

# 医療バランスト・スコアカードの 導入プロセスに関する研究<sup>1)</sup>

— 医師のマネジメントを考慮して —

乙 政 佐 吉

## はじめに

近年、医療機関を取り巻く環境はますます厳しくなっている。厳しい環境の中でバランスト・スコアカード（Balanced Scorecard, 以下BSC）を導入する病院もある。2000年代以降は、わが国医療機関でのBSC導入事例も数多く報告されるようになってきている。

しかしながら、病院におけるBSC導入事例の大半はBSC導入初期段階について記述されている。また、医師をどのようにしてマネジメントしているのか、あるいは、医師がどのようにしてマネジメントに参画しているのかについてはほとんど記述されていない。

以上から、本稿では、済生会小樽病院の事例を通じて、長期間にわたるBSC導入プロセス、および、医師のマネジメントについて考察する。

## 1. 先行研究のレビュー

### 1-1 医療機関におけるBSC導入状況

わが国の医療機関におけるBSC導入状況については、実態調査が実施されている。DPC/PDPSを導入している1,496病院を対象とした渡邊他（2015）の調査では、209の回答病院のうち86病院（41.1%）が病院全体もしくは一部の部

---

1) 本稿は、乙政（2016）を加筆修正している。

門にBSCを導入している<sup>2)</sup>。同調査において、病院全体にBSCを導入している64病院のうち1999年までにBSCを導入しているのは1病院のみである。2000年代以降はわが国の医療機関にもBSCが普及しているといえる<sup>3)</sup>。

Zelman et al. (2003) によれば、BSCは医療機関にとって有用であるものの、BSCにおいて基本となる四つの視点（財務、顧客、業務プロセス、学習と成長）に医療の質の視点を付加したり、顧客の視点を最上位にしたりするような、組織に適した変容が必要であるとされる。わが国においても、五つの視点を設定する病院がある（渡邊他, 2015）。また、戦略マップやスコアカードにおける視点の配列は、設立主体や外部専門家の指導の有無の影響を受けている（丸田・足立, 2015）。

しかしながら、組織に適した変容がBSCの利用方法に関しても必要であるか否かは定かではない。たとえば、BSCを導入しているわが国病院のトップ29人およびミドル29人からの回答を得ている劉（2014）の調査では、BSCを業績測定に使用している比率は54%であるにもかかわらず、目標管理に使用している比率は92%となっている<sup>4)</sup>。わが国病院においてBSCの利用方法は必ずしも一

---

2) 2004年から2009年まで毎年実施されている高橋（2011a）の調査では、BSCを導入している回答病院の比率は、5.0%、11.4%、18.8%、22.8%、25.3%、23.9%と推移している。ただし、各年で調査対象としている病院数が異なるため、結果は単純に比較できない。

3) わが国以外でも医療機関にBSCが普及している。Northcott and France（2005）は、オーストラリア、UK、カナダとの比較から、ニュージーランドでの医療機関へのBSCの普及過程を考察している。

4) 小林（1981）によれば、業績測定情報は組織目的の達成度を予測・測定する情報であるのに対して、業績評価情報は管理責任者の関心を喚起するような業績評価基準によって示される動機付け情報である。それゆえ、業績測定情報と業績評価情報は概念的に別個に確立されるべきである（小林, 1981, p.10）。劉（2014）は文言として「業績評価」を用いているものの、内容から小林（1981）によって区別される「業績測定」と同義であると判断したため、本稿では「業績測定」として表記している。なお、業績測定に関しても目標管理に関しても、一部の部門での使用を含めている。また、劉（2014）の調査において、回答者のトップおよびミドルは必ずしも同じ病院に所属しているわけではないため、回答した病院数は把握できない。また、調査期間は2009年度から4年間と記述されているものの、該当のデータが何年度の回答であるかは不明である。

様ではない。

Aidemark (2001) は、スウェーデンの医療機関へのBSC導入事例を通じて、BSCの四つの視点は病院内の対話や協調のための基礎を提供したとするも、将来の研究課題として、BSCによって医師をはじめとしたプロフェッショナルの業務をトップダウン・コントロールするならば、結局は失敗に終わる可能性があることを指摘している。医療機関に対するBSCの有用性を検証するためには、BSCがどのように利用されているのかを把握しなければならないであろう<sup>5)</sup>。

## 1-2 医療機関におけるBSC導入プロセス

病院によっては、BSCの実践まで至らずにBSCの導入に失敗することもある。Inamdar and Kaplan (2002) は、BSC導入初期段階にある9医療機関の経営者への調査から、図1に示すBSC導入・実践プロセスを提示している。

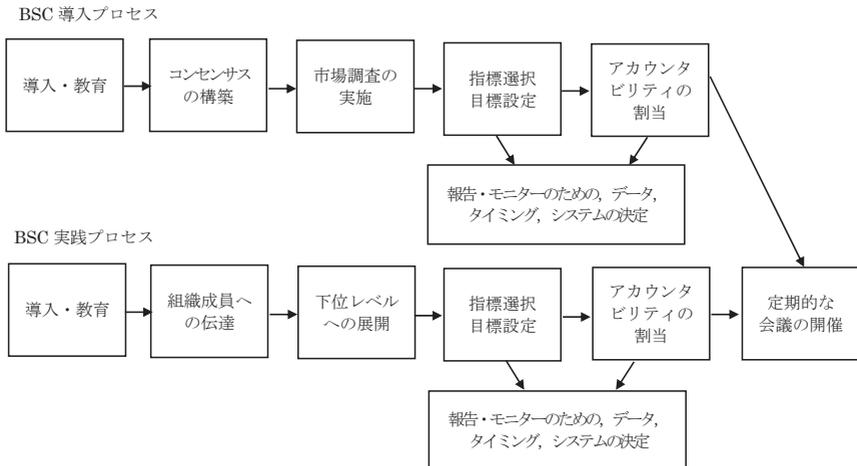


図1 医療機関におけるBSC導入・実践プロセス

5) 尻無濱 (2012) は、BSCの導入効果に関する実証研究についてレビューを行っている。

また、BSC導入・実践上の課題として、①BSC実践のための承認の獲得、②経営者の時間およびコミットメントの獲得、③顧客の視点での価値提案の開発、④組織全体へのBSCの展開、⑤BSC実践のためのコミットメントの獲得、⑥費用効率の高い方法でのタイムリーなデータの獲得、⑦スコアカードをシンプルに維持および学習のために利用、を挙げている。

さらに、Inamdar and Kaplan (2002)においては、業績測定システムとしてBSCを導入したとしても、BSCは、戦略マネジメント・システムへと発展した後に著しい業績改善をもたらすのを支援するとされる。戦略マネジメント・システムとしてのBSCとは、四つの視点を取り入れていること、かつ、五つの核となる原則を実践していることを意味する (Kaplan and Norton, 2001; Inamdar and Kaplan, 2002)。五つの核となる原則は、i. 戦略を現場の言葉に置き換える、ii. 組織全体を戦略に向けて方向づける、iii. 戦略を全員の日々の業務に落とし込む、iv. 戦略を継続的なプロセスにする、v. 経営者のリーダーシップを通じて変革を促す、である。

医療機関におけるBSC導入プロセスに関して他に、谷 (2005) は、新須磨病院の事例から、促進要因として、①トップの明確なコンセプトとサポート、②推進役、③ボトムアップによる導入、④成果指標と行動指標の設定に時間、⑤責任の設定、の五つを挙げる。櫻井 (2008) では、病院においてBSCを効果的に実践するには経営企画室の設置が望ましいとされる。

加えて、Dyball et al. (2011) は、オーストラリアの公立病院へのサーベイの結果、BSC導入に成功するために不可欠な、スタッフによる受入に関して、導入プロセスへの参加からもたらされる使いやすさの認識を通じてBSCの有用性が認識されることによってBSCの利用につながることを実証している。併せて、管理職は非管理職よりもBSCの有用性を認識していること、および、医師は他の職種に比べてBSCの有用性を認識していないことを示している。

上記の通り、医療機関におけるBSC導入プロセスについてはさまざまな促進要因が考察されている。しかしながら、わが国の医療経営に関する文献でのBSC導入事例 (高橋, 2004; 2011a; 2011b, 日本医療バランスト・スコアカード

研究学会, 2007) をみても, 表1に示す通り<sup>6)</sup>, 大半がBSC導入初期段階にて記述されている。筆者の知る限り, BSC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義の導入プロセス (Kaplan and Norton, 1996; 乙政, 2005) を考察している先行研究は見当たらない。Inamdar and Kaplan (2002) の主張通り, 業績を改善する上で戦略マネジメント・システムとしてのBSCへの発展を条件とするのであれば, 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義の導入プロセスを考察していく必要がある。

同時に, わが国の医療経営に関する文献でのBSC導入事例では, 表1にも示すように, 医師をどのようにしてマネジメントしているのか, あるいは, 医師がどのようにしてマネジメントに参画しているのかについてはほとんど記述されていない。Aidemark (2001) において懸念されるように, 医師をコントロールする方法によってBSC実践の成否が分かれるのであれば, 医師のマネジメントに関する考察も必要であろう。

表1 医療経営に関するわが国の主要文献における BSC 導入事例

| 文 献           | 対 象 病 院  | 事例対象<br>期間      | B S C<br>導入年 | 導入部門           | 医師に関する記述  |
|---------------|----------|-----------------|--------------|----------------|---|
| 高 橋<br>(2004) | 聖路加国際病院  | 1999年～<br>2004年 | 2004年        | 病院全体<br>(部門展開) | 医師の業績評価   |
|               | 済生会熊本病院  | 1995年～<br>2004年 | 2003年        | 病院全体           | 特になし  |
|               | 旭中央病院    | 2003年～<br>2004年 | 2003年        | 外科部門           | BSCプロジェクトに病棟から部長・医長参加<br>各指標の進捗状況を説明・討議するミーテ<br>ィングに医師の参加 |
|               | 三重県病院事業庁 | 1997年～<br>2004年 | 2002年        | 病院事業庁<br>傘下の病院 | BSC導入準備段階にて医師からBSCへの納得<br>を得られず <sup>*</sup>              |
|               | 福井県済生会病院 | 2003年～<br>2004年 | 2003年        | 医 事 課          | 特になし  |

6) 表1には, 事例対象期間, BSC導入年, 導入部門, 医師に関する記述の観点から, 医療経営に関するわが国の主要文献におけるBSC導入事例をまとめている。ただし, 表1を作成するにあたっては, わが国の研究者や実務家が記述している外国病院の事例, および, 介護・看護施設のような病院以外の医療機関の事例を除外している。

|  |                              |                 |                            |                |  |
|--|------------------------------|-----------------|----------------------------|----------------|--|
| 日 本 医 療<br>バランスト・<br>スコアカード<br>研 究 学 会<br>(2007) | 済生会熊本病院                      | 1996年～<br>2006年 | 2003年                      | 病院全体           | 特になし   |
|  | 医療法人白水会白川<br>病院              | 1999年～<br>2005年 | 2004年                      | 病院全体           | 特になし   |
|  | 医療法人社団慶友会<br>吉田病院<br>(臨床検査課) | 1999年～<br>2006年 | 2004年                      | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 聖路加国際病院<br>(看護部)             | 2004年～<br>2006年 | 2004年                      | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
| 高 橋<br>(2011a)                                   | 松山赤十字病院                      | 2003年～<br>2010年 | 2006年                      | 病院全体<br>(部門展開) | 診療科別原価計算   |
|  | JA神奈川県厚生連<br>相模原協同病院         | 2004年～<br>2010年 | 2004年                      | 病院全体<br>(部門展開) | BSC導入以前の計画立案に診療部長不参画<br>2006年度医師の大量離職<br>BSC作成のための戦略策定会議に各診療科の<br>部長参加 |
|  | 山形県立中央病院                     | 2006年～<br>2010年 | 2007年                      | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 医療法人財団献心会<br>川越胃腸病院          | 2003年～<br>2009年 | 2003年                      | 病院全体           | 特になし   |
|  | 医療法人白水会白川<br>病院              | 2002年～<br>2010年 | 2004年着手<br>2006年本格運用       | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 長岡ヘルスケアセン<br>ター              | 2006年～<br>2010年 | 2006年準備<br>2008年導入         | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | ちばなクリニック                     | 2006年～<br>2010年 | 2007年                      | 法人全体<br>(部門展開) | 毎月のBSC診療会議に診療部長参加  |
| 東北大学病院地域医<br>療連携センター                             | 2008年                        | 不 明             | センター                       | 特になし           |  |
| 高 橋<br>(2011b)                                   | 駿河台日本大学病院<br>(小児科)           | 不 明             | 不 明                        | 部 門            | 医師・看護師を中心とした医療BSCの導入を<br>計画  |
|  | 医療法人白水会白川<br>病院<br>(看護介護部)   | 2004年～<br>2010年 | 2006年本格運用                  | 病院全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 八尾総合病院<br>(放射線部門)            | 2007年～<br>2010年 | 2007年                      | 法人全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 医療法人社団慶友会<br>吉田病院<br>(臨床検査室) | 2006年～<br>2010年 | 不 明<br>(上述の同病院<br>では2004年) | 法人全体<br>(部門展開) | 特になし   |
|  | 福井県済生会病院<br>(医事課)            | 2003年～<br>2009年 | 2003年                      | 医 事 課          | 特になし   |

### 1-3 医師のマネジメント

Mintzberg (1979) において、病院は、組織構造の分類上、プロフェッショナル官僚制に位置づけられている。プロフェッショナル官僚制に位置づけられる病院は、「医療活動が医師の専門知識・スキルによって占有されている」「医

師の権限は職位ではなく専門知識に基づいているため、管理職の医師であっても、部下の医師に対して非公式性の高いコントロールを利用する」といった特徴を有する。

加えて、尾形（2010）では、わが国の医療機関の組織的特徴として、医師や看護師のような資格種別ごとのグループ化による部分最適化、および、専門職の潜在的な雇用流動性（条件次第で他の医療機関に移籍）の高さが挙げられている。専門職の中でも、わが国では医師不足が深刻化している<sup>7)</sup>。医師が不足している状況において、地方では特に、医師の潜在的な雇用流動性はますます高まると考えられる。

上記の特徴を有する病院において、医師はどのようにマネジメントされているのかについて先行研究をレビューすると、まず、Abernethy and Stowlwinder（1990）は、プロフェッショナル官僚制モデルの検証結果として、予算統制は医師の行動にほとんど影響を与えないこと、および、管理職の医師が予算編成に関与する程度も低いことを示している。

次に、Abernethy and Stoelwinder（1995）においては、高いプロフェッショナル志向をもつ専門職に対して管理コントロールを利用することは役割コンフリクトを増加させると同時に、役割コンフリクトの増加によって部門業績および職務満足は低下することが実証されている。

さらに、Abernethy and Vagnoni（2004）は、管理会計手法を用いた管理制度を病院組織に構築したとしても、医師の非公式な専門職的権限の介在によって、医師のコスト意識が低減することを示している。

病院においては、予算のような管理システムによる統制がなされるものの、管理部門側のコントロールは医師の専門職的権限にほとんど影響を与えていない、もしくは、マイナスの影響を与えているといえる。

とはいえ、医師がプロフェッショナル志向に富んでいても、同時に組織目標志向を併せ持っていれば、予算編成の過程に医師を関与させる参加型の予算を

---

7) 日本経済新聞2015年6月15日夕刊を参照した。

通じて、役割コンフリクトは低減されるという調査結果もある (Comerford and Abernethy, 1999)。

また, Abernethy and Lilli (2001) の調査結果によれば, 医療サービスの革新に積極的な病院ほど, 診療部門長の自律性が高められると同時に, 財務および非財務指標による業績測定を介して医療の効果性や財務的な効率性に結びついている。

Kurunmäki (2004) においては, フィンランドにおける国家的なニューパブリックマネジメントの推進のもとでの, 新しいアカウントビリティ構造の導入に伴う, 医師による管理会計技法の受け入れ過程が記述されている。

他に, 近藤・乙政 (2013) は, 長崎県病院企業団の精神医療センターの事例から, 職能・組織階層を越えた「コントロールの相互補完」, 入退院患者数を用いた現場での「非財務指標によるコントロール」, 組織階層を介した「コントロールの相互作用」によって, 管理的権限と専門職的権限との対立関係の調整が図られていることを示している。

したがって, 特定の戦略や状況 (コンテキスト), あるいは, コントロールのあり方によっては, 組織目標に沿うように医師をマネジメントできると考えられる。広義のBSC導入プロセスを考察するにあたっては, どのような戦略や状況のもとで医師をどのようにしてマネジメントしているのかについて検討する必要がある。

以上に基づいて, 次節では, 済生会小樽病院の事例を通じて, 広義のBSC導入プロセス, および, 医師のマネジメントについて考察を行う。

## 2. 事例研究

### 2-1 調査の概要

事例研究の調査対象は, 恩賜財団済生会支部北海道済生会小樽病院 (以下, 済生会小樽病院) である。済生会小樽病院では, 2004年からBSCの導入が進められている。BSC導入後10年以上を経る済生会小樽病院を事例研究の対象とす

ることは、本稿の目的に適っている。

インタビューは、BSCの導入推進者である事務部長（院長補佐）の櫛引久丸氏に対して、半構造化された質問によって2014年11月17日および2015年10月5日に実施した<sup>8)</sup>。インタビュー時間はおよそ3時間である。インタビュー内容はテープ録音した。インタビュー後、提供された内部資料、メモ、および、録音テープに基づいて早急に文書化を行っている。なお、事例研究を進めるにあたっては、2010年12月18日に小樽商科大学にて行われた櫛引氏によるBSC導入に関する報告<sup>9)</sup>、および、櫛引氏の著作（櫛引, 2010）を参照している。

## 2-2 済生会小樽病院におけるBSCの導入

### 2-2-1 済生会小樽病院の概要<sup>10)</sup>

済生会は、1911年の明治天皇による済生勅語をもとに創設された全国組織である。済生会小樽病院の歴史は、済生会のもとで、1924年に小樽市手宮に診療所が開設されたことから始まる。1952年に病院となった同病院は、建物の老朽化・狹隘化のために、2013年に小樽築港地区JR跡地に建築された新病院に移転している。現在の済生会小樽病院は、一般病床258床、14診療科<sup>11)</sup>、職員数425名のもとで、地域中核病院間の診療機能分担・連携強化、リハビリテーション機能の充実、快適な受診・療養環境の整備、婦人科の新設、多職種チームによる各種診療センター編成・専門外来の充実を通じて、急性期から亜急性期・回復期までの医療を一体的に提供することを目指している<sup>12)</sup>。

---

8) 早く調査に協力してくださった櫛引氏にはここで改めてお礼申し上げたい。

9) 報告内容は、小樽商科大学の大学院生によって文書化されている。

10) 済生会小樽病院の概要については、済生会小樽病院のHP (<http://www.saiseikai-otaru.jp/>) の他に、日本病院会雑誌（2013）、および、Best nurse（2013）に基づいて記述している。

11) 内訳は、内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・外科・消化器外科・整形外科・泌尿器科・婦人科・耳鼻咽喉科・放射線科・リハビリテーション科・健康診断科・麻酔科である。

12) 現在の済生会小樽病院の理念は、「新たな地域医療の創造と社会貢献」「患者中心、患者主体の医療」「人を大切にする組織」である。また、基本運営方針として、「1. 急性期から回復期へ一貫した医療」「2. 断らない医療」「3. 地域包括ケアシ

図2には、済生会小樽病院の組織図を簡略化した上で表記している。済生会では、院長の人事や病院の移転といった重要な事項は本部によって決定される。支部長は、本部の決定に基づいて、業務執行の責任を負う。済生会小樽病院において医療機器の購入のような投資を行う場合、資金の借入が必要であれば、施設整備計画について支部理事会の承認を得た後に、本部理事会に諮るという手続きを経る。資金の借入を行う場合を除けば、支部もしくは済生会小樽病院から本部への経営報告は少なくとも年2回実施される。

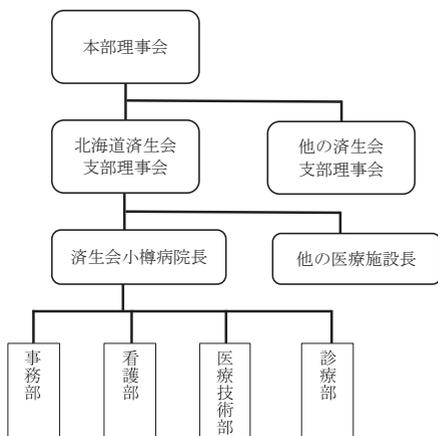


図2 済生会小樽病院の組織図

図2に示す通り、済生会小樽病院の組織構造は、診療部、医療技術部、看護部、事務部の4部門から構成される機能別組織となっている。ただし、診療科ごとの傾向の把握を目的とすることから、看護部や医療技術部からのコスト配賦額はだまかに計算されるものの、2013年からは、診療部の下に配置されている診療科ごとの医業利益が把握されている。

なお、図2には非表示ながら、済生会小樽病院では、4部門の他に、部門横断的な地域医療支援センター

やTQMセンターが副院長の下に設置されている。また、事務部長（院長補佐）が事務部とは別に経営企画室を束ねている。さらに、病院長を中心とした経営会議体としては、経営会議、病院運営会議<sup>13)</sup>、診療会議がある。

テム構築」「4. 無料低額診療事業の推進」「5. 地域に必要な医療人の育成」「6. 研究活動を支える環境整備」「7. 医療・経営の可視化」の7項目が掲げられている。後述する通り、2002年に初めて同病院の理念・基本方針が制定された。2015年に現在の理念・基本運営方針に改定されている。

13) 経営会議は、主要施策・主要事業の計画の決定といった病院の方向性を定める病院の意思決定機関である。病院長、副院長、各部門長（診療部門のみ副診療部

## 2-2-2 BSC導入に至る背景

済生会小樽病院の経営状況は、1990年以降に悪化する中で、2001年まで赤字基調となっていた。2002年および2003年には黒字化しながらも、医業収益は減少の一途をたどっていた。

赤字基調にあった同病院においては当時、ほとんど利益管理がなされていない状況にあった。予算書は作成されていたものの、本部への報告を主目的としていたため、編成した予算をもとにPDCAのサイクルが回されるわけではなかった。経営会議において対応策が図られることもなかった。職員に対する目標管理も実行されていなかった。

しかしながら、2002年の第4代病院長の就任<sup>14)</sup>によって、病院の改革が始まる。第4代病院長は、院長就任のおよそ半年前に副院長として着任した際に、経営意識の高さから、自ら済生会小樽病院の経営状況を調べるとともに、飲み会を開きながら職員に対してヒアリングを行った。加えて、第4代病院長は、院長就任前に、赤字基調の経営状況を打破するために、ヒアリングから浮かび上がった、当時リハビリの係長として患者サービス検討委員会の立ち上げのような活動をしていた榊引氏に、企画課への配転を依頼している。

2002年、企画課長となった榊引氏<sup>15)</sup>と第4代病院長との日常的なディスカッションから、済生会小樽病院の課題として、「厳しい外部環境の変化と経営状況」「施設の老朽化と狭隘化」「変革に弱い組織風土」「職員教育体制の未構築」の4つ<sup>16)</sup>が認識された。また、改革を進める中で、改革を阻害する要因として、

---

長も参加)、事務部長が参加する。病院運営会議は、課長職以上を参加者として、病院の方針を周知する機関として運営されている。いずれの会議も月に1回開催される。なお、経営会議の前には、病院長、副院長、看護部長、事務部長による四役会議において事前の打ち合わせが実施される。

14) 2008年に現在の第5代病院長が就任している。

15) 榊引氏は、企画課長となって、初めて借入金の承認を得るために本部に赴いた際に、本部の評価として済生会小樽病院の廃院も視野に入れられていることを知るとともに、同病院の置かれている状況の厳しさを認識している。

16) 詳細に示せば、「厳しい外部環境の変化と経営状況（医療制度改革、過去の負債、低い収益性）」「施設の老朽化と狭隘化（療養環境の低下と近代的医療の提供の限界）」「変革に弱い組織風土（昔のやり方に固執、部門最適の業務体制）」「職員教

「使命感の欠如」「経営意識の欠如」「閉鎖的な組織風土」「未成熟な改善スキル」の4つも認識されたことから、「人を育て成長する組織づくり」が目指されることになる。

2003年には、第4代病院長によって、本格的な病院改革の第一歩として、「済生会」の使命を改めて院内外に周知するために、50年間使用した病院名称が現在の済生会小樽病院へと変更された<sup>17)</sup>。併せて、従前にはなかった理念および基本方針が制定された。さらに、以前には全く開示されていなかった、医業収益や医業利益率といった経営状況に関するデータが月次ベースの折れ線グラフによって、会議・研修会を通じて公開されるようになった。

2003年にはまた、全国済生会事務部長会主催のBSCの研修会<sup>18)</sup>に参加するとともに、BSC導入による病院改革の成功を確信した櫛引氏によって、BSCを基本とした病院改革プランが病院長に提案された。ただし、最初に提案した段階では、BSCの機能性を中心に病院長への説明を行っていたことも影響して、経営管理上のスキル不足への懸念から職員の反発を予想する病院長からの許可は下りなかった。

2003年においても診療単価の低下を介して医業収益は落ち込んでいたため、医業収益低下に対する危機感は病院運営会議に出席するメンバーのあいだで共有されていた。それゆえ、病院長に度々相談する中で、櫛引氏は、増収に向けた行動をBSCの四つの視点によって整理しながら、戦略的な考え方に基づいた収入増への取り組みを提示することによって、最終的に病院長からBSC導入の許可を得ている。櫛引氏は、病院長からBSC導入の許可を得た経緯を次のように述べている<sup>19)</sup>。

---

育体制の未構築（現場依存、職場還元のないOff-JT教育）」となる。

17) 1952年の開院当初の名称は、済生会小樽北生病院であったため、地域住民にも職員にも「北生病院」と呼称されていた。

18) 全国済生会事務部長会主催のBSCの研修会では、済生会熊本病院のBSC導入事例が報告されている。済生会のBSC導入事例については、高橋（2004, 第6章）、日本医療バランスト・スコアカード学会（2007, 第V部第1章）、松尾（2010）を参照されたい。

19) 櫛引（2010）は、BSC研修会参加後も幾度かBSC導入セミナーに参加しながら多

「すぐ今月に成果がでるかどうかは別だけでも、診療収益を増収に向けて動かすために、こんな考え方で動きませんかってことを、四つの視点で落として取り組んでみませんか。いきなりやると、たぶん先生方もどう動いていいかわからない、職員も動かないと思いますので、とりあえず我々（榊引氏を中心としたコアメンバー）が一つ一つ走り回って説明した後に、こうやってもらえないかということを経験するような考え方でやってみませんかということで話をしました。そうしたら、まず、あまり混乱を起こさないような形で進めてごらんというところで許可をいただきました」（カッコ内は筆者挿入）

病院長からの許可に次いで、榊引氏は、事務職員からBSC導入のためのコアメンバー3名<sup>20)</sup>を集めるとともに、BSCの勉強会を兼ねて、図3に示す、BSCを導入するための戦略マップを作成している。BSC導入戦略マップは、病院運営

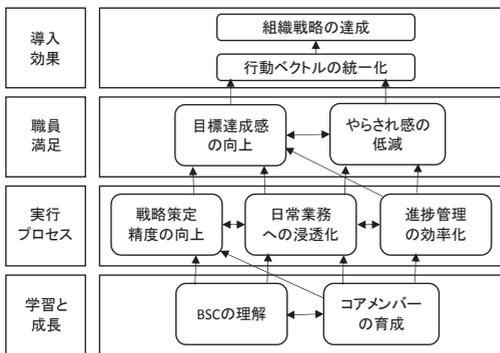


図3 BSC導入戦略マップ

出所：榊引（2010, p.40）を簡略化した上で記載

くの事例を検証する中で、BSC導入を成功させるための4つのポイントに気づいたとしている。4つのポイントは、①組織のビジョンを職員が理解できるように示す、②自院の現状実力に見合った導入を行う、③中長期的な視点で辛抱強く成功体験の積み上げを行う、④人材育成を行って現場の改善スキルを高める、である。

20) 事務部門の次長1名および若手職員2名である。次長は、BSCの研修会に参加した経験がある。

21) 当時においては、企画課長による病院運営会議でのプレゼン自体が画期的であった。

運営会議でのプレゼン資料としても使用された。病院運営会議でのプレゼン<sup>21)</sup>において、負担軽減に配慮しながら各科の診療単価を上げるような取り組みを自分たちがサポートすると主張することによって、病院運営会議に出席している病院幹部からもBSC導入の許可を得ている。

### 2-2-3 広義のBSC導入プロセス

#### (1) BSC導入初年度

まず2004年には、BSCの導入に先立って経営改善計画書が櫛引氏を中心として作成されている。経営改善計画は、2013年の新病院への移転を視野に入れてつ立案された、2004年から2013年までの10年間の長期計画である。経営改善計画書には、「経営管理体制の確立」「医療サービスの質向上を目的とした組織体制の確立」「診療体制の整備」「診療収益増加策」「経費減少策」「施設整備将来構想の作成」に関して実施すべき諸施策が実施スケジュールとともに明記されている。

次いで、先述したBSC導入のためのコアメンバーによる導入準備を通じて、協力を求めやすい事務部門を中心とした、増収をテーマとしたBSCが導入された。BSCの導入に当たっては、財務の視点の戦略目標である増収を頂点として、患者の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点の順に、増収を達成するための諸目標を記載した戦略マップやスコアカードを作成している。

スコアカードを作成する際には、業績指標に対する目標値を設定するために、経理部門とのヒアリングが実施されている。従前は本部への報告用に経理部門の独断で予算編成がなされていたものの、2004年からは、目標値の設定を前提として、収益、診療単価、患者数といった予算とも関連する項目について調整を行うようになっている。

しかしながら、櫛引氏は、学習と成長の視点に記載されるような指標に対する目標値の設定について次のように述べている。

「最初はまだ本当に施策目標みたいな形で何回やるとか、そういうところでした。いろいろ議論したんですけど、当初3年間はまず施策目標でもいいんじゃないかと。とにかく今までも慣れてないんだから、何回やるということだけでもやって、少しずつ数値目標を作ってということで進めた方がいいんじゃないかと。まずはBSCという概念に基づいて、年度当初にきちっと目標を決めて、戦略というものを作って、それに向けて職員、各部署が動く、そういった流れを作っていく。それにはあまり細かいことをやるとまた動かなくなるので、その流れに職員が慣

れていくというところから入っていった、精度を高めましょうというような考え方でした」

また、BSC導入段階での、戦略マップやスコアカードを作成する上での技術的な困難さや、業績指標を管理する難しさについて次のように述べる。

「やはり数値がなかったものですから、まず経営的に今現在重要であろう数値を作ろうというところがまず一点だったところと、縦と横の因果関係ですね。これをやっぱり整理していくというのが作っていく段階で、最初の段階で難しかった。ですから、他の病院を参考、事例を参考に作り上げていったというのが現状だったですね。あともう一つはやはりPDCA。管理をするというのが非常に難しい。最初に作っても、数字はだしても、それを定期的にだすというのがでてこなかったですね。まあ、大した数字ではないんですけども、ルーチン業務に追われて、重要と考えてないというんでしょうか、毎月数字をだしていこうといってもでてこなかったものですから、3か月に1回は間違いなくだそうと、だせない時はとにかくだすんだということで僕らも一緒に手伝ったりして、数字をだしていった、数字をだすだけではダメなんで、それこそ仕組み作り、仕組み改善に入って、業務改善をしながら数字をだしていくというようなことをやってみました」

データ管理や戦略の実行<sup>22)</sup>に課題は残ったとはいえ、業績指標による業績の数値化を介して新たに見出された課題も含めて改善した結果、病床利用率の向上によって医業収益の減少に歯止めがかかった。病院改革を進める上で不可欠な成功体験を得ることに成功したのである。

なお、2004年の年度中期には、職場の改善スキルの向上および組織風土の改善を通じてボトムアップによる戦略の実行力を高めることを目的として、QC活動が開始されている<sup>23)</sup>。

---

22) 楠引(2010)は、増収戦略は院内の関係者に協力を求めながら事務職員によって実行されたとはいえ、担当職員のすべてが即戦力として戦略実行に力を発揮できたわけではなく、一部職員によるピンポイント的な戦略展開となったとしている。

23) QC活動を開始した当初は、職員教育を目的とすることから、勤務時間外でQC活動を行った場合、時間外手当が支給された。2007年からは、QC活動が改善活動の一環として位置づけられたため、時間外手当は支給されなくなっている。時間外

## (2) BSC導入2～3年目

BSC導入2年目の2005年からは、前述の経営改善計画書を踏まえながら、事務部門以外からのメンバーも加わったコアメンバーを中心にして、年度の行動計画書が作成されるようになってきている<sup>24)</sup>。行動計画書には、「前年度事業の課題と反省」「外部環境分析」「内部環境分析」「SWOT分析」を前提とした年度の「行動計画」とともに、「行動計画」に基づいた「年度BSCシート」が記載されている<sup>25)</sup>。

また、病院全体のスコアカードの他に各部門のスコアカード（戦略マップ含む）も作成している。手順としては、各部門に対してヒアリングを行いながら全体のスコアカードを作成した後に、全体のスコアカードが各部門に展開されている。ただし、看護部や事務部は自部門のスコアカードを自ら作成したものの、医療部や医療技術部のスコアカードの作成に関してはコアメンバーが関与している。

櫛引氏は、スコアカードや戦略マップにおける因果関係の想定について次のように述べる。

「やはり我々の期待として、顧客満足度があがれば患者さんも当然増えて、収益にもつながるだろうというのは一番わかりやすいところでした。そのためには接遇教育なんかもしっかりしなきゃということになってくるということですから重

---

手当の支給が影響してか、2004年の最初のQC大会での報告は36題あったものの、2007年には12題に減少している。近年は15題程度が報告されている。自分たちの意見を述べる機会と捉えているグループを中心としてQC活動が続けられる中で、年々、報告内容も充実してきている。中には、数千万円の経費削減に成功したQC活動もある。

24) 行動計画書は、全職員に配布されている。なお、2004年には、基本給10%カットや福利厚生としての食券配付の廃止といった、職員に危機感を与えるようなアクションがとられている。

25) 櫛引(2010)によれば、行動計画書は全体最適への思考展開に効果を示したとされる。全体最適を図る上では、2005年からNST(Nutrition Support Team)活動が始動している。NSTは、患者に対して部門横断的に栄養支援するチームである。NST活動の成果をスコアカード上の目標として記載することによって、NST活動はよりいっそう病院全体に広まった。

視していました。接遇No.1病院を作るという目標も掲げて取り組んだ経過もあります。やっていくと、当初は外来の患者満足度のアンケートで比較的辛い数字がでてきます。入院になると看護師さんが常に長くいますし、満足度が辛口なことって少ないですが、外来ってというのは待ち時間が長いとか、一見の患者さんもいらっしやいますから。とはいえ、満足度の評価が非常にあがったっていうのがあって、それに伴って患者数も増えて、収入も増えたっていうのは、うちの病院としては数字としてはでてるのではないかと思います」

コアメンバーへの負担は、BSCの全部門への展開によって増大した。スコアカード作成時もさることながら、実行段階においても、コアメンバーがデータ集計を行いつつ、各部門にアクションをとってもらおう状況にあった<sup>26)</sup>。場合によっては、集計を断念した業績指標もある<sup>27)</sup>。業績報告の段階でも、各部門のスコアカードをチェックするには多大な労力が必要であった。

それゆえ、2005年度のBSCの運用において課題となったコアメンバーへの負担集中を緩和するために、2006年からは、コアメンバーや部門業務を管理する中間管理職を対象として、改善スキルの向上を目的とした研修が開始された。研修は、学んだ改善手法を実際の行動に移しつつ成果を創出する実践教育の場となっている。

なお、BSC導入の経緯から、櫛引氏を中心に試行錯誤しながらBSCを実践してきたものの、成功体験を得る中でBSCの実践に自信が芽生えたことから、2006年には外部のコンサルタントに自院のBSCの評価を依頼している。評価の結果としては、PDCAサイクルを回す仕組みづくりや職員教育の必要性が指摘されている。職員教育の必要性に対しては、コンサルタントによる研修会が開催された。PDCAを回す仕組みづくりの必要性については、後述のTQMセン

---

26) 済生会小樽病院においては、現時点までBSC実践に関連する情報システムは導入されていない。資料はエクセルをベースにして作成されている。

27) 逆に、患者満足度のように、時間やコストをかけながら集計した業績指標もある。患者満足度に関しては、当初は外部の調査機関に測定を依頼していたものの、2010年からは、調査機関の調査項目を参考にしながら、独自に開発した患者満足度を測定するようになっている。

ターの設置へとつながっている。

業績に関しては、BSCが全部門に展開されたものの、2005年は医師の退職による産婦人科の廃科・耳鼻咽喉科の縮小によって、2006年は医療制度改革および診療報酬のマイナス改定によって、済生会小樽病院の医業収益は減収となっている。

### (3) BSC導入4年目

BSC導入4年目の2007年には、櫛引氏の事務部長就任に伴って、櫛引氏の一人部署であった企画課を引き継ぐ部署として、経営企画室が設置されている。併せて、櫛引氏は、院内の診療科間の連携を図りながら医療の質を高めると同時に、経営の質を高めるために、経営企画室を事務局としたTQMセンターを設置している。

TQMセンターにおいては、BSC運用における責任体系が整えられている。まず、BSCの統括管理を行うセンター長には事務部長の櫛引氏が就任している<sup>28)</sup>。また、センター長の下で事務的管理を行うディレクターにはリハビリテーション科技師長（現・経営企画室長）が就任した。さらに、BSCの四つの視点に記載される重要戦略項目を管理するために、ディレクターの下に重要戦略項目ごとにBSC経営戦略リーダーを配置するとともに、BSC経営戦略リーダーの下に、重要戦略達成に向けた具体戦略の管理を行う戦略管理担当を配置している。戦略管理担当は、各部門・委員会のBSCとの調整も行う。BSC経営戦略リーダーおよび戦略管理担当は、各部門長の推薦を受けて、役職を問わず、戦略の実行に必要な改善スキルや経験を有する人材が選定された。

TQMセンターの設置によって、BSCによる業績管理の手順も明確にされている。月次の業績管理の手順は次の通りである。

#### ① 各部署において前月の実績値および内容報告を「BSC具体的戦略シート」

---

28) また、TQMセンター長に相談役として助言を与えるスーパーバイザーとして院長代行（現・院長）が就任している。なお、2012年から、TQMセンターは、センター長を副院長として、経営企画室とは別の事務局によって運用されている。同時に、経営企画室がBSC運用の事務局となっている。

に記入するとともに、当月10日までにTQMセンターに提出する

- ② 各部署から提出されたシートをTQMセンターにて取りまとめた上で各BSC経営戦略リーダーに統計結果を20日に配付する
- ③ 各BSC経営戦略リーダーの下で最終水曜日までに必要に応じて統計結果の分析および対策の検討を行う
- ④ 最終水曜日開催のTQMセンター会議にて戦略の進捗報告・検討を行う
- ⑤ 各BSC経営戦略リーダーは、翌月に開催されるBSC連絡会議を通じて、各部署にフィードバックを行う

⑤のフィードバックに関して、BSC連絡会議は、毎週火曜日にBSCの四つの視点ごとに開催される。四つの視点ごとのBSC連絡会議としているのは、各視点の重要戦略項目に関してどこの部門が上手くいっていないかを部門横断的にチェックするためである<sup>29)</sup>。

なお、上記の①～⑤までの毎月のPDCAサイクルの他に、年度末の2月3月に関しては、第1および第3水曜日に、BSC経営戦略リーダーを中心としてBSCを作成するとともに、関係部署との調整を行うBSC作成会議が開催される。

TQMセンター設置に伴う責任体系および管理手順の明確化によって、BSCの運用に関わる人数は増大した。BSC導入3年目まではコアメンバーを中心に展開されていたものの、2007年時点でおおよそ70人がBSCの運用に関わっている<sup>30)</sup>。

#### (4) BSC導入5年目以降

2007年も医療制度改革および診療報酬のマイナス改定の影響によって業績は

---

29) スコアカードにおける因果関係については、各部門のBSC推進会議にてチェックがなされた上で、経営会議にて報告されるようになっている。

30) 現在は、部門責任者4名、部門コアメンバー16名（各部門4名）、推進メンバー24名（各課及び室の責任者）の合計44名を中心にしてBSCが運営されている。コアメンバーや推進メンバーに任期はないものの、人事異動があればメンバーを外れることもあるため、BSC導入後の経過年数とともにBSCの運営に関する延べ人数は増加している。なお、TQMセンターにおいて、2007年から、職員に戦略に対する興味を持ってもらうとともに、戦略を日々の業務の中に浸透させることを狙いとして、電車の中刷広告形式の経営戦略情報誌が定期的（年4回）に発行されている。

悪化した。それゆえ、期中には、地域医療情勢の変化を踏まえながら、済生会小樽病院の「あるべき姿」がSWOT分析によって再考された。分析の結果として、2008年のBSCにおいては、「地域に応える病院」に向けて、回復期リハビリテーション病棟の開設を重要戦略に位置づけた上で、開設準備から稼働後の実績が管理された。

また、回復期リハビリテーション病棟の順調な運営を受けて、2009年には病院のブランド化を目指した「なでしこブランド」戦略を展開している。「なでしこブランド」戦略では、地域No.1の質の高いサービスの提供を地域住民に認知してもらうために、「なでしこナースプロジェクト」「なでしこブランド化プロジェクト」「接遇No.1プロジェクト」が実行された。「なでしこブランド」戦略は、ナースや職員の意識の変化を伴う戦略実行力の高まりとともに、数々の成果を生み出している<sup>31)</sup>。

戦略に関してはさらに、2010年に、北海道済生会に所属する医療施設全体の選択と集中に関する「北海道済生会基本構想」がまとめられた。同時に、グループ内の各施設へのBSCの導入が進められている。2010年以降は、2013年の新病院への移転に向けた準備が進められると同時に、従前の戦略を徹底するよう図られた。新病院への移転後は、病棟再編による収益増加を戦略としている。

BSCの運営については、課長以上の管理職に対してスコアカードに記載された指標の達成度を組み入れた人事考課が、2014年10月からの半年間を試行期間として2015年から本格導入されている。将来的には、人事考課を給与に反映させるとともに<sup>32)</sup>、考課対象を医師も含めた全職員へと広げる予定である。

なお、2013年の新病院への移転を機に組織も再編されたため、2014年にBSCの見直しが行われている。見直しの結果として、スコアカードや戦略マップに

---

31) たとえば、2009年には1年間で5社17件のマスコミ報道がなされている。なお、「なでしこブランド」の名称は、なでしこの花葉に露をあしらった済生会の紋章から由来している。

32) BSCと報酬制度との連動に関しては、北海道済生会に所属する医療施設全体に統一的に適用できるように、コンサルタントを交えながら、2015年9月から給与体系の見直しを含めた検討が進められている。

おける視点の配列は、公益と経営との両立を図るために、財務の視点および患者の視点が並列するように変更されている。加えて、人事考課との関係においてBSCの運用の重要性が高まったことから、新たにBSCの研修会が実施されている。櫛引氏はBSCの見直しについて次のように述べる。

「振り返った時に、BSCは一つのツールとして、病院を変えるツールとして入れてきたんですけども、実は反省点があって、一番そこをしっかりとやっていたのが看護師なんですね。看護師は非常にそういう面では勉強会を開いたりして、展開をしてきて、今、内部の中では残念ながら事務部ではなく看護部がBSCをうまく活用して、内部の統制をとっている状況です。そういったところも含めて、一回BSCを見直すべきかと思ってまして、残念ながらBSCになりきれなかったっていうのが現時点で僕が感じているところです」

新病院への移転に伴う建設関連費用の増加によって2012年から医業利益は赤字になっているものの、2008年の回復期リハビリテーション病棟の開設以降、済生会小樽病院の医業収益は右肩上がりに向上している。

#### 2-2-4 医師のマネジメント

済生会小樽病院において、2013年からは、診療科ごとの医業利益が把握されているものの、利益管理に対して医師は必ずしも積極的ではない。櫛引氏は、会議での議論の運び方について次のように述べる。

「(利益が) 赤ででてくると、やっぱり表情違いますし、なるべくその議論はしないような雰囲気、その先生方は作っていきます。たとえば、経営状況報告を本部にだしますけど、そのときの補足資料を、院内の会議、幹部の会議にだすんですね。そうすると、先生方はなるべくそこには目もくれず、次の議題に移したいというような雰囲気はでますし、プラスの診療科の先生もどちらかという、プラスだということもなかなかいえず、見ながらあまり赤のところについては議論せず、トップもなるべく、そこで議論をやるという雰囲気はないので、我々事務方がそこをスルーしないように、傷つけないような形でその説明を加えたりしています」(カッコ内は筆者挿入)

利益管理に積極的でないにしても、あるいは、利益管理に対して積極的でないがゆえに、医師はBSCへの理解を示す。櫛引氏は、医師のBSCに対する理解について次のように述べる。

「当初BSCの話をしたときは、理解は示していただけってきたようには思いますね。何かこう財務のことばかりゆわれると先生方ってすごく嫌がるものですから、顧客の視点を入れたり、医療の質がってことを内部プロセスの中に入れてきたとか、あるいは教育ってことも先生方は非常に興味を持っています。非常にそういう面ではわかりやすいと捉えられているんじゃないでしょうか。先生方というのはしっかりと考えを伝えると、比較的理解していただけるところもありますので、それをどこまで持ち込むかという問題だと思います」

BSCに対する理解を示したとしても、医師がBSCの運営に能動的に関っているわけではない。2005年に拡大されたコアメンバーに医師も加わったとはいえ、BSCに関連する会議にはほとんど出席していなかったため、櫛引氏は状況を説明に行く必要があった。また、2007年に設置されたTQMセンター会議にもほとんど出席していない。櫛引氏は、医師のコミットメントに対して病院長のリーダーシップが発揮しづらい状況を次のように説明する。

「病院としての目標を作るぞっていうトップダウンでコミットメントをきかせてやればいいんですけど、何せ医師が集まらなかったり、そこで医者におもしろくないから辞めたっていわれると、ガタンといくんです。トップがそういった面でのリーダーシップを発揮しづらい状況になっているんですよね。(中略)ですから、正しい（ことをする）時でも遠慮しながらじわじわと時間をかけて、様子を見ながら次の展開に進むという感じが正直ありますね」（カッコ内は筆者挿入）

しかしながら、病院の変革を開始して以来10年以上の歳月を経る中で、医師の意識は少なからず変わりつつある。櫛引氏は、新たな副院長の就任による、医師の経営参加について次のように述べている。

「今年（2014年）に入ってますね、経営的な会議ですとか、プロジェクトの会議には少し体制が変わって、参加いただけるようになりました。副院長が新たに入りまして、リーダーシップを医局の中で発揮していただけるような先生が入られ

て、その先生に相談すると、パッと集めてくれたり、あるいは、本来能力があってもなかなか出てくれなかった先生方をピックアップして会議に出して、発言させてっていうことで、上手くいっています。ですから、そういう面ではそういったコアメンバーといいますか、核となる方々が非常に重要なんだと感じています。今少し、先生方は変わってきているかもしれませんね」(カッコ内は筆者挿入)

ただし、医師の経営へのコミットメントに関しては未だ試行錯誤の状況にある。非財務指標によるコントロールが必ずしも医師からの経営へのコミットメントを引きだすとも限らない。櫛引氏は現在の状況を次のように述べる。

「経営企画室なりそういった管理している側から話をしていくと、最初から話を聞かないとか、聞く耳を持たなくなってくるような状況です。(中略)たとえば新入院患者数を増加させないと、病床の回転が成り立たないので患者数を増やしていきましょうという目標を立てたんですね。デジタルサイネージを使ってグラフ化して、目標を達成しているときは青、達成してない時は赤の棒グラフがこういくわけですね。(中略)最初は何も言ってなかったんですけど、やっぱり数字が悪くなってくると、こんなもん毎回見せられて、しかも医局の部屋に掲示されてモチベーションが上がらないって感じになっていますね。先生方は診療がお忙しいですから、組織ということに目を向けていただくとかですね、なかなかならなくて、いろんなことを組織的に方針を決めるということをそろそろやっていきたいという思いで会議の中で議論しましょうとやっていたんですが、なかなかうまくいかなかったですね。逆に会議のところではあんまりギスギスしないでフワッと方針を決めたり、先生方に少し感じ取ってもらうようにやりながら、あとは(私が)個別に行って、膝突き合わせて相談をしていくっていうほうがいいのかなあという感じはしますね。またやり方は変わってきましたね」(カッコ内は筆者挿入)

### 3. 考 察

前節では、済生会小樽病院でのBSC導入プロセスを記述した。同病院においては、経営意識の高い病院長の就任に伴って、業績低迷および既存の管理会計

システムの欠如を克服するために、BSCの有用性を認識した櫛引氏によってBSCの導入が進められている。

同病院でのBSC導入プロセスに関して、まず、Inamdar and Kaplan (2002)が示すBSC導入・実践上の課題の観点からみていきたい。①の「BSC実践のための承認の獲得」は、櫛引氏を中心としたコアメンバーが全面的にサポートするという条件のもとで達成されている。②の「経営者の時間およびコミットメントの獲得」は、櫛引氏を企画課長にするとともに、櫛引氏との日常的なディスカッションをすることによって得られている。③の「顧客の視点での価値提案の開発」には、BSC導入6年目の「なでしこブランド」戦略の展開が当てはまる。

④の「組織全体へのBSCの展開」は、BSC導入2年目に実行された。コアメンバーのサポートによって大きな混乱は見出されていない。⑤の「BSC実践のためのコミットメントの獲得」については、BSC導入3年目以降、コアメンバーや推進メンバーを増員させることによって実現している。⑥の「費用効率の高い方法でのタイムリーなデータの獲得」に関して、QC活動や研修の実施によってデータは定期的に収集されるようになった。とはいえ、費用効率の点から情報システムの構築を検討する余地が残っている。⑦の「スコアカードをシンプルに維持および学習のために利用」について、同病院では、BSCの運用を通じて増収を達成しつつ、BSC導入11年目になっても、スコアカードの設計やBSCの運用方法が見直されている。

次に、同病院でのBSC導入プロセスにおける促進要因をみると、先行研究において挙げられている要因が、形を変えながらも見受けられる。前述の谷(2005)において挙げられている①の「トップの明確なコンセプトとサポート」に関しては、病院長の依頼による櫛引氏の企画課長への配転(事務部長就任)が当てはまる。②の「推進役」は櫛引氏である。③の「ボトムアップによる導入」については、済生会小樽病院では、櫛引氏およびコアメンバーを中心として段階的にBSC実践に関わる人数を増加させている。④の「成果指標と行動指標の設定に時間」については、導入初期段階において完璧さを求めるのではなく、デー

タ収集も含めて、BSCの実践を繰り返す中で精度向上が図られている。⑤の「責任の設定」に関しては、TQMセンター設置に伴う責任体系の構築が該当する。また、櫻井（2008）によって望ましいとされる「経営企画室」も設置されている。

ただし、済生会小樽病院において、上記の要因のすべてが、導入初期段階に見出されるわけではない。TQMセンターや経営企画室はBSC導入4年目に設置されている。戦略目標や業績指標の設定については、人事考課の導入に伴ってBSC導入12年目の時点でも見直されている。加えて、Inamdar and Kaplan（2002）によって提示されているBSC導入・実践プロセスも、同病院では導入初期段階から完全に遂行されているわけではない。既存の管理関係システムが欠如していた同病院では、「指標の選択・目標設定」や「アカウントビリティの割当」を通じてデータ収集から報告までのPDCAサイクルを確立するまでに多くの時間を要している。

済生会小樽病院は、実践を通じてBSCの精度向上を図る中で、BSC導入前のBSC導入戦略マップ作成による勉強会、導入1年目のQC活動の開始、導入3年目の改善スキル向上を目的とした研修の開始およびコンサルタントによる研修、導入12年目でのBSC研修会の実施を通じて人材の育成を行っている。広義のBSC導入プロセスの観点からみれば、BSC実践に伴う人材育成、すなわち、同病院の目指す「人を育て成長する組織づくり」が、BSC導入プロセスの促進要因となっているといえる。

加えて、広義のBSC導入プロセスの観点からみれば、同病院では、導入1年から現在までのBSCの技術的要因の整備、および、導入4年目以降の管理体制の構築によって戦略の実行力が高められるとともに、導入5年目からは戦略も明確化されている。戦略の明確化を通じて同病院は継続的に増収も達成している。Inamdar and Kaplan（2002）が指摘する通り、BSCは戦略マネジメント・システムへと発展した後に業績改善をもたらしている。

とはいえ、櫛引氏によって「BSCになりきれなかった」と述べられているように、部門間でBSCの実行度に濃淡がある状況は、BSCを戦略的マネジメント

ト・システムたらしめる条件の一つである「戦略を全員の日々の業務に落とし込む」を満たしていないと考えられる。それゆえ、BSCと人事考課の連携が進められている。

最後に、医師のマネジメントに関して、済生会小樽病院におけるBSCの導入・実践は、現状では、医師の行動にほとんど影響を与えていないといえよう。同病院では、Aberneth and Lilli (2001) に示されるような医療サービスの革新ではなく、基本的に患者満足度の向上を通じた増収戦略が展開されている。また、医師不足が深刻化している中で、病院長はリーダーシップを発揮しづらい状況にある。病院長や副院長の俗人的なパワーによって、BSCに関連する会議への出席を得たとしても、BSC実践への実質的な関与を得られるとは限らない。さらに、BSCに備えられている非財務指標によるコントロールも医師のマネジメントに対して必ずしも機能していない。現状において、同病院では、楠引氏によって、医師の組織目標志向を高めるための施策が模索されている。BSCの導入・実践のみから医師の経営へのコミットメントを引き出せるわけではない。

## おわりに

本稿は、済生会小樽病院の事例を通じて、広義のBSC導入プロセス、および、医師のマネジメントについて考察することを目的とした。考察の結果として、まず、広義のBSC導入プロセスの観点からみれば、BSC実践に伴う人材育成がBSC導入プロセスの促進要因となっていることを明らかにした。次に、同病院では、広義のBSC導入プロセスにおいて、BSCの精度向上(技術的要因の整備、管理体制の構築、戦略の明確化)を図りながら、増収を達成していることを得た。最後に、BSCの導入・実践のみから医師の経営へのコミットメントを引き出せるわけではないことを示した。

ただし、本稿の結論を提示するにあたってはいくつか研究上の課題も残されている。一つに、本稿では、単一事例を対象としているため、結論を一般化で

きない。事実の追試、あるいは、理論の追試を行うためにも、さらに病院以外の非営利組織もしくは営利企業も含めてケースを蓄積していく必要がある。

二つに、今回の調査では、導入推進側に対してのみ聞き取りを行っている。被導入側にも調査を進めることによって、新たな促進・阻害要因が見出される可能性はある。特に、意識の変化、あるいは、変化への抵抗という側面をとらえるために、被導入側への調査は避けられない。

三つに、本稿では、BSCと人事考課との連携、もしくは、将来的に予定されているBSCと報酬制度との連動による組織成員への影響を検討していない。BSCと報酬制度との連動によって、戦略的マネジメント・システムとしてのBSCの要件は満たされるのか否かが注目される。

四つに、本研究からは医師からの経営へのコミットメントを引き出すための条件が導き出されてない。医療機関を取り巻く環境がいっそう厳しくなる中で、医師のマネジメントについてはさらなる検討を必要とする。以上については今後の検討課題としたい。

(付記)

本稿は、科学研究費補助金・基盤研究(C) 課題番号15K03762による研究成果の一部である。

## 参 考 文 献

- Abernethy, M. A., and A. M. Lilli (2001), Inter-dependencies in Organization Design: A Test in Hospitals, *Journal of Management Accounting Research*, 13(1), pp. 107-129.
- Abernethy, M. A., and J. U. Stoelwinder (1990), The Relationship between Organization Structure and Management Control in Hospitals: An Elaboration and Test of Mintzberg's Professional Bureaucracy Model, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 3(3), pp. 18-33.
- Abernethy, M. A., and J. U. Stoelwinder (1995), The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations, *Accounting, Organizations and Society*, 20(1), pp. 1-17.
- Abernethy, M. A., and E. Vagnoni (2004), Power, Organization Design and Managerial Behavior, *Accounting, Organizations and Society*, 29(3/4), pp. 207-225.
- Aidemark, L. (2001), The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organization, *Financial Accountability & Management*, 17(1), pp. 23-40.
- Comerford, S. E., and M. A. Abernethy (1999), Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, *Behavioral Research in Accounting*, 11, pp. 93-110.
- Dyball, M. C., L. Cummings and H. Yu (2011), Adoption of the Concept of a Balanced Scorecard within NSW Health: An Exploration of Staff Attitudes, *Financial Accountability & Management*, 27(3), pp. 335-361.
- Inamdar, N. and R. S. Kaplan (2002), Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations, *Journal of Healthcare Management*, 47(3), pp. 179-195.
- Mintzberg, H. (1979), *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Northcott, D. and N. France (2005), The Balanced Scorecard in New Zealand Health Sector Performance Management: Dissemination to Diffusion, *Australian Accounting Review*, 15(3), pp.34-46.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (1996b), *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S. and D. P. Norton (2001), *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Boston, MA : Harvard School Press.
- Karunmäki, L. (2004), A Hybrid Profession – The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals, *Accounting, Organizations and Society*, 29(3/4), pp. 327-347.
- Zelman, W. N., G. H. Pink and C. B. Matthias (2003), Use of the Balanced Scorecard

- in Health Care, *Journal of Health Care Finance*, 29(4), pp.1-16.
- 尾形裕也 (2010), 『病院経営戦略論：経営手法の多様化と戦略実行にあたって』, 日本医療企画.
- 乙政佐吉 (2005), 「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』, 29(1), pp.58-73.
- 乙政佐吉 (2016), 「医療バランスト・スコアカードの導入プロセスに関する研究—済生会小樽病院の事例を通じて—」, 『産業経理』, 75(4), pp.59-70.
- 櫛引久丸 (2010), 「済生会小樽病院のバランスト・スコアカード」(荒井耕・正木義博編著, 『バランスト・スコアカード—その理論と実践』, 日本医療企画).
- 小林哲夫 (1981), 「管理会計における業績測定と利害調整」, 『企業会計』, 33(5), pp.4-11.
- 近藤隆史・乙政佐吉 (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』, 37(2), pp.75-87.
- 櫻井通晴 (2008), 「医療機関における経営企画部の役割—バランスト・スコアカードとABCの導入・推進を中心に」, 『産業経理』, 67(4), pp.28-38.
- 尻無濱芳崇 (2012), 「非営利組織へのBSC導入効果：文献レビューに基づく考察」, 『原価計算研究』, 36(2), pp.130-140.
- 高橋淑郎編著 (2004), 『医療経営のバランスト・スコアカード：ヘルスケアの質の向上と戦略的病院経営ツール』, 生産性出版.
- 高橋淑郎編著 (2011a), 『医療バランスト・スコアカード研究 経営編』, 生産性出版.
- 高橋淑郎編著 (2011b), 『医療バランスト・スコアカード研究 実務編』, 生産性出版.
- 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.
- 日本医療バランスト・スコアカード研究会編集 (2007), 『医療バランスト・スコアカード導入のすべて—構築・展開・成果』, 生産性出版.
- 日本病院会雑誌 (2013), 「病院紹介 社会福祉法人恩賜財団済生会 支部北海道 済生会小樽病院」, 『日本病院会雑誌』, 60(9), pp.888-894.
- 松尾陸 (2010), 「済生会熊本病院の組織変革—医療の質と経営効率の両立」, Kobe University Discussion Paper Series 2010-26.
- 丸田起大・足立俊輔 (2015), 「我が国における病院BSC実務の多様性と形成要因：ケースレビューにもとづく探索的研究」, 『産業経理』, 75(1), pp.33-42.
- Best nurse (2013), 「新病院探訪 北海道済生会小樽病院 (小樽市) リハビリなど多職種チームで診療機能強化, 受診・療養環境の改善なる」, 『Best nurse』, 24(10), pp.66-68.
- 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』, 83(4), pp.143-167.

渡邊亮・荒井耕・阪口博政（2015）, 「医療機関におけるバランスト・スコアカードの活用状況：DPC/PDPS導入病院を対象とした質問票調査を通じて」, 『メルコ管理会計研究』 7(2), pp.15-24.