

医療バランスト・スコアカードの展開の日英比較

荒 井 耕*

(大阪市立大学大学院経営学研究科助教授)

1. はじめに

いま諸外国において、医療界におけるバランスト・スコアカード（BSC）¹⁾に対する関心が高まっている。筆者がデータベースを活用して調査した限りでも、文献報告ベースで、アメリカ、カナダ、日本、イギリス、ニュージーランド、ドイツ、フランス、スウェーデン、スイス、シンガポールでの取組みが報告されている。とりわけ北米医療界においては関心が高く実践も進んでいるが（荒井, 2002a,b,c,d,e）、日本医療界でも関心が高い（Arai, 2004a,b; 荒井, 2003a,b,c,d）。

日本医療界におけるBSCへの関心の高さの背景には、90年代以降の次のような病院経営環境の根本的な変化がある（詳細はArai, 2004b）。また90年代半ば以降取組みが活発になった経営指標による管理システムの問題点への対応という観点からも、BSCが期待されているといえる（詳細はArai, 2004a）。

- ① 厳しい財務的状況下において財務面と医療の質など非財務面とのバランスをとることの必要性
- ② 護送船団方式の下でのフルライン（医療サービス）提供体制から、病院自らの意思決定に基づく提供医療サービスの選択と集中という病院経営枠組みの大きな変革の中での戦略的経営の重要性の高まり
- ③ まだまだ弱いものの、医療需要者側の影響力の増加に伴うアカウントビリティ（公的資金に対する受託責任の適切な遂行とその説明・証明）要求の高まりへの対応の必要性
- ④ 診療と経営の融合領域での経営管理の重要性が高まる中での、管理活動面と意識面の両面における診療と経営の「架け橋」の必要性の高まり

こうした状況下において、日本における医療BSCを適切に理解し、医療界により有効なBSCを普及させるためには、諸外国における医療BSCの展開を把握し比較研究することが極めて有効である。しかし今までのところ、北米医療界（特にアメリカ）におけるBSCの展開の検討とその日本にとっての示唆に関する筆者による研究（荒井, 2002a,b,c,d,e）はあるものの、十分な比較研究はない。BSCの強烈な提

*1971年生まれ。1994年一橋大学商学部卒業。富士総合研究所を経て、一橋大学大学院修了（商学博士）。大阪市立大学大学院経営学研究科専任講師を経て、2002年より現職。医療施設経営安定化推進事業研究会、国立病院等財務会計・管理会計システム等検討会、「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究」医療経済班、「開設主体別病院会計準則適用に関する調査・研究」研究協力者会議・専門家会議、「医療機関の部門別収支に関する調査研究」検討委員会など、多数の厚生労働省の検討会等の委員を務めてきた。主な論文・著書に、「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』163(5)、「病院界における部門別原価計算システムの現状」『企業会計』56(2)、『医療バランスト・スコアカード』（中央経済社、近刊）などがある。連絡先：arai@bus.osaka-cu.ac.jp

1) 医療界におけるバランスト・スコアカード全般についての解説は荒井他（2003a）を参照されたい。

唱者がおり、また市場競争をベースとしたマネジメントが極めて重要な意味を持つアメリカ医療界における展開とのみ比較研究するのも十分とはいえないだろう。そこで今回は日本における医療BSCの展開と比較しつつ、イギリスにおける展開を紹介・検討する。そのことを通じて、日本における医療BSCの展開を適切に捉えるとともに、イギリスにおける展開から日本医療界における今後の示唆を得る。

まず日英における医療BSCの展開の共通点及びそれを示唆するロンドンの病院のBSC事例を紹介・検討し、次に日英における相違点を明確にする。その上で、日英の相違点に注目すると医療界におけるBSCには大きく3つのタイプがあることを示し、それを3つの医療BSCモデル（医療提供システム共通BSCモデル、診療圏連携BSCモデル、法人・施設BSCモデル）として提示する。最後にイギリスにおける医療BSCの展開の日本医療界にとっての示唆を提示する。

2. 日英における医療BSCの共通点： 実務界における一般的理解・事例としてのロンドンの病院のBSC

まず日英医療界におけるBSCの状況を比較した場合の共通点として、少なくとも病院レベルでは、関心は高いが実際にBSCを導入しているケースはまだ少ないという点が挙げられる。筆者がイギリスにおいてデータベースを利用して検索した範囲では、日本と同様に非常に限られた報告のみが見られ、北米における状況と対照的である。またイギリス医療界のBSCに取り組んでいる数少ない研究者も、同様の指摘をしている。たとえばRadnorとLovellは、NHS全体レベルでの政府のBSCへの熱意にもかかわらず、地方の病院レベルでは現状ではBSCは広く用いられてはいないと述べている（Lovell and Radnor, 2002, p.4; Radnor and Lovell, 2003a,p.99; 2003b,p.174）。

また少ないが実施している病院においても、実態としては、因果連鎖を本当に重視した戦略的マネジメントシステムとしてのBSCは少なく、単にバランスの取れた多面的な業績管理システムとしての理解・事例がイギリスにおいても医療実務界では多い。たとえば医療実務家（診療部長）のMurphy氏は、よりよいBSCとして、患者・国民・医療専門職・財務省の4つの利害関係者を考慮した業績評価スコアカードを提唱しており²⁾、因果連鎖に関する言及はない（Murphy, 1997）。またBradford地方におけるBSCプロジェクトにおいても、大半の病院においては、BSCは従来の業績管理システムと同様のものと理解され、システムの重複でコストに見合わない職員に理解されていた（Radnor and Lovell, 2003a）。

さらに筆者がインタビュー調査したロンドンのGuy's and St. Thomas 病院トラストにおいて、病院全体レベルと各主要なサービス領域別現業部門及び管理系部署レベルで2001年に導入されたBSCも、単なる多面的な業績管理システムであった。そのマネジメントシステムは戦略的観点から優先順位を明確にした業績管理システムではあったが、そこでは因果連鎖の考慮はほとんど見られず、戦略マップの構築もなされていなかった。しかし彼らはBSCを導入していると主張・認識していた。イギリス医療実務界における一般的なBSC理解・事例として、この病院における事例をここで簡単に紹介しておく。

当病院では、まず戦略的優先順位と年次目標を明らかにし、各目標を達成するための行動計画と達成状況を測定するための指標及び成果ターゲットが設定された。諸目標は、病院独自の地域的優先順位に基づいてNHS全体を対象としたNHSプランのターゲットを編集したものが多く、各部門・部署は事業計画

2) Murphy氏は、BSCを医師とともに活用することにより、他の利害関係者の正当な視点についての医師の認識を高めることができるとしている。このことは、究極的には医師が患者ケアに資源を投入しており、医師は他の利害関係者からの影響がなければ自らの行動指針のみに基づいて多大な資源を投入するので、本質的に重要であるとしている（p.472）。

プロセスの一環として、独自の目標及び優先順位を明確にした。そのため、「患者アクセス」の視点を中心に一部の諸目標及びその成果指標・事象は国レベルと同様であるが、病院独自の成果指標・事象が多く設定されている。また当病院では、国レベルの共通B S CといえるPerformance Assessment Framework (P A F)上の高次業績指標よりもはるかに多くの指標が設定されている上、病院全体としては10の視点を有しており、P A Fと視点枠組みも異なる(P A F-B S Cについての詳細は荒井(2005b)を参照)。このように当病院のB S Cは、国の共通B S Cと一定の関係を持ちつつも、基本的に当病院独自のシステムであるといえる。

病院全体レベルのB S Cでは、10の視点に相当する大目標が設定され(2003/04年版)、各視点においてより具体的な諸目標(複数の視点と関わっている目標もある)と、その目標の達成状況を測定するための成果指標・事象及びそのターゲットレベル・日時が設定されている。その10の視点は、患者アクセス(目標数1)臨床ケアの質(18)患者・職員の多様性(1)患者の参画(3)施設環境(8)職員能力開発(7)資源有効利用(3)他機関との連携(5)教育・研究(3)戦略開発・検討(3)である。

かなり多くの目標が設定されている視点(特に「臨床ケアの質」)や、一つの目標に複数の成果指標・事象が設定されている目標もかなり多い(特に「患者アクセス」の視点の「待ち時間・予約・選択に関する政府の標準の達成」という目標に対しては非常に多くの成果指標・事象が設定されている)。定量的な成果指標とそのターゲットが設定されている目標(特に「患者アクセス」視点と「資源有効利用」視点)がある一方、定性的な成果事象とその達成目標日時の設定がなされている目標も多く、定量化は十分になされているとはいえない。

各現業部門(急性期内科、心臓胸部サービス、小児サービス、歯科サービス、診断・療法サービス、腫瘍・血液サービス、周術期サービス、腎臓・泌尿器サービス、専門内科、外科、女性医療サービス)及び各担当取締役管理系部署(代表取締役、運営取締役、財務、業績・情報管理、看護、人事、連携・企画、診療、コミュニケーション)のB S Cは、この病院全体レベルの統合B S Cの視点・目標の中から、各部門に関係がありかつ当部門にとって優先順位の高い視点・目標のみを選択して設定している。そのため部門レベルのB S Cでは、視点数・目標数ともやや絞られている。管理系部門では部門により3~7視点、現業部門では部門により6~9視点となっている。また「臨床ケアの質」の視点では全部で18の目標が見られるが、すべての現業部門において半数以下の目標数に絞られている他、管理系部門では0~4つの目標に絞られている。たとえば外科部門のB S Cは、8つの視点に絞られており、目標数の多い「臨床ケアの質」の視点でも9つの目標のみに限定して設定されている。

各部門のB S Cは四半期ごとに作成され、各期の業績達成状況と課題を部門担当者に知らせることを目的としている。各視点各目標の各成果指標・事象別に、緑(目標達成)・黄色(ちょっと困難)・赤(目標未達成)の色分けがなされており、問題のある成果指標・事象が一目でわかる工夫がなされている。また各成果指標・事象ごとに、当四半期で期待されていたより具体的な成果とその達成状況・課題についての担当責任者によるコメントが、色分けと対置する形で提示されている。さらにグラフ化された時系列データ等も随所に提示されており、理解しやすさ、利用しやすさにかかなりの留意がなされている。

このようにこの病院のB S Cは戦略的優先順位に基づいて目標を設定し、諸目標を各視点に分類した上で、その目標達成を測定するための指標とターゲット値と行動計画を、病院全体レベルと部門レベルで作成しているが、諸目標間の因果関係の考慮などはなされておらず、単なるK P Iスコアカードである。しかし当事者はこのシステムをB S Cであると理解している。

3. 日英における医療BSCの相違点

イギリスでは、個別の病院レベルでのBSCの活動・議論は日本に比べると活発でない。イギリス医療界ではすでに業績管理システムの相対的に長い歴史があるため (Martin et al., 2002, p.750; Pollitt, 1986), 新たな業績管理システムの必要性を十分認識できないという面がある (Radnor and Lovell, 2003a)。

Pollitt (1986)によれば、1979年から公共セクターにおいて業績評価活動の波が高くなり (p.156), NHSもその波に飲み込まれた最初の公共機関の一つであるという (pp.157-158)。まず1983年には、政府により最初のNHS全体としての業績指標セットが作成された。この業績指標システムは、そのデータの信頼性あるいは地方医療当局の意思決定の主要なプロセスとの適合性の欠如のために、十分に利用されなかった。また資源消費に決定的な役割を果たす医療専門職も、たいていはこのシステムに不熱心なままだった。そこで85年には大きな改善をした2番目の業績指標セットが公表された (p.158)。この業績管理システムにもアウトカムデータの不足や地方医療当局の他の意思決定プロセスとの統合の欠如という問題が残されていたが、ここで重要なことは、このようにNHSにおいてはすでに業績管理システムの長い歴史があるということである。

上述の病院の事例のように、単なる多面的な業績管理システムとしてのBSC理解が医療実務界では一般的であることも、BSCはいままで業績管理システムとのコストに見合わない重複 (いままでの業績管理システムの修正で十分) との認識を生み出している。一方日本では、イギリス同様に、BSCを単なる多面的な業績管理・意思決定システムとして理解あるいは期待されていることが医療実務界では多いが、伝統的にしっかりとした多面的な業績管理・意思決定の枠組みが導入されてこなかったために、既存のシステムとの重複という認識があまりないように思われる。

もっとも、個別病院レベルでは日本の方がBSCの取組み・議論が活発であるとはいっても、単純な多面的な業績管理システムとしての議論及び試行が活発なだけであり、因果連鎖を本当に重視した戦略的マネジメントシステムとしてのBSCはまだ活発ではない。BSCの新しいところとされる本質的な部分とは関係なく、既存の医療界のマネジメントシステムに欠落しているニーズ (多面的な業績管理・意思決定枠組み、上下間及び職種間・同僚間のコミュニケーションツール、知識・情報の共有・学習促進枠組みなど) を満たすために、BSCという名の下で各病院が必要なマネジメントシステムを模索しているというのが実態である。別の言い方をすれば、しっかりとしたマネジメントシステムが従来日本医療界には欠かしていたが、経営環境の悪化・不安定化を背景に、いましっかりとしたマネジメントシステムの構築が求められており、たまたま今BSCがブームなため、BSCの名の下で、BSCの本質とは無関係に自病院のニーズを満たしているだけともいえる。

またイギリスにおいて個別病院レベルでのBSCが活発でないもう一つの大きな理由は、医療界に限らずイギリスにおいてはBSCの既存のマネジメントシステムとの違い (特長) に対する疑念が強いという点が挙げられる (Norreklit, 2000; 2003他)。たとえばNorreklitは、次のようにKaplanとNortonのBSCを批判している。

まず顧客視点の戦略目標の達成が財務視点の戦略目標の達成につながるという因果関係は実証されておらず、論理的関係 (あるいは相関関係) を示したに過ぎない文献を根拠として、因果関係があると主張していると指摘している。これについては、戦略目標間の因果連鎖を仮定して意思決定等をすることの重要性をBSCは強調しており、必ずしも特定の因果関係を前提としなくてもいいし、因果関係の仮定でもい

いと考えるならば、この批判は完全にBSCを否定するものではない。もっとも、BSCの特長として因果連鎖を強調するからには、よりしっかりとした因果関係に基づいたBSCモデルが提示されるべきであるし、因果関係の仮定だけでよいのであればBSCは全く新しいマネジメントシステムであるともいい難く、ある場合には既存システムの改善で十分であり、BSC導入コストが便益に見合わないケースも少なくないのは確かであろう。

またBSCは戦略的マネジメントシステムとされているが、戦略自体はこのマネジメントシステムに組み込まれていないと主張している。BSCは競争や技術的展開をそれ自体では把握しておらず、したがって現在の戦略を無効にするかもしれない事象に伴うリスクの観点からの戦略的不確実性を考慮していないと指摘する。これについては、戦略マップの導入などにより戦略とのリンクが従来よりも強調されているので、競争や技術的展開を別途把握してそれに対応した新しい戦略をすぐに策定し、新しい戦略マップで新戦略を迅速にBSCに落とし込んでいけば、BSCにすぐに競争や技術的展開が反映されることにはなると思われる。

こうしたNorreklit等によるBSC批判に対する反論もありうるが、ここで重要なのは、こうしたBSC批判がイギリスでは管理会計研究者の間でも広く受け入れられていることである。筆者のイギリスでの2004年の在外研究期間中においても、BSCに対する否定的意見が管理会計研究者の間では強かった。こうしたイギリスにおけるBSCの既存のマネジメントシステムとの違いに対する疑念が、BSC議論が活発でない背景の一つとしてある。一方、アメリカ志向の強い日本社会では、アメリカで流行しているマネジメントシステムであるBSCに対する疑念・批判力が弱いように感じられる。

次に、イギリス医療界においてBSCについて議論される時、その議論は、PAFというNHS全体での病院共通の業績評価枠組み（荒井,2005b）³⁾や、患者に対する一連の医療サービスが完結する診療圏レベルでの取組み（荒井,2005c）が中心である。もちろん個別病院レベルのBSCも見られるが、診療圏レベルのBSC活動の中で捉えられていることが多い。Bradford Health Action ZoneにおけるBSCの取組みやSomerset Health and Social Services CommunityにおけるBSCの取組みがそのよい事例であるといえる（荒井,2005c参照）。

またイギリスにおける医療・社会サービス領域をベースとして公共セクターBSCを提唱し実践しているMoullin(2004)も、その重要な要素として、多くのサービス利用者はいくつかの機関からサービス提供を受けているため、単に一つの機関の観点からではなく機関の境界をまたがる患者・サービス利用者の経験をマッピングしてBSCを構築することを挙げている（p.1167）⁴⁾。公共セクターBSCは、患者によって経験されるシステム全体を見るために、まず利用されうるとも述べている（p.1171）。

すなわち日本においては病院レベルでのBSCの議論が中心であるのに対して、イギリスでは相対的に国全体や診療圏といった地域医療システムレベルでのBSCの議論に焦点がある。つまり日英ではBSC

3) 医療委員会(Healthcare Commission)が、急性期・救急・精神・一次診療の種類別トラスト群ごとに、業績管理やアカウントビリティなどを目的として策定した共通の指標群があり、その指標群においてもBSC指標という言葉が用いられている。しかしBSCのような視点枠組みはなく、指標に対応する戦略的目標や具体的な行動計画もなく、単に幅広い領域に関連する指標群セットにすぎない。またNeely and Micheli(2004)が指摘するように、指標システムとしての一貫性に欠け、かつ明らかにBSCという言葉が誤用している。そのため筆者は、この医療委員会による医療システム共通の指標群はBSCという用語が使われているが、共通BSCの事例とは捉えていない。また共通の指標群システム上の指標から統合指標を作成し病院トラストをランキングするStar RatingをBSCと呼んでいる場合もあるが、指標の統合によるランキングはBSCの本質とはかなり異なるため、これも共通BSCの事例とは捉えていない。BSCにおいては、病院間で比較するにしても、各視点内の各目標に対応した指標ごとに比較することに意味があると考えている。

4) さらにMoullin(2004)は、利害関係者（特にサービス利用者）の「貢献」（ニーズに合ったサービスの開発支援という側面と自身の健康と受ける医療についての意思決定への参加という側面の2側面での「貢献」という要素が、利害関係者の「満足度」とともにサービス利用者・利害関係者視点に含められるべき点や、リスクマネジメントの側面をもっと強調すべき点などを公共セクターBSCの重要な要素として指摘している。

構築対象の焦点が異なるのである。そしてこのことは、次節で詳述するように、単に構築対象が異なるだけでなく、BSCの主目的・主対応ニーズが異なることを実証している。

さらにイギリス医療界では、NHS全体レベルの共通のBSCでも診療圏レベルのBSC（及びその下での病院レベルのBSC）でも、アカウントビリティという視点が非常に強調されている（Chang et al., 2002; Chang, 2004; DH, 2001; Lovell and Radnor, 2002; Martin et al., 2002; NHS Executive, 1999; Radnor and Lovell, 2003a,b）。たとえばDH(2001)は、NHS全体を対象とした共通BSCとされるPAFについての説明報告書の中で、PAFの2大目的として継続的なサービス改善と国民・議会へのアカウントビリティを挙げている（foreword, p.4）。

また診療圏レベル（及びその下での個別機関レベル）のBSC活動に取り組んだRadnor and Lovellも、いかにBSCが既存の業績管理システムを上回る価値を付加しうるかを医療機関職員に証明することがまず重要であるが、この証明は、政府がアカウントビリティ向上の必要を強調し続けているという点に注目することから始めることができると主張している（Radnor and Lovell, 2003a, p.102）。また明確さ・透明性・アカウントビリティという観点からは、既存の業績管理システムがBSCに匹敵する便益を提供しているとは主張できないであろうとも述べている（Radnor and Lovell, 2003a, p.104）。さらに、アカウントビリティが正しく導入コスト・便益等式に組み入れられれば、管理者はBSC導入に伴う資源要請の増加を正当化できるとも主張している（Radnor and Lovell, 2003b, p.185）。

一方、日本医療界においては、BSC活動の目的として、アカウントビリティという観点が非常に弱い（Arai, 2004b）。これは、日本においては伝統的に医療需要者側の影響力が弱いこと（政府は医療供給者側の保護を優先してきたこと）や、国民が民間病院も含めた広い意味での「公」的な機関に対して伝統的に信頼感を有していることが関係していると思われる。

しかし近年の公的保険機関の財政破綻状況を背景に、政府が医療需要者側の保護を優先するようになってきていることや、公的保険機関同士の協力によるレセプト分析を通じた各病院のコスト有効性評価などにより、医療供給者側に対する影響力の強化が図られていることから、まだまだ弱いものの、徐々に医療需要者側の相対的な力が高まっている。直接的な需要者である患者等も、インターネットやマスメディアを活用して、徐々にではあるが力を強めている。また「公」的な機関に対する日本人の伝統的な信頼感（及びそれを背景とした詳細なアカウントビリティの必要性の認識不足）も、継続的な「公」的機関の不祥事などにより徐々に失われつつある。こうした医療需要者側の相対的な影響力の高まりと「公」的機関への信頼感の喪失とともに、医療提供者側に対するアカウントビリティ要求が徐々に高まっており、今後アカウントビリティという観点からのBSCの有用性も認識されてくるのではないと思われる。

加えて、イギリス医療界におけるBSCの議論では、BSCシステムが持つ職員の行動側面への影響に注目することの必要性が強調されている（Chang, 2004; Radnor and McGuire, 2004）。たとえばChang (2004)は、都合のよい結果が得られるようにするための指標データの職員による操作（Game Playing）への留意が大切であることを指摘している⁵⁾。またRadnor and McGuire(2004)は、BSCのようなツールあるいは枠組みが導入されても、すぐに単なる診断ツールとなり、インタラクティブなツール（Simons, 2000）として活用されない可能性が高いとし⁶⁾、業績管理システムをインタラクティブに使うためには、

5) たとえば待機リスト上の患者数の操作などが報告されている（Audit Commission, 2003）。こうした各病院による操作という実態に対処するためには、Audit Commissionのような独立機関により、病院が提出する業績情報の客観性を検討する必要がある。

6) ちなみに日本医療界において、90年代以降に普及し始めた効率性指標中心の経営指標による管理システムも、インタラクティブなシステムではなく診断システムである（Arai, 2004a）。

単なる運用レベルではなく行動レベルで、そのシステムを捉える必要があると主張している(Radnor and McGuire, 2004, p.253, 255)。

4. 3つの医療BSCモデル

以上に述べてきたように、日英の医療BSCを巡る議論を比較すると、BSCを議論する対象の相違(さらには主目的・主対応ニーズの相違)、アカウントビリティという観点の強調の相違などが見られるが、とりわけ議論対象の違いは注目に値する。筆者は日英における医療BSCを巡る議論から、医療界におけるBSCは大きく3つのモデルに整理できると考えている。これら医療界におけるBSCタイプを3つのモデルとして整理することは、日英間の医療BSCを巡る議論の相違を明確にするだけでなく、医療界におけるBSCの理解を深め今後の医療BSCの発展に資すると考えられる。そこで以下では、3つの医療BSCモデルを提示(定義)し、主目的(長所)、主導者、主対応ニーズを整理する(詳細は荒井,2005a参照)。

3つの医療BSCモデル

医療BSCモデル	定義	主目的(長所)	主導者	主対応ニーズ	議論の中心
医療提供システム共通BSC	医療提供システム全体を対象に同種施設ごとに共通の枠組みとして構築されるBSC	アカウントビリティ 提供主体間比較 政府の政策方向への誘導	政府(国・州・県) 病院協会	政府・国民のニーズ中心	英 (北米)
診療圏連携BSC	施設・経営体を超えた一患者が経験する一連の流れが完結する診療圏ごとに独自に構築されるBSC	連携性に優れた患者志向の医療提供 診療圏全体での整合性の取れた医療提供・個別施設の経営	政府(県・市町村) 地域医師会 利害関係者委員会等	各診療圏の患者ニーズ中心	英
法人・施設BSC	各法人・施設独自に構築されるBSC	個別法人・施設の経営	病院等施設 経営体グループ本部	個別病院のニーズ中心	日本 (北米)

医療提供システム共通BSC(略称:共通BSC)は、国あるいは地域の医療提供システム全体を対象に同種施設(急性期病院,慢性期病院,精神病院など)ごとに共通の枠組みとして構築されるBSCである。共通BSCは、同種施設ごとの共通の枠組みによる各施設のアカウントビリティの遂行と、提供主体間の有効性や効率性の比較及びベンチマークを主目的としたBSCである。また医療提供システム全体を対象としたビジョン及び戦略から出発してBSCを構築するが、共通BSCは通常、国・州・県といった政府主導で構築されるため、政府の政策方向への誘導メカニズムとしても機能する。共通BSCは、政府及び国民のニーズ中心のBSCモデルであるといえる。

一方、法人・施設BSC(略称:病院BSC)は、単一の最高意思決定者が存在する各経営体・施設独自に構築されるBSCである。通常、施設あるいはグループ本部主導で構築され、個別法人・施設のマネ

ジメント及びその枠組み内での患者志向の医療提供（あるいは職員志向の組織運営）を主目的としている。病院BSCは個別病院のニーズ中心のBSCモデルであるといえる。

診療圏連携BSC（略称：連携BSC）は、施設・法人の境界を超えた一患者が経験する一連の流れが完結する診療圏ごとに、施設間の連携性を考慮しながら独自に構築されるBSCである。同一法人内の施設間の連携はもちろんのこと、法人の境界を超えた連携にも注目して構築される。連携BSCは、患者への一連の医療提供に焦点を当てることにより、真に患者中心の医療提供を目的としたBSCであり、また診療圏全体での整合性の取れた医療提供（診療圏全体での整合性の下での個別病院経営）を目指すためのBSCである。

連携BSCは複数の病院を内包する患者の一連の経験をベースとした診療圏ごとに構築されるため、病院間の連携・相互補完が重要となり、病院間をまたがって診療圏ベースでビジョン・戦略及びBSCの構築を主導する組織が必要になる。病院間を調整し診療圏全体としてのBSC及び診療圏内の（疾患別）プログラム別BSCの構築を主導する組織としては、市町村・県などの地方自治体や地域の医師会や病院協会、また患者・地域代表や病院職員代表なども含む利害関係者委員会などが考えられる。連携BSCは、各診療圏の患者ニーズ中心のBSCモデルであるといえる。

連携BSCは、共通BSCと同様に、法人・施設の境界を超えた地域医療提供システム全体を対象としたビジョン及び戦略から出発するBSCである。しかし共通BSCは共通の枠組み・指標による各病院のアカウントビリティ及び相互比較に焦点があるのに対して、連携BSCでは患者を中心に置いた診療圏全体での整合性の取れた医療提供に焦点がある。そのため、連携BSCでは、同種の施設が同じ地域医療提供システム内に存在する場合でも、これらの施設間は基本的に相互協力・補完関係にあり、一般に施設間比較はなじまない（連携BSCモデルの目的ではない）。

また連携BSCにおいても、病院BSCと同様に、施設全体レベルやそれ以下の組織レベル（部門など）でのBSCが展開される。しかし病院BSCが個別病院レベルでの整合性（最適化）を目指すのに対して、診療圏連携BSCは診療圏全体での整合性の取れた医療提供を目指すのである。診療圏連携BSCにおいては、まず患者の一連の経験に焦点を当てつつ診療圏全体を対象としたBSCの構築から出発している点が重要であり、連携BSCモデルにおける病院レベルのBSCは、その診療圏連携BSCの下で展開されるのである。

ここで注意しなければならないのは、3つの医療BSCにはそれぞれ異なる主目的あるいは長所があり、それぞれ異なる主体のニーズに主に対応しているということである。特定の目的あるいは特定の側面から3つの医療BSCモデルを評価した場合には、それぞれのモデルの相対的な優劣は存在するが、全ての目的・側面で優れたあるいは劣ったモデルというものはない。

日本及びイギリスにおける医療BSCの展開を比較してみると、このように医療界のBSCには大きく3つのモデルがあり、日本では法人・施設BSCに議論の中心があるのに対して（Arai, 2004a; 荒井, 2003a,b,c,d), イギリスでは医療提供システム共通BSCと診療圏連携BSCに議論の中心がある。ちなみに北米医療界における議論の中心は、医療提供システム共通BSCと法人・施設BSCにある（荒井, 2002 a,b,c,d,e）。

5. おわりに：日本にとっての示唆

日本における医療BSCの議論は病院BSCを中心としたものであるが、他の医療BSCモデルに関する議論も今後真剣になされる必要がある。病院BSCについての議論が活発になされること自体は好ましいことであり、これにより効果的で効率的な医療提供がなされ、患者満足度や職員満足度が高まり、健全で発展的な病院経営がなされるようにBSCが活用されるようになるならば、喜ばしいことである。しかしこの医療BSCモデルだけでは対応できないニーズ・目的がある。共通枠組みでのアカウントビリティや提供主体間比較・ベンチマーク促進、さらには国全体としての医療政策（戦略）への各医療提供主体の誘導（ベクトル合わせ）という政府・国民のニーズ（目的）のためには、医療提供システム共通BSCが必要である。また医療機関間の連携を重視して徹底した患者志向の医療提供を目指し、診療圏全体としての整合性の確保（最適化）を図るためには、診療圏連携BSCが適切である。

社会保障審議会医療部会（第3回2004年11月11日資料「医療機関の機能分化・重点化・効率化について」）は、「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討中としつつ、従来の比較的単純な病床規制から、患者視点の尊重に重点を置いた診療圏ごとの新しい医療計画の方向を示している。そこでは地域の実情（疾病傾向や医療態勢）に応じて、きめ細かに病床数や医療機器・医療技術を規制（設定）し、それにより患者視点から各病院の機能分化（役割分担）と連携を促進することが目指されている。

また従来の都道府県の医療計画は大まかな社会目標は提示しているが、それに至る実施計画の役割を果たしていないとし、都道府県は自ら、住民・医師会・病院団体等で構成される委員会等を立ち上げ、地域の実情に応じた患者視点からの医療機関間の役割分担と連携を中長期的なスパンで達成するための具体的な実行計画を策定すべきとしている⁷⁾。その際には、定量的な指標を設定し、地域の実情を基に目標値を定め、その目標を達成するための体制の整備と進行管理をする、という定量データに基づいた戦略実行のPDCAサイクルによるマネジメントが想定されている。さらにこの新しい医療計画を評価する方法として、小児救急・糖尿病・急性心筋梗塞・がん・脳卒中といった主要な疾病ごとに、経過に基づいた治療シナリオとそれに係る指標を作成し、医療施設の機能分化状況や機能連携状況等を住民も容易に理解することを可能にし、このことにより医療サービスの提供者と利用者が情報を共有して評価することが提案されている。

診療圏レベルでの中長期的な観点からの患者視点を重視したこの新しい医療計画及び評価の仕組みは、BSCに特徴的な視点枠組みが明確でない。しかし、戦略的なレベルで徹底的な患者志向を追求し、診療圏全体としての最適化を図るために、医療機関の機能分化と連携を促進することを狙った診療圏連携BSCモデルによるマネジメントと考え方が共通する。診療圏連携BSCモデルはイギリスにおける事例をベースに提唱したものであるが、今後日本においても、この新しい医療計画・評価制度の導入を機に、診療圏連携BSCが積極的に取り組まれることを期待したい。

また公的資金に対するアカウントビリティという観点からのBSC枠組みの活用についても、今後真剣に考慮する必要がある。それは必ずしも医療提供システム共通BSCによるアカウントビリティのみについてではなく、病院BSCや診療圏連携BSCを活用したアカウントビリティについてもいえる。伝統的に日本医療界では、公的資金利用に対するアカウントビリティの意識がイギリスと比べてはるかに弱い。

7) 厚生労働省は使い道を決められた補助金を見直し、自治体の裁量で使える交付金などに変えて新しい医療計画を策定する都道府県に移し、診療圏内での患者視点からの医療機関の機能分化と連携を促進する誘導策にする方針という。

しかし公的資金による医療運営という観点（医療支出に占める公的支出の割合）からは、OECDデータに基づけば1999年時点でイギリスが84.9%、アメリカが46.7%であるのに対して、日本は78.4%であり（Ellwood, 2002）、日本はイギリスと同様に約8割が公的資金により運営されているのである。

最後にイギリスにおける医療BSCの議論に際して指摘されているように、BSCを経営目的のための合理的なツールという観点からばかりではなく、BSCが持つ病院行動・職員行動への影響やBSCにおける利害関係者間の力関係・政治的プロセスにも注目した研究が、有効なBSC活動の今後の普及という点からは重要である。BSCを単なる運用レベルではなく行動レベルで捉え、BSCをインタラクティブシステムとして活用することが、日本医療界においても期待されている。

[参考文献]

- Arai, K. (2004a), "The Rise of Balanced Scorecard Efforts in Japanese Hospitals — BSC Efforts in Mie Prefectural Hospitals as an Advanced Case —," *Business Review* (Osaka City University), Vol.15, May, pp.25-37.
- Arai, K. (2004b), "Backgrounds and Constraints of Balanced Scorecard Development in Japanese Hospitals," *Graduate School of Business, Osaka City University, Working Paper Series* No. 200404.
- Audit Commission (2003), *Waiting List Accuracy: Assessing the Accuracy of Waiting List Information in NHS Hospitals in England*, Audit Commission, London.
- Chang, L. (2004), "Strategic Performance Measurement in the National Health Service: Limitations and Implications", in Neely, A., Kennerley, M. and Walters, A. (eds.) *Performance Measurement and Management: Public and Private*, Performance Measurement Association, Edinburgh, UK, pp.219-226.
- Chang, L., Lin, S. and Northcott, D. (2002), "The NHS Performance Assessment Framework: A 'Balanced Scorecard' Approach?", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 16, No. 5, pp. 345-358.
- Department of Health (2001), *NHS Performance Indicators: A Consultation*, The Stationery Office, London.
- Ellwood, S.M. (2002), "Towards a Contingency Theory for Hospital Cost Accounting Systems," in V. Montesinos and J.M. Vela (eds.) *Innovations in Governmental Accounting*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Lovell, B. and Radnor Z. (2002), "A Pragmatic Assessment of the Balanced Scorecard: An Evaluation for Use in a NHS Multi-Agency Setting in the U.K.," *Bradford University School of Management Working Paper Series* No. 02/13.
- Martin, J., Haines, J., Bovaird, T. and Wisniewski, M. (2002), "Developing a Balanced Scorecard in Somerset Health and Social Services Community", in Neely, A., Walters, A. and Austin, R. (eds.) *Performance Measurement and Management: Research and Action*, Performance Measurement Association, Boston, MA, pp.749-756.
- Moullin, M. (2004), "Using the Public Sector Scorecard in Health and Social Care", in Neely, A., Kennerley, M. and Walters, A. (eds.) *Performance Measurement and Management: Public and Private*, Performance Measurement Association, Edinburgh, UK, pp.1165-1172.
- Murphy, M. (1997), "Using the Balanced Scorecard for More Efficient Commissioning", *British Journal*

- of Health Care Management*, Vol. 3, No. 9, pp.471-474.
- Neely, A. and Micheli, P. (2004), "Performance Measurement in the UK's Public Sector: Linking the National to the Local Agenda", paper presented at *CIMA New Public Sector Seminar*, The University of Edinburgh (28-29th October).
- NHS Executive (1999), *The NHS Performance Assessment Framework*, The Stationery Office, London.
- Norreklit, H. (2000), "The Balance on the Balanced Scorecard - A Critical Analysis of Some of its Assumptions", *Management Accounting Research*, Vol. 11 No. 1 (March), pp.65-88.
- Norreklit, H. (2003), "The Balanced Scorecard: What is the Score? A Rhetorical Analysis of the Balanced Scorecard", *Accounting Organizations and Society*, Vol. 28, pp.591-619.
- Pollitt, C. (1986), "Beyond the Managerial Model: the Case for Broadening Performance Assessment in Government and the Public Services", *Financial Accountability and Management*, Vol. 2, No.3, pp. 155-170.
- Radnor, Z. and Lovell, B. (2003a), "Success Factors for Implementation of the Balanced Scorecard in a NHS Multi-Agency Setting", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 16, No. 2, pp. 99-108.
- Radnor, Z. and Lovell, B. (2003b), "Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service," *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 3, No. 3, pp.174-188.
- Radnor, Z. and McGuire, M. (2004), "Performance Management in the Public Sector: Fact or Fiction?", *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 53, No. 3, pp.245-260.
- Simons, R. (2000), *Performance Measurement and Control Systems for Implementing Strategy: Text and Cases*, Prentice-hall, Englewood Cliffs, NJ.
- 荒井耕 (2002a) 「米国病院界におけるバランスト・スコアカード1」病院61(5) pp.396-401.
- 荒井耕 (2002b) 「米国における病院バランスト・スコアカードの因果連鎖：現状と課題」経営研究53(1) pp.61-76.
- 荒井耕 (2002c) 「米国病院界におけるBSC浸透の背景・期待と評価」企業会計54(6) pp.115-123.
- 荒井耕 (2002d) 「米国病院界におけるバランスト・スコアカード2」病院61(6) pp.487-492.
- 荒井耕 (2002e) 「米国病院界におけるバランスト・スコアカード3」病院61(7) pp.566-570.
- 荒井耕 (2003a) 「三重県立病院の導入事例：病院事業庁主体で始まったバランスト・スコアカード活動」社会保険旬報No.2168, pp.22-30.
- 荒井耕 (2003b) 「三重県立病院の導入事例：病院主体のバランスト・スコアカード活動の進展」社会保険旬報No.2169, pp.32-38.
- 荒井耕 (2003c) 「三重県立病院におけるバランスト・スコアカードの特徴・先進性と今後の課題」社会保険旬報No.2170, pp.20-26.
- 荒井耕 (2003d) 「三重県立病院におけるバランスト・スコアカード活動の展開：因果連鎖の重視」経営研究54(1) pp.21-46.
- 荒井耕 (2005a) 「イギリスにおける医療バランスト・スコアカードの展開から学ぶ① 3つの医療バランスト・スコアカード・モデル」社会保険旬報No.2233(予定).
- 荒井耕 (2005b) 「イギリスにおける医療バランスト・スコアカードの展開から学ぶ② 医療システム共通バランスト・スコアカード・モデルの事例としてのイギリスNHSのPerformance Assessment Fra

mework」社会保険旬報No.2234(予定).

荒井耕 (2005c) 「イギリスにおける医療バランスト・スコアカードの展開から学ぶ③ 診療圏連携バランスト・スコアカード・モデルの事例としてのイギリスの2つの地域におけるBSCの取組み」社会保険旬報No.2235(予定).

荒井・渡辺・市川・高橋 (2003a) 「バランスト・スコアカードの登場・進展と手法の概要」社会保険旬報No.2163, pp.6-12.