

# わが国の医療バランスト・スコアカード導入に関する研究課題の考察

多田昌弘

## はじめに

1992年、ハーバード・ビジネススクールの R. S. Kaplan 教授とコンサルタントの D. P. Norton によってバランスト・スコアカード (Balanced Scorecard ; 以下, BSC) が提唱され, 22年の歳月が経つ。その間, 欧米をはじめ, わが国においても様々な観点から BSC の研究が進められてきた。

近年, わが国の医療界では, BSC の導入・実践が進む傾向にある。また, 2003年には, 医療分野に特化した BSC の研究学会「日本医療バランスト・スコアカード研究学会」が創設されるなど, 医療 BSC の実践と研究が活発化している。

医療界に BSC の導入が進む背景には, 戦略の明確化や実行力を期待して BSC を導入するわが国の企業とは違う特徴がある。それは, 医師を筆頭に生命に関わる専門職が集まるゆえに, 医療現場では利益やコストよりも医療の質に偏重する志向性がある。それに加え, 医療界は厚生労働省によって護送船団方式により守られてきた。しかし, 医療費抑制策がとられるなど, 医療界を取り巻く環境が厳しさを増して行くなか, 医療界は今まで以上に経営に向き合わなければならなくなり, ビジョンや戦略の共有, さらなる医療の質を高めることを目的に BSC の導入が増えて行った。

わが国の医療界に BSC の導入が進むにつれて, 医療関係者による BSC の事例報告も見られるようになってきた。しかし, わが国の医療 BSC の導入研究は, 大企業の導入研究ほど進んでいないのが現状である。

上記のような現状に鑑みれば, 医療 BSC の導入研究を進めることは1つの課

題である。本稿では、わが国の医療 BSC の導入要因について文献レビューを行い、大企業を中心とした先行研究との共通点と相違点を整理する。その上で、医療 BSC の導入に関する研究課題を明らかにすることを目的とする。

## 1. 医療 BSC の導入要因整理の必要性和多様性に関する留意点

### 1-1. 医療 BSC の導入要因整理の必要性

BSC は欧米企業にとどまらず、わが国の実務家からも注目を集め、大企業を中心に導入が進んできている<sup>1)</sup>。河合・乙政 (2013) は、BSC の研究は管理会計領域の主要テーマの 1 つになっていることを指摘している。

BSC の提唱者の一人である Norton (Kaplan and Norton, 2001b) は、北米の企業および西ヨーロッパ企業の約 50% が BSC を利用していると主張する。1990 年代半ばでは、フォーチュン 1000 社の 40% (Kaskey, 2013) が、あるいは 60% (Silk, 1998) が BSC を利用している、と紹介している。Rigby (2001) は、1999 年に北米企業を対象とした調査を行い、BSC が経営管理ツール 25 種のなかで 12 位の導入率に位置しており、44% の企業が BSC を利用していることを明らかにしている。また、ドイツ語圏企業であるが、BSC 利用企業の 20% が「非常に重要」、46% が「いっそう重要」と回答している (Speckbacher, 2003)<sup>2)</sup>。

一方、わが国企業の BSC の導入実績は米国企業と比較してそれほど多くない (乙政, 2004) ことが指摘されている。しかし、「BSC を知らない」企業は減少傾向にある (乙政・梶原, 2009)。

BSC の導入・実践は、非営利組織にも進んでいる (Kloot, 2000 ; Kaplan and Norton, 2001a ; 2004 ; Kershaw, 2001 ; 柴山他, 2001 ; 櫻井, 2003 ; 中嶋,

---

1) 柴山他 (2001) ではリコー、宝酒造、伊藤ハムなど、櫻井 (2003) では JAL インフォテック、全日空システム企画、富士ゼロックスなど、森沢他 (2005) では出光興産、オリエンタルランドなどの BSC 導入事例が紹介されている。

2) ただし、回答企業がなぜ「重要」と考えているのかは、追跡調査されていない。また、BSC の有効性については、富士ゼロックスの統括部門長 (12 名中 11 名) が、「自部門のマネジメントに有効」と好意的な回答を示している (櫻井, 2003, p.318)。

2004；2009；高橋，2011a)。わが国の多くの病院は，経営や医療の質の向上に役立たせる目的でBSCを導入している（高橋，2011a；劉，2014）。非営利で最大分野の医療界（荒井，2003）であるが，「厚生労働省が各病院の面倒を見てくれなくなってきた，今，各病院は自分で経営を考える必要に迫られている」（高橋，2004，p.4）。高橋（2004）は，昨今の医療界をとりまく環境変化のなかでこそ，BSCの活用による病院経営が有効であることを主張している。

今までに戦略思考を持たない医療界<sup>3)</sup>においては，どのようにビジョンを掲げ，どのように戦略を現場に浸透させ，どのように戦略の実行をマネジメントして行けばよいのかという問題を抱える病院は多い。だが，病院のビジョンを定め，戦略を策定し，戦略を現場と共有する目的でBSCを導入している病院も多い<sup>4)</sup>ことから，BSCは有効であろう<sup>5)</sup>。このことから，医療界においては，BSCによる組織変革のニーズが今まで以上に高まることが予測できる。

BSCの導入・実践が進むなか，BSCで成果をあげている事例がある一方，BSCそれ自体への批判（例えば，Norreklit，2000）をはじめ，BSCを導入した企業が不満を抱え，また，BSCの導入・実践に失敗<sup>6)</sup>していることが指摘されている。例えば，森沢他（2005）は，わが国企業の34%がBSCに対して「課題が多く，不満」であることを実態調査で明らかにしている。今後，医療界においても，BSCに対する同様の指摘が出てくる可能性があり，管理会計の成功・失敗を明らかにする導入研究（谷，2004a）の必要性が高まって行くといえる。

しかし，Johnson and Kaplan（1992）が管理会計の理論と実務の乖離を指摘していたにもかかわらず，わが国のBSCの研究動向は「実務が先行するなか，ア

---

3) 谷（2004b，p.47）は，これまでの経験から「病院においては，戦略思考が十分でないことが多い」と指摘している。

4) 高橋（2011a，p.367）の実態調査によると，医療BSCの導入目的は第1位「戦略の策定・共有・実行」（85.5%），第1位「経営の質向上」（85.5%），第3位「医療の質」（61.8%）である。

5) 高橋（2011a，p.366）の実態調査によると，BSCの有効度合いは「非常に有効である」（14.5%），「有効である」（40.0%），「まあ有効である」（38.2%）と，92.7%の病院が有効と評価している。

6) McCunn（1998）は，BSCを導入した組織の70%が失敗しているという，アムステルダム大学 Claude Loowy 教授の主張を紹介している。

カデミックな領域では文献研究が主流を占めるという状況がつい最近まで続いた」(伊藤, 2002, p.9)と指摘される状況であった<sup>7)</sup>。谷(2004a, p.1)は、「特にバランス・スコアカードが漸く実務に導入されようとしている昨今、管理会計システムの導入研究は理論的にも実践的にも危急の課題といえる」と主張している。このことから、BSCの導入・実践において何が促進要因であり、何が阻害要因であるのか、BSCの導入要因を整理・検討して行く必要がある。

これまでの管理会計システムの導入研究は、促進要因と阻害要因が主な研究対象である(谷, 2004a; 2004b; 2006)。また、管理会計の促進要因と阻害要因の研究には、管理会計システムの導入意思決定に焦点をあてた「コンテクスト要因」と、導入過程に焦点をあてた「導入プロセス要因」がある(谷, 2004a)。

さらに、BSCの「導入プロセス要因」は、大きく分けて2つある(乙政, 2005a)。1つめは、「狭義の導入プロセス」であり、主な関心はスコアカードのデザイン開発にあるとしている。2つめは、「広義の導入プロセス」であり、BSCの導入から戦略マネジメント・システムとして組織に定着するまでの広範囲なプロセスを対象としている<sup>8)</sup>。

BSCの導入研究とひと口に言っても、促進要因と阻害要因、「コンテクスト要因」と「導入プロセス要因」(広義・狭義)がある。本稿が対象とする、わが国の医療BSCの導入研究は、大企業の先行研究ほど知見が蓄積されていない。また、わが国の医療BSCの導入研究は、大企業の先行研究のように「コンテクスト要因」と「導入プロセス要因」の2つに区分けした上で、各要因について議

---

7) 河合・乙政(2013)の研究では、2001年以降のBSCの研究方法は「ケース/フィールド」が増え、また、BSC研究の関心が行動の「利用局面」から「導入局面」へと移行していることが明らかになっている。なお、2010年度までのBSC「導入局面」の研究論文数は、わが国の主要会計学術雑誌(計7誌)で21本、欧米主要会計学術雑誌(計10誌)で6本、欧米主要会計実務雑誌(計3誌)で24本ある。詳細は、河合・乙政(2013)を参照。

8) わが国のBSC研究において、「行動」(導入局面)に焦点を当てた論文数は、2001年-2010年で計21本ある(河合・乙政, 2013)。谷(2004a, p.1)によれば、管理会計システムの導入研究分野は、先駆的に行われてきた欧米においても断片的な研究しか行われていないことが指摘されている。乙政(2005a)においても、「広義の導入プロセス」を研究する必要性が訴えられている。

論が進められていることは非常に少ない<sup>9)</sup>。

上述の状況に鑑みれば、医療 BSC の導入要因を、大企業を中心とした先行研究に倣って、体系的に整理して行く必要がある。

なお、本稿では、「コンテキスト要因」と「導入プロセス要因」(広義・狭義の区別は行わない)に区分けして、促進要因と阻害要因を整理して行く。

## 1-2. 医療 BSC の多様性に関する留意点

医療 BSC の導入要因を整理して行く上で、留意しておかなければならない点が2つある。

1つ目の留意点は、医療 BSC と企業 BSC を比較する際に、医療界ならではの4つの視点修正を考慮すべきか否かである。

医療 BSC では、4つの視点の最上階に“財務の視点”ではなく“顧客(患者)の視点”，あるいは“財務の視点”と“顧客(患者)の視点”を並列にするなど、BSC の視点階層を追加・修正して導入する場合がある。Kaplan and Norton (2001 a, p.159) は、非営利組織における BSC の視点階層の修正が行われた後は、マネジャーが戦略への合意と戦略を組織に伝達するために BSC を活用している、と指摘している。このことから、BSC の視点階層の追加・修正は、導入時点でのビジョンと戦略視点間の整合性を得るための1手段であり、また、BSC のデザイン開発と捉えることができる。だが、そのような BSC の追加・修正が、わが国の医療 BSC の大多数で実施されているという明確な証拠を確認できない上、高橋 (2011a, p.17) は、わが国の医療 BSC において、4つの視点を変えている病院は多くない、と指摘している。さらに、BSC の多様性については医療界だけに見られる現象ではない。したがって、本稿では、医療 BSC の多様性については検討せずに整理して行く。

2つ目の留意点は、企業と医療の BSC の導入タイミングが同一ではないため、

---

9) ただし、谷 (2004b ; 2006) は、アクションリサーチにより導入の促進要因を示し、導入要因を議論している。谷 (2004a) は、アクションリサーチにより導入プロセスの促進と阻害要因を示し、導入要因について議論している。

実質的に異なる BSC を同じものとして扱う可能性までを考慮して検討すべきか否かである。

BSC は、業績測定システムとして誕生しているものの Kaplan (1998) のいうイノベーション・アクションリサーチによって時代と共に BSC が進化・発展している<sup>10)</sup>。さらに、医療界の多くは戦略について真剣に議論されてこなかった上に、本格的に経営ツールを使用してこなかった特徴がある (高橋, 2011a, p.14)。高橋 (2011a, p.17) は「BSC の成長過程を製品ライフサイクルのカーブで見ると、とくにヘルスケアの領域では、日本では、導入期の終わりから成長期の入り口あたりと考えられる。したがって、ある意味、企業の BSC 導入時の各種問題と同じ問題が医療界にももちあがっている」と医療 BSC の導入状況について企業 BSC の導入時との関係性から指摘している。このことから、医療 BSC と企業 BSC では、導入のタイミングによる BSC それ自体に違いがあると考えられる。しかし、高橋は、“導入期の終わり”と“成長期の入り口あたり”についての定義はしておらず、また、医療界の BSC がどのような BSC のタイプであるのかを明らかにしていない。

わが国の医療 BSC のケース (岩崎, 2006; 正木・道端, 2006; 須藤, 2010; 奥野・高野・村中他, 2011) に鑑みれば、医療界での BSC の導入のタイミングは、基本的には戦略マネジメント・システムとしての BSC を念頭に置くことができる。また、実際問題として、BSC の導入目的によって様々な BSC が存在するといえる。したがって、本稿における研究方法は、BSC の多様性は企業と医療界の違いによって生れるものではないとの前提に立ち、BSC の導入を先行してきた大企業の導入要因と、わが国の医療 BSC の導入要因を比較検討して行く<sup>11)</sup>。

10) 例えば、Speckbacher (2003) は BSC 概念の進化・発展に伴う BSC の多様性に着目し、BSC を Type I ~ Type III に分類した上で実態調査を実施している。その結果、BSC のタイプの違いにより、BSC への満足が異なることなどを明らかにしている。

11) 本稿では、「企業の BSC 導入時の各種問題と同じ問題が医療界にももちあがっている」(高橋, 2011a, p.17) という指摘に基づき、企業 BSC とわが国の医療 BSC との比較検討を行っている。したがって、本稿では、海外の医療 BSC を対象範囲に含めていない。また、医療 BSC の導入研究は企業 BSC ほど知見が蓄積されていないため、病院組織の規模や種類を細分化 (職員数, 国公立・民間病院) せずに検討して行く。

## 2. 医療 BSC のコンテキスト要因

本節では、医療 BSC の導入意思決定にかかわる「コンテキスト要因」について文献レビューを行う。また、医療 BSC のコンテキスト要因に先行研究（営利組織）と同類の要因があれば、随時比較し考察を加えて行く。

医療 BSC における主要なコンテキスト要因と企業 BSC との同一・同類要因は表 1 のとおりである。

表 1. 医療および企業の BSC を促進させるコンテキスト要因一覧

医療BSC		比較区分	企業BSC	
文献	医療BSCを促進するコンテキスト要因	同一・同類	文献	企業BSCを促進するコンテキスト要因
荒井・渡辺・高橋(2004)	「BSCの効果を伝達するメディア」	同類	乙政(2004) Malmi(2001)	「BSCの効果を伝達するメディア」
日本医療企画編(2004)	「BSCの専門家」の存在	同類	乙政(2004; 2005a) Malmi(2001)	「コンサルティング会社」「コンサルタント」
無し	「他病院の模倣行動」	同一	乙政(2004) Malmi(2001)	「他社のベンチマーク」「模倣行動」
高橋(2011a) 高橋(2013)	「経営の質向上」	同一	伊藤(2002; 2003) 伊藤他(2001) 乙政・梶原(2009) 青木・櫻井(2003)	「経営品質賞への取り組み」
高橋(2011a) 正木・道端(2006)	「類似したシステム」	同一	伊藤(2002) 櫻井(2004) 乙政(2005b) 乙政・梶原(2009)	「類似したシステム」
高橋(2011a)	「組織規模」	同一	Hoque and James(2000) Speckbacher et al.(2003)	「組織規模」

### 2-1. 医療 BSC の導入意思決定に影響を与えるコンテキスト要因

BSC の導入に影響を与える 1 つめの促進要因は、乙政 (2004) が指摘している「BSC の効果を伝達するメディア」である。

三重県病院事業庁（以下、病院事業庁と略す）のケース<sup>12)</sup>のなかで、BSC を知ったのは「偶然の出合い」との証言がある。しかし、この証言を額面通りに受け取ることにはできない。なぜなら、病院事業庁が BSC の存在を知る機会がなければ、BSC の導入はあり得ないからである。

荒井 (2003) によると、経営管理に熱心な病院を中心にして BSC への関心が高まったのだという。また、聖路加国際病院や済生会熊本病院の BSC 導入から

12) 日本医療企画編 (2004)。

「日本の多くの病院にまで広げていくことが、日本全体の底上げにつながっていきます」(荒井・渡辺・高橋, 2004, p.24)と医療 BSC の情報発信の必要性が述べられている。このことから、「BSC の効果を伝達するメディア」は複数存在<sup>13)</sup>し、BSC 未導入病院の意思決定に影響を与えるといえる。

一方、先行研究では、既に BSC を導入している企業事例のセミナーやワークショップが多数あり、そのことが BSC の導入を促進させている、と Malmi (2001) は指摘している。また、Malmi は、フィンランド企業17社に対してのインタビュー調査から、企業の半数がコンサルタントから BSC に関する情報を得ていたことを明らかにしている。

わが国企業においても、コンサルタント会社からの情報発信が BSC を知るきっかけになっていることを、乙政 (2005a) は質的研究により明らかにしている。また、乙政 (2004) は、「コンサルティング会社からの売り込み」がわが国企業における BSC 導入の促進要因<sup>14)</sup>であることを実証研究により明らかにしている<sup>15)</sup>。しかし、病院事業庁の場合、コンサルタント会社に協力を求める代わりに、BSC の専門家を訪ねることで知識を深めている (日本医療企画編, 2004)。このことから、「BSC の専門家」の存在が2つめの促進要因<sup>16)</sup>である。

上記のレビューから推論できることは2つある。1つめは、経営効率化が求められている医療界にとって、BSC の概念<sup>17)</sup>は魅力的である一方、マネジメン

13) 例えば、日本医療バランスト・スコアカード研究学会主催のセミナー、文献などがある。

14) 10%水準で有意。

15) 乙政 (2004) の分析は、「BSC を導入している」企業と「BSC の導入を検討している」企業を1グループ (24社) として、BSC の導入を考えていない企業 (61社) との比較を実施している。

16) 研究者が医療機関に対して研究依頼を行うことで BSC を認知するケース (谷, 2004a, p.134) がある。また、新須磨病院整形外科は、BSC を導入する際に経営学者を2週間に1回ずつ病院に招き会議ファシリテータとしてコンサルティングを受けている (岩崎, 2006; 谷・三矢・松尾, 2005)。さらに、日本医療バランスト・スコアカード研究学会は BSC の情報発信と導入支援に関するセミナーなどを実施している。

17) BSC は、財務偏重のマネジメント・システムではない。また、顧客の視点は患者の視点に置き換えられ、それら非財務指標を財務の指標と同様に数値化して管理することができる。このような BSC の特徴が、医療界に受け入れられた1つの理由といえる。



トそのものに慣れていない（谷，2004a）医療界にとって，BSCの導入に関する不安は大きいことである。2つめは，BSCの導入に関する不安が大きいゆえ，「BSCの専門家」の存在は，BSCの導入にともなう不安を緩和させる機能となり，医療BSCの導入を促進させていることである。

3つめの促進要因は「他病院の模倣行動」である。

本要因は，何らかの「BSCの効果を伝達するメディア」により，BSCの導入・実践の情報を得た医療機関が模倣行動に出ることを指す。

Malmi（2001）は，BSCの人気の高まりは，模倣行動によって説明できるかもしれないと指摘している。乙政（2004）は，わが国企業を対象にした実証研究により，「他社のベンチマーク」がBSC導入の促進要因<sup>18)</sup>であることを明らかにしている。

上記の先行研究から，医療界においても「他病院の模倣行動」はBSCの促進要因であることが推測できる。事実，病院事業庁のケースは，学術雑誌や医療系実務雑誌など，多数の文献で紹介されている。このことから，他の病院が模倣行動に出ることは至って自然な流れであり，BSCの導入意思決定に影響を与えているといえる。

4つめの促進要因は，「経営の質向上」（高橋，2011a）<sup>19)</sup>である。

谷（2004a，p.134）は，練馬総合病院にBSCの導入研究の協力を依頼した理由について「同病院が長年にわたり先進的な品質管理手法を医療現場に導入し，いわゆる医療における質の改革に取り組んできた実績があったからである」と述べている。その結果，同病院は，導入研究の協力を承諾している。また，福井県済生会病院は，2012年度に日本経営品質賞を受賞している（高橋，2013）<sup>20)</sup>。

経営の品質向上を目指すことは，何も医療経営に限ったことではない。先行研究では，経営品質賞への取り組みが，BSC導入の促進要因であることを指摘

---

18) 5%水準で有意。

19) 高橋（2011a）は，病院がBSCに取り組む目的の第1位が「経営の質向上」であることを，実態調で明らかにしている。

20) 高橋（2011b）は，BSC本来の目的から外れることを理由に，病院機能評価のためのツールにしないことについて警鐘を鳴らしている。

している<sup>21)</sup>。

伊藤 (2002; 2003) は、数値的な根拠を示していないが、わが国企業の BSC 導入実態の特徴として日本経営品質賞受賞企業に集中していること、また、BSC で一定の成果をあげている企業が米国のマルコム・ボルドリッジ国家品質賞 (The Malcolm Baldrige National Quality Award; MB 賞) の受賞企業に集中している、と指摘する。伊藤他 (2001) は、富士ゼロックスのケースから、日本経営品質賞への取り組みが BSC の導入に弾みをつけたことを指摘する。青木・櫻井 (2003) も、日本経営品質賞と BSC との親和性が高いことを指摘している。

上記のとおり、医療界は企業と同様、経営の質向上という目的が BSC の導入を促進しているといえる。

5つめの促進要因は「類似したシステム」の存在である。

高橋 (2011a, pp.46-47) は、わが国の病院は目標管理や方針管理を活用している、と述べている<sup>22)</sup>。

済生会熊本病院の正木・道端 (2006) は、BSC に類似したシステムとして行動計画書の存在を主張している。彼らによれば、行動計画書の策定過程も BSC の策定過程も同じであることを主張している<sup>23)</sup>。その上で、行動計画書は「トップリーダーである院長をはじめとする経営幹部から、第一線の現場担当者まで病院の向っていく目標やその方向性、戦略から戦略目標、行動計画まで、病院のポリシーを明示する重要な情報伝達媒体である」(正木・道端, 2006, p.444) という。だとすれば、彼らのいう行動計画書とは、先行研究で BSC の導入要因として指摘されている類似したシステム、すなわち方針管理や目標管理に該当するものといえる。一方、職員ごとの目標管理がないゆえに、BSC を導入する

---

21) 乙政・梶原 (2009) は、BSC と品質戦略の関係が10%水準で有意な正の関係であることを明らかにしている。また、Malmi (2001) は、フィンランド企業17社に対するインタビュー調査により、12社がTQM (total quality management; 全社的品質経営) を活用していたことを明らかにしている。

22) 河合 (2010) は、三重県立病院がBSC導入以前に、チャレンジシートと呼ばれる目標管理制度が整備されていたことを指摘している。

23) ただし、前後の文脈から、BSC導入前の行動計画には数値目標が曖昧であるか、加えられていないことが読み取れる。

ことで職員の意識改革を推し進めるようとしたケースも存在する<sup>24)</sup>。

先行研究では、「類似したシステム」はBSCの導入を促進する（伊藤，2002；櫻井，2003；2004；乙政，2005b；乙政・梶原，2009；林，2006）<sup>25)</sup>場合もあるが、逆にBSCの導入を阻害する（乙政，2003；2005b）場合もあることが指摘されている。つまり、「類似したシステム」に満足している企業は、BSCの存在を認識しても導入しないことが考えられる。上記の先行研究に鑑みると、医療BSCにおいても「類似したシステム」が促進要因になったり阻害要因になったりすることが考えられる。

6つめの促進要因は「組織規模」である。

高橋（2011a，pp.363-364）は、病床規模が大きい病院ほどBSCの導入に前向きであることを、実態調査により明らかにしている。

「組織規模」という促進要因については、先行研究でもいくつか指摘されている。

Hoque and James（2000）は、オーストラリア66社の製造企業の実証研究から、組織規模が大きいほどBSCの活用度が高まることを明らかにしている。Speckbacher et al.（2003）も、ドイツ語圏企業の実態調査から、組織規模が大きいほどBSCの導入傾向が高まることを指摘している。

わが国の企業においては、大規模組織がBSC導入の促進要因であることを示すケースがある。馬場（2004）は、“バランスト・スコアカードと予算研究”所属のA社からの聞き取りにより、「BSCは大企業ほど効果あり」という証言を得ている。一方、乙政（2004）および乙政・梶原（2009）の実証研究からは、組織規模とBSC実践との関係について統計的に有意な結果を検出できなかった。

上記のとおり、先行研究において組織規模がBSCの導入を促進するの可否か、未だ決着がついていない。ただし、乙政・梶原（2009）が指摘するように、組織規模が大きくなるほど内部コミュニケーションの必要性が高まり、BSCの導

---

24) 福井県済生会病院・医事課がBSCを導入した背景の1つである（高橋，2004，p 230）。

25) 乙政・梶原（2009）は、5%水準で有意な正の関係を明らかにしている。

入を促すという考えの妥当性は高く、医療 BSC にも該当する指摘といえる。

以上、医療 BSC のコンテキスト要因について整理を行い、また、先行研究と比較した結果、特別な違いは確認されなかった。ただし、同じ要因であっても促進要因にもなれば阻害要因にもなることは先行研究において確認されている。このことから、BSC を導入する病院と BSC を導入しない病院との違いは何かを究明して行くことが、今後の研究課題といえる。

### 3. 医療 BSC の導入プロセス要因

本節では、医療 BSC の導入過程に焦点をあてた「導入プロセス要因」について文献レビューを行う。また、医療 BSC の導入プロセス要因に先行研究（営利組織）と同類の要因があれば、随時比較し考察を加えて行く。医療 BSC の主要な導入プロセス要因と企業 BSC との同一・同類要因は表 2 のとおりである。

表 2. 医療 BSC と企業 BSC の導入プロセス要因

医療BSC		比較区分	企業BSC	
文献	医療BSCの導入プロセス要因	同一・同類	文献	企業BSCの導入プロセス要因
谷(2004a; 2004b; 2006)	「トップのコミットメント」	同一	Kloot and Martin (2000) McCann (2000) Kaplan and Norton (2001a) 乙政 (2005b) 森沢他 (2005)	「トップのコミットメント」「トップのリーダーシップ」
谷(2004b; 2006) 高橋 (2011b)	「推進役」の設定	同類	乙政 (2005b) 柴山他 (2001) 伊藤他 (2001)	「経営企画室長」「経営企画室」
谷(2004b; 2006)	「ボトムアップによる導入」	同類	Frigo and Krumwiede (2000) 柴山他 (2001)	「関係者巻き込み」「組織長発」
谷(2004b; 2006)	「成果指標と行動指標の設定に十分な時間をかける」	同類	Kaplan and Norton(2001a) 柴山他 (2001) 長谷川 (2011) 伊藤 (2002)	「BSCの開発期間」
谷(2004b; 2006) 高橋(2011b)	「責任の設定」	無し		
＜阻害要因＞				
谷(2004a; 2004b; 2006)	「戦略思考不足」	同類	Kaplan and Norton (2001a) Porter (1996) 青木・櫻井 (2003)	「戦略を理解していない」
谷(2004a) 岩崎(2006)	「組織成員(医師)による抵抗」	同一	加登(1999) Malmi(1997) 伊藤(2006)	「組織成員の抵抗」

#### 3-1. 医療 BSC の導入プロセス要因－促進要因－

BSC の導入を促進する 1 つめの要因は、「トップのコミットメント」である。

谷 (2004b ; 2006) は、本要因を“トップの明確なコンセプトとサポート”という表現で示している。谷によれば、新須磨病院の院長自らが導入プロジェクトメンバーに加わり、プロジェクトの推進などをサポートしていたことがBSCの導入を促進させたと述べている。

Kaplan and Norton (2001a, p.333) は、BSC の導入プロセスは「変革のための緊迫感をリーダーが作ることから始まる」と指摘し、エグゼクティブのリーダーシップがBSCの促進要因であることを主張している。このことから、新須磨病院の院長は、Kaplan and Norton の主張するリーダーシップを発揮した結果、BSCの導入を促進させたといえる。また、三重県立病院のケースでは、病院長などの経営幹部と三役（知事など）とのフリートークの場で、「開設者である知事の強力なリーダーシップにより病院長へ動機付けを行っている」（高橋, 2004, p.218）と紹介されている。しかし、どのようなリーダーシップが強力なリーダーシップというのかは定義づけられていない。

先行研究においても「トップのコミットメント」がBSCの促進要因として指摘されている。Kloot and Martin (2000) は、質的研究により、組織文化が業績管理にとって重要であることが明らかになった、と指摘している。具体的には、トップが積極的に従業員に参与しているの方が優れており、トップのコミットメントが促進要因であることを示唆している。McCann (2000) も、経営幹部の関心とコミットメントが必要であることを指摘する。

わが国の企業においても「トップのコミットメント」がBSCの促進要因であることを示すケースが存在する。乙政 (2005b) は、住宅設備機器メーカーA社のBSCの導入推進者である経営企画室長に対して、約480分のインタビューを行っている。その結果、社長のコミットメントによって経営企画室長を推進者として後押ししていたことを明らかにしている。また、森沢他 (2005) は、武蔵野大学の学院長、学長が明確にコミットメントしたことがBSCを促進させたことを指摘している。

なお、谷 (2004a) は、練馬総合病院におけるBSCの導入研究の経験から、病院は民間企業以上にトップ・マネジメントのコミットメントが重要であるこ

とを指摘している。

2つめの促進要因は「推進役」の存在（谷，2004b；2006）である。

谷（2004b；2006）は，新須磨病院の整形外科部長が推進役となり，成果指標や行動指標の探索をはじめ，BSCの運用をとりまとめたことがBSCの導入を促進させた，と指摘している。また，高橋（2011b）は，Kaplan and Norton（2009）がいう戦略管理室（経営企画室）のような部署を医療機関も設置し，BSC全体の調整役（取りまとめ役）の存在が重要であることを指摘している。

先行研究においても，「推進役」の存在はBSCの促進要因であることが指摘されている。先行研究では，経営企画室長（乙政，2005b），経営企画室（柴山他，2001），戦略管理室（Kaplan and Norton，2009）といった人・専門部署・室として示されている。

柴山他（2001）は，伊藤ハムの経営企画準備室が社長直轄の組織となり，BSCの業績評価指標を組織長と調整する段階で効果があったことを紹介している。伊藤他（2001，p.158）も，富士ゼロックスの経営品質推進部が中心になり，各営業の現場に延べ40回から50回の説明に行ったケースを紹介している。

上記のとおり，「推進役」の存在は，医療BSCの導入・実践の鍵を握る促進要因である。しかし，先行研究においても，「推進役」が誰とどのように関わり合い，どのような話し合いが行われていたのかなど，その活動と実態の詳細については明らかにされないことが多い。

3つめの促進要因は「ボトムアップによる導入」（谷，2004b；2006）である。

谷（2004b；2006）は，「ボトムアップによる導入」が医療BSCの促進要因として一般化できるか否かを問題点として見ているものの，新須磨病院がボトムアップで成功した理由の1つとして「組織が大きくなり，さまざまな提案しやすい組織カルチャーになっていたかもしれない」（谷，2006，p.235）と指摘している。しかし，ボトムアップの方が医療BSCの導入を促進するのか，それともトップダウンの方が医療BSCの導入を促進するのかは，論者によって主張が分かれている。

例えば，高橋（2011b）は，医療BSCの導入・実践はトップダウンで行う方

が最も適切であることを主張している。

先行研究においても、ボトムアップによる導入とトップダウンによる導入は対立要因になっており、未だ決着がついていない。

例えば、Frigo and Krumwiede (2000) は、BSC の開発段階から関係者を巻き込むことを指摘している。同様に、リコーが BSC の導入に成功したポイントの 1 つとして、トップダウンではなく、組織長発の BSC を煮詰めて行くアプローチが紹介されている (柴山他, 2001)。一方、伊藤他 (2001, p.158) は、ボトムアップの導入ではなく、トップダウンで強力に推進した富士ゼロックスのケースを紹介している。パイオニアも、後にボトムアップとトップダウンのバランスが取れたものになったが、BSC の導入当初は上位組織から下位組織に展開していることが紹介されている (日経情報ストラテジー編, 2005, p.160)。

そもそも、BSC の提唱者である Kaplan and Norton (1997, p.199) は、BSC の開発・導入は経営トップからはじめることを推奨していた。しかし、2 冊目の著書 (Kaplan and Norton, 2001a) では、戦略志向の組織体にするために、トップダウンの命令ではなくトップダウンのコミュニケーションが必要であることを指摘している。

谷 (2006) は、「ボトムアップによる導入」を指摘しながらも、トップダウン・ボトムアップの折衷方式が効果的であったことを記述している。このことから、医療 BSC を円滑に促進させる導入方法は、トップとボトムの調整をどのタイミングで行うかが 1 つの鍵といえる。しかし、どのタイミングが適切なのかは、営利・非営利を問わず、それぞれの組織が置かれた環境と BSC の導入目的によって違うといえよう。

4 つめの促進要因は「成果指標と行動指標の設定に十分な時間をかける」(谷, 2004b ; 2006) である。

谷 (2004b ; 2006) は、BSC 運用までの 6 ヶ月のなかで、成果指標や行動指標の探索に十分な時間をかけたことが医療 BSC を促進させた要因として指摘している。

Kaplan and Norton (2001a, p.357) は、BSC の構築期間は 8 週間から 16 週間

は必要であるが、BSCの開発期間が長すぎるとは導入を阻害してしまうことを指摘している (Kaplan and Norton, 2001a, pp. 364-365)。BSCの提唱者ですら、成果指標と行動指標の設定にどれだけの期間を費やすことが望ましいのか具体的に示していない。一方、柴山他 (2001) は、経験側から6ヶ月をBSC導入の目安にし、作成に2ヶ月程度かかることを指摘している。しかし、その根拠と具体例については示していない。

Kershaw (2001) は、具体的な期間を示さないものの、BSCの開発には数ヶ月間要することを指摘している。また、長谷川 (2011) は、組織全体へのBSCの展開を急ぐこと、伊藤 (2002) は、BSCを早く仕上げることへの弊害を指摘している。上記のとおり、先行研究においても時間的な要素がBSCにどのような影響を与えるのかについて決着していない。今後、BSCの活用目的に応じた構築期間の目安が整理されれば、BSC導入の際の1つの指針になるといえる。

5つめの促進要因は「責任の設定」(谷, 2004b; 2006)である。

谷 (2004b; 2006) は、責任者を定め、また、実績報告書を提出する仕組みをつくることによって、アクションを再検討することが確実に became, と指摘している。高橋 (2011b) も、医療BSCによるアクションプラン実施の責任部署を明確にしておかなければ、BSCを作成するだけでBSCを利用しない事例があることを指摘している。また、谷 (2004a, p. 141) は、練馬総合病院のケースにおいて、旗振り役として設定していた事務局の位置づけが曖昧だったために、医療BSCの導入・実践を阻害していたことを明らかにしている。

### 3-2. 医療BSCの導入プロセス要因—阻害要因—

医療BSCの導入プロセスを阻害する主要因は、「戦略思考不足」と「組織成員(医師)による抵抗」の2つであることが確認できた。

谷 (2004b; 2006) は、病院は戦略思考が不足していると指摘している。また、谷 (2004a, p. 140) は「病院職員は総じて戦略的な思考プロセスやあるいはマネジメントそのものに慣れていない」ことを、練馬総合病院の研究を通じて指摘している。このことから、病院の第1の阻害要因は「戦略思考不足」といえる。



谷 (2004a, pp.136-137) は「自らが実行しようとする行動の指針を戦略的に表現することに加えて、その行動の結果を定量的なスケールに落としこむことはかなり困難な作業であったにちがいない」と指摘した上で、「実態を反映する妥当な代理変数が選択されたかどうかは疑わしい面があることを付言しておきたい」と練馬総合病院の「戦略思考不足」による BSC の完成度について指摘している。

ただし、戦略思考の不足は、医療界に限らずわが国の企業も指摘されているものである。

例えば、Porter (1996, p.63) は、一部の例外企業 (ソニー、キヤノン、セガ) を除き、わが国の企業は戦略を持っていない、と批評している。さらに、青木・櫻井 (2003) は、わが国の企業がビジョンや戦略を考慮しながら経営を行っていることを調査により明らかにしている一方、調査結果とは逆の回答<sup>26)</sup>が存在することを同時に指摘している。Kaplan and Norton (2001a, p.215) も、自社の戦略を理解している従業員は 5% にも満たないと指摘している。このことから、本要因は医療界だけの阻害要因と断定づけられない一面を持っているといえよう。

2つめの阻害要因は「組織成員 (医師) による抵抗」である。

櫻井 (2003) は、BSC の導入目的に共通するのは企業変革であることを指摘している。それゆえ、変革には困難がつきものであり、多くの場合は組織の抵抗によって管理会計の導入が失敗することが指摘されてきた (加登, 1999)。

わが国の医療界における BSC 導入の抵抗者は、企業一般における“組織成員”とは異なる点が確認できた。それは、医療界の中核的存在である“医師”が抵抗していることである。無論、医師ばかりか看護師のコミットメントも低い、という指摘も存在する (谷, 2004a, p.142)。しかし、抵抗者として職種名で指摘されるのは圧倒的に医師である。以下の医療関係者 (医師) と研究者の証言から、

---

26) 青木・櫻井のいずれかの著者が、セミナーの折りに“戦略に基づく経営が行われているか”と受講者に質問している。その結果、大多数の参加者がビジョンや戦略に基づく経営を自社では実施していない、という回答結果を得ているという。ただし、数量的な明示はされていない。

「医師による抵抗」が医療 BSC の特筆すべき阻害要因であることが理解できる。新須磨病院整形外科部長の岩崎（2006, p.85）は、自身の経験から「医療現場ではプロセスの変革に抵抗する人々が必ずいる。そのような人が院内のリーダーや医師として権威を持っていることが多く、直観的に BSC のような業務の数値化や可視化に反対することがある」と指摘している。三重県立こころの医療センター院長の原田は、BSC の浸透・理解について「医師が一番難しいと思います」（日本医療企画編, 2004）と述べている。谷（2004a, p.142）は、医師や看護師による阻害要因を含めて「病院におけるバランスト・スコアカードの導入は予想以上に困難である」と自らの経験を紹介している。高橋（2004, p.128）も、「各科の医師に『成果指標』を設定してもらうことは難しいと考えた」とその難しさを述べている。

先行研究では、組織成員の抵抗に限らず、組織文化が管理会計を阻害することが指摘されている（Malmi, 1997；伊藤, 2006）。

例えば、BSC を導入した伊藤ハムは、業績評価指標の設定を行うにあたって他のライン組織に恩恵を与えてしまう間接部門からの納得がなかなか得られず苦労したという（柴山他, 2001, p.223）。伊藤ハムのケースに限らず、同一企業であっても部門ごとに文化が存在していることがこれまでも指摘されてきた（Malmi, 1997；Kaplan and Norton, 2005）。しかし、同じ組織成員の抵抗であっても、組織と顧客（患者）に最大の影響と権限を持つ中核部門（人）による抵抗は、先行研究では確認されない。それゆえ、「医師による抵抗」は先行研究の阻害要因とは別格であり、注目すべき阻害要因といえよう。

#### 4. 医療 BSC の導入要因の課題

2 節, 3 節で、医療 BSC の導入要因について文献レビューを行い、大企業を中心とした先行研究の導入要因と比較を行った。その結果、促進要因における共通点と阻害要因における相違点が明らかになった。

本節の 1 項では、医療 BSC の促進要因に関する課題を提示する。2 項では、

医療 BSC 阻害要因「医師による抵抗」について考察する。その上で、3 項で、医療 BSC の導入研究における今後の課題を提示する。また、4 項では、BSC の導入要因の究明を行うために、これまでの医療 BSC の研究課題および BSC 研究それ自体の課題を概観し、その上で研究方法を提示する。

#### 4-1. 医療 BSC の促進要因究明の課題

企業・医療を問わず、BSC の促進要因は概ね類似している。しかし、大企業の研究では取り上げられているのに、医療界の研究では扱われていない要因<sup>27)</sup>が医療 BSC でも影響しているのか否かは課題である。

企業 BSC と医療 BSC の文献レビューによる研究方法には一定の限界はあるものの、明らかになった要因もある。それは、成果を上げている組織の共通点として、コミュニケーションにより BSC を促進していることが「導入プロセス要因」の促進要因のレビューから示されたことである。

なかでも、良好と思われるコミュニケーションは、「トップのコミットメント」（あるいはリーダーシップ）、「推進役」の設定および調整活動、BSC の「ボトムアップによる導入」要因で確認できた。例えば、院長への動機付けを行うために知事自身がリーダーシップを発揮していた三重県立病院のケース（高橋，2004）をはじめ、BSC の導入をボトムアップで実施しながらもトップダウン・ボトムアップの折衷方式を採用した新須磨病院のケース（谷，2006）、各営業現場に幾度も説明を行った富士ゼロックス・経営品質推進部（伊藤他，2001）のケースをあげることができる。これらのケースに共通している点は、組織内のコミュニケーションの良否が導入要因の成否につながることを示唆していることである。

Kaplan and Norton (2001a, p.353) は「バランスト・スコアカードは、問い、議論、ディベート、対話を引き起こす組織の対話型システムとみるべきである」と主張している。

---

27) 例えば、乙政・梶原（2009）の実証研究で証明されている要因（「市場ポジション」「執行役員」「無形資産」など）がある。

それにもかかわらず、医療 BSC の研究では、BSC の導入・実践に関するコミュニケーションの目的と手段、そしてその効果について十分に解明されていない。具体的には、医療 BSC の導入・実践において、医師を含む組織成員のコミットメントを引き出すために、どのタイミングで、誰が、どのようなコミュニケーションを、どのように実施することが適切であるのか、という観点から究明されていない。

以上のことから、医療 BSC の導入・実践を促進させるための具体的なコミュニケーションを究明することが1つの課題である。ただし、BSC を導入する前の状況を視野に入れておく必要がある。なぜなら、BSC の導入前の状況が、導入以降に影響を及ぼすことが想定できるからである<sup>28)</sup>。

#### 4-2. 医療 BSC 阻害要因「医師による抵抗」の考察

3 節で、医療 BSC の阻害要因、つまり「医師による抵抗」を指摘した。

「医師による抵抗」とは、医師個人による抵抗だけでなく、同一組織内における部門間の抵抗と捉えることもできる。沼上他（2007, p.117）は「BU長のリーダーシップが不足しているというような問題と同様に、特定の職能部門の発言力が強すぎたり、弱すぎたりすることで、組織内の過剰な調整努力が強要される可能性がある」と述べている。

沼上他（2007）の指摘は、医療 BSC において、医師の納得を得るための過剰な調整努力が強要されることを示唆している。事実、医師から理解を得ることの難しさについて、三重県病院事業庁の運営調整部長である長野のコメント「『現実問題として難しいでしょう』」（日本医療企画編，2004，p.29）が紹介されている。また、「医師による抵抗」の存在を指摘した岩崎（2006）らの証言から、医師同士においても医療 BSC の調整が難しいことを示唆している。このことから「医師による抵抗」は、医療 BSC にとって最大の阻害要因になっているとい

---

28) BSC を通じた活発なコミュニケーションを行うには、相互の信頼関係が何よりも重要である。BSC の導入前の状況によっては、信頼関係が希薄化している可能性がある。

える。

川淵 (2004, p.125) は、医師について「病院では、個々の医師は、大勢の医療スタッフの一員にすぎず、公の権限を持たないかもしれないが、患者に関する医療活動という各部門のサービスの統合を必要とする局面では、“第一線の指揮官”として機能する」と指摘し、また、「看護師やコメディカル職員は、医師のオーダーによって仕事をする」(川淵, 2004, p.142) と指摘する。つまり、病院という組織は専門職集団でありながら、医師は、医師法という絶対的な権限により医療サービスの中核的な役割を担っているのである。それゆえ、医師は、医療サービスを行う上で絶対的な権限と影響力を持つ存在である。その医師が、組織変革を目的としたBSCの導入・実践に抵抗する以上、BSCの導入・実践は促進され難く困難を要することは明らかである。

それにもかかわらず、これまでの医療BSCの研究は、「医師による抵抗」という阻害要因に着目した調査研究を一切行っていない。その結果、「医師による抵抗」の情報が極めて少なく、本阻害要因への対応策すら誰も提示できていないのが現状である。加えて、医療界にBSCの導入が進む現状を考えれば、BSCの導入を阻害する「医師による抵抗」の原因究明を行うことは喫緊の課題といえよう。

乙政・近藤 (2013) は、BSCにかかわる直接的な研究ではないものの、病院内には管理的権限と医師による専門職的権限が存在し、それらの「テンション」の調整にはコントロールの相互補完と、非財務指標によるコントロールが有効であることを明らかにしている。乙政・近藤 (2013) の研究により、BSCの導入プロジェクトで医師をどのように巻き込む必要があるのかについて、1つの示唆を得ることができる。ただし、乙政・近藤 (2013) の研究サイトは公立病院組織であり、病院企業団と医療センター間におけるケースである。それゆえ、民間病院<sup>29)</sup>

---

29) 公立病院と民間病院の違いについては、医療現場の仕組み、医療人のインセンティブ、院長のおかれる立場、マネジメント・システムの違いなどの指摘が確認できる(谷, 2004a; 高橋, 2011)。また、経営資源(ヒト・モノ・カネ)の差、組織の複雑さ、置かれる環境も違いである。

における BSC の導入で、どこまで適応可能であるかは今後の課題といえる。

本項の最後に、医師だけが高度専門職業人と呼べる存在であることを確認しておきたい<sup>30)</sup>。

病院組織は、様々な専門職が集まり成り立つものの、医師だけが高度専門職業人と呼べる根拠が3つある。1つ目は、「労働基準法第十四条第一項第一号の規定にもとづき厚生労働大臣が定める基準」<sup>31)</sup>に、医師が高度専門職業人であることが確認できるからである。同法の資格の中で、「医師」に該当するのは、ロ) 医師、ハ) 歯科医師、ニ) 獣医師の3種類の医師が明記されている。本稿における医師は、ロ) 医師を対象としている。2つ目は、上記3種類の医師免許は、学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において、医学・歯学・獣医学の正規の課程を修めて卒業した者<sup>32)</sup>以外は試験を受けられないことである<sup>33)</sup>。3つ目は、医師法第十七条に「医師でなければ、医業をしてはならない」と業務独占規定<sup>34)</sup>があることである。つまり、医師は看護師やコ・メディカルの業務を行うことが法律上許されているが、看護師やコ・メディカルは医師の業務を行うことができないばかりか、関係法規に「医師、歯科医師の指示のもとで」と明記されている。

上記に鑑みると、医師だけが自立した存在であり、医療界における高度専門職業人といえる。それゆえ、高度専門職業人である医師の特性を把握するため

---

30) 医療界全体で見れば、高度な専門職の資格に薬剤師も該当している。しかし、薬剤師法・第十九条には、「薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において自己の処方せんにより自ら調剤するとき、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない」と明記されており、医師も調剤することができる。

31) 独立行政法人労働政策研究・研修機構 Web サイト (<http://www.jil.go.jp/rodoqa/hourei/rodokijun/KO0356-H15.htm>) へ、2014.7.15アクセスした。

32) 医師法第十一条、歯科医師法第十一条、獣医師法第十二条。3種類の医師と薬剤師は大学で6年間の教育を経て試験を受ける。他方、看護師やコ・メディカルは専門学校・短大・大学のいずれかの教育を経て試験を受ける。

33) e-gov (<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO201.html>; <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO202.html>; <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S24/S24HO186.html>) へ2014.9.29アクセスした。

34) 歯科医師は歯科医師法第十七条、獣医師は獣医師法第十七条に規定。

に、医師の対象範囲を歯科医師・獣医師まで広げて研究することは、本阻害要因を究明するために有意義と考えられる。なお、医師の対象範囲を広げた研究は、今後の課題としたい。

#### 4-3. 医療 BSC の導入研究における研究課題

文献レビューと考察の結果、医療 BSC の最大の課題は「医師による抵抗」であることが明らかになった。一方、企業・医療を問わず、BSC で一定の成果を上げている組織の共通点は良好なコミュニケーションにあることが明らかになった。つまり、良好なコミュニケーションを実施している組織は、BSC に対する組織成員のコミットメントが得られ、その結果として BSC の導入を促進している。

しかし、良好なコミュニケーションを図り、一定の成果を上げていると思われる医療組織においても「医師による抵抗」が指摘されており、その原因は明らかになっていない。

上記の状況を踏まえ、医療 BSC の導入研究における今後の課題を以下に提示する。

課題：医師（高度専門職業人）を BSC の導入・実践プロジェクトに巻き込み、組織変革を促進させるにはどのようなコミュニケーションが必要とされるのか。

#### 4-4. 医療 BSC の研究方法と課題

高橋（2011a, p. ii）は、高橋（2004）の文献に対して『『ドドロロした現場をもっと記述すべき』』という批判的な意見が寄せられたことを紹介している。このような意見は、「医師による抵抗」をはじめ、文献に書き記すことのできない阻害要因の存在を示唆するものである。

また、高橋（2011a, p. ii）は、寄せられた意見に対して「ドドロロとしたことを正面切って書くことは本書では意味がなく、本書は医療経営での BSC の理論と応用をわかりやすく書くことに注意を払っており、病院内の様々な個々の

動きは、多く掲載した事例の行間から病院人であれば読み取れると思う」と述べている。たしかに、医療人ならば、行間から読み取れる「何か」があるのかもしれない。しかし、このような指摘は、百人百様の解釈を推奨していることにはほかならない。医療 BSC の導入研究が理論と実践のための研究であるためには、行間から読み取るのではなく、具体的に何が起こったのか、なぜそのようなことが起きたのかなど、詳細に記録し公開して行く必要がある。そのためには、どのような研究方法を用いればよいのだろうか。それには、まず、わが国の BSC の導入研究の課題を指摘しておかなければならない。

これまでの BSC の導入研究は、BSC を管理する側（使用側）の立場（視点）だけから実施している。BSC で管理する側（リーダー）だけに焦点を合わせた研究は、大切な要因を見落としてしまう可能性がある。そして、見落とされた視点（フォロワー）のなかにこそ、BSC の導入・実践にとって大切な「何か」が存在していると考えられる。なぜなら、BSC の導入・実践は、管理する側（リーダー）と管理される側（フォロワー）との相互作用から成り立つものだからである。

上記の指摘は、医療 BSC にもいえることである。「医師による抵抗」という大きな阻害要因を認識していながら、BSC で管理される立場（医師の立場）から研究が行われていないのも、その一例だろう。だが、「医師による抵抗」の究明を行わないのは、パンドラの箱を開けまいとする意図的な行為によるものなのかもしれない。

しかし、医療組織を Kaplan and Norton (2001a) が主張する“戦略志向の組織体”に変革して行くためには、医療サービスの中核的な存在である医師を BSC のプロジェクトに巻き込んで行く必要がある。そのためには、医師が実際に活躍している現場に赴き、院長と医師・看護師の両視点から“フィールドリサーチ”を実施することが最適な研究方法であると考えられる。なぜなら、今後の研究課題を偏りなく解明<sup>35)</sup>できる可能性があるからである。

35) BSC で管理される側（高度専門職業人である医師、看護師）の視点からも検証することを意味する。



フィールドリサーチが可能であれば、現場で実際に「何が起き」「なぜ、そのようなことが起きるのか」について、タイムリーな研究活動が可能になる。特に、導入研究が大企業ほど進んでいない医療組織を対象にする場合、有効な研究方法といえる。

金井(1990)は「臨床につきものの守秘義務から、なかなかケース・レポートを作成しにくいのが常である」と指摘する。BSCで管理する側とされる側の双方から聞き取りや参与観察を行い、ケースを文献にして行くことは非常に難しい問題があることは十分に想定できる。なぜなら、双方の証言が一致する場合もあれば一致しない場合もあり、一致しない場合には特に研究サイト側の理解を得ながら慎重に研究を進めて行く必要があるからである。このことから、研究サイトの理解を得られるか否かが、本項で提示した研究方法と公開における1つの限界点になりうる。

## おわりに

本研究では、医療BSCの導入要因に焦点を当て、営利組織における先行研究に倣って促進要因と阻害要因を「コンテキスト要因」と「導入プロセス要因」に分けて整理した。また、先行研究と類似する導入要因についてはその都度、比較のために考察を実施した。このような研究は、筆者の知る限りにおいて前例がない。その意味で、本稿は貢献を果たしているものといえる。

本研究で明らかになったことは2つある。1つめは、医療BSCの促進要因と先行研究(大企業)の促進要因を比較した結果、特段の相違点は確認されないことである。ただし、企業・医療を問わず、成果をあげている組織の共通点は「良好なコミュニケーション」にあることを指摘した。2つめは、医療BSCの阻害要因と先行研究(大企業)の阻害要因には相違点が確認されたことである。その相違点は、「組織成員(医師)による低抗」であり、医療BSCの導入・実践にとって大きな課題であると同時に、未だ解明されていない阻害要因である。

本研究で示した導入要因, なかでも阻害要因「医師による抵抗」は, 文献レビューに基づく結論であり, そこに1つの限界がある。そこで, 本阻害要因の原因を究明し, また, 研究課題を明らかにするためには, 医師が活躍する実践現場に赴き, BSCで管理する側と管理される側の両視点からのフィールドリサーチが最適な研究方法であることを提示した。

### 参 考 文 献

- 青木章通・櫻井通晴 (2003) 「戦略, 業績評価および経営品質に関する日本企業の経営行動—バランスト・スコアカードに関する郵送調査の分析—」『東京経大会誌 (経営学)』第236号, pp. 111-132。
- 荒井耕 (2003) 「医療分野における管理会計の展開—私企業管理会計の活用—」『会計』第163巻第5号, pp. 717-729。
- 荒井耕, 渡辺明良, 高橋淑郎 (2004) 「part 2 座談会 BSCは医療現場に何をもたらすか? 現場の各職員が何をすべきか明確に『顧客の視点』で患者側にもメリット」『最新医療経営』。
- 伊藤克容 (2006) 「管理会計による組織文化マネジメントの可能性」『企業会計』第58巻第11号, pp. 1791-1797。
- 伊藤嘉博, 清水孝, 長谷川惠一 (2001) 『バランスト・スコアカード 理論と導入』ダイヤモンド社。
- 伊藤嘉博 (2002) 「特集1 わが国におけるバランスト・スコアカード実践上の論点と課題」『Business insight』第10巻第1号, pp. 8-19。
- 伊藤嘉博 (2003) 「経営品質とBSC」『企業会計』第55巻第5号, pp. 664-670。
- 岩崎安伸 (2006) 「新須磨病院整形外科—診療科レベルのBSC導入と運用の実際 2003年2月から2006年1月までの3年間の経験—」『看護』第58巻第7号, pp. 77-85。
- 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』第62巻第2号, pp. 288-297。
- 乙政佐吉 (2003) 「わが国企業における業績評価指標の利用方法に関する研究—バランスト・スコアカードとの比較において—」『六甲台論集, 経営学編』第49巻第4号, pp. 29-54。
- 乙政佐吉 (2004) 「わが国企業のバランスト・スコアカード導入に対する促進要因の分析」『会計』第166巻第5号, pp. 767-779。
- 乙政佐吉 (2005a) 「わが国企業のバランスト・スコアカード導入における促進・阻害要

- 因に関する研究—A社のケースを通じて—』『原価計算研究』第29巻第1号, pp.58-73。
- 乙政佐吉 (2005b) 「方針管理とバランスト・スコアカードの関係に関する研究」『環太平洋圏経営研究』(桃山学院大学) 第6巻, pp.103-135。
- 乙政佐吉 (2005c) 「バランスト・スコアカード導入・実践による成果の検証に関する考察」『商学討究』第56巻第2-3号, pp.213-239。
- 乙政佐吉, 梶原武久 (2009) 「バランスト・スコアカード実践の決定要因に関する研究」『原価計算研究』第33巻第2号, pp.1-13。
- 乙政佐吉・近藤隆史 (2013) 「テンションの調整過程と組織成果との関係に関する研究—公立病院の経営改革の事例をもとに—」『原価計算研究』第37巻第2号, pp.75-87。
- 金井寿宏 (1990) 「エスノグラフィーにもとづく比較ケース分析—定性的研究法への一視覚—」『組織科学』第24巻第1号, pp.46-59。
- 加登豊 (1999) 『管理会計入門』日本経済新聞社。
- 河合隆治, 乙政佐吉 (2013) 「わが国におけるバランスト・スコアカード研究の動向—欧米での蓄積状況を踏まえて—」『同志社商学』第65巻第1号, pp.1-62。
- 川渕孝一 (2004) 『進化する病院マネジメント—医療と経営の質がわかる人材育成を目指して—』医学書院。
- 櫻井通晴 (2003) 『バランスト・スコアカード—理論とケース・スタディー—』同文館出版。
- 櫻井通晴 (2004) 「バランスト・スコアカードの起源」『会計』第166巻第1号, pp.1-16。
- 柴山慎一, 正岡幸伸, 森沢徹, 藤中英雄 (2001) 『実践 バランスト・スコアカード』日本経済新聞社。
- 高橋淑郎 (2004) 『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011a) 『医療バランスト・スコアカード研究—経営編—』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011b) 「医療 BSC 基礎講座(10) BSC 導入前後に見られる典型的な障害とその解決」『病院』第70巻第11号, pp.882-885。
- 高橋義郎 (2013) 「経営品質を高める仕組みや活動に学ぶ ISO の役割と活用事例 (第4回) ISO マネジメントシステムと BSC の融合で卓越した経営を実現した試み」『アイソス』pp.90-93。
- 谷武幸編著 (2004a) 『成功する管理会計システム: その導入と進化』中央経済社。
- 谷武幸 (2004b) 「病院におけるバランスト・スコアカードの導入—新須磨病院のケース—」Business insight: the journal for deeper insights into business, Vol.12, No.4, pp.28-49。
- 谷武幸 (2006) 「病院経営への BSC の導入—パブリックセンターへの適用を考える糸口として—」『会計』第169巻第2号, pp.222-240。
- 谷武幸, 三矢裕, 松尾貴巳 (2005) 「新須磨病院整形外科における BSC の導入について

- の時系列分析—アクションリサーチとエンピリカルリサーチの統合アプローチ—  
『原価計算研究』第29巻第1号, pp.35-46。
- 中嶋教夫 (2004) 「医療機関における Balanced Scorecard の活用に関する研究—三重県  
病院事業庁の事例を中心として—」『山村学園短期大学紀要』第16巻, pp.41-65。
- 中嶋教夫 (2009) 「明星大学におけるバランスト・スコアカード (BSC) への取り組み」  
『企業会計』第69巻第1号, pp.116-125。
- 日経情報ストラテジー編 (2005) 『バランス・スコアカード徹底活用』日経 BP 社。
- 日本医療企画編 (2004) 「02年度から BSC シート作成 対話基本にマネジメント実施—  
三重県病院事業庁」『最新医療経営』。
- 沼上幹, 軽部大, 加藤俊彦, 田中一弘, 島本実 (2007) 『組織の<重さ>』日本経済新  
聞社。
- 長谷川恵一 (2011) 「バランスト・スコアカードについての疑問点」『産業経理』第70  
巻第4号, pp.61-72。
- 林播子 (2006) 「マネジメント・システムの統合による戦略共有と戦略実行への効果に  
ついて」『会計』第169巻第6号, pp.913-927。
- 馬場博伸 (2004) 「BSC マネジメントについての考察」『産業経理』第64巻第2号, pp.80-  
93。
- 正木義博, 道端由美子 (2006) 「病院におけるバランスト・スコアカードの導入と看護  
部の対応—済生熊本病院での実践—」『看護展望』第31巻第4号, pp.442-447。
- 森沢徹・宮田久也・黒崎浩 (2005) 『バランス・スコアカードの経営』日本経済新聞社。
- 劉慕和 (2014) 「医療機関におけるバランスト・スコアカードの導入に関する一考察:  
日本, カナダ, 台湾の医療バランスト・スコアカードを中心に」『商学集志』第83巻  
第4号, pp.143-167。
- Frigo, M. L. and K. R. Krumwiede (2000) The Balanced Scorecard: A WINNING  
PERFORMANCE MEASUREMENT SYSTEM, *Strategic Finance*, Vol.81, No.7, pp.50-  
54.
- Gumbus, A and R. N. Lussier (2006) Entrepreneurs Use a Balanced Scorecard to  
Translate Strategy into Performance Measures, *Journal of Small Business  
Management*, Vol.44, No.3, pp.407-425.
- Hoque, Z. and W. James (2000) Linking Balanced Scorecard Measures to Size and  
Market Factors: Impact on Organizational Performance, *Journal of Management  
Accounting Research*, Vol.12, pp.1-17.
- Johnson, H. T. and R. S. Kaplan (1987) *RELEVANCE LOST: THE RISE AND FALL OF  
MANAGEMENT ACCOUNTING*, Harvard Business School Press. (鳥居宏史訳『レレ  
バンス・ロスト—管理会計の盛衰—』白桃書房, 1992年.)
- Kaplan, R. S (1998) Innovation Action Research: Creating New Management Theory a  
nd Practice, *Journal of Management Accounting Research*, Vol.10, pp.89-118.

- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1992) The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, Vol.70, No.1, pp.71-79.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1996a) Using the Balanced Scorecard as a Strategic management System, *Harvard Business Review*, Vol.74, No.1, pp.75-85.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (1996b) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press. (吉川武男訳『バランスト・スコアカードー新しい経営指標による企業変革ー』生産性出版, 1997年.)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2001a) *THE STRATEGY-FOCUSED ORGANIZATION*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴監訳『キャプランとノートンの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社, 2001年.)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2001b) On Balance, *CFO* (February), pp.73-78.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2004) *STRATEGY MAPS*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一監訳『戦略マップーバランスト・スコアカードの新・戦略実行フレームワークー』ランダムハウス講談社, 2005年.)
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2008) *THE EXECUTION PREMIUM: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*, Harvard Business School Press. (櫻井通晴, 伊藤和憲監訳『バランスト・スコアカードによる戦略実行のプレミアムー競争優位のための戦略と業務活動とのリンケージー』東洋経済新報社, 2009年.)
- Kaskey, V. L (2013) The Balanced Scorecard: A Comparative Study of Accounting Education and Experience on Common Measure Bias, *Advances in Management*, Vol. 6, No.7, pp.22-25.
- Kershaw, R. and S. Kershaw (2001) Developing a BALANCED SCORECARD to Implement Strategy at St. Elsewhere Hospital, *Management Accounting Quarterly*, Vol. 3, No.2, pp.28-35.
- Kloot, L and J. Martin (2000) Strategic performance management: A balanced approach to performance management issues in local government, *Management Accounting Research*, Vol.11, No.2, pp.231-251.
- Malina, M. A. and F. H. Selto (2001) Communicating and Controlling Strategy: An Empirical Study of the Effectiveness of the Balanced Scorecard, *Journal of Management Accounting Research*, Vol.13, pp.47-90.
- Malmi, T. (1997) Towards explaining activity-based costing failure: accounting and control in a decentralized organization, *Management Accounting Research*, Vol.8, No. 4, pp.459-480.
- Malmi, T. (2001) Balanced Scorecards in Finnish Companies: A Research Note, *Management Accounting Research*, Vol.12, No.2, pp.207-220.
- McCann, M. (2000) Turning Vision into Real, *Management Accounting*, Vol.78, No.1, pp. 36-37.

- McCunn, p. (1998) The Balanced Scorecard: the eleventh commandment, *Management Accounting*, Vol.76, No.11, pp.34-36.
- Norreklit, H. (2000) The Balance on the Balanced Scorecard: A Critical Analysis of Some of its Assumptions, *Management Accounting Research*, Vol. 11, No. 1, pp. 65-88.
- Porter, M. E. (1996) What is Strategy, *Harvard Business Review*, Vol.74, No.6, pp.61-78.
- Rigby, D. (2001) Management Tools and Techniques: A Survey, *California Management Review*, Vol.43, No.2, pp.139-160.
- Silk, S. (1998) Automating the Balanced Scorecard, *Management Accounting*, Vol.79, No.11, pp.38-44.
- Speckbacher, G., J. Bischof and T. Pfeiffer (2003) A Descriptive Analysis on the Implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries, *Management Accounting Research*, Vol.14, No.4, pp.361-387.