

厚生科学研究費補助金

平成12年度 医療技術評価総合研究事業

マネジドケアにおける

医療システムの経営管理技法の導入効果に関する研究

(H11-医療-002)

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 小山 秀 夫

(国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長)

平成13年 3月

はじめに

欧米で注目を集めているマネジドケアは、最近もその動向が各方面で注目されており、論文も数多く発表されている。本研究は、マネジドケアという観点から、医療システムにとって最適な経営管理手法を構築することを目的として実施した。

昨年度の研究では、Program Evaluation and Review Technique法等の手法を用いて、わが国の実状に即し、それぞれの医療機関に適した経営管理手法の開発を行った。また、産業界における経営管理手法や医療の質、Evidence Based Medicine等の概念規定の整理と、クリニカルインディケータの開発を行った。その結果、EBMには科学的根拠に基づく臨床ガイドラインや疾病管理の活用で経営管理手法の確立が望まれ、クリニカルインディケータとして、その指標の信頼性や妥当性の検証を行う必要があることがわかった。

分担研究としては、マネジドケアの先進国である米国における栄養管理マネジメント技法の発展の歴史的経過、管理技法の導入、医療経済的評価についての文献研究を行った。高齢患者の低栄養状態改善を有効に推進するためのNutrition Care and Managementのシステム化の研究結果もふまえ、一連のNCMを病院に導入するにあたっては、CQI技法に基づいて、病院内栄養部門をはじめとした専門家スタッフ参加型の業務改善を推進しながらシステム化していく必要があること等を確認することができた。

今年度は昨年度の研究結果を踏まえ、以下の研究を行った。

第一に、バランス・スコアカードの医療への適用の可能性の模索である。バランス・スコアカードは、1992年にハーバード・ビジネスレビューにRobert KaplanとDavid Nortonが論文を掲載したことから始まると言われている。バランス・スコアカードとは、組織のビジョンと戦略を「財務的視点」「顧客の視点」「業務プロセスの視点」「学習と成長の視点」という4つの視点を業務評価指標とした業務尺度であると同時に、マネジメント・システムでもある。米国でも医療機関においてバランス・スコアカードを医療機関に適用する試みは始まったばかりであり、多くの医療機関は未だ従来の財務的・非財務的業績評価指標で業務評価を行っている場合が多いことが明らかとなった。本研究では、バランス・スコアカードの医療機関における萌芽的研究、Duke大学附属小児病院、Montefiore 病院、May Instituteの事例を紹介し、米国の状況を分析し、医療機関におけるバランス・スコアカードの適用について論じた。その結果、マネジメント・ツールとして有用であるだけでなく、業績情報の開示と病院間の業績比較を可能にし、業績改善に役立てることが可能であることを示した。

第二に、平成11・12年の国立医療・病院管理研究所管理者研修会の受講生を対象にわが国の医療機関における経営管理技法に関する意識調査を行った。その結果、医療機関の管理者は、経営管理に関する関心は高いという結果が得られた。また米国のマネジドケア、DRGs/PPS等に対する意見では、DRGs/PPSについての反対意見が医師に多いという特徴があった。また経営姿勢に関する要因を因子分析した結果では、①教育、②目標・動機づけ、③経営管理体制、④意識改革について、の4つのファクターにわけることができた。わが国においては、医療機関管理者への経営技法等の意識調査はほとんど行われていなかった。ゆえに、本調査によりわが国の医療機関管理者の経営意識、米国の医療政策等に対する考

え方等が明確となり、貴重な知見を得ることができた。本調査は、今後のわが国の医療制度改革にも大きく寄与する調査であり、より詳細な分析を行い、次年度以降の研究につなげる必要があると考える。

分担研究は、「栄養ケア業務管理項目」を用いた栄養士業務調査手法の開発・実用性の検証を行った。国内外の先行研究から「栄養業務管理項目」を用いた栄養士業務調査手法を開発し、その実用性を確認することができた。

わが国の医療機関並びに医療政策の現状を鑑みると、ドラスティックな改革が必要であるにも関わらず、その方向性が見いだせないという状況があるように思う。本研究が、そのような状況を打破するための小さな一石となることを願う次第である。

最後に、調査に御協力をいただいた方々並びに研究遂行にご助力をいただいた当研究所小野昭雄所長をはじめとする研究スタッフに心から感謝の意を表す。

平成13年3月

主任研究者
国立医療・病院管理研究所
医療経済研究部長 小山 秀夫

目 次

I 総括研究報告書

マネジドケアにおける

医療システムの経営管理技法の導入効果に関する研究 …………… 1

小山 秀夫

(資料編)

経営管理技法に関する病院幹部職員意識調査 集計結果 …………… 47

経営管理技法に関する病院幹部職員意識調査 調査表 …………… 127

II 分担研究報告

平均在院日数短縮化に資する栄養管理マネジメント技法

—経営管理技法を導入した「栄養ケア管理項目」の開発と実用化に関する研究 …… 137

杉山 みち子

厚生科学研究費補助金

平成12年度 医療技術評価総合研究事業

マネジドケアにおける

医療システムの経営管理技法の導入効果に関する研究

(H11-医療-002)

平成12年度 総括研究報告書

主任研究者 小山 秀 夫

(国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部長)

平成13年 3月

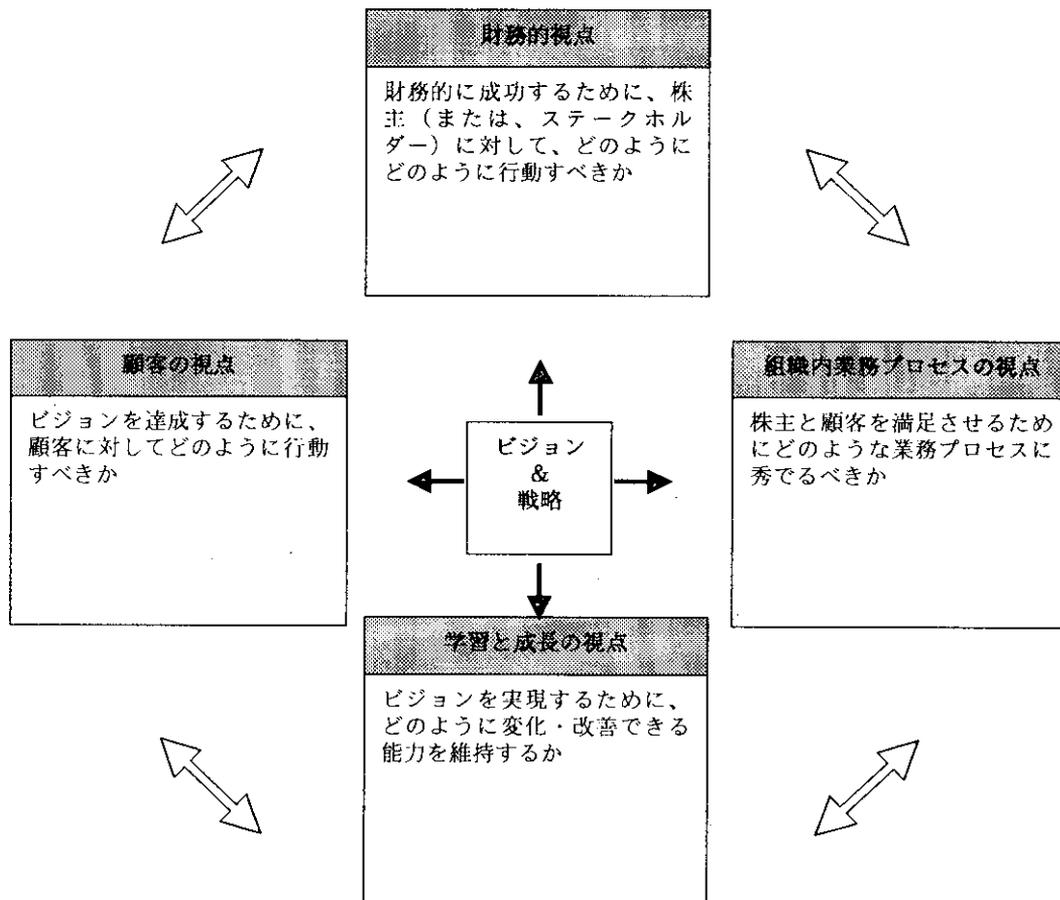
第1部 バランス・スコアカード (Balanced Scorecard) の
医療機関における適用
—合衆国・カナダでの実践例を参考に—

1. バランス・スコアカードとその医療における適用

1-1. バランス・スコアカードとは

バランス・スコアカード (Balanced Scorecard) が公表されたのは、その考案者であるハーバード大学教授 Robert Kaplan と Nolan Norton 研究所 CEO の David Norton がハーバード・ビジネス・レビュー誌に論文を掲載した 92 年のことである。バランス・スコアカードとは、組織のビジョンと戦略を、「財務的視点」「顧客の視点」「業務プロセスの視点」「学習と成長の視点」という4つの視点における業績評価指標に落とし込んだ業績評価尺度 (measurement) であると同時に、それを活用したマネジメント・システムである (Kaplan & Norton,1996,p8、図表1を参照)。

図表1. Kaplan & Norton のバランス・スコアカードの基本的モデル



(注) Kaplan & Norton,1996,p9 より、吉川,2001,p3 を参考に一部修正。

本来、「スコアカード」とは「業績 (得点) を記録したもの」であるが、ここでは、業績評価指標 (performance measurement) による評価ツールと言い換えることができる。もう一方の「バランスのとれた」(balanced)とは、①伝統的な財務会計モデルによる「財務的業績評価指標」への偏向から「非財務的業績評価指標」で補強したモデルに修正し、②過去の業績を示す「財務」的視点、現在の業績を示す「顧客」と「プロセス」(組織内部

の業務プロセスの改善)の視点、将来を導く「学習と成長」(人的資源の開発や組織の変革)の視点により因果関係に基づく指標の関連づけを図り、③「顧客」による外部的視点と「プロセス」や「学習」等の内部的視点を組合せ、④短期的業績のみでなく長期的な業績の向上に結びつけるという、複数の側面で「バランスがとれた」ツールであることを意味している (Kaplan & Norton,1996,p10/吉川,2001,p5)。

また、バランス・スコアカードは、これら4つの視点に基づく業績評価指標のパッケージのみでなく、それをマネジメントにおいて活用していくプロセスをも包含している。それは次のような導入ステップとして説明されている (Kaplan & Norton,1996, p10,19)。

- ① ビジョンと戦略を明確化し、わかりやすい言葉に置き換える
- ② 戦略目標・業績評価指標の設定とその共有化
- ③ 計画化、目標値の設定、戦略イニシアティブ (プログラム) との調整
- ④ 戦略的フィードバックと学習

つまり、組織のミッションやビジョンを定義し、それをもとに戦略を策定し、組織内でコンセンサスをえながら、4つの視点のモデルにおける業績評価指標を設定し、各部門・個人における具体的な行動計画を作成し、その中での到達目標を設定し、その結果をフィードバックして戦略の見直しと組織の学習に繋げるという一連のプロセスによって、マネジメント・サイクルを機能させることが重要である。バランス・スコアカードは、そのための業績評価指標をバランスよく策定するためのツールであり、そのマネジメント・サイクルを循環させるためのツールでもある。

バランス・スコアカードは、ビジョン、戦略を業績評価指標にブレイクダウンし、評価の対象とするプロセスには優れているが、反面、それを具体的に実践し、各部門でチームや個人単位の業務の中で目標達成を測定するシステムとしては、課題があることが指摘されている (アーサー・アンダーセン,2000, p214)。その後、オルヴらによって、業績評価指標を具体的な行動計画と目標達成にリンクさせたモデルが発表されている (オルブ、2000, p46-47/吉川, p24-25)。そこでは、4つの視点の各々において、組織のビジョンと戦略に基き、次の①から⑤の各段階を順に設定することによって、より体系化されたバランス・スコアカードが構築されるとしている。

- ① 戦略目標
- ② 重要成功要因 (パフォーマンス・ドライバー)
- ③ 戦略的業績評価指標
- ④ 目標値
- ⑤ アクション・プラン

このようにバランス・スコアカードの実践においては、組織全体のビジョン、戦略のレベルから、各部門・個人における目標管理のレベルまで整合性があり、体系づけられていることが重要であるといわれている。こうした手順に基づくバランス・スコアカードは、90年代に合衆国のみでなく他の国々にも広まり、また様々な業種の企業や行政等で導入され、活用されている。

1-2. バランス・スコアカードの医療機関における適用

医療の分野における業績評価指標の系譜は、19世紀半ばにナイチンゲールが、入院患者のデータについて体系的な記録、分析、公表の必要性を力説したことから、病院の患者数と費用についての統一したデータ収集が英国の一部で開始されたことに端を発するという説がある（Jowett & Rothwell, 1988）。医療機関において、コスト、質、プロセス等を示す様々な指標が測定され、公表されてきたことはいうまでもないが、バランス・スコアカードという枠組みの業績評価指標については歴史はそう古くはない。

バランス・スコアカードに関する最初の本が出版された1996年当時、非営利機関や公的部門におけるバランス・スコアカードは導入の萌芽期であった（Kaplan & Norton, 2001, p133）。その2年後の98年でさえ、医療機関におけるバランス・スコアカードの公式の発表報告はなかったとされている（Chow, 1998, p263）。しかし、バランス・スコアカードのフレームではなくとも、財務的・非財務的業績評価指標は、それ以前にも多くの医療機関で活用されていた。

Chowらの調査によれば、南カリフォルニアの5つの病院のトップの管理職へのインタビューでは、1病院以外全てがバランス・スコアカードに類似した業績評価指標のモニタリング・システムを導入しており、それが病院にとって非常に有益である〔1（全く有益でない）～10点（最も有益である）評価の10点〕と全員が評価している（Chow, 1998, p271）。それらの病院では、業績評価指標のパッケージ、およびそのモニタリング・システムが既に導入され、その意義が認識されていたことが明らかである。また、医療分野におけるTQMやマネジメント手法の導入の過程において、財務的指標およびサービスやプロセスの質を示す非財務的な業績評価指標が重要な役割を果たしていたことは事実である。

しかし、Kaplan & Nortonは、医療機関等の初期のバランス・スコアカードは、「卓越したオペレーション」のモデルに基づいており、戦略的スコアカードというよりは、むしろ主要業績（Key Performance Indicators, KPI）スコアカードに近かったと指摘している（Kaplan & Norton, 2001, p134）¹⁾。つまり、部分的な最適化（あるいは事業単位ごとの業務改善）に焦点を合わせた業績評価指標の複合体であって、組織全体のリーダーシップに基づき、顧客重視を狙いにおいた戦略的な業績評価指標ではなかった。

先に述べたように、バランス・スコアカードは、単なる業績評価指標の組合せではなく、組織のビジョンに基づき、その戦略をブレイクダウンした、4つの視点によるスコアカードを構築し、それを実践し活用していく段階を含むものである。そのような戦略的なスコアカードの例として、Kaplanらによる3つの事例（2つの病院と1つの障害者向けケアを提供している非営利機関）を紹介し、それぞれのバランス・スコアカードの特徴と導入の経過を通して、医療機関においてバランス・スコアカードを適用する際に考慮すべき問

¹⁾ 「主要業績（Key Performance Indicators, KPI）スコアカード」とは、Kaplanらの定義によると、医療機関や製造業に、特に、既にTQMを実施している組織に多くみられるという（Kaplan, 2001, p103）。その特徴は、マルコム・ボルドリッジ賞など各種のTQM手法により既に実施している指標（尺度）を、バランス・スコアカードの4つの視点に分類して活用するものである。Kaplanは、この限界として、より高次元の目標に達するには何をすればいいかを多様な指標が認識させてくれるため、既に戦略目標が高い次元で明確な組織にとっては有益であるが、戦略そのものが明確に位置づけられていない組織においては危険だとしている。

題について検討してみたい。また、カナダ・オンタリオ州病院協会（OHA）とトロント大学による、バランス・スコアカードの枠組みを利用した急性期病院の業績の比較調査研究を通して、バランス・スコアカードの医療機関への適用の可能性について考えてみたい。

2. 合衆国の病院にみるバランス・スコアカードの実践例

以下に合衆国の医療機関およびケア提供機関におけるバランス・スコアカードの適用令として、Duke 大学付属小児科病院、Montefiore 病院、May Institute の例を紹介する。データソースは、Kaplan & Norton（2001, p146～160）によるものである。

2-1. Duke 大学付属小児科病院の事例

Duke 大学付属小児科病院（以下、DCH）はバランス・スコアカード導入によって、経営悪化の状況から、飛躍的な成功を遂げた例として紹介されている。DCH は、ノース・カロライナ州ダーラム市にある Duke 大学医療センター内の小児科病院である。

【導入前の課題】

1994～95 年にかけて、1 ケースあたりのコストが 35% 増え、また平均在院日数の目標値 8 日間の達成度が 15% にしかならず、病院は赤字経営で、職員の満足度は低く、近年の業務改善の試行は失敗に終わっていた。

【導入過程】

小児科病棟部長の Dr. Meliones がリーダーとなり、2 つの大病院を含む地域の DCH の全ての病院にバランス・スコアカードを導入した。

まず、導入にあたり、以下のような現状の課題を明確化した。

- ① 提供するサービスの中で、最も重要なサービスは何かについて組織内で混乱がみられた。
- ② 管理職、職員、医師の間に共通の目的がなかった。
- ③ リファーする小児科医とのコミュニケーションや調整が不十分であった。
- ④ 市場での組織の立場に対抗する、競合相手が存在した。
- ⑤ ケアの質、患者満足度、職員満足度、教育・研究と、財務的な目標のバランスを取るのが非常に困難であった。

次に、リーダーを中心とした多職種から成るワーキンググループで、ミッションとビジョンの明確化の作業を行った。その中で、組織全体の目標の検討、全国的な業績データに対するベンチマーキング、現在の強みやニーズに基づき、自らの施設の「卓越する中核部分」を明らかにし、図表 2 に掲げたビジョンや戦略が生み出された。さらに、チームによる検討・議論を通して、合意を得られたものが、図表 2 のバランス・スコアカードである。

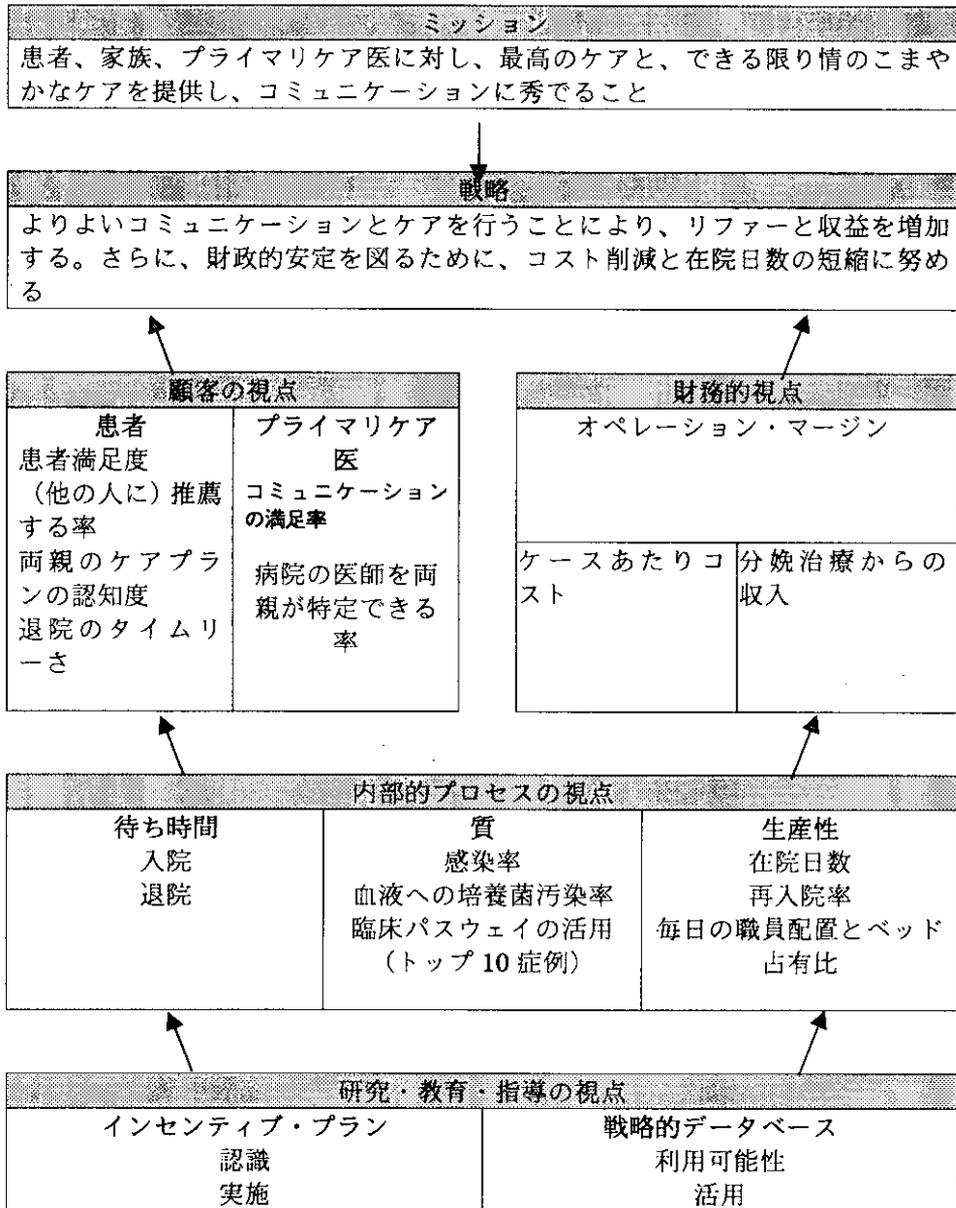
このバランス・スコアカードでは、「顧客」を患者とプライマリ・ケア医の 2 種類に分け、別個に業績評価指標を設定していること、「組織内業務プロセス」を「待ち時間」「質」「生

産性」と定義していること、また、大学病院（教育医療機関）である機能から「学習と成長の視点」を「研究・教育・指導の視点」と読み替えていること等が特徴である。

具体的な行動計画を策定する段階では、病棟部長は職員の出した案が「どのくらいコスト（時間・労力）がかかるか」「顧客満足度にどれだけインパクトがあるか」という2つの尺度でスクリーニングを行った。そして、顧客満足に影響が強く、さらにその中でもコストが安いものから検討が始められた。そうした手続きによって、職員も顧客満足への影響が大きく、コストが安いアイデアを生み出すようになったとのことである。具体的には、毎日その日の退院患者についての話し合いを持つ、家族に対する退院前の治療教育を行う、プライマリ・ケア医への（コストや満足度に関わる結果等の）情報開示や連携を強化する等が行われた。

【結果】

導入後、3年間で劇的な効果が表れた。例を挙げると、運営マージンは5000万ドルの赤字から、1000万ドルの黒字に、1ケースあたりのコストは25%削減し、平均在院日数は8日から6日に、患者家族とプライマリ・ケア医の満足度は上昇し、再入院率は低下、ケアプランの認知度は半分以下から100%となっている。



図表2. Duke 大学付属小児科病院のバランス・スコアカード

2-2. Montefiore 病院の事例

Montefiore 病院のバランス・スコアカード導入による改革は、モービル石油のそれになぞられている (Kaplan & Norton,2001,p158)。それは巨大な、多様な機能を持つ集権化された組織が、顧客事情に疎くなり経営的にも行き詰まっていたのを、バランス・スコアカードに基づく新しい戦略を採用し、大規模な組織改革で権限を分権化した機能的な組織と顧客中心の戦略を実現したという共通点があるからである。

Montefiore 病院は、(以下、M病院) は、アルバート・アインシュタイン医科大学付属の大学病院であり、年間 10 億ドルもの予算を持つ大組織である。ニューヨーク、ブロンクスにある 2 つの大病院、26 のプライマリ・ケアの診療所を持つほか、40 万回の在宅ケアの往診を行っている。

【導入前の課題】

6 km ほど離れたM病院の 2 つの大病院は、過去 30 年以上別個に運営されていたのを 1996 年に 1 つの組織に統合されることになった。分断された組織の統合と、地域で増え続けている貧困で疾病率の高い、ヒスパニック、アフリカ系アメリカ人、高齢者への対応という新たな課題、さらに教育基幹病院としての機能の存続という課題に対処することが求められていた。

【導入過程】

新たに統合された急性期ケア部門の責任者 (主席副社長) Brenann 氏は、M病院の新たな戦略づくりに関わった。それは、GRIP という以下の 4 つにまとめられた。

- G (Grow) : サービスの総額と市場でのシェアの拡大 (成長)
- R (Rebalance) : 研究スタッフと臨床スタッフのバランスの再調整
- I (Infrastructure) : 情報システム、最新のテクノロジーのインフラ整備
- P (Performance) : 業績目標値の設定と達成

最初の「成長」とは、次の 2 つの明快な戦略を反映したものであった。

- ① 「ある人に全てのことを」: 標的集団を限定し、児童・女性・高齢者に対し、広範囲にわたるあらゆるヘルスケアを提供する。
- ② 「全ての人にあることを」: 特定の疾病に対する専門医療センターや産科・小児科医療等の専門科によって、近隣圏域以外の患者を引きつける。

さらに、このような戦略を実施するために、大規模な組織再編、組織の分権化と権限委譲を行った。心臓病等特定の患者を対象とした、5 つの臨床ケアセンターと、3 つの支援センターの 8 つに分けられた。各センターは、マネジメント職、看護、医師等の多職種から成るチームで構成され、管理職レベルのマネージャー、医師、看護婦で共同経営が行われ、入院治療と救急等大部分のサービスを管理する権限を持ち、収益・コスト・質・サービス・職場環境・従業員等の様々な尺度からなるアウトカムに対し、責任を委せられた。

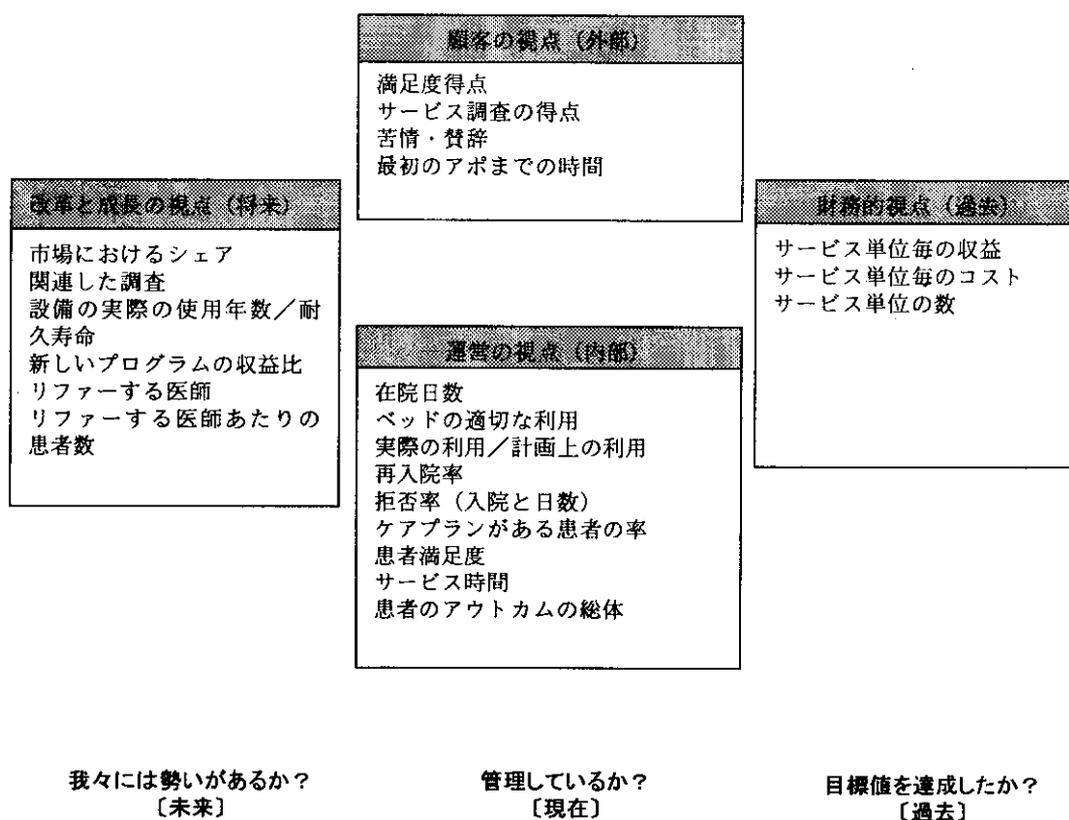
M病院のバランス・スコアカードは、98 年 10 月～99 年 6 月にかけて、Brennan を中

心としたマネジメントチームで作成された。それは、M病院を国家に、8つのケア・センターを州に、その中の各サービスセンターを市に例えた、「国家－州－市モデル」を採用し、最初に上位の「国家レベル」の戦略から、下位にブレイクダウンしていく方法を取った。

M病院の当初のバランス・スコアカードを簡略化したものが図表3である。このバランス・スコアカードでは、過去の業績結果を示す「財務」指標から、現在のマネジメントの状態を示す「顧客」と「運営」の指標、さらに組織の将来像をリードする「革新と成長」の視点というように時間の経過に基づいて関連づけを行っている。中でも、「顧客」が最優先する視点であり、患者満足度、サービス調査、苦情等の顧客からのフィードバックを重視していること、さらに「運営」の視点においても、患者の満足度やアウトカムを高め、サービスの質を改善するための道標となるような業績評価指標が設定されていることが特徴である。

【結果】

Kaplan らはバランス・スコアカード導入後の結果を示すには時期尚早と断りながらも、現状では、心臓病ケアセンターでのプログラムの拡大、サービス提供量の増加とケース数の増加、新たな連携やジョイント・ベンチャーの実施、医師や職員のリクルート等の成功要素がみられたとしている。しかし、初期の最も重要な成功を示す指標として、職員の（臨床部門・管理部門を含めた）熱意を挙げ、バランス・スコアカードの導入が、戦略目標の明確化と各部署での意思決定とアカウンタビリティを可能にしたことを強調している。この事例は、組織の分権化と権限委譲の変革を基本に、組織レベルごとに体系化したバランス・スコアカードを導入した例である。



図表3. Montefiore 病院のバランス・スコアカード

2-3. May Institute の事例

May Institute は医療機関ではないが、行動障害を持つ児童・成人を対象にした治療・教育・リハビリテーションプログラムを行っている全国最大規模の非営利機関である。マサチューセッツ州にあり、従業員は2千人、160の非営利機関のネットワーク・プログラムを通して、毎年8千人以上の利用者・家族にサービスを提供している。さらに、教育研究機関として、合衆国や他の国の40以上の大学や医療機関と提携し、研修や研究の拠点でもある。

【導入前の課題】

May Institute（以下、M機関）では、バランス・スコアカードは、事業の拡大を方向づけ、増え続ける事業分野を管理するために導入した。

【導入過程】

事業部長の Kapsalis が中心となり、当初は、新規のプロジェクト（業務改善と IT 戦略）がM機関のサービス・ネットワークに適合しているかを評価するために、スコアカードの導入を検討した。しかし、プロジェクトマネージャーらが、バランス・スコアカードを組織全体の将来の総合的な戦略方針を検討するツールではなく、当該事業の継続的改善を進めるのに利用しようとしたため、最初は適用が困難だった。その後、外部のコンサルタントを招いて、組織のより高次元の戦略目標策定に向けて、導入の方向を転換した。

M機関では、図表4のとおり、4つの視点の最上位に「顧客の視点」を置き、患者（消費者）と家族、資金提供者、大学等の研究教育機関、メディア、議会（立法者）という、5種類の顧客を想定した。

「顧客」の視点では、これらの各顧客層に対し満足を高め、機関が当該部門でのリーダーであると認識されることに焦点が置かれている。また、「顧客」での目標達成に最も影響を与えるのは、職員の質であるとの認識から、「学習と成長」の視点を2番目に置き、職員の業務改善や能力開発に力を入れている。さらに、「顧客」へのサービスの質に関連し、「内部」の視点では、包括的・効果的・費用効果の高いケアの提供と、人権・倫理・責任等の保障と他機関の連携等が挙げられている。最後の「財務」的視点では、組織の存続を目標に、財源の手当や業績ベースの報酬制度等が評価される。

このバランス・スコアカードは、「顧客」の視点を最上位に掲げ、多様な顧客を特定して戦略を策定していること、「学習と成長」「内部」の視点も「顧客」に直結した戦略と業績評価指標が設定されていることが特徴である。

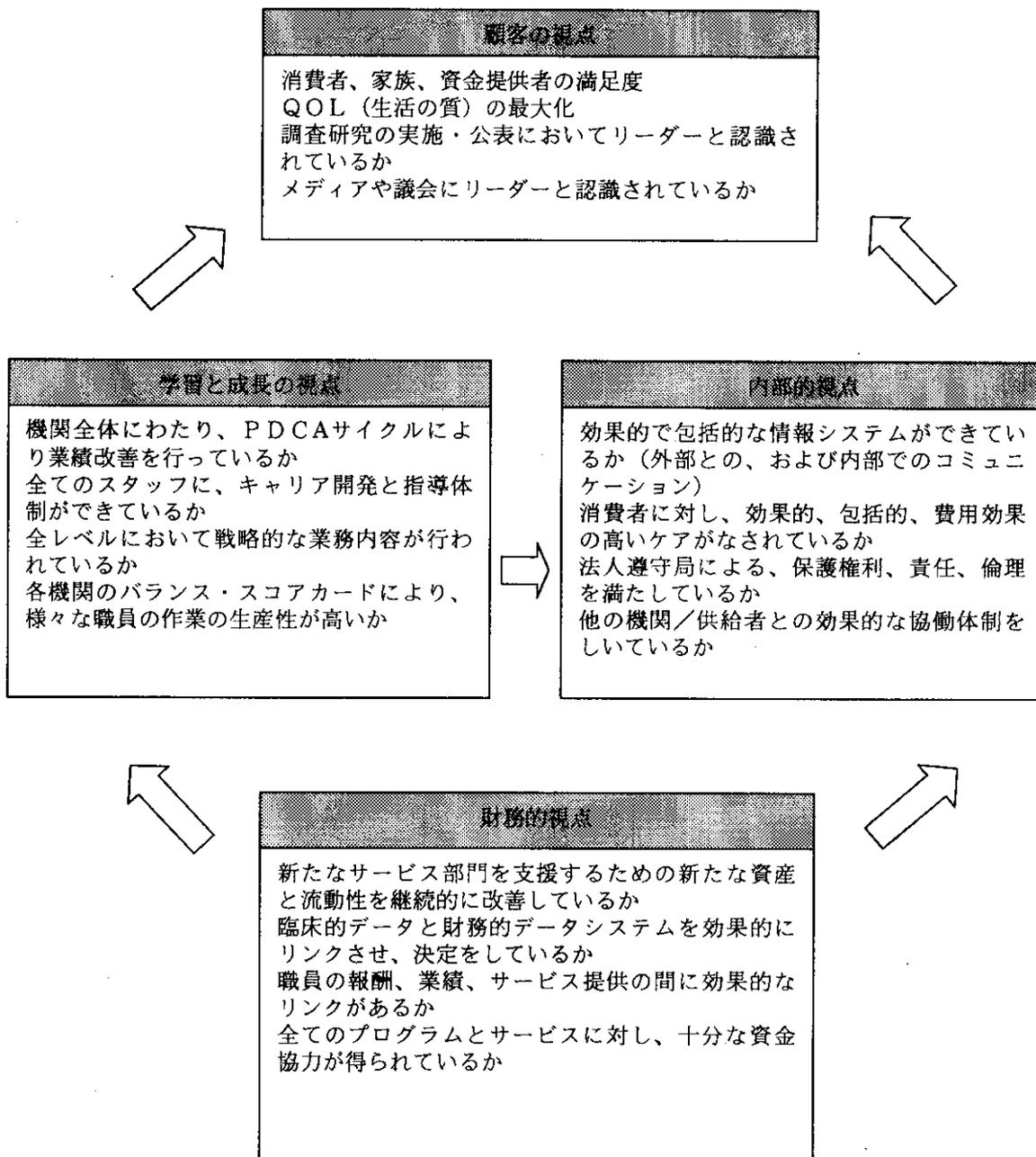
【結果】

M機関でのバランス・スコアカードの評価は、組織内教育・コミュニケーションの手段として最も機能したとのことである。導入により、職員のほとんどを占める直接ケア要員に対しては、組織の経営面の重要性を認識させ、理事等の経営陣には、人的サービスの役割や人事開発の重要性について理解を深めさせることになったとの報告がされている。

ミッション

自閉症、脳障害、精神遅滞・発達障害、他の精神的身体的障害がある我々の消費者に対して、卓越したサービス・研究・指導を提供し、可能な限り高い水準の行動障害のケアとリハビリテーションを提供すること

協働により、全ての利用者の自立に貢献し、コミュニティへの統合を最大限促進すること。



図表4. May Institute のバランス・スコアカード

3. バランス・スコアカードの医療機関等への適用に関する課題

以上の事例から、バランス・スコアカードの枠組みを医療機関に適用する際には、企業への応用とは異なる、共通した課題があると考えられる。それはバランス・スコアカードの視点の構築という側面からみると、主に①「顧客の視点」の重視と、②顧客（標的集団）の特定である。

①「顧客の視点」の重視

民間企業におけるバランス・スコアカードの基本的なモデルでは、「財務」的視点が最も重視され、他の視点の業績評価指標も財務的な目標にリンクして作成されている。しかし、利潤の追求を究極の目的としない非営利機関や公共部門では、必ずしもそうではない。

Kaplan らは、非営利機関や公共部門における成功は財務的成功ではなく、いかに効果的・効率的に関係者のニーズを充足できたかという視点で考えなければならないとしている（Kaplan & Norton, 1996, p180）。それを裏付けるように、上記の3つの事例では、財務的視点の代わりに、「顧客」の視点が最上位に置かれ、「顧客」に効果的にサービスを提供し、「顧客」に認識されることが組織の最大の成功として位置づけられている。

ただし、このことは、財務的な視点の軽視を意味するものではない。Kaplan & Norton が挙げる、民間企業における3つの基本的な財務戦略、①収益とサービスの拡大、②コストの削減と生産性向上、③資源の有効活用と投資戦略は、医療機関にも共通するテーマである。しかし、通常のバランス・スコアカードの場合、「財務」の視点が上位に置かれ、他の視点の業績評価指標は財務目標と直結することに比して、医療機関や非営利機関では、「顧客」の視点が上位となる。顧客志向のビジョンや戦略のもと、顧客にとってのサービスの質を具体的に定義した上で、「顧客」以外の他の視点（特に、組織内業務プロセス）の指標化の際にはそれとリンクさせることが必要である。

②顧客（標的集団）の特定

以上の事例では、対象とされた「顧客」に、サービスの直接的な受け手だけでなく、医師等の関係機関（関係者）、さらに資金提供者やそれに対し影響力を持つ議会やメディア等も含まれている。つまり、顧客には「サービスを購入する側（消費者、利用者）」と「財源を負担する側（所有者、納税者）」の2つの側面がある。通常は、サービスの利用者（消費者）としての側面が強調されているが、公費が投入されている医療等のサービスにおいては、一般市民は消費者でもあり所有者でもある。

オルブらは、公共部門においては、「顧客」の視点を「関係」の視点に拡大できる可能性がある」と指摘している（オルブ, 1999, p321）。医療機関は必ずしも公共部門ではないが、直接のサービスの受け手（利用者や家族）だけでなく、顧客の創造につながる関係者・関係機関までも視点に含めることは可能である。また、例えば、財務的な視点においても、顧客にかかるコストとして、満足度や定着率に反映する利用者のコストだけでなく、納税者（あるいは社会保険の被保険者）等のコストにもセンシティブになる必要があると思われる。

以上のように、医療機関や非営利機関でバランス・スコアカードを構築する際、考慮（必要によっては一部修正）すべき点はあるが、それはバランス・スコアカードの導入を妨げるものではなく、むしろ、4つの視点等の基本的なモデルは柔軟に適用可能であることを示すものと考えられる。先に言及したとおり、バランス・スコアカードは構築の段階も含めた活用のプロセスが、組織のマネジメントにどのような影響を与えるかといった側面が重要であるが、先に挙げた3つの事例から、他の領域同様、医療機関等で成功する可能性があることは明らかである。Kaplan & Norton は、バランス・スコアカードの導入によって成功した「戦略に焦点化した組織」(Strategy-focused Organization) の要件として、以下の5条件を挙げている (Kaplan & Norton, 2001, P7-17)。

- ① 戦略を操作可能なことば（戦略マップやバランス・スコアカード）に置き換えること
- ② 組織全体にわたり、戦略を統合させること
- ③ 戦略を組織全員の日々の業務に結びつけること
- ④ 戦略を継続的なプロセスとする（予算策定過程とリンクさせ、分析し、戦略的な学習プロセスとする）こと
- ⑤ 管理職のリーダーシップを通して、変化を活性化させること

バランス・スコアカードによるマネジメントを成功させるこれらの要因は、医療機関や等にも共通であり、このような環境下で一連のプロセスを実現することが求められている。

4. カナダ・オンタリオ州急性期ケア病院のバランス・スコアカード

－カナダ・オンタリオ州病院協会（OHA）による比較調査研究より－

オンタリオ州病院協会 (Ontario Hospital Association, 以下 OHA) は、カナダ、オンタリオ州の公立病院を代表する非営利機関である。その 99 年度報告書 “Hospital Report '99: A balanced scorecard for Ontario acute care hospitals” (「99 年度病院レポート：オンタリオ州急性期ケア病院のバランス・スコアカード」) は、バランス・スコアカードの枠組みを応用した、州内の急性期病院の業績の比較調査研究である。

このプロジェクトは、OHA が 1997 年定期総会の中で、「オンタリオ州の病院の業績 (performance) について、包括的な報告書を作成する」ことを約束したことに端を発する。カナダでは、ここ 10 年ほどの間に、急性期病院の病床数が大幅に削減され、平均在院日数の短縮とともに、在宅ケアへのシフトが促進されたが、在宅ケアの受け皿は未だ十分とはいえない (高橋、2000, p418)。このような急激な環境の変化のなかで、公費 (州政府) 補助を受けて運営されている病院に対し、患者や一般市民、他の医療提供機関、資金提供者等のステークホルダーから、急性期病院に対するアカウンタビリティの要請が高まってきた背景がある。

98 年には、OHA は、トロント大学医療管理学部 (Health Administration Department, University of Toronto) の研究チームに委託し、オンタリオ州急性期病院の業績を 4 つの

側面から測定し、州レベル、地域レベル、また病院カテゴリー毎の各指標の結果を公表した。“Hospital Report '98: A System-wide Review of Ontario's Hospitals”。その継続研究である 99 年の報告書は、前年度の指標を改良した上で、個別の病院ごとの業績結果を公開し、オンタリオ州急性期病院（主に入院サービス）のより包括的な業績情報をよりオープンに開示したものである。将来的には、急性期病院の各業績に関してベンチマークを設定し、エビデンス（証拠）に基づいた良い実践を明らかにすること、また対象医療サービスを、急性期外来（救急も含め）、リハビリテーション、複合的な継続ケア、精神保健分野に拡大することも視野に置いている。

99 年報告書の大きな特徴は、第 1 に、Kaplan & Norton のバランス・スコアカードの枠組みを業績評価指標に採用したことである。バランス・スコアカードの以下の 4 つの視点は、医療サービスの特性と OHA の関心を踏まえ、以下のように修正されている。

Kaplan & Norton の基本的モデル	OHA のバランス・スコアカード
財務的視点	財務業績と条件
顧客の視点	患者満足
業務プロセスの視点	臨床的利用とアウトカム
学習と成長の視点	システムの統合と変化

図表 5. OHA のバランス・スコアカードの枠組み

OHA は以前から、会員病院の業績情報を収集していたが、「狭い視点（コスト・マネジメント）のみで測定し、患者満足や臨床的なアウトカムにあまり注意を払ってこなかった」（OHA 会長 David MacKimmon）。医療機関の活動の多様な側面を測定するために、バランス・スコアカードの 4 つの視点を取り入れたのである。

この 4 つの視点に基づいた具体的な評価指標（indicator）の選定にあたって、大学研究チームは広く文献レビューを行い、さらに各視点ごとに専門家を集めた諮問委員会を作り、そこでの協議をフィードバックして、38 の指標を確定した。指標選択の際には、①科学的合理性（信頼性・妥当性があるか）、②適切性（病院管理者にとって有益か）、③利用可能性（病院間の比較が可能であり、測定費用がリーズナブルか）の基準に基づいて選択が行われた。38 という指標数は、包括的な業績を提示でき、かつ簡潔で管理するのに適当な数として選ばれた。そうして決定された業績評価指標を図表 6 に示す。

第 2 の特徴として、この研究は OHA に属する病院の自発的参加に基づくものであったが、大多数の病院の参加により、オンタリオ州の急性期病院が行ったサービス（主に入院）の概要が示されたことが挙げられる。対象の要件を満たす 131 病院の中の 89 病院（68%）の計 141 病棟が参加し、97 年度州の急性期病院が行った入院・日帰り外科手術サービスの 91% を占める結果となった。参加率は病院のカテゴリーによって差がみられたものの（教育病院 100%、コミュニティ病院 84%、小規模病院 32%）、州の急性期病院の活動の包括的な把握が可能になり、平均値の算出や比較が可能なデータになっている²⁾。

²⁾ 病院の規模、機能が異なる中で病院間比較を可能にするために、各指標ごとに「リスク調整」を行い、対象患者集団の属性や症状によって発生するバイアスを可能な限り分析前に除去する工夫を行っている。

視点(指標数)	データソース	業績評価指標
I 臨床的利用と アウトカム (12指標)	CIHI (Canadian Institute of Health Information) に各病院が提出した退 院時要約 (Discharge Abstract) 96, 97 年度	【急性心筋梗塞 (AMI)】 特定の診断技術の使用/合併症/再入院率
		【ぜんそく】 再入院率
		【肺炎】 合併症
		【脳卒中】 在院日数
		【胆嚢切除】 日帰り手術の%/合併症
		【子宮摘出】 在院日数/合併症/再入院率 【前立腺切除】 再入院率
II 財務業績と 条件 (9指標)	オンタリオ州保健省に 各病院が提出した病院 財務報告 96, 97 年度	総マージン
		1床あたりのコスト
		機関全体でのサービス (コスト)
		在庫物品の保管日数
		流動比率
		運転資本
		設備費用
		看護スタッフの総勤労時間に対する直接看護時間
		全スタッフの労働時間に対する患者ケア時間
III 患者満足 (8指標)	OHIS (オンタリオ病院 入院患者調査) (本研究 の独自調査) 99 年度	総合的な質 (総合的な質の評価、再利用希望、紹介希望)
		プロセスの質
		アウトカム (期待通りに症状が改善したか、入院時より退院時 に症状をより理解できたか等)
		看護スタッフによるケア (スキル、親切さ、コミュニケーション 等)
		医師によるケア (同上)
		他のケアスタッフ (検査技師、PT 等) (同上)
		支援的サービス (食事等)
		環境整備 (居室や院内の清潔さ等)
IV システムの統 合と変化 (9指標)	オンタリオ病院調査 (管 理職対象: 本研究の独自 調査) 99 年度	臨床情報テクノロジー
		クリニカル・パスウェイの開発と利用
		臨床データの収集・公表・ベンチマーキング
		病院と CCAC (在宅ケア機関連盟) との連携
		病院と (CCAC 以外の) コミュニティケア機関の連携
		情報の利用頻度
		ALC (代替的ケアレベル) 患者への戦略
	OHIS 99 年度	ケアのコーディネーション
		ケアの継続性

図表6. OHA のバランス・スコアカードにおける業績評価指標

また、各指標の業績結果は、州全体、病院カテゴリー（教育病院・コミュニティ病院・小規模病院）ごと、また病院ごとに「平均以上」「平均」「平均以下」という3つのカテゴリーで示されている。ここで、注意しなければならないのは、それぞれの値には、いわゆるベンチマーク、つまり、目標とすべき特定の値が設定されているわけではなく、「平均以上」のスコアが必ずしもよい結果を意味するわけではないということである。「平均」はあくまで各指標の結果の相対的な値であり、「平均」であっても成功した実践を示すこともあるという。それゆえ、業績結果についての理由づけ（なぜ、平均以下の値が示されたのか等）や、改善のための処方箋は一切述べられていない。OHA の立場は、業績マネジメントはあくまでも個々の病院レベルで実践するものであり、報告書の業績結果を、より検討