

機関番号：13101

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2008～2010

課題番号：20730297

研究課題名(和文) 広域自治体病院 BSC の構築と BSC マネジメントに関する研究

研究課題名(英文) Analysis of Development of Prefecture Governmental Hospitals' Balanced Scorecard(BSC) and Management by BSC

研究代表者

山口 直也(YAMAGUCHI NAOYA)

新潟大学・人文社会・教育科学系・准教授

研究者番号：50303110

研究成果の概要(和文):

本研究では、広域自治体病院の経営を支える戦略的マネジメント・システムとして病院 BSC を取り上げ、文献研究、広域自治体病院への聞き取り調査、日本・英国・カナダ・米国の医療制度と医療 BSC の比較分析を行い、個別病院の経営健全化と自治体病院を通じた医療ユニバーサル・サービスの確立に向けた広域自治体病院 BSC の展開とそれに基づくマネジメントを実践する上での問題点を明らかにした。

研究成果の概要(英文):

The research took up hospital BSCs (Balanced Scorecard) as strategic management systems supporting the management of prefecture governmental hospitals, performed literature researches, interviews in some prefecture governments for their hospitals' BSCs, and, comparison researches of medical systems and hospital BSCs among Japan, United Kingdom, Canada, and the U.S.. The research finally found some problems which prefecture governmental hospitals faces when they develop their hospitals' BSC and manage them by the BSC in order to maintain both their financial soundness and their universal medical services.

交付決定額

(金額単位:円)

	直接経費	間接経費	合計
2008 年度	500,000	150,000	650,000
2009 年度	500,000	150,000	650,000
2010 年度	500,000	150,000	650,000
年度			
年度			
総計	1,500,000	450,000	1,950,000

研究分野：会計学

科研費の分科・細目：

キーワード：広域自治体病院、病院経営、管理会計、BSC (Balanced Scorecard)、戦略

1. 研究開始当初の背景

平成 19 年度に新潟県の「県立病院推進アドバイザー」として、県立病院における BSC (Balanced Scorecard) 導入を支援する活動に携わり、各病院を訪問し、院長先生と意見

交換を行う中で、以下の 2 点を認識するに至った。

個々の病院における戦略志向の欠如
我が国自治体病院の約 3 分の 2 が慢性的な赤字状態に苦しむ中、新潟県立病院も慢性的

な赤字と巨額の欠損金を抱えており、経営健全化が急務の課題となっている。

しかし、BSCの導入においては、多くの病院が自病院の状況に応じた戦略を戦略マップ/BSC上で明確化できておらず、特に、顧客基盤の拡大に向けた市場対応力（market responsiveness）の強化の視点に欠けている。

組織目標の二面性

新潟県立病院のような広域自治体（都道府県）病院事業では、個別病院の経営健全化だけでなく、高度・特殊医療、へき地医療、政策医療（小児・産婦人科）といった、市場原理だけでは十分な医療が確保されない医療分野を補完し、医療圏内におけるユニバーサル・サービスを維持・確保することが求められている。そして、広域自治体病院の医療従事者の多くは、そのような使命を持つ病院で働くことに誇りを持っている。

そのため、あくなき利益追求だけを指す戦略とそれに基づく病院BSCでは、職員の行動指針としては機能せず、院長と職員との双方向コミュニケーション・ツールとしても機能しない可能性が高い。

個々の病院における戦略志向の欠如と広域自治体病院特有の課題である組織目標の二面性に対応するには、各病院での病院BSCの導入だけでは限界がある。まず、広域自治体病院を統括し、病院のあり方を決定する都道府県病院局（事務局・事業庁）レベルでBSCを構築し、病院機能強化と経営健全化に向けた基本方針を明確にし、これを病院側に提示することが不可欠である。このことにより、各病院は病院局の基本方針を理解でき、それと整合した個別病院戦略を立案することが可能になるとともに、病院局BSCに示される方針が不明確か、もしくは各病院に自由裁量が与えられている場合、病院BSCにおいて病院独自の個別戦略を明確にし、これを事務局に提示することが可能となる。

2. 研究の目的

本研究は、広域自治体病院の経営を支える戦略的マネジメント・システムとして病院BSCを取り上げ、個別病院の経営健全化と自治体病院を通じた医療ユニバーサル・サービスの確立に向けたBSCの展開とそれに基づくマネジメントの方向性について分析を行うことを目的としている。

3. 研究の方法

本研究では、まず新潟県立病院を取り上げ、広域自治体病院BSCの展開とそれに基づくマネジメントの実態を調査し、個別病院BSCと病院事務局BSCの特徴を明らかにするとともに、今後、部門長シート、セクション長

シートといった下位シートへと展開する上で個別病院が直面する問題を分析した。

次に、文献研究を通じて、民間病院と公的病院における先進事例を考察するとともに、広域自治体病院における取り組みについては、三重県病院事業庁と山形県病院事業局への聞き取り調査を行い、三重県立病院と山形県立病院における病院BSCの実態を調査した。

さらに、研究を進めていく中で、医療制度が病院BSCに及ぼす影響が大きいとの認識を強く抱いたことから、日本・英国・カナダ・米国の医療制度の比較を行うとともに、4カ国における病院BSCの取り組みについて考察を行い、我が国の医療制度が広域自治体病院に及ぼす影響とそれが広域自治体病院BSCに及ぼす影響について考察を行ってきた。

4. 研究成果

(1) 日本管理会計学会 2008年度全国大会において、新潟県立病院における病院BSCの意義とその導入における特徴について、以下の内容を発表した。

病院局BSC（局長シート）の意義：

県立病院運営方針の明確化
県立病院の機能強化と経営健全化に向けた方針を明確化するとともに、病院局の県立病院運営方針を各病院に説明する手段として活用することができる
経営管理ツール
病院局職員の能力強化（経営企画能力の強化）と病院局内でのコミュニケーションの活性化を図るための手段として活用することができる
県民・患者とのコミュニケーション基盤
県の医療政策を説明するとともに、県立病院の機能強化と経営健全化に向けた方針を説明する手段として活用することができる

病院BSC（院長シート）の意義：

経営管理ツール
病院経営の健全化に向けた全員参加による戦略管理を促進する戦略マネジメント・システムとして活用することができる
病院局とのコミュニケーション基盤
病院戦略と病院局方針との整合性を確保するために、各病院が独自戦略を病院局に説明する手段として活用することができる
県民・患者とのコミュニケーション基盤
経営健全化に向けた個別病院の取り組みを説明するとともに、医療圏における個別病院の存在意義と機能を説明する手段として活用することができる

新潟県立病院における BSC 導入の特徴：
戦略マネジメント・システムとして位置付け
戦略マップと BSC を一体化した「マネジメントシート」
顧客の視点を最上位に位置付け
縦展開アプローチ
院長シート - 部門長シート - セクション長シート相互間の整合性確保
院長シートにおける戦略の作り込みの重視
年 1 回の BSC シートの見直し

(2) 文献研究を通じた我が国における病院 BSC の特徴としては、戦略マネジメント・システムとしての病院 BSC の導入事例は限られており、大半のケースが、病院内で看護部を中心に行われてきた目標管理をベースとした部門レベル・セクションレベルでの導入であることがわかった。

戦略マネジメント・システムとしての病院レベル BSC の導入が進まない最大の理由としては、BSC の導入にあたって医師の参画・協力が得られないことが挙げられる。このことは、新潟県立病院でも多くの病院でみられた傾向である。

治療行為は医師が中心となって行うものであり、看護師やコメディカルは医師の指示に従って業務を行わなければならない。そのため、医師の参画・協力が得られなければ、病院全体のマネジメントを目的とする病院 BSC を作成することは困難である。また、たとえ形だけ作成されたとしても、病院 BSC (院長シート) の実質化、つまり、作成された病院 BSC が病院戦略の策定と実践を支援する、戦略マネジメント・システムとしての機能を果たすことは期待できない。

一方、特に看護部を中心とした部門レベル・セクションレベルでの BSC 導入が進んでいるが、この理由としては、看護業務や研修はチーム単位で行われること、チーム単位や個人レベルでの目標管理が浸透しており、目標管理における目標設定とその達成度の評価(業績評価)に BSC の枠組みを導入することで、目標管理の実効性が高まると期待していること、の 2 つが挙げられる。

(3) 三重県病院事業庁と山形県病院事業局への聞き取り調査を通じて、以下の現状を確認した。

三重県立病院における取組み：
以下に示す現状から、三重県立病院においては、病院ごとに取組みの濃淡はあるものの、総じて、病院 BSC が戦略マネジメント・システムとして活用されていることが

- わかった。
- ・事業計画(「当面の運営方針」)において、病院ごとの目標が具体的な指標に基づいて設定され、その事業計画に基づいて BSC を作成するよう、各病院に求めている。
 - ・各院長は「院長シート」をもとに、病院の運営方針について部門長全員に説明を行う。
 - ・庁長(三重県病院事業庁の責任者)が四半期ごとにレビューを行い、各院長に対し、BSC に基づく聞き取り調査を行っていることから、各院長は BSC を意識せざるを得ない。
 - ・各病院は四半期ごとに実績を測定し、自己評価を行う。
 - ・全院長が出席する経営会議において、毎年度初めに各病院が「院長シート」を説明し、情報共有を図っている。

三重県立病院が直面する現状：
昨今の外部環境の変化、特に、医師不足と診療報酬のマイナス改定によって、県立病院の経営は深刻な状況に陥り、BSC による内部管理だけでは限界があるとの認識に至り、個別病院ごとの運営形態の見直しに着手している。

山形県立病院における取組み：
以下に示す現状から、山形県立病院においては、病院事業局への提出を義務付けることで、各病院での BSC 作成を担保しているが、その運用については各病院に任せており、戦略マネジメント・システムとしての機能は担保されていないことがわかった。

- ・BSC の基本形は「局 - 病院 - 部門」であり、それ以上の細分化については各病院に任せている。
- ・病院 BSC をもとに部門 BSC へ展開するという、いわゆるカスケードを確保するためのチェックは行っておらず、病院によっては病院 BSC と部門 BSC の作成が分断されていたり、ほとんど連動性が確保されていなかったり、部門 BSC が先に作成され、その後に病院 BSC が作成されたりしている場合がある。
- ・病院 BSC と部門 BSC については、各病院が確実に作成するよう、病院事業局への提出を義務付けている。
- ・非公開というわけではないが、現状では公開を想定しておらず、あくまで内部管理目的の利用にとどめており、各病院にも公開を求めている。

(4) 英国・カナダ・米国における病院 BSC への取組みについて、米国では個別病院ごとの取組みが中心であるのに対し、英国やカナダでは州(カナダの場合)や地方保健当局・

プライマリ・ケア・トラスト（英国の場合）といった地域医療管理単位ごとの取組みが中心であることがわかった。

この理由としては、国家間の医療制度の相違が考えられる。

米国の医療制度は以下の特徴を有しており、医療保険制度、医療提供制度ともに民間主体が中心であり、公的財政負担の割合も小さい。そのため、米国では、病院は独立採算ベースで経営を行わなければならないため、病院マネジメントを支援する手法として病院単位で BSC を導入するケースが中心となっている。

受益者負担と医療保険制度：

メディケア（高齢者を対象）とメディケイド（低所得者を対象）といった社会的弱者を対象とした一部の公的医療保険を除き、国民の大半は公的保険制度の対象外であり、医療費は原則、全額自己負担である。自己負担を抑えたい場合には、民間保険会社が販売する私的医療保険を利用しなければならない。

医療提供制度：

病院の多くは民間非営利病院と民間営利病院である。

一方、英国やカナダの医療制度は以下の特徴を有しており、患者負担がほとんどなく、医療費は政府から支払われ、医療提供も政府が主体となっている。また、患者による医療機関へのアクセスも制限されているため、英国やカナダでは、政府が医療制度に投入した税金の VFM (Value For Money) を確保するために、主に地域医療管理単位を対象に、医療の質を重視した BSC を導入するケースが中心となっている。

受益者負担：

英国やカナダでは患者負担はほとんどなく、医療財源の大半は税で賄われる。

医療提供制度：

連邦政府（英国）や州政府（カナダ）が主体となって病院を設立し、運営している。

これに対し、日本の医療制度は以下の特徴を有しており、患者負担は国民皆保険制度によって低額に抑えられているが、医療保険から病院への支払いは患者の受診に応じて支払われる。したがって、米国と同様に、病院は独立採算ベースで経営を行わなければならないため、病院マネジメントを支援する手法として病院単位で BSC を導入するケースが中心となっている。

受益者負担と医療保険制度：

職業などに応じて異なる医療保険が存在

するが、全ての国民は必ずいずれかの医療保険に加入することが義務付けられている（国民皆保険）。患者は医療費の一定割合を自己負担することが求められているが、残りは医療保険から医療提供者に支払われる。

医療提供制度：

高度・特殊医療、へき地医療、政策医療（小児・産婦人科）といった市場原理だけでは十分な医療水準を確保できない領域を補完するために、国や地方自治体が開設する病院も多く存在するが、民間病院の占める割合が高い。

（５）平成 22 年に公表した論文では、新潟県立病院における BSC 導入にあたっての問題点として、以下の４点を指摘した。

組織の継続性に対する疑念

県立病院の経営が悪化し、県病院事業の財政負担が増す中で、結局、病院局は財政再建を優先し、県立病院を再編する方針なのではないか、再編対象となりうる病院にとってみれば、病院自身が描くビジョンを実現するための条件が与えられないのに、ビジョンを描き、戦略を策定し、展開する意義がそもそもあるのかという疑念である。

戦略の自由度に関する制約

累積欠損金が巨額に上り、設備投資は必要不可欠なものに制限されている現状の下で、原価低減と不採算部門の縮小以外に戦略の選択肢が存在するのかという問題である。

戦略策定についての問題

戦略策定については、以下の３つの問題が挙げられる。

戦略策定能力の不足

「市場対応力の強化」の検討が不十分

「専門性の強化」については特定機能強化の視点に偏っている

院長シートから下位シート（部門長シート・セクション長シート）への展開についての課題

これについては、以下の５つの課題が挙げられる。

上位シートとの連携が確保されない

医師の参画が得られない

個々の病院への帰属意識が低い

経営管理機能が脆弱

インセンティブがない

（６）戦略マネジメント・システムとしての病院 BSC の導入が進まない最大の理由として、医師の参画・協力が得られないことが挙げられる。医師の参画・協力が得られない理由としては、以下の２つが考えられる。

医師数の不足

病院経営に積極的に取り組む医師の不足

はそもそも十分な数の医師を確保できない場合のことであり、とは、仮に医師数そのものは十分確保したとしても、病院経営や他職種（看護師やコメディカル等）との連携による医療の質の向上・病院機能の改善・強化に積極的に取り組む医師が少ない場合のことである。

このうち、については、特に広域自治体病院の場合、大学病院からの派遣医師への依存度が高いため、医師の多くはフルタイムで働く「常勤」医師ではあるものの、病院経営に最終的な責任を負う「専属」医師ではない。

民間病院と異なり、病院への帰属意識が低い医師が大半を占める状況では、医師を中心として病院戦略について熟慮し、戦略マネジメント・システムとしての病院 BSC を展開することは難しい。

自由開業制と医師の絶対的な不足による大学病院への依存という特徴を有する我が国の医療制度の下で、広域自治体病院において帰属意識の高い医師を確保することは厳しい課題であるが、BSC に基づく病院経営の高度化を図るためには避けて通れない。

5．主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 1 件）

山口 直也、広域自治体病院における B S C（Balanced Scorecard）の導入 - 新潟県立病院のケース -、会計検査研究、査読有、第 42 号、2010、pp.107-124

〔学会発表〕（計 1 件）

山口 直也、広域自治体病院における BSC の導入 - 新潟県立病院のケース -、日本管理会計学会 2008 年度全国大会、2008 年 8 月 30 日、甲南大学岡本キャンパス

6．研究組織

(1)研究代表者

山口 直也 (YAMAGUCHI NAOYA)
新潟大学・人文社会・教育科学系・准教授
研究者番号：50303110

(2)研究分担者

()

研究者番号：

(3)連携研究者

()

研究者番号：