

【論文】

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

Implementation of the Balanced Scorecard in  
Healthcare Organizations:  
Healthcare Balanced Scorecard in Japan, Canada and Taiwan

劉 慕 和  
Mu-Ho Liu

目次

1. はじめに
2. 実態調査の概要
3. BSC導入の基本状況
4. 業績評価や目標管理とのかかわり
5. 戦略マップの構築
6. 戦略マップやBSCの更新状況
7. 組織メンバーのBSCに対する理解やかかわり
8. BSCの担当部署
9. おわりに

(要旨)

日本においても海外においても、組織の経営管理を改善するためにバランスト・スコアカードを導入する医療機関は増えつつある。本稿は日本、カナダ、ならびに台湾の3カ国・地域における医療機関のBSCに対して、実態調査のデータの一部に基づいて考察した。その結果、日本の医療機関がBSCを導入する動機として経営上の課題や医療の質の向上が挙げられる。目標管理のツールとしてBSCを利用している日本の医療機関の割合が非常に高いことが明らかとなった。一方、戦略マップの意義や必要性を認識していながらも、戦略的にBSCを利用している日本の医療機関はカナダや台湾と比較してその割合が低い事実が判明した。これは、日本の医療機関がBSCを導入するさいに、より戦略的な視点から検討しなければならないことを示唆している。

## 1. はじめに

日本においても海外においても、病院をはじめとする医療機関の経営管理を取り巻く環境が複雑化しつつある。各国の医療政策の変化による医療機関の財政への圧迫、医療の質の向上に対する社会の要請、あるいは複数の利害関係者を意識した業績の改善などの話題は、ジャーナリズムにおいて目にしない日がないといっても過言ではない。これらの課題を対応するために医療機関が有効なマネジメント・システムを導入することの必要性は、多くの医療関係者や研究者に認識されてきている。

そんな中、近年、組織の経営管理を改善するためにバランスト・スコアカード (Balanced Scorecard ; BSC, 以下BSCとする) が世界各国で多くの医療機関に導入されている。BSCはR. S. KaplanおよびD. P. Nortonらの共同研究によって1992年に開発されたものである<sup>1)</sup>。BSCは財務的な業績に加えて非財務的な業績にも焦点を当てながら、組織ミッションや戦略を業績評価指標によって把握し、財務、顧客、業務プロセス、ならびに学習と成長といった4つ視点から戦略の遂行を測定する戦略的マネジメント・システムとして脚光を浴びている。

これまで、個々の医療機関におけるBSCの導入に関する先行研究は数多く存在しているが、国ベースで医療機関におけるBSCに関する包括的な実態調査や国ごとの利用状況に関する比較研究はほとんどなされてこなかった。そこで、本稿は『病院経営におけるバランスト・スコアカード (BSC) 利用の有効性および病院の組織的特性に関する調査』による調査結果の一部をベースに、日本、カナダ<sup>2)</sup>、ならびに台湾<sup>3)</sup>の3カ国・地域における医療機関がBSCを導入するさいの基本状況、業績評価や目標管理とのかかわり、戦略マップの構築、戦略マップやBSCの更新状況、組織メンバーのBSCに対する理解

やかかわり、ならびにBSCの担当部署などの項目について考察する。さらに、BSC運用の実態に関して、国ごとの特徴や類似点・相違点を同調査によるデータに基づいて検証することを本稿の目的としている。

## 2. 実態調査の概要

本稿で用いるデータの出所となる『病院経営におけるバランスト・スコアカード (BSC) 利用の有効性および病院の組織的特性に関する調査』の概要は以下のとおりである。

### 1) 日本

日本の医療機関に関するデータは日本大学商学部高橋淑郎教授が代表を務めた『病院経営におけるバランスト・スコアカード (BSC) 利用の有効性および病院の組織的特性に関する調査』から得たものである。この調査は2009年度から4年間にわたるものである。日本の病院におけるBSCの利用状況についてアンケートの形式で調査を行った。ひとつの病院に対して、院長 (トップ・マネジメント) およびBSCの導入や運用に対して管理責任をもつ中間管理職1人 (ミドル・マネジメント) に同様のアンケートを回答してもらう。BSCを導入している病院の方々にアンケートの回答を依頼した結果、有効な回答数はトップ・マネジメント29、ミドル・マネジメント29となっている。ただし、病院によっては一方の回答しか得られなかった場合もあるため、トップ・マネジメントとミドル・マネジメントの両方は必ずしも同じ病院に所属しているわけではない。

### 2) カナダおよび台湾

カナダおよび台湾の場合は、筆者を含む日本大学商学部の研究者が2009年からの4年間、数回にわたってカナダや台湾の病院を訪問したさいに、上記のアンケートの回答を病

院の関係者に依頼した。その結果、日本の場合と同様に病院によってはトップ・マネジメントまたはミドル・マネジメントのどちらかの回答しか得られなかったものを含めて、カナダの医療機関から回収した有効な回答数はトップ・マネジメント7、ミドル・マネジメント9である。台湾からはトップ・マネジメント8、ミドル・マネジメント8の有効な回答が得られた。

### 3. BSC 導入の基本状況

BSCの導入に関する基本状況についてアンケートでは3つの設問がある。

#### 1) 導入の動機

【設問】 貴院でBSC導入の動機となった要因は何でしたか。(上位要素3つまでに1位, 2位, 3位と順位をつけてください)

- (a) 業績評価に役立たせるため。
- (b) 報奨制度に役立たせるため。
- (c) 戦略実施に役立たせるため。

- (d) 戦略作成に役立たせるため。
- (e) 経営に役立たせるため。
- (f) 医療の質の向上に役立たせるため。
- (g) 戦略の理解に役立たせるため。
- (h) 情報を共有するため。
- (i) 意思疎通の向上のため。
- (j) 組織としてのアカウントビリティ向上のため。
- (k) 組織改革に役立たせるため。
- (l) 病院全体の業績向上のため。
- (m) その他 (具体的に)\_\_\_\_\_。

この設問に対する回答の集計結果は国ごとに表1～表3に示している。表1～表3にある平均値は、「重要ではない」(1点)から「極めて重要」(5点)までの5段階でこれらの質問項目に対して点数をつける。さらに、これらの項目の中からもっとも重要な項目を3位まで選ぶ。ここの1位～3位の順位は、筆者が各項目における重要性の順位を独自に算定したものである<sup>4)</sup>。表4は国別の順位によって並べた項目である。

表1 BSC導入の動機 (日本の医療機関)

	トップ・マネジメント			ミドル・マネジメント			全体						順位			
	調査数	平均値	重要度			調査数	平均値	重要度			調査数	平均値		重要度		
			1位	2位	3位			1位	2位	3位				1位	2位	3位
業績評価に役立たせる	29	3.2	1	3	0	29	3.5	1	1	2	58	3.7	2	4	2	7
報奨制度に役立たせる	29	1.9	0	1	0	29	2.2	0	1	0	58	2.1	0	2	0	11
戦略実施に役立たせる	29	4.6	2	3	2	29	4.6	3	6	4	58	4.6	5	9	6	3
戦略作成に役立たせる	29	4.4	6	1	0	29	4.5	3	3	1	58	4.4	9	4	1	4
経営に役立たせる	29	4.3	3	1	2	29	4.4	6	7	4	58	4.3	9	8	6	1
医療の質の向上に役立たせる	29	4.2	2	3	4	29	4.5	7	2	5	58	4.4	9	5	9	2
戦略の理解に役立たせる	29	4.3	0	3	4	29	4.1	4	2	2	58	4.2	4	5	6	5
情報を共有する	29	4.3	0	3	1	29	4.3	0	3	2	58	4.3	0	6	3	8
意思疎通の向上	29	4.3	2	1	3	29	4.2	0	0	3	58	4.3	2	1	6	9
組織のアカウントビリティ向上	29	3.8	0	0	0	29	3.4	0	0	0	58	3.6	0	0	0	13
組織改革に役立たせる	29	3.8	0	1	0	29	3.7	1	1	0	58	3.8	1	2	0	10
病院全体の業績向上	29	4.1	3	1	4	29	4.1	0	1	4	58	4.1	3	2	8	6
その他	29	4.0	1	0	0	29	3.5	0	0	0	58	3.8	1	0	0	12

表2 BSCの導入動機（カナダの医療機関）

	トップ・マネジメント					ミドル・マネジメント					全体					順位
	調査数	平均値	重要度			調査数	平均値	重要度			調査数	平均値	重要度			
			1位	2位	3位			1位	2位	3位			1位	2位	3位	
業績評価に役立たせる	7	5.0	3	0	2	9	4.9	1	1	1	16	4.9	4	1	3	1
報償制度に役立たせる	7	1.8	0	0	0	9	2.5	0	0	0	16	2.2	0	0	0	8
戦略実施に役立たせる	7	5.0	2	0	1	9	4.2	2	2	0	16	4.6	4	2	1	1
戦略作成に役立たせる	7	3.8	0	0	0	9	3.1	0	0	0	16	3.1	0	0	0	8
経営に役立たせる	7	4.0	0	0	0	9	3.8	0	0	1	16	3.9	0	0	1	7
医療の質の向上に役立たせる	7	4.4	0	2	0	9	4.1	0	1	2	16	4.3	0	3	2	4
戦略の理解に役立たせる	7	4.0	0	0	0	9	3.3	0	0	0	16	3.6	0	0	0	8
情報を共有する	7	4.2	0	0	0	9	3.9	1	0	0	16	4.0	1	0	0	6
意思疎通の向上	7	4.2	0	0	0	9	3.6	0	0	0	16	3.9	0	0	0	8
組織のアカウント ビリティ向上	7	4.6	0	0	1	9	4.4	0	1	2	16	4.5	0	1	3	5
組織改革に役立たせる	7	1.9	0	0	0	9	2.0	0	0	0	16	1.9	0	0	0	8
病院全体の業績向上	7	4.9	0	3	1	9	4.5	2	1	0	16	4.7	2	4	1	3
その他	7	0.0	0	0	0	9	0.0	0	0	0	16	0.0	0	0	0	8

表3 BSCの導入動機（台湾の医療機関）

	トップ・マネジメント					ミドル・マネジメント					全体					順位
	調査数	平均値	重要度			調査数	平均値	重要度			調査数	平均値	重要度			
			1位	2位	3位			1位	2位	3位			1位	2位	3位	
業績評価に役立たせる	8	4.1	0	0	1	8	4.0	0	0	1	16	4.1	0	0	2	9
報償制度に役立たせる	8	2.1	0	0	0	8	2.5	0	0	0	16	2.3	0	0	0	12
戦略実施に役立たせる	8	4.1	0	1	1	8	3.8	0	2	1	16	3.9	0	3	2	4
戦略作成に役立たせる	8	4.3	2	2	0	8	4.1	2	0	0	16	4.2	4	2	0	2
経営に役立たせる	8	4.4	4	1	0	8	4.3	1	1	0	16	4.3	5	2	0	1
医療の質の向上に役立たせる	8	3.9	0	1	1	8	3.9	0	0	0	16	3.9	0	1	1	8
戦略の理解に役立たせる	8	3.9	0	0	0	8	4.1	0	0	1	16	4.0	0	0	1	10
情報を共有する	8	4.1	0	1	2	8	4.0	0	0	1	16	4.1	0	1	3	6
意思疎通の向上	8	4.9	0	1	1	8	4.1	0	1	0	16	4.3	0	2	1	6
組織のアカウント ビリティ向上	8	4.5	1	1	0	8	3.8	1	0	0	16	4.1	2	1	0	4
組織改革に役立たせる	8	3.9	0	0	1	8	3.9	0	0	0	16	3.6	0	0	1	10
病院全体の業績向上	8	4.9	1	1	4	8	4.1	1	1	1	16	4.3	2	2	5	3
その他	8	5.0	0	0	0	8	0.0	0	0	0	16	5.0	0	0	0	12

重要度の平均値に関して、どの国においても概して項目の順位に比例していることがわかる。一方、導入動機の順位を見ると国ごとに状況が異なっており、興味深い。日本の場

合、(e) 経営に役立たせることがもっとも重要で、その次に (f) 医療の質の向上、そして (c) 戦略の実施も重要だと思われる。カナダの場合、もっとも重要な導入動機は(a)

表4 BSCの導入動機の順位

日本		カナダ		台湾	
1	経営に役立たせる	1	業績評価に役立たせる	1	経営に役立たせる
2	医療の質の向上に役立たせる	1	戦略実施に役立たせる	2	戦略作成に役立たせる
3	戦略実施に役立たせる	3	病院全体の業績向上	3	病院全体の業績向上
4	戦略作成に役立たせる	4	医療の質の向上に役立たせる	4	戦略実施に役立たせる
5	戦略の理解に役立たせる	5	組織のアカウンタビリティ向上	4	組織のアカウンタビリティ向上
6	病院全体の業績向上	6	情報を共有する	6	情報を共有する
7	業績評価に役立たせる	7	経営に役立たせる	6	意思疎通の向上
8	情報を共有する	8	報償制度に役立たせる	8	医療の質の向上に役立たせる
9	意思疎通の向上	8	戦略作成に役立たせる	9	業績評価に役立たせる
10	組織改革に役立たせる	8	戦略の理解に役立たせる	10	戦略の理解に役立たせる
11	報償制度に役立たせる	8	意思疎通の向上	10	組織改革に役立たせる
12	その他	8	組織改革に役立たせる	12	報償制度に役立たせる
13	組織のアカウンタビリティ向上	13	その他	13	その他

業績評価であり、戦略の実施および (l) 病院全体の業績の向上がそれに続く。日本とカナダの結果を比較してみると、日本で1位となる経営という動機はカナダでは7位である一方、カナダで1位である業績評価の動機は日本では11位となっており、両社に大きな違いが見られる。一方、台湾の場合を見てみると、1位の経営は日本と同様である。他方、3位の病院全体の業績向上はカナダと同様である。2位の (d) 戦略の作成は日本では4位、カナダでは8位となっている。

この結果は何を意味するかを考えると、まず、日本での調査結果はこれまで日本で行われてきた検証による結果と概ね同じである。たとえば、高橋 (2004) は、日本の病院は収益性の低下をはじめとする経営上の課題や、組織の構造に起因する医療の質の低下といった問題を抱えていると指摘している。この事実は、日本の1位「経営」、2位「医療の質の向上」という結果に反映されているように思える。一方、日本の病院と異なって、カナダの病院は公立病院が95%を占めているが、公的病院を私的な理事会が経営するという半官半民の経営方式であるため、これまでは親方日の丸的な経営行動が多かった。しかし、近年、州政府の財政状況の悪化によっ

て、トロントなど大都市の病院では、自分たちで稼ぐことを積極的に行うために経営の自由度を増そうとしている。その結果、病院のCEOは経営者として、短期的な業績改善と業績評価を思考することが増えてきている。したがって、BSCの導入動機を日本の病院のそれと比較して、経営上の課題というより短期的な視点からの業績評価や業績の改善に焦点を当てていることは理解できる。

台湾の場合、結果は日本とカナダの中間的な位置にあるが、どちらかといえば日本の状況に近い。日本と同様に経営上の理由がもっとも重要でありながら、病院全体の業績を向上させなければならないプレッシャーもある。これは、台湾のマクロの面における医療事情はカナダよりも日本の方に近い一方、組織の在り方や経営システムなどに関しては日本よりも欧米のスタイルに近いことに由来するという事実を反映しているのかもしれない。

## 2) 導入した部署

【設問】BSCは貴院の全部門、部署で導入済みですか。

(a) 全部門またはサービスで導入済みである。

- (b) 多くの部門またはサービスで導入済みである。
- (c) 多くの部門またはサービスで一部導入済みである。
- (d) 一つの部門またはサービスで導入済みである。その場合、導入済み部門名は\_\_\_\_\_。
- (e) 現在、導入準備または試行段階にある。
- (f) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

BSCの導入部署についての調査結果は表5に示している。日本と台湾では(a)全部門・サービスで導入済みとした回答者が6割強に対して、カナダではその割合は1割未満である。日本や台湾の病院と比較して、カナダの回答者は(b)多くの部門またはサービスで導入済み、または(c)多くの部門またはサービスで一部導入済みのような部分的にBSCを導

入または利用していると答えた割合が高い。

### 3) 視点の構築

【設問】BSCの4つの視点（財務／顧客／業務プロセス／学習と成長）は、貴院のスコアカードに使用されていますか。

- (a) 4つの視点すべてを使用・展開している。
- (b) 4つの視点のうち、使用していない視点がある。どの視点を使用していないか。
- (c) 当院独自の視点セットを開発・使用している。使用している視点を列挙してください。

BSCの基本形には財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、ならびに学習と成長の視点といった4つの視点がある。ただし、Kaplan and Norton (2001)をはじめとする多くの先行研究が指摘するように、必ずしも

表5 BSCの導入部署

	調査数	全部門・サービスで導入済み	多くの部門・サービスで導入済み	多くの部門・サービスで一部導入済み	一つの部門・サービスで導入済み	現在導入準備・試行中	その他	無回答
日本								
トップ	29	19 (66%)	7 (24%)	1 (3%)	0	0	1 (3%)	1 (3%)
ミドル	29	20 (69%)	4 (14%)	2 (7%)	0	0	2 (7%)	1 (3%)
全体	58	39 (67%)	11 (19%)	3 (5%)	0	0	3 (5%)	2 (3%)
カナダ								
トップ	7	1 (14%)	1 (14%)	2 (29%)	0	1 (14%)	2 (29%)	0
ミドル	9	0	4 (44%)	2 (22%)	0	0	3 (33%)	0
全体	16	1 (6%)	5 (31%)	4 (25%)	0	1 (6%)	5 (31%)	0
台湾								
トップ	8	6 (75%)	2 (25%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	4 (50%)	3 (38%)	1 (13%)	0	0	0	0
全体	16	10 (63%)	5 (31%)	1 (6%)	0	0	0	0

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

この4つの視点すべてを含めなければならないわけではないし、組織の必要に応じて他の視点を取り入れることも可能である。BSCに含まれる視点に関する調査結果は表6に示している。日本と台湾の病院は、独自の視点を構築せず(a)4つの視点すべてを使用・展開しているという病院がほとんどである。それに対し、カナダの病院では(c)独自の視点セットを開発・使用している病院の割合が高い<sup>5)</sup>。世界の医療界で初めて病院経営に関する本格的なBSCの研究論文を書いたのはトロント大学のBaker and Pink (1995)であった。彼らによると、カナダではBSCの基礎理論を利用したホスピタル・レポートカードというものが開発され、BSCの医療分野における実際の応用に成功した。保健省がBSCを医療政策で利用したように<sup>6)</sup>、医療でのBSCに関してカナダは先進的な地域で

あるといえる。それは、Kaplanらの基本視点をただ大事に守るのではなく、基本形を理解しながら医療の分野でいかにBSCを有効に利用するかということ、独自に検証する土壌がカナダにはあるからであるといえる。

4) BSCの導入と情報システムの関係

【設問】貴院へのBSC導入とIT導入との関係について検討されましたか。

- (a) BSC導入に合わせて新規情報システムを導入した。
- (b) 同時に情報コンピュータシステムの大幅更改を実施した。
- (c) 既存情報システムの一部更改を実施した。
- (d) 情報システム更改が必要なことはわかっていたが、更改の実施は先送りした。
- (e) 既存情報システムの更改は必要なかった。
- (f) 既存情報システムの更改の必要性について

表6 BSCにおける視点の利用状況

	調査数	4つの視点すべてを使用・展開	使用していない視点がある	独自の視点セットを開発・使用	無回答
日本					
トップ	29	28 (97%)	0	0	1 (3%)
ミドル	29	29 (100%)	0	0	0
全体	58	57 (98%)	0	0	1 (2%)
カナダ					
トップ	7	5 (71%)	1 (14%)	1 (14%)	0
ミドル	9	2 (22%)	1 (11%)	5 (56%)	1 (11%)
全体	16	7 (44%)	2 (13%)	6 (38%)	1 (6%)
台湾					
トップ	8	8 (100%)	0	0	0
ミドル	8	7 (88%)	0	1 (13%)	0
全体	16	15 (94%)	0	1 (6%)	0

て検討しなかった。

これまで、組織では必要とされなかったが、BSCの導入によって新たに必要となるデータを収集するため、BSCの導入にともなってIT（コンピュータ）システムを導入したり更新したりする事例はしばしば見られる。BSCの導入と情報システムの関係についての調査結果は表7に示している。まず、カナダの場合、(c) 既存情報システムの一部を更改したという回答が6割を超えた一方、(a) 新規情報システムを導入したという回答はない。それに対し台湾の場合は、4割弱の回答者が既存のシステムの一部を更改しているが、BSCの導入にともなってITシステムを新しく導入したという回答もある。しかし一方、4割強の回答者が(d) 情報システムの更改が必要なのはわかっていたが更改

の実施は先送りしたと答えた。最後に、日本の場合、(f) 既存情報システムの更改の必要性について検討しなかったという回答が3割強を占めると同時に、(e) 既存情報システムの更改は必要なかったと結論付けた回答者も2割を超えている。

この結果は何を意味するのかを考えると、カナダの場合、今回で調査した病院はいずれも都市部にある高機能で大規模な病院である。病院の電子化がそれほど速くないとはいえ、日本と比較して先進的にICT化された病院もある。したがって、既存のシステムの変更で対応しようとしたことは妥当であるといえる。例えば、患者満足度について病院が調査するさいに、日本の場合は多くとも年2回程度しか行われておらず、年1回という病院が実に多い。しかし、カナダでは、大手3社の患者満足度調査会社のいずれかが中規模以

表7 BSCの導入と情報システムの関係

	調査数	同時にCS 新規導入	同時にCS 大幅更新	既存 システムを 一部更改	更改の 必要性は 認識、 更改せず	既存CSの 更改 必要なし	更改の 必要性を 検討せず	無回答
日 本								
トップ	29	2 (7%)	0	2 (7%)	6 (21%)	6 (21%)	10 (34%)	3 (10%)
ミドル	29	1 (3%)	0	5 (17%)	4 (14%)	7 (24%)	9 (31%)	3 (10%)
全体	58	3 (5%)	0	7 (12%)	10 (17%)	13 (22%)	19 (33%)	6 (10%)
カナダ								
トップ	7	0	1 (14%)	5 (71%)	0	1 (14%)	0	0
ミドル	9	0	1 (11%)	5 (56%)	2 (22%)	1 (11%)	0	0
全体	16	0	2 (13%)	10 (63%)	2 (13%)	2 (13%)	0	0
台 湾								
トップ	8	1 (13%)	0	3 (38%)	3 (38%)	1 (13%)	0	0
ミドル	8	1 (13%)	0	3 (38%)	4 (50%)	0	0	0
全体	16	2 (13%)	0	6 (38%)	7 (44%)	1 (6%)	0	0



上の病院に入り、電子化されたデータを毎週のように集計する。そして、調査の結果は病院のBSCに迅速に反映されている。それに対して、日本では日本医療バランスト・スコアカード研究学会の助言もあり、電子化の前に、病院職員が考え抜くことの必要性、あるいは考え抜いた尺度の選考などを紙ベースで行ってから電子化を導入することが多い。そのため、ダイレクトに電子化されていくことが日本の病院では少ないことは理解できる。

#### 4. 業績評価や目標管理とのかかわり

前述したようにはBSCは1992年、Kaplan and Nortonによって開発された。当時、彼らは業績評価システムの進化型としてBSCを考案したが、その後、Kaplan and Norton (1996)はBSCを利用するさいに戦略の策定や遂行を意識する必要があるとし、BSCを単なる業績評価システムの位置づけから戦略的マネジメント・システムへと変形させた。しかし、たとえ戦略の策定や遂行をサポートする役割が新たにできたとしても、その遂行の成果を組織の各部署やメンバーの業績評価に反映しない限り、成功したマネジメント・システムとは言えない。業績評価システムとしての効果は依然としてBSCに求められる重要な要素のひとつである。

管理会計の分野では、すぐれた業績評価システムには以下の複数の条件を満たす必要があるとされている。まず、このシステムは、組織目標の達成と個々の組織メンバーの行動との結びつきを明らかにする必要がある。次に、組織メンバーの行動と目標との整合性を図ることは欠かせない。そして、業績についてのフィードバックをタイムリーに組織メンバーに提供しなければならない。適切な業績評価指標を設定することができれば、組織メンバーにとってその行動の目標が明らかとなり、その目標に向けて組織メンバーを行動さ

せる効果が期待できる。言い換えれば、すぐれた業績評価システムを構築することができれば、メンバーのモチベーションの向上に関して大きな成果が期待できる。

一方、高橋(2011)によると、日本の病院では「目標による管理」(management by objectives: MBO)を短縮して「目標管理」として使用することが多い。目標管理は、被評価者と評価者の間であらかじめ達成目標を関する合意を結び、目標を実行するための計画を立て、その実行成果をもって評価者が被評価者を評価するという仕組みである。成果主義や実力主義をカルチャーにしている企業ではよく使用される管理手法である。BSCはプロセスの改善に焦点を当てているため、業務実行の結果に重点を置くという目標管理とは異なる性質をもっているが、BSCと目標管理との併用も可能であろう。ただし、BSCに対して十分な理解がない場合、もしくはBSCに戦略の策定・遂行という役割が欠けている場合、BSCは単なる目標管理のツールとして使用されるという現象も起こり得る。

BSCと業績評価や目標管理とのかかわりについては以下の2つの設問を設けた。

##### 1) 業績評価システムとしての利用状況

【設問】BSCを業績評価のためのツールとして使用していますか。

- (a) 業績評価のためのツールとして日常的に使用している。
- (b) 一部の部門で業績評価のためのツールとして使用している。BSCを最も有効に活用している部門またはサービスを列挙してください\_\_\_\_\_。
- (c) 業績評価の一環としては使用していない。
- (d) 業績評価そのものを実施していない。
- (e) 業績評価のためのツールとして使用を試みたが、非常に困難であることがわかった。
- (f) その他(具体的に)\_\_\_\_\_。

医療機関におけるバランス・スコアカードの導入に関する一考察

表8ではBSCを業績評価システムとしての利用状況についての集計結果が示されている。日本の場合、(a)業績評価のためのツールとして日常的に使用しているという回答が4割弱を占めているに対し、(c)業績評価の一環としては使用していないという回答も3割強を占めている。さらに、(b)一部の部門で業績評価のためのツールとして使用しているという回答もあり、利用方法は実にさまざまである。台湾の場合は6割程度の回答者が日常的に使用しているとし、業績評価の一環として使用しないという回答は3割程度である。これは、筆者が台湾の病院に対して行ったインタビューから明らかになった、台湾の病院はBSCを導入するさいに業績評価にもつながるように設計する傾向があるという調査結果に一致している。

一方、カナダの場合、BSCの導入動機に

ついて業績評価をもっとも重要な要因としながらも、業績評価システムとして日常的に使用している病院の割合は3割程度しかない。ただし、4分の1のカナダの回答者は(f)その他を選んだため、その理由を見てみると、病院全体の業績を把握するためにBSCを利用し、各部門の業績評価に関しては他のシステムがあるという病院もあることが明らかにされた。

これについて、前述したように、カナダは、公的病院を私的理事会が経営するという半官半民の経営方式をとっている。また、近年では病院のCEOに対して、医療および医療外で収益を上げることが州政府から要請されているため、BSCの利用方法はこのような外部状況に応じて変化している。今回の調査での回答病院はすべてBSCを導入して7年以上経過した病院であるため、BSCを最初の

表8 BSCを業績評価のツールとしての利用状況

	調査数	日常的に使用している	一部の部門で使用している	業績評価の一環としては使用せず	業績評価を実施していない	使用を試みたが非常に困難	その他	無回答
日本								
トップ	29	12 (41%)	4 (14%)	10 (34%)	0	1 (3%)	0	2 (7%)
ミドル	29	10 (34%)	5 (17%)	10 (34%)	3 (10%)	1 (3%)	0	
全体	58	22 (38%)	9 (16%)	20 (34%)	3 (5%)	2 (3%)	0	2 (3%)
カナダ								
トップ	7	2 (29%)	2 (29%)	0	0	0	1 (14%)	2 (29%)
ミドル	9	3 (33%)	1 (11%)	2 (22%)	0	0	3 (33%)	0
全体	16	5 (31%)	3 (19%)	2 (13%)	0	0	4 (25%)	2 (13%)
台湾								
トップ	8	5 (63%)	0	2 (25%)	1 (13%)	0	0	0
ミドル	8	4 (50%)	0	3 (38%)	0	1 (13%)	0	0
全体	16	9 (56%)	0	5 (31%)	1 (6%)	1 (6%)	0	0

目的である業績評価システムとしての利用から戦略的マネジメント・システムとしての利用に変化したことがうかがえる。さらに、カナダの病院はBSCを経営の道具のひとつとして考えているため、他の業績評価ツールを使用して、複眼的に経営していくことが多い。したがって、カナダの病院はBSCを単なる経営のひとつの道具として認識し、冷静に受けとめていることがいえる。

## 2) 目標管理のツールとしての利用状況

【設問】BSCを目標管理支援ツールとして使用していますか。

- (a) 病院ぐるみで目標管理への取り組みの一環として使用している。
- (b) 一部の部門またはサービスで目標管理への取り組みの一環として使用している。
- BSCを最も有効に活用している部門または

- はサービスを列挙してください\_\_\_\_\_。
- (c) 目標管理への取り組みの一環としては使用していない。
- (d) 目標管理そのものを実施していない。
- (e) 目標管理の一環として使用を試みたが、非常に困難であることがわかった。
- (f) その他(具体的に)\_\_\_\_\_。

BSCの目標管理ツールとしての利用状況に関する調査結果は表9に示している。日本と台湾の場合は7割以上の回答が(a)病院ぐるみで目標管理への取り組みの一環として使用しているとなっている。2割強の回答は(b)一部の部門またはサービスで目標管理への取り組みの一環として使用している。それに対し、カナダの病院の中に、3割弱の回答は(c)目標管理への取り組みの一環としては使用していない、または(d)目標管理そ

表9 BSCを目標管理のツールとしての利用状況

	調査数	病院ぐるみで使用している	一部の部門で使用している	目標管理の一環としては使用せず	目標管理を実施していない	使用を試みたが非常に困難	その他	無回答
日本								
トップ	29	22 (76%)	4 (14%)	2 (7%)	0	0	1 (3%)	0
ミドル	29	19 (66%)	8 (28%)	0	0	0	0	2 (7%)
全体	58	41 (71%)	12 (21%)	2 (3%)	0	0	1 (2%)	2 (3%)
カナダ								
トップ	7	4 (57%)	2 (29%)	0	1 (14%)	0	0	0
ミドル	9	4 (44%)	2 (22%)	2 (22%)	1 (11%)	0	0	0
全体	16	8 (50%)	4 (25%)	2 (13%)	2 (13%)	0	0	0
台湾								
トップ	8	6 (75%)	2 (25%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	6 (75%)	2 (25%)	0	0	0	0	0
全体	16	12 (75%)	4 (25%)	0	0	0	0	0

のものを実施していないとなっており、そのBSCは目標管理との関連性を有していないということが明らかにされた。なぜなら、カナダの病院では、病院の各部門や職員個人の目標管理を導入していることは少ない。かわりに、職務記述書 (job description) やFTE (Full-time equivalent) で管理されていることが多いからである。

## 5. 戦略マップの構築

前述したように、BSCは当初、業績評価システムとして開発されたが、戦略とのかかわりの重要性が認識されるようになり、現在では戦略的マネジメント・システムとして位置づけられている。BSCで戦略を把握する方法として、Kaplan and Nortonは2001年から戦略マップを構築することの必要性を提唱し続けてきた<sup>7)</sup>。戦略マップにはBSCに含まれる複数の視点(横方向)が構築され、いくつかの戦略テーマ(縦方向)が設定される。視点と戦略テーマとが互いにクロスしているという形となっている。戦略テーマにおいてその実行に必要な戦略目標が視点ごとに置かれており、戦略目標の間には因果連鎖によって緊密に結びつけられている。この結びつきは、戦略テーマを達成する可能性を物語るものでもある。言い換えれば、戦略マップには、組織がもつ人材、業務プロセス、あるいはブランド・イメージなどといった無形資産を財務的成果へと転換する一連のサクセス・ストーリーが記述されている。

### 1) 戦略マップとBSCの関連性

【設問】貴院のBSCと戦略マップは、どの程度密接に関連付けられていますか。

- (a) 当院のBSCは、戦略マップに基づいている。
- (b) 当院のBSCは、戦略マップに部分的に関連付けられているものの、両者の結び

つきは完全とは言えない。

- (c) 当院のBSCは、戦略マップに疎に関連付けられている。
- (d) 当院のBSCは、一部の部門またはサービスにおいてのみ戦略マップに関連付けられている。
- (e) 当院のBSCは、戦略マップに関連付けられていない。
- (f) その他(具体的に)\_\_\_\_\_。

戦略マップとBSCの関連性についての調査結果は表10に示している。日本とカナダの場合は6割強の回答が(a)戦略マップに基づいているとなっている。一方、台湾はすべての病院において戦略マップがBSCと緊密につながっている。この結果は、この3カ国・地域においてBSCを導入している病院の大半は戦略マップの意義や必要性を認識しているということを意味しているといえる。カナダの病院では、理論としての戦略マップを理解しているが、実際の運営に関しては経営計画やロードマップ、あるいはこれまで行われてきたCQI (continuous quality improvement)などで代替している場合が多い。代替しても現実の戦略の実行に問題はないと彼らが考えていることが、これまでのインタビューによって明らかとなった。

一方、日本では、全病院でBSCの導入に取り組んでいない場合、各部門のスコアカードが一人歩きしており、戦略マップが機能しない場合がある。戦略の意義や必要性を理解しながら現場ではそれを活用しないということの理由について、さらなる調査が必要であるが、これは日本の企業においても見られる現象である。たとえば、リコーのBSCでは、従業員たちの考えに基づいて戦略マップを表現していないこともあるので、戦略マップへの認識や意識に相違がある可能性が生じうる。

表 10 戦略マップとBSCの関連性

	調査数	BSCは 戦略マップ に基づく	完全ではないが 関連付け られる	関連付けは 疎ら	一部の 部門のみ 関連付け	関連付け られず	その他	無回答
日本								
トップ	29	18 (62%)	8 (28%)	0	0	1 (3%)	0	2 (7%)
ミドル	29	18 (62%)	9 (31%)	0	0	1 (3%)	0	1 (3%)
全体	58	36 (62%)	17 (29%)	0	0	2 (3%)	0	3 (5%)
カナダ								
トップ	7	5 (71%)	0	1 (14%)	0	0	1 (14%)	0
ミドル	9	5 (56%)	2 (22%)	0	0	0	2 (22%)	0
全体	16	10 (63%)	2 (13%)	1 (6%)	0	0	3 (19%)	0
台湾								
トップ	8	8 (100%)	0	0	0	0	0	0
ミドル	8	8 (100%)	0	0	0	0	0	0
全体	16	16 (100%)	0	0	0	0	0	0

## 2) 戦略マップの範囲

【設問】貴院の戦略マップはどの程度の範囲をカバーしていますか。

- (a) 病院全体の戦略マップと、部門またはサービス毎の戦略マップの両方を作成している。
- (b) 病院全体の戦略マップはあるが、部門またはサービス毎の戦略マップはない。
- (c) 部門またはサービス毎の戦略マップはあるが病院全体の戦略マップはない。
- (d) 病院全体の戦略はあるが、戦略マップ形式ではない。
- (e) 病院としての明確な戦略はない。
- (f) その他(具体的に)\_\_\_\_\_。

表 11 は戦略マップがカバーしている範囲に関する調査結果を示している。日本の場合、ちょうど半数の回答者が (a) 病院全体の戦略マップと、部門またはサービス毎の戦略

マップの両方を作成していると選んだ。一方、(b) 病院全体の戦略マップはあるが、部門またはサービス毎の戦略マップはないという回答は全体の 2 割を占めている。しかし、(d) 病院全体の戦略はあるが、戦略マップ形式ではないという回答も 1 割を占めている。それに対し、台湾は 6 割強の回答が全体と部門ごと両方の戦略マップを作成しているとなっており、残りの回答は全体の戦略マップのみ作成するとなっている。一方、カナダの場合、全体と部門ごと両方の戦略マップを作成するという回答が 2 割を占めており、全体の戦略マップのみ作成するという回答が 5 割弱となっている。ただし、戦略マップを作成していない病院も 4 分の 1 位を占めており、日本や台湾の病院と比較してその割合は高い。これは、カナダでは戦略マップを代替するものが利用されているという前の節での分析結

表 11 戦略マップの範囲

	調査数	病院全体と 部門毎の 両方を作成	病院全体 のみ	部門毎 のみ	全体の戦略 はあるが マップ形式 ではない	病院として の明確な 戦略はない	その他	無回答
日 本								
トップ	29	13 (45%)	5 (17%)	3 (10%)	3 (10%)	0	1 (3%)	4 (14%)
ミドル	29	16 (55%)	7 (24%)	2 (7%)	2 (7%)	0	1 (3%)	1 (3%)
全体	58	29 (50%)	12 (21%)	5 (9%)	5 (9%)	0	2 (3%)	5 (9%)
カナダ								
トップ	7	1 (14%)	3 (43%)	0	3 (43%)	0	0	0
ミドル	9	2 (22%)	4 (44%)	0	1 (11%)	0	1 (11%)	1 (11%)
全体	16	3 (19%)	7 (44%)	0	4 (25%)	0	1 (6%)	1 (6%)
台 湾								
トップ	8	5 (63%)	3 (38%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	5 (63%)	3 (38%)	0	0	0	0	0
全体	16	10 (63%)	6 (38%)	0	0	0	0	0

果に一致している。

## 6. 戦略マップやBSCの更新状況

どんなにすぐれたマネジメント・システムであっても、将来の変化に対して完璧に対応することは不可能であるので、一旦システムを導入したら、状況に応じて随時修正していくことの必要性は言うまでもない。この節の設問は、一旦導入したBSCや作成した戦略マップに対して、その後、修正が加わっているかどうかについての調査である。

### 1) BSC および戦略マップの定期更新

【設問】BSCおよび関連戦略マップは定期的に更新していますか。

(a) 病院全体と部門別またはサービス毎のBSCと戦略マップを共に作成し定期的

に更新している。

- (b) 病院全体のBSCと戦略マップを作成し定期的に更新しているが、部門またはサービス毎のBSCと戦略マップは作成していないので定期更新もしていない。
- (c) 部門またはサービス毎のBSCと戦略マップを作成し定期的に更新しているが、病院全体のBSCと戦略マップは作成していないので定期更新もしていない。
- (d) BSCと戦略マップの作成・更新は病院全体でその都度適時に行っている。
- (e) BSCと戦略マップの作成・更新は病院全体で遅れがちである。
- (f) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

表 12 に示すように、(a) 病院全体と部門別またはサービス毎のBSCと戦略マップを

表 12 BSCおよび戦略マップの定期更新

	調査数	全体・部門 BSC マップ ともに更新	全体の BSC マップ のみ 作成・更新	部門の BSC マップ のみ 作成・更新	BSC マップ とも全体で 適時更新	更新は 全体で 遅れがち	その他	無回答
日 本								
トップ	29	19 (66%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	2 (7%)	1 (3%)	4 (14%)
ミドル	29	15 (52%)	2 (7%)	0	3 (10%)	3 (10%)	4 (14%)	2 (7%)
全体	58	34 (59%)	3 (5%)	1 (2%)	4 (7%)	5 (9%)	5 (9%)	6 (10%)
カナダ								
トップ	7	5 (71%)	2 (29%)	0	0	0	0	0
ミドル	9	5 (56%)	2 (22%)	0	0	1 (11%)	0	1 (11%)
全体	16	10 (63%)	4 (25%)	0	0	1 (6%)	0	1 (6%)
台 湾								
トップ	8	7 (88%)	1 (13%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	5 (63%)	1 (13%)	0	0	0	1 (13%)	1 (13%)
全体	16	12 (75%)	2 (13%)	0	0	0	1 (6%)	1 (6%)

共に作成し定期的に更新しているという回答は日本では約6割、カナダでは6割強、台湾では4分の3を占めており、どの国においてもその割合は高い。しかし、日本では(e) BSCと戦略マップの作成・更新は病院全体で遅れがちであるという病院も1割程度存在している。日本の場合、戦略マップは数年、スコアカードは毎年という更新のスピードが実務的であると思われる。

## 2) 戦略マップの変更

【設問】 これまでに戦略マップを変更したことがありますか。

- (a) 最初に作成した戦略マップを大きく変更した。
- (b) 最初に作成した戦略マップを部分的に変更した。
- (c) 最初に作成した戦略マップに小さな変更

を加えた。

- (d) 最初に作成した戦略マップを変更しないでそのまま使用している。
- (e) 最初の戦略マップを作成したばかりである。
- (f) その他(具体的に)\_\_\_\_\_。

戦略マップの変更状況に関する集計結果は表13に示している。日本とカナダでは、(a)最初に作成した戦略マップを大きく変更した、または(b)最初に作成した戦略マップを部分的に変更したとの回答が合わせて5割を占めている。一方、台湾の回答者は(e)最初の戦略マップを作成したばかりであるという選択肢を除き、ほとんどは初期の戦略マップに対して大幅または部分的に変更を加えたと答えた。これは、筆者が行ったインタビューからもわかるように、カナダや日本と

表 13 戦略マップの変更

	調査数	初期マップを大幅変更	初期マップを部分的に変更	初期マップを小幅変更	初期マップをそのまま使用	初期マップを作成したばかり	その他	無回答
日本								
トップ	29	4 (14%)	11 (38%)	4 (14%)	4 (14%)	0	3 (10%)	3 (10%)
ミドル	29	2 (7%)	15 (52%)	4 (14%)	2 (7%)	1 (3%)	1 (3%)	4 (14%)
全体	58	6 (10%)	26 (45%)	8 (14%)	6 (10%)	1 (2%)	4 (7%)	7 (12%)
カナダ								
トップ	7	2 (29%)	2 (29%)	0	0	0	1 (14%)	2 (29%)
ミドル	9	2 (22%)	2 (22%)	1 (11%)	1 (11%)	0	2 (22%)	1 (11%)
全体	16	4 (25%)	4 (25%)	1 (6%)	1 (6%)	0	3 (19%)	3 (19%)
台湾								
トップ	8	3 (38%)	5 (63%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	2 (25%)	3 (38%)	0	0	2 (25%)	1 (13%)	0
全体	16	5 (31%)	8 (50%)	0	0	2 (13%)	1 (6%)	0

比較して台湾の病院がBSCを導入するさいに、独自の修正をせず、ほぼKaplanらが考えた形に沿って導入したため、3か国・地域の中でもっともBSCを戦略的に利用し、戦略マップを重要視しているといえる。戦略に対してのレビューを毎年行い、それに応じて戦略マップを修正する病院がほとんどである。この点について、台湾の場合は前述した日本の実務と異なることが明らかとなった。

### 3) BSCの更改

【設問】 これまでにBSCを更改したことがありますか。

- (a) 最初に導入したBSCを大きく更改した。
- (b) 最初に導入したBSCを部分的に更改した。
- (c) 最初に導入したBSCに小さな更改を行った。

(d) 最初に導入したBSCを更改なしにそのまま使用している。

(e) 最初のBSCを導入したばかりである。

(f) その他 (具体的に)\_\_\_\_\_。

BSC全体の更改状況に関する調査結果は表14に示している。日本では7割強の回答者が(a)最初に導入したBSCを大きく更改した、または(b)最初に導入したBSCを部分的に更改したと答えた。それに対し、カナダと台湾の場合はどちらも9割ほどの回答が初期のBSCを大幅にまたは部分的に更改したとなっている。ただし、ここで意味する更改はBSCのどの部分に対するものなのかは設問からでは確認できないため、より具体的な設問が望ましいように思える。



表 14 BSCの更改

	調査数	初期BSCを大幅更改	初期BSCを部分的に更改	初期BSCを小幅更改	初期BSCをそのまま使用	BSCを導入したばかり	その他	無回答
日本								
トップ	29	4 (14%)	15 (52%)	5 (17%)	1 (3%)	0	0	4 (14%)
ミドル	29	3 (10%)	19 (66%)	1 (3%)	0	1 (3%)	1 (3%)	4 (14%)
全体	58	7 (12%)	34 (59%)	6 (10%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	8 (14%)
カナダ								
トップ	7	4 (57%)	3 (43%)	0	0	0	0	0
ミドル	9	6 (67%)	2 (22%)	1 (11%)	0	0	0	0
全体	16	10 (63%)	5 (31%)	1 (6%)	0	0	0	0
台湾								
トップ	8	5 (63%)	3 (38%)	0	0	0	0	0
ミドル	8	3 (38%)	4 (50%)	0	0	1 (13%)	0	0
全体	16	8 (50%)	7 (44%)	0	0	1 (6%)	0	0

## 7. 組織メンバーのBSCに対する理解やかかわり

BSCを導入したら、BSCの運用にはどのような問題が生じるのか、運用の成果はどのようになっているかについての情報を得るために、BSCに関する定期的な会合を行うのが一般的である。また、組織メンバーのBSCに対する理解を深めるために、教育や研修プログラムを導入するのが効果的である。これは、これまで筆者が行ったインタビューにおいて多くの被訪問者から共通して得られた意見である。この節ではこれらのテーマについての調査結果を見てみることにする。

### 1) BSCに関する会合

【設問】貴院のBSCを評価するための会合を定期的に関っていますか。

- (a) 定期的に関合を開いて、進捗管理を行っている。
- (b) 定期的ではないが、会合を開いて進捗状況を評価している。
- (c) BSCに関して定期的に関合を開いているが、進捗状況の評価はしていない。
- (d) BSCに関する定期会合は開いていない。
- (e) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

BSCに関する会合の開催状況については表15に示している。日本では5割強の回答、カナダや台湾では7割の回答が(a)定期的に関合を開いて、進捗管理を行っているとなっている。しかし一方、日本では1割強、台湾では4分の1の回答者が(d)BSCに關

表 15 BSCに関する会合

	調査数	定期的に 会合で 進捗管理	不定期に 会合で 進捗評価	会合は 定期的だが進 捗評価せず	BSCの 定期会合 開かず	その他	無回答
日本							
トップ	29	15 (52%)	6 (21%)	3 (10%)	2 (7%)	2 (7%)	1 (3%)
ミドル	29	17 (59%)	2 (7%)	1 (3%)	5 (17%)	2 (7%)	2 (7%)
全体	58	32 (55%)	8 (14%)	4 (7%)	7 (12%)	4 (7%)	3 (5%)
カナダ							
トップ	7	6 (86%)	1 (14%)	0	0	0	0
ミドル	9	5 (56%)	3 (33%)	0	0	1 (11%)	0
全体	16	11 (69%)	4 (25%)	0	0	1 (6%)	0
台湾							
トップ	8	6 (75%)	0	0	2 (25%)	0	0
ミドル	8	5 (63%)	0	1 (13%)	2 (25%)	0	0
全体	16	11 (69%)	0	1 (6%)	4 (25%)	0	0

する定期会合は開いていないとしている。これらの病院においてBSCの運用状況をいかにフォローしているかという課題について、より多くの検証を重ねる必要がある。

## 2) BSC に対する組織メンバーの理解

【設問】 職員のBSCに対する理解を深めるための方策を実施していますか。

- (a) 過去の成功例にならって研修その他の支援を行っている。
- (b) 研修その他の支援を行っているが、これまで成功していない。
- (c) 研修その他の支援を行っているが、成功と言えるかどうかわからない。
- (d) 研修その他の支援は、一部のものまたは重要なものに限定して行っている。
- (e) 研修も支援も行っていない。
- (f) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

組織メンバーのBSCに対する理解を深めるための方策に関する調査結果は表 16 に示している。日本の場合、4 割の回答者が (c) 研修その他の支援を行っているが、成功と言えるかどうかわからないという答えを選んだ。カナダでは6 割の回答者が (d) 研修その他の支援は、一部のものまたは重要なものに限定して行っていると回答した。一方、台湾の場合、5 割の回答者が (a) 過去の成功例にならって研修その他の支援を行っている」と回答した。研修・支援プログラムは人材育成のために最も重要な業務であるため、その成果をいかに測定するか、あるいはその評価の仕組みをどのように構築すべきかについては、さらなる検証が必要である。また、どの国・地域においても研修が行われているが、研修の意味や研修のねらいが異なる可能性もあるため、この点は今後の追加調査に生かし

表 16 BSCに対する組織メンバーの理解

	調査数	過去の成功事例による研修・支援	研修・支援は行なったがまだ成功せず	研修・支援は行なったが成功か不明	研修・支援は一部に限定して実施	研修・支援は行なわず	その他	無回答
日本								
トップ	29	6 (21%)	1 (3%)	12 (41%)	4 (14%)	3 (10%)	2 (7%)	1 (3%)
ミドル	29	2 (7%)	2 (7%)	12 (41%)	8 (28%)	3 (10%)	2 (7%)	0
全体	58	8 (14%)	3 (5%)	24 (41%)	12 (21%)	6 (10%)	4 (7%)	1 (2%)
カナダ								
トップ	7	1 (14%)	0	1 (14%)	3 (43%)	1 (14%)	1 (14%)	0
ミドル	9	1 (11%)	0	0	7 (78%)	1 (11%)	0	0
全体	16	2 (13%)	0	1 (6%)	10 (63%)	2 (13%)	1 (6%)	0
台湾								
トップ	8	5 (63%)	0	1 (13%)	2 (25%)	0	0	0
ミドル	8	3 (38%)	0	2 (25%)	3 (38%)	0	0	0
全体	16	8 (50%)	0	3 (19%)	5 (31%)	0	0	0

ていきたい。

## 8. BSCの担当部署

最後に、BSCの導入およびその後の運用を担当している部署、あるいはBSCから得られた結果によってBSCとのかかわりを特化した部署についての調査結果は以下の通りである。

### 1) BSCの運用をサポートする部署

【設問】貴院のBSCをサポートする特別の部門・部署がありますか。

- (a) BSCに関わる諸事項を日常的に管理・運用する専門の部門・部署がある。その部門・部署名\_\_\_\_\_。
- (b) そのような専門部門・部署はないが、BSCサポートを専門とする専任者がいる。

その専任者の所属部門・部署名\_\_\_\_\_。

- (c) 部門・部署はなく専任者もないが、担当業務の50%以上をBSCに当てている担当者がある。その担当者の所属部門・部署名\_\_\_\_\_。
- (d) BSC担当者と呼べるような人員を配した部門・部署は特にない。
- (e) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

表 17 に示すように、カナダでは4分の3の回答、台湾では半分の回答が (a) BSCに関わる諸事項を日常的に管理・運用する専門の部門・部署があるとなっている。それに対し、日本ではわずか2割強の病院においてのみこのような部署が設置されている。一方、日本では約4分の1の回答は (d) BSC担当者と呼べるような人員を配した部門・部署は特にないとなっている。BSCを効果的に運

表 17 BSCの運用をサポートする部署

	調査数	専門の部門・ 部署がある	専門部門は ないが専任 者がいる	業務の過半を BSCに当てる 担当がいる	BSC担当は いない	その他	無回答
日本							
トップ	29	6 (21%)	6 (21%)	3 (10%)	7 (24%)	6 (21%)	1 (3%)
ミドル	29	7 (24%)	6 (21%)	1 (3%)	7 (24%)	6 (21%)	2 (7%)
全体	58	13 (22%)	12 (21%)	4 (7%)	14 (24%)	12 (21%)	3 (5%)
カナダ							
トップ	7	5 (71%)	1 (14%)	0	0	0	1 (14%)
ミドル	9	7 (78%)	0	1 (11%)	0	1 (11%)	0
全体	16	12 (75%)	1 (6%)	1 (6%)	0	1 (6%)	1 (6%)
台湾							
トップ	8	4 (50%)	3 (38%)	0	1 (13%)	0	0
ミドル	8	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)	0	0	0
全体	16	8 (50%)	5 (31%)	2 (13%)	1 (6%)	0	0

用するのであれば、その運用状況を管理する部署または人員を設置することが望ましい。

## 2) BSCの運用による結果を行動に結びつける部署

【設問】BSCから得た結果を行動に結びつける過程に特化した部門部署（戦略管理室など）はありますか。

- (a) 戦略管理を専門とする部門・部署またはポストを設けている。その部門・部署名\_\_\_\_\_。
- (b) そのような部門・部署はないが、この職能を受け持つ常設グループ（諮問委員会など）がある。その組織名\_\_\_\_\_。
- (c) 常設ではないが、BSCに基づいて結果を検討し、その後の行動を提案・実行する特別なグループがある。そのグループ名\_\_\_\_\_。

(d) BSCの評価を担当する特定のグループはない。

(e) その他（具体的に）\_\_\_\_\_。

BSCの運用結果を受けて戦略的な行動に結びつける特別な部署があるかについての調査結果は表 18 に示している。台湾では (a) 戦略管理を専門とする部門・部署またはポストを設けているという回答が5割弱を占めており、その比率は3カ国・地域の中でもっとも高い。カナダでは (b) そのような部門・部署はないが、この職能を受け持つ常設グループがあると回答者が5割を占めている。一方、日本の場合は (d) BSCの評価を担当する特定のグループはないという回答がもっとも多く、回答数の3割を占めている。この結果はこれまでの分析からもわかるように、日本はカナダや台湾と比較して、戦略的

表 18 BSCの運用による結果を行動に結びつける部署

	調査数	戦略管理の 専門部門が ある	戦略管理を 受け持つ 常設グループ がある	常設ではない が特別な グループが ある	BSC評価の ための特定な グループ なし	その他	無回答
日 本							
トップ	29	4 (14%)	4 (14%)	4 (14%)	10 (34%)	3 (10%)	4 (14%)
ミドル	29	6 (21%)	7 (24%)	3 (10%)	7 (24%)	2 (7%)	4 (14%)
全体	58	10 (17%)	11 (19%)	7 (12%)	17 (29%)	5 (9%)	8 (14%)
カナダ							
トップ	7	2 (29%)	3 (43%)	0	1 (14%)	1 (14%)	0
ミドル	9	2 (22%)	4 (44%)	0	1 (11%)	2 (22%)	0
全体	16	4 (25%)	7 (44%)	0	2 (13%)	3 (19%)	0
台 湾							
トップ	8	3 (38%)	2 (25%)	0	2 (25%)	0	1 (13%)
ミドル	8	4 (50%)	3 (38%)	1 (13%)	0	0	0
全体	16	7 (44%)	5 (31%)	1 (6%)	2 (13%)	0	1 (6%)

にBSCを利用する病院の割合が低いことを意味しているのかもしれない。

Kaplanらが示したように、BSCを導入するさいに戦略をマネジメントする部門の設置が望ましい。台湾の場合は前述したように、アメリカからダイレクトにBSCが紹介され、アメリカ的な利用が素直に行われているため、BSCを戦略的に利用するための専門部署を設置する病院が多い。カナダは、BSCの考え方は是々非々で取り入れるという風土があるので、部署の設置というよりも、意思決定サポート部門の分析・改善チームが責任と権限をもっていることが多い。そのチームには、博士号の学位をもつ分析の専門家が揃っている。一方、日本の病院は企画室などが担当しているだけの場合が多いため、BSCの導入に関する分析結果を正確にトップ・マネジメントに提供することが、カナダ

や台湾のそれと比較して少ない状況にある可能性のあることを示唆している。

## 9. おわりに

本稿は『病院経営におけるバランスト・スコアカード（BSC）利用の有効性および病院の組織的特性に関する調査』による調査結果の一部をベースに、日本、カナダ、ならびに台湾の3カ国・地域における医療機関がBSCを導入するさいの基本状況、業績評価や目標管理とのかかわり、戦略マップの構築、戦略マップやBSCの更新状況、組織メンバーのBSCに対する理解やかかわり、ならびにBSCの担当部署などの項目について考察した。また、BSC運用の実態に関して、国ごとの特徴や類似点・相違点を分析した。本調査は30ページという膨大な調査票であるた

め、回答を得るのに苦労した。カナダや台湾の病院からの回答数が少なかったことは残念であるが、今回の調査結果は以下のようにまとめることができる。

まず、BSC導入の動機について、日本での調査結果はこれまで日本で行われてきた検証の結果と同様な結果が得られた。収益性の低下をはじめとする経営上の課題や組織の構造に起因する医療の質の低下という問題から、経営の改善や医療の質の向上などがもっとも重要な導入動機となっていることは本調査によって再確認することができた。公立病院がほとんどであるカナダでは、BSCの最初の導入目的は業績評価であったため、BSCは業績の改善により焦点を当てている事実が判明した。一方、日本とカナダの中間的な位置にあってやや日本寄りという台湾の調査結果は、台湾社会の事情からして十分に納得のいく結果である。

次に、業績評価のツールとして、日本やカナダの病院よりも台湾の病院がもっとも積極的にBSCを利用していることが明らかとなった。これは、筆者がこれまで台湾の病院に対して行ったインタビューから得られた調査結果と同様である。カナダの病院ではBSC以外にも、他のシステムによって業績評価が行われる場合が多い。一方、目標管理のツールとしてBSCを利用している日本や台湾の病院の割合が非常に高いという事実が判明した。

戦略マネジメント・システムとして位置付けられているBSCは、戦略マップを通して戦略を明確な業績評価指標に変換し、組織メンバーの日常的な業務へ落とし込むという仕組みとなっている。その戦略マップに関して、いずれの国・地域においても戦略マップの意義や必要性は認識されている。経営や外部状況の変化への対応として、大半の病院は戦略マップを更改していることが明らかとなった。また、BSC全体のフレームワークに対

しても、定期的に更新を行っている病院はどの国・地域においてもその割合が高い。

日本や台湾において、BSCの運用状況を把握するために定期的な会合を行う病院の割合は高い。一方、カナダと台湾では、BSCを日常的に管理・運用するための専門の部門・部署が設置されている。また、BSCの運用結果を受けて戦略的な行動に結びつける特別な部署やグループに関してもカナダや台湾での割合が高いという事実が本稿によって明らかにされた。以上の分析結果に基づいて総合的に判断すると、日本において戦略的にBSCを利用する病院の割合はカナダや台湾のそれより低いと言わざるを得ない。これは、日本の医療機関がBSCを導入するさいに、より戦略的な視点から検討しなければならないことを示唆しているといえる。

BSCの利用状況について総合的に分析してみると、3か国・地域におけるそれぞれの特徴が見えてくる。

日本の場合、BSCを導入する前にすでに何らかの経営管理のツールを用いて病院管理を行っている病院はそれほど多くない。そのため、Kaplanらが開発したBSCをそのままの形で運用しながら、主に看護部で利用されてきた目標管理などを行うことが多い。あるいは、BSCを導入して一定の時間が経過した病院では職員の「やらされ感」を払しょくするために、和洋折衷の形でBSCと日本的な経営管理手法を同時並行させているところが、日本の医療BSCの特徴である。

カナダの場合、BSCは州政府の政策を浸透させるため、州政府が導入することと同時並行して、病院への導入が政策的に誘導された。ただし、日本とは違う形であるが、BSCの以外にも多くの経営管理手法が導入されている。BSCが他の手法より優位性が高いのではなく、BSCをあくまで経営管理の道具のひとつとして見ているところが、カナダの医療BSCの特徴である。

台湾の場合はほぼKaplanらが提唱した方法のままでBSCを導入しているため、ある意味、BSCそのものの効果や良否を検討するさいにもっとも良い分析対象になるのではないだろうか。BSCを戦略的マネジメント・システムとしても、業績評価システムとしても機能させていることが、BSCが開発されてからの進化を忠実に反映しているといえる。したがって、3カ国・地域の中で、Kaplanらが主張するBSCの本来あるべき姿に近い、もっともBSCらしいところが特徴であるといえる。

最後に、本稿で用いたデータは主にBSCの有効性や組織の特性に関する調査によるものである。それゆえ、BSCの利用が成功するための要因や方法に関する調査項目は同アンケートには含まれていない。しかし、これからBSCを導入しようと検討している医療機

関、またはBSCに対する理解がまだ十分ではないがいつか潜在的なBSCの利用者になり得る医療機関にとって、BSCの導入または運用の成功要因についての検証が必要となる。医療機関におけるBSCが成功する要因に関してRodgers (2011) は戦略的目的、設計及びプロセス、因果関係の整合性、ならびに戦略的な人的資源管理といった複数のカテゴリーから検討する必要があるとしている。この主張に基づき、このフレームワークをベースに医療機関に対して国際的な実態調査を行うことは、BSC利用の有効性を高める最良の手段と言えるのではないだろうか。

本研究は、JSPS科研費基盤研究 (B) 「課題番号 20402032, 代表研究者：高橋淑郎」の助成を受けた研究成果の一部である。

〔注〕

- 1) BSCの誕生についての詳細はKaplan and Norton (1992) を参照されたい。
- 2) カナダでは1990年半ばごろから医療機関におけるBSCの利用が始まった。1995年、カナダ医療情報機構 (Canadian Institute for Health Information) とオンタリオ州病院会 (Ontario Hospital Association) がオンタリオ州の病院における業績評価に関するホスピタル・レポートカード (Hospital Report Cards) を開発した。詳細についてはChan (2006) やParkinson *et al.* (2007) を参照されたい。
- 3) 台湾の病院は2000年初期からBSCを利用し始めた。たとえば、Chang *et al.* (2008) によると、馬偕病院は2000年からBSCを導入した。
- 4) 順位については、全体 (トップ・マネジメントとミドル・マネジメント両方の合

- 計) の集計結果に対して、1位=3点, 2位=2点, 3位=1点で各項目の得点を計算し、その得点の高い順に決定する。
- 5) たとえば、患者ケアの質 (quality of patient care), 研究および教育 (research and education), そしてサステナビリティおよびアカウンタビリティ (sustainability and accountability) といった3つの視点をBSCに取り入れている病院がある。
- 6) ホスピタル・レポートカードおよびオンタリオ州の医療政策でのBSCに関しては、Postl *et al.* (2008) および高橋 (2013) を参照されたい。
- 7) 戦略マップの詳細についてはKaplan and Norton (2001), Kaplan and Norton (2004), Kaplan and Norton (2006), ならびにKaplan and Norton (2008) を参照されたい。

〔参考文献〕

- 高橋淑郎編著 (2004) 『医療経営のバランスト・スコアカード』生産性出版。
- 高橋淑郎 (2011) 「戦略経営実践のフレームワーク—バランスト・スコアカード」高橋淑郎編著『医療バランスト・スコアカード研究【経営篇】』生産性出版, pp.1-51。
- 高橋淑郎 (2013) 「カナダ・オンタリオ州でのhospital funding system改革プロセスの考察～activity-based payment systemsの可能性～」『商学集志』第83巻, 第3号, pp.49-80。
- Baker, G. Ross, and George H. Pink (1995) “A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals.” *Healthcare Management FORUM*, Vol. 8, No. 4, pp.7-13.
- Chan, Yee-Ching Lilian (2006) “An Analytic Hierarchy Framework for Evaluating Balanced Scorecards of Healthcare Organizations,” *Canadian Journal of Administrative Sciences*, Vol. 23, No. 1, pp.85-104.
- Chang, Wen-Cheng, Yu-Chi Tung, Chun-Hsiung Huang, Ming-Chin Yang (2008) “Performance Improvement after Implementing the Balanced Scorecard: A Large Hospital’s Experience in Taiwan,” *Total Quality Management*, Vol. 19, No. 11, pp.1143-1154.
- Kaplan, Robert S., and David P. Norton (1992) “The Balanced Scorecard: Measuring that Drive Performance,” *Harvard Business Review*, Vol. 70, No. 1, pp.71-79.
- (1996) “*The Balanced Scorecard: Translate Strategy into Action*,” Harvard Business School Press.
- (2001) “*The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*,” Harvard Business School Press.
- (2004) “*Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*,” Harvard Business School Press.
- (2006) “*Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies*,” Harvard Business School Press.
- (2008) “*Execution Premium*,” Harvard Business School Press.
- Parkinson, John, Peter Tzasis, Marcela Porporato (2007) “A Critical Review of Financial Measures as Reported in the Ontario Hospital Balanced Scorecard,” *Journal of Health Care Finance*, Vol. 34, No. 2, pp.48-56.
- Postl, Brian, Michael Moffatt, Sara Kreindler, M. Nawal Lutfiyya (2008) “The Quality of Quality: A Comparative Analysis of Two Different Canadian Hospital Report Cards The 2007 Hospital Report Research Collaborative’s Ontario Hospital Report and The 2008 Fraser Institute’s British Columbia Hospital Report Card,” *A Report Prepared for the British Columbia Ministry of Health*, Winnipeg Regional Health Authority.
- Rodgers, Mark C. (2011) “Organizational Critical Success Factors Influencing Balanced Scorecard Systems in UK Healthcare,” *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, Vol. 4, No. 3, pp.174-179.



**(Abstract)**

Healthcare organizations that implement the BSC in order to improve the management are increasing all over the world. I investigated the implementation of the BSC by some questionnaire data from healthcare organizations in Japan, Canada and Taiwan. I found that the most important reasons of Japanese healthcare organizations implement the BSC are to improve the management and quality of medical service. I also found a high proportion of Japanese healthcare organizations use the BSC as a tool of MBO. In spite of a lot of Japanese healthcare organizations recognized the importance of strategy map in BSC, comparing with that of Canada and Taiwan, seldom of Japanese healthcare organizations use the BSC strategically.

