

公立病院におけるBSC採用に関する現状

- 合計6回の調査より -

中 田 範 夫

Summary

In general, it is said that the poor financial situation of public hospitals depends on its low management function. However, by my 6 times surveys, revealed the following. In other words, the prefectural hospital, which is a representative of the public hospitals, is that it is advanced in Japanese hospitals from the point of the Balanced Scorecard.

第1節 はじめに

(1) 公立病院における経営改革の背景

公立病院改革の必要性が叫ばれて久しい。各公立病院は病院改革プランに従って大きく変革しようとしている¹⁾。平成26年に出版された『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』によるとその進行は次のようである。まず、総合的・結果的指標としての財務の観点²⁾から見てみよう。平成20年度では経常収支黒字病院29.7%，そして赤字病院70.3%であった。これに対して，平成24年度には黒字病院50.4%，そして赤字病院49.6%となっている。このことから，全体的には20年度に比較して，24年度の財務状態は好転していると言えよう³⁾。

- 1) 平成19年12月に総務省より「公立病院改革ガイドライン」が出され，その中で「公立病院改革プラン」を策定するよう要請が行われた。『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』自治体病院経営研究会編集，株式会社ぎょうせい，平成26年8月。ここでは，この本の「はじめに」を参照した。
- 2) 「公立病院改革ガイドライン」では「経営の効率化」視点から，経常収支比率，職員給与費対医業収益比率及び病床利用率という経営3指標について，必ず数値目標を設定することを求めている。『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』のP.86を参照した。
- 3) 『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』p.87の「表1平成24年度における経常収支黒字化の実施状況」を参照した。

このような経常収支状況の改善要因としては、各公立病院が改革プランに基づき改善を行っていること、ならびに平成22年度と平成24年度の2度に渡る診療報酬プラス改定が推測されている⁴⁾。

次に、順序としては逆になるのであるが（つまり、財務状況という結果は、組織改革の結果の影響を一部受けている側面があると考えている）、組織改革の状況を概観してみよう。公立病院の組織形態の見直しとしては、地方独立行政法人化（非公務員型・公務員型）、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用などの種類が見られる⁵⁾。前述の文献によれば、その状況は次のように進行している。

	平成21年度から24年度 間に実施されたもの	平成25年度以降に経営形態 見直しを実施（予定） している病院
地方独立行政法人化	5 1 ※ 1	1 7
指定管理者制度導入	1 6 ※ 2	1
公営企業法 財務適用→全部適用	1 0 5 ※ 3	1 9
民間譲渡	1 3	3
診療所化等	2 7	4
合計	2 1 2	4 4

図表1 経営形態の見直しに係る取組状況（平成21年度以降に経営形態を見直した病院等の状況）（『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』p.89より引用した。なお、※1～3についての説明はここでは割愛している。詳しくは、原文を参照のこと）

このうち民間病院に一番近いのは非公務員型独立行政法人であろう。それは、非公務員というある意味では痛みを伴う組織改革であるが、一方で、自律性と弾力性を獲得できるからである。確かに、非公務員型の独立行政法人であっても、地方自治体の責任者である首長から完全に独立しているわけで

4) 『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』p.87を参照した。

5) 『自治体病院経営ハンドブック 第21次改訂版【平成26年】』p.88を参照した。

はない。この組織に関わる重要事項のほとんどは、自治体の首長の認可・承認及び議会の議決を必要とする。例えば、中期目標は「法人本部」（最終的責任者は首長）が作成し、それを法人が受け入れるが、一方で中期計画はその中期目標に基づき法人自らが作成する（もちろん、予算の伴うことなので首長の承認及び議会の議決を必要とする）。このような自治体の首長と法人との関係をどのように捉えるかという問題もあるが、少なくとも法人が多様な重要な意思決定に関わることを自らの使命として意識しだしているという点で、これまでの組織や非公務員型独立行政法人以外の組織と異なると考える。

そうした様々な組織形態を有する公立病院であるが、その中でBSCは経営管理手法として利用されていることになる。ただし、本稿では、そうした組織形態の違いを考慮していない。

（２）先行研究

公立病院全体のデータを収集し、分析した研究としてはHBSC研究委員会のものが見られる。そこでは、2009年に仮説発見のためにすでにBSCを導入していた自治体病院の事例研究（ヒヤリング調査）が行われている。その結果、「BSCを人材育成のために活用することの有用性が示唆された」ことが指摘されている。この調査を受けて2010年には全国自治体病院に対するインターネットによる調査が実施されている⁶⁾。そこでは、「BSCの定着が人材育成につながり、職員満足が高まることで経営改善が図られ、収益性の向上に貢献する」という仮説モデルが導出され、さらにこの仮説モデルの有用性が示唆されている⁷⁾。さらに、2012年には自治体病院のみならず民間病院を含む病院を対象としてインターネットにより調査が実施されている。ただし、この際の対象病院は病院機能評価の認定病院のみに限定されて

6) 「BSC活用の有用性に関する自治体病院と民間病院の比較調査分析」HBSC研究委員会 須藤秀一他、『医療バランスト・スコアカード研究』第10巻第1号（2013年9月）、p.53を参照した。

7) 「BSC活用の有用性に関する自治体病院と民間病院の比較調査分析」HBSC研究委員会 須藤秀一他、『医療バランスト・スコアカード研究』第10巻第1号p.54を参照した。

いる⁸⁾。続いて、2013年には自治体病院に対してインターネットにより調査が行われているが、この調査では経営形態の違い、経営改革の実施体制に関する質問事項が加えられている。また、BSCの採用の有無以外に病院機能評価の認定の有無、DPCの採用の有無等についても調査されている⁹⁾。このように自治体病院についてBSCの採用に関わる先行研究は見られる。ただし、残念ながら、以下の研究ではこれらの先行研究との比較・研究は行っていない。それは、小生の研究と先行研究とでは、基本的関心が異なっているからである。例えば、小生の研究でもDPCを調査しているが、それは米国におけるDRG/PPS (Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System) との関わりから原価計算との関係で取り上げている¹⁰⁾。また、小生の調査では、BSC以外に、経営管理組織、電子カルテ、目標管理制度、原価計算、アウトソーシング、財務等を含めている¹¹⁾。さらに、公立病院に関するBSC研究においては、個別病院の事例研究も多く見られるが、今回は対象にしない。

-
- 8) 詳しくは下記の文献を参照のこと。「BSC活用の有用性に関する自治体病院と民間病院の比較調査分析」HBSC研究委員会 須藤秀一他、『医療バランス・スコアカード研究』第10巻第1号(2013年9月) pp.53-58。
- 9) 詳しくは下記の文献を参照のこと。「自治体病院におけるBSCの有効性と事務職の役割の重要性に関する研究」HBSC研究委員会 須藤秀一他、『医療バランス・スコアカード研究』第11巻第1号(2014年9月) pp.105-111。小生も杉和郎医師と共同で病院職員のモチベーションと財政的自立・患者満足度に関する調査をしたことがある。興味をお持ちの方は次の文献を参考のこと。杉和郎・中田範夫「病院職員のモチベーションは病院の財政的自立と患者満足度に影響を与える」山口経済学雑誌、第56巻第1号【平成19年5月】 pp.117-133。
- 10) DRG/PPSと原価計算との関係については次の拙稿を参照のこと。「病院における原価計算の必要性－DRG/PPSの観点から－」山口経済学雑誌、第49巻第2号【平成13年3月】 pp.57-87。「DRG/PPS下での病院原価計算システムの課題－『メトロポリタン・シカゴ地区病院の調査』を中心にして－」山口経済学雑誌、第50巻第6号【平成14年11月】 pp.45-76。「病院における原価計算の利用度調査－急性期病院に対する郵送調査から－」山口経済学雑誌、第53巻第1号【平成16年5月】、pp.15-39。「病院における原価計算の利用状況について－日米比較－」山口経済学雑誌、第53巻第5号【平成17年1月】 pp.25-48。
- 11) 合計6回の調査結果については、次の文献を参照のこと。
 ①中田範夫(2014.3)「病院の経営管理機能についての第6回調査－電子カルテ、原価計算、BSC及び財務を中心として－」『山口経済学雑誌』第62巻第5・6号、2014年3月、pp.1-34。

(3) 本稿の課題

本稿の課題は、公立病院（自治体病院）で使用されているBSCが、公立病院以外の全ての病院種類（以下では、「他の病院」と表示する）、あるいは「全ての病院」¹²⁾におけるBSCとどのような相違を示しているか、を明らかにすることである。その際に、公立病院としては、「都道府県立病院」と「市町村立病院」を区別して資料を提示している¹³⁾。

次に、「他の病院」の中には、国立独立行政法人病院、日本赤十字病院、厚生連・厚生団・社会事業協会・全社連病院、共済組合病院、公益法人病院、医療法人病院、会社病院、済生会病院、個人病院その他の病院が含まれている。

-
- ②中田範夫（2011.5）「中規模病院の経営管理機能についての時点比較－平成18年調査と平成22年調査－」『山口経済学雑誌』第60巻第1号，2011年5月，pp.1-25。
- ③中田範夫（2011.3）「大規模病院の経営管理機能についての時点比較－平成18年調査と平成22年調査－」『山口経済学雑誌』第59巻第6号，2011年3月，pp.21-47。
- ④中田範夫（2010.7）「病院における経営管理機能についての第5回調査－電子カルテ，目標管理，BSCおよび原価計算を中心にして－」『山口経済学雑誌』第59巻第1・2号，2010年7月，pp.45-81。
- ⑤中田範夫（2010.3）「病院における経営管理機能についての時点比較－平成18年調査と平成21年調査－」『山口経済学雑誌』第58巻第4号，2010年3月，pp.1-26。
- ⑥中田範夫（2009.8）「病院の経営管理機能についての第4回調査－財務状況，BSCおよび原価計算を中心にして－」『山口老年総合研究所』年報22号，2009年8月，pp.95-128。
- ⑦中田範夫（2007.5）「中規模病院の経営管理機能についての期間比較－平成17年調査と18年調査－」『山口経済学雑誌』第56巻第1号，2007年5月，pp.49-75。
- ⑧中田範夫（2007.3）「大病院の経営管理機能についての期間比較－平成16年調査と18年調査－」『山口経済学雑誌』第55巻第5号，2007年3月，pp.71-97。
- ⑨中田範夫（2005.6）「中規模病院における経営管理技法の利用度調査」『山口経済学雑誌』第54巻第2号，2005年6月，pp.1-25。
- ⑩中田範夫（2004.5）「病院における原価計算の利用度調査－急性期病院に対する郵送調査から－」『山口経済学雑誌』第53巻第1号，2004年5月，pp.15-39。
- 12) このデータについては、次の文献を参照のこと。中田範夫稿（2014）「BSCに関する6回のアンケート調査－平成16年から25年における郵送調査－」医療バランス・スコアカード研究，11(1)，pp.93-104。
- 13) 一部事務組合立病院については、公立病院のデータには含めていない。理由は、この種類の病院の回収データ（小生の行った調査）からはこれまでの調査において、全くBSCを採用している病院が見られなかったからである。さらに、指定都市立病院については、このグループを単位としたデータを示していないが、これを「市町村立病院」に含めている。従って、図表3における病院数は次の関係にある。「病院全体数」－（「都道府県立病院数」＋「市町村立病院数」＋「他の病院数」）＝一部事務組合立病院数

なお、小生のこれまで実施したアンケート調査では、病院のインフラとしての経営管理組織・電子カルテ、経営管理手法としての目標管理、BSC、原価計算、その他にアウトソーシング、財務等について質問を行ってきた。今回はこれらのうち、BSCを中心に紹介している。

第2節 設問項目について

この図表2は、平成16年から平成25年にかけて合計6回の調査においてどの設問をどの調査において含めているかを表している。例えば、「設問10」は平成16年から25年までの全ての調査において含められており、それに対して「設問A～H」は平成21年が最初であり25年まで続いていることを表している。

	16年	17年	18年	21年	22年	25年
設問10	○	○	○	○	○	○
設問10-2から設問10-6	×	×	○	○	○	○
設問A～H	×	×	×	○	○	○
発送数	847	1,267	1,821	440	1,781	1,795
有効回収数	205	294	442	133	317	303
回収比率 (%)	24.2	23.2	24.3	30.2	17.8	16.9

図表2 設問項目と調査年（この図表は拙稿「BSCに関する6回のアンケート調査－平成16年から25年における郵送調査－」医療バランスト・スコアカード研究, 11(1), 95ページより引用している）

第3節 設問項目と集計結果

ここでは設問項目とその回答についての集計結果を示し、次にそれに若干の説明を加えている。

設問10 貴病院ではBSC（バランスト・スコアカード）が導入されていますか。

	平成16年	平成17年	平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
都道府県立病院	5.0 (2/40)	10.5 (2/19)	26.4 (14/53)	37.5 (6/16)	27.5 (11/40)	30.0 (9/30)
市町村立病院	×	0.0 (0/53)	1.2 (1/81)	4.0 (1/25)	4.3 (2/47)	11.8 (6/51)

他の病院	6.7 (11/163)	6.3 (13/206)	12.2 (35/288)	18.6 (16/86)	14.4 (33/229)	14.3 (31/217)
病院全体	6.3 (13/205)	5.1 (15/294)	11.3 (50/442)	17.3 (23/133)	14.5 (46/317)	15.2 (46/303)
一部事務組合立病院	0.0 (0/2)	0.0 (0/16)	0.0 (0/20)	0.0 (0/6)	0.0 (0/1)	0.0 (0/5)

図表3 BSCの採用割合と採用数（各病院種類の上段は採用割合、そして下段は回答数に対する採用数を示している）

このデータより次のことが言える。すなわち、「都道府県立病院」のBSC採用割合は、平成16年データを除いて「病院全体」におけるデータよりも相当に高い（ほとんどの年において2倍程度）ということである。これに対して、「市町村立病院」においては、これとは逆に病院全体のデータと比較して相当に低い状態である。なお、「病院全体」のデータと「他の病院」におけるデータにはほとんど大きな差は見られない。

設問10-2 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きます。

BSCの導入の成果についてどのように評価されていますか。 (単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
期待した成果が出ている	都道府県立病院	14.3	33.3	18.2	44.4
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	25.7	50.0	45.5	35.5
期待したほどの成果が出ていない	都道府県立病院	14.3	0.0	27.3	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	100.0	33.3
	他の病院	8.6	6.3	15.2	19.4
現状では評価が下せない	都道府県立病院	64.3	66.7	54.5	55.6
	市町村立病院	100.0	100.0	0.0	66.7
	他の病院	60.0	43.8	36.4	35.5
その他 (具体的に)	都道府県立病院	7.1	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	5.7	0.0	3.0	9.7
合計		100.0	100.0	100.0	100.0

図表4 BSCについての評価

「都道府県立病院」においては、「現状では評価が下せない」が高率である。これに対して、「他の病院」では、平成18年を除いて「期待した成果が出ている」が高率である。「市町村立病院」というグループでは、BSCの

採用数が少数であるという理由で説明力は低いと考えるが、「都道府県立病院」の場合と同様に、「現状では評価が下せない」が高率（平成22年調査を除いて）である。それと同時に、「市町村立病院」では、「期待した成果が出ている」という回答は、すべての場合にゼロである。 (単位：%)

		14年以前	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2013	都道府県立病院	0	1	0	1	0	3	0	0	2	1	0	0
	市町村立病院	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0
	他の病院	0	1	1	1	4	4	4	1	3	2	2	0
2010	都道府県立病院	0	1	0	0	3	6	0	1	×	×	×	×
	市町村立」病院	0	0	0	1	0	1	0	0	×	×	×	×
	他の病院	1	0	5	6	7	5	2	0	×	×	×	×
2009	都道府県立病院	1	0	1	2	2	0	1	×	×	×	×	×
	市町村立病院	0	0	0	0	1	0	0	×	×	×	×	×
	他の病院	0	1	2	4	5	0	1	×	×	×	×	×

図表5 BSCの採用年度

年度ごとのBSC採用数は、「採用年度」を記入していただいた病院のデータのみを記入している。従って、その数字は、BSCの採用数（これには「採用年度」の判明しないものも含めている）と一致していない。

設問10-3 設問10-2に回答された病院にお聞きます。BSCの導入の成果に関する評価はどのような観点から行っていますか。 (単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
財務的業績の観点	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	14.3	6.3	2.1	3.1
非財務的業績の観点	都道府県立病院	0.0	16.7	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	100.0	0.0	0.0
	他の病院	2.9	0.0	0.0	3.1
財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む	都道府県立病院	100.0	83.3	90.9	100.0
	市町村立病院	100.0	0.0	100.0	83.3
	他の病院	77.1	87.5	91.2	84.4
その他 (具体的に：)	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	0.0	0.0	2.9	3.1
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	9.1	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	5.7	6.3	2.9	6.3
合計		100.0	100.0	100.0	100.0

図表6 どのような観点から評価するか

「財務的業績と非財務的業績の観点を両方含む」という回答が、どの病院種類においても圧倒的に高率である。

設問10-4 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。最初にBSCを導入されたときの課題（目的）は次のうちのどれでしたか。該当するものにすべて丸印を付けてください。複数回答可能 (単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
業績評価の厳格化	都道府県立病院	7.1	0.0	18.2	11.1
	市町村立病院	0.0	0.0	50.0	0.0
	他の病院	28.6	31.3	15.2	16.1
戦略的計画の立案	都道府県立病院	57.1	50.0	54.5	88.9
	市町村立病院	25.0	0.0	50.0	50.0
	他の病院	45.7	68.8	39.4	45.2
戦略計画を実行計画へと落とし込む	都道府県立病院	85.7	50.0	54.5	66.6
	市町村立病院	100.0	100.0	50.0	66.7
	他の病院	85.7	68.8	57.6	61.3
コミュニケーションの促進	都道府県立病院	50.0	66.7	45.5	33.3
	市町村立病院	50.0	0.0	0.0	50.0
	他の病院	45.7	37.5	42.4	32.3
ビジョンの共有化	都道府県立病院		100.0	90.9	100.0
	市町村立病院		100.0	0.0	16.7
	他の病院		81.3	54.5	74.2
その他	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	25.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	8.6	6.0	3.0	6.5
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	0.0	0.0	0.0	0.0

図表7 導入時の課題・目標

「ビジョンの共有化」が全体的には高率である。その中でも、「都道府県立病院」がより高率であることが分かる。ただし、「市町村立病院」では、「ビジョンの共有化」はそれほど高率ではなく、むしろ全体的には2番目に高率である「戦略計画を実行計画へと落とし込む」という回答が最も高率である。全体的には、「戦略計画の立案」が3番目に高率である。

設問10-5 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。

BSC を導入して数年が経過していますが、BSC の課題は最初の導入時と変化していますか。より重要になった課題があれば印を付けてください。複数回答可能

(単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
業績評価の厳格化	都道府県立病院	7.1	16.7	9.1	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	17.1	25.0	21.2	64.5
戦略的計画の立案	都道府県立病院	7.1	33.3	46.4	44.4
	市町村立病院	0.0	0.0	50.0	0.0
	他の病院	22.9	37.5	27.3	25.8
戦略計画を実行計画へと落とし込む	都道府県立病院	7.1	33.3	18.2	55.6
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	22.9	37.5	39.4	41.9
コミュニケーションの促進	都道府県立病院	0.0	16.7	9.1	33.3
	市町村立病院	0.0	0.0	50.0	16.7
	他の病院	17.1	25.0	21.2	19.4
ビジョンの共有化	都道府県立病院		33.3	45.5	55.6
	市町村立病院		0.0	0.0	33.3
	他の病院		50.0	36.4	45.2
その他	都道府県立病院	7.1	0.0	27.3	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	14.3	6.3	6.1	0.0
導入時と変化なし	都道府県立病院	64.3	50.0	18.2	22.2
	市町村立病院	0.0	100.0	0.0	50.0
	他の病院	22.9	31.3	27.3	12.9
無記入	都道府県立病院	7.1	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	100.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	2.9	6.3	3.0	0.0

図表8 現在の課題・目標

全体的には、設問10-4と同様な傾向である。設問10-4ではなかった項目「導入時と変化なし」については、おおよそ減少傾向にある。すなわち、導入時期のBSC採用目的と現在の利用目的について、現在の方が過去においてよりも変化が多くなっているということである。さらに、ここでも「市町村立病院」においてはBSC採用数が少ないということもあり、他の病院グループと異なった傾向を示している。

設問10-6 設問10で「導入している」と回答された病院にお聞きします。

BSCを導入したことによって導入前に比べて以下の業務に変化が生じたか。該当する項目に丸印を付けてください。
(単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
多くなった	都道府県立病院	42.9	16.7	9.1	22.2
	市町村立病院	0.0	100.0	50.0	33.3
	他の病院	34.3	50.0	30.3	32.3
少なくなった	都道府県立病院	7.1	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	6.3	0.0	3.2
変化なし	都道府県立病院	50.0	83.3	90.9	77.8
	市町村立病院	100.0	0.0	50.0	50.0
	他の病院	60.0	43.8	69.7	61.3
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	5.7	0.0	0.0	3.2
合計		100.0	100.0	100.0	100.0

図表9 会議や打合せの回数が増えたか

「変化なし」が相対的には高率である。ただし、「市町村立病院」においては、平成21年の「変化なし」データがゼロであり、これに対して、「多くなった」という回答が100%を示している。この場合も、採用数の少ないことが影響を及ぼしていると推測する。
(単位：%)

		平成18年	平成21年	平成22年	平成25年
長くなった	都道府県立病院	21.4	16.7	0.0	11.1
	市町村立病院	0.0	0.0	50.0	16.7
	他の病院	20.0	18.8	12.1	16.1
短くなった	都道府県立病院	7.2	16.7	18.2	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	他の病院	5.7	12.5	9.1	3.2
変化なし	都道府県立病院	71.4	66.7	81.8	88.9
	市町村立病院	100.0	100.0	50.0	66.7
	他の病院	68.6	68.8	78.8	77.4
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0	16.7
	他の病院	5.7	0.0	0.0	3.2
合計		100.0	100.0	100.0	100.0

図表10 会議や打合せの時間が変わったか

「変化なし」が圧倒的に高率である。この「時間」に関する回答データと

「回数」に関するデータとを比較すると、「回数」の方が「多くなった」（「時間」の場合の「長くなった」と比較して）とする回答がより多くなっている。これは、BSCの採用が、時間よりも回数に対してより負担をかけていることを示している。

設問A 貴病院がBSCを採用された契機についてお聞きします。以下のうちのどれに該当しますか？ 複数回答可能 (単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
他病院で採用	都道府県立病院	83.3	45.5	33.3
	市町村立病院	0.0	100.0	33.3
	他の病院	31.3	45.5	35.5
コンサルに推奨された	都道府県立病院	16.7	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	16.7
	他の病院	0.0	12.1	16.1
文献を通じて	都道府県立病院	16.7	9.1	0.0
	市町村立病院	100.0	0.0	16.7
	他の病院	6.3	24.2	12.9
研修会	都道府県立病院	33.3	9.1	11.1
	市町村立病院	0.0	50.0	16.7
	他の病院	18.8	18.2	19.4
その他	都道府県立病院	16.7	63.6	55.6
	市町村立病院	0.0	0.0	50.0
	他の病院	37.5	15.2	22.6
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	0.0	9.7

図表11 BSCを導入した契機

全体的には、「他病院で採用」と「その他」が高率である。「市町村立病院」では、平成21年において「文献を通じて」が100%である。「都道府県立病院」では、「その他」という回答が非常に高率である（平成22年と25年）。その際、「その他」の中身は「病院本部」のことが多い。

設問B BSCを採用されている病院にお聞きします。採用されているBSCは次の中どれを対象としていますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
病院全体	都道府県立病院	100.0	72.7	100.0
	市町村立病院	100.0	50.0	66.7
	他の病院	68.8	78.8	80.6
事務部門を除く病院全体	都道府県立病院	0.0	18.2	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	12.5	0.0	0.0
看護部門が中心	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	16.7
	他の病院	12.5	15.2	6.5
その他	都道府県立病院	0.0	9.1	0.0
	市町村立病院	0.0	50.0	16.7
	他の病院	0.0	3.0	6.5
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	6.3	3.0	6.5
合計		100.0	100.0	100.0

図表12 BSCの適用対象

病院種類と調査年にかかわらず、「病院全体」という回答が圧倒的に高率である。

設問C BSCを採用されている病院にお聞きます。BSCに関する資料を経営者会議・部門長会議のような重要な会議の資料として提出し、それに基づいて議論しますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
重要な会議の資料とする	都道府県立病院	50.0	72.7	88.9
	市町村立病院	100.0	100.0	33.3
	他の病院	68.8	75.8	77.4
正式の資料としない	都道府県立病院	50.0	27.3	11.1
	市町村立病院	0.0	0.0	66.7
	他の病院	25.0	21.2	16.1
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	6.3	3.0	6.5
合計		100.0	100.0	100.0

図表13 BSCに関わる資料の利用

全体的には、「重要な会議の資料とする」という回答が最も高率である。

ただし、「市町村立病院」における平成25年の回答においては、「正式の資料としない」が66.7%と高率である。

設問D BSCを採用されている病院にお聞きします。BSCの4つの視点（財務の視点、顧客の視点、内部プロセスの視点、学習と成長の視点）以外の視点を加えたり、あるいは4つの視点の中のどれかを削除して使用していますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
そのまま利用	都道府県立病院	83.3	90.9	100.0
	市町村立病院	100.0	100.0	66.7
	他の病院	75.0	84.8	77.4
新たな視点を加えている	都道府県立病院	16.7	9.1	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	33.3
	他の病院	18.8	12.1	16.1
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	6.3	3.0	6.5
合計		100.0	100.0	100.0

図表14 4つの視点の変更

「そのまま利用」が圧倒的に高率である。その場合でも、「他の病院」におけるよりも、「都道府県立病院」と「市町村立病院」における回答率が相当高いケースが多い（平成25年の「市町村立病院」を除く）。ただし、「他の病院」では「新たな視点を加えている」という回答も継続的に見られる。

設問E BSCを採用されている病院にお聞きします。4つの視点の中、医師には「財務の視点」を要求しないという病院も見られます。貴病院はこれに該当しますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
要求しない	都道府県立病院	33.3	9.1	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	66.7
	他の病院	6.3	12.1	12.9
要求する	都道府県立病院	50.0	90.9	100.0
	市町村立病院	100.0	100.0	33.3
	他の病院	87.5	84.8	80.6
無記入	都道府県立病院	16.7	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	6.3	3.0	6.5

合計		100.0	100.0	100.0
----	--	-------	-------	-------

図表15 医師への要求

「要求する」という回答が圧倒的に高率である。特に、「都道府県立病院」においては、平成22年と25年の回答率が高い（「市町村立病院」においても平成21年と22年は100%である）。ただし、「要求しない」という回答も「病院全体」において10～20%範囲において継続的に見られる。

設問F BSCを採用されている病院にお聞きします。BSCには業務改善効果があると言われていますが、貴病院では次のような効果が現れていますか？各項目について、1（大いに効果がある）、2（ある程度の効果が認められる）、3（効果がほとんど認められない）、4（効果は認められない）、5（効果がわからない）を付けてください。

（単位：％）

		平成21年	平成22年	平成25年
専門職間のコミュニケーションの改善	都道府県立病院	25.7	20.4	28.4
	市町村立病院	20.0	22.7	27.8
	他の病院	24.2	24.9	23.6
専門職間の理解促進	都道府県立病院	17.1	27.0	21.6
	市町村立病院	26.7	18.2	27.8
	他の病院	22.6	23.2	24.2
病院全体の目標との一致	都道府県立病院	27.1	27.7	25.0
	市町村立病院	26.7	36.4	26.4
	他の病院	29.5	26.4	28.5
業務品質の向上	都道府県立病院	30.0	24.8	25.0
	市町村立病院	26.7	22.7	18.1
	他の病院	23.7	25.6	22.8
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	0.0	0.9

図表16 業務改善効果の種類

特定の項目についての回答が高率ということではなく、3つの病院グループについて、ならびに各項目についてある程度平均的な回答率が見られる。この業務改善効果についての調査結果は特徴的である。すなわち、他の設問項目に対するほとんどの回答（病院グループごと・調査年ごとにおける調査項目についての回答率）においては、全体的な傾向はあるものの、例外的

(特徴的) な回答が見られた。しかし、この設問項目に限っては、そのような違いがほとんど見られない。

設問G 設問Fにおける業務改善効果は以下の職種の中どれで見られますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
ほとんどの職種	都道府県立病院	33.3	72.7	55.6
	市町村立病院	0.0	50.0	0.0
	他の病院	43.8	51.5	38.7
医師	都道府県立病院	16.7	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	50.0	0.0
	他の病院	12.5	9.1	9.7
看護師	都道府県立病院	50.0	18.2	22.2
	市町村立病院	100.0	0.0	50.0
	他の病院	37.5	36.4	29.0
看護師以外のコメディカル・スタッフ	都道府県立病院	16.7	9.1	22.2
	市町村立病院	100.0	0.0	50.0
	他の病院	18.8	24.2	19.4
事務員	都道府県立病院	16.7	9.1	11.1
	市町村立病院	100.0	0.0	16.7
	他の病院	12.5	15.2	25.8
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	33.3
	他の病院	18.8	3.0	6.5

図表17 業務改善効果の認められる職種

「市町村立病院」を除く2つの病院グループにおいては、「ほとんどの職種」と「看護師」が平均的に高率である。ただし、「市町村立病院」では、平成22年以外では、「ほとんどの職種」ではなく、「看護師」と「看護師以外のコメディカル・スタッフ」の方が高率である。「医師」に対する業務改善効果はほぼ全体的（「市町村立病院」における平成22年データは50%と高い）に見られないという回答である。

設問H BSCを採用されている病院にお聞きます。採用されているBSCはインセンティブと関連づけられていますか？

(単位：%)

		平成21年	平成22年	平成25年
金銭的インセンティブあり	都道府県立病院	0.0	7.7	0.0
	市町村立病院	0.0	50.0	0.0
	他の病院	29.4	18.2	9.4

非金銭的インセンティブあり	都道府県立病院	0.0	23.1	33.3
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	11.8	9.1	12.5
インセンティブなし	都道府県立病院	83.3	53.8	55.6
	市町村立病院	100.0	50.0	83.3
	他の病院	52.9	57.6	53.1
短期的にはないが、中長期的にはある	都道府県立病院	16.7	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	0.0	3.0	12.5
その他	都道府県立病院	0.0	15.4	11.1
	市町村立病院	0.0	0.0	16.7
	他の病院	0.0	3.0	6.3
無記入	都道府県立病院	0.0	0.0	0.0
	市町村立病院	0.0	0.0	0.0
	他の病院	5.9	9.1	6.3
合計		100.0	100.0	100.0

図表18 インセンティブについて

「インセンティブなし」が全体的には期間に関わらず高率である（62.5%【平成21年】、56.3%【平成22年】、57.4%【平成25年】）。これに対して、「金銭的インセンティブあり」と「非金銭的インセンティブあり」の合計は、20～40%程度である（平成22年の「市町村立病院」では50%と高率である）。特に、前者の「金銭的インセンティブあり」に対する回答が、「他の病院」で29.4%（平成21年）→18.2%（平成22年）→9.4%（平成25年）と減少していることが気になる。それに対して後者の「非金銭的インセンティブあり」に対する回答は、11.8%（平成21年）→9.1%（平成22年）→12.5%（平成25年）と僅かではあるが増加している。

第4節 おわりに

(1) 獲得された知見

本稿の課題は、公立病院（自治体病院）で使用されているBSCが、公立病院以外の全ての病院種類（「他の病院」と表示）におけるBSC、あるいは「病院全体」におけるBSCとどのような相違を示しているか、を明らかにすることである。その際に、公立病院としては、「都道府県立病院」及び「市

町村立病院」を考慮しており、資料としてはそれらを区別して提示している。

本稿における知見は以下の事柄である。

まず、本研究では公立病院を「都道府県立病院」と「市町村立病院」に区別し、それらと「他の病院」や「病院全体」とを比較した結果、「都道府県立病院」は「他の病院」や「病院全体」よりも遙かに高いBSC採用率を示していることが判明した。それに対して、「市町村立病院」におけるBSC採用率は、「病院全体」や「他の病院」のそれと比較しても低率であった。

以上の結果から次のことが言える。すなわち、しばしば、「公立病院」について「経営管理機能が低い」、「経営管理意識が低い」という意見を散見する。しかし、BSCに限っては、むしろ日本の病院の中で「都道府県立病院」はより先進的であるといえる。もちろん、BSCの内容については、更に研究を進める必要があるが、採用率から見ると「他の病院」と比較にならないほどの高率であることが判明している。それに対して、「市町村立病院」については、残念ながらその批判が妥当と思われる。以下では、結論に関連する設問事項について（特に「他の病院」と「都道府県立病院」の相違を意識している）要約しておく。

- 1) BSCの採用割合：「都道府県立病院」→「他の病院」→「市町村立病院」という順番でBSCの採用率が高いことが分かる。つまり、「都道府県立病院」の採用率が相当高いのに対して、「市町村立病院」での採用率は、「他の病院」よりも相当に低いということである。ちなみに、別稿¹⁴⁾において平成16年以降の「病院全体」のBSC採用率を示しているが、この「病院全体」のデータと「他の病院」におけるデータはほとんど一致していることが判明している。
- 2) BSCについての評価：BSCを導入以降、相当に長期間が経過している病院が多いのであるが（図表5を参照）、未だに「現状では評価が下せ

14) 中田範夫稿（2014）「BSCに関する6回のアンケート調査－平成16年から25年における郵送調査－」医療バランス・スコアカード研究, 11(1), p.95.

ない」という回答が最も高率である。その中でも「都道府県立病院」の回答率は、「他の病院」のそれよりも常に高率である。「市町村立病院」の回答率も、平成22年調査を除いて高率の回答である。これに対して、「期待した成果が出ている」という回答は「他の病院」において高率の傾向がある。

- 3) BSC 導入時の課題・目標：全体的には「ビジョンの共有化」→「戦略計画を実行計画へと落とし込む」→「戦略計画の立案」の順番で高率である。その中でも「都道府県立病院」においては、「ビジョンの共有化」について100%に近い回答になっている。これに対して、「市町村立病院」においては「戦略計画を実行計画へと落とし込む」という項目への回答が高率である傾向がある。
- 4) 現在の課題・目標：BSCを導入して数年が経過しているケースにおいて、導入時の課題と現在の課題とに変化が生じているかどうかを聞いている。「他の病院」のデータを見ると、ほとんどの項目（「戦略計画の立案」、「戦略計画を実行計画へと落とし込む」、「コミュニケーションの促進」および「ビジョンの共有化」）において、回答率には大きな変化は見られない。しかし、「市町村立病院」においては、「ビジョンの共有化」や「戦略計画を実行計画へと落とし込む」という項目への回答率は極端に低率となっている。さらに、「導入時と変化なし」とする項目についての回答率は全体的に減少傾向にあることが分かる。すなわち、「都道府県立病院」や「他の病院」では、課題に変化が生じているということである。
- 5) 会議や打合せの回数・時間が変化したか：BSCに基づく業務への影響は、「会議や打合せの回数変化（多くなった）」の方が、「会議や打合せの時間変化（長くなった）」よりも大きいというのが全体的傾向である。ただし、「都道府県立病院」では、回数も時間も「変化無し」とする回答率がより高く、その分、回数が「多くなった」や時間が「長くなった」とする回答率が、「市町村立病院」や「他の病院」よりも少なく

なっている。

- 6) BSCを導入した契機：全体的には、「他病院で採用」と「その他」が高率である。「市町村立病院」では、平成21年には「文献を通じて」が100%である。「都道府県立病院」では、「その他」という回答が非常に高率である（平成22年と25年）。例えば、平成25年調査では、「都道府県立病院」では、「その他」の回答の中に次のものが含まれている。「県庁病院事業局からの提案のため」、「病院の将来像を職員が共有するため」、「県病院事業管理者が実施することになった」、「本部からの指示による」、などである。
- 7) BSCの適用対象：「他の病院」では、平成21年以降少しずつ「病院全体」とする回答が増えている。これに対して「都道府県立病院」では、平成21年と25年では「病院全体」がすでに100%に及んでいる。
- 8) BSCに関わる資料の利用：「他の病院」でも「都道府県立病院」でも、「重要な会議の資料とする」という回答が増加傾向にある。このことから、BSCの資料が公式の資料として認められつつあることが、推測される。
- 9) 4つの視点の変更：「他の病院」の方が「新たな視点を加えている」という回答が高率である。例えば、平成22年調査では、「質の向上の視点」、「効率化の視点」、「戦略立案実践」、「医療の質」が上げられている（平成21年調査では、「アウトカム」、「医療の質」及び「職員の満足」が上げられている）。それに対して、同調査では、「都道府県立病院」において、「外部連携」の視点が上げられている。
- 10) 医師への要求：「他の病院」では、「要求する」とする回答率が常に80%を超えている。これに対して、「都道府県立病院」では、平成21年には50.0%であるが、22年には90.9%そして25年には100.0%と急激に増加している。これは、公立病院に対して課された「経営の効率化」の影響が強く出ていると推測する。
- 11) 業務改善効果の種類：この調査項目については、3種類の病院間にほと

んど違いが見られない。そこから推測できることは、3つのグループにおいて、業務改善について基本的には同じような課題を持っているのではないかと、ということである。

- 12) 業務改善効果の認められる職種：「ほとんどの職種」という回答が、「都道府県立病院」と「他の病院」とにも多い。「医師」業務にも効果が認められる、とする回答が「他の病院」では10%前後見られるが、一方で「都道府県立病院」では平成22年と25年においてゼロとなっている。
- 13) インセンティブについて：設問Hで上げたデータから、病院においてはBSCの採用がインセンティブと関連づけられる傾向が少ないといえる。病院長や事務長など病院の経営管理者は、インセンティブと関連づけたいと思っても、しかし、医療環境（診療報酬は国が2年ごとに改定しており、いわゆる価格に関する裁量権は病院には無いこと、賃金の増加は病院の費用構造の硬直化を招くこと、TTPの交渉次第によっては、混合診療や株式会社病院などの前進が予想されること）等々を考慮すると、努力や成果を輕輕にはインセンティブに関連づけることができない。

(2) 本稿の限界と今後の課題

次にこの論文の3つの限界を明らかにしておく。最初の限界は、「市町村立病院」においてBSCを採用している病院数が少ないということにある。このために、各設問項目において「都道府県立病院」や「他の病院」のデータと比較して極端な結果が出ている。言うまでもないことであるが、データが少ないと、その調査結果にはばらつきが生じやすいという理由で、信頼性が低いことになる。

今回は、病院種類として「公立病院」を2つに区別し（「都道府県立病院」と「市町村立病院」）、それらと「他の病院」や「病院全体」とを比較して、その違いを明らかにしてきた。しかもその違いというのはBSCに限ったものであった。経営管理というのは、BSCのみによって行われるわけではない。従って、本稿の限界としては、経営管理について全体的に論じていないという2つめの限界が存在する。

本稿のベースになっている各調査では、病院種類としては全病院を含んでいるが、それは主に一般病院を中心としており、さらに150床以上の病院のみを対象にしている。これが第3番目の限界である。

今後の課題を挙げておく。経営管理手法に限っても、BSC以外に目標管理、原価計算等の手法についても本稿と同様な研究が可能である。すなわち、今回の研究との関連では、「公立病院」と経営管理組織・電子カルテ・目標管理・アウトソーシング・原価計算・財務等との関係、を研究することも可能である。このような研究を進めることによって、「公立病院」と「他の病院」との相違を全体的な観点から評価できるようにすること、以上が今後の研究課題である。

本研究は平成26年度科学研究費補助金（基盤研究C）の研究成果である。