

【論文】

大学病院における医療バランスト・スコアカードの適用 － 駿河台日本大学病院経営改善の経験を通して考える －

Application of Hospital Balanced Scorecard for the Management of
University Hospital

－ Consideration through an Experience of Management Reform of
Surugadai Nihon University Hospital －

高 橋 昌 里
Takahashi Shori

目次

1. 大学病院におけるマネジメントの構造とガバナンス
2. 大学病院の経営改善・診療機能向上と医療バランスト・スコアカードの（医療BSC）の導入
3. 大学病院における医療BSC導入の問題点と展望
4. 大学の臨床研究機能と医療BSCの応用
5. 結語

（要旨）

現在、一般病院への医療バランスト・スコアカードの導入が病院機能ならびに病院経営の改善に大きな役割を果たしつつある。しかし、他方では経営形態や構造や社会的役割が一般病院とは異なる大学病院での導入事例は極めて少ないのが現状である。本論文では日本大学におけるマネジメントの構造と大学病院の位置づけ、そして大学病院の経営がかかえる基本的問題を著者がかかわった駿河台日本大学病院の経営改善を通して考察する。また、医療BSCを大学病院の機能向上のためにどのように活用することが可能か、実際の導入の過程を通して検討する。

1. 大学におけるマネジメントの構造と大学医学部および附属病院

まず、総合大学の附属病院の経営を考える前に、大学附属病院の使命、そして総合大学の組織マネジメントの構造と大学病院の立ち位置を知っておく必要がある。以下に大学病院が持つ基本的な使命、総合大学の中の医学部の位置づけ、経営の現状について述べる。

a. 大学附属病院の使命

大学および大学附属病院のマネジメントの目的は以下のような5項目に整理することが出来ると考えられる。

- 1) 学生に高い水準の高等教育を継続的に行うこと
- 2) 教育の水準を維持発展（研究）させ学生に還元して行く（知の再生産）
- 3) 病院においては患者に高度で安全かつ暖かい医療を継続的に提供する。
- 4) 医療の水準を維持発展させ患者に還元する
- 5) 営利企業と異なる点は利益追求が目的ではないこと（ただし、利益を生み出すことは組織の義務である）。

b. 総合大学の組織構造の中の附属病院の位置

総合大学は種々の学問を行う各学部の総合体であり、その法人本部に求められる機能は大学のカラーと使命の統合性を保ち、より高度な学問を推進しながら経済合理性を考慮する、すなわち経営権と教育権（teaching right）のバランスを保つことであると考えられる。もちろん大学である以上、学問の自由の保証なくして教育研究の発展を求めることはできない。このバランスが最も難しい作業であると考えられる。

つまり病院という現業を持つ医学部以外は、

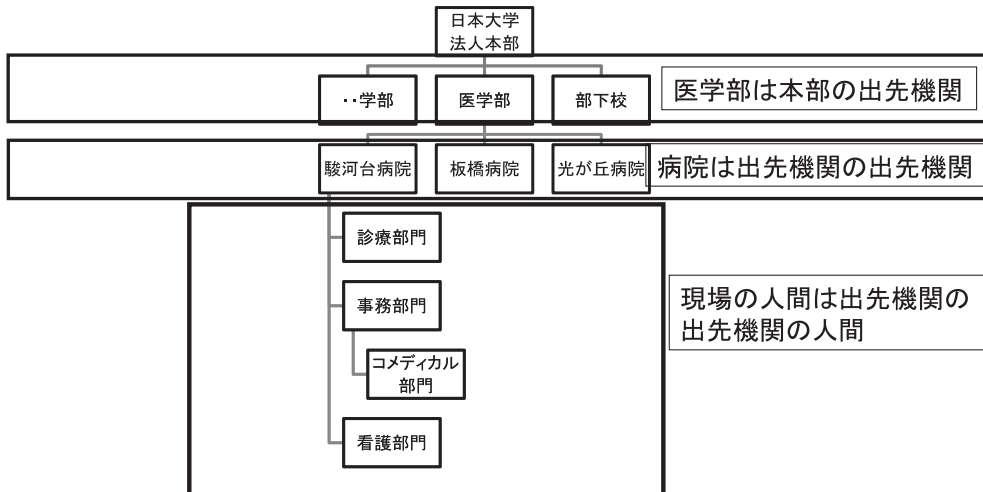
「学納金」という行政で言えば「税金」にあたるお金がほぼ確実に納められるので、一般企業のように「経営」に苦勞することは少ないはずである。つまり学生が集まり学納金を収めるかぎり、支出の管理を行いさえすれば経営破綻することはないのである。ところで、学生が集まる理由はしっかりと学問ができ、就職に有利であることである。しっかりと学問が出来る事と就職に有利であることはリンクしながら評価されていくものである。それには教員の向上心と使命感は欠かせない。他方、日本の大学においては大学の経営をしっかりと考えることができる教員・研究者は必ずしも多くないと思われる。そのため経営と学問のバランスを取ることこそ法人本部が知恵を絞るべき最大の使命なのである。ドラッカーが言うように「マネジメントがプロフェッショナルを支配する構造にはなるべきではない」とはいうものの、健全な経営のもとに学問の継続性があることを考えれば収支バランスの調整は不可欠なのである。

ところで、教員には経営を理解することが出来ないのであろうか？少なくとも教員は学問で身を立っている以上、論理的な理解力には不足していないはずである。他方、近代的経営の基盤にはしっかりとしたロジックとエビデンスが必要であり、それをもとに大学の使命を実現させるために経営が行われているはずである。したがって大学においては経営を透明化し、説明責任を果たせば教員に経営状況を理解させることは決して難しいことではない。むしろ大学にとって経営の透明化、説明責任そしてもちろん教育の場である限り違法性の確保を推進すれば、学生を確保しながら経営が困難になることは考えられない事である。

図1に2012年3月までの日本大学の組織構造の模式図を示す。全体のマネジメントを行う本部があり、その下に14学部と附属高校などの部下校がある。そこで附属病院をこの組

図1 日本大学の組織構造（～2013年）

独立採算性を謳ってはいるが、事務職員の人事権や契約締結権、給与決定権、予算編成権などの経営権は法人本部にある。したがって大学事務職員は法人本部の方針に従わざるを得ず現場力を発揮できにくい。そこで教員が経営改革を進める必要があった。



組織図から考えてみると、本部の出先機関である医学部のさらに出先機関であるという位置づけになる。つまり病院という現業部門は、大学の組織構造の中でも最も下流にある組織と言える。このことは非常に逆説的である。つまり最も最先端の診療機器を備え、専門職が多く、労働集約的で、最も大きな予算を必要とし、しかも行政介入によって診療報酬改定という価格変動が定期的に生じ、疾病構造の変化によっても患者数や収入が変動するという不確定要素を抱える部門。すなわち最も高度な経営能力が問われる病院が、組織構造上は人事の最下層に置かれているのである。

この組織図が当てはまるのはあくまで大学の事務職であり、本来、研究・教育・診療を行う教員は本来このようなヒエラルキーには属するものではない。しかし組織全体の構造と自らの使命を理解していない職員や教員は、往々にしてこの構造の中に属するものと勘違いするのである。

c. 総合大学の中の附属病院の職員数と予算

医学部の学生数は全学の0.7%であるにもかかわらず、附属病院および医学部の財政規模をみると全学の30%にも及んでいた。つまり、医学部附属病院の経営改善無しに大学の経営は成り立たないと言える。しかしながら、驚くべきことには医学部および附属病院に経営権は存在しない。つまり給与決定権、契約締結権、予算編成権、人事権（事務職員、看護師、臨床検査技師、放射線技師、栄養士などのコメディカル）がないのである。さらに医師の人事権は医局講座にあるため大学医局と附属病院との間に利益相反が存在することになる。また給与を支払う職員数についても大学本部に決定権があり、医学部単独で決定することはできない。したがって適切な職員配置を迅速に進めることもできない状況にある。これは独立法人化していない自治体病院と構造がほぼ同じであり、日本の公的病院がかか

える大きな問題とも共通している。

d. 大学附属病院のガバナンス

前述の通り、大学付属病院の中に経営責任が発生するような自律性は備わっていないがそれでも経営責任は問われることになる。なぜなら大学本部には病院経営の細部を理解できる構造や人材もまた存在しないため、経営権だけが存在することになる。したがって経営能力と経営責任は経営権の無い医学部および医学部附属病院に転嫁するほかはないのである。他方、経営権を委譲した場合は権限の委譲をともなうことになるため、トップマネジメントは権力構造の変化を受け入れる必要があり実現しにくい。この構造は地方公営企業法の全部適用を受けていない自治体病院と類似している。つまり医学部および附属病院に経営権のあるガバメントは存在しないが、運営責任者が存在するという事である。そのような状態では自ら内部統制すること、つまりガバナンスが常に機能していなければ病院が成立しないのである。この場合、病院長がむしろガバナンスを成立させる責任者という立場になるが、往々にして経営権の干渉をうけるため、とても苦しい立場に置かれることになる。病院長が強い意思をもって経営改善に望めば病院のガバメント代表者としてリーダーシップをとることも不可能ではないが、経営権がないことは常に病院長の手かせ足かせになり理想的な病院経営を阻むことになる。このような状況下で医師、看護師などの各セクションは、それぞれの現場のガバナンスを発揮して全体の調和を目指すことになる。むしろガバナンスに基づく現場力が病院の機能を成立させていると言っても過言ではないと思われる。

2. 大学病院の経営改善・診療機能向上と医療バランスト・スコアカード（医療BSC）の導入

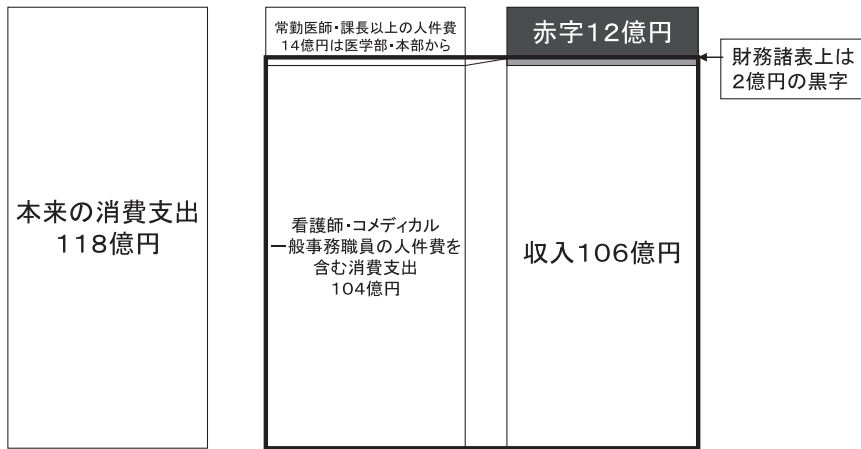
前述の通り、大学付属病院という組織ではガバメントシステムが強くないため、現場力というガバナンスシステムがセクション間の垣根を越えて働いているというのが現状である。その中で医師の役割は診療面でのリーダーシップを持つところにある。これは医療が患者と医師の関係から始まり、看護師やコメディカルに連携していくという関係性において、そして医療の基本戦略を立案し統合していく上で医師の役割が主体とならざるを得ないからである。もちろん大学は先端医療にチャレンジしていく場所でもあるため医師主導というシステムが構築されやすい状況にある。そのような中で駿河台日本大学病院に赤字が累積している事態が表面化し、著者らは医師主導で経営改善に取り組むことになった。

a. わかりにくい収支バランス

先ず、当初問題となったのは病院の赤字と医学部の赤字の関係が解りにくかったことである。医学部附属病院の医師のうち助手は教員でもあるため、その給与を医学部負担としてしまうと病院が黒字化し医学部が赤字となる。逆に助手を病院で雇用しているとして給与費を計算すると病院が赤字となる状況であった。文部科学省からの教員に対する補助金である経常費補助金をどのように配分するのかは人事異動も含めて、ある程度の調整が可能であるため、経常費補助金の多寡も病院の消費収支に影響を与えるのである。

図2に大学付属病院の消費収支と医師給与および幹部職員（給与は大学本部から支給）給与の関係を図示する。病院は本来それにかかる人件費のすべてを計上して給与費の計算を行いその上で収支バランスを考えなくてはならないが、このような大学病院独特な人件

図2 わかりにくい大学病院の経営状態
—2006年当時の駿河台病院を例にとると—



費の計算は病院本体の収支を不明瞭にしてしまい、その結果、経営改善を妨げる原因となる。

b. 医師が主導する大学病院経営改善の取り組み

そのような背景の中で、赤字が年間約12億円にのぼる駿河台日本大学病院の経営改革が進められた。その原動力となったのは経営刷新委員会であり、これは主として医学部教員である医師によって進められたのである。医師が取り組むことになった理由は当時の医学部長の発案で、それ以前のしがらみがなくフリーハンドに改革を進めることが出来ると考えられたからである。これは同時に、時代に合ったマネジメントを導入できるチャンスでもあった。

経営改善の方法は以下のようにスタンダードな方針で進められた

- ・問題点の抽出：費用をベンチマークする
→ 妥当な支出かどうかを判断
- ・解決方法の提示→提言書の作成
- ・提言に基づく経費削減委員会の設置
- ・削減委員会による具体的改善の提示と実行

- ・削減の進捗状況をサーベイしながらさらに経営刷新を推進する

実際にベンチマークをしてみると人件費、消耗品費、水道光熱費、医療材料費、薬品費、委託費、その他、ほぼすべての領域で高コスト体質となっている事が認められた。また7：1看護についてはすでに導入できる状態であったにもかかわらず申請されていなかった。人員配置や給与に関しては、さらに大きな問題があると考えられた。つまり実質上「経営」及び管理というべきものは機能していなかったのである。

そこで図3に示すように病院の目的に立ち返り、そこからミッション、ビジョンを考え、上で戦略を立てて「経営」を進めることとした。そして図4に示すような現状からの利益創出と、医業収益創造の二本立てで経営改善を進めることとした。その目指すところは図5に示すような、教職員の病院経営に対する理解に基づく目的意識の共有を基盤とした経営のポジティブスパイラルであった。このような経営改善によって初年度に年間の赤字総額は12億円から6億円に圧縮された。これは主として経費削減によるものである。

図3 駿河台日本大学病院の目的・使命と経営改善計画

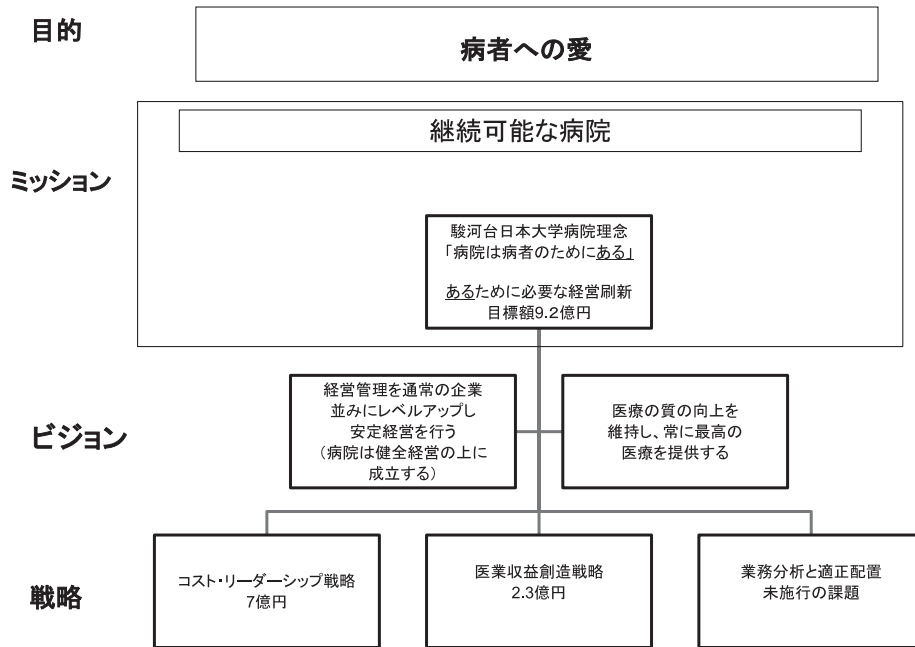
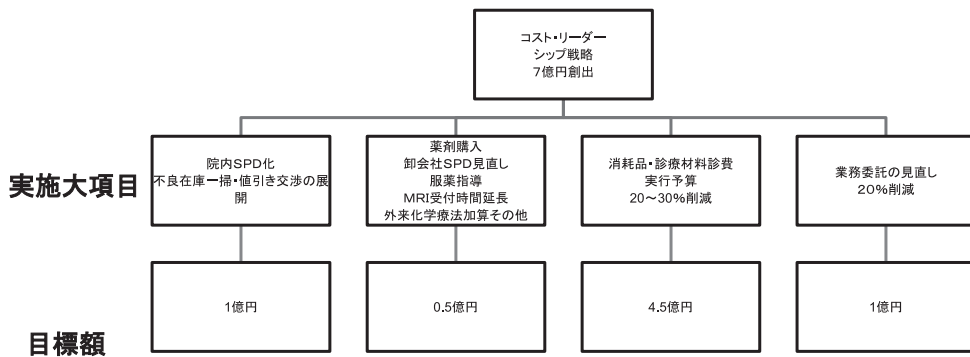


図4 現状からの利益創出



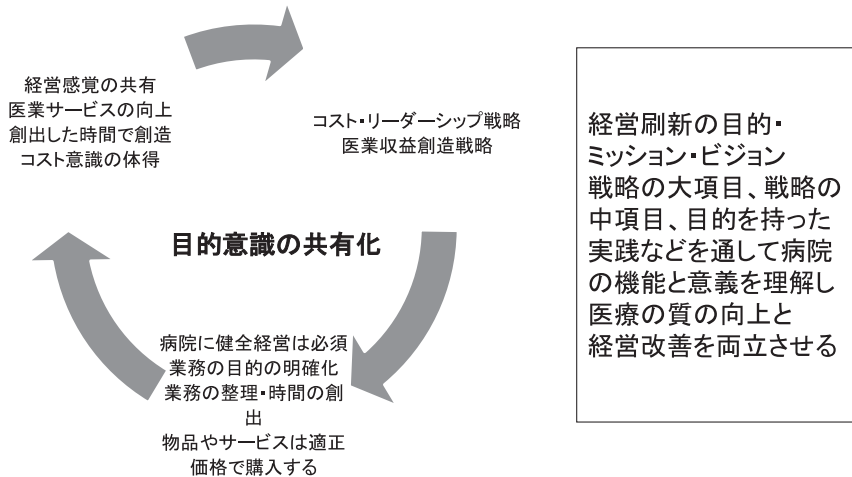
他方、ベンチマークによって明らかとなった赤字の最大要因は人件費というコストであった。しかしながら前述のように病院自体に経営権がないため適正配置、給与費の改正（賞与も含む）を実施することはできず、経営権がある大学法人本部も給与改定に動かなかったため根本的な経営改善を実施すること

は出来なかった。

b. 経営改善の過程で抽出された大学病院経営の構造的な問題

- 1) 病院の事情を殆ど知らない法人本部の理事が病院にとって最も重要な案件の決裁を行うことになり、現実的な判断が得られ難

図5 経営刷新のポジティブスパイラル
ー経営の改善だけでなく診療機能向上を目指すー



高収益を誇る当院において経営改善と医療の質の向上は相反するものではない
なぜなら無駄使いをなくし適正な業務を行えば経営が大幅に改善するからである

- い
- 2) 病院経営の根幹をなす給与体系が大学全体の給与体系と同じであり、経営状態に即して変えることができない
 - 3) 病院自体で経営分析に基づいて予算を編成する事ができない（経営企画部門は存在せず、エビデンスに基づくというよりも収支バランスがとれる目標を軸に予算を作成し、それで本部承認を受けているのが実態）。

c. 大学病院での医療バランスト・スコアカードの導入

医業収益の創造については新たな事業を企画し創造する必要があることと、現場に経営感覚を広める目的で医療バランスト・スコアカードの導入を試みることにした。もうひとつの狙いは各診療科、部門において以前から試したかった企画を具体化し実現にこぎつけることで閉塞感を打破するとともに、経営改善につなげようという事であった。

導入に際しては図6に示すように日本大学

商学部の教員と日本医療バランスト・スコアカード研究学会企画研修委員会の応援を受け、講演会とワークショップを繰り返しながら方法論を具体的に身につけていくという形をとった。そして、まず最初に病院執行部により図7に示すようなSWOT分析とクロス分析を行い、クロス分析の結果にしたがって図8に示すような戦略マップを作成した。スコアカードには、患者の集まる病院づくりという戦略テーマの中で、「成長と学習の視点」の戦略目標に①病院に付設する健診センターであるにもかかわらず、病院への紹介システムがなかったことが明らかとなったため、そのシステムを構築すること、コスト削減という戦略テーマでは②教職員の経営に対する意識改革を行う事を掲げてバランスト・スコアカードを作成した（図9）。

これに引き続き、各診療科および部門にそれぞれのBSC作成を依頼したところ16もの戦略テーマでBSCが作成された。表1に駿河台日本大学病院で行われたBSC発表会の際の演

図6 駿河台日本大学病院におけるBSC導入のプロセス



図7 SWOT分析・クロス分析

図7 SWOT分析・ クロス分析		外部環境分析	
		(3) 機会(Opportunity)	(4) 脅威(Threat)
		1. 交通至便 2. 行政との関係が良好 3. 総合大学としてのブランド力を利用 4. オフィス街に近く、昼間人口が多い 5. 歯科病院、健診センターとの連携 6. 新病院建設計画がある 7. 意識改革の進展 8. DPC導入を目指している 9. 医療費の国からの支出が緩みやすい社会情勢	1. 補助金の減少 2. 競合病院が多い 3. 診療報酬の抑制 4. 景気悪化 5. 借地であることが大きな負担となっている 6. 病院事業の管理が独立できない構造にある 7. 二次医療圏によるベッド数の削減 8. 医局講座との関係で医師を集めにくい 9. 日本大学が赤字 10. 医療(病診)連携がスムーズでない 11. 大きい地震が来ると病院が壊れる心配がある
病院 内 分 析	(1) 強み(Strength)	機会に対して強みを活用する	脅威に際して、強みで差をつける
	1. 患者さんに優しい 2. 職員のコミュニケーションが良い 3. 交通の便がよい 4. 大学病院がある 5. 都心にある大学病院 6. 伝統がある 7. 病院がコンパクト 8. 専門性が高い診療部門を有する 9. 健診センターと連携できる 10. 救命救急を設置している 11. 日本大学本部に近く大学病院としての中核を果たせる。(校友確保) 12. はケースマネジャーの動きをすることができる人間がいる。 13. 新病院建設計画がある	1. 広報活動を推進する(S3・S5・O1) 2. オフィス街・学生街の人々の健康管理(S9・O2・O6) 3. BSCを推進して職員のコミュニケーションと意識改革を図る(S2・O4) 4. 新病院を機能的にコンパクトにする(S7・O7) 5. 新病院に他学部の力を活用(O3・S5・S11・S4) 6. 患者サービスセンターの設置(S1・S12・O4・O7) 7. 新病院建設に際して常に社会のニーズに合った診療科を設置できるようにする(S8・O7) 8. 行政とタイアップした医療の推進(S8・O6)	1. 競合病院に対抗するため患者に優しい職員教育(S1・T2) 2. 限られたベッド数で個室を増加して患者サービス増(S7・T7) 3. 高度先進医療の推進による医療収入増(S8・T3) 4. 専門性を高めることによって若い医師を確保(S8・T6・T8) 5. 健診センターの充実により患者を確保(S9・T4) 6. 日大の総合性を活かして新病院を建設(S11・S13・T2・T4)
	(2) 弱み(Weakness)	弱みを補強して機会をとらえる	脅威が弱みに結びつくリスクを避ける
	1. 病院全体、病室が狭い 2. 建物、設備が老朽化 3. 医師数の不足 4. 情報伝達不足 5. 待ち時間が長い 6. 患者、教職員のアメニティが悪い 7. 本部との関係で事務作業が煩雑 8. 経営危機感不足 9. 委託業者の人材における患者トラブル 10. IT化が遅れている 11. 高度先進医療への取組みが少ない 12. 研究ができていない環境 13. 教育雑務に時間をとられる	1. 新病院を建設して病室を広くし、患者・教職員のアメニティを改善(W1・W2・W6・O7) 2. 商学部の協力によりVBSCを導入し意識改革を実践(W8・O3・O4) 3. 予約システムを改善して待ち時間を短縮(W5・W10・O2) 4. 新病院計画によってIT化・高度先進医療を推進(W10・W11・W12・O7)	1. 全種のある病院事業管理者を設置して事務処理を削減する(W7・T6) 2. 勤務医の事務作業補助者を獲得し医師不足に対応(W3・T8) 3. 病院と医師と医局講座との関係を明確にして不足する医師を確保(W3・T8) 4. IT化を推進することにより医療連携を充実(W10・T10) 5. 借地問題を整理し、新病院を建設(W2・W11・T5・T11)

図8 駿河台日本大学病院の戦略マップ

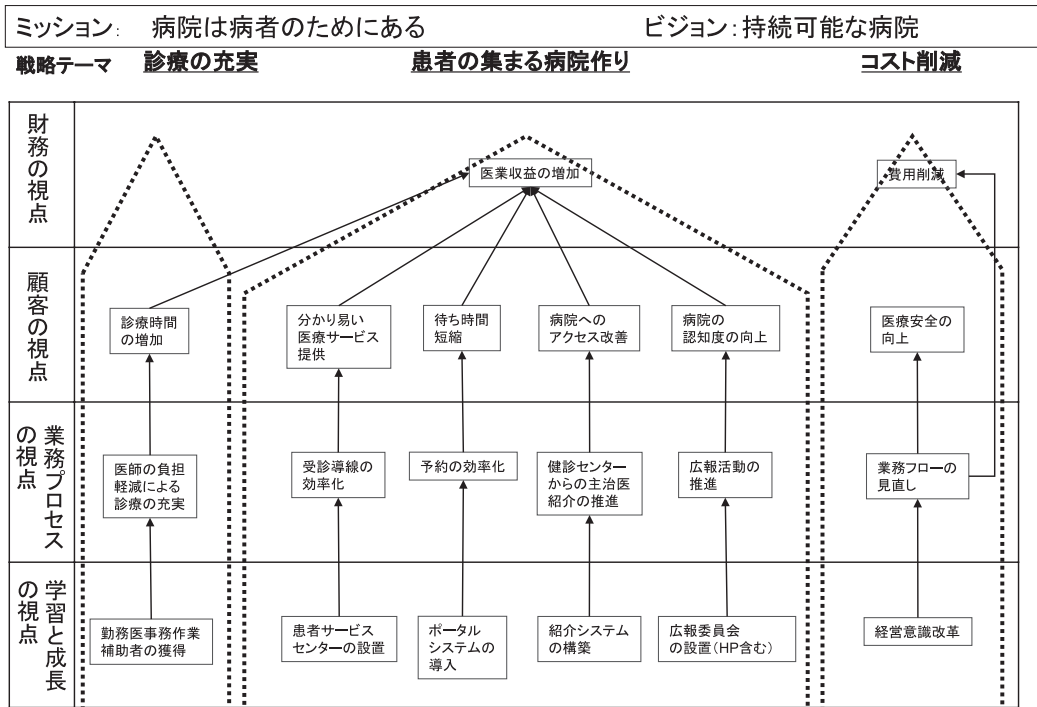


図9 BSC

	戦略目標	重要成功要因	成果尺度	現状値	目標値	アクションプラン
財務の視点	医療収益の増加	紹介患者数の増加	紹介患者数	〇〇人	1日10名増(例)	
	費用削減	人件費	時間外手当	A円	B円	
顧客の視点	病院へのアクセス改善	健診から病院への紹介件数の増加	紹介率	A%	A+20%	受診案内パンフレットの作成
	医療安全の向上	診療に関する時間的余裕が出来る	診療に関するクレーム件数	A件	50%削減	クレーム件数と内容の分析
業務プロセスの視点	健診からの主治医紹介の推進	受診予約の代行	予約代行の数	0%	100%	健診異常者へのアナウンス
	効率的業務運営	業務フローの見直し	残業時間(NS・事務)バスの徹底(医師)	B時間 A%	—C時間 100%	作業工程の洗い出し 勤務シフトの見直し バスの見直し 診療効率の改善
学習と成長の視点	健診センターの紹介システムの構築	当日紹介手順が決まっている	手順の完成度	0%	100%	医療連携室で対応 健診センター受付で対応 各々2名(4名)
	経営意識改革	病院の経営状態を職員が認知している	認知度	A%	100%	職員への財務データの開示 BSCの推進

表 1 2010年、駿河台日本大学病院BSC発表会の演題

1	心臓血管外科、皮膚科、整形外科、看護部：フットケア外来
2	整形外科：高齢者運動機能
3	救命科：ER時間の延長
4	院長指定：手術件数増加
5	眼科：業務フロー
6	小児科：糖尿病トランジション
7	内科。臨床検査部：増収を目的とした技師によるエコー検査推進
8	循環器科：心臓リハビリ
9	精神科：物忘れ外来設置
10	麻酔科：診療と学術の充実
11	耳鼻科：感覚器クリニック
12	泌尿器科：結石治療推進
13	栄養科：特別食
14	脳外科：脊髄刺激療法（SCS）

題名を示す。ここではそのうち14のBSCが発表されている。これらのBSCに対しては評価委員による評価を行った上で優秀なものを表彰するというようにして推進した。またそれぞれのBSCの進捗状況についてもモニタリングして評価尺度を満足させているかどうかについて確認を行った。BSCの作成に関しては大勢の医師と看護師、栄養士、放射線技師、臨床検査技師が参加したが、病院事務職幹部は執行部のBSC作成以外、積極的にBSC導入に参加する姿勢を見せることはなかった。

つまり現場力は発揮されたが、マネジメントを行うべき事務部門がマネジメント力を発揮できなかったのである。

3. 大学病院における医療BSC導入の問題点と展望

医療BSCを導入した多くの病院では事務部門が積極的にBSC導入を推進するものの医師をBSC作成に動員することが難しく、それがBSC推進の障害となっている。これは、これ

までの日本では医師が経営を教育されることなく、院長や副院長以外の多くの勤務医にとって経営は考える機会もなかったからではないかと考えられる。

他方、駿河台日本大学病院においては医師主導で経営刷新委員会、経費削減委員会などを設置し、経営に対する医師の関心が高まっていたこともあり非常に多くの医師が参加することになった。医師による医療行為の基本は診断と治療、評価、方針の決定、経過のチェック、それによる治療方針の変更という繰り返しである。つまりPDCAは習慣になっていると言える。また、特に大学病院においては常に教育、研究、臨床もまた習慣となっており、さらに医学教育ワークショップなどグループによるトレーニングの機会も多いので、BSCの背景の理論を身につければBSCを運用し、確実に実施していくことに大きな困難はないものと考えられた。

大学病院でのBSC導入を実際に経験した結果、その実現を難しくさせている要因は事務職のスタンスと考えられた。これは「大学病

院におけるマネジメントの構造とガバナンス」の項でも述べたとおり、大学業務における事務職のスタンスと密接に関係していると思われる。

つまり大学でマネジメントの実務を行う事務職員は、大学の使命を理解して共感し、ステークホルダーである学生やその保護者のためには学納金を下げる努力を、教員に対しては研究・教育・診療環境を最善のものにするための努力を、また、病院においては患者や地域、医師会、そして連携病院に対して社会的貢献の努力をするのが本来の使命である。その信用の上で、教員は学問や診療に邁進し、学生は勉学に努力するのである。またこれらのことは健全な経営基盤があってこそ実現するものである。経営改革の経過の中で、現場の事務職員は次第に改革に協力するようになった。

しかし、前述のような権力構造が大学に存在するために職務とガバメントとの板挟みになってしまい、職員によっては本来持っているはずの使命感を維持できにくくなっているのではないかと思われた。つまり経営権者による説明責任、遵法性、公正性、透明性といった現代的なガバメントの構造が日本大学で機能していないことが、科学的で論理性の高いBSCを推進する際に最大の阻害要因となっているのである。それと同時にトップマネジメントのガバメントに対するガバナンスのシステムがないことも大きな要因となっている。つまり前述の通り、例えば病院の現場にはガバナンスが存在するが、大学のトップマネジメントに対して評議員会や理事会は「経営者を監視する機能」という意味でガバナンス機能を果たしていないのである。それは医学部の赤字垂れ流しが長く続いたことから明らかである。つまり病院の赤字が続いてきたにもかかわらず歴代の経営権者は未だかつて誰一人責任をとることもなく経営権の無い病院長や医学部長に経営責任を押し付けてきた。

この構造の中に自己変革の可能性はない。その改革を進めるべきは文部科学省であり、文部科学省は安易に学長に権限を集中させるのではなく大学にOECDコーポレートガバナンス原則¹⁾の推進を求めるべきである。そのような環境の中でこそ大学、そして大学病院に健全な経営が実現するものと考ええる。

4. 大学の臨床研究機能と医療BSCの応用

BSCのプロジェクトマネジメント機能は、大学病院における診療機能の向上について前項表1に示すような種々のプロジェクトの発案・計画・実現に有用であった。これをさらに進めて臨床研究に役立てることが出来るのではないかと考えBSCの作成を試みた。ここでは日本大学小児科学教室の腎臓研究班で行われたBSCを例に紹介する。

大学病院においては臨床・教育・研究がおこなわれているが、大学病院の医師のキャリアパスの中でもっとも重視されるのがImpact factor (IF) が付いた英文の研究論文の作成である。これは助教に採用される条件の一つでもあり、これをもとに博士号の取得を目指すこともできる。さらには准教授、教授の選考にも大きな影響を与える。また臨床研究を行う上では、研究対象となる疾患をもつ患者がいないと話にならない。したがって患者をどのように増やすかが次の課題である。また研究機能を維持するには同じ志を持つ人材の確保は研究推進に欠かせない。SWOT分析・クロス分析を行った結果、小児腎臓研究チームの戦略目標はそのような結論となった。そこで図10に示すような3つの戦略テーマを掲げた戦略マップを作成した。この中の戦略テーマ「学術活動の活性化」についてバランスト・スコアカードを作成すると図11のようになる。成長と学習の視点から考えると、最も必要なことは完成度の高い研究

図10

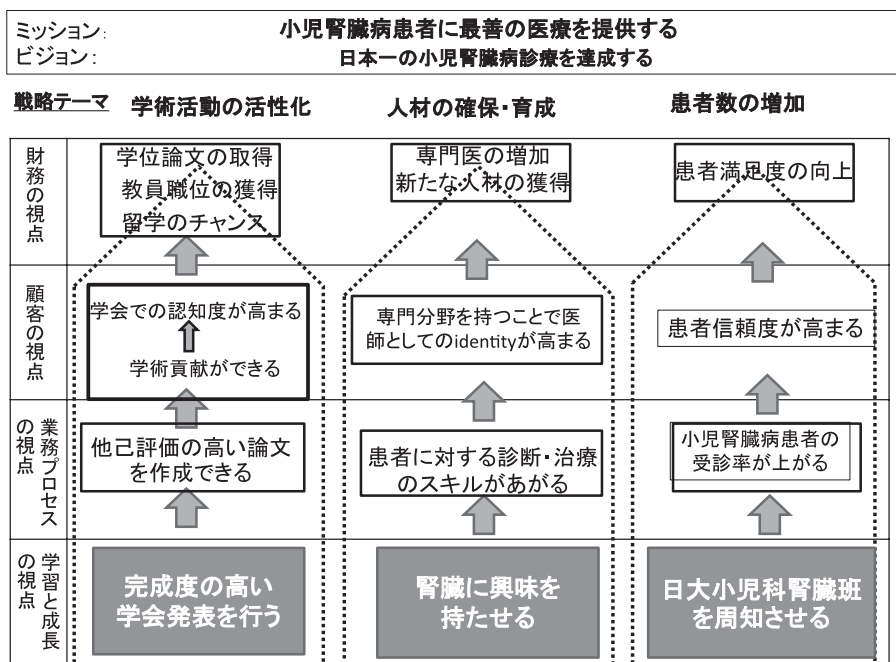


図11 日本大学小児科腎臓班のBSC

	戦略目標	重要成功要因	尺度	現状値	目標値	アクションプラン
財務の視点	学位論文の取得 教員職位の獲得 留学のチャンス	教室内の評価が高まる	学位取得する 有給職(助教・准教授)の獲得 留学の実現	学位3/5人 教授1、助教2 留学なし	学位全員取得 新たな准教授と助教 留学する	
顧客の視点	学会の認知度が高まる 学術貢献ができる	良質な報告と論文が継続して発表される	IF総合値	IF値 5/年	IF値 8/年	カバーレターのブラッシュアップ 粘り強い投稿
業務プロセスの視点	他己評価の高い論文を作成できる	簡潔で論理的な高い論文である 参考文献が適切にsiteされている	評価の高い雑誌(IF値>1.0)に採択される	2編/年	4編/年	出来るだけ短い論文を論理的に書いてみる 文献の絞り込みを行う 25編→15編
学習と成長の視点	完成度の高い学会発表を行う(症例報告)	Conclusiveな報告である 必要な文献が検索されている	学会賞を受賞する 参考文献数	0/年 10/1論文	2/年 25/1論文	希少症例の病態生理を良く理解する EndNote/Google両方で文献検索する

の発表であることがわかった。何故ならそれがIFのついた論文のもとになるからである。その重要成功要因にはconclusiveな報告である事、そして必要な文献が確実に検索され記述されている事などが考えられた。そしてその評価尺度には学会賞を受賞すること(現状値0／年から2／年に増やす)、また参考文献数についても1論文あたりの現状値10編を25編に増加させることとした。アクションプランとしてはconclusiveな報告については希少症例の病態生理をよく理解し結論を導き出せる考察を行う事とし、文献検索に関しては文献検索ソフトEndNote[®]のみではなく、Googleも用いて検索を行う事とした。このような努力を行う事によって完成度の高い論文を作成でき、その結果、学会での認知度が高まると同時に学術貢献もできる。その積み重ねが学位論文の取得や、教員の職位の獲得、そして留学のチャンスにもつながっていくという長期的なプロジェクトマネジメントである。

このように実際に学術活動においても戦略目標を明らかにしてBSCを作成することにより目標達成に対するアプローチを具体化、可視化し実現につなげることが出来るものと考えられた。このようなプロジェクトのマネジメントと時間の管理はチームのマネージャーが行う必要があると考えられる。これまで学術研究は主として研究者や研究指導者による管理が行われてきた。しかし、このようにBSCを作成してみると良質な論文を数多く生

産するためには、専任のマネジメントが必要ではないかと思われる。

5. 結語

医療BSCは科学的で論理的なプロジェクトマネジメントツールとして大学病院でも十分に活用できると考えられた。特に医師や看護師、コメディカルスタッフにとっては取り入れやすい方法であり、実際に十分な成果を上げることが出来た。また医学研究のプロジェクトについても応用できるものであることがわかった。しかし、現状の大学病院の事務組織を考えると、大学本部の組織構造と医学部の関係、そしてその附属病院という上意下達の構造があり、それに伴う権限の限界の問題がある。そのため大学病院の幹部事務職員が自律的にBSCに取り組むことは難しいように思われた。また、この構造は地方自治体病院など行政機関に附属する病院とガバメントの関係、そしてガバナンスの状況と類似しているように思われる。これらの問題を解決し経営を近代化するためには説明責任、透明性、公正性、遵法性といった組織の、また経営のトップマネジメントの近代化が必要であると考える。

* 本研究はJSPS科研費(H25～H27)挑戦的萌芽研究「医療BSCの利用領域拡大と応用のイノベーションに関する国際比較研究」課題番号25590086による研究成果の一部である。

〔注〕

- 1) OECDコーポレートガバナンス原則は、
①株主の権利、②株主の公正な扱い、③
利害関係者の役割、④情報開示と透明性、

および⑤取締役会の責任の5節から構成され、各節は1つの原則および原則を支える複数の勧告から構成されている。

参考文献

- Kaplan, R. S. and Norton D. P. (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press (吉川武男訳, 1997『バランスト・スコアカード—新しい経営指標による企業変革』生産性出版)
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (2001) *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*, Harvard Business School Press (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. (2008) *The Execution Premium: Linking Strategy to Operations for Competitive Advantage*, Harvard Business Press (櫻井通晴・伊藤和憲監訳, 2009『バランスト・スコアカードによる戦略実行のプレミアム—競争優位のための戦略と業務活動とのリンケージ』東洋経済新報社) .
- Niven, P. R. (2006) *Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*, 2nd ed., John Wiley & Sons (清水孝監訳, 2009,『BSC戦略マネジメント ハンドブック』中央経済社) .
- 高橋淑郎編著 (2011)『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 (2011)『医療バランスト・スコアカード研究 実務編』生産性出版.
- 川野克典 (2012)『管理会計の理論と実務』中央経済社.
- 小原重信・浅田孝幸・鈴木研一 (2004)『プロジェクト・バランスト・スコアカード』生産性出版
- 伊丹敬之・藤本隆宏・岡崎哲二・伊藤秀史・沼上幹編 (2006)『日本の企業システム 第4巻 組織能力・知識・人材』有斐閣
- 松田智幸編著 (2008)『公的組織の経営改善ハンドブック』中央経済社
- 青木雅彦・澤昭博裕・大東道郎 (2001)『大学改革 課題と争点』東京経済新報社
- OECD Principles of Corporate Governance, May 1999,

(Abstract)

Recently, hospital balanced scorecard (HBSC) has been introduced for many regional private hospitals and played important roles for the hospital management reform. However, HBSC has merely been introduced to university hospitals, those which are different from regional private hospitals in management system, financial structure and social mission. I will discuss about the management structure of Nihon University, the positioning of university hospital in the whole university management and the basic problems in the management of university hospital through my experience of management reform of Surugadai Nihon University Hospital. I will discuss the possibility of the application of HBSC for the development of clinical and research function of university hospitals, through the actual process of HBSC in our university hospital, as well.