

# 広域自治体病院における BSC (Balanced Scorecard) の導入\*

## —新潟県立病院のケース—

山 口 直 也\*\*

(新潟大学経済学部准教授)

### 1. はじめに

ここ数年、診療報酬のマイナス改定や病院勤務医の不足・偏在等、病院を取り巻く経営環境が厳しさを増す中で、経営改善手法の一つとして BSC (Balanced Scorecard) を導入する病院が増加しており、高橋 (2004)、荒井 (2005)、谷 (2006)、伊藤 (2006)、日本医療バランスト・スコアカード研究学会 (2007) など、導入事例に関する研究も数多くみられる。これら研究は、医療法人が経営するいわゆる民間病院に関するものが中心であるが、高橋 (2004) や荒井 (2005) では三重県立病院の取組みを詳しく論じている。また、広域自治体病院においては、三重県以外にも、東京都、新潟県、山形県も BSC を導入している。

このうち、新潟県は県立病院経営の建て直しを図るために、平成 16 年度から病院 BSC を導入し、平成 19 年度からは 15 病院全てに本格導入した。筆者は、平成 19 年度に「県立病院 BSC 推進アドバイザー」として各病院を訪問し、県立病院における BSC の導入を支援する活動に携わってきた。

本論文では、広域自治体病院における BSC として、新潟県立病院の取組みを紹介し、同病院における BSC の意義と特徴、さらに BSC 導入にあたっての問題点について論じる。本研究は単なる観察研究ではなく、筆者が BSC の導入に関与したことから、その結果や効果に部分的に影響を与えており、部分的実践者としてのアクション・リサーチという特徴を有している。なお、事実認識等に誤りがあった場合の責任は全て筆者に帰属する。

### 2. 自治体病院の現状

厚生労働省医療施設動態調査によれば、平成 21 年 12 月末時点における自治体病院の病院数は 969 であ

\*本論文は、平成 20～22 年度科学研究費若手研究 (B) (「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」(課題番号：20730297)) の交付を受けて行った研究成果の一部である。

\*\*1971 年生まれ。1993 年 3 月北海道大学経済学部卒業、1998 年 3 月北海道大学大学院経済学研究科博士後期課程単位取得退学、1998 年 4 月新潟大学経済学部講師、1999 年 4 月新潟大学経済学部助教授、現在に至る。研究分野：管理会計 (主に公的機関管理会計、PPP (Public Private Partnership)、BPM (ビジネス・プロセス・マネジメント) に関する研究)。所属学会：日本会計研究学会、日本管理会計学会、日本原価計算研究学会、会計理論学会、国際会計研究学会、日本医療バランスト・スコアカード研究学会。主要な著書：単著『PFI の意思決定理論』(溪水社、2006 年)。

り、全国の病院全体（8,728）の11.1%を占めている（図表1）。また、病床数は222,821床と、全国の病院全体（1,600,387床）の13.9%を占めている（図表2）。このうち、広域自治体病院である都道府県立病院に限ってみると、ここ5年間で病院数は51、病床数は16,939減少している。

図表1 過去5年間ににおける自治体病院の病院数の推移(カッコ内の数字は%)

経営主体	H17.12末	H18.12末	H19.12末	H20.12末	H21.12末
都道府県	307 (3.4)	290 (3.3)	277 (3.1)	270 (3.1)	256 (2.9)
市町村	753 (8.3)	753 (8.4)	742 (8.4)	727 (8.3)	713 (8.2)
合計	1,060 (11.8)	1,043 (11.7)	1,019 (11.5)	997 (11.3)	969 (11.1)
病院全体	9,018 (100)	8,920 (100)	8,844 (100)	8,790 (100)	8,728 (100)

(出所) 厚生労働省『医療施設動態調査』

図表2 過去5年間ににおける自治体病院の病床数の推移(カッコ内の数字は%)

経営主体	H17.12末	H18.12末	H19.12末	H20.12末	H21.12末
都道府県	85,592 (5.2)	79,327 (4.9)	75,634 (4.7)	72,984 (4.5)	68,653 (4.3)
市町村	164,501 (10.1)	163,731 (10.1)	161,592 (10.0)	158,282 (9.8)	154,168 (9.6)
合計	250,093 (15.3)	243,058 (15.0)	237,226 (14.7)	231,266 (14.4)	222,821 (13.9)
病院全体	1,630,773 (100)	1,625,680 (100)	1,618,145 (100)	1,609,698 (100)	1,600,387 (100)

(出所) 厚生労働省『医療施設動態調査』

次に、指定医療機関等における自治体病院の割合をみると、地域医療（へき地医療）、特殊・高度医療（精神・がん）や政策医療（救急医療・災害医療・小児・産婦人科）を担う指定医療機関等に占める自治体病院の割合は高く、とりわけ、へき地医療や災害医療においてその割合が高い（図表3）。このように、自治体病院は、採算等の理由から民間医療機関だけでは供給が十分に確保できないおそれが高い医療分野における提供主体として、これまで重要な役割を果たしてきた。

しかし一方で、自治体病院の経営状況は悪化しており、地方公共団体の財政を圧迫している。図表4は、自治体病院全体の経営成績を平成16年度から平成20年度の5年間についてみたものである。これによれば、医業収益から医業費用を控除した医業損益段階で見ると、平成16年度には約3,870億円の赤字であったのが、赤字幅は年々拡大し、平成20年度には4,660億円にまで増加している。その結果、医業損益段階での過去5年間の累積赤字は約2兆1,350億円に上っている。これを、医業収益を医業費用で除して求められる医業収支比率で見ると、平成16年度に90.3%であったのが、年々悪化し、平成20年度には88.1%にまで落ち込んでいる。なお、職員給与費対医業収益比率は55%程度で推移している。

図表 3 指定医療機関等における自治体病院の割合(カッコ内の数字は%)

	自治体立	その他
地域災害医療センター (H20.7.1 現在)	242 (45.7)	288 (54.3)
へき地医療拠点病院 (H19.3.31 現在)	183 (71.2)	74 (28.8)
エイズ治療拠点病院 (H21.4.9 現在)	149 (39.7)	226 (60.3)
地域がん診療連携拠点病院 (H21.4.1 現在)	115 (37.8)	189 (62.2)
救命救急センター (H20.2.1 現在)	82 (38.7)	130 (61.3)
地域医療支援病院 (H20.11.28 現在)	47 (21.4)	173 (78.6)
基幹災害医療センター (H20.7.1 現在)	32 (57.1)	24 (42.9)
総合周産期母子医療センター (H20.8.1 現在)	30 (40.0)	45 (60.0)
都道府県がん診療連携拠点病院 (H21.4.1 現在)	23 (48.9)	24 (51.1)
小児救急医療拠点病院 (H19.10.1 現在)	12 (38.7)	19 (61.3)

(出所) 全国自治体病院開設者協議会ホームページ

図表 4 自治体病院損益収支等の状況 (単位:十億円)

	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度
○総収益①=②+④	4,159	4,154	4,009	4,027	3,990
經常収益②	4,128	4,136	3,979	3,995	3,960
(うち医業収益③)	(3,626)	(3,641)	(3,495)	(3,501)	(3,446)
(うち国庫(県)補助金)	(18)	(17)	(15)	(15)	(16)
(うち他会計繰入金)	(523)	(517)	(510)	(522)	(544)
特別利益④	31	18	30	32	30
○総費用⑤=⑥+⑨	4,285	4,302	4,207	4,222	4,172
經常費用⑥=⑦+⑧	4,260	4,279	4,179	4,196	4,144
(うち医業費用⑦)	(4,013)	(4,032)	(3,935)	(3,952)	(3,912)
(⑦のうち職員給与費)	(2,003)	(1,990)	(1,939)	(1,936)	(1,918)
(⑦のうち減価償却費)	(274)	(278)	(276)	(279)	(277)
(うち支払利息⑧)	(123)	(121)	(118)	(116)	(104)
特別損失⑨	25	23	29	26	28
○医業損益⑩=③-⑦	△387	△391	△440	△451	△466
○經常損益⑪=②-⑥	△132	△143	△200	△201	△184
○純損益⑫=①-⑤	△126	△148	△198	△195	△182
○累積欠損金	1,683	1,782	1,874	2,002	2,137
○総収支比率 A=①÷⑤	97.1	96.6	95.3	95.4	95.6
○經常収支比率 B=②÷⑥	96.9	96.7	95.2	95.2	95.5
○医業収支比率 C=③÷⑦	90.3	90.3	88.8	88.6	88.1
○職員給与費対医業収益比率	55.2	54.7	55.5	55.3	55.7
○病床利用率	81.1	80.3	77.5	75.5	73.8

(出所) 総務省自治財政局『平成 20 年度地方公営企業決算の概況』

さらに、国庫（県）補助金や一般会計からの繰入金<sup>1)</sup>を含めた経常損益段階と純損益段階でも毎年赤字であり、医業損益と同様に赤字幅は年々拡大している。純損益は、平成16年度には約1,260億円の赤字だったのが、平成20年度には1,840億円にまで膨らみ、5年間の累積赤字は約8,490億円に上っている。その結果、累積欠損金は平成16年度末に約1兆6,826億円であったのが、平成20年度末では約2兆1,368億円と、ここ5年間で4,542億円も増加している。

なお、平成18年度において、医業損益、経常損益、純損益のいずれも大きく落ち込んでいるが、これは同年4月からの診療報酬のマイナス改定（実質3.16%の引き下げ（診療報酬本体△1.36%、薬価・医療材料△1.8%））による客単価の減少、同年10月からの現役並み所得を有する70歳以上の高齢者の窓口負担の増加、医師・看護師不足による診療科の縮小・休止・廃止や在院日数の短縮などに伴う患者数の減少、院外処方拡大による外来診療報酬の減少といった要因により、医業収益が大幅に落ち込んだためである。

このため、平成18年度には、赤字事業と累積欠損金を有する事業のどちらも大幅に増加した。平成17年度に経常損益段階と純損益段階で赤字だったのは、それぞれ463事業（68.7%）、448事業（66.5%）であったのが、平成18年度にはそれぞれ527事業（78.9%）、516事業（77.2%）と大幅に増加した。なお、平成20年度ではそれぞれ481事業（72.4%）、470事業（70.8%）となっている。一方、累積欠損金を有する事業は、平成17年度に529事業（78.5%）であったのが、平成18年度には553事業（82.8%）、平成20年度には562事業（84.6%）と増加の一途を辿っている。

また、一般会計からの繰入金は、平成16年度から平成19年度まで7,000億円程度で推移していたが、平成20年度は約7,509億円と、前年度に比べて約550億円も増加した（図表5）。経常経費の補填に充てられる収益的収支繰入金は5,300億円程度で推移していたが、平成20年度は約5,667億円と、前年度に比べて380億円程度増加した。一方、建物、設備、医療機器等の固定資産の取得資金の補填に充てられる資本的収支繰入金は1,700億円程度で推移していたが、平成20年度は約1,840億円と、前年度に比べて約170億円程度増加した。

このように、自治体病院の経営状況は非常に厳しく、現状では国庫（県）補助金や一般会計からの繰入金だけでは収支を均衡させることができず、このままでは地方公共団体の財政負担が一層増大するおそれがある。

<sup>1)</sup>地方公営企業法第2条2項において、地方公共団体が行う病院事業には同法の財務規定等が適用されると規定されており、特別会計の設置（第17条）、経費の負担の原則（独立採算の原則）（第17条の2）、経理の方法（発生主義の原則）（第20条）等が適用される。さらに、第2条3項において、財務規定等に加え、同法の規定の全部又は一部を適用することができると規定されており、管理者の設置等その他全部の規定を適用して経営することも可能である。なお、地方公営企業法の一部適用（財務規定等のみ）の場合、職員の身分取扱（第36条～第39条）は当然には適用されないため、職員の給与体系は一般行政部門と同様のものを適用せざるを得ない。

財務規定等のうち、経費の負担の原則では、受益者負担の原則になじまない経費については、地方公共団体の一般会計又は特別会計が負担するものとし（第17条の2）、これらを除いた経費については地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てなければならないとしている（第17条の2第2項）。つまり、地方公営企業における独立採算制とは、公営企業の経費全額についての独立採算ではなく、経費負担区分の規定を前提として、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計が負担すべき経費を除いた部分についての独立採算である。

第17条の2では、(1)その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、(2)当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費、については、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計が負担すべきものとしており、その所要額については、公営企業繰入金として地方財政計画（地方交付税法第7条の規定に基づき作成される地方団体の歳入歳出総額の見込額）に計上される。

自治体病院経営研究会（2009）によれば、現在、地方財政計画に計上している経費は、①病院の建設改良に要する経費、②へき地医療の確保に要する経費、③結核病院の運営に要する経費、④精神病院の運営に要する経費、⑤リハビリテーション医療に要する経費、⑥周産期医療に要する経費、⑦小児医療に要する経費、⑧公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費、⑨院内保育所の運営に要する経費、⑩救急医療の確保に要する経費、⑪公立病院附属診療所の運営に要する経費、⑫高度医療に要する経費、⑬保健衛生行政事務に要する経費、⑭経営基盤強化対策に要する経費、⑮地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金にかかる公的負担に要する経費、である。

図表 5 自治体病院における一般会計繰入金の推移 (単位: 十億円)

	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度
○収益的収支繰入金①	537	525	525	529	567
(うち負担金)	(451)	(443)	(438)	(441)	(453)
(うち補助金)	(73)	(73)	(72)	(81)	(91)
(うち特別利益)	(14)	(8)	(15)	(7)	(23)
○資本的収支繰入金②	169	177	179	167	184
(うち出資金)	(69)	(73)	(69)	(72)	(80)
(うち負担金)	(77)	(78)	(71)	(74)	(81)
(うち借入金)	(20)	(21)	(32)	(18)	(18)
(うち補助金)	(3)	(5)	(6)	(3)	(5)
○繰入金合計③=①+②	706	702	704	696	751
○収益的収入に占める繰入金の割合	12.9	12.6	13.1	13.1	14.2
○資本的収入に占める繰入金の割合	34.4	36.0	39.0	31.5	32.7

(出所) 総務省自治財政局『平成 20 年度地方公営企業決算の概況』

地方公共団体の財政運営については、平成 19 年 6 月に「地方公共団体の財政の健全化に関する法律 (平成十九年六月二十二日法律第九十四号)」が公布され、地方公共団体は毎年度、健全化判断指標 (実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率、将来負担比率) を公表するとともに、健全化判断指標のいずれかが早期健全化基準以上である場合には「財政健全化団体」に指定され、財政健全化計画の策定と実施が義務付けられることとなった。同法はいわゆる「連結ベース」で地方公共団体の財政を捉え、その早期健全化を求めることをねらいとしており、地方公共団体の全ての会計が対象となっている。自治体病院等の地方公営企業については、実質赤字比率以外の全ての比率の算定に反映される。

さらに、同年 6 月には「経済財政改革の基本方針 2007」が閣議決定されたが、その中で、「歳入・歳出一体改革の実現」に向けたプログラムの一つとして「公立病院改革」を掲げ、総務省は平成 19 年内に各地方公共団体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促すこととしている。総務省はこの方針を受け、「公立病院改革懇談会」を設置し、有識者による議論を重ね、同年 12 月に「公立病院改革ガイドライン」を公表した。

同ガイドラインは、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、の 3 つの視点に立った一体的な改革の必要性を唱え、病院事業を設置する地方公共団体に対して、①については 3 年程度、②・③については 5 年程度を対象期間とする公立病院改革プランを平成 20 年度内に策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組むことを求めている。

このように、民間病院による継続が難しい医療分野を主に担っているという自治体病院の性格上、もともと収益環境は厳しいが、政府・地方公共団体の財政悪化が深刻化する中で、これ以上の経営悪化を放置することはできず、政府は地方公共団体に対して自治体病院の経営健全化を強く求めている。

### 3. 新潟県立病院の特徴と現状

新潟県は二次保健医療圏域を 7 つ (下越, 新潟, 県央, 中越, 魚沼, 上越, 佐渡) に区分し、圏域ごと

の医療体制の整備・充実に取り組んでいる。現在、新潟県は、広域自治体として岩手県に次いで全国2番目に多い15の県立病院を擁している。新潟県立病院の概要を示したものが、図表6である。また、図表7は、平成16年度から平成20年度の5年間について、新潟県立病院における病床数・病床利用状況・医療従事者数・患者数の推移を示している。

図表6 新潟県立病院の概要<sup>2)</sup>

	圏域	病院類型	稼動 病床数	病床 利用率	純損益(千円) (繰入前)	純損益(千円) (繰入後)
松代病院(十日町市)	魚沼	地域医療	55	78.7	△233,371	13,640
柿崎病院(上越市)	上越	地域医療	55	83.9	△264,145	4,238
津川病院(阿賀町)	新潟	地域医療	67	75.1	△383,528	△18,759
妙高病院(妙高市)	上越	地域医療	60	85.6	△343,094	4,279
リウマチセンター(新発田市)	下越	専門病院	100	88.7	△1,015,869	38,361
坂町病院(村上市)	下越	地域医療	150	87.4	△537,299	△254,361
六日町病院(南魚沼市)	魚沼	地域中核	199	82.7	△709,087	△296,763
加茂病院(加茂市)	県央	地域医療	180	54.0	△736,655	△580,165
十日町病院(十日町市)	魚沼	地域中核	275	87.3	△195,908	95,082
小出病院(魚沼市)	魚沼	地域中核	383	87.1	△603,912	16,047
中央病院(上越市)	上越	広域基幹	534	84.4	△1,878,786	△562,995
吉田病院(燕市)	県央	地域中核	302	73.0	△1,127,112	△786,235
がんセンター新潟病院(新潟市)	新潟	専門病院	500	87.9	△1,185,808	411,275
新発田病院(新発田市)	下越	広域基幹	478	94.1	△2,767,722	△757,426
精神医療センター(長岡市)	中越	専門病院	400	84.6	△1,560,620	△16,548
合計			3,738	84.2	△13,542,916	△2,690,330

(出所)新潟県(2009)『新潟県病院事業の取組方針～信頼される病院を目指して～』及び、新潟県病院局『平成20年度決算概要』に基づき筆者が作成。

15病院の構成は、専門病院(専門機能に特化した病院)が3病院、広域基幹病院(複数の二次医療圏を含む地域の医療水準の確保・充実に寄与することが可能な高機能病院)が2病院、地域中核病院(地域医療の中核的役割を担う病院)が4病院、地域医療病院(一次医療、亜急性期対応、在宅医療を軸に医療機能を担い、地域中核病院との連携を通じて地域の医療体制を確立する役割を担う病院)が6病院となっている。新潟県は47都道府県中5番目に面積が広く、また、豪雪地帯を多く抱えていることから、同一圏域に複数の県立病院があると同時に、へき地医療を担う地域医療病院が多いのが特徴である。

<sup>2)</sup>稼動病床数は平成21年4月1日時点の数値、病床利用率、一般会計繰入前純損益及び一般会計繰入後純損益は平成20年度の実績値である。

図表 7 新潟県立病院における病院数・病床数・病床利用状況・人員・患者数の推移

	16 年度	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度
病院数 <sup>3)</sup>	15	15	15	15	15
許可病床数 (平均)	3,919.6	3,898.4	3,824.2	3,761.0	3,761.0
稼動病床数 (平均)	3,851.1	3,848.0	3,742.9	3,635.0	3,604.0
病床利用率 (許可ベース)	83.8	84.3	83.0	83.2	80.7
病床利用率 (稼動ベース)	85.3	85.4	84.8	86.1	84.2
平均在院日数	20.0	20.3	19.6	19.6	19.2
病床回転率	16.5	16.3	16.7	16.9	16.8
医師数 (年度末)	427.2	414.9	416.1	418.9	426.7
看護師数 (年度末)	2,589.5	2,566.9	2,592.9	2,582.9	2,575.7
コメディカル数 (年度末) <sup>4)</sup>	620.7	623.1	649.3	650	625.7
入院延患者数	1,199,615	1,199,442	1,158,424	1,145,073	1,107,441
外来延患者数	2,208,257	2,123,825	1,971,895	1,842,624	1,732,531
延患者数合計	3,407,872	3,323,267	3,130,319	2,987,697	2,839,972

(出所) 新潟県『新潟県立病院年報 (平成 16 年度～平成 20 年度)』

また、図表 7 から、平成 16 年度からの 5 年間で、入院延患者数と外来延患者数ともに減少の一途を辿っていることがわかる。入院延患者数は、平成 16 年度に 1,199,615 人だったのが、平成 18 年度には 1,158,424 人 (前年度比 41,018 人減) と大きく落ち込み、平成 20 年度には 1,107,441 人 (16 年度比 92,174 人減) にまで減少している。外来延患者数は、平成 16 年度に 2,208,257 人だったのが、平成 18 年度には 1,971,895 人 (前年度比 236,362 人減) と大きく落ち込み、平成 20 年度には 1,732,531 人 (16 年度比 475,726 人減) にまで減少している。

このように、新潟県立病院では、平成 18 年度を契機として患者数が大きく減少しており、このことが診療報酬のマイナス改定とともに、医業収益の大幅な落ち込みにつながっている。なお、病床利用率は、平成 20 年度において許可病床ベースで 80.7%、稼動病床ベースで 84.5% となっており、許可病床ベースで自治体病院全体 (73.8%) と比べて 6.9% 高い。

患者数減少の理由については、供給面と需要面の両方の要因が考えられる。このうち、需要面については、都市部への人口集中とへき地における過疎化の進行による診療圏人口の減少、競争相手となる新たな民間病院等の設立、県立病院に対する利用者の不満等、様々な要因が考えられる。しかし、最も大きな理由は供給面の要因であり、具体的には医師不足による医療機能の縮小である。医師不足の原因には、医師の絶対数の不足、診療科間の医師の偏在の拡大、開業医志向の高まりによる勤務医の減少といったものもあるが、最も影響が大きいのは、平成 16 年における新医師臨床研修制度の導入を発端とする大学病院からの医師派遣の減少である。

新臨床研修制度は、これまで努力規定とされていた医師の臨床研修を義務化し、プライマリ・ケアの基

<sup>3)</sup>病院数自体は過去 5 年間変わらないが、新発田病院とリウマチセンター (新発田病院に併設) の移転開院に伴い、平成 18 年 11 月に瀬波病院をリウマチセンターに改組するとともに、瀬波病院を新潟県厚生農業協同組合連合会に移譲した。

<sup>4)</sup>コメディカル数は、「放射線」、「検査」、「マッサージ・理療」、「医療技術者その他」、「薬剤部」の職員数を合計したものである。

本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けるために、将来専門とする分野に関わらず、最低7分野（現在は5分野）<sup>5)</sup>の臨床研修を2年以上にわたって受けることを義務付けている<sup>6)</sup>。同制度では研修医自身が研修病院を選ぶことができるが、その結果、大都市圏の総合病院を希望する研修医が増加する一方で、とりわけ地方の大学病院では研修医の数が大幅に減少したため、多くの大学病院で派遣医師を引き上げざるを得なくなった<sup>7)</sup>。新潟県立病院も新潟大学病院等から医師の派遣を受けていたため、この影響を受け、深刻な医師不足に直面することとなった。

新潟県立病院は、民間医療機関だけでは供給が十分に行われない地域医療、特殊・高度医療や政策医療の提供主体として、県内における医療ネットワークの維持・確保に重要な役割を果たしてきた。しかし、自治体病院の7割以上が慢性的な赤字に苦しむ中で、新潟県立病院も例外ではなく、今後も現在の体制を維持するためには経営健全化が急務の課題となっている。ただ、県立病院を取り巻く環境は厳しさを増しており、深刻な医師不足による診療科の縮小・休止・閉鎖、診療報酬のマイナス改定、診療圏内人口の減少といった要因が、経営を一層悪化させている。

このような状況の下、県立病院を管轄する新潟県病院局は今後の取組方針として、“信頼される病院づくり”を課題とし、これを実現する取組みとして、「地域医療のネットワーク化」と「適正運営」を挙げている。

このうち、「地域医療のネットワーク化」については、先駆的取組みとして魚沼圏域の医療高度化を掲げている。図表6に示すように、魚沼圏域には松代、六日町、十日町、小出の4病院があるが、救命救急・高度医療を担う病院の不足、医師の不足と偏在、既存4病院の老朽化といった課題を抱えている。このため、新潟県は魚沼圏域の医療高度化を目的として、魚沼基幹病院（仮称）の整備を計画している。『魚沼基幹病院（仮称）基本計画（素案）』によれば、新たに魚沼地域の拠点医療を担う魚沼基幹病院（仮称）を公設民営方式により整備し、小出病院、六日町病院、南魚沼市立ゆきぐに大和病院の3病院の機能を移管するとともに、3病院を住民に身近な医療を担う周辺病院へと再編するとしている。なお、再編に伴い、小出病院を魚沼市に、六日町病院を南魚沼市にそれぞれ移管することを予定している。

さらに、「適正運営」については、様々な活動や経営資源の配分を効率的、合理的に行うことで、地域の医療ニーズに応え、良質な医療サービスを提供するために、「BSC手法による病院経営」を推進していくとしている。

## 4. BSC の意義

BSC (Balanced Scorecard) とは、Robert S. Kaplan と David P. Norton によって開発された戦略実行のた

<sup>5)</sup>当初、内科、外科、救急部門（麻酔科を含む）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療の7分野が必修だったが、平成21年度以降は、内科、救急部門、地域医療の3分野を必修科目、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科の5分野を選択必修科目とし、必修科目の全てと選択必修科目のうちの2つの分野について臨床研修を行うことを義務付けている。

<sup>6)</sup>医師臨床研修制度については、昭和21年に実地修練制度（いわゆるインターン制度）が創設され、大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練を行うこととされた。その後、昭和43年に実地修練制度が廃止され、臨床研修制度が創設された。臨床研修制度では、大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後2年以上の臨床研修を行うように努めるものとされた。（厚生労働省『医師臨床研修制度のホームページ』）

<sup>7)</sup>厚生労働省のデータによれば、研修医の数は、平成15年度（旧臨床研修制度）に大学病院が5,923人（72.5%）、臨床研修病院が2,243人（27.5%）であったのが、平成16年度における新臨床研修制度の導入後、大学病院の研修医の数が年々減少し、平成19年度には3,423人と、平成15年度と比べて2,500人も減少した。その後若干持ち直したが、平成21年度は、大学病院が3,575人（46.8%）、臨床研修病院は4,069人（53.2%）となっている。（厚生労働省『医師臨床研修制度のホームページ』）

めのフレームワークであり、組織やそれを構成するワーク・ユニット<sup>8)</sup>のビジョン (Vision) や戦略を 4 つの視点における目標と業績評価指標に落とし込むことによって、組織やワーク・ユニットのビジョンや戦略を一貫性のある具体的な目標や業績評価指標に置き換えて機能させることを目的としている。ここで 4 つの視点とは、「財務的視点 (financial perspective)」、「顧客の視点 (customer perspective)」、「内部ビジネス・プロセスの視点 (internal-business-process perspective)」及び「学習と成長の視点 (learning and growth perspective)」をいう。

Kaplan と Norton は当初、業績評価システムの革新を意図しており、戦略と整合した体系的な業績評価システムとして BSC を捉えていた。ここで重視されたのは、4 つの視点に基づいて目標と業績評価指標を設定することで、財務指標 (financial measures) と業務指標 (operational measures) とのバランスを図ること、組織やユニットの戦略を特定の評価可能な目標に置き換えること、4 つの視点間での因果連鎖 (目的-手段の関係) を明らかにすること、であった。

しかし、彼らはその後、BSC を戦略実行のための戦略マネジメント・システムへと進化させていった。具体的には、BSC を、戦略についてのコミュニケーション、戦略と資源配分・予算とのリンク及び戦略についての学習基盤として用いることで、業績評価システムという当初の役割を超えて、全員参加による戦略管理(策定・実行・評価)を促進する戦略マネジメント・システムとして機能すると論じている。

そして、BSC を戦略マネジメント・システムとして機能させるために、Kaplan と Norton は「戦略マップ (Strategy Map)」を提唱した。戦略マップとは戦略を可視化するための枠組みであり、BSC 構築の基礎をなすものである。彼らは、『「優れた戦略の策定 (formulation) はある種の芸術である」が「戦略の記述 (description) は芸術であってはならない」』(Kaplan=Norton (2000), p. 176) として、戦略を体系的に記述できることがその効果的な実践可能性を高めるという考えに立って戦略マップを提案している。

Kaplan と Norton によれば、戦略マップには、①2 つの基本戦略 (収益増大戦略と生産性向上戦略)、②顧客への価値提案、③価値創造プロセス、④資産と活動の統合、という 4 つの要素が明確に記述されなければならない (Kaplan=Norton (2004), pp. 10-14 and pp. 36-52)。

筆者は、Kaplan と Norton の見解に従い、BSC を単なる業績評価システムとしてではなく、戦略マネジメント・システムとして捉えた上で、BSC を展開する前提として、病院ごとの戦略を明確にし、これを戦略マップ上に記述し、可視化することが不可欠であるという考えに基づいて指導・助言を行ってきた。

## 5. 新潟県立病院における BSC の特徴と意義

### 5.1 新潟県立病院における BSC の特徴

新潟県立病院では、平成 16 年度以降、一部の病院で BSC の導入を開始していたが、新潟県病院局は平成 19 年度から 15 病院全てに本格導入することを決定した。そして、BSC の導入を推進する目的で、筆者が「県立病院 BSC 推進アドバイザー」(平成 19 年度のみ)に就任した。

県立病院では病院 BSC を「マネジメントシート」と呼称しているが、マネジメントシートは院長シート—部門長シート—セクション長シート—個人シートという 4 層構造となっており、平成 19 年度では、

<sup>8)</sup>BSC のフレームワークは企業だけでなく、政府や非営利組織体においても有効であると考えられており、実際に、本論文で取り上げている病院、さらには公的機関や NPO 等での適用事例も増えている。したがって、本論文では BSC の適用対象を広く捉え、「組織」、「ワーク・ユニット」という用語を用いている。ここで、「ワーク・ユニット」とは、Simons (2000) の定義にしたがいが、「(組織の) 経営資源を利用して活動を行い、業績責任を負う「個々の集団」」(Simons (2000), p. 39) をいう。

病院局は以下のスケジュールにしたがって、院長シートと部門長シートの作成を各病院に要請した。

- 5月末：院長シート案提出
- 6～9月：院長シートの見直し
- 9月末：院長シート・部門長シートの提出

筆者は、5月末の院長シート案提出以後、病院局職員とともに各病院を訪問し、院長と面談し、病院の現状やBSCへの取組みの現状等についてお話を伺うとともに、「院長シート」の見直しに関する指導・助言とBSC研修会を実施した（15病院中14病院で実施）。なお、当初、病院局としては各病院にBSCの作成を求めるだけで、病院局のBSCを作成することは予定していなかったが、筆者は、病院BSCだけでなく、病院局（新潟県）として、県の医療基盤の維持・確保と県立病院の経営健全化に向けた方針を明確にし、その展開を図るために、「局長シート」の作成を提案した。

マネジメントシートの基本様式を示せば、図表8のとおりである。これは三重県立病院が導入したものに準拠している。その理由は、既に広域自治体病院として三重県立病院の事例が紹介されていたため、各病院がそれらを参考にできるようにしたかったからである。これまでBSCを全く知らなかった人が、基本様式と作成マニュアルを提示しただけでマネジメントシートの意味と各区分に記入すべきことを理解し、適切なシートを作成するのは明らかに無理がある。また、いたずらに記入すべき事項にこだわり、結果的に複雑なシートになってしまうと、職員へのBSCの理解が進まず、抵抗感ばかり強まってしまうおそれもあると考えたからである。

図表8 新潟県立病院におけるBSCの基本様式

ビジョン					
経営方針					
区分	戦略マップ	戦略目標	重要成功要因	業績評価指標	アクション・プラン
顧客の視点					
財務的視点					
内部ビジネス・プロセスの視点					
学習と成長の視点					

この様式には2つの特徴がある。その1つは、「顧客の視点」を最上位に位置付けていることである。一般に、BSCでは、組織ないしはビジネス・ユニットの最終的なターゲットとして「財務的視点」を最上位に位置付けているが、県立病院の場合、医療ネットワークの維持・確保のために、必ずしも利益を生まない医療分野であっても行わなければならないため、利益の確保を最終的な目的とするのではなく、医療行為を通じた地域住民や患者への貢献を最終的な目的とする一方で、これを実現していくためには県立病院を存続させなければならない、そのためには経営健全化に向けた一層の努力が求められることから、「顧客の視点」における目標の達成を通じたビジョンの実現を最終的な目的とし、「財務的視点」については、ビジョンを実現する上での制約要因として位置付けている。

もう1つは、戦略マップとBSCを一体化していることである。前述したように、BSCを単なる業績評価システムとしてではなく、全員参加による戦略管理を促進する戦略マネジメント・システムとして機能させるためには、特に、最上位シートである院長シートにおいて、病院戦略を可視化することが不可欠である。そこで、マネジメントシートの様式は戦略マップとBSCを一体化し、シートの作成にあたっては、まず病院戦略について十分な検討を行い、戦略マップ上で「戦略の明確化・可視化」を行ってから、BSC

上で「戦略の実践・評価」のための重要成功要因、業績評価指標（指標の種類とそれぞれの目標値）、アクション・プランを明確化することを求めた。

様式についての特徴を含む、県立病院における BSC の特徴を示せば、以下のとおりである。

- ①マネジメントシートを戦略マネジメント・システムとして位置付け
- ②マネジメントシートは戦略マップと BSC を一体化
- ③「顧客の視点」を最上位に位置付け
- ④院長シート—部門長シート—セクション長シート—個人シート間の「縦のつながり」を重視
- ⑤病院 BSC (院長シート) をもとに組織下位へ展開する「縦展開アプローチ」<sup>9)</sup>を採用
- ⑥院長シートにおける戦略の策定を重視
- ⑦年 1 回のマネジメントシートの見直し

このうち、④と⑤について、院長シート—部門長シート—セクション長シート—個人シート間の「縦のつながり」を確保するため、マネジメントシートの作成にあたっては、病院 BSC (院長シート) をもとに部門長シート、セクション長シートへと展開する「縦展開アプローチ」を採用し、まず院長シートを作成し、その後、院長シートをもとに部門長シートを、さらに、部門長シートをもとにセクション長シートを作成するという手順を取った。

病院 BSC において、最上位シートである院長シートは戦略策定の要であり、病院戦略を可視化する院長シートの作成を通じて、病院全体のベクトルが明確にされなければならない。一方、部門長シート、セクション長シート、個人シートといった下位シートは戦略実践の要であり、下位シートへの展開を通じて、部門やチームといったワーク・ユニットとそれを構成する個々人のベクトルを病院全体のベクトルに整合させなければならない。

また、⑥について、筆者は各病院への訪問時に、特に、院長シートにおける戦略策定の重要性を強調し、マネジメントシートの作成を単なる文書作成に終わらせるのではなく、シートを病院経営の中核として活用していくためには、病院戦略の明確化と院長シートへの落とし込みが最も重要であると訴えた。同様に、⑦についても、年 1 回のマネジメントシートの見直しの中で、特に院長シートにおける戦略マップの見直しの必要性を強調した。

一般に、戦略の有効性・妥当性が失われる原因としては、戦略策定時に想定した前提条件が変化する「経営環境の変化」が挙げられる。しかし、戦略とはあくまで人が策定し、実行するものであるから、これに加えて、「戦略思考の不足・欠如（戦略策定に十分な検討がなされていない）」、「戦略浸透の不足・欠如（戦略の理解・共有が十分になされていない）」、「戦略実行力の不足・欠如（策定された戦略を遂行する能力が組織に存在しない）」といった要因も存在する。そして、戦略に基づくマネジメントの経験に乏しい組織ほど、戦略マップ/BSC の導入初期において、「戦略思考の不足・欠如」や「戦略浸透の不足・欠如」のために、戦略について十分な検討がなされない場合や、仮に優れた戦略を策定しても、組織内に十分に浸透しなかったために適切に実行できない場合が多いと思われる。このことから、定期的な戦略マップ/BSC の見直しを通じて、戦略策定能力と戦略コミュニケーション能力を向上させる必要がある。

<sup>9)</sup>戦略マップ/BSC の導入アプローチとしては、大きく分けて、特定の部門におけるパイロットテストを行い、そこで得た知見をもとに全体へ展開する「横展開アプローチ」と、まず、最上位の組織 BSC (あるいはユニット BSC) を作成し、これをもとに組織下位へと展開する「縦展開アプローチ」がある。

## 5.2 新潟県立病院における BSC の意義

新潟県の病院事業には、県の医療政策の中核を担う主体として、必要不可欠な医療サービスを地域住民に提供するという重要な使命があり、利益が見込める医療分野や地域に限定して医療を提供することはそもそも想定されていない。そのため、現在の県病院事業には、病院経営健全化とユニバーサル・サービスの維持という、相反しうる二面的な目標の同時実現が求められている。病院局には、県立病院の機能維持・強化と経営健全化及び県全体の医療基盤（医療機能・医療水準）の維持・確保が、県立病院には、病院の機能維持・強化と経営健全化及び医療圏における医療体制の維持・確保が求められている。そして、地域にとって必要不可欠な医療サービスを安定供給するために、不採算の医療分野に対する一定の財政支援が避けられないのが現状である。

病院局と県立病院は、財政支援を受けて病院事業を運営する主体として、県民や地域住民に対して、各病院に必要な医療機能、各病院の思い、各病院の医療や経営改善に向けた取組みを説明し、県立病院の運営には県民や地域住民の支持と一定の財政支援が必要であることに理解を求めていく必要がある。また、病院事業に対する県民の理解や各病院に対する地域住民の信頼を維持・獲得するためには、病院局や県立病院からの情報発信にとどまらず、利用者の不満・要望や、県民や地域住民が望む医療サービスに関する意見等について、真摯に受け止める姿勢が求められる。

こういったことから、県立病院における BSC は、経営管理ツールとしての役割だけでなく、病院局と病院、病院局と県民、病院と地域住民との対話を促すツールとしての役割も期待される。このような視点からみれば、病院局 BSC（局長シート）の意義として、以下の3つが挙げられる。

### 【病院局 BSC（局長シート）の意義】

#### ① 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。

#### ② 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）を図るとともに、病院局内でのコミュニケーションの基盤として活用することができる。

#### ③ 県民・患者とのコミュニケーション基盤

新潟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。

一方、病院 BSC（院長シート）の意義としては、以下の3つが挙げられる。

### 【病院 BSC（院長シート）の意義】

#### ① 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。

#### ② 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。

#### ③ 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。

多くの病院が病院 BSC (院長シート) をホームページ上で公表しており<sup>10)</sup>、今後は、多くの方々が院長シートを通じて、各病院が直面する現状や課題、医療サービス向上や経営改善に向けた取組みへの理解を深めて欲しいと願っている。

## 6. 新潟県立病院における BSC の問題点

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は、以下の4点が挙げられる。

- (1) 組織の継続性に対する疑念
- (2) 戦略の自由度に関する制約
- (3) 戦略策定についての課題
- (4) 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

このうち、(1)と(2)は、各病院が BSC 導入にあたって抱く疑念や不満であり、病院のモチベーションに影響を与えている要素である。一方、(3)と(4)は、筆者が感じた病院 BSC の導入にあたっての問題点である。

まず、(1)とは、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、その場合、再編対象になる病院は売却されるか、存続しても大幅に機能が縮小され、現在の規模や機能を維持することはできないのではないかと、という疑念である。そして、このような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。実際、前述した魚沼基幹病院 (仮称) の整備計画では、新たな拠点病院を整備する一方で、小出病院と六日町病院は機能が大幅に縮小され、それぞれ魚沼市と南魚沼市に移管することが予定されている。このような病院に対し、病院 BSC への動機付けを図ることは容易ではない。また、(2)とは、老朽化した病院を新築してホテル機能を充実させたり、設備投資によって医療機能を充実させようと思っても、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限定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、という不満である。

次に、(3)については、以下の3つの問題点が挙げられる。

- ①戦略策定能力の不足
- ②「市場対応力の強化」の検討が不十分
- ③「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

①は、これまで戦略思考に基づいたマネジメントを行ってこなかった病院にとって、いきなり院長シート上で病院戦略の明確化を求められても、すぐには対応できず、「戦略思考の不足・欠如」によって、適切な戦略を策定することができない、あるいは、戦略を策定しても、それを戦略マップ上に適切に表現することができない、という問題である。

<sup>10)</sup>但し、公表されている病院 BSC (院長シート) については、毎年見直しを行い、直近年度に作成したものに更新している病院もあれば、平成 19 年度に作成したものを公表しているだけで、その後、全く更新していない病院もあり、マネジメントシートへの取組みに病院間で温度差があることが伺える。また、毎年見直しを行っている病院でも、直近のものだけが公表されているため、これまでマネジメントシートをどのように見直してきたのかをみるできない。

この点について、広域自治体病院として先駆的に取り組んできた三重県立病院では、三重県病院事業庁のホームページ上に、病院事業庁長シートと、各県立病院の院長シートと部門長シートを、平成 17 年度から平成 21 年度までの 5 年間について掲載している。(三重県病院事業庁ホームページ『マネジメント・シート』)

一方、戦略マップ上に表現された戦略を、Simons (2000) による「市場対応力 (market responsiveness)」と「専門化 (specialization)」という戦略の2要素からみると、上記②と③の問題点が挙げられる。

まず、②については、多くの病院において、院長シートの戦略マップ上で市場対応力についての検討が不十分であった。市場対応力の強化については、収益基盤の確立が組織存続の要であるとともに、市場対応力が必要な専門性の範囲を決定することから、医療圏内の人口動態や医療機関の動態に応じて、各病院が重点的に果たす役割を見直す必要がある。このため、市場対応力の強化について、戦略マップ上で明確化するように求めた。

病院における市場対応力強化の視点としては、「診療科 (内科・外科等)」、「医療体制 (一次医療・二次医療・三次医療)」、「医療の種類 (外来・入院・在宅)」、「症状段階 (急性期・亜急性期・慢性期・終末期)」といった視点があり、どのセグメントを強化するかは、病院の経営資源、地域の人口動態と医療ニーズ、競合病院や連携可能な医療機関の動態といった要因に依存する。市場対応力を強化するためには、病院のポジショニングに沿った重点領域を明確にし、院内・院外への周知を図っていく必要がある。

また、③について、院長シートの戦略マップ上では、市場対応力の強化と比べると、専門性の強化については強く意識されていたが、その多くが特定機能強化の視点に偏りがちであった。

病院が担う機能は高度に専門性が高く、また、患者にとって病院に対する信頼の拠り所でもあるため、不断の努力による専門性の維持・強化は不可欠である。但し、単なる部分最適の寄せ集めでは全体最適には結びつかない。部分最適 (部門・セクション) と全体最適 (院内部門間・セクション間連携、組織間連携) の両方の視点が不可欠である。このことから、専門性の強化には、「部門・セクション内での特定機能の強化」、「部門・セクション間連携による院内機能連携の強化」、「病病連携・病診連携による病院間機能連携の強化」、「現在の専門性と将来に向けた専門性基盤の強化」といった視点が挙げられる。

医師・看護師・コメディカルといった、それぞれの職種ごとの機能戦略をただ寄せ集めただけでは、特定機能強化の視点に偏りがちになってしまう。医療サービスの一層の向上を図るためには、特定機能の強化だけでなく、利用者が望む専門性の強化、具体的には、部門・セクション間連携や病病連携・病診連携に基づく患者サービスの向上や症状ステージ全体 (発症—治療—回復・亜急性期対応) を意識した機能強化が必要である。そして、このような全体最適に向けた専門性強化にあたっては、セクション間、部門間、組織間でのコミュニケーションがより重要となってくる。このことから、BSCに基づいて、組織間連携、院内連携、将来に向けた専門性基盤の強化 (治療技術の進化・高度化と医療分野の多様化への対応) についての方向性と具体策を議論することが求められる。

なお、「市場対応力」と「専門化」のいずれを強化する上でも、「競合」と「連携」の視点が重要である。まず、市場対応力強化のための「競合」の視点とは差別化であり、「連携」の視点とは相互補完のことである。具体的には、以下のようなものが考えられる。

○市場対応力強化のための「競合」の視点 (差別化) :

- ・自院の重点領域は地域の医療ニーズに合致し、他病院と競合しない領域か。
- ・他病院と競合する場合、競合する重点領域における自院の強みは何か。

○市場対応力強化のための「連携」の視点 (相互補完) :

- ・自院の重点領域を強化する上で、どのような病病連携・病診連携が有効か。
- ・自院が手薄な領域をカバーする上で、どのような病病連携・病診連携が不可欠か。

一方、専門性強化のための「競合」の視点とはベンチマーキングであり、「連携」の視点とは全体最適化のことである。具体的には、以下のようなものが考えられる。

○専門性強化のための「競合」の視点 (ベンチマーキング) :

- ・ 自院の専門性は他院と比べて十分な水準か。
- ・ 個別部門・個別セクションの専門性は他部門・他セクションと比べて十分な水準か。

○専門性強化のための「連携」の視点 (全体最適化) :

- ・ 患者サービスの向上のために、どのような院内機能間連携を強化する必要があるか。

最後に、(4)については、以下の5つの課題が挙げられる。

①上位シートとの連携が確保されていない

院長シートで明確にされた病院戦略を実践するには、本来、院長シート—部門長シート—セクション長シート—個人シート間の「縦のつながり」を確保し、下位シートの戦略テーマ、戦略目標、アクション・プランは、上位シートにおける戦略テーマの実践と戦略目標の達成に貢献するという意味で上位シートとの連携が確保されなければならない。しかし、実際には、院長シート、部門長シート、セクション長シートが同時に作成され、上位シートと下位シートとの連携についての検討が不十分なケースが多くみられた。これでは、戦略マップ/BSCを通じて戦略を展開することはできず、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できない。

②医師の参画が得られない

一般に多くの病院でみられる傾向ではあるが、新潟県立病院においても、下位シートへの展開にあたって、医師の支援や協力が得られないケースが多くみられた。この理由として、医師不足、過酷な勤務、希薄な帰属意識、BSCへの反発といった要因が挙げられる。

ただ、医師は多くの医療行為において中心的役割を担っており、看護師やコメディカルは医師の指示にしたがい、医師を支援する業務を行っている。このため、医師の参画が得られない、看護師やコメディカルが中心のBSCでは、これまで取り組んできた部門やセクション単位の目標管理の焼き直しにすぎず、病院全体の視点に立った戦略の展開ができない。また、市場対応力を強化するための道筋を示すこともできず、専門性の強化についても、部門・セクション内での特定機能の強化に限定され、院内連携や組織間連携に基づく機能戦略を盛り込むこともできない。

③個々の病院への帰属意識が低い

新潟県立病院は、県内における医療ネットワークの維持・確保を図るため、新潟市、長岡市、上越市といった都市部だけでなく、過疎地域にも多く所在している。そして、特に過疎地域に位置する病院の従事者を安定的に確保するため、公務員型人事異動を採用している。そのため、多くの職員が数年おきに他の県立病院に異動することから、個々の病院への帰属意識が高まりにくい。このことが、病院BSCへの意欲が高まらない一つの要因と考えられる。

④経営管理機能が脆弱

新潟県立病院では経営悪化が深刻さを増す中で、人件費の削減のため、医療事務を中心として間接人員を削減し、間接機能の外注化を進めてきた。BSCに基づくマネジメントを実施するためには、BSCの運用を支える人材、特に経営管理部門の人材が必要であるが、新潟県立病院では、医療従事者の確保を優先しながら、人件費を削減・抑制するために、経営管理部門への人材配置は不十分な状況となっている。経営管理機能が脆弱なままでは、病院BSCの運用を支える人材を確保できず、このことが病院BSCの阻害要因となってしまう。

この点について、新潟県立病院では、各病院の職員の中からファシリテーターを育成しているが、ファシリテーターの大半は看護師やコメディカルの医療従事者であり、彼らは本業との兼ね合いや、医

師をはじめ、他の医療従事者の協力を得るのに腐心しているのが現状である。

⑤インセンティブがない

新潟県立病院は昭和30年に、都道府県立病院では全国で最初に地方公営企業法の全部適用へ移行した。しかし、過疎地域に位置する病院の従事者を安定的に確保することもあって、現状では、人事管理や予算の執行管理は基本的には知事部局と同様であり、給与制度も知事部局に準拠している。そのため、基本的には、年功序列型報酬・身分保障といった公務員型報酬システムが採用されており、業績改善や業績悪化が給与に直接影響を与えることはない。このことが結果的に、病院BSCに基づく経営改善のモチベーションを奪っている可能性がある。

## 7. おわりに

本論文では、新潟県立病院におけるBSCについて、主に導入過程に焦点を当て、その特徴と問題点を論じてきた。

自治体病院の経営悪化が深刻さを増す中、経営改革の必要性が強く叫ばれている。「公立病院改革ガイドライン」は経営改革に向けて、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直し、の3つの方向性を提示しているが、再編・ネットワーク化や経営形態の見直しが「外科的処置」であるのに対し、BSCに基づく戦略マネジメントは病院の自助努力を促す手法であり、「内科的処置」といえる。

病院BSCに基づく戦略マネジメントの実践には、院長シートにおける病院戦略の十分な検討と、院長シートとの整合性を確保した下位シートへの展開が不可欠である。そして、これを実践するためには、院長の強いリーダーシップとともに、医師の参画・協力が不可欠である。さらに、病院BSCの運用を支える人材の確保・育成と、BSCに基づいて経営改善を図るといった職員全体の強い意志が求められる。

このように、BSCに基づく経営改革の実現には、院長の強いリーダーシップ、医師の参画・協力、病院BSCの運用を支える人材の確保・育成、BSCに基づいて経営改善を図る職員全体の強い意志、といった人的要素の結合が鍵となる。そして、戦略マップ/BSCの作成は、BSCに基づく戦略マネジメントの第一歩に過ぎない。素晴らしいBSCを作成したところで、それが経営改善に向けた行動につながらなければ意味がない。新潟県病院局は今後の適正運営に向けて、「BSC手法による病院経営」を推進するとしている。BSCへの取組みが単なるシートの作成作業に終始することなく、職員全員による一丸となった取組みによって、戦略マネジメントの実質化が図られることを期待している。

広域自治体病院は、都道府県の医療政策の中核を担う主体として、必要不可欠な医療サービスを地域住民に提供するという重要な使命があり、病院経営健全化とユニバーサル・サービスの維持という、相反しうる二面的な目標の同時実現が求められている。広域自治体病院が直面する環境は依然として厳しいが、病院BSCに基づくマネジメントがこのような目標の実現の一助になればと願っている。

## 参考文献

- 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。  
伊藤和憲 (2006) 「戦略マップとBSCの導入事例」『企業会計』Vol. 58 No. 10, 104-113 ページ。

- 木村憲洋・川越 満 (2005) 『病院のしくみ』日本実業出版社.
- 自治体病院経営研究会編集 (2006) 『自治体病院経営ハンドブック (第 13 次改訂版)』ぎょうせい.
- 自治体病院経営研究会編集 (2007) 『自治体病院経営ハンドブック (第 14 次改訂版)』ぎょうせい.
- 自治体病院経営研究会編集 (2008) 『自治体病院経営ハンドブック (第 15 次改訂版)』ぎょうせい.
- 自治体病院経営研究会編集 (2009) 『自治体病院経営ハンドブック (第 16 次改訂版)』ぎょうせい.
- 清水 孝編著 (2004) 『戦略マネジメント・システム—企業・非営利組織のバランスト・スコアカード』東洋経済新報社.
- 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.
- 谷 武幸 (2006) 「病院経営への BSC の導入」『会計』第 169 巻第 2 号, 52-70 ページ.
- 日本医療バランスト・スコアカード研究学会 (2007) 『医療バランスト・スコアカード導入のすべて』生産性出版.
- 山口直也 (2007) 「SMEs (Small- and Medium-sized Enterprises) の業績管理—BSC (Balanced Scorecard) の利用可能性について—」『東北学院大学経営・会計研究』(東北学院大学経理研究所) 第 14 号, 1-20 ページ.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 1992. The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, Jan/Feb, Vol. 70, Issue 1, pp. 71-79.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 1993. Putting the Balanced Scorecard to Work, *Harvard Business Review*, Sep/Oct, Vol. 71, Issue 5, p 134, pp. 134-142.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 1996. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System, *Harvard Business Review*, Jan/Feb, Vol. 74 Issue 1, pp. 75-85.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 1996. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press. (邦訳) 吉川武男 (1997) 『バランスト・スコアカード』生産性出版.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 2000. Having Trouble with Your Strategy? Then Map It, *Harvard Business Review*, Sep/Oct, Vol. 78 Issue 5, pp. 167-176.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 2001. *The Strategy-Focused Organization*, Harvard Business School Press. (邦訳) 櫻井通晴監訳 (2001) 『キャプランとノートの戦略バランスト・スコアカード』東洋経済新報社.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P., 2004. *Strategy Maps*, Harvard Business School Press. (邦訳) 櫻井・伊藤・長谷川監訳 (2005) 『戦略マップ—バランスト・スコアカードの新・戦略実行フレームワーク』ランダムハウス講談社.
- Niven, P.R., 2000. *Balanced Scorecard Step by Step: maximizing performance and maintaining results*, John Wiley & Sons, Inc. (邦訳) 松原恭司郎 (2004) 『ステップ・バイ・ステップ バランスト・スコアカード経営』中央経済社.
- Simons, R., 2000. *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice Hall. (邦訳) 伊藤邦雄監訳 (2003) 『戦略評価の経営学—戦略の実行を支える業績評価と会計システム』ダイヤモンド社.

## 参考資料

厚生労働省『医師臨床研修制度のホームページ』

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/index.html>).

厚生労働省『医療施設動態調査』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>).

公立病院改革懇談会資料 (第1回～第5回)

([http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/index.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/index.html)).

全国自治体病院開設者協議会ホームページ (<http://www.jmha.or.jp/conf/activity/activity15.html>).

総務省自治財政局『平成20年度 地方公営企業決算の概況』

([http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000058683.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000058683.pdf)).

総務省自治財政局ホームページ『公立病院改革』

([http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/hospital.html](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/hospital.html)).

新潟県『新潟県立病院年報 (平成16年度～平成20年度)』.

新潟県 (2006)『第4次新潟県地域保健医療計画』.

新潟県 (2009)『新潟県病院事業の取組方針～信頼される病院を目指して～』.

新潟県病院局『県立病院のカルテ (平成19年度)』.

新潟県病院局『平成20年度決算概要』.

三重県病院事業庁ホームページ『マネジメント・シート』

(<http://www.pref.mie.jp/D3BYOUIN/johosoko/manasheet.htm>).