の置かれた経営環境が大きく変化しつつあることを論じた。

第3章では大きく分けて2つの先行研究レビューを行った。はじめに、BSC の効果検証に関する先行研究について幅広く調査を行い、効果検証を行う対象ごとに、その結果をまとめた。レビューから得られた知見の中で特に重要な点は、BSC を単に指標的に使うのではなく戦略的・インタラクティブに用いることで、財務指標をはじめとしたアウトカムに良い影響をもたらしやすいということであった。また、各部門やその責任者が、BSC によって組織全体の戦略・経営者の考えを理解し、部門自身の役割を明確に把握することで、結果として組織パフォーマンスに対する好影響がもたらされると考えられた。

第4章では、5病院に対するインタビュー調査の結果に基づいて、医療機関における BSC の活用状況と効果について定性的に検証を行った。各病院とも、病院 BSC を部門に落とし込んでいたが、その落とし込み方には様々な方法があった。また、BSC の導入には病院長などの強いリーダーシップが不可欠であると考えられた。BSC の取り組みに対するモチベーションを高める上で、各部門がそれぞれの BSC に対する取り組みを発表する「BSC 大会」等と呼ばれる会が有効に機能していることや、マネジメント層が各部門に対してヒアリング等を通じて、部門に対する戦略伝達の役割を担っていることが示唆された。BSC の効果としては、「ビジョンと戦略に基づいて組織のベクトルを合わせて、ビジョンと戦略を共有する」点、そして「組織の垂直的・水平的なコミュニケーションを促進する」点が各病院に共通する BSC 活用の効果と考えられた。また、部署間、つまり組織水平的な情報の共有・

コミュニケーションの活発化が図られていることも確認された。

第5章では、DPC/PDPS 対象病院に対するアンケート調査に基づいて、医療機関における BSC の活用状況と効果について定量的に検証を行った。その結果、約 4 割の病院で、病院全体または一部において BSC が導入されていたことや、BSC の導入が DPC/PDPS 参入によって促進されていた可能性も示唆された。BSC の運用状況については、大半の病院で組織全体と各部門とをカスケードさせた BSC を運用しており、ミッション・ビジョンの明文化なども実施されていたが、評価指標間の因果関係の考慮は約 50%に留まり、戦略マップを作成していない病院も 25%近く存在していた。このような医療機関では、BSC と戦略との関連性が乏しくなってしまうため、BSC が本来期待される効果を発揮するためには、BSC の本来的な活用について啓蒙する必要性を指摘した。さらに BSC の運用期間・BSC のカスケードの有無・病院種別が BSC の効果に与える影響について検討を行った結果、BSC の運用期間の長さが、特に増患・コスト削減・医療の質・患者満足度といった、改善結果の効果が発言するまである程度の時間を要すると考えられる項目に影響を与えることが示唆された。

以上を踏まえて、日本の医療機関では、BSC の導入がかなり進んでいることが分かった。多くの医療機関では、病院全体の BSC と各部門の BSC とを連動させて運用しているものの、連動の方法をはじめとした BSC の活用方法にはまだ改善点が多く残されていることが伺えた。また、医療機関では、BSC の活用に対するモチベーション上昇や有効活用を目的とした独自の取り組みが工夫されており、このような取り組みは、非営利組織はもちろん一般産業界においても参考になる取り組みであると考えられる。

医療機関において、BSC は組織内のコミュニケーション活性化及び組織の方向性統一に効果があり、その結果、BSC の主たる目的である「戦略の実行」に対しても有効なシステムであると結論づけられる。

第2節 本論文の貢献

本論文は、日本の医療機関における BSC の活用状況を定性的・定量的の両面から明らかにし、さらにその活用状況を踏まえて BSC の効果について論じてきた。財務指標や非財務指標など個別の指標に限らず、BSC が医療機関のマネジメントに与える影響を本研究では網羅的に検証したが、このような研究は一般産業界の中でも限られており、日本の医療機

関における研究としては稀である。この研究によって、医療機関における BSC の効果が示され、また BSC の運用方法に関する課題も明確になったことから、今後の医療経営における BSC 活用に対して示唆を与えたことが、本論文の重要な貢献である。

第3節 課題と今後の展望

最後に、本論文の課題と今後の展望について述べる。本論文では、医療機関における BSC の活用と効果について定量的・定性的に調査・検証を行った。しかし、そのどちらの調査についてもまだ克服すべき課題がある。

まず定量的調査においては、第 1 回目の調査と言うこともあり、医療機関における BSC の活用状況について詳細に踏み込んで把握することが出来なかった。インタビュー調査では、「院長ヒアリング」や「BSC 発表会」の実施が BSC の積極的な活用に繋がっていることが示唆されたが、その点について質問票調査には盛り込まれていなかった。このような取り組みは、医療機関における BSC 活用の効果を高める重要な変数となり得ることから、定量的な検証が必要である。一方、BSC の「効果」をどのように定義するかも課題である。先行研究でも、BSC の効果測定として実に様々な指標が用いられていたが、BSC に期待する役割によって、選択すべき指標は変わりうる。今回は探索的に様々な項目について主観的な指標を採用したが、より客観的な指標を用いた検証が望まれる。

定性的な調査については、まだサンプル数が少ないことから、BSC の取り組みに積極的な医療機関に対する調査が中心となっている。過去に BSC を導入したがその後取りやめた医療機関や、BSC の活用が上手く進まない医療機関などに対するインタビューなども今後必要だと考えられる。

本研究では、BSC の活用と効果の間にある因果関係(パス)についてはあまり論じることが出来ていない。BSC の導入によって、個人または組織にどのような影響が生じて、結果としてどのようなアウトカムが生じるのかといったパスウェイを明らかにすることも今後必要であろう。

いずれにしても、本研究には、まだ補うべき点が数多くあり、引き続き医療機関における BSC の活用がもたらす効果について詳細に検討を続けていきたいと考えている。

参考文献

I. 欧文著書・論文

- Artz, M., Homburg, C., & Rajab, T. (2012). Performance-measurement system design and functional strategic decision influence: The role of performance-measure properties. *Accounting, Organizations and Society*, 37(7), 445-460. doi:10.1016/j.aos.2012.07.001
- Bento, A., & White, L. F. (2010). An exploratory study of strategic performance measurement systems. *Advances in Management Accounting*, 18, 1-26. doi: 10.1108/S1474-7871(2010)0000018004
- Bisbe, J., & Malagueño, R. (2012). Using strategic performance measurement systems for strategy formulation: Does it work in dynamic environments? *Management Accounting Research*, 23, 296-311. doi:10.1016/j.mar.2012.05.002
- Braam, G. J. M., & Nijssen, E. J. (2004). Performance effects of using the Balanced Scorecard: a note on the Dutch experience. *Long Range Planning*, 37, 335-349. doi:10.1016/j.lrp.2004.04.007
- Cadez, S., & Guilding, C. (2008). An exploratory investigation of an integrated contingency model of strategic management accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 33, 836-863. doi:10.1016/j.aos.2008.01.003
- Capelo, C. & Dias, J. F. (2009). A system dynamics-based simulation experiment for testing mental model and performance effects of using the balanced scorecard. *System Dynamics Review*, 25(1), 1-34. doi:10.1002/sdr.413
- Chang, W. C., Tung, Y. C., Huang, C. H., & Yang, M. C. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11), 1143-1154. doi:10.1080/14783360802323560
- Chen, H. F., Hou, Y. H., & Chang, R. E. (2012). Application of the balanced scorecard to an academic medical center in Taiwan: The effect of warning systems on improvement of hospital performance. *Journal of the Chinese Medical Association*, 75, 530-535. doi:10.1016/j.jcma.2012.07.007

- Cheng, M. M., & Humphreys, K. A. (2012). The differential improvement effects of the strategy map and scorecard perspectives on managers' strategic judgments. *The Accounting Review*, *87*(3), 899-924. doi:10.2308/accr-10212
- Cheng, M. M., Luckett, P. F., & Mahama, H. (2007). Effect of perceived conflict among multiple performance goals and goal difficulty on task performance. *Accounting and Finance*, *47*(2), 221-242. doi:10.1111/j.1467-629x.2007.00215.x
- Cheng, M. M., Coyte, R. (2014). The effects of incentive subjectivity and strategy communication on knowledge-sharing and extra-role behaviours. *Management Accounting Research*, *25*(2), 119-130. doi:10.1016/j.mar.2013.07.003
- Chong, S. A., Verma, S., Mythily, S., Poon, L. Y., & McGorry, P. D. (2008). The early psychosis intervention programme in Singapore: A balanced scorecard approach to quality care. *Journal of Mental Health*, *17*(1), 79-91. doi:10.1080/09638230701530200
- Chu, H. L., Wang, C. C., & Dai, Y. T. (2009). A study of a nursing department performance measurement system: Using the balanced scorecard and the analytic hierarchy process. *Nursing Economics*, *27*(6), 401-407.
- De Geuser, F., Mooraj, S., & Oyon, D. (2000). Does the balanced scorecard add value? Empirical evidence on its effect on performance. *European Accounting Review*, *18*(1), 93-122. doi:10.1080/09638180802481698
- Gumbus, A., & Lussier, R. N. (2006). Entrepreneurs use a balanced scorecard to translate strategy into performance measures. *Journal of Small Business Management*, *44*(3), 407-425. doi:10.1111/j.1540-627X.2006.00179.x
- Hall, M. (2008). The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance. *Accounting, Organization and Society*, *33*(2-3), 141-163. doi: 10.1016/j.aos.2007.02.004
- Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan, *Health Policy*, *107*, 194-201. doi:10.1016/j.healthpol.2012.01.002
- Henri, J. F. (2010). The periodic review of performance indicators: An empirical

- investigation of the dynamism of performance measurement systems. *European Accounting Review*, 19(1), 73-96. doi:10.1080/09638180902863795
- Homburg, C., Artz, M., & Wieseke, J. (2012). Marketing performance measurement systems: Does comprehensiveness really improve performance? *Journal of Marketing*, 76(3), 56-77. doi:10.1509/jm.09.0487
- Hoque, Z., & James, W. (2000). Linking balanced scorecard measures to size and market factors: Impact on organizational performance. *Journal of Management Accounting Research*, 12, 1-17.
- Hwa, M., Sharpe, B. A., & Wachter, R. M. (2013). Development and implementation of a balanced scorecard in an academic hospitalist group. *Journal of Hospital Medicine*, 8(3), 148-153. doi: 10.1002/jhm.2006
- Ikeda, N., Saito, E., Kondo, N., Inoue, M., Ikeda, S., ... Shibuya, K. (2011). What has made the population of Japan healthy? *Lancet*, 378(9796), 1094-1105. doi:10.1016/S0140-6736(11)61055-6
- Ittner, C. D., Larcker, D. F., & Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms. *Accounting, Organizations and Society*, 28, 715-741. doi:10.1016/S0361-3682(03)00033-3
- Kagamimori, S., Gaina, A., & Nasermoaddeli, A. (2008). Socioeconomic Status and Health in the Japanese Population. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2152-2160. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.030
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 69(1), 71-79.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (2001). *The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2006). How to implement a new strategy without disrupting your organization. *Harvard Business Review*, 84(3), 100-109.
- Kraus, K., & Lind, J. (2010). The impact of the corporate balanced scorecard on

- corporate control-A research note. *Management Accounting Research*, 21, 265-277.
doi:10.1016/j.mar.2010.08.001
- Lee, C. L., & Yang, H. J. (2011). Organization structure, competition and performance measurement systems and their joint effects on performance. *Management Accounting Research*, 22, 84-104. doi:10.1016/j.mar.2010.10.003
- Lin, Z. J., Yu, Z. B., & Zhang, L. Q. (2014). Performance outcomes of balanced scorecard application in hospital administration in China. *China Economic Review*, 30, 1-15. doi:10.1016/j.chieco.2014.05.003
- Meliones, J. (2000). Saving money, saving lives. *Harvard Business Review*, 78(6), 57-65.
- Moers, F. (2005). Discretion and bias in performance evaluation: the impact of diversity and subjectivity. *Accounting, Organizations and Society*, 30(1), 67-80. doi:10.1016/j.aos.2003.11.001
- Naranjo-Gil, D. (2009). Strategic performance in hospitals: The use of the balanced scorecard by nurse managers. *Health Care Management Review*, 34(2), 161-170.
- Satty, T. L., & Vargas, L. G. (2001). *Models, methods, concepts and applications of the analytic hierarchy process*. Boston, MA: Kluwer Academic.
- Schneider, P. (2007). Provider payment reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. *HNP Discussion Paper* : The World Bank.
- Shibuya, K., Hashimoto, H., Ikegami, N., Nishi, A., Tanimoto, T., Miyata, M., ... Reich, M. R. (2011). Future of Japan's system of good health at low cost with equity: Beyond universal coverage. *Lancet*, 378(9798), 1265-1273.
- Stopper, A., Raddatz, A., Grassmann, A., Stuard, S., Menzer, M., Possnien, G., Scatizzi, L., & Marcelli, D. (2011). Delivering quality of care while managing the interests of all stakeholders. *Blood Purification*, 32, 323-330. doi:10.1159/000333829
- Sundin, H., Granlund, M., & Brown, D. A. (2010). Balancing Multiple Competing Objectives with a Balanced Scorecard. *European Accounting Review*, 19(2), 203-246. doi:10.1080/09638180903118736
- Takahashi, T. (2008). Hospital management and the balanced scorecard for

healthcare in Japan. *Joho Kagaku Kenkyu*, 17, 55-75.

Ukko, J., Tenhunen, J., & Rantanen, H. (2007). Performance measurement impacts on management and leadership: Perspectives of management and employees.

International Journal of Production Economics, 110, 39-51.

doi:10.1016/j.ijpe.2007.02.008

de Waal, A., Kourtit, K., & Nijkamp, P. (2009). The relationship between the level of completeness of a strategic performance management system and perceived advantages and disadvantages.

International Journal of Operations & Production Management, 29(12), 1242-1265. doi:10.1108/01443570911005983

Watanabe, R., & Hashimoto, H. (2012). Horizontal inequity in healthcare access under the universal coverage in Japan; 1986-2007. *Social Science & Medicine*,

75(8), 1372-1378. doi:10.1016/j.socscimed.2012.06.006

II. 和文著書・論文

- 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.
- 荒井耕(2009)『病院原価計算 医療制度適応への経営改革』中央経済社.
- 荒井耕・渡邊亮・阪口博政(2013)「DPC 関連病院における管理会計の活用状況」『産業経理』73(3), pp77-101.
- 池上直己(2006)「地域医療計画の課題と新たな展開」田中滋, 二木立編著『医療制度改革の国際比較』勁草書房.
- 伊藤和憲(2007)「戦略目標と戦略的实施項目のカスケード」『専修商学論集』84, pp79-87.
- 伊藤和憲(2007)『ケーススタディ 戦略の管理会計 -新たなマネジメント・システムの構築-』中央経済社.
- 岩佐嘉美(2014)「自治体病院におけるバランスト・スコアカード導入と財務指標の相関関係：BSC 導入前後における財務指標の変化」『日本医療経営学会誌』8(1), pp.5-19.
- 大野昌幸・込山克司・多田博和・白木路子(2009)「なぜ BSC を導入したのか：当院の進むべき方向は」『日赤医学』60(2), pp.468-471.
- 尾形裕也(2006)「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中滋, 二木立編著『医療制度改革の国際比較』勁草書房.
- 奥野佐千子・高野洋子・村中千栄子・大橋直美・呉竹礼子・中島すま子 (2011)「バランスト・スコアカードによる病院組織の活性化」『日赤医学』62(2), pp.288-297.
- 衣笠陽子(2013)『医療管理会計 医療の質を高める管理会計の構築を目指して』中央経済社.
- 厚生労働省(2005)「中央社会保険協議会の新たな出発のために」『中医協の在り方に関する有識者会議報告書』.
- 厚生労働省(2007)「我が国の保健医療をめぐるこれまでの軌跡」『平成 19 年版厚生労働白書』.
- 厚生労働省(2012a)「安心で質の高い医療・介護サービスの安定的な提供」『平成 24 年版厚生労働白書』.
- 厚生労働省(2012b)「二次医療圏、PDCA サイクル」『医療計画の見直しに関する都道府県説明会資料(1)』.
- 厚生労働省(2013)「施設概要表」『D P C 導入の影響評価に関する調査(参考資料)』
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023522.html>.

- 厚生労働省(2014a)『平成 26 年度 DPC 参加病院 説明会』.
- 厚生労働省(2014b)「国民が安心できる持続可能な医療・介護の実現」『平成 26 年版厚生労働白書』.
- 厚生労働省(2014c)「平成 26 年診療報酬改定 (DPC 制度関連部分) の概要について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000044037.html>.
- 島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫, 池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房.
- 高橋淑郎(2004)「バランスト・スコアカードによる戦略的病院経営」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: pp.1-64.
- 谷武幸(2005)「医療経営へのバランスト・スコアカードの導入:新須磨病院のケース」『産業経理』 65(1), pp.14-27.
- 西田在賢(2001)『医療・福祉の経営学』薬事日報社.
- 羽田明浩(2010)「バランスト・スコアカード(BSC)の導入効果: BSC 導入 F 病院の職員アンケート調査のケーススタディ」『立教ビジネスレビュー』 3, pp.136-146.
- 羽田明浩(2013)「規制が病院経営に及ぼす影響について」『ビジネスクリエーター研究』 3, pp.19-32.
- みずほ情報総研株式会社(2010)「医療施設経営管理部門の人材開発のあり方等に関する調査研究」平成 21 年度厚生労働省医政局委託『平成 21 年度 医療施設経営安定化推進事業』.
- 山之内稔・石原俊彦(2013)「自治体病院における経営人材育成の意義と課題」『ビジネス & アカウンティングレビュー』 12, pp15-34.
- 吉川武男(2003)『バランス・スコアカード構築』生産性出版.
- 渡邊直人(2009)「バランスト・スコアカードが戦略意識および内発的動機づけとの関係性に及ぼす効果: わが国病院を対象とした定量分析」『原価計算研究』 33(2), pp.14-23.
- 渡邊直人(2009)「バランスト・スコアカードが戦略意識および内発的動機づけとの関係性に及ぼす効果: わが国病院を対象とした定量分析」『原価計算研究』 33(2), pp.14-23.
- 渡邊直人(2011)「病院経営におけるバランスト・スコアカード活用による組織行動の変化と影響: 福井県済生会病院における経年的事例研究」『原価計算研究』 35(1), pp.151-162.
- 渡邊直人(2012)「バランスト・スコアカードによるコントロール機能が財務意識および

非財務意識に与える効果」『管理会計学：日本管理会計学会誌』20(1), pp.53-70.

Appendix.1

バランスト・スコアカードの活用状況とその効果検証に関するアンケート 質問票

Appendix.2

各要素が BSC の効果に与える影響 Ordered Probit Model による推定結果

Appendix.2 各要素がBSCの効果に与える影響 Ordered Probit Modelによる推定結果

	Coef.	Std. Err.	z	P > z	95% Conf. Interval	Model
■ ミッションやビジョンを組織に浸透させる						
BSCの運用期間が良い	1.042	0.319	3.260	0.001 ***	0.416 - 1.667	Prob > chi2 : 0.001
BSCのピアスケードが良い	-0.419	0.380	-1.100	0.271	-1.163 - 0.326	Pseudo R2 : 0.121
病院種別が民間	-0.706	0.305	-2.310	0.021 **	-1.305 - -0.108	Log likelihood : -57.97
■ 病院の戦略策定						
BSCの運用期間が良い	0.276	0.299	0.930	0.355	-0.309 - 0.862	Prob > chi2 : 0.120
BSCのピアスケードが良い	-0.735	0.381	-1.930	0.054 *	-1.482 - 0.012	Pseudo R2 : 0.046
病院種別が民間	-0.299	0.295	-1.010	0.311	-0.876 - 0.279	Log likelihood : -60.36
■ 病院戦略の組織への浸透						
BSCの運用期間が良い	0.565	0.308	1.830	0.067 *	-0.039 - 1.170	Prob > chi2 : 0.043
BSCのピアスケードが良い	-0.604	0.385	-1.570	0.117	-1.358 - 0.151	Pseudo R2 : 0.065
病院種別が民間	-0.484	0.301	-1.610	0.108	-1.074 - 0.106	Log likelihood : -58.34
■ 部門目標設定						
BSCの運用期間が良い	0.092	0.317	0.290	0.771	-0.529 - 0.713	Prob > chi2 : 0.004
BSCのピアスケードが良い	-1.550	0.449	-3.450	0.001 ***	-2.430 - -0.670	Pseudo R2 : 0.115
病院種別が民間	-0.134	0.314	-0.430	0.668	-0.749 - 0.480	Log likelihood : -51.05
■ スタッフの業績管理						
BSCの運用期間が良い	-0.151	0.291	-0.520	0.605	-0.722 - 0.421	Prob > chi2 : 0.462
BSCのピアスケードが良い	-0.590	0.380	-1.550	0.120	-1.334 - 0.155	Pseudo R2 : 0.018
病院種別が民間	-0.066	0.289	-0.230	0.819	-0.633 - 0.501	Log likelihood : -70.89

	Coef.	Std. Err.	z	P > z	95% Conf. Interval	Model
■ スタッフ間のコミュニケーション向上						
BSCの運用期間が良い	0.241	0.300	0.800	0.423	-0.348 - 0.829	Prob > chi2 : 0.092
BSCの仮スケードあり	0.041	0.393	0.100	0.918	-0.729 - 0.811	Pseudo R2 : 0.050
病院種別が民間	-0.770	0.311	-2.480	0.013 **	-1.379 - -0.161	Log likelihood : -61.94
■ 増患						
BSCの運用期間が良い	0.897	0.318	2.820	0.005 ***	0.273 - 1.521	Prob > chi2 : 0.033
BSCの仮スケードあり	-0.164	0.394	-0.420	0.678	-0.937 - 0.609	Pseudo R2 : 0.071
病院種別が民間	-0.136	0.299	-0.460	0.648	-0.722 - 0.449	Log likelihood : -57.63
■ コスト削減						
BSCの運用期間が良い	0.671	0.303	2.220	0.027 **	0.077 - 1.265	Prob > chi2 : 0.098
BSCの仮スケードあり	0.001	0.372	0.000	0.997	-0.727 - 0.730	Pseudo R2 : 0.047
病院種別が民間	0.214	0.290	0.740	0.461	-0.355 - 0.783	Log likelihood : -63.50
■ 医療の質向上						
BSCの運用期間が良い	0.741	0.316	2.340	0.019 **	0.120 - 1.361	Prob > chi2 : 0.045
BSCの仮スケードあり	-0.426	0.417	-1.020	0.307	-1.244 - 0.391	Pseudo R2 : 0.067
病院種別が民間	-0.426	0.309	-1.380	0.168	-1.032 - 0.179	Log likelihood : -56.40
■ 患者満足度の向上						
BSCの運用期間が良い	1.093	0.341	3.200	0.001 ***	0.424 - 1.762	Prob > chi2 : 0.005
BSCの仮スケードあり	0.022	0.415	0.050	0.957	-0.792 - 0.836	Pseudo R2 : 0.118
病院種別が民間	-0.683	0.325	-2.100	0.035 **	-1.320 - -0.046	Log likelihood : -48.75

***p<0.01 **p<0.05 *p<0.10

謝 辞

本研究は、著者が一橋大学大学院商学研究科博士後期課程在学中に行った研究をまとめたものである。

本研究を進めるにあたって、素晴らしい研究環境と多大なるご指導・ご助言を賜りました荒井耕教授(一橋大学大学院商学研究科)に心からの謝意を表すと共に、厚く御礼申し上げます。社会人大学院生として、研究に集中しきれない私に対しても、激励と共に、研究に繋がる様々な機会を与えて頂きました。先生のご指導無くして、本研究を遂行することは出来ませんでした。また論文指導委員として本研究や研究者としての心構えに対する様々なご助言を頂いた挽文字子教授(一橋大学大学院商学研究科)に心から感謝申し上げます。そして本論文の審査にあたり、貴重なご助言を賜りました尾畑裕先生(一橋大学大学院商学研究科)に深くお礼申し上げます。

毎週のゼミナールでは、研究室の先輩や仲間から貴重な示唆とアドバイスを頂きました。尻無濱芳崇先生(山形大学人文学部)には、博士後期課程に編入した私に具体的なアドバイスと示唆を頂戴しました。また 3 年間どうか博士課程で研究を続けられたのも、共に学び切磋琢磨する仲間である阪口博政先生がいらしたおかげであり、感謝申し上げます。研究に関して様々なアドバイスを頂き支援をして頂いた、研究室の金艶さん、古井健太郎さん、高間沙織さんに心からお礼申し上げます。

私が研究者の道を志したのは、専門職修士課程時代に橋本英樹教授(東京大学大学院医学系研究科)が背中を押して下さったからです。浅学非才の私に辛抱強くご指導頂きました。また、専門職修士課程を修了した後に改めて博士課程に進むご助言を賜り、遑って学部学生時代に管理会計の奥深さを初めて教えて下さったのは伊藤克容教授(成蹊大学経済学部)でした。改めて導いて下さった先生方に深く感謝申し上げます。

本研究では、調査の過程で様々な医療機関の皆さまにお力添えを頂きました。個別にお名前を挙げる事が出来ませんが、ここに深くお礼申し上げます。

また、本研究の一部はメルコ学術振興財団の研究助成による成果の一部であり、記して感謝申し上げます。

最後に、仕事を続けながらこのように研究者として自分の思う道を歩み始めることが出来たのは、両親をはじめ家族・親戚の皆さま、友人たち、職場の皆さまの深い理解、辛抱強い支援、そして温かな応援によるものに他なりません。本当にありがとうございました。